

令和5年11月定例会  
厚生常任委員会会議録  
令和5年12月6日～7日

場 所 第1委員会室



令和5年12月6日(水曜日)

午前9時58分開会

会議に付託された議案等

- 議案第1号 令和5年度宮崎県一般会計補正予算(第5号)
- 議案第7号 旅館業法施行条例等の一部を改正する条例
- 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
- 議案第16号 公の施設の指定管理者の指定について
- 議案第33号 令和5年度宮崎県一般会計補正予算(第6号)
- 議案第41号 令和5年度宮崎県立病院事業会計補正予算(第1号)
- 報告事項
  - ・損害賠償額を定めたことについて
- その他報告事項
  - ・県立病院事業の令和5年度上半期の業務状況について
  - ・「宮崎県病院事業経営計画2021」の改定(素案)について
  - ・令和5年度福祉保健部における計画の改定等の素案について
    - 宮崎県自殺対策行動計画
    - 宮崎県再犯防止推進計画
    - 宮崎県子どもの貧困対策推進計画
    - 宮崎県医療計画
    - 宮崎県医療費適正化計画
    - 宮崎県高齢者保健福祉計画
    - 宮崎県障がい者計画
    - 宮崎県障がい福祉計画
    - 宮崎県発達障がい者支援計画
    - 健康みやざき行動計画21

- 宮崎県歯科保健推進計画
- 宮崎県がん対策推進計画
- 宮崎県循環器病対策推進計画
- 宮崎県感染症予防計画
- 宮崎県困難な問題を抱える女性への支援基本計画

- ・国民健康保険普通調整交付金の過大交付に伴う返還について
- ・令和4年度宮崎県ひとり親世帯生活実態調査結果について
- 閉会中の継続審査について

出席委員(8人)

委 員 長	重 松 幸次郎
副 委 員 長	山 口 俊 樹
委 員	坂 口 博 美
委 員	山 下 博 三
委 員	日 高 博 之
委 員	武 田 浩 一
委 員	下 沖 篤 史
委 員	永 山 敏 郎

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	吉 村 久 人
病 院 局 医 監 兼 県立宮崎病院長	嶋 本 富 博
病 院 局 次 長 兼 経 営 管 理 課 長	大 野 正 幸
県立宮崎病院事務局長	佐 藤 彰 宣
県立日南病院長	原 誠一郎
県立日南病院事務局長	井 上 大 輔
県立延岡病院長	寺 尾 公 成
県立延岡病院事務局長	吉 田 秀 樹

福祉保健部

午前9時58分休憩

福祉保健部長	川北正文
福祉保健部次長 (福祉担当)	津田君彦
県参事兼福祉保健部次長 (保健・医療担当)	和田陽市
こども政策局長	柏田学
福祉保健課長	長倉正朋
指導監査・援護課長	新村仁志
医療政策課長	徳地清孝
薬務対策課長	吉田祐典
国民健康保険課長	本田浩樹
長寿介護課長	島田浩二
医療・介護 連携推進室長	北菌武彦
障がい福祉課長	佐藤雅宏
部参事兼衛生管理課長	壹岐和彦
健康増進課長	児玉珠美
感染症対策課長	坂本三智代
こども政策課長	中村智洋
こども家庭課長	小川智巳

事務局職員出席者

議事課主任主事	春田拓志
議事課主任主事	上園祐也

○重松委員長 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。

日程案につきましては御覧のとおりであります。御異議ございませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○重松委員長 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分再開

○重松委員長 委員会を再開いたします。

それでは、本委員会に付託されました議案等について、局長の概要説明を求めます。

○吉村病院局長 説明に入ります前に、御報告とおわびを申し上げます。

先月、公表いたしましたとおり、県立宮崎病院の職員が住居侵入罪で現行犯逮捕ということになりました。

職員の服務保持につきましては、日頃から私にわたって厳しく指導をしているところでありますが、このような事案が発生しましたことは極めて遺憾であります。

不起訴処分になりましたものの、県政及び県職員に対する県民からの信頼というものを損なう事案が発生しましたことは、深くおわびを申し上げます。

当局としましても、今後事実をしっかりと確認した上で、厳正に対処してまいりたいと思っております。

また、服務規律の保持、綱紀肅正につきまして、より一層の徹底を図り、再発防止に努めてまいります。

それでは、御審議いただきます議案等につきまして御説明させていただきます。座って説明いたします。

厚生常任委員会資料の2ページを御覧ください。

まず、議案でございます。

「令和5年度宮崎県立病院事業会計補正予算(第1号)」の概要であります。

これは10月の人事委員会勧告に基づきまして、給料表の改定等が行われることから、職員の給

与費の増額補正を行うものであります。

続きまして、その他報告事項であります。

まず、県立病院事業の令和5年度上半期の業務状況についてであります。

これは、今年度の上半期の各病院の業務の状況と経理の状況について御報告するものであります。

最後に、宮崎県病院事業経営計画2021の改定(素案)についてであります。

9月の常任委員会におきまして、計画の改定の骨子について御報告したところでありますが、今回素案をまとめましたことから御報告するものであります。

詳細については次長から御説明いたしますので、よろしく願いをいたします。

**○重松委員長** 次に、議案についての説明を求めます。

なお、委員の質疑は執行部の説明が全て終了した後をお願いいたします。

**○大野病院局次長** それでは、議案について御説明いたします。

厚生常任委員会資料の3ページをお願いいたします。

議案第41号「令和5年度宮崎県立病院事業会計補正予算(第1号)」でございます。

1、補正の理由でございますが、人事委員会勧告に基づく職員の給与改定に伴いまして給与費の増額補正をお願いするものであります。

病院局の給与につきましては、病院事業職員の給与に関する規程において、「知事部局の職員の給与に関する条例の適用を受ける者の例による」とされていますことから、今回の給与改定に伴う知事部局の条例改正に合わせて、予算の所要額を補正するものであります。

2の補正の内容、(1)の収益的支出の増額を

御覧ください。

給与費は3億6,957万1,000円の増額補正であります。

内訳ですが、給料につきましては、月例給が0.97%引上げになりまして1億7,070万2,000円となっております。手当につきましては、勤勉手当の支給月数が0.1月分引上げになりましたことから1億3,413万2,000円、法定福利費については、給与改定に伴う共済負担金等の増がございまして2,173万6,000円、賞与引当金繰入額が勤勉手当の引上げ等により3,575万7,000円、法定福利費引当金繰入額が法定福利費の引上げにより724万4,000円と、それぞれ増額となりまして総額で3億6,957万1,000円の増額補正ということをお願いをしております。

資料4ページをお願いいたします。

(2)の資本的支出の増額についてであります。

病院局の職員の給与は通常、先ほど説明しました収益的支出から支給をしておりますが、県立宮崎病院の再整備の業務に専従する職員の給与については、資本的支出において支給することとしておりますことから、資本的収支の給与費につきましても8万6,000円の増額補正をお願いしております。

**○重松委員長** 執行部の説明が終了しました。

議案についての質疑はありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

**○重松委員長** 次に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をお願いいたします。

**○大野病院局次長** それでは、常任委員会資料5ページをお願いいたします。

まず初めに、令和5年度の上半期の県病院事

業の業務状況について御説明をいたします。

1の患者の状況についてであります。

令和5年度上半期における病院事業全体の延べ入院患者数は14万6,307人、延べ外来患者数は17万651人となりました。前年度同期と比較して、入院で1,484人、1.0%の減、外来で1,342人、0.8%の減少となっております。

病院別の内訳を見ていただきますと、延べ入院患者数について県立延岡病院が4,523人の減となっておりますが、主な理由としましては、5月に電源設備の改修工事を行いまして、そのために計画停電を行っております。その計画停電の前後も含めまして、入院を制限しなければならない期間がありましたことから、このことが大きく影響したものであります。

また、県立日南病院の延べ入院患者数が1,915人の増となっておりますが、これは昨年度新型コロナウイルスの感染拡大時、第7波の影響により、1つの病棟をコロナ患者の受入れ専用病棟として運用したことで入院患者数が大きく減少しており、今年度は、その反動により増加となったものです。

資料6ページをお願いいたします。

2、経理の状況の(1)収益的収支でございます。

病院事業収益は全体で189億9,000万円余となりまして、前年同期と比べて13億1,800万円余、7.5%の増となりました。

このうち入院収益は15億6,600万円余、16.3%の増、外来収益は3億5,000万円余で、9.1%の増となっております。

これは入院患者数、外来患者数とも減少となりましたが、患者1人当たりの単価が増加したことにより、全体として収益増となったものであります。

次の一般会計繰入金金は22億5,300万円余で、主に病床確保料の減少により、前年度同期と比べて9億7,200万円余の減となっております。

次に、病院事業費用につきましては、全体で208億4,000万円余となり、前年度同期と比べて20億5,700万円余の増となっております。このうち給与費につきましては89億5,300万円余で、4億7,400万円余の増となっております。

これは、給与改定や職員の増による給料の増加等に加え、原価計算の導入に向けまして会計処理の見直しを行ったことにより一部増加したことによるものです。

また、材料費は49億8,000万円余で、4億7,600万円余の増となっております。

これは、高額な注射薬の使用が増えたことによる薬品費の増や、資材高騰の影響により診療材料費が増となったこと等によるものでございます。

次に、経費は26億7,100万円余で、これも1億8,800万円余の増となっております。

これは、県立延岡病院において、非常用発電機が故障したことにより修繕費や代替機の賃借料等が生じたことと、医療事故に係る損害賠償請求事件の和解金を計上したこと等によるものでございます。

また、病院事業収益の一番下に特別利益、病院事業費用の一番下に特別損失を計上しております。

これは、県立宮崎病院の旧病院の解体に伴うもので、特別利益は補助金等の繰延収益を戻し入れするもので8,500万円余、特別損失は解体に伴う固定資産の除却費で9億4,700万円余を計上しております。

以上の結果、上半期の病院事業の純損益は18億4,900万円余の赤字となりまして、前年度同期

との比較において、赤字幅は7億3,900万円余拡大しております。

資料7ページから12ページにかけては、病院別の状況を掲載しております。詳細は後ほど御覧いただきたいと存じますが、資料8ページ、県立宮崎病院の純損益は14億2,100万円余の赤字、資料10ページ、県立延岡病院は3,800万円余の赤字、資料12ページ、県立日南病院は3億8,900万円余の赤字となっております。

資料13ページには資本的収支の状況、資料14ページには9月30日現在の貸借対照表、資料15ページには借入金の状況等を記載しておりますが、こちらも後ほど御覧いただければと思います。

資料16ページをお願いいたします。

(3)、令和5年度の決算見通しであります。

上半期の決算状況を踏まえまして、令和5年度決算の見通しをお示ししたものでございます。

病院事業収益は、入院収益・外来収益ともに令和4年度を上回る見込みであります。病床確保料減の影響により、全体としては377億9,300万円余を見込んでおります。

対しまして、病院事業費用は減価償却費、特別損失等の影響によりまして428億9,600万円余となりまして、純損益は51億300万円余となる見込みでございます。

年度末に向けて、この決算見通しから収支改善を図るために、引き続き診療報酬の確実な算定による収益の確保や、薬品・診療材料等の効果的な調達など、経費の節減に職員一丸となつて一つずつ努力を積み重ねて取り組んでまいります。

続きまして、宮崎県病院事業経営計画2021の改定について御説明したいと思います。

資料17ページが概要版となっており、別冊で

計画素案をお配りしております。前回の委員会において、資料17ページの概要版で御説明しましたことを踏まえまして、御説明をしたいと思います。

前回の委員会で御説明したとおり、国の新しいガイドラインを踏まえ、追加修正を行った部分を中心に説明させていただきます。

第1章では、計画改定の趣旨を記載しております。

第2章、取り巻く環境の変化では、医療ニーズの変化や地域医療構想の推進などの5つの項目を挙げております。特に、働き方改革の推進に係るタスクシフト・タスクシェアの必要性、エネルギー価格の上昇、物価高騰など、経営環境の厳しさが増していることなどをここで追記をしております。

第3章、県立病院が果たすべき役割と機能では、新ガイドラインが求めています内容について、2の「新ガイドラインに基づく要請」という形で整理をしております。

また、改定が進められている県医療計画の改定に沿いまして、県医療計画等での位置づけも踏まえ、修正しております。

その下、第4章の県立病院の使命について、変更はございません。

概要図の中ほどから右側にかけて、5～7章で改定計画の基本目標と具体的取組を記載しております。

第6章を医療面の基本目標、第7章を経営面の基本目標として、それぞれに具体的な取組を掲げております。

また、第8章では、各県立病院における個別の取組についても整理をしております。

第6章、医療面の基本目標のところを見ていただきますと、県立病院へのニーズに対応した

医療機能の一層の充実と地域の医療機関との機能分化・連携強化を基本目標として、1、質の高い医療の提供とそれを支えるスタッフの確保・充実、2、救急医療や災害医療等の安定的かつ持続的な提供など、4つの具体的取組を掲げております。

主な改正点としまして、1の(3)、働き方改革の部分では、システムの導入による勤務実態の把握、タスクシフト・タスクシェアの推進などの取組を追記しております。

2の(3)では、新興感染症等の感染拡大時に備えた平時からの人材確保・育成、また装備の備蓄、クラスター発生時のマニュアルの整備や、訓練に取り組む旨を改めて明記しております。

4の(1)においては、地域の医療機関との機能分化・機能連携の考え方について、医療需要の減少等で厳しい状況にある中、限られた医療資源を最大限に活用して地域全体で医療体制を構築していくという必要があること、また、そのために県立病院は自らが担う役割を改めて見直し、地域の自治体や公立病院と連携しながら、役割分担と連携の強化を進めるという旨を明記しております。

第7章、経営面の基本目標ですが、経営健全化に向けた取組の強化を基本目標として、医業収支の改善など3つの項目、具体的取組を掲げております。

1の医業収支の改善については、地域の医療機関と連携強化による紹介患者や救急患者など、新規患者の増加や新たな施設基準の取得に取り組むこと、外部コンサルタントの活用によるDPCデータを用いた比較分析、経営分析により、在院日数の短縮や投薬・検査等の適切な医療提供を進め、入院収益の増加を目指すなど、経営

の改善に向けた取組を推進するとしております。

また、(3)の経営の見える化による安定的な事業運営の推進のところでは、原価計算の手法を導入し、診療科別、疾病別等の経費、収支分析を行うことで経営の見える化を推進しまして、より効率的な経営を目指すとしております。

2の適切な設備投資・更新におきましても、外部コンサルタントを活用して更新計画を策定し、医療機器の計画的な購入や更新でもコンサルタントを活用して、より効率的に進めていくこと、また、病院間における高額医療機器の共同利用の可能性などについても検討していくこととしております。

次に、収支計画について御説明したいと思います。

別冊でお配りしております計画素案17ページを御覧ください。

計画期間の初年度であります令和3年度の決算値から計画最終年度の令和9年度まで、県立病院3病院を合わせた病院事業全体の各年度の収支をお示ししております。

収益費用について、積算の考え方を少し説明させていただきます。

まず、病院事業収益のうち、医業収益の入院収益、外来収益についてです。算定の基礎となる患者数については、県地域医療構想から推計をした上で、各病院における機能強化の取組、地域医療機関との連携強化による患者数の増加、診療報酬制度の対応など、経営改善の取組による増加を見込み算定しております。

その結果、入院収益は令和4年度の決算額214億9,500万円から、令和9年度には255億4,500万円と、40億5,000万円の増を見込んでおり、外来収益については80億300万円から96億9,900万円と増加を見込んでおります。



次の一般会計負担金、医業外収益の一般会計負担金、一般会計補助金等の3つがいわゆる一般会計からの繰入金であります。救急医療や小児医療、周産期医療など、政策的医療・不採算医療等について、総務省の繰出基準に基づいて算定しております。

特に医業外収益の一般会計負担金のところを御覧いただきますと、令和3～4年度は新型コロナウイルスの病床確保料が入っており、令和4年度決算においては55億1,400万円計上しておりますけれども、令和5年度以降はこれが大幅に減少いたしまして、以降は30億円程度となる見込みであります。

次に、病院事業費用についてでございます。

医業費用のうち、給与費につきましては、今後も必要な職員数をしっかり確保しながら、近年の給与改定などの動きを踏まえて推計した結果、令和4年度の174億1,400万円から、令和9年度には189億4,200万円と、15億2,800万円の増加を見込んでおります。

次に、材料費につきましては、近年の医療高度化、抗がん剤治療の増加等の影響を反映させるために、直近5年間の入外収益に占める診療材料比率を基に推計をした上で、専門家を活用した薬価交渉やSPD方式の導入による診療材料の削減効果を反映させた結果、令和4年度は95億1,000万円でありましたが、令和9年度には109億3,100万円と、これも14億2,100万円の増加を見込んでおります。

経費につきましては、物価動向等の影響を大きく受けますことから、将来推計が非常に難しい部分ではございますが、基本的には令和4年度の医業収益に対する経費の比率をベースとして算定をし、令和4年度が55億7,000万円から、令和9年度は64億300万円と、8億3,300万円増

加を見込んでおります。

減価償却費につきましては、現在の建物・施設、医療器械・システムなどの償却資産と、今後予定をしております施設整備や資産購入などの投資を基に算定をしております。令和9年度で42億1,900万円と、ほぼ同水準を維持することとしております。

以上の考え方により令和9年度までの収支を推計した結果、令和9年度の純損益、経常収支は14億8,500万円の赤字、現金ベースの収支を示す償却前損益は13億円余の黒字、経常収支比率が96.5%、修正医業収支比率は87.8%となります。国のガイドラインに要請されております令和9年度での経常黒字化の達成は、困難な状況となっております。

計画素案18ページをお願いいたします。

国の新しいガイドラインにおきましては、令和9年度までに経常黒字化する目標の設定が困難な場合には、黒字化を示す時期、その道筋を示すことが要請されておりますので、令和10年度以降の収支を見込んだものでございます。

これまでに御説明してまいりました収益確保の取組、経費削減策、あと計画的な投資、更新といった経営改善の取組を進めながら、地域の医療需要に対応した適正な病院機能の見直しを令和10年度以降も継続して進めることで、病院事業全体で令和14年度の経常収支黒字化を目指したいと考えております。

なお、この収支計画につきましては、上半期時点での今年度の決算見込みをベースとして、現時点の見込みによる将来推計を推計して作成しておりますが、今後決算見込みでありますとか、将来推計も精度を少し上げていきます。精度を上げた上で、また来年度の予算も今現在編成中でございますことから、この点も今後反映

させていき、収支計画全体を修正していくこととしております。2月定例会におきましては、最終案という形でお示しできると考えておりません。

さらに、この収支計画については、医業の実績、決算動向を踏まえて、毎年度見直しを行うことにしております。

計画素案19～20ページにつきましては、計画の推進に当たって目標目安となる臨床指標・経費指標について整理をしております。

各病院における具体的な取組については、各病院から御説明をさせていただきます。

**○佐藤県立宮崎病院事務局長** 当院の取組について御説明を申し上げます。

計画素案21ページから29ページまでが当院分でございます。

まず、計画素案21ページをお開きください。

(1)、基本的方向といたしましては、引き続き三次救急医療機関として重症・重篤救急患者等に的確に対応し、断らない救急の実現を目指してまいります。

中ほど、(2)、県立病院のニーズに対応した医療機能の一層の充実と地域との連携強化の①、質の高い医療の提供とそれを支えるスタッフの確保・充実では、地域がん診療連携拠点病院として、新たにがんゲノム治療を推進してまいります。

計画素案22ページを御覧ください。

(2)、医療スタッフの確保・育成においては、看護師の特定行為研修におきまして、宮崎県内初の集中治療領域における指定研修機関となることにより、医療の質向上に寄与するとともに、チーム医療において高度専門的な能力を発揮できる優れた看護師を育成してまいります。来年度当初の研修開始を目指しており、九州厚生局

に対して申請手続を行っております。

(3)、働き方改革の推進と誰もが働きやすい環境整備といたしましては、令和6年度から施行される医師の働き方改革において、新たに導入する勤怠管理システムによる適切な労務管理やタスクシフト・タスクシェアの推進などを通じ、時間外縮減のほか業務の適正化・効率化に取り組んでまいります。

計画素案25ページからの(3)、経営健全化に向けた取組の強化では、新病院建設に際して多大な整備費等を要していることを踏まえ、職員一人一人が経営状況に対する強い危機意識と経営参画意識を持って、収益の確保、費用の節減に一丸となって取り組んでまいります。

①、医業収支の改善のi)、診療報酬制度への適切な対応による収益の確保について、計画素案26ページを御覧ください。

外部コンサルタントによる診療科別・部門別の経営改善ミーティングを毎月1回のペースで定期的を開催をしており、各種加算の取得増や算定漏れ防止の取組、医療機関別係数の向上を推進しているところです。

ii)、3病院一体となった費用節減についてです。費用の執行に当たっては、聖域なき見直しを行い、その縮減に向けて病院幹部をはじめ、各部門間で緊密に連携・協力を図り、積極的な費用節減に取り組んでまいります。

最後に、当院の収支計画につきましては計画素案28ページに掲載しておりますが、計画最終年度である令和9年度の純損益は6億1,000万円の赤字、経常収支比率は97.1%を見込んでおります。

