

博 士 論 文

**地方分権の進展による国・地方自治体間関係の
変容が医療・福祉政策の実施過程に及ぼす影響
に関する研究**

A study on changes in healthcare/welfare
policy processes induced by transformations in
intergovernmental relations

2 0 1 3 年 度

日 本 福 祉 大 学 大 学 院
福 祉 社 会 開 発 研 究 科
社 会 福 祉 学 専 攻 博 士 課 程

学籍番号: 10DA0026

氏 名: 横川 正平

2013 年 7 月 3 日

論文要旨

学籍番号：10DA0026

氏名：横川 正平

論文題目

地方分権の進展による国・地方自治体間関係の変容が医療・福祉政策 の実施過程に及ぼす影響に関する研究

要旨

1 研究の目的

地方分権改革により国・地方自治体間関係は変容し、政策執行過程における国の統制の弱体化と地方自治体の裁量権の拡大が生じた。本研究の目的は、それにより医療・福祉政策の執行過程において、地方自治体の自律的政策執行が可能となり、国の政策の執行段階における実質の変容を生じるプロセスについて検討することである。

2 医療・福祉政策における国・地方自治体間関係の現況と研究の課題・方法

2000 年の第一次分権改革により、機関委任事務は全廃され、地方自治体に対する国の関与は縮減・定型化され、地方自治体は国と対等な法解釈自治権を保障された。2006 年以降の第二次分権改革により義務付け・枠付けの見直しが行われたこともあり、国の政策目的の実現のための統制と地方自治体の執行方法の自己決定はややもすれば齟齬をきたす。筆者の修士論文の調査によれば、医療費適正化計画は国の統制手段が弱く、地方自治体の自律的意思決定により、国の政策目的に合致しない結果を招来した。

研究の課題は次の 3 つである。①地方分権の進展に伴う国と地方自治体間関係の変化が、医療・福祉の政策領域を中心とする国と地方自治体の社会保障行政の政策執行過程にいかなる変容を生じているか。また、その地方分権による変容はナショナルミニマムの保障の縮減をもたらしていないか。②機関委任事務制度が果たした機能や国民健康保険制度の変遷について検討すること及び老人医療費無料化や社会福祉事務の団体事務化等の国と地方自治体間の政策対立を歴史的に把握する。③医療・福祉行政における国と地方自治体の関係の変容が、国の政策実施に及ぼしている影響の実態について、地方自治体に対する 4 つの独自調査を通じて把握する。

そのために、文献研究と以下の 4 つの調査研究を行った。(1)医療費適正化計画に関する 6 都県調査、(2)国民健康保険広域化等支援方針（以下「支援方針」という）の策定に関する都道府県調査（回答数 44/47）、(3)国民健康保険（以下「国保」という）の広域化等に関する市町村調査（乳幼児医療費等の福祉医療費助成調査を含む）（回答数 58/72）、(4)介護基盤整備等に関する都道府県調査（回答数 25/47）を行った。

3 本研究の内容と結果

本研究は、3 部 9 章（序章と終章を含む）で構成する。第Ⅰ部は文献研究による理論的考察、第Ⅱ部は文献研究による歴史的考察、第Ⅲ部は 4 つの調査研究である。

序章では、研究の動機・背景、研究目的、研究の視座と枠組み、研究課題・視点、用語の定義について述べる。特に、地方分権改革後の医療・福祉政策の国と地方自治体間の政

策執行過程における政策対立を、従来の老人医療無料化などの政治的・運動論的な背景による政策対立の「政治的類型」や財政負担の地方転嫁による政策対立の「財政的類型」とは区分される新しい類型として捉え、「折り合い(分権的類型)」と仮に定義した。この政策対立の要因は、地方分権により国の政策の執行方法を地方自治体が独自に解釈して自律的に執行することであるが、発生と同時に国の政策の変容を惹起するため、政策対立の発生とその結果生じる現象とが不可分一体である点が特徴で、他の政策対立の類型と区分される。

第Ⅰ部：国と地方自治体間関係の変容による法解釈自治権の保障や国の立法制約が医療・福祉分野における政策実施に及ぼす影響に関し先行研究により検討した。

第1章「地方分権と国・地方自治体間関係の変容」では、第一次分権改革により機関委任事務が全廃され、地方自治体に法解釈自治権が保障されたことや地方自治体に関する制度・政策の立法制約が国の統制の弱体化と地方自治体の裁量権の拡大をもたらすことを述べた。これらが国と地方自治体の政策対立における地方自治体の自律的政策執行を可能にすることを明らかにした。この国・地方自治体間関係の変容が政策執行過程に及ぼす影響について分析し、執行過程で生じる新たな政策対立である「折り合い(分権的類型)」の5つの要件を導出した。

