



筑紫女学園大学リポジット

Present Situation and Problems of Medical Security System for The Poor and Needy

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2015-10-13 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: 池田, 和彦, IKEDA, Kazuhiko メールアドレス: 所属:
URL	https://chikushi-u.repo.nii.ac.jp/records/479

貧困層に対する医療保障制度の現状と課題

池田和彦

Present Situation and Problems of Medical Security System for The Poor and Needy

Kazuhiko IKEDA

はじめに

国立社会保障・人口問題研究所「社会保障費用統計」によれば、2012年度の社会保障給付費は108兆5,568億円であり、部門別には、「年金」が53兆9,861億円で49.7%を占め、「医療」はこれに次いで3兆6,230億円で31.9%となっている¹。

また、厚生労働省「国民医療費」によると、2012年度の患者負担を含む国民医療費39兆2,117億円のうち、生活保護法に基づく医療扶助からの給付が1兆6,721億円となっているが、これは国民医療費全体の4.3%、生活保護給付費総額3兆6,930億円²の45.3%に当たる。生活保護費に占める医療扶助費の割合が2006年度までは51%を超えていたことを考えると、その割合は低下傾向にあるようにも観えるが、これは生活扶助費と住宅扶助費の割合が上がったことによる相対的な現象であり、医療扶助費そのものの額は年々上がり続けている³。

いずれにせよ、最後のセーフティネットとしての役割を果たすべき生活保護制度に要する費用の約半分が医療扶助費として給付されていることに留意する必要がある。なぜなら、このことは、とりわけ貧困層に属する人々に対する医療保険制度や医療扶助以外の公費負担医療制度などの医療保障制度⁴が十分に機能していないことを示唆していると考えられるからである。

本来であれば、そもそも健康を破壊しないような労働・生活条件が整備されることを大前提として、なお医療が必要となった場合には医療保険制度や医療扶助以外の公費負担医療制度などが十全に対応しなければならぬ⁵。そうした制度体系を前提としてもなお必要となる場合にのみ、最後

¹ 厚生労働省ホームページによると、2014年度予算ベースでは、社会保障給付費が115兆2千億円に達しており、そのうち「年金」が56兆円で48.6%を占め、「医療」が37兆円で32.1%とこれに続いている。

² この金額は、2014年10月4日に開催された第14回社会保障審議会生活保護基準部会資料で提示された2012年度の補正後予算額である。

³ 2014年3月3日に開催された厚生労働省社会・援護局関係主管課長会議資料によると、生活保護費総額とそのうち医療扶助費が占める割合は、2005年度が総額2兆5,942億円のうち医療扶助費が51.9%（1兆3,464億円）、2006年度で総額2兆6,333億円のうち医療扶助費が51.3%（1兆3,509億円）を占めていた。その後は毎年、医療扶助費の金額そのものは上がりながら、しかし生活保護費に占める割合は低下し続けている。

⁴ 本稿において「医療保障という言葉は、厳密には、医療に関する社会保障を意味し」、「医療保障の方法に、社会保険、公的扶助ならびに社会サービス（福祉サービス）がある」という認識に立っている（孝橋正一「医療保障の方法と種類」（医療社会事業研究会編『医療社会事業論』ミネルヴァ書房 1971年4月）、32頁）。また、必要な人に医療をトータルに保障するためには、医療保障と同時に医療供給（提供）体制の整備が不可欠であり、この両者が車の両輪の如く確保されなければならない。

のセーフティネットとしての医療扶助制度が機能すると考えるべきなのである。しかしながら、日本の場合、前提となる諸制度があまりにも不備であるために、医療扶助に過重な負担がかかっており、そのことを生活保護制度の枠内でのみ検討すると、生活保護費の約半分を占める医療扶助の「適正化」が必要だという結論が導き出されてしまうのである⁶。

だが、問題の本質は、そこには存していない。それは、医療扶助の前提となる諸制度の問題だからである。

1. 生活保護制度の問題と見做されているもの

ところで、前提となる諸制度の機能不全が原因であるにも関わらず、そのことへの検証が不十分であるために、それらがあたかも生活保護制度の問題であるかのように見做されているものは、ひとり医療保障制度だけではない。生活保護の問題として指摘されていることのほとんどは、実のところ、生活保護制度の前提として十全に機能しなければならない雇用保障制度や社会保険制度、社会手当制度の問題なのである。その点から確認しておこう。

まず、雇用保障制度の不備がもたらす失業や不安定雇用の常態化という問題を取り上げる必要がある。総務省「労働力調査」によると、2013年平均で、完全失業率が4.0%、非正規雇用率も36.6%に達している。

そもそも同調査における完全失業者の定義はきわめて限定的であり、「仕事がなく調査週間に少しも仕事をしなかった（就業者ではない）」、「仕事があればすぐ就くことができる」、「調査週間に、仕事を探す活動や事業を始める準備をしていた（過去の求職活動の結果を待っている場合を含む）」という3つの条件をすべて満たす者しか完全失業者に該当しないものとされ、したがって完全失業率の計算にも参入されない。例えば、日々仕事を探していて調査週間に1日だけ仕事があった（残り6日間は仕事しなかった）ような場合や、病気や怪我を契機に仕事を失い治療に専念する必要がある場合、失業が長期化したり不採用が続いたりする中で仕事を探す意欲そのものを喪失し求職活動が滞ってしまった場合等々、常識的に考えて実質的な失業状態にある者も、この定義に該当しないため、失業統計から漏れてしまうのである⁷。

さらにいえば、非正規雇用という名の不安定雇用についても、広義の失業状態であると観る必要がある。非正規雇用＝不安定雇用労働者は、概して、低賃金で長時間過密労働を強いられ、その労働環境も劣悪である場合が多い。労働契約上もきわめて不利な条件を強要され、いつ仕事を失うか

