

無料低額診療事業の利用者の特性に関する研究

—無料低額診療の実態と効果に関するコホート研究より—

ニシオカ ダイスケ タマキ チサト フルイタ ノリコ ナカガワ ヒロカズ
 西岡 大輔*1 玉木 千里*3 古板 規子*4*8 中川 洋寿*5
 ササキ エリン ハセガワ ミチコ ウエマツ リカ コンドウ ナオキ
 佐々木 恵林*9 長谷川 美智子*6 植松 理香*7 近藤 尚己*2

目的 医療アクセスの格差は世界的に観察されている。日本でも所得が低い人ほど受診抑制を経験するなど、経済状況による医療アクセスの格差が知られている。無料低額診療事業は「生計困難者が経済的理由で必要な医療を受ける機会を制限されることのないように無料又は低額な料金で診療を行う事業」として社会福祉法に規定されており、医療アクセス格差の是正に寄与している可能性があるが、実際の運用状況や利用者の特性等についてはほとんど明らかになっておらず、意義や効果を疑問視する政策議論もある。そこで本研究では、同制度の利用者の特性を分析することを目的とした。

方法 進行中の「無料低額診療の実態と効果に関するコホート研究」の2018年7月1日から12月31日までのデータを用いた。同研究は京都府の3つの医療機関で無料低額診療事業を適用した成人患者のうち、研究に対して同意を得た者を対象としている。適用を審査する際に用いた面談データ、および生活歴等を聴取する質問紙と健康関連QOL（SF-8）の調査データを用いて、利用者の背景要因を集計・記述した。

結果 対象者は80人で、平均年齢は68.3歳であった。40人（50.0%）が男性で、42人（52.5%）が独居であった。生活保護制度の支給基準額周辺の世帯所得の人が多く、無収入のものもいた。41人（51.3%）は友人知人に会う機会が月1回もなく、過去1年間に経済的な理由で受診を控えたことがある者は23人（28.8%）であった。傷病の罹患については、「糖尿病」が17人（21.3%）、「脂質異常症」が20人（25.0%）、「高血圧症」が26人（32.5%）、「悪性腫瘍」が18人（22.5%）であった。利用者のSF-8のサマリースコア（偏差値）の中央値は、身体的スコアが37.4で、精神的スコアが41.9であった。

結論 無料低額診療事業の利用者は、実際の疾病の罹患に加え、一般集団に比べて健康関連QOL尺度のスコアが低く、無就労や友人知人との交流が少ないなど、心理社会的な課題を有している可能性が示唆された。同事業の利用をきっかけとして、経済的な支援に加えて、地域での社会的包摂につながるような制度設計が望ましい。今後は全国的なデータにより本研究同様に利用者や医療機関の特性、無料低額診療事業が及ぼす健康と健康格差への効果、および経済的影響を明らかにすることが求められる。

キーワード 無料低額診療事業、無低診、社会福祉、健康の社会的決定要因、健康格差、社会的処方

*1 東京大学大学院医学系研究科健康教育・社会学分野博士課程 *2 同准教授

*3 公益社団法人京都保健会京都協立病院長 *4 公益社団法人京都保健会京都民医連中央病院産婦人科医師

*5 同病院副院長 *6 同老人看護専門看護師 *7 同病院医療ソーシャルワーカー

*8 京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻予防医療学分野博士後期課程 *9 京都市民主医療機関連合会理事

I 緒 言

健康格差は世界的な公衆衛生課題であり¹⁾、経済的な状況による医療アクセスへの格差が指摘されている。経済的な困窮は人々の健康に大きく影響する健康の社会的決定要因として知られ、日本においても所得が少ない人ほど必要なときに医療機関への受診をためらう「受診抑制」を経験する²⁾ことや、そのような経済的な理由により受診を抑制した結果、重症化や死亡に至った事例などが報告されている³⁾。

