

# 地域医療供給体制見直し政策の検討

—— 国・京都府の病床構造規制・在宅医療政策 ——

芝田文男

## 1. はじめに

現在、日本の高齢化は世界一であり、今後も更に急速な高齢化が進んでいく。その中で、医療・介護サービスを各都道府県、二次医療圏、市町村等で体系的に提供することが、住民の生命・健康や人生の質に関わる重要な課題となっている。

経済の低成長と財政赤字の中で、高齢化や医療技術の進歩により医療・介護費用の増大が続く日本においては、第一に、医療・介護保険制度の持続可能性を維持するため、医療費効率化の観点から、病床の総数を増やさずに急性病床に偏りが大きい病床をより急性期・回復期にバランスがとれた形にするとともに、医療・介護療養病床の患者のうち医療の必要度の低い患者を地域に戻して在宅医療と高齢者住宅も含む在宅介護で対応するという目標が、地域医療構想・地域包括ケアの整備として掲げられている。

第二に、これは多床室が多く狭い病院や4人部屋が多い介護施設で暮らすのではなく、できるだけ住み慣れた地域の中で生活をしたという住民の望みをかなえることにもつながると言われている。

本稿は、まずこれまでの国の医療供給政策の経緯と問題点を概観した後、地域医療構想を中心とした病床構造の制限・誘導、療養病床の削減及び在宅医療の整備という政策について、国レベルと京都府レベルにおいて現状と課題を検討することを目的としている。

以下、2で過去から現在に至る医療供給体制に関わる国レベルの政策の経緯を検討する。3で現在進行中の地域医療構想に基づく病床構造の制限・

転換政策と在宅医療推進政策について、国及び京都府の政策の現状と課題を検討する。4でそれらの国及び京都府の政策について、筆者の考察を行いたい。5では、1から4までの要約と筆者の今後の研究における残された課題を述べたい。

## 2. 医療供給に関わる国の政策の経緯と問題点

### (1) 老人医療無料化

1973年に70歳以上の医療保険の自己負担が原則として無料化された。地方の革新政権で始まった老人医療無料化の動きに自民党政権が国レベルで追随した結果であった。医療政策的には失敗だったといわれるが、政策のメリットを述べるとすれば当時3割負担が通常であった医療保険において高齢者の医療サービスのアクセスが容易になったこと、高齢者の介護サービスが不十分な中で、当時死亡原因第一位であった脳卒中や転倒骨折後の高齢者の医療介護ニーズに対応したことが挙げられる。

政策のデメリットは、老人の不必要な外来受診が増加し、医療の必要性以外の介護などの理由による入院を指す「社会的入院」が増えた。島崎氏<sup>(1)</sup>(2011)の著作によると1970年から80年の入院患者の増加は27万6千人だがそのうち高齢者の入院患者は24万1千人と大半が高齢者だった。背景には介護保険の制定前で老人福祉施設は量的に限られ、福祉サービス利用料が応能負担だったため福祉施設の利用は低所得者が大半ということがあった。他方、無料で医療が必要な者が入る病院は利用に伴う恥辱感もなく、高齢者の長期的入院が増加した。

社会的入院の弊害は2つある。第一に、医療の必要がないのに高コストの病院に入院することは医療費の無駄となる。第二に、不必要な投薬や検査が行われ、ベットしか居場所がない病院に寝かせきりにされると認知症の進行や日常生活能力(ADL)が低下し、健康状態や身体能力が低下する。

---

(1) 島崎謙治『日本の医療 制度と政策』東大出版会(2011)P90

こうして主要先進国の中で病床数が多く、医療に偏った日本の高齢者医療福祉の特徴が生まれてしまった（表1）。

表1 OECD 主要先進国急性病院人口千人当たり病床数と平均在院日数（急性）（2017）

	日本	ドイツ	フランス	イギリス	スウェーデン	アメリカ
急性病院病床数	7.8 床	6.0	3.1	2.1	2.0	2.4*
平均在院日数（急性）	16.2 日	7.5	5.6*	5.9	5.5	5.5*

出典：OECD：Health Statistics（2018） アメリカ急性病床数とフランス、アメリカの平均在院日数（急性）は2016年の数字。

## （2）1982年老人保健制度とその後の老人病院対策

1982年に制定された老人保健法で70歳以上にも定額の負担を導入した。また2000年に外来・入院に一定の月額上限付きで70歳以上に1割負担を導入し、2002年10月から上限を外し原則1割負担とした。現在は70-74歳は2割負担、75歳以上は1割負担を原則としつつ、現役並みの所得のある者は3割負担としている。他方、高額療養費制度で月額の医療費負担の上限を低所得者は1.5万円、一般世帯は8万円、高所得者は25万円とすることで負担能力に応じた負担を求めている。

老人が多い病院で出来高払いにより、過剰な「薬漬け、検査漬け」の診療が行われ、健康を害すとともに医療費の無駄が生じることを防ぐため、1983年の老人保健法施行とともに「特例許可老人病院」を作り、医師、看護師の配置軽減を認めるとともに、点滴注射や簡単な処置は定額報酬に含んだ。これ以外の老人が入院患者の6割以上を占める「特例許可老人病院」も超音波・CT・脳波等の検査は月1回に算定を制限し、血液、尿等の検査は定額検査料に含んだ。ただ老人が一定比率以下の病床では出来高払いの医療が行なわれた。必要な医療を行いやすい制度だが、一般病床でも入院が必要以上継続すれば無駄な診療や健康被害の恐れは生じる。

1986年に老人保健法の改正により老人保健施設が創設された。入所者100人当たり医師1人、看護師9人と配置を緩和しつつ、介護職員やリハビリ機能を強化し、病院から在宅への中間施設の機能が期待された。一人当たりの面積を8㎡として生活機能を強化するとともに、報酬は定額とした。

### (3) 1985年の医療法改正による病床規制と短期的な駆け込み増床

1985年に医療施設の量的整備が整い、病床が多い地域の医療費が高くなる傾向が見られたことから医療費抑制のため、各都道府県で地域医療計画を作り、二次医療圏の年齢別の病院受療率から計算した必要病床数を超える地域では、病院の新設や病床増床を規制した。同時に計画の中には各地域のがん・脳卒中・心疾患等の主要疾病対策や救急・へき地・周産期等の政策医療事業の整備方針が定められた。病床過剰となる二次医療圏域で病床の新設増床を行う場合、公立病院や日赤等の公的病院では病床の新増設を許可をしないことができることとし、それ以外の民間病院では増床しないよう勧告したが、1987年10月以降は勧告に従わずに新設増床する場合、保険医療機関の指定を行わないこととしたため、すべての医療機関に強い病床抑制力を発揮した。

だが、この政策も短期的には逆効果を生む。医療計画ができてしまうと新設増床ができなため計画策定前に増床する「駆け込み増床」が発生し、病床総数は1985年の149.5万床が1990年には167.7万床（精神35.9万床、感染症1.2万床、結核4.2万床、その他病床126.3万床）と18.2万床増加し、増加率12.2%となった。その後は医療費適正化の影響も受け直近の2017年の病院病床数は、総数155.5万床、うち精神33.2万床、感染症2千床、結核5千床、一般病床89.1万床、療養病床32.5万床<sup>(2)</sup>となっている。

### (4) 1996年介護保険法改正の2000年施行と2000年医療法改正による一般病床と療養病床の区分

介護保険法は1996年に制定され2000年に施行された。世界一の高齢化率で要介護高齢者の急増が予想されたため、介護ニーズに応えるとともに、高齢者の社会的入院を減らして医療費を抑制することをねらっていた。

法制定前の1993年に医療法改正で、精神・心身障害・老人慢性疾患の長期入院患者を収容する療養型病床群を制度化した。療養型病床群は一人

---

(2) 厚生労働省「医療施設調査」

当たり面積を 6.4㎡とし、一般病床では 1 部屋 10 人まで認められていた収容定員を 1 部屋 4 人以下とし車いすを念頭に廊下の幅を広くするとともに談話室・食堂・リハビリ室の設置を求めた。また医師・看護師の配置を軽減し、介護職員の配置を増加した。報酬は看護・医学管理料の形で定額化し、検査・投薬・注射・一部の日常的処置を包括化した。

2000 年の医療法改正で精神・結核・感染症を除くその他の病床を、一般病床と療養病床に区分し、2001 年 3 月までに届け出ることとされたが、医師・看護師を確保できない病院が療養病床を目指し約 29 万床に増加することが予測された。これをすべて介護保険で引き受けると当初予測より大幅な介護保険料を取らねばならないことから、病院開設者の判断で医療保険適用の医療療養病床か、介護保険適用の介護療養病床を選択できることとした。医療療養病床の診療報酬は当時 30 日以内では月 54 万円、30 から 180 日以内は月 44 万 4600 円と入院期間に応じて減額したが、介護療養病床は、要介護 1 の月 42 万 1500 円～要介護 5 の月 47 万 6700 円と介護度に応じた報酬とした。2001 年で医療療養病床は 27.2 万床、介護療養病床は 12.0 万床、医療保険の一般病床は 99.4 万床であった。他方、2000 年から診療報酬上、回復期リハビリ病棟が設けられ、リハビリ専門医やリハビリ職員の設置を義務づけたが、後述の回復期の中心的機能を果たすものと位置付けられている。

#### (5) 2006 年の診療報酬改定による急性期 7 対 1 病床導入の影響

2006 年には、老人保健制度を取りやめ、新たに 75 歳以上の後期高齢者は後期高齢者医療制度に加入させ、その制度は 75 歳以上の高齢者の保険料で 1 割、各医療保険制度からの被保険者数の数等に応じた拠出金で 4 割、国・地方からの負担で 5 割を賄うこととなった。また 65～74 歳の前期高齢者は、それまで加入していた各制度に加入させつつ、各医療保険制度の

---

(3) 小山秀夫「療養病床は地域のマーケットを見極め臨機応変に事業展開を」『日経ヘルスケア 21 2004 年 5 月号』(2004)

0-74歳の被保険者数に応じた拠出金で財政調整を行うこととなった。これは健康保険等の被用者保険に入っていた者が年金生活後国保に移るため、65-74歳の8割が国保に加入しており、低収入で平均医療費が高い年金受給者が多い国保財政の厳しさを緩和するものである。また、老人保健法を高齢者医療確保法に改め、各都道府県に医療費適正化計画を作らせ、健康づくりや後述の在院日数の短縮化を促進させることとなった。

2006年に行われた診療報酬改定は全体では3.16%のマイナス改定だったが、患者10人に看護師1人の10対1区分が最大だった入院基本料に患者7人に対して看護師一人の7対1区分を設け高評価を行った(表2)。

