

平成27年7月23日（木曜日）

午前9時58分開会

会議に付した案件

○概要説明

福祉保健部

1. 地域包括ケアシステムについて
2. 地域医療構想について

○協議事項

1. 県内調査（県北地区）について
2. 県外調査について
3. 次回委員会について
4. その他

出席委員（12人）

委員	長	高橋	透
副委員	長	野崎	幸士
委員		蓬原	正三
委員		中野	一則
委員		宮原	義久
委員		後藤	哲朗
委員		日高	陽一
委員		満行	潤一
委員		渡辺	創
委員		重松	幸次郎
委員		来住	一人
委員		西村	賢

欠席委員（なし）

委員外委員（なし）

説明のため出席した者

福祉保健部

福祉保健部長 桑山 秀彦

福祉保健部次長（福祉担当） 高原 みゆき

福祉保健部次長（保健・医療担当） 日高 良雄

部参事兼福祉保健課長 渡邊 浩司

部参事兼医療事務課長 孫田 英美

長寿介護課長 松田 広一

医療・介護連携推進室長 横山 浩文

事務局職員出席者

政策調査課主幹 松浦 好子

政策調査課主査 森田 恵介

○高橋委員長 それでは、ただいまから、地方創生対策特別委員会を開会いたします。

本日の委員会の日程についてでありますがお手元に配付の日程（案）をごらんください。

本日は、当委員会の調査項目のうち、高齢者が安心して暮らせる地域づくりに関することに関連する内容について、福祉保健部から概要説明をいただきます。

地方創生という幅広いテーマに取り組んでいるところですが、5月の委員会での委員協議を踏まえ、当委員会としましては、人口減少に対応した持続可能な社会づくりを軸にして調査活動を行いたいと考えております。

人口減少に伴い、高齢化が加速し、社会保障を担う世代の負担が重くなることは明らかです。

本日は、今後を見据えての高齢者対策等に内容を絞って概要説明をいただいて、質疑、意見交換を行います。

その後、県内調査、県外調査等について御協議いただきたいと思いますと思いますが、このように取り進めてよろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○高橋委員長 それでは、そのように決定いたします。

それでは、執行部入室のため、暫時休憩いたします。

午前9時59分休憩

午前10時0分再開

○高橋委員長 委員会を再開いたします。

本日は福祉保健部にお越しいただきました。福祉保健部にお越しいただくのは初めてでありますので、一言御挨拶を申し上げます。

私は、特別委員会の委員長に選任をいただきました日南市選出の高橋透でございます。私も12名が、さきの臨時議会で委員として選任されました。今後1年間、調査活動を実施していくことになりました。

当委員会の課題を担うために努力してまいります。調査への御協力、よろしくお願いいたします。

それでは、座って進めてまいります。

委員及び執行部の皆様の紹介につきましては、お手元に配付の出席者配席表にかえさせていただきます。

それでは、概要説明をお願いいたします。

○桑山福祉保健部長 おはようございます。福祉保健部でございます。きょうは、両次長、関係課長でまいっております。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、地方創生対策特別委員会資料の目次をごらんいただきたいと思います。

今回は、委員会の調査項目であります高齢者が安心して暮らせる地域づくりに関しまして、福祉保健部で取り組んでおります2つの項目、Ⅰ、地域包括ケアシステムについて、Ⅱ、地域医療構想について、それぞれ説明をさせていた

できます。

詳細につきましては、担当課長から説明させていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

○横山医療・介護連携推進室長 それでは、委員会資料の1ページをお開きください。

地域包括ケアシステムについて、御説明をさせていただきます。

まず、1の国の方針でございます。

国におきましては、急速に進む少子高齢化に対応する持続可能な社会保障制度の確立を図るために、平成24年に社会保障制度改革推進法が制定されておりまして、これに基づきまして、医療法や介護保険法の改正が行われております。

その中で、この地域包括ケアシステムの構築と申しますのは、医療制度改革、介護保険制度改革の柱に位置づけられておりまして、資料に記載しておりますとおり、団塊の世代が75歳を迎える2025年に向けて、高齢者が介護が必要な状態になっても、住みなれた地域で自分らしく暮らし続けることができるように、医療・介護・予防・住まい・日常生活支援が一体的に提供される体制を、それぞれの地域ごとに構築していくというものでございます。

次に、2の市町村の取り組みでございます。

地域包括ケアシステムの構築は、介護保険事業の実施主体でございます市町村を中心に進めていくこととされておりまして、昨年6月の介護保険法の改正によりまして、全ての市町村は、平成27年度から29年度までの間に、在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、地域ケア会議の推進、生活支援サービスの充実・強化、介護予防の効果的な取り組みの推進に係る取り組みを開始することとされておりまして、

以上の点につきまして、次のページ以降に資料をおつけしておりますので、こちらをごらん

いただきたいと思います。

2ページをごらんください。

地域包括ケアシステムの概念でございます。

まず、枠囲みの中でございますけれども、1つ目の丸が、先ほど申し上げましたとおり、団塊の世代が75歳以上となる2025年をめどに、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供されるシステムを構築する必要があること、2つ目の丸でございますけれども、認知症対策としても地域包括ケアシステムの構築が重要であること、3つ目と4つ目の丸でございますが、高齢化の進展状況には地域差がございまして、そうした地域の特性を踏まえながら、市町村と県が自主性、主体性をもって、地域包括ケアシステムの構築を行う必要があるとされてございます。

