

第10章 医療問題

原 昌平

1. 医療扶助の概況

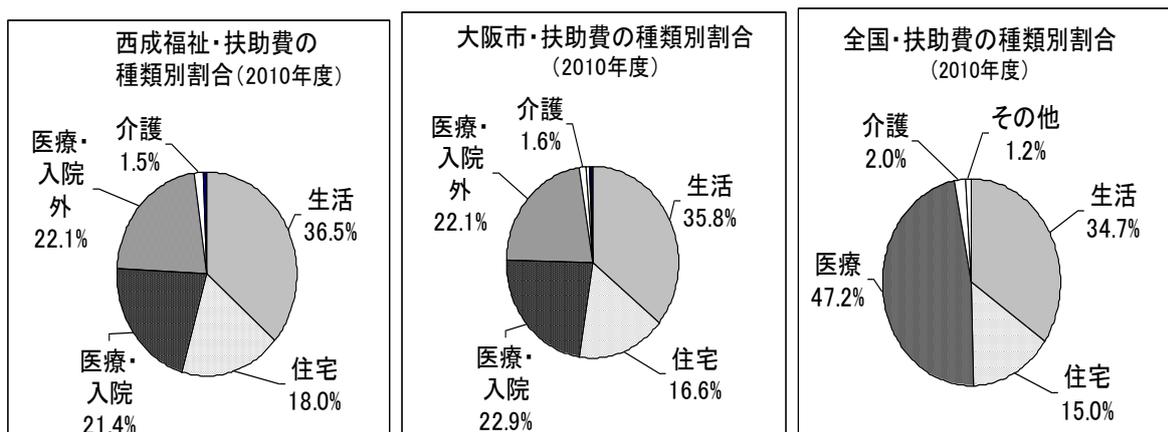
(1) 保護費の半分近くを占める医療扶助費

生活保護費の内訳を扶助の種類別に見ると、医療扶助は最も大きな部分を占める。したがって保護費の適正化を考える時、何よりも医療扶助費に注目するのは当然である。不正や過剰診療にはしっかりメスを入れる必要がある。ただし、どこを対象に、どういう対策を行うかは、データを踏まえて科学的に検討しなくてはならない。

平成23年度(2011年度)の決算見込みによると、大阪市では保護費総額2978億円のうち1324億円(44.5%)、西成区保健福祉センター(西成福祉)では646億円のうち282億円(43.7%)、市立更生相談所(市更相、あいりん地域の住居のない人の保護を扱う)では42億円のうち23億円(54.8%)が医療扶助費だった。

全国的にも同様で、平成22年度(2010年度)の国の決算では医療扶助費が47.2%と半分近くに達している。同じ年度の医療扶助の割合は大阪市が44.4%、西成福祉が43.2%なので、全国に比べるとむしろ、やや低い。

また医療扶助費は、その半分が入院費であることをしっかり認識する必要がある。



(2) 医療扶助費の伸び方はゆるい

医療扶助の動向はどうなっているのか。

まず、生活保護受給者の実人数と、扶助費の推移を次ページのグラフに示した。

実人数を見ると、受給者数が急増するにつれ、入院外(外来や往診など)の医療扶助を受けている人数も、それに比例する程度に増えている。一方、入院の数は増えていない。

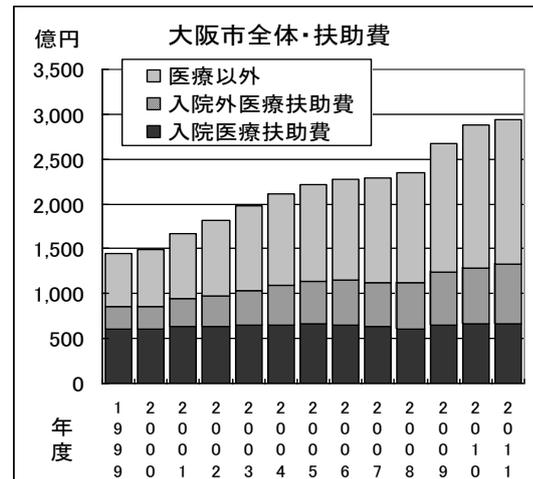
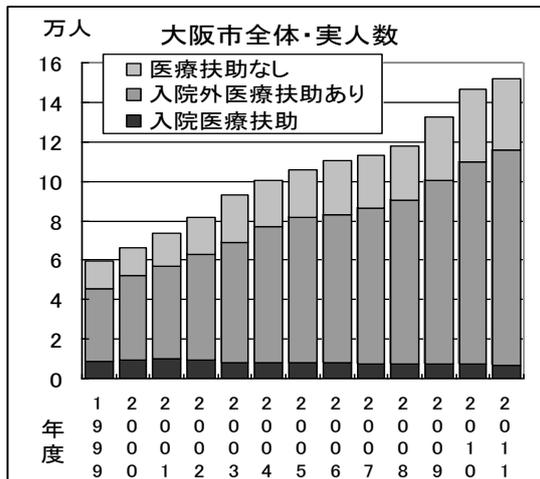
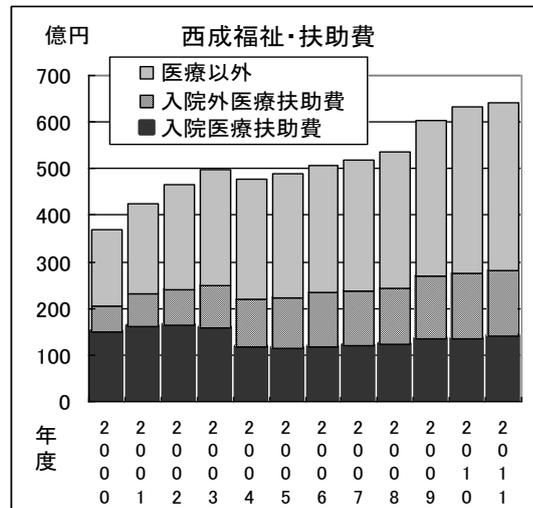
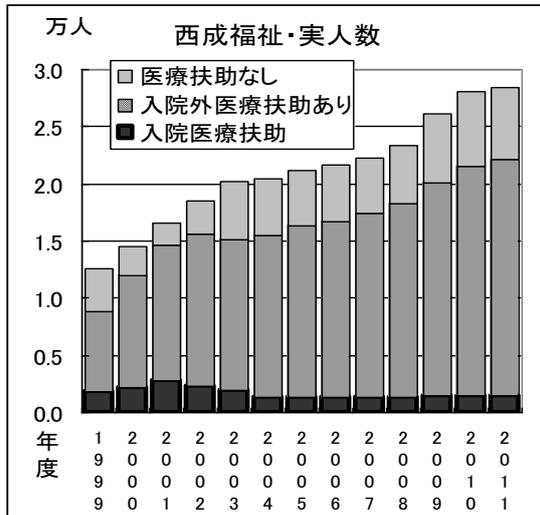
次に費用の伸び方を見ると、扶助費全体の伸びに比べ、医療扶助費の伸び方はゆるく、そのうち入院外の費用も特に急増しているわけではない。

