

地域医療対策特別委員会会議録

平成19年6月25日

場 所 第4委員会室

平成19年6月25日（月曜日）

午前10時0分開会

会議に付した案件

○概要説明

福祉保健部

1. 医師確保に関すること
2. 医療資源の集約化・重点化について

○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（12人）

委員	長	井上紀代子
副委員	長	新見昌安
委員		米良政美
委員		井本英雄
委員		蓬原正三
委員		丸山裕次郎
委員		黒木覚市
委員		宮原義久
委員		松村悟郎
委員		満行潤一
委員		外山良治
委員		関師博規

欠席委員（1人）

委員		押川修一郎
----	--	-------

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	宮本尊
--------	-----

福祉保健部次長 （保健・医療担当）	宮脇和寛
----------------------	------

福祉保健課長	松原英憲
--------	------

医療薬務課長	高屋道博
--------	------

国保・援護課長	舟田宏
---------	-----

健康増進課長	相馬宏敏
--------	------

事務局職員出席者

政策調査課 特別委員会担当主査	久保誠志郎
--------------------	-------

議事課 議事担当主幹	亀澤保彦
---------------	------

○井上委員長 ただいまから地域医療対策特別委員会を開会いたします。

まず、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。

まず、福祉保健部に、前回の委員会で資料要求がありました事項等について説明していただき、次に、調査事項であります産科医療と小児科医療における医療資源の集約化及び重点化について説明をいただきます。

その後、7月と8月に予定しております県北と県南調査の計画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〕

○井上委員長 それでは、そのように決定いたします。

では、これから執行部の説明に入ります。執行部入室のため、暫時休憩いたします。

午前10時1分休憩

午前10時2分再開

○井上委員長 委員会を再開いたします。

前回の委員会に引き続き、福祉保健部におい

でいただきました。

それでは、概要の説明をお願いいたします。

○宮本福祉保健部長 それでは、説明をさせていただきます。

最初に、特別委員会資料の表紙をめくっていただきまして、目次をごらんいただきたいと思います。

本日は、まず、1の医師確保に関することとしまして、前回の委員会で御質問がありました診療報酬の改定状況、2次医療圏別の医師の動向等について、6つの項目につきまして御説明をさせていただきます。次に、2の医療資源の集約化・重点化について御説明をさせていただきます。産科及び小児科における医療資源の集約化・重点化につきましては、本県におきましても検討を進めてきたところであり、具体的には、県地域医療対策協議会にそれぞれ産科検討部会及び小児科検討部会を設置して検討してまいりましたが、本年3月に報告書がまとまりましたので、御報告をするものであります。

詳細につきましては担当課長から説明をさせていただきますので、よろしく願いいたします。

○舟田国保・援護課長 診療報酬の改定状況についてであります。

委員会資料の1ページをごらんください。

まず、1の概要であります。診療報酬につきましては、国において原則2年に1回改定されてきております。このうち小児科は、受診者が乳幼児中心でありますので、検査や投薬等が他の診療科に比べ、余り行われなこともあり、基本料だけでは診療収入は多くなりません。このことから、小児科につきましては毎回各種の加算措置が行われ、診療報酬の改善が図られております。また、産科につきましては、近年は

特に改定がなかったところですが、平成18年の改定では、出産の高齢化に伴いますハイリスク妊産婦関係の加算措置が新設されております。

次に、2の改定の状況であります。資料は1ページの中ほどから2ページになります。直近の5回の改定内容について、小児科及び産科を中心に主なものを抜粋しております。

診療報酬改定の大きな流れとしましては、平成12年の改定までは引き上げ基調で推移してきたところであり、平成14年の改定で初めて診療報酬本体が1.3%引き下げられ、以降、全体的に引き下げ傾向にあります。2ページの一番下の平成18年4月の改定の欄をごらんください。1の診療報酬点数表の改定にありますように、診療報酬全体で3.16%の引き下げとなっております。このような中、その右側のほうに記載しているとおりですけれども、小児科では、1つ目の丸にあります乳幼児の深夜加算、その下のほうの2つ目の丸、小児入院医療管理料が引き上げられており、また、産科につきましては、先ほど申し上げましたとおり、3つ目の丸にありますように、ハイリスク分娩管理加算が新設されるなど、小児科や産科には重点的に報酬の加算措置が行われております。以上でございます。

○高屋医療薬務課長 それでは、引き続き、前回の委員会で要求のありました医療薬務課関係の資料について御説明をいたします。

資料の3ページでございます。2次医療圏別の医師の動向についてであります。

まず、アに挙げております医療機関従事医師及び医療機関以外従事医師の動向であります。厚生労働省が2年に一度行っております医師・歯科医師・薬剤師調査によりますと、公衆衛生医師や無職の医師を除く医療機関に従事する医

師数は、平成10年から平成12年の間に55人の増、平成12年から14年の間に50人の増、14年から16年の間に50人の増となっております。平成10年から16年の間に延べ155人の増となっております。

次に、イの各医療圏別の医療機関従事医師の動向であります。医療機関に従事する医師は、医療圏によって多少増減はありますが、宮崎東諸県医療圏が連続して増加しており、平成10年から16年の間に111人の増となっております。このほか、都城北諸県及び宮崎県北部医療圏ではおおよそ増加傾向にありますが、他の医療圏ではおおよそ横ばいに近い傾向にあると思われま

す。4ページをごらんください。(3)の2次医療圏別の医療機関従事医師数、現住人口、面積の状況についてであります。この表にありますように、宮崎東諸県医療圏につきましては、人口で36.8%、面積では11.3%を占める状況ですが、医療機関従事医師数では50.1%となっております。一極集中の状況にあるということがうかがえます。

5ページをごらんください。(4)の総医師数の年齢構成及び男女構成の状況であります。平成16年の構成比を見ていただきますと、30歳代から40歳代の医師が全体の半数以上を占めている状況となっております。また、平成10年との比較をしてみますと、40歳代と50歳代の医師が大きく増えております。これは宮崎医科大学を卒業した医師が徐々にこの年代に達してきていることなどがその要因の一つであろうかというふうに考えております。一方で、20歳代及び30歳代の医師が減少しておりますが、これは近年、宮崎大学への地元からの入学者が低迷したことなどが要因の一つであろうかと考えております。男女比を見てみますと、女性医師の占める割合

が1.9ポイント増加している状況にあります。

6ページをごらんください。(5)の厚生労働省が予測する医師の需給見通しであります。厚生労働省が昨年7月に取りまとめました医師の需給に関する検討会の報告書によりますと、医師の需要と供給について、受療動向や人口構成等の要素を加味して将来の動向を推計したところ、平成34年、15年後になります。30.5万人で需要と供給が均衡し、その後は需要が上回っていくとの結論になっておりまして、明確な算定の根拠というのは明らかではありませんでした。

次に、(6)の民間病院医師と県職員医師の給与についてであります。民間病院医師の状況につきましては、人事委員会事務局の給与実態調査によりますと、医科長級で月額130万5,889円、医師級で月額104万8,314円となっております。なお、これは18年4月時点の支給額で、期末勤勉手当は含まれておりません。県病院医師の平均月収額は、月額124万2,000円となっております。これは期末勤勉手当等を含めた年間の総支給額を12月で除したものとなっております。なお、期末勤勉手当を除いた月額を当方で試算しましたところ、月額で約90万6,000円程度となると思われま

す。それでは、次に、医療資源の集約化・重点化について御説明をいたします。資料の7ページでございます。

まず、1に挙げております背景であります。産科医、小児科医につきましては、全国的に医師の不足、偏在が深刻な問題となったことを受けまして、厚生労働省、総務省、文部科学省の3省連名による通知があり、それを受け、県におきまして、医療資源の集約化・重点化について、その必要性及び具体策について検討を行っ

たところであります。

具体的には、2の本県の対応にありますとおり、県地域医療対策協議会に新たに産科検討部会、小児科検討部会を設置しまして、宮崎大学の担当教授を部会長に、県医師会の担当理事、中核的病院の医師、地域の開業医の方々に参加をいただきまして協議をしております。

検討結果は、平成19年3月に県地域医療対策協議会に報告され、その要旨を次の8ページ、9ページにそれぞれ掲載しておりますが、本日は時間をいただきましてそれぞれの報告書の内容を簡単に御説明いたしたいと思っております。

