

日本における福祉国家の形成と医療の社会化

結城 康博*

要約

医療の進歩で、かつて人を死に至らしめていた多くの病は克服されるようになった。そして、病気が克服されることでどこかに障害をのこし、それらを伴いながら長い老後生活を過ごすケースが多く見られる。そのような人々には、医療よりも失った機能を補うための生活支援が必要となっている。しかし、福祉施設等の供給が未整備のため社会的入院が是正されず、福祉の機能を医療が代替している構図が長年継続されてきた。このことが国民医療費の高騰を招き、医療保険システムを危機に陥らせることになった。この論文の目的は、日本における福祉国家の形成と医療の社会化について考察することである。そして、長い間、医療と福祉の機能分化が進まない現状を述べ、その背景には福祉国家形成過程における医療の社会化によって福祉が医療分野に依存してきたことを指摘する。

キーワード

福祉国家、医療の社会化、社会的入院、医療保障制度、福祉施設

1. はじめに

先進諸外国によって医療システムの特徴はさまざまで、それぞれの医療水準レベル・国民医療費の推移に差異が見られる。日本の医療保障制度は、福祉国家形成過程における国民皆保険の達成によって最低限平等に国民の誰もが医療サービスを享受できるシステムとなっている。1950年代後半以降、医療保障制度の拡充が福祉国家達成の最大の焦点とされた。

しかし、21世紀を迎える国民医療費が30兆円を超え、その抑制が医療政策最大のテーマとなっている。特に、老人医療費高騰と入院医療の保障がその要因として挙げられている。つまり、本来、福祉が担わなければならないサービスの供給を医療機関に依存してしまい、医療と福祉の機能分化が長期間達成されず、社会的入院が是正されていない。

本稿では、福祉国家における医療の役割について検証する。日本の医療保障制度について分析し、わが国が福祉国家として真に形成されてきたかを確認する。そして、国民皆保険を基軸とする日本の医療保障制度の特徴を論じながら、医療と福祉の機能分化の課題について述べることとする。

2. 福祉国家と医療保障制度

(1) 貧困対策

【*法政大学大学院】

福祉国家について述べるにあたっては、先行研究である社会政策モデルを体系化したティトマス (R. M. Titmuss) の福祉国家類型論が多くの学者によって引用されている。¹⁾ 彼は福祉国家を①残余的(救貧)福祉モデル (residual welfare model), ②産業的業績達成モデル (industrial achievement performance model), ③制度的再分配モデル (institutional redistributed model) という三つに分類している。この分類は、福祉国家が発展・進化していることに焦点を当てたものである。

各国の福祉国家形成における初期段階では、①残余的福祉モデルがあてはまり、貧困の解消がその大きな目的となる。もっとも貧困対策は福祉国形成以前の産業革命による労働問題から議論されてきた。そのため福祉国家の経緯を検証するには、産業革命を世界でいち早く達成し、資本主義国家の礎を築いたイギリスの社会政策から分析する必要がある。

「17世紀中葉から今世紀初めにあたる間の失業と貧困は、個人の人格的欠陥に起因する肉体的存在にかかわる個人的問題として据えられていた」²⁾と述べられるように、イギリスでは20世紀初頭まで、貧困は個人の問題として扱われ、自由主義的貧困観が支配的であった。その後こうした貧困観は、チャールズ・ブースの科学的社会調査の公表や自由主義的社会改良思想の高まりによって転換されていく。1905年には保守党の提案によって失業労働者法が成立し、1909年には職業紹介法が制定された。それによって、失業者に対して職業紹介所による雇用先が斡旋される仕組みが導入された。そして、1911年ベヴァリッジ (William Henry Beveridge) が中心となって、国民保険法第Ⅱ部で世界初の強制失業保険制度が構築された。

もっとも、1911年健康保険制度も確立されたが、この医療保障制度は16~69歳の労働者のみを対象とした労働政策を基軸にしたものであった。この貧困対策による失業保険や健康保険の確立によって、社会保険制度が社会立法として確立し、第二次大戦後の福祉国家形成の礎となる。

