

第 6 回

熊本県議会

# 厚生常任委員会会議記録

平成25年11月 1 日

閉 会 中

場所 第 3 委 員 会 室

第 6 回

熊本県議会

厚生常任委員会会議記録

平成25年11月1日(金曜日)

午前10時0分開議

午前11時59分閉会

本日の会議に付した事件

社会保障制度改革について

報告事項

①熊本県配偶者等からの暴力の防止及び被害者の保護に関する基本計画の見直しについて

②熊本県ひとり親家庭等自立促進計画の見直しについて

出席委員（7人）

委員長 瀧上陽一  
副委員長 増永慎一郎  
委員 小杉直  
委員 岩中伸司  
委員 平野みどり  
委員 重村栄  
委員 甲斐正法

欠席委員（なし）

委員外議員（なし）

説明のため出席した者

健康福祉部

部長 松葉成正  
総括審議員兼  
政策審議監 牧野俊彦  
医監 岩谷典学  
長寿社会局長 山田章平  
子ども・障がい福祉局長 田中彰治  
健康局長 白濱良一  
首席審議員兼  
健康福祉政策課長 古閑陽一  
健康危機管理課長 一喜美雄

高齢者支援課長 中島昭則

認知症対策・

地域ケア推進課長 大村裕司

社会福祉課長 青木政俊

首席審議員兼

子ども未来課長 中園三千代

子ども家庭福祉課長 藤本聡

障がい者支援課長 松永寿

医療政策課長 三角浩一

国保・高齢者医療課長 大塚陽子

首席審議員兼

健康づくり推進課長 山内信吾

薬務衛生課長 今村均

病院局

病院事業管理者 向井康彦

総務経営課長 林田浩稔

事務局職員出席者

議事課主幹 黒岩雅樹

政務調査課主幹 松野勇

午前10時0分開議

○瀧上陽一委員長 おはようございます。

それでは、ただいまから第6回厚生常任委員会を開催いたします。

まず、議事次第、社会保障制度改革についてに入ります。

執行部の説明を求めた後に、一括して質疑を受けたいと思います。

なお、執行部からの説明は、効率よく進めるため、最初に一度立っていただいた後、説明は着座のまま簡潔にお願いいたします。

それでは、社会保障制度改革について、資料に従い、担当課長から説明をお願いします。

○古閑健康福祉政策課長 健康福祉政策課の古閑でございます。よろしくお願いをいたします。着座にて説明をさせていただきます。

まず、委員会説明資料をお願いいたします。

めくっていただきまして、目次がございます。

本日は、社会保障制度改革に関しまして、現在の検討状況につきまして、最初に総論について一括して御説明した後、関係課長のほうから、各論について、それぞれ説明をさせていただきます。

早速、恐れ入りますが、別添の資料、縦書きの総論1をお願い申し上げます。

社会保障制度改革国民会議報告書(概要)でございます。——よろしいでしょうか。

資料の1ページをお願いいたします。

これは、ことし8月6日に発表されました社会保障制度改革国民会議報告書の概要でございます。

第1部が社会保障制度改革の全体像でございます。

まず、2の基本的な考え方でございます。

本日は、下線を引いたところを中心に、ポイントのみを御説明させていただきます。

4項目ございますが、まず、(1)は、日本の社会保障は自助を基本とし、次に共助、ここでは社会保障制度が自助を支え、最後に公助、税金が補完する仕組みというものでございます。

(2)では、社会保障の給付と負担についてですが、1つ目の丸の2行目で、社会保障に伴う国民負担の増加は不可避であり、徹底した給付の重点化、効率化が必要とされております。また、2つ目の丸で、現在の世代は現在の世代で賄うことが必要で、将来の世代の負担が過大とならないようにすることが必要とされております。

次に、(3)では、日本の社会保障は、社会保険方式を基本とし、2つ目の丸の最後です

が、公費の投入は、保険者間で調整ができないなど、やむを得ない事情がある場合とすべきとしております。

2ページをお願いいたします。

(4)では、世代間の給付と負担の考え方につきまして、1つ目の丸でございますが、全ての世代に安心と納得が得られる全世代型の社会保障に転換を目指すとしております。

次に、3の今回の社会保障制度改革の方向性が8項目示してございます。

主なものとしまして、(1)では、1970年代モデルから超高齢化の進行等に対応した全世代型の2025年日本モデルへの改革、(2)では、全ての世代が、年齢ではなく、負担能力に応じて負担し、相互に支え合う仕組みづくり、(4)では、少子化問題が社会保障全体にかかわる問題として初めて位置づけられ、未来への投資として取り組むべきとされております。

3ページをお願いいたします。

(6)では、地域づくりとして、医療、介護、福祉、子育てに取り組み、地域包括ケアシステムの構築など、21世紀型のコミュニティーの再生を図る、(7)では、国と地方が協働しながら、それぞれ責任を果たしながら、制度改革に取り組むとしております。最後に、(8)では、高齢化の最先進国として成熟社会の構築へチャレンジすべきとしております。

4の社会保障制度改革の道筋では、消費税増税という負担増に対して、速やかに国民に還元するための短期の取り組みと、団塊の世代が全て75歳以上となる2025年を念頭に置いて段階的に実施する中長期の改革という2つの時間軸で実現を図るとしております。

4ページをお願いいたします。

この第2部は、各論になります。

社会保障制度改革の4つの分野、少子化対策、介護、医療、年金の分野について、最後の15ページまで記載がなされております。

本日は、各論につきましては、既に、この報告書を受けて、国の各種審議会等で詳細な議論が始まっているところもございますので、後ほど関係課長のほうから、別途、それぞれ資料を使いまして、御説明をさせていただきます。

続きまして、恐れ入りますが、また横開きの委員会説明資料のほうに戻っていただきまして、1ページをお願いいたします。

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案の概要でございます。

2ページをお願いいたします。

まず、法案の趣旨等でございますが、ただいま説明しました国民会議の審議結果を踏まえまして、社会保障制度改革の全体像、進め方を明示するもので、10月に閣議決定をされ、今国会に提案をされているところでございます。

法案の主な概要ですが、まず、講ずべき社会保障制度改革の措置等として、4つの分野について、改革の検討項目とその実施時期等を明らかにしたものでございます。

先ほど申し上げましたが、後ほど各項目については御説明申し上げますが、主なものとしては、1つ目の丸の少子化対策につきましては、括弧書きの部分になりますが、既に成立しております子ども・子育て関連法の着実な実施を図るとなっております。

また、2つ目の丸の医療制度につきましては、病床機能報告制度の創設や地域の医療提供体制の構想、これは新しき地域医療ビジョンを作成し、地域の病床機能の分化、連携を図っていくというものでございます。また、国保の都道府県への移行といった保険者・運営等のあり方の改革に取り組むこととされております。

3つ目の介護保険制度では、病院、施設から地域、在宅への観点から、地域包括ケアの推進や介護保険の予防給付を見直し、市町村

事業へ移行するといった改革に取り組むこととしております。

今後、関連法案の提出時期につきましては、米印に記載のとおり、医療サービスの提供体制、介護保険制度等につきましては、26年度の通常国会に、また、国保などの医療保険制度につきましては、27年度の通常国会に法案を提出すると規定されております。それぞれ法案提出後順次実施が図られていく予定になっておりますが、非常に短い時間の中で大きな改革が進められようとしております。

次に、改革推進体制としましては、関係関係から成る改革推進本部、また、有識者から成る改革推進会議を設置し、検討を行うこととされております。

大変恐れ入りますが、また縦書きの別添の資料の2をお願い申し上げます。——よろしいでしょうか。

ただいま説明を申し上げました社会保障制度改革の法律案に対します地方6団体の意見を参考までに御説明申し上げます。

まず、国民健康保険制度についてでございますが、国保の都道府県への移行に当たっては、3つ目のポツでございますが、国保の財政上の構造的な問題を解決し、将来にわたり持続可能な制度を構築すること、また、4つ目のポツでは、2,200億円の公費投入など財源の確保や、最後の5つ目のポツでは、都道府県や市町村との適切な役割分担などについて、地方と協議をしっかりと行うこととしております。

次に、医療提供体制等についてですが、都道府県が主体的に医療提供体制を構築し、地域で必要な医療を確保していくため、これから策定予定の地域医療ビジョン策定などについては、都道府県に実効性ある権限や財源を付与し、推進すべきとしております。

2ページをお願い申し上げます。

介護保険制度につきましては、1つ目のポツで、現在の要支援者に対する介護予防給付

の見直しについて、市町村事業に移行するに当たっては、市町村の財政状況等により実施に格差が生じないように、また、十分な財源を確保すること、また、2つ目のポツでは、介護サービスの効率化、重点化に当たっては、国民の理解が得られる合理的な制度とし、新たな財政負担や過大な事務負担が生じないように見直すべきとしております。

最後の4つ目の少子化対策につきましては、待ったなしの国家的課題であり、特に待機児童解消加速化プランの推進や新制度施行の財源確保が重要である。また、2つ目のポツでは、地方の実情に合った幅広い取り組みに対して支援を図るべきとしております。

総じて申し上げますと、これから始まる制度改革に対して、地域の実情に合った制度設計や、都道府県や市町村の役割分担の明確化や、必要な財源や権限の確保など、地方から共通した意見を申し上げているところでございます。

健康福祉政策課は以上でございます。

よろしく願いいたします。

○中園子ども未来課長 子ども未来課・中園でございます。よろしく願いいたします。

別添資料の1のほうで、4ページをお願いいたします。

少子化対策分野の改革について御説明いたします。

一番最初の丸に、子どもたちへの支援は日本社会の未来につながるもの、社会保障制度改革の基本とございます。

これまでの社会保障制度といいますと、医療、介護、年金という高齢3分野が中心でしたけれども、3つ目の丸にありますように、今回初めて子育て支援が加わりまして、4分野の一つに位置づけられました。これは、歴史的に大きな一歩とされているところでございます。

4つ目の丸に、若い世代の希望を実現する

ために、妊娠・出産・子育ての切れ目ない支援を行うこと、5つ目に、子ども・子育て支援新制度とワーク・ライフ・バランスを車の両輪として進めること、6つ目に、これらの施策は、国・都道府県・市町村・企業が一体となって進めることなどが必要とされております。

その下の2番以降6ページまで、少し具体的に国民会議の考え方がまとめてありますが、国の少子化対策の基本的な方針ということで、別の説明資料のほうで御説明したいと思っております。

恐れ入りますが、横長の資料の説明資料をお願いいたします。

4ページをお願いいたします。

資料に少子化危機突破のための緊急対策とございますが、国民会議と並行しまして、別途有識者の会議で議論が進められまして、6月に少子化社会対策会議という、これは全閣僚で構成する会議ですけれども、そこで決定されたものでございます。

基本方針の冒頭に、これまでの少子化対策はとありますので、御参考までに、次の5ページに少子化対策の歩みを載せております。そこにございますとおり、20年以上にわたってさまざまな施策が積み重ねられてきましたが、少子化傾向には一向に歯どめがかかっておりません。

そこで、4ページの基本方針としましては、これまでの子育て支援と働き方改革を一層強化するとともに、これまで手薄だった結婚・妊娠・出産支援を対策の柱として加え、3本の矢として打ち出すとされております。