⁵ もちろんこれはいわゆる私傷病についてであって、医療を必要とする原因が労働災害に起因する場合に労働者災害補償保険が十全に対応すべきであることは言うまでもない。

⁶ 2012年8月22日に公布され、即日施行された社会保障制度改革推進法附則第2条第1号は、既に、生活扶助と並んで医療扶助についても「給付水準の適正化」が図られるべきことを規定していた。そして、2014年6月24日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2014～デフレから好循環拡大へ～」における「生活保護の扶助費の約5割を占める医療扶助の適正化」への言及を経て、7月25日に発表された経済財政諮問会議の「平成27年度予算の全体像」では、「医療扶助の適正化を進める」ことが予算編成上の具体的課題として採りあげられるに至っている。

⁷ 同調査では、15歳以上人口を労働力人口と非労働力人口とに分類した上で、労働力人口に占める完全失業者の比率をもって完全失業率としている。完全失業者の定義に該当しない者は、本文に例示したような実質的な失業状態にある者であっても、就業者や非労働力人口に分類されるため、完全失業率の計算から除外されることになるのである。

もわからず、安定した精神状態で労働に従事することさえ困難な、まさに広義の失業状態で働かされているからである。

また、こうした不安定雇用問題を典型的に担わされている母子世帯では、生活保護の世帯保護率が2011年度で14.9%と極めて高くなっている⁸。その原因は、厚生労働省「全国母子世帯等調査」にも観られるように、2011年で、母子世帯の母の80.6%が就労していながらも、そのうち正規雇用が39.4%に過ぎず、平均年間就労収入も181万円（児童扶養手当等を含めても223万円）にしかならないという不安定雇用に見出されるのである。

そして、近年、こうした不安定雇用問題が、母子世帯のみならず、広範な世帯をその担い手とし、拡大・深化し続けているといわなければなるまい。

このように失業・不安定雇用問題が拡大・深化する状況の下では、国税庁「民間給与実態統計調査」が提供する1年間引き続き勤務した給与所得者⁹のデータでさえ、低所得者の数、比率は上昇し続けている。2013年の同調査によると、上述の調査対象者4,645万4千人のうち、年収200万円以下が1,119万9千人で24.1%と4人に1人に迫りつつある。年収100万円以下でも421万5千人で9.1%にのぼっているが、調査対象範囲が広い総務省「労働力調査」¹⁰のデータはより深刻である。同じ2013年で、非正規雇用の場合、年収200万円未満が男性でも57.7%、女性に至っては85.6%、100万円未満でみても男性の26.3%、女性の47.1%を占めているのである。

このことは、預貯金や生命保険、有価証券などの金融資産を保有していない世帯が増加し続けていることにも現われている。金融広報中央委員会「家計の金融行動に関する世論調査」によると、2013年で、金融資産をまったく保有していない世帯が、二人以上世帯の31.0%、単身世帯では37.2%に達しているのである¹¹。

このような貧困の広がりや、厚生労働省が2014年7月15日に発表した「平成25年国民生活基礎調査」をみても明らかである。そこでは、2012年における相対的貧困率が16.1%、子どもの貧困率は16.3%に達していることが公表されている。これは、2,053万人もの者が貧困線に満たない生活を余儀なくされていることを意味しているが、さらに深刻なのは、基準となる貧困線（等価可処分所得の中央値の半分）そのものが、相対的貧困率が14.6%であった1997年の149万円以来下がり続けており、2012年は122万円（いずれも名目値）に至っていることである。すなわち、相対的貧困の基準自体が低くなっているにも関わらず、貧困層が拡大していることになり、現在の日本における貧困の拡大・深化を実証するデータとなっているのである。

⁸ 厚生労働省「福祉行政報告例」によると、同年度の全世帯を平均した世帯保護率は2.9%である。

⁹ 各年の1月から12月までの1年間引き続き勤務した給与所得者についてのデータであるため、年の途中で退職した者や中途採用者は含まれていないから、相対的に安定した労働条件で雇用されている者が多いといえよう。ただし、1年間引き続き勤務してさえいれば、派遣労働者や契約あるいは嘱託社員なども対象となるから、非正規雇用労働者、すなわち不安定雇用労働者が含まれていないというわけではない。

¹⁰ 総務省のホームページによると、労働力調査の対象範囲は次の通りである。「調査の範囲は、我が国に居住している全人口である。ただし、外国政府の外交使節団、領事機関の構成員（随員を含む。）及びその家族、外国軍隊の軍人・軍属（その家族を含む。）は除外される。／この調査は標本調査として実施しており、国勢調査の約100万調査区から約2,900調査区を選定し、その調査区内から選定された約4万世帯（基礎調査票の対象世帯、特定調査票についてはうち約1万世帯が対象）及びその世帯員が調査対象となるが、就業状態は世帯員のうち15歳以上の者（約10万人）について調査している」。

¹¹ 前年のデータは、二人以上世帯で26.0%、単身世帯では33.8%であったから、金融資産をまったく保有していない世帯の増加が著しいといえよう。

このように深刻さを増す失業・不安定雇用といった労働問題とそこから派生する収入の不足などの貧困・生活問題は、第一に、人間らしく働くことができる労働条件で雇用が保障されることを前提に、失業や労働災害、私傷病など何らかの問題が生じた場合でも社会保険制度によってその解決が図られる必要がある¹²。

ところが、例えば失業問題をみても、前述した通り極めて限定された完全失業者でさえ、雇用保険からの給付である一般求職者給付（基本手当）を受給できているのは、2012年度平均でわずかに20.6%にとどまっている。すなわち、8割近い失業者が保険給付を受けられないままに失業状態に置かれているのである¹³。