経済的に困窮した患者のために医療機関が実施できる制度として、無料低額診療事業（以下、無低診）がある。無低診は、医療的なケアの必要性がありながら、経済的な理由で医療機関での窓口支払いが困難な人に医療機関が適用できる社会福祉法の制度である⁴⁾。医療機関での支払額を減免するような制度として、生活保護法の医療扶助が広く知られている。しかし、一般的に生活保護を受給するには収入や家族構成、所有している資産などさまざまな要件を満たさねばならず⁵⁾、また、手続きにも時間がかかる⁶⁾。一方で、無低診は医療機関が定める独自の基準に合致する患者の窓口支払いを減免できるため、柔軟で迅速な対応がしやすい。緊急性が高いが経済的な理由で医療機関に受診できない人や、親族の収入や資産があり生活保護の受給要件に合致しない人、ホームレスや外国人などで生活に困窮している人々が利用できる⁷⁾ため、生活困窮者への受診支援の方法として注目されている。

無低診の運用方法については厚生労働省より実施方法が例示されており、認定された医療機関である無料低額診療事業実施診療施設と社会福祉協議会・福祉事務所の協議のもと実践される⁷⁾。上記3つの機関があらかじめ、無低診を患者に適応する場合の基準額等を設定しておく。その適応水準に当てはまる患者に無料（または低額）診療券をそれぞれ機関が発行する。その診療券をもつ患者の医療費のうち、窓口での自己負担分の支払いを医療機関が減免するという

流れである。一方、医療機関には無低診を適応した患者の割合に応じて法人税や固定資産税等の減免を受けられるなどの優遇制度がある⁷⁾。

このように無低診は、低所得者などの生計が困難な患者に対して地域の機関の連携のもとで適応され、2018年度の報告では、無低診を実施している施設は664施設、利用者は年間のべ773.9万人と近年増加傾向である⁸⁾。受診時の患者の医療費を減免することができるため、生活困窮者への受診支援の方法として注目されており、学会発表のテーマとして無低診を用いた支援活動の報告が散見されている⁹⁾。

しかし、無低診の運用方法の実際や、無低診を利用する患者の背景要因について明らかにした調査やその効果を検証した報告は、筆者らの知る限りでは存在せず、無低診の実態やその果たすべき福祉機能については明らかになっていない。すなわち本事業の利用により患者の治療アドヒアランス（治療や服薬に関する患者の理解や意思決定、その治療の実践）の改善や受診への経済的障壁の低減がみられるかなどについての科学的な評価はなく、実施による医療機関の経営や患者の医療費に与える経済的評価もされていない。無低診の実施設やその利用者数が拡大しているなか、無低診の事業の妥当性や法的な位置づけ等についてはたびたび行政や研究者の間で議論となっているが、実態や効果に関する客観的なエビデンスがないため、充実した議論を進めづらいのが現状である¹⁰⁾⁻¹²⁾。

そこで、筆者らは無低診を利用する患者の背景特性やその効果を明らかにするために、「無料低額診療の実態と効果に関するコホート研究」を2018年7月より実施している。本論文では、進行中の上記研究から、無低診の利用に至った患者の背景特性を明らかにし、無低診に関連する今後の課題を整理することを目的とした。

Ⅱ 方 法

(1) 研究デザイン

1) 対象者

2018年7月1日から同年12月31日に、公益社団法人京都保健会に所属する京都民医連中央病院・太子道診療所（以上、京都市）と京都協立病院（綾部市）を受診する患者のうち、医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）との面談の上、無料低額診療を新規に適応した患者を対象とした。そのうち、20歳未満の患者、無低診の適応となった申請者以外の世帯構成員、研究参加の同意が得られない患者は除外した。

2) 医療費の減免の方法

本研究に参加した医療機関は、すべて同じ基準で無低診を運用している。対象者がもし生活保護を受給した場合に支給される額を基準額として算出し、その150%以下の所得であった場合に無低診を適応した。減免額については、患者の自己負担額をすべて免除し、減免期間は適応した年度中である。新年度における適応に関しては改めて審査を受けるという方法を採用している。

