

## 4 福祉保健医療委員会における秋山文和県議の質疑

2016年10月7日

付託議案に対する質疑

(保健医療部及び病院局関係)

Q. 秋山委員

- 1 国民健康保険は県と市町村の共同運営になるとのことだが、県が税率、納付金、全体の方針案を決めることになっており、県が主導しているのではないかと感じる。主従のような関係に感じるが、どのような関係なのか。
- 2 納付金は法律に基づいて100%完納が義務付けられているが、市町村への滞納が増えて市町村の収納率が下がった場合などに、県として市町村に対して納付の猶予や減額を認めることはあるのか。また、不足分を市町村の公費で納付することが認められるのか。
- 3 標準的な収納率は、法律で被保険者数が1万人未満が94%、1万人以上5万人未満が92%、5万人以上10万人未満が90%、10万人以上が88%と決められているようだが、県内市町村でこの収納率を達成しているところはいくつあるのか。
- 4 国の指針では医療費適正化の推進は都道府県の役割とされており、医療費適正化計画と整合性のある国民健康保険運営方針を作成することが規定されている。また、第104号議案における地域医療構想との整合性もなければいけない。医療費適正化計画には、医療給付費について予測ではなく、目標が定められている。都道府県には病床機能の再編、ジェネリックの使用促進、給付の効率化など目標達成の努力が義務付けられている。様々な縛りがかけて、給付費の抑制の義務を都道府県が負うことになるのか。
- 5 市町村の国民健康保険運営協議会の扱いはどうなるか。そのまま市町村の国民健康保険

運営協議会は存続するのか。

- 6 県は国民健康保険特別会計を新設するが、市町村の国民健康保険特別会計はそのまま存続して実際の賦課徴収を行うのか。
- 7 地域医療構想案では、埼玉県では2025年までに4,187床の増床が見込まれているが、全国的にはどのようになっているのか。8月までに策定済みとなっている19都府県の増減はどのようになっているのか。
- 8 昨年、内閣官房が示した将来の病床数の見込みの数値はどのようになっているのか。
- 9 都道府県が病床転換などに応じない各医療機関に対して制裁措置を取ることが可能となったが、これを県が行使して2025年の必要病床数の充足を強行に進めていくのか。
- 10 4,187床の増床が必要となる算出根拠を伺いたい。
- 11 本県では、主に隣接する1都4県に入院患者が1日当たり1,816人の流出超過となっているが、今後高齢化が進む中で県内完結型を目指す必要があると考える。県がほかの都県に持ち掛けたという、流出超過を半分としていくとした場合で試算した数値があればお示しいただきたい。
- 12 2025年までに4,187床が必要となると1年間で相当数の病床整備が必要であるが、どのように進めていくのか。
- 13 増床に伴い、医師、看護師などの人員はどのように確保していくのか。
- 14 高度急性期は75%、急性期は78%の病床稼働率で推計をしているが、実態に即せば必要病床数は更に増えるのではないかと。また、急性期病床が6,720床のマイナスとなっているが、高齢化が進む中で急性期が減るとの予測は実情に合わないと思うので見解を伺

う。

15 在宅医療等の必要量が平成37年は平成25年の1.78倍になると推計されている。先日の一般質問の答弁では、現在訪問診療の登録医師が657人とのことだったが、極めて少ない状況である。2025年に8万2,372人分の在宅医療を提供する体制をどう確保していくのか。

16 地域医療介護総合確保基金が約90億円あり、病床の転換などで使われると思うが、ハードの整備にしか使えないのか。それとも医師確保などにも使えるのか。また、支援の方法は、交付金や補助金なのか、それとも貸付金なのか。

#### A. 国保医療課長

1 県は財政的役割を担うとともに、市町村に対しては、収納率向上や医療費適正化対策の強化などについて、指導的立場になる。しかし、あくまで被保険者である住民へのサービスなど国保事業に主体的に取り組むのは従来どおり市町村である。

2 予定額よりも収納不足となった場合は、新設する財政安定化基金で補充するので、市町村が予定外の繰入れを行うことはないが、市町村が独自に不足分を公費から繰り入れることは可能である。

3 委員が先ほど発言した数値は法律で設定したものではなく、国がイメージとして示した標準的な収納率である。本県では被保険者数の規模別に目標収納率を設定しているが、達成している市町村は平成27年度で27市町村である。

4 国民健康保険において、医療費適正化に実際に取り組むのは市町村である。国保制度を将来にわたり持続させていくために必要不可欠な取り組みであり、県としても責任のある

