

◆高木真理委員

民主党・無所属の会の高木真理です。どうぞよろしくお願いをいたします。

まず最初に、当初予算案における主要な施策 18 ページにあります認知症対策の推進について伺います。

この(1)にあります認知症検診の推進、新規の取組でありますけれども 4,676 万 7,000 円、この事業、認知症患者が今どんどん増えているということで、2025 年問題の取組元年ということで、恐らく気合いを入れて新規事業化されたのだと思いますが、この事業、最終目的はどこにありますか。

○長峰宏芳委員長

石川稔保健医療部長。

◎保健医療部長

現在おります認知症患者、新オレンジプランによりますと 40 万人ぐらいに増加するというのが見込まれてございます。やはり私どもといたしましては、認知症がただ増えるのを待つというわけにもいきません。福祉的なアプローチもございますが、保健医療部としてはやはり治療につなげるというのが基本でございます。そのためのスクリーニングを行う必要があると思っております、これまでの厚生労働省の調べた様々なデータによりますと、認知症の発生割合というんでしょうか、は 70 歳から 74 歳までは 4.1%と非常に少ないんですけれども、75 歳以上になりますと急激に上がってまいります発症してくると。もう一つの研究班の調査によりますと、その発症までに通常 5 年程度は時間がかかるというデータもございます。

その二つのデータから、私どものほうといたしましては、75 歳に急激に発症する 5 年前の 70 歳に、これは各市町村の御協力が必要になりますけれども、全ての関係者の皆さんに受診をしていただいて、そしてそのスクリーニングによって少し認知症の疑いがある、認知機能の低下が見られるという方につきましては、専門の認知症医療機関での受診を受けていただいて適切な治療につなげる、これが目的でございます。

○長峰宏芳委員長

高木真理委員。

◆高木真理委員

保健医療部としての目的は治療につなげるところなのかと思いますけれども、恐らくその

先があって、これを治療につなげた結果、医療費が認知症が発症してからの分に関して下がっていくとか、介護のコストのこととか、そういった面にあるのか、あるいはやはり介護となると介護する御家族の問題も出てきます。認知症の場合にはここが大変なので、こういったところを緩和するとか、いろいろあると思うんですけれども、その先のところはどこに目標を置いていますか。

○長峰宏芳委員長

石川稔保健医療部長。

◎保健医療部長

委員御指摘のとおり、認知症の方々のいわゆる医療費の問題もございます。ただ私ども当面は2025年までに各地域に地域包括ケアシステムを構築することを大きな課題としております。その地域包括ケアシステムを構築する中で、いわゆる認知症は、がんなどと同じように非常に拡大が予想される疾病でございますので、これに対する手当てを始めていきたいというふうに考えていまして、来年度からこの事業に取り組ませていただきたいというふうに考えています。

○長峰宏芳委員長

高木真理委員。

◆高木真理委員

これは市町村と組んで市町村が検診のメニューの中にこれを入れて、その検診券みたいなものを持って検査に行くんだと思うんですけれども、どんな検査が行われるんでしょう。

○長峰宏芳委員長

石川稔保健医療部長。

◎保健医療部長

簡単なスクリーニングの用紙が用意してございまして、例えば動物の名前を3つ言ってくださいであるとか、あるいは幾つかの固有名詞を述べた後に、少し時間を置いた後にもう一度言った内容を復唱していただくとか、あるいは立方体の形を示しまして、それを図面に書いてくださいというような幾つかの通常の正常な方にとっては極めて簡易なクエスチョンになるかもしれませんが、それを行わせていただくこと、そして問診を行い、その上でこの方の認知機能の低下状況があるかどうかの御判断をいただくと、このような内容でございます。

○長峰宏芳委員長  
高木真理委員。

◆高木真理委員

伺っていてもそんなに難しい内容を聞いているわけじゃなさそうなんですよね。そうすると、この検査をこれだけかけてやって、これは県が持っている分なので、市町村も費用も出していくのかと思います。そういうふうにしてこの検査を一律にやることの有効性、効果についてちょっと心配をするところがあります。このような簡単な検査なのであれば、何となく自分でも認知機能が落ちてきたことに気付くんじゃないか。周りの家族も分かるんじゃないか。それこそがん検診でありますとか、普通の健康診断は血液の成分を調べるとか体の中の見えないところを見るとか、そういったものなので、検診しないと分からないとありますけれども、認知症の場合には分かりそうだと。かつ医療につなげると言いましたけれども、医療につながりたい、これは自分で何となく危なそう、あるいは家族も医療につながってほしいと思う場合には、自分で自発的に医療機関に行くこともできるわけです。そういう意味では、これは検診券を配っても、行く人はもともと行く人、行かない人はもともと行かない人という気がするんですね。

