

平成27年6月定例会 文教厚生委員会（付託）

平成27年6月25日（木）

〔委員会の概要 保健福祉部・病院局関係〕

木下委員長

ただいまから、文教厚生委員会を開会いたします。（10時40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】

- 平成26年度地方独立行政法人徳島県鳴門病院決算の概要について（資料①）

病院局

【報告事項】

- 平成26年度徳島県病院事業会計決算の概要について（資料②）

大田保健福祉部長

保健福祉部から、この際、1点報告させていただきます。

平成26年度地方独立行政法人徳島県鳴門病院決算の概要についてでございます。

お手元に御配付の資料1を御覧ください。

鳴門病院につきましては、平成25年4月1日にそれまでの社会保険病院から地方独立行政法人へと移行してございます。その2年目でありまして、平成26年度の決算がまとまりましたので、概要を報告させていただきます。

まず、「1 収支の状況」でございます。

平成26年度の収入欄を御覧ください。

昨年度の病院事業における入院、外来診療等の医療行為に基づく収益等が主なものでございまして、64億9,932万円余り、次に、平成26年度の中段の支出につきましては、給与費のほか、医薬品や診療材料費が主なものでございまして、64億9,791万円余りで、医業収益を中心に収入は増加してございますが、診療材料費や平成25年度末に導入した医療機器の減価償却費の増等から支出も増加しておりまして、差引き約141万円の純利益となっております。

今年度は、地域の医療機関との一層の連携や救急搬送患者の受入等によりまして、新規患者の増加を図るほか、整形外科や糖尿病等の鳴門病院の特徴的な医療の取組を進めまして、収益力の強化を図ってまいりたいと考えております。

続きまして、「2 中期計画上の目標数値についての実績」でございます。

平成28年度までを計画期間として策定しております鳴門病院中期計画に目標として入れている数値につきまして昨年度実績を記載しております。

まず、①の年間救急患者受入件数につきまして、平成26年度実績欄を御覧いただきますと、6,629人で左欄の前年度と比較いたしますと124人の増、同様に、②の高度医療機器共同利用件数は、951件で前年度比291件の減でございます。③の年間入院延患者数は、新規入院患者が増加する一方、平均在院日数が短縮された結果、76,612人で前年度比1,440人の減、④の年間外来延患者数は、11万4人とおおむね昨年度並み、⑤の許可病床利用率は、68.4%で8.2%の減となっておりますが、括弧書きに記載のとおり、平成25年度に病床再編を実施しておりますことから、実質的な病床稼働率は75.2%となっております。

最後に⑥の平均在院日数でございますが、先ほども若干触れましたが13.3日で1.2日、前年度から短縮されております。

これらの数値につきまして、平成28年度末には表の右欄でございます目標値を達成できますよう引き続き努めてまいりたいと考えてございます。

以上、平成26年度地方独立行政法人徳島県鳴門病院決算の概要について、御報告申し上げましたが、この決算及び昨年度の業績評価につきましては、今後、地方独立行政法人法等の規定に基づきまして、鳴門病院評価委員会の御意見をいただいた上で、9月定例会に改めて御報告させていただくこととしておりますので、よろしくお願ひ申し上げます。

報告は、以上であります。

よろしくお願ひ申し上げます。

## 西本病院局長

病院局から、この際、1点御報告させていただきます。

平成26年度病院事業会計の決算の概要についてでございます。

お手元にお配りいたしております、資料1を御覧ください。

まず、「1 収支の状況」でございます。

「(1) 収益的収支」につきましては、病院事業の単年度における経営活動の実績を表したものでございます。

下段の表、右から3列目、「病院事業計(キ)」の列を御覧ください。

収入につきましては、平成26年度における病院事業全体の入院・外来診療等の医療行為に係る収益や、一般会計からの負担金・交付金等が主なものでございまして、210億4,200万円余り、支出につきましては、給与費のほか、医薬品等の材料費や、減価償却費等が主なものでございまして、224億9,800万円余りで、その結果、差引き14億5,600万円余りの純損失が生じておりました。平成24年度から3年連続の赤字決算となっております。

また、一番下の行に記載してありますとおり、累積欠損金は、65億4,400万円余りとなっております。累積欠損金につきましては、平成26年度からの地方公営企業の新会計制

度の導入に伴う、旧会計制度からの会計上の移行処理によりまして、下から2行目の新会計制度移行に伴う未処分利益剰余金の増に記載の額が振り替えられた結果、その残額が新会計制度における累積欠損金の額となっております。

収入・支出について、対前年度実績との比較でございますが、下段の表の右端、「病院事業比較増減（ケ）」の列を御覧いただきますと、収入は、16億900万円余りの増加、支出も、27億7,400万円余りの増加となり、下から3行目でございますとおり、前年度と比べて、11億6,400万円余り、収支はマイナスとなっております。

この要因といたしまして、まず、収入面につきましては、3病院全体として入院患者数及び外来患者数は減少したものの、患者1人当たりの診療単価が増加したこと等によりまして、入院収益と外来収益を合わせた診療収益は、前年度よりも約1.4億円増加して、162億7,700万円余りと増加傾向を維持しております。

一方、支出面につきましては、平成26年度からの新会計制度導入に伴いまして、賞与引当金及び法定福利費引当金の計上が義務付けられたことや、改築事業に伴うものとして、三好病院の新高層棟の供用開始に伴い移転等の臨時的経費が増加したこと、そのほか中央病院の旧本館や三好病院の医療機器等の除却損などの特別損失といった平成26年度のみの特異な要因もありまして、病院事業費用が増加いたしました。

次に、2ページの「（2）資本的収支」を御覧ください。

資本的収支とは、建設改良費等に係る資金の収支を表したものでございます。

収入としましては、企業債、一般会計からの負担金等で、86億800万円余り、また、支出としましては、3病院の改築事業に要する経費、医療器械等の資産購入費、企業債償還金等、96億6,000万円余りとなっております。

差引きで、10億5,200万円余りの資金不足となっておりますが、これにつきましては、過年度分損益勘定留保資金等の内部留保資金によりまして補填したところであります。

続きまして、「2 患者の状況」でございます。

ここでは3病院を合わせた全体の状況をお示ししてございまして、まず、入院の延患者数は、20万5,177人、前年度と比較して14,010人の減、外来の延患者数は、27万4,284人、前年度と比較して、12,341人の減となっておりますが、患者1人当たりの診療単価が増加したこと等によりまして、3病院全体としての診療収益は増加しております。

このように、診療収益は増加傾向を維持しており、平成26年度の決算において、赤字が増えた要因としましては、平成26年度のみの特異的な費用の支出が大きかったことによるものでございます。

病院事業といたしましては、今後とも、経営基盤の強化を進めてまいりますとともに、医療の質の向上に努め、県立3病院が一体となって、地域に信頼される病院として、しっかりと医療を提供できるよう、鋭意努力してまいりたいと考えております。

以上、平成26年度病院事業会計決算の概要について御報告申し上げましたが、この決算につきましては、監査委員の御意見をいただいた上で、9月定例会に決算の認定議案として提出させていただきます、改めて御審議いただくこととしておりますので、よろしく御願い申し上げます。

報告は以上でございます。

木下委員長

以上で、報告は終わりました。

それでは、これより質疑に入ります。

木南委員

今、独立行政法人鳴門病院の決算の概要あるいは県立3病院の決算の概要を説明をいただいたわけですが、鳴門病院については増収減益ということでございます。いわゆる増収して減益とはどういうことかという、償却があったということでございます。純利益が140万円ということで、非常に低空飛行かなというふうな感じがします。

却が増えたということは、多分、ずっと償却していく分でしょうから、今後、鳴門病院の利益の確保という点ではどんな工夫をされようとしておるのか、ひとつお聞かせいただきたいと思います。

もう一つは、3病院の決算概要であります。私はやっぱり県立の3病院というのが政策医療等々という使命があるので、必ずしも黒字にしていかなければならないということではないと思うんですが、それにしてもやっぱり一つの経営ということがありますので、願わくば、できるだけ欠損が少ないというか、黒字にするような経営基盤を強化してほしいと思います。

鳴門病院と3病院についての今後の見通し等について説明いただきたいと思います。

原田医療政策課長

ただいま木南委員から平成26年度における鳴門病院の決算の概要に関しまして、今後の取組をどうしていくのかという御質問をいただきました。

まず、それに先立ちまして、少し詳しく御説明させていただきたいと思うんですけれども、今回の決算につきましては病院の経営努力によりまして収入は増加したものの、委員がおっしゃっていただきました消費税増や電気料金の増による医業費用の増加が大きく、また手術件数が増加したことなどに伴いまして、診療材料の増というものも発生しております。

今、御指摘といいますか、言及していただきました大型医療機器、これはMRIと電子カルテを平成25年度末に導入しておるんですけれども、この減価償却が本格的に始まったということがございまして、収入も増加しておるんですけれども、支出が増加して、結果的に純利益が減少したということになっております。

御質問の今後の取組なんですけれども、先ほど部長からも報告で一部申し上げましたけれども、地域の医療機関との更なる連携、これは紹介率と逆紹介率の向上によりまして患者増を図っていききたいと。

それと、手の外科に特徴がございますので、手の外科あるいは脊髄疾患の手術に関する整形外科、糖尿病などにおける鳴門病院の特徴的な取組を更に促進いたします。

それと、県立病院と連携した診療材料費購入の際の共同交渉によるコストの削減，こういったことに取り組みまして、鳴門病院の運営基盤の強化，効率化を進めまして、県北部の中核的病院として地域の医療水準の向上に寄与してまいりたいと考えております。

#### 木南委員

鳴門病院は新しく経営に参画したということでございます。せっかくですから、いい病院として育ててほしい。願わくば収益を確保してほしいというのが一つであります。

#### 島尾病院局経営企画課長

県立3病院につきましては、病院局のほうから御答弁させていただきます。

平成26年度の病院事業決算につきましては、先ほど局長から御報告申し上げましたように、差引き14.5億の赤字を計上させていただいているところでございます。大きな要因につきましては、特に平成26年度限りの特殊的な要因が多くを占めているものと考えてございます。