西成福祉でも、大阪市全体でも、おおむね同じ傾向である。

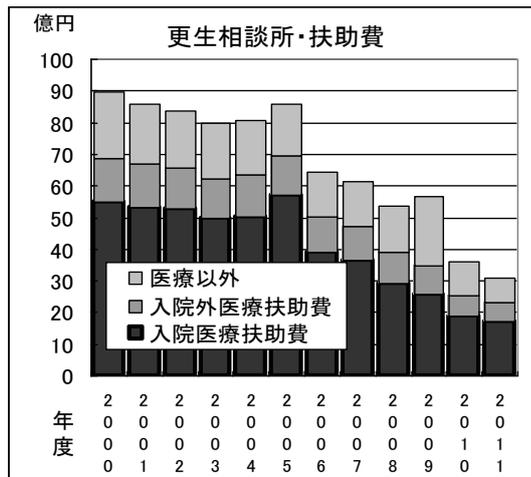
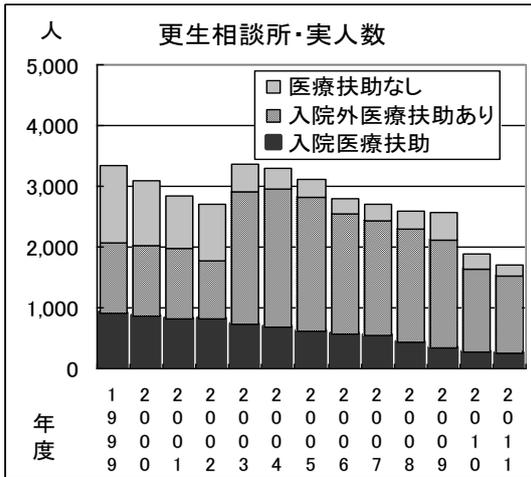
大阪市全体で見ると、入院の人数は2001年(平成13年)をピークに、やや減少傾向になっており、入院医療扶助費の総額も横ばいになっている。

なお西成福祉で2004年度に入院患者数・入院医療扶助費が大きく減ったのは、後に述べる「緊急入院保護業務センター」が開設され、それまで各区の福祉で扱っていた住居の

ない人の救急入院に伴う保護を、業務センターが扱うことになったためである。



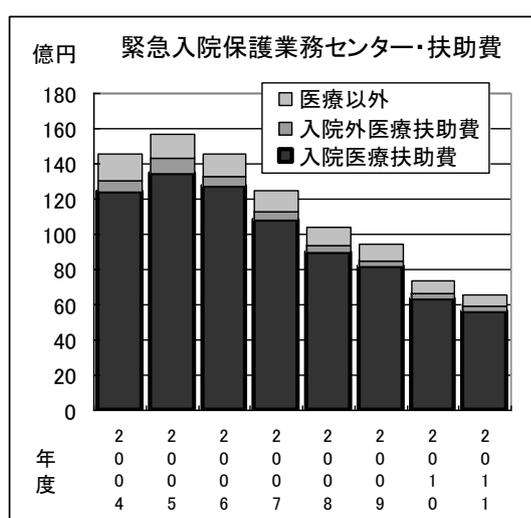
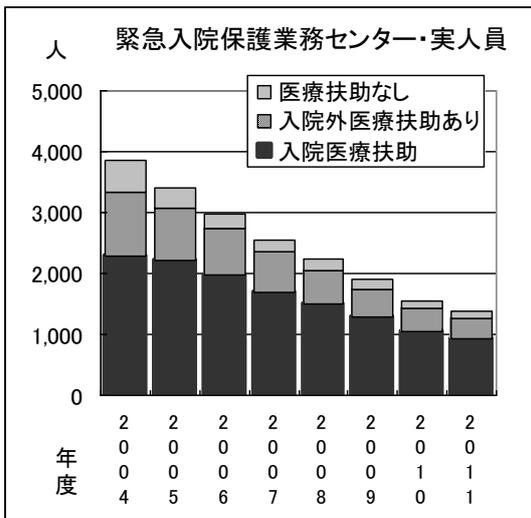
次に市立更生相談所の状況をグラフにした。実人数は2003年（平成15年）にピークにかなり減少した。医療扶助を受けている人の割合が高いが、費用は大幅に減っている。主な要因は、入院患者の減少である。なお03年の実人数の大幅な増加は、ホームレスに対する「収容保護主義」を争った「佐藤訴訟」の1審判決（02年3月）を踏まえ、厚労省が住居のない人への敷金支給で居宅保護に道を開く通知を03年7月に出した影響である。



