

平成29年 6 月宮崎県定例県議会

2 0 2 5 年問題対策特別委員会会議録

平成29年 6 月23日

場 所 第5委員会室

平成29年6月23日（金曜日）

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. 健康長寿社会づくりの取組について
2. 地域医療構想について
3. 地域共生社会について

○協議事項

1. 県内調査について
2. 次回委員会について
3. その他

出席委員（11人）

委員	長	満	行	潤	一
副委員	長	外	山		衛
委員		坂	口	博	美
委員		徳	重	忠	夫
委員		濱	砂		守
委員		右	松	隆	央
委員		野	崎	幸	士
委員		岩	切	達	哉
委員		河	野	哲	也
委員		前	屋	敷	恵
委員		有	岡	浩	一

欠席委員（なし）

委員外議員（なし）

説明のため出席した者

福祉保健部

福祉保健部長	畑	山	栄	介
福祉保健部次長 （福祉担当）	椎		重	明

福祉保健部次長
（保健・医療担当） 日 高 良 雄

子ども政策局長 長 倉 芳 照

福祉保健課長 小 田 光 男

医療薬務課長 田 中 浩 輔

国民健康保険課長 成 合 孝 俊

長寿介護課長 木 原 章 浩

医療・介護連携
推進室長 内 野 浩一朗

障がい福祉課長 日 高 孝 治

健康増進課長 矢 野 好 輝

感染症対策室長 永 野 秀 子

子ども政策課長 高 畑 道 春

子ども家庭課長 松 原 哲 也

事務局職員出席者

政策調査課主幹	黒	木	誠
政策調査課主任主事	押	川	幸
		司	

○満行委員長 おはようございます。

それでは、ただいまから2025年問題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、お手元に配付の日程（案）をごらんください。

本日は福祉保健部においでいただき、健康長寿社会づくりの取り組みについて、地域医療構想について、地域共生社会についての概要説明をいただき、質疑・意見交換を行います。

その後、県内調査等について御協議いただきたいと思います、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〕

○満行委員長 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58分休憩

午前10時0分再開

○満行委員長 おはようございます。

委員会を再開いたします。

前回に引き続き、福祉保健部においでいただきました。

なお、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。

○畑山福祉保健部長 おはようございます。

日ごろから委員の皆様には福祉保健医療行政、各般にわたり御指導、御鞭撻をいただき、まことにありがとうございます。

それでは、早速ですが、本日の調査項目につきまして御説明をいたします。

お手元に配付の2025年問題対策特別委員会資料の目次をごらんください。3項目ございます。一項目目が健康長寿社会づくりの取り組みについて、そして2番目が地域医療構想について、最後に地域共生社会について、この3項目について御説明をいたします。

詳細につきましては、各担当課長から御説明いたしますので、どうぞよろしくをお願いいたします。

○矢野健康増進課長 健康増進課でございます。

特別委員会資料の1ページ目をお開きください。

健康長寿社会づくりの取り組みについて、御説明いたします。

初めに、1の背景で健康寿命の重要性、現状等について御説明させていただきます。

健康寿命とは、健康上の問題で日常生活が制

限されることなく生活できる期間とされております。（1）関連データの①平均寿命・健康寿命をごらんください。この健康寿命を都道府県別に見ますと、平成25年において、本県は男性が71.75歳で全国8位、女性が75.37歳で全国4位となっており、比較的良好な水準となっております。

なお、表の一番右の欄にありますように、前回調査の平成22年が男性11位、女性8位でしたので、前回よりもやや順位を上げた結果となっております。平均寿命の伸びを上回る健康寿命の伸びを実現していくことが大変重要であるということでもあります。

次に、②の特定健診・特定保健指導実施率等に係るデータ表をごらんください。

特定健診とは、生活習慣病の予防のため、40歳から74歳までの方を対象として行うメタボリックシンドロームに着目した健診です。メタボリックシンドロームですが、内臓脂肪型肥満に血圧、血糖、脂質などのリスクが加わり、その状態を放置しますと、脳血管疾患等のいわゆる生活習慣病の危険性が高まる状態に至ります。生活習慣の改善により、生活習慣病の予防効果が高く期待できる方に対しては、保健師、管理栄養士などの専門職が生活習慣を見直すサポートとして特定保健指導を行うものです。本県は特定健診の実施率が42.4%で全国で41位、特定保健指導の実施率が25.3%で全国10位となっております。メタボの該当者及び予備群の割合は、全国平均よりも高くなっております。

このことから、本県においては、若年の段階から健康づくりに関心を持ち、生活習慣病予防に取り組むことが重要であるといえます。この状況を踏まえまして、（2）にありますように、県総合計画「未来みやざき創造プラン」におい

て、心身ともに健康で、将来にわたって快適に、安心して生活ができる地域社会の構築を狙いとし、健康寿命を男女とも日本一にすることを戦略目標としているところでもあります。

続きまして、2の健康長寿社会づくりプロジェクトについてをごらんください。

（1）の推進体制としまして、全県的な推進を行う①の宮崎県健康長寿社会づくり推進会議と全庁的な推進を行う②の推進本部を設置しております。資料の2ページ目の上半分、推進体制の図をごらんください。ただいま御説明しました組織を初め、各団体での健康づくりの実践や参加団体への働きかけなどを通じ、機運の醸成を図りながら健康長寿日本一を目指し、県、市町村、各団体、県民が一体となった取り組みを推進しております。

同じく2ページ、健康長寿社会づくりを推進する事業をごらんください。

健康づくり、いきがいつくり、県民参加の3つの施策を柱としまして事業に取り組んでおります。例えば、健康づくりの⑧+（プラス）ロコモ健康長寿推進事業であります。ロコモティブシンドローム、いわゆるロコモは骨や関節、筋肉などの運動器の障がいのために移動機能の低下を来した状態であり、要支援となる原因の第1位となっておりますので、市町村等と連携しながら県民に対し、正しい知識の啓発等を行うことでロコモ予防を推進いたします。

また、次の⑨糖尿病発症・重症化予防対策事業であります。昨年3月の国の糖尿病性腎症重症化予防プログラム策定を受け、今年度、新規事業として発症予防までを含めたプログラムを策定することとしました。現在、関係団体等と協議しながら策定作業を進めており、策定後も関係機関、団体と連携しながらプログラムを

推進してまいります。

また、同じ図のもっと下の方、県民参加の②健康長寿推進企業顕彰事業であります。健康づくりについて、モデルとなるような取り組みを行っている企業等を表彰することにより、企業等における健康づくりの取り組みを促進するものであります。

続きまして、資料1ページ目にお戻りください。

今後の取り組みとしまして、3に第2次健康みやざき行動計画21の中間評価及び見直しを記載しております。これは昨年度、実施しました県民健康・栄養調査の調査結果について、今年度、分析及び検討を実施し、県民の健康づくりの基本指針であります第2次健康みやざき行動計画21の中間評価及び見直しを行うものです。全県的な取り組みの推進により、県民の健康寿命の延伸が図られ、誰もが健康で生きがいを持って暮らすことができる健康長寿社会の実現を図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。

○田中医療薬務課長 医療薬務課でございます。

委員会資料の3ページをお開きください。

私のほうからは地域医療構想について御説明をいたします。

地域医療構想につきましては、医療と介護を総合的に推進するために制定されました、いわゆる医療介護総合確保推進法及びこの法律で改正されました医療法に基づきまして、医療計画の一部として策定をすることとされました。本県では昨年10月に策定をいたしております。

本日は地域医療構想の目的と内容、構想で見直そうとしているポイント、今後の取り組みにつきまして、ポイントを絞って御説明をさせていただきます。

まず、1の構想の目的です。

いわゆる団塊の世代が全て75歳以上となる2025年を見据えて、効率的かつ質の高い医療提供体制を確保するために策定するものであります。

また、あわせて括弧書きにあります医療需要のピーク後の減少期にも対応することも留意が必要というふうに考えております。

次に、2の構想の内容です。

構想のメインとなる部分は、ここにアンダーラインを引いておりますが、構想区域における病床の機能区分ごとの将来（2025年）の病床数の必要量、それから居宅等における医療の必要量でございます。2本のグラフであらわしておりますが、特に上のグラフが2025年の医療需要のグラフでございます。高度急性期以下5つの区分で推計の結果を載せております。このうち左から高度急性期、急性期、回復期、慢性期というこの部分は医療機関、病院等で対応している部分になります。この4つにつきましては、一番右端に罫線囲みで記載しております診療報酬の点数で区分をいたしております。高度急性期が3,000点以上、急性期が600点から3,000点、回復期が175点から600点、慢性期は175点未満並びに療養病床等といったような区分で推計を行っております。

なお、在宅医療等は居宅、あるいは介護施設等で訪問診療などの医療を受けている患者の治療となっております。

それぞれ区分の需要量は、この横棒グラフのとおりでございますが、大きく見ますと高度急性期から慢性期まで、いわゆる病院等で対応している部分が約4割、在宅医療等が約6割と、在宅医療等のほうが多いという推計になっております。

