

宮崎県医療審議会医療計画等部会 議事録

1 開催の日時 令和8年2月4日(水) 午後6時から午後8時まで

2 開催の場所 県庁防災庁舎51号室

3 出席者 (委員)

金丸吉昌	落合秀信	吉見雅博
佐野裕一	青木浩朗	内村大介
永野秀子	海北幸一	飯田正幸
松本俊二	星原一弘	児玉あかね
竜田庸平		

(事務局)

小牧直裕	吉田秀樹	椎葉茂樹
早川俊一	関係課担当職員	

4 議事

(1) 開会

医療審議会医療計画等部会委員において15名中13名の出席があり、定足数が満たされている旨説明。

(2) 部会長選出

互選により、金丸委員が部会長に選出

(3) 議事録署名人選出

金丸部会長が、佐野委員及び永野委員の両名を議事録署名人に指名。

(3) 議題

① 講演

講師 松田晋哉 氏

(福岡国際医療福祉大学教授)

(地域医療構想及び医療計画等に関する検討会委員：厚生労働省)

講師より「新たな地域医療構想ガイドラインについて」と題して講演が行われた。

② 意見交換

上記について、本県の状況を事務局からの説明後、以下項目について委員間で意見交換を行った。

ア) 高齢者救急への対応について

<p>落合委員</p>	<p>救命救急センターでの実感だが、14年前の開設時と比べて明らかに高齢者の割合が増えている。 今は疾患も誤嚥性肺炎や転倒による骨折、尿路感染症などが中心。 こうした状況では、救急告示病院が夜間の対応を返上している現状もあり、集約化と分散、つまり連携搬送が鍵になると感じる。 まずは医療圏ごとに夜間にどれだけ救急が発生しているか、高齢者の割合はどの程度かをデータで洗い出し、フィルタリングするシステムを作る必要があると感じる。</p>
<p>飯田委員</p>	<p>高齢者救急を特別な枠組みとして捉えるよりも、疾患別の搬送体制を確立することが最優先である。 大学病院等でしか対応できない治療が必要な患者を適切に選別し、肺炎などの一般的な疾患は市中病院でしっかりと診ていくという役割分担の考え方を徹底すべきである。 そうすることで、高度医療機関の過負荷を防ぎ、地域全体で高齢者救急を支える慢性期の仕組みが構築できると考える。</p>
<p>内村委員</p>	<p>介護施設からの搬送において、時間外に適切なフィルタリングを行うことは現場では非常に困難。 まずは市中病院や一次救急が窓口となり、そこで重症度を判断した上で、必要に応じて二次・三次救急へ送るといった現実的な流れを作るべき。 また、西諸地区でも多い事例だが、看取りの方針が決まっても、施設の現場判断で救急車を呼んでしまう現状があり、ここにメスを入れる必要があると考える。</p>
<p>落合委員</p>	<p>あくまで、全ての高齢者救急を大学病院に集約するイメージではなく、各拠点で夜間対応可能な病院を洗い出し、まずはそこでフィルタリングを行う。一箇所では対応できなければ複数箇所を分担し、そこから必要に応じて連携搬送するシステムが望ましいという意味で発言した。</p>
<p>永野委員</p>	<p>在宅や施設で見取りを希望していても、いざ間際になると家族や職員間の連携不足や、認識の不一致から救急要請に至るケースがある。 ACP の考え方は単発ではなく積み重ねが重要であり、看護協会としても研修等を通じて理解を深めていく。 訪問看護ステーションの看護師が果たす役割も大きく、看取りの質の向上と救急搬送の抑制を両立させるための仕組みづくりに努めたいと考える。</p>
<p>海北委員</p>	<p>循環器領域では、救急隊が現場から心電図を即座に伝送するシステムが発達しており、適切な判断とデータの蓄積ができています。各病院の受入能力データを消防側と共有し、迅速な意思決定を促すことで治療の効率化につながる。 また、現場の意見として、搬送時間を短縮するために可能な限り近隣の医療機関へ搬送してほしいという要望がある。</p>

	<p>例えば、南部地域から大学病院を通り越して遠方の病院へ搬送されるケースもあり、より機能的な搬送の検討を消防側に期待すると考える。</p>
落合委員	<p>(追加情報として) 全国の事例では、訪問看護ステーションが夜間の不安な高齢者からの電話相談に乗る取り組みを始めたところ、救急搬送件数が大幅に減少したというデータがある。情報として共有しておきたい。</p>
吉見委員	<p>都城地区での経験では、施設から「朝から具合が悪かったが看護師が来るのを待っていた」などの理由で、夕方に搬送が重なるケースを肌で感じている。</p> <p>夜間の受け入れ先が少なくなる時間帯に搬送が集中するのは大きな問題である。</p> <p>ACP の推進はもちろん、介護現場のスタッフ教育や慢性的な人材不足の解消など、日中の対応力を高めるための対策も日々感じている課題である。</p>
青木委員	<p>救急搬送時にはお薬の情報が極めて重要だが、マイナンバーカード等の情報は必ずしも最新の調剤実態を反映していない。</p> <p>普段から訪問看護等と連携し、自宅の薬をシンプルに整理しておくことや、緊急時に正確な情報が伝わる状態にしておくことが不可欠である。</p>

