

## 1 横浜市の基本的な考え方を踏まえた病床整備の在り方について

### ○ 吉澤委員

- ・ 必要病床機能については、慢性期・回復期の要素が高いと考えている。病床数の検討が先行していかずに、マンパワーの確保と共に必要な病床機能の種類・市域のみでなく県域も踏まえた活用状況やその活用が促進できる方法の検討が必要である。
- ・ 地域医療においては、在宅に医療・ケアサービスが届けられる機能が重要であり、訪問診療（歯科含む）・訪問看護やリハビリ・NST 機能も拡充していく必要がある。また、病院と在宅との中間的役割で医療ケアにも対応できる看護小規模多機能施設も重要で設置が促進されていくことを願っている。
- ・ 病床機能拡大が円滑に進められるためには人材の確保が重要である。発掘・採用・定着がすすめられることや今いる人材が安全に健康的に働き続けられること・学び続けられることも視野に入れた検討と整備が必要と考える。その中核的な機能が担える看護協会のナースセンター機能の拡充が重要である。ナースセンターと横浜市・神奈川県が共同で進めていく事業展開が求められる。例えば採用困難職種である看護補助者は介護福祉士などと異なり資格要件に伴う処遇がない状況があるため、資格取得につながるような育成の仕組みなど積極的な支援方法の検討等をお願いしたい。

### ○ 新納委員

「横浜市の基本的な考え方」は、概念として理解するものの、具体的な整備水準が示されていない。

地域医療構想上の必要病床数、保健医療計画（医療計画）上の基準病床数は、国が定めたものであるが、その算定式、引用データから導き出されたものが、地域の実態を正確に反映したものなのか検証が必要ではないか。

神奈川県は、基準病床数の算定式について「地域の実態に即した算定式のあり方を検討するよう」国に要望しているとのことだが、具体的な提案をしているのかなど、どのような要望を行っているのか示すべきである。

目指すべき整備水準（病床数）を明確にし、そのために必要な人材確保策や効率的な医療提供体制等を考えるべきである。

新型コロナの影響で、市民の受療行動の変化を見極めるのが難しい状況であること、また第8次医療計画の策定も控えている中で、病床整備事前協議の実施を一時凍結してでも、あるべき整備水準を慎重に議論すべきではないか。

横浜市は、増床意向等のアンケートを実施するとしている。良い機会なので、増床等の意向に止まらず、各医療機関が地域の医療をどのように捉えているのか、将来をどのように見通しているのか、改めて調査し、それも材料に議論を進めていくことを提案す

る。

また、今回の調整会議では療養病床増と相応の精神科病床の減について問題提起された。精神科病床については県の権限であり、療養病床については市の権限である。このギャップを県と市が事前に調整しておくべきであった。今後も同様の計画が出される可能性があることから、その取扱い及び対応方針について明確にするべきである。

#### ○ 三角委員

横浜市の分析は妥当なものとする。当エリアで行っている地域医療検討会でも、回復期及び慢性期の病床が不足しており、増床の必要があるとの意見の一致を得ている。

ただし、コロナの影響で今後の受療行動が不確実なこと、医療従事者の確保が困難なこと、新たな土地確保や増床の投資を行う資金確保が難しいこと等の理由で、実際に手を挙げることを躊躇している事業団体がほとんどである。病床不足が今後さらに悪化し、市民から直接要望が出るような状況が生じると、横浜市の事業団体の新たな参入を認可せざるを得ないことになり、これまで築いてきたバランスを崩すことになりかねない。行政として、資金援助等を踏まえた長期的視野に立った医療提供計画を考えていただきたいと思う。

#### ○ 寺内委員

国の医療計画においては5疾病、5事業が言及されており、横浜市の医療計画においても、これらを意識していると思う。しかしながら、この中に含まれない「透析」に関する医療体制が、コロナ禍では横浜市のみで維持することが極めて困難で、近隣する市に依存する状況に陥っている。コロナ禍という特殊な状況といえどもそれまでだが、今後も同様の事態が生じたときに、横浜市は十分な対策を講じていなかったということがないようにした方がいいと思う。

#### ○ 鈴木委員

- ・ 今回のコロナ禍は、年齢の制限なしに高度医療が必要である事を示した。
- ・ ポストコロナでも、低い自己負担金制度とフリーアクセス権を持ち、逆に適切なトリアージ体制をもたない日本では、この状況は続くと考えられる。
- ・ 地域の基幹である高度急性期病院では多くの合併症や認知症等、様々なケアの必要な高齢者への対応が必須である。非常に手間がかかるため手厚い看護体制が必要である。このため急性期病棟を高度急性期に転換する事が有用と認識している。(診療報酬改定もこの方向に向いている)市が考える「高度急性期病床は充足」には疑問がある。
- ・ 現在、急性期病床が回復期や療養病床化している現実がある。これは地域の基幹病院である高度急性期病院で治療をした高齢者が、気管切開や胃ろう、酸素投与等、未だ医療が必要な状態で下り搬送をしている影響と考える。急性期を増やさないのであるなら、回復期や療養病床だけでなく介護施設や在宅での医療提供体制を強化する必要がある。

