

【委員会記録-平成19年9定-200701003-000005-厚生常任委員会】

高橋委員

まず、神奈川県保健医療計画の改定につきまして何点か伺ってまいりたいと思います。神奈川県保健医療計画改定の特徴点につきまして、改めて確認しておきたいと思います。

医療課長

医療計画は、医療法に基づきまして医療提供体制の確保を目的として策定されるものでありますが、これまでの計画におきましては、医療の基幹となる病床数を中心とした量的整備に主眼が置かれていたところでございます。今回の医療法改正に基づく計画改定に当たりましては、これまでの量的な整備はもちろんのこと、医療資源の効率的な活用を図ることはもとより、新たに医療を受ける立場にあります患者あるいは住民の視点を尊重した質の高い医療の提供という観点をとらえ、がんをはじめとする生活習慣病の疾病ごとに予防から急性期、慢性期の治療、リハビリ、さらには在宅医療まで患者の症状に応じた切れ目のない医療を提供する体制を構築していくものを目指しております。

高橋委員

この県の保健医療計画の8ページに重点施策が1から5までありますが、重点施策の順に伺っていききたいと思います。

最初に重点施策1の事業別の医療連携体制の構築とあります。ここでがん、脳卒中など4疾病について特に取り上げていますが、まずこの理由から確認しておきたいと思います。

医療課長

重点施策につきましては、第5次計画の計画期間でございます平成20年度から平成24年度におきまして、緊急性が高い施策及び医療法の改正によりまして新たな対応が必要な施策を位置付けているところでございます。がんなどの4疾病につきましては、医療法改正によりまして生活習慣病その他の国民の健康の保持を図るために、特に広範かつ継続的な医療の提供が必要と認められる疾病として、医療計画に新たにその治療又は予防に係る事業に関する事項を定めるべき疾病として、医療法に定められたところでございます。本県におきましても、死因別の死亡者数の割合を見ますと、いわゆるがん、悪性新生物でございますが、さらに心疾患及び脳血管疾患が6割余りを占めているという現状でございます。また、これらの疾病は症状の経過に応じて救急医療から福祉まできめ細かな対応が求められているものでございますから、事業別の医療連携体制の構築として、重点的に取り組むこととしたものでございます。

高橋委員

先ほど本計画は、医療から患者、市民の立場に立ってというお話もありまして、今も医療から福祉へというお話があったところですが、この医療計画の中に医療連携体制の構築というのをどういうふうに明記していこうと考えているのか伺っておきたいです。

医療課長

医療連携体制の示し方につきましては、資料にもありますとおり医療連携の図をお示ししながら、県民に医療の流れが分かりやすくなるように示してございます。がん、脳卒中、急性心筋こうそくにつきましては、それぞれ素案で絵を示しているところがございます。こういうもので急性期から回復期、維持期にわたる医療の流れを県民に示していきたいと考えているところがございます。

高橋委員

当然、地域連携クリティカルパスと言われるものにつきましても有効なツールとして提示が求めていると認識します。そこでは今後具体的な連携の数値目標の設定やそういうことも計画に盛り込まれるべきと考えます。これらについてどう認識しているか伺います。

医療課長

クリティカルパスにつきましては、昨日も御答弁させていただきましたが、医療連携体制の構築を示す際に、例えばがんでしたら現段階では素案の18ページにあるような形でお示ししていますが、本来ならばもう一步進んで医療連携クリティカルパスのような形でお示するのが実用的な姿であると認識しております。しかしながら、まだ現段階の推進会議等では、当面この段階の熟度で今回県民に素案としてお示ししていきたいと考えているところがございます。今後推進会議の場で連携クリティカルパスまでいかれるかどうか、また、これから議論を進めていきたいと思っております。数値目標等につきましては、この素案の段階では評価目標として空欄となっておりますが、今後計画策定までに、また県民からの御意見をいただき、議会からもいろいろな御意見をいただきながら、より良いものを目指して目標設定を着実に進めていきたいと考えているところがございます。

高橋委員

事業別の医療連携体制の構築ということで、この計画の12ページにがん対策におきましては、がん診療連携拠点病院が明示されています。このがん診療連携拠点病院が指定されていない二次医療圏の対策が重要だと考えますが、今後どのように取り組んでいくのか伺います。

健康増進課長

現在、県内11の二次医療圏のうち、横浜北部と県央の二つの二次医療圏では拠点病院が指定されておられません。県央については隣接する県北二次医療圏で2箇所病院が拠点病院に指定されており、県北と県央の両方をカバーしておりますので、今年度は全く拠点病院の指定がない横浜北部について拠点病院を指定することを目指しております。県の要件では、政令指定都市にある病院については、政令指定都市が拠点病院の要件を満たす病院があるのか、病院側に指定に向けた意向があるかなどを調査し、病院と調整した上で県に推薦していただくこととしております。したがって、横浜市と十分調整を図りながら、横浜北部において拠点病院に指定されるように詰めてまいりたいと考えております。

高橋委員

先ほども救急医療の空白区域ということで西湘地区に救命救急センターがないという

御指摘がなされておりましたが、二次医療圏で横浜北部にがん診療連携拠点病院がないというのは、極めてこれは不十分ではないかということです。今の御答弁がありまして、横浜市としっかり協議していきたいということだと思いますが、その北部の拠点病院になり得るところというのは大体分かるのですが、どこどこを想定して、横浜市の協議を待っているのでしょうか。

健康増進課長

横浜北部については、がんについての実績のある病院は数箇所あると認識しております。ただ、その中身については、横浜市の方で調整しておりますので、現時点ではその調整の中身については承知しておりません。

高橋委員

先ほどの救命救急センターの設置状況や、後ほど伺ってまいります周産期の救急医療の従事状況等を考えますと、このがん連携拠点病院になり得るところもおのずと分かってくるのですが、余り答えたくないようですので、それはそれとしまして、横浜市にゆだねるということです。私は労災病院と昭和大学北部病院ですか、そういうところが候補として非常に大きいのではないかと認識していますが、県は待っているしかないという状況ですので、次の質問に移ります。

がんへの挑戦・10か年戦略について、国の基本計画にも放射線治療などの推進が位置付けられたということで、過日我が会派の一般質問でも展開させていただいたところです。この放射線治療の推進を具体的にどのように盛り込んでいかれるのか、また10か年戦略の改定と医療計画との整合はどのように図られていくのか伺っておきたいと思っております。

健康増進課長

国のがん対策推進基本計画では、全国的な展開を図るために重点的な項目として、放射線治療・化学療法との推進とそれを担う医師等の育成、また2番目として治療の初期段階からの緩和ケア等の実施、がん登録の実施などを位置付けております。放射線治療に関しましては、拠点病院の連絡協議会を設立いたしまして、その中で議論していきたいと考えております。

医療計画との整合性についてであります。保健医療計画は県の保健医療施策の総合的な基本指針でありますので、10か年戦略の改定に当たっても医療計画との整合性は十分に図りながら進めていく必要があると考えております。今回お示しした医療計画の改定素案では、重点施策の一つとして、がんについて予防から在宅医療に至る医療連携体制の構築を図るなどとされており、これは現行の10か年戦略の柱建てに沿った内容となっております。今後10か年戦略の改定素案をまとめていく過程において、その改定内容を医療計画に反映してまいりたいと考えております。

高橋委員

連絡協議会の中で議論していく。それで本日はくしくも日本がん学会学術総会が横浜市で開催されているということが報じられておりまして、ここでもがん診療連携拠点病院に関しまして、このがん診療連携拠点病院で治療を受けた場合は、患者の5年後の生存率が極めて高いと言われておりますが、本県においてのデータがありましたら伺ってお

きたいと思いますが、いかがでしょうか。

健康増進課長

二次医療圏ごとの5年生存率についてのお尋ねだと思いますが、神奈川県におきましては、少し古いデータで平成10年のデータになりますが、悪性新生物登録事業報告の中におきまして、二次医療圏ごと及びがんの部位ごとのデータがあります。それによりますと例えば胃がんの場合ですと、県全体では5年生存率は53.8%となっておりますが、県域の中にはやはりある程度のばらつきがあります。高いところでは59.7%、低いところだと46.8%というようなデータがございます。ただ、これらのデータは、がん登録の精度が同じだということを条件にしないと単純に比較できないものだと認識しておるところです。

高橋委員

今のがん診療連携拠点病院で治療を受けた場合の5年後の生存率で、部位によっても違うのですが、最高で59.7%という本県のデータが今示されたのですが、これは全国的にどういう状況でしょうか。

健康増進課長

新聞情報になってしまいますが、大阪府の場合は胃がんですと、拠点病院だと63.4%、府全体だと50.1%、全国というデータではないですが比較するデータとしてはこういうものがあります。全国の数字はありません。新聞でもこのデータは三つの県のデータの解説だと認識しております。

高橋委員

今日、がん学会の学術総会が開催されていますので、今おっしゃった本県のデータとよく整合していただいて、本県の特徴がそこで出てくればなと思います。何を申し上げたいかという、先ほど申し上げたがん診療連携拠点病院が設置されていることの意義を考え合わせますと、早期のがん診療連携拠点病院の設置が必要ではないかと思うからこそ今申し上げたのです。横浜市からの推薦を待っている状態で本県のがん診療に対する重点施策の1に掲げた姿勢が、それでよろしいのでしょうか。

