

# 生活福祉常任委員会会議録

平成19年10月29日

場 所 第1委員会室

平成19年10月29日（月曜日）

---

午前10時1分開会

---

会議に付託された議案等

○地域生活行政及び福祉保健行政の推進に関する調査

○その他報告事項

- ・不適正な事務処理により取得した備品について
- ・平成19年度宮崎県文化賞の受賞者について
- ・第12回若山牧水賞の受賞者について
- ・福祉保健部出先機関の再編について
- ・宮崎県・市町村災害時安心基金の見直しについて
- ・医療制度改革に係る新たな構想・計画の策定について
- ・第7回全国障害者スポーツ大会の概要及び大会結果について

---

出席委員（8人）

委員	長	十屋幸平
副委員	長	黒木正一
委員		緒嶋雅晃
委員		丸山裕次郎
委員		高橋透
委員		凶師博規
委員		新見昌安
委員		前屋敷恵美

欠席委員（1人）

委員		徳重忠夫
----	--	------

委員外議員（なし）

---

説明のため出席した者

病院局

病院局長	植木英範
病院局次長 兼経営管理課長	山下健次
県立宮崎病院長	豊田清一
県立日南病院長	脇坂信一郎
県立延岡病院長	楠元志都生
県立富養園長代理	小川泰洋

地域生活部

地域生活部長	丸山文民
地域生活部次長 (文化・啓発担当)	興梠徹
地域生活部次長 (地域政策担当)	森山順一
地域生活部次長 (交通・情報・国際担当)	太田英夫
部参事兼生活・文化課長	日高勝弘
文化・文教企画監	道久奉三
部副参事兼市町村課長	江上仁訓

福祉保健部

福祉保健部長	宮本尊
福祉保健部次長 (福祉担当)	松田豊
福祉保健部次長 (保健・医療担当)	宮脇和寛
福祉保健課長	松原英憲
医療薬務課長	高屋道博
薬務対策監	串間奉文
国保・援護課長	舟田宏
高齢者対策課長	畝原光男
児童家庭課長	西野博之
少子化対策監	佐藤健司
障害福祉課長	村岡精二
障害福祉課部副参事	杉本隆史
衛生管理課長	川畑芳廣
健康増進課長	相馬宏敏

---

---

意見交換のために出席した者

宮崎県難病団体連絡協議会 会長	首藤 正一
宮崎県難病団体連絡協議会 事務局次長	斉藤 安秋
宮崎県腎臓病患者連絡協議会 会長	杉本 健造
全国心臓病の子供を守る会 宮崎県支部	岡原 功江
全国心臓病の子供を守る会 宮崎県支部	谷口 紘一
日本ALS協会 宮崎県支部 支部長	平山 真喜男
日本ALS協会 宮崎県支部 事務局 局長	玉井 理
全国パーキンソン病友の会 宮崎県支部 会長	原田 恒夫
社団法人日本リウマチ友の会 宮崎県支部 会長	生駒 和彦
宮崎県ヘモフィリア友の会 事務局 局長	藤原 次朗

---

事務局職員出席者

政策調査課 主幹	斉藤 安彦
議事課 主任主事	大野 誠一

---

○十屋委員長 ただいまから生活福祉常任委員会を開会いたします。

徳重委員につきましては所用のために本委員会を欠席いたしておりますので、御了承よろしくお願いいたします。

まず、日程案にも関連いたしますので、意見交換の実施についてお諮りいたします。

本日、難病関連団体との意見交換会を実施することに御異議ございませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○十屋委員長 それでは、そのように決定いたします。

次に、委員会の日程についてであります。

お手元に配付いたしました日程案のとおりでよろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○十屋委員長 それでは、そのように決定いたします。

執行部入室のため、暫時休憩いたします。

午前10時2分休憩

---

午前10時3分再開

○十屋委員長 委員会を再開いたします。

報告事項の説明を求めます。

なお、委員の質疑は、執行部の説明がすべて終了した後にお願いいたします。

また、徳重委員につきましては、本日、所用のため欠席いたしておりますので、執行部の皆様にはよろしく御了承のほどお願い申し上げます。

○植木病院局長 本日もどうぞよろしくお願い申し上げます。

9月の議会終了後、18年度の決算につきまして3日間にわたって御審議をいただきました。その間、貴重な御意見、御指導をいただきましたことに、心から厚く御礼を申し上げます。

本日は、御指示のありました、不適正な事務処理により取得した備品等につきまして御報告をさせていただきます。概要につきましては座って御説明させていただきます。

それでは、お手元の生活福祉常任委員会資料の「不適正な事務処理により取得した備品等の登録一覧表及び写真」の1ページをお開き願いたいと思います。病院局では、県立日南病院におきまして、平成14年度から17年度にかけて合計41件、総額で202万円余の備品等を取得しております。これらは、表の右側の備考欄に記載のとおり、南那珂農林振興局からいわゆる肩代わ

りにより取得したものでございます。いずれも予算執行上是正すべきものであり、今後かかることのないよう厳重に留意してまいりたいと存じます。

この件の詳細と、先般の決算審査の中で御指示のありました診療報酬上の各種加算につきましては、山下次長から説明をいたさせます。

私からは以上でございます。どうぞよろしくお願いたします。

**○山下病院局次長** それでは、私のほうから資料の詳細について御説明申し上げます。

まず、「不適正な事務処理により取得した備品等の登録一覧表及び写真」のほうでございます。委員会資料の1ページをごらんいただきたいと思いますが、県立日南病院におきまして、ただいま局長が申しあげましたように、南那珂農林振興局から肩代わりにより取得した備品等でございます。なお、病院事業におきましては、下の参考のところに書いてございますように、耐用年数1年以上で5万円以上のものを「備品」として固定資産台帳に整理をしております。また、同じく耐用年数1年以上という条件で、2万円以上5万円未満につきましては「消耗備品」ということで備品出納簿に整理をしております。知事部局の一般会計におきましては2万円以上のものを「備品」として整理しておりますが、病院事業会計ではこういった特徴がございます。

この表を見ていただきますと、順番に、所属名、備品番号、品名、規格、取得年月日等を取得額の多い順に記載しております。したがって、上から5番目までの5万円以上が備品になります。以下、全部で備品が5、消耗備品が36、都合41の品でございます。総計は、一番下でございますように202万8,285円、このうち

備品が91万円余、消耗備品が111万7,000円余ということでございます。

表の右側に「写真番号」というのが振っておりますが、この写真も取得額の順に掲載をしております。それから「台帳写真」と振っておりますけれども、その番号が後ほど御説明いたします台帳写しに対応するページでございます。

おめくりいただきまして、写真が1ページに6枚ずつ、計18品目、金額の高い順に載せておりますが、ごらんになっていただければほとんどおわかりになると思います。3ページの「7消耗備品 ポリシーラー」というのがございますけれども、これはポリエチレンの袋を密封するものでございまして、院内の資材等を各病棟等に届ける際に、衛生上ポリエチレンの袋に封入して届けるといった取り扱いをしておりますが、そのための器具でございます。「11消耗備品 ファイルメーカー（ソフト）」というのが、同じく3ページの下のほうにございますが、これは立ててある本の一番左にあります白い箱が、いわゆるファイルソフトでございます。次のページもごらんいただければおわかりになると思います。以上、18品目でございます。

さらに、ちょっと厚いほうの常任委員会資料をごらんいただきたいと思いますが。備品及び消耗備品41品目につきまして台帳上の整理を行いました。1ページから13ページまでが備品出納簿でございますが、品名はベッド、一番左のほうに取得年月日、適用、規格と受入高が書いてあります。最後にてんまつとして、南那珂農林振興局より無償譲与されたという整理をしております。これが消耗備品の整理でございます。

一方、備品の整理につきましては14ページをごらんいただきたいと思いますが。ここから5万円以上ということで、病院事業会計上固定資産

ということになりますので、固定資産という整理をしております。1 ページ目はプリンターについて固定資産として整理をしたものでございます。取得年月日は消耗備品と同じ年月日、価格は19万円。これは受贈財産という無償譲与を受けたものとして固定資産台帳上整理をしております。固定資産につきましては、後年度において減価償却をしていくことが一般的でございますけれども、この場合は受贈財産ということでございますので、後年度減価償却をする必要がない資産になる整理でございます。備品及び消耗備品につきましては、以上のとおりでございます。

これと別に、せんだって御説明しましたように消耗品等が1,041万円余ございまして、合わせて1,244万円余の肩代わり等を日南病院におきまして南那珂農林振興局から受けているところでございます。

報告事項につきましては以上でございます。

続きまして、せんだって延岡病院の決算審査の際に御指示のございました、診療報酬上の各種加算について、資料の提出要求がございました。お手元に3枚つづりの表をお出ししております。診療報酬は、多種にわたる医療行為等をすべて保険の点数で計算した上で診療報酬を支払うという体系になっておりますので、非常に細かいものですが、その名称と中身を簡単にまとめたものでございます。

1 ページは基本診療料ということで、各県立病院（園）の取得済施設基準のうち基本診療料で取得しているもの、例えば一番上であれば、一般病棟入院基本料が7対1の場合に1日の入院につき1,555点の診療報酬があり、これに10円を掛けますので1万5,550円の診療報酬。通常であればその3割が自己負担、残りが保険で支払

われるということでございます。これにつきましては宮崎、延岡、日南の3病院とも取得しております。一方、富養園につきましては、精神病院でございますので、精神病棟入院基本料ということで15対1、800点、8,000円の基本診療料を取得しているということでございます。以下、小児入院医療管理料等それぞれ取得している病院につきましては丸印で掲げておりますし、空欄のところは取得していない病院でございます。それから横棒は該当のないところ、精神病棟入院基本料は宮崎、延岡、日南にはございませんので、横棒で表示をさせていただきます。全体で基本診療料62項目でございます。62項目というのは、診療所の基本診療料、あるいは療養病院の基本診療料等もございまして一般的に該当のないものもございまして、ここで掲げておりますのは県立病院のどこかが取得しているものでございます。全体で62項目のうち21項目を取得しておるところでございます。

次に、2 ページに特掲診療料というのを掲げております。これは一番上の手術の点数が代表的なものでございます。例として経皮的冠動脈ステント留置術（心臓の冠動脈の中にステントを留置する手術）の場合には一律に2万2,000点、22万円の診療報酬が入るということでございます。以下、単純CT撮影から相当項目ございます。手術のところだけで114種の手術が、保険診療上いわゆる特掲診療料として定められておるところでございます。そのほかに手術の分だけを1と数えても98項目ございまして、そのうち38項目を県立病院は取得しております。いずれも、先ほどの基本診療料と同じように、空欄のところは取得をしていないもの、横棒のところは該当のないものという分類でございます。次の3 ページも特掲診療料の続きでございます。

す。

最後に、その他ということで、特掲診療料とは別のカテゴリでございます。入院時食事療養費と地域医療支援病院入院診療加算というのがありますが、地域医療支援病院入院診療加算のほうは分類としては基本診療料に分類されるものでございますけれども、基本診療料と位置づけの仕方、性格が変わっているものですから、ここで掲げさせていただきました。

こういった基本診療料あるいは特掲診療料を取得している結果、19年4月から9月までの収入が4病院合わせて1億円を超えるものを参考までに拾ってみましたところ、2にございますように、一番高いのは入院基本料7対1、あるいは精神病棟の15対1でございます。あとは非常に高額な手術が高い診療収入になっておりますし、入院時食事療養費等は入院した以上当然に出てくる経費でございます。

診療報酬体系というのは、最初申し上げましたように事細かに定まっております、今回、御指示のありました範囲でまとめさせていただきました。以上でございます。

**○十屋委員長** ありがとうございます。

今説明がございましたが、委員のほうから質疑をお受けしたいと思います。

**○函師委員** 不適正な事務処理についての資料の見方をお伺いしたいんですが、備品等の台帳写しは、規格まで出していただいでわかりやすい資料になっておると思います。数量、単価までは見てのとおりでわかるんですが、次の項目の現在高というのはどのような理解をしたらよろしいでしょうか。

**○山下病院局次長** これは現時点での備品等の価格ということでございまして、例えば受入高、2の3万6,750円が、現在高は11万3,400円

ということでございます——3万9,900円と、その下の3万6,750円を2倍したものを足した額が11万3,400円。11万3,400円に、その下の3万6,750円を2倍したものを足した額が18万6,900円、そういう表でございます。

**○丸山委員** 診療報酬の加算について、各病院ごとに違うんですが、今後取っていかうというものがあるのかないのか。そうすることによって病院経営もやりやすくなると思っておりますが、やり過ぎると人件費の拡大をしなくちゃいけない、いろんな規制があると思います。今後の中期計画を見通す中で、こういったものを取っていききたいというものがあれば、教えていただければ幸いです。

**○山下病院局次長** 現在の県立病院の施設等で取得可能なものがあれば積極的に取っていききたいというのが基本的な立場でございます。ただ、今の施設基準等では足りない、例えば小児科の医師が何人以上といった条件がございますと、当然コストが伴います。したがって、コストとの比較でその基準を取るかどうか——もちろん医師確保の困難さというのもございますので、そういったところを比較勘案しながら、経営上メリットのあるものにつきましてはなるべく取得をしていきたい。それから、大体2年に1回医療費の改定がございます。当然基準内容も変わりますが、それにきっちり合わせてこれを取っていきることが大事かと考えております。

**○丸山委員** 1ページの真ん中よりちょっと下の救命救急入院料というのは延岡病院だけ取られているんですが、宮崎病院は救命救急をやっていないはずはないと思うんですが、取っていない理由は何かあるんでしょうか。

**○豊田病院長** 宮崎病院は、これは取れていま

せん。以前もお話ししたかと思うんですが、救命救急医の確保と、夜の12時から翌日の12時までそこに常勤をしているといういろいろな縛りがあるものですから、そういう人的確保ができれば取れるのかなというところがございます。今、医師確保に向けて取り組んでいるところがございます。

**○丸山委員** 医師の確保が大前提になるということで確認して、取れていないのはそういうことが多いと思ってよろしいということなんでしょうか。

**○山下病院局次長** 基本的には医師確保にかかっている部分が相当ございます。ただ、それ以外でも、症例数が一定数に達しないといったものもございます。

**○凶師委員** 話がまた戻るんですが、不適正な事務処理について、これは病院局だけの話じゃないと思うんです。次長の説明では減価償却の対象にはならないというような御説明だったんですけど、対象にならないということは、今後、バランスシートを作成する上でもこの備品は一切評価の対象にはならないということになると思います。ほかの備品はすべて減価償却の対象になっているわけで、この備品が対象になっていないということは、ほかの備品が減価償却される中で不足する備品が出てきたときに、対象になっていない備品が残っているにもかかわらず、新たな備品がどんどん購入されていくことになりはしないかという心配があるんですが、言わんとすることが御理解できますか。

