

西部構想区域地域医療構想調整会議 議事録

1 日 時 平成 30 年 11 月 12 日 (月) 19:00～20:20

2 場 所 香川県中讃保健福祉事務所 3 階研修室

3 出席者

【委員】

久米川議長、佐藤委員、石田委員、溝渕委員、岩野委員、國土委員、琢磨委員、篠原委員、森安委員、見市委員の代理出席者(川田氏)、大原委員、吉野委員、岡田委員、松浦委員、中川委員、安東委員、潟中委員、大越委員、奥田委員、窪田委員、丸橋委員の代理出席者(松川氏)、岸上委員、土井委員、滝口委員、中谷委員、岡田委員、富木田委員、友枝委員、久保田委員、小河委員、平尾委員

【事務局】

土草健康福祉部長、東医務国保課長、尾崎副課長、山崎副主幹、田岡副主幹、小倉中讃保健所長、野保次長、上原課長、仁木西讃保健所長、竹一次長、小山課長、渡辺副主幹、前田副主幹

4 開会

土草健康福祉部次長挨拶

5 議題

(1) 平成 29 年度病床機能報告の結果について

(事務局) 資料 3 に基づき説明

【説明後の質疑】なし

(2) 議論の活性化のための基準の検討について

(事務局) 資料 4 に基づき説明

(議長)

今の説明に対して、御意見や御質問があればお願いします。

医療機関から、高度急性期、急性期、回復期、慢性期のどの機能を果たしているとの報告をして、将来の機能との比較をしているわけですが、急性期と言っているけれども、今やっていることが本当に急性期なのかということがあると思います。別に急性期と出そうが、回復期と出そうが、保険点数上は何ら縛りがないわけですから、回復期として出してもいいけれども、ここまで国がこれに拘るということは、何かあるのではないかと、回復期で出しておく保険点数上何かあるのではないかと、医療機関側は思うのですよね。急性期病床は入院期間が非常に限られているわけですから、長く入院している病棟は、急性期病床ではないでしょうというような説明をされたわけですが、今の報告が病棟単位で報告しており、急性期病棟とみなした中には、手術が終わってしばらく入院している方もいるわけで、その病棟全体が急性期なのか回復期なのか出しづらいというのがあります。一部、急性期の患者がいれば全棟急性期で出そうかということを出している病院もあります。これを見ますと、例えば、15 対 1 のところでも急性期で出している病院がかなり多いし、有床診療所でも急性期で出しているところが多いので、回復期で出して下さいと言え、たぶん数は合うと思うのです。ただ、それで良いのかということなので、各医療機関が自主的に将来を見据えているいろいろな考えていきませんか、というのがこの会議でありまして、数合わせの会議ではないので、将来こういうことだから、病院、診療所もいろいろ考えて下さい

ねという会議です。今、西部で高度急性期の病床が少ないとなっておりますが、四国子どもとおとなの医療センターはかなり高度急性期を増やしていただいておりますが、如何ですか。

(委員)

I C UとN I C Uがメインですけれども、それに加えて点数から言えば 3,000 点ですけれども、G C Uがかなりあります。そういうことで、2025 年のところでは、高度急性期を少し増やしています。

(議長)

数合わせは、後でできると思うのですね。今、急性期の数がかかなり多いですけれども、ここだけは問題だと思います。急性期と報告しているが、それに値する病床であるかと言われると、例えば 15 対 1 や有床診療所でも、急性期の報告がかかなり多いですから、その部分は、後で何とかなるのではないかと思います。全体の数でも、介護医療院に移行するところもあるし、休床しているところもあるから、何とかなると思います。危機感を抱いてはいないが、ここで何をしたいのかと言うと、病院が出してきたデータをご覧になって、他の病院がどのような考えを持っているのかを見るだけです。香川県以外では、強制的に病床数を提案するというところもあります。ただ、県内では、建て替えが終わった病院が多く、資産をフルに使った計画を立てていることから、病棟数を減らすというのは難しいですから、今、使っていない病床をどのようにするしかないと思います。

(委員)

病床数の中にクリニックの 19 床は入っているのか？

(事務局)

有床診療所の 19 床分も入っています。

(委員)

全国のデータを見るとクリニックの病床数は減っていると思うが、香川県の場合、クリニックの病床所数はどのくらいあるのか。

(事務局)

資料 3 の 9 ページに記載されており、全体で 1,364 床あり、西部は、12 ページに記載されているとおり、554 床です。

(委員)

