

医療扶助のどこを見直すべきか

読売新聞大阪本社 原 昌平

保護費のほぼ半分を占める医療扶助

医療扶助は、生活保護のあり方を見直す際の最重要テーマの一つである。

何と云っても、生活保護費に占める割合が大きいからだ。2014年度の生活保護費負担金事業実績報告によると、医療扶助の総額は1兆7240億円。保護費全体に占める割合はだんだん下がってきたものの、なお46・9%を占めている。

巨額になるのは、「他法優先」の原則に反して国民健康保険から生活保護世帯を外し、医療機関へのアクセス制限の強い医療扶助にしているからである。根本的にはこの点を改め、医療保険制度の中で低所得者の自己負担をゼロまたは少額にするのが望ましい（国保の財源は国が手当てする）。

当面の見直しを考えるときに大切なことは、第1に、必要かつ適切な医療を受けられるようにすることである。医療の保障が

不十分になれば、生活保護制度の目的である生存権の保障が弱れてしまう。

第2に、生活保護の利用者を食い物にする不適切な医療が存在する。これは人権問題であり、生命にかかわる場合もある。

第3に、不要な医療、過剰な医療を削って効率化を図る必要がある。医療扶助のお金を受け取るのは、ほとんど医療機関であって、利用者にはならない。

問題は、どこに焦点を当てるか。厚生労働省は、医療扶助の「適正化」を進めてきた。意味のある取り組みもあるが、費用削減の観点に偏っている。しかも費用削減の面でも、いちばん肝心な入院医療への取り組みが弱く、ピンポイントがずれている。

一部負担の導入は原理的に不可能

医療扶助を抑え込む方策として、よく持ち出されるのが一部負担の導入である。

指定都市市長会の提案（10年10月20日）、

自民党生活保護プロジェクトチームの議論（12年3～4月。同年11月の最終案には盛り込まず）、財務省が財政制度審議会に出した資料（12年10月22日）などで言及された。民主党の生活保護作業チームも一時検討したことがあった（11年11月）。

医療扶助は自己負担がないから医療費節約のインセンティブ（動機）が働かない、だから患者は安易に受診する、それを利用して抱回受診や高額医療に誘導する医療機関がある、自己負担を導入すれば、そこに歯止めがかかる——という論理である。

はっきり言って、素人的な発想だ。自己負担の導入は必要な受診を妨げ、かえって重症化を招くおそれがあるのはもちろん、そもそも制度設計が不可能だろう。だから厚労省もさすがに否定的である。

仮に1割負担にしたら、そのお金を本人はどこから出すのか。生活扶助から出すなら、残りの生活費が最低生活費を下回ってしまい、憲法違反の状態になる。

自己負担した分を後から返す方式（償還払い）にしても、お金が戻るまでの間、やはり最低生活費を下回る状態になる。

自己負担分を前払えば、その問題は生じないものの、必要な医療費、つまり医

療内容を福祉事務所側で事前に見積らないといけない。これは大変な作業で、たとえ医師が判断するにしても、患者を直接診ないで決めようとするれば、医療界との衝突は必至だ。前払いされたお金を保護利用者が他の用途に使ってしまうおそれもある。

財務省は16年10月27日の財政制度審議会で、受診指導を受けても改善につながらない頻回受診者に一定の自己負担や受診回数の制限などを検討すべきという意見を示した。しかし適正な受診回数を定めるには検診命令で医師が診断する必要があるだろう。すいぶん手間のかかる話で、それより受診先の変更を指導するほうが簡単だ。

過剰な医療は確かに一部にあるが、それで患者側が得をするわけではない。薬の転売などはレアケースで、刑事事件として対処すればよい。主たるモラルハザードは、金もろけを回る一部の医療機関にある。自己負担導入論は、それを患者側のモラルハザードのように話をすり替えている。

