

南海トラフ対策特別委員会会議録

令和7年7月17日

場 所 第4委員会室

令和7年7月17日(木曜日)

午前9時57分開会

会議に付した案件

○概要説明

福祉保健部、病院局

1. 災害時における医療提供体制の確保について
2. 災害時における現地支援について
3. 県立病院における災害医療体制について

○意見聴取

1. 災害時における県北地区の課題と拠点病院の役割

○質疑

福祉保健部、病院局

○協議事項

1. 県内調査について
2. 次回委員会について
3. その他

出席委員(10人)

委 員 長	福 田 新 一
副 委 員 長	松 本 哲 也
委 員 員	中 野 一 則
委 員 員	日 高 博 之
委 員 員	武 田 浩 一
委 員 員	川 添 博
委 員 員	山 口 俊 樹
委 員 員	下 沖 篤 史
委 員 員	工 藤 隆 久
委 員 員	脇 谷 のりこ

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	小 牧 直 裕
福 祉 保 健 部 次 長 (福 祉 担 当)	市 成 典 文
福 祉 保 健 部 次 長 (保健・医療担当)	吉 田 秀 樹
衛 生 技 監	椎 葉 茂 樹
福 祉 保 健 課 長	北 薮 武 彦
医 療 政 策 課 長	早 川 俊 一
長 寿 介 護 課 長	井 上 裕 二
医 療 ・ 介 護 連 携 推 進 室 長	藤 元 信 孝
障 が い 福 祉 課 長	隈 元 淳 二
健 康 増 進 課 長	徳 山 美 和
薬 務 感 染 症 対 策 課 長	姥 原 夕 起 子
薬 務 対 策 室 長	安 藤 ゆかり

病院局

病 院 局 長	吉 村 久 人
病 院 局 次 長 兼 経 営 管 理 課 長	高 妻 克 明
県立宮崎病院事務局長	佐 々 木 史 郎
県立日南病院事務局長	湯 地 正 仁
県立延岡病院事務局長	牛 ノ 濱 和 秀

意見聴取のため出席した参考人及び同行者

県立延岡病院

救命救急科主任部長兼 救命救急センター長兼 地 域 医 療 科 部 長	金 丸 勝 弘
ほか補助者 1人	

事務局職員出席者

政 策 調 査 課 主 査	吉 浦 亜 季 子
政 策 調 査 課 主 任 主 事	原 田 智 史

○福田委員長 ただいまから南海トラフ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あります。お手元に配付の日程案を御覧ください。本日は、3、概要説明、4、協議事項を午前中に行い、午後2時から、5、参考人意見聴取、6、質疑を行い、午後4時終了予定となっております。

まず、3、概要説明として、執行部から福祉保健部と病院局に出席していただきます。説明項目は、福祉保健部が災害時における医療提供体制の確保について、災害時における現地支援について、病院局が県立病院における災害医療体制についてとなっております。福祉保健部の避難に関する項目については、11月の定例会の特別委員会において、関係する部局と併せて出席いただき、詳しく説明していただく予定となっておりますので、今回、説明に含まれておりません。御承知おきください。

執行部への質疑の後に、4、協議事項として、県内調査や次回委員会について御協議いただきます。

それから、お昼の休憩を挟んで、午後2時から、5、参考人意見聴取として、県立延岡病院の医師、金丸勝弘氏を参考人としてお招きし、災害時における県北地区の課題と拠点病院の役割について意見聴取を行います。金丸先生が退出された後に、6、質疑として、執行部から福祉保健部と病院局に出席いただき、参考人意見聴取に関する執行部への質疑の時間を20分程度設けております。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〕

○福田委員長 それでは、そのように決定いたします。

では、執行部入室のため暫時休憩いたします。

午前10時00分休憩

午前10時02分再開

○福田委員長 委員会を再開いたします。

それでは概要説明をお願いいたします。

○小牧福祉保健部長 福祉保健部及び病院局でございます。よろしくお願いいいたします。

早速ですが、資料の2ページを御覧ください。

本日の説明事項は、災害時における医療提供体制の確保について、次に、災害時における現地支援について、そして、県立病院における災害医療体制の3点となります。県民生活に直結します医療や保健、福祉などのサービスが災害時におきましても適切に提供されますよう、体制整備などに取り組んでおりますが、本日は以上の3項目について御説明をさせていただきます。

詳細につきましては、この後、福祉保健課長及び病院局次長より御説明いたします。

私からは以上であります。よろしくお願いいいたします。

○北園福祉保健課長 福祉保健課です。南海トラフ対策特別委員会資料3ページを御覧ください。

災害時における医療提供体制の確保について、御説明いたします。

まず、1の宮崎県保健医療福祉調整本部についてであります。

(1)の概要ですが、保健医療福祉調整本部は、大規模災害時の各種災害派遣チームの派遣調整や情報連携等の保健医療福祉活動の相互調整を行うものであります。本県では令和4年11月に体制構築を図ったところであります。

この保健医療福祉調整本部には、本庁に設置

される県保健医療福祉調整本部と保健所に設置される地域保健医療福祉調整本部があります。

そのうち、まず（2）の県保健医療福祉調整本部についてですが、これは福祉保健部長を本部長とし、宮崎県災害対策本部の中に設置され、①から④にありますように、D M A T をはじめとした県内全域の各種災害派遣チーム等の派遣調整や関係機関との情報連携、分析等の総合調整を行います。

次に、（3）の地域保健医療福祉調整本部は、保健所長を本部長とし、被災地の保健所に設置され、その管轄する地域において県保健医療福祉調整本部と同様に保健医療福祉活動の総合調整を行います。

最後に、（4）の本年度の主な活動を予定としましては、10月18日に調整本部の訓練を行うこととしております。

次に、資料の4ページを御覧ください。

保健医療福祉調整本部の体系図をお示ししております。体系図の上半分を御覧いただきますと、県保健医療福祉調整本部は、県災害対策本部の中に設置されておりまして、本庁各課のほか県医師会や県歯科医師会等のリエゾン（連絡係）やD M A T やD P A T 等の支援チームで構成されております。

次に、体系図の下半分を御覧ください。

地域保健医療福祉調整本部は、保健所をはじめ郡市医師会、薬剤師会等の関係機関や市町村関係課のほかD M A T やD P A T 等といった保健医療福祉活動を行う支援チームで構成されておりますが、この支援チームの詳細は後ほど御説明いたします。

災害発生時には、県及び地域保健医療福祉調整本部が関係機関や団体、災害拠点病院等と連携を図り、医師である災害医療コーディネー

ターからの助言をいただきながら災害状況や被災地のニーズを把握し、支援チームの派遣調整や他県や国へ支援要請を行います。

次に、資料の5ページを御覧ください。

災害拠点病院について、御説明いたします。

（1）の災害拠点病院の機能についてであります。災害拠点病院は24時間緊急対応が可能で、災害発生時に被災地域内の傷病者の受入れ及び搬出を行う体制、D M A T の保有、そして災害時にはD M A T の派遣や他の医療機関のチームを受け入れ、対応に当たります。また、災害時でも病院機能を維持するため、施設は耐震構造を有し、自家発電機や受水槽の設置、食料や飲料水、医薬品などの備蓄のほか、災害時の通信手段として衛星電話や衛星回線によるインターネット環境の整備や、多数の患者受入れに備え簡易テントやベッドの保有が必要とされております。

次に、（2）の指定状況であります。まず災害時の医療提供体制の中心的な役割を担い、県下全域の災害拠点病院の機能強化のため、訓練や研修機能も求められる基幹災害拠点病院を2か所指定しております。また、県内7つの各2次医療圏の中核機関となる地域災害拠点病院を11か所指定しております。併せて県内で災害拠点病院として13か所を指定しております。

次に、資料の6ページを御覧ください。

ドクターへリについて、御説明いたします。

（1）災害時のドクターへリの運用についてであります。災害発生後は医療機関の被災状況等を把握し、D M A T 調整本部や域内の災害拠点病院で患者搬送や医療支援等の必要性などを検討いたします。その後、ドクターへリ等による患者搬送が必要と判断した場合には、県災害対策本部内で他の空路搬送手段を有する警察、

消防、海上保安庁、自衛隊と協議、調整を行い、ドクターへリ等で受入れ可能な県内医療機関に患者搬送したり、他県のドクターへリ等の応援をもらい、県外の医療機関へ搬送する場合もあります。

資料の右に記載しております医療搬送フローのイメージ図を御覧ください。これは、南海トラフ巨大地震を想定した際の県北部における患者搬送の流れを示したものであります。図の左下の青い点線で囲まれた被災した一般医療機関等から陸路や空路で災害拠点病院である県立延岡病院に患者が運び込まれ、その後、患者の重症度やベッドの空き状況等を勘案し、県立延岡病院から宮崎大学医学部附属病院に搬送したり、九州医療科学大学のグラウンドを県外搬送の拠点として、自衛隊ヘリ等を活用して県外の医療機関や空港に搬送する想定となっております。

次に、（2）災害時の運行実績についてですが、平成28年度の熊本地震の際は、宮崎県のドクターへリや自衛隊へリにより熊本県の患者を受け入れ、令和4年度の台風14号の際は、宮崎県ドクターへリや宮崎県防災へリにより椎葉村の透析患者4名を美郷町西郷病院に搬送しましたところであります。

次に、資料の7ページを御覧ください。

医薬品等の確保についてであります。

県では、大規模災害の発生に備え、医療救護所での初動医療に必要となる医薬品等を宮崎、都城、延岡の3か所に備蓄しており、また九州・山口9県災害時応援協定に基づき、被災県を応援するための広域応援体制を整備しております。

さらに、（3）にも記載のとおり、医薬品、医療機器、医療用ガスにつきましては、関係団

体と災害時応援協定を締結しており、県内医療機関で医薬品等が不足する場合には優先的に医薬品等が供給される体制を構築しております。

次に、（2）に戻っていただき、県の備蓄状況であります。宮崎、都城、延岡の3か所のそれぞれに備蓄している緊急医薬品等医療セットの内容になります。1か所あたり医薬品関係が72品目、診療、創傷セットが72品目、蘇生、気管挿管用具が40品目、衛生資材関係が33品目の構成となっておりまして、約1,000人分の被災者への対応を想定しております。

資料の8ページをお開きください。

災害時における現地支援について、御説明いたします。

まず、1の災害時における被災地外からの保健医療福祉に関わるチームについてであります。

この資料は、厚生労働省が作成した資料であります。横軸は左側から時間経過で、発災直後から急性期、亜急性期、慢性期にかけて、縦軸はそれぞれのチームが活動する場所ごとに一例を示したものです。

例えば、発災直後から48時間以内の急性期には、被災患者等に対する支援を行うD M A Tや精神病患者への支援を行うD P A Tが災害拠点病院をはじめとする医療機関で主に医療支援を行います。その後、48時間以降の亜急性期や慢性期になると、これらのチームのほか様々な団体が構成する救護班等が現地入りし医療支援を行うほか、D W A Tによる被災者への福祉支援など、活動が救護所、避難所、福祉施設等へと広がります。

また、一番上の県の調整本部や保健所等での災害医療コーディネーターやD H E A Tによる保健医療福祉行政の支援など、それぞれのチームの特性に応じた支援が行われることとなりま

す。

次に、資料の9ページを御覧ください。

ここから、主なチームの概要等について御説明いたします。

まず、災害派遣医療チームDMA Tについてあります。

まず、（1）の概要ですが、DMA Tは大規模災害や多くの傷病者が発生した事故などの現場に、急性期、おおむね48時間以内から活動できる機動性を持った専門的な訓練を受けた医療チームであります。このDMA Tにつきましては、阪神淡路大震災の際、初期医療体制の遅れが指摘され、平時の救急医療レベルの医療が提供されていれば救命できていた可能性があったこととされたことから、その教訓をもとにDMA Tの養成が始まりました。厚生労働省が実施する日本DMA T隊員養成研修を終了することが資格取得の要件となっております。

次に、（2）のチームメンバーにつきましては、1チーム当たり医師1名、看護師2名、業務調整員1名の4名を基本として構成されております。

（3）のチームの編成状況につきましては、現在、県内で35チームございます。

（4）の派遣実績につきましては、平成23年3月の東日本大震災をはじめ熊本地震や熊本豪雨、能登半島地震の際に派遣しております。

次に、資料の10ページを御覧ください。

災害派遣精神医療チームD P A Tについてであります。

（1）の概要ですが、このチームは自然災害等の集団災害発生時に被災地域の精神保健医療ニーズを把握し、被災した精神科病院の患者への対応や避難所での診療等、専門性の高い精神科医療の提供や精神保健活動への支援を行うた

め、専門的な研修、訓練を受けた医療チームであります。

（2）のチームメンバーにつきましては、1チーム当たり精神科医師1名、看護師1名、業務調整員1名の3名を基本として構成されております。

（3）のチーム編成状況でありますが、発災からおおむね48時間以内に活動を開始する日本D P A Tを組織できる医療機関として3病院を登録しております。また、日本D P A Tの活動後、引き継いで活動を行うD P A T隊につきましては、宮崎県精神科病院協会に所属する21病院で必要隊数を編成することとしております。

（4）の派遣実績につきましては、平成28年に発生した熊本地震の際、延べ16チームを派遣し、令和6年に発生した能登半島地震の際に延べ2チームを派遣したところであります。

次に、資料の11ページを御覧ください。

災害時健康危機管理支援チームD H E A Tについてであります。

まず、（1）の概要ですが、D H E A Tは、被災都道府県の保健医療福祉調整本部や保健所の指揮調整機能等を支援するため、専門的な研修や訓練を受けた都道府県等の職員を中心として編成されるチームであります。

