

平成27年12月定例会 文教厚生委員会（付託）

平成27年12月11日（金）

〔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】

- 平成28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）

病院局

【報告事項】

- 平成28年度に向けた病院局の施策の基本方針について（資料②）

大田保健福祉部長

この際、1点、御報告を申し上げます。

平成28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。

お手元の資料1を御覧ください。

保健福祉部におきましては、平成28年度は、「一歩先の未来」へ！保健福祉部の挑戦を合言葉に、直面する課題に取り組んでまいりたいと考えております。

このため、本県が当面しております、病床の機能分化や連携などの地域医療体制の改革と充実、全国よりも早く進む高齢化に対応するため、生涯現役で活躍できる場の創出や、在宅医療・介護の連携などの超高齢社会への対応と挑戦、高齢者・障がい者などを含めた誰もが安心して暮らせる地域社会を実現するためユニバーサル社会の推進と下支えといった、様々な課題に対応してまいります。具体的には、その下に記載してございます、地域の医療提供体制の確保、健康寿命の延伸、地域包括ケアシステムの構築、ふるさと回帰と活躍の場づくり、障がい者等の権利擁護と社会参加促進、地域福祉の推進の六つの目標の実現に向けた施策展開を図ってまいります。

まず、一つ目でございますが、地域医療体制の改革と充実に対しまして、地域医療提供体制の確保のために地域医療介護・総合確保基金を活用し、質の高い医療サービスの提供体制を構築してまいります。具体的には、医療資源の集約化と、地域の実情に合わせた病床数の適正化を進めるとともに、日帰り手術センター等の整備支援による入院治療の外来

化や、退院支援・退院調整の充実などにより、在宅医療を推進してまいります。

また、地域に必要な医療従事者の確保・養成の取組を、引き続き実施してまいります。

さらに、地方独立行政法人徳島県鳴門病院につきましては、県北部の中核的病院として、救急医療や、がん医療などの機能強化を推進し、引き続き地域の医療水準の向上に努めてまいります。

また、その下、健康寿命の延伸でございます。

糖尿病，がん，認知症，自殺予防対策，乳児死亡率改善など，県民の健康づくりに取り組んでまいります。

続きまして，右上の二つ目の課題，超高齢社会への対応と挑戦でございます。

これに対しまして，誰もが住み慣れた地域で，安心して暮らし続けられる地域包括ケアシステムの構築のため，医療・介護の連携強化や，介護人材の育成，認知症サポーターを活用した地域ぐるみの支援体制を引き続き整備してまいりますとともに，その下，ふるさと回帰と活躍の場づくりのため，徳島型C C R Cの推進により，本県ゆかりの高齢者の移住を促進するとともに，高齢者の活躍の場を創出してまいります。

続きまして，右上の三つ目の課題，ユニバーサル社会の推進と下支えでございますが，この課題に対しまして，障がい者の権利擁護が図られる取組を一層推進するとともに，自立と社会参加を促進してまいります。具体的には，今議会に提案してございます，平成28年4月施行予定の障がいのある人もない人も暮らしやすい徳島づくり条例につきまして，その内容の周知・啓発を図るとともに，この条例の大きな柱となります，自立と社会参加の促進の具体化のため，スポーツや文化芸術分野をはじめ，就労や情報アクセス・コミュニケーション支援など，障がい者が社会で活躍するための環境整備を総合的に進めてまいります。

また，その下でございますが，地域福祉の推進のため，生活困窮者の自立支援を強化するとともに，多様な生活・福祉ニーズに対応する福祉拠点の整備に取り組んでまいります。

以上，保健福祉部は，県民の命・健康・暮らしに密着した諸課題に的確に対応した施策展開によりまして，県民一人一人の笑顔が踊るとくしまの実現に向け，未来志向でチャレンジしてまいりたいと考えております。

報告は，以上でございます。よろしくお願い申し上げます。

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。

お手元の資料1を御覧ください。

平成28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。

病院局では，平成26年3月に策定いたしました，徳島県病院事業・経営計画に基づきまして，県民に支えられた病院として，県民医療の最後のとりでとなる，との基本理念を実現するため，県立病院は三つでひとつとの認識のもと，中核となる中央病院をはじめ，三好病院や海部病院におきまして，それぞれ拠点としての機能整備を進めております。

本県医療の中核拠点を目指す中央病院におきましては，新病院開院後，小児救急や精神

科救急をはじめ、様々な疾患の救急に対応し、昨年度の救急患者受入数は、開院前年度と比べまして、約3千人増加いたしております。

特に、ドクターヘリの基地病院といたしまして、消防等からの要請に応じた出動件数は、本年6月に累計で1,000件を突破するなど、救命率の向上に努めているところでございます。

また、三好病院及び海部病院に対する医師派遣や、放射線画像の遠隔読影診断などにより、両病院の診療機能をサポートする役割を果たしておるところでございます。

中央病院の来年度の施策といたしましては、現在進めております、総合メディカルゾーンの一体的な外構整備を引き続き、着実に推進いたしますとともに、地域の中核となる病院との連携を強化し、三好病院・海部病院を通じた、県西部・南部の支援を充実する施策を展開することにより、県下全域の救命救急への対応力の更なる向上に取り組んでまいります。

次に、四国中央部の中核拠点を目指す三好病院は、昨年度開院した新高層棟におきまして、屋上ヘリポートの設置や免震構造の採用により、災害拠点病院としての機能向上を図ったことに加えまして、手術・化学療法・放射線治療・緩和ケアによるフルセットのがん治療を開始し、本年4月には、中央病院によるサポート体制のもと、地域がん診療病院に指定されたところでございます。

来年度の施策といたしましては、こうした強化された機能の地域に向けた発信といたしまして、がんに関する正しい知識や最新の治療方法についての普及啓発や、地域住民の方々にも御参加いただき、災害対応訓練や救命処置等の講習など、地域に開かれた病院としての施策を展開してまいります。

また、先端災害医療拠点を目指す海部病院は、本年6月に本格着手しました、新海部病院の建築工事を順調に進めている中、11月には、地域の公的医療機関が一体となった医療提供体制である、海部・那賀モデルの構築を目指す推進協議会が開催され、海部病院から上那賀病院及び海南病院への診療支援の取組を開始したところであります。

来年度の施策といたしましては、建築工事について、平成28年度中の完成を目指し、着実な推進を図るとともに、海部・那賀モデルの実現に向け、近い将来の地域枠医師の受入れに備えた、若手医師の育成環境の充実に努めてまいります。

さらに、中央病院を中心とした3病院の診療連携が進む中で、各病院の電子カルテシステムを、平成30年に統合することを目指して、効率的かつ一体的なシステムの構築に向けた、具体的な検討に取り組んでまいりたいと考えております。

こうした施策によりまして、県立3病院の一体的な経営を一層推進し、充実・強化を図ってきた県立病院の機能を、更に県下一円に波及できるよう努めてまいります。

報告は、以上でございます。よろしくお願いたします。

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。

質疑をどうぞ。

上村委員

それではまず、障がいのある人もない人も暮らしやすい徳島づくり条例が提案されていますので、この件について、ひとつお願いしたいと思います。

2006年の第61回国連総会で障害者権利条約が全会一致で採択されて、日本もやっと昨年2月に批准しました。この条約というのは、全ての障害者による、あらゆる人権及び基本的自由の完全かつ平等な享有を促進し、保護し、及び確保すること、並びに障がい者の固有の尊厳の尊重を促進することなどを目的としています。

国内では、2013年6月に障害者差別解消法が公布されて、2016年4月の施行に向けて今、政府によって基本方針が示されるなど、準備が進められています。しかし、法律はできたものの、差別は身近な地域で起きて有効な解決方法にはなっていません。そのためには、地域の実情に即して実効性のある解決の仕組みが必要ということで、2015年3月までの時点で13の自治体、県レベルでは10道府県と思いますけれども、障がい者の差別をなくす条例が制定されています。

徳島県でも、今回やっこの条例を制定するということがパブリックコメントまでされたということですが、障害者差別解消法ができて、年金が給付されない障がい者がいるとか、年金制度とか同じサービスを利用している、65歳になると介護保険に切り替えられて利用料が取られるなど、障がい者の総合支援法の矛盾もありますし、差別的な制度とか法律は、まだまだ残っていると思います。その上に、障がいに対する理解不足とか社会に残る様々な障壁によって差別、偏見は依然としてなくなっていません。障がい者の方は、大変、生活のしづらさとか不安を抱えていると思います。そのために、徳島県でも早くこの条例を制定する必要があると考えていますので、この提案された条例は、基本的には私も賛成です。ただ、条文の中で、できることとしたとか、講ずることにしたという表現が大変多く見受けられるんですけれども、本当に実効性のあるものにしていくためには、しなくてはならないなど、義務としてはっきりと明記すべきではないだろうかということがひとつあります。

それと、条文案には障がいのある人の通行、または歩行の安全確保のための対応についてなど、一部には具体的なことが明記されていますけれども、自立及び社会参加の項など抽象的な内容のものが、かなりあります。2016年度実施に向けて実効性のある基本方針とかガイドラインをつくっていく必要もあると思うんですけれども、その点はどうなっているのでしょうか。

それと、パブリックコメントが13人の方から50件寄せられていますけれども、この中で、障がい者の地位や権利状況、社会的立場などが恵まれないことが多い現実があるのに、そこを起点にしている感じがしないと。障がいのある人、ない人が同じレベルに立っている前提の表現が目立つ、障がい者差別や基本的人権をはじめとした本来保障されるべき権利が現実、損なわれていることを是正していこうとする施策が必要ではないかという意見もありますけど、私も全く同感です。情報の取得とか意思疎通、移動だけでなく、食事、排

泄，入浴といった日常生活動作や買い物，身の生活保持など様々な生活面での不便さを解消する支援，学習，発達する権利の保障なども含むべきではないかと思えますけれども，どうでしょうか。

林障がい福祉課長

ただいま，今議会に提案しております，障がいのある人もない人も暮らしやすい徳島づくり条例について御質問いただきました。

今，お話にもありましたように，この条例につきましては，障がい者の国際条約としては初となる障害者権利条約という大きな流れも踏まえまして，進めてまいりました施策も含めた形での総合的な体系になっておるということでございます。

まず，1点目の施策を進めるに当たってのガイドライン，施策づくりについてでございますが，この点につきましては，先般の一般質問でも，どういった形で進めるのかということについて長尾議員からの御質問にお答えしたところでございますが，施策の大きな流れにつきましては，これまでも障害者基本法に基づく計画を策定して進めてまいったところでございます。今回，特に自立と社会参加の分野につきましては，これまで本県で実施してまいりました施策を更に充実するということが背景でございますので，そういった既存の計画も踏まえた上で総合的に推進してまいりたいと考えております。

もう一点，パブリックコメント等々で，今回の条例の権利に関する表現についての御指摘があった点についてでございます。今回の権利擁護の章立ての部分につきましては，先ほど委員からもお話がありましたように，この4月に施行されます障害者差別解消法というのがベースになっておるところでございます。そちらのほうで基本的なところについての規定はあります。今回の条例では，その法律を具体的に進めるために，相談体制でありますとか紛争解決の調停でありますとか，法律を具体的に進める部分についての規定をしておるということでございますので，権利擁護についての書きぶりとしては，そういった表現になっておるといことは御理解いただけたらということでございます。