また、ヨーロッパ諸国とは異なり、日本には雇用保険による給付を受けられない場合や給付期間を超過してなお失業状態にある場合に対応する社会手当としての失業手当（失業扶助）制度もない。失業による所得の中断に対して、社会保険制度も社会手当制度も対応しないとなれば、生活保護制度のほかにも有効な社会保障制度は存在せず、稼働年齢とされる者が生活保護制度を利用せざるを得なくなる場合が増えるのも当然ということになる¹⁴。つまり、それは雇用保障制度と社会保険制度や社会手当制度の問題であって、これら諸制度が有効に機能することを前提に最後のセーフティネットとして位置づけられている生活保護制度の問題ではないのである。

あるいは、被保護者の4割近く（2011年の「被保護者全国一斉調査」によると38.9%）を占める65歳以上の高齢者は、国民年金の老齢基礎年金で最低限度の生活が保障されるならば、生活保護制度を利用する必要がない人々である（制度設計によって医療扶助や介護扶助による現物給付が必要となることはあり得る）。

このように、失業・不安定雇用問題にせよ、母子世帯や高齢者の貧困問題にせよ、それらは生活保護の問題ではなく、生活保護制度の前提として十全に機能すべき諸制度の問題なのである。そして、そのことは、本稿が分析の対象としている医療保障制度についても該当する。次に、この点を

¹² 近年、国家は、「自助」、「共助」、「公助」という概念を使用しつつ、社会保険制度を「『共助』の仕組み」、さらには「自助の共同化」と位置づけるようになってきている（『社会保障制度改革国民会議報告書』2013年8月6日など）。しかしながら、社会保障の歴史からみても、社会保険制度は国家が責任を負うべき社会保障制度の一環として位置づけられてきたものであり、それゆえにこそ、保険料の事業主（使用者）負担や国庫負担が前提とされてきたのである。ここに指摘した近年の政策動向にみられるように、社会保険制度を「共助」の仕組みに追いやることで、国家責任の及ぶ範囲を（あたかも明治期の恤救規則にみられたごとく）例外的な「困窮」のみに極限することは到底許されるべきことではない。こうした点につき、二木立『安倍政権の医療・社会保障改革』（勁草書房 2014年）、伊藤周平「社会保障・税一体改革と社会保障制度改革推進法」（『賃金と社会保障』第1574号 旬報社 2012年11月）、同「社会保障制度改革国民会議報告書を読む」（『賃金と社会保障』第1594号 旬報社 2013年9月）、里見賢治「厚生労働省『自助・共助・公助』の特異な新解釈と社会保障の再定義—社会保障理念の再構築に向けて—」（『賃金と社会保障』第1610号 旬報社 2014年5月）などを参照されたい。

なお、そもそも「自助」、「共助」、「公助」なる概念自体、歴史と現実を説明する実体概念ではなく、むしろ歴史と現実を無視し、自己に都合よく捏造するために使用される操作概念であることにも注意する必要がある。その意味では、我々は、こうした操作概念を使用して歴史と現実を無視・捏造する政策それ自体を批判すべきなのであって、「社会保険は『公助』ではないか」といったレベルの、即ち相手の土俵上での「議論」に終始すべきではないであろう。

¹³ このデータは、2014年6月においても20.3%と改善されていない。

¹⁴ 厚生労働省は折にふれて、稼働年齢層が多く含まれる「その他の世帯」が増加していると喧伝するが、世帯類型の分類方法とも関連して、例えば64歳の子どもが90歳の親を介護しながら暮らしている場合や、世帯主が中軽度の障害者や傷病者である場合、世帯員が中軽度はもちろん重度の障害者や傷病者である場合なども「その他の世帯」に分類される。その結果、年齢のみを調べても、「その他の世帯」に属する被保護者の平均年齢は46.3歳、19歳以下と60歳以上で45.7%、19歳以下と50歳以上だと69.6%に達する。「その他の世帯」に属する被保護者のうち、20歳台と30歳台は13.8%に過ぎないのである（『平成23年被保護者全国一斉調査（個別調査）』第12表による）。

検証してみよう。

2. 貧困問題としての国民健康保険および後期高齢者医療制度

冒頭に述べた通り、生活保護費の約半分を医療扶助費が占めている。その理由はどこに見出されるであろうか。

被保護者が生活保護を受給する直前の状態として、国民皆保険の建前にも関わらず、そもそも、どの医療保険にも加入できていなかったということも少なくない。また、何らかの医療保険に加入していた場合も、国民健康保険、もしくは後期高齢者医療制度の被保険者だったという場合がほとんどである¹⁵。そして、生活保護受給前に加入していた医療保険が国民健康保険か後期高齢者医療制度の場合、全額を医療扶助で対応することになっているのである。

それは、生活保護法の規定に基づいてのことではなく、国民健康保険法第6条第9号および高齢者の医療の確保に関する法律第51条第1号が、「生活保護法（昭和25年法律第144号）による保護を受けている世帯（その保護を停止されている世帯を除く。）に属する者」を、それぞれ市町村国民健康保険及び後期高齢者医療制度の「被保険者としなす」と規定して、被保護世帯をその適用から除外しているからである。

したがって、生活保護法第4条第2項に規定する他法優先の趣旨通りに、これらの医療保険制度を生活保護制度に優先させるだけで、医療扶助費は大幅に削減できる。そのような制度運用をすべきなのは、生活保護法についての厚生労働省の解釈からみても当然のことである。すなわち、『生活保護手帳』に所収されている「保護の実施要領」の「第6 他法他施策の活用」のうち、厚生労働省社会・援護局長通知には、他法他施策の中でも「特にその活用を図る」べき39の法制度があげられている。そして、その22番目は国民健康保険法、24番目は高齢者の医療の確保に関する法律なのである。「特にその活用を図る」べき法制度が、生活保護受給世帯を排除していることは、明らかに誤った制度運用であると言わざるを得ない¹⁶。

にもかかわらず、なぜ法の趣旨通りに他法を優先する制度運用がなされていないのであろうか。そこに、「貧困問題としての市町村国民健康保険および後期高齢者医療制度」という認識が成立する。上にふれたように、もともと市町村国民健康保険の被保険者には貧困層や高齢者が多く¹⁷、保