(2) データ・変数

研究対象者の社会経済状況については、MSWとの面談によって日常的に聴取されている項目を用いた。具体的には、世帯構成、世帯収入、職種・職位・雇用状況・住居の情報・保険の情報などである。MSWの業務で聴取されない項目については、調査票を用いて聴取した。調査票では、喫煙や飲酒といった生活歴の情報や、教育歴・ソーシャルサポートの有無・健診や検診の受診の有無・医療機関の受診控えの経験の有無・無低診の認知度や知るきっかけなどについて質問した。また、対象者の健康関連QOLを測定した。健康関連QOL尺度はSF-8™を採用した¹³⁾。SF-8™は、包括的な健康関連QOL尺度であり、身体機能・日常役割機能（身体）・体の痛み・全体的健康感・活力・社会生活機能・日常役割機能（精神）・心の健康の下

位尺度から構成される¹³⁾。また、対象者が罹患している疾病の情報や入院外来の区別、診療録・レセプトデータから抽出した。

(3) 統計分析

個人の集計データから、MSWの面談と質問紙から得られる個々の社会経済的状況や生活歴について、記述統計量を算出した。また、SF-8™については、回答結果から、身体的サマリースコア（PCS-8）と精神的サマリースコア（MCS-8）を計算し、中央値、平均値、最小値、最大値、標準偏差の要約統計量を算出した。これらのサマリースコアは、2007年に日本に在住している16歳以上の日本人の母集団から無作為抽出された標本集団の回答結果を基準に標準化されている。つまり、サマリースコアは、平均50標準偏差10で正規分布する偏差値で表現される。個人の罹患している疾病については、国民生活基礎調査¹⁴⁾で聴取されている傷病のうち通院者率が高く、定義が明確な「糖尿病」「脂質異常症」「高血圧症」「脳卒中（脳出血、脳梗塞等）」「狭心症・心筋梗塞」「悪性腫瘍」に関して、対象者内の有病割合を算出した。

(4) 倫理的配慮

研究対象者には、本研究への同意の有無が無低診の適応に影響しないことをプライバシーが保たれた空間でMSWが文書により丁寧に説明した。研究に参加中であっても、いつでも研究への協力をとりやめること、回収した調査結果は個人情報を守られる場所に保管され研究終了後には適切な方法で廃棄されること、本研究の目的以外に使用しないことを明示した。同意が得られた場合に、質問紙による調査票を手渡し実施した。

なお、本研究は東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会（承認年月日、2018.6.18. 審査番号：11995）および京都民医連中央病院倫理委員会（承認年月日、2018.6.7. 審査番号：94）による承認を得た。

表1 京都市民連中央病院・太子道診療所・京都協立病院の無料低額診療事業を新規に適用した患者の特性 (n=80)

	人数	%		人数	%
年齢 (平均±標準偏差)	(68.3±16.2)		現在のあなたの健康状態はいかがですか		
30歳以下	2	2.5	とてもよい	2	2.5
31-40歳	3	3.8	まあよい	28	35.0
41-50	7	8.8	あまりよくない	26	32.5
51-60	5	6.3	よくない	24	30.0
61-70	21	26.3	お酒を飲みますか		
71-80	22	27.5	現在飲酒	14	17.5
81歳以上	20	25.0	過去飲酒	25	31.3
性別			飲酒なし	37	46.3
男性	40	50.0	たばこを吸いますか		
女性	40	50.0	現在喫煙	18	22.5
世帯人数			過去喫煙	28	35.0
独居	42	52.5	喫煙なし	33	41.3
2人	30	37.5	あなたが外出する頻度はどのくらいですか。		
3人	4	5.0	週4以上	38	47.5
4人以上	4	5.0	週2-3回	23	28.8
就労			週1回	6	7.5
なし	63	78.8	月1-3回	6	7.5
あり	16	20.0	年に数回	1	1.3
教育年数			なし	5	6.3
6年以下	4	5.0	友人・知人と会う頻度はどれくらいですか		
7-9年	31	38.8	週4以上	11	13.8
10-12年	28	35.0	週2-3回	10	12.5
13年以上	17	21.3	週1回	10	12.5
世帯収入 (生活保護基準比)			月1-3回	7	8.8
0-20%	12	15.0	年に数回	17	21.3
21-40	2	2.5	なし	24	30.0
41-60	6	7.5	現在の暮らしを経済的にどう感じていますか		
61-80	11	13.8	大変苦しい	47	58.8
81-100	8	10.0	やや苦しい	22	27.5
101-120	20	25.0	ふつう	9	11.3
121-140	14	17.5	ややゆとり	0	0.0
141-150	7	8.8	大変ゆとり	0	0.0
住居の状況			過去1年に経済的な理由で受診を控えたことがありますか		
持家	26	32.5	なし	55	68.8
賃貸	39	48.8	1回	6	7.5
住所不定	6	7.5	2回以上	17	21.3
その他	9	11.3	過去1年に健診・検診を受診しましたか		
			受けた	41	51.3
			受けていない	37	46.3

