



## 生活保護制度における医療扶助の研究 －運用実態から検証する制度課題－

神戸親和女子大学発達教育学部福祉臨床学科 准教授

赤井 朱美

ファイザーヘルスリサーチ振興財団から助成をいただき、発表と研究の機会をいただきましたことを、御礼申し上げます。財団の助成研究募集書きに研究例示として医療・福祉の法制度の研究が挙げられており、私の専門領域にぴったりだということで、喜び勇んで申請致しました。

わが国の生活保護受給者に対する医療保障として位置づけられている医療扶助について、私の本務大学がある阪神都市圏域での現状を調べて、制度の検証を行いました。

私は、社会保障法の中でも特に貧困法に興味があり、日本の貧困対策と言われている生活保護法の研究、それから福祉の法政策というのをテーマにしています。

この研究のタイトルを見ていただくと分かるのですが、生活保護における医療扶助の研究です。これに興味を持ったのは、群馬県のたまゆらという老人福祉施設で火災事件が発生したことがきっかけでした。たまゆらという有料老人ホームに入っている方たちが火災事件で被害に遭われ、お年寄りの方達は生活保護受給者であった。その、たまゆらの生活保護受給者というのは東京都から送り込まれていたということに興味を持ちました。東京都所管であるにもかかわらず、群馬県に送り込まれる。移管の手続きまでして、そこに入所してもらうのは何故か、というところに興味を持ちました。

昨今、貧困ビジネスの温床としての医療扶助の問題がクローズアップされ、例えば向精神薬を300錠も違法にもらって転売するという事件も関西で頻発しておりますので、これをテーマとして選びました。

医療扶助というのは、私たちが入っている社会保険の医療保険とは違って、生活保護法の中で独自に別立てで作られている医療保障の制度です。給付形態は現物給付です。私たちは診察を受ける時に、健康保険証とか診察券を持ってクリニックに行くのですが、生活保護を受給している方々は法令用語として「被保護者」といいますが、被保護者の方たちは、医療券を発行することによって医療サービス受給の機会が与えられる。それによって受診の機会を得るといようなシステムです。生活保護は最低限の生活費をもらい、それによって生活を営むということですので、負担がぎりぎりになってしまいます。これ以上医療負担ができないということで、公的医療保険とは異なり、医療扶助には自己負担はありません。

### 【ポスター -1～3】

前後いたしますけれども、先にポスターから説明させていただきました。

医療扶助の内容というのは、今、申し上げた通り、公費負担が先です。拠出能力が無い

ということで、医療保険法の適用除外として、別立てで医療の仕組みが作られています。これが最低生活を営む中で所得保障と医療保障を行うという生活保護法の規定した枠組みになっています。

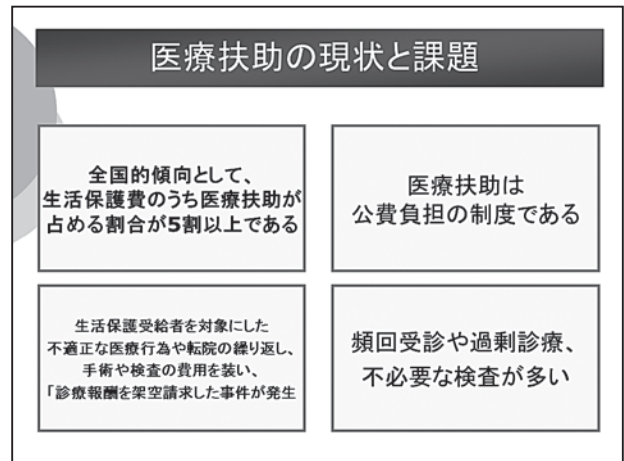
医療扶助というのは、平成16年まで先行研究もなく、国による公開データがございました。概算で、国による医療扶助費の総額という形で、平成16年で約1.4兆円であると公表されていますが、総数だけであって医療扶助費の項目の内容は判明いたしませんでした。ですから、本研究によって大阪市と尼崎市を特に対象として、医療扶助の状況を、実数の把握、それから統計数値およびヒアリングにより調査いたしました。

特に大阪市と尼崎市に絞ったのは、大阪市は医療扶助費が2010年時点で全国第1位を記録したこと、また尼崎市は43万人の中核市ではあるのですが、政令指定都市である兵庫県内の神戸市を抜いて、医療扶助だけではなく生活保護費そのものの負担が関西圏域では大阪市に次いで第2位であることから対象に選びました。

