

厚生常任委員会会議録

平成23年7月20日

場 所 第1委員会室

平成23年7月20日（水曜日）

午前10時0分開会

会議に付託された議案等

- 福祉保健行政の推進並びに県立病院事業に関する調査
- その他報告事項
 - ・「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」の成立に伴う福祉保健部の取り組みについて
 - ・ふぐ取扱条例の見直しについて
 - ・難病に関する医療費公費負担制度等について

出席委員（8人）

委員 長	黒木正一
副委員 長	重松幸次郎
委員	中村幸一
委員	井本英雄
委員	十屋幸平
委員	清山知憲
委員	徳重忠夫
委員	太田清海

欠席委員（なし）

委員外議員（なし）

説明のため出席した者

福祉保健部

福祉保健部長	土持正弘
福祉保健部次長 （福祉担当）	田原新一
福祉保健部次長 （保健・医療担当）	橋本憲次郎
こども政策局長	村岡精二

部 参 事 兼 福祉保健課長	阿南信夫
医療薬務課長	緒方俊
薬務対策室長	岩崎恭子
国保・援護課長	永友啓一郎
長寿介護課長	大野雅貴
障害福祉課長	野崎邦男
就労支援・ 精神保健対策室長	中西弘士
部 参 事 兼 衛生管理課長	船木浩規
健康増進課長	和田陽市
感染症対策室長	日高政典
こども政策課長	川野美奈子
こども家庭課長	古川壽彦

事務局職員出席者

政策調査課主幹	坂元修一
議事課主査	佐藤亮子

○黒木委員長 ただいまから厚生常任委員会を開会いたします。

本日の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〕

○黒木委員長 それでは、そのように決定いたします。

次に、委員会の傍聴についてお諮りいたします。日向市の首藤氏ほか5名から、執行部に対する質疑を傍聴したい旨の申し出がありました。議会運営委員会の確認・決定事項に基づき、先着10名に限り許可することに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○黒木委員長 それでは、傍聴人の入室を許可

することといたします。

傍聴人及び執行部入室のため、暫時休憩いたします。

午前10時0分休憩

午前10時4分再開

○黒木委員長 委員会を再開いたします。

傍聴をされる皆様をお願いいたします。

傍聴人は、受け付けの際にお渡ししました「傍聴人の守るべき事項」にありますとおり、声を出したり拍手をしたりすることはできません。当委員会の審査を円滑に進めるため、静かに傍聴してください。また、傍聴に関する指示には、速やかに従っていただくようお願いいたします。

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終了した後をお願いいたします。

○土持福祉保健部長 おはようございます。福祉保健部でございます。どうぞよろしくお願いたします。座って説明させていただきます。

それでは、お手元の厚生常任委員会資料の表紙をめくっていただきまして、目次をごらんいただきたいと思っております。

本日の説明事項でございますが、報告事項といたしまして、1の「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」——ちょっと長いですが、この成立に伴います福祉保健部の取り組みについて御説明させていただきます。2番目といたしまして、ふぐ取扱条例の見直しについて、3点目が難病に関する医療費公費負担制度についてでございます。それぞれ担当課長のほうから説明をさせますので、よろしくお願いたします。

私のほうからは以上でございます。

○阿南福祉保健課長 それでは、常任委員会資料の1ページをごらんください。

「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」の成立に伴う福祉保健部の取り組みにつきまして御説明をいたします。

まず、1の「制度の目的等」についてであります。

今回の法律につきましては、地方分権を推進するために、国におきまして平成21年12月15日に閣議決定されました「地方分権改革推進計画」を踏まえ、関係法律の整備を行うものであります。平成22年3月に法案が提出され、継続審議となっていたものが、平成23年4月28日に成立、5月2日に公布されたものであります。

その目的は、地方自治体の自主性を強化し、自由度の拡大を図るため、国の義務づけ・枠づけの見直しと、地方自治体に条例制定権の拡大——条例委任と申しますが——を図ろうとするものであります。

その内容は、(1)施設・公物設置管理の基準については、地方自治体への条例委任を、(2)計画等の策定及びその手続及び(3)協議、同意、許可・認可・承認については、地方自治体への義務づけ・枠づけの見直しを行うものとなっております。

米印にありますように、福祉保健部が主に関係しますところは、(1)施設・公物設置管理の基準に係る条例制定等であります。

「2 施設・公物設置管理の基準について」をごらんください。

まず、(1)条例委任の内容についてであります。

社会福祉施設等の整備・運営等に関する基準

について、根拠規定を現在の「厚生労働省令」から「都道府県の条例」に改めるものでありまして、県におきましては、新たな条例の制定や既存の条例の改定を行うこととなります。

福祉保健部が条例制定等を行う必要があるものにつきましては、資料の3ページに記載してあります児童福祉法から5ページの就学前の子どもに関する教育、保育等の総合的な提供の推進に関する法律についての条例委任一覧表を掲載しております。後ほどごらんいただきたいと存じます。

1ページにお戻りください。

次に、2の(2)条例委任される、すなわち県条例制定に係る国の基準の類型についてであります。

都道府県が本基準を条例で定めるに当たっては、厚生労働省令で定める次の3つの基準に従い定めることとされております。

まず、①の省令で定める「従うべき基準」とは、県条例の内容を直接的に拘束する、必ず適合しなければならない基準であり、従うべき基準と異なる内容を条例に定めることは許されないものであります。

次に、②の「標準」とは、県の条例の内容は、省令で定める「標準」を通常によるべき基準としつつ、合理的な理由がある場合に限り、地域の実情に応じた標準と異なる内容を定めることが許容されるものであります。

最後に、③の「参酌すべき基準」についてですが、省令で定める「参酌すべき基準」を県で十分参照した結果としてであれば、地域の実情に応じて、異なる内容を条例に定めることが許容されるものであります。

(3)厚生労働省の対応方針についてであります。福祉、介護、保育等の質に深刻な悪影

響を生じかねないアの人員配置基準やイの居室面積基準、ウの人権に直結する運営基準等は、全国一律の従うべき基準とし、それ以外の施設・整備・運営基準が参酌すべき基準とされ、オの利用定員につきましては標準とする方針のようであります。

1枚おめくりいただき、次の2ページをごらんください。

(4)の条例化の検討に係るフローについてであります。

今後、各所管課において条例化に取り組むこととなりますが、まず、厚生労働省令等で3種類の基準——すなわち従うべき、標準、参酌すべき基準——が提示されます。各所管課では、この省令等に基づき県の条例(案)の検討を行い、その条例(案)を関係機関・団体等と協議したり、利用者等へのアンケート調査などを実施しながら御意見をお伺いした後に、それらを反映させた条例(案)を議会に上程し、御審議をお願いすることとなります。

なお、施行期日は平成24年4月1日ですが、省令の通知される時期により個別に対応を行うため、一部を除き1年間の経過措置が認められているところであります。

福祉保健課からの説明は以上であります。

○船木衛生管理課長 衛生管理課分について御説明をいたします。

委員会資料の7ページをお開きください。

「ふぐ取扱条例の見直しについて」であります。

初めに、1の趣旨でございます。

本県では、昭和33年にふぐ取扱条例を施行し、県が実施した試験に合格した者をフグ処理師として登録するフグ処理師制度を設け、フグによる健康被害の防止を図ってきたところで

す。

しかし、有毒部位である肝臓の不正な流通や不適切な取り扱いにより、フグによる食中毒が依然として発生しております。食中毒には至らなかったのですが、違反事例も本県で2件ほど起きております。また、近年、日本近海では見られなかったシロサバフグによく似たドクサバフグが日向灘でも水揚げされており、平成20年には、宮崎港で釣り上げたドクサバフグによる食中毒も発生しております。

一方、昨年11月に、児湯地区で水揚げの多いシロサバフグ——いわゆる「みやざき金ふぐ」——が宮崎県水産物ブランド品として認証されたところで、衛生サイドからも、宮崎県産フグの安全・安心な流通を支援していく必要があると考えております。

こうした一連の事情を踏まえて、今回、フグによる健康被害の未然防止を強化するために、新たな内容を追加する条例の見直しを検討するものです。

2の主な検討内容でございます。

(1)のフグ処理施設の認証制度の導入です。今回の見直しの一番のかなめとなりますが、フグを処理し、食品として販売する営業者に対して、施設ごとに知事の認証を受けることを義務づけ、認証書を交付するものです。なお、認証に当たっては、2つ目の米印にありますとおり、フグ処理師の必置と有毒部分の保管専用の施設できる不浸透性容器を要件としたいと考えております。この処理施設の認証を行うことにより、フグ処理の実態把握や利用者への情報提供を行うものであります。

