

広島県病院経営外部評価委員会（28年度第3回）議事録

- 1 日 時 平成29年3月23日（木） 午後3時55分から5時25分
- 2 場 所 広島がん高精度放射線治療センター 2階 大会議室
- 3 出席委員 谷田委員長，木原副委員長，塩谷委員，檜谷委員，平井委員，和田委員
- 4 議 題 第6次広島県病院事業経営計画（案）について
- 5 担当部署 広島県病院事業局県立病院課調整グループ
(082) 513-3235（ダイヤルイン）

6 会議の内容

事務局：定刻より少し早いですけれども、委員の先生方がお揃いになりましたので、28年度第3回広島県病院経営外部評価委員会を始めさせていただきたいと思っております。会に先立ちまして、資料の確認を今一度させていただきたいと思っておりますので、よろしくお願ひします。合計8点ございます。1つ目が配席図、それから資料につきましては資料1、資料の2というのが資料2-1と資料2-2、1枚ものの資料2-3、それから資料2-4、それから参考資料としての資料2-5、最後にこちら、会場でございます高精度放射線治療センターについての「ご案内資料一式」の合計8点でございます。これらの資料のなかで事前にお送りさせていただいております資料から少し変わった点がございまして、資料2-4でございますけれども、委員の先生方からいただいたご意見というところの資料、こちらに数字等も挙げましたので、差し替えページにしておりますので、会議につきましては差し替えさせていただきました資料2-4で議論を進めていただきたいと思いますと思っております。よろしいでしょうか。それでは委員長でございます谷田先生にご進行をお願いいたします。

委員長：谷田でございます。どうぞよろしくお願ひいたします。

管理者：よろしくお願ひします。

委員長：それでは早速ですが、議事に入りたいと思ひます。最初に浅原管理者より一言よろしくお願ひします。

管理者：本日は年度末のご多忙なかを貴重な時間を割いて、広島県病院経営外部評価委員会にお集まりいただきましてありがとうございます。病院事業管理者の諮問機関としての外部評価委員会を先生方のご意見を受け止めて、広島県病院の運営について、改善していきたいと思ひしております。これまでも、今日、あと、資料がございまして、ご意見に対する対応等について、一応、ご返事をしておりますので、また本日も29年度から始めます第6次の病院事業経営計画につきまして、忌憚ないご意見をいただき、病院運営に反映させたいと考えておりますので、よろしくお願ひいたします。これは前もってご意見をいただきしておりますので、反映してつくっておりますけれども、もし、抜けているものがございましたら、この席でも、後ほどでも結構でございますので、引き続きご指導をいただきたいと思ひます。よろしくお願ひ申し上げます。

委員長：よろしくお願ひします。それでは早速、本日の議事に入りたいと思ひます。今日予定しておりますのは、この会議次第にございまして第6次広島県病院事業計画（案）についてということで、皆様方のご意見を伺うということでございます。最初にこの案につきまして事務局より説明をお願いいたします。

事務局：それでは、まず、スケジュールをご確認いただきたいと思います。恐れ入りますが資料1、会議次第の最後のページ、3ページをご覧ください。本日は本年度3回目の委員会でございますが、中段の「2 経営計画の策定」の欄で『ひし形』表記しておりますが、今回のメインテーマである次期経営計画についてご議論いただきたいと思いますと考えております。また、本日後半で、上段の「1 点検・評価」に関し、来年度以降の評価方法についてご意見をいただくとともに、「3 意見・提言」としてその他ご意見やご助言をいただければと考えております。それでは、次期経営計画についてご説明いたします。資料2-1「第6次広島県病院事業経営計画」骨子の1ページをご覧ください。「1 改定趣旨（計画のねらい）」の（1）趣旨でございます。県立病院は県民の安心な暮らしを支えるため、政策医療をはじめとする必要な医療を安定的に提供する役割を担っております。このため、これまで中期的な経営方針となる計画を策定し、その役割の発揮に努めてきたところでございますが、今年度、現計画が満了することから、次期経営計画を策定するものでございます。なお、本計画は総務省から策定を要請されている新公立病院改革プランにも相当するものでございます。（2）計画の概要でございます。計画期間は平成29年度から32年度までの4年間としております。内容としましては、これまでの取り組みの成果や課題を検証し、医療を取り巻く環境変化を踏まえ、策定するものでございます。次の2ページをご覧ください。「2 これまでの主な成果と課題」でございます。広島病院の成果といたしましては、図の左側から救急患者が年々拡大しており、受け入れを大幅に増やすなか、交渉4回以上となるような困難事例を最も多く受け入れております。また、成育でのNICU3床増床による、低出生体重児の受け入れ増加や実災害への派遣など、政策的な医療機能で基幹的な役割を果たしてきております。一方で下段の『課題』としましては、患者サービス向上に向けて、待ち時間短縮の取り組みを行い、実績も上げてまいりましたが、まだ、患者さんの満足度の向上には繋がられていないことや、増収減益傾向で、一層の経営改善が必要としております。次の3ページをご覧ください。安芸津病院の成果としましては、図の左側から地域包括ケアへの取り組みとしまして、健診件数を大幅に増やしており、また、安芸津地区の重要な政策の1つであります、二次救急輪番への貢献にも努めてまいりました。一方で、なかほどの『課題』といたしましては、内視鏡検査など、目標指標を達成できていない取り組みがあるほか、予防医療などの地域住民の実益に繋がる地域包括ケアの取り組みがまだ十分ではない面があると考えております。また、経営面では、改善基調ではございますが、黒字転換までもう一歩という状況でございます。（3）病院事業全体でございますが、体制強化や診療報酬の加算取得などにより、平成26年度と27年度の2年間で15.5億円の増収を図ってまいりましたが、人件費や材料費などの費用が増加しており、右側の折れ線グラフでございますように、経常収支は低下傾向にあります。次の4ページの「4 環境変化」をご覧ください。近年の大きな環境としましては、3つを挙げております。『高齢化の進展』としては、高齢者の増加に伴い、医療や介護を必要とする人が平成42年まで増大する見込みでございます。『医療の高度化』としましては、抗がん剤のオプジーボなどの非常に高額な薬剤の登場や、遺伝子レベルでのオーダーメイド治療などの新たな治療技術が進展しております。『医療費の増大』としましては、国民医療費が増加し続けていることから、診療報酬を含めて抑制の方向となっており、持続可能な社会保障制度の確立が求められております。こうした環境変化を踏まえた今後の方向性としましては、

