

厚生常任委員会会議録

平成29年 1 月26日

場 所 第1委員会室

平成29年1月26日(木曜日)

午前9時58分開会

会議に付託された議案等

- 福祉保健行政の推進及び県立病院事業に関する調査
- その他報告事項
 - ・県立宮崎病院再整備について
 - ・精神障害者の地域生活支援の在り方に係る国の検討状況等について

出席委員(8人)

委員	長	太田	清海
副委員	長	野崎	幸士
委員		井本	英雄
委員		宮原	義久
委員		松村	悟郎
委員		田口	雄二
委員		新見	昌安
委員		前屋敷	恵美

欠席委員(なし)

委員外議員(なし)

説明のため出席した者

病院局

病院局長	土持	正弘
病院局医監兼 県立宮崎病院長	菊池	郁夫
病院局次長兼 経営管理課長	阪本	典弘
県立宮崎病院事務局長	長倉	芳照
県立日南病院事務局長	川原	光男
県立延岡病院事務局長	青出木	和也
病院局 県立病院整備対策監	松元	義春

福祉保健部

福祉保健部長	日隈	俊郎
福祉保健部次長 (福祉担当)	緒方	俊
福祉保健部次長 (保健・医療担当)	日高	良雄
こども政策局長	椎	重明
部参事兼福祉保健課長	渡邊	浩司
法人指導・援護室長	池田	秀徳
医療薬務課長	田中	浩輔
薬務対策室長	甲斐	俊亮
看護大学 法人化準備室長	河野	譲二
国民健康保険課長	成合	孝俊
長寿介護課長	木原	章浩
医療・介護 連携推進室長	横山	浩文
障がい福祉課長	日高	孝治
部参事兼衛生管理課長	竹内	彦俊
健康増進課長	木内	哲平
感染症対策室長	田中	美幸
こども政策課長	小堀	和幸
こども家庭課長	松原	哲也

事務局職員出席者

議事課主査	弓削	知宏
政策調査課主査	大峯	康則

○太田委員長 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〕

○太田委員長 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9時58分休憩

午前9時59分再開

○太田委員長 委員会を再開いたします。

それでは、報告事項について説明を求めます。

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。

○土持病院局長 病院局でございます。よろしくをお願いいたします。

病院局からは、1件御報告をさせていただきます。「県立宮崎病院再整備について」であります。

このことにつきまして、10月の閉会中の委員会で、基本設計の成果について御報告をさせていただきまして、また、さきの11月議会の委員会におきましては、事業費の推移を中心に御説明をさせていただきましたが、委員の皆様からはさまざまな御意見をいただきました。

いただきました御意見につきまして、基本論にかかわる部分でございますけれども、改めて検証いたしましたので、今回その内容を報告させていただきますと思います。

詳細につきましては、次長から説明させていただきますので、よろしくお願いいたします。

私からは以上であります。

○阪本病院局次長 それでは、宮崎病院再整備につきまして御説明いたします。

常任委員会資料をお開きください。これまで何度か御説明した点もございまして、特に今回新たに検討した結果等について御説明いたします。

まず1ページ目、再整備の緊急性について。つまり今必要なのかと、先送りできないのかと

いう観点からの御説明でございます。

まず、1の基幹災害拠点病院としての機能強化の必要性。防災・災害対策として必要だと、耐震性の特に免震がないということ、ヘリポートがないということ、これらにつきましては、これまでも御説明してきましたとおりでございます。

ページをおめくりいただきまして、2ページでございます。施設面での緊急性。非常に老朽化が進んでいるということ等でございます。まず、狭隘化、要するに大変手狭だということにつきまして、ちょっとこれまで御説明が足りなかった点がございまして、

まず、①の救命救急部門でございます。これまでこの救急患者の受け入れ、毎年かなりふえてきております。昨年度で合計7,559名、1日当たり20件強の受け入れを行っているところでございます。うち救急車による搬入受け入れが下の表でございます。27年度で3,946件を救急車で搬送を受けておりますが、これ以外に受け入れができなかった件数が725件でございます。この理由としまして、右に①、②、③、その他とございます。特に一番多い①、これが昨年度で307件、40%強でございます。この理由が下に書いてございますが、他の救急患者対応中のため対応できない。つまり、部屋がいっぱいで、もう受け入れができないという状況でございます。これが307件もあったということでございます。

3ページをごらんください。他の同規模病院の救命救急センターの面積でございますが、ここ数年で再整備の済んだ病院につきましては、右から2番目の部門面積のところ、最低でも600、一番多いところで1,750平米の面積を有しております。これを7病院平均しますと、大体990平米でございます。これに対しまして、現在の宮崎病

院は、欄外の四角囲みの中347平米と、他の病院の3分の1しかないという、大変面積の小さい状況でございます。

それから、②手術室でございます。ここ数年で手術件数はふえておりますが、ある意味伸び悩んでおります。これは手術室がもういっぱいということでございます。その下の同規模病院の件数及び手術室でございます。一応この表の一番上に県立宮崎病院がございまして、昨年度7室で4,232件の手術件数、平均しますと1室当たり605件でございます。他の5つの病院を平均しますと、手術室で11室でございます。平均で593件、1室当たりの件数はそう変わりません。ただ、7室と書いておりますが、実質このうち2部屋は大変狭い部屋でございまして、例えば、脳の手術ですとか心臓といった、ある程度診療機械の必要な手術に対応できませんので、この5室ということに限定しますと、平均846件と、他の病院の1.4倍の手術をこなしている状況でございます。

一番下の表でございますが、手術待ちの件数。つまり実質5室しかない状態で、手術を待っていらっしゃる患者さんがたくさんおられます。昨年度でOP、つまりオペ、手術の日がまだ決まってないと、いつできるかわからないという患者さんが月平均で37.3人ございます。手術日が確定しているけれども翌月以降に待っていらっしゃる方が平均で290名。合計で327名の方がずっと手術を待っておられるという状況でございます。

おめぐりいただきまして、4ページ、周産期部門でございます。分娩件数でございます。下の大きな表で、真ん中あたりに分娩室——最小で2室、最大で7室ということで、宮崎病院現状での分娩室が3室程度でございますので、足

りないという状況ではございませんが、一番右の1室当たりの分娩数、この表の右下、平均しますと157件に対しまして、宮崎病院は年間255件。実に1.6倍もの分娩を行っているという状況でございます。

その他、5ページに、集中治療室が足りずに一般病室で対応している状況でございますとか、あと、がんの診療部門等につきましても、大変古い形でございまして、プライバシーですとか、そういったものが守られる状況ではないという状況等々がございます。

次に、6ページでございます。老朽化についてもこれまで御説明は申し上げてきましたけれども、改めてこの建物につきまして。外観上タイル張りということもございまして、そんなに古くは見られませんが、3行目以下にございまして、特に給排水ですとか蒸気の配管、空調機等に関しまして、漏水、一番ひどいのは、手術室の上を通っているパイプから排水漏れが起こりまして、オペ室が一時期使えなかったと。幸い手術中にはありませんでしたので、医療事故にはつながりませんでしたが、そういった大変老朽化が進んでいる状況でございます。

こういった老朽化で、仮に建てかえをせずに全面改修をするということになりますと、この下の表にございまして、特に緊急を要する部門だけでも、概算のところの一番下にございまして、46億近い経費がかかるということでございます。

そのほか、7ページにございまして、改修が必要ですが実施が困難な設備としまして、オペ室天井の二重化、つまり何か上で起こっても、オペ室が丈夫なようにするための二重化。それから、エレベーターも今2カ所4基しかございません。これも増設する場所がございませ

るので、対応ができないという状況でございます。

ちなみに、この③のところ、近年建てかえを行いました、また、現在予定中でございます各病院、12ほど例がございます。大体宮崎病院と同規模の病院でございますが、最短で整備後の建てかえが29年、最長で47年、平均しますと39.2年で建てかえを行っている状況でございます。

次に、8ページでございます。場所を移転という御意見もいただいております。それにつきましても、後ほど説明しますが、検討いたしました。では、なぜ現地が最適なのかということについてもろもろ書いてございますが、交通アクセスについてすぐれているということ、公共交通機関の利便性があるということ、これはこれまでも説明してまいりました。特に③、④、⑤でございますが、他の医療機関との位置関係でございます。

おめくりいただきまして、10ページをごらんください。宮崎市の地図に各大規模な病院を配置しておりますけれども、現在、大淀川上流といますか、左岸側、北側でございますこの県立病院が、ほぼ宮崎市の中心部に位置しております。この右上にございます市郡医師会病院の移転が、ずっと西側の宮崎西インター付近に既に決定しております。つまり、この市郡医師会病院が移転しますと、人口が特に集中しております市街地部分に位置するのは、この県立宮崎病院しかないということになってしまいます。

この図面をごらんいただきまして、③のところ、他の医療機関との位置関係で、宮崎病院まで他の郊外に移転するとなりますと、人口の集中する市街地に立地する唯一の中核病院としての役割が果たせなくなるということ。

