

「国民皆保険の成立当時の議論を顧みて一国民健康保険は防貧対策として機能したのか」

奈良県立大学理事 木村陽子

第1章 はじめに

昭和36年に国民皆保険が確立され、結核予防法並びに精神衛生法の措置入院者が大幅に増加された。このように、社会保険と社会福祉制度の充実により、日本の社会保障制度が防貧機能を十分に果たせるようになるとの期待は大きかった。というのは、昭和20年代後半から30年代半ばにかけて、生活保護の開始理由の5～6割が傷病であること、経済成長に伴い保護率が低下しているにもかかわらず、医療扶助人員が大幅に増加していることが問題とされ、医療保障の不備を生活保護が担うのは、制度のありかたとして不健全であると指摘されていたからである。

なかでも、国民皆保険の達成は、傷病を理由とした貧困を防ぐと期待され、その結果、医療扶助人員が減少すると期待された。しかし、国民皆保険達成後も医療扶助人員は増加し、このことをもって、国民皆保険の防貧機能が十分に働いていないとする意見もあった。昭和36年から昭和40年の医療扶助の動向をもとに、小山路男（1969）は次のように述べている。

「生活保護の被保護者が保護基準の大幅な引き上げにもかかわらず激増しなかったという事実、いな、むしろ減少するという傾向さえたどっているという事実がある。さらにまた生活保護の内容についていえば、皆保険の達成によって、減少するはずであった医療扶助がその後絶えず増大しつづけているという事実もある。注意しておきたいのは、このころから生活保護には重要な措置が講じられたことである。それは結核および精神病の入院患者を結核予防法と精神衛生法に措置替えするということであった。これによって結核と精神病による被保護の入院患者は36年以降目立って減ってきている。この事実があったにもかかわらず、医療扶助が増えているのは、もっぱら外来の激増である。それも併給外来はもとより、単給外来が増えてきていることに私たちは注目しなければならない。

皆保険の達成は予防の機構の完成を意味する。このことによって、日本の社会保障はそれとして発展するだろうと言う期待はきわめて甘かったと言わざるを得ない。むしろある者は依然として窮乏の増大であり、それに対して社会保障は十分な機能を果たしえないという事実である。そこで36年以後、40年にかけての専門家の感想は、皆保険への認識ないしは皆保険への幻滅であったに相違ない。あれほどまでの努力を払って達成した皆保険がうまく動かないのはなぜなのだろうか。」（小山（1965）pp.16～17）。

ここで小山が言及した皆保険直後の5年間、昭和36年から昭和40年の医療扶助人員の動向を確認しておこう。表1に示すように、医療扶助人員総数は、昭和36年47.66万人であったが、昭和40年には61.63万人に増えた。小山が指摘するように、増加要因は入院外患者の増加であり、医療扶助（入院外）人員総数は、昭和36年の30.58万人から昭和40年

	医療扶助	医療扶助	医療扶助	医療扶助	医療扶助	医療扶助	
	入院	入院	入院	入院	入院外	入院外	
	総数	総数	単給	併給	総数	併給	
	人	人	人	人	人	人	
昭和31年度	371,852	140,792	98,715	42,077	231,060	30,181	200,879
32	364,909	148,328	102,246	46,082	216,584	23,590	192,993
33	388,518	162,876	114,664	48,212	225,642	23,228	202,414
34	432,655	174,548	123,951	50,597	258,107	25,906	232,201
35	460,243	179,618	127,940	51,678	280,625	26,994	253,630
36	476,631	170,752	112,873	57,879	305,879	20,471	285,408
37	488,245	149,166	93,976	55,190	339,080	18,477	320,603
38	542,525	137,005	85,616	51,389	405,520	22,484	383,037
39	590,132	138,746	88,063	50,683	451,386	26,142	425,243
40	616,286	148,921	96,627	52,294	467,365	28,933	438,433
41	658,138	160,709	106,118	54,591	497,428	31,415	466,014
42	682,982	169,923	113,282	56,641	513,058	33,049	480,009
43	697,808	178,340	122,263	56,077	519,468	34,928	484,540
44	702,808	185,573	129,803	55,770	517,236	37,673	479,563
45	701,783	191,103	136,512	54,591	510,680	40,671	470,010
46	722,801	198,547	143,169	55,378	524,254	42,756	481,498
47	758,868	205,640	149,296	56,344	553,228	42,907	510,321
48	763,249	198,980	143,486	55,494	564,269	35,152	529,117
49	755,572	195,078	139,880	55,198	560,494	29,992	530,503
50	785,084	196,931	139,813	57,118	588,153	27,368	560,784
51	793,458	195,876	137,962	57,914	597,582	23,701	573,881
52	818,654	199,390	139,248	60,142	619,264	21,750	597,514
53	846,814	200,950	138,787	62,163	645,865	20,760	625,105
54	854,509	199,270	137,037	62,233	655,240	19,055	636,185
55	856,245	197,418	134,775	62,643	658,827	17,448	641,379
56	870,019	197,148	132,573	64,575	672,871	15,870	657,001
57	885,051	196,451	131,871	64,580	688,599	15,190	673,409

の46.74万人に急増した。単給・併給別に見ると次のようになる。医療扶助（入院外・併給）人員は、昭和36年の28.54万人から昭和40年の43.84万人に激増し、医療扶助（入院外・単給）も、昭和36年の2.05万人から昭和40年の2.89万人まで増加した。単給世帯とは、生活保護の各種の補助のうち、医療扶助だけを受給する世帯であり、併給世帯とは、医療扶助とともに生活扶助等を受給する世帯である。

表2に示すように、医療扶助（入院外）人員を病類別にみると、結核患者は昭和36年の4.32万人から昭和40年の3.17万人と減少したが、精神病患者は昭和36年の0.32万人から昭和40年の0.61万人に増え、その他患者は、昭和36年の25.94万人から昭和40年の42.84万人に急増した

一方、医療扶助（入院）人員総数は、昭和36年の17.08万人から昭和40年の14.89万人に減少した。単給・併給別に見ると、医療扶助（入院・単給）人員は、昭和36年の11.29万人から昭和40年の9.66万人に、医療扶助（入院・併給）人員は、昭和36年の5.79万人から昭和40年の5.23万人に減少した。注意すべきことは、医療扶助（入院）人員総数が減少したのは、単給・併給ともに、もっぱら結核が減少したことによることである。。特効薬の発見もあり、結核入院患者は昭和36年の7.83万人から昭和40年の1.69万人と激減したが、精神病入院患者は昭和36年の4.96万人から昭和37年に4.57万人に減少したあと増加し、昭和40年の6.45万人となった。その他入院患者は、昭和40年の4.29万人から昭和40年の6.75万人に急増した。

	入院・入院外別病類別医療扶助人員の年次推移								
	医療扶助	入 院				入 院 外			
	総数	総数	精神	結核	その他	総数	精神	結核	その他
人	人	人	人	人	人	人	人	人	
昭和35年度	460,243	179,618	48,338	94,115	37,165	280,625	2,852	47,923	229,850
36	476,631	170,752	49,572	78,254	42,925	305,879	3,244	43,193	259,442
37	488,246	149,166	45,693	52,412	51,060	339,080	3,988	38,367	296,725
38	542,525	137,005	50,780	26,608	59,617	405,520	5,317	35,783	364,421
39	590,132	138,746	56,396	19,540	62,810	451,386	6,066	33,841	411,479
40	616,286	148,921	64,517	16,875	67,528	467,365	7,265	31,656	428,444
41	658,138	160,709	73,259	15,005	72,445	497,429	8,357	30,439	458,633
42	682,982	169,924	80,052	13,188	76,684	513,058	9,250	28,850	474,959
43	697,809	178,341	86,513	12,099	79,729	519,468	10,215	26,720	482,533
44	702,808	185,572	92,180	10,740	82,651	517,236	11,043	25,262	480,931
45	701,783	191,103	95,459	9,900	85,744	510,680	12,168	23,500	475,012
46	722,801	198,547	99,542	9,048	89,956	524,254	13,291	22,193	488,771
47	758,868	205,640	104,828	8,674	92,139	553,228	15,039	21,656	516,533
48	763,249	198,980	107,031	7,600	84,350	564,269	16,334	20,575	527,361
49	755,571	195,077	108,724	6,956	79,397	560,494	17,311	19,259	523,924
50	785,085	196,932	111,961	6,532	78,439	588,153	19,275	18,792	550,086
51	793,458	195,876	113,426	5,935	76,515	597,582	21,280	17,754	558,548
52	818,654	199,390	116,163	5,523	77,704	619,264	23,550	16,973	578,740
53	846,814	200,949	118,177	5,155	77,618	645,865	25,958	15,886	604,021
54	854,510	199,270	117,694	4,547	77,028	655,240	27,643	14,419	613,178
55	856,244	197,418	116,595	4,058	76,766	658,826	29,285	12,891	616,650
56	870,019	197,148	115,829	3,681	77,639	672,871	31,818	11,415	629,638
57	885,050	196,451	115,609		80,842	688,599	34,939		653,660

(医療扶助人員が増加することをもって、公的医療保険は防貧機能を十分に果たしていないとまで言えるのか。)

昭和36年から昭和40年にかけて、医療扶助人員総数は、昭和36年47.66万人であったが、昭和40年には61.63万人に増えた。医療扶助(入院外・併給)人員は、昭和36年の28.54万人から昭和40年の43.84万人に激増し、医療扶助(入院外・単給)も、昭和36年の2.05万人から昭和40年の2.89万人まで増加した。

国民皆保険が防貧機能を十分に果たしていないとの意見には、次の2点で疑問が残る。

①医療扶助人員の増加をもって、公的医療保険は十分に防貧機能を果たしていないと判断することがそもそも妥当なのだろうか。医療費の5割、その後3割という一部負担が低い国民健康保険の適用拡大によって国民皆保険を達成することは、貧困線以下の低所得者は医療扶助によって医療を保障するという仕組みである。ボーダーライン層の医療費の一部負担を大幅に低下させない限り、国民皆保険の確立は、受診率を高め、他の条件が一定ならば、結果として、医療扶助人員を増加させるのではないか。

②毎年の医療扶助人員数を決める開始世帯数と廃止世帯数が、医療保険の一部負担金や社会福祉制度の変更等にいかに関与されているかがまず明らかにする必要があるのではないか。

本稿では、この2つの疑問にこたえるべく、医療扶助人員の特性を示す単給や併給の別、入院や入院外の別、結核、精神疾患、その他の病の病別に開始世帯と廃止世帯の動向を分析する。

本稿の構成は以下のとおりである。第2章では、理解を容易にするために、国民皆保険にいたる経緯および昭和36年に実施された社会福祉制度の改正等について説明する。第3章では、国民健康保険の影響を明らかにするために、国民皆保険が確立された昭和36年に、医療扶助を開始した世帯の社会保険加入状況を見る。第4章で医療扶助の廃止世帯と開始世帯等が公的医療保険や社会福祉の制度変更にどのような影響をうけているかを分析し、第5章を結びとする。

第2章 国民皆保険にいたる経緯および昭和36年に実施された社会福祉制度の改正等について

(1) 国民皆保険成立前の生活保護の状況

昭和36年度は、国民皆保険が発足し、結核予防法、精神衛生法の充実強化が図られた。昭和20年後半から昭和30年代半ばまでを見ると、他法優先としながらも、医療保険が適用されない生活困窮世帯の医療費や結核患者、精神疾患を抱える患者の医療費を支えるのは生活保護であった。医療扶助費が保護費総額に占める割合が5割以上、開始理由が「傷病」である世帯の割合が5割以上、また、医療扶助（入院）人員の85%以上が結核や精神の患者であった。

