

地域医療対策特別委員会会議録

平成19年12月19日

場 所 第4委員会室

午前10時0分開会

会議に付した案件

○概要説明

病院局

1. 各県立病院の概況について
2. 県立病院改革について
3. 宮崎県病院事業中期経営計画について
4. 診療機能の基本的方向について
5. 県立病院医師の状況について

福祉保健部

1. 医療制度改革に関わる新たな構想・計画の策定について
2. 予防に対する取組について

○協議事項

1. 次回委員会について
2. 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

病院局

局	長	植木英範
次長兼経営管理課長		山下健次
宮崎病院長		豊田清一
日南病院長		脇坂信一郎
延岡病院長		楠元志都生
富養園園長代理		小川泰洋

福祉保健部

部	長	宮本尊
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
高齢者対策課長		畝原光男

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。まず、病院局に県立病院の役割について説明していただき、次に、福祉保健部に保健・医療・福祉の連携について説明をしていただきます。その後に、次回の委員会について、御協議いただきたいと思いますと思いますが、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。

病院局においでいただきました。

それでは、病院局長と各院長に概要説明をお願いいたします。

○植木病院局長 病院局長の植木でございます。当委員会に病院局としましては初めて出席をさせていただいております。どうぞ、よろしくお願いいたします。

それでは、ごあいさつを最初に申し上げたいと存じます。

委員の皆様御承知のとおり、病院事業を取り巻く環境といいますのは、依然として大変厳しい状況でございますが、県立病院が、今後とも全県レベルあるいは地域の中核病院として、その使命と役割を果たしていくためには、経営改革が喫緊の課題となっております。このような中、平成18年度から、地方公営企業法の規定の全部を適用し、より企業性を発揮し、自主的な事業運営といいましょうか、こういったことが可能になる経営形態を導入するとともに、宮崎県病院事業中期経営計画を策定いたしまして、その目標達成に向けて、具体的な取組を推進しているところでございます。

これまでのところ、中期経営計画はおおむね順調に推進していると考えておりますが、医療制度改革など病院事業を取り巻きます環境は、今後さらに厳しさを増すことが予想されますので、引き続き、病院局職員一丸となりまして、より一層の経営改善に努めてまいりますととも

に、今後とも、県民の皆様にご高度で良質な医療を効果的・効率的に提供してまいりたいと考えておりますので、委員の皆様方の御指導と御支援を賜りますようお願いを申し上げます。

それでは、先ほども申しましたように、病院局は当委員会に初めての出席となりますので、前列に着席しております幹部職員を紹介させていただきます。

病院局次長の山下健次でございます。県立宮崎病院長の豊田清一でございます。県立延岡病院長の楠元志都生でございます。県立日南病院長の脇坂信一郎でございます。県立富養園園長代理の小川泰洋でございます。よろしくお願いいたします。

ここからは座って説明をさせていただきます。

それでは、お手元に配付しております資料の表紙をめくっていただきまして、左側の目次をごらんいただきたく存じます。本日は、当委員会から御指示のありました県立病院の役割について、その基本的方向と医師の確保の状況、この2項目について御説明をさせていただきたいと思いますが、それらの説明の前に、多少長くなりますけれども、現在の県立病院の概況、事業の現況等について、まず御説明をさせていただきます。

1 ページをごらんいただきたく存じます。ここでは、県立病院の概況を記載しております。開設日や病床数、職員数等がありますが、詳しくは後ほどごらんいただければと存じます。

2 ページをお開きください。県立病院改革についてでございます。

現在取り組んでおります改革は、平成17年6月に決定いたしました「宮崎県立病院の今後のあり方についての方針」に沿って進めていると

ころでございます。この方針に基づきまして、2の(1)の①にありますとおり、昨年4月から地方公営企業法の全部を適用し、また、②の病院事業の評価システムをも導入したところでございます。また、2の(2)にありますとおり、全部適用導入後も、さらに経営形態について検討を行い、平成23年度を目途に、病院別にふさわしい経営形態を選択することといたしております。

次に、3ページをごらんください。宮崎県病院事業中期経営計画についてでございます。

この計画は、厳しい経営状況にあります県立病院の経営の健全化を図り、県民の皆様へ高度で良質な医療を効果的・安定的に提供することをねらいとするものでございまして、ただいま申し上げました、あり方の方向を踏まえ、昨年8月に策定したところでございます。

IIの2にありますように、計画の対象期間は、平成18年度から平成22年度までの5年間といたしております。

3の事業運営の目標についてでございますが、そこにありますとおり、収支の目標といたしまして、計画の最終年度であります平成22年度には、すべての県立病院において、単年度での黒字化を目指すことといたしております。

次に、4ページをお開きください。4の経営改善につきましては、収益の確保と費用節減の両方の面で多様な取り組みを行っているところでございます。

また、5にありますように、患者の方々が安心して受診できる病院とするため、良質な医療の提供に努めることといたしております。

次に、6に年度ごとの収支計画を示しておりますが、現在までの実績とあわせて御説明をいたします。(1)の病院事業全体であります、

平成18年度は、計画上、23億円余の赤字に対しまして、決算では17億円余の赤字となりまして、6億円余計画を上回る改善が図られたところでございます。また、今年度の見通しであります、年度後半によほどの大きな状況変化がない限り、十分計画を達成できる見通しでございます。(2)は、病院別に記載しておりますが、今年度の状況を見ていただきますと、宮崎病院は、昨年度に引き続き黒字が見込まれます。5ページの3病院につきましては、延岡病院、富養園につきましては計画額を達成できる見通しであります。一方、日南病院につきましては、計画までは届きませんが、昨年度に比べ、さらに改善が図られる見通しでございます。

次に、7の計画の推進状況につきましては、外部の有識者で構成する評価委員会におきまして、半期ごとに評価をいただき、その内容を公表することといたしております。

以上が、県立病院の主に事業の運営面から見た状況でございます。

そこで、御指示のありました2つの項目について御説明をいたします。

6ページをお開き願います。まず、県立病院の診療機能の基本的方向についてでございます。

1の病院運営の基本的な考え方についてでございます。県立病院は、先ほど申しましたが、全県レベルあるいは地域の中核病院として、一般的に県内の他の医療機関では対応が難しい高度医療や政策医療など、採算性を確保することが困難な医療を担っております。今後とも、地域の医療機関や医師会、さらには宮崎大学医学部との連携を一層推進するとともに、経営の健全化に向けまして、質の高い高度医療、政策医療等を効果的・安定的に提供し、公立病院としての役割と使命を果たしてまいりたいと考えて

おります。

2の病院別につきましては、後ほど、各病院長から説明いたさせます。

次に、8ページをお開き願います。2点目は、県立病院医師の状況についてでございます。

まず、1の平成19年12月1日現在の医師数についてでございますが、表では、各県立病院ごとに、医師定数、現員、過不足、充足率についてまとめてございます。計の欄をごらんください。4病院全体の医師定数は193名でございますが、これに対しまして現員数は172名で、21名が不足いたしております、充足率は89.1%となっております。

これを医局別に見たのが2の表でございます。宮崎病院では、宮崎大学が33名、九州大学が32名であり、両大学でほぼ半数ずつを占めております。延岡病院では、宮崎大学が33名の55.9%、熊本大学が22名の37.3%となっております。日南病院は、すべて宮崎大学でございます。富養園では、5名中3名が宮崎大学であります。下の計にありますように、県立病院全体ではおおむね6割が宮崎大学医局の出身というふうとなっております。

医師の確保は、病院運営上、最大の課題でございますが、また、高度で良質な医療を提供する上で極めて重要でありますので、引き続き、病院長ともども積極的に取り組んでまいりたいと考えております。

私からは以上でございます。

○井上委員長 ありがとうございます。

それでは、続きまして、各病院の院長にお願いいたします。まず、豊田宮崎病院長からお願いいたします。

○豊田宮崎病院長 それでは、宮崎病院の診療機能について御説明申し上げます。

県立宮崎病院は、大正10年に開設されております。ことしで85年を経過いたしました。その間に県民の皆様の厚い信頼に支えられながら、医療に対する多種多様化したニーズにこたえて、安心して安全な質の高い医療を行ってまいりました。当院は、二次医療圏という視点から見ますと、個々の診療機能を見ますと、圏域の医療機関との競合している部分がございます。そういうことで、他の医療機関との役割分担、機能分担に特に留意した医療の提供が必要であると考えております。このために、圏域及び全県レベルでの中核病院としてのその特色である多数の診療科の連携によりまして、総合性を生かした診療機能の充実や、専門性の高い医療の維持と向上に努めていかなければならないと考えております。

当院は、宮崎県の中核病院として三つの大きな役割がございます。一つ目は、がん診療を中心とした高度医療提供病院、二つ目は、救急医療を中心とした急性期医療提供病院、三つ目は、県内の医療従事者の技術向上と育成を目指す研修病院という役割がございます。また、そのほかに主な機能としましては、がん診療連携拠点病院、エイズ診療拠点病院、臓器移植提供病院、三次救急医療施設、いわゆる救命救急センターでございます。それから、災害拠点病院などの役割を担っております。

御案内のように、平成18年のがん対策基本法が制定されております。死亡率のトップを占めますがんにつきまして、当院も18年の初めからがん治療センターを設置したところでございます。そのがん対策基本法の中で、がんの予防及び早期発見の推進、がん医療の均てん化、がん研究の推進を基本施策とされております。そういうふうに国においても、がんの克服へ向けて

取り組みがなされております。

当院は、五大がんで胃がん、大腸がん、肝臓がん、肺がん、乳がんを初めといたしまして、ほとんどのがん疾患に対する治療を行っております。例えば、手術療法につきましては、胸腔鏡下手術、腹腔鏡下手術を含んでおります。また、化学療法、ホルモン療法、放射線療法など、専門性の高い、質の高い適切ながん医療を提供できる体制を整えまして、多くの診療科の連携による総合性、専門性を生かした集学的医療を行っております。