- ・ 診療所、病院に次ぐ第3勢力となった在宅や医療者派遣グループの意見が必要。
- ・ 横浜は医師数や医療者数は多く病床数は少ない。これを上手く利用し適切な医療供給体制を構築することが、今後増える高齢者対応に有効と考える。
- ・ 今後の横浜市の医療は、回復期・慢性期の病床数増だけで解決できる問題ではない事は参加者全員が認識している。病床転換、機能変更、役割分担を目指し、有意義な会議になる事を望む。

#### ○ 小松委員

今回の調整会議で示された横浜区域、県内全域の回復期病床、慢性期病床の病床利用率から言える事は「病床が不足している」のではなく、「病床が空いている」である。多くの回復期病床や慢性期病床の病床利用率は95～100%である。まず市内の回復期病床、慢性期病床を有する医療機関に「①患者がいらないから病床が空いている」のか、「②医療従事者が確保できないから病床を稼働できない」のか、「③常に満床であり病床を増やしたい」のかのアンケートを行うべきである。

①、②が多い場合に増床した場合、県医師会が従来から主張している患者、医療従事者の確保競争に拍車がかかり共倒れになる。

#### ○ 窪倉委員

- ・ 配分病床の整備状況について

第2回調整会議を補完する書面会議にて、過年度配分病床の整備に時間がかかっており、配分病床に占める返還病床の割合が少なくないことから、平成30年度と令和2年度に配分した合計1,279床の規模が横浜市内の医療提供体制にとって大きな課題であった可能性について指摘した。令和3年度についても、病床配分枠は464床であったが、3回目会議で報告された配分病床案は154床であった。これらは、市内医療機関の潜在的増床能力の先細りや大規模な増床に伴う今後の困難を予感させる結果と言える。既存病床に勘定されながらいまだ未稼働な病床の今後の整備状況やその進捗による医療現場の状況を見極めながら慎重に整備を進めることが望ましいと考える。

- ・ 病院における看護補助者の確保困難な状況について

第3回調整会議に提示された資料には、看護補助者の採用の可能性／困難性を示す内容が残念ながら盛り込まれていなかった。この点について参考となるのは厚生労働省が発表した2021年7月の資料で、自治体が最新の介護保険事業計画(第8期)に盛り込んだ今後のサービス提供の見込み量を基に、新たな介護職員の必要数を公表している。それによれば、全国規模で[2025年度]約243万人 + 約32万人(5.3万人/年) [2040年度]約280万人 + 約69万人(3.3万人/年)の必要量と推計している。この数字には看護補助者の必要数は算入されていない。今一つの問題は、看護補助者には介護分野の処遇改善加算が及ばず、介護職員間格差のために、病院での看護補助者の確保は一層厳しくなっていることである。回復期・慢性期の病床にはと

りわけ看護補助者／介護者の配置が必要なので、病床整備の大きなハードルになることは間違いない。神奈川県や横浜市でもデータを把握し、実情を出して議論してはどうか。

## 2 病床整備事前協議を実施する場合の公募要件について

### ○ 水野委員

「地域医療にいかに関与できるか」を具体的に明示させる。

### ○ 吉澤委員

必要とされる病床の機能は必要と考える。また、①既存の医療機関の病床増床優先②回復期慢性期機能を担うもの③新興感染症等感染拡大時に陽性患者受け入れ機関になる前提でゾーニング等の観点から活用しやすく整備する場合等を条件とする考え方で公募され、さらに地域ごとでの意見交換を活発にされる中でその地域に求められる病床機能として認められて地域医療構想調整会議に手上げされ、マンパワーも整えられていけば良いと考える。

### ○ 新納委員

公募要件については今まで通りで良いと思う。しかしながら、横浜市保健医療協議会で議論があったように、病床増減については地域の医療連携が必要で、これは今後の連携ではなく、今までに連携がなされていたかが重要である。特に医師会、病院協会に入会していないものが地域連携していたとは思えない。医師会のような任意団体の入会が、公募要件に絡むのはよくないとの意見があったが、国はすべてにつけ、地域の医師会と相談する事としている。医師会は任意団体ではあるが、ある意味では日本の医療を支える重要な公的団体に匹敵する。医療に於いては、それぞれのいわゆる任意団体の入会も公募要件に含まれてもいいのではないか。

### ○ 鈴木委員

- ・ 急性期から病床数を減らし、HCU・CCU/SCU・ICU等への病床機能転換は認める。
- ・ 新規増床の場合は、救急対応を必須にすべきと考える（回復期でも）。
- ・ 申請から稼働開始は、新築は5年以内、改装・改築は3年以内
- ・ 精神科病床からの変更は、同等の病床減を実施するとともに、身体合併症を持つ症例の受け入れを推奨

### ○ 小松委員

仮に病床公募を行う場合は土地確保、人材確保の現実的なプランがあるか、病床配分後遅くとも（例えば）2年で病床が稼働するかなどは考慮すべきである。