**○吉田県立延岡病院事務局長** 県立延岡病院の取組について御説明させていただきます。

同じく計画素案30ページから38ページが当院

の取組となります。

計画素案30ページ、(2)の①のi)、質の高い医療の提供を御覧ください。

今年10月に外来化学療法室を化学療法センターとして移転・拡張いたしました。これにより、化学療法を必要とする患者の受入れ体制をさらに強化してまいります。

また、心臓脳血管センターにハイブリッド手術室を今年度末に設置する予定となっております。これにより、高度急性期医療のさらなる充実につなげてまいります。

また、これらの整備によりまして医療機能の分化連携の推進を図り、県北地域における地域医療の最後のとりでとしての機能を担ってまいりたいと考えております。

計画素案31ページをお願いいたします。

iii)、働き方改革の推進と誰もが働きやすい環境整備でございます。

来年4月に医師の労働時間の上限規制が施行されますことから、他職種へのタスクシフト・タスクシェアをさらに推し進め、また、新たな勤怠管理システムによって勤務実態の状況を常に把握し、改善の取組を推進してまいります。

計画素案32ページをお願いいたします。

②のi)、救急医療提供体制の強化であります。

ドクターカーの運行につきまして、救急救命士派遣に係る輪番制を構築したところでございます。地域の消防本部等との協力体制をさらに充実することとしており、今後も救急医療提供体制のさらなる強化を図ってまいります。

計画素案34ページをお願いいたします。

④のi) 地域の医療機関との機能分化・連携強化であります。

地域医療支援病院として、地域医療機関との交流企画などを通じて顔の見える関係を構築し、

さらなる連携強化を図ってまいります。

計画素案35ページをお願いいたします。

連携強化の一環としまして、僻地診療所等への代診医派遣などを推進することで各医療機関等との連携を強化し、地域医療の充実へ貢献してまいります。

(3)の①のi)、診療報酬制度への適切な対応による収益の確保であります。

あらゆる職種の職員が外部の経営改善コンサルタントの助言を受けながら、収益をさらに高める取組を積極的に進めてまいります。

計画素案36ページのiii)、経営の見える化による安定的な事業運営の推進であります。

原価計算システムを導入し、診療科別や疾患別等の詳細な収支分析を行うことで、費用の見直しや適切な在院日数の管理につなげるなど、経営健全化に向けた取組の強化を図ってまいります。

最後に、延岡病院の収支計画につきましては計画素案37ページに記載しておりますが、計画最終年度である令和9年度の純損益は7,100万円の黒字、経常収支比率100.5%を見込んでおります。

○井上県立日南病院事務局長 県立日南病院の取組について御説明させていただきます。

計画素案39ページを御覧ください。

(2)の①のi)、質の高い医療の提供でございます。

圏域で、がん、脳血管疾患、心疾患、周産期、小児診療を担う急性期病院は当院のみであり、専門的な治療を行う中核的な医療機関としての役割を引き続き担ってまいります。特に、脳血管疾患、心疾患への対応に必要な機器を保持し、同疾患への処置が地域内で完結できる医療機能を提供してまいります。

計画素案42ページを御覧ください。

④のi)、地域の医療機関等との機能分化・連携強化であります。

まず、地域医療構想調整会議等で地元自治体病院や地元医師会との連携を図り、圏域の救急体制や回復期における資源の有効活用という重点テーマの議論を深めながら、機能分化・連携強化の推進における課題等に継続的に取り組んでまいります。

続きまして、救急医療につきましては、地域の中核病院として合併症等リスクが高い患者の受入れを積極的に行うなど、二次救急医療機関としての役割を果たしてまいります。

また、通常診療につきましては、圏域の急性期医療を中心に担いつつ、急性期を脱した患者を回復期機能を有する地域の医療機関等に積極的に受け入れてもらえるよう、連携強化に努めてまいります。

計画素案43ページを御覧ください。

(3)の①のi)、診療報酬制度への適切な対応による収益の確保でございます。

DPCデータの活用など診療報酬制度に則した効率的診療を推進し、適切な病名付けやコーディング精度の向上など、診療単価の向上に努めてまいります。

また、院内の経営改善プロジェクトチームを中心といたしまして、外部コンサルタントも活用しながら、短期的には各種加算の取得増に、中長期的には機能評価係数の向上等に取り組むとともに、診療報酬制度改定の施設基準見直しなどにも迅速に対応し、経営の改善につなげてまいります。

最後に、県立日南病院の収支計画につきましては、計画素案45ページの表を御覧ください。

計画最終年度である令和9年度の純損益は9

億4,600円の赤字、経常収支比率は87.6%を見込んでおります。

○重松委員長 執行部の説明が終了しました。

その他報告事項について、質疑はありませんか。

○山下委員 病院事業につきまして、去年ととしては新型コロナにより、50億円ぐらい一般会計繰入れがあったと思いますが、収支改善については鋭意努力をされているなという思いで計画を見させていただきました。

ただ、医師の働き方改革の中で、労働時間の総量規制が厳格になってきますよね。少し心配なのが、今後の地域医療における医師不足です。県立病院として医師や看護師の確保について、問題点をどのように整理されているか、お聞かせください。

○大野病院局次長 働き方改革の関係でございますけれども、医師確保につきましては非常に厳しい状況であります。特に、専門性がどんどん高まっていくことにより、中央志向の学生も多くなっていると思います。

ただ、地域医療をしっかりと担ってくれる医師を確保していくためにも、マッチングのための説明会や、病院の事業説明会などを県外に出向いて開催しております。

小さい努力ですけれども、地域の病院のことをしっかり知っていただいて、我々の病院を選んでいただくことに、それぞれの県病院と一緒に取り組んでいるところでございます。

現在の採用状況から言いますと、看護師につきましてはおおむね募集に対して応募がございますので、足りない状況にはないと思います。

ただ、全体的に看護師も不足しているということもありますし、離職という問題もあります。県立病院の魅力伝えるためにも、バスツアー

や病院のインターンシップをやったりして、県立病院で働くことをしっかり知っていただく機会をたくさんつくって、確保に取り組んでいるところでございます。

**○山下委員** 病院事業経営計画改定の主な要点を聞きましたが、地域医療との連携がうたっています。

例えば3病院が中核にあって、例えば都城市や西諸県郡は、いわゆる医師会病院があります。ただでさえ非常に医師が不足している中で、労働時間の総量規制が厳格化されます。主要3病院と地域医療との連携ということで、ますます3病院の責任が大きくなると思います。

その中で、地域医療の医療としての機能が見通していけるのかということです。計画という形で地域医療との連携を強く訴えています、特に県立日南病院や県立延岡病院といった、農村を多く抱える地域医療にとって、連携は欠かせないことだと思います。特に県立日南病院は、医療圏内で周産期医療などを担える唯一の病院ということも実績で書いてありますし、非常に大事なことです。今後の計画の中で、地域連携とそれぞれの地域が抱える医師不足について、どのように問題を整理されているのかお聞かせください。

**○大野病院局次長** 医療計画でもそうですけれども、県のガイドラインの中でも「機能分化」が新しいワードとして出てきており、その機能分化をしっかりやっていくことにしております。それは、それぞれの病院が持てる機能を全てを持つのはなかなか難しいので、地域の病院と県病院で役割分担をしていきたいと思います。

特に、高度医療や救急、政策的医療は我々が担う、ただし、手術や入院が済んだら回復期に

入っていきますので、そこは地域でしっかり診てもらおうという役割を明確にしていくことだと思っております。

地域とつながっていくことは非常に難しいので、地域の医師と顔が見える関係を構築していく必要があります。特に延岡や日南については、病院も減っている状況もありますので、そういう関係をつくっていくのが大事だと思います。特に、日南の置かれている環境は人口の減少も非常に大きいので難しいところですが、公立病院部会をつくって、3つの公立病院——串間市民病院と日南市立中部病院、日南市と串間市も入って、在り方を検討しているところです。

その中でも、急性期を担う県病院と回復期を担う地域の病院の役割をしっかり分けていまいしょうという意味での連携——単純につながりまいしょうということではなく、機能・役割をしっかり分けてつながってまいしょうということで、話し合いを進めているところでございます。

**○山下委員** それは、きれいごとなんです。例えば、地域医療の中で医者に対する負担がかかり過ぎているんです。高齢化してくると、かかりつけ医を自分たちで決めて、そういう医療体制を取っていきなさいと指導してきましたよね。その病院が、働き方改革であったり、看護師も早く仕事を終わらせないといけないということで、夕方や夜間の医療体制が非常に脆弱になってきています。

地域医療の役割を専門性を持ってやっていくといいますが、例えば西諸医療圏にしても、都城医療圏にしても、医師不足という同じ課題を抱えています。そして、そういった医療圏は、県病院や大学病院に頼っていかないといけない。県病院も、働き方改革の中でどんどん人手不足に陥ってくる。地域医療の頼れるところを整理

していかないと、地域住民はどんどん不安を抱えてきているんです。抜本的な問題整理として、どこがどういう役割を果たしていくのか。

例えば広域の医療圏の下には個人病院もあるわけですね。個人病院だって、午後6時とか午後7時ぐらいまで患者を診ていましたが、そういうことはなくなりました。どこかであふれてきているんですよ。県病院が大事な医療圏を守るトップとして走っているわけですから、病院局がそのあたりの連携をしっかりと考えていってくださいということですね。

**○吉村病院局長** 医療圏における役割分担といますか、地元の患者がどこにどう頼っていった医療を確保するののかについては、福祉保健部が地域医療圏構想の中でそれぞれの医療圏において検討していき、その中で各医療機関がどのような役割を担うことにより、その医療圏の医療が提供されていくかはしっかり議論されて、計画の改定を行います。県立病院としての役割をどうやって担っていくのかについては、我々もしっかり取り組んでいきたいと思っております。

おっしゃっていただいたように、患者個人から見ると、どこの病院にかかって次はどこか、夜はやっているのか、土日はどうかということにつきましても、各医療圏の中で連携してやっていく。各病院での働き方改革や医師の負担などについては、病院が働き方改革にどう取り組むかということで、勤怠管理をしっかりとしていくとか、タスクシフト・タスクシェアという形で、医師の業務を看護師やコメディカルスタッフなどに業務の役割分担を少しずつ変えていった負担を減らしていくことにしております。あるいは、医師に関しましては、事務的な作業を軽減する医療秘書を持っています。各病院において工夫しながら、それぞれのスタッフの働き

方を改善しつつ、仕事がしやすい環境もつくりながら、医療提供体制を整えていくことに取り組んでいきたいと思っております。

**○山下委員** 人手不足は深刻な問題です。医師の確保も県政を挙げて努力していかないといけない。研修医の確保から何からです。だから、住民の期待にしっかり応えられるような医療の在り方を考えていってほしいと思います。

各産業で人手不足をどう解決していくかというところ、民間事業所だったら、例えばロボット化していくなどの様々な合理化を図っていかないとはいけません。様々な経営形態を考えていかないと、この難局は乗り切れないということですが、ロボット化していく可能性があるのかどうか、人手不足の中での県病院の今後の取組について教えてください。

**○大野病院局次長** 病院での人手不足対策についてです。産業全体にも言えることだと思いますが、例えば医療分野におけるデジタル化の推進では、できるだけ人手がかからないように効率化をしていくとか、カルテ一つを取っても共有化ができるとか、デジタルを使って地域ともつながっていけるとかということも大きい一つです。サービスを保った、よりいいサービスを提供しながら、エネルギーをかけない方法があるかと思っております。

**○日高委員** 医師の働き方改革でずっと3病院が出てきていて、似たような中身なんですけれども、現状の医師の勤務状態はどのような感じなのでしょう。

例えば、2024年になってくると時間外勤務の上限が年960時間になりますが、それは守られるレベルなのでしょう。この間ニュースを見ていたら、どこかの県病院がクローズアップされていましたが、そうは言っているけれども現場

は過酷だから制限をされても現実的には無理だ  
というようなことも取り上げられていました。

2024年からの働き方改革に向けて、医師は足  
りているのでしょうか。働き方改革が導入され  
ても、今のまま十分やっていけるのであればい  
いんですが、現状はなかなか厳しい状況がある  
から、例えば医師数をその分増やす計画の目標  
値とかをつくっていかなくてはいけないという  
のは、当然出てくる大きい問題だと思います。

今後、働き方改革の中で3病院をうまく回し  
ていけるのでしょうか。何か所見があれば伺い  
たいと思います。

**○大野病院局次長** 医師の働き方改革における  
時間外の上限規制については、2024年4月から  
法令で施行されるということですので、ここは  
しっかり守っていかないといけません。

上限規制の中でもA水準、B水準という基準  
がございます。A水準は基本的な水準で960時間  
以内になっていますが、特例的にB水準が設定  
されています。地域医療の確保のための暫定特  
例水準ということで、1,860時間以内までとな  
っており、少し緩やかな基準になっております。

ただし、やはりA水準にしていけないといけ  
ません。タスクシフト・タスクシェア、医師自  
体の事務低減などを図るために、ほかの職種が  
医師のカバーをする形で業務量をシェアしてい  
くということで、3病院ごとに事務を一つずつ  
洗い出しています。国からも、タスクシフト・  
タスクシェアを進めるべき業務が示されていま  
すので、経営管理課も一緒になって各病院ごと  
に取組を進めております。ルールで決まってい  
ますので、しっかりやっていきます。あと、医  
療秘書をしっかりつけて、秘書業務として医師  
の業務を改善していくこととしております。

一番難しいのは、医師の場合は自己研さんで

す。たくさん勉強をして研さんして行って、医  
師として技術や知識を毎年積み重ねていくとい  
うのが、医師の働き方といいますか、スタイル  
の原型としてあります。それを一遍に変えましょ  
うということにはできないと思いますし、求めら  
れる知識や技術もどんどん発達していくので、  
学習の時間が必要になってきます。そこをどう  
整理していくのかについて、議論をしています。

あと、実態をしっかりとつかめていないので、  
勤怠管理のシステムを3月完成をめどに開発し  
ております。それにより、いつ病院に来て帰っ  
たかがしっかり管理されていきます。今まで紙  
ベースで管理をしていたのを、システムで実態  
を管理していくことにしております。

どういう仕事をしたのか、何に携わったのか  
とか、医師は待機もありますので、そのあたり  
の考え方をどう整理していくかというところ  
について、課題はまだまだたくさんありますけれ  
ども、法律の施行は迫っておりますので、そこ  
までにしっかり整理をして、考え方や整理の仕  
方を見直していく必要があると思います。そう  
いう中で、仕事を時間内にしっかり終えて、か  
つ医療サービスの低下を招かない努力をしてい  
きたいと考えております。

**○日高委員** 先ほど言われたように、勤務実態  
がどうなっているのかが分からないんです。過  
労死ラインの話がよくあるじゃないですか。病  
院経営としては、医師を守っていくというのは  
あると思います。医師は患者の命を守る使命が  
あるとなると、少々の時間外でもやっている  
と思うんです。手術があつたり、若い医師は研  
修を受けたりすることが労働に入るのかとかです。

来年の4月から時間外の上限規制が始まるわ  
けでしょう。もう少しそのあたりを整理しないと、  
タスクシフトやタスクシェアによって乗り

切ることはできるということで、私たちはそれを信用していいのか。後から、医師の勤務実態が大変なんだとなって、医師はやっぱりその分必要なんだとはならない。なる可能性も高いと思うんですけれども。

まず一つ、タスクシフトやタスクシェアをやっ  
ていけば、2024年からの働き方改革は、3病院とも十分乗り越えられるということで判断してよろしいでしょうか。

**○大野病院局次長** これはルールですので、達成するように頑張っていきたいと思います。

先ほどA水準、B水準と言いましたけれども、県立宮崎病院については、特例を用いてB水準の1,860時間以内ということで4月からスタートします。当然努力を続けながら、A水準の960時間以内に移行していくということになると思いますので、引き続き3病院、経営管理課も一緒になって努力していきたいと考えております。

**○日高委員** A水準とB水準があって、2024年から全てB水準でスタートするということですね。もっと詳しくお願いします。

**○大野病院局次長** 県立宮崎病院はB水準でスタートします。県立延岡病院と県立日南病院については、全医師A水準でスタートするということです。

**○日高委員** 県立宮崎病院がB水準の1,860時間でスタートして、いずれかの時期にA水準の960時間にしていく。倍ぐらい違いますよね。そうなってくると、当然現在の医師数で足りるかという課題が出てくるのではないかと思います。県立延岡病院と県立日南病院については、A水準で始めるということでした。A水準の960時間を完全に採用するということですね。来年から、タスクシフトや勤務体制も全て整えて、問題なくスタートできるのかお聞かせください。

**○嶋本県立宮崎病院長** まず勤務時間に関しては、出退勤の時間管理はかなりできております。いわゆる自己研さんを差し引いて申告させていただきますので、病院にいた時間イコール時間外勤務になりませんが、実態に合った時間外勤務はほぼ把握できていると考えております。その中で177名中5～8人ぐらい、年間960時間以上の時間外勤務者がいるため、B水準に申請をしています。

働き方改革は、医師にとっては初めての  
大改革となります。これは決められたことであるし、現場の医師を守るためにもきちんと励行しなければいけません。例えば、患者を診るときもチーム医療をもっと徹底するとか、医療の在り方を変えていくことを同時進行でしなければいけません。

医師を増やすことが一番簡単ですけれども、先ほどの予算を見てもそんなに簡単には増やしません。それは現場の医師も分かっています。

タスクシェア・タスクシフトもありますが、やはり医師の患者に対する関わり方が重要です。例えば、昨日当直した医師が、救急で診た患者を昼から手術しますということは、今年度だったら可能でした。ところが、来年度になるといわゆるインターバル制度により、この医師は12時までには退勤する義務が発生します。そうなってくると、結局患者を診た医師と手術する医師が違ってくることになります。今でもチーム制は広がっていますけれども、ますます役割分担していく、そして、タスクシフト・タスクシェアで初めてなし得ると思います。

現在、A水準の医師が90%以上なので、残りの10%未満の医師に対して、10年後までに960時間以内を達成すればいいわけですが、なるべく早期にそういったものを整備していきま



すので、かかり方だけでなく、我々の医療提供体制もこれまでとは少し変えていきます。最初に診た医師が最後まで診るという、従来の主治医制とは違ったことが起こり得るということもあるため、県民や患者にも趣旨を受け入れていただけるよう、働きかけていきたいと思えます。

**○日高委員** 患者からしてみれば、主治医なのに手術してもらえないというのは、やはり問題というか、残念なんです。働き方改革によって、インターバルを取って病院から1回退場しなくてはいけないということは、意外と小さなこととして考えやすいけれども、患者やその親からしてみれば命の問題であって、最初からこの先生に頼っているんです。それで、ぽこっと違う先生に替えられるのは不安ですよ。そのあたりに問題があると感じました。

今の段階でどうしていくかというのは、こちらも難しいでしょうけれども、うまくコントロールしていくことが、非常に重要なことだというのが分かりました。

**○嶋本県立宮崎病院長** 若干言葉が足りませんでした。全ての患者が主治医制じゃなくなるというわけではございません。いわゆる救急の場合、例えば3病院とも産科を持っておりますけれども、産科・救急といった場合には、既にほとんど主治医制ではありません。夜に呼ばれて私が診察して入院させたりすると、翌日は当番に替えていくということは通常行われておりまして、患者には受け入れられています。安心するような申し送りといいますか、情報伝達をしていけば、きっと御理解いただけると思っております。

**○日高委員** そういうことも起こり得ると思うので、そのあたりはちょっと。県立延岡病院と県立日南病院については問題ないわけですね。

大体このまま行けるということですね。

**○原県立日南病院長** 先ほどから960時間という時間が出ておりますが、月80時間が平均になります。管理職を除いて36~37名の医師が時間外をし得るんですけども、先月11月に県立日南病院の医師の時間外勤務時間を日南労働基準監督署に確認していただいたところ、90時間超えが2人という状況であります。

医師が足りているかという質問もありましたが、今年の9月に外科医師が1人退職しております。その補充は医局からもありません。また、先月末に小児科医が2人転勤しました。補充は1人だけという状況で、徐々に医師数も減っている中でやりくりを行っている状況であります。

**○日高委員** 外科と小児科ということで、一番労働時間が長い人たちですね。県立日南病院も大変ですね。

県立延岡病院は問題ないと思えます。

**○武田委員** 収支計画が出されております。今年度は特別損失が突出しているもので、51億円余の赤字予定となっております。上期が18億4,000万円余のため、下期は10億ほど赤字がプラスになっている状況です。先ほどの説明で、いろいろ頑張っってここを圧縮していくという説明があったと思います。収支を予測されていますが、その中でどこをどう圧縮していくのでしょうか。

**○大野病院局次長** 先ほど計画の中でも申し上げましたけれども、診療報酬においてしっかり点数を取っていくというところで、収益をまず上げるということです。そうすると患者単価が上がってきますので、そこで収益を上げることができます。

それと、今年からいろいろな経費節減の取組を進めています。例えば薬品の価格交渉であったり、3病院での診療材料の共同購入を秋から

開始しました。また、年明けには宮崎大学医学部とも合同で資材を調達することにしております。院外に倉庫を置いて、必要な材料を各病院に供給していく、包括的に委託するような取組をしています。そのあたりの効果も後半になると出てくると思います。そういう取組を一つずつやりながら経費を削減していきます。また、入院や退院についても各病院で調整をしながら行いますので、そういった小さい努力を重ねながらやってまいります。