健康増進課長

横浜北部はいつごろ指定されるかということのお答えになるかと思いますが、県の要綱によりますと、毎年10月末までに推薦を上げるようにということになっておりますので、至急横浜市と調整いたしまして、10月中には拠点病院を整備したいと考えております。

高橋委員

10月末までという御答弁です。もしかしたら、競合している病院が二つ、三つあるのかもしれませんが。しかし横浜西部は県立がんセンターと横浜市民病院が2拠点設定されているわけですから、その辺は本県が重点施策に掲げているからには、大いにイニシアチブをとってもいいくらいだと思うのです。保健福祉部長、いかがでしょうか。

保健福祉部長

がんの診療連携拠点病院について、ただいま委員お話しのように、実際に5年の生存率が示しているとおり、やはり早くに整備することは必要なことと思っております。

ただ、これはもう一方で、少なくともそれぞれの医療機関側におきましてもきちんと準備を整えていただいた上で取り組んでいただくべき課題であります。ただいま健康増進課長が答弁しましたように、横浜北部については非常に間近であるということで、横浜市とも調整してきているという事実もございます。それが目に見える形でやっていくのが、我々にとりましても効果があるところでございますので、早期にそういう形にできるように努めていきたいと思っております。

高橋委員

次に、この重点施策の2番目、総合的な救急医療体制の整備・充実について伺ってまいりたいと思っておりますが、とりわけ周産期救急について伺ってまいりたいと思っております。

本県でも昨日来の質疑を伺っていますと、独自のシステムを構築して運営していることを承知しております。本県の周産期救急医療システムに参加している医療機関は、基幹病院で8、中核病院で11、協力病院で12ということをお願いしましたが、このシステムに参加する要件を伺っておきたいと思っております。

医療課長

まず、先ほどの参加病院数につきましては、基幹病院8、中核病院12でございます。協力病院12、計32病院でございます。

要件でございますが、基幹病院については、ブロックの拠点として重症例を中心にあらゆる患者を24時間体制で受入れをするとともに、受け入れられない場合は受入先の調整を行う役割が求められる病院ということになっております。

次に、中核病院につきましては、基幹病院を補完するものとして、中等症以上の妊産婦の患者を中心に、それから新生児を中心に24時間体制で受け入れることができる機能が必要ということになっております。

さらに、協力病院につきましては、比較的軽度な患者あるいは基幹病院、中核病院で急性期を脱した患者については、協力病院に移っていただくというシステムを考えております。

これらの病院の種別の決定に当たりましては、上記機能を有するものとして、NICU、これは新生児の集中治療室でございます。もう一つはM-FICUという母体胎児集中治療室というものがございまして、これらの病床数やドクターの数等の産科救急医療体制などについて十分に審査いたしまして、神奈川県周産期医療協議会の意見を聞いた上で、医療課長が定めるものとしていただいております。

高橋委員

このシステムを更に充実させるために、民間病院を含めてシステムに参加する病院を一層増やしていくべきだと考えますが、この対応をどう考えておられるのか伺っておきます。

医療課長

このシステムにつきましては、患者搬送の様相の変化からハイリスク患者を事前に適切な医療機関に入院させ、そして早い時期の分べん管理から新生児まで一貫してケアする体制の確立が必要となってきたことから、平成15年度に大幅なシステムの見直しを行ったところでございます。見直しの当時は33医療機関がシステムに参加していたとこ

ろでございますが、先ほど来問題になっておりますが、医療機関の再編あるいは産科医師不足によります分べんの休止、制限によりまして参加を取り止めてしまった医療機関が出てきているのも残念ながら事実でございます。

その一方、本年3月に済生会横浜市北部病院が新たに開設されましたが、同システムへの参加を働き掛けたところ、幸いなことに10月1日付で新たに中核病院として参加していただくことになったところでございます。そういうシステムによる周産期救急患者の搬送を円滑に行うためにも、受入病院を充実させていくことは非常に重要なことと考えておりますので、今後とも引き続きシステム参加病院の拡充に努め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

新たに北部病院が加わったという話は非常に朗報だと思いますが、産科医療の厳しい状況の中ですと、病院側の負担も大きいものと思います。参加病院拡充のために病院側への支援についてどう考えておられるかお伺いします。

医療課長

この周産期救急システムは、昭和60年から開始したところでございますが、従来は受入病院としての運営費を補助対象として周産期救急医療事業費補助金というものを交付することによってシステム参加病院に対して支援を行ってきたところでございます。先ほど申し上げたとおり、平成15年度にこのシステムを大きく見直したわけございまして、その際にやはり重症例への対応に重点化していくことが県の責務であろうということで、抜本的に補助金の交付の在り方を変えまして、M-FICUやNICUの病床数を算定根拠にそれぞれ積算することとしたところでございます。このシステムに現段階で32病院参加しておりますが、平成19年度にはそのうち15病院が補助対象となっているところでございます。

この周産期救急医療費補助金のほかにも、医療機関にとって、そもそもM-FICUやNICUというのは高度な医療設備でございますので、これらの整備に当たりまして、施設整備に係る補助金、あるいは機器に係る設備整備について補助金という形で交付することも可能となっております。

さらに、搬送用の保育器という本当に1,000グラムにも満たない新生児を緊急に搬送するようなものでございますが、こういうものも県で購入し、そしてそれを各受入病院に無償で貸し付けるということも実施しておりまして、県といたしましても、様々な形で受入病院の支援をしているところでございます。

高橋委員

この参加病院の受入れの迅速化を図ることが重要だと思います。そのためにベットの空き情報等を共有するという情報の共有化、そういう意味では情報システムの構築が欠かせないと考えますが、どのように取り組んでおられるのか。情報のリアルタイムな更新、コンテンツの新しさが問われますが、それらの情報の収集と提供ということについても併せて伺います。

医療課長

分べん施設から基幹病院が患者受入れの要請を受けた際に、いかに迅速に患者の受入

調整を行えるかということが問題でございます。そのために各医療機関において妊婦や新生児の受入れが可能かどうかの情報を事前に把握できるような周産期救急医療情報システムを整備しているところがございます。周産期医療情報の収集提供を行っているところがございます。この情報システムにつきましては、新生児の対応、母体救命対応など9項目について受入可否を医療機関に入力していただくものでございまして、これは平成6年度から運用を開始しているところがございます。その後、インターネットの普及等によりまして平成15年度にはインターネット化を図って、情報の入力・収集について改善を行ったところがございます。

その情報入力についてでございますが、各医療機関に対して定期入力として毎日朝夕1回ずつの更新をお願いしているところがございます。さらには随時入力といたしまして、応需情報の変更があった場合の入力など、可能な限り情報のリアルタイム化について御協力をお願いしているところがございます。また各医療機関における入力体制については、医師、看護師、事務職員など病院ごとに確実に定期的に入力できる体制をとっていただけるよう併せて協力をお願いしているところがございます。

そうは申しましても、なかなか日常業務が多忙で入力が滞っている医療機関もないわけではないようでございますので、県の方から情報を確認したり、入力の催促などを実施いたしまして、情報の把握に、できるだけ新しい情報になるように努力しているところでございます。

高橋委員

是非その努力をお願いしたいと思います。改めまして周産期救急医療確保のために今後どのように取り組んでいくのか確認しておきます。

医療課長

現在、周産期救急医療体制に対しまして様々な問題が生じていますが、やはり根本的には、産科医師不足にあるということが大問題だと考えております。周産期救急医療の確保につきましては、産科医師確保対策と併せて、最重要課題として取り組んでいく必要があるものと認識しているところがございます。

周産期救急医療の確保に向けた取組につきましては、今回新たに救急医療中央情報センターにおいて実施予定でございます周産期救急受入医療機関紹介業務を円滑に運用していただくのはもちろんのことでございますが、周産期救急医療システム参加医療機関の拡充や委員から御指摘もございました情報システムの精度を上げるという問題、あるいは周産期救急患者の受入体制を充実させていく必要性などとともに、M-FICU、NICUを充実させていくために、設備、人材面を併せて整備していくことが非常に重要だということで、取り組むべき重要な課題は山積しているという認識でございます。今後とも周産期医療協議会の場等におきまして、関係者の方々と協議を重ねていきまして、できるだけ早く有効な方策を打ち出しまして、神奈川県民の皆様が安心してお産ができるような周産期救急医療体制の確保に向けて全力で取り組んでまいりたいと考えているところがございます。

高橋委員

それでは、次に重点施策の3番目の医療従事者の確保対策の推進について伺います。

産科医師不足等の状況があり、緊急医師確保対策を国においても政府与党で取りまとめたところであります。県ではこの対策を踏まえまして、医師確保対策にどのように取り組んでいるのか改めて伺いたいと思います。

医療課長

5月末に政府与党が取りまとめた緊急医師確保対策についてでございますが、国がまず緊急臨時的医師派遣システムを実施することとしたところでございます。同システムにおきましては、二次医療圏内の中核的な病院が医師の減少によりまして休診を余儀なくされたことなどの医療機関に関する要件、あるいは二次医療圏内に代替の機能を持つ医療機関がないことという要件、また病院開設者が医師確保について、医師がいなくなったからそのままいいよということではなくて、確保のために相当な努力をしたという要件、かつ医師確保対策について協議する医療対策協議会という場がございますが、これらの調整をもってしてもどうしても医師の確保ができないということが、この緊急派遣システムの要件ということになっております。

