

平成24年 9 月宮崎県定例県議会

# 地域医療対策特別委員会会議録

平成24年 9 月25日

場 所 第3委員会室

平成24年9月25日(火曜日)

---

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. 宮崎県医療計画の概要と見直しの方向性について

協議事項

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

出席委員(12人)

委員	長	田口雄二
副委員	長	十屋幸平
委員		福田作弥
委員		井本英雄
委員		山下博三
委員		黒木正一
委員		二見康之
委員		清山知憲
委員		渡辺創
委員		鳥飼謙二
委員		重松幸次郎
委員		有岡浩一

欠席委員(なし)

委員外議員(なし)

---

説明のために出席した者

福祉保健部

福祉保健部長	土持正弘
福祉保健部次長 (福祉担当)	安井伸二
福祉保健部次長 (保健・医療担当)	富高敏明
部参事兼 福祉保健課長	大野雅貴
医療薬務課長	郡司宗則
医療薬務課長 薬務対策室長	竹井正行
国保・援護課長	青山新吾
長寿介護課長	川添哲郎
障害福祉課長	孫田英美
障害福祉課 就労支援・精神保健対策室長	中西弘士
健康増進課長	和田陽市
健康増進課 感染症対策室長	肥田木省三

---

事務局職員出席者

政策調査課主任主事	黒田裕司
政策調査課副主幹	山口修三

---

田口委員長 それでは、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。

本日の委員会の日程についてでありますがお手元に配付の日程(案)をごらんください。

本日はまず、福祉保健部から宮崎県医療計画の概要と見直しの方向性について説明をいただくこととしております。

県の医療計画は、本県の医療政策の方向性を明らかにする基本計画であり、延岡市及び美郷町の地域医療を守り育てる条例にも、「宮崎県医

療計画を基本として、地域医療を守るための施策を推進する責務を有する」と明記されております。

現行の宮崎県医療計画は、平成20年度から平成24年度までの5年間となっており、本年度末までの計画となっています。

目標の達成状況などについての調査や分析・評価等がなされている部分もあろうかと存じます。

執行部説明後、条例に関する委員協議を行いたいと考えております。

その後、延期になっておりました県内調査について協議し、11月に予定しております県外調査について御協議いただきたいと思いますと考えております。

本日は、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〕

田口委員長 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2分休憩

---

午前10時5分再開

田口委員長 委員会を再開いたします。

それでは、宮崎県医療計画の概要と見直しの方向性について説明をよろしくお願ひします。

土持福祉保健部長 おはようございます。それでは、本日御指示のありました宮崎県医療計画、これは現計画でございますけれども、その概要と見直しの方向性について説明をさせていただきます。

詳細につきましては、担当課長のほうから説明させますので、どうぞよろしくお願ひいたし

ます。

郡司医療薬務課長 それでは、宮崎県医療計画の概要と見直しの方向性について御説明をさせていただきますと思います。

お手元の資料の1ページをごらんになっていただきたいと思います。

まず、1の「医療計画制度について」でございます。

(1)の策定趣旨でございますけれども、医療計画は、各都道府県が、厚生労働大臣が定めます基本方針及び作成指針に即して、かつ地域の実情に応じて、地域医療提供体制の確保を図るために策定するものでございます。

(2)が現行の医療計画のベースとなっております国の作成指針に基づく記載事項でございます。1つ目が、4疾病5事業に係る目標、医療連携体制等ございまして、ここでいう4疾病5事業につきましては、下の米印のほうに記載がございます。それから、次の項目といたしまして、居宅等における医療の確保、医師、看護師等の医療従事者の確保、医療の安全の確保、二次医療圏、三次医療圏の設定、最後に、基準病床数の算定などとなっているところでございます。

次に、「2 現行の宮崎県医療計画の概要」についてでございます。

別冊の宮崎県医療計画(概要)の1ページをごらんになっていただきたいと思います。

まず、1の医療計画の推進期間でございますが、平成20年から今年度までの5カ年でございます。

次に、2の基本理念でございますが、保健と福祉との連携を図りながら、地域において切れ目のない医療の提供を実現させていくという観点から、「すべての県民が、質の高い医療サービ

スを、安心して受けられる医療体制の確立」としておるところでございます。

3の基本方針でございます。僻地医療や小児科など特定診療科において医師不足が進行する中で、限られた医療資源を有効に活用し、県民が安心して暮らせる医療提供体制を構築するため、(1)の切れ目のない医療提供体制の構築を初めとする5つの事項を基本方針と定め、その基本方針に沿った施策を実施してまいりました。

次の医療計画の体系図でございます。

基本理念、推進体制、基本方針、そして4疾病6事業の医療提供体制の構築を体系化して示しているところでございます。

なお、先ほど、国の作成指針の中で4疾病5事業と申し上げましたけれども、本県では、5事業に在宅医療・介護を加えまして、4疾病6事業としているところでございます。

また、現計画では、7つの二次医療圏を設定しておりますが、がん、急性心筋梗塞、小児医療、周産期医療につきましては、それぞれの分野の医療資源の状況を踏まえた上で、切れ目のない医療提供体制の構築を目指すために、個別の医療圏を設定しているところでございます。

また、県民にわかりやすいものとするために、主な項目につきましては、それぞれに数値目標を設定しているところでございます。

2ページ以降に、具体的な内容として、2次医療圏の設定を初め、4疾病6事業ごとの医療圏や拠点病院、数値目標などを記載しておりますので、後ほどごらんになっていただけたらと思っております。

それでは、特別委員会資料の1ページに戻っていただきたいと思っております。

「3 国の作成指針の主な見直し事項」についてでございます。

国の指針は、厚生労働省の医療計画の見直し等に関する検討会で取りまとめられた意見を踏まえまして、ことし3月に改定されましたが、その主な見直し事項を記載しているところでございます。

まず、(1)の二次医療圏の設定ですけれども、二次医療圏は、これまでの計画改定の都度、その設定が適切になされているか確認してきたところでございますが、今回初めて具体的な見直し検討の基準が示されたところでございます。詳細は後ほど御説明させていただきます。

