

平成22年6月宮崎県定例県議会  
医療対策特別委員会会議録

平成22年6月16日

場 所 第3委員会室

平成22年 6 月 16 日 (水曜日)

午前10時01分開会

会議に付した案件

○概要説明

福祉保健部

1. 宮崎県地域医療再生計画について  
(本計画の概要と医師確保対策)

○協議事項

1. 調査活動計画について
2. 県内調査(県南地区)について
3. 次回委員会について
4. その他

○意見交換会

宮崎県歯科医師会

1. 歯科口腔保健に係る条例の必要性等について

出席委員(13人)

委員	長	松田勝則
副委員	長	松村悟郎
委員		米良政美
委員		萩原耕三
委員		中野一則
委員		横田照夫
委員		十屋幸平
委員		権藤梅義
委員		水間篤典
委員		鳥飼謙二
委員		太田清海
委員		長友安弘
委員		冨師博規

欠席委員(なし)

委員外議員

濱砂守

説明・意見交換会のために出席した者

福祉保健部

福祉保健部長	高橋博
福祉保健部次長 (保健・医療担当)	畝原光男
部参事兼福祉保健課長	城野豊隆
医療薬務課長	緒方俊
健康増進課長	和田陽市

宮崎県歯科医師会

会長	田島逸男
専務理事	重城正敏
常務理事	旭爪伸二
県歯科医師連盟理事長	新田敬介
県歯科医師連盟理事	安部喜郎
事務局長	大羽信吾

事務局職員出席者

政策調査課主幹	高村好幸
政策調査課副主幹	福島久大

○松田委員長 それでは、ただいまから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すが、お手元に配付の日程(案)をごらんください。

まず、福祉保健部より、「宮崎県地域医療再生計画」について説明いただきます。その後、「調査活動計画」そして「県内調査」並びに「次回の委員会」について皆様方に御協議いただきたいと思います。そして、きょうは長丁場ですが、午後1時から社団法人宮崎県歯科医師会にお越しいただくことになっております。「歯科口腔条例の必要性」などについて意見の交換をさせていただきたいと思いますが、このようにと

り進めてよろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○松田委員長 ありがとうございます。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。入室のため、暫時休憩いたします。

午前10時2分休憩

---

午前10時3分再開

○松田委員長 では、委員会を再開いたします。

前回の委員会に引き続き、福祉保健部においていただきました。

それでは、資料に基づきまして概要説明をよろしく願いいたします。

○高橋福祉保健部長 おはようございます。福祉保健部長の高橋でございます。

それでは、医療対策特別委員会資料をごらんいただきまして、表紙をめくっていただき、目次をごらんいただきたいと思っております。

本日の説明事項は、「宮崎県地域医療再生計画」の概要と同計画に基づく医師確保対策でございます。

主な医師確保対策として、宮崎大学地域医療学講座の設置運営、医師の需給状況調査、医師修学資金貸与事業の3項目について説明をさせていただきます。詳細につきましては、医療薬務課長から説明させますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。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、私のほうから「地域医療再生計画」の概要と本計画に位置づけられました主な医師確保対策について御説明いたします。委員会資料の1ページをお開きください。

まず、1の「地域医療再生計画」についてで

あります。この計画は、地域医療の抱える課題の解決を目的に、平成21年度国の補正予算で措置されました「地域医療再生臨時特例交付金」の配分を受けるため、平成25年までの事業計画として策定した計画であります。

計画対象圏域は、2次医療圏単位を基本としつつ、他圏域からの患者の流出入状況など、合理的な説明がつく場合には拡大することも可能、また、各県1計画当たり、国費ベースで25億円の計画を2計画まで提出可能という国の方針に従いまして、医師会や大学、市町村等の関係機関の意見を踏まえながら、宮崎県北部医療圏と都城北諸県医療圏を中心に、それぞれ隣接する日向入郷医療圏、西諸医療圏を含める形で設定したところであります。

次に、地域医療が抱える課題といたしましては、主に医師確保、それと救急医療体制の強化を柱に据えまして、個別の医療圏を超えて全県的に効果が期待できる事業を一定程度盛り込む形で計画を策定しております。昨年10月に2計画を国に提出いたしまして、ことし1月に50億円、満額の交付決定を受け、これを財源に宮崎県地域医療再生基金を造成いたしまして、今年度から計画期間の終期であります平成25年度まで、本基金を活用いたしまして各種の事業を実施することといたしております。

次に、2の本県の計画概要についてであります。

まず、(1)の宮崎県北部医療圏を中心に、一部日向入郷医療圏を含めた県北部医療圏域を対象とする計画についてであります。

1)の現状・課題にありますように、この圏域は、県内の他の圏域と比べまして医師の数が少なく、医療資源の層が薄いという根本的な課題を抱え、それが初期救急医療体制の不備ある

いは県立延岡病院への患者集中など、圏域全体の救急医療体制の確保に深刻な影響が出ているところでございます。

こうした課題の解決に向けまして、本計画に位置づけられました事業は、2)に計画事業として挙げております14の事業でございまして、事業の効果が県内全域に及ぶ①から⑦の事業と、事業の直接的な効果が及ぶ範囲が県北部圏域となる⑧から⑭の事業で構成しているところでございます。具体的には、本圏域の課題である医師の確保と救急医療体制の充実のため、医師の養成・確保、医師の勤務環境の改善、初期から3次までの救急医療を担う医療機関の機能強化を図る新たな事業を盛り込んでいるところでございます。なお、このうち、アンダーラインのある①から③の事業につきましては、本県の地域医療再生計画の中でも、全県を代表とする主要な医師確保対策として後ほど個別に御説明させていただきます。

2ページをお開きください。

(2)の都城北諸県医療圏を中心に、一部西諸医療圏を含めました県西部圏域を対象とする計画についてでございます。

1)の現状・課題にありますように、この圏域には、他の医療圏を含めた広範囲から救急患者の流入がありまして、受け入れの中心である都城市郡医師会病院が、施設の老朽化や医師不足等により、本来有すべき医療機能を発揮できていないこと、さらには西諸医療圏を含めた周産期医療に関しまして、異常分娩への対応等の中心となっております国立都城病院の体制が弱体化しているほか、西諸医療圏の中核病院であります小林市民病院に産科医がいないというような課題を抱えております。

こうした課題の解決に向けては、2)の計画

事業として掲げておりますとおり、県全域対象の取り組みとして、2次救急の後方支援としての宮崎大学の3次救急体制の強化や、救急医の養成確保を計画しているところでございます。また、計画圏域対象の取り組みとして、救急医療や周産期医療を支える医療機関の機能強化や、圏域内の関係医療機関の連携促進を図ることとしておりまして、全部で9つの事業を盛り込んでいるところでございます。

次に、3の計画に盛り込んだ主な医師確保対策についてであります。

まず、宮崎大学地域医療学講座の設置運営についてであります。

1)の目的ですが、この取り組みは本県の地域医療を担う医師の養成確保を図る、県として初めての取り組みであります。

2)の概要にありますように、県の寄附によりまして、宮崎大学医学部に地域医療学講座という新たな講座を設けまして、活動を支援することによって、総合医として、将来、本県の地域医療を担う医師の養成を図るととともに、本講座から県内医療機関に派遣される即戦力医師の確保に取り組むものでございます。

具体的には、活動概要にありますように、本県の医療実態を踏まえました医師の適正配置に関する研究や、現役の医学生に対しまして、地域医療への関心を喚起するための教育に取り組むこととしております。また、自治医科大学卒業医師や出産・育児後の女性医師、地域枠や地域特別枠の卒業医師等を受け入れ、同医学部附属病院の各専門診療科と連携をすることや、地域の中核病院等への派遣をすることによりまして、各医師の希望に応じたキャリアアップの支援等を行っていききたいと考えているところでございます。

また、【目標】にありますように、本講座運営の当面の目標として、計画最終年度である平成25年度までに、毎年度4名以上の医師を地域の医療機関に派遣可能な体制の構築を目指しているところでございます。

3ページをごらんください。

3)の事業費ですけれども、再生計画には、総事業費として3億1,253万4,000円、本年度当初予算では8,900万円を当基金を財源といたしまして計上しているところでございます。

4)の現状ですけれども、本講座はことし4月に教授1名、助教3名、医員1名の5名体制で運営をスタートさせておりました、このうち医員1名につきましては、内科医としてのみずからのスキルアップという目的で串間市立病院に常勤医として派遣されているところでございます。また、医学部のカリキュラムを見直しまして、1年生を中心に全学年を対象とした県内を対象といたしまして、県内外から講師を迎え、地域医療学の教育に着手しているところでございます。なお、本講座の活動状況を把握するとともに、運営や支援のあり方について、関係機関が意見を交換する協議会の組織の設置につきまして、現在、県のほうで準備を進めているところでございます。

次に、医師の需給状況調査についてであります。

1)の目的にありますように、この調査事業は、現在のところ、客観的な算定方法が確立されておらず、正確に把握できていない医療圏単位ごとの医師不足数を整理することを目的に、実施することとしているものであります。どの医療圏でどの診療科の医師がどの程度不足しているのかを客観的に整理し、その動きをフォローすることによりまして、各医療圏の現状や課

題をより正確に把握することができるようになると考えておりました、調査結果につきましては、今後、さまざまな医療対策を推進していく上での貴重なデータとして活用していきたいと考えているところでございます。

2)の概要ですけれども、この取り組みは、先ほど御説明しました宮崎大学医学部の地域医療学講座の活動目的の一つであります県内の医療実態の分析に密接に関連するものでございすことから、同講座に委託する形で実施したいと考えているところでございます。

3)の事業費ですが、2,000万円を計上しております、財源としては全額再生基金を充てることとしており、4)の現状にありますように、現在、大学と調査方法や作業スケジュール、必要経費の精査等、事前調整を進めているところであります。

最後に、医師修学資金貸与事業の貸付枠の拡大についてであります。

1)の目的にありますように、今回の貸付枠の拡大は、国が打ち出しました平成22年度から31年度までの大学医学部入学定員増の暫定的措置を最大限に活用しまして、将来の本県の地域医療を担う医師の養成・確保を図るものであります。

今回の医学部の定員増は、県が当該医学生に対する奨学金制度を設けることと、それに必要な財源について、地域医療再生計画に位置づけることを条件に努めるということにされたものでございまして、県といたしましては、定員増の上限として設定されました県内枠5名分について宮崎大学、同様に県外枠2名分につきまして長崎大学に協力を得まして、合計7名分の貸し付け枠の拡大を行ったものでございます。

2)の概要にありますように、本県の修学資

金貸与制度は、大学医学部の在学者を対象に、月額10万円を最大6年間、また1年生に対しましては、これに加えて、入学金相当額として28万2,000円を貸与し、貸与した学生が臨床研修終了後、県が指定する医療機関に貸与期間と同一勤務した場合には、返還を免除されるという制度でございます。

4ページをお開きください。

募集定員の表にありますように、平成21年度まで9名だった貸し付け枠を平成22年度には宮崎大学5名、長崎大学2名の計7名分を当基金で拡大し、合計16名の貸し付け枠としたところであります。

3)の事業費ですけれども、再生計画には、今回の7名分の拡充分に対応する経費といたしまして、平成22年度から25年度の総額で9,189万6,000円を、これに基づく県の本年度当初予算では、1,037万4,000円を当基金を財源といたしまして計上しております。

4)の現状ですけれども、平成22年度の新規採用決定者は14名で、累計では49名に貸し付けを行っており、その49名の学年や大学、希望診療科の内訳につきましては、それぞれ資料に記載しているとおりとなっております。

ここでおわびと訂正をお願いしたいと思えます。資料の学年別貸与者の状況につきまして、さきの特別委員会に提出しました資料では、臨床研修1年目の医師を1名と要求しておりましたけれども、正しくは臨床研修1名の医師はおりませんで、今回、当該1名をその他として訂正表記させていただいております。これは欄外に注記書きしておりますとおり、その他の1名は国家試験に不合格で、臨床研修に入れなく、現在、国家試験に向けて勉強を続けている学生であります。大変申しわけありませんけれども、

今回の提出資料のデータが正確なデータとして御理解をいただきますようお願いをいたしたいと思えます。私からの説明は以上であります。

○松田委員長 執行部の説明が終わりました。御意見、また質疑などがございましたら、お願いいたします。

○鳥飼委員 確認の意味なんですけれども、医師修学資金貸与事業、これは最大6年間ということですから、大学6年を卒業して国家試験を受ける、そして合格をして初期の臨床研修に入るんですけれども、臨床研修も含めて、前期と後期とありますけれども、含めて勤務すればいいということですか。再確認の意味で教えてください。

○緒方医療薬務課長 臨床研修は、基本的には除きます。臨床研修が終わった後に、例えば6年間、1年生から6年生まで受けられた方につきましては、その倍の期間、12年間の期間のうち6年間を県が指定する僻地とか小児科とか、そういうところに行っていただくという制度でございます。

○鳥飼委員 6年間で卒業しますよね。宮大を出て、前期と後期で自分の希望するところに行く。よそに行く場合もあるし、行かない場合もあるんですけれども、それで後期も入れたら3年になるんですかね。それから県が指定する医療機関に6年間借りておれば、6年間勤務すれば免除ということよろしいですか。

○緒方医療薬務課長 この臨床研修1年、2年というのは、これはある程度義務づけられたものでございまして、この後期研修1年というのは、臨床研修が終わって、自分は専門医になりたいというような方、専門性をもっと高めたいと。例えば小児科に行きたいとか、内科のどこに行きたいと、そういう形でみずからのス

キルをもっと高めたいという方が行かれる研修でございます。この後期研修1年目の方は、たしか5年生のときに借りられた方なんですけれども、そういう意味では、5年、6年、2年間借りられています。そういう意味では、倍の期間、4年間のうちに2年間義務を果たしていただければいいということです。そういう意味では、臨床研修2年終わりました。そして、後期研修1年、もう一つ、あと1年やりたい、あるいは、次出るという本人の希望があると思いませんけれども、まずその希望ははっきりとは聞いておりませんが、そこで、この方については、臨床研修が2年終わった4年間の間に2年間、県が指定するところに行っていればいいということで、どこの機関であるかというのは、その県と御本人の調整をしながらやっていくということになります。

**○鳥飼委員** それは臨床研修もこっちでやってもらいたいということがもちろんあるわけなんですけれども、そして、そのまま居ついてもらいたいと、その促進ということでお金を返さなくていいですよということだろうと思うのですけれども、大体わかりました。

それでは、予算の関係なんですけれども、この基金ができました。医療再生基金というのができまして、全額基金とか書いてあるんですけれども、この基金ができる前、前もおられたと思うのですけれども、できる前の予算の財源についてと現状をちょっと教えていただくといいんですけれども。

**○緒方医療薬務課長** いろいろな基金ができる前には、いろんな事業がございました。国庫補助という形で、基本的には補助金を国からいただいて、それを市町村あるいは関係団体等に事業をやっていただくために流すというような形

の事業が非常に多かったところがございます。

**○鳥飼委員** 医師修学資金についてですが。

**○緒方医療薬務課長** 再生基金ができるまでは、これは県の単独事業ということで、県の予算で組んでおりまして、平成21年度に書いてありますけれども、4名、それと地域特別枠5名、9名分、これにつきましては、県の予算ということでありましたけれども、22年度、先ほど申しましたように、地域再生医療計画を策定しまして、横のほうに「5名拡大」と書いてあります。5名拡大分、そして2名拡大分、この7名分が地域医療再生計画で補てんしていただくという形になっております。

**○鳥飼委員** すると、今までの分については、やはり県の一般財源でということになるんですね。わかりました。ありがとうございました。

**○横田委員** 地域医療学講座についてお尋ねしますけれども、組織として教授1名、助教3名、医員1名の5名体制で運営をスタートさせたということですが、そのうちの医員1名は串間市立病院に常勤医で派遣しているというふうに書いてありますけれども、常勤で派遣されたら運営を担えないんじゃないかと思うのですけれども、そこらあたりの説明をもう一回お願いしたいんですけど。

**○緒方医療薬務課長** 地域医療学講座で教授・助教というのが、基本的にはそういう学生に対して教えたりとかいうような形で、いわゆる先生という形で仕事をしていきます。そして、大学のほうにはいろんな小児科・外科とかいう形で、医局という形がありますけれども、そこには医員という方々がおりまして、その中で将来的には大学に残って先生になりたいとか、そういうような形の方々もいらっしゃいます。そういうような方は、研修生みたいな形でその中に

入って、勉強をされるわけですね。常に大学にずっといるわけじゃなくて、やはりそれぞれ派遣をされたりとか、自分の自己の勉強、自己のスキルアップのために、そういう形で市中の病院なんか研修に行かれるというような形で、自分のスキルアップを高めながら、将来自分はやっぱ先生になりたいということであれば、そういう形で先生になっていくというような仕組みになっております。

**○横田委員** 大体わかりました。ということは、医員というのは、自治医科大学の卒業医師とか、出産・育児後の女性医師とか、そういう自分自身のスキルアップをしたいとか、総合医療を目指したいとか、そういう人たちのことを医員というふうに把握すればいいんですね。

