

基軸

危機に瀕する
医療・介護
④

全国保険医団体連合会 寺尾正之



都道府県が策定する地

域医療構想（ビジョン）

の実現に向け、2次医療

圏ごとに医療機関や保険

者などが参加する「協議

の場」を今後、設置する

ことになっている。「協

議の場」では、病床を①

ている。

ビジョンの財源として、厚労省は今年度予算で904億円を計上した。その内訳は、消費税増税分が544億円に達する。増税して社会保障

中心だが、来年度からは介護分野も関わってくる。地域包括ケアや在宅医療が焦点となり、歯科への影響は避けられないだろう。

ビジョンでは2025

出できるという訳だが、そんなに簡単に推計できるかは疑問だ。経済的理由による受診中断が増えており、表面的なデータでは地域で潜在化している医療需要は分からない

「医療需要」推計に疑問符

過小評価で政策誘導の可能性

高度急性期②急性期③回復期④慢性期——に分け、それぞれの上限数を定める。病床再編計画に従わず、知事の要請にも反した医療機関にはペナルティーが科せられる。医療機関名の公表や各種補助金の対象除外に加え、保険医療機関の指定取り消しまで示唆され

を充実するどころか、入院病床の再編・淘汰を進めているのが実態だ。各都道府県に設ける基金は、厚労省が都道府県計画を評価して財源を配分する。当面は入院病床が

年の「医療需要」を推計する。レセプトデータや特定健診データなどを活用して入院・外来患者数や疾患別患者数を割り出し、人口推移と掛け合わせれば「医療需要」を算

い。医療需要が過小評価され、医療の必要量が大幅縮小される可能性がある。そもそも入院患者を四つの区分に分類することなど不可能である。『毎

日新聞』が「入院ベッドの再編には厚労省内にも実効性への疑問が出ているほどだ」（5月9日付）と報じたように、患者の容態は絶えず変化する。在宅医療の普及度合いによっても必要病床数は変わる。病床削減へ政策誘導するのではなく、

「協議の場」では医療機関の意向を尊重して民主的な合意形成をすることが求められる。医療機関へのペナルティーを法制化せず、医療と介護の連携強化と地域の基盤の底上げを実現するために基金を活用すべきだ。

(つづく)