その下の2025年の必要病床数のグラフでございます。これは上の医療需要のうち、病院等に対応します4区分、高度急性期から慢性期、この区分につきまして国が定める病床稼働率で割り戻して算出をされたものでございます。よって、この区分の考え方としては診療報酬の点数で区分しているということになります。

その下、罫線囲みで2本の棒グラフを記載しております。これは2015年の病床機能報告の稼働病床数、それから2025年の必要病床数を並べたものでございます。実はこれが、地域医療構想でよく言われます、病床の大幅減少といったものもとになっております。

まず、上の病床機能報告のほうですが、これは2014年に新たにスタートした報告制度でございますけれども、その右端の吹き出しに書いてありますとおり、各医療機関が、例えば高度急性期については急性期の患者に密度の特に高い医療を提供するといったような定性的な基準で病棟ごとに該当する区分を選択して報告をしているものでございます。下の必要病床数、2025年必要病床数は先ほど上のほうで御説明いたしましたように、診療報酬の点数で区分しておりますので、2つのこのグラフというのは、4つの区分名称こそ同じでございますが、定義が異なりますので、それぞれの構成が大きく異なっているといった結果になっております。

そして、この2つを比べますと、この差というのが、ここでは4,000床ほどになります。2025年は2015年より約4,000床少ない結果となると。これが先ほど申しました地域医療構想でよく言われます、病床数削減のもとになっております。この差がなぜ生じるのかというのは、次の3のところでも御説明をいたします。

3は、見直しのポイントとしております。地

域医療構想で何を見直していくのか、そのポイントを挙げておりますが、簡潔に言いますと、ここにありますとおり、病院の効率化、病床機能の明確化でございますし、もう少し言いますと、病院の慢性期患者をどれくらい在宅医療等に移行できるかということになります。

ここに2本の棒グラフを挙げております。いずれも医療需要でございますが、上は2013年、下が2025年、現状と将来というグラフを2本挙げております。いずれもこのグラフの中の構成は、先ほど来、見ていただいたものと同じ、高度急性期から在宅医療等の5つの区分で作成しております。

この2つを比較いたしますと、高度急性期は2025年は若干微増です。急性期は約7%の増、回復期は約10%の増、慢性期は約20%の減という形になります。病院等で対応します、以上4つの区分の合計というところではほぼ変わらないというふうに見えます。しかしながら、2013年のグラフの在宅医療等のところに、線で囲んだ括弧、慢性期というふうに書いた部分がございます。これは実際に病院等に入院はしているけれども、在宅医療等への移行が可能な患者ということで、この段階で既に在宅医療等に算入をされているというものをあらわしております。これは右上の吹き出しに2つぼつを挙げておりますが、この2つが含まれております。いずれも必要な医療密度が比較的低い患者ということで在宅医療等への移行が可能というふうにされたものであります。

それから、下の2025年の医療需要のグラフにつきましても、左下の吹き出しに書いておりますけれども、3つぼつを挙げております。この3つについて、実は慢性期から在宅医療等へ移行しているという推計になっておりまして、こ

のいずれもやはり在宅医療等への移行が可能というふうにされたものでございます。ここでは2013年のほうはこの在宅医療等に算入されているけれども実際は入院している、括弧、慢性期というふうな区分のものを含めた慢性期、それから2025年との差をこの2つのグラフの間の太い矢印であらわしております。これは右の吹き出しにありますように、実際の入院患者をベースにした慢性期の医療需要の減少量をあらわしております、これが、イコール地域医療構想での病床数減少の原因となっております。つまり、この矢印を全て在宅医療等に移行すれば病床数は大きく、約4,000床少なくともよいという推計になっているということでございます。

また、この矢印の部分というのは、慢性期の入院患者のうち、考え得る範囲全てを在宅医療等に移行した場合のものとなりまして、いわば最大の移行量になります。今後の見直しは、この矢印の幅をどれくらいにするのか、つまり慢性期の入院患者をどれくらい在宅医療等に移せるかということになると考えます。

この矢印の中身を下の方で、実際的な見直し内容として記載をいたしております。①から③とありますが、まず①一般病床入院患者のうち医療資源投入量175点未満の在宅医療等への移行という部分でございます。右の丸い吹き出しにありますように、急性期病院の慢性期患者の転退院促進というのが中心になります。これにつきましては、右の4ページの中ほどにあります、今後の取り組みのイメージという図の上のほうの急性期病院の慢性期患者の転退院という図を見ていただければと思います。急性期病院の入院患者を診療報酬の点数で分析をいたしますと、現状では高度急性期、急性期だけではなくて、回復期、慢性期に当たる患者もいるという状況

がございます。このうち、慢性期の部分を在宅医療等に移して、より急性期中心の機能に見直していくという姿をここではあらわしております。このような見直しが、3のほうに戻っていただきますと、1つ目のポイントということになります。

また3ページの3のほうに戻っていただきまして、ページの一番下のほうの実際的な見直し内容の②療養病床の見直しでございますが、これは国が現在進めております療養病床の制度的な見直しのことでございます。療養病床には医療保険で見る医療療養病床、それから介護保険で見る介護療養病床という2つがございます。このうち医療療養病床の一部、それから介護療養病床につきまして、廃止及び新型介護施設への転換ということが予定されております。

一番下の囲みをちょっとごらんいただきますと、この対象といいますのが、県内では平成27年で1,625床ほどございます。またその下のぽつに書いております、介護療養病床につきましては5月下旬に関連法の改正が行われまして、6年間の経過措置付きの廃止、それから転換先として新型介護施設、介護医療院という名称のようですが、創設をされたということでございます。このため、今後の大きなポイント②というのを左側に吹き出しで書いておりますが、県内の対象病床1,625床につきまして、今後転換をするのか、どうするのかといった動向を確認していく必要があるということになります。

次に、4ページのほうに移って、4、今後の取り組みの方向として、大きく2つ整理をいたしております。まず、(1)急性期から回復期、慢性期まで混在する急性期病院の病床機能の明確化と病院間の連携強化として、2つ挙げております。①急性期病院の慢性期患者の在宅医療

等の転退院につきましては、先ほど、3ページの下の方のほうで見ていただいたとおりでございます。②急性期病院の回復期・慢性期患者の一部の病棟を回復期に転換し、転棟という部分につきましては、下の図の2つ目、急性期病院の一部病棟の回復期への転換にありますように、急性期病棟の一部を地域包括ケア病棟などの回復期病棟に転換をして、現状では急性期病棟に入院している回復期、あるいは慢性期の患者を移すという見直しを行うというものでございます。現にこのようなパターンは近年、県内でも幾つかの病院で既に行われております。

次に、上のほうに戻りまして、(2)医療密度の低い慢性期患者の病院から在宅医療等への移行というところにつきましては、先ほど御説明した療養病床の制度的な見直しに関するところでございまして、下の右側の図、慢性期患者の在宅医療等への移行というところにも書いております。療養病床の一部が新型介護施設に転換をいたしまして、在宅医療等が必要な患者の受け皿になっていくということでございます。

最後に、今後どのように進めていくのかということにつきまして、5、地域医療構想調整会議において将来の医療提供体制を協議・調整という形でまとめております。

まず、①各病院の現状を見える化、具体的には各病院の入院患者の状況を疾患ごと、4機能ごとに解析をしております。

下に解析例を載せております。これは神経系疾患、具体的には脳梗塞ですとか脳出血などの疾患の例でございます。ここに挙げている病院の例では、表にありますように、年間患者数は全体で1万4,900人、1日患者数は全体で40.8人という状況でございます。まず、この入院患者につきまして、診療報酬の点数により、高度急

性期から慢性期の4区分に解析をした結果が左から2つ目の欄のとおりでございます。資源投入比が高度急性期は15.4%で、以下区分ごとにこのような状況になっているところがございます。これを見ますと、この病院は高度急性期、急性期が比較的多く、神経系疾患につきまして、ある程度急性期での中心を担う病院のようでございます。ただ、回復期と慢性期も結構多いという状況が見られるところです。

次に、この病院の地域でのシェアを分析しております。一番右の欄は、神経系疾患についての地域全体の年間患者数を4区分ごとに掲載しております。この地域患者数でこの病院の患者数を割って算出したしました地域内シェアというのを、右から2つ目の欄に出しております。全体の患者数で18.9%ですので、神経系疾患についてある程度中核的な病院の一つというふうに思われると。それから区分ごとに見ますと、やはり高度急性期が23.7%と高いと。高度な診療機能を持っているということが推測されると。ただ、やはり慢性期が地域の34.5%を占めるということで、病院の効率化という観点からは慢性期疾患の転退院促進が課題というふうに思われるということでございます。

