

第7回西成特区構想有識者座談会 議事録

日 時 平成24年8月7日（火）午後3時35分～午後5時55分

場 所 西成区役所 4階会議室

○事務局 お待たせいたしました。

それでは、第7回の西成特区構想有識者座談会を始めてまいりたいと思います。

では早速、鈴木先生のほうから皆さん方のご紹介と議事の進行をお願いいたします。

○鈴木座長 ありがとうございます。

それでは、第7回といたしまして地域医療の再生、医療扶助の問題、結核対策についてと、これだけでも、もう盛りだくさんという感じではあるんですけども、あと2時間ちょっとくらいこのテーマで議論させていただきたいというふうに思います。

今回もたくさんのゲストスピーカーとオブザーバーの方々に来ていただいております。ちょっとご紹介をさせていただきたいと思います。

私の右手からです。西成区の医師会の会長でいらっしゃいます馬場谷先生です。

○馬場谷さん 馬場谷でございます。よろしくお願いいたします。

○鈴木座長 それから、関西大学社会安全学部の高鳥毛先生です。

○高鳥毛さん 高鳥毛です。

それから、大阪社会医療センターの坂本理事・事務局長でいらっしゃいます。

○坂本さん 坂本でございます。

○鈴木座長 それから、四天王寺大学の逢坂先生。

○逢坂さん 逢坂でございます。よろしくお願いいたします。

○鈴木座長 はい、よろしくお願いいたします。

それから、特定非営利活動法人ヘルスサポート大阪の梅田看護師さん。

○梅田さん 梅田です。

○鈴木座長 それから、前回に引き続きまして、済生会の炭谷理事長でいらっしゃいます。

○炭谷さん 炭谷です。どうぞよろしくお願いいたします。

○鈴木座長 ということで議論をさせていただきたいと思います。

それで、最初のスピーカーは馬場谷先生をお願いしてるんですが、馬場谷先生は4時ま

でのご退席ということでございますので、ご発表いただきまして、途中でご退席していただきます。

それでは、早速でございますけども、馬場谷先生のほうからご発表をお願いいたします。

○馬場谷さん 座ったままでよろしいでしょうか。

○鈴木座長 はい。

○馬場谷さん 西成区医師会の馬場谷と申します。本日は、この西成区の座談会に呼んでいただきまして本当にありがとうございます。

こういう会を開いているということは薄々存じ上げてたんですけども、実際どういう内容でどういうお話をされていて、西成区のためにいろんなことをどのようにしてくれるのか、それと、この座談会の位置づけなんですけれども、結局ここで討議されたことが本当に西成区なり大阪市なりにどのように反映していくかということがちょっと私、まだわかりかねてますので、また、そのことは後ほどでも結構ですでお教えいただければとお願いをいたします。

それで、西成の地域医療の課題と西成特区の提案ということ、そういうことでお題をいただいているんですけども、実は、この題をいただいたのが昨日でして、私自身これに対して準備をしておりません。医療の関係で何かとりあえず10分ほど話ししてくれということだけは前から伺ってたんですけども、すみません、ちょっとこれから外れることも幾つかあるかもしれませんが、その点をご容赦いただきますようお願い申し上げます。

まず、我々医師会として一番、特に西成区の医療に関して問題にしておるのは、もう8月1日から始まりました医療機関登録制度、これ今、通院医療機関等確認制度というものに名前が変わりましたが、すみません、従来どおりの登録制度という名前だけを使わせていただきますけども、これには基本的に我々医師会、三師会とも、歯科医師会、薬剤師会等もずっと反対の立場で活動をしてきたわけです。

それはなぜかといいますと、生活保護の方々の医療扶助に関することだと思っておりますけれども、この登録制度が始まったその根幹というのは、結局は、過剰の診療なり過剰の、また重複した薬の投薬等が認められるということから、それをまずどうにか防ぎたいと。これは我々も同じ気持ちで、防ぎたいということでこういう登録制度をこの8月1日から始めたわけなんですけれども、基本的に言えば、1診療科1診療所ということが今通院してることを基本に、そこに通うことを基本にして、何かあったときにはやっぱりそこからの紹介なりいただいて、それで役所に行ってケースワーカーに相談して、それからどこかま

たほかのところを受診するという一つのハードルですね、はっきり言えばね。こういうハードルを設けることによって、かなりいわゆる生活保護の患者さんの受診抑制を来すのではないかというおそれがあります。このことに一番基本的に我々反対してきました。

なぜかといいますと、我々の患者の権利に関する世界医師会リスボン宣言というのがあるんですけども、これは、ご存じの方は知ってると思うんですけども、どんな場合でもいかなる場合でも自分で意思決定して、だれに左右されることなく自分で診療所を選び、またいろんなところにかかって医療を受けるという権利をみんな持っているというところに果たしてそれが合うのかどうかと、この制度が。そのことを一番問題にしております。

大きい話になりますけども、日本国憲法で13条、14条、25条に結局、平等権とか生活権とか幸せを追求する権利とかいろいろあると思うんですけども、その辺に関して本当にこれが問題ないのかどうかということが一番基本になります。

そこから我々はスタートから反対しているわけですがけれども、確かに重複診療、重複薬剤の投与、これはもう確実に、全然ないかと言ったらうそになりまして、見受けられると思います。そしたらこれ、西成区内で生活保護の患者さんたちが一体どの程度のパーセントで重複診療したり薬剤を重複投与したりという数値を実際に役所の方々、大阪市が持っているのか、それが明らかに他地区より多いのか、また日本の平均から多いのかという根拠を我々には全然示さずに、何となく多いねんと、新聞報道とか見て。という感じでこれが実際スタートしている。文章から考えてもそうなるんですね。これが一番、僕らにとって問題点。

これは、後ほどまた原さんが多分指摘されると思うんですけども、大阪市の実際に生活保護者の医療扶助の費用のパーセントですけれども、平成11年ぐらいには59%ぐらいだったんですね。これ、かなり高い率やと思います。ところが平成22年には、大阪市全体の話ですよ、45%まで医療扶助の費用は下がっております、全体の費用の中で。これは、全国平均47.2%と比較しましても大阪市は決して高くない。その中で西成区はどうだろう。43.4%です、2年前。ということは大阪市の平均よりも低い。全国ではもちろん低いわけですね。それをさらに何かの輪っかをかけて制限するようなことが必要なのかどうかということに甚だ疑問を感じております。

実際に生活保護の医療扶助の費用が物すごく高い。なぜかといえば生活保護の方が多いからです。要するに、トータルの額が多いというのはそういう意味で、1人の平均をとってみたら今のように大阪市の平均よりも低いし、全国平均よりも低いということです。そ

れにこういう制限を加えたりすることで、また要するに受診抑制がかかったり、さらに下がることもあると思うんですけども、そのことで病気の発見がおくれたり、結局、病状が重くなったりとかいう心配を我々は一応しております。

これ非公開でしたかね、公開ですよ。

○鈴木座長 公開です。

○馬場谷さん 確かに、法を破ったような受診の仕方や、投薬を実際にどこかで売買するというようなことも伺っております。私はそれを伺っている話で、現実にはそれを実際に見たわけでもないし、証拠をつかんだわけでもない。これは、生活保護の患者さんだけに限らず、一般の保険を使って診療を受けて、その場合に同じようなことをしているというの伺っております。これも伺った話です。ということは別に生活保護に限ってないという事で、これをどないかしようと思えばいろんな方法があるわけで、結局、その議論で我々が反対したのは、薬局も一つにせえという話が最初、登録であったんですけども、余りにも人権無視してるし不便やし、これは薬局に、要するに薬剤手帳さえ持てば済むことですから、薬剤手帳を持たないと診療できんというふうにちゃんと義務化すれば薬の重複はあり得ない。そこに何を今投与しているか全部わかるわけですから、各診療した先生が。だから、それで解決できるはずですね。そういうふうに一応お願いしたんです。それが通ってるわけです。そうすると、薬局一つにする、登録するという意味がもうほとんどないと思うんですね。それでもまだ登録にこだわってはって、薬局は一つにしなさいというような指導を現実に行っているケースワーカーも現在あります、まだ現実に。

結局、いろんな討論を重ねてきてかなり改善はしていただいているんですけども、最初の当初と同じような言い方をするケースワーカーもたくさんおられますし、役所の方もたくさんおります。これ、現実には患者さんが圧迫を受けて、受診抑制なりそういうことももう実際にかかっています。これはどうにかしていただきたいと。

実際にそういう重複を防ぐ方法とか過剰診療を防ぐ方法というのはほかにあるわけで、診療のほうをちゃんと抑制すると思えば、今ちゃんとレセプトは電子レセプトでほとんど請求されておりますので、一定の高い点数の診療所なり病院はいつでもピックアップできるわけですよ。そこからのアプローチを続けていけば、ちゃんとそれは防げるわけですよ。こういう登録する必要も何もない。そういうふう到我々も考えていますし、我々はそういうことに対しても協力することにやぶさかじゃないというふうにももちろん考えておって、これはやっぱりおかしいわけですよ、変な診療している場所も実際にあるわけですか

らね。新聞で摘発された人らのところもありましたけれども、そういうふうにはほかの方法に幾らでもできるわけで、わざわざこういう制限をするような、登録をするような制度を、また煩雑になり、患者さんがどっかを受診するときにやっぱり煩雑な経過がいっぱいあるわけで、それをできるだけシンプルに、行きたいときにはちゃんと行けるような方法でしていけば大きな問題はないと思います。

それから、診療が重複してくるということに関しても僕、一つ考えてるんですけど、例えば薬の手帳があれば検査の手帳がある、要するに重複するというのはほとんど検査が重複するんですね。あっちが悪いとレントゲン撮って、またこっちでレントゲン撮って、あっちで心電図とってまたこっちで心電図、これも、薬と同じような検査手帳、それから診断結果を張るようなところがあれば、もうそれを見れば5月1日に心電図と治療写真撮って正常やったということがわかるわけで、そしたら、次の診療所にもし受診したところでそういう必要がないわけですからね。

だから、そういう方法で、そやから薬剤手帳に限らず、こういう方法で幾らでも重複するような診療を防げますし、そしたらあとは不必要な訪問診療、囲い込みのような貧困ビジネスですね。そこにターゲットを絞ってやっていただければ、いっぱいちゃんと診療をやってる病院、我々のところにそんな無理な制限や輪っかにかかる必要は全然ないわけで、そういうことで、我々はそれに対していっつも反対してないわけで、だから、こういう制度はできたらやめてほしいというのがもうこれ基本です。これが一つです。

すみません、今日はこれだけをとにかく言いたいんで来させていただいたんです。

それと、西成特区に対して提案とかいうことなんです。さほどないんですけども、先ほど社会医療センターを今日どうするかということで、我々医師会としてのちょっと考え方がありますので、一言だけ今日は話させていただきます。

これは、社会医療センターのこの前の会議でも申し上げたんですけども、現実にあそこにある、今ベッド80ですか、60ですかね。

○鈴木座長 80。

○馬場谷さん 80ですかね。あの80というベッドというのは、かなり我々は重要だと考えております。

西成区の一応開業医の我々代表として考えているのは、まず我々が近くで、いわゆる公立の病院ですよね、というのは社会医療センターと隣の住之江区の一番北の端にある住吉市民病院、この2つしかないんです、現実には。そして、天王寺まで行きますと市大がやっ

とあるわけですね。大学というのはそう簡単に、いつでも入院で、こんなやつお願いしますわとすぐとってくれるようなところではないので、割と簡単にお願ひできるのは市民病院と医療センターなんです。

市民病院に関しては、今、もう大阪市の構想で恐らくなくなっていくという方向に今行ってると思うんです。これ現実の話。橋下さんはどうもなくしたいようで、府市統合で大阪府、府立病院ですね、府立急性期・総合医療センターというのがあるんですけど、そちらのほうに幾つかのベッドを持っていこうというように考えてはります。