まず、「宮崎県における産科医療の集約化・重点化について」と題しております産科検討部会報告書から御説明をいたします。別冊になっております。

1ページをお開きください。本県の産科医療の現状、(1)として産科医師数の推移についてであります。この10年間の動向を見ますと、わずかながら増加傾向にありまして、人口10万人当たりでも本県は10.7人と全国平均の8.3人を上回っております。全国的には産科医は減少傾向にありますので、人口10万人当たりの本県と全国との差は拡大傾向にあります。

2ページをお開きください。産科医師数の全国との比較であります。人口10万人当たりで見ますと、平成16年は全国2位、出生数1,000人当たりでは同じく全国4位という状況でありまして、全国的にはまだ恵まれた環境にあるというふうに思われます。

(3)の分娩可能施設と従事医師数の状況であります。近年、訴訟件数の増加や医師の高齢化等によりまして、産婦人科を標榜していても実際には分娩を取り扱わない医療機関が増加傾向にあると言われております。日本産婦人科学

会が独自に調査した結果によりますと、分娩を取り扱っている産科医師数は全体の7割から8割にとどまっているようであります。本県の場合、産婦人科あるいは産科を標榜する医師のうち、実際分娩を扱っているのは82.3%であり、全国とほぼ同程度の割合となっております。

次に、5ページをお開きいただきたいと思います。(4)で病院と診療所の医師の配置状況であります。分娩を扱っている医療機関の医師の配置状況を示しておりますが、102人の医師の中で56人の半数以上が病院に勤務をしております。また、1病院当たりの医師数は4.7人となっております。

次の6ページをごらんください。各医療圏ごとの現状であります。以下、医療圏ごとの状況につきましては、12ページまで7つの医療圏ごとに現状分析をしておりますので、これにつきましては後ほどごらんをいただければと思います。

先に進みまして、13ページをお開きいただきたいと思います。2の本県のあるべき産科医療体制についてであります。

まず、医療圏再編による全国平均以上の医師確保についてであります。本県におきましては、県全体では一定程度の産科医師数を確保できておりますけれども、地域的な偏在がありまして、下に示しておりますとおり、網かけで示しておりますけれども、出生数1,000人当たりの医師数が全国平均値を下回っている医療圏がございます。このため、隣接医療圏との再編を図りまして、新たな医療圏では全国平均以上の産科医を確保するとともに、次のページになりますけれども、少なくとも1カ所はハイリスク分娩に対応する中核病院を確保し、安全な産科医療体制を引き続き構築していくこととしております。

15ページをごらんください。3に挙げております本県における集約化・重点化への対応であります。

まず、周産期医療への取組についてであります。厚生労働省は、周産期医療体制の整備方針としまして、総合周産期母子医療センターを各県1カ所に整備することとしておりますけれども、本県では、総面積の広さや南北東西に広がっている地理的条件、交通事情などを考慮し、各地域において一定程度の周産期医療が提供できる体制づくりが進められてまいりました。その結果、16ページの下の表をごらんいただきたいと思っておりますけれども、重篤な患者等の受け入れを行う3次周産期センターが宮崎大学医学部附属病院と宮崎県立病院に、2次の周産期センターが県内6カ所に整備されまして、新生児集中治療管理室（NICU）は実稼働数で100床の体制となっております。

18ページをごらんいただきたいと思っております。このような取組を進めました結果、平成6年時点では、周産期死亡率、新生児死亡率、乳児死亡率の3つの指標で全国最下位となるなど、非常に厳しい状況にありましたけれども、平成16年では、周産期死亡率などの指標が大幅に改善されてきておりまして、全国トップクラスの状況となっております。

19ページをごらんください。集約化・重点化への対応及び今後の課題であります。さきに述べましたとおり、本県におきましては、医療の地域化を進めてきた結果、宮崎県独自の地域分散型の産科医療体制が整備されまして、産科に係る医療資源の集約化・重点化が図られてきたと言えます。また、今後の課題としましては、1次から3次までの医療機関相互のさらなる連携の充実、分娩施設のない地域については地元

自治体と関係機関による引き続きの検討、さらに関係機関が一体となった産科医の育成確保が挙げられております。

産科検討部会報告の説明は以上でございます。

続きまして、小児科検討部会の報告書をごらんいただきたいと思っております。

1ページをお開きいただきたいと思っております。

まず、本県の小児科医療の現状としまして、小児科医師数の推移であります。本県の小児科医師数は、平成6年の101人から平成16年の129人、人口10万人当たりでは8.6人から11.1人と2.5人増加し、全国平均に近づいてきたところであります。しかしながら、18年末の状況を部会独自で調査しましたところ、126人と3名減少しております。さらに、126人のうち13人が70歳以上の高齢医師、38人が女性医師となっており、若手医師の育成確保や就労環境が図られなければますます小児科医の不足が深刻化していくことが懸念をされております。

2ページをごらんください。小児科医師数の全国比較と地域偏在の状況であります。上の表で見ていただきますとわかりますように、全国と比較しまして、人口10万人当たりの医師数あるいは15歳未満人口1万人当たりの小児科医師数とも、全国平均を下回る厳しい状況となっております。また、下の表を見ていただきますと、中ほど、宮崎東諸県医療圏に医師の半数以上が集中している一方で、日向入郷医療圏や西諸医療圏ではそれぞれ3～4%程度の医師しかおらず、地域的な偏在が顕著となっております。

3ページでございます。開業医と勤務医の状況であります。下の表を見ていただきますと、開業医を中心としました初期医療機関と後方支援医療機関に分けて医師数を見ますと、後方支援病院は平均5.9人の小児科医がいることになっ

ております。しかしながら、医師の養成機関である宮崎大学附属病院を除きますと平均3.7人となり、およそ医師1人当たり週2日から3日のペースで宿直をしなければならないなど、非常に厳しい勤務体制となっております。

4ページをお開きください。小児医療へのニーズであります。平成15年度に県と医師会が実施しました宮崎県救急医療現況調査によりますと、下のグラフにありますように、救急患者の4割が小児となっております。また、在宅当番医利用者の43.6%、夜間急患センター利用者の59.1%が小児患者であり、14.7%が小児という本県の人口構成からしましても、小児医療への保護者のニーズは極めて高いものがあると考えております。

5ページをごらんください。小児救急医療体制の現状であります。小児医療へのニーズにありましたように、小児医療に係る課題の一つは、休日・夜間の救急医療体制の確保であります。特に、小児救急につきましては、発熱などの軽症患者が多いことから、初期救急の充実が求められておりますが、その受入体制は医療圏によってばらつきがあります。

下の表をごらんいただきたいと思いますが、まず、休日における初期救急ですが、丸印をしておりますのは小児科医による在宅当番体制がとれているところでありまして、宮崎東諸県医療圏のみであります。あとは三角印となっておりますが、内科医等も含めた在宅当番体制となっております。

次に、夜間における初期救急体制としましては、まず、宮崎県北部と日向入郷医療圏が小児科医の不足等によりまして個別での夜間対応が困難となったことから、平成17年度から共同して準夜帯19時半から23時のみ延岡市夜間急病セ

ンターで対応をいたしております。西都児湯と宮崎東諸県医療圏は、開業医の医師や大学勤務医等の協力によりまして、準夜帯、深夜帯を含めまして宮崎市夜間急病センターがカバーをしております。日南申間医療圏は、休日の夜間の準夜帯のみ休日夜間急患センターが運営をされております。都城北諸県医療圏は、開業医の先生等の協力を得まして、都城救急医療センターが準夜帯、深夜帯を含めて運営をされております。西諸につきましては、圏域内には夜間の対応はない状況であります。

また、この表にある黒塗りの時間帯は、圏域内に対応できる医療機関がないことから、2次や3次の後方支援の医療機関で診療を受けている状況であります。その結果、本来、重篤の入院患者等に対応すべきこれらの後方支援機関に軽症の初期患者が多数来院することにより、2次、3次医療機関の勤務医の負担がさらに増しているという状況にあります。

6ページをお開きいただきたいと思います。各医療圏ごとの現状を書いております。以下12ページまでは7つの医療圏ごとに現状分析をしておりますので、これにつきましては後ほどごらんをいただきたいと思います。

13ページをごらんいただきたいと思います。2の本県のあるべき小児医療体制についてであります。

まず、こども医療圏の設定についてであります。本県では、昼間の小児医療は一定程度確保できておりますけれども、夜間の救急医療体制が小児科医の絶対的な不足等によりまして不十分な状況となっております。そのため、先ほど申し上げましたとおり、宮崎県北部医療圏と日向入郷医療圏では、共同して準夜帯の小児救急医療を確保している状況でありまして、このよ