医療機能の分化・連携を進め、いわゆる“地域完結型医療への転換、地域包括ケアの取り組み推進が必要”と考えております。次のページ、5ページをご覧ください。「5 新たな目指す姿と重点的取組」でございます。まず、(1)広島病院につきまして目指す姿として、これまで担ってきた救急や成育など、保険医療計画に位置付けられた「基幹的な役割」を引き続き果たすこと、重症度や緊急性が高く、難易度の高い疾患である高度急性期を中心とした医療を担う役割を果たすことの2つを掲げ、その実現に向けて、

- 医療機能の強化・質の向上
- 地域連携の強化
- 業務改善・経営基盤の強化
- 人材育成機能の維持

に重点的に取り組んでまいります。主な内容としましては、次の6ページでございますように、「医療機能の強化・質の向上」では、死亡原因の上位であるなど難易度が高く、今後一層の患者増加が見込まれる領域において、高度で専門的な医療の提供を推進するため、がんによる死亡のなかで最も多い約2割を占める肺がんを中心に高度な治療を行う「呼吸器センター」、また、患者数の多い消化器領域のなかでも広島病院が強みを持ち、また、難易度も高い肝胆膵などを中心に高度な治療を行う「消化器センター」を来年度新たに設置します。これらのセンターでは、診断初期から内科系・外科系・関係診療科が連携・協働し、患者の疾患や状態に応じたスピーディーで最適な診療の実施やゲノム解析に基づく個別診断を実施するとともに、複数診療科の連携を治療後のフォロー体制にも生かしてまいります。また、「地域連携の強化」では、高度急性期を中心にその役割を發揮しつつ、医療機能の分化・連携による地域完結型医療の構築を実現していくため、「逆紹介の推進」や「広島病院の持つ強みの積極的な発信・顕在化」を一層強化し、地域との垂直連携や水平連携の推進に取り組めます。次の7ページをご覧ください。(2)安芸津病院でございます。広島病院と同様に目指す姿として、保険医療計画に位置付けられた二次救急輪番制病院などの役割を果たすこと、高齢化が進む安芸津地区における地域住民の健康と暮らしを支えるため、予防医療の強化や在宅療養支援の充実など、地域包括ケアの仕組みの構築に積極的に貢献する病院の2つを掲げ、その実現に向けて、

- 地域包括ケア構築への貢献
- 政策医療の機能維持
- 経営基盤の強化

に重点的に取り組んでまいります。次の8ページの右側でございますが、人口や患者の推計をお示ししております。安芸津地区においては、今後、医療需要の減少が見込まれ、医療と介護が連携した地域包括ケアへの取り組みが重要となってまいります。このため、地域包括ケア構築への貢献としまして、行政や地域の関係機関との一層の連携強化・充実、大学等と連携した重症化予防等の研究推進、さらには地域包括ケア病床を増床し、長期入院ニーズへ対応、これらを行ってまいります。このほか、「経営基盤の強化」として、午後外来の実施や採血中央化など、患者の利便性の向上と効率化を両立させる業務改善に積極的に取り組んでまいります。9ページをご覧ください。「6 収支計画」でございます。計画期間の病院事業全体の収支計画でございます。計画期間中の経常損益は網掛けにしておりますけれども、3.6億円から5.9億円の黒字を見込んでおります。なお、平成26年度の会

計制度見直しに伴い、平成30年度までの5年間、退職給与引当金を毎年、特別損失に9.6億円計上しております。このため、平成30年度までの収益的収支は赤字となりますが、平成31年度以降は黒字となる見込みでございます。続きまして、資料2-3をご覧ください。資料2-3は、これまでの委員の皆様にご意見をいただいたご意見に対する次期経営計画への反映状況を記載しております。左側のご意見に対しまして、右側に計画本体への反映状況を記載しております。次に資料2-4でございますが、今年度第1回の外部評価委員会においてご質問いただきました「県内の救命救急センターへの搬送患者の構成」、「心肺停止症例の社会復帰率」、「低出生体重児の経過」の3点について、まとめております。最後に資料2-5参考資料といたしまして、「28年度の決算見込み」と「現在の目標指標の第3四半期の状況」を添えております。私からの説明は以上でございます。

委員長：ありがとうございます。そうしましたら、今、資料の説明をしていただきましたが、この計画につきまして、資料2-1と資料2-2を中心に皆様方から、これらへの意見、あるいはご質問を頂戴したいと思います。ないでしょうか。

委員：資料2-2の9ページに目標指標の達成状況が書いてありまして、少し気になりましたのが、この真ん中のあたりに「看護必要度を満たす患者の割合」が26年度20%、27年度20%という数字があります。これは今で言う重症度のことなんでしょうかということと、こんな数字でいいんでしょうか。これは目標としてはどのぐらいを掲げていらっしゃるのか。恐らく、来年のあたりで30%になるのではないかというようなことも言われています。そのあたりの取り組みも含めて計画を説明いただければと思います。

委員長：お願いいたします。

広島病院次長：ご説明いたします。この看護必要度につきましては、旧基準で目標を掲げておりましたので、旧基準に直してこちらのほうに掲げております。したがって、今現在の新しい基準で見ますと、だいたい、今のところ30%に達しておりますので。

委員：変えたほうがいいのかではないですか。旧基準と書くとか。今は大丈夫ということですね。

委員長：これはご指摘があったように、誤解を招かないようにしたほうが良いということですよ。注釈をつけるなりして、誤解を招かないようにされたほうが良いです。

管理者：そうですね。注釈をつけるように。

委員長：ほかにご意見はありますか。

委員：自治体病院の基本的方向性を示す「新公立病院改革プラン」では、地域医療構想との整合性が求められており、それについての記述が41ページに「地域医療構想を踏まえた役割の明確化」として掲げられています。広島県の地域医療構想も、他県と同様に、国が提示した高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つの病床区分のなかでの役割分担と取組みが決められていると思いますが、ほかの県の地域医療構想との違いを出すことはなかなか難しい。そのあたりはどういうふうに考えてやったらいいのか。広島県の地域医療構想に他県とは違う特徴的なものがあるのか。もしあるのであれば、今後4年間の計画はそれを踏まえたものになっているのかどうか。非常に難しいと思いますが、参考までにお聞きしたい。

