

医療現場から見る日本の貧困

社会医療法人 健和会病院（長野県飯田市） 院長 和田 浩

医療現場における貧困は、はっきり目に見えるとは限らない。お金がなくて医療機関にかかれない人は患者にはなり得ないし、一度かかっても継続できなければそこで終わってしまう。貧困が医療へのアクセスを制限し、結果として貧困を見えにくくする。社会医療法人健和会病院の和田浩院長は、患者の背後にあると思われる貧困に目を凝らし、必要な支援を行うとともに、子どもの医療費の現物給付化など地域制度の改革にも尽力する。病院として、また小児科の医師として貧困対策に取り組む和田医師に話を聞いた。

1 差額ベッド代無料、無料低額診療の取組み

——健和会病院では開設以来、差額ベッド代を取らず、また無料低額診療事業も行うなど、早くから貧困を意識した運営を行っています。それらの取組みを始めたきっかけは、どのようなことだったのでしょうか。

当院は民医連*の病院なので、開設当初から、経済的に困難な方たちの健康を重視するという理念をもって医療を行っています。そのような方針に共感して民医連に参加したので、差額ベッド代を取らないというのは当然のことでした。もちろん経営的にはきびしく、差額ベッド代をいただければ数字的には楽になるでしょう。

しかし、差額ベッド代を取るということは、経済的に大変な方たちを差別することになる場合があります。命や健康に差別があってはならない、というのが医療の大原則だと思っています。

——無料低額診療事業とは、具体的にどのようなものですか。

所得が少ない方々が、無料あるいは低額で診療を受けることができる事業です。厚労省の説明では、低所得者、要保護者、ホームレス、DV 被害者など生活困難者の方が対象とされています。

無料低額診療は、保険診療を行ってその自己負担分を無料あるいは低額にするというもので、保険からの収入はありますから、マイナスにはなりません。ただプラスは少ないですが、それらの患者さんたちは無料低額診療

和田 浩 氏（わだ ひろし）

1956 年飯田生まれ。新潟大学医学部卒業。立川相互病院、松本協立病院などを経て、1987 年から健和会病院勤務。日本外来小児科学会「子どもの貧困問題検討会」代表世話人、「貧困と子どもの健康研究会」実行委員長。共著「格差時代の医療と社会的処方」（日本看護協会出版会）他。



でないと医療を受けられず、病院に来なくなってしまうので、事業の意義は大きいと思います。

——どの医療機関でもできることなのでしょうか。

いくつか条件があり、それをクリアすればできるはずです。ただ、経営的なメリットは大きくはありません。

この事業は患者さんの生活を立て直していくこととセットになっているので、条件の1つはMSWがいることです。永続的に診療代を無料、低額にするのではなく、いわば生活を立て直すための一時避難的な救済事業という位置づけなんですね。多くの場合、とりえず無料低額診療を受け、その間にMSWが入って生活保護などを受けられるようにし、そちらでお金が出るようにするという流れです。

——無料低額診療で受診する患者さんは、どの程度いらっしゃるのですか。

無料低額診療とは

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、社会福祉法第2条第3項第9号の規定に基づき、医療機関が都道府県知事の認可を得て、任意で無料または低額な料金で診療を行うもの。

「無料又は低額診療事業の基準」として、以下4項目に該当することなどが求められている。

- 1 低所得者、要保護者、行旅病人、一定の住居を持たない者で、野外において生活している者等の生計困難者を対象とする診療費の減免方法を定めて、これを明示する。
 - 2 生活保護法による保護を受けている者及び無料又は診療費の10%以上の減免を受けた者の延数が取扱患者の総延数の10%以上である。
 - 3 医療上、生活上の相談に応ずるために医療ソーシャル・ワーカーを置き、かつ、そのために必要な施設を備える。
 - 4 生活保護法による保護を受けている者その他の生計困難者を対象として定期的に無料の健康相談、保健教育等を行う。
- 実施医療機関は、2018年度の実績では358病院、345診療所に上る。