**○山下病院局次長** わかったと思います。

全体に占める割合という部分はございますけれども、せんだって18年度の病院事業決算書を差し上げました。その中に固定資産明細書とい

うのがございます。今回お出ししました5万円以上のいわゆる固定資産として分類するものは、有形固定資産の明細書の機械備品の再区分の中に一般及び炊事用というのがございます。これが18年度の年度末の現在高で42億8,500万円余ということで、機械備品を合わせますと196億6,400万円余ございます。その中で占める割合からすると、今回、200万円余という数字上の位置づけはございます。ただ、御心配のように、今後同じような備品を実際に使えなくなって購入するときには、全く新たな需要として出てくるわけですので、過去に減価償却をしていけば、当然その分の費用は積み立てられている。今は全体として非常に赤字ですので、それがどうかということはございますけれども、会計原則から言うと減価償却をきちっとして、その上で購入すべきものという整理ではございます。

**○凶師委員** 今の次長の御理解でいいと思うんです。ただ、理解されているとおりにはこれは整理されていないわけで、減価償却扱いになっていないわけです。今後気をつけていただきたいのは、せっかくこういうきちとした台帳をつくられたわけですから、ほかの備品が償却されていく中で、台帳で管理された備品が生きている場合、償却年数が残っている場合には、重複しての購入がないようにきちとした台帳の突き合わせをしながら備品管理をしていただきたいと思います。

**○前屋敷委員** 今のことに関連してですけど、無償譲与という形で受け入れて財産台帳に記載をするということで、減価償却の必要がないという取り扱いになっているんですけど、一応財産として取得をし台帳に載せる以上は、減価償却の対象にしてもおかしくはないんじゃない

か。今、函師委員の話もありましたけれども、単純に考えて、財産として減価償却していくのは普通じゃないのかなというふうに思ったんですが、その辺の解釈はいかがでしょうか。

**○山下病院局次長** 企業会計の原則上、減価償却というのは、取得した年度に一時的に費用にすると事業に一時的に負担がかかるという点と、後年度数年間にわたって使っていく、その場合の費用を償却年数に分担するという考え方がございますので、今回、償却不要の財産ということになりましたけれども、経営上その点で特に不都合はないと考えております。

**○前屋敷委員** そういう取り扱い上のことだと思うんですけども、今言われたように、重複して同じものが購入されることを危惧しますので、そういうことのないように十分注意して取り扱いをお願いしたいと思います。

**○十屋委員長** ほかがございませぬね。

その他何かございませぬか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

**○十屋委員長** それでは、以上をもちまして病院局を終了いたします。

執行部の皆様には御苦労さまでした。

暫時休憩いたします。

午前10時30分休憩

---

午前10時36分再開

**○十屋委員長** それでは、委員会を再開いたします。

きょうは、徳重委員は所用がございまして本委員会を欠席いたしますので、御了承お願い申し上げます。

それでは、報告事項の説明を求めます。

なお、委員の質疑は、執行部の説明がすべて終了した後をお願いいたします。

**○宮本福祉保健部長** それでは、9月定例会以降の福祉保健部関連の主な動きについて、報告させていただきたいと存じます。

まず、「不適正な事務処理により取得した備品について」であります。不適正な事務処理につきましては、さきの常任委員会におきましても御報告させていただいたところですが、このたび、不適正な事務処理により取得した備品台帳の写し等を提出するよう御指示がありましたので、御報告させていただくものであります。

お手元に、備品の一覧表と主な備品の写真の冊子及び横長の厚目の備品台帳の写しを、委員会資料として別冊でお配りしております。不適正な事務処理により取得した備品は、福祉保健部全体で368あり、その多くが食肉衛生検査所の検査機器等でございます。改めまして、議員及び県民の皆様にご心からおお喜び申し上げますとともに、今後は、職員の意識改革、適正な業務執行に努めてまいりますので、御理解いただきますようお願いいたします。

続きまして、生活福祉常任委員会資料の1ページをお開きください。「福祉保健部出先機関の再編について」であります。県の行財政改革大綱に基づき、福祉保健部の出先機関である県南と県北の福祉事務所と児童相談所及び知的障害者更生相談所の連携強化により、地域福祉の向上を図るため、これらの出先機関を統合した組織体制の整備について検討を続けてまいったところですが、都城市と延岡市にございますこれらの出先機関について、統合による総合的機関を設置する方針を固めましたので、その概要について御報告するものであります。

次に、3ページをお開きください。「宮崎県・市町村災害時安心基金の見直しについて」



であります。災害時安心基金につきましては、「災害規模の大小や地理的条件による不公平感が生じないように」との県議会からの御意見等を踏まえ、制度の見直しについて市町村と協議を重ねてまいりましたが、その内容が固まりましたので、御報告するものであります。

以上、不適正な事務処理関係、出先機関再編関係、災害時安心基金関係の3件の詳細につきましては、後ほど福祉保健課長から御説明させていただきます。

次に、5ページをお開きください。「医療制度改革に係る新たな構想・計画の策定について」であります。医療制度改革は、我が国の医療保険制度が、近年、急速な少子高齢化、経済の低成長への移行などの環境変化に直面し、従来のもまでの制度運営が難しくなってきたことを背景に、国民皆保険を堅持し、医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくことを目的に推進されているものであります。一昨年12月の政府・与党医療改革協議会による「医療制度改革大綱」の策定、昨年6月の関連法案の成立・公布等、改革に向けた具体的な動きが活発化してくる中で、県といたしましても現在まで関連のさまざまな取り組みを進めてきているところであります。本日は、その取り組みの中で今年度中に策定することとされております4つの構想・計画について、概要を御説明させていただきます。

まず、1の医療計画ですが、本計画は、医療法の規定を根拠に、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の構築などを目的として、平成20年度からの5年計画として策定するもので、来年3月までの策定を予定しております。本計画の主な内容は、医療圏の設定、基準病床数の算定など、資料に記載しております項目等

とされておりますが、中でも今回の医療計画における大きな特徴としましては、主な内容の黒ポツ2番目でございますが、4疾病、5事業（この4疾病、5事業につきましては資料の下のほうに注意書きしております）のそれぞれの疾病や事業ごとの医療連携を目指し、内容的にも住民や患者にわかりやすい計画の策定を図ることとしております。

次に、2の医療費適正化計画についてであります。本計画は、「高齢者の医療の確保に関する法律」の規定を根拠に、医療費適正化の総合的かつ計画的な推進を目的として平成20年度からの5カ年計画であり、来年3月までの策定を予定しております。本計画の主な内容は、平成20年度からスタートする特定健康診査・特定保健指導実施率、メタボリックシンドローム該当者あるいはその予備軍の減少率、療養病床の病床数、平均在院日数など、医療費の適正化に関連する各項目の目標値とその達成のために取り組むべき施策等とされております。医療制度改革において重要な柱の一つと位置づけられる計画として、今回初めて策定する計画であり、策定後も、平成22年度に中間評価、25年度に実績評価を実施し、その結果をそれ以降の関連施策の推進に反映させることとしております。

次に、6ページの3の地域ケア体制整備構想についてであります。本構想策定の必要性等につきましては、6月の本委員会で一度御説明させていただきますが、本構想は療養病床の再編成に伴う受け皿づくりを含めた地域ケア体制の計画的な整備を目的に、地域における今後の高齢者介護の受け皿の整備の方向性等について定めるもので、年内の策定を予定しております。療養病床の再編成が進められる中、地域ごとの将来的なニーズや社会資源の状況に即し

た地域ケア体制整備に係る今後の方針となるもので、本構想で示す方針は、これ以降、来年度にかけて策定する医療計画、医療費適正化計画あるいは介護保険事業支援計画など、療養病床の再編成に密接に関連する各計画にも反映させることとしております。

最後に、4の健康増進計画についてであります。本計画は、健康増進法の規定を根拠に、県民の健康増進に関する施策の計画的な推進を目的として策定するもので、今般の医療制度改革の流れを受け、新たに平成20年度からの5カ年計画を来年3月までに策定することとしております。具体的には、メタボリックシンドロームの該当者・予備軍の減少率等生活習慣病の発症予防、重症化予防に着目した目標値と、その達成のための施策の方向性等を示すこととしております。

以上、簡単に4つの構想・計画について御説明申し上げました。このうち3の地域ケア体制整備構想につきましては、資料の7ページ以降でございますとおり素案が固まりつつありますので、後ほど高齢者対策課長から御説明させていただきます。

残る3計画につきましては、それぞれ国の指針等を踏まえて、現在、担当課を中心に検討作業を進めているところで、現状では具体的な内容が固まっておりませんが、今後、年度内の策定に向けて着実に作業を進めてまいりたいと考えております。

最後に、資料の13ページをお開きください。「第7回全国障害者スポーツ大会『秋田わか杉大会』の概要及び大会結果について」であります。この大会は、1にございますように、去る10月13日から15日までの3日間、秋田県で開催されました。4にございますが、本県から

は、身体障がい者10名、知的障がい者16名の計26名の選手を派遣いたしました。このうち19名の選手が、陸上競技や水泳など5競技26種目で金メダル12個、銀メダル11個、銅メダル3個の合計26個のメダルを獲得し、陸上競技1種目、水泳2種目、フライングディスク1種目で大会新記録を樹立いたしました。各選手の成績や開会式の入場行進の様子につきましては、資料の14ページから15ページにかけて御紹介しておりますので、御参照いただきたいと思います。

本大会への選手派遣を初め障がい者のスポーツの振興は、障がい者の自立と社会参加を推進する上で大変重要でありますので、今後とも積極的に取り組んでまいりたいと考えております。

なお、大会の詳細につきましては、後ほど障害福祉課長から御説明させていただきます。

私のほうからは以上でございます。

**○松原福祉保健課長** 福祉保健課からは、不適正な事務処理関係など3件につきまして御説明いたします。

まず、不適正な事務処理により取得した備品につきまして御説明させていただきます。

お手元の「不適正な事務処理により取得した備品の一覧表及び写真」と書かれております資料につきましては、さきの常任委員会で主なものを写真とあわせまして御説明しましたので、省略させていただきます。後ほど御参照ください。

次に、「不適正な事務処理により取得した備品台帳の写し」と書かれております分厚い資料につきまして御説明いたします。

まず、備品台帳とは、県の財産であります備品の管理や有効活用を図るために整備するもの

でございます。備品1品ごとに作成するものであります。

備品台帳の見方でございますが、例えば、福祉保健部で不適正な事務処理により取得しました一番高額な備品は、小林食肉衛生検査所の超低温フリーザーであります。台帳では資料の90ページの右側でございます。台帳には、備品を所管する所属名 小林食肉、品名 超低温フリーザー、規格 日本フリーザーCLN-30U、取得年月日 平成19年9月5日、取得額 112万3,500円、保管場所 微生物検査所などを記載するとともに、備考に不適正な事務処理による取得であることが明記されているところでございます。なお、本品は取得額が100万円以上となっておりますので、上から3つ目の備品区分の部分は「重要備品」と記載されております。また、取得年月日は全庁調査の結果がまとまりました日付としておりますが、一番下の管理記録の欄には、不適正な事務処理により実際に取得した日付を記載しております。

次に高額な備品といたしましては、日向食肉衛生検査所が購入いたしましたホモジナイザーでございます。資料で申し上げますと159ページの左側でございます。これも先ほどと同様の事項が記載されております。ただし、本品は取得額84万円となっており、100万円未満でありますので、上から3つ目の備品区分は単に「備品」というふうに記されております。

以上が、不適正な事務処理により取得した備品台帳の見方を中心とした説明でございます。

続きまして、福祉保健部出先機関の再編について御説明いたします。

常任委員会資料の1ページをお開きください。まず、(1)の再編の対象機関でございますが、都城市の北・西諸県福祉事務所、都城児

童相談所及び知的障害者更生相談所都城支所の3所属と、延岡市の東白杵福祉事務所、延岡児童相談所及び知的障害者更生相談所延岡支所の3所属でございます。

(2)の再編案でございますが、県央地区の中央福祉相談センターのような福祉事務所、児童相談所及び知的障害者更生相談所を統合する総合的な機関を、県南・県北地区においても同様に設置するものでございます。再編後にありますように、機関の名称につきましては、仮称「南部福祉こどもセンター」と「北部福祉こどもセンター」としております。また、場所につきましては、県南・県北地区ともに現在の児童相談所の庁舎を活用する予定としております。参考までに再編後の組織イメージについてお示ししておりますが、中央福祉相談センターのように指導監査部門を初め3つの機能を統合した組織になるものと考えております。

(3)の再編時期は、平成20年4月を予定しております。

続きまして、(4)の再編の効果といたしましては、福祉部門の関係行政機関を統合することにより、県南及び県北地域の福祉施策の拠点として、複雑多様化する家庭問題や、児童虐待を初めとする子供の問題等への対応について、一層の充実を図ることができるものと考えております。

なお、再編後の機関の名称を初め具体的な内部組織などにつきましては、今後さらに検討していくこととしております。福祉保健部出先機関の再編については以上でございます。

続きまして、資料の3ページをお開きください。宮崎県・市町村災害時安心基金の見直しについてであります。

災害時安心基金につきましては、災害規模の

大小や地理的条件による不公平感が生じないように、当委員会を初めといたしまして県議会から御意見をいただくとともに、市町村からも対象範囲の見直しについて御要望いただいたところでございます。このため県といたしましても真摯にこれを受けとめ、制度の見直しについて市町村と協議を進めてまいりましたが、このほどその内容がまとまりましたので御報告いたします。

まず、1の見直しの内容についてであります。表をごらんください。見直しは基金の対象市町村と支援額の2点であります。まず、対象市町村につきましては、現行制度では、被災者生活再建支援法の適用が要件であったものを、見直し後は、自然災害により全壊、半壊または床上浸水のあった市町村、つまり、1世帯でも床上浸水以上の住家被害のあった市町村としております。また、支援額につきましても、対象災害が拡大したことから、基金の財政負担にも考慮し、現行の1世帯当たり一律20万円であったものを、全壊20万円、半壊15万円、床上浸水10万円としたところでございます。なお、この見直しは台風第4号や5号等平成19年度の災害から適用することとしております。

次に、2の市町村別支援額の見込みですが、台風4号や5号などによる住家被害で、日向市の72世帯、730万円など県全体で170世帯、1,810万円の支援額が見込まれております。

