

平成28年6月定例会 文教厚生委員会（付託）
平成28年6月21日（火）
〔委員会の概要 保健福祉部・病院局関係〕

眞貝委員長

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。

なお、理事者各位に申し上げます。

当委員会において、議案等の説明及び報告の際には、座ったままでなされますよう、よろしくお願いいたします。

保健福祉部

【報告事項】

- 平成27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27年度徳島県病院事業会計決算の概要について（資料②）

吉田保健福祉部長

保健福祉部から、この際、1点御報告させていただきます。

平成27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、社会保険病院から地方独立行政法人へ移行しておりますが、その3年目であります平成27年度の決算がまとまりましたので、概要を御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27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65億8,968万円余り、次に、平成27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66億4,647万円余りで、収入は増加しておりますが、材料費や高度医療機器の減価償却費の増等から支出が増加し、差引き5,679万円余りの純損失となっております。

今年度は、最先端の医療機器の導入を進め、地域の医療機関との一層の連携や救急搬送

患者受入れ等により新規患者の増加を図るほか、手の外科の充実等、鳴門病院の特徴的な医療の取組を進め収益力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いての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、真ん中の平成27年度実績欄を御覧いただきますと6,696人で左欄の前年度と比較して67人の増、同様に、②の高度医療機器共同利用件数は973件で22件の増、③の年間入院延べ患者数は7万8,512人で1,900人の増、④の年間外来延べ患者数は11万928人で924人の増、⑤の許可病床利用率は69.9%で1.5ポイントの増となっておりますが、同じ⑤の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76.9%で1.7ポイントの増となっております。⑥の平均在院日数は、13.3日で平成26年度と同数となっております。

これらの数値につきまして、平成28年度末には表の右欄に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おります。

以上、平成27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、鳴門病院評価委員会の御意見を頂いた上で、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。

御報告は、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。

平成27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27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、220億3,000万円余りでございます。

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229億8,400万円余りで、その結果、差引き9億5,300万円余りの純損失が生じており、平成24年度から4年連続の赤字決算という状況となっております。

また、一番下の行に記載してございますとおり、累積欠損金は74億9,800万円余りとなっております。

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9億8,800万円余りの増加、支出も4億

8,500万円余りの増加となり、下から2行目にございますとおり、前年度と比べて5億200万円余りの収支が改善しております。この要因といたしましては、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、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8億1,000万円余り増加して、170億8,600万円余りと過去最高となったことが大きく影響しております。

一方、支出面につきましては、平成26年8月に開院した、三好病院新高層棟の建物や医療器械の減価償却が通年化したことや、また、診療収益の増加に連動して材料費が増加したこと、人事委員会勧告に基づく給与改定に伴い給与費が増加したことなどにより、病院事業費用も増加しております。

次に、2ページの（2）資本的収支を御覧ください。

資本的収支につきましては、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64億6,500万円余り、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、77億600万円余りとなっております。

差引きで12億4,100万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てんしたところでございます。

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おります。まず、入院の延べ患者数は19万9,755人、前年度と比較して5,422人の減、外来の延べ患者数は26万1,559人、前年度と比較して1万2,725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、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、平成27年度の決算につきましては、改築事業の影響もあり赤字となりましたが、診療収益が好調であったことから、前年度に比べ、約5億円の収支改善が図られたところでございます。

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27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頂いた上で、9月定例会に決算認定の議案として提出させていただき、改めて御審議いただくこととしておりますので、よろしくお願い申し上げます。

報告は以上でございます。

眞貝委員長

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。

川端委員

それでは、病院局長の方から説明がございました、平成27年度の病院事業決算の概要について質問したいと思います。

県立3病院、中央病院は、24時間365日の小児救急への対応、また手術支援ロボットのいわゆるダヴィンチという新しい機械の導入、そして三好病院については緩和ケアの整備など、各病院の特性に応じた資質の向上に努めていただいていることがわかりました。また、海部病院につきましても、災害の拠点というふうなことで、今、鋭意新しい病院が準備されておりますけれども、県民の期待に応えてくれるものと大いに期待をしているところでございます。

先ほどの報告によりますと、前年度に比べまして収支は改善したというふうなことでございます。しかし、最終的には9億5,000万円の赤字を出したというふうなことでございます。様々な改築事業等の影響が出ているということは理解はしますが、今後の経営見通しについて、もう少し詳しく教えていただきたいと思います。

佐光経営企画課長

ただいま、川端委員から病院事業の今後の見通しということで御質問を頂きました。

先ほど局長から御報告を申し上げましたように、約9.5億円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。この赤字の大きな要因といたしましては、まず費用面におきまして平成27年度限りの特殊要因といたしまして、三好病院の旧高層棟の撤去に伴う除却損というものが3.2億円ほど発生しております。これを特別損失として計上いたしております。また、平成24年度からの中央病院の改築、それから平成26年度の三好病院新高層棟の改築によりまして、建物や更新いたしました医療機械の減価償却費の方が集中して大きく増加しております。また、平成27年度の人事委員会勧告に基づく給与改定による給与費の増加、それから材料費、特に薬品費の増加などによって費用も大きく増加したことが要因として挙げられます。

一方、収益の部分につきましては、医療活動の結果でございます入院収益と外来収益を合わせました診療収益が170億円余りと過去最高を更新しております。県立病院は以前から地域の医療機関と連携いたしまして、機能分化、それから役割分担を図ってきているところでございまして、急性期の病院といたしまして高度で専門的な医療を提供する、そういった医療に特化しております、救急や症状の重い患者さんを中心に受け入れているところでございます。その一方で、軽症な患者さんであるとか、容体が改善した患者さんにつきましては、地域の医療機関、かかりつけ医の方で診ていただく地域完結型の医療を推進しております。

この結果、先ほど御報告を申し上げましたが、延べ患者人数は減っておりますが、地域の医療機関から県立病院への紹介、また県立病院から地域の医療機関への逆紹介、その率も年々向上しております、地域との連携が進んでおり、これが診療単価の向上とともに、全体の収益増につながってきております。

今後の見通しということでございますが、中央病院、三好病院におきましても、まだ一部外構工事が残っておりますほか、海部病院の改築に現在、取り組んでおりまして、今後もしばらくは資金の流出が続くものと考えております。

平成27年度末の内部留保資金につきましては20億円余りとなる見通しでございますが、改築に要しました企業債の償還のために今後、更に減少すると考えられますが、この償還のピークとなりますのは平成29年度でございます。

また、収支につきましても、中央病院の医療機械の減価償却費の償却期間が6年でございますので、これが平成29年度をピークにしまして、平成30年度からは収支は改善していくという見込みでございます。

これらの推移を見守りながら、引き続き中央病院を核として、県立病院に求められる良質な医療を提供するということによりまして収益を確保しつつ、経費の抑制と経営の改善、効率化に取り組んでまいりたいと考えております。

よろしく願いいたします。

川端委員

よくわかりました。県立3病院それぞれに古い建物を壊したり、また新しい時代の病院に備えてという投資がかなり必要だったというふうなことで、これはわかるけど、企業債で賄っているわけですね。この企業債のピークが来て、一番大きな負担になるのが平成29年度で、それからはだんだんと減っていく。それは地域の医療として、非常に患者さんも多いし、収入も上がるというふうな見込みで、この償還が過ぎればなくなっていくんだというような説明ですよ。

是非そういうふうな形で今後経営の改善に向けて、しっかりと取り組んでもらいたいと思います。

木下委員

感染症対策の抗インフルエンザ、タミフルは、5年間で破棄しないといけないということでございますので、現在まで徳島県が備蓄していて、本年度に破棄するんですかね。その5年間か8年間の間に、この備蓄した薬をどのぐらい使用して、どのぐらいを破棄しなければいけないのか、金額的にも、ちょっとその辺を教えてくださいませんか。

柴原感染症・疾病対策室長

ただいま、木下委員から新型インフルエンザの発生時におけます、抗インフルエンザ薬の備蓄の状況につきまして御質問を頂きました。

現在備蓄をしております抗インフルエンザ薬、タミフルの有効期限が切れますので、その有効期限の廃棄と備蓄確保に向けまして、この6月議会に出させていただきますところでございます。

現在、平成18年に購入しましたタミフル、3万4,000人分がこの平成28年8月に有効期限が切れるということと、平成19年7月購入の3万4,000人分が有効期限が来るというふ

うな状況になっております。

木下委員

その期間の間に、この備蓄したタミフルを使用した数量とか、残った分を幾らぐらい破棄しなければいけないのか、金額的に教えてほしい。

柴原感染症・疾病対策室長

ただいま木下委員より、これまでに使用したインフルエンザ薬があるかという御質問でございます。

県の備蓄分につきましては、インフルエンザが大流行して、通常、流通している治療薬が不足し、医療機関で確保できない状態になるときに県内の卸業者に放出して、卸業者から購入する仕組みとなっております。現在のところ、今までは放出したことがございません。全く使用しておりません。