*民医連（全日本民主医療機関連合会）

1953 年設立。全国に病院、診療所、薬局、介護施設など 1800 以上の事業所をもつ組織。「無差別・平等」の医療・福祉の実現を目指している。

出典：『診療報酬 Q & A』Q466、厚労省「無料低額診療事業等に係る実施状況の報告：調査の結果」（令和元年度）

今年度は4～7月の4カ月間で20人でした。ただこれは例年に比べると非常に多いペースで、昨年までは少ない年で年間4人、多い年で15人くらいでした。

——かなり差が大きいですね。これはやはりコロナ禍で貧困が拡大し、顕在化してきたということなののでしょうか。

もちろんそれもあります。ただそれよりも、無料低額診療という制度があること、それを当院が行っていることが、地域の人たちに知られたことが大きいと思います。実は無料低額診療は、ほとんど知られていません。医療機関や行政でも知らない方が多いのです。

昨年来のコロナ禍で、経済的に大変な方は増えていきます。そういった方たちは具合が悪くても、お金がないからと病院にかかることを諦めてしまいます。また、糖尿病や高血圧、高脂血症など、それだけでは特に症状が出ない生活習慣病の方たちは、このままではまずいとわかっていても、お金がなければ通院しなくなります。すると、それで命を落とす方も一定数出てくるわけです。

その方たちに、無料低額診療があることをなんとか知ってほしくて、今年の3月、当院のMSWと私とで記者会見を行い、テレビのローカルニュースや新聞で報道されました。それで患者さんからの問合せや、他の医療機関、行政からの紹介も増え、当院を訪ねてくる患者さんの増加につながったのだと思います。ただそれでもこの人数は、健康問題を抱えながら経済的に困っている人たちの、ごくごく一部に過ぎないと思っています。

2 診療を通じた貧困のキャッチと様々な支援

——先生は小児科の医師として、日本外来小児科学会で「子どもの貧困問題検討会」の代表世話人を務めるなど、以前から子どもの貧困問題にも取り組んでいます。実際の診療のなかで、貧困を抱えた患者さんというのは、すぐにわかるものなのでしょうか。

意識をして見なければ、見えにくいと思います。実は私も、以前は自分の患者さんのなかに貧困を抱えた子どもがいるとは思っていませんでした。意識が変わったのは、2008年頃に子どもの貧困に関する書籍が複数出版され、日本では7人に1人の子どもが貧困を抱えているという記述を読んでからです。当時、自分の患者さんのなかには、そういう家が一軒も思い当たりませんでした。当院のある飯田・下伊那地方は、長野県のなかでもそれ程平均所得が高い地域ではありません。おそらく貧困を抱えた患者がいらないのではなく、私に見えていないだけだろう、それはまずいのではないかと考えました。

そこで、日本外来小児科学会で「子どもの貧困を考える」というワークショップを開催したのですが、そのときにある先生が「定期通院に来ない場合、背景に貧困があるんじゃないかと考えてみる必要がある」という話をされたのです。その視点で見直してみると、「あそこは？」と思う家は何軒かありました。

例えばある家は、子どもがぜんそくなのですが、何度言っても治療を途中でやめてしまうのです。定期通院の必要性を繰り返し話すのですが、母親は「はい、わかりました」と言って次の予約をして帰っても、やはり来ない。そこで次に外来に来たとき、もしかして定期的に来ないのは経済的に大変だからですか、と聞いてみたら、やはりそうでした。

その家は、3人の子どもと母親の4人がぜんそくでした。当時、長野県は子どもの医療費が償還制だったので、あとで戻ってくるとはいえ、診察後に院外薬局で4人分の薬代1万円以上を現金で支払わなければならない、お給料が入ったすぐあとなどでないと来られない、ということだったのです。

——お母さんも、定期的な通院の必要性は十分にわかっていただのでしょうか……辛かったですよね。

そうですね。主治医として長く診ていたのに気が付かず、「何度言っても定期診療に来ない困ったお母さん」としか見ていなかった。非常に申し訳なかったと思います。それ以降、意識して見ていくと、貧困を抱えた家庭は6人に1人、7人に1人という割合でいることがわかってきました。

貧困を抱えた方は、基本的にSOSを出すのがとても



▲病院前に立つ無料低額診療ののぼり旗。無料低額診療を行っている病院であることが、一目でわかる。

不得意です。なかには軽度知的障害や発達障害を抱えた方も多く、自分大変さを相手に理解できるように説明することがむずかしい。また医者などの専門家に相対すると萎縮してしまい、何も言えなくなることもあります。