うに現状では7つの医療圏を超えた広域での小児救急医療圏の構築が不可欠となっております。このため、下の図にありますとおり、新たにこども医療圏を設定しまして、小児救急医療体制の強化を目指すものとしております。

15ページをごらんいただきたいと思います。小児救急医療体制の再構築方針であります。こども医療圏における特に夜間における救急体制の再構築は、それぞれの地域の状況も勘案しながら検討していく必要がありますことから、当報告書では、他県の事例を参考としながら、その表の施策のAからEとして5つの方策を示すにとどまっております。

16ページをお開きいただきたいと思います。まず、方策Aで挙げております地域中核病院単独型でございます。これは地域中核病院に医師を集約し、夜間外来、入院を一貫して提供する体制ですが、デメリットのところに書いておりますとおり、勤務医が少ない状況の中で人員の確保が可能か、課題であります。

次に、17ページの方策B、地域中核病院輪番型でございます。これは複数の地域中核病院で輪番によりまして夜間外来、入院を一貫して提供する体制ですが、これは地域住民にとってわかりづらいといった課題等がございます。

次に、18ページの方策Cでございます。地域中核病院開放型でございます。これは地域中核病院の夜間帯を開放型としまして、開業医の協力を得まして夜間外来を実施する体制であります。メリットとしましては、夜間帯を開業医がカバーすることにより、勤務医の負担軽減が図られる点があります。また、地域住民にとりましても、夜間外来をやっている病院が明確となり、安心感の向上につながるものであります。デメリットとしましては、開業医の協力が不可

欠である点があります。また、赤字が出た場合には地元自治体で共同して支援する必要も出てまいります。

なお、事例としましては、下に挙げておりますが、熊本方式と呼ばれる熊本医師会病院の例がございますが、この病院では、下のほうの勤務シフト表にありますように、開業医、大学の小児科医、そして医師会病院勤務医が時間帯によって役割分担を行いまして、24時間365日体制が確保されております。ただ、この熊本方式も近年、協力開業医の減でありますとか、大学小児科医の減少等によりまして体制の維持が極めて厳しい状況にあるというふうに伺っております。

次に、19ページの方策D、夜間急病診療所併設型あるいは次の20ページにあります方策E、夜間急病診療所分離型であります。これは開業医等の実施する夜間急病診療所を地域中核病院に併設あるいは別の場所に設置する体制ですけれども、それぞれデメリットに記載しておりますような問題が想定をされます。

最後に、21ページをごらんいただきたいと思います。今後の取り組みについてであります。

まず、1の集約化・重点化への具体的検討であります。先ほども申し上げましたとおり、各こども医療圏における特に小児救急医療体制の充実強化を図るため、これから圏域ごとにプロジェクトチームを組織いたしまして具体的な事業の推進に当たることとしております。プロジェクトチームは、今年度から県と大学小児科をコアメンバーとしまして、各圏域ごとに開業医、中核病院、行政が一堂に会しまして、地域の実情に合わせた具体的な検討を進めることとしております。

22ページをお開きいただきたいと思います。

安定的な小児科医の育成確保であります。本県の小児医療体制を維持充実していくためには、これまで以上に大学、行政、医師会等の関係機関が一体となって取り組んでいく必要があります。1つは、昨年度県が創設いたしました県医師修学資金の活用であります。平成18年度の実績としまして、小児科を希望する医学生5人に対し、修学資金を貸与したところであります。なお、平成19年度につきましては、小児科希望者2名に貸与を決定しております。

2つ目は、大学の教育カリキュラムの充実であります。もともと小児科を希望する医学生は少ないわけではないことから、大学のカリキュラムを充実し、小児科の魅力を発信する取組を宮崎大学でも実施をされているところであります。

3つ目は、女性医師の支援であります。元来、小児科は女性医師の比率が高いことから、女性小児科医が将来的に継続して勤務できるよう、バックアップ体制の充実を図っていく必要があります。宮崎大学では今年度から院内保育園を実施をされております。

最後に、県出身医師の積極的な誘致であります。全国的に小児科医師が不足している中で、県外からの小児科医の誘致は極めて厳しい状況にあります。市町村等の関係機関と一体となって小児科医の確保に努めていきたいというふうに考えております。

私からの説明は以上でございます。

○井上委員長 執行部の説明は終わりました。御意見、御質問等ございましたら、お願いいたします。

○丸山委員 ただいま説明をいただいた中の小児科ということのほうでお伺いしたいんですが、私の年代も、子供を抱えている人と付き合うこ

とが多いんですけれども、その中で言われるのは、私もそうだったんですが、子供というのは、土日、また深夜に悪くなるケースが多くて、非常に皆さん心配されております。特に西諸のほうは、影響があったとおり、ほとんど診てもらえないということで、病院の先生なんか聞いても、よく言われるのは、後方的に支援する病院がないから診られないということで、救急のときには都城なり宮崎に行っている状況です。今後、各地域にプロジェクトチームをつくっていかれるということであるんですが、今まで説明をいただいたときに、5つぐらい型があるということですが、それぞれ具体的に県としてはこの方法がいいんですよというサジェションを、地域医療ごとに違うと思うんですが、どの辺までやっていこうとしているのか。そしてまた、これを見ていると、地域医療圏ごとのメンバーが、医師とか、中核病院、行政ということですが、地域の声を反映するというのに行政だけというのはちょっと見づらいなんですけれども、どういうことでやろうとしているのかをあわせてお伺いしたいというふうに思います。

○高屋医療薬務課長 5つのパターンにつきましては、各圏がこのような形で取り組んでいるところがあるということで参考としてお示しをしたものであります。ですから、当然3つの医療圏を想定しているんですけれども、その医療圏の中で、これを一つ参考にはしていただきますけれども、今、委員がおっしゃいましたように、プロジェクトチームのメンバーの方、住民代表の方も入ってもらうことも必要になると思いますけれども、そういった中でどういった圏域の中で一番適した小児救急体制がとれるのかということのをこれから検討していこうということでございます。あくまで地域の考え方という

ことを尊重をしていきたいというふうに考えております。

○丸山委員 こうなってくると、開業医の先生方の協力が非常に重要になってくるんだらうというふうに思っているんですが、開業医のほうとなると、医師会等のコンセンサスほどの程度まで、意思統一といいますか、ある程度こういうことでやっていきましょうということで、協力が絶対必要だと思うんですが、県のほうから今の段階ではどの程度まで話し合いをしているところでしょうか。

○高屋医療薬務課長 この小児科検討部会のほうには、一番最後に部会のメンバーが挙げてありますけれども、その中に医師会からも入っております。そして小児科医の会長さんにも入っていただいております。この検討部会として一応報告が出されましたので、早速各圏域に出向きまして、市町村、医師会、そういったところとどういうふうに進めていくかということこれから検討に入っていくという段階でございます。

○丸山委員 あと、違った視点ですが、こども医療圏が3つの地域に分かれるということです。例えばの話で申しわけないんですが、西米良とか椎葉とか五ヶ瀬、えびのも含めて、県境に接するところは、実際言って、今考えているところよりも隣のほうが交通の便もよかったりとか想定もできるんですが、隣の連携というのはまだ考えていらっやないんでしょうか。

○高屋医療薬務課長 すみません、隣のいいますと。

○丸山委員 県を越えて。

○高屋医療薬務課長 医療圏の圏じゃなくて県ですね。これにつきましては、まだその段階までは行っておりません。これからは県域を越え

た連携協力というのは当然必要になってくると思います。

○丸山委員 ぜひそういった形で他県との連携も含めてしていただくことも必要だというふうに思っております。山間地域というのは非常に交通便が悪くて、私も生活福祉常任委員会で少し話をさせていただいたんですが、基本的には理想的であろうというふうに思っておりますけれども、搬送手段までしっかり担保がないとこれはうまく機能しないというふうに思っています。ヘリポートの話も若干させてもらいましたけれども、そういったことも含めて搬送が本当にできるのかどうか。子供というのは急に悪くなって、また後遺症も残りやすかったり、手当てが早ければよくなる、ちょっと遅くなると重度になるという、非常に難しいことであって、時間との戦いが一番大きいのかなというふうに思っておりますので、そういった搬送まで含めてしっかりと協議をしていただくことをお願いしたいと思います。