めくっていただいて、6ページをお願いいたします。

3本の矢につきまして、それぞれ重点的な項目が整理されております。

そして、7ページから、その項目ごとに、具体的に何をするかといったことが書かれております。

7ページをごらんください。

まず、子育て支援ですが、1番は、何といいましても、子ども・子育て支援新制度の円滑な施行ということです。県としましては、9月議会で子ども・子育て会議の設置条例を議決いただきましたが、その第1回目を連休明けの11月5日に開催予定でございまして、県の計画案などの議論をスタートさせたいと考えております。

2番の待機児童解消加速化プランにつきましても、9月議会で予算の議決をいただきましたが、国の方針に沿って新制度を前倒しする形で進めております。

3番の多子世帯への支援、4番の子育て支援ネットワークにつきましては、これまでの事業の充実強化といった形になります。

8ページをお願いいたします。

働き方改革ということで、県では商工観光労働部の所管ですが、子育て支援とは車の両輪でございますので、子ども・子育て会議の中でも一緒に議論いただくことになろうかと思っております。

9ページをお願いいたします。

少子化対策としましては、初めて追加されました結婚・妊娠・出産支援でございます。

1番では、結婚を希望する者が結婚できるように若者の経済面の安定に取り組み、さらに、新婚世帯に対する支援措置を検討するとされております。

2番では、妊娠・出産について、男女ともに適切な時期に正確な情報提供を行うこと、また、3番では、地域における相談・支援拠点の体制充実を図り、利用しやすい環境を整えるとされております。

10ページをお願いいたします。

4番では、退院後の母子にできるだけ早期にかかわり、必要な支援につなげることが必要とされております。これは、産後の心身の不調や孤立感といったものが、児童虐待などにもかかわると指摘されていることを踏まえ

てのものでございます。

また、5番では、地域の産科や小児医療体制の整備、6番では、不妊治療に対する支援のあり方についての検討を進めることとされております。

最後の11ページには、現在実施されております支援体制の概要を載せております。

左から右に向けて時系列的に並べてありますが、妊娠から子育て期にかけて切れ目のない支援を行うことが大変重要と考えております。

少子化対策は以上でございます。

○古閑健康福祉政策課長 12ページをお願いいたします。

ここからは、医療制度改革について2つの項目がございますが、まず、(1)の病床機能報告制度の創設と地域医療ビジョンの策定について御説明を申し上げます。

資料は、13ページから19ページにわたっておりますが、本日は、主に14ページ、15ページの図を使って御説明を申し上げます。

まず、14ページの図でございますが、この資料は、先ほど説明しました社会保障制度国民会議における資料になります。

左に現在の病床数を示しております。上から下に急性期から療養の病床となっております。真ん中の部分に当たりますのが急性期を過ぎた回復期、リハビリ期に当たる病床ですが、極端に少なくなっているのがわかります。そのため、形が非常にいびつになっておりまして、いわゆるワイングラス型と呼ばれております。

一番左端に7対1、10対1などと数字を書いておりますが、これは、患者数に対する看護師の数で、急性期のほうがより看護が手厚い状況となっております。

今後、この地域の実情を踏まえまして、2025年までに亜急性期や回復期、リハビリの病床を充実しまして、右側のような形にしてい

こうという医療機能の分化の考え方が示されているところでございます。

次の15ページをお願いいたします。

今申し上げました医療機能の分化を進めるための仕組みとして、大きく3つ掲げてございます。1つ目が、図の左上の医療機関による報告でございます。これは、医療機関の病床ごとに担っている医療機能について、まず、現状と、もう1つは、自主的に選択した今後の方向について、例えば、図にありますように、将来的にA病棟は急性期、B病棟は亜急性期などと、医療機関の意向を県に報告するというものでございます。

次に、2つ目でございます。

下の囲みの部分でございますが、地域医療ビジョンの策定でございます。

県に報告されました情報等を活用しまして、2025年の医療機能の必要量を2次医療圏ごとに定めた地域医療ビジョンを策定し、医療計画に盛り込み、さらなる機能分化を進めるというものでございます。このために、国は、ガイドラインを示すとされておりまして、

3つ目が、図の右側の真ん中の部分でございますが、この機能分化を支援するために、都道府県が補助金を活用して取り組みを支援するとともに、診療報酬の活用についても検討するというものでございます。

16ページ以降は、今説明しました報告制度や地域医療ビジョンについて記載をしております。

19ページにスケジュール案がございます。

19ページのスケジュール案でございますが、26年度に先ほど申し上げました報告制度の運用を開始し、国のガイドラインを踏まえまして、27年度以降に地域医療ビジョンを策定するというようになっております。

健康福祉政策課は以上でございます。

よろしくお願いいたします。

○大塚国保・高齢者医療課長 国保・高齢者

医療課の大塚でございます。よろしくお願いいたします。着座にて説明いたします。

同じ資料の20ページをお願いいたします。

(2)国保の保険者・運営等のあり方の改革等についてでございます。

21ページをお願いいたします。

10月15日に閣議決定されました社会保障制度改革のプログラム法案に盛り込まれました内容につきまして、国の資料等によりまして説明いたします。

まず、1行目でございますが、「法制上の措置骨子」に盛り込まれた事項については、1行目後段にありますように、平成26年度から29年度までを目途として、順次必要な措置を講ずるとされ、法改正が必要な項目につきましては、平成27年通常国会に法律案を提出するということを目指すということとされております。

内容についてですが、表中の2、医療制度(6)でございます。持続可能な医療保険制度の構築をするため、以下の項目について検討を行い、必要な措置を講ずるとされております。

①の医療保険制度の財政基盤の安定化についての措置として、2つ掲げられております。

イは、国保の財政支援の拡充が掲げられておりまして、ロのほうでは、アンダーラインをしているところでございますが、イに掲げる措置により国保の財政上の構造上の問題を解決するということをした上で、国保の運営業務について、財政運用を初めといたしまして、都道府県が担うことを基本とするとされておりまして、その上で、保険料の賦課徴収、保健事業の実施等は、市町村の積極的な役割が果たされるよう、都道府県と市町村の役割分担に必要な措置を講ずることがされておりまして、この部分が、いわゆる国保の都道府県化と言われている部分でございます。

お手数ですが、めくっていただきまして、23ページをごらんください。

市町村が抱えております構造問題を整理したものでございます。

①にありますように、国保では、65歳から74歳の方の割合が3割を超えるなど年齢構成が高く、1人当たりの医療費も、健保などの被用者保険に比べると高くなっております。

また、②にありますように、無所得世帯が全体の4分の1を占めていることから、加入者当たり、1人当たりの所得は低くなっております。医療水準が高い一方で、所得水準が低いということから、③にありますように、保険料の負担感は重く、④にありますように、保険料収納率は低くなっております。結果として、国保事業に必要な費用の確保が難しいことから、⑤にありますように、一般会計からの繰り出しにより3,500億円の決算補填が行われているという状況にあります。さらに、⑥にありますように、財政運営が不安定となるリスクが高い小規模保険者の割合が全体の4分の1を占め、⑦の一番下にありますように、保険料の市町村格差も大きいといった状況にございます。

このように、高齢者が多く、医療負担が大きいという国保の構造問題の解決がなければ、都道府県化したとしても、市町村国保の赤字を都道府県につけかえるだけということとなってしまうことから、法律案においても、国保の財政支援の拡充というのがまずは掲げられているところでございます。

次の24ページをお願いいたします。

国保の都道府県化のイメージを記載しております。

左側、現行制度では、市町村が全ての保険者業務を担当しておりまして、国、県は、必要な経費の負担と市町村間の財政調整を行っております。それを法律案骨子のほうでは、右の図のように、保険者機能のうち、県のほうで財政運営を含む運営業務を県が担うこと

を基本としておりまして、下のほうが市町村の部分でございますが、保険料の賦課徴収、保健事業は市町村が担うということが記載されておりまして、左側の破線の部分に囲っております資格管理、保険給付などの制度設計の詳細については、今後検討するということとされております。

このため、図の下に記載しております現時点の課題といたしましては、まずは構造問題の解決のための財政基盤の強化はもとより、保険料率の設定はどのようにするのか、それから、市町村が担うこととされております賦課徴収や保健事業のインセンティブをどのようにして確保していくのか、また、破線の部分でまだ詳細が決まっておりません資格管理や保険給付の役割分担をどうするのかなど、整理すべき課題は多いという状況にございます。

恐れ入りますが、21ページにお戻りください。

上から3行目の黒い星印のところ、地方公共団体等との協議のところをごらんください。次の行でございますが、このように、国保につきましては課題も多いということから、国保の見直しに関する事項について必要な措置を講ずる場合には、地方自治に重要な影響を及ぼすということから、地方6団体との十分な協議を行うということとされておりまして、地方との協議を経て、県と市町村の役割分担を固めていくというスケジュールが示されているところでございます。

次に、その他の今回の制度改革の概要につきまして、下の表、ちょっと見にくいんですけども、下の表の②以降によりまして御説明いたします。

②は、保険料にかかわります国民負担の公平の確保についての措置でございます。

イは、低所得者の保険料の軽減についてでございます。先ほど説明いたしました国保の構造問題の解決の一環として、低所得者の負



担を軽減するための措置でございます。

ロは、被用者保険者にかかわります後期高齢者支援金について、中小企業の負担を軽減するための措置でございまして、総報酬割の全面導入をすることによって浮くこととなります国費を国保の財政に入れることなどが議論されているところでございます。

ハは、医師国保など所得水準の高い国保組合に対する国庫補助の見直し、それから、めくっていただきまして、次のページのニは、国保におきまして所得の高い層におきます賦課限度額の引き上げのための措置でございます。

それから、③のイは、1割負担と据え置かれておりました70から74歳までの方の一部負担の取り扱いと、負担能力に応じた負担の観点から高額療養費の見直しを行うということが予定されております。

また、ロは、医療機関相互の機能分担の関係から、大病院の初診・外来時にかかわります自己負担のあり方や入院療養時におきます給食費の自己負担のあり方について検討を行うということが記載されております。

以上、説明させていただきました内容につきましては、国において検討を重ね、平成26年度から、政令改正など、できるところから順次必要な措置が講じられることとなっております。

また、国と地方との協議を行うということが記載されておりますことから、県としては、引き続き必要な財源の確保を求めますとともに、全国知事会等と密接に連携するなどして、国に対して必要な働きかけを行ってまいりたいと思っております。

国保関係は以上でございます。

○大村認知症対策・地域ケア推進課長 認知症対策・地域ケア推進課の大村でございます。よろしくお願いたします。

お手元の説明資料25ページをお願いいたし

ます。

介護保険制度の改革について、(1)から(4)につきまして、当課及び高齢者支援課から御説明申し上げます。

まず、(1)の在宅医療・介護連携の推進についてでございますが、27ページをお願いいたします。

現状と課題の1つ目の丸ですが、今後さらなる高齢化が進展し、特に単身高齢者、認知症高齢者が増加し、地域包括ケアシステムの実現のためには、医療、介護の連携がますます重要でございます。

