

## 地域医療構想における「在宅医療等」の 需給計画に関する現状の問題点 ～正しい理解と俯瞰的視点の重要性～



静岡県医師会 理事 小林 利彦

静岡県医師会の理事に就任して5年半が過ぎました。現在、県医師会内の担当業務として、医療政策部、医療保険部、地域医療部、医療介護連携政策部、広報部に関与しています。その中でも「地域医療部」は、自分自身が「勤務医」ということもあり、個人的にも思い入れが強く大切にしている事業部です。その理由は、医師会という組織は得てして「開業医の団体」と思われがちですが、地域医療部で取り扱う事業には「病院の勤務医」にとって極めて大事な案件が多く、国または都道府県、そして日本医師会との情報共有や意見交換などが病院関係者の日常診療に大きく影響することが多いからです。実際、地域医療部が関与している事業や領域等の範囲は非常に広いのですが、本稿では、現在、地域における医療提供体制の確保と維持に向け、全国の都道府県行政が最も力を入れている？「地域医療構想」において、「在宅医療等の需給計画」に見られる問題点を中心に持論を展開したいと思います。

そもそも、団塊の世代が後期高齢者となる2025年に向けて、地域の医療需給体制を再構築することを目的に、「地域医療構想」が全国各地で完成・整備されたのは2017年3月のことです。しかし、静岡県では、他の都道府県より1年早く（2016年3月に）「静岡県地域医療構想」を完成させたこともあり、その後の話し合いの場でもある「地域医療構想調整会議（以下、調整会議）」を2016年5月に設置することができました。具体的には、

県内の8つの二次医療圏を各々構想区域とし、9か所の会場でこれまでに計90回（〔2016年度3回＋2017年度4回＋2018年度3回〕×9か所）の会議が催され、2018年度にはあと1回の開催が予定されています。私は静岡県医師会の担当理事として、その半数近く？の会に出席してきましたし、2018年8月からは、厚生労働省からの求めに応じる形で「地域医療構想アドバイザー」として期待される役割を県内外で担ってきたつもりです。それらの経験の中で感じたことは多々ありますが、本稿では、地域医療構想の中に秘められた？いわゆる「在宅医療等」の需給計画の問題点について触れてみたいと思います。

まずは、図1をご覧ください。地域の調整会議に直接関わっていない医療関係者も、この種のグラフや図表などを、きっとどこかで見かけているかと思います。今回は、図1について、詳細な解説はしませんが、これまで調整会議等にあまり参画されていない方々でも理解しておくの良いポイントだけここでは述べておきます（細かい議論が多々あることを前提にしています）。

- (1) 「高度急性期」＋「急性期」＋「回復期」の病床数総計が、現状における「一般病床数」の総計と考えれば良い（静岡県全体で見ると、2025年と大きなギャップはないと思われる）。
- (2) 自己申告（2014年の病床機能報告）では、自施設が有する（病棟単位での）病床が「高度急性期」と考えている関係者が案外多い半

面、「回復期」病床の定義として「回復期リハビリテーション病棟」の申請ベッド数と誤解釈している施設も未だに多い（「高度急性期」病床数のギャップは、西部医療圏・静岡医療圏など基幹病院の多い二次医療圏で目立つ）。

- (3) 「慢性期」の病床数ギャップは、（地域医療構想の策定段階で、根拠が乏しい仮説のもと定められた病床数とはいえ）、国が、一定の病床数再編（病床削減）を求めているという「メッセージ」とも考える（従前、廃止が求められていた「介護療養型病床」や「25対1の医療療養型病床」を「介護医療院」へと転換する「助け舟」が出されたが、現状では、未だその判断に迷っている施設が多い）。

＊厚生労働省の関連会議では、図1に示すような、「病棟単位」での自己申告の「病床数の積み上げ」と、レセプト点数からの「患者需要から推計した病床数」と単純比較することを良しとしていない。