その下のポンチ絵でございますけれども、目指すべき地域包括ケアシステムのイメージであります。

中央真ん中あたりに、自宅や有料老人ホーム等を含めた住まいがございまして、この住まいで、高齢者がいつまでも元気に暮らしていけるようにするということが目標となります。

そのためには、左上でございますが、病気になったときにはかかりつけ医や急性期病院の連携などによりまして、通院や入院で適時適切な医療が提供される必要がございます。

また、訪問診療や往診等の在宅医療、訪問によります歯科口腔ケアでありますとか、薬剤師によります服薬指導、あるいは栄養士によります訪問栄養指導などの充実も必要となってまいります。

また、右上でございますが、介護が必要になったときには、在宅のままで訪問介護ですとか、デイサービス、ショートステイなどの通所介護

によりまして適切なサービスが受けられること、そして、介護の必要度が高まったときには、養護老人ホームですとか老健施設、あるいは認知症グループホーム等での受け入れが必要になってまいります。

さらに、要介護状態にならないようにするための専門職によります介護予防サービスの提供も行う必要がございます。

また、記載はございませんけれども、医療と介護のサービスが切れ目なく提供されるためには、医療従事者と介護従事者の情報共有や協力関係の構築といたしました医療・介護の連携が重要になってまいります。

また、社会保障費が増大していく中で、特に重要となります部分が、下のほうの、高齢者がいつまでも元気に暮らすための生活支援や介護予防でございます。

これは、必ずしも医療や介護の専門職でなくてもできること、例えば買い物の手伝いでございますとか庭の草刈り、電球の交換、介護予防のための体操教室の開催などを、地域の老人クラブですとか自治会、ボランティア、NPO、民間企業などの新たな主体に担っていただくというものでございまして、一定の報酬を支払う形もあれば、無償でお願いするという形もあるというものでございます。

そして、左側でございます地域包括支援センターですとかケアマネジャーが、全体的な相談窓口や医療・介護サービスのコーディネート役となりますとともに、地域包括ケアシステムの構築を進める上での課題の抽出でありますとか、その対応策の検討の中心となりまして、市町村や県に提言をするという役割も担うようになります。

また、この地域包括システムは、右下の米印

にごじますように、おおむね車で30分以内の生活圏域、具体的には中学校の校区を単位として構築していくということが想定されてございます。

3ページをごらんください。

地域包括ケアシステムの構築においては、医療、介護等の専門的なサービスを提供する前提とし、高齢者等の生活の基盤となります。住まいや生活支援、福祉といった分野が重要であること、そして、これらのサービス等がスムーズに提供されるように、自助・共助・互助・公助をつなぎ合わせる役割が必要とされてございます。

その概念が、左側の皿に乗りました植木鉢の絵でございますけれども、ベースとなります皿の部分が本人・家族の選択と心構えで、その上に、生活の場となります住まいと住まい方が器としてございます。器の中の土が、食事の世話や見守りなどの生活支援と生活困窮者に対します生活保護等の福祉サービスでありまして、そこをベースに医療・看護、介護・リハビリ、保健・予防といった専門的なサービスが育つというイメージでございます。

まとめて申し上げますと、医療・介護・予防という専門的なサービスと、その前提としての住まいと生活支援、福祉サービスが相互に関係し、連携しながら、在宅での生活を支えていくというイメージでございます。

そして、右側の枠囲みが、地域包括ケアシステムを進めるためには、先ほど申し上げました自助・互助・共助・公助というものがスムーズにつながっていく必要があるということでございますけれども、今後は、特にお互いに助け合う互助の仕組みが重要となりまして、それぞれの地域で、元気な高齢者の方々も含めました多

様な主体が高齢者等を支え合う仕組みを充実させていくことが求められております。

4ページをお開きください。

この地域包括ケアシステムの構築の推進の柱となります介護保険制度の改正についてでございます。

今回の改正におきまして、大きく2つのポイントがございます。1つが左側の地域包括ケアシステムの構築で、もう1つが右側の費用負担の公平化でございます。

まず、右側の費用負担の公平化でございますけれども、低所得者に対します保険料軽減措置を拡充する一方で、重点化・効率化とし、一定以上の所得がある方について、介護サービス利用時の本人負担を1割から2割に引き上げることや負担の月額上限額を引き上げること、施設入所者の食費、居住費に対します給付要件を厳しくするといった改正が行われてございます。

次に、左側の地域包括ケアシステムの構築を進めるための改正内容でございますが、全ての市町村は、高齢者が住みなれた地域で生活を継続できるように、医療、介護、生活支援、介護予防の取り組みを充実することとされてございます。

そのためのサービスの充実とし、介護サービス利用者に対します直接給付と合わせて、市町村が実施しております地域支援事業、これを充実させるということでございまして、①の在宅医療・介護連携の推進、認知症施策の推進、地域ケア会議の推進、生活支援サービスの充実・強化に取り組むこととされております。

また、重点化・効率化とし、これまで全国一律にサービス内容でありますとか費用の単価が定められておりました要支援者1・2の

方々ですが、この要支援者に対します訪問介護と通所介護のサービスを、市町村が地域の実情を踏まえながら、独自の判断でサービス内容や費用の単価を設定できる地域支援事業に移行させまして、NPOや民間企業、ボランティア等による多様なサービス提供を可能にすることで、効果的・効率的な事業が実施できることとされております。

また、②でございますけれども、特別養護老人ホームにつきまして、全国的に要介護3以上の特養への入所待ちの方が増大している状況等を踏まえまして、その入所の要件が、これまでの要介護1以上という要件から要介護3以上というふうに厳しくする方向に引き上げられてございます。