4つ目、5つ目の丸のとおり、今後、在宅医療については、市町村レベルで体制を整える必要があり、市町村が積極的に関与することが必要とされております。

下の論点でございますが、1つ目の論点、在宅医療と介護の連携拠点の機能については、これまでは国のモデル事業として進められてまいりましたが、今後は介護保険法の中で制度化するとともに、4つ目の丸のとおり、医療計画との調和も図りながら、市町村が策定します介護保険事業計画等に位置づけて取り組みを進めたらどうかというふうにされております。

28ページをお願いいたします。

在宅医療・介護の連携推進のイメージでございます。

市町村が主体となりまして、医師会等と連携しながら、下の参考欄にありますような取り組みを進めていくというものでございます。

29ページからは、予防給付の見直しについてでございます。

30ページをお願いいたします。

予防給付は、介護保険の認定において要支援とされた方に対して、リハビリや生活援助等のサービスを提供するものでございます。

現状と課題の1つ目のとおり、現在の予防給付は、サービスの種類、内容等が全国一律

で定められており、一方、要支援者は、生活支援のニーズが高く、その内容は多様であり、そのニーズに応えるためには、NPO、民間企業等の参加による重層的サービス提供が望ましいということでございます。これを踏まえまして、論点として、市町村が主体となって実情に応じてサービス提供ができるよう、予防給付を地域支援事業へ移行することが検討されております。

31ページが介護予防給付から地域支援事業への移行の案でございます。

図の上が見直し前、図の下が見直し後でございます。

介護保険制度におきましては、要介護者に対する介護給付、要支援者に対する予防給付、さらに、地域の実情に応じて市町村が柔軟に実施できる地域支援事業というものがございます。地域支援事業では、介護保険の財源を用いて、介護予防事業や地域包括支援センターの運営など、さまざまな取り組みが行われております。

見直しの案では、要支援者への予防給付について、地域支援事業を活用いたしまして、新しい総合事業として、利用者や地域の実情に応じて柔軟にサービスを提供できるようにするものでございます。

次に、32ページからの費用負担の公平化についてでございます。

33ページをお願いいたします。

まず、一定以上所得者の利用者負担についてでございます。

論点の最初にありますように、公平を確保しつつ、介護保険制度の持続可能性を高めるためには、現在一律1割の利用者負担を、一定以上の所得がある方は2割負担にすべきではないかということでございます。

3番目のように、厚生労働省からは、一定所得以上の基準としまして、合計所得金額160万円以上または170万円以上の方について、2割負担にしてはどうかとの案が示されてい

るところでございます。

合計所得160万円といえますのは、具体的な収入ベースで申し上げますと、単身で年金収入のみの方ということで考えますと、公的年金控除120万円分、これを足しまして、実際の収入は280万円、同様に、合計所得金額170万円でありまして、実際の収入は290万円ということになります。

34ページをお願いいたします。

次に、補足給付についてでございます。

補足給付とは、低所得者について、介護保険施設等での食費、居住費につきまして、限度額を超える分について給付を行うものでございます。

現状・課題、2つ目にありますように、現行制度では、世帯の課税状況や本人の所得等を勘案するのみで、資産がある場合や別世帯の配偶者に負担能力がある場合であっても補足給付がなされる仕組みとなっております。公平性の観点から、問題があるという指摘もなされているところでございます。

このため、論点にありますとおり、住民票上の世帯の状況にかかわらず、配偶者が住民税課税の場合には補足給付の対象から外すことや、資産については、預貯金等と不動産を別扱いとした上で、例えば預貯金等については、単身者で預貯金が1,000万円以上、夫婦で2,000万円以上ある人は補足給付の対象外にすることなどが検討されております。

35ページをお願いいたします。

最後に、第1号保険料、すなわち65歳以上の方の保険料の低所得者軽減の強化でございます。

現状・課題、1つ目にありますとおり、現在でも市町村民税非課税世帯の方については軽減がなされておりますが、今後、保険料水準の上昇に伴い、低所得者の方の負担も増大が見込まれております。このため、論点の2つ目のとおり、低所得者の方については、現在の保険料5割軽減の方については7割に、ま

た、2割5分軽減の方については5割にするなど、低所得者に対するさらなる軽減策等が検討されております。

認知症対策・地域ケア推進課は以上でございます。

よろしく御審議のほどお願いいたします。

○中島高齢者支援課長 高齢者支援課・中島でございます。着座にて御説明いたします。

資料の36ページをお願いいたします。

(4)特別養護老人ホームに係る中重度者への重点化関係につきまして、37ページ、現状と課題と論点に分けて御説明申し上げます。

まず、37ページ、現状と課題の1つ目の丸でございますが、特養入所者に占める中重度の要介護者の割合は年々上昇し、平成23年では約88%になっており、平均要介護度が年々上昇しているという点でございます。

2つ目でございますが、軽度の要介護者、要介護1、2の割合は、平成23年では約12%となっており、一定程度の軽度の方が入所しており、その最も大きな理由が、介護者不在、介護困難、住居問題等であり、6割以上を占めているという点でございます。

この辺の経年変化につきまして、次のページ、38ページにグラフ化したものがございます。年々割合が高まっております。

37ページのほうにお戻りいただきまして、37ページ、現状と課題、3つ目の丸でございますが、特養の入所申込者の方で、在宅で要介護4または5の方が、前回、平成21年に行われました全国調査で約6.7万人となっておりまして、中重度の要介護者の特養ニーズにどのように応えていくかが大きな課題となっているという点でございます。

次に、論点についてでございますが、特養への入所を希望しながら在宅での生活を余儀なくされている高齢者も数多く存在していることなども踏まえ、特養につきましては、中重度で在宅での生活が困難である要介護者を

支える施設としての機能に重点化を図るべきではないかとの考えから、既入所者の継続入所にも配慮しつつ、特別養護老人ホームへの入所を要介護3以上に限定すべきではないかとの提案が行われております。

ただ、昨日の新聞等の報道によりますと、一昨日、30日に開催されました国の審議会の介護保険部会におきまして、厚生労働省は、要介護3以上とする当初案を緩和しまして、要介護1、2の軽度者の方も条件つきで入所を認める方針を示したとされております。報道によりますと、具体的には、認知症で常に見守りが必要でありますとか、あるいはひとり暮らしで十分な生活支援を受けられないなど、やむを得ない事情があれば、特例で入居できるようにするというものでございます。

そうなりますと、事実上、今の本県における入所判定の実態と同じでございます。特段の影響はないのではないかと考えているところでございます。

高齢者支援課は以上でございます。

○瀧上陽一委員長 以上で執行部の説明が終わりましたので、質疑を受けたいと思います。

質疑はありませんか。

○小杉直委員 2～3点、23ページ、大塚課長にちょっとお尋ねですが、この②の所得水準が低いということの中に、無所得世帯割合が23.4%というようなことですが、これは具体的にはどういうふうなことが1つと、政令指定都市になった熊本市はどの程度かというとはわかりますか。

○大塚国保・高齢者医療課長 無所得世帯割合というのは国の統計でございますけれども、世帯に所得がないという統計でございます。本県の場合は、無職者という統計をとっておりまして、無職者、何の職にもついてい

らっしゃらないという方の割合は34.4%、国保の場合は、働いていた方がやめられたりとかいう方の加入もしておりますので、そういう意味で無職者の割合は34.4なんです、それを世帯に置き直すと23.4という格好になってまいります。

○小杉直委員 熊本市はどうですか。

○大塚国保・高齢者医療課長 熊本市は、ちょっと今統計を手元に持っておりませんので、調べて後日御回答いたします。

○小杉直委員 なら、それは後日で結構ですが、続いて、④、ポツの2段目の最高収納率94.6が島根県、最低収納率85.32が東京都となっておりますが、この最高収納率、最低収納率について、ちょっと私が理解しにくかけん、どういうことかが1つと、熊本県はどうかということはどうですか。

○大塚国保・高齢者医療課長 国のほうでは、保険税(料)に対する収納率というのを統計としております。これを県ごとに出しておりますが、その県ごとに並べたときに、国保税に対する収納率が一番高いのが島根県、一番低いのが東京都となっております。

本県の場合は、収納率は、平成23年度、同じ年度で比べますと90.52%、本県の場合は、これもまた市町村ごとに統計をとっておりますものの合計になります。平均収納率になりますけれども、最高が五木村の99.1、最低が熊本市の87.55%というふうになっております。

○小杉直委員 ちょっとおさらいですが、そのパーセンテージが高いのがいいのかな、悪いのかな。

○大塚国保・高齢者医療課長 収納率、パー

センテージが高いほうがいいということになります。

○小杉直委員 そんなら、不交付団体の東京都あたりが、熊本とか島根とか——低いというのはどういう理由でしょうか。

○大塚国保・高齢者医療課長 国保につきましては、必要な経費を保険者の方に案分して負担していただくという制度になっておりますが、東京都については、なかなか取れないといえますか、収納できないと。大都市になるほど収納率は低いという傾向になってまいりますので、顔が見えない中、収納率が低いのではないかとこのように考えております。

○小杉直委員 次に、2つ目ですが、さしより2つ目で終わりますが、27ページ、いわゆる25年問題ですたいね、ここに書いてある。大村課長かな。そすと、これに関して、やっぱり僻地という表現でよく話ありますが、僻地の診療対策というところが非常にこれには重要になると思っておりますが、熊本の場合には、僻地診療対策については、この25年問題に関してはどういうふうに考えておりますかね。

○三角医療政策課長 医療政策課でございます。

僻地医療に関しましては、現在大変医師不足の中で厳しい環境にあるというふうに認識しております。

現在、県におきましては、自治医科大学卒業生の義務内の医師の派遣等を行いまして、診療の支援を行っているところでございますけれども、全体的に医師不足という部分はなかなか解消できない状況になっております。

現在、熊本大学のほうに医師修学資金貸与制度を設けまして、修学資金の学生等を今養成しておりますけれども、彼らは基本的に直接僻地に行くということではございませんけ

れども、地域の医療に従事していただくというふうな形で想定しております。

そういった中で、そういった制度を活用しながら拠点病院等を設定しておりますので、そういったところからの支援ができるような体制をとりたいというふうに考えております。

あわせて、社会医療法人制度というのがございまして、これは、僻地医療を支援する医療法人につきまちは税制上の優遇措置があるということで、本県にも幾つか今そういう支援していただいている病院がございまして、そういった制度を活用しながら僻地の診療体制を確保していきたいというふうに考えております。

○小杉直委員 いろいろ聞いてみっとしゃがな、自治医科大学卒業して僻地診療に何年間か行かにゃんわけでしょう。終わって県内にとどまらずに県外に行くパーセンテージが高いというふうに聞くときがありますが、それは対策はどぎゃん考えとるですか。県外流出というか……。

○三角医療政策課長 義務明けの自治医科大学の方に関しましては、現在全体的には54%程度にとどまっております。これにつきましては、本県の場合は県職員として任用されておりますので、その後県職員を退職するというふうな形になって各自で再就職をされるというふうな、これまで形態でございました。

それにつきまして、ことし9月の補正予算でもお願いをいたしましたけれども、地域医療支援センターというものを立ち上げまして、この中で、そういった今後の義務明け後のキャリア形成ですとか、就労に関しましては相談できるような体制をつくっていくこととしております。