第2章「国と地方自治体の社会保障の実施責任と財政責任」では、社会保障の憲法的基礎について憲法第25条と社会連帯の原理について整理した。第25条の責務は、国と共に地方自治体にもあるとするのが通説である。地方分権とナショナルミニマムとの緊張関係について、筆者は、ナショナルミニマムの水準設定は国の立法によらざるを得ないが、国と地方の協議の場において地方自治体の意思を反映することを検討すべきであると考えている。

第Ⅱ部：地方（自治）制度と社会保障制度が、社会経済の制約の中でどのように創設・展開されてきたのか先行研究により検討した。

第3章「地方制度と社会保障制度の変遷」では、機関委任事務と地域保険である国保制度の変遷を中心に国と地方の関係について検証した。機関委任事務は、福祉三法体制の確立や高度成長期の福祉国家形成を促進する機能を果たしたが、集権化も進行し地方自治体の福祉優先行政の足枷にもなった。老人医療費無料化は「政治的類型」の政策対立の代表例であり、受診増を目指す国保の10割給付から始まり、革新都政の公費補填方式によって普及し法制化されたが、医療費急増や社会的入院を招いたとの批判も根強い。

第4章「行財政改革と地方分権—高齢者医療・福祉制度を中心に」では、石油危機後の経済の低成長を契機に高まった80年代の社会保障費抑制の動き、特に「財政的類型」の政策対立の代表例である国の高率補助金改革と同時に進められた機関委任事務の団体事務化について検討した。老人ホームの入所措置事務等の団体事務化は自治事務に比べ「政令の定め」による統制された分権化であり、地方への負担の転嫁であったといえる。

第5章「地方分権の進展と医療・福祉制度の変容」では、地方分権の進展により、医療・福祉制度がどのように変容したか分析した。必須的記載事項が削減された医療費適正化計画に比べ、医療計画は義務付け・枠づけの見直しが殆どなかったことが分かった。介護保険法では、地域密着型サービスの事業者指定等の市町村への権限移譲が進展した。

第Ⅲ部：地方分権により地方自治体の裁量権が拡大した結果、医療・福祉行政領域の国・地方自治体間関係にどのような変化が生じているのか、4つの調査に基づいて分析した。

第6章「医療費適正化計画策定調査—医療行政における国・地方自治体間関係の変容」は、6都県の医療費適正化計画策定に関する質問紙及び面接調査の分析である。都道府県が、地域の実態に合せ国の統制である参酌標準を独自に解釈することにより、医療費適正

化計画を自律的に策定し、療養病床の削減という国の政策目的の変容が生じたことを明らかにした。筆者が定義した「折り合い(分権的類型)」の発生である。

第7章「国民健康保険広域化等支援方針の策定等調査―国・地方自治体間関係の変容」は、国保の支援方針に関する全都道府県調査及び市町村の抽出調査に基づく分析である。市町村調査は①国保の運営に関する事項と②福祉医療費助成事業に関する事項の2分野の調査を行った。都道府県調査の結果、広域化を策定目的としない都県が約4分の1を占める等、支援方針の事実上の変容を明らかにした。都道府県が保険者の実態に応じて、国の統制手段の策定要領を独自に解釈して自律的に策定し、国の国保の広域化策の変容を惹起したといえる。これにより、「折り合い(分権的類型)」が発生していることを明らかにし得た。また②のうち乳幼児医療費助成事業の調査結果から、利便性が高い現物給付方式を採用する市町村が多く、国保の国庫負担金等の減額措置の不合理性を明らかにした。

第8章の「介護基盤整備等に関する都道府県調査」では、都道府県に対する介護基盤緊急整備計画の整備目標等を調査した。地方財政措置がとられた広域型介護施設に対する補助額について、国の期待どおり増額した県は回答の2割にとどまり、消極的な都県が多数を占めた実情を明らかにした。

