

## 医療扶助の適正化について

堀 真 奈 美\*

(東海大学教養学部人間環境学科教授)

### 1. はじめに

「失われた10年」とも「失われた20年」ともいわれる景気の長期低迷の影響もあり、我が国の生活保護受給者数・世帯数はともに、平成7年以降一貫して増加傾向にある(図1)。平成20年秋に生じたリーマンショックを発端とする世界金融危機から回復の兆しが見えないまま<sup>1)</sup>、平成23年2月、生活保護受給者数は、戦後混乱期以来、約60年ぶりに200万人を突破した。さらに、同年3月に発生した東日本大震災による経済、雇用情勢の悪化に伴い、生活保護受給者数は211万5,477人、154万2,784世帯と過去最高を更新している(平成24年6月速報値)。

生活保護受給者数が急増する一方で、近年、不正受給に対する報道件数も大幅な増加傾向にある<sup>2)</sup>。実際、不正受給件数そのものも増加傾向にあり、平成21年度では19,726件が不正受給とされ、合計金額では102億円を超えることが明らかになっている<sup>3)</sup>。そうした中、生活保護における医療扶助についても、向精神薬の転売や悪質な過剰診療を行う医療機関の不正が指摘されており、医療扶助費の適正化の必要性が盛んに議論されるようになってきている。

厚生労働省は、平成22年4月27日には、「生活保護法による医療扶助の診療報酬明細書等の点検の徹底及び緊急調査について」通知を出し、向精神薬の処方の実態把握に着手した<sup>4)</sup>。

\* 2002年慶應義塾大学大学院政策・メディア研究科博士課程修了(政策・メディア博士号取得)、同年東海大学教養学部人間環境学科専任講師就任、2006年同大学助教授(翌年より准教授)、2012年より教授、現在に在る。2009年～2011年 会計検査院特別研究官。主な論文・著書に『生命と自由を守る医療政策』(東洋経済新報社、共著)、『福祉ミックスの設計』(有斐閣、分担執筆)、『信頼回復の病院改革』(薬事日報社、分担執筆)、『患者・国民のための医療改革』(社会保険研究所、分担執筆)、『医療制度改革の論点』(社会経済生産性本部、分担執筆)などがある。

<sup>1)</sup> 生活保護世帯は、高齢者世帯、母子世帯、傷病・障害者世帯、その他世帯に区分され、何れも増加しているが、とりわけ、その他世帯の受給の伸び率が著しい。

<sup>2)</sup> 平成12年から平成24年の13年間を前半(平成17年まで)と後半に分けて、医療扶助と不正をキーワードに主要新聞紙DB(読売、朝日、毎日)で検索すると、前半よりも後半の報道件数が数倍以上と飛躍的に増加している。平成24年10月15日時点での検索結果は、朝日では前半が5件、後半が48件。読売では、前半6件、後半55件、毎日新聞は、前半2件、後半37件であった。同一事件についての報道件数など重複件数があるにしてもこれほどの差が生じるのは、医療扶助の不正についての社会的関心の高まりを示すものといえよう。

<sup>3)</sup> 平成21年度監査実施結果報告に記載される不正内容の内訳をみると、上位1位は、稼働収入の無申告(約50%)、2位が各種年金等の無申告で20.4%、3位がその他、稼働収入の過小申告が4位で10.1%となっている。

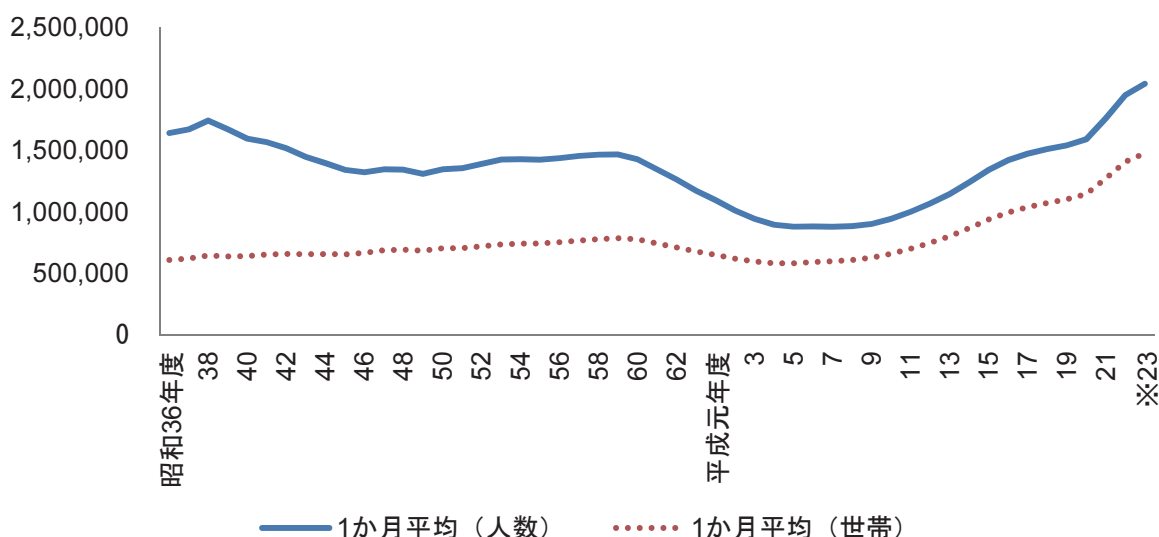
<sup>4)</sup> 平成22年7月27日の資料では、緊急サンプル調査の結果、同一月に複数医療機関から向精神薬が処方された患者が2,746人いたことが判明した。これらが不正受給であるかはさらに主治医及び囑託医に処方内容及び処方量の適切性に対する審査が行われている。

また、平成 23 年 11 月に実施された政府の提言型仕分けでは、生活保護の急増の要因をその半分を占める医療扶助にあるとし、①指定医療機関に対する指導強化、②後発医薬品の利用促進やその義務付けの検討、③翌月償還を前提とした一部自己負担の検討、および不適切な診療を行っている機関の指定除外などが提案された。厚生労働省は、こうした動きを受け、平成 23 年度より本格導入された電子レセプト活用によるレセプト点検強化および指定医療機関に対する指導、向精神薬における適正受診の徹底、後発医薬品の利用促進による医療扶助の適正化を図るとしている。また、直近では、2012 年 10 月に開催された厚生労働省の「社会保障審議会生活困窮者の生活支援の在り方に関する特別部会」および財務省の財政制度等審議会の財政制度分科会「財政について聴く会」においても、医療扶助の適正化は検討議題に挙がっている。

だが、不正受給の問題にばかり目がいき、現行制度枠組みのまま、「適正化」という名の下に、支出抑制に焦点が当てられると、本来の制度目的である自立の助長、最低生活の保障が果たせず、機能不全に陥る可能性もある。そもそも、生活保護受給者数の急増は、不正受給によるものばかりであるわけもなく、雇用環境や社会・経済構造の変化がその背景にある。不正受給の是正は当然であるにしても、医療扶助の適正化を考えるには、生活保護費と医療費という両側面からの医療扶助費の実態把握が必要である。しかし、現時点では、データの制約<sup>5)</sup>もあり先行研究の蓄積が十分とは必ずしもいえない。

以上を問題意識として、本稿では、医療扶助費の実態把握を行った上で、医療扶助の適正化について考察を加える。

図 1 生活保護受給者数、世帯数の推移



資料：厚生労働省「社会福祉行政業務報告」各年次版より著者作成  
 ※ 但し、平成 23 年度は概算値を著者が追加

<sup>5)</sup> 厚生労働省が所管する医療扶助に関する公的統計としては、「医療扶助実態調査」および「社会福祉行政業務報告(福祉行政報告例)」がある。この他、医療扶助の詳細把握に活用できるデータとして、診療報酬の支払請求情報である診療報酬明細書(以下、レセプト)をあげることができるが、これまで医療扶助のレセプトの電算処理が進んでおらず、マイクロデータによる実証分析を行うのに十分なデータがそろっていないとはいえない状況であった。

## 2. 医療扶助費の実態把握

まず、本稿では、「医療扶助実態調査」および「社会福祉行政業務報告」の入手可能な最新年次資料等<sup>6)</sup> および厚生労働省等の社会保障審議会生活保護基準部会など厚生労働省内部資料<sup>7)</sup> および先行研究等を参照しながら、生活保護費および医療費としての両側面から医療扶助費の実態把握を試みる。