(2)フグ処理師免許取り消し等に関する規定の追加です。これまで、フグ処理師が肝臓を販売・提供しても、食中毒が起きない限り罰則

の適用はありませんでした。そこで、有毒部分の販売・提供やフグ処理師の遵守事項違反についても、免許の取り消し、または業務の停止を追加し、安全に対するフグ処理師の意識づけを行うものです。

(3)フグ処理施設への立入検査等についてです。認証制度導入により、フグ処理施設の把握ができますので、県職員による立入検査及び報告に関する規定を設け、監視指導の徹底を図るものであります。

3の今後のスケジュールでございます。

9月にパブリックコメントを実施、11月議会に提案、御審議いただくこととしております。

衛生管理課からは以上です。

○和田健康増進課長 それでは、健康増進課分、「難病に関する医療費公費負担制度等」について御説明いたします。

委員会資料の9ページをお開きください。

まず、「1 難病の治療研究・医療費公費負担に関する事業構成」についてであります。

難病の治療研究と医療費公費負担に関しては、2つの国の事業で構成されておまして、まず、難病に関する各分野の研究費を助成しているのが、一番上の白抜きの「難治性疾患克服研究事業」です。

数ある難病の中で、資料左上にあります臨床調査研究分野に130の疾患が指定されております。希少性、原因不明、治療方法未確立、生活面への長期の支障の4要素を満たす疾患から選定され、原因究明、診断基準・治療指針の作成等の研究が行われており、平成22年度で14疾患群の38研究班が活動しております。

そして、この130疾患のうち、医療費公費負担の対象となっているのが、左側の太い実線で囲んでおります白抜きの「特定疾患治療研究事

業」が対象としている56疾患になります。130疾患のうち、診断基準、具体的には事業対象として認定する基準や診断書となる臨床調査個人票等が確立され、治療が極めて困難、医療費が高額な疾患が指定され、所得に応じて一定の自己負担はありますが、保険診療による患者の自己負担分に対して公費負担を行っております。

この対象疾患は、厚生労働省健康局長の私的諮問機関であり、学識経験者等で構成される「特定疾患対策懇談会」の意見をもとに決定されております。

なお、特定疾患治療研究事業は、本来は研究事業であり、臨床調査個人票は研究班に送付され、研究のための基礎資料として利用されております。

研究分野は国が実施主体ですが、医療費助成という実務の実施主体は都道府県となっておりまして、その補助率は2分の1で、スモンという疾患のみ10分の10となっております。

なお、資料9ページの右側を見ていただきますと、難治性疾患克服研究事業にはほかの研究分野もありまして、研究奨励分野が平成21年度に創設され、平成22年度に214疾患が指定されております。左側の臨床調査研究分野に含まれないもので、これまで研究の行われていない疾患について、実態把握や診断基準の作成等を目指しております。この分野以外にも、重点研究分野、横断的基盤研究分野、指定研究があります。

現在の事業構成においては、難病のうち医療費の公費負担対象となる疾患は、資料右側の研究奨励分野などの研究から左側の臨床調査研究分野の疾患に指定され、さらに特定疾患治療研究事業の対象疾患となる必要があるということになります。

資料下のほうには、国の予算額の推移を記載しております。本年度の難治性疾患克服研究事業は80億円、特定疾患治療研究事業は約280億円の予算となっております。

続きまして、資料の10ページをお開きください。

「2 特定疾患治療研究事業について」であります。

(1) 対象疾患に関する指定の経緯にありますように、昭和47年からほぼ毎年のように疾患が追加され、最近では、平成21年度に6年ぶりに11疾患が追加指定されております。

なお、米印にありますように、平成14年と15年は疾患が追加されたのですが、他の疾患と統合した関係で、数字上はマイナスになっております。

次に、(2) 特定疾患対策懇談会の直近開催状況ですが、先ほど説明しました諮問機関であります懇談会は、直近では追加指定直前の平成21年9月に開催されておりますが、それ以降の開催はありません。

参考までに、この平成21年9月に開催された懇談会における資料の一部を、11ページから15ページに掲載しております。

11ページは、追加指定されました11疾患であります。このうち11ページ上のほうの1、間脳下垂体機能障害の疾患概念が、めくっていただきまして12ページに記載されておりまして、その一番上のI、PRL（プロラクチン）分泌異常症についての認定基準が13ページとなっております。1の主要項目で検査所見等が示され、2の鑑別診断で区別をつけるべき疾患が示され、3の診断基準で事業対象として認定する基準が示されております。めくっていただきまして、14～15ページが新規申請の場合の個人票と

なっております。いわゆるこれが診断書となります。

それでは、16ページをお開きください。

「2 患者会等から国への要望に対する疾患指定状況」であります。

これは平成20年度の懇談会における資料ですが、疾患名で太字になっているのが、平成21年度特定疾患治療研究事業に追加指定された疾患となっております。

この表の右側のほうで丸印及び米印を記載しております13疾患が、難治性疾患克服研究事業のうち臨床調査研究分野の対象疾患となっております。このうち、最終的に特定疾患治療研究事業の指定とならなかった疾患が2つありまして、疾患名で上から9番目のFOP（進行性骨化性線維異形成症）と17番目のXP（色素性乾皮症）となっております。

17ページをごらんください。

「3 事業における課題」であります。

これは、国の「新たな難治性疾患対策の在り方検討チーム」の会議資料から抜粋しておりますが、まず（1）の対象疾患で、56疾患の対象とならないものは、高額療養費制度以外の医療費軽減の仕組みがないということがあります。

次に、（2）安定的な財源の確保です。十分な予算を確保できない状態が続いており、安定的な財源を確保できる制度の構築が課題となっております。

最後に、（3）医療費助成事業の性格です。本来、研究事業でありながら、福祉的側面である医療費の助成を行っていることが検討課題とされております。

続きまして、「4 本県の超過負担状況」であります。

左から3つ目の列の国庫所要額、つまり本

来、国庫補助があるはずの金額（A）に対して、実際に交付された額は、その隣の交付額（B）となっており、本県が超過負担している額は、その隣の（C）超過負担額となっております。平成22年度で約2億8,000万円であり、一番右の列の所要額に対する交付額の割合は、年々悪化する一方であります。

18ページをお開きください。

「5 事業に関する全国衛生部長会からの提言」であります。

この提言には超過負担の解消等についても記載されておりますが、資料中ほどの＜提言＞で下線を引いている部分をごらんください。「特定疾患に限らず、原因不明で治療法が未確立の疾患の原因究明や治療法の開発などの研究の推進や患者への医療費公費支援は、ナショナルミニマムとして国が実施すべき」と記載しており、さらに、その下のほうの一で、「原因不明で治療法が未確立の疾患の原因究明と治療法の開発については、国が責任をもって進めることが重要」と記載されております。

続きまして、19ページをごらんください。

「6 平成23年6月議会で請願のあった5疾患」についてであります。

疾患ごとに症状や患者数等を記載しております。難治性疾患克服研究事業の臨床研究分野の130疾患の対象となっているのが4疾患あり、線維筋痛症だけが対象となっております。

シェーグレン症候群は、北海道、東京都、富山県が単独で医療費公費負担をしており、アレルギー性肉芽腫性血管炎、成人スティル病については、東京都が単独の公費負担を行っております。

難病に関する医療費公費負担制度等についての説明は以上でございます。

○黒木委員長 執行部の説明が終わりました。委員の皆様、質疑はありませんか。

○井本委員 まず、最初の「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」ですが、省令と条例というのは——基本的なことですが——省令のほうが上位というのはこれは通説ですか。今までどうですか。当たり前のことなんですか。法律が上というのは聞いておったけど、省令が上というのは争いがあるんじゃないですか。その辺はどうなんですか。

○阿南福祉保健課長 法律がありまして、その下に省令がございます。それが国の分でございまして、条例については、県の条例ということになります。今回の改正につきましては、それぞれの設置基準等につきまして、省令で定めていたものについて、県の条例で定めるというふうに変更するものであります。

○井本委員 それはわかっている。私は、どっちが上位かというのは、基本的に争いがあるんじゃないかという気がしておるから。私も少し法律を勉強したものだから、条例は民主的統制のもとにつくっているわけよね、民主的に。ところが省令というのは、各省庁が簡単に自分でぽんと出しているわけだから、民主的統制のきいたものと統制のきいていないものは、民主的統制がきいたもののほうが上じゃないのかという議論があるわけですからね。

