

平成29年11月宮崎県定例県議会

厚生常任委員会会議録

平成29年12月7日～8日

場 所 第1委員会室



平成29年12月7日(木曜日)

午前10時0分開会

会議に付託された議案等

- 議案第1号 平成29年度宮崎県一般会計補正予算(第5号)
- 議案第3号 宮崎県における事務処理の特例に関する条例の一部を改正する条例
- 議案第4号 宮崎県国民健康保険保険給付費等交付金及び国民健康保険事業費納付金に関する条例
- 議案第13号 公の施設の指定管理者の指定について
- 議案第14号 公の施設の指定管理者の指定について
- 議案第15号 公の施設の指定管理者の指定について
- 請願第22号 子どもの医療費助成制度の拡充を求める請願
- 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
  - ・ 県立病院事業の平成29年度上半期の業務状況等
  - ・ 県立宮崎病院再整備の進捗状況について
  - ・ 第7次宮崎県医療計画の素案について
  - ・ 第3期宮崎県医療費適正化計画の素案について
  - ・ 宮崎県高齢者保健福祉計画(第8次宮崎県高齢者保健福祉計画・第7期宮崎県介護保険事業支援計画)の素案について
  - ・ 第5期宮崎県障がい福祉計画等の素案について
  - ・ 第2次健康みやざき行動計画21見直し計画の素案について
  - ・ 第3期宮崎県がん対策推進計画の素案について
  - ・ 第2期宮崎県歯科保健推進計画の素案について
  - ・ みやざき子ども・子育て応援プランの見直しについて

- ・ 平成30年度国保事業費納付金等の算定結果(仮係数)について
- ・ 国民文化祭及び全国障害者芸術・文化祭開催準備の進捗状況について

出席委員(7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
委 員	有 岡 浩 一

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	川 原 光 男
県立日南病院長	峯 一 彦
県立日南病院事務局長	奥 泰 裕
県立延岡病院長	柳 邊 安 秀
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	後 藤 和 生

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。

まず、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1分再開

○右松委員長 委員会を再開いたします。

それでは、その他報告事項に関する説明を求めます。なお、委員の質疑は、執行部の説明が

全て終了した後にお願いいたします。

○土持病院局長 おはようございます。病院局でございます。よろしくお願いたします。

病院局のほうから、11月定例県議会にお願いしております議案はございませんが、その他報告を2点させていただきます。

お手元の常任委員会資料、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います。

1件目は、県立病院事業の平成29年度の上半期の業務状況等であります。今年度、上半期の各病院における業務及び経理の状況について御報告をいたします。

2件目は、県立宮崎病院再整備の進捗状況についてであります。県立宮崎病院の再整備に關しましては、現在実施中の実施設計段階におけるコスト管理等を支援するコンストラクションマネジメント業務の状況と、再整備事業の今後のスケジュールについて御報告させていただきます。

詳細につきましては、次長より説明をさせますので、よろしくお願いたします。

私からは以上でございます。

○阪本病院局次長 それでは、資料に基づきまして、御説明申し上げます。

まず、1ページ目、県立病院事業の平成29年度上半期の業務状況等でございます。これは、ことしの4月1日から9月30日までの業務状況でございます。

まず、1、患者の状況でございます。

29年度上半期、黒い線囲みの部分でございます。延べの入院患者数といたしまして、16万8,488名。一方、延べの外来患者数が18万1,945ということで、特に、入院患者数につきましては、昨年度、28年度の上半期に比べますと1,597名、0.9

%の減となっております。

内訳といたしましては、宮崎病院の減が大きうございます。一つは、これは、昨年度の上半期の数字がよかった、それまでに比べて高かったということで、総体的にこの減の幅が大きく出ております。一方、延岡、日南につきましては、ごらんいただきますとおり、数字は伸びておるところでございます。

それから、外来につきましても、宮崎病院が若干の減少をしております。これは、一番大きい点は、精神科におきまして、児童・思春期、これが、宮崎東病院、こちらのほうに移管をいたしましたので、ちょうどこの2,329——これ偶然でございますが、精神科の減が2,329名ということで、その分が外来の減となったところがございます。

戻りますが、この延べ患者数の宮崎病院の減につきましては、一つ考えられますのが——今現在、コンサルタント会社を入れまして、経営の改善に取り組んでおります。この中で、平均在院日数の短縮化、高度急性期に特化するという取り組みを行っておるところでございます、これにつきましては、かなり成果が上がっており、現在、宮崎病院におきまして、平均在院日数12.4日ということで、かなり短縮しております。これが、7年前、平成22年ですと、15.2でございますので、実に3日近く短縮をしているところがございます。

理想としましては、短縮した分ベッドがあきますので、ここに新規患者を次々と入れることができますれば、延べ患者数もふえ、より収益もふえていくことになろうかと思っております。これにつきましては、今院長以下、地域の病院との連携を、一所懸命取り組んでいるところございまして、もうしばらくすると、この成果が出

てくるのではないかなと考えているところでございます。

次、2の経理の状況でございます。収益的収支でございますが、上半期、病院事業の収益が155億1,200万円余りということ。一方、病院事業の費用、これが153億3,800万円余り。収支差といたしまして、純利益1億7,300万余りの黒字ということで、上の患者数は若干の減ではございますが、先ほど申し上げました平均在院日数の短縮化、それから、患者の単価を上げるという努力を3病院ともしているところございまして、その結果、収益といたしましては、昨年度から比べますと、かなり伸びておるところでございます。

したがいまして、純利益といたしましても、昨年より5,000万近い増となっているところがございます。

おめくりいただきまして、2ページ、3ページ、それから、4ページに各3病院の内訳を載せておりますので、これにつきましては、後ほどごらんいただけたらと思います。

5ページをごらんください。

3の決算の推移でございます。先ほど、宮崎病院につきまして、若干入院患者数が落ち込んでいるということもございましたが、ここに、今年度を含めて8年間の決算の推移、上半期と最終というのを載せております。特に、宮崎病院につきましては、上半期に、これまでも赤字であった年がやっぱり半分ほどございます。ただ、結果といたしまして、最終的には下半期に盛り返し、黒字というのがほとんどでございます。平成26年度のみ、1億7,800万の赤字を計上している。これは、新富にあります富養園の解体等で4億近い特別損失が出ておりますので、それがなければ、例年どおりの黒字であった見

込みでございました。

ことしも、後ほど申し上げますが、宮崎病院に頑張ってもらいまして、やはり最終的には黒字というのを目指しているところでございます。

(4) 資本的収支でございます。

これは建物ですとか器械の整備に係る分でございますが、左側、収入といたしまして、一般会計からの負担等で8億7,300万余りと。この中でその他資本的収入というのがございますが、これは、何かと申しますと、後期研修医の研修資金の貸与事業、1人月15万円の貸与で、延岡、日南に勤務しましたらこの返還を免除するというものでございますが、1名、残念ながら返還がございました。その関係で180万円の収入となっております。

一方、支出につきましては、建設改良費、それから、企業債償還金等がございます。ここでも同じく投資というのが360万でございます。これは、まさに研修医の貸与事業の4名分、15万円の6月分の4名分の360万の貸付でございます。

おめくりいただきまして、6ページに貸借対照表を載せております。左側が資産の部でございます。土地建物等の固定資産、それから、現金等の流動資産等、これを合計いたしまして、左の下でございますが、資産合計459億7,600万円余となっております。

右の負債・資本の部でございますが、上から2番目、これは1年を超える償還期間であります企業債。それから、5つほど下がります、流動負債の中の企業債——これは償還年数1年未満のものでございますけれども、こういった企業債等を合計しまして、負債の合計が、表の中ほどでございますが、390億4,800万円余りと。それから、資本金を合わせました負債・資本の合計といたしまして、一番右下でございます、459

億7,600万円余りということになっております。

7ページでございます。

借入金の状況でございます。3病院合わせまして、左下、借り入れ総額といたしまして、これまで469億9,620万円の借り入れを行っております。それに対しまして、真ん中、償還額は、今年度分を含めまして、累計239億7,800万円余りは償還済みでございますので、現在の残高といたしましては、230億1,700万円余の残高となっております。

8ページをごらんください。

先ほど若干触れましたが、今年度の決算の見通し——これは、目標でございますけれども、一応ここに載せさせていただいております。先ほど申し上げましたとおり、現在、上半期では赤字でございますが、宮崎病院を含め、延岡病院、それから、日南につきましてはまだ若干の赤字でございますけれども、3病院合計で2億4,000万余りの黒字を目指しているところでございます。

なお、宮崎病院につきましては、下から2番目に、特別損失というのが9,400万でございます。これは、富養園——先ほど申し上げましたが、最後まで残ってございました管理棟、あと浄化槽、こういったものを完全に撤去いたします。そうしまして、来年度、新富町への貸付を予定しておるわけでございますが、これを含めての純利益188万9,000円でございますので、これがなければ、大体9,600万ほどの黒字となっているところでございます。

それから、もう一つ、日南病院につきましても9,700万円の赤字となっておりますが、昨年度の決算が1億9,400万、約2億の赤字に対しまして、今年度の見込みが1億弱ということで、かなりここも収支がよくなる見込みとなっております。

ます。

続きまして、9ページ、宮崎病院再整備の進捗状況でございます。

まず、CM業務についてでございますが、(1)から(5)につきましては、これまでも御説明をしているところでございます。

6番、事業費縮減に関する提案でございますが、(ア)の建物整備の仕様の見直しですとか、

(イ)の発注区分の工夫ということ。この発注区分の工夫と申しますのは、こういった手術室の工事ですとか、医療ガスの工事、これを現在は、建物本体に取り込んだ形での一括発注を予定しておりますが、これを、専門の業者に、分割、分離をいたしまして、専門の業者に発注する方法というのを今検討しているところでございます。

(ウ)のマーケットサウンディングの実施でございます。いわゆるマーケットサウンディングは、市場から聞き取りを行うということでございますが、目的といたしまして、施工者からの技術ですとか知見、こういったことを取り入れ、これを設計の減につなげると。それから、また、この施工者から意見聴取を行うことによりまして、入札への参加意欲を醸成すると。そういったことにより競争性の向上を図るといったことを目的としております。先週の12月1日にこれにつきましては公告を行っております。来年、年明けまして、1月17日、18日の2日間でヒアリング、サウンディングを予定しているところでございます。

こういった実施設計の減、それから、最終的な入札の減を含めまして、6月議会でお約束申し上げました50億円の縮減に向けて取り組んでいるところでございます。

次に、2の再整備のスケジュールでございま

す。来年度に発注を予定している工事でございますが、まずは、来年度は準備工事といたしまして、立体駐車場の工場等を行う予定でございます。後ほど平面図を見ながら詳しく御説明申し上げますが、一応来年、4月中旬に公告を行いまして、5月以降に順次着工を予定しております。

おめくりいただきまして、10ページにスケジュールを載せております。真ん中より左、平成30年度、網掛けの部分をごらんください。先ほど申し上げました仮設工事、立体駐車場等、早速取りかかる予定でございまして、その下、本體工事につきましては、現在実施設計を行っております。来年の9月から10月ぐらいまで、大体1年後ぐらいには、この実施設計完成いたしますので、来年の10月下旬から11月にかけて、本體工事の公告を予定しております。一定期間を置きまして、何とか来年度中、平成31年3月31日までに契約を行い、新病院の建設——大体2カ年半ほど予定しておりますが、行いまして、平成33年度の中ほどには完成をいたしまして、引越し等の開院準備を行い、33年末、もしくは34年の初頭に、新病院の開院を予定しているところでございます。

その後、現病院の解体ですとか、附属棟の改修、それから、外構、植栽工事を行いまして、予定としましては、平成35年度の頭にグランドオープンを目指しているところでございます。

最後に11ページに来年度の工事の予定を図面に落としております。一つは、右下の網掛けの部分、ここにまずは立体駐車場をつくることとしております。ただし、この立体駐車場整備によりまして、ここにあります現在の平面駐車場のスペースがなくなりますので、その分を補うために、右上に緑地、仮設駐車場というのが

2つございます。現在ここは緑地になっておりますが、ここを仮設の駐車場といたしまして、まずこれを最初に整備いたします。ここに整備後、立体駐車場の整備を行うという予定でございます。

それから、道路改築工事といいますが、この立体駐車場の右横に、縦に市道というのがずっと走っております。ホテルマリックスラグーンとの間の市道でございますが、ここがちょっと狭い関係で、この病院側の敷地に2メートル幅員の歩道を設置をするという予定としております。あとその関係で、道路の右折レーンの表示等も整備を予定しているところでございます。

私からの説明は以上でございます。

**○右松委員長** 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** ことしから、D P Cを取り組んで、これが予算書見ると5,000万ぐらいかかっている、そのおかげで入院の在院日数も大分短縮できたということだったんですが。そのD P Cでどんなことがあったから、入院患者数は減ったけれども収入は確保できましたとか、もう少し説明をしていただいて。逆に、この提案がなければ赤字だったのかというふうに簡単に思ってもいいのか、それをちょっと教えていただくとありがたいかなと思いますけれども。

**○阪本病院局次長** ことしD P Cの改善といえますか、病院事業改善ということで、経営コンサルタントに委託しておるところでございます。4月以降、本当に毎月各病院を回っておりまして、大体診療科ごとのミーティングというのも行っておるところでございます。

一つ、一番大きい点は、やはり平均在院日数をまず短縮しようということに取り組んでいるところでございます。D P C上の診療報酬とい

いますのが、入院期間が大体大きく3区分ございます。手術直後の大体3日から4日程度が1区分、それから、その後の2区分が1週間弱、その後、第3区分と。ここで劇的に単価が下がっていきますので、なるだけ単価の高い入院期間の1、2に特化しようという取り組みを現在行っておるところでございます。その結果、特に宮崎病院につきましては、先ほど申し上げましたとおり、入院期間の短縮が、かなり大幅に進んでいるところでございます。

あとその他といたしまして、例えば、看護業務の見直しというのも行っております。看護業務では、記録というのを残さないといけません。どうしても、看護をやって、患者様お一人お一人分についてどういうことを行って、どういう反応があったといったことを、カルテ上に残さないといけないんですけれども。この記録の仕方一つ——非常に細かい話なんですけれども、今まで1人のナースが1人の患者のところに行って看護等を行って、それをいちいち手で一旦軽く記録をしておいて、一回りしたところでナースセンターに戻って、それを電子カルテに落とし込むという作業をしておりましたが、これを基本的に2人で回る。そして、1人が介護をしながら、1人が記録をするということを行うことによりまして、かなりこれが業務の改善につながっているところもございます。

もう一つ、あと報酬費用の減といたしまして、特に、いろんな投薬ですとか、検査を行います。どうしてもドクターは丁寧に行いたいということがございますので、一つの疾病について、例えば、手術後検査を3回行っているということがございます。ところが、同じ規模の国内の公的病院のその疾病に関する検査の平均回数を見てもみると2回だというのが、この業者の持って



いる全国のデータからわかったのがございます。

そうすると、丁寧に3回しなくても2回で済むんだよということがわかります。そうすると、ドクターとしても、ああそうなのかと。じゃあ1回減らしても大丈夫なんだということでの費用の減といったことが行われているところでございます。

一応業者の試算といたしまして、これらの取り組みを行った結果で、費用の減として、大体3億近い見込みが立っているところでございます。ですので、この取り組みがなければ、この3億、さらに支出がふえていたところであるという見通しでございます。あとどれぐらい収入がふえるかというところにつきましては、また今後見込みを立てようとしておるところでございます。

**○丸山委員** 在院日数が減ったということは、あと私立の開業医の先生たちとの地域連携がないとできないと思う。その辺はどうなっているのか教えていただくとありがたいと思います。

**○菊池県立宮崎病院長** 今次長が説明しましたが、在院日数が短くなりますと、自動的に部屋があくわけですね。

まず、在院日数を減らすためには、入院した患者さんをどこかで見てもらわなくちゃいけない。在宅ではなかなか難しいから、そのために一つ市内のいろんな医療機関の先生とコミュニケーションをとっているというところで、そこが一つ。それから、患者さんを外に出した場合そこがあくわけですので、そこに新たな患者さんを入れて治療をするということをやっているというので、今、そちらのほうをやっているわけなんです。まだこういう患者さんを宮崎病院にお願いしますというのは、今まで強くアピールしてなかったものです

から、医療連携を強めるために医療連携の勉強会とか、こういう広報を出したりとか、新たにこういう先生が来ましたよとか、そういう情報を流して、新たな患者さんを宮崎病院に紹介してくださいというような活動をしているところです。これは、もうちょっと時間がかかるのかなと。宮崎病院には、わざわざ紹介しなくてもいいんじゃないかと、ひよっとしたらそういうのが、皆さんの、開業の先生方の意識にあっただかもしれないので、今やっているところなんです。

**○丸山委員** ぜひ地域の医療連携をしっかりとやっていただくとありがたいかなと思っております。

それと、8ページに、29年度の決算見通しというのがついていて、4月に常任委員会で説明をもらったときの予算の収支からすると、かなり延岡病院がよくなっている。8,000万ぐらいで黒字の予定だったのが、3億。物すごくよくなっているものですから、これ何があったのか教えていただくとありがたいかなと思っています。

**○柳邊県立延岡病院長** 具体的な数字は局長からまたあるかもしれませんが、総括的な話をしますと、まずは、救急科に3名ふえたんです。救急から内科に2人ふえまして、それから、循環器内科に1人という医師増がありました。それに伴う患者数が非常にふえています。それから、救急科にいた先生に、定年後になりますけれども、麻酔科の仕事をしてもらったんですね、それによって手術がスムーズに回せるようになった。それは患者さんがふえたというお話になりますけれども。それ以外に、先ほどからコンサルタントの話が出ていますけれども、そういう中で費用節減を図るということ。もう一つは、いろんな指導料あるいは加算等があり

ますけれども、それを、延岡病院の職員は真面目過ぎるのか、ちょっと控え目というんでしょうか、救急加算などもそうですけれども、取り過ぎると査定にあって、査定減になりますので、ちょっと控え目になると。そういうところは、積極的に取れるものをちゃんと取ろうと、請求しましょうと、そういうのがありまして、1人当たりの単価が上がっていると思います。単価増と、それから、患者数、あるいは手術数の増加によって収益増になっていると思います。数字については、済みません。

**○青出木県立延岡病院事務局長** 具体的な数字の分でございますけれども、例えば、今年の7月に呼吸器外科が新たに開設されたんですけれども、昨年7月からということで、昨年は上半期のうち3カ月分、なおかつ7月立ち上げでしたので、徐々に患者さんがふえてきたわけなんです。それが、ことしは4月から丸6カ月になった。その関係で、昨年、上半期は269名の患者さんだったのが、ことし、上半期は1,161名の患者さんと、大きく892人の伸びがございます。また、例えば、外科では4,364人が5,646人とか、各科でいろいろ数字が伸びております。また、診療単価のほうでも、高額な投薬ですとか注射等がふえたことで、1人当たりの診療単価が約2,800円上がっていると。このようなことで、患者数の増、それから、診療単価の増というようなことがございまして、ことし大きく数字が伸びているところでございます。

**○丸山委員** 恐らく県立病院は、市郡の病院とのすみ分けとか非常にしっかりしていただいて、そういう形になっていると思いますので、今後もしっかりと経営も含めて、医療の連携を含めてやっていただくことをお願いしたいと思っております。

**○井本委員** 平均在院日数の件なんだけれども、宮崎病院が13.1から12.4、延岡が14.1から13.4と短くなっているけれど、日南の場合は全く同じというのは、日南は、そういうことは余りやっていないということなのか、それとも、やっていてもこれぐらいのものなのか。

**○峯県立日南病院長** 在院日数に関しては、先ほどもいろいろ出てきましたけれども、DPCの関係で、最初のほうに高い点数をもらえるというのがこの制度なんです。それでやっていますけれども、日南の場合は、なかなかそれをそのままやってしまうと、空床になるというのが正直なところあります。要するに、回転を速くすれば、病棟があいてしまうので、次がどんどん入ってくれば一番理想的に病床の稼働率が上がるんですけれども、正直なところそれをやると、なかなか次が入ってこないというところがございます。それで、それをそのまますると、患者数も極端に減りますので、支出がふえない範囲で、病棟のほうでベッドコントロールというのをやっております。

ですから、それでも、二、三年前からすると、在院日数は随分減ってきていると思います。本年度、直近なんかでは、大体在院日数の月の値は13. 何ぼぐらいなんで、若干ずつ減ってはきていると、改善しているとは思っています。

**○阪本病院局次長** それと、もう一点、日南病院は、他の2病院と違いまして、地域包括ケア病棟というのを40床持っております。ですので、回復期をそこで賄うということがございまして、それを含めてのこの数字ですので、そういった意味では非常に頑張っているのではないかなと思います。

**○井本委員** 回転を速くするという事になれば雑になるんじゃないかという心配もあるんだ

けれども、その辺はもちろん気をつけてやっているんでしょね。

**○菊池県立宮崎病院長** 雑になるとか、そういうことはありません。例えば肺炎で入ってきて、あるDPCを提供してやるわけなんですけど、使う薬が少なければ少ないほど、病院に取り分は多くなる仕組みなんですけれども、でも、そういうことをすると、別に診療密度という別のメーカーがあるんです。余りにも手抜きだったら、診療密度のほうの方が下がるので、DPCとしてはまた下がる指数になっています。だから、どこかで歯どめがかかっていると。それと、肺炎で来た場合は、皆さんクリティカルパス——こういう患者さんの場合はこういう治療をしましょうというような基準になるやり方に従ってやっていますので、まず外れることはないと思います。

**○丸山委員** 9ページの再整備についてなんですけれども、先ほど、手術室とかを分離発注されると。これちょっとよくわからないといいますが、具体的にもう少し理由を説明していただくとありがたいのかなと思っています。

**○後藤病院局整備対策監** ただいま御指摘のありました分ですが、手術室と内装につきましては、一般的に内装工事といいますと建築工事で行うものなんですけど、手術室ということで特殊なものでございます。つくっているメーカーにつきましても、医療メーカーとなっておりますことから、医療メーカーに医療器具とセットで出すことによって、ボリュームメリットもあるということで、その分、仕入れ値が下がるということです。そういったことで、コスト削減を図れるんじゃないかというところで今検討をしているところです。

**○丸山委員** 医療メーカーが基本的には受注さ

れる可能性が高いということで、一体化すると下請とかになってしまって、コストが下がらないと見ているということでもよろしいのでしょうか。

**○後藤病院局整備対策監** 例えば、建築工事を出しますと、下請工事というのは最初からわかっているんですが、一定の見積書をいただきまして、ある程度の金額で県としては発注をやりませう。ただ、請負業者は一括して受けますので、それをメーカーとの調整の中でやっていきます。そのときに、メーカー側がどのぐらい下げるかということになるんですが、直接にメーカーに出しますと、最初からメーカーの出し値ということで発注ができますので、その分コストが下がるのではないかと考えております。

**○丸山委員** 次のマーケットサウンディングのことなんですけど、東京の豊洲でも入札ができない状況が続いているということで、発注してみても、参加者の意欲を醸成して競争が図られるという話なんですけれども。今回、防災拠点庁舎も発注があつて、あれがどのぐらいの入札があつたのか、その辺も情報が入ってないんですが、やっぱり人手不足でなかなか応札者も少なくなる方向になるんじゃないかと思っています。どのように入札者の意欲を喚起するような方向でやっていくのか、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います。

**○後藤病院局整備対策監** 入札につきましては、参加条件というのがございます。一つの参加条件につきましても、県のほうで一方的に実績を求めるのではなくて、マーケットサウンディングのほうで、参加しやすい条件を考えていきたいと考えております。

また、内容につきましても、例えば、仮設工事でありましたら、こういった仮設工事が今回

の場合適切であるかということ、そういうノウハウを教えてくださいまして、設計に生かして、厳しい条件の中でいかに効率的な工事ができるかにつきましても、情報収集をしたいと考えております。

○丸山委員 参加条件の緩和といいますか、余り厳しくし過ぎると、県内業者の方が、JVを組むにしても、なかなか組みづらいとか、いろんなことも聞いているものですから。特に病院では特殊な工事だとよく言われていて、特殊な工事だと、実績がないからばたっとう入れないとかよく聞くものですから、その辺をできるだけ県内の企業が、JVなり組んで参加できるようなことをやっていこうということよろしいんですか。

○後藤病院局整備対策監 おっしゃるとおり、いかに参加ができるか、そこら辺を、お互いの意見を出しながら詰めていきたいと思っております。

○丸山委員 これは、来月の1月17、18日に予定されてますが、県内企業含めていろんな方々に声をかけて来ていただくということで意見交換するというイメージでいいんでしょうか、ちょっとその辺を詳しく教えてください。

○後藤病院局整備対策監 先ほど言いましたように、12月1日に、病院局のホームページに出して全国に周知しております。実際行うのは、1月17、18日に予定をしておりますが、県のほうに来ていただきまして、各業者ごとに県病院局対、例えば建設会社で、1対1の話し合いをやっていきます。2日間ですので、1時間として十数社程度は可能かなと考えております。

○丸山委員 ちなみに、1日に公告されて、反応というのはどれぐらいあるのかということも教えてくださいましてとありがたい。

○後藤病院局整備対策監 昨日までの段階で4者程度問い合わせが来ております。建築関係が3者、設備関係が1者です。

○丸山委員 ちなみに、それは県外がほとんどなのか、県内がほとんどなのか、どっちというふうに認識すればよろしいでしょうか。

○後藤病院局整備対策監 今来ているのは県外になっております。

○丸山委員 できるだけ、県内の企業さんが、本当に参加できるようなことを。もし少なければ待つんじゃなくて、もうちょっと来てほしいというふうな形をやっていただくことはあるんでしょうか。