表2 1日当たりの入院費用の診療点数

	7対1入院基本料	10対1入院基本料
14日以内	2041点=1591点+450点加算	1782点=1332点+450点加算
15日以上30日以内	1783点=1591点+192点加算	1524点=1332点+192点加算
30日以降	1591点	1591点

出典：厚生省2006年診療報酬改定資料より作成。

7対1の場合30日で入院基本料だけで57.1万円となり、10対1の49.3万円より7.8万円も1床当たり増収となる。この他に様々な診療行為の出来高払いが加算されることになるが、看護師を雇うコストを上回る増収が期待できたので、他の診療行為のマイナス3%改定による減少をカバーするため、本来高度急性期を担う病床のみを想定していた制度に、多くの病院が看護師を確保して届出を行った。

保険局医療課調べによると、7対1病床は2007年16.2万床、2010年32.9万床、2014年3月のピークには38万床に及んだ。2017年4月でも35.4万床が届出ている<sup>(4)</sup>。35万床は一般病床89万床の39%にも及ぶ。当初入院患者の医療の必要度、重症度の指数を要件とせず、病棟当たりの平均在院日数を19日以内(現在は18日以内)とする要件を定めながら、厚生

(4) 中央社会保険医療審議会診療報酬調査専門組織(入院医療等の調査・評価分科会)2017年6月21日資料。

労働大臣が定める症状にある者を特定除外患者として平均在院日数の算定対象から除外したため、脳卒中患者等療養病床で対応可能な患者も除外され、7対1病床にも社会的入院に等しい患者が見られたとの指摘もある<sup>(5)</sup>。その後2014年診療報酬改定で90日超える場合は平均在院日数の計算対象に入れるように変更された。

#### (6) 2006年健康保険法改正と診療報酬改定による療養病床削減の試み

2006年に厚生労働省は平均在院日数の削減をねらい療養病床の削減を図った。第一に、2006年健康保険法等の一部改正法案で介護保険法を改正し、介護療養病床は2011年で廃止し、在宅や介護施設で対応できる者は退院を促すこととした。また医療が必要なものは医療療養病床で対応するが、同時に高齢者医療確保法により都道府県に医療費適正化計画を作らせ、医療療養病床のうち医療の必要度の低い患者が利用する病床の削減と介護療養病床の廃止に向けた削減を進めさせようとした。

表3 分科会で評価された医療の必要度・日常生活能力(ADL)によるコスト評価案 (単位 円)

	医療区分1	医療区分2	医療区分3	全 体
ADL 区分3	17,769	19,568	24,608	19,734
ADL 区分2	16,919	19,134	22,985	18,009
ADL 区分1	15,194 認知症加算	17,268 認知症加算	18,675	15,317
	14,447	16,220		
全 体	16,152	17,176	23,522	17,760

出典：厚生省 慢性期入院医療の包括評価分科会資料

注：医療の必要度が低いものから順に医療区分1・2・3と分類している。ADL（日常生活能力）が高く介護の必要度が少ないものから順にADL区分1・2・3と分類している。

これを診療報酬でも後押しするため医療療養病床に入院する患者のうち必要度の低い者の診療報酬を下げるのが試みられた。その少し前の2003年から、中央社会保険医療協議会に「慢性期入院医療の包括評価分

(5) 武久洋三『こうすれば日本の医療費を半減できる』中央公論社(2017) p56-66、武久洋三『どうするどうなる介護医療院』日本医学出版(2019) p17-24

科会」が設けられ、療養病床の入院患者の報酬を、医療の必要度やADL（日常生活能力）で評価する検討が進められていた。その結果は表3のとおりである。ところが、実際に2006年の中央社会保険医療協議会で決まった診療報酬は表4のとおりとなった。表3では医療の必要度が低い医療区分1でも患者の日常生活能力が低く介護に手間がかかるADL区分3の評価は、医療の必要度が高い医療区分3だが日常生活能力が高く手間がかからないADL区分1の評価とさほど変わらない評価だった。実際の報酬として決定された表4では医療区分1はADL区分にかかわらず低い不採算な水準とされ、病院が退院を促すことで病床数が削減されることをねらった。

表4 2006年診療報酬改定の医療療養病床の点数

	医療区分1	医療区分2	医療区分3
ADL区分3	885点	1,344点	1,740点
ADL区分2	764点		
ADL区分1		1,220点*	

注 医療区分2、ADL区分1にのみ認知機能障害加算5点がつく。  
 収益には療養環境加算、リハ等の出来高払い、食費分の合計4,440円が加わる。

出典：厚生労働省 慢性期入院医療の包括評価分科会資料

しかし、介護療養病床は2006年の12.2万床から廃止期限の2012年4月までに4.4万床減り7.8万床となったものの、残存数の多さ故に2012年度に廃止できず、廃止期限は2017年度まで延期された。他方、医療療養病床は2006年4月の26.2万床が2017年3月の27万床に増加している。

この原因について、慢性期入院医療の包括評価分科会の座長でもあった池上氏<sup>(6)</sup>によると、改定が行われる前の2006年と改定後の2007年で医療区分1が49.5%から32.5%に変化しており、入退院数の変化以上に医療区分1が減少しているため、患者の評価が医療区分1から2以上に評価アップされた可能性が高いとされる。善意に解釈すれば、区分2に評価できる尿

(6) 池上直己『日本の医療と介護 歴史と構造、そして改革の方向性』日本経済新聞社(2017) p75-81



路感染症の評価等を丁寧に見直した可能性があるが甘く評価された恐れもある。なお医療療養病床の報酬は、2006年の恣意的に医療区分1を低く評価する方式から、医療区分とADL区分の程度に応じて9区分に評価する方式に2008年の報酬改定より変更されている。

#### (7) 2014年医療介護総合確保推進法による地域医療構想の策定・病床構造転換の試み

医療・介護制度を効率的で質が高く持続可能な制度にするために、現在の急性期に偏った医療供給体制を、高度急性期・急性期・回復期・慢性期に分けるとともに在宅医療を推進することを目的として、2014年の地域医療確保法が制定され、それに伴う医療法、介護保険法等の改正が行われた。この改正により各都道府県は2025年の医療需要を念頭に、地域医療構想を策定することとされた。

各都道府県の2025年の医療需要は、2013年の診療報酬レセプトデータをもとに、7対1など看護師を集めることにより医療実態と異なる状況が生じている入院基本料を除き、出来高払いの医療措置で1日当たり3000点以上の医療を行う病床を高度急性期、3000点から症状が安定した600点までの医療を行う病床を急性期、600点から175点の医療を行う病床やリハビリを手厚く行っている回復期リハビリ病棟を回復期とした。そしてこれらの入院医療を受ける年齢・性別の受療率に、2025年の年齢・性別の人口推計値をかけて、各都道府県と郡単位の2次医療圏ごとの高度急性期・急性期・回復期の必要病床数を国がデータとして示した。なお、高度急性は都道府県内の中心部に高度な病院が多いので2次医療圏域内で完結しないこともあり得るとした。

慢性期に関しては、一般病床の中にある入院患者のうち上記1日当たり点数が175点以下の患者は慢性期病床の必要病床数として算定される。療養病床は診療報酬が定額払いとなっているので以上の方法は使えないし、都道府県により療養病床数の差が大きい。このため療養病床については、A：全国最小の県の入院受療率に合わせて各圏域の病床を減少させる方法。

B：県内各構想圏域ごとの入院受療率と全国最小の県の入院受療率との差に、全国最大の県から全国の中央値の県まで低下させる率を掛け合わせ、各圏域の療養病床数を減少させる方法。C：Bで行った減少率について全国中央値より減少率が大きく、かつ構想区域の高齢単身世帯数が全国平均より大きい場合は、減少目標年度を2030年度に延長することにより病床の減少を抑制する方法、のいずれかの方法で減少させ、また、療養病床の入院患者のうち医療区分1にあたる者の70%は在宅医療・介護施設への移行を進めることとして慢性病床の必要数から引く。

在宅医療の需要は、2013年の在宅医療の訪問診療等の受療率に2025年の推計人口をかけたものと2025年の老人保健施設の収容者数（現在の年齢別入所率に将来人口をかけて推計）を加えるとともに、療養病床の医療区分1の70%からの移行分を加えて算定される。

こうして、各都道府県とその構想圏域ごとに国が一定の基準に基づき2025年の必要な病床数を高度急性期・急性期・回復期・慢性期ごとに示すとともに、各医療機関には毎年度自分の病床がこの4区分のどれに当たるか、また2025年にはどうしたいかを報告させる。また、構想圏域（人口や医療機関が多い圏域ではさらにブロックに分ける）ごとに開催される行政・医療機関・医療保険者等をメンバーとする地域医療構想調整会議で議論してもらうことで、各医療機関に自己の現状を再認識させ、2025年に向けた将来構想を修正してもらう。

(3) で述べたとおり都道府県は病床の許可権限をもつので、医療機関から過剰な高度急性期・急性期への病床転換の申請が上がった場合は、理由の書面による提出や地域医療調整会議での説明・調整をさせた上で、公立医療機関や日赤・済生会等の公的医療機関の場合には、申請の変更を命令又は指示する。それ以外の民間医療機関の場合には申請の変更を要請する。また、病床過剰地域で正当な理由なく稼働していない病床について、都道府県医療審議会の意見を聞いた上で、公立・公的医療機関の場合は病床の削減を命令し、それ以外の民間医療機関の場合には削減を要請する。ただし、これらの命令・要請に従わなくても、制裁は一般には医療機関名の公表に

とどまり、地域医療支援病院の場合だけはその不承認や承認取消、管理者の変更命令等の措置をとれる。

他方、2014年の診療報酬改定で急性期から回復期への転換の受皿となる病床として地域包括ケア病床が設けられた。急性期から在宅等に移行する間の入院や在宅患者が救急や病状悪化の際に入院する病床とされ、その要件は200床未満の病院であって、疾病別・患者別のリハビリを届出ていること、在宅療養病院・在宅療養後方支援病院の受け入れ実績か2次救急の届出を行うこと、人員体制として看護師配置は13対1以上であり、専任のリハビリ担当職員や在宅復帰支援担当者があることとされた。1日あたり入院料は約2万円（30日で60万円）を基本として、在宅復帰率が7割以上であれば約2.5万円、（30日で75万円）とされた。

