

医療対策特別委員会会議録

平成22年11月5日

場 所 第3委員会室

平成22年11月5日(金曜日)

午前10時3分開会

会議に付した案件

○概要説明

福祉保健部

1. 救急医療の現状と取り組みについて
2. 災害医療の現状と取り組みについて

○協議事項

1. 県北調査について
2. 歯科口腔保健推進条例（仮称）の要綱案について
3. 次回委員会について
4. その他

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		凶師博規

欠席委員（なし）

委員外議員（なし）

説明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 畝原光男
（保健・医療）

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

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 ただいまから医療対策特別委員会を開会いたします。

せんだって実施いたしました県外調査につきましては、大変お疲れさまでございました。地域医療にかかわる取り組みや歯科口腔保健条例の内容などを直接伺うことができました。今後の委員会活動に反映させていきたいと考えております。

まず、本日の委員会の日程であります。お手元に配付の日程（案）をごらんください。

まず、福祉保健部に、「救急医療の現状と取り組み」について、また「災害医療の現状と取り組み」について説明いただきます。

次に、「歯科口腔保健推進条例（仮称）の要綱案」などについて委員協議をしていただくことになっております。

本日は、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〕

○松田委員長 それでは、そのように決定いたします。

執行部の説明に入ります。

執行部入室のため、しばらく休憩いたします。

午前10時5分休憩

午前10時5分再開

○松田委員長 委員会を再開いたします。

今日は、福祉保健部の皆さんにおいでいただきました。ありがとうございます。

それでは、説明をよろしく願いいたします。

○高橋福祉保健部長 福祉保健部長の高橋でございます。

医療対策特別委員会資料のほうの表紙をめぐっていただきたいと思います。目次をごらんください。

本日の説明事項は、救急医療、災害医療の現状と取り組みについてでございます。詳細につきましては、医療薬務課長から説明させていただきますので、どうぞよろしく願いいたします。

私のほうからは以上でございます。

○緒方医療薬務課長 それでは、私のほうから、救急医療と災害医療の現状と取り組みについて御説明いたします。

資料の1ページをごらんください。

「I 救急医療の現状と取り組み」についてであります。

御承知のとおり、救急医療体制は、初期救急医療体制から第三次救急医療体制まで、救急患者の傷病の度合いによって、それぞれ体制が整備されております。

まず、現状についてですが、1の初期救急医療体制は、主として入院治療を必要としない軽度の救急患者の治療を行うもので、休日夜間急患センターと在宅当番医制がございます。

(1)の休日夜間急患センターは、夜間等に発生した軽症急病患者の医療を確保するため、市町村が設置するもので、現在7つの医療圏すべてで整備されておりますが、表にありますとおり、各センターによって診療科目や診療時間

が異なっている現状であります。

また、表の下の米印は、最近の診療体制の拡充等について記載しておりますので、簡単に御説明をいたします。

まず※1、これは延岡市夜間急病センターですけれども、平成20年7月に、内科と外科が土曜日の14時から18時までの間も診療するように拡大されております。また、21年10月には、内科の土曜日の夜の診療時間が翌朝7時までに拡大されております。

※2の日南市初期夜間急病センターですが、これは平成21年8月から、内科が日曜及び祝日のみから毎日の夜に拡大しておりますけれども、内科と小児科の診療時間が30分縮小されております。

また、※3の日向市初期救急診療所は平成21年4月に、※4の西諸医師会急病診療体制は平成22年4月に、新たに開設されております。

次に、(2)の在宅当番医制ですが、休日の昼間に発生した急病患者の医療を確保するため、市町村が実施主体となって、県内すべての市郡医師会の協力のもと実施されております。実施状況は次のページ、2ページに記載しております。

次に、2の第二次救急医療体制ですが、これは休日または夜間における入院治療を必要とする重症救急患者及び初期救急医療施設からの転送患者の医療を行うもので、病院群輪番制方式と共同利用型病院方式の2つの方式で実施されております。

まず、病院群輪番制方式は、医療圏を単位といたしまして、地域内の病院が共同連帯して、輪番制方式により第二次救急医療を担うもので、宮崎県北部、日向入郷、日南串間、都城北諸県、西諸の5つの医療圏で実施されております。各

医療圏の輪番病院は記載のとおりでありますけれども、日向入郷医療圏につきましては、基本的に千代田病院が担っており、済生会日向病院と和田病院は、可能な限りの対応をいただいている現状であります。

(2)の共同利用型病院方式は、医療圏を単位といたしまして、医師会立病院等が休日夜間に病院の一部を開放し、地区医師会の協力により第二次救急医療を担うもので、宮崎東諸県と西都児湯の2つの医療圏で実施されております。いずれも医師会病院が対応をしております。

次に、3の第三次救急医療体制ですが、初期救急医療施設及び第二次救急医療施設の後方病院として、高度な診療機能を有し、心筋梗塞、脳血管疾患、頭部損傷等の重篤な救急患者の救命医療を行うものであり、県立宮崎病院、県立延岡病院、宮崎大学医学部附属病院の3病院が対応をしております。

4のその他として、救急告示施設がありますがけれども、これは「救急病院等を定める省令」により、施設開設者から知事に対し、救急業務に関し協力する旨の申し出があり、知事が救急病院（診療所）として認定、その旨を告示したもので、平成22年10月現在で68施設を告示しております。各医療圏ごとの告示施設は、次のページ、3ページの上に記載しているとおりでございます。

次に、主な取り組みを御説明いたします。

なお、それぞれの項目の右側に米印をつけているものは、地域医療再生計画に位置づけられた事業であります。

まず、1の初期救急医療体制ですが、(1)(2)にありますとおり、延岡市夜間急病センターの診療体制の強化を図るため、診察室や処置室の増設等の施設・設備整備を行うとともに、