具体的に言えば次のようになる。第2次世界大戦が終わった昭和20年代の経済成長と時を同じくして生活保護制度以外の各種の制度が徐々に整備されてきたこともあり、保護率が低下し、被保護実人員と生活扶助人員ともに減少したにもかかわらず、医療扶助人員、とくに医療扶助（入院）人員が増加していた。

たとえば、昭和27年度で保護率（人口千対。以下同）は23.8%であったが、昭和30年度で21.6%、昭和34年度で18.0%と低下し、被保護実人員も昭和30年度で193万人から昭和34年度の167万人に、生活扶助人員も昭和30年度の170万人、昭和34年度で147万人と減少した。

他法、医療扶助人員は昭和30年度で39万人から昭和34年度の43万人に増加したが、主な要因は医療扶助（入院）人員の増加であり、昭和30年度の13.5万人から昭和34年度の17.2万人となった。医療扶助（入院外）人員は、昭和30年度の24.7万人、昭和34年度で25万人であった。保護費総額に占める医療扶助費の割合は、昭和26年度で36%、昭和30年度で54%、昭和34年度で59%と増加した。医療扶助費は、入退院基準が徐々に緩和されたことにより、昭和28年後半から生活扶助費を医療扶助費が上回り、とくに、入退院基準が改正された昭和29年以降、医療扶助費の急増が問題とされていた。医療扶助費の生活保護費総額に占める割合は昭和26年で36%であったが、年々上昇し昭和27年には43%、昭和29年には53%と上昇し、昭和35年には61%となり、生活保護費の5割以上を医療扶助費が占めた。

疾病別にみると、昭和33年では、医療扶助人員のうち、入院が42%（結核は63.9%、精神が22.5%、その他13.6%）、入院外が58%（結核は30.3%、精神が1.5%、その他68.2%）

であった。入院では、結核と精神が9割近くに上っていた。

生活保護受給開始世帯のうち、傷病世帯が占める割合は、昭和31年には64.5%であったが、昭和34年には53.7%、昭和35年には56.8%であり、このことも問題とされた。受給開始世帯の医療扶助受給者を疾病別にみると、昭和35年では、医療扶助人員のうち、入院が71%（結核は31.8%、精神が16.1%、その他52.1%）、入院外が28.6%であった。

生活保護は、救貧制度であり、最終的な手段である。新憲法のもと、憲法25条の最低生活の保障がキーワードであり、社会保障制度は、社会保険、福祉政策、生活保護の3本立ての構想であった。したがって、生活保護制度は、生活扶助を基本とするべきものであり、医療保険や福祉制度を充実させることにより、可能な限り生活保護を利用しない状況が望ましいと考えられていた。しかし、現実にはこのように、医療扶助費の割合、とくに入院医療扶助費が急増していた。

(2) 国民皆保険の達成

ここで、国民健康保険が国民皆保険を達成するための手段になった経緯を述べたい。国民健康保険は、そもそも昭和13年に農山村漁村の住民や零細企業に勤める労働者の生活の安定のために設立され、当初任意加入であり、市町村を区域としていた。第2次世界大戦中の昭和17年に国民健康保険法が改正され、健民健兵策として組合設立が促進された。この頃、厚生省内部の議論において国民皆保険の考え方が出てきたと言われている。

そして、地方長官が命じた場合には、組合設立と組合員資格のある者の加入を義務とし、昭和20年の組合数10349、被保険者数約4075万人であった。ただし、第2次世界大戦が長引き、戦後は、さらにそれに物価上昇、医薬品の不足、高騰、保険料納付能力の低下が拍車をかけ、国保があっても休止状態のところほとんどで、財政的にも破綻状況であった。

1945年11月日本国憲法が公布され、最低生活の保障は国の責務とされた。戦後アメリカ使節団が来日し、その報告書の一つである昭和23年の『ワンドル報告』では、社会保険について、被用者保険と地域保険の二本建構想が示された。昭和25年には、社会保障制度審議会が『社会保障制度に関する勧告』を、昭和26年には、『社会保障制度推進に関する勧告』を出した。昭和26年の勧告では、「国民健康保険はまさに崩壊の一步手前であり、医療の困難が国民生活に及ぼす影響の重大性にかんがみ、この際思いきった施策が必要である。すなわち国民健康保険制度を年次計画により強制的に設立せしめる。事務費だけでなく、給付費についても医療費の2割の国庫負担は必要である」と言った内容であった。

昭和29年には、健康保険の財政状況が危機的となり、国庫負担導入の議論が起きた時には、国民健康保険にも国庫負担を入れるべきであるという議論となった。国民健康保険への国庫負担は事務費補助、直営診療施設補助などであり、保険給付費に対する定率の国庫補助はなかった。

昭和 31 年には、社会保障制度審議会が『医療保障制度に関する勧告』をだした。そこでも問題意識は「疾病が貧困の最大原因であることを思い、医療の機会均等是最優先的に重視されるべきである。」であった。医療扶助にも該当せず、健康保険の適用から除外された零細企業被用者 300 万人、その家族を合わせると 1000 万人、居住する市町村が国保を実施せず、国保にも入れず、被用者保険にも入れない人が 2000 万人で、合計 3000 万人と推計された。

戦後の日本経済は、昭和 30 年ごろに戦前水準に回復し、昭和 30 年前半から安定成長期に、30 年代後半ではさらに高度経済成長期に入った。労働力が不足し、物価が上昇し、所得格差の拡大が問題とされた。昭和 35 年の経済審議会「所得倍增計画」では、昭和 36 年から 45 年の 10 年間で成長率を年平均 7.8%とし、生活水準の向上と完全雇用がうたわれた。そして、社会保障小委員会が設置された。「所得倍增計画」では、「昭和 34 年 6 月の調査によれば、生活保護への落層原因の 55.9%が傷病による。疾病と貧困の悪循環が顕著である。これを生活扶助基準の引上げ、防貧制度の充実、医療の機会均等が何より急がなければならない。」と記された。

昭和 34 年『厚生白書』では、「医療扶助に偏りがちな生活保護実施状況を改めるには、一般的な低所得階層対策に加えて、一方において国民皆保険計画を一日も早く達成し、その内容の充実を図るとともに、他方において結核対策・精神衛生対策等の公衆衛生活動をより積極的に展開させることが必要である。このような施策が推進されて、はじめて最終的に国民の生存権を保証する施策である生活保護制度もその本来的な機能を発揮できるものと言えよう」と記された。

前述したように、生活保護受給理由の 6 割程度が病気であり、医療扶助受給世帯が増加していた。また、医療扶助費が生活保護費の 5 割以上であった。当時、病気は貧困要因であるという意識が強く、国民皆保険により、病気により生活保護に落層することを回避する必要があるという主張が多かった。

(3) 低所得者層を国民健康保険が引き受けることで、国民皆保険が確立した。

新国民健康法は昭和 33 年 12 月成立、34 年 1 月施行され、全国の市町村に 36 年 3 月末までに国民健康保険の実施を義務付け、国の財政負担を法律上明確にした。国民は、職域保険または地域保険のいずれかが適用されることになった。

昭和 36 年 4 月 1 日に、全国の市町村に国民健康保険が普及し、昭和 32 年度から 4 ヶ年計画で進められてきた医療の国民皆保険体制が確立された。総人口に対する医療保険普及率は、昭和 30 年度には 69%であったが、昭和 32 年度には 77%、昭和 34 年には 89%、昭和 35 年度には 97%、昭和 36 年度には 100%となった（表 3 を参照のこと）。

表3 国民健康保険の保険者数の年次推移

	市町村数	市町村数の計 算時点	実施市 町村数	市町村 実施率 (%)	保険 者数	うち 公営	世帯主 数(千 人)	被保険 者数 (千人)	総人口に対す る医療保険普 及率(%)
29年度	5,206	(30年4月)	3,621	70.0	3669	3,499	5,134	26,633	66.2
30	4,668	(31年4月)	3,113	66.7	3,169	3,010	5,621	28,711	68.6
31	3,866	(32年4月)	2,785	71.7	2,870	2,735	6,103	30,582	72.3
32	3,689	(33年4月)	2,795	74.6	2,941	2,795	6,933	33,576	76.9
33	3,584	(34年4月)	3,020	82.9	3,167	2,983	7,888	37,239	79.9
34	3,526	(35年4月)	3,194	89.7	3,365	3,175	9,765	43,437	88.7
35	3,490	(36年4月)	3,420	98.0	3,599	3,415	10,701	46,171	96.6
36	3,460	(37年4月)	3,508	99.86	3,659	3,499	11,362	46,809	100

厚生省保険局調べ 実施市町村は奄美大島の町村。医療機関が存在しないため、国民健康保険を実施することが著しく困難。資料：『国民健康保険事業状況』（厚生省保険局）、『社会保障統計年報』より作成。参考：昭和28年度普及率64.9%。町村合併促進法施行（昭和28年10月1日 法律第258号）新市町村建設促進法施行（昭和31年6月30日 法律第164号）町村合併促進法失効（昭和31年9月30日）新市町村建設促進法一部失効（昭和36年6月29日）

昭和36年度末現在の医療保険被保険者数は9306万人で、うち被用者保険の被保険者数は4642万人（被用者本人2007万人、被扶養者2620万人）、国民健康保険被保険者数は4880万人で、国民健康保険被保険者数は全体の52%であった（表4を参照のこと）。

表4 医療保険の適用状況

	被用者	被扶養者	被用者保険適用者以外	計
被用者健康保険	20,067	26,195		46,423
健康保険(政管)	9,746	10,231		19,976
健康保険(組合)	5,630	7,995		13,625
日雇労働者健康保険	1,009	1,231		2,240
船員保険	225	401		626
各種共済組合	3,457	6,338		9,795
国民健康保険			48,798	48,798
計				93,060

(4)加入する医療保険によって、加入者の支出分布が違う。

当然予想されたことであるが、加入する医療保険によって、世帯の支出階級別の分布がどれほど違ったのかをここで確認したい（表5を参照のこと）。昭和36年度では、5人家族の生活保護支出水準である家計支出月額15,000円未満の世帯の累積分布は、医療保険加入世帯では26%と最も小さく、次に国民健康保険加入世帯が45%、その他世帯が60% 生活保護世帯 84%と最も大きい。

家計支出月額が10,000円未満の世帯の累積分布は、医療保険加入世帯では最も小さく12.7%、国民健康保険加入世帯が24%、その他世帯が35%、生活保護世帯が65.4%である。また、表5に記載がないが、家内労働者世帯、日雇い労働者世帯の家計支出月額の累積分布

は生活保護のそれにかなり近い。その他世帯は、医療保険に加入していない世帯で、家計支出月額も生活保護世帯について低い。

支出階級	総数	被保護世帯	国保加入世帯	医療保険加入世帯	その他の世帯
0～1999円	0.6	2.8	0.5	0.6	2.1
2000～3999	2.8	21.5	3.3	1.5	6.4
4000～5999	7.3	37.7	9.4	4.1	15.4
6000～7999	13.0	52.9	16.7	8.1	25.2
8000～9999	19.1	65.0	24.3	12.7	34.7
10000～14999	36.3	84.4	45.4	26.4	60.3
15000～19999	53.1	92.8	63.0	43.1	76.1
20000～24999	68.5	96.7	76.9	60.5	85.8
25000～29999	78.3	97.7	84.1	72.8	90.7
30000～39999	91.0	99.1	93.5	88.7	96.5
40000～	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

『昭和36年 厚生行政基礎調査報告』 31頁

(5) 公的医療保険の制度の差

国民皆保険とは言っても、統一した医療保険があったわけではなく、その成り立ち上、先行した健康保険とは、給付率も自己負担も保険料率等も昭和36年当初より差があり、給付率がやや同水準となったのは、平成15年のことであった。ここで、国民健康保険と健康保険の一部負担、すなわち給付率の変遷を見てみたい(表6を参照のこと)。

