

生活福祉常任委員会会議録

平成19年10月3日

場 所 第1委員会室

平成19年10月3日（水曜日）

県立富養園

午前10時0分開会

園長代理 小川泰洋
事務長 田中直道

会議に付託された議案等

○議案第14号 平成18年度公営企業会計決算の
認定について（継続議案 平成
19年9月定例会提案）

事務局職員出席者

政策調査課主幹 斉藤安彦
議事課主任主事 大野誠一

出席委員（9人）

委員 長	十屋 幸平
副委員 長	黒木 正一
委員	緒嶋 雅晃
委員	徳重 忠夫
委員	丸山 裕次郎
委員	高橋 透
委員	凶師 博規
委員	新見 昌安
委員	前屋敷 恵美

委員外議員（なし）

説明のため出席した者

病院局

病院局長	植木 英範
病院局次長 兼経営管理課長	山下 健次
県立宮崎病院 院長	豊田 清一
事務局長	野田 俊雄
県立日南病院 院長	脇坂 信一郎
事務局長	矢野 次孝
県立延岡病院 院長	楠元 志都生
事務局長	中武 賢藏

○十屋委員長 ただいまから委員会を開会いたします。

初めに、病院局の答弁者について御相談いたします。病院局については、通常、事務局長及び事務長への質疑及び答弁を行っておりませんが、決算審査におきましては審議が詳細に及ぶことが予想されますので、委員会の円滑な運営を図るため、決算審査に限り、事務局長及び事務長への質疑及び答弁を求めることにしたいと存じますが、よろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○十屋委員長 それでは、そのようにいたします。

まず、植木病院局長にごあいさつをお願いいたします。

○植木病院局長 ごあいさつを申し上げます。

委員の皆様方には、9月の定例県議会閉会后、一昨日、また昨日の2日間にわたりまして4つの県立病院に足をお運びいただきましたこと、感謝申し上げます。18年度の決算を現地で御審議いただき、貴重な御意見、御指導を賜りましたことに対して、心からお礼を申し上げます。まことにありがとうございました。

それで、お回りいただいているいろいろあったろうかと存じますが、18年度は中期経営計画のスタートの年でございました。そういう意味で多少病院間でのばらつきはございましたけれど

も、病院事業全体といたしましてはおおむね順調に進めることができたのではないかと考えております。

御承知のように、医療を取り巻く環境は大変厳しい状況でございます。特に昨年からことしにかけて、医師不足の問題、7対1看護体制の導入に端を發しました看護師不足の問題、あるいは、奈良県でも出てまいりましたが、産婦人科の救急医療体制の問題など、私どもの努力ではかなり困難な問題も呈せられておりました。日本の医療をめぐる各般の論議が展開されている状況でございます。私たちは、そういった状況を見るにつけて、県民の医療を担う者といたしまして、さらに気を引き締めて業務に取り組む覚悟を日々新たにしているところでございます。今後ともさらなる経営改善に向けて、病院局職員一丸となりまして全力を挙げて取り組んでまいりたいと考えております。どうか委員の皆様方には、引き続き御指導、御支援を賜りますように、よろしくお願い申し上げます。

本日は、病院事業会計の決算審査の総括質疑となっております。どうぞよろしくお願い申し上げます。

○十屋委員長 それでは、総括質疑に入ります前に、執行部のほうから補足説明等がありましたらお願いいたします。

○山下病院局次長 それぞれの病院を審査いただきました折に提出要求のございました資料につきまして、お手元にお配りしております。

説明をいたしたいと思っております。表紙に目次がございますが、3点ございました。各県立病院（園）の医師の配置・看護職員の配置・病床利用率、以上3点でございました。もう一点につきましては閉会中の委員会ということで御了

承いただいておりますので、きょうはその3点について説明をいたします。

めくっていただきまして、1ページ、県立病院の医師数でございます。左のほうから、宮崎病院、日南病院、延岡病院、富養園ということで、それぞれ科別の正職員の定数と現員、さらにレジデントと自治医大の医師という区分けで人数を記載しております。合計の欄をごらんいただきますと、それぞれの病院とも正職員の定数には満たないという現員でございます。全体の定数の充足状況は、局長が本会議でもお答えしたことがあるかと思いますが、下のほうの米印にございますように87%ということでございます。各病院ごとに見ますと、宮崎が87.3%、日南が85.4%、延岡が89.4%、富養園が71.4%ということでございます。

なお、（注）の2番目に書いております2年間の臨床研修医（前期研修）が、それぞれの病院に表記したような数ございますが、これらはいずれも定数の中には入っておりません。もちろんこれは免許を持っている医師でございます。医師数については以上のような状況でございます。

めくっていただきまして、それぞれの病院の看護職員の数、配置状況でございます。大きく病棟別、その他の部門ということで掲げております。

まず、2ページの宮崎病院ですが、3階から9階までの各病棟、そして東と西というふうに分けて、診療科と病床数、夜勤体制、看護職員数ということで書いております。なお、看護師の病棟ごとの定数というのは固有の状況がございまして、基本的に夜勤（準夜、深夜を問わず）は月8回までという制約のもとにございます。ということであると、月8回1人が夜勤を

するとすれば、当然病棟ごとに配置する人数の下限というのは決まりますので、こういった配置数になっております。したがって、例えば病床稼働率が5割を切ったにしても、夜勤体制を守るためにはその病棟の看護師を減らすわけにはいかないという制約がございます。そういうことで宮崎病院の看護職員は、小計の欄にございますように、病棟に291人、看護科等、透析、手術こういったものを含めまして78人、合わせて369人が配置されております。

同じように、3ページは延岡病院の看護職員の配置でございます。これも各病棟ごとの配置人数と看護科等のその他の配置、合わせて330人の配置となっております。

4ページが日南病院の看護職員の配置でございます。同じように各病棟ごとに、夜勤体制を前提にそれぞれ配置をされておまして、161人、42人、計203人という配置になっております。

富養園につきましても——これはいずれも10月1日現在の数ですが——成人病棟のみで、1看護体制24人、それにデイケア等を含めまして合計30人の看護職員の配置ということでございます。

6ページからは、平成18年度の各病院の病床利用率でございます。混合科が非常に多いということで科別にまとめるのは困難な点がございまして、病棟別に稼働率を掲げております。

まず、宮崎病院、全体として18年度は85.9%の稼働率でございました。矢印で結んでおりますように、年度途中で、がん治療センターの設置に伴いまして配置を若干変えたということで、全体の病床数が517から509に減っております。それらを合わせて計算した稼働率がこの数字でございます。特に変わっているところは、

8階と5階が途中で変わった点でございます。ごらんいただくとおわかりのように、7階のNICU・新生児、小児科の稼働率が他科に比べて非常に低いという状況がございます。これは病院での説明があったとおりでございます。それから3階の救急・日帰り入院用が5割を切っておる。これは、どうしても救急ベッドはある一定数あけておかないと救急の場合に対応できないという制約がございますので、この稼働率はやむを得ない部分がございます。こういったところも含めた上で全体85.9%の稼働率ということでございます。