以上、申し上げましたように、各病院の状況をこのように解析をいたしますと、病院の診療機能が、急性期中心なのか、回復期中心なのか、また地域内でのポジションはどうか、あるいは将来に向けての課題は何だろうかといったようなところが見えてまいるというふうに思います。今後の調整会議での協議、あるいは各病院での検討に非常に必要な有意義なデータというふうに考えております。

次に、②といたしまして、今申し上げた解析結果をもとに、まず各医療機関で考えてもらお

うと。各医療機関が2025年に向けて、将来の診療内容や患者数の見込みを考えると。将来像、言いかえますと将来の経営計画と言ったほうがいいと思います、そういったものを構想していただくということにしております。

そして、最後に、その結果を③にあります調整会議に各病院がその結果を持ち寄りまして、地域ごとの医療需要の推計が出ておりますので、それを見ながら各医療機関で役割分担を協議・調整をして、その結果、地域の医療提供体制をまとめていくというふうに進めていきたいと考えております。

説明は以上であります。

○小田福祉保健課長 特別委員会資料の5ページをごらんください。

Ⅲの地域共生社会についてであります。

初めに、1の地域共生社会の実現でありますけれども、本格的な人口減少社会の到来、少子高齢化、家族・地域社会の変容等によりまして生じております新たな課題、例えば介護や育児に同時に直面する世帯、いわゆるダブルケアの問題ですとか、軽度認知症の方などの公的支援制度の受給要件を満たさない方に対する支援など、既存の縦割りのシステムでは対応できない課題に対応するため、国におきましては2020年代初頭を目途に高齢者、障がい者、子供など、対象者ごとに整備されてきました縦割りである既存の公的支援制度の改革ですとか、地域住民や多様な主体がつながり、支え合う地域づくりを進めることとしており、この2つの方向性を軸に地域住民や多様な主体がさまざまな課題に対して我が事として参画し、世代や分野を超えて丸ごとつながることで住民一人一人の暮らしや生きがい、地域をともにつくっていく、いわゆる地域共生社会の実現を目指していくことと

しております。

次に、2の国の動き等でございますが、(1)のこれまでの厚生労働省の主な動きといたしましては、昨年7月、省内に厚生労働大臣を本部長とする「我が事・丸ごと」地域共生社会実現本部を設置いたしました。本年2月には地域共生社会の実現に向けた当面の改革工程を決定しました。さらに本年6月2日には、地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律を公布しておりまして、介護保険法、社会福祉法などの所要の法律改正を行っている状況でございます。

次に、(2)の改革の骨格、(3)の今後の具体的な動きなどにつきましては、6ページ、横長の資料でございますが、こちらをごらんください。この資料につきましては、先ほど御説明しました、本年2月に決定された当面の改革工程などを国がまとめたものでございます。資料の中ほど、改革の骨格の部分をごらんください。厚生労働省におきましては、地域課題の解決力の強化、それから地域丸ごとのつながりの強化、地域を基盤とする包括的支援の強化、専門人材の機能強化・最大活用の4つの骨格を示しまして、それぞれ楕円に記載されている内容につきまして、今後、省内の各部局、または関係各省との連携を図りまして、必要な改革を行っていくこととしております。

一番下の実現に向けた工程をごらんください。今後予定されている具体的な動きといたしまして、平成29年中には市町村による包括的支援体制の制度化、それから障害福祉サービスや介護保険サービスを一体的に提供する共生型サービスの創設、平成30年には介護・障害報酬の改定や生活困窮者自立支援制度の強化を順次進めていくこととされております。

また、平成31年以降は検討課題を踏まえつつ、さらなる制度の見直しを行いまして、2020年代初頭に全面展開することとされております。

お手数ですが、5ページにお戻りください。

3の現在の県の取り組みであります。

(1)のとおり、県では地域共生社会の実現に資する取り組みといたしまして、世代間交流・多機能型福祉拠点支援事業を平成27年度から実施しております。

(2)概要であります。地域住民誰もが気軽に集うことのできる場所や高齢者、障がい者などの福祉サービスを複合的に提供する施設の整備に対する支援を行っておりまして、世代間交流や福祉サービスの垣根を越えて効果的に機能を発揮する拠点の整備を進めているところであります。

拠点の種類といたしまして、大きく2つ、①の居場所機能型（世代間交流型）と②の福祉サービス複合提供型（多機能型）とがありまして、平成28年度までにこちらの事業を活用いたしまして、合わせて22件の施設が整備されております。

その例でございますが、まず①の居場所機能型の例といたしましては、日南市の吉野方小学校の廃校舎を改修して整備した日南市社協の「ふれあいの居場所」がありまして、高齢者と子供の交流の場や放課後の児童の居場所として活用されております。

また、②の福祉サービス複合提供型の例としましては、都城市の社会福祉法人つくし会が運営する「みやこぼるこども縁」におきまして、障がい者施設と隣接する児童福祉施設との間に交流拠点を整備しておりまして、障がい者や児童の交流の場、障がい者の就労支援の場として活用されているほか、学童保育が受けられない

児童、高齢者などの居場所としても活用されております。

今後、地域共生社会の実現に向けて、各種制度についての改正が行われることとなっております。県としましては、国の動向等を見きわめながら引き続き、その実現に資する取り組みを着実に進めてまいりたいと考えております。

説明は以上でございます。

○満行委員長 執行部の説明が終わりました。

御意見、質疑がありましたら、御発言をお願いいたします。ありませんか。

○岩切委員 何点か伺いたいと思います。

健康長寿社会づくりの問題なんですけど、健康寿命を把握するというこの大変さがあるかなというふうに認識してまして、平均寿命は人口動態で把握できると思うんですけども、まず健康寿命をどのように把握なさっているかということからまず聞きたいと思いますが。

○矢野健康増進課長 お答えします。

健康寿命は、国民生活基礎調査という国が実施している調査がございまして、その中で「あなたは健康上の理由で生活に支障を来していますか」という調査項目がございまして、そちらの調査項目をもとに、サリバ法というような計算方法を使いまして算出して出てきたものでございます。それが健康寿命という考え方でございます。

○岩切委員 自己申告的なところで、自分はこういう状態だけれども、その人は大丈夫とおっしゃるし、全くつらくなさそうに見えるけれども大変だとおっしゃる方もいるのも含めて計算されるということですね。男性の場合、お亡くなりになるまでが8年、女性の場合12年という、この間の長さというのが気になる場所なんですけれども、これは、例えばほかの地域、県と

かいう領域で比べて、宮崎は不健康な間が長いというふうに理解するのか、そうでないのかをお聞かせください。

○矢野健康増進課長 宮崎県は、健康寿命は長いということになります。平均寿命のほうを見ますと、男性は31位、これは平成25年の時点でのデータということになりますが、全国で80.20歳、本県は79.82歳で31位、女性は全国で86.61歳、本県は87.01歳で全国11位ということになっておりまして、それと比較しますと健康寿命のほう順位がいいという形になっておりますので、その差分、平均寿命と健康寿命の差分の期間というのは本県では、全国と比較しますと、よい状態にある、短い状態にあるというふうに考えられるかと思っております。

○岩切委員 不健康で、いろいろな手が必要となる時間が長いのか、いわゆる「びんぴんころり」とかいう運動をされている県もあったと思うんですけども、そこが短いかっていうのは対策上、必要な情報だと思っております。今、課長がおっしゃった全国との比較からするとそうだという理解は、データ上ではできるんですけども、もう少し実態としてどうなのかなというところを知りたいなというふうには感じています。②の特定健康診査を受診する率も低くて、メタボになっていらっしゃる方も多い中で、結果的にうちは不健康な期間が短いですよということでございますと、メタボ予防しましょうとか健康診断を受けましょうというものが、ある意味むなしくなってしまうわけですね。大丈夫だということになるわけでございます。そういう意味では、この健康寿命、不健康な期間が短いということがどういうふうに宮崎では実現できているのかを知ることが大事なのかなと思ったものですから、そのあたり、何かお考えがあ

れば。

○矢野健康増進課長 2点いただいたというふうに理解しております。

まず、1点目は、健康寿命の客観的な指標ということかと思いますが、一つは国のほうでも健康寿命の出し方として国民生活基礎調査を用いた方法というのは研究班であります。それを活用した方法もございますが、ほかには介護保険の要支援割合とか、要介護に至っている割合とかそういったものを用いるような方法も例えばあるかと思いますが。いろんな多面的な捉え方で本県の健康状態を把握していくということ、今年度、この全体の計画の見直しがございますので、そういった中で専門家の意見を聞きながら、どのように本県の健康を把握していけばいいのかということもあわせて考えていきたいというふうに考えております。

2つ目の、健康寿命を延ばすためにどのように取り組んでいくのかということについては、いろんな考え方があります。一つはリスクの高い人に絞って取り組んでいくということも重要でありますし、全県民、全体、ポピュレーション・アプローチと言ったりすることもあります。全県的な取り組み、野菜の摂取の促進でありますとか、運動促進でありますとか、そういったそれぞれの取り組みを組み合わせることが重要ではないかなと考えております。

