

# 地方単独事業としての医療助成の終焉と新たな動き

## The Demise of Local Government-financed Medical Care and the New Drift for Improvement

小林 成隆, 西川 義明<sup>※)</sup>

Shigetaka KOBAYASHI, Yoshiaki NISHIKAWA

高齢化の息吹を感じる1960年代の後半, 高齢者を対象とする様々な施策が登場する中で, 地方は国に先駆け単独事業として「老人医療の無料化」を実施した。少し遅れ, 国も地方の無料化政策を踏襲するかたちで「老人医療費支給制度」を創設した。これらの事業は, 当時としては画期的な制度で, “福祉の象徴”といわれたが, やがて老人医療費の増嵩を招くこととなり, 老人保健法の施行に伴い表向き終焉した。

一方, 乳幼児や障害者を対象とする「福祉医療助成」は, 1970年代に地方で始められたが, 国はこれらに手を染めることもなく, 今日まで地方単独事業として存続している。最近, 少子化の追い風を受ける乳幼児医療に新たな動きがみられる。

In the second half of the 1960s, when the aging of the population began to raise concerns in Japan, various policy measures relating to the elderly were introduced. Local governments took the initiative, ahead of the central government, and independently made available free medical provision for the elderly. Trailing slightly behind, the central government instituted a system of provision for medical costs for the aged. At the time, these were innovative systems and heralded as symbols of good welfare provision. However, they led to soaring costs of medical care for the aged. When the Law of Health and Medical Services for the Aged came into force, these systems saw their demise at least in outward appearance.

Meanwhile, in the 1970s local governments instituted the Welfare and Medical Care Subsidy, which applied to babies, infants and the disabled. Yet the central government did not follow in their footsteps to establish any comparable national provision in this area. To date, local governments are independently financing the provision. The declining birth rate is now affecting medical care for babies and infants, and moves are emerging to improve this area of provision.

キーワード: 地方単独事業 老人医療の無料化 老人保健法 法令と条例  
乳幼児医療助成

local government-financed provision, free provision of medical care for the elderly, Law of Health and Medical Services for the Aged, national legislation and local ordinances, medical care subsidy for babies and infants

---

<sup>※)</sup> 社団法人 名古屋市シルバー人材センター, 日本福祉大学大学院 非常勤講師

## はじめに

2006年12月に国立社会保障・人口問題研究所は、一定の仮定に基づく出生率・死亡率について、高位、中位、低位の3種類の「将来人口推計」を発表<sup>1)</sup>した。

これによると前回の2002年1月の推計より厳しい数値となっており、たとえ合計特殊出生率の改善が多少みられたとしても、少子化の波が止まることは少ない、としている。

そうしたことから、最近では国・地方を含め、少子化対策が総花的に打ち出されているが、とりわけ地方の施策で目につくのは、乳幼児への医療費の助成の動きである。かつての老人医療を振り返ると、地方が先行し、それを国が追うという構図であったが、今回の乳幼児医療では国は一向に腰をあげようとしていない。対応において地方と国の温度差が目につく。

そこで本稿では、地方単独事業として行われた老人医療の変遷をたどりながら、少子化対策として注目を浴びている乳幼児医療の拡充の動きと、その問題点について明らかにする。

## 1. 地方単独事業

### (1) 地方単独事業とは

地方単独事業とは、国などの補助金を受けないで、地方（以下、自治体と表現する場合がある）が実施する事業である。

こういった事業には、いわゆる紐付き財源を伴わないため、地域のニーズに適応し先駆的な事業がみられ、後に国の制度に取り込まれたものもある。例えば、1960年に岩手県の旧沢内村で始められた老人医療の無料化や、1969年に東京都が公害防止上実施した環境規制などがそれである。

地方単独事業は、地域のニーズや時代の要請に沿うものであり、地方分権からも地方が主体的に行うことが望ましいが、その実情は道路整備や河川改修などといった国の補助事業への上乗せ・横出し<sup>2)</sup>というものが多い。

### (2) 地方単独事業の分類

地方単独事業は、①国の事業とは関係なく地方が住民のために独自に行うものと ②地方が国の基準を上回る内容で行うもの、に分けることができる。このうち、地方が自由に行うことができる事業は、(ア)地方にとって必要な事務（自治事務）で、(イ)その事務が法令に違反していなく、(ウ)予算的な裏づけが

されている場合である。そして、その前提として、首長の専権事項を除き、地方議会において関係条例と予算の議決<sup>3)</sup>を得る必要がある。

前述の①の場合は、地方独自の事業であるので、(ア)～(イ)の要件を満たしていれば問題になることはない。しかし、②の場合は、地域住民のために国の事業の不足分を補うものであっても、(イ)の法令との整合性が求められることがある。こうした事例としては、東京都が公害防止のため国の基準を上回る規制を行った事例や、国が全国一律の均等適用を想定している医療保険の自己負担分を地方が独自に助成した事例があげられる。

ところで、これらの事例は、かつては「法令と条例の関係」として論議を呼んだが、最近はそうした議論を避ける傾向にある。介護保険法の市町村特別給付にみられるように、市町村が費用さえ負担すれば独自の判断、つまり条例で規定すれば自由に上乗せ・横だし事業が行える旨を法上に明記<sup>4)</sup>しているものもある。地方の上乗せ・横だしを想定し、条例へ委任することにより、法令との抵触の回避を図っている。

