環境福祉委員会会議記録

環境福祉委員会委員長　及川　あつし

1　日時

平成 26 年 12 月８日（月曜日）

午前 10 時３分開会、午後４時 27 分散会

（うち休憩　午後 12 時３分～午後１時５分、午後１時９分～午後１時 10 分、
午後１時 21 分～午後１時 22 分、午後２時 12 分～午後２時 15 分、
午後２時 30 分～午後２時 31 分、午後３時 20 分～午後３時 33 分）

2　場所

第５委員会室

3　出席委員

及川あつし委員長、名須川晋副委員長、千葉伝委員、樋下正信委員、福井せいじ委員、佐々木努委員、伊藤勢至委員、佐々木朋和委員、木村幸弘委員

4　欠席委員

なし

5　事務局職員

藤枝担当書記、藤平担当書記、藤原併任書記、佐々木併任書記、千田併任書記

6　説明のために出席した者

(1)　保健福祉部

根子保健福祉部長、紺野保健福祉部副部長兼保健福祉企画室長、菅原医務担当技監、野原医療政策室長兼医師支援推進室長、鈴木参事兼障がい保健福祉課総括課長、斉藤参事兼長寿社会課総括課長、伊藤保健福祉企画室企画課長、五日市健康国保課総括課長、千田地域福祉課総括課長、南子ども子育て支援課総括課長、葛尾医療政策室医務課長、高橋医療政策室地域医療推進課長

(2)　環境生活部

風早環境生活部長、津軽石環境生活部副部長兼環境生活企画室長、玉懸環境担当技監兼廃棄物特別対策室長、鈴木若者女性協働推進室長、工藤環境生活企画室企画課長、高橋環境生活企画室温暖化・エネルギー対策課長、松本環境保全課総括課長、大泉資源循環推進課総括課長、小野寺自然保護課総括課長、白岩県民くらしの安全課総括課長、小島県民くらしの安全課食の安全安心課長、中野県民くらしの安全課県民生活安全課長、後藤県民くらしの安全課消費生活課長、工藤廃棄物特別対策室再生・整備課長、

佐々木廃棄物特別対策室災害廃棄物対策課長、
亀井特命参事兼青少年・男女共同参画課長、千葉ＮＰＯ・文化国際課長

７　一般傍聴者

８名

８　会議に付した事件

(1)　保健福祉部

（請願陳情継続審査）

受理番号第 99 号　岩手県南３市町の子供たちの甲状腺検査を求める請願

（議案）

ア　議案第２号　平成 26 年度岩手県一般会計補正予算（第６号）

イ　議案第５号　岩手県指定難病審査会の委員の定数等に関する条例

ウ　議案第６号　岩手県小児慢性特定疾病審査会の委員の定数に関する条例

エ　議案第 14 号　地域医療介護総合確保基金条例

オ　議案第 20 号　児童福祉法の一部改正に伴う関係条例の整備に関する条例

カ　議案第 35 号　岩手県立福祉の里センターの指定管理者を指定することに関し議決を求めることについて

キ　議案第 36 号　ふれあいランド岩手の指定管理者を指定することに関し議決を求めることについて

ク　議案第 37 号　いわて子どもの森の指定管理者を指定することに関し議決を求めることについて

（請願陳情）

受理番号第 134 号　子どもの医療費助成制度拡充を求める請願

(2)　環境生活部

（議案）

ア　議案第２号　平成 26 年度岩手県一般会計補正予算（第６号）

イ　議案第 13 号　災害廃棄物処理基金条例の一部を改正する条例

ウ　議案第 34 号　岩手県営屋内温水プールの指定管理者を指定することに関し議決を求めることについて

９　議事の内容

○及川あつし委員長　ただいまから環境福祉委員会を開会いたします。

これより本日の会議を開きます。本日は、お手元に配付しております日程により会議を行います。議案等たくさんございますが、よろしくお願いいたします。

初めに、保健福祉部関係の請願陳情について審査を行います。受理番号第 99 号岩手県南３市町の子供たちの甲状腺検査を求める請願を議題といたします。

本日は、参考人として、独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター、西尾正道名誉院長をお招きいたしておりますので、御紹介申し上げます。

西尾名誉院長の略歴につきましては、お手元に配付いたしておりますので、御了承願います。

本日は、受理番号第99号岩手県南３市町の子供たちの甲状腺検査を求める請願につきまして、専門的な立場から御解説、御意見をいただくことといたしております。また、後ほど、質疑、意見交換の時間を設けておりますので、よろしくお願いいたします。

それでは、西尾名誉院長、よろしくお願いいたします。

○西尾正道参考人　改めまして西尾です。きょうは、こういう機会を与えていただきましてありがとうございます。政府や行政の人たちのこういう会は、少し言葉は悪いですけれども、御用学者的な人たちの意見陳述というのが多いのですけれども、批判的な立場の人間の意見を、皆さんに聞いていただくチャンスがほとんどないのです。

私は、39 年間、国立病院のがんセンターでがんの放射線治療をやってきたのです。日本で最も多い病院の一つで､今でも年間1,500人ぐらいの患者の放射線治療をやっています。これまで３万人ぐらいの患者に放射線をかけてきて、放射線をかけたらどうなるかということを多分一番よく知っています。大学などの若い先生方は、２、３年でころころかわることはありますけれども、同じ病院にずっと勤めていて、自分で治療をした人を10年、20年と長い経過で見て、放射線のいい面、悪い面の放射線誘発がんの人をつくった数としては、数えただけで十何人いますので、日本で一番多いと思います。そういう点では、医者の人生全部、がんを切らないでどうやって放射線治療できれいに治すかという仕事、それは光の面をずっと追いかけた人生だったわけです。

ところが、看護師やレントゲン技師に講義をする上で、放射線の防護学みたいなものも国際放射線防護委員会（ＩＣＲＰ）が教科書になっていますから、それに準じた知識は持っていて、ずっとかかわってきたのですけれども、平成 23 年３月 11 日以降、院長になって少し時間もできて見てみると、とんでもない裏があるということがわかりました。しかし、しっかりとそれを言えるドクターがいませんので、本当に困っているのですけれども、医者の教育も、技師の教育も、ほとんどその教科書に準じて物を考えるということが現在の状況をつくり出していると思います。

早速幾つかの点について、こういうことを考えなければいけないということを含めてお話ししたいと思います。

最初に、日本人の大人の場合、基本的にヨウ素が13ミリぐらい体の中にあるのですけれども、ほとんどは甲状腺の中に取り込まれています。ですから、そこになければ、ほとんど尿中に出てしまいます。必要なのは甲状腺だけです。ヨウ素が１日にどのくらい必要かということについてですが、ヨウ素が多い食べ物は、昆布、ワカメ、ノリなどで、特に昆布に多く含まれています。動物の場合、イワシやサバに入っていますけれども、普通の生活で、昆布でだしをとったみそ汁を飲んでいれば、ヨウ素が不足するということはありません。日本人は世界中の中で一番ヨウ素をとっている民族です。

チェルノブイリの子供たちの場合は、内陸でこういうものを食べるチャンスがなく、ヨ

ウ素が非常に枯渇したような状態で、放射性のヨウ素が飛んできたときには、非常に空腹になっていますからすぐ取り込むというような生活環境だった可能性があるということなのです。ですから、同じ放射性ヨウ素が飛んできても、日本人の子供たちが、日常生活の中でヨウ素が飽和されていれば、もう要らないということで、すぐ尿になって出ていった可能性があります。そういう摂取量がどのくらいだったかという議論が全くなされていないのです。

それで、10 歳から 15 歳ぐらいの子供たちはどのくらいのヨウ素が必要かというと、１日 130 マイクログラムぐらいですので、実際には普通の食生活でほとんどの維持量は摂取されているとお考えになって結構だと思います。

それから、甲状腺検診が、人間の体の代謝にたくさん関係していまして、エネルギー代謝やたんぱく質の核酸代謝、それから成長に関係したもの、脂質やビタミンの代謝のようなものに全部絡んでいまして、頸部の前のところにある小さな臓器ですけれども、実際にはここから甲状腺ホルモンが出ております。こういうものにもちゃんとした量があって、普通の人間の代謝が、生活を維持できるわけです。それが余り出てこないと甲状腺機能が低下し、体がだるいなどというようなことになりますから、極めて機能的なものを持っているということです。ただそこにあるというだけではなくて、これがなければ人間の生活の中で体に偏重を来すという臓器であります。

実は、チェルノブイリのときに、ポーランドだけ甲状腺のヨウ素剤を配っているのです。ポーランドでは、甲状腺がんがほとんど出ていません。この薬を予防的に投与する場合に一番いいのは、事前に投与するのですけれども、事故が起こる前に飲むわけにはいきませんから、事故が起きた直後に飲ませないと意味がないのです。６時間たってからでは、ほとんど取り込まれていますから、10％ぐらいしか予防効果がないと言われています。実際に事故が起こってから、取りに来てくださいというのでは間に合わないのです。

ですから、もしこういう対策をするとしたら、事前に配っておいて飲むということをしなければ、ほとんど意味がありません。ヨード系の造影剤を使って 10 万人に１人、アナフィラキシーショックを起こす人がいるのですけれども、事故が起こってからアレルギーがあるかをチェックするわけではないので、事前に配布するのが筋だろうと思います。

それから、福島県立医科大学は、実に 100 万錠集めて、それを自分たち身内だけ飲んで、あとは三春町に配っていますけれども、そこでは全部廃棄してしまってほとんど飲んでいません。これは韓国の船長と同じです。自分たちだけ飲んで、あと住民に配らなかったというような、かなり問題がある対応を県立医大がしてしまったということから、この人たちの人間としての信用が落ちてしまったということはあると思います。

原子力安全委員会は、こういった事故が起こった場合に、汚染に関しては法律どおり、１万 3,000ｃｐｍで除染の対象になり、ヨウ素剤も配りなさいということで、直後に勧告しているのですけれども、これをしなかったという問題があります。これは、あくまでもヨウ素の甲状腺がんに対する、チェルノブイリの教訓を踏まえた勧告だったわけです。

事故が起こったときに、チェルノブイリの教訓をもとにして、ベルギーでは、10 ミリシーベルトのところを境界にしてヨウ素剤の配布を義務づけています。それから、ドイツ、オーストラリア、アメリカでも、50 ミリシーベルトを境にしてヨウ素剤を配布するとなっていますけれども、日本は 100 ミリシーベルトです。

日本の場合は、100 ミリシーベルトに設定して、安全神話で啓蒙しており、最初から 100 ミリシーベルト以下であれば甲状腺がんは出ないというスタンスでかかわっているわけで、例えば、独立行政法人放射線医学総合研究所の明石先生など、こういうスタンスの人が、そういった意向を踏まえてＩＣＲＰや世界保健機関（ＷＨＯ）の会議に出て、そういう発言の中で報告書が出てくるという構造になっているわけです。

では実際に、事故直後どうしたのかというと、例えば、物の表面汚染濃度は 40 ベクレルパー平方センチメートルで、それは除染してからでないと、そこから出してはいけないというものなのですけれども、人間の体の表面汚染密度に換算した場合は 6,000ｃｐｍです。これが大体１歳の子供の甲状腺の 100 ミリシーベルトに相当する線量になるのですけれども、３月 13 日に、これを１万 3,000ｃｐｍにしました。さらに、３月 14 日には 10 万ｃｐｍに変えているのです。常識的に考えたら、6,000ｃｐｍで除染しないと皆さんが福島県から逃げられないわけですから、10 万ｃｐｍまで上げたということです。この量は急性障害防止レベルの量なのです。

初期ですからヨウ素もたくさん出ています。福島県立医大の周辺で、３月 15 日に採取された葉菜においては 119 万ベクレル出ているというくらいで、とんでもない量が出ているということだけは確かなのです。しかし、残念ながら、きちんとした測定を何もやっていないのです。弘前大学の先生の１人がはかって、１歳児で 880 ミリシーベルトぐらいに相当するというようなことを最初に発表しましたけれども、なぜか、だんだんその情報が断ち切れてしまって、出ていません。

最終的には、福島県のスクリーニングレベルを 10 万ｃｐｍまで引き上げたという事実も含めて、ことしの「科学」という岩波書店から出ている大変レベルの高い雑誌ですけれども、やはりヨウ素剤を配布すべきだったということを書かれた論文が載っております。

ヨウ素の甲状腺の検査に関しては、18 歳以下の方を対象にしてやられています。しかし、マンパワーの問題もありますから、まず、結節とのう胞だけを拾い上げるというスクリーニングを始めました。主に検査技師がやられていますが、エコーの器械を使って医療行為ができるのは、医者と検査技師とレントゲン技師の三つの職種の人です。医者はとにかく少ないですし、マンパワー不足もありますから、基本的には臨床検査技師を主体にしてこの検査を進めているというのが現状です。

最初のスクリーニングとしては、それで十分だと思います。ただ問題は、国際連合の科学委員会（ＵＮＳＣＥＡＲ）からも放射性ヨウ素の実測値が余りにも不足している、被曝線量について不確定要素が多過ぎると指摘されております。この中で、政府側は、いろいろ作文をして、福島県の線量は低かったと言っているわけです。

飯舘村の 1,080 人ぐらいの子供たちを検査したデータだけが唯一発表されていますが、これは、ほとんど甲状腺のヨウ素がかなりなくなってから、しかもヨウ化ナトリウムのシンチレーション式サーベイメーターでベータ線ではなく、ガンマ線を測定しているのです。ガンマ線が 0.2 マイクロシーベルト出ますと、甲状腺等価線量が 100 ミリシーベルト相当と言われているものですから、そういうガンマ線の少ない量をはかって推定したデータなので、いかにも公的なデータのように見えますけれども、余り信用のおけるデータではないのです。

こういった一連の中で、最近、ＵＮＳＣＥＡＲは、過剰な発がんはほとんどないと考えられるという報告書を出しましたけれども、ＷＨＯの元アドバイザーの生物学者が、それについて適時性、透明性、包括性、独立性、科学的妥当性については全く問題であるということで記者会見しています。普通に考えた場合には、独立性なども、まさに事故被害を過小評価する立場だけでつくられた報告書なので、かなり問題があると専門家から批判されているのが現状です。

もう一つ、最初の事故が起こったとき、政府が、推定値では 160 ペタベクレルと言われましたけれども、１年後に、東京電力がもう一回見直して、実際には 500 ペタベクレルぐらいだったという報告をしております。これは東京電力の報告ですから、実際には約３倍以上の放射線の放出量だったということが、ほとんど新聞には載っていないのです。

これで換算すると、今回の事故は広島原爆の 168 発分だと言っていましたけれども、実際には 2,600 発分ぐらいのすごい量に相当するのです。さらに、アメリカの政府が、ことし放出量を再度見直しました。そうしますと、チェルノブイリ原発事故の 1.8 倍の 18.1 京ベクレルという報告書が出ておりまして、なおかつ深刻なのは、ヨウ素は出ていないにしても、今なおセシウム、ストロンチウムといったものが大量に出されているという現状があるわけです。

これがずっと続くとなると２倍から 20 倍だろうという京都大学の物理の名誉教授が推定しておりますけれども、チェルノブイリよりは少なかったとは言えない量が、比較的狭い面積にふり注いだということは確かなのです。チェルノブイリは、北ヨーロッパまで行くような、非常に広範な土地の広がりですけれども、日本の場合は国土自体が狭いですから、かなり深刻な状態であると考えたほうが間違いはないのです。

けれども、こういったデータは、残念ながら完全に押さえられているのです。先日、ＮＨＫの関係者と食事をしたのですけれども、安倍政権になってから、政府の圧力があって、非常に大変な状態だということです。現場の人たちの声として、そういう事実があるのです。こういうものが隠されてしまっている状態があります。

甲状腺ののう胞ですが、簡単に言えば水胞です。こういうものは、先天的に持っている人もいますし、何らかの炎症が起こって、それが融解して、のう胞に変性していくということもあるでしょう。人間の体の中に、のう胞があるというのは別に不思議なことではなくて、肝臓には肝のう胞、腎臓には腎のう胞を持っている人がたくさんいて、結構ポピュ

ラーなことなのです。これは全く悪いものではありません。放っておいてもいいということです。

実際に、こういうのう胞がたくさん出て、それが全部Ａ２判定になりました。１ミリ以上ののう胞があれば、全部Ａ２になるわけです。Ａ１は全く異常がないということですけれども、Ａ２は、１ミリ以上ののう胞があったり、５センチ以下の結節があるということを言っております。その頻度が 47%ぐらい出たので、Ａ２判定になる人が非常に多く、お母さん方がびっくりしたわけです。

政府に、ほかの県の子供たちと比較してみたらどうかということを言ったところ、青森県、山梨県、長崎県のと３県でやっていただきました。これは、懇意にしている荒井さとしさんなど札幌市出身の議員に働きかけてやってもらったのですけれども、実際にはほかの県も 50%前後の人がのう胞Ａ２判定になってしまうということです。

実際に自分でエコーやってみると、年齢の若い人はほとんどありません。例えばゼロ歳児、１歳児なんかはほとんど出ていないのです。一番成長期に差しかかった小学校の高学年から中学生ぐらいが非常に多発しています。これはどういう意味があるのかというと、病的なものではなくて、１ミリの小のう胞が、どんどんサイズが大きくなるのですが、細胞分裂して、細胞で全部埋め尽くされなければいけないのだけれども、細胞ができるスピードが追いつかないのです。

日本人のようにヨウ素をたくさん持っていたら、原料はたくさんありますから、どんどん分裂して大きくなるときに、分裂する細胞スピードに追いつかないで空洞になって、そこに液性の成分がたまるコロイドのう胞という典型的なものです。その液性の成分は、ただの水ではなくて、甲状腺ホルモンをつくる成分を含んでいるのです。

ただ、こういうことは、今回検査をやってみて初めてわかったことなのです。だから、福島県立医科大学の人たちも、そういう医学的な解釈をきちんと説明すれば、お母さん方は安心するのですけれども、そういうことを一切説明しないわけです。効果判定をＡ１、Ａ２と、ただ郵送するだけです。それから、これを自分たち医者がやっているわけではなく、検査技師がやった画像を後から見ているだけですので、要するに説明する時間が持てないのでしょう。

実際にこういう状態を見ると、これは単なる成長期の一過程でしかないなと思います。思春期になった顔にニキビができたり、年をとったら顔にしみができたりするのと一緒で、子供の成長期の甲状腺が大きくなる過程で細胞分裂が間に合わないので、甲状腺ホルモンをつくる液性成分がたまってしまっているということだろうと思うのです。

だから、医学的な解釈としては、小さい子供の場合はほとんど出なくて、成長期に差しかかって一番頻度としては多くなり、大きくなっていくと、細胞ができ上がって、この空洞を埋めてくるので、のう胞を持つ率が大人になれば少なくなっていくということでいいのではないかと思います。

それはなぜかというと、１個ではなくて多発することが圧倒的に多いということ、ちょ

うど成長する足側の背側の部分にほとんどあること、左右ともほとんど同じような所見であるということから、成長期の反応でしかないので、全く病的なものではないし、心配要るものではないということです。

だから、５ミリ以下の結節があるＡ２と、こういう成長期の一過程で起こってくる小のう胞のＡ２では、同じＡ２といっても全く意味合いは違うわけです。クライテリアの見直しは、いずれしなければいけないだろうと思っています。

では結節の話になりますけれども、結節というものは、簡単にいえば腫瘍です。要するに細胞の塊です。ただ、腫瘍といっても、甲状腺の結節の場合、９割は良性です。甲状腺腫という良性の塊です。１割ぐらいが悪性のものです。これを甲状腺がんと言っています。ですから、結節があるからすぐにがんだというふうに言うのは非常に短絡的です。エコーでは、普通の中年以降の女性であれば結構見つかるのですが、それは良性ですから、放っておいて生涯を全うするような、画像上の病変なのです。

一つ言えることは、甲状腺というのは、均一な充実性の臓器ですので、精度のいいエコーでやったら、１ミリの結節でも異常があるということは、すぐわかるのです。

人間の体のがんの中で、今１センチ以下のがんを見つけるというのは容易ではありません。やっとＰＥＴ検査の限界が１センチです。そういう意味からいうと、エコーというのは最も放射線も浴びませんし、ゼリー状ののりをつけてプローブを当てるだけですから、非常に侵襲が少ないし、簡単な検査です。しかも、人間の臓器の中で最も早い段階で見つかる非常に特異な部位だということがまず大前提ですが、一番小さなサイズで見つかります。ですから検診をやるのは、大した負担にならないということです。

例えば結節が見つかったからどうするかというと、そこに針を刺して細胞を吸引して取ってきて、がん細胞があるかどうかを調べなくてはいけないのですが、普通の注射針と違って、1.5ミリぐらいの太さがありますから、エコーガイド下でエコーを見ながらターゲットに刺したにしても、やはりスキルも要りますし、痛い思いもしますから、小さい子供に３ミリぐらいの結節があっても、ある程度サイズが大きくならないとやらないです。

もし結節が、がんだとしても、普通の未分化がんのような特殊ながん以外、１年、２年たってもそれほどサイズが変わらない、ゆっくりしたがんですから、１回、あるかないかだけチェックして、なければもうやる必要がないと思うのです。例えば３ミリの結節でもあった人に関しては、甲状腺の専門の先生に２年に１遍でもチェックしてもらって、必要があれば対応するということで、いいと思います。

結節があるということがわかっていれば、それは検診ではなく、保険診療になるのです。今心配でお母さん方が検診に行ったらがん検診と一緒で100%受診になります。学校検診で、100人に1人結節が見つかったといったら、その人は病院に行って、普通の保険診療として診療を受けられるわけです。要するに甲状腺腫瘍の疑いとか、甲状腺結節という病名がつきますから、そこで保険診療にかえられるということで、あとは親御さんが自分の責任において子供の健康管理をしてくださいという言い方ができます。

線量に関してもう一度言いますと、福島県立医科大学の山下俊一先生が 2009 年の論文で 20 万人のチェルノブイリの結果、放射線を被曝すると 10 から 100 ミリシーベルトの間で発がんが起こるというリスクを否定できませんと書いています。ところが事故が起こったら、急遽 100 ミリ以下は発がんはないと言い出したわけです。これは、２年前に書いた自分の論文を否定してしまっているわけで、医学者としては論外です。では、実際にどうなのかというと、ウクライナの小児甲状腺がんの線量ですけれども 51.3%の甲状腺がんの人は、100 ミリ以下です。ですから、日本政府が言う 100 ミリ以下は甲状腺がんが出ないというのはうそです。こういう国際雑誌にきちんと出ているのですから、日本政府がいかにうそで言いくるめているかということは、本当に問題だと思います。