あと、多様な団体を巻き込んでやっていく、あるいは県民それぞれが自覚を持ってやっていると、それぞれ多様な多面的な取り組みによって進めていくことで結果が出てくるのではないかなというふうに考えておりますので、引き続き、そういった観点で見直しを行っていききたいというふうに考えております。

○坂口委員 今の健康長寿に関してですけれど

も、素朴な疑問として、長寿の寿命と健康長寿の寿命とが各県それぞれ違うということが一つと、それから資料の3番目のこの県民健康・栄養調査の分析とかやられて、それを今後に資するということになるんですけども、ここで健康のため、長寿のために取り組んでいるということはほぼ各県、そう差はないと思うんです。一般的には長寿ならば健康と連動するというのがそういった生活習慣も含めて、あるいは健康管理も含めてと思うんですけども、健康長寿となると逆転したり、同じことをやりながら差が出てきているということで、ここで検証対象とする調査項目として常識的に見える範囲と、そうではなくて潜在的にあって、これがやっぱりかなりの決定権を持っているというか、影響力を持っているような気がするんです。山梨県が健康寿命は男女日本一だったですか。例えばなんですけれども、山梨県がほかの都道府県と違うというのは、それこそ一旦は日本全国で鎌倉時代に始まっているんですけども、その例が無尽です。金融ですね、無尽講とも言いますし、うちらではその変形したやつで頼母子というのをやっているところもあるんですけども、山梨はずっと無尽が制度的に残っているたった一つの県ですよ。ここには社会に対してとか、あるいはグループに対しての責任感というものをすごく持ちながら、ずっと社会に出てから生涯それをやっていくという責任を負っています。それはストレスにならない責任だと思うんです、生活の中で訓練されている。それとそのことを楽しむことですよ。情報交換をしたり、いろんなことをして、とにかく自分が楽しむ。この2つについて、山梨県はよその県にないものを持っているんですよ。ここら辺ってというのは、やっぱり専門家や有識者会議の調査対象に出て

こないと思うんです。でも単なる長寿、そして健康長寿とかの順位が入れかわったり差が出てきていること、それと健康にいいって言われていること、調査対象になることはほぼやっている。この違いを知ることが僕は大切じゃないかなって思うんです。それが欠けているような気がするんです。無尽というのをぜひ調査対象に加えて分析をやってほしいと思うんです。僕はここらが違うような気がします。男女1位ですもんね。これが変わらないですもんね。ずっと1位で、あそこだけが持っている、あの生活の中で格段に人間の生活に影響力を持つというのは、無尽という制度が残っているということですよ。そこぜひやってほしいと思うし、これに対して、もし何か私見を持っておられたら教えてほしいです。

○日高福祉保健部次長（保健・医療担当） 私のほうから少しお答えをさせていただきます。

ただ、坂口委員がおっしゃられたことに対しての直接的な答えにはならないかとは思いますが、山梨県は健康寿命が、確かにおっしゃるとおり1位ということですが、なぜかということで、ある冊子に山梨県の専門家の方が文章を書いているのがございまして、それを読ませていただきましたところ、その先生いわく「なぜかわかりません」というお答えでした。はっきりとした理由でもって健康寿命が日本一だということが、やっぱりなかなかわからない。といいますのは、やはり、今、委員もおっしゃられたとおり、健康寿命の算定式も必ずしもそれが妥当なものかどうかということもありますし、どういうものを測定するかということもなかなかやはり難しい面がございまして。だから、担当課長が申し上げました、介護保険に基づく、例えば要介護認定率ということもいわゆる不健康

な時期というものに当たりますので、そこを算定することで健康寿命が算出されるという考え方もあるんですが、これも、本当は認定を受けたほうがいい方も、いや、私は受けませんという方もおられたりしますので、なかなか難しいというところもありまして、その専門家の先生いわく、「よく理由はわかりません」ということでもございました。

ただ、一方でやはり長野県さんが平均寿命が長い。健康寿命が1位というわけではないんですけども、長野県さんでなぜその寿命が長いのかということに関しての一つの、今委員もおっしゃられたこととつながるんですが、地域のコミュニティの力がまだ残っているといいですか、あるということは、これも専門家の一つの意見として記載されたのを見たことがございまして、やはりその地域の中で家にこもらずに、いろいろなところに出て行って、皆さんとお話をしたり、自分の好きなことをやるということやはりよりよい健康というものにつながるということは間違いなとは思いますが、そういった意味で、今おっしゃられた、無尽、いわゆる頼母子講を、たしか私の母などがまだやっていたのを記憶しておりますけれども、そういったものも地域のつながりという意味合いでは大事なのかなと思いますが、なかなかそれをどう調査するかとなりますと、またかなり検討をする必要があるかとは思ったところでもございます。

○坂口委員 やっぱりそんな未知だからこそ、検討・調査の必要があると思うんです。そのお母さんがやっておられる頼母子講と違うのは、山梨の無尽は、地方でも都市部でも、お嫁さんに来る、そしてかなり格式の高い家でもお嫁さんが無尽に入るってなったら、それはもうみんな行ってこい、行ってこいなんですよ。それぐ

らいやっぱり生活の中で高い位置に位置づけられて、そして最優先されるような場なんです。言われるように、コミュニティーがすごく広がって、例えば趣味からくる、特にスポーツとか芸能とかの趣味からくる無尽なんていうのは、地域も際限なく広いし、年齢層もものすごく幅があるんです。今度は逆に、近い一つのエリアで、商売をやっている人たちがいざ困ったときの運転資金にぱっと、金融機関からは無理だけれども、自分らが必要に応じて使おうっていうそういうものとか、あるいは1年間みんなで蓄えて目的を持って旅行に行こうとか、ちょっと頼母子講とまた違うんですね。それぐらい県民が認めている、無尽に行くって言ったらみんなが協力して行かせるっていう、家族がですね。よその県とこれだけ言って言うとちょっと違いますけれども、僕が知り得る限りでは、ここが山梨は違うなっていうところなんです。専門家というのはそういうところは見ないと思うんです。見ないからこそ、今言われるように、数値もいい加減な、そのやり方によっては健康寿命が変わるんですわなんていうことを、それを国策としてそこを目指そうなんて言ったら、その数字じゃだめだと思うんです。やっぱり一つの定義を持って、こういった数字はこういうことによって理論的に正当づけられる、そして信頼できる数字ですって、やり方によっては、この健康長寿なんていうのは変わるんですわと、寿命はもう死んだときがそれだから変わらないけれどっていうんじゃ、これを設定してそこを目指そうなんて、そして何をやればいいのかもわかんないって、そういうところにやっぱり精力をつぎ込むこと自体がちよっと問題じゃないかと、もうちょっと精度を高めてやっていかないと。だからこれをやれっていうんじゃないですよ。

そういうものを見い出すべきじゃないかなっていうことですね。それは違うことにつながるかもわかりません。健康にいいのは、青野菜を年中、塩分のある漬物とかそういう加工品じゃなくて生鮮を食べるから塩分をとらないからいいんだって言われていたけれども、日本一はもう落ちこちていったですもんね。だから難しいということはわかっているんですけども、やっぱり何らかを見出してほしいと思うんです。これは、国を挙げて取り組む事業なので。

○満行委員長 要望でいいですか。

○坂口委員 これは、なかなか正解はないと思うんですけども、そこは、本当に違いますよ。ここだけです、それが残っているの。

○満行委員長 いいですか。

○岩切委員 健康寿命について、今坂口委員もおっしゃったように、どういうふうな高齢者群がこれから2025年を迎え、過ぎていくのかというイメージとして大事なポイントだというふうに思って伺いました。そういったものをイメージしながら、宮崎においてのその2025年、暦としての2025年、日本が迎える問題と宮崎において、地域地域において、もう既に高齢化率のピーク、または人口が減少することによって数字はまだ高まるかもしれませんが、実数としては高齢者数のピークというものが過ぎているところも現存するというふうに思うんです。そういったものを踏まえて、医療薬務課さんが御説明いただいた地域医療構想というのは組み立てられていくという理解でよろしいかというところなんですけれども、ここの構想の目的というところに「医療需要ピーク」という表現があって、それを目的とし、さらにその後も対応していくという組み立てですよということなものですから、そういうピークに含まれる皆さん