○土持福祉保健部長 省令につきましても、法令でございますので、その枠を超えて条例を制定することはできないということです。

○井本委員 それは判例か何かで決まっているんですか。通説ですか。

○橋本福祉保健部次長 今、委員が御指摘のとおりで、法令と条例の関係ということだと思

いますが、一般的には、条例の制定権者が自治法に基づきまして、法令に反しない限りで条例制定権があるというふうになっておりまして、今の先生の議論というのは本質的に、今回の分権の流れでも、条例の上書き権というものが認められるかどうかというところで大きな議論になったところだと思います。現時点の法令の運用においては、あくまでも、今部長が言われたとおり、法律、政令、省令全体で法令と、その委任の範囲内で条例制定権があるという解釈になっていると思います。その際に、法律、政令、省令、どこまで今先生がおっしゃるように民主的統制がきく条例と、あとはそうでない各行政庁が決めるもの、結局それは法律がどのレベルで省令に委任するかと。したがって、内容的にそういう民主的統制が及ばなくてもいいであろうという内容は、政令、省令においてというふうに考えるのが自然ではないかというふうに考えております。

○井本委員 こうやって、何かいかにも省令が……。政令はどうなんですかね。政令は省令より上位なんですか。

○橋本福祉保健部次長 政令というのは、内閣として閣議決定するものでございまして、省令は各省でということになりますので、イメージ的には法律が一番上位で、その委任の中で政令が次で、その次が省令と、そういう理解が自然な考え方です。

○井本委員 だから、その辺の争いがあるということ踏まえて、我々からすれば、民主的統制がかかっている条例のほうが上じゃないかと、どこかの局長あたりが勝手に書いて出すやつよりもこっちのほうが上じゃないかという認識が本当は私なんかはあるんだけど、今までのずっと慣習のもとに格付しているんだろうと、

これはこれでしょうがないと思っております。それで、従うべき基準とか標準とか参酌すべき基準というのは、これはだれが決めているわけですか。

○阿南福祉保健課長 省令で決まりますので、各省庁で決まるということになります。福祉保健部では、その3つの基準につきまして、厚生労働省で決めるということになっております。

○井本委員 じゃ省令で全部これは設置できるということですね。

○阿南福祉保健課長 従うべき基準、標準、それと参酌すべき基準、これらの3つにつきまして、省令で定められるということでございます。

○井本委員 わかりました。続いてもう一つ、難病に関する医療費公費負担の制度ですが、これは保険診療による自己負担分に対して公費負担を行うということですが、一人一人の負担額というのは、保険を使ってもかなり大きくなるんですか。

○和田健康増進課長 金額については、その時々診療内容によって変わってきますので、非常に幅が大きいと思われませんが、平成22年度の医療費の公費負担の総額が5億4,422万3,000円で、受給者が7,551人おられましたので、単純に割りますと、1人当たり年額*7万2,000円の公費負担をしているということです。所得割合で違ってきますので、単純平均でこれぐらいというふうに御理解いただければと思います。

○井本委員 それで特定疾患対策懇談会というのがありますが、これは健康局長の私的諮問機関と書いてありますよね。局長が最終的に決めるわけですか。

○和田健康増進課長 最終的な決定がどのようになっているかわからないんですけど、大臣の

最終決定はあるんだと思いますが、健康局が担当しておりますので、健康局が決めているのは間違いないと思います。

○井本委員 恐らく最後は大臣の決裁で決めているということですね。そうすると、委員長、我々もやっぱり特定疾患対策懇談会に対する意見書というものを出さないかんということになりますかね、本来は。その辺はどうですか。

○和田健康増進課長 直接懇談会がいいのか国がいいのか、ちょっと私もわからないんですけど、全国の患者会は、先ほど資料でお示しましたように、厚生労働省に対して要望されていて、その要望がこの懇談会では資料として提出されているというような状況になっているようです。

○太田委員 例の長い名称の法律の成立に伴う福祉保健部の取り組みについてというところで、3ページに今後そういう見直しをするという項目が上げられていますが、この中で、例えば3ページの2番目のところでは、基準設置の類型として、従うべきというものと標準と参酌という3つが、同じ第21条の5の18の第2項に全部入っているんですが、これはこの3つの基準いずれを使ってもいいということなのか、それぞれで3つに従うんですよという意味なのか、これはどういう書き方ですか。

○野崎障害福祉課長 この中に、例えば居室とかの床面積とか、そういうものについては従うべきというふうにされておまして、同じその条項の中の事業に係る利用定員、これについては標準だと。その他という部分があるんですが、その他については参酌すべきということ、ちょっとその他の具体的なものが何なのかというのは現時点ではわからないんですが、と

※ 10ページに訂正発言あり

りあえず第21条の5の18の第2項の中には3つのものがあるということでございます。

○**太田委員** わかりました。それは、1ページの一番下の(3)のところに書いてあるとおり、ア、イ、ウ、エ、オの3つのものがあるからそうなるんだということですね。この3つ、どれを選んでもいいという意味ではないということですね。

○**野崎障害福祉課長** そのとおりでございます。大事なのは、その3つあるということでございます。

○**太田委員** わかりました。1ページの今の(3)、一番下のところ、従うべき基準、参酌すべき基準とありますが、従うべき基準ということは、今までどおりと変わらないということですね。従うべき基準という意味は、結局法的に余り変わらなかったという受けとめ方でいいですね。

○**阿南福祉保健課長** 省令が変わらない限りは、そのまま従うべき基準に入ることになるかと思えます。

○**太田委員** わかりました。弾力性があると見られるのは、参酌すべき基準もしくは標準という、その範囲内であるということですが、このエとオについて、こういう場合はこのような参酌すべき基準で判断できるんですよというのが何か具体的にあつたら、ちょっとイメージづくりのために教えてもらいたいと思います。エとオです。

○**阿南福祉保健課長** 参酌すべき基準といたしましては、居室定員、廊下の幅、汚物処理室、事務室、それから適切な食事の提供、介護の内容等が参酌すべき基準ということになっております。それと標準につきましては、利用定員が標準ということで厚生労働省では整備されてい

るというふうに思っております。

○**太田委員** わかりました。今、エで言われた、何か廊下の幅とかそんなのがありました。廊下の幅というのも、何か事故があるときにさっと逃げないかんという意味では、ある程度幅も確保されておらなければならんということも厳格に言えばあると思うんですけど、そこ辺の参酌すべきというところについては、その判断としては、私としては非常に厳格なものを将来持っていただきたいがなという気がちょっと内容的にはしました。調理室といいますか、調理場でしたかね、何かそういう話もありましたけど。わかりました。一応それは要望としてお願いしておきます。

次に、ふぐ取扱条例について、7ページですけど、これは県の認証、これまでフグ処理師の認証を行ってきたということですが、フグ処理師の認証の研修のあり方というか、具体的にどのようなにして、あなたはそういう能力を持っていますねということで認証してきたんだろうと思えます。具体的にどのような、調理を實際させるとか、何かそういう研修のあり方みたいなものはどんなふうだったんでしょうか。

○**船木衛生管理課長** 現状、ふぐ取扱条例に基づきまして、フグ処理師の試験を毎年実施しております。この中で、学科試験ということで、法規、公衆衛生、食品衛生、それから実技ということで、フグの種類鑑別、フグの臓器鑑別、フグの摘出処理、いわゆる有毒部分の解毒処理、こういった形の学科試験と調理試験を実施して、フグ処理師の資格を与えて、この処理師によるフグの処理の提供を現在行っておるところでございます。

○**太田委員** わかりました。学科試験と実地試験といいますか、そういうのがあるということ

で理解いたしました。それと7ページの一番下、フグ処理施設のところで、認証の義務づけとありますが、認証の義務づけという意味は、これまで認証の義務づけはなかったということですか。私は調理師の免許を持っています、県の認証を受けていますということよりか、さらに進んで、認証の義務づけをやるというのはどういう意味なんですか。

○船木衛生管理課長 これまではフグ処理師に対するいろんな規制をかけてきたところがございます。現状、フグを提供する施設、これに対しては、いわゆる届け出とかそういうものが一切なくて、今回の見直しの中で、フグを提供する施設を把握することで、フグ処理師と提供する施設、両方把握して、いわゆる消費者への情報提供とか監視指導等の部分に役立てていくということで考えておるところでございます。