それから、7ページは延岡病院、全体83.1%ということでございますが、これも病棟ごとの稼働率を右のほうに掲げております。下のほうの3階の救急、HCUの稼働率が下回っているという状況がございます。4階の周産期センター、小児病棟も稼働率は平均より低いという状況になっております。

めくっていただきまして、8ページ、日南病院でございます。全体が79.1%ということでございますが、ここも10月に病棟再編を行い、病棟を1つに統合いたしまして稼働病床を330から281にしたということで、こういった表記になっております。全体の稼働率79.1%の中で、4階のNICUのところ、これは10床ですから総体に及ぼす影響としてはそう大きくないんですけれども、38.8%といった状況になっております。3階の救急部門が75.1%、ICUが72.3%で平均より低いという状況がございます。そういったものを合わせて全体79.1%ということでございました。

それから、9ページは富養園、全体で40.2%ということでございますが、ここも10月1日に病棟再編を行いまして、成人病棟の1と5をあ

わせて1つの病棟にし、稼働病床としては102床から81床にしたところがございます。その稼働率合わせると48.2%、それに小児が18年度中稼働していたということで22.7%、合わせて40.2%の全体の稼働率ということでございました。

説明につきましては以上でございます。

○十屋委員長 これより総括質疑に入りたいと思います。

委員の皆様のように質疑はございませんか。

○丸山委員 追加資料を見せていただいている質問になるんですが、10月1日の人員配置というふうに今説明を伺ったんですが、その点まず確認させていただきたいと思います。

○山下病院局次長 これは19年の10月1日の配置でございます。

○丸山委員 ことしであれば、決算の中で伺ったかったのが、平成18年から全部適用になったということで、今回、決算を見たときに、年度途中で科の再編なり7対1看護にするために異動をやっているように見受けられたものですから、そういうのは全部適用になったからうまく機能したものなのか、全部適用にならなくてもうまくいったものなのか、その辺を教えてくださいとありがたいと思います。

○植木病院局長 ただいまのお話にありましたように、これは全適になった非常にいい結果だというふうに御理解をいただきたいと思いません。全適になったことによって管理者が設置されまして、管理者の経営責任、権限といったものが非常に明確になりました。そういう関係で、企業性を発揮しなさいとか、効率性を発揮しなさいというようなことで、年度途中であろうと、7対1看護体制を導入することによって、効率の悪かった部分をできるだけ再編をし

て、病棟の再編等も含めて対応していったということです。結果的に18年度の決算がある程度の数字が出てきたというのは、全適になったことによって効率的な対応がスピーディーにできたという、いい結果のあらわれだというふうに信じております。

○山下病院局次長 追加して説明いたしますと、19年の10月1日現在の看護職員の配置は、昨年10月から12月にかけて7対1を各病院導入しましたけれども、これと基本的には変わりません。

○丸山委員 平成18年度の当初予算のことが頭の中に入らないので大変申しわけないんですが、科の再編等を行ったことによって県からの繰入金全体が57億円余あったと思うんですが、それが各病院の決算にある程度影響等も出るんじゃないかと思うんですが、その辺を私自身がまだ理解できていないものですから、そこを教えてくださいとお願いいたします。

○山下病院局次長 病棟再編等によって変わる可能性のあるところは、3県立病院については余りないだろうと思っております。富養園につきましては、稼働病床数が一挙に変わっておりますし、そこで精神病院の増嵩経費とかがございます。それから、これは19年度になってからですけれども、小児精神科が9床とか、こういったところが変更になる可能性はございます。

それと、一般会計からの繰入金につきましては、県立病院事業に地方公営企業法を全部適用することを決めた段階で3年間は固定するというようになっておりまして、18年度はそのスタートの年ですので、18、19、20年度は基本的には変わらないということでございます。

○丸山委員 富養園は別にして、各病院は変わらないということによろしいのでしょうか。

○山下病院局次長 はい、基本的には変わらないと考えております。

○丸山委員 それで、57億円余の県からの繰入金は、不採算医療等もありますので、ある程度はいたし方ないのかなと思いつつ、県立3病院、富養園を回って感じたのが、医者なり看護師がそれぞれの地区で苦勞されている。なおかつ、県立病院でありますので中核的病院として2次なり3次なりをやるべきなのに、1次的なものが入って、病院がコンビニ化していて、県民がその辺を理解していないという現状なのかなと感じます。これは福祉保健部の対応にもなるかと思うんですが、県民に対して、県立病院はどういうことをやるんですよということを明示する努力をしないと——言い方は悪いんですが、民間病院との競争、医者を取り合いなり看護師の取り合いになって共倒れになるような気もし、また、3つの病院がありますので、3つの病院それぞれ同じ科があって、恐らく大学の医局とのつながりがあると思うんですが、医者を取り合いになると県全体が疲弊していくんじゃないかと思うものですから、大もとになる県立病院がなぜあるのかという意義をもうちょっと明確化する必要があるんじゃないかと感じたものですから、今後のことになって申しわけないんですけども、県民への県立病院のあるべき姿というのを——病院局として何か考えがあればお伺いしたいと思います。

○山下病院局次長 県の地域保健医療計画というのがございます。その中で1次、2次、3次をどこが持つかということを基本的に決めておるわけですし、その計画のもとに私どもは2次医療、3次医療を担っているというのが基本でございます。しかし、あくまでこれは患者さんの選択ということが前提でございまして、それ

を例えば診療報酬で誘導するということはできませんけれども、県立病院のほうで診療拒否をするといったことは、医師法上違法になりますので、私どもとしては、できれば2次医療、3次医療をきちんとやる、そして全体的な医療資源の効率的な活用ができるのが最も望ましいと思っております。地域保健医療計画ができて10数年来ずっと変わらぬ議論でございます。近年になって、かかりつけ医とか地域連携医療といった考え方が出てきて若干浸透しつつありますが、特に救急のところになると、そういった区分がややもするとあいまいになるというのがございます。

○丸山委員 知事がよく言う「県民総力戦」という言葉があるんですが、できる限り県民を巻き込んで、宮崎県の医療はどうあるべきかというのが——全部適用になって、人事的にも予算的にもしっかりとっていると思っておりますので、公立病院がどうあるべきかというものをしっかり見据えていただいて、できますれば——今、総務省が公立病院に対するガイドラインをつくり始めていて、病床数に基づく稼働率を数値目標化しようとか（既に県立病院の場合には全部適用になっているんですが）、地方独立行政法人にしようとかいろいろな形の主張があると聞いているものですから、各医療圏ごとに市町村の公立病院に対しても何らかの——これは福祉保健部がやることなのかもしれませんけれども、そのノウハウを病院局が持っていると思いますので、どうあったら公立病院としてあるべき姿ですというサジェスションを提言できるぐらいに頑張っていたいただければありがたいと思います。