また、今現在、各義務内、面接等を行っておりますので、そういったものに関しまして

は、個別に、各個人個人相談に応じまして、必要に応じた支援を行っているところでございます。

○小杉直委員 この義務明け後の勤務場所について、関連して、そこに該当する周りの親族から聞くと、やっとならぬ熊本市中心部に今度は勤務できるというふうな、親族らしい喜びとか、そういう声と、今度不動産業界にいろいろ話聞いてみると、やっぱり御高齢者、75歳以上は、熊本市内周辺にずっと移動してきたいと。そうすれば、医療機関にすぐ行きやすいでしょう。ところが、そのためのアパート、マンションをつくって、不動産業界なり、関係業界がそれを受け入れた場合に、やっぱり家賃収入と、その該当するアパート、マンションの経営時の採算ベースが合わないと——わかるですか、意味は。

例えば、高齢者の方が、いわゆる僻地を含めて、まあ、郡部、田舎におられた高齢者の方が、医療機関が近い、例えば熊本市とか都市部に移りたいと、住まいを。すと、その場合には、マイホームを2軒目建てるということは無理ですから、家賃、いわゆる賃貸借でアパート、マンションをお借りするわけですね。ところが、それを経営するオーナー側は、家賃とその経営上の採算が合わない。だから、25年問題に協力したいけれども、それがなかなかやっぱり関係業界側は採算ベースで難しいという問題点も今出とるわけですね。

そういうことを踏まえて、今あなたがおっしゃった、義務が過ぎた場合の、例えば県外流出に対する具体的な方法というのは、県は何か考えとっとですかね。

○三角医療政策課長 先生方全てがそのまま地域に残っていただくという部分というのは非常に厳しい部分があるかと思っておりますけれども、先ほど申しましたように、私ども、今い

ろんな義務明けの先生に対します聞き取り、意見交換等を常々やっております、ここ5年間では、全体的には8割程度の部分、先生方が県内に残っていただいております。

といえども、その先生方全てが地域のほうに行かれていますというわけじゃなくて、これはあくまでも県内に残られているということでございます。そういった部分で、なるべく先生方の御要望、御要請に沿うような形で私どもも御相談に応じているところでございますけれども、先ほど申しましたように、個別の先生方、御相談——地域医療支援センター等も設立して、全体的な配置体制等についても協議していくような形にしておりますので、そういった中で対応してまいりたいというふうに考えております。

○小杉直委員 5年間80%というのは、他県よりも高いか低いかわかりませんが、印象的には高いような感じがしますが、なかなか難しい問題ですので、引き続きしっかり取り組んでいただくということで、もう質問は終わります。

○淵上陽一委員長 住宅のほうはよろしいですかね。

○小杉直委員 住宅。

○淵上陽一委員長 よかですかね。

○小杉直委員 それはよございます。

○重村栄委員 2～3点、ちょっと質問と、ちょっと意見交換をしたいところがあるんですが、まず少子化対策の問題の中で、今までは、待機児童解消とか、そういう話がすごく重点的にやられてきて、それが回り回って少子化対策だということだったと思うんですけれども、ただ、私の個人的な感覚からする

と、待機児童解消という、そういった施策、今までとられてきた施策は、どちらかというと、女性の社会進出を支援するという面が非常に強かったのではないかなという感じを持っていました。これが少子化対策にならないということじゃないんですよ。ただ、どちらかというところ、重点的にはそちらのほうが強かった、そういう色合いが強かった施策じゃなかったかなと思って受けとめていたんです。

今回、初めてとは言いませんけれども、妊娠、出産、そして子育てという連続的な支援という方向性が打ち出されてきたということは、これは非常にいいことじゃないかなと思っておりまして、やっぱり妊娠から始まるという捉え方というのは大事なことだと思って、そういった意味での、こういう視点での施策というのは非常に歓迎すべきことかなと思って受けとめております。

これまでとられてきたその少子化施策としての実行、効果、熊本県における効果というもの、をどういうふうに捉えていらっしゃるのか、まずちょっとその辺をわかれば、何か所見があれば教えていただきたいというのが1点。

それから、説明資料の33ページの下のほうに、——一定以上の所得者の利用負担したのところですけども、被保険者全体の上位20%に該当するとか、あるいは被保険者のうち所得額が上位おおむね半分以上というところが出てきているんですけども、熊本県においてもこういうふうな比率なのかどうか。これ、多分全国的な比率だろうと思うんですけども、これは熊本県においてもこんな比率なのかどうか、わかればちょっと教えていただきたい。もし違えば、熊本県はどの程度の比率になっているのか。

それからもう一つ……。

○淵上陽一委員長 済みません、なら、先に2つしてからでよろしいですか。

○重村栄委員 どちらでもいいですけども。

○淵上陽一委員長 一遍にいくと、多分みんな混乱されるだろうと思いますので、済みません。

○重村栄委員 じゃあ、まず2つだけで結構です。

○淵上陽一委員長 まず、先に少子化対策から。

○中園子ども未来課長 子ども未来課でございます。

少子化対策の効果というお尋ねでございますけれども、熊本県におきましては、一応合計特殊出生率は、全国が1.41なんですけれども、熊本は1.62ということで、いつも全国平均よりも上位にありまして、順位的には、ことしは、平成24年は6位というような状況でございます。

ただ、今までとった施策といいますのが効果があつたかどうかという検証といいますか、それはなかなかできていないんじゃないかなと思ってます。それは、本県だけじゃなくて、全国的にこういうふうに歯どめがかかっていないという検証がされた上で、やっぱり危機突破という形で、これは、先ほど有識者会議の議論を踏まえてと申し上げましたけれども、少子化危機突破タスクフォースという会議で決められているんですけども、それぐらい危機感を持ってされているということで、なかなか歯どめがかかっていないというのは、本県に限らず、全国的な傾向だと思っております。

あと、妊娠、出産について視点が向いたというのは大変いいことだと思っております、特に最近不妊治療がふえているんですけども、

高齢化してきています。40以上になると、なかなか妊娠しませんし、流産も多くなります。ただ、なかなかそういう知識が行き渡っていないというのがあって、どうしても出産がおくれがちになるというのがありますので、その辺の正しい知識をこの機会に啓発していくというのも必要じゃないかなと思っています。

以上です。

○重村栄委員 今課長から話があつたように、特殊出生率で見れば、熊本県は平均よりも高い。かといって、以前から見て、熊本県の数字だけ見て随分回復したかということ、かなり上昇はしていますよね、幾らかね。1.5幾つぐらいだったのが1.6幾つと上がってはきているんですけども、そういった意味では、上がってはきているんで効果があつたと見るべきなのかもしれませんけれども、ただ、やっぱり今回妊娠から云々と出ているというのは、全体的に見て、今までの施策が必ずしも少子化対策につながってないという反省のもとだろうというふうに私受けとめてまして、そういう面で今回の施策は必要だと思っておりますので、十分にその辺は進めていただきたいなと思っておりますし、ただ、社会構造上核家族化が進んでいることも、1つは少子化の原因にあるのではないかな。

やっぱり親と一緒に住んでいると、そういう面では経済的にも若干手助けもあるでしょうし、子供を見てくれるという面もあるでしょうし、いろんな子育ての相談にもなるということもあるでしょうし、いろんな面で同居というのは、そういった面で少子化にストップをかけることもあるのかなと。だから、社会構造上の問題もあつて少子化が進んでいるとは思っているんですけども、そういったこともこれからの取り組みの一つとして、どうやって子供を育てるか、子供を育てる母親をどう助けていくかという観点から、こうい

った取り組みはぜひやっていただきたいなと思っています。

あとの……。

○淵上陽一委員長 次に、費用負担のところ、大村課長。

○大村認知症対策・地域ケア推進課長 認知症対策・地域ケア推進課でございます。

委員お尋ねの件は、この数字、上位20%、あるいは上位おおむね半分以上という、これは御指摘のとおり全国の数字でございます。本県の場合は、県の所得水準を考えますと、これよりも少なくなるということが考えられますが、申しわけございません、現段階では本県の数字は把握はいたしておりません。

○重村栄委員 数字はつかんでない。

○大村認知症対策・地域ケア推進課長 はい。

○重村栄委員 一回、どのくらいになるか……。

○大村認知症対策・地域ケア推進課長 ちょっとそれは当たってみまして、また数字ありましたら……。

○重村栄委員 平均所得低いので、かなり下回るのかなと思うんですけども、実際どのくらいになるか、わかったら教えてください。

○大村認知症対策・地域ケア推進課長 はい、承知しました。

○重村栄委員 それともう1つ、いいですか。

○淵上陽一委員長 重村委員。

○重村栄委員 特別養護老人ホームの関係の件なんですけど、今要介護度でどうするかという議論があっているんですけども、私、以前からずっと思っていたんですけど、医療費を減らそうということで特養をつくって、社会的入院を外していくという形がとられてきて、そういった面では医療費は削減をしてきているのかなと思っているんですけど、ただ、トータルの福祉とかいう観点からすると費用は膨らんでいるんじゃないかなと。ある面では、社会的入院を認めたほうがトータルの福祉という経費は少なくなるんじゃないかなというちょっと疑問を持っているんですけども、本当に介護は全部別の扱いをやるべきなのかどうか、社会的入院だっていいんじゃないかなと、そのほうが逆にいい面もあるんじゃないかなというのを個人的に思っているんですけども、どんなでしょうか。

○大村認知症対策・地域ケア推進課長 認知症対策・地域ケア推進課でございます。

今委員おっしゃいました点につきましては、現在進んでおります、できるだけ在宅で生活できるようにという地域包括ケアという流れの中で、施設から在宅に移していくという、それはコスト的にどうなのかという御指摘かというふうに思いますが、一般的に施設の中での介護給付とそれから在宅での給付というのを比較いたしますと、要介護度が同じであった場合でも、在宅のほうがやっぱり安くはなっております。

ただ、一概にはこれは言えないというのは十分承知しておりますけれども、ただ、トータルでコスト的に在宅でやった方がいいのか施設がいいのかというの、なかなか一概に比較は難しいかとは思っておりますが、急性期の病院等では、かなりもう患者の方が多くて収容ができずに、本当にケアが必要な方に医療



サービスが提供できないというような状況もある中でございますし、高齢者の方も、できるだけ在宅で最期を迎えたいという御希望もあるということでございますので、それぞれの必要に応じて、またニーズに応じて選択できるような、よりよいケアを受けられるような体制づくりは大事ではないかというふうに考えております。

○重村栄委員 今、介護は介護という線引きをして、医療機関じゃない、あくまでも介護の特養だとか、そういった施設で何とかしようかという話があって、その中で、在宅のほうがいいという方の意見もあり、在宅を認めようという話があるんですけども、基本的には、介護をする人がいない、あるいは介護をするのが非常に難しい、そういった問題が非常に多いんですよ。本人は自宅でもらいたいんですけども、家族からしてみれば、とてもじゃないけど自宅じゃ難しいよという問題、現実にあつて、介護でノイローゼになっている方も結構いらっしゃるんですよ。

そういったことを考えると、できる人は在宅でもいいと思うんですが、何でもかんでも在宅という発想はちょっと逆行しているんじゃないかなと、現実にはね。と思うし、それと、しゃにむに介護関係の、福祉関係の施設でということじゃなくても、要するに医療機関をもっと使ってもいいんじゃないかなと、そんな感じがしているんですよ。

