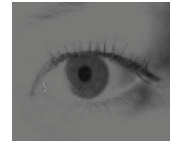


2012・8・7 西成特区構想有識者座談会



医療扶助の概況と対策の方向

原 昌平

●伝えたいポイント

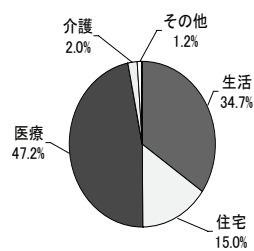
- 1 医療扶助は全体として抑制されている
- 2 外来の医療扶助費はとりたてて膨張していない
- 3 入院を減らすことが肝心である

★データは、メディアや日常感覚から受ける印象を覆す

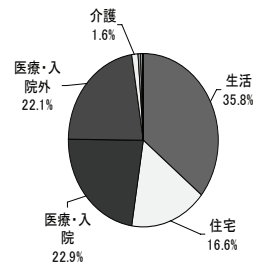
保護費の半分近くは医療扶助

- ・ 医療扶助は、扶助費の種類別に見て、最も大きい
- ・ 大阪市、西成区の医療扶助の割合は、全国に比べてやや低い
- ・ 医療扶助費の半分は入院費である

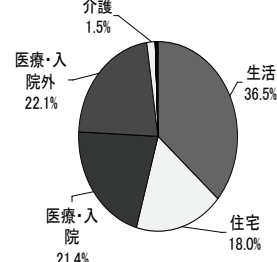
全国・扶助の種類別割合
(2010年度)