**○緒方医療薬務課長** 今、この教授というのは、宮崎大学の先生が教授になっていただいております。助教というのは、自治医大の義務明けの先生方がもう中堅でございますけれども、地域医療に詳しいということで3名入っていただいております。医員という方は、宮崎大学の臨床研修を終えられて初めて診療に携わるという方が医員になっています。そういう意味では、その医員というのは非常に若手の先生、臨床研修が明けた先生とか、そういう方が中心になってくるのではないかと考えております。そういう意味では、将来的には医師修学資金で臨床を明けた方々も、この医員として地域医療学講座を中心に活躍をしていただければいいかなというふうに思っているところです。

**○横田委員** ということは、医員になった人が毎年4名以上の中核病院に派遣されるということで、その医員が派遣されるということではないですか。

**○緒方医療薬務課長** 基本的にはそういうよう

な形になると思っております。

**○十屋委員** 素朴な疑問が1つ。地域医療学講座ですが、2ページの活動概要のところ、医学部の学生の地域医療への関心を喚起する教育に取り組む。実際どのようなことで、地域医療への理解を求めると思うのですが、実際はどのようなことがあるのかということと、3ページ、地域医療学の教育に着手というので、ここの関係も含めてちょっと説明いただけますか。

**○緒方医療薬務課長** やはり宮崎大学はこれまで専門医を育てるということで、専門性が非常に強い大学だったわけですけれども、この地域医療学講座ができたということで、一つは、いわゆる全体を見れるドクター、そしてその中で一つ自分の専門性を持っているドクター、そういうのを育てたいということを考えていらっしゃいます。具体的には、去年まで学部長でありました池之上先生、今病院の院長先生になっていらっしゃいますけれども、最初にまず1年生を集めまして、そういうような、これからの地域医療を担うためのドクターとして、どのようなドクターが住民にとっては望まれているのかというような、先ほど言いました、大体全体を見れながらも専門性を持っていますよというような、そういうドクターも一つの道という形であるんじゃないかという形で話をされております。そういう意味で先ほどカリキュラムの中でも、地域医療学講座というのは、そういういわゆるジェネラリストと言われるドクターを育てるということを一つの目標に教育をやりたいということいろいろ取り組んでいただいているところです。

**○十屋委員** 言葉的にはよく理解できるんですけど、いわゆる、昔の専門医でいうと、診療圏



でばらばらな診療科目がふえていったという傾向があって、それをまた昔の総合医、いわゆる町医者みたいなイメージでとらえているんですけど、そういうところの医学生の気持ちの部分とといいますか、そこあたりをこれを使って呼び起こすというか、目覚めさせるというふうに理解していいんですか。

それからまた、今度は逆に専門のどこかに、ここにある医学修学資金を貸与されている方は義務年限の間でしょうけど、僻地とか小児科とかいろいろありますけど、そういうところで、そこをきちんとやらないと、やっぱりそういう学生の意識としては特化していく傾向にあるというふうに理解していいんですかね。

**○緒方医療薬務課長** 学生もいろいろいらっしやると思うのですけれども、この前串間に行っていただきました先生は、臨床研修2年明けまして、普通なら専門に入るということですが、自分はそのようなドクターではなくて、やっぱり広く診れるドクターになりたいというような希望でこの地域医療学講座でやりたいということで、宮大がそういう言い方で専門性をやりたいという方もいらっしやるけど、そういうような希望を持っていらっしやるドクターもいらっしやるということで、そういうようなドクターを宮崎大学でも育てていっていただくと。大学自身としても、やっぱりそういうドクターが今後求められているんじゃないかという意識のもとに取り組んでいただいていると、ただ、専門性だけのドクターが必要でないという意味ではなくて、それは当然、3次救急の専門でそこをやっていただくというドクターも今後当然必要になってくるわけで、そこ辺をうまく学生さんたちの希望を加味しながら、選択肢を広げてあげているということと私は理解して

いるところでございます。

**○十屋委員** 最後に、学生のそういう意向調査と言いますか、希望というか、そういうものは一応宮崎大学なりが把握されていて、その中からこういう事業の中に進めていくという方向にあるのか、学生の傾向としては、そういうデータとか何か担当としてはお持ちですか。

**○緒方医療薬務課長** 今現在手元には持っておりませんが、卒業研修センターというのがございまして、臨床研修を進めるとか、そういう中で、やっぱりその卒業臨床研修センターにはドクターがちゃんといらっしやるわけですが、そのドクターがやっぱり学生さんたちと話をしながら、あなたはどのような方向に進むのか、そういうような卒業後の進み方、進路について、いろいろとアドバイスをされているというふうに伺っております。

**○榎藤委員** 資料4ページの22年度当初予算の拡充分が1,037万ですよというのわかりますが、これが7名が全部入学金も含めた形のものかなと思いますが、その上の※拡充分として、22年から25年が9,189万6,000円、これとの関係がちょっとわからないのですが。

**○緒方医療薬務課長** 上の9,189万6,000円は、拡充分が7名でございます。22、23、24、25、4年間ありますから、その7名分の4年間分を基金で見ますというような数字になっております。そして、22年度当初予算は7名分、今年度予算として7名分というような予算になっております。

**○榎藤委員** だから、私の理解するところは、22年度7名が全員新入学ですよということで計算すると、1,037万4,000円、22、23、24、25、4年間ですよ。その関係がちょっとわからないと。

○緒方医療薬務課長 この1,037万4,000円というのは、今年度初めて受ける方です。その分が7名分とあります。毎年7名ですけれども、継続分が出てきますので、その分が追加されるということで累積する、そういうことです。

○榎藤委員 それから、2ページの目標というのが一番下にありますが、これで毎年度4名以上の医師を地域の医療機関に派遣可能な体制の構築を目指すということで、目標としてはわかるんですが、現実には、例えば我々が延岡で今度病床を閉めるという心療内科、精神内科、こういったこと等について、非常に日南では例えば間違っているかもしれませんが、眼科とか、そういう需給をうまく見てやらないと、トータルとして4～5名の余裕ができたけど、産婦人科とか、そういう実際には解消されないんじゃないかという心配がするんですよ。その点はどんなふうに考えていますか。

○緒方医療薬務課長 そのこの問題は確かにあるかなというふうに思っております。この4名というのは、あくまでも本人のスキルアップという研修の一環という形でございますので、ここが足らんからここに行ってくれというような形で強制的に行かせるというようなのは、ちょっとなかなか難しい。ただ、これについては、大学と協議会等をつくりますので、県あるいは市町村の希望としては、ここが今非常に厳しいので、こういうドクターを送ってほしいとか、そういうような形で協議会をつくるという話をしましたけれども、そういう中で県、あるいは市町村の要望を伝えていって、できるだけその要望に答えていただけるようなことをやっていきたいというふうに思っているところです。

○榎藤委員 執行部からの要望資料ということが出てますほかの県、4つぐらいの県、それを

見てみると、どの県も宮崎と同じような傾向だと思えるのですよ。県央地区は56%ぐらいで余っているというとおかしいけど、だから私は今後の議論としては、そういう集中しているところがどうしてもその10分の1ぐらいの比率のところがたくさんあるわけですから、そういうところに支援すると。何か医師会か何かでそういう1週間に1回は土日じゃないときに行ってくださいよとか何か、そんなものを最終的にはつくり上げないと、定住しないと思うのですよ。子供の問題とか経営の問題ということを考えるとですね。そういった方向での議論を詰めていただいて、何か成案を目指してもらうことが、最終的にはやっぱり下層地域の医師不足を何とかするための、多分開業医の数というのは、どこでもそういうふうになるんじゃないかなというふうに思っておりますので、今後の議論をそういうことを具体化していただくことを要望していますが、お願いしておきます。以上です。

○萩原委員 非常にうがったことを伺いますが、人それぞれだから、医師修学資金を毎月10万円、そのときに条件を、これは例えば卒業が間近になって、もう720万一轄返済しますから、私の行きたいところに行かせてくださいということはだめですよということを最初から言っているんですか、どうですか。

○緒方医療薬務課長 いろんな修学資金の貸与のための面接のときやりますけれども、そのときに、この資金は、返還を目的とする資金ではありません。基本的にはそれを返さなくて、地域のためにやっていただくという資金ですけど、そういう気持ちがありますかということ聞いております。そういうことも当初聞いておりますけれども、随時そういうような学生等との関係をつくることによって、返還が出ないよ

うな形でやっていきたいとは思っているんですけども、100%返還がないかという、それはちょっと自信がないところなんですけれども、そういうような返還が出ないような形で努力していきたいと思っております。

**○萩原委員** やっぱりそれは言葉ではなくて、書いておかないかんと思います。そうでないと、それはいろいろありますからね、いろんな人間が。6年もドクターで、例えばいろんな人脈があって、例えば関西とか関東とかそういうドクターとか身内がおったりして、それは720万おれが返してやるからすぐこっち来いと、それはぴしゃっと条項を入れてないと、我々議会にもいろんなのがおりますけれども、いろんな人がいると思うのです。だから、その辺はぴしゃっとしとかんと、そういうことが起こり得るということですね。起こってからいろいろやってみたところで話にならんから、契約を。

**○松田委員長** 大変重要なポイントですから、医療薬務課長、何かありましたら。

**○緒方医療薬務課長** そういうような契約を全国修学資金をつくっているんですけども、そういうようことを入れているところはないんですけども、そこができるかどうか、今の時点では、ちょっと申しわけないんですけども、現時点ではなかなか厳しいかなという感じはしておりますけれども、そういう御意見というのは承っておきたいと思えます。

**○萩原委員** よぎんなことかもしれないけれども、6年間といたら720万ですよ、入学金は別として。ドクターの世界に入れば、720万というのは一括でぽっと返せる状況になってくるんですよ。その辺はある程度慎重に考えないと、ただ言っとったのに、全くこのドクターはと。ドクターにもいろいろありますがね。医大でもい

ろんなのがあったように。その辺はやっぱり念を押しておかないかんなど。余計なことですけども。

**○中野委員** 地域医療学講座についてお尋ねします。平たくお尋ねしますが、目的とか活動の内容、目標、非常にすばらしいことづくめなんですけど、事業費を見ると、4年間に3億1,200万、本年度が8,900万ですが、実際このお金の使い道、地域医療学講座の設置運営を支援するために、その目的に使うわけだけども、現実的にいえば、何か講座を開くために8,900万というお金は要らないような気もするんですよ。それで、この現状の中に、研究室を設置するための改築工事がありますが、こういうのに使うお金と理解すればいいんですか。

**○緒方医療薬務課長** この8,900万円の主なものは、教授、助教の人件費です。設備費は、年度当初だけになると思います。今、工事をやっているわけですけども、そういうことで、将来的には金額的には年度当初8,900万円ですけども、下がってきまして、将来ちょっとどのぐらいになるかわかりませんが、5,000万とか6,000万とか、そういう数字にはなってくるということで、いわゆる人件費に充てられる経費というふうに考えていただければと思います。

**○中野委員** じゃ、人件費ですか。この講座がなくて、この教授とか助教が講座がなくてもおられたと思うのですが、もともとのこの人たちの人件費というのはどこ賄っていたんですかね。今度、これができたから賄うというのは、いまいちしっくりいきませんが。

**○緒方医療薬務課長** 教授は宮崎大学の先生でおられたわけですけども、あとの助教とかは新たにドクターを採用したということで、先ほど、自治医大ということでは言いましたけれども、

そういう自治医大のドクター、先ほど全部義務外と言いましたけれども、義務外のドクターが2名と、義務内でも、研修ということで行っているドクターはいるんですけども、そういうようなドクターの人件費ということで、新たに大学として、この講座をするために必要になった人件費ということでございます。

**○中野委員** 新たにこういう講座をつくったから、こういう先生たちを増員したということですね。先ほど、池之上先生と言われましたが、あの有名な先生ですがね。これは産科だけじゃないんですがね。あの先生は産科の先生ですがね。

**○緒方医療薬務課長** 先ほどお話ししたのは、池之上先生は産科の先生ですけども、非常に地域医療に造詣が深いというか、御理解がありまして、そういう形で、1年生の講座に、新入生に、早速そういう形で地域医療というもの大切さを講義をしていただいたということでございます。そういう意味では、池之上先生だけではなくて、ほかにやっぱりいろんな先生方に来ていただいて、例えば、救急医療をするために県外の先生に来ていただいて、ドクターへりはこういう形でやるんだとか、どういうふうにやっていくんだとかいうことで、いろいろと講義をしていただくというようなことをやっているということでございます。

**○凶師委員** 今の中野委員の言われる地域医療学講座の内容で、今、説明を聞きますと、義務年限のドクターも1人、ここの助教授に招いているということはなんですが、義務年限でせっかく地域に張りついでいただいている方を、ここの講師なり助教という形で招くと、それはマイナスになるような感じがしますが、いかがですか。

**○緒方医療薬務課長** 自治医科大学につきましては、規定がございまして、ずっと僻地に行かせると、ドクターの質というのが落ちるために、へき地に行ったり研修をしたりという形で、そういう形でレベルを上げながら県民の医療の質を確保するというような体制をとっているわけですけども、その方はずっと僻地におられて、今回、研修の時期に来て、今まではずっと宮崎病院とか、そういうようなところでやっていたわけですけども、やはり地域医療というのは、宮崎大学、大学とか県病院とか県とか市町村とか、一緒にやらないといけないということで、研修として派遣する先を宮崎大学もオーケーですよという形でしまして、宮崎大学、県、一体となってこの地域医療を考えてやっていきたい。この地域医療学講座を契機にやっていきたいということで、今そういう形で行っていただいているということでございます。

**○凶師委員** 理解はできました。あと、先ほど中野委員も言われた、結局この池之上先生なり、もともと大学にいらっしゃった方々を講座の教授として充てるということで、今まで大学が負担していた人件費をこの事業で補うという形になっていると思うのですよね。今後、医員の方、医者をふやして4名が定期的に地域に行かれるということで、そのドクターの人件費も事業で賄っていく。それはそれで効果があると思うのですが、心配なのは、この事業、講座が終わった後、この体制が維持できるというような内容は考えていらっしゃるんですか。

**○緒方医療薬務課長** この大学講座の終わった後、医員が、例えば市町村に行くようなときには、基本的には市町村が給料を払うという形になります。そういうことで、これが終わった後に、やっぱりその先生の費用、人件費という

のは発生をずっとするわけで、私たちは、この4年間では終えたくないなというふうに思いまして、いわゆる、今後は、後年度負担をどうしていくのかというのは、県と市町村で十分協議しながら、この成果を見ながら、ちゃんとできるといいということであれば、そこを十分市町村と協議をしてやっていきたいというふうに思っております。

**○凶師委員** ぜひ今のようなお考えで、講座終了後、医者がまた全部引き揚げてしまったとか、県外に出ていったとかいうことがないような手立てを今から考えられるといいと思います。

**○松田委員長** 今、中野委員、凶師委員の質問に関連します。今回の教授、助教、医員、5名体制のうち、助教3名は自治医大から新たに雇ったということですが、平成25年までの事業期間の中で、この3人の助教たちの雇用形態はどうなっているのでしょうか。正規なのか、非正規なのか。

**○緒方医療薬務課長** 今、基本的には正規職員という形になります。1名は生目台の自治大ドクターがいるということで、彼は研修という形ではありますけれども、基本的にはそういう形で大学として正規で雇用していただくということです。

**○松田委員長** では、そういう今、雇用形態なんですけど、25年度以降に関しては、これから協議ということでは先のこととはわからないという考え方でよろしいですか。

**○緒方医療薬務課長** わからないというよりか、ぜひやりたいというふうに、私たちは大学と一緒に考えているところでございます。

**○松田委員長** その言葉を聞きたかったです。ありがとうございました。

**○水間委員** 2ページ、計画事業の中で、県全

域、そして計画圏域対象と、特に私は小林ですから、9番の小林市立病院の産科再開のための機器整備と。産科医がない、私どもの病院がですね。機器を整備して、そして産科医を呼ぼうという目的だということでお聞きはしていましたが、これはおっしゃるとおり、25年までの経過、4年の中で、大体年度的にどんな、これは自治体で産科医をちゃんと配置すべき小林市の責任なのか、また県も、じゃここまで来たんであれば、機器整備をやるんだから、県のほうもそういう産科医の配置については、県も責任を持っていただくのか、そこあたりをちょっと御説明いただけませんか。

**○緒方医療薬務課長** 医師確保という問題については、県と市町村は連携をしてやっていく必要があると私は思っているところです。そういう意味で、産科医を市町村が確保してくださいよとか、県が確保してくださいよというような問題ではなくて、一緒に確保していきましょう。その一つの形としては、一つは大学から一番出していただくというのが、言葉は悪いですけども、一番早い形にはなるんですけども、大学も医局が非常に厳しい状況の中で、出せるかどうかというのわかりませんので、そこ辺は、やはり十分お互いの情報を持ちながら、じゃ、どういう形だったらこの産科医を確保していけるのかというのを協議しながら、一緒に取り組んでいくということが必要になってくると私は思っているところでございます。

**○水間委員** 今の県の医療薬務課あるいは福祉保健部で、大学の医療講座を含めて、いろいろ医師不足のためにどうにかせんないかんということをやっておられる。だから今、医者の本当の病は何だといったら医者不足だと。そのぐらいの笑い話にもならんような話なので、そのと

きに今の若い先生方の、どんなことを考えておられるのかとか、そういう医療薬務課と、きっと大学も県病院でもいいんですが、先生方と意見交換会とか、どういう今、なぜ医者不足なのか。そういうことで働きやすいのか悪いのか、給料なのか、休みなのか、そこら辺の話し合い的なものをやられたことがあったら教えてください。

