

地域医療確保対策特別委員会会議記録

地域医療確保対策特別委員長 小野 共

1 日時

平成 25 年 4 月 17 日（水曜日）

午前 10 時 2 分開会、午前 11 時 25 分散会

2 場所

第 3 委員会室

3 出席委員

小野共委員長、名須川晋副委員長、高橋元委員、軽石義則委員、千葉伝委員、嵯峨老朗委員、城内愛彦委員、伊藤勢至委員、及川あつし委員、小西和子委員、高田一郎委員、小野寺好委員

4 欠席委員

なし

5 事務局職員

小野寺担当書記、小田澤担当書記

6 説明のために出席した者

独立行政法人国立長寿医療研究センター 在宅連携医療部長 三浦久幸氏

7 一般傍聴者

なし

8 会議に付した事件

(1) 調査

「長寿社会と在宅医療」

(2) その他

次回以降の委員会運営等について

9 議事の内容

○**小野共委員長** ただいまから地域医療確保対策特別委員会を開会いたします。

委員会を開きます前に、担当書記に異動がありましたので、新任の書記を紹介いたします。小田澤担当書記です。

それでは、これより本日の会議を開きます。本日は、お手元に配付いたしております日程により会議を行います。

これより調査を行います。

本日は、講師といたしまして、独立行政法人国立長寿医療研究センター在宅連携医療部長の三浦久幸先生をお招きしておりますので、御紹介申し上げます。先生、よろしくお願ひします。

○**三浦久幸講師** きょうは御招聘いただきましてどうもありがとうございました。愛知県の大府市、この図にも出ておりますが、名古屋市から20キロぐらい離れたところがございますが、そこに国立長寿医療研究センターがございまして、主に在宅医療について、国の委託を受けて事業を行ったりするというような形で働いております。岩手県には、震災が起きた2週間後ぐらい、2011年の3月の末ぐらいに、釜石市の医療支援ということで来させていただきますまして、ちょうど釜石市の唐丹地区の避難所を回らせていただいたりして、保健師の方の力量が非常に充実しているところだなというふうな感じで見えております。その後、御縁がありまして本日で5回目の岩手県訪問ということで、よろしく願いいたします。

○**小野共委員長** 三浦先生の御経歴につきましては、お手元に配付いたしておりますとおりでございますので、御了承をお願いいたします。

本日は、長寿社会と在宅医療と題しまして、高齢化が進展する長寿社会の観点から、在宅医療の現状と課題をお話しいただくとともに、今後の本県のとるべき対応等についての御提言など、貴重なお話をいただくこととなっております。

三浦先生には、御多忙のところ御講演をお引き受けいただきまして、改めて感謝を申し上げます。

それでは、これから御講演をいただくわけですが、後ほど質疑、意見交換の時間を設けておりますので、よろしく願いいたします。

それでは、三浦先生、よろしく願います。

○**三浦久幸講師** では、着席してお話をさせていただきます。

私どもの病院は、愛知県の知多半島の根元のあたりにございまして、地元の大府市が8万5,000人、すぐそばにある東浦町が5万人、立地医療圏13万人ぐらいの都市郊外に病院がございまして。2007年以降に在宅医療関連事業として認知症における最先端の治療、開発等の研究を主に行ったりもしているのですが、きょうはこの事業を少し簡単に御説明させていただきます後、本論に入ろうと思います。

長寿医療研究センターでは、これまで全国に向けての在宅医療関連事業に携わっておりまして、2007年から在宅医療推進会議というものを主催しております。これは、各在宅医療関連の団体がそれまではいろいろ自分の好きな方向に向いていたわけですが、同じベクトルで同じ方向を向いてやっていきたいと思いますということで、医師、看護師、それからケアマネジャーと、いろいろな専門職の関連団体の方に集まっていただいてそういう会議を開き、今後の在宅医療についての検討を行っております。それにあわせて、全国レベルのフォーラムを開いたりするという活動の中で、24時間対応の在宅療養支援診療所の連絡会というものができ上がりましたし、厚生労働省内の医政局に在宅医療推進室というものが2008年にできたという流れで、大きな国の在宅医療推進という意味からしますと、2007年以降に当センターもかかわらせていただいているという状況でございます。また、平成24年度に全国105カ所の在宅医療連携拠点事業というのが展開されまして、都道府県の

在宅医療の多職種協働の人材育成事業をするという全国レベルの事業も開始されましたが、その事務局としてもかかわらせていただいております。このような全国レベルの事業を置いてきたということもございまして、当センター内に在宅連携医療部というものを設立しまして、今のところ私が責任者となっております。

実際に一番最初にお話ししました在宅医療推進会議の概要を少しだけお話しさせていただきますが、当センターの大島総長が招聘いたしましてこれだけの在宅医学会、家庭医療学会、ホスピス学会、医師会とか看護協会の団体とか、そういった多くの団体の責任者に集まっていただいて協議を行っております。その中の各作業部会においてワーキンググループもつくっております、全体的なグランドデザインだとか、多職種協働でやっていくためには何をすればよいかとか、教育のコンテンツづくりとか、そういったものもあわせて行っております。

平成 24 年度にはこの在宅医療連携拠点事業というのが開始されておまして、平成 23 年度は 10 カ所だけだったのですが、平成 24 年度は 105 カ所と大きく広がっております、岩手県も釜石市と盛岡市内の在宅クリニックはチームもりおかと言われておりますが、その 1 診療所と、1 市、町といいますか、行政が採択されておまして、昨年度多角的な、多職種協働で会議を持っていくのを各地域で構築すること、それから、24 時間体制の地域医療体制をどう構築すればいいかというようなものを検討していただいたり、ケアマネジャーの資格を持った看護師と、ソーシャルワーカーを事業所内に置いて周辺の事業所の取りまとめを行うとか、いろいろな事業を行って展開していただいております。特に釜石市の釜石ファミリークリニックの寺田先生におかれましては、まずは病院を守るのだと、県立の病院を守るための在宅医療が非常に重要だというふうな形で非常に充実した事業展開をしておられました。きょうは余り詳しくお話はできないのですけれども。

