

生活保護医療要否審査での 患者実態調査について

宮城県保険医協会

元) 北村神経内科クリニック 内科 北村 龍男

COI：ありません

【目的】

生活保護利用者の医療要否の審査を担当している。

具体的な審査は、医療要否、訪問看護、眼鏡等の医療材料（補聴器は含まれていない）、移送（主にタクシー利用）、患者実態調査などである。

審査対象のうち特に患者実態調査（以下、調査）は生活保護利用者への適切な医療提供に重要な役割を果たしている。

調査の内容、問題点を紹介し、調査での医師・歯科医師の役割を考える。

【方法】

2022年1月～6月初めの調査の記録した資料のうち160件について、調査の目的別に、医師判断と調査にあたる保護課職員である地区担当員の意見（以下、意見）の関係について見た。

対象は未成年1名、成年前期7名、成年後期96名、前期高齢者8名、後期高齢者8名、不明40名。性別は女性55名、男性67名、不明38名であった。

尚、患者実態調査では、地区担当員が利用者に会い状況を把握し、主治医に必要な判断を求める。その上で、地区担当員の意見を整理する。審査では、地区担当員の意見を踏まえて給付の「必要」、「不必要」を判断する。

【結果】

<就労>

稼働年令層（65才未満）で、就労していない利用者が対象である。

主治医は、傷病名、症状（重症・一進一退・好転・治癒）、治療方針、及び今後の回復見込み、通院頻度、通院状況・通院態度を記載する。その上で就労について、就労可、中労可、軽労可、就労不可（今後〇ヶ月程度で就労可、当面不可（1年以上））の判断が求められる。

就労についての調査対象130名。主治医の判断が就労可は37名。医師のコメントなしは17名、コメントありが20名であった。主治医の判断が就労可で、地区担当員の意見が、就労支援・指導・継続24名、就労指導を行わない5名、他科問い合わせ・受診3名であった。その他再調査等がある。

主治医の判断が中労可は5名で、地区担当員の意見が就労支援は2名、療養専念（就労支援・指導は行わない）は2名、その他は保留。

主治医の判断が軽労可は49名、医師のコメントが44名にあった。地区担当員の判断は、

就労指導・支援・継続は19名であった。そのほとんどが短時間、座位などの条件付きであった。次いで療養継続・専念が12名と多かった。

主治医の判断が就労不可は51名、地区担当員の意見はでは、就労支援2名、就労継続1名あった。

また、主治医の判断が判定不可6名で、その内5名が受診なしであった。地区担当員の意見は、受診を勧めるが4名であった。

就労判断には概ね主治医の意見が反映されている。いくつか特徴的な点を上げる。

- ①就労に関して主治医からのコメントが多い。多くは就労による負担を心配している。
- ②多科受診があり、例えば内科では就労可、整形外科では軽労可などの違いが起こる。
- ③不眠症で多重受診、数ヶ月の間に5院所から睡眠薬、抗不安薬の処方を受けていたケースがあった。
- ④治療中断。地区担当員の自宅訪問調査では体調不良を訴えるが、長期間受診なしの事例が見られる。
- ⑤就労先として、色々な職種パート業務、福祉事業所、内職、チラシまきが多いようだ。

<住まい> 施設入所と転居等

*施設入所

施設入所希望での調査対象は7名で、医師判断で施設入所が「必要」は5名で、地区担当員の意見も同様であった。認知症などにより独居不可などの事例である。認知機能の低下、入院のきっかけで入院時の主治医が独居は無理と判断するケースがある。糖尿病が悪化し、インスリン利用になり、自己注射が難しいので施設入所のケースもあった。一方、本人、(別居) 家族が施設入所を拒否するケースも見られる。