それから、もう一つ注目してほしいのは、放射線の感受性の違いです。ゴフマンという最も信用のおける研究者によると、年が若いほど放射線は感受性が高いということです。ということはゼロ歳児も５歳児も影響を受け、50 歳以上は余り影響がないと考えてもいいかもしれません。影響があったとしても、死んだ後にあの世で影響が出てきていたかもしれません。

一般論として、子供と大人を一緒にして被曝線量がどうのこうのという議論をするのは間違いです。明らかに子供は感受性が高くて影響が強いというふうに考えなくてはいけないのです。

それで、今回の福島県のデータをスクリーニング効果と考えるのか、放射線のせいだと考えるのかいろいろ議論されています。ただ言えることは、有病率と発見率と、発症率と罹患率と、がん登録率、これは全部意味合いが違うのです。こういうものが一緒に議論されているのです。病気があっても、ほとんど何も症状がなかったら、そのままずっと死ぬまで持ち続けている人はたくさんいます。例えば見つかって発症しているといった場合、それは発症率になります。それから、治療してがん登録されたら、がん登録率になります。日本の甲状腺がんで、100 万人に１人か２人しか登録されていませんという国立がんセンターのデータがありますが、10 年ぐらい前のデータですけれども、全く当てになりません。

平成 25 年 12 月にがん登録法が法制化し、３年後ぐらいに向けて今準備しているのですが、地域がん登録が少しはやっていたのですけれども、日本のがん登録は、余りやっていないのです。研究班などでがん登録を研究している先生が入っているような人は登録します。そういう人たちだけしか登録されていないようながん登録数を、その子供の全年齢層の人口で割ってしまうから、100 万人に１人だとか２人だとか、とんでもない変な数字になってしまうのです。

それはそれで、がんセンターが発表しますから、そのデータを引き合いに出して、それと比較しても意味がないのです。また、そういうバックグラウンドがわからないで、がん登録率がこれだけしかないのに非常に多発しているという統計的に有為さがあると言っても余り意味がないのです。

それから、当然病気を持っていても病院に行かない人はたくさんいますから、がんがわ

からない人がたくさんいます。しかも、結節があったところで、よほど全部の甲状腺をがんが占めない限り甲状腺機能は低下しませんから、症状がないとほとんどの人は病院に行きません。そうなると、全然違ってきます。こういうものを区別してやった場合には、生涯罹患率は、男性の場合、胃がんも肺がんも 11 人に１人になります。女性の場合、15 人に１人乳がんになります。そのくらいの頻度があるわけです。

甲状腺がんは 300 人に１人ぐらいというデータも実際にはあります。それから、甲状腺は、症状が余り出ませんから、死んで解剖したら甲状腺がんが見つかったということが非常に多いのです。それは医学的には潜伏がんや潜在がんと言っているのですけれども、この代表が甲状腺がんです。１ミリ以上の結節であればわかるような画像を使ってスクリーニングをしたら、見つかっても全くおかしくない疾患なのです。

ベラルーシの甲状腺がんの登録を見ますと、年齢が若いほど出ているわけです。ゴフマンの年齢別の感受性がぴったり合っているのです。ですから、チェルノブイリの事故当時、小さい子供ほど、リスクが高くなって、しかも４年目、５年目ぐらいから出てまいります。福島原発の事故では、ちょうど今の時期に当たるわけです。

それから、甲状腺の場合は５ミリでも見つかるとしたら、そんなに時間がかからないのですが、医学常識では、白血病は７年、固形がんは 10 年と言われています。白血病は、白血病細胞が採血した血の中に浮いていますから、塊ではなくて、その細胞を見つければ白血病と診断できるのです。そういう点では、５年から７年で見つかります。ところが、固形がんというのは、ある程度の固まりになって、画像に写ったりして初めてわかるので、見つかるには 10 年ぐらいかかるというのが過去の放射線誘発がんの常識です。

ですから、子供の甲状腺の場合、１センチにもならなくて５ミリぐらいでもわかる臓器という特質性からいうと、もっと早く５年ぐらいで見つかってもおかしくないです。しかも、事故当時小さかった一番感受性の高い人たちが５年目ぐらいで見つかるようになったという点では、医学的にも妥当性というか、説明がつく発病の期間であり、臓器の特殊性なのです。

ゴメリ州でも、事故が 86 年に起こって、最初にスクリーニング検査をやって、２年目、３年目にもスクリーニング検査をやったら、見つかっている人は 10 代の子供たちが中心なのです。本当はもともとこのぐらいの頻度で甲状腺がんを持っていたということです。日本も同じような状態ですけれども、小さい子供たちが３、４年目から出てきているのが、４、５年目から多くなってきているわけです。これは、やはり放射線が絡んだ発がんというふうに考えられます。

10 代の発がんは、放射線が絡んでいるとは言えないと思うのです。これからむしろ４、５年たって、出てくるかどうかがこれから大きな問題になると思っています。

例えば学校検診で、入学時に検診したら 3,000 人に１人ぐらいは甲状腺が見つかっているのです。それから、50 代男性の自衛隊 6,000 人を検査したら、300 人に１人甲状腺がんが見つかっています。そのくらい結構ポピュラーながんなのです。

福島県で 2011 年から 2013 年の３年間で検査をやった患者と、がんの症例数データを見ますと、１年目は 2,986 人に１人、２年目は 2,500 人に１人、３年目は 3,200 人に１人と何も変わらないです。しかも、年齢層は平均年齢 17.1 歳ですから、15 歳とか 18 歳のほとんど 10 代です。６歳の人とか８歳の人が少し出ていますけれども、多くは 17 歳前後、思春期のグループです。

そうしますと、これを放射線のせいで多発しているというふうに、反原発ありきの立場で叫んでいる人たちが非常に多いので、医学的には無理があるのです。

もう一つ、大きな問題は、平均腫瘍径が 15 ミリぐらいあるわけです。こんな１センチ程度のがんが、2012 年は 3,000 人に１人見つかっていますけれども、半年でこんなサイズになるわけがないのです。これは、生物学としてならないのです。

これをトータルして考えますと、のう胞は放っておいていいので、もし検診をやるとすれば、若くて感受性が高く、ある程度聞きわけのいい、検査の意味合いをある程度理解でき、なおかつ必要があればさらに精査も進められるような年齢といったら、小学校高学年ぐらいになりますか、その年齢だけ毎年コンスタントに検診をやると効率としてはいいと思うのです。

治療に直結しない診断は余り意味がないですから、なおかつ小さい子供から大きい子供まで全部やる必要はないし、何も異常がなかったら、大人まで放っておいてもかまいませんから、治療も検査もできる年齢層で、毎年１回だけ検査をして、もし、100 人に１人、結節があるような人が見つかったら、あとは親御さんの責任においてフォローして、しかも保険診療で医療行為としてやるというふうに思っています。

アメリカで、最短で１年で発がんするというデータがありますけれども、これは発がんということと、見つかったサイズになって成長してわかるというのとは、違うもので、発がんが１年で起こったとしても、見つかるサイズになるためには、４、５年かかってしまうということなのだろうと思います。

常識的に覚えていただきたいのですけれども、がんの進行は非常にスピードの速いがんからゆっくりのがんがあります。普通の甲状腺がんは、一番ゆっくりしたがんのカテゴリーに入ります。未分化がんとか悪性リンパ腫の場合は別です。１センチのがんというのは、大体１個の細胞を 10 ミクロンとしますと、人間の体は６から 25 ミクロンの細胞の大きさなのです、平均 10 ミクロンとしますと、１センチのがんになるということは、30 回分裂する必要があります。２の 30 乗です。細胞数にして 10 億個です。10 億個の細胞にならないと１センチにならないのです。ところが、腫瘍の塊の細胞が全部分裂するかといえばそうではなく、腫瘍の中には、休んでいる細胞もあります。これを細胞分画と言っているのですけれども、細胞に関与している分画は、非常にスピードがんの悪性リンパ腫などは、90%ぐらいの細胞が分裂に関与して、１カ月ぐらいで１個が２個になります。

ところが、腺がんの場合、分裂に関与している細胞が１割ぐらいですから、がん細胞の塊の中の９割ぐらいは分裂をサボっているわけです。しかも、１個が２個になるための倍

加時間は３カ月ぐらいかかるのです。こういうものが、スピードがんか、ゆっくりがんかということに関係してくるわけです。

これで考えますと、例えば早いがんで１センチになるためには 30 回分裂しなければいけない。しかも、全部のがん細胞が分裂するとして 30 カ月はかかりますが、比較的ゆっくりがんで、全部が増殖分画に関与しているわけではない甲状腺がんは、何年もかかって出てくるというのが普通の常識です。

原爆後の白血病のデータでは、何年かしてから出てくのですが、チェルノブイリ原発事故後の甲状腺がんは、少し上がり出しているのは、４、５年目ですけれども、20 年たってからピークを迎えているわけです。これが普通のがんの成長というものなのです。だから、検査をやるとしたら、これからが本番であると言えます。

それから、最近、甲状腺学会で鈴木眞一先生が遺伝子の異常はなかったと発表しています。だから、甲状腺誘発がんではないのだと言いましたけれども、あれもとんでもないインチキで、実は普通の大人のタイプで出てくるものしか出なかったというのですけれども、2011 年にドイツで発表されたデータで、染色体７ｑ11 というところに過剰発現があり、遺伝子の異常が出てまいります。チェルノブイリの子供たちに出た甲状腺がんの人の 39%にこういう遺伝子の異常が起こるということがわかっています。今の段階で、この異常は一人もいなかったということだけで、いないからといって、そうではないとは言えないのです。逆に、異常が出たら甲状腺誘発の可能性が高いというふうに言えるけれども、逆は真ならずなのです。けれども、皆さんはああいう言い方をして、いかにもごまかしているわけです。本当は、こういう検査もやればいいのです。

ところが、頭頸部癌学会で、ことしの６月からやり出したのです。たまたま福島県立医科大学の耳鼻科の教授に、この情報を教えたところ、ああそうなのですかと言って早速やり出したのです。でも、そういう点では、本当に不勉強です。

もう一つ、実際に甲状腺がんになった場合は、連続臓器ですから、外科医の腕が関係するのです。例えば胃がんで、かなりの部分を取ってしまったら、確実に取れます。乳がんもセーフティーマージンを２センチぐらいつけて、大きく取りますから、普通はかなり安全に取れるのです。ところが甲状腺がんは気管にへばりついているところから剥ぎ取ってくるような手術です。本当に外科医の腕が関係するのです。だから、ここの領域は実は、耳鼻科領域のがんを扱っている頭頸部外科医が本来は生きてくるのです。だから、がんセンターも、うちの病院も耳鼻科医がやっています。ただし、耳鼻科医といっても、めまいやアレルギーを診ているわけではなく、がんしかやっていないのです。

ところが、日本の耳鼻科でがんを扱っている頭頸部外科医は２％しかいないのです。普通の開業医は、中耳炎やアレルギーという疾患を診ています。福島県立医科大学の場合は、歴代がんをやっていない教授だったので、耳鼻科医が、頭頸部外科医としてほとんど育っていないのです。それで、外科の鈴木先生が切っていたというバックグラウンドがあります。

ところが、非常に外科の先生には悪いのですけれども、外科の先生がやってしまうと、10 人に１人ぐらい反回神経麻痺を起こしてしまうのです。反回神経は甲状腺の下に走っている声帯を動かす神経です。迷走神経の枝で、これを切ってしまうと声帯が動かなくなって、声がかすれてしまうことになります。両方を傷つけようものなら、呼吸の問題が出てきますから本当に大変なのです。耳鼻科医がやれば、自分のカテゴリーですから、非常に慎重に反回神経を傷つけないように手術をするのですけれども、実際に喉をのぞくこともない外科医は、そういう問題があって、しかもこの領域は喉頭がんとか、咽頭がんとか頸部リンパ節ですから、ここの郭清は、本当は頭頸部外科医がきちんとやるのが一番上手です。外科の先生は、一般的に首から下なのです。今食道がんなどで、３領域郭清で鎖骨上窩のところまではやりますけれども、上頸部も含めて頸部郭清をやるということは余りないので、たまたま福島県立大が、耳鼻科との力関係のバックグラウンドの中で外科の先生がやられているという問題がありますけれども、どの程度上手かわかりませんけれども、きっと上手なのでしょう。

ただ、進行していれば、安全に大きく取れるわけではないですから、必ずミクロスコピックに取り残すわけです。そういう場合には、ヨード治療というのが適用になります。ヨード治療というのはアブレーションと言うのですけれども、取り残した細胞にカプセルの放射性ヨウ素を飲ませるのです。逆に皮肉な話で、放射性ヨウ素でがんをつくって、治療も放射線ヨウ素でする。それは取り込みも性質を持っていますから、50 ミリの１カプセルを飲ませるわけです。そういう治療をすることによって、残存した病巣をたたくわけです。

ところが、これは福島市内にも県立医大にもありません。郡山にもありません。福島県内で調べたら、唯一白河厚生総合病院というところに１カ所だけあるのです。これは、投与したら、おしっこになってアイソトープが出てきますから、それを貯水槽にためておいて、減弱してからでないと地下水に戻せないのですが、そういう専用の地下貯水槽が必要です。この設備は、１億円もかからないでできるわけだけれども、福島県では、これだけ予算をもらっていて、それを一つもつくっていないのです。本当に問題があると思います。幸い岩手県には、このアブレーション治療ができるところが、３カ所あります。県立中央病院、中部病院、磐井病院です。

チェルノブイリは手術した患者さんの 62.7%の人がこの治療をやっているのです。ですから、多少外科治療でがんを取り残しても、これでかなり救済できるケースがあるわけです。６割以上の人がヨード治療を術後にやられて、５年生存率 99.5%、10 年生存率 98.8%と非常にいい成績です。福島県の人が手術しても、一切この治療していませんから、本当に問題はあると思います。

福島県の甲状腺がん治療に関して言えば、こういうような治療をきちんとやっていても、非常に不安に思っています、がんが転移しても、こういう治療でかなり消すことができるのですが、こういう人たちが子供のとき肺転移が起こって、甲状腺治療をやって、10 年、20 年、何とかもつかもしれないけれども、80 歳まで天寿を全うできるかどうかというのは、

また話が別です。少なくとも５年、10 年延命できる可能性はあります。実際にやられた子供の手術の中で、２例肺転移が見つかっています。その人たちの治療は、この治療しかないのです。だから非常に問題あると思います。

今は、甲状腺がんに有効な抗がん剤はないですけれど、日本腫瘍内科学会の先生方とタイアップして、分子標的治療薬など、甲状腺がんに効く薬の治験を肺転移した子供たちにやろうという発想があるようです。本当にモルモットがわりにしているし、自分の業績にするような仕事の中で、検診がやられているというのは非常に問題があると思います。大学にいる医者の意識というのは、国民の健康ではなく、自分にとっての業績、功名心の非常に強いです。

去年出た非常に権威のあるレベルの高いイギリスの内科の雑誌「ブリティッシュ・メディカル・ジャーナル」では、大人に関する総説ですけれども、５ミリ以上の結節があり、しかも放射線の被曝歴があるという場合には、やってくださいというようなことをおっしゃっています。

甲状腺のヨウ素がなくなっても、セシウムが高いところに住んでいると、甲状腺がんを誘発します。これは、チェルノブイリの要人も、学者も、セシウムは 10%から 15%、甲状腺がんに関与しているということを明言しています。ですから、そういう点では、これから高いところにずっと住み続けるとしたら、考えられてもいいだろうと思います。平成 25 年２月に、総理大臣に要望書を出しているのですけれども、読んでいただければ何が問題かということがおわかりになると思います。

それから、がんセンターに、がん登録をやっていた祖父江先生がいらっしゃるのですけれども、検診の最終目的は、がん死の減少であると言っています。これは、予防検診の場合はこれでいいのですけれども、甲状腺に関しては、がん死ではなくて機能低下も、すごく日常生活にかかわってきますから、体の代謝に関係した非常に大きな機能を持っているという点では、そこが正常であるかどうかをチェックすることが大事なことだろうと思います。一般がん検診と同じように考えることができないのです。

それから、有効なデータがまだ示されていないので、やる意味合いに対して疑問を呈しているのですけれども、今まで調査されていなかったからデータがないだけなのです。極端な例は、長崎の原爆被爆者は、爆心地から２キロの人と定義し、２キロから離れていれば非被爆者なのですが、その非被爆者と被爆者を比較したからデータが非常にでたらめになったのです。その２キロのところが大体 100 ミリシーベルトなのです。２キロより離れた人は調査していないので、100 ミリシーベルト以下は過剰発がんのデータはありませんというような言い方をするわけです。これと同じ議論を、またこの祖父江先生がこんなばかなことを言っています。

それから、一般の検診と同様ではないということです。実際に、子供が被曝したというハイリスクがあるわけです。一般のがん検診は、例えば乳がんが 40 歳以上、子宮がんが 30 歳以上、胃がんが 40 歳以上など、ハイリスクグループだけやっているわけです。今明らか

に甲状腺被曝したという子供たちを対象にしているわけで、ハイリスクグループが既にあるからやるべきなのです。

それから、コホート調査として行うことになるかと言っていますけれども、これもまさに自分の業績みたいなものと絡んだ意識の中で出てくる発言です。もしこれをやるとして、全く被曝していない人と、ないしは低い人と、福島県の子供たちを比較するということをするのだったら、いち早く岩手県が手を挙げて、このコホート調査の対象にしてもらい、国のお金でやってもらうということをすれば、支出は少なくて済むかもしれません。ただ、国側としては、基本的にはやらないです。

ことしの春に、山本太郎の質問主意書の相談を受けたのですけれども、その政府の回答を見てみますと、福島県外の人たちの健康管理は一切やるつもりはありません。これは、比較的高かった千葉県も、茨城県も、それから栃木県の那須塩原あたりの人たちがどう対応するかということです。岩手県も事故前よりは高いといえば高いですけれども、わかりません。

実は、同じ放射線量でも、たくさんの報告書があります。甲状腺のことを考える場合に、国が依拠している国際放射線防護委員会は、一番低い見積もりで国民に対応しているわけですが、ゴフマンの評価は、その 37 倍の被害を報告していますけれども、恐らくその評価が一番正しいのですが、放射線の影響というのは線量だけではないのです。実際には被曝した面積や体積、それから、急に浴びたか、だらだら浴びたか、内部被曝か、外部被曝かということによって全然影響が違います。特に内部被曝に関しては、線量分布が全く考慮されていないとか、そのほかにエネルギーの問題とか、線エネルギー付与の問題とか、細胞周期の感受性の問題とかいろいろあるのです。

今いえることは、国際的にＩＣＲＰが線量限度を決めて、それを日本も取り入れてそのままになっているのですけれども、日本では、国民に対して１ミリ以上浴びてはいけないという法律はないです。あるのは原子力規制の法律なのです。原発の敷地から１ミリ以上出してはいけないという原子力関係の法律で規制されているのです。実質的には同じ意味合いですけれども、そういう方向で決められていて、一般公衆の被曝が１ミリというのも決まっています。これを放射線業務従事者は 20 ミリにしています。緊急時でも 100 ミリだったのが、250 ミリにしました。こういった感受性の高いところを比較的きちっと線量を出しています。

ＩＣＲＰの変遷はずっとあるのですけれども、チェルノブイリ事故の起こる前の年から１ミリになりました。それで、例外は認めますという書き方だったのですけれども、1990 年の勧告で、例外は認めませんとなっています。しかし、日本はこういうものを全く無視して 20 ミリにしています。ＣＴやレントゲンの装置のある放射線管理区域では、３カ月で 1.3 ミリ以上ドアの外に出してはいけないのです。年間の線量率でいうと 0.6 マイクロシーベルトパーアワーになります。年間にすると 5.2 ミリになります。今福島県の 20 ミリのところで住まわせているということは、管理区域の４倍近いところに住まわせているという

ことです。管理区域内では、労働基準法で 18 歳未満は働いてはいけないのです。それから、医療法で、そこでは飲み食いをしてはいけないということなのです。それと、障害防止法で、１メガ以上のエネルギーの場合は危険ですから、黄色い看板です。１メガ以下の場合は、医療法の電離放射線障害防止規則で白い看板です。エネルギーが高いのはより危険だという黄色い看板は、政府だって知っているのです。こういうエネルギーの問題は無視して、ただ線量率だけを言っていることは、本当にごまかしです。

チェルノブイリは、日本よりずっと見識があります。貧しい国であっても、ウクライナでは、５ミリ以上は全部強制移住です。彼らはコルホーズで農耕生活をしていましたから、医療環境を考えて町に近い土地をそのまま与えて、ここで農耕をしなさいといって、次の日から同じ仕事をやっているわけです。マンションを買うお金もちゃんと補償しています。マンションは、１人当たり何平米以上という規制があって、そのマンションが与えられます。仮設住宅ではないです。永住できるマンションが与えられて、そこで同じような仕事をして、コルホーズの中で共同農業経営やっています。自分たちでつくったものを食べていますから、ちゃんとベータ線をはかっています。ストロンチウムまではかって生活しています。大した変わらなかったので、国民の不満は少ないのです。ところが、年間１から５ミリのところは、そこに住んでもいいという権利ゾーンです。ないしは移るなら移るなりの補償をするという法律です。５ミリ以下だったら、60 歳になった夫婦がそこに住んでいたって、そんなに問題ないと思うのですが、こういう選択を与えているのです。

日本は、20 ミリ以上は住めないけれども、20 ミリ以下は住まわせているのです。しかも決定的に違うのは、ウクライナでは、こういう高いところに住んでいたら内部被曝もふやすから、外部被曝３ミリ、内部被曝２ミリ、トータルで５ミリという計算をしています。日本は外部被曝３ミリだけで、内部被曝を全く計算していません。今の福島県の多くの地域は、このチェルノブイリ基準で言えば、出ていかなくてはいけないということです。

2012 年の国際雑誌に出ていますけれども、５ミリ以上のところに住み続けて、１ミリシーベルト上がるごとに 12%白血病がふえるということなので、５ミリ以上というのは、決して勧められる線量ではないと思っています。