の変動というもの、またそのピークの性質みたいなものも踏まえて、こういうベッドの問題は議論されていくと理解していかをお聞かせいただきたいんですが。

○田中医療薬務課長 今回の地域医療構想の一つの特徴といいますか、意義の一つとして、2025年という比較的先の需要を地域ごと、しかも疾患ごとに推測をしたというものを各医療機関で共有をして、そこにどういう体制を組めば対応できるんだろうかというのを、そういう関係者で議論してまとめていくという、こういう推計値とそしてその対応策を考える過程というところをしっかりとつくっていくというところに大きな意義があると思います。委員がおっしゃいましたように、団塊の世代という固まりが動くというのもございます。それによって、人口プラス、ここでは医療需要という、医療が必要な需要がどう変化していくのか、こういったところをできるだけつぶさに見ながら、実はこれは全てレセプトのデータ、DPCデータ、要するに現在医療にかかっている人たちのビッグデータとも言える膨大なデータをもとにつくられております。そういったものをもとに動きを読みながらつくっていくと。これは多分2025年までの動きの中でやはりモニターしながら、動きを見ながら、考えていく長い取り組みになっていくだろうと思います。とりあえずの体制を考えつつ、それをずっとフォローしながら、見ながらやっていくみたいなことで、そのときに合う体制をつくっていくというふうなことだろうと思います。

○岩切委員 おおよそのところは今のデータで進むしかないという理解はしているんです。常々、考え方として2025年問題を考えるに当たって、今はこうだし、人口の推計はこうだなんて

いうのだけが情報としてあって、この団塊の世代の健康ぐあいとかいうようなものとか、医療以外のフォロー、介護の体制だとかですね。実は2000年に介護保険ができたときには、もう今ぐらいには24時間の巡回訪問ヘルパーとかは当たり前になっているイメージがあったんですけども、全然実現できていないとか、そうなるのと、やっぱりそこで介護を要する、医療を要するという、両方抱き合わせのような高齢者については、介護施設が見つからない限り、医療施設にお願いせざるを得ない家庭の実情がまだ残っていますよね。そういったものを全部総合的に、絡めながら医療の供給体制というのが整理されていくという理解でいいかというポイントなんですけれども。

○田中医療薬務課長 今、委員がおっしゃいましたように、この地域医療構想でポイントの一つ挙げています慢性期、これは医療機関で入院をしている患者になります。ここを在宅医療等にいかに移せるかというのがポイントというふうにお話ししました。ただ、移すというのは、これは医療機関側の都合ではなくて、医療機関とそれから在宅医療をやる、これは市町村が担い手だったり、あるいは民間事業者が担い手というようなところと、本当に具体的な議論をしながら、これぐらいは在宅が整備できる、じゃこれぐらいは医療機関から移行ができる、こういう患者だったら受け入れられる、そういうミクロの議論をしながら体制を考えていくというものを調整会議の中ではイメージをしております。調整会議のメンバーというのは固定ではなくて、そのテーマによって、例えば在宅医療への移行をテーマにすると、やはり市町村の方々、在宅医療をやっている、例えば訪問診療をやっている先生やあるいは訪問看護をやっている、

ステーションをやっている看護師の方々も入るのかもしれませんが。そういった方と議論しながら、調整しながらやっていくというふうな形で今おっしゃられたようなものにできるだけ対応していけるというものを目指すということかと思えます。

○岩切委員 もう最後にしますけれども、2000年のときの介護保険のイメージでは、そういう医療需要が低くなった要介護者ですよ。当然、医療需要も併存します。そういった人たちが在宅で介護が受けられる、それもその施設等に頼らず、いろんなホームヘルプだとか、通所介護だとかが組み合わされながら、家庭での家族の負担も随分と下がっていく介護の社会化が実現するんだという夢が語られたんですけども、現実には非常に厳しい状態で、家庭では見られません、見続けることが難しいということが現実にあります、介護離職とかも現実が続いている状況ですよ。これから、介護施設等もなかなか十分に建設されない中で、慢性期の、医療需要が低くなったんだけど、家庭ではなかなか見切れないという方を、ベッドは減る、介護施設はできていないという中で訪問医療ができたとしても、それがやっぱり24時間の介護を保証するものでもないものだから、そういうようなイメージも共有されながら、ベッド数が整理されていけば安心なんですけれども、そういう情報抜きに今の患者動向からするとこうだから、慢性期はこれだけ地域としては過剰ですよという共通理解になって、いつの間にか入院する場所、要は家族からすれば両親とかを見ていただく場所が医療機関にもない、介護施設もない、だったら僕がやめて見ましようというようなことが拡大をするという結論になっちゃいけないなという思いがありまして、後期高齢

者がふえるということはそういう対象者がふえるということなので、その辺のイメージが共有されて、ベッドの問題は、議論されていくものだという認識でいていいのかという点なんです。

○田中医療薬務課長 今年度、私ども、医療薬務課のほうでは医療計画の改定作業をやります。同じ時期に長寿介護課のほうでは高齢者保健福祉計画、それから介護保険事業支援計画の改定作業をやります。実は医療計画というのは5年スパンでずっとやってきましたが、次からは6年になります。介護の計画は3年スパンなので、以後、6年ごとに必ず見直しが合うというものになりました。その心はといいますと、医療と介護を連携しなさいという思想でございます。それを計画レベル、あるいは実際的な現場での連携レベルでも実践をしてほしい、しなさいというそういうことで国からも来ておりますし、私どももこの地域医療構想の具体化に向けましても当然、委員がおっしゃったような介護が必要とする方への医療というところでは介護との連携が不可欠でありますので、それを前提とした供給を進めていく。そして、実際に介護の計画といったものとの連携もしっかりとっていくというふうな形で進めていくことにいたしております。

○岩切委員 わかりました。

○坂口委員 どういう事情がここにあれ、大きい目的というのはこのままだと社会保障費が年間1兆円ぐらいずつふえていく自然増を、何とか今のところ4,000億円ぐらいで抑えているけれども、これも将来難しいという、そういった台所事情というのが一つあると思うんです。

それから、もう一つには病院は、今の7対1看護でも、報告による病棟ごとの機能区分でも実際に違うじゃないかということで、過払いを

かなりやっているんじゃないかというそういった、表現は悪いかもわからんけれども、本当にそれだけのものを払うだけの治療がこの患者に必要なのかというのを徹底して見直していく。必要なものはまた加えてでもやらせようって、いわゆる本当に適切な、そして必要な医療はしっかり施すんだよ。ただ、医療資源というのはお金も含めて限られている、看護師なんかですね、それを本当にしっかり国民のために使っていくために見直そうということ、そこで4,000床余るじゃないかってことなんですよね。宮崎の構想のこれからの作業をどう詰めていくかですけども、今までみたいに、やっぱりそれは無理だわってということで、現状で行こうと言ったって、今度はさっき言われたように、診療報酬というところで締めてきて、175点なんかで慢性期、回復期の人たちを見ていけるのかということ、なかなかそれも厳しいようなことになってくる。だから倒産するわけにはいかんから、何らかの工夫をせんといかんということで、じわっと真綿で絞められると思うんです。今度の医療計画はこれまでと違うのは、あんたさんらがつくった構想に合わせた計画をやれということが一つ。それが違ってきたときの整合性は、あくまでも構想を尊重してからそこに合わせていけっというので、かなり厳しいものがあるからやっぱりこの4,000床はもう覚悟しなきゃいかんということだと思うんです。そうなったときに現実には何が起きているかということ、今ぐらいベッドを持っていても、僕らにたまに電話がくるのは、「県病院に入院していたら、もう退院してくれって言われた。行く先を探してくださいって言われた」ということで、県立宮崎病院では転院させようとする先への紹介状も書けないような実態があると思うんです。また行こうとしても、

そういった低い診療報酬で見ていけるようなベッドを持った病院もクリニックも少ないということ。在宅にしたって、言われるように、とてもじゃないけれども、家族では見切れないということ。今、何を考えないといけないかというと、この構想に基づいた計画をつくること、そこで調整をやってベッド数をそれに近づけていくこと。あふれる治療なり、ケアが必要な人たちをどこに連れていくかって、いわゆる在宅療養ですよ。これをやることをやっぱりもう考えていかないと。今度の本会議でもそういった条件整備のために、基金の問題なんかも言われましたけれども、これも計画をつくって申告して基金で。これは限りなくさじかげんが大きいお金ですよ。今回たまたま宮崎県もよそに比べるとかなりいい率で頑張っ確保されたけれども、新たなそういった構想に伴ったような計画ができなかったとき、これも後から基金を積み立てて現実に稼げるかということそれは心もとないですよ。ただ、これは基金だから、とれるだけとっておいて、計画もしっかりしたものをつくって、まずはお金を持ってきて、さっき言ったように、行き先がなくなる患者さんたちがいれる場所、だからハードも含めてその整備にやっぱり基金を突っ込んでいかなきゃだめだと思うんです。その基金をそこに突っ込むことができますよとなっていて、特に今度の新型療養、これなんかはその基金対象になっていますよ、ベッドまで。このベッドはですね、従来のベッドではなくて。だからそこらにこの基金を持ってきて、計画をしっかりやっていって、地域でも困らないように。地域に施設ができた、ベッドもできたと、あるいは在宅のための家族の受け入れ体制も大丈夫だっというところで、じゃ、特に看護の面からどうやって、誰が注射