(国民健康保険)

昭和33年に国民健康保険法が改正され、当時の給付率は世帯主、世帯員ともに5割であり、国民皆保険が成立した昭和36年にも変更がなかった。同年には、結核・精神病に限り7割給付となり、療養の給付期間が撤廃され、保険料軽減措置が導入されたことである。

昭和38年には、世帯主の7割給付、昭和39年から世帯員の7割給付が漸次導入され、昭和41年度末までに完全に実施された。昭和38年には、保険料軽減制度が導入され、療養の給付期間も撤廃された。昭和48年に始まった高額療養費制度は、昭和50年10月1日に完全実施された。

また、昭和38年4月1日から生活保護と国民健康保険との併給が廃止され、生活保護を受給開始日から国民健康保険被保険者で亡くなった。それまでは、生活保護を受給し始めた世帯は、当初3ヶ月間は国民健康保険と生活保護の併給が認められていたが、市町村の財政負担が増加したことと、医療機関の診療報酬請求事務が複雑になったことを回避するためであった。

(健康保険)

健康保険は昭和15年に被保険者本人10割給付で出発し、昭和18年には低額の自己負担が導入され、昭和36年には初診料100円、入院1ヶ月30円となった。昭和59年には被保険者本人は9割給付、平成9年には8割給付、平成15年には7割給付となった。一方、健康保険の被扶養者については、昭和15年に5割給付で出発し、昭和48年には7割給付と

なり、昭和 56 年には入院 8 割、外来 7 割となった。平成 15 年には入院、外来ともに 7 割給付となった。昭和 48 年には被扶養者のための高額療養費制度が開始され、昭和 56 年には、被保険者の高額療養費制度が開始された。

(社会福祉制度)

昭和 48 年 1 月より老人医療費支給制度が創設されたが、昭和 58 年に廃止され、同年 2 月に 70 歳以上の高齢者と 65 歳以上 70 歳未満の寝たきり高齢者を対象とする老人保健法が施行された。平成 7 年には、精神保健福祉法が改正され、公費負担制度の保険優先化が決定した。平成 18 年 4 月には、障害者自立支援法が施行され、サービス料に応じた自己負担が導入されたが、平成 24 年には同法が改正され、利用者負担が見直され、応能負担が原則になった。平成 20 年 4 月から後期高齢者医療制度が導入され、75 歳以上の給率は 9 割（現役並の所得者は 7 割）となった。令和 4 年から、一定の所得がある者には給付率 8 割が導入された。

したがって、現在の給付率は、基本的に年齢で区分され、義務教育就学前は 8 割、義務教育就学後から 70 歳未満は 7 割、70 歳以上 75 歳未満は 8 割（現役並所得者は 7 割）、75 歳以上は 9 割（現役並所得者は 7 割、一定の所得のある者は 8 割）となっている。

年度	健康保険		国民健康保険		備考
	被保険者	被扶養者	世帯主	世帯員	
昭和15	10割給付	5割給付			
18	定額自己負担導入				
33			5割給付	5割給付	
36	自己負担 初診料100円 入院1ヶ月30円		結核・精神病7割給付		
37					
38			7割給付		国保 保険料軽減制度導入・療養の給付期間3年の撤廃 生活保護との併給廃止 老人福祉法措置入院開始（医療扶助以外の生活保護適用せず）
39				7割給付開始	
42				7割給付完全実施（43.1.1）	
47					老人医療費支給制度（48年1月1日より）
48		7割給付			健保 被扶養者について高額療養費制度法定（国保は昭和50年10月までに完全実施）
56		入院8割給付・外来7割給付			健保 被保険者について高額療養費制度56年3月1日より実施
58					2月 老人保健法施行 自己負担外来1日400円 入院1日300円
59	9割給付				
平成7					精神保健福祉法 公費負担制度の保険優先化決定
平成9	8割給付 外来薬剤一部負担	外来 薬剤一部負担導入	外来 薬剤一部負担導入	外来 薬剤一部負担導入	老人保健法 自己負担 外来1日500円（月4回まで）+薬剤一部負担 入院1日1000円
13					老人保健法 自己負担 定率1割負担（月額上限付き）薬剤一部負担廃止 高額医療費創設
14		10月より3歳未満乳幼児8割給付		10月より3歳未満乳幼児8割給付	老人保健法 自己負担 定率1割負担（現役並所得者2割）
15	7割給付 薬剤一部負担廃止	7割給付 薬剤一部負担撤廃	7割給付 薬剤一部負担撤廃	7割給付 薬剤一部負担撤廃	
18					老人保健法 自己負担 定率1割負担（現役並所得者1割）・4月 障害者自立支援法施行 サービス料に応じた自己負担
20	70～74歳8割給付（現役並所得者7割給付）	4月から義務教育就学前8割給付 70～74歳8割給付（現役並所得者7割給付）	70～74歳8割給付（現役並所得者7割給付）	4月から義務教育就学前8割給付	後期高齢者医療制度 自己負担 75歳以上1割負担（現役並所得者3割）
24					4月 障害者自立支援法改正 利用者負担が見直しされ、応能負担を原則に
26					精神保健福祉法改正 4月施行 保護者制度が廃止され、医療保護入院の見直し 退院促進のための体制整備などが義務付け
令和4					4月以降 後期高齢者医療制度 一定の所得のある者には2割負担を導入
	資料より筆者が作成				

（6）結核予防法と精神衛生法の充実

（低所得者が多い結核患者、高額の入院治療費）

結核は当時、30歳代、40歳代において最も多く、収入階層別の結核有病率を見ると、「昭和31年から35年までの4か年間において月収2万円以上の世帯の有病率は顕著に減少し、月収1万円以下の世帯の有病率の改善はほとんど見られない」と、『厚生白書』昭和36年版352頁では指摘されている。感染源患者は比較的低所得者層に集積とある。

昭和35年7月の厚生省統計調査部『患者調査』によれば、入院している結核患者数23.3

万人のうち、生活保護だけを受給する者 35.6%と最も割合が大きく、健康保険被保険者本人（労災を含む）が 33.0%、国民健康保険被保険者（生活保護受給者含む（当時は可能））は 17.2%、健康保険被扶養者（国民健康保険加入者（当時は可能）、生活保護受給者含む）10.3%であった。生活保護（再掲）は、生活保護だけを受給する者に、健康保険被扶養者で生活保護を受給している者、国民健康保険被保険者で生活保護を受給している者を加えたものであり 38.6%であった。自費・その他は 3.9%と非常に低かった。

入院外の結核患者数 10.2 万人のうち、国民健康保険被保険者（生活保護受給者含む（当時は可能））は 32.4%が最も割合が大きく、健康保険被保険者本人（労災を含む）は 27.50%、健康保険被扶養者（国民健康保険加入者（当時は可能）、生活保護受給者含む）20.6%、生活保護だけを受給する者は 7.8%であった。生活保護（再掲）は、生活保護だけを受給する者に、健康保険被扶養者で生活保護を受給している者、国民健康保険被保険者で生活保護を受給している者を加えたものであり 7.8%であった。自費・その他は 11.8%であった。

（高額な結核治療費）

このように、入院している結核患者のうち、生活保護に頼らざるを得ない者はほぼ 4 割にのぼったのは、結核患者の入院治療費が高額だったためである。当時の結核治療費について以下に記す。

「昭和 35 年 10 月時点では、入院の結核治療費は、三者併用療法で 1 ヶ月約 14,000 円、基準看護が約 1200 円～2500 円等であり、外科手術（手術料）については、検査処置料が 4,600 円、肺葉切除術、胸部形成術が 39,000 円であった。手術をした場合は、入院費約 6 万円と都市勤労世帯の平均支出月額が 35,280 円であったことを考えるとかなり高額であった。おまけに治療が長期にわたった。なお外来の結核治療費は、ヒトラジドとパスの併用療法 1 ヶ月で約 2100 円、ストマイトパスの併用療法または三者併用 1 ヶ月で約 3200 円であった。」
（『厚生白書』昭和 35 年版）

（結核予防法の充実）

昭和 36 年 4 月に国民皆保険が確立し、昭和 36 年 10 月より結核予防法および精神衛生法による公的負担の医療政策が改善され、国庫負担金が大幅に引き上げられるとともに結核患者に対する命令入所、精神病患者に対する措置入院制度に関する対象人員が大幅に増員された。それまでに医療扶助単給世帯が結核予防法および精神衛生法の下に移し替えられ、また新たに医療扶助の適用を受けることができる世帯もかなりの程度結核予防法および精神衛生法の下に移し替えられた。

具体的には以下のように改正された。昭和 36 年に、結核予防法および精神衛生法による措置入院について、国庫補助率を 5 割（県の負担が 5 割）から 8 割（県の負担が 2 割）に引き上げ、国の責任を明確にした。それまで、県にとれば、負担が重すぎてこの制度が生かされていなかったことが理由である。患者負担も大幅に引き下げた。結核患者の命令入所患

者数が昭和 35 年の年間承認件数は 8,810 人、年末現在公費負担患者数は 5,865 人であったが、昭和 36 年 54,000 人に急増した。

この措置を受けて国民医療費をみると、昭和 35 年度の公費負担医療給付分は 4,095 億円のうち、生活保護法が 364 億円、結核予防法が 48 億円、精神保健及び精神障害が 21 億円であったが、昭和 36 年度の公費負担医療給付分は 5,130 億円（対前年伸び率 25%、以下同）のうち、生活保護法が 407 億円（33%）、結核予防法が 114 億円（13%）、精神保健及び精神障害が 51 億円（14%）であった（表 7 を参照のこと）。

	昭和29年度	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
総数	2 152	2 388	2 583	2 897	3 230	3 625	4 095	5 130	6 132	7 541	9 389	11 224	13 002	15 116	18 016	20 780	24 962
公費負担医療給付分	264	279	292	303	343	400	451	599	806	1 030	1 220	1 471	1 633	1 826	2 089	2 321	2 822
生活保護法	228	244	241	242	273	323	364	407	422	488	596	750	871	1 009	1 190	1 360	1 680
結核予防法	32	31	30	37	40	43	48	114	228	349	391	432	436	441	474	488	540
精神保健及び精神障害	11	12	16	18	21	51	110	143	176	222	247	283	327	359	437
医療保険等給付分	1 066	1 185	1 317	1 489	1 686	2 065	2 415	3 121	3 790	4 823	6 133	7 442	8 749	10 214	12 281	14 307	17 320

	昭和46年度	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58
総数	27 250	33 994	39 496	53 786	64 779	76 684	85 686	100 042	109 510	119 805	128 709	138 659	145 438
公費負担医療給付分	3 209	4 607	5 488	7 276	8 471	9 781	11 357	13 094	13 931	14 752	15 712	15 854	11 480
生活保護法	1 909	2 411	2 568	3 519	4 210	4 875	5 315	6 190	6 515	6 848	7 275	7 672	7 928
結核予防法	562	688	635	784	819	840	793	801	711	629	564	539	502
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律	475	597	622	887	961	1 006	1 021	1 118	1 080	1 048	1 059	1 015	986
老人福祉法	·	911	1 385	1 760	2 127	2 635	3 103	3 637	4 095	4 565	5 010	4 630	·
その他	262	278	328	354	424	1 124	1 348	1 530	1 662	1 803	1 997	2 064	
医療保険等給付分	18 872	23 401	27 767	39 301	47 933	57 303	64 311	75 256	83 049	91 839	99 069	103 348	85 283

(精神病患者 高額な精神病治療費)