それから、④他の周産期医療の中核病院。市郡医師会病院、古賀病院、それと宮崎病院が周産期医療の中核医療機関として指定されておりますけれども、先ほど地図でごらんいただきましたとおり、県病院が移転するとなると、これが全て市の西部・北部に偏ってしまうということ。

それから、⑤市郡医師会病院は西インター付近に移転をいたします。宮崎病院も移転ということになりますと、特に南海トラフ等の地震、津波による被害を想定しますと、そういった多数の負傷者が想定されます沿岸部、それから、人口の集中する市街地に、中核的な病院がなくなってしまうということもございます。そういった意味からも、やはりこの現在地、中心市街地での建てかえが望ましいのではないかとということでございます。

あと、9ページにDMATですね。もし宮崎県で災害が起こった場合に、他県からのいろいろな支援、医療団体、こういったものを受け入れるということ、それから、現在の医療従事者、ドクター、ナースの居住地の問題等も含めましても、やはり今の場所がいいのではないかとということ。

それから、(2)にございますけれども、精神医療センターを平成21年に整備いたしました。それから、宮崎市夜間急病センターの小児科、これを平成26年に附属棟として整備しております。これらの施設が現地であれば有効活用できると。移転となると、これをまた新たにつくらなければならないということがございます。

それから、宮崎市の都市計画マスタープランにおきまして、現地周辺が学術・医療拠点として位置づけられておりまして、これが移転しますと、宮崎市のマスタープランとのそごが生じ

ということがございます。

あと、経営への影響といたしましても、やはり移転をいたしますと、患者数の減少ということが懸念されます。

それから、最後に5番目、防災機能の強化という意味で、やはり移転となりますと、かなり時間がかかります。10年以上かかります。そうしますと、防災機能の強化という意味で早急な整備が必要であるという観点からも、やはり現地で最短4年後ということがやっぱり望ましいのではないかとということでございます。

11ページをごらんください。移転を前提としてシミュレーションをということがございました。詳しくは12ページ、13ページをごらんください。一応想定といたしまして宮崎西インター付近。アクセスということを考えますと、やはりインター付近がいいのかということで、西インター付近を想定いたしまして、もろもろの検証をいたしました。

まず、(2)敷地面積、造成面積等でございます。郊外に移転ということになりますと、高層をつくる必要がございませんので、一応3階建てということを前提にシミュレーションをしております。ただし、病院本体以外に、先ほど申し上げた精神医療センターを研修棟として使う、そういったものの新たな整備。それから、駐車場もかなり広がります。緊急用のヘリポートは、一応災害時、自衛隊機等を含めた4機分。そういったことで、全体で7万9,000平米ほどを想定しております。あと、その他の敷地としまして、医師の公舎、看護師の宿舎で2,900平米。これらの敷地面積8万2,000平米に対しまして、林地面積を残さなければならぬですとか、取りつけ道路等、それから調整池も必要でございますので、これを想定しますと、合計で15万平

米程度が必要になるかと想定しております。

それをもとに、13ページでもろもろ現状との比較というのを検討いたしました。それから、現在の敷地の売却ということを含めまして、一番下でございますが、総事業費といたしまして最小で431億3,800万、最大ですと535億7,800万。この差は敷地に要する経費、これがどうなるかちょっと見込めません。最も安い山林ですと平米で600円ほど。これが一番高い状態になりますと平米3万円を超えます。これによりまして値段が変わってくる。それから、敷地のいろんな高低差、状況によりまして、造成費用も12億から47億と大きく違っておりますので、この最低、最高をとったところでございます。

それから、もう一点。一番大きい点は、この表の真ん中あたり、(c)現病院に関する費用というのがございます。この下の移転までに要する改修費、ここが46億6,000万とございます。これが先ほど申し上げた移転となりますと、やはり10年以上かかります。その間、現在の病院は、現状のままではとても診療が継続できません。それに関する修繕費用として46億かかりますので、これがプラスされております。

あと、14ページに各方面からの距離等を参考までに掲載させていただいております。

最後に、15ページでございます。現在の計画で、この井型ですね、シャープのような形の特徴といたしまして、これまで申し上げましたとおり、やはりナースステーションから病室までの動線が短縮され、患者サービスの向上に寄与するということはこれまで申し上げたとおりでございます。

あと、面積等が本当に減るのかという御質問もございました。下の図面をごらんいただきますと、上の図が井型の病棟、下の長方形が今も

ございます一般的な形でございます。それぞれの図面の下に表を設けておりますが、確かに、井型の形になりますと、外周長は550メートルと伸びますけれども、1フロアに4病棟を整備するというので、フロア数が3フロアで済みます。下の形ですと6フロア、倍必要でございますので、合計しました外周長が1,650メートル、下の形ですと約1,700メートル、面積につきましても、やはりこの井型の形のほうがトータル面積が少なくなるという特徴がございます。

駆け足で説明いたしましたけれども、私からは以上でございます。

○太田委員長 執行部の説明が終了いたしました。

質疑はありませんでしょうか。

○井本委員 2ページの救急搬送患者受入れ状況で、受け入れできなかったのが15.5%ですか。ほかの病院はどのぐらいなのか、その辺の資料はないんですか。これは特別多いのか少ないのか、我々はよくわからんというか。

○阪本病院局次長 ちょっと我々この3病院分のデータしかございませんが、例えば延岡病院、ここは救急患者を断らないということで有名でございますけれども。

○井本委員 あそこしかないからな。

○阪本病院局次長 延岡については、ほとんど断っておりません。宮崎につきましては、ほかにいろいろ病院もございますので、ちょっと手元にございませませんが、恐らく平均的なのではないかなと。ただし、このページの下にございませすとおり、宮大に比べましても3倍近い救急患者の受け入れを行っているところでございます。

○井本委員 もう一つ質問。3ページの手術待ち件数ですけれども、27年になって37.3になったという。これもやっぱり普通よりも多いんで

しょうか。その辺のほかの病院との比較とかはどうなんじゃろうか。

○阪本病院局次長 これもちょっと手元に数字がございません。ただ、先ほど申し上げましたとおり、宮崎病院には、この規模に対しましてオペ室が実質5室しかない、他の病院の半分しかないということを考えますと、これは推測でございますが、恐らく待ち件数としてはかなり多いほうではないかなと考えます。

○井本委員 この合計というのは、どういう意味になるわけですか。327.3というのは。これとこれを足したら、これになるというわけですか。ちょっとどんな見方すればいい。

○阪本病院局次長 はい、そのとおりでございます。この平成27年度の欄、オペの日が決まっていな件が月平均37.3件と、決まってるけれどもまだ来月以降というのが290.1件。これを足しまして327.3件。これが月平均でございます。

○井本委員 老朽化に伴い改修が必要な項目というところで、本当に病院が手狭になったとか、病院としての機能というか、病院のオリジナルなというか。というのは、この中でほとんど普通の、6番目の衛生器具とか何とかいうのがあるけれども、本来普通の建物だったら当然しっかりしていかなきゃいかん基礎的な部分がしっかりしていないという。

大体どこがどんな工事をしてこんなになったのか。建てるときにやっぱり30年、40年、50年ぐらいは、そういう基礎的な水回りとか電力の関係のとか。ここを見るとそんなのばっかりじゃないですか。本当に基本的な建物として当たり前前の、病院じゃなくて普通の建物としてあるべき構造を備えてないということですよ。こういうものに対して、私は、建てたところに、やっぱり瑕疵担保責任なり債務不履行責任なり、逆

に問わないかんのじゃないかと思えますね。本来何年間もたせるといふ、ある程度の契約じゃないけれども、やっぱり40年、50年もたせるといふ、そういうものがあるんでしょう。これはもたなかったということでしょう。

○**阪本病院局次長** ちょっと最近勉強したところでございましたが、実は、例えば、この給排水施設につきましての法定耐用年数が15年ということになっておるようございまして、これも通常ですと、我慢我慢し、だましだまし使うと、恐らく30年程度というのがやはりある意味での耐用年数なのかなと。建物本体は、おっしゃるとおり、やっぱり50年、60年もちますけれどもという状況でございます。

○**井本委員** 本当かね。ちょっとにわかにそれは信じられんね。普通の家でも、建物と水道や電気設備が、もし15年ぐらいでやったら、やっぱり当然直せるようにはしてあるよ。これは直せんというわけやろう。50億もかけな直せんという状況にしてあること自体がよ。やっぱり壊れる部分というのは、建てる時にある程度は予測がつくわけやからね。私は、これを建てた人たちの責任は問うべきだと思います。この基本的な、基礎的な部分が壊れるということ自体がですよ。そのことは考えてるんですか。

○**阪本病院局次長** やはり、何ていいまいしょうか、ふだん水に接する部分というのは、どうしても、ということもあって、法定耐用年数が15年と設定されているんだろうと。