○宮原委員 今、丸山委員からもありましたが、これはどちらでもいいんですが、例えばえびの市で分娩で、都城まで運ぶよりも、人吉へ運んだほうがよっぽど楽だということになるんですが、県としては、先ほど言われたように隣の協議はこれからだということのようなんですけど、実際のところはえびのも鹿児島県に近いところに産科医さんがいらっやるということを考えると、高速に乗せてしまったほうが早いかなというふうに思っているんですけど、実際のところは、都城のほうにそういったのが運ばれている比率が高いのか、人吉のほうに行くほうが高いのか、そのあたりは分析はされていますか。

○高屋医療薬務課長 そのあたりの分析までは

しておりません。

○宮原委員 実は、西諸医師会という形の医師会があるんですが、人吉の病院に行くと、人吉の病院にはえびの医師団という名前で病院が名前がずらっと書いてあるんですよ。そういったことを考えると、県のほうがこういう形で都城のほうに圏域として行きましょうということになるんでしょうが、えびのも医師団という考えでは、高速がつながったという関係で人吉に送り込んだほうが早いというような判断を実際やられているんだろうというふうに、僕はその看板を見たときに思ったんです。だから、小児科にしろ、産婦人科にしろ、地図で見てもらえばわかるとおり、特に西諸から一番遠い、都城の中でも一番外れのほうにそういった病院が集中しているということを考えると、先ほど丸山委員からあったように、県域を含めた形で、県を越えた形である程度はやっていく部分も幾らかは考えていて欲しいなというふうに思っています。これは宮崎県におけるということですから、当然県費を使っているんな形でやろうということですから、それも重要だというふうには思っているんですけど、そのあたりの部分についても検討はしておいていただいたほうがいいのかなというふうに思いますので、よろしく願いしたいと思います。

○米良委員 なかなかいい資料をいただきましたけれども、この検討部会、産科も小児科も含めて、実際に医師に関係する人たちばかりで、例えば小児科でいいますと、これから、あるいは今までもそうですけれども、実際に子供を産んで育てる側のお母さんの立場とか、あるいはこれから子供を産もうという産科の立場で考えますと、当事者の声というのが全然入っていないんですね。そこらあたりは検討部会の委員の

皆さんたちを選定するときに検討されたものなのかどうか。当事者の声というのがやっぱり一番切実な思いとして伝わってくるような気がしてならんものですから、そこ辺はどうなんですか。例えば、小児科医療の集約化・重点化の資料の4ページで見ますと、保護者要望欄という抜粋がありますね。ここらあたり考えますと、切実な訴えが出ておるんですね。例えば、今働くお母さんたちが増えています。子育ての真っ最中ですから、仕事が終わって連れていこうとか、時間的なそこ辺を考えますと、子供が悪いにもかかわらず時間を延ばさなきゃならんということも悪条件として中にはあるんじゃないかなという気がするものですから。保護者の、いわゆる子育てをするお母さん側の意見という場が出てこないんじゃないかなという気がしてならんとですけれども。

○高屋医療薬務課長 この検討部会をつくる時には、そういった保護者の方、お母さん、お父さん方の意見を聞くということでは委員に入っていておりません。直接子供の治療に当たる小児科医の先生方はいらっしゃいますし、お母さん方と接する先生方もいらっしゃいますので、そこで聞けるというようなことだったのかもしれませんが、とにかくこの検討部会にはメンバーとしては入っておりません。今後、各圏域でどういう体制をとっていったらいいのかということを検討する場では、そういった実際のお母さんたちの声を聞く場を設けることも考えていきたいというふうに思います。

○米良委員 さっき2人の委員からも出ましたけれども、地方自治体と関係機関との連携強化というのは極めて私も大事だろうと思います。実際そういうことを前提にして考えたとき、お医者さん側のほうの考え方といたしますか、それ

らにどう我々連携を深めていかにゃいかんかという、医者立場としてはどのようなことを考えておられるんでしょうかね。ちょっと難しいかもわかりませんが、医者の側に立った連携プレーというか。私は医者としてこういうことを望んでおるとか、こういうことを考えておるといようなことがありましたら、参考のためにお聞かせいただけませんか。

○高屋医療薬務課長 私もこの仕事を担当してまだ3カ月にしかありませんで、実際先生方とお話をする機会も余りないのでよくわかりませんが、委員がおっしゃいますように、医師同士の連携がとれないと……。これが問題になったのは、小児科医師、産科医師もそうですけれども、比較的小規模な病院が圏域の中に点在しているということで、病院ごとの1人1人の医師にかかる勤務が過重になっているということで、勤務の厳しさといいますか、そういったところからだんだん病院の勤務医師がやめていく。開業医になっていく。そうすると、開業医のほうの協力もなかなか簡単には得られないという悪循環が生じて今のような事態になっていると思います。集約化・重点化という考え方も、これは休日・夜間とか救急の体制をどうするかということなんですけれども、1カ所に集中してそこに医師を集めることで勤務医の負担が軽くなるんじゃないかと。そうすることで安全な医療が提供できるんじゃないかという発想でこれはできているということでございます。そしてまた、こういう体制を構築するという考え方も、厚生労働省としては、医師不足が現実にあるので、その緊急避難的な措置でこれをやろうとしているんだという考え方がございます。

○米良委員 例えば産科のほうでいいますと、周産期死亡率というのは今に限ったことじゃな

いと僕は思うんですよ。子供はいつ生まれてくるかわからんわけで、昔は産婆さんがおられて、高度な技術があつて、それぞれのところで産まれておったわけですから、今、高度医療技術がだんだん進展をして、それにあぐらをかいて皆さんたちが御厄介になるということでしょうから、死亡率が高い低いというのは今に限ったこととは僕は言えないと思うんです。これは言い方がちょっと悪いかもわかりませんが、患者そのもののエゴだろうと思うんですよ。ですから、そういう人たちと密接な、お医者さんとの一つの接点を見出して行って、何が我々必要なのか、何が医者として患者の皆さんたちに要求されることなのかということをお互いに接点を見出していくことが今一番大事だと思うんです。

それは僕も思いますよ、死亡率が高いとかじゃなくて、そういう率が高いということ自体、妊産婦の皆さん、あるいは小児科の子供たちというのが、わけがわからんわけですからね、子供たちというのは。だから、当然お医者さんとしてもなりたがらないとか、あるいは夜間救急の率が高いということでもありますから、悪条件が重なってくると思うんです。そこあたりを十分接点として見出して行って、実際には患者の皆さんたちとの共同作業だろうと思いますから。もう答弁は要りません。そういう気がします。

○満行委員 すばらしい資料をつくっていただきまして、今さらですが、医療資源の集中というのがこれではっきりしておりますね。こども医療圏については、私も2年ぐらい前に質問をして、1つの医療圏では医療資源が足りないの、隣と合わせてこども医療圏つくれという国の方針が出たよという話をしましたけど、しかし、無いもの同士を一緒にしてもなかなかいい

ものはできないのだろうと思うんです。後方支援も足りない。悪循環ですよ。後方支援が充実していないから夜間は診たくないという開業医がいる。全部後方支援に患者が行く。圧倒的に子供が多いわけで、小児科の先生たちが疲れてしまっている。この悪循環なのかなと思うんです。

それと、問題は、24時間の救急体制ができるのは宮崎と都城だけですね。だから、医療圏を一緒にしようが、24時間体制ができている宮崎、都城だけということ解消しないと、後方支援だろうが何だろうと言われながら、県病院なら県病院に集中してしまうという現状は変わらないわけで、県北、西諸もそうですが、西諸に至っては初期もできていないという状況ですけれども、全医療圏で1次救急がやれる、そこをまず重点的にかかっているかないとダメなのかなと。医者が足らんから、いないからできませんということになっているのだろうと思うんですけれども、都城だって医師会病院に委託をしてやっていますが、行政が1億数千万の補助もしながらやっているわけですけれども、必死で医者を確保するわけですね。しないとイケない。これは地域の役割だということで、地域で医師会、行政一緒になって24時間の救急体制を、開業医の先生たちが一生懸命協力してやっているわけですけれども、やっていないところに問題があるのかなと。そのところは県としてはどう考えておられるのか。2次、3次は当然県の役割が大きいのであるんでしょうけれども、初期救急、1次救急というのは一義的には市町村がやるべきものだろうと思うので、県としてはなかなか市町村に対して発言できないのか、その他も含めて、県と市町村との1次救急体制確立についての考え方をお聞きをしたいと思います。