地方単独事業における主な上乗せ・横出し事例は、表1のように整理できるが、法令と条例の関係を巡る過去の論議を踏まえ、その内容を概観する。

表1 地方単独事業（上乗せ・横だし）の分類

分野	上乗せ・横だし条例	法令との関係
A（規制）	公害防止のため環境値の設定	抵触する 一後に変更
B（給付）	老人医療の無料化	抵触しない 一後に変更
C（福祉）	介護保険の市町村特別給付	抵触しない一当初から条例へ委任

### (3) 法令と条例の関係

地方公共団体は法令に基づいて事務を行っているが、それだけでは地域の課題や要望に応えることはできない。そういった場合、憲法第94条により「法律の範囲内」で条例を制定し必要な事務を行うことができる。

しかし、条例は国の法体系のなかに位置づけられており、条例の制定には一定の限界が存在する。地方自治法第14条第1項では、法令に違反しない限りにおいて第2条第2項の事務に関し、条例を制定することができる」と規定されており、文理解釈上、条例は法律・政令等に違反することができない（条例制定権の限界）。

### ア. 表1の分野Aの事例

こうした見解に対し、1960年代以降、住民の安全や健康を保護するような場合には、たとえ財産権の行使にかかわる行為であっても条例で規制をすることができるといふ見解、すなわち条例による積極規制を是認する見解が現れ、「最近の学説や実務界の趨勢<sup>5)</sup>」となっている。

少し古い事例であるが、1963年6月の最高裁の「ため池条例判決」では、災害防止上の必要がある場合には条例で財産権の行使を制限できるとしている。

また、公害問題が深刻化する中で、東京都は、1969年7月に国の既存法である大気汚染防止法、水質汚濁防止法の規制基準を上回る「東京都公害防止条例」を制定した。この条例は、表2に示すように、明らかに国の定める規制基準を超える内容を含む上乗せ・横だし規制であった。

従来の解釈に従えば、法令に抵触し違法の条例で無効ということになるが、当時の現実や世論が後押しをし、国自らが法律の改正を行い、法文上に条例で法令を上回るより厳しい排出基準を設けることができる旨を明記<sup>6)</sup>した。条例に委任立法の法理が適用されたのである。

今日からみれば当然のことであるが、当時としては住民の立場に立つ画期的な出来事であった。こうした動きを受け、各地で法令の規制を上回る内容の条例、例えば環境保護条例、消費者保護条例、モーテル規制条例などといったものが制定された。法令と条例の関係について、今日では表3に示すような整理<sup>7)</sup>がされている。

### イ. 表1の分野Bの事例

ところで、条例で個人の権利や財産権の行使に制約を加える規制（取締）行政においては、いわゆる法の先占理論から従来は否定、若しくは消極的に解されていたが、その後、前述の「分野A」のような場合では、住民の健康維持や公害対策の観点から、国の基準値を上回る規制を条例で行うことが認められるようになった。

では、個人の権利や財産権の制約ではなく、住民の福祉向上や健康増進を図る給付行政の「分野B」の場合は、どのようであろうか。この分野では、国はある時点を境に見解を変更した。

国は、1973年に地方の老人医療の無料化を事実上踏

襲する政策を採り入れ、老人医療費支給制度（詳細は2で後述）を創設した。一方、地方の多くは住民の福祉増進を図るとして、老人の医療費の助成条例を改正し、国の制度を上回る内容の事業を実施した。しかし、この段階では国は法令と条例の整合性を問題視することもなく、地方の上乗せ事業を静観し追認していた。

その後、老人医療費の増嵩<sup>8)</sup>を招くと国の態度は一変し、1983年に老人保健法を施行し、無料化を廃止する政策へと転じた。

その理由は、わが国の医療保険各法は全国一律の均等適用を想定しており、一部の自治体が行う単独事業は、他の自治体や医療保険者への財政波及を及ぼすので適切でない、ということである。医療保険各法が、表3の2-③-ア「法令が全国一律の均等的な規制をしているとき」に該当すると判断したのであろう。

この時、国は地方が行っている上乗せ事業の見直しや是正を求める通知<sup>9)</sup>を出しているが、その要旨は次のようである。

老人保健法にかかわる事務は国の事務で、地方への機関委任事務<sup>10)</sup>であり、基本的に全国一律の内容で行うべきものである。にもかかわらず、地方は勝手に上乗せ事業を行っているため、地方の間で格差が生まれている。また医療費が無料という状態が継続すると、老人医療費の増嵩を招き、ひいては老人保健制度自体を危くする恐れがある。したがって、老人保健法の趣旨を踏まえ、法施行に合わせ、現行の単独事業の見直しや是正を行われたい、ということである。この通知から、地方の上乗せ事業に対する国の不快感を窺うことができる。

