

## 公費負担医療の見直し論

国民皆保険の我が国においては、医療費保障は基本的に医療保険各制度によって行われるが、公費負担医療として給付される部分が一定程度ある(令和5(2023)年度の国民医療費約48兆円のうち約3.5兆円(7.2%)が公費負担医療給付分)。公費負担医療の種類、目的は様々で(国の制度のほか自治体独自の制度もある)、医療保険との優先関係や患者負担の有無・程度も制度によって異なり複雑である。

さて、私が公費負担医療、特に公衆衛生的な観点にたった制度の見直しの検討を担当した頃の状況を見ると、昭和52(1977)年度の国民医療費約8.6兆円のうち公費負担医療分は約1.1兆円で全体の13.3%、当時も生活保護がその半分近くを占めていたが、それに次ぐのは老人福祉法(老人医療費の無料化)で3,000億円余り、精神衛生法(措置入院・通院医療)約1,000億円、結核予防法(命令入所・適正医療)約800億円となっていた。

老人医療費の無料化の問題点はつとに指摘されており、昭和57(1982)年の老人保健制度の導入につながっていく。一方で公費負担医療制度については、診療報酬請求事務の簡素化のためのレセプト一本化が昭和50年前後に段階的に行われたものの、医療保険との関係、患者負担(所得等に応じた一部負担や費用徴収)の仕組みは今日以上に複雑であったし、国民皆保険から20年近くたち医療保険の給付が充実してきた中で各制度の性格を踏まえつつ医療保険との関係の再整理が必要ではないかとの問題意識があった。

公費負担医療の分類は色々あるが、当時の制度を大まかに整理すると以下のとおりである。

- ① 伝染病予防法、結核予防法、精神衛生法などによる社会防衛的医療(所得に応じた患者負担があることもあるが、全額公費負担ないし公費優先)
- ② 身体障害者福祉法、児童福祉法、老人福祉法などによる福祉的医療(保険優先)
- ③ 生活保護の医療扶助(医療保険加入者については当然保険優先)
- ④ その他(国家補償(的)な制度として全額国庫負担の戦傷病者や原爆認定疾病など)

見直しの議論は、①の社会防衛的医療とされているものについても必要な公衆衛生上の届出等の仕組みは維持しつつ、医療費保障については医療保険優先に改めてよいものがあるのではないかということであった。ただ、保険優先に改める理由としては、患者負担は変わらない、制度がシンプルになる程度で、説得力のある説明はできておらず、保険優先に改めることへの反対意見も強くあった。

そのような中で、昭和55(1980)年度の予算編成に際し、大蔵省から結核医療について保険優先に改めるとして国庫負担予算を数百億円減額した形での当初内示があった。近年は大臣間の事前折衝を経て当初内示が行われればそれが政府原案になっているが、当時は何日もかけて復活折衝が行われていた。結核医療費については、結核予防施策との関連などから関係者には保険優先に反対する声が強く、局長折衝、次官折衝を経て従来どおり公費優先の形で予算案が整理されることになった。(なお、同じ時期に、行政管理庁も行政監察を踏まえて、老人医療費や結核医療の見直しについて勧告を行っている。)

今振り返ると制度を改めるためには十分な理論的整理と関係方面との調整が不可欠で、当時はその段階に至っていなかったということだと思う。

結核医療については、その後結核予防法が改正されて平成7(1995)年に保険優先の制度に改められ、その後感染症法に基づく保険優先の適正医療、入院医療として今日に至っており、他の公費負担医療についても適宜見直しや新しい制度への転換が行われている。

薄井 康紀 (うすい・やすのり)

特定非営利活動法人 年金・福祉推進協議会理事長

昭和51(1976)年に旧厚生省入省、厚生労働省政策統括官(社会保障担当)、社会保険庁総務部長・日本年金機構設立準備事務局長を経て、平成22(2010)年1月の日本年金機構設立に当たり同機構副理事長、平成27(2015)年12月に同機構を退任。令和5(2023)年より現職。

