

厚生常任委員会会議録

平成24年 1 月26日

場 所 第1委員会室

平成24年 1月26日（水曜日）

午前10時0分開会

会議に付託された議案等

- 福祉保健行政の推進並びに県立病院事業に関する調査
- その他報告事項
 - ・本県の医師の状況について
 - ・宮崎県高齢者保健福祉計画（素案）に対する県民等からの意見について
 - ・第3期宮崎県障害福祉計画の策定について
 - ・平成24年度以降の子どものための手当制度等について

出席委員（8人）

委員 長	黒木 正一
副委員 長	重松 幸次郎
委員	中村 幸一
委員	井本 英雄
委員	十屋 幸平
委員	清山 知憲
委員	徳重 忠夫
委員	太田 清海

欠席委員（なし）

委員外議員（なし）

説明のため出席した者

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）	田原 新一
福祉保健部次長 （保健・医療担当）	橋本 憲次郎
こども政策局長	村岡 精二

部 参 事 兼 福 祉 保 健 課 長	阿 南 信 夫
医 療 薬 務 課 長	緒 方 俊
薬 務 対 策 室 長	岩 崎 恭 子
国 保 ・ 援 護 課 長	永 友 啓 一 郎
長 寿 介 護 課 長	大 野 雅 貴
障 害 福 祉 課 長	野 崎 邦 男
就 労 支 援 ・ 精 神 保 健 対 策 室 長	中 西 弘 士
部 参 事 兼 衛 生 管 理 課 長	船 木 浩 規
健 康 増 進 課 長	和 田 陽 市
感 染 症 対 策 室 長	日 高 政 典
こ ども 政 策 課 長	川 野 美 奈 子
こ ども 家 庭 課 長	古 川 壽 彦

事務局職員出席者

政策調査課主幹	坂元 修一
議事課主査	佐藤 亮子

○黒木委員長 ただいまから厚生常任委員会を開会いたします。

まず、委員会の日程についてであります。

お手元に配付いたしました日程案のとおりでよろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○黒木委員長 それでは、そのように決定いたします。

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

○黒木委員長 委員会を再開いたします。

本委員会への報告事項について説明を求めます。なお、委員の質疑は執行部の説明がすべて

終了した後をお願いいたします。

○土持福祉保健部長 おはようございます。福祉保健部でございます。本年もどうぞよろしくをお願いいたします。

それでは、お手元の厚生常任委員会資料の表紙をめくっていただきまして、目次をごらんいただきたいと思います。本日の説明事項でございますが、そこに掲げております、1点目が本県の医師の状況について、2点目が宮崎県高齢者保健福祉計画（素案）に対する県民等からの意見について、3点目が第3期宮崎県障害福祉計画の策定について、4点目が平成24年度以降の子どものための手当制度等についての以上4件でございます。それぞれ担当課長に説明させていただきますので、どうぞよろしくをお願いいたします。

私のほうからは以上でございます。

○緒方医療薬務課長 それでは、本県の医師の状況について御説明をいたします。

委員会資料の1ページをお開きください。今回の御報告は、厚生労働省が平成22年12月末現在で実施いたしました「医師・歯科医師・薬剤師調査」の結果が発表されましたことから、その概要を御報告するものでございます。

まず初めに、1の県内医師数の推移であります。県内の医師数は年々増加をしております。平成22年12月末現在で2,653人となっており、平成20年と比較をいたしますと51人、2.0%の増となっております。全国は2.9%増加しております。増加率では全国をやや下回っている状況でございます。

次に、2の人口10万人当たりの医師数の推移であります。人口10万人当たりの医師数は233.7人で、全国の230.4人を上回っております。また全国の順位では24位となっております。前回の22位からやや順位が下がっている状況にごさ

います。

2ページをお開きください。3の平均年齢の状況であります。平成22年における県内の医師の平均年齢は男性が52.4歳、女性が42.8歳となっており、全体では50.9歳で、全国平均の49.1歳より1.8歳高くなっております。高齢化が進んでいる状況でございます。

4の年齢構成の状況を見てみますと、本県では、40歳代から50歳代の医師の割合を見ていただきますと、全国に比べて高い状況が出ております。逆に20歳代から30歳代の医師の割合が低くなっております。また、20歳代及び30歳代の医師数の経年変化を見てみますと、年々減少しております。特に20歳代は平成12年と比べ約4割の減少となるなど、本県においては臨床研修医等の若手の医師が全国に比べて不足しているという現状が見てとれる結果となっております。

3ページをお開きください。宮崎大学医学部における本県出身者の状況であります。表にありますとおり、平成17年度の宮崎大学医学部への本県出身入学者の割合は16%でしたけれども、平成18年度からは地域枠の導入等によりましてその割合が3割程度となり、今年度は45名、4割を超えるまでになったところでございます。また、県内の臨床医師の推移を見てみますと、下の表でございますけれども、今年度県内の医療機関で研修をしている臨床研修医は、自治医科大学も含め29名と非常に厳しい状況でございましたけれども、来年度は69名が臨床研修を本県で開始する予定となっております。やや明るい兆しは出てきております。

4ページをごらんください。次に、5の性別の状況であります。平成22年における男性医師は2,240人で全体の84.4%、女性医師は413人で

全体の15.6%となっております。平成12年と比べますと、男性医師が69人、3.2%増なのに対しまして、女性医師は144人、53.5%の大幅増となっております。また、年齢別に見ますと、20歳代の女性医師の割合は40.0%、30歳代では28.2%と、年齢が若くなるにつれて女性医師の割合が高くなっております。今後、女性医師の対策が求められているという状況が見てとれるところでございます。

なお、右の5ページにありますように、無職医師の状況は、45人ございまして、そのうち無職の女性医師は前回と同じ6名となっております。

6ページをごらんください。従業形態別の状況でございます。平成22年における病院・診療所の開設者等、いわゆる開業医と言われる方々は754人で、平成12年と比べまして3.0%、22人の増となっております。また、病院・診療所等の勤務医は1,747人で、平成12年と比べまして11.1%、175人の増となっております。全体医師数に対する開業医と勤務医の割合を見ますと、平成22年と平成12年とも、開業医が約30%、勤務医は65%ということで、大きな変化はないというような結果となっております。

7ページをごらんください。7の診療科別医師数であります。医療機関に従事する診療科別の医師数につきまして、人口10万人当たりで全国と比較をいたしますと、まず、内科系の医師でございますが、平成18年までは全国を上回っていましたが、平成20年から全国を下回る結果となっております。外科系医師は継続して全国平均を上回っております。小児科系医師は、人数は徐々にふえてはおりますけれども、全国を下回っている状況にあります。また、産婦人科系医師は、全国を上回ってはいますけれども、