課題と認識している。

5 国民健康保険法に基づき、これまでどおり市町村の運営協議会は存続し、引き続き被保険者の保険税や保険給付の内容等について検討する。

6 市町村はこれまでどおり国民健康保険特別会計を設置して、保険税を歳入とし、県への納付金を支払うこととなる。

#### A. 保健医療政策課長

7 19都府県のうち今後病床数が不足としているのは千葉県、東京都、大阪府の3都府県であり、残り16は病床が過剰になっている。

8 国の昨年の試算では、47都道府県のうち先ほどの3都府県に埼玉県、神奈川県、沖縄県を加えた6都府県で病床が不足すると見込まれている。

9 国は法改正の趣旨を、地域医療構想を実現するために都道府県の役割を強化したものと説明している。県としては、地域医療構想の実現は医療機関の自主的な取り組みにより進めていくべきものと考えている。

10 必要病床数の算出方法については、現在の人口を基に平成37年の性・年齢階級別の人口を算出し、それに現在の性・年齢階級別入院受療率を乗じて平成37年の入院患者数を算出し、更にそれに病床稼働率を勘案して推計した。

11 流入を見込んだ必要病床数は5万4,210床、流出を見込まない場合は5万7,365床であり、その差は約3,200床である。流出を半分とした際の必要病床数は、この差が半減したくらいの数と推測される。

14 計算上の病床稼働率は、国のガイドライン及び省令で定められた数値で計算することとなっている。なお、埼玉県の実際の高度急性

期、急性期の稼働率は統計数値がないため算定することができない。

医療需要は全ての機能で増加するため、過剰になる病床はないと考えている。しかし、比較対象の病床機能報告では急性期を経て回復期に至った患者がそのまま入院している場合に急性期として報告されていることがあるなど、実態を正確に反映できていないためこのような推計になっている。急性期病床が過剰で減らすという意味ではない。

A．医療整備課長

- 12 病床整備については整備計画の公募を実施している。昨年度実施した公募では、配分可能病床数の約4倍の応募があった。今後こうした手法を活用して病床整備を図り、併せて医療従事者を埼玉県に誘導したい。
- 13 埼玉県総合医局機構において学生への奨学金貸与や研修医や専門医などの医師確保策を講じており、しっかり下支えしていきたい。
- 15 現在、郡市医師会ごとに在宅医療連携拠点を整備しており、657人の医師に登録していただいた。今後、医師の負担軽減を図りながら、登録する医師を増やしていきたい。また、在宅医療では訪問看護も重要と考える。訪問看護ステーションの強化などにより、人材の確保を図っていきたい。
- 16 基金は平成26年度から設置し、平成26年度については36.4億円、平成27年度については30.3億円使っている。使い道は主に、病床の機能強化や病院間の連携のために必要な事業、在宅医療のための事業及び医療従事者の確保に関する事業の3つで、ハード整備だけではない。支援の方法は各事業への補助金の交付である。

Q．秋山委員

- 1 県は被保険者数別に目標収納率を設定しており、目標収納率を達成しているのは県内27市町村とのことだが、27市町村の被保険者数の規模の内訳はどうなっているのか。
- 2 納付金の不足分は財政安定化基金で補うとのことだが、例えば50億円のところ40億円しか保険税が収納できなかった場合、次年度に残りの10億円を上乗せして納付金を決めるのか。それとも一旦納付不足となったものは、不足分として累積するのか。
- 3 地域医療介護総合確保基金は約90億円だと認識している。先ほどの答弁と金額が異なるがどうなっているのか。

A．国保医療課長

- 1 県は、4つの区分で目標収納率を設定している。被保険者数1万人未満が目標94%で13市町村が達成済み、1万人以上5万人未満が目標93%で12市町村が達成済み、5万人以上10万人未満が目標92%で2市町村が達成済み、10万人以上が目標91%で達成済みはゼロとなっている。
- 2 財政安定化基金で補充した部分については、翌年度以降3年間で基金に返還することになる。次年度に全額を上乗せして納付することはない。

A．医療整備課長

- 3 先ほどの答弁の基金の額は医療分のみの額である。介護分と合わせると約90億円である。

Q．秋山委員

- 1 循環器・呼吸器病センターでは、今回診療科を新設するが、腎臓内科と緩和ケア内科の

医師数と病床数はどうなるのか。そして今回の変更で循環器・呼吸器病センターの医師数はどう変わるのか。

- 2 心臓血管外科を心臓外科と血管外科に分けるが、その意義と目的は何か。また、医師の配置はどうなるのか。
- 3 小児医療センターに救急科と臨床検査科を新設するが、その意義と目的は何か。また、医師の配置はどうなるのか。これにより小児医療センターの医師の定数と実人員はどう変化するのか。