○太田委員 わかりました。これまで届け出はなかったというのがあるわけですね。私は全体を把握しておられるかと思って、そしたら届け出がなかったの、今度はきちんとさせますよということなんですね。

○船木衛生管理課長 委員のおっしゃるとおりでございます。

○太田委員 わかりました。最後に、難病患者なんですけど、超過負担のことが出ましたけど、超過負担が生ずる原因というのは、これは何か事務取扱といいますか、人件費みたいなものが超過負担の原因になっているのか。どんな内容が超過負担の内容になっているのかということをお聞きしたいと思います。

○和田健康増進課長 太田委員の今の質問の回答の前に、先に、井本委員の医療費の関係で、私ちょっと説明を間違っておりましたので、訂正させていただきたいんですが、5億4,000万と

言ったのは県の負担でありますので、総事業費は2倍の10億8,000万円になりますので、1人当たり年間、2倍の14万4,000円を平均的には公費で負担させていただいているということになり、こちらが正解になります。大変申しわけありません。

それから、ただいまの超過負担が生じる件ですけれども、これはいわゆる厚労省の中で健康局が予算を確保できないということで、この医療費の負担部分の本来国が負担すべき部分が確保できないので、仕方なしに県が——患者さんはもう医療費を払われていますので、その国が出してくれない分を県が出しているという状況で、予算確保の問題だと思っております。

○太田委員 わかりました。医療費ということであれば、超過負担というのをさせちゃならんというふうに思いますがね。実際払ったもので、それは保証しますよ、公費負担するんですよということをおっしゃるのであれば、国は医療費については、せめてきちっとやってもらえないかなという感じがいたします。

最後にもう一つ、これはちょっとわからなかったことなんですけど、19ページの一番上のところに、県単独事業で追加するよう請願があったということですが、県単独で追加するという意味は、医療費を県単独で公費助成をするということなのか。これまで県単独で追加したものがあるとい意味なのでしょうねと思っっているんですけど、ちょっとその辺、確認させていただきます。

○和田健康増進課長 この研究事業の医療費負担の制度というのは、実は東京都のほうが国に先駆けて始めておられて、研究に協力していただくかわりに医療費を負担しますというような制度で始まりまして、それを追いかけて国が

このような制度をつかって、同じように全国で始めたというふうになっておりますので、恐らく県単独で追加してほしいというのは、医療費を負担していただきたいということだろうと私は理解しているんですが、医療費を負担するためには、本来の事業は研究事業でありますので、研究班を立ち上げて研究を始めることからやらないと医療費負担ができないという……。今、国とか他の東京都とかがやっている制度に倣うと、そのような形になってきますので、県単独で追加してくださいという意味は、ちょっと私も両方含まれているのか医療費だけを負担してほしいのか、事業の性格を考えると、研究事業に指定していただきたいということだとは思っております。

○太田委員 県単独でという意味なんですよ。それで、これまで県単独で追加したものがあったんですか。

○和田健康増進課長 宮崎県ではございません。

○太田委員 わかりました。県単独で追加しても、国で言う56疾患の特定疾患治療研究事業に、最終的にはそこにはいかないかと公費負担にはなりませんよね。ならないと思うので、私たちもちょっと確認せないかんかったのかなと思うんですが、県単独事業で追加されるということはこれまでなかったわけで、県単独で事業を認定したとしても、公的な負担があらねば意味がないような、そういう思いがするものですから、その追加の趣旨をきちっと私たちもとらえなきゃいかんかったかなという思いもありますが、どうだったんでしょうか。

○和田健康増進課長 ちょっと私も請願された方々の背景ということまではわからないんですが、あくまでも事業の内容から言いますと、ま

ず研究事業を立ち上げて、県単独でやる場合には、県単独の研究班を立ち上げて、その研究を開始して、診断基準、それから研究に使う診断書となります個人票というのを作成した上で、研究を開始できた時点で、超過負担分みたいに県で確保して医療費を負担をするという形が……。いわゆる国の事業に倣った場合にはそういう形になって、実際に東京都などはそのようにされております。

○太田委員 わかりました。一応超過負担的な意味でということであれば理解できます。

○井本委員 関連して、これは北海道、富山県もありますね。「富山県は入院のみ対象」と書いてありますけれども、どういう形で、北海道、富山も、こういう研究事業ということをやっておるわけですか。

○和田健康増進課長 開始された経緯はちょっと確認したんですけれども、やはり前からやられていてよくわからないということですが、同じような臨床個人票を用いておりますので、恐らく研究事業として開始されたものだと思います。

○井本委員 それと、先ほど公費負担の場合、県と市で半々で、あと交付税から割っているわけですか。

○和田健康増進課長 国と県です。国と県で2分の1ずつです。

○井本委員 市町村は何もその辺は負担しないんですか。

○和田健康増進課長 この事業は県ですので、政令市も中核市も負担はされていないと思います。

○太田委員 9ページの補助率2分の1、スモンは10分の10と書いてありますが、これは説明の中では、診断書関係の何かそういった事務手

続が2分の1というふうな聞き方をしたように私は思ったんですが、医療費の2分の1なんですか。

○和田健康増進課長 医療費分です。スモンについては、国が全額負担するということになります。

○徳重委員 ふぐ取扱条例の見直しについてということでございますが、フグ処理師の資格を得た者が、フグ処理施設以外で、例えば自宅で処理するということは、できないということですか。

○船木衛生管理課長 営業的な部分での取り締まりということでありまして、フグ処理師が自宅で自分で料理して、もし食べられるということであれば、そこ辺の部分は、この条例の中には規定がないということになるかと思えます。ただ、いずれにしましても、フグを取り扱う部分につきましては、これによる食中毒というのは、非常に食品衛生法上も大きい、死亡につながるような部分でありますので、実際食中毒が起きているのも、営業施設より素人、家庭でのいわゆる食中毒も結構発生しております。そういった意味でも、フグの取り扱いについて、広く条例の趣旨を一般の方々にも周知していく必要があるというふうには思っております。

○徳重委員 それぞれ家庭でと言ったら済むかもしれませんが、何人か家庭に人を集めてフグ料理を振る舞うと、そこに5人、10人いらっしゃる可能性も十分あるわけですね。そういったことを考えると、やはりそこにちゃんとした、フグ処理師に対して、ある程度の規制というものがなければいけないんじゃないかなと。ちゃんと料亭というんですか、商売、仕事上のやつと、あるいは家庭でそういう自由にやられ

る人、これはどっちでも構わないというか、そういうことになったら、また大変なことになるんじゃないかなという気がするんですけども、まずそこをお尋ねしたいんですが。

○船木衛生管理課長 委員がおっしゃるとおり、いずれにしましても、フグについては、適切に処理されたものを調理するということが原則だというふうに思います。営業といいますのは、いわゆる個人の家で、定期的に継続してそういう営業をされるということであれば、やはり食品衛生法上の営業許可施設ということになるかと思えます。ただ、単純に、フグ処理師の方が自分の家にお客さんを招いて提供されるという場合は、フグ処理師としての処理をしたものでないと思えます。その施設が、いわゆる定期的に営業用として提供される施設を想定して認証するというようにしております。

○徳重委員 最後にしたいと思います。もし違反行為があった場合の罰則というのは、どの程度のものが規定されているんですか。罰則規定というか、違反行為があるというか、例えば施設はフグの害がなかったという仮定でも、やはり施設が不整備というか衛生管理も悪かったというようなことで、影響を受けた場合の罰則規定とか、そういったものはあるんですか。

○船木衛生管理課長 現状の取扱条例では、重大な事故といいますか、食中毒事故等をフグ処理師が起こした場合には、罰則規定の適用があるわけですがけれども、今、委員がおっしゃったような有毒部位を販売したとか、あるいは有毒部位の処理が不適切であったとか、そういう部分の罰則規定はございませんでしたので、今後はフグ処理師にそういったフグの取り扱いを衛生的に意識づけするためにも、その部分にも罰則規定を設けるということで考えておりま

す。

○徳重委員 ということは、まだ罰則規定というのは定められていないと理解していいんですか。

○船木衛生管理課長 現状の罰則規定というのは、重大な食中毒事故等をフグ処理師が発生させた場合には罰則規定がございます。

○徳重委員 やはり命にかかわることですから、今からつくるというのではなくて、早くそれを、こういう規定をつくるのであれば、見直した段階で、そこまで若干踏み込んだものではないと、後でということになると、何かおかしいような気がするんですけどね。