草加市で先行的にやっているというので、ちょっと聞いてみました。草加市の場合にはもう少し年齢層を広く展開しているようですけれども、受診率 6.29%ということでした。埼玉県はこれでどのくらいの受診率を目標にしていますか。

○長峰宏芳委員長  
石川稔保健医療部長。

◎保健医療部長  
この点については担当課長のほうからお答えをさせていただきます。

○長峰宏芳委員長  
野本実疾病対策課長。

◎疾病対策課長  
目標の関係でございます。委員御指摘のとおり、草加市におきましては、まだ始めた段階でございますけれども、やはり6%と低いという状況でございます。  
ただもう一方、特定健診ですか、そちらのほうにつきましては40%ぐらいというふうな数値で、やはりここら辺の組み合わせをうまく、あるいは周知をうまくすることによりまして、上がってくるものではないかというふうに期待しておりまして、約30%ぐらいを目標にしたいというふうに考えております。

○長峰宏芳委員長  
高木真理委員。

◆高木真理委員

ありがとうございます。

この認知症検診の問題というのは、認知症というものは、そもそも何なのかというふうに考えていくと、だんだん難しくなってくる問題でして、早期発見、早期治療はいいんですけれども、治るかという、残念ながら治らないというものですよね。

こちらが年齢別のパネルで、後ろにも見えるように両面にしてみましたけれども、確かに70歳から74歳までは4.1%なのに、75歳から79歳になると、がんと19.6%に上がっていく。このタイミングで抑えていこうというのは分かるんですけれども、最終的にこの95歳になるともう8割近く認知症になるというデータです。そうするとこれは病気なのかという、脳もたんぱく質でできていますから、経年変化でだんだんそうなるものなんじゃないかなという気もするわけです。

認知症に関してはタイプもあります。治療に向くタイプがありますけれども、これもなかなか認知症はタイプ別の診断も難しいというふうにいわれていますからあれですけれども、大体アルツハイマー型が50%、これが治療効果があるといわれているタイプ、そして脳血管性認知症20%、ここも外科的な対応などで症状が改善されます。そのほかにもあるわけですが、治療可能なのはこの70%だということです。では、この治療可能な中のアルツハイマー型ですけれども、調べると薬に関しては4種類5品目ぐらいが使われている。古いものだと12年前に認可されたアリセプトという薬剤などは、進行抑制効果、長年の研究がありますけれども、9か月から12か月程度、残念ながらそのくらいしか遅らせることができない。もちろん運動を足すとかいろいろそういうことで変わってくることもあるかと思っておりますけれども、医療につなげることで1年ぐらいしか遅らせることができず、かつ全体の中でこの薬物の治療の効果があるのは半分ぐらい。かつ受診率も、残念ながらそんなに高くないんじゃないかということを見ると、この4,670万円をかけて、それを上回る効果を出すというのが、結構難しいんじゃないかなというふうに思うんですけれども、その点はどうでしょうか。

○長峰宏芳委員長  
石川稔保健医療部長。

◎保健医療部長

2025年問題を目の前にいたしまして、認知症の方が40万人に増えるということが推計上明らかになっておりますので、何らかの手を打ちたいということで今回は始めさせていただいたものでございます。

先ほど委員、ちょっとお話がございましたが、市町村補助を必要とせず、10分の10の補

助で当面、平成 28 年度はやらせてもらいたい。そこでの実績、効果を何年か継続することによって見てみたいというふうに考えてございます。

委員御指摘のとおり、薬剤のほうがどのくらい進歩するかによって治癒につながるかどうかということもございますけれども、現在の医療水準、医療技術の中で取り組める範囲を取り組ませていただきたい、そんなようなつもりで始めさせていただくものでございます。