木下委員

医療技術も随分と発達してきていますので、以前だったらこの新型インフルエンザに対する備えがなかったから、急ぎょ研究してできた薬なんですけど、その技術はもう医療機関で確立していただけて、しかし、これをいまだに模索しているのだったらまた別なんですけど。そういう技術もどんどん進化して開発がもうできているように思いますので、一遍に、はやるような問題ではないと思いますが、その辺の経済的にも大きな負担でございますので、大流行するという兆しがあったときに、そういうような備蓄の方法がとれないのか。若しくは、生産までにどのぐらいの日にちを要するのか。例えば、この薬の生産までに技術は確立されていると思いますので、その辺のことも考えながら対応していく必要があるのではないのかと思いますので、その辺はどういう状況でございますか。

柴原感染症・疾病対策室長

ただいま、木下委員から、抗インフルエンザ薬の開発につきまして進歩も見られているのではないかと、今後についてのことも御質問がありました。

現在、徳島県で、全国でもなんですけれども、備蓄しておりますのは、リレンザとタミフルという種類になります。今後におきましては、子供さんでも飲みやすいタミフルドライシロップとか、高齢者で点滴をしながら治療ができるラピアクタ、また吸入されるイナビルというふうな薬も随時、追加していきたいと考えております。

今年の1月に国から新たな備蓄方針が示されまして、その方針に従いまして、国の流通備蓄量が増え、また人口も減少しているということで、本県の備蓄の目標量も決められまして、それに準じて進めていきたいと考えております。

木下委員

大体理解できるんですけど、やっぱり今の社会状況からしても、徳島県も財政状況は非

常に厳しいものがあります。その辺も考えて、医療機関、製薬会社さんと、そういうことも連絡を取り合いながら、生産ラインに乗せるとすぐにできるものか、時間がかかるものかというのも勉強していただきたい。できましたら、備蓄関係も見直していただいて、有効的な利用をして、できるだけ破棄しないでいいような、経済的にも負担が少なくなるような方法を、またいろいろと勉強していただきたいと思いますので、要望して終わります。

黒崎委員

私の方から何点か質問をさせていただきたいのですが、まずは、非常に不愉快な出来事が起こりまして、介護職員の入所者に対する暴行です。他県では、大変な問題が何点か起こりましたね。徳島県だけはこんなことがないようにと思っておったんですが、やっぱりこんなことが起こってしまいました。このことについて、どのように徳島県として対処なさるのか、まずそのあたりをお伺いしたいと思います。

渡邊長寿いきがい課長

黒崎委員から、高齢者施設で発生しました虐待事案についての御質問を頂きました。

まず、県の方で把握している事実でございますが、6月4日に有料老人ホームグループリビングももの苑におきまして、訪問介護事業所ヘルスサービス笹木野の介護職員が、その有料老人ホームに入所している入居者を殴るなどして全治1か月の重傷を負わせております。

6月6日に、この施設を運営する訪問介護事業所の社長から県に対し、虐待の事実の報告がございました。そうしたことを受けまして、県といたしまして、6月10日にヘルスサービス笹木野に現地調査に入り、併せて6月14日に有料老人ホームグループリビングももの苑に対し、松茂町と北島町、これは施設がある所と保険者でございますけれども、一緒に合同で再度立入りの調査を行ったところでございます。

この立入りの中で、やはり事業者側におきまして、虐待防止に対する研修が余り十分なされていなかったといったことが事実として確認されております。

県といたしましては、当然この事業者に対して、再発防止策を講じる、徹底するということを指導するとともに、再度、事実関係を精査の上、有料老人ホームと訪問介護事業所の二つの立場がございますので、厳正に対処していくというふうに考えております。

あわせて、他の事業所に対しては、「高齢者虐待の防止の徹底について」ということで6月15日付けで通知を発出し、それとともに、虐待防止に係る体制、どういった研修をやっているのかとか、職員のメンタルヘルスの問題とかの取組について、6月30日までに報告するように全事業所に対して求めているところでございます。あわせて、7月をめぐりに全事業所を集めた、今回の事案を踏まえた集団指導を実施していきたいというふうに考えております。

黒崎委員

二度とこういうことが起こらないようにしていただきたい。当然、県も同じお考えだと

思います。こういった問題が起こると、いつも我々が考えることは、被害者側は本当にお気の毒な状況で、家族も大変心配なさっておられますし、大変な御迷惑をかけてしまっているんだなと思うんですが、なぜそういうところに至ったかということについての調査は今から警察の方でもいろいろお調べになるとは思うんですが、そういった部分が非常に大切だと思います。メンタルヘルスの調査を6月30日と期限を切ってやられているということでございますので、そういったことも十分参考にして、徳島県も今後対処していただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。各市町村に対する指導と申しますか、徹底も是非ともよろしく願い申し上げます。

それと、私の2月の代表質問の中で、若年性認知症の社会とのつながりを、どうつなげていくのかというふうな質問をいたしました。非常に難しい、いろいろクリアしなければいけない問題がたくさんあるということも十分、現場を見てきまして理解もできたつもりでおるんですが、私の質問に対して、幾らか政策を考えていると、勉強会なんかもする予定にしているということでございます。

3月末に私ももう一度、視察だけでは事足りないと思ひまして、実際にそのデイケアの施設に朝7時半から夕方6時半まで、ずっと一緒におらせていただいて様子を見てきました。そこは若年性の方が多いんですけど、平均的な年代が私と同じぐらいです。50歳代の方もおられるし、六十七、八歳の方も来られているような施設なんですけど、毎日楽しくやってきているという状況で、途中でちょっと調子が悪くなる人もおいでになる。

ポスティングをそのとき希望された方が五、六人おられまして、ついていきました。近所のショッピングセンターから委託された仕事を引き受けて、担当の方と私と、認知症の方6人とで300軒ほどポスティングをしたんですけど、やっぱりこれもなかなか難しいなと思います。途中で1人ちょっと調子が悪くなって、私はその方を連れてデイケアに帰ったんですが、お水を飲んで様子を見てたら、また元どおり、ずっと元気になって、普通の話もできるというふうな状況でした。昼御飯は、カラオケランチというのを大半の方が希望されるということで、そのポスティングとか車の洗車とかで得られた賃金を、そういったところでお使いになっているということです。カラオケランチに私もお金を出して参加したんですが、カラオケの点数が非常に高い点数が出ましてね。なぜかという、そのエリアというのは、野村証券株式会社が開発した一大住宅地でありまして、野村証券株式会社関係の営業の方々は今そこに住まわれている。ところが、高齢化率が40%を超えている。そんな場所なんで、かつては非常に営業で活躍されていた方ですから、カラオケの点数も高いのかなと、勝手にそんな想像もしてみたんですけど。

何が言いたいかというと、非常に能力の高い方に、若年性認知症の方がたくさんおられる。そんな方を今までは社会と隔離した所で、家庭で見ている、あるいは施設で見られていた、こんな形なんですけど、やっぱり社会と何かの形でつながってほしいと思われている患者さんが、たくさんおられるということが今回の視察で大変よくわかったということなんですよ。

ですから、こういったことに対して、徳島県も4人に1人、5人に1人が若年性の可能性があるという、そんな時代に突入しておりますので、医学的なことで解決できる部分と、

そうじゃない部分がございますので、早過ぎることはございませんので、是非とも勉強会をされるなら勉強会をされる、あるいは、若干違いますが、障がい者の方々に対して就労支援というのが現に始まっておりまして、そういった取組もありますので、そういったところから何か習えることがあるなら、是非ともそんなことをしていただきたい。

あと、認知症サポーター、会社関係、こういった所にも働き掛けていかれているということでございますので、法人の方、事業所の方にも御理解をいただけるようなことがあれば、やっぱり伝ばして、社会全体が変わっていく、地域社会が変わっていくと思うんです。是非とも、その取組をお願い申し上げたいので、長々と申し上げましたが、これについて一言いただきたいと思えます。

渡邊長寿いきがい課長

黒崎委員から若年性認知症に関する御質問を頂きました。

65歳未満で発生いたします若年性認知症におきましては、全国で今、約3万8,000人いるというふうに推計されているところでございます。昨年度本県で実施した若年性認知症の実態調査の中でも、やはり若くして発症するという一方で、仕事をやめなくてはならないというケースが非常に多く占めていると。また、その診断、受診をすることへの戸惑いというものも多くあるということが御本人、御家族を含めて浮き彫りになっているところでございます。

我々といたしましては、今年の5月20日に、市町村とか地域包括支援センターの職員をメンバーといたしました県市町村認知症連絡会議を開催したのですけれども、その中で若年性認知症の初期の段階にある方、御本人に御参加いただきまして、いろんな体験談とか思いをお聞かせいただいたところでございます。診断から、その方も退職したのですけれども、それまでの経緯であったりとか、生活のしづらさ、一方で、やはり先ほど委員がおっしゃったとおりの居場所といいますか、社会参加の場所に出会って、いろいろ変わったという話も頂いているというところでございます。

やはり、若年性認知症の方の就労継続の支援であったりとか、福祉的就労も含めた社会参加の支援の在り方というのが非常に重要だというふうに認識しております。黒崎委員から2月の代表質問で御質問いただきましたとおり、我々といたしましても、御本人の希望、あるいは容体に応じた就労社会参加の支援を検討するために、医療とか介護、就労、障がい者のサポートなどを含めた様々な分野で活躍される方々をメンバーといたしました勉強会を早々にスタートさせていただきたいというふうに考えております。勉強会の中で、やはり御本人と御家族の御意見というものを重視しながら進めていきたいと考えておりますし、先ほど委員がおっしゃったとおり、雇用する側の企業の理解が重要となりますので、そういった理解を深める取組であったりとか、就労につなげる取組といったことを強化しながら、しっかりとやってまいりたいと考えております。