先ほど申し上げましたように、そのために、がん治療センターを新設しまして、血液科、化学療法科、病理科並びに外来化学療法室を設置しております。また、患者様やその御家族からのがんに関する疑問、不安、悩み等につきまして相談を受けるがん相談窓口も開設しております。また、病院内では、がん治療センターにおきまして、乳がん患者さんに対する支援サロンで乳がん患者の支援も行っております。また、院内の勉強会としまして、院内がん治療セミナーも定期的で開催しまして、職員全体で知識の習得に当たっております。

続きまして、診療体制なんですが、総合病院としての特色を生かした診療体系の再構築ということで、センター化を図りました。病棟の再編成、診療機能の集約化ということで、循環器センター、脳神経センター、小児医療センターを設置しております。また、高度医療としましては、腎臓移植並びに小児外科等の宮崎病院の特色のある医療も行っております。

続きまして、急性期医療の提供についてでございますが、これは、救命救急センターにおきまして、全県下の三次救急患者さんを受け入れており、手術を中心とした急性期医療を目指し

ております。また、いろんな患者さんには、地域連携ということで、かかりつけ医の推進もお願いしております。

さらに、最後になりますが、医療従事者の技術向上を目指す研修病院ということで、平成16年度に研修制度が制定されました。それによりまして、管理型臨床研修病院ということで、いろんな研修医の指導・育成を行っております。また、協力型研修病院として、九大、宮大から研修医の先生方を受け入れております。また、宮崎大学医学部の学生さんの指導、教育、それから看護大学、看護学校の看護師さんの学生指導も行っております。このようにしまして医師の確保、看護師の確保に取り組んでおります。

県立宮崎病院は、これからも、さらに診療機能の充実強化に取り組んで、県民の方々に安心で、安全な、質の高い医療を提供していきたいと考えております。

当院につきましては、以上でございます。

○井上委員長 ありがとうございます。

続きまして、楠元延岡病院長にお願いいたします。

○楠元延岡病院長 引き続き、県立延岡病院について説明させていただきます。

まず、県北の延岡市というのは、地理的にも医療環境的にも不便といいたいまいしょうか、そういう土地柄でございます。当院は、そのような中で唯一、数多くの診療科を備えている総合病院と申しまししょうか、そういう病院でございますので、高度医療とか政策医療、地域医療、多くの役割が求められているというふうにとらえております。

そこで、地域完結型医療の構築、まず、これについてでございますが、医療は現在、非常に高度化してしまっていて、現場ではまた医療資源も

不足している。当医療に対する要求は非常に多様化しているというのが今の社会じゃないかと思えます。そういう中で、個々の医療機関で医療を完結するというのは非常に無理でございます。そこで、かかりつけ医とか、急性期病院、慢性期病院、福祉なども含めてでしょうか、その役割というのは分担されないとちゃんと完結できないと思えます。その役割相手が距離的とか時間的と申しましょうか、非常に遠いところだと、その患者様、そしてその家族の人には非常に不便な状況であろうと思えますから、できるだけ地域内で対応する、これが地域完結型医療ではないかと思っております。県北延岡地区の役割分担においては、当院は、先ほど申しましたように、非常にたくさんの診療科を持っていると、そういう医療資源が地域としては非常に大きいものですから、地域から一層期待されるような、そして信頼されるような病院に努めているところでございます。

具体的な活動としましては、まず、地域医療連携科というものがございます。これは、平成18年4月設置されました。これの仕事と申しますと、紹介患者様の受入手続——周辺の医療機関から紹介された患者様の手続、それに逆紹介患者様、こちらから周辺の医療機関に紹介する、そういう紹介先の調整、いろんな病院の特質を調べておきまして、患者様をアクセプトしてくれる病院先を探す、そういうような病院の対外的窓口の仕事、また、周辺医療機関を定期的に訪問して、意見を交換し、いろんな問題点等を検討しながら活動している、そういうところで実績を上げていると思っております。

地域医療支援病院、これは、かかりつけ医を支援して、地域医療を充実するための病院というふうに定義されております。平成18年11月、

自治体病院としては初めて、県北では唯一の承認を当院で得ております。

地域医療支援委員会、これには市の医師会長、市の福祉保健部長、保健所長などで構成されておりまして、患者様の紹介、逆紹介の状況、医療機器、当院に置いてあります高額医療機器の共同利用の状況、救急患者様の受入れ状況など検討して、さらなる地域連携の強化を図っているというところでございます。

引き続き、県北地域唯一の中核病院としての高度医療や救急医療の提供についてでございます。幾つか実際の行動を紹介したいと思います。

まず、心臓血管センターについて、日本で死因の2番目に多い心臓疾患、1番ががん、2番が心臓病、3番が脳血管疾患というふうになっておるわけですが、当院では、この心臓疾患について診断から治療まで、その取り扱っている数は県北で一番多い数でございます。ちなみに、「プレジデント」いう雑誌がございますが、ことしの12月17日号では、心臓カテーテル治療の数が当院は日本で83番目と載っております。また、心臓外科治療は123番目と雑誌に載っていたということで、今後、高齢化によってこの種類の患者数はますます増えていくと思っておりますので、さらに充実を図ってまいりたいと思っております。

それから、周産期医療について、以前の本県の周産期医療は十分でなかったんですが、最近では周産期死亡率が全国一よくなったというふうに報告されています。当院でも、周産期センターを設置するなどして、周辺医療機関との間でハイリスク母体や新生児の紹介、逆紹介がスムーズにできるようなシステムもでき上がってまいりました。それで、県北地域でも安心して赤ちゃん

んが産める体制づくりも着実に進んでいるもの
とっております。

最後に、救急医療についてでございます。日
向・入郷地区も含め、延岡地区を合わせると人
口25万ぐらいいるかと思いますが、県北医療圏
の二次・三次救急について、「24時間、断わらず」
という方針で当院の救急医療は運営されてお
ります。年間約3,000台の救急車を含めて約1万人
の救急患者さんを引き受けております。時間内
は日本救急医学専門医が診ております。時間外
は当直医が診まして、必要なときには専門医の
応援、オンコールで待機していますから、そう
いう専門医の応援を頼んでやっております。実
際、患者数は、平日の時間外で1日約20名前後、
多いときもございます。休日には40名と非常に
多数の患者様が来られていますので、救急医療
をやりながら、今後は職員の負担軽減のほうも
図っていかねばならないかと思っております。
そういう対応をしながら、信頼される病院
をつくらうとしていますので、どうか、よろし
く御願いたします。以上です。

○井上委員長 ありがとうございます。

続きまして、脇坂日南病院長、お願いいたし
ます。

○脇坂日南病院長 それでは、日南病院の説明
をさせていただきます。

県南の南那珂医療圏、日南市、串間市、北郷
町、南郷町、この2市2町で構成されてお
りすけれども、主な地場産業は漁業、林業、農業
で、企業としては王子製紙ぐらいしかございま
せん。圏域の人口は約8万1,000人で、これまで
ほぼコンスタントに毎年約800人ずつ人口が減少
しております。少子高齢化の非常に顕著な地域
でございます。この中に公立総合病院としまし
ては、串間市民病院、国保中部病院、それと県

立日南病院がございます。しかし、小児科、循
環器科、脳神経外科の入院治療ができ、また二
次救急医療に対応できる病院は日南病院だけ
でございます。したがって、日南病院は、地
域に対して高度で先進的な医療、安心・安全な
医療を提供できる高機能の公的中核病院として、
今後とも貢献していこうと思っております。そ
れとともに、病病連携、病診連携を密にしまし
て、急性期から回復期、療養期間に至るまでの
地域医療がスムーズに行えるように、地域ぐる
みの勉強会あるいは連絡会議を当院が指導的
に行っております。特に、この4月から中部病院
の病床の約半数が回復期リハビリ病床となっ
たのを機会としまして、当院での急性期治療が終
わりました後の移行をさらに推進したいと思っ
ております。

救急医療につきましては、できれば本来の使
命である二次救急に集中特化したいと思ってお
ります。当院の医療連携科の医長が地元の医師
会の理事に入っておりますことを生かしまして、
一次救急患者に対しましては、できるだけ地元
診療所との調整を図りたいと思っております。

高齢化が進んでおります地域のニーズに対応
しまして、その診療機能を提供するために、がん
拠点病院としての取組を行っております。今
年度から循環器科を新設しまして、急性期の心
臓病にも対処しております。今後は、脳卒中に
対する機能をさらに強化して、体制を整えば、
県南の脳卒中センター開設を目指しております。
できれば南那珂の医療は南那珂で完結できるよ
うな体制を構築したいと考えております。今年
度末には、骨粗しょう症外来を開設する予定
ですし、膠原病内科医が12月に着任いたしました
ので、リウマチ外来の開設、さらには糖尿病外
来への開設も視野に入れております。

最後に、医師確保に関してですけれども、これは、大学訪問のたびに、あるいは学会や研究会の機会を生かして、各診療科の教授あるいは医局長に接触しまして、医師派遣の要請を繰り返して行っております。本年4月には循環器内科医2名、12月には膠原病内科医1名を新たに派遣していただきました。しかし一方、長時間連続勤務などの苛酷な労働環境と患者さんの過剰な期待に疲れ果てた勤務医が1人去り、2人去りと次々にやめていく、いわゆる立ち去り現象が全国的に起こっております。当院もその例外ではございません。本年は8月に形成外科医、10月に産婦人科医、12月に循環器内科医が辞職いたしました。また、3月に定年退職した整形外科医の後任は大学から補充されておられませんし、また、皮膚科も来年3月からは常勤医が不在となります。すなわち、医師を獲得すること以上に、現在在籍している常勤医がやめないようにする方策が大切だと思っております。患者さんの満足度を高める努力ももちろん必要ですけれども、職員の勤務状態を改善して、職員の満足度も高める必要があると考えております。