最後に、3の今後の予定でございますが、今後、被災市町村から、基金の管理を行っている宮崎縣市町村振興協会への支援金請求等の所要の進め、速やかに被災世帯への支給を行いたいと考えております。

福祉保健課からの説明は以上でございます。  
○畝原高齢者対策課長 地域ケア体制整備構想

について説明をいたします。この件につきましては、先ほど部長も説明いたしましたけれども、6月の常任委員会で経緯等については報告させていただきましたが、本日は構想の素案をお示しするものであります。

なお、素案の概要を委員会資料に記載しておりますので、お手元の委員会資料7ページをお願いいたします。まず、計画策定の背景と趣旨についてであります。国の制度改正を受けまして、今回の療養病床の再編成が予定されているところであります。療養病床は、長期にわたり療養を必要とする患者が入院するベッドということでございますが、点線囲みの中にありますように、介護保険を適用する介護療養病床、本県は約2,000床ございます。それから医療保険を適用する医療療養病床、これが本県は3,000床ございます。このうち①の介護療養病床につきましては23年度末で全廃されることとされておりますので、廃止後は、転換により医療サービスを提供するのか、介護サービスを提供するのかを医療機関みずからが選択していただくこととなります。また、②の医療療養病床につきましては縮減される方向にありますので、患者の状況等を勘案し、今後も医療療養病床として継続するのか、あるいは介護サービスへ転換するかを医療機関みずからが選択することとなります。いずれにいたしましても、県内約5,000床の療養病床について介護保険施設等への転換を進めていく必要があり、これに伴う高齢者ケアの受け皿の確保のため、その方向性を示す目的で地域ケア体制整備構想を策定するものでございます。

次に、7ページの中ほどの施策推進のための諸計画との関係についてであります。点線囲みの中にありますとおり、この構想は、今後策

定予定の高齢者保健福祉計画、医療計画あるいは医療費適正化計画にその基本的な考え方を反映させ、諸施策を推進していくこととしております。また、これを受けまして来年度、各市町村におきまして市町村介護保険計画を策定し、介護保険のサービスや保険料を決定していくこととなります。

次の8ページをお願いいたします。1の今後の高齢化の将来推計についてであります。以下各項目につきましては、国が示しましたフォーマット、数式によりまして推計したものでございますので、今後の推移を見る指標としてごらんいただきたいと思っております。

まず、総人口の減少が見込まれる中で、65歳以上の高齢者や75歳以上の後期高齢者のいずれも相当伸びていくことが見込まれます。

次に、2の介護サービス等の推計についてです。高齢者が全体として伸びていく中で、介護の必要な方がどのようになるのかを示すものが要支援・要介護認定者の推移でございます。17年の4万2,000人が、30年後の平成47年には7万3,000人と約7割程度増加し、うち要介護度4以上の重度の方も同様にふえていくことが予想されております。これに伴いまして、次の介護サービスの推移の表にありますとおり、介護サービス料も増加が見込まれます。特に小規模な施設では、地域密着型サービス、あるいは18年4月以降の新しいサービスであります介護予防サービスにつきましては大きな伸びが見込まれるところであります。

次に、3の療養病床の状況についてであります。まず、医療療養病床の患者の医療区分についてであります。表の下の注意書きにありますとおり、医療区分は疾患や医療処置の分類であり、2と3がいわゆる難病、あるいは人工呼

吸器をつけている方などの重篤な方——1の方が軽いというわけではございません。この方々も重い病気でありませけれども、そういう区分となっております。ごらんになってわかりますように、2と3の方で半数を超えております。

次に、隣のADL区分についてであります。この区分は、注意書きにありますとおり、日常生活の動作能力の分類、平たく申し上げますと、どれだけ看護師さん等の手がかかるかという分類でございますが、3になるほど重たくなります。2と3の方で7割を占める状況となっております。

次に、介護療養病床の入院患者の介護度についてでございます。これも注意書きにありますとおり、区分が高いほど介護度の必要性が高くなりますが、ほとんどが要介護度2以上で、要介護度4・5のいわゆる重度の方が8割以上となっております。国の今回の制度改革は、療養病床には、それほど医療を必要としない方、いわゆる社会的入院の方が多いということからスタートしておりますけれども、今ごらんになってわかりますように、少なくとも本県におきましては医療療養病床、介護療養病床ともにケアの必要性が相当程度高い方が入院されておられると言える結果となっております。

次に、9ページをお願いいたします。4の転換意向調査結果と受け皿の整備についてであります。まず、介護療養病床約2,000床につきましては、介護施設に転換するものは、表の一番上の欄にあります。736床、約3分の1で、大半が医療療養病床を初めとする医療系に転換する意向でございます。次に、医療療養病床につきましては、介護施設に転換するものは現在のところ98床、ほとんどが医療系に残るという意向であります。

その下の「介護の受け皿の確保」に記載しております表をごらんいただきたいと思います。が、時点の違いや数字のとり方によりまして若干上の表と突合しない面もございますが、合計しますと、介護施設に転換するもの、表で見ますと既転換意向分の合計欄は836床、全体の約2割弱という状況でございます。介護療養ベッド2,000床が廃止される中で、約800床が介護施設に転換することになりますので、県といたしましては各市町村と協議を重ね、不足分をカバーする約1,600床を新規整備分で穴埋めし、転換前の介護サービスの水準を確保したいと考えております。表の下に「転換前の水準を確保」と記載しておりますが、少なくとも廃止前の水準は確保したいと考えております。

次に、医療療養病床についてであります。国は、今回の再編に当たりまして医療療養病床の縮減を目標としておりますが、縮減目標につきましては国が数式を示しております。その数式で出してみますと、本県の医療療養病床の目標値は、一番下の枠の中にありますように1,696床、約1,700床となります。一方で、医療機関の意向を積み上げますと、一番右端ですが、3,016床、約3,000床は縮減されないまま残るということとなっております。国が目標値とします数字とは約1,300床の乖離が生じます。この乖離の原因としましては、先ほどの調査結果にもありましたとおり、医療機関が現在入っていらっしゃる患者の状態を考慮して、今後とも医療継続が必要だと判断されておられたり、数年前に療養病床を建設して、その負債等もまだ終わっていない方もいらっしゃるということで、現在転換するのは財政的な面から厳しいというのがほとんどでございます。それぞれの地域あるいは医療機関の事情によるものですので、短期的

な目標達成は厳しい状況にあるものと考えております。

次に、10ページをお開きください。5の介護サービスなどの「受け皿の確保」に関する基本的な考え方についてでございます。これまで御説明申し上げましたとおり、1つ目の丸にありますように、療養病床はいずれも重度者の療養の受け皿となっているのが現実でございます。このため、受け皿の整備は重度者に対応した介護サービスを中心に考えており、サービスの増加が住民負担や介護保険財政に急激な影響を与えないよう十分に配慮し、来年度策定予定の第4期の介護保険計画の中で地域の実情に応じた対応を図ることとしております。

具体的には、①の地域に必要な受け皿の整備にありますとおり、在宅で療養の困難な中重度者に対しまして、施設・居住系サービスを、地域の実情に応じ介護保険財政の範囲内で整備しますとともに、当該サービスが医療と福祉サービスの連携のとれたものとなるよう配慮することとしております。また、在宅で療養が可能な高齢者の介護のために、在宅サービスの充実、訪問看護や通所リハビリなどによる適切な医療提供のサポート、介護予防等による重度化の防止、相談対応等による高齢者あるいは家族の負担軽減、有料老人ホームの活用などによる見守り環境等の整備、住宅改造による介護環境の整備などを進めることとしております。

また、11ページの②にありますように、何よりも今後は重度者を受け入れる地域の環境整備が必要であり、そのためには、これまでも増して医療と福祉サービスの連携がかぎを握るものと考えております。イメージを図式化しておりますが、各地域内の資源をいかに連携させるのか、また、他の地域といかに連携を図るかが

大きな課題であり、中でも訪問看護等の医療をサポートできるサービスの充実が特に重要なものと考えております。まずは市町村ごとに地域の実情を十分把握していただき、イメージ図のような資源マップを新たに市町村の地域図面上に落とし込んでいただく。地域の資源を再度確認していただき、どのような工夫ができるのか、どの点が足りないのか、あるいはどのような連携ができるかということ市町村がみずから検討していただき、それを県は全面的にバックアップ支援していくことが求められるものと考えております。

いずれにいたしましても、今後予想されます診療報酬の改定、あるいは介護報酬等の見直し等を踏まえて、医療機関はなかなか先が読めない中で不安を感じていらっしゃいますので、今後とも地元市町村、医療機関と十分検討しながら、地域で重度な介護の必要な高齢者をどう支えるかということを真剣に検討してまいりたいと考えております。以上でございます。

**○村岡障害福祉課長** それでは、生活福祉常任委員会資料13ページをお開きください。第7回全国障害者スポーツ大会「秋田わか杉」大会の概要及び大会結果についてであります。

この大会は、スポーツを通じて障がい者の社会参加を促進するために開催されるものであります。4にありますとおり、今回、本県からは26名の選手を派遣しました。また、役員、コーチ等24名が引率しましたが、この中には宮崎養護学校を初め5校の特別支援学校の教員の方が含まれています。これは、各地域や特別支援学校における障がい者スポーツの推進につながる指導者の育成をねらったものであり、参加された教員の方からは、「全国レベルの高さや指導法が今後大いに参考になった」という意見

や、「ぜひ自分の学校の生徒を全国の舞台に立たせてみたい」といった感想が寄せられました。今回の経験が学校現場での指導に活かされるものと確信しております。

次に、14ページをお開きください。今回参加した選手の全成績を載せております。特に11番目の平山さんと12番目の河野さんが樹立した水泳での大会新記録は、これまでの記録を大きく塗りかえるものであり、しばらく破られるものではないと考えております。また、フライングディスクで大会新記録を樹立した25番目の外山君は、宮崎養護学校での毎日の練習の成果が実ったものであり、特別支援校における積極的なスポーツへの取り組みが重要であると再認識したところであります。

スポーツは、障がい者の生活を豊かにし、自立と社会参加を促進する大きな力となりますので、今後とも関係機関や関係団体との連携を図りながら障がい者スポーツの振興を図ってまいりたいと思います。以上であります。

**○十屋委員長** ありがとうございます。

以上で執行部の説明が終わりました。質疑はございませんでしょうか。

**○凶師委員** まず、冒頭に御説明がありました不適正な事務処理についてお伺いしたいんですが、以前の調査結果の最終報告の資料ときょういただいた資料の突き合わせをする時間がほとんどない状態で、こういう質問をするのは筋違いのところがあるかもしれませんが、教えていただきたいと思います。細かなところまでは見ていませんので、私が今気づいた点だけお伺いしたいんですが、都農食肉衛生検査所の内容で、最終報告書の資料の中では「預け」の部分で購入された備品が幾つか挙げられております。その中で検査用の消耗品等はこの備品の

台帳には上がってきていない部分が多いと思うんですが、その次に15万3,027円のシュレッターを購入しているとあるんですが、きょういただいた備品の台帳の写しには、そのシュレッターの金額が48万9,027円になっております。これは違うシュレッターを購入されているのかもしれませんが、しかし、今ざっと都農食肉衛生検査所を見たんですが、「シュレッター」という項目で上がっているのは1台しかないように見受けられます。この金額の違いの説明はできますでしょうか。

**○川畑衛生管理課長** 済みません。今の質問につきましては、的確な回答が今の時点ではできないので、後ほどよろしいでしょうか。

**○図師委員** では、後ほど御説明いただきたいと思えます。

都農の部分しか見ていないんですが、今度は「書き換え」の部分で、パソコンプリンター、プロジェクタースクリーンで総額136万3,950円という金額が最終報告書の資料にあります。備品台帳の資料を1つずつ拾っていかにかいかなと思うんですけれども、液晶のスクリーンを3台ほど買われていますし、パソコン本体とソフトの合計金額が136万云々になると理解してよろしいのか。1台のセットでそうなったのではなくて、複合機等も含めてこういう金額になったのか、その解釈の仕方だけ教えてください。

**○川畑衛生管理課長** この件につきましては先般の委員会でも質問いただいたところですが、管轄いたします屠畜場1カ所、食鳥処理場4カ所におきまして実施しております衛生管理部会や衛生講習会で使用している備品等でございます。多人数を相手に、より速く正確に病変等を鮮明に映し出す必要ということから、解析度の高い、比較的高価なプロジェクターを

購入しております。それで、パソコン1台が24万6,900円、プロジェクターが105万——これは70万と35万でございます。それからスクリーン、合計136万になっております。

**○図師委員** 規格まで記された詳細な資料を公開されるという潔さは十分認めるところでありますが、今ざっと見ただけでも数字の整合性がとれない部分があるのかなというところもありますので、以前出された資料と、規格まで書かれている今回の最終報告に金額のずれがあるものがあれば、速やかに御報告いただきたいと思えます。

**○川畑衛生管理課長** わかりました。そのようにさせていただきたいと思えます。

それから、先ほどのシュレッターの件ですけれども、シュレッターの規格も、家庭用で使う数千円のものから、一度に大量に処理するものまであります。特に食肉衛生検査所の場合は個人情報がいっぱいありますので、そういったものを一度にたくさん処理するといった意味で、確かに不適切な金額でございますが、高価なものを購入してしまったということだろうと思えます。それ以外の目的は考えられないと、大量に細かにシュレッターするというところだろうと思えます。申しわけありません。

**○緒嶋委員** 市町村の安心基金の見直しについては、いろいろ申し上げましたけれども、我々が意見を申したとおりになって、今は感謝しております。よかったというふうに理解しております。

問題は、医療制度改革に係る新たな構想・計画の策定について、宮崎県は高齢化率もほかの地域から見たら10年も進んでおるんじゃないかと思う中で、このとおりにいった場合に、治療も受けられなくなるような老人、弱者が相当ふ



えるのではない。法律の改正に伴うことで、医療連携体制の充実とか、医療費の適正化、地域ケア体制の充実とかいうことを含め、言葉としては理解できますけれども、結果として医療療養病床数が1,700になって、転換しない療養病床が目標を1,300上回るということを考えて場合に、医療機関を初め、これは本当に受け入れられることができるのか、言われたように今までの設備投資を含めてですね。この協議会をつくって検討していかれるわけですが、宮崎県の場合、高齢化率が高い中で、医師の問題等含めて医療が充実していない中で、これが計画どおりいった場合どうなるのかなという懸念が強いんですけれども、そのあたりはどう考えておられますか。