有床診療所数は、全国では厚生労働省の資料では右肩下がりで毎年減っているが、香川県の現状はどうなのか。やはり減っているのでしょうか。

(事務局)

経年のデータまでは確認できていませんが、国の傾向で示されている有床診療所の数が休棟数をカウントしているかにもよるが、香川県の場合は、1,364 床のうち 281 床が休棟になっており、昔は稼働していたが休棟になっているという点では、ベッドを稼働しなくなっているものが経年的に増えていると思われます。

病床機能報告で言いますと、診療所の病床数が 1,480 床（平成 28 年度）であったのが、1,364 床（平成 29 年度）になっており、1 年間で 120 床程減っている状況です。

(委員)

有床診療所の急性期病床が割合的に多いように感じられるが、レセプトで言うと、それに入るような病床なのでしょうか。

(事務局)

病床機能報告での報告結果であり、レセプトで見た場合の分析ができていません。

(議長)

有床診療所は減りつつあり、休床にしているところや、一応、届出はしているけれども機能していないところもある。ただ、有床診療所につきましては、将来の地域医療構想の中で、看取りができる場所として見直されようとしており、そのような診療所は病床過剰地域でも増床できることになっておりますので、できるだけ置いておきたいと考えています。

ただ、実態としては、急性期をやっているところは、こんなになんかと思うので、最後の最期に数合わせをしようとしたら、このへんを下げてもらうということになるのかな、と思っている。

(委員)

そのような気がするが、ゼロには絶対にならないと思う。診療所にも役割分担が当然あると思います。

(議長)

この中には、乳がんや静脈瘤だけやっているというようなところもありますので、そのようなところは急性期でいいのかなと思います。

(3) 医療機関の具体的な対応方針について

(事務局) 資料5、参考資料2に基づき説明

(議長)

国は、この調整会議を大変重要視しており、医療審議会と並ぶ重要な会議で、県に対してこの会議を年4回開け、成果を上げてこいと、それで県を評価するとしているが、この会議で何を決められるのかと言うと、なかなか決めることはないと思うのです。県は会議の成果を、逐一、国へ報告しているのですよね。

(事務局)

四半期に1度、調査が国から県に対してあり、会議の場でどのような議論がなされたか、進捗状況が進んでいないところは、ペナルティとして、今年度から国保は都道府県単位化で県も保険者になり、県の取組を評価する交付金がありますが、調整会議の進捗状況も評価指標に加えられ、進んでいないところには配分しない。医療介護総合確保基金についても、同様にこの進捗状況の結果を受けて配分額を調整されることになっています。先程、議長からもありましたように、この場で何が決められるのだということを、我々も承知していますが、我々としては、必要病床数は、レセプトデータに基づいた将来のニーズから算出したものであり、そうなるということが、今後の医療の状況が大きく変化しない、あるいは今後の人口推計が大きく変化しないという限りは、そうなるという前提で、将来を見据えて皆さまに情報提供することが我々の役割だと思っています。

それとともに、地域ごとに、我々の病院はこの機能を担っていくのだという、そういうことを情報共有して、各医療機関の役割分担を明確化していくとともに、この地域の中で、もっと具体的な政策医療、救急医療のあり方とか在宅医療をどうやって進めていくかということ議論する方が議論としては大事なことと思っていますので、次回以降、来年2月に今年度4回目の会議を開催させていただく中で、医療の中身についても議論させていただきたいと思っています。今回は、この直近の病院機能報告の結果が取りまとめられまして、この報告結果を佐賀県方式の定量的基準で補正した結果と比較してみれば、このようになったという報告であります。また、資料5の具体的な対応方針がこの場で決定事項として合意したというよりも、各病院がこういう方向で考えているということをお互いに共有して、構想に沿うものとして報告していきたいと思っています。資料5で方向性に沿う病院として列挙させていただいていますが、とりあえず今の時点

のものとして、病床機能を今後変更する予定がある医療機関について、列挙しております。病床機能の変更なしの病院もありますけれども、これも今後の状況の変化次第で変わり得ることもあろうと我々も考えています。

(委員)