更に厳しい条件がございまして、実際の派遣につきましましては、原則として6箇月以内のあくまでも臨時応急的などという制約があるわけでございます。こうした条件を踏まえ、国の緊急臨時的な医師派遣システムを本県にどう適用するかに当たりましましては、医療対策協議会において現在議論していただいているところでございます。

次に、国においては緊急医師確保対策に基づく対策といたしまして、地域や特定の診療科における医師の不足に対して、医師養成数の増加を図ることとしているところでございます。本県におきましては、医学部定員の増加について国に要望中でありまして、今後必要な対応について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

緊急臨時的医師派遣システムの実効性が上がるように是非取り組んでいただきたいと思うのですが、協議会でしっかり議論して進めていただきたいことを要望しておきたいと思います。

次に、重点施策の4番目で医療機能情報の提供の推進と定められておりまして、本年度から医療情報提供制度が開始されると昨日来伺っております。情報の将来を考えますと、医療だけでなく保健・福祉・介護等を含めたトータルなグランドデザインが必要だと思うのですが、今後、この制度の事業の拡張性について伺っておきたいと思います。

医療課長

今年度末から開始する予定の医療情報提供制度でございますが、国の医療制度改革の一つである安心・信頼の医療の確保の構築のための仕組みの一つとして、御承知のとおり医療法の改正により制度化されたものでございます。県といたしましては、県民の方々に医療機関に関するより多くの正確な情報を分かりやすく使いやすく提供していくことが、まず第一の役割と考えております。公表する情報につきましましては、今後必要に応じまして厚生労働省が設置する検討会において審議を経た上で段階的に項目を見直し、あるいはその公表可能なポイントが追加されていくと承知しておりますので、県としても、それに併せて項目の追加を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

本県ならではの情報収集項目というのでしょうか、それらも確かあったと記憶しているのですが、本県の独自項目というのは今どのくらい考えていらっしゃるか確認しておきたいと思います。

医療課長

本県におきましては、医療計画の重点施策の中の1番目で申し上げた医療連携体制の個別の医療機関名を医療情報提供制度を活用いたしまして公表していくという考え方でございますので、重点施策1と重点施策4はそういう意味では関連があります。重点施策4の医療機能情報提供だけの項目ですと、医療連携体制でどういう役割を担っていくかということが若干项目的に不足するわけでございます。そこで本県ではあくまでも現段階の考え方でございますが、医療連携体制の個別の4疾病の図の中で個別の医療機関名を表示するために医療機能情報との関連を把握するための情報を本県独自の項目として現在収集することを検討しております。具体的に申しますと、例えばがんならば、がんの緩和ケアを担う医療機関、あなたの医療機関はがんの緩和ケアを担いますかあるいは在宅でのがん医療を担いますかと、このような項目で4疾病とリンクさせていく方向でございまして、現時点では県独自の項目としてはそういう医療連携との絡みで15項目を把握するというところで検討は進めているところでございます。

高橋委員

今お話しのとおり本県では15項目の独自項目を設けるということで、がんの緩和ケアを担える医療機関、それから在宅でのがん医療を担う医療機関、脳卒中、急性心筋こうそく等いろいろな分野での本県の独自項目を定めていかれると思います。とりわけ神奈川県医療機能調査表に基づいて各病院にこれから調査をかけていくと思いますが、特に情報として大事なものとして、薬事情報、薬局情報についても知らしめていくことになるのでしょうか。

薬務課長

薬局の基本情報につきましても、薬事法が改正されてやはり薬局が医療拠点という施設に位置付けられてございます。この中で薬局の薬事・薬局機能情報につきましても、医療情報と同じようにシステム化いたしまして、県のホームページで公表するという方向で今調整をしている最中でございます。

高橋委員

医療情報の収集から公表まで、来年の3月に公表していくと伺っておりますが、中身の正確な報告をどう担保していくのか、もう一度確認しておきたいと思います。

医療課長

県民に提供いたします医療機能情報の正確性でございますが、基本的に年に1回、まず立ち上げの段階では当然医療機関情報が必要でございますので、現在保健福祉事務所等を通じまして、まずどこに医療機関があるかということも含めて、一たん医療課で把握させていただいております。すべての医療機関に対しましてこういう新たな制度が立ち上がるということ、インターネット等で情報を入力していただくこと、インターネットで入力できない場合はファックスを送っていただいても当方でやるということも含めて通知いたしまして、まず立ち上げの段階はすべてのデータを今年3月目途に提供してい

くわけでございます。そして基本情報、例えば医療機関がなくなった、医療機関名が変わった、診療科目が変わったという基本的な項目については、随時届出等がございますので、それでインターネット上でメンテナンスをしていくこととなります。それ以外の例えばクレジットカード、駐車場などの細かな項目については年に一度情報を更新するという形で、情報が古くなるといけませんので、できればいつの時点での情報ですよということが県民に分かるように示せばいいと考えております。いずれにしても、これはシステムをこれから構築していく中で、県民に使いやすい情報提供の在り方を検討しながら進め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

要望ですが、是非積極的に医療情報の更新ができるように、システム構築とシステム拡張性をお願いしておきます。

次に、重点施策の5、総合的な医療の安全対策の推進に関連して伺っておきたいと思っております。改正医療法を踏まえまして今後の県の取組について確認しておきたいと思っております。

医療課長

医療法の改正でございますが、医療の安全の確保に関する項目がこの4月から追加されているところでございまして、具体的には、国、都道府県等は医療の安全の確保に関し、必要な措置を講ずるようという努力義務が設定されたところでございます。また入院診療所等の管理者は、医療の安全を確保するためにも指針の策定や研修の実施と医療の安全を確保するための措置を講じなければならないという規定が新設されたところでございます。さらに、都道府県、保健所設置市等は、医療安全支援センター、本県では医療安全相談センターでございしますが、こういうものを設けるように努力しなければならないと規定されております。

本県におきましては、これまでも関係団体と連携した医療事故防止対策事業の実施や医療安全相談センターの設置等、医療安全対策に積極的に取り組んできたところでございますが、このたびの法改正によりまして、病院等に求められる医療安全に関する指針の作成、研修の実施等につきまして、私自身も出向きましたが、県医師会等の場を借りまして説明会を開催させていただいているところでございます。

また医療安全の根本でございます医療機関に対する医療法25条1項に基づきます立入検査でございますが、これまで療養病床を有する診療所に対しまして立入検査を実施しているということで、診療所につきましては限定的に実施していましたが、今年度からは有床診療所すべてに対して、一定の定期的という形になりますが、実施することにさせていただきます。今後もこの医療安全というのは県民の安心・安全の医療提供の基礎ということを踏まえまして、安心して医療機関を受診できるよう医療安全に対する取組を強化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

今いろいろ述べていただきましたが、本年度、適正な指導をするためのマニュアルとか、指針でしょうか、それについての方向性を確認しておきたいと思っております。

医療課長

入院診療所の管理者は、それぞれ医療安全に関する指針を策定しなければならないというのがマニュアルにありますので、こういうものをきちんと整備することを当然立入検査等の場を通じて確認していくということになっております。

高橋委員

医療事故につきましては、(財)日本医療機能評価機構というものもございまして、ここでもインシデント、アクシデントをはじめとする情報の把握をされています。こういういわゆるヒヤリハットといいますか、こういうことから本県の医療施設において改善すべき点が多々見受けられるのではないかと思います。実は、先ほど薬局の情報についても確認しましたが、(財)日本医療機能評価機構の報告書からすると、薬事上の事故が多いという指摘もあるように伺っています。この辺の本県として評価機構の分析状況を把握した上での総合的な医療安全対策の推進については、どういうふうに見解を持っているのか伺っておきたいと思います。

医療課長

(財)日本医療機能評価機構のヒヤリハットの報告につきましては、法律の規定というよりは機構の事業としてつくったものでございます。ヒヤリハット、確かにいろいろなレベルでの医療事故、事故につながるものも含めまして報告はあります。ハインリッヒの法則というものがございまして、ヒヤリとしたもので、一つの重大事故のもとに300の細かい事故に至らないものがあるというものもございまして、そういう体験を十分に踏まえて、より頂点に立つような重大事故が発生しないように努めることが我々にとって重大な責務でございまして、立入検査等を通じまして十分にヒヤリハットの意識を各医療機関にも推進していきたい、今回の法制度の改正の趣旨を踏まえて、十分に対応してまいりたいと考えております。

高橋委員

(財)日本医療機能評価機構の情報収集だけに頼ることなく、本県としても積極的に医療現場での安全の確保のために情報の収集と、逆に言えば先ほど来申し上げました情報の提供を心掛けて双方向でお願いしたいと要望しておきたいと思います。

また、今後5年間、本県の保健医療システムの目指すべき目標と基本的な方向が明らかになっていると思いますが、神奈川県保健医療計画の改定につきましては、医療現場の実態に即しました改定になるように要望しておきたいと思います。