一つは、新会計制度を平成26年4月から導入いたしましたことに伴いまして、6月賞与の引当金計上の義務化された分でありますとか、中央病院の旧本館改築に伴う移転費用につきまして、除却損が発生しております。

また、三好病院におきましては移設費用がございまして、それらを合わせますと約10億円余りの臨時的な経費があったものと考えてございます。当然のことながら赤字というのはできるだけ抑えていくという立場でございますけれども、平成26年度につきましてはそういう要素があったところでございます。

一方、収益部分につきましては、先ほど局長のほうから診療収益が好調であるというふうに申し上げましたけれども、医療活動の結果でございます、いわゆる入院収益、それから外来収益を合わせました診療収益につきまして1.4億円余り増加いたしておりまして、162億7,000円余りの過去最高益を計上させていただいているところでございます。

これは、県立病院の今後の取組にも関わるわけでございますが、県立病院につきましては以前から地域の医療機関との連携でありますとか、機能分化を図っているところでございます。急性期の病院といたしまして、高度な専門的な医療に特化いたしまして、救急や症状の重篤な患者さんを中心に受け入れる。軽症な患者さんでありますとか、病状が安定されました患者さんにつきましては、地域の医療機関で診ていただくという、地域完結型の医療を推進しております。

そういったことの表れとして、入院の患者数は減っておりますが、単価を上げることによって全体の収益が上がってきていると考えております。

ただ、今現在、私ども中央病院、三好病院、それから海部病院の改築に取り組んでおりますので、今後、資金の需要が見込まれます。内部留保も50億円余りございますけれども、今後流出することも考えられますので、やはりそういった建築事業の推移も見ながら、引き続き中央病院を核として収益の確保を図りつつ、経費の抑制に努めてまいりたいと考えてございます。

## 木南委員

いろいろと説明いただいたんですが、鳴門病院については先ほど意見を申し上げたとおり。

県立3病院については日赤とともに、急性期病院というか、中核病院といいますか、高度医療は県民にとって非常に大事な病院であります。とって政策医療的などところがあるので、必ずしも黒字を目指しているというのではないです。平成26年度は特殊事情があったというのも理解します。しかし十分にそこら辺を配慮しながら、病院経営していただきたいということをお願いしておきます。

続きまして、2003年だったと思います。12年前、このときはSARSが中国を中心にいろんな国で発症して、12年たったら今度はMERSだと。いろんな国で起こっておるようございまして、特に深刻なのは隣の国の韓国でありまして、いろんなニュースを見えますと若干落ちて閉じ込められたかなと思ったんですが、昨日あたり、またちょっと新しい展開が起こったんでないかというニュースも流れておりました。

一番近い国でありますし。どうも日韓の間では500万人ぐらいが年間に行き来しているというニュースもありますし、韓国から徳島ではないんですが四国へ飛行機がダイレクトで飛んでいるという現状もあります。いつ徳島へ入ってきても不思議でないという危機感を我々も持っているわけであります。

もし、徳島県でMERSが発症した場合の県の対応について、お聞かせいただけますか。

## 藤井感染症・疾病対策室長

ただいま木南委員から、県内でMERSの患者が発生した場合の対応について御質問いただきました。

まず、MERSの今の状況ですが、世界保健機関（WHO）などの報告ですと、韓国におけますMERSの感染の状況につきましては、医療機関の初動対応の遅れですとか、院内感染対策の不徹底、さらには韓国人特有の慣習・慣行といった要因によりまして、6月23日現在で死者27人を含む感染者175人、また自宅や医療機関での隔離対象となっている人が約3,000人という状況となっております。

6月17日付のWHOの発表では、今のところ感染の範囲は医療機関などに限られ、国際的に懸念される公衆衛生上の緊急事態ではないとされてはおりますが、自宅隔離の対象となった方の中には、複数の日本人も含まれ、通知を受ける前に日本に帰国した方もおられたところがございます。

韓国と日本の間を往来する方については、先ほど木南委員からお話があったとおり非常に多く、またMERSに感染した場合の潜伏期間が2日間から14日間ということで、韓国からの帰国や入国の際の検疫体制の強化、いわゆる水際対策だけでは限界がありますことから、今後県内でもMERS感染の疑い患者が発生する可能性がございます。

このため、保健福祉部におきましては、厚生労働省から示されております、MERS疑い患者が発生した場合の対応方針につきまして、庁内の危機管理連絡会議におきまして周

知徹底を図るとともに、医療機関等への情報提供ですとか、県民の方々への県ホームページによる注意喚起を行ってきたところでございます。

さらに、去る6月16日には、県内の感染症指定医療機関等の院長や医師、それから看護師等の医療従事者の方々ですとか、保健福祉部、各保健所長、保健製薬環境センター所長等の行政関係職員からなる連絡会議を開催いたしまして、県内でMERS疑い患者が発生した場合の患者の搬送、入院措置、行政検査等の対応方法につきまして協議いたしまして、今後の連携体制を確認したところでございます。

木南委員

いろんな対応をとっていただけるというのは、いろんな説明を受けたり、ニュースなどで見たりするんですが、もし県内でMERS患者が出た場合、先ほどの3病院、4病院を中心に治療に当たられるんだと思うんですが、具体的にどのように行われるのか、お聞かせいただきたいと思えます。

藤井感染症・疾病対策室長

具体的な対応について御質問いただきました。

MERSの感染が疑われる患者の方が普通に医療機関を受診されますと、医療機関内のほかの患者さんとか、医療従事者にも感染するおそれがありますので、MERSの症状が出たと思われる方には、まず最寄りの保健所に電話連絡していただき、保健所の指示に従っていただくこととなります。

連絡を受けた各保健所は、患者の病状ですとか、韓国における感染者との接触状況などをお聞きした上で、MERS疑い患者と判断された場合には、県感染症・疾病対策室が感染症指定医療機関と受診調整を行います。感染症指定医療機関というのは、危険性が高く、特別な対応が必要な感染症の患者を治療する医療施設ということで、県内では徳島大学病院ですとか、県立3病院などが指定されております。

そして、受診調整によりまして、どの感染症指定医療機関に搬送し、入院させるかということを決めまして、保健所のほうから患者に対し搬送ですとか、入院方法につきまして指示するとともに、患者の搬送についても保健所職員が行うこととしております。

木南委員

そういうことで、できるだけ発症がないのがいいんですが、いつ発症しても不思議でない環境にあるということは確かです。今、室長のほうから説明があったように、保健所へ連絡するということなんですが、一般の県民が保健所とコンタクトをとるのは余りないものですから、このシステムを県民にもっと知らせないかんと思うんですね。どんな広報を考えられていますか。

藤井感染症・疾病対策室長

ただいま木南委員の御指摘のとおり、保健所や感染症指定医療機関におきまして必要な

体制を整えておりましたが、MERSの疑い患者の方がまず保健所に相談することというふうなことを知らずに、直接かかりつけ医の病院ですとか、医院、診療所などで受診されますと、院内での感染につながって、この度の韓国のような感染拡大につながる可能性もございます。

このため、県民の方々に対しまして、再度県のホームページによる注意喚起ですとか、周知徹底を行いますとともに、各医療機関におきましてもMERSの症状が発生したと思われる方に対しまして、直接医療機関を受診せずに、まず保健所に電話連絡することを周知するために、各医療機関の入り口に注意喚起用のポスターを掲示できるよう、現在県と県医師会のほうで連携いたしまして、その準備を進めているところでございます。

そういったことによりまして、今後ともまた韓国及び国内におけるMERSの発生状況に注意しながら、県内でMERSの感染者が発生した場合の適切な医療体制の確保ですとか、感染の拡大の防止に努めてまいりたいと考えております。

木南委員

県民に対する周知だとか、あるいは医療体制については今の説明でよくわかったんですが、病気は24時間いつ起こるかわかりません。保健所の勤務体制として24時間対応ができるという体制がとれているのか、とれるのか、そこらあたりの説明はどうですか。

藤井感染症・疾病対策室長

ただいま保健所の24時間体制について、御質問いただきました。

保健所におきましては、特に、夜間の電話の対応につきましては保健所の職員もいない場合がございますが、それぞれ保健所でセコムと契約しておりまして、夜間に電話がありますとセコムで電話をとりまして、一旦そこで患者さんというか、相談された方の状況をお聞きするようになります。

そこで聞いた上で、各保健所のそれぞれの担当の携帯電話等につなげるという対応をとっておりますので、それで24時間というか、夜間での対応もできることになっております。

木南委員

夜間の場合は、結局保健所から病院へというのはワンクッション置くわけですね。そこらあたりを十分に周知してもらわないと。せっかく保健所に連絡したけれども、対応ができなかったということが絶対に起こらないようなシステムを構築してほしいと思います。

SARSのときも、いろんなシミュレーションがあったと思うんですね。と言いながら、幸いにして徳島では発症がなかった、日本で発症がなかったわけですが、それから12年がたつわけです。そんなことで、もう一度点検するということが非常に大事でないかと思えます。

もう1件だけお聞きしたいのは、発症した後、次に伝染しないということを十分に心掛



けてほしいんですが、不幸にして伝染した場合に徳島県で治療ができる受入れのキャパシティは、どんなふうになっていますか。

#### 藤井感染症・疾病対策室長

県内でMERSの患者が発生した場合の医療機関の受入体制についてということでございますが、MERSにつきましては感染症法に規定する二類感染症ということになります。

MERSの患者を受け入れる病床といたしましては、第一種感染症指定医療機関、それから第二種感染症指定医療機関という指定医療機関が病床を持っているわけですが、今の受入体制としましては、徳島大学病院で6床、県立中央病院で5床、県立三好病院で6床、それから県立海部病院でも1床の受入れができるというふうに伺っております。

#### 木南委員

備えあれば憂いなしといいますが、やっぱり念には念を入れて徳島で発症しないというのが一番。発症してもそこで食い止めるということ、今の体制あるいはSARSのときのシミュレーションを生かして、12年もたっていますから、もう一回点検してほしい。もう絶対に徳島には持ち込まないというのが原則であります。もし往々にして入った場合は、そこからは広げないという体制を十分に心掛けて行政に当たってほしいと心からお願いして、私の質問を終わります。