さらに、緊急入院保護業務センターのグラフを示す。

業務センターは、市全域から救急搬送されて入院した住居のない人（ホームレス状態の人）を対象に生活保護を実施する機関で、2004年度に開設された（事務所は西区阿波座）。大阪市の医療扶助をめぐる問題は、業務センターを抜きにして検討できない。

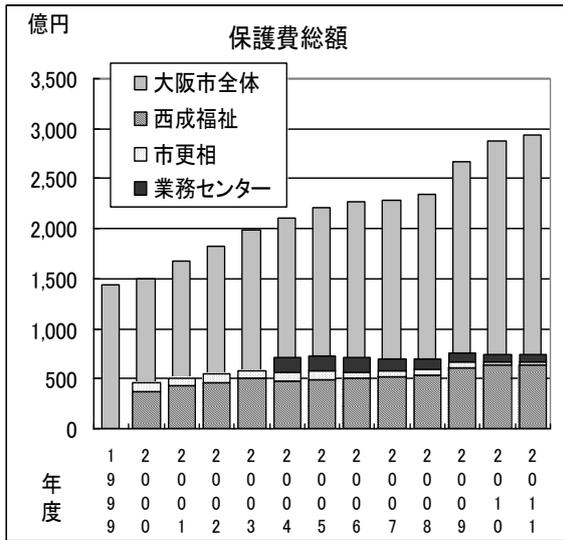
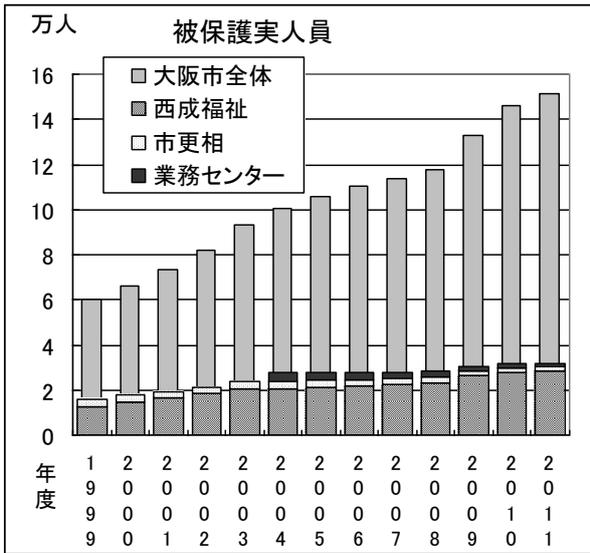
業務の性格上、ほとんどの受給者は入院患者だが、その数は大幅に減少しており、入院医療扶助費も顕著に減っている。



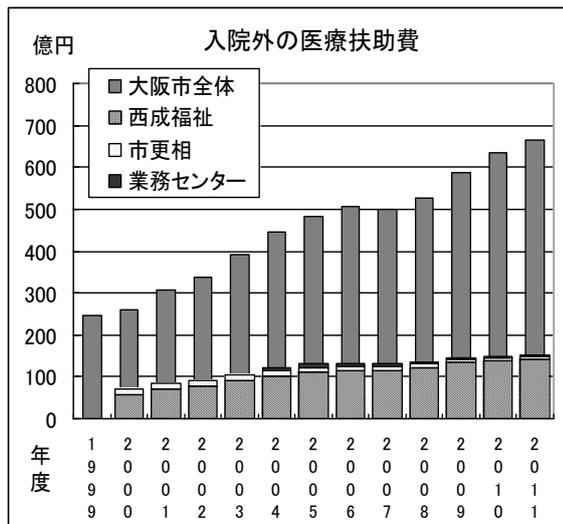
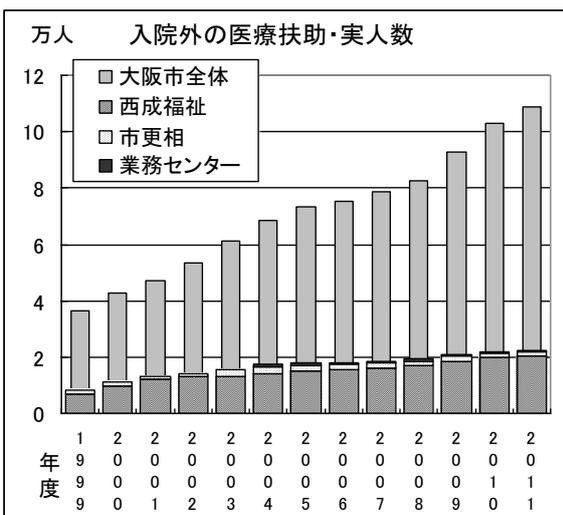
(3) 西成区などのウェートは低下