注 無回答を除く。

Ⅲ 結 果

対象者は80人で、平均年齢は68.3歳であった。40人(50.0%)が男性で、42人(52.5%)が独居であった。生活保護制度の支給基準額周辺の世帯所得の人が多く、無収入の者もいた。58人(72.5%)は友人知人に会う機会が週1回以下、41人(51.3%)は月1回も会う機会がなかった。過去1年間に受診を控えたことがある者は23人(28.8%)であった(表1)。

無低診の制度については、MSWによる適用を審査するまでにさまざまな経路により患者に認知されていた。無低診を実施している医療機関のホームページや掲示ポスター、職員からの紹介といった医療機関内の情報だけでなく、自

治体の窓口・福祉事務所や自治体のホームページ、近隣の医療機関からの紹介などがあつた。

無低診の利用者の各疾病の有病割合は、「糖尿病」が17人(21.3%)、「脂質異常症」が20人(25.0%)、「高血圧症」が26人(32.5%)、「脳卒中(脳出血、脳梗塞等)」が9人(11.3%)、「狭心症・心筋梗塞」が11人(13.8%)、「悪性腫瘍(胃がん、大腸がん、乳がん、子宮がん、尿管がん、膀胱がんなど)」が18人(22.5%)であった。SF-8™のサマリースコアの中央値は、PCS-8が37.4でMCS-8が41.9であった(表2、図1)。

Ⅳ 考 察

無低診を利用した患者のうち、約2割が大学

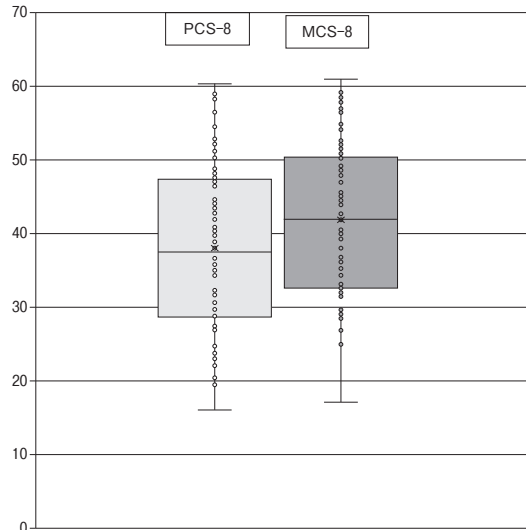
表2 SF-8™で計測された身体的・精神的サマリースコアの要約統計量

	対象者数 (n)(人)	中央値	最小値	最大値	平均値	標準 偏差
PCS-8 (身体的QOL値)	74	37.4	16.0	60.3	38.0	11.3
MCS-8 (精神的QOL値)	74	41.9	17.0	60.9	41.8	9.8

卒業の学歴を持ち、生活保護基準前後の収入で生活している人が多かった。無収入の者もいた。健康関連QOL値は一般集団と比較して低かった。また、友人・知人に会う機会が少ないなど経済的に困窮しているだけでなく、孤立などの心理社会的背景を有している可能性も示唆された。過去1年間の健診・検診の受診率は約50%であり、受診を控えた経験は約30%にあった。罹患している疾病に関しては、高血圧、脂質異常症、糖尿病といったいわゆる慢性疾患が多かった。悪性腫瘍の診断を受けているものも多く、長期的に医療的なケアを要する疾患に罹患していた。健康関連QOL値は一般集団と比較して低い傾向があった。