昔、社会的入院、多かったですよ。案外そのときはスムーズに回ってたんですよ、家庭の方々もあんまり負担感なくて。ただ、医療費の問題とかいろいろあつてこういうふうなシステムになっているんですけども、本当にこういう線引きが必要なのかなと、もう少しそれ、昔のよさもあつてしかるべきかなと、私、最近ずっと思っているんですけども、この辺はどうなんですかね、現実問題と

して。

○中島高齢者支援課長 高齢者支援課でございます。

介護保険制度ができる前、確かに、社会的入院というのが病院で進んでいたという実態があったかと思えます。

介護保険制度ができましたときに、介護保険による介護療養型の施設、いわゆる表面上は病院に見えるんですが、いわゆる医療保険ではなくて介護保険を使った施設ができております。

ただ、医療保険と介護保険を比べますと、もうトータルでいきますと、トータルの給付は、個人負担は別にしまして、全体で見ますと医療保険のほうが相当高いという実態がございます。そういう流れもありまして、介護保険制度ができたときに介護療養型の施設ができた。それから、その後もう10数年たちますけれども、介護療養型につきましても、基本的には平成29年度末をもって廃止するという法律が今通っておりまして、介護療養型につきましても、老健でありますとかに転換をしていただくと。または医療保険のほうに戻っていただくという道もちろんございますけれども、基本的にはそういう老健等への転換を進めるという状況でございます。

片や、重村委員言われますように、在宅で中重度、特に認知症あたりの介護というのは非常に厳しいという現実もございまして、例えば認知症対策につきましては、グループホームが相当数伸びてきております。グループホームは、実は施設サービスではなくて居宅サービスの一つとして、実は介護保険法上は位置づけられております。当然宿泊等されておりますけれども、そういうことで、グループホームなり、一定の特養とかの施設整備を今後とも一定割合続けていく必要があると考えているところでございます。

○重村栄委員 確かに、今いろんな施策が出た中で、いい面もあるんですよ。全て否定しているわけじゃないんですけども、ただ、私たちが相談受けたりする現実問題の中に、例えば、医療機関に入院していました、もう置けないから、じゃあ老健に行ってください、また何かあったら医療機関に戻しますと。キャッチボールやっているだけなんですよね、同じ井の中ですね。こういう現実問題があるんですよ。何でそんなことまでやらないかぬのかなと。家族の人って負担感があるんですよ、そういうのに対して。

本当に違った立場で物を見たやり方もあるんじゃないかなと。縦割りばかりせんでもいいんじゃないかなんていうのが本当に単純な疑問なんです。確かに、いろんな施策の中で、おっしゃっているような施策をやれば、見た目はいいんですよ。見た目はいいんですけど、現実問題としては、家族なんなりは疑問のほうが多くなっているんですよ。施策を変えるたびに、厚労省とか仕事がふえるだけで職員は減らぬんですよ。自分たちの仕事をふやすためにいろんな施策をつくっているような感じにしか見えなくて——新しいものをつくと初期投資がかなり要っているんですよ。特養にしても、老健にしても、建物に補助金いっぱい出したり、こんな費用まで考えたら本当に安くなりよるのかなと。もう少しトータルで物を見たら違うんじゃないかなという気がしているんですけども、ここでちょっと課長とやり合ってもしょうがないんですけども、ちょっとそういう疑問を持ってまして、やはりもうちょっと違った視点から物を見たやり方も必要じゃないかなという気がしているという感想だけちょっと述べておきたい。

○淵上陽一委員長 よろしいですかね。

○平野みどり委員 今の関連なんですけれど

も、重村委員のおっしゃることはもうよくわかります。私もいろんな御相談を受けるんですけども、本当に流浪の民みたいいろいろなところを点々とされなきゃいけないような現状とかあったり。

今のお話をずっと聞いていると、社会的入院のその時代もよかったんじゃないかというお話ですよ。要するに、安心していられる場所、そして家族も負担感なく老後を精神的にもしっかりと支えてあげられるような環境をつくるということが大事なんです。それが病院であるか、あるいは特養であるのか、グループホームであるのかというのは個々に違うとは思いますが、往々にして、家族と一緒に住んでいると、この部分までは家族が見られますよねみたいな、ケアマネジャーさんたちとか、介護保険の方たちがおっしゃるような場面がある。

私の場合は、うちの母はひとり暮らしで、私と同居できない状況があるもんですから、やっているんですけども、認知症がまだないので、要介護2ですからひとり暮らしやっていますけれども、24時間対応できるように、安全センターみたいなところからペンダントをもらって、それ、何かあったときはすぐ押すんですね。そうすると、15分ぐらいで来ていただけるというふうなこととか、あと、訪問看護も、救急の場合はお医者さんも看護師さんも来ていただけるように、日程の中に週1訪問看護入れているとか、そういうような形で、ひとり暮らしの人のほうが手厚くやっていただける部分があって、家族がいると家族のほうの負担にちょっとおぶさるような制度なんだなというのを、うちのケースとほかの方たちのケースを見ていると感ずるんですよ。

だから、家族が精神的にもう安定して虐待もなく見ていけるのは、やはり家族の負担も——本人の、どこで最期まで暮らしたいかということがまず第一ですけども、家族が一

緒にいろいろが家族の負担をとにかく軽減していくような仕組み、とにかく病院に入れたり、特養に入れれば、入ってもらえば、それは24時間ずっと親のことを考えとかなんというものの負担感はなくなるわけですけども、同居してて、いろんな社会資源を、デイサービスも含めていろんなのを使っても、やっぱりはさまの部分で負担というのはあって、家族の社会生活というのがとても阻害されるというか、進められなくなる部分というのはいっぱいあって、だから、今お話を聞いて、そういう意味での、本当に負担のない在宅というか、在宅介護というか、在宅のみとりというか、それを丁寧にやっていく必要があるのかなど。これはもう県に言うだけの話じゃないですけども、国がそこもしっかりと考えてもらわないといけないんですけども、介護保険といいながら、本当にやっぱり家族の負担は大きい制度だなというような気がしていますね。

ちょっと今意見だったので。

○淵上陽一委員長 ほかに。

○甲斐正法委員 今の関連等もあるんですけども、27ページから28ページの資料についてですけども、医療と介護との関係性を市町村が担っているということで、今後、これ、いろんな課題が出てくるだろうと思いますが、今執行部が考えられている課題というのはどういうことを今考えられていますか。課題が全然出てないんですけども。

○大村認知症対策・地域ケア推進課長 認知症対策・地域ケア推進課でございます。

委員、この医療と介護の連携を進めていく上での課題ということでもありますけれども、まず、やっぱり第1点でありますのは、関係者の意識ということではないかと思っております。関係者といいますと、まずは地域包括

ケアを中心となって進めていくべき市町村が、これまで余り医療とは縁遠い存在であったということですので、そこをいかに意識を変えて、医療も含め、在宅、地域包括ケアのほうに市町村が目を向けてもらうかというのが第1点だと思います。

それ以外には、医師会、医者の方の御理解、それから介護保険制度の中でケアプラン策定等に当たります介護支援専門員の理解が必要であるということと考えておりますし、あともう一つは、県民の方の御理解ですね。訪問看護等、まだ十分御存じない方もいらっしゃいますので、そこに対する啓発も必要であると思っております。

それらにつきまして、当課は、医療政策課、それから保健所、それと市町村もですけども、一緒になって普及啓発を進めておりますし、今後も引き続きそれをやっていきたいと思っております。そうした中で、相当意識も変わってきておりますし、在宅医療と介護の連携を進めていく土壌というのは相当できてきておりますし、その中で先行的な取り組みというのでも生まれてきているというふうに認識しておりますし、引き続きやっていきたいと思っております。

以上です。

○甲斐正法委員 現状は、いわゆる退院からケアマネがかかわってというところでスタートすると思うんですね。何かこういう形になると、介護が主体的に、どっから主体的になるのか、医療がどこまで主体的にやるのかというところの関係性というのが、すごくやっぱり関係者の理解がないと難しいところがあるなというのはよく感じるんですね。やっぱり県がきちんとしたものをつくっていかないと、市町村に任しとつても、その辺の調整というのはすごく難しいだろうなという気がするんですけども。

○大村認知症対策・地域ケア推進課長 委員 おっしゃるとおり、確かに、だれが、どこまで役割を担うのか、責任を持つのかということですが、一番まずいのは、間、エアポケットができるのがいけないと思っております。今の委員おっしゃいました退院から在宅ということで行きますと、それぞれの取り組みが重なり合うといいますか、例えば退院のときに医療機関が行います退院時の会議、カンファレンスにケアマネ等が出席するなり、あるいは在宅に戻った後も、医療機関とその福祉サイドでしっかり連絡を取り合うというふうなことが必要だと思っております。

いずれにしても、それぞれの利用者の方を多職種で見っていく体制づくりが大事であると思っておりますし、これについて、もう地域包括ケア、市町村にあるからといって市町村にお任せということは毛頭考えておりませんし、かなりこれは県が率先して、私どもリーダーシップ発揮して、しっかりやっていく必要があると思っておりますし、そういうことを念頭に置きながら取り組みを進めてまいりたいというふうに考えております。

○甲斐正法委員 ということでは、③で在宅医療・介護連携に関する研修の実施というのを市町村に任せるのか県が主体的にやるのかというのは、今のところどういう形でやろうとされていますか。

○大村認知症対策・地域ケア推進課長 ③の研修、これは県で、保健所の取り組みも含めまして県で積極的な取り組みを進めております。市町村の職員ですとか、それから介護関係の職員に対しました研修、それから医師会等に対する働きかけも、医療政策課とともに進めているところでございます。

○甲斐正法委員 医師会へのルートというの

は、市町村、なかなか持たぬでしょうからね。とても大変だと思いますね。

済みません、先ほど中園課長がお話しされましたけれども、合計特殊出生率のことです。いわゆる1.62で全国6位ということをおっしゃっていましたが、この数字、どこまで、どの辺を目標に解決すればいいと考えられていますか。

○中園子ども未来課長 人口置換率といまして、今の人口が保てる率というのは2.07と言われておりますけれども、それはなかなか厳しいかなと思っております。

先ほど重村委員のほうから、合計特殊出生率が横ばい、ちょっと盛り返しているという話がありましたけれども、実はちょっと数字のマジックがありまして、2点原因があるんです。1つは、合計特殊出生率というのは、15歳から49歳までの女性が一生に何人産むかということなんですけれども、その分母になる女性の数自体が減ってきていますので、それで上がっているという面と、ちょうど今の時期、団塊ジュニアの世代といまして、団塊世代の子供たちが30代後半になって子供を産んでいるんですね。だから、この人たちが40代に入っていきますと、もう産まなくなりますので、また下がっていくのは目に見えているんです。そういったことで非常に危機的な状態があるということがございます。