¹⁵ 各医療保険制度の被保険者（加入者）一人当たりの平均所得にみられる格差は著しく、厚生労働省の調べによれば、2011年度で、共済組合加入者が229万円（一世帯当たり467万円）、健康保険組合管掌健康保険の被保険者が198万円（一世帯当たり374万円）、全国健康保険協会管掌健康保険の被保険者でも137万円（一世帯当たり242万円）であるのに対し、市町村国民健康保険の被保険者にあつては84万円（一世帯当たり145万円）、後期高齢者医療制度の加入者では80万円となっている。ここには、生活保護受給に至る直前に加入していた医療保険が、市町村国民健康保険もしくは後期高齢者医療制度である場合がほとんどになる事情が明らかに示されている。

¹⁶ 実際にも、介護保険制度との関係においては、65歳以上の場合、被保護者であっても介護保険の第1号被保険者とし、保険料を生活保護制度との間で調整（特別徴収の場合は収入認定での調整を行い、普通徴収であれば生活扶助の介護保険料加算を算定）したうえで、介護サービス利用時に発生する1割自己負担を介護扶助で賄っている（第2号被保険者の場合は、上述の通り、多くの被保護者は医療保険に加入できないため介護保険の被保険者ともならない。この場合、介護保険の給付要件を満たせば、10割全額分を介護扶助で賄うことになっている）。

¹⁷ 第75回社会保障審議会医療保険部会資料によると、市町村国民健康保険加入世帯のうち、2012年度において、無所得世帯が23.7%、これに年間収入100万円未満世帯27.2%を加えると、実に過半数の世帯が100万円未満の低所得世帯である（世帯主の39.5%が無職）。また、その年齢をみても65歳から74歳の割合が32.9%に達している。

険給付が多額になるため、保険料も高くなりがちである。一方で、こうした被保険者の特質から保険料納付には身近な限界があり、必然的に保険料の滞納問題が生じることとなる¹⁸。この矛盾に対して、国家は、短期被保険者証への切り替えによる督促強化、被保険者資格証明書発行による実質的な被保険者資格の剥奪という制裁的処分で臨んできた¹⁹。しかしながら、いかに制裁を加えようと、納付困難な者は保険料を納付できないのであって、制裁的処分の強化・徹底にも関わらず、保険料納付率は改善しないばかりか、必要な受診を控えたために病状が悪化したり、最悪の場合には死に至る貧困層が続出したのである。被保険者資格証明書を発行されると、医療機関の窓口で全額自己負担（国民健康保険法第63条の2第1項）をしたうえで償還払い（特別療養費：同法第54条の3）となり、さらに滞納が1年6ヶ月以上になると償還払い分も滞納した保険料分として徴収されることになる（同法第63条の2第3項）。保険料を納付できない貧困層が窓口で全額自己負担などできるはずもなく、どうしても受診を抑制せざるを得ないからである。

苦肉の策として登場した後期高齢者医療制度は、しかし、市町村国民健康保険以上に貧困層が多く、原則として75歳以上の者のみを被保険者とする医療保険であるから、こうした矛盾を解消する制度たり得るはずもなく、むしろ矛盾を激化させたと評価するほかない²⁰。

この矛盾を解消するためには、以下の方法を探るほかないように思われる。すなわち、私見では、人間の生命と健康に直接多大な影響を及ぼす医療においては、受診時の窓口負担を課すべきではないと考える。そのように、すべての者の窓口負担を不要とする医療保障制度改革を行うことによって、貧困層に属する人々であっても金銭的な不安なしに必要な医療が間違いなく受けられることを担保するのである。言うまでもないことであるが、そのような政策が採られるならば、基本的には、そもそも医療扶助自体が不要となり、生活保護費は約半分で済むことになる。

このような指摘に対してなされるのが予想される批判にあらかじめ回答しておくなら、いかに高額所得者であっても受診時の窓口負担を課さないということは、決して高額所得者を優遇することにはならない。いっさいの窓口負担をなくすためには、当然のことながら、制度維持に多額の費用が必要となる。この制度維持の財源となる租税や社会保険料の負担について、大企業の法人税率

¹⁸ 厚生労働省保険局国民健康保険課の調べによると、2013年6月1日現在、市町村国民健康保険の被保険者世帯2,058万3,682世帯のうち、保険料滞納世帯が372万1,615世帯と加入世帯の18.1%にのぼっている（2008年度から2011年度には20%を超えていた）。

¹⁹ 1986年の国民健康保険法改正により、1987年1月から災害など特別の事情のない保険料滞納世帯に被保険者証の返還（被保険者資格証明書交付）を求めることができるようになった。さらに、2000年の介護保険法施行に合わせて、2001年度からは「市町村は・・・被保険者証の返還を求めるものとする」（国民健康保険法第9条第3項）と、それが強化され、制裁的処分が広がった。滞納が続くと、まず有効期間が1ヶ月から6ヶ月程度の短期被保険者証に切り替えられ（同法第9条第10項）、更新時に保険料の督促がなされるため、期限が切れたまま実質的な無保険状態になっている場合もある。さらに滞納が1年を過ぎると、被保険者証を返還した上で被保険者資格証明書が交付され（同法第9条第6項）、これも実質的な無保険状態に追いやられるのである。注18に示した保険料滞納世帯のうち、短期被保険者証交付世帯が116万9,533世帯（加入世帯の5.7%、滞納世帯の31.4%）、被保険者資格証明書交付世帯は27万7,039世帯（加入世帯の1.3%、滞納世帯の7.4%）にのぼっている。

