

第3回町立芦屋中央病院経営形態検討委員会

議事録(要旨)

1. 日時：平成24年7月28日(木) 18時00分～20時00分
2. 場所：芦屋町役場 課長会議室
3. 出席者：委員(松田・石川・片山・佐潟・貞安・重松・山口)
事務局(町立芦屋中央病院：櫻井・森田・井下・杉野・西・三友・浮田・中野)
オブザーバー(芦屋町：中西・柴田・塩田)
委員会支援業者(㈱日本経営エスディサポート：小林)

4. 議事概要

下記のとおり町立芦屋中央病院経営形態検討委員会(以下「委員会」)を進行した。

(1) 開会

(2) 議事

①病院機能について

- ・院内の患者状況について
- ・地域状況について
- ・小児科について

②地域包括ケアシステムについて

③移転建替えシミュレーションに対するキャッシュフローについて

④その他の事項について

(1) 開会

(2) 議事

議案1：病院機能について

- ・院内の患者状況について
- ・地域状況について
- ・小児科について

○資料に沿って説明を行った後、議論となった。

以下、当該事項に関する発言

(委員長)

ただ今の説明に関して、委員の方から質問等はないか。だいたい感覚に合うようなデータか。

(委員)

日頃受けている印象と非常に近いようなデータだと思う。

(委員長)

このデータを見ると、重点領域としては高齢化に伴って重要となってくる整形外科、外科、消化器科を中心とした内科に今後も力を入れていくべきだろうということと、介護施設との連携が重要になってくるというデータだろうと思うが、施設の方はいかがか。

(委員)

私のほうは、今まで通りやっていただければ十分というだけである。

(委員長)

診療科としてはリハビリ、整形外科や消化器科が中心となっていこうとを感じる。何かこのデータについて、意見はないか。

(委員)

私が頭で思っていた感覚と同じような割合が出ている。数字で裏付けられたと思う。

(委員長)

データを見て、強化したほうがいい科など、何か意見はないか。

(委員)

専門的なことはわからない。

(委員)

今日このデータを見させていただいて、なるほどと思ったが、素人なので特に意見を述べるようなことはない。

(委員)

私自身があまり病院に関わっていないのでわからないが、小児科がこんなに少ないというのは意外な感じである。

(委員長)

小児は小児科の診療所に、受診されると思う。

小児科は曜日を指定してその時に先生が来たとしても、風邪はその曜日に引くわけではない、熱発もその曜日に起こるわけではない。結局は毎日開いているところに行くというのが通常だろうと思う。

(委員)

そうだと思う。

(委員長)

小児科に関しては、産業医大でも救急に対応するようになったので、受診できる小児科がかなり増えている。さらに、新水巻病院も厚生年金病院もあるので、小児救急に対する不安はないと思う。

ほかにデータを見る限りでは、自宅からの入院・外来が多く、この地域で大体6割から7割を占めているので、町立芦屋中央病院はいわゆる“地域の病院”になっているというデータだと思う。

医師会の先生方の連携はどうか、紹介はかなりされているのか。

(委員)

非常にうまくいっている。やはり消化器科が充実している。

(委員長)

やはり、重点医療としては消化器科領域だと思うが、今日の問題は小児科をどうするかということである。

難しいと思うが、私自身は内科があれば小児科には対応できるので、あえて小児科を標榜するよりも、小児科にかかるお金を、これから増えてくる高齢者の医療を充実させる方向に使ったほうが、住民の安心のためには良いのではないかと思う。

(委員)

何才までを小児科で診るのか。

(委員長)

15才までを小児科というが、今は小中学生になると、内科にかかることが多い。本当の意味での小児科というと、学童の低学年ぐらいまでだろうと思う。そうなってくると、さらにこの数が少なくなってくる。

(委員)

近隣に小児科クリニックがかなりある現状で、町立病院に小児科が必要かというのは、データからも疑問である。その分、内科を充実させたほうが有難い。

(委員)

孫がよく小児科にかかるが、小さい子供を抱えている夫婦というのは、共働きが多い。だから、夜遅くまで開いている所や土日祭日に行く傾向があるようだ。

(委員長)

遠賀中間医師会は休日夜間の診療、時間外診療をしているので、使われている方も多いと思う。

(事務局)

