

- 今回の基準病床数の変更（案）に賛同
（櫻山委員、尾崎委員、猪口委員、蓮沼委員、安藤委員、平川委員）
- 病床数の変更について、異議はなし。
コロナ禍は非常時であり、より柔軟な対応を迅速に行う仕組みが必要
（樋口委員）
- 今回の基準病床数の変更は必要。加齢のみならず、進行性の疾患においても、患者が居住地の近くで医療を受けられる体制は必要。各圏域の人口や高齢化率のデータがあると、審議の一助となる。（畝本委員）
- 基準病床数の変更賛成。病床整備のみならず、患者の受療行動を大病院志向からシフトしていくことを促すことも必要。（川崎委員）

- 今回の基準病床数変更に係わる背景については十分理解できる。一方、想定どおりに流出が減少しなかった場合、当該二次保健医療圏（区東北部）において将来、過剰病床等の問題が生じないかをきちんと検討しておくことが必要。また、流入が減少すると想定した二次保健医療圏（区中央部）についても何らかの対策を講じることが必要。（小林委員）
- 回復期・慢性期のニーズは今後増大するため、これらに必要な病床数の確保は必要。一方で、急性期病床については、コロナ禍前であっても病床利用率は8割程度であることや今後平均在院日数の短縮が予想されること等に鑑みるとニーズがあるといえるのか。（井伊委員）
（詳細は別紙参照）
- 特に意見なし（井上委員代行、横山委員）

御質問・御意見書

井伊委員

療養病床及び一般病床に係る基準病床数の変更について（諮問）

（御意見欄）御質問・御意見等ございましたら記載ください。

「区東北部は、基準病床数を上回る病床配分申請が出されていることから、多くの医療需要があると認められる」とあるが、「申請されている＝多くの医療需要がある」は妥当なのか。東京都は、将来の高齢化による医療ニーズを推測して急性期病床が不足するという試算を出しているが、これには少なくとも2点問題がある。1) 2011年の患者調査の入院受療率に基づく（医療ニーズは年々下がってきている）、2) 現状の長い急性期在院日数の維持が前提。

一方で、回復期・慢性期のニーズは増大するので、これらに必要な病床数の確保は必要で、急性期からの転換は重要となる。

都は、まず都内の急性期医療機関の病床利用率と平均在院日数を調査して（コロナ禍前のデータが適切）医療ニーズの現状を知り、将来入院受療率から医療ニーズ予測を出し、それを元に議論をすべき。コロナ禍前でも病床利用率は8割程度、平均在院日数はDPC/出来高病院も含め12-13日ほどではないか。これから在院日数が減れば（OECD諸国並み）、日本の急性期病床は半分ぐらいで十分という試算もある。もっとも、現状の診療報酬下で在院日数を減らすことは、医療収益が激減することになるので、入院医療の支払いを一入院包括に移行することなどの議論も進めることが不可欠。

また、医療従事者の体力がない中小病院で数床のICUを増やしても医療の質が担保されず、かつ非効率である。ICUを増床するのであれば、大病院で医師や看護師など集中治療に対応できる人員が揃っていることも条件とすべきではないか。

今回のコロナ禍でも明らかになったが、集中治療に対応するためには、医療従事者の集約化（急性期病床数を適正化し急性期機能を集約化）が前提と考える。これはコロナ対応だけでなく、集中治療が必要な重篤な疾患・状態でも同様のことがいえる。