

平成 21 年度第 1 回 横浜市立市民病院市民委員会議事録

開催日時	平成 21 年 9 月 1 日 (火) 午後 6 時～8 時 15 分
開催場所	横浜市立市民病院 がん検診センター4 階講堂
出席者	長谷川敏彦委員長、芦立正子委員、大崎逸郎委員、塩田清委員、椎野恵子委員、 窪見康子委員、堀内久仁江委員 (今回改選)
欠席者	田口芳雄委員、浅野高嶺委員、小桧山美子委員、
開催形態	公開 (傍聴者なし)
議 題	<ol style="list-style-type: none"> 1 平成 20 年度決算状況について 2 平成 21 年度の取組について 3 平成 20 年度満足度調査結果について 4 「横浜市立病院経営委員会」の設置について 5 その他
決定事項 等	各議題の質疑等を通じ、病院の資源を市民として有効に使うための 意見・アドバイス等を頂いた。
資 料 ・ 特記事項	<ol style="list-style-type: none"> 1 資料 <ol style="list-style-type: none"> (1) 横浜市立市民病院市民委員会委員名簿・席次表 (2) 議事関連資料一式 (資料 1～4) 2 特記事項 次回は、平成 22 年 2～3 月頃開催予定。

議 題

(1) 平成 20 年度決算状況について

○長谷川委員長 それでは早速資料のご説明をお願いできますか。

○事務局 それでは最初の 20 年度決算状況につきまして、ご説明をさせていただきたいと思っております。お手元の資料 1 をごらんください。こちらは、記者発表をさせていただいた資料をそのままおつけしたものでございます。

まず 1 ページをお開きいただきまして、中ほどに 20 年度病院事業会計の決算状況をお示ししてございます。経常収支でございますけれども、市民病院は 6 年ぶりの損失計上ということになりました。医師・看護師の確保にかかる費用の増や、電子カルテの本格稼働に伴う委託料、また原油高による光熱費の増といったことが主な要因と考えられます。

2 ページをごらんいただきます。下の表の市民病院の欄をごらんいただきたいのですが、入院患者数 19 万 8000 人余りということで、19 年度に比べまして 1.8% 減っておりますが、入院単価のほうは 4 万 7477 円と、3.2% の増加ということでございます。一方外来のほうでございますが、外来患者数は 29 万 9000 人と 7.1% の大幅な減となっております。これは、上段の囲みの中に記載しておりますが、地域医療機関との連携を推進いたしました結果、主に再来患者が減少したということで、外来患者数の大幅減となっております。外来診療単価につきましては、1 万 1296 円で 2.7% の増となっております。

3 ページをごらんください。20 年度の主な取り組みでございます。まずがん診療機能の強化についてでございますけれども、①の緩和ケア病棟が竣工いたしまして、本年の 5 月から開床いたしました。②の専門的医療の提供としましては、20 年 3 月に PET-CT を設置いたしまして、20 年度から検査を開始いたしました。

下の救急医療の充実でございますけれども、ICU を 6 床から 8 床に増床したほか、救急外来に救急専用の CT を設置いたしました。

その下の新型インフルエンザ対策でございますけれども、県内唯一の第一種感染症指定医療機関ということでございまして、20 年度においては医薬品の備蓄や患者さんの受け入れ対応訓練を実施いたしました。こういった準備を行ってございましたので、本年 5 月からの新型インフルエンザの国内の発生につきましても、当院は比較的円滑に受け入れを行えたものと考えております。

それから 1 ページ飛ばしまして 5 ページでございます。下のほうに市立病院事業全体の取り組みについて記載させていただいております。電子カルテシステムの全面稼働ということでございますが、20 年 1 月から入院カルテについて電子カルテを導入いたしまして、20 年 5 月から外来カルテを稼働させて、今は全面稼働となっております。

医師・看護師確保対策ですが、①の医師の処遇改善では、医師の増員や分娩手当の創設など、勤務医の負担軽減に取り組みました。②の看護師の確保対策といたしまして、採用試験の毎月実施など、看護師の確保に努めてまいりました。

6 ページの参考資料でございますけれども、上のグラフは過去 5 年間の経常収支の推移でございます。市民病院の経常収支は前年度より 1 億円ほど悪化いたしまして、20 年度は 6000 万円の赤字となりました。下のグラフは一般会計からの繰入金金の推移ですが、市民病院は 20 年度に 13 億 8000 万円を繰り入れておりますが、前年度より 4000 万円ほど縮減させていただいたということでございます。

7 ページでございます。これは、これまでご説明をさせていただきました 20 年度の決算状況につきまして、費目別の収支状況をお示したものでございます。

上段の経常収益でございますが、入院収益が 94 億 3000 万円で、前年度に比べて 1 億 2000 万円の増ということでございます。これは入院診療単価の増によるものでございます。次に外来収益は 33 億 7800 万円で、前年度に比べて 1 億 6200 万円の減ということですが、これは先ほどご説明申し

上げましたが、地域医療連携を進めた結果、外来患者数が減少したということでございます。一般会計繰入金のほうは、先ほどご説明したとおり、4000万円の削減を図りました。その他の収益は9700万円の減ですが、これは主に室料差額収益の減というものでございます。

下段の経常費用のほうでございますけれども、給与費は80億9000万円で、前年に比べて2億9500万円の増ということでございます。先ほどご説明したとおり、医師・看護師の確保対策として、医師・看護師を増員したほか手当等の処遇改善を図ったことによるものでございます。材料費は34億8300万円で、3億500万円の減となっております。これは20年度の診療報酬改定で薬価基準が引き下げられた影響がでございます。また電子カルテを導入したことによりまして、X線フィルムを使わなくなったことによる減ということでございます。経費は26億8800万円で、前年度に比べて1億1200万円の増ということでございますが、これは先程来でございます電子カルテの稼働に伴う委託料の増と、原油高の影響による光熱費の増というものでございます。

以上の結果、収益が前年度に比しまして1億8000万円の減少、費用の減少は給与費の増もありまして、結局7900万円にとどまったということで、差し引き1億円ほど経常収支が悪化しまして、その結果、20年度は6300万円の経常損失となりました。

医療を取り巻く経営環境は引き続き厳しいものがございますが、経常収支の均衡を目標に、経営改善に取り組んでいきたいと考えております。20年度の決算状況の説明は以上でございます。

○長谷川委員長 ありがとうございます。追加のご意見、もしくはご質問はございませんでしょうか。委員の先生方、ご質問あるいはご意見でも結構でございます。

○椎野委員 私は、この間のインフルエンザの高校生のときにちょうど来ていたんですね。そのときに正面玄関がすごい人だかりで、皆さんが一生懸命、入る人や何かにマスクとか手洗いの指導をしていらっしやって、これは、こういうことがあるたびにお金がかかるだろうなと実は思いました。こちらに伺うと必ずマスクをするというふうなことがあったら、それは市民にとっても大切なことだと思ったんですが、市立病院としては、そういう部分はやっぱり赤字がふえていくだろうなと思いました。

前回の選挙のときに、民主党の方が、医療費をなるべく削減して病院のマイナスを減らしたいみたいなことを言っていたので、民主党で今後どうなるだろうと。選挙のときはそう言いませんでしたけど、市長がかわって、公立病院の支援をどうしたらふやしてもらえるんだろうと、この間のインフルエンザのときにここに伺って、そんなふうに思いました。

○長谷川委員長 それにつけ加えて私のほうも知りたいのですが、あの影響はないですか。特に外来の減について、インフルエンザによる影響はありませんか。

○渡辺病院長 あります。

○長谷川委員長 やっぱりそうでしょう。

○渡辺病院長 ええ。ただ、なかなか数字ではあらわしにくいですが、5月のときに、例年の休日よりもやっぱり減がありました。ですから、うちの病院がインフルエンザ、インフルエンザで患者さんがいらしているという、ちょっと敬遠されちゃうんじゃないかと思うんですね。

○長谷川委員長 ここが第一線なので、どうしても断るわけにはいきませんものね。それが使命ですから。それはすごく気になるんですけど、他市の市民病院は億単位の減収で、その補償というか何か要求したけど、結局切られたと言っていました。

○渡辺病院長 補償はないでしょうね。

○長谷川委員長 すごくお金ですね。億単位、下手したら10億単位の減収になりますよね。入院して、単価の低い患者さんが1病棟、2病棟で、隣の病棟をあけないといけないということが起こってくるとかなると、大変なことですね。

○渡辺病院長 大変なことになります。

○長谷川委員長 手術ができなくなりますね。

○堀内委員 そのマスクのことですけども、ただであげてるんですか。

○渡辺病院長 いや、今度は自動販売機を入れることにしました。

○堀内委員 それはいいですね。100円で販売している病院もありますね。

○渡辺病院長 持っていってしまう人がいるという話なので。

○堀内委員 そうですね。

それからもう一つ、地域連携で、患者さんを地域の病院に戻しているので再診が減ったとおっしゃいましたが、でも本当にそうなのかなと思ったんですけど。

○渡辺病院長 現実には、やはり電子カルテの影響もありまして、うちの病院で外来の患者さんを診ている時間が少なくなったというか、一日に診られる患者さんの数が、電子カルテだとしても減っちゃうんですね。ですから、病院はよく医師会の先生から怒られて、何カ月かごとに薬を出すのはやめてくれと言われるんですが、できる限り必ずしも当院で診なくていいというか、ほかで診てもらったほうがいいものは。