○長峰宏芳委員長  
高木真理委員。

#### ◆高木真理委員

今、糖尿病と認知症の関係性というのも随分いわれるようになってきました。糖尿病患者は糖尿病ではない患者さんのグループと比べると、認知症の割合が 74% 増える。そしてアルツハイマーでは 2 倍に達する。アルツハイマーは 3 型糖尿病ではないかという指摘も最近されています。ここは固まりとして糖尿病という把握をできる固まりが大きいことを考えると、この糖尿病予防治療の側面からアプローチしたほうが実際に人数を下げるという効果はあるのではないかというふうに思いますけれども、いかがかということ。あと自分で検診に行く人は検診に行くということを啓発することで、もう同じような効果が得られるんじゃないかと、この事業に関しては思ってしまうところがあるんですが、いかがでしょうか。

○長峰宏芳委員長  
石川稔保健医療部長。

#### ◎保健医療部長

糖尿病の重症化といわゆる認知症との関わりについては、委員御指摘のとおりかとは思いますが、しかしながら、私どものほうのアプローチといたしましては、糖尿病は糖尿病としてここまで拡大をしてまいりましたので、是非全県展開を、このままの形でやらせていただきたいというふうに考えてございます。

それから、認知症のいわゆる検診を受診する方々と、補助制度の在り方で余り意味がないのではないかという御指摘でございます。できるだけそういったことがないように、市町村の御協力をいただいて、多くのチャンネルでこの検診が受けられるよう、組み合わせを行うことによりまして、拡大をさせていただけないかなというふうに考えてございます。

○長峰宏芳委員長  
高木真理委員。

#### ◆高木真理委員

はい。展開をするということなので、是非気を付けていただきたいことがあると思っていま

す。それはこの告知の方法です。残念ながら治らないわけです。遅らすことはできても、がんなどでも本人告知というのは長年かけてどういう方法がということで進んできました。それが一気にじゃやりましたよということで、研修を受けた医者には、この検査は頼みますということですが、一気に入れども、一気にこれが広がるわけですから、ある意味で。そうなってくると、本人がそれを告知される方法によっては、すごいショックを受けてしまって、悪化をさせるということもあるでしょうし、家族の方もその受け止め方によっては、結構認知症って診断が下ったほうがいいのかわからないというのはいろんなものを書いてあります。やっぱり家族の接し方とかが変わってしまうと、それによって結果的に悪化してしまうという場合もあるので、その辺はそういったことがないような研修内容になっているんでしょうか。検査する医者の研修体制のところになりますけれども、いかがでしょうか。

○長峰宏芳委員長

石川稔保健医療部長。

◎保健医療部長

まだ、担当する医師の皆さんに、どういった形での患者さんへ対応するかということについてまでの確認はとれておりませんが、通常、がんも含めまして正しい病名を告知するというのが現在の通常の在り方なのかなというふうに考えてございます。

○長峰宏芳委員長

高木真理委員。

◆高木真理委員

しっかり気をつけるところを気をつけながら取り組んでいただいて、事業効果を是非計測しながら進めていただきたいというふうに思います。次に移ります。

糖尿病にまいます。糖尿病に関しては、本当に医療費抑制効果、あるいは、正に県民の健康にとって重大な問題になっているのだなということを痛感させられます。全国ですけれども、有病率は11.2%、2011年の数字ですけれども、世界で6位、ここに埼玉県の数を持ってきませんでしたけれども、おおむねその前後ということを見ると、かなりの数の患者さんがいらっしゃるのです。それこそ透析に行かれる方などにかかる治療費は大変大きい。1,000万円というふうに聞いたことがありますけれども、ならしても1人550万円かかるという先ほど答弁もありました。そういうことを考えると、ここの対策をとっていくことは非常に重要かと思えます。

このレセプトデータ等を活用した糖尿病重症化予防対策、これは厚生労働省からも評価されているということでしたけれども、非常に有効なので、是非進めていただきたいと思えます。先ほども質問がありましたので、私からこの点について伺いたいのは、最後残っている16市町村ありましたね。そこが取り組めないのはどういうところが一番障害ですか。

○長峰宏芳委員長  
石川稔保健医療部長。

◎保健医療部長  
担当政策幹からお答えさせます。

○長峰宏芳委員長  
唐橋竜一保健医療政策課政策幹。

◎保健医療政策課政策幹  
16の市町村につきましては、詳しくヒアリングをして調整をしているところでございます。様々なお話がありますが、1つは糖尿病対策、これは市町村の中でやろうと思えますと、保健師等のスタッフ、人員体制が十分でないといったお話。また、県からも財政支援をしておりますが、市町村の中で新規の予算の獲得がほかの新規事業が目白押しの中で難しいというお話。また、まだ地区の医師会と十分な合意がとれていなくて事業がスタートできない、ただ平成29年度はやりたいといった市町村もございます。主に3点でございます。

