

地域医療対策特別委員会会議録

平成19年9月27日

場 所 第4委員会室

平成19年 9月27日（木曜日）

委員外議員（なし）

午後 1 時35分開会

会議に付した案件

○宮崎県医師会との意見交換会

宮崎県医師会概要説明

1. 医師確保について
2. 地域間の医療格差について
3. 夜間における医療体制及び小児に係る救急医療について
4. 県医師会としての今後の取組について
5. ドクターバンク無料職業紹介所の運用状況について

○協議事項

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

出席委員（13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	押 川 修一郎
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	囗 師 博 規

欠席委員（なし）

説明のため出席した者

宮崎県医師会

会 長	秦 喜八郎
副 会 長	大 坪 睦 郎
副 会 長	志 多 武 彦
常 任 理 事	稲 倉 正 孝
常 任 理 事	富 田 雄 二
常 任 理 事	早稲田 芳 男
常 任 理 事	河 野 雅 行
常 任 理 事	濱 砂 重 仁
常 任 理 事	浜 田 恵 亮
常 任 理 事	野 崎 藤 子
事 務 局 長	田 中 六 男
事 務 局 次 長	児 玉 欣 也
総 務 課 長	島 原 あつ子
地 域 医 療 課 長	杉 田 秀 博
保 健 課 長	竹 崎 栄一郎

事務局職員出席者

政策調査課 主査	久 保 誠志郎
議 事 課 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ございますが、お手元に配付の日程案をごらんください。

本日は、宮崎県医師会にお越しいただき、意見交換会を開催いたします。その後に、10月に予定しております県外調査、県内調査及び次回の委員会について御協議いただきたいと思っております。このように取り進めてまいりたいと思っておりますが、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、これから意見交換会を開催いたします。
県医師会入室のため、暫時休憩いたします。

午後1時36分休憩

午後1時38分再開

○井上委員長 それでは、始めさせていただきます。

まず、一言ごあいさつを申し上げます。

私は、宮崎県議会地域医療対策特別委員会の委員長を務めております、宮崎市選出の井上紀代子でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

当委員会は、医療及び介護に関する調査を行うために設置された委員会でございます。本県の地域医療の現状は、過疎地域等における医師不足、医師の地域的偏在等や小児科、産科等の医師不足、さらには将来の介護サービスへの不安などさまざまな問題を抱えております。必ずしも県民にとりまして安心して暮らせるとは言いがたいところがございます。こうしたことから、当委員会では、地域医療の対策につきまして幅広い観点で調査活動を行っているところでございます。

本日は、調査活動の一環として、宮崎県医師会においでいただき、地域医療に関する取組などの御説明をいただいた後、意見交換会をさせていただきたいと考えております。何とぞよろしくお願いいたします。

御出席をいただきました皆様方には、大変お忙しい折にもかかわらず御協力いただきましたことに、感謝を申し上げます。

それでは、簡単ではございますが、ごあいさ

つといたします。よろしくお願いいたします。

次に、委員を紹介いたします。

最初に、私の隣が、宮崎市選出の新見昌安副委員長です。

こちらに参りまして、東臼杵郡選出の米良政美委員です。

北諸県郡選出の蓬原正三委員です。

日向市選出の黒木覚市委員です。

西都市・西米良村選出の押川修一郎委員です。

小林市選出の宮原義久委員です。

児湯郡選出の松村悟郎委員です。

こちらに参りまして、延岡市選出の井本英雄委員です。

西諸県郡選出の丸山裕次郎委員です。

都城市選出の満行潤一委員です。

宮崎市選出の外山良治委員です。

児湯郡選出の函師博規委員です。

それでは、宮崎県医師会会長の秦喜八郎さんにごあいさつをお願い申し上げます。

○秦会長 お顔とお名前は大体存じ上げている方ばかりですので、少し気楽な気持ちで来ましたが、きょうは、県の幹部の方、それからマスコミの人たちが入っておるので、ここであんまり何でもかんでもしゃべれんなどいう……。

実はきのう、経済10団体の連合会を開きまして、横山さんが会長、私が副会長をしておりますが、これからはぜひ、商工建設委員会とか環境農林水産委員会の県会議員の先生方とちゃんとお話をして、しっかり県の議会で質問をしていただいて、宮崎県をよくするためにはどうしたらいいかという論議を県民総体として巻き起こそうと、いわゆる県民の代表である議員の先生方に実情を訴えようと。例えば井本先生御自身の県北のほうでは、300あった建設業会員が今200ぐらいになっておると、100ぐらい倒産し

たりやめたりしている、これでいいのかと。西都のほうでは、たった1人の内科の医師を確保するのに、日本じゅう、自衛隊まで行くとか。もちろん厚労省にも行っていろいろ努力をしておるけど、なかなかそれが埋まらない。そういう実情を議会でちゃんと質問していただいて、それにちゃんとした受け答えをいただくほうがいいんじゃないか。今までみたいに各団体がそれぞれの陳情しておってはだめじゃないかと。

今、地域医療の崩壊が現実のものになっております。例えば小児科の救急、宮崎市はいいんですが、これも地方格差が出ておまして、地方のほうに行くとうとうどうしようもない。救急でも地方に行くと非常に不満が多い、もしくは不安が多いというようなことで、きょう、要点についてそれぞれ担当が申し述べますので、ぜひ先生方、意のあるところを酌んでいただきまして、よろしく願いいたします。

「県民の健康と幸せを守る」というのが県医師会のスローガンであります。先生方も同じ立場で努力されていると思いますので、ぜひ、1万票の県民の声を背中に受けた先生たちが頑張ってくださいということ、きょうは張り切って来ておりますので、よろしく願いいたします。

○井上委員長 ありがとうございます。

それでは、県医師会事務局長の田中六男さんに、御出席の皆様の御紹介をお願いいたします。

○田中事務局長 事務局長の田中でございます。

医師会の役員の紹介をさせてもらいたいと思っております。

今し方あいさつを申し上げました、会長の秦喜八郎でございます。

皆様方から左側、隣が副会長の大坪睦郎でございます。

隣が、常任理事の稲倉正孝でございます。

隣が、常任理事の早稲田芳男でございます。

皆様方からすると会長の右隣、副会長の志多武彦でございます。

その隣が、常任理事の富田雄二でございます。

後列のほうに参ります。皆様方からすると左のほうから紹介申し上げます。常任理事の浜田恵亮でございます。

同じく、常任理事の濱砂重仁でございます。

同じく、常任理事の河野雅行でございます。

同じく、常任理事の野崎藤子でございます。

残り、お手元の名簿に載せておりますけれども、事務局の職員も同行しております。どうぞよろしく願いいたします。

○井上委員長 ありがとうございます。

それでは、副会長の大坪睦郎さんに、宮崎県医師会の概要について、御説明をお願いいたします。

○大坪副会長 大坪でございます。

では、医師会の概要について、少しばかり時間をいただいて説明させていただきます。

医師会といいますと、名前は先生方御存じだと思いますけれども、どういう内容か御存じないかと思っております。医師会はどういう組織になっているかといいますと、郡市医師会がありまして、その上部組織としまして都道府県医師会があります。その上部組織としまして日本医師会というのがあるわけなんです。宮崎県ではどうなっているかといいますと、県内10の郡市医師会がありまして、その上に私どもの宮崎県医師会というのがあるわけでありまして。会員はどれぐらいかといいますと、医師会にはA会員とB会員というのがあります。A会員というのは主に開業医です。B会員というのが勤務医です。A会員が宮崎県で811名、B会員が887名、合計1,698名、

こういう構成になっております。勤務医がやや多いということでありまして、これは全国的に同じような傾向にあります。宮崎県の医師会員の1,698名の約半数が宮崎市と東諸県郡、宮崎市と宮崎市周辺にありまして、ここで仕事をしているということでもあります。

医師会といいますのは、かつては圧力団体であるというふうな誤解を受けておりましたけれども、医師会は、そもそも圧力団体ではありませんで学術専門団体であります。医師というのは医学の進歩におくれをとってはなりませんので、私たちは常に医学に関する研さんを積んでいかなければならないわけでありまして。このことに関しまして、医師会は会員に対して生涯教育の場を提供する、つまり研修の場を提供して会員の先生方に勉強していただくことに努めております。こういうふうに医師が研修を積むことが、県民の安心・安全の医療にも必要なことであると考えております。

そこで、地域医療に関してですけれども、地域医療への貢献としてどういうことをやっているかといいますと、日常の診療は当然のことですが、そのほかに学校医として児童生徒の健康管理、あるいは産業医として労働者の健康管理、また、夜間急病センターの運営とか休日在宅医等救急医療への参加もやっております。それから予防接種などによる地域保健衛生の向上にも努めております。また、県民への健康教育をいろんな形で行っております。

県医師会では、県民に対して安心・安全の医療を提供することをモットーにしておりまして、医療を提供するに当たって、インフォームド・コンセントに沿った診療を行うように会員の啓蒙に努めておるところであります。その活動の一環としまして、県医師会では「診療に関する

苦情相談窓口」というのを数年前から設けて、県民からの医療に関する苦情相談を受け付けております。相談が種々寄せられております。

最後に、このたび、和知川原町の旧県医師会館の隣接地に新会館を建設いたしました。ちょうど今引っ越しの最中ですけれども、12月にはすべて完成することになっております。この新会館の1階には県民への開放スペースを設けて、医学に関する図書等を置いて県民の利用を待っております。このことに関しましては県民に対してPRを行っていきたいと考えております。

本日は、医療を取り巻く種々の課題につきまして担当から説明させていただき、御意見をいろいろ賜りたいと思っております。ありがとうございました。

○井上委員長 ありがとうございます。

これから意見交換会に移らせていただきます。お手元に配付の「宮崎県医師会との意見交換会」の資料をごらんください。「5 意見交換に係わる概要説明」に記載しておりますとおり、まず初めに、県医師会の方から5つの項目について御説明をいただき、その後、意見交換会を行いたいと思います。