昭和 35 年の精神障害者入院医療費統計（厚生省公衆衛生局調べ）によると、昭和 35 年の入院総医療費 146 億円のうち、精神衛生法関係は 16%（うち国負担は 8%、地方負担は 8%、患者負担は 0.6%）、生活保護関係は 42%、社会保険関係は 42%であった。生活保護関係と精神衛生法関係で 6 割弱であった。全額自己負担分は含まれていない。

精神病の治療費は高額であり、長期にわたり必要であった。それでは、当時ほどのくらいの治療費がかかったのだろうか。精神病治療費は、昭和 34 年 10 月時点では、入院治療費は 1 日平均 520 円から 590 円、1 ヶ月 16000 円から 18000 円であり、入院期間 2 ヶ月以上半数であった。また患者世帯の月収は 2 万円以下が 52.3%、3 万円以下が 84.2%であったとされている。生活保護受給者が多くなる理由がわかるほどの額である。数値は、『厚生白書 昭和 36 年版』

(精神衛生法による対象者の拡充)

精神病患者の措置入院患者数が昭和 35 年 11,417 人であったが、昭和 36 年 51,072 人に急増した(表 8 を参照のこと)。

区 分	昭和27年	昭和28年	昭和29年	昭和30年	昭和31年	昭和32年	昭和33年	昭和34年	昭和35年	昭和36年	昭和37年	昭和38年	昭和39年	昭和40年	昭和41年	昭和42年	昭和43年
精神病床数	22858	26890	32834	39110	46649	57220	66365	76133	86925	96830	112749	128849	144892	164027	181759	201823	217144
1日平均在院患者数	24733	29173	36969	42659	49893	59189	70189	80389	91891	101767	123185	142440	160646	177910	196573	214037	231525
病床利用率 (%)	108.2	108.5	112.6	109.1	109.3	103.4	105.8	105.6	105.7	105.1	109.3	110.5	110.9	108.5	108.2	106.4	106.6
医療扶助入院		17242			23860		35742	35182	48338	49572	45693	50780	56396	64517	73259	80052	86513
医療扶助割合		59.1			47.8		50.9	43.8	52.6	48.7	37.1	35.7	35.1	36.3	37.3	37.4	37.4
措置患者数							9663	10791	11417	51072	48953	55101	62883	65829	68755	72479	74978
措置率 (%)							14.6	14.2	13.3	50.2	39.7	38.7	39.1	37.0	35.0	33.9	32.4

区 分	昭和44年	昭和45年	昭和46年	昭和47年	昭和48年	昭和49年	昭和50年	昭和51年	昭和52年	昭和53年	昭和54年	昭和55年	昭和56年	昭和57年
精神病床数	232324	242022	250478	256449	265904	271720	275468	281166	287305	292720	297650	304469	311901	318186
1日平均在院患者数	246689	253769	259336	262790	273814	276582	281346	287470	295514	301245	306340	311584	319345	326393
病床利用率 (%)	106.2	104.7	103.5	102.5	103	101.7	102	102.2	102.9	104.9	102.9	102.3	102.4	102.6
医療扶助入院	92180	95459	99542	104828	107031	108724	111961	113426	116163	118177	117694	116595	115829	115609
医療扶助割合	37.4	37.6	38.4	39.9	39.1	39.3	39.8	39.5	39.3	39.2	38.4	37.4	36.3	35.4
措置患者数	76519	76597	76333	74763	71031	66542	65571	59058	55668	51635	48667	47400	42732	38700
措置率 (%)	31.0	30.2	29.4	28.4	25.9	24.1	23.3	20.5	18.8	17.1	15.9	15.2	13.4	11.9

第 3 章 昭和 35 年、36 年、37 年の比較

本章では、国民皆保険の確立、結核予防法による強制入所、精神衛生法による措置入院の対象者が増加された昭和 36 年の前後で、医療扶助(単給)を開始した世帯の動向を、単給・併給別、病別に比較する。このことにより、医療扶助との関係が強いのは、いずれの医療保険であるかも明らかになる。

ここで昭和 36 年当時の議論を振り返ってみよう。たとえば、昭和 36 年の『東京都医療保障基礎調査報告』によれば、医療扶助(単給)開始世帯のうち社会保険加入世帯の割合が低下したことに対して、即断することは危険としながらも、「医療保険(主として国民健康保険)加入により、医療扶助受給世帯への転落を免れた低所得者層の増加、いうなれば国民健康保険の効果がほのかな色彩として感じられるのではなかろうか。医療扶助単給世帯における医療保険加入の消滅、さらには医療扶助単給世帯そのものの消滅が、医療保障制度確立への理想像であろう」と記されている。昭和 36 年当時は、保険優先であり、生活保護受給しても 3 ケ月は、生活保護まずは国民健康保険に加入して、自己負担できない部分を医療扶助でみるようになっていた。

昭和 36 年当時は、医療扶助（入院）開始世帯は、加入する医療保険別に大きくは、「健康保険本人」、「健康保険家族」、「国民健康保険」、「社会保険なし」と 4 つに分けられた。社会保険なしのグループに、少なからずの在日韓国人と朝鮮人が含まれていた。国民健康保険の国籍条項が撤廃されたのは昭和 61 年であり、それまでは在日韓国人と朝鮮人は国民健康保険に加入することができなかった。昭和 22 年に生活保護法が制定された時には国籍条項を設けていなかったが、昭和 25 年の法改正により設けられた。そして、昭和 27 年のサンフランシスコ平和条約の発効により、朝鮮半島出身者は日本国籍を喪失したため、生活保護が適用されなくなったが、実態として朝鮮半島出身者で多くの生活保護受給者がおり、昭和 29 年には、外国人に対して生活保護の「準用」を適用することとなった。

（結核患者、医療扶助（単給・入院）の開始世帯）

昭和 35 年、昭和 36 年、昭和 37 年について、結核患者の医療扶助（単給・入院）開始世帯数の推移について、以下にまとめた（図 1 を参照のこと）。なお世帯数の増加の影響を避けるために、数値は対 10 万世帯比である。

①昭和 35 年、昭和 36 年、昭和 37 年のいずれの年においても、加入する医療保険により、開始世帯数に大きな差があった。

開始世帯数については、健康保険本人がほぼゼロに近く、次に健康保険家族も非常に少数である。これは、健康保険本人の給付率が定額一部負担を除き、給付率が 100% に達すること、結核罹病率が相対的に低いことによると考えられる。健康保険家族の開始世帯数は、国民健康保険被保険者の開始世帯数よりもはるかに少ない。両者とも給付率は 50% と同じなので、世帯所得の差および罹病率の差と考えられる。このことは、精神病患者、その他患者についても同様であった。

②開始世帯総数は、昭和 35 年、昭和 36 年と減少し、昭和 37 年には大きく減少した。

開始世帯総数が昭和 35 年、昭和 36 年と減少し、昭和 37 年には大きく減少した理由は、国民皆保険の確立による影響とは考え難い。と言うのは、『国民基礎調査』によれば結核患者の所得分布上低位の者が多く、入院の結核治療費は、国民健康保険によってその半額が給付されるとしても、依然として、世帯が負担しがたいほどの高額だからである。

東京都民生局保護部保護課『被保護者の実態』（昭和 35 年 7 月 1 日現在）によって、医療扶助単給世帯が毎月どれほどの医療費を負担していたかを見ると、月額 8000 円以上は 0.4% に過ぎず、月額 1000 円未満が 6 割以上である（表 9 を参照のこと）。入院結核患者の治療費は月額 1 万 6 千円から 1 万 8 千円であるため、国民健康保険保険加入により自己負担額が 8 千円となったとしても、医療扶助を卒業することは難しい。

鍵を握るのは、結核患者数や結核病床数ならびにどれだけの患者に結核予防法による強制入所が適用されるかである。結核病床数が昭和 35 年で 252 千床、昭和 36 年で 246 千床、昭和 37 年で 241 千床と減少しているなかで、措置患者数が昭和 35 年で 13.28 万人、昭和 36 年で 13.69 万人、昭和 37 年で 166.4 万人と急増した。このことが、開始世帯が大きく減

少しした理由である。

	総数	区部	郡部	島部	市部
0～円	34.2	30.2	1.7	0.3	2.0
～999	29.5	24.3	1.9	0.7	2.6
1000～1999	16.1	13.1	1.5	0.1	1.3
2000～2999	10.3	8.3	1.0	0.1	0.8
3000～3999	4.9	4.0	0.5	0.0	0.4
4000～4999	2.5	1.9	0.4	0.0	0.2
5000～5999	1.2	1.0	0.1	0.0	0.1
6000～6999	0.6	0.5	0.0	0.0	0.1
7000～7999	0.3	0.3	0.0	0.0	0.0
8000円以上	0.4	0.3	0.0	0.0	0.1
計	100.0	84.0	7.2	1.3	7.5

東京都民生局保護部保護課『被保護者の実態』
(昭和35年7月1日現在)

③社会保険なしの世帯が減少した。

「社会保険なし」の世帯は、昭和35年、昭和36年、昭和37年と次第に減少した。「社会保険なし」の世帯が減少したのは、昭和36年に国民健康保険に加入する世帯が増加したこと、昭和37年には、新規に医療扶助を受けることができる者のうち、結核予防法が適用される者が増加したためと考えられる。

④結核患者の医療扶助（単給・入院）開始世帯のうち社会保険加入世帯の割合が低下したとは必ずしもいえない。結核患者で医療扶助（単給・入院）開始世帯を見ると、国民健康保険加入世帯は昭和36年に増加し、昭和37年には大幅に減少した。昭和36年に増加したのは、社会保険なしから国民健康保険に加入した世帯が増加したこと、昭和37年には、新規に医療扶助を受ける者の中で結核予防法が適用される者が増加したことを意味する。

つまり、措置患者数が病床の動向に比べてどれだけ増加したかにかかっている。国民健康保険は結核入院患者については期待されたような大きな働きをしていない。

図1 開始世帯数の推移（単給・結核、入院）

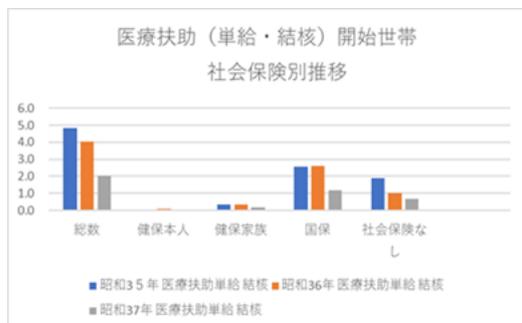
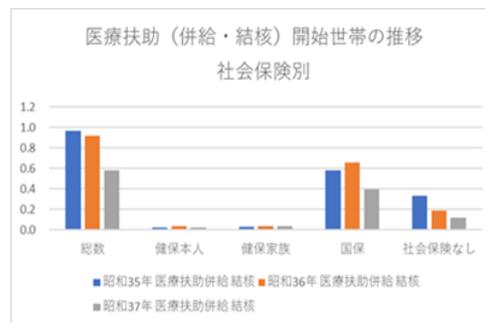


図2 開始世帯数の推移（併給・結核・入院）



（結核患者、医療扶助（併給・入院）開始世帯）

結核患者で医療扶助（併給・入院）開始世帯は、医療扶助（単給・入院）開始世帯と基本

的に同じ動きを示した（図2を参照のこと）

（精神病患者、医療扶助（単給・入院）開始世帯）（図3を参照のこと）

①昭和35年、昭和36年、昭和37年のいずれの年においても、加入する医療保険により、医療扶助受給開始世帯数に大きな差がある。この理由は、結核患者、医療扶助（単給・入院）開始世帯で述べた。