下半期は新型コロナの病床確保料がゼロになると思います。そこが大きく影響して、上半期よりも下半期のほうがマイナスが大きく振れています。

また、年度末に一括で支払うような委託もありますので、上半期より下半期が大きく見えています。小さい努力を重ねながら、少しでも収益を得るため努力していきたいと思っております。

**○武田委員** 分かりました。なかなか大変でしょうけれども、努力していただきたいと思っております。

先ほどから、医師確保や時間外労働についていろいろと質疑があつて、なかなか大変だなと感じたところでした。県立病院や公立病院は地域医療としてなくてはならないのですが、国も医療費を抑制していくという方向で、公立病院を黒字化していくのはなかなか難しいだろうという思いもあります。地域医療としても、先進医療を含めていい医療を提供していかないとけないという立場があり、黒字化もしていかないとけないため、なかなか苦しいと思っております。先ほど、毎年見直していくという話がありましたが、令和9年から令和14年にかけて黒字化をしていくという流れが、先ほど両委員の質問を聞

いていると厳しいのではと感じられます。

外部のコンサルタントを入れた共同購入であるとか、医療機器の導入に関しても先を見据えながらやっていくという話でしたが、今までも外部のコンサルタントを入れてこられてきたのではと思います。外部コンサルタントを入れることによって、経費の節約であるとか、医療機器の更新におけるメリットが大きいのでしょうか。

**○大野病院局次長** 経営改善における外部コンサルタントの活用についてです。

まず、診療報酬のコンサルタントについてですが、診療報酬制度は、非常に複雑な仕組みで出来上がっている上に改定があります。いろいろな仕組みや基準が改定されるため、病院現場で働いている医師や事務方からしても非常に難しい部分です。刻々と変わるところは、そのプロがしっかり分析して、こういうところが変わりますとか、こういうところは注意していたほうがいいですといったアドバイス、いわゆるコンサルティングが入るので非常に大きいと思っております。

例えば、令和4年度の効果額ですと、県立宮崎病院で1,500万円ぐらい、県立延岡病院で2,200万円ぐらい、県立日南病院は少し遅れてスタートしていますが580万円ぐらいということで、確実に効果は出てきていると思っております。毎年変わっていくし毎年課題が出てくるので、これを続けていくことでしっかり効果を上げられることになると思います。

また、年2回、病院局の職員が薬剤購入の交渉をやっていたんですけども、そこにプロの目線が入ってくると、非常に厳しい目線で物が見れる、専門的な知識を持って相手と交渉ができるというところで、そこには非常に強みがあ

ります。

あと、我々はディーラーと交渉していたのですが、メーカーと直接交渉するという形で、メーカー側も価格競争をするところがあるので、ここも非常に効果が大きい部分です。医薬品の価格交渉についても、今年から始めたんですけども、今年の上期だけで3,000万円ぐらいの効果が出ております。これを続けてやっていくことで確実にコストを下げるということは、毎年繰り返しながら続けていくべきと考えております。

○武田委員 公立病院の改革も本当に大変だなと思いつながら、地方に住む者としては、公立病院がないと医療は民間病院で担えないところまで来ています。多少の赤字が出て、地域の医療をしっかりと守っていただきたいと思いつますので、この計画を確実に遂行していただきたいと思いつます。

○坂口委員 働き方改革というか、法律というのは絶対的なものと思いつます。だから、徹底して対応する必要があると思いつます。特に医療分野での就労環境の良好化については不断の取組が必要で、気づくのがかなり遅れてきていた部分があつて、こういうきっかけによって改めて気づかされたと思いつます。

そういった中で、いろいろなポイントが見えてきました。医療秘書についても早く法制化されて取り組む。ただ、まだまだ努力して徹底する必要があるのかなというのと、機能分担についても、改めてもう一回法的に整理できないかとか。それと、チーム医療についても経営計画の中で徹底して詰めていくと、それが結果として県民に高度な医療などの形で返ってくるわけです。自己研さんですが、即県民に対するサービス向上につながる部分があれば、経営計

画の中でそれらも含めて、当然伴う県民の負担についても、今後検討していくべきではないかという気がします。かかるものはかかるけれども、結果として効果があるものを求めていくという、そのあたりの考え方としてはいかがでしょうか。計画として改善されていくということでしょうか。

○大野病院局次長 委員がおっしゃるとおり、非常に複雑な問題と多くの問題を抱えています。特に経営機能については、物価高騰や新型コロナなどの問題が同じタイミングで複雑に絡んできて、非常に厳しい状況になりました。これが結果として、経営上の数字の中にも出てきているというところなんです。法令などで定められていることもありますので、やるべきことはしっかりやらないといけません。公立病院ですので、赤字でいいとは思いつていませんけれども、黒字を絶対確保しなさいというのも、少し乱暴な議論だと思いつます。必要な医療をしっかりと提供していく。政策的な医療とか、不採算部門も公立病院は担っていますので、そこは民間病院と大きく違うところだと思いつます。

そういうことで、仕組みとしても一般会計からの繰入れや繰出しがあつて、必要な部分についてはしっかり一般会計からも負担をいただくことになっています。それが県民の負担というところになると思いつます。そのあたりの経営計画自体を今回立てましたが、現時点での見込みでも、同じ努力をずっと続けて令和14年にしか黒字にならないという状況です。状況が変われば、もっと悪くなる可能性も当然あるんですけども、だからといって病院経営をやめるわけにはいかないと思いつます。計画の中では、機能分化とか役割分担という形で表現していますが、もう少し踏み込んだ病院の在り方を含めた経営

改善についても、今後検討していかななくてはならない時期に来ていると思います。

その上で、一般会計からの負担部分についても財政当局としっかり話をし、必要なものはしっかり要求していきたいと思っていますし、国に対しても同様のことをやっていきたいと思っています。

○坂口委員 やはりそこだと思います。本当にいい改革ができれば、そして、医者を中心にスタッフが気持ちよくというか、責任を持って取り組めるような環境を整備することは、最終的に県民のための医療になっていくと思うんです。だから、必要なものはしっかり認めていく。県民負担になりますが、やはり真剣に検討すべきかなと思います。たまに耳にしてきた言葉ですけども、医は算術ではなく仁術なんだということで、スタッフを尊重した改革をやっていくというのが一つだと思っています。

経常収支比率100%というのは理想であると思っています。ただ、日南については、JR関係もこれからどう利便性を高めていくかという課題も県として抱えています。高速道もだんだん見えてきて完成が近くなっています。そうすると、鹿児島県や宮崎市がうんと近くなってきました。紹介状、逆紹介状の話もありましたが、高度急性期の医療について、本当に必要なものとやるべきものをしっかり選択できるかということ、そういった環境が本当にできるか不安があります。だから、次長が言われるように全て黒字化を目指すのではなくて、置かれた立地条件での感覚的な収支比率100%というのは、おのずと違ってくると思うんです。だから、そのあたりも考えた収支面での独立について、一つの目標として目指すのではなく、公的な医療機関が県民に果たすべき結果よしは何なのかとなったとき、必

ずしも黒字化が最優先ではないという気もします。

大きな改革のときですから、ぜひ総合的に見て、この経営計画の中に生かしていただければと思います。

○吉村病院局長 委員がおっしゃったように、3つの県立病院それぞれの医療圏の状況も異なっております。先ほども申し上げましたように、地域医療構想を福祉保健部でつくって、今後の患者の伸びや落ち込みなども十分参考にさせていただきながら、医療圏の中で診るもの、あるいは、時間がたてば医療圏も少し広めに、——どこまで患者が行き来するのかも含めて考えていけないかということも、今回の計画を考える中では推計に反映させたつもりでございます。

また、その医療圏における位置づけについてですが、県立延岡病院では、地元の医師会などとの連携があります。県立宮崎病院だと、大きい病院もたくさんある中でどう経営をしているのかということです。県立日南病院については、特に人口減少が激しかったり、インフラの整備なども客観的な条件としてございます。そういったことを十分踏まえながら、それぞれの病院が持つ機能や特色が生かされて、最終的には県民への医療サービスが充実していくことを目指しながら、この計画をつくらせていただきましたし、毎年見直して、それぞれ反映させていきたいと思っています。

また、各病院の事務局長からも御説明しましたとおり、それぞれの病院が自分たちの機能をどう生かしていくのかということ、スタッフが自分の病院はどうあるべき、あるいは、どうすれば経営が改善するのかという意識改革もしっかりする前提での取組として考えております。

そういった意識を高めながら、そして最終的には、地域医療の充実強化を目標としてやっていく計画にしております。おっしゃっていただいたように、不断の努力という意味では、見直しながら計画を進めていくということに取り組んでいきたいと思っております。

**○坂口委員** ぜひお願いします。そして最終的に、医者がこの病院に残りたいとか、あそこの病院に行きたいと思われるぐらいの改革をやってほしいと思っております。

私は宮崎大学医学部附属病院へ定期的に通院しており、そこの講師に主治医になっていただいていたんですけども、定期健診の日に出張のため不在で、代わりに先生に診ていただく予定でした。たまたま日程が変更になって、主治医の先生に診てもらうことができたのですが、予定が狂って物すごい幸せだったなと感じたんです。患者としては、強い信頼関係があるんだと思いました。

だから、日高委員も言ったようなことも含めて、スタッフから、行きたい、残りたいと思われる病院になるような改革、それが最終的には県民のための一番あるべき改革だと考えますので、ぜひ見直しの中で、ここに神経を使って取り組んでいただきたいと思っております。

**○山下委員** 少し心配なのが介護難民が出るんだということです。その中で、労働時間の総量規制等が厳格化されるということで、医師不足が問題となっています。

2025年問題がありますが、団塊の世代が後期高齢者になっていきます。この5～10年というのは、医療は地域で非常に逼迫してきます。一番医療を必要とする世代がピークを迎えてきますから。その中で、介護難民から今度は医療難民が出てくるんじゃないかという思いがありま

す。病院局は3病院をしっかりと運営して、地域医療を担う二次・三次医療としての役割を担えばいいということだろうけれども、新たな労働時間の総量規制が出てくると、地域の中で病院を運営している医療従事者方、そして、都城市も総合病院がいくつかあるんですけども、そこもどんどん改革をしていかないとはいけません。医療を必要とする方をどこが最終的に受け入れてくれるのでしょうか。

例えば市郡医師会病院などの地域で総合病院をやっているところが、県病院にどんどん送り込んだらいいとなっても、県病院はできないわけです。そこでの医療の問題が出てくる可能性があると思うんです。いろいろな計画を福祉保健部と一緒に検討していく場面をつくってほしいという思いになったところでした。ぜひよろしくお願ひしたいと思っております。

**○日高委員** 先ほど病院局長が、圏域を広めに見てやるとおっしゃったと思っております。

また先ほど坂口委員がおっしゃいましたが、日南一宮崎間の高速道路が完成し、かなりインフラがよくなってきているということでした。例えば県立延岡病院と県立宮崎病院のすみ分けは大体できているような気がしていますが、インフラが整うことによって、県立宮崎病院と県立日南病院のすみ分けの範囲はどうでしょうか。基本的に県立宮崎病院の圏域が広がってくると思うのですが、圏域を広めに見るということはそのあたりの話でしょうか。

**○吉村病院局長** おっしゃるように、インフラの整備などにより時間的に近くなるという意味では、動向として、日南の患者が宮崎に行ってみようというのは出てくると思います。あるいは病院の機能分化という意味で、より高度なものが隣の医療圏にあればそこに行こうという意味

で、居住する医療圏だけではなくて隣まで見たときにどうあるべきか。病院が減ってくる中で、どの病院で患者の程度に合わせた医療を提供できるかという意味では、今の医療圏を診療や病気ごとに4つに分けたり、もう少し細かく分けたりしています。

患者の動向とか、患者の高齢化が進んできたときに、病気によってどこまで患者が動くかというようなものを込めて、診療を提供するための医療圏の広さを見ていかないといけないという意味で申し上げました。

○日高委員 そうであれば、今まで広めに見ていなかったんですかという話になってきます。機能的には増えたわけでない中で圏域を広めに見るとなると、日南と宮崎では医療圏がかぶるんです。距離が近くなればぐっと縮まるんです。

○吉村病院局長 先ほど山下委員もおっしゃいましたように、福祉保健部で、医療圏の患者の動向や人口の動向などを踏まえ、病気の状況などを見ながら、その医療圏で必要な医療のありようというものは、構想なり計画という形で示していただきます。その構想の中にある計画を県病院の地域においてどう見ていくかということになります。

また、その計画が4年スパンであれば、現在の計画なりで示されている部分と隣の医療圏の動向までしっかり見ていく必要があるという意味においては、広く見ていく必要があるということで申し上げたつもりでございます。

○日高委員 日南圏域の将来的な地域医療の在り方について医療構想調整会議で検討していくというのは、当然人口減少というのが先に来ているんです。医療圏域の将来の地域医療の在り方となってくれば、病院局長がいう圏域を広めに考えるというところ、逆に狭めになるところ

もあつたりしますが、人口減少の中、日南串間圏域の将来の地域医療について、医療構想調整会議でのどう検討しているんですか。

○吉村病院局長 今回の計画については、医療圏の患者の動向とか将来の動向といった、福祉保健部でまとめている医療構想をしっかりと受け止めてつくっていきます。

その中で、医療圏での医療提供の在り方を考えたときに、公立病院の責任の果たし方、機能の果たし方について検討するため、各県立病院で協議会も開催しております。

その定期的な協議の中で、県立病院としましては、救急に力を入れて、合併症なりのリスクが高い患者を受け入れていくとしています。そして、日南市立中部病院につきましては、かかりつけ医みたいな形で、逆紹介で病院に戻された患者を回復期の患者として診ていく。そして、串間市民病院につきましては、日南串間の中でも離れていますので、その地域性を踏まえた串間市民への対応という形でやっていくことになっています。

また、私が広域的に見ると申し上げたのは、ベースになるのは、当然その医療圏の患者の動向でございますので、それを念頭に置きつつも、少し広い視点を持っていくという意味で、将来的なものにつきましては、さらに広い視点も持っていくという観点から申し上げました。

○永山委員 タスクシフトの担い手の関係で、特定行為看護師を育成するという目標が定められているんですけども、具体的な数値目標とかというのはあるんでしょうか。

○佐藤県立宮崎病院事務局長 当院で来年5月に開校を目指しております研修機関は、当面3名の特定看護師を養成する計画であります。その先の将来的な数値目標は今のところ設けてい

ませんが、当面3名でスタートする計画でございます。

**○永山委員** 医師が900人いるというところで、3名ぐらいでは焼け石に水のような気もするんですけども、また数値目標を立てるなり検討いただければと思います。

**○吉村病院局長** 先ほどの県立宮崎病院の説明は、県立宮崎病院が特定行為をする看護師の研修機関になるというものでございまして、3病院の中には、これまで特定行為研修を受けてきている看護師もいます。そういった方も含めて、医師の指示を待たなくても特定行為ができる看護師が増えていくことで、業務の分担ができるという形になります。特定行為を行う看護師の確保にも努めていきたいと思っております。

**○下沖委員** 経営計画の素案についてです。

第6章の4、「地域医療の充実と貢献」に、医師不足の地域への診療応援体制の構築という項目があるんですけども、こちらはどのような応援体制ができているのでしょうか。医師不足の地域へ医師を派遣する等の構築をどのようになさるのか。

医師確保を含めて厳しい話が出ていますけれども、そういう体制が今後築けるのかどうか、教えてください。

**○大野病院局次長** 現時点におきましても、高原町と小林市には県立宮崎病院から医師を派遣して、地域の医療を応援する体制を取っております。

我々の診療の体制との関係もございまして、なかなか難しいところではあるんですけども、地域の実情に応じてよく検討しながら、いろいろな話を聞きながら、地域への貢献もしっかりやっていきたいと考えているところです。

**○下沖委員** ここは、今後重要なところなので、

いろいろと検討していただくようお願いします。

あと、7章の1、「医業収支の改善」の(3)に、原価計算の手法による収支分析、経営の見える化の推進とあるんですけども、今まで何か特異な計算方法をされていたんですか。

**○大野病院局次長** 原価計算の考え方というのは、例えば診療科ごとに分けて見たときに、そこでかかった費用と得た収益をそれぞれセグメントで分けて見てみようというような、そのような考え方になります。

病院事業は、診療科ごとに収益と費用を計算しているわけではありません。人件費などの共通のコストもありますので、そういうセグメントに分ける考え方はありませんでした。診療科ごとに割ってみることで、すごく稼いでいる診療科だけども、高度な医療を提供するためには高度な機材や薬品が必要なので、コストもかかっていますとか、コストが逆ざやになっているところも出てきます。

だからといって、その診療科をやめるとかいうことではなくて、そういうコスト感覚を持ちながら診療科や病棟を見ていくと、改善のきっかけとか目安ができてくるんだろうという考え方です。経営をできるだけ透明化、見える化していこうという取組で、コストがかかっているからノーということではないということです。

**○下沖委員** 値段を上げたりとか、病院自体で調整ができるものなのでしょうか。保険適用の中でのことなので値段は決まっているけれども、原価計算で一応見える化して経営改善につなげていくということでしょうか、つなげるということは、どこかで収益を上げていくことだと思っています。どのあたりで今後収益を上げていくつもりなのでしょうか。

**○大野病院局次長** 委員がおっしゃるとおり、

診療報酬で決まっていますので診療の値段を上げることはできません。そういう目線を持つということだと思います。コストがかかっているから駄目ということではないんですけれども、経営を分析する中で、原価がどれぐらいかかっているかというところを見る必要があります。たくさん診ているからいいでしょうということではないということです。

とにかく見える化をした上で、経営改善ができるところがあるのかを見ていくという考え方で御理解いただければと思います。

**○下沖委員** 7章の2の(3)、電子カルテシステムやデジタル関連の投資についてです。3病院でデジタル化を進めていくという計画が入っていたと思いますが、3病院で入札を一本化することで下げたり、今後は管理についても外部が入るなど、そういった関連での共通化となっているのかなと思ったところですが。

**○大野病院局次長** 委員がおっしゃるとおりです。それぞれがばらばらに購入したりシステムを導入するより、共通できるものは標準化してやっていくという考えになります。使い勝手とかいろいろありますが、特にデジタルに関してはできるだけ標準化して、効率的にやりましょうという考え方でございます。

**○山口副委員長** 改定前と改定後で一般会計からの負担金はどれぐらい増えるのでしょうか。前回は令和7年までしか書かれていないと思います。

**○大野病院局次長** 一般会計からの繰入金については総務省の繰入基準に基づいて算定していますので、今後、見込みの中で増えるということではありません。

**○山口副委員長** 改定前は令和7年の目標値がありますが、そこに一般会計負担があると思う

んです。各年度、新しく予測が出ています。それはどれくらい負担が増えていますかという質問でした。数億ぐらい増えていませんか。20億円が30億円ぐらいになっているのか。

**○大野病院局次長** 今回の計画においては、政策的医療などで担っている部分が非常に大きく、例えば研修医の受入れや、前回の計画には反映されていなかった光熱費コストが上がっている部分も見込んでいます。

ここで、9億円ぐらい伸びているんですけれども、まだ予算も編成の途中になりますので、要求の状況も踏まえて、前回の計画よりも増えております。

**○山口副委員長** 最終的には、県民負担をどれだけ許容できるかどうかということに帰結すると思っています。負担が最終的にどう上がっていくのか、もしくは減っていくのか、今の体制を維持するのであれば、県民からの負担をこれだけ増やさないと維持ができないということは、やはり明確にしていくべきではないだろうかと思うんです。数字上は9億円ぐらい上がっているということだったので、それで今後は進んでいくんだらうなど、もともとの計画より毎年9億円近く増えた状態でいくという形で理解したいと思います。

別件になりますが、医業収支比率についてですが、改定前の計画からかなり数値的に落ちていていると思います。令和7年は92%程度を目標にしていたのが、恐らく80%台になっているんですけれども、この要因というのは、医師の費用が上がっているからということでしょうか。

**○大野病院局次長** 数的に言いますと、前計画よりも下がっています。やはり委員がおっしゃるとおり、一般会計からの繰入れが増えることで、医業収支比率が下がるためだと思います。



○山口副委員長 説明を受けていると、経営計画を立てるに当たって、今ある計画を分析して、計画を維持継続していったらこうなりますという形で作っているように感じました。

本来だったら、医業収支比率をここまで上げていこうとか、何年の9割にするためにここを削らないといけないという議論からのスタートもありなのかなという気がします。計画の基本的な立て方としては、現在の規模感や病院の科数、診療の状況を維持するためにどうするかという形をベースに医療計画を作っているという理解でいいのでしょうか。

○大野病院局次長 現状をしっかりと分析するということがまず大事であり、現状の中で患者数の動向や医療単価を検証しているということです。その上で、先ほど申し上げた経費節減や収益確保のための取組によって、どれぐらい努力分が乗っていくかということと、経費として落としていけるかというところを足し込んで計算を上げております。

収支比率から求めるべきだという話ですが、そういった積み上げが、結果として収支比率の数字を上げることにつながるので、同じ考え方ではないかと思っています。現状を是として現状から推測しているわけでは決してなく、現状を分析した上で、現状から改善できるところは改善していくという考え方で収支計画を作っています。前回の計画のつくり方と違う部分は相当あると思います。

○吉村病院局長 付け加えて御説明します。

収入の確保や経費節減の取組というのは、現行やっている部分がございます。今回の改定に当たりましては、さらにその取組を上向きでさらに努力するという部分を考慮して、収支が改善されるようにということも入っております。