そして、もっとひどいことは、モニタリングポスト自身をごまかしているわけです。実は大体４割減らしています。若者が踊ったりしている郡山の駅前のところですが、モニタリングポストは 0.169 マイクロシーベルトで、持参した線量計は 0.29 マイクロシーベルトで、58%の表示です。持参した線量計は病院の校正線源を使って、医学物理士に校正してもらった正しいものです。それから、公園で子供たちが遊んでいるところも 0.224 マイクロシーベルトと書いていますけれども、実際には 1.5 倍です。地面でも芝生のところに座わろうものなら倍ぐらいになります。こういうところに住まわせているわけです。これが福島県郡山市の現実です。

チェルノブイリの立入禁止区域のところは、0.23 マイクロシーベルトです。0.23 マイクロシーベルトは政府の除染目標です。ですから、福島県の人たちのほとんどは、チェルノ

ブイリの立入禁止の中に住んでいると考えて結構です。それを数字でごまかすために、４割低い値にモニタリングポストを操作しているのです。

最初はアルファ通信というモニタリングポストを使っていましたが、低く抑えろと圧力をかけたけれども、これはアメリカ軍隊が使っている国際標準だからそんなことはできないと社長が断ったら、契約を解除されて、今使われている富士電機のモニタリングポストが合格したのです。３カ月ぐらい前に、アルファ通信は潰れ、東京地裁に再生の手続を出しました。政府自体が線量、モニタリングポストをごまかして４割低く抑えるような数字にして、それが公表値になり、新聞に載るわけです。それで、皆さん安心だというふうに言っているけれども、とんでもないうそです。こういうことをやりながら、安全だといって検査もしないというのは、日本人のでたらめさが嫌になってしまいます。

放射線管理区域では、ガラスバッチを配っていますが、100 マイクロシーベルトが検出限界ですから、今のような線量率の場合は 20 分の１になります。ですから、ガラスバッチを使っても、そんな浴びていないので、帰ってもいいと言っているのだけれども、後ろから来た放射線だって体に吸収されてガラスバッジに当たるわけですから、これはうそです。実際事故が起こったとき、がんセンターの総長がこれをたくさん入手して配ろうとしたら、次官にとめられたのです。それから、セシウムを吸着し、４割、５割減らすカプセルがあるのですが、それも次官にとめられたのです。それは、日本メジフィジックスというアイソトープをやっている会社の社長が大量に仕入れて無償提供しようと思ったらとめられたのです。国は、事故当時からそういう棄民政策をやっているのです。

日本は地表から４割減る地上１メートルの空間線量率だけで議論していますけれども、ガンマ線のみで、ベータ線の部分は全く測定していないのです。砂遊びをして手に触れて、それを口に入れたりしたら内部被曝になるでしょう。そういうことはないものと文部科学省は考えているのだそうです。

むしろ健康被害の最たるものは内部被曝が原因だと思っています。我々が使っている注射器は２万グレイかけて滅菌しています。昔は、ジャガイモに放射線をかけて発芽を抑えていましたが、今はポストハーベスト農薬をまぶしているので、芋の皮は食べないほうがいいかもしれない。今そういう社会になっているわけです。外部被曝は、一瞬突き抜けるだけですから、そこにエネルギーが全部付与されるわけではないのです。突き抜けた放射線をフィルムに当てて写真をつくっているわけでしょう。だから全部そこには行きません。

ところが、内部被曝の場合は、アルファ線が 40 ミクロン、ベータ線が１から 10 ミリしか飛ばないのです。しかもエネルギーを全部そこで放出し、ずっと出し続けるので、影響があるのです。40 年後にアメリカから帰ってきた検体を染めたら、肺、腎臓、骨、こういったところからアルファ線が出ているわけです。内部被曝とはそういうものなのです。これは、長崎の原爆でプルトニウムを浴びて死んだ人の検体から出たものです。

ＩＣＲＰの内部被曝の考え方は、同じ放射線の量だったら損傷数が同じであり、損傷数が同じであれば、発がんのリスクも同じというものです。外部被曝の場合は、均等に細胞

に当たりますが、内部被曝は、放射性物質があったら、実際に当たっているのはそこだけなのです。ということは、たくさん当たっている近傍の細胞ががん化したっておかしくないでしょう。こういう線量分布を全く無視して、線量だけで語っているものだから、おかしくなってしまうわけです。

内部被曝を利用した治療をやっていました。ガンマ線を使った舌がんの放射線治療です。セシウムの粉末を封入し、白金イリジウムでコーティングしている針ですが、ベータ線を全部カットし、出てくるガンマ線だけを使って、局所麻酔で、７、８ミリ間隔に突き刺すわけです。そのセシウムの針から放射線が出ますが、放射線の線量は、線源から５ミリ外側にいくら当てるという計算をして、がんを治すだけの量をかけて抜くわけです。これでやけどが吸収されれば、当然きれいに治っていくのです。

僕は、こういう治療をなりわいにしていたから、一番浴びている医者です。ガラスバッチの評価で 600 ミリシーベルトぐらい浴びていますから、これは、非常に高いです。これだけ被曝して６万円の収入ですから、誰もやらないのです。そのために、1,000 万の鉛のシールドベッドを買うということですから、病院を建て直すときにこういう治療をやるところはありませんから、最後の病院になりましたけれども、これが内部被曝を利用した治療であり、内部被曝というのは実際には線源が当たっている周辺にしか当たっていないということです。これを、外部被曝と同じように、線量を全部全身化換算して、60 キロの人で 60 兆個の細胞があるとしたら、60 兆個の細胞で割ってしまうから、その線量が物すごく低くなってしまうわけです。こういうとんでもないごまかしをしているわけです。

ヨウ素の場合の線量分布はどうなるのかというと、ヨウ素の崩壊を考えた場合に、普通の平均エネルギーのベータ線は 606 キロエレクトロボルトですから、大体２ミリぐらいしか飛びません。ですから、１、２ミリの細胞の塊にヨウ素が入ってきたら、このヨウ素の１、２ミリの周辺の細胞にしか放射線は当たっていないのです。ただし、当たっているのは相当な量が当たっているのです。ＩＣＲＰは、この量を 60 兆個全部の細胞で割って、あなたの量は少ないというふうに内部被曝の計算をしてしまうのです。こんな、どインチキはないでしょう。誰が見たって科学的ではないです。近傍のたくさん当たっている細胞というのは、がん化してもおかしくないとしたら、線量が少なくたって、がんになる人がいるわけです。だから、発がんというのは、ロシアンルーレットの世界なのです。

100 ミリシーベルト以下でも、1,000 ミリシーベルト以上でも、比率としては 2.6 倍や 2.3 倍になっていて、線量は余り関係なく同じような比率で起こっているわけです。これは、どういうことかというと、線源近傍に当たっている細胞ががん化すればいいのだということです。

皆さん、目薬の量を全身化換算して物を言いますか。目薬は目に差すから効果もあるし、副作用もあるわけです。ところが、ＩＣＲＰの換算の仕方は、目薬を口から飲ませた量に換算して、目薬を二、三滴口から飲んだ量と同じだから、そんなに大したことないよというのと一緒です。こういうインチキな換算があるのです。

これはなぜかというと、最終的にＩＣＲＰの持っている性質があるわけです。1920 年代、医学利用において、たくさん放射線の健康被害が出たのです。ですから、1928 年に医学利用においてどう使うかを検討するラジウムの委員会、Ｘ線委員会という国際的な会議ができたのです。それは主に医学者が中心になって、医学で健康障害を起こさないような考え方をするものです。

ところが、1946 年にその委員会をアメリカの原子力政策を進めるためのグループが乗っとるような形で委員会をつくって、それが２年後にＩＣＲＰという組織に変わりました。そこには医者はほとんど入らないで、原子力政策を進めるための人たちが主に委員に入ってきて構成したというバックグラウンドがあります。そういう歴史的な経緯の中でつくられるデータは、核兵器の製造も含めた、1940 年代後半から 1950 年代にかけての原子力政策を進めるために都合のいい物語を報告書に出すという形になりました。

1950 年に正式につくられたＩＣＲＰの組織は、第一委員会を外部被曝の委員会、第二委員会を内部被曝の委員会でありました。ところが、1952 年に、ＩＣＲＰは内部被曝の委員会の審議を打ち切りました。なぜかというと、そこから報告書が出てきたら原子力政策を進められなくなって、困るのです。実質的に 1952 年の段階でＩＣＲＰも完全に内部被曝を隠すと歴史が始まっている。そういう歴史の中でずっと放射線の原子力政策を進めるための物語が教科書につくられてきたというバックグラウンドがあります。

トリチウムは今、相当な量が漏れです。原発を動かすだけでトリチウムは膨大に出ます。事故が起こらなくても出ています。トリチウムは見事にＤＮＡに入ります。これは、水素の一つとして、水の組成として入り込んでいる三重水素ですから分離不能です。こういうものが原発の周辺地域の子供たちの健康被害が出ているというバックグラウンドになっているわけです。福島県泊村は非常に高いです。

今言いたいのは、子供の場合、セシウムも、甲状腺に取り込むというデータがあります。病理学者のバンダジエフスキーというゴメリ医科大学の初代の学長が、死んだ人を解剖して臓器をはかったら、セシウムを取り込んでいたということです。しかもセシウムが高ければ、心電図異常をきたします。セシウムは、体の中ではカリウムと全く同じで、多くても、少なくても心臓がとまってしまうのです。アメリカでは、カリウムを点滴静注して心臓をとめて死刑をやっているわけです。そういうことで、カリウムの代謝と全く同じなので、カリウムチャネルに作用しますから、心筋もカリウムが正常にあって、普通の心伝導系の作用を持っているわけですけれども、そこでセシウムが入ることによって、心伝導系の障害が起こるので、大人の心筋梗塞で血管が詰まって死ぬというのと違って、若者のぽっくり死は心伝導系の障害なのです。これは、このセシウムが 74 から 100 ベクレルぐらいあると、心電図変化のない子供の割合は正常の１割です。このぐらい心電図に異常を来します。ですから、セシウムが高いということは、ヨードが消えたとしても、こういうリスクはあるということです。

食品汚染の数値です。1 リットル 50 ベクレルで、子供が毎日１本 200cc ぐらい飲んだら、

１年もしないうちに大体 1,400 ベクレルでプラトーになります。そうしますと、例えば 20 キロの子供であれば、簡単に 70 ベクレルぐらいになりますから、９割が心電図異常を来すというデータになってもおかしくないわけです。実際にウクライナでは、たくさんの被害報告が出ていますが、がんは健康障害の 10 分の１なのです。あとは、もろもろの慢性疾患が報告されています。

放射線は、血管の内皮細胞に作用するのです。そうすると、循環器系の病気もふえます。血流の障害を通じて、いろいろな合併したものがふえます。普通の放射線というのは、普通はプラスかマイナスの電気を持っていますから、ほこりとか何とかに付着して、酸化物になろうが、水酸化物になろうが、電子対になって空気中に出ます。

セシウムが何かとくっついて、微粒子になっているのですが、事故当時、ＰＭ2.5 を測定していたつくばの気象庁の人が、直径 2.2 ミクロンで 6.5 メガベクレルのセシウムが出ている微粒子を発見したのです。こういうものを水につけても全く形は変わらず、水に溶けないということがわかっています。

例えば２年後に飯舘村から拾ってきた長靴を見てみると、雨が降っても流れませんから、放射線が出るのです。去年、南相馬市の市議会議員から送られてきたフィルターがあるのですが、小学校の前の空気ダストを集めて、それをフィルターにかけ、イメージングプレートではかってみますと、放射性微粒子が電子対になって空気中に浮遊しているのです。岩手県の場合は、これが多いか少ないかの問題なのです。

福島県のこういう環境下でマラソン大会で復興を支援しようなんて、ばかの骨頂です。マラソンで走っている人は、３倍ぐらいの空気をベンチレーションしたら、こういう汚い空気を３倍吸い込むことになるわけです。本当に見識ないです。

事故当時、車をはかったら検知器が鳴ったって、北海道に車を持って逃げても、それでも放射線があるのです。なぜかといえばフィルターです。南相馬市の車のフィルターは真っ黒です。茨城県も少し出ています。東京都の北区ではかなり出ています。拾ってきた軍手でも放射線が出ている。とったネズミを調べると、各臓器に放射線が入っている状況なのです。これは、事故当時からただ薄まっただけの話で、土に落ちたって、また風が吹けば舞い上がるという環境下にあるということも事実なのです。

2011 年４月にシアトルで 11.7uR/hr、東京都で 18.9uR/hr、福島県で 199uR/hr 出ています。子供たちのスニーカーの靴ひもも汚染され、相当に付着しているわけです。不溶性で、雨が降ったって流れていかないので、そういう紐を結んだ手で、口に入れてしまうと、内部被曝するわけです。実際にこういった微粒子があったとして、この微粒子からどのくらい飛んでいるのかを考えてください。

例えばイリジウムという線源を治療計画装置で計算してみました。線源から５ミリ離れたところを 100%にすると、0.4 ミリのところで 100 倍の 10,000%になります。これ以上、計算機で計算できないですので、0.1 ミリのところの近似値をつくって計算したら、1,284 倍の 128,456%になっています。だから線源近傍は相当量が当たっているのです。

放射線の近傍に当たるものを吸い込んで小さいものは肺に入って、ある程度大きくなると排出しますが、キーゼルバッハというところの鼻の粘膜にくっついて、鼻くそと一緒に粘膜に当たっているわけだから、当然粘膜も傷ついて鼻血が出るわけです。鼻血論争の真実は、こういうことなのです。

2.5 ミクロンぐらいから肺に入るか外に出るかなのです。かなり大きなものは、鼻腔内で除去され、たんになったり、せきになったりして異物を出すわけです。また、鼻の粘膜も繊毛運動で落ちてきて、異物を鼻くそとして処理してしまうわけです。こういうものに放射性微粒子がくっついていて、なおかつそれが粘膜の近傍はとんでもない量が当たっているわけですから、ＩＣＲＰの人たちのように、全身被曝で 500 ミリシーベルト以上を浴びないと鼻血が出ることはないというばかみたいな話にはならないのです。こういうのが真実です。

我々は今、事故前から比べると、とんでもない基準値のものを日常食べていますが、実は、がんがふえているというのは、高齢者がふえているからと言うけれども、それは一理あります。もう一つ大きな原因は、戦後の発がんに一番関係しているのは放射線で間違いないです。大気に核実験でたくさんのものがばらまかれました。マグロだったら３万倍に生物濃縮します。１ベクレル海に流れたら、それは３万倍になって人間の口に入ってくるのです。セシウムも 1,000 倍に生物濃縮します。こういう食生活の中で発がんが起こっているわけです。

がんと向き合うということは、こういった放射線だけではなくて、ＴＰＰを介してとんでもない食生活の問題が出てきています。お金の問題だけではないです。遺伝子組み換えの食品が、今でも使われています。遺伝子組み換え食品を食べていると、人間で言えば 35 から 40 歳ぐらいで発がんします。そういうものは一切語られないし、秘密にされているわけです。本当に根本的な問題があると思います。

例えば自閉症が出てきているのは戦後です。なぜか、わかっています。ネオニコチノイド系の農薬が原因です。これは、２年前にはっきりしました。アメリカの小児学会が議会に報告書を出しています。けれども、日本は貿易摩擦を避けるために、この農薬もどんどん規制緩和する一方です。ヨーロッパは、今規制を始めました。オランダは禁止になりました。それから、遺伝子組換え食品もヨーロッパは使われていません、輸入禁止です。日本は、そういう点では放射線は世界一、農薬は世界一。断トツの世界一のがん発生国になっています。こういう中で我々は今生活しているのです。

だから、医療システムだって、世界一の医療システムです。みんな勤勉です。そういう努力の中で、平均寿命は長くなっているけれども、実際には非常に不健康な生活をすることになります。

今、福島県だけではなくて、大間原発が動いたり、六ケ所村が動いたりということになったときには、事故が起こらなくてもトリチウムはすごく出ますから、長いスパンで健康管理をしていくということを、みんな考えるべき時代です。

原発がいいか悪いかは、社会経済的なファクターを含めてもう一回議論するひつようがあります。けれども、それを動かすために、うそまでついて物語の科学をつくってやっているというのは、科学を冒瀆しています。科学は科学、医学は医学として、きちんと放射線の陰の世界も正確に研究や調査をして、起こってきた現象とつき合わせて、原因を解明するぐらいの姿勢があってもいいと思います。今、日本にはそれが全くありません。

昔、放射線科の講座というのは、基礎と臨床があったのです。基礎医学講座というのは放射線の陰の世界も結構、動物を使ったりしてやっていたのです。文部科学省が、大学を全部独立行政法人化したから、そういうもうからない講座は全部潰れてしまったのです。だから、まともに放射線の陰の世界を研究するシステムがないのです。あるのは放射線医学総合研究所や放射線影響研究所などの国の機関だけです。そこで、そういうものをやろうと思ったら、研究費が削られてやらせてくれませんから、陰の世界の研究はほとんどできなくなりました。

もし、岩手県でやるとしたら、そのくらいの長い目で見て、これからの健康被害というものを考える体制をつくっていただきたいと思います。その一環としての検診もありかと思っています。岩手県発で新しい日本の健康管理のあり方を考えられたらどうでしょうか。

４月から、いわき市のたらちねという放射能市民測定所で、ストロンチウムとトリチウムのベータ線をはかり、実測値をとることをします。きょうお配りしなかったのですが、実はがん関係の本を何冊か書いているのですけれども、８月に「健康障害の真実」というものを出しました。これは、近藤誠という、がんを見つけても放っておけという、ばかなことを言っている医者に対する反論も含めて、ＴＰＰの問題、それから放射線の陰の世界を書きました。

京都大学の核物理の小出先生との対談の本も出しました。この本では、国がやっているずさんなことをかなり暴露しました。これを読んだうちの妻が、危ないから自宅にセコムをつけると、そういうはめになったのですけれども、いずれにしても原発関係の陰の世界に関しては３冊ぐらい書いておりますので、もし興味があったら買って読んでください。どうもありがとうございました。（拍手）

○及川あつし委員長　これより質疑、意見交換を行います。ただいま解説等をいただきましたことに関し、質疑、意見等がございましたらお願いいたします。

○福井せいじ委員　被曝に関して、外部被曝と内部被曝というお話がありました。外部被曝については、線量検査等を行っているわけですけれども、それについてのデータの違いというものを聞いたのですけれども、内部被曝について、今、岩手県では尿検査を行っているのですが、そのほかに内部被曝を検査する方法があるのかどうかということと、もう一つはハイリスクグループという言葉もあったのですけれども、どこまでがハイリスクグループになるのか、福島県の現状もその他の現状もわかったのですが、岩手県の場合はどうなのでしょうか。

○西尾正道参考人　ですから、岩手県は、本当はボーダーラインです。

○福井せいじ委員　そこら辺をお聞きしたいと思います。

○西尾正道参考人　それはわかりません。内部被曝に関しては、食品偽装みたいなものも含めて、食品からの汚染で、２年前に岩手県の子供から出ているのです。米なども偽装されていたということもあったようです。外部被曝の場合は、ホールボディカウンターというのがよく言われています。あれは一番精度の高いものでも 250 ベクレルぐらいでないと出ませんので、よほど汚染されたものを常時食べていなければ出ないです。あの検査はほとんど意味がないのです。今のような状態で、やるとしたら尿検査です。尿検査は 150 倍ぐらい精度が高いですから、それでチェックするというのが内部被曝のガンマ線の測定に関しては一番いいやり方だと思うのです。ただ捨てるだけの尿を蓄尿して、年に１遍ぐらいチェックするくらいだから、本当にやれるのだったらやったほうがいいです。

それから、アルファ線は今ないとして、問題はベータ線です。ストロンチウムなどの核分裂は、235 のウランが、140 前後のセシウムと 95 前後のストロンチウムに、ほとんど１対１で分裂してしまうの、セシウムと同じ量のストロンチウムが必ずあるのです。それはベータ線ですから、１、２ミリしか飛ばないという中で、海に流れているという話になってしまうわけです。だからストロンチウムの場合は、別のやり方をしなくてはいけないので、非常に難しいです。

○福井せいじ委員　ハイリスクグループについてはわからないということですか。

○西尾正道参考人　魚の場合、ストロンチウムは、かなり骨にだけ取り込まれていますから、魚の骨の中のストロンチウムをはかるということは今考えています。子供の場合、乳歯が抜けたら、捨てるだけですから、乳歯の中のストロンチウムをはかるということをやります。そういうことで、ストロンチウムの測定はできるということです。

だから、一回身体に入ってしまったら、カルシウムと同じように骨に入って、もう出ませんから、食べる前の食品チェックをするのが一番いいのだろうと思います。

子供の場合は、成長期の骨端線に取り込まれます。だから一つの比較として、岩手県の子供と全国平均の子供の身長を見ればいいのです。ストロンチウムが骨端線に入って、そこで放射線が当たることによって、骨の成長が少し抑えられる可能性がありますが、岩手県の子供は普通に全国レベルできちんと成長していれば問題ないでしょう。ストロンチウムというのはカルシウムと同じですから、半減期 29 年と言いますけれども、一回入ってしまえば、実際には骨の中に入ってしまいますから、一生出てこないと考えたほうがいいのです。中年になって骨粗鬆症にならないとカルシウムは抜けていきませんので、それと一緒なのです。

アイソトープ協会の仕事で、東京で講演してきたのですが、ストロンチウム 89 という薬についてです。ストロンチウム 89 を注射すると、大人の場合、骨の転移のところにだけ集まり、そこでベータ線を出して痛みを取ってくれるという治療薬なのです。それが７年前に使えるようになったのですが、その開発に関係していたものですから、講師として行ってきたのです。

医学の面では、ストロンチウム 89 は、多発性骨転移の除痛治療薬として使われているわけですが、大人の場合は、骨代謝がありませんから、転移している骨のところにだけ取り込まれるから効果があるのです。子供の場合は、成長期の骨のところにだけ取り込まれるので骨をはかるのです。だから、食べる前の魚の骨をはかるというのも一つの考え方です。

○伊藤勢至委員　久しぶりに歯に衣を着せない御講演をいただいたと思っております。学識経験者というのにもピンからキリまであると思っております。特にも関東、関西の、そういう方々は、政府の権限の中に縛られて、国民に知らしめない権能という部分にとらわれてしまって正論をなかなか言えないのです。今正論を言えるのは、東北大学と北海道の大学の先生方ではないかと思っているのです。