このことで、そこの、多分100床余りあると思うんですけども、その100床と、それから医療センターの80床、合計合わすと200床近いんですけども、これがもし突然なくなるとしたら、我々にとってはかなりパニックになる。

もちろんそれは、そしたら府立へ送れとか市大へ送れとか、また近隣の病院へ送れとかいう話もちろんあるとは思いますが、現実には今までのようなつき合いでお願いしてる関係というのはかなり深いものがありまして、いつでもお願ひできるという環境が突然なくなるというのは我々開業医にとって物すごくつらいんです。住之江の先生たちも当然住吉市民病院、何も住吉市民病院の赤字、確かにこの話、僕らもそういう判断には立ってるんです。あの赤字をどうにかせえという。だから、あれを民営化して例えばそのままベッドを置いていただくとか、そういう案には我々賛成なんですけど、極端に言えば。こんなこと言うたらまた市民病院の先生に怒られますけども、そういう案でも、百歩譲っての話になりますけど、とりあえずベッドを突然あしたから200床急になくなるということは、我々開業医にとってはかなり死活の問題になりますし、一番困るのは患者さんです。これを一応、そのことの議論を抜きにして社会医療センターをすぐ診療所だけの機能にしようということは、できればやめていただきたいと。

あそこ、両方の病院は物すごい赤字で、確かに大阪市の税金をたくさん持ち出してるということに関しては医師会としても問題にしています。何かいい方法ないやろかというふうには考えております。だから、いろんなことを含めて、ベッドはできるだけどんな形にしる、移動するにしろ、その分は確保していただきたいというのが一応我々の希望です。

10分オーバーしましたけど、すみません。

2つだけに絞りましたが、よろしくお願ひします。

○鈴木座長 はい、ありがとうございます。

馬場谷先生、4時まででのご退出ということですので、馬場谷先生のご発表に対して何か

質問とかコメントがもしありましたら。医療扶助の問題は、すみません、後で原さんがしっかりご報告して、それでまたちょっと議論をやりますので、この時点で何かございましたらお願いします。

この特区の有識者座談会の位置づけなんですけども、これは、私に皆さんからアイデアをいただくという特別顧問の有識者座談会という位置づけなんです。じゃ私は何なんだということなんですけど、西成区長が特区の方針なりを全部まとめるリーダーなんですけども、その西成区長に対して私が諮問というか、するというような立場です。ただ、私自身は大阪市の特別顧問でもありますので、市長なんかが最終的にいろいろ決断するときのアドバイザーでもあるので、その両方でここの意見が反映されますが、ここで言ったことが全部通るということでもない、そういう位置づけでございます。

○馬場谷さん わかりました。ありがとうございます。

○鈴木座長 では、よろしいでしょうか。

それでは、先に議論を進めさせていただきたいと思います。大変重要なご指摘をありがとうございました。

それでは、次に坂本事務局長から社会医療センターの現状と課題ということでご報告をいただければというふうに思います。

○坂本さん あいりん地域の医療機関として設立されました大阪社会医療センター附属病院の現状についてのご説明をさせていただきます。

病院の概要です。資料の1をごらんください。

昭和45年に設立をされました。その前身は、当時、あいりん地域で医療活動に貢献されていまして大阪府済生会今宮診療所でその診療所長であった、釜ヶ崎の赤ひげ先生と言われた本田医師や当時の医療スタッフが、引き続き入院機能を持った当病院の経営に携わり、現在に至っております。当病院の礎はこの方たちによるものでございます。

当時、あいりん対策として、労働分野については国と大阪府が、福祉・医療分野は大阪市という役割分担、事務分担のもと、当病院は大阪市からの出捐金をもとに法人設立され、大阪市の外郭団体になっております。

設立の目的、趣旨は記載のとおりでございます。

場所は、西成労働福祉センターやあいりん職安との合築であるあいりん総合センターにございます。

事業内容としては、第2種社会福祉事業である無料低額診療事業、医療・福祉に関する

相談・支援、社会医学的調査研究、そして平成11年度から、結核患者へのDOTS事業を大阪市から受託しております。

診療科目は、内科、外科、整形外科は病床を持ち、精神科、皮膚科、泌尿器科は診療のみとなっております。

許可病床は80床ですが、現在60床で運用をしております。

職員数は72名、内訳は医師11名、看護師36名、そして薬剤師、レントゲン技師等の医療スタッフ、事務職員でございます。そのほかに非常勤医師や看護助手、給食調理、レセプト請求事務、保安管理・清掃など業務委託によるスタッフは約50名でございます。なお、常勤医師は大阪市立大学医学部からの出向職員でございます。

23年度の決算額でございますが、総事業費は15億2,400万円、医業収益は11億7,600万円で、その主な内訳は、入院収益が4億4,400万円、外来収益7億2,800万円となっております。大阪市からの補助金は3億3,900万円でございます。

次に、現状についてということで、設立から42年が経過をいたしました。この間の変遷なり、あるいは直近5年間の傾向など現状について、グラフを見ていただきながらご紹介をさせていただきます。

グラフの1でございます。

外来患者の推移、延べ患者数、1日当たりの平均患者数を開設以降おおむね10年間隔で見ますと、1日当たりの外来患者数は、最小が昭和60年度の1日当たり227人で、最大は平成17年度の363人となっております。景気の変動や日雇い労働需要により、地域の人口の増減があると言われてはいますが、人口がふえると病院を利用する人もふえるかと思われませんが、景気がよいときは仕事を優先し、仕事が少なくなると療養優先というふうに患者がふえる傾向にあるのが当病院の特徴でもありました。

グラフ2の直近5年間を見ますと、10万人から9万人、8万人へとこの二、三年減少傾向にありますが、景気がよくなって労働需要が増加したわけではございません。グラフ1の40年という長いスパンで見ると、8万人台はおおむね平均値とも言えるかと思えます。

次に、診療科別の患者数については、グラフ3と4にあるように、診療科別構成割合は内科が約40%、整形外科が約50%と多くを占めております。外科はこの5年間で半減しております。一方、精神科については、平成5年度に開設いたしましたが、受診患者数の増加が著しく、12年度から診療回数をふやしたものの、1診療で60人を優に超えてい

る状況でございます。

次に、入院患者の状況については、グラフの5、6にあるように70人台から50人程度に減少してきております。入院期間である在院日数が平均50日を超えていたものが、その半分の24日に短縮されてきました。以前は、入院時に住所が定まっていない場合、退院後の居住確保先が生活保護施設中心であったこともあり、施設の空き待ちといった社会的入院も多かったが、現在は、退院時に民間アパートなどでの居宅保護という選択や、入院時には既に居宅保護を受給している患者が増加していることにより、退院調整がスムーズになり、平均在院日数が大きく短縮されております。入退院の回転率がよくなったということで、この数年は年間の入院患者の実数は700人から800人台を推移しております。

当病院を利用している患者の年齢層や傷病名については、少し飛びますが、グラフの12、13をごらんください。

グラフ13の外来患者の年齢構成比でございます。

40年の中間点である平成2年度を境に、前半の20年は50歳代より若い層が多く、後半の20年は60歳代が中心になっております。外来患者の平均年齢では、平成5年度が55.7歳、10年度58.4歳、15年度は58.3歳、20年度は58.8歳で、高齢化といえども60歳をはるかに超えているわけではございません。

なお、男女比は、近年98%が男性でございます。

次に、どのような傷病で通院されているのか、グラフ12の幅広の棒グラフが当病院の傷病分類別に見た各年度の概要でございます。

棒グラフの真ん中に実線の棒がある、避雷針のようにも見える線は、厚生労働省が定期的に行っている患者調査の成人男性分を一部抜粋した傷病分類別構成比でございます。

各年度の右端の損傷・外因とは、骨折、打撲、挫傷、切り傷、すり傷といったいわゆるけがでございます。その隣のグラフ、筋骨格系は、変形性関節症、腰痛、脊椎疾患などで、昭和55年度の調査では損傷・外因といったけがが飛び抜けて多く、平成2年度は筋骨格系とけがの2つの症状、いわゆる労働災害関連疾患が患者の6割を占めていました。このころは、まさにバブル景気の真ただ中の時期であったということでございます。

一方、実線部分は全国抽出による医療機関での傷病分類別構成比で、避雷針のように飛び抜けているのは、高血圧、脳梗塞などの脳血管疾患、心臓疾患等である循環器系疾患でございます。

22年度調査では、各傷病分類において、当院の幅広棒グラフと全国調査の実線棒グラ

フには大きな差異はなくなってきたという状況でございます。

次に、無料低額診療に関することですが、資料は戻って、グラフ8をごらんください。

健康保険がない、あるいは収入がないことから医療費の支払いができないため、無料低額診療事業の制度利用者は、23年度には4%を切る程度となりました。制度利用者は減少傾向にあったものの、グラフ9の直近の5年では、平成20年度以降は顕著になってきております。

その原因は、グラフ10にありますように、日雇い現場であるとか労災、無保険が生活保護に変化してきているというような状況でございます。

以上、開設当初から現在に至るまでの状況について説明をさせていただきました。

私のほうからは以上でございます。

○鈴木座長 ありがとうございます。

今日は、いろいろ、ちょっとテーマの違うことが幾つかございますけども、まず最初に全部ご発表いただきましてから、それから全体で議論するという形にしたいと思っておりますので、いろいろコメント等ご質問あると思うんですけども、ちょっと我慢していただいて、先に進めたいというふうに思います。

それでは、資料でいいますと、ちょっとここに挟んでありますのは私が後で説明しますので、4枚ほどめくっていただいて、今後の結核対策についてということで高鳥毛先生のほうからご発表をお願いいたします。

○高鳥毛さん 時間が限られてますんで、パワーポイントでちょっと早口で説明させていただきます。

この後で大阪市のほうで現在の説明があるということで、私のほうは、数字というよりも今後の結核対策についてのポイントについて話をしたい。

まず、あいりんの結核対策の問題点というのは、地域の中に結核対策の拠点がないこと。これはどういうことかとなると、地域外の医療機関に依存して、かつ入院に依存している。この入院も地域外になっていると。あともう一つが、問題解決型の保健医療システムになっていない。いわゆる縦割り、組織割り、特に生活保護行政と結核対策の間に若干整合性がない。ですから高コスト体質になって利用者の視点が欠けていると。

ということで、ここで無責任とちょっと乱暴な言葉を書いてますが、この無責任というのは、あいりん地域の結核対策の責任は生活保護行政が主導権を持っているのか保健行政が主導権を持っているのか、最近は若干是正されてますが、この点が一番問題である。で

すから、本来は大阪市も総力を挙げて協力して、やる。

一般的な結核の特徴と対策のポイントについて話をします。後でちょっと幾つかの話をするとき一般的な言語とかがわからないとわかりにくい。また、既感染者がほかの感染症と比べて多い。初期症状が軽くて特徴的な症状が乏しい。外来通院治療が中心に現在なっている。治療期間が長い。ですから、対策のポイントとすると、既感染者に対する対策が必要であり、かつ検診というのは2面ありますが、確定診断できる初期の医療機関がないといけない。あと、地域の中で完結した医療体制の構築が必要です。先ほど言ったように、西成、あいりんの場合はほとんど外部の医療機関に依存しているという点があります。あとは、患者の支援が必要な疾患である。

ということで、これはあいりん地区に限らず、日本の結核の対策はほかの感染症と比べて特別な、法制上それに組織をつくって対応していくといった点になっているということがあります。

あいりんの結核の対策をちょっと簡単に整理しますと、一つは、2000年までは漫然とした検診をやって、地域外の病院に依存するという、こういう形の対策をやってきた。2000年からは、積極的な患者発見と入院時に患者面接をして患者の支援をするという、こういう形の対策。数々、こういう検診とかあいりんDOTSとかこういうことをやって、これは、一応この対策を続けるに当たって全国の専門家の意見を入れて第1次の大阪市の基本指針をつくって、これに沿って従来型とは違って対策を進め、こういう成果で一応半減の目標を達成した。