それと、一般会計の税収なりでいただく分につきましても、これだけ足りないからこれだけくださいという意味ではありません。繰り出し基準というものがあると御説明しましたけれども、公営企業の収入をもって充て難いような経費、不採算であるような部門といったものにつきまして、理論的にこういったものを一般会計からいただきたいという意味で計算をしています。それらを合わせてこの計画等を作っていますので、さらに努力を重ねていくという前提での計画を作っております。

○武田委員 3病院共同で薬剤などを仕入れずるとおっしゃいましたが、将来的には、県内の市立病院などの公立病院も一緒にやれるような方向があると、地域の病院がよくなるような気もするんですが、そういう方向性は考えられないのでしょうか。

○大野病院局次長 委員がおっしゃるとおり、可能性という意味ではあると思います。

ただ、一次、二次、三次という救急の病院の機能によって、必要な薬剤や資材が相当違うと思います。共同の倉庫を置くことでメリットを得るためには距離が近いことも大事ですので、そのあたりを総合的に勘案したときに、ほかの公立病院が加えられるかというのは、仕入れの状況などを見てみないと難しいと思います。

ただ、同じ市町村の公立病院で連携する可能性については、我々と組むよりは高いのかなという気はします。

想像になりますので、確かではありません。

○山口副委員長 結局、医療計画や病院計画をつくった後に、各地域の病院の方々にはどうやってお知らせしていくんですか。

県病院とかはこういう方針でやっていくんですと言ったときに、ほかの病院の人たちがそれ

を知らなかったら、経営方針が変わったとしても同じように患者を送り込んできたりされるのではという気がするんですけども、そういった周知はどうやってやっていくんでしょうか。

**○大野病院局次長** それぞれの圏域で地域の病院や小さいクリニックも含めてつながっていくというのは大事だと思います。

例えば、延岡であれば、地域の連携の集いというものを持っていて、地域と顔が見える関係をつくっています。今年の実組でいいますと、停電のときに、県立延岡病院で様々な工夫をして地域と協力しながら対応したんですけども、そういうことを発表したりして、地域でつながっていくような議論をする場というのがあります。

だから、そういう場を使って地域の医師にも考え方を示していくという形で、各病院の考え方を示して、協力していただきたいと考えております。

**○重松委員長** その他で何かございませんか。

**○日高委員** 10月時点での臨床研修医のマッチングの速報値については新聞でも出たと思うんですけども、定員が106名に対してマッチング数が47名ということでありました。

宮崎大学医学部附属病院について宮崎大学長と話したんですけども、話の中身に入っていけなかった部分が正直あって、今度勉強会でもやりましょう、本音で話しましょうと話をしております。

その中で、3病院でも22名、10名、10名ということで、合わせれば42名という定員なんです。今回マッチング数が24名ということでした。県立日南病院はずっと何人かいたんですけども、1名になってしまいました。

臨床研修医のマッチングをしっかりとやらないとなかなか分母が増えていけないので、医師が

宮崎県に残らないということになります。このあたりについて、病院局としてどう見ているのかお伺いします。

**○大野病院局次長** 各病院のマッチングですけれども、今回は24名ということで、去年とほぼ同じ数のマッチングは確保できており、定員に対して63%ぐらいのマッチングとなります。全国的にも苦しい中で、一定数は確保できたのかと思っております。

学生に専門性を高めるという思考が強いので、地方の病院がマッチング率を上げるのは難しいですけれども、ダ・ヴィンチやハイブリッド手術室などの新しい技術も積極的に取り入れることで、それぞれの病院の魅力を知って選んでいただきたいと思っています。そういう意味では、マッチング以前の説明会などで各病院の魅力をしっかり発信して行って、今後もマッチング数を確保していきたいと考えております。

**○日高委員** 宮崎大学医学部のマッチング数の割合が、がくっと下がっているんです。どうなっているのかなという話もあります。

県病院の医師にも当然会ってきますよね。マッチングはそのあたりが中心です。結局、本音でしっかり話し合っていないと、なかなか難しいんです。

福祉保健部でまた具体的な話をするんですけども、そこに力を入れていただければと思います。よろしく申し上げます。

**○重松委員長** ほかにありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

**○重松委員長** それでは、以上をもって病院局を終了いたします。

暫時休憩いたします。

午後0時1分休憩

---

午後0時55分再開

○重松委員長 委員会を再開いたします。

それでは、本委員会に付託されました議案等について、部長の概要説明をお願いいたします。

○川北福祉保健部長 本日、御審議等をお願いいたしております議案等につきまして、概要を説明させていただきます。

常任委員会資料2ページを御覧ください。

本日は、予算議案2件のほか、特別議案が5件、報告事項が1件、その他報告事項が3件ございます。

それでは、資料3ページを御覧ください。

今回の補正予算につきましては、議案第1号「令和5年度宮崎県一般会計補正予算(第5号)」及び議案第33号「令和5年度宮崎県一般会計補正予算(第6号)」の2件になります。

補正額は、一般会計で、歳出予算集計表の小計にありますとおり、議案第1号で1,321万9,000円の増額、議案第33号で12億7,662万円の増額をそれぞれお願いしております。

この結果、福祉保健部全体の補正後の予算額は、表の一番下にありますとおり、一般会計と特別会計を合わせまして2,683億1,147万9,000円となります。

予算議案の詳細につきましては、この後、担当課長が御説明いたします。

なお、予算議案には債務負担行為に関するものも含まれていますが、こちらはいずれも公の施設の指定管理者の選定に係るものでありますので、特別議案の説明の際に併せて御説明いたします。

資料2ページに戻っていただきまして、次に、特別議案ですが、議案第7号「旅館業法施行条例等の一部を改正する条例」及び議案第13号から第16号まで「公の施設の指定管理者の指定に

ついて」の計5件です。

次に、報告事項についてですが、損害賠償額を定めたことについての1件です。

最後に、その他報告事項についてですが、令和5年度福祉保健部における計画の改定等の素案について、国民健康保険普通調整交付金の過大交付に伴う返還について、令和4年度宮崎県ひとり親世帯実態調査結果についての3件です。

いずれも詳細につきましては、後ほど、担当課長が説明をいたします。

○重松委員長 次に、議案についての説明を求めます。

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。

○長倉福祉保健課長 常任委員会資料4ページを御覧ください。

11月補正予算案、議案第33号のうち、人件費について、福祉保健部全体を一括して御説明いたします。

今回の補正内容は、人事委員会勧告に基づく職員の給与改定に伴う人件費の補正でありまして、福祉保健部合計で1億1,636万8,000円の増額補正をお願いしております。

給与改定の内容は、給料等の月例額が0.97%引上げ、勤勉手当の支給月額を0.1月引き上げるものなどであります。

この結果、福祉保健部の人件費の予算額は、合計で67億9,321万8,000円となります。

資料5ページを御覧ください。

続きまして、議案第1号補正予算案に係る福祉保健課分について御説明いたします。

福祉保健課の補正予算額は、補正額の欄にありますとおり187万5,000円の増額補正であります。

補正内容について御説明いたします。

資料6ページを御覧ください。

(事項) 災害救助事業費の説明欄、災害弔慰金187万5,000円の増額補正であります。

資料7ページを御覧ください。

この事業は、昨年9月に発生しました台風14号により被災し、亡くなった方の遺族に対し、市町村が条例で定めるところにより弔慰金を支給するものについて、災害弔慰金支給に関する法律の規定により、その経費の一部を負担するものであります。

今回の支給に関する経緯としましては、台風の強風域圏内にあった昨年9月18日の朝、新富町在住の一人暮らしの男性が自宅の敷地内で倒れているところが発見され、医療機関に搬送後、死亡が確認されました。

その後、町が亡くなられた男性の遺族に対して弔慰金制度の対象になり得る旨の説明を行ったところ、一周忌を迎えた今年9月に遺族から、台風災害に起因する死かどうか調査を依頼する旨、申立書の提出がありました。そこで、町が警察、消防、医療機関等から様々な情報を集め、弔慰金支給の審査会を経て、支給することとなったものであります。

弔慰金250万円を支払うため、国負担分の4分の2を県が受け入れ、県負担分の4分の1を加えて、新富町に対して負担金を支出するものであります。

続きまして、資料8ページを御覧ください。

議案第33号補正予算案について御説明いたします。

福祉保健課の補正予算額は、補正額の欄にありますとおり4,134万4,000円の増額補正であります。

それでは、人件費を除く補正内容について御説明いたします。

資料9ページを御覧ください。

上から2番目の(事項)生活困窮者支援事業費の説明欄、新規事業「医療・福祉分野における食材料費高騰対策緊急支援事業」66万円の増額補正であります。

資料12ページを御覧ください。

この事業は、右上にありますとおり福祉保健課を含む部内4課で予算計上しているものであり、私から一括して説明させていただきます。

まず、事業の目的ですが、食材料費等の高騰の影響を受ける医療機関や社会福祉施設等に対して、支援金を給付することで事業者の負担軽減を図るものであります。

6月定例会におきまして、光熱費やガソリン代等の物価高騰に係る支援金として、認めていただいた事業に、今回は食材料費の高騰に対し支援を行うものであります。

次に、事業の概要であります。(1)、事業内容の一覧にあります対象施設に対して、食材料費や給食委託費の高騰のため定額を支給するものです。事業費につきましては、医療機関については、厚生労働省から示された単価により算出し、その他の施設については、施設への聞き取りや食材料費の高騰率で算出をしております。

福祉保健課分として、救護施設に対して、定員1人当たり5,000円を支給し、予算額66万円を計上しております。

次に、医療政策課分として、医療機関に対して、1床当たり12万8,000円、予算額は合わせて2億4,341万9,000円を計上しております。

次に、長寿介護課分として、介護サービス事業所・施設等に対して、障がい福祉課分として、障がい福祉サービス事業所・施設に対して、施設系・居住系で定員1人当たり5,000円を、通所系・多機能系で1事業所5万円を給付すること

としており、長寿介護課分の予算額として、合わせて1億9,550万円を、障がい福祉課分の予算額として、合わせて3,200万円を計上しております。全体の予算額は4億7,157万9,000円であり、全額、国庫支出金(重点支援地方交付金)となっております。

○徳地医療政策課長 常任委員会資料13ページを御覧ください。

議案第1号補正予算案に係る医療政策課分としまして、補正額にありますとおり606万2,000円の増額補正であります。

資料14ページを御覧ください。

補正内容は、(事項)地域医療推進費の説明欄、「医療提供体制整備事業」606万2,000円の増額補正であります。詳細は資料の次ページで御説明いたします。

資料15ページを御覧ください。

この事業は、地球温暖化対策に資する病院の整備を支援することにより、病院等の地球温暖化対策の取組を推進することを目的としております。

事業の概要の(1)、事業内容にありますとおり、都城市の吉見病院について高効率熱源機器の整備、いわゆるヒートポンプ式による空調設備導入に要する経費を補助するものでありまして、財源は全額国庫支出金となっております。

続きまして、資料16ページを御覧ください。

議案第33号補正予算について御説明いたします。

医療政策課の補正予算額は、補正額の欄にありますとおり2億9,834万1,000円の増額補正であります。

資料17ページを御覧ください。

(事項)職員費と(事項)医療機関指導及び運営費の増額補正は、給与改定に伴う人件費に

なりますので、説明は省略させていただきます。

次に、(事項)看護師等確保対策費の説明欄にあります、新規事業「介護職員等処遇改善事業」5,126万5,000円につきましては、後ほど御説明いたします。

次に、(事項)地域医療推進費の説明欄にあります、新規事業「医療・福祉分野における食材料費高騰対策緊急支援事業」2億4,341万9,000円につきましては、先ほど福祉保健課長が説明しました食材料費高騰対策に関する、医療政策課分としての支援金の予算額となっております。

資料18ページを御覧ください。

新規事業「介護職員等処遇改善事業」であります。

この事業は、医療政策課、長寿介護課、障がい福祉課で予算計上しているものであり、私のほうから一括して説明させていただきます。

まず、事業の目的ですが、国のデフレ完全脱却のための総合経済対策において、医療、介護、障がい福祉サービス分野の賃上げが他の産業に追いついていない現状を踏まえ、来年度から医療、介護、障がい福祉サービス等の診療報酬の同時改定での対応を見据えつつ緊急に対応するため、国から人材確保に向けた賃上げに必要な支援策が示されたところあります。

そこで、医療、介護、障がい福祉分野の現場で働く介護職員等の賃上げを実施するために必要な経費を補助するものであります。

次に、事業の概要を御覧ください。

(1)の事業内容につきましては、①の処遇改善に要する経費として、それぞれの対象施設に従事する職員1人当たり月額平均6,000円の賃金引上げに相当する額を補助いたします。

対象施設、対象業種、事業費につきましては、下の表に掲げておりますが、病院及び有床診療

所で働く看護補助者分として4,800万円、介護事業所等で働く介護職員分として3億2,508万円、障がい福祉サービス事業所等で働く福祉・介護職員分として1億3,824万円の合計5億1,132万円を計上しており、支給対象期間は、令和6年2月から5月までの4か月となります。

また、②のとおり、申請書類の内容審査、支払事務費等として2,125万5,000円を事務費として計上しております。

(2)の事業の仕組みにつきましては記載のとおりであり、事業の期間は令和5年度としております。

続きまして、資料29ページを御覧ください。

令和5年度の繰越明許費の追加について御説明いたします。

表の2、追加(11月追加補正)の部分であります。衛生費の「介護職員等処遇改善事業」看護補助者分、民生費の介護職員分、福祉・介護職員分の3事業であります。それぞれ国の補正予算の関係により事業実施期間が不足することから、翌年度への繰越しをお願いするものであります。

○佐藤障がい福祉課長 常任委員会資料21ページを御覧ください。

議案第1号補正予算に係る障がい福祉課分について御説明いたします。

当課の補正予算額は、補正額の欄にありますとおり528万2,000円の増額補正であります。

それでは、補正内容について御説明いたします。

資料22ページを御覧ください。

(事項)特別障害者手当等給付費528万2,000円の増額補正であります。

こちらにつきましては、資料23ページを御覧ください。

事業の目的ですが、日常生活において、常時特別の介護を必要とする障がい者に手当を支給することにより、障がい児(者)の福祉の向上を図るものであります。

事業の概要ですが、特別障害者手当、障害児福祉手当、経過的福祉手当について、毎年2月、5月、8月、11月の4期に分けて手当の支給を行っておりますが、月額単価の上昇に加え、受給者数が増加してきていることから、今年度の支給額の増額が必要となったものであります。

これらの手当は、県が町村在住の対象者の認定・支給を行っておりまして、昨年度は合計で延べ2,869人への支給となっていたところ、今年度は延べ3,043人への支給を見込んでおります。

補正額は528万2,000円であり、補正後の予算額は7,198万3,000円、財源は国庫支出金と一般財源であります。

続きまして、資料24ページを御覧ください。

議案第33号補正予算について御説明いたします。

障がい福祉課の補正予算額は、補正額の欄にありますとおり3億5,113万円の増額補正であります。

それでは、人件費を除く補正内容について御説明いたします。

資料26ページを御覧ください。

(事項)障がい者自立推進費の説明の欄、新規事業1「医療・福祉分野における食材料費高騰対策緊急支援事業」3,200万円の増額補正であります。これは、先ほど福祉保健課長より説明しました障がい福祉サービス事業所に対する支援金の支給によるものであります。

続きまして、新規事業2「介護職員等処遇改善事業」1億4,467万1,000円の増額補正であります。これは、先ほど医療政策課長より説明し

ました障がい福祉サービス事業所で働く福祉・介護職員の賃金引上げに相当する額の補正によるものであります。

続きまして、新規事業3「障がい者就労施設工賃向上実現事業」1億5,609万8,000円の増額補正であります。こちらにつきましては、資料28ページを御覧ください。

事業の目的ですが、国の令和5年度補正予算に計上された「障がい者就労施設の工賃向上に資する生産設備の導入モデル事業」と連携をいたしまして、県内の障がい者就労施設の就労継続支援B型事業所において、障がい者の工賃向上に資する設備投資を行った後、その効果を検証し、全事業所で共有を図り、県内工賃の底上げを行うものであります。

事業の概要ですが、①にありますとおり、工賃向上設備導入事業といたしまして、県内の就労継続支援B型事業所に対しまして、事業所定数に応じ、上限150万円の設備導入に係る補助を行うものであります。

②の工賃向上検証事業といたしまして、①導入後の効果等の検証を行い、県内事業所で共有を図ることにより、成果指標にある令和5年度の目標平均工賃月額の達成を目指すものであります。

予算額は1億5,609万8,000円であり、財源は国庫支出金と一般財源であります。

**○小川こども家庭課長** 常任委員会資料29ページを御覧ください。

繰越明許費の追加でございますが、「青少年自然の家設備改修事業」につきまして、140万円の繰越しをお願いするものでございます。

事業内容は、青島青少年自然の家に設置している停電時に屋内消火栓に電力を供給する非常用発電設備を修繕するもので、基盤の製作等に

日時を要することから、工期が不足するものでございます。

**○壹岐衛生管理課長** 常任委員会資料31ページを御覧ください。

議案第7号「旅館業法施行条例等の一部を改正する条例」についてであります。

まず、1の改正の理由ですが、旅館業法等の改正により、事業譲渡手続に関する規定等が改正されたことに伴いまして、関係規定の改正を行うものであります。

次に、2の改正の内容ですが、(1)としまして、旅館業法で宿泊を拒むことができる事由が明確化されたことに伴い、旅館業法施行条例で定めておりました重複する関係箇所を削除するものであります。

(2)としまして、旅館業法、興行場法で事業譲渡による営業者の地位の承継が追加されたことに伴い、旅館業法施行条例、興行場に関する条例で引用する条項の修正や文言の追加をするものでございます。

(3)としまして、旅館業の事業譲渡に伴う申請手数料の追加をするものでございます。

3の施行期日につきましては、公布の日としております。

**○長倉福祉保健課長** 常任委員会資料32ページを御覧ください。

議案第1号のうち債務負担行為の追加、及び議案第13号「公の施設の指定管理者の指定について」御説明いたします。

6月の常任委員会でも説明させていただきましたが、福祉保健部では、7つの公の施設において、来年度以降の指定管理候補者の選定を行ってまいりました。

まず、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いて御説明いたします。

資料33ページを御覧ください。

債務負担行為の追加であります。これは、指定管理者の指定に伴い発生する令和6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。

表にありますとおり、期間は令和10年度までで、限度額は2億9,916万円であります。

資料34ページを御覧ください。

指定管理者の指定であります。

福祉総合センターは福祉保健課が、県立母子・父子福祉センターはこども家庭課が所管しておりますが、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、一体的に指定管理に供しておりますことから、私のほうでまとめて説明させていただきます。

まず、1の施設の概要です。両センターは、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、令和3年度から本年度までの3年間で指定期間として管理運営されております。

2の次期指定管理候補者ですが、後ほど御説明いたします審査等を経て、株式会社文化コーポレーションとなったところであります。

3の次期指定期間は、令和6年4月から令和11年3月31日までの5年間です。これは、今回、県全体で、人材の確保・育成の安定化、機材等の長期リース期間への対応等の理由から、3年間から5年間とすることになったものであります。

資料35ページの4の選定概要ですが、募集期間は7月3日から9月4日までで、2者から申請がありました。

(2)、指定管理候補者の審査方法ですが、審査の流れにありますとおり、まず、県の施設所管課において申請書類に基づき審査を行い、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開催し、施設所管課において、選定委員会の審査結果を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かを確認し、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、選定委員会及び選定会議の委員は、②及び③に記載のとおりとなっております。

資料36ページの選定基準、審査項目、配点ですが、住民の平等な利用が確保されること、施設の効用を最大限に発揮するものであることなどの5項目でそれぞれに配点を定め、合計100点となっております。

資料37ページの(3)、審査結果及び選定理由ですが、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、株式会社文化コーポレーションの得点が500点満点中428点で1位となり、かつ、最低基準点である300点を満たしました。

次に、②の選定会議において確認しましたところ、選定委員会での選定結果1位の文化コーポレーションは、100点満点中87点であり、選定委員会の審査結果と相違がなく、かつ、最低基準点である60点を満たしたところです。

この結果、選定理由にありますとおり、施設の安定した管理運営が見込めること、利用者サービス向上のための取組が具体的に提案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す。

5の指定管理候補者からの提案内容ですが、指定管理料につきましては、5年間で2億9,916万円で、右の基準価格との差額は、マイナス374



万5,000円となっております。年平均で5,980万円余となります。

また、参考として今期の指定管理料を記載しておりますが、年平均で5,495万円となっております。

資料38ページの収支計画についてですが、令和6年度は、収入、支出とも5,921万6,000円となっており、2年目以降は記載のとおりとなっております。

最後に、県民サービスの向上等についてであります。主なものといたしまして、リーフレットやチラシ等の紙媒体やホームページ上での情報発信、地域住民の交流等を目的としたフリーマーケットの開催、また、新たに子供たちを対象とした創作活動教室や高齢者を対象とした俳句・川柳の会の企画が提案されているところがあります。

**○佐藤障がい福祉課長** 常任委員会資料32ページを御覧ください。

県立視覚障害者センター及び県立聴覚障害者センターについて御説明いたします。

資料39ページを御覧ください。

こちらにつきましては、県立視覚障害者センター及び県立聴覚障害者センターの指定管理者の指定に伴い発生する県の負担につきまして、債務負担行為を設定するための議案でございます。表のとおり、期間はいずれも令和5年度から令和10年度までで、限度額につきましては、県立視覚障害者センターが1億4,220万5,000円、県立聴覚障害者センターが1億3,667万5,000円です。