②精神病患者の医療扶助受給開始世帯総数は、昭和35年、昭和36年と減少し、昭和37年には増加した。精神病患者の入院治療費は、結核患者について説明したのと同じく、国民健康保険に仮に加入しても自己負担を支払うことが難しい額である。したがって、医療扶助受給世帯の動向は、患者数あるいは病床数と精神衛生法の措置入院患者数の動向に影響される。精神病床数が昭和35年で8.7万床、昭和36年で9.7万床が微増し、昭和37年で11.3万床と大幅に増加しているなかで、措置患者数が昭和35年で1.14万人、昭和36年で5.11万人と大幅に増加したものの、昭和37年には4.9万人と、病床数が増加したほどには、措置患者数が伸びなかったために、医療扶助（単給・入院）開始世帯が増加したと考えられる。

図3 医療扶助（単給・精神・入院）開始世帯の推移

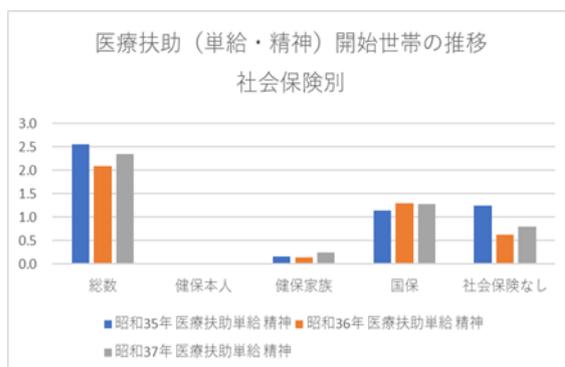
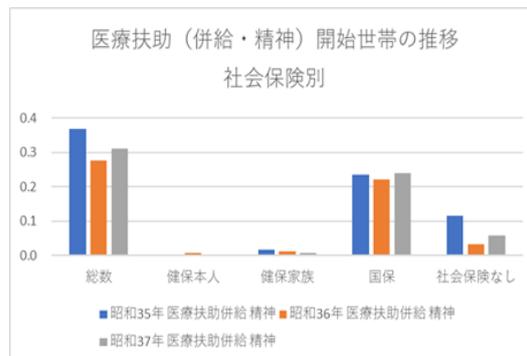


図4 医療扶助（併給・精神・入院）開始世帯の推移



②精神病患者の医療扶助（単給・入院）開始世帯のうち、社会保険なしの世帯も昭和35年から昭和36年にかけて減少したが、これは、社会保険なしであった患者が国民健康保険の被保険者になったことによると考えられる。昭和36年から昭和37年にかけての社会保険なしの増加は、外国籍の者の精神病入院患者等が増えたことを反映すると考えられる。

③精神病患者の医療扶助（単給・入院）開始世帯のうち、国民健康保険加入世帯は昭和35年から昭和36年にかけて増加し、昭和37年は昭和36年と同水準であった。昭和36年に増加したのは、主に社会保険なしから国民健康保険に加入した世帯が増加したこと、昭和37年に昭和36年とほとんど変化がなかったのは、精神病床の増加に比較して、措置入院患者数が伸びなかったことが原因と考えられる。

(精神病患者、医療扶助(併給・入院)開始世帯)

精神病患者で医療扶助(併給)開始世帯は、医療扶助(単給・入院)開始世帯と基本的に同じ動きを示したが、国民健康保険加入世帯の割合が大きい(図4を参照のこと)。

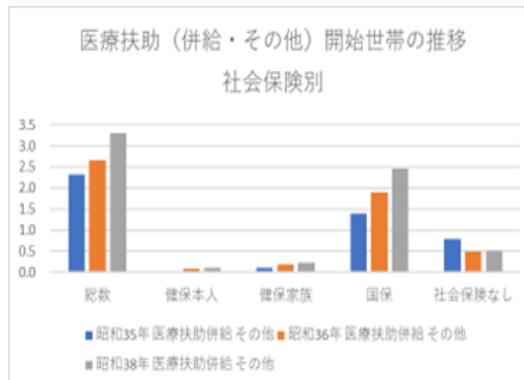
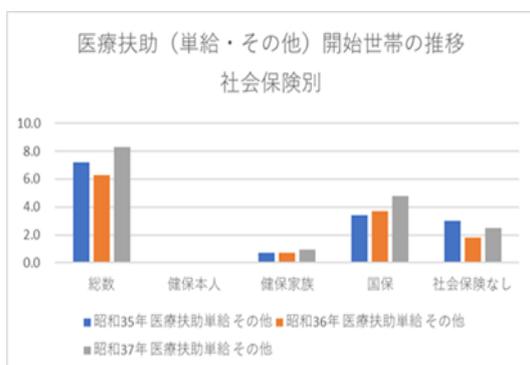
(その他患者、医療扶助(単給・入院)開始世帯)

①昭和35年、昭和36年、昭和37年のいずれの年においても、加入する医療保険により、医療扶助受給開始世帯数に大きな差がある。この理由は、結核患者、医療扶助(単給・入院)開始世帯で述べた。

②その他患者の医療扶助(単給・入院)開始世帯のうち、社会保険なしの世帯も昭和35年から昭和36年にかけて減少したが、これは、社会保険なしであった患者が国民健康保険の被保険者になったことによると考えられる。昭和36年から昭和37年にかけての社会保険なしの増加は、外国籍の者のその他患者が増えたことを反映すると考えられる。

③その他患者の医療扶助(単給・入院)開始世帯のうち、国民健康保険加入世帯は昭和35年、昭和36年、昭和37年と増加した。昭和36年に増加したのは、社会保険なしから国民健康保険に加入した世帯が増加したこと、昭和37年にも増加したのは、受診率の上昇によって患者が増えたことによると考えられる(図5を参照のこと)。

図5 医療扶助(単給・その他・入院)開始世帯の推移 図6 医療扶助(併給・その他・入院)開始世帯の推移



(参考) 医療扶助単給世帯と医療扶助併給世帯の違い

ここで、医療扶助単給世帯と併給世帯の違いを説明しておく。医療扶助の単給世帯とは、医療扶助だけを受給する世帯であり、生活はしていけるが、医療費の一部または全部を支払うことができず、不足する分の支援を求める世帯である。収入は保護基準(最低生活費)以下。医療費を支払うことによって、生活水準が保護基準(最低生活水準)を下回ってしまう。医療扶助を受給しても、収入が保護基準を上回る場合には、その差額(収入-保護基準(最低生活費))を自己負担(本人支払額)として支払う。医療扶助の併給世帯とは、医療扶助に加えて、生活扶助等を受給する世帯であり、収入が保護基準(最低生活費)を下回る世帯である。

第 4 章 医療扶助の廃止世帯と開始世帯等が公的医療保険や社会福祉の制度変更にどれだけ影響をうけているか

(1) 医療扶助人員の動向

昭和 31 年から昭和 57 年までの医療扶助人員の動向を、単給・併給別、入院・入院外別に、次に病別に見てみよう。

(単給・併給別、入院・入院外別医療扶助人員の推移)

表 1 に示すように、医療扶助（入院）人員に比べ、医療扶助（入院外）人員の増加は著しい。医療扶助（入院）人員総数は、昭和 31 年の 14.08 万人以降増加し、昭和 35 年の 17.96 万人、昭和 36 年には 17.08 となり、それ以降減少した。昭和 39 年の 13.88 万人以降増加し、昭和 45 年以降、19 万人から 20 万人台で推移している。一方、医療扶助（入院外）人員総数は、昭和 32 年の 21.66 万人から昭和 57 年の 68.86 万人で継続して増加した。

単給と併給別にみると次のようになる。医療扶助（入院・単給）人員は、昭和 31 年の 9.87 万人から昭和 35 年の 12.79 万人まで増加した後、昭和 38 年の 8.56 万人にまで減少した。その後、増加に転じ、昭和 45 年に 13.65 万人に増加した後は、13 万人と 14 万人台を維持している。医療扶助（入院・併給）人員は、昭和 31 年の 4.21 万人から昭和 36 年の 5.89 万人まで増加した後減少に転じ、昭和 39 年に 5.07 万人となった。その後増加し、昭和 42 年に 5.66 万人となった後は、高原状態ながら増加し、昭和 52 年には 6.01 万人、昭和 57 年には 6.46 万人となった。

医療扶助（入院外・単給）人員は、昭和 31 年の 3.02 万人から昭和 33 年の 2.32 万人に減少し、その後、昭和 35 年の 2.70 万人まで増加した後、昭和 37 年の 1.87 万人まで減少した。その後、継続して増加し、昭和 47 年に 4.28 万人となった後減少し、昭和 57 年には 1.52 万人となった。これに対して、医療扶助（入院外・併給）人員は、昭和 32 年の 19.3 万人から継続して増加し、昭和 57 年には 67.34 万人となった。

(入院・入院外別、病別医療扶助人員の推移)

表 2 に示すように、昭和 31 年から昭和 57 年までの入院・入院外別、病別医療扶助人員の推移を見ると次のようになる。医療扶助（入院・結核）人員は、昭和 35 年の 9.41 万人から昭和 56 年の 0.37 万人まで大幅に低下し、昭和 57 年にはその他の病の項目に含まれることとなった。結核の減少幅の大きさには注意しなければならない。一方、医療扶助（入院・精神）人員は昭和 35 年に 4.83 万人から昭和 36 年の 4.96 万人に増え、その後、昭和 37 年の 4.57 万人から昭和 53 年の 11.82 万人まで継続して大幅に上昇した。その後は、昭和 57 年の 11.56 万人に微減した。医療扶助（入院・その他）人員は、昭和 35 年の 3.72 万人から昭和 47 年の 9.21 万人まで大幅に伸び、その後は昭和 51 年の 7.65 万人まで減少した後、高原状態が続いている。

医療扶助（入院外・結核）人員は、昭和 35 年の 4.79 万人から昭和 56 年の 1.14 万人まで

大幅に減少した。医療扶助（入院外・精神）人員は、昭和 35 年の 0.29 万人以降継続して増加し、昭和 57 年には 3.49 万人と大幅に増加した。医療扶助（入院外・その他）人員は、昭和 35 年の 22.99 万人から趨勢的に増加し、昭和 57 年には 62.96 万人となった。つまり、結核以外は、医療扶助（入院外）は大幅に増加した。

（2）開始世帯と廃止世帯に関する分析

医療扶助受給者は、健康保険の被保険者や被扶養者ではなく、国民健康保険被保険者であった者がほとんどであることから、本章では国民健康保険に主に着目する。表 1 と表 2 で示したように、医療扶助を受給する実人員の動向をみただけでは、国民健康保険の一部負担金の変更や社会福祉制度の変更の影響を判別しがたい。

そこで、以下では、厚生省大臣官房統計情報部『生活保護動態調査報告』をもとに、対象期間を昭和 35 年から昭和 57 年の 23 年間として、医療扶助の開始世帯と廃止世帯を可能な限り入院と入院外、単給と併給、結核・精神・その他の病に分けて、その動向を分析する。昭和 57 年までとしたのは、廃止理由、開始理由にできるだけ連続性を保つためである。

（国民皆保険は、本来は、医療扶助の開始世帯を増加させる）

昭和 36 年当時、無保険であった者に国民健康保険が適用されれば、医療費の一部負担金が全額から 5 割に低下したことになる。このように、国民健康保険の一部負担金が低下することは、他の条件が一定ならば、受診率を上昇させ、新たな患者を増加させると考えられる。しかも、国民皆保険は、第 2 次世界戦後、日本経済が成長途上であり、人口、世帯も増加するだけでなく、健康診断も普及する中で実施された。国民健康保険の受診率は昭和 29 年以降趨勢的に増加し、他の健康保険の受診率に追いついたのは昭和 48 年頃であり、それ以降は国民健康保険の受診率は被保険者の高齢化も手伝い、健康保険の受診率を上回る。