要するに、15年以上もたせなさいよというのが法定で決まっているようです。

それから、もう一点。病院の事業債の建物部分について定めておりますけれども、病院事業債の償還を30年以内にしなさいということが決まっております。

○**井本委員** いや、償還の話とかはいいんだけど。

○**阪本病院局次長** 要するに、30年はもたせなさいというところでございます。

○**井本委員** 法定というのは、15年もてばいいというふうになつてるとるんだね。ちょっと後からその根拠を見せてくださいよ。私はちょっとにわかに信じられません。建築するほうに対しては、15年さえもてば、後は知りませんよというふうになつてるとるわけでしょう。何かちょっとそのぐらいでもう責任はとれませんかとなつてるといふのが私はどうも不思議ですね。本当ですか。後からもう一回見せてください。

それから、もう一ついいですか。8ページですが、建てかえを最適とした場合という。私は、今、交通アクセスとかいうのは、みんなほとんど車です。歩いてくる人はほとんどおらんはずですよ。ちょっとぐらい5分、10分そんなの変わっても、私は何の問題もないと思う。交通アクセスは、私に言わずと、町の真ん中になきゃならんという時代じゃないですよ。むしろ郊外の広々としたところのほうが、入院患者はもっと気持ち落ちつくだろうし、景色もいいし。こういう町の真ん中からなくなるからというの。私は、ちょっと前近代的な考え方じゃないかなと思う。今インターネットでもそうでしょう。ああいうのが発達した時代やから、東京のど真ん中におらんでも仕事はできる時代になってきたわけやから。町の真ん中であって交通アクセスがどうのこうの、これは、私は理屈にならんという気がしますが。

それから、もう一つ。災害の場合も、DMATやら受け入れたら、高速道路に近いところにあつたほうがいいんじゃないですか。それはどうですか。

○菊池県立宮崎病院長 ちょっと一言。交通アクセスに関してですが、井本議員のおっしゃるとおりなんですけど、ただ、県病院とかに今入院する患者さんを見ますと、非常に高齢なんです。御自分で運転する人が少ないんです。必ず御家族が送り迎えしなくちゃいけない。お見舞いもそうです。それなので、どうしてもやっぱり車を運転できない、あるいは、車を持ってない方、特にそういう生活レベルの方もたくさんいらっしゃいます。いろんな条件がありますが、基本的には交通アクセスがいいほうが、患者さんあるいは御家族にとっては優しい病院かなというふうに考えます。

○井本委員 それは理屈にならんちゃけれど、むしろお年寄りには運転できない、送り迎えの人たちが運転すると。それが何で交通アクセスと直接関係あるのか。5分、10分向こうに行くだけの話でしょう。私は、そんなものは理屈にならんと思います。

そして、災害時なんかは、むしろ向こうのほうがいいんじゃないかというのについてはどうですか。

○阪本病院局次長 確におっしゃるとおり、アクセスや拠点は、インターから近いほうが到着地はいいかと思えます。ただし、このDMATというのは、1週間、2週間滞在をいたします。その点を考えると、やはり日々の宿泊施設と病院のアクセスという意味で、ここで説明をさせていただいております。

○井本委員 災害時、この前の東北の大震災なんかを見てみると、もう何もかんもぐちゃぐちゃに倒れてるんです。それこそ車なんかが行けるような、アクセスなんていうものじゃないわけよ。車を通すのにやっぱり1週間ぐらいかかるわけやから。むしろ私は、向こうの高速道路が

近い——それこそこの前のくしの歯作戦でやったような、ところのほうは、そういう災害時には有利じゃないかなと思うわね。考えの違いかもしれない。

それから、もう一つ。(4)の②の病院経営で、患者数が減少するというのは、何でそういうことが言えるのか、私なんかはさっぱりわからないんですが。

○阪本病院局次長 ここに書いてますとおり、やはり私どもとしましては、先ほどから申し上げておるとおり、この交通アクセスということを考えますと、特にやはり院長が申し上げましたとおり、交通手段を持っていらっしゃらない高齢者の方が大変多うございます。そうしますと、やはり交通アクセスの悪い郊外に移りますと、患者数が減るのではないかということ想定しているところでございます。

○井本委員 そういう人たちはタクシーか、あるいは息子や娘、孫に連れられて来るのが当たり前なわけよ。そうでしょう。最初から自分で歩いてきやしませんわね。私は、そんなことは理由にならんと思います。私も古賀総合病院に行ったことがあるけれど、あそこなんか随分遠いなという感じがするけれど、それはたくさん来てますよね。あそこはますます大きく、ますます拡張してます。今でも病棟やらだんだん広めてますよ。私は、車を5分、10分飛ばすのもアクセスが悪いという言い方はないような気がしますわね。考え方の違いかもしれません。

以上です。

○太田委員長 ほかにありませんか。

○新見委員 先ほどの御意見ですけれども、交通アクセスというよりは、この②の公共交通機関の利便性が極めて高いというのがやっぱり大きいんじゃないかと思うんです。本当に動けな

い高齢者の方々は、子供さんなり身内の方々が車で連れていく。確かにそうでしょう。ただ、そこに至らない高齢者もこれからますますふえる中で、やっぱり交通の手段と云ったら、公共交通機関しかないんですよ。実際うちのおふくろなんかも、いつもバスで行ってます。これが郊外に移転されたら、本当に厳しい、歩けない状況になる手前の高齢者にとって物すごく不便な状況になると思いますので、やはり立地的には今の場所ですね。公共交通機関の非常に利便性が高い今の場所のほうが、私はいいというふうに思います。

○宮原委員 先ほども井本議員のほうからあったんですけど、平成27年の手術待ちの件数です。平成25年、26年からして未定という部分が37.3でぐんと上がってるんですが、ここはどういう状況なんでしょうか。なぜかこの年だけが、未定という状況がぐんとふえてますよね。25年が3.0、26年が8.1が、27年になると37.3ということで、まだ手術が決まらない未定の月平均ということでしたから、その月だけということもあるのかもしれないけれど。

○菊池県立宮崎病院長 手術日未定については、手術室が少ないもんですから、非常にタイトにやってるわけです。確認はしてないんですが、恐らく25年、26年の場合は、手術を結構、例えば、大きな手術は5時間かかるというところがあるんですが、それを3時間あいてるときに、無理やり予定を入れ込むんです。ところが、それをやっていると、結局夜、時間外になるので、確認してないんですが、恐らく平成27年から割と5時間やる手術は5時間あいてなければ認めませんよということになったんだと思います。それで、3時間しかあいてないところは手術未定ということになって、じゃあその人たちはど

うするかというと、時々手術室があく場合がある。例えば、この人は胃がんで手術ができると思って予約してたけれども、いろんな検査したらどっかに転移しておって、手術はちょっと難しいということになって、その手術室があくんです。そこのあいたところに待ってる方をぼんと入れるというような運用をしてるんだと思います。それで、25年、26年から27年にぼんと上がったんだというふうに思います。まだ確認してませんけれど、ちょっと確認します。

○宮原委員 ありがとうございます。これが、月によってこういう状況がありますというのではなくて、平均値ということになるので、この年だけぎゅんと上がってるのが何かなという感じが一点したのと。

それと、この老朽化対策のところ、47億近く改修にかかりますというのが出てるんですけど、ちなみに、昨年なりその前の年、大体どの程度の修繕にお金を要しているのかというのを、単年度ずつでここ二、三年聞かせてもらっていいですか。

○阪本病院局次長 ちょっとさかのぼりますけれども、例えば、平成22年度ですと約2億6,000万。23年度ですと、ちょっと減りまして1億7,600万。平成24年、4億。平成25年、5億1,000万。実は、25年度末にこの再整備を決定いたしましたので、26年度は9,300万。27年度で8,800万。今年度の予定が7,800万。

要するに、26年度以降は、再整備を前提にストップしております。

○宮原委員 そしたら、改築があるので、極力最低限にとどめてるというところの金額で、今のところは何かだましまし使えてるということですよ。

○阪本病院局次長 はい。

○宮原委員 わかりました。いいです。

○松村委員 全体的には、この病院を新しく建てかえるという緊急性というのは、以前よりもっと詳しく説明していただいて、その必要性というのがわかってきたんですけれども、当初に現行を一部改修して、50年もたせるかということで、四、五十億でしたか、何かありましたよね。一部増築という、緊急救急病院的などころを増築して使っていこうというものと、今回の全く新築という案が出たんですけれども。同じように緊急性はありますよと言いながらも、改修してもたせていいよという案と、何か3つの案が、お金の予算の関係でどちらでできますかと。結局のところ、一部病院を停止したり、病室を停止したり、リスクを考えると、採算的にはもう新築のほうがずっと、コスト的にも負担が少ないですよというようなイメージで何か決まったような気がしたんですけれども、それも理由の一つとして。

ただ、今回のこのいろんな説明を聞いてますと、そのときから緊急性があって、早くやらんと、病院が何ともならんじゃないのと。振り返ってみると、一部手直ししてたってこれはだめよというところがあったんじゃないかと思うんです。そしたら、何でそのときにもうちょっと、今、病院にかかる患者さんたち、県民の大事な命ですからね。天井からポタポタ水が落ちるような病院でいいのかと。いや、建物は50年もちますと言って、みんな信じてたわけだけれど、病院というのは建物じゃなくて、本当は設備ですから、幾ら改修したって、全国水準レベルにならないような手術室で、それも7室ありますと言っても、実際に動いてるのは5室ですというところとかですね。