イ 在宅医療の確保・介護との連携について

児玉委員	<p>介護支援専門員は福祉系出身者が多く、医療の視点が抜け漏れないよう「適切なケアマネジメント手法」の活用と学びを深めている。</p> <p>特に脳血管疾患や認知症など、疾患別の視点をケアプランに落とし込む努力をしている。</p> <p>また、遠方の医療機関に搬送された患者を早期に地域へ繋ぐため、ケアマネジャーが広域的に足を運ぶ必要性も感じている。</p> <p>一方で、看取りに対応していない主治医の場合、末期に医師を変更しなければならない調整に苦慮する場面もあり、現場の大きな課題となっている。</p>
吉見委員	<p>都城地区では開業医同士が ICT (MCS 等) を活用して連携し、24 時間 365 日の在宅医療体制を構築している非常に良いモデルがある。このような事例を他地域でも参考にすべき。</p> <p>しかし、宮崎県の医師の平均年齢を考えると、10 年後のマンパワー確保は極めて深刻な課題である。</p> <p>医療と介護の連携においては、依然として遠慮や情報共有の不足が見られ、ケアマネジャーと医療者の間でのより緊密な情報交換が求められている。</p> <p>また、施設側の人材不足、特に「高齢者が高齢者を見る」老老介護の状態が限界に来ていていると感じる。</p>
佐野委員	<p>85 歳以上人口が増加する中で在宅歯科医療のニーズは高まっているが、実際に取り組んでいる歯科医師は 3 割程度で伸び悩んでいる。</p>

	<p>県内の歯科医師の平均年齢は 62～63 歳であり、10 年後の体制維持には大きな不安がある。</p> <p>若い世代の歯科医師は日々の外来診療に追われ、なかなか在宅まで目が向かない現状がある。</p> <p>県南・県北など、すでにニーズに応えきれていない地域もあり、いかに改善していくかが大きな課題である。</p>
青木委員	<p>薬剤師会では地域の医薬品提供体制の構築を推進しているが、昨今の医薬品供給不安定により、薬の入手が困難な場面が多い。</p> <p>ターミナル期の患者に対し、急な処方変更があった際に在庫がなくパニックになるのを防ぐため、退院調整や緩和ケアの段階から一週間程度先を見越した処方予測の情報を共有していただきたい。</p> <p>また、病院付属ではない独立したステーションの場合、急な処方変更に戸惑うこともあるため、薬剤師とのマッチングや連絡体制を強化し、救急に頼らずに済む事前対処の仕組みを構築していきたい。</p>
永野委員	<p>訪問看護ステーションでは各々が夜間の当番制を敷き、利用者からの相談に応じているが、その質は看護師のスキルやマンパワーに依存している面がある。</p> <p>どのステーションでも質の高い夜間対応ができるような取り組みが必要である。</p>
竜田委員	<p>宮崎県は他県に比べ回復期リハビリテーション病棟が少ない。</p> <p>病気や事故で身体状況が変わった際、じっくりとリハビリを受けながら介護連携を検討できるこの機能が、早期の自宅復帰には不可欠である。</p> <p>地域包括ケア病棟等でのリハビリ職の配置状況なども含め、なぜ宮崎県でこの機能が少ないのかをしっかりと調査・分析し、改善に向けた検討を行うべきであると考えます。</p>
飯田委員	<p>「回復期が少ない」という議論については、現在の病床区分が診療報酬点数のみで決定されている制度上の問題がある。</p> <p>急性期病院の中にも、実際には回復期や慢性期の役割を果たしている実態がある。</p> <p>制度の枠組みに縛られず、各病院が実際に行っている医療内容に基づいた実態調査を行うべきで、国に対しても、点数による一律の区分けが現場のやりにくさを生んでいる現状を働きかけていくべきではないかと考える。</p>
落合委員	<p>介護と医療の連携、特に急性期医療機関との連携が進まない大きな要因として、介護情報や ACP などの情報が、ICT 等で円滑に共有できていない問題がある。マイナ保険証に介護情報や ACP の情報を載せるべきだという意見もあるが、現状では実現が難しいと聞いている。</p> <p>また、看取りに関しては「ICT 看取り」のような新しい取り組みの推進や講習会も始まっているようである。</p> <p>地域によっては、メディカルコントロール (MC) 協議会が主体となり、これまでの「急性期病院と消防」だけの枠組みを超え</p>