#### 樫本委員

今、木南委員のほうから県立病院の事業会計報告、また鳴門病院の報告についての質問が出たわけですが、ここで一つ心配なことが起きております。

と申しますのは、客単価をずっと上げてうまく改善していくことで乗り切りたいというお話でしたが、6月12日の新聞でございますが全国で病床を10年後に1割削減するという事です。そして徳島県では30%以上削減するという事になっております。これは永久に増え続けるだろう医療費の抑制を一つの目的として、まずはベット数を減らしていこうと。そして医療の仕組みを変えていこうという厚生労働省の狙いがあるわけなんですけれども、非常にこれが今後の県立3病院や鳴門、中央病院、そしてまた最近投資をされておる民間病院の経営に大きな影響が出てくるのではなかろうかと、私は心配しております。

そのあたりの推測といえますか、状況をどういうふうに見止めておられるのか。そして、それに対してどんな対策をとろうとされているのか、お伺いしたいと思っております。

#### 原田医療政策課長

樫本委員のほうから、先般の病床削減に関する報道について、御質問いただいております。

まず、今回、政府の医療介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会から発表

された推計値なんですけれども、これにつきましては、地域医療構想ガイドラインで示されている計算方法というのがあるんですけれども、それに一定の仮定をおいて、機械的に全国の2025年の人口推計を代入いたしまして計算されたもので、あくまで我々としては参考値というふうに捉えております。

今後、徳島県で3圏域の地域医療構想を策定する過程で、県独自の推計値を算定することになります。しかしながら、これが直ちに個別の医療機関の機能区分ごとの病床数の推計方法となったり、あるいは各病棟の病床機能の選択をするものにつながっていくものではないということでございます。

また、地域医療構想の実現に当たっては、関係者との協議の場として既に設置しておるんですけれども、地域医療構想調整会議で、医療関係者の方をはじめ、関係の方に集まっていたいただいて、そこで調整を図っていく。県や医療機関の関係者等が話し合い、将来の医療需要の変化に対応するよう自主的に取り組んでいくということとなっておりますので、そういう動きを踏まえつつ、やっていきたいと。

それと、あくまで2025年に向けての取組ということでもありますので、個々の医療機関の自主性を尊重し、医療提供の方針も踏まえつつ、丁寧に調整を行っていくものでございます。

そして何よりも全体的な話になるんですけれども、在宅医療、慢性期の方については、住み慣れた地域で安心して暮らしていただける在宅医療への移行も含めまして、地域全体で医療提供体制をどういった形になるのが一番適正なのかということを協議の場でお諮りいただいて、そこへ収れんさせていくというものでございますので、厚生労働省のほうからも一概に病床削減の目標値であるといった理解はしないようにという通知も受けております。つまり、2025年に向けて関係者の皆様と協議をして収れんさせていくといったものであると理解しております。

#### 樫本委員

あくまでもこれは国の目標であろうと私は思うんですけれども、従来から徳島の大学で介護士、看護師、作業療法士といろいろと若い人たちをそういう業種に専門職を付けて就職するように誘導していますよね。こういう報道がされると、こういった若い人たちの士気に大きな影響が出る。このような政策、報道はやめてもらいたいと私は思う。

そして、いわゆる地方創生においても徳島は知事を先頭に、私も一緒に参りましたけれども、党本部へも要請しました。要するに「vs東京」東京への人口一極集中を是正するため、この地方の41か所の都市が、東京圏のいわゆる高齢者の団塊の世代の受け皿になり得るといったことが報道されました。徳島県でもこれからそういった新しい人の流れを、本県ゆかりの人たちに帰ってきていただいて、本県の振興を図る。そしてまた、本県の医療機関や福祉の現場を守っていこう、雇用も守っていこうということで今、取り組もうとしている矢先に厚生労働省のこういった政策が発表されると非常に不安になります。

医療費の削減は、ある程度やむを得ないと思いますが、知恵を絞ってやっていかないといけないと思います。そこで、国の厳しい指導がこれから入ってくると思います。今、楽

観的なことをおっしゃいましたが、そうではないと思います。本県としては危機感を持ってやっていかないと、と思います。そのために、何か行動しないといけないと思うんですが、どうですか。ふるさと回帰に大きな影響が出てくると思いますよ。そして医療の現場で頑張ろう、医師になって頑張ろう、介護士になって高齢者福祉を支えていこうという若い人たち、また福祉や病院の事業者も非常に不安になります。今、県立3病院も投資している、民間病院もたくさんの投資をした。これは、10年後では回収できません。20年のスパンは掛かると思います。20年後まだ倍の年月が要る。もっと厳しい状況になる。

文教厚生委員会として国に対して意見書を出すとか、何か行動をひとつ起こさないといけないと思いますがどうでしょうか。

#### 大田保健福祉部長

私、国があのような試算をしているということを知らず、今回の報道に唐突感を抱いたところでございます。

今まで国からは調整会議を開いてその中で国の示す方向をまずは推計して、それに基づいて対応策を検討するよという話を聞いておりましたので、議論促進だとは思いますが、ああいった形で報道が出たことに懸念を抱くというのは自然なことだと思っております。

今、医療政策課長からも申し上げましたとおり、今後、調整会議で、私どもとして推計するのが本来の取組になってございますので、これはさせていただくと。最も大事なことはそれによって地域の実情に合わないような方策を進めることのないようにと思っておりますので、そこは私どもとしてもしっかりと皆様の御意見をいただいた上で、必要なことは国に対しても提言していきたいと思っております。

また、高齢者の移住促進の関係について、委員から御指摘がございましたとおり、こういったことに取り組む矢先に随分方向性の違うことが出てきたような印象を私も受けました。国の中でどのような調整がされているかがちょっと見えにくいところなんですけど、これも課長が説明申し上げましたとおり、必ずしも病床数を削減することが、すなわち医療水準を低下させるという指針ではないと理解しております。直ちにそれをもって高齢者の受入れの余裕がなくなるということはないだろうと思っております。ただ、実際に私どもとしても回帰、移住促進策を進めていく上で、支障になることがあれば、それはやはり国に対して地方の実情を訴えていかなければいけないという決意をしておるところでございます。

#### 樫本委員

調整会議の力が気になるわけなんですけど、国に対しての発言力であったり調整会議の意見の結果を国に申し述べたときの扱い、こういったところの権能というものが非常に気になるんですけど、そのあたりはどんなんですか。国と1対1できちっと話合いができるんですか。影響力はありますか。

## 原田医療政策課長

ただいま樫本委員のほうから調整会議の権能について、御質問いただきました。

調整会議につきましては、地域医療構想の中で、我々が推計した値をもとに、2025年に向けてどういった医療提供体制が適切かということ調整していく会議でございます。その中の議論を受けて国に対して、いろんな地域の事情の説明ですとか、あるいは要望等を行う場合は、担当課である医療政策課、保健福祉部のほうから御提言、要望という形で取扱いをしていくということになろうかと思えます。

## 樫本委員

保健、医療、福祉の面での地方分権をもっと図らないといけないんじゃないですか。地方が自らの知恵で、そして国からの財政的な支援でその地方の実情、保健・福祉・医療の現場に合ったような施策がしっかりとできるような地方分権をもっと求めるべきではないでしょうか。いろいろと国の関与が多すぎるのではないかと。

部長、どうですか。

## 大田保健福祉部長

地方分権について、国がどう捉えているかというのは私どもとしても気になるころなんですけれども、例えば今回の地域医療構想におきましても、それを実現する手段というのはこれまでよりも県に与えられる形になってございますのと、あとはそういった取組を基金で支援するというところで、ある意味で分権という面にも見えます。

ただ病床数が過剰になっているので、しかるべき措置を講じようという国の大方針なので、私どもとしてもそれに従わざるを得ないという状況になることは事実でございます。

そもそも地域医療ビジョンをつくるに当たってのガイドラインがあります。これは今年の3月に出来ておりまして、それに至るまでに検討会というものがございました。その段階で例えば全国知事会からも意見を出したり、地方の意見をできるだけ取り込んでいただけるような働き掛けはしてきたところでございます。

実際に地域医療ビジョン策定段階に移ったときに、しっかりとガイドラインの中身を検証して実際に主体となる地方としての意見という形で発信していくということは必要なことだと思っております。

地方として、これまでよりも任されることが大きくなったということは、すなわちそういう発信する立場に回ったのかなということもございますので、これまで以上に私どもとしてもその点を意識していきたいと考えております。

## 樫本委員

ちょっと分かりにくいんですが。

地方は地方の実情があります。もし、国の指導に従わないと、どんなペナルティーがあるんですか。

## 原田医療政策課長

樫本委員から国の指導に従わない場合の対応策について御質問いただきました。

今回の推計値は、内閣官房の専門調査会から発表されておるんですけども、国のほうもあくまで推計値を出したあと、県において独自の推計値を出して、それを地域で考えていくということでございます。法的な制度としてもこれに従わないからといって、何かペナルティーがあるといった形にはなっておりません。

## 樫本委員

よくわかりました。

県益を考えて国の方針、指導は余り気にしないように、本県独自のやり方で地元の実情に合わせて県民が幸せになることを念頭においてやっていただきたいと思います。

安心いたしました。しっかり頑張ってください。

10年後は、ここにいる何人か、私も含めて後期高齢者です。5年、10年というのはすぐにやってきますから、そのときのために国の圧力に負けないよう、徳島県民の幸せのために今から

しっかりと頑張っていたいただきたいと思います。

それからもう一つ、三好病院で緩和ケア病棟というのを整備しておりますね。これは、三好病院や、救急で入院した。そしてある程度治った。そうした後のリハビリとか、緩和ケアをするための病棟なんですね。これも朝日新聞の23日の報道なんですが、高齢者リハビリ地域包括ケア病棟と同じ機能、同じものですか。

## 三好病院局総務課長

三好病院の緩和ケア病棟につきましては、平成26年8月の新病棟の開院と合わせまして、県内の公立病院では初めて緩和ケア病棟20床を開設しております。この緩和ケア病棟につきましては、がんの治療中に表れます身体的苦痛、あるいは精神的苦痛、こうしたものの症状に対しまして医師や看護師それから薬剤師、管理栄養士など、チームで対処いたしまして、患者さんと御家族ができる限り安らかに過ごしていけるような、療養生活の質の向上に努めるといった施設でございます。