上述した点に関して、敢えて「うがった見方」で解釈すると、国は、過去（2013年度）のレセプ

トデータと入院受療率、人口推計などをもとにして2025年の「病床の必要量」を推計し、地域の医療関係者に、「従来であれば（医療機関に）入院したであろう患者」を（医療保険で賄っている）医療機関から「外に出してほしい」というメッセージかと思われます。ただし、その真意は、決して「入院患者を病院の外にただ追い出せ」ということではなく、「（介護保険で賄う）介護施設」や居住系施設、または外来等に対応できるのではないかと期待感と考えます。すなわち、医療保険で現在稼働している「医療施設」に対して、一定のリストラは期待しているものの、大きな投資を新たに求めているわけではないことがポイントかと思われます。その一方で、結果的に、病院の外に「追い出される？」患者については、各都道府県の適切な監督・指導のもと、市町行政にその供給対応を委ねたいという、ある意味身勝手な施策とも言えることにまずは気づくべきです。

地域医療構想の議論の中で突然出てきた「在宅医療等」という用語の定義は、一般国民のみならず、医療関係者に対しても正確に伝わっているとは思えません。そういった面では、まずは、厚生労働省の関連会議等でよく見かける図2と図3に

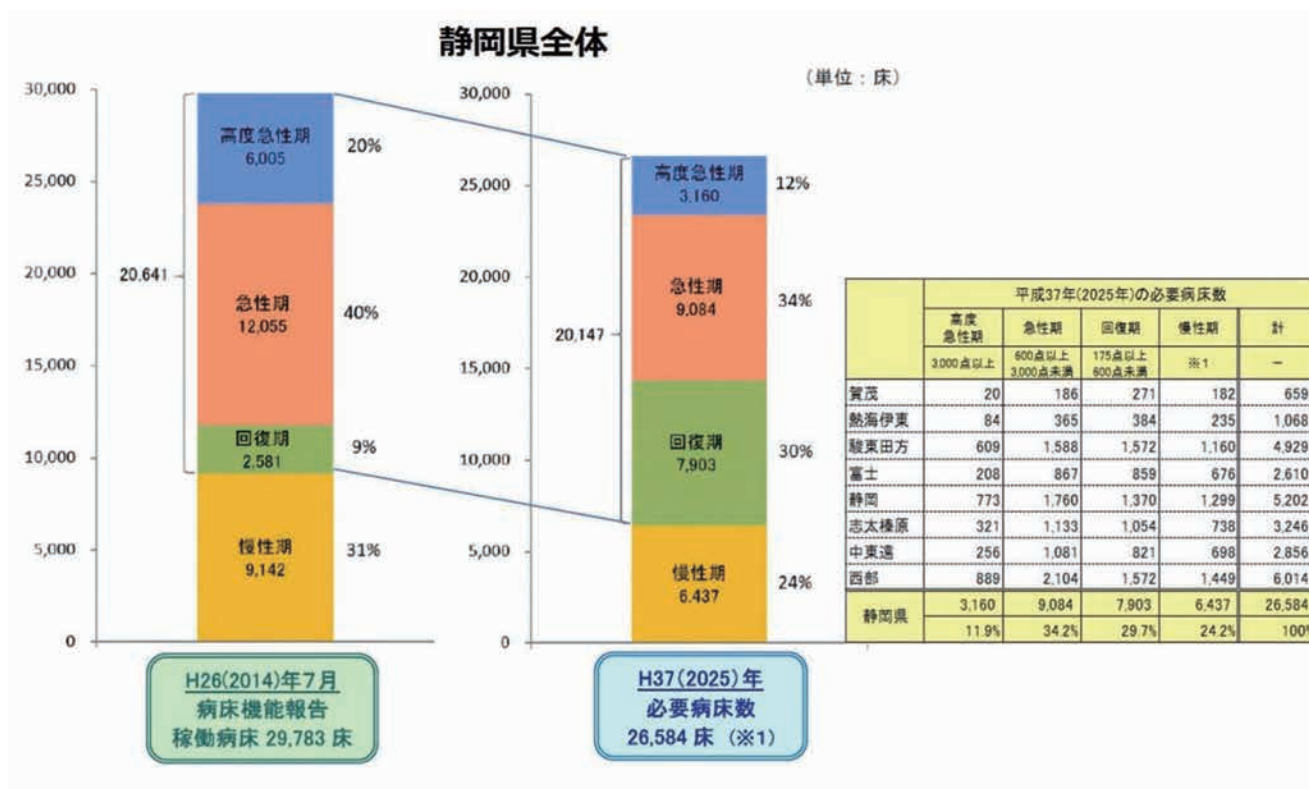


図1 静岡県の地域医療構想（病床の必要量 [2025年]）と2014年時点での病床機能報告



示されている内容事項を正確に理解することが大切です。図2にあるように、在宅医療等は、2025年の時点で「医療保険で賄う4機能の病床積み立て総数」の外側に、療養病床の入院患者のうち「医療区分1の70%」と「地域差の解消」、「一般病床でC3基準未満の患者数」として位置づけられています。