他の医療圏の医師に非常勤等としての協力を仰ぐことにより、医師の確保を図ることとしております。

(3)の都城救急医療センターの整備につきましては、都城市郡医師会病院の移転とあわせて、都城健康サービスセンターも含め、一体的な整備を支援することとしております。

(4)の在宅当番医情報の伝達につきましては、県の総合医療情報システムである「みやざき医療ナビ」で在宅当番医の情報を提供するとともに、各市郡医師会において、新聞紙上での在宅当番医情報の県民への提供を行っているところでございます。

次に、2の第二次救急医療体制についてですが、(1)の共同利用型病院運営費補助金は、同方式を実施している宮崎東諸県と西都児湯医療圏に対し、国庫補助制度を活用しまして運営費の一部を支援しております。なお、病院群輪番制方式を実施している医療圏につきましては、平成17年度から地方交付税により市町村へ財源措置がなされているところでございます。

(2)の特定救急患者に対応する輪番医療機関の機器整備等支援は、現在、県立延岡病院で対応できていない脳血管障害患者及び消化管出血患者の輪番受け入れ医療機関を対象に、必要な施設・設備整備支援を行うものでございます。

(3)の日向入郷圏域3病院の勤務医処遇改善は、日向入郷圏域の第二次救急医療の中心となっている千代田病院、和田病院、済生会日向病院の3病院を対象に、勤務医の救急勤務医手当を対象に支援するものであります。なお、資料には当直手当とありますがけれども、当直手当とは別に救急勤務医手当が支給される場合に対象となりますので、正しくは救急勤務医手当であります。おわびして訂正をさせていただきます

す。

(4) の第二次救急医療機関への医療クラーク採用支援につきましては、県内の第二次救急医療機関の勤務医の負担軽減を図るため、医療事務作業補助者を新たに採用する際の人件費の補助を行うものであります。

(5) の都城市郡医師会病院の整備につきましては、先ほど御説明したとおりでございます。

次に、3の第三次救急医療体制についてであります。

(1) と (2) にありますように、本県の救急医療体制の強化を図るため、救急専用病床の増床や医師・看護師の増員等、宮崎大学医学部附属病院の救命救急センター化を図るとともに、あわせてドクターヘリの導入を行うこととしております。なお、ドクターヘリにつきましては、本年度はヘリポートの適地調査を行い、来年度、ヘリポートの整備を実施し、早くて来年度末の導入を予定しているところでございます。

また、(3) にありますように、県立延岡病院の救命救急センターの増築やヘリポートの整備によりまして、救急部門の体制強化を図ることとしております。

次に、4のその他ですけれども、(1) 及び (2) にありますように、本県の救急医療機能全体の底上げのため、救急医療に従事する医師の研修や看護師のスキルアップ支援を行っております。

(3) の小児救急医療電話相談事業につきましては、平成17年度から実施しておりますが、平成22年度から、これまでの土・日・祝日・年末年始の体制から、平日も含めて毎日実施する体制に拡大をしております。

(4) の訪問救急教室事業と (5) のオンラインリーダー育成・強化事業につきましては、

救急医療の適正受診を図るために、保護者等を対象にいたしまして、小児救急医療の基礎知識や受診のあり方等について講座を開催するとともに、NPO等が行う啓発活動など、地域医療を守る活動に対して支援をしているところでございます。

5ページをごらんください。

次に、「Ⅱ 災害医療の現状と取り組み」についてであります。

現状でございますけれども、災害時における救急患者の受け入れや地域医療機関への支援等を行う病院といたしまして、表にありますように、11病院を災害拠点病院に指定しております。このうち、県立宮崎病院と宮崎大学医学部附属病院は、県全体の災害拠点病院の中核となり、その他の拠点病院の後方支援施設として高度な医療救護活動を行う基幹災害医療センターとして位置づけております。

次に、2のDMATチームですけれども、DMATとは、大地震及び航空機・列車事故といった災害時に被災地に駆けつけ、救急治療を行うための専門的な訓練を受けた医療チームでありまして、基本的に、医師1名、看護師3名、事務調査員1名の1チーム5名程度で構成され、発災後48時間以内の災害急性期に活動するものでございます。平成7年の阪神淡路大震災の教訓をもとに養成が始まりまして、厚生労働省が実施する「日本DMAT隊員養成研修」を修了することがチームの要件となっております。現在、本県のDMATチームは、5ページの下にありますとおり、5病院8チームとなっております。

6ページをお開きください。

主な取り組みについてでございますけれども、1の災害拠点病院の施設・設備整備につつまし

ては、災害時における医療体制を確保するため、備蓄倉庫や受水槽、備蓄用資材等の施設・設備整備に対しまして支援を行っているところでございます。

2の県災害医療従事者研修会は、大規模災害時等に発生するさまざまな多数の傷病者に対応するためには、災害医療従事者の医療技術の習得・向上と、医療関係機関の相互の連携強化を図る必要がありますことから、これら病院等の医師等の関係者が参加する研修会を開催しているところでございます。

3のDMAT体制の整備につきましては、厚生労働省の日本DMAT活動要領に基づきまして、県とDMAT指定医療機関とで協定を結び、災害時における派遣要請及び被災地等での災害医療活動をすることができる体制構築について、現在、検討を行っているところでございます。

この体制構築につきまして、ちょっと御説明をしたいと思います。

まず、6ページの下の方をちょっとごらんいただきたいと思います。この図は、都道府県とDMAT指定医療機関が協定を締結していない場合の図であります。現在、本県はこの体制であります。左側の①のとおり災害が発生しますと、被災都道府県から②のとおりDMATの派遣要請がありまして、③のとおり県からの派遣要請に基づきましてDMATが派遣された場合、派遣に要した費用は、⑥のとおり直接被災都道府県からDMAT指定医療機関へ弁償がされます。しかしながら、(注)に書いてありますとおり、被災県等からの要請がない場合には、費用支弁はされないということが原則となっております。また、右側に書いてありますとおり、被災地でDMAT隊員が負傷あるいは疾病にかかる、あるいは死亡した場合の補償は、この場合にはな