### ウ. 表1の分野Cの事例

「分野C」は、法令に根拠があり、法令との整合性が問題とならない事例である。前述のように介護保険法では、市町村の上乗せ（支給限度額を超えるサービス量の提供）や横だし（基準にない寝具乾燥・移送サービスなど）を想定し、第1号被保険者の保険料を財源として、法定の保険給付以外の独自給付（市町村特別給付）を行うことができるとしている。費用さえ負担すれば上乗せ・横だし事業を行うことは自由である旨を法上に明記している。ちなみに、同法第62条では「市町村は、……前2節の保険給付のほか、条例で定めるところにより、市町村特別給付を行うことができる」と規定<sup>11)</sup>している。

表2 大気汚染防止法と東京都公害防止条例

名 称	大気汚染防止法	東京都公害防止条例
制定時期	国-1968. 6	東京都-1969. 7
公害発生施設	届出制	許可制
規制基準	施設ごとの規制	工場単位の総量規制

表3 条例を制定できる範囲(網掛けは制定できない)

1. 法律の未規制領域		
2. 法律と同一事項の規制領域	①法令の執行を妨げるとき	
	②法令の規制と別目的のとき	
	③法令の規制と同一目的のとき	ア. 法令が全国一律の均等的な規制をしているとき(最大限規制立法) イ. 法令が最小限の規制で、自治体が地域の実情に応じて、別段の規制をすることができると解されるとき(最小限規制立法)

## 2. 地方単独事業としての医療助成

### (1) 制度発足の経緯

地方単独事業としての医療助成は、今日では老人、乳幼児、障害者、母子家庭医療などが制度化されているが、これらは老人医療からはじまっている。

1960年に岩手県の旧沢内村が老人医療の無料化政策を始めた。1969年に秋田県と東京都がそれに続き、そして全国に広がっていった。地方の先行と当時の政治情勢を憂慮した国は、1973年に老人福祉法を改正し、福祉の措置の一環として医療保険の自己負担分を公費で支給する表4の「老人医療費支給制度」を発足させた。すると、地方は地方で、国に対抗するかのように既存の単独事業をさらに拡充し、国の制度との差別化を図った。

一方、乳幼児・障害者・母子家庭などの福祉医療助成は、少し遅れはしたものの1970年代前半から地方で順次整備されて行き<sup>12)</sup>、今日のような制度体系となっている。

地方が行っている医療助成は、今日では概ね表5のように整理できるが、老人医療がほぼ終焉し、障害者、母子医療は横ばいの状態のなかで、少子化の追い風を受ける乳幼児医療だけが拡充の動きをみせている。

### (2) 医療助成の現状

#### ア. 医療助成制度の概要

わが国の医療制度は、国民皆保険に基づく国の制度

で、職域・地域ごとに設けられ、原則として国民はいずれかの公的医療保険に加入している。保険医療機関(以下、医療機関という)で診療を受けた場合、その費用は医療保険から一定割合の保険給付がされ、それを除く部分は患者の自己負担<sup>13)</sup>となっている。

地方単独事業としての医療助成は、こうした医療保険を前提に組み立てられており、医療助成の対象者が、医療機関で診療を受けた場合、前述の自己負担分の全額又は一部を公費で補填する仕組みとなっている。

この公費の財源としては、老人医療費支給制度の場合は、表4の費用負担のところで示すように国と地方が所定の割合で負担をするが、地方が独自に医療助成を行う場合は、当然その費用は地方が負担することになる。つまり、地方単独事業としての医療助成は、国の医療保険制度に地方の独自の援助施策が継ぎ足されたシステムである。

表4 国の老人医療費支給制度の概要

事 項	内 容
対象者	70歳以上(寝たきりの場合65~69歳)
所得制限	老齢福祉年金受給限度額
支給額	医療保険の自己負担分
費用負担	国2/3, 都道府県1/6, 市町村1/6
実施時期	1973年1月1日

#### イ. 制度の対象等

このような医療助成は、助成対象となる要件を普遍的な「年齢」におくものと、「特定の事由」におくものとに分かれる。表5に掲げるように、前者に属するものに「老人医療と乳幼児医療」が、後者には「障害者医療と母子家庭医療」がある。

また、助成制度の創設にあたっては、表5に示すように、まず適用要件が定められ、次に助成内容を決めていくことになる。表5の事項は、制度の基準や助成内容を決める際の具体的な選択肢である。各自治体は地域の状況、財源、世論の動向などを考慮しながら選択肢を適宜組み合わせているのが実態である。

#### ウ. 都道府県と市町村の関係

福祉にかかわる制度は、どのようなものであっても安定性・持続性が求められる。制度を創設した以上、安易に廃止するようなことは慎まなければならない。そういったことから、事業に要する経費は義務的経費に近く、しかも医療助成は地方の単独事業であるので、

表5 地方における主な医療助成の概要

助成制度	適用要件		助成内容		
	該当事項	所得制限の主な基準例等	範囲	助成額	助成方式
老人	年齢	・住民税非課税世帯 ・特別児童扶養手当受給限度額 ・老齢福祉年金受給限度額 ・特別障害者手当受給限度額	・入院 ・通院 ・両方	自己負担分の 全額又は一部	・現物給付 一窓口無料 ・現金給付 一償還方式
乳幼児					
障害者	障害の程度				
母子家庭	親の存在				

