

# 日医総研ワーキングペーパー

## 公費負担医療給付費の分析

No . 9 4

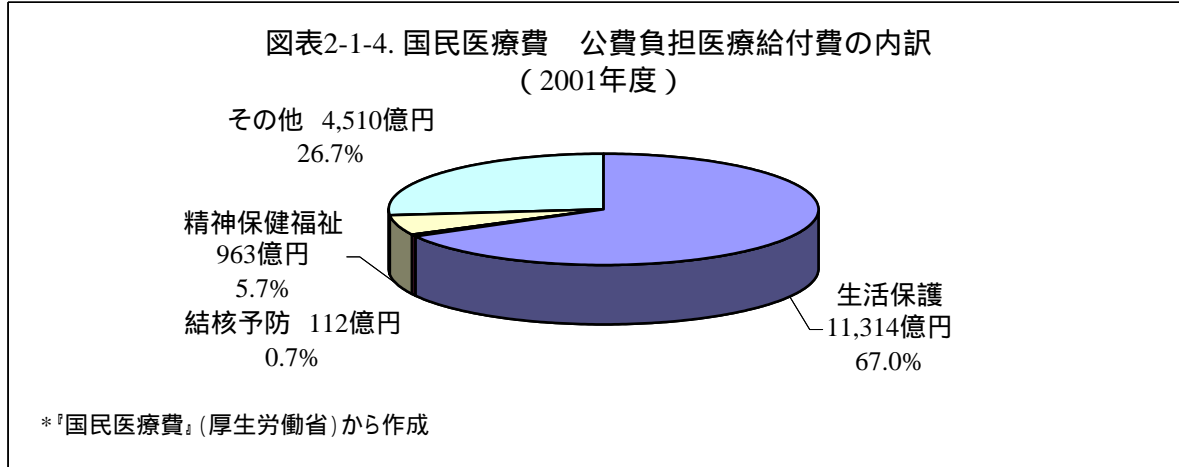
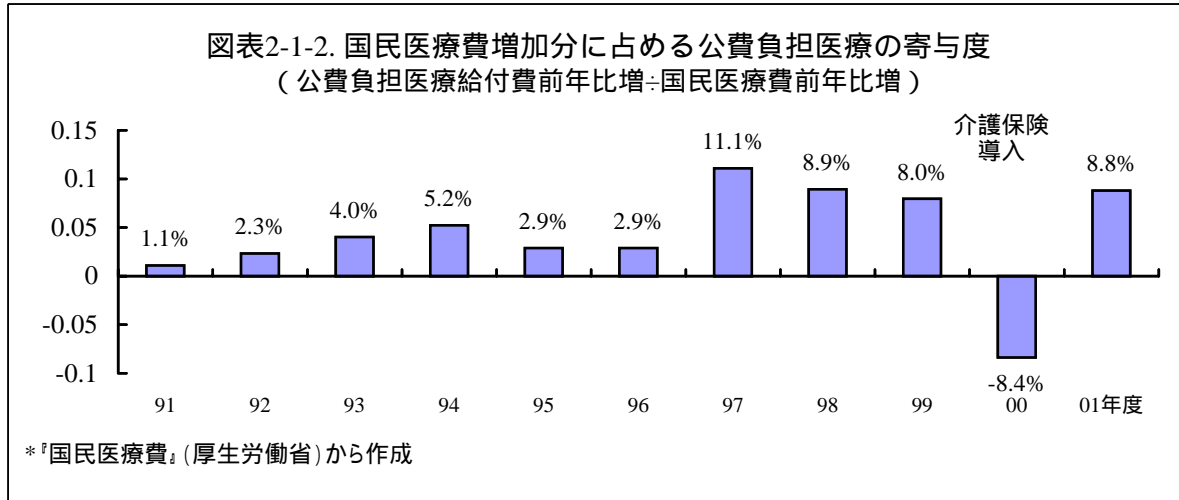
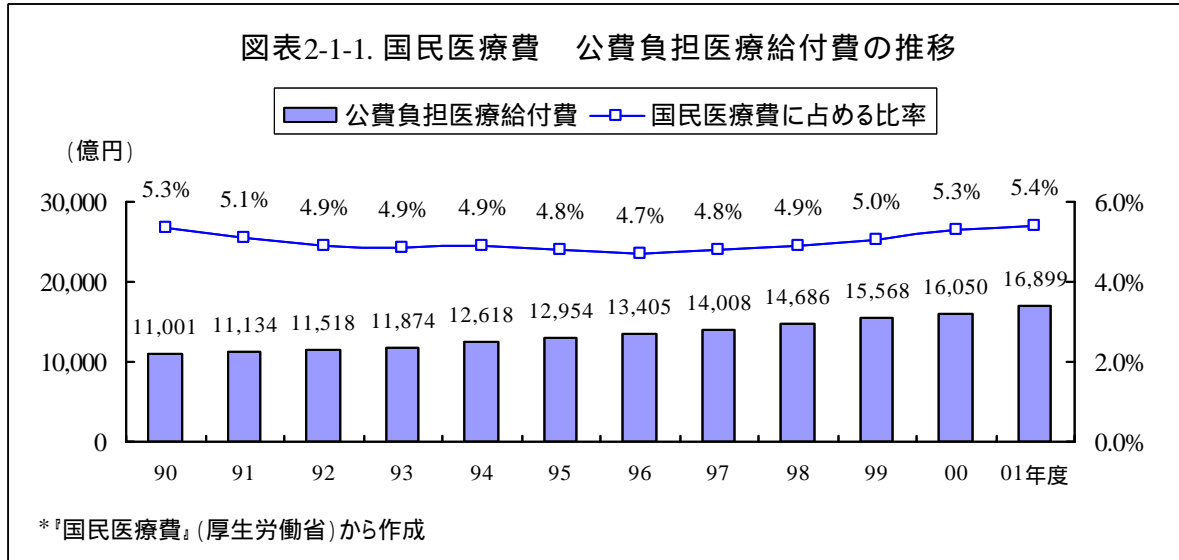
平成 16 年 3 月 9 日

日医総研 前田由美子

「公費負担医療給付費の分析」要約（1）現状分析

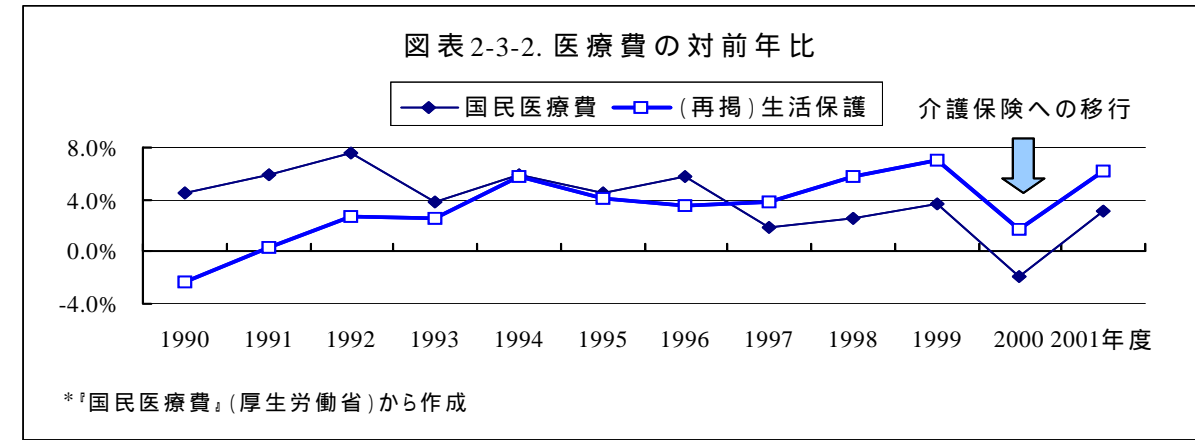
全体像

公費負担医療給付費は、1990年代の後半から増加をつづけ、国民医療費の5.4%を占めている。介護保険が導入された2000年をのぞく過去5年間、国民医療費の伸びの10%は、公費負担医療給付費の増加によるものである。



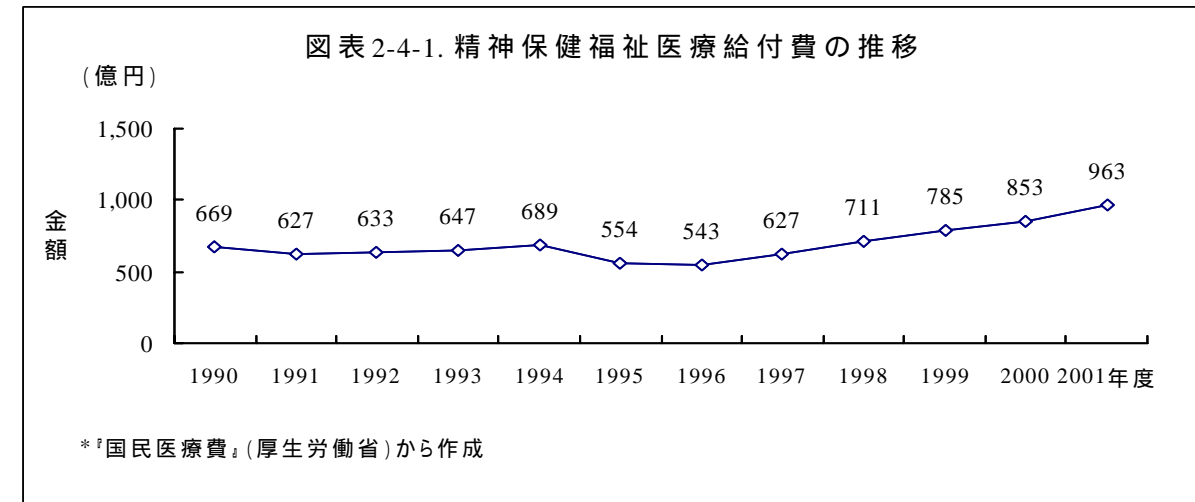
生活保護

公費負担医療給付費の67%は生活保護である。特に高齢被保護世帯が増加していることもあって、1997年以降は、国民医療費全体の伸び率以上に増加している



精神保健福祉

精神及び行動の障害の外来受療率、特に30歳代から40歳代の気分[感情]障害(躁うつ病を含む)が増加していることもあり、精神保健福祉法にかかわる医療給付費も著しく増加している。



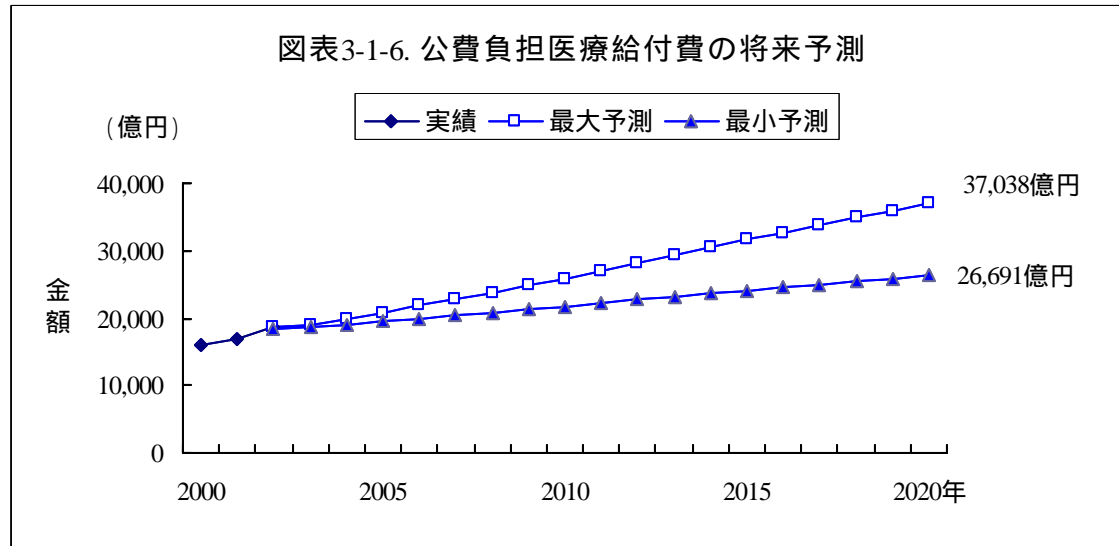
問題意識

厚生労働省は、公費負担分について毎年過小な予算を組み、補正予算で修正しているが、公費負担医療給付費は財源上の制約から、いつでも容易に縮小されるおそれがある。

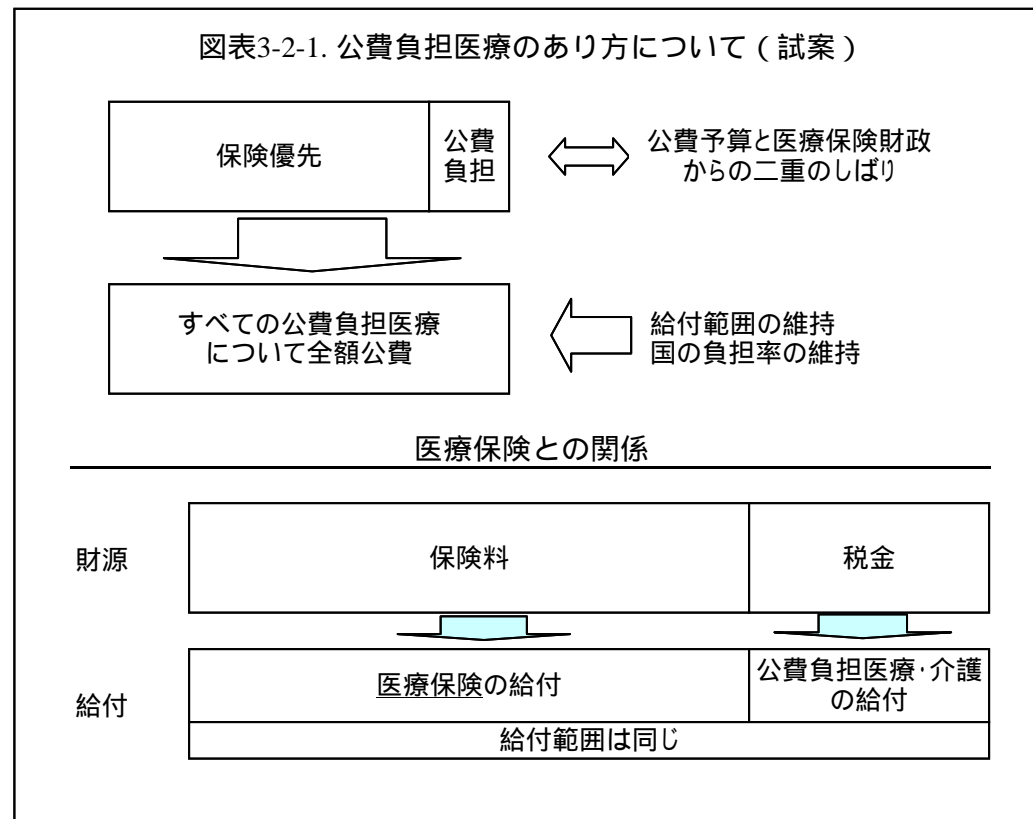
公費負担医療の一部は「保険優先」であり、医療保険財政にも影響を与える。逆に公費負担医療から見れば、公費(国や地方の予算)と医療保険という二重の縛りを受ける。