なお、静岡県の場合は、療養病床の入院受療率の「地域差」は気にしなくて良いですので、先に述べた「在宅医療等」には、(A)医療処置等が不要となった一般病床の患者数と(B)医療処置等が少ない療養病床の患者数が含まれているとまずは理解してください。次に、地域医療構想の策定時に「訪問診療を受けていた患者数」と「老健施設の入所者数」から推計した、2025年時点での「訪問診療患者数(C)」と「老健入所者数(D)」も「在宅医療等」に相当することを知ってください。図3では、「在宅医療等」のサービス必要量の推計が経時的に示されていますが、(A)と(B)は上段に、(C)と(D)は下段に記されています。すなわち、図3で示されているものは、2025年時点で、日本全国において一般病床と療養病床から「追い出される？」患者数が30万人、訪問診療が必要とされる患者数と老健施設に入所するこ

とが予測される患者数の総計が100万人であるという予想推計です。言い換えると、この130万人を、「医療保険で賄う病床」の外で、「在宅医療等」という名称のもと供給計画を立ててくださいというのが、地域医療構想に秘められた「在宅医療等」の正体なのです。なお、当然のことながら、(A)～(D)の患者数への対応は、介護または福祉に期待する部分が多く、「医療保険」等を主管する都道府県行政ではなく、「介護保険」等を主管する市町行政にその供給計画が委ねられる結果となりました。

上述した状況に対する静岡県での対応状況を示したものが図4です。ここでは、静岡県全体(県計)の需給対応について説明しますが、読者の皆さんには、自身が関係する圏域の数値で考えていただければと思います。先に述べたように、「在宅医療等」に含まれるグループには(A)～(D)の患者数が含まれますが、図4にある県計で見ると、(A)1,695人、(B)5,606人、(C)17,305人、(D)15,486人、総計40,093人となります。すなわち、静岡県全体で、2025年時点での「在宅医療等」の必要量推計は40,093人ということになります。それに対して、各市町で個別に供給計画を立

