

平成19年12定厚生常任委員会

高橋委員

それでは、まず福祉の街づくり条例の見直しの検討についてお伺いしてまいります。

先ほど御説明いただきました資料の2ページ目を拝見いたしますと、福祉の街づくり条例の遵守率が低下していることが記載されております。平成14年度は81%だったものが平成18年度は61%に低下しているということですが、はじめにこの要因についてはどう考えておられますか、伺います。

地域保健福祉課長

条例の遵守率の低下には様々な要因があると思いますが、その中でも建築確認制度の民間開放による影響が大きいものと考えております。平成8年に条例を施行した際には、条例による事前協議と建築基準法による建築確認の手続は同じ行政機関で取り扱ってまいりました。その後、平成10年に建築基準法が改正され、建築確認業務への民間参入が認められたことに伴い、建築確認手続は民間の指定確認検査で行うところが増えております。

平成18年度では、民間の指定確認検査機関による建築確認の割合が8割という状況になったわけがございます。このため、条例の事前協議と建築確認の審査の手続が切り離されることが多くなり、例えば事前協議中に建築確認の手続が完了してしまうと、その後はそういう指導等は難しくなるなどの課題が生じており、これが遵守率の低下につながっていると考えているところでございます。

高橋委員

それでは、法委任条例の制定という説明が先ほどありましたが、そこで実効性を具体的にどのように確保されていくのか、お伺いしておきたいと思っております。

地域保健福祉課長

福祉の街づくり条例の規定では、条例による指導に従わない場合などに勧告や公表の手続がありますが、建築確認制度との関係を持たないことから、その実効性が課題となっております。

一方、バリアフリー新法では、基準の適合状況については、建築確認や完了検査の段階で審査されますが、法委任条例による賦課部分についても同様となりますので、建築基準法の制度等の関係で実効性が確保されるものでございます。このため、これからの福祉の街づくり条例の実効性を確保する方策として、法委任条例を制定することが適当であると考えております。

高橋委員

法委任条例では、対象とする建築物の用途や規模も追加できるということですが、具体的な基準の設定に向けまして、どのような視点から検討しているのか、伺っておきます。

地域保健福祉課長

対象の施設の追加につきましては、県民が利用する施設の中で比較的公共性が高いこと、利用者にとって選択の余地が少ないことなどの視点で考えております。また、施設の規模につきましては、比較的公共性が高い施設の規模を引き下げる方向で考えておりますが、施設整備の手法として増改築による対応が増えていると予想されていることや、福祉施策が地域生活支援を行う中で、従来のような大規模な施設から小規模多機能型の施設への増加が見込まれることなど、今後の施設整備の動向を十分に踏まえ、具体的な引下げの水準を検討したいと考えております。

さらに、例えば出入口の幅員などの整備基準について、法令の基準以上に強化することについては、建築物の構造に係るものでもございますので、対象施設の追加や規模の引下げの状況を勘案しながら、検討してまいります。

いずれにいたしましても、今後の施設整備のすう勢を踏まえながら、幅広く県民・関係団体・市町村や福祉の街づくり条例あり方検討会議の御意見を伺いながら、県土整備部と連携して検討を進めてまいりたいと考えております。

高橋委員

既に横浜市では法委任条例を制定していますが、この今回の方向性について、この条例が県内で広くどういう影響を持っていくのか、県内での基準設定についてどう考えていくのか、お伺いしたいと思います。

地域保健福祉課長

今、委員お話しのとおり、横浜市は既に制定しています。この法委任条例の基準につきましては、事業者や県民の活動が1市町村域にとどまらず、広域的に展開していることから、ある程度の広域で標準的と思われる水準として設定することが望ましいものと考えております。このため、既に施行されている横浜市の法委任条例の基準のほか、特定行政庁が制定している建築基準条例における基準なども参考として検討してまいります。

なお、福祉の街づくりなど住民に身近な行政は、基礎自治体である市町村のイニシアチブが適切であると考えておりますので、県も法委任条例では広域的観点から基準設定することとし、一方で市町村が法委任条例を制定した場合には、適用除外とすることなども含め、広域自治体としての法委任条例のあるべき水準を検討してまいりたいと考えているところでございます。

高橋委員

今のお話ですと、基礎自治体が独自に定めた場合には、それを優先するという事です。そこで、特色のあるまちづくりが進んでいくかと思うのですが、バリアフリー化を全体的に進めていくに当たって、規制の強化だけで進むのかという懸念を持ちます。一層バリアフリー化が進んでいくためには、そこにインセンティブ的なものがないと、なかなか誘導しにくいのではないかと思います。これらについてどう考えておられるのでしょうか。

地域保健福祉課長

条例の実施に当たりましては、県民や事業者等の御理解・御協力の下に取組を進めていくことが基本であると考えております。既に東京都や横浜市などが法委任条例を制定して、規制を強化しておりますが、特に財政的な支援等のインセンティブは行っていないのが現状でございます。見直しの作業に当たりましては、パブリック・コメントを早い段階から実施するなど、実施まで時間をかけながら、周知への配慮をしてみたいと考えております。

一方で、委員お話しのとおり、例えば小規模事業者等経営基盤の弱い方々への配慮というのは必要だと思っております。今後は基準を設定する場合、そういう方々への配慮をしながら設定していくことが重要であると考えております。

また、それに併せて、バリアフリー化していくためにソフト面での対応が大変重要だと考えておりますので、例えば、積極的にバリアフリー化に取り組んでいる優良な事業者を顕彰する表彰制度の創設など、事業者にとってインセンティブとなるような施策についても併せて考えていきたいと思っております。

高橋委員

バリアフリー化を進めるための表彰制度など動機付けしていくようなものを考えて、是非実行していただきたいと思っております。

今ソフト面での施策というお話が出ましたが、ハード・ソフト両面からの特徴ある検討が必要かと思っております。どういうことが具体的に考えられるか、確認しておきたいと思っております。