次に、(2)の精神疾患、在宅医療における医療体制の充実でございますけれども、精神疾患及び在宅医療につきましては、これまでも医療計画の記載事項でございましたけれども、従来4疾病に精神疾患を加えた5疾病とされ、在宅医療につきましても、数値目標等の記載を必要とする重要な分野に位置づけて、医療体制の構築を促すこととされております。

次に、(3)の災害時における医療体制の見直しについてでございます。これは、東日本大震災において、災害拠点病院やDMATのあり方など新たな課題が生じてきたために、それらを踏まえた災害医療体制の構築を検討することとされたものでございます。

今申し上げたことをもう少し詳細に御説明させていただきます。資料の3ページでございます。

まず、3ページが、二次医療圏の設定における見直し検討の基準でございます。現行の2次医療圏の人口が20万未満の二次医療圏につきまして、流入患者割合が20%未満、流出患者割合が20%以上であった場合は、設定の見直しを検討するというものでございます。

また、下の米印にありますとおり、二次医療

圏の設定を変更しない場合につきましては、その考え方を明記するとともに、医療の需給状況の改善に向けた検討を行うということでありませ

ず。これを本県に当てはめると、日向入郷、西都児湯、西諸の3医療圏が該当いたしますけれども、現在、特に患者流出の大きい西都児湯医療圏のみを見直し検討の対象とするということとして、御議論をいただいているところでございます。

4ページをごらんいただきたいと思います。

「精神疾患の医療体制の構築について」でございます。

精神疾患につきましては、今回の改正で精神疾患の医療体制の構築に係る指針が作成され、精神疾患の医療体制の目指すべき方向が示されております。

まず1点目でございます。予防・アクセスの観点として、発症から精神科医に受診できるまでの期間を短縮するため、保健サービスやかかりつけ医等との連携により、精神科医を受診できる機能を高めること。

2点目が、治療・回復・社会復帰の観点として、患者の状態に応じて、外来医療や訪問医療、入院医療等の必要な医療を提供し、保健・福祉等と連携して地域生活や社会生活を支える機能が求められること。

3点目が、精神科救急・身体合併症・専門医療の観点として、精神科救急患者、身体疾患を合併した患者、専門医療が必要な患者等の状態に応じて、速やかに救急医療や専門医療等を提供できる機能が求められていること。

4点目でございますが、鬱病の診断及び患者の状態に応じた医療を提供できる機能が求められていること。

最後の5点目でございます。認知症に対して進行予防から地域生活の維持まで必要な医療を提供できる機能が求められていることでございます。

これらの機能が効果的・効率的に発揮できるよう、数値目標を掲げたり連携体制を整備することなどにより、具体的な医療体制の構築を目指すこととされております。

次の5ページが「在宅医療に係る医療体制の充実・強化について」でございます。

在宅医療につきましても、今回の改正で指針が作成され、在宅医療の目指すべき方向が示されております。

まず、1の円滑な在宅療養移行に向けての退院支援が可能な体制であります。患者や家族が退院後の生活に不安を感じることをないよう、退院後の生活を見据えた退院支援が重要であるとの観点から、(1)のとおり、入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施が必要とされております。

次に、2の日常の療養支援が可能な体制であります。在宅医療と一口に申し上げましても、病状の程度はさまざまございまして、対応する方法も、往診あるいは訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理指導とさまざまでございます。このため、(1)から(3)のとおり、多職種協働により在宅療養者やその家族の生活を支える観点からの医療の提供あるいは緩和ケアの提供、家族への支援が必要とされております。

次に、3、急変時の対応が可能な体制でございます。患者やその家族が特に不安を感じるのが、急変時の対応でございます。(1)のとおり、在宅療養者の病状急変時における往診体制及び入院病床の確保が求められているところでございます。

最後に、4の患者が望む場所でのみとりが可能な体制でございます。患者や家族の希望に応じるため、住みなれた自宅や介護施設等、患者が望む場所でのみとりの実施が可能となる体制整備が求められております。

次に、6ページでございます。

「災害時における医療体制の見直しについて」でございます。

平成23年3月に発生しました東日本大震災を踏まえ、厚生労働省において、災害医療等のあり方に関する検討会が開催されております。その報告書において、東日本大震災を踏まえた課題・問題点として、災害拠点病院のあり方、DMATのあり方、中長期の医療提供体制等の3点が挙げられ、これを踏まえた指針が示されているところでございます。

まず、1の災害拠点病院としての機能でございます。(1)の多発外傷、挫滅症候群、広範囲熱傷等の災害時に多発する重篤救急患者の救命医療を行うための高度の診療機能を有すること、患者等の受け入れ及び搬出を行う広域搬送に対応すること、自己完結型の医療チームDMATでございますがの派遣機能を有すること、地域の医療機関への応急用資器材の貸し出し機能を有することの4項目が示されております。

次に、2のDMAT等医療従事者を派遣する機能として、(1)被災地周辺に対し、DMAT等自己完結型の緊急医療チームを派遣すること、被災者を受け入れる他の医療機関に被災患者が集中した場合において、医療従事者の応援派遣を行うことが挙げられております。

最後に、3、救護所、避難所等において健康管理を実施する機能として、(1)災害発生後、救護所、避難所に医療従事者を派遣し、被災者

に対し、感染症の蔓延防止、衛生面のケア、メンタルヘルスケアを適切に行うことが挙げられております。

2ページにお戻りいただきたいと思っております。

今回の「宮崎県医療計画の策定方針」でございます。

今回の宮崎県の医療計画の策定方針でございますが、でございます。県民の医療に対する安心・信頼を確保するため、本県の医療施策の方向を明らかにする基本計画であること、当該計画は、宮崎県総合計画の分野別の計画であること、策定に当たっては、国の基本方針及び作成指針に沿って、地域の実情及び関係団体からの意見等を考慮しながら策定するものであること、医療計画の期間は、平成25年度から平成29年度までの5年間とすることとしております。