小児科の地域シェアの中で、つだ小児科が一番多いが、津田先生は以前当院にいたということもあり知名度が高いのだろう。花美坂クリニックは小児科ではないが、診療を遅くまで行っているためシェアが上がっているのだと思う。他にもくわのキッズクリニックもあるし、最近、遠賀町にも小児科が開業された。この集計には当然入っていないが、バス路線なので、こちらにも患者は増えていると思う。

このデータを見てもこの地域にはかなり小児科の医師がいる。

(委員長)

たしかに車で15分走れば産業医大があるので救急の対応はできる。日常的なものも、車で15分圏内のところに5軒以上の小児科があるという意味では、小児診療に関して問題がある地域ではないと思う。

(事務局)

特に若い方々から「小児科を充実させてください。」という声を聞く。ただ、こういう現状を話すと、「しょうがないですね。」と理解してもらえる。病院としても住民の方に現状を知っていただく努力をしないといけないと思っている。

これだけの赤字を出しているので、小児科が病院の経営を後ろ向きにしているのは間違いない。病院の経営のことだけを考えると、すぐにでもやめたいという気持ちがある。

(委員長)

総合診療科を作るとというのが国の方針として決まったが、例えば内科の標榜を総合内科のような標榜にすることは可能なのか。

(事務局)

可能だと思う。当院の内科系のラインナップが消化器系に少し偏重しているが、現在、当院の内科系の診療科は専門性がある消化器科・循環器科・呼吸器科の他に、専門性のない内科があり、内科のドクターは1人しかいない。そのため、内科の外来を運営する上で、やりづらいところがある。“総合内科”を作り、消化器科や循環器科の医師が総合内科の外来も兼ねるといふふうになれば理解してもらいやすいと思う。

(委員長)

将来、総合診療科と呼称してやって行くと良いと思う。

(事務局)

大学から医師に来ていただく場合は専門性を重視されるが、そうではなく町立病院で働きたいという内科の医師、要するに大学の医局に属していない医師の場合は、総合内科で診ていただく。総合内科を作るといふのは、当院の診療科のラインアップとしては良いと思う。

(委員長)

新生児は難しいが、総合内科で小児科も含めて対応するという方針を出せば、住民の不安も抑えられるのではないかと思う。

(委員)

町立病院で乳幼児健診をしている。そこで診てもらったり、相談したり精密検査を受けられる病院を教えてもらえるのは助かる。そういう検診を充実させて、指導してもらえたら、非常にありがたい。

(事務局)

行政上必要な健診に乳幼児健診などがあるが、当院に小児科の常勤医師がおられた時はその医師が行っていたが、今はほとんど市立八幡病院の小児科の医師で、当院と直接関係のない医師が指導されている。実際には市立八幡病院から今後も来ていただけるか不確定なところもあるが、そういうことを少し拡充してというのも、一つの手かもしれない。

(委員)

小児健診は町の事業として行い相談や指導を受け持って、町の取組み、大きな柱としてやっていくほうが良い。病院に小児科があると、「何かあったら何とかしてくれる」という過剰な期待を植え付けてしまう。小児科は病院から完全に外したほうが良いと思う。

(委員)

小さい子供は自分の病状を言えないから、親は心配する。そういう面からも専門医の小児科を希望する人が多いのだろうと思う。

(委員)

それは町の対応として、小児に対する政策は打ち立てたほうが良いと思う。病院というのは過剰に期待が起こるので、かえって両方にとって悲しい結果を生む。完全に外したほうが良い。

(委員)

健診で相談もできるので、そういうことを充実してもらえば、非常に良いと思う。

(委員)

私もそのほうが良いと思う。

(委員長)

では、小児科に関しては将来的なことも含めて、総合診療科で小児科も含めて内科で対応するという方向性を明らかにして、ある程度の学年以上であれば内科で対応できるような体制を作ることによって、小児科に今まで使っている人材あるいはお金を、これから増えるであろう高齢者の医療機能の充実に使うということで、検討できればと思う。

(委員長)

これから2人に1人は癌になる時代を考えた時に、癌の化学療法を継続的にやれる施設が地域にないといけない。これから不足してくるところだと思う。化学療法に対応できる内科をこの地域に作って、そこが開業医の先生と連携していくという形をとっていかないといけない。

(事務局)