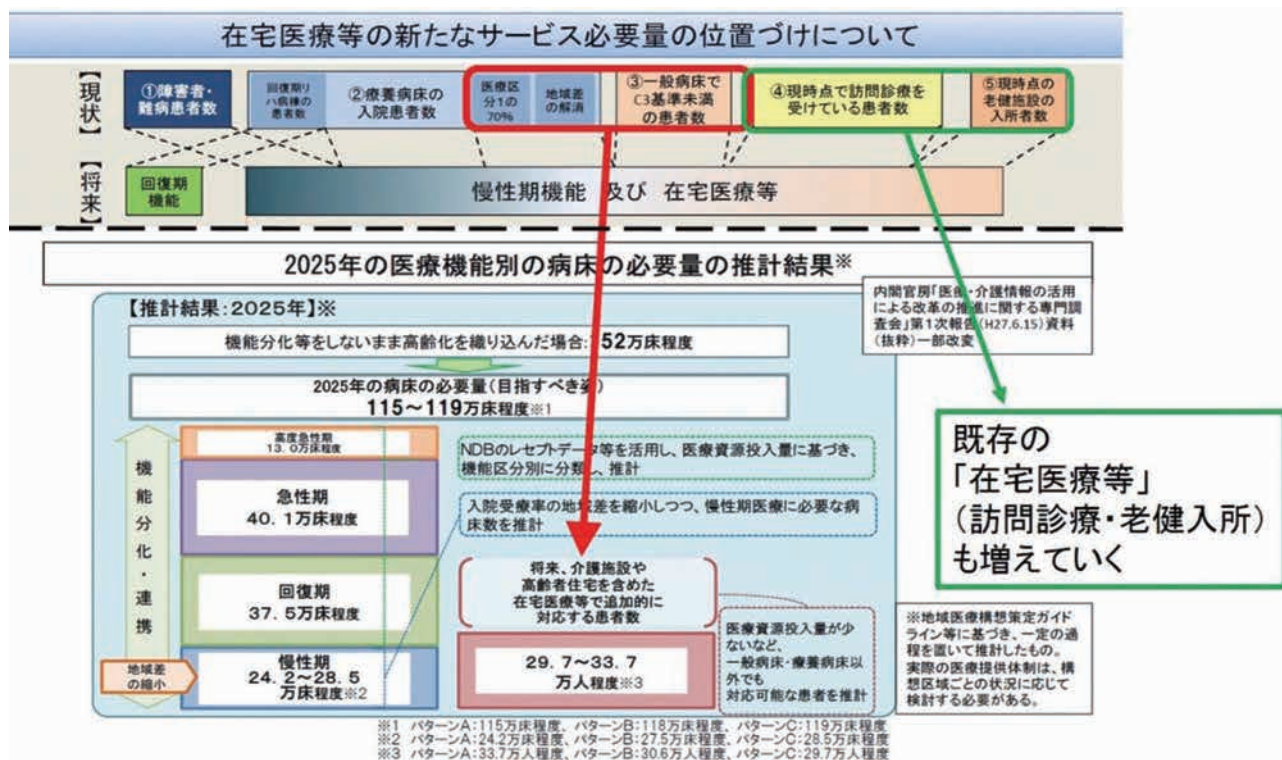


図2 「在宅医療等」のサービス必要量の内訳  
(第9回医療計画の見直し等に関する検討会「平成29年2月17日」資料に一部追記)