### 2-1 生活保護費としての医療扶助費

#### (1) 受給世帯の特徴

厚生労働省が平成24年10月の第10回社会保障審議会生活保護基準部会で公表した「生活保護の動向(速報)」によると、同年6月分の生活保護受給世帯を世帯類型別(保護停止中をのぞく)に見ると、「高齢者世帯」が43.5%、「傷病者・障害者世帯」<sup>8)</sup>が30.8%、「その他世帯」18.3%、「母子世帯」7.4%となっている。「高齢者世帯」および「傷病者・障害者世帯」は全体の7割以上を占めることから、そもそも一般世帯に比べ、医療ニーズが高い世帯であるといえる。近年、「その他世帯」の急増により構成比の数値に変化<sup>9)</sup>が見られるものの、全体として「高齢者世帯」「傷病者・障害者世帯」が主流であるという大まかな傾向は制度創設以来、一貫して見られる。図2に示した生活保護受給開始の理由を見ても、平成20年度まで<sup>10)</sup>は、「傷病による」が全体の約4割を占めており、これに「急迫保護で医療扶助を単給」を合計すると5割程度が医療に関するものとなっている。

一方、生活保護の廃止理由を世帯類型別に見ると、表1世帯類型別生活保護廃止の理由(平成22年度)に示すように、「高齢者世帯」では、60.4%、「傷病者世帯」では、23.5%、「障害者世帯」では35.7%が、「死亡」となっている。つまり、生活保護受給の過半数以上の高齢者世帯にとって、生活保護制度は、実質的に終身生活保障制度となっているといっても過言ではない。なお、「その他世帯」では、「働きによる収入の増加・取得」が36.2%、「失そう」が20.4%となっている。つまり、生活保護は、はじめの段階では受給要件が厳しく審査され、狭き門であるともいえるが、一度、受給が決定すると、長期的に継続することが多いと考えられる。

<sup>6)</sup> 厚生労働省、総務省統計局の公開データのほか、生活保護制度全体のマクロレベルの統計データは、国立社会保障・人口問題研究所 HP にて一部公開している。

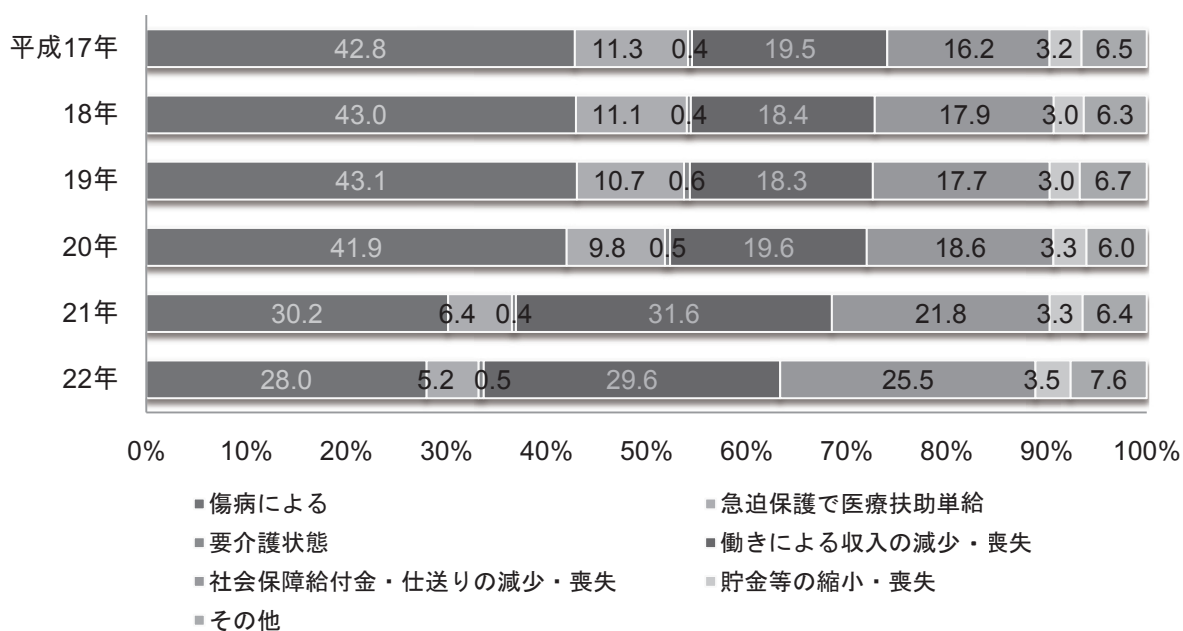
<sup>7)</sup> 会計検査院(2006)『平成17年度会計検査院決算検査報告』および、平成19年(2007年)4月23日、平成18年(2006年)5月15日の全国福祉事務所長会議の配布資料および平成23年(2011年)5月30日開催された第1回生活保護制度に関する国と地方の協議の配布資料「生活保護制度の現状等について」、平成23年(2011年)2月に設置された社会保障審議会生活保護基準部会の配布資料等を参照。

<sup>8)</sup> ここでは、「傷病者世帯」と「障害者世帯」を合算したものをいう。

<sup>9)</sup> 近年、「その他世帯」は急増しており、平成7年(1995年)時点では、「その他世帯」は6.9%にすぎなかったが、18.3%と大幅に増えている。なお、「その他世帯」は稼働能力がある(あった)世帯であるとも考えられるが、50歳以上が54.9%(平成21年)と中高年が主流となっている。

<sup>10)</sup> 平成21年度以降に、「傷病による」理由の構成比が低下傾向にあるのは、「働きによる収入の減少・喪失」の理由が大幅増加していることから平成20年秋のリーマンショックの影響が少なくないと思われる。

図2 生活保護受給開始の理由



資料：厚生労働省「社会福祉行政業務報告」各年次版（福祉行政報告例）より著者作成

表1 世帯類型別生活保護廃止の理由（平成22年度）

	高齢者世帯	母子世帯	傷病者世帯	障害者世帯	その他世帯
世帯主の傷病治癒	2.8%	0.7%	17.1%	1.8%	0.8%
世帯員の傷病治癒			0.1%		
死亡	60.4%	1.0%	23.5%	35.7%	6.2%
失そう	5.0%	3.2%	18.1%	6.0%	20.4%
働きによる収入の増加・取得	1.9%	30.3%	9.3%	9.5%	36.2%
働き手の転入	0.3%	7.7%	0.5%	0.6%	0.5%
社会保障給付金の増加	7.1%	2.5%	3.6%	12.0%	5.4%
仕送りの増加	0.8%	2.3%	0.4%	0.8%	0.5%
親類・縁者等の引取り	2.5%	10.4%	2.3%	5.2%	2.1%

