

徴が依然として強固であることを示す結果になっている。たとえば、20-29歳の貧困率は、15%から20%程度、60-69歳では20%前後からそれ以上のときもある。70歳以上では20%代の後半以上にまで貧困層に含まれているのである。等価方式の方が若干高めに出ている傾向も安定している。

4. 学歴、就業状態、階層

ここでは、貧困状態と学歴、就業状態、階層の関係について明らかにする。まず貧困と学歴の関係について確認しよう。以下の分析では、対象者は世帯主のみである。表5は学歴別の貧困率の推移をみたものである。学歴が低いほど貧困率が高まる傾向はこの10年間で一貫している。中卒者の貧困率は、高卒者の2倍以上となっている。けれども、2007年と2009年では高卒者の貧困率に上昇傾向が確認できる。学歴段階は、1960年代までは中卒者が主流であったが、それ以降は高卒者に代替しており、年齢が高まるほど貧困リスクは高まることを考えると、高卒者の貧困率は高まり続ける可能性がある。また、図2同様に、近年OECD方式と等価方式の乖離が縮小していることも特徴として指摘できる。

就業状態との関係をみると（表6）、一貫して非正規雇用と貧困率との関係が強いことがわかる。非正規雇用の30前後はワーキング・プア層に当たりことになり、その不安定さは強固である。表1でみたように、平均世帯収入は減り続けており、リーマンショックの影響も縁辺労働力が敏感に反応する。一例として、2005年から2007年にかけて非正規雇用の貧困率は低下傾向にあったが、リーマンショックが生じた2009年には上昇しているのである。同じように、自営業も規模が小さいほど貧困との関係が強い。世帯主が非正規雇用であるか、零細自営業主であることは、景気変動に敏感であるために貧困リスクを高めるのである。非正規雇用は30%前後がこのリスクをもち、4人以下の零細自営業では13~14%ほどにもなる。

正規雇用であっても貧困リスクから逃れられるわけではない。おおよそ5~6%程度は貧困リスクをもっている。家族構成員数が増えると、正規雇用であっても貧困に陥らないとは限らないのである。

職業的な特性によっても貧困リスクは異なっている。表7は、階層と貧困との関係をみたものである。専門職と管理職を含むW雇用上では、貧困率は5%より低いことが多い。2009年でも2.1%に過ぎない。W雇用下からB雇用上、B雇用下というふうには、肉体的な職業特性が高まるに従って、貧困リスクは高まることがわかる。

5. 貧困を規定する要因

貧困測定において同じ世帯収入を用いる場合でも、世帯構成・人数によって発生するニーズをどの程度調整するかによって、貧困の分布について異なる知見が得られることはすでに自明のことであるが、逆に、調整方式にかかわらず得られる知見は、より確固たるものである。本分析で繰り返し指摘したように、近年、調整方式が異なりながらも得られる

知見に大きな差異がみられなくなっている。このことは、調整方式に由来する問題以上に、貧困の固定化が懸念される。調整方式により貧困に陥る層が異なることは、それ自体貧困リスクが特定の層に固定的でないことを示してきたからである。

貧困層の属性分析では、高齢者・低学歴・非正規雇用・ブルーカラー雇用との密接な関係が明らかで、この10年間で一貫して雇用の正規化が貧困脱出の契機となる可能性をもつことも明らかであった。また低学歴要因はこれまで中卒が主体であったが、近年では高卒者の貧困リスクも高まってきている。1960年代以降、学歴水準の主流が中卒から高卒へとシフトしてきたことの影響が近年顕在化してきたのかもしれない。これが正しいとすると、中卒者の貧困リスクは今後さらに高まることが予想される。

謝辞

日本版 General Social Surveys (JGSS) は、大阪商業大学 JGSS 研究センター（文部科学大臣認定日本版総合的社会調査共同研究拠点）が、東京大学社会科学研究所の協力を受けて実施している研究プロジェクトである。

参考文献

- 阿部彩.2006.「貧困の現状とその要因-1980-2000年代の貧困率上昇の要因分析」小塩隆士・田近栄治・府川哲夫『日本の所得分配-格差拡大と政策の役割』東京大学出版会、p.111-137.
- 阿部彩.2008.『子どもの貧困—日本の不公平を考える』岩波新書。
- Bailey, N. .2006. Does Work Pay? : Employment, Poverty and Exclusion from Relations. C. Pantazis, D.Gordon and R. Levitas (eds) *Poverty and Social Exclusion in Britain*. The Policy Press, pp.163-183.
- DWP (Department for Work and Pensions).2009. *Household Below Average Income: An analysis of the income distribution 1994/95-2007/08*. HBAI series.
- 藤澤三宝子.2008.「日本の低所得と生活保護制度—JGSS データによる社会扶助受給決定要因分析を通して—」大阪商業大学比較地域研究所・東京大学社会科学研究所編『研究論文集[7] JGSS で見た日本人の意識と行動』pp.271-283.
- 樋口 美雄・コリン マッケンジー・宮内 環・慶應義塾大学パネルデータ設計解析センター編.2010.『貧困のダイナミズム 日本の税社会保障・雇用政策と家計行動』慶應義塾大学出版会。
- 樋口 美雄・コリン マッケンジー・宮内 環・慶應義塾大学パネルデータ設計解析センター編.2011.『教育・健康と貧困のダイナミズム—所得格差に与える税社会保障制度の効果』慶應義塾大学出版会。
- 石井加代子・山田篤裕.2007.「貧困の動態分析—KHP に基づく3年間の動態およびその国際比較」樋口美雄・瀬古美喜『日本の家計行動のダイナミズム[III]経済格差変動の実態・

