

厚生常任委員会会議録

平成29年11月6日

場 所 第1委員会室

平成29年11月6日(月曜日)

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及び県立病院事業に関する調査
- その他報告事項
 - ・医療計画における5疾病・5事業及び在宅医療の指標データに基づく分析について
 - ・制度改革後の国保運営について

出席委員(6人)

委員 長	右松隆央
副委員 長	田口雄二
委員	井本英雄
委員	丸山裕次郎
委員	日高陽一
委員	西村賢

欠席委員(1人)

委員 有岡浩一

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	畑山栄介
福祉保健部次長 (福祉担当)	椎重明
福祉保健部次長 (保健・医療担当)	日高良雄
こども政策局長	長倉芳照
福祉保健課長	小田光男
指導監査・援護課長	池田秀徳
医療薬務課長	田中浩輔
薬務対策室長	山下明洋
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	内野浩一朗
障がい福祉課長	日高孝治
衛生管理課長	樋口祐次
健康増進課長	矢野好輝
感染症対策室長	永野秀子
こども政策課長	高畑道春
こども家庭課長	松原哲也

事務局職員出席者

議事課主幹	木下節子
政策調査課主査	甲斐健一

○右松委員長 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〕

○右松委員長 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0分休憩

午前10時2分再開

○右松委員長 委員会を再開いたします。

本日は、有岡浩一委員が欠席しておりますので御了承ください。

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。

○畑山福祉保健部長 おはようございます。福祉保健部でございます。

まず初めに、先月の台風22号などの災害によ

り被害に遭われました皆様に、心からお見舞いを申し上げます。今回の台風、また新燃岳の噴火活動に係る当部関連の主な被害及び対応状況等につきまして、口頭での報告になりますが、冒頭で御報告申し上げます。

まず、台風22号による被害状況であります。福祉医療関連施設では、串間市の有料老人ホームと当該施設に併設されている民間の医療機関において、床上浸水の被害が発生するとともに、宮崎市の児童養護施設など3施設において、倉庫の屋根など附属施設の一部破損がありました。また、県有施設では、青島青少年自然の家において、施設の地下にある浴室やボイラー室等が浸水したところであります。なお、いずれも人的な被害は発生しておりません。

被災した施設につきましては、県及び関係団体等におきまして、早期の復旧に向けて鋭意取り組んでいるところでありまして、おおむね通常どおりの運営が行われるというような状況になっている施設が大半というところで、一部まだそういった復旧に向けた取り組みをしているところでありますが、鋭意取り組みということでは復旧ができるかと思っております。

続きまして、新燃岳の復旧活動に係る被害状況等について御報告いたします。現時点では、福祉関連施設、医療機関、県有施設等におきまして、人的被害、施設設備等の被害の報告は受けておりません。

なお、都城市の御池青少年自然の家につきましては、通常どおり運営を継続しておりますが、11月5日現在で、利用予定のキャンセルは13件あり、キャンセルの人員数は実数で1,020名となっております。

次に、対応状況についてであります。県の各保健所におきましては、県民からのさまざま

な健康相談に対応できる体制を整備しておりまして、今のところ、これまで特段相談というものは寄せられてはおりません。

また、西諸県及び北諸県の管内を中心に、高齢者・障がい者・保育関係の社会福祉施設等に対しまして、非常用備品の確保や早めの避難など、適切な事前準備に向けた注意喚起文書の発出を行いますとともに、関係の市や町に対しまして、福祉避難所の適切な開設に向けた助言を行っているところであります。

今後とも市町村や関係機関等と連携しながら、適切な対応を図ってまいりたいと考えております。

それでは、本日の説明項目について御説明いたします。

お手元の厚生常任委員会資料の表紙をおめくりいただきまして、目次をごらんください。

本日、報告事項といたしまして、1つ目が、医療計画における5疾病・5事業及び在宅医療の指標データに基づく分析について、また、制度改革後の国保運営について、この2件について報告をいたします。

詳細につきましては、担当課長から御説明をいたしますので、よろしく願いいたします。

私からは以上であります。

○田中医療薬務課長 医療薬務課でございます。

それでは、厚生常任委員会資料の1ページをお開きください。医療計画における5疾病・5事業及び在宅医療の指標データに基づく分析についてでございます。

まず、指標の概要について御説明をいたします。

1、指標データについてにありまして、この指標は、医療計画の策定時に厚生労働省から各都道府県に提供されるデータでございまして

て、5疾病・5事業及び在宅医療に関する数値データであり、これらを活用いたしまして、医療提供体制の現状把握あるいは分析等を行うというものでございます。

(1)にありますとおり、この指標というのが大まかに、2つの種類に分類をされております。

1つ目は、アにあります重点指標、それから参考指標という分類でございます。非常に数多い指標の中で、①にあります地域住民の健康状態やその改善に寄与すると考えられるサービスに関する指標を、厚生労働省のほうから重点指標として示されております。それ以外の指標が参考指標という、そのような分類がまずされております。

2つ目が、イにありますストラクチャー・プロセス・アウトカムの3分類でございます。以下、①から③にその定義と、それから、がんにおけます例を1つ挙げております。

①のストラクチャー指標は、医療サービスを提供する物的資源、人的資源及び組織体制等をはかる指標でありまして、例えば、がん診療拠点病院の数といったようなものでございます。

それから、2のプロセス指標でございますが、これは実際にサービスを提供する主体の活動、あるいは他機関との連携体制をはかる指標でありまして、例えば、がんの検診受診率といったようなものでございます。

最後に、3のアウトカム指標でございます。これは住民の健康状態や患者の状態をはかる指標でありまして、例えば、がんの年齢調整罹患率などでございます。この3つを構造的に関連させながら、いろんなデータから抽出をして、その関連性を見ていくと。国のほうは、そのような目的でこのような分類をしておるところで

ございます。

それから、(2)の指標の項目数ですが、先月10月までに提供された項目で338項目となっております。その内訳としては、下にありますが41項目、脳卒中25項目など、5疾病・5事業、在宅医療ごとに、ここに記載の項目数となっております。

なお、9月21日の常任委員会のほうで、私も239項目とお答えをいたしましたけれども、これは精神疾患に関する指標が含まれておりませんでした。正しくは、今回の338項目でございます。訂正をいたします。

それから、お手元にちょっと厚めの冊子で、参考指標一覧というのがございます。これをちょっとごらんください。これが厚労省が示しました、338項目全てが掲載された一覧でございます。

表紙をお開きいただいて、1ページをごらんいただきますと、がんの指標になります。例えば、1つごらんいただくと、一番上に、禁煙外来を行っている医療機関数という項目がございます。これの左から5つ目の欄をごらんいただくと、SPOでSとあります。これが先ほど分類で申し上げたストラクチャー指標を指しております。それから、重点指標のところ为空欄になっておりますので、これは参考指標ということになります。それから、1つ飛んで指標名、ここが指標の名称で、禁煙外来を行っている医療機関数。それから、その右側が最小集計単位で、この調査では市町村。それから、もとになっている調査の名前が医療施設調査の静態調査。時点が、その右側の平成26年。それから集計の定義、これが内容になります。ここでは、禁煙外来を実施している医療機関数が拾われているという、そのような内容になっております。こ