したがって、新規の患者は国民健康保険の被保険者が多かった。国民健康保険に加入する患者には相対的に所得の低い患者が多いため、生活保護基準に満たない低所得の患者も増え、申請率は高くはないとはいえ、結果的に医療扶助受給者を増やす。これは、傷病を理由とする医療扶助の開始世帯の増加となる。

それでは、国民皆保険の確立により、医療扶助人員を抑制する効果はどういうものなのだろうか。理屈で言えば、国民皆保険となり国民健康保険に加入することで一部負担金が支払えるようになり、無年金のままなら、医療扶助を申請した人が思いとどまる効果である。一部負担金が低下した場合も同様の効果がある。これは、医療扶助の開始世帯の減少となる。

これら医療扶助の開始世帯を増加させる効果と、減少させる効果のどちらが強いかは、現実に、医療扶助世帯、特に、医療扶助（単給）世帯がどの程度の医療費を支払っているかが大きな鍵である。すでに、表 9 でみたように、医療扶助（単給）世帯の本人支払額は、非常に低額である。支払額の分布を見ても、均等に分布しているのではなく、極めて低額の部分に偏っている。生活保護にステイグマを感じて、きわめて貧困な者が生活保護を申請するこ

と等が背景にあると考えられる。

したがって、医療保険の一部負担金を（無保険であった場合には10割から5割）5割から3割と引き下げたところで、困窮世帯への影響が大きいとは考えられず、医療扶助の申請を思いとどまる低所得者はそれほど多くはないことを示唆している。

したがって、国民皆保険は、医療扶助の開始世帯を増加させる。たとえば、国民皆保険によって医療扶助の開始世帯を減少させたいのであれば、一部負担金を極めて低額に設定しない限り難しい。この点で注目するのは、昭和48年1月の老人医療無料化、同年からはじまり昭和50年10月1日に完全実施となった高額療養費の導入である。これについては、後述するが、どの制度が生活困窮者の医療を担うのかという制度のありかた論につながる。

昭和36年に国民皆保険が実施された当時は、国民健康保険の世帯主と世帯員ともに一部負担は5割で、昭和38年には世帯主が3割に、昭和39年に世帯員の一部負担3割が開始され、昭和43年1月に完全実施された。他の条件が一定ならば、これらの制度改正は、医療扶助の開始世帯を増加させたはずである。

（国民皆保険は、廃止世帯をそれほど減少させない）

それでは、国民皆保険の確立により、医療扶助人員を抑制する効果はどういうものなのだろうか。理屈で言えば、それまで全額自己負担の医療費を支払えずに医療扶助を受給していた人が、国民皆保険となり国民健康保険に加入することで一部負担金が支払えるようになり、医療扶助の受給を止める効果である。これは、医療扶助の廃止世帯の増加となる。しかし、表9に示したように、一部負担が5割から3割になったところで、医療費を支払えない層が多いことを考えると効果は限定的である。

なお、後述するように、開始世帯数は、社会福祉制度の改正や経済成長の結果としての所得の上昇等にも影響を受け、これらは開始世帯を減少させる。

（国民皆保険で、医療扶助人員が減少するという期待は妥当だったのか）

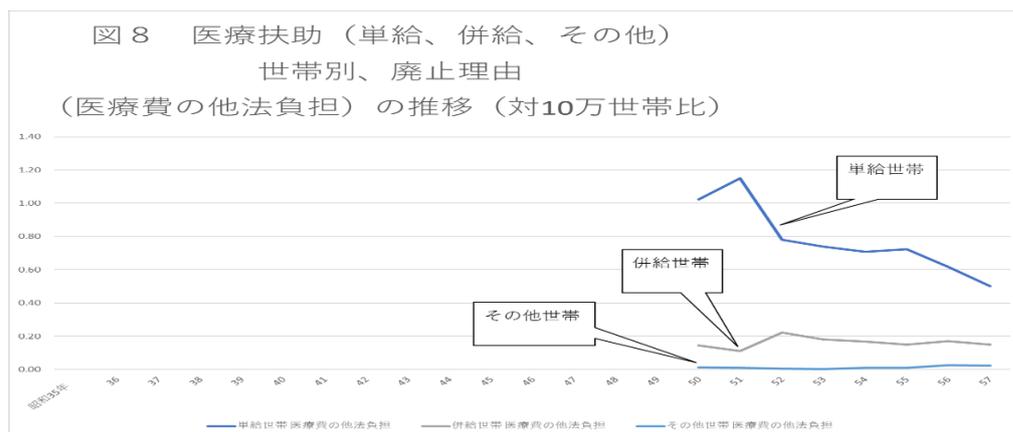
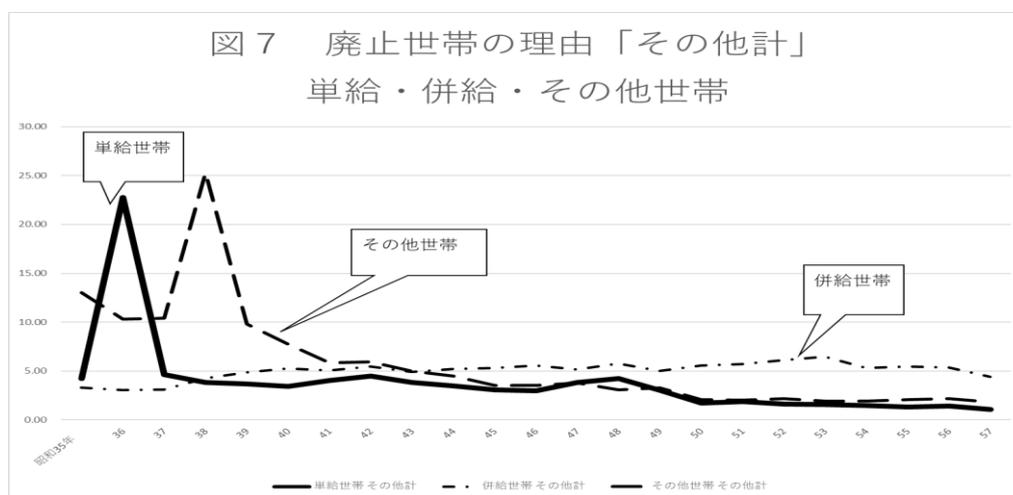
以上より、日本の生活保護及び国民健康保険の構造的な特徴をもとにすれば、国民皆保険により、医療扶助の開始世帯が増加し、廃止世帯はそれほど多くは出ず、医療扶助人員が増加すると考えられる。一部負担金のありかたを議論せずに、医療扶助人員の増加をもって、国民皆保険が防貧機能を十分に果たしていない、期待外れであるとしたのは妥当とは言えない。

（2-1）廃止世帯の動向

廃止世帯の動向について見てみよう。精神衛生法や結核予防法、老人福祉法などの福祉制度の充実や、国民皆保険の確立によって、廃止世帯はどのような影響を受けているのだろうか。『生活保護動態調査報告』では、保護廃止理由として、「世帯主の傷病治癒」、「世帯員の傷病治癒」、「死亡・失踪」、「働きによる収入の増加・取得」、「その他」が主である。昭和47年に「働き手の転入」と「施設入所」が、昭和50年に「医療費の他法負担」が、昭和51年に「親類・縁者等の引取り」が保護廃止理由に追加された。「年金・仕送りなどの増加」は、

昭和 57 年以降、「社会保障給付金の増加」と「仕送り等の増加」に分けられた。

たとえば、公的医療保険の適用によって、医療費の自己負担が支払い可能になった場合、あるいは、社会福祉制度の充実によって、医療扶助を停止する場合には、医療保険の一部負担金の変更や社会福祉制度の変更に関係するのは廃止理由のうち「その他」、昭和 50 年以降は「医療費の他法負担」が該当する。医療扶助（単給）世帯、医療扶助（併給）世帯、その他世帯別に廃止世帯の動向は、図 7 に示した。「その他計」とは、昭和 35 年の保護廃止理由その他と同じくするために、項目を並べ替えたものである。世帯数の増加の影響を避けるために、数値は対 10 万世帯の数値である。開始理由が、「医療費の他法負担」は、図 8 に示した。



①医療扶助（単給）世帯について

医療扶助（単給）世帯について、廃止理由の「その他」が突出しているのは昭和 36 年の 22.76 である。総人口に対する医療保険普及率は、昭和 31 年の 72% から大幅に伸び、昭和 34 年には 89%、昭和 35 年には 97% に、昭和 36 年に 100% となり、国民皆保険が確

立した。したがって、国民皆保険の影響があるとすれば、昭和 35 年にも廃止理由「その他」項目が多くなったはずである。10 万世帯比でみると、昭和 35 年には 4.21、昭和 36 年には 22.76 世帯、昭和 37 年には 4.65 世帯となり、昭和 57 年までをみても、昭和 36 年が突出している。

突出理由を探るために、医療扶助（単給）世帯を、さらに、入院と入院外とに分けて廃止世帯数の動向を見ると、医療扶助（単給・入院）世帯だけが昭和 35 年 23.68、昭和 36 年が 39.51、昭和 37 年が 19.65 と突出している。このことは、医療扶助（単給・入院）世帯から昭和 36 年の結核予防法の強制入所者数、精神衛生法措置入院者数が大幅に増加されたことに伴い移し替えされたことを示す。医療扶助（単給・入院）廃止世帯について、病別のデータが得られるのは、昭和 42 年以降であるため、昭和 36 年の病別数値はとれない。

医療扶助（単給）世帯について、昭和 48 年 1 月 1 日実施の老人福祉法改正による老人医療費支給制度、昭和 48 年（任意）、昭和 51 年（法定）の国民健康保険における高額療養費制度創設の影響は出ているのだろうか。廃止理由が「医療費の他法負担」の対 10 万世帯比は、昭和 50 年が 1.02（構成比 7.6%）、昭和 51 年が上昇し 1.15（構成比 9.1%）、昭和 52 年が 0.75（構成比が 6.6%）である。「医療費の他法負担」は、構成比で言えば、廃止世帯の 1 割に満たないが、高額療養費制度が影響を与えていると考えられる。

（医療扶助（併給）世帯について）

医療扶助（併給）世帯については、廃止理由の「その他計」についても、「医療費の他法負担」についても目立った特徴は見られない。

（その他世帯について）

医療扶助（その他）世帯の廃止理由の「その他」については、昭和 37 年が 10.42、昭和 38 年が 25.28、昭和 39 年が 9.79 と、昭和 38 年が突出している。これは、昭和 38 年に老人福祉法で措置入院が開始され、医療扶助を除き、生活保護法の適用からはずされることとなったからである。収容措置は、当時養護老人ホームと特別養護老人ホーム、養護受託であった。

したがって、廃止世帯についてまとめると以下のようになる。①結核予防法と精神衛生法の対象人員の拡充による生活保護廃止が見られたのは、医療扶助（単給・入院）世帯で昭和 36 年度であった。②昭和 38 年の老人福祉法の改正によって、老人ホームに居住する高齢者が医療扶助以外の生活保護を受給しないことになった。このことによる生活保護廃止者は、その他世帯である。

③医療保険の一部負担軽減の影響がやや見られたのは、医療扶助（単給）世帯だけである。昭和 50 年から廃止理由として独立した項目となったのはである。高額療養費制度が完全実施された影響が出る昭和 51 年には、「医療費の他法負担」を廃止理由とする世帯は、全廃止