表6 愛知県と名古屋市の乳幼児医療助成の制度比較の概要

区分		愛知県		名古屋市	
制度内容		現状	今後の動向	現状	今後の動向
乳幼児	要件	0～3歳	2008. 4から ・小学生まで 一入・通院 ・中学生 一入院	0～6歳一入院・通院 (4歳～就学前一市単費)	
	所得制限	なし		特別児童扶養手当受給限度額 (0歳と3子以降3歳未満除く)	2008. 1一所得制限撤廃
小学生	要件	なし		小1～3年生一入院のみ	2008. 1一入院6年まで
	所得制限	なし		特別児童扶養手当受給限度額	2008. 1一所得制限撤廃

その財源は自治体の負担となっている。

そのため、比較的財源に余裕のある一部の自治体を除き、制度の維持・運営はかなり難しいので、今日では都道府県（以下、県と略す）の多くが必要経費の一定割合（例えば1/2）を助成する制度を設けている。したがって、県の基準内で実施する事業については、県費補助という形で市町村に所定割合の補助金が交付される仕組みになっている。

市町村が実施する際、県基準に上乘せを行うような場合は、上乘せに伴う費用は市町村の独自財源で賄うことになる。こうした場合は、国の制度である医療保険に県が上乘せをし、さらに市町村がそれに上乘せをするという三重の構図になっている。

また医療助成は、それぞれの自治体の政策判断に基づいて実施されるため、制度の内容も様々である。しかも同じ名称であっても内容が違ったり、逆に名称が違っていても内容が同じであったりする。そうしたことから、ここでは個々の自治体の制度に立ち入ることを避け、表5に掲げる4制度のうち、特に最近注目を浴びている乳幼児の医療助成について、愛知県と名古屋市の制度の概要（表6参照）を掲げるとどめる。

### 3. 終焉した老人医療

#### (1) 老人医療の終焉

地方単独事業としての医療助成の実態や乳幼児医療の新たな動きを把握するためには、まず老人医療の歴

史的な経緯<sup>14)</sup>をみておく必要がある。

#### ア. 老人医療の勃興

老人医療の無料化が全国的に展開されるようになったのは、前述のように1969年に東京都が実施した以降であり、この制度は燎原の火の如く全国に広がっていった。そうした中で、厚生省も「老齢保険制度」構想案を発表したが実現までには至らなかった<sup>15)</sup>。

当時の社会情勢をみてみると、都市化、過疎化、核家族化が表面化する一方、政治的には「保革伯仲」が続き、太平洋ベルト地帯では相次いで革新首長が誕生していく時代であった。彼らは福祉の拡充を表看板に掲げ、国に先行して老人医療の無料化を図るなど福祉施策の充実を訴えていた。

一方、国は、地方のそうした施策を「バラマキ福祉」とし、財政硬直化をもたらすと批判するものの、政治的には優位な立場に立ちえなかった。

こうした政治情勢を背景に、国は1973年を福祉元年と命名し、2(1)で述べたように老人福祉法を改正し、「福祉の措置」の一環として、国庫補助事業による老人医療費支給制度（前掲の表4）を発足させた。この時、健康保険の給付率の引き上げ、年金の大幅引き上げなども行っている。

#### イ. 老人保健法の施行

福祉元年を宣言した1973年は、皮肉にも第1次オイ

ルショックと重なり、高度経済成長が収束して行く過程にあった。しかし、当時の巷では福祉聖域論が深く浸透しており、そうした中で老人医療費支給制度が実施された結果、無料化を先行実施していた自治体では、国の制度により、国が費用負担をする分だけ財源に余裕が生まれた（前掲の表4参照）。そこで、自治体の多くは、国と競うかのように国の制度より対象年齢を引き下げ、所得制限の緩和を図るなどの上乗せ措置<sup>16)</sup>を採った。

このように老人医療は事実上、国と地方の制度が競合することになり、老人の受療を極めて容易にしたが、一方では病院のサロン化、梯子受診、過剰診療などという言葉を生み出し、患者・医療機関双方にモラルハザードと思われる現象がみられた。加えて、オイルショックを契機とした世界的な景気の後退、低成長への移行、予想を超える高齢化の進展などから、老人医療費は増嵩の一途<sup>17)</sup>をたどり、とりわけ老人の加入割合の高い国保財政を緊迫化させた。

こうした現状に耐えられなくなった国は、従来の無料方式を廃止（定額方式による一部負担金の導入一外来400円/月、入院300円/日）したうえで、老人医療を医療保険から切り離し、各保険者等が共同で財源を拠出する「老人保健法」を1983年2月に施行した。福祉の象徴もわずか10年で終止符が打たれた。

#### ウ. 単独事業の見直し・是正

1983年の老人保健法の施行に際し、国は同法を上回る事業を実施している地方へ、法令との整合性を図る観点から事業の廃止を含めた見直しを求めた<sup>18)</sup>。この点については1(3)ーイでも触れたが、以下、この経緯の詳細をみておこう。

老人保健法は70歳以上（障害老人は65歳以上）を対象とするため、地方の老人医療の対象年齢が70歳未満であったり、障害者医療を実施していたりすると、老人保健法との間で整合性のとれない事態が生まれる。