１年ぐらい前に福島県庁を訪問してまいりました。福島県庁は東京電力の指導だったのでしょう。ヨウ素剤を確保しておりましたけれども、最終的には使わないでしまった。使う機会を失してしまったというのがあるのです。2013 年の初動の態勢の反省点という中に書いてありました。それは、福島県は原発があるからそうだったのでしょうが、使うべきときに使わないでしまったというのは、これは予測をはるかに超えた、そういう訓練もしたことがない、そういうものが役に立つということが本当に知られていたかどうかもわからない。平は課長に、課長は部長に、部長は最終的に知事はどうだと聞くという話になって、使うべきときに使わなかったのではないかと思います。

そういう中で、先生御講演の中で、原発事故後の子供の甲状腺検査は過剰診断、過剰診療ではないとおっしゃっておられます。全く私もそのとおりだと思いまして、我々はそんなに先があるわけではありませんが、次なる世代に禍根を残すようなことをしては大人の責任は果たせない。人口が減っていくと言われている中で、そういうことに対応することを我々がやらなければならないのだと思いますが、改めて先生からもひとつお聞かせいただきたいと思います。

○西尾正道参考人　コストとマンパワーがあればやるにこしたことはないです。そこで、出なければ出ないでよかったと言えます。私が２年前に一切現場を離れたのは、今回福島県に行ってサポートしたいということもありますけれども、がん治療をやっていて、治す治療と看とる治療と半々やっていたのです。

ところが、平成 23 年３月 11 日以降、お母さん方の心配を見ていて、医者の仕事というのは三つあって、がんの患者さんを、治すのも一つ、みとるのも一つ、それからもう一つは、生きている人たちを日常生活の中で、検査をして、説明して、安心させるというのも大事な仕事ではないかと、この年になって考えたのです。

メンタルケアとよく言いますけれども、メンタルケアの基本は、事実を知らせるということがまず出発点なのです。事実を知ったら、それがいい結果か悪い結果かは別にして、人間というのは、それに対して自分が判断して、自己責任と自己判断で対応するのです。その材料も与えないで、安心だ、安心だというのは、メンタルケアの最低限の基本的なことがわかっていないのです。まずは、がんが出たら出たで処理すればいいことだから、そ

んなことを知らないで不安がっているということがメンタルケアでは一番悪いのです。

だから、まず事実を知らせるということです。100 人やって１人も見つからなくても、お母さん方はそれで安心したのなら、それはそれで意味を持つと思うのです。無駄だったというふうにはなりません。メンタルケアという点でも、岩手県はしっかりやっているなというふうに思われるでしょうし、その受けたお母さん方も、県がやってくれて、がんがなかったからよかったと安心できるのです。それだけでも随分違うのです。メンタルケアの基本は情報をきちんと出すということ、真実を知らせるということです。

○佐々木朋和委員　私、県南地域の、まさに、ここの子供たちに甲状腺検査をやったほうがいいという請願にかかっている一関市の選出の議員であります。

この問題は、県南地域にとっても切実な問題です。どうしたらいいかと本当に悩んでいるところでもあるのですけれども、マンパワーとコストがあればやったにこしたことはないとおっしゃいました。また、検査をやることによって不安が解消されるとおっしゃいました。県内では３年間、尿検査をやっています。子供たちも尿を２リットルとらなければいけないので負担なのですけれども、最初は、数名から放射線が出ていて、３年経って出なくなったのですが、これは不安を解消する結果になったと思うのです。

○西尾正道参考人　福島県でも尿検査まではやっていないではないですか。それをさしあたっての一番精度の高い検査をやっていたのだから、すばらしいことです。

○佐々木朋和委員　そうなのですけれども、甲状腺検査がそれと同じように不安解消になるのかというのが、福島県などの報道を見ていて心配なのです。恐らく説明不足だと思うのですが、甲状腺がんの進みぐあいによっては、その後に出るかもしれない、そういう子供たちもケアできるのか、６年生で出なかったけれどもいずれ出るのではないか、という不安を抱えたままいかなければならないという心配もありまして、その辺についてお聞きしたいです。

また、甲状腺がんそのものについても、死亡リスクの少ないがんだと言われておりますが、これが放射線によるがんなのか、そうではないのかはわかりませんけれども、がんが出たことによって、手術をして、薬を飲み続けなければいけないという事実もある中で、本当にそこまでして検査をして見つけなければいけないものなのかということも含めて、甲状腺がんの検査をするリスクは本当にないのかというところと、甲状腺がんそのもののリスクというものを教えていただければと思っています。

○西尾正道参考人　正直言って、わかりませんとしか言いようがないのです。例えばあと２、３年たったら、福島県のほうで関係した人に出てきているという結論が出ているでしょう。その時点で、出ているのだったら、うちもやろうという考え方はできます。それから、念のためセシウムの高いところにもいるし、とにかく念のためやってみようということでもいいと思います。

マンパワーの問題は、一次スクリーニングにおいては、医者でなくても技師でもできる検査であるということです。エコーの器械は病院のものを借りたり、ポータブルタイプで

持ち運びできるようなものも数百万円で安く手に入りますから、いろいろ工面すればできないことはないです。

ある年齢層にだけやるというのだったらすごい数ではないでしょう。もしその時は何ともなくて、次のときにがんになったとしても、ある程度大きくなるためには何年もかかかるわけです。そのころは成人になっているわけだから、そういう知識を持っていれば、念のため成人になったときに自分でやるということだってあり得るわけです。そこまでは県が言う筋合いのものではないと思うのです。

ゆっくりがんで、そんなに命を取られないと言うけれども、チェルノブイリはアブレーションをして、しっかり治療しているからいいのだけれども、そうでなければ、進行した場合、例えば反回神経が麻痺してしまうと声がかすれます。それから、リンパ節に転移したということになると、肺転移を起こしたりして、最終的には命とりになります。決して放っておいていいがんではないです。やはり見つかって、大きければ取ったほうがいいのです。

福島県立医科大学でも、103 人くらい怪しいものが見つかっているけれども、手術したのは約 50 人です。それは、被膜浸潤といって、放っておいたらずっと浸潤して気管にへばりついたりして、全部取り切れる手術にならなくなってしまうので、そういうことのリスクのある患者や、反回神経に接して声がかすれる症状が出るような可能性の高い人を手術しているから、見つかったのを全部手術しているわけではないです。きょう、あす手術しなくてもいいけれども、タイミングを見計らって、今やっているわけで、これが過剰治療になるかどうかというのは別問題です。ただ、ゆっくりしているがんだから、放っておいていいという話ではないです。これはおじいさん、おばあさんだったら、放ってもいいと言うけれども、これから未来がある子供を放っておくわけにはいかないので、それは臨床医の判断だと思います。

○佐々木朋和委員　福島県で国がやっている調査の結果を見てからやるのでも遅くはないということでしたが、それまでの進行は大丈夫な範囲内なのでしょうか。

○西尾正道参考人　それは、一般論としてしか言えないから、何とも言えません。一般論として、放射線の有害事象というのは、線量が高くなれば発生する頻度は高くなります。もう一つ大事なことは、線量が高ければ早く出てくるのです、線量が低ければゆっくり出てくるのです。例えば子宮頸がんの治療をやって直腸がただれたといっても、線量が多かったら、半年後ぐらいから便に血が付着して、ほんの少しオーバーした場合は、２年後、３年後に下血が起こってくるということで、放射線の線量が低ければおくれて出てきても不思議ではないということです。これは外部被曝の話ですが、内部被曝に関しては、線量分布が非常に不均一ですから、それはどうかわからないのです。理論としては何もないので、臨床の実感で物を言っているだけです。

○木村幸弘委員　甲状腺がんの性質そのもののよくわからなかった部分を、いろいろと医学的な知見から、明快に教えていただいたと思います。

小学校６年生の子供をまずやってみるという御意見も非常に参考になりましたけれども、感受性の問題で言うと、その対象になる子供の範囲のところだけでいいのかどうかというところで、実際にやろうとした場合に、関係する親御さんなどからは、自分の子供も見てほしいなどの意見や希望がいろいろ出てくる可能性が多分にあると思っていまして、そういった部分で、一つ判断の材料として何かないのでしょうか。

○西尾正道参考人　そこまでいったら、結局全員やりましょうという話になってしまうので、物事というのは、やはり落としどころがあると思うのです。１年生で全然わからない子供たちまでやるかというと、手間暇もかかりますし、無駄だと思うのです。結節が見つかっても、検査すること自体も大変ですから、少し様子を見るということにしかならないのです。だから、検査の意味合いをある程度説明して、理解できる年齢層といったら、小学校高学年ぐらいかと思いますし、もし発がんがあったとしても、必要があれば、次の追加の精査もできるし、一番意味があり、効率がいいと思うのです。今回何ともなくて、数年後に出たとしても、ある程度大きくなるまでには少し時間がかかり、学生の時代以降の話になってしまいますから、その人の問題としていいのではないかと思います。

行政としてどこまで面倒を見られるかというのは、バランスの問題だと思うのです。落としどころとしては小学校６年生を対象にしてやるか、中学１年生を対象にしてやるか、その１学年で１回きちんとやっていれば、それだけで全然意味が違います。98％、99％の人が何ともないのだから、それでいいと思っています。自分が大人になって症状があったら病院に行けばいいだけだと思います。

○及川あつし委員長　時間の関係もありますので、西尾名誉院長からの解説等については、これをもって終了いたします。

西尾名誉院長におかれましては、本日はお忙しいところ、また遠隔地にもかかわりませずお越しをいただき、大変貴重なお話を賜ったと思います。委員会を代表して御礼を申し上げる次第です。本当にありがとうございました。（拍手）

それでは、この際、委員会室の整理及び昼食のため午後１時まで休憩いたします。

〔休憩〕

〔再開〕

○及川あつし委員長　休憩前に引き続き会議を開きます。

請願陳情受理番号第 99 号岩手県南３市町の子供たちの甲状腺検査を求める請願の審査を継続いたします。その後、当局から説明することはありませんか。

○野原医療政策室長兼医師支援推進室長　本請願について９月２日の当環境福祉委員会での説明以降に示された事項等について御説明いたします。配付資料につきましては、基本的には、これまでに御説明に用いた資料となっていますので、新たに追加した部分のみ御説明をさせていただきます。資料８ページをごらんいただきたいと存じます。

国では東北電力福島第１原子力発電所事故に伴う住民の健康管理のあり方に関する専門家会議を設置しておりますが、さきに開催されました第 13 回会合において、中間とりまと

めについて示されております。この中で、福島近隣県を含めた健康管理に関する対応の方向性として、まずは福島県の県民健康調査結果、甲状腺検査の状況を見守る必要があり、その上で、甲状腺がんに対する不安を抱えた住民には、個別の健康相談やリスクコミュニケーション事業等を通じて、これまでに得られている情報を丁寧に説明することが重要であるとされております。専門家会議では、引き続きこの中間とりまとめについて協議を継続する予定と聞いております。

福島県立医科大学から、福島県の小児を対象とした甲状腺検査を受診した23名を含む24名の遺伝子変異パターンの調査結果について公表されております。検査概要によりますと、小児に高い確率で見られる遺伝子変異のパターンではなく、日本における成人の甲状腺がんで高い確率で認められる遺伝子変異のパターンであるとの結果が得られ、この位置づけについては、今後もさらなる研究や検討を待つ必要があるが、福島県の「県民健康調査」甲状腺検査で見つかった現時点での甲状腺がんについて、成人になってから発症する可能性があった甲状腺がんを、若年の段階で早期に発見した可能性を示唆するものと考えているとの見解が示されております。

県としては、原発事故に伴う健康影響に係る各種検査、調査実施の検討については、医学的、科学的な知見に基づいた専門家の御意見を十分尊重することが必要であると考えております。今後とも国内外の科学的な知見及び国や福島県の調査結果等を引き続き最大限の関心を持って注視してまいります。

○及川あつし委員長　本請願に対し、質疑、意見はありませんか。

○福井せいじ委員　尿検査については、今後どのような形で取り組むか、お考えをお示しいただきたいと思います。

○野原医療政策室長兼医師支援推進室長　尿検査につきましては、これまで３回実施してまいりました。その結果につきましては、これまで当委員会で御説明したとおり、健康影響は、極めて小さいと考えられております。一方で、対象者に、継続的に御協力いただいて検査を実施することで、検査結果をお示しすることが、安心安全と、現在の状況をお示しするといった意味があることから、本年度につきましても、４回目の継続検査実施の方向性について、関係市町村との協議など調整を行っている段階です。

次年度以降につきましては、小さいお子さんの尿をためていただいてということはかなり対象の方々にも負担になるということもありますので、対象者の方々の御意向等も踏まえ、また対象市町村の意見などを伺いながら、検討していきたいと考えています。

○及川あつし委員長　ほかにありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　ほかになければ、本請願の取り扱いを決めたいと思います。

本請願の取り扱いはいかがいたしますか。

〔「不採択」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　本請願については、採択と不採択の意見がありますので、採決をい

たします。

本請願を採択することに賛成の諸君の起立を求めます。

〔賛成者起立〕

○及川あつし委員長　起立少数であります。よって、本請願は不採択と決定いたしました。

次に、保健福祉部関係の議案の審査を行います。

初めに、議案第２号平成26年度岩手県一般会計補正予算（第６号）第１条第２項第１表、歳入歳出補正予算中、歳出第３款民生費、第４款衛生費のうちそれぞれ保健福祉部関係及び第３条第３表、債務負担行為補正のうち１追加中２から４まで並びに議案第35号岩手県立福祉の里センターの指定管理者を指定することに関し議決を求めることについて及び議案第36号ふれあいランド岩手の指定管理者を指定することに関し議決を求めることについて、以上３件の議案は関連がありますので、一括議題といたします。

当局から提案理由の説明を求めます。

○紺野副部長兼保健福祉企画室長　議案第２号平成26年度岩手県一般会計補正予算（第６号）、議案第35号岩手県立福祉の里センターの指定管理者を指定することに関し議決を求めることについて、議案第36号ふれあいランド岩手の指定管理者を指定することに関し議決を求めることについて、御説明申し上げます。

初めに、議案第２号平成26年度岩手県一般会計補正予算（第６号）のうち、公の施設に係る指定管理議案に関連する債務負担行為補正部分を除く補正予算について御説明申し上げます。

議案第２号平成26年度岩手県一般会計補正予算（第６号）のうち、当部関係の歳出補正予算額は、３款民生費１億3,590万2,000円の減額のうち、２項県民生活費と５項目災害救助費を除く１億1,778万1,000円の減額と、次ページに参りまして、４款衛生費９億2,974万円5,000円の増額のうち、２項環境衛生費を除く９億7,298万8,000円の増額で、合わせて８億5,520万7,000円の増額補正です。当部関係の補正後の歳出予算総額は、今回補正のない当部関係諸支出金等を含め、1,367億7,834万4,000円となるものです。

補正予算の内容につきましては、便宜予算に関する説明書により御説明申し上げます。３款民生、１項社会福祉費、１目社会福祉総務費4,251万1,000円の減額ですが、被災地福祉灯油等特別助成事業費補助は、東日本大震災津波により甚大な被害を受けた沿岸地域の市町村が高齢者世帯、障がい者世帯もしくはひとり親世帯であって、市町村民税の非課税世帯または生活保護世帯に対し、灯油購入費等を助成した場合に、その経費の一部を補助しようとするものです。

次に、管理運営費は、人事委員会勧告に伴う職員給与改定及び今年度の職員の人事異動等に伴う人件費について、年間の所要額を調整しようとするものです。

以下、同様の補正理由による人件費に係る補正ですが、３項児童福祉費、１目児童福祉総務費は7,229万2,000円の減額です。４目児童福祉施設費は、767万9,000円の減額です。

次に、４項生活保護費、１目生活保護総務費は470万1,000円の増額です。

次に、４款衛生費、１項公衆衛生費、１目公衆衛生総務費は 126 万 7,000 円の増額です。

次に、３項保健所費、１目保健所費は 3,701 万円の減額です。

次に、４項医薬費、１目医薬総務費は 748 万 8,000 円の減額です。以上が人件費に係る補正です。

２目医務費 10 億 1,621 万 9,000 円の増額は、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律に基づき、医療介護サービスの提供体制の改革を推進する事業に要する経費の財源に充てるため、国が交付する医療介護提供体制改革推進交付金及び地域医療対策支援臨時特例交付金を活用し、基金の積み立てを行おうとするものです。

次に、補正予算のうち、公の施設に係る指定管理議案に関連する債務負担行為補正について御説明申し上げます。

議案第２号の第３表、債務負担行為補正の１追加中、２番から４番までです。

当部関係で指定管理者を指定しようとする施設、福祉の里センター、ふれあいランド岩手及びいわて子どもの森について、このたび専門性を要する人材の育成確保等を図るため、指定期間を３年から５年に見直ししております。期間は、３施設ともに平成 26 年度から平成 31 年度までとし、また限度額につきましては、福祉の里センターは２億 7,500 万円で、前回に比べ１億 1,700 万円の増、ふれあいランド岩手は 10 億 5,500 万円で、前回に比べ４億 5,200 万円の増、いわて子どもの森は８億 6,500 万円で、前回に比べ３億 4,700 万円の増ですが、それぞれの額に設定するものです。なお、これらの限度額につきましては、これまでの管理運営費や利用料収入の実績をもとに調整をいたしまして算定したものです。

次に、議案第 35 号及び議案第 36 号のそれぞれの公の施設に係る指定管理議案についてです。これらの件につきましては、便宜お手元に配付しております資料により御説明いたします。

当部関係で指定管理者を指定しようとする施設、岩手県立福祉の里センター、ふれあいランド岩手の２施設について御説明いたします。これら２施設の指定管理者につきましては、公募を行いましたところ、いずれも１団体から応募がありましたので、選定委員会の審査に基づき、岩手県立福祉の里センターは現在の指定管理者と同じ大船渡市立根町の社会福祉法人大洋会、ふれあいランド岩手は現在の指定管理者と同じ、盛岡市三本柳の社会福祉法人岩手県社会福祉協議会にそれぞれ指定しようとするもので、指定の期間はいずれも平成 27 年４月１日から平成 32 年３月 31 日までの５年間とするものです。

また、２施設ともに、前回と同様に施設の利用に係る料金を当該指定管理者の収入として収受させることができる利用料金制度を採用しようとするものです。

指定管理者候補者の選定の経緯についてですが、利用型社会福祉施設指定管理者選定委員会、委員長の岩手県立大学社会福祉学部長、遠山宜哉先生を初め、合計５名の皆様にお願いをしたところです。

次に、応募者選定までの経緯ですが、８月に第１回目の委員会を開催いたしまして基本方針を決定いただき、９月の第２回目には募集要項を決定いただいたところです。その後、

公募いたしましたところ、２施設ともに現在指定管理者として指定されている者からそれぞれ応募がありまして、応募のあった者について、10 月 23 日の選定委員会で審査、選定いただいたところです。

審査の概要ですが、申請団体によるプレゼンテーション及び質疑を行った上で審査いただきまして、その結果、管理計画が適切で、社会福祉施設の管理運営実績を有しており施設の機能を十分に発揮した管理運営を行う能力があると認められるとして、それぞれの指定管理者候補者を選定いただいたところです。

以上が保健福祉部関係の補正予算の内容並びに岩手県立福祉の里センター、ふれあいランド岩手の２施設に係る指定管理議案の内容です。よろしく御審議のほどお願い申し上げます。

○及川あつし委員長　ただいまの説明に対し、質疑はありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　質疑なしと認め、質疑を終結いたします。

これより討論に入ります。討論はありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　討論なしと認め、討論を終結します。

これより採決いたします。

お諮りいたします。各案件は原案を可とすることに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　御異議なしと認めます。よって、各案件は原案を可とすることに決定いたしました。

休憩します。

〔休憩〕

〔再開〕

○及川あつし委員長　再開します。

議案第 37 号いわて子どもの森の指定管理者を指定することに関し議決を求めることについての審査に先立ち、委員会条例第 15 条の規定により、副委員長と交代させていただきます。

○名須川晋副委員長　次に、議案第 37 号いわて子どもの森の指定管理者を指定することに関し議決を求めることについてを議題といたします。

当局から提案理由の説明を求めます。

○紺野副部長兼保健福祉企画室長　議案第 37 号いわて子どもの森の指定管理者を指定することに関し議決を求めることについての議案について御説明いたします。

いわて子どもの森の指定管理者につきましては、公募を行いましたところ、１団体から応募がありましたので、選定委員会の審査に基づきまして、現在の指定管理者と同じ盛岡市高松の社会福祉法人岩手県社会福祉事業団を指定しようとするもので、指定の期間はい

ずれも平成27年４月１日から平成32年３月31日までの５年間とするものです。

指定管理者候補者の選定の経緯についてですが、岩手県立福祉の里センター及びふれあいランド岩手と同様に、10月23日の利用型社会福祉施設指定管理者選定委員会で審査、選定いただいたところです。また、前回と同様に、指定の施設の利用に係る料金を当該指定管理者の収入として収受させることができる利用料金制度を採用しようとするものです。

以上が議案第37号、いわて子どもの森の指定管理者を指定することに関し議決を求めることについての内容です。よろしく御審議のほどお願いいたします。

○名須川晋副委員長　ただいまの説明に対し、質疑はありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○名須川晋副委員長　質疑なしと認め、質疑を終結いたします。

これより討論に入ります。討論はありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○名須川晋副委員長　討論なしと認め、討論を終結いたします。

これより採決いたします。

お諮りいたします。本案は原案を可とすることに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○名須川晋副委員長　御異議なしと認めます。よって、本案は原案を可とすることに決定いたしました。

○及川あつし委員長　次に、議案第５号岩手県指定難病審査会の委員の定数等に関する条例を議題といたします。

当局から提案理由の説明を求めます。

○五日市健康国保課総括課長　議案第５号岩手県指定難病審査会の委員の定数等に関する条例案について御説明申し上げます。

初めに、制定の趣旨ですが、難病の患者に対する医療等に関する法律の制定に伴い、岩手県指定難病審査会の委員の定数等について定めようとするものです。

次に、条例案の内容です。難病の患者に対する医療等に関する法律により、岩手県指定難病審査会を設置し、医療費支給認定の不認定事案について審査をするものですが、当該審査委員の定数については、法律等において規定されておらず、また厚生労働省では特段の基準を設けず、各自治体の判断に委ねることとしているところです。このため、本県における岩手県指定難病審査会に係る委員の定数について定めようとするものです。