それから、昨年 10 月 13、14 日に東京の赤坂の会場におきまして、全国から 252 名の参加者があったのですが、各県の在宅医療の担当者、各県の医師会の理事、各在宅医療拠点の教育担当者を集めまして、都道府県リーダー研修というのを行っております。主に各地域で今までは在宅医が孤軍奮闘でやってきたのですが、そうではなくて特に行政を主体としまして地域に面展開する形で、行政、医師会、それから多職種、それぞれの職種が全部協力して各地域に面展開する方策として、どういう活動を行えばいいかということを中心に講義を行っております。昨年度の末に、各都道府県リーダーと呼ばれていますが、都道府県リーダーが岩手県なら岩手県に戻って地域リーダー研修を行うというような形で行っていく。岩手県はかなり早い時期に、昨年の 11 月、12 月あたりにも地域リーダー研修を行われたというお話を伺っております。今年度は、その各県レベルでの研修を受けた方が各市、町に戻って、それぞれの地域で多職種のこういう研修事業を行う予定になっておりますが、聞くところによりますと、各県 190 万円前後という事業費の中での事業ということになるそうですので、全市町村でやるというよりは、モデル的に何カ所かで研修事業を行うということになるのではないかと聞いております。

当センターでは、それ以外にも研究事業として全国レベルあるいは被災地の在宅医療のあり方を検討する事業もあわせてやっております。例えば被災地の再生を考慮した在宅医療の構築に向けての研究という事業費も置いてございますが、各被災地におられる例えば釜石ファミリークリニックの寺田先生に御協力いただいたり、あるいは当センターの研究者が各地域に入って調査を行ったりという形で、東日本大震災の各被災地における居住環境や在宅医療の状況というのをおあわせて調査を行っております。

それに加えて、全国の在宅療養高齢者の栄養評価というのも昨年度行っておりまして、栄養不足、あるいはおそれのある方両方をあわせると約7割の方の在宅療養者の栄養状態が悪いという調査も行っております。あわせて、当センターでは知多半島の地域での活性化事業も幾つか行っております。

きょうお題にいただきました、平均寿命、健康寿命についてのお話を時間の関係もございまして、お話をさせていただきます。お手元の資料のほうがはっきり判別できると思いますので、お手元の資料をごらんになりながらお聞きください。皆さん御存じの内容が多いと思いますので、釈迦に説法になるかと思いますが、振り返りということによって御容赦をいただきたいと思います。これは2010年、震災の前の年の都道府県の平均寿命でございます。横軸が男性で縦軸が女性となっております。岩手県は全国的には低位に当たってまして、全国からいいますとやはり平均寿命が短い県というふうな位置づけにはなっております。立ち位置と言いますか。

ここで岩手県の死因別死亡者というのを、社会生活統計指標を通じまして全国平均との比較で見たものですが、岩手県はこちらで、全国はこちらのデータで、人口10万人当たりの死亡者数になっています。一番左が生活習慣病による死亡者数をまとめたものでございますが、全国548.4人に比較しまして714.4人ということで、全国平均から見ましたら多いと。それから、悪性新生物、がんでございます、がんも多いと。糖尿病も全国平均から見ると多い。全国平均11.5人が17.3人、高血圧性疾患も5.4人の6.7人、心臓病で亡くなる方も151.1人が202.9人、脳血管疾患も多いということで、このような生活習慣病や心疾患、脳血管疾患、こういった方の死亡者が特に岩手県においては多いというデータも出ております。下のほうは震災前の平成22年の国民健康・栄養調査のデータになりますが、なぜこのような病気が多いかはっきりわかっているわけではございませんが、一つの傾向としましては肥満男性が全国的に見ると多いとか、あるいは喫煙者がやや多いとかというのがございます。一説では食塩の摂取が東北地方は軒並み多いのでそういう血管にかかわる病気の人が多いという話があるのですが、この栄養調査の結果から見ると、岩手県でそういう食塩の摂取が特別多いという結果には出ていないようでございます。

それから、平均寿命といいますと長野県ということでございます。長野県が現在、平均寿命が男女ともに1位という快挙となっております。その平均寿命が1位ということについては、実は国民健康保険中央会の調査からPPKのすすめということで書籍がまとめられており、この中では高齢者の就業率が長野県でトップだそうです。高齢者がとにかく就

業率が高いということがその一因ではないかという説が出ているらしいです。ところが、今回を機に、長野県の疫学の専門家等にいろいろとヒアリング等を行ったのですが、結果からいいますと、なぜ平均寿命がナンバーワンかというようなのははっきりわかっていないということでございまして、そのために平成 25 年度から信州大学に委託して要因解明の調査研究を行う段階でございます。この医療機関の医療状況、要因についてヒアリングを行っていますが、一つには保健補導員や衛生指導員といった地域のネットワークづくりが非常に進んでいる。所得格差や教育格差などが少ない、もともと教育県と言われているところですのでそうなのかもしれませんが、あるいは厚生連病院とか国保病院による良質な医療と保健活動の展開の歴史がある。

以前には野沢菜が問題になって、野沢菜の摂取が非常に多く、塩分摂取が多いので脳血管疾患、心疾患が多いというような長野県のデータが出たために、野沢菜を余り食わず、塩分摂取の制御をしようという中で保健活動が非常に進んできたという流れ等もあるようでございますので、そういったことも影響しているかもしれませんが、今現在の結論というような形での内容はないみたいです。高齢者の就業率が高いとか、こういった内容が長野県の平均寿命の位置を押し上げているという説があるという段階もきょうのお話で御説明させていただきます。ただ、この栄養調査で見ますと、やっぱり肥満男性が少ないこととか、野菜の摂取量がやっぱりすごく多いですね。ですから、全国平均以上により健康的な生活を目指すという形であれば、一つはそういう平均寿命にいい影響を与える可能性はあるのではないかなと思います。

ちょっと上が小さくて見づらいのですが、この一方で沖縄県も寿命ナンバーワンの県だったのですが、特に男性のほうはだんだん平均寿命が落ちて 25 位以下になったと思うのです。その要因としては、やはり肥満男性が非常に多いことがあるのですね。それから、食塩の摂取量は少なくていいのですが、野菜の摂取量が少ないと、やはり食事のバランスがちょっと悪いといえますか、そういったものが沖縄県の男性の平均寿命を下げている要因ではないかと言われておりますので、逆に言いますと、反面教師と言ったら失礼かもしれませんが、やはりこのような適正な食事とか、アルコール量とか、体重を維持するとか、そういった身近な保健活動が平均寿命に影響しているという見方はあるかと思えます。