しかし、約10年間の糾余曲折があり1929年世界恐慌をきっかけに、第二次世界大戦（1939年～1945年）が勃発した。その反省から労働政策を中心とした限定的な社会政策では真の貧困対策にならないと評された。それによってイギリスでは、ベヴァリッジによって『社会保障計画』が構築された。すべての国民を対象とする貧困対策を目的にした、雇用対策・医療保障・公的扶助・社会サービスなどの整備が提唱された。特に、その手法としては「福祉国家はいつも強制保険によるリスク予防機能と再分配機能という二つの機能を果たそうと努めてきた」³⁾とあるように、基本的なニードを社会保険制度で充足し貧困の予防的機能を果たすものとした。そして、貧困に陥った救済策としての機能を、ナショナル・ミニマム保障の視点によって公的扶助にゆだねた。

社会政策における労働問題から発展した貧困対策が、第二次大戦後すべての国民をその対象に据え、社会保障制度が完備されることで福祉国家が完成されていく。つまり、貧困からの自由がすべての国民に保障され、個人の自由が尊重される近代国家が実現されていく。

（2）福祉国家の変容

貧困対策から形成された福祉国家は、1960年代における先進諸外国の高度経済成長期を迎えることで変容していく。つまり、絶対的貧困観が徐々に薄まっていくことにより、その目的は、生活の安定を保障していくことに移行する。そのニーズも最低生活保障から最適水準へと高まり、「選別主義から普遍主義へ」といった福祉理念の実現が大きな課題となる。

高度経済成長による財源保障もあり、中流階級を対象とした福祉国家体制が完成されていった。1940年代からイギリスを中心に幕開けした福祉国家は、先進諸外国間にも浸透し1973年のオイル

ショックまでその黄金時代を迎える。

しかし、70年代以降の経済情勢により「福祉国家の危機」ともいわれる福祉国家体制の再編が訪れる。特に、ニューライト・ネオリベラリズム的思想を背景とした英國サッチャー、米国レーガン政権の台頭によって、この国家体制が大幅に変容する。もっとも、低経済成長による要因以外にも高齢化率の上昇、少子化、福祉ニーズの変化などといった社会的背景が考えられる。そのため、「公助・自助・共助」といった枠組みの見直しが課題とされた。

イギリスでは、1971年「シーボーム改革」による地方自治ソーシャル・サービスの変革が実施され、1974年NHS(国民保健サービス)における行政改革が実施された。そして、1982年「パークレー・リポート」⁴⁾の公表、1990年「国民保健サービス・コミュニティーケア法」の成立など、市場原理の理念(擬似的市場も含まれる)が社会保障制度全般に導入された。特に、NHS(国民保健サービス)に競争原理が導入され、たび重なる改革によって低医療費政策がとられていった。

このような福祉国家再編は、スウェーデンのエーデル改革、フランスのパラデュール・ジュペ改革、日本の診療報酬制度における定額制(包括化)及び患者一部自己負担の導入など、各国の医療保障制度を見ても明らかである。

3. 戦後日本の福祉国家形成における医療保障制度

(1) 社会保障制度勧告と医療保障⁵⁾

1950年社会保障制度審議会(以下、社保審)による『社会保障制度に関する勧告』は、戦後日本における福祉国家の幕開けを印象づけるものであった。米国社会保障制度調査会報告書(以下、調査団長の名前をとってワンデル勧告とする)の勧告によって、1949年5月社保審が内閣の諮問機関として発足し、2000年まで社会保障行政の方向性を示してきた。