また、岩手県指定難病審査会の運営に関し、必要な事項の定め方を規定しようとするものです。

最後に、施行期日ですが、この条例は難病の患者に対する医療等に関する法律が施行される平成27年１月１日から施行しようとするものです。

説明については以上です。

○及川あつし委員長　ただいまの説明に対し、質疑はありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　質疑なしと認め、質疑を終結いたします。

これより討論に入ります。討論はありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　討論なしと認め、討論を終結します。

これより採決いたします。

お諮りいたします。本案は原案を可とすることに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　御異議なしと認めます。よって、本案は原案を可とすることに決定いたしました。

次に、議案第６号岩手県小児慢性特定疾病審査会の委員の定数に関する条例を議題といたします。

当局から提案理由の説明を求めます。

○南子ども子育て支援課総括課長　議案第６号岩手県小児慢性特定疾病審査会の委員の定数に関する条例案について御説明申し上げます。

初めに、制定の趣旨ですが、児童福祉法の一部を改正する法律の施行に伴い、岩手県小児慢性特定疾病審査会に係る委員の定数について定めようとするものです。

次に、条例案の内容ですが、児童福祉法により小児慢性特定疾病審査会を設置し、医療費支給認定の不認定事案について審査をするものであり、当該審査会委員の定数につきましては法律等において規定されておらず、また厚生労働省では特段の基準を設けず、各自治体の判断に委ねることとしているところです。このため、本県における岩手県小児慢性特定疾病審査会に係る委員の定数について定めようとするものです。

最後に、施行期日ですが、児童福祉法の一部を改正する法律が施行される平成27年１月１日から施行しようとするものです。

以上が議案第６号、岩手県小児慢性特定疾病審査会の委員の定数に関する条例案の内容であります。よろしく御審議のほどお願いいたします。

○及川あつし委員長　ただいまの説明に対し、質疑はありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　質疑なしと認め、質疑を終結いたします。

これより討論に入ります。討論はありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　討論なしと認め、討論を終結いたします。

これより採決いたします。

お諮りいたします。本案は原案を可とすることに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　御異議なしと認めます。よって、本案は原案を可とすることに決定

いたしました。

次に、議案第 14 号地域医療介護総合確保基金条例を議題といたします。

当局から提案理由の説明を求めます。

○野原医療政策室長兼医師支援推進室長　議案第 14 号地域医療介護総合確保基金条例案資料の概要に基づいて御説明申し上げます。

まず、条例案の説明に入ります前に、この基金の設置根拠であります医療介護総合確保推進法の概要について、御説明させていただきます。

法律制定の背景、課題、趣旨についてでございますが、団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年には医療と介護の需要が増大することが予測されており、医療介護サービスの提供体制を確保していくことが求められております。これに対応するため、医療介護総合確保推進法により、医療法や介護保険法などの法律を一括して改正し、高度急性期や回復期、慢性期、在宅など、患者さんの状態に応じた医療体制を確保していくこと、社会復帰した患者さんが住みなれた地域で、医療、介護等のサービスを包括的に提供される地域包括ケアシステムを構築する取り組みを進めること、としているものであります。

具体的な改正等の内容ですが、制度面の改正として、医療法において、病床機能報告制度の創設や、地域医療構想の制定が規定されております。病床機能報告制度については、病床を持つ医療機関が現在担っている病床の医療機能と、今後担う予定の医療機能の方向性を病棟単位で都道府県に報告するという制度になります。

また、地域医療構想については、都道府県が医療機関からの病床機能報告や、地域の医療需要の将来推計などの情報を活用して、地域の医療需要と医療供給のバランスがとれた 2025 年に目指すべき医療提供体制と、その目指すべき体制を実現するための施策を盛り込んだ地域医療に関するビジョンを２次医療圏ごとに策定することとされております。

このほか、地域包括ケアシステムの構築等を内容とした介護保険法の改正などが行われており、これらの制度面の改革を財政面から支援していくために、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律が改正され、この基金制度が創設されたものであります。

次に、地域医療介護総合確保基金の概要について御説明いたします。この基金設置の趣旨につきましては、医療介護総合確保推進法の施行を受け、本県における医療、介護の総合的な確保に向けた事業を展開していくために基金を設置しようとするものです。

基金を活用した事業の仕組みについてですが、各都道府県は、具体的な実施事業を盛り込んだ計画等を国に提出し、この計画等に基づいて基金財源が国から交付され、都道府県はこれを財源として基金を造成し、都道府県計画に基づいて事業を実施する仕組みとなっています。また、地域包括ケアシステムは、各地域の実態に合わせて市町村が主体となって構築していくこととされていることから、その柱の一つである在宅医療、介護サービスの充実のために行う事業については市町村が計画を策定し、都道府県に届け出ることによって基金を活用して事業を実施することができることとされております。

なお、この基金は、消費税増収分を財源としていることから、毎年度国が予算を確保して都道府県に交付され、交付された年度ごとに区分して管理、経理を行うこととされております。

次に、この基金の対象となる事業ですが、病床の機能分化、連携のために必要な事業、在宅医療、介護サービスの充実のために必要な事業、医療従事者、介護従事者の確保、養成のための事業、そのほか地域における医療及び介護の総合的な確保のために実施する必要があるものとして厚生労働省令で定める事業が対象とされております。

平成26年度につきましては、介護分野は介護職員処遇改善等臨時特例基金等を財源として事業を実施していることから、医療分野のみを対象とした事業を実施することとされております。平成27年度以降は介護分野含めた全ての事業を対象として実施することとされております。

また、地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設、または設備の整備に関する事業については、来年度から策定に着手する地域医療構想が定められるまでの間は、地域において明らかに不足している病床機能への転換に資する事業等、病床機能の分化及び連携に特に資する事業について実施ができることとされております。

次に、平成26年度の基金積立額ですが、10億1,621万9,000円を積み立てようとするものであります。基金の負担割合は国が３分の２、県が３分の１とされているため、国から交付される交付金に県の負担額分を合わせて基金に積み立てるものであります。この都道府県の負担分につきましては、国において地方財政計画に所要額を計上し、その上で適切に地方交付税措置を講じることとされていることから、消費税の増収分と合わせて必要な財源が措置されるものと認識をしているところです。

今年度の基金につきましては、11月19日付で厚生労働省から交付金の交付決定を受けておりますので、本条例を公布次第、１月までに基金を造成する予定としております。

なお、平成27年度政府予算における概算要求においては、当初消費税率の引き上げの取り扱いが決定されていないため、要求金額を明示せず、項目のみを要求する事項要求とされており、平成27年度基金の規模については、いまだ明らかにされていない状況です。今後も国の予算編成状況を注視してまいりたいと考えています。

次に、基金を活用して平成26年度に予定している事業については、新規事業のほか、昨年度末で廃止された国庫事業で、この基金を活用すれば今年度も継続できると国から示されている事業等も盛り込んでおります。また、事業目的を達成するために必要がある場合は、基金造成外から予算計上をして事業を実施することができると国から説明を受けておりましたことから、国との調整の中で基金事業の対象と認められることが確実な事業については、本県への配分見込額を考慮の上、５億円余を補正予算等で予算計上して、既に事業に着手させていただいているところです。

平成26年度事業のうち主な事業についてのみ御説明させていただきます。

まず、病床の機能分化・連携のために必要な事業ですが、岩手医大と沿岸被災地の県立

病院間との診療情報の共有基盤を整備するために、県立釜石病院が導入する電子カルテシステムや釜石病院内の部門システムとの連携を図るシステムを構築し、岩手医大と沿岸被災地の県立病院間の診療連携ネットワークの強化を推進することとしております。

また、在宅医療・介護サービス充実のために必要な事業として、在宅医療推進協議会、訪問看護推進協議会を開催し、本県の在宅医療、訪問看護の課題解決に向けた協議を行うほか、在宅医療、訪問看護に従事する医療従事者の研修を行うこととしております。

また、医療従事者等の確保・養成のための事業として、看護職員の確保、定着を図るため、首都圏の看護職員等を対象とした就職説明会を首都圏において県内の医療機関の広告を実施し、看護職員のUターン対策を拡充して取り組むこととしています。

それでは、各条例案の説明をさせていただきます。条例の制定の趣旨ですが、地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律第６条に規定する都道府県事業に要する経費の財源に充てるため、地域医療介護総合確保基金を設置するための条例を制定しようとするものです。

次に、条例案の内容ですが、第１条関係は、医療介護総合確保促進法第６条に規定する都道府県事業に要する経費の財源に充てるため基金を設置し、第２条関係のとおり、基金に積み立てる額は一般会計歳入歳出予算で定めることとするものであります。

また、第３条関係から第６条関係につきましては基金に属する現金の保管方法など、基金の運用益金の処理、財政上必要がある場合の繰替運用等について定めようとするものです。

最後に、施行期日ですが、公布の日から施行しようとするものです。

以上で説明を終わります。よろしく御審議のほどお願い申し上げます。

○及川あつし委員長　ただいまの説明に対し、質疑はありませんか。

○福井せいじ委員　県で予定している事業についてお聞きします。

在宅医療・介護サービス充実のために必要な事業とありますが、今在宅医療を推進するに当たって、その担い手となる医師あるいは看護師の確保が非常に難しいのではないかと思われますが、今後どのような形で取り組むのかをお示しいただきたいと思います。

○高橋地域医療推進課長　在宅医療を担う医師あるいは看護師等の医療従事者について確たる定量的な数字はありませんが、岩手県内で不足していると理解しているところです。

県では、在宅医療の推進につきましては、これまでも国の事業を活用するなどして人材の確保、各地域で在宅医療を担うリーダーとなっていただく医師、看護師等のリーダーの養成なども行ってきたところですが、現在は各地域において市町村を中心にいろいろと地域の中で、在宅医療あるいは地域の医療体制を構築していくための事業を展開しているところであり、各市町村において、地域において医療を行っていくための連携体制を構築するための事業に取り組んでいただいておりまして、各地域において医師、介護従事者、看護師、薬剤師、歯科医師等との連携を図る中で、在宅医療等に参入していただく医療従事者の確保を図ってまいりたいと考えているところです。

○福井せいじ委員　例えば今後在宅医療を補う訪問医の養成などをこれから行うということでしょうか。あるいは、地域における開業医の中から、そういった人を育成していくということでしょうか。そもそも地域という圏域はどのようなものを指すのか、それも教えていただきたいと思います。

○高橋地域医療推進課長　これまでも国の事業を活用するなどして、地域のリーダーという形で育成、養成等をしてきているところですが、基本的には現在地域の中で活動いただいている開業医の方や病院の医師の方たちに御理解をいただいて、参入していただくという方向性になるのではないかと考えているところです。

ちなみに、現在この基金を活用いたしまして、医師や訪問看護などの職域団体にお願いいたしまして、医師向けの研修であるとか、訪問看護師向けの研修を実施、あるいはこれから実施しようとしているところでして、そういった中で開業医などを中心として参入していただくようにしていきたいと考えているものです。

地域の単位ですが、基本的には、医療介護総合確保推進法などによりまして、市町村を単位として在宅医療を実施していく体制を組んでいくという国の方向性が示されているところです。このため県でも市町村の取り組みを支援しているという状況ですが、一方である程度市町村の中だけでできないという場合もあろうかと思いますので、その場合は２次医療圏単位、あるいはもう少し狭い複数の市町村を単位としたものも考えていく必要があるものと考えているところです。

○佐々木朋和委員　先日この委員会で自治医大に視察に行ってまいりました。そのときに、岩手県という広い県土で在宅医療をやっていくのは、なかなか住民の皆さんにも、取り組む医者にも不安があるという話をしたところ、今はどちらかというと病院で診療もやって、在宅医療もやってという形なのですが、在宅医療を専門的にやる病院をつくっていかなければなかなか大変ではないかというお話をいただきました。県ではそのようなことを御検討されているのか伺いたいと思います。

また、地元で開催された医療に関する講演会では、患者が実際どこに通っているのかとつぶさに見ていくと、県境を越えて通ったり、いろいろなことがありまして、２次医療圏にかかわらず、そういった細かいデータをとっていけば、効率的に医療資源を生かせるのではないかという議論も出ておりましたけれども、そういう取り組みなどは検討されているのか、お伺いしたいと思います。

○高橋地域医療推進課長　まず、在宅医療を専門とする医療機関などの関係ですけれども、県内にも現在盛岡市や釜石市において在宅医療を専門とする往診を専門とする開業医がいらっしゃいますが、ほかの地域では、まだないところです。岩手県内が広くて、なおかつ人口密度も余り高くないという地域もありますし、そういう関係で医療の密度も低いというところもありますので、在宅医療をやっていくに当たって、在宅医療だけをやればいいということでは、難しい部分もあろうかと考えております。

県内は、軽米町や洋野町などにおいては、国民健康保険の診療所などが中心となって、

普通の診療もしながら、在宅医療、往診も行っているという取り組みもありますので、それぞれの地域で、それぞれの医療事情を踏まえて、あるいは居住環境も含めた地域の実情を踏まえた形で在宅医療を含む地域の医療体制を組んでいく必要があるだろうと考えております。基本的には各市町村が各地域でどうしていくのかということを考えていくことになるだろうと考えておりまして、そういった取り組みを県としては支援してきているところでありまして、今後も引き続き支援をしていく考えです。

また、地域の話ですが、もちろん県境などもありまして、一関市や県北の地域などは、場合によっては県内のほかの市町村というよりは、他県の隣接する市町村と連携したほうがいいという場合もあろうかとは思いますが、今のところは市町村で考えていただくということを中心にしておりまして、他県の市町村との連携については、まだ検討されていないところですが、今後、各市町村で検討される中でそういうことが出てくることになれば、検討していくことになろうかと思います。

○及川あつし委員長　今の質問の趣旨は、視察で行ったときに、自治医科大学で患者の受診動向のデータベースがあって、必要があれば県にも提供するし、そういうのをやってもらえば地域医療体制強化につながるという説明を受けての質問だと思うので、答弁が違うと思うのですけれども、もう一度いいですか。

○高橋地域医療推進課長　データ的なところも含めた地域の医療の状況については、今年度、各地域の医師会や市町村を訪問させていただいて、いろいろな意見交換をさせていただいたのですが、残念ながら、まだ地域の中でも市町村や郡市の医師会でも、データとしてお持ちではなかったという状況があります。今後、市町村を支援する中で、市町村や医師会のほうで把握していただきたいと考えておりますし、地域の医療について病床機能分化を考えていただく中においても、在宅医療を含めたデータなどを、いろいろ検討して取得するような形を、各市町村や郡市の医師会とも共有しながら進めていくことになるだろうと考えているところです。

○千葉伝委員　この事業の実施で一番懸念されるのが財源の確保ということになります。財源には消費税の増額分を充てるということで、平成26年度分は消費税以外からも充当するということになっております。仮に、消費税増税が延長となった場合、当然、この事業実施に影響が出ては困るということになるわけですが、国が仕組む制度ですから、そこはしっかりと対応してもらえるとは思うのですが、県から国に対してどのような対応をしていくのでしょうか。

○野原医療政策室長兼医師支援推進室長　県としても2025年度に向けて、地域包括ケアシステム構築など持続可能な社会保障制度を確立していくための取り組みは重要だと考えています。

こうした施策を進めていくためにも、やはり財源確保というのは一番重要な課題ですので、まずは平成27年度の国の予算編成の状況を最大限の関心を持って注視をしてまいりたいと思いますし、必要な財源の確保につきましては、県としても適切に要望するなど対応

してまいりたいと考えております。

○千葉伝委員　県だけが動くことではなく、もちろん議会でも大きな問題として捉えていますので、国に対してはしっかりと確保されるように議会としても、県とともに頑張っていきたいと思っております。

○木村幸弘委員　地域医療構想等のビジョンについて、具体的に、いつ、どういう形で動いていくのか、今後の考え方について、説明いただきたいと思います。

それから、医療関係者との協議の設置について、市町村との連携も含めて具体に事前の協議も相当必要ではないかなと思うのですけれども、それらの考え方はどうなっているのかお示しください。

○野原医療政策室長兼医師支援推進室長　この基金を活用した取り組みについては、2025年を見据えて地域医療ビジョンの考え方を基本としながら、それに必要な施策を盛り込んでいくことになろうと考えております。この地域医療ビジョンにつきまして、今、国のガイドライン策定委員会で具体的な議論をされていまして、年度末までにはガイドラインの概要が示されるものと理解しています。

このビジョン策定については、現時点では平成27年度から作業に取りかかる考えですが、地域でどのような形を目指していくのかということについて、医療関係者、保険者の方々、住民の方々などに入っていただきまして、データをお示ししながら、協議の場で協議をして、また、圏域ごとでも市町村や関係団体とも協議をしながら、次年度以降につきましても計画を策定していくというふうに考えているところです。

○木村幸弘委員　国のガイドラインの策定を待つのは、基本的なことを示されることでしょうから、それはそれで大事なのですが、本県の高齢化社会の進展と、さらに介護保険の見直し等を含めて、市町村でもこれからいろいろな協議がなされていく中で、市町村と十分に連携をとる必要があるだろうと思います。それから県内の市町村立病院や個人病院でそれぞれ抱えている医療施設が今後どうあるべきかという議論もしている市町村もあるようですし、これからいろいろな動きが出てくるのかと感じております。

北上市も、済生会病院の北上病院跡地利用を含めた検討などもニュースに出ておりますが、そういう流れの中で、今回の地域医療構想というのは非常に重要な意味を持ってくるのかと思いますけれども、国のガイドラインを待つことよりも、情報の共有であるとか、さまざまな協議を事前に進めていくという積極的な対応があっていいのではないかと思うのですが、いかがでしょうか。

○野原医療政策室長兼医師支援推進室長　国から示されてということもありますが、岩手県の特殊性がありますので、そういったことも踏まえて、議論をしていかなくてはならないと考えています。

地域医療ビジョンを策定するに当たって、各病院から病院機能報告という形で、調査をしているところです。現状がどのような形なのか、将来どのような医療や介護事業が見込めるか、データも整理をいたしまして、地域のほうに還元をしながら、地域における検討、

協議をしていきたいと考えています。国の動向のほかにも県としてこれまでの状況、病床機能報告制度の結果の解析を行いまして、岩手県の事情に応じた構想の策定に向けて作業を進めてまいりたいと考えております。

○及川あつし委員長　ほかにありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　質疑なしと認め、質疑を終結いたします。

これより討論に入ります。討論はありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　討論なしと認め、討論を終結いたします。

これより採決いたします。

お諮りいたします。本案は原案を可とすることに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　御異議なしと認めます。よって、本案は原案を可とすることに決定いたしました。

次に、議案第20号児童福祉法の一部改正に伴う関係条例の整備に関する条例を議題といたします。

当局から提案理由の説明を求めます。

○南子ども子育て支援課総括課長　議案第20号児童福祉法の一部改正に伴う関係条例の整備に関する条例案について御説明を申し上げます。

初めに、改正の趣旨でありますが、児童福祉法の一部を改正する法律の施行に伴い、関係条例について所要の整備をしようとするものです。

次に、条例案の内容でありますが、児童福祉法の一部改正により小児慢性特定疾病等についての定義規定が同法第６条の２として新設され、障害児通所支援等についての定義規定が第６条の２から第６条の２の２へと繰り下げられたことにより、各条例において引用している条文に生じた条項ずれ等について所要の整備をしようとするものです。

最後に、施行期日でありますが、児童福祉法の一部を改正する法律が施行される平成27年１月１日から施行しようとするものです。

以上であります。よろしく御審議のほどお願いいたします。

○及川あつし委員長　ただいまの説明に対し、質疑はありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　質疑なしと認め、質疑を終結いたします。

これより討論に入ります。討論はありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　討論なしと認め、討論を終結いたします。

これより採決いたします。

お諮りいたします。本案は原案を可とすることに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　御異議なしと認めます。よって、本案は原案を可とすることに決定いたしました。

次に、受理番号第134号子どもの医療費助成制度拡充を求める請願を議題といたします。

本請願について当局の参考説明を求めます。

○五日市健康国保課総括課長　受理番号第134号子どもの医療費助成制度拡充を求める請願について御説明いたします。

乳児に対する医療費助成事業は、当初全国一高い乳児死亡率を減少させるための対策の一環として国保医療費10割給付実施市町村に対して、昭和39年度から全国に先駆けて助成を行ったことを契機としているものです。昭和48年10月からは助成対象を被用者保険の被扶養者まで拡大し、現在の医療費補助事業を開始したところであり、その後、助成対象の拡大など、制度の改正を行いながら現在の仕組みとなっております。

初めに、制度の概要でありますが、市町村が医療費を助成した場合に、その経費の一部を補助するものであり、その仕組みは、１レセプト当たりの自己負担額を単位とし、市町村が助成した額の２分の１を補助するものであります。また、対象者は、６歳に達する日以後の最初の３月31日までの間にある未就学児とし、一定の所得制限、受給者負担を定めております。県の所要額につきましては、平成25年度決算額で４億8,900万円余となっております。

次に、窓口負担の現物給付についてでありますが、昭和48年の制度開始時は、現物給付の方法を採用しておりましたが、昭和59年度に国保財政調整交付金の減額措置が開始されたことにより、市町村等と協議の上給付方法の見直しを行い、平成７年８月に現物給付から償還払いへ変更しているところであり、昨年７月に改めて市町村に現物給付に関する考え方を調査したところ、減額措置が存続されている状況では現物給付化は慎重に考える必要があるとの意見が大勢であったことから、現在も償還払いを継続しているところであります。ちなみに、本県の全ての医療費助成制度を現物給付化した場合、市町村国保に対する減額は、約７億3,000万円、乳幼児のみの場合は約4,000万円と見込まれ、厳しい財政状況にある市町村国保の財政をさらに圧迫することとなります。

こうしたことから、県といたししては、地方単独事業により一部負担金を医療機関の窓口で軽減する場合の国保財政調整交付金等の減額調整を廃止するよう、平成19年度から毎年度国に対して要望しているところであります。

助成対象の拡大についてでありますが、乳幼児医療費助成について、現在の就学前までの助成対象を小学校卒業まで拡大した場合、約３億9,000万円、中学校卒業まで拡大した場合は約６億円という多額の県費負担が見込まれるところであり、県単独政策において、県立病院等事業会計負担金が多額となっていることなどから、助成対象の大幅な拡大を実施することは難しいと考えているところであります。なお、市町村においては独自の考えから、助成対象者の拡大などに取り組んでいるところであります。

最後に、現在の県の取り組み状況ですが、人口減少問題や子育て支援の観点からの検討も必要と考えているところであり、窓口負担の現物給付と助成対象の拡大について、現在市町村等と協議を行っているところであります。