最後に、5の「策定スケジュール」でございます。

第1四半期につきましては、既に実施済みの項目でございますが、6月に現況と課題に対する関係団体・市町村への意見聴取を行い、その後、関係各課・関係団体等との検討・協議等を随時行いながら、現在、素案を作成しているところでございます。

第3四半期におきましては、医療審議会や11月定例県議会におきまして、素案の説明をさせていただき、御意見を伺いますとともに、関係団体・市町村への意見聴取や県民の皆様へのパブリックコメントを実施する予定にしております。

第4四半期におきましては、いただいた御意見を踏まえた最終案を作成いたしまして、医療審議会に対する諮問・答申を経て、2月定例県議会に提出させていただく予定でございますの

で、よろしくお願ひしたいと思ひます。

説明は以上でございます。

田口委員長 執行部の説明が終わりました。御意見、質疑などがございましたら、お願ひいたします。

清山委員 二次医療圏の設定について伺いたいんですけれども、西都児湯がこっちに合併されるかもしれないということで、いろいろ不安の声を聞くんですけれども、その中で、早く具体的なイメージというか、具体的に二次医療圏が6つになったら、どういった提供体制になるのか示してほしいという声もあるんですが、私もいまだに、まだちょっとイメージできないところではあるんですけれども、今の宮崎県医療計画の中で、例えば4疾病6事業ですかね、定めている中で、例えば、がんとかは既に二次医療圏の区分に沿った形ではないですよ。がんとか小児医療、周産期。しかし一方で、救急医療とか地域災害拠点病院とか、在宅医療もそうですけれども、二次医療圏の区分に沿って計画がつけられているものもあるんですけれども、これが6つになる場合は、そうした最小の単位が二次医療圏になる。つまり、現行の医療計画の中で、二次医療圏に沿った区分で計画を立てられているものが全て6つになっていく。例えば、救急医療にしても地域災害拠点にしても、今だと在宅医療とかですかね。あとは、脳卒中はそうっていなかったかな、脳卒中は西都で独立してありましたよね。そうしたものが一緒になっていく最小の単位という何か大ざっぱな理解ですけれども、大体そういうイメージでいいんですかね。

郡司医療薬務課長 二次医療圏の統合につきましてなんですけれども、そもそも二次医療圏というのは、入院機能をその圏域で完結させる

というのが目的の医療圏でございます。本来からいいますと、二次医療圏の目的というのは、その圏域のベッド数、いわゆる基準病床数と申しますけれども、ベッド数を定めまして、それが足りない場合は整備していく、基準病床数を超えて既存病床数がある場合は抑制していくという、病床数がもともと考え方の基本でございます。それで、西都児湯、それから宮崎東諸圏域につきましては、基準病床数に対しまして既存病床数が既に上回っておりますので、これを統合することによって、新たな病床を整備することが可能になるといったことはございませんので、二次医療圏そのものの統合については、医療圏が統合された時点からすぐに影響が出てくるものではないと考えております。ただ、清山委員の御質問については、ちょっと後ほどお答えいたしますが、そもそも医療圏の議論につきましては、地元市町村から、どういったメリット・デメリットがあるのかとか、いろいろ御質問等がございました。そういった短期的には影響はないと考えておりますが、ただ、統合した場合のメリットといたしましては、利点といたしまししょうか、やはり医師・医療機関の集約化、医療資源の集約化、これが行われることによりまして、医師のいわゆるQOLが向上する、あるいは医療機能の高度化・専門化を図ることが可能になってくるという一つの考え方がございます。それともう一つ、一方で懸念といった部分では、医療資源の集約化が進むことによって、地域間の偏在、いわゆる西都児湯と宮崎東諸圏、広大な面積ができるわけなんですけれども、そういった場合に、医療資源の集約化をすることによって域内での偏在が加速するのではないかと、あるいは医療資源を集約化した場合、基幹病院へのアクセスの時間が非常にかかるとい

うことで、地域住民にとって、特に遠隔地の住民にとっては非常に不利な条件ができるんじゃないかといったような御意見等がございました。そういったものを踏まえまして、今、二次医療圏の設定については検討させていただいているところでございます。

それと、救急医療、災害医療とか御例示がございましたけれども、救急医療につきましては、もともとが二次医療圏とは別に、5疾病5事業につきましては、それぞれに医療圏を設定できるというシステムになっておりますけれども、現在、救急医療につきましては、ほぼ二次医療圏と合致するような医療圏の構成になっております。これにつきましては、二次医療圏を統合した場合については、2次医療の基幹病院をどこに持っていくかという考え方の整理が一つあると思います。これについては、まだ具体的にこうするという方向性は出ておりませんが、二次医療圏統合については、そういったものも含めて視野に入れて検討していくということになるかと思えます。それと、災害拠点病院等につきましてはなんですけれども、災害拠点病院につきましては、一つの圏域で複数拠点病院を指定しているケースもございますので、これについては、いわゆる災害拠点病院の機能、今指定している病院そのものの機能とかあるいは地理的な条件等を勘案して設定することになると思えますので、二次医療圏の統合によって直ちに影響が出てくるものではないと考えております。

清山委員 今度から5疾病6事業ですかね、この計画を定める中で、二次医療圏という単位よりも小さい単位での計画の設定もあり得るという理解でよろしいでしょうか。

郡司医療薬務課長 二次医療圏よりも小さい

医療圏の設定というのは、理論上可能でございますが、例えば在宅医療については、やはり地域住民に近いところで医療が提供されないといけないという観点から、検討する必要はあると考えておりますが、現在、本県の在宅医療の提供体制、医療機関の状況等から見ますと、今の二次医療圏よりも小さい単位で医療圏を設定していくのは、まだもう少し時間がかかるのかなと考えているところでございます。これにつきましては、医師会のほうで在宅医療の協議会をつくっておられますので、この先生方ともいろいろ御検討させていただいているところでございます。