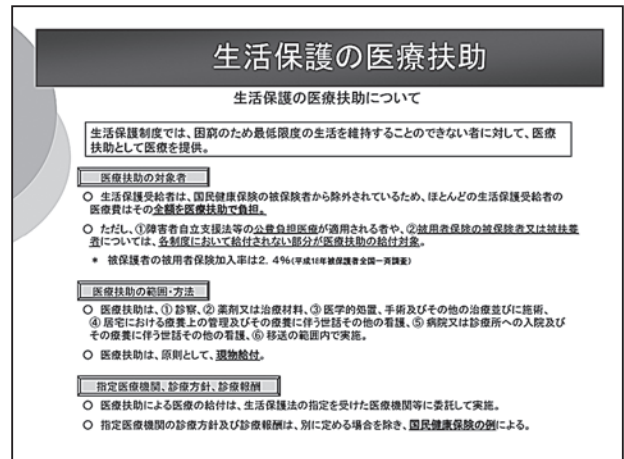
具体的にはこの2つの市に絞って、生活保護の現状と市財政への影響等の分析、制度の抜本的改革や財政措置の要望等にかかる戦略の検討を行っているかどうか、被保護者に不利益をもたらす恐れのある施設（たまゆらのようにですね）やNPO団体への調査の実施を行っているかどうか、医療扶助の不正請求に関しレセプト点検や医療機関への個別指導、訪問診療への同行等を実施しているか、について聞き取り調査をいたしました。

ポスター1に戻りますが、医療扶助の割合が2分の1になっています。先に結論を書い

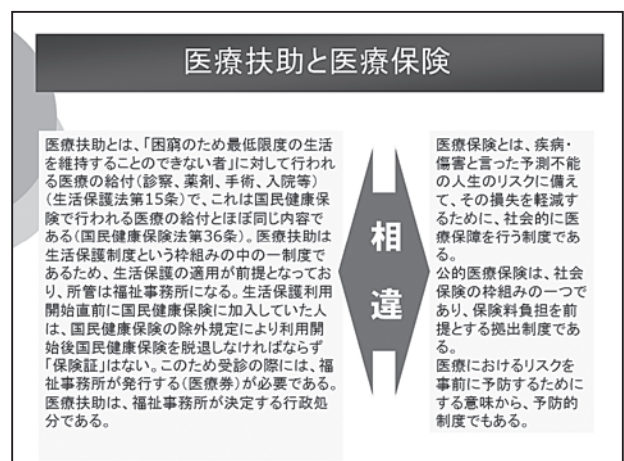
ポスター 1



ポスター 2



ポスター 3



てしまっていますが、平成16年の国の発表以来、生活保護総額の中で医療扶助の割合が2分の1以上を占めています。

【ポスター -4】

本研究で阪神圏域で集めたデータで、どの自治体でも医療扶助の著増が分かります。

兵庫県下における医療扶助費ですが、他の都市も調べてみました、姫路市、芦屋市、西宮市、宝塚市等もございしますが、一番人口比の高い神戸市を超えて、尼崎市だけで生活保護費の総額がこれだけ大きいということです。この中で、半分以上を医療扶助費が占めている。

尼崎市に限って絞れば、医療扶助の中の半分までが精神疾患に関わる支出が非常に多かったことがわかります。

【ポスター -5】

尼崎市において扶助費は、医療扶助と介護扶助を合わせて半分以上を占めているという実態を示しています。平成16年までは生活扶助と住宅扶助、つまり家賃と衣食にかかわる費用の支出で半分以上を占めていると言われていたのが、逆転していることが分かります。

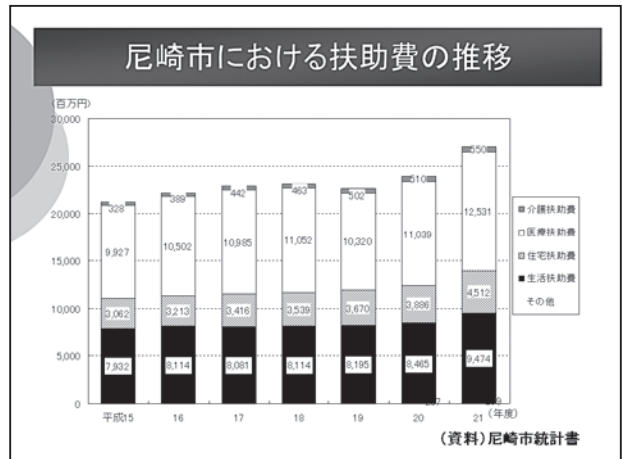
【ポスター -6】

大阪市は保護費全体の中で医療扶助費の支出が非常に大きく、全国トップです。たまゆら事件と合わせて奈良の不正診療報酬請求事件（山本病院事件）のあたりから、大阪市の生活保護の医療扶助の状況というものクロースアップされてきています。