○高橋委員 4病院見せてもらって、出るところをかなり抑えられて改革されてきた結果がよ

くわかります。ただ、思った以上に歳入のほう
が伸びないと、原因は医師不足なり聞かせてい
ただきました。業務委託によってかなり支出を
減らされましたが、委託料というのは必然的に
ふえることも考えなくちゃいかんわけですよ
ね。入札によって選択されると思うんですが、
病院ですから、安かろう悪かろうじゃいかん
ですよ。そこのところをどう見通されている
のか、意見を聞かせていただけませんか。

○山下病院局次長 全体として、現業職員の任
命がえに伴う委託ないし非常勤職員の採用とい
う中では、年間4億2,000万ほどの効果がござ
いました。この額は支出の中で占める割合は相当
大きいと我々は感じております。契約の内容によ
っては、継続契約の形でしておるということ
で価格の安定性はあるということと、非常勤職
員にしましても賃金の趨勢に合わせてやってい
くわけがございしますので、一挙に倍になると
いったことは考えられないということ言えば、
直ちに後年度も4億なりの効果があるとは
申し上げられませんが、相当長い期間に
わたってこういう効果が認められるというふう
に私どもは考えております。

○高橋委員 価格の安定性というのがあつて
も、私はしばらくの間というふうに思うん
です。監査委員の意見にもあるんですが、さら
なる業務の委託の検討も書いてあるわけ
です。それぞれの病院の責任者の方々の意見を
聞けば、もう目いっぱいだよというところも
伺っていますし、これ以上内部を削るのは、
身を削って骨まで削られてしまったら元も子
もないわけです。きのうも延岡病院で申し上げ
ましたが、7対1の看護体制の関係での看護
師の補充、20人以上臨時職員で補ってい
らっしゃいますよね——違うんですかね。それ
と、病院局長のあい

さつの中でも看護師不足ということをあいつ
されたものですから。7対1の関係で、それ
に伴う看護師を正規で雇っても何とか採算は
合うよというところも、アバウトですけれ
ども認識してきたものですから、将来のこ
とを考えた上でそういったところの英断は
下すべきじゃなかったのか、その点はどう
でしょうか。

○山下病院局次長 7対1看護体制の導入に
当たりまして、その資源としたのは、富養園
と日南病院の病棟の閉鎖、ここの資源が一
つございました。それで足りない分につい
て22名職員を充てたということでござ
います。

きのうもちょっとお話ししましたが、7
対1看護体制は、今、全病棟を通して7
対1という診療報酬上の制約がございま
す。これが、先ほど局長の話にございま
したように、全国的には7対1をとらん
がための看護師争奪戦が非常に激しく
なっております、それが看護師不足に
つながっているという局面がございま
す。ここでまた国が制度を見直す可能
性がある、いわゆる急性期病棟に限
って7対1を導入しようと、そんな
動きがございます。20年の4月には
それがはっきりすると思いますが、
年末から年始にかけてそういった議
論がなされると思います。したが
いまして、7対1ということで
現時点ですべてを正職員で埋めた
とすると、ある意味ではリスクを
私どもの事業として抱えるとい
う点がございます。したがって、
20年4月の動向を見ながら正職
員化というのは考えていくとい
うことで、今考えているところで
ございます。

○高橋委員 リスクを抱えるとい
うのは、診療報酬の見直しがあ
らば改悪をされる可能性もある
という今の説明だったと思うん
です。そういうことを考えると、
診療報酬の改定

は外来よりも往診にシフトするような記事も見たんですけれども、県病院という立場からするとそこはありませんよね。今、次長から説明があった、診療報酬の改定を考えたときに、県病院にとっては不利な条件があるような気がしてならんとですよ。だから、非常に心配なのは、支出の部分についてはいろいろと目いっぱいやってきていらっしゃいます。今後も努力されるんでしょうけれども、歳入のほうが非常に厳しいなど、今の診療報酬の関係も含めて考えたときに、5年間という計画の中で来年度以降がどうなるかという心配をしたところでありませぬ。

もう一点申し上げますけれども、いろいろと未収金問題で意見も出ました。早期の対策が必要だということで。ちょっとお伺いしたいんですけれども、宮崎病院は徴収員を2名嘱託で雇っていらっしゃいましたけれども——出納閉鎖は5月末でいいんですか。それは別にして、未収金の徴収強化月間というのを設けられるとは思いますが、市町村の税務職場に行く徴収係という専門の職場があります。そこが一般的に徴収しますが、滞納整理ということで、今、全職員で訪問徴収をやっているんです。そういう体制づくりはどうかお聞きします。

○山下病院局次長 病院事業会計の場合には出納整理期間というのはございませぬで、3月できっちり締めるということです。

徴収強化につきましては、非常勤の未収金徴収員を平成16年から各病院に設置しました。18年には宮崎、延岡はそれを複数にして強化したところでございませぬ。さらに、昨年末からことしにかけて、数件ですけれども裁判上の手続をとりました。アナウンス効果等をねらった部分もございませぬけれども。各病院、出ました

ように生活困窮者とかいった徴収の困難な方がほとんどということございませぬので、必ずしも法的な措置が効果をもたらすとは考えておりませぬけれども、一定の動きをすることによって未収金問題というのは姿勢を示すということございませぬ。

御指摘の強化月間という話については、これは病院とよく相談してみたいと思ひます。

○高橋委員 つまり、強化月間じゃなくても、専門の徴収員じゃない人まで巻き込んで徴収をしたことはないということですね。

○山下病院局次長 徴収員だけが未収金徴収に当たっているのではなくて、基本的には医事課の職員が当たります。その中で、未収金徴収員は基本的には臨戸で、つまり家に行き取手続をやるということでこの方々をお願いしているところございませぬ。

○高橋委員 もう一回確認ですが、医事課の方が当たられると思ひます。医事課の総力戦で未収金対策をされているのかという質問です。

○山下病院局次長 当然、医事業務というのはほかにございませぬので、総力戦というのはどの程度のことかというのはありますけれども、医事課の大きな課題の一つとして未収金徴収というのはあると、それを受けとめて徴収に当たっているということございませぬ。

○徳重委員 宮崎病院と延岡病院は3次救急をやっていたらいるわけですが、年間何人ぐらいの患者が宮崎病院、延岡病院にいらっしゃるんでしょうか。3次救急に値する患者ということですね。

○山下病院局次長 手元にあります資料では3次の患者が幾らかという勘定はしていません。これは18年の状況ですが、宮崎が9,618人、延岡が9,826人、日南も2次救急やっておりますの