世帯の9%であった。医療扶助（単給）世帯の廃止理由のうち、「傷病の治癒」と「死亡・失踪」を合わせて全体の6～7割をしめる。

医療保険の制度変更や社会福祉制度の変更の影響を最も大きく受けるのは医療扶助（単給）世帯である。医療扶助（単給）世帯については、昭和36年には、精神衛生法と結核予防法の対象人員の大幅に増えたことにより廃止世帯がこの年突出した（廃止理由の「その他」がこの年だけ構成比で51.6%と急上昇）。昭和48年1月の老人福祉法の改正により、老人医療費支給制度が導入された昭和47年と昭和48年には、医療扶助（単給・入院）には、やや、廃止理由の「その他」が上昇した。

昭和36年の国民皆保険は国民健康保険の適用拡大により確立された。昭和36年の影響を見ることができないが、一負担金が5割であった。世帯員の一部負担金7割給付が完全に実施された昭和42年に廃止理由がその他の世帯の割合は19.6%に上昇し、老人医療費無料化が開始された昭和47年には19.06、高額療養費制度が開始された昭和48年には23.60、昭和49年には20.90、昭和51年には14.85%と上昇した。このように、国民健康保険の一部負担の変更は、廃止世帯に影響を与えていると考えられるが、影響の大きさは医療費の他法負担の項目が新たに作られてからも1割にも満たない大きさである。

なぜ、廃止世帯は多くはないのだろうか。医療扶助（単給）世帯以外の医療扶助（併給）世帯や医療扶助を受給しないその他世帯にいたっては、国民健康保険の影響を判別することが非常に難しく、影響がないと判断せざるをえない状況である。その答えは一つである。生活保護受給世帯は、ボーダーライン層を超える世帯がボーダーライン層に落ち込んだのではなく、もともと貧困線以下の所得、あるいはそれと同等の所得であった人であるからである。つまり、生活保護受給前にすでに貧困線より下であった人たちが少なくなく、医療費負担に耐えられず生活保護を受給するようになったと考えられる。

医療扶助（単給）世帯の医療費の自己負担額に見られるように、そもそも医療扶助（単給）世帯といえども、自分で支払える医療費の額は非常に低い。一部負担金が10割から5割になったところで、支払える層は多くはなく、5割から3割になっても支払える層は多くはない。したがって、一部負担の減額には期待したようには反応しない。すべての階層に均等に分布しているわけではないので、期待されたように廃止世帯は多くはでない。また働いている者のいない世帯も増加し、医療保険の一部負担が軽減されたところで、廃止にはつながりがたい構造となっている。

(2-2) 開始世帯の動向

(開始世帯)

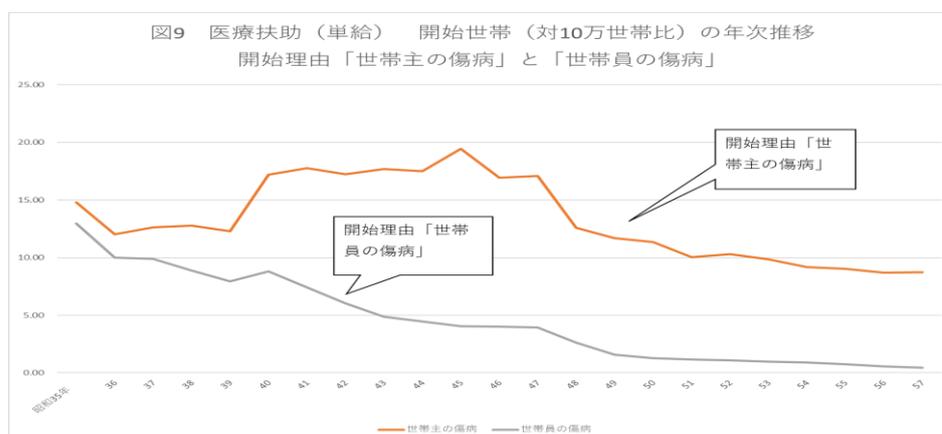
厚生省大臣官房統計調査部『生活保護動態調査報告』では、開始理由は、「世帯主の傷病」、「世帯員の傷病」、「死亡・離別・不在」、「働きによる収入の減少・喪失」、「年金・仕送りなどの減少又は喪失」、「その他」である。国民健康保険によって医療費の自己負担が軽減され

支払い可能になり生活保護医療扶助の申請を取りやめる場合、あるいは、社会福祉制度の充実によって、生活保護の申請を取りやめる場合には、開始理由が「世帯主の傷病」、「世帯員の傷病」世帯が減少となって現れると考えられる。一方で、公的医療保険の自己負担の軽減により、受診率が上昇し、とくに所得の低い患者が増加した場合には、医療扶助の開始世帯が増加すると見込まれる。現実の数値は、どのような動きを示したのだろうか。

①医療扶助（単給）世帯について

医療扶助（単給）世帯の開始理由「世帯員の傷病」と「世帯員の傷病」を合計したものを「傷病計」とし対10万世帯比を見ると、昭和35年に27.77が昭和36年には22.00に低下した。このことは、昭和36年に、結核予防法、精神衛生法の対象者の増加等、社会福祉制度の拡充があったことを反映している。

あと上昇し、昭和37年には22.52となった。その後、昭和39年に20.22に低下した後、昭和40年には25.98となり、高原状態を続けながら昭和47年には21:00、昭和48年には大幅に低下し15.1、昭和51年には11.21となり、昭和57年には9.20となった。開始理由が「傷病計」である世帯の動向は、国民健康保険の一部負担金の軽減だけではなく、世帯の収入の増加によっても起こりうる。この動向だけでは、判別しがたい。



さらに、「開始理由」の「世帯主の傷病」と「世帯員の傷病」別に見よう（図9を参照のこと）。「世帯主の傷病」が医療扶助（単給）の開始理由である世帯は、昭和36年から昭和39年まで低下した後、昭和40年から昭和47年までに高原状態の様相を呈した後、急激に低下した。「世帯員の傷病」が医療扶助（単給）の開始理由である世帯は、昭和36年に低下した後、趨勢的に、特に経済成長期には減少し、昭和47年以降急激に低下した。昭和47年以降の急激な低下は、老人医療費の無料化、高額療養費制度の影響があることを示唆している。

次に医療扶助（単給）世帯について、入院・入院外、結核、精神、その他の病別に開始世帯の動向を見てみよう。この時期、結核はドラスチックに低下したために、その影響が大き

病別にみないと明らかにならないことが多い。まずは、医療扶助（単給・入院・結核）世帯、医療扶助（単給・入院・精神）世帯、医療扶助（単給・入院・その他）世帯について、開始世帯（対10万世帯比）の動向を見ることにしよう（図10、図11、図12を参照のこと）。

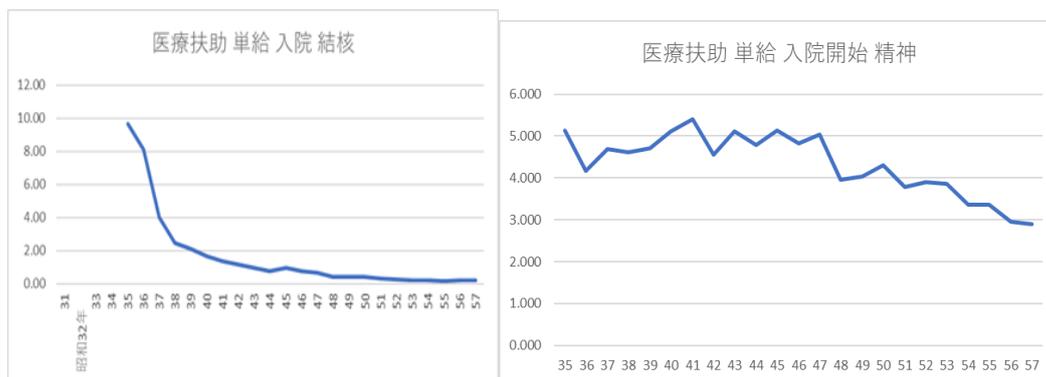
図からも明らかなように、昭和47年以降に対10万世帯比がドラスチックに減少する構造変化がみられるのは、医療扶助（単給・入院・その他）世帯と医療扶助（単給・入院外・その他）である。つまり、結核患者でも精神病患者でもなく、その他患者で起きている。精神病患者では、明確な動向が見られないが、精神衛生対策などさらに分析の必要がある。

医療扶助（単給・入院・その他）世帯では、昭和35年の14.36から昭和36年の12.52に落ち込んだ後、国民健康保険の世帯主の一部負担が5割から3割に引き下げられた昭和38年に16.78に上昇し、その後は昭和47年の11.9まで減少した。この間、世帯員の7割給付が昭和39年に開始され、昭和43年1月1日に完全実施された。医療扶助（単給・入院・その他）世帯の継続的な低下は、一部負担金の引き下げおよび経済成長による所得の上昇によるものと考えられる。昭和48年の第1時石油ショックの後の景気停滞期にも開始世帯が減少したということは、昭和47年以降の減少は明らかに転移が起きている。これは、昭和48年1月1日の老人医療費の無料化と国民健康保険の高額療養費の導入によると考えられる。高額療養費が完全実施されたのは昭和51年10月であった。

医療扶助（単給・入院外・その他）世帯では、昭和47年の3.46から昭和56年の1.36まで趨勢的に低下した。昭和47年以降の減少は明らかに転移が起きている。これは、昭和48年1月1日の老人医療費の無料化と国民健康保険の高額療養費の導入によると考えられる。高額療養費が完全実施されたのは昭和51年10月であった（図13、図14、図15を参照のこと）。

図10 医療扶助（単給・入院・結核）開始世帯の推移

図11 医療扶助（単給・入院・精神）開始世帯の推移



12 医療扶助（単給・入院・その他）開始世帯の推移

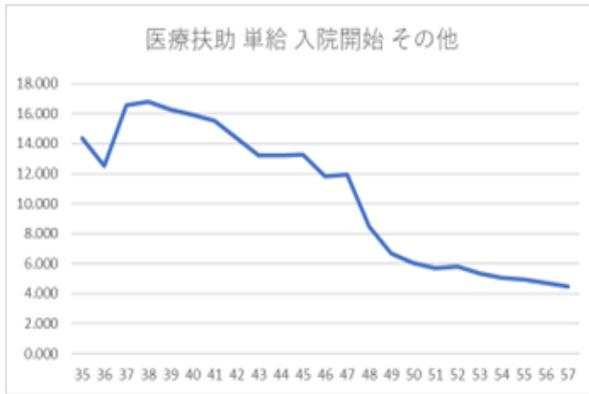


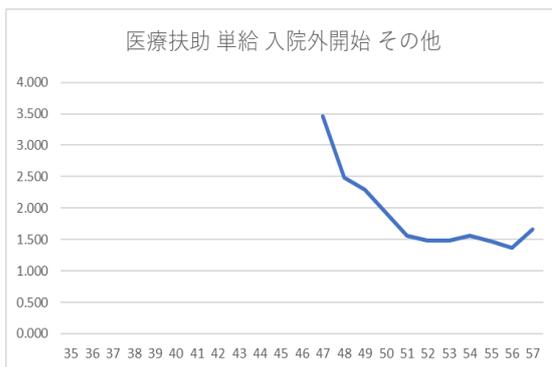
図 13 医療扶助（単給・入院外・結核）開始世帯の推移



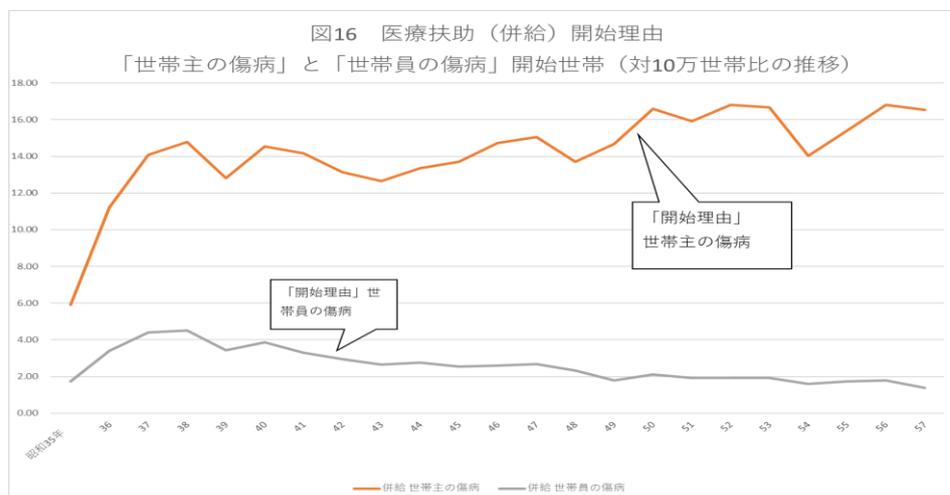
図 14 医療扶助（単給・入院外・精神）開始世帯の推移



図 15 医療扶助（単給・入院外・その他）開始世帯推移



②医療扶助（併給）世帯について



「開始理由」の「世帯主の傷病」と「世帯員の傷病」別に見ると、「世帯主の傷病」が医療扶助（併給）の開始理由である世帯は、昭和36年から急激に増加し、その後高原状態である。昭和48年に一時的に低下したもののすぐに回復している（図16を参照のこと）。「世帯員の傷病」が医療扶助（単給）の開始理由である世帯は、昭和38年からしょうわ40年に趨勢的に低下した後、なだらかな低下をたどっている。