「公費負担医療給付費の分析」要約（2）将来推計

現状と同じ思想の下に公費負担医療をつづけ、かつ現状の傾向にそってその受給者が増えるとする、公費負担医療給付費は2020年に最大で3.7兆円、少なくとも2.6兆円になると推計される。



公費負担医療の対象となっている状態は、被保険者が保険料を拠出して備えておくという性格のものなのであるか。どちらかという、国民として最低限の生活を営むための保障なのではないだろうか。  
現状の公費負担医療はすべて公費でまかなってはどうか？（保険優先なし）



『医療のグランドデザイン[2017年版]』では公費負担医療給付費(公費負担の部分のみ)を2.5兆円と予測した。少なく推移した場合は、『グランドデザイン』とほぼ同じになるが、多ければ3.4兆円になる。また公費負担医療にかかわる費用(保険給付、公費、一部負担金)は、総医療・介護費の10%を超えると推計される。

『医療のグランドデザイン』		今回推計(最大値)	
公費負担医療給付費 2.5兆円 5.0%		公費負担医療給付費 3.4兆円 6.4%	
医療・介護費 (除公費負担医療) 46.9兆円 91.7%		医療・介護費 (除公費負担医療) 46.9兆円	
公費の保険優先1.6 3.2%	その他 45.7 88.5%	公費の保険優先 1.6 4.2%	その他 45.3 86.2%
管理費 1.7兆円 3.3%		管理費 1.7兆円 3.2%	
51.2兆円		52.5兆円	

\*紙面の都合上、図の縮尺は合っていない。

基本的な課題として(国の課題)

- 公費負担医療給付費に関するデータの整理が必要
  - ・ 保険からいくらか、公費からいくらか、一部負担金はいくらか
  - ・ 複数の制度に該当するものの区分

その上で、コスト増から突然の抑制に走らないようきちんとした将来推計が必要

目 次
-----

はじめに（研究の目的と方法）	1
1．公費負担医療制度について	
（1）公費負担医療制度の種類	4
（2）公費負担医療費の財源	8
2．公費負担医療給付費の現状	
（1）公費負担医療給付費の推移	9
（2）国家予算における公費負担医療給付費	16
（3）生活保護の下での医療扶助	18
（4）精神保健福祉法にかかわる医療給付費	22
3．公費負担医療制度の将来像	
（1）公費負担医療給付費の将来推計	25
（2）公費負担医療制度のあり方についての考察	37
おわりに	41
参考資料	42

【研究協力者】 天瀬文彦（日本医師会）

五十嵐和絵（日本医師会）

## はじめに（研究の目的と方法）

2001年度の国民医療費は313,234億円に上っており、前年比プラス3.2%の伸びを示している。厚生労働省は2025年の医療費が71兆円<sup>1</sup>になるとの推計を示し（その後60兆円<sup>2</sup>に修正）、医療費増加による医療保険財政の破たんを回避するため、これまでたびたび医療費抑制策を持ち出している。

確かに、老人医療費を中心として、今後も医療費が増加することは避けられない。そのため、高齢者医療制度などの新たな制度設計や財源確保は重要な課題である。

ただ、これらの議論には、ひとつの視点が欠落しているように思われる。それは、公費負担医療給付費である。公費負担医療給付費16,899億円は国民医療費の5.4%を占め、近年の伸びは、国民医療費全体のそれを上回っている。

こういった背景から、たとえば生活保護については医療扶助の適正運営<sup>3</sup>の名の下に費用の抑制が進められている。財政上の制約による締め付けの強化は、理念のない弱者切捨てである。

公費負担医療費の一部は「保険優先」になっている。つまり医療費のうち保険給付割合に相当する部分は保険から給付され、残りが公費（国や地方の税金）から給付される<sup>4</sup>。公費負担医療給付費が増加しつづければ、医療保険財政を直撃することも事実である。

このような問題意識から、あらためて国民医療費における公費負担医療給付費の問題点を整理してみることにした。具体的には、公費負担医療制度についてレビューした後、公費負担医療給付費の現状分析と将来推計を行った。

### 1. 現状分析

公費負担医療給付費はいくらなのか、制度別にはどの費用が増加しているのかを把握し、その背景を探った。

---

<sup>1</sup> 平成12年10月推計

<sup>2</sup> 平成14年5月推計

<sup>3</sup> 厚生労働省は、被保護者の社会的入院の解消、レセプト点検の強化などを指導している（全国厚生労働関係部局長会議資料より）。

<sup>4</sup> 所得によって自己負担が発生する場合などがある。

## 2. 将来推計

公費負担医療給付費の67.0%を占める生活保護法、5.7%を占める精神保健福祉法にかかわる医療給付費を中心に将来推計を行った。またこれに基づいて公費負担医療をどう位置づけるかについて検討した。

ここで公費負担医療給付費とは次のものを指す（詳しくは1 - (2)で述べる）。

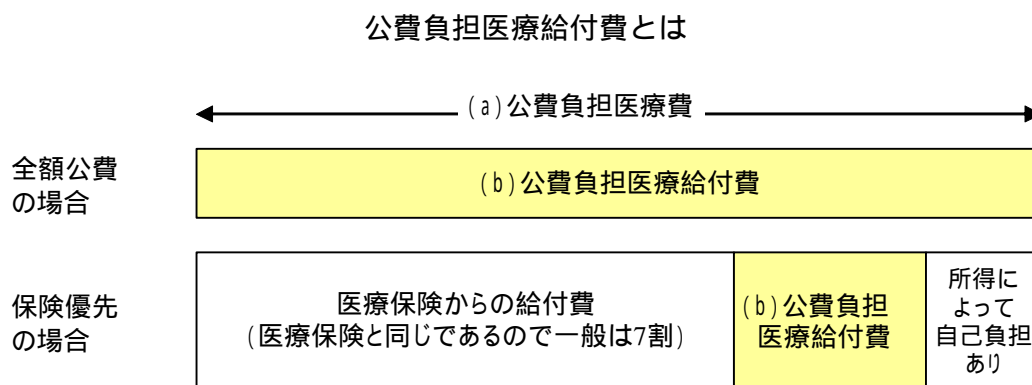
### (a) 公費負担医療費

生活保護、更生医療など公費負担医療費の総額

### (b) 公費負担医療給付費

「保険優先」の場合、公費負担医療費はまず保険から給付される（全額公費を除く）。現在、一般の医療保険給付割合は原則7割である。残り3割のうち、所得によっては一部負担金が生じる場合がある。その残りを公費でまかなう。この部分を公費負担医療給付費という。

統計資料の制約から、以下、特に断りのない限り（b）公費負担医療給付費について述べるが、公費給付の裏には少なからず医療保険給付費があることを念頭に置いておきたい。



また、今回の分析では、論点が分散するため介護および支援費制度に言及していないことを断っておきたい。

#### 【支援費制度】

これまで障害者に対しては、「行政措置」としてサービスが提供されてきた（措置制度）。2003年4月から「障害者がサービスを選択し、サービスの利用者とサービスを提供する施設・事業者とが対等の関係に立って、契約に基づきサービスを利用する」<sup>5</sup>支援費制度が導入された。障害者自らがサービスを選択することで利用者本位のサービスを提供できるとされている。一方で、契約自体が困難な障害者とその家族に不安を与えている。また現物給付から現金給付になったことで、市町村の責任が後退した<sup>6</sup>との指摘もある。

---

<sup>5</sup> 「支援費制度Q & A集」厚生労働省社会・援護局, 2001年3月

<sup>6</sup> 『よくわかる支援費制度』49p, NPO法人大阪障害者センター

## 1. 公費負担医療制度について

### (1) 公費負担医療制度の種類

#### 公費負担医療制度とは

日本は国民皆保険であり、すべての国民が健康保険に加入している。一般（高齢者以外）は、原則として医療にかかった費用について、保険給付 7 割、自己負担 3 割となっている<sup>1</sup>。しかし、生活に困窮するなどしたときには、医療費を公費でまかなう仕組みがある。戦傷病や原爆被害のように国として補償すべき医療についても、保険を使わずに全額を国費で負担する。このように公費（税金）からまかなわれる医療を公費負担医療という。

#### 公費負担医療制度の大分類

公費負担医療には、国の法律にもとづいて全国一律に行われるものと、地方独自のもの（地方公費という）とがある。

前者は、戦傷病、原爆被害、生活保護、障害がある人のための医療などであり、制度の内容は全国一律である。

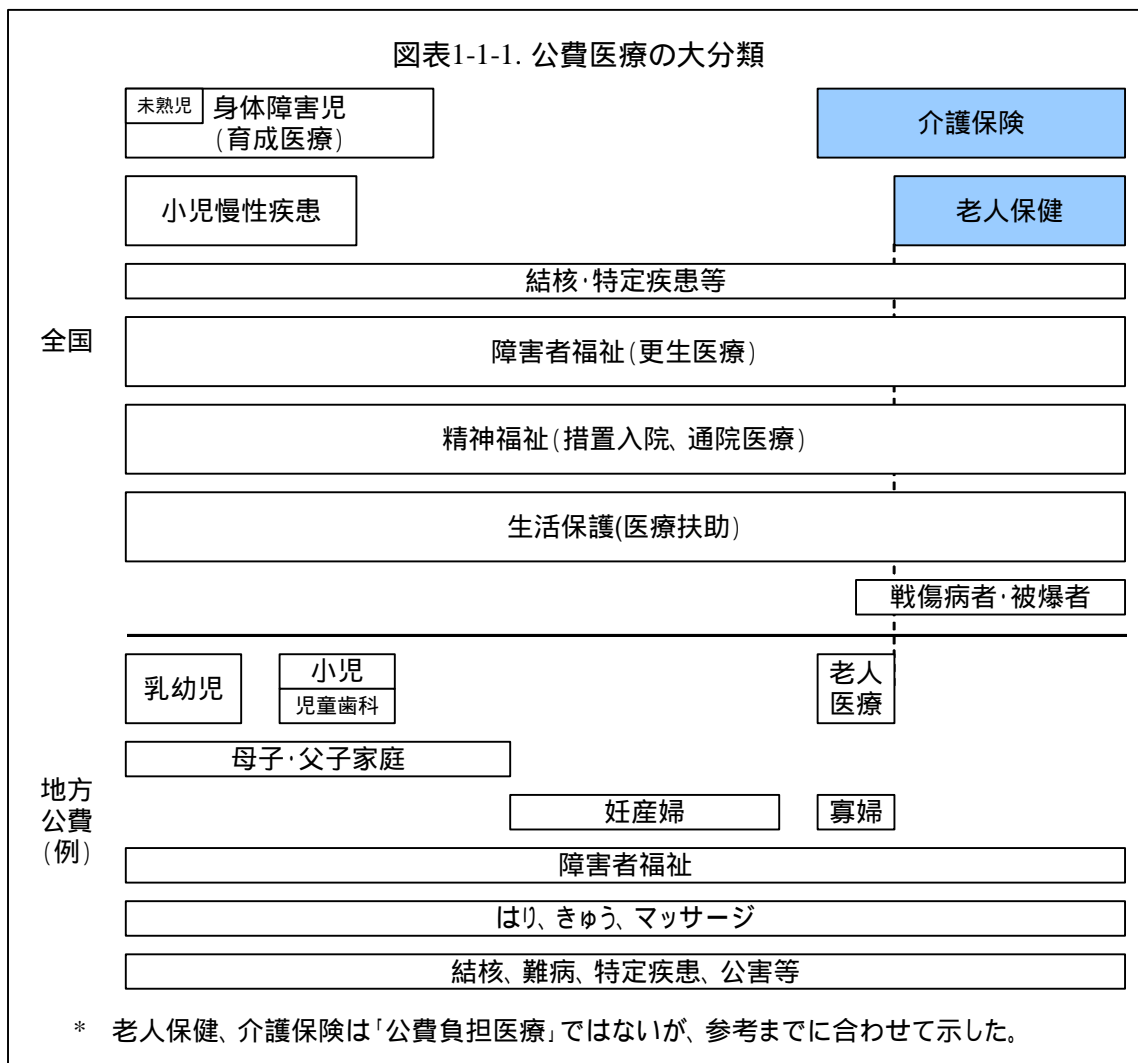
地方公費には次頁に掲げるようなものがある。都道府県ごと、市町村ごとに制度が異なる。たとえば、乳幼児・小児医療では、就学前までの医療費を公費負担する自治体、3 歳未満までとする自治体など、まちまちである。

---

<sup>1</sup> 高額療養費の上限あり。



図表1-1-1. 公費医療の大分類



図表1-1-2. 公費負担医療制度（全国）

制度または法律	交付手帳等	主な給付内容	費用の負担等	給付割合	給付負担内訳			自己負担
					国	都道府県	市町村	
戦傷病者特別援護法	戦傷病者手帳	療養の給付	全額国費（公傷病以外は医療保険適用）	100	100	0	0	0
		更生医療	全額国費	100	100	0	0	0
原子爆弾被弾者に対する援護に関する法律	被爆者健康手帳	認定疾病医療	全額国費	100	100	0	0	0
		一般疾病医療	基本的に一部負担分を公費負担	保険の残り	100	0	0	0
感染症予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律		入院医療	新感染症は全額公費	100	3/4	1/4	0	0
		入院医療	1類・2類感染症は一部負担分を公費負担	保険の残り	3/4	1/4	0	所得による
結核予防法		適正医療	（費用の95/100 - 医療保険給付割合）を公費負担	保険の残り	1/2	1/2	0	5%
		従業禁止・命令	基本的に全額公費	医療給付が受給できるかどうかによる	3/4	1/4	0	所得による
		入所医療						
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律	精神障害者保健福祉手帳	措置入院医療	基本的に一部負担分を全額公費負担	保険の残り	3/4	1/4	0	所得による
	患者票	通院医療	（費用の95/100 - 医療保険給付割合）を公費負担	保険の残り	1/2	1/2	0	5%
麻薬及び向精神薬取締法		措置入院医療	基本的に一部負担分を公費負担	保険の残り	3/4	1/4	0	所得による
身体障害者福祉法	身体障害者手帳	更生医療	基本的に一部負担分を公費負担	保険の残り	5/10	0	5/10	所得による