清山委員 先ほど病床数の話が出たんですけれども、基本的に宮崎東諸県はどんどん病床が欲しいというようなところが多いのかなと思うんですが、今、西都児湯医療圏の中で既存病床と基準病床はどうなっているのかと、あと懸念としては、大体宮崎東諸県でベッドが欲しいと、そして西都児湯のあたりでやはり病院がやめていくところとか、有床診の療養病床なんかでも多分カウントされているのかなと思うんですけれども、そういうところがなくなっていく中で、だんだん先ほど課長がおっしゃったような病床のほうも偏在していくのかなという懸念はあるんですけれども、西都児湯の基準と既存病床をちょっと教えていただければ。

郡司医療薬務課長 直近の資料でございますが、9月24日付の資料でございますけれども、西都児湯地域の基準病床数は762床で、それと既存病床数が1,065床でございますので、基準病床数を303床上回っているという状況にございます。

清山委員 これが一緒になるということですよ、もし二次医療圏が統合されるとなると、



基準病床というか病床規制も。

郡司医療薬務課長 宮崎東諸県と同じく合算することになります。

清山委員 これはちょっとした質問なんですけれども、地図を見て思ったんですけど、都農町とかはすごく日向に近いエリアにあるんですが、二次医療圏というのは、こういう郡部単位で設定していくものなんですか。町単位で変わったりするものなんですか。

郡司医療薬務課長 二次医療圏につきましては、やはりその地域の社会的なつながりとかいったものを重視して設定するよというような指針になっておりまして、どうしても児湯郡というのが一つの固まりになってくるのかなと思っております。

二見委員 今の話でお伺いしたいんですが、特に都城の場合は、県境をまたがったところが多いんです。行政区域は全く違うんですが、仕事関係だったり買い物だったり、いろいろな事が一体の社会なんですね。ご存じのとおり定住自立圏構想をつくったりとかしてまちづくりに取り組んでいるんですが、そういった宮崎県としての管轄外のところも考慮したような判断というのはとられないのかなと思ったんですが。児湯地域も都農とか川南は日向が非常に近いし便利がいいところなのですが、郡という形が一つの固まりじゃなくて、地理的条件を見ていくべきじゃないかと思うのですが。

郡司医療薬務課長 確かに都城圏域につきましては、曾於郡とかいわゆる鹿児島圏域からの患者の流入の方が非常に多いというのは伺っております。それで、医療圏につきましては、基本的には、各県ごとに設定をしないと、なかなか医療提供体制をつくっていくというのが非常に難しゅうございます。それともう一つ、先ほ

ど基準病床のお話をしましたけれども、こういったものを計算するに当たっては、県外からの流入患者の数あるいは流出する患者の数等も勘案しながら定めるということになっておりますので、その点につきましては、一つの医療圏を設定する際に、周辺地域まで考慮した上での設定という形になっております。

福田委員 この医療圏の接点に住んでいるんですね。佐土原ですから、宮崎と西都児湯ですね。そこでお聞きしたいんですが、これは設定として私は非常に合理的かなと思っておりますが、移動時間・距離等を見まして、いろんな治療等の大きな宮崎市への流出、この要因はどういうふうに見ておられますか。

郡司医療薬務課長 二次医療圏ということで申し上げますと、宮崎東諸県医療圏のほうに各医療圏から患者の方は流出されております。その中で特に流出が大きいのは、隣接します西都児湯医療圏のほうで、30%を超える患者の方たちが宮崎東諸県医療圏に流出されておりますが、この要因といたしましては、いわゆる高度な医療を提供する病院が比較的集積しているということ、それと地理的なもの、時間的距離が比較的近いということが挙げられると思います。

福田委員 今、ずばり課長、答弁されましたが、やはり高度医療を求めて来られるんですね。だから、この傾向は変わらないかなと思って、本来ならば、私は児湯あたりが、高鍋あたりにそういう施設ができるのが一番いいかなと思っていたんですが、この流れはとまらないですね。私のいろんなお付き合いの皆さん方もほとんど来られている。時たま各市町村長のOBに、私も診察のときにお会いするんですよ。そういうお話もするんですが、最近では、県北からかなりそういう傾向がありまして、県北はちょっ

と延岡のほうをしっかりとという感じがしますが、児湯から宮崎への流出というのは、なかなかこれは防止は難しいですね。そう感じておりました、圏域としては非常にリーズナブルかなと、そういうふうに見ております。以上です。

郡司医療薬務課長 福田委員のほうから先ほど医療圏のお話がありましたけれども、現在、二次医療圏の見直しの検討を進めております西都児湯地域につきましては、地元の市町村あるいは地区医師会等も非常に危機感を持っておられまして、やはり住民の身近なところで医療を提供していきたいということで、今後、そういった医療提供体制を市町村あるいは関係団体と緻密な連携体制をとりながら整えていきたい、あるいは市町村で協働して医師確保に当たっていききたいといったような御意見等が出されているところでございまして、こういったものを踏まえながら、医療圏というのは見直しの検討をしていく必要があるのかなと思っております。以上でございます。

渡辺委員 ちょっと説明で聞き取れなかった部分があって確認なんです、資料の3ページの「二次医療圏の設定について」のところで、先ほど基準に満たないところが3つあるという、西都児湯を含めて日向入郷、西諸の3つでよかったですがね。それは、人口20万未満の二次医療圏がその3つという意味ですか。それとも、下の段階の流出型というところに当てはまるのがその3つと、それはどちらの意味の説明なんでしょうか。

郡司医療薬務課長 両方に該当するというところでございまして、人口20万を超える医療圏というのは、県内では宮崎東諸県医療圏しかございません。それと流出という意味では、西諸では23.7%が域外流出、西都児湯では37.5%、日

向入郷では26.4%といったような数字になっております。

渡辺委員 今の数字を聞いてのあれですが、その3つが当てはまるんだけれども、西都児湯だけを今回抜き出して見直しをかけるというのは、流出率が高いということが理由なのか、ほかに要因があるのかということと、あわせて、この資料を見ると、仮に二次医療圏の設定を変更しない場合には、その考え方を明記するとともに、医療の需給状況の改善に向けた検討を行うことというふうになっていきますけれども、残りの2つの地域に関しては、ここでいうところのどういう改善に向けた検討を現時点、素案の段階でしようけれども、行っているのかというのをあわせて教えていただきたい。