○堀内委員 何か60日とか90日とかお薬が出て、なるべく外来に行かないように。

○渡辺病院長 そうですね。今、病院は一般的に2カ月は基本じゃないでしょうか。

○長谷川委員長 堀内委員のご質問に関連して、私も。これは外来延べ数になっていますけど、初診外来はどうなっているか、紹介がある患者数はどうなっているか、救急はどうなっているか。つまりこの病院のように2次・3次機能を持っておられる病院の場合は、延べ数じゃなくて、むしろ初診と紹介と救急を並べてみないとわからないのではないですか。

○事務局 新患患者数、救急患者数、紹介率で数字を申し上げますと、新患患者数につきましては、19年度と20年度対比で大体月当たり140人ぐらい減少している状況です。ただ紹介率のほうについては、19年度、20年度対比で10ポイントほど増加してございます。

○長谷川委員長 それはすごいですね。じゃあ連携で随分頑張られたんだ。

○事務局 救急患者のほうにつきましては、20年度の救急車の受け入れ患者数につきましても、年間で1000人ほど上昇しているということです。

○長谷川委員長 それは大変ですね。少し長期的トレンドを見られて、例えば初診がいつ下がり始めたかというのを。経営状況のタイムトレンドを長期に見られたらいかがでしょうか。

そのほか何かご質問、ご意見はありませんか。

○塩田委員 インフルエンザのことについては、ここに来て、新聞に患者数がかなり増大するようなことも大きく取り上げられていますよね。9月には何十億かというような報道をされたりしているし、来年の春には日本人口の3分の1ぐらいは感染するとかいうと、これによって一般の人たちの不安が大分募っているという感じがあるんです。皆さん落ちつかないような状態で、この前、私どもの町では会合を持ったところ75~76人の方が来られて、やはりかなり関心を持っておられるんですけど、どうしたら感染しないで済むだろうというような形になってきてるんです。

○渡辺病院長 非常に有効なワクチンが入ってきて、それが間に合えば一番いいと思うんですけど、そうではない段階では、手洗い、うがい、それから人込みに出るときはマスクをすとか、もう当たり前の予防手段で、あとは睡眠とか食事とか、規則正しい生活を行うという一般的なことになると思いますけれども。これという、いい方法はないと思います。

○塩田委員 そうですか。私どもは第2水曜日に独居老人の昼食会を毎月やってるんですけど、ほとんど70歳以上で、体力的にもいろいろ問題があるかと。それで私のほうからインフルエンザとか地震のことについてちょっと話をしてくれないかと言われてるんですけど、私のほうも余りそういうことの知識がないので、この機会にしっかり勉強しておこうかなと思ったんですけど。

○長谷川委員長 長期的傾向で収支に若干かげりが見えているのに、そういう大きなインパクトがあると、かなり落ち込むだろうと思うんです。ある意味では社会的には許されていると言うと変ですけど、しょうがないことであるとはいえ、大きく落ち込むと、今後の機械の購入等いろいろ考えていくと、病院としては長期的展望を市民に説明しにくくなっていくところがありますね。ぜひ一度ビジネスプラン、BPR（ビジネス・プロセス・リエンジニアリング）をつくっていく必要があると思うんですが、これはかなり大きな課題なので、後でまとめてご議論やご意見をいただきたいということでもよろしいでしょうか。もし本当に猛威をふるうことがあると、職員の方が出てこなくなって、患者も診られなくなってくるということになりますよね。アメリカあたりでは、冗談半分で今かかったほうがいと。感染パーティーといって、かかった人を連れてきて、そこで今かかっ

てしまったほうがいい。かかってしまうと、その人が前面に立って患者さんを扱えば、うつらせないし、自分もうつらないというので一番安上がりでいいと。それによって生じる休暇は公休にしちゃうというような、そんなアイデアもあるようです。

ではそのほかに。

○大崎委員 もし分かればですが、平均在院日数の動きと、利用率の動きはどんなものでしょうか。

○事務局 平均在院日数ですが、19年度が14.0、20年度が13.7です。病床利用率ですけれども、ちょっとお待ちください。

○長谷川委員長 延べ数で割り返すと余り変わらないんじゃないですか。少し減っていますか？

○事務局 利用率は、ほぼ横ばいだったかと思います。

○長谷川委員長 ええ、0.3%減でしょう。これは延べ数の減と一緒にですから。

○大崎委員 恐らく利用率もちょっと下がるのかなというところなのですが。

○渡辺病院長 そうですね。下がります。

○大崎委員 ちょっと興味を持ったのは、2ページで市民病院と一番下のみなと赤十字病院と見たときに、急性期もやる病院ということで比較的似てらっしゃると思うんですが、一日当たりの入院診療単価にちょっと違いがあって、みなと赤十字病院のほうが相当高くなっていることの違いがどこにあるのかなと思ひまして。

○渡辺病院長 僕が一番気にしているところですが、あえて。

○事務局 まず単価ですが、実は私どもとしては一番そこが経営改善する上で一つの着眼点になっていまして、他病院との比較等々いろいろやっているところでございまして、現実問題としては、直近で、今ここに書いてある、みなと赤十字病院の5万2000円に近づいた単価に先月あたりはなっております。やはり在院日数を多少短くしたこととか。

○長谷川委員長 向こうは、在院日数はどのくらいですか。

○事務局 多少短く、12日ぐらいまではなるということですね。それとやはり疾患に応じた医療をちゃんとやっていただいて、それを先生方にきちんと診療報酬に反映させていただくというところで、若干増収ができるということだろうと思います。今現在5万円を超えたところで推移しているという状況です。もう少し、まだ努力の余地があるかもしれません。

○大崎委員 みなと赤十字病院はもちろんDPCを取り入れていらっしゃるんですけど、こちらの病院もDPCですか。

○事務局 はい、DPCでやっています。

○長谷川委員長 いつからでしたか。

○事務局 昨年の7月です。病床利用率ですけれども、19年度は92.1で、20年度は86.7ですので、若干5ポイントほど。

○長谷川委員長 そんなに下がっていますか。だって、入院患者の延べ数は0.3ポイントしか下がっていないから。

○事務局 カレンダーが1日違うので、366日と365日で。

○渡辺病院長 病院として今一番切実なのは休日です。休日がありますと、ガクッと診療収入が落ち込むので、今度の9月の5連休は、もう戦々恐々としています。入院と手術ができませんから、それは非常に大きいです。

○長谷川委員長 外来も、みなと赤十字病院は単価が9700円を1万円に上げていますけど、こちらは余り上がってないですね、300円しか。

○事務局 ほかの病院との比較でも、1万1000円という外来単価は、ある意味この急性期病院としては標準的なのかなと。特にうちは全部院外処方していますので、外来の中の投薬料収入はほぼないという状況の中で1万1000円というのは、単価的に遜色はないというふうに判断はしています。

○長谷川委員長 ただ初診がふえてきますと、単価は上がるはずなんですよ。だから、紹介を強化して初診を上げていけば上がってくるはずですけどね。特にDPCの場合は外来に全部移行していくことが可能なので、ですから去年から余り上がっていないというのは若干。つまり合法的に院

内の検査やレントゲンを全部外来に回してもいいということなので、その努力をされると随分違ってくるんじゃないかと思うんですけどね。

○事務局 そうですね。在院日数短縮をどう図るのかで入院患者さんの増にもつながりますので、入院医療の外来化といたしましょうか。可能な限り外来に回していただくということが経営上は非常に好ましいのですが、医療面の問題もありますので、その辺は今後も医師とよくご相談させていただきたいと思っています。

○長谷川委員長 どうしても施設面の問題があるので、外来でふやすといってもなかなか厳しいですかね。患者さんも喜ぶし、検査等を外来に回してやったほうが。

そのほかのご質問はありませんか。さっきの入院の場合ですけど、退院患者数の変化を見たほうがいいですね。延べ数は変わらなくても、退院患者がふえているとなると在院日数が下がっていることになって、一日単価が上がってくる。つまり経営的には良好な方向を示しているということになると思うんです。ぜひ、延べ数だけじゃなくて退院患者数もフォローするような形をされたらいかがでしょうか。それから入院単価で、手術・検査等のもう少し細かい比較を、みなと赤十字病院なんかとやられれば。

○事務局 はい、ありがとうございます。今年度から、基本料、手術料、検査料、投薬料と科別に内訳を出すようにさせていただいておりますので。前年はそこまでやっていませんでしたが、今年度からそういったデータを出すようにさせていただいております。

○長谷川委員長 そのほかございませんでしょうか。20年度の決算、過去の状況ですが、収支の悪化が何によるものかというところがやっぱり気になるですね。

○大崎委員 でも、健闘していらっしゃると思います。

○長谷川委員長 もう一つの経営委員会というのでできているので、そっちのほうでやられるのかもしれませんが、やっぱり財政がしっかりするということが基盤になるので。

それでは、21年度の取り組みについてお話をいただきましょうか。

(2) 平成21年度の取り組みについて

○事務局 それでは21年度の取り組みについて、今後の予定も含めてご説明をさせていただきます。資料の2をごらんください。

まず1番目でございますが、当院のかねてからの悲願でございます救命救急センター指定に向けた整備を今年度行いまして、22年の4月に何とか指定を受けたいということで、今取り組んでいるところでございます。横浜市内では既に、市大センター病院、聖マリアンナ西部病院、国立横浜医療センター、昭和大学藤が丘病院、済生会東部病院、みなと赤十字病院という6病院が指定されておりまして、かなり飽和状態ということですが、何とかその中で当院もとっていきたいと思っております。現在の課題としましては、ハード面としては救急外来を少し改修しなければいけないということと、救急病棟をICU化するというハード面の整備とあわせまして、診療体制と看護体制の充実というソフト面のほうの整備をやっているところでございます。