制度または法律	交付手帳等	主な給付内容	費用の負担等	給付割合	給付負担内訳			自己負担
					国	都道府県	市町村	
児童福祉法	育成医療券	育成医療	(身体障害児)基本的に一部負担分を公費負担	保険の残り	1/2	1/2	0	所得による
	療育券(療育手帳)	療育の給付	(結核)基本的に一部負担分を公費負担	保険の残り	1/2	1/2	0	所得による
		措置医療	基本的に一部負担分を公費負担	保険の残り	1/2	1/2	0	所得による
母子保健法	養育医療券	養育医療	(未熟児)基本的に一部負担分を公費負担	保険の残り	1/2	1/2	0	所得による
特定疾患治療研究事業 (健康保険法等の一部を改正する法律)	特定疾患医療受給者証	医療	公費 = 費用 - 保険給付割合 - 自己負担	保険の残り	1/2	1/2	0	疾病による
小児慢性特定疾患治療研究事業	医療受診券	医療	一部負担金を公費負担	保険の残り	1/2	1/2	0	0
生活保護法	医療券	医療扶助 介護扶助	基本的に一部負担分を公費負担 生活保護を受ける世帯は国民健康保険の資格を喪失する。元国民健康保険加入者は保険優先なし。	保険の残り	3/4	1/4		所得による
知的障害者福祉法		援護措置	基本的に一部負担分を公費負担	保険の残り	5/10	5/10	0	所得による

\*生活保護については、医療・介護に関する扶助のみ記載

\*自己負担：「所得による」所得に応じて公費負担の一部が自己負担となる。ただし自治体によっては全額公費のところもある。

\*参考資料：『社会福祉六法』社会福祉法規研究会、『公費負担医療の実際知識』安藤秀雄、『全国市町村医療費助成制度一覧』社会保険出版社

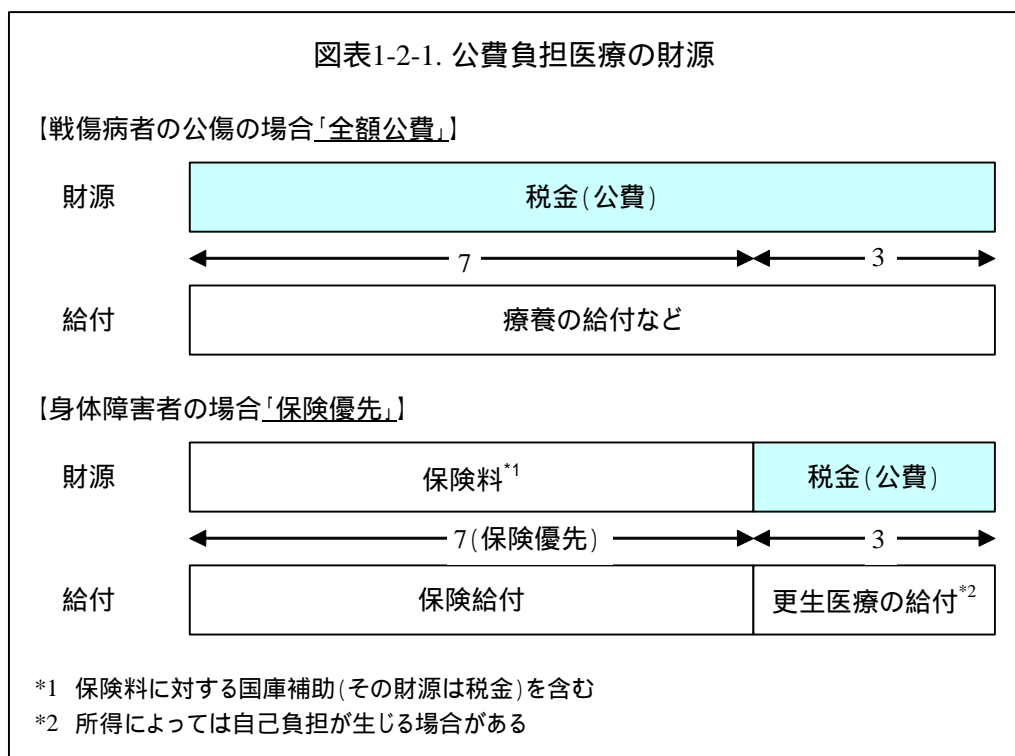
## (2) 公費負担医療の財源

公費負担医療には、全額公費負担となるものと、そうではないものがある。

たとえば、戦傷病者の公傷は、必要な費用の全額が公費（税金）でまかなわれる。

身体障害者の場合（老人保健受給者ではない一般の場合）は、必要な費用の7割が医療保険から給付される。残り3割は、障害を軽減するための医療であれば「更生医療」として、公費（税金）から給付される。このように、まず医療保険からの給付を充当し、残りに公費を充てることを「保険優先」という。

「保険優先」の財源は、国民健康保険、政管健保などにおいて徴収される保険料である。日本は皆保険<sup>かいほけん</sup>であり、無保険者はいない原則であるので、公費負担医療を受ける人も、国民健康保険や被用者保険のいずれかに加入する<sup>1</sup>が、加入した上で、保険料が減免になっている場合が多い。



<sup>1</sup> 生活保護法による保護を受けている世帯に属する者は、国民健康保険の資格を喪失する（国民健康保険法第6条第6号）

## 2 . 公費負担医療の現状

### ( 1 ) 公費負担医療給付費の推移

#### 国民医療費に見る公費負担医療費

公費負担医療給付費は、『国民医療費』（厚生労働省）に、その内訳として掲載されている。「原則として当該年度内の診療についての支払確定額」<sup>1</sup>のことである。

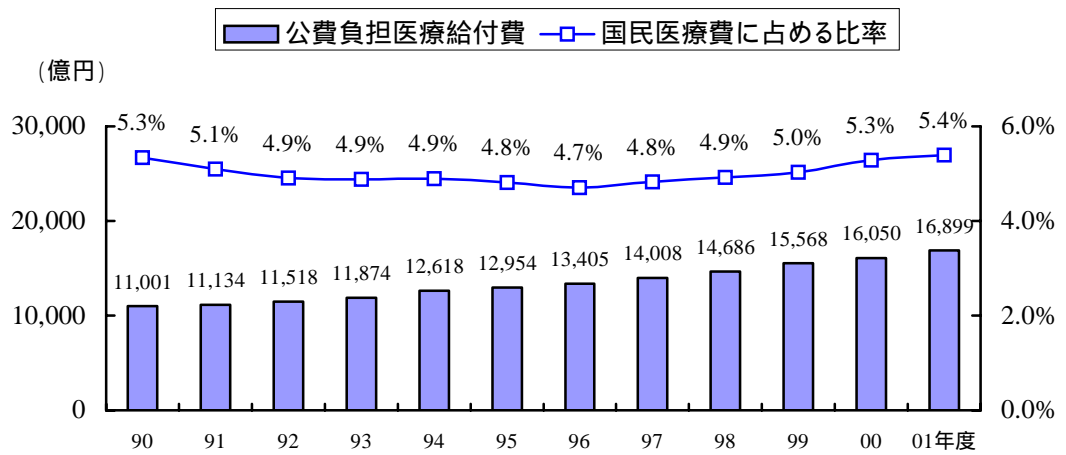
2001 年度の国民医療費は 313,234 億円であり、うち公費負担医療給付費は 16,899 億円であった。公費負担医療給付費の比率は 1990 年代前半には減少傾向にあったが、1996 年度に底を打って以来、上昇に転じ、2001 年度には国民医療費の 5.4% を占めるにいたった（図表 2-1-1）。

また、介護保険が導入された 2000 年度を除き、1997 年度以降の医療費の伸びのうち 10% 近くは公費負担医療給付費の伸びで占められている。

---

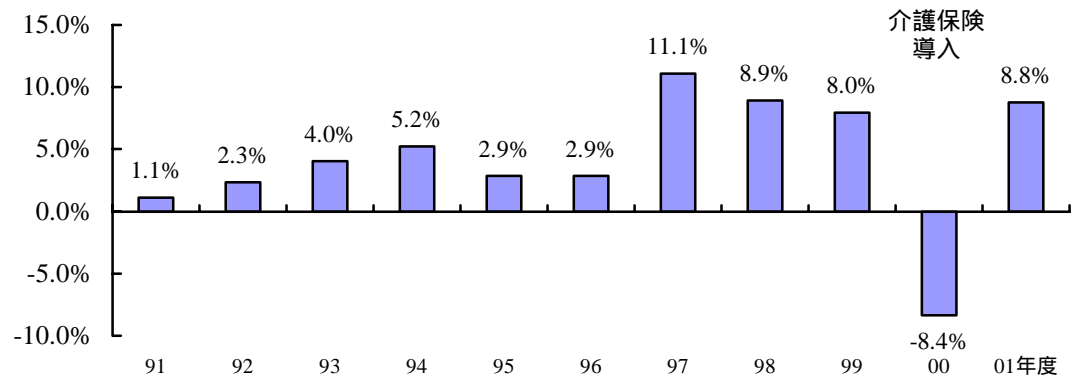
<sup>1</sup> 『国民医療費』の解説より

図表2-1-1. 国民医療費 公費負担医療給付費の推移



\*『国民医療費』(厚生労働省)から作成

図表2-1-2. 国民医療費増加分に占める公費負担医療の寄与度  
(公費負担医療給付費前年比増÷国民医療費前年比増)

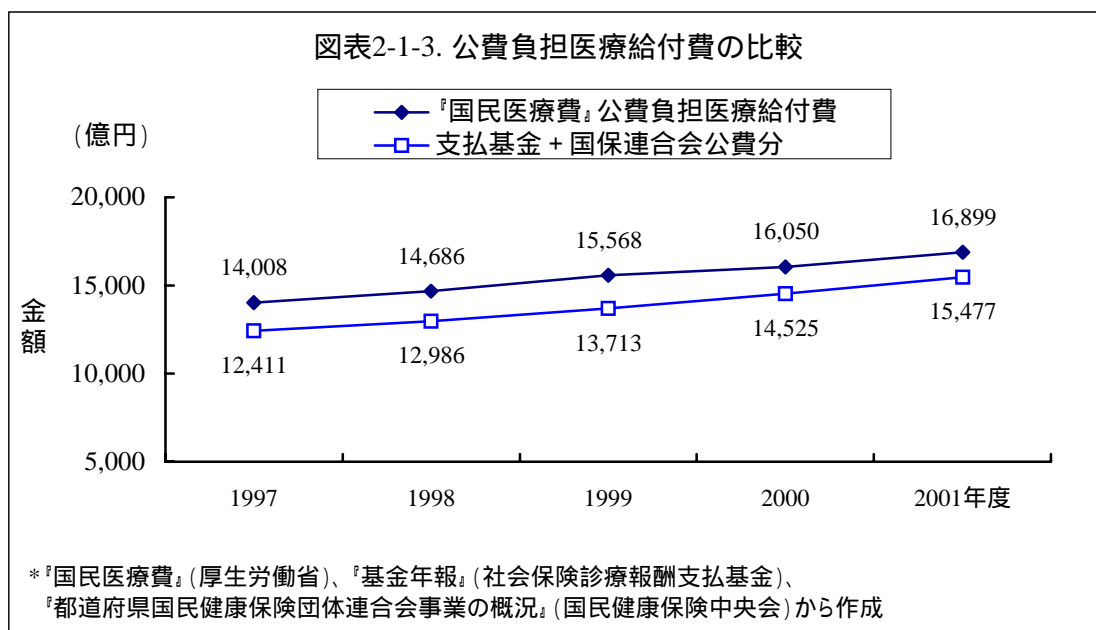


\*『国民医療費』(厚生労働省)から作成

## 診療報酬に見る公費負担医療給付費

公費負担医療給付費は、社会保険診療報酬支払基金（以下、支払基金）または国民健康保険団体連合会（以下、国保連合会）を通じて、医療機関に診療報酬として支払われる。それぞれが支払った金額については、『基金年報』（支払基金）、『都道府県国民健康保険団体連合会事業の概況』（国保連合会）に掲載されている。両者の数値を合算すると、2001年度の公費負担医療給付費は15,477億円である。『国民医療費』16,899億円に比べると1,422億円少ない（図表2-1-1）。

『国民医療費』の公費負担医療給付費には、支払機関を通さない柔道整復師・はり師による治療費、移送費、補装具の費用も含まれている。診療報酬との差から、2001年度には公費負担医療給付費の8.4%が柔道整復師・はり師による治療費その他であったと推計される<sup>2</sup>。医療費全体では、国民医療費と診療報酬との差は4.8%<sup>3</sup>であった。