なお、乳幼児医療費についての全国の現物給付化の状況、県内市町村の医療費助成についての取り組み状況、全国の乳幼児医療費助成制度の対象年齢について、参考資料を添付しています。

説明については、以上であります。

○及川あつし委員長　本請願に対し、質疑、意見はありませんか。

○樋下正信委員　小学校、中学校まで拡大していくのは大変厳しいというお話でしたけれども、現実問題として小学校、中学校、それぞれどの程度医療費が使われているかわかるでしょうか。

○五日市健康国保課総括課長　小学校、中学校までの医療費については、資料がありませんけれども、現在助成を行っている乳幼児の分については、医療費につきましては、平成21年度で大体８億4,000万円、平成25年度で９億3,400万円余りということです。

小学校、中学校までの医療費については、持ち合わせていません。

○樋下正信委員　それでは、助成費の対象を拡大した場合は、小学校まで３億9,000万円、中学校卒業までは６億円というのはどういうふうな形で試算したのでしょうか。

○五日市健康国保課総括課長　小学校卒業までの拡大分、中学校卒業までの拡大分と申しますのは、実際には窓口で自己負担分として支払った額を助成するとした場合に要する経費ということですので、実際の医療費の３割分に相当するものです。ですから、これを計算するに当たりましては、過去の医療費の実績をもとにいたしまして、その３割分について、この額を算定したということです。

○樋下正信委員　全国的には一覧表が出ているわけです。ぜひ他県と同じように、もう少し考えていただいていいのかということを申し上げて終わります。

○福井せいじ委員　他県で現物給付を行っているという現状がありますが、還付制度と比べて、現物給付にすると医療費は実際にふえているのか、その実態について捉えているのか、お聞かせいただきたいと思います。

○五日市健康国保課総括課長　国では、現物給付にした場合に医療費がふえるということで、法令により、いわゆるペナルティーを決めているところです。国では、そういったデータを持っていますが、私どもはデータを持ち合わせていませんので、こちらとしても確認ができていないということです。

○福井せいじ委員　やる、やらないは別として、やった場合の増額分とかは調べておく必要があるのではないでしょうか。そういったことを根拠に県として取り組むかどうかというものを決めていただく必要があると思うのですが、いかがですか。

○根子保健福祉部長　私どもとしては、そういう医療費の動向について、ふえていないという話も聞くのですが、全て詳細には調べておりません。ただ、国からは、要望や会議の

たびに、現物給付にすると医療費がふえるので、減額措置の見直しをする気はないという回答は得ております。

○福井せいじ委員　そもそもペナルティーを科すという根拠としては、現物給付にした場合、医療費がふえるからだとすれば、現物給付にした県とか市町村がふえていないのであれば、今回のこのペナルティー制度というのは根拠がないということになりますが、そういったものを根拠として要望していくべきではないかと思うのでありますが、いかがでしょうか。

○根子保健福祉部長　それについては調べていないので、お答えできませんが、全国知事会としても、問題としており、ことしの７月に国に対してこの撤廃を要求しておりますので、全国的に、このペナルティーの措置は問題であるという認識はしておると思います。

○福井せいじ委員　全国知事会でもそういったことを要望するのであれば、何らかの根拠があればもっと強いと思いますので、そういったことを調べた上で、知事に対しても情報提供していただきたいと思います。

もう一つ聞きたいのですけれども、請願では中卒までの医療費の減免ということも書かれておりますが、中卒までの医療費の経年推移というものは持ち合わせているでしょうか。

○五日市健康国保課総括課長　国保、共済、健保などの医療費の全体の額についてのデータであれば調べることはできるのですが、小学校までとか、中学校までとか、部分でのものは現在持ち合わせていません。

○福井せいじ委員　高齢化社会になって高齢者の医療費は年々増加しているということは、この委員会でもさまざま議題になっていることでありますが、子どもの医療費助成の拡充を求める請願は、今後子育て支援や人口減少に関係し、子供を産み育てるためにはさまざまな環境整備が必要だということをうたっているわけでありますから、子供の医療費の推移を把握して、その上で今後こういった制度に対する対応が必要だと思うのであります。

一方で、その中で子供の数が減っているというのであれば、医療費も減っているということも推論されますし、ただただ１人当たりの医療費がふえているのであれば、その総額は変わらないのでありましょうし、そういったデータごとに、この請願に対する対応をとる必要があるのではないかと思うのでありますが、いかがでしょうか。

○根子保健福祉部長　やはり全体として、子供の医療費がどういう推移にあるかというものを把握することは確かに大事だと思いました。

○木村幸弘委員　現物給付から償還払いに変更したという経緯から、経済状況やいろいろなことがあり、どうしても財政的な自治体の負担増が出てくるわけでしょうけれども、医療費の償還払いという形によって抑制的なものになっていないか、医療機関にかかりたいけれども、現金を支払うことができないなど、ひとり親世帯がふえて、家庭における経済力などの貧困率の問題も含めて、非常に厳しい状況にあるのではないかと見ております。

そういった観点で、子供たちの置かれている現状をしっかりととらまえながら、必要な手だてをしていく上で、現物給付の関係が大変重要ではないかと思っていますけれども、

どう捉えているか、お考えをお聞きしたいです。

○根子保健福祉部長　子供の医療費の現物給付と、対象拡大については、市町村等と協議している最中でありまして、市町村からは県内一律に現物給付となれば実施したいという意見もありますし、減額措置が継続している状況では厳しいという意見もあります。県としては、人口減少対策の中の総合的な子育て支援の一環ということで、現物給付化が県内で統一した方向でできるかどうか、さらに市町村や関係課と協議を続けてまいりたいと思っております。

○木村幸弘委員　全国の状況では、22 都府県が現物給付になっているという実態もあります。現物給付をやっている自治体の状況や考え方、参考となる情報をどう捉えながら本県において対応しようとするのか、お伺いします。

○根子保健福祉部長　県内統一してやる方向で市町村と協議しておりますが、岩手県としてどういう仕組みでやれるかということも検討する必要があると思いますので、他県の例も参考にしながら考えてまいりたいと思っています。

○及川あつし委員長　ほかにありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　確認ですが、全国の状況の中で、現物・償還併用の 15 県について、青森県を除いて、現物給付と償還払いが選択できるということでしょうか。それと、併用した場合は、ペナルティーがあるのでしょうか。

○五日市健康国保課総括課長　現物給付と償還払いが選択できる県は、福島県のみであります。そのほかの県については、どのような状況で併用しているか、細かく確認しているものではありません。

○及川あつし委員長　ペナルティーについてはどうなのですか。

○五日市健康国保課総括課長　ペナルティーについては、現物給付と償還払いを併用した場合に、ペナルティーが科されるということになっております。

○及川あつし委員長　ほかにありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　ほかになければ、本請願の取り扱いを決めたいと思います。

本請願の取り扱いはいかがいたしますか。

〔「採択」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　採択との御意見がありますが、これに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　御異議なしと認め、よって本請願は採択と決定いたしました。

なお、本請願につきましては国に対し意見書の提出を求めるものでありますので、本定例会に委員会発議したいと思います。これに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　御異議なしと認め、さよう決定いたします。

それでは意見書の文案を検討いたします。当職において原案をあらかじめ作成いたしておりますので、事務局に配付させます。

〔意見書案配付〕

○及川あつし委員長　休憩します。

〔休憩〕

〔再開〕

○及川あつし委員長　再開します。

ただいまお手元に配付いたしました意見書案をごらんいただいていると思いますが、これについて御意見はありますか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　なければ、これをもって意見交換を終結します。

お諮りします。意見書案は原案のとおりとすることに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　御異議なしと認め、意見書案は原案のとおりとすることに決定いたしました。なお、文言整理等については当職に御一任願います。

以上をもって保健福祉部関係の付託案件の審査を終わります。

この際、執行部から、「ひとにやさしいまちづくり推進指針」について、ほか４件について発言を求められておりますので、これを許します。

○千田地域福祉課総括課長　県行政に関する基本的な計画の変更に係る報告について御報告申し上げます。

まず、変更する基本計画等の名称は、「ひとにやさしいまちづくり推進指針」であります。

次に、変更の趣旨等ですが、東日本大震災津波の発生や平成 28 年の国民体育大会及び全国障害者スポーツ大会の開催など、ひとにやさしいまちづくりを取り巻く諸状況の変化に対応するため、推進指針の具体的な推進方向を見直すものであります。

根拠法令につきましては、本推進指針は、ひとにやさしいまちづくり条例第９条第１項を根拠規定として作成しており、必要の都度見直しを行うものであります。

次に、変更案の概要についてです。今回の見直しの主な内容等ですが、今年度指針改訂を検討するための専任の委員会を設置して意見を伺い、まとめた内容になります。

まず、見直しの視点を３点示しています。一つ目が、東日本大震災津波の経験、対応を踏まえた見直し、二つ目が、国体・全国障害者スポーツ大会の開催を契機とした見直し、三つ目が、その他、状況の変化等による見直しとなっています。

それぞれの見直しの視点による課題といたしまして、東日本大震災津波の関係では、防災ボランティアの育成やネットワークづくりの必要性、あるいは被災地の復興まちづくりにおけるユニバーサルデザインの考え方を取り入れることなどを挙げています。国体・全国障害者スポーツ大会の関係では、大会を契機とした障害者支援などのボランティア活動促進や競技施設等のハード面のユニバーサルデザイン化などを挙げています。また、その

他としましては、平泉の世界遺産登録等による国際化への対応などを課題として挙げています。

これらの課題に対する新たな推進方向ですが、ひとづくり、まちづくり、情報・サービス、社会参加という四つの分野に整理しています。ひとづくりの分野では、防災ボランティアの育成や活動団体のネットワークづくり、あるいは国体・全国障害者スポーツ大会を契機とした障害者支援ボランティア活動の促進や支援する人材の育成などを挙げています。まちづくりの分野では、大震災津波からの復興、まちづくりにおけるユニバーサルデザインの導入促進、あるいは災害時の福祉避難所の指定や避難施設のユニバーサルデザイン化の促進などとしています。情報・サービスの分野では、国体・全国障害者スポーツ大会を契機とした点訳等の人材養成による障がい者への情報提供の充実などとしています。社会参加の分野では、国体・全国障害者スポーツ大会を契機とした高齢者や障がい者のさまざまな活動への参加の促進や受け入れる側の意識の向上などを掲げています。

それから、推進主体の役割として、県民に期待される役割に高齢者や障がい者などの当事者の方も可能な範囲で積極的に活動に参加すること、あるいは、民間団体に期待される役割に、自治会・自主防災組織など地域コミュニティにおける支え合いを追加しています。また、次回の見直しは平成 31 年度をめどに行うこととするものです。

さらに、改訂案の本文がありますが、文書で御確認いただければと思います。

最後に、スケジュールです。12 月議会終了後、パブリックコメントを実施した後、２月上旬ごろに開催予定のひとにやさしいまちづくり推進協議会を経て、２月議会に承認議案を提出し、議決をいただいた後、策定、公表したいと考えているものであります。

県行政に関する基本的な計画の変更に係る報告について、説明は以上でございます。

続きまして、新たな生活困窮者自立支援制度について御説明いたします。

生活困窮者自立支援制度は、第１のセーフティネットと言われる社会保険制度や労働保険制度などと、第３のセーフティネットと言われる生活保護制度の間において、生活保護に至る前の段階から早期に支援を行う第２のセーフティネットの充実強化を図るため、生活困窮者に対して、自立に向けた支援を確実かつ適切に実施することを目指して創設された制度であります。

生活困窮者自立支援法の概要ですけれども、目的につきましては、法第１条で生活困窮者自立相談支援事業の実施、生活困窮者住居確保給付金の支給その他の生活困窮者に対する自立の支援に関する措置を講ずることにより、生活困窮者の自立の促進を図ることとされています。

次に、支援対象者は生活困窮者になりますけれども、法律の第２条第１項目で、生活困窮者とは現に経済的に困窮し、最低限度の生活を維持することができなくなるおそれのある者とされています。

実施主体は、町村部については県が、市部については市が行うこととされています。

施行期日は、平成 27 年４月１日です。

次に、法に基づく事業についてですが、六つの事業があります。自立相談支援事業と住居確保給付金の支給については、実施が必須でありまして、国庫負担が４分の３となっています。就労準備支援事業、一時生活支援事業、家計相談支援事業、学習支援事業ついては、任意の実施となり、国庫補助が３分の２、または２分の１となります。なお、住居確保給付金の支給を除きまして、外部への委託が可能となっています。

事業の内容としましては、自立相談支援事業は、就労その他の自立に関する相談支援、あるいは支援計画の作成等を実施する事業です。住居確保給付金の支給は、離職により住宅を失った生活困窮者等に対して、家賃相当の給付金を支給するものです。就労準備支援事業は、一般就労に従事する準備として就労体験等を通じた訓練などを実施するものです。一時生活支援事業は、住居のない生活困窮者に対して、一時的に宿泊場所や衣食の提供等を行う事業です。家計相談支援事業は、家計に関する相談支援などを実施する事業であり、学習支援事業は、生活困窮家庭の子供に対する学習支援を行う事業となっています。

具体的には、包括的な相談支援として実施されます自立相談支援事業により、生活困窮者からの相談を受けて、一人一人の状況に応じ、自立に向けた支援計画を作成し、それぞれの事業により支援を行っていくものです。例えば再就職のために居住の確保が必要な方に対しては住居確保給付金の支給の支援を行いますし、就労に一定期間を要する方に対しましては、就労準備支援事業によって就労に向けた日常・社会的自立のための訓練を行っていくことなどであります。

次に、これまでの対応です。制度開始前のモデル事業の状況ですが、県と市でそれぞれ実施しています。県の実施分につきましては、いわて県南パーソナルサポートセンターは県南と沿岸の広域振興局管内を対象といたしまして、平成 25 年４月から三つのモデル事業を奥州商工会議所に委託して実施しています。

それから、いわて県央パーソナルサポートセンターは紫波町と矢巾町を対象として今年度から二つのモデル事業、これは岩手県社会福祉協議会に委託して実施しています。

それから、市実施分につきましては、花巻市が平成 25 年 10 月から三つのモデル事業を実施し、順次、二戸市、北上市、遠野市、大船渡市がモデル事業を実施しています。一関市につきましては、12 月中に事業実施に向け準備を進めると聞いています。

なお、市の場合は、ほとんどが地元の社会福祉協議会に委託して実施しています。ただ、大船渡市のみ公益財団法人共生地域創造財団への委託となっています。

次に、庁内関係部局等との連携につきましては、本年９月に生活困窮者自立支援連絡調整会議を開催いたしまして、庁内関係部局との情報共有を図ったところであり、今後も会議を開催していく予定です。

実施主体となる市への支援等ですが、県内自治体研修会に市町村の参加をいただいて制度の理解を深めたり、担当者会議で情報提供を行ってきたところです。

次に、今後の対応です。県における実施体制及び任意事業の実施の検討並びに方針決定につきましては、現在町村部の実施体制等に係る方針を検討しているところであり、国か

ら示される制度設計の詳細や財政支援の状況などを確認しながら、事業実施の内容を決定の上、平成27年度当初予算に反映していくこととしています。

市への支援につきましては、担当者会議を重ねて開催するとともに、国で実施している相談スタッフに対する研修会の内容を伝達するための研修会などを開催することとしております。

制度周知につきましては、一般県民や社会福祉の事業者等に対しまして、リーフレット等の配布などにより周知を図り、法の円滑な施行を期してまいります。

生活困窮者自立支援制度につきましての説明は以上です。

○齋藤参事兼長寿社会課総括課長　いわていきいきプラン 2017（素案）の概要について説明いたします。今般新たに策定しようとする岩手県高齢者福祉計画及び岩手県介護保険事業支援計画であります。

いわていきいきプラン2017は、目指す姿を「高齢者が、住み慣れた地域で安心して生活し続けることができる地域包括ケアのまちづくり」としております。まず、本県の高齢化の進展と高齢者等の現状でありますが、65歳以上の第1号被保険者は毎年増加し、平成25年度は約37万1,000人でありますが、計画期間最終年の平成29年度は約39万5,000人に、団塊の世代が75歳以上となる平成37年度、2025年度には約40万2,000人と見込まれます。また、要介護高齢者の平成25年度は約7万3,000人でありますが、平成29年度は約8万2,000人に、平成37年度には約9万4,000人と見込まれます。

介護給付費の推移を見ますと、介護保険スタート時の平成12年度から上昇を続け、平成25年度は約1,086億5,600万円となっております。今後につきましては、現在市町村でサービス見込み量とあわせて推計を進めております。

次に、計画策定の趣旨についてですが、計画期間は平成27年から29年度で、ソーシャル・インクルージョン、ともに支え合う観点に立ちまして、本県の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築を目標とし、制度改正を踏まえ、平成37年、2025年までの中長期的な視野に立って施策展開を図るものであります。また、被災地につきましては、東日本大震災からの復興と新たなまちづくりにおいて東日本大震災津波復興計画を踏まえて施策展開いたします。

次に、計画の性格・推進については、これまでの計画の同様ですので、説明を省かせていただきます。

次に、施策推進の基本方針についてでありますが、目指す姿を「高齢者が、住み慣れた地域で安心して生活し続けることができる地域包括ケアのまちづくり」といたしました。団塊の世代が75歳以上になる前に、市町村が医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される地域包括ケアシステムを構築する必要があり、地域の創意工夫によるまちづくりの一環として位置づけることが重要であります。そのためには地域全体で地域課題を共有し、資源開発や政策形成につなげることが必要であり、また高齢者の社会参加により、世代を超えて地域住民がともに支え合う地域づくりが重要であると考えて

おります。県といたしましては、こうした考え方を踏まえて、市町村の地域包括ケアのまちづくりを、本計画の施策を通じて支援していくこととしております。

次に、策定経過の今後の日程ですけれども、８月から 11 月にかけてプランの素案の検討を岩手県高齢者福祉介護保険推進協議会で行ってまいりました。今月からはパブリックコメント、来月からは地域説明会を実施いたしまして、平成 27 年３月には最終案を策定したいと考えています。

重点施策ですが、10 の施策を掲げております。１つ目は、生きがいづくりと健康づくりのほか、高齢者の豊かな経験、知識を生かし、社会貢献活動への参加を推進するものでありまして、高齢者の社会参加による生活支援活動への支援などに取り組みます。

２つ目は、要介護状態や認知症になっても尊厳を持って安心して生活できるよう虐待防止や権利擁護などに取り組みます。

３つ目は、地域包括支援センターなどを中心といたしまして、多職種連携により、医療、介護等が一体的に確保される仕組みの構築を目指すもので、連携の仕組みづくりや市町村のケア会議への支援などに取り組みます。

４つ目は、今回新たに盛り込むものでありまして、在宅医療と介護を一体的に提供し、高齢者がその人らしい生活と最期を迎えることができる医療提供体制の構築を推進するもので、在宅医療を担う人材の育成、確保などに取り組みます。

５つ目は、認知症の正しい知識の普及や、本人、家族への支援、専門医療体制強化などを行うもので、市町村の認知症初期集中支援チームの設置支援などに取り組みます。

６つ目は、要介護状態となることの予防、要介護状態の軽減、悪化防止や、医療と介護が連携した地域リハビリテーション体制の構築を推進するもので、住民が運営する体操の集いやリハビリ専門職を生かした介護予防事業などへの支援などに取り組みます。

７つ目は、高齢者の多様な福祉ニーズに対応するため地域づくりを推進するもので、生活支援サービスの充実や、サービス付き高齢者向け住宅の普及などに取り組みます。

８つ目は、質の高い居宅サービス等の提供体制の充実支援、介護老人福祉施設の計画的な整備促進を行おうとするもので、必要なサービス基盤の整備等に取り組みます。なお、サービス量の見込みにつきましては、現在保険者において精査中でありまして、今後公表予定です。

９つ目は、サービス事業者の育成や介護人材の量的確保、資質向上等を促進するもので、介護の仕事のイメージアップや処遇改善による介護人材の確保や従事者研修などに取り組みます。

最後は、被災地の高齢者の孤立化防止のための見守りや、生きがいづくりなどによる地域コミュニティの再生、活性化を図るもので、仮設サポート拠点運営や介護予防教室などの自主活動への支援などに取り組みます。

以上で説明を終わらせていただきます。

○南子ども子育て支援課総括課長　いわて子どもプランの見直しについて御説明をいたし

ます。

現行のいわて子どもプランは、平成 22 年度から平成 26 年度までの５年間の計画期間となっておりますことから、今年度、見直しを行っているところでありまして、本日はその主な内容について御説明をさせていただくものであります。

まず、計画の性格でありますが、現行のプランと同様に、子育てにやさしい環境づくりや、子供の健全育成などを総合的、計画的に推進するための基本的な考え方などを明らかにしたものであり、次世代育成支援対策推進法に基づく県の行動計画として位置づけているものであります。

今回の見直しにおきましては、子ども・子育て支援法に基づき、県が策定することとされている子ども・子育て支援事業支援計画の内容を新たに盛り込むこととしているものであります。

計画の期間でありますが、今般次世代育成支援対策推進法が時限立法として来年度からさらに 10 年間延長されましたことから、これに呼応し、見直し中のプランは第２期の前期行動計画として５年間の期間とするものであります。

計画の策定方針及び三つの重視する視点は現行のプランの内容を踏襲したものであります。

策定スケジュールでありますが、12 月から１月にかけまして、子ども・子育て会議にプランの素案をお諮りし、パブリックコメントの実施や地域での説明会を開催することとしており、県民の皆様の御意見等を計画内容に反映した上で、２月に最終案を子ども・子育て会議に示した後、環境福祉常任委員会に御報告申し上げ、３月に策定することといたします。

基本方針、三つの施策の基本方向、施策の具体的推進などの構成は、現行のプランを踏襲しているものであります。

岩手の子供たちに期待することといたしまして、新たに被災による困難からも力強く立ち上がり、将来の岩手を担う若者として、多様な活動に取り組んでいくことを期待していますという文言を今回追加しようとするものであります。

次に、施策の基本方向は三つの柱、若者が家庭や子育てに希望を持てる環境を整備する、子育て家庭を支援する、子どもの健全育成を支援するから成り立っておりまして、子育て家庭を支援するの中では、増大する保育ニーズに対し、来年４月に施行予定の子ども・子育て支援新制度による多様な保育サービスを提供することを盛り込むほか、子どもの健全育成を支援するの中では、震災による被災孤児、遺児への支援及び心のケアを要する子供への支援について新たに追加しようとするものであります。