- 要因・影響』慶應義塾大学出版会、 pp.101-129.
- 岩田正美.2004.「デフレ不況下の『貧困の経験』」樋口美雄・大田清・家計経済研究所『女性たちの平成不況』日本経済新聞社、 pp.203-233.
- 岩田正美.2005.「政策と貧困」岩田正美・西澤晃彦編『貧困と社会的排除』ミネルヴァ書房、 pp.15-41.
- 岩田正美.2006.「バスに鍵はかかってしまったか？—現代日本の貧困と福祉政策の矛盾」『思想』岩波書店、 pp.135-152.
- 駒村康平.2009.『大貧困社会』角川 SSC 新書。
- 宮本太郎.2009.『生活保障—排除しない社会へ』岩波新書。
- 中川 清.2004.「貧困の性格変化と社会生活の困難さ—『社会生活に関する調査』の意義」『季刊社会保障研究』 vol.39、 No.4, pp.354-370.
- 西村幸満.2005.「日本の社会的排除調査の実施に向けて—調査対象・調査項目・その予備的作業」厚生労働科学研究報告書『日本の社会保障制度における社会的包摂（ソーシャル・インクルージョン）効果の研究』 pp.83-97.
- 西村幸満・卯月由佳.2006.「就業における社会的排除—就業二極化への示唆—」『季刊社会保障研究』 Vol.41, No.1, pp.41-53.
- 西村幸満.2010.「世帯収入による貧困測定の試み—1999-2005年の貧困率と世帯主の特徴との関連について—」『季刊社会保障研究』 Vol. 46 No. 2.
- 大竹文雄.2004.『日本の不平等—格差社会の幻想と未来』日本経済新聞社。
- 小塩隆士.2010.『再分配の厚生分析』日本評論社。
- 佐藤俊樹.2000.『不平等社会日本—さよなら総中流』中央公論新社。
- 篠崎武久.2008.「所得の水準とばらつきの時系列的推移について—JGSS と政府統計の比較」大阪商業大学比較地域研究所・東京大学社会科学研究所編『研究論文集[7] JGSS で見た日本人の意識と行動』 pp.147-157.
- 橘木俊詔.1998.『日本の経済格差』岩波新書。
- 橘木俊詔・浦川邦夫.2006.『日本の貧困研究』東京大学出版会。
- 和田有美子・木村光彦.1998.「戦後日本の貧困—低消費世帯の推計」『季刊社会保障研究』 vol.34, No.1, pp.90-102.

表1 各調査時(調査の前年)の世帯収入の概要

	1999年	2000年	2001年	2002年	2004年	2005年	2007年	2009年
標本数	1979	1843	1975	2444	1221	2889	2975	3551
平均世帯収入	681.7	652.9	611.5	580.4	582.1	615.4	595.2	576.9
SD	9.9	10.0	9.7	8.3	12.6	7.6	7.4	6.4

表2 同一世帯内世帯人数

	1999年	2000年	2001年	2002年	2004年	2005年	2007年	2009年
	2,890	2,790	2,953	3,663	2,022	4,254	4,220	5,003
1人	7.7	7.7	7.8	7.8	8.5	8.0	8.7	8.3
2人	24.6	26.8	22.7	25.1	26.1	26.9	27.2	28.4
3人	22.4	21.6	20.0	20.3	23.4	22.7	24.8	24.2
4人	21.4	21.7	21.5	21.4	21.5	22.0	20.3	21.0
5人	12.5	11.4	14.0	11.9	9.2	10.9	10.0	9.6
6人以上	11.5	10.8	14.1	13.5	11.4	9.5	9.0	8.6

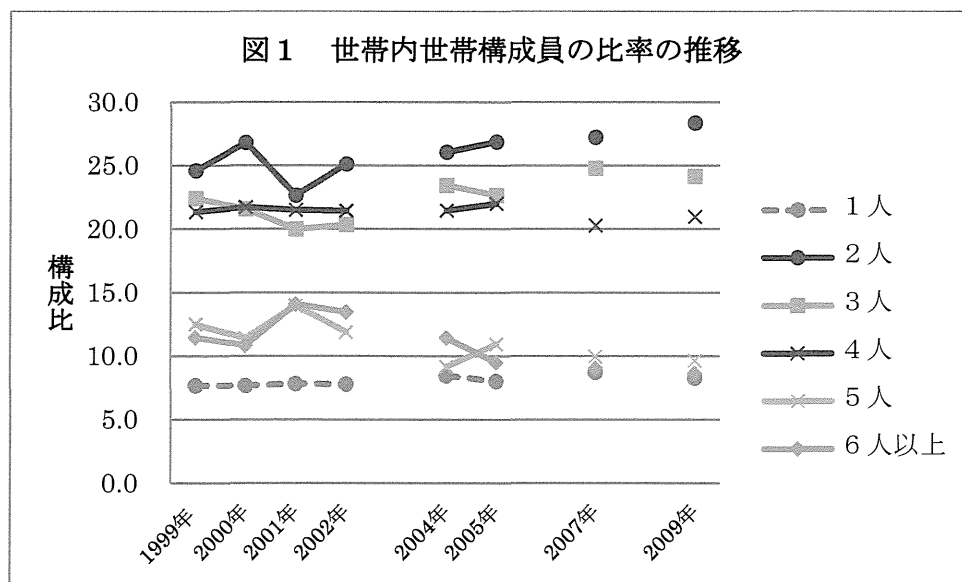


表3 貧困世帯分布の推移(1999-2009年)

	I. OECD方式による貧困層(%)				II. 等価方式による貧困層(%)			
	貧困層 (貧困率)	貧困～ 中央値	中央値 以上	計 (標本数)	貧困層 (貧困率)	貧困～ 中央値	中央値 以上	計 (標本数)
1999年	283 14.4	746 37.9	942 47.8	1971 100.0	309 15.7	708 35.9	954 48.4	1971 100.0
2000年	312 17.0	640 34.9	882 48.1	1,834 100.0	342 18.7	602 32.8	890 48.5	1,834 100.0
2001年	321 16.5	722 37.1	902 46.4	1,945 100.0	305 15.7	685 35.2	955 49.1	1,945 100.0
2002年	486 20.1	870 35.9	1068 44.1	2,424 100.0	502 20.7	886 36.6	1036 42.7	2,424 100.0
2004年	236 19.6	418 34.8	548 45.6	1,202 100.0	234 19.5	408 33.9	560 46.6	1,202 100.0
2005年	399 13.9	1080 37.5	1399 48.6	2,878 100.0	429 14.9	1089 37.8	1360 47.3	2,878 100.0
2007年	460 15.5	1100 37.1	1403 47.4	2,963 100.0	446 15.1	1071 36.2	1446 48.8	2,963 100.0
2009年	560 15.8	1341 37.9	1642 46.3	3,543 100.0	545 15.4	1299 36.7	1699 48.0	3,543 100.0