#### A. 経営管理課長

- 1 循環器・呼吸器病センターの腎臓内科は医師数2名、専門の入院病床はなく、人工透析室を10床設ける。緩和ケア内科は医師数2名、24床である。新設する腎臓内科緩和ケア内科で2名ずつ医師が増える。
- 2 心臓外科は心臓弁膜症等の外科的診療を行い、血管外科は心臓以外の腹部動脈や足の大動脈などの血管の外科的な治療を行う。専門病院としてしっかり行っていることをアピールするため分ける。配置される医師数は心臓外科4名、血管外科2名となる。
- 3 診療科目を新設した目的は、救急科については小児救命救急センターの指定を受けるためである。これまでは内科を中心とした救急を受けていたが、外科も対応し24時間受け付けるようにする。臨床検査科については、救急科の新設により輸血を行わなければならない。また、北関東唯一の小児がん拠点病院であるため、血液関係のがんに対応する必要がある。こうしたことから血液の検査を精密に行わなければならないため強化する。救急科は医師を25名、臨床検査科は1名配置となる。小児医療センター全体の医師数は、定数115名であり、現員は99名である。

#### 付託議案に対する討論

##### 秋山委員

第94号議案に反対の立場で討論する。昨年5月、政府は市町村国保の都道府県化、入院時食事療養費の負担増、保険外治療の拡大、医療費適正化計画の強化など社会保障費削減のため、国民に痛みを押し付ける改悪を盛り込んだ医療保険制度の改正法案を成立させた。これにより平成30年度から国保制度は大きく変わる。この議案は都道府県が国保の保険者になることに伴って、埼玉県国民健康保険運営協議会を設置するというものである。

反対の理由は、第1に保険料が高すぎるという制度の構造的矛盾は国保の都道府県化によって何ら解消するものではない。第2にむしろ都道府県が国保財政の元締め、市町村の監督役となって被保険者の負担を増大させるおそれがある。第3に都道府県が医療費適正化計画の名の下に医療給付費削減の旗振り役を担って、国民県民を十分な医療提供から遠ざけるおそれが大きい。

第104号議案に反対の立場で討論する。地域医療構想は全国で20万床の病床を削減、30万人を在宅化しようとするもので、国は機械的に減らすものではないというが、病院のとうたもやむを得ないとしている。反対の理由は第1に医療給付費抑制のために全国の病床を削減するもので、患者・家族はもちろん、医療現場にも多大な負担を負わせるものである。第2に急性期が6,720床減少しているが、これはあり得ない。現場の声を聴き、病床の大幅増を求める。第3に将来5万4,210床が必要で4,187床増やす必要があるが、医師・看護師確保の政策が貧弱であり、このままでは病床数も在宅医療への対応もできない。医師確保のために県内に医学部を設置すべきである。

2016年10月11日

所管事務に関する質問（県立小児医療センターとさいたま赤十字病院の連携について）

Q．秋山委員

産科や小児科の医師が疲弊せずに続けていく秘けつは何か。

A．安藤参考人

産婦人科の医師は増えていないため、産婦人科学会が提言しているように集約化しかない。今回の両病院の連携についても、その1つと考えている。当院の産婦人科医は私を含めて11人いる。来年度の研修医のうち28人が当院を第一志望に挙げてくれた。その中には産婦人科希望者も多かったので、新病院オープン後は当院に来ることを期待している。

Q．秋山委員

県立病院には不採算部門を支える役割もある。頼ってもよいのではないか。

A．安藤参考人

周産期医療は必ずしも不採算ではない。埼玉医大総合医療センターなどもそうである。当院は昨年度900件程度の分娩を扱っているが、これを1,200件程度にしたい。これにより、周産期部門で採算を取ることも可能になると考えている。

Q．秋山委員

県立小児医療センターとは経営母体が異なるので、協議をしっかりと行う必要があると思うが、心配ないか。

A．安藤参考人

心配はあるが、経営的な手法で乗り切れると考えている。

A．内田参考人

先ほど私は、将来的に黒字にできるのではないかと発言したが、経営が厳しいのは事実である。県の補助金は経営上重要である。引き続きお願いしたい。

A．安藤参考人

当院が現病院の土地に戻った場合、県立小児医療センターとの連携は解消するのかと懸念を持たれたかもしれないがそうではない。医療の変化は速いので30年から40年後の医療がどうなっているか分からないが、その際に必要な連携の体制は当然確保する。誤解のないよう付け加えておく。