医師数はほぼ横ばいの状況にあります。

8ページをごらんください。8の医療圏別医師数の状況についてでございます。平成22年の医師数を2次医療圏別で見ますと、宮崎東諸県医療圏が1,427人で、県内の半数以上の医師が同医療圏に集中しておりまして、人口10万人当たりの医師数で見ましても、全国平均を上回っているのは同医療圏のみとなっているなど、医師の地域偏在が見られる状況となっております。平成12年と比較をしますと、人口10万人当たりの医師数は、日向入郷医療圏以外の医療圏では増加しているところでございますが、実数は、日向入郷、西都児湯、日南串間及び西諸医療圏で減少している状況にあります。下の表は、参考までに、単位面積当たりの医師数であります医師密度を示しておりますけれども、面積当たりで見ましても、宮崎東諸県医療圏に医師が偏在していることが見てとれます。

9ページをごらんください。9の医療圏別・診療科別医師数の状況でございます。各診療科ともやはり宮崎東諸県医療圏に半数以上の医師が集中している状況にあります。また、小児科系では日向入郷、日南串間及び西諸医療圏で、産婦人科系は、それに加えまして西都児湯医療圏で医師数が1けたとなっております。なお、厳しい状況が続いている状況にありまして、今後とも一層の取り組みが必要と考えているところでございます。

説明は以上でございます。

○大野長寿介護課長 長寿介護課からは、宮崎県高齢者保健福祉計画（素案）に対する県民等からの意見について御報告させていただきます。

常任委員会資料の11ページをお開きください。今年度策定に取り組んでおります宮崎県高

齢者保健福祉計画については、前回の常任委員会におきまして、素案という形で説明をさせていただいたところでございます。今回その素案につきまして、1、意見募集の実施概要のとおり、パブリックコメントを実施いたしましたところでございます。

まず、(1) 募集期間であります、平成23年12月12日から24年1月11日までの1カ月間でございます。(2) 閲覧場所でございますが、県ホームページや各福祉子どもセンター等の県の機関に設置したところでございます。(3) 周知方法ですが、県ホームページのほか、ラジオや新聞等で周知したところでございます。

(4) 募集結果ですが、問い合わせはいろいろありましたものの、残念ながら御意見をいただくというところまでは至りませんでした。

次に、2、計画策定委員会の委員からの意見等についてでございます。表がございまして、左側に委員からの意見の要旨、右側に考え方・対応を掲載しております。表内の1つ目の丸、居宅療養管理指導につきましては、医師、歯科医師、薬剤師等に加えて、管理栄養士も記載してほしいとの御意見がございましたので、歯科衛生士、保健師、看護師、准看護師、管理栄養士も記載することとしたところでございます。

次に、2つ目の丸の介護サービス基盤の整備について、支援、指導、助言の文言が多く、具体性に乏しいとの意見をいただきましたが、介護保険の保険者は市町村であり、県の役割としては指導・助言が中心になるところでございますので、御理解をいただきたいとしたところでございます。

次に、3つ目の丸、福祉人材の確保について、県として対策を講じるべきではないかとの御意見をいただき、計画案の「人材の確保及び

養成」の項目におきまして、福祉人材センター等での人材確保及び養成等の施策を着実に推進することにより、福祉職場への円滑な人材確保や資質向上に取り組んでいくことを記載しているところでございます。

次に、4つ目の丸、介護保険の苦情処理について、どのような苦情が多いのか、また、どこがどのように対応しているのかという御質問をいただきました。これについては、計画案のサービス情報の提供及び苦情処理の項目におきまして、宮崎県国民健康保険団体連合会が介護保険制度上の苦情処理機関となっていることを記載したところでございます。さらに、相談体制の充実の項目におきまして、地域包括支援センターや宮崎県高齢者総合支援センター等の相談窓口についても記載しているところでございます。なお、苦情の内容につきましては、介護サービス、利用料、ケアプランに関する苦情が多くなっているところでございます。

次に、5つ目の丸、介護保険施設に対する災害対策についてであります、計画案の「災害時の支援体制の充実」の項目におきまして、介護保険施設等の防災対策について記載をしているところでございます。

最後に、6つ目の丸、老人クラブ活動への支援についてであります、計画案の「生きがいづくりの支援」の項目におきまして、老人クラブへの加入促進を支援することにより、活動の一層の活性化を図っていくことを記載しているところでございます。

委員からの意見等とその対応については以上のとおりでございます。

本日、別冊——ちょっと分厚いほうの冊子でございますが——「宮崎県高齢者保健福祉計画(案)」をお配りしておりますが、このような

意見等を踏まえて取りまとめたものでございます。なお、この中におきまして、各介護サービスの必要量の見込みを記載しておるんですが、前回御説明した素案の際には県全体の数値のみをお示ししておりましたが、今回の計画案におきましては、福祉圏域別に数値を記載しておるところでございます。

恐れ入りますが、計画案の40ページをお開きいただきたいと存じます。40ページから記載してございまして、まず、居宅サービスの必要量の見込みが40ページから41ページ、施設・居住系サービスについては43ページ、地域密着型サービスにつきましては48ページ、介護予防サービスについては56ページに記載しております。後ほど御参照いただけたらと存じます。この数値につきましては大きな変更はないと思われまじけれども——国における介護報酬の改定が実はけさの新聞で載っておったわけでございますが——介護報酬の改定が出ましたことから、今後ちょっとした調整が必要になってくるというぐあいを考えております。ということで、この数値については大きな変更はないと思っておりますが、暫定値ということで掲載させていただいておりますので、御了承いただきたいと存じます。

なお、今後の予定でございますが、まず、庁内に設置しております高齢者対策推進会議での協議を経た上で、2月定例県議会に議案として上程させていただくことにしておりますので、よろしく願いいたします。

私のほうからは以上でございます。

○野崎障害福祉課長 障害福祉課からは、第3期宮崎県障害福祉計画の策定について御説明をいたします。

厚生常任委員会資料の13ページをお開きくだ

さい。

まず、1の策定の理由についてであります。県障害福祉計画は、障害者自立支援法に基づき、障がい福祉サービスの提供体制を確保するための方策等について定めているものであります。今年度末をもって第2期計画の計画期間が満了することに伴い、平成24年度からの新たな第3期計画を策定するものであります。

次に、2の計画の位置づけについてであります。本県では、障害者基本法に基づきまして、本県の障がい者施策に関する基本的な計画として県障害者計画を策定しておりますが、今回策定いたします計画は、この県障害者計画において障がい福祉サービスの整備等に係る実施計画として位置づけられております。

次に、3の計画の概要についてであります。まず、(1)の計画期間につきましては、平成24年度から平成26年度までの3カ年であります。次に、(2)の計画に定める主な内容についてであります。1つ目としまして、アに記載しておりますように、例えば障がい者施設から地域生活へ移行する人数などの平成26年度末における数値目標を設定いたします。2つ目としまして、イに記しておりますように、例えば訪問系サービスや日中活動系サービスなど、障がい福祉サービスの必要見込み量とその確保のための方策について定めることとしております。なお、障がい福祉サービスの必要見込み量につきましては、市町村計画の積み上げとなっております。3つ目としまして、ウに記載しておりますように、例えば発達障がいですとか高次脳機能障がいといった専門性の高い事業に関する実施計画など、県が実施する地域生活支援事業に関する事項を定めることといたしてあります。