いというような状況になっております。

次に、7ページの下の方をちょっとごらんいただきたいと思います。この図は、都道府県とDMAT指定医療機関が協定を締結している場合の図でございます。6ページと同様に、災害が発生しまして、都道府県からの派遣要請があり、県からの派遣要請に基づき派遣された場合、派遣に要した費用は、まず⑤のDMAT指定医療機関からの費用報告に基づきまして、⑥の県との協定に基づき費用を弁償することとなります。その後、⑦の派遣した都道府県から被災都道府県への求償に基づきまして、⑧のとおり費用が支弁されます。費用負担につきましては、下に書いてありますとおり、災害救助法適用の有無によって国庫補助金等で賄われることになっております。また、右側に書いてありますとおり、DMAT隊員が負傷、疾病にかかる、あるいは死亡した場合は、協定により賠償がされることになっております。

7ページの上の場合は、県内での活動を想定したものでございまして、下の図と同様に、協定に基づき費用が弁償されることとなっております。

先ほど申し上げましたとおり、本県はまだ協定を締結しておりませんが、来年度の早い時期にはこの協定を締結したいと今考えているところでございます。

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、質疑などがありましたらお願いいたします。

○萩原委員 6ページ、都道府県との協定を締結していない場合、このDMATの派遣要請、③で県からDMAT指定機関にDMATの派遣要請と書いてありますよね。この意思決定の手

順はどういう格好になるわけですか。

○緒方医療薬務課長 どのような場合にDMA Tを派遣するかというような、そういうような協定を結ぶ際に、運用要領等を県のほうで定めますので、その中で、こういう場合にはDMA Tの派遣を要請するとか、そういうのを来年度にかけて検討していくというような手順になっております。

○萩原委員 非常に時間を、一秒を争うことになると思うんですね、こういうのは。そのときはトップは知事なんですか、それとも福祉保健部長なんですか。

○緒方医療薬務課長 県の災害本部がありますけれども、その災害本部の下に医療救護班というのがございます。そういうような中で、トップは知事になると思いますけれども、判断は部長、担当部局で判断をしていくということになるかと思えます。

○鳥飼委員 2～3点お尋ねします。最初のほうなんですが、一次、二次、三次の説明があったんですけど、昨年ですか、地域医療計画によると、二次救急のところ告示病院も位置づけがしてあったように思うんですけど、この考え方については、こういうことでいいんでしょうか、きょう説明があったような。

○緒方医療薬務課長 救急告示病院も基本的には入院患者を受け入れるということで、二次救急医療機関として医療計画上は位置づけております。ただ、救急告示病院は、必ずしも受け入れられる体制、常時入院患者が、救急の病床があいていないとか、そういうような形で受け入れが困難な場合もあります。そういう中で、できるだけ責任を持って受け入れていただくというような病院をある程度指定しておりまして、それが共同利用型病院とか輪番制病院というよ

うな形で、二次救急病院の中でもそういうような形で位置づけをさせていただいているということでございます。

○鳥飼委員 だから、やはりきょう説明のあったような形での位置づけにしなくては、大体あの地域医療計画そのものが、あれはちょっとおかしいと私は思っているんですね。告示病院というのは、協力をお願いしますということだけですから。そこでちょっとそういうふうな私の意見に合った説明を課長がしてくれたから、その確認の意味だったんです。わかりました。考え方についてはわかりましたが、そこで、その救急告示施設、二次救急医療体制の位置づけについてはわかりましたけれども、それに対する公的な支援、それは県の地域医療計画では、二次救急医療機関というふうな位置づけがされているわけですね。そうすると、どちらかといえば善意ですよというような形にはなっていますけれども、しかし、実態的には受けざるを得ないところも地域的には出てくると思うんですね。そのときの公的な支援が何かあるのかどうか、それについて、税制上も含めてお伺いいたします。

○緒方医療薬務課長 救急告示施設の場合には、特別にこれといった補助金があるというわけではございませんが、診療報酬で救急医療管理加算とかそういうようなものが、緊急入院を必要とする患者を、入院から7日間を限度として、そういう患者さんを受け入れた場合には救急医療管理加算があるとか、そういう診療報酬上のメリットはございます。先ほど申しました二次救急医療施設の中でも、こういう形で事前に指定をして受け入れてほしいというところをお願いしているところが、先ほど申しました病院群輪番と共同利用型方式でございますけれども、

県の共同利用型の方式については、国県、市町村で3分の1ずつの負担というのがございます。それと輪番制については、交付税措置という形で市町村に全部おりにていますので、市町村のほうから補助金が出ているというような状況でございます。

○鳥飼委員 そういう御説明でしたよね。それと、告示病院、救急医療加算ということですが、告示病院以外でも救急を受けざるを得ない場合というのも当然出てきますよね。その場合の救急医療加算というのはつかないんですか、つくんですか。

○緒方医療薬務課長 加算がつく場合の基準というか対象施設がありまして、例えば、これは大体救急告示施設としてほとんど認定をされておりますけど、地域医療支援病院とか、先ほど申しました救急告示病院、それとか病院群輪番病院とか共同利用型病院というような基準になっておりますので、そこ辺の詳しい、すべてが、たまたま受け入れたところが加算がもらえるかどうかというのは、これを見る限りちょっと難しいのかなという気がしますけれども、詳細は確認します。

○鳥飼委員 わかりました。ちょっと専門的過ぎてごめんなさい。お聞きをしたいのは、そういう救急告示病院であっても、そういうようなことで受けざるを得ないというところがあるものですから、やはりそういう救急医療加算だけではなくて、それなりの支援がないと、例えば医師の配置ももちろん出てくるわけですから、それでは不十分ではないかなということも指摘しておきたいと思います。それは特に結構です。それから、未収金の問題なんですけど、救急告示病院でしたら、どんな患者さんでも連れてこられるという状況がありまして、お金がないか