黒崎委員

是非とも推進をお願い申し上げたいと思えます。若年性認知症の方に対する理解という

のが、サポーターも6万人近い数になるというふうなことで、1万何千人から急きょ6万人に、どんと増えたわけでございますから、更に高みを目指して県民に理解をいただくということが大事だと思いますので、それも併せて並行して、やらないといけないことがたくさんあるんですけど、是非ともお願い申し上げたいと思います。

もう一点、これも2月に障害者差別解消法の施行ということで質問をさせていただきました。今、田中所長がおられるんですけども、先週、田中所長に施行後の状況についてどうなんでしょうかということをお尋ねしました。早速5月から県下全域を回られて、各市町村から話を伺ってきたということでございまして、ざっくりとしたところでは、さほど大きな問題は出てこなかったと。今のところそういうふうな話で、私も一安心をいたしました。ただ、各市町村の担当者には、いろんな思いがあるように思いました。恐らく障害者差別解消法がスタートしてからも見えてくる部分がやっぱりあると思うんですね。今まで、県も市町村も蓄積したことがいっぱいあると思うんですけど、社会がどんどん変わってきていますので、それから得られることもあると思いますので、じっくりと腰を据えて頑張っていたいただきたいと思うんですが、各市町村の様子はいかがでございましたか。

林障がい福祉課長

ただいま、この4月から施行になりました障害者差別解消法に伴う対応状況について御質問を頂いております。

委員からお話がありましたように、障害者差別解消法につきましては、障害者権利条約を踏まえての国内法の最後の集大成的な法律ということでございまして、これについてしっかり県として対応していくことは重要であるというふうに考えております。

対応状況につきましては、まず4月から、足元の体制固めということでございまして、県におきましても職員の対応要領でありますとか、調整委員会という体制を整備するとともに、今委員からお話がありましたように、障がい者相談支援センター内に専門員を配置いたしまして、相談指導體制の充実を図ったところでございます。

その相談体制につきましては、今お話がありましたように、まずは相談については市町村がやっぱり身近なところで窓口になるということもございまして、所長と新たに配置しました専門相談員によりまして24市町村をペアとなって巡回をいたしました。県におけます条例に対しての取組状況でありますとか、市町村においても、ガイドライン等々の整備というような形のお願いをするとともに、顔の見える関係というような形をつくるために、4月、5月は対応してまいったということでございます。

市町村におきましては、やはり年度当初に新しい制度がスタートするというところでございまして、一部には若干、不安を感じておられる担当者もあるようにも見受けられました。そういった事務量を軽減するノウハウについての、いろんな事例なども紹介する、あるいは、県においての対応はこうであるというような形のアドバイスも行ったところによりまして、そのあたりについての不安感の解消を図られたのではないかと考えております。

市町村の準備につきましても、対応要領等々について上半期に取り組んでいくというふうな形のお考えもお聞きできましたので、そういった県、市町村が連携した形で体制の充

実を図ってまいりたいと考えております。

田中障がい者相談支援センター所長

黒崎委員から質問等がございましたが、課長の方から概略をお答えさせていただきました。私どもといたしましても、現場の機関として、現場の空気感と温度感をしっかり受け止めて、頼りがいのあるといえますか、必要なときにしっかり役に立てるセンターとしてまいりたいと考えております。

黒崎委員

日常の業務の中でいろんなことがあると思いますし、また民間企業に対して、どう働き掛けていくのかということについても、県の大きな仕事だと思いますので、今後ともしっかりとフォローしていただきたいと思います。

あと一点だけ、お尋ねしたいんですが、病院の紹介率の話がさっき出ました。私の記憶によると、例えば、県央部と県西部と県南部と、いわゆる三好病院、海部病院、中央病院、あるいは鳴門病院で、地元の病院との紹介率がかなり違っていたという印象があるんですが、この紹介率の違いというのをどのように捉えればいいのか。そのところが以前から気に掛かっておまして、恐らく倍ぐらい、もっと違っていたか、そんな様子だったと思いますので、わかっている範囲で結構でございますので、お教えいただければと。

佐光経営企画課長

ただいま、県立病院の紹介率と逆紹介率の状況について御質問を頂きました。

紹介率につきましては、県立病院を受診した患者さんのうち、他の医療機関から紹介されて来院した患者さんの割合のことで、逆紹介率とは、県立病院から他の医療機関に紹介した患者さんの割合という数値でございます。この数値につきましては、地域の医療機関との連携の指標でございます。これらの数値が高い医療機関は患者さんの病状に応じた医療の提供に貢献していると考えられることから、引き続き、今後も地域の関係機関との連携を密にして上げていくこととしております。

現状でございますが、平成27年度の実績、紹介率から申し上げますと、中央病院が82%、三好病院が51%、海部病院が28%という状況になっております。逆紹介率でございますが、中央病院が156%、三好病院が99%、海部病院が32%という状況になっております。病院によって紹介率等の状況が異なっておりますのは、それぞれの病院の地域特性ということもあろうかと思っております。比較的、徳島市中部の方は、市内中心部でございますので医療機関がたくさんございますので、その連携というものも数字が高まってくると思っております。海部病院につきましては、南の方は、やはり医療機関が少なく、中心部と比べますと、その数字が伸び悩んでいるという現状はございます。

黒崎委員

地域の特性で、おのずとこういうふうな形になっているということでございますね。よ

くわかりました。

今、川端委員がおられますけど、医師会と県立3病院を含む大きな病院とお医者さん同士の交流とかを既に始められているということでございますので、これもその中の一つのことかなと考えております。また、診療所の方から、いろんな高度な機械を使えるような、そんな交流みたいな話も耳に挟んだことがあるのですが、これは、県立病院側の方は、体制がしっかりできているようなお話でございますので、今後とも地域の診療所と、しっかり交流をとって、併せて地域診療を支えていただきたいと思います。

長池委員

事前委員会で頂いた資料なんですけど、徳島県自殺対策基本計画の策定ということで、平成18年の自殺対策基本法の施行から10年になるということで、新しく見直しされて、今年中に基本計画を取りまとめるということで、これは県だけでなく市町村もということで、県が先立って、まずは早期に取りまとめると。スケジュールでは、8月にまとめて、9月に県議会へ報告、10月には策定というのを聞いております。

この資料で少し気になったのが、主な具体的政策ということで、6項目あります。数値目標も設定するという事になっておりますが、この資料に若者というか若年層といますか、若い青少年という言葉が抜けております。最近の傾向として、全国の自殺者は過去10年間では一番低く、昨年度は2万4,000人ということで、この10年前にあった自殺対策基本法が功を奏しておるのだなと思っておりますが、年代別に見ますと、10代、20代が減っていない、むしろ増えておるといふような数値も挙がってきておるようでございます。

この点について、この策定に当たって抜けておる点を御説明いただきたいと思います。

松永保健福祉政策課長

ただいま、長池委員から本年策定予定であります、徳島県自殺対策基本計画に若年層への自殺対策という観点をどうするのかという御質問を頂きました。

今、委員からお話もございましたように、全国の状況でございますが、去る5月31日に閣議決定されました政府の自殺対策白書によりますと、法律の施行の翌年であります平成19年と昨年、平成27年を比較した場合、男女とも19歳以下と70歳以上の割合が増加し、若年層への自殺対策というのが重要であると示されたところでございます。

本県におきましても、ほぼ同様の傾向がございまして、自殺者数全体といたしましては、全国も本県も減ってきておりますが、19歳以下の割合を見ますと、平成20年に1.5%であったものが、平成27年は5.4%というふうに割合は増えたところでございます。

それで、委員が御指摘のように、若年層への対策というのが大切で、今回の計画には盛り込まないのかとの御質問でございます。本県の自殺対策事業につきましては、これまでも街頭啓発といった広く県民の方々に啓発周知する事業のほか、高齢者の方々、あるいは若者の方々、あるいは鬱病患者さんなどハイリスク者の方々など対象者を絞った事業をこれまでも実施してきているところでございます。したがって、今年度策定予定の徳島県自殺対策基本計画におきましては、こうした従来の事業を継続あるいは充実、工夫を凝

らすなどして、しっかりと盛り込んでいきたいと考えているところでございます。

長池委員

若年層という、さっき黒崎委員が認知症で若年性認知症は65歳以下でありましたので、若年若年と使うと、どこが若年なのかよくわからないので、できたら青少年の自殺対策についてみたいな項目がしっかりと明記されるべきかなと。青少年は何歳かというのは難しいところなんですけど、手にとった者、またそれについて興味がある者、更には悩んでいる、例えば教育の現場であったり家庭であったり、そういう方を県がしっかりとそれを示しておるとするのが重要だと思うのですが、そういう文言を入れていただけるかどうか、お聞きしたいと思います。