○後藤病院局整備対策監 マーケットサウンディングの参加条件につきまして、一応県の登録業者というのが一つあります。そのほかに、実績というところも——宮崎病院500床程度、面積も4万8,000㎡程度あるんですが、今回、参加条件としましては、100床ということで大分引き下げまして、参加しやすいような形には考えているところです。

○丸山委員 多くの県内企業ができる限り参加していただいて、できれば、JVとか組んで。県内企業で、お金が県内で回るような形にしていただいたほうが。やっぱり県外にいいところがとられていくというのはちょっと悔しい面もあるものですから、県内の経済を考えると、県内企業ができるだけ受注ができるような配慮もしていただくとうれしいかなと思っております。よろしくをお願いします。

○右松委員長 ほかにどうでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○右松委員長 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、病院局を終了します。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10時38分休憩

---

午前10時44分再開

○右松委員長 委員会を再開いたします。

それでは、当委員会に付託されました議案等について、概要説明を求めます。

○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、お礼を申し上げます。11月8日に開催しました宮崎県社会福祉大会、また、その翌日の9日に開催しましたみやざき愛の献血運動推進県民大会には、横田副議長、右松委員長を初め、委員の皆様にご臨席をいただき、まことにありがとうございました。おかげをもちまして、いずれの大会とも盛況のうちに終了することができました。この場をおかりしてお礼を申し上げます。

それでは、当委員会に御審議をお願いしております議案等につきまして、概要を御説明を申し上げます。

まず、議案についてであります。お手元の平成29年11月定例県議会提出議案（議案第1号から第29号）と書いている冊子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。

福祉保健部関係の議案は、議案第1号「平成29年度宮崎県一般会計補正予算（第5号）」、2つ下の議案第3号「宮崎県における事務処理の特例に関する条例の一部を改正する条例」、その次の議案第4号「宮崎県国民健康保険給付費等交付金及び国民健康保険事業費納付金に関する条例」、それから、飛んで、中ほどあります議

案の第13号、14号、15号の「公の施設の指定管理者の指定について」の6件でございます。

このうち、当部の補正予算の概要につきまして、簡単に御説明をさせていただきます。

別冊になりますが、お手元の平成29年度11月補正歳出予算説明資料、こちらに福祉保健部のインデックスがございまして、7ページをお開きください。

この7ページの補正額の欄の上から2番目のところでございますが、一般会計で2,197万1,000円の増額補正をお願いしております。

当部の今回の補正事業は1件でございまして、内容としましては、地域医療の確保を図るため、老朽化した医療施設の再編・整備を支援する医療施設近代化施設整備事業をお願いするものであります。

この結果、福祉保健部の一般会計予算額は、右から3番目の補正後の額の欄の上から2番目のところですが、1,099億6,876万円となっております。

各議案の内容につきましては、この後、各担当課長から説明をいたしますので、よろしく御審議いただきますようお願いを申し上げます。

続きまして、その他報告事項についてであります。別冊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、目次の中ほどをごらんいただきたいと存じます。

その他報告というのがございまして、Iの平成29年度に策定・見直し予定の主な計画について、こちらは第7次宮崎医療計画を初め、8つの計画。それから、II、平成30年度国保事業費納付金等の算定結果（仮係数）について、それから、III、国民文化祭及び全国障害者芸術・文化祭開催準備の進捗状況について。以上の10件を各関係課長から御説明をいたします。

ちょうど今年度は、本県の当部の所管する計画の改定、それから、中間見直しの時期がいろいろと重なっており、非常に分量も多い中でございますけれども、県議会の皆様から御意見、御質問等を受け、温かく御指導を賜りながら、円滑・効果的に計画のほうを改定、中間見直し、それから、それに基づく施策の推進、ともどもに取り組んでいければと思っておりますので、どうぞよろしくお願ひいたします。

私のほうからは以上でございます。

**○小田福祉保健課長** それでは、議案第1号「平成29年度宮崎県一般会計補正予算」の債務負担行為補正及び議案第13号「公の施設の指定管理者の指定について」に関して、御説明いたします。

お手元の平成29年度11月定例県議会提出議案——議案第1号から第29号の分でございますけれども、その6ページをお開きください。

第3表、債務負担行為補正でございますが、3番目、福祉保健課の宮崎県福祉総合センター及び県立母子・父子福祉センター管理運営委託費でございます。これは、指定管理者の指定に伴い発生いたします、平成30年度以降の県の負担額について、債務負担行為を設定するものであります。

次に、同じ冊子の53ページ、議案第13号のインデックスのところをお開きください。議案第13号「公の施設の指定管理者の指定について」でございます。これは、先ほどの宮崎県福祉総合センター及び県立母子・父子福祉センターにつきまして、平成30年度以降の運営を行います指定管理者の指定に当たり議決を求めるものであります。

詳細は別冊の常任委員会資料にて説明をさせていただきます。

恐れ入りますが、常任委員会資料の5ページをお開きください。

福祉総合センターにつきましては福祉保健課が、それから、県立母子・父子福祉センターにつきましてはこども家庭課が所管しておりますが、県立母子・父子福祉センターが福祉総合センターの一面にありまして、一体的に指定管理に供しておりますことから、福祉保健課でまとめて御説明させていただきます。

まず、1の施設の概要であります。

宮崎県福祉総合センター及び県立母子・父子福祉センターにつきまして、現在、指定管理者である株式会社文化コーポレーションによりまして、平成27年4月1日から平成30年3月31日までの3年間を指定期間とし、管理運営がなされております。

2の次期指定管理候補者につきましては、後ほど御説明いたします審査等を経まして、株式会社文化コーポレーションを選定したところであります。

3の指定期間につきましては、平成30年4月1日から平成33年3月31日までの3年間であります。

4の選定概要でございますが、(1)の公募の状況につきましては、平成29年7月6日から9月5日まで募集を行いまして、申請者は株式会社文化コーポレーション1者でありました。

(2)の指定管理候補者の審査方法につきましては、次ページをお開きください。

まず、①の審査の流れでございますが、初めに、県の施設所管課におきまして申請書類に基づきまして資格審査を行い、次に、外部委員で構成する指定管理候補者選定委員会を9月29日に開催して、申請者からのプレゼンテーション及びヒアリングを実施した上で審査を行いまし

た。

その後、関係部局の職員で構成する指定管理候補者選定会議を10月6日に開催し、選定委員会の審査結果を施設所管課において選定基準等に基づき評価した結果と照らし合わせ、候補者案が異なっていないこと等を確認いたしまして、県において指定管理候補者を選定したところであります。

なお、指定管理候補者選定委員会は、②の指定管理候補者選定委員会委員にありますとおり、宮崎大学の米村教授を委員長とする学識者や施設利用者の代表者5名によって構成をされております。

また、指定管理候補者選定会議につきましては、③の指定管理候補者選定会議委員にありますとおり、福祉保健部長を議長とし、施設所管部局と指定管理制度所管部局職員によりまして構成をしております。

次に、④の選定基準、審査項目、配点でございますが、一つには、住民の平等な利用が確保されること、それから、施設の効用を最大限に発揮するものであること、それから、管理運営に係る経費の縮減を図るものであること等の5項目につきましてそれぞれに配点を定め、合計で100点となるようにいたしております。

(3)の審査結果及び選定理由ですけれども、①の指定管理候補者選定委員会における審査結果は、1人100点を有する選定委員5人の採点の結果、500点満点中416点となりまして、最低基準点である300点を満たしております。また、②の指定管理候補者選定会議における確認結果につきましては、100点満点中、75点でありまして、最低基準点である60点を満たしております。

この結果、③の選定理由に記載しております

とおり、書類審査の結果、募集要領に示した資格要件を満たしていたこと、指定管理候補者選定委員会の審査の結果、最低基準点を満たしたこと、それから、次のページになりますけれども、指定管理候補者選定会議における確認の結果、選定委員会の審査結果と相違がないことを確認したこと、宮崎県福祉総合センター等の役割を正しく認識するとともに、管理実績や収支計画書等の内容から、十分な管理運営能力を有していると認められることなどを総合的に判断し、指定管理候補者として選定したところであります。

5の指定管理候補者からの提案内容であります。①の指定管理料の表の一番上の指定管理料提案額にありますとおり、年額の平均で申し上げますと5,239万円、3年間で1億5,717万円となりまして、表の真ん中の基準価格との差額は3年間でマイナス90万円となっております。

また、この表の一番下の今期の指定管理料についてであります。左から順に27年度、28年度、29年度の指定管理料をそれぞれ記載をしておりますが、今回の提案額は、今期の指定管理料と比べまして、3年間でマイナス272万7,000円となっております。

(2)の収支計画についてであります。30年度の収入は表の一番左側の一番上になりますが、5,217万7,000円、支出は4段目、4,827万5,000円となっております。収支差額は、一番下、390万2,000円となっております。31年度と32年度につきましては、表に記載のとおりであります。

最後に、(3)の県民サービスの向上等についてであります。主なものとして、引き続き、施設利用者アンケートの実施等によりまして、利用者ニーズを正確に把握し、課題に

迅速に対応し、その結果を利用者にわかりやすく情報発信、公開するとともに、雛人形飾りや鯉のぼり掲揚、餅つき大会等の季節行事を実施すること、それから、児童交通遊園のSLの運転席を定期的に開放することによる児童交通遊園の利用促進については、新規に取り組む予定であります。

福祉保健課の説明は以上であります。

**○田中医療薬務課長** 補正予算につきまして、御説明をさせていただきます。

まず、平成29年度11月補正歳出予算説明資料をお願いします。この医療薬務課のインデックス、ページでいいますと9ページでございます。

医療薬務課の補正予算額は、左側の補正額欄のとおり、2,197万1,000円の増額補正をお願いしております。この結果、補正後の予算額は、右から3列目、補正後の額欄のとおり、39億3,335万3,000円となります。

補正の内容について御説明いたします。11ページをごらんください。

(事項) 地域医療推進費2,197万1,000円でございます。詳細につきましては、厚生常任委員会資料のほうで御説明をさせていただきます。厚生常任委員会資料の1ページをお開きください。

医療施設近代化施設整備事業についてであります。1の目的・背景は、医療資源の効率的な再編及び地域医療の確保に配慮しつつ、病院等における患者の療育環境、医療従事者の職場環境及び衛生環境の改善等を図るため、医療施設の整備を支援するものであります。

2の事業概要は、築後おおむね30年以上を経過し、老朽化した医療機関の病棟整備、医療従事者の職場環境改善のための施設整備、電子カルテの導入費用などに対する補助であります。

この事業は、国庫補助事業でございますが、今年度、医療法人春光会が行います日南春光会病院、それから、東病院、この2病院の合併移転に係る施設整備に対する支援を行うものでございまして、初年度分として、25%の事業を予定されております。これに係る国の内示がございましたことから、今回補正予算を計上させていただきます。

3の事業費は、全額国庫の2,197万1,000円あります。

4の事業効果としましては、老朽化が進んで建物の一部が耐震基準を満たしておらず、雨漏りや車椅子、トイレの不備などによって、病院経営に支障を生じている病院の建てかえ整備を支援することによりまして、患者サービスの向上と医療機関の経営の確保が図られるものと考えております。

説明は以上であります。

**○成合国民健康保険課長** 議案第4号「宮崎県国民健康保険保険給付等交付金及び国民健康保険事業費納付金に関する条例」につきまして、常任委員会資料により御説明いたしますので、厚生常任委員会資料の3ページをお願いいたします。

まず、1の制定の理由でございますが、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を担うとされております。その中心となる仕組みが、交付金、納付金制度でございます。

具体的には、県は、医療機関等へ支払う保険給付等に必要となる費用の全額を市町村へ交付いたします。一方、市町村におきましては、県が、各市町村の医療費水準、所得水準、被保険者数等をもとに算定した納付金を、県に納付し



ていただくこととなります。

本条例は、これらの納付金、交付金に関連しまして、必要となる事項を定めるものでございます。

次に、2の条例の概要でございますけれども、まず、(1)国民健康保険保険給付費等交付金につきましては、第3条により交付金の種類等を定めることとしております。

①の普通交付金は、市町村が保険給付費等に要した費用の全額を、県が市町村へ交付するというものでございます。

②の特別交付金は、市町村の財政状況、その他の事情に応じました財政の調整のために交付するものでございます。

制度改革に伴いまして、新たに創設されました保険者の努力等に応じて配分されます、保険者努力支援制度などがこの特別交付金により交付されるということになります。

次に、(2)の国民健康保険事業費納付金について、第4条以下で定めることとしております。

その内容としましては、大きく分けまして、①の納付金の配分に関するもの、②の所得水準による調整に関するもの、③の医療費水準による調整に関するものの、3つになります。

その内容を次の4ページにまとめておりますので、ごらんいただきたいと思っております。

まず、1の納付金の配分についてでございますけれども、納付金の配分につきましては、県全体の納付金額——これは県全体の保険給付費等から、国や県からの交付金等を除いたものになりますけれども、これを市町村ごとの被保険者数、世帯数及び所得の割合により配分することになります。

納付金額は、医療分、後期高齢者支援金分、介護納付金分の3つの合算額となりますので、

それぞれ第8条から10条、第12条から14条、第16条から18条で定めることとしております。

次に、(1)の応能割の配分につきまして、第7条、11条、15条において定めております。

これによりまして、県全体の納付金額における応能割、つまり、所得水準に応じた配分割合を、医療分、後期高齢者支援金分、介護納付金分ごとに定めることとしております。

この応能割の配分割合につきましては、国のガイドラインに基づきまして、所得係数 $\beta$ の割合を基準として定めるとなっておりまして、所得係数 $\beta$ は、全国平均と比較した都道府県の所得水準に応じて設定することが原則とされております。所得水準が全国平均である場合は、 $\beta$ が1となりまして、応益割と応能割が1対1になります。

本県の所得水準——つまり $\beta$ ですけれども、これがおおむね0.7から0.8程度となりますので、下のイメージ図の上のほう、県全体納付金額のところにありますように、応益割が1、応能割の $\beta$ が0.7から0.8程度となります。

次に、(2)の応益割の配分につきまして、第10条、14条、18条で、被保険者均等割と世帯別平等割の割合を定めることとしております。

この割合につきましては、医療分、後期高齢者支援金分、介護納付金分ともに、現行の地方税法の標準割合と同じく、被保険者均等割を70、世帯別平等割を30とすることとしております。

これによりまして、同じく、下のイメージ図にありますように、応益割の部分の7割を、市町村ごとの被保険者数で案分し、3割を市町村ごとの世帯数で案分することになります。

次に、2の医療費水準による調整を、第5条、第6条において定めております。納付金のうち医療分につきましては、各市町村の納付金算定

に、年齢調整後の医療費水準を反映することが原則とされております。

医療費水準をどの程度納付金に反映させるか、調整するのが医療費指数反映係数 $\alpha$ になります。 $\alpha$ を1としますと、医療費水準を全て反映させるということになりまして、 $\alpha$ をゼロとすれば、医療費水準を全く反映させないということになります。

本県におきましては、市町村間の医療費水準に格差がありますことから、市町村における医療費適正化の機能が積極的に発揮されるよう、下のイメージ図の一番下です。市町村ごとの納付金算定のところにありますとおり、 $\alpha$ を1としまして、医療費水準を納付金算定に反映するというようにしております。

以上、本条例案におきましては、交付金、納付金の基本的な考え方や算定方法を定めるものでございますけれども、本条例案及び市町村との協議内容に基づきます30年度の仮係数算定結果につきましては、後ほどその他報告のところで御報告をさせていただきたいと考えております。

最後に、もう一度資料3ページに戻っていただきまして、最後の3の施行期日につきましては、平成30年4月1日といたしております。

説明は以上でございます。御審議よろしくお願ひします。

**○日高障がい福祉課長** 障がい福祉課からは、まず、議案第3号「宮崎県における事務処理の特例に関する条例の一部を改正する条例」について御説明をいたします。

平成29年11月定例県議会提出議案（第1号から第29号）の冊子の赤いインデックスで、議案第3号と書かれているところをお開きください。

障がい福祉課分につきましては、この中の改

正前の条文で申し上げますと、14の4から14の9にかかわる分でございます。

内容につきましては、別冊の厚生常任委員会資料のほうで御説明をいたします。厚生常任委員会資料の2ページをお願いいたします。

まず、1の改正の理由であります。行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律、いわゆる番号法の施行に伴い、障がい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に基づく、精神障がい者の方々の通院医療に係る自己負担を軽減する自立支援医療の事務の迅速化を図りますため、各市町村に事務の権限の一部を移譲する必要がありますことから、所要の改正を行うものであります。

次に、2の改正概要であります。

精神障がい者の自立支援医療につきまして、申請者の自己負担上限額を決定するために世帯、税、所得等の審査の必要がありますので、今回、申請窓口である市町村に審査の権限移譲をするために、追加・変更を行うこととしております。

まず、(1)で新規申請の審査を、また、(2)で変更申請に係る審査につきまして、各市町村への移譲する事務として追加をし、また、(3)では、(2)において、追加いたしました項目との関係で、既に宮崎市に権限移譲をしている事務を明確化して条文改正をしているものでございます。

また、(4)では、氏名、住所等の変更届の受理について、これまで宮崎市のみであったものを、各市町村に拡大することいたしました。

最後に、3の施行期日ではありますが、平成30年4月1日からとしております。条例の一部改正に関する説明は以上であります。

続きまして、議案第1号「平成29年度宮崎県

一般会計補正予算」の債務負担行為補正及び議案第14号、15号「公の施設の指定管理者の指定について」に関して、御説明をいたします。

お手数ですが、まず、平成29年11月定例県議会提出議案の議案第1号、6ページをお開きいただけますでしょうか。

第3表、債務負担行為補正であります。

障がい福祉課分につきましては、上から4番目にあります県立視覚障害者センターの管理運営委託費、それから、5番目にあります県立聴覚障害者センター管理運営委託費でございます。これは、指定管理者の指定に伴い発生いたします、平成30年度以降の県の負担額について、債務負担行為を設定するものであります。

次に、同じ冊子の55ページ、議案第14号のインデックスをお開きいただきまして、議案第14号「公の施設の指定管理者の指定について」でございます。これは、県立視覚障害者センターにつきまして、平成30年度以降の運営を行います指定管理者の指定に当たり議決を求めるものであります。

次に、57ページ、議案第15号のインデックスのところをお開きいただきまして、議案第15号「公の施設の指定管理者の指定について」でございます。

これは、県立聴覚障害者センターにつきまして、平成30年度以降の運営を行います指定管理者の指定に当たり議決を求めるものでございます。

それぞれの詳細につきましては、お手数ですが、別冊の常任委員会資料にて御説明をさせていただきます。常任委員会資料の9ページをお開きください。

議案第14号「公の施設の指定管理者の指定について」、県立視覚障害者センターであります。

まず、1の施設の概要であります。県立視覚障害者センターにつきましては、指定管理者である公益財団法人宮崎県視覚障害者福祉協会により、現在、平成27年4月1日から平成30年3月31日までの3年間を指定期間として、管理運営がなされております。

2の次期指定管理候補者につきましては、後ほど御説明いたします審査等を経まして、公益財団法人宮崎県視覚障害者福祉協会が選定されたところであります。

3の指定期間につきましては、平成30年4月1日から平成33年3月31日までの3年間であります。

4の選定概要につきましては、(1)の公募状況にありますように、平成29年7月6日から9月5日まで募集を行い、応募者は、公益財団法人宮崎県視覚障害者福祉協会1者でありました。

(2)の指定管理候補者の審査方法につきましては、先ほど福祉保健課長のほうから説明がありましたものと同様の審査方法でございますので、説明は割愛をさせていただきます。

11ページ、中ほどをごらんいただきますでしょうか。

(3)の審査結果及び選定理由でございますが、①の指定管理候補者選定委員会における審査結果につきましては、1人100点を有する選定委員5人の採点の結果、500点満点中、433点であり、最低基準点である300点を満たしてございました。

また、②の指定管理候補者選定会議における確認結果につきましては、100点満点中、84点であり、最低基準点である60点を満たしてございました。

③の選定理由といたしましては、書類審査、指定管理候補者選定委員会及び指定管理候補者

選定会議における審査結果等のほか、黒ポツでいいますと、4つ目のポツにありますとおり、県立視覚障害者センターの役割を正しく認識するとともに、これまでの管理実績や収支計画書等の内容から十分な管理運営能力を有していると認められること、また、事業計画において、施設利用上有効な提案がなされていることなどを総合的に判断し、指定管理候補者として選定したところでございます。

続きまして、12ページをお開きいただけますでしょうか。

5の指定管理候補者からの提案理由であります。1)指定管理料の表の一番上の指定管理料提案額にありますように、年額2,555万6,000円、3年間で7,666万8,000円となり、表の真ん中の基準価格と同額であります。

(2)の収支計画についてであります。平成30年度の収入は、表の上段になりますが、指定管理料の2,555万6,000円ほか計2,564万6,000円、支出は、その下、人件費2,164万4,000円、水道光熱費127万8,000円ほか、計2,564万6,000円で、収支差額はございません。31年度、32年度につきましては、表に記載のとおりとなっております。

(3)の県民サービスの向上等についてであります。視覚障がい者団体活動を通じて、利用者のニーズの把握に努め、視覚障がい者の声を反映させた適切な管理運営、サービスの提供を行うことや、広報誌、ホームページ、パンフレット等による広報啓発活動により、サービスの周知及び利用の拡大を図ることに取り組む予定としております。

続きまして、13ページをごらんください。

議案第15号「公の施設の指定管理者の指定につきまして」(県立聴覚障害者センター)であり

ます。

1の施設の概要であります。県立聴覚障害者センターについて、指定管理者である社会福祉法人宮崎県聴覚障害者協会により、現在、平成27年4月1日から平成30年3月31日までの3年間は指定期間として管理運営がなされております。

2の次期指定管理候補者につきましては、後ほど御説明いたします審査等を経まして、社会福祉法人宮崎県聴覚障害者協会が選定されたところであります。

3の指定期間につきましては、平成30年4月1日から平成33年3月31日までの3年間です。

4の選定概要につきましては、(1)の公募の状況にありますように、平成29年7月6日から9月5日まで募集を行い、応募者は社会福祉法人宮崎県聴覚障害者協会1者でありました。

(2)の指定管理候補者の審査方法につきましては、先ほどと同様、ここでは割愛をさせていただきます。

15ページをお開きいただけますでしょうか。

15ページの中ほど、(3)審査結果及び選定理由でございます。

①の指定管理候補者選定委員会における審査結果につきましては、1人100点を有する選定委員5人の採点の結果、500点満点中、437点であり、最低基準点である300点を満たしてございました。

また、②の指定管理候補者選定会議における確認結果につきましては、100点満点中、86点であり、最低基準点である60点を満たしてございました。

③の選定理由としましては、書類審査、指定管理候補者選定委員会及び指定管理候補者選定会議における審査結果等のほか、ポツの4つ目

ぐらいになります。県立聴覚障害者センターの役割を正しく認識するとともに、これまでの管理実績や収支計画書等の内容から十分な管理運営能力を有していると認められること、事業計画において施設利用上、有効な提案がなされていることなどを、総合的に判断し、指定管理者候補者として選定したところであります。

16ページをお願いいたします。

5の指定管理候補者からの提案内容であります。1の指定管理料の表の一番上の指定管理料提案額にありますように、年額2,546万2,000円、3年間で7,638万6,000円となり、表、真ん中の基準価格と同額であります。

2の収支計画についてであります。平成30年度の収入は、表の上段になります。指定管理料の2,546万2,000円のほか、計2,546万3,000円、支出は、その下の人件費2,311万3,000円、水道光熱費92万円のほか、計2,546万3,000円で収支差額はございません。31年度、32年度につきましては、表に記載のとおりとなっております。

3の県民サービスの向上等についてであります。聴覚障害者団体活動を通じて、利用者のニーズの把握に努め、聴覚障がい者の声を反映させた適切な管理運営、サービスの提供を行うこと、広報誌、ホームページ、パンフレット等による広報啓発活動により、サービスの周知及び利用の拡大を図ることに取り組むとの提案がなされております。

私からの説明は以上であります。

**○右松委員長** 執行部の説明が終了しました。議案についての質疑をお願いします。

**○丸山委員** この委員会資料の1ページ。医療施設近代化事業について、先ほど日南のほうで病院が合併して再整備を図るというような説明

があったんですが、この病院は、どれくらいの施設というふうに認識すればよろしいでしょうか。

**○田中医療薬務課長** 同じ法人が2つの病院を運営しております。一つが、病床数で61床、もう一つは64床、合わせて125床の規模でございます。

**○丸山委員** これ同じ規模の病院をそのまま建てかえるということではよろしいのか。あと全体事業費は、今年度はこれだけけれども、30年度以降もあると認識したほうがいいのか、そこ辺も含めて教えていただくとありがたいかなと思います。

**○田中医療薬務課長** 2つある病院をまず一つにすると。場所を変えて、そこに建てかえるという形で整備をすると伺っております。整備は、今年度、来年度にかけて行うと聞いております。

今回補助金の対象は病棟整備と、医療従事者の職場環境改善、それから、電子カルテと3つを対象にしております。この3つの対象関係で、事業者側の予定としては12億8,000万円ほどの事業費を見込んでおると伺っております。

ただ、これ全体がそのまま補助対象ではなくて、国庫補助でよく基準額というのを定めて、平米幾ら、あるいは病床数1つにつき幾らというふうな計算をいたしますが、そういった算定をいたしました結果、対象としては1億3,700万円弱という、そのような対象になりまして、それに補助率——最終的には、国の予算の関係ということで内示の段階の調整率が入りまして、1億3,700万ほどを対象に2,119万円ほどの補助金という形になったということでございます。