ら診ないよというわけにはいかないというわけで、これはどこの病院も救急告示病院以外でも多いとは思いますが、とりわけそういうふうな救急的な病院のところについては、それが発生しやすい状況だということなんですが、それについての状況把握は県としてはやっておられるんですか。

○緒方医療薬務課長 それぞれの病院が救急関係で未収金がどの程度あるかというような具体的な数字は今持ち合わせておりません。ただ、そういうような未収金が発生するというようなことで、病院のほうから何とかならないだろうかというようなお話は何っております。

○鳥飼委員 それはかなり前々から来ているだろうというふうに思うんですが、やっぱり未収金のところはかなりダメージになるというようなことも、私は何年か前からお聞きをしております。それで、やはり実態調査というのをやるべきではないかなというのが一つですね。これは問題点の指摘として受けとめておいていただきたいと思います。それから、対策なんですけれども、大きい市町村の場合は難しいのかもしれませんが、どうしても支払えない場合については、医療扶助の適用なりというのも出てくるし、そうすると、救急患者でしたら2～3日とか4～5日、そこがやっぱり医療費がぐんとはね上げるときだと思うんですね。ですから、迅速な適用といいますか、申請行為なり適用なりというのは、それは福祉の実施機関との連携がしっかりとれているかどうかということが大事だろうと思うんですよ。そういう指導はそこまではしておられないかなと思うんですが、ぜひやっていただきたいということで、これはお願いにしておきたいと思います。やはり未収金というのは、かなり重いものがあるよ

うに医療機関からお聞きしますので、そこはやはり実態調査と、それをじゃできるだけ少なくしていくにはどうすればいいのかと。小さい町の救急告示病院だったら受けざるを得ないと、受けて、そして加算は少しはあるものの未収金として残るということだったら、踏んだりけったりというようなことになるものですから、そこは実態として受けとめておいていただきたいと思います。

それと続けてなんですが、例えば先ほどおっしゃった病院群輪番制については、市町村に交付税措置ということですが、例えば北部医療圏で言いますと、県立延岡病院だけなんですけれども、この場合でしたら、延岡市から県立延岡病院に何らかの補助なり支援が行われているということに理解していいのでしょうか。

○緒方医療薬務課長 県立病院の場合には、県の施設なものですから、輪番制方式をとっておりましても、県のほうから、そういう形で応分の救急関係の経費として、一般財源のほうから繰り入れがされているということでございます。

○鳥飼委員 そうしますと、逆に言えば、交付税措置はされていないということなんですね。

○緒方医療薬務課長 市町村のほうに、そうですね。県の分として、県のほうに交付税措置がされているというふうに考えております。

○鳥飼委員 当然県に交付税措置されれば市にはされないということになるだろうと思うんですが、そこで、もう一つ新しい取り組みと申しますが、以前から取り組んでおられる医療クラークについては、かなり期待をすところが大いというのがあるんですけれども、県内の配置の状況というのは何か調査をしたものがありますか。

○緒方医療薬務課長 医療クラークにつきまし

ては、地域医療再生計画の中で平成23年度から取り組もうという形で考えております。救急告示医療機関が68ありますけれども、その中で調査をいたしますと、55名が導入したいというような数字が出てきております。実際今入れているのは宮崎病院とか、そういうので今導入されているというふうには伺っております。

○鳥飼委員 わかりました。55名が導入したいと。現実には宮崎病院とか何カ所かということですね。そこで、医療クラークの処遇なんですかね。宮崎病院で配置されていますけれども、賃金はどの程度なんでしょうか。

○緒方医療薬務課長 済みません。詳しい数字を持っておりません。

○鳥飼委員 これは医療クラークの配置とかいうのも連携しながらやっておられると思いますけれども、やっぱり食っていけないととか、それなりの処遇がされないと、医療クラークとしての職の確立というのももちろん出てくるわけなんですけれども、お医者さんたちから聞くところでは、「ああいう状況じゃ、ちゃんとした医療クラークは来ないよ」というようなことも言われる人もいまして、医療クラークの処遇は、やはりそれなりの専門職としての処遇をやっていくべきではないかなというふうに思っていますけれども、何か考え方とかあるのでしょうか。

○緒方医療薬務課長 今この調査の段階で、どの程度の賃金をもらっているのかということは、昨年度一回調査をしているんですけれども、賃金とか何とか、大体どのくらいの導入をしたいかということで、今回、今おっしゃるような形で、大体どの程度の賃金なのかとかいうのも、もう一回調査したいなというふうに思っています。そこ辺からどの程度の補助が必要なのかとか、全額補助はできませんので、ある程度

導入のための支援という形になりますので、その幾らにすぎないというのでは各病院の判断でございまして、なかなか県のほうから幾らぐらいにすぎないというのでは言えないんですけれども、そこ辺の状況はちょっと把握をしてみたいと思います。

○鳥飼委員 そのときに参考になるのがやっぱり県病院の医療クラークなんですよ、最初導入しているんです。それは、私も確認していませんけど、あんまり大した額ではないというふうに聞いているものですから、やはりそれなりの確立をしていかないと、医療クラークとして配置をしても、十分機能していかないのではないかなというふうに思いますので、そこ辺は十分研究なり検討を加えていただきたいと思います。よろしく願いいたします。

○十屋委員 幾つか御質問させていただきます。まず、3ページの日向入郷圏域の3病院の勤務医の処遇で、先ほど手当のところは救急勤務医手当ということに文字を変えということなんですけど、こここのところの目的としては、二次救急の中で日向のところだけが私立の病院で、あとは公的なところがあるんですが、この勤務医手当に差があったのか、それが目的なのか、それともう一つは、医師確保の意味でこういう処遇改善をされるのか、どちら、もしくは両方一緒なのか。