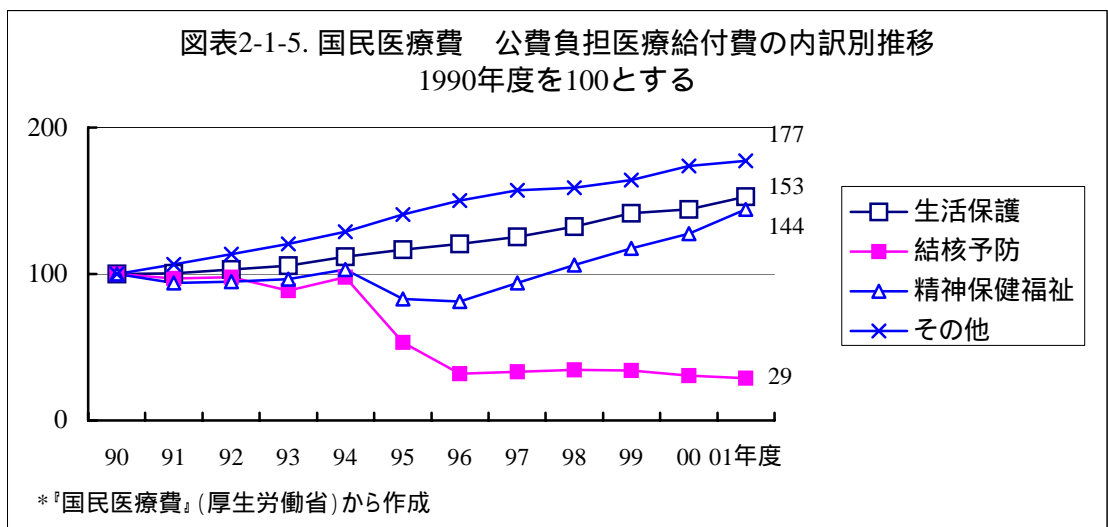
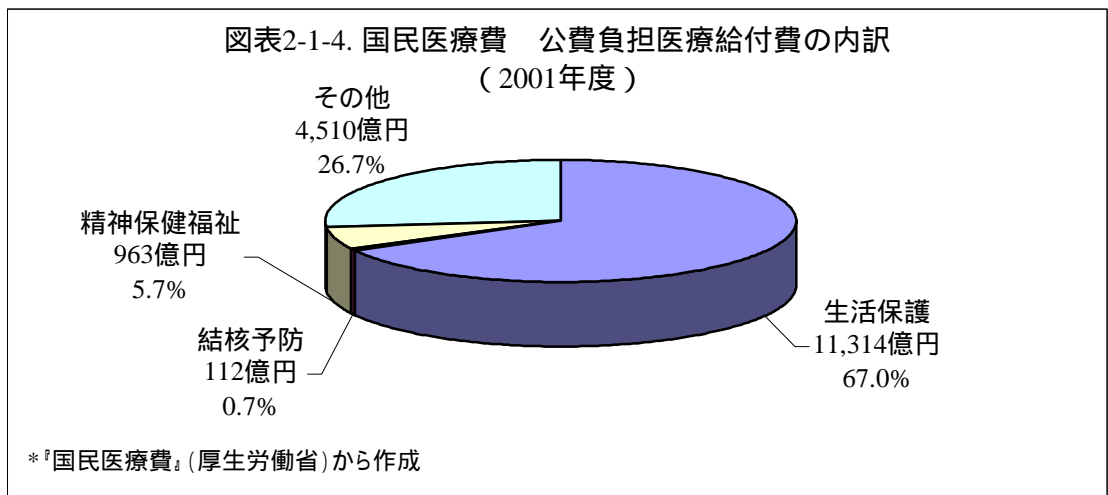


<sup>2</sup> 『国民医療費』は支払額ではなく、一部、支払確定額を用いて計算されているものもあるが、支払基金のデータから計算すると、支払確定額と支払額との差は0.1%未満であり、誤差程度である。

<sup>3</sup> (支払基金・国保連合会の診療報酬支出に計上されている費用総額 253,557 億円) ÷ (国民医療費から患者負担を除いた費用総額 266,393 億円)

## 公費負担医療給付費の内訳

『国民医療費』によると、公費負担医療給付費のうち67.0%は、生活保護法にもとづく医療扶助である。結核予防法にもとづく適正医療等は0.7%、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下、精神保健福祉法と略す）による措置入院等は5.7%である。1990年度の医療費を100とすると、2001年度の医療費は、生活保護153、結核予防29、精神保健福祉144、その他177である。生活保護も精神福祉も増えているが、「その他」として括られている費用の増加が目立つ。





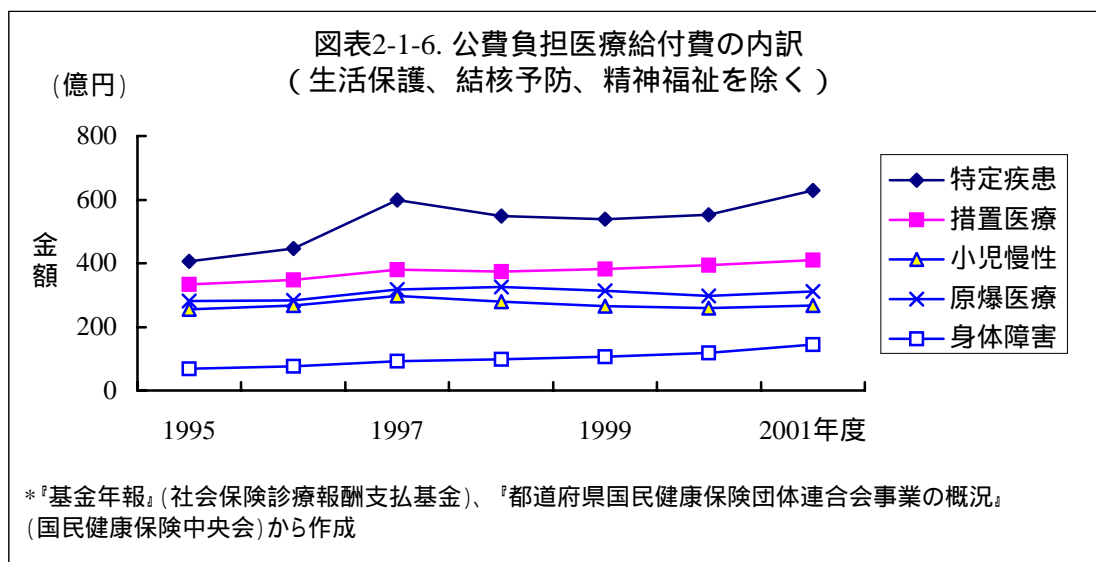
『国民医療費』で、その他として括られているものの中味は、特定疾患、措置医療、小児慢性、原爆医療、身体障害者更生医療などである。このうち、特定疾患、措置医療、身体障害者更生医療は増加傾向にある。一方、小児慢性、原爆医療は近年減少している。小児慢性については医療技術の進歩によるもの、原爆医療については受給者の減少によるものであろう。

\*特定疾患

「原因が不明であって、治療方法が確立していない、いわゆる難病のうち、特定疾患については、治療がきわめて困難であり、かつ、その医療費も高額であるので」<sup>4</sup>、公費により患者医療費の軽減を行うもの。患者一部負担金の限度を超えたものを都道府県が負担（一部の疾患については国庫負担あり）。年によっては新たに認定される疾患があるため、医療費の動向にバラツキが見られる。

\*措置医療

児童養護施設、知的障害児施設、肢体不自由児施設等に入所する児童、知的障害者更生施設等に入所する知的障害者に対する医療。行政措置（入所）にかかわる医療。



<sup>4</sup> 「特定疾患治療研究事業について」昭和 48 年 4 月 17 日衛発第 242 号厚生省公衆衛生局長通知

## 公費負担医療費の全体イメージ

ここでは、特に断りのない限り公費負担医療給付費（医療費ではない）について分析している。先に述べたように、保険優先の場合、公費負担医療給付費の裏では医療保険からも医療が給付されている。これらをトータルすると公費負担医療費としてはいくらになるのでしょうか。

### 推計方法

生活保護は「保険優先」ではあるが、生活保護受給世帯は国民健康保険の資格を喪失するので、所得によって一部負担が発生する場合を除いて公費負担である。生活保護受給世帯のうち被用者保険加入者は非常に少ないと思われる。そこで、生活保護については医療保険から給付分はないとした。

精神保健福祉は保険優先であるが、精神障害者のうち生活保護受給者が6.7%<sup>5</sup>いと推計される。生活保護受給者はほぼ全額公費負担である。したがって残り93.3%の医療費について、一部負担金0.5割、医療保険からの給付7.7割<sup>6</sup>、公費1.8割で給付されているとした。

身体障害者更生医療、措置医療のうち、生活保護受給者が1%<sup>7</sup>と推計し、費用について医療保険からの給付（一部負担が発生する場合はこれを含む）7.7割、公費2.3割とした。

児童福祉、小児慢性などについては、医療保険からの給付7.5割<sup>8</sup>、公費2.5割とした。

原爆医療および戦傷病、結核ほか保険優先と全額公費を区分できないものは全額公費とした。

---

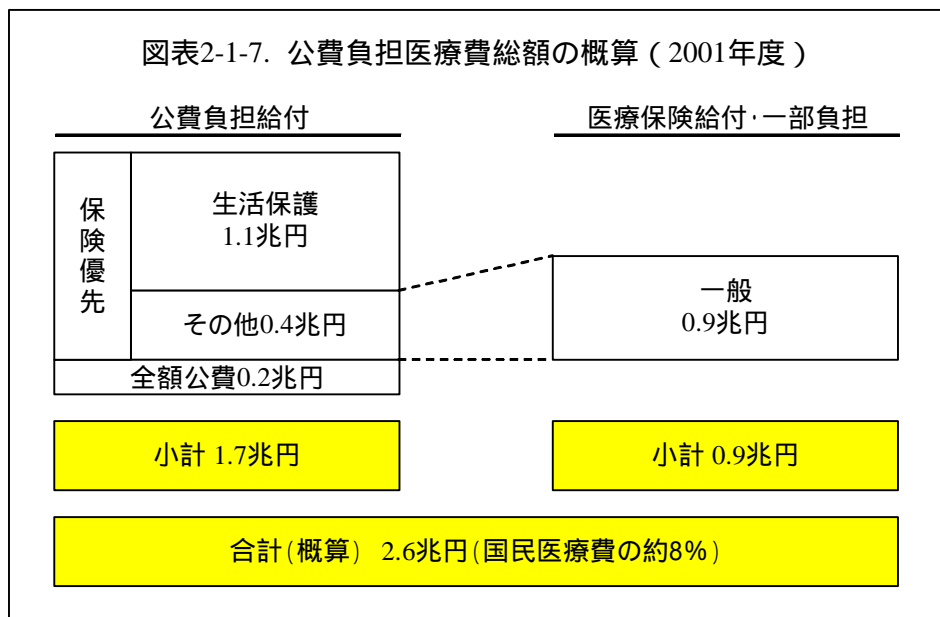
<sup>5</sup> 2001年『患者調査』精神障害者2,584千人、『福祉行政報告例』精神病医療扶助人員（1ヶ月平均）173千人。

<sup>6</sup> 2001年度の保険給付割合の加重平均値。

<sup>7</sup> 2001年『福祉行政報告例』身体障害者手帳交付台数4,449千件、生活保護のうち障害者世帯874千世帯。これだけ見ると2%であるが、措置医療の方の患者数が明らかではないので、約1%とした。

<sup>8</sup> 老人が除かれるので給付割合は下がる。7.5割は被用者家族の給付割合平均値からとった。

2001年度の公費負担医療費（保険給付、公費、一部負担金の合計）は2.6兆円と推計された。国民医療費31.3兆円の約8%が公費負担医療にかかわる費用であるといえる。



## (2) 国家予算における公費負担医療費

公費負担医療は、給付費用の2分の1から4分の3程度、多いものでは全額が国の負担である。国家予算と給付費は相互に影響を受けるはずであるが、国家予算はその財源面での制約から、必ずしも実際の需要増とは連動していない。

### 生活保護の例（医療扶助以外の生活扶助等を含む）

2001（平成13）年度、国の生活保護負担金<sup>1</sup>は当初予算ベースで13,091億円であった。つづく2002年度の予算では、生活扶助基準を前年据え置きにするとして、2001年度当初予算の5.7%増に過ぎない13,837億円が要求された。これは前年度の補正予算額はおろか、前々年度の補正予算額よりも小さい値であった。この間、被保護世帯が減少する期待を抱かせるような大きな変化はなかった。また、生活保護費の増大は過去の傾向からも明らかであった。

厚生労働省はかねてから市町村に対して「頻回受診者に対する適正受診指導など医療扶助の適正運営」<sup>2</sup>を指導しており、予算編成にもこういった抑制意図があらわれているように見受けられる。

図表2-2-1. 厚生労働省 生活保護費予算

単位:億円

	2000年度 H12	2001年度 H13	2002年度 H14	2003年度 H15
当初予算	12,306	13,091	13,837	15,217
補正予算	14,837	15,820	16,769	18,102

\*財務省ホームページ掲載資料から作成

\*補正予算は当初予算に補正額を加えたもの

<sup>1</sup> 医療扶助だけでなく生活扶助、住宅扶助などを含む総額。

<sup>2</sup> 平成15年度 全国厚生労働関係部局長会議資料

### 精神障害にかかわる医療費の例

精神医療にかかわる国の負担（措置入院費、通院医療費、医療保護入院費に係る公費負担に要する経費）は、2001年度予算465億円、2002年度予算467億円であった<sup>3</sup>。後述するように精神障害にかかわる患者数は長期的に見て明らかに増加傾向にあったが、予算はほぼ横ばいである。更生医療・育成医療の給付費も2001年度82億円、2002年度82億円とまったく横ばいである。

厚生労働省の資料<sup>4</sup>によれば、精神障害者は1996年217万人、1999年204万人と減少している。しかし、『患者調査』は3年に一度の、かつある1日の調査であり、調査年によるバラツキが大きいことは周知の事実である。

他方、精神障害者社会復帰施設・事業費は、2001年度212億円、2002年度218億円と2.8%増、地域精神保健福祉施策推進費（施設で行う事業の運営費）等は2001年度64億円、2002年度71億円と12.0%増となっている。国の予算は医療費そのものよりも、いわゆるハコモノ行政、補助金行政に対してより厚い。

図表2-2-2. 精神保健福祉施策関係予算の一部

単位：百万円

	2001年度	2002年度
精神障害者社会復帰施設・事業等の充実	21,182	21,766
より良い精神医療等の確保	56,136	57,154
精神医療費の公費負担	46,480	46,740
精神科救急医療システム整備事業	1,292	1,987
精神科急性期医療等専門家養成研修事業	0	43
精神医療適正化対策費	182	182
更生医療・育成医療の給付	8,183	8,203
地域精神保健福祉施策の推進	6,350	7,112

\* 『平成14年度精神保健福祉施策関係予算(案)の概要』厚生労働省社会・援護局

<sup>3</sup> 財務省の予算書では予算科目が分散しており、こういったまとまりで集計できないので、ここでは、社会保障審議会障害者部会精神障害分会資料（第1回、2002年1月）から抜粋した。