のような形で、がんですと、1ページから2ページにかけて44項目が設定をされております。このうち、右から2つ目の欄で、提供されているのが丸というふうについております。バツというのが、まだ提供されていない、まだ来ていないというもので、それが3つございますので、44から3を引いた41項目というのが、現在がんに関して提供されているということになります。

以下、3ページ以降、脳卒中、心筋梗塞等々ございます。また、詳細は後ほどごらんいただければと思います。

続きまして、お手元にもう一冊、別冊という資料がございます。そちらをごらんください。

この資料は、表紙にありますとおり、二次医療圏間の患者の流出入、それから、先ほどちょっとごらんいただいた5疾病・5事業、在宅医療の指標データに基づく分析の概要をまとめたものでございます。

1ページをお開きください。まず、二次医療圏間の患者の流出入についてでございます。

この患者の流出入状況といいますのは、先ほどの338の5疾病等の指標とは別に、現状の把握に今回活用しているものでございます。これは一番上の米印にございますが、平成27年度のNDBデータというもので集計をしております。

なお、このNDBデータというのは、いろいろな医療保険のレセプトデータをまとめたデータベースになっておりますが、そのうち、2つ目の米印にありますように、国民健康保険それから後期高齢者医療制度、この2つの保険のレセプトデータを用いて集計をしております。この2つが、患者それから医療機関両方の住所地がわかるデータということで、この2つで集計をしております。

まず、1ページから2ページにかけては、5疾病について入院外来別にまとめております。

それから、めくって3ページをごらんいただきますと、これは5事業についてですが、そのうち、救急医療と小児医療について入院外来別にまとめております。災害医療と僻地医療につきましては、これは該当データが抽出できないということもあって、作成はいたしておりません。

それから、もう一つ。周産期医療についてもここには掲載をしておりますが、周産期医療についてのデータというのが、いわゆる周産期母子医療センターで対応する、どちらかと言うと、ハイリスク分娩等のデータが中心になっております。正常分娩のデータが含まれておりませんので、地域間の流出入という参考になるような状況がちょっと作成ができないということで、掲載はいたしておりません。

では、また1ページに戻っていただきまして、まず、がんの入院の表ですけれども、これで一連の表の構成を御説明いたします。

まず、縦の欄でございます。これは、患者の住所地がある医療圏を指しております。上から宮崎、都城という順で並べております。

それから、横の列。宮崎、都城というふうに医療圏が並んでおります。これは、医療機関が所在する医療圏をここに上げております。一番上の宮崎東諸県について横に見ていただきますと、宮崎東諸県に住んでいる患者さんの98.71%が、宮崎東諸県で入院をしております。0.99%が都城北諸県、0.07%が日南串間、0.1%が西都児湯といったような形で見ていただくという表になっております。がんの入院でいきますと、宮崎東諸県の患者さんは、ほとんどが、いわゆる地元の医療圏に入院をしているということがわ

かるということでございます。

この宮崎東諸県の一番左98.71%から右下に階段をおりるように見ていただきますと、都城でいけば91.2、延岡西臼杵で85.39というふうになっておる。ここが、患者さんの住所がある地元の医療圏に入院しているという比率を指しております。ここが多いほど地元に入院している率が高い、低いほど他地域に流出しているという傾向が見えるということでございます。ごらんいただきましたように、宮崎東諸県、都城北諸県といったところが90%以上ありますし、延岡西臼杵でも85%、日南串間77%、西諸68.29%、西都児湯が31.22%、日向入郷58.4%となっております。一番低い西都児湯地域では、地元が3割、7割近くが宮崎東諸県に流出しているという状況になっております。

その下の外来につきましても、ほぼ入院と同じ傾向となっております。一番低い西都児湯地域では、半分が宮崎東諸県に流出しているという状況でございます。

次に、脳血管疾患でございますが、これは、入院・外来ともに西都児湯を除きますと、90%以上が地元医療圏で対応できているという状況が見られます。西都児湯のほうでも入院で74%、それから外来は84%が地元対応でございますので、若干低めでございますが、総じて各医療圏内で対応できているという状況ではないかと思えます。

めくっていただきまして、心疾患でございます。

心疾患の入院のほうでは、地元入院の比率が高いところが宮崎東諸県、都城北諸県、延岡西臼杵が9割以上、それから日南串間も80%以上でございます。西諸、日向入郷が約70%となっております。西都児湯が一番低いんですけれど

も、半分以下、46%となっております。左にずっと見ていただくと、宮崎東諸県に半分以上は流出しているという状況でございます。外来につきましても、西都児湯を除くところで9割以上は地元医療圏の対応、西都児湯のほうでも76%は地元対応といった結果になっております。

次の糖尿病の入院では、これも西都児湯を除く6医療圏で、おおむね80%以上は地元対応となっております。西都児湯地域では地元が約半分、約4割が宮崎東諸県への流出というふうになっております。外来につきましても、西都児湯を除きまして90%以上が地元医療圏の対応、西都児湯地域でも76%は地元対応というふうになっております。

一番下の精神疾患でございます。

西都児湯を除きます6医療圏で、80%以上が地元医療圏での入院対応となっております。西都児湯では地元入院が46.72%、約半分弱でございます。やはり多くは宮崎東諸県あるいは日向入郷といった他隣接地域への流出という状況になっております。あと、外来につきましても、やはり西都児湯を除く医療圏で、おおむね8割から90%以上が地元医療圏の対応となっております。西都児湯では地元が64%程度で、約3割は宮崎東諸県への流出といったような状況になっております。

3ページをごらんください。

5事業についてですが、まず、救急医療の入院でございます。これは入院治療の必要な、いわゆる二次救急の状況になります。各医療圏とも二次救急医療施設はございますが、特に地元対応率が高いのは宮崎東諸県、都城北諸県、延岡西臼杵、これは90%以上、日南串間もほぼ90%、日向入郷はほぼ80%がそれぞれ地元医療圏の対応となっております。西諸と、それから西

都児湯が50%前後ということで、若干低い状況になりますが、それぞれやはり宮崎東諸県への流出が多いという状況が見られます。

その下の外来は、これは初期救急の状況になるかと思えますけれども、西都児湯を除きます6医療圏では、85%から100%といった地元対応という状況になりますが、西都児湯でも66.48%、約3分の2は地元でありますけれども、残り3分の1程度は宮崎東諸県に受診をしているような状況が見られます。

それから、最後に小児医療でございます。

まず、入院のほうでは、西諸と日向入郷、ここがちょっと低く、これを除く5医療圏では、7割から8割は地元医療圏での対応。西諸は約20%、日向入郷は44%が地元対応でございますけれども、多くは隣接医療圏に流出をしているという状況でございます。

外来につきましても、西都児湯を除く6医療圏では、おおむね八、九割は地元対応をいたしておりますが、西都児湯のほうでも7割近くは地元対応という、このような状況で、外来はおおむね地元医療圏での対応といった状況が見られます。