**○丸山委員** 地域医療構想が昨年でき上がっていると思うんですが、この後、新しく統合して一つの病院になると。地域医療構想の中のそれ

ぞれ二次医療圏ごとに調整会議とかやっていたと思っていますんですが、その辺の整合性の協議も踏まえて、この病院の再整備をしていけばいいんですよというふうに手続をするのか、各民間病院が、こういう再整備したいからということ、全く何も通らずになっているのか、その辺の流れを詳しく教えていただくとありがたいかなと思っています。

**○田中医療薬務課長** 地域医療構想の関係では、構想ができ、今、各地域の調整会議でそれぞれの地域の将来像を検討しているという、まだ過程でございます。ただ、その過程におきましても、建てかえの整備等々予定している医療機関はございますので、それぞれその時点で調整会議において説明をいただき、調整会議で検討して、最終的な将来像はまだ固めていないけれども、地域としてやはりこれは必要な整備ではないかといったような判断をいただくという手続をしていただくようにしております。

本案件につきましても、10月に日南串間地区の調整会議が開かれまして、そこでの事業主体からの説明に対して、調整会議の中では、特に、今後ふえることが予想される在宅医療の後方支援をやりたいという、そのようなものについて、調整会議として了承をするという、そのような結果になっております。

**○井本委員** そもそも論なんだけれど、民間の病院にこんなのが出るということは何か不思議だなと。昔、基金とか言いよったが、あれのかわりとして使われたとかいうこと。

**○田中医療薬務課長** この医療施設近代化施設整備事業という事業そのものは、平成5年に国で要綱ができておりまして、そこから始まっております。医療機関の建てかえ、あるいはいろんな整備に関する補助事業のメニューとして、

結構歴史があるという形で進められております。

今回、特に、耐震基準を満たしていないため、早く整備したい、あるいは早く整備していただきたいというものになるんですけれども。以前は、二次救急施設とか、災害拠点病院に対する、そういう支援はございました。済生会の日向病院ですとか千代田病院などに補助をしたりと、そういうものはございましたけれども、現在はそれがございまして、そういう災害拠点病院ではない、あるいは二次救急施設でもないというふうなものについては、なかなかメニューがない。今回の医療近代化の施設整備が従来からある整備メニューとして使えるものということでございます。

**○井本委員** メニューも、そもそも論なんだけれど、やっぱり公的な性格がない限りは。税金を使うわけだから。それを、病院だったら、全部それは何でもかんでも公的なものだというふうになると、この税金を使う目的が本当に、大丈夫かなと。個人のもので、何でも使えるのかという、何かそんな気がするんだけど、そこ辺は公的なものがあるというわけですね、基準としては。

**○田中医療薬務課長** この医療施設近代化施設整備事業につきましても、何でもというわけではございません。その整備内容として、一つ老朽化というのはちょっと問題点としてありますので、老朽化解消。あるいは病床数につきまして、10%以上の病床数の削減を行う。要するに、病床数を整理していくという、そういうものに協力するといったようなところでのものであるとか。

**○井本委員** こういう規制があるからこそ、税金も入れられるわけだよ、普通は。病棟が雨漏りがあるから車椅子が入れんからと言われる

が、それで、入れられるのかなど。これだったら、税金はどこでも入れられるんだなとこういう感じがするんだよね。逆にいえば、その辺はクリアしているのかな。クリアせんまま、どさくさに紛れてやっている。

○田中医療薬務課長 病院という性格もある程度公的な、民間病院であっても、そういう性格があるというのはベースにあると思います。

○井本委員 公益性がないものといったら、世の中はほとんどないよ。やっぱり病院はやりながらもうけておるわけだから、経営して。病院の経営は、普通の目から見たら、えらいもうかっているんだなとみんな思っているわけ。それに対してお金を出すというのは、何かいまいちぴんとこんのだけれど。公益性があると。

○田中医療薬務課長 補助金交付要綱によりまして、先ほど申し上げたような、病床数のことでありますとか、あるいは規模もそう小さなものではなく、整備をする病棟であれば、最低20床以上はないといけないとか、あるいは外来患者の院外処方率も30%を超えるといったような、さまざまな要件がついておりまして、そういったものを満たす一定の病院、医療機関について補助をするというものにはなっております。

○井本委員 丸山委員が言うように、地域医療構想の大きな中でそれをやっていかないといかんだというなら、まだわかるけれど、単なる一つ民間病院が雨漏りだからやりますと言い出したら、ええという感じがするんだけれど。クリアすると考えておるわけですか。

○田中医療薬務課長 要綱には合致している。それと、今回対象としている整備内容として、病棟以外に、補助対象といたしまして、職員の勤務環境改善といったような、休憩室をきちんと整備するとか、あるいは更衣室とか、食堂、

そういったものを職員向けにする。そういうものを整備することによって、職員の勤務環境を改善する、これも医療機関に限らない話ではありますが、課題としてある。あるいは電子カルテ……

○右松委員長 そもそも制度のあり方についてであって、議論が今ちょっとかみ合っていないですね。

○井本委員 だから、丸山委員が言っているように、大きな公的な構想の中でやらないといかんだですよという、私もある程度、なるほど公益性があるんだなと思うけれど、雨漏りがしたら金を出しますじゃ、ちょっとええっ？という感じがするんだけれど、あなたたちは思わなくなっただけかな。

○日高福祉保健部次長(保健・医療担当) 基本的には、平成5年に整備されました補助要綱に基づいたものとしての今回の補助ではございますけれども、今、委員もおっしゃられましたように、現時点では地域医療構想が策定をされておりますので、当然、その地域医療構想に沿った内容のものでなければ認められないということで、私どももきちんと整理はさせていただいております。そういった点でも、今回の内容につきましては、病床の目的をきちんと地域医療構想の中にも当てはまるものとしての整備であり、なおかつ、病床の削減も行うということなどから、調整会議でも妥当なものであると認められておりますので、私どもとしましても、これは補助対象として妥当なものであらうと、そのように考えたところでございます。

また、先ほど公益性という点での御質問なんですけれども、民間企業と、いわゆる医療法人が取り組む医療につきましては、単純に利益追求ではない——民間企業はやっぱり基本、利益

追求であろうかと思えますけれども、医療法人は、適切な医療を提供することで、地域住民のある意味公益に資するものである。医療法人でするので、利益追求というのではなく、一定程度の利益は認められますけれども、やはり、どんどんもうければいいんだということではなく、適切な医療の提供というものは、担保されなければならないものですので、そこは民間企業とは異なるというふうに御理解をいただければと考えております。

○井本委員 民間企業も、理屈を言わせると、公のためにといいよるわけやから。私は、公的なものが全然ないものは世の中になんかいないんだけれども。だから、それはそれでいいけれど、やっぱり、最初丸山委員が言ったときに、何でこういうものが出来たのかというのをはっきり言わなかったから、しっかりその辺を見据えて、私は判断してほしいなと思うんです。

○丸山委員 先ほど10%以上病床を削減するという事とも言われましたが、125床を、地域医療構想と見合わせて何床ぐらいにするということで、オーケーが出たというのを、少し具体的に教えていただくとありがたいのと。

先ほど在宅医療との連携という話も少し言葉が出て、介護も含めてだと思んですが、介護医療何とか基金というのがありますよね、事業が。あれでも整備できるような気がするんですけど、この場合との、使い分けというのはどの辺で線引きをされているのかも含めて教えていただくとありがたいかなと思えますが。

○田中医療薬務課長 病床数につきましては、今回の整備の中で125床から107床、18床を減少するという計画となっております。14.4%ほどの減少となります。

地域医療構想、これは一つの目安ということでの必要病床数の設定をしておりますけれども、当地域では単純に現在の病床と将来の必要病床数——必要病床数は相当な条件で在宅に移すという条件下での数値になりますが、そこでは24%ほどの減少といったものになります。

ただ、その中には、今国で進めているいろいろな療養病床の転換といったものも含まれたところでの24%ほどの数字になりますので、全てその率で何か減らすということにもなかなかならないというふうには思います。そういったところを含めて、各地域の調整会議で議論、判断をいただいているということでございます。

総合確保基金のほうも、病床の転換、あるいはハビリ施設の整備等々、あるいは救急医療の充実、いろんなものに対して基金を使った支援を行っております。

今回のこの近代化資金、近代化施設整備費のほうは、事業主体がメニューをいろいろ考える中で、この補助金を選択したというのが実際のところでございます。病床の転換、病棟の転換といったものが、この総合確保基金の対象になれば、そういったものも使えるというふうにはなると思いますが、ただ、今回、国庫補助を使うということになりますと、総合確保基金の国庫補助が——要するに両方は使えないということになりますので、その制約はちょっと出てくる。ですから、事業者側からいいますと、どちらを使ったほうがより資金調達等を含めて有利になるのかということにはなると思います。

あと先ほど国庫補助との基金の関係をお話ししましたが、基本的に厚労省のほうとしては、国庫補助の制度があるものについては、基金の対象外にするというのが基本的な方針でございます。



○丸山委員 地域医療構想というのは、明確な指数じゃなくて、目標みたいな形に最近なってきたような気がするものですから。今後人口減少が確実に進んでいくとははっきりわかっているものですから、医療ニーズをしっかりと捉えて。多分地域医療構想ができて、民間では、初めてこういう補助事業を使つての建てかえみたいな感じがするので、今後、しっかりとした基本ベースを間違わないように議論をしていただいて、かつ建てかえた医療法人の経営が破たんしたりとかすると、またさらにおかしくなりますので、しっかり指導をし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。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○右松委員長 ではほかの議案について、ありましたらお願いします。

○丸山委員 国保の関係の4ページで教えていただきたいのが、医療水準の調整が、県内の各市町村でいろいろあるんですよということで、どれくらい差があるというふうに見たほうがいいのか、そこを少し説明していただくとありがたいのかなと思っております。

○成合国民健康保険課長 正確には医療費ではなくて医療費水準ということで。いわゆる年齢構成を調整したものでございますけれども、一番低いところで0.87、一番高いところで1.26ということで、単純に言えば格差が1.44倍ございます。

○丸山委員 1.26というのは宮崎市と見ていいのか、西米良村とか山間地は低いよというふうなことでいいのでしょうか、単純なことで。

○成合国民健康保険課長 これは市町村名を申し上げますと、一番高いのが美郷町でございます。一番低いのが椎葉村でございます。これは、な

かなか医療費指数ですので一概に言えないんですけども、医療提供体制というのも大いに関係しているのかなと思っております。

○西村委員 13、14、15号の指定管理の話なんですけれども。教えていただきたいのは、指定管理料というのが基準価格と提案額とあって——こういう見方をしているのかわかりませんが、母子・父子福祉センターをとられた文化コーポレーションさんのほうは、提案額のほうマイナスのほうになって、視覚とか聴覚のほうはプラスに振れているのは、何かこれは原因があるのか。そもそもの管理料の提案額というのはどのタイミングで出してくるものなのかを教えていただきたい。

○小田福祉保健課長 指定管理者の選定手続の中で、公募をいたします。事業者のほうから応募があります。その応募の際の事業計画の中で、この指定管理料の提案もいただいているというところでございます。

○右松委員長 ちょっと質問の回答になっていないようですが。

○小田福祉保健課長 基準価格につきましては、県のほうで設定いたします価格でございまして、これも公募する際にお示しをするという価格でございまして。

○西村委員 じゃあ県が公募するとき基準価格を出して、当然指定管理をとりたいところは、できる限りこのコストを抑えて、指定管理を提案するとき低い値を出したほうが、いろんな意味でコストカットにたけているという評価があると思うんですけども。株式会社文化コーポレーションさんのほうは、非常に提案額を下げ、それでも、収入・収支が合うように設定をされるわけなんですけども——ちょっと指定管理の性格が違うのかもしれませんが、この視

覚障害者センター、聴覚障害者センターというのは、以前よりも高い額を出してきているということで、ある意味で、競争が余りないから少しずつ毎回、ちょっとずつ上乘せしていくということになれば、そもそも指定管理をする必要性というのが薄まってきてしまうのではないかなと思うんですが、そのあたりはどうなんですか。

**○日高障がい福祉課長** 確かに、西村委員が言われるように、なかなかこの県立視覚障害者センター、県立聴覚障害者センターにつきましては、特殊性というものもございまして、公益財団法人視覚障害者福祉協会、それから、社会福祉法人聴覚障害者協会が大体1者応募してきているという部分はございます。

今回、ふえている部分、この基準額の設定に関しましては、国庫補助の部分も加味しておりますので、いわゆる補助単価のほうが上がってきているので、基準額のほうも上げさせていただいた。やはり、聴覚障害者協会につきましても、視覚障害者福祉協会につきましても、なかなかいわゆる団体としての財政運営という部分は厳しい部分がございますので、どうしてもやっぱり基準額のほうと合わせてと言ったらおかしいんですけど、基準額ぎりぎりのところを出してきていただいているというのが実情ではないかなというふうに考えているところではございます。

**○西村委員** 今課長が言われたとおり、聴覚とか視覚という障がい者に対してのセンターですから、非常に公共性が高いところがあるんですけど、かといって、じゃあ利用者のサービスがそのままいいということではないと思います。やっぱり利用者のサービスも上げていかなければならない、それでいて、コスト管理もしつ

かりしていかなきゃいけないというときに、あえて指定管理者にしている理由が——この2つ以外にほかにもあるとは思いますが、難しいのかなと思ってるんです。そのあたりはどう考えているんですか。

**○日高障がい福祉課長** 今委員のお話にありました部分につきましては、今後考えていかなければいけないのかなと考えておりまして、ただ、公の施設の指定管理者につきましては、先ほど委員からもお話がありましたように、各時期で見直しをしながら、いかにそういうセンターとして、県民の皆様方に使いやすい形をとっていくかということも大事かなと思っているところでございます。

前回の常任委員会の中でも西村委員から御質問いただいている部分でございますので、今後、団体の専門性でありますとか、あとセンターの持つ特殊性も含めまして、専門的な機関につきましては5年間という部分もあるというふうになっておりますので、まずはそういうところを検討させていただきながら進めさせていただければと思っております。

県民サービスの向上につきましては、その時期時期にきちんと団体の提案を前向きに受けられるような形で設定するのがいいのかなと思っているところでございます。

**○丸山委員** 8ページでこれもいいのかというのを確認したいんですが。文化コーポレーションさんが、今度指定管理を受けるんですが、委託費というのが2,000万前後、5,000万の中にあるんですが、こういう再委託みたいなのは、いいのか悪いのかというのが若干不思議だなという思いがあるんですが。本来だと、指定管理者のほうから委託をせずに、自分たちがやるというイメージと思っていたものですから、再委託

というのは、この考え方は正しいのか、それをちょっとお伺いしたいと思っています。

○小田福祉保健課長 指定管理者制度につきましては、これは、県の業務を代行するという性格のものでございますので、委託というものではないと。そもそも指定管理者制度自体は委託するものではないということなんです、その指定管理業務をやる中で、例えば、清掃ですとか警備ですとか、こういったものについては委託をするということが可能になっております。したがって、このセンターにつきましても、清掃ですとか、あと夜間宿直も含めて、警備、いろんな点検業務、こういったものは委託をしているということで、再委託ではないということでございます。要するに、指定管理自体を代行していただきますので、これは委託契約ではない。したがって、指定管理業務の中で、今申し上げたような、清掃なり警備なりを委託するということはある得ということでございます。

○丸山委員 県のほうでもいろんな指定管理制度があって、もう結構10年近くになっているんじゃないかと思っているんですが。安易に人件費が安くなるからというような感じでして、実際5年とか3年でかわって行って、基本的に同じところがとっているんだけど、そこで働いている方々の処遇があんまりよくないんじゃないかというような情報も入ってきているものですから。その辺の正式に指定管理をしていただいたところはどのように、職員の形をちゃんとして、いわゆる退職金とかそういう制度がしっかりしているのか。3年とか5年とかで切られてしまえば、会社にとっては、その先が受けられないから退職金制度とかそういうのができなかつたりとか、給料がずっと固定で、若い

人をとにかくぐるぐる回しているだけとか。指定管理というのが、若干安いからいいんじゃないかというふうになってしまうと、県民の利用性なりサービスの向上に本当につながっているのかなど。福祉保健部が出している事業ではないとは思っているんですが、今のような議論があって、今回改めて同じところが全てとられているものですから。この文化コーポレーションなり、視覚障害者センターなり協議会なり含めて、そこで働いている方々の処遇がどうなのかというのは調べられたことはあるのでしょうか。

○小田福祉保健課長 指定管理業務につきましては、委員の御指摘のとおり、一つは県民サービスの向上というものと、もう一つは、経費の削減というのを民間事業者の創意工夫をしながら達成いただくというようなものが制度の趣旨になっておりまして。確かに働く方の人件費がどうなっているかということについては——もちろん、それは労働関係法規に違反しないという前提でございますが、基本的には、それは事業者の経営努力の範囲内ではあろうかと思っております。

ただ、私どもも、やはり働く方がきちっと管理運営業務を果たしていただけるのかどうかというのは、チェックをする必要があるというふうに思っておりまして、これにつきましては、モニタリングというのを行うことにしています。毎月業務報告をいただきますし、それから、四半期に一度、私どものほうから施設のほうに行きまして、職員の声を聞いたり、あるいはサービスの状況を点検したりということ。それから、労働関係法規もそうですけれども、いろんな法令に違反していないかというようなことをチェックしたりということで、一応適正な運営については、そういう形で確認をするようには

しておるところでございます。

**○丸山委員** あと県民のサービスの向上が、提案として、あんまり新しいことが出ていない気がするんですが、やっぱり障害者センターだけれど、障がい者以外の方ともいろいろ交流しながら、情報を伝達して行って、障がい者の理解を深めるとか、そういったことも含めてやらないといけないのかなという思いがあったりとかしているものですから。同じようなことを、ホームページやパンフレットをつくって啓発やりますよというんじゃなくて、もうちょっと何か含めてやらないと、結局、障がい者の理解とか、このセンターがどういうことをやっているのかというのが、認知度が低いような気がするものですから。その辺の改めて指定管理を今回受けるに当たっての県とのやり取りとか、こういうことができればお願いしたいんだよというような思いも含めて、指定管理に出されたのかを教えてくださいとありがたいかなと思います。

**○日高障がい福祉課長** 今、丸山委員のほうからお話があったところではあるんですが、今回の選定委員会の中では、例えば、視覚障害者センター、聴覚障害者センターでありましたら、それぞれ視覚障がい者の方々、聴覚障がい者の方々にいかにアプローチしていくかというのをまず第一義にとっていらっしゃいます。それから、県民へのアピールというような部分になろうかなと思っております。

聴覚障害者センターでは、協会のほうも含めまして、例えば、災害時に、聴覚障がい者の方々が連絡できるようなとか、もっと一つ踏み込んだ形でのいろいろな施策をしないといけないということをプレゼンテーションの中では伺っているところがございます。ただ、どういう形で出てくるかというのは、これからかなという

ふうに思っております。

委員からの御指摘のとおり、もっと具体的に県民向けの、一般の方々に障がい者をどう知っていただくかという部分も含めて、今後団体のほうとは意見交換をさせていただきたいと思っておりますので、よろしく願いいたします。

**○有岡委員** 1点だけ。9ページをちょっと見ているんですが、関係者だけがこのセンターを利用するんじゃなくて、いろんなボランティアなり協力者が必要だと思うんですが。その中で、点訳とか朗読奉仕員という表現がありますが、こういった人たちのかわりというのは、今現状はどうなっているのでしょうか。

**○日高障がい福祉課長** 視覚障害者センターにおける点訳・朗読奉仕員の方々につきましては、定期的にセンターのほうに来ていただいて、そういう作業をする部屋みたいなものもございまして、活動をされております。それとは別に、奉仕員の養成でありますとか、そういう部分につきましても、協会を中心にやっていただいていると。この県の視覚障害者センターだけではなく、各地域で、そういうことをやられているボランティアの方々の裾野は広がってきているというふうには考えておりますが、今後とも、そういう方々の養成でありますとか、活動の場の確保ということについては、尽力していきたいと考えているところがございます。

**○右松委員長** 議案について、質疑等はよろしいでしょうか。

それでは、午後は1時から再開をしまして、その他報告事項から始めていきたいと思っております。

暫時休憩いたします。

午前11時57分休憩

---

午後0時59分再開

○右松委員長 委員会を再開いたします。

次に、その他報告事項に関する説明を求めます。

今回は項目数が多いため、2班に分けて説明及び質疑をお願いしたいと思います。

まず、医療薬務課、国民健康保険課、長寿介護課からそれぞれ説明をお願いします。

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。

○田中医療薬務課長 常任委員会資料の18ページをお開きください。

第7次宮崎県医療計画の素案について御説明します。

1、計画策定の理由でございます。現行計画が今年度満了をすることから、計画の見直しを行い、平成30年度からの第7次計画を策定するものでございます。

2の計画の期間は、平成30年度から35年度までの6年間といたしております。

3の計画の骨子ですが、(1)の基本理念として、安全で質の高い医療を切れ目なく効率的に提供する体制の確立を挙げております。(2)の基本方針としては、①から⑥まで、①地域を支える医療体制の構築、②救急・災害医療体制の整備など6つを挙げております。(3)の計画の構成については、①総論以下、7つの章で構成しております。後ほど、この構成に沿って概要を御説明いたします。

最後、4のスケジュールにつきましては、最後に御説明をさせていただきます。

19ページをごらんください。

5、現行計画の評価の、まず(1)取り組みの成果等といたしまして、現行計画における5疾病・5事業・在宅医療の取り組みの成果をまとめております。

まず、5疾病のがんの早期発見のため、検診受診率増加に向け普及啓発に取り組み、受診率は上昇しましたが、目標値には達しておらず、今後一層の普及啓発が必要としております。

また、質の高いがん医療を提供するための地域連携クリティカルパスの活用は、特定の医療圏に集中をしていることから、クリティカルパスの活用を含め、さらなる地域連携の取り組みが必要としております。

次に、脳卒中の医療提供体制については、死亡率及び後遺症の軽減を図るため、脳血栓溶解療法 of 遠隔診療支援のネットワーク構築を支援し、モデル運用を開始したところであります。

次に、急性心筋梗塞の医療提供体制について、医療機器整備の支援等による診療機能の充実等に取り組み、急性期の医療体制整備は進みましたが、リハビリテーションを行う医療機関との連携の推進に課題があるとしております。

次に、糖尿病早期発見による合併症予防について、健診未受診者への受診勧奨等に取り組み、実施率は上昇傾向にあるものの、目標値とは乖離があるとしています。

また、2つ目のところの医療機関相互の連携体制の構築を図るため、本年8月に宮崎県糖尿病発症予防・糖尿病腎症重症化予防指針を策定したところでございます。

次に、精神疾患でございます。精神疾患の予防等について、心の健康に関する普及啓発や相談窓口の周知、医療従事者等に対する研修等を行うとともに、2つ目のところでございますが、精神障がい者の地域移行等について、協議会を設置し、支援体制の推進に努め、研修会の実施やピアサポート活用の推進に努めたところであります。

めくって20ページをごらんください。

僻地診療体制でございます。自治医科大学卒業医師の計画的派遣、僻地出張診療等を実施するとともに、僻地診療支援として、僻地医療拠点病院による巡回診療や代診医派遣の支援を行ったところであります。

次に、救急医療体制につきまして、二次救急医療施設に対する補助やドクターヘリの運行支援等を行うとともに、救急医療の適正利用について啓発を行ったところでございます。

次に、小児医療の体制整備につきまして、中核病院小児科を1病院、それから地域小児科センターを4病院指定をいたしまして、体制の整備を図ったところであります。

次に、周産期医療について、地域の中核医療機関と開業医が連携する地域分散型の周産期医療体制を構築しております。

また、その下の囲みの、総合周産期母子医療センターのNICU病床数の維持及び地域周産期母子医療センターの増床を目指しましたが、いずれも維持という結果になりました。ただ、括弧書きにありますように、国の周産期医療の体制構築に係る指針による必要病床数は確保できているところであります。

次に、災害医療について、県内でDMATチームを27チーム編成することが可能になるとともに、県の医師会との協定の改定によりまして、医師会が編成する医療救護班の県外派遣を可能としたほか、災害医療コーディネーターを全医療圏に配置をしたところでございます。

最後、在宅医療につきまして、多職種協働の取り組み推進のため、地域ごとの医療介護連携協議会の設置を支援し、体制整備が推進をされ、在宅医療を支える医師の増加が非常に厳しい中、補完的役割も担う訪問看護ステーションの設置が進み、次の国のモデル事業で入退院調整ルー

ルづくりに取り組み、圏域内の情報共有が進んだといったところでございます。

21ページをごらんください。

こちらは、主な数値目標についての達成状況を表にしてまとめております。

現行計画の目標値は、平成29年度を設定しております。一番右側の列になります。まだ年度途中でございますので、直近の成果としては、28年度あるいは27年度の実績としております。

こういった中で、目標を既にクリアしておりますのは、上から2つ目のがん検診受診率の一部の項目でございますとか、中ほど自殺死亡率、それから下から7つ目、総合周産期母子医療センターのNICU病床数、1つ飛びまして、災害拠点病院の耐震化率、次の災害派遣医療チーム数、そして災害医療コーディネーター数、最後の訪問看護ステーション数といったところが、目標をクリアしているという状況でございます。

