

『貧困と医療 ～無料低額診療制度から見たもの～』

石田瞳 内山知佳 大島理利 辻野絵美 森和憲 諸戸礼知安

1. 目的と意義

我が国では国民皆保険制度が施行されているが、近年、貧困の問題が深刻さを増し、保険料の支払いが困難なために、医療を満足に受けられないという事態が生じてきている。「無料低額診療（以下、無低診）制度」はそのような状況にある貧困層を救済する制度の一つであり、この制度について、これからの医療を担う我々が十分に理解しておくことは重要である。今回は、我々が住む滋賀県での無低診事業の実態調査を通じて、日本における貧困と医療の問題について考察した。

2. 対象と方法

滋賀県内で無低診事業に取り組んでいる 8 医療施設のうち 4 施設（A 診療所、B 診療所、C 診療所、D 病院）を訪問し、聞き取り調査を行った。主な聞き取り項目は以下の通りである。

- ・各施設の概要：地域的な背景、診療体制、患者数など
- ・無料低額診療制度について
- ・無料低額診療制度の利用実態：無料低額診療事業の開始時期、利用者の人数および層、疾患の種類、利用に至った経緯、個別の事例など
- ・無料低額診療事業への取り組みについて：取り組み始めた経緯、採算性、今後の見通しなど

また、行政からの視点を把握するため、滋賀県庁を訪問し、各医療機関との連携や無低診制度の位置づけ、今後の方針などについて話を聞いた。

3. 結果と考察

3-1. 無低診事業の概要

無低診事業とは、社会福祉法第 2 条第 3 項第 9 号に基づく第二種社会福祉事業であり、生計困難者が経済的な理由により必要な医療を受ける機会を制限されることのないよう無料または低額な料金で診療を行うものである。各医療機関が届出を行い、都道府県知事の認可を得ればこの事業を実施することができる。この法律は昭和 26 年に制定され、現在に至るまで一度も改正されていない。

平成 11 年、平成 17 年、平成 21 年、平成 22 年の時点での全国事業所数は、それぞれ 251 カ所、260 カ所、264 カ所、356 カ所と推移しており、いかに平成 21 年以降、事業所数が増加しているかがわかる。戦後の生活困窮者の救済措置として制定されたこの法は、日本の経済復興とともに整備されてきた社会保障制度の中でその重要性が低下していたが、昨今の経済事情による生活困窮者の増加を背景に、低所得者の医療を受ける権利を守る制度として見直された結果である。現在、滋賀県内では 8 医療施設（うち 3 つは精神科病院）が届出をしている。

3-2. 各医療施設の基本情報

今回訪問した4医療施設の基本情報を以下に示す。

■ A 診療所

平成22年1月から無低診事業を開始した。平成23年8月までに42件の制度利用を申請し、34件が承認された。平成22年度の統計で、利用者の年齢は50代12名、40代3名、60代・70代各2名、20代・30代各1名であり、背景は派遣切りによる失業6名、低収入4名、低年金3名、ホームレス2名のほか、更生保護施設入所者の無収入・無保険6名などである。健康保険に関しては、無保険7名、国民健康保険証5名、国民健康保険短期証5名、社会保険証3名、資格証1名。利用者の疾患は高血圧8名、心疾患4名、糖尿病3名、ドメスティック・バイオレンス（以下、DV）によるものも含めた外傷等3名、喘息2名、栄養失調2名、急性疾患2名などである。診察の時に重症化のため手遅れであったケースはまだ経験していない。利用者のうち半数は生活保護に移行できたが、無低診の適用期間である6ヶ月以内に生活保護に移れない、あるいは治療が終了しない場合には延長して医療を継続する。

■ B 診療所

大津市北部地域の患者や住民の要望で平成元年4月に開設され、平成22年1月から無低診事業を開始した。平成23年8月までに9件の利用がある。利用者の年齢は40～50代が多く、60代2名、20代・30代は0名である。歴史的に貧困層が多い地域で、電工勤務者が近年の不景気で仕事なくなったなどの理由から無低診の利用に至るケースが多い。利用者中3名が無保険者。疾患は高血圧患者が多く、次いで糖尿病、アルコール性肝障害などである。いずれも6ヶ月の期限以降、利用の延長は今のところない。

■ C 診療所

平成23年5月に事業を開始したばかりで利用実績はまだない（平成23年8月時点）。予想される主な利用者層は、無保険者（国民健康保険料が高額な地域であるため）、不定期労働者、ブラジル・ペルーからの外国人労働者などである。