で5,936人、こういった状況でございます。

○徳重委員 たくさんの患者さんがいらっしゃるわけですが、延岡病院については2名の救命救急の先生がいらっしゃいますね。宮崎病院はゼロということで、これだけの患者がいらっしゃるのに1人もいなくていいんでしょうか。どういう受けとめ方をすればいいんですか。

○豊田宮崎病院長 理想的には救急専門医がおるべきだと思うんです。ただ、国内で専門医の資格を持っている方は、私の知っている限りでは1,000数百名しかいないんです。非常に少ないんです。専門医を取るハードルが高い。少しハードルを下げるとい話を聞いたんですが。専門医を取っておられる方で開業されている方もいらっしゃいます。なかなか確保が難しいということで、いろんなつてを頼って探してはいるところでございます。

ただ、全診療科が非常に協力してくれまして、3次まで受け入れております。例えば眼科の医師が当直のときに外科の患者が来た場合は、外科のオンコールを呼んですぐ来てくれるという体制にしております。それから小児科医と産科医は、これもオンコール体制で、毎日1人ずつ自宅待機してもらって来ていただいています。

今、委員がおっしゃいましたように、病院の課題としては、救急専門医を早く確保して、その先生方を核として診療していきたいというふうには考えております。

○徳重委員 結局、それぞれの担当科の先生がいらっしゃるということですが、救急患者が来たときにはプラスアルファの仕事になりますね。過重労働になってくるような感じがするんです。夜間の救急状態のときでも、やっぱり患者さんはいらっしゃるわけですから、過重な労働

になってくるのではないかなという気がするんですが、そういう患者を診る場合、それなりの手当があるんですか。

○豊田宮崎病院長 時間外勤務手当は実働に合わせて出しております。

○徳重委員 宮崎病院は最も中心的な病院でありますし、救急の患者が来たときに十分な手当ができないということになって事故につながっていくと、結果が悪い方向に行くようなことにならないかなと思っておりますし、9,600人も1年間に来られるということになると、1日2人か3人の患者がおいでになるということですから、非常に問題ではなからうかという気がしてなりません。延岡病院に2人いらっしゃるから、1人は来ていただいたらどうかなという気がするんですが、そういうことはできないものですか。

○楠元延岡病院長 今現在、延岡では2名確かにいますけれども、2名で十分だという状況でもないので、実際のところはもっと欲しいというのが本音でございます。

○豊田宮崎病院長 つけ加えますと、救急医が3名、4名いたからといって、そこで全部はできないわけです。といいますのは、結局、専門家のドクターが出てきて対応しなくちゃいけない。今、各病院やっておりますのは、できるだけドクターに理解と協力をいただきまして、患者さん中心の医療をするということでそれぞれ頑張っているところでございます。ただ、最初のトリアージは救急医の先生が実施いただくと、ほかの先生方はある程度時間ができてくるのかなと。ぜひ何とか体制を整えたいとは思っております。

○徳重委員 最後にしたいと思いますが、全体的にかなりの医師不足という感じがするわけで

す。そしてこれが即収入につながってくる。どの病院でも、ちゃんとした医師が配置されて、それだけの努力をしていけば、診療ができるんだから、それだけ収入がふえるんだということのようでございますので、医師の充足の可能性ということについて、局長の見解をお伺いします。

○植木病院局長 今、徳重委員のほうからるお話がございました。まず、救急医療の関係ですけれども、これも公立病院としては大変重要な役割の一つだと思っております。しかし、お話にもありましたように、全国、見ていただいております。おわかりのとおり医師不足の状況でございます。そういった中で私どもは、各病院長とも御一緒に宮崎大学や九州管内の大学にお伺いしてお願いをしているというような状況でございます。特に、宮崎大学が発足して30年を迎えました。そういうことで、表現がちょっと悪いですが、脂の乗った先生方が巣立って大学の中でも教授になろうとしております。そういう状況にありますので、各大学の医局との連携を十分図りながら、全国に散らばっている宮崎県出身の医師、それから新たに入ってくる臨床研修医の方々に対して、個別にもいろいろ働きかけをいたしております。そういったことをやりながら医師確保に向けて一生懸命積極的に取り組んでおりますので、御理解をいただきたいと思っております。

○徳重委員 ぜひ頑張ってくださいようにお願いしておきます。

○前屋敷委員 私も、医師の問題にかかわってお伺いします。発言が重複するところもあるかと思っておりますけれども。

いろいろ説明をお伺いする中、公営企業として新たに出発をするということで、採算性が今

後問われてくる分野になってきたわけですが、今、局長が言われましたように、公立病院としての役割、そこのところはきっちり押さえた上での病院経営じゃないといけないと思うんです。そこが民間病院との違いですね。その使命、役割を十分担った上で、どう頑張っても効率よく進めていくかということです。さっきお話にもありましたけれども、患者さんが病院を選ぶわけですから、そこはなかなか難しいところだと思うんです。全体的に医師とか看護師の不足というのは否めませんし、そこを十分に手だてをとるということは、各病院でも申しましたが、働きやすい労働条件にして、先生方や看護師さんたちにきちっと働いていただくことが前提になるんだろうと思うんです。医師不足は、国の施策等も関連して——国がお医者さんをふやすという政策に転換していかないと、物理的にお医者さんの数が少ないということも競争戦を生んでいる大きな要因だと思いますので、両方の形で我々も頑張っていかなきゃならんというふうに思っているところです。

宮崎病院での救命救急のところも、専任の医師が配置されることが一番望ましいことであって、先生方の負担をより少なくして患者さんに接することができる体制にシフトしていかなきゃならん、公立の病院としての課題だと改めて今回の調査の中で実感をしたところです。

経費削減といいますか節約、その辺も難しいところではありますけれども、ドクターの労働条件の改善、看護師さんたちの子供さんを抱えての働きやすい環境づくりの充実も大いに進めていただいて、これからの経営に当たっていただきたいと思っております。

もう一つは、業務委託に当たっての件です。調理部門、空調部門を委託したわけですから

も、聞きそびれたんですが、現業で働いておられる方々の処遇については、委託するときはどういうふうな条件というか、切りかえあたりはどのようなふうになっていたんですか。

○山下病院局次長 現業職員の任命がえにつきましては、知事部局全体でやっております、現実には、1年間の実務研修と、その後の任用がえという手続をとりました。そういう中で、全体で120数名病院に現業職員がいたわけですが、その方々はほとんどが知事部局に異動されて、異動先で1年間の実務研修を受けた上で非現業の職員に任命がえされたと、そういう手続でございます。

○前屋敷委員 1年の研修の後、それぞれの皆さん方がどういう状態かというのはわかりませんよね。全く職種も変わったりされた中でですね。

○山下病院局次長 幾つかの例しか聞いておりませんが、当初は戸惑ったと。どちらかというところだと肉体労働からデスクワークが基本ですので、そこで戸惑いはあったようですが、もともと内部的にはそういう声も非常に強かったということもございまして、現時点ではほとんどの方は軟着陸をされているというふうにお聞きしております。