次に、22ページをごらんください。

次期計画に向けた取り組みの方向性です。

がんにつきましては、各がん医療圏において、地域連携クリティカルパスの有効活用により連携体制を構築し、がん医療提供体制の充実を図るとしております。

脳卒中については、発症後4.5時間以内に血栓溶解療法等の治療ができる体制の構築等を図るとしております。

急性心筋梗塞については、救急搬送体制の充実と心血管リハビリテーションの提供など、医療を切れ目なく提供する体制の構築等に努めるとしております。

次の糖尿病については、本年策定した指針に基づき、医療と保健事業が一体的に提供される体制の構築を促すとしております。

次の精神疾患については、多様な精神疾患ご

との医療機能を明確にし、身近な地域で病期状態に応じて医療が受けられるよう、医療連携体制の整備が必要としております。

次の僻地医療については、自治医科大医師の派遣や、僻地医療拠点病院等による診療支援の充実に努めるといたしております。

救急医療については、初期から三次までの救急医療体制の強化を図るとともに、県民の意識啓発等に努めるといたしております。

次の小児医療につきましては、小児科医の養成・確保を図るとともに、小児救急医療体制の構築あるいは相談窓口の充実等に努めるといたしております。

次の周産期医療につきましては、地域分散型の周産期医療体制の維持・充実に努めるとともに、医療資源の少ない地域における正常分娩等の対応について、地域の実情を踏まえた支援に努めるといたしております。

災害医療につきましては、関係機関との連携強化や災害拠点病院の機能充実等に努めるといたしております。

最後に、在宅医療・介護につきましては、医療・介護等のサービスが連携して提供される多職種協働体制の構築、それと、そのための人材育成・確保に努めるといたしております。

なお、一番下、括弧書きで、介護保険事業支援計画との整合性というところがございます。これにつきましては、医療計画について、在宅医療及び介護の連携の観点から、医療計画と、それからこの介護保険事業支援計画の整合性が求められております。それにつきまして、下にございますように、具体的には、整合を図るこの2025年を見据えた介護施設・在宅医療等の追加的需要につきまして、今後、地域医療構想調整会議の議論を踏まえまして、今回の7次計画

の中間見直し、平成33年からの見直しの計画となります。ここで見直しを行い、受け皿整備を推進していくということとしておりまして、今回の計画策定に当たりましては、療養病床から介護医療院等へ転換意向が示された分のみを反映することといたしております。

次に、計画の素案の内容につきまして、概要版で御説明をいたします。

資料1、第7次宮崎県医療計画素案の概要をごらんください。

まず、第1章の総論につきましては、冒頭で御説明をいたしました内容と同じですので、省略をさせていただきます。

第2章、地域の概況では、人口、患者数、医療施設や医療従事者の状況等について記載をいたしております。

第3章、医療圏の設定と基準病床数ですが、まず、医療圏の設定については、現行計画から基本的に変更はございませんで、一次医療圏は特に設定をせず、二次医療圏は現行の7医療圏、三次医療圏は県全体といたしております。

次の基準病床数は、現時点において地域で必要とされる病床数で、これを超えて病床数が増加することを抑制するための基準となるものでありますけれども、法令や国の定める数値等により算定をしております。この表の左から3列目、基準病床数のところが、今回算定した数値となっております。

なお、表の右側、既存病床数と比較をいたしますと、感染症病床を除きまして、いずれも既存病床数が基準病床数を上回っておりますので、本県においては、基本的にこれまでと同様に、新たに病床をふやすことはできないということになります。

次に、右側の第4章、医療提供体制の構築と

いたしまして、5疾病・5事業及び在宅医療の施策の方向、それから数値目標について、主なものを記載をいたしております。

まず、がんの施策の方向として、死亡率の減少とともに、必要な医療が切れ目なく提供されるよう医療提供体制の充実を促進するとしており、数値目標は、地域連携クリティカルパスに基づく診療提供等、実施件数の増などを挙げております。

脳卒中の施策の方向としては、発症後4.5時間以内にr t-P Aを用いた血栓溶解療法等の治療ができる体制の構築及び、超急性期から維持期までの円滑な医療提供体制の構築を図るとしており、数値目標は、r t-P Aによる遠隔診療支援を行うハブ施設の増などを挙げております。

心筋梗塞等の心血管疾患の施策の方向としては、心血管リハビリテーションの提供など、病期や疾患に応じた医療を切れ目なく提供する体制の構築を図るとしており、数値目標は、心大血管疾患リハビリテーションを実施できる医療機関数の増などを挙げております。

次の糖尿病の施策の方向としては、予防や早期治療についての県民啓発とともに、医療機関相互、医療と保健事業の連携による円滑な医療提供体制の構築を図るとしており、数値目標は、糖尿病性腎症による年間新規透析導入患者数の減などを挙げております。

精神疾患の施策の方向としては、多様な精神疾患に対応した医療連携体制の構築を図るとしており、数値目標は、精神病床における入院後6カ月時点の退院率の増などを挙げております。

右側の僻地医療でございます。

この施策の方向性としては、自治医科大学卒業医師の派遣等による僻地診療の確保、それか

ら診療支援等の充実を図るとしており、数値目標は、僻地における常勤医師数の増などを挙げております。

次の救急医療の施策の方向は、初期から三次までの救急医療体制の強化や、県民の救急医療に対する意識啓発等に取り組むとしており、数値目標は、緊急性の少ない軽症患者の救急出動の割合の減などを挙げております。

次の小児医療の施策の方向としては、小児科医養成・確保や小児救急医療体制の構築、相談窓口の充実等を図るとしており、数値目標は、地域振興小児科の増などを挙げております。

次の周産期医療の施策の方向としては、総合周産期母子医療センターを中心とした地域分散型の周産期医療体制の維持・充実等を図るとしており、数値目標は、総合周産期母子医療センターのNICU病床数の維持などを挙げております。

次の災害医療の施策の方向としては、関係機関との連携、災害拠点病院の機能強化等を図るとしておりまして、数値目標は、DMATチーム数の増などを挙げております。

最後に、在宅医療・介護の施策の方向として、医療・介護のサービスが連携して提供される多職種協働体制の構築、そのための人材育成等を図るとしており、数値目標は、入退院調整ルールの策定をする圏域の増などを挙げております。

次のページをごらんください。

第4章の続きになりますが、ここでは、その他の保健医療対策といたしまして、障がい保健対策、感染症対策など8項目について、それぞれ施策の方向性をここでまとめております。

なお、5つ目のアレルギー疾患対策、それから、最後の今後高齢化に伴い増加する疾患等対策の2つは、今回の計画から新たに盛り込んだ



項目となっております。

その下の地域医療構想でございますが、これは医療計画の一部として昨年10月に策定した構想の内容を、基本的には、そのままこの5章ということで入れております。

策定の趣旨は、団塊の世代が全て75歳以上となる2025年を見据えて、地域地域で患者に応じた質の高い医療を効率的に提供する体制の構築でありまして、構想の内容としては、中ほどの表にございます表の一番右の列、2025年の必要病床数、それから、真ん中の列の在宅医療等の医療需要といったようなものを算定をするというものが内容でございます。いずれも国の定める一定の推計方法により算定したものでございますが、これらを目安としながら、一番下の推進体制のところにありますように、各構想区域ごとの地域医療構想調整会議におきまして、地域の課題等に対応するための協議を行い、地域にふさわしい医療提供体制の構築を図っていくこととしております。

次に、右側、第6章、医療提供基盤の充実でございます。

ここでは主に医療従事者の養成・確保について記載しておりまして、このうち、医師と看護師・准看護師について御説明をします。

医師については、施策の方向として、医師のキャリア形成支援と一体的に医師不足の地域と診療科の医師確保をオール宮崎で支援すると。それと、女性医師の就労環境整備、医師の勤務負担軽減も図るというものでございまして、数値目標として、以下の表にありますとおり、臨床研修医数の増あるいは医師の地域偏在、診療科間の偏在の解消についての目標を挙げております。

次に、右下、保健師等の囲みの中ほどのとこ

ろに、看護師・准看護師につきまして、まず施策の方向としては、希望者の拡大を図るための啓発活動の展開あるいは、その下の養成所等への支援などによる教育体制の充実、その下の働きやすい職場環境づくりの支援による早期離職防止、県内定着の促進などを挙げております。

最後に、一番下の第7章、計画の推進等のところでは、計画の推進体制等について記載しているものでございます。

委員会資料にお戻りいただきまして、18ページの一番下をごらんください。

スケジュールでございます。

現在、第3四半期でございますが、計画素案につきまして、先月、医療計画策定委員会それから医療審議会で検討・審議いただき、本日、常任委員会に報告をさせていただいているところでございます。

今後、関係団体・市町村への意見聴取、パブリックコメントの実施を予定しております。

続く第4四半期では、医療計画策定委員会での検討、審議会での審議を経まして、計画案をとりまとめ、来年の2月定例県議会におきまして、御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** まず、第3期の宮崎県医療費適正化計画の素案につきまして御説明いたします。

お手元の厚生常任委員会資料の24ページになります。

まず、1の策定の理由についてでございますけれども、高齢期におけます適切な医療の確保を図る観点から、医療に要する費用の適正化を総合的かつ計画的に推進する施策を定めました国の医療費適正化基本方針が示されております。これを受けまして、本県における医療費適正化

を推進するために、第3期の医療費適正化計画を策定するものでございます。

次に、2の計画の期間は、国の基本方針に基づきまして、平成30年度から35年度までの6年間としております。

次に、3の計画の骨子でございますが、まず(1)の基本理念といたしまして、県民の生活の質の維持及び向上、超高齢社会の到来に対応、目標及び施策の達成状況の評価を適切に行うことの3つを基本理念といたしております。

(2)の基本方針としましては、高齢化の進展等によりまして医療費のさらなる増加が見込まれる中に、医療の確保は、県民の健康と命を守る上で極めて重要でありますことから、生活習慣病の予防や限りある医療資源の効率的な活用によりまして、医療費の適正化に向けた取り組みを着実に推進していくことといたしております。

この基本方針に基づきまして、(3)の基本目標のとおり、県民の健康の保持及び医療の効率的な提供を推進していくことといたしております。

(4)の計画の構成につきましては、計画の位置づけから計画の進行管理までの6章で構成いたしております。

次の25ページをお願いいたします。

5の現行計画の評価でございますが、(1)の取り組みの成果等と、その下の表の(2)の数値目標の達成状況をあわせてごらんいただきたいと思っております。

まず、特定健康診査及び特定保健指導についてですが、特定健康診査の実施率は、平成29年度の目標値70%に対しまして、27年度の実績値は44.6%となっております。また、特定保健指導は45%の目標値に対しまして24.5%となつ

ており、いずれも実施率は増加傾向にあるものの、目標値とは開きがありますので、今後とも実施率向上に取り組んでいく必要があると考えております。

次のメタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少につきましては、直近値の平成26年度で3.82%の増となっております。このため、今後とも関係機関と連携しながら、運動や食生活等、生活習慣の改善のための啓発活動に取り組んでいく必要があると考えております。

次に、参考指標であります医療費の見込みであります。本県の医療費は、全国の伸び率を下回る数値で推移しておりまして、引き続き医療費適正化に向けた取り組みを、着実に推進してまいりたいと考えております。

次に、6の次期計画に向けた取り組みの方向性でございます。

特定健康診査や特定保健指導の実施率向上や、メタボリックシンドローム該当者の減少対策の強化が必要であると考えております。

また、新たに後発医薬品の使用促進や、医薬品の適正使用等の目標を加えますとともに、他の計画との整合性を図りつつ、さらなる県民の健康の保持と、医療の効率的な提供の推進に取り組むことといたしております。

続きまして、別冊の資料3、素案の概要につきまして御説明いたしたいと思っております。

右側の第3章、計画の目標と取り組みから御説明いたします。

1つ目の丸、県民の健康の保持の推進に関する目標についてでございますが、特定健康診査及び特定保健指導につきましては、第2期同様、また国の方針どおり、それぞれ70%、45%を目標値といたしまして、実施率を高めていきたいというふうにしております。

次に、メタボリックシンドローム該当者及び予備群の減少率につきましては、第3期の国のガイドラインの見直しによりまして、計画における指標の定義が、特定保健指導対象者の減少率に変更されております。

このため、先ほど第2期計画では増加というふうに御説明いたしましたが、新たな定義によりますと、この表にございますとおり、27年度は15.12%の減となっております。

この新たな定義によります目標値につきましては、国の方針どおり、平成20年度と比較して25%の減少としております。

次のタバコに関する喫煙率やCOPDにつきましては、関連計画であります健康みやざき行動計画21との整合を図っております。

2つ目の丸の医療の効率的な提供の推進に関する目標につきましては、後発医薬品の数量シェアにつきましては、80%を目標としております。

医薬品の適正使用につきましては、お薬手帳の普及ですとか、薬剤師会や保険薬局等と連携した取り組みによりまして、重複投薬の是正、多剤投与の適正化を図ることといたしております。

次に、第4章、その他医療費適正化の推進のために必要と認める事項につきましては、県を初めとしまして、保険者、保険者協議会、医療の担い手などのそれぞれが、医療費適正化に向け、どのように取り組んでいくべきであるかの方向性を示しております。

また、医療機関の適正受診といたしまして、25年度に制定されました宮崎県の地域医療を守り育てる条例の理念も踏まえまして、安易な夜間・休日等の時間外受診を控えるといった県民の役割も記載させていただいております。

次に、第5章、計画期間における費用の見込

みについてであります。

これにつきましては、国が示しました計算ツールを用いて推計するとされております。

それによりますと、平成29年度の本県の推計医療費は4,108億円になります。

35年度の推計医療費は、計画を実施しない場合の医療費が4,611億円と、503億円の増加が見込まれますが、計画を実施した場合の医療費適正化後では4,565億円と見込まれ、457億円の増加とはなりませんけれども、効果の欄にありますように、増加額が46億円ほど圧縮されると推計しております。

なお、この効果額は、特定健診や保健指導の実施率向上、後発医薬品の普及などの医療費適正化の取り組みによる効果として推計されたものとなっております。

常任委員会資料の24ページに戻っていただきまして、最後に策定スケジュールでございます。一番下の4、スケジュールをごらんいただきたいと思っております。

今後、県内全ての医療保険者で構成します保険者協議会や市町村との協議、パブリックコメントを実施した上で計画案をまとめまして、年度内に策定したいと考えております。

また、計画案につきましては、本委員会に改めて報告をさせていただきたいと考えております。

医療費適正化計画の説明は以上であります。

続きまして、平成30年度の国保事業費納付金の算定結果につきまして御報告をさせていただきます。

常任委員会資料の44ページになります。

まず、1の算定の目的でございます。30年度からの新しい制度におきましては、県が算定します市町村ごとの納付金等が、各市町村の保

險税算定の目安となります。

30年度の納付金等につきましては、年末に国が示します確定係数を用いて算定し、来年1月に県から市町村へ提示する予定としておりますが、今回は、確定係数による算定に先立ちまして、予算編成作業の参考として活用するために、国から示されました仮係数による算定を行ったところでございます。

2の納付金等の算定条件をごらんください。

(1)の保険給付費の見込みにつきましては、高額薬剤の影響により医療費が急増しました平成27年度の影響を除くために、平成28年度の保険給付費に平成24年度から26年度の伸び率を用いております。これにより、30年度の県全体の保険給付費を912億円と見込んでおります。

次に、(2)の公費拡充分の反映でございます。

今回の算定では、30年度から実施されます全国で1,700億円規模の財政支援のうち、国の算定方針に基づきまして、約1,500億円を反映しております。

次に、(3)の納付金等の算定でございますが、午前中の交付金・納付金の条例案の際に御説明いたしましたとおり、市町村ごとの被保険者数、所得水準、医療費水準等により納付金必要額を各市町村に配分し、保険税必要額を算定しております。

次に、(4)の激変緩和措置の実施でございます。

仮係数による算定を行いましたところ、30年度の1人当たり保険税必要額が、平成28年度の保険税額を上回る市町村がございましたので、激変緩和の財源として国から交付されます暫定措置額、本県の配分は約2億4,000万でございますが、この全額を用いまして激変緩和措置を行い、増加率を101%ほどまで引き下げております。

具体的な算定結果につきましては、45ページをごらんいただきたいと思います。市町村ごとの算定結果一覧になります。

まず、左側の網かけの28年度1人当たり保険税必要額①の列の一番下に平均の欄がございますけれども、この保険税必要額は、本来、市町村が保険税として集めるべき額でございますが、県全体の平均では10万6,912円となっております。

しかしながら、多くの市町村では、それぞれの実情を踏まえまして、基金取り崩しですとか一般会計繰り入れ等を行い、保険税負担の抑制を図っております。

この抑制を図った後の実際の保険税額が、右側の②の1人当たり保険税収納額となります。県全体の平均では10万396円となりまして、1人当たり6,516円の抑制が図られているということになります。

次に、右側の欄の算定結果の欄のうち、左側の激変緩和措置前の欄をごらんいただきたいと思います。

今回の算定では、一番下の平均の欄にありますとおり、激変緩和措置前において、県全体の平均の1人当たり保険税必要額③は9万9,974円となり、28年度の保険税必要額①と比べまして6,938円の減、率にして6.5%の減となっておりますが、市町村の状況を個別に見ますと、幾つかの市町村において保険税必要額が増加する結果となっております。

このため、国の方針及び市町村との協議、合意内容に基づきまして、先ほど御説明しましたとおり、国から交付されます暫定措置の本県分、約2億4,000万円、この全額を活用しまして、これらの市町村に激変緩和措置を行いました。

その結果が、右側の激変緩和措置後の欄にな

ります。

増減率が100%を超えておりました、上から順番に都城市、小林市、日向市、三股町、西米良村、諸塚村、高千穂町、これらの町村に公費を投入いたしましたので、増減率が101%ほどまで下がっております。

この結果、一番下の欄ですが、1人当たり保険税必要額④の県全体の平均額は9万9,093円となりまして、年額にして7,820円の減、率にして92.7%となっております。

現在、国保の1人当たり医療費は、おおむね毎年3%から4%程度ずつ増加しておりますので、県全体では、こうした公費拡充の効果が出ているのかなというふうに考えております。

なお、一番右の欄に平成28年度の保険税収納額、先ほど申し上げました各市町村が繰り入れ等によりまして保険税の抑制を図った後の額になりますが、この収納額と、激変緩和措置後の1人当たり保険税必要額④との比較を記載しております。

これによりますと、市町村が28年度の保険税収納額と同水準を維持しようとするれば、プラスとなっているところが18あるかと思うんですけども、この18の市町村につきましては、何らかの繰り入れが必要になるということになります。

今後、各市町村におきましては、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検討・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、するとすればどの程度でするのかなどを慎重に検討した上で、税率を決定することになると考えております。

最後に、44ページに戻っていただいて、最後の3の今後のスケジュールでございますが、12月末に国から示されます確定係数をもって、翌

1月に最終的な納付金額等を確定し、市町村へ提示する予定としております。

この確定係数は、30年度の診療報酬改定の影響等を反映して国から示されることになっておりますので、確定係数による算定結果は、今回の算定結果から変動すると考えております。

今後とも市町村等と連携しながら、来年4月の制度施行に向けて、着実に準備を進めてまいります。

説明は以上でございます。

**○木原長寿介護課長** 厚生常任委員会資料の26ページをお開きください。

宮崎県高齢者保健福祉計画の素案について、長寿介護課から説明をさせていただきます。

最初に、1、計画策定の理由についてであります。

本計画は、老人福祉法第20条の9及び介護保険法第118条の規定に基づき定めているもので、現行計画が満了することから見直しを行い、平成30年度からの次期計画を策定するものであります。

次に、2、計画の期間につきましては、30年度から32年度の3カ年であります。

次に、3、計画の骨子の(1)基本目標につきましては、「高齢者がいつまでも住みなれた地域で安心して暮らし続けられる社会づくりを目指して～地域包括ケアシステムの深化・推進～」と設定したところであります。

次に、(2)計画の構成であります。

I総論において、第1章から第3章まで計画策定の背景や基本的な考え方を、II各論において、第1章から第5章までは施策の柱を、また第6章で計画の推進をそれぞれ設定し、最後に資料として圏域ごとのデータを掲載することといたしております。

なお、詳細につきましては、後ほど概要版で説明をいたします。

次に、資料27ページをごらんください。

5、現行計画の評価の(1)取り組みの成果等であります。

まず、地域包括ケアの推進についてであります。地域包括ケアシステムの構築を推進するため、医療介護連携、介護予防、地域ケア会議について、国及び県独自のモデル事業の実施を通じて先進事例の創出に取り組み、それぞれ入退院調整ルール策定、住民主体による継続的な介護予防活動、自立支援型地域ケア個別会議という成果につながりました。

今後は、これらの事例を県内市町村に広く展開していく必要があると考えております。

また、認知症高齢者の支援策として、認知症疾患医療センターの指定やサポート医の育成等により医療体制を整備するとともに、介護事業所の職員を対象とした資質向上研修を行い、認知症の方やその家族を支える支援体制の整備を図りました。

今後とも医療・介護・地域において、認知症の方やその家族を支援する体制づくりを推進していく必要があると考えております。

次に、介護サービス基盤の整備につきましては、居宅サービスなどの充実等に努めるとともに、施設サービスにおいて、各市町村計画に基づく施設整備を支援いたしました。

最後に、高齢者の社会参加促進につきましては、高齢者自身が地域社会の担い手として活躍できるよう、場づくりや広報啓発を初め、老人クラブ活動支援等に取り組みました。

老人クラブ活動では、クラブ数、会員数ともに減少傾向にはありますが、28年度の県民意識調査では、過半数を超える方が高齢者の社会参

加の機運醸成が図られていると考えております。

次に、資料28ページをごらんください。

(2) 数値目標の達成状況について、主な項目を挙げております。

実績値を見ますと、おおむね目標値に向けてサービスが提供されているものと考えておりますが、4行目の小規模多機能型居宅介護利用者数につきましては、目標値と乖離している状況にあります。

理由としましては、この事業が通所介護のように利用回数に応じた報酬体系ではなく、報酬の基本部分は定額で支払われるため、利用回数によっては採算割れにつながることもあって、事業所数がふえなかったことによるものと考えております。

なお、3行目の通所介護利用者数につきましては、平成28年度実績値が基準値より低くなっております。

これは表の下、米印の1にありますように、小規模な通所介護事業所につきましては、平成28年4月より市町村が指定・監督する地域密着型サービスへ移行したことによるものであります。

次に、資料29ページをごらんください。

6、次期計画に向けた取り組みの方向性についてであります。

計画の基本目標などの背景としましては、ことし6月に公布されました介護保険法等の一部を改正する法律及び国の基本指針など、国における介護保険制度改正の動向等を踏まえ、介護保険制度の持続可能性を確保しながら、高齢者の自立支援と要介護状態の重度化防止、医療と介護の連携、地域共生社会の実現への取り組みにより、地域包括ケアシステムの深化・推進を目指すこととし、基本目標を立てたところであります。

方向性としましては、地域包括ケアの推進に関しましては、高齢者の自立支援、介護予防・重度化防止に取り組むとともに、県内外の先駆的事例等の情報を共有し、また個別相談に対応するなど、市町村が取り組む地域包括ケアの推進を支援していくことといたしております。

次に、医療計画との整合性につきましては、先ほど医療薬務課からも説明がありましたが、第7期計画では、療養病床から介護医療院等へ転換意向が示された分のみを反映する予定といたしております。

次に、介護サービス基盤の整備では、高齢者人口及び要介護認定者人口の将来推計や、介護保険サービスの利用実態、保険者である市町村の施策の方向性を踏まえて、2025年を見据えながら各サービスの計画的な整備を促進し、介護サービス基盤の強化・充実に取り組むことといたしております。

最後に、高齢者の社会参加促進として、高齢者がシニアパワーを生かして活躍できるよう、場づくりや社会参加のきっかけづくりの提供とともに、クラブ活動の活性化を図り、元気な高齢者をふやすことに取り組むことといたしております。

次に、次期計画の概要であります。

お手元に素案と、その概要版を配付しておりますが、資料5とあります概要版のほうで説明をいたします。

資料の左側をごらんください。

まず、I 総論の第1章、計画策定に当たってにつきましては、4つ目の項目までは、これまでの説明と重複しますので省略させていただきます。

5つ目の高齢者保健福祉圏域につきましては、8圏域を設定いたしております。

次に、第2章、高齢化等の状況では、高齢者の人口や世帯の状況の推移を初め、要支援者及び要介護者等の状況を掲載いたしております。

次に、資料右側の第3章、計画の基本的考え方をごらんください。

計画の基本目標につきましては、先ほど説明させていただいたとおりであります。

施策の体系につきましては、IIの各論をごらんください。

まず、第1章、高齢者が活躍する社会の推進であります。

1のシニアパワーの活用など、高齢者自身の豊富な知識や経験、技能などを生かし、高齢者が地域を支える一員として活躍する取り組みや、生活を豊かにする生きがいづくりなどの支援等を行うことといたしております。

第2章、自立支援に向けた取り組みの推進につきましては、1の自立支援、介護予防・重度化防止の推進として、今般の介護保険制度の改正を踏まえ、地域包括ケアの深化・推進に向けて、モデル事業に取り組む市町村の支援を行うことといたしております。

2の在宅医療と介護の連携では、高齢者が住みなれた地域で安心して生活するには、在宅医療と介護の連携が極めて重要ですので、入退院支援ルール策定や、医療と介護をつなぎ、在宅医療に必要な不可欠な訪問看護ステーションの体制整備を図るほか、退院調整を行う医療ソーシャルワーカーや看護師、ケアプランを策定する介護支援専門員等の介護従事者などに対する研修等により、人材の育成や資質向上に努めることといたしております。

4の介護予防・健康づくりの推進に関しましては、住民運営の通いの場の充実等により、継続して介護予防の取り組みが行える場の創出を

推進します。

また、ライフステージやライフスタイルに合わせた健康教育の実施、健康に関するさまざまな問題について、誰もが気軽に相談できるような体制整備などに取り組むことといたしております。

