

第10回 社会保障審議会医療部会

格差なき医療を提供するために

2009年11月19日
社団法人 日本医師会
竹嶋康弘

国民皆保険制度

だれでも いつでも どこでも
所得格差や地域格差なく良質で
安全な医療を安心して受ける
ことが出来る公的給付制度

医療の安全網守る国策を

昨年、急性骨髄性白血病で入院。医療費は1,000万円近くになったが、自己負担は80万円程度。地方都市でも最先端の治療が受けられ、仕事に復帰できた。

国民皆保険制度の素晴らしさを改めて実感したが、このシステムを当たり前と考えると、無理な医療費削減などでメンテナンスを怠ると、簡単に崩壊してしまう。

経済的格差が広がっても、医療の安全網だけは守るという強い意志を国策として示し、そのために必要な費用を確保すべき。

* 出所:2009年11月3日 読売新聞朝刊『私のあんしん提言; 帚木蓬生(作家・精神科医)』

岩手県

北海道についで広い。
四国4県に匹敵する広
大な県土。

9つの2次医療圏

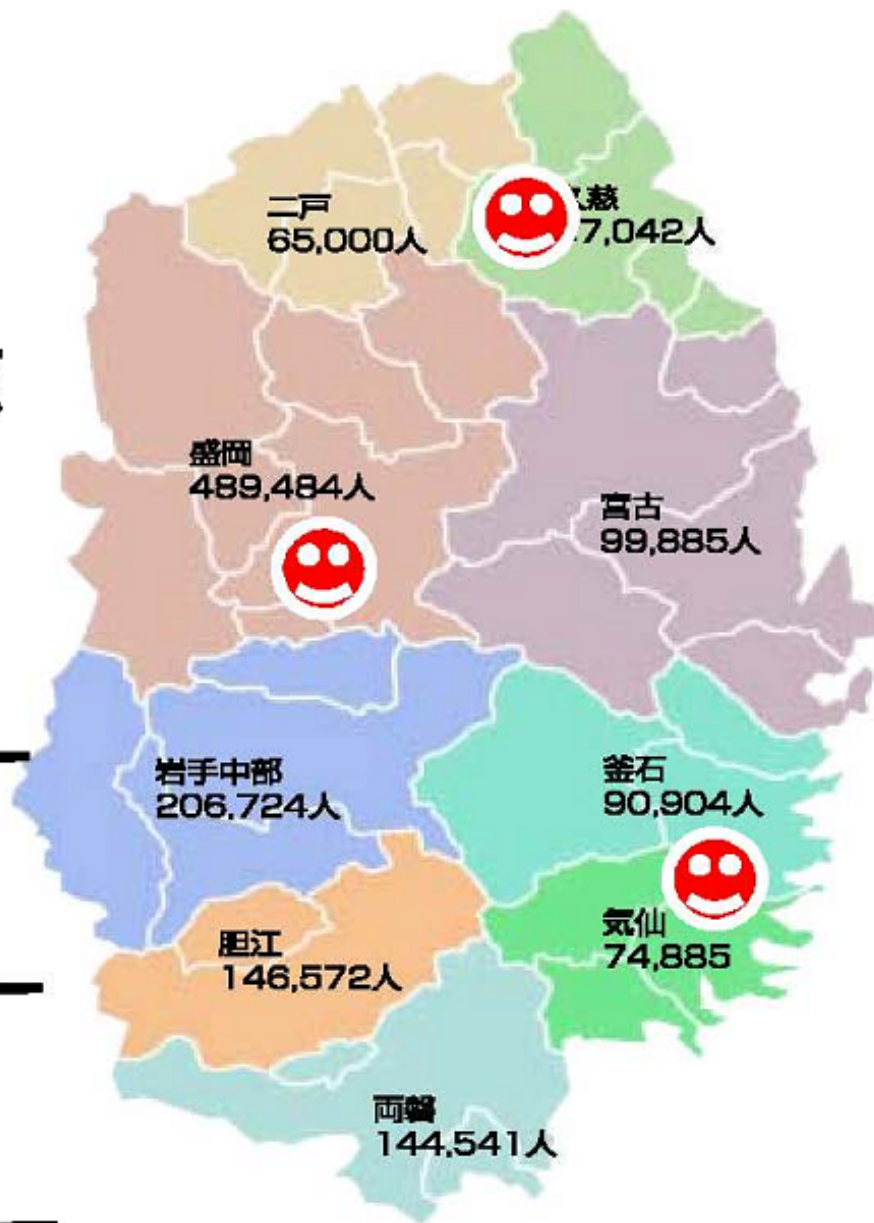
高度救命救急センター

県立久慈病院

高次救命救急センター

県立大船渡病院

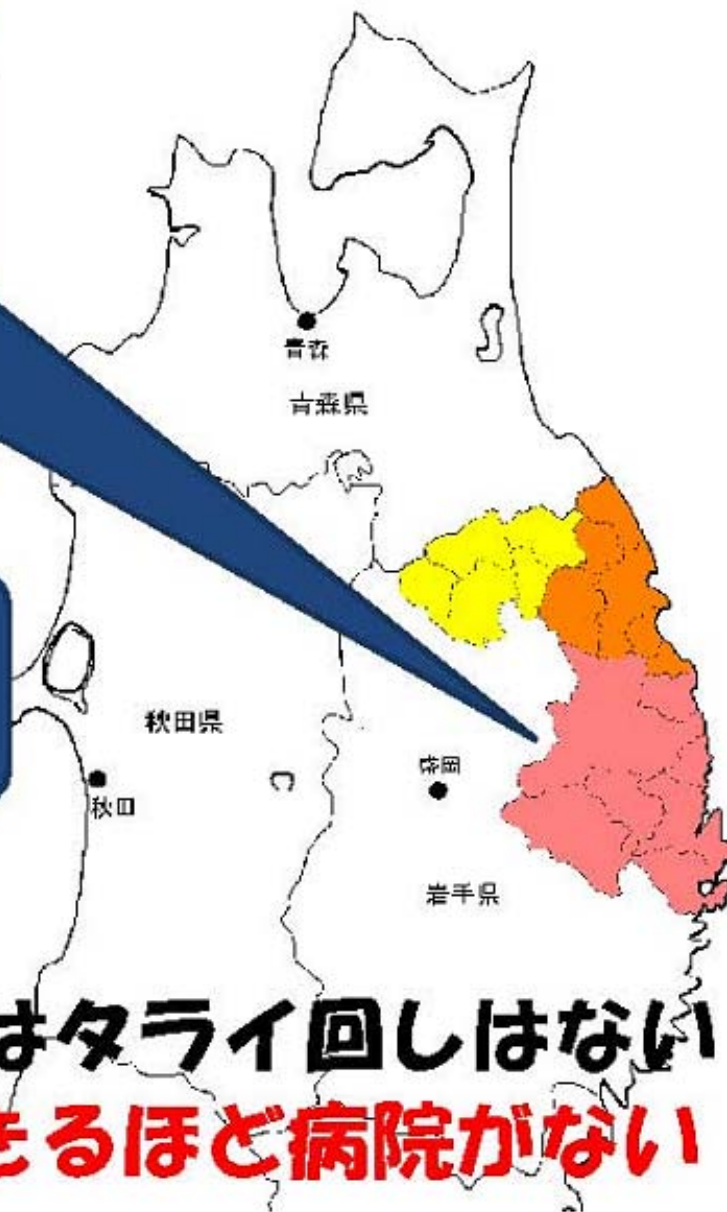
高次救命救急センター



* 出所: 日本の医療 光と影—大学病院のなくなる日— 小川 彰(全国医学部長病院長会議 会長)
2009年7月15日 日本医師会医療政策会議 社団法人 日本医師会

宮古医療圏の面積
東京都区部の4.3倍
東京都全域の1.2倍
病院数：4
うち総合病院：1

東京の病院数：658