**○畝原高齢者対策課長** 今までは、どちらかといいますと介護と医療が縦割りと言ったら語弊があるんですが、余り受け渡しがなかったんです。今回、委員がおっしゃいますように、病院から出た場合に、在宅医療を支え切れるのかという問題がございます。私どもとしましては、今、療養病床を持っているところは医療機関でございますので、まずは医療機関の意向を十分尊重しようと。医療機関は、今——23年度末に廃止されますが、現在入っていらっしゃる患者さんを診ておられますので、この方をどうするかということは今考えていらっしゃいます。そういう意味からして、転換についていまひとつ慎重になっているのが一点ございます。今この方々を在宅にして大丈夫だろうかという問題が一つあります。

ただ、そうは言うものの、制度がそうなった以上はそれに従わざるを得ないということは、私どもがいろんな機会に医師会の方々と話す中では御理解はいただいています。ただ、本音か

ら言いますと、決してよくわかったという意味ではございません。医師会の先生方からは、「県に言ってもしようがないかもしれないけれども」という話が出ます。医療制度の先行きがよく見えないと、その中で、療養病床もできてまだ7年ぐらいなのに、ここでまた転換されるとなると、慎重にならざるを得ないというのは、皆さんおっしゃっています。

私どもとしましては、先ほどもちょっと触れましたが、介護の世界でいかに医療と連携していくかということが一番のポイントに考えているところでございます。実はあしたまた医師会の先生方と話す機会をつくっているんですが、いずれにしても、介護の世界から言いますと「大丈夫でございます」とはなかなか言い切れない面がございます。まずは医療機関の先生方に御理解をいただくことが最大のところかなと。そのためにも、特に保険者である市町村と考え方を一緒にしなくちゃいけないということで、今回のこの構想をつくるに当たっては最低3回から4回ヒアリングをさせていただきました。他県では、意向調査ということでアンケートをとってそれを積み上げているんですが、我が県は、県と市町村と療養病床を持っているお医者さんと3者でひざ詰めで協議をしてまいりました。今もやっていますし、ほぼ毎日のように病院の方々が我が課にお見えになっています。

明確なお答えができなくて申しわけないんですが、そうならないようにという言い方しかできないんですが、家庭で介護される方々、あるいは療養病床に入っている方々が不安を抱かないような形で、来年度の計画に向けて鋭意検討を進めてまいりますという言い方で御了解いただきたいと思います。

○緒嶋委員 特にそれぞれの施設で治療を受けている人たちは行き場がなくなる、それこそ介護難民とかいろいろ言われております。医療というのは、ある意味では人間の尊厳にかかわる問題です。命にかかわる問題にもなるわけです。国のほうから財政的な面での改革でそういうふうに向きがなってきたと思うんです。もちろん財政の問題も必要だけれども、病気で苦しんで入所しておられる人の立場に立って、また医療施設とか、療養型のいろいろな形の中の連携を十分とって、少なくとも県民が医療難民、介護難民にならないように、県は市町村と十分連携をとって医療費適正化計画等も充実したものにしていかんと、今後、高齢化が進めば進むほどこの問題は大きなものになってくると思います。今、この関連についていろいろと財政的なものも言われておりますけれども、姿として将来を見通したものを、我々もですが、国のほうにも強く要望しながら、市町村、医師会、あるいは福祉関係の皆さんとも連携してやっていただきたいということを強く要望しておきます。

○前屋敷委員 関連してですけど、今言われたように、このまま行くと医療難民、介護難民は当然出てくる状況にあるというふうに思うんです。今、県内の状況について御説明がありまして、医療機関の皆さん方も今後さらなる協議も重ねていくという御説明もありましたけど、本当にそこが今必要だと思います。国は、特に高齢者の医療費がかさむと、できるだけ医療費を少なくしようということで、こういう方針がどんどん出ています。特に後期高齢者の医療制度も来年4月からということで進められております。しかし、果たして4月からできるかどうか懸念されておまして、凍結やむなしみたい

な話も出ています。高齢者の医療や介護が殊さら大事になっている状況ですので、県の実態や医療機関の皆さん方の状況をつぶさにとらえていただいて、県としても高齢者や病を抱えておられる方々の医療、介護が十分できるような方向で、国にもしっかりとすべきところは言って是正を求めていただきたい。いろんな状況把握や制度の改善に向けても頑張っていきたいと私自身も思っているところですので、その辺のところをしっかりと踏まえていただきたいというふうに思うところです。

○畝原高齢者対策課長 9ページに、療養病床は国の数値を上げると1,700床、ただし、現在では1,300床の乖離があるというお話を申し上げました。国の制度に向けて努力するのが我々としても課題ではあるかと思うんですが、先ほど言いましたように患者さんの状況、家庭の状況を考えれば、一気に呵成にそこに持っていきのめいかなものかと考えています。これは我が県に限ったことではございません。首都圏は別にして、地方の県はどこも同じ状況でございますので、知事会や全国の部長会等でこれまでも同じような意見を出してきております。今意見があったことを踏まえながら検討してまいりたいと思います。

○前屋敷委員 もう一つ、出先機関の再編について御説明を受けたところですが、いろんな機能を高めるという点で再編するという御説明でしたが、体制上、組織的にも、職員の皆さん方の人数も含めてどの程度を予測しておられるのか、その辺のところも明らかになればお伺いします。

○松原福祉保健課長 現在、定員につきましては、北・西諸県福祉事務所が定員ベースで13名、東白杵が定員ベースで14名、都城児相が定

員ベースで26名、延岡児相が定員ベースで27名という状況でございます。今後の組織体制あるいは人員についてでございますが、業務の効率的、効果的な遂行という観点から、今後具体的なところを検討してまいります。一方で総務事務の一元化という部分も生じてまいりますので、いずれにいたしましてもそういうものも加味しながら総務部等と協議していくということでございます。現時点では確定しておりません。

**○前屋敷委員** 今、特に子供たちをめぐる状況はたくさん問題を抱えている中ですので、体制そのものは強化をする必要があるという状況でございます。こういう形で再編統合されて、その中で組織的な人員を含めて削減が図られたりということはあるとは思いますが、また、1カ所で広域を見るということにもなりますので、職員の皆さん方の負担もかなりふえてくるんじゃないかと思えます。そういったところの低下がなされないような形で、より一層充実が図られることについても検討が必要じゃないかと思えます。

**○松原福祉保健課長** 1ページに指導監査部門、保護部門、相談判定部門というふうに組織イメージがございますが、基本的には現在の体制がベースとなって移行していくと考えております。

また一方、福祉事務所と児童相談所が一緒になることによりまして1つの庁舎の人数がふえることとなります。最近の児童虐待に関する危機管理といった点で、従来の福祉事務所の職員と従前の児童相談所の職員との連携も図られることとなります。あるいは福祉事務所の生活保護の児童障がい児についても児童相談所の専門的な知識も活用できるようになりますので、機

能としては従前より向上する方向ではないかというふうに考えております。

**○前屋敷委員** 関連してよりいい方向でそういう指導や受け皿的なものになるということでは、一つメリットもあるかなとも思っているところです。このことによって事業の低下が来されないようにお願いします。

**○丸山委員** 関連して、福祉保健部の出先機関の再編についてです。中央のほうで同様のことを先行してやったんですが、その検証をやってこれに入ったのか。検証してよかったというふうに思っているのか、まずそこをお伺いしたいと思います。

**○松原福祉保健課長** 検証という部分については、詳細な意味での検証というのは行ってはおりませんが、従来から県北と県南においても、先ほど申し上げましたような家庭や児童の問題での一元的な対応ということで議論をしてまいりまして、そうした議論の中で、今の中央児相もうまく機能しているということも踏まえまして、中央の現在の状況を見て、来年度実施しようということで検討が進められたところでございます。

**○丸山委員** できるだけ細かく検証していただいて、それを今度新しくできる南部、北部にもアドバイスして、よりいい姿になっていただきたいと思っています。

もう一つお伺いしたいんですが、他部局では、事務所の統合などについてかなり地元から批判も出ているところもあるんですが、出先の市町村にはどのような形で説明をされたのか、されているのかも含めてお伺いしたいと思います。

**○松原福祉保健課長** 福祉保健部の出先機関につきましても、基本的に、同じ延岡市の中のもの

のを1つにする、あるいは都城市の中のものを1つにするということをございますので、ほかの出先と比べますとそういう議論も起きにくいと考えております。いずれにしましても、きょう常任委員会で初めてこの内容を御説明いたしましたので、県といたしましても、今後、関係の延岡市、都城市のほうには話を進めていきたいと思っております。

○丸山委員 同じ都城、延岡ということですが、守備範囲といいますか、かなり広い市町村を担当しておりますので、そちらのほうにもしっかりと説明をしていただきたいと思いますので、そこをやるということを確認させていただきたいんですが。

○松原福祉保健課長 延岡市、都城市のほうにはきちんと今後説明をしていきたいと考えております。

○丸山委員 都城だけではなくて、西諸とかも仕事の内容としてはテリトリーとしてやっていると思うので、その辺まで含めて説明をしっかりとやっていただくということでもいいんでしょうか。

○松原福祉保健課長 周知したいと思っております。

○丸山委員 ちなみに、今の都城の児童相談所を使うということですが、箱の中に人が入るんですか。

○松原福祉保健課長 物理的には、今の建物を増床するという形ではなくて、仕切り壁を新たに設けたりといった形で今の児相の建物の中に入る計算になっております。

○川畑衛生管理課長 先ほど凶師委員のほうから質問のありましたシュレッダーの件につきまして説明をさせていただきます。前回、委員会で提出しました備品であります、「預け」に

よる主な購入物品とその使用目的ということで写真と金額を示しておりました。都農の場合は「預け」のほうは少なく「書き換え」が多かったんですが、「預け」の中で主なものということで挙げた場合に、シュレッダー15万3,027円を示しております。こここのところに括弧書きで書いておけばよかったんですけども、実際の購入価格は、きょうお示ししました48万9,027円ということで、これは「預け」が15万3,027円、差額分33万6,000円は「書き換え」のほうから継ぎ足して1台を買ったということをございます。

○凶師委員 今のは一つの例であって、一つ一つ突き合わせていけば恐らく同様なことが出てきて、これは最初もらった資料と今回の資料の金額は違うなというのが、都農に限らずほかにもあると思います。持ち帰ってもう一回ゆっくり見せていただきますが、疑問が生じたときにはその都度確認をとらせていただきますので、よろしくお願いします。

○十屋委員長 その他ございませんでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○十屋委員長 先ほど緒嶋委員も申されましたけれども、災害時安心基金に関しましては、当委員会のそれぞれの委員の意見を十分に踏まえた制度の見直しをしていただきまして、私も含めましてお礼を申し上げたいと思っております。本当にありがとうございました。

それでは、以上をもちまして福祉保健部を終了いたします。

執行部の皆様には御苦労さまでした。

暫時休憩いたします。

午前11時34分休憩

午前11時39分再開

○十屋委員長 それでは、委員会を再開いたします。

本日、徳重委員は所用によりまして欠席をいたしておりますので、執行部の皆様には御了承のほどお願い申し上げたいと思います。

それでは、報告事項の説明を求めます。

なお、委員の質疑は、執行部の説明がすべて終了いたしました後をお願いいたします。

○丸山地域生活部長 それでは、本日御報告いたします事項の概要について説明をさせていただきます。座ったままで説明させていただきます。

生活福祉常任委員会資料の目次をごらんいただきたいと思います。まず、「不適正な事務処理により取得した備品について」であります。西臼杵支庁における不適正な事務処理の結果につきましては、去る9月の委員会におきまして報告したところでありますけれども、本日は、「預け」により取得した備品の一覧表や備品台帳の写し等、詳細について報告をさせていただきます。

次に、「平成19年度宮崎県文化賞の受賞者について」報告をさせていただきます。

それから、資料を追加してお配りしておりますけれども、本日決定いたしました第12回若山牧水賞の受賞者について、報告をいたします。

以上の事項につきましては、担当課長より説明をさせていただきます。

最後に、資料はありませんけれども、2件、報告とお礼を申し上げます。まず、去る10月14日に「みんなの人権・思いやり交流プラザ2007」を日向市で開催させていただきました。十屋委員長を初め延べ7,200人の県民の皆さんにおいでいただきまして、成功裏に終了する

ことができました。また、同じ14日の午後、高鍋町におきまして宮崎県の市町村合併を考えるシンポジウムを開催いたしました。こちらにも十屋委員長、黒木副委員長を初め10名を超す県会議員の方にもおいでいただきました。全体で1,000名弱の参加であったと思います。お礼を申し上げます。

私からは以上であります。

○江上市町村課長 さきの9月の委員会で西臼杵支庁の不適正な事務処理の調査結果について御報告申し上げましたけれども、その後、この不適正な事務処理により取得した備品について備品台帳に登録いたしましたので、登録備品の一覧表と備品台帳について御報告を申し上げます。

「別添1」と左肩に打ってある資料の1ページをお願いいたします。これは、不適正な事務処理により取得した備品の一覧表でございます。備品番号、品名、規格、取得した年月日、取得額などを記載しております。一番右側に「写真番号」とございますが、主な備品の写真につきましては、さきの委員会でも一部御報告いたしました。6ページ以降に写真を添付しております。

4ページをお願いいたします。不適正な事務処理により取得した備品につきましては、182点の991万9,071円となっております。100万円以上のいわゆる重要備品はございませんでした。

次に、5ページをお願いいたします。「預け」の配分により取得した備品一覧でございます。高千穂保健所、県立農業大学校、五ヶ瀬中等教育学校の3所属に対しまして、合計21点、金額で186万3,515円となっております。これらの備品につきましてはそれぞれの所属におきまして登録がなされております。

次に、分厚い、「別添2」の資料でございますが、これは、今般整理いたしました備品台帳の写しでございます。この資料の1ページをお願いいたします。先ほどの備品一覧表の順に台帳の写しを掲載しております。台帳の中ほどに取得年月日とありますけれども、今回の不適正な事務処理により取得した備品につきましては、全庁の調査結果がまとまりました9月5日付で登録をいたしております。実際の取得日につきましては、台帳の下のほうに管理記録欄がございますが、ここに「不適正な事務処理による取得」として取得日を記載してございます。

不適正な事務処理により取得した備品についての説明は以上でございます。よろしく願いいたします。

**○道久文化・文教企画監** それでは、私のほうから宮崎県文化賞の受賞者について御報告いたします。

委員会資料の1ページをお願いいたします。宮崎県文化賞は、本県の文化の向上発展に特に顕著な業績を有する者を顕彰することを目的といたしまして、県及び県教育委員会が創設したものであり、受賞者は、本年の受賞者を加えまして267名と1団体となりました。