地域保健福祉課長

現時点で特徴と考える点について御説明させていただきます。

まず、法委任条例の制定の形式でございますが、自治体によっては法委任条例とその福祉の街づくり条例と別途定めているところもございますが、本県としては1本の条例として福祉の街づくりに係る取組を総合的に展開していくことを考えております。

次に、本県がこれまで制度的に進めてまいりました取組を更に拡充することが考えられると思っております。具体的には、色の識別がしにくい色覚障害者に対する配慮として、本県では全国に先駆けましてカラーバリアフリーのガイドラインを制定・策定し、普及に努めてまいりました。このガイドラインは国における公共交通機関のガイドラインに利用されるなど、高い評価を受けているところでございます。そのため、今回の見直しに当たりまして、カラーバリアフリーの指針における取組を更に拡充する方策を検討していく予定でございます。

次に、ユニバーサルデザインの観点からの取組が挙げられると思っております。バリアフリー新法では、ユニバーサルデザインの観点からより幅広い対象者に対する配慮を求めています。具体的な整備基準として、だれにも分かりやすい案内板や表示の設置が盛り込まれておりますが、これを受けて、例えば絵文字による表示、それから、法の趣旨を踏まえた取組要素を検討してまいります。また、法では施設を利用する高齢者や障害者等の参加の促進を図ることを位置付けておりますので、利用者の意見を重視する観点から、具体的な取組の方策を検討していく考えでございます。

高橋委員

ピクトグラム、絵文字による表示の話が出ましたが、様々な方法で特徴あるものにしていただきたいと思っております。先ほども答弁の中で出ていますが、場合によっては小規模施設の整備をする場合や、中小企業の事業者にとっては、大変な負担が生まれてくることも懸念されます。そういうこともしっかり十分留意していただいて、幅広の意見を聞いていただいて、調整方お願いしたいということを要望しておきたいと思っております。もう一つは、やはり県土整備部とともに、保健福祉部関係でも重層的になってくるという気がいたしますので、決裁の迅速化を非常に心掛けていただきたいと思っております。昨今くしくも耐震補強の問題で、建築基準行政が非常に遅滞しております。是非、保健福祉行政におかれましても、この部分に気を付けていただきたいと思っております。

三つ目ですが、昨今、身体障害者補助犬法ですとか、新法が出てきています。こういうことも特徴のあるものとして、こういうときには是非考え合わせていただくことを要望しておきたいと思っております。

続きまして、公共的施設における禁煙条例（仮称）の制定の検討について伺いたいと思っております。制定の目的は、受動喫煙から県民を守る、健康影響から県民を守るということですが、受動喫煙の健康影響について、確認をさせていただきます。

健康増進課長

たばこの煙は、喫煙者が吸う煙を主流煙といい、たばこの先から出る煙を副流煙という言い方をします。副流煙の方が主流煙よりもタールやニコチン、一酸化炭素などの有害物質が多く含まれているということが明らかになっております。こうした他人のたばこの煙を吸わされることを受動喫煙といいまして、受動喫煙により喫煙者だけでなく、その周りにいる人の健康に影響を与えることは明らかなことだと考えております。

高橋委員

今、副流煙の持つ害が指摘されていたと思っておりますが、ところで、この条例の表題であります公共的施設の「的」という意味はどういう意味ですか。

健康増進課長

まず公共施設という場合には、図書館や県庁の建物など一般に管理者が県や市町村という行政機関である場合を指しますが、公共的という場合は、確かな定義はないのですが、この条例の検討におきましては、不特定多数の人が利用する施設という意味合いで使わせていただいております。この場合、設置者・管理者が公共なのか民間なのかということは区別しておりません。

高橋委員

ところで、他の都道府県ではこうした建物内での喫煙を規制する条例を既に制定しているところがあるのか、確認させてください。

健康増進課長

受動喫煙という観点から、限られた空間の中での喫煙を禁止するという条例については、ほかの都道府県ではございません。

高橋委員

そうすると、制定されれば全国初ということになると思うのですが、こうした条例を制定しても守ってもらえなければ意味がないわけです。実効性を担保するために罰則などを設けていくのか、確認しておきます。

健康増進課長

受動喫煙を防止するためには、何らかの規制をしていくことを想定しております。この規制を守ってもらうためには、何らかの実効性の確保は必要であると考えております。このため、指導・勧告・公表という手法もあると思いますし、罰則という手法もあると思います。条例の制定目的や県民のコンセンサス、県内施設の受動喫煙防止対策の現状などを総合的に勘案して、今後十分な検討を行っていく必要があると考えております。

今後、条例の検討委員会において、規制対象とする施設の範囲などについての議論と併せまして、条例の実効性を担保するためにどのような方法が有効なのかも十分議論していくつもりでございます。

高橋委員

ところで、この条例で喫煙を規制することに賛成の方が 88.5%ということが大きく報道されておりましたが、このアンケート結果を見ますと、あなたはたばこを吸いますか、吸いませんかということで、n数の8割が吸わない人だったのです。この賛成である88.5%とn数のたばこを吸わない8割というこの相関はどういうふうに考えますか。

健康増進課長

今回は単純集計でありまして、まだ十分検討を行っておりません。確かに今回の調査では、17%の人がたばこを吸う人ですが、今、県内の喫煙率は男性・女性合わせますと27%程度だというデータがございます。それにつきましては、10ポイントほど低いということがいえると思いますが、その27%という数字が平成15年度の調査でありまして、その辺は傾向が変わってきているのかという気はしております。

高橋委員

少しかみ合っていないのです。私が申し上げたいことは、たばこを吸わない8割の人に賛成ですかということを知ると、当然賛成となるのではないのかという気がするのです。したがって、アンケートの取り方として、たばこを吸う方に聞くということについては、どういうふうにお考えでしょうか、こういうふうに聞き直したらどうでしょうか。