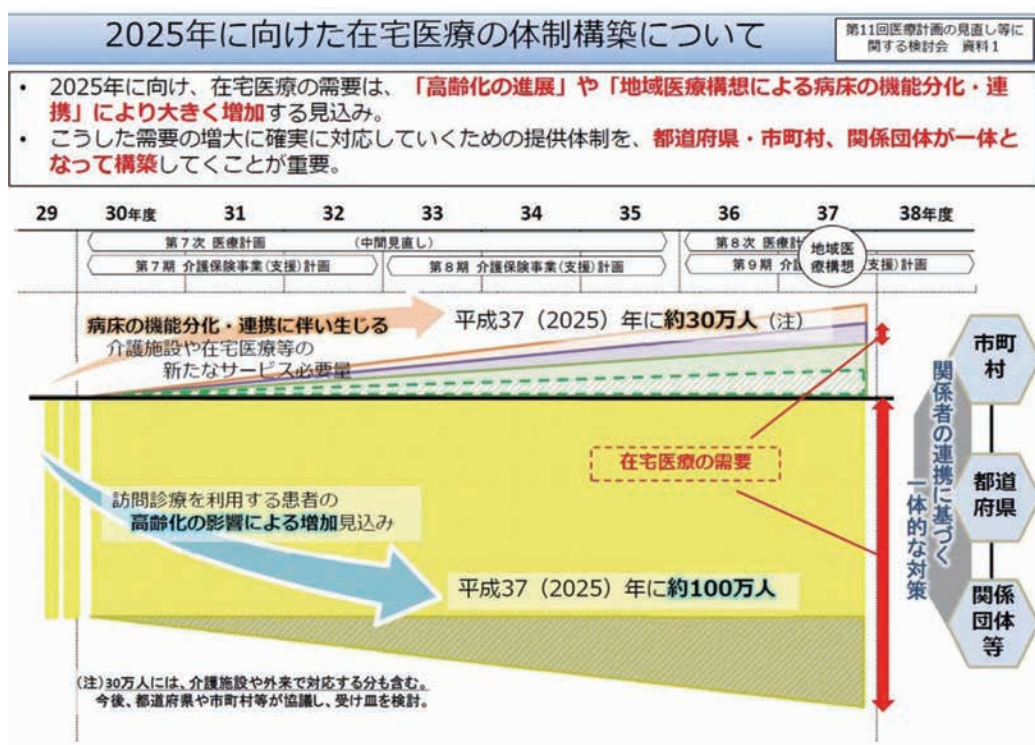


図3 「在宅医療等」のサービス必要量の経時的推移  
(第11回医療計画の見直し等に関する検討会〔平成29年6月30日〕資料)

て、それらを総計したものが右欄の「提供見込み量」となります。具体的には、(C) 訪問診療の必要量(17,305人)に対して18,972人の対応計画がある、(D) 老健施設(15,486人)の需要に対しては14,779人分提供できるという見込みを示しています。また、先に述べた「慢性期」病床の需給ギャップを埋める「助け舟」としての「介護医療院」は、2025年時点までに1,904人分確保するということです。そこで問題となるのは、「外来」と「その他」の数です。結局、左欄にある「在宅医療等」の必要量(総計)をカバーする項目として、介護医療院、老健施設、訪問診療しか具体的なサービスがないことを考えると、残りについては、居宅患者への「外来」対応ぐらいしかオプションがなく、その残りを、「その他」として記しているに過ぎないというのが図4の真相です。

そういった意味では、図4にある「外来」と「その他」の総計数(4,438人)への対応が「在宅医療等」への最大の課題であり、「謎」、「矛盾」とも言えそうです。実際、従前入院させていた患者を、居宅等に戻して外来通院で診るということは決して容易でないと考えます。当然、予想されることとして、急変等があれば、在宅医などを通じて病

院の救急外来等に緊急受診することが予想されます。したがって、地域医療構想の実現段階において、一般急性期病床が、国が本来イメージしていた「高度急性期」、「急性期」、「回復期」だけでなく、レスパイト入院なども視野に入れた「地域包括ケア病床(病床)」を一定程度確保するなどして、在宅医療等の診療・ケアに追加参入しなければ、救急外来に訪れた高齢患者が行き場を失うということにも繋がりがかねません。当然、市町行政の立場では、介護保険費用の負担増につながる老健施設の増築は避けたいでしょうから、選択すべき道としては、現時点で療養型病床から「介護医療院」への転換を促進させるか、一般急性期病床の中に「地域包括ケア病床」のような柔軟な診療・ケア等の場を確保するしかありません。しかし、現時点では、静岡県内だけでなく、全国の療養型施設の多くが「介護療養病床」や「25対1の医療療養病床」から「20対1の医療療養施設」への転換を考えており、当該施設から「介護医療院」への転換は思ったほど進んでいません。その一方で、病床稼働率が低下しがちな一般急性期病床からの「介護医療院」への転換は、介護保険事業(支援)計画で設定されているサービス量の状況から考え