三好病院の施設につきましては、全て個室となっております、20床全ての個室に洗面シャワー室やトイレが完備されておりますし、共用スペースには家族の宿泊ができる家族控室、それから家族が料理をして一緒に食事ができる台所、それからラウンジとか面談室、あと屋上には庭園、こういったものも備えたところでございます。

緩和ケア病棟につきましては、昨年8月の開院以降、20床の病床について、平均的にいいますと10床、10名程度の方が入られているということでございます。

もう一つ、お話がございました包括ケア病棟でございます。医療につきましてはこれまでの病院で完結させる医療ということではなしに、地域の医療ケアが連携分担して地域全体の中で解決させる。そういった趣旨で設けられている地域包括ケアシステムといったことで、国のほうがこれを進めていっている。その中で、地域包括ケアを担っていく。です

から病気になられまして急性期の病院で治療を受けられて、その後在宅で診られるとか、介護施設で診られる、そのときにまた調子が悪くなったときに受け入れるといった病棟、あるいは急性期で手術とか治療を受けられて、その次に在宅へいくまでのリハビリとか、そういうものを中心に行っていく。そういったための包括ケア病棟という仕組みが、昨年度の診療報酬改定の中で設けられたものと理解いたしております。

#### 樫本委員

高齢者リハビリ、地域包括ケア病棟なんですが、急性期の病院のベッド数について、これは先ほどの議論になってくるんですが減らされるとしますね。そうしたら、その補いをいわゆる地域包括ケア病棟ということで、地域包括ケアのほうに充当されていくような方向に行くんですか。

#### 三好病院局総務課長

私は県立病院の所管をいたしておりますが、県立病院のほうでは今現在のところ、地域包括ケア病棟は持っておりません。県下全体でという状況については、ちょっと私のほうでは答弁いたしかねます。

#### 原田医療政策課長

先ほど、樫本委員のほうから地域包括ケア病棟の今後の進み方について御質問いただきました。

今回の医療機能の分化・連携の動きの中で、委員から御案内もありましたけれども、高度急性期、急性期と慢性期については、推計によりますと減らしていくという方向が出ております。唯一、回復期については、リハビリ等も含めて増やしていく機能であるという推計になっております。

そうした中で、地域包括ケア病棟につきましては、先ほど三好課長からも説明がありましたけれども、専従のリハビリ専門職や在宅復帰支援担当者などを配置して、急性期を脱した患者さんを60日に限定して、リハビリ等をしっかり行っていただいて、在宅に導いていくと。

また、在宅で一旦帰られても、容体等が急変した場合は、またその地域包括ケア病棟で引き取るといいますか、対応させていただくという病床でございます。今後の大きな動きの中では回復期を担う病棟でございますので、動きとしては拡大基調になっていくのではないかというふうに考えております。

#### 樫本委員

今後、拡大されるだろうということなんですが、当然そうだろうと思います。

急性期の病院に入院して、ある程度治った。そうすると、やっぱり急性期の病院の経営の効率化からも単価が高いうちに次のところへ出て行っていただいて、その受け皿として地域包括ケア病棟があるということになるので。

いわゆる病棟の数というのは、現在のところどうなんですか。本県では充足できているのか、今後もうちょっと増やさないといけないのか。これから地域において、家庭で、在宅で老後を迎えようとする人にとって、これは非常にいい病棟であって、大変大切になってくると思います。

そこで、現在の充足というのはどういう状況になっていますか。日本における需給バランスは。

#### 原田医療政策課長

樫本委員から、現在の地域包括ケア病棟の充足状況について御質問いただきました。

大変恐縮なんですけれども、ちょっと手元に今の充足状況を示すデータを持ち合わせておりません。

ただ、今後進めていくべき分野ということで、県の予算において包括ケア病棟のリハビリの専門職の配置につきましては、理学療法士さんでありますとか作業療法士さんの雇用について、1人当たり200万円まで給与費等を補助していくという制度を持っておりますので、これらも活用していただいて広めていくように誘導していきたいと考えています。

#### 樫本委員

それでは、今後データを精査し、よく調査していただいて、不足の傾向があるなら補っていただけるように、安心して地域で生活ができる仕組みづくりをしっかりとやっていただきたいと。今後の高齢化の時代を迎えて、特に2025年の時代を迎えるに当たって、しっかりと構築していただきたいと思います。

#### 上村委員

樫本委員の質問にも関連すると思いますけれども、私も国民健康保険の問題について先般本会議で一般質問をさせていただきました。

国民健康保険については、県の担当者の方も国民健康保険というのは国民皆保険の最後のとりでだと、その安定的な運営は多くの県民の皆さんの暮らしを支える、極めて重要であると認識されていると言われました。

実際、市町村国保というのは、加入者の方は大変低所得の方が多いと。1人当たりの医療費が高額であるということと、平均年齢が高いのでどうしてもそうなるんですね。運営主体の保険者も小規模なものが多いので、どうしても財政が不安定になりやすく、非常に厳しい運営だということを回答としていただきました。

県のほうは平成17年、2005年度には県の調整交付金の制度を創設して、いろいろ財政的な援助もしているというふうにお答えいただいたんですけども、具体的にはどのくらいの金額が使われているのか。また、平成24年度には県の調整交付金の負担割合を拡充したというふうにお答えいただきました。これをもう少し具体的に教えていただきたいなと思います。

遠藤保健福祉政策課長

ただいま上村委員より、国保関係について質問をいただいております。

この前の一般質問のほうで御回答させていただきました県調整交付金につきまして、平成17年度から市町村間の財政力の不均衡を調整するための県の調整交付金を創設いたしましたということと、平成24年度に交付金を対象経費の7%から9%へと拡充したということが主な内容でございます。

その金額についての御質問かと思うわけなんですけれども、県の調整交付金につきましては、平成27年度の当初予算ベースで43億円といった金額になっております。

平成24年度に対象経費の7%から9%に拡充したということでございまして、この部分につきましては、平成23年度の当初予算ベースで31億円、それが平成24年度で43億円といったところで現在に至っておる状況でございます。

上村委員

低所得者世帯の保険料負担を軽減する保険料軽減制度というのもあると思うんですけど、この負担割合を4分の1から4分の3に引き上げたという回答もいただいておりますけど、こちらのほうももう少し詳しく教えていただけたらと思います。

遠藤保健福祉政策課長

平成17年度に県調整交付金の創設とともに低所得者対策といたしまして、低所得者世帯の保険料負担を軽減するための保険料軽減制度で、県負担割合を従来の4分の1から4分の3へというようなことで引き上げております。

この内容で、平成27年度の当初予算ベースで25億円といった金額になっておりまして、相当高額な支援を県ベースで行っているところでございます。

上村委員

前は、財政状況が厳しいので、毎年70億円を超える多額の県費を投入しているというふうにお答えいただいたんですけど、これは制度にない法定外の県独自の繰入れではないと思います。

実際の県独自の繰入れというのは幾らあるんでしょうか。また、今年度の予算を教えてください。

遠藤保健福祉政策課長

国保に関する徳島県からの負担金なり、交付金なりといった御質問でございます。基本的に現在、県のほうから国保の制度に対して負担を行っているものにつきましては、やはり国のほうの大枠の仕組みに沿った形での負担なり交付といったことでございます。

先ほど申しました県調整交付金のほかに、保険料の軽減分ともう一つ保険者の支援分というものがございまして、こちらのほうは低所得者の数に応じた保険料の支援といったようなことでございます。また、高額医療費の共同事業の負担金といったようなところ、大



きくは4項目で支援いたしておりまして、平成27年度の当初予算ベースで合計79億円と  
なっているところがございます。

#### 上村委員

今、平成27年度に79億円の繰入れというふうに言われましたけれども、ちょっと独自に  
調査させていただいたんですけれども、2005年から2006年にかけて三位一体改革というの  
がありましたよね。これは、国が行ってきた市町村国保への財政負担、補助の一部を都道  
府県に移管するというので、これまで国が支出してきたお金を都道府県に肩代わりさせ  
るといった中身になっています。

ですから、市町村国保に対する支援が実際に拡充したわけではないんですけれども、そ  
の前後で全国でどういう状況になっているかということ調べたものがあります。その中  
では最初1970年代に制度が変わる前ですけれども、ほとんどの県が独自の繰入れも行って  
いました。2005年から6年を境に独自の繰入れをするところがぐっと減ってきて、2010年  
の当初予算で見ると大体12県しかないですね。

徳島県は、2003年と2004年にもう独自繰入れをやっていますけど、2005年からずっとた  
しかゼロだったと思うんですけれども、そういう状況、認識でよろしいのでしょうか。

#### 遠藤保健福祉政策課長

誠に申し訳ないんですが、以前の状況というのを私どもも十分は把握できていないとこ  
ろでございます。上村委員、お話のとおり、三位一体改革の中で従来国が負担していたも  
のが、地方分権、財源移譲というような中で県のほうに調整交付金なり、あるいは先ほどの  
保険料軽減部分の県負担なり、そちらのほうに移行されたといったようなところは聞いて  
いるところがございます。

#### 上村委員

平成24年度の被保険者数というのを県のほうから統計をいただいたんですけど、これを  
ずっと合計すると年度平均で大体19万218人、被保険者でおられるということです。これ  
は単純計算で70億円、県費を投入したというふうに言われましたので、これで計算すると  
概算で大体1人当たり36,800円ですか。今年度はもう少し増えると思うんですけど、たっ  
たこれだけの繰入れしかないということで、本当に不十分だと思うんですね。

私も、選挙中に地域を回りましたがけれども、国保料というのは非常に高く払って切れな  
い。滞納されている方も実際どんどん増えてきている状況で、これが国保財政を余計に圧  
迫しているという状況になっていると思います。

国のほうが国庫負担をどんどん減らしてくるということで、自治体のほうでこれを肩代  
わりするというのは本当に大変苦しい状況があると思います。やっぱりこの辺は地方の実  
情に応じて、しっかりと国からは財政をいただいて、県の実情に応じた国保運営ができる  
ように求めているというのとは当然必要だと思います。県のほうも国庫負担の割合を  
もっと、元に戻せというところまで行っていませんけれども、とにかく増やしてほしいと