当院からは以上でございます。

○井上委員長 ありがとうございます。

続きまして、小川富養園園長代理にお願いいたします。

○小川富養園園長代理 最後に、県立富養園に係る診療機能の基本的方向について御説明いたします。

地域医療対策特別委員会資料7ページの下の方にあります、(4)の県立富養園のところをごらんください。近年、精神科医療は、入院医療中心の治療から、地域におけるケアを中心とする治療に大きく変化してきております。一方で、昭和27年に本県唯一の公立単科の精神科病

院として開設されました当園の施設は、昭和38年の全面改築以来、44年が経過しており、老朽化が進み、公立病院として十分な機能を果たすことが難しくなっております。このため、平成16年8月に、新たな中核精神科病院の整備方針が打ち出され、当園は、仮称でございますが、「こころの医療センター」として平成21年度までに県立宮崎病院に移転・併設されることが決定されており、移転後は、民間の精神科医療機関では対応困難な五つの精神科高度医療、政策医療に取り組むことにより、本県における精神疾患に関する全県レベルでの中核病院として役割を果たしていくこととされたところであります。

ここで五つの診療機能を具体的に申し上げますと、まず、発症して間もないころの症状変化の著しい時期に短期集中的に治療を行う急性期治療、次に、自分を傷つけたり他人に危害を及ぼすおそれの強い患者や触法行為をした患者等の治療を行う難治性疾患治療、三つ目といたしまして、児童思春期における精神や心の問題を抱えた患者等の治療を行う児童思春期治療、四つ目として、精神疾患と身体疾患をあわせ持つ患者の治療を行う身体合併症治療、五つ目といたしまして、民間の精神科医療機関では対応困難な重度の救急患者に対する高次救急医療の五つの診療機能を担ってまいります。

このため、現在は、宮崎に移転後、直ちに今申し上げました5つの診療機能に円滑に対応できるように、長期入院患者の退院促進に努めるとともに、いわゆる医療観察法に基づく鑑定入院や精神保健福祉法による措置入院に積極的に対応するなど、移転後の機能を視野に置いて、診療機能の充実にも取り組んでいるところであります。

今後とも、良質で適正な医療の提供や医療サービスの向上に努めてまいり所存でありますので、委員の皆様におかれましても、引き続き、御指導のほど、よろしく願いいたします。

私からは以上でございます。

○井上委員長 それぞれありがとうございます。

執行部の説明が終わりました。御意見、御質疑などございましたらお願いいたします。

○米良委員 一つだけお聞かせいただきたいと思うのですが、今、それぞれ病院長からお話がありましたように、16年のこの検討委員会を中心に検討された結果、18年度で6億2,000万の赤字改善、圧縮がされたということでありまして、また、19年度途中でありますけれども、3億4,000万ですか、改善をされたという、非常に努力の跡が見られて、評価多とするところではありますが、やればできるのかということと、病院経営というのは、言い方は悪いんですけど、とんとんがいいのかなという気がしておったのですが、あれだけ過去、3つの病院が一度に建てかえをやったり、施設設備の改善をやったりした結果、こういうことになったという一面も私はあるのじゃなかろうかなという気がしておったのですが、非常に努力をいただいたということに対しては感謝を申し上げたいと思いますが、そこで、全県レベルでのこれからの中核病院としてのあり方というのが出ておるわけですが、さっきお話がありましたように、施設設備の面でも中核病院としての役割があるでしょうし、医師確保の面もそうでしょうし、まだ21名不足をしているということではありますが、もう一つは、高度医療機器ということになりますと、これから中核病院としての役割を担っていかなくやならんということを前提にすれば、高

度医療の機器ということも、これから図っていかなくやならんのかなという気がするわけです。

そこで、3つの病院における高度医療機器、これから購入をしていかなくやならんということであれば、大体どのくらいかかるものなのか、そういう予定があればですよ、そういうことを改善することによって、中核病院としての役割と機能があるんじゃないかなという気がしてならんのですけれども、そういう計画があればひとつお話をいただけませんか。

○山下次長兼経営管理課長 高度医療機器でございますけれども、今、中期経営計画の推進の中では、全県立病院の医療機器購入の予算としては、総枠5億円の範囲内ということをもつめどにしております。ただ、これは従前の医療機器の購入の額とするとかなり落ちる額でございます。なぜかということ、先ほど、米良委員御指摘のように、当然、これは減価償却に響きます。例えば、医療機器でも、減価償却期間は最低でも6年とか、例えば1億円のやつでしたら、1年に何千万か償却していかないといけない、費用化していかないといけないという点はございます。その中で、しかし、いつまでも5億円という枠の中でしてありますと、例えばMR I、1台が2億近い機械というのが、当然、耐用年数を過ぎて相当旧型になっている、機能が落ちているという状況の中で、私どもとしては、そういった高度の医療機器については、こういう経営状況もにらみながら別枠で措置しようかということ、来年度以降、計画的に整備をしていこうということにしております。さらに、MR Iを超えるようなもの、例えば、PET-CTとかいうのが、世評ございますけれども、こういった医療機器というのは、医療圏内の患者

需要との予測でいかないと、基本的には赤字機器と申しますか、採算のとれないということがございますので、一般的には、例えばPETは人口100万人に1台あればいいと。全九州で見ますと、全部で10台ぐらいあるようでございます。そのうちの3台は既に本県にございまして、それだけで供給過剰になっているという状況がございます。そういったこともらみながらですけども、ただ、やはり医療機器、特に最近の機器は高度化しておりますので、適宜的確な投資は行っていかないといけないというふうに考えております。

○米良委員 都城に視察に行きましたとき、今、次長がおっしゃいますように、我々もPETの視察をしましたが、これから中核病院としての、あるいは県立三つの大きな病院にしても、どこかに1台は設備をしなければならぬのかなという思いと、そういう機器を導入することであれば多額の財政が必要だなという、そういう半信半疑で視察を終わったものですから、そこ辺も含めてお聞きしたところでありましたが、100万人に1台ということであれば、もう3台ということですね。もう充足しているから、県立病院としては計画はないという理解でいいんですか。

○山下次長兼経営管理課長 全くないということもない。将来的には選択肢の一つではあると思います。ただ、現に今、宮崎病院とかでは、指示をして、民間のPETの検査をした上でまたおいでいただくといったことで使っておりますので、現実にはそれで足りていると申しますか、この辺になるとちょっと素人的になりますけど、PETも万能ではないと。PETをした上で、例えばCTなりMRIなり、あるいは他の検査をした上で最終的には診断を確定される

というのが医療現場の実態でございますので、必ずしもそのことだけに着目して、欲しい、欲しいということはないかと思えます。

○井上委員長 ほか、いらっしゃいますか。

○蓬原委員 先ほど、医師の立ち去り現象というお話を聞きまして、びっくりというか、医師不足について、大変な問題だということでこの委員会もあるわけですけども、もっと詳しく、どういう形で立ち去っていかれるのかということと、何が原因かということでしょう。それと、職員の満足度を高めることが必要だとおっしゃいましたが、いわゆる先生方の満足度、こういうことをすることが引きとめることになるのかどうか、そのあたりも詳しくお聞かせください。

○脇坂日南病院長 立ち去り現象、これは正確には立ち去り型サボタージュという名称で、虎ノ門病院の先生が本に書かれたのが初めだと思えますけれども、全国的にそれが広がっているというのは、一つは、いろいろ報道でなされているように、長時間連続勤務、日常勤務から当直に入って、また翌日も同じような日常勤務に入る、そういうことが繰り返されている状況、その中で非常に疲れ果てているところに、患者さんから、言葉は悪いんですけども、理不尽なクレームがつくということで、やる気をなくすということがふえております。そういうことで、もう勤務はやめたと、場合によっては医師をやめる方も出てきていますし、あるいは開業に変わっていくという方がふえております。

では、それをどういうふうに防ぐかということで、職員の勤務状況を改善するには、一番の根本的な解決方法は医師をふやすことだと思います。1人当たりの勤務負担を減らすこと、これが一番だと思います。しかし、現実にはそれは非常に難しい。ですから、勤務の内容を見直

して、できればその地域の方に、きょう、ちょっと触れましたが、一次救急はできるだけほかの診療所でやっていただいて、本来の責務である二次救急に特化した治療をすれば、少しは勤務医の負担も減るであろうと、そういうふうに思っております。

○蓬原委員 一方では、議会等では採算面といえますか、そういう議論もあるわけで、ここにもありますように、例えば人件費の節減だとか、材料費あるいは経費の節減ということが一つの外的な強い圧力といえますか、そういうものもおありだと思うんです。例えばドクターの勤務条件が非常に厳しい。我々はあっちこっちで話を聞きましたけれども、経営の健全化、いわゆる採算をちゃんとしなさいという考え方が、ドクターの勤務条件を非常に厳しくしているという面はないのでしょうか。率直な御意見を賜りたいのですけど。

○脇坂日南病院長 経営との兼ね合いは大変難しいところだと思います。当然、人をふやせばそれだけの人件費がかかりますので。しかし、今の状況が続けば、どんどん医師がやめていけば、それこそ病院が立ち行かなくなってくる。そこで、その兼ね合いが非常に大切だと思います。ですから、経営を視野に入れた上で、できるだけ負担を少なくするという努力が必要だと思っております。

○蓬原委員 診療報酬の改定、下げられましたね。そういうことも経営上は圧迫状況になると思うんですが、ひいては、それが労働条件が厳しくなっているということにつながっているということは、医師会としては、報酬改定を上げてもらおうというようなことの動きはずっとされているようですけども、診療報酬改定とドクターの勤務が非常に厳しいということの兼ね合