最後に、4の策定スケジュールについてであります。この計画につきましても、策定に当たってのっとるべき国の基本指針が昨年12月27日になって示されるなど、国の通知関係が非常におくれましたことから、大変短い期間での策定を余儀なくされているところでありまして、常任委員会の皆様への御報告も今の時期となってしまったところでございます。今後、1月中に、各障がい保健福祉圏域におけるサービス見込み量を調整した上で計画案を策定し、2月に、県障害者施策推進協議会からの意見を聴取するとともに、パブリックコメントを実施することといたしております。本来ならば、常任委員会におきまして計画案を御説明すべきところではありますけれども、先ほど申しましたように時間的な余裕がないことから、委員の皆様方には、計画案ができ上がり次第、計画を送付させていただきまして、3月の常任委員会において内容について御説明を申し上げたいというふうに考えているところでございます。

なお、計画の策定につきましては、3月下旬を予定しているところでございます。

説明は以上であります。

○川野こども政策課長 こども政策課からは、平成24年度以降の子どものための手当制度等について御説明いたします。

資料は15ページをごらんください。1の子どものための手当制度の経緯についてであります。

まず、表の1段目、平成21年度までの児童手当ですが、支給対象は小学生まで、所得制限が設けられ、3歳未満及び3歳以上の第3子以降が月額1万円、それ以外は月額5,000円が支給されるという制度でございました。その後、22年3月に「子ども手当支給法」が成立し、平成22

年度から子ども手当がスタートいたしました。

表の2段目にありますように、子ども手当は、支給対象を中学生までに拡大し、支給額は一律月額1万3,000円、所得制限はなしとなりました。平成23年度の子ども手当につきましても、平成22年度の制度を半年間延長する法律、いわゆるつなぎ法により6カ月延長されることとなり、平成23年度の後半につきましても、23年8月に制度のあり方について3党合意がなされ、その内容に基づいた特別措置法が施行されたところです。

内容は、表の3段目になりますが、支給額が見直されており、年少扶養控除廃止等による減収を考慮しまして、3歳未満と3歳以上小学生までの第3子以降を月額1万5,000円に増額し、それ以外は月額1万円となっております。

次に、平成24年度以降の手当制度についてありますが、児童手当法に所要の改正を行う形で今通常国会に法案が提出される予定となっております。その内容は、支給対象、支給額とも23年度後半制度の内容を引き継ぎ、新たに夫婦と子供2人の世帯で年収960万円程度を目安とした所得制限を導入するものです。なお、政府案では、所得制限世帯に対し月額5,000円を支給することとなっており、この所得制限世帯に対する措置と手当の名称以外は、23年8月の3党合意に沿ったものとなっております。

また、それぞれの制度における県内支給額ですが、児童手当時代は年額約90億円、23年度前半期までの子ども手当は年額換算額で約234億円、後半期の子ども手当は年額換算額で約204億円となっており、県の負担額は平成23年度まではほぼ変わらず、年額約25億円となっております。これは、児童手当からの上積み拡充は全額国の負担となっており、児童手当に相当する

部分についての負担割合にも変更がなかったため、負担増が生じなかったものであります。

平成24年度以降の手当制度の費用負担につきましては、中ほどの図をごらんください。現行の子ども手当は、左側の図になりますが、従来の児童手当に相当する部分について、事業主負担以外の部分を国と地方が1対2の割合で負担しております。24年度以降の見直し案は、右側の図になりますが、制度全体を通して事業主負担額を従来と同額とし、それ以外の部分を国と地方が2対1で負担するというものです。この見直し案は、当初23年11月に国から提案された国と地方の負担割合を1対1とする案を、地方6団体との協議を経て国が見直したものであります。この見直し案により県の負担額について試算しますと、年額約31億円となります。当初の負担割合1対1で試算した場合、負担額は約47億円でしたので、当初案より約16億円圧縮されたものの、現行制度の約25億円からすると約6億円の増額となる見込みであります。

次に、2の子どものための手当に関連した地方増収分の取り扱いについて御説明いたします。

今回の新たな子どものための手当の財源に関連しまして、所得税、住民税の年少扶養控除の廃止等に伴う地方増収分について、平成24年度における取り扱い案が国から提示されたところであります。これは子どものための手当の地方負担だけでなく、地方の自由度の拡大に合わせた一般財源化等にも活用されることとされています。

具体的には、年少扶養控除の廃止及び特定扶養控除の縮減に伴う地方増収分5,050億円の充当先として、子どものための手当の地方負担に2,440億円、地方の自由度の拡大に合わせた国

庫補助金の一般財源化等に1,841億円、減収補てん特例交付金の振りかえに500億円、暫定的対応として特定疾患治療研究事業の地方超過負担の財源として269億円となっております。

なお、費用負担のあり方及び地方増収分の取り扱いにつきましては、平成23年12月の国と地方6団体の協議の場において了承された内容ではございますが、地方側からは、その前提として地方交付税の確保について強く要望がなされたところでありました。

説明は以上であります。

○黒木委員長 執行部の説明が終了しましたが、報告事項について質疑はありませんか。

○十屋委員 今一番関心があります子ども手当の制度のことですけど、中身についてはいろいろ報道もありましてわかるんですが、要は扶養控除の廃止によって5,050億円が出てきたわけですけど、地方のほうに振り分けるようになっていますが、実質的に宮崎県として25億円出していたものが31億にふえて、これが政府の話だと還元するというような話なんですけど、実質持ち出しはふえていないのかというのをお聞きしたいんです。

○橋本福祉保健部次長 委員が御指摘のとおり、今回、マクロで、国全体でいいますと5,050億、それに対して見合いの歳出ということで、今の資料にありますように整理されているわけです。一方で、年少扶養控除の廃止に伴う宮崎県における増収というものと実際の歳出というのは、必ずしもバランスしないということになってまいります。ただ、頭の整理としましては、その分は税プラス交付税で、全体で宮崎県分は確保されているというふうに、制度論としては考えられるものですから、その分交付税が入ってきているかと。実際の交付税額の算定は

来年になりますので、今後しっかりそこをチェックしていく必要はあろうかと。それが6団体からの意見としても——最後に課長から申し上げましたように——しっかりお願いしたいと、そういう発言につながっているというふうに理解しております。

○十屋委員 いつものパターンで、交付税算定するといつても地方としては——6団体は県議会の議長会も入るわけですけれども、今、次長が言われたように、課長もおっしゃいましたけれども、その部分を強く言っておかないと、結局し寄せが地方に来るということになるんですね。だから、字面上は帳尻は合うんですけども、そのあたりをどういうふうに地方としてチェックできるのかというのは非常に悩ましいところかと思うんです。それは宮崎県単独でどうこうするという事はなかなか難しいと思うんですが、やはり議長会としても言わなきゃいけないところだと思うので、知事会のほうからも強く言っていただいて確保していただくようお願いしたいと思います。