いうことで、全国知事会などを通じて要求されているということは聞いています。

ただ、やっぱり本当に今の徳島県の国保料、介護保険料というのが全国平均を見ても高い。特に県庁所在地で徳島市などは所得に占める割合が全国トップですよ。これは、たしか間違いではなかったと思うんですけども、そういう点では、それぞれ今、市町村が努力して繰入れをしているところもありますけれども、県としても是非、独自の繰入れをしていただきたいなと思っています。

御存じかもしれませんが、実際に国保料が高いために、保険料を払えずに手後れで死亡されたという方の事例が、徳島県でも昨年、私のつかんでいるところでは1件ありましたので、ちょっと御紹介しておきます。

この方は60歳の男性の方ですけど、非正規雇用で頑張っておられた方で、月に20日ぐらいは働いていたんですけども、2012年10月に急性期病院で肺がんという診断を受けて、経済的にも非常に困難ということで治療が続けられなかったんですね。仕事をしながら、生活を継続されておったんですけど、2013年9月頃から呼吸困難になることがあって、2014年4月に本当に呼吸困難がひどくなり、急性期の病院を受診された後、私が勤めていた健生病院のほうに転院された。検査の結果は、化学療法もリスクがあるので、本当に難しいということで結局は緩和ケアを希望され、お亡くなりになりました。もともと仏壇製造の会社に勤務していて、この病気が原因で2014年4月に退職されています。本来なら国保に加入するという申請はされたんですけども、国保料が非常に高く、とても払えないということで未払のまま、国保資格証を発行されて、結局は治療が継続できずに亡くなられたという事例です。

特に国保というのは失業されて入ってくる方、また年金生活の方、生活状況が本当に厳しい方が全国でもたくさんおられるところなので、県としてもしっかりと援助していただきたいなと。せめて、協会けんぽ並みに引き下げるということで国庫負担金を引き上げてもらうということは、国に当然要求していただきたいなと。

その上で、これは様々なペナルティーがありますよね。国として、地方がやっていることに対して、そういう制裁措置は余りないように言われましたけれども、実際には法定外繰入れをやるとペナルティーがあって、交付金が減らされるというふうな仕組みになっていますので、本当にこれはあめとむちの政策と思います。

今後、平成30年に国保運営が県に移管されますので、県の責任で保険料が高騰しないように、手立てをとっていくということが重要になってくると思います。

県が医療費助成制度の実施主体としての責任を是非果たしていただいて、住民福祉の守り手としての役割を発揮していただきたいなと。これはもうプログラム法でどんどんと国保だけでなく、医療全体、介護全体で国は改悪していくということになっています。樫本委員が言われましたように、やっぱり国のやり過ぎたことに対しては、委員会でも意見を上げていくというのは私も大賛成です。とりあえず一番切実な問題である国保については、県としても独自の繰入れを是非行っていただきたいなとこの意見を申し上げまして終わらせていただきます。

木下委員長

それでは、午食のため休憩します。（11時50分）

木下委員長

休憩前に引き続き、委員会を再開いたします。（13時03分）

質疑をどうぞ。

庄野委員

樫本委員から、病床が削減されるということについて質問がございました。

私も病床が削減されることについては、民間の病院も県立の病院も急激な減少というのは非常に医療を受ける人が困るなというふうな気持ちがございますとお聞きしようと思ったんですけども、これはひとまず置いておきまして、県のほうにも県民の方々が安心して、例えば入院して治療を受けたり、また通院できるような状況を是非ともつくり上げていただきたいなと思います。

それと、こういうことが出てくる背景には、やっぱり県も今回の議案に在宅の介護とか在宅での医療、そういうふうなことがかなり予算にも載っています。病院で診る、入院するという、病院に関わるということが、だんだん医療費の関係とかで在宅に移していこうという趣旨が大きく見えております。ざっくりで結構ですので、今、徳島県では在宅の介護、医療を進めようとする上で何を一番しなければいけないのか、何が不足しているのか。詳しくはいろいろと載っておるんですけども、医師とか看護師さんとか、それからいろんな在宅で歯の治療を受けたいとか、在宅に移行していくときに必要なのは何かということをちょっとポイントだけで結構ですので、アバウトですけども教えていただけたらと思います。

原田医療政策課長

ただいま庄野委員のほうから在宅医療・介護を推進していく上で、県としてどのような施策を考えているのかについて御質問いただきました。

今回の補正予算にも計上させていただいているんですけども、例えば在宅医療を進める場合ですと、在宅医療、退院の調整者という方を置きまして、そういった方に御活躍いただくような場面、医療や介護のニーズを抱える患者さんが在宅復帰、退院する場合には退院調整を行って、入院医療機関と在宅医療、介護提供機関の連携のもと、患者の状況に応じて適切な在宅医療・介護サービスの提供を受ける必要がございます。

退院調整を行わないまま退院いたしますと、退院後、要介護度が急に悪化したり、短期間のうちに再入院するといった問題が起こりやすくなります。そこで退院調整者を新たに雇用する場合に、一定期間、県が補助することで、配置を促進し、退院調整体制を強化して、入院医療機関と在宅医療・介護が連携しやすい環境の整備を図るといった予算を計上させていただいております。

もう一方、在宅医療を進めていく際に、やはり訪問看護のニーズが高まってまいります。

今、超高齢社会を迎えまして、疾病や傷害を持ちながらも、住み慣れた生活の場で自分らしく安心して療養生活を送る社会の実現が求められておりまして、在宅医療の重要性が委員御指摘のとおり、ますます高まっているところでございます。そうした場合に、訪問看護につきましては、在宅療養者、その家族を最も身近に支えて、医療介護の連携推進において、生活の視点の看護の提供と医療と介護をつなぐ橋渡し役として、大きな役割が期待されておりますので、訪問看護提供体制の充実と訪問看護師の確保が非常に今までにも増して重要になってまいります。

そこで、訪問看護について言いますと、訪問看護の基盤整備でありますとか、訪問看護職員の確保でありますとか、確保した職員の方々の資質の向上、こういったことで3本柱で事業を進めさせていただいております。

何点か触れさせていただきますと、訪問看護の整備基盤については、県内の各医療圏域において訪問看護の拠点を整備するために、徳島県訪問看護支援センターというものを配置いたしております。

また、訪問看護職員の確保については、県南部あるいは県西部にナースセンターのサテライト展開をやっておりまして、地域の実情に応じた訪問看護師の確保に努めているところでございます。

さらに、資質の向上ということで、看護技術の向上のための研修会等も開催させていただいております。在宅医療を進めていくために、訪問看護の充実を図るでありますとか、あるいは退院調整者の配置を進めていくとかということでございます。

今、申し上げました医療政策課で担当しております施策について、文教厚生委員会資料の3ページの医療衛生費、摘要のところでは書かせていただいております。

医療分は以上でございます。

#### 春木長寿いきがい課長

引き続きまして、庄野委員の御質問に、介護の立場から答弁をさせていただきます。

現在、介護の現場でなかなか人材が集まりにくいというような状況がやはり言われております。それで、平成26年6月に地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備に関する法律、いわゆる医療介護総合確保促進法というのができまして、これまで以上に地域包括ケアへの取組というのが明記されたところでございます。

現在のところ、国内的に非常に大きな問題である団塊の世代の方が75歳以上の後期高齢者となる2025年問題を迎えるに当たって、しっかりと介護人材の量、それから質ともに整えていかなければならないという課題に迫られております。今後、新たな法律に基づきます医療介護総合確保基金の介護分、医療分もございますけれども、介護分とかを用いまして、介護人材の確保に関する施策について、積極的に対応してまいりたいと考えております。

#### 庄野委員

それぞれ御答弁いただきましてありがとうございました。

在宅医療の推進事業、介護との連携体制の構築でありますとか、在宅医療の人材育成、提供体制の整備等々、本当に多くの課題がございます。現状は、在宅の医療・介護というのは大体どのぐらいあって、10年後ぐらいには、どのぐらいになると予測されるんですか。

これ難しいかもわかりませんが、かなり多くなるということで、人材も定期的といえますか、年々目標を定めて確保していかないと。在宅はこのぐらいで医療をしようではないかとか、介護もこのぐらいにしようではないかという、施設ではなくて在宅介護はこのぐらいしようじゃないかというふうな目標とか何かあるんですかね。

#### 原田医療政策課長

今回の専門調査会の推計によりますと、現在慢性期の病床にいらっしゃる方で、比較的程度が軽症の方については、在宅のほうに移っていただくという方針が示されております。

それで、医療資源投入量と申しまして、治療の度合いが低いけれども、いろんな要因で療養病床にいらっしゃる方については、将来介護施設や高齢者住宅を含めた在宅医療等で追加的に対応すべき患者さんとして位置付けられております。この方々が全国ベースですので数字が大まかになるんですけれども、29.7万人から33.7万人、その程度の方々については在宅に回っていただく。

ちなみに、今回の2025年の推計で必要とされております病床が115万床から119万床という形になっておりますので、それとは別に30万人前後の方が在宅医療での対応を目指していくという推計になっております。

#### 春木長寿いきがい課長

引き続きまして、介護のほうについてお答えをさせていただきます。

現在、平成27年3月に本県におきましては、とくしま高齢者いきいきプランということで第6期の徳島県高齢者保健福祉計画、それから介護保険事業支援計画というのを策定いたしました。それに基づきましていわゆる高齢者施策をさせていただくということになっております。

その中で、介護人材の推計という部分がございます。国のほうもほぼタイムリーな形で発表はされておるんですけれども、例えば2020年、平成32年におきましては、介護人材ということで、これは基本的には在宅というより施設系のお話かなと考えておりますが、県の推計によると、大体需要が1万5,651人。それから供給のほうは1万5,262人ということになっておまして、約400名弱ぐらい介護の人材のほうは不足してくるのではないかとということになっております。

平成37年の2025年におきましても、現状のままの推計で行きますと、需給の差が広がっていくということになっておまして、需給推計においては、県の数字でございますが、需要が1万6,418人、それから供給の推計のほうは1万5,186人という数字になっております。