今度は、西成福祉、市更相、業務センターの扱っている生活保護の実人数や費用が、大阪市全体の中でどれぐらいの比重を占めているかを、グラフで示していく（作図技術の関係で、西成福祉、市更相、業務センターの順序は、凡例と図で一致していない）。

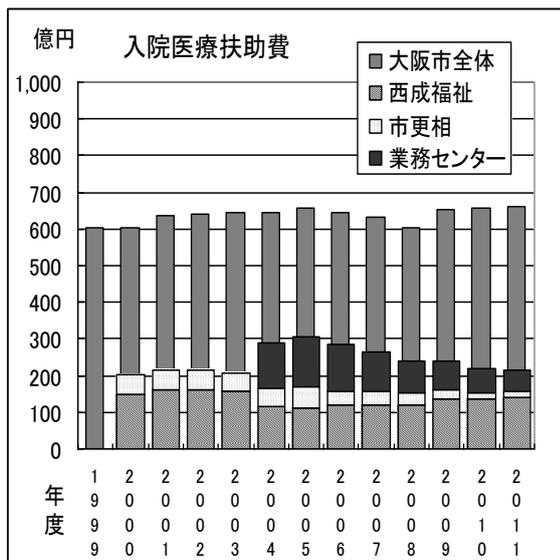
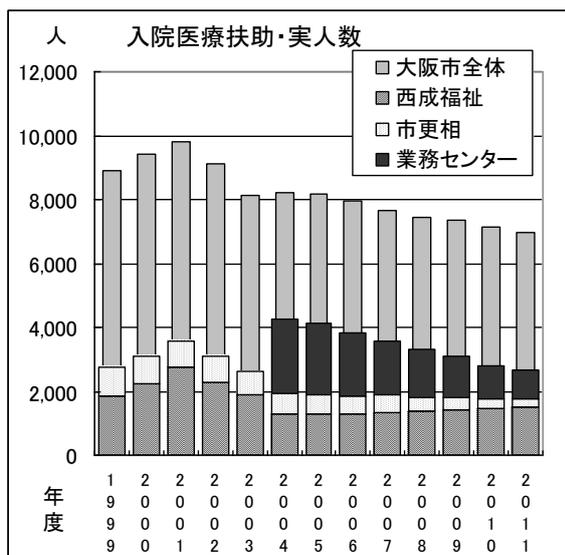
最初の2つのグラフは、生活保護の受給者数と保護費の総額である。市全体の伸びに比べると、西成福祉の伸び方は人数・費用ともゆるやかで、市全体に占める比重は下がっている。



次に、入院外（外来・往診など）の実人員と費用のグラフである。やはり西成福祉の伸び方は市全体に比べてゆるやかで、比重は下がっている。



入院の実人員と費用の推移は、以下のグラフになる。大阪府全体として入院の人数が減っており、費用は横ばいである。最も大きい要因は、業務センターの入院患者数が大幅に減ったことにある。市更相も減少している。一方、西成福祉では入院の人数・費用が近年、やや増える傾向にある。

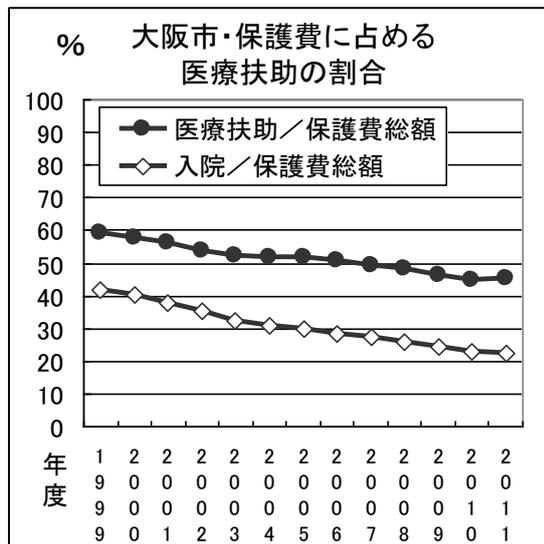
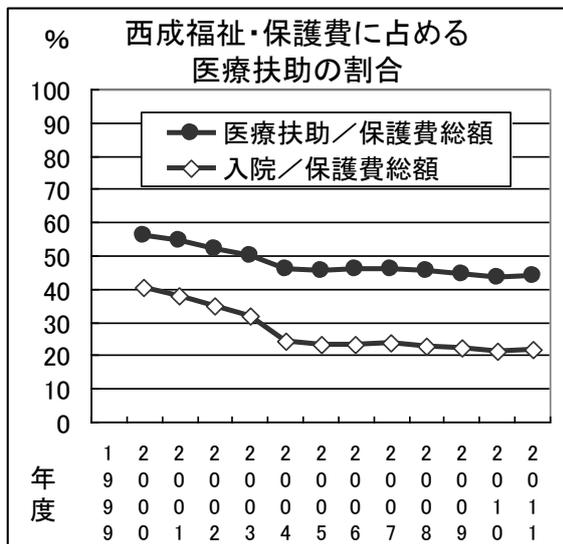


(4) 保護費に占める医療扶助の割合は低下

以上のような状況から、保護費に占める医療扶助の割合はしだいに低下してきた。

西成福祉では2000年度（平成12年度）に医療扶助が55.6%を占めていたのが、2011年度（平成23年度）は43.6%まで下がった。大阪市全体でも2000年度に56.2%だったのが、2011年度は44.5%になった。