いというのはどういうふうにお考えでしょうか。

○脇坂日南病院長 現場の声というのは、給料は上げなくてもいいから眠りたいということでございます。ですから、人をふやすのが一番だという希望でございます。

○井上委員長 この件については、豊田院長と楠元院長はどんなお考えでしょうか。

○豊田宮崎病院長 脇坂院長とほぼ同じ感じを持っております。確かに、医師が集まればまた医師が集まってくるという状況です。減ればそれだけ負担がふえますので、また減っていくという状況でございます。先ほど御質問の診療報酬に関しましては、それが上がるとか下がるとかということで医師の業務に差しさわりのございますか、影響があることは全くございません。ただ、いい医療をする、そのためには休息も必要かなと、リフレッシュする時間も必要かなという感じがいたします。大体ほとんど同じ意見でございます。

○楠元延岡病院長 私もほとんど同じように感じております。医師がそのの病院に魅力といたしまししょうか、自分がやりたいこと、人によっては時間的余裕をもっと出したいとか、人によっては自分のやりたい気持ちが発揮できる病院とか、いろんな魅力があるかと思えますから、そういうのが発揮できる病院づくりということも大切ではないかなと思っております。

○丸山委員 我々、委員会の中でいろいろ議論させてもらっている中に、どうやって医師を確保していくかが一番大きな問題というふう認識してしまして、西郷病院に行ったときに、前期研修が終わった後に、平成16年、17年と少なくなっただけけれども、ひょっとしたら18年からは病院に帰ってきてくれるんじゃないかと思ったんですけれども、なかなか帰ってこれずに、後

期研修もほとんど宮崎を出ていってしまっている現象が多いということで、今度、平成21年ですか、後期研修が終わるところまでに、先ほど言われました、宮崎に魅力のある医師が来るためのモデルをつくらないといけないという話も聞いている中、今の若い医師というのは、高度医療が進んでいる中、専門医的なことをしっかり勉強したいということがあって、その専門医を指導していただける医師がいらっしゃればそこに来るとかいう話も聞いていたり、また、長野県の佐久総合病院に行ったときには、これまで医局にすべて医師のほうを育てていただいて、それを受け入れるのが病院だったけれども、そうではなくて、今後は、地域の中でいかに医師を育てていくかというシステムをしっかりとつくらないといけないという意見も聞いておりますので、県立病院のほうにはそういったあり方ももっと特化といいますか、その辺のことも県立病院としての必要な部分になってきているのではないかなというふうに思っています。

といいますのも、今、充足率を見ても80%台ということで、確かに充足はしていないんですが、もう少し医師を充足するためには、現場としては何が欲しい、どういうものが欲しいというのを具体的に、恐らく予算の関係もあるのでしょうけれども、どういったことをもうちょっとしたいのだがというのを、率直な意見としていただくとありがたいと思っています。

また、つけ加えますと、各医師会のほうからは、県立病院に多く医師がいてもらって、県が今、医師派遣システムをつくっておりますけれども、それをいろんなところに派遣するような形をとってこないかというような意見も出ておりますので、そういったことを含めて、県立病院として医師を育てていくという方向性があ

るのかないのか等を含めて、お伺いしたいと思っております。

○豊田宮崎病院長 今、県立病院としましては、初期研修に関しましては、研修管理委員会が中心で、美郷の金丸院長とか入っていただきまして、そこで年度年度の計画を立てながらいております。当院としましては、御案内のとおり、研修指定病院としては、国が決めている定員は9でございます。今までの実績を申し上げますと、16年が9、17年が6、18年が7、19年が6、大体そういう感じでございます。ただ、マッチングした中で、いろんな事情で来ていただけない方もいるんですが、そういう状況でございます。

それから、後期研修医、今、丸山委員がおっしゃいましたレジデントクラスに関しましては、16年が9名のうちに、うちの病院、市中病院も入れまして県内に5名残っております。17年が6名中4名残っております。ですから、確率としてはかなり県内には残っております。ただ、宮崎病院と大学と市中病院に分かれておりますが、そういう状況では残っておるんですが、指導医も、どの病院もみんな学会の指導医を持って専門性も高い医師がそろっております。ただ、もう少し病院として、研修医の方々が見えるような何かシステムを考え直さなくちゃいけないところもあるのかなと思っております。ただ、この残った方たちは大体宮崎に固定で、将来的にもいてくれるというような感じの方ばかりです。状況としてはそんな状況でございます。ただ、医師会の先生方がおっしゃるような、プールとかの件に関しましては、どうしても病院としましては今、欠員もかなりありまして、もう目いっぱい。ほかの病院長がおっしゃいましたように、自分の病院の職員が非常に疲弊してい

る状況でございます。病院としては、もう少し医師を確保していった、少なくとも定員は確保していきたいということでございます。

○丸山委員 宮崎に医師が来たいというためには、議論はまだ途中なのかもしれませんが、現場の声として、何があればというのが、ぼんやりでもいいんですけども、何か方向性が出てくるとありがたいのかなと思っています。現場としては何かありませんか。

○豊田宮崎病院長 今の研修制度の中では、どの県もそうなんですけれども、若い先生方はどうしても都会志向でございます。個人の選択肢をふやすということで臨床研修制度はできたものですから、これはなかなか今のところは歯どめがかけられないということと、国においては来年から都会の病院の定員を少し減らしていくと。地方のほうにできるだけ研修医が残っていただくようなシステムを今、考えているようでございます。それは国の政策になるんですが、宮崎としては、一番は宮崎出身の学生さんに、学生さんのときから、特に美郷町立病院がやっておられるように、いろんな見学、実際に体験していただくとか、こちらから大学のほうに向いて、県内出身の方のいろいろと病院の魅力を説明してあげると。受け入れる側は、専門性の高い、今、アピールはしているんです、専門医も取れます、いろんなこともできますと。それでもまだなかなか来ていただけないので、もう少しPRの問題とプログラムの見直し等をやっていかなきゃいけないのかなと思っています。以上でございます。

○丸山委員 なかなかその特効薬というのはないと思っているんですが、我々が視察に行きました長野の佐久病院というのは、決して都市部じゃないんですね。前期研修・後期研修にして

も、すごい倍率の方が来られているというので、いろんな魅力がありますので、長年——40年、50年培ったものであるというふうに思っておりますけれども、今すぐには難しいのかもしれませんが、どういうふうに毎年毎年積み重ねてきたか、県立病院としてももうちょっとその辺を踏み込んで議論をしていただいて、これは県の福祉保健部との連携も十二分に必要だというふうに思いますけど、一足飛びにはできないかもしれないけれども、10年先には、宮崎に医者がふえているね、なぜかなというぐらいになれるような秘策を、もうちょっと県立病院の中でも考えていただければ幸いかなということで、御要望をさせていただこうと思います。

○井上委員長 ほか、いらっしゃいますか。

○外山良治委員 丸山委員と全く一緒の思いがあったのですが、ちなみに、佐久の臨床研修医20人募集に対して60人応募、そしてまた、佐久で宮崎県出身医師9名従事、ですから何かが違うのじゃないのと。病院局長にお伺いしますが、赤字を出すな、赤字を出すな、こうやります、こうやります、そういう議論ばかりで、例えば佐久の院長が言うには、自治体病院の本旨というのは包括医療だと。今、局長の話を聞いて、包括医療とは何ぞやと、医療・保健・福祉の有機的連携だと。その医療はずっと話があるけど、保健と福祉の言葉というのは一回も出てこない。特に、福祉とどう有機的に連携をするか、それが包括医療だと、そういう話は一個も出てこない。これではやっぱりだめなんじゃないのかなと。

ちなみに、救命救急センターの件でも、例えば、平成18年度で心肺停止の搬送件数は宮崎県で約900人だったと思います。蘇生件数が40件、社会復帰10件。ほとんど死ぬと。搬送の時間、約80

%が1時間、中には2時間というのがありますが、救命救急センターでは何が問題で、どうしようとしているのか、そういう話というのも含めて、局長、説明をしていただきたいと思いません。

○植木病院局長 大変難しい問題でして、一つ一つお答えするのもなかなか難しいのですが、まず、なぜこういった医師不足が起こったかということを一言申しますと、先ほど各病院長も申しましたように、医療というのが非常に細分化、高度化してきたと。昔は内科医の先生が小児科も診て、胃腸も診て、何でも診るといようなことだったわけですけど、今は非常に専門化したために、私は胃腸だけしか診ませんよとか、これだけしか診ません、うちは内科だけど小児科は診ませんと、こういうふうになってきた。これが大きな要因だというふうに言われています。そういう意味で全国的に医師不足が起こってきているということ。私たちはその確保に対してどう対応するかというのはなかなか頭の痛いところなんですけど、これは、病院とも、私たちもそうなんですけど、一緒になって取り組んでいかないといけないことは、研修医の人たちがたくさん集まってくるというのは、いろんな意味で魅力のあるプログラムといいましょうか、そういったものをきっちり構築していく、その中にすばらしい指導医がいる、あの先生がいるところには行きたいというふうな体制づくり、プログラムづくりといったものに努力をしていかないといけないというふうに考えています。

それから、ちょっと乱暴な言い方なんですけれども、大学の医学部の教育自体がちょっとおかしいんじゃないかと、もう少し地域の中に溶け込んで、一生懸命自分でやっていくというよ

うな教育をすべきじゃないかという意見が出ています。いろんな専門的なことを勉強したいという気持ちはいいとしまして、今の若い先生方の感じとしましては、楽をして、そして自分の勉強もしながら楽しくやりたい、自分の時間を十分とっていききたいと、そういうふうなお気持ちとか、今の若いドクターたちの考え方が少しずつ変わってきている。逆に、私たちはそれに合ったような体制づくりをしないとイケないというような一面もありますけれども、なかなかそうはいかないなということ。