松永保健福祉政策課長

ただいまの御質問でございますが、とりあえず私は、若年層という表現をさせていただきましたが、今、委員が御指摘のように、この年代を青少年というのかは、しっかり今後、検討していきたいと思っております。

なお、従来のこれまでの取組ということを簡単に答弁させていただきますと、教育委員会におきましては、これまでも各学校にはスクールカウンセラーを配置するなど、相談体制に努めてきたところでございますし、あわせて、例えばひきこもりがちな児童・生徒のところに家庭訪問というふうな事業も実施してきているところでございます。それから、県の精神保健福祉センターにおきましては、広く心の相談事業を一般にやっておるんですが、特にひきこもりがちななどの生徒・児童さんに対しましては、特にカウンセリングや家族教室とか親の会を実施するなどの取組もやってきておりますので、そういった点をしっかりと計画に反映してまいりたいと考えております。

長池委員

教育現場とかそういう専門カウンセリング、いわゆる若い人たちに直接、接する方々の努力といいますか、これから更にということは非常に重要だと思いますし有効だと思いますが、それ以外の我々はどうあるべきかというのも是非、指針といいますか、示していただけたら。といいますのは、社会全体でどうあるという言葉、ここにもありますけれども、それだけじゃなくて、大人はどうあるべきかというの、しっかりと示していただけたら。私が思うのは、やはりそういう心の部分ですので、それをまず感じることでできる感性をしっかりと大人が持たないといけないと感じております。そういうのを無視して、子供は子供、放っておいたら、そのうちわかるようになるというふうな、スルーするのじゃなくて、そういう感性をしっかりと大人も持つべきだということ。

もう一つは、身近な大人にしっかりと相談できる、そういう大人の社会をつくる、いわゆる信頼される大人であるべきというのを、これは青少年の自殺対策として、そういったような大人の在り方、具体的に大人がどうあるべきかというのを落とし込まないと、社会全体でどうあるべきと言ってしまうと何かぼやけてしまうので、是非そういうのも含めて

しっかりと細かく指針を示していただけたら。

これは言え言えほど、実は大人である私も自分で律しないといけないという反省をもとにしゃべっておるんです。信頼されるとか感性を持つというのは、議員にとっても一番大事なことでございますし、逆にそのあたりをもっと我々も持たないといけないという意味で言ってるわけでございますし、そういうのも是非、検討していただきたいなと思うんですが、最後に一言お願いしたいと思います。

松永保健福祉政策課長

ただいまの御質問に関してでございますが、大人の在り方ということを広く全体的に一言で御答弁申し上げるのは難しいところがあるんですが、一つ申し上げますと、自殺予防サポーターという取組をこれまでも県といたしまして進めてまいっております。これは、もちろん若年層への対策に限った話ではないんですが、広くいろんな講習会と申しますか、自殺予防関係の講習会を受けていただきまして、結局、一つの有効な予防の手立てとして、まずは周りの人がしっかりとそういう兆候のある方を気付いてあげて、お話を聞いてあげるといことが、大切だということでございます。

そういうサポーターになっていただきまして、そういう意識で気付き、悩んでいる方の悩みを聞いてあげるといこと、必要に応じて相談窓口の電話番号などを書いてあるカードをずっと持っていただき、ここに相談してみたらという声掛けをしていただける、そんな取組をしてきているところでございます。一つには大人の在り方という意味で、委員が御指摘の中の一局面だけの話ではございますが、こういったこともしっかりと計画の中には書き込んでいけたらなと考えているところでございます。

長池委員

是非、その徳島県自殺対策基本計画ができてくるのを楽しみにしておりますので、よろしくお願ひします。

岸本委員

事前委員会に引き続きまして、この徳島県病院事業経営計画（案）について何点かお尋ねをしたいと思ひます。

まず、取組目標一覧ということで、48ページに陣容のこととかが書かれておるわけですね。例えば、臨床研修指導医数を、平成26年度96名から120名にするということで書かれております。それ以降、研修医数も増やす。つまり、専門職の方々を増やして、よりよい高度な医療を目指すということだと思ひますが、その次のページの収支の計画を見ますと、給与費というのが、この平成26年度から平成35年度までの伸びが、それぞれ多く見ていないというふうに思ひますけれども、いかがでしょうか。

島尾総務課長

ただいま、徳島県病院事業経営計画（案）におきます目標と、給与費の収支計画の見積

りについて御質問いただいたところでございます。

先ほど委員から御指摘のありましたとおり、臨床研修指導医の数を増やす、あるいは初期・後期臨床研修医の数を増やす、あるいは専門認定看護師の数を増やしていくということで、より専門性を高めた中で県立病院として医療を提供していこうという取組目標を、今回の計画では盛り込ませていただいているところでございます。

医師に関しましては、県立3病院全体で若手医師のキャリア形成を図る、支援を図ることとしておりまして、地域枠医師等を積極的に受け入れるなどして、初期・後期臨床医を増やしたいと考えておりまして、平成32年度に初期・後期臨床研修医を55名にする計画にしております。また、こういった初期・後期臨床研修医の指導を行うために必要な経験・能力を有している臨床指導医の育成といったものも必要と考えておりまして、そういった育成につきましても併せて計画に盛り込ませていただいているところでございます。

一方、給与の見通しでございますが、現行の私ども県職員定数条例の枠内におきまして、今の臨床研修医の数を増やしていくといった数的なところを実現していくためには、効率化の推進ということで、計画の方にも盛り込ませていただいておりますが、例えば事務部門のスリム化など、病院事業全体にわたる取組が必須であろうというふうに考えているところでございます。定数の枠内で医師など医療人材の確保を進めていくため、全体の職員構成につきまして、退職者の見込みでありますとか、県内の医療動向を見極めながら適正な人員管理と配置に努めるというような計画にしておりますことから、給与費については記載のような計画になっているところでございます。

岸本委員

ちなみに、この病院事業全体収支計画の49ページ、平成28年度で、平成26年度からここ2年間で約5億円近い給与費が増えていますよね。それ以降、これから平成35年度にかけてまで人件費の増減は余りないというふうな見通しになっていて、医師等を増やしていくという中であっては、この間に既にその専門人員をそろえたということの理解でよろしいんですか。

島尾総務課長

平成26年度から平成28年度までの異動についてということでございますけれども、例えば、臨床研修の医師で申しますと、平成26年度につきましては36名でございましたところ、平成28年度につきましては初期・後期の研修医を合わせまして45名というようなことで、実績的にも上がってきているところでございます。

岸本委員

それでしたら、あと55名にするというのに10名。2年間で36名から9名増やしたと。平成28年度から平成35年度までに、あと10名増やすということに対して、人件費がそう上がってないと。ただいまの説明によりまして、事務部門の方を集約化するというところで、言葉としては合っているようには思うんですが、例えば、三好病院であったり、海部病院

の収支計画を見てもみますと、医業外費用が将来、増えていくということから勘案しますと、例えば、薬局であったり受付、そうした部門を将来、アウトソーシングしていくという考え方でしょうか。三好病院、海部病院の医業外費用は、なぜこれが増えているのでしょうか。例えば、スリム化していくということについても、医師数をずっと増やすのに対して、今、事務部門がどれくらい配置されているのか。ちょっと私も理解できませんけれども、そんなにうまいこと給与費を増やさずに専門職を増やしていけるのかといったところについて、もう少し詳しく説明をお願いしたいと思います。

阿宮政策調査幹

ただいま、岸本委員から医業外費用の見通しについて、こういった内容のものなのかといった御質問だったかと思えます。

医業外費用の中で、特にこの計画におきまして具体的には、先ほど佐光経営企画課長からも説明がございましたとおり、企業債の利息が、この費用の中に織り込まれてございます。企業債の償還につきましては、平成29年度をピークといたしまして償還の元金、利息が膨らんでくるところでございまして、医業外費用の中で大きなファクターとなっておりますのは、こちらの企業債利息が収支の方に特に影響を及ぼしているといったところで数字が増えてございます。

岸本委員

わかりました。そこに事務部門等々を一括にするであるとか、アウトソーシングによって給与費から除くということの対応をしないということの理解をしたいと思います。また、将来的な給与費については、これ以上話しても押し問答になりそうですので、別の機会でも陣容等々のことをお聞かせいただけたらというふうに思います。

2点目、どうしても私の中で理解できないことがあるんですけれども、4ページ目、過去の実績で、平成25年度、後発医薬品購入額割合が過去にもいろいろ委員会でもあったんですけど、10%を目標に、中央病院では6.9%、三好病院では9.8%、海部病院では7.0%と、いずれも1桁台で、なかなか上がらないということがございました。後発医薬品の購入額割合が数量割合というふうになりますと、48ページ、今現在、中央病院で68%、三好病院では64%、海部病院では何と82%も後発医薬品に変わっていると。これを簡単に説明いただけますか。

佐光経営企画課長

県立病院におけるジェネリック医薬品の導入状況について、その割合の出し方についての御質問かと思えます。

御指摘のとおり、過去の後発医薬品の購入割合というのは、4ページに記載のとおり、額割合というような形で出してございまして、過去の後発医薬品購入額割合につきましては、後発医薬品購入額を全体の医薬品購入額で割った数字で出してございました。これが現在の数値に変更となりましたのは、平成25年度に厚生労働省で、後発医薬品の促進ということ