5ページをごらんください。

ただいま申し上げました市町村が独自性を発揮しながら実施する地域支援事業の改正概要でございます。左側が改正前、右側が改正後になっております。

まず、一番上の要介護の認定を受けている方々への介護給付につきましては、変更はございません。

次の、要支援の認定を受けた方々に対します介護予防給付でございますけれども、この部分が、先ほど説明をいたしました要支援者に対する訪問介護、通所介護のサービス提供を、全国一律の給付から、市町村が独自性を発揮する地域支援事業に移行させるというものでございます。

なお、この介護予防給付の欄でございます訪問看護、福祉用具等につきましては、従来どおり全国一律の給付のままとされてございます。

また、その下が地域支援事業でございますけれども、従来から行われてまいりました介護予

防でありますとか日常生活支援の事業、地域包括支援センターの運営などの包括的支援事業につきまして、この地域包括ケアシステムの構築を進めるための改正が行われております。

具体的には、右側の中ほどからでございますけれども、訪問介護、通所介護といった介護予防のサービスでありますとか、掃除、洗濯、買い物などの日常生活の支援につきまして、従来の専門職を中心とします介護事業所によるサービスだけではなく、NPOでございますとか民間事業者、住民ボランティアなどの新たな主体によるサービス提供も加えることで、多様なサービスを、より効率的、効果的に提供できるようにするというものでございます。

また、包括的支援事業につきましては、この地域包括支援センターを中心とします地域ケア会議の充実でありますとか、在宅医療・介護の連携推進、認知症施策の推進、生活支援サービスのコーディネート機能の充実といったことを行うこととされてございます。

恐れ入ります。1ページにお戻りください。

1ページの最後のほうの、3の県の取り組みでございますけれども、まず、(1)のとおり、地域ケアシステムの構築におきまして、特に広域的な対応が必要となります医療と介護の連携を中心としまして、市町村の取り組みをサポートするというところで、新たに長寿介護課の中に医療・介護連携推進室を設置してございます。

また、(2)の地域医療介護総合確保基金でございますけれども、この基金は、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築と地域包括ケアシステムの構築を図ることを目的に、平成26年度から各都道府県に設置することとされたものでございますけれども、その財源は、3分の2を国が消費税増税分を充当して負担をするというこ

とになっておりまして、残る3分の1を都道府県が負担するというようにされております。

初年度の昨年度26年度につきましては、11月補正予算で基金を設置させていただきまして、医療分のみの方の事業実施をしたところでございますけれども、今年度からは介護分も加えまして本格的に実施することとしておりまして、この基金を活用しながら県内全域で地域包括ケアシステムの構築が円滑に進むよう、在宅における医療・介護の充実でありますとか、人材確保などに資する事業を実施してまいりたいと考えております。

なお、今年度の基金事業の計画につきましては、下のほうに6月補正までの状況を記載しておりますが、最終的には、今後の国の交付決定を待ちまして、全体計画を確定させていただきたいと考えております。

また、参考としまして、この基金のスキームを6ページにつけておりますので、後ほどごらんをいただければと思います。

説明は以上でございます。

○孫田医療薬務課長 医療薬務課でございます。

資料の7ページをごらんいただきたいと思っております。

地域医療構想について御説明を申し上げます。

平成26年の通常国会で成立いたしました医療介護総合確保推進法によりまして、平成27年4月から、各都道府県が地域医療構想を策定することとされました。

地域医療構想は、2025年に向けまして、病床の機能分化・連携を進めるために、医療機能ごとに2025年の医療需要と病床の必要量を推計し、定めるものであります。

これは、高齢化の進展により増大する医療サービスの需要を見据え、地域にふさわしいバラ

ンスのとれた病床の機能分化・連携を進めることにより、団塊の世代が後期高齢者となる2025年の医療需要に適切に対処していこうとするものであります。

地域医療構想の策定に当たりましては、厚生労働省から、ことしの3月にガイドラインが出されております。このガイドラインの概要につきましては、後ほど説明させていただきます。

次に、資料の下のほうにあります本県の地域医療構想策定体制から、先に説明させていただきます。

地域医療構想の策定に当たりましては、1の地域医療構想策定委員会を開催しまして、医師会や歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の医療関係者を初めとして、市長会、町村会、保険者協議会など、さまざまな立場の方々の御意見を伺うこととしております。

また、2の地域医療構想調整会議についてであります。これは構想区域ごと、本県では基本的に二次医療圏ごとに各地域の医療関係者、医療保険者、その他の関係者との協議の場として開催するものでありまして、関係者間で連携を図りつつ、将来の病床の必要量を達成するための方策、その他、地域医療構想の達成を推進するために必要な協議を行う場であります。

地域医療構想調整会議は、基本的に構想策定後の協議、調整を主な役割としておりますが、本県では、策定の段階から二次医療圏ごとに開催することとしております。

この調整会議におきまして、各地域における医療施設の現状や課題等の把握に努めてまいりたいと考えております。

地域医療構想策定委員会及び地域医療構想調整会議の具体的なメンバーにつきましては、次の8ページをごらんください。

まず、1の地域医療構想策定委員会についてありますが、平成25年3月策定の宮崎県医療計画における策定委員会のメンバーを参考に、各団体等の関係者14名、県関係者4名の計18名で構成することとしております。

次に、2の地域医療構想調整会議のメンバーについてであります。資料の下のほう、基本メンバーのところをごらんください。地域医療構想ガイドラインを踏まえまして、地域の医療提供者を中心とした①から⑦のメンバーを基本とし、各二次医療圏の事情に応じて、各保健所が選定を行うこととしております。