#### (8) 医療療養病床（25対1）と介護療養病床の整理と介護医療院の創設

2010年の診療報酬改定で医療療養病床は看護職員の配置で20対1と25対1に分けられ、20対1では医療区分2・3に該当する患者が80%以上とする縛りが設けられたが、25対1には当初医療必要度の縛りがなかった<sup>(7)</sup>ので社会的入院の温床となったとの指摘がある。2016年4月から25対1でも医療区分2・3を50%以上入院させないと5%診療報酬が減算され、2018年診療報酬改定では、20対1で医療区分2・3の患者が80%以上であれば医療区分3・ADL区分3～医療区分1・ADL区分1の程度に応じて1日1810～800点、20対1で医療区分2・3の患者が50%以上であれば同じく医療区分・ADL区分に応じて1日1746～735点とし、25対1は将来廃止されることを前提に経過的に医療区分2・3が50%未満は10%減算、30対1の場合は20%減算とした。

介護療養病床については、厚生労働省に設けられた「療養病床の在り方等に関する検討会」の審議を経て、2017年の介護保険法等の一部を改正

(7) 前注(5) 武久(2019) p29-30によると、地方の一般病床と医療療養病床(25対1)を併せ持つ中小民間病院で患者を院内で病床間で頻繁に転棟させることでかなりの利益を得ていた実態があるという。

表5 介護医療院と老人保健施設・介護療養病棟の比較

	介護医療院		介護療養病棟 (療養機能強化型)	介護老人保健施設
	I型(介護療養相当)	II型(老健相当)		
医師	入所者48人に1人	入所者100人に1人	入所者48人に1人	入所者100人に1人
看護職員	6人に1人 うち看護師2割以上	6人に1人	6人に1人 うち看護師2割以上	3人に1人 看護職員が2/7以上
介護職員	5人に1人 *人員強化4人に1人	6人に1人 *人員強化4人に1人	5人に1人 *人員強化4人に1人	
リハビリ専門職	PT/OT/ST 適当数		PT/OT 適当数	PT/OT/ST100人に1人
栄養士	定員100人以上で1人以上		定員100人以上で1人以上	定員100人以上で1人以上
ケアマネージャー	入所者100人に1人(1名以上)		入所者100人に1人 (1名以上)	入所者100人に1人 (1名以上)
施設・設備基準	1人当たり面積8㎡ *壁の一方向はカーテンでなく壁・パーテーションとす る等多床室でもプライバシーに配慮。 *個室の場合は介護報酬加算。		1人当たり面積6.4㎡	1人当たり面積8㎡
介護報酬 (1人当たり日額) *要介護度が1～5 と要介護度が高い ほど高い報酬。	人員充実 803-1332単位 人員充実していない 775-1296単位 例 要介護5の月額 38.8万～40万円	人員充実 758-1221単位 人員充実していない 731-1194単位 例 要介護5の月額 35.8万～36.6万円	・喀痰吸引・経管栄養が 20%以上認知症が重い者 50%以上の要件を満たさ ない745-1251単位 満たす場合の療養機能強 化型で人員充実のA型 778-1307単位 人員通常のB型766-1287 単位 例 要介護5の月額 37.5～39.2万円	在宅復帰支援の機能がな いと5%減算756-964単位。 在宅復帰支援の機能があ ると771～984単位。 週3回以上リハビリ等リ ハ強化の場合818～1065 単位 例 要介護5の月額 28.9～32万円

出典：厚生労働省：「平成30年度介護報酬改定における各サービスの改定事項について」、みずほ情報総研株式会社「介護医療院開設に向けたハンドブック」なお、介護報酬1単位は10円を基準に都市部と地方の物価で上下する。表中の月額は10円で計算。

する法律で、2023年度末までに廃止されることとなった。介護医療院はその受皿として位置づけられ、介護療養病床・25対1医療療養病床、または2006～2018までの間に医療療養病床・介護療養病床から転換された老人保健施設からの転換だけが認められている。介護医療院は、介護療養病床に近いⅠ型と老人保健施設に近いⅡ型の2類型がある。この移行と同時に介護老人保健施設は、在宅復帰支援機能やリハビリ機能を強化したものを高く評価し、それらの機能がいないものは減算されることとなった。

また、「療養病床の在り方等に関する検討会」では高齢者住宅等の医療外付け型サービスの検討も行われ、その結果2018年3月17日付け医制局長、老健局長の通知「病院・診療所との介護保険施設との併設について」により、病院・診療所と同一敷地内又は隣接する介護医療院、介護老人保健施設、特別養護老人ホーム、サービス付き高齢者住宅、高齢者向け優良賃貸住宅、生活支援ハウスが併設された場合、医療施設の診療施設との併用により各施設の診療室の要件を緩和することなどで医療外付け型サービスを行うことが推奨されている。

介護医療院は2019年6月末現在で約1.4万床作られており、うちⅠ型が1万床、Ⅱ型が4千床となっており、転換元は9700床程が介護療養病床、2000床が老人保健施設、残り3000床程度が医療療養病床からとなっている。今後、介護医療院について、慢性期に相当する一般病床からの転院や、新規開設を認めるのか、新設や一般病床からの転換は認めず、在宅医療・在宅介護を使った自宅での対応が困難な場合は、老人保健施設や高齢者住宅と診療所・病院の併設等の外付けサービスを推進していくのかはまだ方針が定まっていない。

## (9) 国の在宅医療の推進政策

最後に在宅医療の国の政策の経緯・現状を概観する。現在では通常開業医は往診しないので、在宅医療は通院が困難な場合に行われる。患者からの求めに応じて医師が緊急に行う往診と、在宅医療を行う医療機関が計画的に月1・2回患者の住居を訪問して医学的な管理を行う訪問診療があり、

医療保険給付として行われる。この他医師の指示書に従って服薬管理・簡単な医学的処置等を行う訪問看護がある。訪問看護は65歳以上の要介護認定を受けた者には原則介護保険給付として行われる。<sup>(8)</sup>厚生労働省の「患者調査」によれば調査日の在宅医療を受けた患者は1996年の7万2千人から横ばいが続いたが、2006年診療報酬改定で24時間連絡・往診が可能な診療所を在宅療養支援診療所として制度化し、2008年に同様に在宅療養支援病院も制度化されたため、直近2017年では18万人が利用している。うち65歳以上は16万6千人<sup>(9)</sup>（92%）である。

在宅医療のうち訪問診療を行う診療所は、2005年16,920ヶ所（診療所の17.4%）→2014年20,597ヶ所（20.5%）→2017年20,167ヶ所（19.9%）（厚生労働省医療施設調査）と推移した。このうち24時間の連絡・往診体制を有し、緊急往診の実績が年4件以上、在宅看取り実績が年2件以上の診療所は在宅療養支援診療所とされ高い報酬が算定できるが、その数は、2007年11,450ヶ所→2013年14,662ヶ所→2014年14,562ヶ所→2017年13,412ヶ所→2019年14,269ヶ所<sup>(10)</sup>となっている。さらに単独又は複数の診療所が連携して常勤医師が3人以上いる診療所は、機能強化型在宅療養支援診療所としてさらに高い報酬を得られるが、2019年4月で3,304ヶ所（うち単独型が192ヶ所、連携型が3,112ヶ所）である。

在宅医療を行う診療所数が一時低下した背景には、訪問診療を行えば患者1人につき平均月額約5万円の報酬が算定可能だが、有料老人ホームや高齢者住宅と提携し1回の訪問で入居者全員に訪問診療を行い、労せずに荒稼ぎをする診療所が現れた。また施設・高齢者住宅の経営者が特定の診療所に入所・入居者の在宅医療を独占させる代わりに、その報酬の一部をキックバックしてもらい契約を持ち掛ける実態が2013年に複数報道され

---

(8) 末期がん等厚生労働省が定めた疾患等でこまめな訪問看護が必要な場合は医療保険の訪問看護が対象となることもある。

(9) 厚生労働省「患者調査」(2017)

(10) 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院の数は、2014年までは厚労省地域医療構想WG・在宅医療WG合同会議2018年3月2日資料。2017年・2019年の数は荒木、村上『在宅医療経営・実践テキスト』日経BP(2019)による地方厚生局への届出数推計。

(11) たことから、2014年の診療報酬改定で、同一建物で在宅医療を行う場合2人以上から1人訪問の場合の4分の1程度の評価とし、患者紹介契約を結ぶことを療養担当規則で禁止した。また、2016年診療報酬改定で、同一建物で10人以上在宅医療を行う場合さらに低い評価とした。これらの措置により在宅療養を行う診療所が一旦低下した。しかし、在宅療養支援診療所は再び増加に転じているようだ。

訪問診療を行う病院は、2005年2,849ヶ所（病院の31.6%）→2014年2,692ヶ所（31.7%）→2017年2,702ヶ所（32.1%）となった。うち24時間連絡・往診体制がある200床未満の病院は在宅療養支援病院とされ高く評価されるが、2008年7か所→2010年335か所→2014年1,039ヶ所→2019年1,409ヶ所となった。さらに単独又は複数の病院・診療所が連携して常勤医師数を3人以上確保する病院は機能強化型在宅療養支援病院として高い報酬を得られるが、2019年4月で553か所（うち単独型が191か所、連携型が362か所）である。こちらが近年右肩上がりに増加しているのは、地域包括ケア病棟入院料で在宅医療の実績があると高く評価されるようになったことが一因のようだ。

在宅医療の診療報酬の中の往診料は、720点（1回7200円）を基本に夜間・休日や深夜の場合に加算される。

訪問診療は、一般診療所でも通常の戸建て住宅の1人の患者に月2回訪問診療を行う場合は、在宅時医学管理料2750点、在宅患者訪問診療料訪問1回833点の2回分、介護報酬から居宅療養指導料1回294点を月2回算定できるなど月計5154点、1人の在宅患者で月額約5.1万円算定できる。加算要素としては、在宅療養支援診療所・病院では月額約6.1万円となり、重症度が高い患者は月5.7万円となる。減算要素としては、訪問回数が月1回に減れば月約3万円となり、有料老人ホーム等同一建物で10人以上見れば、1人月1.8万円となる。ただ有料老人ホームで50人を見れば通常

---

(11) 厚生労働省中央社会保険医療審議会2013年10月23日資料「在宅医療における患者紹介等の事例」

診療所で月額 91.3 万円の収入となる。

在宅医療を推進する理由は、第一に、医療費・介護給付費の負担が少なくて済む。前注 10 荒木・村上氏 (2019) p15 の分析によれば、急性期病床 (7 対 1) の入院料だけで月 57 万円、これに出来高の医療措置が加われば 100 万を超えるとされる。医療療養病床 (20 対 1) は定額報酬の入院料だけでみても月額 (51.2 万円)、表 5 によると介護療養病床は月額 37.5 ～ 39.2 万円、介護医療院は月額 38.8 ～ 40 万円である。他方在宅で介護・医療を受ける場合は、在宅介護の平均給付費 (要介護 4 で 19 万円、要介護 5 で 23.6 万円)<sup>(12)</sup> に在宅医療費の通常診療所は月額 5.1 万円、在宅療養支援診療所・病院は月額 6.1 万円を加えても、合計月額 24.1 ～ 29.7 万円となり、医療・介護給付費は抑制される。前注 5 武久氏 (2017) P162 によると日本慢性医療協会が出来高払い分も加えて会員の病院で調査した所、急性期 7 対 1 病棟では 1 日 44,553 円 (30 日とすると月 133.6 万円)、10 対 1 病棟で 1 日 32,560 円 (月 97.7 万円)、回復期の中でもリハビリ機能を充実した回復期リハビリ病棟で 1 日 39,531 円 (月 118.6 万円)、地域包括ケア病棟で 1 日 30,986 円 (93.0 万円)、医療療養病棟で 1 日 20,153 円 (月 60.5 万円) とされ、やはり前述の在宅医療・在宅介護利用 (24.1 ～ 29.7 万円) の方が低くなる。