続きまして県立がんセンターの重粒子線治療装置の導入について何点か伺っていききたいと思います。国でも今年になりましてがん対策推進基本計画が閣議決定されるなど、がん対策につきまして進ちょくがありますし、過日の本会議でも我が会派からもがん対策につきましての質問をさせていただきました。そこで県立がんセンターへの重粒子線治療装置の導入につきまして改めまして何点か伺ってまいりたいと思います。

最初に、他県の例でございまして、鹿児島県におきまして、粒子線治療装置導入の計画が進められていると聞いておりますが、把握していらっしゃる状況を教えていただきたいと思っております。

県立病院課長

記者発表資料の範囲ということになりますが、今年8月に鹿児島島の指宿にありますメ

メディポリス医学研究財団が、鹿児島県指宿市に九州初の陽子線治療装置の基本実施設計を三菱電機（株）に発注したということが報じられておりました。メディポリス医学研究財団というのは、がんを中心とした疾患の診断や治療に関する研究、予防医学や心のケア等に関する研究事業を行うということで、鹿児島県内の医療向上や安心して生活できる環境構築と、国の健康増進に貢献することを目的として設立された公益法人とお聞きしております。

内容的には、今年度から基本実施設計を行いまして、平成20年度に着工、治療研究開始が平成23年4月の予定と伺っておりまして、場所は指宿市でございます。入る陽子線治療装置のタイプは静岡の県立がんセンターと同タイプの陽子線治療装置と伺っております。

高橋委員

ただいまは陽子線治療装置ということでしたが、本県が導入を進めております重粒子線治療装置との違いについて伺います。

県立病院課長

重粒子線治療装置も陽子線治療装置も粒子線治療装置でございますので、従来のX線を活用した放射線治療装置に比べて、体の内部にあるがんだけに放射線をピンポイントで当てることができるということで、正常細胞に副作用を起こさない、そういう副作用が出ない治療法であることは、重粒子線も陽子線も同じでございます。

陽子線治療装置は、実は水素の原子核を使う装置でございます。水素というのは実はある意味で特別な物質でございます。原子核が陽子1個でそこに人工衛星のように電子が1個飛び回っているというものであります。原子核の原子を取り除いた陽子1個ということで陽子線治療装置の名が付いているようでございます。

一方、重粒子線治療装置は炭素の原子核を使いますが、炭素の原子核は、陽子が三つに中性子が六つ付いて、その周りを6個の電子がぐるぐる回っている。そういう意味で陽子線よりも12倍重い炭素を使った治療装置でございます。そういうところから特徴的な違いが出てくるわけですが、陽子線については粒子線ではありますが、比較的軽い粒子を使いますので、がん細胞を殺傷する生物学的効果といたしますが、これが従来のX線とほぼ同じと言われておりまして、そういう意味では照射回数もX線と同程度の回数を照射しないといけないというわけでございます。ただ、重粒子線よりも装置が小型化されているということで、整備費用についても重粒子線と比べて半分程度、現在60億円程度でできると聞いておりまして、ランニングコストも非常に安いという利点があると聞いております。

それから、重粒子線治療装置は炭素ということで大変重い、12倍重いものを高速にするということで、生物科学的な効果は陽子線よりも3倍ぐらい強いです。もう一つは、通常、酸素包含域といたしますが、陽子線については低酸素状態のがん細胞にはなかなか効きにくいというところがありますが、重粒子線についてはそういうことが全く関係なく、低酸素状態のがんにも効くとのこと。低酸素状態ということは、がんが大きくなったときの中心部分はどうしても酸素が少なくなりますので、そういうところに効くということで、効果については陽子線よりかなり高いです。それだけ間違ったところに

照射すると影響も大きいということで、扱いはしにくい部類の装置です。それから値段も先ほど申し上げましたように、陽子線よりも倍ぐらい高いということとランニングコストもかなり高いということでございますが、治療という面から見ると重粒子線の方が効果が高い。そういうことでございます。

高橋委員

鹿児島県指宿で進めている陽子線治療装置は水素を使うとのこと。本県が導入予定のものは重粒子線で炭素を使うということで、この間、常任委員会の調査で中国に行かせていただきましたが、北京大学第九病院の先生と何を研究しているのかという話をしていたら、こういうところで言っているのかどうか分かりませんが、肝臓がんの治療です。何をを使うのですかと聞いたら、塩素を研究していて、塩素を使って肝臓がんを照射するのだというようなことを言っていて、ただいま特許申請しているというようなことをおっしゃっていました。それはそれとしまして、常任委員会では北京大学のドクターからの報告もございましたから、あえて視察報告をさせていただきました。ということで私たちの委員会調査は大変国際的に最先端の情報を収集しているということも、御理解いただきたいと思います。

ところで、現在群馬大学で普及型の重粒子線治療装置の第1号機の建設が進められておりますが、この装置の規模や導入スケジュールについてもし御存じでしたら伺っておきたいと思います。

県立病院課長

群馬大学で建設が進められているのは、実は千葉にあります放射線医学総合研究所が開発した重粒子線治療装置、通常HIMACと呼んでおりますが、これが縦横で申し上げますと120メートルと65メートルという大変大きなものでございます。これを医療用に特化して小型化する研究が平成16年度来続いておりましたが、めどができたということで、群馬大学でその普及型の小型重粒子線治療装置の第1号機を製作しているということでございます。設備面積は先ほどの120メートル掛ける65メートルに比べて60メートル掛ける50メートルということで約3,000平方メートルと面積的にも3分の1、それから費用的にも放射線医学総合研究所の重粒子線が326億円ありますが、群馬県は125億円とお聞きしております。群馬大学のホームページで公開されている導入スケジュールでは、平成19年2月に建屋は着工して、平成20年5月に装置を搬入開始して、平成20年12月にリード試験を開始、平成21年4月に臨床試験を実施するというふうになってございます。その後2年程度の臨床試験を経て、医療機器としての薬事承認を受けて営業開始するとなっておりますが、若干整備スケジュールが遅れていると聞いているところでございます。

高橋委員

群馬大学の導入スケジュールが、がんセンターにおけます本県の導入スケジュールより先行しているという状況だと思います。今のお話ですと臨床試験開始が平成21年ということで、二、三年程度の後に本格的な稼働になってくると思います。本県の導入スケジュールについても、この際併せて伺っておきたいと思います。

県立病院課長

本県が導入する装置は今群馬大学で建設中ですが、設置して、臨床試験をして、申請して、薬事承認が取れて初めて医療機器として使えるということもございますので、群馬大学の設置の状況を見ながら導入時期を検討しなければいけないということが一つございます。そうしたことから来年度、がんセンターに入れるということで基本構想を策定したいと思っております、その後、平成21年以降に基本設計、実施設計、着工という形をとりまして、がんへの挑戦・10か年戦略の最終年となる平成26年度には稼働できるようにしたいということで今進めているところでございます。

高橋委員

もう一度確認ですが、来年度基本設計で、順調に行けば平成21年度が調査設計で、翌平成22年度が基本設計、実施設計と、そして今おっしゃった装置を建設し出して、平成26年度が治療開始と、そういう大まかな流れでよろしいですか。

県立病院課長

来年度は一応全体のフレームワークをつくるということで基本構想を策定したい。その後、調査設計、実施設計ということでございます。

高橋委員

分かりました。それでは、群馬大学におきます建設費は先ほど約125億円とのお話でしたが、本県でこの装置を導入した場合は、どの程度の患者数を見込んでいるのか、その採算性につきまして、今どういうふうに判断しているのか確認しておきたいと思っております。

県立病院課長

まず、重粒子線が適用できるがん種ですが、頭けい部分のがんや肺がん、肝臓がん、前立腺がん、あるいは骨・軟部しゅようなどでございます。一方、重粒子線ではできないものは血液のがん、あるいは胃のように常時動いていて重粒子線を当てることのできないがんや、乳がんのように既に治療として確立して生存率が高いものについては今対応していないということでございます。そういう対応できるがん種で国の放射線医学総合研究所が行った推計をもとに、本県で対応できる患者が何人ぐらいいるかということで申し上げますと、現在のところ毎年の患者数については2,300人程度がこの重粒子線治療装置の対象となる患者と見込んでおります。これはそういう推計でございます。

実際にどれぐらいの患者が治療できるのかということでございますが、放射線医学総合研究所の方にお聞きしたところでは、今回の重粒子線の小型普及型については、性能設計としては、フル稼働した場合、年間800人程度の患者を治療できるとのことです。そういう中でフル稼働ということもなかなか難しいので、600人ぐらいが適切な規模だというようなことで性能設計をしているとお聞きしております。この600人という数字で、既に導入を図っている放射線医学総合研究所や兵庫県立の粒子線治療センターの数字を見ますと、既に放射線医学総合研究所では年間500人を超えて治療は進められております。それから兵庫県の粒子センターについても459名、約500名は既に治療できておりますので、神奈川県で導入すれば数年のうちにはそういう形になってくると思っております、現在のところ1人当たり治療費が自由診療で300万円ということでございますから、500人ということになると収益が15億円ということでございます。そうしたところが損益の一つの分岐点と理解しているところでございます。

高橋委員

本県で導入して、600人ということではありますが、稼働率が気になるところです。それだけの装置を入れまして、どれだけ稼働率を上げていくかということは、つまりそこに従事する方の体制ということにもなってくると思います。ところで、P F I 事業を展開するというので承知していますが、重粒子線治療装置につきましてはP F I の対象とするのかどうか確認しておきたいと思います。