**○緒方医療薬務課長** 大学等とは地域医療の協議会等を持っておりまして、そういうような御意見を上野先生だったか、聞くというようなことはございます。学生さんたちとは、例えば、医師修学資金の生徒さんとか自治医大の学生さんとか、そういうことの中からいろいろと意見を聞いております。そういう中で、やはり給料というよりか自分でやりたい、こういう勉強ができる、こういう指導者のもとで働きたい、そういうような希望があります。同じような例を何回も申し上げますけれども、串間市に行かれた先生は、あそこにやっぱり指導医の先生がいらっしゃる。そこで僻地の公立病院の研修とかに行つたときに、その先生にいろいろ指導を受けて、この先生のもとで働きたいというような、そういう希望を持たれて行かれたということで、そういう意味で、若いドクターは、まだ技術を身につけたいという向学心が非常に強いので、そこをいかに満足させてあげられるかということが、医師を確保する上での一つの要因になるんじゃないかというふうに考えているところでございます。

**○水間委員** くどくなりますが、実はまさに私も今病院にかかって、若い先生と話をすると先生、一体何が、給料が不足ですか、350～360時間も働くとよく言われるけれども、どうだと聞くと、いや、給料は私たちはどうのこう

の言いません、働く時間についてもどうのこうの言わない、ただ、今ちょっと言われましたが、やっぱり自分がこうやりたい、こういう自分なりの医療があるんですね。この薬を使いたい、そのときに事務局と医局とどうも話し合いがうまくいかない。それはちょっと薬が高過ぎるとか、そういうことなんだろうと思うのですよ。やっぱりそこらあたりが、今若い先生が、今おっしゃいました勉強したいとか、あるいはカリスマ的な先生のところに行って、まだ行きたい、この先生のもとで研修したいんだとか、そこに何か我々うまく言えませんが、医者と医局とのほざまの中で、医者も、若い先生であればあるほど物が言えない部分があるんじゃないかなと。だから、そういうことが自分の後輩につながって行って、なかなか宮崎病院に来て大変だぞとか、延岡病院に行ったら大変だとか、そんなことがあるんじゃないかと、これは勘ぐった言い方ですけども、それもひとつ考えられます。

それともう一つは、この医者不足というのは、どういったってお医者さんなんですよ。医者が免除を持って国家試験を通つたお医者さんが、やっぱり自分たちがその気持ちにならないと、我々がどう言つたってね。私はそう思うのですよ。我々がどうのこうの医者不足でお金を出そうが、そのお医者さん独自の動いてくれないことにはどうにもならんわけです。そこを各地区に医師会がありますわね、医療圏が。この医師会の先生方をどうにか自治体の長とうまくタイアップさせる。これは平たく言うと、私の地区なんかもそうなんです。西諸圏域。同じ鹿大から全部先生を引っ張つてきて、どこかでも小林がやると、いや、ほかの自治体が、いやいや、うちは小林だけやると先生がおらんようになる

からと引っ張り合いっこですよ。だから、そこらあたりが医師会の先生方とうまくタイアップできる、そこのおぜん立てを県は私はやるべきだと思うのですよ。どうですか。

**○緒方医療薬務課長** おっしゃるとおりだと思います。延岡でもこの計画の中に入っていますが、こういう計画をつくることによって、まさに延岡市の医師会と市町村が、どうするのという形で話し合いを始めたというようなこと、その中に県も入ってやっております。まさにそういうことで、今回もやっぱり小林の方でも、医師会のほうが初期を市立病院で担っていただくような感じになったりとか、そういう意味では、まさに委員が言われるような形でやっていく必要があると思いますので、県として、そういう形でコーディネートできる部分については、積極的にやっていきたいというふうに思います。

**○松田委員長** 課長、もう1点、水間委員が質問しましたそれぞれの研修生が持っているプランニングが医局とかみ合わないという部分、これは何かお答えがありますか。

**○緒方医療薬務課長** 研修内容がかみ合わないというのははっきりわかりませんが、各公立病院では、できるだけドクターの研修とか何とかには行っていただくようにということで、私ども市町村の公立病院と協議会を持ってそういう形で話をしておりますので、できるだけそういうような意思疎通をしていただくようにというお話をしております。水間先生が言われるように、この薬を使いたいとか、そこまでちょっと私どもは把握はできておりませんが、そういうようなことは話があったということは、そういう協議会の中で伝えておきたいと思いません。

**○米良委員** 私も、いろいろ医師の確保対策に

つきましては、今水間委員が指摘されましたように、医師になりたいその人本人の、医療に対する使命感といいたいでしょうか、医療に対する関心といいたいでしょうか、自分が医者になって、この使命感が、ただ治すんだという使命感が、どう地域の医療講座によって高めさせていくかという一つの大きなそれが、まさしく大きな私はねらいだと思うのですよ。そういうことをやっぱり植えつける、研修の中で、そういう講座の中でそれを確立させたら、僕は大成功だと思いますよ。

そこで課長ひとつ、今回16名という数字が出ておりますけれども、例えば県北医療圏でいいますと、まさに入郷、中山間地を控えたところの派遣医療というものも考えていかなきゃならんということ的前提にしますと、16名という募集定員というのは多いか少ないかということは別にして、そういった医療圏を中心として考えたとき、これからの派遣の状況というのを一番私は危惧するんですよ。果たして育ったけれども、そういう中山間地に対する一つの希望といいたいんですか、意欲といいたいんですか、そういうところまで、さっき萩原委員が指摘しましたけど、そこ辺の動向というのが一番私は心配になって仕方がないですよ。そこ辺はどう認識していますか。

**○緒方医療薬務課長** 現在、4ページの一番下に「希望診療科」というのが書いてありますけれども、僻地を23名希望しております。地域特別枠とかそういう医師修学資金に手を挙げられる方は、やはりそういうような総合医というような形で僻地なんかをやっていきたいというようなことを言っております。いろいろと私もドクターの話聞くんですけど、専門に行くにしても、やはり一たん、一回はそういうような総合的な部分を経験するということが、ドク

ターの成長にとっても非常に重要なことだということを先生方はおっしゃいます。そういうような先輩先生方の意見というのを、この地域医療学講座等を通じて学生さんたちに話をすることによって、そういうような地域医療での僻地等の総合医としての、将来は専門に行くかもしれないけれども、そこに行くことが自分のためになるんだよというようなことを、地域医療学講座等を通じて伝えていければなというふうに思っているところです。

○米良委員 それじゃ最後にしますが、1ページの中に、「県北医療圏の現状と課題」という中に、「医療資源の層が薄いという根本的な課題を抱え」ということをうたっていますけれども、まさしくそのことを指しているんじゃないですか。どうなんですか、そこ辺は。

○緒方医療薬務課長 さきの特別委員会でも資料をお出ししましたとおり、宮崎県の場合、地域偏在というのが非常に大きいということで、委員がおっしゃるとおり、まさにそういうようなことで県北地域は開業医の数も少ないし、勤務医の先生方も少ないという全国平均あるいは県の平均より下回っているという状況があります。そういう地域偏在をどうやって解決するかということで、先ほど権藤委員も言われましたけれども、なかなか開業してくれと、そこに行くってくれというのは難しいわけで、開業していただければいいんですけれども、そこにやっぱりいろんな若いドクターであれば、こういうところから派遣をされるとか、高速道路ができれば1時間ぐらいで行けるようになりますので、深夜帯でも1時間で行ければ深夜できるとか、そういうような形も将来的にはできると思っていますので、そういうような形で、地域偏在をそこに行くってくれ、住んでくれというだけではなくて、

やはりそういう形で他の圏域から派遣できるような、そういうのも考えられないかなというふうに思っているところでございます。

○米良委員 今課長がおっしゃるように、やっぱり当事者、医者の方といたしまして、その当事者の皆さんが、積極的なそういう地域医療という一つの重要性をかんがみて、そこでも行きましようというような意識の芽生えてくるような、そういう講座であってほしいなと思いますから、そこ辺も重要視しながら、その講座の成功を祈っております。

○水間委員 この地域講座に、美郷の国保病院がありますが、あれは金丸先生じゃなかったですかね。私はあそこへ一回行って先生の話聞いたんですが、やっぱり今大学生の医学生があそこに研修に、夏場には8人10人行って、先生と寝食をともにしながら地域の皆さん方と交わる。こういう先生をぜひ講座に呼んでいただく、講座の中にそういうシステムはなっているんですか。先生方が入るということはできないんですか。

○緒方医療薬務課長 県内外の講師をできますので、金丸ドクターは非常にそういう形で地域医療に造詣が深くて、言われるように、本当に宮大とか自治医大の学生さんたちがあそこに行って、本当に地域の医療の重要性というのを触発されて帰ってくれています。そういう意味で、そういう講座の中で、金丸先生からそういうような意義とかやりがいというのを語ってもらえるような形はお願いをしていきたいと思っております。

○水間委員 勝手に金丸先生の名前を使いましたけれども、ああいう先生を講師として呼んで、学生を、先ほどの話と一緒にですよ。後は医者になりたいという勉強をする医学生を心から我々



医者としてやらなきゃいけないという教育も、そこでひとつぜひお願いをしたい。部長、よろしくをお願いします。

**○太田委員** 1ページのところで、事業計画の中に、8番目の医療従事者の育児支援というふうにあります。本年度から宮崎病院でこういう院内保育を病後児保育ということでモデル的に立ち上げるという方向で今進んでおられるようですが、これは県北で見たときに、この育児支援というのは、宮崎病院で取り組んでいるのを一つのモデルにしながら、今後そういうのを取り組もうとしているのか。この事業の内容はどんなものですか。

**○緒方医療薬務課長** これは延岡市のほうから上がってき計画なんですけれども、やはり深夜帯なんかにはやっぱり子供さんを預けないといけないとか、そういうような形でドクターだけでなく、看護師さんもいらっしゃいますので、そういう中である特定の保育所なんかをお願いをして、そこから管内にいらっしゃる保育士を交代で来てもらって、24時間で夜間もできるような体制ができないかということで今検討されているということでございます。

**○太田委員** 宮崎県の場合は、病後児保育ということでモデル的にスタートせざるを得なかったのですが、ここの場合はそういう取り決めはまだないと、全体的にということでもいいですか。

**○緒方医療薬務課長** 特に病後児保育に限ったということではなくて、やはり夜間に保育ができないというようなニーズに対して対応できないかということで考えられている事業でございます。

**○太田委員** それから、同じ1ページのドクターヘリの導入についてであります。これは一般質問でもしましたが、こういう体制が整うと

というのは本当にありがたいことなんです。宮崎県の独特な悩みとして、常備消防がないところがありますよね。このドクターヘリが配備された後、実際それを活用するときには、救急消防というか、そういう資格を持った人しかドクターヘリの養成ができないわけですよ。そうすると、常備消防のないところでは、がけ崩れでけが人がおるのに、通行人がドクターヘリを要請することはできないから、何らかの専門家をその現地に派遣させていくという時間的なロスがどうしても出てくるんですよ。そこについて、どうしますかねという悩ましい問題を質問したことがあったんですが、その後、その辺の検討は何かされたことがありますかね。

**○緒方医療薬務課長** ドクターヘリにつきましては、今後、どういう運営をしていくかということで、この前大学と担当者同士の打ち合わせ会をやったところなんですけれども、その部分については、具体的には話が進んでないんですけれども、一つは救急救命士とか救急隊員の検証をやるというのがあるわけなんですけれども、それをやっていくということと、そういう今言われたような、常備消防がないところに対して、どういう形で要請をさせていくのかというのは、今後、消防保安課とも協議しながら、どういう形があるのかというのを十分協議して、間に合うようには結論を出していきたいと思っております。

**○太田委員** ドクターヘリ関係で、これは私もちょっと誤解があっただけかと思うのですが、宮崎大学病院に基地をつくるわけですよ。その場合の県立延岡病院の活用方法として、特段あそこの施設整備を図ることではなく、県立延岡病院の活用については、どんな活用を想定されていますか。

○緒方医療薬務課長 この地域医療再生計画の中では、延岡病院のヘリポートの整備計画も一応入っております。基本的にはドクターヘリで大学病院に運ぶことになろうと思っておりますけれども、そういう意味でヘリポートを整備することによって、延岡病院に運べると思っておりますけれども、延岡病院で処置できない方を逆に宮崎大学のほうに運ぶとか、そういう中で県北は距離がありますので、そういうような活用の方法も検討している、やっていきたいというふうに思っているところです。

○太田委員 最後に、これは萩原委員が質問したことでありますが、医師修学資金の貸与の関係で、私も気になるころではあったんですが、この修学資金というのは、一括口座に振り込むとか、月々振り込んでおられるのか、その関係で、先ほど言われたとおり、このお金は返還をすることではないんですよと、要するにお願いしたいんですよというメッセージを送っておられるということでは安心したんですが、振り込み等であれば、もらうほうはそのままというようなことで、何かそこに医療薬務課といいますか、出しているところと医学生との間での年に1回ぐらいの意見交換会なり、その辺の熱情をお互いに出し合いながらとかいう、そういう関係が振り込みだけではどうも意思疎通ができないのでという思いがあると聞いたことがあります、その辺の対応をもう少し。

○緒方医療薬務課長 やはりおっしゃるとおりで、フェイス・ツー・フェイスでつき合っていないとだめだと思います。そういう意味で、振り込みは毎月毎月振り込んでいるわけですがけれども、少なくとも年に1回は集まって、「地域医療を語る」みたいな形で意見交換をできればいいなというふうに思っております。やっていき

たいと思います。

○十屋委員 1つは事業計画、1ページの下に、先ほど米良委員が言われたんですが、医療資源が県北は乏しいということで、それも皆さんわかっているんですけども、その中で13番の輪番3病院の勤務医の処遇改善、これは現状はどのような状況になっているのかというのが1つと、それから、どういうふうな処遇というのは、医師がふえることが一番改善にはなるんですけど、どういうふうなことを考えていらっしゃるのか。

○緒方医療薬務課長 現在の日向入郷の体制としましては、千代田病院が中心となりまして、当初は千代田と和田と済生会病院が輪番という形で交代交代でやっていたわけですがけれども、和田と済生会病院が医師不足ということで、今は千代田が頑張っているわけですがけれども、ただ、和田、済生会も全くやってないというわけではなくて、当然やっぱり必要なときには、ドクターがおりまして、救急患者を受け入れていただいております。そういうような中で、大体当直手当みたいなのが大体2万ぐらいなんですけれども、ほかのところと比べたらちょっとどうかなという感じがありまして、日向市として、やっぱり何らかの当直手当の上乗せを図りたいというようなことで、当直手当とは別に、救急勤務医手当というような形での手当を創設して、大体1万3,000円とか、夜間であれば1万8,000円ぐらいになろうかと思っておりますけれども、そういうような手当を支給していきたいということで、ドクターの苦勞に報いていきたいというような日向市さんのお考えでございます。それに県としても基金を使って応援をしていきたいということでございます。

○十屋委員 今、銭じゃないぞと、まさにその

とおりのので、わかっていらっしやると思うのですが、勤務医をふやすことが一番最善の方法なので、そのあたりも日向市と、それから病院を含めてですけど、ぜひ県も連携いただいて頑張っていたきたいというふうに思っています。

もう1点は、その上にある県全域対象の中の7番目の、小児夜間電話相談事業の365日間とあるんですが、これは随分前から一生懸命取り組んでいただいているんですけども、これに関する現状はどうなっているのかというのと、いづごろをめどに365日やられるのか。

**○緒方医療薬務課長** 365日化は4月1日から行っております。現在の実績は、1日12件ぐらい相談が来ているということでございます。正確には4月で375件ありまして、30日で割りますと、12.5件の相談があっているということでございます。去年までは土日・休日だけだったんですけども、そういう意味ではやっぱり1日12件ぐらいやっております。それが毎日12件ぐらい来るということは、それだけ相談があるんだなということで実感をしているというようなことでございます。

**○十屋委員** 県としては、先ほどもちょっとあったんですが、この事業全体の中で、将来的にもずっと継続してやっていくというふうに、5年間終わった後も含めてやっていくということですね。

**○緒方医療薬務課長** 今実績でも申しましたとおり、やっぱりそれだけのニーズがあるということでございますので、5年終わった後も、25年以降も、この事業については、継続をしたいというふうに思っています。

**○鳥飼委員** 中身をちょっとお尋ねしますが、それ前にドクターヘリとの関係で先ほど出たんで

すが、ヘリポートとかいろいろ通報の関係については、先ほども御説明がございましたけれども、ヘリポートの整備とか、ドクターの招請とか、ドクターの招請なんかは今準備をどんどんしておられるということでお聞きしているんですが、そのあたりの準備は、現状はどんなふうになっているのでしょうか。

**○緒方医療薬務課長** まさに今年度、ヘリのヘリポートをどこにつくれば一番いいのかということで、そういうような調査を行うという形で、先ほど申しましたけれども、県と大学のほうで今担当者が集まってそういうような調査検討、どういう課題が出てくるのかということで、今協議を行っているという段階で、今年度中にはヘリポートの場所とかは決めていきたいというふうに伺っております。

**○鳥飼委員** 何百カ所とは言いませんけれども、大学病院とか延岡病院とか、いろいろそういうところについては当然、美郷ももうつくっておられるということだそうなんですけど、その地域地域に必要なというふうに思うのですが、そうになると、市町村の協力をいただく、そういうことも大事ですから、その前段階としてそれをことしからやっていこうというようなことで理解してよろしいですか。