	<p>て、後方支援を担う医療施設や介護施設、あるいは嘱託医の先生方も交えた協議の場を設けている。地域全体で「面」としての体制をどう作るかを検討すべきである。</p> <p>さらに、他県の在宅と急性期病院の連携モデルである、急性期病院側が「敷居を低く」して在宅医からの相談を柔軟に受け入れ、昼間のうちに入院させたり、必要がなくなれば早期に在宅へ戻したりといった、双方向の円滑な仕組みを宮崎でも進めていければと考えている。</p>
--	---

ウ 構想区域のあり方

吉見委員	<p>宮崎県は面積が広く、街が点在している地理的特性がある。そのため、これまでの「7つの二次医療圏（区域）」を直ちに改編することは、現実的にかなり困難ではないかと個人的には考える。</p>
落合委員	<p>都城や西諸などの圏域では、隣県（鹿児島県や熊本県）へ流出する患者が一定数存在する。</p> <p>従来の行政区画にとらわれず、県境を越えた「広域的な医療構想」の視点を持って検討を進めるべきではないかと考える。</p>
金丸部会長	<p>事務局の説明にもあった通り、都城は鹿児島、西諸や県北は熊本、県南は志布志（鹿児島）といった具合に、県境を越えた患者の動きがある。</p> <p>これは県の枠組みを超えた議論であり、関係する市町村同士の協議も必要になるが、今後の構想策定において視野に入れるべき重要なテーマである。</p> <p>また、現在は循環器や周産期医療が3～4の広域圏域で運用されている一方で、在宅医療はより身近な生活圏でのバランスが求められる。</p> <p>救急等の広域的な機能と、地域に根ざした「面」での連携をどう両立させるか、複数の視点（多層的な圏域設定）から具体的にまとめていく必要があると考える。</p>
内村委員	<p>精神科、特に救急においては、アクセス時間を平均1時間以内と想定し、県内を3圏域（県北、県央、県南・県西）に分けて運用している。西諸から県央（宮崎市）へは1時間弱でアクセスできるため、このような区分けとした。</p> <p>一方で在宅医療に関しては、山間部等で生産年齢人口が激減し、人材確保が困難な現状がある。</p> <p>地域で完結させるのはもはや不可能であり、西諸のような地域でも、宮崎市や都城市といった医療資源の豊富な拠点から、訪問支援などのサービスを「受ける（来てもらう）」体制への転換が必要である。</p> <p>救急と在宅では、それぞれに適した圏域の考え方を切り分けて議論すべきである。</p>
海北委員	<p>内村委員の意見に賛成する。</p> <p>疾患ごとに最適な構想区域は異なると考えるべきである。</p> <p>特に心血管・脳血管疾患などの急性期医療は、搬送時間が命に</p>

	<p>直結するため、迅速な対応が可能な区域設定が不可欠である。</p> <p>一方で、循環器疾患の在宅医療もここ数年で増加しており、在宅でのカテコラミン投与が必要な重症患者も増えている。</p> <p>急性期から慢性期・リハビリ、そして在宅へと繋ぐ「縦のネットワーク」と、多職種による「横のネットワーク」の情報共有を深化させることが重要である。</p> <p>実際、地域では熱心な医師が診療実績を伸ばしている現状もあり、これらを支える機能的なネットワークの構築を、区域の議論と並行して進めるべきである</p>
松本委員	<p>自治体の立場からは、どの医療機関でどのような医療を受けられるのか、情報を整理して町民・住民に正しく知らせることが極めて重要であると考えている。</p> <p>山間部では救急搬送に時間を要するという課題があり、これに対応するため、現在は「医療MaaS（マース）」や「オンデマンドバス」の導入によるネットワーク構築を検討している。</p> <p>数年以内には、これらの移動手段を日常の医療連携に組み込み、医療機関の先生方と緊密に連携できる体制を整えていきたい。</p>

エ 全体を通じた意見

星原委員	<p>医療・介護の現場が抱える具体的な課題について大変勉強になった。</p> <p>保険者としては、医師偏在対策などが議論の遡上に載った際、被保険者（住民）の理解を得るための働きかけが重要な役割になると考えている。</p> <p>今後、構想がより具体的な段階に入った際には、しっかりとした周知に努めていきたい。</p>
------	---

③ 今後のスケジュール等説明

上記について、事務局からの説明を行った。

5 閉会

事務局が閉会を宣した。