で、採用目標を策定いたしております。この目標につきましての数値の出し方が数量シェアというふうに言われておりまして、後発医薬品の使用数量を分子といたしまして、分母の方は後発医薬品のある先発医薬品の使用量、足す後発医薬品の使用数量ということで、数量ベースでの目標設定をするようにと厚生労働省の方で定めております。

この数量目標を設定するのを、平成26年度から基準が変わっておりまして、こちらの方では、平成29年度末までに60%以上を達成するよう国の方は求めてきているところがございます。徳島県病院事業経営計画におきましては、この数量シェア、品目ベースの数値目標を掲げて、現在、採用目標の達成に向けて取り組んでいるところでございます。

岸本委員

つまり、後発医薬品が出ている新薬というんですか先発医薬品で、特許期間が切れて後発医薬品が出ている品目を分母に置いて、そのうちどれだけ後発医薬品を使っているかということが60%、70%の数字を出している、それ以外は新薬ですよ。ということは、前のページの10%未満だったということは、その少ないところで薬品代金の8%、9%しか占めないという状況なんですかね。それ以外に私の中では理解ができないんですけども、今度は薬務課の方になるのかわかりません。薬全体に後発医薬品が出されているというウエートはどれぐらいあるんですか。

上岡薬務課長

国が示します後発医薬品の普及率につきましては、保険調剤薬局の処方箋の中身から計算されております。計算方法は先ほど佐光課長が言いましたように、後発医薬品がある先発品と後発品の合わせたのを分母として、分子は後発品だけということになっております。それで、本県におきましては、数量ベースになりますけど、50.7%というような状況でございます。

岸本委員

ジェネリック薬品が使われている割合じゃなくて、薬全体の中でどれだけの品目に対して後発医薬品というのがあるか。ほとんど出てないところに、例えば、100種類あるうちの1割しか出ていませんと。そこをさえ使えと言っても、これ以上、例えば、県立病院でしたら、DPCを採用してますので、薬品代を抑えれば抑えるほど利益が出ると。ですけど、10%ぐらいしかないところを、例えばさきの数字で言いますと、68%を仮に100%使ったとしても、平成25年度の数字から見ましたら、額ベースで言うと1割もないと。これから100%使うということは、1.5倍使うということ。それでも、額からしましたら、8%の1.5倍といたら、10%ぐらいしか改善できないということの理解になっていきますので、全体の薬の中でどれぐらい出ているのだという質問です。

上岡薬務課長

現在、国の方で出てます医薬品には、薬価収載されているリストがございます。その薬

価収載されていますリストの数で言いますと、全ての医薬品の数量が、今年の4月20日段階の数字ですけど、1万5,917種類と。その中で、後発品の医薬品は8,435種類。それから後発品のある先発医薬品数量が1,540種類となっておりますので、市場に後発品の数量は、かなり出ております。

それともう一点、これは違う切り口になるんですけど、私が持っている健康保険組合連合会が平成27年に出した資料を見たんですが、1,286万人のレセプトを調べますと、調剤医療費が3,680億円、うち薬剤費が2,487億円で、この中で特許がまだ切れてない先発品が1,412億円、後発品が252億円、後発のある先発品は823億円というふうな状況になっております。どうしても薬価が後発品は半額以下になりますので、金額ベースとなりますと、かなり落ちますけれど、数量的には大分増えてきている状況でございます。

岸本委員

数量的に言って、品目で言ってどれぐらいのウエート、後発品が出てますよという、そんな簡単なものでないのかもわかりませんが、薬としては1万5,000種類あって、そのうちの8,000種類はもう特許切れで後発品が出ていると。半分出ていて、先ほどの両極端な数字というのは理解し難いというか、よほど新薬、後発品が出てないのは額が高い分になっておるのか、一生懸命理解してみます。

ところで、鳴門病院のジェネリックの使用の状況はどうか。

原田医療政策課長

ただいま、鳴門病院の後発医薬品の使用量について御質問いただきました。

手元に資料が、使用量ベース、使用量割合ということでしか持っていないのですが、平成27年度末で78.6%という数字で報告を受けております。

岸本委員

わかりました。是非とも後発医薬品を使っていたら、鳴門病院も確かDPC対象病院だったと思いますので、経費を抑えるという面でも、使える分には是非とも使っていたきたいなというふうに思います。

最後47ページ、医療情報システムの統一化及び総務事務のICT化ということで、前々から医療機関の、病院局の情報システムで予算が大分とられておったりしておるように記憶しておるんですけども、過去5年のこの医療情報システムに使った金額を簡単に教えてくださいませんか。

阿宮政策調査幹

ただいま、県立病院における情報システムに係る経費、過去5年間についてといったことで御質問を頂きました。県立3病院における最も基盤に当たります、いわゆる電子カルテシステムに要する経費について申し上げます。

まず、システムの導入に要した経費、イニシャルコストにつきましては、平成23年度に

おきまして中央病院と海部病院，それから平成26年度に三好病院で導入いたしておきまして，合計11億760万円を使っております。また，当該システムの保守経費，ランニングコストにつきましては，平成23年度から平成27年度までの5年間におきまして，4億5,581万8,000円を使っております，これらを合わせまして，イニシャルコスト，ランニングコスト合計過去5年間の経費総額といたしましては15億6,341万8,000円といった金額になってございます。

岸本委員

これは，大体期間としては5年でよろしかったんですか。

阿宮政策調査幹

電子カルテシステム，備品への経費，期間といたしましては，5年ないし6年程度なんですけれども，実際のところ，この度，平成30年度における3病院統一の更新といったことを考えておりますので，平成23年度から導入しておる中央病院につきましても，少々通常の期間よりも引っ張って使うような形にはなってまいります。

岸本委員

通常5年か6年ということで，5年としましたら15億円使っていると。1年にすれば3億円だということになりますね。

それから，先ほどのイニシャルコスト，ハードの部分とランニングコストで分けますと2対1ということで，3億円を年間使って，うち1億円は毎年，保守点検をお願いしていると。これが高いか安いかということなんでしょうけど，素人的には，私は高いのじゃないかなと，どこか改善の余地がないかというふうに考えるんですが，これでもかなり節約してますという話になるのかもわかりません。

そこで，前回導入したとき，どんな入札条件といたしますか，どういう形で今の会社を選んでいるんでしょうか。

阿宮政策調査幹

前回の調達におきまして，その方法といたしましては，総合評価方式の入札といった形で導入しているものでございます。

岸本委員

例えば，ハードの部分，先ほど言葉でイニシャルコストと言っていましたけども，そのハードの部分と，それから，保守点検運営するというのは分けて入札しているんでしょうか。

阿宮政策調査幹

イニシャルコスト，導入におきまして，ベンダーが決まった後につきましては，その保

守点検についてはそのベンダーの方との随意契約といった形で交渉しているところがございます。

岸本委員

私もITと申しますか、その世界は詳しくはないんですけれども、是非、保守点検も、一括で機械は安くしますということになっているのかどうかわかりませんが、5年ごとに交換しないとイケないということであるなら、ハードはハードで安いところ、そしてソフトはそのハードの独特な記号でされているのかもわかりませんが、今はソフトも大きな会社があります。NTTデータであったり、上場企業でソフト運営ができる、そうしたソフトの会社で入札をするようにすれば、どちらが高いかどうかわかりませんが、例えば、大学病院とどこか民間病院とハードが違えど、動くソフトが同じだということであるなら、ハードも5年で切り替えないとイケないと言われるよりも、10年使えるハードを使えばいいですし、まだまだ節約の選択肢が広がるというふうに思います。これ以上お聞きしますが、是非とも窓口を広げて、日頃、努力されていること以上に御努力いただきたいと思っております。

最後になりましたけれども、先ほど鳴門病院の決算の概要が出てまいりました。ちょっと漠然とした質問で恐縮ですが、鳴門病院が今後、目指している病院というのは、どんな病院でしょうか。

原田医療政策課長

ただいま岸本委員から、鳴門病院が今後どういう病院を目指しているかということで御質問を頂きました。

その前に、今回報告させていただいております決算の状況について詳細に御説明をさせていただきたいと思っております。

まず、鳴門病院の収支状況を見ますと、総収益は入院患者数の増加でありますとか、病床利用率の向上、入院診療単価のアップ、先ほど話題にも上りましたけれども、紹介率、逆紹介率の大幅な増加、あるいは手術件数の大幅な増加などによりまして、独立行政法人移行後、過去最高の診療収益を上げましたことによりまして、前年度より9,000万円ほど増収をしております。

一方、総費用の方で、嘱託医師の給与でありますとか社会保険料の標準報酬、もともなる報酬が総報酬制へと移行したことによりまして、法定福利費が増えたこと、あるいは減価償却費の増、MRIの保守委託料の増等によりまして、1億4,900万円ほど経費も増えたところがございます。結果的に、今年度約5,700万円の赤字決算となったんですけれども、幸いと申しますか、独立行政法人移行後、1年目、2年目において約9,500万円の積立金を積んでおりましたので、今回の赤字につきましても、それを取り崩しまして処理をさせていただくというふうな形で運用をさせていただきたく思っております。