それから、都道府県の平均寿命の分布の推移でございますが、これがかつての大分昔のデータです。1921 年から 25 年で、こちらが 50 年代、これが現在に近いものですが、これほどの平均寿命の伸びがあるわけです。今後の平均寿命と健康寿命の推移を見ますと、男女ともに平均寿命、健康寿命等が延びていくという推計でございます。現在全国的な平均的な平均寿命と健康寿命の差を見ても、男性が 9.22 年で、女性が 12.77 年ということで、女性のほうが平均寿命が長い分、要はこの差が大きいというか、自立した形で生活できない期間がやや男性よりも長いということにはなっております。

岩手県はどうかといいますと、平成 22 年に初めて県別の健康寿命というのが発表されましたので、それで見ても岩手県の男性が、健康寿命でございますが、下から 5 番目

でしょうか、女性はそれほどではないですが、ただ平均寿命と健康寿命の差、いわゆる自立していない期間を見ますとむしろ全国平均より短いぐらいですので、必ずしも岩手県に限ってそういう自立しない期間が全国的にも長いかというと、そういうわけでもないという結果でございます。

健康寿命の延伸に関しましては、こういった国民健康づくり運動プラン策定専門委員会というのをごさいますて、いろいろと意見が出ておりますので、それをまとめたものがございますが、やはり岩手県で多いと言われている循環器疾患とか、あるいは糖尿病もそうだったのですけれども、まずはそういった生活習慣病に基づいた疾患をいかに予防するかというところが、一つの健康寿命あるいは平均寿命の延びに影響を与える活動だと思われまます。それから、日常の社会生活に必要な機能の維持向上については、心の健康という、やはり自殺者も岩手県は少し平均よりも多いわけでございますが、特に私どもが今行っている被災地の調査でも仮設住宅、それからみなし仮設の閉じこもりの人が多いという現実、事実もございませますので、そういう心の健康というものが非常にクローズアップされてくると思います。これは、子供の肥満もふえているので子供の肥満を是正するということ。高齢者におきましては、やはり介護予防といひますか、もともともう要介護状態になってからでは、もちろんその後も大切なのですが、いわゆる虚弱高齢者とかいう名前で最近呼ばれていますが、要介護状態になる前の段階の高齢者を早く見つけて早目に介入すると。介入の内容としては、低栄養を防ぐとか、肥満を防ぐとか、あるいはとにかく毎日運動してもらうような、習慣づけができるような介入を行うとか、飲酒も適量に、喫煙はできるだけゼロにするとか、あとよく夜眠れるようにする、口腔ケアをする。こういったことを中心に介入していつて、高齢者の要介護状態になるのを防ぐということが最も重要といわれまっています。

ここで少し在宅医療の話に移行させていただきますが、これも皆さん御存じのように死亡場所が 1976 年を境に病院死が非常に多くなっております。自宅死が 12%に対して病院死が 8 割弱で、この傾向はいまだに変わっておりません。そのために、宮沢賢治の時代はどうだったかちょっとわからないですが、恐らく隣のおじいさん、おばあさんが普通におうちで亡くなれるという時代が結構過去にあったわけですが、現在は何かあったら病院で、亡くなるのも病院でいいではないかという時代になったものですから、ここへ来て今病院は救急でパンクしそうなのに自宅でというのは非常に難しいような状況にはあります。これは、厚生労働省がそういう中で多少まとめたものですが、これからも一般病床の入院者がふえるという推測がある一方で、高齢者が非常にふえるとか、あるいは医療と介護の連携がうまくとれていない現状をどうするのとか、多面的な問題が相当前に立ちはだかっているという状況でございます。

これも釈迦に説法になって申しわけありませんが、今医療関係者でも一番問題にしているのが 2025 年問題でして、2025 年にはベビーブーム、団塊世代の方全員が 75 歳以上の後期高齢者になられるということで一気に高齢者がふえると、高齢化率も 30%になるという

状況でございます。特にふえるのが都市部なのですが、岩手県もちろん高齢者のほうがふえるという予測になっております。これは全国の調査なので岩手県に限った話ではございませんが、一般の方がどこで人生の最後を過ごしたいかといいますと、死ぬまで自宅という方は1割弱でそう多くないわけですが、できるだけ長く自宅にいて、最後は病院でも、緩和ケア病棟でも、ホスピスでもいいよという方と合わせると6割ぐらいの方ができるだけ自宅で過ごしたいと思っておられるという状況であります。要介護状態になっても、できるだけ施設ではなくて自宅で過ごしたいという方が多いという状況でございます。

ところが、では自宅療養というか、在宅医療がどうしてもそんなに難しいと思うかというアンケートに対する答えでは、やはり家族に負担かかること、それが一番問題である。家族支援という問題であるということとか、24時間何かあったときに来てくれる医者がないではないですか、あるいは、いざというときに入院できるのですか、今病院のベッドが満床だと聞くではないですかというふうな、やっぱりそういう不安を持っておられる一般の方が多いですね。あるいは実際に24時間対応と関係してくるのですが、けさの7時半に被災地の訪問看護師が足りないというニュースをNHKでやっておりましたが、実際にそういう訪問診療してくれる方とか、訪問看護サービスをしてくれる人がいないというようなのも問題ではないかという話で、なかなか進まないと思っておられる一般の方が多いということです。

これは少し古いデータで、推計を相当少なく見積もっているデータなのですが、平成20年に行った患者調査では、このときは在宅で診療を受けている方の予想7万人というお話なのですが、今は17万人と言われております。いずれにしても、この7万人の方の訪問診療を受けておられる方、大体1カ月に1万人の方がどこかに入院されているということなので、在宅医療を続けるにしてもずっと自宅で最後というわけではなくて、合間、合間にやはり病院を利用するという方がかなり多いというような状況でございます。

あとサプライというか、供給のほうですが、これも平成20年のデータで少し古いデータになりますが、医師の訪問施設数とか訪問件数の月54万件に比較しますと、こういう看護師の訪問件数がその10分の1以下ということになっておりますので、いかに、普通の病院での感覚からいいますと、普通は看護師が患者の容体なりを日常的に管理していき、何かあれば医師が登場ということですので、そういったことを考えますと、在宅医療はなかなか医師主体になっていて、本来訪問看護が充実した中での医師というような形にはなっていない状況ということで、これも非常に大きな問題となっているかと思えます。それから、他の職種もいろいろ調べてはいるのですが、特に栄養士、訪問栄養というのは、先ほどの低栄養の人が多いというデータがあるというお話をしましたが、その割には実際に訪問してくれる栄養士がほとんどいないと、全国的に見ても数十人単位ではないかと言われていたような状況でございまして、なかなかこういったものが進んでいないと、医師以外の医療系サービスの人員がなかなか整っていないという状況でございまして。