区部のみ：436



岩手県ではタライ回しはない
タライ回しできるほど病院がない

「連携と継続」の地域医療体制の再構築 —地域の医療機能の役割分担と連携—

医療提供体制の充実

1. 施設完結型医療から地域完結型医療へ

- 1) 四疾病五事業ごとの地域における医療機能の情報提供と共同作業
- 2) 地域連携クリティカルパスの推進
- 3) 特定機能病院、救命救急センター、急性期・亜急性期・慢性期病院、有床診療所、無床診療所の機能連係と効果的活用

2. 特に救急医療における医療従事者を含む医療機能の「集約」と「分散」

3. 在宅医療の支援体制の整備

「地域医療支援病院」、「在宅療養支援診療所」の活性化支援策

4. 地域医療システムへの住民参加

「地域医療対策協議会」、「地域医療研修ネットワーク(日本医師会案)」の有効活用

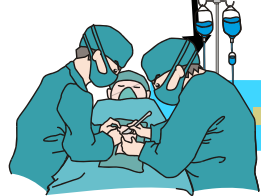
切れ目の無い地域連携の確立

- 急性期・高度専門的医療と、一般医療との役割分担が重要
- 一般病院、有床・無床の診療所が、地域全体に分散し、急性期医療を終えた患者を受け入れ → 急性期現場の負担も軽減

交通事故で
心肺停止



救命救急センター
で、救命処置・治療



救命治療、ICUでの
処置、検査

救命処置後の治療、
リハビリ、入院療養
を実施



在宅での療養

在宅や介護施設
での療養
福祉サービスとの
連携



- 医療提供体制を整備し、救急医療から、亜急性期・回復期、慢性期、在宅療養まで切れ目ない医療を提供。
- 福祉サービスとも連携し、退院患者の受入れ先確保、QOL向上等