県の文化賞には、学術、技術、芸術、文化功労、体育の5部門ございますけれども、本年度は、1にございますように芸術と文化功労の2部門、計4名の方々が受賞者と決定いたしました。まず、芸術部門では、画家の井山忠行さんと、同じく画家の貴嶋ユミさん、文化功労部門では、前高鍋町美術館館長の石井秀隣さんと県文化財保護審議会会長の甲斐亮典さんであります。

授賞理由につきましては、2にありますように、まず、井山さんは、先駆的な内容の絵画制

作により高い評価を得るとともに、バリ島を拠点にアジアとヨーロッパの文化交流を推進するなど、多様な活動により本県美術の向上発展に寄与した功績によるものでございます。次に、貴嶋さんは、長年にわたり中央画壇で活躍し、小林に帰郷後も、郷土の風土、伝統芸能等を独自の感覚でとらえた作品により地方から文化を発信し、本県美術の向上発展に寄与した功績によるものでございます。次に、石井さんは、長年にわたり画家としてすぐれた実績を重ねるとともに、全国でも数少ない町立美術館の企画、運営に尽力し、国内外の芸術性の高い作品の鑑賞機会を提供するなど、本県文化の向上に寄与した功績によるものでございます。最後に、甲斐さんにつきましては、長年にわたり本県の歴史研究に尽力し、文化財保護推進、若手研究者育成、歴史ガイドボランティアの養成等多面にわたる活動により本県文化の向上に寄与した功績によるものでございます。

なお、授賞式につきましては、3にありますように、今週の木曜日、11月1日に県庁の本館講堂でとり行うこととしております。

続きまして、右上に「追加」と記載した資料があると思いますが、第12回若山牧水賞についてでございます。御存じのように、若山牧水賞は、本県出身の国民的歌手若山牧水の業績を長く顕彰するため、短歌文学の分野で傑出した功績を上げた者に賞を贈ることによって短歌文学の発展に寄与するとともに、心豊かな文化意識の高揚と本県のイメージアップを図ることを目的に、県、県教育委員会、宮崎日日新聞社、延岡市及び日向市が共同で創設したものでございます。

ここには書いてございませんけれども、若山牧水賞につきましては、昨日、歌人である岡野

弘彦氏、佐佐木幸綱氏、馬場あき子氏及び伊藤一彦氏から成る選考委員会を開催いたしまして授賞候補者を選定していただき、本日朝、知事を委員長とする運営委員会を開催して最終決定いたしました。本年度の受賞者は、一番上にございますように、大阪府豊中市にお住まいの歌人香川ヒサさん、受賞作品は、その下にございますように、柊書房発行の歌集「パースペクティヴ」に決まりました。香川さんは、昭和22年生まれ、神奈川県出身のことし60歳で、お茶の水女子大学卒業の方でございます。その下の受賞歴にありますように、これまでも、昭和63年の第34回角川短歌賞——これは新人の賞だそうでございます。それから平成6年の第3回河野愛子賞——これは中堅の歌人の賞だとお聞きしております——を受賞されておられまして、作家活動欄にありますように、平成5年から同人誌「鱧と水仙」を発刊しておられます。

おめくりいただきまして、2ページには香川さんの写真、3ページには歌集の「パースペクティヴ」に収録されている中から20首を掲載させていただきますいております。

4ページをごらんください。授賞式等についてでございます。来年の2月6日（水曜日）午後2時半からシェラトン・グランデ・オーシャンリゾートで授賞式を行いまして、そのとき選考委員の一人であります岡野弘彦さんによる記念講演を予定いたしております。その後、午後5時より授賞祝賀会を行います。翌日、2月7日（木曜日）の午前中には、まだ訪問先等は決まっておられませんけれども、学校を訪問していただきまして、短歌のすばらしさを生徒さんに知っていただくとともに、午後には延岡市で記念講演をお願いすることといたしております。

私からは以上でございます。

○十屋委員長 以上で説明が終わりましたが、質疑はございませんでしょうか。

○図師委員 不適正な事務処理についての説明をいただいたわけなんです、非常に詳細な資料、規格まで出していただいたということは評価に値すると思います。資料の中の数字でお伺いしたいんですけども、以前出していただきました最終報告書の数字と、今回出していただいた数字が若干ずれているんです。「預け」の配分を西臼杵支庁は行っているんですが、県立農業大学校に平成16年に50万ほど配分されております。今回の資料でそれを見ますと、プリンターや冷蔵庫を購入されているんですが、資料だけで見ますと総額が38万ぐらいになっているかと思うんです。12万ほど差額がありますけど、それはどちらに行ったのか、返還の対象となって返金処理されているのかどうか、そのあたりを教えてください。

○江上市町村課長 先般の委員会で御報告いたしました配分につきましては、備品だけではなく「預け」総額でございました。今回は、その中の備品についてでございまして、5ページの表につきましては、4つの所属に対して配分を行いましたけれども、そのうち3つの所属がその中から備品を購入していたということで、数字はその分不突合しております。

○図師委員 差額の約12万は消耗品等でなくなっていると理解してよろしいのでしょうか。

○江上市町村課長 そうでございます。

○丸山委員 宮崎県文化賞の受賞についてお伺いします。昭和25年からやられているということですが、牧水賞のほうはだれが委員で、審査する機関があるというのはわかっているんですが、宮崎県文化賞については、だれがどういう形で審査をされているのか。教育委員会ととも

に設立したということですが、その辺をもう少し詳しく教えていただきたいと思います。

**○道久文化・文教企画監** まず、宮崎文化賞の選考過程ですけれども、4月の段階で、教育委員会や芸術団体等多方面に「文化賞に値する方を推薦してください」とお願いをいたします。ことしは17名プラス1団体の御推薦がございました。その推薦をもとに、学術と技術、芸術と文化功労、体育の3部門にわたって選考審査会の部会を設置いたしまして、それぞれの方々または団体につきまして審査をしていただきます。その審査の過程で賞にふさわしい方を選出させていただきます。その後、3部会に属された方全員で全体会を開催いたしまして最終的に候補者を決定します。そして知事と教育委員長に諮問し、私どものほうに答申をいただきまして、それをもとに最終的に受賞者を決定するという形をとっております。

**○丸山委員** 概要はわかりました。

文化賞を受賞された方々が、今回の4名を加えて267名、1団体ということですが——今こういう時代だから、文化等の掘り起こしをやっていただきたいと思っているんですが、その方たちの活用という表現はおかしいんでしょうけれども、毎年ただやっているだけではなくて、今後、文化賞をとった方々の活用等について何か戦略的に考えていらっしゃるんですか。目的は、毎年ただ推薦があった人を授賞するだけではないですよね。

**○道久文化・文教企画監** 基本的には、これまでの本県の文化の向上発展に功績を残した人という考え方でございます。ただ、長年の活動の結果を表彰するという形になりますので、ごらんになっていただいたらわかると思うんですが、かなり高齢の方々でございます。受賞され

るような方々は、今後とも地域における文化の向上に貢献いただけるものと期待いたしております。

**○十屋委員長** ほかがございませんか。

その他でございませんでしょうか。

**○丸山委員** この前の合併フォーラムのときに、知事発言の中で三股町長のことについてあったんですが、非常に不適切な表現だというふうに思っているんです。知事が後で消してほしいと言われても、いろんなことで三股町の耳に入るんじゃないかと思っているんです。そういうときに何らかのフォローはされたほうがいいか。されていなければ、できればしたほうが、今後の合併の行方につながるのではないかといいように思ったものですから……。

**○丸山地域生活部長** 確かにあのときに知事が、三股町の家畜市場における発言をされました。取り消してほしいというような発言がありましたけれども、その後アクションなどは私の耳には届いておりません。ただ、丸山委員がおっしゃったようなことを感じられた方も多分いらっしゃると思いますので、そこらあたりは知事に、そういう話もあるし、また議会でそういう話も出ましたということは、私のほうからお伝えしたいと思います。

**○十屋委員長** それでは、以上をもって地域生活部を終了いたします。

執行部の皆様には御苦勞さまでした。

暫時休憩いたします。

午前11時59分休憩

---

午後12時0分再開

**○十屋委員長** 委員会を再開いたします。

本日の予定がお手元の日程より早く終了いた



しました。午後の予定といたしましては、2時からの難病団体との意見交換ということになっておりますので、委員会を2時に再開したいと思います。よろしく願い申し上げます。それでよろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○十屋委員長 それでは、暫時休憩いたします。

午後12時0分休憩

---

午後1時59分再開

○十屋委員長 それでは、委員会を再開いたします。

本日は、意見交換のために宮崎県難病団体連絡協議会の首藤会長を初め難病関連団体の皆様にお集まりいただきまして、本当にありがとうございます。

意見交換に先立ちまして、一言ごあいさつを申し上げます。

私どもは生活福祉常任委員会の委員であります。私は委員長を務めております十屋でございます。

皆様、御多忙中の中、当委員会に御出席いただき、まことにありがとうございます。委員会を代表いたしまして、私のほうから心よりお礼を申し上げます。

それでは、座りまして、本日出席の委員の御紹介をさせていただきたいと思っております。

まず、私の隣が東臼杵郡選出の黒木副委員長でございます。

次に、向かって左側ですが、西臼杵郡選出の緒嶋委員でございます。

西諸県郡選出の丸山委員でございます。

続きまして、向かって右側ですが、日南市・南那珂郡選出の高橋委員でございます。

児湯郡選出の函師委員でございます。

宮崎市選出の新見委員でございます。

宮崎市選出の前屋敷委員でございます。

なお、きょう、都城市選出の徳重委員は所用がございまして欠席をいたしておりますので、御了承のほどお願い申し上げます。

意見交換に入ります前に、何点かにつきましてお知らせをさせていただきたいと思っております。

まず、当委員会は常任委員会でございますので、議会の内部審査機関という位置づけでございますので、皆様方がきょう議会あてに出されました要望とか陳情は、議会を代表してお受けすることができません。そのため、きょうは意見交換会という形で設定させていただきましたので、各団体の現状等を中心に御発言をいただきますようお願い申し上げます。

次に、本日の意見交換は正式の常任委員会として実施するものであります。発言内容につきましては、発言をそのまま記録し会議録として公表いたしたいと思っております。プライバシーに関する発言等には十分御注意いただきますよう、よろしくお願い申し上げます。

また、意見交換の方法でございますが、発言の際には挙手をいただきまして、私がお名前をお呼びいたしますので、そのときに御発言をお願いしたいと思います。会議録の作成上、どなたがどういう御発言をしたという確認の意味も含んでおりますので、お願い申し上げます。

それでは、本日の進め方でございますが、首藤会長より出席の皆様の御紹介をいただきまして、引き続き、各団体の現状等について、それぞれの団体5分程度御発言をいただき、その後意見交換をさせていただきたいと考えておりま

す。全体といたしまして1時間30分程度予定しておりますので、御協力のほどよろしくお願ひ申し上げたいと思います。

それでは、首藤会長より御出席の皆様の御紹介をお願い申し上げます。

**○首藤会長** 十屋委員長さんを初め委員の皆様方に、こういうふうな勉強会なり意見交換会を持っていただきましたことを、私たち難病団体としては大変ありがたく思っております。こういうことをきっかけにしまして、これからさらに県民の皆さん、あるいは行政の方々を含めた形で県民一体となって難病患者を支援するような体制ができることを希望しております。よろしくお願ひいたします。

では、出会者の紹介をいたします。

委員さんから見られて左のほうから御紹介いたします。実は、「難なん交流会」といまして、難病なんでも交流会というのを難病センターの方で主催しまして、どんな難病でもいいから、皆さんお集まりいただいているんなお話をしましょうという——そこを代表してお二人、奥さんが難病患者の御夫婦を予定していましたが、風邪を引かれて出会ができないのか、あるいはきょうがあるというので緊張し過ぎたのじゃないかとも思っております。途中で出会されるかもわかりません。

それから、宮崎県腎臓病患者連絡協議会の杉本会長です。

日本ALS協会の事務局長をされております玉井理先生です。

次が、平山真喜男支部長です。

後ろのほうに行きますが、難病連の事務局を補佐していただいております斉藤安秋さんです。

次が、ヘモフィリアとなっておりますが、血

友病の患者さんの団体の藤原次朗さんです。

次が、パーキンソン病友の会会長の原田恒夫さんです。

次は、リウマチ友の会の生駒会長さんです。

次が、心臓病の子供を守る会の岡原功江さんです。

同じく、谷口紘一さんです。谷口さんは、平山さんが車いすだものですから、その介助もあわせて出会をしております。以上でございます。

**○十屋委員長** ありがとうございます。

引き続き、各団体の現状等につきまして、それぞれ5分程度の御説明をお願いしたいと思います。よろしくお願ひいたします。

**○杉本会長** 宮崎県腎臓病患者連絡協議会の杉本と申します。私たち患者の抱える問題と現状について、少し話させていただきたいと思ひます。

私たちは、腎臓病なんですけれども、ほとんどの場合が透析患者です。それが全国的には26万人を超えておりますし、県内で現在3,400名を超えております。そのうちの1,800名を超える数が私たちの組織に入っています。私たち透析患者というのは、簡単に言えば、腎臓の機能がだんだん失われてきて、最終的には小便が出なくなります。私もほとんど小便が出ません。したがって、小便で排せつさせる水分とか尿素、窒素等の毒素を体外に出してやらんといかんわけです。その治療法が透析と言われます。通常の場合、週3回、月水金とか火木土というふうに1日おきに透析を行っています。血液が体外に出て、毒素や水分を抜いてまた返されるわけですけれども、1回の透析時間は大体4時間が中心で、5時間の人も大分おられます。私も5時間透析をしています。私の場合は、往復の通院

時間を加えたら6時間ぐらいかかりますので、寝る時間を除いたら、1日の半分がつぶれるという状況になるわけです。したがって、中小企業に勤めている方はほとんどの場合が会社をおやめになるという形になって、就労の問題も我々にとっては非常に大きな問題になってくるわけです。私は、最近はそうでもないんですが、透析した日は帰ってゆっくりしておらんと、活動すると偏頭痛がしたり、疲れて倦怠感があるという状況が続きますので、1日おきに活動ができるという状況です。

それで、私たちの一番の問題は、1つは、15年から20年にかけて急速に合併症と言われるものが起こってくるわけです。我々の体内の毒素がどういうものか現段階ではわかりませんので、対処する療法がないということで、15年から20年にかけて合併症が出てきます。足の先から頭までいっぺんまでいろいろなところに合併症が発生します。特に骨や筋肉の問題とか、かゆみ、循環器系、そういう病気がほとんどあらわれてくるわけです。そういう合併症の問題。

