

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5月18日(月) 午後6時から午後7時40分まで

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
西村賢	松本俊二	星原一弘
児玉あかね	竜田庸平	

(事務局)

小牧直裕	久保範通	椎葉茂樹
早川俊一	関係課担当職員	

(オブザーバー)

中井陸運 宮崎大学医学部データマネジメント分野教授

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14名の出席があり、定足数が満たされている旨説明。

(2) 議事録署名人選出

金丸部会長が、落合委員及び青木委員の両名を議事録署名人に指名。

(3) 議題

① 第8次医療計画の中間見直し及び新たな地域医療構想の策定について

金丸部会長が事務局に説明を求め、事務局から説明があった後、次のような意見、質疑応答があった。

西村委員	第8次医療計画の中間見直しについて、資料1の1ページの赤囲みが計画の修正を行う箇所か。 また、地域医療構想は、医療計画とは別に検討を行う認識でよいか。
事務局	赤囲みが計画の修正を行う箇所。なお、今回の医療計画の中間見直しの中では、地域医療構想の改正は行わない。

金丸部会長	法律上、地域医療構想が医療計画の上位に位置付けられたことに伴い、地域医療構想の策定を令和9年度末に行うという認識でよいか。
事務局	御認識のとおり。

② 宮崎県医療資源調査・分析支援事業における令和7年度データ分析結果報告

金丸部会長が事務局に説明を求め、事務局から説明があった後、宮崎大学医学部中井教授よりデータ分析事業の報告を行い、次のような意見、質疑応答があった。

落合委員	<p>データ分析の結果報告資料について、3点確認させていただきたい。</p> <p>1点目、29ページの救急搬送の現状について、3県立病院が入っていないのは理由があるのか。</p> <p>2点目、7ページの延岡西臼杵医療圏の人口減少について、西臼杵の人口減少率が高い、延岡市の人口減少率は低い等、医療圏中の詳細が分かれば教えてほしい。</p> <p>3点目、21ページの疾患別入院患者推定について、脳血管疾患が増加傾向だが、点滴・リハビリだけの患者もいれば、血栓回収など急性期で対応する患者もいる。疾患をより詳細に分析した際の印象を教えてほしい。</p>
中井教授	<p>1点目について、元データである入院実態調査と退院患者調査の書き方が異なっていた可能性がある。</p> <p>2点目について、本データから地域内の差異は分からないが、印象としては、26ページの入院患者移動の状況で、県外が7.5%となっていることから、地域ごとで違う部分はあると考えている。今後、DPCデータやNDBなどを取得し、より詳細に解析していきたい。</p> <p>3点目について、今回は20ページのハイライトを付けたデータに限定して分析したが、松田晋哉先生が当ページの全疾患を分析するプログラムを作成しているところであり、今後より詳細に解析する予定。</p>
海北委員	<p>各医療圏でどこに患者が流れているのかが詳細に分かり、地域医療構想の区域が見えてきた。</p> <p>資料の入院患者推定では、85歳以上の割合が数的にはさほど変化しないにもかかわらず、入院数が減少傾向に転じる分析結果になっている。この統計解析はどのようなデータ・傾向から導かれたものか。</p>
中井教授	<p>人口の総数を分母、85歳以上の患者数を分子として算出した際、分母である人口の総数が減少傾向であることから、全体としては入院患者数が減少傾向となる。</p>
海北委員	<p>2050年時点で、高齢者の入院患者数は減っているが、寿命は今後も伸びていくと考えられるため、中井教授の発表どおり在宅医療が重要と思う。これまで肌感覚として感じていたものが数値化され、やるべきことが浮き彫りになった印象。</p>

	<p>本県は、大病院で全ての医療を集約するモデルもあれば、都城北諸県医療圏のように診療科ごとに急性期医療が変わる地域もある。</p> <p>例えば県立延岡病院のように医療を集約する病院が分かりやすく、そのような病院を7つの医療圏で各々設置できればよいが、日向入郷や西諸などでは難しい。</p> <p>大事なものは数ではなく質。質についても県の方に考えていただきたい。</p>
内村委員	<p>資料 20 ページのデータについて、認知症はどこに含まれるのか。</p> <p>Type B は特に認知症を対象にした医療の展開が考えられるので、在宅医療の展開が困難な中山間部においては、施設で見ることができない認知症患者が病院に戻ってくる可能性は高い。認知症がどこに位置付けられていて、どのようなデータの解釈があるのか教えてほしい。</p>
中井教授	<p>傷病コードごとに作成したものであり、認知症がどこに含まれるかは分からない。今後確認する。</p>

③ 新たな地域医療構想における構想区域の設定について

金丸部会長が事務局に説明を求め、事務局から説明があった後、次のような意見、質疑応答があった。

飯田委員	<p>構想区域の意見について、日南串間構想区域は地理的な要件から独立した構想区域の維持を検討してはどうかとあるが、一番人口が減少している区域への意見としては不思議に思う。</p> <p>1 区域当たり人口 20 万人という国の目安もあるので、今後詳細に検討してほしい。</p>
金丸部会長	<p>人口 20 万人というのはあくまでも国の目安であるため、地域の実情に応じて柔軟に協議していければと思う。</p>
飯田委員	<p>資料 2 の 4 ページにロジックモデルという言葉があるが、どういう意味か。</p>
事務局	<p>国が定める指標であり、目標を達成するための論理的な因果関係を明示したもの。現時点で医療計画や地域医療構想においてどのような指標を設定するかは定かではないが、計画等の達成に向けた指標として設定したい。</p>
落合委員	<p>延岡西臼杵といった中山間地域の救急患者は、最終的に延岡病院が受けることになる。日向入郷も同様であり、1つの医療圏とする意見には賛同できるところがある。</p> <p>また、西都児湯構想区域は宮崎市内への患者の流出率が高いため、宮崎東諸県構想区域との統合も個人的にはよいと思う。</p>
落合委員	<p>構想区域の見直しに当たり、二次医療圏を分解してもよいのか。例えば、日南串間医療圏について、自動車道開通によるアクセスの変化に伴い、日南市と串間市を分割・再編することは可能なのか。</p>