前置きが長くなりましたが、委員、御質問の今後どのようにしていくのかということでございますけれども、今年度、平成28年度につきましては、第1次の中期計画の最終年度

でございます。このため、鳴門病院においても初心に返って、鳴門病院の総合力を発揮するチーム医療の実践ということで、職員共通の行動指針として、目標の達成に今現在、取り組んでいるところでございます。

具体的には、増収に向けまして、病床の稼働率を80%以上にするといったことでありますとか、本年4月に3Dハイビジョン内視鏡システムというのを導入しておりまして、これによりまして、腹くう鏡手術件数を増加させると。あるいは、心臓カテーテル治療の増加等により、増収への取組を強めていくと。

一方、支出削減に向けましては、これまでも取り組んでまいりました県立3病院との医薬品、診療材料についての共同交渉による支出の抑制を始めまして、鳴門病院部内に支出削減推進チームというのを新たに設けまして、支出削減の検討にも取り組んでいくという形にしております。

さらに、総合内視鏡センターの設置などによりまして、がん医療の充実強化でありますとか、全国的に手の外科が非常に有名でございますので、手の外科志望のドクターを集めまして、手の外科センターの充実を図りますとか、あるいは救急医療で、非常に地元貢献している面がございまして、鳴門市消防、あるいは板野東部消防からの患者受入率は90%を超えております。これについても、非常に地元からの信頼が厚いようでございますので、こういったことについて更に努力をします。

あと、紹介率、逆紹介率、これについても、今年度大幅に増加しておるんですけども、日頃、鳴門市医療懇話会というところに参画いたしまして、顔の見える関係を築いておりますので、これについても一層、連携を強化していくということで、鳴門病院につきましては県北はもとより香川県の東部地域、淡路島の南部地域も含めた県北エリアで中核的な医療を担っておりますので、ここについて更に注力をして、医療の質の向上や経営基盤の向上に努めてまいりたいと考えております。

眞貝委員長

午食のため休憩いたします。（12時02分）

眞貝委員長

休憩前に引き続き、委員会を再開いたします。（13時06分）

それでは、質疑をどうぞ。

岸本委員

それでは、鳴門病院の関係で午前中に引き続き、質問させていただきます。

先ほどの答弁の中で、中期計画が平成28年度に終わるので、それ以降の4か年計画を出していくということですが、それは今年度どんな形でできるというふうに進めていく予定ですか。

原田医療政策課長

ただいま岸本委員から、鳴門病院の中期計画のことについて御質問いただきました。

今年度が、4年間の計画期間である中期計画の最終年度でありますことから、平成29年度から4年間の計画期間とする次期の中期計画を策定する必要があります。その前段といたしまして、設立団体である県の方で、まず中期目標を定めまして、これについては議会で議決を頂くような仕組みになっております。

次に、その中期目標に基づきまして、鳴門病院の方で中期計画を定めていただきまして、これについても、知事の認可の後、議会で議決を頂くという形になっております。

開始が平成29年度でございますので、今年度、回目の議会以降に策定いたしまして、御審議いただくというふうな形になっております。

その前に、中期目標につきましては評価委員会、計画につきましても評価委員会の意見を聞くという段取りがございますので、いずれにいたしましても、今年度中に策定いたしまして、議会の議決を頂くという形になっております。

岸本委員

先ほどの答弁の中で、計画についてはわかりましたが、また今年度、この文教厚生委員会で審議していきたいというふうに思います。

先ほど、鳴門病院がどんな病院を目指すのかという私の漠然な問いに対して、幾つかお答えを頂きました。お話を聞いていますと、あらゆる分野に対応といったらおかしいんですが、地域医療を何とかカバーしていきたいという県立病院のようなものを目指しているのかなというふうに捉えたんですが、県立病院は、例えば不採算な部分も地域のためにやっていくというような使命もあります。鳴門病院の場合は、一般財源から繰入金もないという中で、独立採算を保っていかないといけないことからしたら、その辺の考えはどんなふうにお考えでしょうか。今、決算書も出ましたけれども、様々な要因もあるんでしょうけれども、そうした機能をつくっていくためには、どうしても必要だということもよくわかりますし、今後ずっと慢性的に赤字が続くのではないかというふうに思うんですが、いかがですか。

原田医療政策課長

岸本委員から、鳴門病院の今後の在り方について御質問いただきました。

鳴門病院につきましては、許可病床数307床を擁しておりまして、診療科が14診療科、併設施設といたしまして附属の看護学校も抱えております。さらに、主な政策医療といたしまして、県内で5番目に搬送数の多い救急医療機関でございますが、救急医療でありますとか、DMAT2チームを擁する災害医療に対する貢献、あるいは臨床研修医の方につきましても、平成27年度、平成28年度で、それぞれ5名程度に来ていただいております。更に地域医療支援病院という形で、先ほど紹介率や逆紹介率の話もさせていただきましたけれども、地域の正に中核病院として総合的な役割を担っております。災害医療でありますとか救急医療につきましては不採算の部分もございますけれども、やはり県北の中核病院として、その役割を果たしていくという点が地域の住民の方から期待されております。

一方で、委員がおっしゃるように、このまま赤字が続いていけば経営が成り立たないというところもございまして、先ほども答弁させていただきましたが、まずは9,500万円の基金を積んでおきまして、今年度の赤字を処理してもまだ残っておりますので、最終年度ですので、何とか1期目において黒字が確保できるように注力していきたいと。あわせて、鳴門病院についての財政支援という、特別な財政支援ではなくて、一般的に私どもで所管しております地域医療介護総合確保基金の中でもメニュー的に鳴門病院に適用できる部分がございます。これは国からの枠配分によりまして、優先順位をつけて各提案いただいた方に活用いただく仕組みになっておりますので、今後の枠配分がどの程度来るかということを見極めなければなりません、最終年度が黒字化するに当たって、支援ができるものについては活用を検討してまいりたいというふうに考えております。

岸本委員

今後4年間の計画を立てられるということで、目指すべき方向をしっかりと決めていただいて、独立採算でいくのか、県立病院としての枠組みの中で運営していくのか、今後の医業収益と経費の中で、しっかりとした計画をつくっていただきたい。また、それを我々も審議したいというふうに思いますので、どうぞよろしくお願いします。

井川委員

この前、経済委員会の県内視察で、つだまちキッチンに行ってみまして、素晴らしい取組をやっていると思うんですけど、つだまちキッチンの場合は、立派な大きい病院が経営母体となってやっているみたいです。私は、徳島市内のことしかわからないのですが、住吉にミックスカフェというのがある、痴ほうの方を一時的に預かったりして、お茶とか、いろいろ介護を何時間か助けるという感じでなさっています。私が気安くてよく行っている、名東カフェというのが徳島市の名東町の山手の方にあるんですが、地域の人が集まってきて、まだ認知症というのではないんですが認知症を極力、防ごうということで、ぼろぼろで私なんか踏み込んだら家が潰れそうな小さい集会所で、町の何十人ものお年寄りを集めて、地域の先生のOBであったり、いろんな人が集まって、書道を教えたり、音楽を教えたり、いろいろ取組をしております。

正に個人的にというか、みんなに週1回集ってもらって、集まってきた人にお昼御飯を食べてもらうために、地域の病院とか施設とかを回って、少しずつ寄附をしてもらったり、みんなでお金を出し合って食事をして、お茶を飲んだりして帰ってもらうような取組をしております。

これは、市町村の取組で、県でないのかもわかりませんが、県としてはそういう街角カフェというか、こういうカフェの取組というのは、どこまでしているのか。どういう位置付けをしているのか、お聞かせいただきたいんですが。

廣瀬いきがい・とくしま回帰担当室長

ただいまユニバーサルカフェについての御質問を頂いたと思います。

先日の一般質問の中でも須見議員からの認知症カフェに絡んだ質問の中で、後半部分のお答えとしまして、県においては行動計画の中で多世代交流・多機能型のワンストップ型福祉拠点としまして、ユニバーサルカフェを全県下6圏域で展開していきたいとしております。

徳島市の津田町にあります、つだまちキッチンを経済委員会の方で視察をされたということですが、こちらの方につきましては、私も4月に現職に就きまして以降、一度、視察に行かせていただいて、非常にお金もかけられて熱心に取り組んでいただけていると思います。

県としまして、このユニバーサルカフェにつきましては、子供から高齢者まで世代を超えて、また障がい者や外国人も含めて様々な方々が気軽に立ち寄って、様々な会話の中から子育てや介護など、それぞれが持つ悩みや経験を共有して、またサービス提供の担い手ともなることで、多様な生活福祉ニーズに幅広く対応する拠点として、今後整備を目指していきたいと考えております。

井川委員

ユニバーサルカフェと言いましたが、やっぱりいろんな業態があって、高齢者の方もいろんな人がおって、いろいろやりにくいところ、考えにくいところはあると思うんですが、本当に民間で個人の力というんですか、やっている代表者の方の器量というのは、かなりすばらしいし、そういう取組をやっている施設がたくさんあります。

できたら、県がお金をというのもおかしいかもわかりませんが、少し考えてあげれば、もっと大きな取組になって、すばらしいユニバーサルカフェというのができるんですが、位置付けはわかったんですが、そういう資金的な援助というのは無理なんですか。

