

「貧困ビジネス」としての精神医療

原 昌平

Hara Shohei

読売新聞大阪本社編集委員、精神保健福祉士

◆貧困ビジネスとは何か

「貧困ビジネス」は、湯浅誠氏の造語である。貧困の当事者＝生活に困っている人を利用して、お金を稼ぐことを指す。言葉の響きからは「悪徳」という印象を受ける。たしかに貧困者を食い物にして、ひどい目に遭わせ、暴利をむさぼるケースがある。

ただし一方で、困っている人々にサービスを提供して収入を得る事業もある（まじめなホームレス支援事業、生活保護によるまともな医療・介護、障害者への福祉サービス、法テラスを利用した弁護士業務など）。どこまでが許容範囲で、どこからがケシカラン行為なのか、線引きに悩ましい部分がある。メルクマールにするなら「弱みにつけ込んでいるか」「何らかの権利侵害をしているか」という2点だろう。

10年ほど前から問題になった貧困ビジネスは、生活保護の利用者をターゲットにしたものが多い。劣悪な環境の無料低額宿泊所や建築基準法違反の「脱法ハウス」は首都圏に目立つ。関西ではマンションへの「囲い屋」が多かった。どちらも、家賃や利用料に加えて管理費、共益費、弁当代などの名目で生活扶助費の大半を天引きする。囲った居住者に訪問診療、訪問看護、訪問介護などを受けさせ、それらの事業者からキックバックを受け取るというやり方もあった（事業者も多数を訪問できて、もうかる）。

考えてみると、ずっと昔（戦前）から、生活に困っている弱い立場の人々を狙ったあくどい金もうけは、いろいろあった。労働者を飯場（宿舎）に泊まらせ、強制的に働かせる「タコ部屋」、借金苦や生活費不足の女性を働かせる管理売春・風俗産業、違法な高金利で乱暴な取り立てをする「ヤミ金融」などである。

◆医療機関による貧困ビジネスのタイプ

医療機関にも、貧困ビジネスと呼ぶべき経営は、昔から存在していた。その手の医療機関には、いくつかのタイプがある。

ひとつは、ホームレス状態の人々を中心に生活保護の入院患者を多数受け入れる一般病院である。関西では非公式に「行路病院」と呼ばれ、筆者が把握している範囲では、大阪府内とその周辺に40か所ぐらいある。関東でも似た状況があり、「ぐるぐる病院」とも呼ばれる。他の地方にもある程度、存在するだろう。

何が「ぐるぐる」なのか。一般病棟の場合、いつまでも長く入院はできず、近年では2か月前後で転院させられることが多い。病状がどうであれ、病院の都合で次から次へと、いろいろな病院へ転院させられ、やがて元いた病院へ戻ったりする。ひんぱんな転院の理由は、診療報酬制度にある。ひとつは「入院基本料の逓減制」で、入院期間が長くなるほど、個々の患者の入院基本料が階段状に下がっていく。もうひとつは「平均在院日数のシバリ」で、看護職員の配置密度に応じた入院基本料のランクごとに平均在院日数の上限が定められており、一般病棟の入院患者全体の平均在院日数がその基準を上回ると、低いランクの入院基本料しか請求できなくなる。

そうした病院の中には、路上などからの搬送を引き受ける救急病院もあれば、漫然と入院させるだけの病院もある。すべてとは言えないものの、医療水準の低い病院が目立つうえ、一部には、過剰な医療行為をする病院もある。2009年に刑事事件になった奈良県大和郡山市の山本病院（廃院）は、大阪などから生活保護の患者を多数受け入れ、医学的に必要のない心臓カテーテルを用いた検査・手術をやりまくっていた。さらに、必要性も経験もない肝臓の部分切除手術までやって、男性患者を死なせていた。

2つめは結核病院（今は数が減った）、3つめは精神科病院である。これらの中にも生活保護の患者が多い病院がある。ただし診療報酬の設定が一般病院と違うので、短期で転院させることはまずない。精神科ではむしろ、長すぎる入院が問題になる。

4つめは、主に診療所による過剰診療である。生活保護の患者を中心に、必要以上にひんぱんに通院させ、薬をたくさん処方する。大阪市西成区では、患者を車で送迎して連日のように通わせるクリニック、福祉マンションへ遠くから訪問診療に来る開業医もあつた。内科系が目立つが、精神科のクリニックにも少なくない。精神科の場合は自立支援医療（精神通院）でも患者の自己負担は低額なので、似た状況が生じることがある（生活保護の患者の通院には、医療扶助ではなく自立支援医療が優先適用される）。