本研究で得られた結果のうち、特に注目できる患者の背景として以下の3つが挙げられる。まずは、大学卒業の学歴を持つものであっても、無低診を利用している人数が一定の割合で存在することである。大学卒業の学歴を有するものであっても、医療的ケアが必要となった時に一時的に経済的にリスクをもつ可能性が考えうる。二点目は、生活保護基準前後の収入で生活する人々が多いことである。生活保護を受給するための条件は厳しく、また審査には時間もかかる⁶⁾。医療が必要となった時に医療費が支払えなかったり、生活保護を受給できなかったりする人々への緊急避難的で柔軟な医療機関を主体とした活動であると考えられる¹⁵⁾。三点目は、無低診を利用する患者の背景には、社会的な孤立が生じている可能性である。無低診の利用者の約半数が、友人知人との交流が「ない」または「年に数回未満」、つまり月に1回も友人知人に会っていないと回答している。無低診を知った経路として、自治体の福祉事務所やホームページ、近隣の医療機関からの紹介と

図1 SF-8™で計測された身体的・精神的サマリースコアの分布



注 PCS-8 (身体的QOL値) と MCS-8 (精神的QOL値) の箱ひげ図である。図の点は各対象者のサマリースコアを示している。上の横線がスコアの最大値、箱の上縁が第3四分位数、箱の真ん中の横線が中央値、箱の下縁が第1四分位数、下の横線が最小値を示している (表2を参照)。SF-8では回答に欠損がある場合にはサマリースコアを算出しないことを推奨しており、研究対象者のうち回答に欠損のない74人が図示されている。

いった経路も存在していた。本制度を通じて、厚生労働省が例示している実施方法⁷⁾のように、MSWと自治体の福祉事務所や社会福祉協議会などに加え、近隣の医療機関や地域包括支援センターなどによる地域での連携が強化されることにより、社会的に孤立している生活困窮者をセーフティーネットに包摂する効果を期待できる。

本研究の強みとして、どのような患者が無低診の適応になっているのかを明らかにした希少な研究である点が挙げられる。過去に詳細に報告されていなかった無低診を利用する患者の背景を具体的に記述することで、無低診の利用者像を想起できる。それにより、診療や保健、福祉の現場で遭遇した経済的に困窮した患者を無低診の制度につなげられる可能性を検討する一助となる。近年、医療機関で顕在化した患者の社会的な課題に対して、適切な社会資源へとつなぐことで、患者のケアを向上する取り組みである「社会的処方」が国内外で注目されている¹⁶⁾。経済的に困窮しているがさまざまな条件

により生活保護の制度の対象とならない場合等に、無低診は、患者に必要な医療的なケアに対する経済的な支援をする一種の社会的処方といえるだろう。

本研究には一般化可能性という点で限界がある。本研究では、無低診の利用者像を明らかにしたが、京都府下の3医療機関と限定された地域の医療機関のまとめである。生活保護の支給額は自治体や地域によって異なっていたり、医療機関が無低診を適応する基準や期間が異なっていたりする¹¹⁾¹⁷⁾。そのため、無低診の利用者像は地域ごとに違った特徴をもつ可能性がある。

無低診に関する今後の課題としては以下の4点が挙げられる。まずは、患者側の分析である。前述のとおり、本研究は無低診を利用した患者の一端を明らかにしたのみであり、無低診の対象者をより精緻に把握するためには全国的な集計が喫緊の課題であると考えられる。二点目は、医療機関側の分析である。無低診の運用の実態は地域や医療機関によって異なっている可能性があるが、そのばらつきに関してはほとんど報告されておらず、どの医療機関がどの基準でどのような期間、無低診による支援を行っているかは明らかでない。市町村や都道府県といった地域ごとに無低診の実施医療機関やその運用方法を把握することが重要であると考えられる。三点目は、無低診の適用による患者の健康状態への効果や生活・社会背景に対する影響を明らかにすることである。無低診の利用により、疾病のアドヒアランスや健康関連QOLの値は改善するのか、経済的に困窮している患者に見られやすい受診抑制は減少するのか、そして社会的なつながりなどは豊かになるのか、などが考えられる。本研究は、進行中のコホート研究のベースラインデータであり、今後縦断的・追加的に検討していくことを予定している。最後に、経済的な分析である。無低診の利用の有無で患者の医療費や受診行動がどのように変化するのかといった個人レベルの分析や、医療法人など、無低診の利用により税制の優遇を受けている医療機関であれば、患者の減免額と法人への税制のインセンティブが経営に与える影