しかし、この延長で今後やっていけるのかとなると、まず、依存する入院病院はこれから急速になくなってしまいうことがありますが。ですから、今から地域の中で結核医療を完結できる仕組みをつくっていく必要があると。

それと、患者の支援体制については、過去10年でできてきてますが、より充実させていく必要があるということになります。

これを簡単に図示しますと、従来は救急搬送とか医療機関、また検診で見つかった人を、生保をつけるために市更相を経由して、分室に医療機関を探させて、太い矢印のように入院に依存している。こっちに書いてますが、従来こっちの対策というのは本来保健所固有の対策のはず。本来は保健所みずからが行っていないといけなかったことです。

もう一つが、外来診療となると、従来の保健所の仕事が範疇を超える。ここで覆ってる部分をするためには結核センター的な、またこれ、プライマリーケアセンター的な機能を

準備していく必要がある。現在の現状の体制は高コストで、医療扶助、特に入院に依存している。特に外部の医療資源に過剰に依存する。この人たちをこういう仕組みに変える、これをずっと5年以上前から提案しています。

あいらんの地域の人々は、「未感染者」と「不活動性」というか、「治療を必要としない安定してる結核感染者」と「治療が必要な人」、「現在治療中の人」と「治療を終わった人」、こういう人たちで結核の対策の人と中身が違ってくる。

医療体制、今日の一番の中心課題は医療のことです。医療については、検診をして、従来は最後まで入院させていたわけですが、結核の制度が変わって、外来治療を重視するという形になっています。しかし、入院が地域外の病院に過度に依存している。これを一応なくして、本来は地域の医療施設で入院も対応できるようにしないとイケない。ですから、あいらんの地域の中の医療体制はもう抜本的改革が必要である。ですから、もう当初から最後まで地域で医療需要を満たす、こういう制度改革が従来、本当は5年前ぐらいから準備しておかないとイケない。このためには、公衆衛生対策と医療サービスの連携の強化とか、地域内の外来診療体制の整備とか強化が必要であり、1点、結核の対策は今、全国的に検診で見つかる患者じゃなくて、潜在性の感染者から対応するという戦略を取り入れていかないとイケない。

もう一つ、社会医療センター含めて地域の医療に関心がありますのは、保健所の活動の仕方もいろいろ課題があるからです。一つには、保健所には医師とか保健師、専門職員の医療職が配置されている。そこで十分な対応ができる職員がそろっている。ですから、大阪市以外の指定都市で大部分は保健所のスタッフで患者のすべての支援をやっている。大阪市では、さらに保健行政の組織が保健所と区役所と、さらにあいらんに分室があって、そこにも保健師が配置されている。初期の対応は区役所とか分室の保健師であります、DOTS等になるとHESOも含めて外部に依存するという、非常に複雑な構造になっている。ですから、結核の患者や支援というのは専門性が必要であります、その経験が行政内部で蓄積されないという構造になっている。

しかし、法的には保健所しかできないということがある。ですから、委託だけではできないということが実際には存在する。特に、患者情報については保健所が独占してますし、医療情報の収集というのも保健所でないとできない、こういう形であると思います。

ということで、保健所とか分室のあり方論ということも含めて考えないと、あいらんの結核の対策ということは十分な形をとれないんじゃないか。

それと、結核の検診というのは罹患率の高いあいりん地区においては重要ですが、ただ、検診というのは実施体制を整えて行う必要がある。ですから、まず読影とか判定したりする訓練されている医師が確保されてないといけませんし、要精検者に対してはそれをちゃんと勧奨したり説明する体制も必要ですし、それを受ける医療機関の確保とか、要医療者に対してその医療提供をするという仕組み、それから服薬支援とか生活支援の体制というものも準備して行わないと、結局、コストがかかり、金を使っただけということになる可能性がある。

こういうことを言ってますが、NPOヘルスサポート大阪をつくったというのは、かつてこういう特別清掃事業の従事者に対する検診を2003年から2005年のときに実施した経験では、検診をやっただけでは結果・成果に結びつかなかった。ですから、受診者とか患者を支援するという施策、対応を十分に備えないといけない。そのためにNPOヘルスサポート大阪というのをつくったといういきさつがあります。ですから、これだけ検診をするということはその後の対応を十分にするという備えが必要になる。

検診をすると西成ではどういうことになるか。これは先ほどの検診、2004年の結果ですが、ちょっと英語で書いてますが、明らかに要医療の人が2～3%います。実際には4分の1ぐらいの人は、所見があるけれどどう判断するか鑑別が重要な人です。ですからこういう有所見者が3分の1ぐらいで、この扱いをどうするか。

じゃ、このたくさんのお見者をだれがどう判断してどう処遇するのか。精密検査をいっぱいするとかえってコストがかかる。これを生活保護費でやっていくのか、それから精密検査の結果をだれが管理するのか、要治療者を医療機関につなげようとする、そこに多大なマンパワーが必要になってくる。こういう体制が整えられて実施しないと、かえってコストがかかるというだけになる。2003年であいりん地区では多い、こういう古い影を持っているわけですが、毎年検診しますと、ここに影が出てきて、こういう人をどう、もう即治療対象にするのか、観察だけにするのか、そういうルールも明確に決めて実施しないといけない。

あいりん地区の結核の対策を現実的に考えていきますと、どう考えても保健所の仕事と診療所の仕事をあわせ持つセンター的なものが絶対に必要だと思います。特にもう一つが縦割り行政の弊害を取り除くということも必要で、あいりん地域で結核対策がなぜ基本指針をつくってある程度成果を上げたのか、その前の2、30年間余り成果が上がらなかったのか、何が変わったのかとなると、予算とかマンパワーとか医師とか医薬品が日本です

からないからではなくて、やはりそれをマネジメントする仕組みがなかったからです。ですから、大阪市の場合、基本指針という全体の対策の方針をつくったということが、基本的には大きな意味を持ったというふうに思われます。

ですから、結果としては、人材の確保とかコストの抑制、それから結核問題の解決ということ、ほかの国を見てもすべて保健所機能と診療所の機能をあわせ持った仕組みをつくっている。これは、ここに書いてませんが、2000年、今から12年前のニューヨークでも、一応ここに書いてる保健所の機能と診療所の機能をあわせ持った施設、センターをつくっている。これは、昨年11月にサンフランシスコに行ったときのTBクリニックです。ここでもすべての機能を持っている。いわゆる外来とかDOTSとかアウトリーチサービスとかケースワーカーというような人も、ここへ行ってワンストップでサービスを提供している。ほとんど入院なしで、こういった医療施設ですべて対応をしている。

結核センターとか、プライマリーケアセンターというのは、実現可能性があるのかということになります。ですから、そういうまず医師を確保して配置できるのかとか、運営組織をどうするのかとか、こういう結核対策をマネジメントする人を確保できるのかということがあります。大阪ではずっと、例えば大阪府立の病院で結核の診療、それか府庁で結核のお仕事をされている医師の大部分は自治医科大学出身なんです。ですから、この人を大阪市にも投入するということがありますし、運営については、今、大阪市がこういう社会福祉法人をつくってますが、いわゆる社会福祉法人となると済生会であったり、聖隷福祉事業団体なり、また府市合同で病院局みたいなのをつくって、そこで運営するという方法もあります。府内には、大阪は全国一結核が多いところですから、これをマネジメントできる医師もいないわけではない。

あいりん地区でどのような医療が必要なのか、どのような結核対策が必要なのかを明らかにして、それに見合った医療組織、医療機関の構想を出すということが必要と思われま。ですから、その経営は公的な法人が望ましいわけですが、その法人だけじゃなくて、そういう診療機能を果たせる医療技術者を確保するというところに力を注ぐ必要もある。しかし実際、今の大阪の現状であれば、きちっとした構想を出せば2年程度で実現が可能だと私は思っています。

結核センターを成功に導く秘訣というのは、あいりんの対策をあいりんだけで考えてやる考えでは確実に失敗する。現状はあいりん地区の結核の受け入れ病院は全部府下の病院になっている。ですから、大阪全体ということ視野に入れてこのあり方を考えれば、必

ず絶対に成功するというふうに思っています。

ということで、最近でも実際に大阪公衆衛生協会というところで結核のパートナーシップの事務局を設けられていますし、今度、関西抗酸菌研究会で、この8月24日ですが、大阪人による大阪人のための結核対策という、こういう研究会をしようと結核病院の先生方が提案されている状況にあります。

ということで、もう1点、ちょっと危機感をあおるようですが、今、大阪は、一番結核対策ができる人材がいろんな分野で、いわゆる基礎医学、臨床医学、公衆衛生行政、それから結核の菌の分析検査をする人が全国的にもそろっているという状況にあります。ですから、こういう人的資源、しかしそれを活用してあいりんの結核対策をするという発想が全く出されていないという問題がゆゆしき問題だと思います。

しかし、これは、人間ですから歳をとってきますから、あと5年もすると急速にしぼんでなくなってしまう可能性がある。ですから、今現在そういう人的資源を投入して、あいりん地区のみならず大阪市の結核対策を進めるということをしなないといけないんじゃないかと思っています。

ということで、後で大阪市のほうで現状進めようとしている結核対策、別に大阪市に恨みはないわけですが、ちょっと厳し目に、ここに厳しく評価すると書いてますが、現在の対策は時代錯誤的とちょっと厳し目に書いてます。今日は時間がないんで。あとは高コスト、非効率、それから刹那的で長期的展望がないと。それと若い人材の参入と、こんだけの予算を投じてほとんど人が育たないという事業のやり方になっている。かつ既存の人材を離反させている。ですから、予算がなくなると、すべての対策もなくなってしまうのではないかと強く懸念しています。

現在求められている対策は何かとなると、結核対策を責任を持って推進する主体を一元化する。あいりん地区一つにしても、行政組織が悪く言うと乱立しているという形になっています。保健所とか、あと厳しく言いますが、保健所は技術職種が要るところで、単なる事務所ではなくて、問題解決を行える人材が要るところであるが、その特徴が十分に生かされていないと思います。ということで、行政内の専門職員の実務責任と実務遂行能力の向上ということが必要ではないかと。行政の論理を弱めて医療機関の論理というのは、いわゆる患者を何とかしようという論理をもう少し高める必要があるんじゃないかというふうに思います。

ということで、あと、まとめになりますが、大阪市の結核対策は、平成13年から基本

指針を作成して、公衆衛生対策として進めることによって大きな成果を上げました。しかし、現在大阪市がかなりの予算を投じてやろうとしているのは、生活保護と病院施設整備の対策の視点に偏っている。この半年を見ると10年前の対策に逆戻りするのではないかと懸念しています。公衆衛生対策としての視点、患者を中心とした対策として進める視点というのが弱まってきているんじゃないかと。本当は第2次の指針づくりとかもこれを重視していたはずですが、ここが最近では余り議論の対象になっていない。

それと、大阪市の結核の対策がこの10年成功したのは、大阪市の努力があったことはもちろんですが、それを支えるNPO・HESOも微々たるものですが、も含めてさまざまな組織とか団体の多大な支援によって成功してきたという点を忘れてはいけないと思います。ですから、行政だけであまりだけの結核対策として進めるということも誤りですし、過去10年の成功というのは大阪市の外の組織・機関、特に大阪府下にある結核病院がDOTSに積極的に協力してやってきたということが、成功の秘訣というか背景にあると思います。

しかし、現状の大阪市は、大阪で解決してきたと過信し過ぎているのではないかと、そういう声が周辺の病院の先生からも出されています。ですから、これまでこういう病院の先生も含めて裏切られた思いになっているという人もいます。

ということで、最後になりますが、目の前の問題の対処療法的な対策のために既存の組織に単純に予算とか人員を漫然と割り当てるのではなくて、そういうことはかえってあいらんの結核問題とか、あいらんの医療問題の解決を後退させる可能性もあると思っています。ですから、特区の利点を生かして組織の枠組みとかシステムの改革を大胆に行うことが必要ではないかというふうに思います。