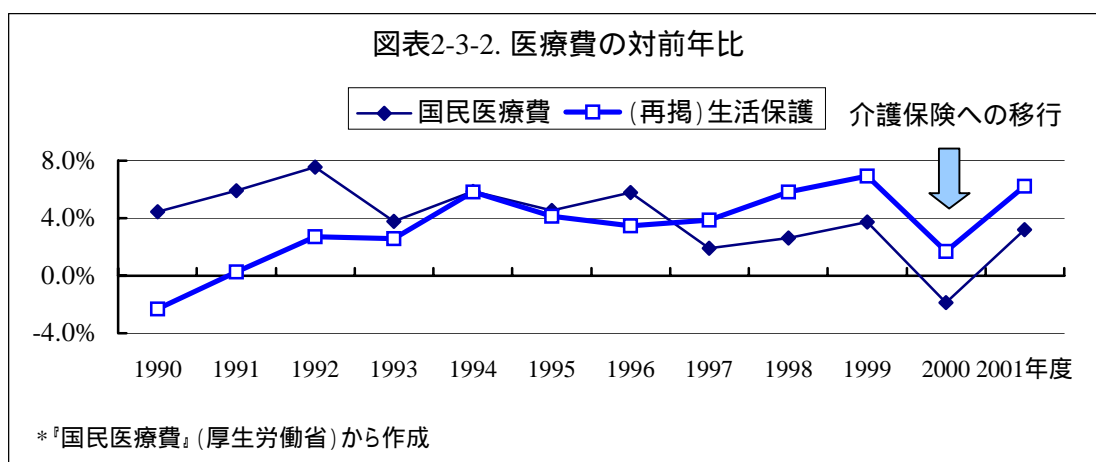
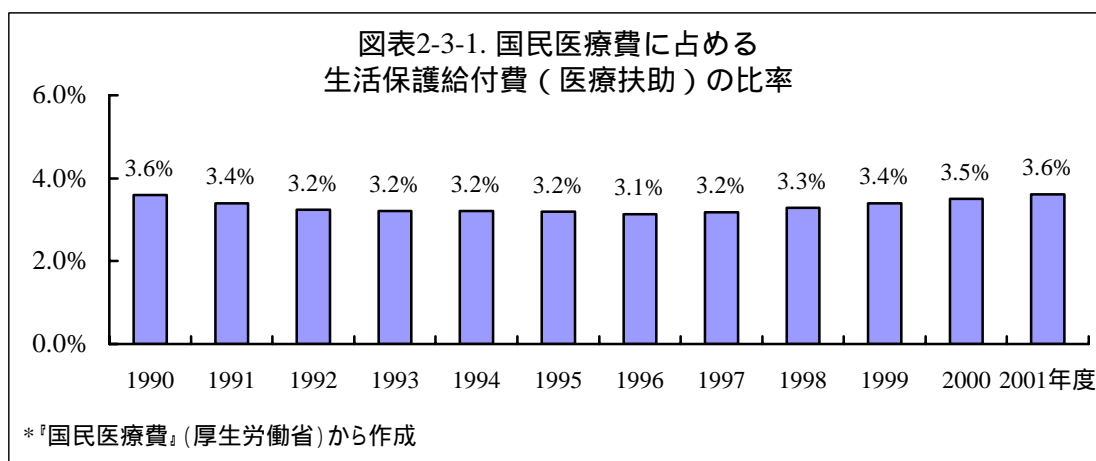
<sup>4</sup> 「第1回 社会保障審議会障害者部会精神障害分会資料」（2002年1月）より。22頁には『患者調査』から計算した精神障害者数をかかげているが、1996年は218万人である。

### (3) 生活保護の下での医療扶助

#### 国民医療費に占める生活保護

公費負担医療給付費の67.0%(2001年度)は、生活保護の下での医療扶助費であり、国民医療費全体の3.6%を占める。また1997年度以降は、国民医療費全体の伸び率を上回る伸びを示している。この傾向が続けば、医療費全体に占める生活保護の比率はますます高まる。

そこで、公費負担医療給付費の将来推計につなげるため、まず生活保護の実態について把握しておく。



## 生活保護世帯の動向

2002年度の被保護世帯数は、1993年以降増加傾向にある。2002年度の被保護世帯総数は871千世帯であり、そのうち生活扶助受給世帯が776千世帯、医療扶助受給世帯が749千世帯であった<sup>1</sup>（図表2-3-3）。

被保護世帯の傾向で特筆されるべきは、高齢者世帯の増加である。1990年代後半には、高齢者世帯が障害・傷病世帯数を上回り、2002年度には高齢者世帯403千世帯（46.3%）、障害・傷病世帯319千世帯（36.7%）と、生活保護世帯の半数近くが高齢者世帯で占められている（図表2-3-4）。

高齢者世帯は、次の2つの要因によって増加している。

### 1) 傷病・障害者の高齢化

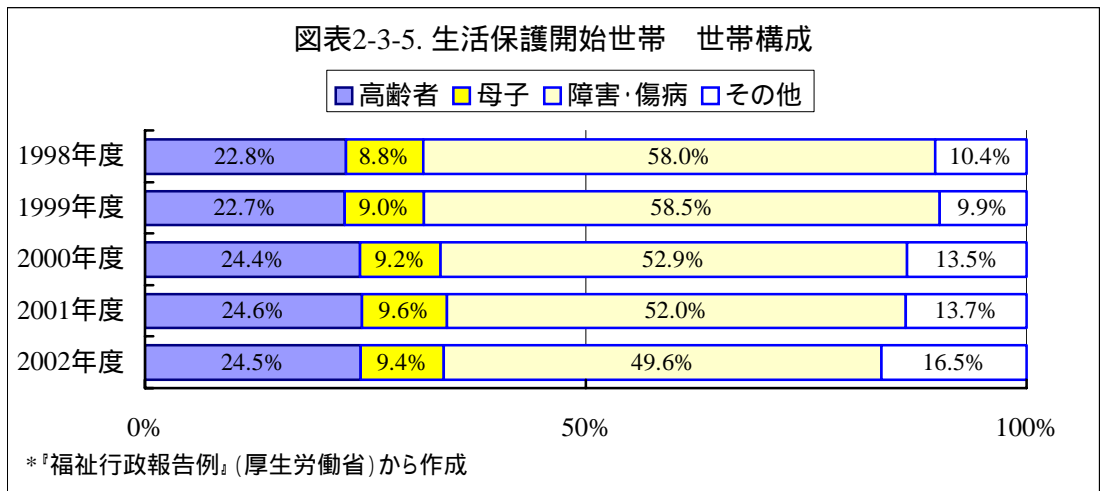
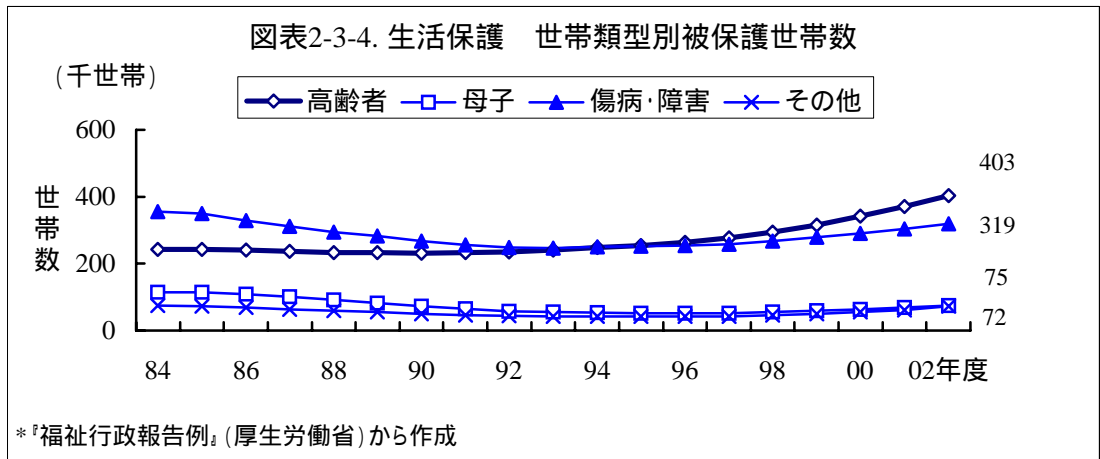
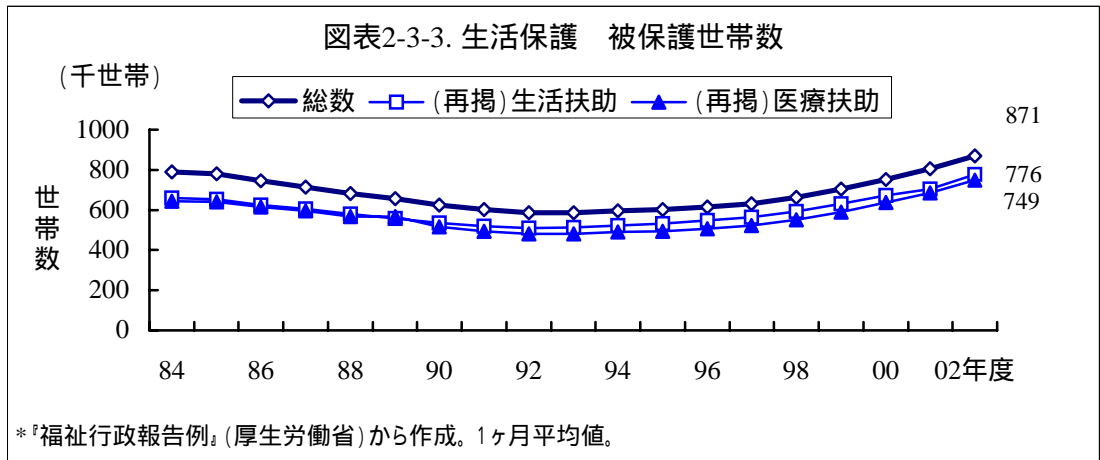
保護開始時の世帯で、もっとも多いのは傷病・障害者であり、全体の49.6%を占めている。これらの世帯が、生活保護を廃止されない状態のまま高齢化している。

### 2) 高齢になってはじめて保護を受給する世帯の増加

生活保護開始世帯のうち高齢者世帯は、2002年度には24.5%であり、過去5年間で1.7ポイント増加している。さらに遡れば保護開始世帯に占める高齢者世帯は1985年14.3%、1990年20.9%であった。高齢者になってはじめて生活保護を受給する世帯が着実に増加している。

---

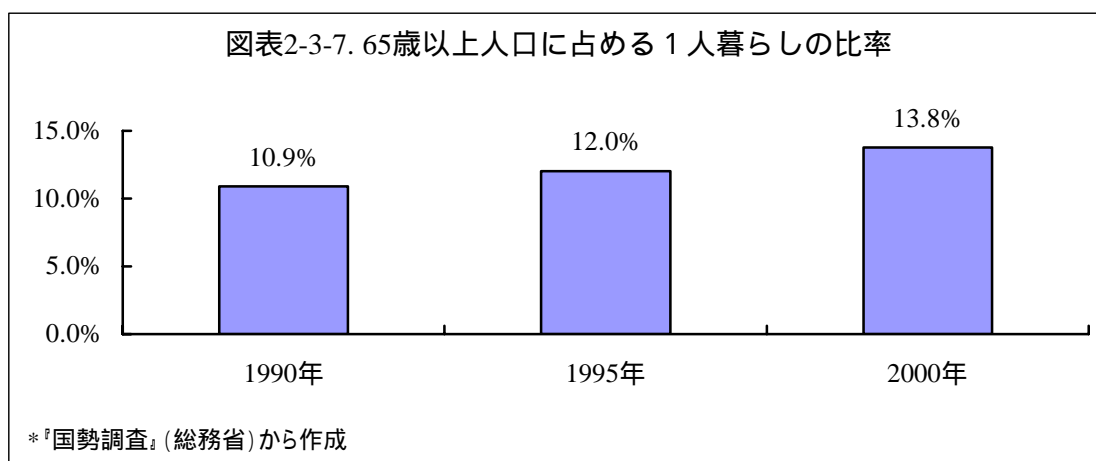
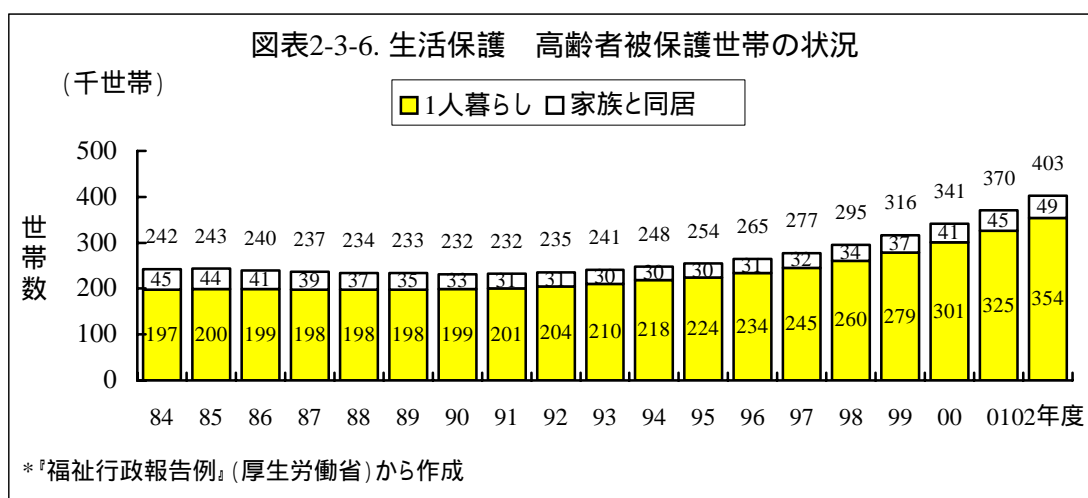
<sup>1</sup> 生活扶助と医療扶助の両方を受給している世帯、どちらかのみを受給している世帯がある。





高齢者被保護世帯うち、2002年度は87.8%が1人暮らしの世帯である。この比率は1990年以降、ほとんど変化していない。

日本では高齢単身者比率が増加しており、65歳以上の1人暮らしの人の比率は1995年12.0%、2000年に13.8%である。今後も高齢者の1人暮らしは増加すると推計されている<sup>2</sup>。家族類型ごとに一定割合の被保護世帯が存在するとすれば、高齢単身世帯の増加にともなって高齢者の被保護世帯も増加し、医療扶助費ほか生活保護費の増大をもたらす。その規模について次章で試算を行い、問題の大きさを検討する。