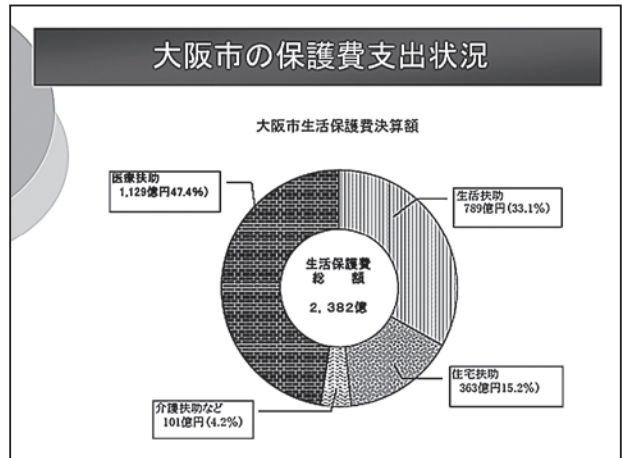
ポスター 4



ポスター 5



ポスター 6



## 【ポスター -7】

この研究では、メディアで取り上げられているような不正受給の喧伝だけに流れないように、客観的なデータとして調べることを試みました。

ポスターにもお示ししましたが、公的扶助と社会保険というのは、本来的に考え方が別のものなのです。

貧困対策としての生活保護（「公的扶助」）と「社会保険」とでは、元来が相対する概念です。両者は、明らかに役割と機能が対極に位置づけ

られるものとして発展してきました。前者は救貧施策であり、税方式で賄われ、後者が防貧施策であり拠出制度です。ウィリアム・ベヴァリッジは社会保障の在り方について勧告を出しましたが、ベヴァリッジは社会保障制度を構築する際には、両者は明確に分けて位置づけ、社会保険から漏れた人を公的扶助で救うべきとしました。

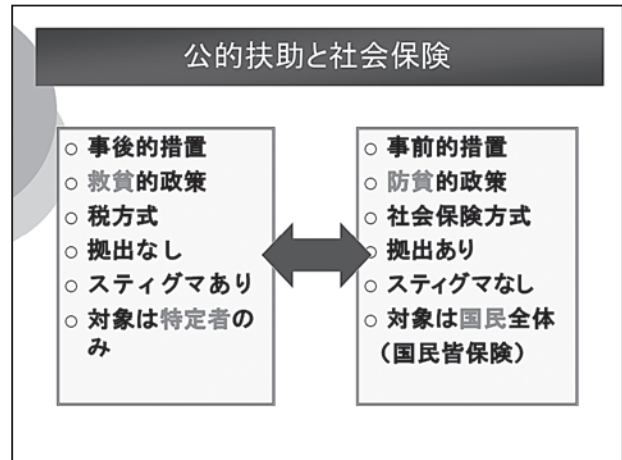
生活保護における医療扶助というのは社会保障の一番最低限です。生活保護に至るということは、単なる金銭的逼迫のみならず、雇用・福祉・医療・教育等、複合的事を抱えこみ、にっちもさっちもいかなくなって保護に至ります。生活保護は福祉のあらゆる分野の問題を複合的に抱えることで保護に至るのです。生活保護は現行の社会保障制度のすきまから漏れ、最後にたどり着くところですので、福祉の終着点とも言えます。

衣食住に事欠く、といった、最低限の生活すら自分で出来なくなった場合に生活保護に至るのであり、医療扶助の給付ができないときに、租税システムによって、つまり税金によって賄うということになっていますが、現行の議論としては、貧困ビジネスがまかり通っている現状を打破するために、医療扶助の中に医療保険を入れる、保険化を入れるという議論が進んでおります。公費負担に全面的に依存せずに、医療費を使っている、という自覚を受給者に促すべきであるとして、何らかの形で自己負担3割を求めるべきだということになっていますが、その議論を踏まえた上で考えると、医療扶助の中で下手に保険化を進めることによって、なおのこと、貧困ビジネスを促進するような事態にならないだろうか、というのが、私の懸念です。