もうちょっとその辺の緊急性をしっかりと、もっ

と我々もちょっとしっかりとその辺を勉強しなかったのもあれかもしれんですけど、こういうところがあれば、やっぱり緊急性というところを含めたら、もうちょっと答えの出しようがあったのかという。もう答えはちゃんと出てますけれども、もっと理解することもできたんだと思います。

今、移転する話でこれを見てたら、タイムスケジュール、14ページ。これは、最低でもうまくいって10年後ぐらいに病院開院ということでしょう。ということは、その間のランニングコストというんですか。このランニングコストがあるけれど、いわゆるこの病院の施設の悪いところで10年間見ていかないかということですよ。このリスクというところも、当時の話の中で僕らもしっかりしておけば、もうちょっとこの早急な建てかえの必要性というところが、我々の県民の皆様にももっと理解できたのかなという。

病院って何かもちそうだなというイメージもあったんです。外見からしても、ちょっと説明からしても、一部改築でもいいですよと、あるいは、一部増築でもいいですよと、あるいは、新築でもいいですよというような発想であったもんですから。県内で一番救急患者の受け入れが多いところの中でも、手術室は5室しか動いてないと。これで大丈夫ですかと言ったら、いや、それは困ります、すぐつくりかえてくださいというお話になったのかもしれないですけれど。

だから、改めて言うと、やっぱりこの緊急性というところをもうちょっとしっかり出していたら良かったかなというのが感想ですけど。ほかもあるんですけど、またほかの御意見もあるでしょうけれど。特段御答弁はいいです。

○田口委員 二、三お伺いします。移転ということは、私は賛成できません。というのも、想定のところには、もう市郡医師会病院が既に移転するわけですので、似たような機能を持った総合病院が、あの場所に2つある必要はないと思います。まして患者が遠いところに行くのは嫌でしょうし、部長さんや医療スタッフの皆さんもそこに毎日通うということになるわけですし、そして、付き添いの人とか見舞いの人とか、いろんな方がいるわけですから、今あるところが私はベストだと思っております。

それと、先ほどの移転が10年ということを見積もってますけれども、これは用地買収とかが順調にいった場合ということですよ。いかなかった場合には、見切りでやるわけにもいきませんので、きちっとめどが立たないことには、これは最低でも10年かかるということですよ。ということから、先ほどお話が出てますように、医療の機関としてはもうかなり老朽化してきて、県民の命を預かる病院として、今のままでいいのかというのは非常にやっぱり疑問を持ちます。そういう意味では、移転に関しても私は反対ですし、今のところで十分だと思いますし、県民の命を預かる施設ですから、早目に対策を打たなくちゃいかんと思っております。

問題は、最初の見積もりが余りにもずさんだったとか、わずか1年ちょっと前のときにつくったものなのに、震災の後で何かいろいろ上がったとか、人件費も上がったとかいろいろを言われましたけれども、余りにも最初のものでおかしかったのか。

それとあわせて、あとから出した390億というのの中に、医療機器などのその前に一切入ってなかったものが突然入って、全体が非常に大きく膨らんだように見えてる。そこにまた、何で

最初のときの価格がああいうものだったのかというのに非常に大きな疑問を持ちます。

それとあわせて、この間いただいたお金の話ですと、平米当たりの単価というのは、県立病院の延岡と日南のよりも低いですよ。そういう意味じゃ、もうあんまり削るところがないというわけですね。

これだけ話を聞いてて、私はちょっと実感することがありました。実は、去年の暮れから20日間ほど、うちの息子がちょっと急に悪くなりまして、県立延岡病院にお世話になったんです。

病室におるときには、両サイドに点滴の関係とかいろんなものが置いてまして、多分延岡の病院のほうが後でできてますから、病室当たりの広さというのは、今の県立宮崎病院より広いと思うんですけども、それでもかなり手狭に感じたんです。その中で医療スタッフがその機器をよけながら、何かいろいろするというのを間近に見てましたら、これは大変だなと。やはりスタッフの皆さんが、患者もそうですけれども、そばについてうちの女房とかが付き添いでもおりましたけれども、看護師さんがその間を縫うように来ていろいろやるというのを見てた中では、非常にやはり余裕のある病室を持って、医療スタッフのほうもストレスがかからない、そのような環境にしてあげなくちゃいかんなどというのを本当実感したんです。

幸い何とかおさまりまして先週退院をいたしましたけれども、そういう意味では、病院というのは非常にありがたい思いがしたこととあわせて、やはりスタッフの皆さんがストレスもかからないように、そして、患者もストレスがかからないような、そのような状況をつくっていかないかなというのを、今回ちょっとしみじみと思ったところなんです。

そういう意味では、やはり病院は町の中心地にあったほうがいいですし、そして、やはり先ほど言いましたように、県民の命を預かる施設ですから、私は早目に対応しなくちゃいかんと、そのように思っているところでもあります。ちょっと質問じゃなく意見になってしまいましたけれど、そんなところを感じたところでした。

○井本委員 私もこの前、二、三十人のお医者さんと直接お話をしているいろいろ聞いたんですが、皆さんが200回ぐらい意見聴取をやったという話をしてるけれども、しかし、その人たちは、今度の設計に満足してるかと言ったら、いや、もう本当相変わらず手狭ですと。ほとんどの皆さんが言うには、狭いんですよと、こういうことでした。あと私は、200回もやった割には、みんなの意見を結局聴取されてないと。相変わらず狭い。壁を広げるところを勘違いしてるけれども、狭いというのがお医者さんたちのそのときの実感でした。できたらもっと広くしてほしい。

だから、皆さんが30年たったら、またもう一回やり直さないかんような病院をつくるんだったら、やっぱり本当に本格的に、スタッフの連中も働きやすい、そういうところを考えないかんのじゃないかと、私はそういう気がするんですが。それについてはどう思いますか。

○阪本病院局次長 確かにドクター、スタッフ全員が100%満足する形はなかなか難しいと思います。当然ながら限られた予算の中で、これがもう県費をもっと投じていいよとおっしゃっていただければ、それは幾らでも広くすることはできるんですけれども、そこはやはり限度がございます。ですから、そこは何とか折り合いをつけながら、全ての方が100%じゃないけれども、8割ぐらいは満足、納得をしていただけてるのかなと私どもとしては考えております。

それから、手狭という意味では、田口委員がおっしゃったとおり、病室につきましては、ある程度の広さを設けることとしております。その他の、例えば、廊下ですとか共有部分、そういったところを極力縮小、縮減をいたしましてつくっております。もちろん各ドクターにつきまして、いや、もっと自分の執務スペースというんでしょうか、もっと広く欲しいというのは確かにあるかとは思いますが、そこはある程度我慢をしていただいた形が今回の設計でございます。

○井本委員 私のあの感じでは、ほとんどのお医者さんたちが、確かに緊急性、必要性はあるんです。あるんだけど、今度出てくるやつには満足してますかと。してないというのがみんな。ほとんど私はそういう感触を受けました。また30年後に新しい機器が出てきたが、どうしようかといったときに対応できるかという。また30年後に同じようなことをやるんだったら、私はやっぱりしっかりしたものをつくらないかんのじゃないかという気がするんですけれど。まあそれはいいです。そっちがそう思っとるなら。

それで、松村委員は優しく物を言ったんだけど、実際、緊急性や必要性、皆さん方は全面改築が必要だと、今ごろになって言いよるわけです。何で最初のときに、もしかしたら改修で済みますよというような案を出してきたのか。私は、それが何なのかは、我々がしたときの委員会じゃなかったから。しかし、そのときの中野一則議員なんかは、何でそのときに言わなかったのか不思議で。今になってから、必要性です、全面改築しないとしょうがないですがというような言い方しとるわけやろう。今でも一部改築で済むのかどうかね。済まんのか。

○土持病院局長 当初案の資料等を見ますと、やはり緊急性、それから災害時に十分な対応ができないということ、それから老朽化、それから整備についての必要性というのがちゃんと資料にありますし、恐らく委員会等でもそういう説明をしたものと思います。

ただ、その手法として、とりあえず必要な救急、何かヘリポートだけなのか、もったいないからその下にある程度診療機能を持たせたものもつくるかと。現病院の改修だけで済ますというのは、まさに費用の問題で、そのときの議事録を見ますと、局長も言っておりますけれども、それまで平成24年までは御承知のとおり、数十年にわたって病院はずっと赤字できております。ちょうどそのころ、25年ごろに均衡的な状態にまで来ておるわけですが、そういったことも含めまして、予算的なものも考えて、ああいう現在の改修だけで済ますという案が出たものというふうに考えております。

ただ、老朽化に伴う整備の必要性とか、災害時に対応できないので整備しなければならない、そういったことの緊急性ということについては、当時から申し上げているというふうには考えております。