健康増進課長

この条例に対して、たばこを吸う人と吸わない人というわけで、吸う人に聞けば確かに規制は困るという人が多いだろうという予測はできます。ただ、全体としてこれぐらいの喫煙率の中でこれぐらいの人が規制を望んでいるということになるかと思えます。ただ、その辺りは、これから詳細なクロス集計等を行いながら、改めて検討させていただく予定でございます。

高橋委員

やはり両面から見た方が良いと思うのです。今クロス集計と御答弁されたので、そういういろいろな手法でやられた方がより良いものになるのではないかと、これを少し付け加えさせていただきたいと思えます。これはその程度にしておきたいと思えます。

次に、医療費適正化の取組について伺いますが、医療圏におけます医療費の推計の考え方について、まず大きな視点ですが、どう考えておられるのか、確認をしておきたいと思えます。

医療課長

国の基本方針案におきまして、策定時の平成20年度と計画終了時の平成24年度の医療費をグラフで示すこととされておりまして、終了時には適正化の取組を行った場合と行わなかった場合について示すこととされておりまして、

また、国の方針案では、標準的な都道府県医療費の推計方法が示されていることから、本計画ではそれに即して推計したところでございます。具体的には、先ほど御答弁申し上げましたが、住民の住所地別の医療費を推計いたしまして、過去の医療費の伸び率や今後の高齢化率に考慮して推計したということです。

次に、医療費適正化目標を達成した場合の医療費でございますが、国の方針において平均在院日数の目標値だけから計算しなさいということでございますので、それに基づき目標値から平均在院日数の短縮率0.21を用いまして、1人当たりの入院医療費の影響を算出して推計しています。

高橋委員

本県は、そもそも非常に適正な状況にあるという先ほどの答弁、そういうふうに自信のある答弁を伺いまして、感心をしたところです。そうやって考えますと、この54億円という適正化したときの数値目標というのは、どう考え合わせればいいのかということですが、御見解を伺っておきたいと思えます。

医療課長

この 54 億円が平均在院日数 0.21 日分で減少するというところでございます。これは全国最低の平均在院日数である長野県とわずか 0.4 日しか差がないということから、この平均在院日数の目標値の短縮幅が小さくならざるを得ないということで、わずか 0.21 日分の医療費の縮小が本県の医療費の適正化の数値としては妥当なものだと考えているところでございます。

高橋委員

平均在院日数で 0.21 日分短縮したら、結果的に 54 億円ということですが、平均在院日数だけで、だけという語弊があるのですが、それだけでも大きなことだと思いますが、その平均在院日数短縮が 0.21 日分にならざるを得ない環境というか、こうなったときにこの 54 億円というのはどういうふうにかえることができるのでしょうか。

医療課長

ならざるを得ないというのはなかなか難しい問題でございしますが、まずは短縮に向けて様々な取組を実施することになります。具体的には在宅等で暮らしていただくために在宅医療の推進や地域ケアの充実に取り組み、また、退院患者のための医療・介護サービス提供の基盤整備を進めたり、高齢者向けの多様な住まいの普及を推進してまいりたいと考えております。さらに、がん、脳卒中、救急医療、小児医療などの医療連携体制につきましては、医療機関の機能分割と連携を推進することによりまして、平均在院日数の短縮を目指していくということでございます。

この短縮による 54 億円にどういう意味があるのかということでございますが、現在の医療費の推計の流れの中にあって、もちろん国全体の流れとして医療費は適正化すべきものでございますが、神奈川県のリソース等を考えますと、この平均在院日数の適正化の目標を達成できても 2 兆 4,791 億円かかってくるという中で、県民に必要な医療を担保しながら、何とか県としての適正な医療を確保していきたいという額がこの額だと認識しているところでございます。

高橋委員

医療の充実も充足も果たしながら、医療費適正化をにらむという非常に難しいかじ取りですが、そうやって考えると、大幅削減してしまうと、医療の充足を満たさないということにもなりかねないし、非常に御苦労されていると思います。医療費の見直しについては、平成 20 年度の診療報酬改定は見込んでいない、その前提だということが 37 ページに記載されております。今、診療報酬改定がクローズアップされ、取りざたされていますが、これについてどのように描いていらっしゃるのでしょうか。

医療課長

診療報酬改定については、現時点では分からないので、見込んでいないのですが、国において今後の流れの中で詳細が明らかになります。明らかになった時点でその改定内容や、高齢者の負担増の凍結もございましたし、また、平成 17 年度の県民医療費がまだ公表されていないので、それらの影響を反映した医療費の推計方法が国から示されま

すので、それが公表された後に、本計画におきましても、再度医療費の見通しを推計し直し、そこで推計された医療費を計画に位置付けてまいりたいということでございます。したがって、現時点では位置付けておりませんが、今後、国等の情報が入った時点で計算し直すと考えているところでございます。

高橋委員

そうしますと、先ほど来の答弁で、特定健康診査、特定保健指導の実施率を上げていくということですが、生活習慣病の予防施策との連携ということが当然のようにいわれるわけです。それらと医療費の見通し、これはなかなか難しいと思いますが、具体的にお答えいただければと思います。

医療課長

この当面の計画におきましては、御存じのように5年間のスパンでございまして、生活習慣病という県民の方々の生活習慣そのものを改めていただくことによりまして、健康な体をつくり、そして、医療費の削減に向けるということから考えますと、5年間で特定健康診査や特定保健指導の効果を盛り込むというのはなかなか難しいということで、国の方も今回の額の算定には入れなかったということでございます。今後、平成24年度以降に医療費の適正化計画がまた組まれる見通しがありますので、その中で大綱も示されていくものと考えてございます。

したがって、今回はこういうものは医療費の額の算定には盛り込みませんが、県民にとってはやはり必要な施策でございますので、当面は、目標では掲げさせていただくという考え方でございます。