郡司医療薬務課長 西諸、西都児湯、日向入郷とも、20%の患者流出という意味では超えているんですけれども、確かに西都児湯のほう非常に流出率が高いということ、それと西諸、日向入郷につきましては、隣接する、いわゆるサンドイッチみたいに挟まれているものですから、流出する医療圏が分散しているということで、どこに統合すればいいのかとかいう議論が非常にしにくいという実務面の話もございます。それで、現段階では、非常に流出の高い西都児湯に限って見直しの検討をしているという状況でございます。それから、医療状況の改善に向けた検討でございますけれども、これにつきましては、新たに改定する医療計画期間中において、各医療圏において地域住民のためにこういった医療を提供していくのがいいかというのは、それぞれの圏域で御議論をしていただくということで考えているところでございます。これは西都児湯も含めてでございますが、そういった御議論をしていただくということで、計画のほ

うには何らかの記載を考えたいと思っております。

鳥飼委員　そもそもこの計画、今度新しくつくられるわけですが、現状を追認するような計画では意味がないと思っているんですね。それで、宮崎県は非常に広いですから、7つということでこれまで議論をしてきて、7つに定められてきたわけですが、現行は、どうしても利便性の高いところということで、開業医を含めて、中央部に集中してきているということがあるんですけれども、しかし、そのことを追認する計画であっては困る。ですから、地域の人たちがより安心して地域に住める医療をどう提供していくのかというような計画であるべきだと思うんですけれども、この計画の考え方についてお尋ねします。

郡司医療薬務課長　計画の考え方につきましては、鳥飼委員のおっしゃるとおりだと思います。やはり地域住民がどういった医療を提供していただきたいのか、そしてどういった医療が提供できるのかという観点で、見直しというのは議論していく必要があると思います。したがって、よりよい医療提供体制を構築していくために、さまざまな観点から議論させていただいておりますけれども、基本的に二次医療圏の中でできるだけ医療が完結できる体制を組んでいきたい。しかしながら、例えば、がんとか心疾患等につきましては、やはり医療資源の関係がございますので、それについては大きくくり医療圏を設定せざるを得ない。こういったものを踏まえながら、将来の動向、特に医師確保等の動向等も踏まえながら、できるだけ前向きな医療計画にしていきたいとは考えておるところでございます。

鳥飼委員　確かに、二次医療圏だけではでき

ないというのが前回4つですかね、がんとかそういうようなことで、本会議でも二次医療圏体制は崩壊しつつあるのかなというようなことで議論をしたんですけれども、やはり二次医療圏体制をどうやって整備していくのかというところに計画の主眼が置かれるべきだろうと思うんですよね。ですから、専門医という意味では、なかなか大きな病院を例えば強化していく、県立延岡だけではなくて、それに近づきつつといいますか、近づいているようなのは少ないのかもしれませんけれども、近づかせるようなところで充実していくというような努力を図るとか、開業医の支援についても言いましたけれども、宮崎に集中してきているという状況をどう改善していくのかという意味では、開業支援を県としてもその市町村と力を合わせて取り組んでいくとか、そういうものがあって、そして地域での医療を二次医療圏の中で完結して、どうしてもという場合は三次医療圏ということで考えていく、そういうような計画であってほしいと思いますけれども、それは部長、そういう考え方でもよろしいんですね。

土持福祉保健部長　基本的といたしますが、行政側としても、そういう方向でありたいというふうには思っております。ただ、現実には、課長が申し上げましたように、医療資源といたしますが、そちらのほうの体制が整わないということもありますので、その拠点的なあり方ということについては、現実的な対応をせざるを得ないというふうに考えております。そして、さらに本県における医療資源といたしますが、医師の状況といたしますが、本会議等でも申し上げましたけれども、極端に20代、30代が減少しておるわけですが、これは将来的にも我々埋め

ることはできないというふうに考えておりました、その年代が40代とか50代になったときの状況というのが一番本県の医療提供体制では非常に厳しい局面を迎えるのかな、またちょうどそのころが高齢期の一番ピークでもありますし、かなりの難しい局面になるのかなとは思っておりますので、どうしても医療資源を集約する方向というのは、やはり検討せざるを得ないといえますか、そういう状況にはなっていくのではないかというふうに思っております。ただ、委員おっしゃいましたように、我々少しでも身近なところで医療が1次から3次まで受けられるというのが本当に理想の形だということは十分理解をしておるつもりでございますので、そういう方向でいろいろ頑張っていきたいというふうには思っております。

鳥飼委員 なかなか難しい面はあるということとは私もわかるわけですが、ただ、そのことを追認することだけであつたら、じゃ行政は要らんじゃないかということになりますので、そういうことのないように、いろんな医療政策とかいろんな予算を出したりとかやっていくわけですから、ぜひそういうものも含めたような形で議論していただきたいなと思っておりますので、よろしくお願いを申し上げたいと思います。

有岡委員 3点ほど質問していきたいと思いますが、今出ました二次医療圏につきましては、ぜひ基準病床数が幅は持てるということですので、私は、大変これからの高度医療または地域医療を支える上にも幅を持たせていただいて、どんどん取り組んでいただきたいというふうに思いますが、そこでちょっとお尋ねですが、昨年の10月24日に設立しました宮崎県地域医療支援機構というのがありますが、こういったとこ

ろでは、こういう二次医療圏の話題とか議論されているのかお尋ねしたいと思います。

郡司医療薬務課長 この医療計画につきましては、医療審議会にお諮りして御意見をいただくという制度になっております。それから、宮崎県地域医療支援機構でございますが、この支援機構の目的は、県内の医師の確保あるいは医師の養成・支援、こういったものを目的としている団体でございます。若干目的が違っておりますので、医療計画そのものを支援機構で御議論していただいているということではございません。ただし、今後の医療計画を達成していくためには、医師の確保というのは非常に大きな柱になりますので、これについては、そういった意味では、非常に密接な関係にあるということでございます。