あと強調したいのは、西成区とかあいらん地区の結核の対策を解決するという事は、西成区、大阪市、大阪府、さらには日本全体の結核問題解決のあり方にも影響するという事です。

ということで、これが結論ですが、あいらんの結核の解決のためには大阪全体の結核対策関係者の総力の結集が必要であって、そういうのと連動しないとあいらんの対策は難しい。現在、大阪府内の結核関係者の方々は大阪市の動きに注目しています。注視しています。ですから、理にかなった対策を大阪市のほうで提案すれば全面的に協力をしようという雰囲気になっています。今日はちょっとシニカルなコメントをしましたが、現在は応援しようという気にならない施策を進めていると感じています。この8月から新しい計画を進め

ようとされているとのことです。大阪府の総力を結集するというのが今、大阪府に求められているように思います。

以上で、かなり時間が過ぎましたが。すみません。

○鈴木座長 ありがとうございます。

それでは、現状の大阪府の今やっている対策についてちょっと補足説明をしていただきたいと思いますので、吉田医務監のほうからよろしくお願いします。

○吉田医務監 続きまして、その次の資料がございますけれども、西成特区構想におけるあいりん地域を中心とした結核対策の拡充についてという資料でございます。今、高島毛先生から説明していただいたように、大阪府では平成13年に第1次大阪府結核対策基本指針というものを立てまして、10年計画で、そのころ罹患率が100前後あったものを50以下にすると、半減させるという目標を立てまして、1年前倒しで9年目に半減することに成功したということですが、さらに平成23年3月に第2次の指針を立てまして、ここでもさらに今後の10年間で半減させると。

通常、感染症が減少していくときには、最初は早いスピードで減少していくのがだんだん減少の率が鈍くなっていくというのが通常でございます。今後の10年間に半減させるという非常に高い目標ではあるんですけれども、あえて半減という目標を立ててやってきたということでございます。

その中で、今回の西成特区構想ということがございまして、あいりん地域では特に結核の対策を進めていくと、西成特区構想の中で結核対策を進めていくという考え方が出てきてまして、それで、平成23年からの10年計画で本来であれば第2次の大阪府結核対策基本指針の目標である平成32年に全体の罹患率をさらに半減させる、50を25以下にするということで、それを西成区あるいはそのうちのあいりん地域に当てはめると、そこに書いてございますように、平成21年のデータである、これはもう実数で書いておりますけれども、290人を145人以下にする、あるいはあいりん地域の165人を80人以下にするという目標を立てておりますけれども、特区構想ということで、さらに予算と、それから人手をかけていくということで、特区構想の最終年と目される平成29年に3年前倒しして半減という、もともと厳しい目標をさらに前倒しして達成しようという意気込みで各施策を考えているということでございます。

その施策の内容でございますけど、その次の資料、施策の概要というところに書いてございますけれども、表がございまして、左側が現行の対策と、それで右側が拡充後というこ

とで、まず結核健康診断ということです。

結核の対策をするときには、早期発見・早期治療ということですのでまず健康診断が重要であるということですが、これまでも健康診断はやってきたわけですが、これまでも以上に健康診断を広げていくということを考えております。

そのこの現行のところを見ていただきまして、一般の健康診断、これは15歳以上の区民の方に対して月1回実施していた健康診断を、拡充後は、これはもう毎日、望むときに健康診断が受けられるという対策ということ。保健福祉センターで毎日健康診断ができると。特に65歳以上の高齢者の方には積極的に勧めるとのことですし、それから生活保護の新規の申請者の方にも勧めるとのことです。

それから、さらにその下の表の一番下のところにございますけれども、医療機関での健康診断ということで、65歳以上の生活保護受給者の方を対象として、これも医療機関にもともと結核以外の病気でかかっておられる、高血圧ですとか糖尿病ですとか肝疾患ですとか、そういうほかの病気でかかっておられる方に年に1回は必ず結核の健康診断を受けていただく。受診して、主治医の先生から勧めていただいて健康診断をしていただくというもの、これはもう月曜日から土曜日まで実際に医療機関はあいてますので、その間、年に1回は必ず受けていただくということをしていただく。それによって、これまでの受診者数が840人だったものを1万6,000人余りにふやしていこうと。

それから、次のページを見ていただきまして、検診車による健康診断ということで、これまでは、社会医療センターの下の部分ですが、労働センターのところに検診車をもち込みまして配車しまして、それでその地域の住民の方に対して健康診断を実施していたわけですが、拡充後は、より地域に住んでおられる方の近くまで検診車を配車いたしまして、簡易宿泊所ですとか福祉アパートですとかサポーターハウスですとか、そういうところの管理人さんとかあるいは地域のいろんな団体、NPOも含めて各種団体の方々、あるいは社会福祉協議会の方々のご協力も得ながら、必ずこれも年に1回は健康診断を受けましょうということを勧奨していただいて、人を集めていただいて検診車による健康診断を行うと。

それから、さらに医療機関で、その地域内の医療機関は社会医療センターになるんですが、これまで検診車で健康診断されてたような方々は、近くに住んでおられるということで社会医療センターに行っていて健康診断を受けていただく。あるいは、社会医療センターに通院されてる方の中で、これもほかの疾患で通院されてる方でも結核

健康診断をしますと結核が見つかる率がほかよりは非常に高いという事実がわかっておりますので、ほかの疾患で通院されてる方々も結核健康診断は年に1回必ず受けていただくと。そういうことによって、6,400人の方々の健康診断を1万9,000人余りにふやしていきこうということで、合計いたしますと7,000人余りの現在の状況を3万5,000人というような、5倍以上に健康診断の対象者をふやしまして、それで健康診断を拡大、拡充していくということを考えたいということでございます。

それから、その下の診療体制の拡充のところでございますけれども、そこは、先ほど高島毛先生からのご指摘もございましたけれども、社会医療センターの役割というのが非常に重要だというふうに考えておりますので、現在も呼吸器内科の先生はいらっしゃいますけれども、さらに的確に診断して、それを治療に結びつけられるということのために、専門医師のさらに確保を努めていくということも考えております。

それからあと、早期発見・早期治療ということで、治療の部分に関しましては、単に治療するというだけではなくて、そこにDOTS、服薬支援と書いてございますけれども、最低でも6カ月は薬を飲まないといけないということで、ほかに病気を持ってたり、あるいは免疫状態が悪い場合ですと、6カ月どころか9カ月とか1年以上に治療期間がわたるという場合もございますので、その間、毎日毎日薬を飲まないといけないんですけど、それをするともうやめてしまいがちになりますので、それを最後までしっかり飲んでいただくための服薬支援をしていくということで、これはDOTSということなんです。

その下の表を見ていただきまして、変わったところだけをかいつまんで申し上げますけれども、あいりん地域住民のところでは拠点型のDOTSと訪問型のDOTSとあります。拠点型というのは、社会医療センターにその患者さんに毎日来ていただいて、看護師さんの目の前で薬を飲んでいただくと。訪問型というのは、通うのはしんどいので自宅にいらっしゃるんですけども、そこに訪問しまして、それで目の前でお薬を飲んでいただくと。そういうことをそれぞれ別々のNPOあるいは医療機関にお願いしていただくということですが、今後は訪問型と拠点型を一体型でできる形に変えていきたいというふうに考えておりまして、これまでは拠点型に通っておられた方も、体調が悪くなってもう通えなくなった場合にはすぐに訪問型に切りかえられるというような形に変えていきたいというふうに考えておりますし、それからそれ以外に、その表の下のごとくでございますDOTS実施者の集いというものも実施しまして、実際にどうしても孤独になりがちな患者さんですけれども、これまでDOTSを終了して治療が終わったような先輩の方々とか、あるいは経

験者の方々などにピアサポーターというような形で入っていただいて、服薬の重要性、治療の重要性というものも伝えていただいて、それで最後までDOTSを実施して服薬を終了していただくというための集いも定期的を開催して行って、意欲の持続を図っていきたいというふうに考えております。

それから、後の最後のところでございますけど、実施体制ということで、西成区の中で結核対策チームというのを保健師と放射線技師等から成りますチームを設置しまして、今説明しましたような施策を、順次、予算をとりましたので、これからそれぞれ準備でき次第対策を開始していくということでございます。

それからあと、病床については、先ほどのご説明にもありましたように、大阪市内からの救急患者さんがほかの地域よりも多いにもかかわらず、結核専門病院は市外の医療機関にお願いすることが多いということですので、大阪市の市民病院の中では十三市民病院、ここに結核病床がございますけれども、これまでは17床しかなかったということです。この状態を少しでも改善させるため、ここの増床を図りまして、これから健康診断を拡充することによって一時的な患者さんを診られる可能性はございますけれども、それをすべて市外の医療機関にお願いするということにもなりませんので、少しでも市内でその状況を改善していくというために増床という形で市内での病床数をふやしていくということで、今回の方針を決めさせていただきました。

以上でございます。

○鈴木座長　ありがとうございます。

それでは最後、原委員のほうから医療扶助の問題についてご発表をお願いします。

○原委員　すみません、お待たせしました。

私のほうでお伝えしたいことは3点です。1点は、医療扶助は全体として抑えられていること、それから外来・通院の医療扶助費がとりたてて膨張しているわけではないこと、3つ目は、入院を減らすことが肝心だということです。

マスメディアというのは、目新しいこととか特異なことに注目して、それをクローズアップして報道する、あるいは悪いことを報道するという傾向があります。現場でいろいろ仕事されてる人も、やはり目新しいことに注目される、これは当然だし、そういう感覚は大事なんですけど、データをよく見ていくと、科学的に分析すると、やっぱりそれは違うということが出てくる。本当の問題はどこなのかは、データも踏まえて考えないといけな

まず、医療扶助は、生活保護の費用の中で圧倒的に大きい部分を占めております。一番左のグラフは、全国では入院と入院外を区別したデータがないんですけど、2010年度で保護費全体の47.2%が医療扶助ですね。馬場谷先生がおっしゃってるように、大阪市とか西成区では、全国平均より、医療扶助の割合は少し低いです。いずれにしても、医療費の半分は入院が占めています。財政的にも考えるとすれば、医療扶助をどうするかという点に一番着目すべきであることは間違いないです。

医療扶助の伸びはどうか。最初に示しているのは人数のグラフです。左側は大阪市、右側が西成区です。これ、積み上げグラフになっていて、一番下の入院の人数は増えてません。ほぼ横ばいないしは若干減です。全部積み上げた分が生活保護を受けている人全体の人数で、オレンジの部分が外来や往診の医療扶助を何らかの形で受けてる人です。見ていきますと、生活保護の受給者はずっと増えてきている。特に2000年代ですね。医療扶助を受けてる人もおおむねそれに比例して増えているということで、これは割合が高まっているというわけではないですね。

次は、金額ベースのグラフです。費用の話ですね。これで見ますと、入院の費用はやっぱり横ばいないし、最近の西成区でも微増程度です。オレンジ部分が外来・往診にあたります。外来・往診の部分は、もちろんある程度増えてはいますけど、生活保護費全体の伸びに比べると緩いんですね。上とむしろ差がついてます。だから、医療扶助費がボンボン増えているとは考えられません。

若干特殊なところですが、市立更生相談所、市更相と言われる機関は、あいりん地域の住居のない人を対象とした生活保護を主な仕事にしています。この場合は入院とか施設入所が中心です。更生相談所で保護をかけてすぐ居宅保護へ移行して、西成福祉とか近隣の区の福祉へ移る場合もあります。市更相は全体として対象者、保護している人数が減って、左が人数、右側が扶助費の費用で、医療費も保護費全体も減っています。

その次、緊急入院保護業務センターという機関があります。ここは2004年度から西区の阿波座に事務所を置いて、西成に限らず、市内全域の路上から救急で入院した住居のない人の生活保護を扱っています。左の人数をとってみても右の費用をとってみても、もちろんほとんど入院なんですけど、順調に減っております。着実に減っています。