○緒方医療薬務課長 やはり勤務医、救急医の処遇改善をすることによって、そういうような救急医療を担う医師を確保したいということで、この再生計画の中でこういうような計画を位置づけてあるということでございます。

○十屋委員 それで22年度からなので、ことしからなんですけど、その現状といいますか、大分たっておりますけど、実績としてはどういうふう

うになっておりますか。

○緒方医療薬務課長 現在、交付決定をしておりますので、具体的な実績として、まだ数値として上がってきておりませんので、まだそこは確認できておりません。

○十屋委員 わかりました。次に、4ページの小児救急医療電話相談、これは拡充されたということで喜ばしいですけれども、これの現状、以前に比べて増加したのか減ったのかというのとあわせて、その下の(4)と(5)とあるように、保護者なり親御さんの意識啓発ということも取り組まれていますので、そのあたりで軽症な子供たちを連れていけなくなったのか、それとも相談事業で済まされているのか、そういう状況はどうでしょう。

○緒方医療薬務課長 小児救急医療電話相談事業につきましては、今年度の実績が1日11.5人、昨年度が12.7ぐらいだったと思いますけれども、若干下がってはおりますが、誤差の範囲かなと思います。基本的には、毎日これだけの電話相談があるということで、私どもとしましては、この電話相談については効果が上がっているものというふうに考えております。それと、先ほど言われました訪問救急医療の教室とか、これはドクターのほうにいろんな施設、幼稚園とか保育所、そういうところに行っていて、受診のあり方等について講義をするということで、昨年度は30施設について実施をしております。また、オピニオンリーダーにつきましても、昨年度は5団体、それと今年度は6団体ということで、新たに例えば小林で地域医療を考える会とか、そういうような形でNPO法人の取り組みが行われています。そういう形で取り組みが行われておまして、救急医療に関しては、県からコンビニ受診を控えろと言うよりか、や

やはり住民の中からそういう声が上がってくるというのが非常に大きなことだと思います。ちなみに、そういうような具体的な成果というのは余り出ていませんけれども、県立延岡病院の患者さんが例えば去年、20年度は約3,900人が外来患者さんでおられたんですけども、21年度につきましては3,300人ぐらいの外来患者さん、救命センターですね、600人ぐらい減っているというような形で、そういうような形でコンビニ受診が抑えられてきつつあるんじゃないかなというふうに考えております。

○十屋委員 もう一つ、先ほどのDMATのところで、5ページですけど、災害拠点病院のところで課長の説明は、平成9年3月、この文章の中でいくと、「10病院を指定し」というところで「11」とおっしゃったような気がするんですが、その数字の間違いはないかちょっと確認が一つと、それから、現在、一番下の四角囲いの中に、それぞれ宮崎、都城、日南にDMATがあるんですが、今後、医療圏域の中で、ほかの医療圏域、特に県北も含めて、こういうDMATを編成するような計画があるかないか、県としては、そのことについて先ほど提携をするという方向にいつているんですけど、今後の動きについてちょっとお知らせいただけますか。

○緒方医療薬務課長 先ほど11と申しましたのは、基幹災害医療センターと地域災害医療センターを含めて11ということございまして、15年2月に宮崎大学医学部附属病院が基幹災害医療センターとして指定されましたので、10プラス1ということになったということございまして。それと、DMATチームの新たな動きというのは、確かに県北とかまだないんですけども、そういう動きについては、まだ具体的な動きは聞いておりません。それと、協定等に

つきましては、やはり協定を結ぶときに保険が必要なんですね。こういうような損害賠償、求償するための保険が必要なものですから、その保険に入るための予算という形で、来年度予算という形で財政当局にはお願いをしたいというふうに今考えているところでございます。

○十屋委員 最後に、DMATがない地域は今後予定がないということなんですが、県としては方向性として、財政的な、先ほどの保険も絡んでくるので、どうなるか、ちょっと予算的なものもあると思うんですが、県としては進める方向にあるのか、今後はどういうふうに考えておられますか。

○緒方医療薬務課長 やはりDMATは、それぞれの病院の事情がございまして、医師の状況とか何とかで、県のほうからつくってくださいとなかなか言えないというのが現状ではございます。ただ、県北とか、それぞれ地域バランスというのもございますので、できたらそういう方向でつくっていただくとありがたいかなというふうには思っているところでございます。

○長友委員 このDMATの協定を結んでいる県の全国的な状況というのはどんな状況になっているんですか。

○緒方医療薬務課長 協定締結の都道府県が、平成22年4月現在で35都道府県になっております。ちなみに、九州の県で結んでいないのが本県と沖縄ということになっておりますので、できるだけ早く結びたいというふうに思っているところです。

○太田委員 関連でありますけど、7ページ、6ページにもありますけど、費用の弁償というのがありますよね。これはそういう災害のために動いた場合に費用の弁償が来るということですが、これは例えば診療報酬の部分プラスして何

らかの費用弁償があるのか、支払基金のほうに診療報酬のほうは請求して何か実費としていただくのか、この費用弁償というものの内容はどうなものなんですか。大まかで結構ですけど。

○緒方医療薬務課長 済みません。費用弁償につきましては、その行ったときの旅費とか医薬品とか、そういうもののかかった実費というふうに考えておまして、診療報酬の点については未確認だったので、ちょっと確認をさせていただきます。

○太田委員 わかりました。診療報酬は別であるのかなというふうに感じるわけですが、このDMATを編成した場合、実際こういう動いた人たちというのは、非常に情熱的な人たちというか、そういうチーム編成してされるわけだから、病院の負担になってでもというところもあるやに聞いているんですけど、ただ、5ページにあるように、DMATを編成したということによる何らかの支援、公的な支援とか予算的な支援というものはあるんですか。

○緒方医療薬務課長 現在のところ、具体的な予算、補助的なものはございません。

○米良委員 災害医療、DMATに関連してでございますが、5ページで見る限り、災害拠点病院の一覧表がここに、10とか11、さっき話がありました。このほかに、どこでどういうふうな災害が起こるか分からないということを前提にすれば、大きな個人的な病院ということも、その受け入れ地域の指定ということで考えていいかどうか、そこ辺が一つ。