■ D 病院

昭和27年に無低診事業を開始。平成22年8月～23年7月までで外来件数のべ2238件、入院件数のべ1114件の計3397件が無低診を利用している。総患者数110366件における割合は現在約3.1%程度（社会福祉法人第二種の目標は10%）である。上記の3診療所と異なり、救急・入院の対応も行っており、広域に渡って様々な貧困層をカバーしている。利用者の年齢、背景についてはデータが未整備で詳細はわからなかった。保険については、無保険者は少なく、全額自費は平成23年8月の1ヶ月では外来6件のみ。疾患も正確なデータはないが、傾向として慢性疾患を含めた内科疾患が多い。糖尿病の合併症が出ているなど、通常より重症化しているケースは時折みられる。救急ではDVによる外傷が増えてきている。最近この制度の必要性を感じるのはがん化学療法で、良い薬が出ると値段も跳ね上がり、1～3割の自己負担分の支払いが困難となるケースがしばしばある。

3-3. 利用者の傾向

正確なデータのある A 及び B 診療所を中心とした患者受診動向から、以下に示すような共通の傾向が確認できた。無低診の利用者の年齢は 40～70 代に多く、50 代で最多である。最近では 20～30 代といった若年者の利用もみられる。無保険や短期証・資格証である割合が通常の病院よりも高いが、全体としては有保険者で自己負担分が払えないケースの方が多い。生活保護を受けている患者の利用も目立つ。疾患としては高血圧、糖尿病をはじめ慢性疾患が多く、無低診の最大適応期間とされる 6 ヶ月を超えて医療を継続する必要が出てきている。近年ではがんに対する化学療法をはじめとした高額医療の支払いができずに無低診を利用するケースも増加傾向にある。

無低診制度は、いわば国民健康保険と生活保護のいずれの対象にもなれない生活困窮者を救済するためにあるといえる。しかし、実際はこの制度の対象に生活保護受給者も含まれることから、生活保護を受給しつつ、それで賄えない部分を無低診で補っている人も多い。戦後と比較して生活保護をはじめセーフティーネットが充実してきた今、生活保護受給者が無低診を利用する意義は激減している。貧困層が増大し、医療を受ける術が無低診しかない人々が増えている現状を考慮すると、生活保護受給者の医療やそれにまつわる諸費用は、生活保護の中できちんとサポートされるように生活保護の充実を図るべきであり、無低診自体は国民健康保険や生活保護にあてはまらないといった本来の患者層への医療に特化するべきである。

また、戦後に生じた感染症から生活習慣病をはじめとした慢性疾患への疾病構造の変化に伴い、6 ヶ月以降の対応を再考しなければならない。無低診利用期間を延長する、あるいは生活保護への移行を円滑にするといった対応が必要と考えられる。医療機器・医薬品の高額化を考慮すると、診療所だけでなく、高度医療を提供できる医療機関での無低診事業の拡充も重要である。

3-4. 無低診事業の経営的側面

無低診の医療費のうち、利用者の窓口負担分は医療機関が負担し、国や自治体による財政補助はない。しかし、実施医療機関には無低診利用者の割合に応じた固定資産税の減免といった税制上の優遇があり、この優遇効果は、結果的に医療施設の規模に比例して大きくなる。また、その設立経緯から利用者割合に関わらず非課税であるところもあり、これらの医療機関では無低診での持ち出しよりも利益が大きく上回る一方、小さな医療機関ではそれら優遇効果が少ないため、持ち出しによる負担が大きいといった事態が生じる。現在は有保険者の利用率が比較的高いことからどうにか事業を維持できているが、今後利用者の増加によって小さな医療機関ほど経営が厳しくなることが懸念される。社会福祉法で定められている非課税率の算出法は利用者の数に基づいており、診療報酬に基づいているわけではなく、また利用者割合と無関係に非課税になるケースもあることから、非課税による利益と無低診事業での支出に相関は乏しい。今後無低診事業を拡充させるには、非課税となる税の種類や免除率の再検討、無低診による支出に応じた利益の適正分配などを行い、医療機関間での格差の是正が不可欠となるであろう。

3-5. 院外薬局の問題

無低診事業は各医療機関が単体で行っており、院外処方箋による調剤薬局での負担金は無低診の対象とならない。B 診療所と D 病院では、現在国の方針に従って薬局が院内から院外へと移行しつつあり、院外薬局となった際の薬代をどうするかという問題への対応が迫られている。慢性疾患が多い現状の中、費用がかかるため薬をもらえない状況になっては、無低診で診断をつけること自体が無意味になってしまう。無低診実施医療機関が負担するのか、個別に院外薬局と交渉するのか、あるいは行政主導で無低診制度の関係機関として薬局も巻き込むのか、その対応は急務である。