外来化学療法に関しては、残念だが現在のところ施設基準を満たしていない。力を入れて行きたいというのは当院の希望でもある。癌患者も明らかに増えるし、産業医大も含めた先進的な病院から、その後の継続的な化学療法を当院でも十分担っていけるというふうに考えている。職員にもそういう方向性で、認定看護師あるいは認定薬剤師等を目指してほしいという話はしたところである。今後、移転建替えとなれば、そういうスペースを確保し、施設基準を取りたいと思っている。

(委員長)

病院機能については、患者状況、地域の状況を考えて検討する。小児科については、これから内科である程度対応しながら、近隣の小児科の施設と協力しながらやっていき、今まで小児科に注ぎ込んでいた資源を、癌や高齢者等に注ぎ込んでいけるようにしたほうが良いと思う。これから問題が起こってくるところに資源を投入していかないといけないので、この機会にそ

のへんを踏まえて議論したいと思う。

(事務局)

小児科は赤字なので、病院の経営のことだけを考えると即座にでもやめたいが、時期的には来年度からとか、具体的にはいかがか。

(委員)

現状を周知させれば、反対する人はいないという気はする。近隣に小児科のクリニックはあるし、一番心配な救急に関しては、今は産業医大もある。そういうことを「小児科を閉鎖するにあたって」と広報で啓蒙していけば、早い機会に理解できると思う。

(委員長)

延べ患者数で見ると、小児科の患者が1年で148人ということは、2日に1人か3日に1人という感じである。

(委員)

それは医師にとっても苦痛だと思うし、医療資源がもったいない。もっと有意義なところで働くのが良いと思う。

(事務局)

今議論していただいたところを踏まえて、近いうちにそういうお話をさせていただこうかと思う。

(委員長)

続いて2番目の議題に入りたいと思う。今年度の介護保険の改訂で、これから様々な医療・介護の体制整備の鍵になる地域包括ケアという概念がある。これについて、事務局のほうから説明をお願いします。

議案2：地域包括ケアシステムについて

○資料に沿って説明を行った後、議論となった。

以下、当該事項に関する発言

(委員長)

地域包括ケアは、これから一つの概念的枠組みとして重要になってくる。芦屋町はこれを実現するのに必要な物がほとんど揃っているので、あとはいかにネットワーク化していくかだと思う。

在宅療養支援病院については、在宅療養を支援する病院という意味で、例えばこれを地域一般病床を持つ病院の機能としたらどうかということでも実は議論をしている。在宅医療を支援する病院がないと、在宅療養支援診療所はきついだろうと思うが、そのへんはどうか。

(委員)

あまり在宅診療所というのは知られていないこともあって、実際に最期を看取ったのがこの3年間に5、6人くらいで、頻繁に対応しているわけではない。幸いここは新水巻病院など、何かあった時に受けてくれる病院があるので、何とか回っている。協力病院として町立病院を県に届けを出しているが、緊急の時に当直医が違う診療科だったりすると、なかなか対応できないことがある。ハッキリ在宅療養支援病院となると、他の開業医も協力できるのではないかと思う。今は24時間というのがネックで、他に誰も手を挙げない。私は携帯に連絡してもらおうようにしているが実際にはそんなに負担はない。電話で済むことがあるし、最初から「こういった場合は早めに町立病院へ連絡してください」とか、時々町立病院に行ってもらって、普段から連携を取っていれば、そんなに負担はかからない。そういう開業医が増えれば、在宅と

いうのは今よりも進むと思う。

(委員長)

あと15年もすると、日本人160万人が死亡する。私が住んでいる地区でシミュレーションをしてみたら、1週間に1人ずつ死亡することになる。そういう時代がすぐそばまでやってきているということを考えると、この在宅療養を支援する仕組みというのは、これからとても重要になってくる。

(委員)

そうすると病院で死ねなくなる。今は最期は病院で迎えることが多いが、今後は病院の許容範囲を超えてしまうから、自宅で亡くなるケースが増えてくる。しかし、最期を自宅で迎えることに慣れていないから「最期は病院で」となる。それがそういう高齢者の終末期医療と非常に一致していない。いろいろ錯綜しているところだが、何かシステムを組まないといけないだろう。あまり無駄な医療をしないで、自然に最期を迎えるというのが定着してくればいいが、それは国を挙げての啓蒙が必要だと思う。

(委員長)

生涯医療費の7割以上は死ぬ前の1年間で使ってしまう。それをどう考えるかということだろう。例えば広島県の尾道市は在宅死が8割ぐらいで、ほとんどの方がかかりつけ医と、病院の協力の中で、施設も含まれるが在宅で亡くなっている。家族に看取られながら在宅で亡くなることができる高齢者は幸せだと思う。これから、そういうシステムをどう作っていくかが大事である。