○船木衛生管理課長 今回の見直しの中で、委員おっしゃるように、そういう罰則規定についても十分見直していきたいというふうに思っております。

○中村委員 1ページに戻りまして、長たらしい名称の関係法律の整備に関する法律ですが、要は、地方分権改革推進計画を踏まえて、地方自治体の自主性の強化の観点からこういうことをするということだと思いますが、ただ厚労省は、省令から条例にかえなくちゃいけないというだけであって、今話をずっと聞いておきますと、従うべき基準というのは、ほとんど丸写しで条例化しなくてはいけない。また、一番緩やかな「標準」であっても、定員等の関係ということでありますから、ほとんど条例にしても、裁量権の余地はないと言っても過言ではないと思います。ただ厚労省がこういう法律をつくらなくちゃいけない、省令から条例にしなくちゃいけないということにのっとなってやっただけのことで、宮崎県に条例を移してもらっても、何ら恩恵はないと思いますが、いかがでしょうか。

○阿南福祉保健課長 この法律が成立した背景でございますけれども、地方分権につきまして、その時々政権において議論を重ねてきたところでありますが、平成19年4月に有識者から成る地方分権改革推進委員会が発足されまして、4つの勧告と2つの意見をそれぞれの時の内閣総理大臣あてに提出しております。そして、今回の法律は、42法律ありますけれども、地方分権推進委員会の第三次勧告を受けまして、平成21年12月15日に地方分権改革推進計画が閣議決定された後、平成22年3月に法案として国会に提出され、継続審議となっておりますが、今国会において成立したものであります。福祉保健部関係について申し上げますと、福祉部門につきましても、利用者へのサービスの内容を最低限担保する必要があることから、従うべき基準が多いために、他の部と比べますと、現段階では大きな変更はなく、利用者や事業者に与える影響は少ないと思われま。

○中村委員 わざわざ県が省令から条例に移すことなく、省令でやってくださいと言ったほうがいいんじゃないですか。利用定員等とおっしゃいましたが、利用定員等大きく変更することはあり得ないわけで、ほとんど従わざるを得ないということだと思うのですが、これも厚労省が勝手に、少しは何とか自分のところでしなくちゃいけないというだけのことで、省令から条例に移すということにしか思えないんですけどね。

○阿南福祉保健課長 この法律につきましては、一括法でございますので、各省庁全部をまとめた法律ということで成立をしておりますので、厚労省もその中に入っているということから、厚労省だけ抜くということについては、もう法律を制定しておりますことか

ら、できないところであります。

○中村委員 だから、地方自治体の自主性の強化等の観点からというのであれば、裁量権が本来なければならぬ。省令から条例に移行すべきであるのに関して、これによると、従うべき基準が余りにも多いわけだから意味がないと。やっぱり県としては、厚労省にちゃんと物を言わないと、今厚労省が、省庁の中では一番悪い部分の省だよな。そういうことも私はひっかかるもんだから、ちょっと県も強くなって、本当に地方自治体の自主性の強化につながってないじゃないかということは物申し上げないといけない。

○土持福祉保健部長 議員のおっしゃるとおりでございますが、分権委の勧告の中では、たしか廃止と、それから標準と参酌、3つだったと思います。法制化に当たって、やはり国のほうではこれに従うべき基準というものを設けますというのが実態でございまして、余り地方を信用してないのかなという感じがいたします。ただ、これ全体で地方のほうから要望しておりましたのがたしか4,000項目ぐらいあったと思いますが、第一弾として、今回120項目の制度が示されておるわけでございます。ですから、分権改革が緒についたというふうに解して、かつその従うべき基準も省令から条例に移行されたということでございますので、ここを足がかりにして、今後そういう地方の自由度を高めるような要求をしていかなければならない、そういうふう考えております。

○中村委員 部長が緒についたところだとおっしゃるなら、それでいいでしょう。

○井本委員 私ももろもろ聞きたいんですけども、地方分権、地方分権と言いながら、そして、条例を制定しろ、制定しろと言いながら、

結局その中身は本当どうでもいいようなことしか我々は決められんのですよ。全部法律の網がかぶさっているわけでしょう。こんなふうにかぶさっておって、それで我々地域に対して、地方が変わらないかんじゃないかと、新聞やマスコミはわんわん言うけど、事実は何もかも法律がかぶっておって、我々実効性のある条例はつくれんのですよ。こんな形だけの地方分権だったら、我々は本当にはた迷惑ですよ。やっぱり我々が本当に実効性のある、そういう条例がくれるような……。はっきり言って、こういう法律ははなから取っ払ってほしい。そうしたら、我々は独自の条例をつくりましたと、地方は、今まで金太郎あめじゃないけど、日本画一的に全国やっていたわけでしょう。それをやっぱり地方に応じた、いろいろ個性に応じたそういう政治をやらなきゃいけませんというんだったら、それにふさわしい法律をたくさんつくってほしい。だから、はっきり言って、法律を取っ払っておいて、ここから我々独自のやれることをやりましょうと。そういうものはたくさんありますよ。何を基準に3つ基準を置いたのか。本当に地方に必要なものを基準にしてないんじゃないですか。本当にこんなことを言ってもしょうがないんだけど、地方分権、地方分権、条例制定せよ、制定せよ……。我々が条例を制定しても、余りにも馬の耳に念仏ですよ。本当、何のための条例か。いつもつくられるのはこんな宣言条例。本当に実効性のある条例をつくらないかん。新聞記者がきょう来ているけれども、新聞記者はよく考えてもらわんな、その辺をね。本当よ。我々に言う前に国に対して、この法律の網を外しなさいということをもっと言わないかんですよ。わかりましたか。結構です。

○**清山委員** 私は、行政用語に関して不安内なんですけれども、この標準というのは、先ほどから議論にも上がっているんですが、条例制定の過程で厚生労働省に一々お伺いを立てながら、これは標準とする範囲内であると判断しなければいけないんですか。

○**阿南福祉保健課長** 各省令で従うべき基準の定め、これについては条例の中で、そのとおりに規定をしなければなりません。標準につきましても、省令で定めるわけでございますけれども、通常による基準としつつ、合理的な理由がある場合に限り、緊急に実情に応じた標準と異なる内容を定めることが許容されるものであります。

それから、参酌すべき基準についてですが、これも省令で定めることになっておりますけれども、県で十分参酌した結果としてであれば、地域の実情に応じて異なる内容を条例に定めることが許容されるものであります。厚生労働省関係でいきますと、従うべき事項というのが項目として12%。それから、参酌すべき事項が88%というふうになっておりますので、ある程度については、各県の知恵を出すということではできのかなと思っております。ただし、それにつきましては、どうしても財源を伴うものでございますので、一気に解除を受けるというものではないというふうに考えております。以上です。

○**清山委員** 標準の場合において、地域の実情に応じた合理的な理由かどうか、参酌すべき基準において十分に参酌したかどうかは、だれが決めるんですか。

○**阿南福祉保健課長** 条例として議会のほうに上程させていただきますので、議会のほうで判断をしていただくと。その条例が正しいかどうか

か、制定すべきかどうかについては議会のほうの判断ということになるかと思えます。

○**清山委員** であれば、省令で定めた、例えば標準であれば、法令の「標準」を標準とする範囲内でなければならないと書いてありますよね。そして、その中であっては、地域の実情に応じた合理的な理由がなければならないという御説明でしたけれども、合理的な理由というのは、各地方議会が判断して決められるという理解でよろしいでしょうか。

○**阿南福祉保健課長** 各関係団体等とも協議をしながら、また利用者等についての御意見もお聞きしながら、条例について検討してまいりますので、その中でどういう形で作るかというのを、今後検討していくということになるかと思えます。それで、標準につきましては、今のところ1点だけございまして、利用定員、これについてが標準でございまして、あとのほとんど88%については参酌ということで、それぞれの自治体において基準をどのような形で作るか、これについて検討を行っていくと。それについては、議会のほうで判断をしていただくということになるかと思えます。

○**清山委員** というと、標準でも参酌する基準でも、かなり地方の裁量が大きいという理解でいいんですか。余り厚労省なり中央省庁の了解するところがないという理解でいいんですか。