この審議会で「疾病・負傷・分娩・廃疾・死亡・老齢・失業・多子・その他の困窮の原因に対し、保険的方法又は直接公の負担において経済保障の途を講じ、経済的困窮に陥った者に対しては、国家扶助によって最低限の生活を保障するとともに、公衆衛生及び社会福祉の向上を図り」と、日本の社会保障制度が定義づけられた。その中で医療は社会保険制度を基軸に構築され、その補完として公的扶助(医療扶助)が位置づけられた。戦前の健康保険制度を活用し、1948年『アメリカ医師会調査団』報告書で、健康保険制度の不備を是正し医療の機会均等を目指すべきであるという指針に沿つたものであった。

特に、日本の社会保障制度はイギリスの『ベヴァリッジ社会保障計画』⁷⁾に多大な影響を受けた。しかし、その理念⁸⁾は尊重されたものの医療保障制度においては、社会保険制度がその中軸となり自由開業医制度が堅持された。

もっとも、ワンデル勧告が「日本国は過去において全体主義であったのであり、例えば、健康保険、疾病保険、失業保険に基せられているもののすべて中央政府の強力な指揮下におかれたものだった」。「日本医師会は、中央政府の統制下におき、主として、政府による保険制度実施をなす為の道具にすぎなかつたのである」。⁹⁾と述べ、日本の全体主義を批判している点は注目する必要がある。つまり、「医療保険については、組合健保を存続させる。それはなぜかというと民主的な運営を評価するわけですね」¹⁰⁾と小山が指摘しているとおり、戦前1943年に認可された健康保険組合連

合会が、戦後 1946 年組織と役員の構成を民主化し、その運営を自主的に行う再建策を打ち出したことが、アメリカ調査団に評価されその存続が是認された。

政管健保は都道府県を核としながら社会保険庁で、国保は市区町村単位で民主的に運営されることで、占領政策上デモクラシーを印象づけるねらいがあった。いわば医療保障における社会保険方式の存続は、民主主義を促進するアメリカ占領政策にも関連している。

(2) 国民皆保険への途

1956 年 11 月社保審によって『医療保障制度に関する勧告』が政府に提出された。この勧告によつて、「当審議会は政府に対し、まずつぎの二つの施策を直ちに実現することを要請する。被用者 5 人未満の零細事業所に対しても健康保険を実現すること、第二に、年次計画をたてて、すみやかに国民健康保険の設立の方途を講ずることである」と、現在の医療保障制度の骨格が打ち出された。また、当時 3000 万人に及んだ無保険者に対し、生活保護法による医療扶助を医療保障の 1 施策として位置づけた（表 1 参照）。しかし、その費用上昇の要因が医療保険の不備であるという指摘もなされ、その改善策が求められた。

つまり、この勧告で「いま直ちにわが国において、英國流の公営医療を実現することは恐らく至難であろう」と述べられ、社会保険制度に基づく医療保障の確立が決定づけられ、1957 年 4 月厚生省に「国民皆保険推進本部」が設けられた。

表 1：1957 年 3 月における医療保障未適用者数

千人

総人口	医療保険適用者	医療保険未適用者	保険以外の医療保障適用者	医療保障未適用者
90,700	68,260	27,440	1,646	25,794

出所：今村謙「国民皆保険」『昭和 33 年 1 月厚生の指標第 5 卷第 1 号』から抜粋。

4. 入院をとりまく医療と福祉

(1) 機会均等に基づく医療保障

1940 年代後半以降、保険診療の比重が高まり、それまで主流であった自由診療が減少することで医療の社会化が実現されていく。そして、国民皆保険制度発足前の 1950 年代から医療保障の拡大が実施されていった（表 2 参照）。それを立証する正確な統計数値は見当たらないが、この時期から保険診療が自由診療を上回ったと考えられる。もっとも 1950 年代前後の入院診療の 5 割は結核患者であったため、その役割は感染症対策であったといえる。

以後、保険診療が主流を占め医療保障の拡充がすすんでいった。戦後日本の福祉国家形成過程において医療の社会化が最大の焦点とされ、社会保障費に占める医療費の割合も大きく推移している。