この会議は非常に意味があると思います。もしやっていないければ、構想の方向性に沿う具体的な方針が出てこなかったわけであり、2025年に向けて患者数が1割減るんだ、人口が減るんだ、少子高齢化になるんだと、この数値を具体的に県に出していただいて、県内にこれだけの病院がこれだけの機能を持っているんだと、その中から患者数が1割減った場合、自分の病院では本当に何が必要なのかと、不必要なもの、過剰なところを皆さん真剣に考えたと思います。その結果が、この5病院がこういう結果で出てきたものと思います。ですから、こういう会を開いて、各病院の考え方を聞いたり、データを公開するというものをしていながら、おそらく経年的に調整されると思いますので、決して無意味ではないと思います。

(委員)

こういう会議を通して、どういう患者さんが自分達の病院にいて、どういう医療を提供しているのかということのを改めて考える機会になっているのは、間違いなく全部の病院そうだと思います。こういう機会があって、自分達がやっている医療の位置づけを見直す機会になったわけです。それが、目標値に対し急激に変化しないのは、各病院の経営のことであったりとか、抱えている職員のことであったりとか、いろいろなことが全部加味するからです。

それともう一つ、指標が少ないのですね。佐賀県方式のように在院日数で縛ってしまうと、いくつかのベッドがそれを満たしていない。前回の調整会議でも意見しましたがけれども、急性期だと自分達は思っているけれども、その病棟にこういう基準を満たしていなければ、急性期とはいえないという数値が、なかなか出ていないですよ。上から目線でこれをクリアしていなければいけないというのは難しいけれども、だから、在院日数だとわかりやすいですし、ベッドの基本料金に対する上乘せの出来高部分であるとか、疾患名、看護の重症度・必要度で何%以上の病棟とか、そういったものがもう少しわかれば、自分達が判断しやすくなると思うけれども、それで縛ってしまえば大きな問題になるのはわかっていますが、少なくとも例えで出してもらえれば、基準の在院日数が22日で縛ってしまえば、実は急性期と手を挙げている病棟の中にこれだけそれを満たしていない病棟がありますよという意見の餌まきをして、うちの病棟はやはり違うのではないかとということになったと思います。明確な明示がないから、各病院の思いと構想に向けてのギャップが大きくてなかなか埋まらないと思うのですが。

(議長)

委員からこの会が有意義だと言ってもらえると、私もうれしく思う。

委員のおっしゃるように、目安があった方がわかりやすいと思いますが、病棟単位の報告がネックですね。いろいろ資料を出していただいて、県としては少しずつ成果を上げていきたいと思うのです。今後も他県の指標をみていただいて、指標を出してもらって、少しずつ病院の方向づけを、成果を出す方が県としては良いのです。他県では非常に厳しいことをやっているところもあります。お前の病院は何床減らせとやっているところもあると思いますが、それはちょっと違うと思います。将来こうなるので、これを基に考えてください、というようなことを香川県としては、やっていきたい。

(委員)

我々の立場からすれば、病床数を考えるうえで、高度急性期、急性期、この色分けというのは、はっきりしていないのです。他県で、高度急性期と急性期をどのように考えて、ベッド数をコントロールしようとしているのか、ある程度、探っていただいたら、どうなのかというのが一つ思っているところです。例えば、資料を見ていただいたら、我々の病院では高度急性期は16床となっているが、ICUとHCHの各8床で16床です。ですが、議長が言われたように、それに準

ずるような患者が一般病棟に入っていることもあるのですね。我々の病院も全 404 床、全て 7 対 1 の急性期病院ということで、何十年もやらさせていただいているわけです。その中で、高度急性期に何床、振り分けるかと言われても、具体的に何か指標がないと何とも言いようがありません。ICUとHCHと一般病棟がそんなに落差があるかと言われると、そんなこともない部分があるわけです。例えば、ここの病棟が 50 床を高度急性期に変えますよと言われた時に、それで本当に良いのかどうかというのがちょっとわからない。そのへんの指標を示していただければ、例えば、我々の病院でも、50 床、場合によっては、100 床でも高度急性期に変更することもできます。坂出市立病院でも、50 床や 60 床くらい高度急性期と名乗っても、三豊総合病院でも、別に全然構わない気がするんですよ。そこのところが、我々、現場で見ていると、HCUとICUと一般病棟は違うところがありますので、我々としてはギャップがありすぎるような印象があります。

(議長)

だから、西部では高度急性期が足りないということになるのですね。国が示している資料では、7 対 1 で何%が高度急性期というデータを出していますが、その目安は出していません。前の東部の会議で、香川大学が全て高度急性期で出してきた大きな問題になりまして、違和感があるというような話が出てきた。ただ、自主的に出させていただく時には、どういう基準があるのかと、診療報酬だけではまずいだろうし、在院日数だけでもまずいような気がします。内容、必要度がどうこうという話になってくるのではないかと思う。