委員長：いかがでしょう。

管理者：ちょっと、私のほうから。地域医療構想、7つの医療圏で、基本的には地元の医療

機関、関係者を含めてできているんですけども、表現がまだ非常に抽象的で青森みたいになっていないんですよ。その理由の1つは広島都市圏の医療構想というのが大きな課題になっていまして。これは7年以上前から広島都市圏の基幹病院の機能連携ということを検討を続けてきています。特に救急も含めた高度急性期医療をどのようにしていくかということによって、地域の医療資源の有効活用ということにつながっていくので、特に中山間地域の。それが十分できていないということは、ご指摘のとおりできていないんです。緊急に作成する予定なんですけど、もう1つは参考にできるのは、今回、北部の医療機関、公的病院、日赤も含めて、ガバナンスも視野に入れた連携をつくったホールディングカンパニーじゃないんですけども、ネットワークが4月にできる計画なんです。それを1つの例にして、ほかのともやっていきたいと思っているんですけど。やっぱり広島病院としては、広島県の医療を俯瞰（ふかん）的に補完するといいますか、そういう形でやっていかないといけないと思っていますので、ご指摘の書ききれないところは、おっしゃるとおりなんです、実は。

委員：いや、難しいと思うんです。

管理者：申し訳ない。

委員：まず、私は県立病院のガバナンスといいますか、資料2-3にもありますように、「全体の最適化」と「個の最適化」の考え方が重要であると思います。つまり、県立病院としては、「個の最適化」を目指すのは当然のこと、それは「全体の最適化」につながる「個の最適化」でなければいけないということです。この計画を読ませていただくと、「個の最適化」の割合が7割、8割ぐらいになっていて。「個の最適化」がうまく行ったら、本当に広島県全体の最適化につながっていくのかなというのが、ちょっと。それは地域医療構想の難しさと関わってくるんですけど、これは何も広島県だけではなくて、評価委員会の委員をしている福井県の計画を見ても同じような感じがしましたので。そのあたりは広島県として、ブレイクスルーするようなことがあるのかなということで、参考までのお話をさせていただきました。

委員長：私はこの前、数カ月前ですけど、総務省の公益企業課の方々と意見交換をしたときに、新改革プランについてガイドラインに何を総務省が求めているかといったときに、実は、確かに経営の改善も大事なんだけれども、役割をもっと明確にしてほしいと。地域医療構想という大きな計画が示されるだけで、県立病院が県立病院の役割はなんなのかということを、実はもっと真剣に議論してほしいんだということを総務省の担当の方は言っています。ただ、現実には塩谷先生がおっしゃるように個の最適化をそれぞれが求めているので、その役割についての議論は、実はあんまり深まっていないんですよということは、こちらの意見として言ったんですね。実はそれと関連しているのが、私がこの資料2-3で意見を言っている3次医療というのをもっとしっかりと書き込まれたらどうかということをお前回、言ったと思います。確かに3次救急というところで書いてはありますけれども、3次医療です。非常に広域、県全域のなかで重症であったり、希少であったりする医療です。3次医療という言葉、3次救急という言葉というのは、すごく県立病院を表現するにはいい言葉じゃないかと思います。高度急性期よりも3次救急、3次医療のほうが県立病院らしいとは思っています。安芸津は初期診療であり、2次診療であり、2次救急でありという、この初期医療、初期救急、2次医療、2次救急、3次医療、3次救急、これは行政

の医療の分けだと思えますけれども、それをしっかりと意識して書き込まれることで、読む側が「なんだ、これ？」と思うといいですね。要は医療に階層があるんだと。階層があって、それがシステムティックに機能するんだというイメージを読む側が持てるんじゃないかと思えます。これを見ますと、4ページの3次救急というところにかっこして3次と書いてあるだけでして。少しちりばめられたらどうかなというふうに思います。

管理者：ありがとうございます。

委員長：そうすると、機能が少し見えてくるような。広域性ということとか、高度先進医療というイメージが見えてくるように思います。

管理者：実は今、厚生労働省が脳梗塞、あるいは心筋梗塞とか、心不全とかを病院を3つに分けようとしているんですよ。検討が始まったばかりで、今、検討会が。高度専門病院、専門病院、初期医療をする病院というふうに。例えば、脳卒中なら脳卒中を分けて、患者さんを必要な状態のときに必要な状況で診ようとしている。それは今、私たちが取り組んでいる、今、言葉は先生がそうでないほうがいいとおっしゃったんですが、高度急性期医療というのを、高度な専門病院を位置付けて、そこで人材育成をし、医療もするという形をすべきではないかと思っている。広島県の地域医療構想のなかでもそういうのがちゃんとできていけば、県民に貢献できると思っています。

委員長：私がこだわりますのは、地域医療構想でいう高度急性期というのは、高度なことをしているわけではなくて、ただ、資源の投入が多いというだけの病床の計画の仕方なんです。本当に高度なことというのは、これは医学的な話なんで私は少しわからないんですけども、資源投入と本当に因果関係があるかどうかというのは、また別じゃないかと思うんです。資源投入さえすれば高度という話ではないと思うんです。それから、一般人の目からすると、高度というと専門と同じですけども、他とは違って、ものすごく優越した、すごいことがしてもらえるんじゃないか、なんでも治してもらえるんじゃないかとか、勝手な妄想を抱く言葉のようにも思えます。プライマリー、セカンダリー、ターシャリーというのは、世界的に医療の提供システムとして認められている医療システムですよ。最初に一番近いところで患者が診てもらって、入院が必要になったら重症の患者は入院施設。さらに難しいことになるとターシャリーの入院という。これは世界共通の考え方だと思うんです。それを上手に組み合わせたほうがわかりやすいように思うんですよね。

管理者：確かに表現としては。これでやめますけど。さっきの施設ランク付けというのは、例えば、一番高度専門的な医療機関というのは、例えば、脳梗塞で血管内治療ができるとか、2番目の専門病院はt-PAをちゃんと使って治療ができるとかいうふうなことを規定してあるので、それはわかりやすいかなと思う。ただ、先生がおっしゃるように表現として、高度急性期という言葉が適切かというのは。

委員長：私は他の県でも委員をやっているんですけど、住民代表の方もいれば大学の教授やドクターたちがいる。ドクターたちの高度とか、専門のイメージと一般の人たちのイメージは違う。それはものすごくいいことをしてもらえて、なんでも治してもらえないかというふうに誤解しがちなんです。言葉の使い方はすごく難しいんですけども、ぜひ、ご配慮いただきたい。

委員：そのあたりの観点から資料2-4で、救命救急センターの重篤例の受入数とか、心肺停止症例の社会復帰率とか、低出生体重児のデータを見させていただくと、非常に秀でて

おり、まさにそれらは高度急性期をおやりになっています。そのあたりを県民にわかりやすく知らせる仕組みがあれば、さらに良いと思います。

委員：地域医療構想も保健医療計画のなかに組み込まれるということですがけれども、一番、やはり、5疾病・5事業の5事業のほうに、どういうふうに県立病院が関与していくのか。これを県立病院は全部をカバーしていかないといけない。へき地医療のほうにも行かなきゃいけない。災害医療も行く。一番たくさんのDMATが構成されているし、活躍をされている。それから災害にも出ていかないといけない。それから、周産期も、小児も全部やっていると。県立病院にあまりにも全部の荷重がかかっているかなという。