まさにおっしゃいましたように，そういった法律で障がい者施策を進めていきましたが，最終的な目標であります障がい者の方が地域で共に生きる共生社会の実現に向けて，権利擁護と社会参加という大きな柱立てを進めておるところでございます。パブリックコメントでもそういったものをするに当たっては，情報アクセスでありますとか様々な社会参加についての施策をしてほしいという，先ほどもお話がございましたが，そういったものについては，この条例に基づきまして計画的に進めてまいりたいと考えておるところでございます。

上村委員

そうすると，これはやっぱり障害者差別解消法に基づく条例が基本となっているので，これに足りない分については，基本法にのっとった施策を進めていくということで，並行的にそういうことをやっていくというふうに理解したらよろしいのでしょうか。

林障がい福祉課長

今もありましたように、障害者差別解消法におきまして、基本的な理念とか施策については出ておるといふこと。今回特に、努力規定でございますが、地方自治体のほうで、相談体制であるとか紛争解決について整備するよとよいうような形の法律の規定等々もございまして、そういった法律と一体となった形で進めるといふ構成となっているところでございます。

上村委員

また、この問題については追求していきたいと思っております。

続きまして、徳島県発達障がい者総合支援プランというのもいただきまして、これについてもちょっと意見を言いたいんですけれども、2005年に発達障害者支援法が施行されて、総合支援法にも発達障害が位置付けられた。これは大変有意義なことと思っております。県も前年度の発達障がい者支援に関する実態調査の結果を踏まえて、今回、この総合支援プランというのを策定中ということで、また、これも1月にパブリックコメントをとって3月に委員会に報告されるということですが、事前に担当の方とちょっとやり取りしましたけれども、これを見ての感想と要望についてちょっとお願いしたいと思っております。

乳幼児期とか学童期から高校までは、比較的、相談体制も支援体制も整ってきていますけれども、大学とか専門学校などの高等教育から就職活動などを行う、いわゆる成人期の対応が非常に難しいのではないかといいふうな印象を持っています。特に、アスペルガー症候群など一部の発達障がいでは、大学とか専門学校、教育とか医療系福祉の実習や就職活動など、初めて多くの人と接する場面で障がいが明らかになる場合も多いと思っております。しかも本人とか家族が障がいについて自覚できなかつたり、受け入れられない場合もあると。こういう場合は支援が大変難しく、引きこもりなどにも陥ってしまうケースもあると聞いています。

こうしたケースでは、家族が困ったと自覚しても、障がいと名が付いた支援機関には相談に行かない可能性が十分あると思っております。支援機関へのアクセスの可能性を高めるためにも、障がい者支援というのを機関名に掲げないことが重要である場合も多いといふふうには指摘されている研究報告もありますけれども、県としては、まだ具体的なところは策定中ということですが、この点についてはどうお考えになっているか、確認しておきたいと思っております。

志田発達障がい者総合支援センター所長

大学をはじめとする高等教育機関において、発達障がいを抱えておられる学生さんへの対応についての御質問でございます。委員がおっしゃいましたように、社会性とか、人のコミュニケーションの面で課題を抱えつつも一定の学力が備わっておられるといふことで、その辺の発達の偏りに本人が気付かないまま、あるいは周囲も何らかのことは感じていても大きな問題と捉えないまま大学へ進んでいかれて、大学において一定期間修学された後、いざ就職という段階になった場面で、その職業への適応力の問題が出てくる。課題

が出てきて思った道へ進めない、あるいは選択の道、職業選択の幅が狭まるという事態が出てくるということが、大学の教育現場でも近年特に問題になってきています。

それで、こういうケースに対応するためには、まず、その御本人あるいは御家族が自らの発達特性を十分理解するということが一番ですし、また、その大学等の高等教育機関の教職員の方におかれても、そのあたり、学生さんの発達特性に応じた支援をしていくということが重要になってまいります。それで、現在策定中の総合支援プランにおきまして、高等教育機関と私どものような相談機関との連携によって、委員の話にもありましたけども、余り発達障がいというのを看板に掲げるのではなくて、もう少し気軽に自分にある発達の問題について、相談できるような場を学内に設けるとか、あるいは移動相談室的なことを開催するとか、そういうような取組についてプランの中に盛り込んでいくということにしております。

年齢がいった成人期になるほど、発達障がいへの対応というのは難しくなるものですから、今後も私どもの相談機関、高等教育機関、それと国のハローワークとか、障がい者の職業センターという労働機関のネットワークを構築して、更に取組を強めてまいりたいというふうに考えています。

上村委員

是非、具体化していただきたいと思います。

次に、県の地域医療構想についてなんですが、現在策定中の県の医療構想について、事前委員会でもこの問題について少し意見を述べさせてもらいましたけれども、これに関連して再度意見を述べたいと思います。

地域医療構想は、2025年の医療需要とベッドの必要量を推計して医療機能の分化と連携を推進するというものです。11月の調整会議で、国のガイドラインに従って推計した結果をもとに協議され、様々な危惧の声も上がっています。一旦これが策定されると、この地域医療構想というのは今後の医療費適正化目標の基準となってしまいます。医療費抑制のために地域医療を切り捨てるような計画にはいけないと思っています。

国のガイドラインでは、医療機能ごとに一律の病床稼働率が設定されていて、稼働率が低い地域ではベッド削減や転換が求められることとなります。しかし、県西部や南部のようにこれまでも医師不足に悩んできた地域では、そのことによってベッドの稼働率が下がっているというのが実情だと思います。9月議会で問題になった阿南中央医療センター（仮称）についても174床もベッドが削減される計画になっているのも、もともとは医師不足からと聞いています。国のガイドラインに従えば、こういった医師不足の実情に合わせてベッドを減らすという悪循環に陥ってしまうことになると思います。この際、地域の実情に合わないガイドラインによる推計に頼らずに、県としてやっぱり独自に地域の要望も聞いて必要な医療を確保する体制の充実を図るべきではないでしょうか。

政府が進める病床削減は、比較的軽度とされる医療区分1の患者を短期間で在宅に返すことを前提にしていますけれども、在宅療養を支える体制の保障もないまま進めていけば、特に過疎地域では大変深刻な事態になることが想像できると思います。県西部とか南部で

は、往診とか訪問看護も対応できない地域がかなりあると思いますけれども、今後、2025年までに充足させるような計画が立っているのでしょうか。

また、在宅での受皿も整わないままに患者さんを病院から追い出すようなことは許されません。回復期、慢性期の病床をしっかりと確保して安心して療養できる体制を保障する方向で考えるべきだと思いますけれども、どうでしょうか。

6月議会で、県議会としては、地域医療構想が地域の実情に応じた現実的な内容とし、国が一方的に病床削減を強いることがないよう全会一致で意見書を上げましたけれども、今回、議会として県の医療構想策定においても同様の意見を上げるべきではないかと思えますけれども、これは委員の皆さんにお願いですけど、いかがでしょうか。

それから、今年の介護報酬改定による県内の介護分野への影響についてですけども、これも事前委員会でもちょっとお話をしましたけれども、この問題に関して一つ取り上げたいと思います。県内の介護事業所のうち在宅サービスを行っている事業者の廃止数等の調査です。2012年4月から2015年5月まで、各月ごとに居宅介護支援サービス、居宅介護サービス、介護予防サービス事業者の増減について担当の方に調べていただきました。その中で、毎年12月から翌年5月までの事業者の増減の合計をグラフにしてみました。委員長にお願いして、こういうものを皆さんにも見ていただきたいと思います。この前に介護報酬の改定があったのが2012年ですか、その後の今回2015年4月に改定がありましたけど、それまでの3年間の12月から翌年5月までの6か月間、合計で見えていますけれども、これを見ますと、在宅サービス事業の増減というのでは、居宅サービスについてですけど、この2012年、2013年は、廃止、休止よりも新規、再開が増えているんですよ。ところが、この2015年4月に介護報酬の改定が、しかも引下げだということが明らかになって、恐らく事業所としても廃止、休止とかいうことを検討された上だと思いますけれども、今年の5月までで廃止、休止が33件増えて、新規、再開が46件、結局新規、再開のほうが減っているという状況です。

介護予防サービスについても同様の傾向が見られるんですよ。私もこのグラフをつくってもらって余り傾向がわからなかったんですけども、こういったものだけでも徳島県でも在宅介護について本当に影響が大きいということがわかると思います。2012年4月の改定は、確か全体としてはプラス改定だったんですけど、2015年は初めてマイナス改定になったと。これからますます高齢化が進んで介護サービスの充実を図らなくてはならないときに、こうしたことが起きているのは問題だと思います。国に対して介護報酬の引下げで問題が起こっている、改善すべきだという声をやっぱり県としても上げるべきだと思いますけれども、どうでしょうか。

それから、在宅介護について1点お願いしたいことがあります。これも担当の方とちょっとやり取りをしましたけれども、病院から在宅への流れの中で、介護分野でも医療必要度の高い利用者が在宅での療養を選択されるようになって、その中で、介護職員にも一部医療行為が要求される場面が出てきました。その一例が気管切開とって、気管に穴を開けて気管カニューレというのを装着された利用者の方の、たんの吸引です。今までは家族とか看護師が担当しておりました。これは、医療法上も医師と看護師にしか許可され

ていないことですので。

ただ、在宅患者さんが増えるにつれて、それでは間に合わないということで、特例措置として国も一部のヘルパーさんとか介護職に、家族の依頼を受けて家族の延長という形で、たんの吸引を特例としてやってきた経過があります。それが、平成24年に法律が変わって、安全面からも、やっぱり、しっかりとした制度にしないといけないという改定だと思いますけれども、たんの吸引とか医療栄養とか一部の医療行為について、特別な研修を受けて認定された方が県に届け出て、認定を受けた事業所から派遣された場合に限って、こういった手技が認められるというふうになっています。

そこで、県も研修を組んで今年で3年目ということですが、この認定する事業に取り組んでいるわけです。この研修は、今年は健祥会の福祉専門学校に委託して行っているということです。150人という大変多くの方が受講されています。この中身を見ますと、12月から2月までの期間で基礎から始まって演習、実習まで非常に長時間研修して、試験に合格して初めて認定ということになります。この研修の中で、実は在宅の方の、特に気管切開を行って気管カニューレを装着している方の、かくたん吸引について前年度、対象の利用者がいなかったの、実習ができずにこれだけ残っているという介護職の方がいるということで、ある事業所からこの対象の利用者が現在、在宅でいるので、実習を指導する資格を持っている職員もいて、いろいろと条件がそろっているの、この実習だけ早くさせてほしいという依頼がありました。県としては、健祥会が行っている全体の12月から2月までのプログラムの中で、2月にこの在宅での、かくたん吸引の実習が入っているの、それまで待つてほしいということの、やり取りがありました。