2番目といたしましては、地域がん診療連携拠点病院の指定更新ということで、当院は平成18年度に国から指定を受けておりますけれども、国のほうの指定の指針が見直しになりましたので、それに伴いまして、当院もさらに体制を整えていかなくてはいけないということでございます。ハードルが全体的に高くなりましたが、特に外来の緩和ケア、院内及び地域の連携クリニカルパス、緩和ケアの研修、あとはがんセンターボードの設置と、こういったことが新たに求められております。現在、病院を挙げて取り組みをしております。現状ではクリアできる見込みということで、10月の末までには県から国に推薦書を出していただくというようなことで取り組んでおります。ちなみに市内といたしましては、県立がんセンターが都道府県の拠点病院ということで、それから市大附属病院、市民病院、横浜労災病院の3病院が現在指定を受けているということです。

続いて3番目の緩和ケア病棟でございますが、こちらは4月23日に開所式をこちらで行わせて

いただきました。市民委員の先生方にも多数おいでいただきまして、ありがとうございます。そのときにご説明をいたしましたとおり、当面は10床ということで運用をさせていただいております。開所からしばらくたちまして、現状は毎日満床という状態で、ほぼいっぱいということになります。現在、全室有料ということでお金をちょうだいしておりますけれども、それでも、まず緩和ケア外来を受けていただいて入院に至るまで、2カ月ぐらいお待ちいただいているというような状況で、かなりニーズが高くなっております。市内では県立がんセンターで17床お持ちのほか、みなと赤十字病院、昭和大学の北部病院、それから横浜甞生病院ということで、市内ではまだそれほど病床数はふえていないという状況になっております。

おめくりいただきまして裏面をごらんください。先ほど来話題に出ております新型インフルエンザ対策ということでは、昨年度かなり備蓄等の準備をいたしました。今年度の対応ですけれども、テレビ等でもかなり放映され、4月30日の深夜に国内第1号の疑似患者の入院受け入れをしまして、5月1日に大きく報道されました。翌々日の5月3日には国内第3号の疑似患者を受け入れて、これもかなり報道されました。その後しばらくはなかったのですが、6月6日になりまして、市内の第1号の確定患者の入院受け入れをいたしました。6月19日に厚生労働省が指針を変更いたしました。一般の医療機関でいいと、それから入院を勧告しなくていいよということになるまで、都合延べ14人の確定患者さんを、6月19日までの間に受け入れさせていただきました。

外来のほうでございますけれども、4月27日から当院で、正面玄関でトリアージをさせていただきまして。国の方針が変わった後、6月26日までやりましたが、約220人の発熱の患者さんを外来で診させていただいております。7月、8月になりまして大分下火になったんですけれども、8月の後半から、かなりまた発熱の患者さんがふえてまいりました。先週あたりから、今後患者さんがふえた場合にどういう対応をしていくのかということ、院長もまじえまして、病院として対応策の検討をちょうど今しているところでございます。

それから5番目に医療情報コーナーの開設ということで、これはこの8月に開設をいたしました。お手元にカラー刷りの資料をお配りしてございますが、場所といたしましては病院の正面を入りましたところで、正面に外来総合案内の看板がありますが、あちらの裏面でございます。それを左から回り込んだところで、こういった形で閲覧スペースがあります。雑誌がまだ届いていない部分がありますが、そういった雑誌類、それから本棚のところに行きまして、パンフレット類であるとか図書類のほうを順次整備して、こちらのほうで患者さんにごらんいただくというような医療情報コーナーを開設いたしましたので、ご報告をさせていただきたいと思っております。

それから最後の6番目でございますが、病院機能評価の認定更新ということですが、当院の場合は平成17年度に認定を取得いたしました。このときはバージョン4で取りましたけれども、5年がたつということで、来年22年3月に訪問審査を受ける予定です。今度はバージョン6になりますが、病院を挙げて取り組みを開始したところということで、こちらのほうも無事にバージョン6でまた更新の認定が取れるように、今後努力を進めてまいりたいと考えております。

平成21年度現在取り組んでいる内容、それから今後取り組んでいく予定の内容について、簡単にご説明をさせていただきました。以上でございます。

○長谷川委員長 どうもありがとうございます。感想めいた話で恐縮ですけど、今、医療界が大きく混乱していて、とりわけ病院の現状はものすごく課題が大きいので、病院のあるべき姿というのをしっかり持っていないと右左にぶれてくるということになると思っております。大きなビジョンとともに、今年度の取り組みをうまく位置づけるということがすごく重要なことだと思いますので、病院としてはこういう方向に行くんだけど、この事業はそのこの部分を考えているんだというような形でご説明いただくとありがたいです。

では何か。一番最初からいきましょうか。救急センターに関連して、何かご質問、ご意見はございませんか。これも市民病院として必須の機能になりますよね。病院経営としても大変重要ですね。これは3次というのはどうなのか。何かご意見、ご質問ございませんか。

○渡辺病院長 今やっと厚労省が、2次救急が問題なんだということに気づき出してきたところで、すけれども、2次救急は支える人が一番いないんですよ。救急を仕事にする人は、正直言って2次

救急病院にはいないわけですから、そうするとみんな、ふだんのほかの仕事をやって救急を兼務でやるということで、それが勤務医が大幅に疲弊化した一番大きな原因なんですね。

うちの病院は2つの柱で、総合病院をバックにしたがん診療と、もう一つは、これは当たり前なんですけど、総合病院をバックにした救急医療というのを大きな2つの柱にして、病院を整備していこうということを考えています。その一つの救急というので、どんどん救急車の患者さんが来て、先生方が一生懸命診てくださるのは非常にありがたいんですけど、その陰で医師が非常に疲れ果てて、やっぱり嫌だというのが出てきてしまうので、やむなく救急部というものをつくって専任の先生に来ていただかないと、やっぱりこれ以上は無理だろうと。

そうなってくると、専任の先生を養成していく部門を抱えていかないといけないんですけど、それが2次救急では養成できないんですね。やっぱり救急のお医者さんを自己生産できないと、ということがありまして、何とか救命救急センターというところまで機能アップさせて、逆にもっとそこに人を入れようと。ある意味で投資のほうが多くなってしまいう嫌いもありますけれども、それはいつきの診療報酬の偏りの結果というふうに考えて、機能的には、そういうことまでやらないと、病院としてはやっぱり機能していかないのではないかと考えた結果なんですから。

○長谷川委員長 ありがとうございます。丁寧なご説明をいただきました。

○大崎委員 何か救急部みたいなものを完全につくっていかれるんですか。

○渡辺病院長 はい。今はもうファーストラインの救急の患者さんを診ていただくのは6人で、広域連携をまけてですけども、スタッフの人たちが2交代で診てくれています。ですから、そこに後方の医師がバックアップするというような体制をとっています。

○長谷川委員長 そのほかに、何かご質問、ご意見はいかがでしょうか。

○椎野委員 いつもその救急センターの問題が、どこの地方でも新聞や何かで騒がれていると思うんですけど、専門の医師を育てるにしても、かなりのきちんとした予算的なバックがない限り、医師の確保がとても難しいんじゃないかと思うんですね。そうすると、やはりこれは市のほうできちんとそこをバックアップしていただくような工夫がない限り、1つの病院でそれをするのはすごく大変ですよ。

○渡辺病院長 先ほど紹介でもありましたように、市内にはもう何カ所か救命救急センターがありまして、いろいろなタイプの形があるんですけど、最近の救命救急センターはERタイプといいまして、システムはいろいろありますけど、1次から3次の患者さんまで、みんな診るといような格好でやっていますよね。

ですけど都市型の中の救急の需要というのを考えますと、決してそれで足りているわけではないという状態なんです。2次から3次の間というのは非常にさまざまな部分の患者さんがおられるので、ここが3次というようにうまく切れないんです。そういう意味で、立派な箱ができれば救命救急センターができるかといったら、そういうわけにもいきませんので、やっぱり機能を少しずつ追求しながら、少しずつつくっていくというような格好にならざるを得ないだろうと思います。

今、市立の病院は、投資をすれば必ず減価償却しないと、後で借金になって返ってきますし、あとスピードの問題があります。ですから、今できることを最短のスピードでというようなことを念頭に置いて整備しているというのが現状です。

○長谷川委員長 この救命救急センターは、市のほうから一定の予算措置があるんでしょう。

○事務局 ないです。

○長谷川委員長 県のほうからありましたよね。

○事務局 ないです。

○長谷川委員長 まあ、そう大したことはないかもしれないけれども。

○大崎委員 いわゆる救命救急センターと、この新型のタイプのと。

○長谷川委員長 違うんですか、第3次の救急と。

○渡辺病院長 違います。新型救命救急センターは予算措置はありません。

○長谷川委員長 そうなんですか。

○大崎委員 すべての診療科にこたえるというタイプの救命救急センターと。

○長谷川委員長 それもお聞きしようと思ったんです。どの辺をねらっているんですか。

○渡辺病院長 新型救命救急センターです。

○長谷川委員長 そうなんですか。はっきり言って、3次は人が余っていますよね。3次救命救急センターは人が余っていて、みんなぶらぶらしている。したがって、やっている内容は2次までおりてきていますよね。一方で2次は1次が上がってきているので、すごい負担がかかっている。

○渡辺病院長 今、市立大学というところは、いわゆる純粋な3次の救命救急センターです。新しくできてきている救命救急センターは、どちらかというところと新型の救命救急センターで、ERタイプというようなことで少しニュアンスが違ってきています。