**○緒方医療薬務課長** 市町村等のおりられるところは、いわゆる「あおぞら」がおりられることというのは、抽出されております。そこで「あおぞら」であれば大きいので、そこだったら当然ドクターヘリはおりられるわけですけども、ドクターヘリは非常に小型ですので、言うなれば、あぜ道みたいなところでもおりられる。ただ、いろんな航空法等の規定があるんでしょから、そこ辺は私も詳しくまだ調べておりませんが、そういう形で基本的に市町村で

ここにおりるかというのはある程度わかっているというふうに理解しております。

○鳥飼委員 リムジンのおりるところはつかんでいるんでしょうけれども、軽を使うところがまだということですから、そこは非常に軽がとめられるところがたくさんあったほうが臨機応変にできる。ひとつよろしくお願ひしたいと思ひます。

それともう一つは、ドクターヘリを実際に飛ばすめどについて、大まかな段取りと申しますか、そこをわかっておれば御説明いただきたいと思ひます。

○緒方医療薬務課長 ドクターヘリを動かすためには、当然ドクターとか看護師、いわゆる宮崎大学の救命救急センター化も同時に図らないと、ドクターヘリだけ飛ばしても受け入れができないという話になりますので、そういう意味では一緒にやっていくという話になりますが、基本的に今、そういう形で今年度はそういうドクターヘリのヘリポート調査、それとかそういう消防隊の養成をする側の研修事業なんかをやるということで、そういうことを進めていくことによりまして、早くて23年の末ぐらいには飛ばせればというようなことは、以前議会でも答弁しておりますけれども、まだそこは変わっていないんですけれども、そこがまだちょっとどうなるかわかりませんが、目標はそういう形で今やっています。

○鳥飼委員 大変御苦勞いただきますが、よろしくお願ひをいたします。

それと、地域医療学講座についてお尋ねいたします。今回のこの地域医療学講座もすべてなんですけれども、これは自民党政権と申しますか、麻生政権の基金でひょっと出てきた一番いい制度というか施設だなと私評価をしておるん

ですけれど、そういう意味ではこの地域医療学講座も、その基金が決まる前に、そういう県と市と市町村、それと医師会、そういうところが出てやろうじゃないかというような議論もしてましたよね。ですから、ちょうど渡りに船というところがあって、それはそれで大いに評価をする、運営をされていくということは、大いに私ども期待をしているわけですが、大まかで結構なんですけれども、全国の状況、こういうふうな体制で、先ほど十屋委員が言われたように、神の手ではなくて赤ひげのほうを育てる必要があるんだよということで、こういうことをやっているところが何か所かあるというのを聞いたんですけれども、現状を把握している段階でお尋ねします。

○緒方医療薬務課長 平成22年2月現在の状況でございますけれども、42都道府県がそういう講座を持っているということでございます。設定をしてないのが岩手、福島、京都、奈良、和歌山、そして鹿児島というような状況になっております。中身としてはいろいろあるわけですが、例えば、佐賀県なんかでは、やはり同じように安定的な医師派遣の仕組みづくりということで、地域医療を担う医師の育成プログラムを研究したいとか、そういうような本県と同じような目的でやっていきたいというような形もあります。またあるいは、特定疾患とか診療科にかかるものというところもあるやに聞いておりますけれども、そこ辺の詳細はちょっと把握しておりませんが、いろいろなパターンがあるというような状況でございます。

○鳥飼委員 地域医療学講座というので、その科目、中身についていろいろあるということなんですけれども、これは医師不足というのは16年から始まったのが引き金を引いたような感じ

なんですけれども、研修制度でですね。そういう状況は厚労省も十分把握をしていると思っていらっしゃるんですね。ですから、それを志望するお医者さんをどれだけふやしていくかというのが大きな課題で、先ほどからいろいろ出ております。ですから、私、いろいろお聞きするところでは、例えば銚子市民病院が閉院になりましたけれども、あそこではいろんな議論があるけれども、それを再生に向けて引っ張っておったお医者さんたちを、私ども議員も含めて、心ない言葉で批判をする。無理解、そういうものがあって、医師の心を折ってしまうというようなところがあるんじゃないかということをお聞きまして、私どもも大いに反省をしているんですけれども、そういう意味ではお医者さんも人の子ですから、自分の子育てとか教育とかいろんなことを考えておられるという意味では、そういう体制の整備、そして敬意を払って、批判をすることもあってもいいけれども、敬意を払って、定着をしていただくということが大事だろうというふうに思っております。そこで、診療報酬上、診療報酬上にそういう総合医という名目というのをどういうふうな形で表現されているかわかりませんが、それで牽引をしていくといえますか、それもまた非常に大事なことはないかなと思っております。国の動向なり診療報酬上の取り扱いについて、わかっているところがあれば教えていただきたいと思います。

**○緒方医療薬務課長** 総合医の地位といえますか、そういう形で普通のいろんな認定医とかございましてけれども、やっぱり今まで総合医の認定というのがなかなかなかったということで、そういう学会で国というよりか学会では、そういう総合医の認定医みたいな形で、その地位の確立ということをやっつけていかななくてはならない

というようなことを、一つの動きとしては伺っております。私もやっぱりそういうような形で、そういう誇りを持ってやれるような体制づくりというのは必要になってくるんじゃないかなというふうに思っています。診療報酬については、申しわけありませんけれども、ちょっと今情報を持っておりません。

**○鳥飼委員** やはりそういう面でのお医者さんの、先ほどから出ているように、いろんな思いとか、治療上の方針とか考え方とかいうものが最大限尊重されていくということも非常に大事でしょうから、その辺も大事にしておくような必要があると思いますので、ぜひ国にも、認定制度のことを言われましたけれども、行政としてどうやっていくのか、そこをやっぱり推進をしていくべきではないかということで、また機会があれば要請をしていただきたいと思います。

もう一つ、ここに体制の中で教授1名と書いてあるんですけれども、これは日南病院におられた、前は特認教授という表現でしたけれども、その方と同じですか。

**○緒方医療薬務課長** 7月から日南におられた先生が来られるというふうに伺っております。

**○鳥飼委員** わかりました。個別にお伺いをいたしたいと思います。

次に、医師の需給状況調査というのが、先ほど御説明をいただいたんですが、医師の定数については、医師法ですか、前、リーダーのほうからいろいろ教えていただいたんですけれども、そこでベッド数なりそれによって医師の数が決まっていくということなんですけど、現状をまずちょっと教えていただけますか。大体仕組みだけで結構です。

**○緒方医療薬務課長** 病院の医師数につきまし

では、今言われたように、ベッド数等の状況に応じて、基準が定まっております、現在、その基準を下回っている病院はないというふうに伺っているところでございます。

○鳥飼委員 そうすると、医師不足というか、医師が不足しているところはないということですか。そうじゃないですね。

○緒方医療薬務課長 失礼しました。医療補助の定数を下回っているところはあるということで、私の勘違いでございまして、申しわけありません。

○鳥飼委員 病院とかそういうところについては、そういうのができますけれども、医療圏単位ということになると、また新たな考え方、特にそういうシステム、算定方法が確立をされていないということなんですけれども、今からだといいことなんでしょうけれども、概略、課長が今考えておられる範囲で結構なんですけれども、どういう形で調査を進めていって、今は10万人単位しか出ていませんが、というふうに考えておられるのか、お尋ねします。

○緒方医療薬務課長 単に何人不足とかいう問題ではなくて、その疾病構造とか、いろいろとその地域によって特徴があるというふうに伺っております、大学のほうでもやっぱりそういう、ここは糖尿病が多いとか、ここは血圧の高い方が多いとか、そういうような病気の疾病状況も把握しながら、じゃ、ここはこういう消化器内科の先生がやっぱり何人ぐらい必要、脳血管の先生が何人ぐらい必要とか、そういうようなことをやっていきたいというふうに聞いているところでございます。

○鳥飼委員 かなり難しいですね。疾病構造とか疫学調査とか、風土病みたいなものも含めてということですから、それを具体的には疫学の

先生のところに、宮大にお願いをしてやっていくということで、その詰めはこういう形でつくりますというのは、協議はしていられるわけですね。

○緒方医療薬務課長 どういうような形でやるとか、県としても協力できるところはこんなところがあるとか、そういうようなものは調整をしながら、大学と一緒に進めていきたいと思えます。

○鳥飼委員 わかりました。課題がたくさんありますけれども、大いに期待をしておりますので、課長、部長によろしくお願いをいたします。

○中野委員 北部医療圏と都城医療圏の話ですが、この2つとも国費ベース25億円それぞれにお金が国費で使われるということですか。

○緒方医療薬務課長 そうでございます。それぞれの圏域にそれぞれ25億円ごとの基金が今あるということでございます。

○中野委員 それから、再生基金の50億、これも使われる可能性があるわけですか。

○緒方医療薬務課長 再生計画の50億円というのが北部と都城で25、25、合わせて50億円という意味でございます。

○中野委員 この基金が分けて25億ずつという意味ですね。ちょっとエゴをさらけ出して質問したいのですが、都城圏域、これを見ると、計画圏域では8項目あるんですが、そのうち3項目が国立都城病院との関係、それから、医師会病院との関係、大きく分けたらこの医師会病院の云々、それから国立病院を中心にした周産期医療の問題、そしてそこに西諸中核のことも含めてというふうに文書では書いてあるんですが、この西諸域を含めた都城北諸医療圏といううたい文句なんですけれども、現実には、さっきも質問がありましたが、小林市の市立病院の産科再

開のための機器を整備するために、ちょこちょこっと25億円の一部を使うぐらいで、西諸も広いんですよね。ですから、結果的にこの10万人当たりの医師数というのを見れば、都城と西諸は格段の差がある地域なんですよね。全体的にはこの医療不足をどうするかという大きな枠組みの中では、何のための医療圏のお話かなという気がしてならんわけですけども、いかがでしょうか。

**○緒方医療薬務課長** 私どもも、この50億円の話が出てきたときに、私、全圏域でやれるような計画にさせてもらえないだろうかということ国に交渉してきたわけですけども、国としては、やはりモデル的といったらあれでしょうけれども、やはり圏域を2つに限定をした形でやってくれというような指示がございまして、そういう中で、やはりそれだけでは県としては厳しいということで、そういう意味で日向入郷も一体となってますし、西諸も都城と密接に関連をしているということで、西諸も含めた形での計画という形になっているわけですけども、確かに委員が言われるように、西諸の各病院に行く金額とかいうのは確かにあれかもしれないけれども、県としては、全体としてのそういう西諸と都城を一緒に考えた上で、どういう体制を組んでいけばいいのかという、救急隊とか、そこも一緒に含めて考えていきたいと思っております。

**○中野委員** この北諸域を入れれば、さっき言った小林の参加の云々、茶を濁す程度で結果的には終わるんじゃないかなと思うのですよ。それでさっき言われた北部地域においては、入郷地帯の勤務医の処遇改善とか、こういうのがありますよね。せめて西諸地域にもこういう項目があつてほしかったなと思うのですけれども、

というのが、今の医療不足が県立病院も去年の11月現在で医療不足10人とか、そのほかの市町村立の病院では26名でしたかね。かなりの大人数で医療不足があるんですよ。それから、かなりまた医師不足がふえていると思うのですけれども、そういう意味で実際の医局の先生のほうに不足ということは向こうに集約されて、どんどん吸い上げられていってるわけですけども、医局の先生たちは、実際は給料が安いんだそうですね。それでアルバイトしたくてしょうがないという話を聞いたんですよ。それで、えびの市立病院なんかも、水曜日と金曜日だけ勤務するという先生がいるんです。それで医師不足をその曜日だけは確保しているというのが、ほかの病院もかなりあると思うのですよ。それを辛うじて市町村がその分だけの予算をつけているんですけども、県が、県の予算でそういうところにお金を弾んでやれば、医者先生は人が変わるかもしれんけれども、1週間を通せば、ずっと医者がいるという形になると思うのです。だから、アルバイトしたくてしょうがない先生がたくさん医局にいるわけだから、そこに県もお金を市町村に弾んでやってもらえば、医師不足はある程度は解決するかもしれないなど、こういう気がしてならんわけですけども、いかがでしょうか。

**○緒方医療薬務課長** 先ほど申しましたとおり、そういうような医師の地域偏在を解消する一つの方法として、今委員が言われたようなことはあると思います。そういう意味では、地域医療学講座に医員をたくさん入れることによって、例えばそこからえびのの市民病院に行っていたとか、そういうようなことが可能になるかと思えます。そういう意味で、協議会の中で、例えばいろいろとそういうような形はできない

のかとか、そういうような調整を今後していきけるようになればいいのかなというふうに思っているところでございます。

**○中野委員** 県もいろいろ市町村のことを考えていらっしゃると思うけれども、えびのの市立病院と県が云々という方は、過去あんまりなかったような報告を受けておりますので、まめにいろいろと話し合う機会をつくって、そういう対応をしていただきたい、こう思います。

それから、この医療圏で25億円ですが、これは国庫ベースでこういうことだということですから、県も医療不足については、かなりの予算をこれから費やしていかれると思うのですけれども、そういう予算の中では、こういう偏ったことがないように要望しておきたいと思えます。

それから、この前要望した資料のことについて質問していいですか。このもらった資料で、私は、えびのは非常に医師不足とか医療の環境の悪い地域ですので、その点、球磨郡・人吉に必ずかかる患者が多いんですよ。それで人吉・球磨郡の医療圏は、かなりの医師数が多いかなと思ったら、あにはからんや、非常に少ない。熊本県下では中堅クラスというか少ない地域でびっくりしました。びっくりしたということと、それから逆に芦北が272.8人ということで非常に多いんですけども、何か特徴とか理由があるわけでしょうか。

**○緒方医療業務課長** 私もこの数値を見まして、やはり宮崎県と同じように、地域偏在がどこの県もあるんだなというふうに感じたところです。人吉の病院を見ますと、ちょっとホームページを見てみたんですけども、そこはやっぱりいろんな診療科目が多いです。そういう意味で、総合病院という形で運営をされているということで、そういう意味ではえびの方が一部そち

らのほうの人吉のほうに行ってるのかなというように感触を得たところです。それと水俣もそういう意味では水俣市ということですので、具体的には何でこれだけというのは詳しくはわかりませんが、熊本と同じような形で、そういうような医師の集中というのが若干あるのかなというふうには感じます。

**○中野委員** できたら我々が調査されれば、機会があればいいけれども、知らない可能性も大きい、後で協議するわけですが、多いと思えますので、できたら芦北医師会、県内が熊本県でもかなり多い数字ですので、参考になると思えますので、調査をしていただければいいかなと思います。要望しておきます。

**○緒方医療業務課長** 一応状況をちょっと熊本県等に確認をしていきたいと思えます。

**○権藤委員** 提出いただいた歯科保健計画策定状況という表について確認ですが、1つ、やっぱり今回条例化等を念頭に置いたときには、2つの町がえびの市と綾町、こういったものを目指して条例化を全市・町が作成して、それに向かって進んでもらうことをねらいとするのかなというふうに思うわけですが、そういった関係からお聞きしますが、この模範的な2つの市と町のある程度の盛られている内容、例えば、4次の歯科治療のためにどういうことをするのかとか、あるいはフッ化洗口等についてどういうふうなことがうたってあるのかという内容等については掌握をされておればお聞きしたい。

**○和田健康増進課長** 計画そのものを我々もいただいて持っております。綾町のものはわずか1ページなんですけども、歯科保健協議会の中での決定事項を計画として位置づけて、ここにあるこのような形のものなんですけれども、えびのものは、実際に平成15年度から25年度の中で、



中には15項目ぐらい目標値が設定してありまして、基本的に1人当たりの虫歯の本数から始まりまして、おやつを選んでいるかどうかとか、甘いものは食べないようにしているのかとか、そのような人がどれぐらいいるかというような目標値を定めて実行されております。

○**榑藤委員** この15年に全県的に歯も含めた形で計画が作成されていると思うのですが、これは厚労省の法律とか、そういったものの後ろから押している法律等が国の施策としてあったんだろうかという点を。

○**和田健康増進課長** 委員のおっしゃるとおりで、当初は健康日本21計画で始まりましたが、途中で、平成15年5月1日から施行されました健康増進法によって、都道府県が健康増進計画を定めなさいということになっておりまして、市町村につきましては、「定めるようにするもの」という努力義務になっておりますけれども、県はそれに伴いまして、平成12年度に県の計画を定めておりますが、平成17年度に中間評価を行いまして、最終年度を平成24年度に延ばしたために、平成19年度に改定を行って、平成24年度を目標にして今取り組んでいるところでございます。

○**榑藤委員** きょうは求めませんけれども、この2つの歯に対するモデル的な取り組みが盛られているところの結果、例えば、幼児の虫歯治療率が向上したとか、それ以外のところとの比較というところと悪いのですが、そういったこと等について今答えられればあれですが、もしあれであればデータのものを、見方が我々もわからないわけですよ。虫歯なのか、フッ素なのか、8020なのかとか、そういうポイントで、次の委員会でもいいですから、何かやっているところはこんなふうに効果が出ているという検証

ができるような、そういうものを準備していただくとありがたいと思うのですが、いかがでしょうか。

○**和田健康増進課長** おっしゃることはよくわかりましたので、努力をさせていただきたいと思っております。ただ、計画がない市町村につきましても、それぞれで歯科保健協議会とかを年に1度開いて、現状と次にやることというのを対策はされておりますので、計画があるなしで差が出るかどうかわかりませんが、その視点は非常に大事だと思いますので、こちらのほうで検討させてください。