第二は、厚生労働省「平成 29 年度人生最終段階における医療に関する意識調査」により、一般国民・医師・看護師・介護職員に医療・療養を受けたい場所を聞いた所、ケース① (末期がんで食事・呼吸が不自由だが痛みはなく、意識や判断力は健康) では、自宅がいずれも第一位で一般国民は 47.4%、医師 66.5%、看護師 69.3%、介護職員 61.8% と実際末期の状況を経験している専門職の方がさらに高かった。ケース② (重度の心臓病で身の回りの手助けが必要だが意識や判断力は健康) では、一般国民は自宅 29.3% に対し医療機関が 48.0% となる。専門職はいずれも自宅が第一位で医師 48.8%、看護師 51.3%、介護職員 38.9% である。ケース③ (認知症が

---

(12) 厚生労働省「平成 29 年介護給付費実態調査」により、1 単位 10 円として計算。



進行し居場所・家族の顔がわからず食事・トイレ等の手助けが必要で1年以内に死に至るとの医学上の判断がある)では、いずれも介護施設が第一位で、一般国民は介護施設51%・自宅14.8%、医師は介護施設63.7%・自宅22.7%、看護師は介護施設71.8%・自宅14.9%、介護職員は介護施設75.4%・自宅12.8%となっている。このように認知症が進んだ場合以外は、自宅等での療養を希望する国民が多い。また、病院の多くは1人当たり面積が6.9㎡と狭く、ベット以外に居場所がない上、個室料を自己負担しない限りカーテン以外に仕切りがない4人部屋であることが多いため、プライバシーの確保や長期生活の場としての環境が悪く、生活の自由度が低い。

第三に、後述4(2)③図1で述べるように、リハビリ機能がない急性期病院に長期入院すると、主訴の傷病の治療以外は安静(=寝かせきり)とされることが多く、特に高齢者ではADL機能が低下する傾向がみられる。がん以外の死因上位の心臓疾患、老衰による肺炎、脳血管疾患の末期に向けた病状進行は、悪化と回復を繰り返し入院を数回経験する経過をたどることが多い。長期入院で認知症進行やADL低下が進み、要介護状態が重度化して本人にとって厳しい療養・生活となるよりも自宅に早期に返して介護サービスと在宅医療を受けた方がADLの低下が抑制され、自立に近い生活がより長く送れる可能性がある。

逆に在宅医療が進まない原因は、利用者側においては、前述「平成29年度人生最終段階における医療に関する意識調査」で最も自宅の比率が多かったケース①でも自宅以外で医療・療養を受け、最期を迎えたいとした一般国民の理由を多い順にみると、①介護している家族の負担が大きい(53.2%)、②症状が急に悪化した時の対応が不安(38.0%)、③症状が悪化した時入院できる病院があるか不安(20.3%)、④症状が急に悪化した時医師・看護師の訪問が受けられるか不安(17.9%)がある。

供給側・行政の問題<sup>(13)</sup>としては、第一に、主治医である診療所の多くが医

(13) 京都の民間医療機関として高度急性期から一部慢性期・在宅医療、介護事業を展開する 洛和会ヘルスケアシステム常務理事の児島純司医師のヒアリングから多くの示唆を得た。

師1人体制のため、24時間・365日の対応をとりにくい。また近年在宅に戻される患者が重度化しており、単独診療科の診療所医師として対応することに不安がある。第二に、人口減少が著しい過疎圏域においては現在在宅医療を担っている診療所医師が高齢化し将来の担い手に不安がある。他方、医師は疾病の急性期治療を中心に教育されており、特に若手医師で在宅医療を志向する医師は少ない。第三に、退院して在宅医療・在宅介護に移行する際の病院側と退院後の在宅医療担当医・看護師・在宅介護を調整するケアマネージャーの連携や退院後の療養生活における在宅医師とケアマネージャー、介護事業者等の多職種の連携がうまくいかない場合がある。第四に、医療行政は伝統的に都道府県が医師会・病院団体、保険者代表等と調整しながら行政を進めてきた。しかし、介護は市町村の行政であり、介護と密接に関連する在宅医療はむしろ市町村単位で介護と在宅医療を調整する場や体制整備が求められているが、市町村の医療行政に対する経験能力は一般的に不足している。

国・都道府県の在宅医療を推進する政策としては、診療報酬で訪問診療料を比較的高く処遇するとともに、病院から退院する場合病院側スタッフと退院後のケアマネージャーが調整する場を設けた場合に診療報酬や介護報酬で一定の報酬を評価している。また、在宅医療の中でも医師・看護師の対応密度が高い死亡1週間以内の看取りの報酬を高く評価している。

また医療供給政策では、都道府県が定める地域医療計画の中に、在宅医療支援政策を具体的に記述することを促している。今回の地域医療構想でも慢性期病床の削減の受皿として在宅医療の供給体制の整備が必要であるため、在宅医療の整備目標を定めさせ、各圏域ごとの地域医療構想実現会議で医療機関や多職種の団体との議題とさせている。また、地域医療介護総合確保基金で在宅医療を行う医療機関の機器の整備の補助金を出している。さらに退院調整や多職種連携の好事例、休日・夜間に主治医が対応できない時の郡市医師会を通じた連携・看取り体制の好事例を紹介している。

## 3. 国と京都府を中心とする地域医療構想の進行状況の現状と課題

## (1) 地域医療構想の2025年の必要病床実現に向けた国の政策

表6 国の2025年の目標と病床機能報告による医療機関の自己イメージ・2025年の病床目標

	国の2025年の目標 万床(%)	病床機能報告による医療機関の自己イメージ			2018年報告による 2025年の見込み
		2015年確定値	2017年確定値	2018年速報値	
高度急性期	13.0(11.3-10.9%)	16.9(13.5%)	16.4(13.1%)	16.0(12.8%)	16.5(13.5%)
急性期	40.1(34.9-33.7%)	59.6(47.6%)	58.3(46.7%)	56.9(45.7%)	55.5(45.6%)
回復期	37.5(32.6-31.5%)	13.0(10.4%)	15.2(12.2%)	17.1(13.7%)	19.2(15.8%)
慢性期	24.2(21%) - 28.5(23.9%)	35.5(28.4%)	35.0(28.0%)	34.6(27.8%)	30.6(25.1%)
総病床数	115(100%) - 119(100%)	125.1(100%) 報告率 95.4%	124.9(100%) 報告率 96.8%	124.5(100%) 報告率 95%	121.8(100)

出典：国の2025年目標は厚生労働省医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 第一次報告（2015年6月15日）  
病床機能報告の病床数は厚労省医政局地域医療計画課調べ

2(7) で見た地域医療構想は、高度急性期・急性期に偏った病床の回復期への誘導と慢性期病床を在宅医療に移行させることで、現在の年齢階層別入院受療率のまま高齢化に伴い総病床数が増加することを抑制しようとするものである。医療施設調査によると2013年の病床数は一般病床100.6万床、療養病床34.1万床の134.7万床であるが、2014年7月時点の病床機能報告に報告して来た病床数は123.4万床であり、日本の医療機関は自分たちを急性期とみなしたがりがり7対1病床が4割弱となっているため、高度急性期と報告した病床は19.1万床（15.5%）、急性期と報告した病床は58.1万床（47.1%）、回復期と報告した病床は11.0万床（8.9%）、慢性期と報告した病床は35.2万床（28.5%）となっている。このままの年齢階層別受療率に高齢化に伴う高齢人口の増加を加えれば2025年の病床数は152万床となると推計されている。

他方、厚生労働省の「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 第一次報告」（2015年6月15日）によると、2(7) で説明した医療措置のレセプト点数の分析により高度急性期・急性期・回復期の病床数を割り振るとともに、療養病床を減らし、29.7～33.7万床を在宅医

療や介護施設に移行すれば、慢性病床は24.2～28.5万床となり、全体では115～119万床にとどめられるとしている。

各都道府県で地域医療構想を作り、25年の理想の姿に向けて誘導しているが毎年の病床機能報告ではなかなか目標に近づいていない(表6)。2018年病床機能報告による2025年の見込みにおいて慢性期が少し減っているのは介護医療院への転換を検討している所が多いからだと思われる。

厚生労働省は、少しでも2025年の理想につなげるため、第一に、幅広い手術の実施、がん・脳卒中・心筋梗塞の処置、重症患者対応、救急医療の実施又は全身管理のいずれも行っていない医療機関は、2018年度の報告から高度急性期・急性期と報告してはならないこととした。

第二に、公立病院や国立病院機構の病院、日赤・済生会など非課税の代わりに地域医療への貢献が求められている公的病院については、一般の民間病院とは競合しない、へき地、救急やがん・循環器等の高度医療に、自院の機能を見直すように求めている。また総務省の協力も得て公立病院の非稼働病院のうち改築などで将来活用する見込みのない病床については交付金の補助対象から外し、地域での公立や公的病院の再編を促している。ただ公立・公的でも設立主体が異なると再編されにくく、人口減少が著しく医師の確保も困難な地域でないと、病院の再編統合は進みにくいようだ。現時点では全国341の構想地域中24地域のみで再編統合計画があるだけである。関西では兵庫県の丹波市を含む県立柏原病院と柏原赤十字病院を県立丹波医療センター(仮称)とする計画、姫路市を含む圏域での県立姫路循環器センターと製鉄記念広畑病院を県立はりま姫路総合医療センターに統合する計画がある。また、既に実施したものとして奈良県南部の人口減少地域の南和圏域(五條市、吉野町、大淀町、下市町の他十津川村等8つの村から構成される地域)で、町立大淀病院、町立五条病院、国保吉野病院という3つの中小の急性期病院から南奈良総合医療センターに急性期機能を集中再編し、吉野病院と五条病院は回復期・慢性期とする再編が行われている。厚生労働省としては、再編を促すために現状高度急性期・急性期を主張している公立・公的病院について、手術件数や化学療法・放射