高橋委員

先ほど出ました平均在院日数の短縮ですが、欧米諸国に比べまして我が国は在院日数が長いということが常々指摘されております。これは短縮化していけば医療費削減につながるということは分かるのですが、在宅医療なりの受皿のしっかりした充実が必要だと思っておりますが、どのように進めていかれるのですか。

医療課長

やはりこの在宅ということがまず一番大切なことでございます。本来、在宅が望ましい入院患者がいるわけですから、在宅等で暮らしていただくために在宅医療の推進や地域ケア体制の充実に取り組むということを目指したいと思います。

次に、退院された患者の医療・介護サービス提供基盤を整備の上で、住まいの普及等も非常に大きな課題と考えていますので、そういったものも推進してまいります。さらに、医療計画における医療連携体制をきちんと構築いたしまして、医療機関が機能分担等を図りまして、また、連携することによりまして、平均在院日数を短縮して、トータルとして医療費の削減に取り組んでいきたいと考えているところでございます。

高橋委員

トータルでということですが、特に高齢化が進んでまいりますと、当然医療費が増大するというところで、本県の今後の高齢化のスピードと相まって、医療費増大が懸念されます。ところで、後期高齢者医療制度が創設されます。この保険料設定の考え方について、先ほど詳しく答弁をされておりましたが、少し角度を変えまして、後期高齢者が従前の国民健康保険から分離された場合に、国民健康保険の収納率や後期高齢者医療制度の収納率が非常に心配になります。これはどういうふうに考えていらっしゃいますか。

医療課長

まず、後期高齢者医療制度における収納の考え方でございます。これは年金等からの徴収という制度でございますので、介護保険と同様、かなりの収納率が見込まれているところでございます。90%台後半以降を見込んで医療費等を算定しているところでございます。それから、国民健康保険につきましても、県内市町村では様々な収納率でございます。これについては、国民健康保険の方でも収納率アップのための様々な事業等を実施しながらやっていくわけでございますので、直接的にはこの後期高齢者医療制度とは関係ございません。後期高齢者医療制度に移る方については独立徴収の方法によりまして、かなりの高い収納率が期待されるものと考えているところでございます。

高橋委員

そこで、国民健康保険から後期高齢者医療保険に移る方のおよその人数を確認しておきたいのですが、神奈川全体で大体どのぐらいの方が後期高齢者の対象人数となるのか、もし分かれば教えていただければと思います。

医療課長

およそ約 60 万人ということで把握しているところでございます。

高橋委員

全県で 60 万人、それらの方々の大方は、年金等から保険料を収納されるので、そういった意味では未納はないかと思いますが、気になるのはやはり国民健康保険料の収納が県内自治体でのばらつきが非常に激しいということで、そういうことも懸念されるのです。県内の各市町村の保険者のほかに、例えば医師とか歯科医師、食品衛生、薬剤師、建設業、建設連合の 6 団体の保険があります。これらについての後期高齢者の医療保険は、どういうふうに考え合わせていけばいいですか。

医療課長

市町村国保あるいは国民健康保険組合等と後期高齢者医療制度との兼ね合いについての御質問かと思えます。市町村国保からは後期高齢者医療制度の対象になる方が約 2 割です。一方、国保組合では 4.5%ということでございますので、国保組合の方は非常に組合員が若いので、国保組合の方は余り影響ないものと認識しているところでございます。

高橋委員

国保組合と、例えば、横浜市の国保加入者1人当たりの保険料の比較というのは、非常に気になります。もし分かれば教えていただきたいと思います。横浜市の国民健康保険加入者の1人当たりの保険料と、例えば、建設連合国民健康保険組合の1人当たりの保険料はどういう違いになっていますか。

医療課長

横浜市の国民健康保険の1人当たりの平均保険料でございますが、8万8,269円でございます。建設連合国民健康保険組合につきましては、13万6,627円でございます。

高橋委員

そうすると、横浜市の国民健康保険が8万8,269円、建設連合国民健康保険組合が13万6,627円、このかい離というのは、後期高齢者医療制度ができるという状況の中で、先ほどの答弁だと、この建設連合国保は比較的加入者が若いから、後期高齢者移行者はそれほどいないという御説明でした。そうは言っても、だんだん高齢化していけば、この建設連合国保の1人当たり13万6,627円の健康保険料は、将来は大変厳しくなってくるのかという気もします。それもそうですが、横浜市の健康保険が8万8,269円で、なぜこの建設連合国保の方が13万6,627円なのだというのが、説明を求められたときに、上手に説明できないのです。例えば、国民健康保険に入っていた方が当然安くなるわけです。これについて、どういう御見解をお持ちですか。

医療課長

御存じのとおり、国民健康保険の保険料は多くのところで均等割と所得割で計算しています。そうすると、横浜市に関しましては、そういう住民の所得のバランスからこのような金額に設定されています。しかも、職域の保険料を払っている方は国保の対象外ということでございますので、この額になっているということです。

一方、国民健康保険組合という制度は、いわゆる被用者保険と市町村国保の実施にかかる経緯からこういう制度があるわけございまして、比較的若い方々、つまり現役で働いていらっしゃる方々の保険でございますので、このような額になっているということで認識しているものでございます。

高橋委員

違いは分かりますが、横浜市の国保に移行した方が安くなるのではないかという考えを、間違っていれば訂正していただきたいのです。後期高齢者医療制度が創設されるというときに、各県内市町村の国保充実のために、どういうスタンスで今後いかれるのかを、確認で伺います。

医療課長

確かに額で見れば、御指摘のとおりでございますが、神奈川県では六つの国保組合がございますが、国保組合というのも一つの制度でございます。安いからといって国保に

入りたいと思われても、国民皆保険制度の中ではそれぞれの組合の中で保険料に応じてお支払していただくというのが基本でございます。これは被用者保険でも同じでございます。被用者保険で会社に払いたくないからということではできませんので、そういう意味では、現状では、この国民健康保険組合がある以上は、こちらの保険者に保険料を払っていただくという仕組みになります。単純に保険料額で加入先を決めるということはなかなか難しいものでございます。