県立病院課長

現在、がんセンターの整備につきましては、今年度P F I の導入可能性調査をさせていただいておりますが、P F I 導入可能性調査は、がんセンターの本体のみでございまして、重粒子線の治療装置についてはP F I の調査からは外してございます。重粒子線については、基本的には装置単体の部分でございまして、余り運用の面でP F I 業者のメリットが少ないのではないかと申されておりますが、そのところについては今後いろいろな方面から検討をしていきたいと考えております。

高橋委員

そうしますと今三菱総研でP F I 事業を導入するに当たっていろいろ検討している、それらの報告を受けて、これから入札をしていくと思いますが、重粒子線治療装置については今のところ考えていないということになりますと、直営ということですか。

県立病院課長

これまでいろいろな業者に聞き取りさせていただいている中では、一般のがんセンターの中には、P F I 業者に行わせる業務は非常にたくさんあって、民間のノウハウが生かしやすいところがございます。重粒子線治療装置については装置自体は非常に大変な装置ですが、建物と装置があるだけということで、運営について民間のノウハウを生かすにくいところもあって、どれだけバリューフォーマネーが出るかということについて若干まだ疑問が出ているところでございます。ただ、いろいろやり方によっては、そういうことも可能性がなきにしもあらずということもありますので、現段階で、直営でやるということが最終的に本決まりしたということではないと理解しています。

高橋委員

これからP F I 事業導入に当たってS P C、特定目的会社を設立して、そのS P Cの中で幅広い議論が行われて、場合によっては重粒子線治療装置についても運用可能ということになっていく、そういうプレゼンテーションをするところも出てくるかもしれないし、S P Cそのものがそう定めていくかもしれないということの可能性も、また直営という可能性もある。全く今はなかなか判断しづらいということですか。

県立病院課長

今、そういうことも含めて調査の中で大枠を決めていきたいと考えているところでございます。

高橋委員

分かりました。先ほどの指宿のメディポリス医学研究財団では、三菱電機（株）が陽子線治療装置を非常に安く納入しているようで、60億円というのを聞いて驚いたのですが、そういう意味ではこれからP F I 事業導入に当たりまして、しっかりその辺のと

ころをまた議論していきたいと思っております。それでは、着実に重粒子線治療装置導入に向けて取り組んでいただくことを要望しておきたいと思えます。

続きまして、かながわ健康プラン21の改定について何点か伺ってまいります。今回、医療制度改革に伴ってかながわ健康プラン21も改定するということですが、改定のポイントを確認しておきたいと思えます。

健康増進課長

今回のかながわ健康プラン21の改定は、医療制度改革に対応するためのものであります。医療制度改革では総合的な生活習慣病対策の推進を柱の一つに挙げ、保険者にメタボリックシンドロームに着目した健康診査や特定保健指導の実施を義務付けるとともに、都道府県健康増進計画において具体的な目標を設定して、関係者の役割と連携を明記するなどの充実を図ることを求めています。そのため今回の健康プランの改定では、医療制度改革に対応し、メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防を推進するため、新たな目標としてメタボリックシンドロームの概念を知っている人の増加、メタボリックシンドローム予備軍該当者の減少、保険者が実施する特定健康診査の受診率及び特定保健指導の実施率などの増加に向けて策定するとともに、これらの目標を達成するための県、市町村、保険者などの関係者の役割と取組方法を盛り込んでおります。

高橋委員

今お聞きしましたポイントとしまして、保険者に特定健康診査、保健指導の実施が義務付けられて、その実施率を目標に掲げて推進していくと伺ったわけですが、保険者がそれらの健診、保健指導を実施していく上での仕組みはどういうふうになっているのでしょうか。

健康増進課長

新たに平成20年度から保険者に実施が義務付けられた特定健康診査、特定保健指導は、市町村国保、健康保険組合などの保険者が40歳から74歳までの被保険者、被扶養者を対象に実施することとなっております。特定健康診査とは、腹囲測定など内臓脂肪型肥満に着目した検査項目による健康診査で、特定保健指導とは特定健康診査の結果によって、内臓脂肪の蓄積に加えて、血圧、血糖などの値が基準以上にある者に対して、メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防のための保健指導を実施するものであります。また、保険者は特定健康診査等の実施に当たっては、達成しようとする目標、特定健康診査等の対象者数の見込みや実施場所、実施項目、実施機関、外部委託の有無等の実施方法などを記載した特定健康診査等実施計画を5年ごとに策定し、この実施計画に基づき実施するものとされております。

高橋委員

この特定健康診査、特定保健指導はいつから開始するのか、特定健康診査及び保健指導の受診率の目標値をどのように増加させていくのか、もう1回確認いたします。

健康増進課長

実施ですが、平成20年4月ということになっております。

目標値であります、メタボリックシンドロームの予備軍該当者を10%減少する、特定健康診査受診率を70%にする、特定保健指導実施率を45%以上にすること等が盛り込

まれています。

高橋委員

新たな健診、保健指導で、保険者の努力を評価していく仕組みといたしまして、保険者が計画の中で設定した目標を達成する状況に応じまして、今後、後期高齢者支援金の加算、減算を行うこととしていくと聞いております。その仕組みについて確認させていただきたいと思います。またなぜそのように後期高齢者支援金の加算、減算という仕組みを導入するのか、これについても併せて伺います。

医療課長

平成20年度から75歳以上の後期高齢者を対象といたしました新たな医療制度が創設されますが、その中で財政負担として全体の4割をそれぞれの医療保険者からの支援金で拠出することが決まっております。従来の老人保健のスキームでは50%とされていたものが、一応40%という形で支援金というふうに位置付けられます。この支援金は後期高齢者支援金ということでございますが、先ほど来御議論のございます特定健康診査や特定保健指導の実施率、そしてメタボリックシンドロームの減少率の達成状況を勘案いたしまして、平成25年の段階で医療保険者ごとにプラス・マイナス10%ということで加算、減算の調整を行うものです。つまり75歳未満の方々の健康診査や保健指導の努力の取組によって、その状況のうまくいったところに関しましては、75歳以上のお年寄りのための支援金の支払をプラス10%、マイナス10%する仕組みが法律で規定されているということです。

こうした仕組みでございますが、医療保険者が平成20年度以降、特定健康診査や特定保健指導を実施することになります。こういう生活習慣病対策を推進すれば、お年寄りになったときに後期高齢者という枠組みに入ってくるわけでございますが、生活習慣病の結果としての脳卒中、心筋こうそく等の重症患者が減少するだろう、後期高齢者の医療費の適正化につながるということから、75歳未満の方々に対する特定健康診査、特定保健指導実施の医療保険者の努力を評価する仕組みだと認識しているところでございます。

高橋委員

健診、保健指導の重要性が理解できたような気がします。ところで、労働安全衛生法においても、健康保持増進のための健診や保健指導の規定があったと思いますが、今回の特定健診と特定保健指導との関係はどうなっているか確認しておきたいと思います。

医療課長

まず、労働安全衛生法による規定でございますが、確か66条だったと思いますが、事業主に健康診断実施義務が課されているものでございます。また高齢者の医療の確保に関する法律では、医療保険者に40歳以上74歳までの間の被保険者、そして被扶養者に対しても特定健康診査は義務付けられましたので、医療保険者としての立場で同法に基づきまして特定健康診査を実施することになるわけでございます。そうすると健診の部分についてダブるということになりますが、労働安全衛生法に基づく健康診断は、特定健康診査よりも優先することとされたため、同一人に労働安全衛生法と高齢者医療確保法に基づく2回の健診をやるのではなくて、まず被保険者に対して労働安全衛生法に基づ

き実施された健康診断の部分は、事業者から医療保険者にデータを渡すことによりまして、実際には同じ事業主の中の健康保険組合が多いわけですが、特定健康診査の実施に代えることができるということになっております。

一方、保健指導につきましては、労働安全衛生法ではT H Pという立場から努力義務ということになっておりまして、高齢者の医療の確保に関する法律の特定保健指導では逆に医療保険者に実施が義務付けられたものでございます。また、特定保健指導は特定健康診査の結果からメタボリックシンドロームの該当者あるいは予備軍を抽出し、その方々を対象に医療保険者に実施が義務付けられたものでございまして、あくまでも特定健康診査の結果を受けて実施するものでございます。このように両者ふくそうしているものでございますが、保健指導の性格は若干異なるものでございまして、法令上厳密にどちらが優先するという規定もないことから、両法に基づく保健指導は、直ちに関連するものではないと承知しているところでございます。

高橋委員

先ほども伺いましたが、メタボリックシンドロームの予備軍及び該当者数の減少の話で10%減少していくという目標を伺いましたが、現状値はどうなっているのか伺っておきたいと思えます。

健康増進課長

メタボリックシンドロームの予備軍、該当者の現状値についてですが、これは平成15年度県民健康・栄養調査の結果及び平成16年及び平成17年の国民健康栄養調査の結果を合わせて再集計したものであります。メタボリックシンドロームの予備軍の県民の割合は40から74歳までの男性では23.8%、女性では4.3%、メタボリックシンドロームの該当者の割合は男性では29.4%、女性では5.7%となっております。これらの割合をもとにメタボリックシンドローム予備軍、該当者の県全体の推定値を算定いたしますと、男性では予備軍は46万3,000人、該当者は57万2,000人、女性では予備軍が8万2,000人、該当者が10万9,000人という現状になります。