○高屋医療薬務課長 おっしゃいますように、1次救急体制というのは基本的には市町村で対応してもらうということでありましてけれども、今おっしゃいましたように医師の絶対数がその圏域の中で足りないということがありますので、それをカバーするためにということで、内科医を小児科にも初期については対応できるようにということで、医療圏ごとに内科医の研修をやっております。そういったことで幾らかでもカバーしていくという体制を一つとしておること。それと、やはり救急医療体制の整備充実というのは、県としても重要な仕事でありますので、これから早速こども医療圏の3つの医療圏ごとに各市町村を回って、このプロジェクトに入ってもらっていろいろ検討策を考えていきたいということを思っておりますので、その中で市町村に対して、指導といいますか、協力といいますか、そういったことについて話し合っていきたいというふうに思っております。

○満行委員 開業医が不足しているからどこもセンター化をして、そこでも夜間やってもらっている。それは有効な医療資源の活用なんだろうと思うんですけれども、それは努力しないといけないわけですね。努力していない市町村、している市町村、している市町村ほど医師会との関係もあってお金も要る、汗もかいている。やっていないところは、県がやってくれるでしょうと、それはどうもおかしいんじゃないのかなという気がするんです。西諸なんてしたくてもできない状況だと思うんです。市民病院が1次も2次も担っていきなさいと言われていたわけで、県がもっと積極的に財政的な支援も含めて指導支援をしないと、やっぱりできないものはできないし、さぼるところはさぼってしまう。県は医療という確保についてはしっかり市町村

と連携をとっていただきたいなと思っております。答えは要りません。

○井上委員長 今のは答えは要らないですか。

次長か部長か何かありましたら。ないですか。

○宮本福祉保健部長 今、満行委員だけでなく、その前に御発言いただいた各委員とも、地域でどれだけ医師を確保していくかということについていろいろ御意見いただいたわけですが、基本的には、私どもが接しているお医者さんというのは、地域でどれだけ夜間対応ができるかということ在必死で考えておられます。宮崎市みたいにたくさんお医者さんがおられるところには、医師会に協力しないというか、消極的な人もいるかもしれませんが、例えば県北あたりですと、勤務医も開業医もあったものじゃなくて、ともかく開業医が体を壊しても、脳梗塞で倒れても、起き上がってくるのを患者が待っているというような状態であります。今、満行委員が言われたように、全県で24時間対応できる、これが理想ではありますけれども、各医師会も、それからその市・町も、一生懸命どうしようかとやっておられるのが現状であって、しかもなかなか医師を確保できない。例えば県立延岡病院を仮に退職しても延岡で開業する人はいないと。何でかといったら、延岡の開業医は殺されるからというような感じでありますから。そういう意味で非常に厳しい中でどうやってやっていくかというのをこれから考えようとしているわけです。正直言いまして、資源があれば集約化もできますが、無いものを集約化するような話も中には入っております、非常に難しいところはありますが、ただ、現場のお医者さんあるいは地元の市町村、これは一生懸命やっていると私は思っております。

○井上委員長 こういう率直な議論ができると

すごくいいものが今後でき上がっていくのかなというふうに思います。ほかいらっしゃいますか。

○丸山委員 診療報酬改定についてなんですが、1ページ、2ページに書いてある中で、2年置きに改定を行われるということですが、平成18年、16年、14年と、10年からずっと書いてあるんですけども、この中で、開業されている方とか、もしくは自治体病院でも構わないんですが、改定されてよかったと。病院で聞きますと、加算をうまく利用して経営をうまくやっていくというのをよく聞いているんですが、新たな改定で加算がいろいろ措置できて、これがこうなったから医師確保も、小児科とかに行きやすかったということが考えられるのでしょうか。

○舟田国保・援護課長 診療報酬の改定、特に、先ほど申し上げましたように、小児科、産科につきましては、全体の診療報酬が引き下げ傾向にある中に、加算等々ある程度の配慮がされてきているという現状はございます。ただ、実態として今、丸山委員がおっしゃるような形で、加算措置がされたがゆえに勤務医あるいは開業医が経営上向上した、あるいは逆に患者さんのほうが、そういった加算措置がされた、深夜お産だとかありますけれども、そういったことで患者さんが、ちょっと質問があれだったんですけども、行きやすくなったという状況が出ているかということまでについては、ちょっと承知しかねているところであります。

○丸山委員 恐らくは国のほうで改定をやるから、なかなか県のほうでは難しいのかもしれませんが、県として、小児科は特に厳しいということであれば、もっと実態を把握していただいて、こういうことが必要なんですよと国のほうにも強く訴えていただきたいというふう

に思っております。

その中で1点だけ。平成18年に改定されたハイリスク分娩管理加算というのによって、今、高齢出産と言われるのは、晩婚化とかも進んでいる関係で多分こういうふうになったと思うんですけれども、かなりハイリスク分娩というのが多くなってきているというふうに思っております。

○舟田国保・援護課長 ハイリスク分娩管理加算の新設というところだろうと思うんですけれども、中身は、委員おっしゃるように、婚姻が高齢化しているということで、中身としては、これは40歳以上の初産婦の方あるいは肥満妊婦の初産の方ですけれども、リスクの高い出産を対象に新設された加算措置であります。私も詳細な数値としてはつかまえておりませんが、そういった実態は出ているんじゃないかなというふうに感じております。

○相馬健康増進課長 確かに最近、結婚年齢が遅くなって出産年齢も上がったということで、どれだけの高齢出産があるかというのは手元に数字がございませんので、また次回出してきたいと思います。ハイリスク妊娠といいますか、それがどの程度あるかというの、具体的な数字については承知しておりません。ただ、今、県内では、周産期につきましては地域分散型でやっているわけですが、8割の出産につきましては、一般の1次の産婦人科医療機関でなされています。あと2割については、2次、3次のいわゆるセンターとなる、中核となる分娩施設でなされているということで、県内におけるハイリスク分娩については、一応8つの中核となる周産期施設で分娩がなされていると考えているところです。

○丸山委員 次の下に書いてある診療報酬の改

定ということで、病院が255から270、逆に診療所が274から270ということで、同じ270にはなっているんですけども、私の感覚では、診療所というのは1次を診て、2次、3次は病院というイメージがあるんですが、今私が言ったように、1次が一番近い病院で診ていただいて、次に後方病院というイメージがあったんですが、こんな改定があった背景に何があったんでしょうか。

○舟田国保・援護課長 資料の2ページの右下の二重丸のところだと思います。初診料の改定。これは私ども伺っている限りでは、病院と診療所の初診料を、これまで異なっていたものを統一したということで伺っております。

○丸山委員 国が決めていることでなかなか言いづらいのかもしれませんが、本来やはり、本来といいますか、1次救急と2次救急を分けてやらないと、1次で済むものが2次に行ってしまうと2次の先生まで窮屈になるということがあるものですから、この辺もうちょっと整理をされたほうがいいのかな。変えたほうがいいということで変えたのかもしれませんが、診療所を下げるのではなくて診療所の点数に合わせると、274に合わせるとか、そういうのであればよかったです。ちょっといかななものかなというふうに思った次第であります。

それと続いてですが、2年置きに改定するということであると、ことしから来年にかけて要望等が上がってくるのではないかなというふうに思っているんですが、報酬改定の流れ的なことを若干御説明していただいて、今後こういう改定に関して要望があるんじゃないかと想定されるものがあれば、あわせてお伺いしたいというふうに思います。

○舟田国保・援護課長 診療報酬の改定の仕組

みというんですか、流れということでございます。直近の改定が18年4月でございますので、次期改定が20年の4月と、来年の4月ということで国のほうで作業が進められているというふうに伺っております。この診療報酬の改定に当たりますのは、厚生労働省の諮問機関であります社会保障審議会で議論がまずなされます。現在、この審議会の各部会、分科会というのがあるようでございますけれども、これが4月から今月ぐらいまでをめぐりに議論しているようでございます。ここで診療報酬改定の基本方針がまとめられて、厚生労働大臣の諮問機関であります中央社会保険医療協議会に示されていきます。そして協議会において具体的な改定案がまとめられて、いわゆる点数表示をされました診療報酬、公定価格ということで来年、厚生労働大臣が告示するというような流れになってまいります。