なお、実際の運用に当たりましては、各保健所が地域の実情を十分に反映できるよう、議題によって参加を求める関係者を柔軟に選定することも想定しているところであります。

資料の7ページに戻っていただきまして、中央の左側の図になりますが、ここにありまして、医療機関は、これまで外から見えにくかった各医療機関の担う医療機能につきまして、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つを自主的に選択し、現状及び今後の方向などにつきまして、平成26年度から県に報告を行うこととなっております。この報告なども活用しながら、各地域における医療機関の現状等の把握に努め、地域医療構想の策定に生かしていきたいと考えております。

なお、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの機能につきまして、大まかに御説明いたしますと、高度急性期というのは、重症者の集中治療などに対応する機能であります。急性期は、通常の手術や救急に対応する機能、回復期は、急性期を脱した後のリハビリ等に対応する機能、慢性期は、長期療養に対応する機能となっております。

その右側の囲みの部分にあります地域医療構想の内容についてですが、1にありますとおり、2025年の医療需要と病床の必要量を、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4機能ごとに推計することとなります。

また、この推計は構想区域単位、本県におきましては、基本的に二次医療圏単位で行うこととなります。

そして、2にありますとおり、目指すべき医療提供体制を実現するための施策、例えば医療機能の分化・連携を進めるための施設設備の整備や、医療従事者の確保・養成等といった施策を定めることとなります。

これら地域医療構想の内容を踏まえまして、各医療機関の機能分化・連携につきましては、先ほど御説明いたしました地域医療構想調整会議で、各地域での自主的な議論・調整を行っていただくこととなります。

地域医療構想の策定スケジュールにつきましては、今後、地域医療構想策定委員会、地域医療構想調整会議、医療審議会などを開催しながら、今年度中の策定を目途に取り組んでまいりたいと考えております。

次に、先ほど申し上げましたガイドラインについての御説明をさせていただきたいと思っております。9ページをごらんください。

ガイドラインは、大きく分けまして地域医療構想の策定に関することと地域医療構想策定後の取り組みについて記載されております。

まず、地域医療構想の策定に関しましては、1の体制の整備について、現行の医療計画の策定プロセスと同様に、地域医療構想の策定に当たりまして専門部会やワーキンググループなどを設置することとされております。本県におきましては、先ほど御説明しましたとおり、地

域医療構想策定委員会において検討していくこととしております。

また、地域医療構想調整会議も、ガイドラインに従って策定段階から開催し、関係者の御意見を伺うこととしております。

次に、2の地域医療構想の策定及び実現に必要なデータの収集・分析・共有についてですが、基礎となるデータは厚生労働省から提供されておりまして、都道府県は関係者との情報共有や協議、協力等により、所要の整備を行うこととされております。

次に、3の構想区域の設定についてですが、現行の二次医療圏を原則としつつ、人口規模や患者の受療動向、疾病構造の変化や基幹病院までのアクセス時間など、将来における要素を勘案して設定することとされております。

次に、4の構想区域ごとの医療需要の推計についてですが、2025年における病床の機能区分、括弧の中にあります4つの機能ごとの医療需要について、基礎データを厚生労働省が示し、都道府県が構想区域ごとに推計することとされております。

5の医療需要に対する医療供給（医療提供体制）の検討についてですが、構想区域間の医療提供体制の役割分担等を踏まえ、構想区域間、これは都道府県間も含みますが、これらの中で調整等を行った上で、将来のあるべき医療の供給数について推定を行うこととされております。

6の医療需要に対する医療供給を踏まえた病床の必要量の推計ですが、5で推定いたしました供給数を病床の稼働率で割って得た数を必要病床数とすることとされております。

7の構想区域の確認についてですが、人口規模や基幹病院までのアクセス等を踏まえ、構想区域の設定の妥当性を改めて確認することとさ

れております。

8の将来のあるべき医療提供体制を実現するための施策の検討についてですが、構想区域ごとに抽出された課題に対する施策を検討するとともに、地域医療介護総合確保基金の活用等により、必要な施策を進めることとされております。

地域医療構想策定後の取り組みに関しましては、1の地域医療構想調整会議について、先ほど御説明いたしましたとおり、本県では、基本的に二次医療圏ごとに医療関係者、医療保険者、その他の関係者との協議の場として開催するものでありますが、将来の病床の必要量を達成するための方策、その他地域医療構想の達成を推進するために必要な協議を行うこととされております。

2の各医療機関での取り組みについて、各医療機関は地域における位置づけを客観的に把握し、自主的な取り組みを進めることとされております。

3の都道府県の取り組みについてですが、各都道府県は、病床機能報告による現状と地域医療構想における必要病床数との比較などにより、地域の状況を把握し、具体的な施策の検討を行うこととされております。

4の2025年までのPDCAについてですが、2025年まで毎年、進捗状況の検証を行い、地域医療構想の実現を図っていくこととされております。

次に、先月公表されました国の専門調査会による必要病床数の推計について御説明申し上げます。10ページをごらんください。

1にありますとおり、推計を行いましたのは医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会でありまして、内閣の社会保障制

度改革推進本部の下に設置された専門調査会です。2025年に必要となる医療機能別病床数を推計し、先月6月15日に公表しております。

この推計結果ですが、全国においては、2013年の病床数134万7,000床に対しまして、2025年の必要病床数は119万1,000床で、約15万6,000床、11.6%の減少と推計されております。