表2：1954年度入院患者における保険者割合

%				
政官健保	組合健保	共済組合	生活保護	その他
36.9	15.8	5.8	31.4	10.7

出所：厚生省『七人委員会の報告』1955年から作成

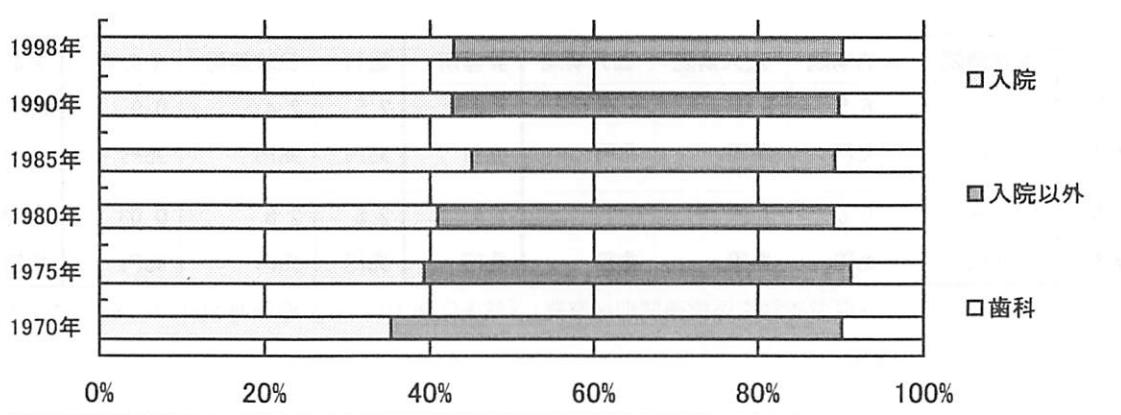
福祉制度の整備よりも優先的に医療の社会化を達成させることが福祉国家の課題とされ、外来・入院ともに医療保障の拡充が目指された。1961年国民皆保険が達成され、1970年代後半にはほとんどの国民が最低限度の医療サービスを享受できる段階にいたった。特に、1973年の老人医療費自己負担免除の実施によって医療保障の拡充は最大となり、国民の医療サービス享受という意味では大きな進歩となった。そして、ようやく1980年代に医療費適正化対策が講じられ、徐々にその拡充は見直されていった。

(2)入院医療

国民皆保険によって医療保障が整備され、外来診療のみでなく長期間の入院医療さえも患者の自己負担は軽減されてきた。確かに、1980年代から診療報酬改定によって長期入院医療に対する点数配分は見直されている。しかし、イギリスの医療保障制度（NHS）のように外来及び入院といった患者の医療アクセスに比べれば、日本の入院医療は明らかに保障されている。¹¹⁾そのため川上が「医療の福祉化」¹²⁾と概念づけたように、未だ日本では医療と福祉施設の機能分化は達成されていない。「患者が軽症になっても保険で薬剤や検査などの医療行為を出来高払いでの請求できる限り病院の収益に貢献するので退院させるような経済的インセンティブは働かない」¹³⁾との指摘のように、長い間供給者側の利潤追求を可能にしてしまった。

図1から理解できるように1970年代から1980年代後半にかけて、医療費に占める入院科目的割合が上昇している。1970年度入院外分の医療費は、約1兆3700億円であったものが1998年度に