続きまして、4ページをお開きください。

次に、5疾病・5事業及び在宅医療の指標データに基づく分析の概要について御説明をいたします。

以下の資料は、5疾病・5事業、在宅医療、11分野ごとに分析の概要、それから、それに関連する指標データを表で下に掲載する、そのような形で作成をいたしております。

まず、がんについてでございます。

分析の概要としましては、まず年齢調整罹患率——これは米印の1、2が下にございますが、地域間の比較等のために、人口年齢構成の違い

を調整した罹患率というものでございまして、これは単純に比較ができますが、これでいきますと、全国平均を男女とも上回っているという状況。また、がん検診受診率につきましては、肺がん以外は全国平均を下回っておりまして、がんの早期発見のために検診受診率の向上を図ることが課題ということでございます。

また、がん患者の年齢調整の死亡率、これも男女とも全国平均よりもやや低いという状況になっております。

それから、地域連携クリティカルパス、これも下に米印があります。急性期から回復期それぞれの病院を経まして、自宅に帰れるような診療計画——これをクリティカルパスと申しますが、これを治療を行う全ての医療機関で共有して用いるというものでございます。それに基づく診療計画の策定、それから診療提供等について、宮崎東諸県医療圏が中心となっております、これらの実施件数をふやすことが課題になっております。

それから、末期のがん患者に対して在宅医療を提供する医療機関は全ての医療圏にございますが、数的には、やはり宮崎東諸県医療圏に多いという、そのような状況でございます。

5ページ、脳卒中でございます。

分析の概要といたしましては、まず、脳梗塞の危険因子である高血圧疾患患者の医療機関の受診率、これは全国よりは高いと。したがって、多くの患者が高血圧をコントロールしていると思えますけれども、脳血管疾患患者の年齢調整死亡率は、男女とも全国平均より高いという状況でございます。

それから、神経内科と、それから脳神経外科の医師数につきましては、宮崎東諸県及び都城北諸県医療圏に集中をいたしております。脳梗

塞の急性期、特に発症後4.5時間以内で適応があれば有効な治療法とされており、t-P Aによる血栓溶解療法というのがございますが、これが常時できるという、そのような体制が整っているところ——これは施設基準というのを届け出すことができます。それによって加算を得ることができますが、それを届けている病院は少ないという状況でございます。具体的には、下の表の真ん中ほどのところがございますが、脳梗塞に対するt-P Aによる血栓溶解療法の実施可能な病院数ということで、延岡西臼杵1、宮崎東諸県2とございます。この2つの医療圏のみに常時対応できる病院があるという、このような状況でございます。

ただ、脳卒中につきましてt-P Aの治療というのは、その下の表でございいただけますように、全ての医療圏でできます。ここで、数字ではなくてアスタリスクという記号が入っている地域がございます。ここには、数値としては1または2が実は入っています。しかし、NDBというもとのデータベースの利用上、1あるいは2といった少ない数字は隠すという、そういうルールになっておりまして、ここではアスタリスクという形の表示になっておりますが、実際には数字がございます。このような状況でt-P A治療はできておりますけれども、まだそれを常時できる体制がしっかりあるという届け出をしている医療圏は2つだけという、そのような状況であるということでございます。というようなことで、やはりt-P Aによる血栓溶解療法について実施率を上げる体制づくりが必要という分析をいたしているところでございます。

なお、この米印の2番目でちょっと注釈を入れておりますけれども、医師の経験10年以上、

薬剤師、放射線医師とありますが、これは放射線技師の間違いでございます。大変失礼いたしました。申しわけございません。

次に、6ページでございます。心筋梗塞等の心血管疾患でございます。

分析の概要といたしましては、循環器内科、心臓血管外科の医師等は、全体では全国と同程度の資源があるというふうに思われるけれども、心臓血管外科ができる病院と申しますのが、宮崎東諸県医療圏中心となっているということでございます。それから、心筋梗塞等の専門的治療につきましては、循環器内科そして心臓血管外科の協力体制が必要ということでございますが、特に、速やかに専門的治療を開始することが求められる急性期の心血管疾患におきましては、体制の整った医療機関へ到着するまでの時間に地域差があるという分析をいたしております。これはDPCデータをもとに分析した結果として、この下の指標データのほうには含まれておりませんが、厚労省が示したデータでいきますと、西諸と西都児湯地域で、人口60%以上が60分以上かかると。ちょっと時間のかかる人口エリアがあるというふうな分析が出ております。

また、心肺機能停止傷病者という、そのような患者さんの全搬送人員のうち、一般市民によってAEDによる除細動が実施された件数が18.0件で、全国35.4件と比較して非常に少ないということで、除細動器(AED)に対する県民の啓発普及がまだ十分ではないといった分析もいたしております。

7ページ、糖尿病でございます。

分析の概要につきましては、特定健診受診率は、全国平均と比較すると低いと。それから、早期発見による糖尿病の発症及び合併症の予防

のためには、健診受診率の向上を図ることが課題ということでございます。

また、糖尿病内科（代謝内科）の医師は宮崎東諸県医療圏が最も多く、人口10万人当たりの糖尿病専門医数は全国平均に比べると低いと。それから、腎臓専門医は全ての医療圏に所在しておりますが、宮崎東諸県医療圏に最も多いという状況であります。

それから、人口10万人当たりの糖尿病退院患者平均在院日数、それから糖尿病性腎症に対する人工透析実施件数については、医療圏ごとにばらつきがございます。

それから、糖尿病患者の年齢調整死亡率については、男性は全国平均よりやや高く、女性は全国平均と同じという状況になっております。

次に、8ページをお開きください。精神疾患についてでございます。

分析の概要といたしましては、統合失調症を入院診療している精神病床を持つ病院数、これが人口10万人当たり県平均2.30で、全国平均1.26を上回っておりますけれども、医療圏別に見ますと、西都児湯医療圏が1.0と全国平均を下回っています。外来診療をしている医療機関数は、人口10万人当たり県平均6.16で、全国平均5.98を上回っておりますが、やはり医療圏別で見ると、西都児湯医療圏を含む4医療圏が全国平均を下回っております。

また、統合失調症の精神病床での入院患者を見ますと、人口10万人当たり県平均509、全国平均の269と比較して約1.9倍多いと。それから、西都児湯医療圏以外では全国平均よりも上回っているという状況でございます。

それから、うつ病・躁うつ病、認知症につきまして統合失調症と同様の傾向でございます。医療機関数は県平均が全国平均を上回り、

入院患者におきましても県平均が全国平均の2倍から2.5倍ということで、両指標とも医療圏別では地域差があるという状況もでございます。

このため、精神医療圏の設定のあり方について、二次医療圏における各精神疾患ごとの医療資源、あるいは医療体制の現状を踏まえて検討をしていく必要があるといった分析をいたしております。