これは今後のみとりの場の推計でございまして、2030年に160万人ぐらいが亡くなる多

死時代が訪れようとしておりますが、この推計は病院のベッドはこれ以上ふやさないであろうと、あるいは在宅医療を頑張っって今よりも1.5倍自宅死がふえるであろうと、介護施設も頑張っって今よりも2倍介護施設死がふえるであろうという予測をしても、この50万人弱の方の最後の療養の場はなかなかはっきりしたものがないということでございます。そういう中で、過疎地はいろいろとまた状況が違うのでございますが、都市部におきましてはサービスつき高齢者住宅が非常にふえているというような状況がございまして、そういういわゆる介護施設でない民間がつくるケアハウスなり、高齢者住宅に近いものに住んでいただいて、そこに在宅医療が入るというような形態がふえているという状況でございませう。しかし、最近現場でいろいろ問題となっておりますのは、心ある在宅医療がその中で行われるのならいいのですが、そうではなくて、ある企業がバックにあってそういうサービスつき高齢者住宅をつくって、その企業が医師も雇って、要はその雇った医師に訪問診療させてその収益を上げるというような形で、医師も、もともと在宅という手法がなくても、そういう収益の中で雇われてというふうな形で、要はビジネスライクなそういう集住の中での在宅医療が少しずつ都市部を中心にふえているというのがかなり問題となっております。

こういう超高齢社会に求められる医療像としましては、高齢者医療、たくさん病気を持っていて、しかも治らないでずっとその病気を持ちながら生きていくという方が非常に多いということでございますので、これまでのとにかく治す医療というようなのを重視するわけではなくて、いろいろ障害を持ちながらそれを支えていくという、治す医療から支えていく医療へのシフトが重要ではないかという形で、今その医療体系全体を見直そうという流れにあるかと思ひます。

これは医療の供給のほうで、少し古いデータで申しわけありませんが、24時間対応の在宅療養支援診療所届出施設数は平成22年のときには1万2,000件というふうにふえております。在宅療養支援病院という、夜間も救急に応じて対応したりという、在宅に訪問したりというのもやや基準が緩んだこともあって331件とふえておりますが、これは在宅みとり、1人以上の在宅療養支援診療所と在宅死亡の比較でございまして、各県の在宅死を在宅療養支援診療所1件当たりで割ったものでございませうが、この青いラインが在宅療養支援診療所がみとった数で、赤いラインが在宅療養支援診療所以外がみとった数というようなことで、全体の自宅で最後までみとるというのは在宅療養支援診療所だけに頼っているのではないと。ほかの細々と1人2人だけ往診しているというドクターもかなりみとりに貢献しているというデータが出ております。

在宅療養支援診療所が割合としてそう多くないという一つの証拠としましては、この在宅療養支援診療所の届け出ている中で1人以上年間でみとりをしているところが半分にも満たないとか、病院も申請している病院の3分の1しか実際には自宅でのみとりをしていないとか、こういう支援診療所とか支援病院という認定を受けているにもかかわらず、実際には自宅でのみとりをしていないところが多いという現状も問題となっております。

ういう在宅療養支援診療所が届け出ていること自体が悪いというわけではなくて、これは24時間対応、夜間も対応しなければいけないので、やはり自分の自由な時間がなかなかつukれないというようなことで、相当精神的な負担を感じている方が7割以上おられるということです。診療所に3人以上そろっているところでは比較的少ないということで、できるだけ複数の医師が交代で在宅に出ていく体制をつくらないと、1人診療所ではなかなか難しいという報告も出ております。

これは人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援病院数でございますが、岩手県はここでございます。やはり赤いラインの全国平均に比べましても相当少ないということが言えるかと思えます。こちらが在宅療養支援診療所数も岩手県はここで、やはり大体東北地方は少ないということでしょうか。全国平均を見ましても少ない。

それから、訪問看護は全国平均に近い形で、やや少な目というようなデータになっております。この訪問看護に関しましては非常に重要と言われていまして、これが総死者数に対する在宅死亡率で、縦が訪問看護の利用実人数でございますが、訪問看護をたくさん利用している県ほど自宅死亡率が高いという、大まかな相関が出ております。こういう相関は訪問看護利用者数しか出ていないところがございます。例えばここ縦軸を在宅療養支援診療所の利用者数とか、在宅療養支援病院の利用者数としても相関はないということなのですが、訪問看護に限って相関が出ているというのは、いかに訪問看護を充実するかというのが今重要となっているわけです。岩手県はここでございます。ちょうど全国平均に比べますと訪問看護もそこそこ利用者数があるし、自宅での死亡が全国的に見ても決して低くはないという状況でございます。

これは少し切り口の変ったデータで、診療所の数と各診療所の外来に通院する方の数がどうなるかという将来推計でございますが、診療所に通院する方は2025年をピークに、この棒のほうでございますが、通院患者数が減ってくるという予想でございます。青いラインが医師数、診療所数でございます。この外来通院数を医師数で割りますとこの赤いライン、今後診療所の外来通院をされる方は減ってくるという将来予想になっております。もちろん患者数が減ってくるということでございますから、当然ながら通院できない高齢者の方がふえてくるはずでございますので、基本的には診療所に自分がいて患者が来るのを待っているという、通院を主体にした診療だけではなくて実際のニーズとしては、通院できない方をいかにフォローしていくかというふうな形が診療所としても必要だと言われていると思います。

これは国の施策でございますので、少し駆け足ということでお話しさせていただきますが、在宅医療の推進に関する各種制度、これはここ20年近くの間にもいろいろと進められています。訪問診療の概念を導入したのが1986年からで、最近では強化型と言われてまして、3人以上医師が集まればさらに診療報酬を手厚くするというような内容も出ております。それから、一番近々の医療法の改正で地域医療計画の中で、4疾病5事業が5疾病5事業及び在宅医療ということで、在宅医療が非常に医療計画の中にも組み入れられていかなければ