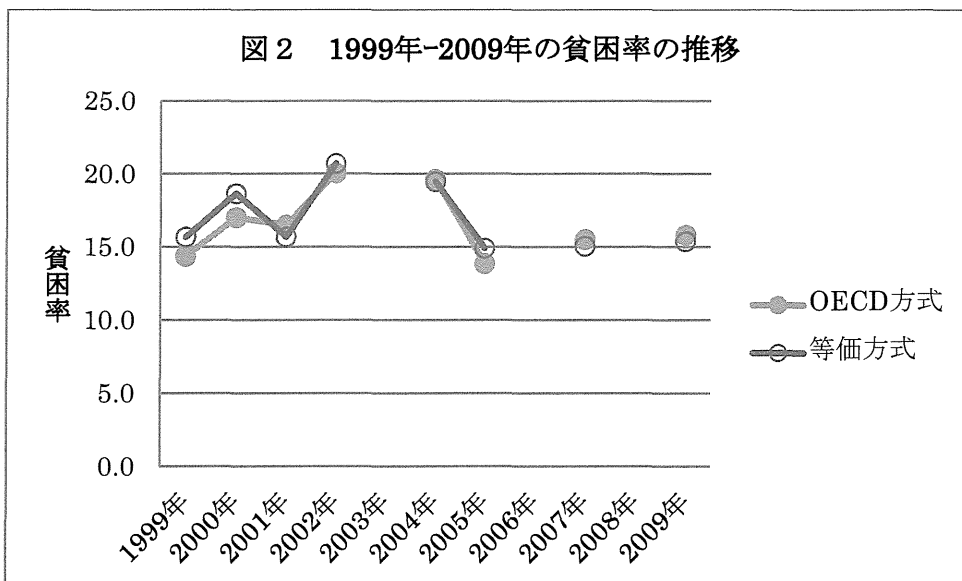


図3 1999-2009年の貧困～中央値の推移

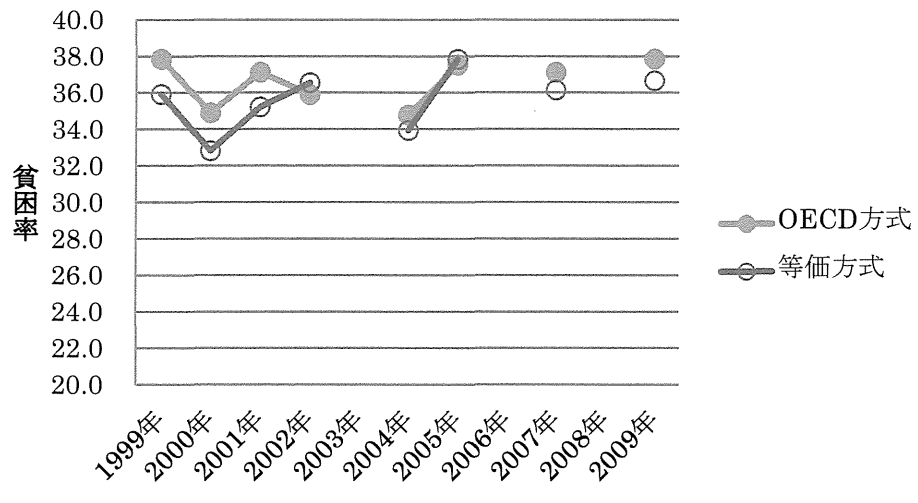


表4 世帯主の年齢別に見た貧困分布の推移(1999-2009年)

世帯主年齢		1999年	2000年	2001年	2002年	2004年	2005年	2007年	2009年
OECD									
20-29歳	度数	11	9	5	7	5	11	20	19
	%	16.9	16.7	13.9	17.5	18.5	15.1	20.6	16.0
30-39歳	度数	7	12	5	13	2	18	29	27
	%	5.8	9.5	5.1	11.6	2.5	7.8	7.4	6.3
40-49歳	度数	17	11	14	14	9	15	37	50
	%	10.4	7.6	9.5	8.4	8.8	6.2	7.8	8.7
50-59歳	度数	25	23	25	13	17	25	60	58
	%	10.9	10.2	10.7	5.9	12.9	7.9	9.4	8.7
60-69歳	度数	59	64	44	73	36	67	127	175
	%	24.9	31.8	22.8	25.4	24.0	18.3	19.2	19.3
70歳以上	度数	63	73	42	74	67	109	175	207
	%	42.3	39.7	31.3	36.5	39.0	32.1	28.4	27.5
Total	度数	182	192	135	194	136	245	448	536
	%	18.9	20.5	16.0	18.9	20.5	15.6	15.6	15.5
等価									
20-29歳	度数	12	13	5	8	6	17	21	21
	%	18.5	24.1	13.9	20.0	22.2	23.3	21.7	17.7
30-39歳	度数	11	18	6	15	2	23	25	23
	%	9.2	14.2	6.1	13.4	2.5	10.0	6.4	5.3
40-49歳	度数	17	12	13	15	9	17	34	41
	%	10.4	8.3	8.8	9.0	8.8	7.0	7.2	7.1
50-59歳	度数	24	25	21	14	18	23	51	51
	%	10.4	11.1	9.0	6.4	13.6	7.2	8.0	7.6
60-69歳	度数	62	66	40	71	39	71	126	172
	%	26.2	32.8	20.7	24.7	26.0	19.4	19.1	19.0
70歳以上	度数	63	71	39	70	67	125	179	215
	%	42.3	38.6	29.1	34.5	39.0	36.8	29.0	28.5
Total	度数	189	205	124	193	141	276	436	523
	%	19.6	21.9	14.7	18.8	21.2	17.6	15.1	15.1

表5 学歴別貧困率の推移(1999-2009年)