○甲斐正法委員 だから、数字だけが一つの評価ではないと思うんですね。

○中園子ども未来課長 そうです。

○甲斐正法委員 取り組みの方向性というのが具体的に今後、例えば妊娠とかについて、教育関係者との連携というのが今後必要になってくるのかなという、お話を聞いてってそ

う思ったんですけれども、学校との連携というのほうまいくんですか。

○中園子ども未来課長 今学校との連携は、教育委員会の体育保健課のほうと一緒に思春期保健教育というのをやらせていただいています。高等学校に、私立も含めてですけれども、県の費用で講師を派遣するという事業をやったりしていますけれども、この妊娠とか出産について正しい知識を与えるというところに県費を投入して学校とかかわるというところまでは、まだ行っておりません。

○甲斐正法委員 だから、その辺というのは各県ですごく格差がありますよね。例えば長崎とかその辺は、もう一般的にそういうことに触れているというか、教育の中でもやられているということで、熊本はなかなか遅いかなという感じがするんですけれども。

○中園子ども未来課長 委員おっしゃるとおり、佐賀県とか非常に学校との連携ができて、うらやましいんですけれども、一つのきっかけとしまして、うちの職員に1人、教職で2年間ぐらい来ている職員がいますので、その人を思春期保健教育の担当にしまして、できるだけ体育保健課と行き来をして、連携を図るようという取りかかりはつくったところなんですけれども、そういったところから始めております。

○甲斐正法委員 ぜひその辺を本格的にやるのであれば、教育関係だけがやっていると、ほかのところの批判とかいろいろ出るでしょうから、今後こういうことを県全体で取り組むんだという方向性をどっかで示して——だから、例えば避妊にしても、普通にテレビに出てその問題取り上げたりとかいうこともありますよね。ですので、そういうのが行き渡らないと、きちんとしたものができないのか

なということでは、それは子供世代だけではなくて、やっぱり親世代も、今そういう時代で、きちんと避妊ということについても考えていく、あるいはそういう性交渉やったらどうなるのかということも、やっぱり性教育の中でやっているみたいなどころもありますので、全体的にそういうのがレベルアップしないと——この少子化ということにも結構つながってくるんじゃないかなということは思うんですね。

もう1点、先ほど小杉委員が言われました不動産の話ですけれども、これはすごく重要な課題かなと思っていますけれども、いわゆるリバースモーゲージというやつだと思うんですね。先ほどの補足給付の問題にも関係するんですけれども、家とか土地を持っていると補足給付がもらえないということで、その資産をどう換金するかという形が、これはどの課がどういうふうに取り組んでいくのかということで、ちょっとお伺いしたいと思います。

○大村認知症対策・地域ケア推進課長 委員、今お話しいただきました介護保険の補足給付でいきますと、その不動産があるときに、それは補足給付はせずに一旦市町村が——今国が検討しておりますのは、補足給付はせずに、不動産資産がある場合には市町村が貸し付けを行って、その方がお亡くなりになったとき等に、そこを精算していくという取り組みでございまして、ちょっと現段階でどこがというのは、恐らく介護保険制度の中の取り扱い、最終的には市町村がやっていくということになると思いますし、それに対する情報提供でしたり、支援ということであれば、当課等が中心となってやっていくのかなというふうに思っておりますが、ちょっと済みません、今まだ具体のあれが出ておりませんので、いずれにしても、それは、やるのは、実務としては市町村がやっていくという

ことになるかと。介護保険の担当部局がしかるべきところと連携しながらやっていくということになるのかなと思っています。

○甲斐正法委員 ぜひきちんとしたところを見せていただければと思います。

以上です。

○平野みどり委員 委員に関連なんですけれども、まず、リバースモゲージですけれども、実績としてはもうスタートしているんですか。もう上がっているんですか。前々からもリバースモゲージでという——資産があって、それをというふうには言われていたけれども、具体的に熊本市あたりでもやっているのかなと思うんですけれども。

○青木社会福祉課長 社会福祉課の青木でございます。よろしく申し上げます。

リバースモゲージにつきましては、社会福祉協議会、ここでされておりまして、生活保護とか生活福祉資金絡みでうちが多少かかわっておるんですけれども、実績としては、ちょっと取り組みが始まった年度までは記憶してないんですけれども、実績としてはまだ余り多くない、ちょっとこれもうろ覚えなので、数字控えますけれども、実績としては、まだまだ少ないという状況だというふうに理解しております。

それは、資産が、例えばたしか500万以上ないと使えないとか、そういうのが社協のほうの制度ではありまして、そのあたりがちょっと、利用の、そういう制度があるという普及の問題とか、そういうことはあるかというふうに理解しております。

○平野みどり委員 子供たちが相続とかということを考えて、それをさせないというものもあるのかなと。実際は、親御さん1人で住んで、介護施設とか、別な不動産のところに行きたいんだけど、遠方に離れている子供たちがそれをさせないみたいなもの何かちらっと聞いたりもしたので、こちら辺はちょっと課題だなと思うんですけれども、何かそれが進めば、住みかえとかということもどんどんできるようになるんだろうと思うんですよね。医療機関に便利がいい都市部に移るということもあるし、あるいはもう高齢の方、長年住んでいたら、うちがもうバリアフルで使えないので、もっと動きやすい住宅に移るとい

ということもあると思うんですよね。だから、これがもっと進めばいいなとずっと思っていたんですけれども、なかなか進まないような状況があるかなと思っています。

それと、少子化に関してなんですけれども、結婚、妊娠、出産の支援という部分で、私なんか結婚のところはちょっと引っかかるんですけれども、そんなのは個人の問題だから。ただ、妊娠して、そして出産するという、どういう形態であれ、その方を支援するということをきちんとやっていこうということは大歓迎だろうと思います。

それと、ちょっと不妊治療に関してですけれども、これも個人の問題ですから、いつまで挑戦するのかというのはもう御本人のあれなんでしょうけれども、それを助成するという意味では、公費が入るので、そこら辺はやっぱ年齢制限があるのは仕方ないのかなとも思うわけですが、こうやって不妊治療をずっとやっていると行き詰まってしまうよね、精神的にもかなりきつくなってしまう。一方、連日のように、子供を産んですぐ捨てるかというふうな親もいるわけでしょう。生まれてきた子供をとにかく社会で育み育てていくという視点では、不妊治療をやっつけらっしゃる方に、ある程度のところで、例えば里親という制度もあるんですよとか、そういうようなことというのは情報として入れているんですかね、どうなんでしょうね。

○中園子ども未来課長 済みません、子ども未来課でございます。

委員が前半おっしゃった不妊治療、年齢制限が平成28年度から42歳までということで入ります。これは、有識者の会議で検討されて、43歳以上になりますと、出産に至る割合が50回に1回になるんだそうです。そして、不妊治療を受けて出産した人が、約9割までが6回以内に妊娠しているということで、その年齢制限と回数制限が入ってきます。それも科学的なデータに基づいていますので、冒頭おっしゃったように、産むか産まないかは確かに自由なんですけれども、御自分の人生設計の中で、子供を産みたいという気持ちがあるならば早く産んだほうがいいですよという知識は行政としても出していかなきゃいけないと思っています。

あと、里親の話をしているかどうかというのは確認したことはございませんけれども、不妊対策検討会というのを年に2回やっておりますので、その中でもちょっと話題にしてみたいと思います。

○小杉直委員 不妊について関連質問、よろございますか。

○淵上陽一委員長 小杉委員。

○小杉直委員 不妊治療ですたいね、私の知り合いの周りも不妊治療ば過去にされて、なかなか実現できないし、国会議員さんの奥さんもそういうとをされてきとる人も知つとるわけですが、平野委員がおっしゃったように、なかなかいろんな精神的な、肉体的な課題、問題が出てくつとですたいね。これは、国が根元ですが、県でできることは、不妊治療に対する社会的認識ですたいね。周りの方が不妊治療に対する理解をして、そういうことをする人たちにちゃんと社会的認識を広げ

ていくというようなことですたいね。そぎゃんとは県でアピール的にでけぬもんでしょうかね。今、私の知り合いの中でも、やっぱりこっそりされている方がほとんどですもんね。もうちょっと社会的認識を皆さんがして、子供が欲しいための不妊治療をしていますよというようなことが多く理解されるような県民の意識づくりというのはでけぬもんですかな。

○中園子ども未来課長 確かに、こっそりされているというか、秘密にされている方もいらっしゃるとは聞いているんですが、私は行ったことないんですけれども、不妊治療の専門医療機関を実地調査した職員の話によると、すごくオープンで、何か普通に普通の医療機関みたいに入出入りされているという話も聞きますので、少し認識も変わってきたのかなと思うんですけれども、先ほど申し上げた妊娠の適齢期といいますか、そういうものの啓発とあわせて、不妊治療も決して特殊なことじゃないんだという話もあわせて考えていきたいと思っています。

○岩中伸司委員 関連して申しわけない。すぐ関連ばかり出てくる。

私は、根本的に、この少子化対策で、この4ページに書いてありますね、これは県とは直接は、まあ国が今度この基本方針を出しているんですが、緊急対策の柱で、3本の矢というのはやはり言葉ですかな。これで推進ということでしてあるんですが、その1本が子育て支援、②が働き方改革、③が結婚・妊娠・出産支援、こういう形で緊急に対策を講じて少子化に歯どめをかけようというふうなことが国の考え方なのですが、これは、このことに対してどう思われているのかな。私は、少子化対策の一番の原因というか、根本的な要因がはっきりしないと対策が出ないと思うんですが、私は、これまでいろんな政

策、いわゆる子育て政策というか、子供に対する政策は不十分であったけれども、ある程度やられてきていると思うんですね。だから、どこが原因で少子化になったのかがないまま、この国はこういう緊急対策を出しているなど。この場で議論することじゃないかもしれませんがけれども、感想だけでも課長が……。

○中園子ども未来課長 冒頭おっしゃった3本の矢というのは、本当にアピールするための、いろんなところで3本の矢を使っていると思いますので、非常に危機的な状態なんだというのを言われるためのものかなと思います。

あと、どうしてこういうふうな危機的な状態かといいますと、実は、昨年社会保障・税一体改革のときに出された話なんですけれども、胴上げ型から肩車型へというのを聞きになったかもしれませんが、50年前は、65歳以上の1人を9人で支えていたんだそうです、働き手9人で。それが今は3人で1人、騎馬戦型と言われてはいますが、それが2050年になると、1.2人で1人を支えるという肩車型という、そういう危機感があって、こういうセンセーショナルな言い方をされているんだと思うんですが、あと、根本的なことに手を打たなきゃとおっしゃっていた話をしますと、やっぱり1つは結婚しないというのがあるんですね。子供を産まないというのがあるんですね。この共通していることは、やっぱり経済的な面があると、データの的にも出ています。やっぱり300万年収があるかどうかで大きく——男性ですけれども、結婚の率が変わるんですね。だから、ここにも出ていますように、経済的支援、重点的にやっていくというのも大事な事かなと思っています。

○岩中伸司委員 私もそのとおりだなという

ふうな思いでいるんですね。やっぱり根本的な問題は、もういかに今20代、30代の青年が低賃金で働いているのかということで、将来の展望というか、人生設計もできないようなその場限りの生き方ということで、そういうでたらめな経済状況になっている中で、何かそういうところが覆い隠されているような気がして、そこをきちっとやるということだから、私は、これはやっぱりある意味では国のそういう産業育成、経済成長いいけれども、本当にそこで働く人たちに手の届くような経済成長、経済発展の政策じゃないところに大きな原因があると思うんですね。