（2）のチームメンバーについてですが、医師や歯科医師、薬剤師、獣医師、保健師等の専門職及び業務調整員により構成し、現地のニーズに合わせ1班当たり5名程度で構成されます。

（3）の登録員の状況につきましては、現在105名が登録されております。

（4）の派遣実績につきましては、本県からは令和2年7月の熊本豪雨の際に1チーム、令和6年の能登半島地震の際に延べ2チームを派遣しております。

次に、資料の12ページを御覧ください。
災害派遣福祉チームD W A Tについてであります。

(1) 概要にありますとおり、D W A Tは大規模災害時に長期化する避難所生活の中で、高齢者等が避難所における生活機能の低下等が起きないよう支援を行うために派遣されるものであります。例えば、学校、体育館などの避難所におきまして、様々な福祉的な相談に応じたり、避難所の段差やトイレの使用に困難がある方の支援といった活動を行うことを想定しております。

次に、(2) チームメンバーとしましては、社会福祉士や介護福祉士をはじめ、その他の福祉の専門職で構成する4、5名程度のチームを編成して派遣することとしております。

(3) の登録員の状況としましては、現在138名の方に登録いただいているところであります。

(4) の派遣実績につきましては、令和6年の能登半島地震の際に7クール計20名を派遣しております。

次に、資料の13ページを御覧ください。
災害対策医薬品供給車両、モバイルファーマシーについてであります。

まず、(1) の概要ですが、モバイルファーマシーは、調剤棚や分包機等の調剤を行うための設備を有する特殊車両で、発電機や給水タンクを搭載し、避難所等の現地で被災者に必要な医薬品を安定的に供給する車両であります。

(2) の導入についてでありますが、令和5年度に県薬剤師会が導入しておりまして、その際、県が整備費用の2分の1を補助しております。

(3) の他県の導入状況ですが、全国20箇所に21台が導入されており、九州では4県に5台

が導入されております。

次に、資料14ページを御覧ください。
災害支援ナースについてであります。

(1) の概要でありますと、災害支援ナースは被災地等に派遣され、被災医療機関等での看護業務支援や避難所等における健康管理、感染予防対策等の活動を行う看護師であります。厚生労働省が実施する災害支援ナース養成研修を終了し、県との派遣協定を締結した機関に所属していることが要件となります。阪神淡路大震災をきっかけに日本看護協会の独自事業として活動してきましたが、改正医療法によりDMA T等と同様、災害感染症医療業務従事者に位置づけられ、令和6年4月1日からは都道府県の調整により派遣を行うこととなりました。

(2) の協定締結機関等の状況でありますが、協定締結機関は45施設で、協定締結機関に所属する災害支援ナースは162名となっております。

(3) の派遣実績につきましては、令和6年4月1日以降は、派遣実績はありませんが、看護協会の活動であった平成28年4月の熊本地震の際は県内から延べ144名が派遣されております。

福祉保健部からの説明は、以上になります。

○高妻病院局次長 15ページ、県立病院における災害医療体制についてであります。

1の災害医療における県立病院の役割についてであります。

県立病院は、基幹災害拠点病院、そして地域災害拠点病院としての役割を担っております。3病院とも先ほどもありましたがDMA Tチームを持っておりますし、また県と災害支援ナースの派遣協定を結んでいます。そして、精神医療センターがあります宮崎病院は、日本D P A Tを組織できる医療機関としても登録されています。

参考で図を挙げております。各県立病院の想定最大規模の津波ハザードマップ、これを示しています。ここでの想定している津波はL2津波であります。宮崎病院、日南病院については、巨大地震に伴う津波による浸水被害は想定されていません。

真ん中に延岡病院がございますが、院内の場所によっては一部浸水被害が発生する可能性がございます。このため1階の出入口等に止水板を設置するための設備等を整備しておりますし、浸水被害を想定した訓練を定期的に実施しているところでございます。

16ページでございます。

2のBCP等の策定状況についてであります。

各県立病院においては、基幹または地域災害拠点病院としてBCP事業継続計画や災害対応のマニュアル等を策定し、適宜改定をしてきているところであります。

また、3の災害に備えた備蓄状況ですが、各県立病院において厚生労働省が定める災害拠点病院指定要件などに基づきまして、患者用の食料や輸液等の医薬品を約3日分備蓄しています。

4の令和6年度の災害に備えた主な院内訓練の実施状況です。各県立病院では、それぞれの病院の状況がございますので、これに応じた訓練を定期的に実施しています。宮崎病院では多くの死傷者が発生した際に、重症度に応じて治療や搬送の優先順位をつけますトリアージの訓練や、震度6強の地震を想定した総合防災訓練などを実施しています。延岡病院では、診療時間外の発災を想定した総合防災訓練や浸水被害を想定した止水板の設置等を行う水防訓練などを実施しています。日南病院では、昨年8月の日向灘地震の対応を踏まえまして、日南学園看護専門学校からボランティアを募り、災害対策

本部の設置や傷病者受入れの確認等を行う総合防災訓練、こちらを実施したところです。

17ページであります。

5のDMA Tの構築状況です。令和7年4月1日時点で、県立病院で活動可能なDMA Tは、宮崎病院が3チーム、延岡病院が2チーム、日南病院が1チーム、合計で6チームございます。DMA Tは、先ほどもありましたけれども医師、看護師、業務調整員から構成されておりまして、近隣あるいは遠隔の被災地の求めに応じて速やかに派遣できる体制を取っているということです。

6の各県立病院のDMA Tの派遣実績です。

過去10年分を掲載いたしました。

平成28年の熊本地震では県立3病院ともDMA Tを派遣しまして、益城町や熊本赤十字病院での本部調整業務等の支援を行っています。また、令和2年7月の熊本県豪雨災害では、県立3病院ともDMA Tを派遣しまして、人吉医療センター等での本部活動や医療支援、要救護者のトリアージなどを行っています。

そして、令和6年の能登半島地震では、宮崎病院と延岡病院がDMA Tを派遣しまして、患者の搬送調整や特別養護老人ホームの往診などを行っています。このとき日南病院もバックアップとして待機をしておりましたけれども、結果的には派遣に至っておりません。

今後とも訓練等を通じまして福祉保健部はじめ他の災害拠点病院等との顔の見える関係、これを大事にしていきたいと考えておりますし、災害医療体制のさらなる充実につなげてまいりたいというふうに考えております。

以上でございます。

○福田委員長 ありがとうございました。

執行部の説明が終わりました。御意見、御質

疑がございましたら、御発言をお願いいたします。

○下沖委員 災害時のインターネット回線の確保に関して、どのような回線の確保を考えているのか、教えてください。

○北薦福祉保健課長 インターネットの回線も含めまして、通信体制が災害時には非常に重要なになってくると思います。各保健所では、地域のニーズを吸い上げて、それを県の本部に伝える役割もありますので、今年度新規事業で災害時における保健所の通信体制強化ということで、まさに今、沿岸部の地域調整本部の保健所につきましては、災害時の安定的な情報通信の整備をするインターネットの通信体制の事業を行っているところであります。

○下沖委員 衛星回線を含めたスターリンクとかも入っていますかね。

○北薦福祉保健課長 衛星Wi-Fiによる庁内ネットワークの拡充ということで、スターリンクのほうを導入するような形で、今、事業を実施しているところです。

○下沖委員 マイナンバーカードに関して、能登でも災害時にマイナンバーがかなり活用されていたんですけども、マイナンバーカードはネット回線がなくてもICチップで個人情報などがある程度使えますし、今までの薬歴、病歴とかいうのも重要になってくると思うのですが、マイナンバーカードをどのように災害時に使おうと考えているのか、活用するのか、教えてください。

○北薦福祉保健課長 マイナンバーカードの使い方などにつきましては、地域における市町村との連携にもなってくると思いますけれども、委員おっしゃるとおり、マイナンバーとのひもづけ、使い方については重要になってくると思

います。そこはまだ我々のほうで、どういう状況かすぐに把握できている状況ではないんですけれども、市町村とも連携しながらしっかりと取り組んでまいりたいと考えております。

○下沖委員 お薬手帳などを持ち出す時間がないと思いますが、避難するときにマイナンバーカードが1枚あればいろいろな医療情報とリンクできますので、そこもまた今後、検討していただきたいと思います。

○工藤委員 5ページの災害拠点病院についてお伺いします。地域災害拠点病院のうち、延岡市にある県立延岡病院は津波被害がないと思いますが、日向入郷の済生会日向病院と千代田病院は海岸沿いにありますので、ハザードマップ上では3メートルから5メートルぐらいの津波が来るところとなっています。地域災害拠点病院として足りているのか、津波の後にどのような復興をして、いつから使えるようになるのかという計画まで立てられているのか、お伺いしたいと思います。

○早川医療政策課長 地域災害拠点病院は、南海トラフの津波災害だけではなく、様々な災害に対応するということで指定させていただいているため、津波被害で機能喪失するというところであっても、地域災害拠点病院として指定をしていないわけではありません。

委員御指摘のとおり、日向地区の3病院については津波被害が想定されておりますので、医療用設備を高いところへ移設したり、電気設備を高所に移動したり、というような対策を講じていただいていると考えています。

津波被害を受けたときには、病院の機能を回復するのか、あるいは患者を搬送するのかというところの判断が必要になってくると思いますけれども、個別の状況に応じて判断をして、そ

れに対する支援を行っていきたいと考えています。

○工藤委員 津波に対しては、この地域災害拠点病院では足りないという認識でよろしいでしょうか。

○早川医療政策課長 津波の想定ということですけれども、例えば済生会日向病院でしたら1メートルから2メートルの浸水被害、あるいは和田病院でしたら0.3メートル、千代田病院でしたら5メートル以内という想定がそれぞれ考えられております。南海トラフ巨大地震における津波災害の中では、こういった大きな津波が想定されるので、一時的には機能が喪失されることも考えられますけれども、そのときの被害の状況に応じて、地域災害拠点病院としての機能を回復するのかというところを判断していくことになると思っております。

○工藤委員 私も日向市に住んでおりましたので、和田病院にしても、済生会日向病院にしても、千代田病院にしても、入院している患者も多いと思いますし、その方たちを今後どう移動していくのか、常日頃から地域災害拠点病院として地域の医療を守っていただいているところだと思います。先日、千代田病院に行きましたけれども、1階にいろいろな検査所があったので、2階にはまだ移動をしていないんだろうな、いつ来るか分からない災害において不十分ではないかなと感じたところでございますので、質問させていただきました。

○武田委員 災害拠点病院についてお伺いします。公立病院をはじめ地方の病院は経営が大変厳しい状況で、南海トラフ地震を想定した場合の災害拠点病院でも、経営改善や改革の中で今後ますます病床数等が減らされていくような風潮もあります。通常の病院の仕事としてはそれ

でよろしいんでしょうけれども、災害があった場合に、今の状況で受け入れられるのか、どう考えていらっしゃるのかお聞きしたいです。

○早川医療政策課長 病床数が減らされる中で、通常の医療機関の体制は、その経営状況を踏まえて御判断されているということですので、その中で必要に応じて病床数が削減されていくものと考えています。

災害拠点病院として機能する病院については、大きな災害が起きたときに、患者を受け入れる機能も期待されているところです。ですから、多くの傷病者が出ている状況で、患者を受け入れるための必要な医療従事者などが不足する場合は、DMAT等のチームに支援を受けて、医療資源を補完するということになります。本部等の調整によって不足する医療従事者等を派遣して支えていくことになりますし、いろいろな物資等、電源や水等についても支援していって、病院としての機能を維持していただくということになると考へております。

○武田委員 分かりました。病院の経営改善もやらないといけないことすれども、コロナや災害のときに動ける体制、皆さんが地方の中にいてもしっかりと対応できるような体制をつくりていく中で、現場に落とし込んでいただきたいと思っております。

それと、DMATチームの看護師と災害支援ナースの看護師は、重複していないでしょうか。

○早川医療政策課長 DMATチームの看護師につきましては、DMATチームを保有する病院等に勤めていらっしゃる看護師さんの中で、特別な研修を修了していただくことになります。

一方で、災害支援ナースについては、厚労省から災害支援ナースの研修を受けていただいて派遣されます。DMATの医療機関にいらっし

やって、災害支援ナースの研修を受けられると
いうような意識の高い看護師さんがいらっしゃることは確かだと思いますが、DMA TはチームとしてしっかりとDMA Tの仕組みの中で働いていただけます。災害支援ナースは、基本的に被災地の診療所機能の支援や避難者の健康管理など、どちらかといえば急性期を脱した息の長い避難所の生活を支援していく形で活躍いただけます。看護師になりますので、災害が起きてから活躍していただけます時間帯が若干違う形になります。ですから、DMA TはDMA T、災害支援ナースは災害支援ナースということで要請しています。

○脇谷委員 今の関連ですけれども、DMA TとD P A Tは登録された病院から医師と看護師が出てくると思いますが、災害支援ナースは、DMA TやD P A Tの医療機関とは違う医療機関の登録ナースということでいいでしょうか。

○早川医療政策課長 医療機関ごとにDMA Tの体制を持っていらっしゃって、災害支援ナースの協定を受けている医療機関もあると認識しています。全く違う形ではないんですけども、災害支援ナースとして働かれる看護師の方を出せる医療機関については協定を結んでいただいているので、そこへお願いして出していただけます。

○脇谷委員 チームとして看護師は医師と一緒に活動するのか、災害のときに派遣する災害支援ナースとは違うという住み分け、整理はされているということでいいですか。

○早川医療政策課長 DMA Tは発災後2日間、48時間の活動を中心に、初期の中で医療支援をしていく形になっています。もちろん、その後必要があれば活動するチームもあります。看護師は単独で診療行為は行えないため、医師の指