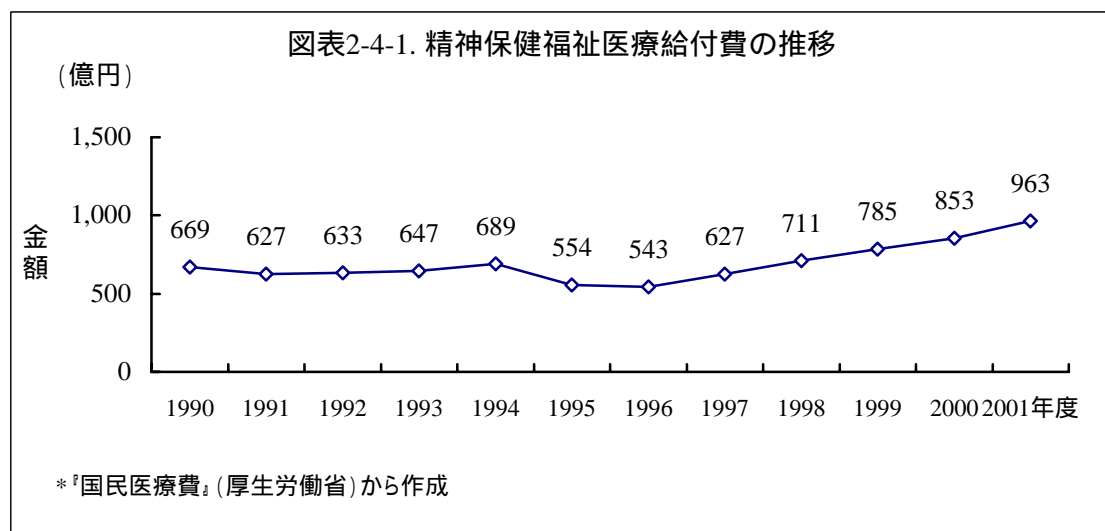
<sup>2</sup> 国立社会保障・人口問題研究所によると、65歳以上の単身世帯は2000年から2025年にかけて2.24倍になると推計されている。

#### (4) 精神保健福祉法にかかわる医療給付費

公費負担医療給付費のうち、精神保健福祉法にかかわる医療給付費は5.7%を占める。生活保護にかかわる費用(67.0%)について大きい。また、1990年代の半ば以降の増加率には看過できないものがある。2001年度の医療給付費は963億円であり、過去10年間でもっとも低かった1996年度543億円に比べ1.8倍になっている。

1995年頃の医療給付費の減少は制度変更の影響によるものであろう。この年(平成7年)精神衛生法が「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」に改称されると同時に、精神障害者保健福祉手帳が交付されるようになった。一方で、公費優先から保険優先になった。保険給付を優先し、かつ費用全体の100分の5については自己負担となった。これにともなって、医療費総額が減少し、給付費も減ったものと推察される。

公費負担医療費だけのことではないが、医療費は政策に容易に左右されるといえるよう。

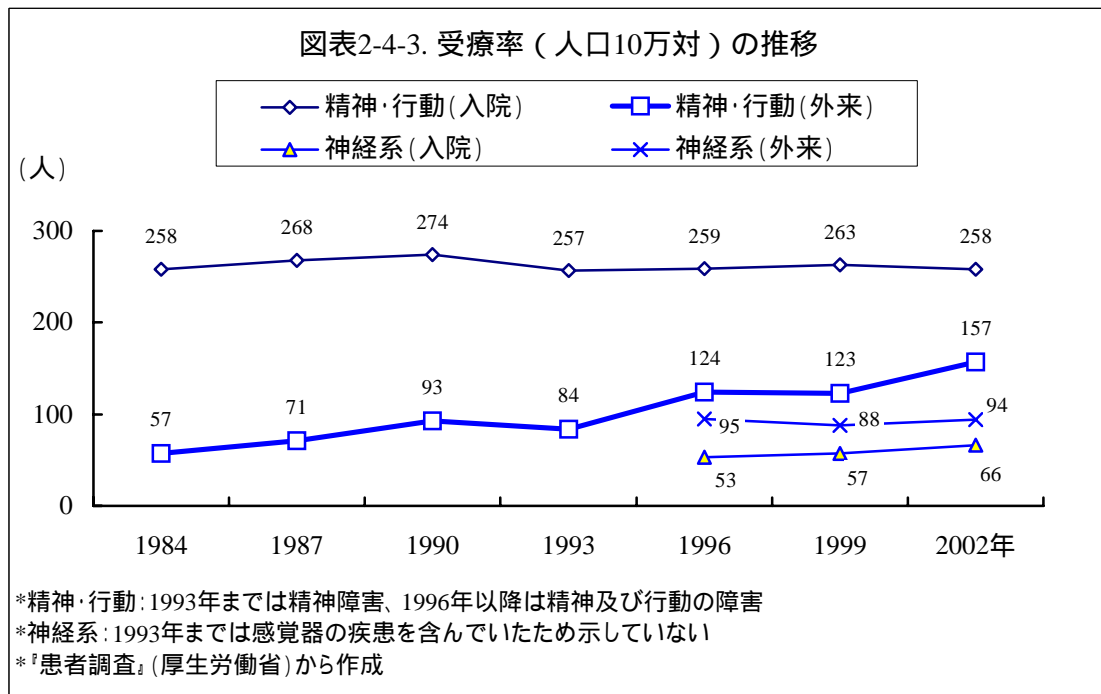
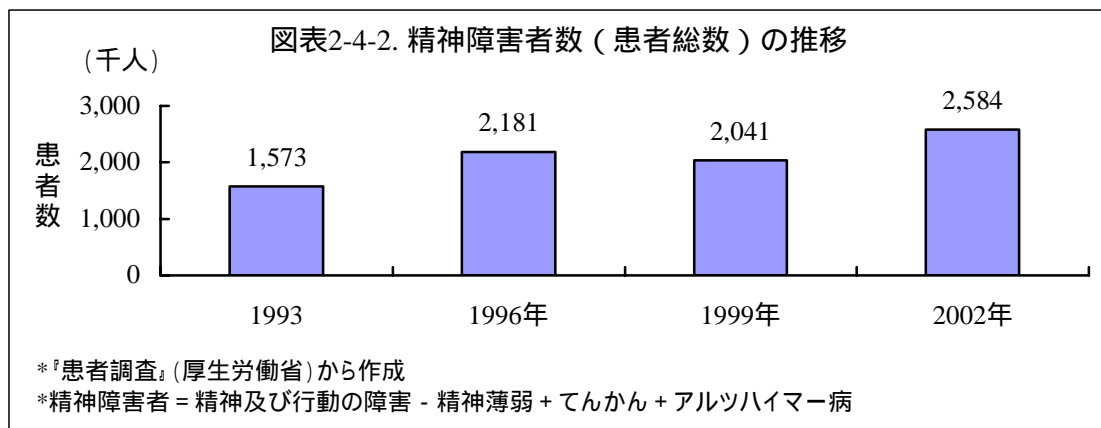


「精神障害者」とは

精神分裂病、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他の精神疾患を有する者(精神保健福祉法第4条)

『患者調査』によれば、精神障害者は1999年に2,041千人、2002年2,584千人である。(図表2-4-2)

『患者調査』よりも長いスパンで、かつ入院・外来別に見ると精神・行動障害患者数の伸びはさらに明らかである。特に、1993年以降(いわゆるバブル崩壊以降と言ってもよいだろう)、精神及び行動の障害<sup>1</sup>の外来受療率の伸びが顕著であり、1984年以降の18年間で2.8倍になっている。



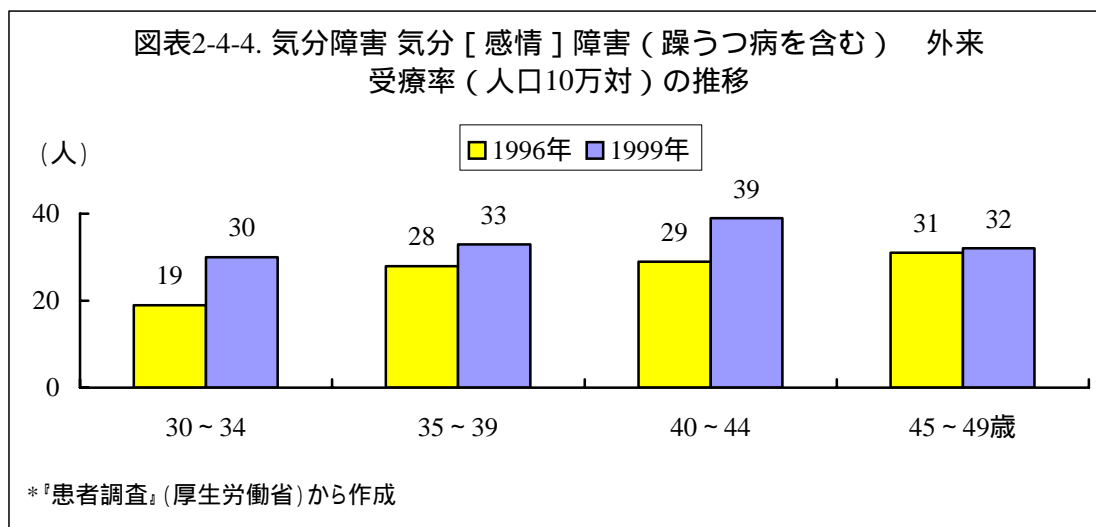
<sup>1</sup> すべてが同法の対象となるわけではないが、『患者調査』等では区分されていないため、包括して示す。

増加要因を傷病中分類レベルで見ると、特に30歳代から40歳代の気分[感情]障害(躁うつ病を含む)の増加が顕著である。

これらのいわゆる「心の病」については、経済環境の悪化から来る雇用不安によって生じているという見方<sup>2</sup>や、(日本人の)「情緒的・心理的適応性は、経済の好況不況に関係なく世界最低ということではなかろうか」<sup>3</sup>という見方などがある。

前者の場合には、景気回復による患者数の減少も期待できなくはない。しかし、後者の場合には、これからも潜在的な患者が顕在化し、精神保健福祉にかかわる医療費はさらに上昇する。1990年代後半以降の患者の伸びがつづくとなれば、その医療費の増大は、特定疾患や更生医療など他の公費負担医療制度の比ではない。

そこで、次章では、精神保健福祉にかかわる医療費が増加する懸念も織り込んで公費負担医療給付費の将来予測を行う。



<sup>2</sup> 社会経済生産性本部は、『2003年度メンタルヘルス実態調査』から、「「会社の給与制度は合理的ではない」と感じている人は、元気がなく、暗い雰囲気かつ感情的になりがちであり、精神的に不安定であるといえる」と分析している。

<sup>3</sup> 『「日本型うつ病社会」の構造 - 心理学者から見た停滞する日本の現状と未来』34pp, 加藤諦三, PHP研究所

### 3. 公費負担医療制度の将来像

#### (1) 公費負担医療給付費の将来推計

##### 生活保護世帯数と医療扶助費の推計

公費負担医療給付費の将来予測を行うにあたり、生活被保護世帯がいかに推移するかを予測した。

##### 【被保護世帯数】

##### 高齢者被保護世帯

2002年の被保護世帯871千世帯のうち、高齢者世帯は403千世帯である。社会保障・人口問題研究所は、世帯主が65歳以上の単独世帯（1人暮らし世帯）は、2002年から2020年にかけて1.88倍になると推計している。

2002年現在、1人暮らしの高齢者世帯の10.4%が生活保護を受けている。今後とも1人暮らしの10%が被保護世帯になるとする。また、高齢被保護世帯のうち1人暮らしは87.7%である。この比率は今後も変わらないとする。

このような前提をおくと2020年の高齢生活保護世帯は724千世帯であり、2000年403千世帯の1.8倍になると推計される。

もちろん、これは、現状の水準で扶助をつづけた場合である。財源上の制約から、生活扶助基準を大幅に引き上げるなどすれば、その是非は別として容易に縮小しうる。しかし一方で、現在と同じ思想で扶助をつづけていれば、あり得ない数字ではないといえる。

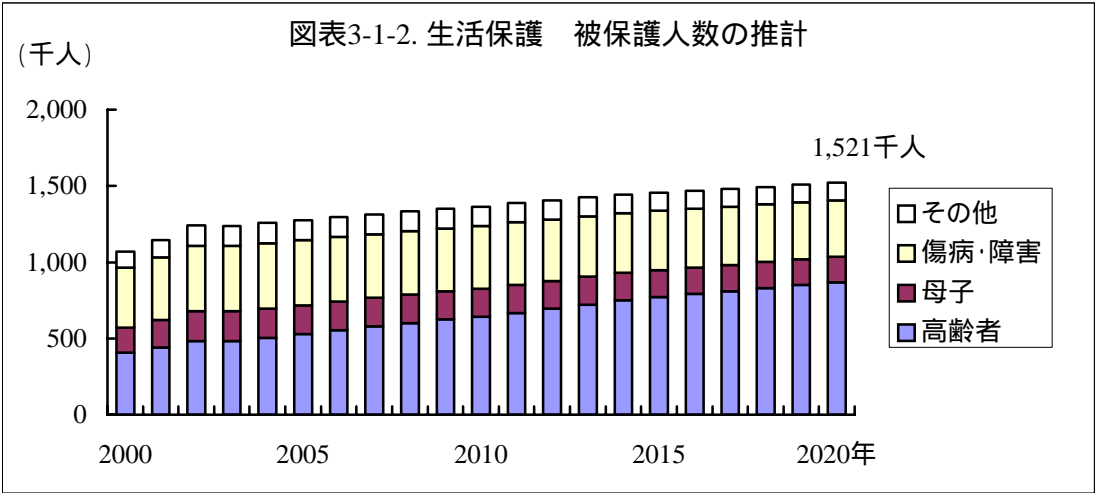
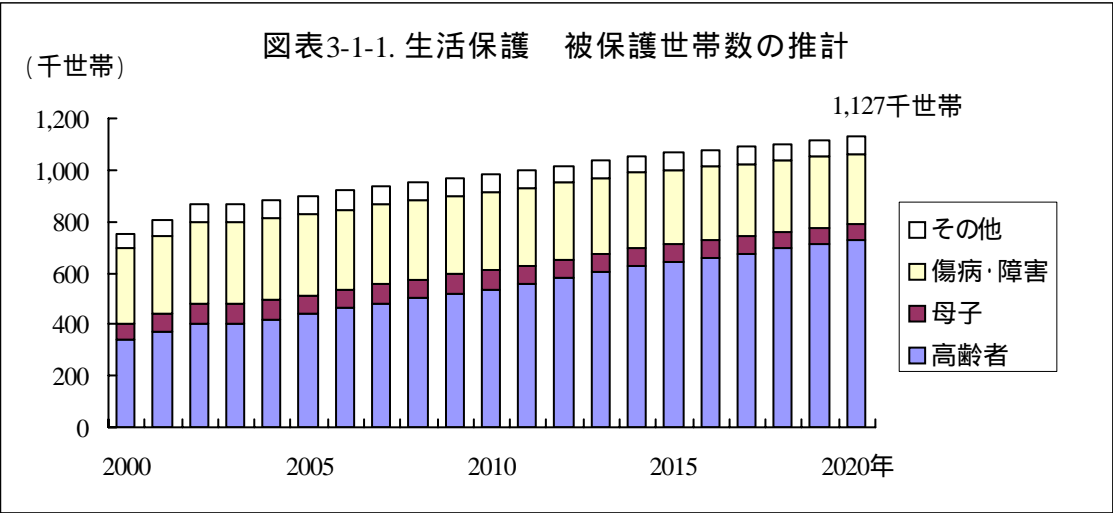
### 母子・傷病・障害、その他の世帯の推計