次に、2枚目をごらんください。

第3章、認知症高齢者支援策の充実についてであります。

まず、1の予防対策では、特定健康診査や保健指導の実施並びに保健事業の充実を図るとともに、早期発見や対応が重要であることから、2の相談体制の整備では、窓口の周知、認知症サポート医を活用した保健医療関係者等への研修などを行う予定といたしております。

3の専門医療の提供体制の充実では、認知症疾患医療センターを二次医療圏に各1カ所設置し、また認知症対応力向上研修を実施いたします。

5の地域の支援体制の整備では、家族や地域住民が認知症を正しく理解し、地域で支える体制づくりのため、認知症キャラバン・メイトの養成や認知症サポーターの育成とともに、行方不明の認知症高齢者の発見・保護活動などを行う見守りネットワーク機能の強化を図ることといたしております。

6の若年性認知症に関しましては、高齢者とは異なる課題があり、地域住民や事業主等への啓発を初め、相談担当職員への研修により、若年性認知症本人やその家族の支援に努めることといたしております。

次に、第4章、介護サービス基盤の充実につきましては、1の介護サービス基盤の整備として、居宅サービスなどを充実し、また介護療養型医療施設につきましては、国の動向を見極め

ながら、介護医療院等への転換が円滑に進むよう努めることといたしております。

なお、資料右側に記載しております介護給付対象サービス等につきましては、平成30年度から32年度及び37年度の必要量を見込みますが、現在、各市町村で作業中ですので、現時点では空白となっております。

次に、第5章、人材の育成及び確保についてであります。

1の人材の育成及び確保では、今後一層の対策を講じていく必要がありますので、介護職員処遇改善加算制度の推進や、介護に対するマイナスイメージを払拭し、介護分野への参入促進を図る介護の魅力や、やりがいを発信する取り組みを行うことといたしております。

3の専門職の人材育成及び確保として、介護支援専門員等への研修を初め、医療的ケアに対応できる介護人材の育成を、引き続き実施する予定といたしております。

次に、第6章、計画の推進についてであります。

県における推進はもとより、関係機関団体との連携により、着実に計画を推進してまいります。

なお、本計画では数値目標を設定することとしており、資料の右下に、設定予定の17項目のうち、住民主体の通いの場での介護予防への実参加者数について、目標値を65歳以上の10%とするなど、5項目を記載いたしております。

常任委員会資料の26ページにお戻りください。

4のスケジュールについてであります。

本計画につきましては、第4四半期にありますように、本日、常任委員会に報告させていただいております。

また、パブリックコメントを12月4日から実



施いたしており、1月に開催予定の閉会中の常任委員会にて、その結果等を御報告させていただき、最終的には、2月定例県議会に議案として提出させていただくこととしております。

長寿介護課からの説明は、以上であります。

○右松委員長 執行部の説明が終了しました。

ここまでのその他報告事項についての質疑をお願いします。

○有岡委員 資料1の、第7次宮崎県医療計画素案の中からお尋ねしたいと思いますが、感染症病床ということで、県全域で32の基準病床数に対して31ということになっています。国のほうでは、難民対策で感染症の対策を進めようという動きがあるようですけれども、例えば、本県においても、将来鳥インフルエンザの人への感染とかエボラとか、いろんな感染対策として、こういった充実が必要じゃないかと思うんですが、この数字的なものは、今後ふえてくる可能性があるのかどうかお尋ねしたいと思います。

○永野感染症対策室長 感染症の基準病床につきましては、人口規模ですとか医療圏ごとに必要病床数が定められておりまして、それが宮崎県の場合、この書いてある病床でございます。第一種感染症指定医療機関を圏域で2床置くようになっておりますが、それが今、県立宮崎病院のほうに1床確保となっておりますので、今回病院局のほうで進めておられます改築に向けて2床確保を進めていただくことで、全部そろうということになっております。

○有岡委員 わかりました。ありがとうございます。

○右松委員長 宮崎県医療計画関連でお願いします。

○丸山委員 医療計画について一般質問をしたんですが、医師会のほうから救急医療にしっかり

り取り組んでいただきたいというようなことがあったんですが。前回の救急医療の書き方から、もう少し踏み込んで書いているようなところがあれば、教えていただきたいなと思っております。

○田中医療薬務課長 今回のこの計画案の検討段階におきましても、医師会の委員のほうから救急医療、特に、初期救急のほうの対応をしっかりと書くべきという御意見がありました。具体的には、お手元の資料2の91ページをお開きいただけますでしょうか。これは救急医療についての施策の方向で、91ページの2行目、初期から第3次までの救急医療体制の最初の丸でございます。この3行目の「特に」というところでございますが、特に第2次、第3次救急医療施設に軽度の救急患者が来院するのを防ぐためには、休日・夜間急患センターの役割が大変重要と。しかし、現状といたしまして、医師の高齢化等により非常に厳しい状況にあると。そこで、これは設置主体が市町村になりますので、市町村と、まずは危機感をしっかり共有しようということ。そして市町村、医師会、大学、県等関係機関の連携によりまして、医師の確保、それから体制の維持を図るというふうなことを記載をしたところでございます。要は、医師がいないというところが、特に夜間の救急開業医、それから大学からの医師の応援、こういうところで成り立っておりますので、医師がふえないことにはなかなか難しい、それをやっていこうと。あと、市町村としっかり連携して、市町村と危機感を共有して、しっかり一緒にやっていこうと。そういったところを記載して盛り込んだところでございます。

○丸山委員 医師の高齢化と書いてあるんですが、実際どれくらいというようなイメージを、

具体的に数字があれば教えていただきたいのと。これは、市町村が設置主体であるんですが、県として危機感を共有するというだけではなくて、サポート体制をしっかりと検討して、何かできないのかということを探るといふようなことも含まれているというふうに見ていいのか、その辺がちょっとわかりづらいもんですから、教えていただくとありがたいかなと思っておりますが。

**○田中医療薬務課長** 医師の高齢化というところにつきましては、資料2の205ページのほうに、年齢階級別の医師数の推移というのを載せております。左から2004年から2014年までの10年間の推移を載せておりますが、この下のほうから若い順で、上のほうが70歳以上の高齢というところになります。ごらんいただくと、04年は下から3つ目まで——これが40代のところですが、ここまでがまだ6割以上おったという状況が、14年になりますと、ぐっと下がって50%を切ると。全体の多くを占めるのが50代、60代という、そういう状況になってきているという高齢化の状況があります。これは非常に全体としても危機的状況だと思っておりますが、市町村においても、身近な医療を支えている開業医を含めて、どんな状況なのかということをしっかり把握いただくということも大事ということで、危機感の共有というようことを申し上げたところでございます。

それと、県としてというところは、これはもう正直言いまして、医師の確保に尽きるというふうにご検討しております。特にこの年齢構成でいきますと、若手医師がとにかく減っている。これを何とかしなければならぬということで、これは医療提供機関の充実というところに書かせていただきましたが、医師の確保の目標とし

て、臨床研修医を80名確保するという目標を立てました。現状から言うと、20名以上の上積みが必要という非常に高い目標でありますけれども——医師会のほうからの要望もあって入れましたが、やはりこれぐらい確保していかないと、初期救急の医師確保を含めてなかなか厳しいという、そういったところで医師確保に取り組んでいく。これは、市町村もいろんな形で一緒に取り組んでいくということでご検討いただいております。

**○丸山委員** 確かに医師確保が本当に重要であろうと思っておりますので、ぜひ努力をしていただきたいと思っておりますし、私もこの205ページの数字を見まして、非常に高齢化が進んでいるのだなと思えました。ほかの県も、まあ九州内はこんな感じで、東京とか都市部は、かなり研修医も大都市、大病院中心に集まっているから、こんな状態じゃないというふうに認識していいんですかね。

**○田中医療薬務課長** 各県を並べてみたことはございませんが、ただ、こうなっている要因として考えられますのが、やはり平成16年から始まった初期臨床研修制度。これを境に、県内に残る医師というのがどうも少なくなってきたのではないかと。ということは、その原因は、都市部に流出している。それまで宮崎大学等に残ってくれた医師が県外に出ているということから言うと、委員のお話のように、その分、都市部がふえているのではないかと推測はできるかと思っております。

**○丸山委員** わかりました。

あと、西諸で気になっている、周産期のことについてちょっと伺いたいたいんですが。周産期で、できれば、各二次医療圏で正常分娩なんかやっていただくのを整備をしていただけると。

どこかに書いていたような気がするんですが、具体的にどういうふうに明記されているのかというのを、改めてお伺いできればなと思いますけれども。

**○矢野健康増進課長** 今、委員から御指摘いただきました点につきましては、資料2の111ページのほうに記載がございます。111ページの(7)の医療資源の少ない地域における正常分娩等への対応という項目に記載させていただいております。

分娩取り扱い施設の存在しない二次医療圏など、医療資源の少ない地域における正常分娩等につきましては、4つの周産期医療圏で連携体制を構築することにより安全性は確保されておりますが、地域のそれぞれの課題について、市町村とともに明確化を図りながら、その地域の実情に応じた支援——具体的には、妊婦健診や分娩を取り扱うことができる体制の整備でありますとか、圏域を超えた搬送体制の確保など、こういったことの支援に努めていくというようなことを記載させていただいております。

**○丸山委員** あと、在宅医療・介護がなかなか簡単そうで簡単じゃないと思っているんですが。絵に描いた餅にならなければいいのかなと思っていて、実効性のあるような計画なのかを、どういうふうに見ればいいのか、もし説明があれば教えていただきたいなと思うんですが。

**○内野医療・介護連携推進室長** この資料2の136ページから139ページにかけて、在宅医療と介護を記載しております。前回の計画と違うところは、例えば、138ページでいいますと——先ほども説明の中で出てまいりましたけれども、施策の方向の、138ページの上から6行目ですね。圏域ごとに設置されております医療介護連携協議会、ここで在宅医療と介護の連携に

関しての課題の抽出とか対応策の検討というのをやることになっておりまして、今現在もいろいろと研修とか活動が行われております。こういったところを中心として、今後、研修ですとか住民への普及・啓発等に取り組んでいきたいということでございます。

それから、中ほど、入院・退院支援でありますと、入退院調整ルールづくりを今、県内全域で取り組んでおり——日南、串間と日向、入郷はもう既に策定済みですけれども、これを県内全域で実施して、在宅医療の入退院支援を介護と医療の各連携を進めて、深めていくという取り組みを行ってまいりたいと思っております。

それから、その下の日常の療養支援というところでは、今回、在宅療養支援病院とか診療所——要は、在宅療養の中核となるのは、やはり医師の確保ということになりますので、支援病院、診療の増加に努めていくと。そのためにも医師会とか宮大の医学部と連携していくということでございます。

それから、24時間対応というのが一つのネックになっているということをお伺いしていますので、その下の4行目になりますけれども、各郡市医師会の協力を得て、副主治医制の導入などにも努めていきたいと思っております。

そのほかにも急変時の対応ですとか、今、医師会のほうからもいろいろと取り上げていただいているんですけれども、在宅でのみとりですね。今後どんどん在宅で亡くられる方というのがふえてまいりますので、ここを十分急変時にも対応できるように、しっかりした体制を築いていきたいと思っております。このようなことを実効性といいますか、具体的な目標も設定しておりますので、その目標に向かって、各圏域でそれぞれしっかり話し合いながら進めて

いきたいと思っております。

**○丸山委員** あと、もう一点。僻地医療で、この僻地における常勤医師を69名を75名にしたいという目標もあるんですが。これは僻地といっても、多分、高原、西諸でも僻地になつたりすると思っておりますが、そういうところまで広めていくというようなことなのか。今までの、入郷と、そっちの僻地だけを重視していくということになるのか、それがもしわかっていれば教えていただきたいと思っております。

**○田中医療薬務課長** 僻地の常勤医師数を目標に前回も上げておまして、現状17年度では、前回目標69に近いところでございますが、ここに6人というのを上積みをしました。これは、どこにということがなかなか難しいのがございます。それで、今回は6年間の計画ですので、私どもの目標として、年に1人はとにかく僻地の診療所・病院、こういったところの定着医をふやしていこうと。そういうことで、75という設定をいたしました。どこの病院も、毎年調査をしますと、医師が足りない、医師が欲しいというのをいただきます。そういったところで、いろいろ活動もいただき、私たちも応援をし、やっております。こういった中で、何とかそういった数を確保していきたいと思っております。委員御指摘のように、西諸の病院からも御要望をいただき、そういったものを含めて取り組んでまいりたいと思っております。

**○丸山委員** 僻地といえますか、どこの市町村立の病院も医師確保について大変苦労しているんですが、僻地に当たる地域が偏って、そこしか行っていないというようなイメージを持っているような気がするものですから。できるだけ幅広く、僻地というのは各地域に、入郷だけではなくて、いろんなどころにあるということ

認識していただいて、まずは、マンパワーである医師の確保をしっかりとやっていただくというのが大きいと思いますので、ぜひよろしく願いしたいと思っております。

**○右松委員長** 医療計画関連でほかにあればお願いします。

**○西村委員** 資料1の脳卒中のところにあるret-PAによる遠隔診療施設——今55ページのほうを見させていただいておりますが、この脳卒中の割合が、県内でも死亡率の高いところにあるというので、この対策をするということで、メタボリックシンドロームとともにこういう体制をするという話なんですけれども、具体的にこの目標値8カ所について、例えば、医療関係者とかそういうところとの話が少しでも進んでいるのかどうか教えていただきたいんですけど。

**○田中医療薬務課長** 資料2の55ページに概念図がありますけれども、この脳卒中に係る遠隔診療支援ネットワークでございますが、これは宮崎大学の医学部附属病院で、具体的には、救命救急センターのほうが中心になって取り組むということで、現在のハブ施設1カ所というのは、宮大附属病院の救命救急センターになっております。

それで、この8カ所に広げることで、それぞれの地域で、具体的には、同じ資料の59ページをごらんいただきますと、脳卒中に係る医療圏というのを挙げております。これは二次医療圏と同じでございますが、各地域に脳卒中に関する治療のできる病院があるということで、この7医療圏にしております。ここに宮大以外の、宮崎東諸県でいえば、宮大以外にも一つハブをつくる。ほかの6圏域は1カ所はつくる。計7カ所を追加、計8カ所にするという、そのよ

うなものでございます。これにつきましては、委員の御指摘のように、これは、いきなりそういう話を持っていってもなかなかうまく進みませんので、こういった地域の拠点となる病院、こういったところの専門医——脳神経外科医が中心になります。こういったところと宮大の救命センターのほうとで協議会をつくりまして、そういった中で協力をいただく、あるいは、それにどんなものが必要かといった協議を進めていくという形で準備を進めているという状況でございます。

**○西村委員** これを聞いたのが——私は県北なんですけれど、県北で脳卒中になったら、もう助からんよと、特に入郷であったりとか、さらに山間部であったりとか、あとは時間帯であったら助からんよねという話を、よく一般の方はされるんですよね。それはやっぱり医療機関がどうしても県中部に集中しているということもあると思うんですが、あとは移動の時間もそうだと思うんですけれども、そういうことも踏まえると、これは23年度目標というのが非常に先に感じると思ったらあれですけど、できる限りこれはもう早く早くやっていただきたいなというのがあるんです。これは23年度というよりも、その前にも早くできる——今の話を聞くと非常に難しいという話なものですから、もっと早くなる秘訣というか、なることはできないんでしょうかね。

**○田中医療薬務課長** この数値目標のほうは、この計画の最終年度が23年ということでここに挙げさせていただいていますが、やはりこのネットワークを構築するハブ施設をふやして、それぞれ地域の中でのネットワークをつくっていくということは、これはもう、早いに越したことはないと考えております。宮崎大学の救命セン

ターも同様の思いでございます。それで、いろんな協力をもらう、あるいはハブ施設に必要ないろんな整備を進めていくというのを、計画的にできればどんどん進めていきたいと考えております。23年度と言わず、できるだけ早くというふうには思いますが、そのような思いを共有しながら、何とか早めに進めていきたいと思っております。

**○日高福祉保健部次長（保健・医療担当）** この55ページのほうの下の囲みのところをちょっとごらんいただきたいんですが。実は、既にモデル的な取り組みといたしまして、宮崎大学医学部の救命救急センターをハブにいたしまして、高千穂国保病院、それからえびの市立病院、串間市民病院をスポーク施設——スポーク施設といいますのは、脳梗塞になった患者さんがまず第一時的に受診していただく医療機関と。そこでCTの撮影を行いまして、脳梗塞だとすると、その時点で治療を開始していただく。その上で必要があれば、救急車による搬送あるいはドクターヘリによる搬送等で、大学病院に搬送をしたり、あるいは身近な施設に搬送をしたりというような取り組みが、既に今行ってはいるところでございます。

高千穂国保病院におきましては、既にこのモデル事業の中で、実際に治療を行った方もいらっしゃいまして、県立延岡病院のほうに搬送をして、その後の治療も継続的に行うといった例も出ているやには聞いております。そういったことで、それが実際に、このハブ施設もどんどん各医療圏で対応できるように、私もできるだけ速やかに大学病院、大学の救命救急センターと一体となりまして、取り組んでまいりたいと考えております。

**○丸山委員** 概要版の6章に、医師の地域偏在

の解消というのが書かれているんですが、特に宮崎・東諸県に多くの医師が集まっています、どうしても偏在を解消してほしいというのは我々もよく言っているんですけど、具体的には、これはどのようなことをしていこうという計画になっているのか、教えていただくとありがたいと思います。

**○田中医療薬務課長** 医師の地域的な偏在解消というところで、二次医療圏別の医師数10万人単位の県内格差の最大値を2.61から2.30に減らすという目標をつくっております。これは、具体的には、宮崎東諸県が一番多くて、そして現在、一番少ない西都児湯のこの格差が2.61というふうになります。これを、2つの医療圏間の格差ということで、少し減らすぞと。ここ10年間の西都児湯の医師数というのは、10万人単位では少し増加の傾向はあります。そういったものを伸ばして行って、それによって2.30という格差まで縮小しよう。その具体的な取り組みというところでは、どうしても一般的な医師の確保といったところになりますけれども、そういったところで、格差の是正を何とかやっしていこうというものでございます。

それから、診療科間というところも、ここにあります内科、外科、小児科、産婦人科、この主たる診療4科について、今のところは内科と小児科のほうが全国平均値を下回っているという状況にございますので、これを何とかふやして、全国平均値を上回る形で解消をしていこうという目標でございます。これにつきましては、現在、来年から新たな専門医制度も始まる、そういった時期でもございます。そういう制度の中で、県内定着をよりふやしていこう、何とかふやしていく。そういった中で、内科あるいは小児科といったところもふやしていくといった

取り組みを、これまでもやっておりますけれども、進めていきたいと思っております。

**○丸山委員** 今の聞いても、なかなか偏在解消というのは、非常に厳しいんじゃないのかなと思っております。本当にできるのかな、まあできてほしいなという気持ちもあるので、医師がどういう思いなのか。医師がそこで経営をするというには、一人で行っても、なかなか続かないということで。例えば、小林市民病院は3人ぐらいの内科医が来てくれればとか、産婦人科に来てくれればうまく回るんだけど、1人じゃ無理だとかいう話もよくあるものですから。簡単な問題じゃないと思っておりますが、積極的にこの格差是正を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** 医療計画関係はいかがでしょうか。これは議決条例になっていますが。

**○丸山委員** この前、医師会のほうでいろんな話を聞かせてもらったという話をしたんですが、今後の予定として、各種団体や市町村への意見聴取とかパブリックコメントを行うということなんです。その前にいろんな審議会で、どんな意見が出て、どういうことを新たに盛り込んだのかとか、今後2月の定例県議会前には、どんな意見がありましたという要望とか、一覧表なんかがあると。どういうふうに変ったんだというのがないと、全然その辺が、この分厚いの見せられてもわかりづらいものですから、ちゃんと各種団体や、市町村からの意見を反映したというのがわかるような資料をつくっていただければ、ありがたいのかなと思っておりますので、それは要望にさせていただこうかなと思っておりますけれども。

**○右松委員長** 可能でしょうか。

**○田中医療薬務課長** それは可能かと思っております。

パブリックコメントに関しても、その対応はまとめますし、会議の意見等も取りまとめいたしますので、そういった形で準備を進めたいと思います。

○右松委員長 では、それについては、まとまった段階で皆さんに渡してください。お願いします。ほかに関連でありますか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○右松委員長 医療計画以外で、あればお願いします。

○日高委員 資料5なんですけれども、これから労働人口がどんどん減っていく中で、本当に大切な部分かなと思っております。高齢者が活躍する社会推進ということで、大事な部分かなと思うんですけれども、僕が注目しているのは、第3章の6番目で、この若年性の認知症施策の推進、ここも大事なかなと思うんです。この部分を詳しく聞かせていただけたらなと思います。

○内野医療・介護連携推進室長 若年性認知症施策につきましては、その施策の推進主体が県というふうに決められておりまして、ことしの1月にさまざまな相談——当然若年の方ですので、経済的な問題や雇用の問題とか、医療・介護に加えてそういう問題も出てきますので、そういう相談窓口を若年性のコーディネーターを1名配置しまして、ことしの1月から相談日を毎週水曜日に設けております。はっきりした数字はないんですけれども、今現在——これは推計なんですけれども、県内でも300人程度とかいう数字はあるんですけれども。またこれも認知症の数ある施策の中で、今後大きなウエートを占めてくるのではないかなと思っております。

私どもとしましては、今ある相談窓口が、なかなかまだ周知がされていないところもありま

すので、各県内の市町村にあります相談窓口——地域包括ケアセンターとか初期集中支援チームとか、あるいは認知症疾患医療センター。それから各地域において、そういう若年性の相談窓口も、今1カ所しかございませんけれども、また今後、そういう市町村のいろいろな相談窓口と連携して、支援体制を充実していかないといけないのかなと思っております。

それから、若年性に限ったものではないんですけれども、今、認知症カフェ、認知症の患者本人ですとか家族、そういった方々が集って、いろいろな相談をし合ったり、あるいはいろいろな趣味活動であったりとか、そういう場も設けられていますので、そういったものも広く今後紹介をしていく。あるいは新たなそういう認知症カフェのような場を、今後県内にもうちよつとふやしていくということも、県内全市町村でそういう場が1カ所でもあるように進めていきたいというふうに思っております。

○日高委員 ありがとうございます。本当に施設に行ったときに、若いまだまだ仕事もできるような方が認知症でいらっしゃるということで、本当に初期段階が大切だと思いますので、ぜひ力を入れていただきたいと思います。

○丸山委員 この介護療養型を、介護医療院というのに円滑に転換していきたいというふうに書いてあるんですが、そうなってきますと、医療もできるような、兼ね備えた介護の施設になっていくというようなイメージを持っているものですから。そうなってきますと、医療費はある程度抑制といいますか、伸びの抑制になるかもしれませんが、介護保険料はかなり伸びていくようなイメージを持ってしまうんですが、その辺のことは、何か議論されていることはあるのでしょうか。

○木原長寿介護課長 市町村のほうが考えているのは、そういうところを考えております。療養病床につきましては、医療療養病床と介護療養病床の2つがございます。介護療養病床については、現在も介護保険で行っておりますので、これが介護医療院になった場合に、単価等が変われば、それはどうなるかわかりませんが、現時点でおおよそそれで行くのではないのかなど。あとは、医療療養病床がどうなっていくのかなどというのがあるんですけども、これについては、今、国の審議会のほうで——分科会だと思いますけれども、そこで介護保険料を幾らにするのか、いろんなものを検討しておりますので、それがわかれば、また御報告をさせていただきますと思います。

○丸山委員 ちょっと勉強不足で、まだ見ていないものですから、介護をする市の人数とか、その計画なんかも並行してやらないと、結局厳しいと、絵に描いた餅になってしまうのかなど思っているんですが。この計画の中には、その辺何か書いてあるんですか。

○木原長寿介護課長 医療薬務課のほうからもしかしたら詳しい説明があるかもしれませんが、医療薬務課のほうで医療療養病床と介護療養病床の転換についてどうしますかということについて、各病院のほうに調査を行っております。そこで、この3年間——30年度から32年度、この中で変更しますというものについては、今回のサービス計画の中に盛り込むように、市町村に指示をしているところでございます。ということで、その辺を踏まえた上で介護保険料として出てくるし、サービス量としてもカウントされると、そういう状況でございます。

○田中医療薬務課長 介護医療院というのが、療養病床からの転換先として用意されている、

国が検討しているというものでございますが、療養病床の転換意向調査というのを、ことし行いました。その結果、今後6年間に転向を考えていると言ってきたのが、医療療養病床については30床という結果でございました。医療療養病床そのものは、県全体で病院だけでも712床でございますので、まだまだちょっと模様眺めというのが強いのではないかというふうに思います。

先ほどお話がありました介護医療院になったときの介護報酬が幾らになるのか、そして施設基準、いろんなスタッフの配置基準といったものがどのようになるのかというのが、まだ議論の途中で、よくわからないといったようなところで、そういうところがまだ出てきていないのかなというふうに思います。

○右松委員長 介護職員の人材確保の116ページあたりは、どうでしょうか。目標の数が出ていますけれど。

○木原長寿介護課長 資料6の115ページでございます。マンパワーにつきましては、その下に表がございます。平成27年度に数字がございまして、介護職員については、1万9,913人という数字を我々は把握いたしております。これについて20年度、あるいは団塊の世代が後期高齢者になります2025年度でございまして、現在、各市町村において、必要なサービス量を計算しておいてもらっておりますので、そのサービス量が出てきた上で、ここに数字を入れ込んでいくと。そういうことでございますので、現時点においては、サービス量はおそらくふえるとは思っておりますけれども、どのサービスがどれくらいふえるか、それを見極めた上で、また御報告をしたいと思います。