主な要因は、入院患者の数が抑えられてきたためである。西成区でも大阪市全体でも、生活保護の受給者は大幅に増えたが、入院患者数は抑制され、その費用も横ばいである。特に大阪市全体で見ると、入院医療扶助費の占める割合は顕著に低下している。



(5) 1人あたりの医療費は入院と入院外で大差

入院・入院外それぞれの医療扶助費について、1人あたりの平均月額を算出した。この場合の分母は生活保護受給者全体ではなく、入院は、入院して医療扶助を受けている実人数。入院外は、入院外で医療扶助を受けている実人数である。

2011年度（平成23年度）の平均額は、次のようになった。

西成福祉	入院：月 77万 4340円	入院外：月 5万 6765円
大阪市全体	入院：月 78万 6831円	入院外：月 5万 0074円
市更相	入院：月 58万 7701円	入院外：月 3万 7706円
業務センター	入院：月 50万 6960円	入院外：月 5万 8560円

入院と入院外では、費用に著しい差がある。西成福祉では入院は入院外の13.5倍、大阪市全体だと同様に15.4倍の費用がかかっている。

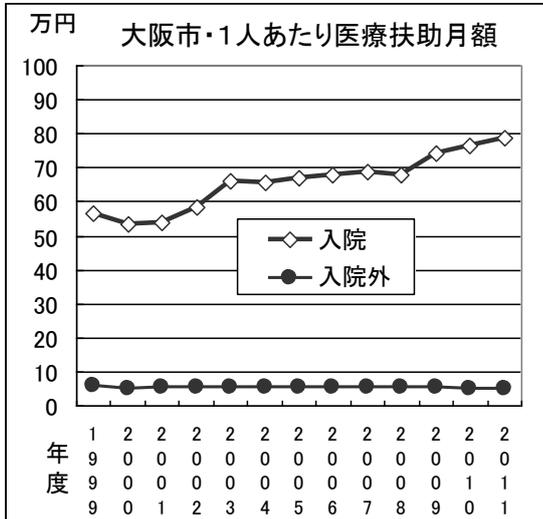
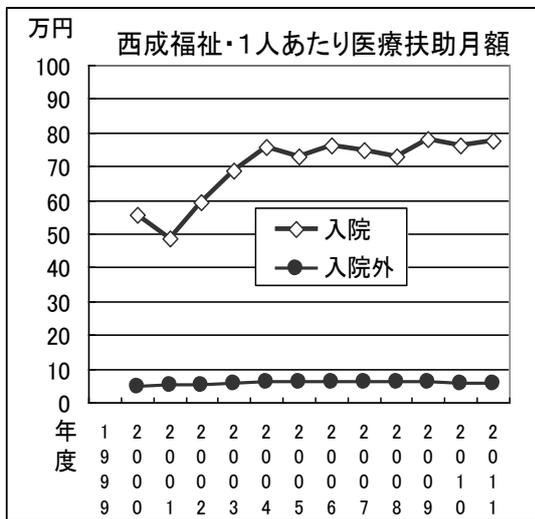
西成区の入院外の平均月額、大阪市全体より1割ほど高いが、その要因が高齢者の多さなどによるものか、医療機関の診療傾向などによるものかは検討が必要である。

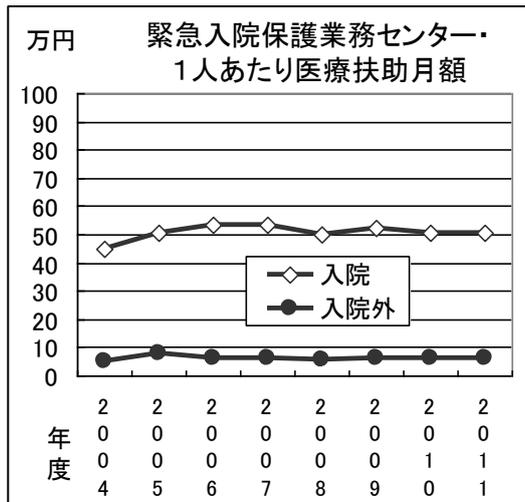
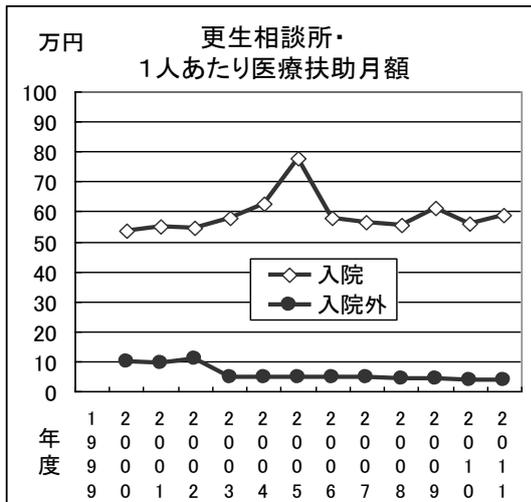
市更相・業務センターで入院費用が安いのは、入院先の入院基本料の違いと、手術を受けるかどうかなど医療内容の違いだと思われる。市更相の入院外の費用が安いのは、大阪社会医療センターの利用者が多いからかもしれない。