それから、宮崎の美郷町の旧西郷の金丸先生なんかのお話を聞きますと、あそこで県の木材を使った職員の宿舎を準備したと。そうすることで、あそこにはいろんな研修の方たちが喜んで来るといような状況を言っておられます。そういう意味では、今度はハードな面で住環境といいましょうか、そういうことも整えていく、これも新しいドクターを呼び寄せる一つの要件かなというふうなことを考えています。

一つ一つばらばらな話ばかりでしたが、ソフト面もハード面もいろんな形で整えていって、ぜひおいでくださいというふうな体制づくり、それをしないとなかなか今の若い先生方は集まってこないという感じがしております。

○外山良治委員 もういろいろ言いませんけど、局長、1週間ぐらい、職員を佐久病院に派遣してもらって、ゆっくり座り込んで勉強してもらいたい。医師不足、医師不足、何十回聞きました。日南の院長がお金がいい、眠りたいと。医者の本音がそういったレベルでは悲しくなりますよ。ですから、一度、1年という声もありますが、じっくり勉強していただいて、僕も20代、30代のころに、岩手県沢内村の地域医療、

深沢晟雄、「敗北を知らぬ人々」だったと思いますが、その本を読んで何回も行きました。やっぱり予防が大事、予防が大事と。それを脈々と受け継いでいるのが佐久総合病院。そこら辺に行っていただいて、じっくり勉強して、宮崎県に移してもらいたい。

それから、僕も交通事故で両足を切ったときに、医者が優秀なら右足はつながっていたのではないのかなと最初思っていました。ところが、議員になって感じたのは、搬送時間が長くなったから右足を切ったんじゃないのかなと、そういうふうに次々思いが変わるんですよ。それを今、宮崎県にはめたときに、搬送時間——救命救急センターと搬送時間と蘇生数と社会復帰数、重度が軽度になる、こういった点についてももう少し分析をしていただいて、医者のありようについて考えてもらいたい。そこら辺の話、できましたらちょっとしてもらえないですか、救命救急センターの現状。

○豊田宮崎病院長 救命救急センターの現状を申し上げますと、確かに、御指摘のように、搬送時間は大体1時間ということでございました。一つは、救命救急の連絡システムと申しますか、それを構築する必要があるかなと思いますが、あとは、これもまた医師確保になりますけれども、救命救急医の確保、それから連絡網の構築、それが一つあると思います。もう一つは、一次と二次と三次の病院の役割分担も必要かなという気もいたします。三次は当病院ですべて今、引き受けさせていただきますが、そこに一次の方々がたくさんお見えになっていきますと、その時間帯はそちらに割かれるということもございますので、一次の救急の患者さんは地域の医療機関と申しますか、診療所で、皆さんの御理解をいただいて、ぜひ診ていただきたいという気

がしております。お答えになったかどうかわかりませんが、現状としてはそんな感じでございます。

○植木病院局長 先ほど、大事なことを言い漏らしておりますけれども、当初から申し上げておりますように、県立病院というのは、全県レベル、地域の中核病院としての役割、使命を担っているわけで、そういう意味では、私たちは地域の医療機関、ただ単なる医療機関だけではなくて、外山委員もおっしゃったように、今後の医療を進めていく上では、当然のごとく、いろんな保健機関、その他の社会福祉機関との連携というのは非常に大事なことです。そういうことを考えながら、宮崎県の地域医療全体の向上に寄与していきたいなという気持ちは根底には十分持っておりますので、そういう気持ちで今後努めてもいきたいというふうに考えております。

それから、もう一つは救急のことですが、これについては、実情は今、豊田院長が申したとおりでして、これも、いかに専門医を確保するかということに尽きると思います。それで、実は、昨年からは病院局が独立をして経営改善に努めているわけですが、まず、安定したいろんな医療サービスを提供するためには、何と申しても経営の健全化が第一であろうということを考えておりますが、その反面、私たちは県立病院の果たす使命とか役割といったものを決して忘れてはならないわけでもありませんし、そういう意味では、こういう厳しい社会情勢ですので、救急医療も最も大事なことであるというふうに位置づけ、そして、宮崎大学を初め、関係の大学医療機関ともいろいろな形で検討会を開きながら、今後、県民の皆様へのサービスと申しますか、救急サービスが十分対応できるように、何

かいい方法はないかといろいろな会議を重ねている、そういった状況にありますので、御理解をしていただきたいと思います。

○満行委員 都城です。隣は西諸ですけれども、延岡は25万、日南は2市2町で8万、都城・北諸だけでも20万、県病院があるところ、本当にうらやましい限りなんですけど、三次救急が宮崎、延岡にあります。都城・北諸、西諸は自前で、市町村の努力で頑張っていますけれども、県病院の三次救急を利活用するためにも、ドクターヘリが非常に有益だなと、くまなく県内の皆さんに還元するには救急ドクターヘリが必要だと私たちは思っているんですけど、三次救急の二つの病院長、ドクターヘリについて、どういう認識をお持ちか、お尋ねします。

○豊田宮崎病院長 ドクターヘリについては、確かに、搬送時間の短縮等々で、ある意味では必要かなという気はいたします。昨日も例はあったんですけども、椎葉のほうから「あおぞら」で搬送していただきまして、あれはたしか空港に着陸したんですけども、そういうことからすると、「あおぞら号」のもう少し利用といたしますか、お願いして搬送に活躍していただき、もちろん要望があればどんどん搬送していただけるようですので、そういうところを活用したらどうかとは思っております。

それから、もう一つは、正直申しますと、病院の中にヘリを持ちますと、なかなか立地条件で、宮崎病院としてはそれを受け入れたりするスペースがないということが現実でございます。この前も、千葉北総病院のニュースが流れましたけれども、理想的にはドクターヘリというのは要るのかなという気はしております。

○楠元延岡病院長 延岡のほうの事情と申しませうか、今、うちの病院が三次で、日向・入

郷から北のほうの三次は結構来ています。うちの病院でも対応できないのが実際問題、多々あるわけです。先ほど私も申しました、周産期で非常に障害を持った子供とか、そういう子供さんに関して、それ以外もですが、現在、「あおぞら」を結構利用して、県病院であるとか、大学病院に搬送しているというのが現状でございます。そういう意味で、今後も、うちの病院に来るのにも時間がかかるような地域というのもございます。うちで対応できないのも、症例的に多々あるということで、現在、非常に利用しているといいましょうか、もっとそれが使いやすくといいましょうか、そういうふうになればもっと二次、三次のネットワークというのがちゃんとできるんじゃないかと思っております。

○満行委員 心肺停止、5分、10分で生存率は半分、そのぐらい厳しい状況ですので、「あおぞら」の話もありますけど、消防車と救急車の違いぐらいドクターヘリはあると思います。北総病院の話が出ましたけれども、北総の金丸医師は宮崎に帰ってドクターヘリに乗りたいと、そういうふうにおっしゃっているわけですね。ぜひ、金丸医師が帰って救急医療で頑張ってくださいような県病院にしてほしいなど。県民の命を守るためには、ドクターヘリに対してもうちょっと県病院としても政策医療として取り入れていただきたいと思っております。以上です。

○井上委員長 それでは、ほかに質疑がないとして、これで終わりたいと思っております。

各病院の院長、富養園の小川代理も含めて、お忙しい中をおいでいただきまして、本当にありがとうございました。これから皆さん方へいただきました御意見も含めて、私どもの当委員会に活かしてまいりたいと思っております。本日はどうもありがとうございました。

暫時休憩いたします。

午前11時19分休憩

午前11時21分再開

○井上委員長 委員会を再開いたします。

福祉保健部においていただきました。

それでは、概要説明をお願いいたします。

○宮本福祉保健部長 福祉保健部でございます。よろしくお願ひいたします。

それでは、特別委員会資料の表紙を開いていただき、目次をごらんいただきたいと思います。本日は、医療制度改革に係る新たな構想・計画の策定について、特に、その中の地域ケア体制整備構想（案）の概要と、予防に対する取組についての2点について説明をさせていただきます。

まず、1ページをごらんください。医療制度改革に係る新たな構想・計画の策定についてであります。

医療制度改革は、我が国の医療制度が近年、急激な少子高齢化、経済の低成長への移行等の環境変化に直面し、従来のままの制度運営が難しくなってきたことを背景に、国民皆保険を堅持し、医療制度を将来にわたり持続可能なものとしていくことを目的に推進されているものであります。県といたしましても、一昨年12月の政府・与党の「医療制度改革大綱」の策定、昨年6月の関連法の成立・公布等、改革に向けた具体的な動きが活発化してくる中で、現在まで国と歩調を合わせつつ、関連のさまざまな取組を進めているところでありますが、本日は、その取組の中で、本年度中に策定することとされている四つの構想・計画について、概要を説明させていただきます。

まず、1の医療計画であります、本計画は、

医療法の規定を根拠に、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の構築等を目的として、平成20年度からの5カ年計画で策定するもので、来年3月までの策定を予定しております。本計画の主な内容は、医療圏の設定、基準病床数の算定など、資料に記載しております項目等とされておりますが、中でも、今回の医療計画における大きな特徴としましては、4疾病5事業につきましては、資料の下のほうに注書きで書いておりますが、この4疾病5事業、それぞれの疾病・事業ごとに医療連携体制を目指し、内容的にも住民や患者にわかりやすい計画の策定を図ることとしております。