まず最初に、「医師確保について」ということで、常任理事の富田先生からお願いを申し上げます。

○富田常任理事 富田です。

それでは、医師確保について、御説明申し上げます。

県内各地域におきまして医師不足が非常に大きな問題になっております。先日、西都の医師会病院に視察に来ていただきまして実情を御説明したところではありますが、宮崎市は別格としまして、その他の各地域同じような状況にある

と理解しております。僻地も医師不足がずっと問題になっておりますけれども、現在、僻地だけではありませんで、2次医療圏の中核病院と言われる病院で勤務医の医師不足が起こっております。ここで何が問題になるかといいますと、住民の方が病気になって、中症から重症で入院の上、集中的な専門治療が必要という場合に、収容すべき中核病院が十分機能できない。さらに、先ほど会長からも話がありましたように、救急医療においてもこのような病院が中核的な役割を果たしておりますので、特に休日・夜間の救急医療は破綻していると言っても過言ではないと考えております。

資料を用意しておりますが、まず1枚目、本県の医師の状況、これは既に御存じのとおりでありますし、次のページの全国の医師の状況についても、ごらんいただければよいと思います。

3枚目の色刷りの部分であります。今申し上げましたような地域の病院は、宮崎大学から常勤医師の派遣を受けて運営を行っておりました。上の図が平成11から19年度までの大学を卒業した研修医の県内の受入数であります。平成16年度から新医師臨床研修制度が導入されておりますが、それ以前は40名前後が県内に研修医として残っております。医学部定員100名ですから、もともと少ない数しか残っておりませんでした。研修制度が始まった以降も数的には35名程度を維持しているように見えますが、緑色の部分が県内の民間病院が受け入れている研修医、赤の部分が大学病院が受け入れている研修医です。大学病院の受入数が落ちているのは明らかであります。

次の4ページをごらんください。こちらは実働できる医師がどれぐらいいるかということであります。平成15年度までは、先ほどのグラフ

と同じでありまして、研修医として入ってきた医師がそのまま実働部隊として働いております。大学に若い人が入ってくることによって、中堅の医師が外に出ることもできます。また、研修を積んだ研修医が地方のほうに出ていってまいりました。研修制度が導入されまして、16、17年度この実働部隊がストップしております。約100名県内から医師がいなくなったと考えてもらっていいと思います。平成18年度からは2年間の研修を終えた医師が実際の医療現場に出てまいります。18年度は大学に30数名おりますけれども、19年度になりますと県内で研修を行った医師も外に出ていって、大学に残っている医師は20名を切っているということで、これでは今後も県内の医師の供給は難しい状況であろうというふうに考えております。

対策をどうするかということですが、長期的な対策といたしまして、昨年度から大学に地域枠ができました。これに対して県からも奨学金を出していただいておりますので、応募もあるし、非常に優秀な生徒が集まってきているということで、これは確実な成果があると思っておりますが、早くて8年後、まだ先のことであります。短期的な対策を何とかしないといけないというふうに思っております。

昨年度から、県医師会と県共同で、学生、研修を行っている研修医に対して、県内で研修を行ってください。また、研修が終わったら県内の病院に勤務してくださいという説明会を行っております。民間の病院も大学も一緒に合同説明会を行っておりまして、これもある程度の反響があります。これによって県内に残ってくれた医師もいると思っておりますけれども、まだ数が少ない、まだアピール度が足りないと考えております。県も非常に協力をして共催してい

ただいておりますけれども、予算措置をしていただくなど、さらに全国の医師、学生に対してアピールできるような説明会にしていく必要があるというふうに考えております。

それからもう一つ、先ほど説明いたしましたように、大学の医局というものが県内の地域医療を支えるために重要な役割を果たしてきましたが、これがなかなか期待できない。各地域の医療機関それぞれに医師募集をして確保に向けて動いております。私の地元の西都医師会病院もやっております、募集をしますと、県内出身の方とか、親族が宮崎県出身ということで興味を持たれる方はいらっしゃるんです。見に来られます。ただ、「じゃ、私は一生ここで働くのか」というと、そこでやはりちゅうちょされるという現状があります。これは当然ではないかと思うんです。

私どもが今考えておりますのは、大学が果たしていた医局機能を県病院も持っていていただき、県内で働きたいという方を県病院で雇っていただいて、その方々が県病院で専門的な研修、治療を行いながら定期的に地域に出ていくという形にすれば、医師の方々も、軸足を県病院に置くということで安心感がありますし、地域に貢献できると思っております。当然、県病院の予算は膨らむとは思いますが、外に出ている間は地元で給与を持つわけでありますから、そう大きな負担にはならないと思います。現在、県内3カ所に県病院がありまして、それぞれ地域医療に非常に重要な役割を果たしておりますが、その他の地域、県病院がない地域からは不満があると思うんです。しかし、3つの拠点病院からそういう地域に医師を派遣することで、各地に県病院ができるのと同じような効果があるのではないかと考えておりますので、検討し

ていただきたいと思います。

○井上委員長 ありがとうございます。

続きまして、「地域間の医療格差について」ということで、常任理事の河野雅行さんをお願いいたします。

○河野常任理事 それでは、説明させていただきます。資料がございますが、きょうのテーマは全部リンクしておりますので似たような資料になっております。御了承ください。それから、この資料は県が公表されているものですから、先生方はよく御存じとは思いますが、これをもとに御説明させていただきます。

地域の医療格差というのはいろいろございすけれども、わかりやすく、医師数等で説明していきたいと思っております。資料1ページの上の表にございすように、医師数は人口10万人当たり218人で、全国平均を上回って、全国22位になっております。OECD加盟30カ国平均は約300人で、日本は27位です。県内の医師数というのは増加傾向にあります。平成6年が2,105人だったのが、10年後の平成16年には2,538人になっております。県全体の医師数の平均は全国レベルを上回っておりますけれども、地域によりまして差が大きく見られます。県内医師数の約半分が宮崎東諸県医療圏に集まっております。一番多い宮崎東諸県と西都児湯医療圏との間には約2.5倍の開きがあります。

次に、下のほうでございすが、医師数を診療科別に見ますと、全国的にほとんどの科で医師数は増加しております中で、産婦人科だけは減少しております。幸いと申しますか、本県の産婦人科医師数は10.7人で、全国平均の8.3人を上回っております。しかし、医療圏ごとに医師数を見ますと大きな差が出てまいります。日向入郷、西都児湯、西諸各医療圏では全国平均の8.3

人を下回っております。特に西都児湯医療圏では2.7人となっております。最大の宮崎東諸県とは5倍以上の開きがあります。一方、小児科医師数は本県は11人で、全国平均の12人を下回っております。医療圏で見ますと、宮崎東諸県、日南串間では全国平均を上回っておりますけれども、その他の医療圏では下回っております。一番多い宮崎東諸県と少ない日向入郷とは約2倍以上の開きがございます。

それから、医療施設にちょっと触れてみたいと思っておりますが、病院数、病床数は全国と同じように本県でも減少傾向がございます。診療所というのは、入院のできる有床診療所とできない無床診療所を合わせた数ですが、これは増加しております。しかし、有床診療所は減少しております。その診療所の配置状況を見ますと、宮崎市、都城市、延岡市の3つで全体の56%が集中しております。

この有床診療所の問題ですが、過去には医療の始めから終わりまで完結型の医療施設として地域に根差した医療を行ってまいりました。地域において病院といえば大体これを指すことが多かったようです。便利で頼れる医療施設であったようです。昨今、医療制度改変の結果によりまして経営が圧迫されております。なかなか維持が不可能となっております。だんだんベッドをなくして無床化が進んでおります。毎年全国で約1,000、県内でも数カ所の有床診療所が消えております。県内で見ますと、平成元年に390ありました有床診療所が平成16年には287で、100以上減少しております。恐らく現在ではもっと減っているものと思っております。これらのデータは平成16年のもので少し古うございますが、現在はさらに悪化状況が加速しているのではないかと

と推定されます。

地域間の医療格差というのは、その根本は、結局は医師の地域及び科の偏在ではないかと思われれます。宮崎県全体の医師数というのは全国平均を上回っておりますが、地域や科によっては全国平均を大幅に下回る場所もあります。このデータに医師の年齢や性、特に女医さんなどを加味して分析しますと、さらに差は大きくなるのではないかと思います。例えば、高齢者で、医師免許はあっても診療されていない先生方は全国で約3万人いると言われておりますので、その点から言いますと約1割の先生方が現場に出ていらっしゃらないのではないかと推定されます。以前から医師数不足というのは識者の間では問題視されておりましたけれども、こう言っているかどうかわかりませんが、国の見通しの誤りと経済優先政策の結果、そのツケが回ってきたものだと思います。医師の偏在をなくするためにはさまざまな手段が言われており、一部ではいろいろ実行されておりますけれども、いずれもなかなか即効性には乏しいものが見られるようです。

そして、昨今の日本人かたぎからしますと、医師といえども、単に職業理念とか倫理観、プライド等のみで勤務地や形態を義務づけて縛りつけるのは、もう限度があると思っております。即効性を期待するには思い切った医師に対する待遇改善しかないのではないかと思います。これは勤務医だけの問題ではございませんで、全部の医師に対しても効果的であると思われれます。医療費の適正化、これは非常に大事なことですし、やらんといかんのですけれども、実質的には極端な医療費削減、それから、ここにいらっしゃる方は違うでしょうけれども、一部のマスコミの偏った報道、医療訴訟の増加、警察権力

の介入等々、いわゆる医者いじめの状態が続いております。この状態が続きますと、医師自身が保身策に走りまして、医師の職業に対する意欲が減退してしまいます。「衣食足りて礼節を知る」と古人も言っておりますが、自分にある程度の精神的、経済的ゆとりがないと、他人のことまではなかなか思いやる余裕がないものと思われれます。医師にゆとりがなくなれば、結局は県民の不幸につながるのではないかと危惧されます。