管理者：それは無理です。

委員：無理ですよ。だからこそ、5疾病のどこに、どうやって特化して、今回、センター構想というのが消化器、呼吸器と循環器とありますけれども、これはどういうふうに5疾病・5事業のなかで、特に5事業にどう関わっていくか。それから、今の救急医療に関して言えば、5疾病のほうの救急体制、特に脳・心臓の救急ということになると、これに対する対応で県病院はここまでできるよ、ここは、県病院は他の基幹病院とどこがどう連携をして、住民の方が困らないようなシステムができるかということをもうちよっと具体的に、もう少し見えにくいかなというのが、計画のなかでは。

管理者：先生には基幹病院でも意見をいただいておりますけれど、同じ指摘をされているんですが、さっき、ちょっと申しましたように、基幹病院で、本当は役割分担を決めて、その全体として機能がちゃんと広島県をカバーできるというふうな形にしたいんですけど、ちょっとまだ進んでいないのは、事情もご存じだと思うんですけど。それは進めたいと思っていますので。ありがとうございます。

委員：今のお話にも絡むところなんですけど、この資料2-2の計画案の25ページで地域完結型医療という言葉が出てきて、今の話と非常に絡むところだと思うんですけど。まだ、どこがどういう役割を担うかどうかは協議中であるというのは私もよく理解しているつもりなんですけど、この地域完結型医療という言い方だけだと県民に向けても、一応、わかるようにということで、たぶん、開示されるものだと思うんですけど、なんのことがちょっとよくわかりにくい。地域完結、それは当たり前だろうというようなところがあって。いろんな地域の病院が連携して、役割分担をしてぐらいまでとか、このことをもうちょっと平たく、どこが何を担うかまでは、もちろん決まってからでないといけないと思うんですけど、そのへんの連携構想は平たく説明する部分がもう少しあってもいいのかなというふうに思いました。

管理者：そうですね、ちょっと説明が足りないですね。病院完結型と比べてもらうとわかりますよね。病院完結型というのは、なんでもかんでも、例えば、県立病院でやろうというのは病院完結型。だけど、実際はそういう病院でも診療所とつながっているわけですよ。だから、本当は地域完結型が少し進んでいるんですけど、もっとそれを進めたいと。

委員：垂直連携とか、水平連携が出てくるんですけど、さらっと出てくるんですけど、たぶん、一般の方にはなんのことがよくわからない。かかりつけ医との連携とか、そのへんももう少しご説明がいただけるとういかなと思います。

管理者：なるほど。表現が県民にわかりにくいということ。わかりました。

委員長：それは用語解説のようなものが、あるいは注意書きのほうが見やすいですかね。

委員：できれば、用語解説だと、また飛んでいかないといけないので、本文に少し説明があれば、スペース的に難しいということであれば用語解説。

委員：細かいことでもいいんですか。21 ページで主力の入院収益が目標に達していない。その2行下に外科系の新規入院患者が思いのほか伸びていない。これはどういうことなのかなど。

管理者：病院長がお答えください。

県立広島病院長：内科系と外科系に分けて、この何年間か見たところによったら、結果として内科系のほうはある程度人数も投入しているところもあるんですけども、それに伴って入院の新規が増えてきているというものに対して、外科の場合は、内科ほど人を投入していないというのがあるんですけども、期待としては伸びてほしいというのがあったから、思いのほかとかいう言葉になるんですけども。もうちょっと、期待にそぐわなかったというような程度ですね。

委員：手術がトータルで減っている？外科の手術が減っている？

県立広島病院長：手術も、外科のなかでもトータルすると、やっぱり外科全体の定期手術もそんなに伸びていないです。

管理者：また、すみません、補足して。今、広島病院の患者さんを診ますと、地域の病院ですよね、南区の患者さんが多いんですよ。ちょっと言い方が悪いんですけど、診療所の患者さんを診ているんですよ、いっぱい。それは逆紹介をして、診療所に戻していこうと。広島病院で診ないといけない患者さんを診るという体制をつくっていかないと。そのためには、やっぱり、外来ですよ。診療所で診てもらえる患者さんは診療所で診てもらおうという逆紹介を増やしていかないと、120、130%増やしていかないといけないと思っています。それが地域完結型と私は思うんですけどね。全部広島病院ではいけないわけですよ。それが紹介患者さんとかに反映すると思っています。

委員：もっと細かいことですが、収支計画、35 ページのところに病院事業全体収支計画というところですけども、経費のほう、病院事業費用のところ、「うち給与費」というところがあるんですが、平成28年見込みのところから29、30、31、32と、計画の給与がちょっと減っていつている。これを見たらスタッフはちょっとがっかりするんじゃないかと思ったんですが、これでいいのかなと。普通は増えていくのがありがたいなと思ったんですが。逆にこれは効率化というか、いろんなところの人件費の削減ということになってくるのかなと。増えていかんと従業員はやる気がなくなるんじゃないかという気がしたんですが。

事務局：試算上の話なんですけども、今、産休とか、育休に入られる看護師さんがかなりいらっしやまして。その推移を少しずつ、実人数として減ってきているというか、適正な人数になってきているというのをシュミレートしている数字でございまして。特に減らしているとか、給与費を減額しているとかいうことではございません。

委員：この計画には書いていないことなんですけども、これは病院としての対応なのか、県としての対応をどうするのかというのがまずあると思いますけども、増加する海外からのお客さんがこちらで診療が必要だといったときに、どの病院が受け入れるのか、また県立病院がどういう役割をするのかの計画は必要とおもいます。書く書かないは別にしても、オリンピックを控えて、特に広島はたくさんの観光客が海外から来られるので必要ではないか

など思いました。それから、もう1つ、ちょっと刺激的な言葉があったので、これは直されたほうがいいのではないかと思ったのが、40ページの地方独立行政法人の要件として、ア、イ、ウ、エの認可要件等のなかで、平成28年度末で債務超過となる見込みだと書いています。これは結構刺激的な言葉ですので、条件が整わないとか、これを一般の人が見ますと、県立病院は債務超過ですかとびっくりされます。少し表現を和らげたほうがいいのかなど思いました。2つ、よろしくをお願いします。