総合的考察：終章「総合的考察」では、Ⅰ部の理論的考察、Ⅱ部の歴史的考察とⅢ部の実証研究を統合して、医療・福祉政策の執行過程における国と地方自治体間関係の変容について考察した。第Ⅰ部の理論的考察から、地方分権改革による国の立法権の制約や地方自治体の法解釈自治権の保障が、国の法的優位性の減退と地方自治体の自律的政策執行の拡大をもたらし、「折り合い(分権的類型)」の成立要因となっていることを明らかにした。また、従来の政策対立の「政治的類型」・「財政的類型」とは異なる類型である「折り合い(分権的類型)」について、その意義と特徴・相違点を明らかにした。第Ⅱ部の歴史的考察から、制度・政策の企画立案機能の掌握が国の地方自治体統制の基本であったことを明らかにし、企画立案段階から地方自治体も参加する「国と地方の協議の場」法の活用による地方自治体の国政参加の重要性を論じた。第Ⅲ部の4つの調査の分析検討から、要綱等の政策執行統制手段の独自解釈の有無が「折り合い(分権的類型)」の成立を左右することを明らかにした。

4 本研究の意義と今後の課題

本研究の意義は2つある。第一に、地方分権改革による国・地方自治体間関係の変容により、政策執行過程において政策内容の変容が生じることについて、新たな政策対立の類型である「折り合い(分権的類型)」概念を用いて検討したことである。それにより、従来型の類型の政策対立との相違を明かにし、医療福祉政策に係る4つの調査の分析検討により、第一次地方分権改革以降の政策において、「折り合い(分権的類型)」が生じた事例を明らかにした。

第二に、地方分権改革による国の立法権の制約から、自治事務にかかる法律の規定を枠組み的なものにとどめるという立法方針が採られる以上、今後の医療・福祉政策の検討においては、立法過程や財政措置に加えて、執行過程の分析の重要性が増すことを明らかにした点である。

限界は2つある。第一に国と地方自治体の財政責任の検討に際して、分権改革の重点課題である税財政問題について検討できなかった点である。第二は、政策対立の第三の類型の「折り合い(分権的類型)」について、他の行政分野においても適用できるかどうかについて、本研究では調査検討できなかった点である。今後の研究の課題としたい。

Abstract of Doctoral Dissertation

Student NO. : 10DA0026

Surname, First name : Yokokawa Syohei

【Title】

A study on changes in healthcare/welfare policy processes induced by transformations in intergovernmental relations

【Abstract】

1. Goals of this Research

As a result of the decentralization reforms, relationships between the national government and local self-governing bodies have changed, and the resulting weakening of national regulation of policy implementation has produced increased discretionary power in these bodies. The goal of this research study is to examine the process through which substantial changes have developed in national health care and social welfare policy measures, as a result of local self-governing bodies gaining the power to autonomously enforce political policies in these fields.

2. Current State of Relationships between National Government and Local self-governing bodies in Medical and Social Welfare Policy, Research Themes & Methods

In the First Stage of Decentralization Reform in 2000, the Agency Delegated Function System was abolished, government involvement with local governments was reduced and standardized, and these organizations were guaranteed autonomy in interpretation of the law, on the same level as the national government. On the other hand, following the Second Decentralization Reform in 2006, there was a reconsideration of obligations and boundaries, and the combination of self-determination of enforcement methods by these governments and regulations by the national government to realize the objectives of policy led to a tendency toward inconsistent results.

Based on my personal investigation for my master's thesis, the national government's implementation measures for its Medical Expenditure Optimization Plan were weak, and the autonomous decision-making of local governments brought about a result that was not in keeping with the original goals of the policy.

There are 3 tasks for this research, and they are as follows. (1) Answer the question: are the progression of decentralization reforms and changes in relationships between national government and local self-governing bodies having

any kind of effect on social security administration and implementation structures of the national government and these local organizations, especially in the fields of medical care and social welfare? (2) Get a grasp on a historical level of the changes in reduced pricing and free medical care policy for infants and the elderly, as well as changes in the national health insurance program and the accomplishments of the Agency Delegated Function System, with a focus on the relationships between national government and local governments. (3) Develop an understanding of the effects that changing relationships between national government and local government in the administration of medical care and social welfare exert on implementation of national policies, by undertaking an investigation of local governments through 4 proprietary surveys.