高橋委員

この程度にしますが、これから政府管掌健康保険につきましても、平成 20 年度から公的な方に移行ということをご承知しておりまして、国費の投入がされなければ、今の論理でいいですが、この建設連合国保もその他も、国からいわば補助金が出ているではないですか。そういうことを考え合わせますと、また、先ほどの質疑を伺ってしまして、一般市町村におきましても、様々な経営安定のための基金ですとかいろいろ出ていることを考え合わせますと、保険の在り方を県民に周知することが必要なのではないかと考えるものですから、少し確認の意味で伺っているわけです。国民健康保険も税金が入っているという状況も見定めまして、今後どのような将来像が良いのか、少し御見解を伺っておきたいと思っております。

医療課長

いわゆる保険の財源をどうするかについては、全国的にいろいろな議論があります。例えば保険の一元化という話もでございます。やはりそういう中で物事を考えていくべきと考えています。確かに国保組合の位置付けも、今後のいろいろなテーマになってくることではございますので、国の動きを見ながら県としても考えていきたいと考えているところでございます。

高橋委員

一元化というお話が出ましたので、少し見定めていきたいと思っております。

そこで、高齢者一人一人の受診機会が確保されるかどうかという、医療提供体制の確保の必要性に関心は移るわけです。どうこの取組をしていくのか、確認をさせていただきます。

医療課長

この後期高齢者医療制度における保険料の話になりますが、法律の規定に基づき、広域連合が条例で定めるということでございます。したがって、都道府県ベースの一律の保険料ということでございます。具体的には、国の示す基準等に基づき、2年間分の医療費相当額を推定して保険料を算出するというところでございまして、均等割額が3万9,860円、所得割率が7.45%ということが条例で定められたところでございます。

高橋委員

答弁がずれたような気がします。医療提供の体制をしっかりと確保していただきたいと思いますが、この医療提供体制を確保するという意味では、医師の確保ということが必要になってきます。過日、横浜市立大学の定員増が報じられておりましたが、その背景とねらいを伺っておきたいと思います。

医療課長

横浜市立大学医学部の入試の定員増でございますが、現行の60名を平成20年度入試から20名増員いたしまして80名とするものでございます。これは全国的に医師不足が問題となっている中で、本県と和歌山県に対して、地域定着施策を講じることを前提に国が認めたものでございます。

本県といたしましても、医師確保対策につきましては、やはり国の責任において本来抜本的な対策が講じられるべきという認識の下、医師の勤務環境の改善とともに、大学医学部の定員増についても、国に対して最重点事項として要望してきたところでございます。

高橋委員

この横浜市立大学の医師養成増と申しますか、その施策は非常に時宜を得ていると思えます。本県でも、もう一つの医師養成増の施策として、いわゆる奨学金制度の創設を考えているとそく聞しております。本県におけます医師養成のための奨学金制度を創設するのか、そして、どのようにその制度を構築していくのか、確認をさせていただきたいと思えます。

医療課長

国の緊急医師確保対策として、今回の横浜市立大学医学部の20名増員とは別に、全都道府県を対象に、国が奨学金制度の創設を条件に5名までの増員を認めるという対策を打ち出しています。本県においても、医師確保対策の一環として従来から定員増を要望していますので、奨学金制度の創設につきましては、具体的に検討を始めているところでございます。

高橋委員

今お話しの方の奨学金制度の構築ですが、予算も大変必要なことだと思います。これはいつから予算化していくのか、この際、伺っておきたいと思えます。

医療課長

この奨学金制度の創設につきましては、予算関連の内容でもございますので、今、具体的に検討をしているというところで答弁をさせていただきたいと思えます。

高橋委員

5名で6年間ですから、1人当たり幾らということで、予算的にはそれほど大きくないというところですが、そういう意味では、早期の予算化に取り組みたいという要望しておきたいと思います。

国民皆保険制度を維持していくために、やはり高齢者の医療費の伸びの適正化が非常に大事なことだと思います。最後に、医療費の伸びの適正化についてどう取り組んでいくのか、再度確認をさせていただきたいと思います。

医療課長

今後、本県におきましては高齢化が進みますが、適正化の目標を達成した場合であっても、2兆4,791億円ということで、平成20年度よりも3,688億円の増加が見込まれています。お年寄りということでありまして、どうしても医療費が高くなりますが、元気で健康な高齢者を増やして、その高齢者にとって必要な医療・介護サービスを受けながらも在宅等で快適に暮らしていただくことで、結果として医療費の伸びの適正化を図ってまいりたいと考えているところでございます。

高橋委員

それでは、神奈川県地域ケア体制整備構想(仮称)の策定について何点か伺ってまいります。

この資料の41ページに、平成19年4月1日現在の県内各地域におけます療養病床の整備率が記載されています。相模原市などの県北圏域が高齢者人口1,000人当たり26.7床に対しまして、横浜市が何と5.3床の整備状況であり、かなりの差が出ているように思います。利用状況としてはどういうことが言えるのか、伺っておきたいと思います。

高齢福祉課長

平成18年10月1日時点で国が統一的に調査しました療養病床アンケート調査の際に、入院患者の実態を把握したいと考えまして、県独自の調査項目として、入院患者の住所区分というのを加えまして、各圏域の実態を把握いたしました。その結果で見ますと、県全体では約9割が神奈川県民の利用、残り1割が県外の方々の利用となっております。県外の方々のうちの8割が東京都民の利用というのが典型的な状況でございます。

今お話にありました県北でございますが、県北と川崎の圏域は東京都と境を接しておりますが、この2圏域を見ますと、それぞれ2割が県外の利用者となっております。横須賀・三浦圏域、湘南東部圏域は県外利用者が5%未満という状況となっております。また、同一圏域内での利用が多いのは、横浜、横須賀・三浦、湘南東部の3圏域でありまして、いずれも70%を越える利用者が同一圏域内となっております。