高橋委員

大変大勢の方が予備軍及び該当者ということで、どう申し上げていいのかわかっていますが、メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病対策を進めていく上で、県はどのような役割を果たしていくのか確認しておきます。

健康増進課長

今回のメタボリックシンドロームに着目した生活習慣病対策といたしまして、新たに導入される健診及び保健指導は保険者に実施が義務付けられておりまして、県の役割といたしましては、保険者が実施する健診、保健指導等が厳格に推進されるよう支援することにあります。具体的には大きく三つほどございます。

一つは、市町村などの地域が担う地域保健と事業者、被用者保険などの職域が担う職域保険との連携を図るため、関係者から構成される地域職域連携推進委員会などを設置して、総合調整を図ることです。

二つ目は、特定健診、特定保健指導の実施に当たって、健診、保健指導を担う保健師、管理栄養士などの人材の育成を図ることになります。

三つ目は、メタボリックシンドロームに着目した生活習慣病予防の重要性について、県民に対して積極的に普及啓発を行うことにあります。

高橋委員

やはり人材を多く活用して、例えば保健師や管理栄養士などの人材を活用して具体的に事業を推進していくことが大事だと思います。また一方で人材育成も欠かせませんが、保健師、管理栄養士などの人材育成にはどのように取り組んでいくのか伺っておきます。

健康増進課長

委員お話しのとおり、生活習慣病を予防していくことに、保健師や栄養士などの人材育成が大切でございまして、県といたしましては、健診、保健指導に従事する保健師等の人材育成を県の役割と位置付けて取り組んでいくこととしております。県では昨年度から市町村や保険者を対象に研修会を開催しており、今年度は市町村国保の医療保険者として、特定健康診査等実施計画を策定することとなる市町村の保健師、管理栄養士等を対象に、計画策定のための現状分析の研修や目標設定、計画立案の方法などについてより実践的な研修を7月から8月にかけて県内の5地域で実施してまいりました。また、今回の医療制度改革では、医療保険者は保険者協議会を設置し、健診や保健指導の計画的な推進を図ることとされております。本県では更にこの協議会の下に県、政令市の保健師等で構成される保健師等専門部会を4月に設けたところでございます。また11月には専門部会と共催で市町村や保険者だけでなく保険者から健診、保健指導の委託を受ける予定の民間事業者も対象に、実際に保健指導等を実施するために必要な基本的な知識や保健指導技術の修得のための研修を実施する予定でございます。

高橋委員

人材の育成、県の取組等を確認させていただきました。先ほど、特定健診受診率が70%、特定保健指導実施率が45%という目標値をお話しいただきましたが、なかなか大変なことではないかと思えます。例えば平成16年度、17年度ぐらいを振り返ればお分かりになるでしょうか、老人保健事業の基本健診の受診率というのはどうなっているのかなと気になってしまうのです。もちろん特定健診とは違うものでありますが、老人保健事業の基本健診受診率というのは本県の場合どのようになっているのか、平成17年度の老人保健事業の基本健診受診率、全国の最高値と最低値、そして本県の平均値、もし分かればお教えいただきたいと思えます。

健康増進課長

基本健康診査の受診率の全国の平均値でございしますが、43.8%です。高い県、これは山形県になりますが61.7%、最低値では21.8%、本県の平均値は33.8%となっております。

高橋委員

本県は33.8%ですか、これを70%に持っていくというのは大変なことだと思いますので、一生懸命努力していただきたいと思えます。これがひいては老人医療費及び平均在院日数ということにつながってくるのかなと思うのです。それらにリンクする話ですので、努力していただきたいと思えます。もし分かれば後ほどで結構ですが、本県の老人医療費と平均在院日数、全国的な都道府県における我が県の位置を教えてください

のですが、後ほどでも結構です。

医療課長

本県の老人医療費でございますが、神奈川県は76万2,934円で全国31位です。これは平成17年度についてです。平均在院日数でございますが28.4日、全国レベルでは45位と非常に少なくなっております。

高橋委員

健診と保健指導の重要性を改めて認識したところでは、ところでメタボリックシンドローム予防の普及啓発が大事だと思います。例えば日常的に意識啓発できるような仕組みについてお考えがないか、また食育との関係も大事だと思いますが、それらと連携した施策展開について何か考えておられないか伺っておきたいと思います。

健康増進課長

メタボリックシンドローム予防の普及啓発であります。県では昨年度からメタボリックシンドローム予防のための啓発資料や内臓脂肪が蓄積しているかをチェックできる腹囲を測定するためのメジャーなどを作成し、市町村や事業者に配布するなどの啓発活動を実施しております。また食については食育基本法の基本施策の一つである地域における食生活の改善のための取組の推進は、正に健康プランの栄養食生活の分野での取組が目指すものと一致しております。今回の健康プランとともに啓発活動を推進していくという状況でございます。

高橋委員

提案ですが、是非、日常的に啓発できるようなハンディタイプのカード化ですとか、意識啓発のための携帯できるようなものの作成も促していただければと要望しておきたいと思います。

健康増進課長

委員のお話のように、カード型の啓発資料については、非常に良いアイデアだと考えております。今後、啓発資料を作成する上において参考にさせていただきます。

高橋委員

それでは、続きまして医療費適正化計画の策定について伺います。医療費適正化計画を策定する背景と基本的な考え方について伺います。

医療課長

急速な少子高齢化や経済の低成長を迎える中で、だれもが安心して医療を受けられる国民皆保険制度を維持し、将来にわたり持続可能なものとするためには、国民の生活の質の維持及び向上を確保しつつ、医療費の伸びが過度に増大しないようにしていく必要があることから、平成18年度の医療制度改革におきまして、国及び都道府県は医療費適正化計画を策定していくこととされたところでございます。

この医療費適正化計画策定に当たりまして、国が示した基本指針案によりまして、住民の健康の保持の推進のため施策と医療の効率的な推進のための施策に取り組むことによりまして、医療費の伸びの適正化を行うことが示されました。医療費の約3分1を老人医療費が占めているわけでございますが、神奈川県では高齢化が全国を上回る勢いで進行している比較的若い県である、結果的にそういうこととなりますが、当然ながら医

療費の3分の1を占める老人医療費もこの勢いで増えますので、医療費としては全国を上回る勢いで本県では増加するものと考えられます。県はこうした国の動向あるいは神奈川県医療費における特性を踏まえて、医療費の伸びを適正化するために神奈川県医療費適正化計画を策定してまいります。その基本的な考え方でございますが、国の定める基本方針に沿って定めませんが、基本理念は、住民の生活の質の維持及び向上を図るものであることと、超高齢社会の到来に対応するものであることとなっております。また、同指針案において、住民の健康の保持、増進及び医療の効率的な提供、推進に関する目標と施策を定めまして、その結果、目標の達成を通じまして将来的な医療費の伸びの適正化を図っていくことが求められているところでございます。

これらを踏まえて神奈川県医療費適正化計画は、仮称でございますが、その基本理念は、「本格的な高齢社会の到来に対応しながら、県民の健康の保持・増進と生活の質の維持・向上に取り組むことによりまして、県民の医療費の負担が将来的に過大とならず、誰もが安心して医療サービスが受けられるよう、医療費の伸びの適正化をめざす」ということとしておるところでございます。

高橋委員

本県の老人医療費と平均在院日数については先ほど伺いましたが、やはり今後の伸びが気になるところでございます。ここで県内医療費の動向についてどのような将来見通しを持っているのか伺っておきたいと思えます。

医療課長

県の医療費というのは実はなかなか計算するのが難しいわけございまして、国は国民医療費という形で毎年国全体の医療費を算定しているところでございますが、県民医療費は、必ずしも県民が神奈川県内の医療機関で受診するわけではありません。一方、神奈川県医療機関においても、東京都民が医療機関で診察されるなど、非常に県民医療費を算定するのは実は難しいわけでございます。厚生労働省では3年に一度県民医療費を算定しておりまして、直近では本当は平成17年度が公表される予定ですが、まだ公表されていませんので少し古いデータになりますが、平成14年度の神奈川県の県民医療費が国から公表されているところでは、その額は1兆7,388億円という状況でございます。そのうち老人医療費は5,607億円ということで、全国的にもほぼ同じ傾向でございますが、約3分の1が老人医療費という状況でございます。また1人当たりの医療費は、1人当たりの県民医療費、老人医療費とも全国平均を下回っている状況でございます。

しかしながら、神奈川県は現時点で比較的高齢化率の低い県でございますので、今後むしろ逆に全国に比べて急速に人口の高齢化が想定されています。したがって、当然神奈川県の老人医療費もそれに伴いまして急速に増加することが予想されます。そういうことで、今後、医療費の見通しについて考えていかなければならないところでございますが、先ほど来お答えしているとおりの、非常に計算式が複雑でございます。国から暫定データが示されまして、もって現状がそのまま続いた場合の医療費だけは現時点で策定できておりますので簡単に報告させていただきますが、平成20年度では先ほど御報告した医療費が2兆879億円になるということが想定されております。そして平成24年度には2兆4,120億円ということがデータの的には出ているところでございます。