9ページ、救急医療でございます。

分析の概要といたしましては、本件の救急搬送患者数は3万8,606人と、人口10万人当たりで全国平均よりも少ないものの、過年度の比較でいきますと増加傾向にあると。

それから、救急要請——覚知と申します——ここから救急医療機関までの搬送に要した平均時間は、全国より短くなっております。ただ、過去との比較では、これも伸びている状況が見られるということでございます。

初期救急医療、特に休日夜間の医療体制ですとか、あるいは二次救急医療を担う医療機関が少ない地域もあり、初期救急患者への対応が医師を疲弊させている一因となっておりますことから、救急医療利用の適正化等、さらなる取り組みが重要であるといった分析をしております。

次に、10ページをお開きください。災害医療についてでございます。

分析の概要といたしましては、災害時に災害医療の拠点となります災害拠点病院は、県内に11施設あり、耐震化率は100%となっております。ただ、昨年度末に災害拠点病院の要件となり、現在経過措置期間である業務継続計画、BCPのほうですけれども、この策定率がまだ18.2%ということになっております。

また、災害拠点病院におきまして、備蓄、資器材の整備は進んでおりますけれども、災害時

の食料や飲料水、医薬品の優先供給について関係団体との協定を結んでいる割合というのがちょっと低く、実際の災害時には、県で医薬品卸売業協会等と協定を結んでおりますので、対応は可能でありますけれども、各病院においても引き続き備えを進める必要があるという分析でございます。

また、昨年度の熊本地震の検証結果を踏まえた体制づくりなど、災害医療については常に見直しに取り組んでいく必要があるといったような分析もいたしております。

次に、11ページ、へき地医療でございます。

分析の概要といたしましては、まず、県内の僻地診療所数は全国平均より多い状況でございますが、僻地における常勤医師、非常勤医師数は全国平均と比較して少なく、僻地における歯科医師数は0人というふうになっておると。

僻地医療は、自治体が公立医療機関により確保はいたしておりますが、それに加えて巡回診療、訪問診療なども実施をされております。しかし、僻地におきましても、本人や家族、そういったところの通院手段がある程度確保されている状況もございまして、巡回診療、訪問診療等の実施日数、回数は全国平均よりも少ないという結果になっております。

また、僻地に勤務する医師の確保にもつながります代診医の派遣等につきましても、実際の現場での必要性は状況によって異なりますが、全国に比べて少ないという、そのような結果が出ております。

へき地医療は以上でございます。

次に、12ページでございます。周産期医療でございます。

分析の概要といたしましては、まず1つ目は、産科医、助産師数は宮崎東諸県医療圏に集中を

しているということ。

2つ目のポツですが、産科医及び産婦人科医師数は西都児湯医療圏で少なく、分娩を取り扱う産科医療機関も西都児湯で1施設と少なくなっております。なお、括弧書きにありますのが、平成29年8月現在、西諸医療圏でもゼロ施設となっております。このように分娩取り扱い施設が減少傾向にある中、その対応について、市町村あるいは関係機関と十分に連携を図る必要があるということでございます。

3つ目のポツでございます。国が各県1カ所設けるとしております総合周産期母子医療センターには、宮崎大学医学部附属病院が指定をされ、二次医療圏に1カ所、あるいはそれ以上設けることが望ましいとされている地域周産期母子医療センターは、NICUを有しております県内の6病院が認定をされております。このような体制で、開業医と連携する地域分散型の周産期医療体制の機能を果たしているといったような分析をしております。

13ページの小児医療でございます。

分析の概要といたしましては、本県の人口10万人当たりの小児人口は1万3,570.2人と、全国と比較して多いという状況でございますが、小児医療に携わる病院勤務医数あるいは小児科標榜診療所勤務医数は、医療圏によって差がございます。また、現在の医療計画におきまして、医師不足の状況から、県北と、それから県西地域に整備をするとしておりました地域振興小児科——24時間体制はとれないけれども、一次・二次を担当するという地域振興小児科については、現在までに位置づけができていない状況でございます。

なお、現在、小児医療については、県内4つの医療圏を設定いたしております。宮崎大学

医学部附属病院を小児の中核病院、それから県立宮崎病院と延岡病院、それから都城医療センター、都城市郡医師会病院を地域小児科センターと位置づけ、もう一つ、国立病院機構宮崎病院、それから県立日南病院をそれぞれ地域の地域振興小児科として位置づけをしているところでございます。

また、小児救急電話相談というのを実施しておりますが、この相談件数が人口10万人当たり5,751.1件で、全国よりも高く利用が進んでいるといった分析をいたしております。

最後の14ページの在宅医療・介護でございます。

分析の概要といたしましては、在宅医療については、中心的な役割を果たす在宅療養支援診療所が全国と比べて少ない状況にある一方、訪問看護ステーションの数や利用者数は全国平均を上回っております。したがって、訪問診療の少なさを訪問看護で補っているという面があると分析をいたしております。

また、医療資源が不十分な状況の中、在宅での死亡数も、これは全国と比べて少ない状況にあり、今後、本人あるいは家族の思いに応えられる体制を整備していく必要があるといった分析をいたしております。

最後に常任委員会資料の1ページにお戻りいただけますでしょうか。常任委員会資料1ページの一番下、3、次期計画策定に係る今後のスケジュールを、参考にお話します。

現在、このような指標等をもとにして、計画素案の検討を進めているところでございます。今月中旬以降に医療計画の策定委員会、それから医療審議会におきまして検討審議を行いまして、11月定例会の常任委員会において計画素案の報告を予定をいたしております。その後、関

係団体・市町村への意見聴取、パブリックコメントを行いまして、年明けて医療計画策定委員会、それから医療審議会での検討・審議等を経まして、2月の定例会におきまして審議をいただきたいと考えております。

説明は以上でございます。

○成合国民健康保険課長 同じく厚生常任委員会資料の2ページをお願いいたします。

前回の委員会で、国保事業費納付金の算定方法と、その試算結果につきまして御報告させていただいたところでございますけれども、改めまして平成30年度以降の国保運営につきまして、運営のあり方、県と市町村の役割といった制度設計を説明させていただきまして、その上で保険税額の試算結果を補足して御報告させていただきたいと思っております。

まず、2ページの制度改革後の国保運営についてでございます。

1の運営のあり方ですが、平成30年度以降の国民健康保険制度におきましては、県も保険者の一員となりまして、県全体の財政運営の責任主体として、国保運営に中心的な役割を担うとされております。

一方、市町村におきましては、地域住民との身近な関係の中、これまでどおり資格管理、保険給付、保険税率の決定、賦課・徴収、保健事業等を行うとされております。このうち、県が財政運営の責任主体としての役割を果たすという点につきましては、納付金制度の導入がポイントになろうかと思っております。

また、市町村で引き続き担っていただきます資格管理、保険給付等の事務につきましては、平成30年度を機に事務の効率化、標準化等を進めますために、県内の統一的な方針であります国保運営方針を定めることとしております。

この運営のあり方のうち、2の財政運営についてでございますけれども、まず、左側の点線囲みの中を見ていただきたいと思いますが、県が市町村ごとに国保事業費納付金を決定いたします。この際に、さきの委員会で御報告しましたとおり、制度改革によりまして保険税額が増加する市町村に対しましては、激変緩和措置を実施した上で納付金の額を決定するというようにいたしております。また、納付金は各市町村の医療費水準、所得水準、被保険者数をもとに算定することになります。