○**松田委員長** よろしくお願ひします。

ほかに質疑はございませんでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○**松田委員長** それではもうありませんので、これで終わりたいと思います。執行部の皆さん、特に医療薬務課長、お疲れさまでした。御苦勞さまでした。

暫時休憩いたします。

午前11時43分休憩

---

午前11時44分再開

○**松田委員長** 委員会を再開いたします。大変お疲れさまでございます。もうしばらくおつき合ひ願ひします。

協議事項の1の調査活動計画についてです。調査計画計画につきましては、前回の委員会において決定いたしました。今回、このような非常事態宣言が出されて、新たな地域でも口蹄疫が発生している状況に配慮いたしまして、7月27・28日予定の県北地区調査を11月の下旬に延期したいと考えています。これによりまして、年間の調査活動計画は、資料1の案のとおりとなります。ごらんいただけますか。この案につ

きまして、何か御意見がありましたらお願いいたします。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

それでは、この案のとおり、今後1年間の調査活動を実施していくことにしたいと思います。御異議ありませんか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○松田委員長 ありがとうございます。それではそのように決定いたします。

次に、県南調査です。8月23・24日実施ですが、こちらのほうは、今のところ予定どおり実施する方向で考えています。

それでは調査日程（案）につきまして御説明いたしますので、資料2をごらんください。

県南調査の候補先としまして、まず23日は日南市役所、都城市役所及び都城市郡医師会病院を挙げております。翌24日、小林市役所、宮崎市消防局、そして宮崎大学医学部を挙げております。てんこ盛りです。このような内容ですが、御意見ございますか。

○萩原委員 人数が多いから、みんなやるというのは、いつも証拠論みたいな気がするんですね。今でも1時間40分かかるんですね、いろんな質問が。昼から移動するわけだから、2カ所、どうかなと思うのですよね。例えば、都城市役所と医師会病院、ここを1カ所に集めて2時間たっぷりとりとるか、少人数だったらいいんですよ。ところが、これだけの人間がみんな聞きたいこともあるけれども、聞けんわけでしょう。ですから、2カ所というのはあまり好ましくないような気がするんですけど。

○松田委員長 わかりました。委員の数に相応して質疑の時間も長くなるであろうということをかんがみると、候補先が多いんじゃないかなろうかというようなことですね。あるいは、候補先

を2カ所を1カ所に集めて、同じ地区であれば、合同でできないかという意見をちょうだいしました。

ほかに御意見ございませんでしょうか。

○権藤委員 その前に、仮に1カ所でやるとした場合には、向こうがどのぐらい来るのかというのがわからんと、どっちが効率的かわからんですね。

○松田委員長 その辺何かありましたら。どうでしょうか。

今、確認しました。まだ先方にはアポはとっておりません。これから皆さん方の御意見をいただいた後に、訪問先を確定したいということですので、ここである程度の指針をお決めいただければと思います。

○萩原委員 口蹄疫がどういう状況になるかわからんと何とも言えないと思うのですね。仮に都城にもこれからどうなるかわからんから、とてもじゃないけど、これが終息の方向にいくんだったら問題ないだろう。例えば都城の市役所の医師会病院、口蹄疫も何もこのままいけば、例えば市役所の職員の関係のない人を医師会病院のほうに呼ぶと。ドクターを呼ぶわけにはいかないから。これはできると思うのです。そこで2時間なら2時間聞く、それは可能だと思います。ドクターが好きなきにきて、課長連中が来たときにちょっと物を言いにくいというドクターはおらんようにあるけど、ドクターもみんな来るんじゃないんだから。できれば1カ所がいいのでは。例えば翌日の宮崎消防局と宮崎大学医学部があるんですけど、宮崎大学医学部のほうに集中して行ったほうがよいと思う。

○権藤委員 都城は統合で、宮崎は消防局を割愛する。

○松田委員長 都城・日南は1時間でしたか。

都城・日南は。

○萩原委員 日南市役所もやっぱり一言ぐらいは聞きたいから。

○松田委員長 宮崎大学に関しましては、午後になるだろうということで、それでこのように24日というふうに書いております。今の意見をいただきまして、候補先の増減、増はありません。加除のほうとか、あるいは合体のほうは、こちらのほうでお任せをいただいてよろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○松田委員長 ありがとうございます。昼食場所については、沿道沿いということですので、希望があればまたお聞かせください。この案で今後詳細に進めさせていただきますが、よろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○松田委員長 では、そのように決定いたします。なお、調査の受け入れや諸般の事情、特に口蹄疫の関係により変更が出てくる可能性があります。その点につきましては、あらかじめ御了承いただきまして、正副委員長に御一任いただきました。ありがとうございます。

続きまして、協議事項3に移ります。7月22日午前10時から次回の委員会を行うことを予定しております。次回委員会での執行部の説明、また資料要求などにつきまして、御意見・御要望はありませんでしょうか。

○鳥飼委員 きょう歯科医師会とやるんですが、県医師会とちょっとでも早目のほうがいいから、もしセットができれば、その日にやっていたほうがいいのかなど。そこも配慮をまた。

○松田委員長 県医師会との意見交換会をという案がありました。いかがでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○松田委員長 では、セッティングのほうを交渉させていただきます。

最後になりますが、協議事項4、その他でございしますが、委員の皆さん、何かありませんか。

では、確認の意味も含めまして、再度、今後の日程についてお話をいたします。

県北地区調査につきましては、11月上旬に延期ということになります。次回の委員会は、閉会中の7月下旬、7月22日木曜日午前10時から予定しております。よろしく願いいたします。以上で本日の委員会は閉会いたします。午後からは社団法人宮崎県歯科医師会との意見交換会を午後1時から開催いたしますので、よろしく願いいたします。

午前11時53分休憩

午後1時4分再開

○松田委員長 ただいまから社団法人宮崎県歯科医師会との意見交換会をさせたいと存じます。

本日は、大変お忙しい中、またこのような非常事態の中に、宮崎県歯科医師会の田島先生を初め、理事の皆様においでいただきました。初めに一言ごあいさつを申し上げます。

私は、この特別委員会の委員長に選任されました延岡市選出の松田勝則です。私ども、この13名がさきの県議会で委員として選任され、今後1年間、調査活動を実施していくことになりました。特にこの委員会の目的に柱の一つであります、歯科保健・健康に関する条例づくりは、大変重要な課題であると考えております。条例制定につきましては、当委員会として調査検討してまいりますので、どうぞ皆様方の御協力をお願いしたいと思います。また、さきの「歯の衛生週間」におきましては、「よい歯のコンク

ル」ですとか、子供たちが大変楽しみにしているイベントがなくなった反面、早速5月21日には、皆様方、歯科医師会のほうから、宮崎県共同募金会へ200万円の募金をちょうだいいたしましたこと、改めて御礼を申し上げます。

それでは、当委員会の委員の紹介でございますが、先に、改めまして延岡市選出の松田でございます。きょうはよろしく願いいたします。

私の隣りが児湯郡選出の松村悟郎副委員長です。

左側から、東臼杵郡選出の米良政美委員です。

都城市選出の萩原耕三委員です。

えびの市選出の中野一則委員です。

宮崎市選出の横田照夫委員です。

日向市選出の十屋幸平委員です。

次きまして右側、宮崎市選出、権藤梅義委員です。

小林市選出、水間篤典委員です。

宮崎市選出、鳥飼謙二委員です。

延岡市選出、太田清海委員です。

宮崎市選出、長友安弘委員です。

児湯郡選出、函師博規委員です。

それでは、社団法人宮崎県歯科医師会の御出席の方の御紹介と、歯科口腔保健条例の必要性などについて御説明をよろしく願いいたします。

**○重城専務理事** 皆さんこんにちは。宮崎県歯科医師会専務理事の重城と申します。どうぞよろしく願いいたします。

では、まずもって本会の代表であります田島逸男会長があいさつさせていただきたいと思っておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

**○田島会長** 皆さんこんにちは。2月に私どもが歯・口腔保健推進条例についての請願をお願いしたところ、早速3月に採択になりまして、

4月にはこの医療対策特別委員会のほうで審議いただけるということで、また本日の機会を設けていただきまして、本当に感謝申し上げる次第でございます。

先ほど、松田委員長からも御案内がございましたように、私どもも、実は、といたしますか、このメンバーは来年3月が任期であります。同じチームで、いろいろな条例を制定するに当たっては、何とか今年度中に制定いただければというふうに思っておりましたところですが、4月になって、本当に口蹄疫の問題で先生方大変今、その現場を視察したり、あるいはその対策で大変お忙しい時期だろうというふうに思っておりますし、本当にこの条例の制定が当初より非常にタイトなスケジュールだというふうに聞いておりましたけれども、順調にいくのか本当に心配をしておりますけれども、私どもも、この口蹄疫につきましては、先ほど松田委員長から御案内ございましたように、金銭的にはせんだって支援をさせていただきましたけれども、さらに当該地区児湯、あるいは今回は本当に終息という形で期待をしておったわけでありましてけれども、先週は都城のほう、あるいは日向、あるいは宮崎市等に飛び火したということで、非常に心配をしております。またさらに、そういう被害を受けられた畜産家の御家族、あるいは聞くところによりますと、いろいろな自衛隊あるいは警察、県外からも非常に体制というか、いろいろな支援、マンパワーもみえてるということをお聞きしておりますけれども、そういう中で、そういう方たちにとっても、何らかの我々の歯科関係の支援ができないかということも検討している次第でございますので、何かそういうお手伝いができることがございましたら、私ども歯科医師会の方にも申しただければありが

たいと思っております。とにかく本日は、それはそれとして、スケジュールの中でこの「歯・口腔保健推進条例」について、一步前身という形できょうは御案内・御説明させていただきたいと思っておりますし、また2本立てになっておりますけれども、1つは子供さんの虫歯、これは本当に全国的にも非常にまん延地帯でありますので、そのこと、そして、高齢者の方を含めた形の障害を持った形のお口の現状、対策、そういったことに対して、本当に健康の維持増進につながるものが、この条例の制定に、我々のバックボーンになると思っておりますので、ぜひとも御尽力、また御理解を賜りたいと思っておりますので、よろしくお願いして、私のごあいさつといたします。本日はよろしくお願いいたします。

**○重城専務理事** 続きまして出席者の御紹介をさせていただきたいと思っております。我々の組織にもいろんな団体がございますけれども、きょうは宮崎県歯科医師会の本会と、もう一つ政治的な活動をする宮崎県歯科医師連盟というのがございまして、その両方から役員を出会させていただきます。その両方の代表を務めます代表の田島逸男会長でございます。

続きまして、本会で地域保健を担当しております旭爪伸二常務理事でございます。

そして、先ほど申し上げました宮崎県歯科医師連盟の理事長を務めております新田敬介理事長です。

そして、同じく連盟の地域保健の担当理事をしております安部善郎理事です。

本日はこのような場を与えていただきまして本当に感謝申し上げます。また、机上のほうに私がつけておりますパールリボンバッジを配付させていただきましたけれども、後ほど担当からも説明が入ってくると思っておりますけれども、

も、我々の歯科医師会では、8020運動というのを皆様御存じだと思いますけれども80歳で20本の歯を残して、健康増進に寄与すると、それとリンクするというか関連して、歯の質ということでお口の健康が全身の健康に関連するということをテーマにして、我々宮崎県歯科医師会が県民に啓発とか活動を行っているその象徴のシンボルでございますので、どうぞ皆様も御活用していただきたいと思います。

では、担当の旭爪常務のほうから早速プレゼンテーションを行わせていただきたいと思いますので、よろしくお願いいたします。

**○旭爪常務** 旭爪でございます。本日はお忙しい中をお集まりいただきまして、そしてこのような機会をいただきましてありがとうございます。これから歯と口腔の健康づくり条例のことに関しまして、歯科医師会の考えというものを御理解いただきたいと思います。プレゼンをさせていただきます。それでは座ってお話しさせていただきます。スライドのほうを先生方はごらんになっていただけますでしょうか。

先ほどから話に出ております、このパールリボンのバッジなんですけれども、いろんなピンクリボンとかオレンジリボンとか、それぞれ有名なバッジがございます。このパールリボンというのは先生方も御存じだったでしょうか。私ども歯科医師会が5年近くになりますけれども、パールリボン運動というものを実施してまいりました。それで、実はこれは歯のことだけではなくて、もちろん歯も白くきれいにとということもありますけれども、ここに書いてございますように、お口の健康を維持増進することが健康寿命を延伸させるということで、パールリボン運動というのは、お口の健康と全身の健康の関連というものの、口の健康を維持すれば体の健康

も維持できるという、そういったことを広めていくための運動でございます。右側のほうに書いてありますけれども、歯の残存数ですね。ゼロ本から4本しかない人、それと20本以上ある人というふうに比べますと、このように医療費が実際安くなっているということで、全国でいるんなところでこのような調査が行われておりますけれども、どこでも同じように、こうやって歯がたくさん残っているほうが医療費も安く済むというふうな結果が出ております。そういったことで、今、歯科医師会としては、平均寿命が82歳ぐらいでございますけれども、実際には健康寿命は76歳ということで、残りの6年間は要介護の時期というふうになるのが現状でございます。それを少しでも減らして健康寿命を延伸させたいというのが、歯科医師会の運動というか、目指しているところでございます。

ここに書いてございますけれども、今なぜ歯科保健、口腔保健の県条例等法整備が必要なのかということでございますが、書いてありますように、「歯科保健・医療の場が、あらゆる世代、あらゆる状況の国民に対し、かつてないほどの広がりを見せている」「口腔機能の保持・増進と健康への寄与に関するEBMが確立され始めた」、それから、「住民参加という新たな地域歯科保健活動の可能性が確立され始めた」というふうに書いてありますけれども、全身と口の健康というものの密接なつながりというものが、ある程度学術的に証明され始めてきたというのも背景にございます。

あと、こちらの4、5、6というのは、ある意味では本音かもしれません。歯科保健に関する法律が分散しているために、一生涯を通じて口腔の健康に取り組まれることがない。どうしても歯科というのは後回しになって、きちんと

取り組んでいただけないということがございます。口腔保健は予防法が十分確立しているにもかかわらず、余り対策がとられない。それから、医療と歯科医療が分業している上に、行政の中でも歯科専門職は少ないということで、口腔保健実施の実効が十分に担保されていないというような事情もございます。

自民党、民主党さんのほうでも、かつて自民党さんのほうでは、「歯科疾患の予防等による口腔の健康保持の増進に関する法律」ということで提出していただいたんですけれども、審議未了のまま廃案になっております。民主党でも検討はしていただいておりますけれども、まだいろんな問題がたくさんありますので、なかなか具体的な検討にまでは至っていないのが現状でございます。

九州の一覧表がここにございますけれども、この歯科に関する県条例というのは、ここに書いてありますように、新潟、北海道、静岡、島根、千葉、岐阜、そして九州では長崎の合計7県で、既に制定されております。宮崎では、このように先生方に審議していただいている次第でございますので、ほかの県でも、これは十分調査した結果でマルがついておるわけではないんですけれども、議会のほうに提出されている県は、今九州では1県となっておりますけれども、ほかの全国的にはかなりの県で検討されているのではないかなというふうに思っております。

先ほど、法律がちょっと分散しているというふうに申し上げましたけれども、ここに母子保健、学校保健、それから労働安全衛生法、健康増進法というのがございます。それぞれ歯科のことに係る法律でございますけれども、なかなか母子保健、学校保健では、ある程度有効な実

施がされているとは思いますが、成人以降、労働安全衛生法、健康増進法の中では、なかなか歯科のことが取り上げていただけていないというのが現状でございます。

これは宮崎県の歯周疾患検診、これは健康増進法に基づく検診でございますけれども、現実にはこのように受診率が5%というところがございます。一番多いところで諸塚村というふうになっておりますけれども、住民の半分近くの方が受診されて高い受診率になっておりますけれども、そのほかでは本当に低い受診率ということで、ここに書いておりませんその他の市町村では、現実には実施すらされておられません。それが現実でございます。

小児の虫歯が先ほど非常に悪いということがお話にありましたけれども、これは実際10代のデータなんですけれども、昔10歳ぐらいでこれぐらいだった、今はここまで下がっていると、平成17年のデータですけれども、確かに下がってはおります。けれども、学校保健法なんかで結局調査されるのは12歳が最後でございます。それ以降のことは、実際には調査もされないし、データもとられない。歯科疾患実態調査以外では、なかなかまとまった調査がないということで、それ以降調べると、このように結果的には悪くなっているというのが実際のところでございます。ですから、子供のころ、幾らよくなったとしても、その後、二十になるまでの成人を迎えるころには、結果的にかなり悪くなっているのが現状だということで御理解いただきたいと思っております。

歯科保健の計画を持つ市町村は、緑色で示してございます。ついていないところは、その計画は持っていない。それから、関係者による歯科の協議の場がある市町村も赤色で示している

ところで、白いところは協議の場がないというふうに調査の結果出ております。県内でも、このように歯科に関する行政の対策というのは、十分きちんと全体でとられているというわけではないということなんです、それとともに、宮崎県でも8020運動推進協議会というのがございますが、これが各市町村と市町村のいろんな協議とリンクして、きちんと問題点が上がってきて、そのことも踏まえた協議がされればいいんですけれども、市町村の場と県の場とは、まだそれぞれ別個にされているというので、なかなか市町村と県との密接な問題点の協議というものがされないというのが現状でございます。