それから、もう一つ、次に移りますけれども、障害者福祉計画の策定ですが、先ほど課長は悩ましく、12月27日に案が出されて3月に計画をつくると。非常に厳しい時間の中でつくってこられるんですけど、現段階としては作業的には進んでいるというふうに理解していいんですか。政府の方針が出る前から、部としては粗くでも、ある程度いろいろと下の作業をやられていたと。

○野崎障害福祉課長 一応ことしつくるという予定になっておりましたので、各市町村に対しましても内々の作業といえますか、サービスの見込み量の算定ですとかそういうものについては一応のお願いはしておまして、12月中旬ご

ろまでには大体の市町村ごとの積み上げというのは出てきているところでございます。あと、ここに書いておりますように、県としては今後、それを障がい保健福祉圏域ごとに過不足ないように再度調整をしていくという作業が出てまいります。現在のところ、鋭意計画をつくっているという状況でございます。以上でございます。

○十屋委員 計画が出た段階で議会のほうに報告があると思うんですけど、心配するのは、時間がない中で急々に取り組むということで、抜け落ちるところがないように十分に——忙しいでしょうけど——じっくりとしっかりとした計画をつくっていただきたいというふうに思います。

○野崎障害福祉課長 御指摘のとおり、抜けのないように、必要な量が確保できるよう計画をつくってまいりたいと考えております。

○清山委員 質問は2つあるんですけども、まず、医師の状況についてなんですけど、県内のドクターはふえ続けているんですけども、これが現場の事情と乖離するというのは——数字のトリックがありますよね。平成22年まで医師はふえ続けておりますけれども、4ページで、平成22年と平成12年を比べて何がふえているかという、女性医師が53.5%の増加で男性医師は3.2%。男性医師は70人ぐらいふえているんですけど、これはどこがふえているかという、80代のお医者さんが70人ふえていて、細かく見ていくと純粋にふえている分は女性だけだと。80代の先生方がふえているような状況です。グラフにするとわかりやすいんですけども、横軸に年齢をして縦軸に数をすると——歴史的にドクターの数は、日本の国内の歴史で3段階ぐらいかけて医学部をふやしてきて、最後

が1県1医大の昭和40年代で、それではつんとふえたのが今の63歳、64歳ぐらいのドクターです。そうするとグラフ的にこういうボリュームゾーンになっていて、これがどんどん右にスライドしていくわけです。しかし、生産年齢人口という概念があるように、現役世代のドクターの数のボリュームというのは一定の数に達しているわけだから、新しく毎年8,000人の医学部を卒業していく人たちよりも亡くなっていくドクターの数が少ない以上は、全国的にふえていくわけで、現役世代のドクターの数を高齢化率に合わせてふやさないといけないですね。

そうすると、高齢者保健福祉計画なんかのデータを参考にすると、平成12年から平成22年まで高齢化率が20%から25%に5%増加している。20から25%に増加しているけれども、特に病院勤務医の先生方はほとんどふえていない。6ページの勤務者の割合ですけれども、一番ふえているのは診療所の勤務の先生方とか開設者であるんですが、病院勤務医というのは8%しかふえていないということで、ここが急性期病院を中心として高齢者の急な対応なんかを支えていく部分になってくるので。数字としてはふえ続けるんですけれども、やはり現場で働く若手の先生方を確保するための努力を引き続き続けていただきたいなど、ここで改めて確認したいので申し上げました。

一つそれに関連して、今度、地域医療支援機構という機構が立ち上がって、それは医学部を卒業した先生方を地域の公立病院等へ派遣する計画だと報告を受けていますけれども。研修医が来年からふえてきて、2～3年後には大病院を初めとして医局の負担も軽減してくると思うんですけれども、やはり日南市立中部病院とか各地の公立病院の状況を見ても、結構、今すぐ

困っている病院はあるわけで、地域医療支援機構が本格的に機能してそういった公立病院に派遣できるようになるというのは、大体何年度ぐらいを目安に見込まれているんでしょうか。

○緒方医療薬務課長 今回の調査で、今、清山委員から御指摘があったように、本県の医師の状況として若手医師が少ないということ、女性医師がふえてきているという状況、そういうようなものにきちっと対応していく必要があると考えております。そのために地域医療支援機構というもので、大学、医師会、そして市町村も含めた、県一体となった取り組みをやっていこうという形で取り組んでいるところでございます。今の取り組みとして、例えば医師修学資金を借りた方が66名いらっしゃいますけれども、この方々が出ていくのはあと2～3年かかるという感じがあります。来年度もいらっしゃることはいらっしゃるんですが、まだ1人とか2人とかそういうような状況がございますので、もう少しかかるんですけれども。もう一つ問題なのは、地域偏在もありますので、この地域偏在をどう解決していくかという問題もあわせて考えますと、この支援機構で、大学と一緒にあって、医局と一緒にあって、そういうところに派遣できる体制をつくっていく必要があるというふうに認識しているところでございます。

○清山委員 ちょっと関連して追加で、3年目、4年目から現場に立てると考えると、平成26年ぐらいなのかなと想像するんですけれども、そうしたとき、今、宮崎県が自治医大卒業のドクターを派遣している地域の公立病院が県内に幾つかあると思うんですが、それ以外の公立病院にも手を広げて、例えば、仮に小林でも日南でもそういった市立病院等にも派遣の手を広げて地域医療支援機構は支援していくという

考えでよろしいのでしょうか。

○緒方医療薬務課長 自治医大卒医は基本的には、数が限られているものですから、どうしても僻地病院中心になってしまうわけですが、それ以外の、僻地でない小林とか日南中部とかそういうような病院がございます。そういうところにつきましては、自治医大でカバーできない部分については、医局との調整もあるわけですが、機構のドクターを将来的には派遣ができるような体制になればいいなというふうに思っているところでございます。

○清山委員 ありがとうございます。

最後に、高齢者保健福祉計画の案で1つだけ質問があるんですけども、先ほど課長からいろいろデータのところ——40ページと43ページ——を見ておいてくださいということでお話がありましたけれども、居宅サービスの必要量の見込み、そして施設・居住系サービスの入所定員総数の見込みと書いてございます。幾つかこういうデータがあるんですけども、居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービスのそれぞれは、必要量が数字として見込みが書かれているんですけども、43ページの施設・居住系サービスのみ、必要量ではなくて入所定員総数の見込みというふうになっているんですが、ここだけ必要数が書かれていないというのはどういった考えでそうなっているのでしょうか。