ですから、今課長おっしゃったように、少なくとも300万以上ぐらいの年収があったりすれば、22～23になれば、そろそろ彼女ができたなら、彼氏ができたなら結婚して、子供ができて、何とか学校に行かせるぞというふうな将来設計というのができると思うんですけれども、現状の社会、日本の社会では、それがますます厳しくなっているということが大きな原因ですから、これは、一つの厚生常任委員会管轄だけではもう問題解決できない。ただ、子育てという意味では具体的ないろんな施策があると思うんですけれども、少子化の緊急対策で、これはこの部署だけでは話にならぬというのが私の印象ですね。

○中園子ども未来課長 子ども未来課ですけれども、この説明資料が少子化社会対策会議の決定事項だというふうに申し上げましたけれども、これは同じ内容が骨太の方針にも盛り込まれております。だから、経済財政運営としても、国としてはこれをやっていくという方針は出されております。

○岩中伸司委員 そこはしっかり力入れないかぬな。

○青木社会福祉課長 社会福祉課でございま



す。

済みません、先ほどリバースモゲージの話がありましたので、ちょっと補足をさせていただきます。

このリバースモゲージ、正式名称は、要保護世帯、生活保護等が必要な世帯向けの不動産担保型生活支援と申しまして、平成19年12月から熊本県の社会福祉協議会で運用が開始されております。

対象者は、原則として65歳以上の高齢者世帯、なおかつ、居住用の不動産の評価額がおおむね500万以上を保有する者、これを対象にしているということでございます。

そして、貸し付けの実績でございますが、これは、私の手元にありますのは熊本市を除く数値でございますけれども、24年度末現在の数値なんですけれども、またふえている可能性あるんですが、19年12月に始まって25年3月末までで貸し付けに至ったケース、熊本市を除いて5件という状況でございます。

今後とも普及が必要というふうに認識しております。

以上でございます。

○小杉直委員 関連してよかですか。

○淵上陽一委員長 はい。

○小杉直委員 私も補足説明しておきますがね、さっき僻地医療に関連して、中心市街地、あるいは医療機関に近いところに移る御高齢者の話しましたでしょう。今おっしゃった制度は制度ですが、それと別に、大事なことは、元気な老人がいるわけです、必要です。元気な御老人がこれからの自分の体調保持のために、そういうところに移るといふふうなケースに対する採算ベースが合わないという現状ば説明したということですので、そういう側面も理解しとってもらいたいということと、もう1点、中園課長に、いろ

いろ少子化問題の話出とりますが、これはもう国家の大事な、大きな危機ですもんね、少子化問題は。それで、県庁職員さんは県民の公僕的なところがありますが、県庁職員さんは、出生率でなくて、子供さんの平均数ほどのくらいかわかりますか。

○中園子ども未来課長 子ども未来課としては把握しておりません。

○小杉直委員 提案ですが、経済的な問題が岩中先生もおっしゃったように大きなハードルがあるわけですよ。だから、給料ダウンを早く回復して、なるべく給料アップにつながるような県政をやってもらうということが現実的な問題です。

もう一つは、県庁職員には夫婦生活の推進強化、いわゆるセックスですたいな、柄に合わぬことば口にするばってんが、そういうとも、夫婦生活の推進強化なんかも現実問題としてあつとですよ、これはね。これはしなはらぬでよかばってんですね。そういうふうな給料ダウンの改善ばひとつ我々も頑張っていきたいと思っておりますので、参考までに言うときます。

○淵上陽一委員長 ほかにありませんかね。

○岩中伸司委員 高齢者の問題で、23ページですか、市町村国保の問題で、一番下の⑦に市町村間の格差で示してありますが、この前、視察で行かせてもらった富山県というのが最小でずらっと並んで、最大は、それぞれ医療費、所得、いろいろありますけれども、格差が富山県だけ極端に少ない、少ないというか、格差が最小であるということと、大きいところの——熊本県はどれぐらいになつとるか、調査されているのかということがあれば教えていただきたいと思っております。

○大塚国保・高齢者医療課長 保険料につきましては——しばらくお待ちください。少し資料を出します。

保険料につきましては、市町村格差は、先ほど御説明いたしましたのが、1.7倍というところでございます。

○岩中伸司委員 それは保険料、国保のな。

○大塚国保・高齢者医療課長 はい。

○岩中伸司委員 あとはわからぬかな、所得とかあれば、ここと担当が違うけんですね。

○大塚国保・高齢者医療課長 それで、補足いたしますと、この保険料というのは、基本的には医療費格差の水準とほとんど同じでございますので、大体本県においては1.7倍ということで御理解いただいていると思えます。

○岩中伸司委員 この格差の問題もあるんですけども、国保の保険料が高いというのは、もう本当に地域の中からのいろいろ声があるんですけども、今後もこれは、高齢化がさらに進んで医療費がますます必要になってくれば、介護保険もそうですけれども、国保の保険料もずっと高くなっていくんじゃないかということで、市町村でいろいろ努力はされているようですけれども、この辺について、今後どういうふうな形でそういうのを抑えていくのか、展望、具体的な何か考え方がありますか、方針というのは。

○大塚国保・高齢者医療課長 国保、それから後期高齢者医療に関しましては、やはり医療費適正化の取り組み、例えば、先般御議論いただきました後発医薬品の普及を図ったりとか、それから多受診とか重複受診とか、そういう取り組みをやっていただく、さらに

は、健康診断、いわゆる未然に予防していただく、健康づくりを推進していただくという意味では、国庫の補助金とかを使いまして、そういう取り組みもしていただくということが非常に大切なことということで考えております。

○岩中伸司委員 私、今のような形で努力をされていくということわかりますけれども、1つには、医療機関、これのどういう形での地域にどれだけそういう医療機関があるのかということでも違ってくると思うんですが、私が住んでいる荒尾というのは意外と医療費が一番県内でも高いほうなんです。何でかなというのがまだわからないんですが、やっぱりそれだけ苦労している人が多くて病人が多いのかなというふうな思いでいるんですけども、そういう医療機関の関係が非常に私は医療費との兼ね合いもあると思うんですね。終末医療の問題もあるんですけども、やっぱりそういう形で医療機関とのそういうふうな連携というか、そこはできないかなと思うんですが、そういうふうな医療機関との、そういう医療費を抑えていくというふうな、そういうことの話はなかなかできないと思うんですが、それはどこかできていますかね。

○三角医療政策課長 直接のお答えになるかどうかわかりませんが、考えられるのは、数といますより、やはり同じ診療で幾つも病院を受けられたりとか、軽症でも2次医療機関とか高次の医療機関を受けられたりとか、そういったことが一つの要因として考えられます。

いわゆる適正受診ということがやっぱり今から取り組んでいくべきということで、私もそういった観点から適正な受診ということに——これは、救急でもないのに時間外に行くとか、そういうのを含みますけれども、い

いわゆるフリーアクセスという部分で、許されている部分で、そういった部分がやっぱり見受けられますので、適正な受診、それからかかりつけ医を持っていただくとか、こういったものについて現在普及啓発を図りまして、医療費の抑制というものにつなげていっている一つの例でございます。

○淵上陽一委員長 ほかに質疑はございませんか。

なければ、以上で質疑を終了します。

次に、その他に入ります。

執行部から報告の申し出が2件あっております。

まず、報告について、執行部の説明を求めた後、質疑を受けたいと思います。

それでは、藤本子ども家庭福祉課長から報告をお願いします。

○藤本子ども家庭福祉課長 子ども家庭福祉課の藤本です。よろしくお願いたします。座って説明させていただきます。

2件の報告をさせていただきます。

資料の1ページをお願いいたします。

熊本県配偶者等からの暴力の防止及び被害者の保護に関する基本計画の見直しについてです。

この計画は、配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律に基づく計画です。いわゆるDVに関する基本計画になります。現行の第2次計画は、平成20年度に作成しておりますけれども、計画期間が本年度をもって終了することから見直しを行うものです。

1の現行計画の概要についてですが、現行計画は、計画期間は平成21年1月から平成26年3月までとなっております。基本理念に、人権意識の高揚、暴力を容認しない社会の実現など、5つを掲げております。

記載事項としましては、資料に記載のとおり

り、県のこれまでの取り組みの成果と課題、それらを踏まえた計画の基本理念及び施策の体系といった構成となっております。

次のページをお願いいたします。

2の取り組みの現状等ですけれども、まず、主な現状として、県の女性相談センターにおけるDVの相談件数と女性一時保護所におけるDVを原因とする一時保護者数を記載しております。表に記載のとおり、相談件数については、平成19年度以降1,000件以上で高どまりの状況となっております。

一方、一時保護者数は、年度ごとの入所者数で変動が見られておりますけれども、1日平均の入所者数で見ますと、ここ6年間は、おおむね2人から3人程度で推移している状況です。

(2)の課題につきましては、このようなDV相談件数が高どまりしているという現状等も踏まえまして、DVの未然防止教育等の推進、発見・相談体制の強化、被害者の安全な保護体制の充実、被害者の自立支援に向けた環境整備、関係機関との連携等の強化を主な課題として捉え、作業を進めてまいりたいと考えております。

3のスケジュールにつきましては、11月に庁内・関係機関との調整を経まして、男女共同参画審議会に諮り、来年1月にはパブリックコメントを実施します。そして、再度3月の男女共同参画審議会での審議を経た上で、最終案を3月の常任委員会で御報告したいと考えております。

引き続き、次の説明に参ります。

3ページをお願いいたします。

熊本県ひとり親家庭等自立促進計画の見直しについてです。

この計画は、母子家庭及び寡婦の生活の安定と向上のための措置に関する基本的な方針に基づく計画です。現行の第2期計画は、平成21年度に策定しておりますけれども、計画期間が本年度をもって終了することから見直

しを行うものです。

1の現行計画の概要についてですが、現行計画は、計画期間は平成21年4月から平成26年3月までの5年間となっております、基本理念に、ひとり親家庭等が自立し安心して生活できる環境づくりの推進を掲げ、記載事項としましては、資料に記載のとおり、ひとり親家庭等の現状と課題、それらを踏まえた具体的な施策の展開といった構成となっております。

次のページをお願いいたします。

2の取り組みの現状等ですが、昨年度に実施しました熊本県ひとり親家庭等実態調査を踏まえ、主な現状を3つほど掲載しております。

なお、この実態調査は、県内の児童扶養手当受給資格者及び各世帯の中から無作為で約4,000名を抽出し、アンケート調査を行い、回答をいただいた約1,900名分を取りまとめたものです。

1つ目に記載しておりますのは、ひとり親家庭の方々は、さまざまな生活上の不安を抱えているという現状です。アンケートの結果では、多い順に、生活費、仕事、子供のことという順になっております。

また、2つ目は、正社員率や賃金が低いという現状です。正社員率が45.8%、平均勤労収入が約159万円となっております。

そして、3つ目が子供の教育への悩みを抱えているという現状です。49.7%の家庭が子供の大学への進学を希望されておりますけれども、学習塾の利用等の率は約20%となっております。