この在宅医療を支える枠組みというのは、後方病院では絶対無理である。それは町立病院であるこの病院の一つの機能として考えなければいけない。

(支援業者)

参考だが、前回住民の方にアンケートを取った時に、終末期、最期はどこで迎えたいかというような設問を取らせていただいて、約4割の方が「自宅で」と回答されている。

(委員)

「自宅で」というのはアンケート上であって、実際死に直面すると家族はどうしていいかわからない。臨床の現場では、最期になるとパニックになって、「うちでは看れない」と家族がなってしまう。自宅で亡くなるとはどういうことかの啓蒙が必要だと思う。自宅で看取る場合には、例えば最期の下顎呼吸というのは本人にとっては苦しくないとか、人間が亡くなる前にどうなるかを、家族に懇切丁寧に具体的に説明しないとイケない。

(委員)

10年ほど前に施設で看取りをした。施設の職員と医師が説明したが、家族の方が不安がられるので、ずっとついていないといけなくて、大変な思いをしたという記憶がある。施設で急死になると検死になり、施設に警察が来て写真を撮るので、周りの者がすごく不安がる。そういうこともあって今は病院に入院をしていただいているのが実情であるが、そういうシステムができれば施設としてはとてもありがたい。

(委員長)

ある地域の医療支援病院の外部委員をやっているが、その病院の近くに、医療や福祉とは全く関係のない特定高齢施設ができて、死にそうになると病院へ送ってくる。そうすると急性期病院だから助ける。その後安定して帰そうと思っても帰れない。という状況が起きてしまう。そういう患者でベッドが埋まって、急性期病院なのに救急患者を受けようにも受けられないという状況になっている。こういう事例もあるように高齢者の医療は、みんなで考えないとイケない問題だろうと思う。

(委員)

今は町立病院から家族に説明していただいて、了承されたうえで施設で看取り、亡くなられたら病院で検死していただくという形は取っている。だが、いくら説明しても、「最期は病院に入れてください」と言われる方がほとんどである。

(委員長)

最期ギリギリまで在宅というか施設にいれば良いと思う部分もある。

(委員)

悪化して急に病院へ行くから、病院は「救命しないといけない」となるが、日頃から連携をとって、施設でギリギリまで対応して、最期の時は病院で看取りをやれば、それだけで違うと思う。

例えば在宅で看っていて、時間外に一時病院で預かってもらいたいという時がある。その時に「専門外だから」と断られることもある。家族の安心のために、点滴してもらえれば納得する場合等、対応がスムーズにいったい欲しい。

(事務局)

当院としても、反省しなくてはいけない事はたくさんある。これから高齢者が増えていく状況に対して、病院がどのように寄与できるのかということをも十分考えた場合、地域医療、在宅医療支援病院というのは、当然やらなくてはいけないところなので、職員の意識改革を含めて、今後取組んでいく必要があると考えている。

さらに当院は消化器科に特化したい希望を持っているが、療養病床の運用や地域包括ケアも行う必要もあると思っている。その為には総合診療科のような内科のドクターを増やさないといけないが、今は採用できなくて困っている状況である。今後の委員会で検討していただく予定にしている医師の待遇改善を行って、医師を確保しないといけない。

(委員)

私はたくさんの内科医がいなくても、総合内科の医師が1人いれば良いと思う。問題は看護師の体制である。在宅や終末期医療を専門とする看護師のグループで体制が取れば、最期の指示を医師が行い、看取る場合だけは当直の医師が行う。かかりつけ医が一番肝心なことをわかっているわけだから、診療所が協力して、指示をして病院で対応してもらおう。そうやれば、できると思う。

(委員長)

尾道市の総合病院と市民病院は、登録医の医師がカルテも書いて指示も出せるようになっていく。そういう仕組みを作れば良いと思う。

(委員)

本格的なオープン病院でなくても、その部分だけでもそれに近いような形にできれば良いと思う。

(事務局)

当院の当直は基本的には管理当直なので、急患の対応に慣れていない医師も当直する。そういう時に診療所の医師が指示できれば、非常にスムーズに物事が運ぶということは十分考えられると思う。

(委員長)