委員長：どうです？ いかがですか、院長。

県立広島病院長：1番の質問。海外からどのように受け入れるかということなんですけども、現在のところでは、数が少ないんですよ。今起こっている現象というのは、広島市内でも原爆だとか、原爆資料館にしてもですけど、あの辺りは結構海外の方が来られてきています。アジア人というよりは、むしろ、ヨーロッパとか、ああいう方たちが多いらしいんですけども。そういった方がどこに、まず、受診をされるかとなると、近くの開業医の先生のところに来られるそうです。それに対して、例えば、県病院というような所で入院となる人というのは非常に少ないです。この前、台湾の方が、県病院がちょうど外国人を受け入れますと書いてあるそうなので、それを見られて、県病院に来られて対応したというのはあります。それから、最近起こったことでは、岩国基地が拡大するために、10月から医師が1人から4人になっちゃうんですよ。産科の問題もあったりして、お産の方で異常分娩も、たぶん出るだろうというのがあって、岩国基地とは、今、やりとりをされていて。県病院は受け入れという点でやりましょうと。こういうところでは、できてるんですけど、全体としてはまだ。

委員：もし、受け入れる意思をきちっと表明をされるようでしたら、いわゆる、国際認証を取られるような形がいいです。今、2つありまして、1つはJCIという結構ハードルの高いものがあります。もう1つJMIPというのがあります。これはあまり多くのコストをかけなくても、一応、海外の患者を受け入れる体制ができていることを認証する制度です。それも検討されたらどうかと思いました。

管理者：そうですね。

委員長：よろしいですか。

県立病院課長：すみません、被りますが、観光客の受け入れにつきましては、計画に記述はないんですが、県のほうの観光部門が認証というところまでは行っておりませんが、県内で受け入れが可能な医療機関に対して協力要請と、取りまとめというようなことはやられておりますので、お答えをさせていただきます。それから、もう1点。40ページの債務超過の表現についてはご指摘のとおりでございますので、ちょっと表現のほうは考えさせていただきます。ありがとうございます。

委員長：国際都市、これはちょっと古いかもしれませんが、例えば、福岡ですとか、あるいは関空のある大阪ですとかという、基本的に自治体としては市が担当しますよね。福岡であれば福岡市が受けますし、関空のそばだったら泉佐野市に市立病院が。要は3次医療をやる県がいきなりそこに登場するというよりも、やはり、市という行政の将来の国際化をにらんで、市民病院が主に担当しますよと。ただ、非常に難しい面がたくさんあるらしく、いろんな公立病院で診るといのは、なかなかかえって難しいのかもしれないです。ご参考になればと思います。あと、檜谷委員がおっしゃいました21ページ、これも、やはり、

表現の仕方だと思いますので、外科系が思いのほか伸びていないという表現は、やはり、なんとなく引かかるんですよ。患者が伸びていないということはどういうこと?という話になるんですけど。

管理者：言葉ですね。

委員長：違う理由があるんだと思います、違う理由があって、先ほど、管理者からいただいた機能分担ですとか、逆紹介ですとか、二次医療機関との関係だとか、いろんな理由の結果として新入院患者数が抑えられているのか、現象としては数が減っているという表現なんでしょうけれども。これだけを見るといろんな取り方ができますので、外科系だったらほかの病院のほうがいいんじゃないかということにもつながらなければいいなと思います。ちょっとご検討いただければと思います。

委員：安芸津のほうに行ってもよろしいでしょうか。安芸津のほうは病床稼働率等、もう一歩伸び悩んでいたんですけども、28年度の上半期を見ると一挙に病床稼働率が上がってきて。地域包括ケア病床が有効に利用されていることになるんだと思いますが、22ページの課題の深堀り真ん中のところ、すぐ下に、「関係機関において地域包括ケアのモデルとして構築できておらず」と。ぜひ、安芸津地区で唯一の入院機能を持った県立安芸津病院があるわけですから、むしろ、全国のなかでも地域包括ケアのモデル地区に、モデルスタイルということに、できていないじゃなく、ぜひ、やってほしいなというのを非常に思います。というのは、地域包括ケアそのものは、やはり、入院機能を持った医療機関、特に病院がなければ絶対に成り立たないわけで。在宅を、いかにバックアップできるか、介護施設をいかにバックアップできるかというのが緊急のときに、やはり、地域ですぐに入院に応じてくれる、24時間いつでも、まさかのときはおいでという病院があって初めて地域包括ケアも成り立っていくので。安芸津地区、竹原地区も含めた医療施設、介護施設、あるいは居宅等すべての医療資源をもう1回、しっかりと連携を取っていただいて、全国でも安芸津地区の県立安芸津病院を中心とした地域包括ケアモデルのしっかりとした構築をこの1年で、ぜひ、やっていただければというふうに思います。

委員長：ありがとうございます。どうぞ。

委員：檜谷先生のご意見に関係しているんですが、安芸津病院に関して、前回は、前々回かでお話をお聞きしたときに、訪問看護の数が減っているというのがありまして。これはどうしてですかと言ったら、まだ、患者さんのほうに、いつも利用したいという声が上がってこないということもあって啓発が大事なんだというような話がありまして。そのとおりでろうなと思ひまして。地域包括ケアシステムはなかなか言葉は聞くようになったけれども、浸透してなくて。例えば、今、檜谷先生がおっしゃったように、なんかあったときは、地域の病院がいつでも受け入れてくれるんだということも地域の住民の方はよく知らないし、それがあらかうかもわからないし。家で診れるなんて、あんまり思っていないというのが実情なので、やはり、モデル地区というふうに目指すのであれば、資料2-2の計画の26ページの文言のなかに、やはり、啓発という言葉も入れていただいたほうがいいのではないかなと。そこにも、やはり、意識的に力を注がないと、体勢だけを整えても来る患者の側の意識がついてこないというのはどうかと思ひまして。啓発というのが大きなカギになるんじゃないかなというふうに思ひますが、いかがでしょう。

委員長：いかがですか、安芸津病院。

県立安芸津病院長：ご意見ありがとうございます。まさに、そのとおりで、啓発は心がけているところですけど、そういう構築できていないというのは実際的にそれが増えてきていないということなんですけども、啓発のほうは一生懸命やっているつもりなんですけど。文章にもそういうことを書きますように、ちょっと工夫してみたいと思います。