打ちに行くのって言ったって、お医者さんのもとに看護師さんがしっかりいて、その人がその処方に従ってやらにゃいかんわけでしょ。山間地域、中山間地域ではそんなところを巡回してくれる看護師さんなんて、とてもいないですよ。だから、やっぱり将来を見据えて、これから民間も含めたお医者さんたちとその協議をしながら、年度いっぱい計画をつくってそれからまた考えますって言って、今度は早速行ってくださいって言われる患者さんたちに行き場がないっていう実態が宮崎はすごくあるということも、ひとつは把握してほしい。結構、ほかの委員にも来ていると思うんですけども、「病院に退院してくれって言われたけれども、行き先を探してください」という電話、それも悲しいかな、県立宮崎病院に入院している患者からが多いんです。だからそこはしっかり頭に置いて、この作業に取りかかってほしいということ、先ほど言われた急性期以上の部分で出ている「ある病院」とあるけれども、余り大きい病院じゃないなということ、急性期以上が42.2%ぐらいいるなとなると、これは市郡医師会病院あたりではないかと思いますが、これでもシェアは、宮崎じゃトップのほうですよ。ああいうトップレベルの高度な医療をやっている病院でさえ半分を切っている。この急性期、高度急性期が42.2%だと。ところが、さっき言いましたように、今度は絶対、国は、病床機能報告の中で、お前さん方、これは急性期病棟だって言うけれども、本当にそんな患者さんが何%いるのって。お前のところは、慢性期ばかりじゃないか、そんなことはよせっていうことになってくると思うんです。そうすると、もう急性期病棟ですよっていう申告すら、これは実態が伴っていないって言われる時代がもうその直前に来

ていると思うんです。この前の骨太の方針2017なんて、そこをやっぱりもうにおわしていますよ。だからそこをしっかりと捉えて今までの感覚とか、これから状況を把握しながらじゃなくて、我々が責任持って構想をつくったと、これには民間も巻き込んでやってきた構想だと。それに基づいて、今度は具体的な計画をつくっていった、それは必ず実現させるんだ、そのために県病院にも我が身を削るような努力をさせて、病床数も減らさせたということが一つ、僕は必要じゃないかなという気がするんです。だから、今度のはちょっと違うということをやっぱり改めて意識してもらわないと、今の質疑と説明とを聞いていてちょっと甘そうな気がするんです。どのように受けとめられていますか、かなり厳しくなっていくと思うですよ。特に来年は、いわゆる診療報酬と介護報酬の一体的な見直しというわけでしょう。お金がありませんって言いよるわけでしょう。どんなことが見直されるか、大体わかっていますよ、こちらに誘導されていかざるを得ないような報酬の見直しというのはやられるし、かなり、今後現実が伴わないとなかなか大変だなというものが見られると思うんです。それを余り安易に構えていて、民間も含めて、そこらの認識を甘く持たせると、近いうちに病院を倒産させんといけなくなる。そうしたら大変ですよ、宮崎のそういった患者さんっていうのは。やっぱり絶対病院を守るんだ、守るためには本当にスリムになるべきところはスリムになる。自分が得意な分野で飯を食っていきましょうということ、やっぱり今度の計画見直しの裁量の中で、これを生かしてもらって、現実にこれを実現していかんと、ちょっと今までのようなスタンスでは怖いような、心配なような気がしますけれども、部長は

どんな見通しをされていますか。

○畑山福祉保健部長 委員御指摘のところは本当に我々も危機感というのは共有しているところはあります。診療報酬は本当にこの年末に向けていろいろまた制度改正がありますので、それを受けてどういったことが、各病院については、公立病院はもちろんのことながら、民間の病院は言ってみれば自分たちの営業、経営ですから、そこはもう如実に診療報酬で考えていくことになっていくということと、今回のこの地域医療構想とあわせてどういう状況になっていくかというのをしっかりと共有しながら、地区地区での調整会議で議論をしていければとは思っています。

骨太の方針2017の言及がありましたけれども、やはり今のところ、国のほうでは閣議決定された公式な文書での物言いでは、ことしと来年の2カ年を、比較的集中して、この地域医療構想に向けた調整会議をしていこうとか、各地区でそれぞれ自主的に判断してもらおうと言いつつも、状況というのはこういう状況ですよというのは我々も説明をした上で危機感も共有しながら、議論を進めていきたいと思っています。

○坂口委員 ぜひそのところをお願いしておきます。

○満行委員長 よろしいですか。

○右松委員 若干関連で、調整会議の実効性を、1点だけ伺いたいなと思っています。現場の声として、私としてもやはり調整会議、先ほど部長のほうから話がありましたように、情報を共有して、危機感を共有していくという県としての保健所としての非常に重要な役割もあろうかと思っています。その中で大変期待をしているんですけども、先ほど来、話がありますとおり、自院の将来像となるとそれぞれやっぱり、

病院個々の経営方針が非常にかかわってくるわけでありまして、4つの病床機能で病院側も機能分化はしていきたいと、そういうふうな考えの中で、果たしてそれがスムーズにいくのかどうかと考えたときに、伺った話だと、ある病院では急性期から慢性期に経営移行をしたところ、勤務していた職員さんが私たちは急性期をやりたいかかったということで次々と職員がやめられて、そして経営が成り立たなくなったというふうな話も実は聞いていまして、簡単に、絵に描いた餅といいますか、なかなか機能分化がどこまでできるのかなという懸念も少しあります。もう一つは、二次医療圏のある地区で調整会議の座長を務めていた医師会長が、意見交換の中で、まずはその圏域のそれぞれの病院から自院の明確な将来像が果たしてどこまで出てくるのかなというところと、それからそれが出てきたところで、将来の機能区分ごとの必要病床数を誘導するような決定権はなかなかないということもあって、非常に悩んでいますというふうなことをその医師会長は言われていました。これは県北のほうですけれども。ですから、その医師会長はやはり保健所がもう少しイニシアチブを県内でとってもらえればという話がありました。先ほどの部長の話とちょっと絡むところはあるんですけども。ですから調整会議、ここに書いていますとおり、将来の医療供給体制を協議・調整するという中で、どうやってこの調整会議を、各地区ごとにいろいろ状況が全然違いますので、どうやってその実効性を、実効性といましようか、そういう方向に持っていけるような、そういうふうな、なかなかちょっとその辺がどうなっていくのかなと難しいところもあるかもしれませんが、その辺も考えて、現場でそういう声もあるということを考えてい

ただければなと思っっているところがございます。その辺はいろいろ耳に入ってきていると思えますけれども。

○田中医療薬務課長 本当にいろんな各地区の現場からの御意見をありがとうございます。それで一つお話をするとすれば、この資料の4ページの5番で、解析例というのを挙げています。各病院にはまだそれぞれの解析結果が出ておりませんので、お見せはしてないんですけども、これは各病院が初めて見るような解析結果になります。そうすると、思ったよりも慢性期が多いんだとかいうふうなものがかかり見えてくる。これはある種、一つのショックのような効果があると思えます。じゃあこのままだと、坂口委員もおっしゃいましたように、今後の診療報酬改定等の動向を見ると、非常に将来危ないんじゃないかという、そのような課題を、もし設定するとしたら、そのためにはどうしたらいいんだというようなことを今度は考えると。これまで余りそういうサイクルが回らなかったものが具体的に回ってくるというところの動きをぜひ加速したいと。右松委員がおっしゃいましたように、ある病院では、急性期から慢性期に変えた途端スタッフが、という話もございました。そういうのが出てくると、医療資源が、流動化すればいいんですけども、なかなかうまくくっついてこないというか、連動して動かないということもあるのかなとちょっと心配するところがございます。ただできるだけそういった面も個々の医療機関とかで工夫しながらやっていただきたいと思いますし、そういったところも、もしいろんなお手伝いが、人材確保でもまたできれば、そういったところを含めて取り組んでいきたいと思えます。

○右松委員 坂口委員のほうからもありました

ように、甘い認識だと、どんどん倒産してしまうとか、危機感をしっかり、その調整会議の中で共有をしてもらって、なかなか座長が持っていていきづらいというところも言われていましたので、そのあたりの実情も考えた上でそういった認識を共有していただければなとも思っております。