大阪市・扶助の種類別割合
2010年度

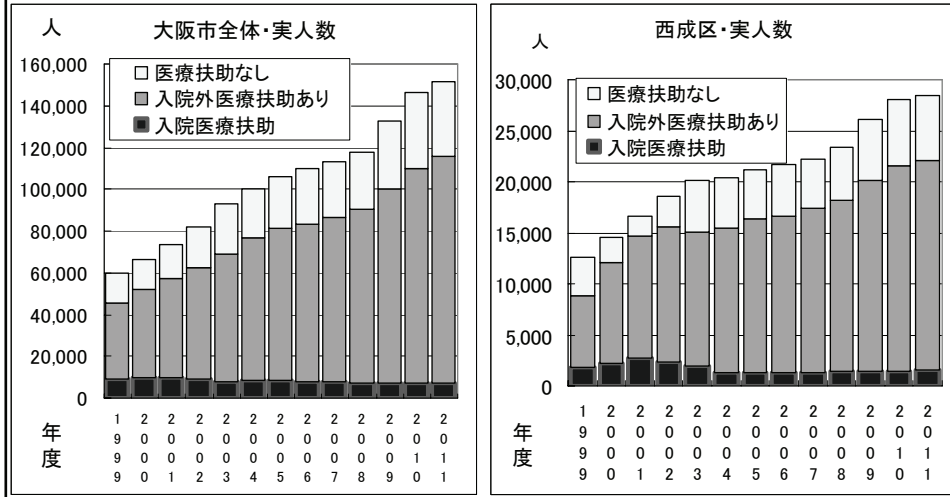


西成区・扶助の種類別割合
2010年度



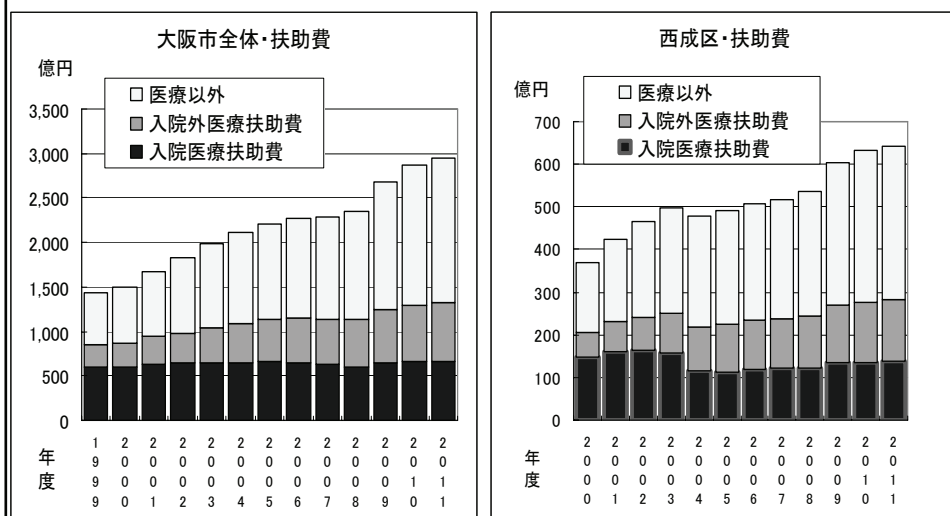
医療扶助の伸びはどうか？（人数ベース）

- 医療扶助の人数は、保護全体の伸びに比例する程度
- 入院患者数は、横ばいないし微減の傾向



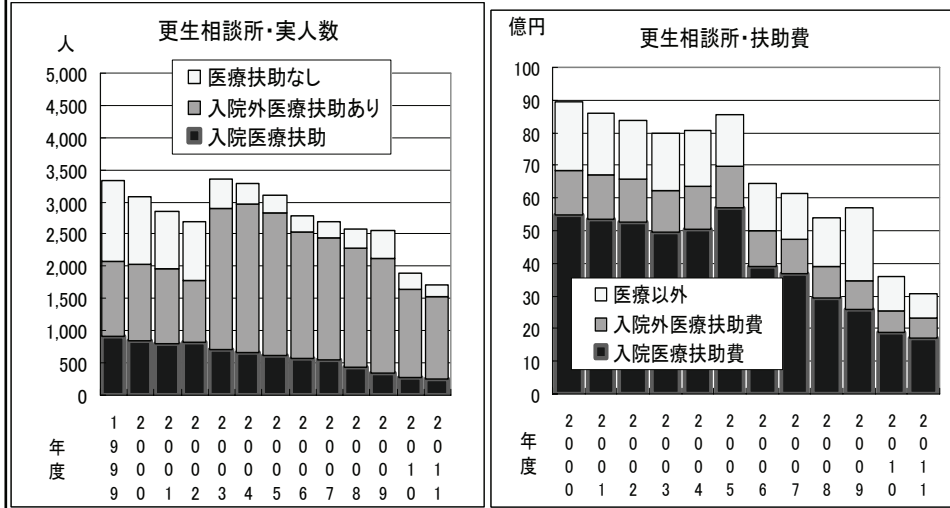
医療扶助の伸びはどうか？（費用ベース）

- 医療扶助費は、保護費全体に比べて増え方がゆるい
- 入院医療費は、横ばいないし微増にとどまる



市立更生相談所（あいりん地域の住居のない人が対象）

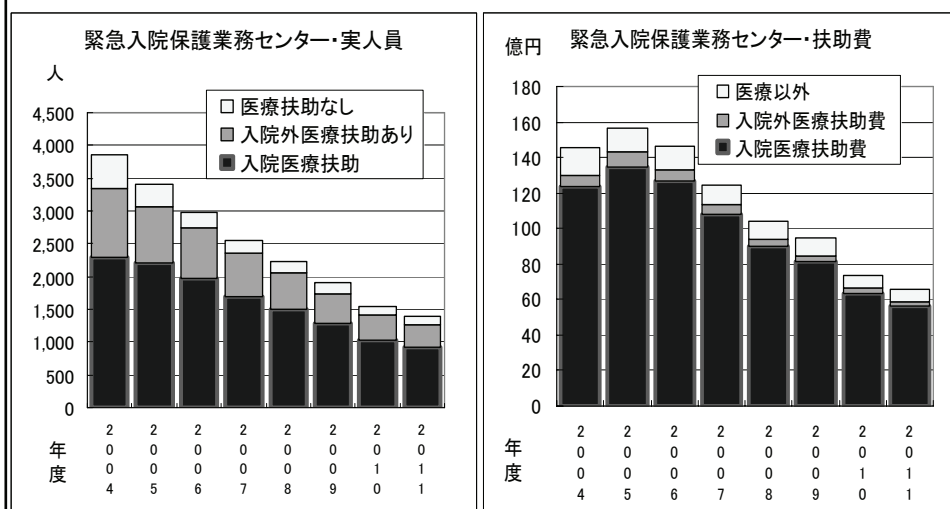
入院・施設入所が中心。保護開始後すぐ居宅移行も行う
保護の人数が減り、保護費も減り続けている