(委員)

そういうことを担保すれば、高度急性期で出してもいいなど、ある程度の指針的なものがあれば、示していただければ。

(議長)

病床機能報告は、報告内容が良い悪いの問題ではなくて、罰則もなく、今やっている機能を出してくださいという話ですが、おっしゃるように、どちらで出したら分からないというのは、確かにそのとおりだと思います。

(委員)

我々のところ、400 床近い病床が全て急性期ですから、術後の患者がICU、HCUに入ることができなければ、一般病棟のどこかへ出る可能性もあるわけですから、どの病棟も高度急性期と言え、言えなくもない。

(委員)

我々の病院は 200 床程度の病院で、病棟が 4 棟しかなく、病棟単位でやると、4 病棟をどうかしようとするのと、10 病棟のうち 1 病棟を何とかしようとするのでは、同じ土俵にはならないと思う。10 棟あれば何か検討ができると思うが、病棟数が少ない病院は、それがやりづらいという現実があります。資料 5 の裏のところに、構想に沿う対応方針が書かれていない病院は犯罪者扱いされているが、「プランによる病床機能の変更がなし」を成し遂げるために、私たちもそういう患者を扱っているかどうかを非常に吟味している。プランを出して来いと言われた中に、私がすごい数字を出している理由は、その数字が妥当であるならば、このプランを変更しなくてもよいという意見を聴いてほしかった。例えば、当院は 4 年程前に移転し、この 4 年間の間に在院日数を 4 日以上短くした。現在も在院日数を短くしており、目標値を 10 日代にするという目標をもってやっているけれども、病床機能を変更しない急性期が妥当なプランなのか半分わからない。基準が非常に不明確なところがあって、自分達で判断するにもちょっと困る。高度急性期 3,000 点とか一定の指標がでていきますよね。重症度・必要度で 25%であれば、それを 30%にしようとか自分達でどんどん積み上げているが、それが妥当かどうかわからないので、この会議でこういう書類を出して、吟味できればということを出しているの、そういうことを教えていただきたいと思います。

(事務局)

私どもの資料の趣旨は、構想の方向性に沿う具体的な対応方針と記載していますので、決してここに書いていないところを、犯罪者扱いにしたい趣旨ではなくて、各病院から出していただいている情報やこれまでの再編の経緯等を県としても認識したうえで、国に報告するとすれば、現在も変更なしのプランのところも議論されているわけであり、今後、状況の変化に応じて変更もありうるのではないかとということ、今の段階で病床機能の転換・病床の削減の方針を出しているのはこの病院です。今後も、調整会議の場で、その時その時の各医療機関の方針の状況を聞かせていただいて、最終的に変わらないのであれば変わらないということで、この構想区域としては良しとするということであれば、最終的に報告したいと思っております。今の時点で、方向性として 2025 年に向けて病床を転換しようと、あるいは減床していこうと、あるいは高度急性期に病床数を増やそうといった、方向性が見えたものだけをここに列挙させていただいているだけであり、今後、その時その時の状況を出していただいた時に、方向性が地域医療構想に沿っているかどうかを議論すればよいと考えています。今回は、今の時点のものとして、5 病院だけ名前を列挙させていただいていますが、この場で議論いただいたように、各病院の方向性を共有するのが大事だと思っております。

(委員)

自分のところが高度急性期と思うのであれば高度急性期と出せばよいのではないのか。3,000 点を超えていなければ出せないと言っていないし、県も何も主張していないのだから。出した結果、どのような数値になって、そこで議論するために会議があるのですから。指標を作れ作れと言うけれども、重症度とか在院日数とかは診療報酬上の問題であるのですね。そこにも決まりがあるわけです。これを、今更県が作る必要はない。診療報酬上は 7 対 1 の場合は、重症度はこれだけ等の基準があるわけであり、2 年後にはさらに確実に厳しくなる。2 年後にさらにそれに縛られて、7 対 1 から 10 対 1 に変えるなど、病棟機能として点数は下がります。そうすると、高度急性期、うちは急性期、うちは回復期というふうに自動的に変わってくるのではないのでしょうか。県に何とかしてくれという問題ではないと思います。

(委員)