線治療等の実績を示し、地理的に近い民間病院と比べてあまり急性期的役割を果たしていない所については、更なる病床機能の再編<sup>(14)</sup>や見直しを促進する意向を示している。

第三に、回復期が回復期リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟に限られるという誤解があるとして、埼玉県が、高度急性期と急性期を区分する目安として全身麻酔下手術・腹腔鏡下手術・悪性腫瘍手術などの高度な手術、重症者の救急措置の実績を使い、また急性期と回復期を区分する目安として手術、がんの放射線治療・化学療法、救急搬送による予定外の入院件数の実績などの定量的基準を県の医師会と協議した上で定め、各医療機関が自らの地域における立ち位置を確認し医療機能の分化・連携の在り方を示していることを先進事例として、各都道府県でそれぞれの医師会等と議論することを奨励している。そうすることで、実は急性期と思われる病院が病棟単位では軽度の急性を含めた回復期の機能を果たしており、そうした軽度急性・回復期的な病床と回復期リハビリテーション病棟・地域包括ケア病棟の病床数を足せば、国基準に基づき都道府県が目指す回復期病床数とあまり変わらないことを理解させ、今後の地域医療構想調整会議の議論が活性化することを期待している。

第四に、地域医療介護総合確保基金（2018年度1658億円、医療分934億、介護分724億）で医療分は不足している回復期病棟への転換や不足する医療従事者の養成の補助に使われ、介護分も介護医療院への転換や不足する介護従事者の養成の補助に使われることとなっている。

## (2) 京都府地域医療ビジョン（京都府地域包括ケア構想）の内容と実現に向けた進行状況<sup>(15)</sup>

京都府の地域医療計画の「京都府保健医療計画」（2018年3月）と地域

(14) 本稿脱稿後の2019年9月26日厚生労働省は424の公立・公的病院（高度急性期、急性期をもつ病院の29%）について、病院名とともに再編統合する病床数、機能の縮小を促すリストを公表した。うち京都府は4病院ある。自治体からは一律の基準での公表に不満や批判の声も上っている（日本経済新聞2019年10月28日記事）。

(15) 本節執筆にあたり京都府医療課長丸茂信樹氏、医療看護担当課長真下信男氏及び前注(13)の児島医師のヒアリングにより多くの有益な示唆を得た。

医療構想の「京都地域包括ケア構想」から京都府の医療の現状と国基準による2025年の必要病床数とそれに向けた構想実現の努力を概観しよう。

京都府では、6つの医療圏に分けて外来や通常入院まではできるだけ医療圏内で住民の医療ニーズが満たされ、高度医療、救命救急などは府全体の医療供給体制の整備で対応しようとしている。

京都府は、人口145万人の京都市やそのベッドタウン的市である城陽市、向日市、長岡京市を有する京都・乙訓圏域に、人口や医療機能が集中している。府全体の高齢化率は全国並みであり、全体としても京都・乙訓圏域においても2025年から人口は減り始め、2040年には全体として14%人口が減る。



表7 各医療圏の人口の現状・推計(全体・75歳以上)と人口10万人あたり医師数(2014.12月末)

	人口総数 万人(指数:2015を100)			75歳以上			人口10万人当 たり医師数	病院数
	2015年	2025年	2040年	2015年	2025年	2040年		
丹後	10.4(100)	8.5(81.6)	6.6(64.0)	2.0(100)	2.1(106.9)	1.8(94.4)	165.0	6
中丹	20.3(100)	17.8(87.7)	15.1(74.2)	3.2(100)	3.6(115.7)	3.2(101.4)	214.7	14
南丹	14.1(100)	12.7(90.6)	10.7(76.1)	1.9(100)	2.5(132.2)	2.5(130.4)	185.0	10
京都・乙訓	157.0(100)	156.5(99.7)	140.8(89.7)	19.3(100)	30.1(156.6)	29.7(154.5)	422.7	103
山城北	44.3(100)	42.3(95.4)	37.1(83.6)	4.8(100)	8.0(167.3)	7.3(152.8)	183.7	22
山城南	11.9(100)	12.2(102)	12.1(101)	1.1(100)	1.9(166.4)	2.1(182.4)	130.7	3
京都府計	257.9(100)	249.9(96.9)	222.4(86.2)	32.2(100)	48.4(150.1)	46.7(145.0)	328.4	158

出典：京都府「京都地域包括ケア構想」より作成。

京都・乙訓圏域は地域医療計画による病床過剰地域であり、現時点にお

いては病床の新設はできない地域である。京都大学医学部付属病院、京都府立医大病院という2つの大学病院、公的病院の第一・第二日赤病院、国立京都医療センター、民間の洛和会音羽病院を始め、救命救急センター、がん・心筋梗塞の高度急性期・急性期を名乗る病院が数多く存在する。

南の山城北圏域には府内人口2位の宇治市（18万人）があり、民間の宇治徳洲会病院といった救命救急などの高度医療機能もあるが、府全体と同様の人口減がみられる。更に南の山城南圏域は奈良北部の都市部や大阪への交通の便がよく学園都市として発展している木津川市や精華町があるため、圏域としては人口が増加する。しかし、高度医療の患者は京都・乙訓や山城北圏域の他、府外の奈良県北部に25%近くが流れている。山城北圏域と山城南圏域は現在でも地域医療計画による基準病床数を許可されている病床数が下回り（山城北圏域315床、山城南圏域50床）、病床の新増設は可能な地域となっている。

京都市の北に隣接する南丹圏域にはそのベットタウン的な亀岡市（9万人弱）の他、南丹市、京丹波町があるが、高度医療の患者は京都・乙訓圏域に流れている。その更に北の中丹圏域には舞鶴市（8万人）、福知山市、綾部市があるが、人口は府全体より減少傾向が激しい。病院は救命救急センターの福知山市立病院の他、かつて軍港・造船で栄えた舞鶴市には舞鶴共済病院、国立舞鶴医療センターなどのがん・心筋梗塞の拠点病院もあるが、許可病床数は基準病床数に等しい状況である。

最も医師不足や病院勤務医の確保に苦勞しているのは、京丹後市、宮津市を抱える丹後地域であり、2025年で人口が2割近く減り、75歳以上人口も2025年に少し増えるだけで2040年には減少が見られる。府立与謝野海病院を府立医大付属北部医療センターと看板を変え、府立医大の医師派遣で医師不足に対処しているが救命救急などの高度医療はドクターヘリも使って兵庫県北部や京都・乙訓圏域に頼っている。

次に京都地域包括ケア構想により、国基準による2025年の機能ごとの必要病床数と京都府の目標との相違を見てみよう（表8、表9）。

国基準の2025年の目標値が現在の許可病床とあまり変わらないことから、

表8 京都府の現在の圏域別許可病床数と2025年の国基準の必要病床数と府の構想による目標

	許可病床数 2016年	国基準による 2025年必要病床数	府医療構想による 2025年の目標 (地域医療計画の2023基準病床数)
丹後	870 高度急性71 1,197	71 急性 263 回復 352 慢性 184	許可病床維持。回復期を充実 ( 1,197)
中丹	1,657 高度急性184 2,205	184 急性 634 回復 557 慢性 282	許可病床数維持。急性期を減らし回復期充実。 ( 2,159)
南丹	1,234 高度急性80 1,430	80 急性 360 回復 278 慢性 516	許可病床数維持。急性期を減らし回復期充実。 ( 1,280)
京都・乙訓	21,283 高度急性2,487 20,206	2,487 急性 6,865 回復 6,005 慢性 5,926	病床を増やさない。高度急性・急性期を減らし 回復期充実。 (16,274)
山城北	4,348 高度急性309 3,967	309 急性 1,200 回復 1,191 慢性 1,648	国より抑えるが若干増床。回復・慢性期充実。 ( 4,064)
山城南	565 高度急性56 685	56 急性 221 回復 159 慢性 129	他圏域流出分の一部増床。回復・慢性期充実。 ( 735)
京都府計	29,957 高度急性3,187 29,690	3,187 急性 9,543 回復 8,542 慢性 8,685	病床総数国の推計値に合わせ若干増床。 高度急性・急性 12-13 千 回復 8-9 千 慢性 8-9 千 (25,709)

出典：京都府「京都地域包括ケア構想」(2017)、基準病床数(2018)は「京都府保健医療計画」(2018)より作成。



表9 2017年病床機能報告による現状・2025年の将来像と国基準による2025年の必要病床数の相違

(床)

	高度急性期 国2025 報告：現状→6年後 現状16→将来16	急性期 国2025 報告：現状→6年後 現状832→将来832	回復期 国2025 報告：現状→6年後 現状96→将来96	慢性期 国2025 報告：現状→6年後 現状233→将来233	介護施設等移行 報告：6年後	報告 休棟・無回答
丹後	国2025 71 現状16→将来16	国2025 263 現状832→将来832	国2025 352 現状96→将来96	国2025 184 現状233→将来233	国 - →0	国 - 20→20
中丹	国2025 184 89→89	国2025 634 1,148→1,122	国2025 557 416→480	国2025 282 455→427	国 - →0	国 - 80→80
南丹	国2025 80 0→46	国2025 360 708→714	国2025 278 103→161	国2025 516 569→421	国 - →90	国 - 52→188
京都 乙訓	国2025 2,487 3,840→3,884	国2025 6,865 7,616→7,464	国2025 6,005 2,058→2,477	国2025 5,926 6,234→5,490	国 - →520	国 - 275→188
山城北	国2025 309 253→823	国2025 1,200 1,567→993	国2025 1,191 494→548	国2025 1,648 1,533→1,315	国 - →60	国 - 23→131
山城南	国2025 56 0→0	国2025 221 413→413	国2025 159 157→157	国2025 129 115→115	国 - →0	国 - 0→0
京都府計	国2025 3,197 4,198→4,858	国2025 9,543 12,284→11,528	国2025 8,542 3,324→3,919	国2025 8,685 9,139→8,001	国 - →670	国 - 450→419

出典：京都府「京都地域包括ケア構想」、京都府「病床機能報告」(2017)より作成。

京都府では許可病床数は維持する方針であり、国基準では減少が見込まれる丹後・中丹・南丹の病床数を維持しつつ、現在病床過剰地域だが2025年には国基準では1000床ほど増やしてもよい京都・乙訓では病床を増やさず、他圏域への患者流出で既存病床数が基準病床数より少ない病床不足地域である山城北・山城南で若干病床を増やす。他方高度急性期・急性期に偏り、数が少ない回復期病床の充実を図る。全国同様、各医療機関の病床機能報告による2017年の現状・6年後の自院の機能の認識と国基準の必要病床数にはかなり相違がある。(表9)