そのほか、地域格差というのは、救急医療とか災害医療、僻地医療、産業保険、医療従事者の問題などいろいろ見られますが、本日は時間の限りがございますので、医師についてのお話をさせていただきました。県議会におかれましては、医療現場の現状、実態を踏まえていただきまして、施策に御配慮をお願いしたいと希望いたします。以上です。

○井上委員長 ありがとうございます。

続きまして、「夜間における医療体制及び小児に係る救急医療について」ということで、常任理事の浜田恵亮先生をお願いいたします。

○浜田常任理事 よろしくお願ひいたします。座って説明させていただきます。

本県の全体的な救急医療体制と小児救急医療の現状と問題点について、説明させていただきます。

関連資料を冒頭に挙げておりますが、この資料は、宮崎県医療薬務課、宮崎県小児科医会の御苦労によってでき上がったものでございます。

まず、本県の救急医療体制から説明いたします。資料1をごらんいただきたいと思います。本県では昭和52年度から、初期から第3次までの救急医療体制の整備充実が図られています。救急医療施設は3種類の施設に分けられます。

1つ目は、主として入院治療を必要としない軽度の救急患者に対する初期救急医療施設、2つ目は、休日・夜間における入院治療を必要とする患者に対する2次救急医療施設、3つ目は、初期・2次救急医療施設からの転送患者を受け入れる後方病院でありまして、高度の医療を要する重篤救急患者の救命医療を行う3次救急医療施設でございます。初期救急医療施設には、資料1にございますように休日夜間急病センターと在宅当番医制がございます。2次救急医療施設は2次医療圏ごとに定められております。3次救急医療は、御存じのように3つの医療施設が役割を担っております。

どういうところに問題があるかといいますと、全体的な救急医療体制に対する問題は、診療科目と診療時間が制限を受けていること。それから、医師不足のために、それぞれの医療機関、特に入院治療を行う医療機関に過重の負担がかかっていることなどが問題でございます。

次に、小児救急医療の現状と問題点について述べさせていただきます。

小児医療の問題が起こってきている背景には、まず、御夫婦とも仕事を持っていらっしゃる家庭が増加していること。それから、核家族化。核家族化といいますのは、裏を返せば相談相手がないという問題。それから親の専門医受診志向、「子供の病気は小児科医に診てもらいたい」という親が8割を占めております。それから、私、この言葉は嫌いなんです、小児医療のコンビニ化、いつでもあいているからいつでも行けばいいんじゃないかという問題。以上のような問題がありまして、小児医療機関への負担増を来していると考えられています。一方では、小児医療は診療時間、労働力に比べて不採算要素が多いということがございまして、1次・2

次小児医療施設の減少が起こっているのは、御存じのところでございます。

さて、宮崎県の小児救急医療の現状はどうでしょうか。2ページをごらんいただきたいと思えます。河野常任理事も話されましたように、平成6年の101人から平成18年の126人に小児科医の数はふえております。平成18年は126人で、そのうち13人、10%が70歳を超えている高齢者、38人、30.2%は女性医師でございます。小児科医数の全国比較では、15歳未満人口1万人当たりで示しますと、平成6年の4.7から平成16年の7.6にふえています。しかし、全国的な平均には及んでおりません。

3ページをごらんいただきたいと思えます。これも先ほどお話が出ましたように、県内の状況を見てみますと、宮崎東諸医療圏に全体の50%の小児科医が集中しております。一方、日向入郷医療圏、西諸医療圏では3から4%程度の医師しかおりません。地域的な偏在が顕著になっていることがうかがわれます。

次に、本県の小児救急医療体制の現状について述べます。3ページ下段の表をごらんいただきたいと思えます。小児救急医療体制が整備されているのは、7医療圏のうち宮崎東諸県医療圏の1カ所にすぎません。これを率で示しますと14%となります。4ページ上段の表にお示しました、この9月に総務省が公表した報道資料によりますと、全国の平均整備率は62%となっております。この調査に問題がないわけではございませんが、新聞等メディアに出ましたので、それを挙げさせていただきますとこうなっております。

では、今後の本県の小児救急医療体制はどうすればいいのかということが問題になりますが、宮崎県地域医療対策協議会のもとに小児科検討

部会が設けられ、今述べましたような小児医療、特に小児救急医療の窮状を考えまして、どうすればいいかということが検討されました。子供を持つ親として一番不安感の大きい、夜間の小児救急医療体制をまず充実しなければならないわけですが、今まで述べましたように小児科医の絶対的な不足などにより不十分な状況にあることが明らかになりました。小児科医の絶対数の不足、地域的偏在については即刻解決される問題ではないと考えられます。そのために、現状では従来の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だという結論に達しておりまして、現在進んでおります。その医療圏といいますのは、こども医療圏を設定して、当該医療圏における、特に小児救急医療の強化と充実を目指すことが具体的な線ではないかということになっております。今、3つのこども医療圏の各担当者が集まりまして、具体的にどうやっていけるかということ協議・検討中でございます。

最後に、資料3、4、5は、本県の合計特殊出生率、周産期死亡率、新生児死亡率、乳児死亡率を示しております。既に先生方御存じだと思いますけど、宮崎は子供がいっぱい生まれる、周産期医療は日本トップレベルの成績であるということがこの表から読み取れます。

以上でございます。ありがとうございました。

○井上委員長 ありがとうございます。

続きまして、「県医師会として今後の取組について 1. 看護職員確保について」、常任理事の稲倉正隆先生、お願いいたします。

○稲倉常任理事 それでは、よろしくお願いたします。

まず、資料の1ページをお願いいたします。医師不足と同じように看護師不足もかなり重要

な問題となっております。ここで宮崎県内の看護師養成大学の卒業生動向についての調査結果を示しております。まず、宮崎県立看護大学校について見てみますと、平成18年度には卒業生96名中33名、34%、平成17年度には96名中48名、50%、平成16年度には102名中40名、39%が県内に就職しておられます。平成18年度は7対1看護の影響で県外流出が多かったものと推察されます。3年間の平均の県内就職率は、年間40名、率にして41%となっております。同じように宮崎大学医学部の看護学科について検討してみますと、平成18年度には卒業生63名中31名、49.2%、17年度には68名中27名、40%、16年度には63名中15名、23.8%が県内に就職しておられます。3年間の平均の県内就職者は年間24名で、率にして38%となっております。両大学の卒業生の県内就職率を見てみますと40%前後で、両大学合わせまして65名前後の卒業生が県内で就職しておられます。これは、医師不足に陥っております宮崎県における宮崎大学卒業生が県内に残る割合より少し多いぐらいでございます。

次に、2ページをお願いいたします。宮崎県内の医師会立看護師養成校の卒業生の就職状況を見ております。まず、看護師養成課程、これは正看護でございますが、宮崎市郡、都城市北諸県郡、延岡市の3つの医師会に併設されております。3校の卒業生を見てみますと、平成18年度には138名中117名、85%、平成17年度には144名中123名、85%、平成16年度には141名中117名、83%が県内に就職しておられます。3年間の平均県内就職者は年間119名、率にして約85%でございます。医師会立の看護師養成学校が両看護大学の約2倍の看護師を県内に供給していることになっております。

次に、准看護師課程について見てみますと、准看護師養成課程は、宮崎市郡、都城市北諸県郡、延岡市、日向市東臼杵郡、児湯、西諸の6つの医師会に併設されております。平成18年度は卒業生258名中175名、68%、17年度には269名中212名、80%、16年度には267名中195名、73%の卒業生が県内に就職しております。3年間の平均県内就職者は年間194名、率にしますと73%となっております。医師会立の看護師等養成校は、年間、正看護師119名、准看護師194名を県内に供給しております。

3枚目をお願いいたします。平成18年度の医師会立看護学校、県立看護大学、宮大看護学科への運営補助金等の一覧表でございます。医師会立の看護学校は、医師会員が講師としてほとんど無料奉仕しておりまして、経費も最大限切り詰めて頑張ってきております。しかし、いずれの学校も経営状況は極めて厳しく、行政からの補助金もだんだん削減されておりまして、地元医師会の負担金が増加しております。これが会の運営に大きな負担となっております。全国的に見ても医師会立看護学校の閉鎖、廃校が起きております。このような状況が続きますと、医師会立の看護学校が閉鎖とか廃止になりますと、必ず看護師不足が起こると思います。医師も不足し、看護師も不足しという状況になりますと、地域医療は完全に崩壊します。この5年間の小泉政治で都市と地方の格差が拡大しまして、弱者には耐え切れないほどの負担が押しつけられております。それに対する国民の課題が今回の参議院議員選挙の結果だと思っております。

表のほうをもう少し詳しく説明させていただきます。3枚目の表でございますけれども、県立看護大学のほうには県から一般財源支出として6億余りが支出されております。国、県から

の補助金は各看護学校にもたくさんしていただいているんですけども、県の看護大学に比べましてはるかに少ない額で、しかも県の看護大学や宮崎大学の看護学科の卒業生の倍以上の看護師を供給しておるわけでごさいます。非常に重要な役割を果たしておると思っております。表の上から5番目に地元医師会負担金というのがございます。例えば宮崎市郡医師会のほうから1,300万ぐらい出しておるとか、ほとんどの看護学校でかなりの額を拠出しております。西諸なんかは医療機関からの負担がこれ以外に加わっておるわけです。それで非常に経営が困窮しておる状況でございますので、何とぞよろしく御検討のほどいただきまして、運営面の補助をお願いしたいと思っております。よろしくお願いいたします。