*転居

転居希望での調査対象は6名で医師判断で「必要」は意見は5名であり、地区担当員の意見も同様であった。

階段昇降が脳血管疾患、整形外科疾患で、4階～1階への転居希望などである。肺炎で入院し、酸素ボンベが必要になり、退院時に転居が主治医から提案されたケースもある。

*住宅扶助

入院中に検討されているが発生しているが、退院により「必要」と入院継続のため「不必要」のケースがあった。

<施術> あん摩・マッサージ・はり・きゅう

調査対象となった10名の内が医師の判断が「必要」の意見は9名で、地区担当員の意見も同様であった。9名が給付継続になった。対象疾患は、アルツハイマー型認知症、廃用症候群、整形外科疾患、リウマチ、脳血管障害である。施術については、部位、回数(頻度)、期間の指示が求められる。

特に、あん摩・マッサージについては、以下の様な疑義解釈、療養費の支給基準がある。

厚労省の疑義についてによると「あん摩・マッサージは、主として外科的治療の後治療に効果があると考えており、あん摩・マッサージの施術を受けようとする患者の症状が投

薬その他の治療に効果がなく、あん摩・マッサージの施術が絶対不可欠である場合に限り認められるものである。単なる肩こり又は慰安のためにする施術はみとめられないものである」とされている。〈生活保護法による医療扶助運営要領に関する疑義について（昭和48年5月1日、厚生省社会局保護課長通知）〉

一方、療養費の支給基準によると「療養費の支給対象と認められるマッサージは、筋麻痺、片麻痺に代表されるように、麻痺の緩解処置としての手技、あるいは、関節拘縮や筋萎縮が起こっているところに、その制限されている関節可動域の拡大と筋力増強をうながし、症状の改善を目的とする医療マッサージである。本来であれば、保険医療機関において、専門スタッフによる理学療法の一環として行われる医療マッサージが療養費の支給対象となる」とされている。〈療養費の支給基準（令和2年度版）、社会保険研究所〉

支給基準が極めて限定的である。本来は医療で行う治療が医療で出来ないから、あん摩・マッサージになっているのが実情である。その一方であん摩・マッサージを制限している。あん摩・マッサージの中止により症状の悪化が予想される場合がある。悪化を防ぐあるいは現状を維持することも、あん摩・マッサージの目的とすべきであろう。

〈頻回受診〉

月15回以上、3ヶ月40回以上の頻回受診は、調査の対象となる。ケースは脳血管障害、あるいは整形外科疾患が多く、器具による鎮痛消炎処置である。

このようなケースでは、地区担当員から、主治医に生活保護のルールを説明し、主治医の判断を仰ぐことにしている。

〈精神科受診〉

精神疾患の審査は別に担当医が配置されている。従って審査の対象にならず、他疾患で通院している利用者の精神科受診の要否が主な審査となる。

〈支援方針全般〉〈障害者手帳など他法の利用〉

前者は保護開始時、後者については利用可能の主治医の意見があれば別途書類記載を依頼することになる。

〈地区担当員の意見について〉

地区担当員は、利用者と面談し生活状態・希望を把握し、主治医の意見を聞いて意見をまとめる。全体として医師判断を考慮し、病気以外にも目配りし判断をしている。

しかし、利用者の意欲を引き出し、真の自立を目指すような取り組みにはなっていない様に感じる。就労ができれば解決、就労＝自立ではない。就労出来ない困難さを、生活保護のルールの中だけで解決するのは無理がある。

審査にあたっては地区担当員の意見を踏まえ、「必要」、「不必要」を判断している。地区担当員の意見に疑問がある場合は、疑問点について再調査を求めることにしている。

【考察】

調査において主治医の判断は概ね考慮されている。主治医が積極的に意見を述べること

は、利用者の医療受給に重要である。

利用者は多疾患の例が多く、判断する主治医の負担は大きい。患者に寄り添った取り組みは有意義である。

利用者は自己判断で受療を中止することが見られる。中断である。ご自分の体を大切にしたい。

あん摩・マッサージ、頻回受診では、調査以前に担当者から相談を受けることが多い。より実態に見合ったルールに変える必要がある。

また、生活保護で利用できる医療は、生活保護外の医療と比較し限定的である。あん摩・マッサージ、ジェネリックの利用などこの点についても、ルールの変更を求める。。