²⁰ 厚生労働省保険局高齢者医療課の調べによると、2013年5月31日現在、後期高齢者医療制度の被保険者1,520万5,375人のうち、保険料滞納者が24万4,911人（1.61%）、短期被保険者証交付者が2万3,140人（被保険者の0.15%、滞納者の9.45%）、被保険者資格証明書交付者は0人となっている。75歳以上の高齢者に保険料負担を課し、制裁的処分まで実施する制度が矛盾を解消できるはずもない。2014年10月16日付の朝日新聞によると、厚生労働省は後期高齢者医療制度の保険料について設定してきた特例措置を廃止する方針を打ち出したという。そもそも制度設計にあまりにも大きな問題があったために設定した特例措置を問題が解決したわけでもないのに廃止するということが自体、無責任であると同時に、この制度そのものの破綻を示唆していると指摘せざるを得ない。

と社会保険料事業主負担割合を抜本的に引き上げ²¹、個人の所得税についても累進課税を徹底する。つまり、高額所得者に対しては、窓口で負担を求めるのではなく、制度そのものの維持において相応の負担を要請すべきなのである。そして、くり返しになるが、このような制度改革を行うならば、誰も医療から排除されず、医療扶助も不要となる。

この論点に関連して、現在進行中の「社会保障制度改革」にも言及しておこう。「社会保障制度改革」は、これからの社会保障が人口のさらなる高齢化に耐え得る「持続可能な制度」であるべきことを強調する²²。あるいは、何人で一人の高齢者を支えなければならないかといったことも繰り返し強調されてきた²³。

しかしながら、高齢社会にあつて高齢者の生活を支える「持続可能な社会保障制度」を維持するうえで問題となるのは単純な人口のバランスではない。なぜなら、すべての人間が同じ条件で生きているわけではないから「持続可能な社会保障制度」のために費用を負担し得る能力も均一ではなく、また、それ以前に、本来その費用を負担すべきなのは個人より大企業および国家であり、個人についても税と社会保険料の応能負担²⁴が徹底されるべきだからである²⁵。

²¹ 法人税については利益部分にしか課税されないが、社会保険料の事業主負担については企業規模や利潤の多寡に応じて負担割合に差を設けるなどの制度設計を合わせて検討する必要がある（この点については、後にあらためて論じる）。

²² 具体的な動向としては、2012年8月22日公布・施行の社会保障制度改革推進法によって基本的な考え方が提示され、11月30日設置の社会保障制度改革国民会議において改革の内容を検討、2013年8月6日報告書が提出された。これを受け、2013年12月13日公布・施行された持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律が改革の工程表を示し、2014年6月25日には地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律が公布されるに至っている。また、その間に生活保護制度についても、生活保護基準引き下げや生活保護法改正などが強行された。

持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律および地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律の問題点については、伊藤周平「医療・介護総合確保法のねらいと課題（上）」（『賃金と社会保障』第1611号 旬報社 2014年6月）、同「医療・介護総合確保法のねらいと課題（下）」（『賃金と社会保障』第1612号 旬報社 2014年6月）等を参照されたい。

また、生活保護制度改革全体の問題点については、生活保護問題対策全国会議編『間違いだらけの生活保護「改革」』（明石書店 2013年）、伊藤周平「生活保護制度改革から医療・介護制度改革へ」（『賃金と社会保障』第1588号 旬報社 2013年6月）などを、その中で特に生活保護（生活扶助）基準引き下げ問題については、拙稿「消費者物価指数と生活保護基準—デフレを理由に生活保護基準を引き下げてよいのか—」（『賃金と社会保障』第1573号 旬報社 2012年11月）、同「消費者物価指数と生活保護基準（その2）—デフレを理由に生活保護基準を引き下げてよいのか—」（『賃金と社会保障』第1580号 旬報社 2013年2月）、同「消費者物価指数と生活保護基準（その3）—生活扶助相当CPI算定方法の検証—」（『賃金と社会保障』第1586号 旬報社 2013年5月）、同「生活保護基準引き下げの『根拠』とその問題点」（『人権と部落問題』第852号 部落問題研究所 2014年1月）、同「生活保護基準引き下げの経過とその問題点」（『季刊 公的扶助研究』第232号 全国公的扶助研究会 2014年2月、2013年9月13日 第46回公的扶助研究全国セミナー 政策研究講座1での講演録）などを参照。

²³ いわゆる「高齢化社会危機論」が国家側から喧伝されるようになって久しいが、ここでは特に、民主党が政権与党時代の「社会保障・税一体改革」の文脈で、当時の野田佳彦総理大臣らが、1965年頃の「胴上げ型」から、2012年頃は「騎馬戦型」に、さらに2050年頃には一人の現役世代が一人の高齢者を支える「肩車型」へと日本の高齢化がさらに進行すると強調して、危機感を煽ったことを指している。この点につき、渡辺治『渡辺治の政治学入門』（新日本出版社 2012年）、173～179頁などを参照されたい。

²⁴ 社会保障領域の議論において「応能負担」という概念は、窓口での自己負担額や負担割合をめぐるものとして使用されている場合が少なくないが、元来は、制度維持の財源たる税や社会保険料を負担する際の金額や割合が、各人の経済的能力に応じたものであるべきことを要請する趣旨なのである。

²⁵ こうしたことに関連して、これも国家側が喧伝する「国民負担率」を負担可能なレベルに止める必要性についての議論がある。そもそも社会保障制度改革推進法第2条第2号も、改革の基本的な考え方のひとつとして、「税金や社会保険料を納付する者の立場に立」つことを強調して今後の社会保障が利用者の立場には立たないことを規定したが、「国民負担率」とは、国民所得に対する税及び社会保障負担の割合（財政赤字分を織り込んだものが「潜在的な国民負担率」）のことである。財務省のデータによれば、2013年度の国民負担率は、租税負担分で22.7%、社会保障負担分で17.3%の計40.0%となっており、アメリカを除く先進国中もっとも低いレベルにある（潜在的な国民負担率をみても同様のことが指摘できる）。また、「国民負担率」には法人税や社会保険料の事業主負担など企業