それで、先ほど改定の要望等々につきましてでございますけれども、これにつきましては、国で改定が基本的になされるというようなことで、私どもからは非常に困難なところもあるんですけれども、実は、九州地方知事会とか全国知事会等におきまして、今年度も医師不足等々が問題となっている小児科、特に産科につきましては、診療報酬の引き上げ等々配慮されるようにということでの要望はしているところであります。

○丸山委員 今言われたのをペーパーとしていただくと、診療報酬の改定の流れとか……。後日で構いませんので、いただければ幸いです。

○井上委員長 そのように手配をお願いします。

○丸山委員 あともう一点、最後に。改定とは別の話なんですけど、私自身も気になっています

が、核家族化が進んでいるものですから、昔であると、初めて子供を育てるけれども、おじいちゃん、おばあちゃんが一緒にいらっしゃって、これはこうだからと適切に処置はできたんですが、最近は、先ほど言いましたとおり、核家族化が進んでいるものですから、初めて子供の熱を見て慌ててしまって大変だということもよく聞いていて、それをうまく対処できないものから、パニックになってしまって、親御さんのほうが大変だということもあるんですが、保護者に対する教育もしないと、幾らいい先生がいても、保護者のほうが1次に行かずにすぐ2次、3次に行ってしまうとなるとおかしくなるというふうに思っているんですが、その辺の母子に対する教育といいますか、どういう形で今。それも並行してやらないとこの計画はうまく進まないんじゃないかと思っているので、その辺をお伺いしたいと思います。

○高屋医療業務課長 おっしゃるように、相談とかできる方が身近にいないと、核家族化が進んでそういうことになってきているんだと思いますけれども、そういうこともあります。そういうことで、初期の救急体制を強化しなくてはいけないのは当然なんですけれども、まず、そういった保護者の方、お父さん、お母さん方に対する啓発というのも本当に大事なことだと思います。おっしゃいましたように、冷静に考えれば医者まで連れて行って診てもらわなくてもいいような方まで病院に運んでいるという実態がございます。そのために、この前の本会議で質問が出されましたけれども、小児救急の電話相談事業ということをやっております。ただ、これにつきましては、現在日にちも限られております。時間も限られております。そういうことで、利用が1日当たりにしますと4.5件ぐらい

になっていると思います。その結果を見てみますと、まとめたものがございますので申し上げますと、相談者が母親からというのが84%でございます。発熱というのが33%。そして対応の内容ですけれども、昼間のかかり医を勧めたというのが25.8%、何かあればあすでも受診をしてくださいといった勧めをしたのが約25%。そういう対応をして納得された方が、やや納得されたをいれまして97%ぐらいであります。ですから、もっと小児救急の電話相談事業を充実していけば、小児救急の病院にわざわざ連れて行って診てもらおうというところまでいかないものもかなりあるんじゃないかと思います。それが小児科医の負担の軽減にもつながって、本来やるべき救急体制に専念できるような体制ができていくんじゃないかなというふうに思っております。ですから、この小児救急電話事業というのをもっと県民に対してPRしていかなくちゃいけないということを感じております。以上です。

○相馬健康増進課長 今のは医療の分野ですけれども、母子保健分野では、子育て支援電話インターネットサービスというものを行っております。これは妊娠から子育てまで、お母さん方の心配事とか悩み事に対する相談にこたえるものでございます。安心子育てベビーダイヤルとしまして、17年度ですけれども、5,308件のアクセスがっております。また、安心子育て応急ダイヤルとして1,012件のアクセスがっております。これは電話サービスでございますけれども、基本的には、市町村におきます母親教室とか保護者の教室、そういうものでも子供の育児に関する心配事、相談等には各市町村が対応しているところでございます。

○蓬原委員 最初のほうの資料なんですけど、6ページの厚生労働省が予測する医師の需給見

通しについて、34年には需給がバランスがとれると。15年後のようですが、この需給バランスというのは、1人当たり医師で何人がいいかというその基本はないと、先ほど課長の話でしたが、それはいいんですが、この需給の見通しというのは何が根拠に、団塊の世代が80前になるぐらいですよ。高齢者が増えれば増えるほど当然、医師が診療する頻度はふえるわけですから、我々団塊の世代がちょうどいなくなるころなのかなというふうに見ているんですが、その後が急激に、医師のほうか、供給のほうが増えるというようなことになってはいますが、この見通しというのは何を根拠にされたんでしょうか。厚生労働省からお見えの課長もお見えのようですが、お聞かせいただくとありがたいんですが。

○高屋医療薬務課長 どういう根拠とか算定方法でやったということはわかりません。報告書をいただいてそれをこちらでお示ししたこととでございますので、根拠とかは、済みません、わかりません。

○蓬原委員 もちろん国でおつくりになったんですから、それでいいと思うんですが、今、医者が足りないというのは、各県に大学が医学部ができたときに、医者が増え過ぎると困るので定員を絞ったという時期がたしかあるんですね。それが今、医師が不足している原因ではないかという議論がたしかあっているはずなんです。それが今こうやって医師不足を生んでいるんだということなんですね。だから、恐らく需給の見通しを誤った結果が今ここにあると言っても過言ではないと。国の政策を批判するわけじゃないんですが。あと15年先に需給バランスがとれるのであれば、今、各県に医大があるじゃないですか。医大の今の定員を増やす。6年先に医者に

なるわけですから、今からでも遅くないと思うんですが、それを増やすというのはできないんですか。そういう陳情は国に対して今からやっても不可能なのか、それとも国において、今ここで定員枠をちょっと広げようという動きはないのか、そのあたりはどうなんでしょうかね。素朴な疑問をいつも感じているんです。

○高屋医療薬務課長 定員を増やすということにつきましては、知事会等通して要望をしております。それと、おっしゃいましたように、大学の医学部の定員が1970年代に、宮崎医科大学、現在の宮崎大学医学部ですけれども、医科大学ができたのも昭和49年だったと思います。1974年だったと思います。そういうことで医学部が次々と増設されてきて、昭和55年から60年の間が最も多くて、入学定員が8,200人ぐらいの定員となっております。

○蓬原委員 ですから、需要に対して供給が少ないわけですね。その中で我々、小児科と産科を議論の的にしております。産科については本県は十分あるよと、小児科は少し少ないよということのようですが、だから、その見通しがまずくて結果的にはこういうグラフが、今現在においては供給のほうที่足りないということなんです。ですから、その枠を緊急に増やして偏在している部分に手当てをしていくということはできないのでしょうか。医者本人の自発的な意思にもよるでしょうから、増やしてもまた中央部に偏在ということもあるのかもしれないけど、そのあたりどうなんでしょうかね。今ある医者でこの偏在を解消しようとしても動かないでしょう、恐らく。

○宮本福祉保健部長 医学部の定数増につきましては、国のほうで医師不足の県を対象に例外的に認めておりまして、本県ではむしろ県内出

身者の割合を増やしていくといいますか、地元に残る医師を増やしていくことのほうが大きな課題かなと思っています。医師の絶対数につきましては、国レベルでもいろんな議論がありまして、例えば、今、定数を抑え込んでいるのを見直そうという説もありますし、一方では、いや、医師の質を確保するためには粗製乱造すべきではないという議論もあります。また、絶対数はほぼ足りている。あとは診療科目の間とか地域別に偏っているから地方での医師不足が生じていると。いろいろありますけれども、おっしゃるように、県としては、地元大学に入ってくれる生徒を増やす、あるいは自治医科大につきましても、通常2名のところを3名、今、若干毎年の定員を増やしていますので、3名入れてもらうとか、そういうことをやっているところでもあります。

○黒木委員 私は日向ですから、医師不足はそう感じないんですが、今、医師と話をする機会があつて話しますと、例えば脳外科専門なら専門、私でもそうですが、今、腎石を持っていますが、あそこの病院がいいよと言われるんですね、いっぱいあるんですけども。やっぱりいい病院に患者が集中して集まる。現実そうですね。ですから、これから病院も非常に格差ができるんじゃないかと思うんです。そういう中で医師不足というのが、小児科は全国的に少ないわけですが、産婦人科の場合は、日向も数カ所ありますが、若い女性に聞くと、いや、あそこの病院がいいと。選択するんですね、逆に言ったら。これからの病院は選択されると。そういうことで医者の方も勉強せにゃいかんと。医療器具ももちろんそうですけれども、技術面での努力をしていかんと逆に選択をされる。それを非常に恐れているんです。ですから、今の若