図1：医療費における入院・入院外・歯科科目別の割合推移

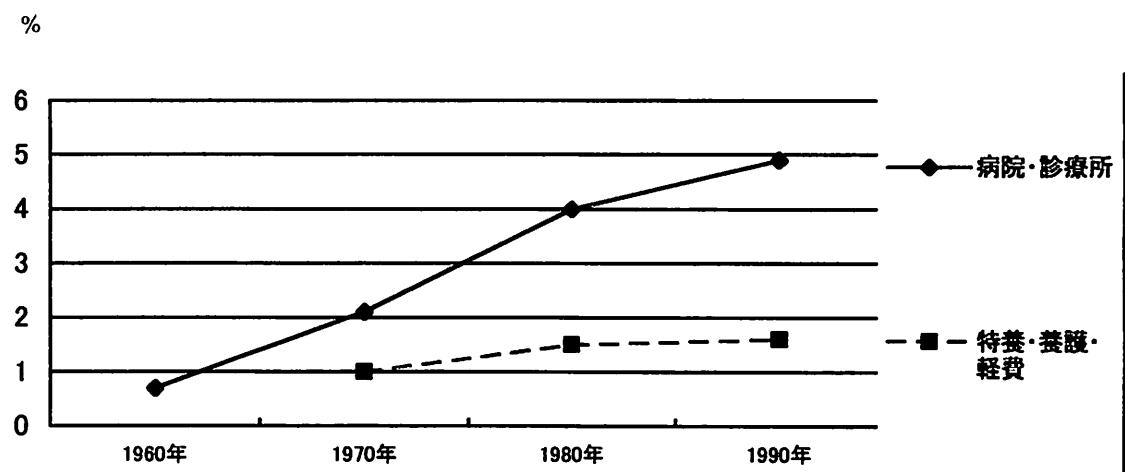


出所：厚生省『国民医療費各年版』から作成

12兆3400億円と約9倍に増加した。それに対し1970年度入院分の医療費は約8800億円であったものが、1998年度に11兆1400億円と約12倍に増加している。但し日本では在院日数の長期化が保障されている反面、「アメリカの最低水準病院の設備・アメニティは、日本の最高水準のそれに匹敵する」。¹⁴⁾「日本のすぐれた医療供給体制は欧米諸国によって高く評価され、これまでアメリカをはじめ多くの国々が日本に調査団を派遣してきた。だが、実際視察にやってきた外国人は一様に日本の医療現場のひどさに愕然とする」¹⁵⁾といわれるよう、入院医療サービスの質はかなり低い。

図2は65歳以上人口に占める入院者率（病院・診療所）、入所者率（特別養護老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム）の推移を示したものである。この統計から65歳以上の長期ケアは、かなり医療部門が担っていることが理解できる。特に、その上昇率が福祉施設に比べ医療施設が高い。

図2：65歳以上人口に占める入院・入所者率の推移



出所：厚生省『患者調査』『社会福祉行政業務報告』各年版から作成

表3：医療機関別医療費の内訳

	大学病院	公的病院	法人病院	個人病院	診療所	歯科	保険薬局	その他	合計
1999 年度	1.6 兆円	6.5 兆円	8.0 兆円	0.8 兆円	7.2 兆円	2.5 兆円	2.4 兆円	0.9 兆円	30 兆円
2000 年度	1.6 兆円	6.6 兆円	7.7 兆円	0.7 兆円	7.4 兆円	2.6 兆円	2.8 兆円	0.03 兆円	29.4 兆円

出所：「厚労省調査医療機関別医療費」『健康保険10月号』健保連2001年、82頁から作成

一方、表3は介護保険制度実施前後の医療機関における医療費を比較したものである。そもそも、介護保険創設目的の一つに医療と福祉の機能分化を目指すことが挙げられていた。しかし、この

データから理解できるように、介護保険へ高齢者医療部門の一部を振り替えようとしたにもかかわらず、さほどの効果はみられていない。依然として特別養護老人ホーム等の待機などから、本来、福祉分野が担うべき供給を療養型病床群（医療型）や一般病院などの医療機関に依存してしまっている。つまり、介護分野では未だに医療の領域が主導権を握っており、真の医療と福祉の機能分化がなされていない。