ですから、様々な人材確保の観点からの施策で対応することによって、また処遇改善の

施策を国のほうに政策提言などもさせていただいております。そういったものも引き続き、しっかりと行うことなど、いろいろなものを様々に組み合わせて、ギャップを埋めていくというような方針でおります。

#### 庄野委員

ありがとうございます。いずれにしても、医療に携わる人、それから施設介護に携わる方々というのは、不足していく可能性が大分あるなというイメージを受けました。処遇改善、そして3K職場というふうによく言われていますけれども、きちんと誇りを持って働けるような環境づくりを是非やっていただきたいなと思います。

今、雇用の問題からすると、非正規雇用労働者がたくさん増えておりまして、やはりきちんと処遇して、いわばずっとその職場で正規で働いていけるような仕組みを私はつくってほしいと思います。国の成長戦略にしても、介護医療にいい仕事をつくって、そこで働いていただくというのが雇用の大きな戦略の一つだと思います。徳島県だけの課題ではありませんけれども、そこは本当に今の政府に対しても人材の確保と処遇改善等々を求めていかないと、県内から優秀な人材が出ていってしまっていて、見渡してみたら働く方々、マンパワーがないというようなことになります。幾らこういうふうな事業をしようとしても、特にそういう高齢者、社会保障をうまく組み立てていくのは人ですから、人の確保が医療の面、介護の面には非常に私は求められていると思いますので、是非頑張ってくださいと思います。

在宅医療等々の推進事業の課題ということで、県のほうも専門職の育成確保、これは重点課題として在宅緩和ケア、在宅でもそういうことをするんですね。それから、在宅でのみとり、肺炎への対応、質の高い在宅医療を提供するための体制整備、口腔ケア、訪問看護の支援体制、これらのことも本当に大きな課題としてありますので、是非よろしく願いしたいと思います。

次に、危険ドラッグの関係で少し。

私どもの県は徳島県薬物の乱用の防止に関する条例を全国に先駆けてつくりました。とにかく覚醒剤とかの危険ドラッグから青少年を守ろうということで、徳島県のライオンズクラブなども薬物乱用対策本部等々の講習にも出まして、薬物乱用防止指導員に報酬なんかも出ております。特に小学生ぐらいから絶対に手を出さないという教育をしなければならぬ。中学生ではもう遅いそうです。1回手を出せば、自分はやめられたと思っていてもやめられない。また、フラッシュバックしてきて、また何かあれば手を出してしまうということです。絶対に手を出さないという教育を一生懸命やられております。このことをもっともって県民にも、それから小学生の子供さんにも、学校に行ってどんどん教えるべきだと私は思うんですけれども、そこらはやられていますでしょうか。

#### 久米薬務課長

今、庄野委員のほうから危険ドラッグに関します、特に若者への普及啓発について現状はどうなっているのかという御質問でございます

ライオンズクラブの先生方とか、あるいは学校薬剤師、保護師さん等、県内約500名の薬物乱用防止指導員の方々に地域におきまして活躍していただいております。特に小中高校における危険ドラッグ教育ということで、徳島県の場合、全国的にも非常に高い実績でほとんどの学校で何かの機会を捉えて今やられているという現状でございます。

#### 庄野委員

薬物乱用患者の過去1年の調査をしているらしいんですけども、その主な薬物は、危険ドラッグが34.8%、覚醒剤が27.4%、あと医薬品の睡眠薬などが16.9%、有機溶剤シンナーなどが4.3%、大麻が2.6%。

やっぱり危険ドラッグというのが、インターネットとかで非常に手に入りやすいというようなことで、どんどんと安易に使ってしまう可能性があるんです。徳島県ではそういう販売をしている店はもうゼロですよ。と聞いていますので。

あと、インターネットとかでも買えたりしますんで、これは県警とも連携をして、そういう販売しているところを捕まえたり、それと買わないようにするような仕組みについて。インターネットのほうはどうですか。

#### 久米薬務課長

危険ドラッグのインターネット等での購入、そういったものの監視ということで御質問いただいております。

まず試買調査ということで実際に県のほうでインターネットのサイトから商品を買って検査をやるという取組をしております。

昨年度から法律のほうの規制もかなり強くなったということで、約1年前は200店舗ほどの実際のドラッグの店舗があったんですけど、今、委員がおっしゃるようにほとんどゼロということ。それと、実際にインターネットで買えるサイトにおきましても、かなり減ってきているという現状がございます。

今、私どもが実際に試買調査で危険ドラッグを買おうという状況のときにも、なかなか実際に買えないという、非常にいい結果になっているのではないかと考えています。

これまでに我々がサイトで買って、分析をやりましてその結果を実際にサイトのある自治体のほうに報告いたしまして、そこで麻薬取締事務所でありますとか、あるいは県警と合同で立入りして、そういった店を潰していくという事例もあります。

#### 庄野委員

どうぞよろしく申し上げます。本当に私も講習を受けて知ったんですけど、やっぱり一遍そういうふうな薬物を使ってしまうと、たばことは違って、もうとても自分の意志ではやめられない。やめたと思っても、また使ってしまう、結果的に、人に迷惑を掛けたり、それで車を運転して事故を起こしてみたり、そういうことになるという事例があります。人格、人間を破壊してしまいますので、啓発と予防をお願いしたいと思っております。

それと、今の話とは全然違いまして、救急車を呼ぶ場合に119番したら、消防本部がと

りますよね。救急車の配置の仕方なんかは本県はどうしておるんですかね。

というのは、実は京都府で2015年から救急車や救急病院、消防本部にタブレット端末を配置して、患者を各病院により速やかに搬送できるサービスを始めたというのがあります。従来は病院が朝夕、受入れの可否や空きベッドの数などの情報を消防に通知して、119番通報で駆け付けた救急車の隊員が患者の症状を消防本部に連絡して、消防本部は病院から受けた情報をもとに搬送先の病院を指示していたというふうなことでありますけれども、新しい京都のシステムは、病院は朝夕、情報を通知するんですけれども、現場に駆け付けた救急車の隊員がタブレット端末で受入先の病院を検索して、病院と直接やり取りして搬送先を決定すると。別の救急車の搬送先情報もタブレットで検索ができるということです。

これは局地災害とか大事故が発生して、多くの患者が出た場合に、複数の病院を一斉に搬送要請を送付できるというシステムも装備していて、たらい回しみたいなのが少しなくなるのかなというふうなことで、タブレットの配備先は救急隊66台、救急病院123台、消防本部が15台ということが書かれております。

京都府といたらそれはもう大きいですから、徳島県とは人口規模が違いますけれども、本県は大体どんな状況ですか。

#### 栗田医療戦略推進室長

ただいま委員のほうから、京都府の救急医療におけますタブレット端末搬送システムにつきまして御質問いただきました。

本県におきましては、先ほど御質問いただいたようなタブレット端末を使ったような救急搬送システムというのは、現在のところは導入されておられません。

しかしながら、四国の各県、香川、愛媛、高知におきましてもそういったシステムの導入につきまして検討を始めているところがございます。本県におきましても、そういった導入につきまして、他県の動向も見ながら、今後、研究を進めたいと考えている次第でございます。

#### 庄野委員

研究していただいて、是非、緊急に搬送できるような部分があれば、またお願いしたいと思えます。

最後になりますけれども、去年の本会議で、骨髄バンクの白血病等で苦しむ患者に骨髄や末梢血管細胞を提供するドナーへの助成制度というのを質問しました。

そこで、埼玉県の事例等々も出しまして、県そして市町村がそれぞれお金を出して、骨髄バンクに登録しておられるドナーの方が、移植を希望する方との型が一致した場合に、患者さんに提供しやすくするような助成制度を創設したらどうかということを申し上げました。県内の市議会ですらそういう討論がされたり、市のほうも前向きに検討するという話もあるようですけれども、県もそれ以降、一体どんな検討状況になっているのか。ドナー提供者への助成制度についてお聞きしたいと思えます。



### 藤井感染症・疾病対策室長

ただいま庄野委員から骨髄バンクのドナーに関する環境整備の御質問がございました。

適応するドナーがいても、実際に骨髄提供に結び付かない理由として、ドナー自身の健康状態ですとか家族の理解、仕事の都合など様々な事情もあるということです。特に仕事の都合に関してはドナー休暇やボランティア休暇等、企業の休暇制度が大きく影響しているということで、このあたりにつきましては商工団体に対しましてもドナー休暇制度の導入ということを積極的に働き掛けてまいりたいと考えております。

また、ドナーに対する助成制度につきましては、委員のほうからありましたように、市町村でもいろいろ検討されているということでございますが、昨年ちょっと答弁させていただいてから具体的に今何が進んでいるということではないんですけれども、今後も市町村の動向等も踏まえまして、引き続き研究なり、してまいりたいと考えております。

### 庄野委員

ドナー登録していて型が一致して実際に提供できるという方が、6割ぐらいというふうには私は聞いております。あとの4割の方々がもう一步踏み出して提供してあげれば、白血病等々で苦しむ方々の命が助かるという、非常にこれは崇高な移植手術でございます。

ただ、ドナーになる方にはリスクもありますし、仕事を休まなければならないということもございます。もちろん県庁なんかはドナー休暇がございますので、それはもうオーケーだと思うんですけれども、例えば小さい企業さんとか、非正規で働いておられる方々とかは、休めばその分だけ給料が減らされる。実際に提供したいんですけども、やっぱり家計のこととか、またそういう病院に入院しますからリスクもございますので、なかなか踏み切れないという方もおいでとお聞きしています。

多分、数例なのかなという気はいたしますけれども、埼玉県ではたしか1日に県が1万円、市町村が1万円といった助成制度があります。合計6日間ぐらいの入院だと思いますので、そんなに目いっぱい予算が掛かるという事例は多分ないと思いますので、是非、市町村と協議してほしいと思います。

移植を希望しておられる方々は一日一日、死の恐怖に多分おびえております。その方々にとって、たまたまドナーさんがマッチングしたときというのは本当に命の希望が繋がった一瞬でありますので、それが切れないように県のほうも是非、前向きに研究をお願いしたいなと思います。

### 藤井感染症・疾病対策室長

ただいま委員からお話がありました埼玉県でのドナー支援に係る助成制度につきましては、1日当たり約2万円ということで、市町村と県で2分の1ずつ補助しているという制度でございます。埼玉県の制度なりを参考にして、どういったことができるのか、いろいろ研究してまいりたいと考えております。