○丸山委員 これまでの議会答弁だと、4,000名ぐらい足りないんじゃないかという、答弁が多



かったものですから、それとまた違うのが、今、細かく計算中という認識でいいのか、どういふふうに今の計画が作業中なのかというのを教えていただくとありがたい。

**○木原長寿介護課長** 丸山委員から御質問を受けて、4,300人ということでお答えをさせていただいております。それは、現計画の平成27年度から29年度をつくるに当たって、平成26年度の時点で29年度までのサービス量、同じく平成37年度までのサービス量を各市町村に見込んでいただいて、それを積み上げたものに対して、これくらい実際伸びるんじゃないのか。それに対して、理論値としては2万4,000ぐらい必要だなということで、その差が4,300と。

今回については、平成37年度ですね。2025年については、新たにサービスを見込んでおりますので、その新たなサービスによって、また人数が変わっていくということで、マンパワーとしては、もしかすると差がふえるかもしれませんが、減るかもしれない。そういうことあるということで、今精査をしておるところでございます。

**○丸山委員** 多分ふえるのは間違いないなと思っているんですが。なかなか現状は思ったようにふえていないのが実際に、また離職が非常に多かったりとかしているというようなことは聞きましたし、これまでも何か大きなグループで特養みたいところは、割かし離職は少ないけれども、小さいホームというのは結構離職が激しかったり、マンパワーの確保が厳しいのがあったものですから。その辺の育成のためとか確保のためには、やっぱりしっかり何か、宮崎県ではこうしないといけないよねというような形も、何か議論をしていただきたいかなと思っているので、その辺の意見聴取なんかもする予

定なんでしょうか。

**○木原長寿介護課長** 27年度にやりました実態調査においても、丸山委員がおっしゃられたような結果が出ておまして、私どもも認識をいたしております。当然そういうものも進めていかないといけないとは我々も思っているところなんでございますけれども、現時点においては、小規模につきましては、小規模のところではなかなか研修ができないとか、いろんなところがございまして、そういうのについては、集まってやっていただくような、そういう集合研修体系を、しかも地区別に起こしてやったらどうかとか。あるいは、給与につきましては加算制度がございまして、これについては個別に、特に加算制度をとっていないところ、あるいは加算の低いところ、そういうところについては、社会保険労務士の方に行っていただいて、ある程度手助けをしながら申請書をつくっていただいたり、そういうことをしながら今、取り組んでいるところでございます。

**○井本委員** 私も勉強不足で済みませんが、要支援の上に要介護があるんですよね。その前は自立支援ということになるの。その辺の境目がどうなっているの。

**○内野医療・介護連携推進室長** 自立支援と重度化防止という言葉がよく使われるんですけど、重度化防止というのは、これ以上要介護度が悪くならないようにすると。悪くても維持するということになりますし、自立支援というのは、同じような意味もあるんですけど、例えば、要支援に認定された方が元気になると。いろいろなりハビリとかをやって、介護保険を逆に卒業をして、もう認定されなくなると、要は、自分で自立した生活が送れるようになる。そういうものを今後目指していくという方向性

が、介護保険の中で、法改正の中でもうたわれておりました、そういう考え方になります。

○井本委員 もう一つ。何か要支援の幅が今、狭まっているという話を聞くけれど、そうでもないですか。

○内野医療・介護連携推進室長 要支援は、1と2というのは従来と変わっておりませんが、一つは、平成27年度からちょっと制度が一部変わりました。要支援者に対して介護予防給付というのがあるんですけども、その中の介護予防の訪問介護、それから通所介護、そちらのほうが、同じ介護保険制度の中ではあるんですが、地域支援事業というものに移行をされてきて。それが要支援認定という手順を踏まなくても、迅速に同様なサービスも受けられるというふうな制度が新たに——市町村が実施主体になるんですけども、それが始まっております。制度の枠組みとしては、要支援1、2というのはもう従来のままなんですけれども、昔であれば、全て介護予防給付を受けられていた方が、中にはそういう地域支援事業の中で同様のサービス、訪問介護とか通所介護のサービスを受けられているというのがあります。

○西村委員 資料4の20ページ、メタボ該当者の減少率で、目標が20%になっているんですけど、この資料3は25%になっていて、多分25%が合っていると思うんですが。この中で「平成20年度と比べた」とあるんですが、平成20年度がどのくらいであって、この減少率という考え方、予備軍の減少率ということは、平成20年度が成人男性の20%だったのを、次は15%以下に下げようということなのか、ちょっと目標値の見方がよくわからないなと思いましたので。

○成合国民健康保険課長 20年度を1としましたら、そこから25%減らしましょうということ

でございます。割合ですね。

○西村委員 20年度がどのくらいだったんですかね。

○成合国民健康保険課長 済みません。ちょっとお待ちいただいてよろしいですか。後ほど説明させていただきます。

○西村委員 あと、この図表15、これは誤りですかね。

○成合国民健康保険課長 大変申しわけございません。20ページの図表15は、25の誤りでございます。

○西村委員 どのくらいか、まだわからないですか。

○成合国民健康保険課長 20年度が、本県の場合\*14.4%でございます。ですから、実数はどうなるか、ちょっとわからないんですけども、これを基準としまして、さらに25%減らしていくということでございます。

○西村委員 では、その14.4%から、既に15.12%は減っているということでここに書いているんですかね。

○成合国民健康保険課長 改善率でいうと、1%程度になります。ですから、平成20年度時点で14.4%あったものを、25%にしていきましようという考え方でございます。

○西村委員 現状は、14.4から15.12%にふえてしまっているということですかね。目標は、あくまで14.4から25%下げることが目標ということではないんでしょうかね。

○成合国民健康保険課長 そのとおりでございます。国のこのメタボの定義、仕様の基準が若干変わっていますので、ちょっとそこの追加のところはまだわかりませんが、基本的にはそういう考え方でございます。

※71ページに訂正発言あり

○西村委員 わかりにくいですね。

○右松委員長 今、医療費適正化計画に入っていますので、あと国保の事業、納付金関係も含めて、あればお願いします。

○井本委員 医療費について。できるだけ健康で、そして、逝くときはころりと逝こうというのが基本なんだろうと思うけれど。やっぱりイメージでは、死ぬときに、末期医療というので、随分お金がかかるなというような気がするものだから。私なんか、もしころっといって、もう処置がないようだったら、もうほっとけよと、うちのかみさんなんかに言っとるんだけれどね。その辺のようなことは全然、今回は取り上げていないんですか。

○成合国民健康保険課長 なかなかちょっと踏み込みづらい領域でもございますし、基本的にこういう終末期医療あるいは末期がんの治療のあり方とか、こういった面につきましては、国のほうでも、また医師会サイドでも検討されておりますので、その検討結果を待って、何らかの対応はしたいと考えております。

○日高福祉保健部次長(保健・医療担当) 今、御質問の点につきましては、今回の医療費適正化計画の中では具体的に触れられてはおりませんけれども、先ほども担当課長が御説明した、みとり医療という部分では触れられておりました。医療計画の素案ですので、資料2になりますか。在宅医療の部分の138ページでございますが、これは、在宅におられる方が事前に家族の方や、あるいは施設に入所されている場合であれば、施設の管理者等に御自身の最期をどのようにするかという思いをきちんと伝えていただくことによって、その人の尊厳を——尊厳という言葉はちょっと、尊厳死というものと結びつくのがあれなんです、その人が求めている最

期が迎えられるように体制を整備していきたいというようなことで、計画としては触れているところでございます。医療費のいろいろな調査研究が行われておる中では、死亡前の医療費が確かに高くなっているというような調査報告は行われております。

一方で、やはりその最期の段階で提供された医療が、本当にその方が望まれたものであったのかどうかというところは、御本人の意思が事前に示されていないと、なかなか難しいというところもあります。御案内かと思うんですけども、家族の方々がよくそれをわからずに、ちょっと最期の危ない状態になったときに、慌てて救急隊に連絡して、救急隊としては、呼ばれて行ったからには医療機関に運ぶというのが役割である。医療機関としても、その方の意思が明確にされていない状況であれば、それはもう延命のための医療を行うというのは、医師としての役割であるというようなことが現時点ではございます。

ただ、一方で、そのような学会等は、この最期の医療の提供のあり方についてどうしたらいいのかということで、幾つかのガイドライン、こういう条件を整えば、延命のみのための医療は控えてもいいのではないかなというようなことも出されておりますので、今後そのあたりは十分に検討をしながら、慎重な対応もしながら、かつ御本人の意思をきちんと表明していただくような仕組みづくりなども必要ではないかというふうには考えております。

○井本委員 胃瘻なんかで長々と生かして、本人はもう意識不明のままに生きている、あんな感じで生きて、むしろかわいそうじゃないのかと思うんだよね。その辺のところ、はっきりしたメルクマールみたいなのを、やっぱりつくら

んといかんかもしれませんね。わかりました。

**○丸山委員** 資料4の14、15ページなんか見ていまして、特定健診について、特に15ページで意外だったなと思いますのは、東京が結構健診率が高い、一番よくて、医療費も少ないというのがあると。東京だと何か結構、市町村からの取り組みといいますか、すごく行政が遠いイメージがあるのに、こんなに高いんだなというのが非常にびっくりして。逆に宮崎のほうが田舎だから、もう少し行政と近いような、市町村と近いような気がするのです。市町村国保のが、14ページ見ると34%で、非常に低い状態なものですから、ここを大きく改善しないと、医療費の伸びの抑制をしていきたいということを、書かれていましたけれども、本当に実現できるのかなと思っているんですが。これまでも特定健診についての受診率を上げていきたいというのは、なかなか伸びてきていないのが現実なんですけれど、今回で何か特にここをやっていきたいというのが書かれているものなのか、教えていただくとありがたいなと思っております。

**○成合国民健康保険課長** 東京都が高いというのが、私も詳細はわかりませんが、おそらく健診実施機関である個別の医療機関が多いのかなというところもあるかと思えます。

そういう中で、本県につきましては、国保におきましてもなかなか伸びていないという現状です。ただ、特に市町村国保につきましては、健診機会の拡大ということで、集団健診に加えて個別健診であったり、あるいは休日であったり、こういった健診機会の拡大もしております。また、啓発という面でも、そういう疾病のリスクを訴えながら、県民のそういった行動変容を促すという取り組みもしております。

新しい取り組みということなんですけれども、

基本的には、そういった受診機会の拡大と、それから県民への啓発というのを強化していこうという2つでございまして、新たに今いろいろ検討をしておりますのが、例えば、病院に日ごろからかかっている方の健診データを活用、あるいは労働安全衛生法に基づく事業主健診、これを特定健診に活用しましょうと。いわば、実質的に特定健診の実施率を上げていくような方策も今考えているところです。

それと、もう一つは、今、全国的に——本県もやっていますけれども、健康マイレージですとか住民にそういった特典を付与することで、特定健診に足を運んでいけるような取り組みを進めてまいりたいというふうに思っております。

**○丸山委員** 特定健診等をしっかりやっていただけるようにお願いしたいのと。あと、第2期でもおそらくこの適正医療費の伸びの抑制というのを、金額を多分出していると思っているんですが、実際どれぐらい伸びの抑制ができたという数字があれば教えていただくと。この第3期は46億円の伸びの抑制をやっていきたいという目標を掲げているんですが、第2期の目標は幾らであって、それが実際どれぐらい達成できたというのであれば、できなかった理由がもしあれば、そこをどういうふうに分析しているのか、改めて伺いできればなと思っております。

**○成合国民健康保険課長** 第2期では29年度の医療費見込みをはじいておまして、4,476億円と見込んでおりました。このときには、要するに、医療費適正化の取り組みを進めた適正化後ということで、4,476億円でございます。

ただ、当時の国の算定ツールで算定したところ、こういう数字になったというところで、も

ちろん29年度の実績だけ出ておりませんが、29年度の推計医療費が4,108億円ということですから、かなり低くなっているということで。ただ、第2期の見込み方がちょっと甘かったのかなという気もしております、数字的には十分クリアしているということでございます。

**○丸山委員** その見込みのとり方で大分変わってくるということだと思いますけれども、いずれにしましても、特定健診なんかは伸びてきていないというのがちょっと心配なものですから。そこをどうやって伸ばしていくのかというのは、もう一歩、もう二歩ぐらい市町村、特に国保が頑張っていたかしないと、人数も一番多いところでもありますので、しっかりやっていただきたいかなと思っております。

**○右松委員長** それでは、次の課に入る前に、トイレ休憩を一旦とりたいと思いますので、暫時休憩いたします。

午後2時47分休憩

---

午後2時55分再開

**○右松委員長** 委員会を再開いたします。

それでは、続きまして、障がい福祉課、健康増進課、こども政策課からそれぞれ説明をお願いします。

**○日高障がい福祉課長** それでは、常任委員会資料の30ページをお願いいたします。

第5期宮崎県障がい福祉計画、第1期宮崎県障がい児福祉計画の素案についてであります。

1の計画策定の理由であります。宮崎県障がい福祉計画は、障害者総合支援法の規定に基づき定めているもので、現行の計画期間が今年度で満了することから、平成30年度から新たな計画を策定するものであります。

また、児童福祉法の改正により、障がい児福

祉計画の策定が義務づけられたことにより、本計画は、第1期障がい児福祉計画を一体として策定するものであります。

2の計画期間であります。平成30年度から32年度までの3年間としております。

3の計画の骨子であります。1の基本理念としまして、本計画は、障害者総合支援法の基本理念であります。日常生活・社会生活の支援が、共生社会を実現するため、社会参加の機会の確保及び地域社会における共生、社会的障壁の除去に資するよう、総合的かつ計画的に行われることとしております。

また、2の計画の基本方針では、国の基本指針を踏まえ、障がいのある人々が自立した日常生活または社会生活を営むために必要なサービスが、地域において計画的に提供されることを目的としております。

さらに、3の基本目標では、宮崎県障がい者計画における障がい福祉サービスの整備等に係る実施計画として位置づけ、障がいのあるなしによって分け隔てられることなく、地域とともに生きる社会づくりとしております。

最後に、4の計画の構成であります。上から順番に、計画の基本理念等、平成32年度の数値目標の設定、指定障がい福祉サービス等の必要見込み量、指定障がい福祉サービス等の従事者の確保及び資質の向上のために講ずる措置、障がい者の安全・安心の確保及び生活の質の向上に資する取り組み、県地域生活支援事業の実施に関する事項、県障がい福祉計画の達成状況の点検及び評価としております。

4のスケジュールにつきましては、後ほど御説明をいたします。

次に、31ページをごらんください。

5の現行計画の評価でございます。

(1)の現行計画の取り組み成果等でありませんが、取り組み事項の欄順に申し上げますと、まず、施設入所者の地域生活への移行につきましては、障がい者の地域生活の居住の場として、グループホームの整備拡充等に継続して取り組んだ結果、グループホームのサービス見込み量の実績値が計画値をほぼ達成するなど、地域移行を進める上での基盤整備は着実に進みつつあります。

今後の課題といたしまして、障がい者の重度・高齢化に対応できる地域サービスの充実・確保を図るため、市町村と連携した上で、地域生活支援拠点等の整備を図っていく必要があります。

次に、入院中の精神障がい者の地域生活への移行につきましては、精神障がい者が住みなれた地域で充実した生活を送ることができるように、各保健所に地域移行支援協議会を設置し、関係機関の連携体制の構築を図りますとともに、ピアサポート活用事業を継続して実施し、支援体制の充実を図っているところでございます。

最後に、福祉施設の利用者の一般就労への移行等ではありますが、障がい者雇用に関する理解を深めるため、労働局等と連携し、事業主を対象としたセミナーの実施や障害者就業・生活支援センターを中心として、障がい者の就職相談、職業訓練等を推進してきたところでございます。

32ページをお開きください。

(2)の数値目標の達成状況ではありますが、表の中段の精神障がい者地域移行支援協議会の設置数につきましては、目標値を達成しておりますが、上段の施設入所から地域生活への移行者数及び、下段の年間一般就労移行者数につきましては、障がい者の重度化・高齢化や通所事業所の整備等の影響もございまして、目標達成

には厳しい状況にございます。

このため、6の次期計画に向けた取り組みの方向性では、障がい者の地域生活への移行に向けた取り組みとしましては、引き続きグループホームの重点整備を進めるとともに、地域生活を支える拠点となる地域生活支援拠点等の整備を、市町村と連携して進めていく必要があると考えております。

また、精神障がい者の地域移行、地域定着に向けた取り組みとしましては、県及び障がい福祉圏域に設置しております地域支援協議会が重層的に連携し、支援従事者に対する研修やピアサポートの活用などをさらに進めることにより、精神障がい者にも対応をした地域包括ケアシステムの構築を図る必要があると考えております。

また、施設からの一般就労移行者をふやすためには、就労系サービスの拡充を図るとともに、障がい者の雇用に関する理解を深めるため、障がい者雇用コーディネーター等による事業所訪問の充実や、来年4月から開始される就労定着支援事業の活用促進による職場定着率の向上を図る必要があると考えております。

さらに、障がい児支援の提供体制の確保を充実させるため、地域の中核的機能を持った児童発達支援センターの整備を中心とした重層的な地域支援体制の構築を図るとともに、医療的ケア児が身近な地域で支援を受けられるようにするため、主に重症心身障がい児を対象とする障害児通所支援事業所の整備や、地域において保健、医療、福祉、教育等の関係機関の協議の場を設け、総合的な支援体制を構築する必要があると考えているところでございます。

続きまして、資料7をごらんください。

第5期計画の概要となっております。

1の計画、基本理念等につきましては、先ほ

ど説明したとおりでございます。

2の平成32年度の数値目標の設定であります。が、(1)福祉施設の入所者の地域生活への移行につきましては、国の基本指針で示された入所者数2%以上削減を基本としながら、本県の実情を勘案しまして、平成32年度の目標値は、入所者の削減見込み者数を34人に、また地域移行者数を100人に設定したところでございます。

(2)の精神障がい者にも対応をした地域包括ケアシステムの構築につきましては、国の基本指針に即し、入院後3カ月時点での退院率を69%、それから6カ月を84%、1年時点を90%などとしております。

(3)の福祉施設から一般就労への移行等あります。が、本県の実情を勘案いたしまして、年間一般就労移行者数を平成28年度実績の約1.2倍増となる213人としたところでございます。

なお、表の一番下、就労定着支援事業による支援を開始した時点からの1年後の職場定着率につきましては、平成30年4月から始まる新たなサービスでございますので、国の基本指針に即して80%としたところでございます。

次の段に移っていただきまして、(4)の地域生活支援拠点等の整備であります。が、この目標は、障がい者の地域生活を支援する機能、例えば、相談、体験の機会、緊急時の受け入れ・対応等といった機能を持つ拠点、あるいは、そういった機能を複数の機関が分担して、ネットワーク化による面的な体制を整備していくというものでございます。が、この数値目標は、国の基本指針に即して、7つある障がい保健福祉圏域ごとに、1カ所以上の地域生活支援拠点を整備することを基本としたところでございます。

(5)の障がい児支援の提供体制の整備等

ありますが、国の基本指針に即して、児童発達支援センターの数は、各圏域に少なくとも1カ所以上を整備することを基本として13カ所以上、保育所等訪問支援事業所の数は、一部広域的な利用も含め、全ての市町村において利用できる体制を構築することを基本として23カ所以上としております。

また、主に重症心身障がい児を支援する児童発達支援事業所及び放課後等デイサービス事業所の数及び医療的ケア児支援のための協議の場の設置につきましては、各圏域を基本として数値を設定したところでございます。

次に、3、指定障害福祉サービス等の必要見込み量につきましては、サービスごとに見込み量を記載しております。が、3の枠の中の一番下ですね。(5)の下になりますが、の米印に記載しております。とおり、この見込み量につきましては、各市町村の数値の積み上げ値となっております。今現在、各サービスごとに平成32年度の県の数値目標との整合性を図る観点から、市町村と協議を行いながら精査をしているところでございますので、未確定値ということで御了解をいただきたいというふうに考えております。

次に、4の障害福祉サービス等の従事者の確保及び資質の向上のために講ずる措置といたしましては、サービス提供に係る人材の研修、事業者に対する第三者評価の促進、虐待防止を図るための関係機関の連携や意識の啓発等を掲げているところでございます。

右の段に移っていただきまして、5の障がい者の安全・安心の確保及び生活の質の向上に資する取り組みといたしまして、障がい者等の芸術文化活動による社会参加等の促進、障がいを理由とする差別の解消の促進、施設等における防犯・防災対策の強化・充実などを掲げている

ところでございます。

6の県地域生活支援事業の実施に関する事項につきましては、発達障害者支援センター運営事業や障害者就業・生活支援センター事業など専門性が高い相談支援事業、手話通訳者・要約筆記者養成研修事業など専門性の高い意思疎通支援を行う方の養成研修、県自立支援協議会など広域的な支援事業について、それぞれ目標値を設定しているところであります。

次に、7の県障がい福祉計画の達成状況の点検及び評価であります。中間評価を行った上で県障害者施策推進協議会等へ報告するなど、進捗状況の点検・評価をしっかりと行うこととしております。

ここで、再度、常任委員会資料の30ページにお戻りいただけますでしょうか。

最後に、4のスケジュールであります。これまで市町村、障害福祉サービス事業者、障がい者関係団体等から構成されます県障害者施策推進協議会など、各方面から幅広い意見を聴取しながら、素案の策定に当たってきたところであります。

今後は、パブリックコメントの実施や委員の皆様方の御意見をいただきまして、3月に計画を策定する予定としております。

なお、計画の素案につきましては、別添の資料8としてお配りしておりますので、後ほどごらんください。

障がい福祉計画については以上でございます。

続きまして、常任委員会資料の46ページをお開きいただけますでしょうか。

国民文化祭及び全国障害者芸術・文化祭開催準備の進捗状況について御説明をいたします。

平成32年に本県で一体的に開催いたします国民文化祭と全国障害者芸術・文化祭につきまし

て、現在の進捗状況を、本委員会と総務政策常任委員会にそれぞれ報告するものであります。

まず、1の県実行委員会第2回総会の開催についてであります。

(1)の開催日にありますとおり、去る10月23日、月曜日に、宮崎市の宮日会館におきまして、第35回国民文化祭宮崎県実行委員会、第20回全国障害者芸術・文化祭実行委員会第2回総会を開催いたしました。

(2)にあります総会の決議事項は、9月議会の常任委員会において説明いたしました基本構想と、県実行委員会の今年度の事業計画及び収支予算でありまして、審議いただいた結果は、ほぼ原案どおり決議されたところであります。

特に、基本構想につきましては、点線の枠で囲んだ基本構想の概要にありますとおり、基本方針、キャッチフレーズ、会期等につきまして、当初の案どおり決定されたところであります。

次に、2の大会ロゴマークの募集であります。第2回総会での決定を受けまして、現在、大会ロゴマークの募集を行っております。

(1)の募集期間は、11月17日から既に開始しておりまして、来年1月31日までの予定であります。

(2)の応募資格は、宮崎県在住または県外在住で国民文化祭、全国障害者芸術・文化祭に理解・関心のある方としております。

(3)の審査・決定・発表であります。選考委員会を設置しまして、委員会による選考審査を行った上で、最優秀作品を1点、優秀作品を4点以内決定いたしまして、来年5月の発表を予定しております。

(4)の募集要項につきましては、県ホームページからダウンロードできるほか、県庁、総合庁舎等で配布しているところでございます。



最後に、3の今後のスケジュール案ではありますが、今年度は、国民文化祭企画会議や全国障害者芸術・文化祭企画運営委員会などを開催しながら、事業内容の検討を進めてまいります。

来年度以降は、平成30年度に国の実行委員会での基本構想の承認、平成31年度に県実行委員会での実施計画の決定と国の実行委員会での実施計画の承認、そして、平成32年度の秋口に開催という計画を立てております。

参考といたしまして、次ページ以降に基本構想を添付しておりますので、後ほどご覧ください。

説明は以上であります。

**○矢野健康増進課長** 健康増進課から、3つの計画の素案について御説明をさせていただきますが、医療計画等と重複する部分については、省略して御説明をさせていただきます。

まず、第2次健康みやざき行動計画21の見直しの素案について御説明をいたします。

常任委員会の資料34ページをお開きください。

1の見直しの理由であります。この計画は、健康増進法に基づき平成25年度に定めており、現行計画策定時からおおむね5年後に中間評価を行うこととしておることから、今年度、中間評価を行いまして、平成30年度以降の計画の見直しを行うものであります。

2の計画期間は、現在、平成25年度から34年度までの10年の計画期間としておりますが、医療計画や医療費適正化計画など、医療・保健分野に係る他の主要な計画と見直し時期の整合性を図るため、今回、平成35年度を終期とする変更を行うこととしております。

3の計画の骨子であります。基本方針は、小児期からの望ましい生活習慣の定着、個人の健康や生活の質の向上を社会全体で支える環境

整備などの推進を図ることを目的としており、健康寿命の延伸と健康格差の縮小を図ることを全体目標とし、栄養・食生活を初め10の分野で、課題や施策の方向、具体的な目標値を定めております。

35ページをごらんください。

5の現行計画の中間評価の(1)取り組みの成果等についてであります。

まず、栄養・食生活につきましては、適正体重維持を推進するため、テレビCMやポスター作成等により啓発を実施しましたが、肥満者の割合は増加傾向にあります。

一方、野菜摂取量の増加に向けて、外食・中食を対象としたベジ活応援店の登録等による食環境整備に取り組んだところ、摂取量は一定の増加が認められたところであります。

次の身体活動・運動については、一日平均歩数の増加に向けて、事業所等への出前教室などを実施しましたが、特に20歳から64歳の歩数が減少しており、引き続き身体活動の増加を図る必要があります。