すなわち、上に指摘したように、本来、社会保障に責任を負うべき大企業および国家が然るべく税や社会保険料を負担することによって、社会保障制度ははじめて「持続可能」なものとなり得るのである。

3. 貧困層に対する医療保障制度のあり方

以上に述べてきた基本的な認識から、医療保障制度がいかにあるべきかについて、あらためて具体的な検討と政策提言を行っておきたい。

まず、生活保護制度における医療扶助は言葉の正しい意味での最後のセーフティネットとして位置づけ、貧困層をも包摂した国民皆保険制度を実現する。すなわち、被用者保険の被保険者ではない生活保護受給世帯を国民健康保険の被保険者とするのである²⁶。

そのうえで、前述した考え方にもとづいて、窓口での医療費自己負担はなくして全額を保険から給付する仕組みを採用し、そのために必要な財源は大企業と高額所得者から然るべき税率での法人税および徹底した累進性をとる所得税を徴収する（当然、いずれも大幅な増税となるであろう）とともに、医療保険の保険料事業主負担割合を大幅に増やす制度設計を行う。その際、法人税については利益部分にしか課税されないから問題はないが、保険料の事業主負担割合については企業規模や利潤の多寡に応じて差を設けるなどの制度設計を、あわせて検討する必要がある（国民健康保険については後述する）。

医療保険制度において一部自己負担があることを前提に現在用意されている各種の公費負担医療制度については、基本的には、この全額給付の国民皆保険制度の中に吸収すべき（現在、公費負担医療に投入されている税金もそこに使用すべき）であるが、制度設計によっては、一部の公費負担医療制度が残されることになる可能性はあるかもしれない。

したがって、生活保護制度の医療扶助については、このような制度設計が実現した場合にあってもなお、何らかの事情で無保険状態に置かれるなど、きわめて例外的な事態に備える最後のセーフティネットとして、念のために用意されているという位置づけを獲得することとなる²⁷。

そのような医療保障制度を構築することが、貧困層のみならず、すべての人が安心して暮らすことができる社会を実現することにつながるのである。

の負担も含まれ、個人負担分についても高額所得者がより多くを負担しなければならないから、一人ひとりの国民が一律に所得の4割を負担しているというわけではない。国民負担率を示して、国民の負担がこれ以上重くならないよう、社会保障を「持続可能」な制度に「改革」しなければならないという言説は、社会保障の本質と責任の所在を無視した恣意的なものであると言わざるを得ない。こうした「国民負担率」概念の恣意的な使用方法、さらに法人税減税と消費税増税をセットで推進する国家の姿勢からみても、上記の社会保障制度改革推進法第2条に規定する「税金や社会保険料を納付する者の立場に立」つということは、結局、大企業の立場に立つということの意味しているものと考えざるを得ないからである。この点については、拙稿「社会保障の財源と費用」（中山徹・加美嘉史編『社会保障』東山書房 2014年5月）、41～42頁を参照されたい。

²⁶ 現在の制度を前提にすれば、75歳以上の者は後期高齢者医療制度の被保険者にするということになるだろうが、私見では後期高齢者医療制度は廃止すべきであると考えている。

²⁷ 無料低額診療制度については、現時点において、実際上は有効な取組みとなっているが、これは社会福祉領域の医療で、医療保険制度が機能すべきところを代替している点に問題がある。本文に指摘した医療保障制度が実現すれば、医療において自己負担があることを当然に前提としている無料低額診療制度の必要性自体が消滅することになる。

しかしながら、現在、展開されている医療政策は、こうした提言とは正反対の方向に舵を切っている。ここではまず、社会保障制度改革国民会議報告書(2013年8月6日、以下「国民会議報告書」)や持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(2013年12月13日公布、以下「プログラム法」)などで提起されてきた国民健康保険の問題を採りあげて検討しておきたい。先に論じておいたように、国民健康保険は貧困問題と不可分の関係にあるからである。

まず、国民会議報告書においては、「効率的な医療提供体制への改革を実効あらしめる観点からは、国民健康保険に係る財政運営の責任を担う主体(保険者)を都道府県とし、更に地域における医療提供体制に係る責任の主体と国民健康保険の給付責任の主体を都道府県が一体的に担うことを射程に入れて実務的検討を進め、都道府県が地域医療の提供水準と標準的な保険料等の住民負担の在り方を総合的に検討することを可能とする体制を実現すべきである」とされている。このように市町村国民健康保険の保険者を都道府県とする都道府県単位化を前提に、「ただし、国民健康保険の運営に関する業務について、財政運営を始めとして都道府県が担うことを基本としつつ、保険料の賦課徴収・保健事業など引き続き市町村が担うことが適切な業務が存在することから、都道府県と市町村が適切に役割分担を行い、市町村の保険料収納や医療費適正化へのインセンティブを損なうことのない分権的な仕組みを目指すべきである」と、市町村との連携についても、その必要性が指摘されている。

こうした点は、プログラム法第4条第7項第1号においても、「国民健康保険の更なる財政基盤の強化を図り、国民健康保険の財政上の構造的な問題を解決することとした上で、国民健康保険の運営について、財政運営をはじめとして都道府県が担うことを基本としつつ、国民健康保険の保険料の賦課及び徴収、保健事業の実施等に関する市町村の役割が積極的に果たされるよう、都道府県と市町村において適切に役割を分担するために必要な方策」「について検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるものとする」と規定されており、市町村国民健康保険の都道府県単位化が既定路線となっているのである。すなわち、同条第8項は、「政府は、前項の措置を平成26年度から平成29年度までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成27年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする」と規定しており、2015年春の通常国会への法案提出および2017年度までに国民健康保険の都道府県単位化を実現することが予定されているのである。