示の下、看護師としての業務が行われます。災害支援ナースとして派遣される看護師については、もう少し時間が経った後の避難所等で活躍いただけます」というような形になっております。

○脇谷委員 今回、派遣実績の数を見て、実際に県内で起こった場合、DMA TやD P A Tが出てくる、フェーズが変わって災害支援ナースも出てくる。そうすると自分の医療機関は大丈夫なのかというのが少し心配なんですねけれども、それはどういうふうに見ていらっしゃるのでしょうか。

○早川医療政策課長 基本的に自分の病院の医療体制が不十分な中で、DMA Tなどのチームを出していただけますことは考えておりません。入院患者もいる医療機関でしっかりと医療を継続しないといけない状況にある中で、DMA Tを無理に出していただけますことは考えておりません。自分の病院の医療体制もある程度確保しながらDMA Tとして出せるチームを要請させていただけますことになると思います。そういう部分につきましては統括DMA Tや、医師資格を持っていらっしゃる先生方の御意見をいただきながら判断していくことになっております。

○脇谷委員 災害支援ナースも含めて看護師に関しては、この数で足りてますか。

○早川医療政策課長 災害支援ナースの数は、大きな災害のときに自分の病院から出せるかどうかというところもございますので、これからも数を増やしていくことを考えております。そういうところで受けさせていただけます。あるいは県と協定を結んでいただけますと施設が増えるということを期待しております。

南海トラフ巨大地震のような大きな災害のときには、自分の医療機関では厳しい状況になる

と思いますので、どちらかといえば県外からの応援をお願いすることになると考えております。

○山口委員 3ページの保健医療福祉調整本部訓練についてお伺いします。今年の10月に行われる予定になっていると思いますが、この訓練の具体的な内容をもう少し教えてください。先ほどの脇谷委員からの質問等によると、例えば発災する場所やその規模によって、判断がいろいろと変わってくることになろうかと思います。何か具体的な想定をした上での訓練になっているのか、あるいは情報共有というような形で、例えば地域保健医療福祉調整本部側との情報共有の方法等を図などで書いてあったりすると思うんですが、そういうところまでやっていくのか、県外の団体等との連絡までやるのか。それは調整本部じゃなくて総合対策部の仕事なので、ここは今回入っていませんよということなのか、具体的にどういう訓練なのか教えてください。

○北薦福祉保健課長 訓練につきまして、例えば昨年の令和6年度の事例で言いますと、8月に急性期の部分で調整本部の立ち上げから運営の訓練を行っております。昨年の10月は発災後から72時間経過後の亜急性期の部分で、避難所の要配慮者支援に向けた情報収集や支援計画の検討を中心に訓練するなど時間もバラバラにいろいろなパターンで訓練を実施しております。

今年については、10月に行う予定ですが、今まで行ってきた訓練の検証を行った上で、どう改善したらいいか、具体的なパターンを決めるような訓練を行う予定にしております。

○山口委員 南海トラフ地震もいろいろなサイズ感があると思いますが、大きな津波等が来て、壊滅的な状態になったという想定をした上での訓練は、今までやったことはあるんでしょうか。

○北薦福祉保健課長 訓練の規模感について、

本部だけでなく実際災害が起こった地域の調整本部についても同じタイミングで情報のやり取りや関係するリエゾンの方たちも一緒に呼んで、関係団体との情報のやり取りする形で訓練を行っております。

○山口委員 1回集まって、きちんと情報の連絡がつきますねとか、組織が動きますねという訓練はとても大事なことだと思いますが、ここまでしっかりと組織体系が出てきてきたのであれば、その日、突然こういう地域でこういう形で災害が起きましたよといった突発的な、想定外の、皆さんが知らない状態の中で課題が与えられるといったような訓練に移行する段階でもいいのかなと思います。実際に災害が起きたときにどういう動きをするのか動いてみないと、分かっている訓練だったらあんまり課題感が見えてこないのかなという気もします。年度毎に重ねていかれるのであれば、訓練の内容というのもぜひレベルアップしていただけだと、より強固な形になるのかな。職員さんが変わることは重々分かっているのですけれども、積み上げとして、同じことを繰り返すよりも段階的に上げていくということを想定していただけたら。これは1つの意見として捉えていただければと思います。

もう1件、別の質問ですけれども、医療提供体制の7ページ、医療品の確保についてですが、私はコンタクトレンズをしていて、コンタクトレンズがないと0.1ないくらいなので、災害備蓄セットなどにはコンタクトレンズを入れているんですけども、今、拝見しても眼鏡の方や、若手の方だったら恐らくコンタクトレンズをされている方が多く、裸眼の方のほうが今は少ないのかなという印象を持っていますが、医療品の災害時応援協定の中に、コンタクトレンズや

眼鏡は含まれているんでしょうか。

○安藤薬務対策室長 コンタクトレンズや眼鏡は、今のところ備蓄の状況はないです。

○山口委員 最近は目が悪い子供が非常に多くなっているという話を聞くんですけれども、国や各自治体含めて、備蓄品の中に入れていくべきという指導や方向性は特段示されていないという理解でよろしいですか。

○安藤薬務対策室長 今のところ、他県でコンタクトを備蓄していると聞いていないのですが、御意見がありましたので、今後、調べてみたいと思います。

○山口委員 都会の自治体だと、パッと調べたところですけれども、コンタクト会社などと協定を結んでいたり、実例としてあるようなので、御検討いただければと思います。

○北園福祉保健課長 先ほどの訓練のレベルアップの件についてです。

現在、行っている訓練については、いつこういった訓練をやりますということでやっているところです。その中で情報伝達訓練や本部要員の研修などを行って、そこで課題を抽出して、改善していくましょうというところですけれども、委員おっしゃるように、職員が知らない状況で突然やる訓練もいざれは重要になってくると思いますので、今後、検討してまいりたいと思います。

○下沖委員 5ページの災害拠点病院について伺います。こちらの13病院、新しいところは全部自家発電も常備されていると思いますが、無停電電源装置を含めたものも全てこの13病院には入っているのか教えてください。

○早川医療政策課長 無停電電源装置が入っているかどうかは時間をいただかないとすぐには答えられないんですけども、基本的には災害

拠点病院の指定の中で自家発電がございます。燃料の備蓄についても3日分は必ず確保するということが条件になっておりまして、今年度、和田病院が国庫補助事業を活用して整備されて13病院ともそういった体制が取れる形になっております。

無停電電源装置については、確認をさせてください。

○下沖委員 建設して新しい病院だったらほぼ入っていると思いますし、緊急医療機関なので、無停電電源装置は入っているとは思います。病院を運営しながら発電機に電源を切替えるという訓練は、なかなかできないと思いますが、発電機の負荷試験をやったことはありますか。

○早川医療政策課長 各災害拠点病院での訓練の中で、負荷試験をやったかどうかについては把握しておりません。

○下沖委員 高電圧を使うP E Tやいろいろな医療機器、瞬間的に大きな電力を使うと電気が落ちる可能性もあるので、なかなか病院運営しながら試験をするのはできないと思うんですけれども、病院の中でフルで電源を使った場合の試算などをして、その容量と瞬間的な電圧の上がりに対応できるのか、医療機器会社など入れて計算したほうがいいのかなと思うのでお願いします。

もう1つ、6ページのドクターへリについて、ドクターへリは宮崎空港にあるんですか。

○早川医療政策課長 宮崎のドクターへリは、宮崎大学附属病院が基地病院になっておりますので、通常はあちらにあります。そこから各要請を受けて飛んで行くというような形になっております。

○下沖委員 宮崎大学病院にあるんですか。

○早川医療政策課長 宮崎大学附属病院にへリ

ポートと格納庫がありますので、基本的には基地病院である宮崎大学附属病院にドクターへりはあります。

○福田委員長 ほかに質問はございませんか。

[「なし」と呼ぶ者あり]

○福田委員長 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。執行部の皆さんは御退席いただいて結構です。お疲れさまでした。暫時休憩いたします。

午前10時54分休憩

午前10時57分再開

○福田委員長 それでは、委員会を再開いたします。

協議事項1の県内調査についてであります。お手元に配付の資料1、資料2を御覧ください。前回の委員協議において、行程案をお示しし、皆様から御了解をいただいたところであります。県北調査は7月23日から24日、県南調査は8月5日、6日の日程で実施予定ですのでよろしくお願ひします。

次に、協議事項2の次回委員会についてであります。

次回委員会につきましては、9月24日水曜日の開催を予定しておりますが、県土整備部、環境森林部、農政水産部をお呼びし、県土整備部からは「県土整備部における地震津波対策」、環境森林部からは「災害廃棄物処理対策」、農政水産部からは「漁港及び漁港海岸の地震津波対策」について、それぞれ説明いただく予定です。部局間で連携する部分もありますため3部局にまとめて出席いただき、3部長にも出席いただく予定ですが、いかがでしょうか。

暫時休憩いたします。

午前10時59分休憩

午前11時00分再開

○福田委員長 それでは、委員会を再開いたします。

次回委員会については、県土整備部が部長、環境森林部と農政水産部は説明ができる次長や課長に出席いただければよいという意見ですがいかかでしょうか。

○山口委員 説明してほしい内容を当局に伝えて、当局側から説明に必要な方を選んでいただけたらよいかと思います。誰に来ていただくということではなく、きちんと内容を説明いただければ問題ありません。

○福田委員長 それでよろしいでしょうか。

[「異議なし」と呼ぶ者あり]

○福田委員長 最後に、協議事項3、その他で、委員の皆様から何かございませんか。

[「なし」と呼ぶ者あり]

○福田委員長 それでは、午前の部はこれにて終了いたします。午後の部は14時再開になりますのでよろしくお願ひします。

それでは、暫時休憩いたします。

午前11時01分休憩

午後2時00分再開

○福田委員長 委員会を再開いたします。

本日は県立延岡病院の金丸勝弘様に御出席いただきました。

金丸先生は、内科医として県内各地での僻地医療に従事される中で、どの地域であっても重症患者を断らない救急医療の必要性を痛感し、救命救急を学んだ後、本県のドクターへり導入の主軸として尽力されました。現在、県立延岡病院の地域医療科部長、救急センター長、救命救急科主任部長を兼務され、県北の救急医療の

底上げを図りながら人材育成にも尽力されております。

それでは、まず私から一言御挨拶申し上げます。

私は、この特別委員会の委員長で、北諸県郡選出の福田新一です。どうぞよろしくお願ひいたします。当委員会では、本県の南海トラフ対策に対する所要の調査活動を実施しております。課題の解決に向け努力してまいりたいと思いますので、御協力をお願いいたします。

次に、委員を紹介いたします。

最初に、私の隣が、延岡市選出の松本哲也副委員長です。

続きまして、えびの市選出の中野一則委員です。

日向市選出の日高博之委員です。

串間市選出の武田浩一委員です。

宮崎市選出の川添博委員です。

宮崎市選出の山口俊樹委員です。

小林市・西諸県郡選出の下沖篤史委員です。

延岡市選出の工藤隆久委員です。

宮崎市選出の脇谷のりこ委員です。

以上で、委員の紹介を終わります。

それでは、金丸先生に、「災害時における県北地区の課題と拠点病院の役割」について、御説明をお願いしたいと思います。どうぞよろしくお願ひいたします。

○金丸救命救急科主任部長 皆様、こんにちは。県立延岡病院救命救急科の金丸と申します。

今日は、このような機会を与えていただきまして、本当にありがたいと思っています。何人かの議員の先生には、私の思いというものをこういう形で伝えさせていただいたところですけれども、これを共有できるチャンスをいただいたというのは、非常に私としてはありがたく思

っております。

今日は、昨年、県北でお話をさせていただいた「災害時における県北地区の課題と拠点病院の役割」の内容をブラッシュアップして、お話しさせていただこうと思っています。

今日は、県立延岡病院のD M A T 隊員で業務調整員をしてくれている補助者にも一緒に来ていただきました。私が最初に県北の演台のお話をした後に、彼にD M A T の立場から、今一番必要なものをお話しさせていただこうと思っています。時間が残ると思いますので、議員の先生方とディスカッションをさせていただければと思っております。よろしくお願ひします。

まず、自己紹介ですけれども、大宮高校出身です。その後、自治医科大学に入りました。なので、私、最初、県職員から社会人をスタートしたという形になります。

大宮高校出身のずっと上の先輩に、岩切章太郎さんがいらっしゃって、この前、N H Kでも「知恵泉」という番組で岩切章太郎さんが特集されていましたけれども、岩切さんの「宮崎の大地に絵を描く」という言葉が、私の医療の上でのバックボーンになっています。

それからもう一つ、自治医科大学の建学の精神に「医療の谷間に灯ともす」という言葉が校歌の中に入っているんですね。これも6年間ずっと寮生活で、「お前たちはもう6年終わったらすぐ故郷に帰って、医療に恵まれないところで医療をするんだよ」という薰陶をずっと受け続けますので、医療の谷間に灯をともせるような医者になれという教育を受けます。それがずっと染みついた医者になります。

私は、自治医科大学を卒業しまして、県立宮崎病院に帰ってきました。2年間の初期研修後に椎葉村、東郷町、1年間は自治医科大学のほ

うに帰りまして腎臓内科医をやっていました。もともと内科医でスタートしています。その後、また椎葉村に戻りまして、2年間、椎葉村の病院の院長をやりました。医者になって6年目で院長という責任ある立場に就かせていただきました。

続いて、ずっと山ばっかり行っていたので、海のほうに行けないかなというふうにそのときにはやいたら、北浦町のほうに飛ばされまして、北浦町で診療所長1年やっています。その後は西郷村で透析を始めますと、同じ苗字の金丸先生が計画を立てられましたので、「金丸君、あんた透析やったがね、ちょっと手伝ってくれんね」とおっしゃって、この年に本当は県立宮崎病院に帰る予定だったんですけども、「いいですよ、田舎のほうが好きですから田舎残りますわ」と、西郷病院に透析医として派遣され1年間仕事をしました。