○井本委員 ちょっと論点が違うんだよ。私は全面改築が必要かと。私の言っとるのは、緊急性はそのときだって当然あったわけ。それやから、それを一時的なそういう補修で緊急性は直せるのか。あのときは直せると言いよったわけやから、当時だってそういう緊急性があることはあったんです。緊急性を補修で済ませられるというのが最初の案だったわけです。40億とか50億とかいう案を最初に出してきたのは何なのよ。それでできるというのが最初の案だったでしょう。

○阪本病院局次長 3年前の議論につきましては、ただいま説明しましたとおり、緊急性等を十分御説明した上で、この常任委員会でも十分議論がありました。本当に必要なのかと、よそじゃいけないのかと、移転はだめなのかということは何度も何度も議論をいただいております。その結果、26年度末にわかったということで議決をいただいております。ですから、ということでございます。

じゃあ、なぜこの全面改修案を出したのか。当時、全面改修でこの4つの案を比較検討をしております。当時の病院局としましても、この全面改修がベストだという意味ではなくて、全面建てかえと全面改修、こういった比較の中でもろもろあって、やはり全面改築がいいですよということ御議論をいただきまして、そういった結論をいただいたわけでございます。ですから、この全面改修が一番いいということを出したわけではございません。

○井本委員 何か話が、論点が……。要するに、あのときは一部改築でいいという案を私たちに出したでしょうと言っとるわけ。じゃあ今でもそれでいいと思ってるのかと言ってるわけで、今はもう、全面改築をやらないといかんという話になっとるんでしょう。じゃあ今でも一部改築で済まされると思ってるんですか。それはどうなの。

○阪本病院局次長 私のほうとしましては、全面改築がベストだと考えております。当時も…。

○井本委員 ベストじゃなくて、それだけ、それしかないと思ってるの。それとも、ほかに方法があると思ってるの。その辺はどうなの。

○阪本病院局次長 現実的にどうしても経費として、例えば、200億以上は絶対出せないという

ことになりますと、これはもう全面改修しかできませんので、その場合はそういった選択肢もあるのかなと考えております。

○井本委員 その200億というのじゃなくて、最初は40、50億と言ったわけやからね。話が違う。だが、まあしょうがない。我々も確かに、これは全面改築せないかんだろうなと思うんだよ。それは思う。何でああいう詐欺的なことをやったのかというのを今不思議に思ってるわけ。まあいいや。もうそれは過ぎたことだから。我々も今考えるのは、やっぱり日建がこういうを出してきたわけやから、恐らくこれは間違いないぐらいの数字だろうと私も思ってるわけ。

問題は、あとは、やっぱりこれを本当に今やらないかんのか。少し先延ばしできるのか。我々はそれも今考えているわけです。そこの防災拠点庁舎もつからないかん。今言った市郡医師会病院もできる。あと、何か国体のあれやらもやらないかん。それで建築業者は、やっぱりできたらすき間を、ずっと並べてやらせてほしいと言ってるわけ。じゃないと、そうなれば県外からももちろん来るから。だから、その辺のことも考えると、何とか少しでも平均化できんもんかなと。今、実際問題、私なんかはそう思ってるわけですよ。その辺はどうやろか。

○阪本病院局次長 今後の整備につきましては、恐らく2月議会で総務部のほうから説明があるかとは思いますが、今まさに井本委員おっしゃったとおり、防災拠点庁舎が一応来年ぐらいから着工いたします。それから、あと四、五年たちますと、今度は国体に向けての整備が始まります。まさに、そのはざまを埋めるという意味ではないんですけれども、そういう意味でもこの県病院を30年度に着工させていただきますと、ちょうどうまいぐあいにはまると考え

ております。

○井本委員 うまいぐあいにならんから言いよるんじゃろ。

○前屋敷委員 これまでの議論の中で膨大に経費がかかってきたという問題から、今いろんな議論が派生してるんですけど、それは今もお話が出されましたけれど、中身を見ますと、単価でいくと、ほとんどこれまでの延岡病院、日南病院とさほど変わりがないという中では、その他の人件費とか資材費が値上がりしたというのがやっぱり一番大きな原因と、それと、医療機器の問題ですよ。その問題等が、ちょっと新たな追加の金額になってしまったという点が今大きな問題になってて、それが果たして財政的に賄えるのかという問題、それが県民にとって理解できるのかという問題が今あるわけですよ。病院の建設そのものについては、これまでの議論の中で、やはり今の県病院を見ますと、私自身も非常に中は手狭であるということもあったりして、医療に支障を来す状況も十分理解できるというところですよ。

それと、今新しい計画の中でもまだ狭いんじゃないかという話もありましたが、これまでも病院の中で相当に議論を重ねて、結論を出されたという経過も聞いてますので、もっとそれが改善の余地があるんだったら、せっかくつくる病院ですから、後々禍根を残さないような形で、もっとその辺は十分検討してほしいということが一つ。

それと、病院の立地については、やはり利便性が求められるんじゃないかなと思うんです。郊外に離れて入院させるのは、家族が連れていたり、それは十分可能ですけれど、その後、家族と患者さんとの関係はずっと続いていくわけで、やはり仕事もしながら患者さんのところに

通う家族の日常生活も含めると、やはり利便性のいいところがベストというふうに私も思うところです。

ですから、今後の方向としては、そういったもっと検討できる部分は、検討を重ねていくということとあわせて、今、新たな経費がかさんだ分については、日程の問題が出されましたけれど、その辺の検討、まあ30年に着工ということでしたけれど、そこはもう譲れないものなのか、もっと検討すればもう少し経費も下げられるのか、そういうことも十分検討課題として持っていてほしいなというふうに思うところです。

以上です。

○太田委員長 答弁はありませんね。

ほかにありませんか。時間も迫っておりますけれども。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○太田委員長 では、一応きょうのところは出していただいたということで。先ほど井本委員から、法定耐用年数等の資料の要求がありましたけれど、これは委員全員に配付してもらおうということで、用意でき次第、全員に配付をお願いいたします。

それでは、その他では何かありませんでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○太田委員長 それでは以上をもって、病院局を終了いたします。

執行部の皆様、大変お疲れさまでした。

暫時休憩いたします。

午前10時58分休憩

午前11時2分再開

○太田委員長 委員会を再開いたします。

皆さん、おはようございます。

それでは、報告事項について説明を求めます。

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。

○日隈福祉保健部長 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。座って説明いたします。

お手元の厚生常任委員会資料の表紙の目次をごらんください。本日は、報告事項として、「精神障害者の地域生活支援の在り方に係る国の検討状況等について」の1件を報告させていただきます。

詳細につきましては、担当課長から説明いたしますので、よろしくお願いたします。

私からは以上でございます。

○日高障がい福祉課長 それでは、常任委員会資料の1ページをお開きください。報告事項でございます。「精神障害者の地域生活支援の在り方に係る国の検討状況等について」でございます。

まず、1の国の動きにつきまして御説明いたします。

(1)の検討に至った経緯でございますが、国は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律、いわゆる障害者総合支援法と申しますが、の規定に基づきまして、障害福祉計画にかかわります基本指針を3年おきに見直しております。

現在、平成30年度を初年度といたします第5期計画の作成に係る基本指針について検討されており、その一つとして、精神障がい者の地域生活支援のあり方が議論されているところであります。

精神障がい者の地域生活支援につきましては、国が平成16年に策定いたしました「入院医療中心から地域生活中心へ」というビジョンにより、

精神障がい者の地域生活への移行等について取り組まれてきたところでありまして、今回もこの大きな方向性のもとに検討されているところでもあります。

続きまして、(2) 検討内容といたしまして、①の基本的な考え方でございますが、長期入院精神患者の地域移行を進めるに当たっては、自治体を含めた地域の精神保健医療福祉の一体的な取り組みの推進に加えまして、差別や偏見のない、あらゆる人が共生できる社会、いわゆるインクルーシブな社会と申しますが、の構築が必要であることから、精神障がい者が地域の一員として安心して暮らすことができるよう、精神障がい者にも対応した地域包括ケアシステムの構築を目指すことが、新たな政策理念として示されたところでございます。

お手数ですが、資料2ページを。ちょっと横版なんでございますが、これも審議会の資料のほうから持ってきておりますけれども、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築という部分のイメージ図でございます。

イメージ図の中央にございますように、精神障がい者が、公営住宅でありますとか、サービス付きの住宅等での住まいを拠点といたしまして、図の左上の精神科のデイケアとか訪問看護等の医療、図の右上にあります障害福祉サービスとか介護保険サービス等の障害福祉とか介護の分野、それと、下のほうにございますが、就労などの社会参加、または、自治会やボランティア等によるような地域の助け合いなど、包括的に確保された支援体制の中で、自分らしい暮らしができるような仕組みを目指すものでございます。

この「地域包括ケア」という言葉でございませけれども、現在、高齢者対策の分野で使われ

ているものですが、今回の仕組みづくりもこの考え方に倣いまして、医療と福祉が連携をして地域生活を支えるということで、精神障がい者に対応した地域生活支援の仕組みを構築するものとされているところでございます。