しかしながら、国民健康保険の都道府県単位化には看過し難い問題がある²⁸。

まず第一に、現在でも高額な保険料がさらに高騰することによって、先述した貧困層における保険料滞納がもたらす実質的な無保険状態がこれまで以上に広がる可能性が高い。第75回社会保障審議会医療保険部会資料によると、現在の保険者である市町村が苦肉の策として行っている一般会計からの法定外繰入は、2012年度で総額3,534億円にのぼっている。都道府県単位化、つまり保険者

²⁸ 以下にふれる国民健康保険の都道府県単位化について詳しくは、寺内順子・寺越博之・平澤章編『国保広域化でいのは守れない』(かがわ出版 2010年)、伊藤周平「医療費適正化・国保広域化と被保険者の権利(上)」(『賃金と社会保障』第1545号 旬報社 2011年9月)、5～6頁および16～19頁、同「医療費適正化・国保広域化と被保険者の権利(下)」(『賃金と社会保障』第1546号 旬報社 2011年9月)、28～34頁、同前掲「医療・介護総合確保法のねらいと課題(上)」、7～8頁などを参照されたい。

を市町村から都道府県に変更することで、この法定外繰入が廃止されれば、間違いなく保険料がさらに高額にならざるを得ないのである。同資料によれば、一人当たり一般会計繰入金も、地域差が大きい。最も多額となっている東京都では3万円超、少ない地域でも数千円にはなっている。この分が保険料の高額化となって、とりわけ貧困層に一層重い負担を強いることになる。その結果として、保険料滞納がますます増え、被保険者資格証明書を発行される被保険者もさらに増加することが懸念されるのである。

関連して第二に、都道府県を保険者とし、かつ後述の地域医療ビジョンを都道府県に同時に策定させるなど、医療の領域における都道府県の権限を拡大することをもって国家責任を後景に退かせるねらいがある。上述したように、一般会計法定外繰入が廃止されることによって、これまで以上に各地域で国民健康保険財政の破綻が起こるものと思われるが、その責任は都道府県と保険料を滞納した被保険者の責に帰せられ、国家の医療保障に関する責任が今以上に問われにくくなることは間違いないであろう。

このような都道府県単位化によって国民健康保険の財政問題が解決するようなことはあり得ず、むしろ一層の悪循環に陥る可能性が高い。先に指摘しておいたように、国家は、国民健康保険のみならず社会保険制度そのものを「共助」＝「自助の共同化」の仕組みと位置づけることによって、そもそも国家の責任そのものを否定しようとしている。国民健康保険の問題も、その現われの一つであるといえようが、現在の国民健康保険が財政的にも破綻し、被保険者の医療を受ける権利を保障し得ていないのは、誤った制度設計を行い、誤った制度運用を展開してきた国家の責任であることを看過するわけにはいかないのである。

では、国民健康保険の財政問題は、いかにその解決が図られるべきであろうか。

市町村国民健康保険は、言うまでもなく被用者保険ではないから、保険料の事業主負担もなく、このことが保険料高額化の一因にもなっている。それはやむを得ないことであろうか。

資本主義社会における生活自己責任の原則は、働く能力と意思のある者には、人間らしく働き暮らせる労働条件で雇用を保障することを前提として成立している。被用者とは、換言すれば雇用が保障された社会的存在であり、国民健康保険の被保険者のように被用者でない者は、雇用を保障されていない存在である²⁹。そして、一定の人々に雇用を保障できないのであれば、その人々の健康で文化的な最低限度の生活は、大企業と国家が責任を負う社会保障制度によって保障されなければならない。

このように考えるならば、国民健康保険の保険料についても、企業の負担を求めてよいはずである。具体的には、企業規模や利潤の多寡を基準に、国民健康保険の保険料を拠出させる制度設計を行うのである。すなわち、企業には、その規模や利潤の多寡に応じて、自らが雇用する労働者の保険料事業主負担を抜本的に拡大すると同時に、雇用を保障し得ない者が加入している国民健康保険の保険料についても負担する社会的責務があるということである。そのうえで、なお不足する財源

²⁹ ただし、被用者であっても、先述のように、近年不安定雇用が広がっており、必ずしも雇用が保障された存在とはいえないことも少なくない。そのような不安定雇用の場合には、国民健康保険の被保険者同様に雇用が保障されていない存在だと考えるべきであろう。例えば、周知のように、従業員5人未満の企業に雇用されている労働者は、被用者でありながら、健康保険の強制適用被保険者になれないという問題がある。

については、社会的総資本の立場に立つ国家の責任において、公費負担³⁰で補う制度設計を行うことになるであろう。

ところで、現在展開されている医療政策の問題は、医療保障制度としての国民健康保険を都道府県単位化しようとしていることだけではない。これと並行して進められようとしているのが、やはり都道府県を単位として医療供給（提供）体制をコントロールする政策である。そして、それはすでに地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（2014年6月25日公布、以下「医療・介護総合確保法」）と2014年の診療報酬改定によって実施に移されつつある³¹。

この点につき、まず国民会議報告書は、「急性期から亜急性期、回復期等まで、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい医療を受けることができるよう、急性期医療を中心に人的・物的資源を集中投入し、入院期間を減らして早期の家庭復帰・社会復帰を実現するとともに、受け皿となる地域の病床や在宅医療・在宅介護を充実させていく必要がある」と、「高度急性期から在宅介護までの一連の流れ、容態急変時に逆流することさえある流れにおいて、川上に位置する病床の機能分化という政策の展開は、退院患者の受入れ体制の整備という川下の政策と同時に行われるべきものであり、川上から川下までの提供者間のネットワーク化は新しい医療・介護制度の下では必要不可欠となる」と指摘している。