### 庄野委員

よろしく申し上げます。  
終わります。

#### 長池委員

各部局別主要事業一覧というのを改めて見ておりまして、一つだけちょっと確認の意味で。

保健福祉部の主要事業の中に思春期からのライフプラン教育事業というのが、この冊子でいうと35ページに200万円の予算で計上されております。ちょっと事業内容を見ただけだと、妊娠・出産を含めた妊娠適齢期等の正しい知識に基づくライフプランということですが、今どういった状況なのか。新しい事業というふうに書かれておりますのでこれからなのかもわかりませんが、この事業に至る経緯とか、もう少し詳しく内容を教えていただきたいと思っております。

#### 稲井健康増進課長

ただいま長池委員のほうから、新規事業であります思春期からのライフプラン教育事業について詳しく説明をということでした。

晩婚化・晩産化が進む中、一般に高年齢の妊娠・出産というのが増えております。そういう出産・妊娠につきましては、様々なリスクが高まりますとともに、出産に至る確率というのも低くなっております。現在、不妊治療等の件数も増えている状況なんですけれども、やはり医学的に明らかに出産適齢期というのがございまして、それを過ぎますとなかなか妊娠もしづらいということもございます。

そこで、思春期におきまして、そういう出産・妊娠ですとか、そのときの医学的な状況というのをお知らせして、妊娠適齢期というのはどういうものかということをおわかっていただくという趣旨で研修会等をしたと考えております。

#### 長池委員

これは教育委員会と連携ということもございますので、中学生や高校生を対象としておるのか、また女子だけのいわゆる保健体育の授業なのか、男子もするのか、そのあたりもちょっとお聞かせ願いたいと思っております。

#### 稲井健康増進課長

学校教育と連携した研修会なんですけれども、実は学生さん方にお話ししていくことも重要なんですけれども、まずは、保護者の方に理解していただくということで、中学校と高校をモデル校にと考えております。

今後、今回6月補正のほうでお認めいただきましたら、そのあたりを具体的に進めてまいりたいと考えております。

#### 長池委員

わかりました。保護者が既に高齢出産だったりするので、結構難しい問題もあるのかなと思います。いいことだと思います。最近、家庭教育がやっぱりうまくいっていないので、実はこういうことは直接子供に教えたほうがいいんじゃないかなと私は思っておるんです。これこそ、あんたの自由にしなさいというふうな親も増えていきますし、逆に、結婚も出産も含めて、言う子供が反抗するしということで、なかなか子供に直接言えない、腫れ物に触るような形の関係がずるずると行って、適齢期、また出産適齢期を逃してしまっておるというのがあります。

やっぱり私は子供たちにダイレクトに、将来のライフプランとして考えるべきですよ、それも女性だけじゃなくて男性、特に男子に対してしっかり教えないと、と思っています。今、草食系男子が増えていまして、お付き合いしている女性のそういうふうな心の悩み事は一切わかっていないような、自分のことしか考えていない男子が多うございます。私も偉そうには言えないですが、そういう意味では是非、教育委員会と連携して、まだ200万円しか予算が付いていませんが、10倍ぐらい付けて、どんどんやってほしい。

今年はこれで出発してもらって、将来それがひいては少子化対策にもなるでしょうし、子供たちが大人になっていく上での、いろんな選択肢の中から選ぶ際の一番中心になる指針になってもらえたらなという思いがありまして、要望ということで付け加えさせていただきました。

以上でございます。

#### 嘉見委員

この前の事前の防災委員会で、予算が9,000万円の事業のことについて聞いておりました。前回はどういった基準でやるのか、どこで事業をするのかといったことを聞いたわけですが、まだ決まっておられませんとか、答えてはくれなかったんですが、日にちもたったんですが、どういったようになっておりますか。

#### 春木長寿いきがい課長

ただいま嘉見委員のほうから、特別養護老人ホーム等の高齢者福祉施設と防災減災促進事業についての御質問でございます。

この事業は、ちょっとまた説明させていただきますと、従来施設整備の補助金につきましては、平成16年度までは国・県による補助制度がございました。平成17年度に国の補助制度が廃止されて、都道府県の交付金なりに再編されたわけですが、平成18年度に交付金が廃止されて一般財源化されたというような背景はございます。

ただし、県といたしましては、当時の厳しい財政状況等を鑑みまして、なかなか施設等に対する補助というのができないというのが現状としてございました。

その後、南海トラフ大地震の発生確率が約70%ほどに上がったことでありますとか、特定活断層の調査区域の指定が行われたこと、あるいは津波災害警戒区域の指定、土砂災害警戒区域の増加というような、昨今の災害に関するような事象と申しますか、警戒すべき内容が非常に増えてきたというようなことも背景の一つとしてございました。

それで、平成26年8月の豪雨におきまして、実際台風11号、12号で県内各所の施設等で大きな被害を受けた事例がございました。

これらのいろんな流れを受けまして、県といたしましては、災害の被害を受けるおそれのある地域の施設におきまして、新たに地域の防災拠点としての機能、プラス地域創生がいわれている中で多世代交流であるとか、多機能型のサービスの提供拠点となるようなことをしていただくというような機能を要件といたしまして、現状、災害に対して不安のあるようなところから、安全な地域へ移転する場合において、市町村が実施する事業という位置付けのもとに、建設費の一部を市町村に対して補助する制度とさせていただいております。

現状といたしましては、新聞報道といたしますか、予算の発表の時点で問合せのほうも実際にございましたけれども、それはまだ相談中というような状況でございますので、詳細についてはお答えできる部分はちょっと難しいかなと思っております。施設側の反応といたしましては、団体とかの意見もございまして、県が一步踏み出してやってくれるんやなというようなお話も聞いておりますので、何とか是非このような補助金については対応させていただきたいと思っております。

#### 嘉見委員

この補助金は国の制度でなしに県のお金で9,000万円出すという話になるのかな。

#### 春木長寿いきがい課長

9,000万円の算出基礎というようなことでございます。

県といたしましては上限9,000万円。内容でございますけれども、一応計算としては1床当たり300万円、それから県内の平均的な特別養護老人ホームのベッド数が大体60床あるということでございますので、1億8,000万円を基準と考えまして、そのうちの半分を市町村負担、半分を県負担と考えております。

ですから、県の補助金といたしましては、施設に対する市町村経由の間接補助で、上限を県としては9,000万円の補助ということにはなっています。

#### 嘉見委員

そうしたら、これは市町村も国の補助とか県の補助はないわけやね。市町村にも9,000万円を。2分の1だから9,000万円出すというのは実質に、市町村が民間の介護施設に出すという話になるのか。

#### 春木長寿いきがい課長

委員お話のとおりでございます。県あるいは国から、市町村の負担した9,000万円に対する補助というものはございません。ですから、あくまでも上限1施設当たり9,000万円ということでございますので、市町村の財政力といたしますか、財政状況に応じた金額なりも想定されるのではないかなというふうには考えております。あくまでも平均的なモデ

ルを基礎にした算出基礎が1億8,000万円であり、その2分の1が県としては9,000万円、市町村としても9,000万円ということでございます。

嘉見委員

正直なところ、小さい市町村もあって、民間の介護施設に9,000万円も出せるようなところは少ないと思うけれど。県からお助けがなかったら、とてもでないけど。市町村で民間の介護施設に9,000万円出せるところが実質にあるのだろうか。

こういったところはどうですか。

春木長寿いきがい課長

委員がおっしゃられましたように、各町のやっぱり人口構成によって、財政規模というのも変わってまいりますので、9,000万円に対する位置付けというのも大きな違いがあるかと考えております。

ですから、県といたしまして、あくまでも上限9,000万円の設定ということで、やはり財政状況に応じた適当な金額というのは、実はあるのではないかというイメージも持っております。状況に応じては、施設と市町村がいろいろ相談の上、上限額が実は難しいのではないかという話も想定としては起こり得るとは考えております。

嘉見委員

わしらから見たら、これむちゃくちゃな話でないかなと正直なところ、思っ質問したんやけど。

そうしたら、1床300万円という基準はどこから出とるん。

春木長寿いきがい課長

実は、都道府県が実施いたします設備を対象とした補助金については、平成26年6月の調査によると、全国で45都道府県で既に実施されております。残っているのは徳島県と佐賀県ということで、本県といたしましても、この状況についてはやはり南海トラフ等の巨大地震を控えて、喫緊の課題であるという認識も正直でございます。

それで、補助単価について、1ベッド当たりの平均値を各都道府県ごとを並べてみまして、例えば新しくつくる場合については1床当たり補助単価が298万8,000円、それから改築については302万円と調査の上ではなっております。

ですから、特に今回改築移転ということが念頭でございますので、302万円をベースにいたしまして、本県で採用させていただきたいという数字については1ベッド当たり、平均値を用いるとニアリーではあるんですけれども、改築費の部分については300万円という数字を設定させていただいております。

嘉見委員

そうしたら、どんな安い建物を建てても300万円出るわけか。1床でいくんやけん。

300万円というたら、大体部屋へ入ったら10畳あるかないか、5坪や。普通だったら1坪50万円としたって250万円です。

そうしたら、300万円くれたら、廊下まで皆できるのと違うんかなと思う。これ、幾らの金額の何割というんではないの。総額幾らの設計で、何割を出し、補助金出しますという。安く仕上げたら、300万円はくれます、1億8,000万円くれますわと。1億8,000万円の建物を建てても1億8,000万円ということか。どこを基準にしてやっているのか。

春木長寿いきがい課長

全国状況を見ましたら、やはり補助単価の設定については、採用は1ベッド当たりという形で採用しているというところがほとんどでございます。改築において、1か所だけ施設規模によるという調査の内容が上がっておるというのもございますけれども。全国状況についても1ベッド当たりの単価を採用していると。

例えば、高知県におきましても増床の場合304万5,000円であるとか、近隣においてもそういったような数字もございますので、実際、特養なりを建てるとなると数億円単位のお金が必要になってまいりますので、現実的なところのお話で言いましたら、補助単価が建築コストを超えるというようなことはなかなか難しいのかなとは思っています。