5. 医療と福祉の機能分化

（1）福祉施設の代替機能としての医療施設

2003年「転院問題を考える会」¹⁶⁾が実施したアンケートで、退院時に家族と患者本人に対して帰宅希望を調査した結果が報告されている。それによると患者本人が帰宅を希望した者 25. 1%，帰宅を希望しない者 16. 8%，意思表示できない者 50. 3%，無回答 7. 8%であった。それに対し受け入れ側の家族で帰宅を希望した者 13. 2%，帰宅を希望しない者 69. 5%，意思表示できない者 7. 3%，無回答 10. 2%であった。この調査報告から、患者本人は帰宅を希望しているが家族側はそれには消極的な傾向にあることが理解できる。この報告では、「『転院・退院ができる』とする医療側と、『入院でなければ無理だと思う』とする家族側とのギャップが何であるかを明らかにし、それらを埋める作業を行わず在家療養の問題を検討することは無理であろう」¹⁷⁾と述べている。

現在、度重なる診療報酬改定によって入院医療における財配分は見直されており、長期入院は是正されている。しかし、先進諸外国に比べ日本の医療システムは入院医療が保障されている。そのため、転院などによって入院を続ける患者は多い。

介護保険制度が整備されたとはいえ、社会的入院が是正されず医療分野が高齢者福祉施設の機能を代替しているといえる。山路が「病院は、生活の場ではないわけであるから、何らかの治療を必要とする患者に仕立て上げなければならない。外科スクリーニングと称してさまざまな検査をセットとしておこなう。要介護高齢者のほとんどは、何らかの生活習慣病をもっているから、医者がデータにこだわって病名を付ける気になればいくらでも付けられる。」¹⁸⁾と述べているように、医療処置が必要でなくともケースの状況によって入院する患者は多い。確かに、保険外負担の差額ベッド代によって入院が長期化すれば患者の経済的負担が増し、保険給付も徐々に軽減されていく。2002年度診療報酬改定によって6ヶ月以上の長期入院患者に対して特定療養費制度が導入された。しかし、それによって患者の自己負担が増したといっても、保険給付が全面的に停止するわけではない。

仮に、米国や英国の医療システムように入院医療に制限があれば、必然的に長期入院患者は減少する。

もっとも、現状では家族介護の負担によって在宅での生活が困難なケースが多く、それによって施設希望者が増え施設供給不足が生じている。そして、医療が高齢者福祉施設の代替機能を果し、福祉施設の供給が医療分野に依存して、医療の機能分化がすすまない側面がある。しかし、このまま高齢者福祉施設の供給を医療施設に依存し続けるならばクライエントにとってはマイナスとなり、本来の医療と福祉の機能分化は今後も達成されない。つまり、福祉施設の未整備状態が医療機関に依存することで、それらが是正されにくくなる。

(2) 医療保険と介護保険

一般的に介護保険制度の創設で医療と福祉の給付調整が実現され、ある程度社会的入院は是正されると考えられた。山路は「ここに筆者は介護保険制度は、介護問題対策ではなく、長期療養者のための医療対策であったという根拠を求める」¹⁹⁾と述べ、介護保険制度創設の目的が社会的入院の是正であったと分析している。

未だに特別養護老人ホームの待機者や介護施設で受け入れが拒否された痴呆高齢者等は、長期入院を継続することが多い。確かに、長期入院患者を在宅療養もしくは在宅介護でケアしていくことが最も望ましい形態であるかもしれない。しかし、現在の介護保険による在宅サービスは、多くは家族介護が前提となっている。要介護度が高くなるにつれ独居老人は、介護保険内サービスのみでは生活しづらい。訪問看護等の医療系サービスをケアプランに盛り込むと給付枠が増大し、介護系サービスを充分に利用することが難しくなる。特に、65歳以上においては介護保険が優先され医療保険による訪問看護の利用が制限されているため、医療的ケアを必要としている患者にとっては利用しづらい。

まして、国民年金給付を中心に生活している高齢者にとって1割の自己負担は経済的負担を感じ、給付枠いっぱいに制度を活用しない。仮に、経済的に余裕があり介護給付を最大限活用しても、家族介護がなくては在宅での生活は難しい。