有岡委員 また資料の中からちょっと質問させていただきたいと思いますが、精神疾患の医療体制という項目がございますが、情報が古いかもしれませんが、救急医療体制の中で、精神疾患の患者の受け入れというのはなかなか難しいという話をいただいたことがありまして、今、みやざき医療ナビをちょっと開いてみましたが、日曜日の輪番での担当医というんでしょうか、病院が組まれているんですね。これは奈良県の情報ですが、精神科の医療救急システムとかありまして、ここは平日の夜間もそういった担当が決まっているということで、日曜日の体制はできたわけですが、平日の救急体制の中の精神疾患の受け入れ、こういったものまで将来的に広げていけるかどうか、そこ辺の見解をお尋ねしたいと思うんですが。

中西就労支援・精神保健対策室長 お答えさせていただきますが、今、有岡委員からお話がありましたように、現在、日曜日、祝日、それ

から年末年始につきましては、24時間ということで、輪番制で3ブロックで20病院の参加をいただきましてさせていただいております。そして、今、中央、宮崎地区が中心になりまして、土曜日も24時間、土曜と日曜日も含めた24時間ということで、土曜日が一部、3ブロックの中の中央だけが一応始まっているという状況ではございます。ですから、一つの課題として、救急として現実的な問題としまして、今は中央地区で土曜日については他の2ブロックからの部分も受け入れることで、いわゆる県、一応1区と、土曜日については、そういう流れでさせていただいております。そういったところで少しずつ進めてはいきたいと思っています。その他の2ブロックにつきましても、独自で土曜日については何とか医療計画の中で整備できないか。ただ、今、有岡委員が言われました、一番大きな24時間365日という部分につきましては、精神科の病院協会、診療所協会、そういったところの協力というか、先生方の数の問題、そういったところもありまして、まだまだハードルは高いと思っております。

有岡委員 時間がかかるかもしれませんが、そういった現場の声として、また取り組んでいただければと思っております。

もう1点、別冊の資料がございますが、数字を確認させていただきたいと思います。別冊資料の3ページに、現状が放射線療法部門が3つとかあるんですが、これを5カ所にするという、この計画は20年から24年度の計画ということで理解してよろしいのでしょうか。その点を、中身を教えていただきたいと思います。

和田健康増進課長 委員おっしゃるとおり、この計画は現計画ですので、今年度末で達成するということを目標としております。

有岡委員 恐れ入りますが、その具体的な5カ所というのは、どこら辺を、中央に偏っているといけないというふうに思うんですが、そこら辺を教えていただけますか。

和田健康増進課長 これにつきましては、がんの拠点病院5カ所ですので、中央が大学と県立宮崎病院、延岡病院と日南病院、それから都城の国立都城病院という、いわゆるがんの拠点病院ということになっております。

有岡委員 そういうバランスがとれているということで、大変ありがとうございます。

十屋副委員長 基本的なところを1点だけお伺いしたいと思うんですが、先ほど最初の説明のところ、最初に策定の趣旨のところ、「作成指針に即して、かつ、地域の実情に応じて」、このところをどう読み解くのかというところがあって、先ほどから議論がありますように、西都児湯の統廃合をしたときに、メリットは、医療資源の集約化とQOLの向上、そしてデメリットとしては、地域内の偏在と基幹病院にアクセスする時間がかかると、そういうお話をされたんですね。そして、先ほどのフロー図の中で、一番下のほうで、再編しない場合は、そこに明記すること、医療の需給状況の改善に向けた検討を行うこと。先ほど課長の説明では、各市町村も医療資源を確保する、医師確保することのお話がありましたけれども、それが合致した場合は、西都児湯の再編については現状のままというのもあり得るんですか。

郡司医療薬務課長 やはり地域住民に医療を提供していく体制がとられていくことというのが前提になってくるとは思いますが、現在、西都児湯圏域の市町村あるいは地区医師会等も含めまして、医療連携体制等の取り組みを今からやっていきたいと思いますというふうなお話が出ている

ところでございます。それから、医師確保もあわせてやっていきたいと思います。こういった取り組みというのは時間がかかるものですから、あの圏域でいいますと、高鍋保健所さんを中心として、そういった協議の場を持って具体的な対策を今後講じていく。そういったことであれば、二次医療圏の見直しというのは、やはり時期尚早ではないかというような、今のところは審議会等の意見はまだ聞いておりませんが、事務方ではそういう考え方もございます。

十屋副委員長 そのとおりだと思うので、これから検討されるので、よく検討していただきたいと思います。

それからもう1点は、先ほど部長がおっしゃいましたように、この計画自体が5年間の計画でありますので、将来像にわたっては、どこかの時点で部長がおっしゃったような考え方も当然出てくるかと思っておりますので、そのあたりも十分に検討を要望しておきたいと思っております。

福田委員 大変素人的な質問ではありますが、医療圏の変更をされる。医療を実際に担うのはお医者さんであります。各ブロックに医師会がありますよね。医師会あたりの、これは向こうの自発的な組織ですから、こちらが強制するわけではありませんが、そういう再編等もやられると、私は大きな力になるんじゃないかなと思ひまして、例えば、宮崎市郡医師会も大きな会員数を持っていますよね。あれだけ循環器に特化した全国でも有数の病院に成長しましたよね。ぜひその辺が、実際医療を担うお医者さんですから、お医者さんの組織も同時進行型で再編等に取り組みされると言う失礼になりますが、やっていく必要があるんじゃないかなと私は考えておひまして、もう一つお尋ねしますが、私は我が宮崎県の地域医療のおくれを30年前に感

じるんですが、当時、いわゆる農村地域、中山間地域の医療を充実するために、厚生連の設立が計画されたんですよね。新しい方はお知りにならないと思いますが、そのとき、県や関係団体の抵抗があつてできなかった。今考えてみますと、厚生連を持っている県は、長野県の佐久病院を中心に、新潟でも、かなりその辺がうまくカバーできているなど、そういうふうに見ておひまして、返す返すも残念に思われてならないんですが、その辺から、私は、やっぱりある程度の経済力、バックがなければ、この医療はやっていけないなど、バックに例えばある組織で持っているところもおられます。その辺、どういふふうにお考えですか、他県を見られまして。