常任委員会資料の1ページのほうにお戻りいただきまして、このような基本的な考え方のもとに、②施策推進上の主なポイントといたしましては、大きく2つございますが、1つ目は、障害保健福祉圏域ごとの保健・医療・福祉関係者による協議の場を通じて、精神科医療機関や地域援助事業者、市町村等との重層的な連携による支援体制を構築することとなっております。

2つ目といたしましては、長期入院精神障がい者のうち、一定数は地域の受け皿の基盤整備を行うことで地域生活への移行が可能となりますことから、平成32年の精神病床における入院需要と地域移行に伴う基盤整備量の目標を明確にした上で、計画的に基盤整備を押し進めることとなっております。

次に、③の成果目標の案でございますが、ここには4つの項目が並べられておりまして、1つ目と2つ目のポツにつきましては、まず1つ目は障害保健福祉圏域ごと、2つ目は市町村ごとに、それぞれの段階で保健・医療・福祉関係者による協議の場を設置するというものでございます。これはイメージ図のほうの下側になりますけれども、3段階でバックアップというふうに書いてございますが、こういう重層的なバックアップ体制、支援体制をつくっていくということをイメージしております。

また、地域での受け皿が整備されますことによりまして、3つ目、4つ目のポツにありますように、現在の入院患者の方々の退院が進むということを想定して、3つ目のポツのところ

は、精神病床における1年以上の長期入院患者数の減少を取り上げて、全国の目標値を2.8万人から3.9万人の減少ということで見込んでいるところがございます。これは先般、新聞報道等で3.9万人の長期入院患者の減少というところで取り上げられたものが、この数字となっております。

4つ目のポツのところ、精神病床における早期退院率の向上を目指すもので、入院後3カ月時点での退院率が69%以上、入院後6カ月時点での退院率が84%以上、入院後1年時点での退院率が90%以上と。これは平成32年度末までの目標ということで、成果目標として設定することが検討されているところがございます。

次に、2のこのような動きを受けましての県におきます課題と今後の対応でございますけれども、(1)本県の課題といたしましては、まず1つ目、精神科医療や地域援助事業者、市町村等による重層的な支援体制の構築という部分がございます。資料2ページのイメージ図の下の部分で、3段階のバックアップ体制が示されておりますが、本県では現在保健所を中心に、真ん中の障害保健福祉圏域ごとの協議の場を設けて協議をしているところございまして、今後は、特に市町村における協議の場を検討していく必要があるものと考えております。

2つ目の、地域移行を進めるためのグループホームをはじめとしたサービス基盤の充実でございますが、地域におけるサービス基盤の整備につきましては、障害福祉全体で現在も進めているところではございますが、今後、国が提示してまいりますサービス基盤量の推計等を参考にしながら、検討をしていく必要があるというふうに考えております。

3つ目が、精神病床における長期入院患者数のさらなる減少であります。例えば、1年以上

入院されている方の状況につきましては、平成20年と比較いたしますと、減少してきつつあるところではございますが、最近はやや横ばい傾向という部分もございますので、今回示されました目標値に関しましては、さらなる減少に向けて、さまざまな関係機関と連携をしながら、検討をしていく必要があるというふうに考えております。

また、(2)今後の対応であります。今年度中に国におきまして基本指針についての内容が取りまとめられますので、2の(1)で御説明いたしました本県の課題につきまして、関係機関と連携を図りながら、精神障がい者の地域生活支援のあり方について検討をいたしまして、平成29年度中に基本指針に基づきまして、第5期障害福祉計画を策定することとなります。

障がい福祉課からの説明は以上でございます。

○太田委員長 執行部の説明が終了しました。

質疑はありませんか。

○松村委員 お話ありがとうございます。第5期で計画をつくりながら、市町村といろいろな連携をとっていくということですが、現在、精神障がい者の方が長期入院あるいは短期入院されてるんでしょうけれど、今回の目標とする中では、本県としてはどれぐらいの方々が対象になっているのか。3年以内に一般社会のほうで包括的にやっていくということですが、いかがでしょうか。

○日高障がい福祉課長 精神病床に関しましては、毎年630調査といたしまして、6月30日時点での、いわゆる病床に何人入院患者さんがいらっしゃるというような調査がございまして、現在、平成27年度時点での病床の状況が、暫定値ではございますけれども出ておりまして、宮崎県の場合は、27年度時点で5,258名の方が入院

をされていると。そのうち、ここで議論になっております1年以上の精神病床の入院患者数というのは3,524名となっているところでございます。

国のほうがどういう形で推計を出してくるかという部分がございますが、2.8万人から3.9万人というような全国ベースでのお話がありますと、1%程度を想定した場合に約300人ぐらい、1年以上の入院患者数でいきますと、約1割ぐらいの方の退院を推進していく必要が出てくるかなと思っております。そこは病院ごとにそれぞれの患者さんの状況に合わせてながら、いろんな形で地域の相談支援事業者とかと連携をしていくという形になろうかなと考えております。

以上でございます。

○松村委員 病床数としては五千数百のがあると。今回の対象というか目標としては350ぐらい。これは毎年なんでしょう。毎年その方々を社会のほうに送り出していくということになるんですか。

○日高障がい福祉課長 いわゆる32年度末の目標ということになりますので、そういう部分で長期入院患者を今300人ぐらいといたしますと、その中で、例えば、これは想定でございますのでまだ細かく詰めておりませんが、段階的に減らしていくというような形になろうかなと考えております。

○松村委員 段階的にでしょうけれど、3年後にはトータルで350名、例えば、1年目は100名でしたと。2年目は100名と。3年目は150名。3年計画の中でトータルとして350名の方が一般社会のほうに移行されましたと。そうすると、こういう計画だから、次の年にもまた100名とか200名とか当然なってくるんでしょう。そのことをちょっとお答え願いたいのと。

それに見合う、今、例えば、サービス基盤の整備ということで、グループホームなどということでしたけれど、1年以上入っていらっしゃる方だから、社会に対応というか、適応するということは、かなり社会の支えが必要だと思うんで、通常のグループホームで、はい、入りなさいだけじゃなかなか大変だと思うんで、どういう施設なのか。それと、今までの高齢者介護的などところと併用なのか、それとも精神障がい者に特化したような、そういうグループホームなり新たな施設を整備していくのか、その考え方についてちょっと。

○日高障がい福祉課長 今、松村議員がおっしゃいましたその長期入院患者の退院の部分につきましては、いろんな形で病院側と連携をしながら進めていくと。国が想定をした目標といたしましては、今おっしゃったような感じで段階的にやっていきますし、多分この計画が終わった後でも、ある程度その長期入院患者の部分につきましては、段階的に退院を促進していきなさいという流れになっていくのではないかなというふうに考えております。

それと、地域に出た場合のグループホーム等の整備の部分でございますが、想定といたしましては、グループホームというのが、地域生活をしていく上で世話人等が配置されていて、そういう部分である程度手厚く精神障がいの方が暮らしていける施設になっていきますが、このほかに障がいの状態に応じまして、一般的な生活ができるような方につきましては、厚生労働省のほうにおきましても住宅部局あたりと連携をしながら、例えば、公営住宅の入居の促進でありますとか、民間の賃貸住宅の入居への円滑化でありますとか、そういう部分を連携しながら進めていくというようなことを考えている

ようでございます。

あと、先ほど言われましたように、入院をされている方の中には65歳を超えられている方もいらっしゃると思いますので、そういう部分につきましては、介護保険のほうと連携をしながら、例えば、同じ名前を使っておりますが、現在の地域包括ケアセンター、そういうところと連携をしながら、地域生活をどういう形で支援できるのか、支援して生活ができていくのかということをサポートしていく形をイメージしております。

以上でございます。

○井本委員 地域医療のほうも包括システムか。あれもそうなんだろうけれども、要するに、医療費の抑制のためにこういうことを考えられたんだろうなと私は思うんだけど、そう考えていいんですか。

○日高障がい福祉課長 精神障がい者の地域移行につきましては、長期に入院をされている方がいらっしゃって、その中の一定数はやっぱり地域に出ることが可能だろうと。やっぱり精神障がい者の場合、かなり長期間にわたって入院をされている方は、地域に出ることもちょっとためらっていらっしゃるような部分もあるというようなことは伺っておりますので、そういう方々につきましては、地域移行が可能なのだからどんどん出していきましょうという部分は、患者の立場では、そういうイメージなのかなというふうに思っております。その結果、委員が言われるように、長期の入院患者が減ってくれば、そういう部分での医療費については、抑制効果が出てくるのかというふうに考えているところでございます。

以上でございます。

○井本委員 間接的にという言い方だったけれ

ど、アメリカとかヨーロッパは、刑務所に入っている人が率として多いんですよね。その分、じゃあ日本は何で少ないかということ、どうも精神病院が引き受けとるんだろと言われてるんです。知ってますか。