ただ、僻地で内科医をやる中で、どうしても救えない命、内科の知識と技術、その当時の宮崎県の医療では救えない方がたくさんいました。命を救いたいと思って医者になったから、一旦勉強しに行こうと思って、千葉県にある日本医科大学千葉北総病院で救急医の勉強をしました。ここはドクターヘリをやってる病院です。ここで5年間修行して宮崎に帰って来たという医者です。ここから救急医をスタートさせました。内科医10年やっていましたけれども、今は救急医20年、今30年目の医者です。年は55歳で、日高博之委員と同じ年になります。よろしくお願ひします。

ざっと私、自己紹介しましたけれども、皆さんのお手元にChatGPTで自己紹介をまとめてきました。ChatGPTに「金丸勝弘は誰」って入れると、こういうふうにプロフィー

ルが出て来ます。裏をめくっていただいて、「医師の金丸勝弘について教えて」って入れると、これまた出て来るんですね。詳しいことはChatGPTが教えてくれますので、皆さん、これをお読みになられてください。意外に高評価だったのではっとしています。

では、本題に入りたいと思います。

これが、昨年7月に県北の県議会議員、延岡市、日向市の市議会議員、美郷町、門川町の町議、それから役場の方々が集まっていた中でお話しした内容を今日お話しして欲しいということでしたので、それを元にしてお話を進めたいと思います。

では、まず初めに、皆さんに考えていただきたいなと思っているんですが、災害時における県北地区の課題と拠点病院の役割を考えるときに、災害時というこの赤字でイメージすると、南海トラフの津波や地震だけじゃなくて、これからシーズンになる台風、それから台風に伴つて崖崩れの崩落、さらには下流域での洪水というのが頭に浮かぶと思います。それから県北は旭化成の爆発事故とかもありました。こういったものが県北での災害というふうにイメージされるかなと思いますけれども、さらに、今はこれにコロナというのが入っています。コロナは冬と夏と二峰性の今、シーズンを迎えるようになってきています。県北もぼちぼち出てきました。一昨日、私、当直してましたけれども、そのときにも老人ホームからコロナになって熱が40度の方が運ばれてきましたし、昨日も夕方来てました。一昨日はコロナで心肺停止になった方が来ています。なので、またコロナっていうのが頭を持ち上げてくるなというような危機感も、ちょっと覚えているところなので、皆さんも十分御注意ください。

このコロナも災害というふうに位置づけられますが、今日は、県北についてのお話をさせていただこうと思います。以前は、1番目、県北の災害時というものを考えてみよう。2番目、県北地区の課題、その災害に対する課題を考えてみよう。3番目、拠点病院の役割を考えてみようといった3本立てでお話しさせてもらいました。

では、まず始めに、災害というものの定義をまず押さえたいと思います。これは、突然発生した異常な自然現象や人為的な原因により、人間の社会的生活や生命と健康に受ける被害、災害で生じた対応必要量（ニーズ）の増加が通常の対応力（リソース）を上回った状態と定義されます。

医療の側面からD.M.A.Tのテキストに載っている災害の定義は、増大した医療需要（ニーズ）に対して、平時の医療レベルを維持するための医療資源（リソース——医療従事者、マンパワー、医薬品、資機材が含まれます）の供給が不足して、防ぎ得た死亡を少なくするために迅速な調整と非被災地（被災地外）からの支援が必要な状態であると言えようというものになります。

これをイメージすると、こんな形になります。平時におけるバランスは、医療必要量はそれほど大きくなく、医療資源が大きいので、右に傾いたバランスが通常で、病院は被害を受けていないという状況になります。災害時におけるバランスになると、医療必要量が急にドーンと大きくなりますので、医療資源が同じ形でも全く追いつかず、バランスが左に傾いてしまう。さらに病院のライフラインが駄目だったり、倒壊したりというようなことで使えなくなることもあります。

こういうイメージを頭に置いた上で、私が経験した県北の災害を1つお伝えしたいと思います。

最初に派遣された椎葉村で医師3年目の出来事になります。派遣2か月目、昔は6月派遣だったので6、7、8月の頭に、橋から車が転落して2人が谷底に落ちたという事故が発生しました。病院には普通3人常勤がいたんですけども、日曜日は私だけです。当時は私と私の同級生の松田君と9年目の整形外科の院長先生の3人でやっていました。なぜ私だけだったのかというと、山あいなので午前9時に日が出て、午後4時に日が沈む椎葉村ですから、山で育った人は別にストレスは感じないんでしょうけれども、ぼとと出で椎葉村にずっといるのはストレスも溜まるので、土日は外に出て自分のバランスを取るというのが院長先生の方針でした。

2人が谷底に落ちたという連絡が来て、「先生、現場に行って」と師長さんに言われました。県立宮崎病院で研修した中で現場に行くなんてことはありませんから、全く経験したことがないのに、現場に行けって言われてもと。それまでの先生たちがやっていましたから、取りあえず看護師さんたちが主導で、じゃあ行くよと、サンダルに長袖の白衣を着て、引っ張られるように現場に行きました。

椎葉村は消防署がありませんから、119番通報しても救急車は来ません。今も消防署が組織されていませんので、役場と消防団の人たちで救急医療をやっています。病院の搬送車に待機してくれていた旅館の若旦那にハンドルを握ってもらって、現場まで向かいました。

現場に向かうと、道路の先に消防団の人方が立っていて、「こっち、こっち」って言っているんです。そこまで行って車を降りて、患者さん、

どこですかって聞いたら、「先生、下、下」って言って、下を見ると、谷底に患者がいるんですよ。その谷底に消防団の人たちと、現場の建設業の人たちが輪になって、落ちた人たちを介抱している状況でした。「先生、あそこまで行ってください」って看護師さんに言われて、俺、スリッパだよと、山の斜面を往診カバンを持ちながらスリッパで降りていく経験をしました。

見てみると、患者2人が橋からゴンドラで落ちたところに倒れていて、1人は意識もうろう状態で喀血しています。喀血というのは、ドーンと落ちたから、肺からどんどん出血して、口から咳しながら血を飛ばしているという状況です。そうなると、うまく呼吸できませんから、顔はチアノーゼで真っ青という状況でした。

もう1人は、意識はありましたが、喘息を持っていて、落ちた衝撃のストレスで喘息発作が起こって、喘息の重症発作を起こしている状況で強い努力呼吸をしていました。

現場にいた消防団と建設作業員の人たちに、木を切ってきてもらって、それに毛布を巻きつけて作った担架に患者を寝かせて、みんなで崖を登って、1人は私と一緒に病院の搬送車に乗つけて椎葉病院に、もう1人は看護師さんと一緒に現場の建設会社の軽トラに乗つけて椎葉病院に運びました。

病院に着いて、この2人の重症者を、私1人の医者と、一大事だからと看護師みんなが出て来て闘うというような状況でした。

けれども、1人で2人の重症患者を診るのは大変です。まして私、2年2か月の医者で、県病院では2年間研修しましたが、こんな重症な外傷は見たこともないというような状況でした。1人は胸を強く打ったせいで、血を吐いているので、気管挿管を行うため、口から管を入れて

酸素をつないで、バッグバブルマスクでずっと換気をしています。さらにレントゲン撮影と血液検査して、点滴で血圧が下がらないよう昇圧剤を使いながら様子を見ていました。レントゲンも私しか使えないのが撮影します。血液検査も機械を回せるのは私だけなので、患者を見ながらレントゲンを撮り、血液検査するというような状況です。もう1人は喘息発作なので血液検査や点滴をしながら喘息の吸入治療や皮膚への注射をしていました。看護師さんたちとみんなでやるという状況でした。

椎葉の病院は医師が私1人しかおらず、手術もできず、人工呼吸器は1台しかない。こんなところでは闘えないと思って、この重症患者をどこかに送らないといけないと当然思いますよね。最初に思い浮かぶのは県立延岡病院でした。県立延岡病院に送ろうと思って電話をしたら、「そんな重症な患者さんがいるんですか。私は当直ですが、内科医なので外傷は診れません。ほかを当たってください」と言われました。「血を吐いて大変なんです、診てもらえませんか」とお願いするんですが、「私、内科なので」と言われました。なので、「もう1人、重症の喘息発作の人がいるので診てもらえますか」と聞いたら、「外傷なく、出血もしていないのなら、その患者さんは診ます」と引き受けってくれました。

外傷の重傷患者をどうしようと思ったときに、選択肢は2つしかなく、1つは、熊本に送ることでしたが、熊本まで持たないだろうと。昔は、熊本の山道はひどかったので厳しいと判断して、駄目元で日向市の千代田病院に電話してみました。ちょうど現在の会長である千代反田先生がいらっしゃいました。千代反田先生は東京の救命センターで勤務したことがあり、外科医だっ

たということもあって、そういうことに造詣が深い先生でしたので、「千代田病院でどこまでできるか分からなければ困っているんでしょ、そしたらこちらで引き受けますから連れて来てくださいよ」と言ってくれました。そのときの安堵感たるものや、今でも忘れません。私は千代反田先生に足を向けて寝られないぐらい感謝しています。

しかし、次の問題があります。外傷の重傷患者は、椎葉病院の搬送車で千代田病院まで運ぶけれども、喘息の重症患者をどうしようかと。千代田病院まで1時間半かけて運んで行って、そこで15分申し送りして、また1時間半かけて帰って来ると、喘息の重症患者を運ぶためには3時間半ぐらい後になります。その間、看護師だけで診られるか、今すぐ搬送しないと命を失ってしまうと考えて、諸塙村で当直している先生に依頼をしました。搬送車もありましたが、消防非常備村で救急車はありません。その先生に、「重症患者が今2人います。高いところから転落し、1人は喀血しており、挿管したので私が千代田病院に送ります。もう1人の喘息の患者さんを諸塙村の搬送車で迎えに来て県立延岡病院まで連れて行ってもらえませんか」とお願いしました。重症患者と一緒に診てきた先生なので、「分かった、大変だろ。じゃあ俺、行くわ」と言ってすぐ来てくれました。そうすると、重症患者2人を搬送している間、椎葉村も諸塙村も無医村となってしまうので、その隣の西郷村の金丸先生に電話をして、「今から椎葉村の転落外傷患者2人のうち、私が外傷患者を千代田病院に、諸塙村の先生に喘息患者を県立延岡病院まで運んでもらいます。椎葉村も諸塙村も3、4時間無医村なります。患者は全部西郷村で診てもらえませんか」とお願いしました。

西郷村の金丸先生は、「分かった、頑張れよ」と言って僕らをサポートしてくれました。

医者2年2か月目のこの経験は、私の心に非常に大きなトラウマとなっています。先ほど災害の定義をお話しましたが、これはたかだか外傷患者2人です。椎葉村という病院の医療リソースを考えると、患者が2人出ただけでもニーズが急激に大きくなってしまい、災害というバランスに置き換わってしまう状況にあります。

もう一つ、私にとっては、救命救急センターである県立延岡病院が患者を受け入れてくれなかつたことも災害でした。これをダブルの災害と受け止めました。

今、ちょうど雨降り始めましたけれども、こういうときにドクターへリは飛びません。椎葉村で同じような事故がこの瞬間起こったとして、ドクターへリは飛ばないので、同じような事態が起こるかもしれません。しかも、椎葉村は今日、4年目の若手の先生2人で守っています。医者35年目ぐらいの先生は、今日は夏休みでいらっしゃらないんですよ。そういう状況なので、まだ椎葉村は土日1人でやっています。この雨の中、崖崩れが起きたら同じように災害という形になりますし、車が1台谷底に転落して、その中に2人乗っていただけでも災害となってしまいます。

河野知事は「常在危機」とおっしゃいますけれども、それを経験してきた私にとっては「既在危機」です。既に危機はあるんです。この瞬間、危機が起こっているかもしれない。そういうことを宮崎にいると分からぬと思います。宮崎大学病院の先生も県立宮崎病院の先生も知らないかもしれない。そういう状況が今あるということを、昨年の県北の会議のときに

共有させてもらって、今日も皆さんと共有したいなと思っていまして、この機会は私にとって非常にうれしいと思っています。

まず、1番目の県北の災害について考えてみようという項目をまとめたいと思いますが、災害医療というのは、医療資源（リソース）を医療必要量（ニーズ）が上回った、左側に傾いたような状態と考えられます。

2番目、県北における災害というものは、皆さんが今までイメージしていた自然災害などのかわゆる災害だけではないということを、まずお分かりいただきたいというふうに思っています。これは南海トラフ対策特別委員会ですけれども、南海トラフなんて大き過ぎて考えられない。そういうことが災害である地域が宮崎にあるということを知っていただきたいと思います。

3番目、そういう意味では「常在危機」よりも「既在危機」、まずこれを何とかしていきたいというところが私の軸足になっています。

次は、この災害についての課題を皆さんと共有させてもらいたいと思っています。

C h a t G P T の紹介文を見ていただけると書いてありますけれども、私は、宮崎大学病院がドクターへリをやると言つてくださったので2011年に千葉県から帰つてきました。宮崎大学病院で救急部に入って、ドクターへリやりますよ、救命センターやりますよということを始めました。

本当は県立宮崎病院でやりたかったんです。千葉県にいる間、宮崎に3回帰つて来て、執行部にお話しに行きましたけれども、まず返つて来たのが、「こんな街中でドクターへリなんかやれるか」と言われました。それから、「こんな忙しいのに救急ばっかり受けられんぞ」と言われました。「君が帰つて来たら困る」とも言