	1999年	2000年	2001年	2002年	2004年	2005年	2007年	2009年
OECD方式								
中卒	107 38.6	112 42.0	65 32.0	115 39.9	72 39.6	117 34.8	132 37.0	156 35.4
高卒	65 15.2	57 14.6	53 14.8	61 13.4	52 17.9	101 14.4	165 18.8	195 19.2
短大・高専卒	4 5.6	11 19.0	9 14.3	6 8.7	4 8.7	13 10.2	98 13.4	115 13.2
大学・大学院卒	6 3.3	9 4.2	6 2.8	12 5.5	7 5.0	14 3.5	40 4.9	60 6.1
学歴計	182 19.0	189 20.3	133 15.8	194 18.9	135 20.5	245 15.6	435 15.6	526 15.9
等価方式								
中卒	111 40.1	114 42.7	59 29.1	111 38.5	73 40.1	127 37.8	132 37.0	167 37.9
高卒	66 15.4	67 17.2	50 13.9	64 14.1	57 19.6	115 16.4	162 18.4	189 18.6
短大・高専卒	4 5.6	10 17.2	9 14.3	6 8.7	5 10.9	16 12.6	90 12.3	105 12.0
大学・大学院卒	8 4.4	11 5.1	4 1.9	12 5.5	5 3.6	18 4.5	39 4.8	52 5.3
学歴計	189 19.7	202 21.7	122 14.5	193 18.8	140 21.2	276 17.6	423 15.2	513 15.5

表6 就業形態別別貧困率の推移(1999-2009年)

	1999年	2000年	2001年	2002年	2004年	2005年	2007年	2009年
OECD方式								
自営業(単独)	15.4	24.4	16.7	24.5	16.2	9.8	20.0	20.7
自営業(4人以下)	16.7	17.5	10.3	7.3	12.9	13.7	13.6	14.4
自営業(29人以下)	0.0	7.3	5.9	2.4	0.0	5.8	6.6	2.6
自営業(30人以上)	0.0	0.0	3.6	0.0	0.0	5.5	0.0	0.0
正規雇用	6.6	5.9	5.4	5.9	3.5	4.0	5.7	4.9
非正規雇用	34.3	41.3	30.2	38.2	36.2	29.7	27.8	33.2
非就労・不明・非該当	37.3	39.5	27.7	41.8	42.7	32.1	32.7	30.2
等価方式								
自営業(単独)	18.0	24.4	14.3	22.6	18.9	11.5	20.0	18.7
自営業(4人以下)	14.3	21.3	9.0	7.3	11.3	13.0	13.2	14.0
自営業(29人以下)	0.0	9.8	2.9	2.4	0.0	5.8	3.3	1.7
自営業(30人以上)	0.0	0.0	3.6	0.0	0.0	3.6	0.0	0.0
正規雇用	7.1	7.4	4.8	6.4	3.5	5.9	4.8	4.3
非正規雇用	37.1	44.4	28.3	38.2	40.4	31.5	27.8	32.4
非就労・不明・非該当	39.0	40.7	26.0	41.2	44.0	35.4	33.6	30.9

表7 階層別貧困率の推移(1999-2009年)

	1999年	2000年	2001年	2002年	2004年	2005年	2007年	2009年
OECD方式								
W雇用上	1.7	0.9	1.0	3.1	5.7	4.4	2.3	2.1
W雇用下	7.0	9.5	4.1	8.2	6.7	5.5	5.8	6.8
B雇用上	14.4	13.4	10.4	5.1	9.5	9.8	12.2	9.0
B雇用下	17.5	18.8	18.3	21.3	11.1	11.8	12.7	16.1
全自営	16.3	19.8	12.5	12.9	14.1	12.5	15.9	17.0
農業*	40.0	0.0	25.0	7.1	0.0	22.2	25.0	15.0
無職・非該当	38.0	39.2	32.5	37.2	42.5	32.7	33.8	29.5
等価方式								
W雇用上	3.3	0.9	1.0	3.1	5.7	5.3	2.3	1.9
W雇用下	6.1	9.5	4.7	9.2	8.2	6.1	5.2	7.0
B雇用上	17.3	19.5	9.1	4.0	9.5	12.3	10.3	7.1
B雇用下	18.4	20.5	14.8	21.3	11.1	15.1	11.0	14.8
全自営	15.5	22.3	10.8	12.3	14.1	12.5	15.6	15.9
農業*	40.0	25.0	25.0	14.3	0.0	22.2	25.0	10.0
無職・非該当	39.4	39.9	30.6	36.6	43.8	36.3	35.0	30.6

*農業は標本規模が非常に小さい(参考)

1. はじめに

生活保護制度については社会保障政策の検討課題の1つとされており¹、政府内においても、そのあり方について活発に論じられている。その内容は多岐にわたるが、その中で、医療扶助については、医療扶助は保護費全体の約半分を占めており²、その適正化が求められている。例えば、昨年10月の財政制度等審議会財政制度分科会「財政について聴く会」（2012年10月22日開催分）では、社会保障予算（生活保護、年金等）が議題の1つであったが、その中で、生活保護費の急増の要因の1つは、その半分を占める医療扶助であるとし、真に必要な方への医療水準は維持しつつ、あらゆる方法を通じて適正化に取り組むべきであるとする。具体的に挙げられている方策は、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、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であり、さらに、医療機関のモラルハザードが大きいことから、実態調査の仕組みを構築し、不適切な診療を行っている機関は指定を外すなどの厳格な対応を行うべきであると指摘する³。

また、厚生労働省においても、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が2013年1月25日に報告書（以下「特別部会報告書」という）を提出しており、その中で、医療扶助の適正化について言及している⁴。そこでは、医療扶助の適正化の方向性を示した上で、生活保護受給者の健康管理を支援する取組、セカンドオピニオン（検診

¹ 例えば、平成24年8月10日に成立した社会保障制度改革推進法は、附則2条で、政府は、生活保護制度に関し、①不正な手段により保護を受けた者等への厳格な対処、生活扶助、医療扶助等の給付水準の適正化、保護を受けている世帯に属する者の就労の促進その他の必要な見直しを早急に行うこと、②生活困窮者対策及び生活保護制度の見直しに総合的に取り組み、保護を受けている世帯に属する子どもが成人になった後に再び保護を受けることを余儀なくされることを防止するための支援の拡充を図るとともに、就労が困難でない者に関し、就労が困難な者とは別途の支援策の構築、正当な理由なく就労しない場合に厳格に対処する措置等を検討することを求めている。

² 平成22年度の実績では、事業費ベースの生活保護負担金約3.3兆円のうち、医療扶助は47.2%（約1兆5700億円）を占めている（生活保護費負担金事業実績報告）。