○**阿南福祉保健課長** 参酌すべき基準につきましては、厚労省と協議を行うということはございませんので、各県の考え方で提案できるというふうに考えております。

○**清山委員** ありがとうございます。確認でございました。

あと、フグの取り扱い条例に関して、フグ処理施設の認証制度を導入するに当たって、食品

として販売する営業者（鮮魚店、飲食店、市場等）とございますけれども、事前調査等のようなことをされているかわかりませんが、今現在、県内の鮮魚店、飲食店、市場等において、フグ処理施設として認証される場所、されないだろうというところ、そういった割合とか事前のデータがございますか。それと、かなり認証から外れるような見通しなのか、その辺ちょっとお伺いしたいと思うのですが。

○船木衛生管理課長 食品衛生法上のいわゆる許可施設、それから魚介の販売業等について、施設数は把握しているわけですが、現実的に今委員のおっしゃいました、いわゆる施設がどのぐらいになるかということにつきましては、魚の競り売り市場、ここは大概入ってくるのかなというふうに思いますけれども、あと、フグを提供している施設数そのものを具体的に実数として把握をいたしておりませんので、今後の施設の認証の中でその部分がはっきりしてくるというふうに理解しております。

○清山委員 県内の全数は、すべての数は把握されてなくても結構ですが、この認証に当たっての基準で、フグ処理師の必置と、不浸透性容器の整備と2つ挙げられておりますけれども、例えば幾つかの県内にあるこういった鮮魚店、飲食店、市場において、これらを満たすところ、満たさないところ、見通し等ございますか。

○船木衛生管理課長 フグ処理師の必置と、いわゆる有毒部分を施設できるという不浸透性容器の整備となっておりますけれども、現在までに、川南と都農、こういったところがシロサバフグ産地となっているわけがございますけれども、こういった市場にフグ処理師の資格を持った方々等が現在も配置をされたり、流通す

るスーパー等でフグ処理師の資格を取られたりしておりますので、そういった部分での影響とございますか、そういうものはかなり現条項の見直しの検討の中で十分対応できるというふうに考えております。

○清山委員 ありがとうございます。最後に、健康増進課長にお伺いしたいんですけども、この難病に対する医療費公費負担ですけども、まず、県の超過負担額がかなりふえているという御説明でしたが、そもそも難治性疾患克服研究事業の根拠法令、根拠となっている法令等が何かございますか。

○和田健康増進課長 法令はございません。すべて国の事業で行っております。

○清山委員 これはこの事業の中で公費負担を行うという文章になっておりますけれども、この公費というのは、国の国庫負担というふうに定められているわけではないんですか。国か県か公費でやるかなど。

○和田健康増進課長 国が2分の1、県が2分の1ということです。

○清山委員 国が2分の1の中身が国庫補助額という理解でいいんですよね。

○和田健康増進課長 そのとおりです。

○清山委員 その国が負担すべき2分の1を国が支払っていないので、県が負担しているという理解ですか。

○和田健康増進課長 そのとおりです。

○清山委員 それは何か違反しないんですか。なぜこういう現状のままなんですか。

○和田健康増進課長 すべての都道府県、この件については、改善を要望しているんですけども、ちょっと私には違反しているのかどうかというのはよくわかりませんが、実際には医療費を支払われている方がいますので、県が負担

をしないと、2億8,000万ぐらいが支払われないことになりますから、しぶしぶということになります。

○**清山委員** これは国に対して訴訟を起こすことはできないんですか。

○**橋本福祉保健部次長** 清山委員がおっしゃるとおり、大変大きな問題だと思っておりますけれども、これは従来から国と地方の財政負担の兼ね合いで、一番例に出る問題でございます。それで予算補助でございますので、一般的にはほかの施設補助でもそうなんですけれども、2分の1の範囲内とか、基本的にはそういう規定になっていまして、そこそのものが違法かどうかという次元の話ではないと思います。ただ、今委員が御指摘のように、そもそも国が2分の1、地方が2分の1というルールに大きく違反している現状が問題だというのは認識しておりまして、毎回我々からも状況の改善の要望を強くお願いしているんですけれども、むしろ実際は悪化しているという現状だということで、強く問題意識は持っているところでございます。

○**清山委員** 2分の1の範囲内という部分でグレーを残しているという理解でよろしいのかどうか。

○**橋本福祉保健部次長** もともと予算の範囲内ということになりますので、若干、ぴったり2分の1という世界ではないというのは、ほかの分野でもよくある話ではあるんですけれども、ここまで大きいというのは結構異例だと思っております。違法か適法かというよりは、当不当の問題として、大きく不当な状況にあるというふうには思います。

○**清山委員** ありがとうございます。あと県単で研究事業として認められないかどうかという問題ですけれども、以前の委員会で課長から説

明があったのは、認定基準の算定が非常に困難であるとありましたけれども、きょうの御説明では、全国衛生部長会から示されている原則と、財政的な問題という御説明でした。認定基準に関しては、シェーグレン、アレルギー性肉芽腫血管炎、成人スティル病を東京都が認めていたりしますし、診断基準がこの3つは「有」というふうになっているんですけれども、例えば、シェーグレンなんか、この3つの自治体は認定基準に関して、どのように定めておられるのか、御存じのことがあれば教えていただきたいんですけど。

○**和田健康増進課長** 東京都は国と全く同じで、東京都独自の東京都福祉保健局の第2号様式84番、シェーグレン症候群臨床調査個人票というのを研究班が定めております。それから、北海道も78番、シェーグレン症候群臨床調査個人票というのを定めております。富山も78だったと思うんですけど、臨床個人調査票は引き出せなかったんですけれども、シェーグレン症候群の認定基準というものは定めておりません。

○**清山委員** いずれも診断基準の存在しているシェーグレン症候群そのものの診断基準に沿った形で、その3つともほとんど同じ内容であると理解していいんですか。

○**和田健康増進課長** 診断基準は基本的にはそのようになりますが、個人票はそれぞれ研究班が独自に活用しますので、全く一緒ということではございません。

○**清山委員** ありがとうございます。先ほど、研究事業なので研究班を立ち上げる等いろいろありましたけれども、これは実体はほとんど公費負担が趣旨だと思うのですけれども、例えば研究事業としてではなくても、それぞれ公費負

担、公費助成というような形で県単独でこういった難治性疾患を助成、公費負担することというのは、法令、地方自治法上とか可能なんではないか。

○和田健康増進課長 予算があれば可能だと思いますけど、その際に、どの疾患を対象にするかという問題が非常に大きくなります。例えば、がんの患者さんとか非常に多いわけですが、その方々がやっぱりがんになられて働けなくなって、高額な医療費がかかりますということになると、その方々も認めてくださいということになれば、最終的には高額な医療費を払っている全員が認めてくださいという形になるかと思えます。そこまでの財政負担に県が耐えられるかどうかということがまず第1点になってくるのかなというふうに思います。基本的にこれがなぜ研究事業なのかというと、やはり研究事業に協力していただいているというかわりに、医療費を負担しましょうという基本的な骨格がございますので、初めから難病なんで医療費負担しますという事業じゃないということは御理解いただければというふうに思います。

○清山委員 財政負担を背景にそういう論になるのはわかるんですけども、基本的に16ページの特定疾患に対する患者会からの要望書、これはいずれも非常に難治性で、僕はこの難治性疾患と先ほど課長がおっしゃったがんというのは、全く特性が違うものだと理解しています。がんというのは一部の種類のがんを除いては、やはり生物学的に加齢とともに出てくるものがございますけれども、こういった難治性疾患というのは、先天的に持って生まれている方々、しかもかなり障がいを負われている方と同様に、非常に社会的に不遇な方々が主だと思います。患者会から申請されている病気に関して

は、国は積極的に難病、特定疾患としても認定して、研究も進めなければいけないし、公費負担も進めなければいけないと考えております。宮崎県において、もちろん国の原則に従って、国に対して求めていくのは当然なんですけれども、先ほどの議論とちょっと逆で、この辺に関しては、国が全く動こうとしないというか、国が進めてくれようとしないうちで、だから県が何もしないというよりも、今現実、宮崎県の中で難病関係の方々が非常に御苦労なさって、それなりにいろいろ患者さんの声を集めて請願をされていらっしゃるの、そうした地域の実情、地域の声に応じて、それぞれの都道府県で何ができるか模索していく努力というのは、僕は、この地方分権や地方主権の時代だからこそ国と別個に模索していてもいいかなと思いますので、難しいところは多々あると思いますが、委員会の外でもまた相談させていただきたいと思えますし、僕も勉強してまいりたいと思えます。これは僕の意見として申し述べておきます。