資料：厚生労働省（2010）「社会福祉行政業務報告」（福祉行政報告例）より著者作成

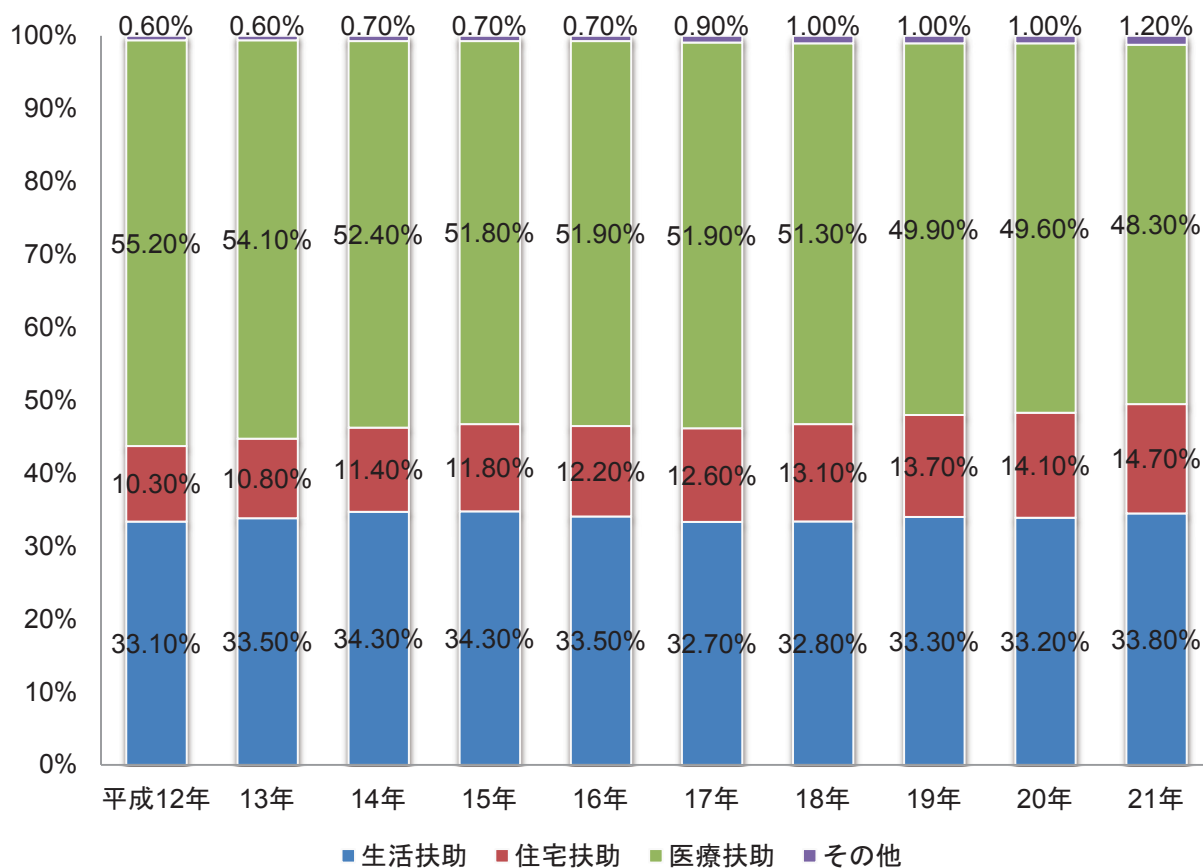
なお、生活保護は世帯単位での受給が原則であるが、世帯といっても、実質的には、単身世帯が主流となっている。平成23年4月19日の第1回生活保護基準部会配布資料によると、世帯人員別世帯数の構成比で見ると、「単身世帯」の割合が最も多く、全体の3/4（平成21年時で75.6%）を単身世帯が占めている。平成22年国勢調査結果によると、国内の単身世帯は、一般世帯の31.2%と初めて3割となっていることから、生活保護世帯の単身世帯比率は顕著に高いのが特徴といえる。

## (2) 生活保護費の内訳

平成 21 年度実績額（生活保護費負担金事業費ベース）では、約 3 兆円の約 48%が医療扶助費に使われている。実際、生活保護費の内訳を見ると、医療扶助の占める割合が一貫して最も大きい（図 3）。但し、近年は、生活保護費に占める医療扶助の構成比そのものの値は、緩やかながら減少傾向にある。これは、前述のように「その他世帯」の増加が背景にあると思われる。医療扶助費も、生活保護受給者数の増大とともに総額として過去最高値を更新しているが、伸び率そのものは低下傾向にある（図 4）。

なお、医療扶助費の内訳では、入院の構成比が最も大きく、平成 21 年度では、全体の約 59.5%が入院（＋食事）、約 36.7%が入院外（＋調剤）、残りの 3.8%が歯科となっている。入院に係る医療扶助費の病棟等の区分内訳では、一般病棟が 43.2%、精神病棟が 37%、療養病棟が 13.8%と、障害者施設等が 2.4%、その他が 3.6%となっている<sup>11)</sup>。これは、生活保護受給世帯の構成比が、「高齢者世帯」、「傷病・障害世帯」が多いことに合致する結果であるともいえる。

図 3 生活保護費の内訳

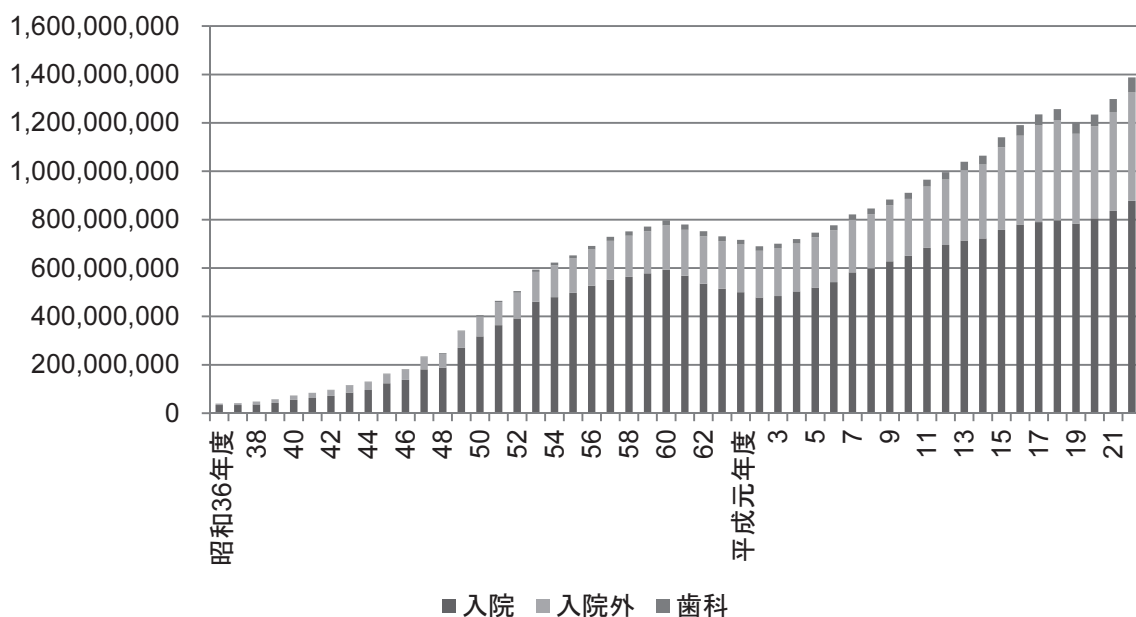


資料：厚生労働省「生活保護費負担金事業実績報告」各年次版より著者作成

<sup>11)</sup> 平成 23 年 5 月 30 日の「第 1 回生活保護制度に関する国と地方の協議の配布資料」参照。

図 4 医療扶助費の推移

単位：円



資料：厚生労働省「社会福祉行政業務報告」各年次版より著者作成

### (3) 医療扶助の受診率

生活保護制度では、医療扶助として国民健康保険等と同等の医療の給付（公費負担の現物給付）を委託により指定医療機関等で行うことが原則となっている。なお、受給者には医療券が発行されるなど、若干の制限<sup>12)</sup>があるものの、原則無料<sup>13)</sup>で医療を受けられる。医療扶助は、自己負担がないことから、患者側、医療機関側の両方に、医療の必要性とは無関係に頻回受診、長期入院をもたらす誘因が潜在的に存在する。特に、退院後の良好な住環境や家族の支援を期待することが容易ではない高齢者世帯や傷病者・障害者世帯にとって、積極的に退院するインセンティブは少ないと考えられる。

厚生労働省が平成23年5月に公表した「貧困・格差、低所得者対策に関する資料」によると、平成20年度の生活保護の医療扶助と、国民健康保険+後期高齢者医療制度の患者の受診率を比較すると、入院、入院外いずれにおいても医療扶助の受診率が高くなっている（表2）。さらに、年齢階層別に受診率を見ると、70歳以上の入院外<sup>14)</sup>はほぼ同等であるが、その他の年齢階層では、入院、入院外ともに医療扶助の受診率が高くなっている（図5）。受診率の高さが、結果として、一人当たり医療費を高くする要因であると考えられる。この結果は、頻回受診、長期入院の可能性を示唆する一方で、医療ニーズの高い世帯が生活保護受給世帯に多い結果であるともいえるため、モラルハザードが生じた結果とまでは現時点で入手可

<sup>12)</sup> 生活保護法施行規則（抄）、指定医療機関医療担当規程、生活保護法第52条第2項の規定等により、医療扶助を受けようとするものは、福祉事務所長への事前保護申請や医療要否意見書等の発行等、様々な規定がある。はじめて保護を受けようとする要保護者は、収入認定額および最低生活費の算定が行われ、所要医療費概算月額と対比して医療扶助の決定が行われる。医療扶助決定後、入院外患者については、3か月又は6か月まで医療券が送付される。期間を超えて医療を要する時は、当月分の医療券とともに医療要否意見書等が送付され、医療継続についての意見記入の上、福祉事務所に返送することが求められる。但し、現実には、会計検査院の指摘にあるように徹底されていないわけではないようである。なお、医療扶助による医療の給付は、生活保護法の指定を受けた医療機関等に原則は委託することとなっている。

<sup>13)</sup> 生活保護受給者の多くは、国民健康保険の被保険者から除外されているため、ほとんどの生活保護受給者の医療費は全額医療扶助（公費による現物給付、国3/4、地方1/4負担）の適用となり、自己負担がゼロとなる。但し、生活保護以外の公費負担医療（障害者自立支援法等）が適用される人や被用者保険の被保険者又は被扶養者の場合は、各制度で給付されない部分が医療扶助の給付対象となる。