ということで、次に少し別の形にしたグラフを示します。大阪市全体に占める西成区の割合、それから更生相談所や緊急入院保護業務センターがどの程度の割合を占めているかを読み取るグラフです。左が人数、右が保護費の総額です。大阪市全体は増えていますね。

ずっと増えていますが、西成区のウエートが高いとかというと、そうではない。医療扶助に限って見てもそうです。西成区で特別に生活保護が急増しているのとは間違っている。むしろ大阪市全体の中に占めるウエートは下がってきているんです。

次に、入院のデータです。これは大阪市全体としても、入院している生活保護の人は減ってきている、費用ベースでいっても横ばいですよ。その中で減り方が大きいのは、路上救急を扱っている業務センターで、人数も費用もかなり減ってます。更生相談所の分も減っています。西成区は横ばいです。ということで、西成区、市更相、業務センターの扱い分は、ウエートとしては下がってきている。その結果、大阪市全体としての費用は抑えられているのです。

次のグラフは外来です。左が外来の医療扶助の人数、右側が費用です。ここでいう外来というのは往診や歯科、訪問看護を若干含みます。大阪市全体では増えていますが、西成区のウエートは下がっています。全体より伸び方が緩い。費用で見てもそうですね。

ということで次のグラフ。保護費全体に占める医療扶助の割合を見ると、2000年代に入って、ずっと下がってきています。左側が大阪市全体、右側が西成区ですが、どちらも下がってきている。昔は6割近く医療扶助だったのが、このごろは44~45%ということです。入院の分も下がっていますね。

1人あたりで見たらどうでしょうか。ここでいう1人あたりとは、生活保護を受けてる人1人あたりじゃなくて、入院で言えば入院している生活保護の人1人あたりどれぐらいかかっていますか、入院外でどれぐらいかかっていますかという金額です。

まず言えることは、左の大阪市でも右の西成区でもそうですが、入院はものすごく費用がかかることです。入院の単価が若干、上昇傾向にあるんですけど、西成区でいうと、最近では月あたり77万円ぐらいかかっている。入院外、いわゆる外来の部分は月に5万7,000円ぐらいです。入院の単価は若干増えているんですけど、外来の1人あたりの月の費用は、とりたてて増えていません。市更相・業務センターは、少し入院費用が安いんですが、これはあまり変化していませんね。さっきの入院費用の単価が上がってるのは、たとえば社会的入院が減って本当に医療の必要な患者の割合が上昇したのか、それとも病院が、患者が減った埋め合わせに要らんことをやってるのか、この辺はちょっとデータだけからはよくわかりません。

まとめると、外来に関してはとりたてて膨張していないということです。現象的に見たら、いろいろ問題がある。これは馬場谷先生がおっしゃいましたけれど、過剰診療とか重

複受診とか受診の勧誘とか、それから薬、特に向精神薬ですね、睡眠薬や精神安定剤の多
種類多量の処方が目立ちます。精神科じゃなくて内科のほうがむしろ問題でしょうね。そ
ういう問題は、私も取材していてよく見聞きします。薬をどれだけもらっていますかと患
者に尋ねると、べらぼうに薬が入った袋を見せられたりします。十数種類もらってたりす
る。そういうのがよくあるんですが、費用で見ると大したことはないというわけです。言
ってみれば、しょせん外来の費用だということですね。頻回受診といっても、平均値で見
る限り、特段に費用が増えているというほどの大きな影響はない。一部の医療機関でそう
いうことはあるんでしょうけど、全体としてめちゃくちゃな状況になって生活保護費を膨
張させてるという見方は違うだろうということです。

そういう意味で、外来に関しては、問題是正の目的は、費用面より、薬の出し過ぎ・飲
み過ぎの有害作用とか、処方薬依存の問題への対処に置くべきだと思います。向精神薬の
転売という問題は一部あるでしょうけども、ものすごくいっぱいあるわけではないでしょ
う。あと、外来の問題で言えば、人工透析の対策は費用面では大きいと思います。

通院医療機関等確認制度については、馬場谷先生がだいぶおっしゃったので、もう詳し
くは言いません。ただし問題点として、まず過剰診療を行うような一部の医療機関にかえ
って固定させるおそれが現実には生じていること、それから対処法で、機械的に1か所限定
というふうなことを、医療内容のわからないケースワーカーがやるとよくない。柔軟な対
応が必要だということです。それから「おくすり手帳」は、薬剤師の仕事のあり方とも関
係しますが、処方だけ書いてあって診断名は通常書いてないんです。診断名までしっかり
書くようにすれば、十分に医療改善の効果があるでしょう。

医療相談室を設けるといいと思うんですね。薬剤師か保健師、看護師を、特にあいりん
地域に、さらに区役所にも置いたらいいんじゃないか。これは厚生労働省も、医療扶助の
相談支援員みたいな仕組みを導入しようと言っているんです。

あと、電子レセプトの活用。それからやっぱり、問題のある医療機関、問題のある患者
さんには個別にきちっとやるのが大事じゃないか。ぽんと全体に網をかけるようなこと
をやるべき状況かという、先ほどのデータから言っても疑問がある。むしろ個別対策を
ちゃんとやってほしいと私は思うんです。

肝心なのは入院を減らすことです。先ほど見たように、入院は、費用面で大きく効いて
くるんです。この間、大阪市は生活保護の入院を減らすことに成功してきています、減ら
すというか、抑えるということですね。これは、生活保護の不平等な制限が過去行われてた

のを、だいぶ緩めた。私は法律本来の運用に近づいたというふうに理解してはいますが、それから、それに伴って路上からの居宅保護とかもやってきた。その結果、野宿者が減って路上救急が減って、病院や施設からの居宅保護も進めたということですね。ここから考えると、やっぱり社会的入院の解消、それから精神科の退院促進が重要だと思います。これらは、本人の人権という意味でも大事です。社会的入院というのは人権侵害だと私は思います。人生の時間を奪ってしまいます。そういう面でも、自立支援という意味でも、財政の面でも、この点が決定的に重要で、全部が両立することになります。

次のグラフは参考みたいなものですが、左が路上からの救急件数のグラフ。どんどん減りました。昔はめちゃくちゃ多かったんですよ。路上から救急車を呼んで、それで入院して生活保護を受ける。消防局を振り回してたんですけど、このごろずいぶん減りました。右のグラフは行旅死亡人で、これも減ってきてますね。行き倒れで亡くなる人が減ってきました。これは、生活保護をある程度、ホームレスの人たちにもそれなりかけるといことが行われてきた結果です。自殺者は、98年にどっと増えたんですけど、リーマンショックの後の失業拡大のときには自殺者は特に増えてはおりません。それも失業者に生活保護を適用した効果でしょう。

病院の話にいけます。

行路病院、この図に書いてありますように、大阪市内だけじゃなくて大阪府外まで含めて、大阪南部を中心に点在しています。救急を受ける病院、そこから先の病院、いろいろあります。過剰検査とか漫然医療、職員水増しなどの不正、精神科等の人権侵害などがしばしば表面化します。「患者ころがし」という刺激的な言葉を私はあえて使いますが、大阪市とその周辺だけで30～40病院、おそらく大阪市関係で2,000人、それ以外で1,000人ぐらいの入院患者がおるんじゃないかと思います。これは、いろいろ診療報酬の点数の制度に背景があるんですけど、救急で入院したり通常ルートで入院したりした後、2～3か月ごとにぐるぐる転院を繰り返しております。また同じところへ何年かたって戻ってきたりします。昔は、そこから退院するルートがなくて、病院で死ぬか、あるいは逃げ出して野宿に戻るしかないみたいなことでしたが、このごろは敷金支給も行われて、ここから抜け出す人は増えました。

そういう中で、だいぶ前になりますが、97年には安田病院グループが、まあこれはめちゃくちゃな医療内容、人権侵害、不正をやっていたことが発覚して3病院に廃院処分になったことがありました。弱者を食い物にするという医療でした。最近では、奈良の山本

病院が、これは大阪を中心とした多数の生活保護患者を受け入れて、心臓カテーテル検査をやりまくっていた、必要のない検査もたくさんやっていた。そのうえ、手がけたことのほとんどない肝臓手術をやって患者が死亡したという事件も発覚しています。

入院医療の質の向上と退院促進のためには、入院のときからきちっと福祉事務所がかんで、転院についても支援計画をつくること、それから、課題のある病院には、ドクターをできたら雇って、これは外来もそうなんですけど、専従の医師を本当は雇ったらいいんですが、治療方針を医療機関と協議してほしい。チェックに行くとか摘発に行くというよりは、この人は治療をどうしたらいいんだろうかといったことを協議していくほうが実質的な意味があると思います。

それから、民間支援団体の協力も得て「患者サポーター」みたいな制度をつくって、病棟まで定期的に巡回する、それで患者の相談に乗る、退院も支援する。そういうことをやればずいぶん効果があると思います。少なくとも乱暴というか劣悪なことをやっていたら、すぐわかるようになります。患者サポーターに大した金はかかりません。

あと、路上救急を含めて公的病院がこのあたりの入院医療も担うということですね。

ちょっと時間がないので、今後のことと言いますと、単身の高齢者で入院しないで済む仕組みが重要だと思うんです。これから高齢の疾患とか認知症の人がふえていきます。身寄りもないので、状況に流されていくと、どんどん入院して医療扶助費を膨張させるおそれがこれからあるだろう。そのための手だてをどうやるか必要だと思います。これは、また次のときの会議に主に話をするテーマにもなろうかと思っています。

あと、社会医療センターのことはこれからの議論の中で出ることなんですけど、私個人の意見としては、先ほど外来の医療内容のチェックというか、別の立場から公的医療機関が医療内容を評価するという意味合い、それから入院についても、少なくとも定期的に公的なまともなところで受け入れることをすれば、でたらめな診断名をつけまくるみたいなことはやりにくくなる。そんな意味合いも含めて、社会医療センター的なもの、あるいは公的医療機関はきちっと残す必要があるんじゃないか。

ただ、今のような形であいりん地域の真ん中にある必要はないんじゃないか、別法人に譲渡することとか、場所を移転することを含めて考えたほうがいいと思っています。

以上です。ありがとうございました。

○鈴木座長　ありがとうございました。

それでは、残り30分ぐらいで議論したいと思います。

高鳥毛先生と原さんのご発表についてはもうほぼ結論という気がいたしますけども、非常に完成度の高いご発表をいただきましたので、補足的にいろいろご意見をいただいて議論するというような形にしたいと思うんですが、今日一番結論といえますか取り上げたいテーマは社会医療センターをどうしていくかという、最後、原さんからスライドもいただきましたけども、その問題を、残り30分ぐらいですので、できれば15分ぐらい使って議論をしたい。残りの結核と医療扶助の話については、私は基本的にこれ完全に賛成しておりますので、補足的にいろいろ議論をできればというふうに思っております。

社会医療センターについては、ちょっと飛ばした資料がございまして、高鳥毛先生の資料の手前がございまして、ちょっとごらんいただきたいと思うんですが、大阪市ではご存じのとおり市政改革プロジェクトということで一種の事業仕分けをやっておりまして、いろんな大変たくさんの方々の事業について仕分けをしたわけでございます。まずゼロベースのグレートリセットということで試案というのが4月に出てまいりまして、それで社会医療センターの仕分けはどうなったかということですが、結論は一部廃止ということで、効率的な運営形態に向けた見直しを行うと。利用者の多くが生活保護を受けていて、98.7%ぐらいでしたっけ、日雇い労働者への施策、これは無料低額診療という意味合いも大分薄れてきているので、診療所機能のみに縮小してくださいというような結論になりました。それを受けましてパブリックコメントなんかを受けて素案になって案になって、最新では7月30日に市政改革プランというのが出ておりますけども、基本的には同じ考えでございまして、医療サービスとすれば診療所機能のみにするというような案が出てまいっておりますので、これをもとに多分議論をするということになると思います。