ほかに、救急車による搬送先を患者が事実上選べないことにつけ込み、どんどん受け

入れて、ずさんな診療をする救急病院もあるが、性質が少し異なるので、横に置く。

◆医療側のうまみ、患者側の弱さ

生活保護の患者がなぜ、貧困ビジネス的な医療のターゲットになるのか。医療側にとってうまみがあり、患者側に弱さがあるからだ。

医療側から見ると、生活保護による医療扶助（あるいは自立支援医療など）が適用される患者は、全額が公費負担だから、自己負担分のとりはぐれがない。また医療行為について、患者が経済的理由からためらうことがないので、過剰な診療をやりやすい。

それらの特性は本来、患者にとって強みになるはずである。自分の財布を気にせず、必要な医療費を出せるからだ。そうならないのはどうしてか。そこに患者側の弱さに関係してくる。とくに入院の場合、療養環境や医療内容が悪くても、権利を侵害されても、苦情を言にくい、問題にしにくいということだ。

第1に「住まい」「行き場」である。もともと住まいのなかった患者や、入院を続けるうちに住居を引き払うなどして広義のホームレス状態になった患者は、病院が嫌になっても、勝手に自己退院したら行き場がない。お金もないから野宿するしかない。新しい住まいや福祉施設などの行き場がソーシャルワークで提供されればいいが、それがなければ病院で暮らさざるをえないから、文句は言にくい。

第2に「障害」「教育」である。生活保護、とくにホームレス状態の患者の場合、知的障害やそのボーダー層、精神障害などによって物事を理解する力の弱い患者、十分な教育を受けていない患者がけっこういる。このため、医療内容やその説明がいいかげんでも、疑問をはさめずに従うことになりやすい。不満や苦情があっても、筋道立ててアピールする力が弱い。これは不利である。

第3に「孤立」である。身寄りのいない患者、家族による支援の乏しい患者が少なくない。何かあっても、本人の味方になる身内がない。たとえ明らかな医療過誤で亡くなっても、賠償請求する遺族がいないことがある。

第4に「経済力のなさ」。トラブルが起きても、弁護士に頼んで交渉や裁判をやってもらうためのお金がない。実際には、お金がなくても法テラス（法律扶助）を利用すれば、法律相談も民事訴訟もできるのだが、そのことを知る患者は少ない。

第5に「差別・偏見」である。これは患者ではなく社会の問題だが、まず医療機関のスタッフが生活保護やホームレスの患者を見下す意識を持ち、粗末な扱いをすることがある。医療行政に苦情や問題を訴えても、偏見によって相手にされないことがある。

第6に「選択の自由のなさ」。これも社会や医療システムの問題で、患者が入院先を選べないことが多い。救急搬送では救急隊が事実上、入院先を決めるし、福祉事務所が入院先を見つけることもある。先に説明した「ぐるぐる」状態での転院は、本人の希望と関係なく、病院同士が連絡を取り合って決める。精神科では家族、保健所が決めることが多い。そうした状況は、病院側の患者確保とも関係する。患者から選ばれなくても入院患者を確保できるなら、病院としては、評判が悪くても困らないわけだ。

以上のような事情は、病院側から見ると、療養環境や医療内容が多少でたためでも、問題にされたり訴えられたりするリスクが少ないことを意味する。まさに、人の弱みにつけ込んで権利を侵害するという、けしからん貧困ビジネスの温床になるわけだ。

◆精神科の長期入院がもたらすもの

これまで説明してきた患者側の弱みや社会状況は、もっぱら行路病院（一般病院）を念頭に置いたものだが、精神医療の関係者はどう感じられたらどうか。生活保護やホームレスという言葉で「精神障害者」に置き換えても、ほとんどそのまま、あてはまるのではなからうか。しかも精神科の場合、強制入院の制度が加わり、患者の選択の自由はうんと小さくなる。しかも隔離、身体拘束をはじめとする行動制限までであるため、病院職員の権力性は一般病院に比べてはるかに強く、患者は自己主張しにくくなる。

精神科病院一般について言えば、必ずしも貧困層の患者が多いわけではない。しかし入院が長くなると、患者・家族の費用負担が大変なので、おおむね6か月以上の入院になるときは、生活保護の「世帯分離」という方法が用いられる。生活保護は世帯単位で行うのが原則だが、例外として、入院中の患者本人だけに生活保護を適用し、医療扶助と生活扶助（入院患者日用品費のみ）を支出する。もし世帯単位のままだと、家族に収入がある場合、それが収入認定されて医療費の一部にも充てられ、いわば貧困に巻き込まれて全員、最低限度の生活が続くのだが、本人以外を生活保護から外すことで、そういう事態を避け、家族の経済的自立を可能にする。それなりに合理性のある方法である。