あと、県内のそれぞれ必ずしも共通でないということの一つのデータですけれども、1歳半健診でフッ素の塗布が行われている地区は、この青いところ、紫で示されている地区に限られております。3歳児健診でも、このようにフッ素の塗布をしているところは県北の一部に限られていると。それから、宮崎は1歳半健診から3歳児健診になるに従って急激に虫歯がふえるということで、宮崎市のほうで2歳時健診というのが最初に実施されたんですけれども、それが県内である程度広まってきていて、ここまで今ふえております。2歳児健診を実施しているところがですね。これは法律では定められておりませんので、各市町村の努力で実施されているわけですけれども、それでもされていないところもあるということで、これら1歳半、3歳児のフッ素塗布、それから2歳児健診、どれも行われていない地区というものがこれだけまだ残っているということで、ちょっとお示しさせていただきました。

子供の虫歯に関して、先ほどお話が出ましたけれども、これはちょっと古いデータです。平

成10年にこの辺だったのが、ずっと低迷しておりまして、平成13年に全国でワースト記録をつくりました。その後、ある程度よくはなっております。最下位から10番目ぐらいあたりをうろうろしているのが現状でございます。これは平成19年の都道府県別の虫歯の状況です。3歳児の状況で、宮崎県はここになります。全国平均がここです。これは虫歯になった者のパーセントですけれども、虫歯の本数となると、似たようなところに宮崎県は今位置しているということが現状でございます。

市町村であらわしますと、このような感じになります。一番悪いのが五ヶ瀬、椎葉、南郷町あたりということになっておりますけれども、宮崎県内の平均がここ、全国平均はここということで、全国平均から比べますと、各市町村のデータも平均を下回るというようなことになっております。

宮崎県が少しずつでもよくなったというのは、先ほどからお話ししておりますけれども、宮崎市が独自の保健所、行政区が変わって保健所もできて、非常に虫歯の対策というものに力を入れるようになって、この青いデータ、これが宮崎市のデータですけれども、このように非常に急激に改善されているというのが背景にあると思います。それが背景にあって、どうしても宮崎市のほうは数が、人口も多いですけれども、これだけ差があると、県全体の数値もある程度改善してまいります。けれども、宮崎市以外の地方では、なかなかまだ改善されていないのではないかなというふうに考えております。

これは宮崎県の目標ですけれども、3歳児の虫歯のない者が80%、現実には平成20年で64.9%、80%を超えているところはこの2つの町なんですけれども、宮崎市と周辺である程度改善

されておりますけれども、それ以外では、この目標はなかなかまだ遠いところにあるということです。12歳児の虫歯の本数が、宮崎県の目標、健康みやざき21の目標ですけれども、1本、現実にはまだ2.1本ということで、2倍以上の差があるというのが現状でございます。12歳児の全国平均ですけれども、ここにありますが、宮崎県は、下から10番以内ですけれども、このあたりの位置にいるということです。宮崎県がある程度目標を達すれば、このあたりに来ないといけないわけですけれども、まだまだはるかに遠いということです。

平成20年の12歳の子供が3歳だったころ、宮崎県では下から4番目でした。その3歳の子が9年間たちまして12歳になったときに、このあたりに位置しているということですけれども、実は新潟県は真ん中だったのが1位になっている、佐賀県は最下位だったのが、かなりいいところまで改善しているというのがわかります。佐賀県は、宮崎県が最下位になる前は、ずっと10年間ほど最下位が続いておりました。そのことで、佐賀県は非常に子供の虫歯予防に力を入れられまして、それで努力されて、ここまで改善されたということです。

どういう努力をされたかといいますと、フッ素の応用です。佐賀県が今一番フッ素を利用している、フッ素の洗口している県としては、私どもの歯科界では有名なんです、あと新潟県も以前からフッ素の洗口を幅広く取り入れていると。佐賀県は今50%超えているデータになっておりますけれども、現実には100%小学校でされているということでございます。新潟県でも非常に昔からフッ素の洗口をしているということ、その効果が出ているのではないかなというふうに思っております。



宮崎県の中でも、小学校で10校、中学校で3校、あと特別支援学校で1校のフッ素洗口が実施されております。これも実施に当たっては、非常に各地で大きな反対運動とかいろんなトラブルがありましたけれども、実際に実施された後は、何も問題なく無事に実施が行われているところがございます。児湯郡の特別支援学校も私は行きましたけれども、障がいのある子供さんでもきちんとやっているというのは、現実に見ることができました。

フッ素というのは、小学校のころだけに効果がある、実際やっているときだけに効果があるということではなくて、このように二十になっても差が出ております。ずっと後まで大人になってもフッ素の効果があるということで、歯科医師会としては、この条例の中に、できればただの目標とか目指すものというような理念的なものだけではなくて、このようなフッ素洗口を取り入れるような具体的な条例、効果のある期待できる条例にしたいなというふうには思っております。

あと、職員についてですけれども、これは宮崎県自体が人口の少ない県ですので、ほかと比べていいものかどうかは難しいんですが、現実には福岡2人、佐賀県で2人、熊本県では4人、鹿児島県では8人、沖縄県では10人の歯科専門職、歯科医師と歯科衛生士の合計ですけれども、いと、宮崎県では歯科医師だけしかいないということで、ほかの県に比べてもちょっと見劣りする。特に歯科の大学がありませんので、非常にいろんな情報とか研究を実施する上では、ちょっと不利な点があるんじゃないかなというふうには感じております。これは新しいデータですけれども、そうは変わっていないんですけれども、歯科医師が2つの県でふえております。

私の話はここまでにさせていただいて、あとかわります。

○安部理事 では、これから高齢者についてということかわりますけれども、実は先日、学校健診で、私が担当しているのは鶴戸神宮のそばなんですけれども、鶴戸小学校に行きました。校長先生と話していたら、実はこの地域は小学生は1人なんだと、随分世帯数はあると思うんですけれども、小学生が1人しかいないと言うんですね。「えっ」と言って、「じゃあとはみんなお年寄りですか」と言ったら、「独居老人が多いんです」と。実はそういうのが今、県内で特に人口の少ないところにおいては、それがまともというか、当たり前の状況になりつつあると。ここにどうしても私たちも目を向けていかなくちゃいけないというか、そういう要望が多くなってきたんですね。そのあたりのことを含めてお話しさせていただきます。

これは、私自身の患者さんなんですけれども、随分前なんですけれども、これは居宅、御自宅に行ったときです。下の方が完全なる寝たきり、どちらも寝たきりなんですけど、重症の痴呆ですね。そして、こちらのほうも反応は全くありません。ところが、僕が子供を連れて行ったら、子供に対してはちょっと反応するんです。やっぱり子供というのはエネルギーを持っているんだなと。こういう状況で実は診療しているんですね。

実際に高齢者、寝たきりの方と、そして健康なお年寄りとを比較すると、実は歯肉炎という歯茎の病気、これも、こういう状況ですけれども、大体2.3倍の開きがあると。また、口の中は非常に乾燥しているんですけれども、こういうふうにかばかばの状態があると。これに至っては6.5倍。要するに、なかなか飲み込みが難しい

とか、頻尿でトイレに行く回数が多いと。できるだけ水分を取らんでおこうということになると、どうしてもこういう口の中が乾燥するという状態が生まれるんですね。入れ歯の適合性、入れ歯を入れていけば当然適合できているんじゃないかなと普通思われますけれども、実は3.2倍ぐらい合っていないんですね。合っていない方が3.2倍おられると。口臭に至っては、ほとんど清掃が自分でできていない。こういうべろの上にコケむしているということで、大体27倍ぐらいあるそうです。これが調査の結果として出てきました。

実際に訪問診療はどれぐらいやられているのかというと、宮崎市郡が大半を占めているわけですね。一応県内に8歯科医師会ありますけれども、一応はそれぞれでやっています。日向が一応ゼロとなっていますけど、これは恐らく間違いだらうと思うんですけども、実際はこういう状況ではないと思います。これがこういうユニットを持って行ってやったりするわけなんですけれども、実は西諸から日向、日南、小林、ゼロになっているんですね。こういう器械の貸し出しというのがゼロなんです。当たり前で、結局歯科医師会でこういう器械を持っていないんですね。だから、貸し出しはありません。自前です。非常に苦しいんですけども、自前で持っていくんです。大体こんなので150万から200万します。うちでも買えません。

実は、平成20年から在宅医療推進設備整備事業というのが始まりまして、講習会を受けましたら、その方たちにこのような器械を提供しましょうというのが、国の予算の3分の1、県の予算の3分の1、個人負担の3分の1ということで、360万まで出してくれることになっていました。平成20年、県内の受講者、修了者が9名

います。21年が4名です。そして、23年は本県で担当します。ところが、実際に受講した人たちにこの器械が渡ったのは、21年度に2人1組5台分のみ補正予算を組んでいただいて、どうか今いただいているところです。今年度が幾らになるかはまだ聞いておりません。できるだけ受講された方については、しっかりとそのあたりのフォローをしていただきたいなと思っていますところでは。

他疾患との因果関係、これが最近、非常に脚光を浴びてきています。例えば、ここに出ています血液に入り全身をむしばむと。歯周病の菌というのは、簡単に言えば歯槽膿漏の菌ですけども、これは血管を介して全身に広がっていきます。そうすると、心血管病へ、早産の誘発につながっていくと言われていています。

これは、実は最近、とある病院に行きまして、実際に82歳の男性の脳梗塞の患者さんの口の中の細菌を取ってきて、顕微鏡で見ているところです。これは動いていますけれども、実際の簡単に言えばばい菌です。これは口腔ケア前なんですけれども、こういう形で鞭毛を持った大きな菌もいます。それで、次が、2カ月後はこんなに少なくなるんですね。スピロヘータなんかもありますけれども、菌数としては非常に少なくなってきました。これは口腔ケアといっても、例えば衛生士さんがしょっちゅう行ってやっているわけじゃないんです。これは、病院の看護師さんが実際に教わったことを実行されている結果です。

次が90歳の女性です。脳梗塞。この方も、こういう形で口腔ケア前は細菌がうごめいていますね。これが実際、口腔ケアを実施した後は、ほとんど動く菌も少なくなっていると、こういう形ですね。そして、これが6カ月後というこ

とで、ここに至っては、ほとんど動く菌も少なくなつて、数も少なくなつている。こういう状態が実際には口腔ケアの効果として、菌数が減つた結果は、口の中の口臭がなくなつたり、そして健康が維持されたりということで、変わっていくわけですね。

そのほかに、どういうところに歯周病の細菌が影響していくかというところ、1つは、血管を通してですけれども、それ自体を飲み込んでしまつて実は肺のほうに行っちゃつと、誤嚥という問題が起こります。これは誤嚥性の肺炎ということで、肺炎の中で一番頻度の高い肺炎です。そして、血管を介すると、心臓で心臓弁膜症の方とか、弁に菌がついて問題を起こすと。肝臓、そして子宮、こういったことが深くつながっているということは最近いろいろとわかつてきています。

これは、肺炎にかかる治療費、肺炎というのは非常に高齢者の病気と言われてはいますが、実際の死因となる病気としては4番目の頻度であるわけですが、65歳以上の高齢者に至っては、肺炎は断トツ1位です。そして、それにかかる入院日数というのは、大体ここに書いてありますけれども、54.5プラスマイナス30.9と、これぐらいの日にち入院しなきゃいかん。そして、点数、お金ですけれども、大体168万7,670円ぐらい平均でかかっているということです。これぐらいの費用がお一人でかかっているということなんです。これは宮崎県ですが、同じように推計していくと、大体75歳以上の誤嚥性肺炎にかかる宮崎県の年間の医療費の総額というのは、大体30億円かかるというんですね。このあたりを口腔ケアを充実させていくと、これを幾らか減らしていくことができるだろうと我々は思っております。

実際に口腔ケアをやつたのとやらないの2年間の追跡調査をやりますと、対象群に比べて口腔ケアをやつたほうは、肺炎の発症率というのが明らかに月日を追うごとに広がっていくんですね。これは非常に有名な研究結果でして、世界各国で活用されています。また、インフルエンザ、去年、新型インフルエンザということでも言われましたけれども、実はインフルエンザも口腔ケアをやると、このような形でかなりの10倍ぐらいの違いで発症率が抑えられるんだということが言われております。

これは、がんの治療前に口腔ケアをやろうと、要するにがんであるということがわかつたときに、では手術しますというように単なる即手術にいくんじゃなくて、実際に手術前に口腔ケアを十分にやってみるということをやりますと、合併症は4分の1に軽減すると言われております。こういう合併症、これは口の中の合併症ですけど、口内炎みたいなものとかカンジダと言われるものから、こういうようなものがもちろん減るんですけど、それ以外に、これは頭頸部の進行がんですけど、これを清掃して臨んだ場合としなかつた場合、この術後の合併症のパーセントを見ますと、例えば肺炎もありますし、瘻孔の形成、創部の感染とかいろいろありますけれども、すべてをひっくるめて、片や一方、口腔ケアを術前にやらなかつたところは63.6%、やつたところは16.1%まで発生を少なくできたということが言われております。こういうことですね。これは実は術者は同じなんです、病院の先生は。だから、術者がかわりますと、この数値も変わりますが、術者が同じですので、ほぼ口腔ケアの介入が効果あつたということが言えるんじゃないかと思うんですね。

これは、口腔ケアをやった・やらないでの、いわゆる食事の経口摂取、食事を口から食べる開始日数の違いを出しています。口腔ケアなしの場合は、平均で40.2日かかっていますけれども、ありの場合は、その4分の1、10日ぐらいで経口摂取ができるようになったということです。こういう効果もあるわけですね。これも術者は同じです。

歯周病は、最近、糖尿病と非常に関係が深いと言われていています。糖尿病から歯周病を見た場合、糖尿病の人は歯周病の罹患率が高いですよとか、糖尿病の人は歯周病がより重症化しやすいですよと、こういうことが言われるんですけども、じゃ歯周病から糖尿病を考えたときは、歯周病が重症化しているほど血糖コントロールがよくないと、歯周病の人は糖尿病の罹患率が高い、こうやって言われていますけど、非常に僕らが関心を持っているのは、糖尿病の人が歯周病をしっかり治療すると、ヘモグロビンA1Cが改善するということがわかってきたんです。こういうことを受けて、後ほどまたお話ししますが、糖尿病のクリティカルパスという病院と連携をとった中にも参加していています。

こういったことを受けまして、医療計画というのが県内ではつくられているわけですけども、4疾患5事業、または6事業と言われますけれども、4疾患、がんの医療、がんですね、そして脳卒中、心臓病、そして糖尿病、そういったものに対して連携を図っていきましょうということで考えられた、いわゆる模式図ですね。この中のすべてに口腔ケアなりかかりつけ歯科医、そういうものは、急性期、そして回復期、維持期、すべてに絡むようにつくられております。

いわゆるメタボリック、ここでもちょっと予備軍の方がおられるのかもしれませんが、ウエストが85センチ以上とか90センチ、いや、これは適切じゃないんだ、もう1回見直さないかんのだと、あれやこれや言われていますけれども、今こういう形で動いているところですけども、こういうようなウエストの問題、脂質代謝異常、高血圧、血圧異常、高血糖、こういったことを調べまして、そしてできるだけ脳血管障害とか心筋梗塞につながらないようにしましょうということです。実際に検診判定値というのがあるわけなんですけど、ある数字、このあたりの数字だと保健指導でいいんですけども、それ以上の例えばA1Cが6.1以上になりますと、これはあなたは保健指導のレベルじゃありませんよと、病院に行って治療しなさいという受診勧奨判定値ということになります。こういうようになった方については、特定健診、歯周病検査を一度受けてくださいということを各市町村にお願いしております。こういう用紙をお渡ししているわけですね。

こういったことも歯科医師会の取り組みなんですけれども、実際に歯周病とメタボリック、どうしてそういうような形で歯周病の検査もしなさいと、してくださいというふうにお願いしているかといいますと、実はメタボリックのいろんな、例えば中性脂肪とか空腹時血糖とか、こういうような項目が5つあるんですけども、その中で因果関係があるというのが、善玉コレステロールと血圧について因果関係があったということがわかりました。それと、実は5つ、いろんな検査項目があるわけなんですけれども、そういう関係がたくさん集まるほど、実は歯周病の重症のケースと因果関係があったということがわかっています。だから、例えばメタボリッ

クの検査で、1項目ぐらい問題があったというぐらいでは歯周病と余り絡まないんですけれども、それがここにありますように3つ以上、3つないし4、5個ほどそういうメタボリックの症状を示す項目が出てきますと、実は重症の歯周炎とリンクしていたということがわかっています。

その医療計画にどういう形でこれを実現化していくかと、この計画をですね。それで注目を集めているのが、実は地域連携クリティカルパスという言葉です。これはどういうものかといいますと、つまり病院に急性期に入院しますよね。そして、これは治療を行いまして、ある程度うまくいきますと、転院、退院ということになるわけですけれども、最近は転院という形で回復期の病院に移されるケースが多いですね。そこでいろんな訓練をして、またそこから退院する。今度は退院したら自宅に戻る、または施設に行くという、そういう一連の流れをすべて網羅した形で、その患者さんに最適なものを提供していこうと、こういうのがクリティカルパスというやつです。