まず、なぜこういう結論が出てきたのかということですが、基本的に無料低額診療をやっているところだというような位置づけで、つまり無料低額診療というのは、生活保護にかかってない、あるとき払いの催促なしということで、非常に低額な診療を野宿生活者や日雇い労働者が医療を受けるときにそれを使うという位置づけで今までやってきたものであるのに対して、実際には今はそういう方々は大分生活保護に移られているので、生活保護の方々が利用していると。生活保護を利用している方々というのは医療扶助もあるわけですから社会医療センターを使わなくてもいいじゃないかというような考えに多分立っているんだと思うんですね。なので社会医療センターは縮小するというような、そういう結論に多分至ったと思うんです。

まず、根本的な疑問は何かというと、大阪市の財政的に3億円ぐらいのお金が出てると

ということなんですけども、基本的に社会医療センターというのは民間の社会福祉法人ですので、それに対してなぜ病床を減らすとか診療所にするというような方針が市政改革PTで出てくるのかということに私は疑問を感じます。つまり補助金の部分は、表でやってる部分については補助金を出すというのは理解できるんですが、それ以外の部分でもし高コスト体質なり無駄な部分があるということであれば、効率的な運営をしてくださいと、あるいは補助金を切りますよというのが基本的な考え方だと思うんですけども、一応、法人としては民間の法人、いろいろ市からの出向も多いのは知ってるんですけども、それに対してなぜ病床が要らないというような結論になるのかというのがちょっと理解できないところなんです。

それから、現状ではなぜ生活保護受給者がいろいろ利用しているかということ、生活保護受給者が安心してかかれる病院というのはそれほど多くないという現状があって、しかも、もともと日雇い労働者や野宿者ですからいろいろくせのある方も多いわけですけども、そういう方々に対するいろんな対処方法というか、継続的な医療という意味でのノウハウもお持ちであると。

それから、第3に結核対策というのは、この文脈とは全然違う文脈で動いてるわけですが、結核対策という意味では拠点病院を必要としていて、まさに結核外来をここへふやさなきゃいけない。結核対策をできる病院が地域ではここしかないという現状で、ここをもう少し拠点化すべきだというような議論になりつつあるのに診療所にしてしまうと。有償診療所か無償診療所かまだちょっとわかりませんが、という意味でかなり疑問がいろいろわき出すところなんですけども、この辺について何か補足説明を坂本事務局長のほうから、ちょっと立場は違うと思いますが、していただきますでしょうか。

○坂本さん 今、座長のほうからお話があった件なんですけども、独立した社会福祉法人ということなんですけれども、冒頭説明しましたように大阪市からの出捐金100%、税金で作った外郭団体であるということで、それと設立の趣旨、目的の中でご説明しましたようないわゆる政策目的を持った病院であるというようなことで、日雇い労働者の方が保険のありなし、あるいは収入のありなしにかかわらず安心して医療が受けられるところであり、そしてその傷病の治療を終えた後、日雇い労働者としてまた復帰をしていただくという目的でつくられた病院であるということから、多分、PT案の中で言われてるように、生活保護の方が97%というか多数を占めることになったので、その役割は一定終えたんではないかというような判断であったんだろうというふうに私は理解しております。

ただ、そうはいうものの実際に来ている方は、日雇い労働の現役の方もおられますけれども、また元日雇い労働の方もおられますけれども、来られてる方は変わってはいないんですね。あいりん地域で生活拠点を持っておられる多くの方が安心してここを受診してこられている現実というのは現在もあるだろうし、今後も続くだろうというふうに考えております。その中で、補助金というのが3億うん千万円いただいておりますけれども、それは病院全体の運営に係る経費という形になっておりますので、そこでPT案である、政策目的にある無料低額の対象である費用の5,400万程度を補助すれば事足りるであろうという先ほど言った趣旨からすると、その程度で補助金というのは削れるというか、そういう形になってるかと思うんですけどね。

ただ、そういう目的と、それと病院を経営するという立場からすると、先ほども言いました1日300人の外来の患者さん、そして年間700人から800人おられる入院患者さん、その後段の部分はなくして診療所機能だけで経営が法人独立して成り立つかどうかというのは、病院の経営のことをご存じの方であればそれは非常に難しいのではないだろうかというのは現実問題としてあります。

それと、診療所機能を特化するということになると医療スタッフがどれだけ確保できるかというようなことにも影響してくるかというふうに思います。規模もそうなんですけども、1日300人の外来患者さんになると、それほど今の職員数、70人ぐらいと言いましたけど、あと非常勤の方等々を入れると100名、たくさんいますけども、そういった方々のほとんどが関与しなくていいかといえ、そうではないんですね。やはり診療機能ということになると、内科、整形外科等々の診療科目をやろうとすると今のお医者さんあるいは看護師の数が要るということですし、要らないというのは病棟の看護師さんとか給食調理員というか、そういった方が要らないというだけで、そういったことを考えると、法人として独立して診療所機能のみで実施する、いわゆる補助金が無料低額だけでやるというのははっきり言って困難というふうに考えております。

○鈴木座長 どういうふうに話していったらいいのちよっと迷いますが、社会医療センターについてのご意見がもしありましたら。

はい、お願いいたします。

○織田委員 地域の立場から伝えると、アルコール依存症および精神疾患の方が他の地域よりは多い。この方々が他の病気で、一般病院に入院することが難しい。そのため、医療センターを受診している。アルコール依存症の方、そういう方々は、アルコール依存の治

療はもちろんアルコールの病院に行きますが、そういう方々が内科の病院の入院になったらやっぱり医療センターという選択というのが多い、と地域の方々から聞いています。

あと、そこでずっと生活を送っている方々が、医療センターがあいりんの外に出来たとき、今行っている方々がその新しくなった病院に行けるかというところで不安に思っている支援者の方々がたくさんおられることも事実です。

だから、その辺のことも踏まえて今、現に生活され、社会医療センターの利用されている、そこを利用されている方々の現状を考えたときに、将来は変わっていくかもしれませんが、現状では社会医療センターは必要というように多くの声を聞いていますので、あいりんの支援者の声を代弁させていただきました。

○鈴木座長 逢坂先生や梅田先生、いかがでしょうか。

○逢坂さん 時間も押し迫っておりますので、はしょった資料で話をさせていただきたいと思います。

先ほど結核については高鳥毛先生から話がありましたので、私は、結核以外の健康問題とその対策に焦点を絞りたいと思います。

今、あいりんで暮らしてられる生活保護を受けてらっしゃる方の中には、長く日雇い労働者として働き、経済不況と相まって高齢、疾病などのために野宿を余儀なくされてきたという人が大勢おいでになります。

これ（パワーポイント参照）は2000年の、ちょうど大阪市内に1万人ぐらいのホームレスがいると言われた時期ですけれども、大阪市内のホームレスの変死の調査結果です。野宿者と簡易宿泊所投宿中の者の死亡実態を大阪府監察医事務所の方々と共同で調べました。死亡平均年齢は56歳と極めて若く、肺炎あるいは餓死、凍死を初め、総じて予防可能と思われる死因によって死亡しています。必要な医療の提供が不備であるだけでなく、生命を維持するために必要な最低限度の食あるいは住さえ保障されない中で死亡しています。

結核関連事項は、その中（パワーポイント参照）に書いてありますように、下から4行目でございますけれども、死因が結核の死亡と、死因は結核でないけれども解剖などをして活動性の、治療しないといけないような結核を患っていることが判明している死亡を合わせると、ホームレスの全死亡の1割が結核を有する結核関連死亡です。

死亡発見時の状況については、内臓が腐敗してウジがわいているというような高度腐敗状態で見つかった人が24例8%、そのほかに、大阪市内であるにもかかわらずミイラ化

したり、あるいは白骨化して見つかった人、こういう人たちが、それも全体の1割を占めています。2月に見つかった野宿者死亡の3分の1は凍死でした。野宿を余儀なくされた人の中には、次は自分の番ではないかというふうに思いながらこういった死亡を見ていた人も多いのではないかと思います。

当時大阪社会医療センターに入院していた患者さんからの聞き取りの結果をもとにお話します。ほとんどが家族と連絡をとれない状態ですし、未婚が6割、離婚が3割強、あいりんの中でドヤやアパートでひとり暮らしをしています。教育については、6割が中卒以下で、小学校にも一度も行ったことがない人もいます。幼少時から貧困で家庭的に恵まれない状況であったことは、彼らの身長が平均して（国民平均とくらべて）低い人が多いということからもわかります。成長期に必要な栄養摂取ができていない状況であったことを示しています。先ほどからも話にありましたような貧困の再生産という状況が、彼らの健康状態から見ても明らかです。歯も極めてひどくて、しばらくの時間向き合って話をしていると、上と下との歯の数がすぐに数えられてしまうというような状態で、6割以上が40歳までにほとんど役立たないような歯の状態になっています。あいりんに来てからは、3Kと言われるような非常にきつい日雇い労働を続けて体がぼろぼろになり、さらに野宿をせざるを得ないような状況になってますぼろぼろ、がたがたになっていった。その後生活保護を受給しているというのが今の彼らの状況ではないかというふうに思っています。

そのような人たちの健康課題として、特にあいりんの日雇い労働は建設労働を中心とするものでございますので、それに特有な課題、例えばアスベストや原発その他の肉体労働による健康破壊の問題があります。例えばアスベストにつきましては、アスベストが危険なものであるということを知らさずに、「わしな、石綿積^{いしわた}んであるところの上に寝てたことあるで」みたいな話とか、あるいは「マスクなんかつけたことあらへん」というような状態でアスベストを扱う仕事をしていた人たちが大勢います。ビルも含めて建物の解体もアスベストを初め粉塵の多い労働ですが、彼らの日雇い仕事です。最近、地震や津波の後片づけと言われて福島に行ったら原発の後片づけをさせられたという事件がありましたが、以前から、「原発の掃除の仕事をしたことあるで」と言っている人はかなりいました。放射能の危険性も教えられずに、常勤職員はしないような危険業務をさせられていたようです。「あのビルもあのトンネルも高速もわしらがつくったんやで」と話をする彼らは、アスベストや原発を初めとして一番危険な仕事を、その危険性や防御方法などについての必

要な知識を与えられないままで使い捨てにされてきたのではないのでしょうか。

アスベストを初め粉じん作業や放射能の健康への影響は、長期にわたりきちんと専門的な健康管理をする必要がありますけれども、日雇い労働者は全く放置された状態でありま
す。あいらんに帰ってきても健康管理をする体制がとられていません。

不況になればまず仕事がなくなるのも彼らですが、野宿は心身の健康をむしばんでいき
ます。先ほどホームレスの死亡の話をしましたけれども、あれは死んだ人だけの話ではな
くて、その水面下には、同じようにすさまじい状態で健康破壊が進み、今にも死に至りそ
うな状態で野宿している人がいるということを示しているものです。

このほかにも、パワーポイントに書いてありますようにアルコール依存の問題、飲酒習
慣のある人、薬物依存のある人、不眠やうつその他のメンタル疾患を抱えている人がかな
りいらっしゃいます。さらに、粉じん環境の労働従事歴があり、なおかつ結核既往歴のあ
る人、結核の治療歴がなくても肺にかなりひどい陰影がある人が多い上に、タバコを吸う
人も多いこともあって、低肺機能の方々の割合が非常に高くなっております。

しかも、日雇いとして建設労働で仕事をしているときには「汗をかき過ぎて皮膚に塩が
吹いた」ことを経験しているので、仕事をしなくなっても塩分とり過ぎの習慣がなかなか
抜けずに非常に塩辛いものを食べられます。弁当を食べても塩やしょうゆをかけて食べる
習慣をもつ人もおられたり、あるいは先ほど言いましたように、飲酒習慣を持つ人がかな
りいます。ここに述べましたようなものはいずれも長期にわたる治療を必要とするもので
ございますので、なかなか継続することが難しいという点があります。しかも一般地域に
おきましては食べ過ぎで肥満があり糖尿病を患っている人が多いですが、釜ヶ崎におきま
しては栄養不良状態にあるにもかかわらず糖尿病の人が非常に多いのが特徴です。糖尿病
があるということは結核対策上も非常に大きな問題です。そのほかにも、B型、C型とい
ったような感染性あるいはアルコール性の肝機能障害の方もかなりいらっしゃいます。