○前屋敷委員 そのあたりも後々のフォローも含めてきっちり見ていただきたいと思います。

もう一つは、委託をしたことで人件費をかなり削減することにつながったわけですが、委託を受けたところでの働く方々の条件、そのあたりのところもしっかり責任ある立場から指導、援助してほしいと再度お願いしておきたいと思います。

○新見委員 まず、医療未収金のことについてお伺いしたいんですが、専門の徴収員を雇用さ

れて徴収に一生懸命努力されているとおっしゃいました。どこかの病院で未収金が100万とかいうお話もありましたし、それはすごい大手術かなと思ったんですが。また、別の病院で保険に入っていらっしゃらない方が多いというお話も聞きました。未収の状況の人たちは保険に入っていらっしゃらない方が多いのでしょうか。

○山下病院局次長 未保険の方もいらっしゃいますし、保険に入っていらっしゃってもお支払いいただけないという方もいらっしゃいます。未保険の場合は特に、保険で見られる分も自己負担になりますので、当然高額になるということでございます。

○新見委員 私も経験があるんですけど、入院するときは保証人を必ずつけないといけないんです。徴収のやり方として、当然御本人のところに訪問して徴収を促されるんでしょうけれども、それでかなわないとき、保証人のところに当然対応されると思うんですが、その辺はどういう状況ですか。

○山下病院局次長 入院のときには保証人を必ずお願いしております。それは同一生計ということが基本です。ただ、保証人をとる際に、経済的な裏づけがあるのかどうかまで確認した上でとっているわけでは必ずしもないと。未収を徴収する場合に、基本的には御本人あるいは御家族にお願いをして、どうしてもという場合には保証人までお話をすることもございます。ただ、よくある話ですが、単に名前を貸しただけだとか、聞いていないとか、そういう話もございまして、なかなか実効性が担保されないというところはございます。

○新見委員 別件ですが、電子カルテシステムについてお尋ねしたいんですけど、データの共有化とか、紙を廃止してデジタルな情報を持つ

のはいいことだと思うんですが、日南病院で、「本当に電子カルテシステムはドクターの負担軽減になるんですか」と聞いたら、「逆だ」という答弁がありました。電子カルテシステムのいい面は確かに認めますが——データの入力のお話だったですね。データを入力した後はしっかり活用できると思うんですが、データを入力するのに大変な負担をかけるということだったら、システム的には余りよくないのかなと思うんです。この電子カルテシステム、開発期間と開発にかかった金額はどれぐらいか、もう一回教えていただけませんか。

○山下病院局次長 平成15～18年度までかけて、開発事業費として約23億円でございます。

○新見委員 私も昔、システムにかかわったことがあるんですが、昔は汎用コンピューターがあって、そこにデータを集中しているというやり方だったんです。今は当然そういうことはやっていないと思うんですが、各病院のデータはどこに保管されているんですか。

○山下病院局次長 それぞれの病院にございますのと、バックアップシステムとして宮崎病院にございます。

○新見委員 日南病院でもあったように、医者の負担が大きくなったということは、入力方法だと思うんです。確かに、患者さんが目の前にいらっしゃって、患者さんに応対しながらデータの入力というのは大変だと思うんですが、今はキーボード入力になっているんでしょうか。

○脇坂日南病院長 端末はキーボードでございます。

それと、先ほどの御質問で、医師の負担になっているということですが、確かに医師の本来の業務以外のことにとられる時間はふ

えます。それともう一つ大事なことは、外来で患者さんに相對するとき、患者さんと話すよりも画面を見ている時間のほうが長くなる。患者さんとのコミュニケーションの上でこれが一番大きな問題ではなかろうかと思っております。医師がふえますと1人当たりの患者さんも減りますので、負担は減ります。すべてのものがそこにかかわってきます。

○新見委員 将来的には、いろんな声を受けながら、メンテナンスをやるとともに新しい機器の更新とかいうのが出てくると思うんですが、その辺は、実際そういう声があって、機械の更新というかやりかえとか、そういうところまで今お話が行っているんでしょうか。

○山下病院局次長 電子カルテシステムを導入する前にオーダリングシステムというのを導入してまして、これがおおむね10年程度で、この電子カルテシステムはオーダリングも含む包括的なシステムです。ITシステムは陳腐化する部分はございますので、一定の定期的なメンテナンスと、ある時期には再投資ということも当然出てくるのではないかと思います。

○緒嶋委員 監査意見書の75ページ、資金収支だけど、受入資金の中の未収金406億、これはどういうふうに理解すればいいんですか。

○山下病院局次長 医業収益は、一たん未収金に計上した上で収益として入るということでございまして、きのう未収金のところでお話がございましたように、月末締め翌月払いということは、その時点では未収金でございますので、それをここに計上しているということでございます。

○緒嶋委員 どういう計算で406億という数字が出てきたのか。未収金は2カ月ぐらいで入ってくるわけでしょう、連合会から。年度末の2カ

月分はわかるけど、年間を通じて406億というのは、計算がどうなっておるのかなと思ってですね。2カ月おくれるのはみんな未収金という形になるわけですか、年度から考えたら。

○十屋委員長 暫時休憩いたします。

午前10時59分休憩

午前11時2分再開

○十屋委員長 委員会を再開いたします。

○山下病院局次長 正確な積み上げとしてはわからない分があるんですが、未収金というのは、診療報酬上の収入が一月おくれで入る部分は、前月では未収金として計上しますので、その額はずっと残ると、それぞれ残るということです。それと、病院間の貸し借りをやっています、そこでも資金の流れがございまして、それぞれの病院にとっては貸した分は未収金ということでございまして、そういったものを合わせて動いているお金はこれだけ動いていますということでございまして。

○緒嶋委員 そうすると、短期貸付金との絡みが出てくるわけですね。支払資金の短期借入金、短期貸付金。

○山下病院局次長 病院間の短期借入金、短期貸付金、この資金もこの未収金の中に入るということでございまして。

○緒嶋委員 そうなった場合の貸し付け、病院同士の一時借り入れの金利はどうなっているわけですか。

○山下病院局次長 これは病院間の融通でございまして、金利はつけておりません。

○緒嶋委員 金融機関から金は借りていないということですね。

○山下病院局次長 企業債以外は、一時借り入れとかいったものはございませぬ。

○緒嶋委員 未収金は意味がようわからんとですけど……。

それと、退職引当金というのは、経理上は当然引き当ててあるわけですね。どうなるんですか、収益は上がっていないけど、金がなくても減価償却はできるんですか。

○山下病院局次長 内部留保資金として、色はついておりませんが、その相当額は残してあるということでございます。

○緒嶋委員 前年度から見て、現金預金がどのくらいあるかというのが資金運用で一番問題だと思うんですけども、これが20億近く減っているわけですね。今後退職者が出た場合に現金預金はかなり減るんじゃないかと思えます。19年度に収益が出て資金繰りがよくなればいいんですが、これは大丈夫かなという気がするんですけども、そのあたりはどうですか。