ればならないようになったという状況でございます。

将来像に向けての医療・介護の再編のイメージですが、これも釈迦に説法になりますが、できるだけ今までのような病院に依存するのではなくて居宅サービスを充実するようという方針になっているかと思えます。こういう中で、やはり居宅サービスを支える在宅医療というのが、病院から退院支援のときの受け皿となること、それから日常の継続療養、不変時の対応に至るまでさまざまな局面での在宅医療の体制整備というのが求められております。昨年度こういう中で、厚生労働省が特に大きい事業を始めておりまして、在宅医療・介護あんしん 2012 というスローガンで行っております。最初は新生在宅医療元年と、あるいは在宅医療元年というスローガンを厚生労働省のほうで打ち出しておりましたが、今までひたすら在宅医療で頑張ってきた先生は何人もおられる。その中において在宅医療元年ということは余りにも失礼だということで、こういうやわらかい名前に変えたということでございますが、こういう大きい予算での対応あるいは制度的対応、診療報酬でもということで大きい事業が幾つか行われました。一つが医療計画の見直しで、今二次医療圏が主体で脳卒中とかがんの対応が行われていますが、在宅医療に関しては二次医療圏ではちょっと広過ぎるので、もう少し狭い圏域ということで、例えば市町村単位と保健所単位ということで、もう一回圏域を見直してもよろしいという話とか、あるいはどれだけ在宅医療を受けている人がいるとか、あるいはどれだけ供給源があるかというのを県が把握してそれを毎年告知して、またP D C Aサイクルに乗せないといけないというふうな計画になっております。平成 25 年から本格的に動いてくるかと思えます。

こういう中で、先ほどちょっとお話ししましたが、在宅医療連携拠点事業というのが行われまして、孤軍奮闘の在宅医だけに頼るのではなくて、地域全体で面展開を進めるためにはどうしたらいいかというのがこの拠点の事業の主な目的でございましたが、平成 24 年度は各拠点 105 カ所に直接、平均約 2,000 万円の国の事業費を充てて活動してもらうということになっておりますが、平成 25 年度は各県にこの再生基金ということでお金がおりる中でこの拠点事業を行っていただくという話になっているかと思えます。

各拠点で行っていただいたのがこういった内容でございます。多職種協働とか、24 時間体制のために I C Tなどをどう利用してやればいいのかとか、あるいは市民啓発とか、人材育成に至るまでの活動を行ってもらっています。各 105 カ所の全国の拠点で採択されたけれども、いろいろな事業体がございます。中には釜石市のような市町村が拠点になったところもあり、チームもりおかのような盛岡市の診療所が拠点になったところもある。ほかの地域では訪問看護ステーションが拠点になったり、医師会そのものが拠点になったりということでございますが、最終像は各地域で各多職種を巻き込みながらどのように面展開するかというのがテーマになっておりました。

このような在宅医療連携拠点をなぜ始めなければいけなかったかという、これも国の施策の中の話でございますが、地域包括支援センターというのが介護のいわゆる中心としてございます。ここが本来ならば地域包括支援システム全体を動かさないといけないという

ことになっているかとは思いますが、残念ながら介護から医療という話になりますと、この矢印でございますが、医療の壁が非常に厚いといいますか、敷居が高いといいますか、簡単に医者に声をかけようと思ってもそんな介護のほうへなかなかそのデータを渡せないと言われたり、介護から見ると医療の敷居が非常に高いような状況でございます。それに対して、医療サイドでの多職種を巻き込むような活動をするという拠点をつくって、医療サイドから介護にアプローチして敷居を下げっていくという流れの中でこういう拠点事業が始まったと聞いております。昨年度は厚生労働省老健局のほうでこの地域包括支援センターを中心にした協働推進事業が行われ、厚生労働省医政局で在宅医療連携拠点事業が行われ、両方で同じような事業をやっているのではないかとということで新仕分けにあったという状況でございます、その流れの中で医政局がこの事業をそのままやるのではなくて、県に委託して再生基金の中でやるという形になったかと思えます。

究極には、地域包括ケアシステムということでございまして、これは私どもが被災地でいろいろ調査した結果でも、やはり各地域に地域包括ケアシステムを固めておれば、たとえ震災が起きてもその地域包括ケアシステムが生きていけばやはりどの家にどのような被災が起きたか、あるいはそれをカバーする供給源としてどういうものがあるかというのを把握できておれば、被災のときにも非常に助かるということもございまして、いかに日常的にこの地域包括ケアシステム、住まいと医療と介護と生活支援と介護予防を含めた5つのコンテンツを各地域に構築していくかということが今一番求められていると理解しております。

これは介護保険のほうでも第5期介護保険事業の中で医療との連携というのがございまして、介護保険ができて介護が非常にプロフェッショナルになって充実してきたのはいいのですが、逆に縦割りになって医療との協働が難しくなっているという現状を、いかにこの連携の中で横断的にカバーしていくかというのが今求められているかと思えます。この在宅医療連携拠点の今都道府県リーダー研修ということで研修事業の中でこのスライドも少し使わせていただいたのですが、各県が各市、町にできれば拠点を置いて、その拠点がいわゆる空港で言う管制塔のような役割をして、どのような供給源があって、どのようなニーズがあるかというのをいかに把握して、拠点がコーディネーター役としてその市、町全体の在宅医療をカバーしていくということをどのように構築していくかということが今求められているかと思えます。

一つには、例えば盛岡市のような都市部ではいろいろな多職種が在宅医療にかかわっておりますので多くの診療所があると、こういう供給源が多いところは一緒に集まっているいろいろ協議する場が逆になかったというような状況がありまして、それぞれがそれぞれの立場で自立してやっているのはいいのだけれども、地域全体を見据えた形での動きはなかなかできなかったということがございます。例えばこれは金沢市のケースでございますが、行政とか、拠点とか一堂に集まった地域在宅医療推進会議をつくって、皆で同じベクトルを向くようにしていくという流れをつくっております。

これは、先進地と言われている千葉県柏市の連携モデルでございますが、柏市は東京大学の高齢者総合研究機構がバックについておりますので、相当攻撃的にこういう地域連携構築を行っているところでございます。柏市の中でこの黒い実線が診療所同士の連携構築でございます、白三角が1人2人で細々とやっている在宅医というか、かかりつけ医で、黒三角が夜間も対応できる診療所で、その黒三角が白三角を日頃応援していくようなシステムづくりを始めています。そこにこの点線の介護の人たちが重なるような形で多職種での協力体制を維持していくこと。全体を見きわめる。これは今柏市の行政自体がなっておりますが、地域医療拠点が管制塔役として各地域をコントロールしているというふうなモデルづくりをしております。