○太田委員 再度確認です。本当に申しわけない。超過負担にどうしてもこだわってくるんですが、17ページ。今清山委員が言われた特定の問題もあるんですが、結局宮崎県に2億8,000万ほどの負担をさせて……。通常、私たちが超過負担という場合は、例えば、学校を建てる場合に、学校の敷地等、学校を建てる者が、公が出しますよと。ただ、門とか塀は対象外ですからというようなことで、対象物であるのかどうか問われてきたのが基本的な超過負担だったと思うのですよね。ところが、今回のこの超過負担というのは、「国は医療費の自己負担分については公費負担しますよ」と宣言しているのにもかかわらず、患者さんが領収書を出した分を

国が負担をしないというのは、通常の私たちが考える超過負担とは性質が違うと思うんですね。特に今、大体わかってきたんですが、所要額に対する交付額の割合が48.2%まで引き下がっているということは——通常の超過負担がありますよというときには、8割ぐらいは保証されて、2割ぐらい実際負担ですわというのならわかるんですよ。超過負担という制度が。うん、なるほどなとか、しょうがないかなと、もう48%までに落ち込んだ、これほどの超過負担を地方にさせるというのは、超過負担の名に値しない。国は言いつばなしじゃないかと。公費負担をすと言いながら、半分以上してないじゃないですかというようなことにもなるかなと思って、本当にごめんなさい、私たちも気づかなかったんですが、こんな負担をさせる超過負担は、ちょっとひどいと思いますね。対象外であるかどうかの議論だったら、本当に議論もできる。公で負担しますと宣言しながら、半分以上ですよというのは、これはちょっといかんと思いますね。だから、ぜひ国の制度としても要望を上げて、しっかり取り組んでもらうようにしていただきたいなと思うところあります。以上です。

○黒木委員長 ほかにありませんね。報告事項についての質疑はほかにありませんでしょうか。ないようでしたら、その他にいつてよろしいでしょうか。その他何かありませんか。

○中村委員 地方分権あるいは規制緩和という名のもとで、今聞いているといろいろと弊害が起きているわけですが、平成20年に約46年ぶりに薬事法の改正がされたわけですね。あのときいろいろありましたが、私の友達で、薬種商の人がいるもんですから、よく話をするんですが、薬種商あたりも、今、3つある

ようです。びっくりしたのは、薬種商の試験というのがあるんですが、以前10人ほど合格していたものが、この規制緩和によって、400人余りが合格しているんですね。今まで、薬は危ないから対面販売しましょう、そして安全、信頼、こう言っておったにかかわらず、こういう10何人から400人、500人なんてめちゃくちゃなんです。そういうことがなされているんですね。21年からでしたかね。これは本当におかしいことだと思うのですが、対策室長は携わっておられたと思うのですが、このことについてどう思われますか。こういう10人から500人にもなるようなことで、これで安全と安心、そして信頼が得られるのか、薬に対してということですね。

○岩崎薬務対策室長 今の中村委員の御質問でございますけれども、これは平成20年、薬事法という薬の関係の法律がございまして、製造から販売、流通の規制をしているわけなんですけれども、この薬事法に関しまして大きな改正が行われまして、一部施行が20年、全面施行が21年にされております。今回の改正は、皆様方が身近に目にされます一般用の医薬品、いわゆる薬局・薬店で皆さんが買い求めになるお薬に関するところの変更でございました。今、御質問のお答えに入る前に、この改正の趣旨でございますけれども、それまでお店1つ、薬局・薬店に、資格を持つ者が1人おれば、販売を許可しておりました。これが時代がずっと進みまして、長時間営業とか年中無休の店が出てきまして、長い時間営業している。そうすると、管理者が1人という規定のもとで、普通は8時間勤務でございますので、いわゆる休日、土日や夜間にそういう資格を持つ者の販売対応がどうなっているのか、いわゆる留守の時間ができて

きたというようなことと、医薬品の入手方法も、インターネットとかいろいろ発生しております、そのような背景がありましたので、改正になりましたんですが、この改正において、一番のポイントは、医薬品をリスクごとに分類しまして、一類から二類、三類というふうに分けて、そのリスクによって取扱者を規定したことでございます。第一類の一番慎重に取り扱わなければいけないものは薬剤師、そして二類、三類のものは薬剤師または登録販売者というふうに分類をしました。販売業に関しましては、薬局・薬店というふうに普通申しておりますけれども、薬店の中に薬種商とか山間僻地の薬店とかございましたんですが、この販売業に関しては、店舗販売業というふうに1つになりました。このリスクのほうに分類したことで取扱者を規定したこと、それと営業時間内には必ず1人——薬種商、薬剤師なり今度の新制度で登録販売者といいます——取り扱いに適した者が必ずいるようにということで、24時間営業いたしますと、1週間年中無休でやりますと、40時間働く想定しましたとき、4人から5人の人数が要ると。雇用する必要があるというふうなことで、医薬品を取り扱うに必要な資格、知識のある者をつくる必要があるということで、今回の改正ではそのリスクの分類に加えて、登録販売者制度というのが導入されております。これが中村委員御質問の多量に誕生したんじゃないかとおっしゃるところでございます。そういう背景には、常にだれかいるような販売体制、対応をとる必要があると、安全、医薬品の供給販売に当たって、きちんとした情報提供をする必要があるということで、安全対策の一つでとられたことでございます。ただ、おっしゃるとおり、薬種商という方が昔からい

らっしゃいましたが、試験のほうは3年の実務経験が受験には必要でございましたし、受験に当たりますと、許可申請という形で店舗の確保もしていただいております。確かに過去1けたの合格者数でございました。この新しい改正薬事法の制度、試験制度は平成20年から開始しておりますが、例えば、20年は宮崎県で出願者数839名おりました、合格者が528名、合格率が64%、平成21年が出願427名の合格者188名、そして昨年が出願277名の合格者99名ということです。この登録販売者試験の受験資格が実務経験が1年、いわゆる薬局・薬店で実務に従事された期間が1年あれば受験できるということになりました、今までの薬種商の認定試験に比べまして非常に受けやすいといえますか、受験の条件が低くなっております。それですので、20年の初年度は今まで従事された方が多数受験をなされたところでございます。最終的に、昨年は37%の合格率ということで、初年度が多かったんですけど、年々減っております、ことしも昨年程度の受験者はあるのではないかと考えているところでございますが、おっしゃるとおり、累計しますと、3年間で815名の合格者が出ている状況でございます。以上でございます。

○中村委員 そのリスクごとに一類から三類まで分けたというお話でしたが、薬というのは、リスクの低いものでも、風邪薬でもよけい飲むとか、あるいは飲み合わせると、若者が研究してまして、ラリするというんですか、いい気分になるのがあるんですね。そういうことがあるにもかかわらず、経験が1年で500人も一挙にばんと通すというのは、規制緩和の名のもとに、県民、国民をどうでも薬を与えてもいいんだというふうに思っている節がある。もう一つは、やはり大企業、コンビニとかあるいはそういつ

た大きな薬店、ドラッグストア、彼らを潤すためにやったものとししか考えられない。非常に不愉快なことで、今まで薬種商の人たちが勉強に勉強を重ねて10何人通っていたものが、簡単に500~600人通るということは非常におかしな話で、我々の健康とかそういったものが非常に脅かされるのではないかなという気がします。室長にこんなことを言っても始まらないのですが、そのように私は思います。だから、だんだん合格率が少なくなっはくるんでしょうが、私、土地家屋調査士と行政書士をやっておりますが、土地家屋調査士なんか年間宮崎県で5~6名しか通りません。これが200名も300名も通ったら全部通りますよ。だから、今、薬屋さんがどこも店を閉めています。あそこは地域のコミュニティーの場だったんですよ。皆さんが寄ってたかってきて、薬を買って、リポビタミンでも飲みながら地域のことを話し合うコミュニティーの場だったんです。それが全部倒れて、ああいうドラッグストアとか大きな店に変わっている。これは本当にゆゆしき問題だと思うのですね。だから、県の皆さん方に言っただけでどうにもならない問題かもしれないけど、こんなことが平気で行われるということも我々は知っておかなくちゃならないことだろうというふうに思います。どうですか。分類されても、リスクの低い薬でも、うまく調合したらいい気持ちになるのがあるんですよ。

○岩崎薬務対策室長 リスクの低い第三類というのは、余りそういう問題のないものが分類されておまして、ビタミン剤とかそういうのが入っておりますので、そう御心配要らないと思いますけれども、やはり、何でも多量に一遍に服用されるというのは、危険性が出てまいりますので、その辺はやはり薬局・薬店のそれぞれ