おおもとに、2025 年の高齢化社会に向けた年齢別ベストフィットする病床機能にするという大前提があるけれども、私たち自身が自分たちの病院を判断するのに、基準が少ないために、自分たちの思いであるとか、病院の都合であるとか、そういうものが前面に出てきているので、なかなか調整がつかないというのが私の個人的な考えです。それで、そういう資料があれば、自分たちの病院にそういう患者がいるのかどうか、それに見合う医療を提供できているのかどうかといったことを鑑みるのに非常に良いのではないかと考えて意見を述べている。委員の意見はよくわかるけれども、在院日数だけ、看護度だけ、重症度だけで、全部、医療が簡単なわけではない。それに、例えば在院日数が長くても、委員の病院は救急車の出動が 4,000 件を超えて多いけれども、それ用のベッドを用意していないと取れないと思う。それらを全部鑑みないといけなけれども、あまりにも基準が、あなたのところどうしますかで、基準があまりないために苦労している病院もあるのではないかと思う。それから、私たちの病院もそうですけれども、病床数が 200 前後の中小規模で、1 病棟が 40 床程で、病棟が 4 つくらいしかない。その一つの病棟を何とかするとすると、割合が、例えば 10 病棟あって 1 病棟となると 1 割の病棟であるのに対して、25% の病棟をどうしようということになるので、そこは非常に難しいところです。

(事務局)

委員からいただいている意見については、病棟単位で高度急性期というための指標がほしいということだと思いますので、他県での議論の経過等も踏まえて研究させていただきたいと思えます。議論の中で出た 3,000 点は必要病床数を定めるための医療資源投入量のしきい値として使った一定のレセプトデータでの点数になるのですが、必要病床数に関しては、病棟単位ではなく、レセプトの病床単位での推計値で使ったしきい値の点数が 3,000 点ということなので、病棟単位

での高度急性期や急性期のしきい値をどうしていくかについては研究させていただきたいと思います。

(委員)

委員の話を見ると、例えば、私たちの病院は1病棟が50床であるので、例えば、この50床を急性期に上げますと言っても、それに対しては何ら異論がないということですよ。ある意味、私が怖がりすぎているかもしれないけれども、県に基準を示せというのは難しいところがあると思いますので、できれば、国が将来的にどういう方向で持って行きたいのかというところを探っていただいて、少し情報を流していただいたらと思う。

(委員)

国は、高度急性期は全体でこれぐらいなど、目途は出しているのではないのでしょうか。

逆に言えば、例えば、ICU100床に増やしなさいと言われてれば困るでしょう。だから、県はそういうことは、やらない。

(議長)

例えば、各病棟で在院日数がわかりますか。

(事務局)

病床機能報告から、病棟単位で在棟日数は出せます。

(議長)

在院日数だけではいけないけれども、将来において、高度急性期、急性期と、一つの目安として区分すれば、高度急性期であれば在院日数がどのくらいになるという目安が出るのではないのでしょうか。当然、ICUやCCUは全て高度急性期に入るのであろうし、何日とかの目安が出てくるのではないか。15対1とかは、在棟日数が長く、そこで急性期はおかしいであろうと、一つの目安になる可能性はあるので、一つの目安として、データを出してもらったらどうでしょうか。

(事務局)

検討させてもらいます。

(委員)

この調整会議が始まって一番最初に議長が言われたことだけれども、高度急性期、急性期、回復期、慢性期、この区分は診療報酬にはリンクさせないと言ったけれども、リンクさせると言っている。

(議長)

リンクさせると言っていない。目安として、他の病院が高度急性期、急性期、回復期、慢性期を出すときに基準がわからないと言っているので、指標として、大体、在院日数がこれだけですよというのを出したらどうですかと言っているのです。

(委員)

結果的には、リンクさせることになる。在院日数とか看護重症度は診療報酬上決まっている。

(議長)

決まっている中でも、短くしている病床があるではないですか。

(委員)

それは、病院の運営方針として、しているのであって、機能とは直接関係がない。一般病床の在院日数をぎりぎりまで運営しているところと、半分でやっているところ、病床数にも関係するし、

患者数にも関係するし、病院の運営方針としてやっています。

(議長)

けれども、別に診療報酬にリンクさせているわけではない。

(委員)

このクラス分けをリンクさせているのではない。誰もそんなことで運営はしていない。すくなくともデータとして出しているだけである。

(議長)

データを出す時に、他の病院が、例えば 15 対 1 で急性期で出している病院があるわけでしょう。

(委員)