われました。5年経ちましたから、もう宮崎県には帰つて来られないなど、千葉県に家を建てようと思っていました。そうしたところ、宮崎大学病院の池ノ上先生と、当時の学長の菅沼学長が東京に来られたときに、ちょっと話しようかと私に連絡があり、「宮崎大学病院でドクターへリをやりたいんだよ。君、宮崎出身でしょ。ドクターへリをやりたいって宮崎で言ってただろう。だから力を貸してくれんね」と言ってくださいって、宮崎に帰るチャンスが生まれました。それで2011年に帰つて来て、2012年から救命センターとドクターへリがスタートするっていうのはもう決まっている。そこまで1年間で準備してくれっていうのが最初の私の課題でした。ドクターへリに乗つたことあるのは私1人しかおらず、大学には何百人という医者がいますけれども、救急のライセンスを持っているのは当時私だけでした。

当時の県医療薬務課の方たちにも手伝つていただいて、話を進めました。最初は6人でスタートさせて、2012年から落合先生が教授に就任されて、救命センターがスタートしました。毎年、若手も増えてくれて、去年は5人入つて、私もドクターへリを担いますという人材がどんどん広がっています。救急って辛いんです。救命医療って大変で、朝ごはん食べて、次にごはんを吃るのは夜10時とか、そんな日もありますし、寝られない当直もありました。私は一昨日の当直でしたが、2時間しか寝られていません。そういう中を越えていかないと、何人命を失うか分からぬけれども、それを越えた後に救命できるというのがちゃんとできてくるから、そこまで頑張ろよという折れない心をみんなに持つてもらうために、「F o r M I Y A Z A K I」というロゴを背中につけて、みんなでこ

れを着て頑張ろう、10年経ったら何か変わるよと始めたのが、この救命センターです。

最初は6人で動き始めて、途中、開業した先生や故郷に帰った先生いらっしゃいますけれども、今は38人まで増えました。写真に写っているのは、常勤の先生ですが、宮崎大学病院の救急から県内の医療機関に18名の救急医を派遣しており、命をつなぐ医療をやっています。

私は2年前に県立延岡病院に赴任しましたけれども、その直後にこんなことが起こりました。ある土曜日に、美郷町内で車と車の交通事故、3人の重症患者が発生しました。たまたま美郷町の西郷病院に自治医科大学出身で救急に入って来てくれた医師が2人おり、この重症患者3人を受け入れるとともに、大学から救急医2人を乗せて美郷町に飛びました。さらに防災ヘリも向かってくれます。こういった陣容が取れて、県立延岡病院にはたまたま土曜の午前中で、私と後輩1人が残っていましたので、3人の重症患者に対して6人体制で、かつヘリ2機が対応できるような体制で取り組んだというような事故になります。

美郷町も同じように、医師2人がいなくて、内科医の先生1人だけの当直だったらバランスが崩れていますけれども、今、何とか闘えるような状況になってきたところです。こういったことがこの25年でちょっと変わったところです。

しかし、まだ変わってないところがあります。私が椎葉村に最初に赴任した頃は、消防が組織されていない町村は、ほぼ県北に偏っていました。救急医の数も県立延岡病院ゼロ、県立宮崎病院ゼロで、救急ライセンスを取った専門医がいない状況でした。都道府県の中で消防が組織されていない町村の数だけで言うと県内13町村で、日本で2番目に多い県でした。おそらく1位だ

った鹿児島県、3位だった東京都の間に挟まって宮崎県だったんですけども、鹿児島県と東京都はどちらも島が多くカウントされていて、父島、母島といったところは消防組織を工面できませんので、非常備となりますけれども、陸続きで13町村もあるのは全国でも珍しいと言われました。千葉県にいるときに厚労省での仕事で官僚の人と話をする機会がありましたが、いまだに宮崎は消防がないところがあるんですよと話をすると、「宮崎に島はありましたっけ」と、まず言われます。「島はあるにはあるんですけども、13消防がない地域があるんですよ」と言ったら、「13の島ありましたっけ」と言われるんですけども、そんなにはない。「陸続きで消防がないところって、この日本にまだあるんですか」と言うのが官僚の反応です。

2025年、消防がない町村は、平成の大合併を経ましたし、西臼杵は消防を組織しましたので、今4町村で西米良村、椎葉村、諸塙村、それから美郷町は民間救急隊がありますけれども、公的消防機関はないという形になっています。救急医は県立延岡病院に4人、県立宮崎病院に5人と変わっては来ています。ただ消防署がない、救急車が来ないという状況はまだ変わってないところが、この25年経ってもあるということは知りたいと思います。この雨、物すごくリスクです。「既在危機」っていうのはまだ解消されていないところがあります。

県北に限ってお話をさせていただくと、県北は9つの市町村がありますが、そこの人口が令和3年度は22万人いたんですけども、毎年1.5%ずつ減ってきており、令和6年度は21万人です。県の人口が103万人ですから、それから考えると大体5分の1の人口が県北にいることになります。ただ県北面積は、県全体の大体45%

や47%と言われるので、県の面積の半分のところに5分の1の人口が住んでいるエリアを県立延岡病院が背負っていると自覚しています。来年はもう20万人を割るだろうという目測も出ています。

そんな中、救急外来の受診患者数は、令和3年度は6,000人近くいましたけれども、今は4,500人ちょっとで推移している状況になります。救急車やドクターへりでの患者搬送、搬入も大体3,000人ぐらいとなっていますので、県立延岡病院のイメージを持っていただくには3,000台の救急車、歩いてくる人1,500人、大体4,500人ぐらいを救急患者を救命センターで診ているということが言えます。

このような状況ですが、県が出た今後の医療推計を見ると、延岡西臼杵と日向入郷で1日の入院患者数は高止まりするのが延岡西臼杵、漸増していくのが日向入郷となります。人口は1.5%ずつ減っていくんだけれども、医療ニーズは横ばいといった状況なので、大体4,500人の救急患者数は横ばいかなと思っています。

この横ばいという中でも、これから5年、10年、15年先は、高齢化の進行に伴って、脳血管障がいや心血管疾患ほか骨折による入院患者の増加が見込まれています。

こういった予想を、我々は背負いながら毎日仕事をしていますが、今は県北の課題を考える時間ですから、県北の核である県立延岡病院のキャパシティを皆さんにお示ししたいと思います。救急車の各年の収容数ですが、平成29年度は6,500人ぐらい來ていたのですけれども、令和6年度は4,726人で、今は地域医療を守る会が頑張ってくれたり、人口の自然減もありますが、大体4,500人ぐらいに収まっている状況です。

見方を変えると、その年來た患者数を100%と

すると、救急車で來た患者は何%かなと捉えると、救急車の数は右肩上がりに増えてきています。これは高齢化を背景にした対応なのかなと思います。患者数は横ばい、あるいは微増というのを反映して、かつ、医療機関も高齢化しており、救命センターに來る救急車の数は右肩上がりになっていると思います。

そんな状況なのに、今、問題になっている医師偏在指標というものがあります。宮崎県は九州唯一の医師偏在指標の少數県と言われています。医師偏在指標は、その県あるいはその地域の医療の体力を表しており、体力測定結果と捉えてください。マンパワーを含めた医療資源がリソースで医師偏在指標となります。医師偏在指標が平均より低いのは九州では宮崎県だけです。体力があれば少々のきつい作業でも乗り越えていきます。私は最初に、今、コロナが流行っていましたので、皆さん、気をつけてくださいとお話ししました。コロナがまた流行ってきても、熊本県、長崎県、福岡県は、多少のコロナでも医療が微動だにしないんですよ。ただ平均より低い宮崎県は、コロナの風が吹いたら途端に病氣で倒れてしまうというのが宮崎県の医療ということが、この医師偏在指標からも分かります。

今度は、宮崎県の二次医療圏7つに分けた全国指標を見ると、一番多いのは、宮崎市周辺の宮崎東諸県医療圏で、平均よりずっと高く、全国335の医療圏の中の32位、トップ1割の中に入っています。日南串間医療圏は平均です。それ以外の5つの医療圏は平均より下であり、非常に体力的に弱いです。一番弱いところは、日向入郷医療圏で全国335の中の289位。次は、延岡西臼杵医療圏で279位となります。ですので、県内で最下位と下から2番目の医療圏の救急医療

が私の肩に乗っているということです。

そういう状況があっても、県立延岡病院みんなで頑張っていることだけはアピールさせてもらおうと思っています。これは、資料には載せられなかつたんですけども、県立延岡病院の病床数は410、県立宮崎病院は502で、救急車の数、年間入院患者の数、外来患者数を出しましたが、県立延岡病院の医師の数が77、県立宮崎病院は146で県立延岡病院は県立宮崎病院の半分の数で闘っているということを知っていただきたいと思います。

さらには、県立宮崎病院と比べて1日の外来患者数は1.2倍、入院患者数は1.3倍、救急車の数も1.3倍受けていることを知っていただいた上で、毎年、厚労省が出している救命救急センターのいろんな体制を評価する通知表でいくと、県立延岡病院は、九州35か所の中の19番目、同率で九州大学病院、福岡大学病院、鹿児島大学病院があって、大学病院と同じだけ頑張っているというところも皆さんに知っていただきたいなと思っています。宮崎大学は、2番目で、95点となっています。

このように頑張っていますが、患者が微増していく背景や延岡市を含む県北の医療体力が九州の中で下で、宮崎県の中でも下という状況で、今どういうことが起こっているかというと、延岡市消防本部調べでは、延岡消防で担当する搬送患者数が増えてきています。その中で4回以上の病院問合せをした結果、県立延岡病院に運ばれた数が、軒並み上がってきています。これは高齢化が背景にあって、多くの合併症を持った患者が増えていることと、周りの医療機関が高齢化してどんどん倒れていっていることで、受けてくれない病院が多くなって、搬入まで時間がかかる状況が起こっています。それを反映

して、このように右肩上がりになっているのかかもしれません。

この課題を皆さんと共有するために非常に時間を取りました。最初に県北に赴任して、自治医大の義務年限が終わって、県職員を辞めて千葉県に行って、帰ってきて、宮崎県でドクターヘリをやって、また今、県北に赴任しています。その間で25年が経過しましたが、救急医が派遣できるよう一生懸命要請をして、何とか一定数の危機は解消できるようになりました。

しかし、25年たっても一定数の危機は、まだ未解消であり、私としては、「既在危機」の存在が課題と思っています。特にこんな雨が降った日は、本当に怖いです。昨日は雨が降って、五ヶ瀬町の山奥でユンボごと転落した人がいて、ドクターヘリも防災ヘリも飛べない。だから、若手に五ヶ瀬町の山奥までドクターカーで出動してもらいました。

今後も医療需要は高止まりの中、低い医療偏在指標で新たな危機が顕在化しています。たらい回しじゃないけれども、どこも取ってくれないっていう患者を、延岡西臼杵地区だけでなく、日向東臼杵地区からもどんどん県立延岡病院が引き受けないといけない状況になっているというのが課題になります。

最後に、このような災害を踏まえた県北、それから、今までの課題を共有した上で、拠点病院という県立延岡病院の役割を考えたいと思います。私が背負っている肩の荷を、皆さんと一緒に背負いたいなど、私の頭の中にあることを皆さんにお話ししたいと思っています。

話をずっと昔に戻して、この例えから皆さんと共有したいと思いますけれども、阪神・淡路大震災の時の経験が、物すごく日本にとっては苦い経験でした。D M A Tも災害拠点病院もな

い時代の災害になります。

このグラフは何かというと、ヘリ搬送のグラフです。災害が起こった1月17日、ヘリは1人しか患者を運んでいないんですね。2日目6人、3日目10人。よく「生存期間72時間」って言いますが、負傷者は4万4,000人余り、死者は6,500人いた中で搬送できたのは、たかだか17人です。

でも、皆さん、あのとき神戸のまちが火の海になって、煙がどんどん上がっているのをテレビで見られたでしょう。ヘリコプターは、いっぱい飛んでいたんですよ。でも、患者搬送に使えたヘリは、初日1機だけです。報道ヘリが病院の屋上に止まって病院に取材に来たから、機転を利かせた救急医が、「この患者を運んでくれ」と頼んで乗っけてくれたっていう1人だけなんですね。このときに、そのNHKの解説者の吉村さんが、1996年にこの状況を考察して話した言葉が、「救急医療にヘリ搬送を日常化しない限り、災害時に利用することはできない」と言っています。これから、DMA Tや災害拠点病院ができて、ドクターヘリということにつながっていきます。

それで、去年、おととしに、延岡・西臼杵災害医療シンポジウムがあって、このときに企画書を頂きました。企画書には、「災害に備え、延岡・西臼杵地区の看護職および関係者による連携を深める」ということが目的のシンポジウムにしたいと依頼をいただいたので、これを掛け合させて、2024年、私がこう言いました。

「県北の医療に『連携』を日常化しない限り、災害時に利用することはできない」と。これと同じような考えですね。やっぱり、連携というのが拠点病院の役割なんじゃないかなと思った次第です。連携を日常化するのが我々拠点病院

で、一緒に座ってくれている彼も一緒に片方の荷を担いでくれていますけれども、こういったことが拠点病院の役割だろうと思っています。

今、私が何をやっているか、2年半でやってきたことをお話ししたいと思います。

「『連携』を日常化するのが拠点病院の役割」と捉えて、「みんなで、これを背負ってくれよ」と仲間を募って、まず、見える連携、出向く連携、新概念の連携というものに取り組んでいます。ここを皆さんと共有したいなと思っています。