<sup>14)</sup> 一般所得区分の70歳以上の入院外の窓口負担は、2012年10月現在1割（法律上は2割だが特例措置により凍結中）であり、他の世代よりも低い影響が大きく出ているのかもしれないが、詳細は不明である。

能なデータからは断定できないだろう。

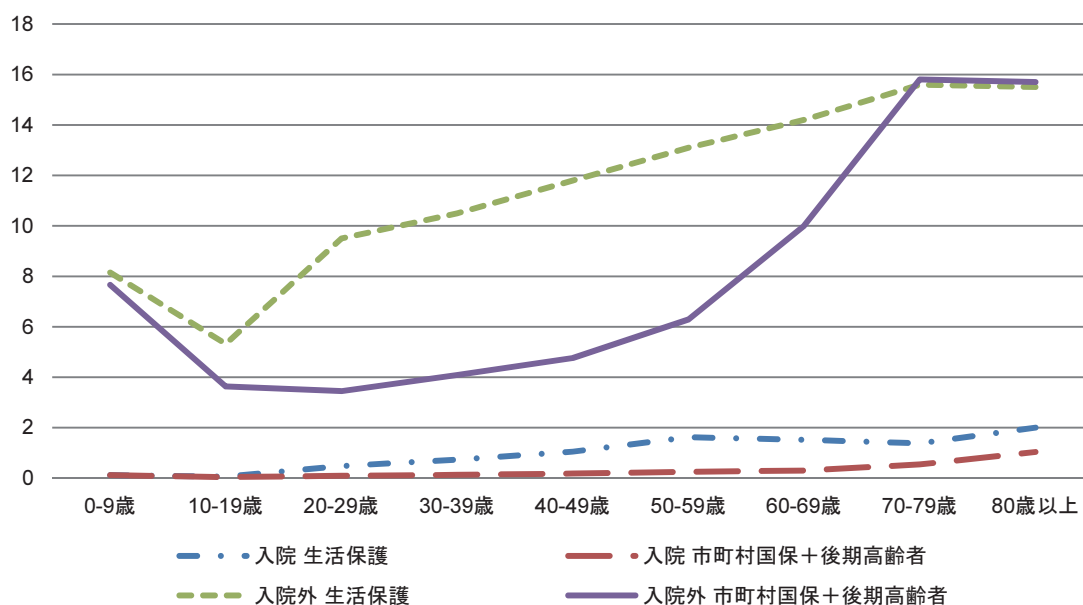
表2 生活保護と国民健康保険等の比較

	入院		
	一人当たり医療費 (万円)	受診率 (件/人)	レセプト一件当たり 医療費(万円)
生活保護	50.5	1.2	41.6
市町村国保+後期高齢者	19.3	0.4	48.4
	入院外		
	一人当たり医療費 (万円)	受診率 (件/人)	レセプト一件当たり 医療費(万円)
生活保護	18.8	12.7	1.5
市町村国保+後期高齢者	14.6	10.1	1.5

資料：厚生労働省（2011c）「貧困・格差，低所得者対策に関する資料」より著者作成

図5 生活保護と国民健康保険等の年齢階層別受診率

単位：%



資料：厚生労働省（2011c）「貧困・格差，低所得者対策に関する資料」より著者作成

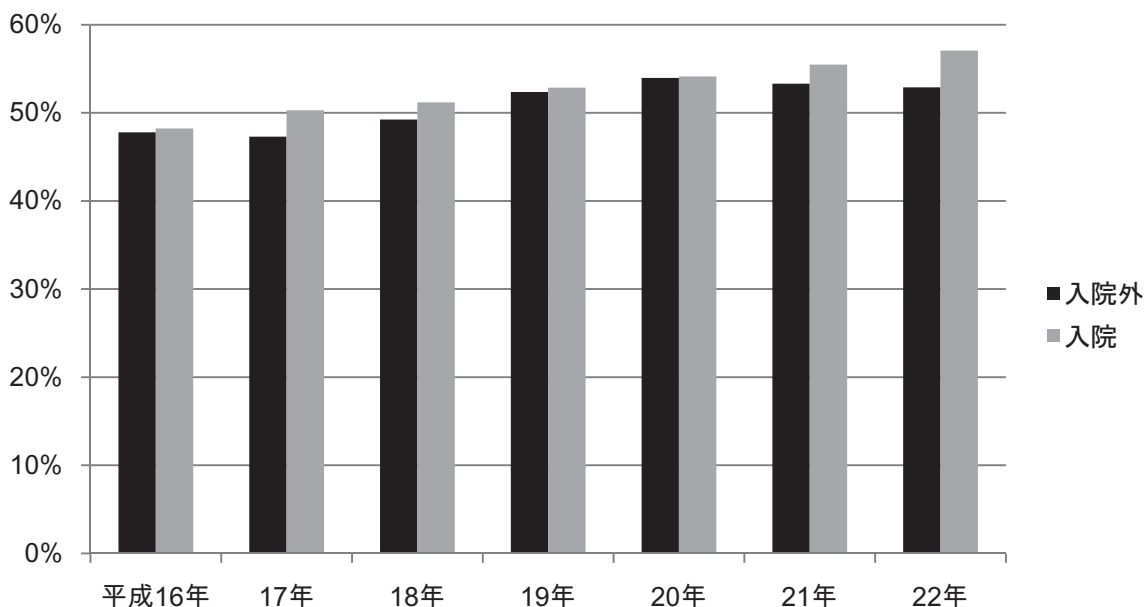
#### (4) 年齢階層別医療扶助

生活保護受給世帯に高齢者世帯が多いことは既に述べたとおりであるが，入院（点数）は約57%，入院外は約53%が65歳以上高齢者の支出となっており，年々増加傾向にある（図6）。だが，一貫して上昇傾向にある入院と異なり，入院外は多少の増減が見られる。さらに細かく年齢階層を見ると，入院では75歳以上が約3割を占めることが分かる（表3）。

高齢者の構成比が高い入院に焦点を当て，年齢階層別に一件当たり点数，一件当たり日数および一日当たり点数に入院医療扶助費を分解して見ると，どの年齢階層も共通して，一件当たり点数，一日当たり点数が上がる一方（特に0-5歳，6-14歳で顕著）で，一件当たり日数は減少傾向にあることが分かる（表4）。

これは、平均在院日数短縮を誘導する診療報酬体系の改革の影響を受けたものであると考えられる。一件当たり日数を見ると、55歳以上の日数がやや長いですが、他の公的保険制度で顕著に見られるような特に高齢になるほど一件当たり日数が長くなるという傾向は見られない。

図6 医療扶助（点数）における65歳以上高齢者の支出構成比の推移



資料：厚生労働省「医療扶助実態調査」各年次版より著者作成

表3 年齢階層別医療扶助（入院・入院外）

	入院（点数）	入院（件数）	入院外（点数）	入院外（件数）
0-5歳	0.3%	0.4%	1.5%	2.4%
6-14歳	0.5%	0.4%	2.2%	4.2%
15-34歳	2.2%	2.8%	3.9%	5.6%
35-54歳	15.3%	16.1%	16.8%	17.4%
55-59歳	10.1%	9.9%	9.6%	8.7%
60-64歳	14.7%	14.6%	13.2%	12.4%
65-69歳	14.2%	14.1%	13.7%	12.7%
70-74歳	13.6%	13.2%	13.7%	13.1%
75歳以上	29.3%	28.5%	25.5%	23.4%
合計	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