In order to accomplish these goals, in addition to literary research, 4 surveys were conducted. These were: (1) a survey of the cost of long term hospital bed care in Tokyo and 5 other prefectures, related to the Medical Expenditure Optimization Plan, (2) a survey of prefectural policies (44 replies/47) related to the National Health Insurance Wide-Area Support Policy (below "Support Policy"), (3) a survey of towns and villages (58 replies/72) regarding the wide-area range of national health insurance (below, "national insurance"), (4) a survey by prefecture (25 replies/47) regarding the establishment of base infrastructure for nursing care.

3. Research Contents and Results

This research is organized in 3 parts and 9 sections (including a preface and a closing). The first part is a consideration of theoretical concerns that arose from an investigation of available reference materials. In the second part, we'll investigate real-world examples.

The preface covered this research's motivations, background, goals, viewpoint and framework, issues and perspectives, and definitions of terminology to be used. A special focus was given to the political confrontations between national government and local self-governing bodies in the fields of health care and social welfare following the decentralization reforms. These confrontations can be divided into groupings such as "political type," which has a political movement such as that toward making traditional geriatric care free of charge setting the background, and "financial type," which deals with political confrontations stemming from the shifting of financial burdens to local interests. Opposition between the two sides as a whole is defined provisionally as "compromise (decentralization type)." The main factor in this confrontation is the newfound power of local self-governing bodies to use their own interpretation of policies and autonomously enforce them, which is a change in the method of national policy enforcement caused by the decentralization reforms. However, because there were changes in national policy at the same time these reforms took effect, the occurrence and results of these political confrontations are a single inseparable

phenomenon. This is a unique characteristic, and something that separates them from other types of political confrontations.

Part I: Examination of the Latest References and Research Related to the Changing Relationships between National Government and Local self-governing bodies in the Fields of Medical Care and Social Welfare

Section 1

The "Changes in the Relationship between National Government and Self-Governing Bodies following Decentralization Reform" section mentioned that as a result of the First Decentralization Reform, the agency delegated function system was abolished, and local self-governing bodies were given the right to autonomously interpret law. This in addition to the limitations on legislation dealing with the organization and political measures of these bodies brought about a weakening of national regulation and increase in discretionary power for local self-governing bodies. These changes made it clear that local self-governing bodies had the authority to independently implement policies in the event of political conflicts between them and the national government. By analyzing the effects these changes exert on the relationship between the two groups in the policy implementation process, 5 requirements for a "compromise (decentralization type)" confrontation were identified.

Section 2

The "Implementation and Financial Responsibilities Related to Social Security for National Government and Local Self-Governing Bodies" section discussed the constitutional basis for social security with respect to Article 25 of the constitution and social solidarity theory. In the prevailing view, the responsibilities outlined in Article 25 apply to both the national government and local self-governing bodies. It is my view that, regarding the strained relationship between the decentralization of power and the national minimum policy, the standards for the national minimum must be set in accordance with national legislation. However, whether or not these standards reflect the intentions of local self-governing bodies should be considered through discussion between national government and local groups.

Part II: Examination of Prior Research on How the Local (Self-Governing) System and the Health Care and Social Welfare Systems were Established and Developed within the Constraints of Socio-Economics

Section 3

The "Changes to Local Systems and the Social Security System" section examined the relationship between national government and local groups, focusing on changes to the agency delegated function system and regional insurance based on the national health system. Although the agency delegated function system played a role in the establishment of the 3 welfare law system and the formation of a welfare

state during the period of rapid growth after World War II, it also advanced the centralization of power and was a hindrance to the prioritized administration of welfare initiatives by local self-governing bodies. The movement to make geriatric care free of charge is a representative example of a "political type" confrontation. This started with a national insurance policy designed to increase doctor visitation which reimbursed 100% of the cost of these visits, and although the initiative spread and became law as a result of a public expenditure compensation method proposed by reformers within the metropolitan government, there were strong criticisms that it would lead to rapid increases in medical expenses and social hospitalization.

Section 4

The "Administrative Reforms and Decentralization of Power - Focusing on Geriatric Care and the Welfare System" section examined the movements which aimed to contain the rising costs of social security which resulted from the low economic growth in the 1980s following the oil crisis. This section paid special attention to a representative example of "economic type" political confrontation: the high rate assistance payment reforms which coincided with the movement to organize working duties of the agency delegated function system. This organization of working duties was a shifting of the burden toward local interests, and differing from autonomous duties it was a decentralization reform regulated by "government order."