もう一つは、単純平均で県のデータをもとに計算したら、今、宮崎県の場合、3,400名の透析患者の平均年齢が65歳なんです。それから、新しく透析を行う新規患者が68.8歳、70に近いわけです。一般的に高齢化が進んでいるわけですが、我々ハンディを負った状況で非常に高齢化が進んでいます。それから若年層は、医学の発展だろうと思うんですけども、絶対数も少なくなっています。若い人が少しと、あとは5年後は車いすとか、活動もできないという状況になってくるんじゃないかと考えております。現在ではこのことが一番大きな問題です。

以上、現状についてお話を申し上げました。

○平山支部長 日本ALS協会の支部長をして

います平山真喜男と申します。

まず、私が発病したのは1990年、38歳のときでした。私はその当時、埼玉県の飯能市の光ファイバーの特殊電線をつくる会社に勤務し、主任クラスのリーダー的存在でした。ある日、途中の駅の階段を上がろうとしたとき、足がもつれて転倒しました。それがまず発病の始めでした。近くの内科の病院に行っても、過労だろうということで大きな病院も紹介されず、暗黙の3カ月間を過ごしました。そしてある朝——両足が海に泳ぎに行ったときによく足がつりますよね。あのような状態になって、これではいかんと思って近くの総合病院に参りました。そこで埼玉医大の神経内科を紹介されました。そして検査に行ったら、主治医から「即入院をなささい」と言われました。私は何が何だか全然わからず、そのまま3週間の検査入院をしました。そこで入院3日目に家内と子供に「お父さんの病気はALSという治らない病気だ」ということを伝えられました。そして入退院を3回繰り返しました。そのうちにろれつも回らなくなって、また、つえをつかないと歩けなくなってしまいました。また、書類を書くスピードもカメさんのようにのろくなってしまい、これでは仕事は無理だろうということで、1992年9月——忘れもしません。あとき職場の社長に、「平山君、悪いが、会社としては2次災害があつたら困るので、やめてくれないか」と言われました。そして会社はボーナスを7カ月分、そして退職金に見舞金を乗せてくれました。その帰り家内が、「お父さん、このまま車を壁にぶつけて死のうか」と言いました。その当時、子供が中学1年生、これからどうやってこの家族を養っていったらいいのか、仕事もできなくなった、この一家の大黒柱が倒れてどうなるん

だろうということで、本当にうつ状態になりました。

そして1992年12月、クリスマスの日、私は宮崎に帰ってまいりました。そしてこの病気の患者さんに会おうと思ったのは1994年1月のことでした。そしてこの病気の患者さんを調べるために県庁にも来ました。1人も教えてくれません。県庁の方は、「それは個人的なことですから教えるわけにはいきません」と言われました。そして日本ALS協会の本部が東京にあることを知って、私は当時の松岡事務局長にお電話をしました。そして一番最初にお会いしたのは、独立行政法人の宮崎東病院の奈須さんでした。この奈須さんも去年他界されました。私が日本ALS協会宮崎県支部をつくろうと思ったのは、何の治療法もなく、原因もわからないこの病気は、人と人との場が一番薬になると思って、患者会を九州で一番最初に宮崎県につくりました。今では、こちらにいらっしゃる玉井先生が全国を回って、大分、福岡、熊本、長崎、鹿児島、そして来年には沖縄にもできる予定になっています。現在、私たちの協会は全国に38支部あります。

本当にこの病気は大変な病気です。どうか議員の皆さんの御支援と、また国への陳情を何とぞよろしく願い申し上げまして、協会の現状の報告とさせていただきます。ありがとうございました。

**○藤原事務局長** 宮崎県へモフィリア友の会の事務局長の藤原次朗です。

私は血友病患者です。血友病とは、生まれつき血液を固める凝固因子の活性が低いかないために出血がとまりにくい病気です。そのうち、血液凝固第8因子障がい血友病A、第9因子障がい血友病Bと呼びます。私の場合は血友

病Aの重症患者になります。2歳年上の兄も同じく血友病Aの重症患者です。血友病とは、出血がとまりにくいというだけでなく、遺伝性の病気であることも大きな特徴です。時間の関係から遺伝法則については省きますが、ほとんどの場合男性のみに発症し、全国におよそ6,000人の患者がいると言われていています。男性1万人に対して0.8人から1人という発症頻度です。私の娘たちも、将来、男児を出産した場合、生まれてきた子は血友病の可能性がります。現在、県内には25名程度の患者が存在すると把握しております。

一般に血友病というと、見た目わかる外出血をイメージされがちです。もちろんそれも間違いではありませんが、むしろ私たちが苦しんでいるのは、見た目わからない関節内出血や筋肉内出血です。そちらから見えるかどうかはわかりませんが、本日、この左手首の下が出血しています。これは出血してから2週間以上たっていますが、まだ出血はおさまっていません。このような痛みを言葉で表現するとするならば、麻酔なしで患部を切断したほうがはるかに楽なのではないかと考えてしまうほどです。また、出血により炎症を起こした関節は出血を繰り返しやすい、その都度適切な措置をしなければ、将来的には血友病性変形性関節症という肢体障がいを引き起こします。現在では、幼少のころより血液製剤を定期的に投与することで関節症などのリスクを背負う患者は減ってきていますが、私たちの世代は定期投与による予防法が普及していなかったために、多くの患者がひざや足首などの自由を奪われています。私の場合は、両足首とひじの関節症のために日常生活に支障を来す場合もあります。

さて、血液製剤と言え、避けて通れないの

は薬害問題です。皆さんも最近の薬害C型肝炎訴訟のニュースをごらんになったことでしょうか。薬害エイズ事件を経験してきた私にしてみれば、当時の厚生労働省の謝罪は教訓として生かされず、またしても多くの人たちが血液製剤により被害者となったことは残念でなりません。私は血液製剤によりB型肝炎とC型肝炎に感染しましたが、H I Vには感染しませんでした。当時、全国の血友病患者の約4割がH I Vに感染し、現在では600人近くものとうとい命が奪われています。県内で言えば、患者数の4割から5割に当たる10名程度が薬害エイズの被害者となり、また、そのうちの半数の方がC型肝炎にも重複感染し、現在までに3名の方がお亡くなりになったと聞いております。私は、自分自身がH I Vに感染しなかった事実をよく考え、ときには責めたりします。

私が生まれた1970年代、血友病患者は二十まで生きることができないと医師から宣告された時代でした。私が生まれた当時は家庭での血液製剤の自己注射が認可されておらず、出血をするたびに、母親が仕事を抜け出し病院へと連れていってくれました。足関節が出血した場合などは、ものの30分もしないうちに強烈な痛みで歩くことができなくなります。そのたびに母は小さな体で私をおぶってくれました。最後に母におぶってもらったのは小学校5年生のときでした。そのころには私の足首の関節症もかなり進行し、靴ひもの結びかげん一つで出血してしまうほどでした。当時、私たち親子が暮らしていた島根県の松江市では血友病治療の専門医がおらず、おんぶを恥ずかしがる私をしかり、なだめ、遠く離れた関西の大学病院まで電車の旅をしたこともあります。エイズパニックが起きていたのもちょうどそのころで、母は、将来歩

けなくなる私、エイズで死んでしまうかもしれない私、いろいろな覚悟を小さい背中に背負っていたのだと思います。私もそんな母の背中から、大人になるころには車いすかもしれない、それまでにエイズで死んでしまうのかもしれないと、少年なりに重い事実を酌み取り、覚悟していました。

しかし、私はH I Vには感染しませんでしたし、今のところは、松葉づえの力を借りることはあっても車いすは必要としません。C型肝炎についても、インターフェロンを開始するほどには現在至っておりません。つまり、20数年前覚悟していた状況にはありません。生きています。結婚もしました。子供にも恵まれました。今は、妻の故郷であるここ宮崎に3年前から暮らしています。現在、私は宮崎県へモフィリア友の会の事務局長を務めております。薬害事件により犠牲になった友のため、壮絶な闘病生活を余儀なくされている友のため、新しく生まれてくる友のため、たかがC型肝炎で歩くことができる私は頑張らなければいけません。

最後に、きょうここにいる皆さんに知ってほしいことがあります。現在、宮崎県には、血友病の専門医はおろか、H I V治療の専門医もいません。ほとんどの患者が満足な治療を主治医から受けられず、都市部の病院で重要な治療、最新情報を受けています。つまり、県内の医療施設は血液製剤やH I V治療薬の受け取り窓口でしかなく、現在の県内の医療環境にあきらめを抱いていると言っても過言ではありません。過去に、運悪く交通事故に遭遇し、かかりつけの医療機関に血液製剤のストックがなく、救急車で搬送途中で亡くなってしまった患者さんもいます。また、H I V感染者の友人は、急激に状態が悪化した際、かかりつけの病

院での治療ができず、医師同伴のもと飛行機で東京の病院まで駆けつけ、何とか一命をとりとめました。これが県内での血友病治療、H I V治療の現実です。私はここ宮崎が大好きです。しかし、治療のことや緊急時の不安を考えると、今のままでは暮らしていくにはリスクが大きい町だと考えています。しかし、私は今も生きていることに喜びと使命を感じ、ささやかな覚悟が県内の患者のためになればと、本日発表させていただきました。ありがとうございました。

**○原田会長** パーキンソン病友の会の原田と申します。

パーキンソン病は10万人に150人くらいの発症率と言われています。宮崎県内には1,800人くらいの患者がいると思われまます。パーキンソン病は脳の病気です。脳の中心部にある中脳に黒質という黒く見えるメラニンという色素を持つ神経細胞があります。ところが、パーキンソン病の患者さんはこの神経細胞が少なくなってしまうために黒く見える部分がなくなってしまうのです。しかし、パーキンソン病はこの黒質だけでなく、黒質の神経細胞もやられることによって、そこから出ているドパミンが不足し、体を動かす情報の伝達に支障を来すのです。つまり、パーキンソン病はこのドパミンが足りなくなると起こる病気なのです。

パーキンソン病は50歳前後から患者が出始めます。しかし、最近、若い人にも患者が出てきています。高齢化社会の到来で患者数は多くなるばかりです。

パーキンソン病は4つの症状、すなわち、震え、筋肉が固くなり、動きがゆっくりになる、バランスが悪くなる。これらの症状があわさることで、姿勢が前かがみになる、小刻み歩行を

するようになる、すり足歩行が始まる、すくみ足が出てくる、それから突進現象が起こってきます。パーキンソン病の重さはヤールと呼ばれて1から5まであります。1は、片側の手が震える振戦というものです。2は、震えが両側になります。3は、すり足やすくみ足、先ほど申しました突進が起こるようになります。4は、介助が必要になってきます。5は、寝たきりになり、寝返りがうてなくなり、誤飲（誤って器官に食べ物が入る）が起こり、肺炎を併発することで、亡くなるとすればそういうような形で亡くなっていきます。

治療の方法は薬物が大部分で、難病の中では薬は多いほうです。ドパミンの補充薬としてLドーパという薬がありますが、これは2～3年飲むとだんだん効かなくなり、幻覚（ひもがヘビのように見えるとか）や妄想、便秘が起こります。しかし、薬が多くありますので、うまく組み合わせると長期間普通に近い生活ができます。どうしてもというときには、DBSといって、脳に穴をあけ視床下核に電極を埋め込んで、胸に遠隔装置を入れて脳の電極に送る電気を調節することで、病状を改善したり抑えたりします。これは万能ではありません。パーキンソン病の進行は個人差があつてまちまちです。

パーキンソン病は国の指定特定疾患治療研究事業の対象病気45疾患の一つで、5万人という人数制限があります。現在、全国で7万5,000人がその対象者で、一昨年、患者数が多いので難病から外すということを厚労省が言い出し、患者が猛運動をして、今年までは今までどおり補助が受けられるようになっていました。しかし、来年はまた外されるのではないかとということで、現在、それに対する全国パーキンソン病友の会の運動が計画されています。薬が多く、し

かも高いので、もし外されたら大変です。金の切れ目が命の切れ目にならないよう、私たちも頑張りますけれども、県議会としてもぜひ力をかして下さるようお願いいたします。

御清聴ありがとうございました。

**○生駒会長** 日本リウマチ友の会の生駒です。私自身リウマチでありまして、ちょうど35年になります。

リウマチとはどういう症状かということを少しお話しさせていただきたいと思います。初期の段階では、朝起きたときに手足にこわばりが出てくる、それが次第に指の関節がはれてきて熱を持つようになる。いわゆる霜ばれのような状態になり、左右対称に出てきます。そして手首、ひじ、肩、また、足の指、足首、ひざ、股関節、首、あご、関節という関節はすべてやられます。関節の軟骨自体が次第に溶けてしまって骨と骨がぶつかってしまう、そういう状態になってくるわけです。変形していきます。ついに歩くことも寝返りをうつこともできなくなりました。寝ているそばを人が通る風が当たるだけでも激痛を伴い、リウマチは激痛との戦いです。痛みとの戦いになります。ひざには水がたまり歩行困難となり、ついに人工関節を入れる手術を行いました。ジーンという電気のこでひざの骨を削る音、そしてカンカンと人工関節を打ち込む音、なぜか手術をするときにそれが聞こえたんです。こうして両ひざとも人工関節になりました。その後のリハビリも脂汗をかくような曲げる運動が大変でした。現在90度ぐらいしか曲がりませんので、歩くのには痛みがとれましたけれども、床に座ることができなくなりました。転んでしまったら自分1人では立ち上がれません。また、手首は動かさず、指は変形し、ひじも曲がらず、肩も上がらず、服や下着

を脱いだり着たりするのが不可能になりました。はしを持つのも大変となり、あごにきたときなどはストローで流動食でした。ふろも1人で入ることができず、完全な障がい者になってしまいました。

リウマチには個人差がありますが、女性のほうが特に多くて、男性1人に対して女性が5～6人の割合です。そして変形の仕方も女性の方は非常に激しくて、手術する場所も、ひざだけでなく、ひじや手首、足の指、足首、股関節に人工関節を入れたりします。そういう中でも炊事洗濯をしたり家事をこなしていく苦痛というのは並大抵ではありません。また、仕事をするにも大変な努力が要ります。日常生活をするにも、時間はかかりますけど、自助具を使って何とか自分でできるようにみんな努力しています。

現在、友の会は、県内約200名の会員と、40名ぐらいのお医者さんの特別会員で成り立っております。全国組織で、各県に支部がございます。友の会以外のリウマチ患者はその10倍以上はいるのではないかと考えております。友の会の活動は主に医療講演を行ってまいりました。県内各地で移動リウマチ教室を開催して、地域のリウマチ患者及び家族の皆さんに最新の医療情報をお知らせしたり、リウマチ患者の生活の質の向上を目指して、写真パネルとか自助具の展示販売等もしております。昨日も日向市総合福祉センターで内科整形の先生の講演をやってまいったところです。