³ 財政制度等審議会財政制度分科会「財政について聴く会」（平成24年10月22日開催）配付資料参照。

⁴ 報道によれば厚生労働省では2006年にも医療扶助について被保護者に2008年度から一部負担を求める方向で検討に入ったとされている（2006年7月11日付け毎日新聞）。当時、社会保障費を2011年度までに国費ベースで1.1兆円削減することを目標とした政府方針を受け、財務省は今後5年間、厚生労働省に毎年社会保障費の伸びを2200億円圧縮するよう求める方針であった。これを受けて厚生労働省は、2008年度につき、生活保護費のうち生活扶助の水準を引き下げ、及び医療扶助への自己負担導入を検討することにしたとされている。しかし、このときには医療扶助の自己負担を導入するには至らなかった。

命令)の活用といった生活保護受給者に対する取組、及び、指定医療機関に対する指導権限の強化等の指定医療機関に対する取組等が挙げられている。

医療扶助の問題は、生活保護制度をどのように理解するか、さらには、生活保護制度の枠内にとどまらず、国民に対する医療サービスの提供のあり方や保障水準に関わる問題であり、それらをどのように理解するかによって、結論は異なりうると考えられる。医療扶助の適正化に関する上記の 2 つの議論においても、論点によっては見解が異なっている。例えば「財政について聴く会」の資料においては、医療扶助をめぐる課題(検討の方向性)として医療費の一部負担について以下のように述べられている。

医療扶助については、レセプト点検をはじめとする適正化策を平成 10 年代から継続しているにもかかわらず、○医療扶助費全体の増加傾向に歯止めがかからない、○生活保護受給者一人当たり医療費が一般国民よりも高い状態が継続している、○入院診療費単価や入院外診療・歯科診療の件数はむしろ増加傾向にある、○生活保護受給者や医療機関等に直接接している地方自治体からは、現在進められている取組の実効性に対して疑問の声が上がっている、などの状況がみられる。以上を踏まえると、これまでの適正化の取組みに加えて、患者側、医療機関側のモラルハザードを防止し、制度の信頼性を確保する観点等から、例えば、一部自己負担の導入(翌月償還を含む)、後発医薬品の原則化など、もう一段の取組みを進めることが必要ではないか。

これに対し、特別部会報告書では、「医療扶助の適正化に関し、医療費の一部負担を導入することについては、行うべきではない。なお、額が小さくとも一部負担を検討すべきという意見があった」と述べるにとどまる。

これらの見解の相違につき、どちらが適当であるかは政策決定のレベルの問題でもあるので一概には言えない。しかしながら、現行の生活保護法が医療扶助についてどのような法的な枠組みを備えているかをあらためて整理し、その上で、医療扶助の適正化に関する論点を検討することで、現行制度の法的仕組みの問題点を抽出し、そのあり方について一定の方向性を提示する一助になると思われる。

そこで本稿では、医療扶助の給付の法的枠組みについて概観し、医療扶助の適正化を目的とした取組の中で、①医療扶助の受給者の一部負担、②後発薬の利用の促進、③指定医療機関に対する取組の 3 つの論点について、若干の検討を行う。医療扶助の適正化を目的として挙げられる取組は多種多様であるが、この 3 つの論点は、その中で制度の仕組みそのものに深く関係すると考えられるからである。また、本稿は、医療扶助の適正化を目的とした取組について、その導入の是非を問うものではなく、あくまで、現行制度内での考え方を提示するものにとどまることを付言しておく。

2. 保護の決定手続の概要

生活保護の実施機関は、要保護者から生活保護の申請がなされると、保護の要否、保護が必要な場合にはその種類、程度及び方法を法定の期間内に決定するために必要な調査を

行う。この調査の内容は、主として、要保護者の資産状況、要保護者に対する扶養義務者の有無等、生活保護法 4 条に規定された補足性の原理の要件を満たしているかどうかである。これらの調査結果に基づいて、当該要保護者の最低生活費を認定する。最低生活費の認定の際の基準は、「生活保護法に基づく保護の基準⁵」に基づいて行われる⁶。保護の実施機関は要保護者及び要保護世帯が、現実にどれだけの生活費・生活物資を確保しているか、すなわち、要保護者が自らの力で充足できる額を確定する。この行為を収入認定という⁷。

要保護者の最低生活費の認定及び収入認定の後、保護の要否及びその程度が決定される。これは、認定された最低生活費と認定された収入との対比による。具体的には、認定された収入額を、原則として、第 1 に衣食等の生活費に、第 2 に住宅費に、第 3 に教育費及び高等学校等への就学に必要な経費に、以下介護、医療、出産、生業、葬祭に必要な経費の順に充当し、その不足する費用に対応して保護の種類と保護費が決定される⁸。この充当方法の趣旨は、要保護者の収入は原則としてまず衣食の費用に、次いで教育の費用に、以下は医療、出産その他臨時に必要な生じた出費に充当させるようにし、その後不足する生活部面に対して、生活保護法による保護を適用することが法の建前に適った最も妥当な運用であると考えられるからである⁹。

要するに、認定された収入の充当によっても最低生活費に満たない場合、その差が、生活保護費として給付される。

3. 医療扶助の支給の仕組み

(1) 医療扶助の決定

最低生活費の認定に際して考慮される医療費については、生活保護申請時を基準として算定される。つまり、申請時に何らかの傷病に罹患していて、医療機関での受診の必要がある、または、入院しているという場合でなければ、医療費は最低生活費として認定されない。最低生活費に医療費が含まれる場合、医療扶助は現物給付であることから（生活保護法 34 条 1 項）、医療扶助の必要額は他の扶助とは別に計算される。最低生活費としての医療費に要保護者の収入額の全部または一部が充当される場合、それは、医療扶助を現物給付として受ける際の本人の支払い額となる。

単純な例を挙げれば、要保護者の最低生活費のうち、医療費を除く部分を A、医療費を B とし、認定収入額が P であるとすると、P が A を下回る額である場合、 $P - A$ が生活扶助等

⁵ 昭和 38 年 4 月 1 日厚生省告示 158 号

⁶ 具体的な最低生活費の認定の方法については、『生活保護手帳(2012 年度版)』(中央法規、2012 年) 171 頁以下参照。

⁷ 具体的な収入認定の方法については、前掲『生活保護手帳(2012 年度版)』250 頁以下参照。

⁸ 「生活保護法による保護の実施要領について」昭和 36 年 4 月 1 日厚生省発社第 123 号。

⁹ 小山進次郎『(改訂増補)生活保護法の解釈と運用(復刻版)』(全国社会福祉協議会、2004 年) 234 頁

の額、Bが医療扶助額となる。PはAを上回る額であるが、A+Bには満たない場合、A+B-Pが医療扶助額として支給される。この場合、P-Aが医療費の本人支払額となる。これがいわゆる医療扶助単給である。さらにPがA+Bを上回る額であれば、生活保護は支給されないこととなる。