次に、施策の具体的推進についてでありますが、主な変更点を中心に御説明を申し上げます。

まず、若者が家庭や子育てに希望を持てる環境を整備するの項目でありますが、若者の豊かな心づくり、現在策定中のいわての子どもを健やかに育む条例の基本理念の一つであ

る子どもの権利の尊重を踏まえ、子どもの権利に関する意識啓発を新たに追加しようとするものであります。

若者の就労や結婚の支援については、現行のプランにおきまして、若者の就労や交流活動の促進という項目名になっていますが、近年の少子化の進行を踏まえ、結婚から妊娠、出産、育児などに切れ目ない支援を推進することを目的といたしまして、項目名と内容を変更しております。

男女がともに子育てをする意識の醸成については、新たにイクメンハンドブック等を作成するほか、いわて家庭の日県民運動による意識啓発を追加しようとするものであります。

続いて、子育て家庭を支援するの項目でありますが、みんなで子育てを支援する地域づくりについては、子ども子育て会議での議論等を通じまして、新制度による多様な保育ニーズに対応することなどを追加しようとするものであります。

親と子の健康づくりの充実については、来年１月に制度改正が行われます小児慢性特定疾病制度について、対象児童に対する新たな自立支援事業などを追加しようとするものであります。

保育サービスの充実については、来年４月に施行される子供・子育て支援新制度による保育サービスの充実などを追加しようとするものであります。

経済的負担の軽減については、児童手当の支給のほか、被災孤児、遺児に対する就学支援や学費助成を追加しようとするものであります。

被災した保育施設の復旧と保育サービスの確保については、被災した保育所等の復旧、保育料の減免支援等を追加しようとするものであります。

子どもの健全育成を支援する項目でありますが、児童虐待防止対策の充実と、社会的養護体制の充実については、これまで保護を要する児童等の福祉の増進という項目名称でありましたが、児童虐待が大きな社会問題となっておりますことに鑑み、新たに児童虐待防止対策の充実と社会的養護体制の充実に分離独立させようとするものであります。このうち、社会的養護体制の充実は、今般厚生労働省から児童養護施設や乳児院に入所している児童について、今後は可能な限り家庭的な環境のもとで養育するよう方針が示されたところでありまして、推進計画を策定し、施設の小規模化や里親への措置委託を計画的に推進しようとするものであります。

被災児童に対する支援の推進でありますが、いわて子どもケアセンターによる心のケアなどを新たに追加しようとするものであります。

説明につきましては、以上です。

○野原医療政策室長兼医師支援推進室長　西アフリカにおけるエボラ出血熱流行に係る対応について、御説明させていただきます。

まず、エボラ出血熱については、エボラウイルスが引き起こす致死率が非常に高い極めて危険な感染症ですが、患者の血液等に直接触れた際、傷口などからウイルスが侵入することで感染するもので、インフルエンザ等の感染症と違う部分です。

感染拡大は、患者の看護の際、あるいは葬儀の際に御遺体に接することで引き起こされています。現時点は、ワクチン、治療薬は存在せず、治療法は症状に応じた対症療法のみとなっております。現在数カ国でワクチンあるいは治療薬についての臨床試験が行われているところです。７日程度の潜伏期間の後に発熱に始まり、嘔吐などの症状、さらに悪化すると出血傾向が見られ死に至るとされています。

一方、エボラ出血熱のエボラウイルスの感染力は必ずしも高くないことから、アルコール消毒や石けんなどを使用した十分な手洗いを行うことが重要とされています。

現在の世界での患者の発生状況ですが、12 月３日現在の合計で、死者が 6,070 人を含む１万 7,145 人が罹患しており、そのほとんどが西アフリカ３国の発生となっています。ＷＨＯは、８月に緊急委員会で国際的に懸念される国際公衆衛生上の緊急事態を宣言し、現在国際的な対応が行われているところです。

国及び検疫所の対応ですが、いわゆる水際対策を強化していまして、日本国内空港等においては体温測定のほか、西アフリカ３カ国からの全ての帰国者、入国者に対して 21 日間、１日２回の健康監視を実施しています。万一発熱等の異常があった場合は、患者所在地の保健所へ連絡が来るとされております。

本県の取り組み事項等ですが、県では患者発生の状況に応じまして、フェーズごとの危機管理体制を定め、それぞれのフェーズに応じた対応を行うこととしています。なお、現在、青森県、秋田県、宮城県では第一種感染症指定医療機関がない状況でありまして、患者受け入れ等について相談を受けていますが、万一患者発生ということになった場合については、まずは国と当該県と調整をして相談をした上で、患者さんの状況に応じて対応していくと聞いています。なお、青森県では来年３月ごろ、また秋田県、宮城県についても指定医療機関の整備に向けて、今検討を進めていると伺っています。

次に、本県の対応ですが、医療機関及び行政機関への依頼、指示事項については、医療機関に対しては、疑似症患者等を含めた患者届け出などの徹底等を通知するとともに、保健所等の行政機関に対しても、疑似症患者の取り扱いのほか、第一種指定医療機関への移送、有症状者の自宅待機の要請、連絡を常時受けられる体制の構築、定期的な訓練等の実施などを指示しています。

これまでの主な取り組みについてですが、保健所等の行政対応を的確に実施するために患者搬送や個人防護服の着脱手順の確認、医療機関スタッフを対象とした感染専用研修会を数回開催してまいりました。県内の医療体制としては、平成 20 年５月に盛岡市立病院をエボラ出血熱等の一類感染症に対応する第一種感染症指定医療機関に指定しておりますが、本年 10 月８日には、国の専門家を講師として招きまして一類感染症ワークショップを開催するなど、医療スタッフの研修などを行いまして、治療や看護のシミュレーションや、医療機関と行政機関との連携手順の確認などを通じまして、県内体制の整備を図ってきたところです。

今後は、具体の患者さんや治療を想定した支援、病院間の連携が重要でありますので、

県としても会議の開催のほか、研修、具体の訓練を企画いたしまして、本県の感染症医療体制の確保に努めてまいりたいと考えています。

また、エボラ出血熱に対する正しい知識と本県の対応について、県民の皆様に御理解してもらうことも重要ですので、報道や県のホームページなどを通じた県民への情報発信を引き続き行ってまいります。

以上、エボラ出血熱に係る対応について御報告させていただきました。

○及川あつし委員長　ただいまの報告に対する質疑も含め、この際、何かありませんか。

○樋下正信委員　生活困窮者自立支援について、モデル事業として去年からやっているようなのだけれども、その実績を教えていただければと思います。

○千田地域福祉課総括課長　県で実施しているモデル事業の実績ですけれども、本年４月から９月末までの状況を見ますと、相談受け付け件数が 136 件、そのうち支援計画の策定に反映したものが 15 件となっています。それから、支援計画に就労準備支援事業が含まれているものが５件、家計相談支援事業が含まれているものが 11 件となっています。それから、支援によりまして一般就労に結びついた者が７人です。それから、就職活動を始めた者が３人などとなっています。

○福井せいじ委員　人にやさしいまちづくり推進計画について聞きたいのですけれども、国体・全国障害者スポーツ大会における施設などへのユニバーサルデザインの導入について、新しい施設をつくる場合には比較的円滑に行われると思うのですが、既存施設を使う場合の改修についてはどのような流れで行っていこうとしているのかをお示しいただきたいと思います。

○千田地域福祉課総括課長　競技会場の施設整備につきましては、基本的に国体・全国障害者スポーツ大会局のほうで実施しておりまして、実際の施設整備の流れとしましては、一般の整備の流れと変わらないものかと存じております。

○鈴木参事兼障がい保健福祉課総括課長　所管が国体局ということになっておりますが、聞き及んでいる範囲で簡単に申し上げますと、競技会場につきましては市町村実行委員会等で整備することになっているようですが、例えば段差解消などの簡易スロープの設置などにつきまして配慮を求めているということです。当該費用につきましては、競技の補助金の中で見ているようでありますし、宿泊施設につきましては、スロープや簡易な手すりの設置等につきまして協力をお願いしていると聞いているところです。

○佐々木朋和委員　ひとにやさしいまちづくり推進支援の、その他、状況の変化等による見直しのところに、平泉の世界遺産登録やＩＬＣ誘致活動による国際化への対応を挙げ、新たな推進方向として、平泉について外国人観光客への対応ということが載っているわけですけれども、ＩＬＣ誘致活動についても、いろいろな場面において外国人の方が生活をしていくという点について、今後対応を求められていくと思うのですけれども、県としてどのように検討されているのか、またよい方向に進んでいくのか伺いたいと思います。

○千田地域福祉課総括課長　説明資料で平泉の世界遺産登録とだけ記載していたのですけ

れども、本文のほうなどにはＩＬＣのことも記載していまして、ＩＬＣ誘致は、まだ決まっていない部分もありますので、具体的な対策につきましては、これから指針に沿って中身を検討して、詰めていくという内容となっております。

○佐々木朋和委員　平泉の観光客とＩＬＣ誘致活動と両方のことを考えると、外国語標記など表現的な部分が考えられるわけですけれども、それ以上に、いろいろな生活の場面で外国人の方に使いやすいようにとか、一関市内に救急救命士の学校もあるということもあり、一関市では子供たちに救急救命教育を行ったりして、外国人の方が訪れて、万が一のことがあっても安心していただけるような活動をしているところもあるわけですけれども、表面的ではない一歩進んだ取り組みも期待をされるわけですけれども、その部分についても検討されていくのか伺いたいと思います。

○千田地域福祉課総括課長　そういったことも、これからさらに充実を図ってまいりますけれども、ひとにやさしいまちづくりにつきましては、かなり広い分野にわたるもので、例えば観光等に関しましては、直接的には商工労働部のほうで所管しておりまして、そちらのほうでは受け入れ態勢ができた施設の認定をやっておりまして、一定の観光地において職員が必要な研修を受けたり、外国語標記が一定程度できている施設を指定していってＰＲさせるといったような取り組みが既に始まっていまして、そういったようなことも含めて、もっとふえる外国人の方々への対応を進めてまいりたいと考えております。

○木村幸弘委員　生活困窮者の案件について、県の実績の中で、住居の確保等の実態があったのかどうか、住居確保給付金の家賃の上限というのはどういう考え方になっているのか、緊急的な支援のところでの一時生活支援事業で、衣食住を提供するということですが、公営住宅等を含めた一時的な住居の確保等が考えられているのかどうか、その点についてはどうなのでしょうか。

○千田地域福祉課総括課長　住宅の関係のデータについては、持ち合わせていないところです。

それから、住宅給付金の内容の詳細につきまして、国の支援も含めまして、まだ国からきちんとした説明がないところでありまして、上限というところにつきましては、今承知していないところです。

公営住宅の関係については、直接的には住居のない方につきまして、一時生活支援事業の中で、公営住宅等を活用して住みかを確保するという事業として、国で設定しているところです。

○木村幸弘委員　非常に大事な点ですし、住むところと働くところの関係性がきちっと確保されていかないと、いずれいろいろと問題になると思います。この支援の内容としてはそこが一番のポイントになるのだろうと思いますので、ぜひそういった点をこれから十分に検討いただきたいと思います。

あとエボラ出血熱の関係で水際対策のところですが、入国者の関係で、仕組みがよくわからないのですけれども、健康な方で21日間１日２回の健康監視を実施というのはどうい

う仕組みで行われていくのか、都道府県に、異常があった場合には連絡するということですから、滞在者は日本に入った時点で、どこかに隔離されて21日間拘束されるということになるのでしょうか。

○野原医療政策室長兼医師支援推進室長　西アフリカ３国からヨーロッパ等を経由して日本に入国された方に関しては、拘留の関係で全て把握していますので、21 日間自宅におられてももちろん結構なのですが、２日間は朝と夕方発熱があるかどうか、検疫所に連絡が行って、38 度以上の熱が出た場合は、まだ患者と決定したわけでなく、最終的には検査をして確定するわけなのですが、国か検疫所から都道府県に連絡が来ると、疑似症患者という形で対応が必要になってくるという仕組みになっています。21 日間というのは、最大の潜伏期ですので、その間は帰国者の方々の御協力をいただいて、発熱などの症状等について申告していただくといったようなことです。

○木村幸弘委員　その患者の情報や検診の対応については、都道府県は異常があった場合に初めて通知を受けるということで、例えば岩手県人であっても、自宅にお帰りになって、その方が医療機関と連絡をとり合うと思うのですが、異常が出るまではわからない状況になるのでしょうか。

○野原医療政策室長兼医師支援推進室長　帰国者に関しては、事前に届けや連絡をいただくことになりますが、21 日間で発熱が出た場合に初めて対応させていただくことになります。それまでは、まだ患者ではありません。発熱された時点に関しても、報道されたとおり、最終的には検査をして、にせだったわけですので、そういった意味では、帰国者で熱があって初めて疑いのある疑似症患者として、事前に対応させていただくことになります。対応としては、感染症指定医療機関のほうに移送して、検査をして確認し、もし陽性になった場合は指定医療機関で医療をしていただくことになります。

したがいまして、検疫所では、もし発熱があった場合は、直接医療機関にかからずに、必ず保健所等に連絡するという形でお願いをしています。直接医療機関にかかりますと、医療機関にはほかの患者も多数来ていますので、直接かからないように、必ず保健所に連絡をして、保健所職員が最初初期対応に当たり、その後、医療機関に搬送することで地域への蔓延拡大を抑える仕組みを担当者間で協議して対応に当たっているところです。

○木村幸弘委員　発症するまでの間には、接触があると思うのですが、その個人の方は、基本的には接触情報を自分で管理をしながら、場合によってはその情報を開示して、ほかの手だてにわたっていくということも想定しておかなければならないのでしょうか。

あとは、花巻空港であるとか県内の港に、外国からの入港やチャーター便等による渡航者があるわけですけれども、そうした水際対策はどうなっているのでしょうか。

○野原医療政策室長兼医師支援推進室長　エボラ出血熱に関して、これまでの治験では、発熱といった症状が出るまでは接触者の方々への感染はないと考えられております。これまで感染が成立した方というのは、下痢とか嘔吐、出血等、かなり症状が進んだ方に対する医療従事者の方々、もしくは御遺体を清めたりという形で接触された方々に感染が拡大

していまして、発熱する前の接触に関しましては、先般アメリカでさまざま報道されましたけれども、アメリカの事例でも有症状者の前の接触者の感染者は今まで一人もありません。そうした意味で、ある程度基本的人権と科学的な根拠に基づいた冷静な対応が必要であろうと考えております。

また、検疫対応ですけれども、現時点で西アフリカ３国から花巻空港や、県内の港に直接入ってくるルートはないものと承知していますが、一般論としまして、例えば新型インフルエンザの対応等といった場合は、仙台検疫所が所管していますけれども、連携した対応という形で、検疫体制を組んでいるところであります。

○及川あつし委員長　ほかに質疑はありませんね。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　なければ、これをもって保健福祉部関係の審査を終わります。保健福祉部の皆様は退席されて結構です。

この際、３時半まで休憩いたします。

〔休憩〕

〔再開〕

○及川あつし委員長　休憩前に引き続き会議を開きます。

次に、環境生活部関係の議案の審査を行います。

議案第２号平成 26 年度岩手県一般会計補正予算（第６号）第１条第２項第１表歳入歳出予算補正中、歳出第３款民生費、第４款衛生費のうち、それぞれ環境生活部関係及び第３条第３表債務負担行為補正のうち、１追加中１並びに議案第 34 号岩手県営屋内温水プールの指定管理者を指定することに関し議決を求めることについて、以上２件の議案は関連がありますので、一括議題といたします。

当局から提案理由の説明を求めます。

○津軽石副部長兼環境生活企画室長　環境生活部の補正予算及び予算に関連する指定管理に係る議案について御説明を申し上げます。

まず、補正予算のうち、給与関係について御説明申し上げます。議案第２号平成 26 年度岩手県一般会計補正予算（第６号）のうち、環境生活部の補正予算は、３款民生費、２項県民生活費の 1,955 万円の減額と、４款衛生費、２項環境衛生費の 4,324 万 3,000 円の減額でありまして、合わせて 6,279 万 3,000 円の減額補正です。補正予算の内容につきましては、予算に関する説明書により御説明申し上げます。

３款民生費、２項県民生活費、１目県民生活費でありますが、管理運営費の減額、４款衛生費、２項環境衛生費、１目環境衛生総務費の管理運営費の減額、２目食品衛生指導費の管理運営費の減額並びに４目環境保全費のうち旧廃止鉱山公害防止事業の減額でありますが、これらはいずれも職員の人件費につきまして年間の所要額をもとに過不足分を調整し、補正しようとするものです。

次に、補正予算のうち公の施設に係る指定管理議案に関連する債務負担行為補正につい

て御説明を申し上げます。議案第２号の第３表、債務負担行為補正の１追加中１番ですが、指定管理者を指定しようとする施設は、岩手県営屋内温水プールです。期間は、平成26年度から平成29年度までとし、限度額につきましては、前回に比べ1,600万円増の２億6,700万円に設定しようとするものです。なお、これらの限度額につきましては、燃料費などの管理運営費や利用料収入の実績をもとに調整をいたしたものです。

次に、債務負担行為補正に係る公の施設に係る指定管理についてですが、議案第34号岩手県営屋内温水プールの指定管理者を指定することに関し議決を求めることについてです。

屋内温水プールの指定管理の関連議案の趣旨ですが、同プールの現在の指定管理期間は本年度末となっておりますことから、次年度以降の指定管理者を定めようとするものです。

指定管理者の指定についてですけれども、指定に当たりましては、公募を行いましたところ２団体より応募がありまして、選定委員会の審査結果を踏まえ、岩手ビルサービス株式会社、セントラルスポーツ株式会社、陽光ビルサービス株式会社グループを指定しようとするものです。

指定の期間につきましては、平成27年４月１日から平成30年３月31日までの３カ年とするものです。

なお、この施設につきましては、施設の利用に係る料金を当該指定管理者の収入として収受させることができる指定料金制度を採用しています。

指定管理者候補者の選定の経緯につきましては、外部委員を含む県営屋内プール指定管理者選定委員会を設置し、審査したところです。

審査に当たっては、書類審査及びプレゼンテーション審査を行い、その結果、今回提案いたしました指定管理者につきまして、サービスの向上、実施体制等の審査等、審査項目において、より高く評価され、選定されたものです。

以上が環境生活部関係の補正予算及び岩手県営屋内温水プールの指定管理議案の内容です。よろしく御審議のほどお願い申し上げます。

○及川あつし委員長　ただいまの説明に対し、質疑はありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　質疑なしと認め、質疑を終結いたします。

これより討論に入ります。討論はありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　討論なしと認め、討論を終結いたします。

採決いたします。

お諮りいたします。各案件は原案を可とすることに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　御異議なしと認めます。よって、各案件は原案を可とすることに決定いたしました。

次に、議案第13号災害廃棄物処理基金条例の一部を改正する条例を議題といたします。

当局から提案理由の説明を求めます。

○佐々木災害廃棄物対策課長　災害廃棄物処理基金条例の一部を改正する条例案について御説明いたします。

本条例の改正内容は、条例の有効期限を平成 27 年 12 月 31 日まで１年間延長しようとするものです。

まず、災害廃棄物処理基金の概要ですが、この基金は東日本大震災津波により発生しました災害廃棄物の処理に当たりまして、被災市町村が国から受けた災害等廃棄物処理事業費補助金に加えまして、市町村の負担を軽減するために、県が国から災害廃棄物処理促進費補助金を受けまして、市町村の処理費用に充てる目的で造成したものです。

次に、条例案改正の主旨と改正内容ですが、災害廃棄物の処理につきましては、平成 25 年度末までに終了しましたが、沿岸の９市町村におきまして、跡地整理などの事業を今年度に繰り越して実施しています。この場合、事業費が確定します今年度末の後の平成 27 年度に基金の残余財産を整理する必要があることから、条例の有効期限を平成 27 年 12 月末まで延長しようとするものです。

以上で御説明を終わります。御審議のほどよろしくお願い申し上げます。

○及川あつし委員長　ただいまの説明に対し、質疑はありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　質疑なしと認め、質疑を終結いたします。

これより討論に入ります。討論はありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　討論なしと認め、討論を終結いたします。

これより採決いたします。

お諮りいたします。本案は原案を可とすることに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　御異議なしと認めます。よって、本案は原案を可とすることに決定いたしました。

以上をもって、環境生活部関係の付託案件の審査を終わります。

この際、執行部から岩手県文化芸術振興指針の改訂についてを含め、４件の発言を求められておりますので、これを許しますが、それぞれ簡潔に説明をお願いします。

○千葉ＮＰＯ・文化国際課長　岩手県文化芸術振興指針の改訂について御説明いたします。

変更する基本計画等の名称ですけれども、岩手県文化芸術振興指針です。

変更の趣旨等ですが、現行の指針策定後の社会経済情勢等の変化などに対応し、文化芸術振興施策の総合的かつ効果的な促進を図るため、目標設定期間及び施策方向を見直すものです。

改訂案の具体的な内容についてです。趣旨、岩手県文化芸術振興指針についてですが、県における文化芸術振興施策の目標、施策方向を定めるものとして平成 20 年 12 月に策定

されたものです。指針は、県の文化芸術振興基本条例に定める基本理念をもとに、芸術、芸能分野などの四つの文化芸術分野を対象とし、それぞれの現状と課題などを整理統合し、日常生活を豊かにする文化芸術情報の発信など四つの施策を定めているものとなっています。

続いて、指針改訂の基本的な考え方についてですけれども、三つの考え方をもとに改訂を進めているところです。一つ目は、文化芸術コーディネーターの設置などの成果を生かしつつ、情報発信手段の拡充などの課題解決を図っていくこと、二つ目は、東日本大震災津波の影響など、社会経済情勢の変化を反映すること、三つ目は、岩手県文化芸術振興審議会での審議とともに、広く県民の方々の御意見を反映することです。

次に、主な取組の方向性ですが、ソーシャルネットワークサービスなどの新たな情報発信手段の活用や、海外に向けた本県文化芸術の情報発信を行う、多様化する情報発信手段や、手法への対応、震災により被災した文化財や郷土芸能団体の道具の修復支援、震災復興や文化交流を目的としたコンサートの県内開催支援を行う被災地における文化芸術復旧の支援など、九つの観点を改訂指針に反映の上取り組んでいくこととしています。