結局のところは、今回は難しいということで、来年度から実情に応じて一部の実習についても何とかできないかというふうな依頼がありましたけれども、県の担当者の方ともやり取りをしましたが、いろいろと実情がおありのようで、今年はどうにもならないと。来年に向けてはちょっと検討したいというふうなお返事でした。

今、どんどん病院からこういった医療度の高い方が地域に出てきています。こういう利用者が、今後もどんどん増えてくると思います。たんを引く回数というのはその方によって差がありますが、1日に数回、多い方は1時間に1回以上、これを全部家族とか訪問している看護師でやるとなると大変な状況で、とても賄えないと。風邪を引いていたりすれば、もっと回数が増える状況です。ですから、特定の利用者の介護の実習のためとなればチャンスも非常に限られますので、他の事業所の在宅の利用者に実習させてもらうという手もありますけれども、これも大変ハードルが高いと思います。何とかもう少しフレキシブルな実習にならないかと思うんですけれども、来年から検討していただくということですが、重ねてお願いしたいと思います。この点についてはいかがでしょうか。

原田医療政策課長

上村委員から地域医療構想について、何点か御質問をいただいております。持続可能な社会保障制度の確立を図るためには、2025年問題を見据え、増大する医療費を抑制するとともに、限られた医療資源を有効に活用していくことが重要となるため、都道府県は地域

医療構想を策定し、こうした課題に対応することとされたところでございます。人口減少社会の到来と全国より早い高齢化の進行に直面する本県においても、将来の望ましい医療提供体制に向けた取組は必要不可欠であり、地域医療構想の策定は避けて通ることのできない課題と考えております。

地域医療構想における必要病床数の推計方法につきましては、医療法等で規定された全国共通ルールであることから、我々といたしましては、これに従わざるを得ず、また、必要病床数は2025年の医療需要に基づいた病床数をあらわしたものであり、将来の人口に見合った医療提供体制を示していると考えております。事前委員会の資料にもお示ししておりますけれども、今回の必要病床数の推計値に当たりましては、留意点といたしまして、必要病床数の推計は医療法等で規定された全国ルールによるものであるということ、必要病床数は圏域全体としてのあるべき医療提供体制を構築する中で収れんしていくものであり、個別の医療機関に病床の増減等を割り当てるものではないということ。また、各医療機関は、将来この推計値を基に判断材料としていただきまして、圏域内での将来の自らの病院の在り方を踏まえた自主的な取組を行うこととなりますけれども、その実現のためには、委員のお話にもありましたように、在宅医療等の充実が図られることが前提となっているというものでございます。

今後におきましては、数値のほうは11月にそれぞれ3圏域でお示しさせていただいたんですけれども、もとよりこれは地域医療構想調整会議の中で幅広く課題の抽出をしていただきまして、その中で、東部、南部、西部それぞれの圏域の実情もございまして、そういったものについて、委員の皆様方から御意見をいただきまして、協議を重ねていきたいというふうに考えております。

春木長寿いきがい課長

上村委員から、介護関係の質問を大きくは2点いただいております。

まずは、介護報酬の改定によります訪問サービスを行っている事業所への影響ということで、こちらのほうは、平均といたしますか、全体の改定率はマイナス2.27%であったということで、おっしゃられますように、やっぱりプラス改定よりはマイナス改定のほうが当然、事業所に対しては影響があるものというふうには考えております。ただし、廃止にまで至るかどうかというところで、こちらのほうに廃止届け、休止届けのほうが出てきておりますけれども、そちらのほうの記載によりますと、多くの事業所で述べられている理由は、やはり人材の確保が難しいということが第1でございます。

ですから、県におきましても、やはりこの人材確保というのは、県民の皆様への介護サービスを十分行うということにおいて、また、その事業所においてしっかりと事業を継続していただくという面において大変重要であると認識しております。これまでも国に対して人材確保のための予算の確保でありますとか、それから、介護報酬における処遇改善加算の部分についての政策提言なりは、させていただいておるところでございます。

ですから、どちらかといいますと、小さな事業所におきましては、処遇改善加算がとれていないというところが、まだかなりの数、全体事業所数で約8割の事業所がとってはい

ただいておるんですけれども、残り2割の多くは零細の事業所であるので、そちらの事業所については、今後しっかりと啓発あるいは指導という形で、この処遇改善加算をまずはとっていただいて人材の確保に十分努めていただきたいというふうに対応してまいりたいと考えております。

それと、たんの吸引についての御質問をいただいております。こちらのほうも、医師と看護師が従来は、たんの吸引についての業務を行っていたところでございますけれども、平成24年4月から、介護職員等についても、ある一定の研修をされますと、たんの吸引ができるということにはなっております。

それで、今年度につきましては、この12月6日からスタートしております、大体2月いっぱいぐらいまでの期間の間に演習等で50時間、それと実務の研修をさせていただくということになっております。在宅系の事業所、それと施設系の事業所、それぞれ、たんの吸引については、対象となるサービス利用者の数等で違いはあろうかと思っております。ですから、上村委員から御提案と申しますか、御提言いただきましたように、来年度につきましては、そのあたりの問題点と申しますか、現場の声をいろいろとお聞きしながら、よりよい研修の在り方というのを検討してまいりたいというふうと考えております。

上村委員

介護報酬改定による県内の介護分野への影響ですけれども、処遇改善加算を残りの2割のところに指導して、とれるようにというふうに言われていますけれども、この処遇改善加算というのは非常にいろんな要件があって、要件を満たせないと諦めているところが多いと思うんです。ですから、介護報酬が引き下げられると、全体として最終的には一番多い人件費のところに、しわ寄せが来ますので、やっぱりこの介護報酬についてはマイナスとならないようにしてもらわないといけないのではないかと申すことを重ねて申し上げたいと思っております。

それと、在宅介護での実習ですけれども、かくたん吸引だけではないと思っておりますので、是非、現場とよく、すり合わせをして、本当に少しでも介護者が在宅で活躍できるようなそういう方向で実習を組んでいただくように努力していただきたいと思っております。

庄野委員

私のほうからは、感染症対策ということでお伺いしたいと思っております。私も、今まで本会議、委員会等で、例えばエボラ出血熱であったり、それからマーズ、いわゆる中東呼吸器症候群、これは中東と申しますか、砂漠におけるラクダと人が接触することによってマーズにかかるわけですけれども、韓国で大分、発生したようなことも記憶に新しいんですけれども、そうした動物を介して人に感染する、そして、人に大発生していくというふうなことが、映画等々でもいろいろと取り上げられております。そうしたサーズであったりマーズであったりエボラ出血熱であったり、それから、最近では、SFTSと申しまして、重症熱性血小板減少症候群がこの本県でも感染者が出たりしまして、非常に今、公益社団法人日本医師会と公益社団法人日本獣医師会が連携しまして、そうした人と動物の共

通感染症につきまして議論を進めて、そして調査研究も進めております。

そうした意味で、私、先日、委員会からの派遣ということで、11月6日に東京の日本医師会館で開催されました日本医師会と日本獣医師会による連携シンポジウム、越境性感染症の現状と課題ということで、マーズであったり、それからSFTSであったりエボラ出血熱等の勉強をしてまいりました。本県にもかなり影響があるなというふうに感じましたことを、現状と対策等々についてお尋ねしたいと思います。

まず、SFTSでありますけれども、これは主にダニです。いわば生息しているダニがアライグマとかタヌキとかを吸血することによってうつって、また、吸血したダニが人間を吸血すると、うつるというふうなことで、非常に重篤な症状を発して、かなり致死率も高いということです。そして、徳島県を含め西日本で結構発生が高いということで、このSFTSというのは新しい病気なんですけれども、今後増えていくであろうというふうなことが指摘されておりました。そのSFTSに関して現状と、それから課題みたいなものが今ございましたら、おっしゃっていただきたいと思います。

藤井感染症・疾病対策室長

ただいま庄野委員から、SFTSに関する現状と課題についての御質問をいただきました。まず、委員からお話もありましたとおり、SFTSにつきましては、2011年に中国で初めてウイルスの原因が特定された病気でございます。主にSFTSウイルスを保有するマダニにかまれることによって感染いたします重症熱性血小板減少症候群と言われる疾患でございます。感染してから発症までの潜伏期間は6日から14日程度と言われておまして、主な症状としましては、38度以上の発熱ほか嘔吐、腹痛、下痢、下血等の消化器症状があらわれます。また、血液検査所見では、血小板とか白血球の急激な減少ですとか肝機能障害をあらわす血清酵素の上昇とかが見られます。重症化すると死亡することもございまして、先ほど委員からお話もありましたように、致死率は約30%とされております。

日本国内での発生の状況ですけれども、2013年1月に初めてSFTSウイルスによる患者が報告されまして、その後、1月末に厚生労働省のほうから地方自治体を通じて全国の医療機関に情報の提供を依頼した結果、SFTSと診断された8名の患者の報告がございました。その後、SFTSは感染症法上の4類感染症に位置付けられまして、発生した場合には、患者の全数が報告されることとなっております。

本県におきましては、平成25年5月に初めての患者があらわれまして、平成25年度には2件、それから平成26年度には7件、本年度は3件の報告がございまして、計12名ということになるんですけれども、そのうち4名の方がお亡くなりになっております。

この感染につきましては、先ほど申し上げましたように、SFTSウイルスを保有するダニにかまれるというふうなことで、インフルエンザのような容易に人から人への感染というふうに広がるわけではないんですけれども、ただ、中国におきましては、患者の血液と直接、接触した場合とかに人から人への感染というふうな報告もされているということで、そういった意味でも注意は必要ということがございます。

また、治療方法につきましては、これはSFTSウイルスということなので、現在のと

ころ有効な抗ウイルス薬といった治療法がないので、症状に応じた対症療法となっております。

庄野委員

野生動物の中にも、このSFTSのウイルスを保有している事例が、かなりあるということが言われておりました。アライグマは検体数が1,949個ですけれども、これが2007年ではゼロ%だったんですけれども、やっぱりいろんな血液をずっとストックしておったものを検査すると、2015年度では約半数のアライグマに、このSFTSのウイルスが保有されていて、タヌキは検体数は554ですけれども、2015年は30%。県内にもアライグマ、タヌキもいっぱいいると思うんです。先生がおっしゃっていたのは、西日本に多くて、大体かかるのが5月から8月、やっぱりダニが活発に吸血する時期なんだと。野生の中ではこのウイルスの発見は新しいんですけれども、これからかなり慢性化、恒常化して、そのウイルスは存在し、野生動物の中で常にそのウイルスが伝搬されていると。人が吸血されるとかなりの確率でSFTSにかかる可能性があるから、やっぱりそうした周知と、山に行ったときにダニに刺されないようなきちんとした方策を。私は前にマムシのことを言いましたけれども、やっぱり防御しておかないと、たかがダニにかまれたぐらいでいけるだろうということが、過去には言われていたかもしれないんですけれども、やっぱりこれほど多くの野生動物に陽性の抗体物質保有があるということは、いつ何どきかまれたら、2回かまれたら1回はちょっとというふうな部分があると思いますので、十分に気を付けていただきたい。