例えば、老人保健法の対象者である70歳以上の老人が一部負担金を支払うため有料となるが、単独事業として老人医療を実施している地方では、70歳未満が無料となり、年齢による「逆転現象」が生まれることになる。また、老人保健法と障害者医療との間でも、65歳以上が有料、65歳未満が無料となり、同様の現象が生まれる。つまり、地方の単独事業が継続されると、通常、より援助を必要とすると思われる者の負担が重くなるのである。

こうした逆転現象を解消するためには、地方は、①70歳未満を対象とする地方の単独事業を廃止する、若しくは、②70歳以上に一部負担金を補填する、のいずれかの途を選ばざるを得なくなった。

その結果、財源的に②を選択することが厳しいと判断した自治体は、①を（当然、国から強い行政指導も影響している）、比較的財源に余裕のある自治体は、②を選択した。

#### エ. 装いを変え助成制度を存続—国と地方の攻防

②を選択した自治体では、単独事業を継続するには「法令との整合性」をとる必要に迫られた。そのため、知恵を絞り、法令で明確な禁止措置がとられていない以上、住民・議会の意向を踏まえ首長の判断で「一部負担金」を肩代わりしたとしても、老人保健法に抵触するものでない、との理由づけをした。

そして、逆転現象の解消策として、70歳以上の障害老人や一定の所得以下の者（住民税非課税世帯）を一部負担金の支払いが困難な者（社会的弱者）と認定し、彼らに一部負担金を助成し、70歳未満と同じ処遇となるような制度を創設<sup>19)</sup>したのである。この時、法令との抵触を回避するため、条例でなく要綱で行うなどの工夫を凝らしている（要綱で行うことは法治行政の原理から疑問との指摘も多い）。

また、この助成制度の創設にあたっては、老人医療の助成内容の一定の見直し（助成基準の引下げ）が行われているが、大筋では無料化政策は温存され、事実上国の指導は無視されたのである。

ところで、2000年版厚生白書では「老人医療費無料化政策の功罪」とする項を設け制度の経緯を紹介<sup>20)</sup>しているが、地方の単独事業の存在については、国の面子が影響しているのか、一切言及していない。しかし、新たに一部負担金を助成する制度を創設した自治体は、その後十数年間重い財政負担に喘ぐことになったことは事実である。

#### オ. 老人医療と上乗せ事業の終焉

2002年に老人保健法が改正され、対象年齢が5年間で、段階的に75歳以上へ上引き上げられることになった。この改正は、財源問題から無料化政策を終焉させたいと願っていた自治体にとっては格好の口実となり、神風が吹いたようなものであった。

なぜならば、この年齢の引き上げは、現行の制度を継続させると、向こう5年の間に70～75歳の年齢層が

老人医療や一部負担金助成事業の対象に移行することを意味している。今後の高齢化の進展を考慮すると、現状の無料化政策を存続していくことは誰の眼にも困難であると映った。そこで各自治体は、これを機に障害老人等の一定の者を除き<sup>21)</sup>、対象年齢の引上げに合わせ無料化政策を段階的に終息させる途を選択したのである。

こうした過程を辿り、老人医療とその上乘せ事業は順次「終焉」を迎えることになった。

表7 老人医療における国と地方の対応

年代	国	地方
1960	—	旧沢内村が老人医療の無料化を実施
1969 ～		東京都などの実施により全国に伝播
1973	老人医療費支給制度の創設	年齢引下げ・所得制限の緩和
1983	老人保健法の施行により一部負担金導入	無料化政策（一部負担金の助成）の継続
2002 ～	老人保健法の対象年齢を段階的に引上げ	年齢引上げに伴い無料化を段階的に廃止
2008	後期高齢者医療制度	広域連合による実施

#### 4. 乳幼児医療助成の拡充の動き

##### (1) 最近の動向

地方の老人医療の無料化政策を引き継いだ国の老人医療費支給制度は10年で廃止され、それを引き継いだ老人保健法も、2000年から介護部分を医療の分野から除外す介護保険法の応援を受けたものの、臨界点に達し2008年4月からは新たに「後期高齢者医療」へ装いを変えることになった。このように老人医療は、高齢化の進行に伴い四半世紀の間に大きな変化を遂げた。

一方、乳幼児を対象とする医療助成は、老人医療に続き1970年代前半から、まず0歳児の乳児を対象として創設された。その後、少子化対策の掛け声とともに2000年頃から順次対象年齢の拡大などが図られ、最近では就学前を超え、就学後も対象とするところが現れ、福祉施策から子供全体を対象とする一般施策へと装いを変えてきている。

ところで、こういった新たな動きは、老人医療の時もそうであったが、全国的にみると東京都がその先陣を切り、次いで比較的財政豊かな県・政令指定都市が

続き、そして地域に大型企業などを抱える豊かな市町村がその後を追うという構図になっている。とりわけ東京都は、子育て支援の一環として全国に先駆けこの事業を拡大することに意義があるとして、2007年10月から中学生までを助成対象に広げている。また、愛知県内の自治体をも、愛知県や名古屋市、それに豊かな市町村なども順次拡大を表明するなど、すでに制度の拡充に向けた都市間競争が始まっている<sup>22)</sup>。