高橋委員

今は、本県は老人医療費1人当たりについては先ほどの答弁ですと47都道府県中31位ということで、今後団塊世代の方々の高齢化とともに、本県の伸びが今のようになっているか、併せてその目標達成のためにどのような目標項目を設定していくのか、併せてその目標達成のためにどう取り組むのか伺っておきたいと思っております。

医療課長

この適正化計画におきましては、住民の健康の保持の推進に関する目標と医療の効率的な提供の推進に関する目標ということで先ほどお答えしたとおりでございますが、また国が示した基本指針案においては、それぞれ具体的にどのような目標を設定するのかが示されておりまして、この基本方針案に即して県においても目標項目を設定していきたいと思っております。具体的には、まず住民の健康の保持の推進のための目標としましては、先ほど健康プラン21でもお話ししておりますが、特定健康診査の実施率、特定保健指導の実施率あるいはメタボリックシンドローム患者と予備軍の減少率の三つの目標値を設定してまいりたいと考えているところでございます。

次に、医療の効率的な提供の推進のための目標といたしましては、療養病床数と平均在院日数の二つの目標値を設定してまいりたいと考えているところでございます。

続きまして、取組でございますが、それぞれの目標設定につきましては、保険者が生活習慣病の予防対策として行います特定健康診査、保健指導の推進や生活習慣病に注目して、広く県民に対して行われる健康づくりの取組を推進、支援してまいり所存でございます。

次に、医療の効率的な提供の推進のための目標達成には、医療機関が行う療養病床の介護保険施設等への転換の支援、入院から退院まで切れ目のない医療で早期退院を目指す医療機関の機能分化や医療連携体制の具体化、在宅医療や介護サービスの提供体制の整備推進を行ってまいります。このほか医療費適正化を推進するために、後期高齢者医療等で行われる適切な受診を促進する事業等を支援してまいり予定にしております。

高橋委員

是非、県民の健康の保持と生活の質の向上を考え合わせて、県民の医療費負担に十分配慮しながら適正化に努めていただきたいと思いますことを要望しておきたいと思っております。

続きまして、小児医療費助成制度について伺ってまいります。今回の小児医療費助成制度の拡充は我が会派の長年の要望でありまして、対象年齢の拡充等が図られたことは敬意を表しております。今回の見直しによりまして、制度の対象となる者がどの程度増すのか、また、本県の財政的な影響についてどう見込んでいるのか伺っておきたいと思っております。

子ども家庭課長

今回見直しをいたしまして、通院対象年齢を小学校就学前までと拡大したことによりまして、新たな制度の対象となる人口につきましては、本年1月1日現在の県の年齢別人口により試算をいたしますと、現行の制度、0歳から2歳までの人口が約23万人でございます。次に、今回拡大する3歳から就学前までの人口は約28万人となります。このことから通院に係る制度の対象となる人口は約51万人となりまして、現行のほぼ2倍に

なってまいります。

なお、入院につきましては、中学卒業までとする現行の制度は維持いたしますので、対象者の数につきましては、変化しないものと考えております。

続きまして、財政的な影響でございますが、事務的に試算した内容では、今回の見直しにより、県の市町村に対する助成額は約17億5,000万円増加するものと見込んでおります。しかしながら、これらは概算の数字でありまして、財政的な影響につきましては、今後予算審議の場において精査していくこととなります。

高橋委員

財政的な影響額は概算で約17億円強というお話ですが、平成18年度の事業実績費はどうだったのかお伺いします。

子ども家庭課長

平成18年度の実績額でございますが、約28億円でございます。

高橋委員

県からの助成額がかなり増えまして、そういう意味では県内市町村におきましても助成が増えるということで、次世代育成支援策が充実できるのではないかと期待される市町村もあると思います。今後、次世代育成という観点で、県は市町村に対してどう働き掛けをしようとしているのか確認しておきます。

子ども家庭課長

県内を見ましても既に県の助成水準を上回って実施している市町村が相当にございます。こうした市町村にとりましては、今回の県の制度拡充によりまして、財政負担が軽減されることとなってまいります。そこで、こうした財源につきましては、市町村にとっても喫緊の課題であります次世代育成支援の充実に振り向けていただくよう県としてもお願いをしてみたいと考えてございます。

高橋委員

先ほど周産期の話でも未受診妊婦の話が出ておりました。やはりそういう意味では妊産婦健診にこういう県からの助成金が当てられないか、そういう視点も御指導いただければ有り難いと思います。大体県内では妊産婦健診について、無料健診が2回のところが多いです。そういう点での充実方を要望しておきたいと思っております。

次に、一部負担金についてどういう考え方で導入したのか確認しておきたいと思っております。

子ども家庭課長

一部負担金につきましては、一般の医療保険被保険者との均衡を図る必要があることや将来的にも安定的な制度の運営といった観点から、子育て家庭にとって高額な負担にならないよう配慮した額で、制度の拡充と併せて導入を図ることといたしました。ただし、0歳から3歳までは一部負担金を徴収いたしません。

なお、この一部負担金の額につきましては、通院1回200円、入院1日100円とされております。これにつきましては、仮に3日通院した場合であって、一部負担金は6,000円であり、これは現行の老人保健制度の住民税非課税世帯の通院に係る患者負担分6万8,000円に比べても、より低い額となっているところであります。また、入院につきまし

ては入院期間が比較的長期にわたることも想定し、通院の場合よりも負担額を低くしたものでございます。

高橋委員

そうしましたら0歳から3歳まで一部負担金を徴収しない理由はどういうことなのか、また、一部負担金の導入については、他府県の状況はどうなっているのか伺っておきたいと思えます。またこの際、県内の33市町村の状況も伺っておきたいと思えます。

子ども家庭課長

先ほども申し上げましたとおり、本来は一般の医療保険被保険者との均衡を図る必要があることと、将来的に安定的な制度の運営という観点から、一部負担金を導入する必要があると考えております。しかし、母子保健法におきまして、満3歳を超え満4歳に達しない幼児につきましては、市町村は健康診査を行わなければならないこととされており、こうしたことも踏まえまして、次世代育成支援の観点から健康の保持に特に配慮が必要と考えられる3歳までは特に一部負担金を徴収しないことといたしました。

続きまして、他の都道府県の一部負担の状況でございますが、小児医療費助成で一部負担金を導入している都道府県は、全国で47都道府県のうち35道府県となっております。またこのうち29の道府県で管内の市町村が一部負担金を単独で助成し、負担金をとっていない状況でございます。さらに市町村数で見ますと、一部負担金を導入しております35道府県の所管する市町村の数が1,429となっております、そのうち約46%に当たる665の市町村が一部負担金を単独で助成している状況となっております。

それから、県内の市町村の負担金の状況でございますが、もちろん現在とはっておりません。今回、県の考え方を示しておりますのでこの見直しによりまして、今後各市町村におかれましても、今回の内容を十分に踏まえまして、見直しに係る取組を行うようお願いしてまいりたいと考えております。

高橋委員

全国的にも46%が負担金を助成しているとのことですが、本県においても一部負担金導入の有無が分かれる場合が出てくるのではないかと想定されますが、それはお願いしていくということですが、もし県のお願いに従わない場合はどうなるのでしょうか。

子ども家庭課長

小児医療費助成制度につきましては、既に県の助成制度を踏まえまして、それぞれの市町村で制度の充実を図っているところでありまして、この制度に係る取組については、県内の市町村の中でも差がある現状でございます。こうしたことから市町村の判断によっては見直しの内容に相違が生じる場合も想定されております。県といたしましては、各市町村の御判断を尊重いたしまして、柔軟に対応してまいりたいと考えております。

高橋委員

柔軟な対応を要望しておきたいと思えます。

ところで、小児医療費助成制度は、現物給付なのか、償還払いなのかということで非常に制度の利用勝手も違ってくると思えます。この際、制度拡充に当たりまして、就学前ぐらいまでいっそのこと現物給付に拡充したらどうかと思えますが、当局の御見解を伺っておきたいと思えます。

子ども家庭課長

委員お話しのとおり、医療の給付につきましては、現物給付と償還払いの二通りの方法がございます。現行では、県の実施要領を定めておりまして、現状では3歳未満の方の入院及び通院につきましては現物給付も対象としております。今回の見直しによりまして、この現物給付の対象につきましては、就学前まで現物給付となってまいります。したがって、3歳から就学前までの方々につきましては、新たに通院に係る制度の対象となるだけでなく、これまでに入院に際し窓口において医療費に係る自己負担額の全額を支払う必要があったものが、原則として1日100円の自己負担金のみで医療の給付を受けることができるようになってまいります。

高橋委員

つまり現物でやっていくということで理解しておりますので、制度の拡充に一層努めていただきたいと思っております。今回の見直しにつきましては、市町村や関係団体へ十分説明願いまして、円滑な実施を強く要望しておきたいと思っております。

今回、特に重度医療費助成制度につきましても、昨日の議論でも見直しに伴って一部負担金の徴収ということでお話が出ておりまして、自立支援医療を併用することで負担が軽減されるという質疑もされておりましたが、償還払いの手続が必要になるということでありました。しかし、重度医療費の助成制度につきましても、利用者の利便性を考えますと、私も現物給付の方がいいのではないかなと思っておりますので、再度関連して、現物給付とすることはできないのか確認しておきたいと思っております。