○長峰宏芳委員長  
高木真理委員。

◆高木真理委員

是非それらの理由を克服できるように、今年度1年間かけて全県に広がってほしいというふうに思います。

同じく、この糖尿病に関して健康長寿埼玉モデルの健康マイレージのほうからも伺いたいというふうに思うんですけれども、当初予算案における主要な施策1ページ、健康マイレージの制度の構築も大変期待しているところなんですけれども、これは枠組みを県のほうでつくって、健康に良いことを取り組んだときには、お得なポイントになるような仕組み、これを各市町村でメニューをつくって展開できるようにする、その枠組みづくりを県のほうですというお話だったかと思えます。

糖尿病に関しても、この早期発見が肝心かと思えますけれども、なかなか皆さんが検診を受けてくださらない。だから薬局でも指先の血液で測れるようにするとか、いろいろ取組をしておりますけれども、この検診を受けたら、マイレージのポイントになるというのが組み込まれると、検診の受診が進むというふうに思うんですが、そういうポイント付けは可能なような設計になっていくのでしょうか。

○長峰宏芳委員長  
石川稔保健医療部長。

◎保健医療部長

健康マイレージについてでございます。これにつきましては、委員御指摘のとおり、既に多くの市町村、20ぐらいの市町村、20強ですか、の市町村でも紙ベースでこういうマイレージ的なものを行っている市町村もございます。私どものほうとしては、63市町村がもう全ての市町村が参加できるような一つのプラットフォームをつくらせていただきまして、それぞれの市町村が、例えば、委員から御指摘がありました検診を受けたらポイントをつける。あるいは健康教室に参加したらポイントをつける。それぞれそれぞれの市町村ごとにポイントをつけたいものにやっぱり違いがあるかと思えます。それはそれぞれの市町村がカスタマイズすることによって、全体として一つのシステムに入っただけ、そういうものを設計したいと思っております。

いずれにいたしましても、お答えとしましては、検診の参加ポイントは取り組むように設計することは可能でございます。

○長峰宏芳委員長

高木真理委員。

◆高木真理委員

分かりました。

それでは、次にもう1回戻りますけれども、当初予算案における主要な施策2ページの糖尿病重症化予防のかかりつけ医と糖尿病専門医のネットワークづくりのほうについてちょっと伺いたいと思えます。

糖尿病治療というのは、いろんな治療法があるんでしょうけれども、これだけのボリュームの患者がいて、これだけの医療費がかかってくるということになると、医療費に関わる側の行政も、いい意味で治療にも口出しというと変かもしれませんが、治療方法などについてもあるいはその患者さんのフォローアップ体制についても関わっていくことが必要なのではないかとこのように思います。がんのほうも医療機関にだけ任せずに、その拠点病院との連携をどう組むかということとか、あるいは患者さんも含める形でどういうふうに政策をつかっていこうか、予算をつけていこうかという法律の枠組みができているかと思えます。

この糖尿病の治療に関して、アメリカで行われた4.8万人を対象にしたアコード試験というのが行われて、血糖値の厳し過ぎるコントロールは死亡率を上げてしまうという治療の実験結果が出ていて、世界的にどうも治療方法がかなり変わってきている。でも、日本はともそのスタンダードが変わってきていないんじゃないかという指摘もなされているようです。

そうした中で、この方法だけを今いい悪いとか言って取り上げるつもりはないんですけれども、治療実績を上げるために、この予算書にあるものは専門医とかかりつけ医だけのネットワークのようなんですけれども、行政も口を出していく、そして患者さんも声を上げていけるような、そういったネットワークづくり、治療実績を上げるためのネットワークづくりというものは考えられないでしょうかということ伺います。

○長峰宏芳委員長

石川稔保健医療部長。

◎保健医療部長

委員御指摘のような形での展開は望ましい方向かとは存じますが、現段階ではそこまで行っておりません。私どものほうとしては県医師会並びに医師会に所属します糖尿病の専門医の方々の御協力もいただきまして、ここにも記載されていますとおり、糖尿病性腎症重症化予防プログラムというものを作成をしていただきました。ここに記載されたいわゆるスキームにのっとり、かかりつけ医及び専門医との間での連携をとっていただき、どちらかというとかかりつけ医の皆さんが余り長く引っ張らずに、一定の状態から見た場合には、すぐに専門医につなぐことによって、重症化を防ぐということに力点を置いてやっておりまして、行政の関わりとしてはそこまでとどまっております。