○大野長寿介護課長 御指摘のとおり、施設・居住系サービスのところだけ定員総数の見込みと。実際にはニーズを積み上げていくという部分はあるんですが、実はこの部分だけ法律による総量規制というのがかかっておりまして、例えばこの計画にある以上に申請等が出てきた場合には、拒否することができる。ほかのとこ

ろは全部、申請があって、要件に合致すれば自動的に指定するという形になるんですが、これだけは定員総数でやりますという形になっておりまして、その分の差ということでございます。

○清山委員 これもこの間話題にさせてもらったところで、総量で賄えない部分を有料老人ホームが近年すごい勢いで賄っている状況だと思えます。総量規制というのが国の決まりの中であると思うんですけども、施設・居住系サービスの必要数、ニーズというのがどれぐらいかわからないものですから、その中で公の3施設、そうしたところがどれぐらい担っていくべきなのか、そして足りない部分はどれだけの部分を有料老人ホームが担っているのかという全体像が見えにくいので、何かしら施設・居住系サービスの必要量、ニーズというのも僕はデータとして欲しいなと思うんですが、計画の中ではそうしたところまでは盛り込むことができないんですか。

○大野長寿介護課長 御指摘の部分につきましては、一応市町村のほうでニーズ調査というのをやりました結果、これだけ必要だろうということで掲げた分でございますので、基本的にはこれが必要だと、ニーズに合致しているんだという御理解でよろしいかと思えます。介護老人福祉施設、これは特別養護老人ホームでございますが、介護保険制度ができたときに、基本的には1割の負担で入れるようにしよう、どこでも入れるようにしようということで選択制ということが出てきたんです。その関係で有料老人ホーム等が出てきまして、自分で気に入ったところを選ぶんだよという制度に改められたと。では、従来の特別養護老人ホームは何なのかということでございますが、これは老

人福祉施設でございますので、従来からの福祉、要するに社会的弱者対策を担うんだという施設でございますので、この部分についてだけは低所得者に対する対策というのがございます。補足給付と言っておりますが、低所得者が有料老人ホームには入れなくてもここには入れるという仕組みになっております。市町村のほうでは、そういった低所得者の状況も見ながら、特別養護老人ホームはこれだけ必要だということで、それを積み上げた結果がこの表だというぐあいにお考えいただけたらと思います。以上でございます。

○清山委員 つまり、ニーズの定義が異なるというような理解でいいですか。

○大野長寿介護課長 個別にニーズ調査を行いまして、この人については居宅で対応できる、施設でないと無理というような仕分けをしていくわけでございますけれども、特別養護老人ホームであれば、要介護度は高くして自宅では無理だけれども、その中で低所得者については介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）で受け入れねばならないということで、そういった分がここに上がってくるということでございます。

○清山委員 そうなると、それ以外の今、激増している有料老人ホーム等の利用者のニーズというのは、ここに反映されることにはならないんですよね。

○大野長寿介護課長 いわゆる施設の区分としてはそういうことでございますけれども、有料老人ホームにつきましては増があるだろうと。介護保険法上の扱いは居宅扱いになりますので、そちらの増の分を見込んだ数字が、40ページの居宅サービスの必要量の見込みというところで反映されておると。例えば40ページの上から2番目を見ていただきますと、訪問介護、あ

るいは有料老人ホームの近くにデイサービスセンターがあるという形のところも多うございまして、そういった場合には通所介護、デイサービス——有料老人ホームに入ってそういうサービスを受けるという人の見込みをこちらのほうで計上しておるということでございます。

○徳重委員 臨床研修医の推移ということでお尋ねしてみたいと思いますが、今まで臨床研修医は少なかったわけですが、24年ということになりますと倍増ということですね。これは本人の意思が一番大事なことかと思いますが、どういふ努力をされたのか、経緯をちょっとお知らせいただくとありがたいと思います。

○緒方医療薬務課長 今回増加をした理由といたしましては、詳細分析をやる必要があると思っているところでございますが、1つは、宮崎大学のほうで各診療科の先生方が勧誘を一生懸命していただいたということがございます。もう1つ、宮崎大学の本県出身者が、昨年までが10名程度ということで非常に少なかったんですけれども、今年度の6年生が30人強いらっしゃるということで、宮崎大学の本県出身者がふえたということも一つの要因であろうと思います。

あと、本県としましては、大学、基幹病院と一緒にあって県外でのレジナビとかPRとか、あるいは知事のメッセージを医学生に発するとか、そういう取り組みをやってきたところでございます。ただ、県外でのレジナビフェア等は、それに参加しているのが4年生、5年生が中心なものですから、それが功を奏したというところまでは言えないかなというふうに思っております。ただ、これを続けていくことが、本県のプログラム等を全国に発信するということがやっぱり必要になってくる。そして、魅力を

高めていくことが今後とも必要になってくるということで、また協力をしながらそういうような情報発信をしていきたいと思っているところでございます。

○徳重委員 大変な努力をしていただいた結果であろうかと思うんですが、やはりこれが継続されないと、一過性のものというか、ことしは多かったけど、次がだめだったと。その後もずっと下降線をたどっていくようなことでは、かえってマイナス面の報道しかされないというか、そういうことでございますので、ぜひひとつ継続していただくということで、そういうデータを出していただいて、我々にも教えていただくとありがたいと思います。

○緒方医療薬務課長 宮崎大学の卒後研修の中心となっていただいている教授、助教の方といろいろお話をするんですけれども、これをどうやって継続していくのかというのが今後の課題ということで。学年によっていろいろと機運が違うらしくて、宮崎に残ろうとか、出ていこうとか、そういうので波がやっぱりあるらしくて、それをどうやって引き続き残していくかというのは、宮崎県の医療提供体制がこう変わっていくんだというのをPRするとか。それと臨床研修が終わった後の後期研修に残ってもらうというのも非常に重要な課題でありまして、いろんな形で宮崎県の体制整備が図られているんだ、魅力アップされているんだというのを伝えていく必要があるのではないかとということで、今話をしているところでございます。

○徳重委員 後期の研修もぜひ残っていただきたいし、さらには定着していただきたいという願望がお互いにあるわけです。県が目標を持って、最低これぐらいは残ってほしいと。あるいは県内に定着してほしい、就職してほしいとい

う目標は掲げていらっしゃるんですか。

○緒方医療薬務課長 臨床研修医の募集定員が、今、本県では86という数字を目標にしているんですけれども、基本的には100%マッチというのはなかなかないんですけれども、それを目標にしてみんなで頑張ろうというような取り組みをしております。後期研修は、宮崎大学の場合には8割ぐらいが残ってくれているという状況でありますので、引き続きそれ以上が後期研修に残っていただく、そして定着していただくという取り組み——その具体的な数字は今持っておりませんが、少なくとも現状以上はやっていきたいというふうに関係者で話をしているところでございます。