い先生方が中央に出て行って技術を磨いてこようとするのは、やっぱりそういうことかなということを感じるんですよ。ですから、中山間地帯は医師がどうしても不足していますから、ここあたりにどうやってするか。県が県職としてこれからどれぐらい医師を採用してそういうところに送り出そうとしているのか。何か計画はあるんですか。

○高屋医療薬務課長 医師不足の調査を6月に行いました。その中で、市町村立の公立病院の調査を行ったわけですが、その中で23名という数字が出てまいりました。そして、その中で県が自治医科大の卒業生の方を送り込んでいるのが10名から11名の範囲でございます。そういうことで、これから医師を養成していかなくちゃいけないんですけれども、それには、1つは、県が設けました医師修学資金で、小児科医を志す人、地域医療を志す人を対象にして、医師修学資金を、枠としては6年間で24名の枠を予定しているんですけれども、前倒しで現在14名の医学生に貸与をしております。そういうことで、医師の養成というのは、これから一人前の医師になるには卒業して10年はかかると言われておりますので、なかなか即効性はないんですけれども、そういったことで医師の確保には努めていきたいということと、医師派遣システムというのを昨年度からつくりまして、今年度から西米良村に派遣をしておりますけれども、それも6名確保を予定しております。新みやざき創造計画の中でも、22名ぐらいは確保していきたいという目標数値を挙げておりますので、それに向けて、今やっている事業をフルに生かしながら医師確保に努めていきたいというふうに思っております。

○黒木委員 医師を育てるには長年の年月がか

かるということはよくわかりますが、今の学生さんあるいは医師、働いている方ですね、こういう方に働きかけて、今年あるいは来年、近年中に医師をどれぐらい確保したいとか何か目標はないんですか。

○高屋医療薬務課長 医師確保システムというのが、現役で主に県外で活動されている方を、宮崎に戻ってきて僻地医療に携わっていただきたいということで、それにつきましては4年間で6名を予定をいたしております。即戦力になるという方は医師派遣システムで確保していきたいというふうに考えております。

○黒木委員 県内の病院の子供さんとか、県内出身ですね、県外で医師として働いているという方もかなりいらっしゃる。そういう把握というのはしているんですか。

○高屋医療薬務課長 現在はそういったデータはございませんので、今年度の新規事業として6月補正として出させていただきましたけれども、医師確保対策強化事業ということで、医師の確保というのは、市町村に派遣するわけですので、県だけが確保に奔走するというのではなくて、市町村と一体となってやっていきたいと思います。その中の事業の一つとして、市町村が一番そういった情報も把握していると思いますし、教育委員会、学校、そういったところからの協力を仰ぎながら、県外で活躍されている医師のデータベースをつくっていただくということで、今年度事業として挙げさせていただいております。

○井上委員長 ほかありますでしょうか。

○井本委員 小児科医は非常に訴訟が多いと聞きますが、どのくらい普通の医者と違うのか、そして、これの対策というか、そういうものは何か考えておられるのか。そんな話があるのか。

○高屋医療薬務課長 小児科医については把握しておりませんが、産科が多いと、小児科よりもむしろ産科が多いということを聞いております。

○井本委員 それにどうやって対応するかとかそういう話は出ていないんですか。

○宮脇福祉保健部次長 訴訟リスクに対応する体制を検討するというので、今、国においてそういう検討が進められております。特に産科について訴訟が非常に多いということも、産科医が減少している要因であるということから、ちゃんとシステム化しようという検討は進められております。

○井本委員 この前、テレビで見たら、ある病院、たしか千葉のほうの病院だったと思う。内科医としての資格みたいなものを上げることができる研修制度みたいなやつを病院で持っていて、そういう制度をつくったがゆえに少し戻ってきたというようなことを言っておりましたけれども、そういうのは宮崎県内の病院ではあるんですか。

○宮本福祉保健部長 医師は、それぞれ認定医とか、いわゆる専門科目の認定医の資格を取るというのが一つの目標でありまして、それはいろんな条件があります。例えばある病気を何十症例診るとか、手術するとか。そういう指導をやっているのが、県立宮崎病院とか延岡病院ではそういった専門医の養成というのをやっていますけれども、なかなか収容力が少ないということで、結局そういう資格を取りたい人が外に流れてしまうというようなことが生じております。

○井本委員 宮崎にはそういうのはないということですか。

○宮本福祉保健部長 いや、あるんです。あり

ますが、専門医が限られている、あるいは受け皿の数が限られているということで、県内でそういう資格を取る受け皿が限られておることとあります。

○井上委員長 ほかにありませんか。

○黒木委員 延岡病院ですね、一時麻酔科医がいなくて騒動したり、達すると黙ってしまって何も無いが、このごろどうなっているんですかね。

○高屋医療薬務課長 麻酔科医は配置されたということは聞いておりますけれども、その後のことは把握しておりません。

○井上委員長 今度現場に行つて調査をしますんで、そのときにぜひ。

○外山委員 2～3点お伺いします。県境との広域連携、この点について、例えば災害復旧とか、阪神・淡路大震災のときに人工透析の医療施設が全部つぶれてしまったと。それで、大阪府と兵庫県が透析病院の有機的連携というものを取り組んで人命を救助したということがございます。そういった視点で人命救助的視点から広域連合というものを、私は行ったことはありませんが、鹿児島とか熊本、大分、こういった点から早急に考える必要があるのではないかなと思うんですが、どんなでしょう。ちょっと遅いようにあるけど。

○高屋医療薬務課長 災害救急ということで、当然、隣県との協力関係というのは必要だと思いますし、そういう体制で動くということになっていると思っております。それと、近県の状況につきましては、ひむかネットワーク事業というのがありますので、それで情報等は確認できると。そういうことで連携ができると思っております。

○外山委員 今から十数年前でした。青島消防

出張所を廃止するという議案が出ました。これで、青島、内海、小内海地区が、心肺停止死亡者が増加をするということで、地区住民挙げて、もちろん僕らと一緒に取り組んで、相ならんという運動を起こしたことがあります。正確な数字は忘れましたが、当時、1年間で心肺停止死亡者が5名であったものが、消防出張所が廃止をされて十数名に急増したと。1年か2年か後に消防出張所がまた新たにできたんですが、例えば、僕は行ったことはめったにありませんからわかりませんが、西諸とか、西米良とか、椎葉、五ヶ瀬、高千穂、この2次、3次、例えば脳卒中、脳梗塞、クモ膜下等々で朝の2時にひっくり返ったと。どこに運ぶんでしょう。教えてください。受診時間というのはどのくらいかかるんですか。おおむねでいいですよ。

○宮本福祉保健部長 全体的には把握しておりませんが、例えば産科の集約化・重点化のレポートの中では、8ページをごらんいただきますと、県境を越えて西米良の場合は多良木病院に運んでいると。熊本県の多良木。

○外山委員 受診時間は。

○宮本福祉保健部長 車で40分というような例があります。そのほかの地域については、今、データを持っておりません。

○高屋医療薬務課長 どこに運ぶかということがございましたけれども、まずは、救急告示病院、それぞれ国保病院がなっておりますので、まずは近くの国保病院に搬送するということになると思います。

○外山委員 例えば小林市、朝の2時、救急病院があるんですか。

○高屋医療薬務課長 救急告示病院というのがありますし、小林市民病院もそれに指定されておりますし、えびのであればえびの市立病院、

そこも救急告示病院に指定をされておりますので、そこは24時間体制で対応するということになっております。まずそこに運び込んで、それから3次救急に運ぶ必要があるということによって判断されましたら、3次救急、宮崎大学附属病院でありますとか、県立宮崎病院に搬送するということになると思います。

○外山委員 診療科目によっていろいろ違うと思います。例えば心肺停止の場合はどうですか。

○高屋医療薬務課長 申しわけありません。その辺はわかりません。

○外山委員 例えば脳血管、クモ膜下。小内海、内海、たった10分か15分ぐらい延びるだけですよ。なぜ反対したかという、心肺停止の場合には罹患後5分から6分が勝負だと言われている。先ほど答弁では40分。確実に死ぬ。えらいのんきだなと正直思いました。だから、こういった救急医療とか地域医療というのは、先ほどから答弁聞いて、ちょっとゆっくりし過ぎじゃないのと正直思いました。この前も西都に伺いました。57～58歳の方が、心臓が痛い。西都にはなかったということで、循環器病院のほうに走ったと。ところが場所がわからないと。死ぬ目に遭いましたという話を1週間か2週間前されたばかりです。ですから、人の命をどう救うかという点についてもう少し真剣に考えてもらいたい。急を要するし。