緊急入院保護業務センター（2004年度開設、阿波座）

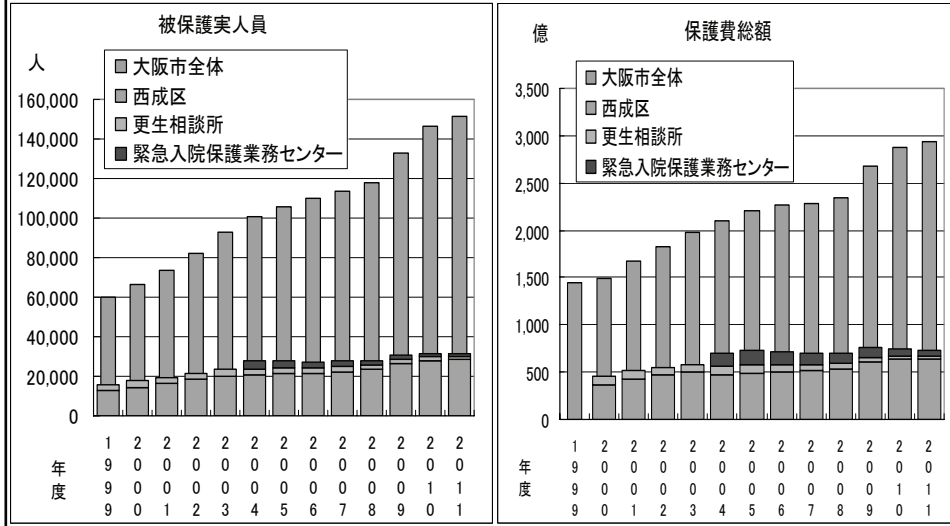
（市全域の路上から救急入院した住居のない人を扱う）

入院患者が大幅に減り、医療扶助費も顕著に減少している



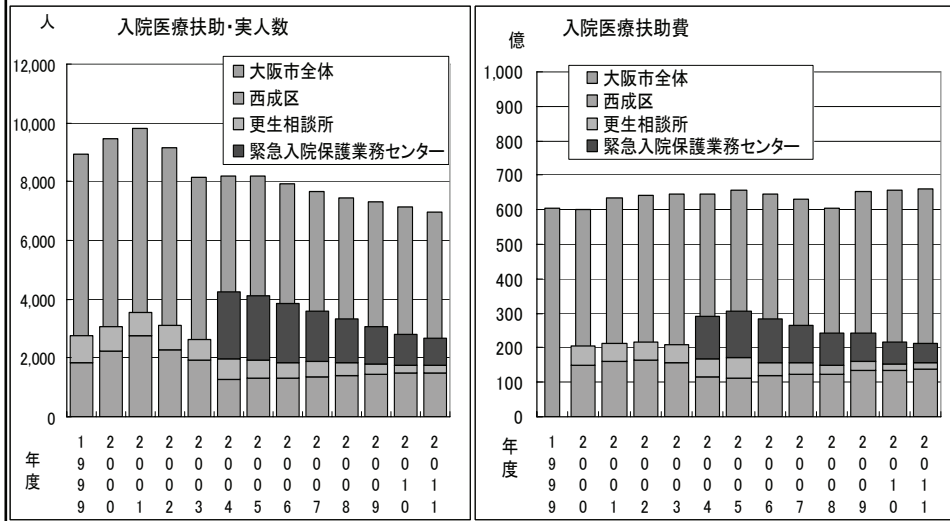
西成区などのウエート ①生活保護全体

西成区の伸び方は人数・費用とも、市全体よりゆるい
 大阪市全体に占める割合は、人数・費用とも下がっている