○長峰宏芳委員長

高木真理委員。

◆高木真理委員

長期的な視野としては、その先も是非見据えていただきたいというふうに思いますが、このネットワークづくりの事業は新規ではないので、これまでどこかの地区でやっていて、今度プラス2地区進めるんだと思いますが、これまで取り組んできた地区名と来年度で取り組む地区名を教えてください。

○長峰宏芳委員長

石川稔保健医療部長。

◎保健医療部長

担当政策幹にお答えさせます。

○長峰宏芳委員長

唐橋竜一保健医療政策課政策幹。

◎保健医療政策課政策幹

今年度は2地区、1地区は県東部地域の草加・八潮地域で行いました。もう一地域が西部地域の所沢・狭山・入間地域で行いました。これは私どもがこの糖尿病の重症化予防の事業を始めるに当たりまして、多くの先生から、かかりつけ医、それから専門医からお話を聞きましたところ、かかりつけ医のほうでは、重症化する前に専門医につなぎたいんだけど、なかなか顔の見える関係にない、つなげないといった意見が非常に多くありました。

また、専門医のほうでは、かなり病状が進んでから、いわばやや手遅れになってから紹介されるケースがあつて困るというお話を聞きました。

それで、適切なタイミングで患者つなぎをできるように、この2地域でかかりつけ医の先生と専門医の先生、また我々も入りまして、1年間議論を行ってきたところです。なかなかこれは非常に難しい、一口に言いますと病診連携ですが、非常に難しいお話ですので、まだはっきりした成果は出ておりません。平成28年度もこの2地域で行っていきたいと考えております。

○長峰宏芳委員長

高木真理委員。

#### ◆高木真理委員

分かりました。

効果的になるように是非取り組んでいただきたいというふうに思います。

この重症化を予防するために連携するという話で思い出すのが、「とねっと」になります。「とねっと」は今回予算書には上がってきていない項目ですけれども、私はこれを全県展開をもうそろそろすべきではないかという意味で、予算書に載っていないのはなぜかという観点から伺いたいと思っています。

利根医療圏において中核医療機関が不足している、また糖尿病専門医も不足している、人工透析患者を抑制したい、いろんな思いから医療機関がネットワークできるように診察カード、ここの番号からのタグ付けでいろいろ医療機関同士の受診予約もできたり、あるいは検査データの共有ができたりとかということが出来る仕組みでありまして、6億4,000万円かけて導入しています。大変お金がかかっているものですので、是非それだけの効果があつてほしいなというふうに思っておりますけれども、こちらの効果、カードの加入者数は若干伸びが止まってしまって、目標5万人のところをまだ2万6,000人なんだなというふうに思っているんですけれども、効果をどのように図っていらっしゃいますでしょうか。

○長峰宏芳委員長

石川稔保健医療部長。

◎保健医療部長

御指摘の利根地域では「とねっと」を活用いたしまして、糖尿病の重症化予防に取り組んでおります。中核病院と31の周辺医療機関との間で患者情報を共有をしております。治療方針の共有、そして症状が悪化したり改善したときの患者の相互乗入れなどに役立てております。87%の患者が症状の維持又は改善に効果があつたという成果が出ております。

この取組は非常に優れております。引き続き各市町村の取組を促進させることによって、さらにその効果を高めていければというふうに考えてございます。

○長峰宏芳委員長  
高木真理委員。

◆高木真理委員

大変効果があるということの後の御回答は、圏域内でこのカードを利用される方を増やすという意味かなというふうに思いましたけれども、これは効果があるんだったら、やっぱりこれだけ糖尿病の重症化を予防しようということに効果があるものを1か所でやっているわけです。これを是非、全県展開してはというふうに思いますが、いかがでしょうか。