これは全国各地でそういう動物由来の感染症に対して動物の獣医師側からの研究と、医師会側からの研究がタイアップしながら、そういう過去にストックされていた血液等々を検査する中で、そういうことがわかってきたというふうなことも言われておりましたけれども、本県では大分前から医師会と獣医師会が共通感染症対策ということで連携強化されているようにもお聞きしております。新しいそうした病気に本当にかかることがないように、また、かかったときにはきちんと迅速に対処して治療して治すような、そうした医師会と獣医師会との連携、あと、県や病院との連携を今後、より深めていただいて、そうした病気の注意喚起みたいなものを更に深めていっていただきたいなというふうに思うんですが、どうでしょうか。

藤井感染症・疾病対策室長

今、庄野委員からSFTS等に対する人獣共通感染症に対する予防策、注意喚起等について、御意見をいただきました。

まず、このSFTSの予防策といたしましては、委員からもお話があったとおり、まずはマダニにかまれないようにすることが重要でございます。ですから、春から秋という野外での活動が増える時期に、草むらとか、やぶなどマダニが生息すると思われる場所に入る場合には、長袖の服、長ズボン、足を完全に覆う靴、帽子、手袋を着用して首筋にはタオルを巻くなど、なるべく肌の露出を少なくすることが重要でございます。特にマダニの

活動期とされます春から秋にかけては、野外での活動後は入浴してマダニの付着がないかチェックするなどの注意が必要となってまいります。

万が一、マダニにかまれた場合には、マダニの多くは人や動物に取り付きますと、皮膚にしっかりと口器というかくちばしというか、これをしっかりと突き刺すというふうな傾向がございます。そしてまた、数日から長いもので10日間ぐらい吸血するとも言われています。無理に引き抜こうとするとマダニの一部が皮膚内に残ってしまうことがありますので、そういう吸血中のマダニに気付いた場合には、できるだけ早く病院に行っていただくということが大切ではないかと思えます。

また、このSFTSを保有すると言われるマダニにつきましては、応急的な対応として、例えばワセリン等、スキนครリームみたいなものですが、そういったものを塗るとマダニが窒息して自然に取れたりするといった場合もあるというふうなことでございます。

本県のマダニに関する感染症の防止対策といたしましては、先ほども申しましたように、ダニの活動期に合わせて県のホームページとか、あるいは県で作成しております注意喚起用のチラシを作成いたしまして関係機関にも配布いたしまして、県民の皆様に対して注意事項とかマダニにかまれた場合の対処法などにつきましての周知徹底に努めております。また、関係機関との連携という意味では、県庁内での危機管理連絡会議の開催ですとか、あるいは市町村職員に対する研修会の開催などによりまして、マダニを媒介とする感染症対策の周知徹底を図りますとともに、県医師会感染症対策委員会ですとか感染症講演会などにおきまして、医師の方とか医療従事者の方に対する研修会を開催いたしまして、感染患者が発生した場合の適切な医療提供体制の確保にも努めておるところでございます。また、マダニによる感染症の疑いがある場合には、その原因を確定させるために、保健製薬環境センターにおける迅速な検査にも努めております。

さらに、先ほど庄野委員からお話のありました医師会と獣医師会との連携についてでございますが、やっぱり人獣共通感染症につきましては、全世界的にも重要な対策ということでございまして、2004年になります。野生動物保護協会から、人間及び動物の間で流行する感染症を予防し生態系の完全性を維持するため、より多くの専門科学分野と実務部門にまたがる包括的な取組を確立する目的ということで、ワンワールド・ワンヘルス、直訳しますと、世界はひとつ、健康はひとつということになります。こういった理念が提唱されております。この理念に基づきまして、また、国民の間で抗病原性鳥インフルエンザをはじめとする多くの人と動物の共通感染症の流行制御への関心ですとか、食品の安全性確保に関する意識が高まる中、医師と獣医師が緊密に連携し、安全で安心な社会を構築するというふうな時代の要請もございまして、先ほど委員がおっしゃいました平成25年に日本医師会と日本獣医師会におきまして、学術協力の推進に関する協定が締結されたところでございます。

本県におきましては、県レベルの協定というのではありませんけれども、この締結よりも前の平成15年に感染症法の改正によりまして、人獣共通感染症の別名というか呼称である動物由来感染症の対策の強化が図られることになりましたことから、動物由来感染症の予防体制の整備に関する事項を協議するために、危機管理部におきまして、徳島県動物由

来感染症対策検討会を設置してありまして、県医師会と県獣医師会の連携のもと、動物由来感染症に関する研修会を実施するとともに、感染症の発生時の対応とか予防体制等につきまして、毎年協議も行っているところでございます。

今後ともこういった医師会とか獣医師会、あるいは市町村等関係機関と連携をとりまして、県民の方への注意喚起をはじめとした感染症対策に努めてまいりたいと考えております。

庄野委員

この間、公益社団法人日本医師会の横倉会長さんの挨拶では、北里大学の特別名誉教授の大村先生、今、ノーベル賞の受賞で授賞式のことを言われてありまして、晩さん会とかの映像も出ておりました。その大村先生が土壌からとってきた細菌を培養し、開発されたイベルメクチンによって、失明の危機にあったオンコセルカ症から年間3億人の方々が救われておるといことが言われておりました。また、この薬は人間の失明だけじゃなくて、犬とか家畜のフィラリア症、そういう糸状虫症にも効くということで、人を救うこともあるし動物も救うこともある。非常に偉大な方が出て本当にうれしいんだというふうなことを言われておりました。

昔からやっぱり表土を大切にしろということ、環境とかそういう勉強をしている先生に言われました。例えばカビとかそういう土壌中にある細菌によって病気が治ったり、そうした本当にびっくりするような未知の細菌が土壌の中にはいるということで、土壌を処理すれば人類は滅びるといようなことをよく言われておりました。何千年、何億年もかけてつくられてきた表土をこれからも守っていかなければいけないというふうなことがあって、これから人類がどんな病気と直面するかもわかりませんが、土の中にはまだ同定されていない本当にいろんな可能性を秘めた細菌、微生物とかがたくさんいると思います。

そうした意味で、この大村先生のイベルメクチンというのは、本当にこつこつと細菌を取って、それが人類にとって大きな、はかり知れない恩恵を与えている。これからの学者もそうした、こつこつとした取組、研究というものが本当に必要なんだなど。いつ何どき新しい病気ができても、地球上で発生した病気は地球上のもので助けられるような仕組みになっているのかなというふうなことをよく思いました。ペニシリンなんかでも、カビが細菌に画期的に効いたというふうなこともありますし、そんなことをちょっと思った研修でございました。

それと、あともう1点。マイナンバーについて、12月に各市町村から送られて、受け取られずに市に返ってきたというふうな事例もあるんですけども、認知症高齢者のマイナンバーについてはどうするんだということ。例えばグループホームなんかで認知症の高齢者が共同生活している場合、このマイナンバーは誰が管理するようになるのか、介護の現場は困惑しておりますといったことが先日の新聞に載っておりました。これについて、国や県から指令とか、何かこういうふうにしなさいといった指示を出している部分はあるんですか。

春木長寿いきがい課長

庄野委員から、マイナンバーについての御質問をいただきました。介護の分野におけるマイナンバーの利用というのは、おおむね通知のほうは国から出されておりました、取扱いのほうは、来年1月1日から指示は出されております。ただし、新聞紙上にありますように、具体的に認知症の方の分を実際に施設がどう扱ったらいのかという悩みについて、その詳細の部分がまだ国から示されておられませんので、県のほうにも問合せは多々あるところがございます。

今週に入りまして、その旨を上京した際に国の担当課のほうに直接、確認してまいりました。現在のところは厚生労働省内の調整のほうもほぼ済んで、来週にはその通知なりは示せるのではないかとというようなことは伺っておりますので、その通知の内容をもって周知させていただけたらと考えております。

庄野委員

これを読むと、鍵付きの保管箱に封を開けずに置いてあるとかそういうふうなことが書かれていますけれども、紛失したら大変ですので、また対応がきちんと決まれば、今後、混乱がないように、来年1月のスタートのときに、全ての県内のそういうグループホーム等々での対応がきちんと実践できるようにお願いしたいなと思います。

木南委員

今回の委員会に保健福祉部から提出された補正予算は6億6,400万円余りであります。この中で積立金が5億5,000万円。連携医療というのは、私は非常に重要で、必要なことだと思っております。ここに示された1億1,000万円余りの徳島赤十字病院日帰り手術センター（仮称）等整備支援事業ということがあるわけですが、唯一の予算ですので、もう少し詳しく説明していただきたいと思っております。ハード、ソフトの連携があると思うんです。この1億1,000万円余りの支出というか根拠というか、どういうふうに使って、過去に徳島赤十字病院とのそういうふうな支援し合うような例があったら教えてほしいと思っております。

原田医療政策課長

木南委員から、今回の補正予算に計上させていただいております1億1,400万円、徳島赤十字病院日帰り手術センター（仮称）等整備支援事業につきまして、もう少し内容を詳しくということでございます。

徳島赤十字病院につきましては、救急医療や高度専門医療など南部圏域の基幹病院として大きな役割を果たしていただいております。ところが、医療従事者の増加によりまして施設がやや狭くなってきている、狭隘化していることから、この狭隘化の解消や更なる医療機能の充実を図るために、今の既存棟の駐車場部分のほうに新棟を建設するという計画をされております。

この計画の一部として、日帰り手術センター（仮称）と、スキルスラボ等研修施設とい

うのがございまして、その整備が一部建物の中に予定されております。これについて、地域医療介護総合確保基金の活用による整備につきまして、県のほうへ支援の要請がございました。

日帰り手術センター（仮称）につきましては、今現在、徳島赤十字病院は病床利用率が限界に近づいております。病床利用率も既に96.2%ということで、ほぼ満床に近いという形になっております。こうした中で、短期入院の手術の患者さんがおられまして、これを外来、日帰り化して即日お帰りいただくということで、通常ですと1泊2日とか2泊3日、病床を占めておる期間があるわけなんですけれども、それを日帰りでお帰りいただくということによって空床を確保いたしまして、紹介患者や救急患者等の受入れの円滑化を図るということで、地域の医療機関との連携体制の強化を図るものでございます。ちなみに昨年度におきましては、受入れの病床がないということで80件の救急患者の受入れをお断りしたというふうな経緯もあるようでございます。

センターで実施いたします日帰り手術の内容なんですけれども、大腸ポリープの切除手術でありますとか、白内障の手術でありますとか、心臓カテーテル検査等を予定いたしております。

一方、臨床技能学習施設と申しますスキルスラボにつきましては、研修室や講義室を整備して研修機能の向上を図るものでありまして、徳島赤十字病院のみならず大学病院をはじめとする県内医療機関と連携して、この研修施設を使っていただいて医師等の技能の向上を図っていただくというものでございます。

県におきましても、将来あるべき医療提供体制の構築に必要な医療機能の分化、連携、入院から外来へ分化していくということでございますので、スキルスラボにつきましては、医療従事者の養成確保というところで、これはまさに地域医療介護総合確保基金の眼目とするところでもありますので、これに基づいて支援しようとしているということでございます。