次に、2の医療費適正化計画についてであります。本計画は、高齢者の医療の確保に関する法律の規定を根拠に、医療費適正化の総合的かつ計画的な推進を目的として、平成20年度からの5カ年計画で策定するものであります。本計画の主な内容は、平成20年度からスタートする特定健康診査、特定保健指導実施率、メタボリックシンドローム該当者・予備群減少率、療養病床の病床数、平均在院日数など、医療費の適正化に関連する各項目の目標値とその達成のための取り組むべき施策等とされております。医療制度改革において、重要な柱の一つと位置づけられる計画として今回初めて策定する計画であり、策定後も、平成22年度に中間評価、平成25年度に実績評価を実施し、その結果をそれ以降の関連施策の推進に反映させることとしております。

次に、3の地域ケア体制整備構想についてあります。本構想は、療養病床の再編成に伴う受け皿づくりを含めた地域ケア体制の計画的な整備を目的に、地域における今後の高齢者介護の受け皿の整備の方向性等について定めるものであります。療養病床の再編成が進められる中、地

域ごとの将来的なニーズや社会資源の状況等に即した地域ケア体制整備に係る今後の方針となるもので、本構想で示す方針は、今後策定する医療計画、医療費適正化計画、介護保険事業支援計画など、療養病床の再編成に密接に関連する各計画にも反映させることとしております。

最後に、4の健康増進計画についてであります。本計画は、健康増進法の規定を根拠に、県民の健康増進に関する施策の計画的な推進を目的として策定するもので、今般の医療制度改革の流れを受け、新たに、平成20年度から5カ年計画を来年3月までに策定することとしております。具体的には、メタボリックシンドロームの該当者・予備群の減少率等生活習慣病の発症予防・重症化予防に着目した目標値とその達成のための施策の方向性等を示すこととしております。

以上、簡単に四つの構想・計画について御説明申し上げました。このうち、3の地域ケア体制整備構想につきましては、後ほど、高齢者対策課長から説明させていただきます。なお、残る3計画につきましては、それぞれ国の指針等を踏まえて、現在、担当課を中心に作業を進めているところで、現状ではまだ具体的な内容が固まっておりませんが、今後、年度内の策定に向け、着実に作業を進めてまいりたいと考えております。

次に、資料の9ページをお開きください。予防に対する取組についてであります。

このことにつきましては、国が進める医療制度改革におきましても、これまでの治療重点の医療から、疾病の予防重視へと転換が図られるなど、医療費抑制に向けた重要な取組となってくるものであります。本県においてこれまで取り組んでまいりました老人保健法に基づく基本健

診やがん検診の受診率の推移、基本健診の結果を踏まえた保健指導等について、後ほど、健康増進課長から説明させていただきます。

私のほうからは以上でございます。よろしく申し上げます。

○畝原高齢者対策課長 それでは、地域ケア体制整備構想について説明いたします。お手元に構想案をお配りしておりますけれども、本日は、委員会資料にあります概要版でその主な内容を説明させていただきます。

委員会資料の3ページをお願いいたします。まず、この構想策定の背景等についてであります。国におきましては、医療制度改革の一環としまして、医療費適正化を図るための具体策の一つとして、療養病床の再編成が決定をされております。本県の療養病床は、点線囲みにありますように、①の介護保険の適用の介護療養病床が約2,000床、②の医療保険適用の医療療養病床が約3,000床、合計で5,000床ございます。このうち、①の介護療養病床につきましては、法改正によりまして平成23年度末で全廃され、②の医療療養病床は縮減される方向にありますので、療養病床のあるすべての医療機関は、医療療養病床として継続するのか、あるいは老人保健施設などの介護サービスへ転換するかを選択することとなります。これに伴いまして、縮減される療養病床の受け皿の確保のため、その方向性を示す目的でこの構想を策定するものでございます。

構想は、医療機関の意向を尊重するとともに、地域や入院患者の状況などを十分踏まえ、市町村等と検討を重ねたものを素案として、23の関係団体で構成します「高齢者サービス総合調整推進会議」において協議した結果を取りまとめたものでございます。また、広く県民の意見を

聞くため、パブリックコメントを実施いたしました。この構想は、今後策定する第5次高齢者保健福祉計画や、先ほど部長も説明申し上げましたが、委員会資料の1ページ、医療計画や医療費適正化計画にその基本的な考え方を反映させていくこととなります。

また、各市町村は、来年度、この構想をもとに介護保険計画を策定し、平成21年度から23年度までの介護保険サービスの種類や量及び介護保険料等を決定していくこととなります。

次の4ページをお願いいたします。1の高齢化等の将来推計についてであります。それぞれの項目は国が示しました方式で推計したもので、今後の推移を見る指標としてごらんいただきたいと思いますが、今後、総人口が減少していく中で、高齢者数や75歳以上のいわゆる後期高齢者のいずれも増加することが見込まれております。

次に、2の介護サービス等の推計ですが、高齢者数の増加とともに、介護保険認定者も平成17年の4万2,000人が、30年後の平成47年には7万3,000人と約1.7倍に増加する。それに伴いまして、要介護度4以上のいわゆる重度の方も同様にふえていくことが予想されます。また、次の介護サービスの推移にありますとおり、介護給付についても増加が見込まれるところであります。

次に、3の療養病床の状況についてであります。昨年から市町村や医師会と連携して、療養病床のあるすべての医療機関の協力を得まして、入院している患者さんの状況、あるいは病床転換の意向等について数回にわたりヒアリング等により実態調査を行いました。その結果として、まず、医療療養病床の患者さんの医療区分についてであります。医療区分は、表の下のほうに説

明がありますように、症病名あるいは医療処理等で分類したもので、医療区分2と3の方が、いわゆる難病などの重度者が該当しますが、その方々が半数を超えていらっしゃいます。また、表の右側のADL区分につきましては、患者の日常生活の動作能力によって分類したもので、どれだけ介護者の手がかかるかというものでありますけれども、より手のかかる2と3の方が合計で7割となっております。次に、一番下の療養病床の患者の介護度についてであります。要介護度4、5が合計で82%と、ほとんどが重度な方となっております。今回の国の改革理由の一つは、療養病床にはそれほど医療を必要としない、いわゆる社会的入院が多いということでありましたけれども、実態調査の結果、少なくとも本県におきましては、医療や介護の必要性が相当高い方が入院されていらっしゃるという結果だと思っております。

次に、5ページをお願いいたします。4の転換意向調査結果と受け皿の整備についてであります。まず、介護療養病床につきましては、老人保健施設など介護施設への転換意向は、一番上の欄にありますが、736床で全体の3分の1程度となっております。また、医療療養病床につきましては、介護施設への転換意向は、中ほどにありますように、98床で、多くが転換をしないという意向でございます。現段階での介護施設への転換意向は、介護の受け皿の確保の表の既転換意向分の合計欄にありますように、介護療養と医療療養を合計した836床となっております。このため、県といたしましては、転換前の介護サービスを確保するため、引き続き各市町村と連携して、個別の医療機関の理解と協力を得ながら、介護施設への転換等について協議を重ねているところでありますが、最終的に不足

する分につきましては、新規整備として計画していくこととしております。

次に、療養病床数についてですけれども、医療療養病床の縮減目標は、国が定める方式で算出することとなっております。それによりますと、本県の目標値は、一番下にありますように、1,696床、約1,700床となります。一方で、現段階での医療機関の医療療養病床を継続したいという意向を積み上げますと、右下の隅ですけれども、3,016床、約3,000床となりまして、国の目標数とは1,300床の乖離が生じております。この乖離の原因としましては、先ほどの実態調査結果にもありましたとおり、それぞれの医療機関が、患者さんや地域の状況等を考慮して医療継続と判断したものや、資金面や経営規模などの問題から、新たな転換は困難というのがほとんどであります。短期的な目標達成は医療機関だけに負担を強いることや、入院している患者や家族の不安をあおることにもつながりかねず、慎重に対応していくことが必要であることから、国にもこのことをヒアリングの場などで伝えるとともに、縮減目標についても協議を重ねているところであります。

次に、6ページをお願いいたします。5の介護サービスなどの受け皿の確保に関する基本的な考え方についてであります。これまでの説明の繰り返しになりますけれども、療養病床はいずれも重度者の療養の場となっているのが現実であります。このため、その縮減後の受け皿につきましては、特に重度者に対応した介護サービスを中心に整備していく必要があります。一方では、介護保険料や介護保険財政に急激な影響を与えないよう十分に配慮しながら、地域の実情に応じた対応を図ることが重要であります。

具体的には、次の①の地域に必要な受け皿の

整備にありますとおり、在宅での療養が困難な中重度者への対応としましては、より医療と連携のとれた施設・居住系サービスの整備を図るとともに、在宅で療養が可能な高齢者に対しましては、記載しておりますように、今後、さらに在宅サービスの充実を進めていくことが必要であるというふうに考えております。また、特に、今後は医療・福祉サービスの連携がこれまで以上に重要であり、中でも、訪問介護などの医療サービスをサポートする体制の充実が特に重要になってきております。

次の7ページのほうに図式化しておりますが、各市町村でこのような医療と介護の現状を資源マップといいますか、図式化していただいて、それを行政機関あるいは医療機関だけではなくて、広く住民の方々に理解していただき、地域全体で、市町村全体で介護の必要な方々を支えていく体制づくりを進めていく必要があるのではないかと考えておりました。県といたしましても、市町村や関係機関と一体となって取り組んでまいりたいと考えております。

説明は以上であります。

○相馬健康増進課長 予防に対する取組についてでございます。

地域医療対策特別委員会資料の9ページをお開きください。生活習慣病の予防やがんの早期発見・早期治療の取組につきましては、昭和57年に老人保健法が施行されまして、翌58年から基本健康診査やがん検診、健康教育、健康相談等が市町村の事業として実施されてきています。

まず、基本健康診査についてですが、図1の表にございますように、全国の受診率は、昭和58年度の20.7%から平成17年度43.8%と推移しております一方、本県の受診率は、昭和58年度の18.1%から平成17年度40.9%と推移しており