Section 5

The "Progress of the Decentralization of Power and Changes in Medical Care and Welfare Systems" section analyzed the way in which medical care and welfare systems changed as a result of the progress of the decentralization of power. Compared to the movement to bring medical expenses down to reasonable levels, it became clear that in this case there was very little review of the obligations and framework of medical care projects. In the Public Nursing Care Insurance Law, the shifting of rights such as the designation of business people for community-based services progressed.

Part III: Investigation of the Effects of Progress of Decentralization on the Medical Care and Social Welfare Administration of National Government and Local self-governing bodies, through the Analysis of 4 Surveys

Section 6

The "Investigation of the Movement to Bring Medical Expenses Down to Reasonable Levels - Changes in the Relationship between National Government and Local Self-Governing Bodies Regarding the Administration of Health Care" section analyzed the results of paper questionnaires and interview investigations related to implementation of the policies of this movement in 6 prefectures. These prefectures took an original interpretation of the national regulation of comparative standards to match the real circumstances of their local areas, and

implemented the measures of the movement. The result was a clear reduction in the number of long-term stay beds, which was the change which the national government had hoped the policy would affect. This is an instance of "compromise (decentralization type)" as defined by the author.

Section 7

The "Investigation of Policies for Support of Objectives Such as the Expansion of National Health Insurance - Changes in the Relationship between National Government and Local Self-Governing Bodies" section is an analysis based on surveys of all prefectures and selected cities and villages related to support policies for national health insurance. The surveys of cities and villages were conducted in the fields of ① matters related to the administration of national health insurance, and ② matters related to medical expense assistance welfare programs. The results of the surveys of prefectures showed that approximately 14 of prefectures did not consider the expansion to be an established goal, and clarified the reality of changes in support policies. The prefectures followed the gist of the national regulation measures, then added their own interpretation to fit the reality of their insured citizens, and implemented the policy autonomously. This is the cause of changes to the national government's expansion policy for national health insurance. As a result, a clear "compromise (decentralization type)" can be said to have arisen. Also, the results of the ② surveys of towns and villages related to infant medical expenses assistance projects showed that a large number of municipalities adopted the highly convenient benefit in kind system, and an inconsistency in measures to reduce the burden of national health insurance on the national treasury funds was apparent.

Section 8

The "Prefectural Surveys Related to Foundational Care Services" section investigated issues such as how the service goals for the emergency service plan for foundational care differed between prefectures. As for the amount of assistance provided by local government financing measures for large-scale nursing homes, just 20% of prefectures answered that the amount increased in accordance with national government expectations, and the real conditions indicated clearly that a number of prefectures were instead showing a reduction in these funds.

Conclusion and Observations

The "Conclusions and Observations" section unified the theoretical observations of Part I, the historical observations of Part II, and the experimental study of Part III, and considered them together with respect to the changes in the relationship between the national government and local self-governing bodies in the process of implementation of medical care and welfare policies. From the theoretical observations of Part I, the combination of legislative limitations imposed on the national government and the right to autonomously interpret law given to local self-governing bodies, which both were results of the

decentralization reforms, brought about both a decline in national government predominance in matters of legality and on the other hand, an increase in policy enforcement autonomy among local self-governing bodies. This was shown as a main factor in the emergence of "compromise (decentralization type)." This section also clarified the significance of the addition of "compromise (decentralization type)" political confrontations to the existing "political type" and "economic type," as well as the differences between the 3 types. The historical considerations of Part II showed that a complete grasp of policy and system plan drafting functions was the basis for national government's local self-governing body regulation system. It then went on to debate the merits of the participation by these bodies in project planning steps through the application of "national and local cooperative" law, as well as their political status resulting from this participation. The analysis and consideration of the 4 surveys in Part III clarified the influence of the presence or absence of autonomous interpretation rights for the gist of policy content, as well as implementation and regulation methods, in the formation of "compromise (decentralization type)."

4. Significance of this Research and Future Projects

This research first considered the changes in the relationship between national government and local self-governing bodies that resulted from the decentralization reforms. Then, using the concept of "compromise (decentralization type)" as defined by the author, considered the political changes in policy implementation procedures that arose from these changing relationships. The results, through analysis of 4 surveys concerning health care and welfare policies, showed precedents for a new type of political confrontation, "compromise (decentralization type)," that had come into existence following the First Decentralization Reform.