結核をはじめ、あいらん地域に住む方々に多い以上のような病気を予防し、必要な治療
をきちっとしていくためには、地域内にかかりやすい医療機関が必要です。特に日雇いの
建設労働をやってきた人たち特有の問題にきちっと対応できるような医療ができる医療機
関が必要です。地域に密着し、新たな健康課題にも柔軟に対応していけるような、公衆衛
生部門をもあわせ持つ医療機関であるということが望ましいと考えます。NPOヘルスサ
ポート大阪の実践的研究活動は、そのためのモデルであると思っています。

しかしながら、あいらん地域の健康課題はNPOのような小さな組織だけで対応できる

ものでもございません。ぜひとも大阪府・市行政を含めて多くの組織、団体、専門家の力を合わせて、一歩ずつ解決への道を探っていくことが必要であるかと思えます。あいりんの保健医療対策について、今回に限らず継続して話し合う場を持っていただきますように切にお願いいたします。

話を聞いていただきまして心から感謝いたします。ありがとうございました。

○鈴木座長 ありがとうございます。

ちょっと論点を広げていただきましたので、全体を通してのところで皆さんのほうから何かコメントなり意見なりがありましたらここでお願いできますでしょうか。

○梅田さん 私は、現場で動いている一看護婦としての意見なんですけども、私は直接患者さん、また利用者さんの話を伺う機会が多いです。先ほどから馬場谷先生とか織田さんとか原先生、皆さんの発表の中にありましたように、社会医療センターをどうするかということに関して私の意見としては、精神の方、アルコール依存の方、それから結核に実際に罹患されてる方たちが西成は多いですよ。そういう人たちを遠方の病院にお願いするしかないんですね。ほかの地域の方たちにお願いしている現状です。しかし、そういう方たちを自分たちの地域で見ていく医療機関というのは必要なんじゃないかと思えます。

そして、先ほど逢坂先生がおっしゃったように、野宿を余儀なくされた方たちはひとりぼっちで地域で生きております。多くの支援者の方もおりますけれども、ひとりぼっちですね、孤独を抱えております。そういう人たちが自分の西成、あいりん地区外の遠くの結核の病院に入院したりアルコール依存の病院に入院したりしてしまうと、1人であるためにお見舞いに来る人もいないという状況の中でいたたまれなく自己退院してしまうという現実が実際にあるんです。そういうふうになると治療は長引きまして、さらに医療費はかかるという現実があります。これが、地域の中に社会医療センターのような病床数のあるところで治療を進める。精神科とか結核病床を持つとかということをするれば、地域の中で見ていけますし、野宿の元労働者の方たちも寂しい思いをしなくて済むのではないかなというふうに思います。

そういうことで、社会医療センターは病床を持った病院のほうにさらに発展していただき、熱いお医者さん、熱い看護婦さんなど、この地域で働きたいという人はいますので、ぜひぜひ縮小しないでほしいです。これは多くの方が思ってることですので、よろしくお願ひしたいと思えます。

それからもう一つ、馬場谷先生が必死に訴えられてましたが、これは私も馬場谷先生の

意見そのままです。患者さんたちの声を聞いてると、これから皆さん高齢化していきます。そうすると、通院医療機関等確認証みたいなものをそれぞれ受け取ってはいるけれども、「ええっ、何やあれ」とか、「そんなの来たかな」というのが実際にあります。これからさらにふえてくると思うんです。

この間私、ちょっと体験したんですけれども、そんなのもらってないという患者さんがいました。だけれども体調が悪く動けないんです。不整脈で治療中だが体調悪く通院していない方。以前に心臓に飛んで意識不明になられた方なんですけれども、もう食欲も全然なくて、身長182センチで体重が四十五、六キロしかない、もう動けない方だったんですね。病院に連れていけなくちゃいけない、じゃ病院にとりあえず行きましょうと行ったが、医療券がないから診られないという医療拒否されました。そういう事実が絶対にこれからもっと起きてきます。医療券の通院医療機関等確認制度ですか、これは本当に速やかになくすべきだと私は思ってます。

以上です。

○鈴木座長 ありがとうございます。

確認制度の話については後ほどちょっとまた取り上げたいと思いますので、とりえず社会医療センターについて引き続きご意見をいただきたいと思うんですが。

○水内副座長 ちょっと坂本さんにお聞きしたいんですけど、2年前にあいりん地域のあり方、現状の中で医療センターのことにに関して数値を分析させていただいたときに、規模に対して少し患者数が少ないんじゃないかという、そういう数字が出てきたんですね。これ、裏返すと、もうちょっと幅広く、いろんな方をというのは無理無体ですからなかなか難しいんですけども、規模に対してちょっと患者数が少ない、通院数が少ないという結果が出たんです。これに対してどのようにお答えを何か市の方に、それじゃもっととればええやないかという話に対してどうお答えしたらよろしいものなんでしょうか。

○坂本さん 先ほど言いましたように、今1日300人というので、内科では1診療30人、午前中ですし、特に精神科になると1日60人を超え、90人のときもあるというようなことですから、患者さんが少ないというのはちょっと私自身は理解はできないですけどね。

それと、入院患者さんにつきましては先ほど言いましたように80床で70人台でなかなか回転率が回っていなかったのが、今回転じてきているし、ここ5年ほどは実入院患者数は700人から800人台を推移してる現状なんですけども、先生は、うちの規模ではもっと通院患者さんも入院患者さんもふえて当たり前じゃないかということなんですか。

○水内副座長 ちょっと語弊がありましたので、医療費の占める割合が少なかったということなんですよ。それは、裏返してしまえば外来が多いとか、お金のレセプトはあるけどもそんなに点数が上がってこないとかお金が上がってこないものが多い。もっと言うと、アルコールや精神やしんどい方でちょっと丁寧に診ないかんような機能を有してるといふうにして言いかえたほうがいいのか、私、本当は、なかなかほかでは受けてくれないようなところで受けるという特質をやはり生かさないかんという形で持っていったほうがええのか、その辺、再度ご確認したいんですけども。

○坂本さん まさに政策医療として設立された病院でありますので、そういった形での方向性というのは、それはそれでやる必要性があるならばという形に思っております。

特に精神科につきましては、今、皆さんのほうからありましたけれども、あるデータではうちの患者さんの半分近くがアルコールあるいは薬物依存という、他の精神科では余り見られない特殊性がありますので、アルコールというのが一番この地域では大きな、肝臓もそうですけども、ありますんで、そのあたりについてはとりわけ力を入れていかなあかんと思うんですけども、なかなかお医者さんの確保が現実にできないというので、今、診療が週2回しかできないというところ辺がちょっとしんどいところです。

○水内副座長 よくわかりました。

○高鳥毛さん 5月にお招きいただいたときもこういう話をさせていただいたんですが、やはり社会医療センターの最大のネックは、大体普通のこういう僻地へ行こうと特殊なところへ行こうと、それに見合った医師が医療施設にいるということがそういう診療機能に影響すると思うんですが、社会医療センターの場合は、地域で今も出てますように精神とかアルコールとか結核とかに必要な医師を確保するというところで始まっているんじゃないかと、今いる医師で対応すると。それも大学病院で普通の専門診療をする医師がローテーションで来て対応するというところに、そういう地域の医療ニーズに対応できないし、せっかくこういう貴重な社会資源がありながら活用できない。ですから、やっぱり人が人に対してサービスするのが医療の基本で、その医師を市大だけに限定してるところが、やはりこれだけの受診者がいて地域からも期待されながら、病院経営するほうも結構大変な理由じゃないかなと。

ですから、何遍も言ったように、先ほど梅田さんも言ったように、むしろ海外に援助に出たり、NPOヘルスサポート大阪も今、日本全体から研修に来る医師とか学生で結構仕事の大半が占められている。ですと、そういう人が参入したり公募して入れるようなこと

をまずすれば、診療機能も結構堅実対応になるんじゃないかというふうに思います。

○鈴木座長 ありがとうございます。

今ちょっと高鳥毛先生が一定5月にとというのは、一度、有識者座談会ではなくて結核対策や社会医療センターの問題も含めてざっくばらんに議論をいただくということで、高鳥毛先生と田淵先生と井戸先生にお集まりいただいて結核対策の部局とともにちょっと話し合ったことがあるんですけども、そのことを指していただいて、何度かというか、そういう議論はここ以外にもやっているわけでございますけども、大変貴重な意見をありがとうございます。

○ありむら委員 細かなことだけちょっといいですか。

○鈴木座長 はい、どうぞ。

○ありむら委員 現場から見て細かいことを一つだけ言いますと、ドクターの問題もそうですけども、余り言いたくはないんですが、職員さんについてもそういう意味ではあいりん地域の特性に対応できるような力というのが非常に落ちているというのは感じますよね。労災になった人に対するサポート、私も在職中はやっておりましたけども、やりとり一つにしても、なぜ例えば休業補償費の立てかえが必要なのかとかいった患者さんが置かれてるあいりん特有の生活状況なんか何ら知らないというか、余りそういう状況だとかを知らない。それどころか書類一つにしても書き方がよくわからないとか、信じられないことを経験したことがあります。その背景を聞いてみたら、アウトソーシングで事務の人が外から派遣されてきてやってるからだという説明を受けてるんですけども、そういうところに実際、体験として遭遇してますので、その辺のところも含めて対策は必要なんじゃないかなと思っております。ニーズにこたえるにはですね、地域医療の拠点としての。

○鈴木座長 いろいろ議論は尽きないわけですが、何となくここの場の意見としては、社会医療センターである必要は必ずしもないと思うんですね、法人としてね。場所も、あそこである必要は必ずしもないかもしれない。けども社会医療センター的な拠点病院なり、そして病床80床をわざわざ減らすというのは全くばかげてると思いますので、きちんと病床を持ったような拠点病院があり、地域医療についてもっと機能するようなそういう病院が多分必要であると。そして、その中には結核の拠点であり、それと検診とか予防みたいな公衆衛生的な側面ももっと高めるべきであろうし、あるいは精神とかその辺のアルコールの問題なんかも解決できる、そして無料低額診療である必要もまだまだあると思うんですが、そういうようなものが必要であるというのが大体このあたりのコンセン

サスではないか。

もともと実は私、不勉強で、最初の時点の社会医療センターが済生会だったということすら知らなかったんですけども、そのあたりで、せっかく済生会の炭谷理事長に来ていただいておりますので、こういう地域医療・社会医療センター的な拠点病院というものについて今後どうあるべきかということについてちょっとご意見をいただければと思うんですが、よろしいでしょうか。

○炭谷さん どうもありがとうございます。

もともと今宮診療所、本田良寛先生、大変立派なお医者さん、私自身もちろんお会いしたことはありませんし、釜ヶ崎診療何とかという本で読ませていただいただけですけども、大変献身的な努力をし、この釜ヶ崎で随分慕われた先生だと聞いています。

私自身は、社会医療センターで現在治療されていらっしゃる医療、これはやはり必要だろうというふうに思います。というのは、それぞれの患者さん、特に患者さんの置かれている社会状況、またそれぞれの健康状況といいますか、それがやはり特別なものがある。それに応じた医療というものが必要なだろうというふうに思います。

問題は、これ、なぜ医療部門、入院機能を削減しようかというような話が出たかというのは、何か一番大きい理由はコストの問題であったんじゃないかなというふうに思います。これ、私自身が病院経営をやっているのは、これではちょっと黒字にしろというほうが無理だと思うんですね。実際の運営病床が60ですね。多分それで入院の1日当たりの単価が3万円はいつてないんじゃないですかね、計算すると。それでこれを黒字にするというのはだれがやっても無理な話です。ですから、そこに何らかの支援がないと、やはりこれは成り立たない病院だろうというふうに思います。