ます。近年、全国と比べますとやや低い状況にございます。

次に、がん検診受診率についてでございます。まず、胃がん検診でございますが、昭和58年度から市町村事業として実施されています。当初は、全国と比較して本県の受診率は高い状況でしたが、平成2年をピークに低下傾向にあります。平成17年度の本県の受診率は11.2%と全国の12.4%と比較してやや低い状況になっております。

次に、10ページをお開きください。肺がん検診ですが、肺がん検診は、平成3年度から市町村事業として実施されるようになりました。全国の受診率は、平成3年度の17.8%から平成15年度に23.7%となり、それ以降は横ばいの状況です。宮崎県の受診率は、平成3年度10.4%から平成10年度に21.5%とふえた後、低下傾向にございまして、平成17年度は10.5%となっております。肺がん検診につきましては、すべての市町村でなくて、20の市町村で実施されています。

次に、大腸がん検診ですが、平成5年度から市町村事業として実施されるようになりました。全国の受診率は、平成5年度の10.9%から平成17年度18.1%と推移しています。本県の受診率は、平成5年度8.3%から平成17年度17.8%と推移し、全国とほぼ同水準でございます。

11ページをごらんください。子宮がん検診でございますけれども、昭和58年度から市町村事業として実施されています。全国の受診率は、昭和58年度の10.0%から平成17年度18.9%と推移しています。本県の受診率は、昭和58年度の13.5%から平成17年度21.5%と推移し、全国よりも高い状況にございます。

次に、乳がん検診ですが、これは平成5年度

から市町村事業として実施されるようになりました。全国の受診率は、平成5年度の12.0%から平成17年度17.6%と推移しています。本県の受診率は、平成5年度9.7%から、平成17年度14.5%と増加はしていますが、全国よりは低い状況にございます。乳がん検診については、すべての市町村で実施されているところでございます。

次に、12ページをお開きください。各種がん検診の要精検率でございますけれども、胃がん検診の要精検率が11.19%と最も高く、子宮がんが1.53%と最も低くなっております。全国と比較しまして、肺がんと乳がんの要精検率は低くなっております。

その下の精検受診率でございますけれども、本県の各種がん検診の精検受診率、精密検査になった方がどれだけ受けたかという率でございますけれども、視触診による乳がん検診の精検受診率を除きますと全国よりも高い状況でございます。

13ページをごらんください。がんの発見率でございますけれども、視触診とマンモグラフィーを組み合わせた乳がん検診で0.40%と最も高く、以下、胃がん、大腸がんなどでがんの発見率が高くなっております。全国と比較いたしましても、視触診とマンモグラフィーを組み合わせた乳がん検診と胃がん検診のがん発見率は高くなっております。

次に、基本健康診査の結果についてでございますが、表にございますように、40歳代でも「異常なし」の方が3割弱で、当然のことながら、年齢が上がりますとともに「異常を認めず」の割合が減りまして、「要医療」の割合が増加しているという状況です。

14ページをお開きください。平成17年度中に市町村の保健師等が実施しました保健指導が3

万1,567回、健康相談が6,302回、集団健康教育及び介護家族健康教育が3,997回となっております。

最後の図は、平成17年度中に基本健康診査などの結果に基づき、市町村の保健師などが実施しました生活習慣改善指導の実施状況です。全体で延べ1万1,378人に指導を行っているところでございます。

最後になりますけれども、この基本健康診査につきましては、来年、平成20年度から保険者が特定健診・特定保健指導として市町村から組合健保とか政管健保、国保という保険者のほうに実施主体が移って実施されることになっております。また、がん検診につきましては、健康増進法に基づき、引き続き、市町村が実施主体として実施されることとなっております。

健康増進課は以上でございます。

○井上委員長 執行部の説明が終わりました。御意見、質疑等ございましたら、お願いいたします。

○図師委員 丁寧な説明で内容はよく理解できたところです。部長以下、課長さん方に直接申すことじゃないのですが、国の出す方針が医療費や介護費の抑制を単なる建前にした、現場を無視するような非情なまでの療養型ベッドの廃止、または医療療養型の縮小等々の流れというのは、非常に強い憤りを感じています。恐らく、担当されている方々も、こういうむげな計画を押しつける国というのは、どういう考えのもとにやっているのかという大きな疑問を持たれている方も多いと思うんですが、こういうガイドラインに沿って県が何をできるのかということは今、必死に考えていただいておりますが、今の説明にもあったとおり、介護療養型、医療療養型の転換を今後進めていく上で、現場の意

向が全然国のガイドラインに沿っていかないという現状が出ていますよね。説明の中にもありましたが、意向調査をされても1,300床余りがまだ今後の行く末を決めていないと、理由も幾つか述べられましたけれども、課長の御説明では、その医療機関、福祉機関と話し合いを進めながら速やかなる移行を促していくということなんです。あと3年以内にこの1,300という数を速やかに移行させていくというのは私は無理だと思うんですね。なぜ無理かということ、移行しにくい理由の中にも、移行するときにかかる費用なり、今後の経営計画が立てられるような介護報酬、診療報酬が保障されているかということ、全くその裏づけがないままに、猫の目が変わるようにころころと制度が変わっていくということで、現場は混乱している状況が手にとるようにはわかります。

そこで、一つお伺いしたいのは、最初にもらっている分厚い資料、「宮崎県地域ケア体制整備構想」、これは以前にももらっていましたが、ちょっと読ませていただいたんですが、46ページに医療機関への支援というところがあるんですが、ここの②国の助成制度を活用した整備費の助成、黒ポツ点が三つほどあるんですが、国は本気でこの内容を示そうとしているのか、現在、示されているような内容があれば教えていただきたいんですが、いかがでしょうか。

○畝原高齢者対策課長 今、委員がおっしゃったようなことで、私どもも非常に唐突な感は否めない感じがしております。ただ、国もいろんなヒアリング等をしてきておまして、現状はいろんな形で私どもは伝えておりますが、御質問の助成費につきましては、今、国が出しておりますのは、1ベッド100万円という単価で転換に当たっては助成をしようという制度が出て

おります。ただ、相場でいいますと、約1,000万程度かかるのじゃないかと私どもも思っております。せんだつても、ヒアリングの場で私、申し上げたんですが、国の制度変更に伴う医療機関への負担だから、もう少し負担増ということは考えるべきではないかという話をしております。今のところ、転換に当たっての費用の助成、1ベッド100万円というのは決定をしております。

○凶師委員 1ベッド100万円ということで、単純にベーシックな施設の大きさとして50床から80床、1ベッドが100万ということは、50床の場合、5,000万の補助しかないということですね。いろんな転換の仕方があると思うのですが、新設で施設を開設される、建設されるような場合は5,000万どころじゃ建つわけじゃないですね。私がおったところも7億かかっています。50床の老人保健施設をつくる時にですね。その7億もかかる施設を5,000万程度の補助で建てなさいというのは絶対無理なわけですよ。国がこういう方針を出すには、財政的な裏づけがないと現場は動けないわけですよ。じゃ、県単でその補助を出せるかというのと、とてもそんなこともなく、建設に補助というのはまた別の補助事業がつくのかもしれませんけど、もっと現場の声、また担当課の方、また我々議会も、県にはこういうむげな計画を押しつけるんじゃないで、円滑に、本当に転換していききたいならば、その財政的な裏づけをつくるようにという訴えをしていかんやいかんと思うのですが、担当課あたりはそういう協議はされていないんですか。

○畝原高齢者対策課長 これは当然ですけど、宮崎県だけの問題ではない現状がございまして、知事会等でも出してありますし、先ほど言いましたように、厚労省にブロックごとの会議を開

いてもらいました。せんだつて、私も出てまいりましたが、福岡でございました。そのときにその旨を私どもも伝えました。全額は無理かもしれないけれども、せめて半分、例えば1,000万であれば500万ぐらいは、国が制度を変えたんだから、そこら辺は検討すべきじゃないですかという話はしたところですよ。どれだけ誠意が伝わったかわかりませんが、よその県の方々もそうですということで話は出ておりましたので、これからも当然、今後、そういう動きはしていく必要があるだろうと。これは、今言いましたように、知事会等でも出してあります。

○凶師委員 私は国は信用していないんです。制度が追いついてこないと思います。補助事業も新設されたとしても、先ほど言った新規で建設するほどの補助は新たにはつかないと思うんですね。最悪の場合を考えたときに、療養型が老人保健施設なりに転換できなかったときに出てくる介護難民の方々のために、県は独自でまた、新たな方策を考えておく必要があると思うんです。高齢化率も後期高齢化率もどんどん上がっていくわけで、この1,300という数字以上に介護難民の方が出てくると予想されますので、施設サービスが難しいのであれば、居宅サービスの充実というのをバランスとりながらやっていかんやいかんと思います。また、そのための専門員の養成なり、配置ということも県独自でガイドラインをつくられて、市町村のほうに指導をしていくような体制をとられるべきだと思いますが、今のところ、そういうお考えはないですか。

○畝原高齢者対策課長 市町村とも随分ひざ詰めといいますか、医療機関を交えて協議会を開いております。例えば、新しい施設を50床つくるとなると、今、委員がおっしゃいましたように、

6億、7億というお金がかかるんですが、例えば、ショートステイを10床持っている施設があるとして、せいぜい5床あれば足りるんじゃないかという施設があるとするなら、その5床分を定床化といいますか、定員プラスにするということも当然考えられると思うんです。そうなりますと、今、特養が70～80機関ぐらいございますが、5を掛けたとしても400という数字が出てまいります。ですから、そういうふうなショートの転換ですとか、あるいは大規模じゃなくて、民家を改造したような形でのグループホームとか、あるいは最近ふえてきましたが、小規模多機能、委員の方々もせんだって視察していただきましたが、そういうふうないろんなバリエーションを考える必要があるだろうと。これは、市町村とそういう話をしておりまして、市町村も財政の大きいところ、人口の大きいところと山間部の小さい町村がございますので、いろいろなパターンをやっていく必要がある。でないと、50床、60床のでかいのをというのは、確かにとてもじゃないけど、無理があるというふうに私どもも思っております。その場合の具体的な計画を来年度の介護保険計画の中でうたい込むということで今、考えております。