次の休養・こころの健康については、相談窓口を知っている人の割合は増加傾向にありますが、より多くの方が相談の機会を得られるよう、今後も相談窓口等に関する情報提供に取り組む必要があります。

次のたばこにつきましては、受動喫煙の防止を推進するため、テレビCM、ポスター制作等による啓発や禁煙施設認定などに取り組んだ結果、事業所での禁煙実施率は増加しています。

次のアルコールにつきましては、健康教育等の機会を通じまして、適正飲酒に関する啓発を行いましたが、多量に飲酒する人の割合は女性で増加傾向にあります。

次の歯の健康から次の36ページの糖尿病、循

環器疾患、がんは、他の計画と説明が重複しておりますので、ここでの説明は省略いたします。

最後の項目、小児期の栄養・食生活については、望ましい食習慣の定着を目指して、親と子の野菜料理体験教室などに取り組みましたが、野菜が足りていない子供の割合は、依然7割を超えている状況にあります。

6の見直し計画に向けた取り組みの方向性がありますが、これまでの普及啓発の取り組みに加え、住民の約7割を占めるとされている、いわゆる健康無関心層にも働きかけることができるよう、自然と健康に望ましい行動を選択できるような社会環境整備や、ライフステージに応じた取り組みを推進していく必要があると考えております。

また、食生活の改善や運動習慣の定着、たばこ対策については、職場や所属する団体を通じた取り組みが重要でありますことから、いわゆる健康経営の観点なども取り入れて、企業が従業員に対して実施する健康増進の取り組みの重要性や利益などについて理解の促進を図っていき、関係機関と協力した、連携した取り組みを推進してまいります。

重点的に取り組んだ野菜摂取量の増加については、一定の成果が得られましたが、その一方で、食塩の摂取量については悪化していることが判明いたしましたので、栄養成分表示等の普及を通じた食環境の整備を図ってまいります。

続きまして、資料9のほうですね。資料9の健康みやざき行動計画21の概要を用いて、見直し計画の概要を御説明いたします。

第1章の基本方針、3、計画の期間と評価ですが、先ほど申し上げましたとおり、平成35年を終期とする11年計画に変更を行う予定であります。

4の生活習慣病対策の方向性については、健康への関心が低い人、いわゆる健康無関心層や生活習慣病の予備群でありながら自覚していない人に対し、自然と望ましい行動ができるような環境の整備に取り組みます。

また、健康に関心のある人や、健康に向けた取り組みを始めた人に対しては、その取り組みを継続できるような支援を行います。

5の全体目標として、健康寿命の延伸と健康格差の縮小を目指しております。

6の計画の改定における基本的な考え方ですが、中間評価の結果、目標値に達したものが9.7%、目標値に達していないが改善傾向にあるものが24.1%であったのに対し、変わらないものが34.5%、悪化しているものが24.8%と、全体の6割でありましたが、先ほど申し上げましたような健康無関心層への対策の観点も含めまして、引き続き取り組みを推進してまいります。

第2章の分野別目標については、先ほどと同様に、10分野の中から他の計画の記載と重複しております4分野については省略させていただき、6分野について施策の方向を御説明いたします。

まず、1、栄養・食生活については、生産から消費まで食にかかわるさまざまな業種と連携し、食環境の整備を行うとともに、管理栄養士や食生活改善推進員等の人材育成に取り組んでまいります。

次に、身体活動・運動につきましては、日常生活の中でこまめに身体を動かすことや、健康づくりのための運動習慣の定着を図るとともに、適切な運動指導を行える専門家の育成と活用を図ってまいります。

次に、3の休養・こころの健康については、

関係機関と連携して、休養・心の健康づくりに関する情報や、相談窓口に関する情報をわかりやすく具体的に提供してまいります。

次に、4、たばこにつきましては、今後、国の健康増進法の改正の動向を注視しながら、妊産婦の喫煙防止や、受動喫煙防止に向け、教育機関・医療機関などと連携しながら、県民への啓発に取り組んでまいりたいと思います。

次に、5のアルコールにつきましては、未成年者への対策のほか、多量飲酒者や妊娠中の飲酒、生活習慣病に関するリスク等の飲酒についての正確で適切な情報を提供してまいります。

6の歯の健康から9のがんまでは省略いたします。

10の小児期の栄養・食生活については、望ましい食習慣の定着のために、一人で食事をする子供の減少や適正体重の維持など、家庭や学校等の関係機関、地域が連携して、食育について県民に対する正しい知識の普及を図り、社会全体で取り組む環境づくりを推進してまいります。

以上が、第2次健康みやぎき行動計画21の見直しの素案の概要になります。

なお、お手元に計画の素案の全体をお配りしておりますので、ごらんください。

お手数ですが、もう一度、常任委員会資料の34ページにお戻りください。

4の策定スケジュールについて御説明します。

今後、計画素案について、県医師会や県栄養士会などから構成する宮崎県健康づくり推進協議会での検討を行うとともに、パブリックコメントの募集を実施することとしております。

第4四半期で、これらを踏まえまして、計画案について常任委員会に報告させていただき、宮崎県健康づくり推進協議会で検討を行った上で、計画を改定する予定としております。

第2次健康みやぎき行動計画21につきましては、以上であります。

次に、続きまして、第3期宮崎県がん対策推進計画の素案について御説明をいたします。

常任委員会の資料の38ページをお開きください。

まず、1の計画策定の理由であります、この計画は、がん対策基本法に基づき定めているものであります。平成25年度からスタートした現行計画の期間が今年度で満了をしますことから、計画の見直しを行い、平成30年度からの第3期計画を策定するものであります。

2の計画の期間であります、がん対策基本法第12条において、少なくとも6年ごとに都道府県がん対策推進計画に検討を加え、必要があるときは、これを変更するよう努めなければならないとされておりますことから、医療計画を初め、医療・福祉保健関係の他の計画と整合を図る観点から、平成30年度から35年度までの6年間とすることとしております。

3の計画の骨子については、「がん患者を含めた県民が、がんを知り、がんの克服を目指す」をスローガンに、①科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実、②患者本位のがん医療の実現、③尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築という全体目標のもと、がん予防、がん医療の充実、がんとの共生、これらを支える基盤の整備という4つの分野別施策を設けることとしております。

39ページをごらんください。

5の現行計画の評価の取り組みの成果等についてであります、一番上の項目、がんの予防については、バランスのよい食事や適度な運動、たばこ対策を推進したことにより、野菜摂取量の増加などの改善項目が見られましたが、女性

の喫煙率など、目標値に達していないものも見られたところであります。

がんの早期発見と、がんの医療提供体制の充実の取り組みについては、医療計画と重複しますので省略させていただきます。

以上のような現行計画の評価を受け、(3)次期計画に向けた取り組みの方向性としまして、まず、がん予防に関する知識の普及啓発に今後も継続して取り組むことで、がんの罹患率の低下を図り、また休日・夜間健診の充実など、受診者の利便性に配慮したがん検診の実施を促進することによる受診率の向上を図るほか、適切な制度管理のもとに行われるがん検診を推進することで、早期発見・早期治療によるがんによる死亡率の低下を図ってまいります。

また、2つ目ですが、地域連携クリティカルパスの活用を推進することで、質の高いがん医療提供体制の構築を図ってまいります。

最後に、3つ目ですが、がんに関する知識の普及などを通じまして、がんになっても自分らしく生きることのできる地域共生社会の実現を進め、がん患者及びその家族の生活の質の向上を図ってまいります。

続きまして、この概要について資料11で御説明いたしますので、資料11をごらんください。

まず第1章、計画の策定に当たっての計画の策定の趣旨であります。生涯のうち日本人の2人に1人ががんになる、日本人の3人に1人はがんで亡くなると推計されていること、昭和57年以降一貫して、がんが本県においても死亡の原因の第1位となっていること、がんは加齢に伴い発症リスクが高まることから、高齢化の進展に伴いますます重要になってくることなどから、本県におけるがん対策の総合的・計画的な推進のための指針となるような計画を策

定するものであります。

次に、第2章の宮崎県におけるがんによる死亡・がん罹患の状況をごらんください。

1の死因別死亡割合の円グラフにありますとおり、平成28年に本県で亡くなった1万3,702名のうち、26.6%の方ががんで亡くなっており

2のがんの75歳未満年齢調整死亡率の推移につきましては、グラフの示すように、全国、宮崎県ともに減少を続けておりますが、これは、がん検診等の施策の推進や、医療の進展によるものであると考えております。

3の性別年齢階級別がん罹患率につきましては、本県では、平成25年にスタートしたがん登録のデータを用いまして、全国の罹患状況と比較したグラフを掲載しております。

15歳から54歳までの年齢階級では、男性より女性のほうが罹患率が高くなる傾向があります。また、55歳以降の年代では、男性のがん罹患率が多くなる傾向がありますが、こちらについては、全国、宮崎県に共通するものとなっております。

このような状況のもと、がんにかかる人を減らす、がんで亡くなる人を減らす、そして、がんになっても安心して暮らせる社会を構築するという観点から、全体目標を定め、それを達成するための分野別施策、個別目標を記載しております。そちらが第4章になります。

まず、第4章の1の科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実の部分をごらんください。

がんの75歳未満年齢調整死亡率と年齢調整罹患率の改善を図り、そのどちらも全国平均を下回ることを目標としております。

そのために、まずは、がんにかかる人を減らすというがん予防の観点から、一次予防として、

生活習慣、科学的根拠に基づくがんの予防方法について、また感染症予防として、ウイルスや細菌の感染が原因とされるがんに関し、正しい知識を持って、避けられるがんを防いでいくということを目標としております。

また、二次予防として、科学的根拠に基づくがん検診を正しく実施することを推進するとともに、その実施率の向上を図り、早期発見・早期治療を促すこと。これらによって、がんになっても、早期発見・早期治療により死亡者を減らすということを目標としております。

次に、第4章の真ん中の2の患者本位のがん医療の実現をごらんください。

(1) がん医療の提供体制、(2) のチーム医療の推進として、本県では4つのがん医療圏を設定し、がん診療連携拠点病院等が中心となり、がん診療を行う医療機関が相互に連携または役割分担をして、がん医療を提供する体制を整備しております。

患者本位のがん医療の実現のため、専門チームと連携するなど、一人一人の患者が必要とする治療やケアを提供する環境の整備を進めてまいります。

次に、3の尊厳を持って安心して暮らせる社会の構築につきましては、がんと診断されたときからの緩和ケアの推進として、医療従事者のもとより、患者側、県民の側でも緩和ケアに対する理解が深まるよう、普及啓発を努めます。

また、(2) の相談支援、情報提供についてですが、多くの方が情報を入手する手段として、インターネット上にはがんに関する情報があふれているものの、科学的には必ずしも正しいとは言えない情報も含まれておりますことから、県民が正しい情報を入手し、相談等の支援を受けることができるよう、拠点病院が設置するが

ん相談支援センター及び国立がん研究センターのウェブサイト、がん情報サービスなどについての一層の周知に努めたいと考えております。

右端の列の(3) の社会連携に基づくがん対策・がん患者の支援のために、地域における医療機関の連携を促進し、がん患者が療養する場所にかかわらず、質の高いがん医療を受けることができるよう、地域連携クリティカルパスの活用を推進します。

(4) のがん患者等の就労を含めた社会的問題につきましては、がんの5年生存率データの改善がかなり図られておりまして、がんは不治の病ではなく、がんは長くつき合う病という状況となっておりますことを踏まえまして、働くことを希望するがん患者が治療と仕事を両立できるように、関係機関と連携し、支援する体制の構築を推進いたします。

(5) のライフステージに応じたがん対策につきましては、小児世代や思春期世代、若年成人世代などのAYA世代のがん患者の治療と学業の両立、切れ目のない医療を提供するための連携推進、高齢のがん患者の意思決定を支援するための体制の構築を推進いたします。

次に、第4章の最後になりますが、これらを支える基盤の整備ではありますが、ここまでに挙げました分野別施策について対応するための基礎を築くために、がんという病気や、がん患者に対する県民の理解を深めることを目的に、学校におけるがん教育、あるいは、広く県民を対象とするがんに関する情報の普及啓発を推進します。

また、がん医療を支えるための人材育成として、拠点病院等が実施する研修会などを通じて、医師を含むがん医療従事者の育成を図ってまいります。

以上の分野別施策の中では、(1)、(2)のがんの予防、(4)のがん患者等の就労を含めた社会的な問題が、今回の特徴的な施策となっております。

第5章では、宮崎県がん対策推進条例の趣旨を踏まえ、県や市町村、拠点病院等のみならず、県民を含む関係者の責務を記載しております。

以上が、第3期宮崎県がん対策計画の概要になります。

お手元に第3期宮崎県がん対策計画の素案をお配りしておりますので、ごらんください。

もう一度、常任委員会資料の38ページにお戻りください。

4のスケジュールを御説明いたします。

策定のスケジュールでございますが、本日の委員会での御報告の後、12月中旬に第2回のがん対策審議会を開催いたします。

その後、12月下旬から、パブリックコメントを実施する予定であります。

第4四半期では、計画案について常任委員会に報告させていただきますとともに、がん対策審議会のほうで検討を行いまして、計画を策定する予定としております。

がん対策推進計画の素案については、以上であります。

続きまして、健康増進課からの3つ目になりますが、第2期宮崎県歯科保健推進計画の素案について御説明をいたします。

常任委員会資料の40ページをお開きください。

まず、1の計画策定の理由であります。この計画は、歯科口腔保健の推進に関する法律と、宮崎県歯・口腔の健康づくり推進条例に基づき定めているものであります。現行計画の期間が今年度で満了をしますことから、計画の見直しを行い、第2期計画を策定するものであります。

2の計画期間であります。最終年度を他の計画と同様に、医療計画や健康みやざき行動計画21などと合わせまして、平成30年度から35年度までの6年間としております。

3の計画の骨子であります。県民の生涯にわたる歯・口腔の健康づくりに関する施策を総合的かつ計画的に推進することにより、県民の健康の保持・増進に寄与することを計画の趣旨としております。国の歯科口腔保健の推進に関する基本的事項にある健康格差の縮小等の目標に即しまして、ライフステージに応じた歯科保健対策、支援が必要な方への在宅歯科医療などの歯科保健医療の推進を図ることとしております。

計画は、第1章から第4章までの4章構成としております。第3章の分野別施策では、乳幼児期から高齢期までのライフステージ等に応じた具体的な歯科保健目標を記載しております。

なお、今回の見直しで新たに追加しました項目としましては、第3章の2つ目のポツの支援が必要な方に対する歯科保健医療の推進、3つ目のがんや糖尿病などの治療を行っている方の医科と歯科の連携の推進、4つ目の災害時の歯科保健医療体制の整備、これが新しく追加した項目となっております。

常任委員会資料の41ページをごらんください。

5の現行計画の評価であります。1つ目の事項、虫歯の予防については、乳幼児期、学齢期等の虫歯は減少しております。中ほどにあります目標値をほぼ達成している状況となっております。

フッ化物洗口に取り組む小学校の割合は増加し、数値目標の達成状況については、ほぼ目標を達成している状況となっております。

しかし、市町村別に見ますと、26市町村のう

ち13市町村が未実施で、市町村の取り組みに差が見られている状況であります。

2つ目の取り組み事項、歯周疾患の予防については、4ミリ以上の深い歯周ポケットを持つ者に当たる進行した歯周炎を持つ者の割合が増加しております。

次の取り組み事項、歯の喪失予防につきましては、80歳で20本以上の自分の歯を有する者の割合が増加しております。

6の次期計画に向けた取り組みの方向性として、まず、虫歯予防の取り組みをさらに推進するため、フッ化物洗口の未実施の市町村が実施できるよう、課題の整理を進めていきます。

また、2つ目ですが、今回悪化した項目のあった歯周疾患の予防については、定期的な歯科健診の推進が特に重要でありますため、事業所においても定期的に歯科健診・指導を行って、口の中の状況改善が見られたモデル事業の取り組みの結果の周知でありますとか、歯と口の健康と全身の健康や医療費との関係などについて積極的に啓発するなどの関係者の取り組みを促していきたいと思っております。

次のポツでは、高齢化の進展により、今後ますます歯科医療機関に定期的に通院することが困難になると考えられる高齢者の増加が見込まれますため、在宅歯科医療の診療体制のさらなる充実を図ります。

続きまして、計画の素案の概要を御説明します。

資料の13をごらんください。

第2章の部分でございますが、前の計画の目標と評価でございますが、今回評価を行った34項目中、Aの「目標値に達した」、B「目標値に達していないが改善傾向にある」といったB以上の項目が20項目あり、全体の約6割となって

おります。

また、ライフステージ等の達成度評価については、全体的にA、Bの評価が多くなっておりますが、成人期のみ、進行した歯周炎を持つ者の割合が悪化しておりました。

次に、第3章の分野別施策についてであります。先ほど申し上げましたとおり、1から4に分かれておまして、1つ目については、これまでの取り組みの改善項目、2つ目から4つ目については、新規の取り組みの項目立てとなっております。

1のライフステージに応じた歯科保健対策の推進については、共通する取り組みとして、フッ化物の応用、かかりつけ歯科医での定期歯科健診の推進を図ります。

また、(1)の乳幼児期から(4)高齢期までの取り組みの根拠となるデータを記載しておりますが、主なものとしましては、乳幼児期では、歯磨きなど保護者への働きかけ、妊娠期から大人に対する普及啓発。学齢期では、乳歯から永久歯に生えかわることから、フッ化物の応用に加え、歯と口の健康を守るための生活習慣の形成。成人期では、進行した歯周炎を持つ方の割合が増加しておりますので、歯間部清掃用具の使用の推進。高齢期では、歯の喪失予防と誤嚥性肺炎の予防に向けまして、口腔の清掃、摂食・嚥下訓練等の口腔ケアを推進いたします。

一番右の列の2に、支援が必要な方への歯科保健医療の推進を記載しております。障がい者や高齢者など通院が困難な方への在宅歯科保健医療の推進を図る。

また、その下、医科歯科連携を推進するために必要な体制の整備では、がん治療中の口腔合併症の予防や糖尿病治療の血糖コントロールのため、医科と歯科で連携し、口腔ケアの推進等

を図ることとしております。

また、4の災害時の歯科保健医療体制の整備としまして、災害発生時を想定した被災者への対応に向けて、研修会など実施して、関係者との連携を図った体制の整備を進めることとしております。

第4章、計画の推進体制については、歯科医師会等の関係機関と十分な連携を図ることや、県民への必要な情報提供を行うこととしております。

お手元に資料14として、素案の全体をお配りしておりますのでごらんください。

常任委員会資料の40ページにお戻りください。

4のスケジュールについて御説明いたします。

今後パブリックコメントを実施しまして、これらを踏まえて計画案を策定し、県歯科医師会、歯科衛生士会、市町村、教育委員会などから構成する宮崎県歯科保健推進協議会で検討を行った後、2月の定例県議会に議案として提出し、常任委員会で御審議いただき策定したいと考えております。

宮崎県歯科保健推進計画については以上であります。

健康増進課からは以上であります。

**○高畑こども政策課長** 常任委員会資料の42ページをお願いいたします。

みやざき子ども・子育て応援プランの見直しについてでございます。

まず、1の見直しの理由についてであります。

みやざき子ども・子育て応援プランは、平成27年度から31年度までの5カ年計画であり、内閣府が示した基本指針に基づき、市町村が定める市町村子ども・子育て支援事業計画の教育・保育に係る量の見込み、これは需要量に当たるものであり、教育・保育施設の利用状況に、今後

利用したいという潜在的な利用希望を加えたものであります。

また、確保方策は供給量に当たるものであり、これは教育・保育施設の利用定員を積み上げたものとなりますが、このうち、教育・保育に係る量の見込みにつきましては、当該プランの計画の中間年である平成29年度を目安として、必要な場合には見直しを行うこととされていることから、市町村の状況を踏まえ、今回見直しを行うものでございます。

次に、2の見直しの内容についてであります。

この量の見込みを見直すかどうかの基準につきましては、下の囲み部分にありますとおり、内閣府から方針が出されております。

まず、1にありますように、平成28年4月1日時点の支給認定区分ごとの子供の実績値が、市町村計画における量の見込みよりも10%以上の乖離がある場合は、原則として見直しが必要となります。

なお、この支給認定区分は、子ども・子育て支援新制度に伴い、教育または保育を必要とする子供を、その年齢に応じて1号から3号に認定区分をしているものでございます。

また、2にありますように、10%以上の乖離がない場合におきましても、平成29年度以降も引き続き受け皿の整備を行わなければ、待機児童の発生が見込まれる場合などにつきましては、1に準じて見直しを行うこととなります。

なお、3にありますように、1または2の場合に該当しても、既に計画を見直している場合や、特別の事情がある場合には、見直しを行わないことができるとされており、見直しを行うかどうかの最終的な判断は、市町村が行うこととなっております。

この方針に基づき、市町村が検討を行いまし



た結果、(1)にありますように、宮崎市を初めとする13市町が見直しを行ったことに伴い、県のプランを今回見直すものでございます。

また、(2)と(3)にありますように、子ども・子育てに関する施策のうち、現時点で成果目標値を達成している指標の上方修正や、制度改正等により現状に即していない部分の字句を修正することとしております。

見直しの概要につきましては、別冊資料15をお開きください。

このプランは第1章から第5章で構成されておりますけれども、今回見直しの対象となるのは、資料右側でございます第4章及び第5章になります。

まず、第4章、幼児教育・保育等の提供体制につきましては、先ほど御説明しましたように、内閣府の指針に基づき市町村が見直しを行った結果、表に記載のとおり、需要量と供給量の見直しを行うものでございます。

見直しの内容でございますが、Ⅰの需要量については、平成30年が見直し前の4万4,001人から見直し後は4万3,218人となり、31年には同じく4万3,339人から4万2,603人となります。

また、Ⅱの供給量につきましては、平成30年が見直し前の4万7,644人から見直し後は4万6,913人となり、31年には同じく4万7,691人から4万6,783人となります。

この結果、供給量から需要量を差し引いた需給では、平成30年が見直し前の3,643人から見直し後の3,695人と52人の供給増となり、31年には4,352人から4,180人と172人の供給減となりますが、いずれも需要を上回る供給が行われる見通しとなっております。

次に、第5章、子ども・子育てに関する各種施策の推進に関する見直しについてでございます。

す。

1の施策の内容に記載のように、県のNPO活動支援センターが「みやざきNPO・協働支援センター」に名称変更したことに伴う字句の改正など、現状に即していない部分を改正するものでございます。

また、2の計画の成果指標については、44の個別成果指標のうち、下記の表にございます6つの成果指標の28年度実績が目標値を超えていたことから、指標の上方修正を行うものでございます。

これらの指標を含む成果指標につきましては、毎年進捗管理を行っているところであり、目標が達成できるよう、各部局と連携しながら取り組んでまいりたいと考えております。

常任委員会資料の42ページにお戻りください。

3の今後のスケジュールでございます。

今後パブリックコメントを実施しまして、その結果を踏まえて、宮崎県子ども・子育て支援会議への意見聴取を行い、2月定例県議会に議案として提出させていただきたいと考えております。

なお、別冊の資料16は、みやざき子ども・子育て応援プラン見直し素案——抜粋でございますけれども、添付してございますので、後ほどごらんいただきたいと思います。

みやざき子ども・子育て応援プランの見直しにつきましては、以上でございます。

**○右松委員長** ここで委員の皆様にお諮りいたしますが、本日の日程は午後4時までとなっておりますが、このまま4時以降も継続してよろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

**○右松委員長** では、そのようにいたします。

執行部の説明が終了しました。

その他報告事項についての質疑をお願いします。

**○丸山委員** 障がい者の福祉計画についてお伺いしたいんですが、資料7の平成32年度の数値目標の設定の中で、2の(1)に施設から地域生活への移行推進とあるんですが。結局グループホームなどで地域にという話は国でもやっているんですが、聞く話によりますと、障がい者のほうも高齢化が進んでいて、グループホームとか、そういう地域になかなか返せないという状態も出てきているということで。そういったことを含めてしっかり、国はグループホームとか簡単に言っているけれども、今回の計画の中では、そういった視点というのは何か入っていらっしゃるのでしょうか。

**○日高障がい福祉課長** 国の基本指針といたしましては、今、丸山委員おっしゃったように、施設から地域へという大きな方針があります。この第5期計画の前に、第4期計画、第3期計画とあって、それぞれに基本指針の中で言っているんですが、徐々に地域移行できる方々のパーセントが減ってきております。国の指針のほうでも、やはり障がいの重度化であるとか高齢化の対応で、なかなか地域に戻せない方々もあり、そういう方々の拠点として、やっぱり施設もある程度は必要になってくるという部分が見えてきているのではないかなと思っております。今回も基本的には、削減目標2%ということで減ってきておりますので、そういう部分が反映されているのかなというふうに考えておまして、今後は、やっぱりこの計画をつくる場合でも、施設の協議会であるとかそういうところからも御意見を伺っておりますので、そういう部分も含めて。あと、施設のほうが、2の(4)にありますように、地域生活支援拠点という部

分がございまして、そういうもののサポートをしながら、地域の中で施設と車の両輪としてやっていけるような形にならないかなと考えているところでございます。

**○丸山委員** あと、就労の支援もかなり書いてあって、離職しないように仕事定着できるような支援も書いてあるんですが、本当にそれが可能なのか。今、実態的には離職もかなりあるような気もするので、どうなっているのかも含めて教えていただくとありがたいかなと思います。