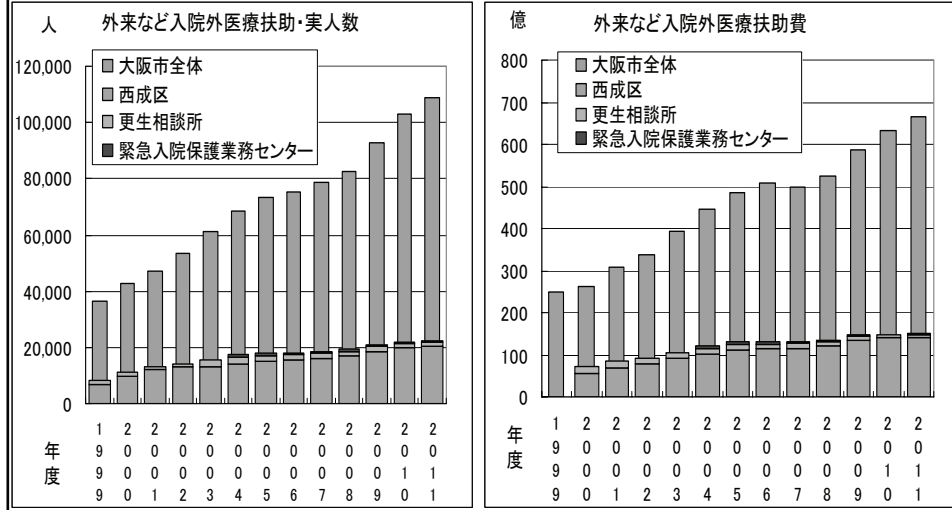
西成区などのウエート ②入院医療扶助

緊急入院セ・市更相の患者数・費用の削減効果大きい
 その結果、大阪市全体の入院患者数・費用も抑えられている



西成区などのウエート ③外来などの医療扶助

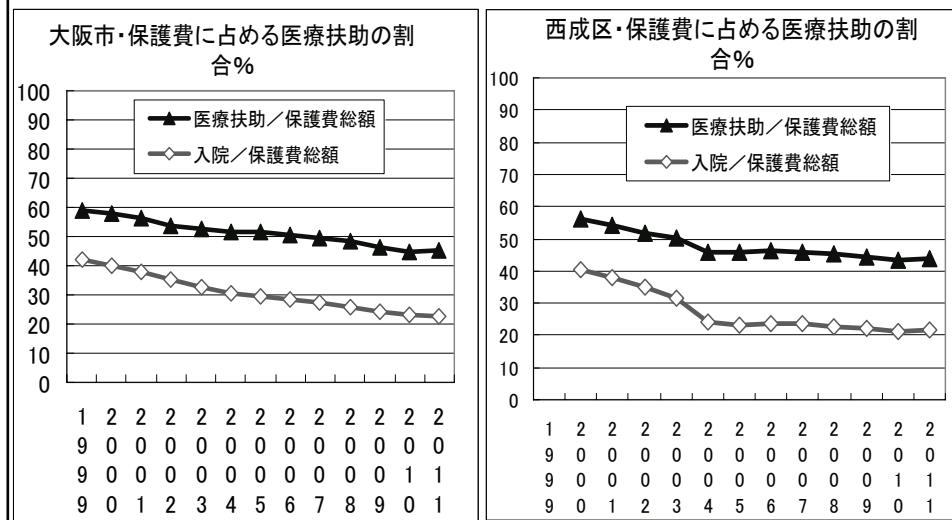
西成区の伸び方は人数・費用とも、市全体よりゆるい
 大阪市全体に占める割合は、下がってきた