○長谷川委員長 そうでしょうね。そうすると、いわゆる24時間365日だれかいるという形で、いいですね。それが一番重要ですね。あとはいわゆるコンビニ受診みたいなので、1次が全部2次に来ているという問題はあるので、市民の方にいろいろご理解いただかないといけないということですね。

○渡辺病院長 そうですね。それは逆に医師会の先生たちと、うまくすみ分けができれば一番いいと思います。

○長谷川委員長 何かこの問題については。

最後に、休日救急センターを病院の隣に持ってくるか、あるいはセンターを外来のおすぐ前に置いておくという、昔沖縄でそういうのをやってみたいですね。表玄関を通過して中座敷方式というか、通路方式というか。本館の外来の電気を消しちゃって、救急センターだけ、誘導灯みたいにつけておく。患者さんがやってくるのは実は休日センターで、病院じゃない。10時ごろに休日センターの電気を消して、病院の電気をつける。そうすると、少なくとも術後のケア等は10時、11時ごろまでは院内の医者でやれる。そんな方式を昔やったことがあって、住民の方々にご理解いただく以外にも、何らかそういうシステマ的な工夫をすれば減るんじゃないかと。

○渡辺病院長 僕も全く同感です。ですから今、医師会で休日急患診療所というのがありますよね、夜間の。あれの、もっと病院と。いろいろなところがありますから、そういう病院と一体としてつくると、またもう少し違ったサービスができるのかなという気がします。

○長谷川委員長 ええ、ぜひそれがいいと思うんですけどね。

○堀内委員 ちょうど今、過渡期ですよ。今、横浜市で夜間救急センターをやっていますね。病院協会が主でやっておりましてけれども、そこが来年の4月から医師会がまたやることになりまして、またちょっと変わってくるんじゃないかと思っています。

○渡辺病院長 そういう、先生の言われたことは非常に大事なことでと思います。

○長谷川委員長 ええ、ぜひ一体化でやるといいと思うんですが。

では、2番目のがん診療連携拠点病院と緩和ケア、これは2つ目の柱で、ここの病院が目指しているということですが、これについて何かご意見、ご質問はありませんか。

やっぱり市内に緩和ケアがあると、近いからいいですよ。

○渡辺病院長 足りないですね。

○長谷川委員長 それと在宅とうまく。

○渡辺病院長 そうなんです。

○長谷川委員長 僕は海外のある大学病院の緩和ケアを見に行くと、ちょっと感動したんですけど、急性期の緩和ケアだと。がんの患者さんが、再発した後も急変したり、また治ったりして、病院に入ったり出たりしている。したがって、その大学の中にあるやつは、もう急性期でやるんだと言っていましたね。いわゆる長期といいますか、看取りというのは別の組織があるみたいなんです。日本では余りないので、見に行くと大変感動したんですけど、高機能を持った病院がやる緩和ケアというのは急性期の短期の緩和という概念でやると、そんなのも結構おもしろいとは思いますが、ニーズはあると思うんです。

でも、在宅のケアのシステムがうまくでき上がってないと思います。

○大崎委員 あるがんセンターが、独立した緩和病棟と病院の中の緩和病棟と、まさに2つ持っていて、一つは看取り病棟で、一つは先生が今おっしゃった、急性期に疼痛緩和をさまざまな形

でやるという、その2つを持っているんですね。だけど、なかなか1つの施設で両方持つというの
ができなくて、これまで、いわゆるターミナルケアで来たものに、このところ急に国が、先生が
今おっしゃったような初期からの緩和という考え方を導入してきて、それで急性期の緩和もとい
うような形で一遍に言ってきたんですけど、現場は、両方にこたえるのはまだ非常に困難な状況です。

先生のところは主に看取りですか。

○**渡辺病院長** いや、ですから正直いって、中では混乱しているというような現状です。そのがん
センターは、両方とも緩和ケアとしての認定を受けた料金体制でやってるんですか。

○**大崎委員** 恐らく看取り病棟だけだと思います。

○**渡辺病院長** ですよ。じゃあ、片方は一般病棟ですか。

○**大崎委員** その中で、疼痛緩和を含めた、先生のおっしゃるような在宅の方をぽんと受けたりと
か。

○**長谷川委員長** おもしろかったのは、そのチームが院内の患者さんのところに往診に行ってるん
ですよ。

○**渡辺病院長** 今大崎委員が言われたように、院内で急性期のがんの治療をしているときにいろ
んな副作用とか痛みが出たら、それに相談に乗るといのは緩和ケアチームがやっています。その
所属している先生が、こちらの緩和ケア病棟で入院患者さんを診る場合は、どちらかという
と看取りの人が多くなってしまいうのが現状ですね。それを両方まぜて、こっちの緩和
ケア病棟でと
いいですか、1つで診るといのはなかなか難しいです。

○**長谷川委員長** ちょっとモードが違いますものね。

○**渡辺病院長** はい。違いますね。

○**椎野委員** 緩和ケア病棟にボランティアとして入っていて、県のがんセンターには10年になる
んですけど、立ち上がると同時にというより、むしろ緩和ケア的病棟が2年間ぐらいあったん
ですが、入る前に、まずボランティアを考える会というのを、がんセンターが師長さんたち4
人でつく
ってくださったんです。そこでどうするかを一緒に。ある病院にはボランティアとして看護
師さんが入ってくださってというのがすごくあって、がんセンターは、ボランティアとして
なんですけど、
すごくスムーズにあって、今のゆったりとしたボランティアの中での部分をさせていただ
いたん
です。

5月からこちらの病院にも入ったときに、どちらかという急性期の緩和という感じが
しました。メンバーが、がんセンターと違った部分で、やはり緩和の師長さんや
なんか心配してくださったように、次にはみんな会えないということで、動揺して
いるメンバーもいたんですけど、きょう話し合
って、やっと納得したというところがあって、いわゆる緩和としてのQOLを考
えた病棟をイ
メージしていると、ちょっと違うかなという感じがしたんですけど。

○**渡辺病院長** 国が緩和ケアを、責任医師がどちらかという急性期の緩和ケアを
やりたいほうの
人間なものですから、そちらのニュアンスがやっぱり強く出ているのだら
うと思います。

○**椎野委員** これから成熟していく部分がたくさんあると思うんですね。でも、お
っしゃった、2
つの部分を一緒にするといった場合には、1つの病棟でそれをするとい
うことはどういうものな
かなと、まだイメージがわかりません。

○**渡辺病院長** そうなんです。1つの中で両方やるというのは難しいと思
います。

○**長谷川委員長** その辺はこれからの課題として、ユニークな、ちょっと実
験的なことをやっ
ていかれたらいいですよ。それから、地域全体での緩和ケアにおける役割分
担みたいなものがある
んじゃないでしょうか。

○**椎野委員** そうですね。やはり緩和ケア病棟について一般の皆さんが持
っているイメージ
みたいな部分と実際とは、かなりかけ離れているかもしれませぬ。本当は、
緩和ケア病棟とい
うのは「楽な病棟」というのではないですけど、治療をどんどんやっ
ていた部分が治療から
離れた場合には、少し命が長引くんじやないかと私は思うんですね。そ
うしたところの緩和
ケア病棟という部分を頭に入れていたんですけど、それと今後どのように調
整していくか。

○**渡辺病院長** 長谷川委員長が言われるように、地域全体でいろんな機
能を分担して診て
いきたい

というのは、僕もつくづく思うんですが、医療従事者の側からいうと、非常にそういう発想というのはみんなイメージしやすいんですね。ところが患者さんの側からいくと、患者さんは決してそういうのを望まれないんですよ。

○**椎野委員** そうです、そうです。

○**長谷川委員長** そこなんです。それで僕は他県のがんセンターに行って、入院される方に、治ろうが治るまいが全部経過をご説明して、もし再発した場合にはここでは診ませんということを入院の前に言うと言ってましたよ。そして、そのときにはここをご紹介しますと思っていますと。それは、はっきり言われました。再発しない可能性のある方も全部言ってるんだそうです。実は再発率は結構高いんですね。計算したら、60～70%ぐらいの方は結局は再発されるんですね。ですから、入院の前に言うておくということが肝要であると。

つまり県にはこれだけの施設がありますと説明するんです。ここにはこんなふうな設備がある。例えば放射線治療や、いろんな療法や、それをするのに県民に一番の役に立つのは……。緩和ケアはそこではありませんと。それはそれで別のもっと有効なところがあります。したがってご理解いただきたいと、入院前にやるそうですよ。

○**渡辺病院長** いや、ですから医療側のほうは非常にイメージしやすいんですよ。逆に、確かにそれは入院のときに言わないと、患者さんは後出しでは納得できないだろうというのも容易に理解できるので、そういうふうにしたいと思うんですよ。じゃあ患者さんが本当にそこで満足しておられるのかどうかというのは別だろうなと。

○**長谷川委員長** だからそういう、ご理解いただくという時代になったんじゃないでしょうか。

○**渡辺病院長** いや、ただもう一つ、厚労省ががん診療連携拠点病院、それから地域連携拠点病院をつかって、がん診療の均てん化というものを言ったときに、あの均てん化という中身は何を指しているのかというのが、今のところではまだあいまいなような気がするんです。要するにこういうがん診療のピラミッド構成で、最初にここでぱっとやって、次のセカンドの病院がこうやって、次の病院がこうやってとやるのが均てん化のイメージなのか、あるいは、がんセンターが県の中で1か所しかないのではあれなので、もう少し同じような標準的な治療ができる病院を広げようというこの均てん化なのか。