特に2007年は統一地方選の年で、乳幼児医療の充実がマニフェストに掲げられたところもあり、2008年度に向け年齢拡大や所得制限の撤廃の流れが一気に加速しようとしている。かつての老人医療の無料化が政治的思惑とも絡み、燎原の火の如く全国に伝播していった状況と酷似している。

##### (2) 国の姿勢

地方単独事業は自治体の財政力により格差が生まれるものであるため、地方においては「国の制度化」を望む声が強。しかし、現在のところ乳幼児医療に対する国の正式な見解はみられないが、概ね次のように整理できよう<sup>23)</sup>。

- ・地方自治の観点から地方単独事業に対し指導する立場にない。
- ・難病など必要なものについて既に公費負担の制度を設けている。
- ・将来にわたり持続可能で安定的・効率的な社会保障制度の構築を図るため、医療制度においても、後期高齢者医療制度の実施や各種の医療費適正化の取り組みを本格化させている。
- ・そうした中で、一部の年齢層だけを一律に無料化する政策は疑問であり、医療保険の原則を踏まえるべきである。

これが現在の国の姿勢であろう。実際、総花的な国の少子化対策のなかでも医療助成の姿はみられない。

しかし、1960年代後半から1970年代前半において、政治上の思惑や駆け引きが老人医療の制度化に大きな影響を与えたことを思い起こすと、乳幼児医療について国の姿勢に変化があらわれる可能性も否定できない。

##### (3) 拡充の問題点

これまでみてきたように、乳幼児医療の拡充の動きは、少子化対策の一環として全国に伝播しつつあるが、

老人医療の無料化のように、医療費の増嵩を招き、医療保険制度を根底から侵しかねない側面を内在している。以下、拡充について問題点を若干指摘する。

#### ア. 対象者が総人口の10%超に

乳幼児医療は、すでに都市間での拡充競争が始まっており、行き着くところは、所得制限なし、義務教育を通り越し、将来的には18歳までの可能性も否定できない。しかも、乳幼児医療は障害者や母子家庭医療のように特定された者を対象とするのではなく、年齢のみを要件としているため、対象者は必然的に増加していく。

2006年12月の人口推計<sup>24)</sup>では、2007年の0～14歳人口は17,238千人で、総人口に占める割合は13.5%であり、2010年には16,479千人で13.0%となる。今後、この数値は少子化の進行で、絶対数も総人口に占める割合も減少していくが、それでも2020年では13,201千人、10.8%であり、総人口の10%を超えている。

乳幼児医療の場合、対象となる絶対数が老人医療と比べると少なく、有病率も乳児など低年齢層を除けば高くないので、財源はさほど膨らむことはないと思われ、楽観視する向きもある。しかし、医療費総額は基本的に受診者数、受診率、診療報酬の組み合わせであり、対象者数はとりわけ大きな要素となる。仮に、対象者を義務教育終了までとすると、2020年においても総人口の10%を超え、しかも死亡率が極めて低い。そう考えると、財政負担は老人医療の場合と同様厳しいものとなるだろう。

例えば、2007年度における名古屋市の数値をみると、対象は0歳～小3年生で約16万人、予算額としては年間52億円が計上されている(表8参照)。これを2010年推計における0～14歳人口、16,479千人に単純に当てはめてみると、全国では約5,000億円を超える数値となる。

また、助成対象年齢が上がれば有病率は低下するので、通常、受診率は低下すると考えられるが、表8で示すように対象年齢が拡大すると、逆に受診率は上がる傾向を示している点も注視する必要があるだろう。

#### イ. 窓口無料方式

医療費の助成方法としては、現物給付方式(窓口無料方式)と現金給付方式(償還払方式)があるが、これまでの経験則から、医療費を押し上げる大きな要因の一つには窓口無料方式があげられる。

償還払方式の場合は、患者は一旦、医療機関の窓口で自己負担額を支払い、その後、償還請求を行うため、経験的に受療への一定の抑止力が働くが、この方式は利便性という観点から評判が悪く、今日では償還払方式が採用されることは少ない。

一方、窓口無料方式の場合は、患者は窓口で1円の支払いも要しないから、医療機関は金銭を気にすることなく診療行為を行うことができる。また、診療報酬は基本的に「出来高払い制」であるので、医療機関は診療行為を行えば行うほど多くの収入を得ることができる。子供が対象であるので、老人医療の時のように待合室がサロン化することは考えられないにしても、不必要な投薬・検査など過剰診療が生まれる余地が存在することは否定できないであろう。

もう一つの懸念は、今の親の世代感覚である。窓口無料方式の場合、通院三診療一念のため診療、ついでに診療、救急車診療(医療機関からの要請)一という言葉が現実味を帯びてこないとも言え切れない。とりわけ、わが国の医療アクセスは極めて優れているので、通院部門において必要以上の医療需要を引き起こす可能性も考えられる。

昨今、医療における利便性を強調するあまり、償還払方式を頭から否定する向きがあるが、「助成」という意味を改めて考える必要がある。患者が医療機関で支払った額を補填することが助成であり、支払額の確定後に助成(償還)を行うべきものである。