郡司医療薬務課長 まず、医師会の再編ということが1点目の御質問でございましたけれども、地区医師会につきましては、それぞれ地域医療を担うということで、初期救急から日曜在宅医まで、いろんな形で頑張っておひまします。これにつきましては、私どものほうでは、医師会を再編というふうなお話は、医師会のほうからは承っておりませんので、これにつきましては、その団体さんのお考えが一つあるのかなと思ひしております。それとあと、医療の関係では、資金的なもの、いわゆる医療を提供する側の問題というのがありますが、二次医療圏が国のほうで見直し統合というのが議論の俎上に上がってきたというのは、一つは、ある程度の圏域の人口規模がないと、要するにお客さんがいないと、なかなか高度医療というのは提供できない、要するに、人口が少ない地域では高度医療が提供できないんじゃないかといったのが、全国的なデータを調べても、ある程度推定できた関係で、医療圏の見直しというのが20

万規模といったようなお話もされているところ  
でございます。これは直接福田委員のお話と  
ちょっとそれているかもしれませんが、そういっ  
た高度医療を提供していくための経営的な観点  
からも一つ御議論された二次医療圏の見直しで  
あったとは聞いております。

福田委員 なかなか本音をおっしゃらないよ  
うであります。私は、他県の先進事例を参考  
にして うまくいっているところですよ  
やられるべきではないかと考えておきまして、  
団体等の統廃合等につきましては、これはその  
団体の意思ですから、しかし、指導とか考え方  
は、ほかの経済団体等でも指導されているよう  
に、やはり私はある程度リーダーシップを持つ  
べきだということを訴えておきたいと思えます。  
以上です。

田口委員長 ほかに質疑はございませんか。

〔「ありません」と呼ぶ者あり〕

田口委員長 ないようですので、これで終わ  
ります。

執行部の皆さん、ありがとうございました。

しばらく休憩します。

午前10時58分休憩

---

午前11時0分再開

田口委員長 委員会を再開いたします。

日程4の条例に関する委員協議についてです。  
これまでの委員会等において条例を制定する  
ことで御意見は一致しているところですが、条  
例策定のスキームは資料1のとおりとなります  
ので、御確認いただきたいと思えます。

12月初旬に開催予定の政策条例検討会議にお  
いて、政策条例提案を行う必要がありますので、  
それに沿って御協議いただきたいと思えます。

資料2をごらんください。1の事実の把握か

ら3の実態的措置について御協議いただきたい  
と思えます。

これにつきましては、これまでの委員会の調  
査をもとに正副委員長でたたき台を作成してお  
ります。書記が配付・朗読を行った後、皆様の  
御意見をお伺いしたいと存じますが、いかがで  
しょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

田口委員長 それでは、そのように進めたい  
と思えます。

黒田書記 では、朗読させていただきます。

「1 事実の把握について」、本県の地域医療  
の現状は、以下の要因等により大変厳しい現状  
にある。

1、医師の偏在、医師数を二次医療圏別で見  
ると、宮崎東諸県医療圏に県内の過半数の医師  
が集中し、人口10万人当たりの医師数を見た場  
合、全国平均210.4人を上回っているのは宮崎東  
諸県医療圏332.9人のみで、最高の宮崎東諸県医  
療圏と最低の日向入郷医療圏147.9人とでは、  
約2.3倍の開きがある。

2、診療科の偏在、診療科別医師数ではさら  
に地域間の格差があり、各診療科とも宮崎東諸  
県医療圏に約半数の医師が集中し、小児科系は、  
日向入郷、日南・串間及び西諸医療圏で、産婦  
人科系は、それに加え、西都児湯医療圏で医師  
数が1桁台となっている。県立日南・延岡病院、  
小林市立病院等では、医師不足による特定診療  
科の休診問題が生じた。

3、医師の高齢化、県内医師の平均年齢50.9  
歳は年々高齢化しており、全国49.1歳よりも1.8  
歳高くなっている。また、20歳代及び30歳代の  
医師数は年々減少しており、特に20歳代は、平  
成12年と比べ約4割減少している。20歳代及び30  
歳代の医師を確保しなければ、今後、急速に医

師の高齢化が進み、医療の担い手の不足が懸念される。

4、救急医療の逼迫、救急車の搬送件数は、本県、全国とも大幅に伸びており、救急医療に大きな役割を果たす若手医師の減少が続く本県の救急医療は危機的な状況にある。宮崎大学医学部の学生による宮崎市夜間急病センターの利用実態調査結果によると、内科、小児科では、翌朝まで受診を待っていた軽症者が7割以上おり、内科の約3分の1、小児科の約5分の1が、「昼間時間がない」が受診理由である安易な受診であった。夜間急病センターへの安易な受診は、医師の勤務環境の悪化を招き、ひいては救急医療体制の崩壊を招くおそれがある。

めくっていただきまして、「2 条例制定の必要性について」、県内市町村では、延岡市及び美郷町が地域医療を守る条例を制定し、行政、医療機関、住民が一体となり、地域医療を守るという強い意思表示を内外に向け発信している。延岡市は、安易な時間外受診等を減らす住民活動も活発に行われており、その取り組みの成果もあり、時間外受診等も減少している。県北医療の中核をなす県立延岡病院には、今年度からは、精神科の医師が新たに派遣されるとともに、来年度からは、診療科の休診していた消化器内科の医師の派遣も予定されている。このような取り組みを全県的に行うことで、本県が地域医療に深い関心を持ち、県、市町村、医療機関、県民が一体となり、地域医療を守り育てるという強い意思表示を内外に発信する。

「3 実態的措置について」、地域医療対策を実効あるものとして総合的かつ計画的に展開していくために、県や市町村を初め、保健医療関係者、県民等の役割を定めるとともに、健康増進の取り組みや地域医療に対する教育の推進な