○徳重委員 ちょっと気になったんですが、日南病院はいらっしゃるんですが。例えば古賀総合病院——我々も視察に行かせていただいたんですが、あれだけ大きな病院で施設も完備されているような、ここが今、全く研修医がいられないということ。それと宮崎生協病院というところが、私はよく知らないんですけど、今回も3人、去年も2人という形ですが、これはどういう分析をされているんですか。

○緒方医療薬務課長 今回、延岡病院は1人出たんですけど、古賀総合病院とか日南病院が研修医が続いていないという課題がございます。これについてそれぞれの病院といろいろとお話をしているんですけれども。これがまずいから集まらないんじゃないかというのははっきりわからないんですけれども、1つは、募集の数が少ないと、1人で入っていくというのは臨床研修医の方もちょっと不安があるということで、2人とか3人、仲間が欲しいというものもあると。今までこういう形で上がらっしゃらないものですから、研修医は上から教えてもらうと

か、近い方がいらっしゃるほうが入りやすいということがありますので、そこ辺も若干影響しているのかなと思っているところでございます。

○井本委員 今回はこんなにたくさん来てくれるようになって、本当にすごいなと喜んでいますがけれども、今言われるように、これを継続して定着させていくというのが一番大切なことでもありますね。後期の方もほとんど残ってもらうという話もしておりましたけれども、我々が沖縄の県立中部病院に行ったとき、あそこの屋根がわら方式というのを見たときに、なるほど、こういうシステムをきちんと開発しているから、気分任せとかPR次第とかそんなのじゃなくて、必ず積んでいくというか、はっきりシステム化しているというか——あの辺にいいヒントが私はあるんじゃないかと思うんです。ぴしっとシステム化みたいなものを構築していかんやいかんという気がするんですが、その辺の考えはあるんですか。

○緒方医療薬務課長 委員が言われるとおり、屋根がわら方式というやり方は、研修医にとっても非常に安心感がありますし、勉強になるということで、そういうような方向を目指す必要があると思っています。いかんせん今まで研修医が少なかったものですから、そういう体制がなかなかとれなかったわけですがけれども、今回この69名の方がもし入っていただければ、そういう形での体制づくりを、県は具体的にはできませんので、関係者と十分連携しながら研修の魅力アップというのを図っていく必要があるというふうに思います。

○井本委員 よろしくお願ひします。

では、続けて。10万人当たりの医師数が、22位でずっと来たのが24位になったのは、何か理

由があるんですか。

○緒方医療薬務課長 1つは、全国の医師数をふやしているということと、本県の場合、若いドクターが減ってきているんです。若いドクターを今まで宮崎県は引きとめられなかったというのが、今回下がっている原因かなというふうに思っているところでございます。

○井本委員 それも今度、臨床研修制度がうまいぐあいにはいけば解消できる可能性はあるということでもありますね。

○緒方医療薬務課長 次回の調査が24年の12月になります。そういう意味では、69名がもし残っていただければ、来ていただけるということであれば、若いドクターがふえるということになりますので、若干の解消はできると思いますが、先ほどから言われているように、それが定着できるかどうかというのが大きな課題かなというふうに思います。

○井本委員 この前、千葉のほうに視察に行ったときに、あおぞら診療所は、病院に医療機器を何も置いていないんだね。ただ出張というか何というんですか、訪問してやる医者でしたが。この前、延岡にはそんな人がおると言っていたから、今、宮崎県内にもそんなのはふえているのかなと思って。把握はしていないですか。

○緒方医療薬務課長 具体的に訪問だけをやっているドクターがどのくらいいらっしゃるか、把握はできていませんけれども。今後、在宅医療とかそういうのをどうやっていくのかということで、都会の場合では、中学校区範囲内にある程度の患者さんがいるということでやりやすいんですけど、本県の場合、面積が広い場合、どういう形でやれるのかという課題もあります。今後、在宅訪問的な形をどうやっていくの

かというのを、医師会のほうとも連携しながら、来年度に向けて検討していくということをやりたいというふうに思っているところでございます。

○井本委員 あの時、お医者さんに、「報酬のほうは、前の勤務医のときからするとどうね」と言ったら、「いや、それはもうけた違いによくなりました」と言っていたから、結構そういうあれでよくなるのかなと思うものだから。それでよくなれば、自宅で医療を受けたいお年寄りたくさんおるでしょうから、あの傾向も見ておかなきゃいかんのかなと思ったものから、ちょっと聞いたんです。

それと、今さっき清山さんが言った——はっきり言って私は議論がちょっとわからなかったんですけど、有料老人ホームで引き受けている老人と、公的な特養とかで引き受けている老人の比率はどのくらいのものなんですか。

○大野長寿介護課長 済みません、ちょっとお待ちください。データを探しますので。

大変お待たせいたしました。申しわけございません。データのほうにはちょっと見当たらないんですが、まず、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）が4,894床でございます。それと、有料老人ホームが23年度で4,504床ですから、まだ特別養護老人ホームのほうが多いということになります。

○井本委員 金銭的な負担はどちらのほうが多いんですか。

○大野長寿介護課長 金銭的負担でございますか。それはケース・バイ・ケースでございますが、特養の場合は定額、月額で決められておりました。

○井本委員 そんなことを聞いているんじゃないかと、こちら側が出す全体のお金はどっちがど

のくらい違うかという話です。

○大野長寿介護課長 金額的には手元に今ないんですけども、やはり特養のほうは金額的には多いというぐあいに思います。

○井本委員 どのくらい多いかはわからんでしょう。それは出してもらうにゃいかんね。私が言いたいのは、要するに、有料老人ホームがふえたほうが医療費としてはよしというか、国や県の負担としては少なくて済むんじゃないのかという気がするんだけど、そうじゃないの。

○大野長寿介護課長 出す側としてはそういうことに一般的にはなろうかと。介護保険として財政的に出す側としてはですね。ただ、個人の場合はどうなるかと。自宅におられる場合は家代はかからないわけです。有料老人ホームに入りますと部屋代等がかかってまいります。有料老人ホームは値段設定がいろいろあるものから、生活保護の人が入っている有料老人ホームというのもございますので、選び方次第だと思いますが、一般的に考えれば、自宅を離れて有料老人ホームに入られるわけですから、その分の負担増が出てまいります。

○太田委員 関連して臨床研修医の関係ですけども、24年度が非常にふえたということで、私たちはよかったなと思って、説明されるときにも少し抑揚感を持って説明されるのかなと思ったんだけど、意外と将来の課題も含めて冷静にとらえておるから、そういう態度でいかにゃいかんのかなと思いますが、本当によかったなと思っているんです。頑張っていたきたいということでもあるんですが、先ほど説明の中で、宮崎県の研修医の受け入れ目標を86というふうに説明されましたけれども、この86というのは、国の基準というかそういうものなのかどうか。86の根拠をもう一回説明してください。

い。

○緒方医療薬務課長 国が本県に提供してくれている数字は、100人ぐらいオーケーですよという数字はあるんですけども、例えば、今、宮崎大学の定員としては56名を希望されていますけれども、研修をする教授陣とかそういう受け入れ体制から、56人が一番適正な数字じゃないかということで、それぞれの基幹病院で希望された数字を積み上げた数字が86ということでございます。