○井上委員長 ありがとうございます。

2番目として「後期高齢者医療制度について」、副会長の志多武彦先生からお願いいたします。

○志多副会長 それでは、新しい高齢者医療制度について、御説明を申し上げたいと思います。

これは来年の4月から発足するんですが、新しい高齢者医療制度の概要、どんなふう変わったかを資料に書いております。これに関しましては、どうしてこれができたかというのはもう御存じだとは思いますが、非常に医療費増大していますけれども、約3分の1は高齢者医療費だと、このまま高齢者医療費が増大していくと財政がもたないということで、これを抑制していくということです。2番目は、世代間の負担を公平化するというのが一つの理由になっています。それから、高齢者は独特の心身特性とか生活実態があるわけですから、それを踏まえた制度をつくるということでこの制度ができたわけでごさいます。

どんなふうになったかというのが上のほうの図です。現在は老人保健制度と退職者医療制度があるわけですが、これを廃止して、65歳から74歳までが前期高齢者、75歳以上を後期高齢者とする二本立てが来年4月からスタートします。65歳から74歳の前期高齢者は、従来の国保とか被用者保険に加入して、各保険者間で加入者の数によって財政調整がなされます。3番目は、これが本来の目的ですが、75歳以上は独立した後期高齢者医療制度をつくるということで、経営主体が、県単位で市町村が集まった広域連合ということになっています。

財源をどうするかというと、下のほうの図ですが、高齢者から保険料を1割もらうこととなりますので、高齢者の自己負担は1割ということです。将来的には、高齢者人口はずっとふえていきますので、だんだんこれらの占める割合が大きくなっていくだろうと。それから、現役世代からの支援金が4割ということになっています。これは、少子化ですから、若人人口が減少すればこの部分が減っていくことが将来の問題として考えられます。公費は初めから5割と決まっております。

そして注目するのは、後で時間があったら申し上げたいんですが、現役世代からの支援金は、来年4月から保険者に義務づけられました特定健診とか保健指導というのがありますが、この成果次第でプラス・マイナス10%という枠がついています。成果の上がったところは5年後10%保険料は下げますよ、悪かったところは10%割り増ししますよというペナルティーをつけた、アメとムチみたいな感じのものがここに組み込まれている、そういう仕掛けができております。

高齢者の保険料は、大体の予想ですが、月額6,000円、それから介護保険が4,000円ありま

すから、1万円ぐらいになるんじゃないかと、これが年金から天引きされることになると思います。それから窓口負担は、前期高齢者の65歳から69歳までは3割負担、70歳から74歳までは2割負担、75歳から初めて1割負担ということになります。例外なく、現役並み所得者は3割負担ということになります。現役並み所得が幾らかというのははっきりわかりませんが、500数十万だと思います。

今度の福田首相は、たしか70歳から74歳の2割を凍結したいということをしてすぐ言っています。これは極めて評判悪いからですね。70歳から窓口負担が2割というのは大変です。こんなことをやっていたら……いろんな問題が出るでしょう。すぐ凍結するんじゃないですか。いろいろありますけど……

それから、老人保健拠出金支払いへの保険者の不満、今まで保険者側は、老人保険拠出金として納めた保険料のかなりの部分が老人費用に持っていかれるということで、非常に不満があったわけです。それに対しての厚労省の見解は、高齢者の保険料は1割と決めたと、保険者その他が持つ支援金は4割にしたということで、これで費用と負担の関係がはっきりしたでしょうと、そういうことを言っているわけです。そして市町村が集まった広域連合を1県に1つとして、財政運営にもこれが責任を持つことが文章上は明らかになったと言っています。ただ、実際問題として、広域連合というのを介護保険ではやっていますが、これは、名前はあっても実態があるのかないのか、本当に責任を持てる団体かどうか極めて疑問です。これは私は非常に危惧しております。

それから名称に関してですけど、これをよく見てみると、後期高齢者の保険料は、さっき言

いましたようにたった1割ということなんです。これは高齢者医療制度となっていて、高齢者医療の後に保険というのが抜けているんです。高齢者医療制度であって、医療保険制度じゃないんです。高齢者の負担が1割しかないから保険とは言えないということで、これをどういうふうに解釈されていくのか、詭弁にも感じるんですが、そういうことでここは大きな問題点だろうと思います。言葉の上ではさらっと読んでいくとわかりませんが、保険という言葉が抜けております。

いろいろ問題があるんですが、社会保障費がどんどん歳出削減で削られていきます。そのかわりに患者負担、保険者の負担はずっと増していくということで、国民負担のあり方を国民的な議論に持って行って理解を求めて、制度をきちっとつくるということをしないと、非常に拙速にできてしまっている。一見いいようにあるけど、いろいろなところを突ついていくと、この制度が本当にもつのかなという疑問も出てきますので、十分に気をつけないといかんのじゃないかと思っています。

一つ言いたいのは、憲法の25条で国民の健康で文化的な最低限度の生活の権利が保障されています。もう一つは、老人福祉法の第2条の基本理念、「老人は、多年にわたり社会の進展に寄与してきた者として、かつ、豊富な知識と経験を有する者として敬愛されるとともに、生きがいをもって健全で安らかな生活を保障されるものとする」、こういう立派な法律があるわけですから、このこともお忘れなく、これにのっとって老人保健制度というものをもう一度考え直し、練り直していくと。国会の附帯決議が21項ついていますけれども、いろんなことで対応していただきたいと思っています。

ほかの方いろいろ言っていると思いますけれども、教育とか医療・福祉が崩壊したらその国は崩壊するという言葉がありますので、そこら辺も十分考慮していただいて、この制度も考えていただきたい。以上です。

○井上委員長 ありがとうございます。

続きまして、「3. 療養病床削減について」、常任理事の野崎藤子先生、お願いいたします。

○野崎常任理事 療養病床削減について、御説明させていただきます。

皆さん、療養病床というのはわかりにくい言葉だと思いますけれども、病院には一般病床、回復期病床、精神科病床、結核病床等ありますが、その中の一つが療養病床でございまして、歴史的経過といたしましては、以前ありました老人病床が、厚労省の施策によりまして療養病床として移り変わったものでございます。この療養病床の特徴といたしましては、急性期の医療は必要としない慢性期疾患、例えば脳梗塞の後遺症の方々とか、医療管理も薄れて在宅での療養が可能でも在宅での受け入れが困難な方、いわゆる社会的入院の方々もいらっしゃいます。それが療養病床でございます。

その療養病床には、医療保険から支払われる医療療養病床と介護保険から支払われる介護療養病床の2種類がございまして、資料のイメージ図を見ていただくとわかりますけれども、全国には医療療養病床と介護療養病床が18年度に約37万床ございます。宮崎県には医療療養病床が3,000床、介護療養病床が2,000床ございまして、これを厚労省は、右に書いてありますように、2012年度末までに介護療養病床をすべて廃止、医療療養病床を10万床廃止して15万床にすることを既に法的に決められております。廃止される22万床、宮崎県で言いますと2,000床プラ

ス何百床かが、点線の中に書いてありますように、適切な介護施設、老健施設とか特別養護老人ホーム、ケアハウス、在宅療養等にかかわってくださいというのが厚労省の意向ではございますが、昨年10月に意向調査をいたしましたけれども、なかなかその転換が進みませんので、ことしの6月20日に「介護施設等のあり方に関する委員会」が設立されまして、そこで点線の中の老人保健施設の上に書いてあります「入所者の状態に応じた医療機能の強化」、新老人保健施設を打ち出しております、これが来年4月の介護保険報酬改定のときに点数化する予定ということが打ち出されております。

しかし、介護のサービスが多くなればなるほど、今度は介護保険料の負担が多くなってまいります。宮崎県におきましても1世帯夫婦2人のときに約1万円が限度に近い毎月の保険料ではないと言われておりまして、現在の介護保険料の範囲内で整備をしなければなりません。これは、先ほどから先生方がおっしゃいましたように、医療保険の抑制のために厚労省が打ち出したものでございまして、医療療養は49万円、介護療養が41万円、老人保健は31万円というふうになって、医療費を下げる政策の一環となっておりますが、施設を転換するとなりますと、各医療機関も資金の調達ができて初めて転換できることでありまして、宮崎県で言いますと2,000床プラスアルファがすべてそういうものに転換できるかといいますと、それはちょっと無理なことではないかと思っております。各施設においての問題点も一応書いてはおきましたけど、きょうは時間の関係もございまして……。

先ほど先生方もおっしゃいましたけれども、診療所が大分少なくなってきております。19床

以下の診療所に療養病床、介護療養病床が5床とか10床あるところは平成23年の3月までに閉鎖になりますので、ことしの6月20日に厚労省は、居住者ということで、診療所に有料老人ホームなどの高齢者専用賃貸住宅をしてもよろしいと、来年の4月には報酬を改定すると言っておりますけれども、パイは決まっているんですから……。現在、宮崎市でも特別養護老人ホームはいっぱい、今の介護保険料では許可が来ません。また、国のほうは医療法人もしてよろしいと言っておりますけれども、すべて地方に置いてありますので、10年後には3人に1人は高齢者となります。そうなりますと、適当な介護施設に移りなさい、転換してくださいとおっしゃれば、医療と介護の重要性がますます大きくはなっただけかもしれませんが、医療難民、介護難民が出てくるのではないかと考えております。

今後、在宅医療と在宅介護サービス、医療と福祉の連携が一層強くなっていくのではないかと考えておまして、医師会としましても国の施策に真っ向から反対するわけではありませんが、よりよい形として、医療病床削減の廃止、そして転換がスムーズに進み、現在よりももっと御利用者が満足得られる医療介護サービスの提供を図っていきたくと考えております。地域地域の特徴、特性も考慮しながら、そのためには地方行政と地域医師会、また関係団体との十分な連携、検討が今後必要になってくると思いますので、どうぞ先生方、ひとつ御指導よろしくをお願いします。以上でございます。