母子・傷病・障害、その他の世帯は、64歳以下人口に比例するとした。64歳以下人口はすでに減少しはじめているので、被保護世帯も縮小に向かう。しかし実際には、傷病・障害世帯はここ数年間、年率4～5%増加している。また母子世帯そのものも、全世帯比で1990年5.7%、1995年6.0%、2000年6.5%と増加傾向にある。

しかしながら、いずれも伸びを期待すべきものではなく、それ以前の対策が必要なものであることから、ここでの推計は単に人口比例とした。

以上の結果、2020年の生活保護世帯数は1,127千世帯と推計された。なお、このとき世帯総数は50,270千世帯であり、全世帯の2.2%が生活保護世帯である。

次に被保護人数を求めた。1人暮らしの世帯と2人以上の世帯とに大別すると、2人以上世帯の世帯当たり人数は過去5年間2.6人で横ばいである。ここから、今後も2人以上世帯の世帯当たり人数は変化しないものとした。1人当たり世帯の比率が相対的に増加するので、世帯数に比べると被保護人数の伸びは緩やかであるが、2020年には1,521千人に達する見込みである。2020年の全人口124,107千人の1.2%に相当する。



図表3-1-3. 高齢生活保護世帯数の推計

【高齢者世帯数の推計】

単位：千人

	2002年	2003年	2004年	2005年	2010年	2015年	2020年
65歳以上人口	23,629	24,219	24,722	25,392	28,735	32,772	34,559
a) 65歳以上の1人暮らし	3,385	3,547	3,694	3,861	4,709	5,664	6,354
b) 65歳以上生活保護受給者	354	355	369	386	471	566	635
c) = b) ÷ a)	10.4%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%	10.0%
		2003年以降は10%として推計					

【高齢者被保護世帯の中での構成比】

d) 家族と同居	12.2%	12.2%	12.2%	12.2%	12.2%	12.2%	12.2%
e) 1人暮らし	87.8%	87.8%	87.8%	87.8%	87.8%	87.8%	87.8%
		2003年以降は2002年と同じとして推計					

【高齢者被保護世帯数】

単位：千世帯

f) 家族と同居 = h - g	49	49	52	54	66	79	89
g) 1人暮らし = b	354	355	369	386	471	566	635
h) 計 = b ÷ e	403	404	421	440	537	645	724

\*1人暮らしの場合、世帯数 = 人数なので、65歳以上1人当たり人口は65歳以上単身世帯数と同じ

\* 『国勢調査』（総務省）、『福祉行政報告例』（厚生労働省）、『日本の将来推計人口（平成14年1月推計）』『日本の世帯数の将来推計（平成15年10月推計）』（国立社会保障・人口問題研究所）から推計

あくまで現状と同じ思想、水準で扶助を行おうとした場合の推計である。政策次第で、いかようにも転換する。



## 【生活保護医療扶助費】

次に、生活保護の下での医療扶助費（公費負担給付分）を推計する。

『国民医療費』によると 2001 年の生活保護医療給付費総額は 11,314 億円である。このとき医療扶助人員は 1 ヶ月平均 929 千人であり、1 人当たり公費負担医療給付費は 1,218 千円である<sup>1</sup>。また 2001 年の生活保護入院・入院外医療費の構成比から、入院医療給付費 842 千円、入院外医療給付費 376 千円と推計される。

### ケース 1

『国民医療費』と同様、高齢者の医療費は一般に比べ、入院 5.9 倍、入院外 3.7 倍であるとする。さらに、『医療のグランドデザイン[2017 年版]』（日本医師会）に従って、それぞれ年率、一般（入院）4.0%、一般（入院外）1.0%、高齢者（入院）1.0%、高齢者（入院外）0.5%で単価が伸びるとする。

この結果、2020 年の生活保護医療給付費は 24,234 億円と推計された。上昇カーブが急であるのは、単価の高い高齢者が増加するという前提に立っているためである。

### ケース 2

生活保護で医療扶助を受ける人は高齢者のほか、傷病・障害を持つ人である。一般(64 歳以下)であっても、医療費単価が高いのではないかと考えられる。そこで、高齢者も一般も現時点で医療費単価はほぼ同じであるとする。単価の伸び率には、『医療のグランドデザイン[2017 年版]』の高齢者単価の伸び率を用いた。

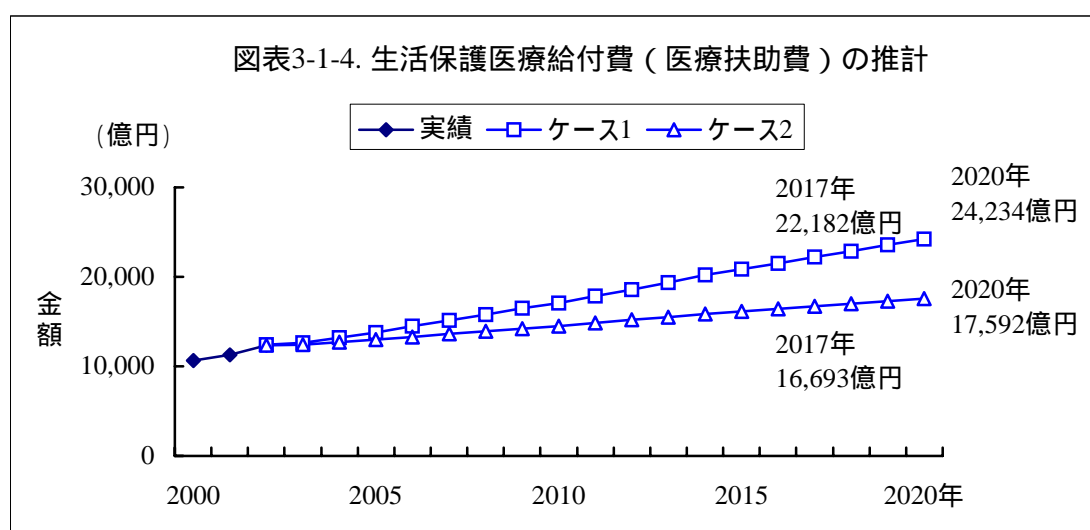
この結果、2020 年の生活保護医療給付費は 17,592 億円と推計された。先にも述べたように、母子、傷病・障害世帯の伸びを低く見積もっているが、それでも 2.0 兆円近くに迫る可能性を否定できないということである。

---

<sup>1</sup> 『国民医療費』などに示される 1 人当たり医療費は、分母に 1 年間に 1 度も医療機関にかからなかった人も含まれるので、これとは比較できない。

2001年度の『国民医療費』ベースでは、公費負担医療給付費以外の医療費（一部負担金を含む）は296,335億円であり、生活保護費はこの3.8%に相当する規模であった。

『医療のグランドデザイン』では2017年までの医療費を推計している。2017年の公費負担医療給付費を除く医療費総額は403,182億円<sup>2</sup>である。このうち、生活保護医療給付費は、最大で22,182億円（医療費総額の5.5%）、少なくとも16,693億円（同4.1%）になる<sup>3</sup>。



<sup>2</sup> 公的総医療・介護費 517,094 億円 - 介護費 65,234 億円 - 管理コスト 23,269 億円 - 公費負担医療 25,409 億円

<sup>3</sup> 内訳ではない。『医療のグランドデザイン』では、政策的に公費負担医療費は総医療費の一定比率で据え置くとして全体推計を行っている。ここでは別の方法で公費負担医療費（うち生活保護医療費）を推計したので、『医療のグランドデザイン』から公費負担医療費を外したものと規模感の比較をした。

生活保護医療給付費の増大は、次のような事態を引き起こす懸念がある。

1) 扶助基準の引き下げ

生活保護世帯の増加は、国と地方財政を圧迫する。安易に扶助基準が引き下げられるおそれがある。

2) 国庫負担率の引き下げ

現状、生活保護の扶助費のうち4分の3を国が、4分の1を地方が負担している。しかし、すでに「三位一体改革」と称して、国の負担を3分の2に引き下げようとする議論<sup>4</sup>がはじまっている。

3) 医療・介護保険の一部負担金割合の引き上げ

生活保護は原則「保険優先」である。生活保護受給者世帯は国民健康保険被保険者の資格を喪失するので、実質的には被用者保険の加入者しか対象にならないが、公費からの給付費以外に、費用の7割が保険料からまかなわれる。保険者側から見てコストを圧縮するためには、給付割合を引き下げる方向、逆にいえば一部負担金割合を引き上げるという方向に向かうであろう。

---

<sup>4</sup> 社会保障審議会福祉部会生活保護制度の在り方に関する専門委員会（平成15年12月2日）

## 精神保健福祉法にかかわる医療給付費

先に述べたように、精神障害者数は景気に左右されるという見方と、そうでもないという見方とがある。過去の『患者調査』をもとに今後も過去の傾向の延長で受療率が増加するという前提を置くと、2020年の外来受療率は2002年の2.5倍になると推計される<sup>5</sup>。

### 推計方法 1

まず1996年から2002年までの精神障害者数から指数曲線を予測した。これは年率3.5%で増加する場合とほぼ同じである。また入院受療率は現状と同じとした。

医療費単価は、一般・高齢者で差はなく、今後は入院年率1.0%、入院外年率0.5%（『医療のグランドデザイン』における高齢者医療費単価の伸びと同じ）とする。入院・入院外医療費の構成比は、精神及び行動の障害に関しては、公費負担医療もそうでないものも同じとした。

この結果、2020年の医療費は1,338億円と推計された。

### 推計方法 2

推計1は、1996年から1999年にかけて一時的に患者数が減少した影響も受けている。しかし、1999年から2002年にかけては29.4%増加している上、心のケアや心の健康のための医療へのニーズも高い<sup>6</sup>。

そこで、過去10年間の医療費そのものの伸びに着目し、今後も年率5%（過去10年間の精神保健福祉費用の対前年比の平均値）で医療費が伸びるとした。

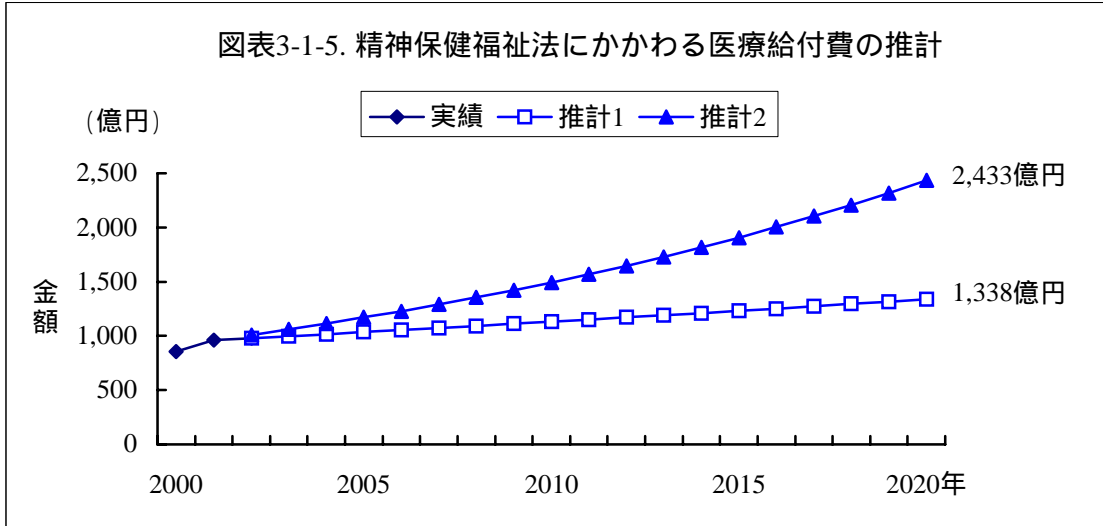
この結果、2020年の医療費は2,433億円と推計された。

---

<sup>5</sup> 人口10万対外来受療率。1996年から2002年までの受療率をもとに指数曲線を予測した。

<sup>6</sup> 『平成14年度 第1回 医療に関する国民意識調査』（江口成美、日医総研報告書第50号、平成15年2月）によれば、国民の40.4%が心のケアや心の健康のための医療が今後の重点課題であると答えている。

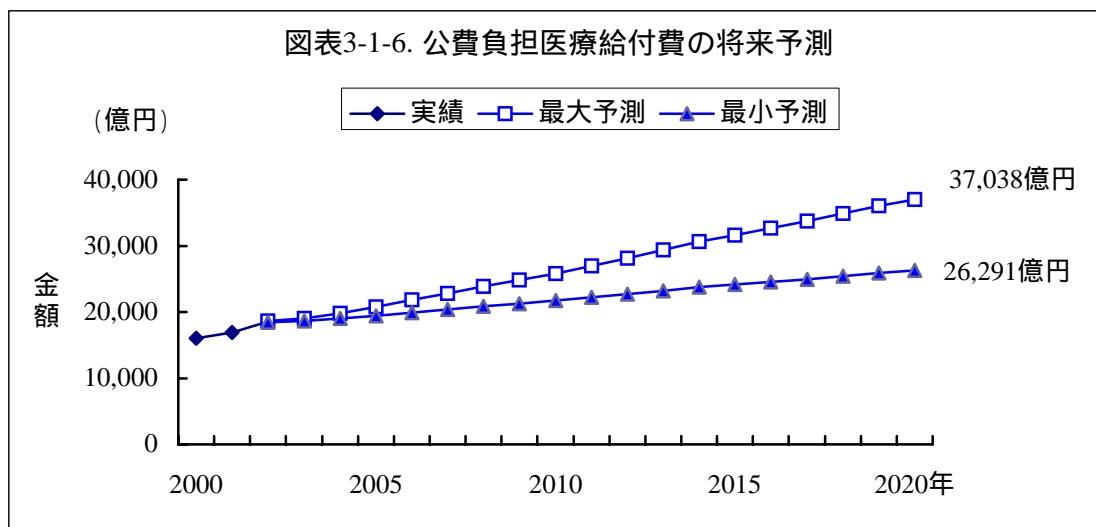
図表3-1-5. 精神保健福祉法にかかわる医療給付費の推計



## 公費負担医療給付費全体の予測

生活保護法、精神保健福祉法以外の公費負担医療給付費（結核予防、特定疾患、措置医療など）は、過去 10 年間公費負担医療給付費全体の 28%前後で推移している。この比率はほぼ一定とみなし、生活保護法と精神保健福祉法にかかわる医療給付費を合算したものが全体の 72%で推移するとした。