また、本県では、2013年の病床数1万6,500に対しまして、2025年の必要病床数は1万1,000床で、約5,400床、32.7%の減少と推計されております。

この推計結果を地域医療構想との関係でどのように捉えるべきかにつきましては、地域医療構想を所管する厚生労働省の地域医療計画課長から考え方が示されております。

その内容は、この推計値は一定の仮定のもと、機械的に全国の人口推計等を代入して計算した参考値としての位置づけであること、地域医療構想は地域の実情に応じて、都道府県、医療関係者等が話し合い、将来の医療需要の変化の状況を共有し、それに適合した医療提供体制を構築するための、あくまでも自主的な取り組みが基本であること、また、地域医療構想は2025年に向けての取り組みであり、個々の医療機関の医療提供の方針を踏まえつつ丁寧に調整を行っていくものであり、直ちに何らかの措置を講じさせるものではないこと、そして、在宅医療等も含めた地域での医療提供体制を全体として検討する中で、需要に応じた適切な医療提供体制、病床数となっていくものであることとの考え方が示されておまして、その上で、単に、我が県は何床削減しなければならないといった誤った理解にならないようにとの注意喚起がなされているところであります。

したがって、本県におきましても、この

考え方を踏まえ、関係者など、さまざまな方々の御意見を伺いながら、本県の実情に応じた病床数の検討を今後行ってまいりたいと考えております。

説明は以上であります。

○高橋委員長 ありがとうございます。執行部の説明が終わりました。

御意見、質疑がございましたら、御発言をお願いいたします。

○渡辺委員 幾つかお伺いしますが、最後の医療の関係のところなんです、国の発表があったときにも、何度新聞を読んでも理解がしがたいんですが。

今、課長からも御説明がありましたけれども、10年後には宮崎県のベッド数は3分の1減らすという数字が出て、厚生労働省の課長さんからも、あくまでも参考値であるという御説明があったと、今、話もありましたが。ただ、ある種の科学的な推計に基づいてこの数字をはじき出しているわけで、全く根拠のない数字を適当に出している話じゃないわけですよね。

まず、今回、国から示された、今から10年後には3分の1のベッド数を減らすのが基本軸のところだという考え方については、県としては、現時点で、この数字についての認識はどう捉えていらっしゃるのでしょうか。

○孫田医療薬務課長 先ほど御説明申し上げましたように、3割減らせとかということではないというのが、まず基本線にあります。

それで、厚生労働省の推計値といいますのは、現在の医療を受けている方々のレセプトなり、全国にありますさまざまな医療関係のデータベースを参照しながら、今後の医療の必要量を踏まえて出された数値ということになっておまして、今後、人口減少が進む中、あるいは施策

の中でベッド数が単純に3分の1減って、行くところがなくなるという考え方ではなくて、先ほど介護連携推進室長からも説明がありましたように、地域包括システム等と連携をしながら、在宅の介護、あるいは在宅での医療といったさまざまな他のサービス提供をふやしていく中で対応して、在宅での生活を支援していくという中で療養病床等が減少していくというような見込みで出されたものというふうに理解しております。

○渡辺委員 在宅を、もう少し率をふやしていくという基本的な考え方も、また、環境変化が今後どうなるかわからないという状況下での話というのは十分にわかりました。

ただ、人口減少社会の中で、宮崎県も人口の維持、横ばいに向けた取り組みを、県を挙げてするといっている環境の中で、その取り組みは、県の想定範囲でうまく進んでいっているような場合に、1つの目安の数字とはいえ、この数にまで減らせと言われているわけではないとはいえども、県民の皆さんにとっては、結構衝撃的な数字だったのは事実であったとあって、いろんな取り組みがうまくいく中でという前提で結構ですから、その上で、本当にこの数字のレベルでもやっていくことが可能なのか、そこは県の認識としてはどうなんでしょうか。

○孫田医療薬務課長 国の示しましたこの推計値がありますけれども、これは今後、本県でさまざまな関係者の方々の御意見をいただきながら、特に地域医療構想調整会議、地元の実情に精通された方々に集まっていたいただきながら、その地域においてどういうふうになっていくのかといったものを踏まえながら、今後、本県としての数というのを出していくということになるかと考えております。

○渡辺委員 もう、これ以上は伺いませんが、当然、その地域の実情を反映していけば、これと違う数字が出てくるという可能性は十分にあり得るということだと理解をしました。

その上で、地域医療構想に関して、7ページ以降のところについてなんですけど、ちょっと不勉強で申しわけないんですが、なかなかこれが十分に理解ができなくて、現状があって、現状をもとに医療関係者の皆さんが必要量を算出とか議論を出して行って、その出た数に応じて、今度は実際に病床数等も考えていくということになるわけですね。

このシステムの中で、出した結論に沿って地域の医療行政を行っていったときに、いわゆる医療関係者の方々、提供者の側の皆さんがいろんな立場から入ってきてこれを議論していくわけですが、提供者の方々と住民との医療環境に求める理屈というのは、ずれがある場合だってあるわけですね。

ここまで深く提供者の皆さんが計画策定にかかわっていくということは、ある意味では、自分たちがこうあるべきだという数をはじき出したところに対して、提供者としての責任も当然伴ってくるということになるでしょうし、裏返して見れば、自分たちで提供できる範囲のところの医療環境を導き出そうとする可能性も否定はできないというふうに思うんですけども、責任と計画策定にかかわっていく医療従事者、関係機関の皆さんの結果に対する責任という言い方はちょっと語弊があるかもしれませんが、ある意味、大きな権限を持つということですね。担い手の皆さんが、担い手の皆さんの事情を反映した上で、地域の医療のあり方の答えを出していくというふうにもとれるわけで、この会議に入る皆さんのメンツを見ていても医療関