ど、地域医療対策をより一層推進していくために必要な施策を定めることとする。以上であります。

田口委員長 それでは、これらをたたき台に皆さんの御意見を伺いたいと思います。御意見等ありましたらお願いいたします。

鳥飼委員 おおむねこれでいいんじゃないかなと思うんですが、ただ、ちょっと気になったところがありますので、4番の救急医療の逼迫のところ、救急車の搬送件数について大幅に伸びているということと、宮大医学部の宮崎市夜間急病センターの実態ということで、安易な急病センターの受診があるんじゃないかと書いているんですが、そこで、この間、ドクヘリの金丸先生も指摘していたように、本県の消防体制、救急医療の出動体制というのが、非常に全国と比較すると、消防職員の数が圧倒的に少ないという現実がありますので、そこも何か入れていただいたほうがいいんじゃないかなと、彼もそんなふうに言っていましたので、ぜひお願いしたいと思います。

福田委員 この前、県医師会との会議の中で、医師会の会長が、この条例について、延岡とか美郷の問題に関連すると思いますが、あんまり評価されないような御意見があったんですが、評価されんと言うと失礼になりますが、その辺をもう少し私は掘り下げて対応していく必要があるんじゃないかなと思ったんですよね。私はあのとき、あっと思って、ちょっとショックを受けたんですけど。

鳥飼委員 何かまとめて意見を出されるんじゃないですか、後で。事務局長に「何でいろいろ言うて何もなかったが」と言ったら、「いや、まとめてする」というようなことも言っていましたので。



福田委員 せっかく一生懸命やっているんですから一緒にやれるといいんですけど。

清山委員 批判はしてなかったと思います。条例の資料が手元になかったので言えなかったようです。

井本委員 きのう常任委員会のほうでは、看護師さんたちの分も出ていましたね。医療全体としての体制は、ちょっと危ないんじゃないかと言いましたね。

清山委員 地域医療に対する教育の推進というのは、多分意識されているのは、地域住民の方々に対してですよ。今、看護師さんとおっしゃったように、看護学生から看護師、そして医学生や研修医といった若手の医療従事者の育成に宮崎県は一生懸命やってくんだというような姿勢もあるといいのかなとは思いました。どこか千葉のほうの病院、東何とか病院では、住民の方々も非常に理解を持って研修医の教育に取り組んでいるとか、また、延岡でも、そうやって地域の方々がそういう若手の医療従事者と接して、地域に愛着を持ってもらうといった取り組みを拝見したので、そういった趣旨もどこかであるといいかなと思いました。

鳥飼委員 従事者全体を今述べたように、医師に特化しているんですけど、やはり看護師とか、その辺のパラメディカルスタッフの状況もちょっと入れていただいたほうが、現状、いいんじゃないかなと。

田口委員長 それでは、皆さんの意見も踏まえながら追加修正を行いたいと存じます。

それでは、これまでの調査と御意見をもとに、次回委員会において、条例の要綱案を作成したいと考えておりますが、委員の皆様の御意見はございますか。

井本委員 宮崎県の実情に沿ったオリジナル

なものを考えて欲しいです。

田口委員長 それでは、皆様の御意見を踏まえまして、正副委員長にて要綱案を作成することについて御一任いただけますでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

田口委員長 それでは、正副委員長で要綱案を作成したいと存じます。次回委員会前に要綱案を皆様にお配りする予定ですので、事前に御検討いただき、次回委員会で協議したいと存じます。

次に、延期になっておりました県北調査ですが、さきの県南調査の際、10月22日、23日で行うこととお話をしましたが、資料4のとおり正式に決定してよろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

田口委員長 ありがとうございます。調査先につきましては、資料4のとおり前回と変更ありません。

8時50分に県議会集合ですので、よろしくお願いたします。

出欠につきましては、書記が後ほど確認に伺いますので、よろしくお願いたします。

次に、11月6日から8日にかけて実施予定の県外調査についてです。

資料5をごらんください。前回、正副委員長に御一任をいただきました調査先ですが、ごらんのよう調査先を訪問したいと考えております。

まず、11月6日、7日の夕張希望の杜ですが、夕張市が財政破綻し、限られた医療資源の中で、保健・医療・福祉が一体となる、いわゆる「ささえる医療」を展開し、住民にも在宅医療への積極的な参加等を求め、地域医療を守っています。その夕張希望の杜の取り組み等について調査をしたいと考えております。

11月8日の兵庫県庁では、地域の絆づくり・心の病等についてを主テーマに調査したいと考えております。兵庫県は自殺対策を総合的に推進されているとともに、阪神・淡路大震災から地域で助け合って復興を果たしておりますので、その地域の絆づくりについても取り組みをお伺いしたいと考えております。

次に、奈良県庁につきましては、地域医療を守る条例を制定しておりますので、その経緯や効果等についてお伺いしたいと考えております。

また、奈良県は全国で最も自殺率が低い県ですので、その要因等についてもお伺いできればと考えております。

調査先の説明は以上のとおりであります。

なお、調査先との調整もある程度進めさせていただいておりますので、できればこの案で御了承いただきたいと思います。よろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

田口委員長 ありがとうございます。それでは、御了承いただきましたので、そのように決定いたします。

なお、諸般の事情により、若干変更が出てくる場合もあるかもしれませんが、正副委員長に御一任をいただきますようお願いいたします。

それでは、協議事項（3）次回委員会についてです。

次回委員会は、11月2日金曜日10時から予定しておりますが、執行部への説明、資料要求について、何か御意見や御要望はございませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

田口委員長 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をいただきたいと思います。よろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

田口委員長 それでは、そのようにさせていただきます。

次回委員会では、条例の要綱案についても御協議いただきたいと思いますと考えております。

正副委員長にて案を作成し、委員会前にお渡しいたしますので、事前に御検討いただきますようお願いいたします。

最後になりますが、協議事項（4）のその他で何かございませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

田口委員長 それでは、再度申し上げますが、次回の委員会は、閉会中の11月2日金曜日ですので、よろしく願いいたします。

以上で本日の委員会を閉会いたします。

午前11時18分閉会