その下の四角囲みのところですが、市町村は県に納付金を納付するということとなりますけれども、その財源は主に保険税となりますので、納付金の納付、それから保険税を財源とする事業実施に必要な保険税必要額を算定しまして、標準保険税率とあわせて市町村に提示をいたします。

次に、その下の四角囲みのところですが、市町村におきましては、県から示されました標準保険税率、これを参考にしまして、各市町村がそれらの実情を踏まえて保険税率を決定するということとなります。県から示す保険税率は、納付金の納付と、保健事業等の保険税を財源とする事業を実施するための必要額を保険税のみで賄った場合の税率となりますので、例えば、保険税額を抑制するために市町村独自の財政措置を実施する場合などは、県が提示した保険税率とは異なる保険税率を設定することになります。例えば、市町村が保有する基金ですとか一般会計からの繰り入れにつきましても、するのかもしれないのか、繰り入れをすれば、どの程度の額とするかといったことを検討をしまして、最終的には市町村が判断した上で保険税率を決定し、住民に賦課するという

ことになろうかと思えます。

次に、同じく2の右側の四角囲みのところですが、県は市町村から納付金を納付していただきますけれども、市町村が医療機関等に支払う保険給付に必要な費用は、県が全額を市町村に交付いたします。したがって、仮に年度途中で医療費が急増した場合でも、市町村に新たな負担は発生しませんので、その分は県が責任を持って全額を交付いたします。したがって、市町村財政運営は収支が均衡し、より安定することになろうかと思えます。

以上の仕組みを県と市町村の役割としまして、3の表に一覧でまとめております。

次のページをお願いいたします。市町村別の一覧表でございます。

先ほど、最終的な税率は、県が示します標準保険税率を参考に、各市町村がそれぞれの実情を踏まえて決定するというふうに御説明申し上げましたけれども、この具体的なケースを、さきの試算結果でもって御説明いたしたいと思えます。

まず、この表の左側の欄が、28年度の保険税額ですが、網かけしている部分が、前回の委員会で御報告いたしました保険税必要額でございます。保険税のみで賄った場合の額ということになります。

その右側の保険税収納額が、今回新たに追加させていただいた部分でして、基金や一般会計からの繰り入れ等によりまして、保険税額を抑制した後の実際の収納額ということになります。

さらに、その右側の欄が、①の必要額と②の収納額との差額ということですが、差額がゼロの市町村は、繰り入れ等を行わずに保険税のみで必要額を賄っているということ。差額がある市町村は、何らかの繰り入れ等によりま

して保険税額を抑制している。そして、その金額が1人当たりの抑制額ということになるかと思えます。

次に、右側の欄ですけれども、網かけの保険税必要額の③が試算結果でございます。これは激変緩和措置後の必要額ということになります。

その右側の網かけの欄が、28年度の保険税必要額①との比較になりますけれども、激変緩和措置を行っておりますので、全市町村がマイナスとなっております。

そして、その右側の保険税収納額②との比較では、幾つかプラスの市町村もございます。これは先ほど申しましたとおり、繰り入れ等によりまして、もともとの保険税額を低く抑えているためにプラスとなっているものでございます。

こういう場合の保険税額の考え方を、試算結果の一例で御説明したいと思います。この表の、例えば、一番下の美郷町のところをごらんいただきたいと思えます。美郷町の場合、この表にありますとおり、28年度の保険税必要額①と試算結果の保険税必要額③との比較では、約13万6,000円が11万8,000円ということで、1万8,000円ほど減となっておりますけれども、保険税収納額②との比較ですと、約9万4,000円が11万8,000円ということで、逆に2万4,000円ほどの増となっております。これは、まず28年度の保険税額の欄にありますとおり、必要額①と収納額②との差額が4万2,000円ほどございます。これは、美郷町が独自に1人当たり約4万2,000円ほどの繰り入れを行いまして、保険税額を抑制しているということが前提となります。

試算結果との比較で考えますと、美郷町が、例えばですけれども、これまでどおり4万2,000円ほどの繰り入れを続けるということであれば、1万8,000円ほど保険税額を低くできるというこ

とになりまして、逆にもう繰り入れを一切やめるということであれば、2万4,000円ほど保険税額が高くなるということになります。

また、見方を変えまして、これまでと同額の保険税額を維持しようということであれば、これまでの4万2,000円ほどの繰入額から2万4,000円ほどの繰入額に減額できるということにもなりまして、町の財政負担も1人当たり1万8,000円ほど減らせるということになるかと思えます。

いずれにしても、先ほど御説明しましたとおり、各市町村の保険税率は、県が示します標準保険税率を参考に、各市町村がそれぞれの実情を踏まえて決定することとなります。したがって、各市町村は、住民の保険税負担が急激に増加することのないよう十分に考慮しまして、そのために繰り入れをするのかしないのか、繰り入れをするのであれば、どの程度するか、そういったことを慎重に検討をした上で、税率を決定することになると考えております。

最後に、今なお、この試算結果は制度改革の仕組みを前提としたものでございますけれども、あくまでも29年度の予算をベースとした試算でございます。また、用いております数値も、推計値から確定値に置きかえると、そういった作業を現在行っているところでございます。したがって、算定結果につきましては、今後変更が生じるというふうに考えております。

説明は以上でございます。

○右松委員長 ありがとうございます。

執行部の説明が終了しました。質疑のほうをお願いします。

○丸山委員 医療データのことについてですけれども、今回、各5疾病・5事業に関して、改善する必要があるという、いろんなことが4ペ

一ジ以降ずっと書いてあるんですが、医療計画は、これまでそこまで強制力といいますか、こういうふうにあんまり細かくできなかつたようなイメージがあつて。また地域医療構想とか、市町村がやっている公立病院計画とかいろいろあるものですから、その辺の整合性がしっかり図られないと、絵に描いた餅に。またいいデータがあつて、こういう方向に持っていきたいんだけどもということがあるんですが、医療計画は、地域医療構想も含めて、具体的にどのように今後進んでいくのかなど。絵は何か、何が足りない、何を伸ばさなくちゃいけない、何を改善しなくちゃいけないというのが、ある程度ぼんやりは出てきたのかもしれませんが、具体的に実効あるものにできる医療計画になるんでしょうか。

○田中医療薬務課長 医療計画のほうでは、指標とその分析ということで、5疾病・5事業を御説明しましたが、ここ2回ぐらい、医療計画は、この5疾病・5事業というテーマでつくるというのが重点的に行われています。いわゆる死亡率が高いとか、患者さんが多いという、そういう疾病にちょっと特化したような計画づくりというのが進められております。

医療提供体制についての計画でありますので、それぞれに、例えば、二次医療圏とは別の医療圏を設定したりとか、あるいは、そこに足りないいろんな機能をできるだけ整備する。そこに委員のおっしゃった強制力とか——強制力はなかなか難しいんですけども、ただ整備する方向を示して、後はいろんな事業、支援といったような形で進めていくというふうにこれまでも進めている。それを今後も進めていくということになるかと思ひます。