それから、DMATのチームが、数えると8チームで40名程度いるんですけども、特にこれは厚労省が実施する研修を経た先生たちじゃないとこれに当たられないということなんですね。そうなってくると、果たして宮崎県の場合

は、この程度の皆さんでいいのかどうかという疑問をここでちょっと持つんですが、そこあたりはどうか、どう考えておけばいいのかということですよ。

もう一つは、6ページであります。災害医療従事者研修会の開催ということで2番目に上がっておりますが、研修会を開催しているけれども、本県の場合はどの程度の医師数というのが研修に参加しているものなのか、あるいはまた、今後どういうふうな研修の機会というのが予定されておるものなのか、そこあたり3つお聞かせください。

○緒方医療薬務課長 例えば災害等が起こった場合には、個々の機関、地域災害医療センターが中核となって、DMATがそこにおいて、医療を提供したりとかしますけれども、当然個々の病院だけでは賄い切れないような状況もあるかと思えます。そういうような場合に備えて、各病院から今の空き病床はどの程度あるのか、受け入れ可能性はあるのかどうかというような情報をもらうようなシステムも組んであります。そういうことを見ながら、ここで災害拠点病院はいっぱいになったから、例えばもっと大きな都城の病院とか、そこに搬送するとか、そういうような臨機応変な対応をしていく必要があるというふうに認識しております。

それと、DMATチームについて、今8チームでございますけれども、全体が全国で600チームぐらいあるということでございます。そのうちで大体宮崎県のは100分の1ということでございますけど、6チームということにはなりません。必ずしも6チームでいいとは私どもも思っておりません。先ほども申しましたとおり、県北地域とかそういうところの地域バランスがまだとれておりませんので、研修に行けるよう

な形の、まだこれは予算的にもないんですけども、研修旅費をつけるとか、そこ辺は今後検討をしていきたいなというふうに思っております。

それと、災害医療従事者研修会のドクターの参加人員ですけど、具体的な参加人員は把握していないんですが、大体宮崎大学に委託しまして、大学のほうで毎年、DMA Tの人たちも集めて、災害研修とかそういうようなことをやっております。そういう中で、実際に来ていただいているのは、ドクターとか看護師さんとか、そういう方々が参加しております。それと救命救急士の方々とか、そういうような形で、ドクターだけでは災害医療はやれませんので、そういうようなチームという形で、お互いに顔を知るという意味からも、この研修会でやっているという状況でございます。

○米良委員 課長、研修会に参加している医師の楽観といいますか、希望ではありませんが、研修に参加する意志、そういうのはどう感じてもらえますか。積極的なそういう意志があるのか。

○緒方医療薬務課長 昨年度は、土曜日にやるんですけども、110名の参加がございました。そういう中で、私も一回行ったことがございますけれども、そのときには宮崎空港での航空機事故を想定したDMA T訓練という形で、具体的な事例で訓練を行っております。そういう意味では、ドクター、看護師、皆さん、臨場感を持って前向きに取り組んでいただいているものと考えております。

○松田委員長 課長、もう1点、米良委員から先ほどの質問で3点目、今後このようなDMA T研修の機会はということがありましたが、今後のスケジュール等々はありますか。

○緒方医療薬務課長 この研修会等は引き続き行っていきたいなと思いますし、全国でも研修会等がございます。その辺の研修会にも参加をしていただいて、能力向上等に努めていただきたいなというふうには考えております。

○榎藤委員 DMA Tの延岡は今後どうなるんですか。

○緒方医療薬務課長 延岡のほうは、確かにこれはないということで、できるだけ県としても1チームぐらいあると地域バランスがいいなというふうに思っておりますので、できるだけ希望病院がないか、当たっていければというふうに思っております。

○榎藤委員 医療事情はいろいろあるにしても、日南病院等にも2チームできているということであれば、どういう事故が起こるかわからんわけですから、1チームは最低つくることは現地も認めていると思うんですね。だから、そこら辺で具体案を目指して実現してほしいという要望を申し上げておきたいと思います。

○緒方医療薬務課長 先ほど県立病院の医療秘書がどの程度の金額かということでありましたけれども、非常勤で日額が7時間勤務で5,130円ということだそうです。20日間勤務になると10万2,600円ということ、これが安いかどうかですね。それと、救急医療管理加算につきましては、やはり地域医療の支援病院とか救急告示施設になっていないと受けられないということになっているということです。

○松田委員長 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、御苦勞さまでした。

しばらく休憩いたします。

午前10時55分休憩

午前11時0分再開

○松田委員長 では、委員会を再開いたします。

まず、協議事項（1）県北調査についてであります。

資料1をごらんいただきたいと思います。

県北調査は、来週11月10日水曜日から11日木曜日にかけて1泊2日で実施予定です。前回の委員会におきまして御協議いただきました調査先ですが、ごらんのような日程案を作成しております。

1日目、県議会に9時に集合いただきまして、川南町役場、川南町立川南小学校、そして延岡市役所を訪問いたします。

2日目は、美郷町役場・美郷町立病院と宮崎県医師会を訪問いたします。

この案で御了承いただきたいと思います。よろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○松田委員長 それでは、そのように決定いたします。

次に、画面を用意しております。フッ素洗口についての賛否両論を含んだ映像で5分程度です。参考にごらんいただきたいと思います。

〔放映〕

○松田委員長 以上のような内容でございました。

次に、資料2をごらんいただきたいと思いません。

書記に指示をいたしまして、これまでの委員会活動と今後の予定案を作成いたしました。

まず、5月11日の第1回委員会から、宮崎県歯科医師会との意見交換会、県南調査、県外調査など、これまで6回にわたって調査をしてまいりました。

本日、条例要綱案を御協議いただきまして、

執行部からの意見聴取、11月定例会中の政策条例検討会議に要綱案を提出したいと考えております。

政策条例検討会議において、条例化の必要性が認められ、当委員会が条例案作成ワーキンググループとして決定された場合は、要綱案のほうは、12月3日開催の第6回委員会で決定し、パブリックコメントなどを実施した後に、1月28日に開催いたします第7回委員会で条例案を決定し、2月定例会に上程したいと考えております。