そして、たとえ自己負担を導入したとしても、対象は外来医療にとどまり、さほどの費用削減には結びつかない。金額のかさむ入院費の一部負担は無理である。

コストがかさむのは入院医療

では、医療扶助でメスを入れるべき点はどこか。何よりも入院医療である。

14年度の生活保護費負担金事業実績報告によると、医療扶助費の内訳は表1の通りになっている（構成比の0.1%未満は四捨五入）。

医療の入院医療費が9578億円（55.6%）と圧倒的に大きい（食事療養費、生活療養費を含む）。入院外医療費（通院、在宅）と調剤費、歯科、訪問看護を合わせても

表1 2014年度の医療扶助費内訳

	金額（億円）	構成比%
入院	9,578	55.6
入院外	4,043	23.5
調剤	2,700	15.7
歯科	671	3.9
訪問看護	98	0.6
その他	150	0.9
合計	17,240	100.0

「その他」は通院移送費、施術、治療材料など

7512億円（43.6%）である。

人数はどうだろう。14年度の「被保護者調査」のデータは、表2の通りである。

医療扶助による入院患者数が1か月平均で12万人弱なのにに対し、入院外の患者は164万人余りとはるかに多い。

また入院患者では、精神病が43.2%を占めている。入院外では精神病の割合は3.9%にとどまる（精神障害による継続的な通院は、障害者総合支援法の自立支援医療になることも関係している）。

人数で6.7%にすぎない入院患者に、医療扶助費全体の55%余りが使われている

表2 医療扶助の人数の内訳

種類	総数	精神病	精神病の割合
入院	118,136	50,982	43.2%
入院外	1,645,270	63,783	3.9%
計	1,763,406	114,765	
入院の割合	6.7%	44.4%	

る。1人あたりの平均額を計算すると、入院は月6万5634円になる。入院外（調剤・歯科・訪問看護を含む）は、月3万8048円であり、入院と入院外では、ケタ違いであることがわかる。

長期入院の場合、生活扶助は入院患者日用品費（月2万2680円＋冬季加算）だけになり、住宅扶助もなくなるが、それを考慮しても、入院はうんと高くつく。

最大の課題は精神科の入院

では、医療扶助費はどんな病気やけがに使われているのか。15年6月に審査されたしせつ（診療報酬明細書）の診療費部分を集計した「医療扶助実態調査」のデータを見てみよう。

入院診療のうち、最も多いのは「精神・行動の障害」で、件数で35・5%、金額でも28・4%にのぼる。1件あたりの金額は37万円台と少し安い。1件あたりの入院日数が28・4日と長く、ずっと入院中の患者が大半を占める。その3分の2は統合失調症である。神経系の疾患にもアルツハイマー病による精神科入院が含まれている。

2番目に多いのは循環器系疾患で、件数で15・2%、金額では19・7%。多くは脳

梗塞などの脳血管障害と、心臓疾患である。3番目が新生物（主にがん）で、件数で8・3%、金額で10・8%となっている。

したがって、医療費を圧縮しただけは、何よりも精神科の入院に焦点を当てないといけない。

生活保護で精神科の入院が多いのは、入院の長さも関係している。6か月以上、あるいは1年以上の入院をする患者がいれば、世帯分離によって、本人だけ生活保護にできる。15年の医療扶助実態調査では、精神障害による入院診療のしせつのうち、5年以上の入院が43・6%もあった。

これは民間病院を中心に隔離収容、長期入院を続けてきた日本の精神科医療政策の結果だが、生活保護行政も、入院したら病院にまかせきりにして、退院支援をろくにやっけて来なかった。

患者の中には、長い入院によって意欲や生活力が低下した「施設症」や、退院して暮らす場がないために入院を続けている「社会的入院」の人が少なくない。人生の貴重な時間を病院の中で失っていくのは、幸福追求権の侵害である。

退院支援は、生活保護の自立支援プログラムのメニューに入っているが、人権の面

から言っても、コストの面から見ても、もっとも力を入れる必要がある。

行路病院、ぐるぐる病院、社会的入院

内科系や整形外科系などの傷病で一般病棟に入院している患者をめぐっても、大きな問題が存在する。治療上の必要も本人の意向もないのに、病院の経営上の都合で次から次へと転院を強いられている患者が多数存在することである。