表9でわかるように全国的傾向(3(1))と同様、特に病院の多い京都乙訓圏域では自院の現状・将来像について高度急性期や急性期を担うと考えている所が多く、回復期は回復リハビリテーション病棟や地域包括ケア病棟を届け出ている所以外は自院を回復期と考えていないようだ。背景には看護配置で7対1や10対1で届け出ている医療機関が多いことや医師や病院経営者の急性期志向があるものと考えられる。

京都府では、国の指示に従って医療審議会に病床機能区分検討ワーキングを作り、医師会や病院団体とともに、埼玉県や大阪市の先進事例を比較検討しつつ、急性期と回復期の区分の目安となる基準の検討を行った(2018年10月24日～2019年1月18日3回開催)。そして、救命救急、ICU、NICU、小児入院医療管理料1の集中治療の体制をとっているものは高度急性期、産科の一般病棟・有床診療所、小児入院管理料2・3、小児科の一般病棟7対1、緩和ケア病棟(放射線治療を行うもの)は急性期、回復期リハビリ病棟、地域包括ケア病棟(周産期・小児科以外)、小児入院医療管理料4・5、7対1以外の小児科一般病棟は回復期、療養病棟、特殊疾患病床、障害者施設等、緩和ケア病棟(放射線治療なし)は慢性期と分類することとした。それとともに急性期と回復期を分ける目安として、診療報酬の重症度・医療看護必要度を満たす患者の病棟内の比率と救急医療管理加算のレセプトの病棟1日当たりの枚数を基準に採用した。ここで興味深いのは、京都・乙訓圏域とそれ以外の圏域、病棟数が4棟以下か5棟以上かの病院の規模で、境目となる基準値を変えていることである。(表10)

表 10 京都方式の急性期と回復期を区分し回復期とする基準

		重症度	
		5 病棟以上の病院	4 病棟以下の病院
救急レセプト	京都・乙訓	重症度 25% 未満 かつ 救急医療管理加算レセプト件数 2 件 / 棟・日 未満	重症度 22% 未満 かつ 救急医療管理加算レセプト件数 2 件 / 棟・日 未満
	京都・乙訓 以外	重症度 25% 未満 かつ 救急医療管理加算レセプト件数 1 件 / 棟・日 未満	重症度 22% 未満 かつ 救急医療管理加算レセプト件数 1 件 / 棟・日 未満

出典：京都府医療審議会病床機能区分検討ワーキング資料（2019.1.18）

京都府は、各団体からの意見を踏まえて今後もその妥当性を検証していく方針であり、各医療機関が自院の機能や役割を判断する目安として使うものと思われる。この基準で評価すると高度急性期・急性期を合わせても44.6%、回復期は28.7%となり、2017年病床機能報告の高度急性・急性で71.6%、回復期で14.4%に比べて回復期は増え、国基準の2025年の必要病床数の割合（高度急性期10.6%・急性期31.9%・回復期28.5%・慢性期29.0%）の回復期とほぼ等しくなっている。

同時に各圏域（京都市等病院の多いところでは、さらに圏域内の市別や市内を地域ブロックに分けて）で地域医療構想調整会議を開き各病院から自院の現状と将来の課題を報告させている。2018年度の京都市の4ブロックの資料を見ると、公的病院等の一部は全病床を高度急性期と報告しているが、大規模な病院でも急性期・回復期を含めた将来構想を述べる所もあり、中小病院を中心に急性期を地域包括ケア病棟に転換することや、地域の在宅医療と連携した軽度急性を目標とすると述べている所がみられる。また、介護療養病床の介護医療院への転換を検討する所も多く、変化の兆しも見える。また現在までの所、敢えて過剰な高度急性期・急性期に病床を転換し、府の権限行使に至っているケースはないようである。

### (3) 京都府の在宅医療の推進政策

地域医療構想では、前述表9のとおり各医療機関の医療機能報告の6年後の姿は、高度急性期・急性期は国基準を上回り、回復期は下回るが、慢

性期は2025年の国の必要病床数8,025に対し6年後の姿は8,001と下回る。これは介護療養病床の介護医療院への移行が670あることによると考えられる。しかし、2025年に向けた75歳以上人口増加による需要増で、療養病床の医療区分1の7割、一般病床の175点未満の患者を在宅医療で対応する計算となっているため、在宅医療の需要は府全域でも各圏域でも大幅に増加する（表11）。

直近の各構想圏域における京都府の2017年の在宅医療の供給ぶりを概観してみよう。24時間在宅医療の対象患者からの連絡や往診依頼への対応の体制がある在宅療養支援診療所・病院の数はまだ少なく全医療機関の11～20%程度である。また、在宅療養支援病院・診療所を名乗りつつ一部の医療機関では訪問診療の実績がない所もある。京都・乙訓では訪問診療の実施機関・実施件数が多く65歳人口比でみても他圏域に比べて多い。現在、人は73%病院で死亡するが、死亡時に救急車を呼んで望まぬ延命治療をすることも多い。そこで在宅医療を行う医療機関が患者本人や家族の意向を聞きながら看取りを行うことが推奨されているが実施件数は少ない。実際に症状が急変した際に家族が救急車を呼んでしまうことも多いようだ（表12）。

各圏域の地域構想調整会議の議事録を見ると、特に丹後・中丹等北部圏域で在宅医療を担う診療所が人口減少もあって今後あまり増える見込みがない上に、現在在宅医療を担っている開業医の高齢化により、10年後の実施体制が不安だとする意見が見られる。京都府医師会が2016年2月に各医師会を通じて行った「在宅医療取り組みアンケート」で各圏域の現状と10年後の対応可能数を聞いているが、中丹・南丹・山城南では現在より対応可能数が減っており、2025年の国の在宅医療必要数から老人保健施設収容数を引いた訪問診療必要数に対する供給可能数の比率は、2025年には京都府全体で44.5%となっている（表13）。また、地域医療構想調整会議の議事論や資料を見ると、大半の郡市医師会単位で医療と介護の担

---

(16) 厚生労働省「人口動態調査」(2017)

表11 在宅医療（訪問診療＋老健施設）の京都府全体・各圏域の必要量推計（人／日）

	丹後	中丹	南丹	京都・乙訓	山城北	山城南	京都府計
2013年度	1,093(100)	1,944(100)	942(100)	14,113(100)	2,872(100)	820(100)	21,784(100)
2025年度	1,553(142)	2,546(131)	1,465(156)	27,498(195)	5,551(193)	1,366(167)	39,979(184)

出典：京都府「地域包括ケア構想」（2017）

注：2013年度は訪問診療利用者と老人保健施設入所者、将来はそれらの高齢化による増や医療区分1の7割等の転換で推計。

表12 京都府各圏域の在宅医療支援医療機関の数、訪問診療・看取りの実施件数

	在宅療養支援病院・診療所数		訪問診療		実施機関数		看取り	
	在宅療養支援病院数 全病院数 (比率)	在宅療養支援診療所数 全診療所数 (比率)	実施機関数 上段：病院 中段：診療所 下段：計	実施件数 上段：病院 中段：診療所 下段：計(65歳人口比)	実施機関数 上段：病院 中段：診療所 下段：計	実施件数 上段：病院 中段：診療所 下段：計	実施機関数 上段：病院 中段：診療所 下段：計	実施件数 上段：病院 中段：診療所 下段：計
丹後	1 病院 比率	11 診療所 78 比率	2 病 診 計	26 病 診 計	2 病 診 計	0 病 診 計	0 病 診 計	
中丹	2 病院 比率	33 診療所 165 比率	7 病 診 計	155 病 診 計	1 病 診 計	1 病 診 計	2 病 診 計	
南丹	2 病院 比率	6 診療所 100 比率	5 病 診 計	62 病 診 計	1 病 診 計	1 病 診 計	1 病 診 計	
京都・乙訓	16 病院 比率	240 診療所 1,721 比率	34 病 診 計	4,196 病 診 計	10 病 診 計	21 病 診 計	146 病 診 計	
山城北	3 病院 比率	36 診療所 302 比率	11 病 診 計	430 病 診 計	0 病 診 計	0 病 診 計	0 病 診 計	
山城南	0 病院 比率	3 診療所 93 比率	1 病 診 計	24 病 診 計	0 病 診 計	0 病 診 計	0 病 診 計	

出典：厚労省ホームページ「在宅医療にかかる地域別データ集」

注：在宅療養支援病院・診療所数（2017.3月末）、訪問診療及び看取り実施機関数（2017.10.1現在）・実施件数（2017年9月月間）

当事者が話し合う会議の開催や多職種の連携を図る研修は行われているが、その開催頻度や参加者の状況には地域差もかなりあるようだ。

表 13 各圏域医師会の訪問診療月間最大対応可能人数・現状と10年後（アンケート）と国推計の訪問診療必要数（人）

	現在訪問診療実施件数 (2015年12月) ①	10年後対応可能数 ②	増減 ②-①	2025国必要数推計 (老健施設除く) ③	10年後供給率 ②÷③
丹後	633	595	-38	1,264	47.1%
中丹	964	790	-174	1,783	44.3%
南丹	342	398	56	983	40.5%
京都・乙訓	8,826	10,921	2,095	22,988	47.5%
山城北	1,496	1,496	0	4,511	33.2%
山城南	479	329	-150	1,101	29.9%
京都府計	12,740	14,529	1,789	32,630	44.5%

出典：京都府医師会「在宅医療取り組みアンケート」（2016年2月実施）

通常の診療所が在宅医療を行う場合の最大の障壁は、休日・夜間や公私の用事があった時の24時間・365日の対応が困難な場合があることであり、各診療所が独自に在宅療養支援診療所・病院と契約を結んで対応することも多いが、その調整を郡市医師会・市・地域の基幹病院に期待する意見も多い。しかし、現時点では未だ多くの地域でそれらの体制は完備されていないようだ。

需要サイドの患者側の不安としては、家族の介護・看護の負担が厳しいということであり、特に老老介護や高齢者単身では難しい。これには有料老人ホームや高齢者住宅と在宅医との健全な連携に期待せざるを得ない。症状が急変した時に病院で対応する体制としては、京都府は「在宅療養あんしん病院登録システム」を設け、在宅医から患者の情報をもらいつつ、入院が必要な時には引き受ける病院として府内で134の病院が登録されている。総合的にみれば、2025年の在宅医療の現在の2倍の必要量の推計に対応するには、担い手や支援の仕組みにおいて課題が多いようだ。