とはいえ、その方法が、長期入院を助長する一因になってきた面も否めない。入院が長引いても家族は困らず、やがて面会も減り、関係が薄れていく。もともと家族との関係が悪化していることも多い。家族が退院を受け入れないと、患者は住居のない状態になる。もともと単身だと、生活保護行政は住居を引き払うよう求める。長期入院が、生活保護化、ホームレス化、孤立化をもたらすわけだ。

しかも長期入院は、無気力、無感情、無関心、従順さなどを生じさせる。文句を言わ

ないという「弱さ」を身につけた患者になっていく。いわゆる「施設症」である。その要因は、閉鎖的な環境や世話を受ける日常生活だけでなく、病院職員の権力性にさらされ続ける影響が大きい、と筆者はみている。病院を含めた入所施設の特徴は「集団管理」であり、精神科では、そこに強制力を伴っている。

意識的な退院促進、福祉による支援が手薄だと、ずっと入院することになる。おとなしくなった長期入院患者は、病院にとって扱いやすく、安定した収入源になる。

これはやはり貧困ビジネスの一種だろう。貧困を経済的困窮だけで考えると、本質をとらえられない。病気・障害という弱さ、差別・偏見、選択の自由のなさという不利な状況に加え、経済力の喪失、住まいの喪失、孤立、さらには従順さという弱さを新たに作りだし、それらを利用して安定収入を得てきた精神科病院が相当数あるわけだ。

そこで侵害されている権利は何か。限りある「人生の時間」であり、幸福追求権（憲法13条）である。

◆大きな不祥事件は、多くが貧困絡み

過去に精神科病院で発覚した大きな不祥事件をたどると、生活保護やホームレスの患者との関連があり、貧困ビジネスの様相を示していることが多い。

精神科の大和川病院を含む安田系3病院（1997年事件化、大阪）は、精神障害、生活保護、高齢者という3分野の患者をターゲットに、職員数水増しによる巨額の診療報酬不正、劣悪医療、人権侵害を重ねていた。このグループには営業担当職員がいて、関西一円の福祉事務所、保健所、警察、救急隊を回り、テレホンカードの配布や盆暮れの付け届けをしながら「いつでも、どんな患者でも受け入れます」とセールスしていた。公的機関にとって「便利な病院」で、とくに精神科の大和川病院は、急性期の患者をすぐ入院させたいという家族や救急隊の求めに応じていた。そういう事情に加えて政治家などを通じた圧力もあり、大阪府は実態がある程度知りつつ、見ないふりをしてきた。

朝倉病院（2000年発覚、埼玉）では、精神保健指定医の指示なしの身体拘束、大部屋の施設、同意能力のない認知症患者を任意入院させるといった違法行為のほか、中心静脈栄養を多数の患者に行い、死亡が続出。がんの手術を他の患者のいる病室でやり、3人が死亡していた。東京都内のホームレスの患者を多数入院させていた病院だった。

箕面ヶ丘病院（2001年発覚、大阪）では、職員数水増し、違法拘束、公衆電話を隠すといった不正が発覚した。約10年もの間、病棟のデイルームで拘束されて暮らしていた患者もいた。20～30年という超長期入院が多く、大半が生活保護だった。施設症に

なった人が目立ち、転院先から「無気力で主体性のない患者が多い」と驚きの声が出た。

貝塚中央病院（2008年発生、大阪）では、指定医の指示なしで違法に身体拘束された男性がベッド横に転落し、腸管破裂で死亡した。この患者は生活保護の利用者で、堺市長の同意による医療保護入院だった。406床の病院で当時、生活保護による大阪市内からのホームレス状態の入院患者が100人を超えていた。

◆外来患者を囲い込むクリニック

2015年には、東京で精神科クリニックをいくつも経営するグループが問題になった。弁護士や司法書士でつくる「医療扶助・人権ネットワーク」によると、クリニックは依存症を中心に精神障害のある生活保護利用者を、劣悪なシェアハウスに住ませたうえ、デイナイトケアへ通わせていた（1日の診療報酬は入院並みの高額になる）。スタッフが合鍵で部屋に入って来て、強引に連れて行くこともあった。金銭も一方的に管理され、デイナイトケアへ行かないと、その日のお金も菜も渡されなかったという。

大田区、江戸川区、港区は、このクリニックに随意契約で業務委託して「メンタルケア支援員」といった相談員を福祉事務所に配置しており、その相談員がクリニックの受診を誘導することがあった。ネットワークの要請を受け、東京都は大田区、江戸川区に改善を勧告。厚労省も保護課長通知を出して不適切な受診誘導に注意を促した。