○**長谷川委員長** そっちだと思いますけどね。

○**渡辺病院長** そうだとすると、例えば僕は思うんですけど、国立がんセンターでも、手術が下手をすると1か月待ちということがあり得るわけですね。じゃあそこまで持ってなくて、1週間で手術できるところにどんどん紹介したらどうだと。それは逆になかなかやらない。それはなぜかというと、やはりそこも病院経営というのを抱えていて、できる限り効率よく手術をやって、医療収益を上げなくてはならないというのがありますから。だから、その均てん化ということと地域連携というのはなかなか難しいんですね。

○**長谷川委員長** おっしゃるとおりでしょうね。

○**椎野委員** 患者は、ずっと診ていた先生に最期まで診てほしいというのがあります。だから、あちらこちらに回される部分はすごく不安が大きいだろうと。例えば初めからこの病院でかかっている、この病院の緩和に行きたいというのが、ほとんどのことなんです。

○**渡辺病院長** ですから、そうすると診療報酬体系を、そういうような診療にちゃんとつけますよというシステムを変えてくださらないと、なかなか。今のうちに、急性期の病院は患者さんをぱっと診たら、すぐに紹介して、どんどん帰してって、だからアメリカの病院のように在院日数は1週間というようなことを考えろと言われると、もうそれは無理ですね。

○**椎野委員** そうです。無理なのはよくわかっています。でも泣かれます。

○**渡辺病院長** 今、長谷川委員長が言われたように、入院のときに全部お話ししないといけなくなっちゃう。

○**椎野委員** はい。やっぱり泣かれます、回された人は。

○**長谷川委員長** がんの場合、そういう特殊な事情はあると思うんですけど、僕は最近大変実感したんですけど、地域連携のペースメーカーは、結局、入院時もしくは入院が決まった外来時にお

ける入院計画ですよ。それをしないと連携できないですよ。その専門家が今後必要になってくるでしょうね。端的には看護師さんだと思うんだけど。

○渡辺病院長 養成しないとだめです。

○長谷川委員長 ええ、看護師さんが医師と相談しながらプランを立てて、計画していくという。ですからその一番極端な場合が、がんというようになってくるのかなと感じるんですけども。

それは、恐らく医療従事者も、そして住民の方も、一緒にそういうことをご理解いただくような時代になっていく。これから経済も疲弊してくるし、高齢者もふえてくるので、地域全体のリソースをいかに有効に使うかという視点を住民全体がご理解いただかなければ、医療システムがパンクする。今、医療崩壊は、その一番極端な部分でそれがわっと起こっているんだと思うんです。だから、みんなでお互いに理解し合うにはいいチャンスだと思うんですね。

すみません。講釈しちゃだめなんですけど。緩和ケアに関しては、そういうことでよろしいでしょうか。

がん拠点病院に関しては、特にご質問はありませんか。随分ハードルが上がったんですか、大崎委員。

○大崎委員 高いですよ。私どもも苦戦しております。

○渡辺病院長 だから、これは満たせない病院が出てくる。

○大崎委員 出てくると思います。ストレートにあの基準を当てはめると、かなりの部分が落ちちゃうはずですよ。ですから国のほうも、要件を緩和するとは言わないかわりに、例えばどのくらいの見通しで、どういうふう達成できるのか方向を出せというような形ですね。

性急に過ぎるんですね。例えば緩和ケアチームにしても、精神腫瘍科を入れろと。精神腫瘍科のドクターというのは、全国を探しても何人もいないはずですよ。そういうことをいきなりほうり込んだのは無理がありますよね。総合病院はいいですけど、うちのようながんセンターですと、精神科の常勤というのは非常に確保が困難です。全国のがんセンターを見ても1人のところがほとんどで、そういう人たちにそれだけの仕事をやらせるというのは相当厳しい状況ですね。

さっき、先生のところは要件をクリアされたというから、感服いたしました。

○渡辺病院長 いやいや、今一生懸命やっている最中です。

○長谷川委員長 連携拠点病院ですから、元来、連携が重要なんです。

○渡辺病院長 まだハードルは緩いので。

○大崎委員 例えば地域がん登録であるとか、院内がん登録であるとか、がんの相談に対応するか、そういうことの1個1個を全部クリアしないといけないんですが、これは相当大変なことですね。

○椎野委員 いいですか。偶然かもしれないですけど、20年間がんセンターにいるんですが、このがんセンターのなさっていることというのは、すごく急いでいろいろなことをそろえている感じがするんですね。看護師の人たちはいつでも大変だなんて。ゆとりがなかなか生まれなくなつて。20年前の病院のほうが、もっとゆったりしていたなど、特に最近は思います。

○長谷川委員長 それは全部の病院がそうですよ。在院日数がかかっていますので。

○椎野委員 もう本当に、がんセンターはお気の毒だなと、ちょっと思うときもあります。

○大崎委員 先ほど、この市民病院の経営状況が健闘していると私は申し上げましたが、がんセンターは経営に大変苦戦しております。例えばDPCでいろいろな工夫をしても、抗がん剤を入院して使わざるを得ない状況になると、ほとんど持ち出しになっちゃうんですね。そういうようないろいろなこともあります。

そして一番いけないのは、これまでの病院というのは、技師と医師と看護師しかいなかったんです。ほかのいろいろな職種がないんですね。そういう周辺業務でやらなくてはいけないことがたくさんふえてきているんですけど、それを担う人材というのが、こういう県立病院なんかだと雇えないんです。そこで医師や看護師の仕事の負担がふえてしまった。

多分こちらも同じだと思いますけど。ですからそういうことをこの場でいろいろ言っていたいで、それを反映していただくのが一番いいことだと思うんです。

○**椎野委員** 何か予算をこうやって見て、赤字を減らす、減らすというふうにやって、自分たちで賄えるような自立した病院というふうに言いますけど、そういうふうに言われれば、すごい負担を、人的なものも含めてですけれども、一つの病院を抱えるようになってしまって、ますますゆとりがなくなって、先生または看護師さんたちは、逃げていくという言い方はおかしいですが、行くのではないかなんて思います。

○**大崎委員** やはり丁寧で、親切で、温かい医療をやるというのは、それだけ時間がかかるんです。そういうことが、今までに比べてふえてきているということなんです。

○**椎野委員** そしてもう一つ、私はいつもこの患者サービスのこの表を見るたびに思うんですけど、患者様をお客様みたいにして、聞いていってニーズにこたえようとしているんでしょうけど、医療の場が、サービスやら何やら毎回皆さんがアンケートをとっている。そしてそれを見せていただいているたびに、大変だなど。少ない予算で、ハードの部分も入って、多分この市民病院はハードの部分は大変だろうと思っています。来ても、どう入っていったらどこに行けるのかわからない病院で、本当に上がったたり下がったりする中でサービスをというものは、実際は至難のわざだろうなど。

○**長谷川委員長** 後でお話があるでしょうけど、経営委員会で、まず経営が改善されないと、なかなか新築という話にならないのでしょうけど、市長もかわったし、ぜひ新築という方向で頑張られたらいかがでしょうか。

では、がんのお話は終わりたいと思います。ただ一つだけ、初期治療が終わった後の再発の部分をどこでやるかという連携が一番問題で、もともとケモセラピー、化学療法をやっている人間が少ないものだから、理想は、非常に高度で、しっかりした先生がおられるところで初期治療をやって、再発しちゃうと身近なところで生活しながらという、その体制をどうつくっていくかということが課題だと思うので、市民病院は、ぜひそういうのをリードされればどうかなと思います。

では4番を飛ばして、5番の情報コーナーに行きます。これはすばらしいですね。ぜひ後で見たいと思いましたが、何かご意見ありますか。情報発信をしていく、コミュニケーションをしていくのはすごく重要だと思うんですけど。

○**椎野委員** これを見てうれしかったです。市大の附属病院でこういう形を立ち上げるのは、本当に大変でした。それがここにこういうふうな割合に短期間にできたというのは、市大の附属でやった苦労なんかを実ったのかなと思います。あそこで短期間に情報コーナーをつくる時に、どこの病院がどういうふうにするのか勉強したり、市の中央図書館に医療情報コーナーをつくるかという部分に見学に行ったりした上でお手伝いできたんじゃないかなと思うと、できたんだな、ここ見てみたいなど、この絵を見て思いました。

○**長谷川委員長** あとは、使いやすいように運営をしていただくといいんでしょうね。

6番目の認定のことについてはいかがですか。これも、またハードルは上がってるんですか。何か再審を受ける病院が減っているといううわさも聞きましたけど。病院機構が経営困難になって、あそこの機構自身を変えていくといううわさも。

○**事務局** 今ちょうどやっているところですが、チェックされる項目数については、バージョン5からバージョン6で、かなり100単位で減っております。これは機構のほうで、委員長がおっしゃられるように、余りにもハードルが高いと受けること自体をちゅうちょすると。受けることに伴ういろいろなコストなどに比べて、受けたことによるメリットはどうかということ、機構のほうも少し考えられたということです。ただ中身に関しては、環境に対する配慮とか、地域連携とか、新しい医療に対応する中身とか、中身自体は大分変わっていますが、負担もそれに伴って減らすという方向で、バージョン6は編成されたと聞いています。