(2) 医療扶助の受給の手続き

医療扶助の支給が決定された場合は、被保護者に対し、その必要とする医療の種類、たとえば医療における入院、入院外、歯科、調剤等に応じて、生活保護法の医療券・調剤券（以下、「医療券」という。）が発行される。医療券には、指定医療機関名、傷病名、本人支払限度額等が記載されており、発行された医療券の提示によって受けられる医療扶助は、医療券に記載された指定医療機関における、医療券に記載された傷病に対する診療等に限られる。突発的に傷病に罹患した場合は、被保護者は生活保護受給証等を指定医療機関に提示して医療サービスを受けることになる。この場合、事後的に当該傷病にかかる医療券が発行されることになる。いずれにせよ、医療扶助は現物給付であるから、医療サービスにかかる費用につき、被保護者との金銭の受け渡し等は介在しない。

(3) 医療扶助における診療方針及び診療内容

医療扶助のための医療を担当する機関は、国の開設した医療機関については厚生労働大臣の、その他の医療機関については開設者の申請により都道府県知事の指定を受けた医療機関である（生活保護法 52 条 1 項）。指定医療機関の診療方針及び診療報酬は、別に定める場合を除き、国民健康保険の例による（生活保護法 52 条 2 項、国民健康保険法 40 条、45 条、それらが準用する健康保険法 70 条、72 条参照）。そのため、医療扶助によって受けられることのできる医療サービスは、基本的に公的医療保険による療養の給付等と同じである¹⁰。また、多くの場合、保険医療機関の指定を受けている医療機関は、生活保護法の指定医療機関としての指定も受けている¹¹。その結果、被保護者は、同じ市町村内に住所を有する他の住民と同等の医療サービスを受けることができる。

被保護者が指定医療機関の医療サービスを受けるために医療券または生活保護受給証を提示した場合、指定医療機関は、「指定医療機関医療担当規程¹²」に従って、懇切丁寧に被保護者の医療を担当しなければならない（生活保護法 50 条 1 項）¹³、また被保護者の医療に

¹⁰ 保険外併用療養費の一部が対象外である。

¹¹ 保険医療機関のほぼ 100%が指定医療機関の指定を受けている。東京都などでは、保険医療機関の指定を受けていることが、指定医療機関を受けるための要件とされている。逆に指定医療機関であっても保険医療機関でない医療機関は若干存在するが、指定医療機関の廃止届の提出が遅れている医療機関があるためと考えられる。

¹² 昭和 25 年 8 月 23 日厚生省告示 222 号。

¹³ 指定医療機関において医療を担当する医師は医師法 19 条に定める義務を負うことは当然である。

ついて、都道府県知事の指導に従わなければならない（同 2 項）。指定医療機関が、指定医療機関医療担当規程に反した診療行為を行ったり、都道府県知事の指導に従わなかったときは、当該指定医療機関に対して、指定権者（厚生労働大臣または都道府県知事）は、その指定を取り消すことができる（生活保護法 51 条）。

（4）診療報酬の請求

指定医療機関が医療券または生活保護受給証等を提示した被保護者に対して、所定の基準に従った診療行為等を行った場合、指定医療機関は当該診療行為等に要した診療報酬を都道府県知事に請求する。請求を受けた都道府県知事は、診療内容及び診療報酬の請求につき審査し、支払うべき診療報酬の額を決定する（生保 53 条 1 項）。都道府県知事が行うこの診療内容及び診療報酬の請求に対する審査に当たっては、社会保険診療報酬支払基金法に定める審査委員会等の意見を聴く必要がある（同 3 項）。また、指定医療機関に対する診療報酬の支払いに関する事務を、社会保険診療報酬支払基金等に委託することができる（同 4 項）。

公的医療保険においては、保険者と社会保険診療報酬支払基金等の診療報酬審査支払機関との関係は、公法上の契約関係であるとされる¹⁴。これと同様に、生活保護法上の医療機関の指定について通説は、第三者のためにする公法上の契約であり、指定契約の内容は第三者（保護の実施機関）のためにする準委任契約であるとする¹⁵。

実際に、指定医療機関が医療扶助の受給者に対して診療行為等を行った場合、当該指定医療機関は社会保険診療報酬支払基金に対して診療報酬の請求を行う。支払基金は、提出された診療報酬明細書等の内容を審査するが、この審査過剰あるいは不適切な診療が行われていた場合には減点査定を行う¹⁶。減点査定が行われた場合、指定医療機関に対して当初請求額よりも低額の診療報酬が支払われることになるが、これに対して不服がある場合は、

¹⁴ 最判昭和 48 年 12 月 20 日民集 27 卷 11 号 1594 頁は、健康保険法、国民健康保険法の規定は、「保険者は診療担当者による診療報酬の請求に対する審査および支払に関する事務を審査支払機関に委託することができる旨を規定するにとどまるが」、審査支払機関の主要業務、権限等からすれば、「審査支払機関が保険者等から診療報酬の支払いを受ける関係は公法上の契約関係」であるとする。

¹⁵ 小山進次郎編『社会保障関係法 II』（日本評論社、1953 年）86 頁。ただし、本文で後述するように、指定の取消が行政処分と解されていることからすれば、指定を公法上の契約と捉えるのは平仄が合わないとの指摘もある。西村健一郎『社会保障法』（有斐閣、2003 年）533 頁。

¹⁶ 公的医療保険において、診療報酬審査支払機関が保険者から診療内容の審査及び診療報酬の支払いの事務を委託された場合、その審査は、保険医療機関の診療行為及びそれに基づく請求が医学的専門的見地に照らして療養担当規則に適合しているかどうかの実質的審査を行うことができる（最判昭和 48 年 12 月 20 日民集 27 卷 11 号 1594 頁は、療養の給付が療養担当規則に適合しているかについて社会保険診療報酬支払基金が実質的に審査する権限を有すると判断している）。医療扶助においても診療内容等の審査は実質面まで及ぶと考えられる。