このような患者さんは、対応する我々にネガティブな感情（陰性感情）を生じさせることがあります。例えば、なんでこんな時間に来るのか、毎回言っているのにどうしてきちんと通院できないのか、なんでこんなことでクレームを付けるのか、どうしてすぐに激高するのか——そういった感情を生じさせる患者さんは、何か困難を抱えており、それが貧困のサインであることがとても多いのです。患者さんが困難を抱えているなら、私たち医師は診断・治療をするだけでなく、もう一歩踏み込んでその困難と一緒に解決していくような関わり方をしていくことが大切だと思います。医療機関は学校や保育園ほど身近すぎず、また医者には守秘義務があることも一般に知られています。他では話にくい経済的なことでも相談できるという意味で、医療機関や医師が果たす役割は非常に大きいのではないのでしょうか。

——病院として、貧困を抱える家庭、子どもに対して具体的にどのような支援を行っているのですか。

まずは、利用できる社会資源の活用です。経済的に大変そうな家庭には無料低額診療の場合と同様にMSWが入り、生活保護などの相談に乗ります。先ほどのぜんそくのお母さんの場合も生活保護を受けることができ、それ以降はきちんと定期的に通院してくれています。



▲待合室の「卒園式などのイベントに着ていけるちょっといい服」のレンタルコーナー。無料レンタルでクリーニング代も病院負担。家庭の収入などの確認はせず、希望者は誰でも借りることができる。

実は、生活保護レベルの家庭はたくさんあるのです。しかし生活保護の受給は非常に敷居が高く、例えば車の所有でも制限されます。この地方で、特に子育て世代であれば車なしでは生活できません。買い物、通園、通学、通院、すべて車で成り立っています。しかし、車をもっていると生活保護を受けるのはとてもむずかしいため、かなり困窮している人も多くいます。

そういった人たちには、食料や家庭用品などの支援も行っています。小児科の外来にはいつもお米が置いてあり、スタッフは大変そうなお家のお母さんが来ると「お米、持って行かない？」と声を掛けます。

また、衣類や家電製品、様々な家庭用品なども支援します。患者さんから「こんなものがあると助かるのだけれど」という声が届くと、職員に一斉メールで情報を流します。例えば、「〇〇中学の制服、身長何cmくらい、ありませんか」といったメールを流すと、だいたい翌日には届きます。当院は職員が500人くらいいるので、誰かがどこから融通してきます。布団やストーブ、コタツ、電子レンジ、自転車などの家庭用品も同様です。また、当院が支援を行っていることを知っている住民の方から、食料や生活用品、カンパも含め、様々な寄付をいただくこともあります。

さらに子ども食堂というほどのものではないですが、患者さんの3～4家族7～8人が2週に一度程度、当院に来て夕食を食べたり、その前後の時間で職員が勉強を教えたりもしています。

ただ、このような支援は微々たるもので、支援をしたからといって、それで患者さんたちの生活が楽になるわけではありません。それでも、困ったときや大変なときに頼っていける場所がそこにあるということが、多少なりとも支えになればと思っています。

——先生は一般社会に対しても貧困と子どもに関する情報発信をしたり、子どもの医療費の窓口負担の無料化に取り組んだりしています。そういったことも支援のうちですね。

そうですね。子どもと貧困問題をテーマとした講演を行ったり原稿を書いたりすることも、広く知ってもらおうという意味で支援になると思っています。また、子ども医療費の窓口負担の無料化については、長野県の「福祉医療給付制度の改善をすすめる会」の会長として、署名を集めるなど様々な活動を行っています。その成果もあったのか、長野県では償還制だった子どもの医療費が、2018年に現物給付に変わりました。このような活動は今後も続けていくつもりです。

3 経済的に困っている人をいかに医療につなげるか

——昨年来のコロナ禍、緊急事態宣言下の自粛などで、経済的に困っている方は増大しています。この状況は、すぐには解消しないと思われます。医療における貧困問題の今後の課題は、どのようなことだとお考えですか。

とにかくまずは、経済的に困っている方を医療につなげなければならないと考えています。子どものぜんそくや発達障害、あるいは大人の高血圧や糖尿病などの生活習慣病は、今日医者に行かなくてもすぐに悪くなるわけではありません。でも、継続して通院することで、少しずつ良くなっていく。しかし経済的に困難になれば、真っ先に切られてしまいます。つまり、お金がないと医療に掛かれないという制度そのものが、患者さんに必要な医療を受けさせないという「医療ネグレクト」になっているのだと思います。