高橋委員

先ほど来、療養病床の設定の考え方につきまして大所高所からいろいろ質疑がありました。私の関心事としては、今も御答弁にありましたように、県北圏域においては圏域外の利用者が多いということです。こういうことを受け止めまして、今回の療養病床の再編成に当たって、圏域外や他の都道府県との利用者の流入及び流出の状況を考え合わ

せていかないのかどうか、こういう視点で確認をさせていただきたいと思います。

高齢福祉課長

確かに、療養病床は全国的にも地域的な偏在が大きいということもありますので、県域を越えて入院を希望されるという方は確かにいらっしゃいます。そういう他の県域からの流入や流出があるという実態については、国でも認識されているところですが、今回の療養病床の再編成に当たりまして、国から示された考え方では、そういう圏域や都道府県レベルでの流入・流出は考慮しないということで、先ほどのアンケートについてもそういう項目はなかったようでございます。

そこで、県ではアンケートで得られない入院患者の実態については、入院患者の入院先を住所地と見なしまして、医療区分を把握して療養病床の目標値を設定するということになっているものでございます。

高橋委員

隣接します東京都が、この 10 月に整備構想骨子案を発表したと承っていますが、療養病床の目標値の設定はどういう状況だったのか、確認させてください。

高齢福祉課長

骨子案を見ますと、療養病床の再編の考え方としては、医療の必要性が低い入院患者の介護保険施設や在宅への移行を推進するとしておりますが、一方で、今後の急速な高齢化による人数の拡大や療養病床の整備数が少ない現状の中で、今回の再編成を機会に近隣の療養病床の利用が困難になるなど、国から示された考え方は、東京都の地域特性に合致しないものとしております。そうしたことから、東京都の骨子に掲載された療養病床転換計画表については、転換意向のアンケート調査の集計結果をそのまま掲載しておりまして、これは骨子でございますので、今後、療養病床の目標値をどのように設定するかについては、現段階では確認できていない状況でございます。

高橋委員

本県におきましては、受皿となります介護保険施設の施設整備がなかなか進まない状況にあるとのこと。計画と比較して現在どのような状況にあるのか、伺っておきたいと思います。

高齢福祉課長

かながわ高齢者保健福祉計画との比較になりますが、平成 18 年度の特別養護老人ホーム及び老人保健施設における整備計画数について見ますと、特別養護老人ホームの計画数が 2 万 2,100 床に対しまして、実績としまして 2 万 1,990 床となっておりますので、特別養護老人ホームについては、99.5%の達成率です。また、老人保健施設につきましては、同様に平成 18 年度 1 万 6,906 床の計画数に対しまして、実績 1 万 6,334 床ということで達成率は 96.6%となっております。これは用地取得の難しさや、周辺住民の同意が得られないということで、計画どおりに整備が進まないという事案も増えてきておりますので、今後の達成率については少し減少する可能性もあると考えております。

高橋委員

ところで、今月中に整備構想を策定し公表するというのですが、県として整備構想を今後どのように活用していくお考えなのか、伺っておきます。

高齢福祉課長

今後の地域ケア体制を充実するための方策や課題について、この地域ケア体制整備構想で明らかにするとしたところでございます。とりわけ今後の地域ケア体制を充実させるためには、医療と福祉の連携体制の構築が不可欠でありますので、そういう課題認識を市町村と共有して、平成 20 年度中に策定する市町村介護保険事業計画、また、それを踏まえまして改定します県の高齢者保健福祉計画の中に、具体的な方策を位置付けてまいりたいと考えております。

そこで、県と市町村の間で介護保険事業計画に係る会議を開催いたしまして、医療機関と介護における中核拠点である地域包括支援センターとの連携の在り方について、市町村とともに検討を進めることとしております。具体的には、地域包括支援センターにおいて新たに実施される医療情報提供制度の活用や、医療機関と介護保険施設等の介護支援専門員とのネットワークの橋渡しの役割を果たすなど、地域包括ケア体制における中核拠点として、地域包括支援センターの機能強化を図るための支援、こういうことを検討して行ってまいりたいと考えております。

高橋委員

それでは、次に食品衛生監視指導計画に関連して伺っておきたいと思えます。最初に本県での食品営業者によります自主管理活動はどのように行われているのか、伺っておきます。

生活衛生課長

本県におきます自主管理活動ですが、保健福祉事務所の食品衛生監視員が食品営業施設に対して監視指導を行いまして、食品衛生の自主管理を指導しております。また、自主的な衛生管理の促進ということで、衛生講習会を行うこともしております。

一方、本県では食品事業者の団体が 3 団体ございます。この団体が中心となりまして、食品衛生指導員養成教育の課程修了者を食品衛生指導員といたしますが、会員の中から委嘱した食品衛生指導員を中心に自主的な活動を進めているところでございます。

具体的には、食品衛生指導員の方が営業施設を巡回されまして、営業施設の衛生状況や食品の取扱いについて指導や相談を行うとともに、簡単な細菌検査などを行っております。

また、食品衛生の普及や食中毒の予防の啓発のために、リーフレットなどの作成・配布などの事業を実施しております。

高橋委員

それでは、県はそうした自主管理活動に対して、監視指導の際などにどのような助言や支援を行っているのか、伺っておきます。

生活衛生課長

個々の事業者が実施しております自主管理活動の一つに、先ほど申しました自主検査がございます。これは製造者等が自分のところで作った製品につきまして、微生物の検査や科学的な検査を行い、安全性を確認しているところでございます。

この検査結果等を保健福祉事務所の食品衛生監視員が監視指導の際に見せていただいで、技術的な助言・指導を行っております。

また、それぞれの施設ではチェックリストを設けまして、日々の衛生管理を記録しています。こうした記録も、監視指導の際に確認いたしまして、衛生管理のポイントなどについて助言を行っております。

