くらし　健康・医療

頻繁な転院 かさむ医療費

行路病院

住まいのない生活保護の患者を多く受け入れる病院が、大阪市とその周辺に数十か所ある。まじめに努力する病院もある一方で、奈良県大和郡山市の山本病院（廃院）のように、不必要・不適切な診療行為や医療費の不正が発覚することもある。問題はどこにあるのだろうか。

（原昌平）

●路上から救急搬送

「大してどこも悪うない。行く所がないから」。堺市の民間病院に入院中の男性(68)はそう言った。仕事と住まいを失い、自分で救急車を呼んで大阪市内の病院へ運ばれてから5年余り。いくつもの病院を転々と移ったという。

大阪ではホームレス状態の患者を「行路（ぎょうろ）患者」、そうした患者の多い病院を「行路病院」と呼ぶ。正式の用語ではなく、明確な線引きもないが、行政も使う。病院はいずれも民間だ。

医療費は全額、生活保護（医療扶助）で賄われ、本人には月2万円余りの日用品代が出る。

スタートは路上からの救急搬送が多い。大阪市内で受け入れが特に多い救急病院は都島区、東成区、西成区の計4か所。そこから通常、1か月足らずで別の病院へ移され、さらに2か月前後ごとに転院を重ねる。ぐるぐる何年も回され、また同じ病院へ戻ることもある。

路上から福祉事務所を通じて入院した人、長期入院中に住居を引き払った人、居宅保護を受けていて入院した人も、このパターンになることがある。

転院は、もっぱら各病院の事務長や渉外担当者の人脈で行われる。福祉事務所の了解を得るわけではなく、たいていは転院の日か数日後の事後報告だ。

●背景に診療報酬制度

頻繁な転院が行われる理由は、診療報酬制度にある。

まず、1日の入院基本料には看護職員の配置数に応じたランクがあり、病棟全体で計算する「平均在院日数」の上限がそれぞれ決まっている。

「うちの病院は15対1の看護体制（患者15人につき看護職員1人）だから、平均在院日数が60日を超えたら全患者の入院基本料が大幅に下がってしまう。いちばん神経を使う」と、ある病院の事務長。

もう一つは、個々の患者の入院基本料が、入院が長引くにつれて段階的に下がる「逓減制」だ。90日を超すと投薬や検査をいくらやっても定額になる。

どちらも医療費抑制のために入院の短縮を促す制度だが、転院すれば日数はリセットされ、元に戻る。そして転院のたびにX線や血液、心電図などの検査が行われる。病院にとって生活保護は医療費の取りはぐれがない。1か月の医療費は救急病院で80万～100万円程度、それ以外でも50万円前後かかる。

市域や府県境を超えた転院も多い。山本病院（80床）では2008年度の入院患者の半数以上が生活保護。そのうち奈良県内の患者は14％にすぎず、60％が大阪市の生活保護だった。

●医療内容に踏み込めず

山本病院では、生活保護の患者の大半に心臓カテーテルを使った検査や治療が十分な説明なしに行われ、一部は架空請求だった。病名や検査結果の捏造も多かったと県はみている。患者が死亡した肝臓手術は、不要な手術だった疑いがある。

こうした問題は初めてではない。1997年に巨額の不正と劣悪医療が発覚して廃院処分を受けた安田病院（大阪市住吉区）など3病院も、行路患者をターゲットの一つにしていた。ほかにも複数の病院で看護職員数水増しなどの不正が発覚した。

行政の対処はどうなのか。

大阪市の場合、敷金の支給で居宅保護への移行を進めた結果、行路患者がかなり減った。市は2004年度から救急ルートで入院した住居のない患者を緊急入院保護業務センター（西区）で一括して扱っており、その平均入院患者数は04年度の約2100人から09年度は約1300人、入院医療費は124億円から08年度で90億円になった。

しかし医療内容には、ろくに踏み込めていない。

診療報酬のレセプト（明細書）は社会保険診療報酬支払基金の審査の後、市に回り、業者の点検を経て福祉事務所に届く。病院からは定期的に医療要否意見書が提出され、嘱託医が見る。