そういうことであるのならば、一番最初から簡単な話で、この区分をリンクさせないということから始まったから、最初から 15 対 1 で急性期はおかしいでしょうと出しておけば簡単な話である。

(議長)

だから、出す時に指標としてどうですかと言っているのです。

(委員)

大前提で、皆さん、この調整会議が始まって、自分の病院の評価だとかをものすごくやっているとします。問題は、2025 年の病床数に向けて、理想的な病床数がこれであると数値が出ているのではないですか。それに向けてまだ目標に届かないわけではないですか。その基準が、皆さん、それに合わせて行こうと努力するけれども、その過程として、2025 年の理想的な年齢分布にベストフィットした病床機能だと、仮にそれが正しいとしましょう、正しければ、自ずからそれに行くのです。それがなかなか進まない理由として、急性期ベッドに回復期とか慢性期の人が入院しているのではないかとこのことを考えるから、佐賀県が在院日数で縛ったりして、ここは少し違うのではないかとこのことを出したと思う。私たちは、それがどのくらいであれば急性期ベッドとして手を挙げておいて大丈夫ですよというのがわからないので、在院日数だけで事がわかるわけではないので、いろいろな指標があればよい。例えば、それがなかっても、救急患者をたくさんとっている病院であれば、それなりのベッドを確保してあげていなければ、とれなくなる。それで、各病院とも救急車を断らないようにしましょうということで、私たちの病院もずっとやってきて、四国こどもとおとなの医療センターの半数くらいにいくのではないかと最近思っている。その基準にいかないのに急性期のふりをして、回復期や慢性期の患者を入院させることが、善か悪かで言うと、方針は悪だから改善しましょうということをするわけですが、実際の医療現場は、それが悪であるかどうかはわからないと思っています。急性期で 78%、高度急性期で 75%の一定の稼働率で見ればなければベッドが回らないであろうという指標が出ていましたけれども、そういういろいろな指標を出していただけると、もう少し議論が進むのではないかとこのことがあります。おそらく、国の方針としては、高度急性期や急性期ベッドの診療点数が高いですから、そこに回復期や慢性期の患者が入院していると医療費が高騰するからというのが、本当の腹のうちだと思いますけれども、それに対してベストフィットしたものを提示されているのであれば、自ずからそうなるはずなんです。それがそうならない理由は、さっき言ったように、急性期のベッドに回復期の患者がいるのではないかと。一定の指標で手を挙げて我々の病院は全部急性期でいきますよというところに、これは違うのではないですかという数値を出してほしいという意味です。あなたの病院は、こういう数値がクリアできていないのは、全部急性期ベッドとして出しているのはどうでしょうかという、命令はなかなか受け入れられないと思うけれども、この場で議論するのが良いと思って、私は、自分たちが判断する材料を下さいということです。

(事務局)

今の議論も踏まえて、指標については検討させていただきたいと思っています。

(委員)

今聞いていると、中核病院がこれだけ集まっている会議ですので、高度急性期とか急性期とかの話題ばかりですけれども、回復期と慢性期のことを話さなくよいのか、というのがあります。民間病院の100床前後の慢性期の経営者の方がいっぱいいると思いますが、そういう方を抜きにしてやっているの、急性期とかの話ばかりだと思います。こうやって進めていくと、調整会議やったんだよと話をして、皆さまが納得されるのかどうかというのを危惧しています。そのへんはいかがでしょうか。課長にお聞きしますが、東部の方も会議があると思いますが、そういう話題は出てこないのですか。

(議長)

この会議の4回の中で、例えば、病院と有床診療所を、全部集めた会をやるということ、前に1回やりましたよね。ベッドを持ったところだけが集まった会議を1回やるということ、この前にやりました。

(事務局)

昨年度のこの会議でも、中小規模の病院も一緒に議論しないといけないという御指摘をいただき、病床機能報告の対象機関の病院・有床診療所全てに呼びかけさせていただいて、6月に説明会という形で今年はやらせていただきました。地域医療構想には何か、国における病床機能報告の精緻化の議論や県としての取組方針等を説明させていただき、参加いただいた医療機関からは、「理解が深まった」、「より正確な報告を心がけたい」などの声をいただきました。来年度以降も、このような形で中小規模の病院にも来ていただいて、意見交換・顔の見える関係を構築できる場を設けて情報共有していきたいと考えています。

6 閉会