保護費に占める医療扶助の割合は低下

2000年度 → 2011年度の比較

大阪市全体 58%→45% 西成区 56%→44%

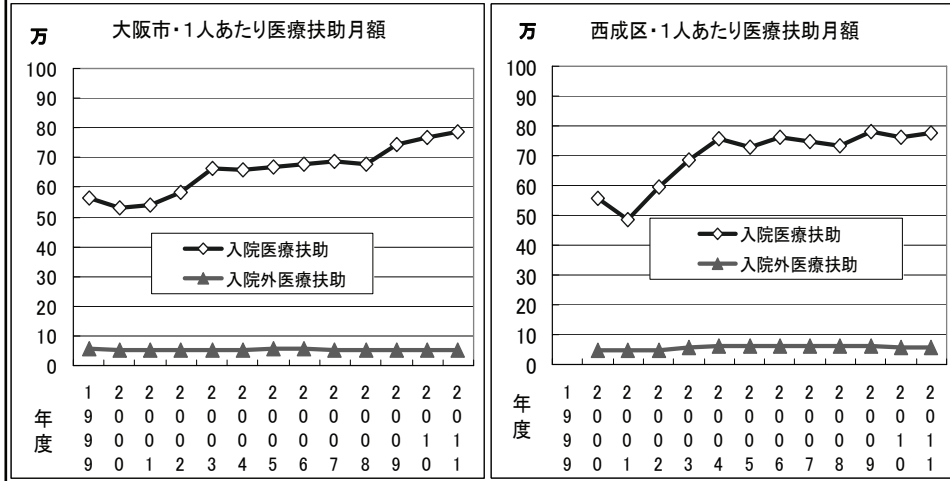


利用者1人あたりの医療扶助額（平均月額）

入院は77万円、入院外は5万7000円台と大差（西成区の2011年度）

大阪市・西成区とも、入院単価の上昇傾向がみられる

入院外の医療費は横ばいで、とりたてて上昇していない



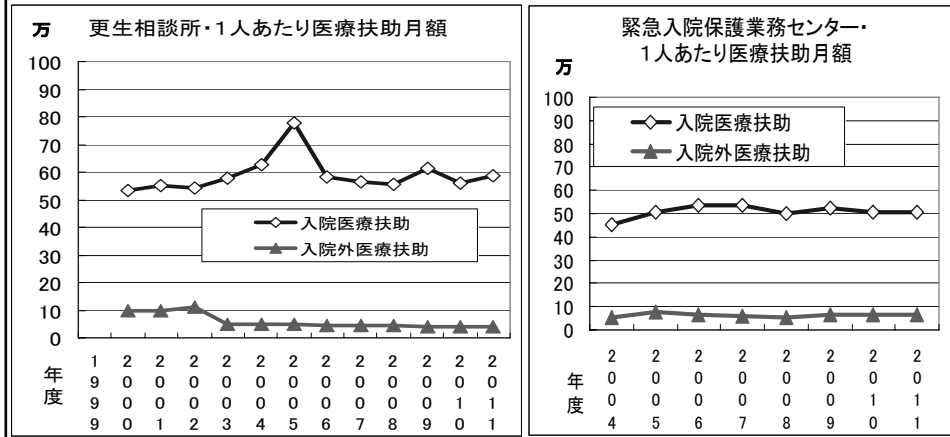
市更相・業務セの入院単価は横ばい

これに対し、大阪市・西成区で単価が上昇しているのはなぜか

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から？

患者が減った埋め合わせに、病院が診療行為を増やしているから？

→ データだけからは不明



外来の医療費はとりたてて膨張していない

- 外来や往診で、一部の医療機関による過剰診療・受診勧誘、一部の患者による重複受診・頻回受診がみられるのは確かである。とくに内科・精神科で向精神薬(睡眠薬、精神安定剤など)の多種多量処方が目立つ。
- しかし費用で見ると、さしたることはない。外来や往診の費用はさほど高額にならないからである。外来患者数も保護の増加に比例する程度である。
- したがって、西成区の外来・往診における過剰診療や受診勧誘、重複受診が生活保護費を大きく膨張させているという見方は、正しくない。
- 問題は正の目的は、保護費の抑制ではなく、過剰投薬による患者への有害作用や、処方薬依存への対処に置くべきである。向精神薬の転売はごく一部の患者だろうし、生活保護以外の患者による転売もあるとみられる。
- 外来で特にコストのかかる医療は、たとえば人工透析。あいりん地域でも糖尿病の人は少なくない。糖尿病の進行による腎不全の予防が重要だろう。

「医療機関等確認制度」のありかた

▼概要

外来の重複受診の抑制を目的に、実質的に6月上旬から導入
「通院先は、1診療科につき1医療機関を原則とする」

▼当初の「医療機関等登録制度」案からの修正

医学的必要性があれば、複数の医療機関の受診を認める
調剤薬局については複数利用を認める
おくすり手帳を活用する

▼問題点

不適切な重複受診の規模について、根拠となるデータがない
外来医療費の動向から見て、全体に網をかける必要性和効果があるか疑問
ケースワーカーが、機械的な受診制限を行うおそれ
患者が適切な医療を受けられず、治療が遅れるおそれ
過剰診療を行う医療機関にかえて固定させるおそれ
主に医療側のモラルハザードなのに、患者側を不便にして対処してよいのか