地域医療構想との関連で言いますと、地域医

療構想もやはり中心は病床機能というもので、高度急性期から慢性期、後は在宅医療への移行といったところが中心のテーマになりますが、実際のいろんな調整会議等での検討の中では、やっぱり疾患ごとに強い弱い地域ごとにありますので、そういうのを見ながら病床機能を含めて検討をしております。ですので、医療計画の5疾病・5事業、特に5疾病に関してと地域医療構想の病床機能というところは、実は非常にリンクしてまいります。ただ、医療計画は今年度策定で、各地域の医療提供体制の検討は来年度いっぱいぐらいまでかけてやるということになりますので、そこに少しタイムラグというか、ズレがありますが、医療計画のほうでは、各地域ごとに方向性を書く、それを各調整会議、地域医療構想の推進というところで少し具体的な肉づけをして、医療計画を含めてより実現を目指していくのかなど。何かそのようなイメージを持っております。

○丸山委員 なかなか具体的な推進計画に——計画はできていないにしても、施策がうまく反映していかないと、多分この医療計画は絵に描いた餅に。いろいろデータがあつたにしても改善がうまくできないし、それをほかでも実行していただく医療体制ですね、マンパワーを含めて。ここにも出てるとおり、宮崎東諸県郡に医者が固まっています。偏在していますよね。この偏在を、議会としてもなくすべきじゃないかと話をするけれども、逆にどんどん宮崎市内に医師また医療機関がふえていくというのが、今ずっと続いている状況があるもんですから。それを含めて、どうやって今後施策としてやっていくのかな、出していくのかなど。なかなか簡単にはいかない状況ではないのかなと思ひているもんですから。今後この医療計画は、11月

になると素案が出てくるということなんですけれども、宮崎県はやっぱり高齢化が進んでいる。それと、がんでも何が高いとか、糖尿病とかは低いけれども、特定健診は低いとかいろんな問題がありますので、それをどう改善していくのかも含めて、出てきてほしいと思っているんですが、そのような医療計画になるというふうに思ってよろしいのでしょうか。

○田中医療薬務課長 医療計画のほうでは、現状の分析と課題の抽出、当然それに引き続いて——今度の医療計画は6年になりますので、その6年間でどのような方向で整備を進めていくのか。そして、もう一つ、やはり目標としての指標を挙げて、それを進行管理していく。そういう中で6年間の取り組みを進めて、そして、目標の実現を図ると。そのような形で進めていくという形態にいたしております。

○丸山委員 11月に、それをまた見させていただこうと思います。

あと、もう一つお伺いしたかったのが、どこの医療圏の患者がどこに入院しているとかいうのがあるんですが。これに関しては、地域医療構想でもそういった全体的なこと——これは病床のことだけでやっていたんですが、今回、細かく疾病ごとに新しいのが出ているものですから、その辺の整合性が、今の地域医療構想と大体あっているというふうに認識しているのか。それとも、このデータを見ると、医療計画、地域医療構想と少しイメージが違ったというふうに理解、データが出てきたのか、その辺を教えてくださいとありがたいかなと思いますけれども。

○田中医療薬務課長 今回のこの患者の流出入のもとデータといいますのが、1ページの一番上の米印にありますNDBデータというものを

使っております。これは、さまざまな医療保険のレセプトデータをまとめたデータベースになりますが、地域医療構想におきましても医療事業の推計というものをやっております。そのもとは、このNDBデータでやっております。ですので、もとのデータが同じでございますので、結果の傾向も同じというふうに思います。

また、地域医療構想について、各地域の会議で議論していますが、その際の資料としても、この5疾病・5事業という形じゃないんですが、やっぱりがんですとか脳血管疾患といったような、これとは別に18の分類をいたしまして、疾患で分けた患者の現状、それからNDBをもとにした将来推計というのを出しまして、それをもとにやっております。ですから、これは現状の数値ですけれども、現状のところでは、地域医療構想でも検討の材料として使っているものと、もとは同じですので、傾向も同じというふうにお考えいただいていると思います。

○丸山委員 ちなみに今回の医療計画に関して6年間の目標ということなんですけれども、地域医療構想はちょっと長めになっているものですから、その辺の。それに病床の機能の、地域医療構想の場合は、ベッド数の減少等も、機能分化なりしっかりやっていきたいと思いますということが、長いスパンで書かれていって、結構厳し目だと私は思っているものですから。あれはあくまで目標だと、指標だということで県のほうは言っているんですが、あれを達成するには、基本的には人口減少という大きなファクターがあるものから、患者数も減ってきますよねと。6年間というのは、人口がどれだけ減少するというのはなかなか……。どういような想定をしながら医療計画は出していくということなんでしょうか。

○田中医療薬務課長 医療計画のほうで、地域医療構想でやっておりますような将来の患者数推計といったようなものは、今までのところでは、指標として具体的にはちょっと出てきておりません。ただ、医療計画が6年となり、それと合わせて介護の計画も3年スパンで、いわゆる改定のスパンがそろった。地域医療構想のほうは、2年かけて、ことし、来年で各地域で議論をして、まとめようとしています。ただ、これはまとめて終わりではなくて、やっぱり毎年毎年その進行管理、フォローをしていくという形にしております。したがって、医療計画なり介護の計画なり、それと合わせる形で、やはり地域医療構想の各地域の進捗というのを見ていく。そして、医療計画等の改定のタイミングで、こういった地域医療構想で進行管理していく各地域の姿がそれに合わなくなれば、当然それも踏まえた次の改定を考えるとといったような形で、相互関係性を当然持ちながら進めていくというふうに考えております。

○丸山委員 最後にします。別冊の14ページで、一番難しく、なかなか簡単にできないと思っているのは、在宅と介護のことだと思っているんですが。地域医療構想でも、かなりの慢性期の方を在宅のほうにする必要があるとかいう推計も出ているものですから、この在宅と介護に関して、どのように移行していくのか。そのときに、今、在宅の診療のほうが少ない訪問看護のほうが多いと言っている、もっと本来はこの辺がマンパワーを含めて数がふえていかないと。国全体の社会保障費の伸びを見たときに、県でもここを非常に重要視していかないといけないというふうに思っております。しかしながら、宮崎県の地域特性上、特に中山間地に行くと、道路がかなり入り組んでいたりとかしてい

ますので、この辺の問題が非常に大きな課題になってくるのではないのかなと思っていますけれども、そのようなことをどう認識して、今後考えていこうとしているのかを、もう少し具体的に教えていただくとありがたいかなと思っております。