廣瀬いきがい・とくしま回帰担当室長

平成28年度の当初予算として既にお認めいただいておりますけれども、まずはそのメニューとしましては、ユニバーサルカフェの認定を行っていくと。ユニバーサルカフェといいますのが法律上、特に位置付けられているものではありませんので、多世代、多機能の交流を図っていただく拠点として後押ししていきたいので、まずはどういったものが県としてユニバーサルカフェとして位置付けられるかにつきまして、今年度は、つだまちキッチンの保岡施設長とか、そういった先行してカフェを運営されている方々の御意見などを聞きながら、その基準を定めてまいりたい。

新たにそういう同種のカフェの開設の意向がある方につきましては、先行されて運営実績のある方に委嘱をいたしまして、どういった運営方法が望ましいかとかにつきましてレクチャーといいますか、後押しをしていただくと、そういったことを平成28年度は考えております。

井川委員

いろいろ業態も違いますから、一概には言えないんですが、本当に私が知っている所に

いつでもお連れします。見てください。本当に5万円、10万円のお金があったら、もっといろんなことができる、みんな期待しているところがあります。私も何箇所か知っているところがありますからお連れしますので、現状をよく見ていただいて、本当にお力添えを頂きたいと思います。

川端委員

CCRCについてお尋ねをしたいと思います。

これから徳島県は、地域活性化のために力を入れてやっていくんだというふうな意向が示されておるわけでありますが、このCCRCというのは、なかなか、概念はわからんでもないんですが、本当にうまくいくのかなという心配もございます。高齢者を受け入れることについて、ネガティブな意見もあるようでございます。まず現状を知る上で、本県の今後の人口動態について説明いただきたいと思います。

廣瀬いきがい・とくしま回帰担当室長

川端委員から、今後の本県の人口構造についての御質問を頂きました。

本県の総人口につきましては、昭和25年が約87万8,000人でピークであり、その後一時期、増加に転じたものの、その後は減少傾向が続いておりまして、昨年度の国勢調査の速報値、平成27年10月1日現在におきましては約75万6,000人となっております。

このように総人口が減少する中で高齢者人口は増加をしており、国立社会保障・人口問題研究所の推計によりますと、県全体で65歳以上人口がピークに達するのは2020年とされておりまして、なお、市町村単位で見た場合には、県西部や県南部の1市7町においては、既に65歳以上人口がピークを越えたという推計もなされておりまして。

なお、介護が必要となる割合が高くなるのは75歳以上とされておりまして、75歳以上人口の県全体のピークにつきましては、先ほどの2020年から10年遅れまして、2030年とされておりまして、介護需要もこのあたりがピークとなると考えられます。なお、先ほどの1市7町の中には、この75歳以上人口につきましても既にピークを越えたというふうにされている市町村があります。

一方で、高齢者の支え手となります15歳から64歳までの、いわゆる生産年齢人口につきましては、2040年に見込まれる生産年齢人口が2010年時点の生産年齢人口との比較で約3割まで減少してしまうと予想される市町村もあることから、今後、地域社会を誰がどのように支えていくかといったことが大きな課題となっております。

そうした中で、人口減少対策として、出生率を上げる対策はもちろんのことですけれども、人口流出をできるだけ抑え、人口の流入を増加させる取組も求められており、そうした取組の一環として、全国に先駆けて、本県にゆかりのある高齢者の里帰り支援に取り組んできたところであり、元気なうちに移住していただくことで、地域の担い手としても御活躍いただくことも期待しているところでもあります。

川端委員

元気なうちに移住をしてもらうというふうなことが一つのポイントのようですね。

しかし、元気なうちに移住したとしても、将来的には、段々と年をとって要介護者の範囲になるというふうなことなのですが、本県の介護施設等の、そういう介護の必要な方の受皿、状況、そしてまた、どのくらいそういうふうな介護施設があつて、どのくらい待機者がおいでなのか。将来、移住者が介護を受けられるだけのキャパシティーがあるのかなのか、そのあたりについてお伺いしたいと思います。

廣瀬いきがい・とくしま回帰担当室長

本県の介護施設の状況と待機者数についての御質問かと思えます。

本県の場合、特養と言われますけど介護老人福祉施設、それから老健と略されますが介護老人保健施設、更に介護療養型医療施設の、いわゆる介護保険3施設は、人口比の整備率は全国トップクラスとされております。なお、国の一億総活躍国民会議の資料におきましては、更に有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム、認知症高齢者グループホーム、サービス付き高齢者向け住宅、この五つを加えました計8種類の高齢者向け住まい、施設につきましても、同じく65歳以上の人口当たりの整備率としましては、全国トップクラスという状況にあります。

特別養護老人ホーム、介護老人福祉施設の待機者の状況ですけれども、こちらにつきましては、毎年の集計というものがございません。重複で申込みをされているといったことがありまして、直近の数字としましては、厚生労働省が調査をいたしました平成25年10月1日現在の集計がございまして、そちらの数字が県内全体で1,986人の待機者がいるということで、人口が少ないという点もありますけれども、それでもこの1,986人という数字は全国の中で最も少ない、特別養護老人ホームの待機者が全国一少ないという数字が出ております。

こうした高い施設整備率というのが本県の強みでありますけれども、今後の人口構造の変化を考えると、将来的には逆に施設定員に余力が生じてくると。そういう部分ではいい点ではあるんですけども、逆に介護保険施設を運営している社会福祉法人等は経営が成り立たなくなるというような懸念もされております。

また、地方では高齢者人口の減少で、今後、介護需要の縮小が見込まれますが、反対に東京圏では急激な高齢化により介護需要が増大し、需要に応じた施設整備を新たに行う場合には、その財政負担が非常に問題となっておりますし、それを支える介護人材をどのように手当てするかですけれども、もし、高い賃金、給料を手当てできるとすると、地方から介護人材を吸収してしまうといった懸念もされるところです。

こうした事態を回避するために、高齢者の地方回帰の動きにつきましては、今後、比較的定員に余力が生じる地方の介護資源、施設等を有効に活用し、地方の貴重な雇用の場となっている介護職場の雇用の安定にもつながる有効な処方箋であるというふうに考えております。

川端委員

介護の受皿については、全国一ゆとりがあると、待機も少ないというふうな状況で、都会からそういうふうな高齢者を受け入れる枠が十分にあるというような答弁であったと思います。しかし、逆にそういうふうなゆとりがあるのはいいのだけれども、高齢者をたくさん受けることによって介護保険料が上がったり、地域の財政に負担がかからないかというふうなことについてはどうでしょうか。

廣瀬いきがい・とくしま回帰担当室長

介護保険上の地元負担の御質問だったと思います。

事前委員会の際に岸本委員からも御質問を頂きまして、その際、簡単な御説明だけをしたんですけれども、高齢者の移住によって、受入市町村の方に将来的に介護保険上の財政負担が生じることは、あってはならないと考えておりまして、本県におきましては全国に先駆けてこの問題を指摘しまして、国に対して政策提言はもとより、全国知事会とか関西広域連合を通じまして、移住前の市町村にその負担を求めるということを要望してまいりました。その結果、住所地特例制度の適用範囲の拡大など、地方の財政負担の増大を回避する措置が一定程度、認められたと。

具体的には、生涯活躍のまち、C C R Cの構想において、移住者の受皿として想定されていますサービス付き高齢者向け住宅、このうち、食事等のサービスが提供される有料老人ホームにつきましては、平成27年4月から住所地特例が適用されることとなっております。また、同じく生涯活躍のまち構想で、サービス提供を受ける必要のない、構想では元気なうちに移住することを想定していますが、たちまちサービス等の提供を受けない場合でも、将来的にサービス提供を受けることを取り決めて入居をする場合には、当該サービス付き高齢者向け住宅では、これも有料老人ホームに該当するというふうにされ、住所地特例の対象となる旨、厚生労働省の方から周知徹底されたところでもあります。移住者の受皿として、こうしたサービス付き高齢者向け住宅とすることで、受入市町村の費用負担の増大は回避できるものと考えております。

一方、実家や一般の空き家等に東京圏から移住された場合、直接入居してしまう場合につきましては、先ほど来の説明の住所地特例制度の適用を受けることができませんが、この点につきましても本県からの政策提言等で要望してまいりました部分が認められまして、介護費用の負担を高齢化の状況等に応じて全国で調整する、介護給付費財政調整交付金制度というのがございますが、こちらで、より高齢化が進んだ地域には手厚く配分がされるよう厚生労働省の方から見直しの方向性が示されているところでもあります。

また、生涯活躍のまち構想の中では、中高齢期における早目の住み替えや、移住する地域での活躍を念頭に、移住者の年齢を50代以上を中心というふうにされておりまして、本県でC C R C構想が先行している美馬市や三好市の構想でも、50歳代や40歳代の方の移住も想定しているところでもありますから、移住後すぐさまに介護保険、介護サービスを受けて介護保険負担が必要となる方ばかりではありません。