まず、見える連携ですけれども、これは、大学でドクターヘリをやるときに、私が「For MIYAZAKI」というロゴを作りました。

「みんな、これを着ようぜ」と言って、やり始めました。それと同じ手法を使いまして、これも私がデザインしました。「For Northern MIYAZAKI」とつけて、宮崎をみんなで背負おうという形で、これを着ていました。これは病院名が入っていないので、今は西臼杵医療センターでも、延岡市の医療政策課でも、延岡市の開業医の縁・在宅クリニックでも、病院内の医療秘書たちも着てくれて、みんなで闘いましょうっていう流れになっています。24色、SからLLまでありますので、先生方どうですか。ぜひ着て、県議会で一般質問をしていただきたいなと思います。これが見える連携です。まず、県民の目に留まろう、やっているということをアピールしようと始めています。

次に、出向く連携です。今まで県病院というのは、来る患者を診るというスタンスでした。そうじゃなくて、こっちから行こうよ、どんどん出て行こうと、ドクターカーの営業活動をやっています。県北の消防機関や消防非常備地区

の医療機関に配布して、役場にも行って、「何かあったらドクターカーを呼んでください。我々は、このメントの誰かが行きますから」とラミネートして、「ガレージに貼ってください」と持つて行って、趣旨説明して、「電話番号が載っていますから、ここへ電話してください」とやっています。今は、開業医の先生も呼んでくれるようになりました。「手術しているときに呼吸状態が悪いんだよね」って言われて、「ああ、分かりました。行きますよ」と、この前は近くの病院の手術室まで入つていって、「ちょっと気胸になっていますね。トロッカーを入れましょうか」と、そこで入れて、手術を途中で切り上げてもらって、県病院へ連れて帰ってきて、引き続きの治療をやるというような連携を始めています。今は、医科歯科連携で、医科が私、歯科は開業医の歯科の先生で歯の注射をしたときにアナフィラキシーを起こしたり、意識がなくなったりする高齢者もいますので、「そのときすぐ呼んでください」と出向く連携をやっています。

それから、災害訓練の営業活動です。「災害訓練を手伝いますよ。うちはD.M.A.Tが18人いますから、企画から、当日のコントローラー、評価者までやりますよ」と、仲間も連れて高千穂病院に行ったときの写真、美郷町の西郷病院で災害訓練をやったときの写真です。こういった顔の見える関係をつくりましょうよとやっています。今は、延岡市役所の危機管理課と医療福祉課の人たちと一緒に、2か月に1回ミーティングを始めました。

それから3つ目、空を制さないといけない。ドクターヘリだけではなくて、防災ヘリも使えるようになりますよ。我々は使い慣れていますけれども、椎葉村や高千穂町、諸塙村、美

郷町でも気軽に使えるようになりますよ。防災ヘリを向こうに呼んできて、私も一緒に行って、看護師さんたちに乗つてもらって、防災ヘリで患者を送るほうが、陸路で送るよりも早いし、安全だし、患者の負担は全然違うし、使い慣れてくださいよ。ドクターヘリが飛べなくとも防災ヘリは飛べるときもありますし、県内で要請が重複するときもあります。ドクターヘリが串間市に行っていて、高千穂町で交通事故が起きた場合には、防災ヘリを呼んでくれと気軽にできるように、私はアテンドしますよという売り込みも防災ヘリと一緒にやっています。こういった形の連携を今、出向く連携としてやっています。

これに加えて、時代はどんどん変わってきた。今、携帯はこれですが、私が学生の頃は、でっかいガッシャンって、平野ノラがやるような電話機だったじゃないですか。それが今、これで済むようになりましたし、時代は変わってきています。それと同時に、災害も変わってきたじゃないですか。毎年、災害は宮崎でも起こっていますよ。今日、来るときも、県北は物すごい雨でした。そういった中で、何か起こらなければいいなと思いながら運転してきたところです。

そういったこともありますので、新概念の連携として県立延岡病院には、患者の入院と退院支援を行う患者支援センターとして専属スタッフが整備されています。患者の診療情報管理は、診療情報管理科が専属スタッフを入れて準備されています。感染に関しても感染管理科があって、師長、副師長がいます。それから、医療安全管理科は、病院と患者の医療安全を管理するところで看護師長、副師長が配属されていますけれども、その人たちは患者を持っていません

し、病棟に配属されたりしていないです。片手間でやっているものじゃなくて、専属にそれだけやりなさいと配属されているセクションがあります。

毎年これだけ危機が起こってしまうという状況で、出向く連携や見える連携をやる中で、私やレントゲン技師である彼も、日頃の日常業務をやりながらそっちをやるというのは、もう限界に来ています。今日は、本当はあと3人来たかったんです。でも、日常業務から離れられないということで来ることができませんでした。本当は、ここに来て皆さんと一緒に共有したい仲間もいるんです。でも、それができないっていうのは、それだけエフォートが日常業務に取られていて、片手間で災害医療をやらなきゃいけないという厳しい状況です。宮崎県もそれが分かって、危機管理局に危機管理課ができて、防災庁舎も建てましたので、県病院にも「危機管理科」を新設していただけないかなと思います。

災害は、大きい小さい、いろいろありますが、今、「既在危機」が県北にあるので、それに対応するような危機管理科の新設が、私の中で望まれる内容になります。何をやるかというと、院内と院外の危機管理です。院外の危機管理は、先ほど申し上げました。

ただ、こういうことも危機管理になります。諸塙病院には、レントゲン技師とリハビリのPTが1人しかいません。その人たちが、例えばコロナになると、1週間休まないといけません。1週間リハビリが止まる。レントゲンが撮れない。患者にとっては、これすら災害です。そこで、危機管理科があれば、「分かりました。うちから技師を派遣しますよ。1週間レンタルしますよ」というような仕組みづくりを、皆さん

に考えていただけないかなと思います。ここには病院局も医療政策課の方も来ています。皆さんと一緒に考えてもらって、時代に即応できるセクションが今、望まれているんじゃないかなと思っています。

例えば、県立延岡病院の内科のセクションには、呼吸器内科、消化器内科、腎臓内科、血液内科という4科が入っています。循環器内科は別建てで入っています。県立宮崎病院には、これに神経内科、内分泌内科、膠原病内科、感染症内科、腫瘍内科というのがありますが、県立延岡病院には4つしかないです。

これに倣えば、私は最初のスライドに「地域医療科部長」という名前を出させてもらいました。地域医療科に「西臼杵科」や「椎葉科」、「諸塙科」、「美郷科」、「門川科」、「日向科」、「延岡科」でエフォートを半分、半分軸足は地域医療科の仕事、半分は病院の仕事」という形で、半分は病院局の人間、半分は医療政策課の人間みたいな感じのセクションをつくって、何かそこでトラブルがあれば、窓口はこのドクターとこの看護師だよと。看護師じゃなくても、DMA Tにはリハビリの技師もいるし、検査技師もいるし、レントゲン技師もいるし、これから薬剤師も手を挙げてくれていますので、そういう方が入って、3か月に1回目は御用伺いに行くとか、顔の見える関係をつくりに行くとか、夜は宴会して帰ってきてもいいじゃないかというような形の連携ができるセクションをこしらえてもらえないかなと思っています。

この前、新聞に出ましたが喫緊の課題は、島浦診療所で、医療管理者を募っている状況です。今は先生1人、看護師1人、事務員1人で、私も時々、その先生がお休みになるときにサポートに行きます。看護師と事務員でやっている状

況ですけれども、そこが、医者がいなくなるという状況になりました。

あそこの島には900人いて、お年寄りも多いです。次の管理者が見つからなかったら、そこを何とか立て直していく、サポートできるようなことが、もしかしたら、我々、地域医療危機管理科、危機対応科（管理というより対応する科）の仕事になってくるんじゃないかなと。こういったところを災害として捉えていくことが、南海トラフに対して備える知識や連携を醸成していく肥やしになっていくんじゃないかなと思っています。

災害拠点病院としての役割を考えてみようということで、私の頭の中にあることを皆さんにお話しさせてもらいました。

連携を日常化するのが我々拠点病院の役割と捉えて、これからも見える連携、出向く連携の継続をしていきたいと思っています。さらには、新概念の連携の実現が鍵ではないかなと思っていますし、特に危機管理科あるいは地域医療危機対応科は待ったなしの状況と私は考えています。

県病院にいればいいんだよという今までのスタイルにとらわれることなく、時代が変わった、即応性が求められている、現場に出なきやいけない、周りの医療機関は倒れていっている、まだ消防がない地域がここあるんだよ、医師偏在指標では下の下なんだ、ここからの逆転劇をやろうよ、それをやるためにには知恵を働かせないといけない、システムを変えなきやいけないと私は思っています。

ということで、今日は、災害時における県北医療の課題と拠点病院の役割ということで話をさせてもらいました。

最後にもうちょっとお話しさせていただきた

いと思います。

大概こういう話をすると、「県立宮崎病院に危機管理科はないのに、県立延岡病院に要るのか」というようなことをよく言われます。ドクターへリを入れるときも「宮崎にドクターへリなんて要らないよ」とよく言われました。最初、ドクターへリを入れるとき、私はここでお話しさせてもらいました。ここで話をするのは2回目になります。ドクターへリの必要性っていうのを、まず議員の方に分かってもらわないとと思ってお話しさせてもらったことがあります。

県立延岡病院に要るのかっていうことですけれども、ここはちょっと読んでください。現在の県立延岡病院の災害医療ですが、私に限れば、忙しい救急業務の合間に対応しています。県立延岡病院には救急医が4人いるんですよ。私はここに来たので、今、3人になっています。昨日当直明けの人間が残る体力があれば、まだいるかもしれませんけれども、今、働き方改革があるから、「昼から帰れ」、「帰ってくれ」と言うしかなくて。本当は、朝8時半で帰らなきゃいけないんですけども、「昼まで頑張れよ」と。帰ると2人になります。かつ、この雨です。ドクターカーで行ったら、県立延岡病院を守る救急医は1人になるという状況があります。

私や同僚たちも、忙しい救急業務の合間に、災害医療の対応をしている状況があります。その質とか効率は、言わずもがなですよね。非常に低いものになってしまいます。

県立宮崎病院には、同じ医療圏内に災害医療の総本山である、宮崎大学医学部病態解析医学講座救急・災害医学分野（落合教授の救命救急センターの本来の名前）があって、災害を看板として掲げてやっています。今、D M A T も県内で一番多い病院ですし、統括D M A T もたく

さんいます。名実ともに今、歩んできていますし、ここがあるから県立宮崎病院には別に要らないかなと思うのが、私の持論です。

ただ、県立延岡病院には要るだろうと。先ほど、課題を説明させてもらいましたが、それを理解していただければ分かっていただけるかな、これに反論される方はいないんじゃないかなと思っています。

もう一つよく言われるのが、「50億円の借金があるじゃないか。何、また人を増やして寝ぼけたことを言ってるんだ」という県民からの強い刺激があるんじゃないかなと思います。

うちの院長に聞くと、「借金って言うけれども、県立延岡病院に限っては、本来、内部留保があったはずだよ。でも、それが連結決算になるから、赤字って分かなくなってしまうんだ」と言っていますし、看護部長は、「現在の看護師数で看護師配置基準はぎりぎり満たしているんだけれども、病床数や産休育休で慢性的に人材は不足しているんですよ。病院局に掛け合うけれども、なかなか増員してもらえない」と言っています。少しずつ増員はしてくれていますが、今日、災害医療について共有しました。小さい、大きいありますけれども、災害医療のバランスを、災害が起こっても、ぐーってならないようなバランスにするためには、「あと60人は増員したい」というのが看護部長の意見です。

さらに、これは県庁の「防災・危機管理情報」という、県危機管理課のホームページですけれども、ここに「耐震化」「早期避難」「備蓄」とあります。「備蓄」のところに「生活必需品を最低3日分。できれば1週間分備える」って書いてありますけれども、3日間耐えろということですね。県立延岡病院の災害医療としては、あと60人いないと3日間耐えられないとい

うことなんですよ。こういったことも受け止めていただきたいなと思います。

でも、本当に60人かと聞かれると、その根拠は全然分かりません。看護部長に「何人ぐらい」と聞いたら、「60人かな」と肌感覚で言われただけなので、ここに根拠は求めないでください。

まとめると、「50億の借金があると言われるけれども、国も1,300兆の借金がありながら防災庁の準備室はできていますし、設置はもうすぐできるじゃないですか。だから、それに着手したことを考えて、かつ、宮崎県も、延岡市も、日向市も、門川町も、危機管理に関するセクションをつくっているんですよ。こういう窓口の専任の担当者を配置されていますので、県北の県立延岡病院に皆さんが災害医療を負託していただけるなら、それ相応のセクションをつくっていただきたい」というのが、私のお願いになります。「危機管理」という大層な名前じやなくていいんですよ。「地域医療」に「危機対応」をくっつけた形のほうが県北はいいかなと思っています。

それと同時に、防災庁舎を建てていらっしゃるじゃないですか。あれと同じように上にヘリが降りられるような、スタッフが増えても十分な、災害のときに休息ができるような、さらに、研修医もどんどん増えてきていますから、そういう若い子たちに災害を教えて、あそこの先生が病気だつてなったときに、「よし、一緒に行くぞ。俺が島浦町へ行くから、一緒に行かねえか」みたいな感じでアピールすると、どんどん人は増えてくると思いますので、そういった子たちを教育できるようなスペースを備えた、大きな建物を建てていただきたいなと思っています。

もう一つは、看護師は地域枠があるんですよ。

県北で採用したら県北、県立延岡病院だけで異動がない形になります。コメディカルも地域枠の採用枠をつくっていただけないかなと思っています。彼は僕の右腕ですけれども、レントゲン技師は地域枠がないんです。なので、来年、宮崎市に行くかもしれません。日南市に行くかもしれません。私の片腕をもがれれば、災害医療は、ちょっとしんどくなるなと思っています。そういうことをお伝えしたいと思います。