木南委員

説明いただいて内容はよくわかったんですが、徳島赤十字病院は最近建った病院で、もう増設が要るのかという疑問と、もう一つは、県の会計から徳島赤十字病院へ行くという根拠はどこにあるのか。あるいは徳島赤十字病院から県へ来る。お互いがハード、ソフトで連携しなければならないという背景はあるんですが、そういう根拠は過去にもあるのか、将来的にもそういうふうな資金的な交流というのが可能なのかどうか教えてほしいと思います。

原田医療政策課長

徳島赤十字病院に対する支出の根拠でございますけれども、当該、地域医療介護総合確保基金につきましては、民間病院、公立あるいは公的病院を問わず支出することが可能となっております。その点につきましては、制度上の障壁は特段ありませんので、基金の趣旨に従って支出していくということでございます。

あと、徳島赤十字病院に対する補助なんですけれども、これにつきましても、今手元に個別の資料はございませんけれども、例えば今ドクターカーを運用していただいております、その燃料費等の助成とかそういったことをやっております。

木南委員

県民の健康のためには、お金というのは有効に使わないといけないと思うので、それはそれでいいと思います。

次に、保健福祉部の施策の基本方針というのが今日、示されていたわけですが、一番左の地域医療の中に、鳴門病院の機能強化を推進するという文言があるんですが、なぜ鳴門病院の機能強化をしていくのか。医療環境等があると思うんですが、そこらあたりを説明していただきたいと思います。

原田医療政策課長

鳴門病院につきましては、平成25年より地方独立行政法人として新たに設立されまして今診療を行っていただいておりますけれども、例えば東讃地区、香川県の東のエリアでありますとか、あるいは淡路島でありますとか、こういったところからも患者さんが来られております。我々としては、県北のみならず県際間といいますか兵庫県、香川県との間における県北部のエリアの中核的病院というふうに位置付けております。

平成25年度に県が事業譲渡を受けたんですけれども、この際には、確か4年連続で赤字を出してございまして経営基盤が非常に揺らいだというところがありまして、地域医療を守る観点から、県において、これに当時の地域医療再生基金を活用した経緯がございます。ですから、本県のみならず、隣県のエリアも含めまして、県北部において中心的な役割を担っていただくと、そういう位置付けにいたしておりますので、ここの機能強化を図っていくと。それと地方独立行政法人でございまして、県の関与といたしまして、中期目標を県において立てる、あるいは中期計画を立てていただいた上で県議会等に御報告申し上げて、チェックしていただくというふうな位置付けでもございます。そういった点から、今後とも鳴門病院が適正な医療を提供できるようにやっていきたいというふうに考えております。

木南委員

今、何でこんなことを言うかということ、私も県北で住んでおるものですから、鳴門病院の医療圏域の中で生活してございまして、過去においては、いわゆる中核病院として鳴門病院というのは非常に評判が高かったわけですよ。私どものほうも随分、鳴門病院へ通ったわけですが、いつとき非常に今課長が言われたように、赤字に陥る、患者が来ないという、患者が来ないのはなぜかと、それは突き詰めませんが、そういう状況が続いておりました。地方独立行政法人になって、随分と充実されて黒字を続けられておると。この病院を過去に戻す、あるいは過去以上の病院に戻していただくというのが我々の大きな期待でもあるわけですから、鳴門病院を中核病院としていただければ非常にありがたいと思うので、こ

のあたり、頑張っしてほしいと思います。

もう一つは、今度は病院局ですが、ドクターヘリの出動が1,000件突破というのは、これは何年かかったわけですか。前年度、本年度で、それぞれどれくらいの出動件数があるのか教えてほしいと思います。

三好病院局総務課長

ドクターヘリの運航について御質問いただいております。ドクターヘリは御案内のとおり関西広域連合の事業ということで、中央病院が基地病院ということで委託を受けて運用させていただいております。

出動件数については、平成26年度、1日平均では約1.1件ということで、1,000件については、今年度の6月13日で1,000件を超えたところでございます。通算でいきますと、平成24年の10月からでございますので、約3年弱といったところかと思っております。

木南委員

1日に1.1件というのが多いのか少ないのか、あるいは過剰負担が県民にあるのであれば、いろんなことを考えないといけないと思うので、この1.1件の評価をどうすべきかということだと思います。いずれにしても、県民のため、あるいは関西広域連合での医療充実のために非常に役立っていると思うので、頑張っしてほしいと思います。

もう一つ、懸案でありました海部病院であります。いよいよ本格工事に着手するということでございます。海部病院の工事の進捗、あるいはこれからのタイムスケジュールを教えてくださいませんか。

近藤病院局施設整備推進室長

ただいま御質問のございました海部病院の進捗状況でございますけど、この6月に本格的な着工をいたしまして、現在は、地下部分の免震装置の床部分が完成しております。今現在、免震装置を取り付けているような状況でございます。おおむね全体の建物が立ち上がるのは来年度の秋ぐらいになりまして、平成29年1月に完成という予定で順調に現在進んでおります。

木南委員

計画的にはもっと早くというニーズがあったわけですが、いよいよ平成29年1月には完成かなという発表を聞いたわけでありまして。

ここは、いわゆる南海トラフ大地震等々の災害の拠点となるところでございます。しっかりとその予定に従って、免震等、いろいろな問題がありますが。ここは、くいはありませんが、そこらあたり、十分にチェックしていい病院をつくってほしいとお願いして私の質問を終わります。

木下委員長

午食のために休憩いたします。（11時53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04分）

それでは、質疑をどうぞ。

樫本委員

今朝ほどの上村委員の質疑と重なりますが、3点ぐらいお伺いしたいと思います。

未曾有に拡大する医療と介護の国、そしてまた国民の負担、これからの日本の姿、超高齢化社会、そして人口減などを踏まえて、これに一定の歯止めをかけていこうと。そして、若い人たちにも希望を持って、高齢者にも安心して過ごしていただける社会のシステムづくりをしようということで、厚生労働省では2025年問題として、今、地域包括連携ケア問題というのが大きくクローズアップをされておるところでございます。

この6月定例会におきましても、当委員会からの発議によりまして、国の関係機関などに提出した意見書にもあるとおり、一方的に病床削減を強いることになれば、まずは医療機関の経営基盤を揺るがすとともに、医療従事者の雇用の意欲の喪失にもつながります。また、将来医者になりたい、介護士になりたい、そういった方々の夢に対しても大きなブレーキに、歯止めになるということでございます。こういうことから、結果的に地域の医療体制を崩壊させることにつながっていくのではないかなと、こんなふうに心配しているところでございます。

今定例会の事前委員会におきまして、地域医療構想の策定に向けた検討状況についてというペーパーをいただきました。これは、第3回徳島県地域医療構想調整会議に県がまとめてお送りされたんですが、この結果を見てみますと、2014年、県下で1万2,156床ございます。そして、2025年には、これは必要病床数の推計に関する調査で8,994床という数字をはじき出されたわけでございます。要するに3,162床、減少させるということです。この中にも、2025年問題の該当者、四、五人いらっしゃいます。そして、家庭にもいらっしゃる方、こころのお父さんは皆さんそうです。こういった人々を路頭に迷わせる、不幸にさせることは私たちはできません。しっかりとした地域包括連携ケアシステムの構築が求められております。

今の国のやり方では、これがうまく実現できないのではないかと私は心配しております。これは、私は前向きに言っているんですよ。こういう制度がしっかりとできて、本当に地域社会の地域における医者が、診療所が、包括連携でしっかりとその機能を果たしていただけたのかどうか、大変不安でございます。幸いにも私の地元には、こういったことをしっかりとしていただけのお医者さんが、1人いらっしゃいます。徳島市にも1人いらっしゃる。ほか、余り見えてこないんですよ。これで2025年問題が解決するわけがない。こういったことになっておるのは、どこに原因があるんですか。これをまず、お伺いしたい。

原田医療政策課長

ただいま樫本委員から、地域包括ケアシステムがなかなか進んでいかないということについて、どこに問題があるのかということをございました。地域包括ケアシステムの中で、私のところの医療政策課で担当させていただいておりますのは、医療あるいは医療・介護連携の分野でございます。午前中の上村委員の質疑にもございましたけれども、事前委員会でお示した、今言及いただいた2025年の必要病床数なんですが、数字で言いますと3,162床の減少ということで大きな削減率になっております。

この数値の留意点といたしまして、この数値は、入院患者の一部を居宅や施設における医療、在宅医療等と言っておりますけれども、そこに移行させていくというのが大前提の条件になっております。樫本委員から今お話がありましたように、そういった在宅医療のところ、なかなか進んでいていないのではないかと問題があるかと思っておりますけれども、これにつきましては、まだその取組の歴史が浅いといったところがあります。受皿づくりということで我々が今取り組んでおる事業を紹介させていただきますと、平成26年度から徳島県在宅医療・介護推進協議会を設置いたしまして、地域の関係者と連携しながら県民目線に立った在宅医療の着実な推進を図っております。また、医師、訪問看護師、ケアマネジャー等の他職種が共同して推進する在宅医療連携拠点事業による地域の在宅医療・介護の推進連携というのにも図っております。

今、樫本委員の地元のほうで取組をされておる方が、なかなか見えてこないということでございますけれども、これにつきましては、市の医師会でありますとか、郡市の医師会でありますとか、そういったところに中心になっていただきまして、今年度におきましても8か所でこの在宅医療連携拠点事業に取り組んでいただいております。9月補正におきましても、阿波市が新たに取り組んでいただけるということで、補正予算のお願いもしておるところでございます。ですから、歩みはやや遅いのかもかもしれませんが、着実にそういった動きは進行しております。

また、退職支援担当者配置等支援事業というのもございます。これも、入院から在宅のほうに円滑に行けるように人員を配置しました。そういった取組を進めておるところでございます。何分、取組が緒についたばかりですので、なかなか成果が目に見えないという点はあるかと思っておりますけれども、県としては、引き続き、こういった動きを加速させていきたいというふうに思っております。

樫本委員

今、8件ぐらい御快諾いただいておりますと、少しは伸びておることなんですが、そうしますと、この病床を3,162床減らして、そのためには、例えば今回提案されております徳島赤十字病院の日帰り手術センターの充実が必要になってきます。この3,162床減少し、目標数量に到達するのに、訪問診療していただける医師というのはどのぐらい必要なんですか。

原田医療政策課長

数値の達成に当たって訪問診療する医師はどの程度予定しておるのかという御質問でございます。現在、地域医療構想を策定中でございます。11月に推計値を出したところでございます。今後これを進めるに当たりまして、様々な課題が発生してまいります。もちろん在宅医療の推進というところは非常に大きなポイントでございます。まだ必要病床数は出したところではありますけれども、今後においても、地域医療構想については今年度の半ばをめどに策定を進めております。これからは各圏域で、例えば今おっしゃっていただいた在宅医療の医師の方はどれぐらい必要なのかとか、訪問看護師の方はどれぐらい必要なのかとか、そういったことを議論をいただいて、我々も数字を提供していきたいと思っております。策定途中でございますので、現状でそこまでの数字というのはまだ出しておりません。