係者のみで、例えば地域住民の代表であったりとか、受け手の側のスタンスは全く入っていない形での会議体になっていっているような気がするんですけども、その辺についてはどんなお考えなんでしょうか。

○孫田医療薬務課長 住民代表というような形では出ておりませんが、基本的に住民の方々の御意見を代表していただくものとして市町村の職員が入るといった形にはなっておりまして、その中で、実際できました医療構想の強制力といった部分につきましては、あくまでも合意のもとででき上がったものですので、その実行については、きちんと責任を持って遂行していただくというような枠組みになっております。

場合によっては、実行に向けての強制的な権限等も発動できるような枠組みにはなっておりますが、それでも、あくまでも御自分たちで話し合った結果をコミットしてくださいということで考えているところでございます。

○渡辺委員 私、不勉強であれなんですけど、ここまで、提供者として、ある種、重たい責任というか、義務ではないにしても、自分たちで地域の医療圏のあり方を医療関係者の皆さんで策定をしていって、必要なベッド数まで、もちろんいろいろな科学的な根拠や国が示したデータをもとにということではあったとしても、非常に重たい作業だと思うんですよね。

出した結果に沿うような形で、社会構造がずっと動けばいいでしょうけれども、そこにそぐわないような事態が出ていくときにも、非常に大変な負担なのかなという印象も受けますので。

あと、住民の意向を、この中で折り込んでいくのが市町村の代表であると。ごもつともだとは思いますが、バランスでいうと、いろんな

割合もあるのかなという気もしますんで、また、ぜひ勉強させていただいて、充実したものになるように求めたいと思いますので、意見にとどめます。

以上です。ありがとうございました。

○中野委員 関連ですが、この病床数の削減の件です。後段、説明されたようなことをメモしてもらわんと、あくまでも云々と言われても、どうも信用できませんね。

○孫田医療薬務課長 厚労省からの説明について、ペーパーにせず口頭にとどめましたことでわかりにくかったということでございますれば、申しわけありませんでした。必要であれば、ペーパーでお示しいたします。

○中野委員 発言をされたから、言質はとってあると思うんだけど、やっぱりペーパーに書いてほしかったな。

1 ページですが、このケアシステムの件で、県は基金を、26年度からということですが、3分の2が国ですよ。この財源は消費増税分ということで、この消費増税分という消費税は、あの8%の中に入っているということですか。

○横山医療・介護連携推進室長 8%のうちの3%増税になっておりますが、その3%分の中から、ここに充たってきているという形でございます。

○中野委員 それと、県の財源は何になるわけ、3分の1の分は。

○横山医療・介護連携推進室長 一般財源からという形でございますけれども、消費税との関係につきましては、具体的に全てが消費税の関係かどうかというのは、ちょっと確認をしております。

○中野委員 いわゆる団塊の世代が、10年後をめどに包括ケアシステムの構築を実現するとい

うことですよね。ということは、今までよりも、10年後からは、より充実したシステムになる、いわゆるそれ分だけの施しを、それ以後は受けられるということですか。今までよりも充実するということですか。今から、そのシステムを構築するということですから、今はそこに至っていないからやるということでしょう。

○横山医療・介護連携推進室長 この地域包括ケアシステムの構築の考え方ということでございますけれども、1つには、社会保障費が大きく膨らんでまいります。そこを抑制していかないといけないということで、基本的には介護保険という直接給付、介護サービスを受けているときに、本人が1割負担で、9割が保険の財源の中から給付費として出ていくという形になっておりますが、そこを抑制していかねばならないという流れがございまして、そこをNPOでありますとか企業さんとか、場合によっては元気な高齢者の方々が、地域でその高齢者を支え合うという形で、給付で賄ってきたサービスの部分というのを、少しでも、そういうお金のかからない形にシフトさしていこうという考え方がございます。

あと、非常に大事な部分なんですけれども、介護予防をしっかりやっていく。認知症も含めてでございますけれども予防をしっかりやっていって、介護に係る給付費というのをできるだけ抑えていくという考え方が背景にあるというふうに理解しておりますけれども。

御質問に対するお答えとしましては、介護福祉士でありますとか、看護師さんであるとか、介護の現場で働く専門職の方々が提供するサービス、専門職の方々になければならぬ部分というのは、そこはしっかりやっていきますし、そうでなくてもいいところというのは、新たな

主体に担っていただくというような形で、総体的には委員がおっしゃったように、高齢者の方々が地域で、しっかりいろんな形で支えられて、いつまでも、できるだけ自分が住みなれた地域で暮らしていけるようにしていくと。

ですから、サービスそのものが充実していくということも、質を上げていくということもあると思いますけれども、サービス以外の部分でも支え合うという形を、これからは充実させていこう、それを2025年に向けてやっていくというのが、全体的なこの枠組みになってございます。

ただ、県内の状況で申し上げますと、市町村によっては、既に高齢化のピークを超えているところもございます。ですから、地域の実情に応じて市町村が主体になって、そこを県とかがサポートしながらという形になりますけれども、この取り組みを進めていくという流れになってございます。

○中野委員 10年後、確かに日本全体では団塊の世代がぼんとふえた形になって、この介護保険が大変なことになるということはもちろん想定するんです。そうなったときの高齢化率は、今の宮崎県内の大方の高齢化率よりも、まだ低いんですよね。きのうの資料はそうだったんですからね。宮崎市でさえも、そこに至らないわけだから、日本全体では、かなりそうなるでしょう。