過疎地は過疎地でまた違う形態をとらなければいけないということで、拠点ができたにしても全然かかりつけ医そのものが全くいないということもございますので、そこをどうカバーしていくか、越境も含めて考えなければいけないのですが、例えば静岡県の浜松市の天竜区というところがございまして、天竜区自体も医療施設、医療資源が少ないのですが、その周辺の市、町ももっと少なく、そこを応援するようなサポートシステムをつくっておりますが、それは医療資源がもともと少ないので、民生委員も含めまして、やはりインフォーマルサポートを十分に活用して、自助とか互助と言われていますが、民力を活用して各医療体制を少ない医療資源でもやっていけるようにしようと。いざというときには越境で天竜区から医者を派遣してもいいというふうな形のシステム構築しているところもございます。

これが先ほど言いました平成24年度の補正予算で、地域医療再生臨時特別交付金でしょうか、これが全国で500億円、47都道府県ということで、災害時の医療の確保事業、それから医師確保事業、それから在宅医療推進事業というものをを行うということになっております。各県の担当課長会議の中で説明があったのは、この在宅医療推進事業の中での先ほどの在宅医療拠点事業をどういう形であっても組み入れてほしいというふうな要請があったと聞いておりますので、今度は県の事業としてこの在宅医療推進事業というのが行われるという形で今年度から把握しております。在宅医療、人材育成事業もあわせて昨年度までこの赤線の前まで今来ておりますので、今年度は各地域での多職種協働事業が200万円弱の予算で行われると伺っております。

これは去年の10月に都道府県、全国の行政の方、医師会の方が集まっていた行って内容を少しつくっておりますが、この都道府県リーダー研修の理念としましては、やはり点から面へということを中心にして行っております。特に、在宅医療といいますとやはり医師会という組織を抜きにしては語れないということでございます。これについては、例えば訪問看護の組織とか、ソーシャルワーカーの組織とか、薬剤師の組織とかから、なぜ医者だけを中心にしてやるのかということで、私どものところは事務局ですので大変な御批判もあつたりもしたのですが、そうは言っても在宅医療ですので、やはり医師の先生に旗振り役となっていたいただかないということで、医師会の理事の先生を特に中心に入れた

内容ということにしております。

それから、行政が入らないと、一律に医療機関で一般市民への啓発が実際できるはずもなく、町の事業体でやっているところがあるのですけれども、それは今後 10 年間、20 年間やり続ける資金があるという医療機関はございませんので、やはり行政がそのあたりはかかわらないといけないということもございますので、市民を挙げて在宅医療の方向性をつくるという意味では、とにかく医師会と行政の協力を得ながら在宅医療の事業体が進めていくという話を各地域でつくらなければいけないというような内容が主要テーマとなっております。

最後のスライドになりますが、これまでいろいろ人材育成事業でやってきた内容を今年度は各地元の多職種の研修で行われるということになっておりますので、これに関しても当センターでできるだけコンテンツの提供なりを進めていきたいと思っております。

これは東京大学の高齢社会総合研究機構が主に行っている事業でございますが、超高齢社会対応型のまちづくりということで、エイジング・イン・プレイスと全世界で言われていまして、エイジングはもちろんエイジングでございますが、超高齢社会に向けて、住みなれたまちの中で生まれて、年をとって、医療も受けてというまちづくりをしていこうと、主に千葉県の柏市がモデルでございますが、そういったまちづくりを始めているところもでございます。私も視察に行かせていただいたのですが、この釜石市の仮設住宅の中でも、サポートセンターが真ん中であって、公園もあるのですが、いわゆる仮設住宅も各高齢者の方がひとりにならないような、ウッドデッキがあって、このウッドデッキに出れば日に当たりながら向かい側の高齢者ともコミュニケーションできるという形の、非常に心ある優しいといえますか、そういうまちづくりをしていくのだという理念が生きておりまして、同じ仮設住宅にしましてもこのような仮設住宅を見せていただいたのは初めてでございました。岩手県の中の先生方はもう当に御存じのことでございますが、こういった理念を各地域、地域で始めていくというのがエイジング・イン・プレイスでございます、そういった内容が求められるかと思っております。

かなり雑多な内容になって、先生方のお求めになられているものが御提供できたとは思いませんけれども、これで私の講義を終わらせていただきます。どうも御清聴ありがとうございました。〔拍手〕

○小野共委員長 先生、貴重なお話ありがとうございました。

これより質疑、意見交換等を行います。ただいま御講演をいただきましたことにつきまして質疑、御意見等ありましたら挙手の上、お願いいたします。

○伊藤勢至委員 ありがとうございました。介護とか、こういうのに注目されてきたのは、たしか 30 年ぐらい前からではなかったかと思っております。やっぱり老人を誰がみとるのか、そういう中で進んできまして、当時私の記憶では、そういうホームなり施設なりをつくると 1 人当たり 23 万 5,000 円ぐらいの措置費が国から支給をされる。そして、おむつであるとか、日用品であるとか 5 万円ぐらいは自分で負担せよというような話から始まりまして、

そうしますと仮に 10 人だと毎月 230 万円、100 人収容しますと 2,300 万円、そうすると 2 年ぐらいで元を取れるくらいの設備投資ができてということから始まって、随分おいしいものだというふうにとられた人があって、その後いろいろ資格を持った人が何人、何人と基準ができたんだん厳しくなってきたようでありました。最終的には介護ですから人が人のお世話をする、面倒を見る。ロボットとか機械ではできない部分ではありますが、今現実どうということが現場で起こっているかといいますと、去年の暮れに聞いてびっくりしたのですが、国内の最大手とも言っている業者の 12 月のボーナスが何と 10 円だそうであります。そして、勤務時間についてもお昼休みを自分たちの都合で 15 分早く休んでくれ。仕事始めも 15 分後にしてくれ。つまり 11 時 45 分から 1 時 15 分まで休んでくれ。自分たちの都合なのだけれども、月末の給料からはちゃんとその 30 分は働かないことで引かれている。こういうふうな現状が実際にございます。そうなりますと、対価を求めて働くということではないにしても、十分なその人たちが生活の基盤を確立する手当というか、待遇が行き渡っていないければ心が通じないのではないかと。先生はそういった制度をつくる上のほうからごらんになりながら、どこか欠陥はないかということに頑張っておられるのだと思いますが、最前線の人と人が接するあたりでそういうことが現実には起こっていると。しかも、そういうことがなかなか世の中にあられてこない。私は、お小遣いを今どき 10 円といったら孫にやったって取りませんよ、百円玉でないと。そういうのが大手会社なのですが、まさかそんなものが世の中にあるのかなんて信じられませんでした。だから、先生方が、老後をしっかりと尊厳を持って終わるといった目的のために政策をつくるということにおいて、現場ではそういうことが起こって先生方のお考えが浸透していないということ、これはわかっていたかかないと死んでも死に切れない人もいるのではないかと思います。そんなところに入る気はありませんし、銭もあるわけではありませんけれども、ただそういうのが現実にあるということ、ぜひ計画を立案されるお立場の先生としても御認識をいただきたいというふうに思います。