樫本委員

今、数値を上げて課題を探っているところで、これからだという話だったと思います。次に、この3,162床の削減のうち、県立4病院、鳴門病院も含めて4病院という表現をさせていただきますが、その削減数は幾らになるんですか。

三好病院局総務課長

地域医療構想におけます将来の病床数の見込みにおきまして、県立病院がどのようになるかということでございますけれども、これにつきましては、医療政策課のほうから御説明申し上げておりますとおり、これは全体の医療の見通しでございます。この削減率を個々の病院に当てはめるものではないというふうな説明でございます。そういうことでございまして、県立病院といたしましては、こうした医療需要が変化していく中で、こういった機能を県立病院が担うべきか、そういったことを中心に今検討を進めているところでございます。

県立病院といたしましては、引き続き各圏域あるいは県下全体の救急医療をはじめとする急性期や高度医療、こうしたものを担っていく役割があるのではあるかと。これについては、今後2025年に向けても変わりはないのかなというふうに思っているところでございまして、こうした県立病院の役割というものを念頭に置きながら、今後、各圏域の協議会あるいはそういった中で検討を進めていきたいというふうに考えております。

樫本委員

ここの留意点のところに、個別の医療機関に病床の増減等を割り当てるものではないと書いてあります。しかし、積み上げるんですよね。積み上げた結果が3,162床ですから、それはどのくらいになるのか、逆算できるわけですからね。そうしたら、減ることには違いないんですよね。どうですか。増えることはない。減るでしょう、県立病院。

原田医療政策課長

ただいま樫本委員のほうから、県立3病院あるいは地方独立行政法人鳴門病院について、

個々の病院の割当ての数は、いかほどかという御質問がございました。積み上げていけば3,162床になるのだから、当然個々の病院で出るでしょうというお話なんですけれども、率でもお示ししておるんですけれども、マイナス26%ということなんですけど、これは、あくまで圏域全体で、その率あるいはその数になるということでございます。それはどうということかといいますと、例えば県立病院でありますと、地域の中でも、高度急性期とか非常に高い機能を担っていただいているところがあります。先般の西部の圏域の会議に出ました際には、これは高度急性期とか急性期というのは中心になるような病院にやってもらわんといかんねとか、そういう御発言もございまして、あくまでその圏域の中で役割分担していただいて、相対としてその数になる、取れんさせていくということでございますので、やはり病院局の総務課長が申しましたように、あくまで個々の病院の積立てではありませんので、その点は御理解いただきたいと思えます。

それと、先ほど私が地域医療構想の策定の記述につきまして、今年度半ばと申し上げましたが、今年度はもう既に半ばを過ぎておりますので、平成28年度の半ばでございます。訂正させていただきます。

樫本委員

医療圏域の中での調整によって決まってくることだと、こういうことなんですけど、民間病院には余り大きい影響を与えないようにしなくてはならないし、その中でやっぱり折り合いをつけていかなければいけない。非常に高度な政治判断、いわゆる医療政策の判断がそこでなされなくてはならないと思うんですが、これは非常に難しい問題です。

今、各病院は、耐震化に向けてみんな新しく整備をしました。医師の確保のためにより良き環境のもとで医療活動をしていただきたい。そうしないと若い医者は集まらないと。こういうことから、全て病院は良くなりました。そして、この病院の病床数は確実に減るんです。この医療としてのストック、これを今後どういうふうにかかすのか、聞かせていただきたい。

原田医療政策課長

ただいま樫本委員から、ここ数年といいますか、最近、東日本大震災あるいは阪神・淡路大震災等の影響を受けて、耐震化とかそういった取組、病院の事業について、その設備投資を行ってきていただいた。そうした中で、2025年においては病床数を削減していくような予測になっておるといことで、そここのところの折り合いをどうつけていくかということなんですけれども、まずは、既存の在宅医療等のところにつきましては、まさに御自宅でという部分もございまして、既存の施設を、機能を変換して医療のベッドではない形で残していくというふうな選択肢もございまして、その三千数百床というのは、まさに消えていくということでは一概にはないと思えます。人口減少社会の中で、2025年の数値を示させていただきましたので、むしろそれを各病院あるいは診療所の判断材料にさせていただいて、今後10年間でどういう受入れをしていったらいいのかという道しるべにもなるのではないかとこのように考えておるところでございます。

樫本委員

要するに、病院でそれぞれ知恵を出しなさいと、こういうことなんですか。なかなかこれは難しいね。大きな制度の中で知恵を出せというても、どういうふうに経営していくかというのもこれは非常に難しい。

それでは次、この前もちょっと僕は聞いたと思うんですが、2025年における推計必要病床数が8,994床。限りなくこれに近付けないといけないのですか。これはいろんな問題が出てくると思うんですが、県としては、現時点でどんな課題を持っているのか。この数値にアプローチしていくのには、どんな課題があると分析されておりますか。

原田医療政策課長

2025年の推計必要病床数に収れんさせていくための課題ということでございます。ここにつきまして一番は、やはり在宅医療の推進ということがポイントになってくると考えております。といいますのも、この数値を出す際の前提条件といたしまして、現在、療養病床に入院中の患者さんのうち、症状が比較的軽い療養区分1という区分がございますけれども、ここの70%の方については在宅医療等へ移行させること。これが前提になって、この数値が出てきておりますので、これが実現できなければ、この数値に収れんさせていくことはなかなか困難であろうというふうに考えております。

それ以外の療養病床で、その医療区分以外の方については、一定の目標設定、これは当委員会でもお話しさせていただいたこととございますが、入院の受療率が一番低いのが山形県で一番高いのが高知県、中間になりますのが滋賀県でございます。本県は療養病床の入院の受療率が高いものですから、それをその中間値に合わせていこうという前提がございます。そういった大きな在宅医療の推進という前提がございますので、先ほど樫本委員からもお話がありましたけれども、そのところをしっかりと地域医療介護総合確保基金等も使って、在宅医療の推進をどんどん進めていくと。それがなければこの数字には収れんさせていけないという、仕組み的にそういうふうになっておりますので、県といたしましては、そのところを力を入れてやっていきたいというふうに考えております。

それと、先ほどの御質問の中で、病院が自らの経営方針を考えていくというのが非常に難しいというお話がございましたけれども、地域医療構想調整会議の仕組みにより、まずは2025年の必要病床数を我々、お示しさせていただきました。これは、単に病床削減の目標値ということで定めているのではなくて、今のレセプトデータから情報を集めてきて、2025年の人口の男女別でありますとか、年齢別のありようを資料として持ってきて、2025年にはこれぐらいの医療需要になっているだろうと。それを、午前中に上村委員からお話がありましたけれども、病床の利用率で逆算しまして、求めている数字でございます。ですから、ある程度、客観性がございまして、その数字をお示した上で、まずは、自らの病院が圏域でどういう役割を果たしていくかというのをお考えいただく。ただ、それで進まなければ、調整会議の中で相互に情報共有して、この圏域では私のところはこういうのを担っていこうという話合いをしていただいで収れんさせていくというのが基本

的な枠組みになっております。委員がおっしゃるように、それが非常になかなか難しいという面は予想されるんですけども、基本的にこの取組の枠組みがそのようになっておりますので、その点については御理解いただければと思います。

樫本委員

この課題というのは、在宅医療の推進が課題になっておるということ、それが前提であるということでございますけれども、そのとおりであると思います。しかし、家庭環境を考えてみてください。核家族、そして老々介護。患者さんは、それぞれやっぱり自分が住んだところで介護を受けたい、療養を行いたいと、こういう希望はあると思います。しかし、そういった環境にはないと思います。それができるだけの家庭環境ではない。

過日、テレビで報道しておりました。東京の老舗のデパートに勤めておる男性でございました。この人は42歳で、日本橋の老舗の百貨店と申しますから日本一の百貨店ですよ。そこに勤めておる42歳の男性というのは、未婚者でした。そして、お父さんとお母さんの介護、病床の後の居宅における介護をずっと続けておりました。どうしてもその人のこだわりで、親は自分が見なくては、見たいと、みとりたいという強い信念を持った人なんです。そういう状態で会社勤めはできません。退職しました。42歳で退職して1,500万円の退職金があったようです。たくさんいただいたようなんですが、それもしばらくですよ。みとった後、ホームレスです。こんな話は幾らでもありますよ。これから更に増えていきますね。こういう悲しいことが起こらないように、しっかりと2025年問題を解決していただきたい。心から願っておるところでございます。

私は、若い人たちの負担、これも軽減しなくてはなりません。受益を受ける方の負担も大切であります。しかし、これが社会全体の枠組みの中でしっかりと担保できるような制度にしていきたいなと前向きな方向から言っているんですよ。どうかひとつよろしく願いたいと思います。そして、こういった状況の中で、今の徳島県や日本全体の環境を見て、入所するような施設が担保されていますか。お答えいただきたい。

春木長寿いきがい課長

ただいま樫本委員から、介護関係の施設の入所の関係について、質問をいただいております。現在のところ、本県は全国の中でも特養とかの待機者数で見ますと、全国最少の数字ということで、これは従来からいろいろと特別養護老人ホームであるとか老人保健施設とかが本県は比較的、全国に比して整備されてきたというような経緯もございまして、そういった現状になっております。

ただ、全国的に見ましても、本県の状況は今後、人口減少で高齢者が減ってまいりますので、現状からここ数年当たりについては、この待機状況は続くものと、その解消に向けていろいろと施設の整備であるとか人材の確保を進めていかなければならないというところではございます。2025年を見ますと、やはり人口減少の問題のほうが強くなってきて、現状のままですと、やはり施設のほうは現状よりは空いてくるのかなというふうな感触は持っております。

樫本委員

徳島県は、介護保険制度導入時に一番早くからその充足率のたけた県として有名なんです。必ずそういう体制で空きが出るように、いつも入院、入所ができるように、ひとつお願いいたします。しかし、なかなか厳しいと思います。介護報酬の不正請求をしたり、それから新規に入った業者が途中で身売りしたり、倒産したり、いろいろとありますから、そういったことにも十分留意してキープしていただけるようお願いしておきます。

それから次に、昨日の地元紙の三面記事のトップですが、地域包括診療利用制度という昨年の4月に新設された制度でございますが、県内の医療機関の利用がゼロということになっております。これはどんな制度かといいますと、複数の疾患の患者を対象にして、診療に定額報酬、一定の報酬を与えると。この複数の疾患なんです。高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症のうち二つの異常を抱える患者です。これも全体的に言いますと、要件が厳しく、この制度を適用して手を挙げてやっているところは徳島県にはないということなんです。全国的に見てもこれは非常に少ないんです。

昨年の7月時点で届出がなかったのは、徳島を含む18府県。四国の他の3県では1施設ずつ届けがあったということなんです。これはいい制度だと思います。しかし、制度が余りにも厳し過ぎるんだろうと思います。この病状の拡大も一つはポイントだろうと思います。これも拡大しないといけない。それから、病床数が200床未満の病院であって、診療所において3人の医師を置かなくてはならない。3人も置いている診療所ってないです。これは制度が大体間違っている。この制度をしっかりとものに、これを皆さんが、地域の医師会が診療所が活用できるようにしないと、地域包括連携ケアシステムは成り立ちません。もう一度これを、当委員会でもまとめていただいて意見書を出していただきたい。是非ひとつ、委員長、よろしくをお願いします。