医療扶助（併給）世帯について、入院・入院外別及び病別について開始世帯の対10万世帯比を見てみよう。医療扶助（併給・入院・結核）世帯は、昭和35年より昭和39年までに急激な落ち込みが見られ、昭和48年にへこみのようなものがみられるものの、結核と言う病気の治癒が急速に進んだことを示している。医療扶助（併給・入院・精神）の世帯対10万世帯比は、趨勢的には増加傾向にある。医療扶助（併給・入院・その他）世帯の対10万世帯比は、昭和36年以降は高原状態にあると言ってよい。一時的に影響を与えたとしても、すぐに増加している。上昇している。医療扶助（併給）世帯の国民健康保険、あるいは社会福祉制度の影響は一時的であり、昭和48年に世帯数減がみられるもののすぐに増加に転じている（図17、図18、図19を参照のこと）。

昭和47年以降のデータに限られるが、医療扶助（併給・入院外）世帯について、開始世帯の対10万世帯比を見ると次のことがいえる。医療扶助（併給・入院外・結核）世帯は、昭和47年から急速に低下した。医療扶助（併給・入院外・精神）世帯は、入院から外来へとの方針にそって、急速に上昇した。医療扶助（併給・入院外・その他）世帯は、昭和48年に落ち込みが見られたもののすぐに回復し、高原状態を維持した（図20、図21、図19、を参照のこと）。

図 17 医療扶助（併給・入院・結核）開始世帯の推移

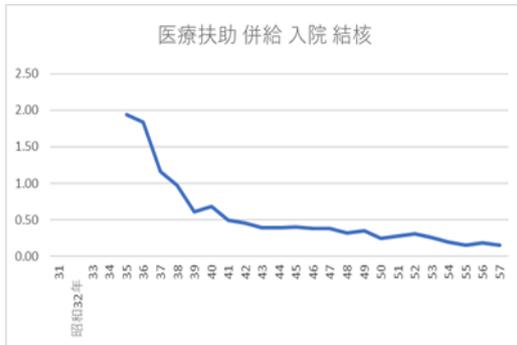


図 18 医療扶助（併給・入院・精神）開始世帯の推移

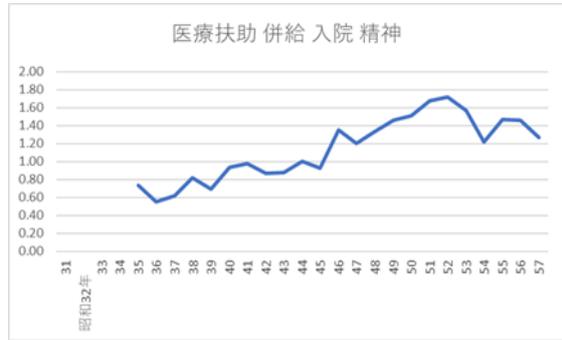


図 19 医療扶助（併給・入院・その他）開始世帯の推移

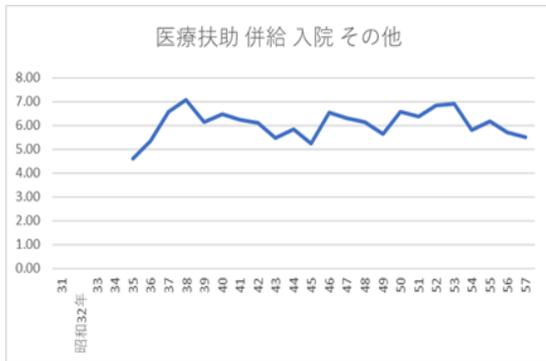


図 20 医療扶助（併給・入院外・結核）開始世帯の推移

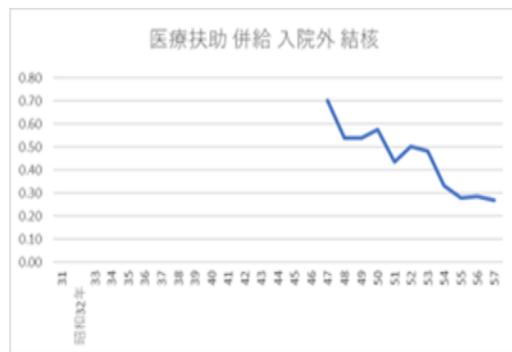


図 21 医療扶助（併給・入院外・精神）開始世帯の推移

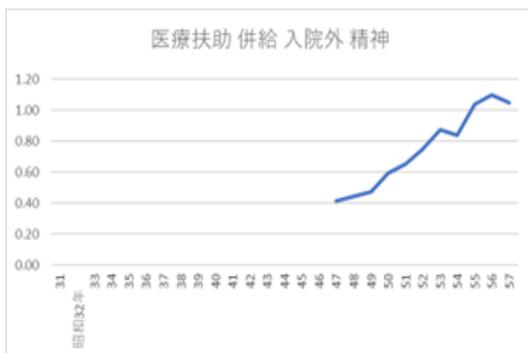
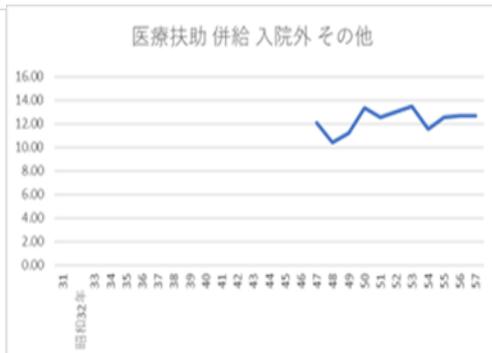


図 19 医療扶助（併給・入院・その他）開始世帯の推移



（3）医療扶助（その他）世帯について

医療扶助（その他）世帯の対 10 万世帯比で示した開始世帯の動向は、明確な変化が見られない。昭和 37 年から昭和 38 年にかけて、保護開始理由のうち「働きによる収入」の減少・喪失の数値が突出している。対 10 万世帯比で見ると、昭和 35 年で 6.64、昭和 36 年で 6.40、昭和 37 年で 8.28、昭和 38 年で 9.08、昭和 39 年で 4.03 となっている。開始理由が「世帯主の傷病」と「世帯員の傷病」をあわせても、1 割から 3 割に過ぎない。

第5章 結びにかえて

本稿では、そもそも医療扶助人員の増加をもって、国民皆保険が防貧機能を十分にはたしていないというのは妥当かを考察するために、廃止世帯と開始世帯について、単給・併給別、入院・入院別、結核・精神病・その他の病類別に昭和36年から昭和57年までの動向を分析した。

国民健康保険を含む医療保険や社会福祉制度の改正が最も顕著に現れるのは、医療扶助（単給）世帯である。医療扶助（単給）の廃止世帯については、昭和36年の結核予防法と精神衛生法の措置入院対象者の拡大によって増加し、また、その他世帯については昭和38年の老人福祉法の改正により大幅に増加した。その後は、大きな変化が見られなかったが、昭和50年から廃止理由に加わった「医療費の他法負担」が、高額療養費の影響が出る昭和51年に増加した。しかし、これも全体の1割に満たなかった。

開始世帯については、医療扶助（単給・その他）世帯に着目した。結核は特効薬の影響もあり激減中であり、精神病も精神衛生領域の政策が大いに関係し、さらなる分析を要するからである。医療扶助（単給・入院・その他）は、すでに述べたように、医療扶助（単給・入院・その他）世帯では、昭和35年の14.36から昭和36年の12.52に落ち込んだ後、国民健康保険の世帯主の一部負担が5割から3割に引き下げられた昭和38年に16.78に上昇し、その後は昭和47年の11.9まで減少した。この間、世帯員の7割給付が昭和39年に開始され、昭和43年1月1日に完全実施された。

医療扶助（単給・入院・その他）世帯の継続的な低下は、主に経済成長による所得の上昇によるものと考えられる。昭和47年以降の開始世帯の減少の程度は明らかに転移が起きていると判断できるほどの大きさである。また、医療扶助（単給・入院外・その他）世帯では、昭和47年の3.46から昭和56年の1.36まで趨勢的に低下した。

昭和48年の第1時石油ショックの後の景気停滞期にも開始世帯が減少したということは、昭和47年以降の変化は、昭和48年1月1日の老人医療費の無料化と国民健康保険の高額療養費の導入によると考えられる。高額療養費が完全実施されたのは昭和51年10月であった。一部負担がゼロ、あるいは月額一部負担の上限設定が、開始世帯の抑制に有効であることを示している。

つまり、それほどのことをしなければ、開始世帯は減少しない。それは結局、生活困窮者の医療費をどの制度で負担するのかという問題であり、公的医療保険の一部負担のありかたの問題でもある。社会保険方式を維持しつつ、国民健康保険において、生活困窮者に配慮した一部負担金や保険料とするという現在取られている政策も一つの選択である。このように考えると、公的医療保険の防貧効果を医療扶助人員数の動向と結びつけるのは、妥当でなく、配慮が必要であると考えられる。生活保護のボーダーライン層に対する効果などさらなる研究が必要である。

参考文献

- 1.岩田正美『貧困の戦後史』筑摩選書 2017年
- 2.大友信勝『公的扶助の展開』旬報社 2003年
- 3.小沼正『貧困 ―その測定と生活保護―』東京大学出版会 1974年
- 4.厚生省社会局保護課編集『生活保護 30年史』社会福祉調査会 1981年
- 5.小山路男『現代医療保障論』社会保険新報社 昭和44年
- 6.佐口卓『国民健康保険 形成と展開』光生館 1995年
- 7.社会保障研究所編『戦後の社会保障』至誠社 昭和43年
- 8.全国国民健康保険中央会『国民健康保険二十年史』東洋社 昭和33年
- 9.東京大学社会科学研究所調査報告『都市における被保護層の研究』昭和41年
- 10.朴在一『在日朝鮮人に関する総合調査研究』新紀元社 1957年
- 11.前田信雄『国民皆保険への途』勁草書房 2016年
- 12.三原七郎『三等院長のメモ』医学書院 昭和34年
- 13.森喜一『都市の貧困』三一新書 1958年
- 14.吉田久一『日本の貧困』勁草書房 1995年