では、この地域包括ケアシステムの実現に向けて、具体的な機能を作っていく、議論していくということをも、この後の作業でやればと思う。

次は、今日の大きな議題である『移転建て替えシミュレーションに対するキャッシュフローについて』ということで、説明をお願いする。

議案3： 移転建替えシミュレーションに対するキャッシュフローについて

○資料に沿って説明を行った後、議論となった。

以下、当該事項に関する発言

(委員長)

説明を受けていかがか。これは専門の立場からということで、よろしく願います。

(委員)

今のキャッシュ残高はいくらか。

(事務局)

現金で29億ある。

(委員)

ということは、シミュレーションのパターン1、2、どちらを使っても、乗り越えることができるということである。

私は経営形態を検討する委員として、3つテーマがあると思っている。1つは町民の満足度の最大化、2つ目がキャッシュの最大化、3つ目がリスクの最小化である。

私は今までの経験を活かし、キャッシュの最大化に関して貢献できればと思っている。

例えば、地域包括ケアシステムを導入すれば、ニーズがあれば収支も黒字が期待できる。それはキャッシュの最大化というテーマに関わるであろうし、小児科が不要であるという意思決定がなされれば、それもまた最終的にはキャッシュの最大化につながると思っている。そういう意味で、この3つのテーマを分けた場合、どういう条件がキャッシュの最大化につながるかということを中心に考えたいと思うし、その際、意思決定の局面においては、どれぐらい投資をしなければならないか、どれぐらい黒字が期待できるかという材料も必要だと思うので、情報提供をいただきたいと思う。

具体的に言うと、「地域包括ケアシステムをどうするのか」というテーマが議論としてあっても、「どれぐらい儲かるのか」、「どれぐらい変革が必要か」、「どれぐらい人件費がかかるか」という情報がない限りは、与えられたテーマであるキャッシュの最大化というところは判断できないと思っている。条件一つひとつにおいてキャッシュの最大化につながるような材料をいただければと思っている。

(事務局)

具体的にどういう資料を準備すれば良いのか。一度打ち合わせをしたいと思うが、よろしいか。

(委員)

まずは委員会の中で諮問するにあたって、「こうすべきだ」という意思決定である。2者選択には限らないが、例えば小児科を継続すべきかすべきでないかというテーマがあって、それを一覧にするのがまず一つの作業工程だと思う。いろんなテーマが挙がっている。

(委員長)

診療科別の収支は出せるか。入院外来を整形外科・外科・内科系のような形で一般病床と療養病床で分けて、それをベースにしてシミュレーションすれば良いと思う。

(委員)

少なくとも、小児科を廃止すれば、年間約900万浮くということか。

(委員長)

そういうことになる。しかしキャッシュをマックスにするという観点で町民に対して説明してしまうと、反発があると思うので、これから町民が必要としている機能を重点化していくと

という観点で整理されたほうが良いと思う。キャッシュを最大化するというのは、マイナスになってはいけないわけで、安全圏を見込んでこの病院が20年30年経営持続可能なキャッシュが出るというレベルで良いと思っている。

非常に重要なポイントとして、町民の満足度が下がってはいけませんので、町民の満足度を最大化するという意味においては、これから増えてくるニーズに合わせて考えて、整形外科や外科・内科はこれから増えてくるはずだから、それをパターンで分けてシミュレーションして、あとは人件費のシミュレーションも加えれば良いと思う。

例えばリハビリ・整形というところを重点化していくのであれば、OT・PTをどうするかとか、内科、消化器科のところであればEMRで外科の必要性も出てくる。高齢者が増えるということ踏まえてシミュレーションを行うのが良い。その時に眼科等のマイナーな科に関しては、院内開業も視野に入れてみる必要があると思う。

(事務局)

マイナーの科に関しては、当院の常勤医師の意向を確認しないといけないが、院内開業というシステムの導入も考えている。病院の根幹のところはメジャーの科で行い、マイナーな科は希望されれば院内開業という形もあるというふうに思っている。そのほうが病院の経営は安定するのではないかと思うところもある。

(委員長)

診療報酬の面でも、特に耳鼻科・眼科は落ちてきているので、自分で機械を買って開業するのはリスクがかなり高くなっている。このリスクの最小化という観点でいうと、医師の方からもメリットがある。

(委員長)