最後に、これは部長に聞いておきたいんですが、必要なときに身近で医療を受ける体制が確保されていることは非常に大切であります。県として県民の安全・安心のために今後どう取り組んでいくのか、大きな視点から部長にまとめていただき、答弁いただきたい。

大田保健福祉部長

樫本委員から、地域包括ケアシステムの構築で、地域医療構想やあるいは高齢者に、どのように備えていくかという体制の整備についての御質問がございました。これは、私どもも事前委員会で報告いたしましたとおり、地域医療構想の策定に向けた議論を進めておるところでございます。この議論は、委員からも御指摘があったんですけども、恐らく県民の皆様のご多くは、病床を減らしたときに病床におられる方はどうなるのかという、これは本当に率直な懸念をお持ちであろうと思います。そういった懸念を払拭するという議論を、やはりオープンな形で行っていくということが私どもとしても重要だと思っております。

今、厚生労働省におきましても、当然そういう懸念が出てくるということを前提に、療養病床のあり方に関する検討会というのが開かれておりまして、療養病床におられる方々

をどういった形で今後支えていくかという体制の議論もなされております。これがまだ議論の途中なので、その動向もしっかりと見なくてはいけないと思っております。そういったことも含めて、どのような体制であれば、現在そういう療養病床という形で医療を必要とされる方々が、今後も十分に安心して暮らしていただける環境ができるか、そこを私どもとしてもしっかりと議論した上で、この地域医療構想をまとめていきたいと思っております。

もう一つ、介護が必要になったときに、きちんとその施設があるのかというお話でございます。これは、長寿いきがい課長からも答弁申し上げたとおり、全国的に見ると水準は高いんですけども、これからもまだ必要とされる高齢者の方がおられるのも事実でございます。国が一億総活躍という方針を打ち出しております。その中でも、介護離職ゼロというのが、その1本の柱に入っているわけでございます。できる限りこういった国の打ち出した方向性も生かして、本県の充実した介護あるいは高齢者の方々を支える体制の維持に努めていきたいと思っております。

委員がテレビの番組を引用しておっしゃってございましたけれども、やはり高齢者になったときに、あるいは御自分の親御さんや身近な方々が高齢者になったときに、どのように支えていくかというのは、これは本当に、ほぼ全県民、全国民の抱える大きな悩みだと思っております。様々な状況に置かれているわけでございますので、一つの方法だけではなく、様々な方策が用意されていることが結局必要になってくるんだろうと。そういった医療・介護が必要な方には介護、また、活躍の場が必要な方には活躍の場を、様々なニーズに合ったものが必要になってくると思います。医療・介護と縦割りで考えるのではなく、それをまた、またぐ視点で今後ともその体制の確保にしっかりと取り組んでまいりたいと考えておるところでございます。

樫本委員

先ほど長寿いきがい課長がおっしゃったのが、徳島は充足しているのでまず心配ないだろうと、受皿としてはその機能は十分あるというお話でしたが、よく考えてください。徳島の介護事業者は、淡路島、関西、関東圏へ大規模で出ていますよ。そういった地域ではマンパワーの確保に困ります。マンパワーが都市部で利益、収益率の高いところへ移動します。必ず移動します。どうしますか。それが僕は心配です。そういった点に十分留意していただいて介護施設を守っていただきたい。よろしく申し上げます。

木下委員長

樫本委員からいろんな意見がありました。ましてや徳島は、知事が推し進める東南アジアにおける医療誘客という大きな目標を掲げておりましたが、今も生きていますと思うんですけど、やっぱり地域医療というのは、地域に本当に根差した医療制度にならなければいけないと思っております。

今、樫本委員から御提案がありました意見書についてはどういたしましょうか。

（「委員長に一任で」と言う者あり）

大事な地域医療でございますので、最初、少し上村委員からも意見がありました。そして、樫本委員からも全体的な地域としての医療をしっかりと整えてほしいという御意見でございましたので、この意見書については、文教厚生委員会として意見書を国のほうへ上げたいと思うんですが。

（「異議なし」と言う者あり）

ただいま異議なしというお言葉をいただきましたので、正副委員長において、文案については取りまとめて、後日皆さんにお示ししたいと思いますので、そのように取り計らわせていただきたいと思います。どうぞよろしくお願いします。

（「異議なし」と言う者あり）

ありがとうございます。

異議なしと認めます。

よって、さよう決定いたしました。

上村委員

今の医療関係の件でよろしいですか。

ベッド数の削減が非常に問題になっていきますけれども、2008年の11月に社会保障国民会議という有識者会議で最終報告が出された医療・介護費用の将来推計によりますと、最終的には、2025年までに一般の急性期の病床、平均在院日数9日で49万床にもっていき、こういう計画がもとになって2025年の計画が出されています。医療・介護の費用を抑えようということが主軸になっていると思いますけれども、この在院日数の短縮で皆さん、この間ずっと話し合ってきたことの中で明らかのように、地域に出たらそれだけ訪問や往診や介護する人、マンパワーが必要なんですよね。ですから、九州大学の名誉教授の尾形さんという方は、今のこの政府の医療・介護政策を進めていくと、在院日数の短縮で医療・介護ニーズを持った多くの患者さんが地域に出るので、居住系、在宅系の利用者が1日当たり約43万人増加して、現在の1.7倍から1.8倍の医療・介護のマンパワーが必要だと。

徳島もなかなか在宅医療・介護が進まないのもここにあると思うんですよね。医師も足りませんし、訪問看護する看護師も足りません。私も看護師を長年していましたけれども、訪問看護というのは、いきなりできないんですよね。病院で3年なり5年なり経験を積んで、全ての手技が1人でできるようになって、1人で判断できないと地域での訪問看護ってできないんです。しかも、病院にいるよりも夜勤とかがないので、責任は重いのに給料は減るんですよ。しかも、24時間訪問看護しているところだと、患者さんからいつ呼ばれてもいいように待機というのがあるんですけど、本当にひどいところは1日待機しても1,000円しか待機手当が出ない。お風呂に入っておっても、トイレに行っておっても、いつでもポケットベルが鳴れば即、患者さんのところへ飛んで行かなくてははいけない。そういうふうな看護を本当にやりがいがあると思って選んでいる方も多いですけれども、なかなかベテランになって収入も減る中で、そういう方向を選ぼうかという方は、そんなには多くないと思うんです。

だから、やっぱりそういう面での診療報酬の誘導も、もちろん政府はやっていくでしょ

うけれども、在宅は本当に利用者の方に満足してもらおうようにやろうと思うと、病院でおるよりもお金がかかるんですよ。私も病院におるときは、1日十二、三人を日勤では持って、夜間は25人を1人で見ますけどね。それで走り回って看護をやっているけれども、在宅に行けば、1日1人の看護師が一日中かかって見られるのは4人なんです。だから、本当にそういうことも計算に入れて政府には、こういう計画を出してほしいと思います。樫本委員が言われることに全く同感です。

庄野委員

美波町のほうにおいでの方で、仕事中に脳の血管から出血して、救急車で徳島赤十字病院まで運ばれて、そこで治療を受けて一応病状は治まって、急性期から今度は、リハビリの病院です。リハビリの病院は小松島市の小松島病院になるんですよ。小松島病院に、私も見舞いに行ったんですけども、その方の奥さんが言うには、南のほうから、そういう脳卒中等々で徳島赤十字病院に入院しようとしても、小松島病院以南はきちんとリハビリできる病院がないらしいんですよ。だから、奥さんも毎日、美波町から通ってお世話しながらリハビリをずっとして、ようやく退院しかけておられます。

今回、病床数が減るということの中に、急性期病院から、リハビリの病床を持つ病院が少な過ぎるんですよ。だから、今度、阿南のほうにもできるんですけども、やっぱり急性期病院があって、いきなり在宅というわけにはいきませんから、その中間になる病院、リハビリ病床というものを県の方針の中できちんと地域につくっていく必要があると思うんです。例えば阿南ならどこ、海部郡ならどこというふうな形で、きちんと海部病院なんかでもできるんですし、人口は少ないけれども、やっぱりそうした負担軽減のためにはリハビリ病床というの、きちんと地域に置く必要があると思うんです。そういう面で急性期を、病床数のいろんな提案がきちんとある病院に、担ってもらうように県のほうがすべきだと思うんです。

西のほうは、どうなっているんですか。例えば徳島大学病院で、急性期で手術したときにどこかリハビリ病床みたいところは結構あるんですか。僕は西のほうはちょっとわかりませんが、南の方はそういうふうに言っていました。急性期からいきなり家に帰れないので、そこらの病床をきちんとつくっていただきたいというのが要望です。

原田医療政策課長

ただいま庄野委員から県南部地域でリハビリができる病院の状況について、あるいは、それを踏まえて今後どういうふうにしていくかということについて御質問いただきました。

急性期を経過した、脳血管疾患でありますとか、高齢者の方に多い大腿骨頸部骨折等の患者さんに対しまして、ADL、これはアクティビティ・オブ・デイリーリビングと申しますけれども、日常生活動作の向上あるいは在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能、これを回復期リハビリテーション機能と呼んでおるんですけども、この機能を有する病院は南部圏域には、小松島市に92床抱えておる病院がございまして、それが1病院。それと、阿南市に1病院、これは40床保有しておる病院でございまして、

て、小松島以南で申しますと計2病院132床ございます。ですから、阿南より南になりますと御指摘のとおり、ないという状況でございます。ちなみに県全体で申しますと19病院で832床ございます。

また、この累計とは別に、急性期治療を終えた患者に対しまして積極的にリハビリテーションを行いまして、60日以内の在宅復帰を目指す、6月の委員会でも樫本委員から御紹介と御質疑があった地域包括ケア病棟につきましては、小松島市に3病院50床、阿南市に1病院30床ということで計4病院の80床がございます。こちらが徳島県全体で言いますと17病院の423床でございます。

事前委員会でもお配りした推計値でございますけれども、東部、南部、西部いずれの圏域でも回復期の病床につきましては、増床が必要であるという状況になっております。先ほど来のお話の続きにもなりますけれども、在宅を進めていくためには回復期に力を入れて、できるだけ在宅医療等で患者さんを診させていただくというふうな流れでございます。今後とも、地域医療介護総合確保基金がございますので、これを有効に活用いたしまして、回復期の病床の整備が進むように取り組んでいきたいと思っております。

庄野委員

脳卒中とか脳梗塞、脳出血なんかの患者さんというのは、年々増えているのではないんですか。小松島病院なんかに行っても、すごい数ですよ。多分満員だと思いますよね。そういう、り患率というんですか、患者さんの数というのは大分増えるんじゃないんですか。