○山下病院局次長 確かに内部留保資金が年々減少しているという状況がございまして。これは短期的には、当該年度の資金運用で使う分、例えばボーナスで一時的に支払うとか、退職金を支払うとかいったもので、非常に重要な資金でございまして。将来的にこのお金がどうなるかといいますと、19年度が計画どおりにいけばある程度確保できますけれども、それ以上に資本収支のほうで出ていく額が大きければ、足りないという状況はゼロとは言えません。ただ、それが20年あたりで出てくるのか21年あたりで出てくるのかは、19年度の収支次第というところもございまして。それと、19年度からどういった資本投下をしていくか、こことも関連がございまして。そういったことで、短期的な資金運用を、先ほど御指摘のありました一時借り入れに頼る、つまり借金運営をしていくということでは病院事業として非常にリスクが大きいというこ

とでございますので、そこは慎重な資金運用をしていく必要があると考えております。

○緒嶋委員 今でも経営的には厳しいわけですから、これ以上資金繰りまでどうにもならないということであれば大変なことになると思うんです。そういうことからすれば、5年間の中期計画が確実に実行されるかどうかにかかってくる、結果とすれば。そういうことだと思うので、その辺は留意しながら、病院局、また4病院それぞれ自助努力というか最大限の努力をしてもらう。その中で、言われたように県立病院としての位置づけを明確にして、民間病院との連携を図りながら、県民に理解される県立病院経営に主力を置いて頑張っていたいただきたいということを要望しておきます。

○図師委員 4病院それぞれ経営努力されている内容はよくわかるんですが、どちらの病院も外来患者が軒並み減少しております。その原因として、かかりつけ医との連携が強化されてきたこと、長期処方なりが可能になったこと等の御説明を受けてきたところですが、それを穴埋めする、補てんするわけじゃないんですが、入院の診療報酬の増を少しでも図るために、きのう延岡病院のほうでお聞きしました、地域医療支援病院入院診療加算というのを取られているということなんですが、これを加算できる条件として、オープンベッドの設置、地域の拠点という位置づけ、紹介率なり逆紹介率の比率をクリアしないと取れないんですという説明は受けたんですが、ほかの3病院は今どういう取り組みをされているのか、この加算を取るにはどれぐらい何をすればいいのか、教えていただきたいと思います。

○山下病院局次長 今、宮崎病院と日南病院はこれを取っていないんですけれども、紹介率、

逆紹介率は、延岡病院と比べてそう遜色ないところまでは来ております。ただ、地域医療支援病院の位置づけという点からいきますと、宮崎病院の3次救急医療を、民間病院の充実した中で宮崎病院をどう位置づけるかということとも関係がございますので、条件が整ったから直ちに取りにいくということに必ずしもなるとは限らない。宮崎病院の場合は私どもはそんなふうを考えております。日南病院の場合には、条件を整えることが必要だろうというふうに考えております。

○図師委員 宮崎病院にしても日南病院にしてもですが、中核病院としての位置づけが難しい。宮崎病院についてはほかの中核病院との絡みもあるとか、日南病院には設備整備の問題があるとか、もうちょっと具体的に説明してください。

○山下病院局次長 大前提として、地域医療支援病院は県内*1カ所ということがあるようでございます。それは原則でございまして、地域の医療事情によってという留保はあるんだろうと思いますけれども、その点が一つは大きなネックだろうと思います。このネックが仮に外された場合でも、宮崎病院の位置づけというのは、先ほど申し上げたようなこと。日南病院の場合には、現実には1次医療をもある意味では担っているというところがございますので、地域の医療機関との全体としての受け皿の位置づけというのが、若干延岡とは異なる部分があるのではないかと思います。

○図師委員 県内1カ所という前提があるのであればですが、ぜひほかの県も参考にされて、県内でも2~3カ所そういう支援病院に認定されているところがあれば、遠慮なくこういう加

※16ページに訂正発言あり

算は申請されていかれる必要があると思います。延岡病院でもその加算だけでも月600万ぐらい上がっているわけですから、宮崎病院、日南病院でもこれが取ればかなり経営の健全化につながっていくと思います。検証してみてください。

次に、研修医の数について確認したいんですが、宮崎病院は自治医大からの方も合わせて37名、日南が9名、延岡が7名です。これはマッチングもうまくいかないのが大きいと思うんですが、病院の規模から言うと、延岡病院はもうちょっと研修医の受け入れができてもいいのかなという気はするんですが、いかがでしょうか。

○山下病院局次長 今、図師委員がおっしゃった数字がどこの部分かわかりませんが、お配りした資料では、(注)のところにございますように、宮崎、日南、延岡はそれぞれこういった数の研修医でございます。

一番違うのは、臨床研修病院に管理型と協力型というのがございまして、管理型の病院が宮大病院だとすると、協力型の病院は、管理型の病院に入られた臨床研修医を一定期間お受けする。そういった立場で今、日南、延岡はやっております。ただ、基本的には日南、延岡とも管理型でもございますので、できれば臨床研修医を採用したいと、これは病院の活性化のためにもやりたいということではございます。

○図師委員 数字が下がったのは、きのう、おとといと回ったときの各病院での資料の中で「臨床研修医等」というところの数字を拾ったんですけれども、研修医以外の方もここに含まれていると理解します。きょう配られた資料のほうが実数ということではよろしいですね。

○山下病院局次長 正確に申し上げますと、臨

床研修医は、10月1日現在のある意味瞬間風速、特に日南と延岡の場合はですね。きのうお答えした数字は、2名なり3名の医師が2カ月、3カ月来られる、それを累計した数字ではないかと思えます。

○図師委員 なぜこういうことをお聞きするかというと、先ほど言った管理型、協力型に分かれているのもよく理解できましたし、大いに先生方の努力で卒後研修医を受け入れていただければ、それだけ現場に潤いが出て——宮崎病院でのお話でしたか、医師会のほうからも強い要望があって、医大の医師派遣の機能をぜひ県病院でやってもらえないかと。そういうことがもし可能になるならば、研修医の方々をかなり多く受け入れていく必要があるのかなと思うところなんですけど、実際、医大のような機能を——すべてとは言いません、一部でもいいですから、医師派遣ができるぐらいの状態に持つていくには、研修医も含めてドクターが総体的にあと何%ぐらいふえればそれが可能になるというのがあれば、お見通しだけでもいいですから教えてください。