続きまして、資料40ページを御覧ください。

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

まず、1、施設の概要ですが、現在、公益財団法人宮崎県視覚障害者福祉協会により、令和3年4月1日から3年間を指定管理期間として運営されております。

2、次期指定管理候補者ですが、審査等の結果、公益財団法人宮崎県視覚障害者福祉協会が選定され、指定期間は、3のとおり、令和6年4月1日からの5年間でございます。

4、選定概要ですが、令和5年7月3日から9月4日まで募集を行いまして、同法人から申請がありました。

資料41ページを御覧ください。

(2)、指定管理候補者の審査方法ですが、①から③につきましては、宮崎県福祉総合センター及び県立母子・父子福祉センターと同様のため、説明は割愛させていただきます。

資料42ページを御覧ください。

④の選定基準、審査項目、配点ですが、表にある5つの項目について、合計100点となるように配点しております。

資料43ページを御覧ください。

(3)、審査結果及び選定理由ですが、①の指定管理候補者選定委員会における採点結果は426点で、最低基準点300点以上となりました。

次に、②の指定管理候補者選定会議における確認結果は79点で、最低基準点である60点以上となりました。

この結果に加えまして、③の選定理由のとおり、知識と経験を生かし、視覚障がい者のニーズに対応できる事業計画が提案されていたことなども踏まえまして、指定管理候補者として選定したところであります。

5、指定管理候補者からの提案内容ですが、(1)、指定管理料については、表の候補者提案額のとおり、年額2,844万1,000円、5年間で1

億4,220万5,000円となっております。

資料44ページを御覧ください。

(2)、収支計画につきましては、令和6年度は、収入、支出とも2,847万1,000円となっております、2年目以降は表のとおりでございます。

(3)、県民サービスの向上等につきましては、視覚障がい者の声を反映させたサービス提供や啓発活動を通じたサービスの周知及び利用拡大などが提案されております。

続きまして、資料45ページを御覧ください。

議案第15号「県立聴覚障害者センターに係る公の施設の指定管理者の指定について」であります。

まず、1、施設の概要ですが、現在、社会福祉法人宮崎県聴覚障害者協会により、令和3年4月1日からの3年間で指定管理期間として運営されております。

2、次期指定管理候補者ですが、審査等の結果、社会福祉法人宮崎県聴覚障害者協会が選定され、指定期間は3のとおり、令和6年4月1日からの5年間でございます。

4、選定概要ですが、令和5年7月3日から9月4日まで募集を行いまして、同法人から申請がありました。

次に、(2)、指定管理候補者の審査方法ですが、資料46ページ及び資料47ページにつきましては、県立視覚障害者センターと同様のため、説明は割愛させていただきます。

資料48ページを御覧ください。

(3)、審査結果及び選定理由ですが、①の指定管理候補者選定委員会における採点結果は402点で、最低基準点の300点以上となっております。

続きまして、②の指定管理候補者選定会議における確認結果は78点で、最低基準点である60点以上となりました。

これに加えて、③の選定理由のとおり、知識と経験を生かし、聴覚障がい者ニーズに対応できる事業計画が提案されていたことなども踏まえ、指定管理候補者として選定したところであります。

5、指定管理候補者からの提案内容ですが、

(1)、指定管理料については、表の候補者提案額のとおり、年額2,733万5,000円、5年間で1億3,667万5,000円となっております。

資料49ページを御覧ください。

(2)、収支計画につきましては、令和6年度は、収入が2,733万6,000円、支出が2,732万6,000円となっております、2年目以降は表のとおりとなっております。

(3)、県民サービスの向上等については、聴覚障がい者の声を反映させたサービス提供や啓発活動を通じたサービスの周知及び利用拡大などが提案されております。

○小川こども家庭課長 常任委員会資料50ページを御覧ください。

宮崎県青少年自然の家について御説明申し上げます。

まず、令和5年度一般会計補正予算、債務負担行為の追加でございます。

これは、指定管理者の指定に伴い発生する令和6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ございます。

表の左側から、事項、宮崎県青少年自然の家管理運営委託費、期間は令和5年度から令和10年度まで、限度額は15億2,994万円でございます。

資料51ページを御覧ください。

宮崎県青少年自然の家についての公の施設の指定管理者の指定についてでございます。

まず、1、施設の概要でございます。宮崎県青少年自然の家については、現在、指定管理者

である学校法人宮崎総合学院により、平成31年4月1日から令和6年3月31日までの5年間で指定期間として管理運営が行われております。

2、次期指定管理候補者についてですが、後ほど御説明いたします審査等を経まして、学校法人宮崎総合学院が選定されたところでございます。

3の指定期間につきましては、令和6年4月1日から令和11年3月31日までの5年間でございます。

資料52ページを御覧ください。

4、選定概要でございます。

(1)、公募の状況につきましては、令和5年7月6日から9月7日まで募集を行った結果、申請者は学校法人宮崎総合学院の1者のみでございました。

(2)の指定管理候補者の審査方法につきましては、先ほどの福祉総合センターと同様になりますので、説明を割愛させていただきます。

資料53ページを御覧ください。

4、選定基準、審査項目、配点につきましては、利用対象者の平等な利用が確保されること、施設の効用を最大限に発揮するものであること、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つの選定基準ごとにそれぞれの審査項目や配点を定め、これに基づき審査を行ったところでございます。

資料54ページを御覧ください。

(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、選定委員5人による採点を行った結果、合計500点満点中384点であり、最低基準点である300点を満たしております。

また、2、指定管理候補者選定会議における確認結果でございますが、100点満点中74点であ

り、最低基準点である60点を満たしていることも確認いたしました。

この結果、3、選定理由に記載しておりますとおり、事業計画やこれまでの管理実績等を踏まえ、施設の運営管理を適正かつ着実に実施する能力を有していること、青少年健全育成に資する効果的な研修事業の提案があることなどを総合的に勘案し、指定管理候補者として選定したところでございます。

5、指定管理候補者からの提案内容でございますが、候補者提案額にありますとおり、年額が平均3億598万8,000円、5年間で15億2,994万円となり、基準価格との差額は、5年間でマイナス1,072万円となっております。

また、今期の指定管理料に記載しております、5年間合計14億4,169万5,000円と比べますと、次期は8,824万5,000円増加しておりますが、これは今般の物価高騰等の影響による増と説明を受けております。

資料55ページを御覧ください。

(2)、収支計画についてでございます。初年度である令和6年度は、収入、支出とも3億1,089万円となっております、2年目以降は資料記載のとおりとなっております。

最後に、(3)、県民サービスの向上等についてでございます。主なものといたしまして、自社所有のマイクロバスを活用した送迎サービス、不登校の児童生徒を対象とした体験活動の推進などの提案があったところでございます。

○重松委員長 執行部の説明が終了しました。

議案について質疑はございませんか。

○下沖委員 議案第13号の指定管理についてですが、収支計画の支出にある本社管理費、その他(消耗品費、修繕費等)とありますが、これらについて内容を教えてください。

○長倉福祉保健課長 この本社管理費というのは、株式会社文化コーポレーションが指定管理している施設は、県ではこの施設だけですけれども、ほかの市町村の施設においても指定管理をしています。共通でかかる経費については本社が一括して契約して、いろいろなことをやっているんですけれども、その共通部分を案分して本社管理費という形で計上しております。その他（消耗品費、修繕費）については、消耗品等が必要な場合に購入する予算ということで計上しております。

○下沖委員 あとは委託費の内容ですが、どういう業務なのでしょうか。

○長倉福祉保健課長 建物を管理することですので、例えば、エレベーターのメンテナンスなど、外部に委託しないといけない経費をここで計上しております。

○下沖委員 警備とか管理に関しては、指定管理でできると思うんですけれども、本業務とは業務内容は全然違うということですね。

○長倉福祉保健課長 建物の管理と運営をするということで、エレベーターのメンテナンスとか、あと、隣に公園があるんですけれども、その樹木の剪定などについては株式会社文化コーポレーションではできないので、造園業者に委託することで樹木の管理などをやるという経費もございます。

○下沖委員 人件費より委託費のほうがかなり大きくて、なかなか見ない感じだったので質問しました。

議案第14号の収支計画についてです。令和10年度の人件費が70万円ぐらい下がっているんですけれども、令和10年度に何かあるのでしょうか。

○佐藤障がい福祉課長 議案第14号の県立視覚

障害者センターについてです。

人件費が下がっているということでございますけれども、この5年間の間で退職者が発生することが想定されており、退職と新規採用を考慮した額で設計をしているところでございます。

○下沖委員 分かりました。

議案第15号の収支計画についてです。令和6年度から令和10年度まで金額がずっと一緒なんですけれども、賃金改定などを見込んで計画を立てられなかったのでしょうか。そのあたりについて、審査時に何か説明があったのか教えてください。

○佐藤障がい福祉課長 聴覚障害者センターについての人件費でございますけれども、人件費の増については、今のところは検討はしておりません。

○下沖委員 この5年間の間で、計画上組んでいないということでしょうか。最低賃金とか考慮されなかったのかなと思ったところでした。

議案第16号の収支計画ですけれども、外注経費とその他の経費が結構な金額になっていますが、内容が分かれば教えてください。

○小川こども家庭課長 外注経費としましては、清掃や警備、給湯設備の保守点検とか、樹木の管理などです。その他の経費としましては、修繕費が一番大きなものになっており、あとはクリーニング代などになります。

○下沖委員 審査のときには、それは詳細に出てきているんですね。

○小川こども家庭課長 審査のときには、詳細に出てきています。

○山下委員 新規事業がいろいろ出ていまして、ほとんど国庫事業でやられるんだろうと思うんですが。

常任委員会資料12ページの医療福祉分野の食

材高騰対策についてです。対象施設として、医療機関、介護サービス事業所、障がい者福祉サービス事業所等あるんですが、どういう基準でこれだけの給付を決めているのでしょうか。

例えば、介護サービス事業所の対象施設として、施設系、短期入所、通所系、多機能系とありますが、通所系、多機能系は800施設あって、一律5万円でしょう。これは施設の規模は配慮されていないのでしょうか。

**○島田長寿介護課長** 介護サービス事業所に関する食材料費高騰対策でございますが、御指摘のとおり、施設系、短期入所の事業所等については、定員1人当たり5,000円ということで規模を勘案しております。通所系、多機能系の事業所等については、施設系と違って3食提供するわけではないということもございまして、基本的には標準的な規模の事業所について、食材料費がどれだけかかっているかを統計等から推計し、一律の金額設定とさせていただいております。

通所系、多機能系につきましては、標準的な経営規模のデイサービスの食材料費がどの程度かかっているかを国の統計等から推計をいたしまして、その物価高騰分の2分の1相当額を5万円という設定をさせていただきました。同様の通所系の事業所、多機能系の事業所はショートステイ等ございますが、基本的にはデイサービスや訪問系のサービスもございますので、類似のサービスということで整理をさせていただきました。

**○山下委員** 常任委員会資料28ページの「障がい者就労施設工賃向上実現事業」についてです。

平均工賃が令和4年度で2万458円、令和5年度に2万1,800円以上を目指すということでした。工賃を1,342円上げていこうということなん

ですが、今までの取組の中では、農福連携とかいろいろなことに取り組みながら、工賃向上に取り組むということでした。

この事業は、各事業所において、施設整備や工賃向上のための備品とか、いろいろな器具を導入することによって生産性を上げていこうということですね。工賃向上計画については、十何年前から倍増計画を持って取り組んでこられたと思いますが、ハードルがなかなか高かったんです。この事業を組まれるに当たって、工賃を上げるための自己資本がないから導入助成をしてほしいとか、事業所からのそういう要望があったんでしょうか。

**○佐藤障がい福祉課長** 工賃向上というのは、我々としては重要課題だということもありまして、各事業所に対して、どういった施設整備が工賃向上に向けて必要なのかというアンケートみたいなことはやっております。多くの事業者から、備品や設備の購入とか、支援についての要望は受けているところであります。

**○山下委員** 補助額は上限150万円、定員数30人以上という事業所ですね。B型雇用で30人以上という事業所はどれぐらいあるものですか。

**○佐藤障がい福祉課長** B型事業所は県内で159か所ございますけれども、定員30名の事業所は14事業所となります。

ちなみに定員が20~29名の事業所は101事業所、残りが19名以下の事業所となっております。

**○山下委員** 工賃を上げていくということはずっと議論してきたんですけれども、やはり民間企業の理解が重要です。障がい者の特性を生かしていく、協力してくれる企業との連携です。これまで様々な角度で取組をされて、工賃向上のための民間事業所の協力についてもいろいろ取り組まれてきたと思うんですが、非常に人手

不足ですよ。だから、障がい者雇用に期待する民間事業所も多いと思うんです。

施設外で就労機会を与えたりして就労訓練を行う事業所もありますが、施設外就労は非常に時代が求めているような気がします。そのあたりの取組、企業との連携、そして理解、障がい者と事業所との連携はうまくいっているのでしょうか。施設外就労が増えているだろうと思いますが、その理解醸成はどのようなものなのでしょうか。

○佐藤障がい福祉課長 具体的な数は把握していませんが、施設外就労は徐々に増えていっております。そういった連携の取組も進めてまいりたいと考えております。

○山下委員 企業からすると施設外就労を非常に求めていると思うんです。これは事業をされている方の施設整備でしょうから、工賃向上計画をやっていくのであれば、トイレの問題から休憩の場所、いろいろな企業側の設備の受入れがないと、施設外就労は上向いていかないと思っています。受け入れてくれる企業側の施設整備については、考えているのでしょうか。

○佐藤障がい福祉課長 委員がおっしゃるとおり、受入れの企業での環境整備も重要だと思っておりますので、今後、そのような視点も踏まえて検討していきたいと思っております。

○坂口委員 指定管理関係ですが、民間5名、庁内7名の合計12名で選考するという体制が1つあります。それぞれに持ち点を持って配点していくんでしょうけれども、部門別とトータル点数で最高点と最低点の差が当然出ると思います。そのときは全ての点数を足していくことになるのか、それとも最高点と最低点を省いた点数になるのでしょうか。そのあたりの工夫はどのようなになっているのでしょうか。

○長倉福祉保健課長 選考委員会での得点については、5人の合計になっております。

○坂口委員 5人だけとなると、7名の県職員は評価には加わらないことになるんですか。

○長倉福祉保健課長 まず、民間の方で構成される選考委員会をクリアしたものについて、選考会議で検討を進めていくんですけれども、施設所管課で提案内容を見て、点数を決めていきます。例えば総合福祉センターであれば、職員5人で点数をつけて、その5人の平均が87点だったというところで、施設所管課の点数は87点でした。部長を議長とする選定会議で議論をして決めるという流れになります。

○坂口委員 ちょっと理解できません。

民間の選考委員が5名いますよね。この方たちも評価していった点数が出ます。そのときにばらつきがあると思うんですけれども、5人中3人なのか、5人全員の点数を見るのでしょうか。その点数と別で、所管している県側の点数というのが、どう調整されて総合評価につながっていくのでしょうか。

○長倉福祉保健課長 この5人の点数は、上下を切るのではなくて、5人の合計になっております。そして、その5人合計で500点が満点になりますが、300点を超えることが分かったのであれば、選定委員会とは別の部長を筆頭とする選定会議で、先ほど言ったような形で選定をしていくこととなります。

○坂口委員 民間5人というのは、第一次試験みたいなもので、そこをクリアしたら、独立したところでの評価になるということですね。5人全員の点数を採用するのであれば、その中に平均点に達していない人がいた場合も、総合点数でクリアとするのでしょうか。それとも、平均点に達していない人がいた場合、その時点で

駄目だとか、最高点と最低点は外して3人分の点数を見るとか、考え方1つで随分結果が変わってくると思います。そのあたりがどうかというのが少し気になったので伺ったところでした。

それともう1つ、点数配分についてです。例えば価格競争の面で、経費における評価は全て100点中10点になっています。施設をしっかりと守っていこうとする維持管理の創意工夫に30点、40点という配分というのは、果たして実態に伴う配分の在り方なのかという思いがあります。

仮にうちは幾らぐらいでやるという価格を提示してきた配分が10点ではなく20点になっていたとしたら、そして成果を出すための創意工夫という配分が40点から10点ぐらい下がって30点だったとき——性格によって変わっていくべき配点の在り方の実態とはそうじゃないかなと思うんです。

建物だけを維持していくのに価格だけは何もかも評価割合が一緒というのと、ノウハウや経験を生かした、いわゆるソフト部分によっていいサービスを楽しむかというところを固定した——例えば住民の平等な利用の確保が10点とか、施設を最大限に発揮するのが30点とか、経費の縮減が10点とか、事業計画を着実に実行するのが40点とかあるんですけれども、事業計画は提案したものを着実に守るのが当たり前です。しかもトータル的に10億円単位の金になりますけれども、それを1億円下げても「これにはもうかないっこないよ」という配点の在り方につながるようなものがあるのではないかなという気がしますので。これはこれでいいです。

今後の課題として、指定管理が何回目かに入っていくことで競争が独占状態になっていくのと、いわゆる本社経費がいくつか持てば5分の1な

り3分の1で済むところ、単独でやっていこうとしたら10分の10となり、本社経費を確保しないといけません。「あなたのところはトータルメリットで安い管理費でいけますよね。だから率直に評価しますよ」だと、競争が固定してしまいます。

長い間隔で見ると、独占状態だったらそこが手を引いたときにどうなるかということです。やはり、競争力を持ったところを育てておいて、いつでも競争できる状態を確保することも考えていくという工夫も必要です。もともと公がやったものを民間に委託するわけなので、そのまま受け継ぐとすれば、未来永劫にできるということが前提条件でないといけません。

この評価の在り方はすごく難しいと思うんですけれども、何らかの創意工夫があるのかなと思います。そのあたりが大きい検討課題になる時期に来たという気がしています。

**○長倉福祉保健課長** 指定管理者制度は平成15年の自治法の改正により始まりました。例えば福祉総合センターは7期目になってまいります。その7期を経るにつれて、選定のやり方については、県の選定会議をつくるなどの改善はいろいろとしてきたところです。

公の施設は県でも相当な数がございまして、非常に人が少なくなってきて、どうやって運営していくのかを考えたときに、配点の在り方については委員おっしゃるように、例えば減点方式というようなやり方も、他県の状況なども踏まえながら検討していかないといけない課題ではあると思っております。

**○坂口委員** 課題なり検討事項なりが出てきているかと思うんですけれども、言うほうは楽で聞くほうは大変だろうと思います。頭のどこかに置いておいていただいて今後にかかしてもら

えればと思います。

**○山口副委員長** 指定管理の件についてです。今回対象となっている施設がいくつかあると思いますが、公共施設等管理総合計画は、おそらく県がやっていますよね。その中で個別でつくっているところとあると思うんですけども、そこにおけるこれらの施設の位置づけが分かれば教えていただきたいです。位置づけされてないということであれば、それはそれで構わないです。

**○長倉福祉保健課長** 公共施設の管理計画、そしてそれぞれの個別計画についてです。例えば学校など、いろいろと個別のものがありますが、その個別計画は総務部で所管をしています。建物をどうやって長寿命化させるかという計画でございまして、それぞれの施設が位置づけられているところです。

総合管理計画の中では、例えば福祉総合センターでいうと2つ建物があるんですけども、古いほうの建物もかなりの年月がたっております。それを建築のプロの目で見ても、どれくらいもつかとか、もう少しもたせるためにはどのような形で修繕を入れていくかとか、そのような個別の施設ごとの計画が立てられているところがございます。

**○山口副委員長** 個別計画や施設計画が公表されていないので、ちょっと追えないんですが、私が気になっているのは、例えばこの中の施設が数年後に集約される計画になっていた場合、この期間の指定管理を委託するのが正しいかどうか判断がつかないということです。計画上は3年後に集約されることになっているのに、5年間の指定管理を委託するというのはいりえないと思うんです。そこが分からないと議決ができないと思っているので、そこを確認したいと

思います。

特に青少年自然の家は、おそらく明確に個別計画があったと思うので、どうなっているのか教えてください。

**○小川こども家庭課長** 青少年自然の家については、一番古いものが青島青少年自然の家で、48年たっている状態です。鉄筋コンクリートになるんですけども、65年は改修して使うという案で個別施設計画を作成しています。まだ48年ですので、あと10年以上はあります。

**○山口副委員長** 建物の構造上はそういう形で理解するんですが、公共施設等管理総合計画は、恐らく本当に施設として必要なのかという観点も含めて、他との統合や集約とかの判断も含めてやっていたらと思うんです。

全部5年間とか3年間で計画されていますけれども、その期間内にこの施設は集約されるのか、廃止されるのかになっていないことだけ分かれば全然いいと思うんですが、そこを確認されているかを教えていただきたいです。

**○長倉福祉保健課長** そういう意味では、集約化や廃止するとか、そういう計画にはなっておりません。

**○山口副委員長** 全部ですね。分かりました。

**○永山委員** 常任委員会資料18ページです。介護職員等処遇改善事業なんですけれども、これまでも賃上げ、処遇改善の事業をされていると思います。今回、それぞれおおよその対象者の人数が出ておりますが、大体の県内の事業所が申請するという認識でよろしいでしょうか。