管理者：いや、だから、どういうことで啓発しているかという具体的な行動を示さない。啓発をしている、していると言っても、何をしているかわからないので。

県立安芸津病院長：そうですね。一例、一例というか。まず、バックアップというのは、今現在は訪問診療、訪問看護、そういうことをしている方は24時間受け入れますよということになっているわけなんですけど、それ以外、まだ、ほかの介護施設とかにおられる方が24時間、ホットラインの連絡があって、入院できるわけではございません。これは二次救急の輪番制になっていますので、その受け入れができない日があるということ。そこまでの連携は取れていない。あるいは、同じ地区のなかで24時間、どこかの当番病院が受け入れをするということは、現在はできているわけなんですけども、県立病院だけが24時間診ているわけではないんですけども、包括ケアの連携を取っている患者様といいますか、訪問診療、訪問看護の方は、受け入れをするということは約束はしておるんですね。だから、訪問看護をしたほうが良いという患者さん、これは入院しているときに退院支援のカンファレンス等で、これは訪問看護に出たほうが良いということがありましたら、こういう訪問看護がありますからどうですかという形で増やしていつているわけなんですけども。あとは、総合案内、あるいは案内のところ、そういう相談を受けていると。そういうところに宣伝はしたり、それから、病院の広報誌等でそういうのを広報はしているんです。あとは一人一人の患者様で、外来患者さんで訪問診療が必要だと思われる方には声をかけて、こういうのがありますよということを行っているんです。やっぱり、一人一人の患者様と、その病状に合わせてお薦めをしているというのが現状です。

管理者：いや、やっぱり、介護施設とか、ケアマネージャーさんとかと頻繁にコンタクトして出ていかないと、病院で待っていますよじゃ、ちょっといけないですよ。それは、そういう地域、包括ケアシステムを作る場合には、会議をせんとはいけませんし、それは頻繁に出て行って、会議に参加して受け入れるということを取り組んでいきたいと思っていますので、今後。特に、介護施設とは、今後、非常に連携が重要になってくると思っています。

県立安芸津病院長：大きな介護施設が3カ所あるんですが、そのケアマネさんと月に1回、会合を開くのを今年度から開始をしています。

委員長：そういったことが見えるように、あるいはこういった取り組みを宣言するとか、やる気を示すような表現を。

委員：健康教室をはじめとして、実にいろいろやられているのですが、整理整頓ができていないですよ、戦略的に。「地域包括ケアシステムの構築」を安芸津病院の生命線として掲げるかぎりには、この9ページの目標指標のなかに、訪問看護件数と介護支援加算件数以外にも、地域包括ケアの要素をもっと入れられたらいいと思うんですよ。例えば、地域での看取りの件数とか、ケアマネさんとのミーティングの回数とか、健康教室の回数であるとか、そういうのを入れられて、職員と共有すれば、さらに良くなっていくと思います。安芸津病院が周辺地域での地域包括ケアを主体的に引っ張っていく。そのためにみんな手

を挙げて集まってくださいと。今まで病院はこれだけやっていますと。これからは何ができるか教えてくださいと。病院が主体的な役割を果たせる地域ですし、今まで実績がありますので、さらにそれを進めていかれたら。例えば、看取り件数も1件、2件からのスタートですが、それも1つ目標に入れるとか、いろんなやり方があると思いますし。今までやられていることをまとめて、整理整頓されたらもっといいようになると思います。

委員長：ありがとうございます。

委員：何か大きい看板を挙げられて、なんか目立つスローガンとか、わからないですけど。そういうことをしていただければ、私どもの新聞も積極的にご案内することも十分できるだろうというふうに思いますし。そういう意味では、いついつ何があるよということまで含めて、そういうことは、ぜひ、ご相談いただいたらとも思いますので、どうぞよろしくをお願いします。

県立安芸津病院長：ありがとうございます。

委員：健（検）診を目標指標で掲げられて、健（検）診が増えていますよね。これは住民健（検）診ですか、企業健（検）診ですか。地域包括をやる上では、企業健（検）診よりも住民健（検）診で、その健（検）診が予防につながるような。逆に言えば、予防するための健（検）診。患者を増やし収益を上げるための健（検）診ではなくて。健（検）診に関しても、地域包括という観点から整理整頓されればいいんじゃないかなと思います。

県立安芸津病院長：現在、両方やっていますので。その辺も、また。

委員：今の塩谷委員から予防という言葉が出たんで、ちょっと気になったのが、重点取り組みの安芸津の大学等と連携した重症化予防の具体的検討実施はなんのことかようわからなかったんですね。

管理者：だから、具体的に書かんといけませんよね。

委員：あと、転倒予防の、全国的に有名な靴下ですよね。まさに地域包括ケアであると思うんですね。あれをもっと前面に出されたらいいと思います。

管理者：そうですね。ちょっと書き直すようにいたします。

委員長：確かに塩谷委員がおっしゃるようないろんなことをなさっているし、取り組みが進んでいるんですね。ところが文章にすると、途端に自分に厳しいのか、自虐的なのか知りませんが、できていないとか、不十分とかといういきなりそういう表現になってしまうところがある。

管理者：それはこの訪問看護件数が下がったりということが原因なんですよ。

委員長：それを含めて骨子を見ても、これに限らず、全体として自己に厳しいところはものすごく厳しく書いてあるんですよ。断定的に。しかし、それはいろんな取り組みをされていて道半ばであったり、努力する余地があったりするという、そういうイメージを残すような表現を少し工夫されたほうが受け取る側も、おそらく実施される側にとっても気持ちよく前に進んでいけるじゃなからうか。いつまでたっても不十分だと言われかねないところが。

管理者：それはちょっと私の指導が悪いので、申し訳ない。

委員長：いえ。評価委員会で、それほど厳しく、これが不十分、これが不十分と言っているわけじゃないですよね。むしろ、あと一歩だとか、よくやっているという状態をみんながおっしゃられている話ですよね。

管理者：いや、第5次の計画の課題を踏まえて、第6次をつくりましょうと。第5次の課題はこうですということを確認に認識しておかないと、次の計画はできませんよね。

委員長：それはそうですね。

管理者：それが大事だと私は思っているんです。課題はなんなのか。今、それはしっかり受け止めた上で、次の計画をつくれれば、具体的な見える計画になっていくと思うので。

委員長：私が申し上げているのは、もっと表現のこと。

管理者：表現、わかりました。

委員長：よろしいでしょうかね。

副委員長：24ページの専門医療のセンター化の箇所にゲノム解析のことがあります。これについては本気でこれから県病院がやっていく宣言と考えていいですか。

県立広島病院長：いや、まだそんなじゃなくて。強い意志でそこまで行こうというのは、まだ、これから先なんですけれども。例えば、病理で免疫染色法でいろんな遺伝子解析が、コバスという機械を買うことによって、かなり短縮してできるようになるとか。素材があるので、今、ちょっと、それが今後伸びないかなというのを考えているところです。

管理者：染色体異常で、結局、流産したものを見ると、やっぱり、染色体異常があるということも遺伝子解析で調べているわけです。それと、オブジーボにしても、特定の遺伝子解析で特定のぶんは効かないということがわかっていますので、外注検査でも進んでも対応せざるを得ないと思っているんですよね。効かない患者さんには投与することができませんし、それが増えてくると、もうちょっと大々的に。広島病院だけでやるというのはちょっと難しいと思うんですけど。