地域連携クリティカルパスというわけなんですけれども、今、県内で、例えば県立宮崎病院では、大腿骨の頸部骨折、これの地域連携クリティカルパスというのをつくっております。私のいる県立日南病院では、同じように大腿骨頸部骨折、それと糖尿病、最近ですけれども、宮崎東諸県の医療圏脳卒中ネットワーク協議会というのがありまして、ここで脳卒中についてのクリティカルパスを今進めているところです。計画して進めております。この赤字のところ、実は歯科が参画しているということです。これから、いろんなところでそういう形で参画できるように我々もしていかなきゃいかんと思っ

ているんです。

それを後押しする形で、実は地域医療再生計画ということが昨年度ありまして、実際は結果として宮崎県は25億円、2カ所、延岡地区と都城地区に、この地域医療再生計画として交付金がもらえることになりました。歯科が絡んでいるのは、そのうちの都城です。ここの国立病院機構に歯科・口腔外科というのがあるんですけれども、ここで急性期の口腔ケアの歯科医療について初年度から4年度以降までの計画を出して、事業総額としては大体6,060万円ですかね、そういう形でこれからやっっていこうとしております。

もう1つ、これは今年度から始まったことなんですけれども、在宅歯科医療連携室整備事業ということです。先ほど言いましたクリティカルパス、そういったものを速やかに進められるような体制づくりをしましょうということで、今年度から1都道府県あたり約800万円の補助金が出ることになりました。実際は、それよりも前に既に宮崎県歯科医師会では地域医療連携センター構想というのをつくりまして、8市郡歯科医師会にそれぞれセンター窓口というのを設けております。ここには、在宅訪問診療依頼、医療連携依頼、介護予防依頼、こういう依頼に対して、会員たちがそれにこたえていくということのシステム化を図っています。

私は日南ですので、日南、串間市でのことを言いますと、このセンター窓口、センター協力医として8名歯科医師が登録しています。それと、歯周病検査、先ほどありましたけれども、その結果、受診する医院として、やはり8歯科医院が登録しています。こういう形で、8市郡歯科医師会すべてに、センター協力医、そして歯周病の検査登録医というのが設けられており

ます。そして、去年から協力歯科衛生士というのを、日南の場合は2名、一応設けるようにしております。こういうものがつながって、中央に連携センターという柱を持ちまして、このような訪問診療から介護予防の依頼までこたえていこうというシステムです。

どうしても人材育成とスキルアップということが必要になってきますので、当歯科医師会では、こういうようなネットワーク研修事業ということで、アドバンスコースというのを設けて研修をしております。また、このような活動をしているということを地域の方にお知らせするというので、こういうパンフレットもつくっております。これが登録医の各8市郡の歯科医師会の数ですけれども、合計としてセンター協力医は230人、歯周病の検査の協力医が135名ということになっております。

これは、実は誤嚥性肺炎と栄養失調がもともとの原因なんですけれども、入院されていた方なんですけど、どうしても栄養失調になっているという、いわゆる低栄養の状態というのが、かめないということから起こっているということで、かめるようにしてあげたんですけれども、実はこの方、2週間後にはこうやって歩けるようになったんですね。それまで車いすだったんですけれども、これが2カ月後です。こんなに普通に歩いていると。農作業といいますか、草いじりまで、これは3カ月後なんですよね、退院後。こういうことも実は患者さんによっては起こり得るということなんです。ここにやはり口腔ケアを含め訪問における歯科医療の必要性があるんじゃないかということで、終わらせていただきます。

○松田委員長 ありがとうございます。

では、歯科口腔条例の必要性初め、忌憚のな

い御意見をいただきたいと思います。御発言のほう、委員のほうからよろしく願いいたします。

○太田委員 言葉がわからなかったところもあったものですから、そこ辺から聞きますが、EBMというのは何でしたかね。EBMと言われたんですが。

○旭爪常務理事 「evidence based medicine」です。ただこうすればいいだろうとか、こうすれば患者さんのためになるという思いで医療をするのではなくて、きちっとデータをとって、そのデータからの結果を見て、一番効果的だということが証明された上での医療だと、そういうふうに考えていただければいいと思います。データに基づく医療。

○太田委員 それから、もう1つありますが、歯肉炎の重症度というところでのその説明の中でグラフを示されましたが、そのちょっと関連がわからなかったんですが、歯肉炎の重症度というテーマのところですけど、3ページであります。

○安部理事 歯肉炎、実際は歯周炎なんですけれども、皆さんだと俗に言う歯槽膿漏というふうに思われればいいんですけれども、実はこれはすべてひっくるめて歯周炎でなくて、そのレベルがあるんですね。例えば虫歯でも検査をやると、C1とC2、C3とかいった、御記憶あるでしょう。

○太田委員 介護の問題とのあれがあるのかなと思ったんですけど、グラフと、その図柄との関係がわからないので。このグラフと、これは意味は何かと思ってですね。

○安部理事 要するに、歯周炎というのはどういうのかというのを、実際、寝たきりの人たちの口の中がこういう状況にありますよと、この

グラフとこれがその患者さんだというわけではないです。

○太田委員 そのグラフのほうのこれは、介護がある・なしを含めて、何かオッズ比と書いてあるものですから、これはどういうグラフの意味かなと思いました。このグラフの意味は何ですか。

○安部理事 これは要するに、寝たきりの方と寝たきりでない高齢者がおられますよね。そうすると、寝たきりでない方というのは、やっぱり重症の歯周炎を持っている方というのは少ないですよ。だけど、寝たきりの人だと、2.3倍ぐらいおられるということですね。説明が悪くて済みません。だから、同じように口の中の乾燥、日ごろ健康なお年寄りというのは、おしゃべりしたり歌を歌ったりしていますので、口の中が乾燥することはないんですよ。ところが、寝たきりの人は、反応がない人なんかは口をぱつとあけたまんまで生活されていますし、逆に口から食べることもない人もいっぱいおられますので、そういう人たちは、みんなこういうふうに関口の中がかばかば乾燥しちゃうんですね。だから、それが大体6.5倍ぐらいありますよということですね。

○太田委員 わかりました。もう1つ、最後に、歯の磨き方なんですけど、最後に出た方があんなに変わるといのは、本当に口の中というか、歯というものを本当にきちっとすれば、人生楽しくなりますよという意味も込められていると思いますけど、歯の磨き方で、私自身の経験として、私も虫歯は全然50歳までなかったんですけど、突然虫歯ができたよだということになって初めて歯医者さんにかかりました。そのときに、私の歯を見た看護師さんが「もったいないですね、虫歯になって。全体が白いのに1本だけ虫歯に

なって」ということで、そう言われたときに、ただ、歯の磨き方を教えられたんですよ。歯茎と歯の間を基本的に磨くんですよということ。それを家に帰って実践してみたら、本当に血が出るといいますか、変な血が出るという感じで、こういうところは初めて磨いたなという思いで、それから、さらにまた、歯の悩みというのは全然なくなったんですね、私。本当に気持ちがいいから、やっぱり楽しいんです。振り返ってみると、小学校時代、私、昭和25年生まれですけど、小学校、中学校、義務教育時代に、そういった歯の磨き方というのを教えられた経験は全然なくて、テレビなんかで上・下に磨いているなというのを見て、これが磨き方かなと思って、それをやってきただけのことですよ。看護師さんが教えてくれた磨き方をしたら、本当に気持ちがよくなるぐらいあったものですから、こういう教え方をなぜ今までしなかったのかなという思いがあって、今、学校現場で歯の磨き方というのを、これが本当の磨き方なんですよというのを教えておられるのかなと思って、それをちょっと、自分の体験からして虫歯は減るはずだがなと思ったものですから、磨き方というものを本当に教えられているのかどうか。私は感動しました、50何歳のときに教えられて。ですから、ちょっと聞きたい。

○旭爪常務理事 お答えになるかどうかわかりませんが、今回、歯の衛生週間がありましたけれども、毎年小学校から、歯の衛生週間のときには、歯科医師会の中に専門学校があつて、衛生士さんの卵がたくさんいるんですけども、そういう人たちを派遣して、10数校、歯の磨き方の講習会をやったりとかはしております。毎年たくさんの小学校から依頼が来るんですけども、対応できるところも、こちらも数

が限られているものですから、すべてには対応できませんけれども、特に歯の衛生週間なんかは、そういうふうなことで指導には伺っております。昔は、学校歯科医も歯の検診だけで終わっておりましたけれども、今は学校保健委員会のほうに歯科医の先生も出てくださいというふうなことで呼ばれて、対策を学校の養護の先生と一緒に考えたりとか、あと年に1回ぐらいは学校のほうに歯科衛生士さんと学校歯科医が出向いて、生徒さんたちに歯の磨き方を指導したりとか、そういったことはだんだん広まってきているとは思いますが。私も昭和31年生まれですけども、小学校のころはそういうことはありませんでした。歯の検診するのがせいぜいでしたけれども、だんだんそういう時代も変わってきて、今はそういった指導、予防というものに重点が置かれる。我々歯科医の仕事としてもそうなんですけれども、そのように変わってきているとは思いますが。

**○太田委員** テレビなんかでは、何か上下に磨くのが、そういうものなのかなと誤解してしまうものですから、何か本当に適切な磨き方というのはあるべきだなと思って。

**○安部理事** 実は太田議員が言われた、いわゆる太田議員に合う磨き方と子供たちに合う磨き方は違うんです。気持ちよかったということ自体は、子供たちも同じように感じてもらえると思うんですけども、磨き自体が、いわゆる乳歯だけの歯のときとか、永久歯とまざり合っているときとか、または永久歯だけになって、それがまた高齢になってくるといときには、病気の形が違うんですね。だから、小学校のころは、どちらかという虫歯のほうが多いですけども、結局どんどん年齢とともに、虫歯よりもどちらかという歯周病のほうにリンクして

きますので、それに合わせた磨き方を太田議員の場合は教わったんです。それで血がとまったんです。歯磨き自体というのは、どちらかというと、虫歯予防よりは歯周病の予防に物すごくいいんですね、治療とか予防に。だから、簡単に言えば、小さな子供さんというのは歯周病はお持ちじゃないから、それよりは、さっき言ったようにフッ素を使ったりとかいうほうが効果があるので、大人になった場合は、どちらかという歯茎の病気が多いので、それに合わせた場合はどうしても、そういう歯間ブラシというのがあるでしょう、恐らく買われたと思うんですけども、そういうものとか、歯ブラシの、それに合ったブラシを選びながらやっていくというのが非常に効果があるんです。そこあたりがありますので、今、小学校で教えていないわけじゃなくて、教えているんですけども、それは恐らく違うやり方です。

**○松田委員長** 昭和41年生まれの松田でございます。今、太田委員のほうから、歯磨き、歯周病というようなヒントが出たんですが、私たち歯の健康条例をつくるに当たって、何でこの条例が必要なのかというベースで、歯と今皆さん方のホームページに出している歯周病と糖尿病、あるいは歯の健康と認知症といった因果関係がよく取りざたされるようになりました。その辺の歯の全身に及ぼす影響というのをお教えいただけたらと思います。

**○安部理事** きょうのスライドでもお見せしましたけれども、まだこれらは、最近、一応いろんなチームを組んで研究をやっている分野であろうと思うんですね。これからいろいろとそういう結果が出てくると思います。ただ、明らかに先ほど示した新聞のように、いわゆる出産関係の未熟児の出産が多くなるとか、そういうこ



とは完全に因果関係が言われています。歯周病そのものが糖尿病と関係するということも、これも明らかになっています。そういったことはこれからもっとふえてくるだろうと、ある意味、考え方として見れば当然のこととして、実は体の一部であって、口だけ別個に体から離れて存在するわけじゃないですから、やはりそれは当然のように血はめぐっていますので、そういったことは、これからどんどん立証されていくだろうと思うんですね。そういうことをベースにして、我々も今までそういうことにある意味遠ざかっていましたけれども、そういった医療との連携、総合的に治していく、そうすることによって医療費も下げることができると、そういったところに期待を持ちながら取り組んでいっているということです。

**○松田委員長** 私もちよっと今かみ合わせが悪いものですから、宮崎と延岡を間違えて言ったりするんですが、かみ合わせが全身のまた健康にというようなことも、よく骨格の分野あるいは整体といった方々からも伺うんですが、その分野もやっぱり学術的な裏づけというのはあるものなんでしょうか。

**○安部理事** これもいろんなレベルがあるんですけども、例えばマウスの研究とか、そういうところで、なかなか人間でやるということは難しいんですけども、例えばマウスの実験で有名なのは、要するにかめる状態を崩してしまってやった場合、例えばやわらかい食べ物だけをとらせる場合とか、そういういろんな研究があるんですけども、その中で特徴的なのは、やわらかいえさだけを与えたマウスと、かたい従来のえさばかりを食べていたマウスでは、迷路がありますよね。その迷路に放って、ゴールにえさがあるとしますと、そこにたどり着く時間

が違うんですよ。明らかにかたい食べ物をとっているマウスのほうが早くたどり着くんですね。要するに、学習能力が非常に高いということと言われています。先ほど出ました認知症との関係ということも言われますけれども、そのあたりもこれから、実際にそういう実例というのはいっぱいあるんですけども、それがさっきのエビデンスとして出てくるとは思いますが、そういうことで、ここに手元には今ありませんから、自分で知っていることしか言えませんが、そういうふうな幾つかやっぱりありますね。

**○横田委員** 最初に、言葉を教えてほしいんですけども、齶蝕というのはどういうことなんですか。3ページの一番下の図に載っていますけど。

**○旭爪常務理事** 単純に虫歯のことです。

**○横田委員** 虫歯のことですか。齶蝕と歯周病を持つことで、誤嚥して肺炎になるというようなお話ですけど、肺炎全体の数から考えて、この誤嚥性肺炎の割合というのはどれぐらいあるものなんでしょうか。

**○旭爪常務理事** 先生方の資料では、2枚目の裏のほうの一番上にあると思います。もちろん60歳未満の方でしたら、誤嚥性肺炎というのは、ほんの1割程度だと思いますけれども、70歳以上では6割というふうに言われております。

**○横田委員** 先日、肺炎球菌ワクチンの公的助成をしてほしいということで請願が上がってきて、採択をしたんですけど、結局口腔ケアで誤嚥性肺炎を大幅に減らすことができるということなんですけど、そういう肺炎になる前の手当てによって、医療費、治療費を減らすことができるというのは、行政にとっても大変いいことだと思うんですけど、これまで県としては、こう

いう高齢者の口腔ケアに対する取り組みというのはほとんどなかったということではよろしいんですか。

**○旭爪常務理事** 具体的な取り組みというのはなかつたろうと思います。私ども歯科医師会のほうが、今は会としても力を入れておりますけれども、それまでは各歯科医院の先生が、個人的に努力されている先生が各地にちょこちょこいたということです。例えば宮崎市内でいえば、2つの急性期の病院に、脳卒中の病院に今、歯科が口腔ケアとして介入しているんですけども、大体誤嚥性肺炎が半分ぐらいは減ったというふうに、この2～3年、口腔ケアを続けておまして、半分ぐらい減ったと。それから、抗生物質の使用量も大分減ったというふうなことを院長先生は感じていらっしゃる、担当のお医者さんもそのようにおっしゃっています。けれども、そういうふうに何も無い病院に歯科がぽっと入るということは、普通ない、あり得ないわけですね。入っても、なかなか難しいわけです。けれども、その中に、ずっと脳卒中で倒れて、何とか急性期を救って命が助けられた、じゃこれからリハビリに入りましょうといっても、そのころになると肺炎になって、ぜーぜー言ってリハビリもできないというようなことが多かったわけですけども、それが大分スムーズに入れるようになったということですが、そのようなことが口のケアをすれば改善されるということは、やっぱりお医者さんだつて看護師さんだつてなかなか知らない、感じていらっしゃる。そこで、どうやって歯科を呼べばいいか、口腔ケアを介入してもらえばいいか、我々の受け入れ体制もできていない、そういった時代が長くあったものですから、でも、いろんな先進的な先生たちが口腔ケアに取り組

んで、そういったいい結果、それがエビデンスですけれども、出されて、宮崎県でも取り組んで、病院の先生も必要性を感じて、話し合いの上、介入すると、やっぱり結果よかったというようなことがだんだんふえてきている。そういうふうなことで、県立宮崎病院にしても、口腔ケアをしようとしても、歯科衛生士もいないわけですよ。延岡病院にしても、日南病院にしても、がん拠点病院の国立病院機構の都城病院にしても、常駐の歯科衛生士はいないわけですね。パートの歯科衛生士しかいない。都城は、国立病院のほうはいるかもしれませんが。県立病院は、少なくとも宮崎病院に衛生士が1人パートでいるだけです。そのような状況ですから、口腔ケアに取り組もうとしても人材もいない。歯科医が、我々が口腔ケアとして施設に行こうとか病院に入ろうとしても、それに対する報酬は何らないわけです。そこに、ある程度、インセンティブがないところを、何とか診療に見合う、わずかではありますけれども、報酬を歯科医師会が仮に持つことによって、今何とかしのいでいる、そういうような状況もあります。ですから、こういった条例も後押しにならないかなというふうには期待しているところでございます。