○長峰宏芳委員長  
石川稔保健医療部長。

◎保健医療部長

「とねっと」の取組から今言えることは、やはり圏域内にございます中核となる医療機関、つまり病院の先生方、それから診療所の先生方、そして各検診などに当たる機関の皆様、そして行政、こういった方々が本当に力を合わせて一緒にやるという合意形成ができないと、一人でも嫌だよというようなことになりますと、なかなか効果が半減してしまいますので、そういった合意形成を図り、できるだけ多くの皆さんに入っていただくと、これができるような下地ができれば、委員御指摘のとおり他の地域に拡大することはできると思います。

○長峰宏芳委員長  
高木真理委員。

◆高木真理委員

下地づくりが難しいというのも、部長の答弁の御様子からとても分かりましたけれども、例えば、データの共有が進むだけでも検診結果をあっちでもこっちでも受けなくても、これを見てくださいというふうに言えるだけでもぐっと変わってきますし、全体が全部合意しないとということにこだわらずに導入しても効果がある導入の仕方ってあるんじゃないかと思うんですが、いかがですか。

○長峰宏芳委員長  
石川稔保健医療部長。

◎保健医療部長

先ほど委員御指摘されたように、税の投入としては非常に大きな金額が必要となってございます。したがって、それなりの効果が見込めるところでないとなかなか事業化は難しいという状況でございます。

○長峰宏芳委員長  
高木真理委員。

◆高木真理委員

最初は初期の導入費用だったのでかかったんだと思うんですけども、最初のスキームができていますので、ほかに展開するときにはそこまでかけずにできるのではないかなと思うので、是非検討をお願いをしたいと思います。次にいきます。

周産期医療について伺います。当初予算案における主要な施策の12ページ、歳出予算の事業概要27ページなどに関係しておりますけれども、周産期、これまでやはり埼玉県は周産期が弱いということで、かなり県外に依存している割合も高かったという御報告を以前伺っております。現状としては母体・新生児搬送コーディネーターを配置したりして、そういったスムーズに周産期の状況に対応できるようにということはやっているかと思うんですけども、県外の依存率を教えてください。東京と群馬とかと分かれば、そこも教えてください。

○長峰宏芳委員長  
石川稔保健医療部長。

◎保健医療部長

母体の救急搬送につきましては、直近で分かるデータがちょっと古くなって恐縮でございますけれども、平成26年の調査結果で恐縮ですが、搬送された県内搬送者が1,005件、県外搬送者が123件ございまして、その県外の123件のうち最も多いのが東京都80件、続きまして群馬県が29件、以下、栃木7件、千葉5件、茨城1件、神奈川1件の状況でございます。

○長峰宏芳委員長  
高木真理委員。

◆高木真理委員

この状況が、新都心医療拠点ができることで改善が期待されるわけですが、改善効果はどのくらいというふうに考えていますでしょうか。

○長峰宏芳委員長  
石川稔保健医療部長。

◎保健医療部長

御指摘のさいたま新都心医療拠点につきましては、御案内のとおり県立の小児医療センターとさいたま赤十字病院が合築をすることによりまして、総合周産期母子医療センターの

機能を果たしていただくというように考えています。さいたま赤十字病院側にはMFICU、いわゆる母体胎児集中治療室を9床整備をいたします。県立小児医療センターには現在NICUが15床ございますが、さらに15床加えて30床にする予定になってございます。加えて、現在事業を進めています遠隔胎児診断支援システムを併せまして、この123件の県外搬送につきましては、極力減少するものであるというふうに考えてございます。具体的に何件とまでは申し上げられませんが、大幅に減少するものと考えております。

○長峰宏芳委員長  
高木真理委員。

◆高木真理委員

大幅に減少するというので、実際の効果を期待したいというふうに思います。

派生して今お話にも出ました遠隔胎児診断支援システムについても伺いたいと思いますけれども、補正予算でも一回組んでいましたよね。来年度の予算と合わせてどのくらいの県内の産院がこれはカバーされるのでしょうか。

○長峰宏芳委員長  
石川稔保健医療部長。

◎保健医療部長  
この点については政策幹のほうからお答えさせます。

○長峰宏芳委員長  
唐橋竜一保健医療政策課政策幹。

◎保健医療政策課政策幹

補正予算の前に県内の産科医療機関、91の医療機関にアンケート調査を行いまして、予算が成立したならば、このシステムにつなぐ意思があるかと。その時点では26機関、県内の分娩の取扱い数のカバー率でいいますと、41.7%の機関でございました。平成28年度の当初予算で産科医療機関で導入に際して大きな課題となるのが費用、このシステムにつなぐためにエコーを撮った画像を新都心に送るために付加的な機器を設置する必要がありますので、その費用が課題だというお話がありました。28年度の予算でこの機器の補助費用を積ませていただいております。お認めいただきましたらば、産科分娩の取扱い件数の多い医療機関などを中心に働き掛けまして、目標といたしましては、分娩数ベースで70%をカバーするような医療機関の接続を図っていきたいと思っております。