**○島田長寿介護課長** 介護のほうで説明させていただきますと、介護保険は、処遇改善加算という加算体制を取っている事業所であるという要件が1つございます。これはなぜかと申しますと、処遇改善加算の要件として、国からいた



だいた加算なり補助金をしっかりと従業員に配付する体制が確認されているということで、そういうところを確認した事業所が対象になっております。

事業所に関しましては、できるだけ多くの申請を広く呼びかけるところでございますが、現実的には一定数申請をされない事業所も出てくるのではないかと考えております。

○永山委員 国からお金が出るので、きちんと申請するように指導をお願いします。

○徳地医療政策課長 看護補助者についてお答えします。

看護補助者の分については、看護補助者の配置を要件とする診療報酬を算定する医療機関が対象になっていまして、配置を要件とする診療報酬の算定の部分が何かということが国から明確に示されていません。それが示された段階で対象施設が決まるといいますか、申請する医療機関が決まるといった状況になります。

○島田長寿介護課長 先ほど制度について申し上げましたけれども、これはあくまで前回と同じ制度だった場合でございます。今回、国から制度の詳細までは示されておられませんので、おおむね前回と同様の制度で支給されるとすれば、そのようなことになるということでございます。

○佐藤障がい福祉課長 障がい福祉サービスにつきましても、先ほど長寿介護課長が説明したスキームと同じであります。

前回につきましても、大きな事業所につきましては、結構申請がきていたところですが、小さい事業所につきましては申請がないところがありました。100%ではございませんが、多くの事業所において申請していただいております。

○山下委員 関連なんですけれども、令和6年

2月から5月までの4か月間ということですよ。過去に、こういう対応があったんですか。

○島田長寿介護課長 令和3年度に賃金引上げのための交付金が国からまいりまして、令和4年1月に補正予算を組ませていただきました。このときは令和2年2月から9月までの補助金について予算化させていただいております。

○山下委員 少しいびつだと思えます。一時期ですよ。継続の事業はないんですか。

○島田長寿介護課長 おっしゃるとおりでございます。一時的に上げただけでは処遇改善の意味がありません。前回は9月まで補助金で対応し、その後は本来の介護保険サービスの報酬である介護報酬で加算制度が設けられております。ベースアップと支援加算という形のもので、その補助金相当額分だけ制度として設けられております。

今回につきましても、国のほうで介護報酬を含めた報酬改定の議論が進められておりますので、報酬改定で考えられることになるのかなと考えております。

○山下委員 では、ある程度恒久的に上がっているという認識でよろしいわけですね。分かりました。

○重松委員長 ほかにありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○重松委員長 それでは、議案についての質疑は終了いたします。

次に、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。

○長倉福祉保健課長 常任委員会資料56ページを御覧ください。

損害賠償額を定めたことについて、説明させていただきます。

まず、物損事故であります。

事故の概要ですが、令和5年6月10日に、都城保健所職員が県の公用車で都城市宮丸町のアパートを訪問し、車をそのアパートに寄せた際、アパートのブロック塀に接触し、ブロック塀が破損したものであります。

事故の原因は、県職員の安全確認不足によるものであり、過失割合は、県が100%であります。

損害額につきましては、ブロック塀の修繕に8,800円を要したところであり、全額、任意保険から支払われております。

交通法令の遵守、交通安全の確保につきましては、日頃から様々な機会を通じて周知徹底を図っているところではありますが、今後一層、指導を徹底してまいりたいと考えております。

2つ目の車両損傷事故であります。

事故の概要ですが、令和5年7月14日に、県立みやざき学園の職員が学園内の草刈り作業をしていたところ、草刈り機で弾いた小石が学園に隣接する特別養護老人ホームほほえみの園駐車場に駐車していた個人の車両に当たり、ドアガラスを破損させたものであります。

事故の原因は、職員が小石等の飛散防止の安全対策を怠ったことによるもので、過失割合は県が100%であります。

損害額は、車両の修理費など5万534円を要したところであり、全額、県費で対応いたします。

今回の事故を受け、県立みやざき学園には、飛散防止等の安全対策を徹底するよう指示したところであり、再発防止に努めていきたいと考えております。

○重松委員長 執行部の説明が終了しました。

報告事項について質疑はございませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○重松委員長 それでは、報告事項につきまし

ては終了いたします。

委員の皆様にお諮りいたします。

この後、その他報告事項で長時間かかりそうなので、休憩を入れさせていただきたいのですが、よろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○重松委員長 暫時休憩いたします。

午後2時11分休憩

---

午後2時19分再開

○重松委員長 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。

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。

○長倉福祉保健課長 常任委員会資料58ページを御覧ください。

令和5年度福祉保健部における計画の改定等の素案についてであります。

6月の常任委員会で御説明しましたとおり、福祉保健部では今年度、次ページにかけて記載している15の計画の改定または策定を予定しております。

各計画に関連する協議会等から御意見等をいただき、現時点での計画の素案を作成いたしました冊子についてもお手元のドッチファイルに入れております。この後、各課長から各計画の内容を説明させていただきます。

なお、今後の予定としましては、パブリックコメントを順次行った後、2月定例会において計画案を説明させていただくこととしております。

それでは、福祉保健課分について御説明いたします。

資料60ページを御覧ください。

自殺対策行動計画の素案についてであります。

まず1、計画策定に係るこれまでの対応についてですが、これまで知事を本部長とする自殺対策推進本部や、外部有識者等を交えた自殺対策推進協議会等において議論してまいりました。

次に、2の改定計画の特徴ですが、直近の本県の自殺者数や自殺死亡率の状況、精神保健福祉センターで実施した心の健康に関する県民意識調査を踏まえ、次期計画において重点的に取り組む3つの項目を設定いたしました。

資料61ページを御覧ください。

計画の主な内容であります。

第2章、本県における自殺の現状等に記載しておりますとおり、本県では高齢者層、特に男性の自殺者が多い状況にあります。また、心の健康に関する県民意識調査では、悩みやつらい気持ちに耳を傾けてくれる人がいないと答えた方が男性で約2割、女性で約1割いらっしゃいました。また、眠れない、食欲がない等の状況が続く場合の医療機関への受診について、年齢が上がるほど精神科等の専門医療機関を受診すると答える割合が減るといった状況が確認できました。

これらを踏まえまして、計画の重点項目として3つ挙げております。

まず1つ目は、「ひなたのキズナ“声かけ”運動」をさらに展開していくこととし、悩みを抱えた人に気づき、声をかけ、話を聞いて必要な支援機関につなげるゲートキーパーの役割の重要性や、傾聴の心構え等の周知を図っていきたいと考えております。

2つ目、高齢者に向けた取組の強化として、電話等の相談環境の充実や、高齢者に向けたメンタルヘルスに関する啓発等を強化してまいります。

3つ目として、うつ病等の早期発見・早期治療の促進としまして、うつ病等の精神疾患に関する正しい理解の促進、かかりつけ医と精神科医の連携強化を図ってまいります。

最後に、数値目標ですが、単年の自殺死亡率を令和10年に16.5以下、直近5年間の自殺死亡率の平均を、令和6年から令和10年の平均として17.8以下に設定したいと考えております。

資料62ページを御覧ください。

再犯防止推進計画の素案についてです。

まず1、これまでの対応ですが、宮崎刑務所等関係機関への訪問、意見交換や庁内関係各課との会議、外部の有識者を委員とする再犯防止連絡協議会で議論を行ってきたところです。

2、計画の特徴ですが、犯罪をした者などが社会の構成員として円滑に社会復帰できるようにし、県民の犯罪被害の防止と、県民が安心して暮らすことができる社会の実現を図るものであり、今年3月に閣議決定された国の第二次再犯防止推進計画を踏まえ改定するものであります。

資料63ページを御覧ください。

計画の主な内容ですが、本計画は、国の推進計画と同じ5か年の計画期間としつつ、国の地方分権改革推進本部において地方公共団体における既存計画等の統廃合や、関連計画の一体的な策定を進める考え方が示されたことから、他県の動向等も踏まえ、次の計画期間内に別の計画への統合も検討してまいりたいと考えております。

第2章、本県の再犯防止を取り巻く環境としまして、検挙者数の人数、矯正施設入所者数とも近年減少しておりますが、初犯の者も減少しているため、再犯率は依然5割程度が続いております。

第3章、施策の推進であります。項目1にありますとおり、国・市町村・関係団体との連携を強化しながら、項目2以降の就労・住居の確保や、保健医療・福祉サービスの利用促進、非行の防止等の施策を推進したいと考えております。

最後に数値目標ですが、犯行時の居住地が宮崎県である新受刑者のうち、再入所者数を令和6～10年の5か年平均で36人以下としたいと考えております。

資料64ページを御覧ください。

子どもの貧困対策推進計画の素案についてです。

1、これまでの対応についてですが、知事本部とすする子どもの貧困対策推進本部や、外部有識者等を交えた子どもの貧困対策協議会において議論を行ってまいりました。

2、計画の特徴ですが、この計画は、子どもの貧困対策の推進に関する法律に基づき、国のこども大綱を勘案して県が策定するものです。6月議会の時点では、現行の第2期計画期間の本年度末の満了に伴い、令和6年度から4年間の第3期計画を策定予定でした。国のこども大綱の閣議決定の時期が当初今年の秋頃になっておりましたが、12月に変更となったため、現行計画の期間を令和2年度から令和5年度までの4年間から1年間延長し、令和6年度までの5年間にしたいと考えております。

ただし、子供の貧困の現状等について時点修正を行うとともに、昨年度本県の中学2年生とその保護者を対象に実施した子どもの貧困実態調査を踏まえ、整理した課題について、対策の4つの柱に基づき施策を推進してまいります。

なお、来年度は、こども政策課所管の「みやぎ子ども・子育て応援プラン」と合わせて、

県のこども計画として一体的に制定する予定です。

資料65ページを御覧ください。

改定計画の主な内容については、おおむね改定計画の特徴で御説明したとおりですが、このうち第2章に記載しております課題4を変更しております。これは、子ども食堂や学習支援などの子供の居場所の確保のため、子供の貧困対策に取り組む活動の一層の拡大と、人材の育成確保が必要と考えられることから変更したものです。

最後に、主な数値目標です。目標は現行計画のまま据え置きまして、引き続き目標達成に向けて取り組んでまいります。

○徳地医療政策課長 常任委員会資料66ページを御覧ください。

宮崎県医療計画の素案について御説明いたします。

まず、1の計画改定に係るこれまでの対応ですが、4月の第1回医療審議会の開催を皮切りに、各団体及び各市町村への意見照会のほか、医療計画部会での審議を経て、計画の素案を取りまとめたところであります。

次に、改定計画の特徴ですが、医療法の改正によりまして「新興感染症発生・まん延時における医療」という部分を新たに追加するとともに、脳卒中の医療圏を現行の7医療圏から4医療圏に変更します。また、宮崎県薬剤師確保計画を医療計画の一部として新たに策定いたします。

資料67ページを御覧ください。

改定計画の主な内容（案）でございますが、医療計画は全体で第1章から第8章までの構成となっており、第1章の総論では基本理念を掲げ、7つの基本方針を定めております。

第2章の地域の概況では、人口動態や患者推計、入院受療率等を示しております。この計画の中心となる第4章、医療提供体制の構築において、今回新たに追加した新興感染症発生・蔓延時における医療など、表に掲げております5疾病6事業及び在宅医療・介護について、現状や課題、施策の方向性等を記載しております。

このほか、第5章では地域医療構想、第6章では外来医療計画、第7章、医療提供基盤の充実では、医師確保計画や薬剤師確保計画などを記載しており、国の医療計画に基づき、関係者の意見を踏まえながら素案を作成したところであります。

最後に、4の数値目標です。先ほどの5疾病6事業及び在宅医療・介護など、各分野ごとに数値目標は設定しておりますが、例えば脳卒中、心血管疾患、糖尿病では、発症予防の推進として特定健康診査実施率や特定保健指導実施率をそれぞれ向上させる数値目標を、また新興感染症発生・まん延時における医療では、医療措置協定締結医療機関の確保病床数の目標値を設定しております。

**○本田国民健康保険課長** 常任委員会資料68ページを御覧ください。

宮崎県医療費適正化計画の素案について御説明いたします。

1、計画改定に係るこれまでの対応です。

4月に医療費適正化計画策定検討委員会におきまして、計画改定の概要を報告いたしました。

9月には、策定した計画素案について、学識経験者と医療機関関係者等で構成される委員に意見聴取を行い、10月の2回目の委員会において協議や意見交換等を行ったところであります。

次に、2、改定計画の特徴についてであります。

この計画は、高齢者の医療の確保に関する法律及び国が示している医療費適正化に関する施策についての基本的な方針の趣旨を踏まえまして、医療に要する費用が過度に増大しないよう、医療費の適正化に向けた取組を推進するものであります。人口構成の変化や医療費の現状等を踏まえつつ、県民の健康の保持の推進や医療の効率的な提供の推進に向け、計画の目標や取組を設定することとしております。

資料69ページを御覧ください。

3の改定計画の主な内容についてあります。

第1章、計画の位置づけ、第2章、医療に要する費用等の状況を踏まえ、第3章、計画の目標と取組におきまして、項目1、県民の健康保持の推進に関して、目標の中核である特定健康診査及び特定保健指導の実施率について、県全体の目標に加え、各医療保険者ごとの目標を引き続き設定しているところでございます。

また項目2、医療の効率的な提供の推進に関しては、医薬品の適正使用の推進や、後発医薬品等の使用推進を掲げております。

第4章及び第5章では、今後6年間の医療に要する費用の見込み等を記載しております。

最後に、4の主な数値目標であります。

国の方針を踏まえ、特定健康診査の実施率を令和11年度までに70%以上、特定保健指導の実施率を45%以上としております。

**○島田長寿介護課長** 常任委員会資料70ページを御覧ください。

宮崎県高齢者保健福祉計画の素案についてあります。

まず1、計画改定に係るこれまで対応ですが、今年2月に高齢者サービス総合調整会議を開催し、計画改定の概要報告を行った後、素案の検討等を進めまして、10月から11月にかけて市町

村への個別ヒアリングや、第2回の総合調整会議における素案の審議等を行いました。

2の改定計画の特徴であります。今後の後期高齢者の増加や生産年齢人口の急減を踏まえ、今回の計画では新たに2つの視点を加えて、中長期的に地域の実情に応じた取組を進めることとしております。

新たな視点として、1つ目は医療介護連携の強化としまして、医療と介護双方のニーズを有する高齢者の増加が見込まれますため、在宅医療の体制整備等を推進しますとともに、2つ目として、限られた人材で質の高い介護を提供するため、介護現場の生産性向上の推進に取り組んでまいります。

資料71ページを御覧ください。

3、改定計画の主な内容であります。各論の第2章、地域包括ケアシステムの体制整備において、医療と介護の連携として、在宅医療の積極的役割を担う医療機関や拠点の設定等を行うとともに、地域におけるリハビリテーション提供体制の構築などに取り組むこととしております。

また、第5章、介護人材の確保・定着、介護現場の生産性向上の推進におきましては、介護現場の生産性向上について、包括的に相談に応じる体制の構築などに取り組むこととしております。

最後に、4の主な数値目標でございますが、地域ケア会議の機能強化や介護人材確保に関する数値目標を設定し、高齢者が安心して暮らし続けられる社会づくりに取り組んでまいります。

○佐藤障がい福祉課長 常任委員会資料72ページを御覧ください。

宮崎県障がい者計画の素案についてであります。

1、計画改定に係るこれまでの対応ですが、障がい者団体への意見聴取や当事者へのアンケート調査、庁内関係各課との検討を経て、今年10月に宮崎県障がい者施策推進協議会において、計画の素案に対する意見聴取を行いました。

続きまして、2、計画改定の特徴ですが、この計画は障がいのある人のための施策に関する基本計画といたしまして、障害者基本法に基づき定めるものであります。今回の改定では、障害者情報アクセシビリティ・コミュニケーション施策推進法の制定や、国の、難聴児の早期発見・早期療養推進のための基本方針を踏まえ、障がい者の情報の取得利用・意思疎通に係る施策や、難聴児の早期発見・早期療養に係る施策の推進に関する記載を追加しております。

資料73ページを御覧ください。

3、改定計画の主な内容ですが、資料に記載の第2章、各論の中の第1節、啓発・広報から第9節、行政サービス等における配慮までの9つの分野ごとに、現状と課題及び施策の方向性を取りまとめるとともに、成果目標を定めております。

その主なものといたしまして、4、数値目標にありますとおり、当事者へのアンケート調査項目であります「県民の障がい者への理解と認識が以前より深まった」が、まだ不十分、深まっていないと回答した割合などを掲げております。

資料74ページを御覧ください。

宮崎県障がい児福祉計画の素案についてであります。

1、計画改定に係るこれまでの対応ですが、7月から9月にかけて障がい福祉サービス事業者へのアンケート調査、市町村への説明会等を経て、10月に宮崎県障がい者施策推進協議会において計画の素案に対する意見聴取を行いました。

た。

次に2、改定計画の特徴ですが、この計画は国の指針に基づき、本県における障がい福祉サービス等の提供体制の整備に係る数値目標や、その確保のための方策を定めるものでありまして、今回の改定におきましても、引き続き入所施設等から地域への移行を推進するとともに、医療的ケア児支援のためのコーディネーター配置に係る数値目標の見直しや、地域における相談支援体制の機能強化に関する数値目標を追加しております。

資料75ページを御覧ください。

3、改定計画の主な内容としましては、2、令和8年度の数値目標の設定に記載の福祉施設の入所者の地域生活への移行から、障がい福祉サービス等の質の向上までの7つの項目ごとに数値目標を定め、必要なサービス見込量の確保のための方策や、サービス従事者の資質等の向上、障がい者の安全・安心の確保等の取組などを記載しております。

最後に、4、数値目標ですが、主なものとしたしまして、施設入所からグループホーム等への移行者数などを掲げております。

資料76ページを御覧ください。

宮崎県発達障がい者支援計画の素案についてであります。

1、計画改定に係るこれまでの対応ですが、庁内関係各課との検討を経て、10月の宮崎県発達障がい者支援地域協議会におきまして、現行計画の評価及び計画素案の意見聴取を行いました。

その後、発達障がい当事者と保護者へのアンケート調査や、宮崎県障がい者施策推進協議会において計画素案の報告を行っております。

次に、2、改定計画の特徴ですが、この計画

は発達障がい者の支援体制の整備を図るため、発達障害者支援法における基本理念を踏まえて定めるものでございますが、今回の改定で、地域における障がい児支援の中核的役割を担う児童発達支援センターの機能強化や、各ライフステージの移行期において支援が途切れないための施策の推進に関する記載を追加しております。

資料77ページを御覧ください。

3、改定計画の主な内容としましては、全てのライフステージと乳幼児期、学齢期、成人期の各ライフステージごとに、現状と課題、今後の対応を取りまとめるとともに、数値目標を定めております。

その主なものとして、4、主な数値目標にありますとおり、「育てにくさ」を感じる保護者のうち、相談先を知っているなど何らかの解決策を認識している保護者の割合などを掲げております。

**○児玉健康増進課長** 健康増進課所管の計画改定について説明させていただきます。

常任委員会資料78ページを御覧ください。

健康みやざき行動計画21の素案についてです。

1、計画改定に係るこれまでの対応ですが、5月以降、県民健康・栄養調査解析・評価検討会や同部会において、昨年度実施した県民健康・栄養調査の解析等に基づく現計画の評価を行うとともに、健康づくり推進協議会において素案の検討等を行ったところです。

次に2、改定計画の特徴ですが、健康増進法や国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本方針の趣旨を踏まえ、個人の行動と健康状態の改善、社会環境の質の向上、ライフコースアプローチを踏まえた健康づくりを基本的な方向性とし、目標等を設定しております。

資料79ページを御覧ください。

3、改定計画の主な内容ですが、第2章、目標の設定と施策の方向において、先ほど御説明した3つの基本的な方向性について、現状、課題、施策の方向等を記載しております。

健康寿命の延伸には、個人の生活習慣の改善に加えて、個人を取り巻く社会環境の整備が必要になりますことから、社会環境の質の向上において、産学官連携による食環境づくりや健康経営の推進等について取り組むこととしております。

最後に、4、主な数値目標ですが、平均寿命の増加分を上回る健康寿命の増加、野菜摂取量や1日の歩数の増加、健康経営優良法人認定数の増加等の目標を設定しております。

資料80ページを御覧ください。

宮崎県歯科保健推進計画の素案についてです。

1、計画改定に係るこれまでの対応ですが、6月及び8月に宮崎県歯科保健推進協議会実務者会議を開催し、改定計画に係る構成や指標項目等について検討を行い、10月には宮崎県歯科保健推進協議会を開催し、素案の検討を行ったところです。

次に2、改定計画の特徴ですが、歯科口腔保健の推進に関する法律及び今年10月に改定された国の歯・口腔の健康づくりプランである歯科口腔保健の推進に関する基本的事項と、前計画の達成度評価を踏まえ、歯・口腔に関する健康格差の縮小や、健康で質の高い生活を確保するための口腔機能の獲得・維持・向上を図る取組を強化することとし、指標項目を設定したところです。

資料81ページを御覧ください。

3、改定計画の主な内容としましては、第3章、分野別施策において、ライフステージに応じた歯科保健対策の推進や、支援が必要な方へ

の歯科保健医療の推進を継続して行うとともに、第4章、歯科保健医療提供体制の充実において、医科歯科連携を推進するために必要な体制の整備などに取り組むこととしております。