○井上委員長 ありがとうございます。

最後になりますが、「ドクターバンク無料職業紹介所の運用状況について」、副会長の志多武彦先生にお願いいたします。

○志多副会長 最後のところにしおりをつけていますので、内容はこれを後で見ていただければと思います。

概要を改めて簡単に説明しておきますと、宮崎県医師会はドクターバンクを既に10数年前から立ち上げております。ただ、最近の状況等がありまして、実際に本格的稼働を始めて3年半ぐらいの歴史を持っていて、その3年半の実績は、職を求めてきた方が47名、その中で就職先をあっせんしてあげた方が22名おられます。これは求職のことになるわけですが、もう一つ求人の方、医療機関からドクターが欲しいと言ってこられたのは、77医療機関から235名の求人がありました。求人と求職とのマッチングが余りよろしくないですね。そういう実績です。

それを踏まえて、就職あっせんがどうして成立しにくいのかという1番目の理由は、職を求められる先生の希望の勤務地が、先ほど医師の偏在のことがよく出ていましたが、圧倒的に宮崎市かその周辺ということを書いてくるわけです。そうすると限られます。どこでもいいよという若くて元気のいい先生は数が少ない。もちろん家庭を持っておられる方が多いですから、家族の事情、特に子供さんの教育の問題等々、これは大きいと思います。

2番目は、自分が勤めようという病院の規模、どんな設備が整っているのか、きちっとした一流のものが整っているかどうか。いろんな患者さんが来て、自分の勉強、張り合いになるのか。あるいは医療スタッフ、ほかに優秀なスタッフがおられたら、できたらそこに行きたいということになる。その2つが一番大きい問題だろうと思います。

あとはどうしても勤務時間の問題、今、勤務医の方に関しては非常にむちゃくちゃな超過が

あって過重勤務が問題になっています。それから当直、休暇は1週間に1回きちっととれるのかとか、あとは給料その他の問題が出てくるんだらうと思います。そこら辺がドクターバンクの機能がうまくいかない原因であります。

もう一つの問題点は、求職登録者数が少ないから、組織として機能しにくいという問題です。

女性医師の問題がいつも取り上げられますけど、女性医師が働きやすい環境整備をしてあげないとなかなか難しいですね。これは育児支援等々含めてです。それから女性の場合、出産とか育児で2から3年のブランクができて、その間に医療におくれていますので、そのおくれを取り戻すためにきちっとした研修をさせてあげないとついていけません。そこら辺の手当てが非常に難しいです。保育所をつくる問題とかいろいろございますけれども、そういうことも含めながらドクターバンクの経営はやっていかなきゃいけない、それが実情です。

○井上委員長 ありがとうございます。

それでは、県医師会の概要説明が終わりましたので、何か御意見があればお願いいたします。

○丸山委員 いろいろと意見を聞かせていただきまして、ありがとうございます。

この特別委員会が立ち上がったのは、宮崎県の置かれている地域医療は非常に厳しいということで、委員一同いろいろな調査をさせていただいているんですが、私、個人的に思っているのが、先ほど少し出ました、短期的な対策と長期的な対策をちゃんとそれぞれのところでしないと、これをばらばらにやっても意味がないと思っています。短期的ということになると、まず県内にいる医師が働きやすい環境にしないと、どんどん医師が県外に流出してしまうと、さらに医療格差も広がっていくだらうし、特に

宮崎市にどんどん集まってしまうと思いますので、その辺に対して県のほうで医師派遣制度、県病院の医師として僻地で2年働くと、県病院に帰って半年ぐらいいは好きなところに研修に行っていていいですよという制度を設けて、それで宮崎県内の医師をどうにか確保したいという意向はわかるんですが、この制度も限られた人数しかなくて、なおかつ県病院も医師の充足率は決していいとは言えないものですから、なかなか派遣もできない状況です。

医者の方に聞くと、物すごく多忙で週70時間働くとか、非常に大変だということで、「どうしたらリフレッシュできるんですか」と言うと、「休みが欲しいのではなくて、医学会とかがやっている研修に行けば、そこで物すごくリフレッシュできるんですね」ということをよく聞きます。個人に県が支給をするのは非常に難しいと思うので、医師会を通じてとか何らかの形でそういったことができるとおもしろいんじゃないかと思っているんです。医者は非常に激務だということはわかっているんですけれども、これを改善する方法として、医師会としてはこういうことを県とタイアップしてやっていきたいという方向性があれば、教えていただくと幸いです。

○秦会長 総括的なことをお答えします。

おっしゃるように、県病院、特に県立宮崎病院には就職を希望するドクターはいっぱいおるんです。ただ、その受け皿になる県病院の運営からいって、定員制とか設けてあってなかなか採用しません。自治医大生は1人について毎年1,000万ずつ、大体6,000万県が金を出して医師をつくっておるわけです。9年たってこの人たちが県立宮崎病院に就職しようかというときに、もういっぱいになっているとかで就職され

んのです。それから、以前は学校間の派閥のことがあってなかなか就職できなかった。今、学閥というのがなくなりましたから、県が受け入れればできると思うんです。今おっしゃったように、そんな人たちを地方に1年なり半年なり行ってもらって、また研修に県病院に帰ってきてもらう。もしくは国内のがんセンターに6カ月研修に行くとか、そういう制度をつくれればかなり県内の僻地に行けるようになるんじゃないかと思っております。それが1点です。

2点目は、それが現実にできるかどうかちょっと難しいところもあるんですが、西都の病院に内科の医師がどうしても救急で足りんということであれば、宮崎県病院から6カ月もしくは3カ月医者を出してつないで、その間に別なドクターを探すというような、救急的に県病院にいるお医者さんを何とか動かさないかということがあります。

もう一つ、今言われた、医者が非常に過重労働というのは、36時間勤務というのが当たり前になっています。1日働いて、夜また働いて、次の日も1日夕方まで働いて、やっと家に帰ると。診療科によって週に2回しか家に帰らないとか、1週間に1回しか家に帰らないというドクターがいっぱいいます。これはそのうち使い減らしでバーンアウトしてしまいますから、今、県病院の院長さんたちと話しておるのは、「どうぞ当直とか夜勤をした人は次の日休ませてください。それでもしも外来とか診療に支障が出るようであれば、そのときは休んでいいんじゃないですか。そここのところは開業医が肩代わりをしますよ」という話をしております。しかし、院長さんたちに聞くと、次の日休めと言いくいと、休んだら、今度は残った人に負担が全部かかるというんです。それなら、場合に

よっては外来を閉めて、普通の患者さんは開業医で診ますというスタイルにして、大変な患者さんだけ、もしくは手術の患者さんだけ県病院でやっていただいたらいいんじゃないかというようにも話しております。そういうことができるかどうかですね。

小児の救急医療は後で浜田先生から話があると思いますが、宮崎市、延岡市、日向市の場合、実際に開業医がずっとそこの救急センターに勤めておるんです。自分ところの病院が済んで、夜そこに行っているんです。それでカバーできないところを医大とか小児救急センターにおるドクターにお願いしておるということです。これが県病院を使えば、両方で、市も小児科の医者を救急で探しておる、県も小児科の医者を探しておるということがなくなっていいんじゃないかと思うけど、これも県と市のテリトリーといいますか扱いで、簡単にはいきません。内科も外科もそうです。大坪先生から話してもらいたいと思うんですが、実際は地域の救急医療は、開業医の先生が市郡医師会病院のような医師会立の病院にずっと勤めておるんです。自分ところの診療が済んで、夜行って勤めておる。そういう実態があります。厚労省も開業医の先生が救急センターで働いたらどうかと言っておりますが、実際に地域のためにやっておるわけです。そんなことで目の前何とか今動いておる。そういう人たちが大体今60歳前後、この人たちが70歳になったら勤まりませんから、10年後は、宮崎の周産期医療も小児医療もパンクするという見通しを立てております。それまでに何とかしたいと。

○大坪副会長 救急医療に関してですが、夜間救急に関しましては、もちろん大学からの応援もありますけれども、開業医が、自分の病院を

夕方まで診療して、夜7時から翌朝の7時までの夜間診療を受け持っているという現状にあります。例えば日曜日の夕方7時から翌朝の7時まで夜間診療に行きますと、帰ってきたらまた8時半か9時には自分の病院の診療をやらなくちゃいけないという現状にあるわけです。

○富田常任理事 丸山先生がおっしゃったとおりで、どこかでいい循環にしていかないと、今、マイナスの循環でどんどん出ていっています。会長がおっしゃいましたように、県立宮崎病院は行きたいという人はいると思うんです。西都に応募に来た人に、「うちがだめだったら県病院に勤めませんか」と言ったら、多分勤める人はいるんじゃないかと思うんです。その枠をつくっていただきたい。県病院や病院局の方々と話していると、これは私の個人的な印象ですけども、赤字のことを非常に言われて、投資をすることに對して消極的ではないかという印象を持っています。議会のほうでそういう政策的な医療の方向転換というか、もちろん無駄は省かないといかんですけれども、必要な投資をしていただく方向にすれば、県病院には人は来るんじゃないかと思っています。

○丸山委員 周産期医療のシステムが非常にうまく構築されています。特に救急医療、また小児科はこども医療圏をつくって努力されているのはわかるんですが、まだ絵にかいたもちにしか見えなくて、具体的に県としてどういう形で後押ししてほしいというのがあれば……。周産期医療がうまく機能したのは、病院の先生だけではなくて、看護師さん、また救急救命士、大学の先生方が連携して、行政もうまくバックアップできたと聞いているものですから、こども医療圏を生かしていけば、そこから突破口ができて救急医療なりにどんどん広まっていけばと思

いますので、県がやってほしいということをもう少し具体的に教えていただくとありがたいと思います。

○浜田常任理事 まず、こども医療圏のことから説明させていただきます。先ほどから申し上げていますように、小児科医の数は絶対足りない、今対策を立ててもすぐ効果を出すものではないということで、こども医療圏の設定が大事になる。それを宮崎県に3カ所定めて、1次から3次まで完結するような医療圏を3つに分けてやったらということを進めています。実際は、医療薬務課、小児科医会、宮崎大学、医療圏の担当医と話し合いを進めております。