原田医療政策課長

詳細なデータを私のところでは手元に持っていないんですけれども、高齢化が進んでおりますので、2025年の推計では、それも踏まえた数値にはなっております。

庄野委員

多分、増えていると思います。だから、やっぱり必要性が高まってくると思います。それと、海部病院はそういう病床はつくらないんですか。

三好病院局総務課長

海部病院で回復期に向けた病床をつくらないのかという御質問だと思います。先ほどもちょっと申し上げたところでございますけれども、県立病院、海部病院といたしましては、南部の海部郡を中心とした中で、救急の受入れ、救急患者の入院治療を行う救急病院として主に急性期機能を担っているというところでございます。

リハビリテーションにつきましても、4名の担当職員、リハビリの担当職員がおりまして、こうした患者の退院後における生活というものを円滑に進めていくということを見越しまして、急性期病院ではありますけれども、一日も早く身体機能を回復できるような早期リハビリテーションに取り組んでいるところでございます。それから、海部病院を退院されてから自宅で療養されている方に対する訪問リハビリテーションも、数は少ないです

けれども行っているところでございます。

今後、海部病院が果たすべき機能というのを考えていったときに、基本的には、先ほど申し上げましたように、南部の海部郡を中心とした地域の中におきましては、急性期機能は引き続き担っていくということが重要ではないかというふうに考えております。

それから、回復期のリハビリテーションを本格的にやっていくということになりますと、先ほど申し上げましたリハビリの専門の職員、こういった方を計画的に増加を図っていかないといけない。この確保というのは、地域にもよりますけれども、非常に難しいものがございます。

こうした諸条件、いろいろとございますが、今後、徳島県南部地域医療構想調整会議、先ほどの医療構想の調整会議でございますが、そうした中で、いろいろな検討がされていくと思います。その中で、海部病院として基本的には地域包括ケアシステム、これに県立病院としても資するような取組をしていかないといけないと思っておりますので、そうした中でどういった役割を果たしていくべきか検討していきたいというふうに考えております。

庄野委員

もしかしたら、そういうニーズがかなり生まれるかもしれませんので、十分地域の中でお話をされて、是非、海部郡のほうで、遠くに通わなくてもリハビリができる環境を望まれる方がおいでたら、そういうふうなことが、やっぱり近くでできるような方策を考えていただきたいと思います。

元木副委員長

私も、本年、関西広域連合議会議員として活動させていただいている立場もでございますので、先ほど来、救急医療ですとか地域包括ケアあるいはリハビリ等の質疑があったところでございますけれども、ドクターヘリについて少しお伺いさせていただけたらと思います。

関西広域連合議会が発足して5年が経過し、ドクターヘリ事業につきましても3年ということで一定の検証が必要なんじゃないかというようなことで、この度の関西広域連合議会でも質問させていただきまして、広域連合担当の飯泉知事からも積極的に取り組んでいきたいという旨の御答弁もいただいたところでございます。

私が暮らす県西部は、御案内のとおり過疎が進んでおりまして、医師不足が進んでおって人口減少対策を中心とした地方創生の取組が進められておるわけでございます。そういう中で、特に年輩の方を中心とした安全・安心の医療提供体制は欠かすことのできない状況でございます。地元で住民の方とお話をしておりまして、ドクターヘリの利用数が増えて一般の方々も関心が高まって、いろんな事例を一般の方も知っていただいております。

このような中、三好地域では、医師不足あるいは医師の偏在等が深刻なんですけれども、そういう中で、ドクターヘリが美馬、三好の消防からの要請の件数が県下では一番多いと

というような状況でございます。現場に到着すれば迅速に初期治療を行うことによりまして、医療資源の不足を補いながら広域救急医療体制を構築していただいております。これからは更に進化するドクターヘリ事業として取り組んでいただきたいなど願っております。

こういったことを踏まえまして、ドクターヘリの本県における今年度のこれまでの出動状況と、あるいは関西広域連合全体におけるドクターヘリ事業の現状、そして課題等について伺いできたらと思います。

栗田医療戦略推進室長

ただいまドクターヘリにつきまして、本年度の出動状況、それから関西広域連合での活動、それから課題等につきまして御質問いただきました。まず、本県のドクターヘリにつきましては、平成24年10月9日、県立中央病院の開院に合わせまして運行を開始いたしました。平成25年4月からは、関西広域連合のほうに事業移管いたしまして、以来、徳島県内の広域救急医療体制の要、それから、関西広域連合におきまして安全・安心の医療圏関西、これの一翼を担う存在として活動してきたところでございます。

出動状況でございますが、まず平成24年度、これは10月9日からでございますが、134件、それから、平成25年度は376件、平成26年度は414件、そして、本年度についてでございますが、11月末までの段階で271件の出動件数を数えております。平成27年度につきましては、1日当たり1.1回の出動で、これは、先ほど病院局のほうからも答弁させていただきましたが、昨年と同様のペースで推移しているという状況でございます。

一方、関西広域連合全体におけますドクターヘリ事業でございますが、これにつきましては、日本一の出動回数を誇ります公立豊岡病院の3府県ヘリ、それから大阪府ドクターヘリ、兵庫県ドクターヘリ、京滋ドクターヘリ、それから、本県のドクターヘリ、そして、連携をとっております和歌山県ドクターヘリ、6機体制で一体的な運行を行っております。昨年度は、京滋ドクターヘリは未導入でございましたが、2,982回の出動件数を数えております。今年度につきましては、10月末現在で6機合わせて2,196回、これは昨年度を上回るペースで出動しているというふうなところでございます。この6機で2府6県、奈良県が今月から関西広域連合に加入いたしましたので、2府6県の関西広域連合管内の広範囲のエリアを漏れなくカバーしている状況でございます。

それから、副委員長から課題について、承りました。先ほど木南委員からも少し質問がありました。1.1回をどのように評価するかというふうなお話がありましたが、この1.1回という数字につきましては、先ほども申しました日本一の出動回数を誇ります公立豊岡病院は、1日当たり実は4.3回、出動しておりますが、関西広域連合管内で見ましたら、例えば兵庫県のドクターヘリは、昨年度は1日当たり平均1.3回、本県は1.1回、それから、和歌山県のドクターヘリは、1日平均は1回というふうな出動状況でございますので、それほど他県に比べて少ないという状況ではないと認識しております。

しかしながら、救える命を救うと、少しでも救命効果を高めるためにオーバートリアージをおそれず出動していく、こういったことも必要かと考えておりますので、そのあたり

につきましては、消防本部とも連携して、適切かつ迅速な出動がとれるように今後とも検討していきたい、このように考えております。

課題のところと併せまして、本県のドクターヘリの特徴につきまして少し説明をさせていただきますと、本県のドクターヘリにつきましては、キャンセル率が低うございます。このキャンセル率と申しますのは、基地病院から離陸した後、現場の傷病者の状況によりまして、思ったより軽症だからドクターヘリが来るまでもないよというふうな状況でありますとか、あるいは陸路搬送で十分対応可能であるというふうなことで、フライトはしたもののキャンセルになるということがございます。このキャンセル率につきまして、本県のドクターヘリにつきましては、平成25年度は3.2%、平成26年度は4.6%となっております。先ほどオーバートリアージをおそれずにというふうなことも申しましたので、キャンセル率が高い、低いというのは、必ずしも、そのよしあしというふうなところにつながるということもございますが、まずは、適切な消防からの要請に基づきまして出動できているものというふうに考えております。

また、ドクターヘリの患者の症状別の搬送でございますが、重症、これは生命の危険性がある症状、それから中等症、これは生命の危険はないんですけど、入院を要するような症状、こういった方々の搬送につきましては、平成25年度は87.4%、それから、平成26年度は90.9%でございます。うち重症患者は平成25年度で35.7%、平成26年度は25.9%の方を搬送させていただきました。軽症患者の搬送は極めて少ないというふうなところで、本当に必要な方々をドクターヘリで搬送できているという認識を持っております。

ドクターヘリの特有の搬送事例、一例を申し上げますと、例えば今年の9月に東祖谷で発生いたしました転落事故の際、ドクターヘリが現場近くのランデブーポイントに県立中央病院から20分で到達いたしました。その後、初期治療を行いまして、救急車でございましたら県立三好病院まで80分かかかる道のりを、ドクターヘリの場合は時速200キロから220キロで航行しますので9分で搬送できたといった事例がございます。今後とも、ドクターヘリの迅速性、機動性、こういったものを十分生かしまして、安全・安心の救急医療の更なる向上に努めてまいりたいと考えております。

元木副委員長

今年から奈良県が入るということで、関西広域連合ならではの取組としてのドクターヘリ事業が本県を中心に、更に進化して全国のモデルとなることを期待しておるところでございます。

先ほどの御答弁によりまして、回数の方は、かなり増えておるということ、あるいは、症状別でも中等症が多い、あるいはキャンセル率の数字等をお示しいただいたところがございます。この数字が多ければ成果が上がったというものではもちろんございませんので、是非、最少の経費で最大の効果を発揮できるような事業にしていきたいなと住民の1人として願う次第でございます。

そこで、ドクターヘリの運航経費は、年間幾らであるのか。あるいは出動1回当たりになると、どの程度であるのかということもお伺いしたいと思います。

粟田医療戦略推進室長

ただいまドクターヘリの年間の運航経費等につきまして御質問いただきました。まず、ドクターヘリの運航経費につきましては、直接運行に係りまず経費、運航会社と契約している金額でございますが、平成27年度につきましては1億9,447万8,000円でございます。全国のドクターヘリにつきましては、国の補助基準額に基づきまして契約している状況でございます。

元木副委員長

1億9,000万円、約2億円程度、年間かかっておるということで、単純にたたき出すと40万円強ぐらいかなというイメージなんですけれども、要するにこれに見合った効果が出ておるかどうかというところが一つのテーマであるのかなと思っておる次第でございます。もちろん命に幾ら費用をかけても、本当にそれで後遺症を逃れられる方が増えるとか、それこそ命が助かるとか、そういった方が出てくればいいということになるんですけれども、是非ヘリが出動しなくてもいいような社会づくりというのをも併せて考えていただきたいと思う次第でございます。

今、先ほどもお話がございましたドクターカーですとか救急車との有機的な連携、こういった点についても考えていただきたいと思えますし、行政の縦割りをなるべく廃して、相互に強調していけるような仕組みづくりを進めることで、その経費を節減できる部分があるのであれば、そういった点についても工夫していただきたいなと思っておる次第でございます。

ドクターヘリについては、一括契約で委託事業ということで上限額を決めて契約されておると聞いておりますけれども、是非、その委託先の選定等についても競争原理を導入する、あるいはその委託内容、委託の仕方自体も工夫していただいて、より充実した制度となるように県当局の御協力をお願い申し上げまして、質問を終わります。

木下委員長

ほかにございますでしょうか。

（「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。

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

（「異議なし」と言う者あり）

御異議なしと認めます。

よって、保健福祉部・病院局関係の付託議案は、原案のとおり可決すべきものと決定いたしました。

【議案の審査結果】

原案のとおり可決すべきもの（簡易採決）

議案第1号，議案第9号，議案第10号，議案第11号，議案第12号，議案第13号

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，文教厚生委員会を閉会いたします。（14時05分）