社会保障費の削減と地域医療の崩壊

「小さな政府」に偏った政策による地域医療の閉塞

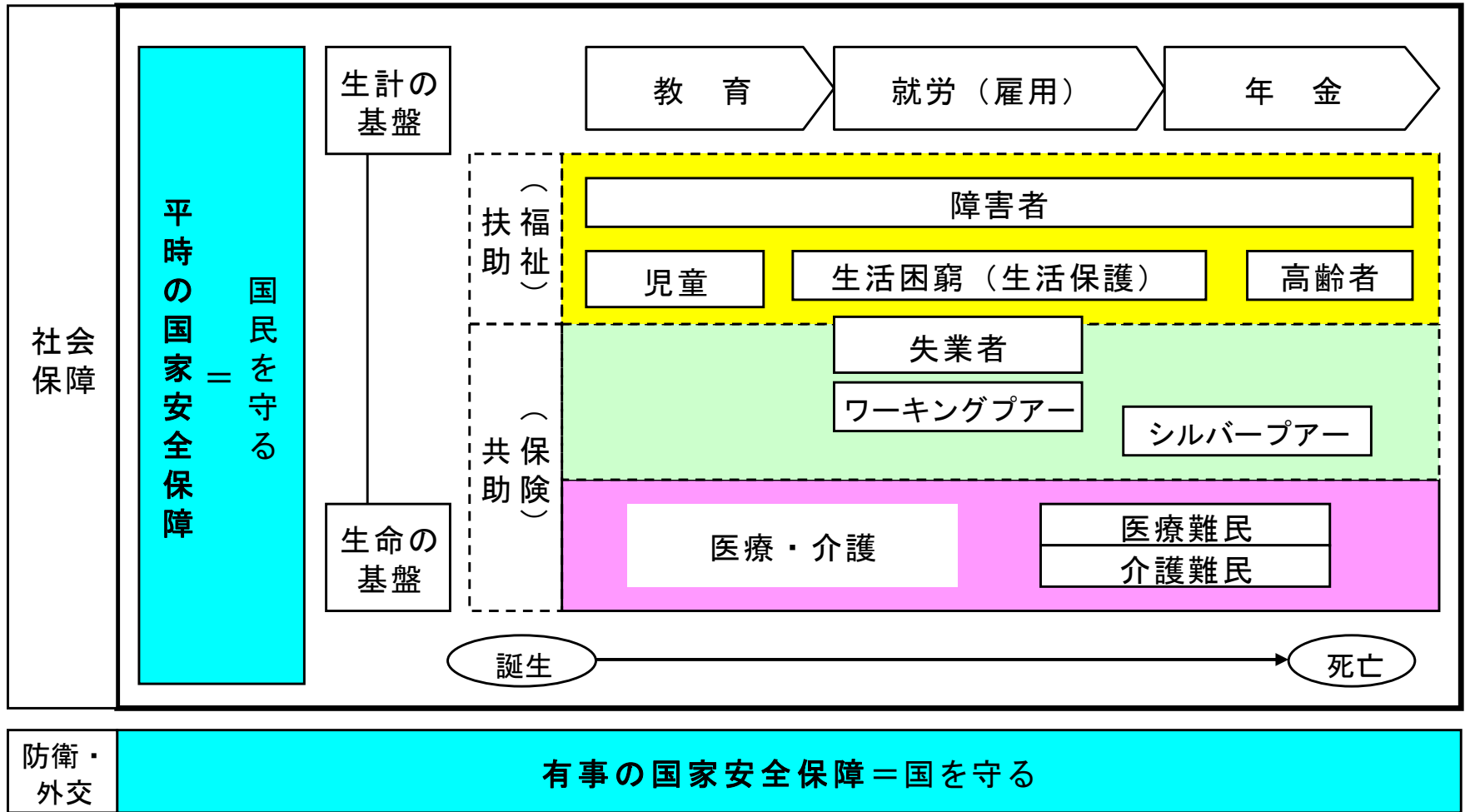
1. 公的医療費の抑制による患者一部負担増による受診抑制
2. 在院日数短縮を目的とした保険診療報酬での誘導
早期退院への患者の“肩たたき”
→不安感、交通不便な地方にあっては患者の通院負担増
(通院時間、交通費)
→高齢者にあっては、いわゆる「医療難民」、「介護難民」の増加
3. 医師不足・看護職等の不足
→労働時間の延長による疲弊
→特に勤務医師の離職、診療科閉鎖等による救急医療や
産科・小児科・内科医師数の減少と地域間格差の顕在化



地域医療の危機的状況および地域によっては崩壊

国民が望む医療

ライフサイクルと安全保障



* 出所: グランドデザイン2007—国民が安心できる最善の医療を目指して—総論 (2007年3月 社団法人 日本医師会)