3-6. 診療所と行政の見解の相違

診療所側は、無低診は貧困層の患者を救う術として一時的なものであり、無低診が社会資源活用の足掛かりとなったとしても、国民健康保険料の引き下げ・免除や生活保護基準の緩和といった制度上の改善が根本的な問題解決のために必要であると考えている。また、診療所単体の持ち出しでは経済的にも診療的にも限界があるため、無低診頼みになるのではなく、一層行政が主体になって動いてほしいという希望を持っている。

一方、行政側としては、国民健康保険や生活保護は社会保障支出全体のバランスで考えていかなければならない問題であり、医療的観点のみでは安易にその希望を受け入れられない状況にある。また、無低診事業は強制ではなく届出制であり、国内の社会資源の一つとして制度に基づいた役割分担であると捉えている。

3-7. 無低診に関わるネットワーク

患者が無低診にたどり着いた経路はケースによって異なるが、社会福祉協議会や民生委員からの紹介や患者本人からの相談が多いようである。ただし、無低診に関して積極的な広報はされておらず、地域住民に情報が十分に行き渡っているとはいえない状況である。また、無低診事業を行う医療機関同士や、無低診事業所と行政・他の医療機関とのネットワークも乏しく、患者の紹介といった連携はあまりとれていない。縦割り構造の行政においては保健医療、社会福祉に携わる部署であってもその実際の担当でなければ制度自体のことを知らず、また既に示したように行政側と医療者側にある意見の相違を互いが認識していない。

このように、各点が孤立している状態では、より多くの貧困層の人々をカバーすることは難しい。情報がなく医療を受けるすべを知らずに困っている患者を救い上げるためには、点と点をつなぐネットワークを整備するべきである。今後、制度の見直しを視野に入れるにあたり、アセスメントによる現状把握および法改正後の事業の管理・運営における柔軟な対応が不可欠となる。それにはまず各自自治体が一体となって動くことが前提となり、その上で多分野からの参加による話し合いが必要であろう。

4. 結論

生計困難者を救済する制度として開始された無低診制度であるが、今回の調査により課題が山積していることが明らかとなった。まず、医師や行政担当者における本制度自体の認知度が低いことから、関係機関間のネットワークの構築が不十分であり、無低診の対象者となる生計困難者の救いあげが不完全であることが考えられる。また、制度の利用状況や財政面などのデータの蓄積が乏しく、現状把握が明確になされていない医療機関もあった。

無低診を継続する上での問題点としては、患者負担分の医療費を医療施設が肩代わりしているため、今後の貧困層の拡大によって施設が無低診事業を持続することが困難になる可能性があることが挙げられる。さらに、無低診利用者の抱える疾患はおおむね慢性疾患であるため、最大対象期間である6ヶ月間で治療を終了できないケースが増加していることが判明した。加えて、行政と医療施設の立場の違いによる、無低診制度に対する見解の相違が浮き彫りとなった。

以上の問題点に関して、今後の課題となる事柄を抽出した。第一に、昭和26年から一度も改定されていない社会福祉法第2条の見直しである。具体的には、慢性疾患の治療終了までカバーできるような対象期間の再設定、がん化学療法など高額医療への対応の検討が挙げられる。また、無低診事業を行うことによる小規模診療所の過負荷・大規模病院の過利益の格差を緩和するよう税制の見直しを検討する必要があるのではないだろうか。

このような動きを進めるために、各医療機関においては、事業運営におけるデータの管理を徹底し、行政はその情報に基づいた現状把握を行うといった連携を強化すべきである。更に、現状の無低診制度をうまく活用し、より多くの貧困層の人々を救い上げるためにも、関係機関間のネットワークの強化は不可欠となる。

現時点では、調査を行った診療所および病院において無低診事業は遂行できているが、昨今の不況による貧困層の拡大を念頭におき、生計困難者が医療を受ける機会を妨げられることのないよう問題点への対策は急務である。

5. 謝辞

本研究の趣旨を理解し快く協力して頂いた、滋賀県県庁及び各医療施設の皆様に謹んで感謝の意を表します。

また、本研究の遂行に当たり、ご指導ご鞭撻を賜りました滋賀医科大学社会医学講座衛生学部門 埴田和史 准教授に心より感謝いたします。

6. 参考文献

- ・ 総務省 社会福祉法
<http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S26/S26HO045.html>
 - ・ 全日本民医連
<http://www.min-iren.gr.jp/fuukei/2011/1105.html>
<http://www.min-iren.gr.jp/topics/muryou/seido.html>
 - ・ 医療福祉生協連
<http://www.hew.coop/2011/06/4994.html>
 - ・ 厚労省 無料低額診療事業について
http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/01/dl/s0121-7d_0001.pdf
 - ・ 厚生労働統計一覧
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/>
- (以上の参照 web サイトは 2011 年 12 月 21 日時点でアクセス可能)