委員の皆様のご意見がございましたら、どうぞよろしく願いいたします。

○鳥飼委員 これはちょっと勉強させてもらえませんか。前もってもらっておけば、ちょっとでも見ておったんだけど、医療のほうは資料をもらっていたから、質問もあんなしてできたけれども。

○松田委員長 中身のことも今後御協議いただきます。では、日程案に関しては、一たん皆さん方お持ち帰りいただくということでよろしいでしょうか。

○権藤委員 日程案もさることながら、あとの骨子だとか、そういうこと等について、中身も当然条例案を、時間があんまりないから、だから、よく添付されている日程以下の資料についての各会派の意思統一をいただいて、次回等には内容の議論が実施できるということで。

○松田委員長 では、それぞれ各会派持ち帰りということでよろしいでしょうか。

では、しばらく休憩をとらせていただきます。

午前11時13分休憩

午前11時18分再開

○松田委員長 委員会を再開します。

日程のほうはお任せをいただきたいと存じます。

次に、A3判の「歯科口腔保健推進条例（仮称）について」をごらんいただきたいと思ひます。

今後推進してまいります歯科保健に係る現状と県の施策、それらを踏まえての条例の必要性、条例要綱案を1枚にまとめました。

まず、1の「歯科保健に係る現状」につきましては、前回の委員会で御協議いただいております。虫歯数は、1歳6カ月児、3歳児、12歳児と、この3つの段階で全国の下位に位置しておるのが本県の現状であります。歯周病と言われる4ミリ以上の歯周ポケットを持つ割合が、本県は40歳代で42.4%、50歳代で約半数の50%になっております。また、歯周病と糖尿病との相関関係、それから幼児期から高齢者まで生涯にわたる歯科口腔の健康づくりに関する法律が制定されていないという現状がございます。

次、2の「県の取組」であります。県としてもごらんのような施策に取り組んでおります。

しかしながら、3の「歯科保健に係る条例の必要性」にありますように、一層の取り組み、歯科保健の大切さについて、県民などにさらなる理解と協力を得るなどの仕組みづくりが必要ではないかと考えております。

下の段、4の「宮崎県歯科口腔保健推進条例（仮称）要綱案」であります。既に制定しております各道県とも条例の項目はおおむね共通しております。要綱案につきましては、各条例を参考に案を作成しております。

次の宮崎県歯科口腔保健推進条例（仮称）の要綱案をごらんいただきたいと思ひます。

要綱案につきましては、本日大枠を御協議いただき、「政策条例検討会議」において、条例化

の必要性が認められ、当委員会が「条例案作成ワーキンググループ」として決定された場合は、12月3日の第6回委員会で決定したいと考えております。

まず、1の目的です。

「① この条例は、歯と口腔の健康づくりに関し、基本理念を定め、県の責務及び保健、医療、福祉、教育等に関係する者等の役割を明らかにするとともに、施策の基本的事項を定め、歯と口腔の健康づくりに関する施策を総合的に推進することにより、県民の健康の保持増進に寄与することを目的とすること。」としております。

条例の制定目的、内容を端的に示したものであります。

2の基本理念であります。

「① 歯と口腔の健康づくりは、すべての県民が自ら歯と口腔の健康づくりに努めるとともに、その居住する地域にかかわらず等しく、生涯を通じて必要な歯科保健医療サービスを受けられることができる環境が整備されることを基本として行わなければならないものとする。」としております。

県民の自主的な努力を促進するとともに、どこに住んでも同じような必要な歯科保健医療サービスを受けられることができるよう施策を推進すべきことを基本理念としております。

次に、3の県の責務であります。

「① 県は、基本理念（以下「基本理念」という。）にのっとり、歯と口腔の健康づくりの推進に関する総合的かつ計画的な施策を策定し、実施する責務を有するものとする。」としております。

県に計画の策定と施策の実施を求めるものであります。

次、4の市町村との連携協力等であります。

「① 県は、施策を策定し、実施するに当たっては、歯科保健サービスを行う市町村との連携協力及び調整に努めなければならないものとする。」としております。

県と市町村は、対等協力関係にあります。このため、連携協力及び調整に努めるとしております。

5の保健、医療、福祉、教育等に関する者の役割であります。

「① 保健、医療、福祉、教育等に関する者は、基本理念にのっとり、県民の歯と口腔の健康づくりの推進に努めるとともに、それぞれの者が行う歯と口腔の健康づくりに関する活動と連携協力するよう努めるものとする。」としております。

歯科口腔保健にかかわる者等の役割を定めたものであります。

6の事業者及び医療保険者の役割であります。

「① 事業者は、基本理念にのっとり、県内の事業所で雇用する従業員の歯科健診及び保健指導の機会の確保その他の歯と口腔の健康づくりに関する取組を推進するよう努めるものとする。」

「② 医療保険者は、基本理念にのっとり、県内の被保険者の歯科健診及び保健指導の機会の確保その他の歯と口腔の健康づくりに関する取組を推進するよう努めるものとする。」としております。

医療保険者とは、全国健康保険協会、健康保険組合などであります。事業者、医療保険者の理解と協力が必要なことから、新たな義務を課すのではなく、自主的な取り組みを促すことを目的としております。

7の県民の役割についてであります。

「① 県民は、歯と口腔の健康づくりに関する知識及び理解を深めるよう努めるとともに、県及び市町村が実施する歯と口腔の健康づくりに関する施策を活用すること及び歯科医師等の支援を受けること等により、自ら歯と口腔の健康づくりに取り組むよう努めるものとする。」としております。