だから、今、我々が、この市町村の高い高齢化率で受けている介護サービスが、やがて、県下の大方の市町村は、より以上に高齢化率が高くなるということは、それだけ働く人がうんと少なくなってくる、人口は減っているわけですから、減る中で高くなるということは、少子化がうんと進んでいくという状態でしょう。そう

いう中で、大方の市町村が、こういう状態を今まで以上に、本当に構造上にこういうシステムが構築されるんだろうかなと、そこから疑問を持っているんですよね。

常任委員会でも似たようなことを言ってきましたが、どうも私は、あなたたちが説明することが、本当にそうなのかなと。我々が住んでいる地域のことですよ。東京はどうでもいいんですよ。あっちのほうに全部吸い取られるだけだから、オリンピックとともに吸い取られるような気がしてならないんですよね。そういう懸念を持っておりますが。

○横山医療・介護連携推進室長 委員御指摘のとおり、これから人口も減っていくと、生産年齢がどんどん減って行って、支える高齢者の方の割合がふえていきますので、なかなか厳しい状況になっていくということでございますけれども。

であるがゆえにと申しましょうか、その高齢者の方々を支える主体というのを、もっとさまざまな形で広げていかないと、なかなかしっかりした支えというのができない。公費で全て賄えればいいんですが、そこは難しいので、元気な高齢者でありますとか、主婦の方々とかも含めまして、また、老人クラブの方々もあるかもしれませんが、そういう新たな主体の方々が各地域で支えていただく形をつくっていく。

2ページに掲げてあります地域包括ケアシステムのイメージというのは、やはり御指摘のとおり、理想形だと私どもも思っております。我々も室をつくりまして、4月以降、職員と一緒に全市町村を回りました。私も、宮崎市とか延岡市とか西米良村とか日南市とか行かせていただきましたけれども、やはり、宮崎市と西米良村では全く事情が異なります。高齢化の状況も

違いますし、医療・介護の資源がどの程度あるかというのは全く違う状況でございます。

ですので、全ての市町村でこの理想形がつかれるかということ、なかなか難しい部分もあるかと思えますけれども、それぞれの地域にある資源なりを活用しながら、また、住んでいらっしゃる方々のお力を借りながら、少しでもこういう形に近づけていくと。

各市町村の方々も非常に悩んでいらっしゃる。介護保険法の改正で、取り組みは進めていくという義務づけになっておりますので、29年度までに取り組みを進めていくという義務になっておりますのでやっていくんですが、それをどの程度やっていくのか、どこを目指していくのか、最終形がどうなかっていうのは、やはり市町村によって違いが出てくるというふうに思っております。私どもとしては、そこに県内の進んでいる事例でありますとか、県外で大きな都市なり、山間部の村なり、そういうところでの先進事例等も御紹介しながら、一緒にその地域に合った形のシステムづくりというのを進めていきたいというふうに考えております。

○中野委員 この5ページには、地域支援事業の全体像ということで改正後のことが書いてありますが、その中で市町村が実施とか、大方そうなるわけだけれども、例えば、今度のこの負担金、私はえびのだから、えびののことばかり言うちょっと語弊があるかもしれませんが、負担金の伸び率が宮崎県でトップでしたよね。そして金額は、一番トップが五ヶ瀬でしたか、2番目なんですよ、金額は。だから、非常にみんな関心が強くて、それで、計算違いじゃないだろうかと思って、あなたたちに1回聞いたけれども、間違いなく計算されておりますという回答だったけれども、あんなふうに伸びていっ

て、今でさえもこうだけれども、10年後、心配でたまりませんよね。

現実的には、我々の団塊の世代の10年後よりも、えびのは、今の高齢者のほうが人口総数は多いんですよ、そのことも言いましたけれども。もう既に日本全体の団塊の世代の状態が、えびのとかを含めた大方の宮崎県内の人口はそういう構造になっているんですから。全国の人口のパターンと宮崎県も変わらないということ、それは宮崎に集中しているから、そういう形になっているだけで。

だから、市町村ごとにきめ細かな、国ももちろんだけれども、県も徹底した指導をしたり、制度もいずれ、これじゃいけない状態が来ると思うんですがね。

○日高福祉保健部次長（保健・医療担当） 私から、少し補足説明をさせていただきたいと思います。

今回の地域包括ケアシステムの考え方は、委員おっしゃるとおり、高齢化が進む、いわゆる要介護の方々がふえていくであろうと。一方で、それを支える側は減っていくのでないかと。そうすると費用負担が大きな問題になるということ、やはり前提にしていると思っております。

例えば、これは長野県の例でございますけれども、長野県さんは、従前からこのような包括ケア体制というものを一生懸命取り組まれてこられておまして、その結果として、自宅で療養されている方が多い、いわゆる在宅で療養できている体制がある。そのために平均の医療費も安いですし、在宅でみとられる方も多いというような状況がございます。

でするので、そのような方向を、やはり私たちとしても県民の方と一緒にあって、あるいはそれぞれの事業者、あるいは医療機関と一体となっ

て同じ方向で取り組んでいくということが求められていますので、それを県としてはバックアップをしていくという気持ちでおります。

保険料のお話が、先ほど委員からございました。えびの市さんが、全県下市町村内では2番目に高かったということでしたが、一方で、報道にもございましたけれども、国富町さんは介護予防を一生懸命やったがためだろうと推定されていますけれども、保険料が下がっております。