○坂口委員 ちょっと関連で。すごく大事なところだと思うんです。今回の構想の目的というのは、今言われたように、そこまで高度な技術を身につけた看護師がそこに張りつけられる目的が、患者さんのケアが必要だからうちには必要なんだよじゃなくて、7対1をクリアするために、いわば高い報酬をもらうためにつなぎとめている看護師がいるんじゃないかを洗い出せていうのも、今回のこの調査に新たに加わったいろんな項目とそれから診療結果の伝票というんですか、それなんかの数字と現実に施術したものと実際の病棟の7対1とかに合っているかという、これはあれだけ看護師を育てても看護師不足がまだ起きていると。それはいろんな事情で家庭におさまった看護師さんもいるけれども、そうじゃないんじゃないかって。7対1を確保するためにつなぎとめられている看護師もいるんじゃないかって、これを吐き出させよう、そして不足しているところにそれを回そうという大きい目的もやっぱり今回の構想から始まった一連のこの医療改革の中には、ありますよね。だから今のはもういや応なしに進められますよ。余っている看護師さんはもう出してくださいって、そして本当に必要なところに回してくださいっていう、お医者さんも含めてですけどね。そういうのをやるために、この機能別の実態調査をやって、あなたのところは高度な医療を必要とする病棟と言っているけれども、

実際は慢性期病棟じゃないかっていうことをまず指摘される。そしたら、何でそんなところに7対1看護なんて要るの、13対1あるいは15対1でもいいんじゃないのということで、がんと落ちて、1ランク落ちるだけでも1日3,000円も違えば、何億っていうお金が一つの病院で違う。そのときに、でっかい図体をしていたら、パイが少ししか回ってこなければ、病院は間違いなく倒産ですよ。それは看護師さんのためにもならないですよ。だからそこらを今回は理解してもらわないと、今までと今度の見直しとは違いますよっていうこと。例えば、県立宮崎病院ばかり言うから失礼だけれども、あそこにある精神科なんていうのは、ほんのちょっと前に新富の富養園から移転させたんです、ここじゃないと診れないんだってことで。シャッターを閉めてから立ち入り禁止じゃないですか。結局はものすごいでかい図体をつくったけれども、あそここの病棟には入らないでくださいって。ここには誰も入れませんって言って、あんなこと言いながら連れてきたけれども、特に宮崎は精神病床なんていうのはものすごい余ってたんですよ。たしか4,000床ぐらいが必要とされたときに6,000床ぐらいあったですよ。だから優秀なお医者さんが帰ってきて新たに開院しようとしたって、病院もつくられない。県病院がそれを全部手放さずに持っていた。ところが実態はお医者さんもよう確保しない。もう患者さんがうちに来たって診ません、閉めました、どこか行ってくださいっていうようなことでしょう。今度はまた宮崎東病院に小児なんかを持っていってしまう。まだ県はいいですよ、一般財源から持ち出すから。本当に、こういうことを今度やっている、民間病院を本当に潰してしまいますよということで、今度の改革は甘く見ていたら

責任が大きいですよということを言っているんです。だから看護師が余ってから、「我々はそれを勉強してきたのに、それだったらここをやめます」って言うけれども、もうやめなくてもその病院は潰れるんですよ、おかしなことをやっていたら。だから、そこをわからせる必要がある。今度は違いますよって言っているのはそこなんです。そこをまずは、たまたまこの時期に建てかえる県立宮崎病院、ここでびしっと身内にやっておかないと、ほかの病院で行ったら今のようなことがある。今度は不満として出てきて、わかりましたって。じゃこれは強制力はありませんから、努力目標ですから、もうそれで行きましょうかねっていうことで、何も本当に将来のためになる改革ができないってこと。今度はやっぱりもう背に腹はかえられない事情も含めての、そして現実を見て、むちゃではない計画を立てて、それを実現させようとする。あめとむちで必ず来るということ、その第1弾が、本当に真面目に計画をつくって、在宅に無理な点があれば在宅のための条件整備には基金をやるよって、その年、使い切らなくてもこれは基金だからためておいていいんだよって、必要なとき持ち出さないよって、それをこの何年間でやりますよっていうのが、今回の消費税増税分の基金への配分っていうやつ。これをさじかげんは何ぼでも国はやるぞっていうことは、ちょっと表現が適当じゃないかもわからんけれども、国の考え方がわからない人にはもうさじはちょっと、反対を向いてから何も入らんぞっていうぐらいの激しいことやりますよというようなことをにおわせています。そこをぜひしっかりと責任を持って、そしてこの改革にはやっぱり指導力も発揮してから調整に入ってほしいと思うんです。この会議等の調整で出てきても、

そこで構想との整合性がとれなかったら、構想に合わせる、もう1回会議をやらされるぐらい今度は強いと思っています。部長、本当、大変だろうと思うけれども、ぜひそこはやっぱり厳しいことが将来あなた方のためになるんだという場面も必要な今度の調整になってくるんじゃないかという気がするものですから、なかなか大変でしょうけれども、頑張ってください。

○満行委員長 よろしいですか。

○坂口委員 何かコメントがあれば。

○日高福祉保健部次長（保健・医療担当） 坂口委員からの将来の大変厳しい状況というお話がございました。

私どもも確かに今後の人口の高齢化の中で医療の体制、それから介護の体制、これをしっかりと考えていかなければ、自分自身が年をとったときに困るという思いはしっかりと持っているところがございます。幾つか例を出されましたけれども、なかなかこの地域医療構想、わかりにくい点がありますのは、病床機能報告として出されている数字というのは、それぞれの医療機関が病棟単位で報告をしているものだと。ですので、例えば60床の一つの病棟があって、そこを急性期病床として報告をしているけれども、実態としては、医療の当然の流れとして、60床ある急性期の病床の中には、高度急性期、いわゆる医療需要の高い方もおられれば、そうでない方もいらっしゃいます。これは当然といえば当然です。

実はちょっと私、先月、入院をしております、いわゆる急性期の病棟に入院をしております。隣の方はがんの方でした。抗がん剤の治療を行うということで、3日間、抗がん剤の点滴をするんですね。その後は基本、何もしないんですよ。何もしないというか、副作用がない

かどうかというのをずっと経過を見るんですね。基本、余りその方は副作用が出なかったものですから、2週間何もしていない。となると、医療需要という点から見れば、その方は回復期なり、慢性期の医療需要の方になってしまうんですが、でもそういう人を実際に慢性期の病棟に移していいかといったら、そうではない。がんの治療を行っている方なので、その方はやっぱり急性期の病棟に入っていないといけない。そのようなことがあるものですから、なかなか今回推計をするために出されたこの診療報酬点数できちっと区分けできない実態はあるということころはぜひ御理解いただきたいなと思います。先ほど、県立宮崎病院に入院されている患者さんが転院してくださいと言われたのも、やっぱり県立宮崎病院は基本、急性期病院ですので、もうある程度、治療が終わりに近づいて医療の需要が低い方については当然移ってください、ただ、先ほどおっしゃったように、県立宮崎病院が他の回復期、慢性期の医療機関とうまく連携をとっていかなければいけないという点がありますが、ただそういうのも、患者さんの身からすると大変かもしれないけれども、病院側からすると、ある意味そうしていただかないと困るということもあるというのは、ぜひ御理解をいただければと思います。

もう一点、この地域医療構想で悩ましいのは、先ほど課長が説明したように、私ども、この4ページの5にありますとおり、各医療機関からデータを提供していただきまして、大学のほうにお願いをして分析をして、それぞれの医療機関の診療報酬上で見た資源投入からの機能状態をお示しをして、御自身で検討していただく。本県の場合も含め、日本国内の医療の提供体制は民間の医療機関が大部分を担っております。

この部分に対して、では地域医療構想で出された数値からすると、あなたの医療機関の役割からしたら、これはもう急性期ではなくて、回復期、慢性期ですよ、転換をしてくださいと、これはお願いベースでしか、なかなか我々ではできないというところがあります。強制的にやるということではできません。

一方で、当然、各医療機関は経営というものがありますので、先ほど委員もおっしゃられた、診療報酬の改定に応じたそれぞれの医療機関の今後の将来をやっぱり見据えて、どうあるべきかというところはしっかりと考えていかなければならないわけですし、そういった点を私どもとしてはこういう情報を提供することで、ぜひしっかり先生方も考えてくださいと。その中で、今後の高齢社会、超高齢社会においてどう県内で医療提供を効率的に提供すべきかということを考えていきたいと思いますというところで、調整会議の場で我々もいろいろと説明、お願いをさせていただきたいとは思っております。

一方で、医療機関が慢性期の部分が大きいので、もう介護のほうに移りますとなった際には、今度は介護保険のほうでその費用があらわれる。医療保険から介護保険のほうの費用になってくる。とすると、介護保険に関しては市町村が担っておりまして、各市町村からすると、介護に回ってくる数字がどの程度になるのかというところがなかなかわからないことには、3年ごとの介護保険の計画を積み上げていくことがやっぱり難しいというところがありまして、これを言うと、部長からも怒られるかもしれないですが、正直、今年度の医療計画なり、あるいは介護保険計画なりの中で、この地域医療構想に沿ったような数値を出していくことは正直難しいと考えております。ですから次の改定なり、あるいは