副委員長：プレジジョン・メディシンを前提にいろんな医療を組み立てていくのは、これから大事になってくるだろうと私も思っております。一方、その辺を掘り下げますと、遺伝子カウンセラーであるとか、職員や様々な機器等も含めて整備しなければいけない部分も出てくると思われれます。病院としてどの辺りに資源を集中して投入するのかという観点から質問させていただきます。専門医療のセンター化の3つの大きな項目の1つとして掲げておられるということはそれだけの意向があると理解してよろしいのか。

管理者：そこまでは。おっしゃるとおりです。

副委員長：そういうことです。

委員長：予定している時間を超過しましたけれども、いろいろご意見を委員の方からちょうだいいたしましたので、この意見を1つご参考にいただいて、ご検討をいただければと思います。皆様方、それでよろしいでしょうか。

管理者：また、それを受けたのをつくりまして、また、見ていただくようにします。

委員長：では、よろしくお願いいたします。それでは、本日の議事は終了しておりますが、そのほか事務局より、これは進め方等の説明があるということですので、お願いいたします。

事務局：すみません。来年度の評価方法についてなのですが、まず、資料2-2、計画の本体なんですけど、28ページ以降をご覧くださいなのですが。次期経営計画では、具体化方策と連動した形でできるだけ達成目標とする指標を細かく設定しております。ただし、29年度以降の取組状況につきましては、これらの指標も判断材料により評価しやすくなるよう改善しておりますけれども、実際に評価していただくのは再来年の30年度ということになってしまっていて。その一方で同じ資料の2-2の後半の資料編、後半ですけども9ペ

ージ、10 ページ。これは、今現在の経営計画の評価報告書を抜粋したページでございますが、来年度はこの古い現計画の、28 年度の取り組みについて評価をお願いすることになります。今のところ、従来の評価方法を踏襲（とうしゅう）することを考えておりますけれども、委員の皆様には、例えば、取組方針に応じた評価の判断材料となる資料など、本年度評価をしていただくなかで感じられた評価にあたって、改善点、気づきなどがあれば参考にさせていただきたいのでご意見をいただければと考えております。よろしく申し上げます。

委員長：この指標については、ここで今、委員から意見が出たとすると、それをもとに変えていくということですか。それとも、参考にしてということであれば、もう少し時間をもらって意見をいただければ、それはそれで対応するとか。この場での意見を求められているのかとか。

事務局：この場でということではなく、いつでも。

委員長：今、この場で一言、こういう指標があったらいいんじゃないかということをもし、ご意見がありましたら。

委員：感想だけ。少し感想ですけど、例えば、医療機能は非常に強化されて目標達成、人材育成も目標達成、患者サービスの目標も達成。全部やっているのに、経営は赤字になりましたみたいなものが多いですね。特に収入が上がった以上に材料費が上がりました、人件費が上がりました、だから赤字になりましたというケースが大半です。経営評価委員会の議論からすると、例えば、人件費部分のなかで指標とか、材料費の指標というものを少しつくっておくべきと思います。

委員：材料費でいえば、保険請求をできる材料と、それからそうではない材料という、これらに分ける必要があると思います。

管理者：ご指摘のとおりです。最近、費用について関心を持つようにしていますので。

委員：安芸津病院の評価の 10 ページのところ、広島病院のほうは、例えば、具体的に救急、成育、がん医療というふうにあります。先ほどから、地域包括ケアのモデルを目指すんだということであれば、そういうふうな項目というのが、評価というのがあるといいのかなというふうに思いました。

委員長：ありがとうございます。

管理者：それはどっかに書いてあるよね。どっかに書いてあったように思うんですけど。

事務局：すみません。先ほど、平井先生のおっしゃっていただきました地域包括ケアにも取り組んでいきますということにつきましては、新しい計画のほうに盛り込ませていただいております。具体的には 30 ページ、資料 2 - 2 の 30 ページの上段のほうに地域医療連携のなかに区分で安芸津病院というのがございますけれども、そのなかにケアマネジャーとの連携等々、それから先ほど塩谷先生からもお話がありましたケアマネ等との集いの回数というのも目標に設定するなど、新しい年度につきましては、こういったところに取り組んでいくということも考えております。

管理者：なるほど。30 ページのここに。

委員長：これはまったくの余談になるかもしれませんが、私は医療経営学で医療機関の評価みたいなものを行っているわけですけど、医療の質とかというとすぐに構造、過程、結果という、あの有名な 3 つの要素で評価するのだということなんですけど。それともう 1 つ、

目標というのもあるって、目標が正しくなければ、構造や結果や過程がどんなに素晴らしくても駄目なんですよ。目標の評価は、今日、いろいろとお話を伺った。構造はどうなんだとか、過程、プロセスはどうなんだとか、最終的に結果として赤字だの、黒字だの、患者が増えたとか、そういうことが出てくるんでしょう。ただ、言われていることは構造とプロセスのあいだの因果関係ははっきりしない、はっきりしないんです。それから、プロセスと結果のあいだの因果関係もはっきりしない。それぞれ、割と独立した要素として存在しているので、それらをこの評価委員会のなかで評価をしているんだと。その結果ということがどれほど大事なのかといったことに関しても、やはり、重さ付けはある程度、皆さん方のご意見をちょうだいするということが大事じゃないかなと思います。最終的に赤字だから駄目なんだという評価の仕方であれば、もうそれぞれ独立しているとすれば、もう結果だけを見りゃいい話なので。そうじゃないはずでありますので、そこら辺は、やはり、評価を進めていく上で少し考えるポイントになるのかなというふうに思います。別に、ここに挙げるとか、なんかかではないんですけど。本当は、ここに構造の構とか、過程の過とか、結果の結とかいって、なんか印がついているとあとで分類しやすいかなとは思いますが、そこまでは求めてないです。では、皆さん方、もし、意見がありましたら、メール等でご意見をちょうだいするということでもよろしいですかね、それで。では、最後になりますが、これは議事ではございませんが、今の県立病院の経営に関してのアドバイス等を、最近のトピックスがございましたら、お願いします。

委員：今、巷で流行っておりますのは、働き方改革ということで、特に広島病院の人は、たぶん、1,000人を超える人がおられて、この人たちの健康を守る、それから、きちっとした働き方をつくっていくというのが今の非常に大きな民間企業のなかでは最重要課題になっていまして。それは採用にも影響する。今後、看護師さん、お医者さんの採用にも非常に大きく影響する。一般的に健康経営という言葉で呼ばれているものがありますので、これをしっかりつくっていくということは、今後の病院の経営基盤の充実のためにもとても重要というふうに思っております。