◆精神科の長期入院は、医療扶助の最大課題

生活保護費の総額は2015年度の実績報告で3兆6,977億円。扶助の種類別で最も多いのは医療扶助で、1兆7,785億円（全体の48.1%）にのぼる＝表1。

医療扶助の内訳を見ると、医科の入院9,672億円（医療扶助の54.4%）、医科の入院外4,179億円（23.5%）、調剤2,996億円（16.8%）などとなっている＝表2。

同じ15年度の「被保護者調査」によると、医療扶助を受けた人数（月あたり平均）は、入院が11万6,279人（うち精神病4万9,358人＝42.4%）、入院外が165万9,718人（うち精神病6万7,371人＝4.1%）となっている。

入院医療扶助は精神病患者の割合が非常に高いことがわかる。他方、入院外で精神病の割合が低いのは、自立支援医療が優先適用されることによって医療扶助の対象にならないケースが多いため、生活保護で暮らす精神科の通院患者はもっているだろう。

1人あたり医療扶助の平均月額を試算すると、入院は69万3,160円、入院外は、医科

表1 生活保護費の内訳（2015年度）

扶助の種類	額（億円）	構成比
医療扶助	17,785	48.1%
生活扶助	11,972	32.4%
住宅扶助	5,992	16.2%
介護扶助	832	2.3%
教育扶助	190	0.5%
生業扶助	112	0.3%
葬祭扶助	82	0.2%
出産扶助	4	0.01%
就労自立給付金	8	0.02%
総額	36,977	100.0%

（生活保護費負担金事業実績報告による）

表2 医療扶助の内訳（2015年度）

	額（億円）	構成比
医科入院	9,672	54.4%
医科入院外	4,179	23.5%
調剤	2,996	16.8%
歯科	677	3.8%
訪問看護	108	0.6%
その他	152	0.9%
合計	17,785	100.0%

その他は移送費、施術、治療材料など

入院外・調剤・訪問看護を合わせて3万6,567円。入院のコストがいかに高いかがわかる。居宅生活へ移行した場合は生活扶助、住宅扶助、介護扶助が必要で、介護・福祉サービスの公費部分がかかるが、生活保護のままでも、はるかに安上がりになる。

さらに同じ15年度の「医療扶助実態調査」も見よう。15年6月に審査されたレセプト（診療報酬明細書）の診療費部分の集計である。

医科の入院診療のなかで最も多い傷病分野は「精神・行動の障害」で、件数で35.5%、金額でも28.4%に及んでいる。1件あたりの金額は37万円台と少し安い（食事療養費は入っていない）が、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。3分の2は統合失調症である（アルツハイマー病は神経疾患に分類されるので、この数字には入っていない）。2番目は脳血管障害や心臓疾患などの循環器系疾患で、件数で15.2%、金額で19.7%。3番目が新生物（主のがん）で、件数で8.3%、金額で10.8%だった。

医療扶助費の半分以上を占める入院医療で、精神科の占める割合は圧倒的に大きい。とりわけ長期入院を減らすことは、財政面でも人権の面でもきわめて重要であり、医療扶助をめぐる最大の課題であることが、データからわかる。

◆権利擁護のしくみと、温床をなくす根本対策を

貧困層や生活保護の人々に医療を提供すること自体は悪くない。問題は、弱みにつけ込んでいないか、権利を侵害していないかである。

生活保護だけの問題ではない。たとえば保険外の費用の値段は病院が一方的に決めている。多くの精神科病院は、入院患者から「小遣い管理料」を1日50～200円も徴収している。個々の患者の状態に応じて契約したうえで金銭を管理するならまだしも、病棟によっては患者全員の金銭を一方的に管理して、小遣い管理料を取っていることもある。これは、弱みにつけこんで病院が利益を確保する手段のひとつではないのか。

精神科の病院に心がけを説いても効果は乏しいだろう。外部から病棟内まで出向いて入院患者と人間的なかわりを持ちつつ、権利を守るしくみが欠かせない。権利擁護者が病院を定期的に巡回訪問する事業や、強制入院の患者全員に弁護士などの付添人をつける制度の導入を急ぐ必要がある。

また、現行の障害者虐待防止法、高齢者虐待防止法が医療機関を対象にしていないのを早急に改め、病院や診療所での人権侵害を虐待行為として問題にできるようにしないとけない。虐待には、経済的収奪も含まれる。

同時に、貧困ビジネスの温床をなくす根本対策として、地域で暮らせる生活支援に力を入れないとけない。