そのため、在宅介護を困難に感じた家族は、必ずしも医療的処置が必要でなくとも、福祉施設に入所できなければ社会的入院を希望することになる。医療保険制度では、長期入院医療の是正を目的とした診療報酬改定が実施されているが、現在でも完全に長期入院が不可能になっているわけではない。

6.まとめ

福祉国家形成期の目的が貧困対策であり、労働力の確保という論点から医療保障の拡充が徐々にすすんでいった。日本でも戦後の福祉国家形成過程において医療保障の整備が最大の焦点とされ、高齢者福祉・児童福祉・公的扶助といった福祉サービスよりも重点的に医療へ財源配分が傾斜された。古川も「こうしてわが国の生活保障システムは、1950年代を通じて、事後救済的な生活保護制度を中心とするシステムから防貧的措置としての社会保険を中心とするそれに転換した」²⁰⁾と述べている。社会保険の整備によって国民の福祉の向上を目指し、とりわけ外来・入院医療といった医療保障の拡充が目指された。

しかし、1970年代後半から医療と福祉の機能分化が達成されず、高齢者医療・福祉分野で社会的入院が大きな問題となっていました。その是正策として入院部門における度重なる診療報酬の改定や医療法改正による病床規制が実施された。

そして、ようやく高齢者福祉分野でも2000年に介護保険が創設された。「老人医療分野では、医療の必要性がないにもかかわらず介護を理由とした一般病院への長期入院の存在や、生活環境等の面で長期療養する場としては施設環境が不十分等の問題点があった」²¹⁾と増田が述べているように、介護保険創設の目的の一つに社会的入院の是正が挙げられる。ある意味で長い間措置制度が継続され、高齢者福祉分野の改革は実現されていなかった。その要因としては、現在ほど高齢化率が深刻

とならず、旧制度でも問題が生じなかったと考えられる。

しかし、介護保険が実施されても福祉施設の供給が伸びることではなく、従来どおり医療機関が福祉施設の機能を代替しており社会的入院は是正されていない。つまり、戦後の福祉国家形成過程における医療保障の拡充によって、現在でも入院医療の保障が曲がりなりにも存在している。確かに、日本の入院医療の保障は、先進諸外国に比べると評価すべきものであり、福祉国家という視点からは尊重されるべきである。しかし、逆に医療が福祉分野の代替機能を担う形態となり、福祉施設の役割を医療分野に依存してしまっていることは否めない。ある意味、入院保障といった医療分野での福祉国家の実現が、福祉施設分野における供給の伸びを緩やかにしてしまっていると考えられる。つまり、社会的入院の是正策がゆるやかに実施されることで、福祉施設の供給不足問題の解決がそれらに追随してしまっている。

国民皆保険は、戦後日本の福祉国家形成における最大の功績として評価できる。しかし、医療分野が福祉施設の機能を代替する結果となり、社会的入院存続の要因となっている。むしろ、今後は高齢者における安易な長期入院医療の保障を大幅に縮小し、その財源の配分を福祉施設分野へシフトさせていくことが必要である。それには医療保険と介護保険といった別々の制度での財源シフトが大きな課題となる。

しかし、従来どおり医療保険の枠内で長期入院医療の見直しを徐々に実施しても大きな成果は期待できないであろう。つまり、長期入院医療を是正するのであれば、施設整備を拡充するといったように、福祉分野の供給を十分補償していくシステムが同時に実施される必要がある。