資料：厚生労働省（2010）「医療扶助実態調査」より著者作成



表 4 年齢階層別に見た入院医療扶助の各要素

平成	一件当たり点数（入院）									
	全体平均	0-5歳	6-14歳	15-34歳	35-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	75歳以上
16	33,369	23,614	24,468	26,814	32,532	33,340	34,097	34,021	35,176	33,892
17	35,281	22,160	28,625	28,119	33,805	34,604	35,618	36,444	36,363	36,972
18	35,615	25,032	21,830	29,504	33,902	35,389	36,354	36,669	36,711	36,794
19	35,579	22,933	27,347	28,654	34,091	35,740	36,040	37,269	36,530	36,124
20	37,132	24,180	23,935	30,929	35,934	36,941	37,806	38,324	37,994	37,630
21	37,775	21,307	28,573	31,763	35,499	37,934	37,858	38,719	38,120	39,349
22	39,193	26,198	47,369	30,034	37,225	39,864	39,335	39,449	40,442	40,263
	一件当たり日数（入院）									
	全体平均	0-5歳	6-14歳	15-34歳	35-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	75歳以上
17	23.7	5.9	10.2	20.1	24.0	24.3	24.6	24.2	23.2	23.7
18	23.5	6.8	7.5	20.4	23.4	24.4	24.7	23.8	23.1	23.6
19	23.2	5.3	10.8	19.5	23.3	24.4	24.0	24.0	22.8	22.8
20	23.2	6.0	7.9	19.8	23.1	24.2	23.7	23.6	23.1	23.0
21	23.1	6.1	8.4	19.2	22.8	23.6	24.1	23.7	22.9	23.0
22	22.9	6.0	11.1	18.2	22.7	23.6	23.6	23.7	22.8	23.0
	一日当たり点数（入院）									
	全体平均	0-5歳	6-14歳	15-34歳	35-54歳	55-59歳	60-64歳	65-69歳	70-74歳	75歳以上
16	1,402	3,549	2,884	1,326	1,353	1,346	1,372	1,429	1,478	1,428
17	1,489	3,749	2,814	1,397	1,407	1,424	1,447	1,505	1,566	1,558
18	1,515	3,657	2,919	1,443	1,451	1,448	1,472	1,538	1,592	1,561
19	1,535	4,343	2,543	1,472	1,463	1,465	1,499	1,551	1,603	1,584
20	1,602	3,999	3,017	1,560	1,556	1,525	1,593	1,621	1,642	1,634
21	1,637	3,488	3,410	1,655	1,556	1,607	1,571	1,635	1,664	1,708
22	1,711	4,390	4,259	1,654	1,640	1,692	1,669	1,667	1,776	1,750

資料：厚生労働省「医療扶助実態調査」各年次版より著者作成

## (5) 性別医療扶助

医療扶助の受給に性別による相違はあるのであろうか。平成16年度から平成22年度にかけて、入院に占める男性比率は診療報酬の点数および件数ともに減少傾向にある（表5）。もともと男性比率のほうが大きい、緩やかながら男性比率が低下している（つまり、女性比率がやや高まっている）。一方、入院外では、入院のような顕著な低下傾向は見られない。

平成22年度の入院（医療扶助）について性別と年齢階層をあわせて見ると（表6）、全体の18.6%を75歳以上の女性が支出していること、同じ年齢階層の男性は10.7%であることが分かる。男性の場合は、60-64歳が10.4%、35-54歳が9.9%と複数年齢階層において10%程度となっているが、女性の場合は、75歳以上が飛びぬけて大きな値となっている。

これは、女性の方が長寿である影響から、高齢者人口に占める女性の割合は高く、年齢が高くなるほど女性の割合がさらに高まることによる影響が少なくないと思われる。なお、生活保護被保護人員の男女比は男性49.3%、女性50.7%であり、大差はないが、年齢階層では性差が見られ、80歳以上女性の保護率は、男性の2.4%よりも非常に高く6.8%となっている（表7）。この背景には、高齢女性の単身世帯の貧困率の

高さや年金水準等の老後の経済基盤の弱さ<sup>15)</sup> など社会経済的な要因があるのではないかと考えられる。

表5 入院（医療扶助，点数・件数）に占める男性比率の推移

平成	入院点数	入院件数	入院外点数	入院外件数
16	56.7%	57.6%	42.4%	47.2%
17	56.8%	56.7%	43.3%	49.7%
18	57.1%	57.8%	42.6%	48.7%
19	56.4%	57.0%	43.2%	46.1%
20	55.8%	56.1%	42.9%	45.3%
21	56.1%	56.1%	44.0%	46.9%
22	55.2%	55.8%	44.3%	47.4%

資料：厚生労働省「医療扶助実態調査」各年次版より著者作成

表6 平成22年度の性別・年齢階層別医療扶助（点数）の構成比

	男性	女性
0-5 歳	0.1%	0.2%
6-14 歳	0.3%	0.2%
15-34 歳	0.9%	1.2%
35-54 歳	9.9%	5.3%
55-59 歳	7.0%	3.1%
60-64 歳	10.4%	4.3%
65-69 歳	8.8%	5.3%
70-74 歳	7.6%	6.0%
75 歳以上	10.7%	18.6%
合計	100.0%	

資料：厚生労働省「医療扶助実態調査」各年次版より著者作成

<sup>15)</sup> 内閣府男女共同参画局（2010）『生活困難を抱える男女に関する検討会報告書』によると、ほとんどの年齢層で、男性よりも女性の相対的貧困率が高く、その差は高齢期になるほど拡大する傾向にあるという。世帯類型別では、高齢者や勤労世代の単身世帯で貧困率が高く、中でも女性の方が厳しい状況にあるという。この背景要因として、女性は、相対的に低収入で不安定な非正規雇用につきやすい就業構造があり、このような働き方の長年の積み重ねの結果として女性の年金水準等は低く、高齢期の経済的基盤が弱いことが指摘されている。

表7 性・年齢階層別生活保護の被護人員の構成比

年齢階層	男性	女性
～19 歳	7.7%	7.5%
20～24 歳	0.5%	0.7%
25～29 歳	0.6%	1.1%
30～34 歳	0.9%	1.6%
35～39 歳	1.6%	2.7%
40～44 歳	2.1%	2.9%
45～49 歳	2.5%	2.5%
50～54 歳	3.1%	2.2%
55～59 歳	5.5%	3.1%
60～64 歳	7.1%	4.3%
65～69 歳	6.3%	5.1%
70～74 歳	5.3%	5.4%
75～79 歳	3.6%	4.7%
80 歳以上	2.4%	6.8%
小計	49.3%	50.7%
合計	100.0%	

資料：厚生労働省（2010b）「平成 22 年被保護者全国一斉調査」より著者作成

## 2-2 医療費としての医療扶助費

### (1) 傷病分類別に見た医療扶助費

次に、医療費としての側面に着目し、医療扶助を受けている患者がどのような疾病で治療を受けているのかを確認しよう。平成 23 年 6 月の第 3 回社会保障審議会生活保護基準部会配布資料によると、医療扶助費の構成比として最も多い傷病分類<sup>16)</sup>は、平成 21 年度（入院＋入院外）で精神・行動の障害で 30.4%、次が循環器系の疾患で 19.2%となっている（表 8）。平成 11 年度、平成 18 年度でもほぼ同様の傾向が見られる。ただ、これらのデータでは、入院と入院外の合算された医療扶助費の構成比であるのでさらに詳細な情報は分からない。

そこで、やや古いデータであるが、より詳細な記載があるので、平成 18 年 5 月の全国福祉事務所長会議で配布された厚生労働省保険局調査課作成の資料（平成 16 年 6 月診療分データ）を参照したい。この資料によると、入院のレセプト件数に占める割合で見ると、精神・行動の障害が 45%、循環器系の疾患が 17%であり、この二つで全体の 6 割以上を占める。入院の点数割合（医療扶助費（入院）に占める割合と同等）でも精神・行動の障害 41%、循環器系の疾患 20%となっている。より具体的には、精神・行動の障害の中では、統合失調症の件数割合が 66.8%と大きい値になっている。また、循環器系の疾患については、脳こうそくの割合が 41.9%と高いことが示されている。

一方、入院外（外来）のレセプト件数割合で見ると、循環器系の疾患が 21%、筋骨格系・結合組織の疾患 13%となっている。入院外の点数割合でも、循環器系の疾患が 19.7%と最大であるが、次は、その他が 18.2%、尿路性器の疾患（人工透析が必要な腎不全がここに含まれている）が 17.1%と高くなっている。循環器系の疾患の中で件数割合が高いのは、高血圧性疾患であるが、国保と比べると相対的に低く、脳こうそくの割合が高いことが示されている。

<sup>16)</sup> 傷病分類は、医療券等の傷病名や当該指定医療機関への照会により判断したものであるが、精神障害との併発傷病がある場合は、精神障害が優先されている。

表 8 傷病分類別に見た医療扶助費

	平成 11 年度	平成 16 年度	平成 21 年度
新生物	5.3%	6%	7.8%
内分泌・栄養・代謝疾患	6.8%	7%	6.3%
精神・行動の障害	30.6%	29.1%	30.4%
循環器系の疾患	20.3%	19.5%	19.2%
呼吸器系の疾患	3.8%	4.2%	4.9%
消化器系の疾患	5.9%	4.8%	4.5%
筋骨格系・結合組織の疾患	6.2%	5.8%	6.1%
尿路生殖器系の疾患	6.6%	7.1%	2.5%
その他	14.6%	16.5%	18.3%

