

## 前回検討会（第3回 平成28年7月15日）における主な意見

### 1. 基準病床について

- 新規入院患者数や平均在院日数とのバランスで規定される。他にも医療従事者数の増減など、様々な要因で動くので、注意して見ていく必要がある。
- 平均在院日数は、1日短縮するだけでも大変であると現場からは聞いている。それこそ、医療施設の規模や地域における機能などを考慮しなければ、今後の平均在院日数の動向は読めないのではないか。
- 一般病床の患者と、回復期リハビリテーション病床の患者とが、同一で計上される以上、回復期リハビリテーション病床が多く設置されている地域で平均在院日数が長くなるのは必然。西日本では回復期リハビリテーション病床が多く、そういった要素も平均在院日数の見た目上の地域差に影響を与えている。病床機能を見ながら平均在院日数を見ないと見誤る可能性があるので、注意が必要である。
- 医療計画における基準病床数の算出は、粗い計算であり、対して地域医療構想での必要病床数は、地域における医療ニーズや病床区分ごとの推計などを行っている。この違いを考慮しつつ基準病床数の議論をするべきではないか。
- 「介護施設対応可能数」は、介護療養病床の設置からかなりの時間が経過しており、その在り方の変化を踏まえて、改めて検討すべきではないか。
- 地域包括ケア病棟の増加など、今後も病床の機能分化や割合の変動は起こってくると思われ、それを6年間放っておくのはどうかと思うので、3年ごとに見直すということも考えられるのではないか。

### 2. 医療機器の配置のあり方について

- 放射線治療機器や、高価な超音波検査機器、レントゲン撮影の機器など、他にも見るべき機器はある。CT・MRIは脳血管疾患に有用なところで、それにより脳血管疾患の死亡率が下がったかなどのアウトカムを見なければ評価できないのではないか。
- CT・MRIの数が世界的に見ても突出して多いことは事実。共同利用等は今後考えていくべきなのではないか。
- CT・MRIは採算がとれていないものも多くあり、医療機関の持ち出しでやっている部分もある。その反面として、保守点検等にお金をかけられない、ということも出ている。一概に、多すぎるのが問題である、という議論ではなく、種々の要素を検討すべき。

### 3. 医師確保の取組の現状等について

- 都道府県にはできないことを国レベルでやっていただきたい。今後、専門医の配置を都道府県にさせるようであれば、法令での権限付与が必要であると考えます。
- 偏在については、まず全体数が足りないという前提を強調しておく。その上で、比較的足りている場所から、非常に少ない場所へ移行させる、という考え方が必要ではないか。
- 地域医療支援センターについては、実態として、どの程度実績があるのか、一時的な配置なのか、どのような実働かを評価する必要があるのではないかと。
- 地域医療センターが機能するためには、いろいろ策を考えても医師が少なく動かさないとか、大学病院等との連携がうまくいかないとか、様々な課題が地域ごとにある。取組の実績や、事例の内容を個別に見ていくことも必要ではないか。
- 診療所医師の高齢化問題というものもあるのではないかと。
- 病院勤務医と診療所とは分けて考える必要があるのではないかと。

以上