注

- 1) R. M. Titmuss 1968 “Social Policy—An Introduction” (George Allen&Unwin Ltd.)
- 2) 横原朗「福祉国家思想形成と変遷」西村弘通・荒又重雄編『新社会政策を学ぶ』有斐閣 1989年、52頁。
- 3) 大山・炭谷・武川・平岡編『福祉国家への視座』ミネルヴァ書房 1999年、85頁。
- 4) 1982年4月政府の要請によって民間機関により、『パークレー・レポート』が公表された。保健サービスの地域組織化が盛り込まれ、コミュニティ・ソーシャル・ワーカーの重要性が打ち出された。
- 5) 医療保障とは、国民が医療サービスを機会均等に享受できるためのシステムを意味する。日本では1956年社会保障制度審議会『医療保障制度に関する勧告』によってはじめてその概念が用いられ、その後、国民皆保険の構築によってその意義は達成されたといえる。
- 6) 社会保障制度審議会『社会保障制度に関する勧告』1950年
(社会保障研究所編『戦後の社会保障・資料』から)。
- 7) ベヴァリッジは、人間社会を脅かす要因を、①窮乏②怠惰(失業)③疾病④無知⑤不潔をなどと定義し、五巨人悪と位置づけてそれらの総合的な対策の必要性を主張した。
- 8) 1947年『社会保障制度要綱』作成当時の保険局長であった上山は、小山のインタビューに対し「それは、先刻お話に出ておりますように、ベヴァリッジ案によく似た、理想主義的なものですね。」と述べている。
上山・葛西・小島「占領下の社会保障構想」小山路男編『戦後医療保障の証言』総合労働研究所 1985年、51頁。
- 9) 米国社会保障制度調査会報告書『米国社会保障制度調査会報告書』1948年
(社会保障研究所編『戦後の社会保障・資料』から)。
- 10) 小山路男『戦後医療保障の証言』総合労働研究所 1985年、56頁。
- 11) 基本的にイギリスのNHSは、医療と保健が包括されたサービスであり、プライマリーケアの観点からそのシステムが確立された。一般医がゲイトキーパーの役割を果たし、その診断に基づいて治療の方向性が決定される。そのため、入院が必要であっても1年以上待たなければならないことがある。
- 12) 川上武が概念化したもので、著書『戦後医療史序説』勁草書房 1992年の中で述べられており、結核療養所における自らの誤診であった体験を踏まえて、長期入院患者の「社会的入院」における問題点を明確化

した。

- 13) 高木 安雄「診療報酬の変遷とその経済的効果」社会保障研究所編『医療保障と医療費』東京大学出版会 1996 年, 78 頁.
- 14) 二木立『世界一の医療費抑制策を見直す時期』勁草書房 1994 年, 20 頁.
- 15) 笠原英彦『日本の医療行政』慶應義塾大学出版株式会社 1999 年, 188 頁.
- 16) 転院問題を考える会『第二回転院調査報告』2003 年 29 頁~34 頁.
転院問題を考える会では、都内 15 病院 22 の医療ソーシャルワーカーが協力して、患者・家族の退院時の状況を調査した.
- 17) 転院問題を考える会『第二回転院調査報告』2003 年, 78 頁.
- 18) 山路克文『医療・福祉の市場化と高齢者問題』ミネルヴァ書房 2003 年 163 頁.
- 19) 山路克文『医療・福祉の市場化と高齢者問題』ミネルヴァ書房 2003 年 180 頁.
- 20) 古川孝順『社会福祉学』2001 年誠信書房 2002 年, 194 頁.
- 21) 増田雅暢『介護保険見直しの争点』2003 年法律文化社 2003 年, 86 頁.

Welfare State and Socialization of Medical Care in Japan.

Yuuki, Yasuhiro

Abstract

Due to medical progress, people who would have previously perished from various diseases now live longer. Nevertheless, illness may leave their health somewhat debilitated, and they have to cope with their disabilities for the rest of their long years. These factors have led to skyrocketing medical costs, and a crisis for the medical care insurance system. The purpose of this paper is to consider the welfare state and socialization of medical care in Japan.

This paper points out the importance of the socialization background as follows: 1) functional differentiation between medical care and the welfare state has not been well developed for a long time. 2) social welfare has been dependent on medical care by medical socialization process of the welfare state

Key words:

Welfare state, Socialization of medical care, Institutionalization, Medical social security, Social welfare agency