私も法学部で実際裁判所において裁判事例を何回か見てくると、ああいう犯罪を犯す人の、行為能力、責任能力はちょっとやっぱりおかしいなど、見たとき精神的におかしいなというような感じがします。だから、やっぱり犯罪を犯すのかなという。そういうところの責任能力、行為能力で有罪になってしまうんだけど、やっぱりちょっとおかしいというような感じの私は印象を、みんなもそう言ってたんだけど。

そういう人たちを全部精神病院がある意味引き受けてるわけです。それを野に放すというか、そうすると、それがコスト的に、将来的に、本当は刑務所が引き受けないかんコストがあるわけです。それを病院が引き受けるということでやってる部分が、果たしてそのとおりのまいくのかなという。そして、このごろ、また障がい者は、去年だったっけ、あれなんかはどう見たって頭がおかしいです。そういう事件がまたふえるんじゃないのかという心配さえしますけれど。ちょっと質問になったのかならんのかわからんけれど、その辺はどうですか。

○日高障がい福祉課長 今、井本委員が言われたことにつきましては、やはり退院をしていただくに当たって、そういう他害行為でありますとか、そういう部分が実際ある程度落ちつかれてるのかどうかということにつきましては、やっぱり病院のドクターでありますとか、そういうところと十分に連携をしながらやっていく必要があるのかなというふうに考えております。

それと、先ほど言われました、昨年7月に起

こりました相模原の施設での事件につきましては、いわゆる自傷・他害行為がある場合には措置入院という部分もございまして、その措置入院の方々がいわゆる地域に出られたときに、退院支援である程度の継続的なものが必要だというふうな国のほうの取りまとめも出ておまして、それについては、今後、精神保健法を改正して、どういう形で退院後の支援、つながりをつけていくかということをしちんと明記されるというふうに伺っておりますので、そういう状況も踏まえながら、対応をしていくことになるのかなと考えているところでございます。

以上でございます。

○日高福祉保健部次長（保健・医療担当） 医学的な立場ということで少し発言をさせていただきます。

まずは、病院というところは、もう御存じのとおりだと思いますけれども、治療を行う場所であるというのが大原則であります。ということであれば、治療の必要がなくなれば当然退院する、自宅に帰るなり社会に帰るということが当たり前だということをお原則といたしますと、この長期入院の精神障がいの方に関して、入院をしてまでの治療の必要性がなくなれば、退院をしていただくということが当然ではないかと。その人の人としての権利として、自由に自分の意思で社会で生活を送ることが大原則であろうということが、一つの大きな考え方になっております。

それと、もう一点は、犯罪率ということに関してなんですけれども、これに関しては、一般的に言われているものとしましては、精神障がい者の方々を分母として、その方々の中で犯罪を起こす率と、一般の方々を分母として犯罪を起こす率というのを比較しますと、精神障がい者

の方が犯罪を起こす率は低いというふうに言われております。

ただ、一方で、新聞報道等で、精神障がいあるいはそれを疑われる方々が殺人事件などを起こした際などにはかなりの報道をされるものことから、そういった意味で、一般的な印象として、ちょっと語弊がありますけれども、精神障がい者の方々は何をするかわからないというような不安を持たれているのも事実でございます。

そういった意味では、この精神障がい者の地域移行を進めるに当たりましては、御本人が地域でいわゆる自立していきける生活能力、これをつけてあげる必要もありますし、自立して生活できるような支えというものも必要であります。

もう一つは、地域社会の皆さんに精神障がい者の方といっても、先ほど言いましたように、犯罪率の点からすると必ずしも高くないんですよということの理解や、さらに偏見をなくしていくための対応というものも必要になろうと、そのようには考えております。

先ほど他国の例を井本委員はおっしゃいましたけれども、確かにイギリスやアメリカでは入院期間というものは非常に短いです。ほとんど精神科病院に入院しての方がいないような状況で、ただ、一方で、例えば、自立がちゃんとできなくて、ある意味、浮浪者的に家もなく困っているような方もおられるというのは事実のようでございます。そういった意味で、今回、国のほうが検討をしているような、精神障がい者の方にも対応した、地域で暮らせるシステムというものを何とか構築していく必要があるものと考えております。

○井本委員 反論するようではございますけれども、私が読んだ本を見ると、精神病はほとんど治らんという言い方をしておりますけれども、その辺はどうなん

じゃろうか。

○日高福祉保健部次長(保健・医療担当) 治る、いわゆる治癒というのを、じゃあどこまででもって判断するかというところですね。これは病気によってはなかなか難しいところがあります。今はもう、例えば、がんの患者さんでも、手術をして、ちょっとやっぱりそうは言っても、まだがんが少し残ってるよねという中でも、地域の中で就労をしながら暮らしていけますよね。それをまた支えるシステムづくりをしていきましようねとなっているように、精神障がい、特に統合失調症等につきましては、かなりいいお薬は出ていますので、自傷・他害というような症状については抑えられるようになっております。

ただ、一方で、御本人がなかなか病気に対する自覚が十分ないがために、お薬を継続的に飲まないといけないにもかかわらず、飲まれないために症状が悪くなってしまっているということがありますので、その点で周りの方々が、お薬を飲みながら社会の中で暮らしていけるように支えてあげる必要はあるだろうと、そのように考えております。

ですので、治癒が、治ったというところがなかなか難しいですけれども、ただ、お薬をきちんと飲まれると、多少症状の波がありますけれども、疾患を持っていない方とほぼ同様の生活はしていけるということで今、言われております。

○井本委員 まあいいでしょう。

○宮原委員 勉強のために。精神病床数というのは、先ほど五千数百人が入院されているということでしたけれども、病床数に対してどの程度入院されてる状況なんでしょうか。

○日高障がい福祉課長 本県の病床数につつま

しては、医療施設調査によりますと、平成27年で5,837となっております、先ほど御説明しました630調査の27年の暫定値でございますと、入院患者さんが5,258ということになっております。

○宮原委員 病床数よりかは入院患者のほうが多いという……。「少ない」と呼ぶ者あり)5,800だね。わかった、わかった。

○太田委員長 いいですか。

○宮原委員 ごめんなさい、ごめんなさい。そういうことですね。

普通、病院にかかると、ある一定期間を超えてしまうと、何か病院は単価が下がってくるので、早く退院の方向にとなるんですけど、それは精神科もやっぱり一緒なんですか。ある一定期間までは単価が高いけれど、それから先になると。何を言いたいかということ、下がらないということであれば、いっぱい抱えとけば病院経営としてはうまくいくということになるのかなと。

だけれど、精神科の方が先ほど1年以上入院が続いてるということであれば——知ってるところの方が入ってるんだけれど、やっぱり出てきたことがないような感じがするんです。ずっと何か入院されてると聞くので、だから、ずっといるのかな、もうそこが住まいのような状況になっているのかなという気もするので、やっぱりお医者さんとすれば、完治して社会に、グループホームでも出て行ってほしいという思いはあるんでしょうけれど。逆に言うと、病院の経営側とすれば、治療はやられるんでしょうけれど、ずっとそのままいてもらったほうが、病院の経営としてはいいよねということになるので、ここの判断をするのが、1年以上入院してる人を極力早く地域に返したいというところをこちらとしてはやりたい、医療費の関係もある

からやりたいと思うんだけど、肝心なお医者さんとの連携というのが、とれるのかなというのを今度は心配するんですけど、どんなものでしょうか。

○日高障がい福祉課長 済みません。報酬単価についてはちょっと細かなところまではわからないんですが、平成28年度の診療報酬改定の中で、地域移行を重点的に進める精神病棟の評価ということで、新しく地域移行機能強化病棟入院料というのが算定されるようになってきておまして、そういう部分である程度病床を、稼働させながら、こういう地域移行強化の方向でそういうふうな病棟にすると、診療報酬がある程度加算されるような制度も設けられておりますので、そういう部分で、国のほうとしても地域移行を進めたいというところで考えているようでございます。今後、また診療報酬単価等の改定等で、いろんな形で出てくるのではないかなというふうに考えているところでございます。

○宮原委員 なるほど。お医者さんとの連携というのはどうですか。絵を描くのはきれいにできるんですけど、お医者さんがやっぱり地域に出していきたいという方向に、この人は極力もう地域に出られるんじゃないかなという判断をすればそれで。だけれど、医者によっては、こちらにおったほうが得をするというふうに判断もするのかなと思うんだけど、そのあたりお医者さんとの連携というのはどんなものでしょうか。

○日高障がい福祉課長 保健所圏域で地域移行支援協議会というものをつくっておりますが、いろんな形で病院側、特にドクターの診断というものがようになってきますので、そういう部分での連携というのは今後もとっていかねばいけませんし、今後計画をつくる上におきま

しても、精神科病院協会でありますとか、そういうところとの連携、御意見を伺いながらということになろうと思います。

ただ、1年以上の方につきましては、お医者さんが出れるという判断があっても、やっぱり本人自体がずっと病院で暮らされてるということになりますので、そこら辺をうまく地域に出た精神障がい者の方々をピアサポーターとか、そういう形にしながら、大丈夫だよというようなところでの後押しも必要かなというふうに考えているところでございます。