僕は宮崎市に住んでいますから、先ほども話がありましたが、僕らは選択ができます。子供3人それぞれ産科が違います。例えば16年に医者50名ふえたと。単年度で2次医療圏でどういうふうになっていますか。アバウトで結構ですよ。

○高屋医療薬務課長 50名増えておりますが、その医療圏ごとの内訳ということがございます

か。3ページのイの欄に、医療圏ごとに増減が書いてございます。平成16年で見てみますと、宮崎東諸県で47名。

○外山委員 課長さん、50名ふえたんでしょう、16年は、単年度で。

○高屋医療業務課長 14年から16年の2年間で50名ということでございます。

○外山委員 だから、単年度、16年だけに直すかどうかという状況に。

○高屋医療業務課長 これは厚生労働省の2年に一度やっている調査に基づいて作成した資料でございますので、各年度ごとの調査は行われておりませんので、わかりません。

○外山委員 わかりました。本会議でも申し上げましたように、恐らくこれは宮崎東諸県がほとんどだと思います。もう少し頑張っていたきたいと思うのは、これも申し上げましたように、平成16年度で50.1%、人口では36.8、面積では11%、これが10年後はどうなるのか。20年後はどうなるのか。面積は伸び縮みしませんから。多少するかもわかりませんが。人口の構成比は約50%になりますよ。医師の構成比というのは恐らく6対4ぐらいになるでしょう。そういったことを想定をして、先ほど医師の生産の問題が話題になりましたが、医科大学の学生の定数、これは閣議決定でもとに戻すと。つい昨日かおとといの新聞に載っていたばかりですね。御存じだと思います。しかし、需給バランスをとるといっても、地域バランスをとるとはだれも言っていないんです。だから、担当課がもう少し真剣になって、医師は全部公務員とすると。市場原理、競争原理に任せているからこういうことになるのであって、これをそのまま医師の道徳に期待をしても、今までの流れから期待はできません。やっぱりある程度強制力というも

のをそこにカウントしなければ、まず私は不可能だと思います。ですから、もう少し頑張ってもらいたい。わかるような説明をしてもらいたい。ただ、この資料だけはすばらしいと思います。以上です。答弁要りません。

○井上委員長 ほかがございせんか。

それでは、ないようですので、これで終わりたいと思います。執行部の皆さん、御苦勞さまでした。

暫時休憩をいたします。

午前11時48分

午前11時49分再開

○井上委員長 委員会を再開いたします。

協議事項の1の県内調査についてでございますが、前回、委員会での一任を受けまして、正副委員長のほうで県北及び県南調査の日程案をそれぞれ作成いたしましたので、あわせて御説明をいたします。

まず、7月17日から19日に実施する県北調査の日程について御説明をいたします。資料1をごらんください。県北調査の候補先として、まず17日は、延岡市医師会及び県立延岡病院を挙げております。延岡市医師会では、日向市医師会等と共同して診療している延岡市夜間救急センター等についてお話を伺う予定にしております。県立延岡病院では、公立病院と開業医との連携体制、逆搬送システム及び産科の状況等についてお話を伺う予定です。

翌18日の候補先としましては、五ヶ瀬町国保病院、椎葉村国保病院、及び美郷町国保西郷病院を挙げております。五ヶ瀬町国保病院では、僻地における医療の現状と独自に医師確保を行った事例についてお話を伺う予定です。椎葉村国保病院では、無医地区の診療等について僻

地医療に大変熱心な医師からお話を伺う予定です。美郷町国保西郷病院では、僻地拠点病院として南郷診療所等への代診医派遣等についてお話を伺う予定です。

最終日である19日は、県立看護大学を候補地として挙げており、地域医療を支える医療スタッフの観点から、看護師の育成状況について説明していただく予定です。また、あくまでも予定ではございますが、未来の看護師たちとランチをとりながら意見交換会を行いたいと思います。

また、8月7日から9日に実施する県南調査の日程についてあわせて御説明します。資料2をごらんください。

県南調査の候補先として、まず、7日は、宮崎市郡医師会病院、西都市西児湯医師会立西都救急病院、及び特別養護老人ホーム三納の里を挙げております。

宮崎市郡医師会病院では、24時間365日体制で小児救急を受け入れる宮崎市小児診療所等についてお話を伺う予定にしております。西都市西児湯医師会立西都救急病院では、医師不足の実情についてお話を伺う予定です。特別養護老人ホーム三納の里では、特別養護老人ホームにおけるケアの実態についてお話を伺う予定です。また、この日は、調査箇所が宮崎市近郊でありますので、日帰りとさせていただきます予定です。

翌8日の候補先としましては、桑原記念病院、藤元早鈴病院及び都城市郡医師会病院を挙げております。

桑原記念病院では、民間病院による医師確保の状況についてお話を伺う予定です。藤元早鈴病院では、ハイリスク分娩時の民間病院による開業医との連携についてお話を伺う予定です。都城市郡医師会病院では、地域医療を支える初期及び2次救急医療施設としての現状について

お話を伺う予定です。

最終日である9日は、串間市民病院及び串間市総合福祉保健センターを候補地として挙げています。

串間市民病院では、県立日南病院との医師の連携についてお話を伺い、また隣接している串間市総合福祉保健センターの視察を行う予定です。なお、前回の委員会で意見交換等の要望のありました宮崎大学医学部は、県南調査の日程が学生の夏期休暇と重複していることを考慮し、別途日程を設けて行うことで計画していきたいと思っております。

資料1の県北調査及び資料2の県南調査につきまして何か御質問や御意見などがございましたら、お願いいたします。

○満行委員 資料1の県北調査ですけれども、五ヶ瀬、椎葉、美郷と行かれる予定になっていきますけど、これは病院当局者との意見交換だけなんですか。行政として、地域医療の現状、課題というのを聞きたいんですけど、そういうのはあるんでしょうか。

○井上委員長 全部国保病院ですので、行政は来てもらうことにはなっています。調整中ですけど、一応来ていただくことにはなっております。ですから、御質問を受けることは可能です。

○黒木委員 できましたら、医師確保等に努めている市町村の担当なり、首長さんなり、どういう形でやっているのか、そこ辺を聞きたいので、要請をしておいてくださいませんか。

○井上委員長 はい、わかりました。

○丸山委員 県が医師バンクデータシステムというのを新規事業で上げます。それとの関連もお伺いしたいものですから、それを認識していただいでぜひ行政側に参加していただくことでしていただきたい。事業的には、県が100

万円、各自治体が30万円出し合ってインターネットなど使って医師確保をやっていくんですよという新規事業を今年上げているものですから、そのことをどう思っているのかお伺いしたいということをお願いしたいと思います。

○井上委員長 きょうの委員会審議の中で満行委員からも出ましたが、当該市町村がどう対応していくのかというのは大変重要なことだと思っておりますので、その認識のもと、今出ました御意見を参考にいたしまして、改めて内容を検討させていただきますが、詳細につきましては、調査日が迫っておりますので、正副委員長に御一任いただいてもよろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○井上委員長 それでは、そのような形で進めさせていただきますと存じます。

なお、後ほど書記が調査の出欠につきまして確認をいたしますので、よろしくお願いをいたします。

また、調査時の服装につきましては、夏季軽装にてお願いをいたします。

次に、協議事項の2の次回委員会につきましては、先ほど御審議いただきました県北調査後の7月下旬に行うことを予定しております。次回委員会での説明、資料要求等について何かございませんでしょうか。

○井本委員 医師確保に成功した事例のところとかそういうのはないんですか。

○井上委員長 今度行きます。7月の18日に成功例のところに行きますので、そこで御意見等を聞かせていただけたと思います。

よろしいでしょうか。特に資料要求はないですね。

では、最後になりますが、協議事項3のその他でございますが、委員の皆様から何かござい

ませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○井上委員長 では、確認の意味も含めまして、再度今後の日程についてお話しいたします。

次の委員会としての活動は、先ほどもお話ししたとおり、7月17日から県北調査となりますので、御参加いただきますようよろしくお願いいたします。次回の委員会は7月23日月曜日、午前10時からを予定しておりますので、よろしくお願いいたします。

以上で本日の委員会を閉会いたします。

午前11時59分閉会