障害福祉課長

今、重度障害者医療費助成制度というのは、健康保険制度の前提の上にその自己負担を助成するという仕組みになっております。これは全国的な診療報酬の仕組みが保険プラス公費助成、1回の公費助成まではレセプト上、いわゆる診療報酬明細のことですが、扱える仕組みになっておりますが、これが更に重なるものについては、全国的にそういう仕組みを取り扱ってないという状況にあります。したがって、大変申し訳ないのですが、自立支援医療を重ねて、更に医療費助成を重ねる部分については、償還払いでお願いしてまいりたいと思っております。

高橋委員

是非、重度医療費助成制度につきましても工夫をしていただいて、レセプト上の問題もあると思っておりますが、例えば医療機関と一部契約締結をしてでも、そういうことができないか、重度障害者の方々の負担軽減のために努力していただくことを要望しておきたいと思っております。本来、国等の大きなスキームの変更も必要だと十分承知の上で今言っていますが、そういうことを強く要望しておきたいと思っております。

次に、自殺対策について伺いたいと思っております。本県の自殺対策は、過日もマスコミ報道で総合的に10位という評価がありました。昨日来、自殺対策につきましても地域自殺対策会議の設置ということで御答弁をいただいております。そこで、この自殺対策の推進のためにモデル事業を行っていくということですが、実施地域とその地域を選定した理由を確認しておきたいと思っております。

精神保健福祉担当課長

モデル事業の実施地域と選定理由でございますが、今回モデル事業の実施地域といたしましては大和市を検討しているところでございます。選定理由でございますが、本県では都市部における効果的な自殺対策のノウハウというのはまだございません。それを蓄積していくことがこのモデル事業の目的でございますが、そのために地域の選定条件といたしまして、都市部の地域であること、それから、ここ数年比較的、余りいい話ではないですが、平均自殺率が高いということ、それから対策の効果が比較的表れやすいので、ある程度の人口規模で20万人前後であること。こういうところから大和市が条件に合っていたために、同市を実施地域として現在検討しているところでございます。

高橋委員

自殺対策につきましては、あらゆる角度から対策が練られていくと思います。実態把握におかれましてもそうだと思いますが、昨日も小川委員からも遺族の方々への配慮を含めまして、この自殺に対しての適切な対応が述べられていたところでございます。遺族等への支援はどう取り組んでいくのか、それらを受けまして幅広い自殺対策モデル事業の全県展開の将来的な方向性についてどう考えているのか、併せて伺います。

精神保健福祉担当課長

日本では自殺に対してまだ偏見があるかと思えます。その遺族はなかなか死を語るができずに、心理的な苦痛を味わっているという状況だと思います。場合によってはPTSDとか後追いなどが発生すると言われております。遺族への支援といたしまして、この10月から大和市域で遺族の集いを実施して、悲しみを分かち合いながら、共に支え合う場というものを提供していく、それを定期的の実施していこうという考え方でございます。もちろん自死遺族の支援というだけではなくて、大和市域では精神保健福祉センターと保健福祉事務所と大和市と一緒にあって総合的な対策に取り組んでまいりますが、その成果につきましては、全県展開ということも視野に入れて検討してまいりたいと考えております。

高橋委員

自殺対策につきましては、是非、全県展開を考えていただきたいのですが、全庁的な取組も大事でありまして、過日も本会議で私が自殺対策の指針策定について要望したところですが、県として指針を定めていく必要性につきまして、再度考え方を確認しておきたいと思えます。

精神保健福祉担当課長

昨年10月に施行されました自殺対策基本法におきまして、都道府県の指針策定については現時点で特段定めはございません。したがって、内部で8月に設置されました自殺対策会議の中でもまだ議論はされてないところでございます。まだまだ庁内会議や自殺対策会議は設置されたばかりで、これからの議論になろうかと思えます。昨日からいろいろお話はございますが、現在かながわ健康プラン21の中には、自殺者の減少に向けた数値目標を検討しているところでもございます。自殺対策の指針の作成につきましては、今後のかながわ自殺対策会議等の議論などを踏まえながら、その必要性も含めて検討していきたいと考えております。

高橋委員

昨日来出ています自殺対策につきましては、是非、十分な検討、協議を進めていただくことを要望しておきたいと思えます。

最後に、工賃倍増計画について伺います。障害者自立支援法が施行されまして、本年の9月補正でも工賃倍増計画支援事業が計上されております。本県におけます障害者の授産施設の工賃の状況はどうなっているのか、併せて今後の工賃倍増計画支援事業についての取組方についても伺っておきたいと思えます。

障害福祉課長

本県における障害者の授産施設の工賃の状況でございますが、県で工賃を把握しております事業所は199ございまして、平成18年度における平均月額工賃の額は1万3,800円余りとなっております。一つ一つの事業所に着目しますと、月額平均工賃が200円に満たないところもございまして。その一方、最低賃金法の適用がある福祉工場などですと16万2,000円を超える事業所があるなど、事業所によってかなり幅があるというのが実情でございます。今回、特に国から求められております工賃倍増計画の対象事業所については、この199事業所すべてではございません。今16万円を超える事業所と申しました最低賃金法の適用がある事業所を除いたところで191事業所ございまして、こうした事業所ではさらに低くて1万2,200円余りとなっているのが実情でございます。

今後の取組でございますが、今回9月補正予算案で提案させていただきました事業の内容といたしましては二つございまして。一つは、平成20年2月末を目途に国に提出することを求められております工賃倍増5箇年計画の策定でございます。それからもう一つは、工賃倍増に向けて事業所、授産施設等を支援するものです。このために経営コンサルタントの方に現場に出向いてもらって現状把握をしていただいたり、課題を整理していただいて、専門的見地からの助言などをするという事業の内容で、来年度以降、今年度に策定した計画をもとに事業展開をしていくという予定になっております。

高橋委員

工賃倍増計画支援事業につきましては、様々な手法が考えられると思えます。なかなか工賃を引き上げるためのノウハウというのは難しさもあると思えますが、その点については、今どういうふうを考えていらっしゃるのでしょうか。

障害福祉課長

国が今年の7月に示しました工賃倍増支援事業実施要綱というのがあります。その中では、この事業を社会福祉法人や授産施設等の団体であるNPO法人などに委託することができるという規定がございます。本県におきましても、やはり障害者の工賃を引き上げるためには、こうした事業にかかわっている方の協力が欠かせませんので、こうしたNPO法人に委託することを考えているところですが、逆にそういうところは今まで福祉事業ということでお金をもうけるということは余り得意ではないところもございまして。そこで、そういう団体とセットで民間の経営感覚を持った方、こうしたコンサルタントを専門にやっつけていらっしゃる方の団体を組み合わせて事業を進めてまいりたいと考えてございます。

高橋委員

5箇年計画に盛り込む内容というのは非常に厳選されたものになればいいという思い

もあります。障害者の方々の工賃倍増、言うはやすく大変なことではないかと思うのですが、現時点でどのようなものを5箇年計画に盛り込む予定にしているのか確認しておきたいと思います。

障害福祉課長

現時点で正直申し上げまして、授産施設と一言で申し上げましても、事業所によって先ほど工賃の差でも申し上げましたが、やっている内容、障害者の方の状況などにかなり差がございます。現時点では、これから調査をして、そういう事業所の特性に合ったコンサルティングの一つはモデルづくりですので、こういう事業所にはこういう事業展開をすることで工賃が引き上げられるというようなモデルづくりをしながら、コンサルティングを組み合わせたものを考えていきたいと思います。これから予算をお認めいただければ、詳細は検討会を開催してその中で関係者の意見を聞きながら考えてまいりたいと思っております。

高橋委員

5箇年計画をつくることは評価いたしますが、是非つくった計画の進行管理をしっかり行っていただきたいと思います。進行管理についてはどうされていくのか確認しておきます。

障害福祉課長

計画の進行管理につきましては、各事業所の工賃の実態を毎年度把握いたしまして、県全体の平均工賃額と合わせて、個々の事業所の工賃を県のホームページ等を通じて公表してまいりたいと考えております。そのことによって各事業所の取り組む意識を高めたり、利用者の方に、この事業所は工賃がこんなに高いとか、そういう情報提供も行えたと、こうした工夫をしていきたいと思います。進行管理のやり方としては、具体的数値を公表することがポイントの一つかなと思っています。国は倍増という言い方をしております。具体的な数値目標の設定も求めておりますが、冒頭でも申し上げましたように、数値で倍増というのはなかなか簡単な話ではございませんので、今後関係者の意見も聞きながら進行管理のやり方、基本的には数字の公表ではございますが、きめ細かな方法なども考えていきたいと思っております。

高橋委員

是非、先ほどお話しされていきました経営コンサルタントなどの派遣も行いながら、実効性のある取組をしていただきたいと思います。場合によっては企業のOBの活用ですとか、そういう形で神奈川発の先行事例を是非発信していただいて、将来的には障害者の方々が安心した生活が送れるようにしていかななくてはならない大きなスキームだと思っておりますし、国では障害者雇用促進法の制定ということもにらんでいるように聞いていますので、本県から是非そういう国の取組に先駆けた中身の濃い工賃倍増計画になるように大いに期待して、質疑を終わりたいと思います。