○長峰宏芳委員長  
高木真理委員。

◆高木真理委員

ありがとうございました。

70%をカバーされるようになってくると、かなりのカバー率かなというふうに思いますので、是非こちらも効果を期待したいというふうに思います。それでは、次に移ります。

当初予算案における主要な施策の8ページ、薬局のかかりつけ機能の強化について伺います。

かかりつけ薬局があったほうが良いというのは、とてもよく分かるところでして、今お薬手帳なども本当はあれに全部つけなければいけないんだよなというふうに思うんですが、なかなかお薬手帳も必ず持ち歩けなかつたりすると、お薬の情報が一元化できないことが、そういう方も多くいらっしゃるのではないかとこのように思います。この薬局のかかりつけ機能の強化の事業概要を見させていただきますと、薬剤師も様々なことに取り組むようにこれかくなっていくんだなというふうに感じるところであります。薬剤師の仕事がかなり増えていくという現状があります。この辺対応できそうか、できるところから始めていくということかと思えますけれども、現場からどんな声が聞こえてきているか、伺います。

○長峰宏芳委員長

石川稔保健医療部長。

◎保健医療部長

担当課長からお答えさせます。

○長峰宏芳委員長

謝村錦芳薬務課長。

◎薬務課長

現場のほうの声ですけれども、このかかりつけ薬局というものは、医薬分業が進んだころ、厚生労働省が進めたころから、かかりつけ薬局を勧めておりまして、ようやく自分たちが患者さんの全てのデータを見て指導ができるということで、これについてはやる気が出ています。

○長峰宏芳委員長

高木真理委員。

◆高木真理委員

それぞれ薬局でも人的余力によってこうした在宅訪問ができるかとか、残薬指導のために御自宅まで伺って指導するということもあるようなので、そういったことまでできるかなど、いろいろ幅はあるかと思えますけれども、少しずつ気合いは皆さんの中にも入っているとい

うことなので、進んでほしいというふうに思いますけれども、このかかりつけ薬局そのものというのを、来年度はかかりつけ薬局には調剤費が厚くなるような制度に変わっていくようなことも伺っていますが、どのようにかかりつけ薬局を決めていくことになるのでしょうか。

○長峰宏芳委員長

石川稔保健医療部長。

◎保健医療部長

担当課長にお答えさせます。

○長峰宏芳委員長

謝村錦芳薬務課長。

◎薬務課長

厚生労働省のほうが規定しているかかりつけ薬局というのは、服薬情報の一元的・継続した管理ができること、それから24時間対応、在宅対応ができること、それからもう一つかかりつけ医をはじめとした医療機関との連携が図れているということで、たくさんの要件があります。ですけれども、これらの要件を満たすということ、これから薬局のほうで足りないものについては研修をし、自ら学び、そしてこのかかりつけ薬局になっていくものというふうに考えています。

なお、厚生労働省の保険のほうは、この4月1日からかかりつけ薬剤師として薬局にいらっしゃった患者が、私をかかりつけ薬剤師にしてくださいということで、その患者に念書というんですか、いわゆるかかりつけ薬剤師として認めますというその書類を患者さんに書いてもらいます。その患者さんに書いてもらった書類を持って、この患者の服薬、いわゆる幾つかの診療所に行っても、全部私のところに来てください。それからOTC販売におきましても、併せて薬の飲み方も指導をいたしますというようなこと。それからあと、夜になって困った場合にでも、私のほうがその相談を受けますというようなことで、そのかかりつけ薬剤師になることで、このかかりつけ薬局の制度が保険のほうでも反映していくということになっております。

○長峰宏芳委員長

11秒です。

高木真理委員。

◆高木真理委員

全ての人がかかりつけ薬剤師を指定するということですね。

○長峰宏芳委員長  
謝村錦芳薬務課長。

◎薬務課長  
はい、そのとおりでございます。

○長峰宏芳委員長  
以上で、民主・無所属の質疑は終了いたしました。