リウマチ患者は、リウマチそのもので死亡するという事は余りありません。特に痛みをとる薬が非常に多いわけですから、薬の副作用が発生して、いろんな臓器がやられて死んでいくというのが多いと思います。最近では生物製剤と

いう非常によい薬が開発され、それを長年、厚労省のほうにも認可を求めて、やっとそれが認可されて、ある程度希望が持てるようになりました。また、新しい薬も次々に認可されるように願っております。ただ非常に価格が高いんです。毎月の医療費がその注射を打つだけで5～6万かかるんです。これを何とかもっと安くしていただいて、だれでも利用できるような状態にさせていただくというのが我々の願いです。

簡単ですが、以上で終わります。

○岡原 私は、娘が先天性の心臓器系を持っております会員の一人ですけれども、きょうは、今、子育て中のある若いお母さんの現状を、かわって発表させていただきたいと思っております。代読させていただきます。

私の次女は平成12年生まれの現在7歳3カ月で、赤江養護学校の1年生です。先天性心疾患を持って生まれました。娘の心臓は心房と心室が1つずつしかなく、弁も1つしかありません。ポンプ機能をなす心房、心室が1つずつで、右心室、右心房、左心室の機能しかないので、肺と全身に血液を送るため、とても心臓に負担をかけています。そのための治療として外科的には手術をしました。今までに4回行って、5歳が最終の手術になっていますが、根治は不可能と言われていています。内科的には在宅酸素療法を生後2カ月から6歳まで行っていました。内服薬は現在も継続的に服用し、定期的に通院をしております。心臓病以外にも広汎性発達障がいと言われ、人とかかわることと会話が苦手で、自分の言いたいことだけを一方的に話してしまう、何かを想像して行動することがよくできません。音やにおい、肌に触れることなどに敏感です。家で掃除機をかけると、その

音におびえて大声を上げたり、下着のタグが気になってしまうなど、かかわりが難しく、どのように向き合ってもよいか何年もわからない状況に置かれ、子供の持つ不安や恐怖を理解して配慮しながら接しなければならない状態です。

経済的に最も大変だったのは出生後から2歳ごろまでです。出生後、翌日には宮崎県立病院へ入院し、2週間後、飛行機でドクター同伴のもと福岡市立こども病院へ転院いたしました。出産費用にプラスして宮崎県立病院の医療費が、当時は小児慢性特定疾患は1カ月以上の入院からの適用だったために20万円かかりました。福岡までの空輸費10万円、福岡での生活費合わせて60万円ほど必要でした。入院中は新生児集中治療室、つまりNICUは付き添いは不可で、しかも上の子供（当時3歳）もいたので、生後3カ月の退院を迎えるまで、宮崎―福岡往復と宿泊費で50万円以上かかりました。ビジネスホテルに泊まれば6,000円かかりますし、付き添い家族の滞在施設もあり、そこは1,000円ですけれど、常にほぼ満室という状況でしたので、宿泊費等50万円以上かかりました。

また、福岡市立こども病院で生後2カ月、11カ月、1歳半と3度の手術を受けました。この期間にかかった費用は、手術費用以外に高速代、ガソリン代として1カ月1万円で、1年半、2歳までに約150万円必要でした。当時は移動費は立てかえ払いで、子供の状態が悪いときは申請に行くのも大変でした。現在、小慢、重度身障の制度により医療費の自己負担がないのはとても助かっています。それでも遠方の病院への受診時の宿泊費、交通費が大変かかり、母親は付き添い、父親は自宅、上の子は祖父母宅へなど家族ばらばらの生活になると生活費も二重、三重にかかります。その上、私の子供の療



育のため保健師の仕事を退職、その後も就職はできず、父親の収入のみに頼らざるを得ないため、経済的にいつもゆとりのないぎりぎりの生活です。特別児童扶養手当や福祉手当、介護手当の縮小、削減は直接家計に響いてきます。今後も医療費の助成制度の継続とともに各種手当の増額、拡大を切に願っているところです。

どうもありがとうございました。

**○十屋委員長** それぞれ御説明ありがとうございました。

それでは、意見交換に入りたいと思いますが、各委員のほうから皆様にお聞きになりたいことがございましたら、お願い申し上げます。

**○丸山委員** 皆様のお話をお伺いしまして、本当に大変だというのが改めて認識させられたところですが、実は県議会で一昨年、この要望書にも先ほど出てきたんですが、どこにどういう患者さんがいらっしゃるかわかりづらいので、ひとり暮らしの老人の方を含めてしっかり把握しないと、災害時に大変なんですよねという話を聞きました。県は市町村と連携して防災マップみたいなのを立ち上げようということなんです。個人情報保護法が絡んできて、個人情報保護ということで——地域の中で自助、共助、公助の3つでしっかりやっぺいこうというような形で防災基本条例をつくらせてもらいました。先ほどALSの会を立ち上げようとされても、個人情報だということで、あしらわれたと言ったら言い過ぎかもしれませんが。どの辺までネットワーク化されたのか、半分ぐらいしかわかっていらっしゃるということだったんですが、その後は活動を広げていかれてある程度わかっているのか。逆に言うと、市町村から、防災に使いたいので情報提供をお願いしていいですかと言ったら、すぐいただける

ものなんでしょうか。

**○平山支部長** 私の場合は、鹿児島県のALSの患者さんに会いに1年に3回は行っていました。当時のことを支部便りに掲載して県のほうにも配付しました。ところが、県のほうは部長さんがかわったり課長さんがかわったりで、ようやく、この人だったら大丈夫だなと思っていたら、かわるんです。今は課長さんも地元の方がなっていますけれども、当時は厚労省のほうから派遣をされていたので。いまだ情報公開は個人情報の制限で難しいところです。

**○玉井事務局長** ALS協会の事務局長をしております玉井と申します。

少し補足させていただきます。特定疾患の方がどこにいるという情報は、保健所で特定疾患の登録をいたしますので、そこで把握しておられます。我々といたしましてはできるだけ多くの方とのつながりを持ちたいので、交流会などのときには、保健所に、「所管の患者の方に交流会を開催するからという情報を流してください」と、そこまでがやっぺいでございます。実際にどなたに流してくださったかはわかりません。結果として、流して下さって、それに応じてくださった方が交流会に出てこられて、そこで参加者としてのお名前や住所をいただいて、やっぺいコンタクトができるというのが現状でございます。

それでもってどの程度コンタクトができているかといいますと、現在、宮崎県内にALS患者の特定疾患として登録をしている方は90名強いということですがけれども、その中で約30名、3分の1しか直接にはコンタクトができません。ただ、防災のために、例えば都城地区などは「あやめ台帳」——災害のときに患者の方を直接救助、対応するためのネットを持ってお

ります。それから、日南のほうで「うしお台帳」をつくられております。ただし、参加は任意なので、それに参加するということが理解できればそれに登録してくださいという程度で、強制力はないのが現状でございます。防災ネットのためには、行政としてそれぞれのコンタクトをしていただきたいし、我々としましても、せっかくネットをつくらうとしてくださっているんですから、それぞれの患者がそれに応じてもらえるように対応したいと思っております。

**○杉本会長** 災害時のマニュアルについて、県のほうからマニュアルができましたということを読ませていただいたんですが、現実には災害が起こった場合、それを見ても、どのようなネットワークが張られているかということはまだわからんわけです。それで、我々患者サイドとしても患者別の災害マニュアルが必要ではないかということを感じています。我々の幹事会で11月に、見開きで表も裏もある防災の簡単なマニュアルをつくりました。本部を災害対策本部にして、本部の役員全員を支部の担当に充てまして、ブロック（支部）の会長さんに連絡網の中に入れていただいて、災害時には情報が錯綜しますので、そのルートを通して情報のやり取りをしようじゃないかというネットワーク図を一応つくりました。会員までとか病院までは、個人情報保護法の問題もあるので、まず一弾目としてそういうふうにしようじゃないかと。

県のほうにも、災害が発生した場合にどのように動いていくか、どこが中心になって動いていくかということは、地域とかいろいろなところにネットワークはありますけれども、連携が非常にわかりにくいということで、行政なら行政、保健所なら保健所が中心になって情報を集

約して流していくとか、災害の種類によっても違いますので、そういうところをお願いするという形で何回か行っています。

我々の場合は透析の病院が主体的にならざるを得んわけです。それで、我々はどこまで助けることができるかということですが、病院のマニュアルも近々できるという話ですので、それができた段階で、行政と透析医会と私たち患者会と一緒に具体的に動く手順を考えようじゃないかと。我々としてもどういうふうに動くかということ、そういうふうな形で進んでほしいということ、今言っています。役員がかわりますので、一年一年それを出していったいいものにしていこうという考え方でやっております。

**○丸山委員** 先ほど、宮崎には専門医がない、体制づくりが甘いという話をお伺いしました。実は私も骨髄バンク関係の活動をしています。宮崎の県立病院に牧野先生という血液関係の優秀な方がいらっしゃったんですが、虎ノ門病院に行かれたようです。宮崎県の病院の先生もいい先生はどんどん都市部に行ってしまうということを知っているものですから、これをどうやってとめたらいいのか。県病院としても医者の確保に苦労しています。難病は特に専門性が非常に高まってくるだろうし、どうすればそういった専門医に来ていただけるのか。症例がないとだめだとか、機械がないとだめだとか。県立病院では不採算医療をやるべきということもあって、機械はある程度整備できるけど、人を引っ張ってくるというのは非常に苦しんでいるのが現状です。

さらに、患者さんたちが苦しんでいる状況を報告いただきました。すべての患者に対応するお医者さんを確保するのは難しいんですが、難病団体として最低でもここ1～2年早目に欲し

い医者はどういった方だというのが具体的にあれば、1つだけ、2つだけ挙げてほしいというのは難しい話かもしれませんが、これを宮崎県ではまずやってほしい、ここは鹿児島県でやってほしい、ある程度ゾーニングしないと、すべてをやろうとしたら共倒れといいますか、命が助からないというふうに思っているものですから、宮崎県はここをやりますよ、鹿児島県はここをやりますよということで各県の連携とかもやっていけば、その辺も教えていただければと思います。

**○藤原事務局長** 今、どのようなお医者さんが欲しいかと言われましたが、血液の専門医では血友病は診れないんです。白血病の専門医でも診れないんです。血液にもいろんな分野がありますが、血友病というのは、枝分かれしているいろんな分野の中の凝固の部分なんです。この凝固の先生というのが本当に限られているんです。今、私の主治医も血友病の専門医ではありません。私がC型肝炎に感染しているということで、ついでに血友病を診ているという形です。ほとんどの患者が自己注射をできますので、薬がなくなったら取りに行く。変形性関節症とかH I Vの進行に関しては、福岡や大阪できちんと検査を受けて、こちらの先生には、そこで処方してもらった薬をただ受け取っているという現実です。

だから、凝固の先生が欲しいというのは本当の願いですが、これが難しいというのはよくわかっています。ただ、血友病というのはどんな治療をするにも出血が伴います。ですから、歯科に通う場合でも、整形外科に通うにも、皮膚科に通うにも、血友病のことがきちんとわかっている医者のもとでないと医療事故も起こります。例えば、頭が痛がっているからといって処

方された薬を飲むと内出血を起こしてしまうとか。できれば凝固の先生が欲しいですが、血友病のことを勉強している看護師さんがいれば、今の状況より少し明るくなってくると思います。

**○杉本会長** 地域ケア体制構想というのが26日ごろに出されたと思うんですけども、その中で今の問題がどのように扱われておるんでしょうか。医師確保も含めて。

**○十屋委員長** きょう、この意見交換の前に委員会に素案が出された段階で、正直なところ、皆さん詳しくまだ目を通していないと思います。病床の問題、いろんな策定しなければいけないものの概略の説明を受けたところです。これは素案ですので正式なものではないと思います。計画の大枠を示したもので、現時点においては細かなところまでは書かれておらず、お答えするのは難しいのではないかと、個人的には思っております。

**○図師委員** 今御心配されている点は、平成23年には療養型のベッドが削減されると。国のほうが出しています削減計画と県内の実態に溝があって、国の策定基準では、県内に約5,000床ある療養型のベッドが老人保健施設や特別養護老人ホーム、地域密着型の小規模な老人ホーム等に転換をしていく計画はあるんですが、それでも1,300床ぐらいは足りない。結局そのまま地域にほうり出される方々も出てくる可能性があるんですね。県としてはそういう方々、いわゆる医療介護の難民を出さないための準備を、現在も取り組んではおるんですが、さっき言った1,300という数の方々のためにも、在宅をさらに充実させるなり、施設のほうにきれいに転換できるように取り組みをしているところではあります。

それぞれの団体からの要望書も目を通させて  
いただいておりますが、団体団体で要望内  
容がそれぞれあるのはよくわかっておりま  
す。きょうお伺いしたいのは、身体障害者手帳な  
り、それぞれの障がいに応じた身分証明書があ  
ると思うんですけども、それによって使える  
福祉のサービス、このサービスをもうちょっと  
こうしてくれとか、ほかの障がいにはこういう  
サービスがあるのだが、我々の障がいにはそれ  
がないとか、具体的に県のほうに要望があれば  
お聞きしたいと思います。

**○平山支部長** 私は身体障がい者1級です。現  
在は介護保険制度を利用しています。でも、9  
年前家内と別れまして、9年前から介護ヘル  
パーを利用するようになりました。当時は物す  
ごく充実をしていました。でも、介護保険制度  
がスタートして、介護の事業所もヘルパーさん  
が一年一年減っています。また賃金も、9年前  
手取りが23万ぐらいあったのが、今のヘルパー  
さんは平均4～5万です。私の利用している佐  
土原町の社会福祉協議会の介護ヘルパーは、当  
時28名いたのが、現在は9名です。これでやっ  
ていけるんですね。

私は難病患者であると同時に身体障がい者で  
もあります。でも、介護保険制度では、介護保  
険制度で決められた額を全額使って、それでも  
足りないところを身体障がい者の福祉サービス  
から利用しなさいと、このように指示をされて  
います。私は障がい年金と厚生年金の2つをい  
ただいています。でも、正直、介護保険を全部  
使いますと相当な額になります。ましてや難病  
患者に対するその制度はまだありません。どう  
か難病患者の特別な福祉サービスをつくってほ  
しいとお願いをいたします。