○三浦久幸講師 貴重な御意見ありがとうございます。その 10 円ボーナスという話、私も本当に現場でそういうことが起きているのか、きょう初めて伺いましたので、きょうの話を受けましてまた関係者で意見を出していきたいと。ありがとうございます。

○小野共委員長 ほかにありますか、ありませんか。

○嵯峨耆朗委員 先ほど説明されたところの平均寿命とかの説明のところでも申し上げます。これは自殺率もそうですけれども、10 万人当たりの人数というような捉え方をしますね。先生にしゃべってもどうなのかと思いますけれども、そうすると例えば人口 1 万人以内の町村とかの単位ですが、葛巻町だったのかな、去年 3 人亡くなったそうなのですけれども、でも 10 万人にすれば 30 人になるのです。10 万人当たりとかというこの捉え方によって随分この実態把握が異なる、という気がするのです。

○三浦久幸講師 そういうやはり人数の少ないところを余り考慮していない。

○嵯峨耆朗委員 岩手県は人口が少ないですよ。だから、当然そういうのが高くなるの

かなと思ひながら、飲んべえが多いのも一つの理由かなと思ひて聞いていましたけれども、そういった統計のとり方、ある程度実態を把握するようにしないと打つ手、打つ手が全部間違ふことになる。果たして現実に合っているのかというふうに考えてしまうのですが、どうなのでしょう。

○三浦久幸講師 本當にありがとうございます。各地域での死亡率と生活習慣というような形ではまだ全国的にも行われているところが少ないものですが、実は知多半島の一部ではそういった各地域でのデータをとったり、やっぱり市、町レベルで自殺率が上がったりとかいうようなことが本當に現実的にあるので、それを平均して井勘定で出すということが非常に大きな問題かなと思ひるので、御意見も伺っておりますので、また地域、地域での実情ということでの把握を試みたいと思ひております。ありがとうございます。

○嵯峨老朗委員 ぜひよろしくお願ひします。

○小野共委員長 ほかにありませんか。

○高橋元委員 先生、きょうはどうもありがとうございました。この国立長寿医療研究センター、これが愛知県に設置になったその経過を若干お伺ひしたいというのが1点と、それからセンターができたことによって愛知県の在宅医療の数、取り組みがいろいろ変わっているのかどうか、あるいは協働で進めている事業とか、そういったものがあるのか、この辺をちょっとお尋ねしたいと思ひます。

○三浦久幸講師 ありがとうございます。長寿医療研究センターになった経緯に関しましては、私が伝え聞いていた範囲ということで御容赦いただきたいのですが、私が平成11年に当センターの前身であります国立療養所中部病院というところに勤めておりましたが、そのときには既にセンターに格上げするということがほぼ確実な状況でございました。これも本當に伝え聞いた話でございますが、前院長の井形昭弘というのが病院長でおった時代に、当時は海部俊樹内閣総理大臣で、国立の高度医療センターがそれまで4カ所できていたのですが、国立がんセンター、国立国際医療センター、国立精神保健センターが関東地区にあって、近畿地方に国立循環器センターがあったのですが、東海地方には全くないという現状もございましたので、その当時にぜひ東海地方で高度医療センター1個はつくってほしいという流れの中で、やはりこれからは長寿医療だからということで、長寿医療センターを愛知県に招致するというふうな流れが政治的にできたという話を伺っております。

それから、当センターが愛知県にあることのメリットについて、どれだけ地元が享受しているか、これには実は余り自信はないのですが、私どもセンター内に在宅医療支援病棟というものをつくって、特に在宅医療を行っているかかりつけ医を全面的に支援することで、知多半島の先生方、非常にそれについては評価しておられるということ。あといろいろな人材育成事業なりを名古屋市の医師会と協働で、先日も多職種協働でやる人材育成事業を開いたりということ、モデル的な事業を地元で行って、地元の方はそういったモデル事業に参加することで少しずつ新しい試みもしていただいているという状況ではないかと

考えます。そういう点でよろしいでしょうか。

○高橋元委員 ありがとうございます。実は国立がんセンターへこの前行ってきまして、やはりあそこも政治的なところで、今お話聞いて、ああ、なるほどなと思いました。

長野県とか長寿県があって、最近いろいろ目にする長野県は高齢者もよく働くということが長寿の秘訣ではないかというのが一つあるし、場合によっては余り病院に行かないのがかえっていいのだというふうな、そのような記事を目にするのですけれども、それらを含めて先生がお感じになっている、生活習慣病が問題であろうというのは私もわかりますけれども、その辺ちょっと長寿県の特徴をひとつお伺いしたいというのが一つ。

それから、医療現場のほうで、在宅訪問というとなんとなく岩手県も高齢の先生の方が主にやっているようなところあるのですけれども、若い医者の方々がそういう取り組みに対する意欲というのでしょうか、そういったものがあるのかどうかというのがちょっと心配なのですけれども、医師会というか、医者のほうのそういうお考えというか、どのような雰囲気なのか、おわかりになっていることをお尋ねしたいと思います。

○三浦久幸講師 長野県の長寿に関しては、先ほども少ししかお話しできなかったのですが、なぜナンバーワンかというところは、地元の間でもなかなかはっきりとしたことは言えないということで、一つには、おっしゃられたように高齢者の方の就業率、やはり働いている方が多いという現状が一つはあるのではないかと思います。あと長野県はやはり山地が多くて余り大都市部に人口が集中したという形ではなくて、小都市に分散した形で住んでおられるところはかなり多いと思うのです。そういう小都市から中都市に。そこで、各中核病院、国保病院というのは先ほど厚生連の病院もありましたが、そういったところが住民啓発で各病院の中に健康センターみたいな形で住民の相談のスペースがあったり、あるいは、佐久総合病院のように市民啓発用に医療スタッフが寸劇をやって、一般の方に病気を予防するのがどういうことか積極的にやっているというようなところがありますので、やはり地域、地域でそういった健康志向が特に中核の病院を中心に進んでいるのではないかなというふうな、個人的には考えておりますが、信州大学でデータとっていくということなのでその動向をまた把握したいと思っております。