さらに、それぞれの平均月額の年次推移をグラフ化した（次ページ）。

西成福祉・市更相・業務センターは、入院・入院外とも近年、ほとんど変化はない。

上昇傾向がみられるのは大阪市全体の入院の平均月額である。その要因について定かなことは言えないが、入院料や救急診療を中心に病院の診療報酬が引き上げられたこと、病名ごとに定額の診療報酬になるDPC（診断群分類包括評価）という方式を導入する病院が増えた影響などが考えられる。





2. 医療扶助をめぐる状況の基本認識

(1) 過剰診療などの問題はあるが規模は不明

患者に自己負担がない医療扶助を利用する外来や往診で、一部の医療機関による過剰診療や受診勧誘、一部の患者による頻回受診・重複受診がみられることが、報道などで指摘されてきた。

確かに、西成区などで見聞きする一部の診療所（クリニック）や病院には首をかしげる部分がある。受診や入院の勧誘、車の送迎付きの連日の通院、福祉マンション入居者への押しかけ的な往診、大阪市外など遠方からの往診、向精神薬（睡眠薬、精神安定剤など）をはじめとする薬剤の多種多量処方…。福祉マンションが、多数の入居者を顧客にしたい医療機関や介護事業者と契約してマージンを取る例もあるといわれる。患者の一部が重複受診して向精神薬の処方を受け、密売業者に転売しているケースもあった。

ただし、そうした問題がどの程度の規模なのかを示すデータはない。生活保護の患者の割合が高い医療機関の数を調べた例もあるようだが、立地の問題も関係するので、たとえ生活保護患者の割合が100%でも、過剰診療や不適切診療に直結するわけではない。

マスメディアは問題のある事象を取り上げて報道する。それを受けて行政が一足飛びに全体を締めつけるような手法をとると、弊害が出るおそれがある。全体への対応策は、一定の検証・検討を踏まえて進めるべきである。

(2) 外来の医療費はとりたてて膨張していない

西成区の入院外（外来・往診など）の医療費の1人あたりの平均月額額は上昇していない。入院外医療費の総額で見ても、さほど伸びは大きくない。他の区に比べて平均月額が顕著に高いわけでも、費用総額が急増しているわけでもない。

したがって、外来・往診における過剰診療や重複受診など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。一部の医療機関や患者に問題があるとしても、あくまでも一部であり、全体に影響を与えるほどの状況にはなっていない。

(3) 外来における問題是正の重点

基本的には、医療扶助費の抑制を目的にするより、過剰な診療・投薬による患者への有害作用への対処を重視すべきである。

頻回受診する患者は、寂しさや時間のもてあましも背景にあり、積極的に受診しているというより、医師に言われるままに従っていることが多い。

重複受診して向精神薬を入手する患者は、内科医師を含めた安易な処方によって向精神薬への依存が生じている場合が多く、担当医との協議や転院を含めた治療方針の見直しが必要である。ヤミ市場に向精神薬を転売するような患者はごく一部とみられ、生活保護以外の患者による転売も少なくないはずである。

全体として言えば、患者側よりも、一部の医療機関のモラルハザードが問題であって、そこへの個別具体的な対処を強めることが重要ではなからうか。

(4) 入院を抑える効果は大きい

2003年度（平成15年度）以降、大阪市は、生活保護による入院患者数を減らし、その結果として入院医療費を抑制することに成功してきた。成果を上げた主な要因としては、次のようなことが挙げられる。

- ①病院からの敷金支給等による居宅保護への移行（敷金のないマンションも増加）
- ②野宿生活者・生活困窮者への生活保護の適用（路上からの居宅保護を含む）
- ③その他の施策を含めた野宿生活者の減少・路上からの救急搬送の減少

入院医療費は月に50～80万円もかかるが、居宅保護なら通院費用を加えても月に20万円以内で済むことが多い。退院促進と居宅保護への移行にいつそう力を入れて社会的入院・長期入院の解消を進めることは、財政対策としても大きな意味がある。また、居宅保護を受けている単身の高齢者の新たな入院をできるだけ抑えることも今後、重要である。

3. 具体的な医療扶助対策

(1) 通院医療機関等確認制度

西成区は平成24年（2012年）8月から、医療費の適正化を主たる目的に「通院医療機関等確認制度」を実施している。

当初は「医療機関等登録制度」という名称で、医療扶助による通院先は1診療科につき1医療機関を原則とし、調剤薬局も1か所に限定する案だったが、各方面からの意見や批判を取り入れ、医学的必要性がある場合は同一の診療科でも複数の医療機関の受診を認める、調剤薬局も必要に応じて複数利用を認める、「おくすり手帳」を活用するといった柔軟な方向への修正がなされた。

(2) 外来の患者支援のための方策

とはいえ、先に述べた外来医療費の動向を踏まえると、通院医療機関等確認制度によって実際にどれだけの効果があるかは疑問が残る。ケースワーカーが複数受診の要否を判断すると、機械的な受診制限が行われる可能性を否定できない。その結果、患者が適切な医療を受けられずに病状が悪化するおそれや、過剰診療を行う医療機関にかえって固定させるおそれもある。