そして、「医療提供体制改革の実現に向けた第1弾の取組として、これまで検討が進められてきた医療機能に係る情報の都道府県への報告制度（「病床機能報告制度」）を早急に導入する必要がある」と、「同制度により把握される地域ごとの医療機能の現状や高齢化の進展を含む地域の将来的な医療ニーズの客観的データに基づく見通しを踏まえた上で、その地域にふさわしいバランスのとれた医療機能ごとの医療の必要量を示す地域医療ビジョンを都道府県が策定することが求められる」と述べて、都道府県を軸とした「病床機能報告制度」とそれを受けた「地域医療ビジョン」策定が要請されている。

さらに、「医療計画の策定者である都道府県が、これまで以上に地域の医療提供体制に係る責任を積極的かつ主体的に果たすことができるよう、マンパワーの確保を含む都道府県の権限・役割の拡大が具体的に検討されて然るべきである」として、前述した医療保障制度のみならず、医療供給（提供）体制における国家責任をも、若干の権限拡大と引き換えに都道府県へと転嫁することを意図しているのである。

国民会議報告書のこのような認識を受けて、プログラム法第4条第4項では、「病床の機能の分化及び連携並びに在宅医療及び在宅介護を推進するために」、「病院又は診療所（略・筆者）の管理者が、当該病院等が有する病床の機能に関する情報を、当該病院等の所在地の都道府県知事に報告する制度の創設」と「病床の機能に関する情報等を活用した都道府県による地域の医療提供体制の構想の策定及び必要な病床の適切な区分の設定、都道府県の役割の強化」が規定されている。

³⁰ その財源には、主として、大企業が負担する法人税および高額所得者の所得税を当てる制度設計を合わせて行うことが必要である。

³¹ 以下にふれる医療供給（提供）体制の問題点について、詳しくは、伊藤前掲「医療・介護総合確保法のねらいと課題（上）」、7頁および10～15頁、同「医療・介護総合確保法のねらいと課題（下）」、5～13頁などを参照されたい。

そして、この点について同条第6項は、「平成29年度までを目途に順次講ずるものとし、このために必要な法律案を平成26年に開会される国会の常会に提出することを目指すものとする」と規定して、上述の国民健康保険の都道府県単位化に先駆けて着手しようとし、それが2014年の診療報酬改定と2014年6月25日公布の医療・介護総合確保法として結実したのである。

診療報酬改定についても、上述の病床機能報告制度から地域医療ビジョンへという流れを診療報酬体系上も促進する改定となっており多くの問題点が指摘できるが、医療・介護総合確保法については、実に19本もの法律をまとめて「改正」という異例のものであり、その政治手法自体も問題視されていた。「改正」内容についても、医療法を改正して「病床機能報告制度」を2014年の10月1日から導入し、2015年度からは都道府県がそれをもとに地域医療ビジョンを策定することとされている³²。この地域医療ビジョンによって医療供給（提供）体制が見直されることで、いまだ入院加療が必要な患者が退院させられ、医療難民化する事態が予測される。

これに前述の国民健康保険の都道府県単位化を柱とする国民健康保険法「改正」が付加されれば、医療保障制度と医療供給（提供）体制とを同時に破壊することとなり、まさに都道府県を単位とした医療崩壊が起こることになるであろう。すなわち、このような現在の医療政策は、貧困層の人々をますます医療から排除し、その生命と健康に取り返しのつかない影響を及ぼすものであることが強く懸念されるのである。本稿で繰り返し提言してきたように、大企業と国家が医療保障制度についての責任を負い、すべての者の医療費窓口自己負担を撤廃するとともに、十分な医療供給（提供）体制を整備する医療政策こそが求められているということをあらためて主張しておきたい。

おわりに

人間の生命と健康の維持・再生産が滞りなく行われるためには、医療保障制度による医療費の保障と医療供給（提供）体制の整備とが必要であり、この両面が医療政策の課題となる。また、こうした制度的な基盤の上に、ソーシャルワーカーなどによる個別的な援助（医療保障の一環としての医療ソーシャルワーク）が必要となる場合もあるであろう。

本稿は、そのような意味での医療政策（特に医療保障制度）について、貧困層に対する制度のあり方を中心に論じてきたが、ここに提言した医療保障制度改革を行うには多額の費用が必要となることは言うまでもない。

社会保障の財源に消費税を当てることが現在展開されている社会保障制度改革の基本方針であるが、そもそも所得の再分配を意図する社会保障の財源に逆進性が強い消費税を当てるという根本的

³² 同法は、介護保険制度についても、軽度者の保険はらずし、特別養護老人ホーム入所を要介護3以上に限定、収入により自己負担を2割に引き上げるなど、多くの「改正」を行っている。

³³ 消費税の仕入れ税額控除がもたらす輸出戻し税による輸出大企業への実質的補助金提供という問題や、これも仕入れ税額控除の仕組みが派遣労働を増加させるという問題など、消費税の問題点については、斎藤貴男『消費税のカラクリ』（講談社 2010年）、同『消費増税で日本崩壊』（KKベストセラーズ 2010年）、斎藤貴男・湖東京至『税が悪魔になるとき』（新日本出版社 2012年）、伊藤周平『消費税の増税と社会保障—消費税8%の引き上げを前に社会保障財源としての消費税を改めて考える—』（『賃金と社会保障』第1601.1602号 旬報社 2014年1月）などを参照されたい。また、実際にも消費税はこれまで、同時期の法人税減税と高額所得者の所得税減税によって生じた税収減を埋め合わせるだけで費消されており、社会保障の財源として機能してきたという実績さえない。

な矛盾がある上に、消費税には実にさまざまな欠陥がある³³。

社会保障の歴史と本質からみて、その財源は、大企業が負担する法人税と高額所得者の所得税、社会保険料事業主負担を中心とすべきであることは、ここまでにも繰り返し指摘してきた通りである。すべての人の生命と健康に直接影響を及ぼす医療保障の領域は、そのことを検証するに最もふさわしい舞台であると思われる。

(いけだ かずひこ：人間科学科 人間関係専攻 教授)