一般病棟では、入院日数が長くなると1日あたりの入院基本料が階段状に下がっていく（入院基本料の通減制）。さらに90日を超えると原則として検査、投薬などを含まない包括点数（マルメ）になり、病院にとつても、もうからない患者になる。

また、看護職員の配置密度に合わせた入院基本料のランクには、平均在院日数のシバリがある。一般病棟の平均在院日数がシバリを超えると、それらの病棟の入院患者全員の入院基本料が低いランクになる。

そういう診療点数の仕組みを背景に、病院は2か月前後を目安に転院させる。広義のホームレス状態になった患者は、いろいろな病院へ転院を重ね、また元いた病院へ戻ってくることもある。そうした病院群は

関西で「行路病院」、首都圏で「ぐるぐる病院」と呼ばれるが、「患者転がし」という表現が実態に近い。社会的入院の患者もかなりいる。そうした病院の中には、低水準の医療や過剰医療をする病院がある。

ところが、多くの福祉事務所は、入院していれば費用はかさんでも手間がかからないため、退院支援・居宅移行に積極的に取り組んで来なかったのが実態である。

厚労省はこの問題を「巡回転院」と呼び、14年8月の通知で改善を求めた。14年度に「90日間で居宅に戻ることなく2回以上続けて転院があった者」は全国で4057人だが、この定義は対象が狭すぎ、転院を重ねている患者はもっと多いはずだ。

劣悪医療、過剰診療、開い込み

17年に刑事事件になった大阪・安田系3病院では、劣悪医療、人権侵害、巨額の診療報酬不正受給が発覚した。悪徳病院のターゲットの一つが生活保護の患者だった。

00年に問題になった埼玉・朝倉病院（精神科）は、東京のホームレス患者を多数入院させて身体拘束や過剰診療をしていた。

09年に刑事事件になった奈良県の山本病院では、大阪のホームレス患者を多数受け

入れ、心臓カテーテルを用いて不要な検査や手術をやりまくり、必要のない肝臓切除手術までやって患者を死なせていた。

15年に問題になった東京の精神科クリニックグループは、3つの区の委託で福祉事務所へ相談員を派遣し、生活保護を受けざる精神障害者にディナイトケアの利用を誘導・強制したうえ、劣悪な脱法ハウスに住ませ、一方的な金銭管理をしていた。

皆さんの医療、過剰な医療を行う病院、診療所は、まだまだ存在する。たちの悪い医療機関に対して監視と圧力を強め、厳しく対処することが、患者の人権のために、必要なコストを削るためにも肝心なのに、過去の事件を見ても、行政の対応は腰が重く、甘い。厳罰していることさえある。

患者支援と権利保護を

医療扶助に関して財務省、厚労省が重点を置いているのは、巡回受診の適正化、後発医薬品の使用促進である。どうも「生活保護の患者が悪い」という意識が根底にあるように思える。

巡回受診による指導対象者は14年度で3809人（同一病気で月15回以上の受診が3か月以上の患者）。巡回受診が問題だ

としても、原因が時間を持てあましてからか、寂しいのか、医療機関が誘導しているのか、よく分析する必要がある。

肝心なのは、不適切な受診をする患者を指導するというより、適切な医療を受けられるよう、患者を支援することである。

入院医療では、改善のための具体策として、次のことが有効だと考える。

第1に、入院診療計画書とソーシャルワーカーの支援計画書を提出させる。

第2に、行政が医師や看護師を雇い、病院へ出向いて個々の患者の病状や診療計画を病院側や本人と協議する。任意の協議でよい。病院側が拒否できる理由はなく、おかしい医療に歯止めをかける効果がある。

第3に、外部から「患者サポーター」を派遣し、病棟を巡回して相談に乗る。社会福祉士、精神保健福祉士のほか、患者支援に取り組む市民団体に委託してもよい。

第4に、内部苦情や苦情を重視し、抜き打ち調査も行う。虚偽の診断は書類を見てもわからないので、実際に患者に会い、画像診断や検査データを確かめる。

患者の権利を守る方向で取り組まなければ、コスト削減もうまくいかない。

（はつしゅうへい）