知識と理解に努めていただき、県等の施策の活用を努めるとしております。

8の歯科保健推進計画についてであります。

「① 知事は、県民の生涯にわたる歯と口腔の健康づくりに関する施策を総合的かつ計画的に推進するため、歯と口腔の健康づくりの推進に関する基本的な計画（以下「歯科保健推進計画」という。）を定めなければならないものとする。」

「② 歯科保健推進計画には、次に掲げる事項について定めるものとする。こと。（1）歯と口腔の健康づくりに関する基本的な方針、（2）歯と口腔の健康づくりに関する施策、（3）歯と口腔の健康づくりに関する目標、（4）歯科保健推進計画の位置付け及び期間、（5）前各号に掲げるもののほか、歯と口腔の健康づくりに関する施策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項」

「③ 知事は、歯科保健推進計画を定めようとするときは、あらかじめ、県民、市町村及び歯と口腔の健康づくりに関する学識経験者等の意見を反映することができるよう必要な措置を講じなければならないものとする。」

「④ 知事は、歯科保健推進計画を定めたときは、これを公表するものとする。」

「⑤ 知事は、歯科保健推進計画における施策の進捗状況を踏まえ、必要に応じて歯科保健推進計画の見直しを行うものとする。」

「⑥ ③及び④の規定は、歯科保健推進計画の変更について準用するものとする。」としております。

知事に歯科保健推進計画の策定を義務づけることにより、総合的かつ計画的な施策の推進を図るものであります。また、策定、変更に際しては、県民等の意見の反映を求めています。

続きまして、9の市町村に対する情報の提供及び支援等であります。

「① 県は、市町村が歯と口腔の健康づくりに関する計画を策定し又は施策を実施しようとするときは、その求めに応じて情報の提供及び専門的又は技術的な支援等を行うものとする。」としております。

「その求めに応じて」としておりますのは、県と市町村が対等協力関係にあることから規定しております。

次に、10の基本的施策の実施であります。

「① 県は、歯と口腔の健康づくりを推進するため、基本的施策として、次に掲げる事項を実施するものとする。こと。(1) 歯と口腔の健康づくりの推進に資する情報の収集及び提供並びに歯と口腔の健康づくりに関係する者の連携体制の構築に関すること。(2) 市町村が歯科疾患の予防対策を行う場合、その実施に当たり必要な措置に関すること。(3) 市町村等が行う母子保健に関する事業、学校保健に関する事業、高齢者の保健に関する事業その他保健に関する事業との連携に関すること。(4) 乳幼児、障がいのある者、介護を要する者その他特に配慮を要する者に対する歯科保健医療サービスの確保に関すること。(5) 歯と口腔の健康づくりに携わる者の資質の向上に関すること。(6) 歯と口腔の健康づくりの推進に資する調査研究に関すること。(7) 歯と口腔の健康づくりに関する普及

啓発に関すること。(8) 8020運動(80歳で自分の歯を20本以上維持することを目的とした取組をいう。)の推進に関すること。(9) 前各号に掲げるもののほか、歯と口腔の健康づくりを推進するために必要な事項に関すること。」としております。

県の基本的施策として取り組む事項を列挙したものであります。補足いたします。(1)は情報の収集、提供、関係者との連携構築、(2)は市町村が歯科予防対策を行う場合、必要な措置を実施すること、(3)は各事業との連携を講じること、(4)は特に配慮が必要な方の保健医療サービスの確保、(5)は研修制度、(6)は調査研究の実施、(7)は啓発事業の実施、(8)は8020運動の推進、(9)はその他必要な施策であります。

11の歯の衛生週間であります。

「① 県民の間に広く歯と口腔の健康づくりについての関心と理解を深め、県民が積極的に歯科疾患を予防する意欲を高めるため、歯の衛生週間を設けるものとする。」

「② 歯の衛生週間は、6月4日から同月10日までとする。」

「③ 県は、歯の衛生週間の趣旨にふさわしい事業を実施するよう努めるものとする。」としております。

既に認知されている週間ではありますが、法律上の位置づけがされていないため、条例に規定したものであります。

12の財政上の措置であります。

「① 県は、歯と口腔の健康づくりに関する施策を推進するため、必要な財政上の措置を講ずるよう努めるものとする。」としております。

13の施策の実施状況の公表であります。

「① 知事は、毎年、県が講じた歯と口腔の健康づくりに関する施策の実施状況について、その概要を公表するものとする。」としております。

14の施行期日であります。

「この条例は、公布の日から施行するものとする。」としております。

以上です。委員の皆様の御意見がございましたらお願いいたします。

先ほども申しましたが、次回委員会で要綱案を決定したいと考えております。いかがでしょうか。

では、先ほど御意見をいただきましたように、各会派持ち帰りの上、宿題ということにさせていただきますたいと思います。

この後、整理をした上で、執行部への意見聴取、政策条例検討会議に提出、説明をしたいと考えております。委員の皆様、よろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○松田委員長 次に、協議事項（3）次回委員会についてであります。

次回委員会は、12月3日金曜日に行うことを予定しておりますが、執行部への説明、資料要求について、何か御意見、御要望はございませんか。

特にないようですので、次回の委員会の内容につきましては、正副委員長に御一任をいただきたいと存じますが、よろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○松田委員長 それでは、そのような形で準備をさせていただきたいと存じます。

最後になりますが、協議事項（4）その他でございしますが、委員の皆様から何かございせんか。

それでは、次回の委員会としての活動は、11月10日から1泊2日の県北調査、9時に県議会に集合となっております。よろしくお願いいたします。

各会派の御意見ですが、議会の開会日、11月18日ぐらいまでに書記のほうにお出しいただければ大変ありがたく存じます。

それでは、以上で本日の委員会を閉会いたします。

午前11時32分閉会