は中間見直しなりの時点で、この地域医療構想に出されたような数値を盛り込んでいかざるを得ないのかなというふうには考えております。もちろん、地域医療構想が2025年を見据えたものでございますので、そういった意味でもちょっと私どもも今年度、来年度の2カ年をかけて、先ほど言った調整会議を行い、各医療機関の皆様にも御理解をいただく。また、市町村もこの調整会議に入らせていただいておりますので、市町村も介護の分野にこういう患者さんの移動というものが出てくるなというところの理解をいただき、介護保険の体制も考えていただくということをやっつけていかざるを得ないのかなと、そのようには考えているところでございます。

○坂口委員 本当に難しいと思うし、今年度はずっと無理で、それが2年後、3年後になるのかということも、結果的には2025年ぎりぎりまでかかるというぐらいの難しい作業だとは思っています。そういうこともわかっている、例えば今言われたように、一旦回復期なりに、あるいは在宅に戻すけれども、また必要になったらいつでも入れられるからって前の報酬をあげますよということも、今回やっぱりそこまで含めた見直しだから、そういう安全弁もかけながらの報酬を含めた、報酬を含めたというと病院の経営が続くか続かないかを求める改革だということだから、強制力はないけれども、今回がちょっとスタイルが違いますよということをもっと理解してもらって、調整会議に入っていないと判断を間違われる。本当に今までどおりの感覚でやっつけていくと、最後に始末も打たなくなる。病床には確かにいろんな患者さんが来ますよ。心臓を一旦とめておいて、手術して、また電気ショックをやらんならんなような患者さんから、ちょっと部分麻酔やって手術すればいいような

患者さんまで来ますけれども、その中でじゃ、さっき言われた、この病棟を高度な医療ということで急性期で申告したけれども、むしろ回復期が多かったっていったら、あなたのあの報告は、急性期になっているけれども、実態はこうですよということ報告の精度を高めることを求められるんじゃないでしょうかね。そのときに来るのは、何でこの病棟で7対1看護なのということで、今度は現実に迫ってくるのが、そういったことをやりながらじわじわいって、2025年にはびしゃっとした自分の思惑というか、国の考え方を達成したいなというのがすごく見え隠れしていますよということですね。こうやりますっていうことを言っていますっていうんじゃない、でもそれをすごく強くおこなっていますよということで、そこをまず絶対お医者さんたちに理解してもらって、病院、院長さん方なりにですね。やっぱり自分の病院がこれの中で生き残っていく、そして将来ともこれはやっぱり経営は継続していくためにはどういふところに乗っかるのが一番いいんだろうと言わないと。例えば、今後人口減、高齢化という中で、将来の患者予測なんていうのは高齢化が進みながら、その部分の人口がふえていって、そのまま高度急性期のような手術を施した人たちがおって、しかもこれだと在院日数もまた1日縮まるわけでしょう、12日から11日余りに。そんな中で、言われるような、こういう人たちが人口予測から見れば将来何年後には東諸、宮崎で何人ふえますよね、児湯郡は何人減りますよねという見通しを立てていたって、僕らはやっぱり90歳ぐらいに仮に生かしてもらうんなら、90歳になって、お前、心臓をとめてから手術してやろうかって言われて、俺は死んでいいからそれやめてくださいって、麻酔かけて戻らんかも

しれんっていって、そんな単純な見通しじゃなくて、僕はもっとまだ需要は減ってくる、現実には減ってくる可能性があるけど今度の将来見通しのこの患者見通しでは、ニーズ見通しでは。だからそこらをよほどしっかり検討していかないと、その中で、うちは救急病院で赤字だからそう喜ぶことがないけども、こういう計画をしていて、高度な病床を整備して、それを確保しようとして計画も乗らなかったけれども、実際は患者さんが来ませんでしたという現実も起こり得るということ。ものすごくくどくなってしまうんですけども、やっぱり危機感を持ってもらわないと、今までの改革と違うんじゃないかなというのをつとに感じたものですから。これも答えは要らないんですけども、以上で終わります。

○満行委員長 時間も押していますが、よろしいでしょうか。

○徳重委員 福祉保健課のほうにお尋ねしたいと思いますが、地域共生社会の実現に向けての努力をしていただくわけですが、この改革の骨格として、地域課題の解決力の強化をはじめ4つ項目があるわけですね。それぞれの現状とその強化の中身というか、具体的なものがあれば、それぞれお示しをいただくとありがたいと思います。

○小田福祉保健課長 地域共生社会の実現に向けた、この当面の改革工程が国がどういうことを想定しているかということでございますけれども、正直申し上げまして、まだそれほど具体的なものが出ているものではないと、今後出てくるだろうというふうに思っています。ただ、一番大事なのは、まずその地域でいろんな福祉の課題を包括的に支援していこうというのが一番大もとでございまして、これに向けて何をす

るかということ、まずは相談機関を整備しましょうということ、それからいろんな分野、福祉だけでは実はないんですけども、保健、医療とか、雇用とか、産業とか、教育とか、そういうものを含めた支援制度を整備していきましょよというふうなところで考えられているようでございます。今後、例えば相談体制についても、国が指針を示すというふうになっておりますし、支援体制についても、今後1年かけて検討することですので、もう少し状況を見てまいりたいなというふうには思っております。

○徳重委員 今から具体的なものが出てくるというようなことのようにありますが、現在の取り組みの状況の中で、居場所機能型とか、福祉サービス複合型とかあるようでございますが、なかなかこれが完全に機能していないんじゃないかなと思ってるんですね。都城にもありますので、二、三、知っておりますが、これを最大限に機能させなければ、どうしようもないことかなと思ってるので、計画としてはすばらしい計画になってくるでしょうけれども、それが機能しない限り、全く意味のないことになるんじゃないかなと思っております。現在のそういった動いている取り組みの中でこういう状況だからこのことをさらに強化していくんだという具体的な例があれば、ちょっと教えていただけると。

○小田福祉保健課長 今回、私どもが取り組んでおります世代間交流の事業につきまして、当然これは、最初に立ち上げるための施設整備や設備整備を支援するというところでございます。押しなべてということで申し上げますと、やはりそれぞれの取り組みにおきまして、一つ目は活動継続のための自立の仕組みをどう考えていくかというようなことが大きな課題だろうと思

います。立ち上げは支援しましたけれども、永続的に取り組みを進めていくために、行政がこれ続けていくというのはやっぱり限界があるだろうなというふうに思いますので、例えば寄附を活用するなどのそういう仕組みも考えていただく必要があるのかなというふうに思っています。

そのためのということで、2点目で申し上げますと、やはりそれぞれ実施されている方々同士が情報共有をしていただく、あるいは県のほうからアドバイスをするというふうな取り組みもしていきたいなというふうに思っています。

それと、3点目はやっぱり人材の育成確保だろうと思っております。実際にこれをやられる方々、初期の方々は志燃えて取り組まれるんでしょうけれども、その後、永続的に支援するためには、それを実際に主体的に実施される方もそうですけれども、それを支援していく周りの方々、コーディネーターをする方も含めてですけれども、そういう方々も地域内において確保していかないとけないだろうなというふうに思っています。そういうことでなるだけ県としても、こういう取り組みが永続するように、連携して支援してまいりたいというふうに思っております。

○満行委員長 時間がもう押していますので、ここで意見交換を終わりたいと思いますが、よろしいでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○満行委員長 では、執行部の皆さん、御苦労さまでした。

暫時休憩いたします。

午前11時33分休憩

午前11時35分再開

○満行委員長 では、委員会を再開いたします。

協議事項に入ります前に、前回の委員会で決定されました3つの調査事項を参考資料に記載していますので、御確認をお願いいたします。

それでは、協議に入ります。

まず、協議事項（1）の県内調査についてです。

7月26日から7月27日に実施予定の県南調査ですが、前回の委員会におきまして、県内調査先につきましても正副委員長に御一任いただきました。

資料1をごらんください。調査候補先の一覧であります。

県南調査につきましては、調査日が迫っておりますことから、現在、調査候補先と日程調整中でありまして、この中から調査先を選定し、実施したいと考えております。

日程調整が終わり次第、行程表を作成し、後日、委員の皆さんにお示ししたいと思っておりますので、調査先及び行程などにつきましては、正副委員長に御一任いただいでよろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○満行委員長 それでは、そのように決定いたします。

なお、調査時の服装につきましては、夏季軽装にてお願いします。

協議事項（2）の次回委員会については、7月20日木曜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。よろしいでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○満行委員長 では、特にないようですので、次回の内容につきましては、正副委員長に御一

任いただきたいと存じますが、よろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○満行委員長 それでは、そのような形で準備をさせていただきたいと思えます。

最後になりますが、協議事項（3）のその他でございますが、皆様から何かございませんでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○満行委員長 次回の委員会は、7月20日木曜日午前10時からを予定していますので、よろしくをお願いいたします。

それでは、以上で本日の委員会を閉会いたします。どうもお疲れさまでした。

午前11時38分閉会