**○鳥飼委員** 二十歳までといたしますか、子供から大人になる、子供のときと大人になった以降のことということで、子供のところはフッ素の問題があつて、いろいろな意見があることも私も承知しておりますが、先ほどの御説明では、虫歯というか、先ほどの齲蝕というか、それをどれだけ少なくしていこう、1本に持っていこう、大人に成人した場合、この3ページの図表で齲蝕と歯周病の全身への影響ということで、普通は口内細菌というのがいるから、朝起きた

らぐるぐるとゆすぎますよね。そして口内細菌、それから齧蝕原因菌というのが、いろんな物を食べた残りかすとかいうので虫歯のもとになる、そのことが歯周病細菌というふうになっていまして、先ほどの御説明を聞くと、大人になった以降といいますか、ある程度になったら、歯周病対策というのが一番の問題ではないかなというふうに私はお聞きしたんですけれども、歯周病菌が全身に回るとか血管に入って回るということなんです、歯周病菌そのものですよね。例えば虫歯があれば歯周病に侵されているなということで、何か深度をはかるやつで、年に1回は行くんですけれども、優等生のほうではあるかなと思っているんですが、年に1回は行くんです。そして、「あんた何ミリになってるぞ」とか「もっとしっかり磨きなさい」とか言われたりして、やかましいというか、やかましくないというか、それぐらいの先生なんですけれども、その歯周病対策というのが余り重要視されていないのかなと。例えば診療報酬上も、これがどれだけ、先ほど言われたような口腔治療といいますか口腔ケアの中で、それが原因のといえますか、対策の中心になるとするならば、診療報酬上もやっぱりそういうふうになっていかないと、インセンティブがきかないと、これはなかなか回っていかないんじゃないかなという気もするんですけど、そこら辺、歯科の部分、私も疎いものですから、現状はどんなふうになっているのか。それから、国の考え方なり、ちょっとさっきありましたけれども、診療報酬上の位置づけとか、それについてちょっと御説明いただくといいのですが。

**○田島会長** 難しい質問が私に回ってくるんですけれども、おっしゃるとおり、診療報酬というものに対してのインセンティブ等なかなか診

療が活発にいかないんですけれども、歯科の診療報酬は、初診とか基本診療というのがあるんですね。初診、再診というのがありまして、検査があつて、処置があつて、半分以上は補綴という義歯とかブリッジとか冠とか、そっちの部分があるんですよ。これが約6割を占めていると思います。恐らく上のほうで2割ぐらい取られて、あとの2割ぐらいが歯周病関係の点数に張りつけられると思うんですけれども、そこは、これも診療報酬の中でいろいろと抑制されましたよね。そのときの第1番目のやつが、やっぱり歯周病関係が圧縮されました。だから、ちょっと私も前段のほうの鳥飼先生の中で、歯周病というのは、初期の段階、自覚症状がほとんどないですよ。だから、多分受診される人たちも、私のところにお見えになったときにはちゃんとお話をするんですけれども、なかなか患者さんとしても後回しになる部分だと思うんですね。そして、何か症状が出たときには、ある程度末期症状というか、そういう形になっていますので、受診された人をというよりも、本当に啓発というか、そういうことをしていったって、初期の段階で予防あるいはケアという形に持っていけないといけないと思っているんですけれども、診療報酬でも、このことは本当におっしゃるとおり、我々日本歯科医師会、我々県の歯科医師会としては、その診療報酬に対しては余り、意見は述べることはできませんけれども、実際に交渉はできませんので、そういう話はいろいろ大臣を通じてやっているんですけれども、その幅がやっぱり限られた予算ですので、そこを広げると補綴部分が圧縮される、あるいはほかの部分が圧縮される形で、やはり結果的には診療報酬を上げていただけると、幅を歯周病に関連するのも広げることができるという形になるの

で、パイが決まっている以上、どうしてもどこかを操作しないと回らないというところはあると思います。お答えというか、これでよろしいですかね。

**○鳥飼委員** 歯周病菌、細菌がよくわからないんですけど、歯茎の中に歯槽膿漏のそういうものができてきて、そこから歯周病菌というのがわいてくるので、イメージでですよ。わからないですけども、それをやっつける例えば薬とか、こういうものでうがいをしなさいとか、そういうのはないんですか。非現実的なんですかね。

**○田島会長** 本当に皆さんワクチン、今回も口蹄疫でもワクチンという形でいろいろとされていますけれども、ワクチンのことは、虫歯についても歯周病についても考えているんですけども、やっぱり科学的にはまだそこまで到達していないというのが現状です。本当に基本に戻りますけれども、歯周病については、ほかの、糖尿病にしても、さっき4病と言いましたけれども、がんはちょっと違うかもしれませんが、脳血管障害にしても、心臓疾患にしても、あるいはメタボのことについても、やっぱり生活習慣ですよ。生活習慣の中で歯周病も起こってくる。ある程度また加齢現象としても出てくるんでしょうけれども、それを防戦するためには、きめ細かな御自身の歯の、今、安部理事が言ったように、歯周病に対する歯ブラシというのを習得するというのは非常に大切だと思うんですよ。それについては、いかんせん公衆的なところで指導するところがないもんですから、成人はですね。子供さんは最近、学校現場で虫歯についてはある程度できるんですけども、大人の方というのは、法律がそういう形になっておりませんし、労働安全衛生法の中にも、働いて

いる皆さん方は、労働安全衛生法の中で歯を除いたほかは全部されていると思うんですよ。年1回、少なくとも胃の透視も含めてされていると思うんですけど、血液検査も含めて、ところが、歯のほうはないんですよ。唯一あるのは、そういう酸とか劇薬を扱うところの職員の方は、お口の中の検診をしなくちゃいけないとなっています。したがって、そういうことを担保するために、法律も欲しいし、あるいは大人になられても、要するに働いている方についても、年に1回はそういうところで検診を受ける、あるいはそういう指導をしてあげるということが、法律上、担保されていないものですから、どうしても最終的な症状が出て、私たちの医療機関に来て初めて知られるという形になると思うんですね。ワクチンについては、なかなかまだ今研究段階だと思っておりますし、夢というか、そうできたらなと思っています。

**○鳥飼委員** 私も行くと、「あんたよく磨いちょつとか」とお医者さんに言われ、わかるわけで、「こんげして磨け」というふうに言われて、しかし、あんまり詳しくは指導されないんですけどね。やはり歯の磨き方で、今言われるように、歯槽膿漏とかその予防になるということですから、そこをもうちょっと、今度あったときは「もうちょっと指導したほうがいいんじゃないんですか」と先生に私も、会長から言われましたよと。

**○米良委員** さっき歯科診療の話も出ましたけれども、ある新聞で、総合病院から歯科の部分がなくなっていく傾向にあるという記事を読んだことがあります。診療報酬のそういう関係だろうと思いますが、一般病院における歯科口腔についての先生たちの理解というか、そこあたりは歯科医師会のほうでは調査したと

か、あるいは情報とか、そういうのは伝わってきていませんか。一般病院の先生たちの口腔ケアに対する認識といたら失礼になるかも知れませんが、関心というか、そこ辺はどうとらえておるわけでしょうか。ただ歯科、歯医者さんだけがそういうふうに叫び求めて、一般の病院の先生たちが特に大きな役割を果たすのに、何かおれたちには関係ないというような、そういう無関心さが出てきているんじゃないかなという話も新聞で見たんですけど、そこあたりは歯科医師会としてはどうとらえていらっしゃるんですか。

**○田島会長** 確かに御指摘のように、病院の中で歯科あるいは口腔外科という部門が閉鎖されているのが全国的な流れです、病院歯科というのが。それはなぜかと思ったら、結局採算がとれないんですよ。病院経営の中で歯科部門というのが採算がとれないから、先にリストラされるというか、閉鎖されるというのが現実です。ちなみに、多分これも初めてお聞きになる先生方もいらっしゃると思うんですけども、初診料、再診料は全く違うんですね。本当に、医科のほうで270点で、我々はやっこぎついで210点ですかね、200点台にあって、つい3月まで184点とか、70点から80点の違い、90点の違いがありました。再診料もそうです。41点と76点ですかね。済みません、ちょっと数字は今覚えていませんけれども、それだけの違いがありますので、初診料と再診料については、規定というのはありません。ほとんど一緒、規定ありません、違いはないんですよ。これをしないと、例えば内科に行ったら血圧をはかれないと初診料が取れないとか、そうじゃありませんので、全く同じように行かれて初診を起こしたときには、点数はその規定の中には全く違いはない、なのに、

なぜこう違うのかということについていつも僕は言っているんです。まさにおっしゃっていただいて、お話しできるんですけども、結局そのことを含めても、随分と歯科のほうの医療費というのは、今33兆か34兆あるんですけども、歯科のほうはこの15~16年、2.5兆でずっと推移しています。だから、シェアのほうも10%以上あったのが、今7%切るかどうかの状況なんですよ。全く一緒の中で、そしてやれと言われても、右肩上がりの中でやれと言われても、一番先に閉鎖されるというのは、採算が合わないということが一つあると思います。で、後段のほうの医科と歯科の連携については、ちょっと譲ります。

**○安部理事** 実際、病院というシステムそのものは、ある意味閉鎖的なんですよ。実は口腔ケアについて、我々は入り込みますけれども、看護師さんは非常に重要性を感じています。ところが、先生はそこに直接かかわりませんので、ここに非常に温度差があるんですね。熱心に、例えばこれは個人的でもあるんですけども、先生から依頼を受けたときには、その先生は非常に関心を持ってきます。ところが、看護師さんから依頼を受けると、先生はほとんど関心を持たないですね。それは僕らがいろいろやっても、看護師さんがやってくれたぐらいしか思わないんです。そのあたりの温度差はあります。僕らが大体病院なんかにかかわっていくときに、看護師でも病棟の長がいますよね。その長をある意味理解していただけると、その病棟は物すごくきれいになります。だけど、隣の病棟は悲惨な状態です。だから、ドクターがまた同じようにそういうような意識を持ってくれる、例えば内科であれば内科はきれいになります。だけど、外科のほうは関心を持たないと悲惨な状態です。それは、何も歯科にかかわったことだ

けじゃないんですよ。実は救急で入られて、退院のときに、その退院のことについて、いろんなところにこれから、先ほどの回復リハの病院に行く、やれ自宅、居宅、または施設とかやるときに、熱心にこれからの行き先を考えてくれる先生もおられるんです。全然考えてくれない先生もいるんです。そうすると、後から非常に患者さんの不満というのは聞こえてきます。だから、やっぱりそのあたりが、今、連携室というのをつくっているんですけども、連携室の先生もどうしても遠慮がちになるんですよ。病棟から直接そういうような個人的なつながりで行く病院にあっせんしたりとか、いろいろとそういうところで病院ごとで感触が違うものですから、僕も訪問はいろんな病院とか施設に行っていますけれども、現実には、そこそこで対応の仕方を変えています。ただ、少しずつは理解されてきていると。そして、実際に口腔ケアの重要性ということ、県病院にも呼ばれて、そこでレクチャーしたことも何度かありますし、日南だったら中部病院というのがありますけれども、そこでもレクチャーしたことがあるんですけども、レクチャーして、そこに院長先生なり何なりが来られて、ちゃんと聞いていただくと、感じが変わってきます。実際の話、それぐらいの違いは出ています。だから、僕らももっと広めないかんのですけどね。

**○米良委員** だから、新聞を読みながら、確かに歯科医の先生方だけでは、この口腔ケアといえますか、それが結局は肺炎になったり、いろんな病気を引き起こしていくという、基本的なそういう原因から考えますと、特にさっき安部先生もおっしゃいましたように、一般病棟のそういうお年寄りのケアの部分、病気を治していく部分からすると、一般病院の先生の役割とい

うのも、決して歯医者さんなんだからおれは知らんというような、そういう無責任な、無意識的なものじゃないかと思うんですよ。だから、そこあたりも条例の中に踏み込むべきかなとか、いろいろちょっとよぎったものですから、だから、一般病院の先生たちの意識、認識というのが協力的なそういうものでなければ、非常にここ辺は、ただ介護するだけの人の役割ではないような気がしてならんものですから、大きなこれは病氣的なものに移行していくわけでしょうから、結果的には、最初申し上げましたような一般病院の先生たち、外科、内科も含めて、病棟におけるそういう認識というのが、極めて私は大事になってくるような気がしたものですからね。

**○安部理事** 一応おっしゃるとおりなんですね。ただ、逆に言うと、ドクターにしてみれば、歯科の先生が何ができるかわからないんです。例えば歯を抜くとか、一般的な治療はわかりますよ、自分がされたことがあれば。だけど、例えばそういうような口腔ケアがどういうものであるとか、先ほどから言われている、いわゆる歯周病の治療というのがどう関係してくるのかとか、要するに歯医者さんはどういうことをしてくれるんだろうということが実はわかっていないのが事実なんですね。それで今回、先ほどの資料の中にもありますけれども、クリティカルパスという、いわゆるそこに歯科が入り込んでいって、一緒に連携をとりながら連絡をとり合ってやっていくことの中で、実はそういうことをお教えすることもできますし、私たちが直接行って、今まで全部、行った歯科衛生士が口腔ケアをやるとか、そういうことをやっても、マンパワー的に少ないですので、無理ですので、実は診断をしていって、そこにリスクの低中高

を決めて、低いリスクの方については主に看護師さんにやってもらいましょう、中リスクの方は半々でいきましょう、そして非常に高リスクの方については、歯科衛生士がそこに深く介入してやっていきましょうという、ある意味、最初に訪問していったときに、そのランク、レベルを振り分ける、スクリーニングする役割を歯科医師がしていかなきゃいかなのかなど。そして、後はそういうような形で提供して行って、実際に実施してもらって、途中でその再チェックをしていく中で、また見直していくということをやっているんじゃないかなというところで、今、我々としては、そういうような研修を行いつつあるところです。

**○米良委員** 最後にしますが、よく私たちは3師会に連絡があって行く場合がありますよね。薬剤師会、歯科医師会、医師会、そういう3師会の中々あたりでは、こういう口腔ケアとか、あるいは歯科口腔の条例についてのいろんなそういう議論というのは、今まで一言もないということではないのでしょうか。あるいは、そういう方向というのは考えていらっしゃるわけですか。

**○田島会長** 御指摘のように、このことについては、県の3師会という形で機会を設けて、ある程度、プレゼンまでいきませんが、紙でちょっとお話をする機会は幾らかあります。そして、今回の条例の制定についても、我々のほうのタイムスケジュールの中に、ある程度、集約された中で県の医師会のほうに報告と要請をすることのスケジュールをとっております。ということで、よろしくお願ひしたいと思ひます。

**○権藤委員** 質問というよりも、条例化に向けて私たちも歯科医師会の要望等は承ってきました

たが、特別委員会として取り組んでいくためにはということで、先進地に、委員長と新潟に行きました。今のような問題で一つ感じたことは、新潟県の場合には、県職員の中に歯科衛生士の資格を持った先生がいっぱいおる。そういう専門の人がいらっしゃる。予算規模とか人口とか、いろいろ県政によって一概にいい悪いは言えないんですが、根本的な説明を聞いた中で、今のようなお話のときに、歯科医師会、医師会、同等ですよというような御説明があったんですよ。それは何でかと聞いてみると、新潟大学の中の歯科衛生コース、あそこに独自に歯科大学があって2つ養成しているんですよ、そんなお話がありまして、市民権といいますか、今言うような医師会を通じていろいろ行政をやるようなところも、何か今本県においては若干問題があるんじゃないかなというふうに私自身は思っているんですが、そういう意味で、非常に昨年の出張の場合の3分の1負担の器具整備、こういったところ等についても、何か行政に届いているのか届いていないのか、わからなかったようなところがあったんですが、そういう問題等についても、今回また条例の問題とあわせて、これだけは言わないかなということも最初から準備をして、そういう今の体制の中が仕方ないのであれば、やっぱり焦点を定めた問題の発信というんですか、そういうことも私たちもまたフォローして、先生方のその時々の問題点を察知するといいますか、そういうことも必要なのかなというような感想を持ったところでございます。

**○松田委員長** 要望ということで。先生方もまた、忌憚ない御意見をいただいて、条例づくりに臨みたいということです。

予定していた時間のほうが参りましたが、ほかに意見のほうはございませんでしょうか。

○重城専務理事 ちょっと申しおくれましたけど、我々役員も先生方と同じく県下に散らばっておりまして、御質問とか要望等がございましたら、また本会のほうに申し出てくださればありがたいんですけども、きょう、もう1人事務局長を同道しておりますので、大羽信吾局長ですけど、どうぞ記憶しておいてもらえるとありがたいと思います。よろしく願いいたします。

○松田委員長 本日は、歯の健康のことから、医師会、歯科医師会といった制度のこと、そして最後は条例に盛り込む案のこと、深く突っ込んだ意見の取り組みができたかと思います。

最後に、いま一度、田島会長のほうから一言いただきまして、この場を締めさせていただけたらと思います。よろしく願いいたします。

○田島会長 本日は、御清聴いただきまして、本当にありがとうございます。まだまだお話ししたいこと、たくさんあるんですけども、時間の関係でこの辺であれですけども、できましたら、まだ数回こういう機会は設けていただけるんですね。ぜひともまた、その機会を設けていただきまして、私どもは万難を排して、郡部に散らばっている役員ですけども、本当に馳せ参じますので、いつでも言っていただければ、また御説明に上がりますので、よろしく願いしたい。ごあいさつとさせていただきます。本当に本日はありがとうございます。

○松田委員長 ありがとうございます。

では、これもちまして、意見交換会を終了させていただきます。

午後2時36分閉会