資料：厚生労働省「第 3 回社会保障審議会生活保護基準部会配布資料」より著者作成

## (2) 精神疾患と医療扶助

前述のように、医療扶助費の内訳で入院構成比は全体の約 6 割を占め、さらにその内訳の中で最も多い疾病分類は、精神・行動の障害である。平成 23 年 3 月の厚生労働省社会・援護局関係主管課長会議資料によると、精神入院患者の約 2 割（約 1.1 万人）が「受け入れ条件が整えば退院可能なもの」と推計されているという。全てであるとは言い切れないが、いわゆる「社会的入院」が含まれている可能性が高い。会計検査院（2006）は、①入院日数が 180 日を超えるなど入院が長期にわたっている被保護者に対するの実態把握を行った結果、入院の必要がないことが明らかになったものに対する適切な措置がとられていないこと、②診療日数が過度に多い被保護者に対する適正受診の指導、③医療扶助受給者のレセプト点検の実施が十分に機能していないことを改善事項として指摘している。

社会的入院の是正は、医療扶助費の適正化という視点でも求められる一方で、適切な受け皿がなければ、不適切な転院、転所をもたらすという意味で別の不適切な入退院を生じさせることから抜本的な解決にはならない。社会的入院を「不適切な入退院」<sup>17)</sup>と定義をした印南（2009）によると、生活保護受給を目的とした「社会的新規入院」患者は年間 2 万 2,749 人（一般病床、療養病床含む）、生活保護受給を目的とした「社会的入院継続」患者は、年間 7,316 人（一般病床、療養病床含む）いるという。なお、印南（2009）では、精神疾患の 25.9%程度が社会的入院である可能性を示唆している。

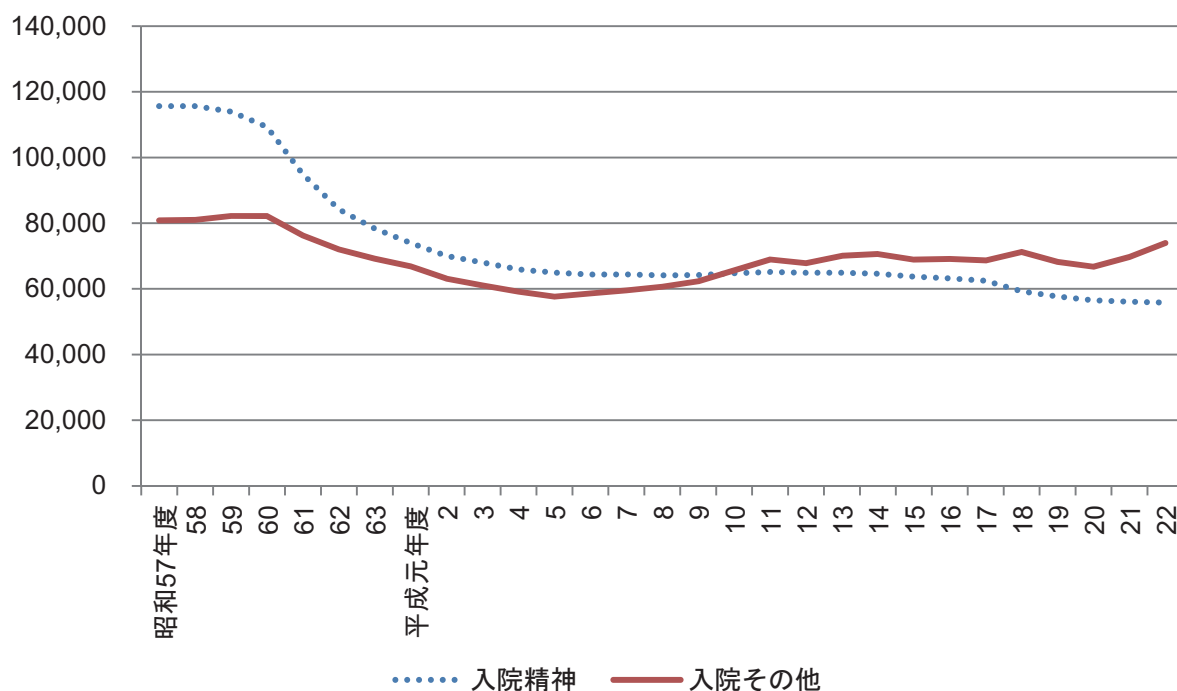
但し、入院・入院外別病類別医療扶助人員の年次推移で見ると、平成 10 年以降、精神および行動の障害の入院数とその他の入院数は逆転し、減少傾向にある（図 7）。入院外については、もともと精神および行動の障害の患者数はその他の疾患患者数よりも少ないが、障害者自立支援法の影響で、医療扶助の入院外患者数は、平成 18 年を境に相対的に減少している（図 8）<sup>18)</sup>。一方、平成 9 年以降、入院外では、精神以外の入院外患者数が急増している。

<sup>17)</sup> 印南（2009）では、不適切な入退院として、①社会的新規入院（入院医療の必要性が小さいのに社会的理由によって新規入院すること）、②社会的入院継続（入院医療の必要性が小さいのに、社会的理由により入院を継続すること）、③不適切な転院（入院医療を継続する必要性がなくなったため退院するが、本来退院すべき先ではない先に退院すること）、④未完退院（入院医療を継続する必要があるのに社会的理由によって退院すること）、⑤社会的再入院（不適切な転院、未完退院の後、入院医療の必要が生じ、1 か月以内に再入院すること）の 5 つに分類している。

<sup>18)</sup> 平成 18 年度から、自立支援医療の適用がある精神病とその他の疾病とを合併していない場合は当該区分の人員の数から除外されている。

図7 病類別医療扶助人員の推移（入院）

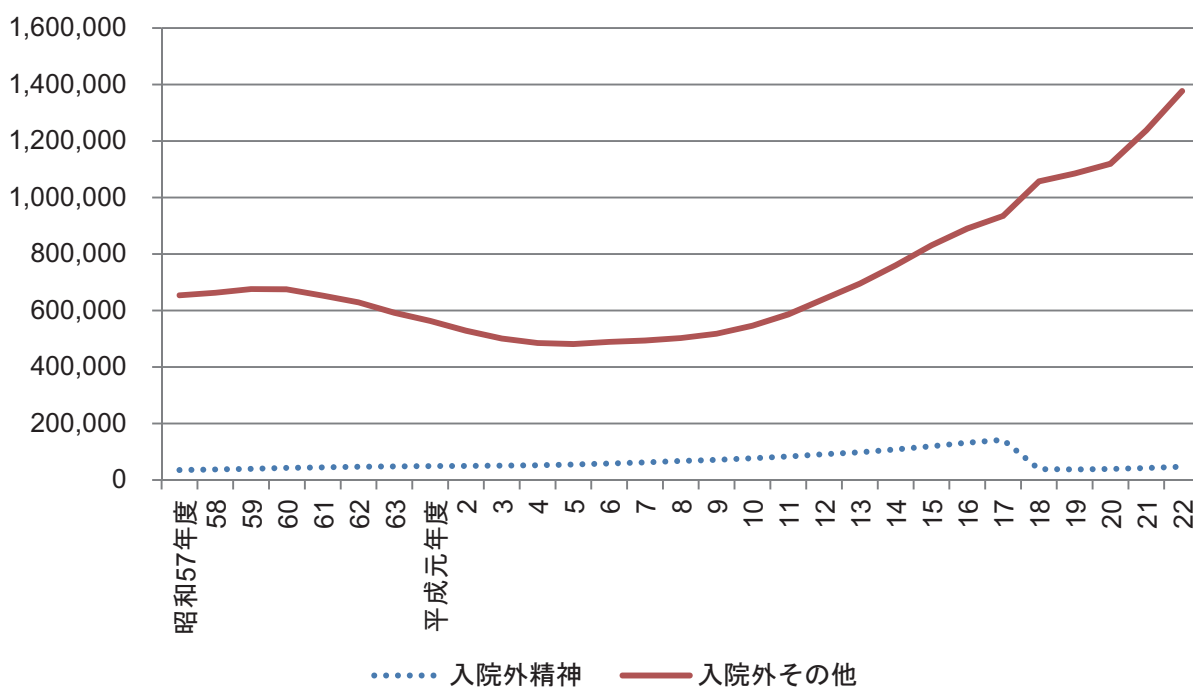
単位：人



資料：厚生労働省「社会福祉行政業務報告」各年次（福祉行政報告例）より著者作成

図8 病類別医療扶助人員の推移（入院外）

単位：人



資料：厚生労働省「社会福祉行政業務報告」各年次（福祉行政報告例）より著者作成

### 3. 医療扶助費の地域差

#### 3-1 保護率の地域差

ここまで、生活保護としての医療扶助及び医療費としての医療扶助に焦点を当てて実態把握を試みたが、医療扶助費には地域差があることは知られている。この医療扶助の地域差を考える上でも、生活保護としての側面と医療費としての側面の両方から考える必要があるだろう。