**○日高障がい福祉課長** 確かに障がい者の就労につきましては、以前と比べると、かなり進んでいるのかなという気はいたしますが、やはり離職という部分も、体調によってなかなか同じような仕事ができないというような方もいらっしゃいます。そういう意味で、先ほど丸山委員からもお話がありましたように、2の(3)に書いてありますが、来年度から就労定着支援事業という事業が、新たなメニューとして加えられます。ある程度職場のほうに行って、どういう形で指導をしていけばいいとか、障がい者の方もどういう形で対応をしていけばいいかというところを支援していくところでございます。就職しますと環境がかなり変わりますので、そういう部分がサポートできると、少しなりとも雇用する側も雇用される側も、何というか、関係性がわかっていないままに離職という形になる部分は避けていけるのではないかなと考えているところでございます。

**○丸山委員** あと、精神障がいの関係でお伺いしたいんですが、宮崎のベッド数が、全国の倍以上あったと記憶しているものですから。今回できるだけ入院を短くしていこうというようなことも目標で書いてあるんですが、あと、ベッド数の関係も出てくるんじゃないかと思ってい

て、その辺の関係は何か書いてあるんでしょうか。

**○日高障がい福祉課長** 病床数につきましては、今あるベッド数を幾ら減らすとかいうような話にはなかなかならないんですが。やはり精神障がい者の方が入院をされたとしても、早期に退院をされて、地域で生活をしていく、そういう部分を支える体制づくりがまずは必要なのかなということで、我々のほうでは書いているところでございます。

今、委員がおっしゃいましたように、2の(2)が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ということになるんですが、ここで見ていただいてもわかりますように——以前の数字をちょっと持っていないんであれなんですけど、目標数値に対しまして、ある程度平成26年度の数値でも高くなっていて、いわゆる早期退院に向けて病院側もそれなりに努力していただいているのかなというふうなところは見てとれるのではないかなと思っております。

今後は、先ほどお話がありました医療計画との整合性も取り入れながら、精神障がい者の方が地域で生活していける体制づくりというものを進めていければと考えているところでございます。

**○丸山委員** 県内で8つのピアサポート活用事業をしまして、実績もあるんですけども、内容的にこれがしっかり充実していったって、ちゃんとうまくいっているのか。内容によって精神障がい者の方の充実した生活にもつながっていくんじゃないかと思うし、また、再入院しないような形にもなってくるはずであって、うまく実質的に活用をされていったってほしいなと思っております。それらのことも含めて、何かこの計画に書いてあるということによろしいで

しょうか。

**○日高障がい福祉課長** 委員が今おっしゃったのは、常任委員会資料の31ページの取り組み成果の中段のところではないかなと思っておるんですが。県内の8つの医療法人等に委託しまして、精神障がい者の地域活動支援センターというところが——多くは、いわゆる精神科病院の方が運営はされているんですけども、そこに精神保健福祉士さんであるとかそういう方々がおられて、退院されて地域生活をされた方々を、地域の中でどういう形でサポートしていくかということで活動をしていただいております。

その中で、やはり平成24年ぐらいからそういう活動が来ているんですが、ここ一、二年、ピアサポートの延べ活動数とかもふえてきておりますので、今後に期待したいという部分があります。こういうような方々が病院とか施設とかに行かれて、地域の生活の充実度合いというものをピアとして、実感としていろいろお話をさせていただくことによって、先ほどおっしゃったように、長期入院の方というのは、なかなか地域に出る勇気がなかったりとか、もう病院のままというような、施設のままでというような話もあるんですけども、そういう部分で、やっぱりピアの方々が直接お話をされるということが重要になってくると思っておりますので、こういう部分についても計画の中に書き込んでいきたいというふうに考えております。

**○右松委員長** 障害福祉計画で関連があればお願いします。なければ、それ以外でありましたらお願いします。

**○日高委員** 常任委員会資料の41ページなんですけど、35歳から44歳の歯周炎を持つ者の割合がふえているということなんですけれども、僕も44歳で、気になるなと思ったんです。確かに周り

にいるんですよね、実は歯周病だったという人が。なぜふえたのかというのは、原因はわかっているのでしょうか。

**○矢野健康増進課長** なぜふえているのかというところまでは、ちょっとわからないところではあるんですが。やはりこういうのを早期に発見していくために、ずっと定期的に歯科健診を受けることの取り組みを推進してきたところなんですけど、そちらの取り組みもあんまり進んでいないということがあります。ふえている原因もわからないところではあるんですが、そういったのをきちんと早く発見して、専門の治療を受けられるような取り組みは必要であるというふうに思っております。

**○日高委員** これは、治療をしていけば治るものなんですかね。

**○矢野健康増進課長** きちんと口の中をきれいにして、しかるべき専門の治療、必要な場合は抜歯をしますとか、歯並びの矯正とか、いろんな歯科的な治療はあります。そういった取り組みをすることによって、予防はできると思っております。

**○日高委員** ありがとうございます。

あと、この下のほうの在宅歯科の治療体制ということなんですけれども、これから本当に必要になってくるのではないかなと思うんですけれども。必要としている割合と、実際医師が在宅歯科で賄っている部分というか、その割合というのは大体どれぐらいかわかっていらっしゃるのでしょうか。カバー率か、ちょっと難しいですかね。実際、在宅歯科の診療をされている数でもいいです。

**○矢野健康増進課長** そういった施設の中で、寝たきりでありますとか、そういった中でどれぐらい必要かということですね。ちょっと正確

なデータではないんですが、大体7割、8割ぐらいの方はそういったケアが必要であるということになっております。

**○右松委員長** いや、在宅歯科診療体制のことを今聞いていますよね、高齢化がどんどん進む中で。

**○矢野健康増進課長** 後ほど、2点ですね。どれぐらい必要なかということと、そういった方に対してどれぐらいの医療が提供できているのかということについて、済みません、後ほど答えさせていただきます。

**○日高委員** お願いします。

**○丸山委員** 歯科医療で、41ページにフッ化洗口のことが書いてあるんですが、未実施の市町村に聞いて、実施に向けた課題を整理するというふうに書いてあるんですが、何が問題だというのは、もう情報収集されているのか。ただ財政的なものなのか、マンパワーが足りないからなのか、もしくは、何かほかの理解促進が足りないからとか、何かそういうものがあるというふうにしているのか、そこを含めて教えていただきたいかなと思うんですが。

**○矢野健康増進課長** そういった市町村さんの声についてはいろいろ聞いているところではありますが、やはりフッ化物洗口に関する理解が進んでいないところが大きなところになってくるかなと思います。やはりちょっと怖いといいますか、フッ化物が劇薬といった印象があって、安全性の面で学校のほうでも、怖いからちょっと導入が難しいでありますとか、そういった声を聞いております。そういったところが一番大きな障壁になっているのではないかなというふうには思います。

**○丸山委員** それを科学的根拠に基づいて、ちゃんと理解をされて、実施されている市町村も実

際あるわけですので、しっかりとした広報、啓発というのをやることによって、子供のうちから虫歯ができづらい環境にしていって、しっかり食事もできるというようにしていくことが、全体には健康につながっていくというふうになっていきますので、そういうことをしっかり取り組んでいただくとありがたいのと。また、学校だけではなくて、おそらく、高齢者の施設等でも、やっぱり口腔ケアというのは非常に重要だと思っていますので、そういうことにもしっかり取り組んでいただくようお願いできればなと思っていますけれども。

**○右松委員長** 歯科保健推進関係はよろしいでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

**○右松委員長** それ以外にあれば、お願いします。

**○丸山委員** 資料9の健康みやざき行動計画の見直しについてなんですけど、やっぱりなかなか難しいのが、健康の関心が低い人へのアプローチ。特定健診とかも含めて全部だと思っているんですけど、どのようなことを今後やっていくような計画といいますか、具体的にはしていくのかなど。何か書かれていることがあれば、教えていただくとありがたいかなと思っていますんですけど。

**○矢野健康増進課長** 具体的なところについては、考え方としては、3つあるのではないかなと思っています。一つは、働きかけの機会をふやしていくことがあると思います。今、テレビCMでありますとかポスターを通じて、広く県民にこういった健康づくりに関する重要性の御説明、普及啓発をしているところであるんですけど、それだけではどうしても健康に無関心な方には届かないというのがあります。それぞれ

の生活のステージに応じて、例えば、小さいときだったら学校、働く世代については職場、高齢期になったら地域の中に普段いるわけですので、そういったところからの働きかけをしていくというのが、一つポイント。そこは、ライフステージごとの対策というところで表現させていただいておりますが、そういったところを関係機関としっかり連携をして、働きかけの機会をさらにふやしていくというところが、一つの対策のポイントになってくると思います。

あと、別の考え方としまして、健康な生活習慣の選択のバリアを下げるといいますか、アクセスをよくするという考え方があります。例えば、たばこをやめたいと思っている人が、やめられるための医療機関を受診しやすくするとか、あるいは、ホームページできちんと情報提供をするとか、あるいは、健診の機会についても土日とか夜間とか、いろんな検診を同時に受診できるようにするとかですね。そういった環境をよくして、アクセスをよくする、バリアを低くするという環境づくりですね。そういった取り組みを進めていって、自然と意識しなくても健康にいい生活が実現できるようにするということ。あと、インセンティブとかペナルティーといいますか、インセンティブをつけていくという考え方があります。これは、今も県のほうから市町村に、健康づくりのためのインセンティブの取り組み、健診を受診したらポイントをつけるでありますとか、そういった取り組みをしている市町村を補助するような取り組みもしておりますが、こういったインセンティブを活用するとかといった取り組み方、大きくそういった3つの取り組み方があるのかなと思っています。こういったことで、健康無関心層と言われる人にも、さらに対策を進めていくというこ

とが考えられるかと思っております。

**○丸山委員** 私の提案としてなんです。一番無関心層と言われるのは、多分30代、40代ぐらいの子供たちがいる世代だと思っているんです。だから、PTA総会とかそういう学校のときに——乳がんで亡くなられた小林麻央さん、いらっしやいましたよね。やっぱりちゃんと検診を受けないと、自分の子供がこんなことになるかもしれないよ、だから乳がん検診を受けましょうとか、親に届けられるのがPTA活動とか。もしくは、大体1月の成人式のために、お父さん、お母さんとかおじいちゃん、おばあちゃんたちにちゃんと健診をしてくださいねとかいうような、本当に環境づくりというか、働きかけのそういう場所もいっぱいあるんじゃないかなと思っていますので。市町村がもっと考えて、いろんな機会を利用して、無関心層へのアプローチを何か考えていただけたらどうかなと思って。どういう考えがあるか、感想でもいいからお伺いできればなと思いますけれども。

**○矢野健康増進課長** 御指摘のとおり、県だけではなかなかそういった対策が進まないと思っております。市町村でありますとか教育機関等の取り組みを推進していくことをきちんと連携して進めていくことは、大変重要であると思います。PTAの活用でありますとか、成人式の機会の活用でありますとか、そういったことも視野に入れて、対策を考えていきたいと思っております。ありがとうございます。

**○丸山委員** あと、3番の休養・心の健康のことについてお伺いしたいんですけれども。去年ぐらいから、50人、100人ぐらいの企業がストレスチェックをやることを義務化されているんです。小さい企業はなかなかそこまでないんですが、しっかり企業のデータとかを活用して、こ

ういう心の健康にもうちょっと積極的に連携していくと、もっと有効的にできるんじゃないかと思っている。その辺のことは考えられないのかをお伺いしたいと思います。

**○矢野健康増進課長** メンタルヘルスの部分については、労働安全衛生法で事業者が従業員に対してやっていく、産業保健の分野でそういった取り組みが進んでいます。当然この健康づくりの部分については、産業保健の部分と、あるいは学校保健でありますとか、いろんなものが連動をして進めていかなければならないということでありまして、今、職域の部分、働く世代に対してきちんと対策していくためには、そこは大変重要というふうに思っております。

健康経営という言葉もありますが、事業者が従業員に対してきちんと健康を管理していくと。健診も受診するでありますとか、そういったメンタルヘルスもやっている企業については、今、企業の知事表彰という取り組みも進めておりますが、そういった企業の意識の活性化というような取り組みも、きちんとやっていきたいと思っております。

**○有岡委員** 資料11のがん対策のことでお尋ねしたいと思いますが、チーム医療の推進ということで、緩和ケアチームの病院数が8と。これを目標が10ということで、このバランス的にはどういう状況なのか、お尋ねしたいと思います。

**○矢野健康増進課長** 医療計画のほうになります。資料2の50ページをお開きください。こちらの数値目標と書いてありますところに、緩和ケアチームのある病院数が、現状8施設ありますが、県北、県央、県南、県西のがん医療圏ごとの施設数が記載されております。県北が2で県央が4、県南がゼロ、県西が2というようなのが現状となっております。

**○有岡委員** ぜひ県南にもそういった施設ができるということを期待するわけですが。要望としてお聞きいただければと思うんですが、例えば、口腔のほうで災害時の体制整備をとということであってありますが、実際に災害のときに経験したことは——例えば、熊本でもそうでしたが、病院がどこが実際、例えば、人工透析の患者を受け入れるとか、そういった情報を大学生がネットで紹介したりと、そういう取り組みをしているんですね。そういった意味では、ニーズがあって、こういう施設があって、ここが今対応できますよと。例えば、こういうチームが派遣できますよとか、そういった情報をいざというときに整理できる——これは計画の中ではなくて結構ですが、実際にマニュアルとして、いざそういったときに情報を提供するような仕組みもぜひ今後考えていただけると、地域のバランスとか人材を情報提供できる、そういうふうになると思いますので、期待したいと思います。平成17年に人工透析の患者が2日間どこに行っていないかわからずに困ったというケースもあったものですから、ぜひ実際のマニュアルの中では、そういう情報提供をしていただければありがたいと思っております。よろしく願いいたします。

**○右松委員長** がん対策関連でありましたらお願いします。

**○井本委員** 私の経験からしても、がんの先進医療と、はっきり言って宮崎県ぐらいの医療とは随分差があるという感じがするんだね。どうしたら、ああいう先進的ながんの治療が宮崎あたりでできるのかな、何か方法はないもんかななんて思うんだけど。例えば、宮崎県だけじゃなくて、宮崎県と鹿児島県と組んでやるとか、あるいは熊本県と組んでやるとか、そういうよ

うなちょっと発想を違えたようなやり方を考えてもいいんじゃないのかなという気がするんだけどね。そういうのは全く今度の計画・方針の中にももちろん入っていないんだろうけれども、どうなんだろうかね。

**○矢野健康増進課長** がんの医療提供体制についてなんですけど、標準的な治療、ガイドラインですね。学会などが定めるガイドラインに従った医療をきちんと提供していくというのが——まずその均てん化という考え方になりますが、それを進めていく必要があるということがございまして、それにつきましては、4つのがん医療圏ごとに、拠点病院がきちんとその医療圏ごとに研修会などを実施して、地域と連携を図る、地域の人材育成を進めていくということをやっていく。これによって底上げといいますか、最新の医療がちゃんと提供できるような体制をつくっていくと、こういう設計になっております。最新の医療、最先端の医療ですね。例えば、まれな小児のがんでありますとか、そういった宮崎県だけではなかなか提供できない医療というものもあるかと思えます。そういったところにつきましては、都道府県拠点病院というのが宮崎大学医学部附属病院になっておりますが、そういった県に1つ指定されているこの病院が、全国ときちんとネットワークをつくっていくという考え方になっております。そういった取り組みですね。県外ともしっかりとつながって、最新の最先端の医療をつくっていくと、こういった考え方となっております。この取り組みはしっかりと進めていくということになるのかなというふうに思います。

**○井本委員** 確かに最先端の医療につながるというのが、そこから一本つながっていく、くもの糸というんじゃないけれど、やっぱり命がか

かつとるもんだから、やっぱりできるだけいいところにみんな行くわけよね。やっぱりいろいろ差があるなという、実際のところね。私はがん研有明に行ったんだけど、やっぱりそれは全然違いましたね。手術室なんかは、もう向こうが見えんぐらい何十もあって、一日に30も40も症例があるという。そこと1件、2件としかやらんようなところと、それは、やっぱりエビデンスの量からして全然違うわね。だから、その辺の情報を本当に的確に入れられれば一番いいけれども、なかなかそれは次から次にいかなのじゃないかと。私と一緒にあった新潟の人なんかは、直腸にできていて、3センチ以内やったら人工肛門つけないといかんかもしれんとか言うわけですよ。ところが、がん研有明だと、肛門から1センチのところできてる人も、人工肛門をついで済んだわけですね。もう人工肛門をつけるのとつけないのでは、天と地の差です。こっちにおったら、もうはっきり言って、人工肛門をつけなくちゃしょうがない。ところが、がん研有明病院、肛門から1センチのところにあっても、人工肛門をついで済んだと。あの辺の差を見ても、やっぱりそれは最先端の医療を誰でも受けたくりますよね。そういうのが本当に近くで手に入るというのだったらいいがなという。まあ東京まで行けば、それはいいんだろうけれど、みんながみんなというわけにはいかんじゃろしね。ちなみに、私は何もなかったんですけど。

**○丸山委員** がん対策で、本当に宮崎県でもがんで亡くなる方が1位ということで、非常に残念ではあるんですが。最近、セカンドオピニオンという言葉をよく聞くんですが、今回のがん対策推進計画で、何かそういった概念とかいうのが。がんが進行する前に検診を受けてほしい

のはもちろんそうなんですけど、セカンドオピニオンみたいなことがあってもいいというふうな理念があるのか、やっぱりそこまでまだ至っていないというような形なのか、その辺を少しお伺いできればなと思うんですが。

**○矢野健康増進課長** セカンドオピニオンということに関して、直接的に計画ではないんですが、基本的には、拠点病院の役割として整理はされています。そういった地域の病院からきちんと相談を受けると。診断や治療に関して相談を受けるという体制を拠点病院は整備することになっておりますので、これまでもやっていただいていると思いますし、今後もそこを中心となってやっていくということかなというふうに思います。

**○丸山委員** 拠点病院でしっかりと検査なり、もう一回改めてできるような形が、この地域連携クリティカルパスの充実ということなのかなと思っていいのか。しかしながら、ずっと宮崎でがんによる死亡率が一番というのは、ちょっとこれはもう食生活を含め、いろんなことからみ合って。検査をして死亡率を低く、またがんは長くつき合う病気であることが書かれている割には、やっぱり一番だというのは何か不思議だなと思っているもんですから。その辺をもうちょっと治る病気といえますか、長くつき合う病気でもあって、がんはかかっても決して怖くないんだよというぐらいになってもいいのではないかと思っているもんですから。その拠点病院も含めてセカンドオピニオンをしっかり充実してもいいんじゃないかなという気がするもんですから、拠点病院の強化といえますか、取り組みをしっかりとやっていただかないと。この資料11の(3)にあるクリティカルパスによる件数というのが、かなり少ないというのは、



やっぱり何らかの要因があるのか。そういう人がいないからなのか、うまく連携ができていないからなのか、どういうことで今現在が少ないと理解すればいいのかを教えてくださいとありがたいと思います。

**○矢野健康増進課長** このクリティカルパスが進んでいないところについてなんです。今一番よく聞きますのは、医師のほうは、なかなか活用するのが大変というところ。現場で、例えば、拠点病院で治療した患者さんを地域に返すときに、クリティカルパスを使うという考え方があるんですが、それをなかなか使うのが大変なんだということで、理解が得られていない面もあります。そういったところについては、クリティカルパスは、平成23年に宮崎県の大学病院のほうでつくって、今普及してきたところなんです。そういった意見もあることを踏まえまして、より現場で使いやすいような様式に見直していくでありますとか、そういったことを進めていくことによって、活用がさらに進んでいくのではないかと。

あと、実は、診療報酬の算定もできるようになるというのがありますので、おそらく病院のほうは理解されているとは思いますが、そういったメリットもあるという、経営的なメリットもあるということもきちんと周知をして、推進していけたらいいのかなと思っております。

**○成合国民健康保険課長** 済みません。医療費適正化計画のところの西村委員のメタボに関する御質問のところ、一点訂正をお願いしたいと思います。

平成20年の現状値のところ、私は14%と申し上げましたけれど、これは第2期計画の、前の定義によるメタボ該当者の割合でありました。目標としております第3期の新しい定義により

ます特定健康保健指導の対象者ということですので、こちらの現状値で申し上げますと、平成20年度は20%でございます。

目標につきましては、この20%を基準に、その割合を35年度までに25%減少をさせるということとして、これを割合に置きかえますと、20%から15%を目指すということになります。ちなみに27年度の現状で、減少率が15.1になっておりますけれども、これを割合に置きかえますと約17%ほどですので、20%から17%になり、あと2%ほど減らすということが目標になります。よろしく申し上げます。

**○矢野健康増進課長** 先ほど日高委員から御質問のありました歯科の部分につきまして、数値を述べさせていただきたいんですが。歯科保健計画の資料14のほうをごらんください。61ページにございますが、61ページの中ほどに要介護度4、5の方のうち、約7割の方には歯科治療が必要と言われておりますと、こういう記述がございます。要介護度4、5のかなり要介護度が高い方の7割ぐらいが歯科治療が必要と言われておまして。こういった方にどういった、どれぐらいの在宅歯科医療を提供できるかについては、ちょっとわからないんですが、67ページの一番下のところ、ストラクチャー指標として在宅歯科診療を行っている歯科医療機関の割合をふやすという項目がございますが、現状で27.7%というふうになっております。歯科診療を行っている歯科医療機関というのは27.7%となっておりまして、こういったところがさらに在宅歯科医療を提供できるように、今、県のほうから機器の整備など、そういった補助金も出しておりますので、こういった形を通じて支援すること、ふやしていきたいということになっております。よろしく願いいたします。

○右松委員長 それでは、その他、何かありますでしょうか。

○丸山委員 先ほど言いましたとおり、今後2月の定例県議会に上程するまでには、各パブリックコメントまた協議会等でいろんな意見が出されてくると思いますので、それがわかりやすい形で、全ての10の計画をそれぞれ説明していただくようにしていただければ。我々も今協議したことを踏まえて、また次の2月でしっかり審議ができると思っています。その辺をまとめていただくようお願いしたいと思っておりますが、委員長のほうで諮ってお願いします。

○右松委員長 そうですね。計画に関する声を一覧表という形で。パブリックコメントと、それから協議会の内容についてまとめていただけますでしょうか。よろしいでしょうか。

○小田福祉保健課長 今回御説明いたしました計画につきまして、今後パブリックコメント、それから協議会、審議会と進んでいきますので、そこで出てきた意見と、それからその対応といったことは、一覧になるような形で資料化をしていきたいというふうに思っております。

○丸山委員 よろしくをお願いします。

○井本委員 私も党に帰って、みんなに説明しないといかんわけよ。そうすると、やっぱりどこが変わってどうなったのかというのを言わんと、彼らもこれを全部もう一回読めというわけにはいかんでしょう。我々もこれをある程度わかったらんといかんもんだから、そういう説明しやすいようなものを欲しいわけですな。お願いします。

○右松委員長 その他、ほかに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、請願の審査に移りま

す。

請願第22号「子どもの医療費助成制度の拡充を求める請願」について、執行部からの説明がありますでしょうか。

○高畑こども政策課長 特に説明はございません。

○右松委員長 それでは、委員から質疑は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、長時間にわたりましてお疲れ様でした。ありがとうございます。

暫時休憩いたします。

午後4時30分休憩

---

午後4時33分再開

○右松委員長 委員会を再開いたします。

採決についてですが、委員会日程の最終日に行うことになっておりますので、あす8日に行いたいと思います。

再開時刻は13時といたしたいのですが、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。

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、以上をもって本日の委員会を終わります。

午後4時34分散会

平成29年12月8日(金曜日)

---

午後0時57分再開

---

出席委員(7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
委員		有岡浩一

欠席委員(なし)

委員外議員(なし)

---

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 委員会を再開いたします。

まず、議案の採決を行います。採決の前に、各議案につきまして、賛否も含め御意見があればお願いします。特に御意見ないでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○右松委員長 それでは、特にないようですので、議案の採決を行います。採決につきましては、議案ごとがよろしいでしょうか、一括がよろしいでしょうか。

〔「一括」と呼ぶ者あり〕

○右松委員長 それでは、一括して採決いたします。

議案第1号、第3号、第4号並びに第13号から第15号につきましては、原案のとおり可決することに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○右松委員長 御異議なしと認めます。よって、議案第1号、第3号、第4号並びに第13号から第15号につきましては、原案のとおり可決すべきものと決定いたしました。

次に、請願の取り扱いについてであります。

請願第22号「子どもの医療費助成制度の拡充を求める請願」についてであります。この請願の取り扱いも含め御意見があればお願いいたします。

○丸山委員 継続でお願いしたいと思います。

○田口副委員長 採決でお願いします。

○右松委員長 それでは、お諮りいたします。請願第22号を継続審査とすることに賛成の方の挙手を求めます。

〔賛成者挙手〕

○右松委員長 挙手多数。よって、請願第22号は継続審査とすることに決定いたしました。

次に、委員長報告骨子案についてであります。委員長報告の項目及び内容につきまして、御意見をお願いします。

暫時休憩します。

午後0時59分休憩

---

午後1時2分再開

○右松委員長 委員会を再開いたします。

委員長報告につきましては、皆さんの御意見を参考にしながら、正副委員長に御一任いただくことで御異議ありませんでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○右松委員長 ありがとうございます。それでは、そのようにいたします。

次に、閉会中の継続調査についてお諮りします。福祉保健行政の推進及び県立病院事業に関する調査につきましては、閉会中の継続調査としたいと思いますが、御異議ありませんで

しょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○右松委員長 御異議ありませんので、この旨、議長に申し出ることとします。

暫時休憩します。

午後1時3分休憩

---

午後1時6分再開

○右松委員長 委員会を再開いたします。

1月25日の閉会中の委員会につきましては、皆様の休憩中の協議を踏まえて、正副委員長に一任をいただくことで御異議ございませんでしょうか。

〔「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、以上で委員会を終了します。

午後1時7分閉会