事務局	構想区域の設定に当たり、既存の圏域を分割・再編することは可能。
金丸部会長	既存圏域を分割・再編する場合、県境も絡む。県境における構想区域や生活区域の考え方は、国のガイドラインでも示されるのかと思う。
事務局	国からは、構想区域の見直し手法として、他県の医療圏を考慮した広域的な再編も示されている。一方、必然的に他県との協議も必要となり、ハードルが高いのも事実。
内村委員	現在の7つの二次医療圏は、保健所の機能と非常に密接に関係している。医療圏が変わると保健所の再編・分割が生じ、マンパワー不足が懸念される。
事務局	既に延岡西臼杵医療圏は、延岡保健所と高千穂保健所が併存しているところであり、保健所の最適な在り方については今後検討を進める。
内村委員	分院を行う際、二次医療圏をまたがってはいけないと県から回答されたことがある。医療圏の再編はこのような課題も考慮しながら議論が必要と思う。
事務局	現在、県は医療圏をまたいだ分院の設置は可能と回答している。一方、病床数については医療圏ごとの過不足があるため、その点で調整をすることはある。
青木委員	I C Tの進捗状況も関係すると思う。今後I C Tがどの程度進むのかがはっきりしないと医療圏の分け方も難しいと感じる。
事務局	データ分析の際は、I C Tの進捗等の周辺状況を入れて分析していく。
松本委員	特に、県北や西臼杵はI C Tが重要と考える。綾町では現在、高齢者の移動手段としてオンデマンドを進めているが、I C Tを活用した医療M a a Sも今後進めていく予定。各自治体で様々なことを考えていると思うので、そこも踏まえて議論が必要と思う。
西村委員	公立病院や公立診療所は、日向市に限らず全国的に経営が非常に厳しい。このような病院を未来永劫、医療資源として残せるよう併行して考えていただきたい。
永野委員	18歳人口の減少に伴い、看護学校でも定員割れが起きている。人が減る中で、広い地域に点在する患者を診るためには、業務の効率化とI C T活用が大事。介護分野ではI C Tの活用が進んでいるので、医療分野においても補助金の拡充等を進めてほしい。
佐野委員	歯科医師は、会員数が減っている一方、在宅歯科のニーズは増えている。2050年までに在宅医療を担う歯科医師をどう確保するかが課題。
星原委員	保険者としては、加入者が安心して受診できる病院の持続性が大事になってくると思う。そのような視点でも構想区域を考える必要があると考える。
児玉委員	延岡西臼杵や都城北諸県における県外への入院患者流出率が高いことを知り、他県との調整が必要であれば、早めの調整が必要と実感した。

	<p>また、終末期医療において患者本人の意思決定支援をしているが、患者の意思にそぐわない医療実態も聞いているので、患者本人が望んだ病院につなげられるような計画が必要と感じた。</p>
竜田委員	<p>分析事業の中で、リハビリテーションや在宅医療が不足している地域が特定されることで、地域特性を把握し、分析・助言ができるようになることを期待している。</p>
吉見委員	<p>都城市内に限っても、高城町から市内へ移動するのが大変という方もいる。</p> <p>救急搬送とは異なり、在宅介護の方は移動手段がない。構想区域の見直しに当たっては、搬送やアクセスも含めた検討も重要と考える。</p>
内村委員	<p>医療機関では調理員が不足している。これは全国的な話であり、診療科に関係なく問題になっている。</p> <p>宮崎県にはセントラルキッチンがないため、今後 10 年以内には給食の提供ができずに病院をやめるところが増えかねない。</p> <p>現在、生徒・学校数の減少に伴い、学校給食センターの負担が減っていると聞いている。そういったものの再利用等、県として考えてほしい。</p>
金丸部会長	<p>医療従事者の持続可能な働き方の確保や、住民など地域の関係者の理解を得ることも併行して議論があると思う。救急を含めた医療の受診に関して、市民への啓発をどうしていくか議論できるとよい。</p> <p>また、各圏域については、地域医療構想調整会議で議論する位置付けになっているが、実際に当該会議に出席したところ、議論がしにくいように感じた。可能であれば、地域医療構想調整会議の分科会のような形式で、全ての医療関係者に集まっただき、腹を割った議論ができると、連携の強化、役割の見える化につながる。この方向性について、事務局で検討してもらえるとよい。そして、地域医療構想アドバイザーとして、全圏域で出席させていただき、その場で一緒に協議を重ねていけるとよい。</p>

4 その他

金丸部会長が委員及び事務局へその他報告事項を確認したが、報告はなかった。

5 閉会

事務局が閉会を宣した。