保険化を進めるということは最低生活の生活費の補填の保護費の中からまた3割負担を出すということで、そうなると行き所がなくなって、それによって、本人の意思とは違って、行きたくないけど入所する場所がない、仕方がないから、たまゆらみたい、無認可とか問題のある、基準値を満たさない、劣悪な、怪しい福祉施設、NPOに、生活保護受給の高齢者が流れ込んでしまう、彼らをそこに追い込むことにならないだろうか、ということもあり得ると思います。

そのあたりのところを、尼崎市と大阪市で実数を出して欲しいということをお願いしたのですけれども、なかなかそこまで調査がいきませんでした。私のこの研究では、近畿弁護士連合会の若手の弁護士さんたちに非常にお世話になりまして、今、問題と言われている無

ポスター7



料無認可の老人ホームとか老人施設とかをずっと回りました。しかし行政のチェックを逃げて運営しているところで、危険も伴いましたから、なかなかそのあたりの数値は今回の報告の中に出すことはできませんでした。

【ポスター -8】

結論（総括）としましては、医療扶助を受けている生活保護受給者に対して社会的入院を止めさせるために、長期入院患者への退院促進事業を促進する、また、医療扶助を保険化すべきという議論が出ておりますけれど、長期入院患者の退院促進については、その後の追跡を尼崎市では、現行3ヶ月間の追跡としておりますが、3ヶ月という期間を区切らず、できるだけ継続して見守る「巡回員」、「見守り員」を配置すること、あるいは、保健師か看護師による訪問指導を行うこと、医療扶助の保険化については、現行の社会保険診療報酬支払基金のような審査機関だけでなく、各自治体で診療報酬明細書の厳格な点検体制を設け、それにより頻回受診や悪質な過剰請求の摘発に対応すること、政治的・財政的見地から医療扶助の保険化への議論に結びつけるのは早急ではないだろうか、慎重にすべき、というのが私の今回の結論です。生活保護法の立法趣旨は優れており、同法第2条で保護受給権を規定しており、生活保護法そのものはよくできた法律だと私は思っております。高齢保護受給者を囲い込んだり、処方薬を転売したりといった、貧困ビジネスをどう抑制するか、は、たいへんむずかしく、確かに、各自治体のレベルで対応しきれないところがあるのですが、法の解釈や、条例を制定する、地域の住民による見回りを拡充する、など、今ある手段を駆使して対応策をあの手この手で考える、といった議論をするべきかと思えます。

もう少し色々ご説明したいことがあったのですが、時間の制限により、ここで報告に代えさせていただきたいと思えます。

ポスター 8

### 総 括

- 被保護者のうち長期入院患者への退院促進事業促進が励行されているが、退院後の受け皿が、無認可の高齢者福祉施設へ流入する可能性がある。
- 現行診療報酬基準制度における各自治体での審査システムを導入する。
- 医療扶助費の占有率だけで、被保護者への医療扶助の問題点を捉えるのではなく、地域包括センターと福祉事務所及び保健所等、医療と福祉の双方の制度間での有機的連携が必至である。
- 社会保障制度における最後の砦と位置づけられる生活保護と社会保険では理論的区分け・役割・機能が違うことを前提に問題を捉えるべき。
- 頻回受診抑制、あるいは、政治的・財政的見地からだけの公費負担廃止・社会保険との統合は、現状に照らして慎重であるべき。

ポスター 9

### 謝 辞

本研究を遂行するに当たって、財団の皆様方は勿論、下記の研究者・弁護士の方々に多大の励ましとご支援を頂戴いたしました。特に記してお礼を申し上げます。

- 大阪市立大学大学院創造都市研究科 島 和博 教授
- 大阪市立大学大学院生活科学研究科 服部 良子 准教授
- 愛知学院大学大学院法務研究科 芹田 健太郎 教授
- 大阪大学大学院人間科学研究科 堤 修三 教授
- 兵庫県弁護士会 赤木 文生 弁護士
- 他、「生活保護ネットワーク」「貧困ビジネス研究会」の弁護士の先生方