周産期につきましては、私は専門じゃありませんけど、御存じのように宮崎県を3つに分けてやっているということは御存じだと思います。きょう周産期医療の死亡率のデータをつけたのは、そこを申し上げたかった。3カ所の中核医療施設があれば十分やっていけるんじゃないかということが周産期医療でも達成できているから、小児科に関してもこども医療圏というのを3つに区切ってやったらどうか。雑談になるかもしれませんが、例えば宮崎と延岡を高速道路を通していただければ、1時間で走ってきますから、そういうことも解決される。いろんな要因がありますので、よろしく御指導いただきたいと思います。以上です。

○米良委員 きょうはいい機会だと思いますけれども、短時間の中で医師会の皆さんたちが抱えておる課題をみんな出されまして、私たちは何から話をしているやら、お尋ねをしているやらわからないというのが、正直な今の気持ちです。

医者が宮崎と東諸に集中しているという話はずっと以前から聞いております。医者がこの時

代に足りないということも私たちはびっくりしておりますけれども、なぜ中山間地に医者が行きたがらないのかということからひもといてみたいと思います。仕事が違うけれども、私は僻地に勤務したことがあります。僻地は寂しいです。これから2時間も3時間もかかって行かなきゃならない、本当に交通も悪くて大変だなという思いをしました。月給は一緒です。医者にもっと高い給料を町村長も出して、そしてお医者さんが満足行くような生活ができる、安心して村に居つくような状況になぜしないかということはずっと私は言ったことがあります。高齢化社会にだんだんなって医療制度も変わってきました。あるいは先生方が診察をする年代層も変わってきたと思いますし、また医療内容も変わってきたと思います。介護が出てきたし、さっき野崎先生が言われるような療養型も出てきた。だんだんそういうふうに変化してきたというのが、根本的にそこに出てきたような気がしてならんわけです。

先生方から言わせると、今、丸山委員からありましたが、行政側からの条件と医療機関からの要請、そこに歯車の違いがあるような気がしてならんのです。ではどうすればいいのか、どうすれば宮崎市だけに集中しなくて済むのかということなんです。さっきどなたか言われましたけれども、大学に地域枠を設けました。設けましたけれども、6年後しか役に立たんのです。では、6年間どうするのかということです。中山間地に行く医者の給料の半分ぐらいは自治体で見なさいとか、もっとそこ辺を条件整備しなさいというのがあるんじゃないですか。そこあたりを手短かに話を聞かせてもらえませんか。

もう一つは、余り高度で、きょう我々が聞いたことは天に向かって言わなきゃならないこと

ばかりです。国会議員のしりたたいて、あんなたちが努力せいと、宮崎はこういう悪条件の中でやっているじゃないかというのをひしひしと訴える内容です。

○濱砂常任理事 一つは、医師の教育。今、研修やってますと、外科はきつい、婦人科は休みがない、実習をやってみると体感できるんです。だから入らないんです。今、婦人科も減っています。外科医はもっと減っているんです。今から先の問題は、きつい内容の科、医師の責任の重さ、そういった面における平均化がされていないということです。個人の自由ですから、きつい外科医になりなさいとか言えないじゃないですか。そういうことを行うのも医者なんだという理念的な教育がされていない。

もう一つは、先ほど言ったように、僻地に行けと言ったって行かないです。なぜかといったら、医者は非常におだてられていましたが、今は全然違います。おだてられてないですよ。社会が医者をおバッシングするじゃないですか。結局、医師の倫理観といったものは、一生懸命やっているにもかかわらず、国民は認めていないんです。そうすると医者はやる気がなくなって、そしたら自分中心的な考え方を持ったほうがいいんじゃないかという流れになってきているんです。だから、だれが悪いかといったら……、だれが悪いんでしょう。

お金は出せば解決つくんですよ。ところが、先ほど言ったような理念とか考え方というのは、急には直せないんです。

○井上委員長 宮崎大学の医学部に行ったときも同じような御意見を聞かせていただいたところなんですけれども、全く合致しているような御意見でした。

○函師委員 先生方の現場の苦悩は、お話を聞いて

てよくわかったんですが、富田先生の提案とい
いますか、医師会全体の提案なんでしょうけれ
ども、非常に建設的で、今後の即効性のある打
開策になり得ると思うんです。県病院の採用枠
をふやして、なおかつ地域病院に出たときには
報酬は病院のほうで負担すると。県の負担も一
時的には大きくなるかもしれないけれども、こ
れがうまく回り始めると非常に機能的になっ
てくると、私も感じました。

さらに、志多先生でしたかお話しいただいた、
女医さんの出産・育児の休暇後、知識・経験を
取り戻すための研修システムが今ないと、これ
を県病院なりがいち早く構築して、出産後の先
生方が入りやすい体制でもとれば、そういう
大きな看板があればこそまた先生が来ていただ
きやすい環境だと思うんです。こういうのを県
として取り組んでいけたらなど、きょう強く思
いました。時間をとって、執行部の方々ともこ
のあたりを具体的に詰めていきたいとは思っ
ております。

もう一つ、野崎先生からお話がありました療
養型の件を、私、6月定例議会の一般質問で取
り上げさせていただいたんですが、切実なる問
題で、介護難民、医療難民がたくさん出てくる
可能性は十分あります。国が一般病院から療養
型に切りかえなさいと。切りかえたと思ったら、
今度はそれを廃止しなさいと。矛盾したような
方策がまかり通っておるんですけど、この受け
皿づくりを現場と県と一緒にやって今後やっ
ていく場合に、訪問看護ステーションをあと何カ
所ふやしてくださいとか、ヘルパー、訪問看護
者の数を何人ぐらい確保してほしいとか、そう
いう数字で受け皿についての対策を医師会のほ
うで考えられている部分はないんですか。

○野崎常任理事 今、医師会でも介護保険委員

会というのも立ち上がっておりまして、医師会
の先生方も介護保険というものを少し理解して
いただかないと、医療保険だけではいけません
ので、介護保険の手引書とかつくりながら、パ
ラメディカルの方も一緒にケアマネージャーの
委員会も立ち上がっておりますので、その辺で
研修会をしながらやっってはきております。

○秦会長 きょうおいでになっていますからご
まするわけではないけど、県の行政のほうは一
生懸命考えてもらっているんです。いわゆる介
護難民をなくすために療養病床を介護施設に変
えてもいいと、ほとんどの県のほうの見解はそ
うなんです。ところが、市町村に行きますと、
ある首長さんと話をしておると、介護保険でやっ
ておりますから、自分ところにそんな施設をど
んどんつくってもらおうと介護保険料が高くなる。
だから、市町村としては次々できることにそう
賛成ではないというわけです。そんな実態があ
りました。介護においても、特別養護老人ホーム、
これは死ぬまでおってもいいところです。
老健施設、これは3カ月とか半年おったら出ら
んといかんです。特別養護老人ホームとかずつ
と住んでいい老人のケアハウスをどんどんつ
くっていかうにも、そうするとそこの市町村は
負担がどんどん高くなるから、首長さんとして
は反対だと。

実際に、介護難民というか、特老に入りたい
人が今4,000人おるとも、半分は医療施設に入っ
ておるから実際は2,000人しかおらんのだと。そ
のうちの本当に困っておる人は1,000人しかおら
んのだという話もあって、私たちも実態はつか
み切れません。4,000人おるのであれば、これは
ちょっと考えにやいかんですね。ずっとそれを
減らして行って、2,000人なんだ。その半分は今
のところは療養型にお世話になっておるから、

実際は1,000人でいいという話が本当なのかどうか、実態をつかみ切っておりません。自宅で待機患者、同じ人がこの特養にもこの特養にも入りたいと申し込んでいるという話もあるんです。そしたら4,000人のうちの半分の2,000人じゃないかと、半分は病院に入っておるから1,000人じゃないかという論議もあるわけです。これは議会のほうでよく詰めていただいて、例えば小林なり西諸地方に足りないのであれば、そこに何とかつくって、もし市町村が持ち出しになるのであれば、県のほうから援助するとか、そういう方法もできるんじゃないですか。

○函師委員 今の会長さんのお話、そのとおりで、県のほうは特養なりの申し込みの重複者は既に把握しておりまして、実数でどここの地区には何人のニーズがあるというのは把握しています。今後は市町村と県がもっと連携をとって、介護保険なり老人保健福祉計画の見直しを積極的に行っていかなと、今、計画で枠ができてしまっていて、市町村はそれを盾にとって、それ以上施設はつくりませんとか言ってきているものですから、県のほうがそのあたりはもっと積極的に指導していいと思います。

24時間の看護体制とか、みとりの体制ということは今後国が推進してくれば、施設型ではなくて、在宅型の医療も一緒になったサービス提供が新しくできてくるんだと思いますが、そういうときには先生方のお力というのは大きく必要になってくると思いますので、今後ともぜひ御協力をよろしくお願いします。

○野崎常任理事 今おっしゃいました、新しい老健施設と既存の老健施設については、日本医師会のほうも今検討中でありまして、現在の老健施設はリハビリ強化と在宅支援復帰がメインでありまして、今度、医療療養、介護療養

が移ってもよろしいというのが医療強化型老健施設でありまして、それはちょっと点数を高くしますよというのが国の考えですけど、一般の人たちは、老健施設に入って、新型の老健施設と既存の老健施設の違いは全然わかりません。だから、老健協としましては、既存の老健施設も、今までのように24時間のみとりもちゃんとやっております、看護師も配置以上の配置をしております。そうしていかないと、喀たんの吸飲とか胃ろうを持った人も今の老健施設に入っていられないので、やっていけませんので、そのあたりも日本医師会としては強硬に、老健施設は一本化していかないと、2つの老健施設をつくるということは一般の人にも困りますということは、話はしております。