○**長谷川委員長** なるほど。向こうのサーベイヤーの負担も減らすという方向で進んでいるんでしょうね。コストがかかり過ぎているんですよ。

何かご意見はありませんか。やられるということで、結構内部に対する影響があったりする。外部へは余りメリットがないんだけど、いい機会。何かほかに。

では最後に、インフルエンザは大議論がありました。これはご質問とかご意見とかありませんか。もうかなりプランをつくられたんですか。

○渡辺病院長 基本線は、最初に5月の騒動があったときには、市の方針は、基幹病院が中心となって患者さんをスクリーニングして診るということでした。ですから、そこに行かないとだめだったんです。ところが、もう一般診療で診てくださいということで、はっきりと隔離というか、うつらないようにするというゴールドスタンダードがもうないという現状ですよ。

そうすると、病院にふだん外来からウイルスを持った方がいっぱい押し寄せちゃうと、一番困るのはリスクの高い患者さんにうつることですから、一般病院では、できる限りそういうのはブロックをして、本当に入院の必要な方だけ来ていただいて、しかるべき病室に入院していただくというのが一番ベターだろうというふうには考えています。ただ、そうすると市内の一般診療機関との連携というのが大事になってきますが、それは市のほうの方針がどういうふうになるかということになると思います。

○長谷川委員長 必ずシミュレーションをして、ビジネスプランをつくっておかないと落ち込みますよね。先ほどおっしゃったように、隔離とか誘導とかということの計画を立てないと。でも、一遍シミュレーションしているのです。

○渡辺病院長 余り、ほかの患者さんに目立つようにはしたくはないと思っています。でも、その該当する患者さんは、そとこちのほうで診療するように分けたいという気持ちはあるんです。

○長谷川委員長 何かご意見はありますか。

○窪見委員 玄関でトリアージされるというのは、どなたがされているんですか。

○事務局 事務職です。

○窪見委員 それは確認項目があって、ということですか。

○事務局 基本的には風邪のような症状があるかないか確認をさせていただきながら、あるようでしたら、直接感染症外来にご案内するということで対応してはいます。

○渡辺病院長 本当は、市のほうが電話センターをつくってくれるといいんですよ。病院に行かないで、近くのお医者さんとか、この病院に行ってくださいとか、そういうふうにスクリーニングをしてくれると一番ありがたいですよ。

○窪見委員 来てしまうというのがありますね。

○渡辺病院長 来られた方を帰せないですから、しょうがない。

○窪見委員 そうなんですね。

○長谷川委員長 老婆心ながら、経営の話かもしれないけど、落ち込んだ場合に、そういう風評被害とかそういうので落ち込んでいるということがわかるような経理の仕組みを考えて、要するにディフェンドを。絶対落ちますよ。僕はもう予言しておきますけど。そのときに、おまえはさぼったんじゃないかと言われなくて済むために、これはインフルエンザというふういきちとわかるような仕組みを、経理的にちょっと想定しておいたほうがいいんじゃないですかね。それに合わせてビジネスプランも考えていくと。

○渡辺病院長 説明できない落ち込みがありましたから、それはやっぱりこの影響ではないかと思ってるんです。

○長谷川委員長 そこのところをうまく分離して。それから実は私がトレーニングの勉強をしておりまして、医学生への新型インフルエンザトレーニングを厚労省から金をもらってやってるんです。実は前からそれを勉強しに行こうと思って、ピッツバーグの大学に行くことになっていた、その週に、たまたまこれが起こったんです。すごくおもしろかったです。ピッツバーグ大学の学生に教えているので、それを見て日本に導入しようと。

といいますのは、ほかは死にませんけど、これは自分が死ぬので、学生さんはものすごく熱心に勉強するんですよ。職員も同様で、こればかりは自分が死ぬので勉強するということで、非常に教育ツールとしていいなと思ったんです。それで勉強しに行った瞬間に豚インフルが起りまして、大変興味深かったんですけど、それを近々うちの大学でやることになっています。だからそういうシミュレーションの練習とか、職員に対する教育が必要ですよ。教育すると恐怖感がなくなってくるので。なかったら、「ちょっとわけがわからないから怖いな」みたいなことになると思うんですが、そういう計画はあるんですか。

○渡辺病院長 教育は非常に大事だと思うんですけど、ただ1週間か2週間で退院していく患者さんにどこまで徹底できるかというのが一つあるんですね。それから一番怖いのは、鳥インフル、H5N1とまざっちゃうときも来るだろうと。

○長谷川委員長 強毒化しちゃうと大変ですよ。

○渡辺病院長 大変ですよ。だから今のところはできる限りまざらないように、少なくとも入院患者さんは分けるということを徹底させていく以外しようがないですね。

○長谷川委員長 豚インフルエンザも、時間がたってくると強毒化する可能性もあるそうですよ。

○渡辺病院長 ありますよね。どこかあるところで死ぬ人がふえてきたといたら、その遺伝子を調べたら変わっているということがありますよね。

○長谷川委員長 かなりふえる可能性はあるというのは間違いのない話で、前回のスペインかぜのときも、5月に始まって、一遍おさまって、冬からバツとふえたと言われていましたから。ぜひトレーニングと、それからビジネスプランをつくっておかれるといいんじゃないでしょうか。そして、さぼっていなかったということを証明できるようになればいいんじゃないでしょうか。

何かほかにございませんか。ちょっと時間をかけましたが、21年度の取り組みは非常に重要なので、ご意見をあえていただきました。

ないようでしたら、次の満足度調査に、これも大変興味深いものですが、ここをご説明いただきましょうか。

(3) 平成20年度満足度調査結果について

○浦井副病院長 昨年の10月に行いました、入院患者さんの満足度調査の結果を報告させていただきます。総合的な設問ということですが、設問に関しましては下の段に1番から10番までございまして、それをレーダーチャートに示しております。ここで示しているのは19年度と20年度の比較ですけれども、どの項目を見ても20年度よりもいい点数になっております。特に「均一のサービス」「安全」「設備／アメニティ」という評価が上がっております。

この中で「均一のサービス」ということに関しましては、売店に行けない患者さんに、コンビニや売店が移動販売をしてくださったりというようなことをしております。またナースステーションが閉鎖式なんですけど、クラークがいるところをあけて、ここで書類の整理をしたり、質問とかを受けますというようなことをしてまして、そういったあたりの努力だと思います。

また「安全」に関しましては、電子カルテになりましたので、認証方式ですとかそういったものの安全ということと、ダブルチェック、バーコードの認証というあたりのところなんです。それから最近ですけれども、エレベーターの整備もしまして、閉じ込め防止であったり、新生児の病棟におきましては防犯カメラの設置などをしております。

それから「設備／アメニティ」のところでは、洋式トイレを増設して、ほとんど洋式になったんですが、やはり洋式を使えないという患者さんもございますので、一部は和式のまま残しております。それから昨年は緩和ケア病棟が開設するということでできなかったんですけれども、電動ベッド、低床ベッドを毎年計画的に導入しております。あと面会時間が7時までだったんですけれども、患者さんの声を受けまして、今年度の4月からは8時まで延長などをしております。

次のページをごらんください。患者さんの自由記述ですが、要望というところで、トイレやお風呂、照明、洗濯機の利用などのご意見がありました。改善された点については、先ほど述べましたけれども、「点滴をバーコードで管理してミスを起こさないようにしている」それから「医師と看護師の情報交換がスムーズである」「地下の売店とワゴン販売が便利である」というようなご意見をいただいております。

それから患者さんが当院を選ばれた理由ということでは、「自宅・職場・学校から近い」ということで選ばれております。そのほか「他医からの紹介」ということになっております。この中で「診療科目が多い」ということでは、前年度は14.82%でしたが、20年度は20.96%ということで、32

科の診療科を標榜しておりますので、この辺のところも評価されたというふうに思っております。入院患者については以上です。

続きまして外来患者さんの満足度調査をごらんください。ここにおきましても同じ設問をしておりまして、下のほうに設問内容が書いてあります。ここの項目に関しましても、「コミュニケーション」「職員能力」「ていねいさ」「患者さん理解」「設備／アメニティ」の5項目が上がってきているということになっております。外来におきましても昨年の5月から電子カルテを導入しております。患者さんの説明とかそういったことがスムーズになっているということ、それから一部の外来ですけれども、例えば長く待たせてしまう場合、今何時台の患者さんをご案内していますというような待ち時間の表示などをしております。それから接遇の標語ですね。あいさつの標語だったり、そういったことを各部署で徹底して行っているということです。

それから外来のハード面におきましては、中待合室があるということで、プライバシーの問題がなかなか解決できないのですけれども、以前は内科がかなり込んでいたんですけど、その辺のところは診療科が32科に分散したということで、以前より苦情のほうは少なくなっております。それから外来のトイレにハンガーが設置できていなかったんですけども、患者さんのご意見をいただきながら、そういったものの設置をして、改善に向けているところでございます。

次のページをごらんください。患者さんの自由記述の中には「病院の混雑や待ち時間がわかりにくい」という意見がありました。これは先ほど出てきました機能評価のところでも、この辺のところは改善項目に挙がっておりますので、今後取り組んでいきたいと思っております。

よい点及び改善された点というところでは、「会計までが早くなった」「検査の待ち時間が短くなった」というようなご意見をいただいております。それから「毎年の検診でマンネリではなく、問診・検診のスタイルがよく改善されている」「本人確認を徹底している」というようなご意見をいただいております。

それから患者さんが当院を選ばれた理由というところでは、入院の患者さんと同じですけれども、「自宅・職場・学校から近い」というところで選ばれておりまして、「他医からの紹介」というところも高くなっております。それから「親切だから」の下のところ、20.41%というのが「名医・専門医がいる」というところで、去年は15ポイントだったんですけども、今年は20.41ポイントということで、ホームページのリニューアルなどをしまして、専門医などの紹介を行っている結果だというふうに思っております。以上でございます。