○田中医療薬務課長 地域医療構想の関連でお話しますと、今、来年度までの予定で各地域で議論をしております。そこの大きなテーマの一つが、いわゆる病院等での慢性期から、在宅医療にどれくらい移行できるんだろうかと。医療側の問題としては、やはり病院なりというところが、特に療養病床の見直しで、ボリューム的に減っていくという見込みがある。もう一方で、じゃあ在宅医療側が受け皿として十分なのか、あるいは、2025年までに整備が可能なのかといったようなことが、各地域での議論の大きなテーマの一つになります。そこのボリュームが、では幾らなのか、幾ら在宅に移るのかといったところが、現時点においては、ちょっと明確にはありません。地域医療構想では一応の試算としてつくりましたけれども、これは療養病床のかなりの多くの部分を移すという、そういう条件で策定していますので、具体的な議論を各地域でやってみないと、その正確な数値のほうはちょっと出ないであろうということで、その議論を待つ、実際に在宅に移るボリュームというのを決めていこうと、そのように考えております。

そのようなものを当然私ども、あるいは各地域の医療関係者だけではなくて、調整会議なり現場では、市町村の介護担当の所属あるいは職員といったところも含めて議論をしながら、介護サイドの整備というものを含めて調整をして議論していく、その中でまとめていくといったようなやり方で進めていきたいと考えておりま

す。

○右松委員長 医療計画関連でありましたら、お願いします。

○西村委員 今の5疾病のデータのこと、この県内でお互いに、二次医療圏が違ういろんなところに行っているのはわかるんですけど、県外により高度な治療を求めて出られる割合というのは、県は把握されているのでしょうか。

○田中医療薬務課長 今回お出しした流出入の結果で、このNDBデータというものでは、残念ながらそういったところまでは出ていないというふうに伺っております。県外に出ているというところも、地域医療構想のほうでのデータでは一部出たりはしているんですが、今委員のおっしゃられたより高度なものを求めて、例えば、関東の大きな病院とか関西のとかいったような視点での分析というのは、なかなか難しいというのが現状かと思えます。

○西村委員 実際私たちもいろんなお葬式とか出るときに、入院されていたんですか、知りませんでしたとかいうやり取りがあるんですけども、ちょっと福岡の病院でしたのでとか、東京の病院でしたのでというのは、非常に多く話を聞くんですよ。だから、割りと他県の病院に高度な医療を求めて行かれる——高度かどうかもちょっと定かではないんですが、やはり重たいがんの病気になった場合に、何々ドクターがいいから何とかの病院に行くとかという話であったり、より新しい治療法を求めていくということで他県に。まあ当然お金に余裕がある方もしれませけれども、やはりそういう、なぜ他県に向けて行かなければいけないのかということも、ある程度調べていったほうが、宮崎に欠けているものがもしかしたら見つかるかもしれないし、理由も探せるんじゃないかなと思

ます。

このデータがとれているのに、県外のデータがとれていないというのは、ちょっとよくわからないんですが。例えば、保険を使わないような医療行為であったら、わからないのかなと思うんですけど、保険を使わない場合は余計にわからないということなんですかね。

○田中医療薬務課長 済みません、先ほどのちょっと補足も含めて。今回、NDBデータを使いました患者の流出入というのをお出ししていますが、お話のように、県外のほうに行かれて保険診療を受けたというものも請求はまいりますので、そういったものについては、把握はできておると思えます。ただ、今回は、県内の7つの医療圏間の流出入ということで、ここには含めておりません。実際に地域医療構想は、都道府県全てがつくっていますので、都道府県間の流出入というのも、お隣の県の熊本、鹿児島といったところと調整しながら数値を固めておりまして、そういった県外に出ている、県外から入ってきているといった数値も把握はしております。ただ、申しわけございませんが、例えば、がんの治療で高度な、あるいは県内ではちょっと受けられない治療を求めて行かれたとか、そういった細かいところまでは、把握は現状ではちょっとできていないというのが正直なところでございます。

○西村委員 わかりました。

先ほど、一つは、日向入郷とか西都児湯とか、どうしても自分たちの医療圏よりもよそに行くという話がありまして、その中で宮崎東諸県管内に行かれるケースもあれば、先ほど私が言ったように、県外に行くのが日向入郷とか西都児湯のほうが顕著かなと思って、ちょっと聞いてみたところでした。

また次の質問なんですけれども、精神疾患の部門を先ほど8ページで説明をいただきました。私は恥ずかしながら、県内の統合失調症であったり、うつ病の患者が全国平均よりもこんなにも高い数値というのはよく存じ上げていなかったんですけれども。こうした中で、先ほど丸山委員の質問にもありましたけれども、どういう計画をして、例えば、なぜ本県では全国平均をこんなに上回るような状態があって、それは例えば、地域性の問題であったりとか、または職業とか仕事の問題であったりとか、そういうものを突き詰めていく、原因を探るといようなことは、この福祉のどこかの部署でやっているかどうか、伺いたいと思います。

○日高障がい福祉課長 精神疾患に関しましては、現在、障がい福祉課のほうで担当をしております。実際この8ページに書いてございますように、全国平均に比べると多いという状況があります。委員がおっしゃられますように、その原因でありますとか、そこら辺の細かなところにつきましては、なかなか把握できていないというのが現状でございます。

大きな話といたしましては、これらの患者様、障がいを持っていらっしゃる方々を地域の中でいかに生活をしていけるようにするかというようなところでの受け皿づくりでありますとか、そういうような方向性での検討というところでございます。また細かな部分につきまして、もし何か必要なことがあれば、また調査等をしていかなければいけないのかもしれないけれども、現状ではそういう状況でございます。

○西村委員 ありがとうございます。全国平均とくらべて倍ということは、何らかの要因があるのかなと思うし、後は類似他県ですね。こういう比較をしていいかわかりませんが、

自殺率等が高いところは、やっぱりこういううつ病の傾向が高いとかですね。もしかしたらそういう因果関係もあるのではないかなと思うんですが、九州の類似他県、例えば、大分、鹿児島であったり、沖縄県とかは、やはりこのぐらい高いものなんでしょうか。

○日高障がい福祉課長 現状では、細かな因果関係というところまでは至っていないというところなんです。委員が言われた部分につきましても、ちょっと確認はさせていただきたいというふうに思っております。

○西村委員 よろしくお願ひします。

○日高福祉保健部次長(保健・医療担当) この精神疾患の入院患者数が多いという点につきましては、なかなかその原因というのを明確にすることは難しいとは考えておりますけれども、ただ、全国的に大体人口の1%は統合失調症の方がいらっしゃるというような平均値はあります。これは入院をされている方の数になりますので、統合失調症が全人口の大体1%はいますよねといった場合に、じゃあ、その方全員が全員入院しているわけじゃありません。となると、入院患者数が多い理由が何かとなると、なかなかこれで端的に言っているのかどうか難しいんですけれども、やっぱり病院のベッド数が多いと、入院の患者数も多くなるというところがよく言われているところでもあります。それで、本県はベッド数が全国よりも多いというところがありますので、そういったことも一つの要因にはなっているのかと考えております。ただ、これのみで説明がつけられるかどうかというのは、なかなか難しいところですので、誤解のないように御理解をいただければと思っております。