の担当資格者なりが、十分消費者の皆さんにお伝えすべきことだというふうに考えております。それと委員が今おっしゃいましたように、やはり薬局・薬店の業界も大型化チェーンということで、それぞれ町に合った小売の薬店、町のお薬屋さんというイメージのところ、横ばい、また減少をしているところでございまして、ほかのいろんな大型店もございまして、それに薬関係もそういう流れといいますか、時代の背景がございまして。それと、非常に今御心配されております、多量に生じた登録販売者の資質、いわゆる知識の研さんやそういう知識の確認といいますか、そういうことにつきましては、私ども十分課題というか、問題点だというふうに考えているところでございまして。一度通ってしまえば、後はずっとそれで従事できるわけですので、国のほうも業者のほうに自主研修等、法文で義務づけているところでございましてけれども、私どももそういう資質の維持、研さん、研修の部分というのは非常に問題だというふうにとらまえているところでございまして。以上でございまして。

○中村委員 非常に、何回目かに合格したがゆえに、この人たちがいろいろ登録するのについて、7,900円ぐらいかかるんだそうですね。また、新しい販売を始めると、2万9,000円か3万円かかるそうですが、県としては、この改正によって、証紙収入等で潤ったんじゃないかなと、変な考えをするんですが、どのぐらい潤ったものか。

○岩崎薬務対策室長 収入は確かにふえた部分がございます。例えば、この視点に立って申し上げますと、受験手数料が1万3,000円でございます。初年度は800人以上の受験者がおりますので、1,000万近い収入というふうになるわけでござ

ざいまして、この3年間で1,900万ぐらいの収入ということはございます。また、合格後、登録販売者となるために、登録申請をしていただきますので、1件につき7,100円いただいております。現在、1,300人以上の登録がございますので、合計しますと960万程度、証紙収入で県のほうに収入として上がっているところでございます。もうけているわけではございませんけれども、いろんな事業にかかる経費、薬務のほうの経費等に充当させていただいているところでございますが、確かに収入としては、この3年ふえているところでございます。

○中村委員 これは一般会計には繰り入れないわけですか。そういった手続費用等々のものに使っていらっしゃるだけで、余分なというか、余るわけですから、普通の一般会計に繰り入れることにはなっていないと。

○岩崎薬務対策室長 すべて県の収入として一緒になるわけでございまして、幾ら入るからその分がということではないんですけれども、一応収入額に応じて予算のほうへ充当するという形でやっております。

○中村委員 最後ですが、やっぱりこれだけ質が落ちてきていると、購買者としては非常に不安があるわけですから、研修の徹底、それから、そういったことを的確にやっていただかないといけないと思うので、よろしく願いしたいと思います。

○井本委員 関連してですが、とにかく規制緩和のありとあらゆるものを、アメリカから日本に対する年次改革要望書にのっとなってやっているんですね。恐らく薬が入手しやすくなったのもアメリカからの要望でした。たしかこの薬種商の関係も——私はそこ辺記憶ないんですけど——恐らくこの年次改革要望書にのっとなって

るんじゃないかと思っているんですけどね。弁護士なんかも、昔は400人か500人だったと思うけど、今2,000人ぐらい通るんですね。とにかく規制緩和、規制緩和。これは全部アメリカの日本に対する年次改革要望書にずらっと載っていますよ。それにのっとなって、日本は全部、それこそ規制緩和、規制緩和という感じでやっていると私は思っているんですが、これはどうですか。私は、そういうもんじゃないかなと思っているんですけどね。それもある。御存じないですか。わからなければいいですわ。私ももう一回勉強してみます。

それともう一つ、認定こども園がここに書いてあったから思い出したのですが、延岡の場合、認定こども園に延岡市から費用が支払われていないということを聞いたんですよね。これはどうしてなんですか。

○川野こども政策課長 おっしゃるとおりなんですけど、認定こども園の運営費は実施主体が市町村となっておりまして、それに応じて、市町村の運営に対して県が補助するという形になっております。安心こども基金を使ってですね。延岡につきましては、認定こども園が3カ所ございます。これについては、延岡市の御判断で、運営費が予算化されていないということで、今、県のほうも、市が予算化されてない関係で補助できてないという状況でございます。

○井本委員 それがよくわからないんですけれども、理由は何かあるんですか。

○川野こども政策課長 延岡市のお考えでは、とりあえず子供の待機者がいないということでございます。今の保育園、それから幼稚園の中で——既存の施設の中で、十分子供たちの保育状況はかなえているということで、認定こども園という形で、新たなそういう部分を認定する

必要は、今のところ、余りその必要性を感じていないというお話ではございました。

○井本委員 ほかに宮崎県でもやっているところがあると思うのですが、そういうところは、何か待機児童がおったとこなんですか。

○川野こども政策課長 全体的には県として保育所の待機児童というのはいりません。ただ、認定こども園というのは、保育に欠けるとか欠けないとか、そういったものの垣根を取っ払って、柔軟に保育ニーズに対応できる施設ということでございますので、保護者のいろんなニーズに対応できる保育制度ということで、待機者がいなくてもそういった施設の必要性を感じている市町村は、そうやって取り組んでいらっしゃるところがあるということでございます。

○井本委員 ということは、延岡市の理由は理由になりませんね。そうですね。延岡の主張する理由はね。

○川野こども政策課長 認定こども園の協会とかもございしますが、延岡市に対しては、そういうことで御理解いただけるように要望等をやっているようなところではございますが、今のところ、なかなか予算化がされてないという状況にはございます。

○井本委員 県のほうから呼び出してでも、そういうことをしなさいという要望は出しておるということですね。

○川野こども政策課長 県のスタンスとしては、認定こども園というのは、今からのそういう施設のあり方としては、いろんなニーズに対応できるということですので、できるだけ御理解いただけるようにというような御意見等は申し上げているところではございます。

○井本委員 聞くところによると、認定こども園で保育をやれば、保育園に出す金の半分以下

でできるということを聞きますよね。それだったら、みんなそちらの保育園にやっているよりも、国としては、県・市としては、そちらのほうに預けたほうが行政としては安く上がるということは言えると思うのですよね。その辺はどうですか。

○川野こども政策課長 おっしゃるとおり、今のところ、認定こども園という制度は、認可の幼稚園に不認可の保育施設がくっついているものと、認可の保育園に不認可の幼稚園機能がくっついているものと、どちらも認可されている幼稚園と保育園が連携して一つの施設としてやっているものが3タイプございます。いわゆる不認可の部分については、従来、正式な制度としての幼稚園や保育園として出されている運営費の半額程度と、単価的には半額程度の運営費にはなっております。一応正式な、無認可的な施設、機能ということで、本来の施設よりは運営費は低いという形にはなっております。

○井本委員 あとはまた後で聞きましょう。

○清山委員 緒方課長、3日前、新聞・テレビでも報道されていましたが、研修病院説明会に土持部長初め行かれてきたと思うのですが、その御報告を簡単に、手ごたえや他県の取り組みで何か見習うべき点等ございましたら、それを中心をお願いします。

○緒方医療薬務課長 この前の日曜日に東京のレジナビフェアに行ってまいりました。新聞報道では、45名ということになっておりますけれども、最終的には47名の医学生が宮崎県のブースに来ていただきました。その内訳を見ますと、宮崎県出身で宮大の方も4人いらっしゃるんですけども、県外出身で宮崎大学以外の方、いわゆる宮崎県とどういう関係があるのかわからないという方が32名来られております。

そういう意味で、こういう宮崎県の臨床研修のPRをやるということは、やはり意義があるということだと思っております。それともう一つ、他県は臨床研修を実際やっている方が、実際じかに研修医の医学生と話をして説明をされている状況もございました。宮崎県もそういう臨床研修医の方も参加をいただいておりますけれども、もっとそういう形で臨床研修の方も参加いただいて、直接年代の近い方が今の宮崎県の臨床研修のPRをしていただくということも非常に有効ではないかと思った次第でございます。以上でございます。

○黒木委員長 ほかにありませんでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○黒木委員長 ないようですので、それでは以上をもって福祉保健部を終了いたします。執行部の皆さんには御苦労さんでした。

暫時休憩いたします。

午前11時48分休憩

午前11時50分再開

○黒木委員長 委員会を再開いたします。

その他、何かありませんでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○黒木委員長 それでは、ないようですので、以上をもって本日の委員会を終了いたします。

午前11時50分閉会