○太田委員 わかりました。それと、研修医の受け入れがゼロで、それが継続で続いているところもあるんですが、以前、どこかの病院で研修の受け入れの指定を取り消されるような動きもあったんですが、ゼロが続くことによって将来取り消しとかそういった影響は出てくるんですか。

○緒方医療薬務課長 臨床研修医を受け入れられる基幹病院の基準として、受け入れの実績がないということになりますと、それは指定の取り消しの対象になりますよという国の内規があります。ただ、それにつきましては、県がある程度必要だということで定数を割り当てるということをすれば、今のところはそれで直ちに取り消しをすることはないというふうになっております。

○太田委員 最後になりますけど、15ページの子ども手当の関係で、説明があったかもしれませんが、地方増収分の取り扱いについて十屋委員も質問されましたけど、年少扶養控除の廃止、特定扶養控除の縮減ということで書いてありますが、このことを行うことによって国も税収が上がるし、地方税も関連して税収増につながるというふうに理解していたんですが、ここで議論されているのは——国も増収になるわけ

ですね、地方も増収になるんですが、地方増収分の充当先という意味は、どんなところを議論されているのかなと思って、それをお聞きかせください。

○橋本福祉保健部次長 15ページをごらんになっての御質問ですが、今、税制改正で年少扶養控除の廃止で地方増収がある。おっしゃるように国税も増収があります。国税の部分は一般財源としてふえますので、その分について概念としては子ども手当に充てるという説明も——国税については、そもそも子ども手当との関係でこの控除の廃止というのをやっているという関係にございます。一方で、地方税につきましては、制度上、国税との整合性を持たせるために控除の廃止というのを行ったわけですから、当時子ども手当に充てるための税制改正ではないんですが、結果としてマクロで5,050億の増収が発生すると。

こうした場合、これは相当な議論があったわけですけども、増収分は子どものための手当の地方負担に全部使うべきだという議論から、いろいろ幅がありまして、1対1と厚労省が言っていたのは全部使うべきだという主張だったわけですが、地方にとって全く自由度がない施策に使うのはいかがかということで議論になりまして、先ほど課長から御説明ありましたように、最終的に国・地方、2対1ということで恒久化すると。

そうしたときに、もう一つは、子どものための手当2,440億使うとしたとき、その残りをどうするかといったときに、この分について、その分、交付税を減らすのではなくて、例えばもともと補助金であったものを一般財源化するというような、地方の自由度が増す形で使いたいという整理が議論されたという経過でござい

ます。

○太田委員 この地方増収分というのは、本当に地方の増収分ということなんですね。そういう経過があって、ある程度硬直的に使わざるを得ないところもあるけれども、自由度の高いものにも回せるというような、その力関係だったんでしょかね。わかりました。

○十屋委員 高齢者保健福祉計画についてお聞きしたいんですけど、介護保険対象の中で、34ページの訪問入浴介護、37ページのショートステイ、38ページの福祉用具貸与なんです。まず、訪問入浴介護では、ここに現況と書いてありまして、利用実績も事業者数も、21年からすると23年10月では減ってきているんです。これは先ほど言ったショートステイの分。福祉用具貸与は、事業者は減っているけど、利用実績としては上がってきているので、特別不都合はないのかなと思うんですけど、入浴介護とかショートステイに関しては、先ほど課長が言われたように在宅のほうに誘導しようという国の——日経新聞にきょう載っていましたが——その辺のあたりとの絡みでみると、先ほど課長が言われた若干の見直しといたしますか、それが出てくる部分なのかなと思ったりもするんですが、このあたりは、施設が減った理由と今回国がやろうとしているところの整合性がとれてくるのかどうか。

○大野長寿介護課長 いずれも居宅サービスでございますので、国の施策というのは、施設から在宅へあるいは地域へという施策でございますので、居宅サービスの総量というのはふやしていかにやならんと。ただ、その中におきまして、ニーズの多いあるいは少ないというのがございまして、おっしゃいますとおり、訪問入浴介護というのは、当初こそ人気があったんです

が、だんだん人気がなくなってきたと申しますか、周りの目を気にされるんですね。自宅にバスが来てその中で入浴させるという形を嫌われる方が非常に多くなりまして、むしろ通所介護、いわゆるデイサービスセンター、あちらのほうに行っておさんとわいわいやる。わいわいやるというのは機能回復訓練なんですけれども、それをやりながら行って自宅のほうに帰ってくるというのを好まれるケースが多くなってまいりまして、その関係で訪問入浴介護は今後そんなに伸びないだろうと。逆に通所介護、こちらは伸びるだろうということで計画に入れてございます。

○十屋委員 ということは、今後とすると、ショートステイも課長の言われる今の考え方でいいんですか。

○大野長寿介護課長 基本的にはそういったニーズがどれくらいあるかということ进行调查した上での数値でございますので、そういうことでよろしいかと思えます。ショートステイは…

○十屋委員 ショートステイの療養介護のほうかな。

○大野長寿介護課長 短期入所療養介護は、22年度末の数値と比べますと約5割増、1.5倍にふやす計画になっております。

○十屋委員 それで、数値的にここに書いていただいているのが、施設の数が21年4月が99、23年10月が87となっているので、ふえるという話になってくると、この数字がおかしくならないのかなと思って。実績値も減ってきていますので。

○大野長寿介護課長 失礼いたしました。ショートステイは2つあるわけでございますが、クの短期入所生活介護、これは介護の部分です。

ケの短期入所療養介護というのはリハビリの部分でございます。生活介護のほうのショートステイについては事業所もふえますし、今後とも伸びていく見込みでございます。リハビリのほうのショートステイ、療養介護のほうでございますが、確におっしゃるとおり、事業所数が少なくなっておりまして、県全体での利用実績も少なくなっております。ただ、今後、在宅者で医療が必要な方はふえてくると考えられますので、今回の計画では、短期入所療養介護は逆転してふえていくだろうというぐあいに計画されているところでございます。

○十屋委員 在宅の方が短期入所してリハビリをするのはふえてくるだろうということですね。ここに書いてあるのは、現状がこうだということ書かれているので、基本的に計画としては、これからふえていくほうに多少修正なり、方向転換というのをおかしいんですけど、そこをちょっと見ておかなきゃいけないというふうに理解すればいいんでしょうか。

○大野長寿介護課長 おっしゃるとおりでございます。現状としてはマイナス傾向になっておるわけでございますが、在宅で医療と療養を必要とされる方は今後ふえてくるだろうということで、増加のほうで計画させていただいております。

○十屋委員 先ほど井本委員が言われた訪問医療の関係も含めて、国としてはそちらのほうで進めていこうというのが大卒な話だと思うんですけど、そうしたときに、この福祉計画の中で、きょうの日経にあったような在宅へシフトさせていこうという国の流れとこれが――課長が最初に説明されたところで、少しずれが出てくるかもしれないというあたりは、まだ今からこれを精査して行って、国の方向性等精査して