○山下病院局次長 臨床研修医というのは、先ほどおっしゃったマッチングということで、本人の希望と、かつ病院のほうの意向が合ったところでおいでになっている。ということは、基本的には御本人が選択されるという部分があります。臨床研修医2年間の後どこに帰るかというのは御本人の選択、すべてそういうことになっております。それがどのくらいとどまるのか、あるいはそのときにこちら側としてどういう条件を提供できるのかというのはございませけれども、病院全体として見ると、そういう不安定な方々を一定程度抱えておくというのは、経営上は非常にリスクが大きいという部分はご

ざいます。それと、それぞれの診療科で、先ほど局長がお答えしたように、基本的には医局からの確保、そして医局がいなければ一本釣りでもやると、そういう状況の中で、医局で足りている部分にいきなり独自採用をやるといって、医局との関係も壊しますので、そういったところも含めて考えていかないと、いきなり県立病院として——もちろん希望ではありますが——そういう受け皿として十分蓄えるという方向には必ずしもならないのではないかと考えております。

○函師委員 これは別の委員会なんですけど、医大の学生さんと話す機会がありまして、そこでも言われるのが、地元で貢献したいと、残りたいたいけれども、若いうちは高度な医療技術の習得もしていきたいということで、もし地元に残るとするならば、派遣期間とは別に県病院における高度医療の研修期間もきっちりとしてくれば残りやすい環境になりますというお話があったんです。そういうプログラムは今もあるとは思いますが、さらにそれをアピールできるような内容にしてほしいというのが一つと。

医師会との協議の中では、女医さんの産休・育休明けの医術向上研修といいますか医術研修プログラムがある病院が少ないということで、現場復帰に戸惑われる女医が多いということです。もし県病院のほうで女医の育休明けのプログラムなんかできちんとできれば、またそれもドクターを招き入れるための一つの大きな材料になっていくのかなと思います。

今、私が最初に申した医大の医師派遣のような体制というのは夢の話かもしれませんが、現場はそれを待ち望まれているんです。そこに近づくために、今言ったようないろいろな

プログラム、魅力ある県病院の体制づくりをぜひしていただきたい。それがひいてはそれぞれの病院の医療サービスの向上になるわけですので、そういう視点といいますか、具体的な取り組みをどこからかでも始めていただければと思います。要望です。

○脇坂日南病院長 一つだけ追加させていただきますけれども、先週、北海道で全国自治体病院学会というのがございました。その中で気になった発言がありました。研修医のマッチングで、500床以上の病院にマッチング率が高いということでございます。つまり、研修医は自分のキャリアメイキングのために勉強したい。そのためには、すべての科が網羅されて、しかも指導医が充実している、しかも勉強するいろんな高度先進機器がそろっている、そういう病院に行きたいということですので、自然とそういう病院に集まってまいります。ですから、それより小規模の病院にはなかなか研修に来ないというのが実情でございます。

○豊田宮崎病院長 今の御質問の病院の取り組みですが、うちでプールして派遣というのは、なかなか数字は難しいと思います。まず、2年間の研修医をいかに確保するかということが一つです。この研修医は、現実として2年間は外に出せないんです。関連病院しか出せないものですから、今、椎葉とか美郷、米良に行っています。その中で、実は地域医療に燃えている若い人もたくさんいるんです。そういう方を3年目からの後期研修に、委員がおっしゃったように、いかに魅力あるシステムをつくって確保していくかということが一つあると思います。

それから、現時点で何名か、県外に出て修業を積んで帰ってくるという人もいます。そうい

う取り組みを16年ごろからやっております。

もう一つは、地域医療科に医師をある程度確保していくと。地域医療科は4年ですので、そのうち何年かは地域に行って、何年かは中核病院で勉強する、そういうシステムもできています。現時点ではお一人だけなんですけど、少しずつその努力が実ってふえていく兆しが見えていきますので、まず地域医療科をふやすというのも一つかなと思っております。そういう取り組みを今やっております。

○山下病院局次長 先ほどの私の発言を修正したいと思います。地域医療支援病院の件ですけども、県内1カ所ということではなくて、2次医療圏に1カ所、県内7医療圏ございますけれども、それぞれ1カ所というのがおおむねの指定基準でございます。既に今県内で4病院指定されております。宮崎圏域では既に2病院指定されております。北諸で1、これは都城市郡医師会病院です。延岡は県北医療圏で延岡病院ということでございます。おおむねの範囲からいくと、ないとすれば、日南・串間医療圏、児湯医療圏、西諸と日向・入郷医療圏、ここになるであろうと思います。

○図師委員 ということは、もう取りかかるということですね。

○山下病院局次長 宮崎病院につきましては、既に宮崎圏域で2つ指定されていますので、宮崎病院の位置づけという点も含めてちょっと難しいと思っております。日南・串間医療圏につきまして、日南病院は、これは延岡病院との比較ですけども、紹介率を上げていく必要がある。ただ、先ほどもちょっと申し上げましたが、日南は医療資源そのものが少ないという意味で1次医療を相当やっているという部分で、紹介率というのがそんなに上がるのかなという

ところはございます。

○図師委員 努力をお願いいたします。

○徳重委員 一つだけ気になったからお聞きしますが、精神科のお医者さん、宮崎県では全体で定数が5人も不足しているんですが、数が少ないんですか、なぜこういう状況なんですか。

○山下病院局次長 精神科の医師が全体的に不足している状況にございまして、宮崎にしても、日南、延岡にしても、富養園にしても、宮大とかにお願いをしているんですけども、なかなか確保ができないという状況がございまして。

○徳重委員 宮崎県は自殺率も高いし、いろんなことを考えたときに、やっぱり精神科のお医者さんはどの病院にも必要かなと考えるわけで、何とか各病院に1人は配置していただくと、安心して治療が受けられるという気がするんですが、ぜひひとつ努力をお願いしたいと思います。要望で結構です。

○小川富養園長代理 私、精神科なものですから、延岡病院の医師とも結構連絡を取り合ってお話ししていますけれども、総合病院ですと救急対応が結構ありまして、特に夜間、休日に救急が来ますと、ざっと見て救急患者全体の2～3割が精神科の関連であると言われております。例えばお酒を飲んでのアルコール依存症とか、自殺未遂は結構ありまして、たった1人では救急を取り仕切っていくのはかなり難しい。もう一つは、当直体制で、精神科の患者さんだけ診ればいいというわけではございません。心筋梗塞とか脳卒中とかもある程度は診ていかないといけないということで、精神科で熟練していても、そういった対応が十分にはできないことに限界を感じて続けられなかったという話も

ありますので、その辺を改善していかないと定着が難しいのかなというふうには感じているところでは。

○丸山委員 平成18年度の健全化への取り組みの中で、具体的に数値をお伺いしようと思っっているんですが、薬品とか小規模器械等の共同購入に取り組むということがあったと思うんですが、具体的にはどれくらい削減効果があったのか。