さらに、この資料には記載しておりませんが、学習塾を利用していない理由の約6割が経済的な理由というデータもございます。

(2)の課題につきましては、そのような現状を踏まえて、安定的な雇用と収入の確保、仕事と子育ての両立、孤立化防止と社会全体

でひとり親家庭等を支えていく意識の啓発、養育費確保と面会交流の推進、子供の学びを支える仕組みづくりを課題として捉えまして、作業を進めてまいりたいと考えております。

3のスケジュールにつきましては、11月に庁内関係機関との調整を経まして、熊本県ひとり親家庭等自立促進計画推進委員会による協議を行い、来年1月にはパブリックコメントを実施します。そして、再度3月の自立促進計画推進委員会における協議を経た上で、最終案を3月の常任委員会で御報告したいと考えております。

以上です。

○ 淵上陽一委員長 報告が終了しましたので、質疑を受けたいと思います。

質疑はありませんか。

○ 小杉直委員 その他のその他で1つあります。

○ 平野みどり委員 質疑というか、意見交換したいんですが、このDV、相談は高どまりということですが、一時保護を終えて、そして自立というか、に向けた環境を整備していくという部分に当たると思うんですが、一時保護を出た後の居場所、そこから辺は今どんな状況なんでしょうか。

○ 藤本子ども家庭福祉課長 一時保護を出た後の居場所という意味のことになるかと思っておりますけれども、まず1つは、母子生活支援施設というのがあります。これは、御本人さんの子供を含めた自立を促すための支援する施設です。それ以外でいいますと、あともう一つは、とりあえず住む場所が要するという場合については、県営住宅を何戸か確保しております、そういうところで6カ月とかあるいは目的外使用で入っていただくとか、そうい

うやり方もっております。そういった中で、職業、就職活動も行いながら、子供を育てながら自立していただくという形になります。

○平野みどり委員 そういったDVの被害を受けた方たちを支援しているNPOとかもあると思うんですが、NPOが持っている施設に入ったりするケースもあるんですか。それとも、その県営住宅に入っていらっしゃるときにNPOがかかわって支援をしていくとか、そういうことなんでしょうか。

○藤本子ども家庭福祉課長 平野委員おっしゃっているNPO、幾つかあると思うんですけども、私どもで今連携をとっておりますのは、自立の前の一時的保護の場所に当たるところで、民間シェルターと言っていますけれども、県の一時保護施設というのは、結構県の施設なものですから規則とかも厳しくて、自由に——もちろん外出させないんですけども、そういったこともあって、もっと自由なところがいいというその被害者の方もおられて、そういう方には、民間のそういうシェルターに御案内するような場合があります。そういったことで、そういうところとは連携をとっています。

○平野みどり委員 県外もありますか、県外。今、熊本だと、嫌だとか、危ないということで随分離れたところとか、九州内のどこかとか。

○藤本子ども家庭福祉課長 九州外の場合につきましては、今は基本的には母子生活支援施設を女性相談センターのほうと、あと、福祉事務所で相談されて、もう遠く離れたところに避難していただくという形をとっております。

○平野みどり委員 DVの相談をして、そして行政とか警察がかかわっていく中で、何か暴力をする人、夫が多いんだと思うんですけども、エスカレートして殺人とかになっていたりしていますよね。そこら辺、警察との危機感の共有とか体制というのは昨今どうなんでしょうか。

○藤本子ども家庭福祉課長 まず、とりあえず警察との連携という意味では、とりあえず逃げるとき、まず、それはもちろん連携をとっています。ほとんど着の身着のまま、いわゆる逃げられるとか、あるいは母子生活支援施設に入居するときに、夫のすきを見ていくということで、そういうところに、施設のほうからとか、あるいは県のほうから見守って入れるということはしています。

それから、入った後は、特に個別の連携というのはとっておりませんが、市町村、それから県、もともといた市町村ですね、これはどういうことかといいますと、例えば児童扶養手当なんかを支給する関係で、そういうところから情報が漏れるという場合があるものですから、地元の市町村、それから逃げた先の市町村というところとはもう十分連携をとって、そういう情報が漏れないように、そういう連携は十分とっておるところです。

○平野みどり委員 もうこの仕組みができて長いので、経験も積んでおられると思いますけれども、新しいところで生活をしているところにまで押しかけたりとか、一時的に暴力はあったけれども、もとのさやにおさまってなくて、またさらに暴力とかという話も聞くので、本当に悲劇的なことができるだけ起こらないように、県警等の連携、そういうのもしっかりやっていただきたいなというふうに思います。要望をさせていただきます。

ひとり親のほうもいいでしょうか。

正社員率45.8%ということですが、テレポ  
ート、ああいうのが多いんですかね。この正  
社員率の中身ですね、どういのお仕事で正社  
員として仕事ができているのか。

○藤本子ども家庭福祉課長 済みません、こ  
の正社員の中身まではちょっと設問として聞  
いておりませんので、職種まではちょっと聞  
いておりません。なかなか就職が厳しい状況  
の中ではあるので、先ほど平野委員おっしゃ  
いました、私どもとしては、すぐにでも職に  
つけるような、そういうサポートをしております  
けれども、それはもうさまざまな職種で  
自分で資格を取りながら、例えば看護師の資  
格を取るとか、そういうサポートも県のほう  
ではしておりますので、そういう面で資格を  
取って取得する場合がありますし、それぞ  
れの立場で頑張っておられると思います。

○平野みどり委員 私の知り合いでも——い  
いです。やめときます。

○岩中伸司委員 今回の関連で聞けば、今おっ  
しゃった正社員の率は45.8%で、平均勤労収  
入159万ということで低いので、これは  
正社員の人たちのアンケートの結果だけじゃ  
なくて、そうじゃない人たちの収入も含めた  
平均ということで理解していいですか。

○藤本子ども家庭福祉課長 総平均でござい  
ます。

○岩中伸司委員 総平均でですね。

○藤本子ども家庭福祉課長 はい。

○岩中伸司委員 その他でいいんですか。

○淵上陽一委員長 今回の報告についての質疑  
です。

なければ、報告に対する質疑を終了させて  
いただきます。

次に、その他に何かありませんか。

○小杉直委員 前回、鳥栖の重粒子線センタ  
ーの視察を提案しましたら早速予定に入れて  
いただきましたので、委員長と副委員長並び  
に執行部の御協力に感謝申し上げます。

以上でございます。

○岩中伸司委員 子宮頸がんワクチンの副作  
用ということで新聞にも載っているんですけ  
れども、これは熊本県内の状況はどういう状  
況なのか、現状だけ教えていただければ。

○一健康危機管理課長 健康危機管理課で  
す。

子宮頸がんの現状ということですが、副作  
用の現状ですが、今副作用でいただいている  
報告は4件いただいております、医療機関  
のほうから厚生労働省に報告が上がりまし  
て、報告が厚生労働省のほうから私のほうに  
通知が来るということで、4件いただい  
ております。

○岩中伸司委員 そうすると、この新聞報  
道による県内のケース、4人のこれは、いつ  
やったかな、10月の3日かな。

○一健康危機管理課長 10月の3日の記事だ  
と思います。

○岩中伸司委員 3日の記事の、この範囲以  
外はもうないということで理解していいです  
か。

○一健康危機管理課長 この時点においては  
そうということだということ、それ以後現時  
点まで、まだ厚生労働省から通知が来てい  
ませんので、ただ、今後のことはまだ私ども

かりません。

○瀧上陽一委員長 ほかに何かありませんか。

○増永慎一郎副委員長 山内課長にお伺いしますけれども、先日新聞に掲載されましたフッ化物洗口の話題なんですけれども、あれの経緯をちょっと教えていただきたいんですけれども、何でというふうなことを、新聞に載せられたかという経緯を……。

○山内健康づくり推進課長 経緯につきましては、私のほうが出たのが日曜日だったと思いますが、その1週間ちょっと前に、一県民の方から熊日のほうに、フッ化物というのは非常に危険だし、効果もないと聞いている、WHOも、禁忌といいますか、使うなというふうに指導をしているのに、どうして県でフッ化物の推進に当たっているのだというような投書欄への投書がありました。

私も、内容が非常に誤解に基づく御意見だったものですから、これはもう県民の方々にも投書された方にも正しいことをぜひ御理解いただきたいという趣旨で投稿させていただいております。

○増永慎一郎副委員長 先日、ちょっと子供の学校のPTAの会議がありまして、以前からフッ化物洗口については先生たちにもお願いをしてもおりましたし、教育委員会等にもお願いをしていたんですけれども、その記事の話、記事を私コピーしまして配ったわけなんですよ。見られていた方がかなりいらっしやいまして、やはり保護者がそのフッ化物洗口についての知識が全くないというのが現状でして、やはりいろんなところから悪いような形で伝えられているケースがかなりあったもんで、せっかくなので、あれをやっぱりもとにされて、もうちょっと別のと

ころでも、ああいったきちんとした説明を、例えば今回全校全体的にされるということで、保護者あたりにある程度初めに告知をされると、非常に取り組みやすいんじゃないかというふうに思いましたので、応援意見としてよろしく願いをしておきます。

以上です。

○山内健康づくり推進課長 貴重な御意見ありがとうございます。

今の各市町村のほうにもいろいろずっと説明に回っておりますが、市町村単位でまたは学校単位でも保護者の方向けのそういった説明会を開催される際には、医師、歯科医師の方を初めとするアドバイザーなり、講師なりの派遣も、とにかく何でもやりますからと、ぜひぜひお声かけくださいということもやっておりますし、また、あわせて、テレビとか雑誌とかでも、別途、本年度虫歯予防のためにはフッ化物が一番安全で効果的だよというキャンペーンといいますか、そういう広報活動をやっているところです。

今後とも引き続き、やっぱりまずは保護者の方々に理解をいただくのが一番だと私も思っておりますので、頑張っただけでまいりたいと思っております。

○瀧上陽一委員長 ほかにありませんか。

○大塚国保・高齢者医療課長 国保・高齢者医療課でございます。

先ほど御質問にうまく答えられなかった数字につきまして御報告したいと思います。

まず、小杉委員からお尋ねの、熊本市の所得水準が低いというところでございますが、ストレートな統計はございませんが、合計所得金額33万以下の方については、国民健康保険料7割軽減するという措置をとっております。その7割軽減の方の割合が32%でございます。ですから、32%の方は、合計所得は33

万以下であるということで、ストレートな回答ではございませんけれども、その数字を申し上げたいと思います。

それから、岩中委員からお尋ねの、1人当たりの医療費の格差についてでございますが、一番高いのが水俣市で49万6,000円余、それから一番低いのが小国町の26万5,000円ということで約2倍、大まかに言うと2倍の差があると。

それから、保険料については、23年度の数字で、一番高いところがあさぎり町の9万4,623円、一番低いところが津奈木町の5万6,670円くらいということでございます。

以上、報告させていただきます。

申しわけありませんでした。

○小杉直委員 わかりました。

○淵上陽一委員長 ほかにありませんか。

（「ありません」と呼ぶ者あり）

○淵上陽一委員長 なければ、以上で本日の議題を終了いたしました。

最後に、要望書が1件提出されておりますので、参考としてお手元に写しを配付しております。

それでは、これをもちまして本日の委員会を閉会いたします。

午前11時59分閉会

熊本県議会委員会条例第29条の規定により  
ここに署名する

厚生常任委員会委員長