それともう一つ、そういう施設ばかりではなくて、在宅に持っていかなきゃいけません。在宅になると医療保険になりますので、診療所は、在宅で往診したりしながら、医療保険と介護保険を上手に使っていかなければいけなくなってくるのではないかと考えております。

○井上委員長 先生方には大変恐縮です。時間が過ぎておりますが、あと2人ほど委員がまだ発言したいと言っておりますが、よろしいでしょうか。先生方に御了承いただきたいと思います。

○押川委員 お世話になります。広がる命の格差という中で、今、秦会長からも、地元の富田先生からも、また濱砂先生からもあったんでありますけれども、地域に住んでいる者が、まずどういう運動をやっていくかということで、先ごろシンポジウムが高鍋で行われました。そして今、民間団体がそれぞれの地域の中で存続運動、医師の確保に一步踏み出し始めました。そういう中で大事なものは、市町村が救急病院の赤字補てん、あるいは存続のための資金をどれだ

け出せるか、これは県のほうからそういう指導なり話し合いの機会を持ってもらわなくちゃいけないと思います。

それから、先ほど富田先生から出たように、私たちもここに来て一生懸命そういう発言なり行動をしていますけれども、なかなか我々自身医師が見つけれない、先生方ですら医師がなかなか紹介できないような状況の中で、今言われるように、そういう病院には行けないけど、県病院だったら行きたいという人はいるだろうという話であります。県病院にストックをして、そこから出た人はその市町村の金によって診療報酬を払うような制度について我々が言うていく。そして県民に、予算の中の医療費の何ぶかはそういうものに充てていくんだということ、議員は議員として議会の中でやっていく、お互いが連携する、連動することがやっと今できてきたのかと思っています。

16年から新臨床研修制度が始まって医師不足が始まった。本当に医師が不足しているというのはここ1年ぐらい。今までは医者が余るんだという認識できたんですけども、ここにきて医者が少ない。その現実の中で、では、西都の救急病院がなくなれば、宮崎東諸県の県病院や医師会病院、開業医の先生方がそれを全部賄うかということ、賄い切れないわけですから、そういった世論というものを大きく盛り上げて、県病院が、県民の理解で医師の確保なり医師の派遣ができる制度、こういったものはどうだろうかと思はるんですが、このことについて、会長、どうでしょうか。

○秦会長 それは、県議会の先生方がどれだけ頑張っていたか、先生方の後ろには1万人以上ついておるわけですから、それにかかっておると思います。地域が自助努力をしてみせ

んと周りは動かんと考えております。

○井上委員長 せっかくですから、早稲田先生も何か御意見がありましたら、どうぞ。

○早稲田常任理事 発言の機会を与えていただきました、ありがとうございます。

濱砂常任理事が言われましたけれども、患者の意識も変わってきているんです。小児救急といった場合に、「内科・小児科」というところには患者さんは行かないです。「小児科・内科」と書いても行かないんです。「小児科」と書いてあるところに行くんです。だから、田舎で開業しておってもなかなか大変です。今度政府が総合医ということを書いておられますが、ことし5月26、27日に秦会頭が3,000名の会員を集めて総合医の全国学会を開かれて、非常に高い評価を受けています。総合医をつくるということ、国が勝手にやっても、何が総合医なのかわからない。そういう中で医者も変わらざるを得ない。

過酷な勤務をしているお医者さんが何を言い出したかということ、3交代にする、日勤、準夜・深夜帯に分けると、患者さんからは、眠い目をして患者を診てもらおうと困る、ぱちっとした目でしっかり診てくれと、命かけて診てくれというふうに言われて、ちょっとした言動で医療訴訟、医療過誤じゃないですよ。対応が悪いというので医療訴訟を起こされるという時代になってきておまして、それも医師不足と言われる原因の一つです。医者も変わらにゃいかん。地域住民の医療に対する考え方もずっと変わってきたのでいろいろしなきゃならないという時代に来ているということでありまして、そういうことも原因にあるんだと思っています。

○濱砂常任理事 西都救急、都農町立病院、国立病院があります。それを1つにまとめて救急医療等に対応できるような200床ぐらいの病院を

新しくつくと。今の西都救急は器そのものがまずいですね。国立もそういう機能を持っていないし、やっていない。都農町立もそういうことを余り積極的でないとすれば、都農、川南、高鍋、西都、新富で11万人いるんです。1つのエリアなんです。延岡は救急医療ができています。ずっと見ていきますと児湯、西都があいてるんです。そういうふうな構想、そこにおる看護師さんとお医者さんが集まってそうしたものをつくれれば、何とかまたもう一つの新しいやり方もでき上がるのかなと思います。

○押川委員 ありがとうございます。我々も実はそういう話を今やっている最中なんです。それに富養園まで入れていくと、大きな西都、児湯のエリアができるなと思っているんです。今後またそういうことも議会の中で議論をさせていただき、ぜひ先生方のお力も借りながら、新しいものができるということは希望があるんですが、今、西都をどうするのかということをもまず解決して、それから進んでいかなくちゃいけないのかなと、我々もそういうことで考えておりますから、またひとつよろしくお願ひしたいと思ひます。

○黒木委員 看護師の話が出ませんでしたので、一言ここでお願いしたいんですが、医師会のほうでやっておる看護師養成のほうでは、県内に残る看護師が非常に多いんですね。表を見ましてもほとんどが残っていただける。ただ、大学関係の看護師が、卒業生96名中55名が県外に出ていくような状況です。ということは、宮崎県においてもこれには金をかなり使っているわけです。それなのに県外に出てしまう。非常に残念なことですが、この表を見てみますと、皆さん方の看護師養成のほうに県はもう少し金を入れて、ここでしっかり養成をさせるべきじゃな

いか。逆に、この表を見ますと、皆さん方の養成のほうに県の資金的な援助が少ないんじゃないかという気がしたんですが、そこ辺はどうでしょうか、お聞かせください。

○稲倉常任理事 本当にありがたいお言葉で、感謝感激でございます。実際そうだと思います。非常に安い費用で、しかも医師会立の養成所を出た看護師さんはその場から使えます。大学の看護師さんは、いろんな理論は知っておりますけれども、実際注射をさせてもできないです。それをするまでに1・2年またかかるわけです。医師会立の養成所を出た方は実務も3年ぐらいやっていますから、注射や患者さんの対応も非常にうまくやってくれて、それが宮崎県の医療を支えてくれておるんだと思っておりますので、ぜひ先生方のお力添えをお願いしたいと思っております。

○黒木委員 いい資料もいただきましたので、また議会等でも質問をして要求していかにかんというふうに思ひますので、よろしくお願ひします。

○外山委員 療養型とか、いわゆる脳卒中等々は医療施設には3カ月しかおることができないとか、いろいろ医療保険制度も変わってきました。私は非常に興味があるのは、以前から警察資料というものに興味がありました。どういったことかという、例えば平成18年の変死体件数、検死医が宮崎県警24名委託されておりますが、中山間地域で、孤独死も含めてたくさんのお年寄りがだれからもみとられることなく死んでいく。中山間地域の小さな村で一生懸命子供を育てて、そして都会に送り出して1人寂しく死んでいく。そういった方々が年間に100人ずつふえて、恐らく平成19年度は1,500人に優に達するであろうと。だれがこういった現象をつくり

出したんだということで、元医師会長の武見会長が元気のいいころは、私はいいのか悪いのかわかりません。圧力団体として、日本医師会が、日本の医療行政については我々が責任を持つんだと、こういったことで自民党もけ飛ばすぐらいの元気がある、たしかそういった医師会の会長であったと私は思っていますが、医師バッシング、そしてまた公務員バッシングが最近進んできて、どうも自己主張が少なくなったのではないのか。

もう一点申し上げたいのは、1市6町、宮崎市周辺の県土面積割合は11.3%、ここに宮崎県の医師が半分集中している、残り9割のところに県民が散在をしている。そのため、救急医療に対して、搬送時間が1時間とか2時間になってくる。例えば心肺停止、恐らくほとんどの方が蘇生なく死んでいくであろうと。こういった現状について、僕らも含めて真剣に取り組んでいかなければならないと思うんですが、医師の派遣について哲学の話が出ました。ここまでするとちょっとどうかという気がするんですが、県庁が派遣制度をとるのではなくて、医師会で逆に派遣制度をとって、そこには行政から補助をいただいてもいいと思うんですが、そういった方法というのはとれんものなのでしょうか。

○井上委員長 それでは、最初のほうのところは政治担当の早稲田先生、そして後のほうは志多副会長をお願いします。

○早稲田常任理事 孤独死がふえているというのも事実です。変死というのは、医療にかかっていない人の自殺とか行き倒れなんかを見る報告でありまして、かなり詳しく警察当局で調べるわけでありまして、都会でもそういう例は非常に多いわけでありまして、医療を受けようにも受けられないような、あるいは、委員がおっしゃ

いましたように病院に入院していなければならぬような、生活ができないような患者さんについては、そういう人を入院させてはならないという行政の方針で……。武見太郎先生が非常に高い見識でもって、ずっと先の行政までを見られて日本医師会を導いてこられたことには、いまだみんなの語りぐさで、「あのときはよかったね」と言われますけれども、当時は新聞からも「喧嘩太郎」というふうに非常にバッシングを受けておられました。あのときのことを懐かしむ人もおられますけれども。

今、日本医師会の指導力が非常に低下しているということに、みんなが非常に隔靴搔痒というんですか歯がゆい思いをしながら、外山委員のお言葉を伺いまして、もっとしっかりせにゃいかんなどということを思いました。私どもも選挙を通してしっかり議員の先生方に日常からの御活動をお願いして、民主主義の原点であります選挙という方法で我々の主張も通したいと思えます。どうもありがとうございました。