そこで、次のような方策が求められる。

- ①患者の意向による転医やセカンドオピニオン目的の受診も認めることを周知する。とくに精神科は医師と合う・合わないがあるので柔軟に対応する。
- ②急な病気の時（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付けると迅速な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る。これは過剰診療や重複処方の是正に役立つ。
- ④薬剤師や看護師を配置した「医療相談室」を設け、受診先の選択や診断のあり方、薬の多さへの疑問などについて相談に乗り、助言する。処方薬や違法薬物への依存に関する相談にも乗る。厚労省も医療扶助の適正化対策として「医療扶助相談・指導員（仮称）の配置」を求めており、すでに配置している自治体もある。西成区庁舎だけでなく、生活保護受給者の多いあいりん地域にも相談室を設置し、医療券の発行を含めて対応することも検討に値する。
- ⑤通院医療機関等確認制度の運用状況について、定期的な評価と情報公開を行う。

（３）医療機関向けの対策

医療機関による過剰診療などの是正には、データ分析と、個別具体的な対処が必要である。具体的には、以下の方策を進める。これらは外来・往診・入院のすべてを対象にするが、とりわけ入院に重点を置くことが効果的である。

なお、架空診療などの「不正」と、明らかな過剰診療などの「不当」、それらにあたらなないが改善が望まれる点は、それぞれ区別して対応しなければならない。

- ①統計資料と電子レセプトを活用し、医療経済や医療統計に詳しい専門家の協力も得て分析する。過剰診療が多いとみられる医療機関を洗い出し、診療や請求の特徴を明らかにする。可能であれば、国民健康保険の場合の請求傾向とも比較する。
- ②分析の結果、問題があるとみられる医療機関には説明を求める。診断そのものの当否はレセプトだけから判断できないので、多数の病名がついているなど疑問がある場合は、立ち入り調査で診療記録や患者の病状の確認を行い、状況に応じて個別指導、監査を行う。地方厚生局や大阪府の国民健康保険指導部門とも連携する。
- ③患者・家族や医療機関の職員・元職員などから苦情や情報提供があった場合、上記の対処をできるだけ迅速に行う。こうした場合は過剰診療だけでなく、職員数の水増しや架空診療、無資格行為などの不正、低水準の診療、劣悪な環境、虐待、人権侵害といった情報が含まれることもあるので、保健所や大阪府の担当課とも連携する。
- ④電子レセプトの名寄せ縦覧などで、個々の患者の受療状況もしっかり把握し、重複受診や頻回受診、重複処方が目立つ場合は患者への指導を行う。検診命令の制度も活用し、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。
- ⑤レセプト分析などで診断名や診療方針に気になる点のある患者をピックアップしたうえで、区で依頼した医師が医療機関に出向き、今後の診療方針や診療計画について協議を行う。これは行政権限の発動ではなく、医療扶助を適切に実施するための協議として行う。
- ⑥往診についても電子レセプトを活用した分析を行い、往診の必要性や、同一建物内の

巡回往診などが診療点数のルールに沿った請求になっているかどうかを点検する。

- ⑦大阪市が独自に設けた生活保護医療機関の指定基準は、健康保険の指定を自動的に適用するのではなく、不正・不当な診療や診療報酬請求をした医療機関や医師を排除することを主眼としている。運用の際は財政面だけでなく、懇切丁寧な診療など生活保護医療の規則を踏まえ、生活保護の患者の療養にとって適切かどうかという観点も考慮すべきである。運用状況の定期的な評価と情報公開も必要である。

(4) 入院医療への対策

医療扶助費を抑制するために肝心なのは、何といても入院である。

生活保護の患者を多数受け入れる、いわゆる「行路病院」は、大阪市内とその周辺、近隣府県を含めて 40～50 ほど存在する。まじめに診療をしている病院もあるのだが、1997 年に安田病院グループの巨額不正が刑事事件化して日本で初めての廃院処分を受け、2009 年には奈良県の山本病院が刑事摘発されるなど、一部の病院で劣悪医療、不要医療、漫然医療が行われてきたことが発覚した。精神科病院の一部でも人権侵害が時々表面化する。



これらの患者の大半は、2～3か月ごとに転院を繰り返している。転院するのは、入院期間が長引くと入院基本料が段階的に下がること、病院ごとの平均在院日数によって入院基本料のランクが変わることなど、診療報酬制度による病院の経営上の理由である。

そうした患者の数は以前に比べると減少したが、緊急入院保護業務センターの扱う患者（救急で入院した住居のない患者）だけで 800 人程度、市更相で 200 人余り（平成 24 年 3 月時点）にのぼる。各区が受け持っている生活保護の入院患者（西成福祉で 1400 人余り）の中にも、入院中にアパートを引き払うなどして同様の状態になっている人がいる。大阪市だけでなく近畿一円の市町村から、行路病院に入院している患者もかなりいる。

これらの患者の退院促進、とりわけ社会的入院の解消は、本人の人権の面でも、自立支援の面でも、財政対策の面でも、決定的に重要である。

入院医療の質の向上と退院促進のためには、(3) で述べた医療機関向けの各種の対策に加え、次のことに取り組むべきである。

- ①各病院に対し、入院診療計画書とソーシャルワーカーによる支援計画書を作成して福祉事務所へ提出するよう義務づける。
- ②路上からの救急医療を公的病院も担うよう方策を検討する。民間病院間の連絡で転院が行われ、福祉事務所には事後連絡しかないような状況を放置せず、公的病院に定期的に受け入れて、診断の妥当性を評価する。
- ③「患者サポーター」(仮称)のような制度をつくり、精神科を含む病棟を定期的に巡回して患者の相談に乗り、権利擁護と退院支援を行う。すでに個別の患者のお見舞い支援などに社会福祉振興助成事業等を利用して取り組んできた支援団体がある。見舞いは入院患者の孤立感や疎外感を減らし、治療意欲の向上に役立つ。精神科病院にはNPO大阪精神医療人権センターが大阪府の療養環境サポーター制度に基づき、病棟訪問活動を実施している。そうした民間支援団体などに事業を委託する。