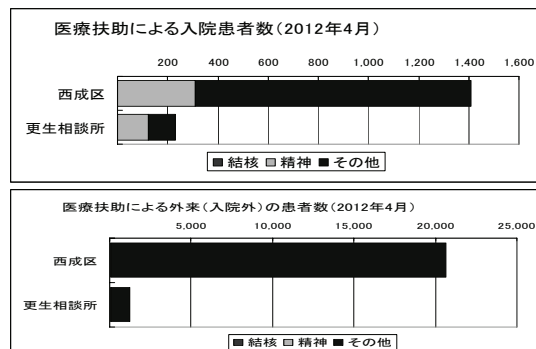
確認制度の運用にあたって求めたい方策

- 1 患者の意向による転医やセカンドオピニオン受診も認めることを、文書と掲示で周知する（とくに精神科は合う・合わないがある）
- 2 急な病気の際（救急とは限らない）に、区役所での医療券の事前発行を完全に義務づけると受診が困難になることがあるので、柔軟に対応する
- 3 「おくすり手帳」の所持を義務に近い形で指導し、診断名と処方・投薬内容の両方を記録する形にすれば、過剰診療や重複処方の是正に役立つ
- 4 あいりん地域に「医療相談室」を設け、薬剤師・保健師・看護師らを置く。受診先の選択や処方薬への疑問などの相談に乗り、助言する。医療券も扱う
- 5 電子レセプトを活用し、過剰診療が多い医療機関を洗い出す。医師が何人かの患者名をピックアップして医療機関に出向き、治療方針の協議を行う。個別指導や監査も強化する。
- 6 患者の受療状況も把握し、重複処方や頻回受診が目立つ場合は指導を行う。検診命令の制度も使い、公的な医療機関または信頼できる医療機関を受診させることによって、診断名や処方内容の妥当性を評価する

肝心なのは、入院を減らすこと

- ・ 医療扶助費の抑制に重要なのは、何といっても入院対策
- ・ この間、生活保護による入院数を抑えるのに成功した要因は何か
 - ①年齢・住所などによる不当な生保受給制限の緩和
 - ②路上からの居宅保護、福祉マンション入居後の保護
 - ③それらに伴う野宿者の減少、路上救急による急迫保護の減少
 - ③病院・施設からの敷金支給による居宅保護への移行
- ・ 社会的入院の解消、精神科の退院促進が重要