響への分析も重要であろう。

V 結 語

無低診の利用者は、医療的なケアを必要とする疾病に罹患しているだけでなく、社会的な課題を有している可能性が示唆されるなど、無低診の利用者像の一端が明らかとなった。無低診という制度を通じて、医療機関で患者に必要な経済的な支援ができるだけでなく、利用者の地域での社会的包摂につながるような制度設計が望ましい。しかし、利用者や運用方法にばらつきが多い制度であることから、今後は全国的なデータを収集し、利用者や医療機関の特性や無低診がそれぞれに与える効果や影響を明らかにすることが求められる。

謝辞

本研究は、日本プライマリ・ケア連合学会による研究助成（チーム研究）を受けて実施した。また、本研究で利用した健康関連QOL尺度であるSF-8TMはQuality Metricの登録商標である。

文 献

- 1) CSDH. Closing the gap in a generation : health equity through action on the social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health. Geneva : World Health Organization, 2008. (http://who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/) 2019.5.23.
- 2) 日本医療政策機構ホームページ. 日本の医療に関する2008年世論調査. (<https://hgpi.org/research/42.html>) 2019.5.23.
- 3) 全日本民医連ホームページ. 2018年経済的事由による手遅れ死亡事例調査資料. (<https://www.miniren.gr.jp/?p=21407>) 2019.5.23.
- 4) 厚生労働省ホームページ 社会・援護局長通知. 社会福祉法第2条第3項に規定する生計困難者のために無料又は低額な料金で診療を行う事業について. (https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb0072&dataType=1&pageNo=1) 2019.5.23.

- 5) 厚生労働省ホームページ 生活保護制度. (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/huku_shi_kaigo/seikatsuhogo/seikatuwego/index.html) 2019.5.23.
- 6) ヨミドクターホームページ. 原昌平. 医療とお金 (1) お金がなくても受けられる「無料低額診療」. (<https://yomidr.yomiuri.co.jp/article/20140912-OYTEW54616/>) 2019.5.23.
- 7) 厚生労働省ホームページ 無料低額診療事業について. (<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/01/dl/s0121-7d.pdf>) 2019.5.23.
- 8) 厚生労働省ホームページ 無料低額診療事業等に係る実施状況の報告. (https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/muryou_sinryoujigyoku_h29.pdf) 2019.5.23.
- 9) 高岡直子, 本田宏. 無料低額診療・生活保護. 治療. 2017(1). 56-60.
- 10) 綾部市ホームページ. 平成29年9月定例会会議録第3日(搦頭久美子議員の一般質問). (<https://www.city.ayabe.lg.jp/gikai/kaigiroku/h29/09tere/h2909-03-03.html>) 2019.5.23.
- 11) 吉永純, 京都保健会. いのちをつなぐ無料低額診療事業. 京都: クリエイツかもがわ, 2015.
- 12) 阿川千尋. 無料低額診療事業の歴史的検討. 日本女子大学大学院人間社会研究科紀要. 2017; 23: 139-53.
- 13) 福原俊一, 鈴鴨よしみ. SF-8日本語版マニュアル. 京都: 特定非営利活動法人健康医療評価研究機構, 2004.
- 14) 厚生労働省ホームページ. 平成28年 国民生活基礎調査の概要. (<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/index.html>) 2019.5.23.
- 15) Matsuda R. Public/Private Health Care Delivery in Japan: and Some Gaps in "Universal Coverage" Glob Soc Welf. 2016; 3: 201-12.
- 16) 西岡大輔, 近藤尚己. 医療機関における患者の社会的リスクへの対応: social prescribingの動向を参考にした課題整理. 医療経済研究. 2018; 30(1): 5-19.
- 17) 社会福祉法人りべるたす. 無料低額診療事業等における生計困難者に対する支援のあり方に関する調査研究事業. (<https://libertas-mail.jp/mt.pdf>) 2019.5.23.