また、介護が必要となる割合が高まるのは、先ほども御説明しましたように、一般的に75歳以上というふうにされておりまして、もし仮に50歳で本県に移住してこられた場合

には、その75歳までのおよそ25年間につきましては、税収の増加とか介護保険料収入の増加というふうなところが受入市町村の方に見込まれるわけで、さらには地域消費の拡大等経済効果も見込まれるということになりまして、決してCCRCによる地方移住というのが受入市町村側の費用負担ばかり増大するというわけではないと考えております。

川端委員

こちらに来て介護施設以外に入ってしまうと、これは住所地特例がきかないということで、負担になっていくと。しかし、若いうちに来ていただいて、そして、要介護状態とはならず年をとってもらおうと。そうすれば地域活性化にもなるし、受皿についても貢献できるしと、そんなふうなことです。

県南なんかでは、サーフィン等が魅力で若い方が来ているというのがありますけれども、なかなかそういった若い方が徳島に魅力を感じて、年をとる前に移住してくるというのは簡単なことじゃないと思います。それに対して、県はどういうふうに比較的若いうちから来ていただくことを促進しようとしているのか聞かせていただきたいと思います。

廣瀬いきがい・とくしま回帰担当室長

CCRCといいますと、どうしても高齢者の移住ということで、県内住民の方もマイナスイメージが強いですし、各市町村の担当者の方と話をしておりますと、高齢者の方が来たら介護保険料の負担が増大したりとかいった心配が役場内でもなくはないと思います。

本県の場合、CCRCに関しましては、美馬市と三好市が先行しているわけなんですけれども、昨年11月の内閣府の調査によりますと、それ以外にもCCRCを推進したいという意向を持っておられる市町村がございます。今後、そういった市町村につきましても、私ども長寿いきがい課の方で、いろいろCCRCのプラス面であるとか、マイナス面も含めての両面の御説明とか、あと、県内外の先行事例の御紹介とかをさせていただく。特に発想を変えていただきたいのは、委員がおっしゃるように、高齢者だけが移住するというふうな部分だけ切り出して考えるのではなくて、県南であればサーフィンのメッカとして海岸線が有名ですし、現にそれで先行して移住されておられる方もいらっしゃいますので、そういった地域の資源も含めて、若い人から高齢者まで含めた移住、そういう大きな視点で考えていただく。

また、それをPRしていく方法としましては、県としては昨年12月に東京の有楽町の駅前交通会館に移住相談センターを開設しております、不定期でありますけれども移住フェアを開催しているところです。そこには、これまでも美波町とか、市町村も移住のPR活動を行っておられますので、県が開設した移住相談センターでありますけれども、そういったスペースの提供とかの形で、地元の地域資源のPRなどをしていただけたらと、そういうふうなところで後押ししたいと思っております。

川端委員

広報の仕方も非常に大事になってきますね。東京の方が、ああなるほどと、是非、若い

うちからでも行ってみようかというふうに思うような広報活動を、力を入れてやっていただきたいと思います。

しかし、なかなか若いうちから東京を離れてこちらに来るというのは、そんなに簡単なものではないと思うんですね。これからの取組に大いに期待はしておりますが、もう一つは、徳島県の若い方が東京に向かって出ていく。例えば、東京の介護施設や病院で働く看護師といったような立場で出ていくという方を、なるべく地元で仕事があるためにその流出が防げるというようなことも非常に重要な視点ではないかと思いますが、このことについてはどういうふうにお考えですか。

廣瀬いきがい・とくしま回帰担当室長

県外から人を招き入れるのだけではなくて、県内の方々が仕事がなくて東京圏とかに出ていく、そのことを防ぐと、そういうお話だったと思います。

先ほどまでの御説明の中と一部、重複するんですけども、高齢化が進行している三好市は、実際CCRCを地元の社会福祉法人が中心となって推進されております。そのきっかけといいますのは、社会福祉法人自身が介護施設を運営されておって、高齢者のピークを既に越えていくとなると、自分の所の介護施設で働かされている職員さんたちの職が失われていくと。そういった部分で、逆に東京圏では介護施設に入れなくなる人たちが出てくるので、その高齢者の方たちを地元へ招き入れて、介護施設の運営を継続していき、介護職員の職を確保していくというふうなところが、その活動のきっかけだと思います。

ごく一部の介護職に関する説明ですけど、そういったことが今後、必要になってくるのかと思っています。

川端委員

是非このCCRCを成功させていかなければならないと、議会もそういうふうに考えております。

これにちょっと似た話で、逆のパターンなんですけど、徳島県内の福祉サービス事業所のグループが東京に進出して、特別養護老人ホームや介護老人保険施設などを東京圏でつくっているというケースがあるんですよ。いわゆる徳島県内の事業所が東京で進出して、その職員に徳島県の若い方を向こうへ連れていくというような、逆のCCRCみたいな実態は、県としては認識していませんか。

眞貝委員長

小休します。（13時38分）

眞貝委員長

再開します。（13時39分）

渡邊長寿いきがい課長

県内の法人が県外に特別養護老人ホームを設けている状況というのは、東京をはじめ、千葉県、神奈川県、大阪府、京都府、兵庫県、あるいは山口県など25施設ございます。ただ、そこに働いている従業員の方が県内の方かというところまでは把握できていません。

川端委員

ノウハウを持った徳島県内の事業所が他の地域で、そのノウハウを活用して運営するのもいいんですが、徳島県内の若い方がそういうふうな所へ、どんどん吸い込まれていくようでは困ってしまうんですね。我々は今どうにかして地域の若い人材を地域で雇用ができるようにということで、CCRCにこれから力を入れるんですが、そういった県内の職員、若者が県外に吸い取られていくというふうなことが、もしあるようであれば、県としてもそういうふうな情報は的確に入手して、そういうことにならないように、もっとすばらしい魅力を付けて、なるべく流出を防いでいくというような視点も大事なのではないかと思います。また情報収集等をしていただきたいと要望して終わります。

西沢副委員長

関連で、私あんまり英語が得意じゃないんですよ。いつもCCRCという言葉を聞いたときに、いつも一遍インターネットで引くんですけど、非常に日本語的に訳しても長いんですね。ちょっと調べてみたら、CCRCとは、継続的なケア付き引退後コミュニティとなっています。でも、一般にCCRCをもっと広げようと思ったら、CCRCでは、なかなかぴんときませんね。日本語訳的に、国の方が関わって決めているのかどうか知りませんが、日本語的にわかるようなもの、変わりのものをつくってもいいのじゃないんですかね。いつもCCRCって一体何だろうなって思うんです、徳島発のCCRCの何か単語をつくってほしい、考えてほしいなど。

廣瀬いきがい・とくしま回帰担当室長

もともとCCRCというのはアメリカの方が発祥でありまして、今回、地方創生という中で国が考え出した名称というのが、先ほどから何回か御紹介しましたが、「生涯活躍のまち、日本版CCRC」というふうに名付けられております。

西沢副委員長

それだけではわかりにくいね。もっと簡素にわかりやすいような言葉があればいいかなと思うので、よければ考えてほしいなと思います。

それから、今まで有料老人ホームとか、いろいろ個人経営的なものいっぱいあります。これは確認ですけど、仮に、この会社が倒産した場合には、保険的なものはちゃんとできているのですか。

眞貝委員長

小休します。（13時43分）

眞貝委員長

再開します。（13時47分）

渡邊長寿いきがい課長

有料老人ホームにつきましては、国の指導指針等におきまして、ケースバイケースだと思えますけれども、前払金を一括で払う場合等につきましては、その入居に当たっての保全措置というものが位置付けられて制度化されております。ただ、途中で倒産した場合とか個別のケースについては、申し訳ありませんが、詳細どのように対応されるかというのかわかりませんので、また調べておきたいと思えます。

西沢副委員長

これからやっぱり、倒産したときのため保険金を保険会社に払って、まさかのときはそれでいくと。それで面倒を見てもらうというのだったらそれでいいのだけど、1,000万円、2,000万円のなけなしのお金を払って、一生面倒を見てもらうという中でだとしたら、そこが倒産したら、本当に生活をこれからどうするんだと。現実には、そんな問題があるんですよね。それが今までできているのだったら問題はないんですけれども。

これからCCRCみたいな、そういう一生面倒を見ますよというのは、どんどん増えて、やろうじゃないかという雰囲気の中で、やはりそういうところまでちゃんとフォローできる体制を徳島県がつくったら、徳島県にどんどん来るかもわかりませんよ。面倒を見てくれて、保険してくれると。保険ということだけでも、かなり重要視されるんじゃないかなと。そこまでするのが、私は行政だと。徳島県がお金を払えというんじゃないかと、そういう方向をきちんとつけるというのもいいのではないかと。最初、入所するときには保険に入って、まさかのときには、その保険で賄えるようなやり方をするような、徳島県自身が国の方に、そういうことをやったらどうですかと提案してもいい。老後でお金がなくなったら、それこそ大変ですよね。もう、収入源がないんですから。そういうことにならないように、やっぱりきちんと方向づけを、是非考えてほしいというふうに思えます。

眞貝委員長

ほかに質疑はありませんか。

（「なし」と言う者あり）

それでは、これをもって質疑を終わります。

これより採決に入ります。

お諮りいたします。

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11号，議案第12号

以上で、保健福祉部・病院局関係の審査を終わります。

これをもって、本日の文教厚生委員会を閉会いたします。（13時50分）