## 第7期介護保険事業（支援）計画における在宅医療等の見込み

○2025年の在宅医療等の必要量と提供見込み（市町推計）

（人/月）

| 市町名    | 必要量(追加的需要+高齢化分) |       |              |        |        | 提供見込み量(追加的需要分+高齢化分) |       |              |        |     |
|--------|-----------------|-------|--------------|--------|--------|---------------------|-------|--------------|--------|-----|
|        | 必要量(追加分)        |       | 必要量(高齢化分)    |        |        | 介護<br>医療院           | 外来    | 介護老人保<br>健施設 | 訪問診療   | その他 |
|        | 療養病床            | 一般病床  | 介護老人保<br>健施設 | 訪問診療   |        |                     |       |              |        |     |
| 賀茂圏域   | 1,024           | 110   | 87           | 399    | 428    | 63                  | 87    | 381          | 486    | 7   |
| 熱海伊東圏域 | 1,643           | 144   | 112          | 651    | 735    | 8                   | 112   | 514          | 965    | 43  |
| 駿東田方圏域 | 7,186           | 891   | 378          | 2,647  | 3,271  | 209                 | 717   | 2,332        | 3,862  | 65  |
| 富士圏域   | 3,723           | 480   | 152          | 1,479  | 1,612  | 23                  | 612   | 1,284        | 1,754  | 50  |
| 静岡圏域   | 8,082           | 987   | 235          | 3,014  | 3,845  | 616                 | 235   | 3,119        | 3,845  | 267 |
| 志太榛原圏域 | 4,585           | 582   | 205          | 1,966  | 1,832  | 50                  | 205   | 1,865        | 2,398  | 66  |
| 中東遠圏域  | 4,198           | 801   | 157          | 1,820  | 1,420  | 228                 | 718   | 1,770        | 1,433  | 49  |
| 西部圏域   | 9,652           | 1,611 | 369          | 3,510  | 4,162  | 708                 | 1,204 | 3,513        | 4,227  | 0   |
| 県計     | 40,093          | 5,606 | 1,695        | 15,486 | 17,305 | 1,904               | 3,890 | 14,779       | 18,972 | 548 |

（出典）必要量：静岡県地域医療構想(国の機械的試算)、提供見込み量：市町の推計値の積み上げ  
※四捨五入により数字が一致しないものがある

### ■第7期介護保険事業（支援）計画の進捗管理

- 第7期計画の訪問診療の見込みに対する実績
- 療養病床の転換の状況（介護医療院の設置状況）

図4 2025年の在宅医療等の需給計画（静岡県の第7期介護保険事業（支援）計画資料）

て現状では不可能だと思われます。したがって、静岡県行政には、この「在宅医療等」の需給計画の取りまとめを、しっかりマネジメントしていくことが期待されているはずです。

最後になりますが、私自身は、静岡県医師会(地域医療部)の中で、この分野では主任的な役割を担っていることや、現在「都道府県地域医療構想アドバイザー」を拝命していることなどから、先に述べた課題や問題等に対して、常に俯瞰的かつ中立的な立場で臨んでいるつもりです。確かに、地域医療構想の実現を、単なる「数合わせ」と考えることは愚かなことだと思いますが、全く意味のない作業として「無視する」のも大人の対応ではないように感じます。すなわち、国が考えた施策等の根拠や趣意は正しく理解しつつ、調整すべきことには十分な議論を積み重ねるとともに、時代の変化にも敏感かつ適切に反応し、地域医療構想策定時とは矛盾が生じている内容については現況に沿って対応していくことが求められます。併せて、地域医療構想を、病床数の問題のみで解決しようとするということにも無理があると考えます。人口あたりの医師数が少なく、地域偏在・診療科偏在も著しい当県では、昨今話題となっている「医

師の働き方」にも配慮した「医師確保対策」も極めて重要です。

今回、本稿で述べた内容等が、関係者の方々にとって、当該領域の理解や解釈・判断などにおいて少しでも役立つものとなれば望外の喜びです。私自身、静岡県医師会で、いつまで担当理事でいるか分かりませんが、任期中は全力で事にあたりたいと考えていますので今後ともよろしくご指導のほどお願いします。