最後に、4、主な数値目標であります。定期的に歯科検診に行っている者の割合や、在宅歯科診療を行っている歯科医療機関の割合などの目標を設定しているところです。

資料82ページを御覧ください。

宮崎県がん対策推進計画の素案についてです。

1、計画改定に係るこれまでの対応ですが、6月及び10月に宮崎県がん対策審議会を開催しております。6月に改定計画に係る骨子案等の概要についての報告を行い、10月の会議において計画素案について意見を聴取したところです。

次に2、改定計画の特徴ですが、国のがん対策基本法や、がん対策推進基本計画の趣旨を踏まえ、「誰一人取り残さないがん対策を推進し、全ての県民とがんの克服を目指す」を全体目標に、本県のがんによる死亡や罹患の状況を踏まえ、がん予防、がん医療、がんとの共生の分野別目標を設定しております。

資料83ページを御覧ください。

3、改定計画の主な内容ですが、第2章における本県のがんによる死亡の状況やがん罹患の状況、第3章の全体目標と分野別目標を踏まえ、第4章において記載のとおり分野別施策を設定しております。

このうち、1、科学的根拠に基づくがん予防・がん検診の充実においては、がん検診受診率の目標を引き上げ、取組を推進すること等がありますが、これらを支える基盤の整備として、外部講師を活用したがん教育の充実に取り組むことなどを記載しております。

最後に、4、主な数値目標であります。が



んの年齢調整罹患率や、75歳未満年齢調整死亡率、がん検診受診者の割合、外部講師を活用してがん教育を実施した学校の割合などの目標を設定しております。

資料84ページを御覧ください。

宮崎県循環器病対策推進計画の素案についてです。

1、計画改定に係るこれまでの対応ですが、6月及び10月に宮崎県循環器病対策推進協議会を開催しております。6月に改定計画に係る骨子案など、概要についての報告を行い、10月の会議において計画素案について意見を聴取したところです。

次に、2、改定計画の特徴ですが、国の健康寿命の延伸等を図るための脳卒中、心臓病、その他の循環器病に係る対策に係る基本法や、国の基本計画の趣旨を踏まえ、健康寿命の延伸及び循環器病の年齢調整死亡率の減少を目指し、循環器病の予防や正しい知識の普及啓発等に取り組むこととしております。

資料85ページを御覧ください。

3、改定計画の主な内容ですが、第2章に記載する循環器病が全死亡原因の24.1%を占め、全国よりも死亡原因に占める割合が高いといった本県における循環器病の状況や、第3章の基本方針と全体目標を踏まえ、第4章の個別施策において、①、循環器病の予防や正しい知識の普及啓発として、県民公開講座の開催や企業との連携による普及啓発の強化、②、保健、医療及び福祉に係るサービスの提供体制の充実として、脳卒中の医療圏の見直しや、有事を見据えた対策の追加等の取組を推進することとしております。

最後に、4、主な数値目標であります。脳血管疾患の年齢調整死亡率、心疾患の年齢調整

死亡率などの目標を設定しております。

○坂本感染症対策課長 感染症対策課所管の計画について御説明します。

常任委員会資料86ページを御覧ください。

宮崎県感染症予防計画の素案についてであります。

1、計画改定に係るこれまでの対応であります。5月以降、審議会や協議会等を適宜開催し、関係機関の意見を伺いながら作業を進めております。

次に、2、改定計画の特徴であります。新たな感染症危機に備え、医療提供体制等の記載事項の充実、目標設定を行い、新型コロナ時の最大体制を目指してまいります。

資料87ページを御覧ください。

3、改定計画の主な内容であります。

まず、第1、感染症対策の基本的な考え方において、協議会を通じた関係機関間の連携強化を図ってまいります。

次に、第2、感染症の発生の予防のための施策において、外部委託等による保健所機能の維持を図ってまいります。

次に、第4、地域における感染症に係る医療を提供する体制の確保において、入院、外来等を担当する医療機関等との協定締結、円滑な入院調整体制の構築、外部委託等による自宅療養者等への健康観察・生活支援等により、医療提供体制の確保を図ってまいります。

次に4、主な数値目標として、入院と外来に係る目標を挙げております。流行初期は新型コロナ発生から約1年後の第3波の患者数に対応できる体制、流行初期以降は新型コロナの最大体制が目安となっております。

まず、確保病床の目標につきましては、流行初期が146床、流行初期以降は449床に設定して

おります。

次に、外来の目標につきましては流行初期が34機関、流行初期以降は447機関に設定しております。

○小川こども家庭課長 常任委員会資料88ページを御覧ください。

宮崎県困難な問題を抱える女性への支援基本計画の素案について御報告いたします。

1、計画策定に係るこれまでの対応でございます。

今年7月から、担当者会議やDV被害者保護支援ネットワーク会議において、計画に係る意見聴取等を行っております。

次に2、策定計画の特徴でございますが、昨年度制定された困難女性支援法に基づき、「一人ひとりの人権が尊重され、安心かつ自立して生活ができる社会」を目指し、女性相談支援センター等を中心とした関係機関による支援体制の充実や、民間団体との連携強化等を図るものです。

資料89ページを御覧ください。

3、策定計画の主な内容でございますが、5つの章で構成し、第4章に4つの基本目標を掲げております。

基本目標1として、困難な問題を抱える女性等が自立して生活できる社会づくり、基本目標2として、安心して相談できる体制づくり、基本目標3として、迅速、安全かつニーズに応じた保護、基本目標4として、自立の支援を掲げております。

最後に4、主な数値目標でございますが、宮崎県県民意識調査の項目であります、DV被害者等がどこにも相談しなかった割合を25%以下に減らす、市町村における配偶者暴力相談支援センターの設置数を3か所とする、女性相談支

援センターの一時保護委託契約施設数を10か所とする等の目標を設定しております。

○本田国民健康保険課長 常任委員会資料90ページを御覧ください。

国民健康保険普通調整交付金の過大交付に伴う返還について御説明いたします。

1の概要であります。本普通調整交付金は、都道府県間の財政力の不均衡を調整するために交付されるものでありますが、令和4年度の会計検査院実地検査におきまして、令和2年度及び令和3年度の当該交付金が過大になっているという指摘があったものであります。

次に、2の過大交付の原因であります。この交付金は市町村が作成した医療費等に係る基礎資料を県が審査・集計した上で、県が国に申請するものであります。

本件につきましては、えびの市ほか5市町の基礎資料に数値の誤りがあったところではありますが、県が審査で把握できず、過大な額で交付申請を行ってしまったものであります。

右側の図1を御覧ください。

本来の正しい算定の場合、保険税で賄うべき医療費の額である調整対象需用額と、医療費に充てるために確保すべき保険税額である調整対象収入額との差額が普通調整交付金の交付額となります。今回の誤った算定では、調整対象需用額として集計した医療費に二重計上等の誤りがあったことから、結果的に過大な交付金が交付され、正しい交付金額との差額が返還対象となるものであります。

資料91ページ、3の過大交付額についてであります。

修正前(A)と修正後(B)との差額、令和2年度、令和3年度の2か年分で7億6,049万5,000円が過大交付額として指摘されておま

す。

最後に、4の返還等についてであります、厚生労働省と協議の上、2月議会にて補正予算を提出させていただき、年度内に過大交付分を返還したいということで考えております。

また、図2にございますとおり、過大交付を受けた額は県の国民健康保険特別会計決算剰余金の一部となっておりますので、この返還に伴う市町村から県への納付金の追加や、県民の皆様からの保険税の追加徴収は発生いたしません。

今回の指摘を踏まえ、再発防止策として、交付金の申請システムに入力誤りの対策機能を搭載する予定としているほか、申請前には市町村担当者へ向けた説明会を開催し、今回の事案も踏まえた注意事項を徹底するとともに、県において十分な精査をしてみたいと考えております。

**○小川こども家庭課長** 常任委員会資料92ページを御覧ください。

令和4年度ひとり親世帯生活実態調査結果についてでございます。

この調査は5年ごとに行っており、昨年度に調査を実施いたしました。本日はその概要について御報告させていただきます。

1、調査概要であります。

(1)の目的につきましては、県内における母子世帯及び父子世帯の生活の状況等を調査し、より実態に即した福祉施策を推進するための基礎資料を得ることを目的として実施したものでございます。

(2)の調査方法につきましては、無作為に抽出したひとり親世帯に対して調査票を郵送し、郵送またはオンラインによる回答により調査を実施いたしました。

(3)の調査基準日につきましては、令和4

年10月1日であります。

(4)の調査期間につきましては、令和4年12月8日から12月26日の期間で実施いたしました。

(5)の回答数につきましては、母子世帯3,268世帯、父子世帯1,232世帯に対して調査票を配付し、有効調査数は母子世帯1,128世帯、父子世帯409世帯であり、有効回答率は合計で34.2%でありました。

資料93ページを御覧ください。

2、調査結果であります。

(1)、ひとり親世帯数の推計値の動向であります、令和4年は母子世帯が1万4,098世帯、父子世帯が1,214世帯となっており、前回調査の結果と比較しますと、いずれの世帯も減少しております。

資料94ページを御覧ください。

(2)、ひとり親世帯となった理由でございます、母子世帯では離婚の割合が81.0%で最も高く、次いで未婚の割合が10.4%、死別の割合が5.7%となっております。父子世帯では離婚の割合が79.2%で最も高く、次いで死別の割合が14.0%、配偶者障がいの割合が3.4%となっております。

資料95ページを御覧ください。

(3)、ひとり親世帯の就業形態についてであります、母子世帯では正社員の割合が46.9%、次いでパート・アルバイトの割合が33.7%となっております。父子世帯では正社員の割合が58.4%、次いで自営業の割合が23.5%となっております。

資料96ページを御覧ください。

(4)、ひとり親世帯全体の平均月収についてであります、母子世帯では20万円未満の世帯が全体の71.9%を占めております。父子世帯では20万円未満の世帯は全体の45.2%の割合と

なっております。

調査結果の概要については以上でございますが、この実態調査の結果につきましては、県の関係部署や市町村、労働局等の国の機関などとも共有することといたしております、今後のひとり親支援施策の充実に生かしてまいりたいと考えております。

○重松委員長 執行部の説明が終了しました。

その他報告事項について質疑はございませんか。

○山下委員 資料62ページの第二次宮崎県再犯防止推進計画の素案についてです。

最近事件、事故の低年齢化が非常に社会問題になってきていると思うんです。社会復帰するための制度の中で、保護司があります。保護司の確保状況については、なり手がいないなどいろいろと聞くことがあるんですけども、その連携について教えてください。

○長倉福祉保健課長 再犯防止における保護司の役割は非常に大きいものがございます。県内での充足率が92.9%というところでございます。定数が605名で、実際数が562名ということで、非常に厳しい状況です。

ちなみに、私どもが所管している民生委員も充足率93.6%ということで、こういった重要な役割を担う地域の方たちについては、非常に厳しいというところでございます。

○山下委員 再犯をなくしていくためには、地域の受入れです。地域の理解がなくては進まないと思いますが、個人情報の取扱いが厳格になってきているため、知りたいことも知り得ない状況があります。そのあたりが大きな問題になっていると思います。

民生委員も非常にそこが難しいということがあります。制度上の問題なのか、個人情報の伝

え方、課題が民生委員もあまりにも分からないから、足踏み状態かなと思います。そのの整理をしていかないと、目標数値の達成はなかなか難しいと思いますが、その捉え方についてお聞かせください。

○長倉福祉保健課長 委員が言われたとおり、個人情報の問題で支援をしようにもなかなかできないということは、私どももよく聞いております。どこまで踏み込んでいけばいいかというのは、やはり課題であろうと思います。

県が再犯防止計画をつくっておりますが、市町村においては、26市町村のうち15しかつくっていない状況もございます。地域住民のことでありますので、市町村にも再犯防止の意義を十分に理解していただきながら、保護司、民生委員等へ情報がなるべく提供ができるような在り方というの、非常に重要になってこようかと思っております。やはり市町村、地域の人たちの理解が大切であろうと考えております。

○坂口委員 市町村における計画策定も終わっていないといけない時期ですよ。ちょっと急がせる必要があるかなというのと、都道府県ごとの再犯率は出てこないのでしょうか。

○長倉福祉保健課長 令和4年の全国での再犯率が47.9%でした。本県が47.8%で、ほぼ同じぐらいです。ここ数年は全国平均よりいい数字だったんですけども、全国とほぼ同じになってしまったという状況でございます。

○坂口委員 個人情報の提供と同様に難しいものですが、再犯をなくしていくためには、本人の意思がいくらあっても、まずは住む場所と就労の確保が必要だと思います。場合によっては、そういったことを保証していく人の存在があると思うので、計画はあっても実際に達成していくのはかなり難しいことだと思っていま

す。

相手方の状況や考え方を聞きながら、出せる情報は出していった理解をもらった上で、そこに定住してもらう工夫をしていかないといけません。相当な労力と時間を要しますが、ぜひ頑張ってくださいと思います。自ら再犯を望む人はあまりいないと思うんです。しかし、自分が住める場所がないとか、生活するための手段が得られないということで、犯罪に走らざるを得ないというのがあるかなと思っています。もったいない話だと思うんですね。社会に貢献できるようにしてあげられるかが現実的に難しいものがありそうな気がします。計画してもなかなかその成果が伴わないというのと、市町村にはそこを急がせるべきじゃないかと思うんです。それはぜひお願いしておきます。

**○長倉福祉保健課長** 私も宮崎刑務所の統括官といろいろ話をさせていただいたんですけれども、仕事をしている人としていない人の再犯率の差は大きいということは聞いております。

協議会の中でも食べることと住むことの重要性は話題になりました。そこは、協力事業主の雇用主の制度もあって、保護観察所等ともいろいろと連携しながら、市町村との連携も強化していきながら対応してまいりたいと思います。

**○坂口委員** これは時間をかけながら取り組むしかないですね。一人を完全に更生させるというのは、ものすごく大きいことだと思うのでぜひ頑張ってくださいと思います。

国民健康保険の交付税の在り方について、先ほど言われたのが普通調整交付金ですよ。過大ではなくて過小というのもあり得るのかなと思いました。宮崎市辺りは、特別調整交付税か特々調に該当するような患者のケースも長期入院ではあり得るのではないかと思います。これに

ついておさらいさせていただいて、そして過小というのがあるのかどうか、過小は気づきにくいので、時効期間も含めて請求期間はあるのか教えていただければと思います。

**○本田国民健康保険課長** まずは過小に関してですけれども、今回の会計検査院実地検査において、逆にもらっていなかったところがございました。令和2年度が高千穂町、令和3年度が綾町と高千穂町です。ここはもらっていなかったということで、その分を相殺して約7億6,000万円の返還となっております。

また、特々調に関しましては、先日の政策審議会でも御説明したとおり、県が保険者として財政の運営に責任を持つようになった平成30年度以前までに交付されていた特別調整交付金のメニューの一つでございます。当時は国民健康保険の保険者として非常に高い意識を有し、適正かつ健全な事業運営を積極的に取り組んでいるような市町村が交付対象で、平成29年度には約7億8,000万円が交付されておりました。これにつきましては、国民健康保険制度の改正によって制度自体は廃止になりましたが、令和2年度から今年度まで経過措置が残っておりまして、だんだん額は減っておりますが、国が算定した額が市町村に対しても納付金減額の財源として、令和2年度が約1億8,000万円、本年度が約5,000万円となっております。特々調に変わった平成27年度の法改正によって、保険者努力支援金が交付されたという保険者の努力にかかる部分は、そういった制度が創設されたということでございます。

また、精神病関係などでは、市町村によっては特別なニーズがございます。それにつきましては画一的な財政力の算定法によっては措置できませんので、これについては現在も特別調整

交付金——普通調整交付金7%でございますが、2%分が災害や国保直診を持っている市町村など、特別な事情があるところに対して措置がされております。精神病につきましては、令和4年度で24市町村、交付額は9億9,385万6,000円となっております、結核と精神病が対象になっております。

○坂口委員　そこがあれば安心ですね。努力の範囲内がないところでの赤字とか、自分の責任を精一杯果たす町民のところには第三者責任におけるものがかかるというのはやはりちょっと一一制度的にそれに代わるものが出てきていると理解していいですね。

○武田委員　高齢者保健福祉計画についてお伺いしたいのですが、各論の中の第2章で地域包括ケアシステムの体制整備であるとか、在宅医療を積極的に担う医療機関拠点の割合であるとか、在宅医療を支える人材の育成確保などがありますが、介護が必要な高齢者になってくると、在宅で診るのが本当に厳しい状況です。この包括ケアシステムも地域によっては人材がいない、高齢者施設や介護施設に入りたくても入れない現状である中で、私たち世代が働きながら親の面倒を見たいけれども、仕事に行かないといけない。頭では理解していたんですが、私の近くでそういうことがあると、切実に感じるんです。

本当に皆さん大変だなと思っていますので、高齢者保健福祉計画をしっかりとつくっていただいて、確実に地域に落とし込める形になってほしいんですが、現状としてなかなか厳しいのではないかという思いがあります。そのあたりの計画を立てる立場と市町村の現状の乖離について、県としてどのように考えていらっしゃるのかお聞きします。

○北園医療・介護連携推進室長　委員がおっ

しゃるとおり、在宅医療についてはなかなか厳しい状況です。今回の高齢者保健福祉計画においては、介護サービスの基盤の整備を引き続き行うことに加えて、地域の実情に応じた介護予防自立支援型ケアシステムの進化ということで計画に盛り込んでいます。

地域包括ケアシステムの中でも今回の計画の新しい取組として、医師会や市町村、関係団体と協議した結果、厳しい状況である在宅医療の役割が、高齢化社会になっていく中でますます重要になってくることは間違いのないということで、積極的に在宅医療に取り組む医療機関や在宅医療の調整を行う拠点について、この計画に新たに位置づけたところです。そこが今回の目玉の一つで、もう一つが介護予防という観点からリハビリになります。現在も市町村が一生懸命やっていますが、全県的になかなか取組が難しかったということで、介護予防重症化防止の取組を推進するために、新たに地域におけるリハビリの体制を推進していくことを盛り込ませていただきました。

委員がおっしゃるとおり、人材確保が難しいところですが、今後は生産性の向上などにも注視しながら取り組んでまいりたいということで、今後3年間の計画については考えております。

○武田委員　中山間地域であるとか、串間市も含めて町村レベルのところは、民間病院もなくなってきていますし、公立病院は大赤字を抱えています。地域の活力が本当に厳しい状態で、高齢者をその地域で支えていくことが難しくなってきていますので、市町村だけではなくて各市町村を合わせた広域でこういった計画をしっかりとつくっていただいて、カバーし合えるような体制をつくっていただきたいと思って

います。現場の方々に喜んでいただけるような政策にならないと厳しいと思っていますので、もう少し突っ込んだ形で計画をつくっていただいて、市町村と連携していただきたいと思っています。

**○日高委員** 高齢者の件なんですけど、医療と介護の連携は以前から言われていて、医療保険と介護保険の違いが根本にあるわけです。病院から介護施設や在宅へ移行したときに、医療と介護の連携が必ず出てきます。そのあたりの連携がいまだにうまく取れていないと思っています。数値目標を見ると、地域ケア会議で抽出した地域課題を基に具体的なサービスの創出等に取り組む市町村が現状ゼロだからです。これには驚きました。何件か取り組んでいる市町村があるのかなと思っていたんですけども、新型コロナの影響で進んでいないんでしょう。

数値目標が3市町村といっても、地域包括ケアシステムの体制を整備しながら在宅医療を充実させるとなると、ここが連携の支柱だと思いますが、なんだか薄いような感じがします。

**○北園医療・介護連携推進室長** ここで記載している数値目標ですけれども、地域ケア会議で抽出した地域課題を基に具体的なサービス創出等に取り組む市町村数ということで、今回盛り込まさせていただきました。現在、各市町村では個別ケースについて自立支援型の地域ケア会議を行おうということで、中山間地域にある市町村は県が少ない職種を派遣して調整するなどして、それぞれの市町村で進めております。そういった個別ケースについては、研修などを重ねることで自立支援型が横展開され、宮崎県内の市町村でできるようになっています。

ここに書かれている数値目標は、地域ケア会議を活用して、今度は個別ケースの支援を通じ

た地域課題を発見して地域づくりに向けた検討まで行うようにということで、次のステップとして国からも示されております。本県においても、個別ケースの自立支援型については十分できていますので、次のステップとして、数値目標に新たに上げさせていただきます。

**○日高委員** そうであればいいんでしょうけれども、これはぱっと見た瞬間、地域ケア会議もままならない状態で個別の自立支援をやっているように見えます。全体的な調査などをこれからやっていくというのを、本当はきちんと進めた方がいいような気がします。

それと、介護職員数の現況が2万1,730人とあります。宮崎県ではこれぐらいしかいませんか。あと、目標が令和22年度とありますが、ほかを見ると令和11年までなどとなっている中、突出して目標年度が長く設定されているんです。これについては何か意図があるのでしょうか。

**○島田長寿介護課長** まず介護職員数についてですが、市町村がデータを提出して国が集計した結果2万1,730人ということで報告を受けております。介護職員以外で関連する職員もいらっしゃいますが、そういった方は入っておりません。

令和22年度という目標年度ですけれども、市町村がつくる計画、それから県がつくる支援計画は、国が示した基本方針に従ってつくっております。今後さらに高齢化が進んで生産年齢人口も減少していくことを長期的に見込んで、人材確保や様々な取組を進めていかなければいけません。令和22年度頃に国全体の高齢者人口がピークを迎える時期になるということで、そこを見据えて今後の取組を進めていくということで基本方針を定めております。それを踏まえて市町村計画、県計画でも設定をしているところ