## 4. 考察

### (1) 評価の基準

国のこれまでの医療供給政策や最近の国・京都府の地域医療構想を中心とする医療供給政策に関する評価・考察を試みる前に、筆者の評価基準を明確にしておきたい。

医療政策の目的は、「質の高い医療をできるだけ最小のコストで国民誰もが公平に受けられるようにすること」とされる<sup>(17)</sup>。厚生労働省HPでも「医療」の所に「安全で質の高い医療サービスを受けることができる医療供給体制を確立し…全ての国民が健康で長生きできる社会を目指す」とあり、「医療保険」の所では、「国民皆保険制度のもと、誰もが安心して医療を受けられる医療制度を実現し、世界最高レベルの平均寿命と保健医療水準を達成してきた日本。少子高齢化、経済情勢の変化に対応し、これからも持続可能な公的医療保険制度を目指す」とある。

筆者もこれらの考え方に賛成であり、経済的アクセスという意味で公的保険を国民全員に適用する国民皆保険や介護保険を維持しつつ、地域的アクセスという意味で医療計画に基づく、救急・へき地医療等の圏域ごとの整備や本稿で検討した地域医療構想で病床機能ごとに必要な医療機能の供給体制を整備する方針に賛成である。他方、少子高齢化や財政赤字の中で持続可能な政策が求められ、医療・介護費用の無駄を省く政策が進められてきたが、近年財政的厳しさからここに強いスポットライトが当てられている。ただ、それらの政策の遂行に当たっては、医療・介護の質が前提となる。他方、医療の「質」に関しては、感染症など完治できる傷病中心の時代から、生活習慣病中心となり、死因の3番目は肺炎という名の老衰となっている時代においては、病気の完治は難しく、病気とともに生活し、リハビリでADL（日常生活能力）を維持しつつ、末期段階の生き方（死

---

(17) 前注(1) 島崎謙治(2011) P15

に方)については患者本人の意思を尊重した人生の質 (quality of life) が求められるようになってきていると理解している。医療法1条の2でも「医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし…その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない」とされ、「医療は、…医療を受ける者の意向を十分に尊重し…医療提供施設…医療を受ける者の居宅等..において、医療提供施設の機能に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない。」とされる。また介護保険法第1条でも「この法律は、加齢に伴って..要介護状態となり..介護、機能訓練並びに看護及び療養上の管理その他の医療を要する者等について、これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行う」ことが目的とされる。

すなわち、サービスを受ける者の意思を尊重しつつ、その尊厳の保持のもとに能力に応じた自立した日常生活を営めるようにすることが求められている。したがって、経済的能力に応じた無理のない負担で、尊厳を保持し能力に応じて日常生活を営めるようなサービスが、医療・介護施設や在宅で、日常的に受けられるような体制やサービス内容かどうかの評価の基準になると考える。

## (2) 国の医療・介護政策の経緯の評価

### ①老人医療無料化と社会的入院

老人医療無料化が無駄な受診や「社会的入院」の増加を生み、医療政策として失敗であったことには、筆者も同意する。他方、当時の医療に早期リハビリの観念がなかったことや、介護保険以前の老人福祉施設等の介護サービスが量的にも質的にも不十分であったことから、多くの重度の寝た

---

(18) 無論その選択は本人や家族の意思によるものであり、財政的な費用削減意図が入るべきではない。

(19) 筆者は1980年から30年厚労省に勤務し1980年入省時1週間当時の特別養護老人ホーム



きり高齢者がいて、彼らの入院ニーズがあった。ただ当時の老人病院が現在の療養病床と異なり「薬漬け、検査漬け」が可能で、80年代後半においても入院患者の健康を害す寝かせきりが多かつたこと<sup>(20)</sup>も事実である。

日本が他の先進国に比べて医療中心の長期ケア体制をとっていることはあまり良いとは思えない。

老人保健施設の創設や療養病床の定額報酬化、介護保険を在宅介護に重点を置いたことや、2006年に療養病床の削減を意図した医療区分1の低評価や介護療養病床の廃止に向けた政策の背景には、療養病床＝老人病院長期入院に対する悪いイメージを持つ厚生労働省の政策担当者が多くいたことも影響していると思う。

## ②医療計画と駆け込み増床

地域医療計画の策定が、主として駆け込み増床の形で、過剰な病床の規制という政策目的に短期的に反する結果を招いたことは間違いない。他方、長期的には、過剰病床規制の基本的仕組みを作ったことや単なる病床規制だけでなく5疾病（がん、脳血管、心血管疾患、糖尿病、精神病）、5事業（へき地、救急、災害、周産期、小児）と在宅医療という各都道府県の2次圏域単位の政策医療を進めるために、各圏域で具体的な医療機関名も盛り込んだ計画的整備を行う機能を果していることも確かである。

## ③7対1入院管理料の創設

2006年の7対1の入院管理料の創設は、当初患者の重症度・医療の必要度に関係なく看護師さえ集めれば算定できることとしたことや、2006年の診療報酬が全体でマイナス3.16%改定であるためその代償を求める形でそこに集中してしまったことは、医療費の無駄として指摘される。ただ、診療報酬は各医療行為のコストに完全に見合ったものではなく、医療機関

---

ムで泊まり込み研修をしたが、4人部屋が通常で、4時半に夕食を出し、夜中の2時に流れ作業でおむつ替えをした。入所者の1割以上は当時の脳卒中医療の「安静」措置で入所に長期間リハビリもなく病院・在宅で放置された結果、手足が黒く固まった拘縮状態であった。

(20) これも筆者の個人的経験だが、1988-89年頃病院の医療監視の行政を担当しており、質の良くない「老人病院」や質の悪い精神病院の情報を頻繁に見聞きした。

## 7対1病院における入院中のADLの変化 ②(DPCデータ)

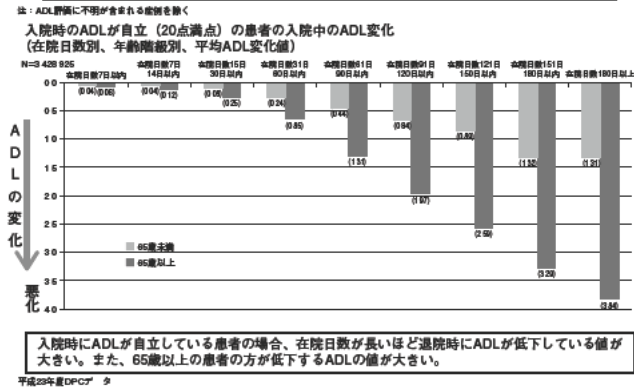


図1 7対1病床入院期間に応じた入院時ADL自立（20点）の者のADL低下度

は診療報酬全体で収益を確保し、整備費が一般会計からでる公立病院以外は、施設・設備整備費も全体の利益から捻出しなければならない。2002～2008年の診療報酬の薬価引下げを含む改定は、2002年全体-2.7%（薬価以外の本体部分の報酬-1.3%）、2004年全体-1.0%（本体部分0%）、2006年全体-3.16%（本体部分-1.36%）、2008年全体-0.82%（本体部分+0.38%）とマイナスが続いていたため、他の必要な診療行為のコストを賄うのに7対1の利益に必要以上に殺到した可能性もある。

他方、誤った方向に医療を誘導したデメリットはある。第一に、看護師を高度な急性期でもない病棟に集めてしまうことは、訪問看護などの在宅医療の基盤となるサービスを成り立ちにくくする。第二に、7対1病床を申請し、救急告示を行い、少し手術を行うことで高度急性期・急性期と自院を認識し、急性の措置以外の早期リハビリなどをせず<sup>(21)</sup>、1月以上高齢者を入院させることは、高齢者のADL能力の低下や認知症の進行を生む。中央社会保険医療協議会（入院医療等の調査・評価分科会）2013年7月31日資料によると、特に65歳以上の入院患者で入院時自立の程度であったADLの点数（20点）から、入院期間が長くなるにつれて、低下してい

(21) 前注(5) 武久氏 (2019) p17-24

ることが見て取れる。(図1)

印南氏<sup>(22)</sup>の研究では病院の退院支援部門への「不適切な入院」についてのアンケート調査(2007)の結果から、当時一般病床の高齢入院患者の3分の1にあたる17万人は社会的入院であったという推計もある。

#### ④ 2006年療養病床の低評価から介護医療院に至る病床削減策

2006年に医療療養病床の入院患者のうち医療区分1を低評価とする方策は、医療区分の評価見直しによる病床削減につながらなかった。介護療養病床は2011年度廃止を目標にしたが、果たせず2012年には廃止期限を2017年度までとし、最終的に医療療養病床(25対1)と介護療養病床は介護医療院への移行が促されることになった。ただ表5で見たように介護医療院の報酬は介護療養病床と変わらないので転換でさほど給付費が削減されるわけではない。

他方、高齢者の尊厳の意味での介護医療院のメリットは、新設や転換後大規模修繕後の一人当たり面積が老人保健施設同様8㎡であり、プライバシーに配慮する構造として病院の多床室のように四方をカーテンだけで仕切るのでなく、少なくとも一部はパーテーションと家具で仕切る構造を指導していることである。日本の福祉施設の多くは個室が原則ではない。個室率は、介護福祉施設(特別養護老人ホーム)で74.6%、老人保健施設で45.7%、介護療養病床で21.5%<sup>(23)</sup>である。尊厳ということであれば一定以上の長期入院・入居を目的とする施設は個室に近い環境を目指すべきと考える。サービス付き高齢者住宅は最低18㎡の個室が基準だが、住居費と24時間対応の管理人サービスで月10万円以上の自己負担となる所が多い。医療外付けの有料老人ホームや高齢者住宅を今後促進するとしても、居住環境が個室であることが原則となるようにしていくべきと考える。

地域医療構想と在宅医療に関する評価は(3)で行いたい。

全体を通して医療・介護政策は利潤を上げ事業継続を目指す医療・介護

(22) 印南一路『「社会的入院の研究」高齢者医療最大の病理にいかに対処すべきか』東洋経済(2009) P108-110

(23) 厚生労働省「介護サービス施設・事業所調査」(2017)

事業者を相手にする政策であり、政策担当者の予期せぬ結果を生むことが多い。このため立案に当たっては政策の対象者が意図しない結果を生まない要件設定ができていないかを十分に検討するとともに、PDCA サイクルによる政策効果の検証と早期の見直しが望まれる。

### (3) 地域医療構想の現状と課題 —— 京都府の政策を中心に

#### ①総病床数の制限

表8で見たように、京都府府全体の国基準による2025年の必要病床数(29,957床)と2016年の許可病床数(29,690床)はほぼ等しい。ただ圏域ごとには差異がある。地域医療構想上の京都府の圏域ごとの目標と国の2025年の必要病床数の推計を比べると、丹後・中丹・南丹・山城南では、京都府の目標が国の必要病床数推計を上回り、京都・乙訓、山城北では国の必要病床数推計を下回っている。これは地域保健医療計画にせよ、地域医療構想にせよ、京都府に与えられている権限は過剰地域での既存病床を上回る増床や過剰な機能の病床の増床を認めないことであり、国の必要病床数推計を上回っているからといって既存の病床を減少させることは、非稼働病床の廃止や公立・公的の再編見直しを促すこと以外には方法はないため仕方がない面もある。