公的医療保険の場合とは異なり、行政訴訟で争うことになる¹⁷。これは、生活保護法 53 条 1 項に基づき、診療報酬額の決定権はあくまで都道府県知事に留保されており、その決定は「指定医療機関の権利義務を公権的に確定する行政処分」であるためである¹⁸。

このように、指定医療機関の診療方針や診療報酬についての審査は、社会保険診療報酬支払機関によって行われるが、当該診療方針や診療報酬は国民健康保険の診療方針及び診療報酬と同じなので、審査についても国民健康保険の場合と基本的に同等の審査が行われる。

(5) 医療扶助と公的医療保険

以上のように医療扶助の給付の仕組み、とりわけ指定医療機関への診療報酬の請求に対する審査、限定査定、支払い等の仕組みは、実質的には公的医療保険の仕組みと同じである。したがって、一部で指摘されている被保護者による医療機関への重複受診や、医薬品の横流し等の不適正な医療扶助の受給は、それが現実に存在するとすれば、公的医療保険においても生じうる問題である。基本的には、公的医療保険による医療サービス給付も含めて、医療サービスの提供の仕組みに内在する問題として検討すべきであろう。

他方で、公的医療保険による給付と異なる点も多い。まず、医療扶助の受給に際しては、被保護者は自己負担の支払いは不要であるから、被保護者に対し、医療機関も少なくとも公的医療保険の被保険者に対する場合よりも安易に医療サービスを提供する素地はあると言える。しかし被保護者は通常、医療サービスの需要者であるから、医療機関によって提供される医療行為が適正なものか否かについて判断することは困難である。それゆえ、過剰な診療や投薬の責任は第一義的には指定医療機関が負うべきであると言える。

4. 医療扶助による医療保障の意義と医療扶助適正化の議論

(1) 医療扶助の水準と最低生活保障の原理

前述のように生活保護法による保護は、厚生労働大臣が定める基準により測定した、要保護者の需要を基礎とし、そのうち、その者の金銭または物品で満たすことのできない不足分を補う程度で行われる（生保 8 条 1 項）。そして、その基準は、要保護者の年齢別、性別、世帯構成別、所在地域別その他保護の種類に応じて必要な事情を考慮して決定されるが、当該基準は、これらの事情を考慮した最低限度の生活の需要を満たすに十分なもので

¹⁷ これに対し、公的医療保険の場合、社会保険診療報酬支払基金等の診療報酬審査支払機関が保険者から診療報酬の支払委託を受けた場合は、「診療担当者に対し、その請求にかかる診療報酬につき、自ら審査したところに伴い、自己の名において支払をする法律上の義務を負う」（最判昭和 48 年 12 月 20 日民集 27 卷 11 号 1594 頁参照）。また、診療報酬審査支払機関の行う診療報酬の減点査定は、保険医療機関の診療報酬請求権その他の権利義務に何らの不利益な効果を及ぼすものではないから、抗告訴訟の対象となる行政処分にはあたらない（最判昭和 53 年 4 月 4 日判時 887 号 58 頁）。

¹⁸ 大阪高判平成 9 年 5 月 9 日判タ 969 号 181 頁参照。

あって、かつこれを超えないものでなければならない（同2項）。

これを医療扶助について言えば、生活保護法によって行われる医療は、常に、最低医療、すなわち、患者である被保護者に対して給付しうるところの医療内容が、「最低限度の生活の需要を満たすに十分なものであって、かつ、これを超えない」程度のものでなければならない。生活保護法52条は、この原則を医療の特殊性の面から診療方針及び診療報酬という二点に集約して規定したものであり、「医療についての保護の法定基準とでもいうべきもの」を定めているのである¹⁹。

さらに同条は医療扶助の診療方針及び診療報酬について国民健康保険の例によることから、医療についての保護基準は、基本的には、公的医療保険による医療の保障水準と同等ということになる。したがって、現行制度においては、医療扶助に関連する諸問題について検討するに当たっては、医療扶助による医療の保障水準が、公的医療保険による医療サービスの保障水準の程度を維持することを前提としなければならない。このことを踏まえた上で、以下、医療扶助の適正化に関する若干の論点を取り上げる。

(2) 医療扶助受給者の自己負担

前述の医療扶助の支給の仕組みを前提とすると、医療費を除く最低生活費の認定額が認定収入額よりも低く、その結果、生活扶助費等が支給される場合、その生活扶助費等は医療費等を除く最低生活費の認定額を満たす限度で支給される。医療サービスを受けることが必要になり、医療扶助を受給する際に自己負担分を支払うとすれば、その支払いの結果、被保護者は、理論的には最低生活費を下回る額での生活を余儀なくされることになる。仮に自己負担分について後に償還払いが受けられるような制度であったとしても自己負担分の支出時においては同様である。

要するに、生活保護制度による給付が最低限度の生活を維持する程度でなければならないという原則を維持しつつ、医療扶助において何らかの形で被保護者に対して自己負担を求めるとすれば、結局のところ、最低生活費の算定に際して、自己負担分相当額を上乗せして支給せざるをえない²⁰。しかしながら、被保護者にどの程度の医療サービスが必要かということを事前に予測して算定することは困難であり、現実的でもない。それゆえ、医療扶助受給者に自己負担を求めることは現行の生活保護制度においては妥当ではないであろう。

¹⁹ 小山・前掲注9) 546頁。

²⁰ この点に関連して、介護保険制度においては市町村の区域内に住所を有する65歳以上の者は介護保険の第1号被保険者である（介護保険法9条）から、65歳以上の被保護者は介護保険の被保険者である。介護保険の給付は、要介護・要支援度に基づく区分支給限度額を上限として、各介護サービスを受けた場合に支給されるが、利用した介護サービス費用の9割が支給され、1割の自己負担がある。被保護者の場合、1割の自己負担分について介護扶助が支給される。介護扶助は現物給付である（生活保護法34条2項）から、被保護者が介護サービスを受けた場合には、指定事業者に当該介護サービス費用にかかる介護報酬と介護扶助分が支払われる。

過剰な診療や投薬を抑制するために被保護者に対して自己負担を求めることは妥当ではない。

(3) 後発医薬品の利用

後発薬は先発薬と効能に医学的差はないため、「最低限度の生活の需要をこえてはいけない」という生活保護法 8 条 2 項にしたがって、価格が安い後発薬を利用する義務が法律上あるという指摘がなされている。