でございます。

**○日高委員** それは分かるんですけども、県は介護職員の人材確保に取り組むわけですよね。令和22年度になってくると逆に減った数字が出てくるかもしれません。令和22年度というのは、プロセスが抜けていると思うので、別なところでも計画してください。

担当課は介護職員の数をしっかり増やしていくという、3年とか5年とかという形での目標を定めてやる必要があると思うんです。なぜこの質問をするかという、介護保険の制度です。要介護1と2ってまだ外れないのでしょうか。

**○北園医療・介護連携推進室長** 今まさにそういった議論もありますが、そういった方向になるとかいうことはまだ決まっていません。

**○日高委員** 長い目で見ていくと、要介護1と2ぐらいまでは介護保険から外して、本当に介護が必要な人たちを対象にしないと、介護保険がもたないという話もあります。そうなっていくと、元気な高齢者を増やさないといけません。だから医療と介護は非常に重要で、回復を医療でしていくのか、それとも、そのまま介護度が高くなってきてどうしようもないのか、そのときに地域ケア会議がケアプランをしっかり組むことになりませんが、至れり尽くせりではなくて、回復に向かってプランを組むとか、そういうのが地域ケア会議だと思います。

だからそこを念頭においてやっていかない限り、高齢化対策については、宮崎県もかなり厳しくなると思います。そこをしっかりとやってください。数値目標については分かりましたので、次のステップに向けて頑張ってください。

**○山下委員** 常任委員会資料66ページの宮崎県医療計画の素案についてですが、病院局ともいろいろと質疑させていただきました。来年度か

らの労働時間の総量規制の影響を非常に受けるということで、県病院としても大変な状況になってくるということでした。

介護の現場で介護難民が出るという2025年問題が言われてきておりますが、この第8次宮崎県医療計画の中で、地域医療の偏在をなくしていこうとあってありました。2040年になると宮崎県の人口も87万人まで減ると書いてあります。高齢化率も確実に上がっていきますが、2040年までの高齢者が一番多くなってくるのが医療も一番大事だろうと思うんです。ただでさえ医師不足の中で、医療も充実させていかないといけないという課題と向き合っていないといけません。

第8次宮崎県医療計画の中で、地域医療の偏在をなくすということと、命としっかり向き合っていくために医療体制の充実が一番大事だと思いますが、計画の中で、そのあたりの視点をしっかり捉えておられるかお聞かせください。

**○徳地医療政策課長** 委員おっしゃったようなことは、素案の第2章の部分で人口動態の状況や各医療圏での高齢化率の進行状況を分析しているところです。

2025年問題についてですが、2025年に向けて地域医療構想を進めており、病床の機能分化・連携ということで、例えば西臼杵地域については、高千穂病院を急性期、日之影病院は回復期というような役割分担をしております。西諸地域でも3公立病院部会を立ち上げて、公立病院の中でどういう役割分担していくかという話はしております。あと日南市立中部病院、串間市民病院も3公立病院部会を立ち上げて、病床の使い方や病院間の連携という役割分担の話はしております。それを基に今年度中に各病院は経営強化プランを策定することになっており、現



在はその最終段階の状況です。

医療従事者の問題として、医師の偏在については議会でいつも御指摘いただいております。その解消に向けていろいろ取り組んではおりますが、看護師についても同じように都市部に偏在している状況があります。今後、どうやって中山間地の医療を守っていくかといったときに、大きい病院から医師を派遣して、週2回でも専門的な診療が受けられる体制を整える必要があります。地元の診療所の患者数もだんだん減ってきているようですので、そういった地域での役割分担も必要性が出てくると思っていますし、6月定例会で承認いただいたオンライン診療をどうやって軌道に乗せるか——住民にもメリットがあって、医者側にもメリットがあるのかという部分も並行して検討しております。

ただ、この偏在をどう解消していくかについては、常に頭を悩ませております。奨学金の話もありますけれども、奨学金を返済したらそれで終わりというのもあります。来年度から働き方改革も始まるので、やはり医療機関での働きやすさや臨床研修の問題もありますけれども、病院の魅力を発信していくことも大事だと考えています。

あと、我々ももう少し、医療機関の現場と話ができるような体制も構築し、徐々に看護師や医師の部分もつくり上げて、タイムリーにそのあたりの施策を打っていかないといけないと考えております。

今後どうなっていくのかという部分について、各地域で行っている地域医療構想調整会議でいろいろ議論はしていただいておりますけれども、根幹にあるのが医師や看護師という医療従事者の確保がないと進んでいかないので、そこについての対策も、大学といろいろと検討して進め

ているところであります。

○山下委員 宮崎県の大きな課題として、一番先に問題になってきたのは物流問題だったんです。農産物を中心に遠方にトラック輸送しないといけないためです。これをどうするかという大きな議論もされてきたところなんです。

医療現場もこういうことが出てくると病院局で出たんですけれども、例えば一日の残業時間はしっかりと決まってくるから、緊急で手術しないといけないとなったときに、担当医が手術することができないなどの問題が出てくると思うんです。地域でも医者の高齢化によって後継者不在のため廃業するところも出てきました。そして都城市においても、市郡医師会病院の負担がどんどん大きくなってきています。医者を余分に抱えずに労働時間の中でやろうとすると、おのずと患者があふれてくると思います。大学病院や県病院に送り込もうとしても、受入れを休止しないといけないような状況になることを少し心配しております。

基本的に県民は平等でないといけないと思いますが、思った以上に世の中の動きが早いと思うんです。第8次宮崎県医療計画が世の中の動きに追いついていっているのかなという不安がありますので、日々状況が変わっていく中、現実をしっかりと捉えていってもらわないといけないと思っています。2025年問題について、そのあたりを真剣に捉えていただきたいなと思っています。

○徳地医療政策課長 委員がおっしゃるとおりだと思っております。来年度から医師の働き方改革が始まりますけれども、病院がどういう対応をしていくかというのは随時ヒアリングしております。例えば、働き方改革に備えるためのICTを活用した出退勤システムなどの導入補

助もさせていただいております。救急や専門的な治療になると、ある程度大きい医療機関に患者が集まってくる部分はあると思いますが、働き方改革の法律の中でどういった対応で動いていくかは、その医療機関と個別に協議を進めているところであります。

○山下委員 病院局でも、福祉保健部と宮崎県医療計画の中で行動していかないといけないという意見が出ましたので、病院局の役割などについてしっかり議論いただいて、患者と向き合えるような偏在のない医療体制の確立をお願いしたいと思います。

○山口副委員長 宮崎県障がい者計画についてお伺いしたいのですが、宮崎市だと計画を読むにあたって、1ページごとに読み上げアプリが入っていて、様々なハンディのある方でも、少なくとも計画は読めるという仕組みをつくっているようです。もしかしたら音声データを配るなどの対応をされているかもしれませんが、これからパブリックコメントを行っていきと思いますが、障がいを持っている方々が宮崎県障がい者計画を読むことができる体制をどう構築していくのか、考えていることを教えてくださいませんか。

○佐藤障がい福祉課長 副委員長がおっしゃったのは、音声コードなどを活用した聴覚障がい者への情報提供といった部分でございますけれども、パブリックコメントなどを行いました、今のところ予定はございません。ただ、今回の県議会でも質問がありました県の広報物につきまして、そういった形での周知や情報提供には必要性を感じておりますので、今後検討していきたいと考えております。

○山口副委員長 宮崎県障がい者計画の中に、「いろいろな方法を用いて」というのが入って

います。これが読めないというのはどういうことなんだという話になるので、ぜひ御検討いただきたいと思います。

ひとり親世帯の生活実態調査についてお伺いしたいのですが、結果そのものは公表されていないのでしょうか。ホームページから平成29年度版は拾えたんですけれども。

○小川子ども家庭課長 本日初めて公表しましたので、冊子にしたものを随時ホームページ等で公開したいと考えています。

○山口副委員長 ちなみに昨年調査したものですよね。恐らく業務委託自体は昨年度されていると思うんですけれども、少しずれがあるというか、時間が結構かかっているなという印象があります。恐らく昨年度中に成果物は出ていると思いますが、何か理由があるのでしょうか。

○小川子ども家庭課長 5年ごとの統計ということで、前の統計との整合性を取るための作業等もあり、前回も11月ぐらいに公表したところでした。担当が給付金などの仕事に忙殺されていたということもあって、整合性を取るための作業に時間がかかったというのが正直なところでございます。

○山口副委員長 ホームページに業務委託の様書が出てきたので拝見しましたが、調査自体は昨年12月ぐらいにやっていて、恐らく2月中旬ぐらいには成果物が出ている状況でした。整合性を取る作業は、成果物をいただいた後、さらに分析をして公表するというステップになるので、その分析自体に時間を要したという理解をしておけばいいのでしょうか。分析そのものも業務委託されていると思ったのですが、違うのでしょうか。

○小川子ども家庭課長 調査委託により生の数字をいただいております。それを前回の調査等と

比較して、報告書まで持っていくのに時間がかかったということです。

○山口副委員長 分かりました。業務多忙だというのは分かるんですけども、データは生ものだと思いますので、これからはタイムリーに頑張ってくださいますようお願いいたします。

○日高委員 常任委員会資料67ページなんですけれども、第3章、医療圏の設定と基準病床数とあります。「二次医療圏は現行の7医療圏を維持」と書いてありますが、これは現段階のことでしょうか。先ほどの病院局審議の際、病院局長が「医療圏は広めに設定し」と言いました。地域の人口減少もありますが、インフラがすぐよくなることで、医療圏を広げることができるのではないかとということがあったりして、そのあたりの病院局の考えは、絶対こうですということはないんですが、福祉保健部は医療圏についてどのような考えなのでしょう。

○徳地医療政策課長 医療提供体制の構築については、7つの二次医療圏の中で5疾病6事業の医療提供体制を組むのがベストだと認識しております。国の医療計画策定指針の中で、二次医療圏の考え方として、主として病院及び診療所の病床整備を図る単位と定義されています。7医療圏の中で病床の許認可をやっていくというのが、二次医療圏の単位でございます。

とは言いつつも、医療計画を策定するときには国でも見直しの検討というガイドラインもありまして、人口規模が20万人未満で、かつ今の医療圏での入院患者の流入が20%未満で、その医療圏からの流出が20%以上である圏域であれば、1回検討するという考え方がございます。そういったことがあり、今回の第8次宮崎県医療計画の策定についても、その20%の流入と流出を加味したときに該当するのが、日向入郷と

西都児湯と西諸の医療圏でございました。実質の流出の割合や、どこに患者が流出しているのかというのは、入院者の調査をすることで検証しております。ガイドラインの中でも、併せて日常生活の中の通勤・通学の状況なども含めて総合的に検討するようという部分があり、今回一番流出が多かったのが西都児湯医療圏だったんですけども、約37%が宮崎市の医療圏に流出しているというデータもございます。その中でも、がんや循環器の患者が50%ぐらいの流出となっております。脳疾患についても救急搬送の状況を調べますと、西都児湯医療センターの医師がいなくなった後、宮崎市への救急搬送の件数も増えていることから、脳疾患については7医療圏から4医療圏への変更を今計画で提案させていただいています。心筋梗塞についてはもともと4医療圏で体制を組んでいる状況で、医療計画策定のときに、毎回流出入の割合を勘案して圏域の検討をしております。

ただ、現在7医療圏で動いておりますが、今後人口減少や病床数が減ってきたりすると、この医療圏が集約されていく方向になっていくのかなというイメージは持っていますけれども、そこについては、データに照らしながら検討していかないといけないと思っています。

今回の計画の策定については、このような検討をさせていただきました。

○日高委員 そういうことになってしまいます。病院局長は3病院の範囲を言ったと思うんですけども、ほかの民間病院も考えると、採算性や利便性を考えれば、実際の医療圏はもっと広がってくるんだろうと思います。一方で、採算がメインだと病院がなくなる地域もあるのではないかと心配もあるわけです。そのあたりの問題はすごく難しい点があるんですけど

も、高度医療をやるといったらどうしても宮崎市近辺に来ないといけないというのは当然あります。7医療圏は取りあえず維持ということでしょうけれども、将来的に、どうしてもその圏域は広がってくるという感じはしています。

それと、8年ぐらい前は訪問看護ステーションが80~90件しかなかったんです。それが132件になったというのは間違いなく増えています。増えているのはいいことなんですけれども、気になるのは分布図なんです。おそらく中心地に集まっているんじゃないかという気がしています。

以前、長寿介護課で中山間地域における事業をやったと思うんです。それがどうなったのかという点と、訪問看護ステーションの分布についてお聞きします。

**○島田長寿介護課長** まず、訪問看護ステーションの分布でございます。御指摘のとおり、中山間地域等では訪問看護ステーションがない市町村もあり、7市町村においては訪問看護ステーションがない状況でございます。やはり宮崎市や都城市などの都市部に集中が見られるのは、事実としてあろうかと考えております。

県といたしましては、訪問看護ステーションの設置促進に向けて補助金を設けておりまして、中山間地域で訪問看護ステーションがないところについては、補助率を手厚く支援するという形で設置促進を図る支援を行っているところでございます。介護と医療の連携の話がございましたけれども、訪問看護は今後非常に大きな役割になってまいりますので、しっかり取り組んでいく必要があると思っております。

**○日高委員** その方法と都市部から訪問して手当を出す方法がありますよね。御存じのとおり、何軒か訪問してサービスをしないと経営が成り

立たないんです。本当は6軒行かないといけなけれども、中山間地で2軒しか行けなかったらとなると採算が合いません。そこをうまくとやっていくことも考えていけば、訪問看護ステーションを中山間地に置かなくても都市部から行くこともできるので、そのあたりも具体的に考えてもらいたいと思います。

**○津田福祉保健部次長(福祉担当)** まさしくおっしゃるとおりで、在宅医療にしても訪問看護ステーションは非常に重要だと思います。ですから、例えば中山間地では公立病院がみなしで訪問看護ステーションをやるとか、もしくは大きな母体があって、支店型といいますかブランチ型にしていけないかとかいうことも検討いたしました。県看護協会が訪問看護ステーションを持っていますので、例えば延岡から高千穂まで行けないかなどいろいろ検討はしておりますが、現実的にそこにどれだけ人が集められるかがございます。そのため、なかなか実現はしていないんですけれども、おっしゃるとおり非常に重要ですので、我々も常にそういったことを検討して、地域でも訪問看護サービスを行えるように、今後も努力していきたいと思っております。

**○坂口委員** 看護団体にも様々な団体がありますけれども、将来については大きな課題です。地方に根付いているのに全く違う性格の団体として農業協同組合があります。農業協同組合が拠点を持ちつつ全県下でネットワークを持って、それとセットで特に特定行為のできる看護師がコントロールタワーとなるような機能を持つ。そして1日5人訪問する、あるいは点滴を10人やれば十分採算が合いますよという計画を組んだところが地域で訪問看護ステーションなどを全てそろえるのが理想ですけれども、経済行為なので採算が合わなければできません。在宅や

みとり、元気だけれども一人暮らしで移動できないとか、様々な需要があるので、医療の専門機関という発想から離れて、山間地などの過疎地にネットワークを持っている、そこをケアできるような団体を選択肢に入れることも考えるべきという気がします。答弁のしようがないかもしれませんが、ぜひ参考にしながらやっていただきたいと思います。

**○島田長寿介護課長** 市町村や関係団体と意見交換をしていく中で、いろいろな選択肢を探っていく必要があると思います。限られた資源でどうやって地域の看護医療体制を提供していくかというところで、一つの検討材料として考えてまいりたいと思っております。

**○坂口委員** 郵便局や宅配業者などもあるので、少し発想を変えて、そこに専門的な組織が入って連携するとか、内部の組織として新たな分野を担ってもらおうということも想定したほうがいいと思います。宮崎県の場合は特に条件が厳しいと思いますので、ぜひ検討材料の一つに加えていただきたいと思います。

**○永山委員** それぞれ数値目標が設定されていますが、その決め方にばらつきがあると感じます。常任委員会資料83ページの宮崎県がん対策推進計画については、目標値が「全国平均を下回る」というざっとしたものですし、資料85ページの宮崎県循環器病対策推進計画については、目標値が「減少」になっています。この数値目標の設定に関する考え方は部内で統一されないのかお聞きします。

**○長倉福祉保健課長** 数値目標はいろいろな形で設定されております。この数値目標の設定の考え方を統一的にするということは、今のところないと思います。審議会や協議会でそれぞれの計画を審議していく、また、国の策定指針や

大綱なども踏まえた上で、この目標を設定されているものだと思っております。

**○永山委員** 具体的な数値があれば、その目標に向かって様々な施策を進めていくということが分かると思いますが、例えば、常任委員会資料83ページのがんの年齢調整罹患率については、既に全国平均を下回っている状況です。やはり現状から見て全国平均を下回っていればいいやという形より、具体的な数値を目標に設定して様々な施策を進めていくほうが、計画が前に進んでいくと思いますので、そのあたりも御検討いただければと思います。

**○児玉健康増進課長** 御指摘のとおり、それぞれの計画で協議会を持っておりまして、そこで検討したり国の参考値を目標にしたりしておりますので、当課の数字が分かりづらくなっている点は認識しております。

宮崎県がん対策推進計画の年齢調整罹患率の目標である「全国平均を下回る」については、委員がおっしゃいましたとおり既に全国平均値を下回っています。しかし、細かく見ますと、全部位では平成29年度ぐらいから全国平均を下回ってはいるんですが、部位別ですと子宮頸がんなど全国を上回っているものもございます。全てのがんにおいて全国平均を下回りたいということで目標を立てており、少し表現が足りなかったと思っております。

**○日高委員** 健康みやざき行動計画21についてです。現状の1日の平均歩数が男性6,240歩、女性5,410歩となっていますが、こんなに歩いているのでしょうか。目標が男性9,000歩と女性8,500歩ですが、この目標を達成できたらどこまで健康になるのかお伺いします。

**○児玉健康増進課長** 9,000歩と8,500歩というのは第2次計画の目標値をそのまま踏襲してお

ります。第2次計画においても同じ目標を立てていたところ達成できませんでしたので、同じ歩数を持ってきているところでございます。もう少ししたら国の目標値が出ますので、それを参考に少し下げることになるのではないかと思います。今のところは、もう少し検討の時間をいただきたいと思っております。

○日高委員 あと、どこまで健康になるかをお願いします。

○児玉健康増進課長 科学的知見や日本人についてのいろいろな調査結果に基づいて設定しております。65歳以上は6,000歩という目標値になりますが、20歳から64歳の方については1日平均でこれぐらいの歩数を歩いていただければ健康を維持していただけるということで、目標値としております。

○重松委員長 その他報告事項はこれで終了いたします。

その他で何かございませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○重松委員長 それでは、以上をもって福祉保健部を終了いたします。

暫時休憩いたします。

午後3時59分休憩

---

午後4時0分再開

○重松委員長 委員会を再開いたします。

まず、採決についてですが委員会日程の最終日ということになっておりますので、明日行いたいと思っております。

開会時間は午後1時に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〕

○重松委員長 それでは、そのように決定いたします。

その他で何かございませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○重松委員長 以上で本日の委員会を終了いたします。

午後4時0分散会

令和5年12月7日(木曜日)

---

午後0時58分再開

---

出席委員(8人)

委員	長	重松	幸次郎
副委員	長	山口	俊樹
委員		坂口	博美
委員		山下	博三
委員		日高	博之
委員		武田	浩一
委員		下沖	篤史
委員		永山	敏郎

欠席委員(なし)

委員外議員(なし)

---

事務局職員出席者

議事課主任主事	春田	拓志
議事課主任主事	上園	祐也

---

○重松委員長 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、賛否も含め御意見をお願いいたします。

暫時休憩します。

午後0時58分休憩

---

午後1時1分再開

○重松委員長 委員会を再開いたします。

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〕

○重松委員長 それでは、一括して採決いたします。

議案第1号、議案第7号、議案第13号、議案

第14号、議案第15号、議案第16号、議案第33号及び議案第41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〕

○重松委員長 異議なしと認めます。よって、議案第1号、第7号、第13号、第14号、第15号、第16号、第33号及び議案第41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、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いて、御要望等はありませんか。

暫時休憩します。

午後1時2分休憩

---

午後1時2分再開

○重松委員長 委員会を再開いたします。

委員長報告につきましては、正副委員長に御一任いただくことで、御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○重松委員長 それでは、そのようにいたします。

次に、閉会中の継続審査についてお諮りいたします。

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いては、継続審査としたいと思います。御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○重松委員長 御異議ありませんので、その旨、議長に申し出ることとします。

次に、1月18日に予定されております閉会中の委員会につきまして、御意見を伺いたしたいと思います。

暫時休憩します。

午後1時3分休憩

---

午後1時8分再開

○重松委員長 委員会を再開いたします。

1月18日の閉会中の委員会につきましては、先ほどの協議の内容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〕

○重松委員長 それでは、そのようにいたします。

その他、何かありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○重松委員長 ないようですので、以上で委員会を閉会いたします。

午後1時8分閉会



署 名

厚生常任委員会委員長 重 松 幸次郎