そもそも、医療扶助を受けるには、当然のことながら、生活保護受給要件を満たさなければならない。日本の生活保護制度は、最後のセーフティネットといわれ、生活保護を受給するには資産調査があるだけでなく、「補足性の原理」によって、他に活用できる法律や能力等がないことが前提とされる。受給要件を満たすということは、他に活用できる能力や法律がない状態であり、資産もない困窮した状況にいる社会的弱者であるということである。

だが、受給要件を満たしたら、自動的に生活保護を受けられるということではなく申請主義がとられている。よって、生活保護基準以下の生活をしていても、保護の申請をするかどうかの意思決定にも少なからず地域性があると思われる。また、既に述べたように、生活保護の被保護世帯の保護開始理由に、「傷病による」および「急迫保護で医療扶助単給」というのがあることから明らかなように、医療機関へのアクセスによって保護率に相違が出る可能性もある。

なお、生活保護の保護率の地域差<sup>19)</sup>があることは以前より知られており、「西高東低」の傾向や完全失業率、離婚率、高齢化率、高齢単身世帯率の影響があることが示されている<sup>20)</sup>。藤井(2009)は、保護率の地域差の要因には、経済的・社会的要因のほか、自治体の保護実施体制など行政的要因についても示唆しており、それが結果として財源格差(基準財政需要額と決算一般財源額のかい離)にもつながっているという。さらに、保護率の上昇の背景には、高齢化、離婚率の上昇(その結果としての単身高齢世帯割合、母子世帯割合の増加)といった社会構造の変化、長期にわたる景気低迷に伴う失業率上昇等による貧困層の拡大といった経済構造の変化に、核家族化の進展など家族間の相互扶助機能の弱体化があるという。ちなみに、一人当たり県民所得と生活保護の相関は弱いが、年間所得が200万円未満世帯の割合と保護率には一定の相関が見られることから、固定化した貧困層との関連性が示唆される。また、大阪の西成区や生野区など保護率が高い特定エリアには、日雇い労働者や野宿生活者の高齢化や在日韓国朝鮮人の集住など歴史的な問題が少なからず関係することを示唆している。なお、こうした保護率の地域差が医療扶助費に与える影響については必ずしも明らかになっていない。

なお、参考までに、著者自身もデータの揃う最新年次の都道府県別データを収集し、相関分析を実施したところ、先行研究で示されているように、完全失業率(0.64)、離婚率(0.665)、高齢単身世帯率(男0.693、女0.683)は保護率に対し比較的高い相関を示した。この他、持ち家率(-0.645)、自家用車保有率(-0.666)、年間救急車出動率(0.643)が保護率と相関のある変数としてあげられる。なお、病院数対人口(0.351)および精神病床対人口(0.287)は、それほど高い相関は示さなかった。さらに、保護率を被説明変数としてステップワイズ重回帰分析を実施したところ、失業率( $\beta=0.437$ )、女性高齢単身世帯率( $\beta=0.495$ )、自家用車保有率( $\beta=-0.334$ )が選択され、自由度調整済み決定係数0.83(p値<0.05)であった。先行研究であげられた変数のみを挿入した場合には、女性高齢単身世帯率( $\beta=0.467$ )、男性高齢単身世帯率( $\beta$

<sup>19)</sup> なお、都道府県別で見ると保護率の高い上位5府県として、大阪、北海道、高知、福岡、京都、下位5県として、滋賀、静岡、山梨、群馬、山形があげられる(平成24年1月時点)。

<sup>20)</sup> 厚生労働省(2005a)、牛沢・鈴木(2004)、関根(2007)、石井(2008)など。

=0.309), 失業率 ( $\beta=0.463$ ) が選択され, 自由度調整済み決定係数 0.819 ( $p$  値 $<0.05$ ) であった<sup>21)</sup>。

### 3-2 医療扶助費の地域差

一方, 保護率の地域差と同様に, 医療扶助についても地域差があることは知られている。厚生労働省によると, 都道府県別生活保護受給者一人当たり医療扶助費(平成21年度)では, 最高値と最低値で約1.63倍の差があることが示されている<sup>22)</sup>。会計検査院(2006)では, 医療扶助の地域差の発生要因としては, 高齢者比率および精神病入院比率の影響が示唆されている。さらに, 医療扶助人員一人当たり医療扶助費は, 被保護実人員に占める高齢者比率(0.5552), 医療扶助人員に占める入院患者(0.7365), 精神科入院患者(0.7115)および医療扶助単給人員の比率(0.7399)と相関関係にあることが示されている。また, 石井(2008)は, 高齢者比率, 障害者比率, 傷病者比率, その他世帯比率, 精神病院入院率, 供給面となる人口10万人対病床数と一人当たり医療扶助の相関分析をしたところ, 高齢者比率, 精神病院比率に強い相関が見られるという。だが, この結果は, 相関分析をするまでもなく本稿の前半で確認した全体のマクロ統計からも容易に推測される結果である。

石井(2008)では, 病床数など医療供給体制が地域差に影響を与えると考えられているが, 医療扶助においては説明力が高くないという指摘もされている。だが, 医療供給体制との関係性については, 一人当たり医療費の分母を何とするのか(医療扶助人員/生活保護受給者/住民等)で結果が異なることも指摘されており, 最終結論は出されていない<sup>23)</sup>。ミクロレベルのレセプトデータが入手できず, セミマクロデータを用いて医療費の地域差研究を行う際, 一人当たり医療費とは, それぞれの保険集団である被保険者数等(被扶養者含む)で除したものであることが一般的である。医療扶助においても生活保護受給者(又は被保護実員数)を分母とすることが多いが, 被保護実員数当たりになると, 保護率の影響を少なからず受けられると思われる。たとえば, 保護率が少ないエリアでは, 一人の被保護実員数の医療扶助の影響が過剰に推定されるという問題がある。

なお, 会計検査院(2006)では, 医療費には地域差があるが, 医療費には国等による多額の負担が行われており負担の公平等およびサービスアクセスの公平性の観点からも医療費や提供体制の過度の地域格差は縮小すべきであると述べている。これは, 医療費全体の地域差についてであり, 医療扶助についての指摘ではないが, 医療扶助の地域差が医療ニーズ以外によって生じるものならば同様のことがいえるであろう。なお, 医療費の地域差については, 先行研究が多くあるが, 堀(2005)は, 人口当たり病床数と老人入院費の高い相関や「西高東低」の傾向が古くからあるのみならず, 老人医療費には年齢階層を調整しても地域差を生じさせる社会経済要因があることを指摘している。

そこで, 一人当たり医療扶助費の地域差要因を直接探るのではなく, 地域の医療費としての側面に焦点を当てるため, 国保一人当たり医療費, 後期高齢者一人当たり高齢者医療費との相関関係を見ることにした。つまり, 独立した変数であるこれらの間に何らかの高い相関が見られれば, それぞれに共通する地域構造要因があるのではないかと考えた。これらの変数間の相関を確認したところ, 前者0.526( $p$  値 $<0.05$ ), 後者が0.626( $p$  値 $<0.05$ )と中程度以上の相関が示された。当然のことながら, これらの変数に因果関係

<sup>21)</sup> 念のため, 説明変数候補となる変数間の相関係数を全て確認したところ, 男性高齢単身世帯率と離婚率が0.771, 自家用車保有率と男性高齢単身世帯率が-0.766, 自家用車保有率と持家率が-0.811と相対的に相関が高いが, これらの変数が同時投入されたモデルは選択されていないため, 多重共線性の問題はないと考える。なお, 分散分析および共線性の統計量を見ても問題は生じていない。

<sup>22)</sup> 年齢構成等が考慮されていないが, 上位県は, 富山, 石川, 大分, 佐賀, 鹿児島であり, 低位県は, 新潟, 宮城, 滋賀, 青森, 神奈川となっている。