退院促進は生活保護の自立支援プログラムによる事業で実施できると考えられる。緊急入院保護業務センターが受け持つ入院患者も対象にするのが望ましい。

第1章で述べた「ケア・支援に関する費用補助または委託制度」との関係の整理が必要だが、「ケア・支援に関する費用補助または委託制度」は個別の患者とのつながりを重視した支援、「患者サポーター」(仮称)は病院ごとの巡回を中心とした支援として切り分ければよいのではないかと考えられる。多少の重なりがあっても構わない。

5. 単身高齢者が入院しないで済む地域の医療・福祉

今後、西成区の生活保護の多くを占める高齢者や中高年層には、認知症と加齢に伴う身体疾患とが急速に増えていくと予想される。身寄りのない単身者が多いこともあり、状況に流されていると、入院が増えて、医療扶助費を膨張させるおそれが高い。単身でも、できるだけ地域で暮らせるようにする医療・介護・福祉の方策が大きな課題になる。

一般的には、在宅なら介護保険を利用した訪問介護・ホームヘルプ・デイサービスが基本だが、親族や近隣の人との協力があるほうが望ましく、西成区の単身高齢者では限界があるだろう。グループホームの増設もあまり現実的ではない。

そのためにも、第3章で詳述したような日常生活自立支援(見守り訪問、日常生活サポート、金銭管理、服薬確認など)、社会生活自立支援(仲間・居場所・生きがいつくり)、健康相談などは重要である。良質なサポーターハウスや訪問型支援を行う団体に対する「ケア・支援に関する費用補助または委託制度」の創設と充実は、入院よりはるかに安上がりな施策となる。

西成区の生活保護受給者や日雇い労働者、野宿生活者の場合、加齢に関連する疾患で地域医療の観点から重要と考えられるのは、認知症をはじめとする精神神経疾患、高血圧や脳梗塞を含む循環器疾患、糖尿病などの代謝性疾患、腰痛などの整形外科疾患、歯周病など歯科の疾患である。

また、外来で特にコストのかかる医療は人工透析である(ただし費用は通常、自立支援

医療の対象なので医療扶助による支出はない)。腎不全の原因で最も多いのは糖尿病であり、食生活のほかストレスも発症に関係する。あいりん地域でも糖尿病の人は少なくないので、その合併症の予防は重要である。さらに歯の状態も全身の健康に大きく影響する。

その意味で、結核のみならず、内科、精神科、整形外科、歯科を含めた健康相談・健康診断を進める体制を作り、保健指導と在宅医療の支援につなげる必要がある。認知症になった人には精神科への入院ではなく、在宅生活のサポートができるよう、ネットワーク作りを図り、地域の支援関係者を対象とした研修や訓練も行いたい。

6. 大阪社会医療センターの今後

社会福祉法人大阪社会医療センター付属病院（許可ベッド数 80 床）は、昭和 45 年（1970 年）から、日雇い労働者や野宿生活者のための無料低額診療を提供してきた。あいりん総合センターの中にあり、同センターの建て替え問題とも関連して、市政改革プランの中では財政支出削減のため、有床診療所への縮小が打ち出されたが、それが本当によい方向なのかは十分に検討しなければならない。

同病院では、あいりん地域での生活保護の拡大に伴って、医療扶助による診療の割合が高まり、無料低額診療は減っている。経営面では、大阪市から年間 3 億円ほどの補助金が出ているが、コスト削減も行い、改善傾向にある。外来より入院のほうが収益源になる。

現状の課題は、立地の関係もあって薬剤師や看護師などスタッフの確保に苦労すること、大阪市立大付属病院からの派遣に頼っている医師の意欲の向上、医療設備の古さ（MRI もない）、受診患者が減少傾向にあることなどである。

しかし、あいりん地域をめぐる医療状況を考えると、縮小ではなく、むしろ公的機能を持つしっかりした病院の確立が求められる。その理由として次のことが挙げられる。

- ①無料低額診療の需要は減ったとはいえ、まだ小さくない。
- ②日雇い労働者や野宿生活者、生活保護受給者にとってかかりやすい医療機関が必要。
- ③結核対策、公衆衛生・社会医学的対策の拠点が必要。若干の結核病床もほしい。
- ④他の医療機関の診療内容の評価やセカンドオピニオンの機能を持つ病院が必要。
- ⑤地域の医療状況から、精神科の充実を求める声が強い。
- ⑥行路病院対策の面で、西成区の救急医療を受け入れる公的な病院が望まれる。

そうした機能を持つ病院が、あいりん地域の中心部に立地している必要はない。たとえば JR 新今宮駅周辺の未利用地に移転すれば、広範な地域からの一般患者の受診も見込めるので経営的にプラスになり、総合病院化や、救急医療の実施も可能になるのではないか。そうした総合病院ができれば、西成区民にとっても安心感が高まるだろう。

経営形態の見直しも考えるべきである。現在のように大阪市が幹部派遣などで経営を監督することは必ずしも必要がなく、社会福祉に理解のある別法人への経営譲渡や経営統合も考えられる。