だが書類をいくらチェックしても、診断名の妥当性や実際に医療が行われたかは、わからない。ケースワーカーの病院訪問は半年に1回ほどだ。「担当する数が多すぎるし、専門的なことはわからない。仮に訪問した時に意見を言っても『素人が何を言うてる』でおしまい」と大阪市のワーカー経験者は明かす。

市は「個別指導」として医師と一緒に病院へ出向き、カルテの一部をレセプトと照合したりするが、病院あたりの頻度は約3年に1回程度だ。

●患者への支援が重要

低水準の医療や不正を防ぐにはどうすればよいのか。

抜本的には、この分野に公的な病院が取り組むようにすることだ。東京都や川崎市は救急医療に協力金制度を設けている。

より早くできるのは、行政が医師を雇い、病院へ出向いて個々の患者の治療方針を協議すること。また病棟まで巡回して相談に乗る「患者サポーター」的な仕組みもほしい。生活保護の患者が食い物にされる場合の最大の原因は、何が起きても身寄りが乏しく、訴える力も弱い点にある。患者への支援が、不適切な医療に歯止めをかけ、社会的入院を減らすことにもなる。

入院基本料のランクと必要条件（一般病棟の場合）

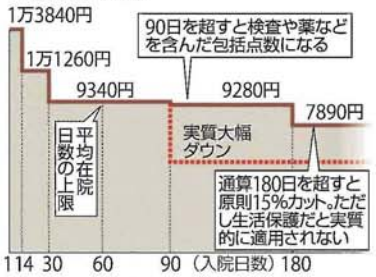
看護職員数（入院患者あたりの日常配置数）	入院基本料（円／日）	患者50人に必要な看護職員数（常勤換算）	看護職員のうち看護師の割合	夜勤帯の看護職員数	医師必要数（入院患者数に対する比率）	平均在院日数の条件
7対1	1万5550円	35.7	7割以上	2人以上	常勤だけで10%	19日以内
10対1	1万3000円	25.0			6.25%（医療法）	21日以内
13対1	1万920円	19.2				24日以内
15対1	9340円	16.7	4割以上			60日以内

▼入院日からの日数による加算など

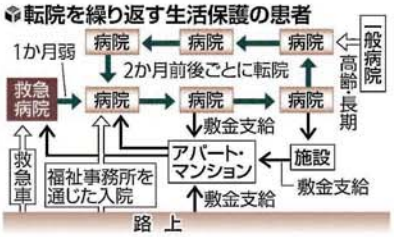
14日以内	4500円	それぞれの入院基本料に加算される
15～30日	1920円	〃
31～90日	0円	加算なし
90日超	9280円	検査・投薬・注射・病理診断、一般的な画像診断・処置を含んだ入院基本料になる（包括点数＝マルメ。重症患者を除く）
通算で180日超	保険で出る入院基本料は15%カットされ、その分は患者の自己負担になる（重症患者を除く。生活保護も15%分は通常、医療扶助から出るので実質適用外）	

入院基本料の逓減制

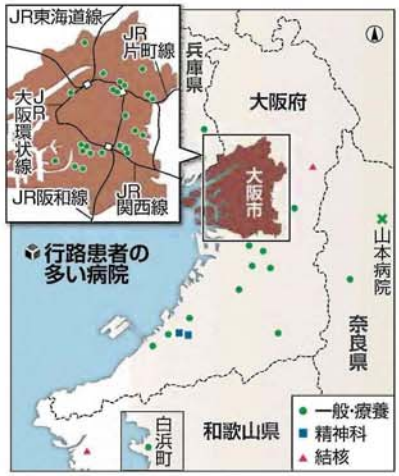
※看護職員配置15:1の病棟の場合。患者1人あたり1日の金額



転院を繰り返す生活保護の患者



行路患者の多い病院



「くらし健康・医療」は日曜日に掲載します