常識的な範囲で言いましたら、建築単価も見据えながらではありますけれども、1ベッド当たりからで考えるべきでないかなというふうに思っております。

それで、後からの説明ということで恐縮ですけれども、現状といたしまして50床ぐらいの特別養護老人ホームの建築費なんですけれども、大体10億円以上掛かるというのが実態のようでございます。

嘉見委員

だからいい建物を建てようと思ったら幾らでも建つし。安くしようと思ったら、幾らでも安くできるという話。1床幾らで国の基準があるからと。前、国の基準のうわさでは補助金6割くれて、皆それで建つというような話を聞いた。ただでできると。その基準を持ってきて、今50床で10億円掛かりますとか何とか言われたって、そんな話で県の真水の銭が要るのに、県と市におりてきません、10億円掛かりますから、1億8,000万円は安いですわという発想でやるのか、これは。

春木長寿いきがい課長

基本的に私の考え方なんですけれども、10億円掛かるのでいいというようなお話のつもりも毛頭ございませんで、やはりそこらあたりは適正な規模に応じた建築コストなり、平均的なコストを鑑みまして、いろいろな施設、設備等におきましても、いろいろ見させていただきながら、無駄なところはないかというような視点も必要かなとは思っております。

まず10億円ありきというような形では、なかなか補助金についても適用すると言いますか、そういうような方面で考えづらいのかなと。やはり規模に応じた適正な建築コストと言いますか、それをきちんと抑えるべきかなというふうには考えております。

## 嘉見委員

どうやって抑えられる。

## 大田保健福祉部長

先ほどからお尋ねの内容でございますが、まずは施設が、私どもとして想定しておる補助の単価につきまして高い場合もあるんじゃないかというお話かと思えます。

補助事業として行う以上は、当然私どもとしてもどのような施設か、例えばという字句は必要になってくると思えます。そういった中で余り低い費用で建てられるものについて、本当にその施設が、例えば耐震性、あるいは機能性ですとか、そういったところの基準というのが適応しているかというようなことは、しっかりと精査の段階で確認する必要があると思っております。

また、市町村が2分の1負担になっている事業ということで、そういった負担に耐えられる市町村がないんじゃないかというお話がございます。先ほどから長寿いきがい課長が答弁を申し上げますとおり、9,000万円を一挙に使っていただくということもあり得ると思えますけど、そうじゃない場合もあり得ると思えますし、それはまさに市町村の判断によって、どの分を補助対象にするかという調整は出てくるということだと思えます。

県が2分の1負担になっておりますけれども、説明でも申しましたとおり、今度新しく建てていただく施設について、やはり地域の拠点としての機能をしっかり果たしていただきたいという、私どもとしての政策的な意図も込められたものでございます。そういった中で、まちづくりという観点からも市町村にも応分の負担をお願いするという趣旨ですので、御理解賜ればと思えます。

## 嘉見委員

なかなか納得できるものではない、もう正直言うて。

例えば移転というのは、新しいのを違う業者がしたいと言ってきたらどうするん。移転やいうのは、必ず移転してもらわんでもいい。新しい業者が新しいところへ建てると言ったら、これはだめだという話か。新しいのをと言うなら違う業者がここに建てますわというのにも補助してあげるんか。許認可も与えんわけでないか。新しいのをつくろうと思っただけ。

話がちょっとおかしいんと違うかと思う。新しいのには許認可を与えん。津波が来るところじゃないところには、はい、これだけ出しますという話で、どこかへ変わってくださいということを堂々と言うわけか。新しいのにしたくて困っている人、たくさんおる。だけど、これには許認可を与えん。さきにおかしいところへ建てておるものも、変わるにはお金が掛かります。後からする新しい人には許認可も与えん、補助金もなし、さきにしとるから、お金出しますわというの、ちょっとおかしいないかという思いで言いよるわけよ。

大田保健福祉部長

長寿いきがい課長からも説明させていただきましたけれども、制度の趣旨として、既にある程度の災害によって被害が発生すると見込まれているような地域において、特に災害のときに援護が必要となる方々がおられる施設からというのが、防災・減災の観点から早く措置を講ずる必要があるという趣旨から出たものでありますので、移転の促進を支援するというような事業になってございます。

また、今、嘉見委員から、新しい施設を新規につくろうとしたときにはどうなんだという御指摘がございました。これにつきましては、それぞれの市町村において介護保険以外の、介護保険については市町村が運営主体でございますので、そういった中で、市町村の中で必要な施設数の協議などをされた上で決定されていくものだと思いますので、そこは市町村のほうの御判断があるんだろうと思います。

ただ、今回の地域医療介護総合確保基金におきましても、市町村が必要なところにつきましても、基金という形でも支援することとしているところでございます。

嘉見委員

これ以上言ってもしょうがないけど、これはどこにするかというのはまだ言えないわけ。

大田保健福祉部長

まず予算を議決いただかないと私どもとしても事業化はできないところでございます。既に、当然こういう事業をやりますというアナウンスはしてございますので、例えば防災に対する危機管理の高いところですか、あるいは施設の移転のタイミングが近いところなど、検討されているところがあるかと思います。そこは、それぞれの動きがあると思います。そうは言いますが、具体的に私どもが考えている補助事業の対象になるかどうか、私どもとしてもこれからしっかりと検証していく必要があると思いますので、まさに今後そのような状況を御相談を受けながら進めてまいりたいと考えているところでございます。

嘉見委員

最近、思う。こういう制度で予算を付けて、わしらが了承したら、実質はそれで終わり。この制度で、ここに使いましたよと言って誰か報告してくれるのか。基金に積んで、積んだら予算は了承するわけ。銭の使い道、どこでわかる。こんな制度だって、わかっておつて言わないわけだから。基金だったら全然わからなくてないか、どこで使いよるか。

こういうやり方はちょっとあかんと思う、正直言うて。議事をなめて、こうやってやりよるわけやから。こういう制度をつくりました。この後、議員はどないするん、どこでわかるん。

もっと、きっちりと話ができるように、予算を付けるときはここで使いますということを書いてもらって審議するのが当たり前の話。この頃使い道が全然わからんようなお金がたくさんあると思うんです、基金とか何とかいろいろ積んで。

議会が、なめられてるから、そうなっておると思う。もうこの辺で収めておきますので、



その辺のところを十分、これからよろしゅうにお願いします。

大田保健福祉部長

今、嘉見委員から重要な御指摘をいただいたとごさいます。私どもとしても予算をお認めいただくからには、運用状況の透明性に十分留意しなくてはならないとごさいます。どういう手立てをもってその運用状況を明らかにしていくかというのはまた、法律の検討をさせていただきたいと思ひますけれども、今の嘉見委員の御指摘を十分念頭に置いた上で、執行させていただきたいと考えております。

上村委員

庄野委員が質問されたことに関連してですけど、地域包括ケアを本当に進めるのが大事だと思うんですけども、ここで欠かせないのが24時間の巡回型の訪問サービスだと思うんです。訪問介護も看護も大事だと言われましたけど、むしろ在宅の場合は、訪問介護のほうが本当に役割が大きいので、徳島県ではなかなかうまいことっていないとお聞きしています。

実際、夜間対応型の訪問介護の事業所があるのかどうかということと、24時間の巡回型の地域の訪問介護の施設を使ったモデル事業というのが今あるのかどうか。今後の見通しはいかがでしょうか。

春木長寿いきがい課長

ただいま委員のほうから24時間体制の介護のサービス提供について御質問いただきました。

現在のところ、24時間体制のサービスがきっちりできているかということにつきましては、なかなか現状としては難しいということで、できていないというのが現状でございす。

実際、背景といたしましては、やはり事業者さんにおいて、介護のヘルパーさんなり、あるいは種々の職種の方を夜間待機させておくというのは非常にコストが掛かるということが大きな問題でございす。

ただし、今後地域包括ケアを各市町村あるいは地域包括支援センター等でいろいろ御議論いただく中で、24時間サービス提供体制というのは非常に大事な要素かなというふうにも考えております。ですから、県として放っておくということのないように、市町村なりの議論に十分情報をいただきながら、積極的に相談等にも対応してまいりたいと考えております。

上村委員

これは、国の制度と大きく関連していると思ひますけど、今、訪問介護報酬というのが本当に下がってきているので、事業所としては採算がとれないんですよね。ですから、やっぱり今の介護報酬を引き下げることについては、しっかり地域でも包括ケアが

成り立たないということで声を上げていただきたい。また、ベッド削減に関して、とにかく在宅へ、在宅へと医療も介護も流れていくという方向になっていますけれども、実際、地域で受けるほうは、そういう体制も整っていない、整える見込みもなかなか厳しいと思います。

こういう国の方針に対してはしっかり声を上げて、もうこれでは地域で医療介護難民があふれるぞということで、是非、担当者の方も国のほうへ言っていただきたいと思います。国の制度を本当に改悪させないことが、私たちの地域医療介護を守る一番の手立てだと思うので、ちょっとそこは御意見申し上げたいと思います。

木下委員長

ほかにございませんか。

（「なし」と言う者あり）

今日は質疑の中で、たくさん意見が出ました。樫本委員から国から地方創生を言いながら、地方が衰退するような文言が発せられたと。それに対する意見書もお願いしたいという意見がございました。この件につきましては、どのように取り計らいましょうか。

（「文言については正副委員長に任せて出すと、こういうことにしますか。」と言う者あり）

木下委員長

議論の中で決まったようでございますので、そのように取扱いをさせていただきます。

それと、理事者の方々にお願いしておきたいんですが、我々委員も一生懸命、真剣に予算については質疑しております。やはり、委員も胸を張って承認した、そして理事者の方々も、これはこのように予算を執行していくんだと明確な答弁ができるようお願いしておきたいと思っております。

これからは、そのようによろしく申し上げます。

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12号

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、お諮りいたします。

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。

お手元に御配付しております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、当委員会の県外視察についてでございますが、ただいまの予定といたしましては、8月26日から28日までの3日間の日程で、教育・福祉施策等について調査するため、東北方面の関係施設等を視察したいと考えておりますので、よろしくお願いたします。

これをもって、文教厚生委員会を閉会いたします。（14時23分）