あともう一つ、若いドクターの参入ということでございますが、岩手県独自ではよくわからないのですが、全国的に見ても特にこういう地域医療とか在宅医療を希望するドクターは現実には多くない状況でございます。新臨床制度で最初のローテート研修というものの中に地域医療研修というのがあるのですが、どちらかというとなんと老人保健施設とか介護施設の見学だけで地域医療研修が終わったりということで、余り在宅医療とは何かとか、訪問看護とは何かとかいうのを実体験でよさまでわかるところまで地域医療研修がまだいっていないようなので、実際はいろいろな各科をローテートしている間に循環器なら循環器と、自分の志向する科にとどまって、全般的な総合医を志向する人はやっぱり少ないです。看護でも全く同じ状況みたいで、看護でも在宅看護の授業があるのですが、いろんな科を回っている間にそこがいいよということで、ナースも結局地域に出てというところがなか

なか進まないような状況、若い先生ほど専門医療とか、臓器別医療とか、あるいは看護師もやはりいろいろと華々しい脳外科のナースだとか、外科系のナースだとか、そういったものにまだまだ憧れているような状況があるので、地道に地域に密着した高齢者といろいろ親身に話をしながらのところを最初から目指す方がやっぱ少ないのかなという現状にはあるかと思います。岩手県も恐らくやはり若い方ほど専門医療に憧れて病院に残っているような方が多いでないかなと予想はしておりますけれども、いかがでしょうか。

○小野共委員長 ほかにありませんか。

○名須川晋委員 私はこの長寿医療研究センターという施設があるのを初めて知って、大変知識が薄くて恐縮なのでございますが、岩手は温泉も非常に多い地域でございまして、そういった面で温泉の効果、効能が健康にももちろんいいというデータ等も研究はあると思うのですが、これが直接長寿に結びついているというデータについて、この長寿医療研究センターで研究をされたというふうなことがございましたら教えていただけますでしょうか。

○三浦久幸講師 温泉の効果ということについては、長寿医療研究センターの中で研究しているものは現時点ではないかなと思っておりますが、今医学会に日本老年医学会が入っておりますが、日本老年医学会の中で毎年温泉の効果あるいはサウナの効果とか、そういったのが長生き、長寿につながるのではないかなというふうな研究しておられる先生方も毎年1件か2件ぐらいなのですが発表がありますので、特にサウナの効果とか、そういったものが今長生きにつながるというふうな、データとして少しずつ集積されているのではないかなという状況にはあるかもしれませんが、長寿医療研究センターの中ではそういう研究というのは行われておりませんので、きょうの御意見いただいて考えたいと思います。ありがとうございます。

○小野共委員長 先生、済みません、あと私ももう一点お伺いしたいですけれども、在宅医療の今後の需要がどのように変化していくのかといったようなその話をお聞きしたいのですけれども、きょういただいた資料によりますと、国民の6割以上の方が自宅での療養を望んでいると。そうは言っても、例えば家族の1世帯当たりの人数というのも減ってくるでしょうし、そういったようなことを考えると、やはり特別養護老人ホームでありますとか、そういった施設の健康寿命後のいわゆる自立できなくなった期間ですか、そこにいるといったような需要もふえてくるのではないのかなという気はすごくいたしているのですけれども、介護施設というか、特別養護老人ホームのような施設の今後の需要と、あとは在宅医療の需要というのは今後どのように変化していくのかというのを、先生の御意見をお伺いしたいと思います。

○三浦久幸講師 その需要につきましても都市部と過疎地といいますか、地方都市とやはり違うのではないかなと。今後の話ですけれども、特に都市部では高齢化率ももちろん高まるのですが、高齢者そのものも非常にふえてくるということで、介護事業も当然身近な医療需要がふえてくるという予想ではあるので、多分盛岡市もそうだと思うのですけれど

も、都市部ではここしばらく人口も2060年にかなり減ってくるという予想ではございますが、2025年ぐらいまでには介護需要、医療需要の両方がふえていくので、介護施設の充実あるいは介護施設になる前の要介護度の低い方のサービスつき高齢者住宅の整備とか、そういうものが2025年までには整備されないとやっぱりいろいろと十分な医療環境、介護環境に置かれな方がふえてくるのではないかなと思います。在宅医療もそれに並行して訪問診療できる、特にサービスつき高齢者住宅のところでも小まめに診療してくれるような医者がまちに出てこないとやっぱり難しいかなと思います。過疎地のほうは、高齢化率は確かに高まるのですが、高齢者数自体が余りふえないところも今後出てくるので、そこでどんどん新たに介護施設とか在宅医療という話にはならないかなと思います。現実には高齢者が今までどおり介護施設が使えるような、その介護施設のスタッフをいかに確保するかといいますか、若い方がそういったところで減ってくるはずなので、いわゆる高齢者を支える人たちが減ってきたらそういう介護施設も支えられないということございますので、恐らく過疎地のほうはどちらかというところ、今ある施設を利用しながらやっていくにしても、人材をいかに確保していくかというところが問題になるのかなというふうに思います。それほど高齢者の人数がそうふえないということなので、在宅医療も現状ないし少しプラスアルファということで、余りそう負担にならないのではないかなというふうには思っておりますが、若干地域によって事情がかなり違うので、地域、地域でどうやってやるかというのが対応違うのではないかなと思っているわけですが。

○小野共委員長 ほかにありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○小野共委員長 それでは、ほかにないようですので、本日の調査はこれをもって終了いたします。

三浦先生、本当にきょうはお忙しいところありがとうございました。

〔拍手〕

○小野共委員長 委員の皆様には、次回の委員会運営等につきまして御相談がありますので、しばしお残り願います。

当委員会の県内調査につきましてお諮りいたします。平成25年度地域医療確保対策特別委員会調査計画案、県内調査をまずごらん願います。県内調査につきましては、現在調査先を調整中でございます。皆様から御意見等ありますか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○小野共委員長 特に御意見等がなければ、検討しているところもありますので、御一任願いたいと思いますが、これに御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○小野共委員長 御異議なしと認め、さよう決定いたしました。

次に8月に予定されております次回の当委員会の調査事項についてであります。閉会中、参考人招致、8月7日の水曜日となります。これについて何か御意見等ありますか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○小野共委員長 特に御意見等がなければ、当局に御一任願いたいと思いますが、よろしいですか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○小野共委員長 御異議なしと認め、さよう決定いたしました。

以上をもって本日の日程は全部終了いたします。

本日はこれをもって散会いたします。お疲れさまでした。