この方たちを医療につなげるには、無料低額診療を行う医療機関がもっと増える必要があります。例えば、この飯田・下伊那地域で無料低額診療を行っているのは当院だけですが、当院には整形外科や精神科の常勤医がおらず、歯科もないため、そういった患者さんたちには対応できません。また飯田・下伊那地域は広さが香川県ほどあり、遠い人は車で1時間半もかけて当院まで来なければなりません。もっと多くの医療機関が無料低額診療を行い、どこに住んでいても、どんな病気の患者さんでも、気軽に無料・低額で診療を受けられるようになることが第一ではないでしょうか。

——そのためには、どうすればよいのでしょうか。

まずは無料低額診療事業を、医療機関や行政の方々にも患者さんたちにも広く知っていただくことが大切です。事業の内容が知られれば、大切なことだからうちの病院でもやろうと考える医療機関が出てくるはずです。



▲和田浩院長



▲診察室で子どもと家族の話をじっくり聞く
(コロナ禍以前の写真のためマスクなし)。

また無料低額診療を行っている医療機関が近くにあれば、健康に不安を感じている経済的に困窮した方たちも来やすいでしょう。そういった動きを作っていくことが重要だと思います。

ただし、無料低額診療事業はボランティアではありません。ですので事業を行う医療機関に対しては、税制上の優遇やインセンティブなど公的な支援を行うべきだと考えています。単に善意で行うものというかたちになるのはよくありません。現在も税制上の優遇措置はないわけではないですが、手続きが煩雑ですし、経営的なメリットは決して大きくありません。

4 必要な人への生活保護、安定した雇用・収入が不可欠

——コロナ禍以前から低所得者層や子どもの貧困率の増加、所得格差の広がりなどが問題視されてきましたが、このコロナ禍でさらに加速しています。今後、これらの問題を解決するには、どのような方策が必要だと思いますか。

とてもむずかしい問題ですが、基本的な税制や雇用、社会保障のあり方を根本的に考え直し、変える必要があるのではないかと考えています。まさに政治の問題なので具体的な方策まではわかりませんが、少なくとも現場の医師として言えるのは、シングルのお母さんが週5日1日8時間働けば親子で普通に暮らせ、子どもが希望すれば大学にも、奨学金というローンを組まずに行ける社会にすべきだということです。お母さんたちにとって、金銭的なことで子どもが大学を諦めなければならないというのは、とても辛いことです。例えばDVで夫から逃

れてきたお母さんなどは、辛くてもあるとき我慢して家に留まっていれば子どもを大学に行かせられたのに——と自分を責めるのです。このような思いをさせてはならないと思いますね。

また社会保障の点では、必要な方がきちんと生活保護を受けられるようにすることが重要です。車をもっていたら受給できないなど、不合理な条件も見直すべきです。生活保護に関しては、以前、ひどいバッシングがありました。今でも、役所の担当者が生活保護の申請を受けにくくしているといった話も多く聞かれます。

しかし生活保護は、れっきとした権利です。生活保護という制度があり、本当に困ったときにはSOSを出せるのだということを学校教育で教えるなど、社会としてきちんとした認識をもつ必要があります。それがないために、役所の窓口で嫌な思いをしたり、また本人自身が、生活保護だけは受けたくないと自殺を選んだり、女性の場合は性風俗に行くことにもなっています。

——生活保護も含めた制度の問題や、安定した雇用・収入に

関する問題について考えると、今の日本でこの先、好転する可能性があるだろうかと、暗澹たる気分になります。

私自身は、そのへんに関しては割合に楽観的です。生活保護に関しても、最近、特にこのコロナ禍で厚労省も「生活保護を必要とする可能性はどなたにもあるので、ためらわずにご相談ください」と言わざるを得ない状況になっています。また今年3月には、扶養照会に関して本人の意向を尊重する、という運用の見直しがされています。それも大きな変化です。

小児科医のなかでも2008年頃には、子どもの貧困と言ってもピンとこない人が多かったのが、現在は問題意識をもたないほうがおかしい——という意識に変わっています。LGBTQ（性的マイノリティ）などに関しても、10年前とは認識がまったく異なるでしょう。そのように時代の認識は、少しずつ変わってきています。私はそこに光明を感じています。

——ありがとうございました。

（医療ジャーナリスト：梶 葉子） 