○長谷川委員長 どうもありがとうございました。大変重要な調査だと思いますが、何かご意見、ご質問がございましたら。

○椎野委員 こうやってみんな前年度より上がっているというのは、いかに努力しているかが見えて、うれしいです。

○長谷川委員長 お褒めの言葉をいただきました。そのほかに何かご意見、ご質問はありませんか。先ほど院長先生が言われた、いろいろな患者さんから苦情をいただいているというのは、ここの中のお話ですか。それとも別ですか。

○渡辺病院長 これとはまた別に、院内投書とか、手紙とか、そういう中です。

○長谷川委員長 それはぜひ分析して、差しさわりのない形で、いつかこういう会でいろいろいただければ、我々のほうでもアイデアとかあると思うので。それは興味がありますね。この自由記述も同様で、何か構造的な問題点みたいなものがあれば、分析か何かをしていただければと思いますが、いかがでしょうか。

私も昔、満足度に変化があった時期がありましたが、このごろの職員は、もうやってられないと。患者さんの満足以前に、私らはどうするんだといったのが多いですね。こんなに忙しいのに、しんどいのにといい人が多いようでありまして。

○渡辺病院長 職員満足度は低いです。

○長谷川委員長 ですから、それが問題ですね。まず職員に満足してもらわないと、やめていってしまう。

○堀内委員 32科になったというのは、それぞれ専門医の先生を配置していらっしゃるんですか。

○**渡辺病院長** 病院というのは、もともとは専門医指向が強いですよ。ですから患者さんにわかりやすくするというのも一つあるんですけど、もう一つの問題は、そうするとちょうど間に入る患者さんをどうするんだというのがあります。

○**堀内委員** 今、総合医なんて言われていますけど。

○**渡辺病院長** 総合医の問題は難しいですね。

○**長谷川委員長** 僕はさっきちょっと申し上げたと思うんですけど、救急は、実は総合医の仕事ですよ。

○**渡辺病院長** そうです。

○**長谷川委員長** やはり2次救急はそうですね。そして今後どんどん高齢化していくと、僕は「総合医／老人医」という、そういうカテゴリーの医者が専門医として非常に重要になってくるんじゃないかと思います。

○**渡辺病院長** 今の段階では、まだ医師の興味がそこに行っていないですね。ですから救急も、逆に勉強したいという若い先生は行ってくれるんです。行って一通り終わって、一応どこでも何でも診られるという自信がつくと、やっぱり自分の専門に。居続けることはなかなか大変です。

○**堀内委員** 例えば、昔の開業医は総合医の原点のような気がするんですね。

○**渡辺病院長** あれも、何か今度、学会は一緒にするんですよね、プライマリーケア学会とか何か。ですからあれはぜひ医師会の先生のほうから、もう少しそういう総合医療みたいなのを言っていたくのがいいんじゃないかなと思うんですけど。

○**堀内委員** 若い先生がそうだということを今初めて伺って、ちょっと考えてみようかなと思いました。

○**長谷川委員長** 救急とか、連携を進めていくとか、がんの連携となってくると、院内にもそういう総合的な人がいて、うまくつないでさばっていくシステムをつくる必要が出てくるように思いますけどね。

○**椎野委員** 開業医の先生もみんな各科目で、例えば整形とか皮膚科とか、こういうふうになっていくと、総合は一体どこで診るんですかね。

○**堀内委員** 私は古い人間ですから、一応総合医みたいな感じで在宅医をやっていますが、例えば休日急患診療所に出ただけ先生方は、若い先生方は絶対、例えばおうちでは小児科を標榜していらっしゃるのに、あそこに出てくると小児科がなぜかなくなっちゃうんですね。やりたくない。要するに専門化したいんですね。でも我々は行けば、もうみんな診ちゃうという感じで、幾分総合科的なんですけど、今、院長が若い先生がとおっしゃったので、考えよう。

○**渡辺病院長** あと、ほかの領域を診られないのは、やっぱり医療訴訟というのが常に頭にあって手を出さないというところが。

○**堀内委員** そうですね。確かに小児科なんか、あつという間に髄膜炎を起こして亡くなるなんていうようなことを目の前で見たら、絶対やれませんよね。

○**長谷川委員長** さて満足度に戻りますが、何か特にご意見はありませんか。ぜひ総合的に分析をされるといいと思います。ただ申し上げたように、職員のほうの満足度もあわせてやられることが必要なんでしょうね。

○**浦井副病院長** 職員のほうもやっています。全体的な設問項目からしますと、トータルが46.07%の満足度で、去年よりは1.17ポイント上がっておりますが、やはり院内でも職員が一堂に会して何かをするということがございませんので、ことしから少しみんなを盛り上げるような、全員対象の新人歓迎会ですとか、そういったことで意思の疎通を図るような努力をしております。

○**長谷川委員長** 昔は患者のためとか、医療の質の満足度というので、随分、僕も旗を振ってきたんですけど、やっぱり職員が疲弊しちゃうと患者さんのケアもないわけで、業務の改善とか、少し元気が出るような、院内のいろいろな工夫とか。

実は僕はアフリカの15か国に5S改善TQMを教えるというプロジェクトをやっているんですけど、5Sというのは全部にいいんですよね。職場改善にもいいし、それから質にも、安全にもいいし、そういうようなことをちょっと考えていただいたらどうかと思います。

(4) 「横浜市立病院経営委員会」の設置について

○長谷川委員長 時間が来ましたので、最後の項目で、横浜市立病院経営委員会の設置について、お話をいただきたいと思えます。

○事務局 それではお手元の資料4でございます。横浜市の病院経営局では、外部有識者による横浜市立病院経営委員会を設置し、去る6月30日に第1回委員会を開催いたしましたのでご報告いたします。

まず1の(1)設置目的でございますけれども、横浜市立病院の中期経営プランに基づきまして、プランの実施状況の点検・評価及び経営に係る基本的な課題を検討するためということでございます。

(2)に検討項目を記載してございます。まず一つはアの中期経営プランの点検・評価ということでございまして、イが市立病院の基本的課題の検討ということで、基本的課題といたしましては、まず脳血管医療センターの経営改善、それから市立病院の持続可能な新たな経営形態の検討、市立病院の将来的な役割、最後に市民病院の老朽化・狭隘化対策というものを考えております。

委員構成は、こちらにあるとおりの6人の委員をお願いしてございます。

設置期間でございますけれども、中期経営プランが3か年ということでございますので、この3年間設置する予定でございます。

裏面に行きまして、第1回の委員会を6月30日、午後6時30分から脳血管医療センターで開催いたしました。第1回委員会では、市立病院の経営にかかわる基本的な課題の検討に向けた市内の医療提供体制と市立病院の現状について、1回目ということで、各委員の方にご理解をいただくというような形で進めさせていただきました。当日の配付資料や詳細な議事録は病院経営局のホームページに載せてございますので、ぜひ後ほどごらんいただければと思っております。説明は以上です。

○長谷川委員長 ありがとうございます。結構、市立病院のテーマが多いですね。いい方向に進めばいいですね。何かご質問、ご意見はございませんか。大変ハイパワーな人の名前が並んでいますが、結局どなたが委員長をされたんですか。

○事務局 第1回の委員会で、田中茂教授に委員長をお願いいたしました。

○長谷川委員長 なるほど。ここでは、まだ地ならしみたいなところのようですけど。

○事務局 そうですね、はい。

○長谷川委員長 ご意見はございませんか。ここの役割分担は、ここはまずは市民病院だけということですし、またご意見を吸い上げるというようなことで、そのプランをつくるというようなことではないということではないですか。

○事務局 そうです。こちらのほうは、ユーザーの方々のご意見ということで考えております。

○長谷川委員長 はい。何かありませんでしょうか。また、こういう委員会の報告も続けてやっていただくということでよろしく願います。

(5) その他

○長谷川委員長 それでは議題は一応すべて終了いたしまして、ちょうど時間になっておりますが、何かほかにご議論の必要なことがございましたら。

○渡辺病院長 ちょっとお聞きしてよろしいですか。今、平均在院日数が、先生もご存じのようにだんだん短くなってきて、横浜市内の中核病院が、東部、南部、西部と幾つかあるんですけど、大体病床利用率が80%台前半のところから半ばをちょっと超えるところまで、軒並み下がってきているんですね。ということは、横浜市の全部の患者さんが東京のほうにかなり行かれているという事

実はあるんですけども、横浜市の急性期病床としては、ちょっと過剰ベースになっているというふうに判断してよろしいのでしょうか。

○長谷川委員長 渡辺先生、そんなことをおっしゃるんだったら、日本国全体で過剰病床だというようになるんじゃないですか。

○渡辺病院長 いや、でも現実には80%台で病院経営の採算性を保つということになっていきますと、少しダウンサイジングを。ダウンサイジングをして大成功したという例がございますよね。そういう傾向というのは今後は出てくるのでしょうかという、一般的なことでちょっと教えていただきたいと思ったんですけども。

○長谷川委員長 なかなか大学院の入試問題みたいな、博士課程か何かのようなご質問でありますけれども。

○渡辺病院長 でも厚労省が、一般病床が多過ぎると。かつては減らしたいというのが一番最初に言ったことなんですね、最近では言ってないですけど。というように記憶しているんですけども。