それでは、支援するだけの価値をこの病院が持っているかどうかということが一番ポイントになるかと思うんですけども、冒頭申し上げましたように、私自身は、この地域における実際の医療の必要性というのは、先ほど来の健康状況や社会環境から考えて特別の医療ニーズがある。特別の医療ニーズがある以上、やっぱりこのような医療機能というのは持っていかなくちゃいけないんじゃないかなというふうに感じております。

また、病床自身も、冒頭に西成区の医師会長さんがお話いただいたように、この地区は、私自身保健医療計画に当たっていませんので知りませんが、多分病床が必ずしも十分じゃないのかな、80床が非常に重要な病床になっている以上、80床というものは確保しておかないといろいろと支障が生ずる体制でもあるんだろうということですので、

そういう面から考えても社会医療センターがやはりしっかりとした医療をやっていくということが必要じゃないかなというふうに思います。

ただ、その中においてコストをもう少し削減しろとか収入を上げろという要請を、努力のできる範囲内ではやらなくちゃいけないのかなと思いますけど、何をやっていいかというのは私自身なかなかつかめません。ですから、単価を上げるためには外科の手術を増やすか何かしないといけないんで、多分手術の件数も大変少ないんだろうと思います。ですからなかなかできない。そうすると、私自身は病床は内科を中心にして運営していったほうがむしろ効率的かなというふうに思います。ですから、あと何を効率化してできるかということがポイントになるんじゃないかなというふうに思います。

ただ、このセンター自身というのはやはり必要で、ほかの病院では代替できない機能を現在担っていらっしゃるんだろうと思います。

それから、結核対策について言えば、やはり結核対策というのは、現在の医療の中では政策医療ということで、国立の療養所を中心にして医療体制を整え、かつ保健所で保健医療対策をとるという仕組みで今なされているんじゃないかなというふうに思います。ですから今、この体系のもとで結核の病床体制を考えてみる必要もあるかなというふうに思います。

余りお答えにならなかったかもしれませんが、私自身はそのような感じを持ちました。

○鈴木座長 ありがとうございます。

それでは、2時間でこのテーマをやるとか、もう毎回そうですけども、ほぼ不可能だなという気がいたしておりますけども、社会医療センターについては大体皆さんのご意見というのはよくわかったと思います。

それから、結核対策と医療扶助の問題なんですけど、結核対策については今日大変いいご報告を高鳥毛先生と、それから吉田医務監も大変要領を得たご報告をいただいたと思うんですけども、これについては、これまでもちょっと議論をしておりますので、ここでは少し議論は補足説明ぐらいのことにしたいと思うんです。

結論は何かと申しますと、私も行政の話をいろいろ聞いてますので、彼らがいろんな制約の中で彼らなりに一生懸命やっていることは間違いないと思うんですが、問題は全然それでは足りないということでありまして、目標としてはそもそも半減してきたものをもう一回半減するという事なんです。

もともとこの地域は全国平均の12.8倍でしたか、大阪市からしても4.8倍ぐらいの結核感染率です。半減したとしてもまだまだ全然高いですよ。そういう高いところにそもそも子育て世帯をもっと移ってきてもらおうというところに橋下市長の初めの問題意識があるわけですけど、それにはもう全然及ばないということで、ですから本当に根本的な対策をするのであれば、高鳥毛先生やヘルスサポート大阪でご活躍されてきた諸先生方がこれまでに口を酸っぱくしていろんなところでご提言されてるんですけども、そういうことを本格的にやらないと半減も多分難しいと思いますし、もっと減らすということは難しいので、これはもう健康局とか福祉局とかというような範囲を越えて、あるいは西成区でもないし、府とかかなり大きな範囲でセンターをつくるぐらいの、そしてトップダウンでそれをやるというぐらいのことをしない限り根本的には解決しませんよと。それはもう多分、市長に判断いただくしか恐らくないという次元のことなんだろうというふうに思います。あるいは西成区長のところでご判断いただくというぐらいのことを根本的にするかしないかというのが結論なんだと思います。

その手前の段階で健康局なり福祉局なりがまたがっているいろいろ今やろうとしていることは、ちょっとご発表はできませんけども、それなりに既存の枠組みよりももう少し越えるようなところに踏み込もうとされてますけども、そういうことだけでは足りないという次元に多分来てるんだというふうに思います。

それから、医療扶助の問題です。医療扶助の問題も、ご意見いろいろいただいたのは大変よくわかります。私も西成区でもう既に8月1日から動いておりますけども、その経過に至るまでのスタートするに当たっての最初の登録制と言った時代から経過を知っておりますけども、随分いろんなご意見をいただいたものの中で、いろいろご指摘いただいた問題点を解決するべく動いてきたというのは一応ご報告させていただきたいと思います。

つまり、登録制から確認制度と名前を変えたのは、ただ単に名前を変えたということではなくて、例えば薬局であれば、最初1薬局と言ったものがそうじゃなくて複数でもいいと、あるいは1診療科1かかりつけ医みたいになったのも現実的じゃないので落としてきた。それから医療のリテラシーの問題も、生活保護の方は必ずしもそういうものはきちんと説明する能力がないので、きちんと説明して、決して受診抑制する必要はないんだよということの説明を丁寧にするとか、そういうことは行政の側からは随分努力してやってくるんですけども、まだまだ多分、ご指摘いただいたものの中では足りない部分があると。

そして、これ決して未来永劫続ける、あるいはどんどん広げていくというものじゃなくて、今一応試行段階ということになってるんですね。ですから、不断の見直しをして評価をしてというようなことは西成区の中でもご検討いただいているところで、評価をして、問題がないかどうかちゃんとオープンに情報を確認して評価をしてというようなことはやっていますので、その中で本当に問題があるということであれば見直ししていくというようなことはベクトルとしてはちゃんと持っていて、進んだらもうそれっきりということではないというふうなことはちょっと申し上げておきたいと思います。

ですから、始まりました。始まって今それをやってる段階ですので、多分この時点でやめなさいということは政治的にもう不可能だと思います。この後引き続き、逢坂先生からもご指摘あったように、対話というかこういうご報告をして、あるいは生活保護の支援をやっている方々からもちゃんと情報を酌み取るようなチャンネルをきちんと持って、その中で手直しできる点というのは手直ししていくし、これはもう手直し不可能だということであれば見直すということも視野に入れて考えていくべきだというふうに思っております。

それから、もう一つ申し上げると、登録医制度は何のためにやってるかというのと、重複受診とか不逞のやからとおっしゃってましたけど、いろいろ問題のある医療機関もあるので、それを何とかしたいというところからスタートしておりますが、そのための手段として果たして一番適切であったかどうかという疑問の余地があって、やれることをやったという色彩がかなり強いものですから、ですから本来の意味でそういう問題のある医療機関にダイレクトに問題を解決できるような手段があればそちらを先に優先するべきなので、今、大阪、西成区では指定制というようなことも試行実施しておりますけども、そういうものも含めてもっとダイレクトで効果的な手段があれば、そちらに代替するような方向性も少しここでは考えてみたいというふうに思っております。

もう大分時間を過ぎておりますけど、もし最後、何か補足的にご発言がありましたら。
○水内副座長 これも数値的なことだけなんですけども、医療扶助の過剰診療の件で、今日原委員からかなり数字できっちりと出た医療費扶助が抑制されてるということなんです。僕も調べまして、西成区の外来の医療扶助というのはこの4年間で6億2,500万から6億1,700万に減ってるんですね。レセプト数は2割ほど増えてるんですけど、ただ、医療の扶助費が増えていない、減ってるということは、要するに町医者クリニック系のところがいっぱい出てきて、その中で、レセプトは来るけども医療請求のそれが少ないか安いお薬だけ出してというところがあるんですが、僕は、マスメディアでお薬をいっぱいもらっ

てるというのがすごく何か錯覚を与えるような気がしまして、実は医療扶助としてあれば別に増えてるんじゃないなくて、入院とかそういう高額なものが減ってるというか、しなくなっている、また精神とかその辺で、入院には至らないけどもかなり困難な、継続的な治療が必要やという、この辺のバランスでやらんと、なかなか医療扶助だけの問題を、不逞のやからというのがありましたけれども、冷静に見ればそういう形で進んでると。私もぜひとも押さえておいていただきたいなというふうに思っております。

以上です。

○高鳥毛さん 従来、多分、国が昭和51年に老人保健法を導入して高齢者の医療費の抑制を考えたときの、昭和30年代から実績を上げて医療費が安いところの特徴というのは、やはり頻回に受診できると。ですから今、市町村合併でそういう自治体名が変わってますが、沢内村というのは昭和30年代に医療費を無料化してる。ですから、受診を気やすくすることによって、一回一回単価は安いんだけど、行政が健康診断をすると、別の近くの医療機関に困ったときに行くことによって重症な患者が予防できるし不必要な入院が抑制できるというような、過去の日本のこういう医療の実態としてはね。ですから、そういう意味では、医療のアクセスについて不当に制約することによって、かえって重症になって救急とかの搬送になる。

ですから、もう一つだけ私を感じたのは、生活保護がかかりやすくなったことによって、従来は医療にかかろうと思ったら救急車を呼んでかかった。救急車を呼んでかかると、原さんが紹介したように、その後、生保を受けて病院に入院となって入院医療費という形でかなり費用が違ってくる。そういう意味では、今、水内先生が言われたり、原さんが言われてる傾向というのは結構貴重な考え方だというふうに私は思うんです。

○鈴木座長 はい、どうぞ。

○松村委員 すみません、一言だけ。

地域医療と将来的な需要創出ということでいくなれば、新今宮で活動するなかで一つ大きな問題なのは、外国人の旅行者で実は旅行保険に入ってなくて、病気になって行き場所に困っている人がかなりいてということです。あと外国人の修学生や留学生が来日してから、旅行保険が切れて、就学するまでに事実上の保険の空白期間があることも問題です。一時的に無保険になる就学生や留学生がかなりいて、留学生会館をつくるという話もあるし外国人も増えているんで、将来的な需要創出という意味からも、外国人にもある程度対応する医療施設というのは必要だと思います。大阪市も大阪府もそれをあまり持ってなく

て、新今宮観光インフォメーションセンターの窓口に来た外国人の病人も、結局行くところがなくて困るんです。

それと、日本に住まれているいわゆる日本語をよく理解できない外国人も今かなり増えているので、その辺の対応というの、将来的にこの地域のなかで対応していくのが需要創出という意味ではいいのではないかと思います。行き場所がない外国人がたくさんいるので、そうした人たちの受け皿になるというの、ぜひ考えてほしいと思います。

○高鳥毛さん それもちよっと話をし過ぎたわけですけど、先ほどパワーポイントで紹介したニューヨークであったりサンフランシスコのTBクリニックはどんな件でも対応できるスタッフを置いてやってる。ですから、あいりん地区は最近は簡宿もきれいに建てかえると中国人とかそういう人を目当てに宿泊させてますけれど、やはり社会医療センターのあり方とすると、それをモデルにすると、むしろここが観光の集客なり、そういう病気のときも安心してかかれると。

○鈴木座長 じゃ、よろしいでしょうか。

大変時間を超過して恐縮でございますけど、あるいは全然時間が足りないですね、はっきり言ってね。本当に言いたいことを言えずにフラストレーションばかりがたまった方々も多いと思いますが、申しわけないという一言でございます。

今日はこの会の前にもう一つ会をやっておりましたものですから、多分、聞かれた方、一般傍聴の方の中にはずっとダブルヘッダーで聞いていらした方も多いと思いますが、本当にお疲れさまでございました。今回の会合等も大変有益な議論をいただきまして、ありがとうございます。

引き続き、またいろいろご意見を聴取させていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。

どうもありがとうございました。

○事務局 どうも長時間ありがとうございました。

本日の座談会はこれで終了いたします。

次回は、今週の金曜日の10日、午後1時からこの会場を使いまして子育て支援と教育問題、教育振興策などについて議論いただきます。

どうも本日はお疲れさまでした。