(社)神奈川県食品衛生協会に対しましては、食品衛生指導員の質の向上のために、研修事業への講師の派遣や啓発用のリーフレットを作成する際の技術的助言を行っているところでございます。

高橋委員

そうした自主管理を進める上で、HACCPの手法を取り入れた管理方法は有効と聞いておりますが、その概要について確認をさせていただきたいと思えます。

生活衛生課長

このHACCPですが、ハサップ、ハシップなどといわれております。これは、米国のNASA、アメリカ航空宇宙局で宇宙食を作るときに安全な食事ということを念頭に置いて作るシステムでございます。食品の原材料の受入状況から、最終製品に至るまで一連の工程の各段階で発生する危害を分析いたしまして、危害の発生を未然に防止する手法でございます。

食品衛生法におきまして、総合衛生管理製造過程というHACCPの承認制度がございます。この承認制度でございますが、現在は牛乳や清涼飲料水、魚肉練り製品等の規格基準が設けられているものが承認の対象となっております。

総合衛生管理製造過程の承認は厚生労働省から受けますが、県所管域には8施設ございます。このHACCPによる衛生管理手法は、食品衛生法の承認制度の対象外の食品の製造、牛乳や清涼飲料水などの以外の製造業、販売業、飲食店等におきましても、有効な衛生的な管理の仕方だと思っております。

高橋委員

本県でも、現在8施設ということでございます。

ところで、このHACCP手法を導入するための取組状況はどうなっているのか伺います。

生活衛生課長

本県では、食品の衛生的な取扱いを行うためにHACCPによる衛生管理の手法が有効であると認識しており、その考え方を普及しようと思っております。保健福祉事務所で行います食品衛生講習会などにおいて、食品の製造業だけでなく調理業や販売業についても、この意識を啓発していこうと思っております。

また、(社)神奈川県食品衛生協会にもこの手法が重要だということを啓発するため、食品衛生指導員の方を通じまして、このHACCPの考え方が浸透するように協会の方にも伝えていただいております。

高橋委員

食の安全・安心の推進を考えますと、食品営業者に法令遵守を強く啓発する必要性を感じます。どのような対応を考えているのか、伺います。

生活衛生課長

保健福祉事務所における食品衛生責任者の講習会や、そのほかを利用させていただきまして、法令遵守につきまして啓発を行っています。昨今、食品表示の偽装事件が多発している中で、更に一層の法令遵守の徹底を行ってまいりたいと考えております。

また、保健福祉事務所が実施しております食品営業者への監視の際には、実際に食品を取り巻く従事者の方にも厳しい指導を行っています。一部の企業の起こした不祥事とはいえ、食品業界全体への消費者の信頼が揺らいでいますので、監視の方法についても工夫をしながら、適切な指導を行っているところでございます。

高橋委員

ところで、偽装事件など食の安全を揺るがす事件が頻発しており、都道府県等では食の安全・安心に関する条例制定をしているところがあると聞いております。現在どこで制定されているのか、また、その条例の特徴はどのようなものなのか、確認させてください。

生活衛生課長

食の安全・安心に関する条例につきましては、現在のところ全国で47都道府県のうち約4割、20都道府県で制定していると承知しております。その内容は、理念と規制という二つに分かれると思いますが、先ほど申しました20のうち6県の条例が基本的な理念条例となっております。残りの14都道府県の条例が食品の自主回収制度や食品関連事業者への立入調査等を盛り込んだいわゆる規制条例になっています。

高橋委員

本県では、この食の安全・安心条例の制定について検討したのか、その検討経緯について伺っておきたいと思っております。

生活衛生課長

本県におけます食の安全・安心に関する条例の検討でございますが、これは生産から消費に至る食の安全・安心の確保を図るという施策を推進している神奈川県食の安全・安心推進会議の下部組織として、食の安全・安心条例検討専門部会を設置いたしまして検討を行ったところでございます。

この専門部会ですが、他県の状況を参考にしたり、食品関係業者に対する立入権等の

規制的な内容が条例で制定された場合に、実効性があるか、あるいは、既存法令との整合性の課題について整理したところでございます。その結果、今は条例の制定が必要な状況にはないという結論になった次第でございます。

しかし、食を取り巻く環境は非常に変化しております。県民の食の安全・安心に大きく影響するようなことがあった場合は、神奈川県食の安全・安心県民会議等の意見を聞きながら、課題として検討してまいりたいと考えております。

高橋委員

食の安全・安心に関する条例について検討したのは平成 16 年だとそく聞していますので、少しジャッジが早かったという気もしないでもないのですが、正に今御答弁にあったように、課題としてしっかり受け止めていただきたいとこの際申し上げておきます。

次に、障害者自立支援法の円滑施行の特別対策について伺います。この特別対策について、平成 19 年度では約 30 億円の予算措置を講じていると伺っておりますが、現時点での執行状況を確認しておきたいと思えます。

障害福祉課長

現在、特別対策の各事業は、計画的な執行に努めているところでございます。施設の運営費を従前の 90%保障いたしますサービス提供事業激変緩和対策費や、施設等の増築・改修といった事業に充てられる障害者自立支援基盤整備事業については、予想を超えた申込みがございます。当初想定した見込額を超えて執行が進んでいる事業でございます。

その一方で、通所サービス利用促進事業でございますが、今の見込みでは当初の想定より 6 億 6,000 万円ほど申請が少なく、今後も執行が進まない見込んでいるものでございます。こういう出込み引込みがございますが、事業費全体としましては、現時点で申請ベースで約 26 億 5,000 万円の執行を見込んでいるところでございます。

高橋委員

今の御答弁ですと、障害者自立支援基盤整備事業においては予算が足りないが、逆に通所サービス利用促進事業では余っているということです。気になるのが障害者自立支援基盤整備事業は作業所、ケアホーム、相談支援事業所と細分化していくと、障害者自立支援基盤整備事業といっても、少し内容が違ふと思えます。この点についてお伺いします。