最後におまけですけれども、私が目指すものを皆さんにお伝えして終わりたいと思います。

大宮高校の先輩、岩切章太郎さんが、「宮崎の大地に絵をかく」ということをお話しになられています。それから、自治医科大学で「医療の谷間に灯をともす」というものを刷り込まれました。そういったことが私の医師としての背中を支えてくれているものになります。

田舎で助けられなかつた人を助けたいと思って、ドクターへリをやりたいと思って、千葉県に行きました。県職員で10年宮崎県にいて、自治医科大学なので義務年限があるんですよ。9年間の義務があるんですけども、義務が終わって千葉県に行くときに、県庁の部長さんところに行って「義務が終わったので、来年はヘリをやりに千葉県に行きます」と御挨拶しに行ったときに、その部長さんがおっしゃったのは、「ああ、そうですか。先生、残念ですわ。田舎はそんなにきつかったですか。これから医者を辞めて、ヘリのパイロットなんですね。頑張ってください」と言われました。それぐらいドクターへりっていうのは、全く市民権を得ていないような状況でした。

それで、ドクターへリで医療をやることを宮崎に持ち帰りたいということもあって、千葉県に行ったんですけども、何とか構想

8年で、宮崎に2012年、ドクターへリをスタートさせることができました。それを、「For MIYAZAKI」の絵にしました。ドクターへリとドクターカーをつけて、みんな今、背負ってもらっています。

これを今、私は延岡に来ていますので、「For Northern MIYAZAKI」でやっています。私の寿命があれば、「For Western MIYAZAKI」とか「For Southern MIYAZAKI」とか、次は無理かなと思っていますけれども、「For Central MIYAZAKI」とか、みんなで宮崎を支えるような、そういう絵を描きたいなというふうに思っています。医療の谷間に灯をともすべく、宮崎の大地に医療の絵を描くっていうのが私の信条になります。

宮崎県地域医療支援機構が出してくれている、皆さんのお手元の雑誌「KATERU」の中で、私と肩を組んでいるのは自治医科大学の同級生の松田君です。松田君が私を宮崎に呼び戻してくれたというか、私と池ノ上先生をつないでくれて、「宮崎でドクターへリをやろう」と言ってくれた人で、もともとは外科医ですが、今は県立延岡病院の総合診療科部長、地域医療科主任部長をやっています。

一番後ろのページには、僕と松田君で、宮崎で医師を始めようという形で写真に載っています。こういったことを今、始めているところです。

南海トラフ対策特別委員会が対象としている「南海トラフ」というキーワードを私は一回も出していません。それは本当に申し訳なく思っています。でも、災害っていうもののイメージを変えていただきたかったということがあります。

県北には9つの自治体があります。例えば、

野球で例えるならば、南海トラフっていうのは、私から見ると、大谷翔平がいるようなメジャーリーグに挑むようなイメージです。

今は県北がどういう状況かというと、ピッチャーが延岡市、キャッチャーが日向市、ファーストが門川町、セカンドが日之影町、ショートが高千穂町で、サードが五ヶ瀬町、レフトが美郷町で、センターが諸塙村、ライトが椎葉村。これで野球チームを組んでいるような感じで、私を含む延岡病院が監督です。監督が、「じゃあ、野球をやろうぜ。メジャーリーグがいつか試合を挑みに来るから、今から練習をしようぜ」といって、出向く連携とか見える連携を始めました。延岡市とはキャッチボールがやっと始まったところです。高千穂町とは今何とかキャッチボールをやっています。美郷町にも、私は月1回行っていますから、そこでも何とかボールを転がして、取ってごらんというぐらいはやっています。でも、サインの練習や6—4—3のダブルプレーをやろうぜというのは、まだ全然できていないんですよ。そういう連携を始める、その練習を始めるっていうのが、まずスタートなのかなと思っています。

大リーグに挑む、南海トラフに挑む、そんな巨大な敵に挑むよりも、大谷翔平なら「憧れるのはやめましょう」って言うかもしれませんけれども、そこに挑むよりも、まずは、県北に地に足をつけて、キャッチボールから始めようよというのが、最後に言いたいメッセージです。

キャッチボールをするために、各病院が災害に対してそれぞれ準備しています。バットとグローブは持っているような状況ですが、ボールがない。ボールっていうのは情報で、情報をどうやり取りするか、窓口も分からぬというような状況です。

このボールのやり取りをスムーズにするために、今、県立延岡病院のDMA Tとして切望しているのが、彼が話してくれる「スターリンク」の話になります。10分お付き合いいただいて、最後にディスカッションと思います。

スターリンクはお金がかかります。この県北、「For Northern MIYAZAKI」野球チームのオーナーは宮崎県なんですよ。宮崎県のオーナーがどれだけお金を出してくれるかっていうところのお話を、補助者にしてもらおうと思います。よろしくお願ひします。

○補助者 ふだんは放射線技師をしておりますが、DMA Tの中では業務調整員を担当させていただいております。私のほうからは、衛星インターネットのスターリンクの活用について提案をしたいと考えております。

皆さんにお配りしています、提案内容趣旨、災害時におけるスターリンク導入の必要性についてという資料を御覧ください。

続きまして、宮崎県においても連携体制の強化がますます重要になってくる中で、どこでもすぐつながる通信手段を平時から整備しておくことは、災害対応の実効性を高める鍵になると考えております。今回は、そのスターリンクの特性を生かした災害支援体制の連携を見据えた、災害時の通信強化案として御説明をさせていただきたいと思います。

近年、地震、台風、豪雨災害などの自然災害が頻発しております。通信インフラが被災する事例が全国各地で発生しております。

スライド6を参照ください。

こちらは、令和6年の能登半島地震の石川県の6つの市と町において、携帯電話4社、合わせて約800局が停止しました。これは、全体の6割程度の通信インフラが機能不全に陥ったこ

とを意味しております。こちらの地図上でも、広範囲に通信が途絶していた実態が確認されております。

また、スライド7を参照ください。

こちらは、発災直後になります。発災直後に道路の寸断や地形の隆起、陥没などにより通信機材の搬入が遅れ、災害現場に車載基地局や衛星通信機器が届くまでに数日を要したケースも報告されております。このような事例を踏まえて、災害時に地上インフラに依存しない通信手段の確保が必要と考えております。

次、スライド2を参照ください。

スターリンクの導入について、主なメリットを御説明します。

災害時において通信インフラが喪失した場合でも、即時に通信を回復できるという利点があります。また、低軌道衛星と自動追尾システムの組み合わせにより、特別な工事や専門技術を必要とせず、迅速に通信環境を整えることが可能です。また、通信遅延が少なく、帯域が広いために、オンライン会議などの高度な通信ニーズも対応可能となります。

さらに、スターリンクの端末は持ち運びが可能な設計となっており、災害時における移動先の支援拠点など柔軟に展開ができるため、状況に応じた運用が可能と思います。

平時においても防災訓練や地域の災害対応訓練などに活用でき、通信手段の実地訓練や運用マニュアルの整備にもつなげることができると考えております。

ここで、提案事項としまして、宮崎県における広域災害発生時の初動連携強化を目的として、まず、県庁に設置されます災害時医療対応の中心的本部となるD M A T調整本部、次に、D M A T活動拠点本部が設置されます県央・県南エ

リアを管轄する宮崎大学医学部附属病院、県西エリアを管轄します都城市郡医師会病院、そして、県北エリアを管轄します宮崎県立延岡病院に対して、本部として機能をし続けるための基盤を確保するために、スターリンク端末の計画的な導入を提案したいと考えております。

最後に、災害時における情報通信手段は命を守るインフラです。もはや電気や水道と並ぶほどに重要な要素となります。スターリンクは、情報通信により、多くの防ぎ得た災害死を解消する有効な手段と考えております。災害対応力強化の観点から、連携をより確実なものとするスターリンクの導入に関しまして、ぜひとも前向きな御検討をよろしくお願い申し上げます。

本提案に関する補足資料も添付しておりますので、御一読いただければと思います。よろしくお願いします。

○金丸救命救急科主任部長 以上になります。

今日このような機会をいただきましてありがとうございました。私の頭の中っていうのを皆さんと共有できれば非常にうれしいですし、何かあれば、そのC h a t G P Tでお渡しした、私の経験に名刺もおつけしましたので、そこに問合せをしていただければというふうに思います。

本日はどうもありがとうございました。

○福田委員長 ありがとうございました。

それでは、今までの説明の中で、委員の中から何か質問はありますか。

○下沖委員 説明をありがとうございました。大変勉強になりました。午前中も南海トラフ対策特別委員会で、それこそ災害対応に関して聞いていたときに、このスターリンクの導入はどうなっているのかと質問をさせてもらったところです。ちょうど、午前中に引き続き、今回出

てきたので、ぜひこれは導入すべきだと思うし、特に、山間地に行くと電波が入らないところも多いもので、このスターリンクがあると、現場で画像をつないで、医者と応急処置なども対応できたり、バイタルデータを飛ばしたりもできるので、ぜひ、災害のためだけでなく、先ほど言われた地域医療にも絶対必要だと思います。

また、先ほど先生が言われたように、公的医療の在り方、個人の病院の方たちとの連携や開業医の皆さんとの連携など、なかなか自分たちもそこら辺がうまく見えていない部分があつたり、連携が取れていない部分があつたので、先生の出向く医療、県病院が出向いていくっていう——不採算部門をやるだけが県立、そこを担うのが県立で、公的医療と言われるところがあるけれども、そこじゃなくて、開業医の先生たちも支えていくし、開業医の先生たちから支えられる公的医療というのを目指すべきかなという、この先が見えてきたなと感じました。

ただ、先生たちの熱い思いと使命感だけに頼っている状況なので、そこを何とか、若い先生たちもそこを使命感だけではもたなくなってくると思うので、そこら辺を含めた御意見があつたら。今後の使命感だけじゃない、やりがいだけで成り立たせるんじゃない——それが一番重要なところであるんですけども、それだけじゃ限界が来ると思うので、何かあれば教えてください。

○金丸救命救急科主任部長　スターリンクは、美郷町の救急システム会社が導入しているんですよ。なぜかというと、消防がないので、山岳救助の対応もやらなきゃいけない。そういう中で、連絡を衛星携帯電話でとるんですけども、衛星携帯電話は衛星が上に通っているときしか駄目なんですよ。その点、スターリングだ

と、何百基もぐるっと回っているからつながりやすい。

しかも、衛星携帯電話の衛星は1,500キロメートル上空ですが、スターリンクは500キロメートルなので非常に電波が通りやすく、これは欲しいなと思っています。さっきも言われたように、開業医の先生の高齢化を支えてあげるって言い方は上から目線で失礼ですけれども、私たちはできるだけのことを支えていって、ずっと頑張ってくれる先生なので。その先生方に地域の県民を支えていただいているので、何かあつたら、こっちへ来てくださいというような連携を厚く太くしていかないと、これから先の人口減少に備えて、誰もが住める地域、医療というのは最低限のライフラインというか、インフラ整備の最低限というか、最重要課題であります。先生方の言う一丁目一番地になるんじゃないかなと思います。

そこに対して、新しい概念、それから新しい形での連携も展開していければ、たとえ椎葉村であっても、島浦町であっても、そこを捨てて延岡市に来るとか、日向市に来るとか、宮崎市に移り住むとかそういったことなく、天寿をその地域で全うできることが幸せじゃないですか。そういう宮崎県にできるんじゃないかなと。そうすると、人口は減るんじゃないなくて増えていくんじゃないかなと思います。医療っていうのがしっかり根づけば、そういう若手を育てていきたい。

私は今55歳ですが、あと5年は頑張れるかなと。5年のうちに若手をどんどん田舎へ連れて行って、「椎葉村へ行くぞ」「諸塙村へ行くぞ」、来週は「島浦町へ行くぞ」と言って一緒に行ったり、「田舎で当直してごらん。困ったことがあつたら俺に連絡してくれたら、こっち

から行ってあげる。あるいはヘリも呼ぶからこっちで続けたらいいが」、という形で連携ができれば若い子たちが伸び伸びと心理的な安全性をこちらが保ってあげて、医療を楽しんでやってもらって、もしかしたら定着してくれる医者が出てくるかもしれない。次の世代の医者を育てることができれば、地域の住民っていうのは、そこを捨てることなくいられるんじゃないかなと思います。

○福田委員長 委員のほうから、ほかに質問はありませんか。

ないようですので、一言挨拶をしたいと思います。

先生は、話の冒頭で「皆さんとこういう話をすることができてありがたい」とおっしゃいました。私たちが学ぶのに、ありがたいっていうのはこっちのほうかなと思いましたけれども、ストーリーのある非常にいい内容を聞いて、連携の日常化とか、「ありがたい」というのは、そういう意味だったのかと分かりました。

Tシャツも見えるところから協力していきます。本当にありがとうございました。

金丸先生には大変お忙しい中、御出席いただき、本当に貴重な御意見をありがとうございました。委員一同、本日お聞きしたことを今後の委員会活動に十分反映させていきたいと思います。

最後に、金丸先生のますますの御健勝、御活躍を祈念いたしまして、大変簡単ではございますが、お礼の言葉とさせていただきます。

暫時休憩いたします。

午後3時35分休憩

午後3時41分再開

○福田委員長 それでは、委員会を再開いたし

ます。

福祉保健部と病院局に出席いただきました。

先ほどの参考人から意見聴取をしたところですが、その際に説明のあった、災害時における県北地区の課題と拠点病院の役割につきまして、委員のほうから何か質疑があればお願ひいたします。