○野崎副委員長 先ほどからずっと、もう何十回も地域、地域と出てるんですけど、そこが多分全然みんなぼやんとしているところであって、例えば、高齢者も精神障がいを持ってる方も、やっぱり生まれ育ったところで最期は逝きたいとか、そこで見守ってもらいたいという、僕はそういったイメージが地域なんです。

ただ、例えば、市町村とありましたけれど、じゃあ宮崎市といたら、もう合併して巨大な、広域な中核市になりましたけれど、僕は清武に住んでるんですけど、じゃあ宮崎市で何とかしてもらおうと。でも、僕は清武なんだよというときの。だから、地域、地域と言われますけれど、その地域が目指すところはどこなのかと。例えば、僕は清武に住んでますけれど、清武をくくりにしても、それはまた広いんです。

広島尾道やったか。そのモデルにしたところの院長さんが、中学校単位で包括ケアシステムのモデルをつくるというよと、ベストだよという話も受けたんです。この前、県の話では、7カ所県内にモデル地域を選定して今進めてるところと言われましたけれど、まずは、もう高齢化社会に目指した包括ケアシステムを構築しないと、この精神障がいのほうも乗っけられな

いので、その進捗状況と、あと、各市町村の財政力の差で、多分サービスが、何ていうのか、田舎と町では格差があるといけないと思うんです。そのあたりはどうなるのか。

○日高障がい福祉課長 圏域というか、地域というお話ですが、そこら辺は私どものほうもいろいろまだまだ模索をしているところではございますが、資料の中のイメージ図に、いわゆる圏域の考え方というのが、右下のほうにちょっと小さく書いてございまして、この国が示しているイメージ図の、何ていうか、考え方を見ますと、先ほど野崎副委員長がおっしゃったような、日常生活で活動できる範囲という部分をより細かく見ていく必要があるのかもしれない。

ただ、精神障がいの場合のサービス基盤、例えば、いわゆる地域で生活をされて、住宅に住まわれて、例えば、一般就労がなかなか難しく、就労系の事業所にちょっと行こうとかいような部分で考えますと、サービス基盤が、介護保険ほどは細くないという部分もございしますので、そういう部分も踏まえながら検討していくことになるのかなと。それは個別に、いわゆる障がい者お一人お一人の状況も見据えながらということにはなりますが、圏域としては、日常生活活動域というのがある程度のイメージになるのではないかなと。先ほど副委員長が言われたような形が、一つは想定されるんじゃないかなというふうに考えております。

○横山医療・介護連携推進室長 高齢者対策のほうの地域包括ケアシステムの進捗状況というお話がございました。御承知のとおり、今、各市町村でいろんな取り組みをしていただいておりますが、ただ、何ていいんでしょうか、どこまでの形ができ上がれば、地域包括ケアシステムなのかというところもございまして、お話にござ

いましたように、この地域包括ケアシステムについては、中学校区を基本にということで国のほうも言っておりますけれども、地域によっては、人材も含めてですが、資源のあり方が異なりますので、中学校区でいいところもあれば、もうちょっと広いエリアでというところもございまして、そこも地域の実情に合った形で進めていくという形になってまいります。

今、地域包括ケアシステム、一言で言ってもなかなか難しいところがございまして、その要素としましては、当然医療と介護の連携も必要ですし、在宅医療の充実も必要です。あとは、地域に住んでいらっしゃる方々が支え合うという、生活支援の部分での支え合いという形もつくっていかないといけない。今、まさにその基盤づくりを各市町村はやっているところもございまして、モデル事業で比較的進んだ形で今取り組んでいるところもありますし、そこを見ながらこれから頑張っていこうという市町村もございまして、全体的に申し上げますと、まだ緒に付いたばかりで、これから徐々に形ができ上がっていくんだろうというふうに思っております。

この精神の障がいを持っておられる方々への対応というの、確かにこの高齢者対策としての地域包括ケアシステムという形ができ上がれば、それと同様な形で精神の方々についても即対応できるかと言われると、それはまた別の要素、いろんな要素が入り込んでこないといけないんだろうというふうに思いますけれども、一つのスキームはでき上がりますので、まずは、高齢者のところでしっかりした形ができ上がれば、次の段階には精神の方々、または障がいを持った子供たちへの対応とか、いろんな支えが必要となる方々への対応というの、比較的スムーズにやっていけるようになるのではないかなという

ふうに考えておりました、そういう意味では、副委員長が御指摘のとおりだと思います。

○野崎副委員長 もう一回。今、モデル地域を選定してやってると言われましたけれど、そこでやっぱりいろいろ壁があって、例えば、自治会の加入率が低い地域はなかなかとか、そういった施設もそろってないとか、一つの部分はしっかりやってるけれど、まだ全体的にはうまくいかないとか、いろんなモデルがあると思うんですけれど、やっぱりとにかくモデルをつくって、そこをまねしてもらってどんどん広げてもらうのがベストだと思いますので、そこをしっかりと。あと8年、10年で、もう2025年を越えて超高齢化社会ですから、それに伴って、この精神障がい者のも乗っけるとなると、もう非常に急がれる問題かなと思ってますので、よろしくお願ひします。

以上です。

○日隈福祉保健部長 今、野崎副委員長のほうから財政力云々とおっしゃったんですけれども、自治体運営では財政力が高かろうが低かろうが、今の交付税制度でいうと、財政力が低ければ交付税をたくさんもらう、財政力が高けりゃ交付税が低くだけであって、要は、その自治体の標準財政規模というか、根本は何かというと、基本的に人口なんですね。これからの時代、特に、きょうは黒木正一議員の東臼杵の御出身の委員はおられませんけれども、こういう地域は、人口減少が進んだ上に高齢化がぐっと上がっていくと。要するに、金がかかっていくが、入ってくる金は落ちていくという状況もありますので、そういう制度的な枠組みも含めていろんな議論をしていかなくちやいけないのかなと思います。

今、地域包括ケアの話は、基本的に市町村がフィールドで、そこがしっかり対応していかな

くちやいけないということで、大きな課題でありますけれども、市町村合併の時代は終わって、今の市町村単位で行政を進めていく以上、しっかりそれは認識しながら、あるいは、自分のできないんだったら声を上げていくぐらいに町村が頑張っていけないと、なかなか難しいかと思ひます。私たち県のほうはしっかり後方支援ということでやってまいりますけれども、県が地域包括ケアをやるわけではありません。その他の施策も県が直接やる分とやらない分と、これは行政区分ではっきり分かれておりますので、そういう認識でまた議論をしていきたいなというふうに考えております。

○前屋敷委員 その地域包括ケアシステムの構築に当たっては、ここの右下の説明に「障害保健福祉圏域ごとに」というふうにあるんですが、この障害保健福祉圏域というのは、今さっきも出ましたけれど、県内には7カ所に位置づけているわけですか。

○日高障がい福祉課長 障害保健福祉圏域は7つでございます。

○前屋敷委員 そこをベースに、地域包括ケアシステムを市町村ごとにやっぱりきちっと整備していくということで、地域に帰った方々が、やはり日常的生活の中で、この精神科医療機関との連携、まあ地域の支えも含まれるんですけれど、そういった医療機関との連携がきちっと行えるようなシステムにならないと、やっぱり地域に帰って安心して生活できないということになるんですけれど。今後の検討課題になるんでしょうけれど、その辺のところの整備状況というのが、県内を押しなべて見たところではどんなふうなんでしょうか。

○日高障がい福祉課長 確かに今、前屋敷委員が言われるように、退院をされて地域生活をさ

れる方も、ある程度病院との関係というのが継続的に必要になってくるんじゃないかなというふうに思います。精神科病院につきましては、ちょっと濃淡はあるんですけども、障害保健福祉圏域ごとにそれぞれ担っていただいている病院がございますので、そこら辺でそういう部分との連携をどうとっていくかというところで、例えば、障害サービスを使われる方につきましては、相談支援事業者というところがある程度入っていきますので、そういうところで話をするでありますとか、いろんなサービスを使われていけば、そういうところで、例えば、病院との関係が切れられないような形でのフォローという部分は考えていかなければいけないのではないかなというふうに考えております。

○前屋敷委員 やはり居住地と余りにも医療機関が遠いところであれば、日常的になかなかうまくいかない部分もあるので、その辺のところのきちっとしたバランスが必要だなというふうに思っていますので、お願いしたいと思います。

○太田委員長 よろしいでしょうか。ほかはいいですか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○太田委員長 それでは、その他では何かありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○太田委員長 それでは以上をもって、福祉保健部を終了いたします。

執行部の皆様、お疲れさまでした。

暫時休憩いたします。

午前11時46分休憩

午前11時48分再開

○太田委員長 委員会を再開いたします。

その他、何かありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○太田委員長 ないようですので、以上をもちまして、本日の委員会を終わります。

午前11時49分閉会