やはり高齢者が増えるということ踏まえて、急性期医療に対応できる機能というのは、ある程度揃えていくべきだろう。そういう意味で、泌尿器・眼科・耳鼻科はないといけないので、これをどういう形態でやっていくか考えることが必要だろうと思う。それを踏まえて、診療科別の収支と人事コストを加味した資料を作成してほしい。

(事務局)

先ほどの院内開業で、誤解を招くといけないので、念を入れて話をしますが、現在、勤務している常勤医師を解雇しての院内開業にするという意味ではない。現在の常勤医師が継続して勤めていただけるなら、それに越したことはない。眼科に関しては非常勤医師なので院内開業により病院と同じ建物の中に診療してもらえる医師を確保できるシステムにはメリットがあると感じているということである。

逆に、現在、常勤医師である耳鼻科や泌尿器科の医師も院内開業に魅力を感じれば、そういう方向も考えましょうということである。現在ある診療科を無理に院内開業に振り分けるわけではないので、誤解がないようお願いする。

(事務局)

住民の満足度に関しては、当院が十分にその責務を果たしたかという点、そうではないと反省しているところもある。例を挙げると、当院はMRIを設置していない。住民の方からMRIのニーズはあるが、現状でMRIを導入すると、ほぼ赤字になってしまう。しかし病院の付加価値を上げ、住民の満足度を上げるためにはMRIを導入すべきであるし、導入したい。ただ、赤字になるか黒字になるかギリギリのところでは大胆な発想ができなかった。こういう委員会での議論を通じて「大丈夫だ」と言ってもらえれば、安心できる。

資金は最大残して、リスクは避けて、それで満足度を上げていくことだと思う。これはなかなか難しいと思うが、委員の方々のお知恵を借りればできると思っている。将来に向けて、沸々と気力が充実しているところである。

(委員長)

高額医療機器は難しい。多くの公立病院の経営悪の理由の一つが高額医療機器である。

(事務局)

当院はそれほど高い機器でないものは、他の自治立病院と比べても十分購入している。だから、ドクターのニーズというか満足度はまあまあだと思っている。ただし、億単位の高い機器はなかなか買えていない。それは、思い切ったことをできなかったという経営陣の体質みたいなものがある。当院の身の丈に合った高額機器は高くても買うべきだと思う。ただし、身の丈に合うという見極めのところが難しいところで、今後も一步踏み出す時にはヒヤヒヤしながらだと思う。しかし、MRIはぜひ導入したい。この点ひとつにしても住民の満足度を上げたいと思っている。

(委員長)

大学からの非常勤医師に対しては、業績比例の報酬体系に変えるという手もあると思う。千葉だと麻酔科の医師は、かけた分だけもらえるという形でやっている。そういう形態にすると、インセンティブがかなり出てくるだろうとは思っている。

(事務局)

今は産業医大から麻酔科の非常勤医師を派遣していただいている、そういう形態になっている。

(委員長)

九州大学病院のように、外来への女性医師の積極的な活用も必要と思う。

(事務局)

女性医師をぜひ確保したいのだが、そのためには前回の委員会でも議論に出た託児所を考えなくてはいけないと思っている。

(委員)

あるいは子育てが終わった女性医師を、総合内科で診療していただくのはどうか。

(事務局)

当院もそれが一番良いと思う。

(委員長)

では今日一通り通じて、何かないか。この委員会には住民目線というのが一番大事だと思うので、住民代表の方にも意見をいただきたい。

(委員一同)

意見なし。

(委員長)

今日の話の中で、“身の丈に合った”ということはすごく大事で、これを間違えると良くしたつもりが重荷になって、かなり厳しくなった病院もあるし、逆に直近例で言うと、福岡市民病院のようにV字回復したところもあって、かなり様々である。やはり地域のニーズに合った病院のあり方というのを考えていただくことが一番だろうと思う。その為に住民の希望に応えられない部分があると思うので、そこは事前の情報の提供もしながら、皆さんが納得できる範囲のことをやっていかないといけないと思う。そのへんの広報戦略も、今から考えておく必要がある。

議案4： その他の事項について

(委員長)

その他の事項について、何かあるか。

(委員一同)

意見なし。

(委員長)

では、次回の主なテーマは何になるのか。

(事務局)

次回は経営のことの詰めと、それに加えて院外調剤をどうするのかということ、あとは特に医師の確保に関係するところを、進めていただけたらと思う。

(3) 閉会

第4回の委員会を8月23日(木)に決め、閉会した。

署名人 石川 智雄

署名人 片山 久恵