**○杉本会長** 一番最初の状況で申しましたよう

に、急速な高齢化が進んでいるわけです。そし  
て患者の団体としても、透析に行くときに病院  
まで送って迎える通院事業をやっておるところ  
もあるんです。残念ながら、私らの状況が役員  
の体制にないのでそういうことができないけれ  
ども、何らかの形で我々も働きかけをしたいと  
考えております。ある病院では、車いすで入っ  
て透析を受けて帰るような施設をつくられてお  
るところもあるわけです。それで、私の行く病  
院でも、7～8名が家族——娘さん、肉親が主  
ですが、そこまで運んでいって病室まで運ん  
で、また連れて帰るといふふうにしているん  
です。これは非常に大変なことになるわけです。  
そして前に申しましたように高齢化が避けられ  
ない状況の中で、あと5年したらそういう人が  
非常にふえてきて、にっちもさっちもいかん  
ような状況を想像するんです。それで、これ  
を何とかやっていかにやいかんと考えていま  
す。我々患者会としても努力をしますけれど  
も、今のところそういう状況の中でちょっと厳  
しいところがありますので、これを公的な形  
で、ボランティアでの難病患者の通院送迎とい  
うことを考えてほしいと思います。

**○生駒会長** リウマチ患者としては、障がい者  
の認定と介護保険の認定にもう少し配慮をして  
もらいたい点があるんです。足とかの手術をし  
た場合は、ある程度障がいの認定が出るん  
です。ところが、痛みをこらえて仕事をやって  
いるわけですが、見た目には、手術はしてい  
ないし、変形も余りしていない。でも、一番痛  
いのはその変形するときなんです。変形しか  
かかったときが非常に痛いんです。物を持つ  
ことができない、ボールペンを持つのがやっ  
とというよう状態でも、見た目では全然変  
形していないからわかりません。私みたいにな  
ってしまえばある

程度認定ができるんです。こうなったら痛くないんです。ところが、こうなる前の、仕事をばりばりやっておるときは本当に痛みをこらえている。この辺の認定をもう少しやってもらいたい、認めてもらいたい。リウマチ患者の場合は、朝起きてから午前中は体を動かすのが非常に厳しいんです。ところが、昼過ぎてから認定にお見えになったら、そのころは動くんです。その辺の認定の仕方をもう少し小まめにさせていただきたい。我々リウマチ患者だけではなくて、その人の病気に応じた見方で認定をやっていただきたいという意見が出ております。

介護保険について、さっき平山さんから出しましたけど、今までベッドを借りていたのが借りられなくなってしまったとか、今まで介護で3時間、4時間来ていただいたのが、今は1時間もないんだと、厳しさは目に見えて直接影響しております。制度を少しずつでも改定していただくといいなということは今痛感しております。リハビリにおいてもそうです。我々リウマチ患者だけではなく、お年寄りも含めて、今非常に制限されています。リウマチ患者は医師の診断によってある程度継続ができるようになりました。プールでやるリハビリというのは非常にいいんです。ところが、それが制限されてくる。リハビリを一生懸命やると寝たきりにならなくて済むんです。そういう制限されるとリハビリがどんどんできなくなって、結局は寝たきり状態になってしまいますので、リハビリに対してももう少し頑張れるような対策をしてもらいたいと思っております。

**○図師委員** 今のお話もしっかり受けとめまして、皆さんたちから出ている要望書も含めて、政策を転換できるように委員挙げて頑張りたいと思います。

貴重な御意見をありがとうございます。

**○前屋敷委員** どうもありがとうございます。皆さん方が抱えておられる困難な状況なども受けとめさせていただきました。今、いろいろな制度の改悪によってさらなる問題が出てきているというのも十分認識をしているところですので、そういう点でも一緒に頑張っていきたいと思っております。

きょう一つお伺いしたいのは、相談の支援センターが開設をされて、多くの皆さん方がよりどころにしておられるということも聞いております。また、センターの運営その他を難病連の皆さん方が主体的にしておられるということです。本来、県も積極的にかかわっていかなきゃならない部門ですけれども、運営上、また経費なども含めて、新たに問題があったり、今後の要望などありましたら聞かせていただきたいと思っております。

**○首藤会長** 難病センターは国と県の半分ずつの出資で設立をされております。現在、530万円の委託費ですが、毎日、保健師さんか看護師さんの資格を持った相談員が1人と事務職員が1人いらっしゃいますから、常勤は2人という形です。その運営に当たっているのが、ここにいる難病団体の副会長です。こういうメンバーで運営に当たっています。ところが、実際に相談があって、その解決のためにどうするかということになってくると、実はお金がないんです。費用がないのでどこにも行けない。ただ、こういう相談がありましたからということで連絡をするだけでは、本当に患者に寄り添った形での相談にはならないと思っておりますので、運営費がもっとあるとありがたいと思っております。

実は、難病センターに詰められる副会長さん方も全部自費でボランティアでやっています。

こういう形態を早く解消したいと思っているんです。公的機関としての役割は、誤りなくちゃんと遂行していこうと思っています。

**○高橋委員** 今の関連でお尋ねしますけれども、相談センターに相談員が1人いらっしゃるということですが、県内に患者の方がいらっしゃるわけで、宮崎市にありますから、お体にハンディのある方々は直接相談に行けない方もいらっしゃると思います。相談の仕方というのは電話が多いのでしょうか。

**○首藤会長** データを持ってくるとよかったですけれども、相談の形態は面接と電話と文書とメール、あとは、保健所の近くですから、保健所に相談に上がられて、それが回ってくるということがあります。その中で医療に関することが半分だと思います。あとの半分は生活に関することが多いです。

難病といったら、団体に所属されている方はそれぞれの団体でこれまで活動してきて、いろんな制度の上ののっておりますけれども、今起こってくる事柄は制度にのっていないことが多いんです。いわゆる難病一般の方ですね。そういう方については答えようがないという現実があります。あれもありません、これもありませんという形になります。では、センターはどういうふうな形で活動するかといいますと、悩みを聞いて、一緒にとにかく何かの実現に向かって努力をしましょうと、そういうふうなことしかないんです。

**○高橋委員** よく実情がわかるんですが、県北から県南、県西まであるわけで、直接お会いして話を聞くのが一番伝わりますよね。そういう意味では、先ほど委託費が少なくこれ以上の事業展開ができないということですが、相談員の方もふやしてもらって、ときには県北と県南

で出張相談に応じるとか、そういうのもあったほうが良いような気がして聞いてみました。

**○新見委員** 9月議会で我が会派の長友議員が難病に関する質問をさせていただいて、そのとき首藤会長には大変お世話になりました。

きょうのこの場は、県の難病団体の皆さん方から県議会として御意見を聞く場なんですけど、全国的に国の制度としていろんな要望もあると思います。皆さん方は宮崎県の難病団体の協議会でございますが、上部組織というか、全国的な組織との連携はどんなふうにされているのか。県の難病団体として活動されているのか、それぞれの難病団体ごとにされているのか、その辺を教えていただきたいんですが。

**○首藤会長** 難病センターについては、各地からの御相談にはできるだけ出かけていって答えようという気持ちは持っています。ただ、すぐその場でというのはなかなか難しいですけども、そういうふうなつもりでおります。

それから団体ですが、宮崎県難病団体連絡協議会は全国組織に加盟しております。前は日本患者・家族団体協議会と言っておったんですが、今、全部の難病を含めまして組織をつくりかえましたので、そこに所属しております。それから、ここにいらっしゃる各団体とも上部の全国組織がありまして、その全国組織が日本難病・疾病団体協議会に所属するという形になっております。

**○藤原事務局長** 今の会長の発言の中で、ヘモフィリアは全国の上部組織はございません。以前、公費負担の制度とか、家庭での自己注射制度の実現に向けて全国会というのが一時的に組織されましたが、エイズパニックでほとんどの県の団体は解散しております。宮崎県のヘモフィリア友の会も、11月の総会で再結成してよ

うやく1年目です。ただ、今、全国会の再編成の動きがあるということだけ、訂正しておきます。

**○平山支部長** 先ほど図師委員の県内のベッド数が少なくなるという御発言がありました。これは実は知事にも要望したのですが、今から10年前は県内に長期療養型の病院は県北、県央、県南3カ所あったんです。ところが、今は県央2カ所なんです。これはどういうことなのか。私も協会の活動を通してこんなにがっかりしたことはないんです。支部長としての役目もおりよかなと思ってもいます。これから高齢者がますますふえます。お金のある方は、一月70万払ってでも介護ヘルパーさんを雇うんです。でも、そこにも介護保険制度のヘルパーさんが入るんです。家政婦さんには「お金で動いてちょうだいね」と言われるそうです。こんな時代にだれがしたんですか。僕は正直言ひまして、きょう、この生活福祉常任委員会の皆様にぜひお話ししたいことは、今の世の中はお金がないと生活はもちろんできません。でも、難病になって、治らない、働くこともできない、こんな患者さんに「お金であなたは動きなさい」と言われるヘルパーさんを雇うこともできない。だから、もっともっと介護保険制度を充実してほしいということと、宮崎県内に長期療養入院のできる場所を最低でも3カ所はつくってほしいとお願いをいたします。

**○原田会長** 先ほど全国組織と各地方組織との間の関係の質問があったと思います。先ほどもお話がありましたけれども、私たちを取り巻く状況としては、国がいろんなことを決めて、それが各県で実際に行われるというものがあるのと、各地方だけでやれる独自のものがあるんです。例えば東京都だったら、難病が121あるん

です。そのうち特定疾患治療研究事業というのが45なんです。そうすると45をのけたほかの団体は何もないわけです。難病だということは何もわかっていないけれども、医療補助も何もないわけです。それを何とかしようということで、難病指定ではないけれども、その人たちは大変困っているんだから、各県でこれをしてあげようという県独自の難病の指定というのがあるんです。それを東京都は7つか8つ持っているんです。宮崎県は何もないわけです。全国が決まったとおりにしか動かないという感じなんです。それで、何かやれる部分があるならば、県独自でそういうことも考えてあげましょうというようなことがほしいということが一つあります。

それからもう一つ、国全体で決められて県におりてくる場合、国のやり方を少しでも変えてもらおうという考え方が出てくるわけですけど、その場合には、地方の難病団体を通して署名や募金活動をして、署名簿を国会へ持って行って請願活動をやるということになるわけです。もう一つは、並行して各県議会で、こういうことについてはこんなふうにしていただくといいと患者さんは訴えているから、宮崎県議会としてもこんなふうをお願いしたいという上申でしょうか、そういうことを県議会で実績として上げると、そういう事柄が一緒になって、あるいは国会の委員会活動とも一緒になって、先ほどおっしゃったいろんな施策、例えば、今度介護保険なんかも変わって障がい者の1割負担を受益者負担でやっていますけれども、これは小泉さんが自由化、自由化とか何とかかんとかかってどんどん狭めてきたわけです。金がないから仕方がないと。

それで、私の家内も今まではヘルパーの人が来ていたんですが、「もうおたくにはヘルパー

は出せません」といって全然ヘルパーは来なくなりしました。それは介護保険が変わったからです。そういうものを、今おっしゃったように、やっぱりもとのように少なくとも最低このくらいまではしてほしいということを行う場合には、私たちの署名と県議会の上申と国会での委員会審議等を通してそれがだんだん変わっていく。3年ごとに見直しますよというような決まりが附帯決議でついている場合には、3年ごとに見直すから変えましょうということもあると思うんです。そういう意味で、各地域の難病連と患者団体と国会、県議会とが一緒になって、国段階でのものを変えると、地方の部分で特別に何かしてほしいという要望があった場合には、県議会ですらもしてやろうというようなことがあると、地方のやり方としてはいいんじゃないかと思っております。

皆さん御存じだと思いますけれども、45の病気は、国はたった3割しか出さないんです。本当は5対5の割合で負担をすとなっている、これは御存じでしょう。だけど、国から来る金が少ない。しかし、患者は病院にかかりますから、それで県が7で国が3しか出さない。県は物すごく難病のために金を使っているという現実もありますから、そういう部分等も含めて、国に言うことと県段階でやる部分とをよくわきまえて我々の願いも聞いていただくといいかとは思っております。

**○新見委員** 今の原田会長のお話はよくわかっております。先般も質問をしたことがあるんですけど、私の知り合いの子供さんが劇症肝炎で、これは特定疾患治療研究事業の対象になっておりましたが、お母さんからの移植を受けて一応症状は安定した。ただ、免疫抑制剤をずっと飲んでいけないといけない。ただ、飲んで

いっている中で数値的な症状が安定したから特定疾患治療対象事業から外されたというケースがあったんです。このことを受けて、東京ではそんなことはない。だから、都道府県によって対応が違うというのはよくわかっております。今、会長がおっしゃったように、都道府県で対応できるものについては、議会としてもしっかりやっていきたいと思っております。

**○十屋委員長** 私どもも皆様方も、それぞれの立場で意見を交換させていただきました。委員会を代表いたしまして、一言お礼を述べさせていただきますと思います。

本日は本当に、お忙しい中にこちらまでおいでいただきまして、ありがとうございます。

そして、先ほどからの皆様方の意見、委員各位それぞれ十分受けとめておると思っております。もう一つは、先ほどからありました介護保険制度の改正なり医療制度の改正が、我々委員も含めまして、決して思っている方向ではないということも十分に認識いたしております。そういうことも踏まえまして、皆様方から出されました御意見を今後の県議会の活動としてしっかりと受けとめて、役立たせていただきたいと思っております。

本当にありがとうございました。

**○首藤会長** 代表してお礼を申し上げたいと思います。

私たち難病患者というのは、ちゃんとした法的な支えの上ののっておりませんので、我々がいろんなところで発言したり意見を申し上げる機会がないんです。それをここでこういうふうにしていただいたということは、ありがたいと思っております。感謝を申し上げます。

ほかの障がい者団体は、きちんとした形で事務所があり、県からの補助をもらって、我々よ



りはるかに多い金額で運営されておって、うらやましいと思っているんです。難病はどうもそういうふうにはいきませんので、本当にありがとうございました。

それで、我々難病団体の訴えはこれだけで終わるのではなくて、こういうことを政策の中に取り入れていただくには、こういうふうな委員会ではなくて、政党さんとの話し合いをさせていただきますと、こういうことが希望だけでも、できるところは実現していただきませんかとお願ひできると思うんですが、そういうふうな取り組みも含めた形で今後進めていただければ大変ありがたいと思っております。先生方よろしくお願ひいたします。

お礼を申し上げます。

○十屋委員長 ありがとうございます。

それでは、これで意見交換のほうを一応終了させていただきますと思います。

暫時休憩いたします。

午後 3 時 42 分休憩

---

午後 3 時 45 分再開

○十屋委員長 それでは、委員会を再開いたします。

そのほか何かございませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○十屋委員長 何もないようですので、以上で委員会を終了いたします。

午後 3 時 45 分閉会