最後に、スケジュールです。今後は、あすから１カ月間、パブリックコメントや地域説明会を実施いたしまして、最終的には２月議会にお諮りしたいと考えています。

以上で説明を終わります。御審議のほどよろしくお願いいたします。

○小野寺自然保護課総括課長　鳥獣保護法の一部改正に伴います県が定めております特定計画の変更について御説明させていただきます。

ことしの５月に鳥獣保護法の一部改正が行われたところですが、この法律の大きな要点といたしましては、従来の保護のための管理から、手段として捕獲を活用した適正な個体数管理へ転換することとなっております。これに伴いまして、法律の名称も従来の鳥獣保護法ということではなく、鳥獣保護管理法ということで、管理が追加されております。

それから、全国的に農業被害等が増大している野性獣のシカ、イノシシなどをターゲットとして指定管理鳥獣ということを国のほうで定め、それについて指定管理鳥獣捕獲等事業というものを新たに創設するということになっております。

それから、各都道府県が任意でつくっております特定の鳥獣保護管理計画を保護と管理の二つに分けて、第一種は保護計画、第二種は管理計画とし、本県の場合、ツキノワグマ、カモシカ、シカについて第二種計画という位置づけになるものと考えておりますが、これに伴いまして、関係する県の計画を修正する必要があるという状態になっています。

まず、鳥獣保護事業計画につきましては、法律と同様、名称に管理というものを追加するとともに、指定管理鳥獣捕獲等事業の活用について、計画の中に記載することとしております。それから、特定計画について、一種と二種という区分ができるということを記載することにしております。

それから、個別の計画になります特定鳥獣保護管理計画につきましては、名称を管理計画に改めるとともに、シカの計画につきましては、指定管理鳥獣という指定がなされた後

に指定管理鳥獣捕獲等事業というものを行うということを計画の中に書き込んでいこうとするものです。

今後の主なスケジュールですが、当該計画につきましては、県行政に係る基本的な計画の位置づけではありませんので、審議会の諮問をもって計画の承認をいただくというスケジュールとなります。具体的には、来年の１月中旬までに国のほうの基本方針、基本指針、それから施行規則の改定が行われますので、これらに合わせまして、１月から２月にかけ県の計画案についてパブリックコメントを行った後、３月に県の審議会のほうに諮問をさせていただいて決定するものです。国のほうの法施行は来年の５月 29 日と決定していますので、それに合わせて変更後の県の計画も施行するという手順で考えております。

以上でございます。

○亀井特命参事兼青少年・男女共同参画課長　いわて青少年育成プランの改訂について御説明いたします。

改訂する計画等の名称は、いわて青少年育成プランであり、平成 17 年６月に策定したものです。５年後に内容の見直しを行い、平成 23 年３月に改訂版を策定いたしました。

改訂の趣旨等ですが、これまでの取り組みの成果と課題や、社会経済情勢等の変化を踏まえ、新たにいわて青少年育成プラン（平成 27 年３月改訂版）を策定しようとするものです。

改訂案の概要のプランの性格ですが、青少年の健全育成のための基本理念とそれを実現するための推進方策を示すもののほか、青少年の健全育成についての総合的な指針であるとともに、子ども・若者支援推進法に定める「都道府県子ども・若者計画」に位置づけるものです。

計画期間は、平成 27 年度から 31 年度までの５年間とし、「心豊かで、自立した『いわての青少年』をはぐくむ」との基本理念のもと、個性・主体性を尊重した「人づくり」、健全な青少年を育む「地域づくり」、青少年を事件・事故から守る「環境づくり」、の三つを重点目標に掲げております。

主な改訂内容についてです。「人づくり」につきましては、復興教育の推進や困難を抱える青少年を支援するためのネットワークである子ども・若者支援地域協議会の設置促進、さらに若者の活躍を支援するための仕組みの充実などに取り組みます。「地域づくり」につきましては、親子が楽しく触れ合う機会の提供や、青少年団体活動の充実などに取り組みます。「環境づくり」につきましては、スマートフォン等、情報メディアへの対応を強化することなどを行います。そのほか、プラン案の論点につきましては、本日は冊子をお配りしておりますので、後ほどごらんいただけると幸いです。

最後に、今後のスケジュールですが、あすから１カ月間、パブリックコメントを実施するほか、12 月中に県内７カ所で地域説明会を開催し、広く県民の皆様から御意見を頂戴した後、２月の青少年問題協議会を経まして、３月の策定、公表を予定しているところです。

以上で説明を終わります。

○後藤消費生活課長　岩手県消費者施策推進計画の改訂について御説明いたします。

改訂の理由ですが、岩手県消費者施策推進計画は平成 18 年に策定され、平成 22 年に改訂されております。平成 22 年に改訂された計画の計画期間が平成 26 年度で終了することから、これまでの取り組み結果や社会情勢等の変化を踏まえ、現行計画の見直しを行い、計画を改訂しようとするものです。

次に、改訂案の概要についてですが、計画期間は平成 27 年度から平成 31 年度までの５年間です。計画の基本目標は、現在の計画と同じ消費者被害のない地域づくりを進め、消費生活の安定を図るとしています。

改訂計画につきましては、商品やサービスの安全の確保、消費者と事業者との取引の適正化などの五つの柱を立てておりまして、それを推進するため、例えば商品やサービスの安全の確保や､監視指導及び検査の徹底などのように全体で 14 の施策で構成しております。

次に、特に強化して取り組む主な内容ですけれども、高齢者等の消費者被害の未然防止に向けた取組の強化では、ターゲットになりやすい高齢者等を守り支えるため、これまでも出前講座やさまざまな広報媒体を使って啓発活動を行ってきましたが、今後さらに高齢者に対する見守り活動を行う関係団体などとも連携しながら啓発活動を行っていくなどを強化していきたいと考えております。

また、学生、若者、高齢者など、各年代、各ライフステージに応じた出前講座やセミナー等により、情報提供、啓発を行っていきたいと考えております。多様な主体との連携による消費者教育の推進に向けた取組の強化では、教員に対する研修会を開催するなど、学校教育とも連携しながら、体系的、総合的な消費者教育の推進を図っていきたいと考えているほか、消費者教育推進専門員を県民生活センターに配置して、学校訪問等により情報提供を行うほか、学校からの要請に応じて出前講座なども実施していきたいと考えております。

市町村との連携及び活動支援に向けた取組の強化では、複雑化、多様化している消費者問題に対応するため、各種研修会の開催などにより、市町村の相談員の相談対応スキルの向上を図るとともに、相談内容に応じた助言等も行い、高度専門的な相談事案の解決を支援していきたいと考えております。

今後の予定についてですが、計画案については 12 月中旬から１月中旬までパブリックコメントを実施する予定としております。また、あわせて地域説明会を開催するほか、関係団体との意見交換を予定しております。その後パブリックコメント等の意見を踏まえ、２月には消費生活審議会での御審議をいただき、３月中に改訂計画を策定したいと考えているところです。

以上で説明を終わります。

○及川あつし委員長　ただいまの報告に対する質疑も含め、この際、何かありませんか。

○樋下正信委員　鳥獣保護の県の計画変更についてですけれども、保護のための管理から、積極的な管理への転換ということで、大変前に進むかと考えておりますけれども、一つ懸

念されるのが猟友会の方々の高齢化に対応した支援や、人員の確保もやっていかなければならないと思いますけれども、その辺はどうなっているのでしょうか。

○小野寺自然保護課総括課長　現在、岩手県の場合は、捕獲の中心が、県の猟友会の方々等でありまして、高齢化や会員の減少が課題となっています。これに対しまして、一般県民の中に狩猟という制度をより周知するとともに、最近の広域的な農林業被害の状況を広く周知するため、一般の方々を対象としたセミナー等を開催することによって狩猟動機を啓発しようと考えています。あわせまして、狩猟の場合に免許が必要になりますが、免許試験の回数をふやし、会場も沿岸地域、県南地域、内陸部では、矢巾町の消防学校など、できるだけ受けやすくして、狩猟免許の機会を拡大するということで、平成24年度から実施しておりまして、わずかずつということになるかもしれませんが、受験者の数、合格者の数がふえてきております。しかも、若者の割合も少しずつではありますが、ふえてきているという状態になっております。

○樋下正信委員　実効性があるようにお願いします。

○伊藤勢至委員　五葉山系のシカが相当北上してきて、先週末に猟友会の方から伺いましたが、早池峰山の麓にも相当来ているようです。早池峰山といいますと、ハヤチネウスユキソウという有名な花があるわけですが、それらも相当食害にあっているらしいというお話でありました。そして、当然猟友会の方々にお願いをするということですが、猟友会の方々の高齢化率よりもシカのふえるほうが早いのではないかということも言っていました。

鹿の上に馬を書けば「馬鹿」ですが、シカはばかではなくて、どうも土日がわかるらしいという話です。つまり猟友会が行くのは大体土日になるのです。そういうときはシカが高いところに上がって下がってこない。つまり人が行けないところに待機している状況にあるということを伺いまして、シカの管理法もいいのですけれども、岩手県特有の早池峰山麓のハヤチネウスユキソウなどをなくするようなことになってはいけない。したがって、猟友会の方々と現状の生息頭数などの把握に努めていただいて、もっと早く駆除をやっていかなければ取り返しのつかないことになるのではないか、ということを言っていましたので、ぜひその辺を参考にしていただいて、素早い取り組みをしていただきたいと思いますが、考えがあればお示しください。

○小野寺自然保護課総括課長　早池峰のシカにつきましては、早池峰の環境保全を行う団体の中に、シカ部会というのを新たに設けてボランティアの方々の御意見もいただきながら、猟友会の方々の御協力とともに、何か打つことができる手を進めている状況です。

昨年度も県の猟友会と連携いたしまして、花巻市、宮古市、遠野市、盛岡市の猟友会の方々が１週間で重点的に早池峰周辺の捕獲活動といった一斉捕獲を行っておりまして、今年度もまたやる予定にしております。

それから、ハヤチネウスユキソウの食害につきましては、森林管理局の調査があるのですが、幸いなことにハヤチネウスユキソウまでは、まだないとの報告もなされております。ほかの高山植物につきましては、食害が出ている点もありますので、今後とも被害が出な

いように、本県の有力な自然の宝庫となっております早池峰の自然を守っていくことに努めてまいりたいと考えております。

○伊藤勢至委員　現場に行って射撃をしている人たちから聞いた話なのですから、どこかの調査や統計から推測だけしていたのでは、現場と乖離してしまうと思います。その方が言っていましたけれども、体高が 1.2 メートル、体長が２メートル、100 キロぐらいのシカを射つことはできるが、撃って殺しても、それを処分できる人がいなくなってきた。そのまま放っておくわけにいかないから、早くやり方を次なる代に教えていかなければいけないのです。撃ちっ放しではだめなわけで、廃棄物を処分しなければならないということにもなるでしょうから、そういうことまで含めて、代がわりをしていく施策をやっていかなければいけないのです。これは長い時間をかけてのことですが、今々やらなければならない、ハヤチネウスユキソウにつきましては、どこそこの統計だけに頼らずに、現場の声を聞いて対応していただきたいというようにお願いをしておきます。

○風早環境生活部長　シカについてはやはり両面あると思っておりまして、平成 25 年度は、かなり猟友会の皆様方と協力して 9,600 頭余り捕獲を進めてまいりました。また秋の一斉捕獲ということで早池峰周辺も対応しておりますので、引き続き気持ちを緩めることなく、猟友会の皆様方と連携を図って対応していきたいと思っております。

また、若手世代については、研修会等を開催しており、私も研修会等に行きましたが、若い方々がたくさん参加していただいていますので、この流れを一層加速して、少しでも多くの方々に猟の担い手として、代がわりも含めて広くやっていただけるように施策を展開していきたいと思っております。

○木村幸弘委員　先日、新聞で、ライオンかトラの排せつ物を加工したようなものをまいて、その臭いでシカを寄せつけないようにするということで、環境にもよろしいということなども含めていろいろ報じられていた記憶があるのですが、捕獲の対策と同時に、寄せつけない対策についての事業など、何か情報等があればお示しいただきたいと思います。

○小野寺自然保護課総括課長　早池峰のシカ部会の中で御提案させていただいています。その忌避剤につきましては、岩手大学のほうで研究を進めていて、現在ＪＲ東日本のほうで試験的に使ってみて、ある程度の効果があるという状況であります。来年度になりますけれども、早池峰の周辺で可能な限りその対応をしていきたいと考えています。ただ、この前、部会の中では、排せつ物そのものではなくて、アルコール抽出をしたものを使うということになっておりまして、その際に成分として、高山植物などに影響がないのかどうかという意見も出ておりますが、そういったものを岩手大学等と再度確認をしながら、可能であればそれらについても対応してまいりたいと考えております。

○佐々木努委員　２点お伺いします。

文化芸術振興指針、それからいわて青少年育成プラン、今さらっと見させていただきました。短時間では中身までしっかり読み込むことができませんので、後ほど拝見させていただきたいと思うのですが、委員会や審議会等で練った内容であると思いますので、しっ

かりとしたものになっていると思うのですが、一つだけ、ずっと疑問に思っていることなのですけれども、この両方はどちらかというと市町村では担当課が教育委員会になっているところが多いと思います。そういう中にあって、環境生活部若者女性協働推進室でこの事業を担当する意義を、明確に御説明をお願いしたいのと、このプランを策定するに当たっての県の教育委員会とのやりとりや市町村間のやりとりは非常に必要であるし、密接な関係を持ってつくるべきだと思っているのですが、その辺のところがしっかりとなされているのか、その体制についてお伺いします。

それから、もう一点、先日若者文化祭が開催されまして、私も見させていただきました。感想は後でお話をしますけれども、今回若者文化祭を開催しての成果、今後の課題をどう捉えているのかお聞きします。

○千葉ＮＰＯ・文化国際課長　まず、文化芸術振興指針について、県教委などの関係部局との連携ということをお答えさせていただきますけれども、簡単に申し上げますと、環境生活部のほうで文化芸術の総合調整や生活文化のところを担当していまして、教育委員会のほうでは文化財などを担当しているのですけれども、今回の文化芸術振興指針に関しましては、景観に関しては県土整備部、平泉の文化遺産などにつきましては政策地域部とも連携をさせていただいていまして、多くの部局が関係していますけれども、文化芸術全体の振興が当部の所管ですので、しっかり総合調整をさせていただきながら、また県民の御意見をしっかりお伺いしながらつくっていきたいと考えています。

２点目は、若者文化祭についてです。佐々木努委員、それから福井委員にも同日御参加いただきましてありがとうございます。それで、実績ですけれども、96 団体の若者の団体が、日ごろ培った文化芸術を発表する場ということで、例えば自分のやっているジャンル以外のジャンルの方々とステージで共演したり、今後の活動をテーマに出演者、出展者の交流会を実施したり、文化芸術の持つ創造性と、若者の活力を融合させる取り組みではなかったかと考えています。新聞やインターネットなどでも取り上げていただいておりまして、来場者も 3,000 人以上、インターネットテレビでは 3,500 人以上の方々に視聴していただいていますので、意義があったのではないかと思います。

それから、今後の課題ですけれども、今アンケートなどを整理していまして、御参加いただいた方々の御意見を見ているところですけれども、どうしても盛岡市での開催でしたので、どういう形で県内各地から御参加いただいたり、見ていただいたりできるかということも一つとして考えています。

以上です。

○佐々木努委員　文化芸術振興については、しっかりと連携を図ってやっていただきたいと思いますし、市町村とのやりとりにつきましても、しっかりと説明を尽くして、連携を図っていってほしいと思います。

それから、若者文化祭について、私も２会場ぐらい見ました。メーン会場については結構お客さんも来て、中身もよかったと思っていましたが、ナナックのほうにも行って見た

のですけれども、若い人たちがふだんから練習しているさまざまなものを披露して、非常にレベルも高くてよかったのですが、残念ながら出演者のほうが観客より多いという状況で、例えば県立大学とか、岩手大学とかの学生がほとんどで、高校生とか、県内全域の若い方々が来られなかったのかということで、そこが残念でありました。プログラムはとてもよかったと思うので、その辺はぜひ来年への課題として、じっくりと対策を練っていただいて、もっと面白い、県内全域の若者が参加できるようなイベントにして、若者の活力をさらにアップさせていただきたいと思いました。その辺のところの今後の取り組みについてお伺いをしたいと思います。

○風早環境生活部長　若者文化祭については、日程等の設定も含めて、来年に向けてより多くの方々に御参画いただけるように取り組んでまいりたいと思います。

ナナックがずっと少なかったというわけでもないと聞いておりますが、そういう時間帯もあったと聞いておりますので、より一層多くの方々に参加いただけるようにできればよかったのかなという思いがあります。したがいまして、こういうイベントを考える場合には、そういうことも含めて今後に生かしていきたいと考えております。

○福井せいじ委員　文化芸術振興の件ですが、教育委員会等との関係は非常に重要であると思っています。特に生活文化の関係では、茶道とか、華道などは、大人の人が取り組む、参加するというよりは、どんどん若い人のほうがふえているというデータもあるようですので、私も、経験上、美術とかは学校の授業で触れ合って初めて芽生えるものだと感じましたし、教育委員会の関連だと思いますが、例えばクラブ活動もいいでしょうし、授業の中にどう取り込んでいくかということも考えていただきたいと思います。

もう一つは観光との関係であります。伝統文化や工芸としては、商工観光との関係も非常に大事ではないかと思います。特に披露できるとか、人に伝える場があるというのは大事ではないかと思うのですが、もし商工観光との関係があればお話いただきたいです。

それから、いわて若者文化祭についてですが、盛岡が中心ということなのですけれども、今後各地域で行う場合、商店街であるとか、自治会との連携などもやっていけばいいのではないかと思いました。そういう点で、今後どういう展開をなさるか、もしあればお示しいただきたいと思います。

○千葉ＮＰＯ・文化国際課長　授業の中での取り組みとか、観光との関係はそのとおりだと思います。今の計画の案では、例えば観光との関係ですが、平泉が条例を制定いたしまして、平泉の日というものを設けて取り組んでいますけれども、そういったものの記述、をさせていただいておりますが、もう一度精査をさせていただきたいと思っています。

発表の場や担い手については、文化芸術の２大課題でありますので、その点についても、コーディネーターを設置していますので、そういった方々にいろいろお願いしながら、地域の中で盛り上げていく工夫をしてまいりたいと思います。

若者文化祭の商店街や自治体との関係については、検討させていただきたいと思います。地域レベルでの話にも関係しますけれども、例えばいろいろな既存のイベントとの共催が

可能であるかとか、若い方はテレビを見ないで今はＳＮＳをやったりしますので、インターネットテレビで出演いただくとか、いろいろな方法があるかと思いますので、もう少し来年に向けて検討させていただきたいと思っています。

○木村幸弘委員　芸術文化の関係ですけれども、総合的な調整の役割を果たすということですから、障がい児者等のさまざまな創作活動、文化芸術に携わる取り組みについては、どのような扱いになるのか、あるいは教育委員会所管なのか、そこを含めてどういう検討になっているのでしょうか。この間ルンビニー苑の作品が銀座に街頭展示されたということでニュースでも大きく取り上げられておりまして、そういったすばらしい活動実績を持っている団体、あるいは芸術活動などを広く紹介していく必要があるのではないかと思っています。

それから、観光との関係や、県内市町村のいろいろなまちおこしとの関連の中での芸術文化、創作活動などがいろいろあると思うのですが、東和の街かど美術館など、地域の中での特徴的な文化芸術活動が展開されているという点について、これらの取り組みなどは、この指針の中でどのように位置づけていくのでしょうか。

○千葉ＮＰＯ・文化国際課長　障がい児者の文化芸術の件ですけれども、豊かな創造性の涵養と文化芸術活動への支援というところで教育関係を書いていますけれども、障がい児者に着目した記述がないのが現状です。ここのところについては、今まで全くなかった視点ですので、これは率直に検討させていただきたいと思っています。

それから、まちおこしとの関係ということですけれども、ソフト面でいろいろ記述しているほかに、建築分野のほう、例えば伝建群などの取り組みも含めて、ハード、ソフトをあわせて記述し、そういったまちづくりの視点を取り込んでやっています。これから市町村や県民の皆様にお話をお伺いすると、もっとそういう点が出てくるかと思いますので、あわせて検討させていただきたいと思います。

○佐々木努委員　東北油化に残っております死亡牛、あるいは残渣、その搬出が始まったということを伺っていますが、現在のところどのような状況になっておりますでしょうか。

○大泉資源循環推進課総括課長　東北油化の中に、死亡牛、残渣が約 70 トンほどあったわけですが、先週から搬出が始まりまして、本日も２回目の搬出を終えたところです。この２日間で 40 頭の死亡牛が搬出されまして、県外の処理施設で適正に処理が行われるところです。今後２回ないし３回の搬出で死亡牛の搬出は年内に終える見込みです。その後引き続き残渣の処理を済ませるよう、法人の一部役員に求めているところです。

○佐々木努委員　そうすると、現在作業の進行状況に特に問題がないという認識でよろしいでしょうか。それから、どこに搬出されているのでしょうか。

○大泉資源循環推進課総括課長　作業のほうは、法人の一部役員のほうから計画書が出てきておりまして、今その計画書どおり進んでおりますので、特に問題はないわけです。そして、搬出された後、県外の処理施設に運ばれておりますけれども、この一部の役員がいろいろ搬出先を探すに当たりまして苦労されまして、搬出先の事業者との関係で、名前を

公表してほしくないという意向が示されておりまして、非公表とさせていただいておりますが、その業者が廃棄物処理法に基づいて、問題なくきちんと行っていることを確認しております。

○及川あつし委員長　いいですか、関連はないですか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　なければ、これをもって環境生活部関係の審査を終わります。環境生活部の皆様は退席されて結構です。

委員の皆様には、次回の委員会運営について御相談がありますので、少々お待ちください。

次回の委員会運営についてお諮りいたします。次回１月に予定しております閉会中の委員会についてでありますが、所管事務の現地調査を行いたいと思います。調査項目については、岩手医科大学附属病院移転後の救急医療体制確保に係る課題等についてとしたいと思いますが、これに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○及川あつし委員長　御異議がないようですので、さよう決定いたしました。なお、詳細については当職に御一任願います。

おって、継続調査と決定いたしました本件につきましては、別途議長に対し、閉会中の継続調査の申し出を行うこととしますので、御了承願います。

以上で本日の日程は全部終了いたしました。

本日は、これをもって散会いたします。