今後さらに拡大もやっていこうということも、今後の取り組みの中には書いてあるんですが、どれくらいの比率で共同購入できて、今後どのような形で健全化が図られると推測されているのか、あわせてお伺いしたいと思います。

○山下病院局次長 母数のはっきりしたほうから申し上げますと、医薬品は、薬価が動いているという前提の中で推計の成果額として、17年度で約1億円、18年度で1億1,500万円、これが共同購入による成果ととらえている分でございます。

これをどんなふうに今後進めていくかということでございますけれども、共同購入している薬品がおおよそ2,800品目あるかと思います。これは県立病院全体では3,000を超える数字でございます。当然医療現場の要請というのも前提としてございまして、必ずしも同じ薬品に統一できるとは限らないんですが、今後さらにこういった動きは基本的には進めていきたいと考えております。

小規模の医療器械につきましては、データがございまして、これも試みに18年度の途中から始めたところでございます。引き続きこの動きは続けていきたいと考えております。

○丸山委員 もちろんしっかりした納品書とか受け渡しとかやっていると思うんですが、共同

購入することによって経営に準ずるのであれば、ぜひ努力をしていただきたいと思います。

薬価に関してわかりづらいのが、どうしてもこれは大手製薬メーカーしかないということだろうと思うんですが、宮崎県内にある事業者との関係は具体的にどんなふうに考えているのか。安ければいいというだけでもいけないのかなという気もしているものですから、その辺の考え方を教えていただくとありがたいと思います。

○山下病院局次長 薬品卸に係ることだと思うんですが、基本的には県内に営業所を有する企業ということが前提でございます。

○丸山委員 効率化をすることによって、できる限りそういうところも努力をしていただきながら、まだ試みだということですから、平成19年度以降はもう少しわかるような……。それぞれの努力があったということも踏まえて、恐らく人件費等はきつところに来ているのではないかと思います。19年、20年、健全化に向けてはさらなる努力もやっていると思いますので、あと何ができるのかなと思うと、収益を上げるにしても、奪い合いになっても困るだろうし、厳しい状況が続くものですから、健全化がいいのか、もしくは減価償却費が宮崎病院はある程度ついてきて、延岡と日南がまだ高い状況なものですから、これが落ちつくと大分収益も改善するのかなと思いつつも、減価償却費が減ったからよくなるんですよというだけなのか。全体的に収支バランスを十分に考えていただきながらも、不採算医療をやらなくちゃいけないという公の形がありますので、それを県民が理解できるような範囲内でしていただきたいというふうに思っております。よろしくお願ひします。

○植木病院局長 大変ありがたいお話をお伺いしております。実は、昨年8月に設置をいたしました、民間の専門の委員さん方で組織いたします評価委員会で、ことし御指摘を受けております。それは、今回、病院局としては大変努力をしているけれども、理想的な経営健全化ではないと。収益を上げて費用を削減して、病院経営全体が健全化していくというのが一番望ましいスタイルであると。今回は、収益が上がった率よりも、費用節減といったほうが目立って改善が図られているということで、今後はもう少し収益を上げるための努力をしてほしい。そのためには、例えば、大変難しいことではあるんですけども、専門の医師の増員で診療収入を上げてほしいといったこと。それから、先ほど医師委員からも出ておりましたけれども、新たな施設基準の取得、こういったことをしっかり勉強して診療収入をふやしてほしい。また、これはわずかなことでもあるんですけども、手数料とか書類の料金というのがございます。こういったものも見直してはどうかとか、収益を上げる努力をぜひ今後してほしいというさまざまな御意見をいただいております。

ただ、18年度を振り返ってみまして、何か一つぽんとやったことで全体がよくなったというのは一つもございません。一つ一つ細かなことに取り組んだ結果がこういうふうに出てきております。今後もそういう意味では地道なものを一つ一つ積み上げていくことで、県民の皆様にも高度で良質な医療を提供していきたいというふうに考えておりますので、どうぞ御支援をお願い申し上げたいと思います。

○前屋敷委員 麻酔科について聞き漏らしました。延岡病院では入院、外来ともに麻酔科で対応が行われているんですが、宮崎病院では外来

のみ、日南は入院、外来ともに全く対応されていないということなんですが、麻酔科の担当の医師に……。どういうことになっているのか御説明してください。

○脇坂日南病院長 日南病院の現状をお話いたしますけれども、現在、麻酔科医としては3人おります。その中の1人は実はICU専属で、専らICUの業務を行っております。ですので、外科系の手術の麻酔は2人で行っております。麻酔科としての特に外来は行っておりませんが、ほとんど手術科の麻酔業務で手いっぱいであるということでございます。

○豊田宮崎病院長 宮崎病院の現状ですが、外来はやっておりません。それから、派遣元は宮大を経由で派遣していただいております。6名のうちの1名は副院長が兼任なんですけども、副院長は全体の総括と術前、術後の回診等々をやっていただいております。それから救命救急センターのセンター長も兼任して、ICUのほうも総括ということでやっております。あとの5人が専ら麻酔手術をしております。本当はペインクリニックまでいきたいんですけども、なかなかいけない。それから、余力があれば緩和ケア、疼痛管理のほうに1人、要請があれば行っているという状況の業務をしております。

○楠元延岡病院長 延岡病院です。ここに書いてある3名ですが、実際、業務は手術に対する麻酔を行っております。数がふえれば手術麻酔ももっとふやしていきたいと思っておりますし、宮崎病院からも言われましたようなペインクリニック、そういう幅広い活動をとら思っているんですが、現在、手術の麻酔で手いっぱいというのが現状でございます。

○前屋敷委員 延岡病院だけ1名不足という状況のようですけど、そのところはですね、充足

も含めて……。

○楠元延岡病院長 御指摘のとおり不足してしまして、いろんなところに人員確保の活動はしておりますが、なかなか思うようになっていないというのが現状で、今後もまた続けて確保のほう頑張っていきたいと思えます。

○十屋委員長 それでは、以上をもちまして総括質疑を終わりたいと思えます。

病院局の皆様、それぞれの院長の先生方、ありがとうございました。

暫時休憩いたします。

午前11時39分休憩

午前11時41分再開

○十屋委員長 委員会を再開いたします。

議案第14号についての委員長の報告は、議会運営委員会の決定により、次回の定例会において行うこととされております。

それでは、採決はいかがいたしましょうか。

○丸山委員 暫時休憩をお願いします。

○十屋委員長 暫時休憩いたします。

午前11時41分休憩

午前11時43分再開

○十屋委員長 委員会を再開いたします。

それでは、採決は次回の定例会中の委員会で行いたいと思えますが、よろしいでしょうか。

〔「異議なし」と呼ぶ者あり〕

○十屋委員長 そのほか何かございませんでしょうか。

〔「なし」と呼ぶ者あり〕

○十屋委員長 それでは、以上をもちまして審査を終わりたいと思えます。

午前11時44分閉会