管理者：ありがとうございます。

委員長：病院で働く人が元気でないといけないです。

委員：そう。そういうこと。心身ともに。

管理者：1つだけ、課題は臨床医なんですよ。今朝、日経にもありましたように、診察要請があったら断れないですよ。急患もあります。患者さんの病態の急変もあります。となると、今日もありましたように、結局、働き方改革の方針は臨床医だけは5年ほど延期しよう、結論を出すのをというふうになってしまったんです。ただ、5年経っても変わらないと思うんですよ。というのは、そういうふうにしよとしたら三交代にするとか、医師をたくさん集めないといけない。しかし、これは国の方針として医療費削減に合わないわけです。これは、もうどうしようもない。そんなに医師もいないです。医師不足、特に勤務医不足ですので、非常にこれは苦しいとこ。そこを突かれると、ちゃんとした答えがないんですよ。5年経っても、厚労省は、たぶん、「じゃあ、やりましょう」ということにならないと思うんですよ。それは厚生省と労働省が別々だからです。

委員：マスコミに認識してほしいんですけど、医療法と労働基準法では「宿直の定義」が違います。労働基準法では、夜は日勤帯と同じように患者を診てはいけない、電話番号だけ

すよ。しかし、医療法では24時間患者を診なさい。労働時間にしても、労働基準法32条では週40時間以上働いてはいけない。その一方で、医師法19条では「応召義務」があり、正当な事由がない限り診察を拒否してはならない。同じ厚労省のなかでの矛盾、「制度の壁」です、そのあたりをまったく議論せずに、働き方がどうのこうのというのは、おかしいと思うんですよね。何年か前の奈良県立病院産婦人科医の訴訟で、当直は通常勤務という判決になりました。当直を通常勤務とみなせば、日本の救急医療は成り立ちませんよ、一晩中の時間外勤務手当を支払う財政的余裕なんて病院にはありませんし、勤務医不足の中で医師を交代制にすることもできません。だから、働き方改革議論をするのであれば、パンドラの箱を開けて、そのあたりをしっかりと議論しておかないとおかしいです。

委員：そのとおりだと思います。

委員：日本病院会アンケート調査によると、月の時間外勤務時間が80時間を超える医師が存在する病院の割合は42%、宿直翌日の通常通り勤務は60%と、なかなか勤務医の働き方は改善できていません。しかし、そうしなければ、医療が成り立たない。患者のニーズには応えられない。患者側も、やっぱり、考えてもらわなきゃいかんわけですよ。コンビニ受診とかね。社会全体の問題で、働き方を考えていかなければと、常に思っております。

委員：新聞社も例外ではなく、社内でも働き方旋風が吹き荒れているなかで、特に総務、人事部門は頭を悩ませているところなんです。ヤマト運輸さんの話なんかもありまして、今まで当たり前だと思っていたこと自体を見直さないと、働き方改革もできないだろうというなかで。

委員：数多くある医療関連法令それぞれが整合性があるかどうかといたら、整合性はないです。先ほどの宿直の定義にしてもね。それはその都度、その場しのぎでの関連法令や通達が出され、ずっとそのまま来ているから、今、矛盾がいっぱい出ているのです。その1つを取り上げて、病院側が、管理者が、院長が非難されるんです。それは絶対におかしい。

委員：おっしゃるとおりだと思います。ただ、働き方改革が進んでいくのかどうかはあれですけど、進んでいくと、さらに勤務医不足に繋がりがかねないことにもなると思いますので、そういう辺りは私たちもしっかり勉強して、ちゃんと正しくお伝えできるようにしていきたいと思っております。

委員：正しくお伝えください。

委員長：ここは日本病院会とマスコミとのあいだですり合わせをしていただくということで。

委員：2人とも、情報交換をしっかりとさせていただいております。

委員長：進めていただければと思います。私はもっと、そこまで難しく考えずに、結局、実態としては長時間病院で過ごされる方々がいらっしゃるのであれば、やはり、そこでの長時間過ごすなら過ごすなりの環境づくりというのも大事じゃないかなと。仕事だけでガリガリと無駄なスペースを徹底的に削って、生産性だけを考えたところに100時間もいたら、そりゃあもう病気になりますよね。

副委員長：今までわれわれの世代がやってきたことと同じことを、これからの医師にやれと言っても無理です。何かの格好で、寄り合わせをする必要があります。特に女性医師などは働けないです。必然的に働き方・環境改善は起こってくるかと思っております。

委員長：大きな問題にまでなりましたが、ありがとうございます。本日の議事、計画についてということで、皆さん方から貴重なご意見をいただきましたので、それらはまとめて

ということで会議を終了したいと思います。最後に浅原管理者から一言お願いします。

管理者：いつも貴重なご意見をいただきまして、ありがとうございます。第6次の経営計画につきましても、医療環境は激しく変化するなかで、このままで4年間同じように行くとは思っていませんので。様々な社会環境、要因は医療という社会のなかの基盤的なものとして影響を受けざるを得ないわけです。また、医療をツールとして社会を支えていかななくてはいけない部分があると思いますので、そういう点は十分認識して病院医療にあたりたいと思っています。そういう意味では、今日、ご指摘がいっぱいありましたように、不完全な経営計画ですけれども、委員の方々のご意見を伺って、しっかりと受け止めて、ブラッシュアップもしていきたいと思っています。引き続き、継続的にご意見をいただくということは谷田委員長がおっしゃいましたように私たちも思っていますので。ぜひとも、県立病院としての役割を果たすように、ただ、檜谷先生が、今日、おっしゃった、広島県の医療を全部、ちゃんとやっていけるのかとおっしゃったですけど、それは無理です。そういうなかで、何をしていけばいいのかということのを常に考えながら運営していきたいと思っています。本当に、お忙しいなかをお集まりいただき、貴重な意見をいただきましたことについて、心から感謝申し上げます。引き続き、ご指導とご支援をよろしく願います。

委員長：お世話になりました。

管理者：ありがとうございました。

事務局：すみません、最後に。申し訳ございません。この計画につきましても、本日のご意見をいただきまして、踏まえまして、今月末に行います「病院経営戦略会議」におきまして、最終確定する予定でございます。確定後はホームページに公表するとともに、委員の皆様にもお送りさせていただきたいと考えております。また、来年度、第1回の委員会でございますが、7月から8月頃に予定しております。また、メールにより、スケジュールを確認させていただきたいと思っておりますので、よろしく願います。ありがとうございました。

管理者：ありがとうございました。どうもありがとうございました。お忙しいなか。

(終了)