仮に、窓口無料方式が、患者・医療機関双方にモラルハザードを起させる要因になるならば、それは人間にとって不幸なことである。また、この方式が、医療保険制度の安定的な存続を阻害させる要因になるならば、それも好ましいことでない。償還払方式が、不便で手間がかかり時代遅れであるとしても、今一度この方式を再考すべきであろう。

#### ウ. スピルオーバーの享受

地方単独事業の受益を受けるものは、該当地域の住民に限られる。しかし、事業の実施によって新たに生まれる費用は、地域以外の自治体や医療保険の保険者に波及し、いわゆるスピルオーバー<sup>25)</sup>現象を引き起こす可能性がある。その結果、単独事業の実施に伴いスピルオーバーを被る関係者は、新たな負担を享受しなければならない。それだけに地方単独事業は、実施だけでなく、その運営にあたっては慎重さを欠かすことはできない。



表8 名古屋市における乳幼児・小学生医療助成費等の推移

単位；人・千円・%

年/月	乳幼児(人) 小学生(下線)	助成総額 (千円)	受診率	制度拡充
2000/3	63, 861	3, 307, 013	1454	
2001/3	79, 872	3, 436, 011	1493	2000. 12→3歳児まで引き上げ, 0歳児を除き所得制限を設ける
2002/3	87, 500	3, 986, 013	1535	2001. 8→4歳児の入院を加える
2003/3	101, 736	4, 021, 336	1512	2002. 8→4歳児の通院を加える
2004/3	120, 423	4, 417, 480	1618	2003. 8→就学前の通院を加える
2005/3	120, 017	4, 831, 045	1728	
2006/3	116, 301	4, 780, 552	1769	
2007/3	115, 160 <u>1, 164</u>	4, 875, 377 <u>50, 396</u>	1800 ※184	2006. 8→小学生(1~3年)の入院を加える, 3子以降を除く3歳未満の所得制限の撤廃 ※入院のみのため受診率が低いと思われる
2007 予算	110, 000 <u>53, 000</u>	4, 885, 082 <u>315, 255</u>		
2007 補正	<u>24, 300</u>	192, 000		2008. 1→小学生(4~6年)の入院を加える, 所得制限を全て撤廃(2007. 9議会で可決)

注1. 出所：名古屋市健康福祉局「老人保健・福祉医療 事業概要 2002～2006年版」及び「健康福祉年報(事業編)2007年度版」から整理・転載

こうしたことについて、東京都の事例が一つの参考になろう。

東京都では、就学前の乳幼児については自己負担分の全額を助成しているが、2007年10月から拡大する小・中学生については、自己負担分3割のうち1割(都1/2, 市町村1/2負担)を助成するとしており、2割については自己負担としている。制度を拡大しても医療機関での窓口負担を存続させており、賢明な手法を採ってといえるといえよう<sup>26)</sup>。

## おわりに

老人医療の無料化は地方の単独事業として始まり、それを国が後追いをし、老人医療費支給制度を創設した。すると、国に遅れをとらないとする地方は、国の制度より年齢拡大や所得制限を緩和する上乗せ事業を実施した。その結果、老人医療費が増嵩したため、国はその打開策として老人保健法を施行し、一部負担金を導入する有料化へ踏み切った。しかし今度は、地方は一部負担金を補填する制度を設け、事実上の無料化政策を存続させた。

結局、こうした国と地方の一連の「鼯ごっこ」に、

急激な高齢化が加わったため老人医療費が増嵩し、医療保険制度の枠組みを危うくさせたといえる。

ところで、乳幼児の医療助成は、少子化の追い風を受け、地方はその拡充に燃えているが、国は老人医療の経験から些か冷ややかである。国の少子化対策の中に、乳幼児医療助成という事項はみられなく、医療保険の原則を踏まえるという姿勢を崩していない。とりわけ、わが国の医療アクセスは諸外国と比べると優れているので、過剰な医療需要が起りかねない。そう考えると現在の国の姿勢を一概に批判することはできないであろう。

また、乳幼児医療はほとんど所得制限もなく、年齢のみが要件であり、弱者を対象とする福祉施策から、少子化対策としての一般行政施策へ移行している点からも慎重さが求められる。

今日、少子化対策に異を唱え難い風潮がみられるが、乳幼児の医療助成が出生率をあげる施策として有効か否かの検証がされているわけでもない。ムードや流行を追うだけでなく、今一度、医療保険の仕組みを冷静に受け止め、将来を見据えた慎重な対応が望まれる。

(注)