これらの結果、公費負担医療給付費は、現状の扶助基準等の下では、2020 年に最大で 37,038 億円、最小で 26,291 億円になると予測された。



『医療のグランドデザイン』では、公費負担医療給付は一般医療・介護費の一定範囲内で行うべきとの考えに立っている。2017年の総医療・介護費は51.2兆円<sup>7</sup>（一般30.0兆円、高齢者21.2兆円）であり、公費負担医療給付費は2.5兆円である。一般医療費の8.5%を公費負担医療費とするという根拠である。

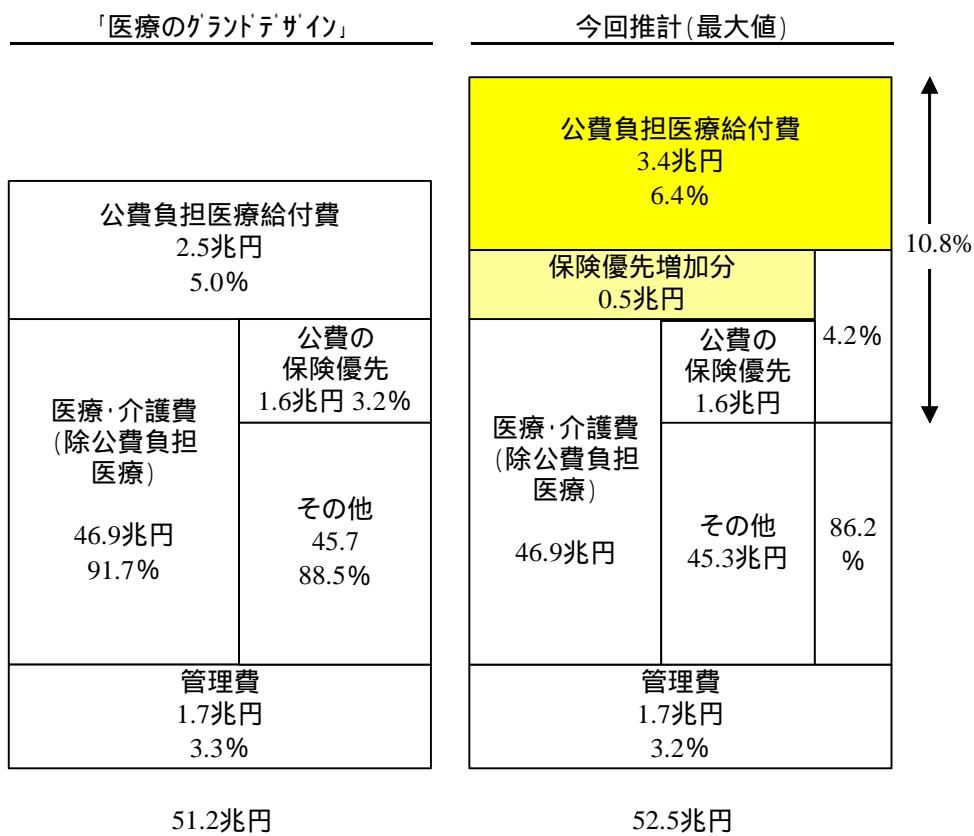
今回予測した公費負担医療給付費の最小値は2.5兆円であり、『医療のグランドデザイン』の推計に一致する。

しかし、右肩上がりの増加がつづくとなれば、公費負担医療給付費は2017年には最大で3.4兆円になると推計される。また現状、公費負担医療費の約16%が保険優先と推計される。一般・高齢者の保険給付割合が平均的に8割であるとする、医療保険からの給付費も0.5兆円弱増加する。総医療・介護費は52.5兆円である。総医療・介護費に占める公費負担医療にかかわる費用（保険給付、公費、一部負担金）は10%を超えることになる。

---

<sup>7</sup> 四捨五入差があるため図表の合計と内訳が一致していない。

図表3-1-7. 医療費・介護費に占める  
公費負担医療給付費（2017年）



\*紙面の都合上、図の縮尺は合っていない。



## (2) 公費負担医療制度のあり方についての考察

公費負担医療費そのものの問題は、このままではその金額が非常に大きな伸びを示す可能性があるという点である。

一方、医療保険財政にとって、公費負担医療の問題点は、「保険優先」のものがあるにもかかわらず、それがコントロール下でないということである。公費負担医療費は福祉政策に支配されており、医療保険財政サイドでの予測ははなはだ困難である。このため、医療保険財政の先行き不安を増大させる。

これらの対処策として、公費負担医療給付費の総枠抑制もされかねない。

公費負担医療の対象となっている状態は、被保険者が保険料を拠出して備えておくという性格のものなのであろうか。どちらかということ、国民として最低限の生活を営むための保障なのではないだろうか。財源は被保険者の保険料ではなく、国民の税金であるべきではないだろうか。つまり、公費負担医療は、保険と分離して全額公費で行うべきではないかと考える。

その結果、医療保険財政は公費負担医療の受診抑制に走る愚策を避け得るし、公費負担医療は税金と保険料の二重の束縛から解放されることになる。

ただし、入り口は分けるが、出口は区分しない。公費負担医療給付の入り口は税金にし、それ以外の保険給付は保険料でまかなう。出口である給付範囲には差をつけない。

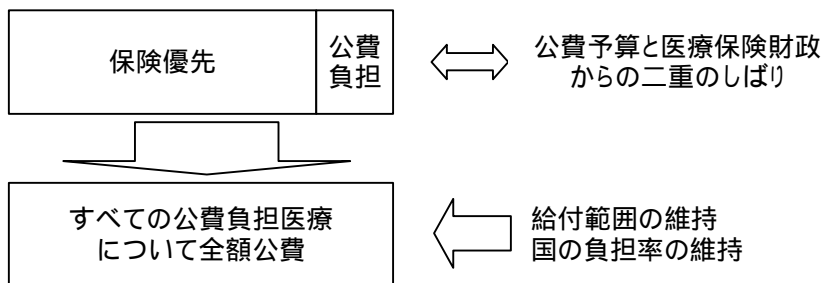
現在、地方公費の格差は大きい。これは入り口（保険料）が全国同じ仕組みであるのに、出口で差がついていることもあって問題とされている。しかし、入り口を区分すれば、地方がその財政力の範囲内で付加給付を行うことはあっても良いことではないかと考える。

公費負担医療は「最低限度の生活」<sup>1</sup>を保障するためのものである。むやみに給付を縮小することはあってはならないし、そのためにも財源移譲を名目に、安易に国の負担率が削減されることもあってはならない。

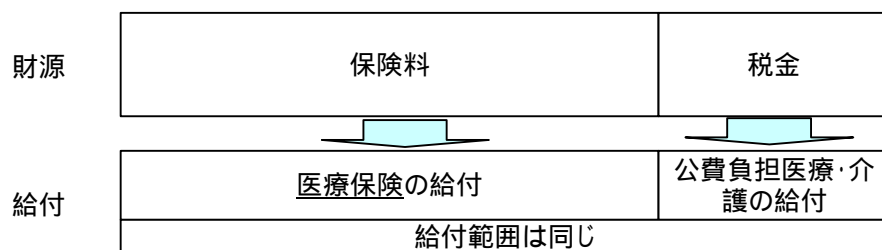
---

<sup>1</sup> 日本国憲法第 25 条

図表3-2-1. 公費負担医療のあり方について（試案）



医療保険との関係



公費負担医療を保険から分離した場合、財源別の負担コストはどのようになるの  
であろうか。

### ケース1

『医療のグランドデザイン[2017年版]』では、2017年の総医療・介護費を51.2兆円と推計している。公費負担医療の一部は従来どおり「保険優先」とし、高齢者医療・介護費の9割は公費でまかなうこととしている<sup>2</sup>。公費+補助金は21.6兆円である。

### ケース2

総医療・介護費51.2兆円のうち、公費負担医療についてはすべて「公費優先」とする。図表3-1-7(35頁)に示すように、保険優先分が1.6兆円あると推計されるが、これが公費負担となる。公費+補助金は23.2兆円である。

### ケース3

公費負担医療給付費はもっとも増加した場合で3.4兆円になると推計される。現状は、この裏で一部保険優先分の費用がかかっているが、これをすべて公費優先にする。公費+補助金は24.6兆円である。

2001年度の総医療・介護費のうち、公費負担分は13.6兆円<sup>3</sup>と推計されている。ケース2のように保険優先をすべて公費優先に転換すると、公費は年率3.4%の伸びが求められる。この財源については、国家予算、社会保障費といった大局的な視野に立った検討が必要であると考えられる。しかし、現時点での検討はそこまでいたっていない。ひとまず「公費優先」時の規模感を示すに止めておきたい。

---

<sup>2</sup> 既出『医療のグランドデザイン[2017年版]』132pp, ケースより

<sup>3</sup> 『日本の医療・介護保険財政2001』25pp, 日医総研報告書第61号, 平成15年12月。公費負担医療給付費、老人保健・介護保険の公費負担分、国保・政管健保の保険料に対する国庫負担金、一般繰入金、助成費補助金の合計。

図表3-2-2. 総医療・介護費の財源（試算）

【ケース1．医療のグランドデザイン[2017年]】

一般：一部負担金3割、公費は従来の公費負担医療給付にのみ投入

高齢者：公費9割、家計（保険料・一部負担金）

単位：兆円

	公費（税金）			保険料	一部負担金	合計
	公費負担医療	補助金	計			
一般	2.5		2.5	19.2	8.2	30.0
高齢者		19.1	19.1	1.1	1.1	21.2
合計	2.5	19.1	21.6	20.3	9.3	51.2
公費 + 補助金						21.6

【ケース2．医療のグランドデザイン[2017年]】

従来の公費負担医療はすべて税金でまかなう

		公費負担医療	分離	保険			
				補助金	保険料	一部負担金	計
一般		/	⇔		18.1	7.7	25.8
高齢者				19.1	1.1	1.1	21.2
合計	4.2			19.1	19.1	8.8	47.0
公費 + 補助金						23.2	

【ケース3．最も増加した場合の[2017年]】

		公費負担医療	分離	保険			
				補助金	保険料	一部負担金	計
一般		/	⇔		18.1	7.7	25.8
高齢者				19.1	1.1	1.1	21.2
合計	5.6			19.1	19.1	8.8	47.0
公費 + 補助金						24.6	

## おわりに

公費負担医療の将来像にまともに取り組むには、それ以前に、いくつかの課題が解決されなければならない。

第一に、情報の明瞭な開示が必要である。公費負担医療にかかわる費用のうち、保険優先で支払われた費用がいくらか、公費が負担した部分がいくらか、一部負担金が（あるとすればいくらか）は明示されていなかった。

第二に、制度間の財政規模やその流れも明らかにすべきである。生活保護、精神保健福祉、さらに広げて老人保健、介護保険など、縦割り行政であり、データは個々に発表されている。受け手から見たとき、どのような公費が併給されているのかは把握できない。逆に、縦割り行政の狭間に落ち込んでいる人もいるのではないかと懸念される。

またこれと関連するが、2003年から支援費制度が始まっている。支援費制度では、介護保険と同様、民間事業者もサービスを提供する。お金の流れ（誰がどこにどう使ったか）を明確にしておかなければ、民間事業者の利益追求のあおりを食うことにもなりかねない。

公費負担医療費はいたずらに抑制されて良いものではない。しかし、一般に議論の俎上に載る「医療費」（公費負担医療費以外の医療費）と比べれば、真摯に検討されていないように思われる。その結果、コストが膨らんでから始めて実態を省みない抑制をはじめるとはならないだろうか。本分析では、まず公費負担医療の実態を把握することに努めたが、データの不備もあり、精査するにはなお時間がかかりそうである。無節操な弱者切捨てを避けるためにも、国から整理された情報が開示されることを願っている。

## 参考資料

\*年次の記載のないものは複数年にわたって参考としている。

### 公費負担医療制度

- 『平成 15 年版 社会福祉六法』新日本法規, 平成 14 年 12 月, 新日本法規
- 『必携社会福祉士[専門科目編]』みずのき会社会福祉士試験研究会編著, 2003 年 11 月, 筒井書房
- 『公費負担医療の実際知識 - 実例・図解による請求事務マニュアル - 』安藤秀雄, 2003 年 5 月, 医学通信社
- 『よくわかる支援費制度』NPO 法人大阪障害者センター, 2003 年 2 月
- 『必携 社会福祉士 2004[専門科目編]』みずのき会・社会福祉士試験研究会, 2003 年 11 月
- 『国民の福祉の動向』財団法人厚生統計協会

### 医療費・患者数

- 『国民医療費』厚生労働省
- 『患者調査』厚生労働省
- 『福祉行政報告例』厚生労働省
- 『一般会計予算』財務省
- 『日本の将来推計人口(平成 14 年 1 月推計)』国立社会保障・人口問題研究所
- 『日本の世帯数の将来推計(全国推計) 2003(平成 15)年 10 月推計』国立社会保障・人口問題研究所
- 『基金年報』社会保険診療報酬支払基金
- 『都道府県国民健康保険団体連合会事業の概況』国民健康保険中央会
- 『国民健康保険事業年報』厚生労働省保険局
- 『介護保険事業状況報告』厚生労働省老健局
- 『医療のグランドデザイン Annual Report [2017 年版]』日医総研報告書第 54 号, 平成 15 年 6 月
- 『日本の医療・介護保険財政 2001』日医総研報告書第 61 号, 平成 15 年 12 月

## その他

『「日本型うつ病社会」の構造 - 心理学者から見た停滞する日本の現状と未来』加藤  
諦三, PHP 研究所, 2003 年 5 月

『産業人メンタルヘルス白書』財団法人社会経済生産性本部, 平成 15 年 8 月

『平成 14 年度 第 1 回 医療に関する国民意識調査』江口成美, 日医総研報告書第 50  
号, 平成 15 年 2 月