そういう事例もありますので、まさに予防をいかにうまくやっていくか、それから医療と介護の連携、これをいかに取り組んでいくか。まだまだ医療と介護、それぞれお互いをよく知らない。端的に言いますと、入院されている方が、いかに在宅で療養するようによく流れていくかという、そのためには医療者と介護の事業を行う方々がよく顔の見える関係で、入院した時点から、こんなふうになっていって、こういうふうに戻院できますよね、自宅で、あるいは施設になるかもしれませんが、そこで療養ができますよね、住みなれた環境で過ごすことができますよねと、そういうような流れができていかないと、これから財政的にも人口の中でも厳しいということがわかっておりますので、そのようになるように、我々としては、ぜひ市町村と一緒にあって取り組んでいきたい。その示されているものが、この絵でございます。

○中野委員 我々この特別委員会は地方創生ですから、いわゆる地方創生、再生じゃなくて創生だから、いかにして新しい宮崎県を創造するか。その裏には、財源の裏づけも含めて、どうしていくかということは真剣に考えなければならぬことですよ。

さっきは、この基金のことについても、県の

ほうはちょっとあやふやだったけど、国は消費税の8%になった部分であるということでしたが、国の予算の、省庁単位でいえば厚労省の予算というのは福祉ばかりではないけれども、29兆円でしょう。全体の30%が、今、既に厚労省の予算の中にあるんですよね。物すごいお金を厚労省が使っているわけでしょう。使わざるを得ない社会なんだから。

そして、その中の宮崎県が、今から努力しても30万人の人口が減って80万台になるというわけでしょう、このままでは。大分県知事が予算をつくったからといって、宮崎県もあした発表があるのかどうかわかりませんが、新幹線導入について、これもやらないといかんとは思いますが、本当に宮崎県に新幹線が来れる状態なのか。鹿児島県の実態を見れば、四苦八苦していますよ。それは、かなりお金を負担をしないといかん。そして、在来線は、また第三セクターで経営をしないといかん。

そういうことが、この超高齢社会に、人口減少が宮崎の中に来る、そういう中でのこの介護云々のこともしないといかん、宮崎県全体のこともしないといかん。これは、並大抵のことではないと思うんですよね。だから、私は、あなたたちはこういうけれども、人口が減少する、努力しても80万台になる、しなければ60万台になるという中でどうかということも、ひとつシミュレーションも含めてつくっておいてほしいなと思うんです。その中で、我々がこの地方創生のあり方というものも提言していかないといかんと思うんです。

これは、私の一考え方だけを一応申し上げて、答弁は要りませんが、そういうことを思っただけですから発言させていただきました。

○高橋委員長 ほかにございませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○高橋委員長 それでは、ないようですので、これで終わりたいと思います。執行部の皆様、お疲れさまでした。

暫時休憩いたします。

午前10時56分休憩

午前10時58分再開

○高橋委員長 委員会を再開いたします。

次に、協議事項（1）県内調査（県北地区）についてであります。

8月26日から8月27日に実施予定の県北調査ですが、資料1をごらんください。

前回の委員会におきまして、県内調査先についても正副委員長に御一任いただきましたので、ごらんのような日程案を作成いたしました。

まず、8月26日ですが、宮崎県産業振興機構を訪問し、中山間地域産業振興センターの取り組みについて調査を行った後、同機構の緒方哲副理事長から、「外貨を稼ぎ循環をおこす」という著書をベースに地域経済循環システムについてお話をさせていただきます。

次に、西米良村役場を訪問し、地方創生の取り組みと地域包括ケアシステム構築に向けた取り組みについて調査を行います。

翌日の27日は、諸塚村役場を訪問し、地方創生の取り組みについての調査と諸塚村観光協会の交流人口をふやすための取り組みについて調査を行います。

なお、行程案とともに参考資料として、口蹄疫終息5周年行事の概要を配付しております。

各議員には執行部から案内が来ているかと思いますが、県北調査2日目の8月27日に、川南町において、口蹄疫終息から5周年のイベントが開催される予定となっております。多数の議

員の御参加が見込まれることから、1日半の行程となっております。御了承ください。

調査先との調整もある程度進めさせていただいておりますので、できれば、この案で御了承いただきたいと思いますが、よろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○高橋委員長 それでは、そのように決定いたします。

なお、諸般の事情により、若干の変更が出てくる場合もあるかもしれませんが、正副委員長に御一任いただきますようお願いをいたします。

なお、調査時の服装につきましては、夏季軽装にてお願いいたします。

次に、調査事項（2）の県外調査についてであります。

県外調査につきましては、11月4日から6日の日程で予定しているところです。

次回委員会は9月末に開催であり、県外調査まで時間が余りないことから、今回、調査先について御協議いただきたいと思っております。

県外調査の調査先につきまして、御意見等がありましたらお願いいたします。

暫時休憩します。

午前11時0分休憩

午前11時2分再開

○高橋委員長 それでは、再開いたします。

御意見や御要望がないようですので、調査先の選定につきましては、正副委員長に御一任いただきますよう、よろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○高橋委員長 それでは、正副委員長で準備をさせていただきます。

次に、協議事項（3）の次回委員会について

です。

次回委員会につきましては、9月定例会中の9月25日に開催を予定しております。

次回委員会での執行部への説明、資料要求について、何か御意見や御要望はありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○高橋委員長 次回の委員会の内容につきましては、正副委員長に御一任いただきますよう、よろしく願いいたします。よろしいでしょうか。

〔「はい」と呼ぶ者あり〕

○高橋委員長 それでは、そのような形で準備をさせていただきます。

最後になりますが、協議事項（4）のその他でございますが、委員の皆様から何かございませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○高橋委員長 それでは、次回の委員会は9月25日午前10時から予定しておりますので、よろしく願いします。

それでは、以上で本日の委員会を終わります。

午前11時4分閉会