

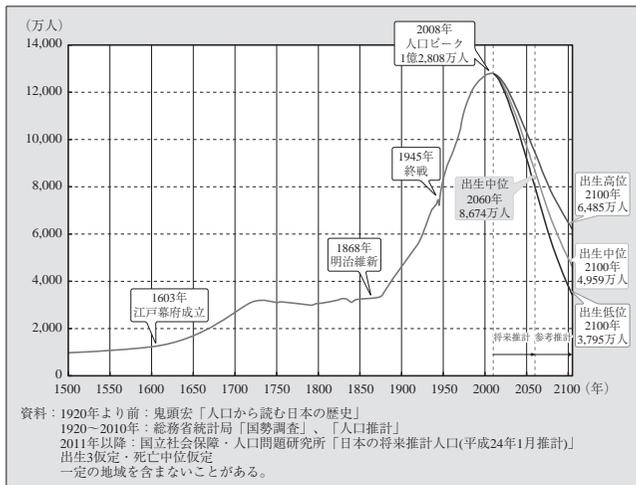
巻頭言

医療・介護提供体制の将来像と地域医療構想

本号特集においては、いわゆる地域医療構想を軸に、さまざまなアプローチによる力作が揃った。その詳細は各論文を参照願いたい。本稿では、それらの前提となる事項について簡潔に私見を述べる。

第1に、「超少子・高齢社会」の意味である。この点については、平成27年版厚生労働白書に興味深い図が掲載されている。図は、1500年から2100年までの600年間のわが国の人口推移を示しているが、西暦1900年からの200年間に極めて異常な変化があることがわかる。われわれはこの100年間で急な山道を上り詰め、今まさに急坂を駆け落ちようとしている。「超少子・高齢社会」は、「超人口減少社会」であり、わが国の社会経済システムに甚大な影響を及ぼすことが予想される。医療や介護もその例外ではありえない。

第2に、当面の改革の目標年次である「2025年」は、「団塊の世代」が75歳以上の後期高齢者になる象徴的な年として位置付けられている。これまで団塊の世代は、わが国の社会経済に大きな影響を及ぼしてきた（ベビーブーム、すし詰め学級、大学紛争、企業戦士等々）。この大集団が医療・介護の



出所：「平成27年版厚生労働白書」p.4より転載。

図 長期的なわが国の人口推移

の主たる受け手となるとき、医療・介護のあり方は大きく変わらざるをえない。そういった意味で、「2025年」には一定の意義があるものと考えられる。ただし、「2025年ビジョン」が最初に構想されたのは、2008年であり、その時点では17年先の話であった。しかし、すでに目標年次まで10年を切り、2025年は今や「近未来」となっている。残された時間はきわめて短い。

第3に、2025年ビジョンのポイントは、私見によれば、①急性期医療の確立と②居住系サービス等在宅ケアの拡充を同時に追求することであったと考えられる。そして、このことは全体の医療・介護費用を増大させることとなり、③こうした費用増大を賄うために消費税増税を提案する、という構造となっていた。①、②および③はセットとして提案されており、こうした基本的な構造は、①および②を精緻化した地域医療構想についても踏襲されている。近年の消費税増税の2度にわたる延期は、こうした基本的前提を崩すものであり、改革の実行可能性について危惧せざるを得ない。

第4に、2025年ビジョンと地域医療構想は、基本的な発想はほぼ共通である。その一方で、細部の設計については相違もみられる。たとえば、一般病床の機能分化として、前者は、高度急性期、一般急性期、亜急性期等の3区分を提案していたのに対し、後者においては、高度急性期、急性期、回復期となっている。「亜急性期」が消え、「回復期」に一本化されているが、このことは病床機能報告と必要病床数の間に大きな乖離を生む一因となっている。また、3区分の基準は、前者においては在院日数であったのに対し、後者においては医療資源投入量がとられている。この考え方の転換が十分理解されていなかったことが、大学病院がほとんどの病棟を高度急性期と報告したことの背景にあると考えられる。

第5に、地域医療構想については多くの課題があるが、次の2点に絞って論ずる。まず、今後、構想区域ごとに、地域医療構想調整会議が開催され、関係者間の協議が行われることになるが、その際、議論の透明性を十分確保する必要がある。最近の東京都政をめぐる混乱に見られるように、こうした問題については、一部関係者の密室での議論ではなく、医療サービスの受け手や保険者等の参加を含め、広く開かれた透明性のある議論が必要である。そうでなければ、利害関係者間の単なる「談合」とのそしりを免れないであろう。また、一方で、地域医療構想については、病床機能報告を含め、基本的に医療機関の自主的な「選択」に委ねる仕組みとなっている。地域医療構想の推進に当たっては、基金の活用等ソフトな施策が中心であり、強制的な措置は一部に限定されている。このことは、民間の医療機関が多数を占めるわが国の医療提供体制の現状を踏まえれば、現実的な対応であると言える。しかしながら、一方で、こうした自主的な「選択」がうまく機能しなかった場合には、一段の規制措置が導入される可能性がある¹⁾。

¹⁾ たとえば、社会保障審議会医療部会意見書(2013年12月)においては、保険医療機関の指定まで踏み込んだ措置の導入を求める意見があった旨記載されている。

尾形 裕也

(おがた・ひろや 東京大学政策ビジョン研究センター教授)