障害福祉課長

障害者自立支援基盤整備事業のいわゆるハード整備の部分では、当初見込みを 2 億 5,000 万円余り上回っております。ただ、その細目で見ると、作業所については逆に申請が見込みよりも 4 億 7,000 万円余り少ない。一方で、ケアホームについては 2 億 6,000 万円余り見込みよりも多いという状況でございます。

高橋委員

需要に即してこういうせつかくの特別対策を打っていますが、なかなかうまく自立支援移行が進まないという御苦勞があると思います。とりわけ今お話しの作業所においては、地域活動支援センターへの移行もうまくいっているところもあれば、なかなかうまくいかないところもあるということで、非常に悩ましいところもあると思います。やはりそういうところでも神奈川らしいメニューを担保しながら、御理解いただきながら進める、移行を促進できればという思いもありますが、ここは今トータルでどういうふうに考えていらっしゃるでしょうか。

障害福祉課長

国が障害者自立支援法の中で考えておりますのは、自立支援給付にいくか、市町村の地域生活支援事業の地域活動支援センターにいくか、法内にその二つの道があると示されたわけでございます。法内の自立支援給付の方にいく、つまり社会保障の方にいきますと、例えば 20 人規模の作業所ですと、大体 1,600 万円ぐらいの収入が確保できるようになってきて、経営が安定します。ただ、一方で、例えば利用者負担が原則定率で 1 割ですが、応能負担ということで減免措置もありますので、実質だいたい 4、5% の利用者負担が出てくるので、では今までどおり利用者が利用者負担を払って来てくれるかどうかという不安があります。一方で、地域生活支援事業の地域活動支援センターについては、これは国が大枠を決めました、細かいところは市町村の実情に沿って市町村ごとに決めなさいということになっています。この詳しい内容をまだ決めかねている市町村がかなりございます。横浜市はかなり進んでいますが、県所管域の市町村では、自分の地域の地域活動支援センターをどういうふうに組み立てるか、これでまだ悩んでいる状況にあります。

本当は速やかに移っていただくのが望ましいですが、やはりこれは少し時間がかかっても理解を得ながら市町村、作業所の方々の連携の下に移行していくのが良いだろうという考え方の基に、今、積極的に地域に出て、市町村と作業所の話合いに加わって、その上で法内への移行を促進していきたいと考えているところです。

高橋委員

とりわけ今、地域作業所の部分について特別に答えていただきましたが、やはりそこをしっかりと理解していただいて、丁寧に進めていただくようにこの際要望しておきたいと思っております。

そして、一部に計画どおり執行が見込めない事業もあると見受けられますが、やはり基本的にどういう状況で執行が見込めないのか、その辺をもう一度確認させていただきます。

障害福祉課長

一つは、この特別対策が、平成 18 年の年末、12 月 26 日ごろ、国が全都道府県を集めて会議を開いて急に決まり、実際の具体的な内容は、平成 19 年度当初予算や平成 18 年度補正予算を組むぎりぎりの段階で決まりました。県はとりあえず 51 億円の基金を造成して、平成 18 年度補正で 3 億円ぐらい組みましたが、多くの市町村では平成 19 年度当初予算編成に計上が間に合っていないませんでした。具体的な要綱がまだ示されていま

せんでしたから、まずその出遅れが一つございました。

それから、最も見込みが外れた通所サービス利用促進事業ですが、これは本県としては、国が最初想定した事業量の基準を基にかなり高く見積もってしまったのです。実際には全国基準で考えると、本県のように交通機関が発達したところでは、そこまでは利用がないという、これは国の基準が本県に見合わないの、取り急ぎやったが結果として執行ベースで一致しなかったということだと思っております。

もう一つは新しい事情ですが、現時点で、ハード整備については、申請ベースでは執行が見込みよりも進んでいますが、今、事業者からは、建築確認の厳格化ということで、増築を伴う建築確認を必要とするようなものは、建築確認がこのまま遅れると、場合によっては、今年度の工事完成が間に合わなくなるというような不安の声が相談として出始めております。確かに事情を聞いてみますと、申請は出されているが、このままでは、最悪の場合、一部は来年度回しにせざるを得ないというケースが今の時点で急に出てきた話でございます。

高橋委員

そういう意味で、1,200億円の特別対策を打ちまして、基金を造成して、大変な作業をしていただいておりますが、これはやはり利用者・事業者の負担を軽減するもので、非常に喜ばれているという側面が否めないです。与党のプロジェクトチームが、3年だけではなくてもう少し延長化していこう、中身についてももう少し使い勝手を良くしていこうというふうに進めていますから、県としても特別対策について明確な要望を定めて、厚生労働省に掛け合うべきだと思います。県としての取り組む方向性について、どう考えているのか確認しておきたいと思います。

障害福祉課長

与党のプロジェクトチームの報告書は、新聞報道と同じ内容で承知しております。では具体的に国としてどう具体化、予算化していくかという話は、まだ国から示されておりません。国は、年末に会議を予定しておりますので、その会議において国がどういう受け止め方をして施策化していくか、その状況を見ながら、市町村にもそれは伝えなければいけないし、周りの都道府県とも相談をしながら、今後の国への要望の仕方も含めて検討してまいりたいと考えております。

高橋委員

最後にしますが、先ほど所得保障の在り方についての質疑が出ていましたが、やはり国の与党プロジェクトチームでも、今、障害基礎年金の引上げや、3年間の特別対策として打ったものを具体的にもう一歩進めて、障害者の方々に安心していただけるような施策を更に継続していこうという合意形成を推進しておりますので、神奈川県としても、福祉の風土は神奈川から始まったというように、この与党プロジェクトチームの今のスタンスにしっかり呼応すべくアクションを取っていただきたいということを強く要望しておきたいと思っております。