見直しも少しはあるということですか。

○大野長寿介護課長 説明しましたように、施策の方向としては施設から在宅、地域へというのは変わりませんので、それを踏まえて計画はさせていただいております。ただ、介護報酬の関係と介護財政、市町村の負担する分、その関係がございまして、次期計画中にやるのか、その後やるのかという調整等もございまして、そういった意味で数値は動いてくるだろうというのが1つ。

それと、新型サービスというのは2つございます。24時間対応型と複合サービス。これについては介護報酬が決まっていなかったものから、制度自体は昨年の6月に法改正で出てきたんですけれども、運用基準がわからない、介護報酬がわからないということで、実質的に検討する民間事業所がなかったという事情がございまして、出てきたら当然支援しましょうと。計画上はゼロということで挙げておったんですが、場合によっては、手を挙げるところがあればそれも織り込まれると。ただ、可能性としてはちょっと薄いんじゃないかならうかと。

例えば24時間対応を考えますと、今、訪問介護事業所がございまして、大多数の事業所が夜間対応をやっておるんです。夜間対応をやっておるんだけど、実質は利用が余りないというのが実態でございまして、これも先ほど言いましたように、夜、人が家に入ってくるのを嫌うということがございまして、緊急時ということになれば連絡してということもあろうかと思いますが、そういった関係で余り利用が多くないものですから、24時間対応型の新型サービスに取り組んでも採算がとれないと判断される事業所が多いんじゃないかならうかというぐあいに考えております。そういった関係で大きなとこ

ろは変わりませんが、微調整ということ
で出てくる可能性はあるということございま
す。

○十屋委員 国がやろうとしている政策の中
で、きょうの新聞の大きな中身は、24時間対応
でいろいろできますよ、だから在宅にという流
れだと思うんですが、今の課長の説明だと、現
場としては、実際我々が寝ているときに人に
入ってこられるというのは、かぎをあけておか
なきゃいかん不安もあるだろうし、もろもろを
考えたときにはそれが伸び悩むと。そういうこ
とであれば、国の政策としては、現場と合わな
いということになってくると非常に悩ましくな
りますね。

○大野長寿介護課長 全国的に、都市部ではど
うかわかりませんが、特に宮崎県の場合
は中山間地を抱えておるものですから、そう
いった方々は、ほかの人が入るというのを非常
に嫌うという面はございます。全体的に見た場
合にはそういう需要もあるのかなというぐあい
に思います。

○黒木委員長 ほかにありませんか。

○井本委員 時間があるようですから簡単に。
地域医療支援機構ですか、私の認識が不足して
いるのか、あれは突然出てきたような気がした
けど、随分前から準備しておったんですか。

○緒方医療薬務課長 地域医療支援機構は、国
の補助制度を使っておりますけれども、国では
地域医療支援センターというのをつくるとい
うのがありまして、本県の場合には、どこかにセ
ンターを置いてというのはなかなか難しい。大
学が中心となるということになりますので、大
学と県と医師会が一緒になって機構組織でやり
ましょうというような方向性で、今年度国に手
を挙げまして——センターは全国で15カ所指定

だったものですから、ぜひ本県はやりたいとい
うことで手を挙げて、採択を受けて今年度から
始めているということでございます。

○井本委員 ある程度唐突ではあったわけであ
りませんか。

○緒方医療薬務課長 従前から、医師の配置調
整とか医師のキャリア形成をどうやっていくか
という必要性というのは感じていたんですけれ
ども、それをやっていく組織的なものは、それ
ぞれの関係機関で意見交換をするような形だけ
でしたので、なかなか実現性がなかったとい
うことでございます。そういう中で国が地域医療
支援センターという構想を上げてくれましたの
で、それでマッチしてことしから始められたと
いうことでございます。

○井本委員 あれを最初見たときは、これは大
丈夫かなと。宮大なんか頼っていたらだんだ
んじり貧になるんじゃないのかな。それよりも
もっとほかの大学に、全国のいろんな大学に手
を広げてそこから医者呼び込む。方向性は
どっちかというところと大概内向き——内向きと言
たらいかんけど、自分のところの大学を中心と
してやっていく。今までずっとそれでやってき
ただけで、そればかりに頼っていたらじり貧
になるんじゃないのかな。だから、外に向け
て、ほかの大学に向けて取り組んでいかにや
いかん。そういうことを考えにやいかんのじゃ
ないかなと思っていたら、宮大中心になっ
ているわけでしょう、メンバーが。私はちょ
っと心配したけど、今度は臨床研修医の数が
たくさんそろったから、ちょっと杞憂だっ
たかなと今思っているんだけど。ただ、考
え方として、内向きの組織じゃなくて外向
きに行くような発想もしておかんといか
んのじゃないのかなという気がしたも
んだから、その辺はどうだったんで

すか。

○緒方医療薬務課長 委員がおっしゃるとおりでございます。本県の場合、医学生が90人ぐらい毎年出ておりますけれども、6割は県外に出ています。その県外に出た方々に宮崎に帰ってきてもらうということが必要であると思っております。それと、臨床研修医も、宮崎大学だけではなくて、県外の方が帰ってきて新しい血を入れるとか、そういうことも必要なんですよと、大学の卒後臨床研修の先生方はおっしゃっています。そういう意味で、県外から呼び込むということも重要な課題だと思っております。ただ、県外からもうできたドクターを連れてくるというのも一つの手ではありますけれども、それはなかなか厳しい状況がありまして、私どもとしましては、宮崎県はドクターを育てる県だというような形で全国には発信して、宮崎県にぜひ来てくださいという形での取り組みをしていきたいというふうに思っているところでございます。

○黒木委員長 そのほか何かありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○黒木委員長 それでは、以上をもって福祉保健部を終了いたします。執行部の皆様には御苦労さまでした。

暫時休憩いたします。

午前11時26分休憩

午前11時27分再開

○黒木委員長 委員会を再開いたします。

そのほか、皆様のほうから何かありませんでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○黒木委員長 前の委員会の際に、県立病院の病院長との意見交換会をという話がありまし

て、何とかできたらということで話をしておりましたが、今回の常任委員会、特別委員会の中でと考えておったんですけれども、ほかの行事が重なっております。今回はできませんでしたが、2月の定例会が24日で、それ前に何とか日程を組むということにして実施するというところでよろしいでしょうか。

暫時休憩します。

午前11時27分休憩

午前11時39分再開

○黒木委員長 委員会を再開いたします。

意見交換会については、予定どおり実施することにしたと思います。方法についてはまた検討して御相談を申し上げたいと思います。

ほかに皆さんから何かありませんか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○黒木委員長 何もないようですので、以上で委員会を終了いたします。

午前11時39分閉会