○長谷川委員長 病床数が多過ぎるとするのは2種類のお話がありまして、急性期病床と長期病床があって、長期病床というのは福祉施設に考えれば、あれは病床ではありませんから、残りの部分が病床ということになりますね。それについては、ちょっとぶれはありましたが、療養病床ということで切り離すというふうに決まりましたよね。

急性期病床はどうかということですが、以前から、全国40万床でいいというような試算が出ていますよね。それは退院患者数と平均在院日数で決まるわけです。ですから平均在院日数がどこまでいくかというのが大きな疑問でして、ここ数年間ちょっと停滞ぎみですが、しかしこういったものというのは行くところまで行くという傾向がありまして、大体一番低いところで11日とか。

○渡辺病院長 10日前後のところがあります。

○長谷川委員長 ええ、10日前後ぐらいまで。ヨーロッパが大体7日ですね。ヨーロッパもかつては2週間とかで、ドイツなんか4週間、28日という時代があったんですから。アメリカは例外的で、5日というところまで下がってきていますね。ですから、やっぱり10日前後ぐらいまで行くんじゃないかなと、私は直感的には思っているんですけど。

○渡辺病院長 そうすると、下手すると、大体どこの病院も80%を切りますね。

○長谷川委員長 しかし高齢化によって退院患者の数がふえてまいりますので、しかしプラスマイナス、必要病床数はじわじわと下がってきます。やっぱり40万床ぐらいというのは意外といい線になってきますね。

一方で、その採算ベースは、昔から急性期病床でも85%は埋めておかないととれないと言われたんですけど、ただ今後制度的に、埋めている病床にお金を払いますと、一日幾らという払い方から、ケースベースで払う。つまりDPCがDRGになるという方向性は大きいとあり得るので、病院経営のセンスが、何パーセント埋めているからいいとか何とかではなくて、退院患者が何人いるかということ、つまり地域からどのぐらいの紹介をいただってくるかということが経営の目標になってくるという方向に、長期的には変わるんじゃないでしょうか。

かなり高度な質問だったので、アングルの的に申し上げましたが、答え1、今後も平均在院日数は下がるでしょうと。それから答え2、病床利用率は下がるでしょう。しかし支払い方式等から考えてまいれば、85%を切っても、単価をどういうふうにしていくとか、外来をどういうふう工夫していくかということで決まってくるんじゃないでしょうか。

それでやっぱりダウンサイジングするなり、今の職員を上手に使っていくなりして、一番最大の課題は、平均在院日数が下がっていきますと業務負担がふえてまいりますので、多くの病院で、もう今ぎりぎりのところまで来ていますよね。

○渡辺病院長 そうなんです、もうぎりぎりです。

○長谷川委員長 僕は、昔15日ぐらいまでは予測しておりました。15日ぐらいまでは、今の形態でもできるんじゃないかと。それを切ってくると、かなりドラスティックな組織の切り込みを入れないと下がらないんじゃないかと。そういうところにさしかかっていると思います。だから業務分担、役割分担を考え直して、医師・看護師からそのほかの職種にと僕は言い続けたんですけど。

この間、「病院」（雑誌名）に論文を書きました。それで発見したのは何かといいますと、医師・看護師からほかの職種にとっても、そのほかの人がいない。興味深いのは、実はドイツもフランスも日本も、病床当たりの看護師投入は余り変わりません。急性期病院は、日本でも大体 60、70 でしょう。7 対 1 だったら 60 か 70 でしょう。フランスもドイツも、大体 70 か 80 です。アメリカは例外です。140 ですから例外ですけど、フランスとどう違うのか。ほかの職員が多いんです。全職員で 2.1 とか 2.3 いるんですよ。日本は 1.4 です。だから医者と看護師以外はほとんどいない。事務職が非常に少ない。ところがドイツ、フランスはそのほかの職種がいるから、医者が後ろを向いたら仕事をしてくれる人が後ろにいる。日本はそこが薄いということがわかりました。お恥ずかしいですが、最近やっとわかったんです。

○渡辺病院長 でもそれは診療報酬を何らかの意味でつけてくれたら、病院はどれだけでも雇いたいし、今、問題になっている雇用の問題も、解決のめどがついてくるはずですよ。

○長谷川委員長 そうですね。だから日本は非常に奇妙なことに、人材投入は少ないですけど、資源の投入、病床数とかCTやMRIは、ほかの国よりも一けた多いというぐらい、異常な状況がありますね。やはりそういうのを効率化して、人のほうに回してくるということをしなければならないでしょうね。

○渡辺病院長 多分そうなるんでしょね。ありがとうございます。

○長谷川委員長 何かございますか。

○椎野委員 あちこち、病院の病床があいていますよね。

○渡辺病院長 だから、今後ますますあくだろうと思います。

○椎野委員 ますますあくんですか。

○渡辺病院長 はい。今のベッド数でいけば、ですね。

○椎野委員 患者からいうと、何かすぐ出されちゃうような。

○渡辺病院長 いや、全部個室になるとか、2人部屋になるとか、そのかわり入院のアメニティはよくなるだろうと。

○長谷川委員長 しかも理論的には、ケアにふさわしい場所に移動していただくということが。実際にはそれがいろいろ問題があって、うまくいくかは別ですが。要するに病院のイメージが変わってくるんでしょね。病院というのは医療を行うところで、療養するとなると、別のところに移ってもらう。その連携をどうするかというのが今ものすごく大きな課題で、みんな悩んでいるとは思いますが。

○椎野委員 もう一つ、老人の施設のところに行く機会が割に多いんですけど、具合が悪くて今までずっと病院でお世話になっていた方が、やはりそういうところに入れられる。そこに何うと、エレベーターになっていて、簡単に出られないようになってるんですね。そして、その例えば 10人なり 15人なりのホームで、自由がきかないわけです。そして痛みがあっても何にしても、体によくはないからという形で、薬や何かはホームのところで管理されている。

確かにわかるんですが、行ったときに、私は病院に戻りたいんだと。病院のほうがずっといいんだと。だから何とかして家出するから、外で待っていて救急車を呼んでくれと言われたんです。確かにわかります。病院だと至れり尽くせりで、痛いと言えば治してくれます。だけど一旦そのホームのほうに入った場合には、自由がきかないですよ。悲しい思いをしました。

○渡辺病院長 今、慢性期の病院の団体があるんですけど、民間の方が運営していらっしゃる。そういう病院は、往々にして老健施設とか、特養まで持っているところは少ないですけど、そういうのを併設して持っている、かなりそういう病院が慢性期の患者さんを診て、しかもその救急も担いたいという意欲は、今持ちつつあります。

○椎野委員 だけど、病院というのは長く置いておけないですよ。

○渡辺病院長 いや、ですからそこは老健施設を持っていますから、そこと自分のところで、ある程度調節ができるという。

○椎野委員 それと、もう一つあるんじゃないでしょうか。グループホーム。

○渡辺病院長 ええ、ですからそういうのはまた今後ふえてくるんじゃないかと僕は思うんですけど

ど。

○**椎野委員** でも、悲しいです。

○**長谷川委員長** それは過渡期の部分が大いにあると思います。長期的には、すべての長期ケアの病院ないし老人ホームは、もうホームにするんだと。住宅にしていくんだというのが、一つの国の方針として出ていまして、今までの病院が割と狭くて、そういうのがそのまま長期の療養型に使われたりしていた過程で、非常に住み心地の悪いところがあったり、僕が言ったような、ケアのふさわしくないような療養環境があったり、そういうところが大いに今あるとは思いますが、長期的にはそういうふうにしていくということです。その間、確かにつらい思いをされる方もあるのかと思うんですが、やってるほうも、そういうふういきちと分けて考えてなかったところがあるんじゃないでしょうか。ただ、みんなそれぞれ反省して、みんなそれぞれお互いに理解し合わないといけない。とにかく人類初の超高齢社会ですので。どこにもないので。

どうもありがとうございました。いろいろなご意見をいただきました。またそれを参考にして、病院のほうでもいろいろと経営を進めていかれるんじゃないかと期待しております。

それでは次回の開催でございますが、事務局のほうではどういう予定になっていますか。

○**事務局** 次回の日程につきましては、おおむね半年ごとに開催させていただいておりますので、来年の2月ないし3月ぐらいということで、改めてまた調整をさせていただきたいと思っておりますが、よろしゅうございますでしょうか。

○**長谷川委員長** ありがとうございます。そんなことで、インフルエンザが随分はやっているかもしれませぬ。

○**渡辺病院長** もう終息じゃないですか。

○**長谷川委員長** いや、どうでしょうかね。

それでは、長時間にわたりまして大変貴重なご意見をありがとうございました。では、またよろしく願いいたします。

閉 会

○**事務局** では、閉会のあいさつを副院長からさせていただきます。

○**鬼頭副病院長** それでは簡単にあいさつをさせていただきます。きょうはお忙しいところ、委員の方々には参加していただきありがとうございました。

幾つか課題をいただきましたので、ちょっとまとめてみました。経営手法としましては、初診それから退院患者数の動向をもう少し比較してみたらどうかと。それから救急に関しては、地域医療との役割分担を考える。また緩和ケア病棟の運営指針に関してサジェスションをいただきました。それから我々だけでは解決できませんが、医療スタッフの負担増に対する対策を考えるということ。それから情報コーナーに関しましては、ご期待いただきましたので、さらなる充実を図りたいと考えております。インフルエンザに関しましては、その影響を数値化できないか検討してみなさいということでした。それから満足度調査に関連して、院内の投書の分析をしたものをこの会に提出するということがございました。

以上、次回までに検討いたします。きょうはどうもありがとうございました。

○**渡辺病院長** どうもありがとうございました。