○志多副会長 医師不足に対する解決法の一つなんでしょうけれども、制度とか強制等々の問題だけじゃなくて、医師みずからそれに対応するような志というものはないのかということ、前から問題にはもちろんなっています。一つ問題になったのは、国会等でも問題になりましたけど、卒業した医師を義務的に1年間か2年間、地方派遣を含めて制度化したらどうかという案も出ました。それは、昔の徴兵制度と一緒に、徴医制度、医者を駆り立てて2年間なら2年間兵役義務みたいにつかせるということで、これは憲法上の問題いろいろあるでしょう。そこまでするのには問題でしょうけれども、そこら辺まで話には出ました。これはすぐには実現する問題ではありませんけど、その形を変えているの

が奨学金制度とか地元推薦枠等々、そこら辺を少し条件整備して、宮崎県だったら定数の半分は地元出身者でいいんじゃないですか。それぐらいのことをやるように一生懸命行政的には働きかけをしていただいて、宮崎市と田舎のことだけ言いましたけれども、東京と宮崎の格差も十分考えていただかないと解決する問題ではないからですね。

あとは教育の問題、倫理道德の問題もあるでしょう。例えばアメリカの制度は普通の大学を卒業した方が医者になります。日本の入学制度とは全然違います。きちっとした大学を出て社会体験をした方が、改めて医師になるという制度、これは根本的に違うと思うんです。ただ受験勉強で点数のいいのだけ医学部に行って、将来は何となくよさそうだと、金もうけがいいのかどうか……そんな格好でしか医師になっていないという原点まで考えて、もう少し教育制度から何からすべてをしないと、小手先だけいじってもなかなか将来の展望は開けないんじゃないかと、そんな気持ちがあります。

○外山委員 早稲田先生、ちょっと誤解をされていると思うんですが、変死体というのは、例えば宮崎県下で高血圧等々で半身不随になる人が非常に多いと、年間2,000名から3,000名いると言われております。その人が3カ月たったら医療機関から退院勧告をされる。特養については3,000名ぐらいの待機者がおると。療養型A・B、医療は若干残すが介護型は全廃をする。そうするとどこに行くかという自宅にしか行けない。中山間地域の方々、半身不随で寒いと、そこでお風呂に入って倒れるとか、階段をちょっと上がって倒れる。倒れたまま死んでいく、腐乱死体で発見される。そういう変死体、検死をする。そういう方々が最近急増しているよと、だ

から、福祉と医療はトータルで考えなければいけないよねと、そういうことを申し上げたつもりです。

それからもう一点は、医師が不足をしている。恐らく30年後の県人口は90万人と言われている、旧1市6町地域が45万人で、残り9割の県土面積に半分の県人口が点在をしている。点在をしているところはもうからない。もうからないから公的医療でやるのか、それとも医師会ということで社会的責任、個人的には道德云々は言いたくありませんが、何らかの公共的な医療施設というもので対応しなければ、宮崎県というのは医療崩壊するのではないかと。人口の偏在が、田畑が荒れ、山林が荒れ、結果的に河川が荒れ、流木が延岡の海岸を覆い尽くす、こういった結果になって宮崎県崩壊になるのではないかと。ですから、僕らも頑張りますが、医師会も……後は冗談になりますからやめておきます。以上です。

○富田常任理事 今の件ですけれども、もちろん医師会としてもやらなきゃいけないと思っております。現在、宮崎、都城、延岡、西都、4つの医師会病院がありまして、ここを地域医療のかなめとして努力しております。全部厳しい運営を強いられておりますし、医師不足に悩んでおります。だけど、これは頑張らんといかんと思っております。

先ほど、県病院に医師をプールして派遣という話をしましたけれども、もちろんそれだけで解決するわけではありませんから、さまざまな施策の中の一つとしてそれをやっていただきたい。医師会病院も魅力的なものに変わっていく中で同じような機能を果たしていければもっといいし、民間病院の中でも研修を受け入れている病院がありますし、将来的に医師派遣をでき

たらいいなという話も聞くんです。そういう話は医師会、県病院も含めてお互いに調整できるんじゃないかと思っています。

○井上委員長 それでは最後に、秦会長のほうから、きょうの意見交換会を終えての御感想を含めてお話をお伺いして、終わりにしたいと思います。

○秦会長 きょうはどうもありがとうございました。先生方を長時間にわたって、私たちが言いたいことばかり言って引きとめまして、申しわけありません。大変勉強になりました。

ただ、医療の実態、隅々には希望があるんです。日本の第1号の過労死で亡くなった小児科の先生がおるんですが、その人の娘さんはやっぱり小児科医になっているんです。今一生懸命頑張っております。都城の西岳ですか、田舎のほうの診療所に行きますと、自分が透析をしている43歳の女医さんが、診療所にだれもいないからといって週に4日ぐらい行きよるんです。こういうところにやはり医療の希望はある。今、外山先生から厳しく御指摘を受けましたが、そういうふうに私たちは思っております。

次世代を育成しようということで、この前、日本プライマリ・ケア学会を宮崎でやったときも、学生を呼んできて、「おまえたちは医療についてどう考えておるか、どういうふうに将来やたらいいか」というようなシンポジウムも始めまして、医学部の学生ともしっかり連絡をとっています。とにかく次世代を育成していく。日本の医療は明るい芽がいっぱいある、頑張っている人はいっぱいおるので、これを引き継いでもらいたいと私どもは考えております。

幸い宮崎県は、県行政がよそに比べたら非常に理解があります。一々私どもも意見を申しさすし、向こうからも相談を受けます。行政と医

師会がけんかしてぎすぎすしてうまくいかないところもあるんです。そういう点が宮崎県は、行政も非常にいい、私どもも努力したいと思っておる、先生方も私どもの話を長時間かけて聞いていただくというようなことで、非常に希望を持っております。

きょうは、井上委員長を初め皆さん方、ありがとうございました。

○井上委員長 それでは、私ども委員会のほうからお礼を申し上げたいと思います。

私どもこそ、医療の最先端で頑張っている方々を長時間、そしてまたお約束した時間を超過いたしましたことを、本当に申しわけなく思っております。

ただ、県民の安心・安全の生活をどう守っていくかという視点で言えば、お互いが一生懸命努力をしていくことが大変大事だということについては、この委員会で皆様方と意見交換をしております。つぶさに感じた次第でございます。まだまだ宮崎県議会のほうでも、そういう意味で言いますと力不足の点もございますが、きょういただきました御意見等をしっかりと受けとめて委員会活動に生かしてまいりたいと思っております。

私ども委員は、それぞれの地域からいただきました県民の皆さんの負託を受けて一生懸命努力したい、その思いは、そしてまた情熱も大変強いものがあってこの委員会に来ておりますので、まだまだ後半いろんな現地も見せていただきながら、それぞれ努力をしていきたいと思っております。

本日は、長時間にわたりまして御意見等いただきました。本当にありがとうございました。

それでは、暫時休憩いたします。

午後3時40分休憩

午後3時44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. 県外調査についてでございます。

まず、委員の皆さんに調査先等の内容を御説明する前に、日程変更の経緯について御説明いたします。当初は10月10日から12日の日程で実施する予定でした。しかし、前回の委員会では正副委員長への一任を受け、調査先と日程調整を行ったところ、ちょうど医学会等の日程と重なっており、調整が難しい状況でした。このため、日程を10月15日から17日に変更した次第でございます。そこは御了承いただきたいと思っております。

委員の皆様には、日程の変更について大変御迷惑をおかけいたしました。どうぞ御了承いただきたいと思っております。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、日程案について御説明いたしますので、資料1をごらんください。

県外調査の候補先として、15日は、千葉県東金市にあります県立東金病院を挙げております。県立東金病院では、「若手医師に魅力的な研修制度の整備」等についてお話を伺う予定にしております。

16日は、埼玉県さいたま市にあります西部総合病院と、新潟県南魚沼市にあります、ゆきぐに大和病院を挙げております。西部総合病院では、民間病院による女性医師確保対策についてお話を伺う予定です。ゆきぐに大和病院では30年前から地域医療に取り組んでおり、全国的に有名な保健・医療・福祉が一体となった「ゆきぐに大和方式」についてお話を伺う予定です。

17日は、長野県佐久市にあります佐久総合病

院を挙げております。佐久総合病院では、「農民とともに」という地域医療への取組とドクターヘリについてお話を伺う予定です。

以上が日程の詳細でございますが、調査日が迫っておりますので、皆様から御意見がなければこの行程で進めさせていただきたいと思っておりますが、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した。

なお、諸般の事情により若干の変更が出てくることもあるかもしれませんが、その点につきましてはあらかじめ御了承いただきまして、正副委員長に御一任いただきたいと存じますので、御了承ください。

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、よろしく願いいたします。

次に、資料2をごらんください。県北調査につきましては、前回の委員会で御承認いただいたとおり、10月30日から31日に実施いたします。

なお、10月30日は県議会を9時半に出発しますので、時間にお間違いのないようお願いいたします。

また、後ほど書記が県外調査とあわせまして出欠の確認をいたしますので、よろしく願いいたします。

次に、協議事項3の10月閉会中に開催されます次回委員会は、県北調査を実施いたしますので、11月定例会中に予定しております委員会での説明、資料要求等について、何か御意見や御要望はありませんでしょうか。11月の定例会中の特別委員会の日程は、事務局案では12月17日の予定です。

特にないようですので、次回の委員会の内容

につきましては正副委員長に御一任いただきたいと存じますが、よろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○井上委員長 それでは、そのような形で準備させていただきたいと存じます。

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

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○井上委員長 それでは、確認の意味も含め、再度、今後の日程についてお話いたします。

次の委員会としての活動は、先ほどもお話ししましたとおり、10月15日から17日の2泊3日の県外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10月30日ではありますが、1泊2日で県北調査を実施しますので、こちらも御参加いただきますようよろしくお願いいたします。

それでは、以上で本日の委員会を閉会いたします。

午後3時49分閉会