○井上委員長 ほか、いらっしゃいますか。

○満行委員 1ページの医療計画についてお尋ねします。20年3月に策定、平成24年までの5年間ということなんですが、この中にドクターヘリについて掲げられるのかどうか、現時点での考え方をお尋ねします。

○高屋医療薬務課長 新しいドクターヘリを導入する関係の法律ができて、その中で都道府県は国が示した基本方針に即して、また地域の実情に即して、導入を考える場合にはその医療計画の中に目標を入れるということになって

おります。それで、ドクターヘリの導入につきましては、現在の県の考え方としては、救急防災ヘリを活用するという基本的な考え方はありますけれども、また新しい国の動きといいますか、法律ができて、3年をめどに見直しますとか、あるいは寄附による基金からの助成金とか、そういったこともこれから検討されるということでもありますので、現段階で医療計画の中でどういう形で盛り込むかというのは、まだ内部で検討をしている段階でございます。

○満行委員 部長、今の話ですけど、消防防災ヘリとドクターヘリは救急車と消防車ぐらいの違いがありますので、この医療計画に入らないとドクターヘリの整備というのはできないんですね。ぜひ、これは向こう5年間の計画に盛り込んでいただきますように、よろしく願います。お考えをお聞きいたします。

○宮本福祉保健部長 今、医療薬務課長が申し上げたとおり、課題ではあるんですが、これについてどのような書き方をするかというものにつきましては、まだ今から検討させていただきたいと思います。

○井本委員 5ページの1,696というのは社会的入院だったというふうに理解していいわけですか。

○畝原高齢者対策課長 社会的入院でない方がほとんどであったと私どもは理解しております。中には医療区分1ですとか、介護度の低い方もいらっしゃいますが、そういう方々は今度は在宅で介護される方が、奥さんだけだったりとか、あるいは単身だったりとか、いろいろな状況がございます。そんなになくなかったと。国が言っているような感じではなかったと私どもは思っております。

○井本委員 この数字は宮崎県独特のもので

か。それとも全国的な傾向ですか。

○**畝原高齢者対策課長** 都市部はまだ把握しておりませんが、九州管内で話す限りにおいては同じような状況が出ております。

○**井本委員** そうすると、国はある程度の基礎的な数字を積み上げた上でやったわけじゃなくて、とにかく医療費を減らすためにぼんと来たというふうに考えていいわけですか。

○**畝原高齢者対策課長** これは、数式が、医療区分1というのは、全部要らないという国の判断です。それから医療区分2の3割ぐらいは療養病床にいらなくていいという、その数式を掛けたのが出ております。ただ、先ほど言いましたように、私どもとしては、現実はどうじゃございませぬという話をしております、今、国のほうも、担当課レベルですけれども、じゃ、宮崎はどう考えるかということで、前向きには聞いてくれております。例えば、宮崎の場合は高齢化が非常に進んでおります。在宅で介護する方も非常に少ない状態ですとかいう話を今しております、今のところこの1,696というのが目標ですけれども、私の感触としましては、もう少し目標値に上積みができるんじゃないかなという感触は持っております。

○**井上委員長** ほか、質疑ございませぬか。

○**丸山委員** 転換意向のことについてなんです新聞報道等によりますと、特別養護老人ホームには社会福祉法人でないと移行できないというような国の見解も今は出ているんですが、今回の地域ケアに出す計画に対しては影響は出ないんでしょうか。

○**畝原高齢者対策課長** 今回は、療養病床を持っている医療法人が特養をつくるという方向は当初出ておりました。ただ、今回、いろんな国のほうの検討の結果ですが、法改正には上程しな

いということになっておりますので、今のところ社会福祉法人じゃないと特養はつukれないということになっております。

○**丸山委員** 特別養護老人ホームは、どういう形で移行すると数字的に見ればよろしいのですか。恐らく、医療法人がほとんどじゃないのかなというふうに思っておるものですから、それを説明していただいませぬか。

○**畝原高齢者対策課長** 医療法人が一番移りやすいのは老人保健施設だろうと思いますが、特別養護老人ホームをつくるということになれば、その時点で社会福祉法人を立ち上げていただくということになります。ただ、今、既に医療法人でありながら社会福祉法人もあわせて設置している法人もございませぬので、そういう場合は老人保健施設であろうと特養であろうと選択ができるということございませぬ。

○**丸山委員** 案の特に39ページを見たときに、介護型の転換意向計画というのを見てみますと、本来は平成20年度から少しずつ移行があるんでしょうけれども、最終的に23年にぼんというふうに見えるような計画になっていると思うんですが、このような形で本当にいいのか。恐らく、急に移行された場合にはそれこそ介護難民等が一気に出るんじゃないかなという懸念もしてございませぬし、国の財政的な裏負担等も、できれば平準化してほしいとか、県のほうに裏負担を出せとかいう話になると、非常に財政的にも圧迫もするんじゃないかというふうに、40ページも含めてなんですけど、どのように理解すればよろしいんでしょうか。

○**畝原高齢者対策課長** これは、構想ということで、平成23年度末でもって介護療養がなくなるということを想定して構想をつくっております。ただ、先ほど申し上げましたように、具体

的には、来年度つくる高齢者保健福祉計画、介護保険事業計画と一体的なものです。この中で20年、21年、22年度の3カ年でどう整備していくかと具体的にうたい込みをします。ですから、この数字どおりが計画になっていくかというのは、また詰める必要がございます。これは、あくまで構想として、23年度末の姿として示しております。具体的に年次的にきちっとこのとおり入っていくかどうかというのは、当然、医療機関の都合もありますし、市町村の都合もございますので、具体的には、今言いましたように、計画の中でうたい込みをするということです。

○丸山委員 地域ケアを見たときに、西臼杵だけがほとんどないんですね。なぜなかったのかというのも含めて教えていただきたいと思うんですが。

○畝原高齢者対策課長 地域、地域で、例えば特別養護老人ホームなりでやっているとか、あるいは特養とか老健が既に整備されているから、介護療養病床のほうからそちらに移っているとか、いろんな状況があると思います。

○丸山委員 いずれにせよ、介護難民が出ないよというのが一番の命題でありますので、その辺もしっかりとやっていただきたいと思えます。

もう一つ、健康増進に関してなんですが、来年から特定健診等が始まるんですが、保険者がやると。今が恐らく基本健診が40%ぐらいですので、それを国がおっしゃるには60%ぐらいに持っていきたいということなんですが、財政的なことも一般質問で聞いたんですけど、今後、特定健診があった後に予防に関する保健指導も含めていくんですが、その後、市町村が行っている胃がん検診とか、保険者と市町村というふ

うに分かれるというふうな気がするものですから、その連携をどういうふうに図っていかれるのかをお伺いしたいんですけれども。

○相馬健康増進課長 今、基本健康診査とがん検診なんかを一緒にやるとか、そういう工夫も市町村は行っておりますので、今後、実施主体が特定健診は保険者、がん検診は市町村ということで分かりますけれども、同じ市町村の中でもございますので、後の連携は今後も図ってやっていただくような体制をお願いしていくこととしております。

○丸山委員 健診の受診率が低いというのは、今後の医療費の増大も含めて、また医療費をいかに抑制していくかが、皆さん、健康でありたいという気持ちは恐らく一緒だろうと思っておりますので、来年の4月から始まることを機に、大きくPRしていただいて、自分の健康は自分でまず守るんだという気持ちを大きく保険者と連携しながら、県がしっかりやっていただきたいことをお願いしたいと思います。

○井上委員長 ほかにありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○井上委員長 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。執行部の皆様、御苦労さまでございました。

暫時休憩いたします。

午後0時3分休憩

午後0時5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)の来年1月の閉会中に予定しております、予定としては1月24日なんですけれども、次回委員会での説明、資料要求等について、何か御意見や御要望はありますでしょうか。

○丸山委員 委員会の中で調査していないのが介護の関係、介護職というのは非常に厳しい状況で、介護職の環境とかを含めて、現場の声を聞くようなことができればありがたいかなと私個人的には思っておりますので、もし、よければお願いしたいと思っております。

○井上委員長 今の御意見に対して、何か皆さんからありますか。

○函師委員 全く同感です。今、全廃の計画が出ています介護療養型の施設に行って、そういう現場の声を聞く、もしくは縮小対象になっている医療療養型の施設に行ってしまうというのは有益だと思います。

○井上委員長 ほか、ありませんか。

○米良委員 介護施設における口腔ケア、これからどう推進していくかということをごひ一つ入れてください。

○井上委員長 ほか、いらっしゃいますか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○井上委員長 それでは、複数の委員の皆さんからの御意見などを参考にいたしまして、次回の委員会の説明、資料等を要求したいと思います。

また、今回は、執行部概要説明の後に委員会報告書の骨子案についても御協議いただきたいと存じますので、よろしくお願いをいたします。

最後になりますが、協議事項、その他で委員の皆様から何かございませんか。

○井本委員 午前中に終わらないといけない特別委員会なんですか。えらいぱっぱやっているから何か決まっていたのかと。

○井上委員長 暫時休憩いたします。

午後0時3分休憩

午後0時5分再開

○井上委員長 委員会を再開いたします。

今回の委員会は、1月24日午前10時からを予定しておりますので、よろしくお願いをいたします。

それでは、以上で本日の委員会を閉会いたします。

午後0時8分閉会