---

## 質疑応答

**宇都木：** 医療扶助の研究ではあるのですが、この研究のそもそもの目的は、どういうところを目指しておられますか。

**赤井：** 医療扶助は公費負担制度であるから頻回受診を招く、公費を横から搾取する事案が横行している、だから、ここを改革しようといった、生活保護制度の改革試案が進んでおりまして、経済学者の先生方から、医療保険の保険化を導入するべきだという議論があります。それに関して、医療扶助を医療保険化することは、その本質に照らして、本当に必要なことなのか、検証しようと思ってこの研究を思いつきました。

**宇都木：** 結論としては保険化にはあまり賛成できないと。

**赤井：** はい、正直に申しまして、私の意見ですが、あまり賛成できないということです。

**会場：** 非常に精神疾患が多いという話でしたが、それは入院のデータがコストに上がってくるわけですね。通院だけでなく。

**赤井：** はい、通院と入院と入れて。

**会場：** やはり、コミュニティとか地域で退院患者の受け入れを促進するというのが法律の建前になっていますが、日本は非常に精神疾患が多いですね。

**赤井：** 精神疾患は増えております。退院促進に関しては法的な基準がありませんので、国から通達として出ておりますが、退院促進事業を受けているのは、今のところ大阪市と尼崎市が平成19年から頑張っていて退院促進をしています。退院促進をすることによって行く所がなく、居宅療養かあるいは施設に行くという道があるのですが、行くところがない人が施設に入るといときに、たまゆらのような無認可施設に無理矢理行かざるを得ないという現状が、私の調査で分かりました。そういったこともあるので、一面だけをとらえて貧困ビジネスはよくない、生活保護を受けている人は甘えている、生活保護がよくない、制度が悪い、だから、生活保護受給者の医療受給権を狭める、ということまでいかにないように、どうかして、頻回受診抑制のインセンティブが働くような仕掛け作りを考えたいと思っております。医療保険と医療扶助は、機能及び役割が違います。医療保険は防貧施策、医療扶助は救貧施策です。そのことも主張したいとは思いました。

付け加えると、頻回受診の抑制とか医療費の拡大を抑えるために、制度の中の受給権を抑えるのではなくて、私がここで提案させていただいたのは、自治体での各審査システムを導入するべきだということです。診療報酬に関して審査機関

がありますけれども、それに加えて、生活保護に関しては、各自治体の福祉事務所の中での第三者審査システムを入れたい、入れなくてはいけないと思っています。それによって不正請求とか、怪しい施設とか、無認可の団体とか、貧困ビジネスに絡むNPOを摘発するような仕掛け作りを、自治体の中で考えるべきだと思います。

**宇都木：** そのこのところをもう少し膨らませていただきたいと思いますね。山本病院事件などは最初の岩田先生のご発表のリピーターの問題ですよ。医療過誤も非常に含んでいますし。

**会場：** 私の父が入院しているとき、たまたま看護師さんが父に「〇〇さんはいいわね、帰るところがあって。ここにはたくさん帰るところがない人が入院しているのよ」と言っていました。最初は何を言っているのかよく分からなかったのですが、分かってからも、「その人たちはどうなるんだろう」と。一体どうなるのでしょうか。

**赤井：** まさしくこの研究で一番言いたかった所ですが、確かにそうです。生活保護というのは、皆様方の税金を使っているということで、国民感情の反発を受けやすい分野ですので、福祉事務所でなかなか生活保護の受理ができません。ですから近畿弁護士連合会とか日弁連の若手の先生たちが同伴申請を行います。同伴して「こういう状況で困っている。もうあとがないから」というので、生活保護を受けることになるのですが、なかなか生活保護が受けられません。単給と併給という道がありまして、今まで一番認められやすかったのは医療扶助なのです。どんなことでも、駐車場でもレジでも働けるといってはあっても、どんな人でも病気にはなる。人は、病気とケガにはなるので、医療保障だけは疎外することはできない。給付形態として医療扶助の単給、つまりひとつだけ単給するという手法があったのです。家族と離別している・死別している、病気を抱えている、慢性疾患で働けないといった人たちが行き場所がないということで、社会的に、病院にいる限り、病院を住所地として、その要件で生活保護を受けることができる。だから医療扶助というのは、そこでかなり医療費を押し上げたという時代があります。そこから退院促進という方向に今、国が打ち出しています。でも下手に退院促進することによって、行き場がない人たちを、違法かつ劣悪な高齢者施設へ追いやることにならないか、ということを考えなくてはならない。ですから今回、公的扶助と社会保険の制度枠というのを、ベヴァリッジの基本概念に立ち返って考えるべきだということを提案したいと思って、研究させていただきました。