- 1) 2006. 12の人口推計では、合計特殊出生率を、中位仮定1. 26, 低位1. 06, 高位1. 55と想定。
- 2) 上乗せとは、国の定める基準より地方が独自に高い水準の事業(規制・給付)を行うことをいう。横だしとは、例えば、国が規制対象に「粉塵」を指定し、「煤塵」を指定していない時、地方が「煤塵」も規制対象に加えるような場合である。
- 3) 地方自治法第96条参照
- 4) 介護保険法第18・62・124・129条, 同施行令第38条参照
- 5) 原田尚彦, 全訂版 行政法要論, 63, 学陽書房(1985)
- 6) 大気汚染防止法第4条参照
- 7) 原田尚彦, 全訂版 行政法要論, 64-66, 学陽書房(1985)
- 8) 老人医療費支給制度発足時の1973年の老人医療費は4, 289億円であったが, 老人保健法施行の1983年は33, 185億円で, 10年間で著しく増嵩している。以後, 10年間隔でみると, 1993年は71, 778億円, 2003年は116, 523億円となっている(厚生労働省「老人医療事業年報」)。
- 9) 昭57. 10. 8 衛老第3号通知の一部抜粋。「…従来, 多くの都道府県又は市町村が独自の判断で行っている年齢の引き下げ又は所得制限の緩和等による老人医療に関するいわゆる単独事業あるいは上乗せ福祉については, 老人保健法の趣旨, 内容を十分ご理解の上, 本法との整合性, 単独事業による医療保険財政や国及び他の地方公共団体の財政に対する影響等を十分配慮しつつ, その存続の必要性等について再検討し, 本法実施までに適切な対応をされたい」
- 10) 昭58. 1. 24 衛老計第4号通知の一部抜粋。「…各地方公共団体において……(本法で)定める範囲を超えて一部負担金を減免する結果となるような措置を講じることは機関委任事務たる老人保健法による医療の適正な執行を妨げることになる……厳に慎むよう…」
- 11) 前掲の注4参照
- 12) 名古屋市の福祉医療助成は, 1973. 1乳(幼)児医療, 1973. 10障害者医療, 1978. 11母子家庭医療, 1982. 10戦傷病者医療と順次制度化。他の自治体も概ねこの頃に制度化している。
- 13) 患者の自己負担割合は医療保険各法に規定(2007. 9現在)。0~2歳→2割, 3~69歳→3割, 70~74歳→1割・現役並3割, 75歳~→1割・現役並3割
- 14) 西川義明, 増刊ジュリスト—新条例百選, 名古屋市老人の医療費の助成に関する条例, 136-137, 有斐閣(1992)
- 15) 吉原健二編, 老人保健法の解説, 101-102, 中央法規出版(1983)
- 16) 上乗せの一例: 大阪市(65歳, 2人世帯で所得259万円), 名古屋市(68歳, 本人所得200万円)
- 17) 前掲の注8参照
- 18) 前掲の注9・10参照
- 19) 老人保健法の施行の際, 多くの自治体は一部負担金の補填を行う「福祉給付金」という名称の制度を創設。この制度では, 助成対象を障害老人や住民税非課税世帯の老人など社会的弱者に限定したが, 高齢者の優遇税制により, 助成対象者は7~8割にのぼり, 事実上の無料化政策の継続といえるものであった(前掲の注14参照)。高齢者の優遇税制については, 小林成隆・西川義明, 2004年度の税制改正が福祉に及ぼす影響, 名古屋文理大学紀要 第7号(2007)参照。
- 20) 厚生白書, 2000年版, 122-123, ぎょうせい(2000),
- 21) 障害者医療助成を実施している場合, 年齢による逆転現象を避けるため, 障害老人等については一部負担金の助成を存続させる必要があった。
- 22) 東京都は, 週間社会保障, 40, 法研, 2435(2007)。愛知県は知事選のマニフェスト。名古屋市は2007. 9議会。愛知県内の豊田市・弥富市は中学生まで2008. 4実施を表明。飛島村は2002実施済み。
- 23) 週間社会保障, 40, 法研, 2435(2007)
- 24) 国立社会保障・人口問題研究所の2006. 12推計
- 25) スピルオーバー(spillover)の原義は「あふれること」。衛星放送の電波が他国・他地域にも達してしまうことをいう。ここでは, 自治体の行う単独事業が他の自治体や医療保険の保険者へ財政波及を及ぼす意味で用いている。
- 26) しかし, 東京都下の自治体の中には, この2割部分を独自財源で助成する(都の基準の上乗せ)ところもあらわれている。

※ また、4(3)一アで、「乳幼児医療は、すでに都市間での拡充競争が始まっており、行き着くところは、所得制限なし、義務教育を通り越し、将来的には18歳までの可能性も否定できない……」と述べたが、現にそうした自治体もあらわれている。愛知県一色町は、2008.4から1割の窓口負担は残すものの、中学生から18歳までの入院を助成対象とすると2007.12に表明。

#### 参考文献等

- 1) 岡光序治編, 老人保健制度解説, ぎょうせい (1993).
- 2) 富永健一, 社会変動の中の福祉国家, 中公新書 (2001).
- 3) 坂田期雄, 地方制度の構造と実態, ぎょうせい (1985).
- 4) 塩野宏・原田尚彦, 演習 行政法, 有斐閣 (1985).
- 5) 原田尚彦, 全訂版 行政法要論, 学陽書房 (1985).
- 6) 広井良展, 医療の経済学, 日本経済新聞社 (1994).
- 7) 真野俊樹, 入門医療経済学, 中公新書 (2006).
- 8) 吉原健二編, 老人保健法の解説, 中央法規出版 (1983).
- 9) 週間社会保障, 法研, 2435 (2007).
- 10) 厚生白書, 2000年版, ぎょうせい (2000).
- 11) 厚生労働白書, 2005年版, ぎょうせい (2005).