<sup>23)</sup> 厚生労働省(2005b)「生活保護費及び児童扶養手当に関する関係者協議会共同作業におけるまとめ」参照。

を想定することはできないが、国保一人当たり診療費、後期高齢者一人当たり高齢者医療費、保護者一人当たり医療扶助費の高低を決める地域の潜在的な共通要因があると想定することは可能であろう。そこに医療供給体制（供給側行動含む）や地域の患者受診行動（需要側行動含む）の影響が関与している可能性がある。これ以上の検証はデータ制約からここではできないが、この結果から、医療扶助の適正化は、医療扶助としてだけ考えるのではなく、地域の医療費全体として検討する余地があることを示唆することはできるだろう。

#### 4. 最後に一医療扶助費の適正化に向けて

ここまで生活保護としての医療扶助費および医療費としての医療扶助費に着目して、マクロデータを用いた実態把握および地域差の要因について検討を行った。まず、生活保護としての医療扶助の特徴として、ここ数年は、「その他世帯」の急増があるが、全体的な傾向としては、「高齢者世帯」「傷病者・障害者世帯」が主流であること、特に過半数を占める「高齢者世帯」にとって、生活保護制度は、実質的に終身生活保障制度となっている状態にあることを示した。このこと自体は、現行制度枠組みにおいて、補足性の原理に則り保護の受給が決定されていると考えられる一方で、一度受給が認められるとそのまま長期化する傾向にあることが問題としてあげられる。つまり、自立を促進する要因が少ないという生活保護制度そのものの問題が医療扶助にも問題として生じてしまっている。重症化・重度化の予防、治療回復、健康増進に向けたインセンティブが少なく、社会的弱者がそのまま底辺に固定化してしまう危険性すらある。これが、「社会的入院」を発生させる背景要因になっているともいえる。その意味では、医療扶助に入る前に、医療面の問題をいかに深刻化させないかが重要である。

一方、医療扶助の医療費という側面に注目すると、入院の構成比が最も大きく、入院が6割を占め、中でも精神・行動の障害が高いことを明らかにした。また、入院外は入院とは構造が異なり、循環器系の疾患、筋骨格系・結合組織の疾患が多いことを示した。医療扶助の適正化を考えるならば、それぞれの疾患特性を把握した上で検討する必要がある。これは医療扶助の問題だけでなく、地域医療全体の問題として取り組むべき課題であると考えられる。これは、一人当たり医療扶助費が高いところは、一人当たり国保医療費および後期高齢者医療費が高い傾向にあることから示唆できる。前述の「社会的入院」の問題も、医療扶助だけの問題ではなく、日本の医療全体に生じている問題であるともいえるが、この問題は地域としての適切な受け皿ができなければ、新たな不適切な入・退院を生じさせる可能性もある。

なお、医療扶助の適正化を議論する際に、生活保護の不正受給の問題がとりあげられることが多いと最初に述べたが、不正受給の問題以上に、上記であげたような問題のほうが根深い。しかし、残念ながら、現在医療扶助の適正化で検討されていることは、こうした根本的な問題にはほとんど触れられていない。仮に、一部自己負担を導入したとして、受診抑制が一時的にできても、救急車で搬送される患者が増えてしまっても意味がない。急迫による扶助を増やす結果になってしまう可能性すらある。また、電子レセプトの点検強化も一定の不正パターンを見つけることには相当程度貢献するとは思われるが、上記にあげた構造的な問題の解決につながるものではないだろう。

さらに、現在、審議会等で審議・検討されているような、福祉事務所による指定医療機関の指導徹底も必要なことであると思うが、福祉事務所に実行可能であるかどうかという問題もある。これは、公的医療保険でいう「保険者」としての役割が福祉事務所に期待されているともいえるが、公的医療保険ですら「保険者機能」の発揮が困難な状態である中で、福祉事務所にその役割を期待するのも限界があると考え



える<sup>24)</sup>。これについては、行政が指導徹底を行うという視点ではなく、現在の指定医療機関制度を見直した上で、生活保護指定の総合医（名称は任意）を地域に配置することを提案したい。生活保護受給者は、総合医に事前登録を行う。総合医が健康予防活動も含むプライマリケアの提供を行うとともに、ゲートキーパーとして、アクセスのコーディネートを行う。これは、イギリス NHS の GP の基本的な仕組みを参考にしたものであるが、これにより必要な医療が無料で包括的に受けられるだけでなく、不正受給の問題が深刻化することもなくなるだろう。

だが、繰り返し述べているように不正受給の問題よりも根本的な問題は、地域医療全体として健康増進、疾病の重症・重度化を予防することが重要である。そもそも医療扶助の問題は、生活保護制度のみの問題ではない。本来ならば、国民皆保険・国民皆年金体制において高齢者は年金、医療を公的年金、公的医療保険によって給付を受けることができるはずである。それが、受けられない高齢者世帯が多いということ自体は国民皆保険・国民皆年金が機能していないともいえる。傷病を理由に生活保護を受給する人が増加したり、低所得層が公的医療保険から安易に脱落することがないように十分な対策を行うことが求められると同時に、万が一、医療扶助の受給者になったとしても、重症化・重度化しないよう予防することが医療扶助の適正化のために必要なことであると考ええる。

---

<sup>24)</sup> 現行でも福祉事務所長への事前保護申請や医療要否意見書等の発行が義務付けられているが、こうしたことが徹底されていないような状態で、さらなる役割を期待することは実質的には容易ではないだろう。

## 参考文献

- 石井吉春 (2008) 「生活保護における都市間格差の態様と地方財政の持続可能性」『公共政策学』Vol. 2, pp. 83-107
- 印南一路 (2009) 『「社会的入院」の研究：高齢者医療最大の病理にいかに対処すべきか』東洋経済新報社
- 牛沢賢二・鈴木博夫 (2004) 「生活保護率の地域格差に関する研究」『産能大学紀要』45, pp. 19-30
- 会計検査院 (2006) 「社会保障費支出の現状に関する会計検査の結果について」『会計検査院法第30条の3の規定に基づく報告書』(平成17年度会計検査院決算検査報告にも掲載)
- 厚生労働省「社会福祉行政業務報告」各年次版
- 厚生労働省「生活保護費負担金事業実績報告」各年次版
- 厚生労働省「医療扶助実態調査」各年次版
- 厚生労働省 (2005a) 「生活保護の医療扶助」全国福祉事務所長会議資料
- 厚生労働省 (2005b) 「生活保護費及び児童扶養手当に関する関係者協議会共同作業におけるまとめ」生活保護費及び児童扶養手当に関する関係者協議会資料
- 厚生労働省 (2006) 「生活保護の医療費」全国福祉事務所長会議資料
- 厚生労働省 (2010a) 「平成21年度生活保護法施行事務監査結果について」
- 厚生労働省 (2010b) 「被保護者全国一斉調査」
- 厚生労働省 (2011a) 「社会・援護局関係主管課長会議資料」
- 厚生労働省 (2011b) 「第二回部会等における委員の依頼資料」第3回社会保障審議会生活保護基準部会配布資料
- 厚生労働省 (2011c) 「貧困・格差, 低所得者対策に関する資料」(第8回社会保障改革に関する集中検討会議資料, 第2回社会保障審議会生活保護基準部会資料, 第1回生活保護制度に関する国と地方の協議資料)
- 厚生労働省 (2011d) 「生活保護制度の概要等について」(第1回生活保護基準部会資料)
- 厚生労働省 (2011e) 「生活保護制度の現状等について」(第1回生活保護制度に関する国と地方の協議資料)
- 厚生労働省 (2012) 「生活保護の動向 (速報)」(第10回社会保障審議会生活保護基準部会資料)
- 鈴木亘 (2006) 「医療扶助の適正化と改革のあり方に関する一試論」『季刊 shelter-less』No. 30, pp. 125-137
- 関根美貴 (2007) 「都市部の生活保護率に影響を与える要因について」『愛知教育大学研究報告』56, pp. 63-68
- 富田早苗・三徳和子 (2011) 「壮年期にある生活保護受給者の健康行動と課題」『川崎医療福祉学会誌』Vol. 21, No. 1, pp. 145-150
- 内閣府男女共同参画局 (2010) 「生活困難を抱える男女に関する検討会報告書」
- 藤井えりの (2009) 「大都市における生活保護の財政分析」『政策科学』16 (2), pp. 95-112
- 堀真奈美 (2005) 「介護保険導入と老人医療費の関係性」『2005年度日本公共政策学会研究大会報告論文集』
- 堀真奈美, 印南一路, 古城隆雄 (2006) 「老人医療費と介護費の類似した地域差の発生要因に関する分析」『厚生指標』53 (10), pp. 13-19