しかし、前述したように、同条を受けて、生活保護法 52 条 1 項が医療扶助についての保護の法定基準を国民健康保険の診療方針及び診療内容としている以上、国民健康保険の被保険者の義務として後発薬の利用が求められていない²¹こと、及び、同 2 項の規定に従い後発薬の利用の義務を厚生労働大臣が定めていないことからすれば、8 条 2 項を根拠として被保護者に後発薬の利用の義務化が法律上規定されているということとはできないであろう。

また、医療扶助が現物給付であることから理解されるように、医療扶助の目的は被保護者の最低限度の生活の維持のための健康の回復、維持、増進であるから、医療扶助によって被保護者に処方される薬剤は当該被保護者の健康状態に応じて最低限度の生活を維持するための妥当な効能を有するものであればよい。したがって現行法においては、被保護者は後発薬を利用すべき義務があるとまでは言えない。

ただ、先発薬と効能に医学的な差のない後発薬の一旦服用を医療扶助の支給基準とすることは、厚生労働大臣の裁量の範囲内として許容されると考えられる。医療扶助受給者に後発薬の利用を促すには法制化することが妥当であろう²²。

(4) 指定医療機関の指定及び指定の取消

医療扶助の適正化に関連した指定医療機関に対する取組については、特別部会報告書では、指定医療機関に対する指導権限の強化、指定医療機関に対する指定や指導等に係る体制強化・負担軽減等が挙げられているが、ここでは指定医療機関としての指定及びその取消についてのみ検討する。

公的医療保険の療養の給付等を担当する保険医療機関は、診療報酬の請求に不正があった場合等、健康保険法 80 条各号に規定する所定の取消事由に該当する場合、保険医療機関としての指定が取り消されうる。

²¹ 国民に対する医療保障の手段として、公的医療保険という社会保険のシステムを採用し、強制加入としている理由の 1 つは、それが個々の加入者の保険料負担の軽減と給付水準の向上を可能にする仕組みだからである。(岩村正彦『社会保障法 I』(弘文堂、2001 年) 43 頁)。このような社会保険の目的からすれば、後発薬と先発薬の効能に医学的な差がないことを前提とすると、公的医療保険において比較的安価な後発薬の利用を強制することにより、給付水準を維持しながら被保険者の保険料負担の軽減を図ることも施策として十分考慮に値する。

²² 「医師が後発医薬品の使用を認めている場合に、医療機関が生活保護受給者に対し後発医薬品の使用を促すことについて法制化することを検討する」としている。

他方で、医療扶助を担当する指定医療機関については、前述のように、指定医療機関医療担当規程に反した診療行為を行ったり、都道府県知事の指導に従わなかった場合に、指定医療機関としての指定が取り消されることがある。しかしながら、指定要件及び指定取消事由については法律上明確な規定がない。また、保険医療機関の指定との関連性もないため、公的医療保険の療養の給付等を担当する保険医療機関の取消しを受けても、生活保護法の取消しを受けなければ、生活保護の指定医療機関として生活保護受給者への診療が可能となっている。

理論的には、医療扶助を担当するが公的医療保険の給付は行わない医療機関や、公的医療保険の給付は担当するが医療扶助は担当しない医療機関が存在しても問題はない。また、医療扶助の現物給付を担当する指定医療機関の指定と、公的医療保険の療養の給付等を担当する保険医療機関の指定は別途の行政処分であるから、一方の指定が取消されても他方の指定に影響を及ぼさない。

しかしながら、医療扶助の診療方針及び診療内容が公的医療保険のそれと同等である以上、公的医療保険の給付を担当すべきではないと判断され、保険医療機関としての指定を取り消された医療機関であっても、生活保護法上の指定医療機関としての指定を受けていれば公的医療保険と同等の水準の医療給付である医療扶助を担当しうるのは制度のあり方として疑問である。医療扶助の給付水準につき現行の仕組みを維持するならば、少なくとも、保険医療機関の指定を取り消された場合には、指定医療機関の指定を取り消しとするなど、保険医療機関の指定と連動させるべきであり、その旨の法制化が図られるべきであると考えられる。

5. おわりに

以上述べてきたように、医療扶助による医療の保障水準は公的医療保険による医療保障の水準と同等であり、その支給の仕組みは、公的医療保険の給付の仕組みを借用しているため、医療扶助の問題は多かれ少なかれ公的医療保険の問題に収斂する。したがって、医療扶助費の増加を抑制する、あるいは逡減させる取組は、場合によっては公的医療保険の給付のあり方についても検討を迫るものである可能性がある。

冒頭に述べた医療扶助の適正化の議論は、医療扶助の給付の仕組み自体について大幅な変更を提示するものではなく、現行制度の枠組みを維持した上で、医療扶助の適正な執行を指向するものであらうと思われる。それゆえ、本稿は、現行制度の枠組みを前提として、医療扶助の適正化の取組について若干の検討を行った。

しかしながら、少子高齢化の進展、社会経済状況の変化等により社会保障制度全体の見直しが余儀なくされている現在においては、生活保護制度についてもそのあり方そのものについても再検討する必要があるように思われる。ここでは医療扶助についての理論的に検討すべき課題を提示しておく。

医療扶助については、そもそも、それによる医療保障ほどの程度の水準であるべきかと

いう問題がある。国民に最低限保障されるべき医療サービスの水準は、健康で文化的な最低限度の生活を営むための「適正な」水準であり、医療扶助がその水準の医療サービスを提供するセイフティネットを担うことには疑いはないであろう。しかし、その水準はどのように確定すべきであろうか。また、公的医療保険による医療サービスの水準との関係はいかなるものでであろうか。

現在の生活保護制度においては、被保護者は通常公的医療保険には加入せず、医療サービスは医療扶助によって公的医療保険の医療サービスと同等の水準のものが提供される。被保護者が国民健康保険の被保険者資格を有しないのは、保険料の拠出に対する一種の対価として給付がなされる社会保険のシステムに、社会保険料を拠出しえない被保護者を組み入れることは妥当ではないという趣旨である。

以上のように医療扶助の適正化の議論は、日本における医療保障のあり方そのものについても検討すべき課題を提示しているように思われる。

[4] 先進諸国における貧困指標の状況

別冊 1 を参照