京都・乙訓で2025年に病床が不足するかどうかについては、高度急性期・急性期病床が多く、その病床利用率は78%前後であるためあまり困るとは思えない。慢性病床が足りなくなるかどうかは後述のように介護施設・介護医療院や在宅医療・在宅介護が充実すれば対応できる可能性が高い。従って、京都府においては総病床数の制限は達成可能のように思われる。

#### ②高度急性期・急性期から回復期への転換

現状における病床機能報告による自院の現状と将来構想の認識と国の必要病床数を比べれば、高度急性期・急性期が過剰で回復期が少ない相違は大きい。ただし、7対1の入院基本料の構造をこの仕組みで是正することは難しい。本来診療報酬で生じた歪みは診療報酬で是正すべきとも言える。

国の必要病床の根拠となる出来高払いの急性期の措置では、3000点以上は平均9日で終わるなど比較的適正に行われていると思われる。本稿の趣旨から外れるが高度急性・急性期の勤務医の過剰労働の実態を見れば、真に高度急性・急性と見られる救急・外科・産婦人科等の病院の報酬はもう少し人を雇える水準に引き上げるべきかもしれない。<sup>(24)</sup>

池上氏や島崎氏も指摘するように地域医療構想は、病床を許可権限でがちがちに規制するものではなく、地域医療の目指すべき姿として医療機関を誘導する仕組みとすべきかもしれない。<sup>(25)</sup>

入院患者のうち65歳以上が73%、75歳以上が53%であり、疾病の中心が完治できる病気でなく、長期療養を要し入退院と在宅での要介護・通院・在宅医療を繰返す生活習慣病や老衰が上位を占めている現状においては、できる限りADL機能を維持回復させ、在宅での自立を可能とする早期リハビリや、療養後早期に在宅へ戻す「回復期医療」の必要性は大きい。その意味で回復期の重要性と出来高払いの医療行為の分析から見た医療に占める「回復期」の比率の大きさを知らしめることは、今後の医療にとって望ましい方向と考える。そして、それを国の推計基準だけでなく、埼玉県や京都府方式等地域の医師会・病院団体とともに各都道府県で医療の「目安」を考えさせることには意味がある。ただそれを進めるためには、地域医療構想だけでなく各段階でのリハビリや回復期の診療報酬の充実や急性から回復期・在宅医療・介護までをつなぐ患者のカルテ・介護医療情報の共有化を図る医療介護情報基盤の整備などの仕組みを国・都道府県がそれぞれの立場から進めていくことが必要と考える。<sup>(27)</sup>

(24) 労働基準法で一般労働者の時間外労働は年720時間、月100時間が上限だが、地域医療上必要な医療機関では2024年までは年1860時間、原則月100時間（連続勤務規制や代償休暇、健康診断による例外あり）まで認めねばならないほど人手不足である。

(25) 前注(6)池上(2017)P105-110、島崎謙治『医療政策を問い直す－国民皆保険の将来』ちくま書房P134,p178-185

(26) 厚生労働省「患者調査」(2017)

(27) 医療介護情報基盤の整備には個人情報セキュリティや活用における患者の同意をとるシステムなど解決すべき問題もある。

### ③慢性期（療養病床）の削減と在宅医療の推進

地域医療構想では、慢性期の病床のうち医療区分1に該当する者の7割を在宅医療に移行させるとともに、一般病床でも出来高払いの措置が175点以下の者は在宅へ移行することを前提に作成するように国は指導している。①で見たように現状においては、京都府の医療機関の病床機能報告でも将来的に介護医療院への転換を検討することにより慢性期は8000床となり、構想は達成可能なように見える（表9）。他方、構想では在宅医療利用者を2013年の21,784人から2025年には39,971人（うち700人は老健施設の増加）に増加させることが必要（表11）であり、これらがうまくいかなければ慢性期病床のニーズは高まるおそれがある。

なぜ国はこれほど減らしたいのかと言えば、前述のように、第一に、在宅医療・在宅介護に移行した方が、医療費・介護給付費の合計が少なくて済むということ。第二に、最期に療養したい場所として住み慣れた自宅を願う患者本人の意向という尊厳の問題があるからである。

他方、在宅医療・在宅介護は家族の負担が大きく、そのために子どもやその配偶者が仕事を辞めれば家族の困窮の他、生きがい・仕事のやりがいといった人生の質（Quality of life）の犠牲を強いることにもなりかねない。これを意思に反して強制することは家族の尊厳にもかかわる。従って、老人保健施設等の施設での対応、介護福祉施設<sup>(28)</sup>、有料老人ホームやサービス付き高齢者住宅と在宅医療の組合せも一定数進めざるを得ない。

給付費という面では介護医療院は介護療養病床とかわらないし、サービス付き高齢者住宅や一定の質以上の有料老人ホームは、利用者の自己負担が月額10万円以上する所も多い。

尊厳や住み慣れた自宅類似の環境で生きる希望をかなえるという意味で慢性期病床の削減の正当性を主張するのであれば、介護施設も含め、できれば個室、最低限でも介護医療院に求めるようなカーテンだけでない家

---

(28) 介護老人福祉施設は医師が非常勤でいるので、末期等一定の場合以外は施設の医師以外の訪問診療は認められない。

具・パーテーションで区切ったプライバシーが確保できる構造を基準化すべきであろう。低所得者向けの貧困ビジネス的な有料老人ホーム（無居を含む）や無料低額宿泊所なども個室等最低限のプライバシーが守れることを社会福祉法や生活保護法の運用の指針とすべきである。<sup>(29)</sup>

在宅医療の推進は、マクロ的な計画で医療区分1の7割を転用と書いただけでは実現せず、比較的病院・診療所の資源に恵まれた京都・乙訓のような都市部と、診療所自体が先細りで現在在宅医療を担っている医師の高齢化が進んでいたり、人口密度が低くカバーすべき面積が広い丹後・中丹等の郡部では状況が異なる。それらの地域の実情に応じて、在宅医療専門の診療所、地域医師会による休日夜間のバックアップや地域の基幹病院が人材面でも在宅医療を実施・支援するなど、ミクロ的な受け皿作りが重要である。従って、介護保険の保険者として地域包括ケアを所管する市町村が在宅医療についても主体的に普及推進すべきであるが、保健所を通じて地域医療の知識・経験が豊かな都道府県が在宅医療・訪問看護等の人材の育成、在宅介護事業者との合同研修、在宅医療を支える複数の医療機関等の情報共有を可能とする情報基盤の仕組みづくり、退院時の在宅医療への円滑な移行のルールづくりなどを支援していく必要がある。

## 5. おわりに

以上、2で老人医療無料化に始まり現在進行中の、地域医療構想や在宅医療推進などの国の医療供給政策を概観したが、日本の民間主体の医療というサービス産業を相手とする政策において、事業者の利益確保、事業継続意欲により政策の裏をかかれることが多かった。

3では、地域医療構想の推進状況について国全体及び京都府の現状と課題を概観した。

(29) 生活保護受給者の住居として防火設備や最低限度の居住環境がなければ、転居を指導し居住場所としない方針を立てることが考えられる。

4では以上の政策に関して、医療・介護費用の効率化と患者や利用者の尊厳という観点で評価を試みた。

地域医療構想は、少なくとも京都府においては総病床数の増加抑制効果はある程度見られるが、7対1で生じたとされる急性期に偏った構造の改善による医療費削減効果はさほど期待できないと考えられる。しかし、高齢化の進行や生活習慣病・老衰が疾病の中心となっている現在の医療において、回復期の重要性がより認識され、高齢者が入退院を繰り返しながら可能な限り自立した生活を送ることを支える仕組みとなることを期待したい。慢性病床の削減は、医療介護費用の効率化もさることながら、高齢者の尊厳を守る医療介護の形となるよう最低限のプライバシー維持ができる生活場所を提供できる政策が推進されることを望みたい。あわせてその受皿となる在宅医療が地域の実情に合った形で推進されることを願いたい。

残された課題として、地域医療構想や在宅医療に関する現状、先進事例、課題の分析について、統計・文書の検討以外の地域の実態にそった調査分析が十分行なえなかったため、今後京都府を始め関西地域の医療・介護について研究を続けたい。また、京都府は地域医療構想において2025年の病床総数は現状と変わらなくて済むという幸運な状況にある。しかし、全国47都道府県中多くの県（関西では奈良県、和歌山県等）では病床数は現状より減らさねばならず、他方、大阪府では増やす必要があるが2040年頃までには減少しなければならないので加減が難しい。このような府県における地域医療構想への対応についても研究を行いたい。

#### 〔参考文献〕

OECD「Health Statistics」(2016)

荒木、村上『在宅医療経営・実践テキスト』日経BP(2019)

池上直己『日本の医療と介護 歴史と構造、そして改革の方向性』日本経済新聞社(2017)

印南一路『「社会的入院の研究」高齢者医療最大の病理にいかに対処すべきか』東洋経済(2009)

京都府「地域包括ケア構想」(2017)



- 「地域保健医療計画」(2018)
- 京都府医療審議会病床機能区分検討ワーキング資料
- 各圏域の地域包括医療構想会議 資料及び議事録
- 厚生労働省 中央社会保険医療協議会 資料
- 医療計画の見直しに関する検討会 地域医療構想に関するワーキンググループ資料
- 在宅医療に関するワーキンググループ資料
- 医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会 第一次報告 (2015)
- 療養病床の在り方等に関する検討会 資料
- 「人生最終段階における医療に関する意識調査」(2017)
- 各種統計
- 小山秀夫「療養病床は地域のマーケットを見極め臨機応変に事業展開を」『日経ヘルスケア 21 2004 年 5 月号』(2004)
- 芝田文男「日本の介護保険制度の諸問題－保険制度の持続可能性と地域包括ケアの諸問題」『産大法学』51 卷 3・4 号 (2019)
- 「格差と住宅政策－困窮者及び要介護高齢者に関して」『産大法学』50 卷 1・2 号』 p47-65 (2017)
- 島崎謙治『日本の医療 制度と政策』東大出版会 (2011)
- 『医療政策を問い直す－国民皆保険の将来』ちくま新書 (2015)
- 武久洋三『こうすれば日本の医療費を半減できる』中央公論社 (2017)
- 『どうするどうなる介護医療院』日本医学出版 (2019)
- みずほ情報総研株式会社『介護医療院開設に向けたハンドブック』(2019)