○山口委員 あくまで参考人の意見だったということも含めて、お聞きしたいんですが、参考人の意見を伺っていると、県立延岡病院が一次医療、二次医療、三次医療を全部担っていくような雰囲気を、私は感じたんですけれども、それぐらいしないと無理というか、一次医療、二次医療、三次医療の概念は県北でなくしていくような計画はないですよね。あくまで、県立延岡病院は二次医療、三次医療を担う病院で、一次医療はそれぞれの地域の医療機関が担っていくものであって、地域医療科という概念からいくと、あたかも一次医療も含めた、足を運んで、その場所でという。災害という概念を緊急だけではなくて、医療リソースが足りないことと定義をしていらっしゃったので、そういう足りないところは全部災害だから、全部見ると。だから、一次医療が足りないところも当然、災害医療の対象になるという概念なのかなと感じたんですけども。

今までの県の計画上は、二次医療、三次医療をあくまで県立延岡病院が担うという概念でよろしいですか。

○早川医療政策課長 一次医療、二次医療、三次医療という役割分担については、委員のおっしゃられるとおりの分担で計画をしておりまして、県立延岡病院には二次医療、三次医療を担っていただくという役割分担になっていきます。

参考人の金丸部長のお話の中では、災害医療

の基本的な考え方として、DMAT事務局と厚生労働省が出されている考え方の医療リソースが極端に医療のニーズよりも少ないということを、定義づけをされて御説明されたものですから、その部分が確かに曖昧にはなっていると思うんですけども、通常の役割分担の中で、一次医療までを直接担われようということではなくて、県立延岡病院としてあるべき役割を果たされる上で、一次医療の部分で連携が必要な部分については、医師同士の関係としてその部分をサポートしていきたいという意味だったのかなと理解しております。

○山口委員 分かりました。もう一点ですが、数値として、救急車による搬入で来た患者が、6割を超えて、7割近くあるということでした。

昨今、宮崎市だと救急何とかアラートみたいな形で、救急車の利用が多くなって、救急車を呼んでも来ませんよという状態で、適正利用を呼びかけるという形になっています。

この県北の状況は6割、7割でごく数が多いんですけども、本当に救急車が必要な割合というか重症者、軽症者というところの割合をベースに考えたときに、この救急車で運ばれるべき人たちっていうのはどれくらいかというのを把握できていたりしますか。具体的に数値が欲しいということではなくて、一定程度、この6割、7割の中にも軽症者の方も含まれているという理解をしていいのか、それとも、重症者だけを集めたのが、参考人が出された数値のところなんですよということなのかだけでも教えてもらえると助かります。

○吉村病院局長 県北地域の医療現場というのが、一昔前にコンビニ受診というのがありました、何でもかんでも県病院に行くんだっていうのがありました。その後、変えようということ

で福祉保健部なりが主体となって、地元の医者との役割分担と連携強化ということで、先ほど金丸部長のお話の中にも出ましたように、地域医療を守る会というのが地元でできて、なるべく地元の民間病院で診れるところは診て、県病院は最後のとりでなんだというようなお互いの認識ができてきました。1年に1回は連携を確認するような会合も開いて、地元の医者や医者だけではなく医療スタッフまで集まって、顔の見える関係で、県立病院の取組だとか、地元でのその医療の課題みたいなのも発表しながら、それについて県立延岡病院の部長や院長、副院长が話をして、それを民間の医者の方たちが聞いて、最後にはこの人たちに頼れるんだという関係の連携はできてきてています。

委員の御質問に数字的には答えられないんですけども、地元の民間病院で見れるところは見よう、どうしても駄目なときには県病院に頼ろうという感覚の患者への対応というのは、意識的には地元で広がっているかなと思います。

県北は宮崎から離れているので、県北の中で集結しないといけない。そうなると、最後の最後は、やはり県病院。その手前の部分まで、どこまで民間ができるかっていうところには民間病院も協力して取り組んでくださっていますので、「じゃあ、救急車で運ぼうか」というのも、「やはり、もう手に負えない」という意識での、患者を運ぼうという意識は、潜在的には持っていたいているのかなと、肌感覚で、日頃のやり取りの中では感じているところです。

○日高委員 日向市では、市の予算で初期救急医療をやっているんです。コンビニ受診を減らして、二次医療、三次医療と言われる最後のとりでの県立延岡病院や千代田病院がありますよね。

だけれども、議会でこの間、県病院に50億円の貸付けを承認したんですけれども、今、病院局長が言うようにそのすみ分けができるれば、もう不採算医療も大分減ってきてるから、病院もこれで経営がよくなるんですね。不採算医療を受けないといけないというのが、県病院の役目だということですが、それも大分減ってきてると。経営も大分安定してきているということで、その辺についてはよろしいんでしょうかね。

○高妻病院局次長 経営の側面から考えたときに救急車を応受するということは、そこから入院につながる可能性が非常に高いので、救急が多いということは、経営上はプラスになる側面もあります。ただ一方で、先ほどコンビニ受診の話もございましたけれども、軽症の方が来られて日帰りでお帰りになるということであれば、それは経営面ではかなり厳しいことにはなっていくということです。

どちらかというと、やはり、不採算医療をやったからといって、その分のカバーがあるわけではないという現状はありますが、そこは務めとして、やっぱりやらざるを得ないところがございます。その中でも、いかに収益につなげていくかということを考えながら、各病院は経営をしているということでございます。

○日高委員 ここは、もうここまでにしておきます。ここはそういう場とは違うからね。

内部留保が県立延岡病院には数十億あると金丸先生の話でありましたが、これはいくらあるんですか。

○高妻病院局次長 セクター別に決算はしておりますので、その感覚で言いますと、県立延岡病院は70億円ほどの計算にはなりますが、マイナスになっている病院がほか2病院でござい

ますので、全体的にはマイナスの蓄積のほうが多いです。

○日高委員 ということは、例えば、これはさつき言ったように連結決算だから、県立延岡病院は実際は70億円あって、ほかの病院が赤字だからトータルでマイナスですって言われると、先ほどの先生が県立延岡病院について結構驚くようなことも言っているような気もするんですが、そういう気にもなるのかなと思ったりしますよね。

○高妻病院局次長 分かりやすく言うと、内部留保の現金というのは病院事業会計にないということなんですね。だから、各病院ごとに見ていくとそういう計算になりますけれども、実際は留保できていないものですから、できていれば借入れなどは行いませんし、もう少し借金も少ない状態です。今、病院債を全部積み上げると、50億円とは別に500億円はありますので、これも返している状況にございます。その中で経営もしつつということですので、内部留保があれば決して借入れなどは行わなかつたということは御理解いただきたいと思います。

○日高委員 じゃあ、それをはっきり、金丸先生に言わないといけないと思いますよ。病院局でしょう。先生たちも病院局の一員じゃないですか。院長だっているわけだから。

それを、金丸先生が公然と議会の場で「五十数億円の内部留保があるんです」と、ここに書いています。これ見ましたよね。さっきいましたよね。これ、2回も書いています。この辺の説明はされているのかなと。

○高妻病院局次長 当然、御理解はされていて、この書き方のままで誤解をされる部分もあるかとは思いますが、計算上、セクター別に見ると「あったはずだ」というような言い方なんです

よね。現状、そこにお金があるわけではないというのは、みんな理解はしています。3病院連続で決算していくので、現状においてはマイナスのほうがはるかに大きい状況だということは分かった上での話だと思っています。

○日高委員 ということは、それは議会に訴えているということですね。「病院局がやってくれんから、議会にどうにかしてくれ」と。もうお願ひじやなくて訴えに近いですね。今日、何かそんな気がちょっとしましたね。それと、この「病院の危機管理科をつくってくれ」って、こんな具体的に形を出して、議会の人に1人でも聞いてもらって共有をしたいということじゃないですか。

だから、私はそれもちょっと解せないんですよ。病院局と現場がうまいこといってないんじゃないかなって思います。多分、誰が考へてもそう思いますよ。

○吉村病院局長 先ほどの金丸部長が話をされたときには、「危機」というものの定義が、「南海トラフの文字を出しませんけれども」と言われたように、これまで救急なり、それも内科や県病院で地域医療に携わられて、今現在、救急をやられたり、地域の病院との連携などをされていくと、やっぱり、その中にいっぱい課題があるのかなと思っています。

それにつきまして、金丸部長の言い方としては、需要と供給の資源とのアンバランスが生じたということで、まさにその原因というのが、数字的な説明もありましたように、人口は減るけれども患者は増えていく。それは人口減少時代、さらには、高齢化によって、今後、高齢者の患者が増えていくだろうという問題ですとか、病院機能の役割分担ですとか、若いお医者さんを育てていくという観点については医師確保で

医師少数圏の中にあっても地域医療を担う医師を育てていくといった、いろいろなテーマがあるものを「危機」と捉えられたときに、それに對して、御自身が勤めていただいている、我々、病院局の中の一つである県立延岡病院が先ほど申し上げたように、やはり、地元との連携が一番固いところである県北地域の県立延岡病院の中で何ができるかといったところで、自分の側から手を差し伸べて、「キャッチボールを始めました」というような表現をされましたけれども、どこまでするかという役割分担、それが、市町村が持っている病院がどこまでするのか、県が持っている病院がどこまでするのか、診療報酬上のものとしてやるのか、災害などの診療報酬ではなかなか難しい面も含めてやるべきものがいろいろあって、そこに取り組むべきというのが御主張だったと思います。

それは、ふだんから我々とは話をしているし、それぞれのテーマでは課題について検討はしているところです。それを総合的にと、全般的に言わせて、アピールされたのかなと。中身についての話は、ふだんからやっているつもりでございます。

○日高委員 これ以上を言うと、もうしょうがないから、今回はいいですよ。

それと、隣の福祉保健部長も人ごとだみたいな感じだけれども、こういう提案が出たら、地域医療という一つの圏域の話になってきますよね。延岡西臼杵、日向入郷圏域とかになる。これはどうするかというと、例えば延岡市の中心として県立延岡病院があるので、自治体と県が、この地域、その圏域の地域医療をどうしていこうかということにもなるんじゃないかな。これは病院局の話じゃないと思うんですよね。病院局は毎回やらないといけないだけの話でね。

全体的に考えるのは福祉保健部ですよね。そういう認識だと私は思っているんですけども、どうなんですか。

○小牧福祉保健部長 今日、金丸先生の講話にもありましたように、やはり、近日、初期医療から三次医療までのそれぞれの役割分担と、今日おっしゃったのは、日常の医療の確保が、将来的な災害医療の確保につながるというような示唆だったと私は受け止めております。

日常の医療、地域医療構想を今後きっちと整理していくきますので、その中で市町村または地域の病院としっかりと話をし、役割分担を明確にしていく。そして、それぞれがそれぞれの立場で、医療体制をしっかりと整備していくことが重要じゃないかなというふうに、今日はお話を聞いたところがありました。

○日高委員 最後に要望です。まず自治体とかの声を拾わないといけない。それとやっぱり、病院局との連携も必要ですよね。病院局と福祉保健部でほとんど連携がないでしょう。役割分担っていうと、責任のなすりつけ合いとしか聞こえない。信頼できる2人だからしっかりとその辺を一緒になって連携をよろしくお願いします。

○工藤委員 自分も今回、一般質問で、県立病院の一般質問をさせていただいたところです。金丸先生の資料にある、「『連携』を日常化するのが拠点病院の役割」ということで、「緊急コール委員会所掌業務の移行」、「院内でのBLS講習会」、「ICLSの講習会の開催準備」は別に科をつくる必要がなくて、日常からやっておかなければいけないようなことだとは思っておりますが、こういうところはやっているんでしょうか。

○牛ノ濱県立延岡病院事務局長 これは当然、

院内、救急医療を担う県立延岡病院として、常時やっております。こういったRRTのハリーコールは実際しおちゅう放送がされておりまして、放送のたびに医者がそちらに向かうとか、そういうのも日常業務としてやっております。

そして、救命、一次蘇生のためのいろんな講習会も当然やっております。これは、通常やっている取組として書かれているんだろうと思っております。

○工藤委員 これは、何で危機管理科の新設とか、日頃やっている中で、忙し過ぎてなかなか人員が足りないっていうことを言われていらっしゃるというふうに捉えたらよろしいでしょうか。

○牛ノ濱県立延岡病院事務局長 特に大きな災害というと、平時のときの体制と少し差がある形になります。現場としましては、まず平時の体制、体力をしっかりとつけるということで、日々いろいろ工夫をしながらやっているところですが、どうしても、やはり先生の場合は、大小ありますが、災害ということが頭にあるので、その差のところをもっと埋めたいという思いで、改めて書かれているんだろうなと思っています。

○工藤委員 災害に対応するには人員が足りていないということでおろしいでしょうか。

○牛ノ濱県立延岡病院事務局長 災害の規模等にもよりますが、全て県立延岡病院でやるということはなかなか難しいことですので、先ほど「リソース」と言わされましたけれども、いざ、事が起こったときには、常に連携を保っておいて、午前中には調整本部のマネジメントの話がありましたけれども、そういう資源を総動員して、線で支える、面で支えるというイメージでやっていこうということだろうと思っています。

○福田委員長 今日の金丸先生の話を議員だけ

で聞くんじゃなくて、福祉保健部や病院局も一緒に聞いてもらったほうがいろいろな意味で問題が共有できるなということで、今回、企画しました。

大変申し訳ないんですが、16時というのを限度にしておりましたので、もっといろいろ質問を受けたいんですけども、これをもって終わりにしたいと思います。どうも御苦労さまでした。

暫時休憩いたします。

午後4時3分休憩

午後4時3分再開

○福田委員長 委員会を再開いたします。

次回の委員会は、9月定例会中の9月24日水曜日、午前10時からを予定しております。よろしくお願ひいたします。

それでは、以上で本日の委員会を閉会いたします。どうも御苦労さまでした。

午後4時4分閉会

署名

南海トラフ対策特別委員会委員長 福田新一