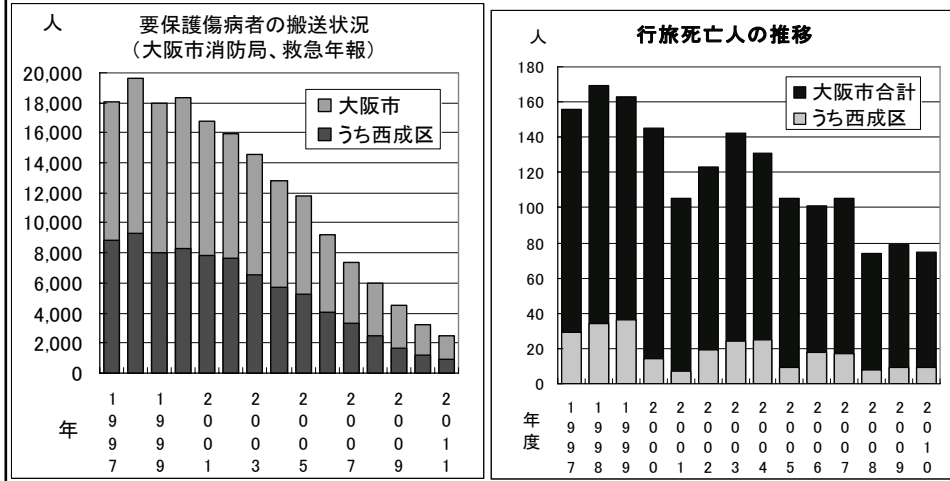
★人権の面でも、
自立支援の面でも、
財政の面でも、決
定的に重要



生活保護の適切な実施などの対策が生んだ効果

路上救急による緊急保護が激減した。行旅死亡人も大幅に減った

自殺者の数は98年に3万人台に急増してから高止まりが続いたが、リーマンショック後に失業が大幅拡大した時も、増加はしなかった



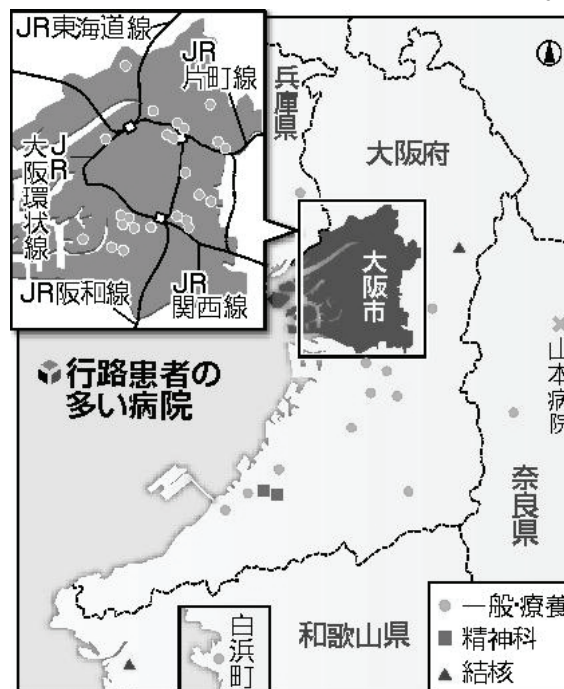
行路病院

救急を受ける病院

転院を受ける病院

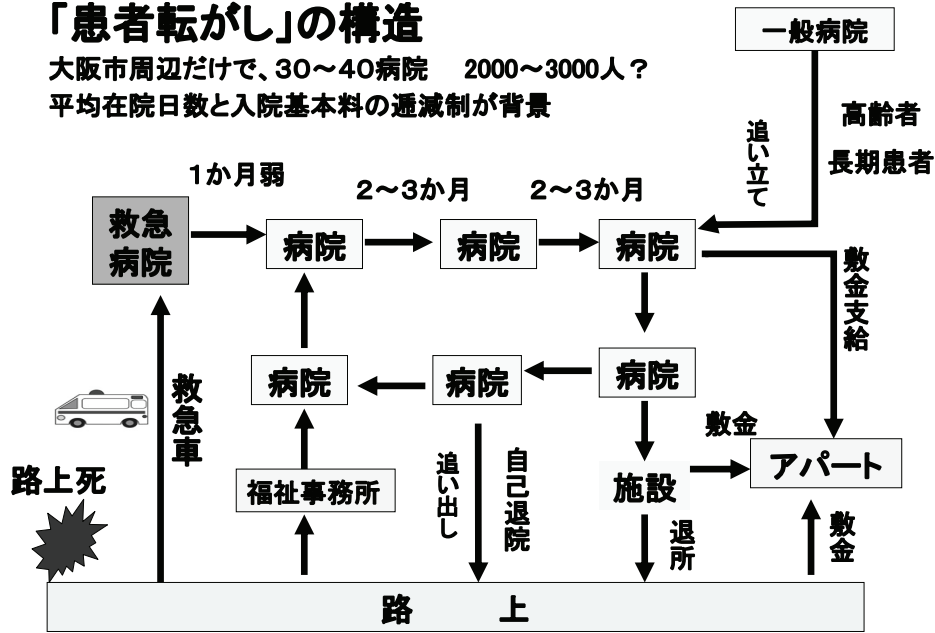
受け入れ病院は必要だが...

過剰な検査
漫然とした医療
職員数増しなどの不正
精神科での人権侵害
などがしばしば表面化



「患者転がし」の構造

大阪市周辺だけで、30~40病院 2000~3000人？
 平均在院日数と入院基本料の逓減制が背景



安田系3病院事件(大阪)

1997年にキャンペーン報道、事件化
 日本の医療史上、初の廃院処分
 弱者を食い物にした医療



大阪円生病院(東住吉区)
 一般・老人337床
 1956年開設 医療法人北錦会



安田病院(住吉区)
 一般、老人 255床
 1982年開設 個人経営



大和川病院(柏原市)精神 524床
 1963年開設 医療法人北錦会