○右松委員長 医療計画関連はありますでしょ

うか。

○日高委員 僻地医療の関係なんですけれども、本当にこれから少子高齢化、そしてまた高齢者の交通事故がたくさんあって、免許の返納が推進される中で、この僻地の医師確保というのは大変だと思うんですけれども、全国に比べて少ない状況にあるということですが、この対策についてお聞きしたいなと思います。

○田中医療薬務課長 僻地医療での医師確保というところになりますと、まず一つは、自治医科大学の医師の活用というのが、第一点です。私どもも全都道府県と同じようにお金を出しまして、毎年基本は2名ですけれども、本県の場合は医師がとにかく少ないということで、3名という入学者を認めていただく年もございます。こういった方々を、卒業後、医師免許を取って、帰ってきていただいて、僻地の診療所、病院といったところに配置をしていく。それによって医師を確保するというのが、まず第一点でございます。

それから、あと、もちろん宮崎大学等々、九州にある大学で昔から派遣をいただいているところには、継続した派遣のお願いといったのも、各地域の首長さんや病院長さんがもうやっておりますし、そういった形で引き続き確保するというのもございます。

それから、これも時々というか、数は少ないんですが、県内外の医師で、やはりこういう僻地での医療に関心を持たれている医師が、本県のそういう医師募集のサイトがございますので、そういったものを活用して、そして僻地の病院等に入職いただく。具体的には、椎葉村立病院の院長先生もそうですし、あるいは、この1月には諸塚の診療所にも1人——県内の医師ですけれども、入職をされるといったような形で、

ある意味、僻地での医療に尽力したいという意欲を持った医師に入っていただく。これは希望しても、なかなか思うようにはいかないんですけれども、そういった方々も実績としてございますので、そういった形で、僻地の医師の確保といったものに取り組んでいるところでございます。

○右松委員長 それでは、いいでしょうか。

次に、国保運営関係で御質問があればお願いします。

○丸山委員 この国保の改正についてなんですけれども、一応県から、正式に市町村のほうには、これぐらい試算のができますよという提示をされているということでもいいのかを、改めてお聞きしたいと思います。

○成合国民健康保険課長 おっしゃるとおり、試算結果につきましては、適宜市町村には提示いたしております。

○丸山委員 あとは、平成28年度の保険税収納額と同じにするのか、多少高くなってもいいよねというふうに判断するのかが、市町村によるということなんですけれども、基本的には、この激変緩和は3年間でしたよね。それを確認させてください。

○成合国民健康保険課長 激変緩和につきましては、最長6年間というふうになっております。

○丸山委員 これまでも市町村は、各自治体の判断で一般会計からの繰り入れをやって、個人個人の保険税を下げたということだと思うんですが、今後は、基本的に国としては、こういう一般会計の繰り入れというのは、どのような方向性をお持ちになるのかという情報があれば、教えていただけるとありがたいと思っておりますけれども。

○成合国民健康保険課長 国が示している制度

改革のガイドラインというのがあるんですけども、こういった繰り入れについては、特段の制限というのはございませんし、ペナルティーもないんですけども。ただ、国の言い方とすれば、繰り入れにも内容としては3つあるのかと思ひまして——一つは市町村が保有する基金、それから繰越金、もう一つが、今委員がおっしゃられた法定外の一般会計繰り入れの3つがございます。このうち、法定外の一般会計繰り入れにつきましても、やはり基本的には、解消、削減を目指すべきものというふうにされております。したがって、市町村におきましても、県が示します標準保険税率、これを基本的には税だけで賄えるように、法定外の一般財源に頼らない健全な財政運営が求められると思っております。

ただ、その一方で、これも先ほど申しましたけれども、やっぱり法定外の一般会計をやめることで、住民の保険税負担がふえるということ招かないような配慮というのが、一つに必要なのかなというふうに思っております。

○丸山委員 あと、事例として、3ページの表で美郷町を先ほど説明していただいたんですが、これまで美郷町においては、収納額を下げるといって、1人当たり4万2,000円程度、法定外から入れていることになっていて、今回2万3,954円入れば同じ金額になるということなんですけど、人口とか国保税に加入している人数がわからないものですから、どれぐらい予算が削減、繰入金が下がるというイメージを持てばいいですか。これは1人当たりなものですから、全体的なことをちょっと教えていただければなと。もしわかれば。

○成合国民健康保険課長 国保の被保険者が県全体で約29万人ですので、1人当たりの金額に29

万を掛ければいいんですけども。

○丸山委員 例えば、美郷町がおそらく年間に1億か2億、一般会計から繰り入れてありますよね。今回2万3,000円になれば、かなり低くなりますので、その数、ファクターがわからないものですから、それがどれぐらいなのかなということ。

○成合国民健康保険課長 美郷町ですと、繰り入れの総額が約8,000万円ほどになります。これが、例の4万2,000円ほど繰り入れた補正額ということでございますけれども、仮に2万3,000円の繰り入れをするということであれば、約半分の4,300万ということになるかと思ひます。

○丸山委員 ということは、4,300万で負担が変わらないということになると、市町村にとっては負担が少なくなるから、まあいいというふうになるのかなと思っております。これまでの議論は、どこまで市町村が公言しているかわからないんですが、国保に加入している方はいいかもしれないけれども、国保以外の方々に関する不公平税制、まあ税金の使い道がおかしいんじゃないかという議論も今後出てくる、今後そういうのが明らかになるんじゃないかなと思っておりますが、その辺の指導のあり方を含め、どうやっているのかをお伺いしたいと思っております。

○成合国民健康保険課長 委員御指摘のとおり、国保というものが多額の公費、それから、被用者保険からの各種の支援金等で支えられているということ。加えて、今回の制度改革の目的というか趣旨が、厳しい市町村の財政運営、特に保険税を抑制するために一般会計繰り入れ等も行っていると、そういったところを改善するために、こういう制度改革を行うと。さらに拡充を行うという趣旨を考えれば、やはり市町村に

おきましては、この制度改革を機に、一般財源ですと全ての住民の税金ですので、そういった一般財源に頼らない健全な財政運営が行われるというふうには思っています。

ただ、何度も言いますとおり、制度改革を機に繰り入れをやめることによって、急激に住民の保険税負担が上がるということは、やはり慎重に考えるべきであろうというふうに思っております。

○丸山委員 おそらく国保に加入されている方って低所得者または高齢者が多いということで、少し上がるだけで、もう非常に生活が苦しくなるということがよく言われるものですから、どこ辺まで支援すべきか市町村は悩むんだろうなと思っております。おそらくこれがどこかの市町村に倣ってば一っと流れるのか、もしくは、しっかりこうやるべきだよねというふうにかじを切るのか、非常にこれは首長さんの悩みどころだと思っておりますので、適切なアドバイス等を今後しっかりやっていただくようお願いしたいと思っております。

○右松委員長 関連があればお願いします。よろしいでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○右松委員長 それでは、その他、何かありますでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○右松委員長 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。ありがとうございました。

暫時休憩いたします。

午前11時23分休憩

午前11時25分再開

○右松委員長 委員会を再開いたします。

その他、何かありますでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○右松委員長 それでは、以上をもちまして、本日の委員会を終わります。

午前11時25分閉会