Also, this research investigated the financial burdens and enforcement responsibilities of the national government and local self-governing bodies related to social security affairs. Although the coexistence of decentralization and the national minimum is not necessarily a contradiction, even though the national minimum standards must be set by the National Diet through deliberation, it is essential that these standards reflect the interests of local self-governing bodies. As a result, the importance of a discussion venue where local self-governing bodies can take part in project planning is quite evident.

This research was limited in part I's consideration of the financial burdens of national government and local self-governing bodies, in that it was unable to investigate a key issue in the decentralization reforms, the economic problem of taxes. Concerning part II's third type of political confrontation, "compromise (decentralization type)," this research was unable through its survey investigations to consider whether or not it was applicable to other administrative fields, and that is a possible future project.

謝辞

本研究は、筆者が日本福祉大学大学院の修士課程及び博士後期課程に在籍中に研究した結果をまとめたものです。

主査としてご指導いただいた二木立教授には、修士課程からお世話になりました。地方公務員時代の文章の書き癖の修正からお手を煩わせ、常に的確な研究の方向性と研究方法をご指導いただきました。二木先生のご指導がなければ、本研究は途中で頓挫していたであろうことは明白であります。何よりも研究の厳しさと継続の大切さをご教示いただきました。深く感謝申し上げます。

また、研究・教育にお忙しいなか、副査として筆者の指導をご担当いただきました児玉善郎教授、近藤克則教授には、貴重なご助言をいただき、衷心より感謝の意を表する次第であります。

最後になりましたが、本研究の調査にご協力いただきました方々に厚くお礼申し上げます。特に、貴重なお時間を割いて高齢者医療制度改革会議の検討経緯について、インタビューをお受けいただいた神田真秋前全国知事会社会文教常任委員長(前愛知県知事)に心より感謝申し上げます。また、お忙しい業務のなか、調査をご担当いただいた全国の都道府県及び市町村の職員の皆様に深く感謝申し上げます。

2013 年 7 月

横川 正平

序章 本研究の目的と分析枠組み

はじめに

地方分権あるいは地域主権が、国からも地方自治体からも、現在の閉塞感を打破するキーワードとして語られている。すなわち地方分権の進展により地方自治体の自由裁量を拡大し、地域の住民ニーズに迅速・的確に応えることが求められると同時に、サービス水準を質的・量的に維持・拡充し、地域格差の縮小・解消を実現することが求められている。

しかし、地方財政は逼迫しており、単純な分権化の推進は、さらなる地域格差の拡大をもたらす恐れが高い。医療・福祉行政に関しても、財政負担の転嫁を伴わない、財源移譲の裏付けのある分権化でなければ、住民サイドからみて意味のあるものとはならないことを認識する必要がある。

現物給付である医療サービスや介護サービスは、住民の選好により最も効率的な配分が期待できる地方自治体が行う方が効率的であるとされる^{注1)}。しかし、憲法第25条の規定あるいは社会保険の基盤としての社会連帯の理念からみれば、規範的には必ずしも効率的であることが優先されるべきとはいえず、この点のみから医療・福祉分野の分権化が正当化されるわけではない。

特に医療・介護については、社会保険方式で運営されており、近年その財政的安定性を確保する観点から、国庫負担の増加抑制や保険者の広域化が検討課題となっている。医療費適正化による国庫負担の抑制あるいは保険者の都道府県単位化は、地域住民の医療・介護サービスについては、住民にもっとも身近な基礎自治体が担うべきという地方分権化の流れに逆行するようにみえる。

2006年の医療構造改革は、2003年に閣議決定された「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」の「保険者の統合・再編は都道府県単位を軸に推進する」^{注2)}に基づき、後期高齢者医療制度を創設したが、分権化を指向するものとはいえない。しかし、その根拠法の高齢者の医療の確保に関する法律により都道府県に義務付けられた医療費適正化計画には、都道府県の診療報酬に係る意見の申出により、または目標達成のため厚生労働大臣が必要と認めれば、都道府県別の診療報酬の設定を可能とする制度が組み込まれている。既に医療にも全国一律の処理でない新たな統制の仕組みが、導入されつつあるともいえる。しかし、わが国において地方分権により、医療サービスを地域ごとの選好に任せることにより地域格差が生じることが本当に容認されるのかは、医療の公平性に関する国民の意識¹⁾から疑問がある。その意味で、都道府県の自治事務として医療費適正化計画を策定させる政策手法は、医療資源の効率的配分という狙いはともかく、医療提供政策の目的実現にはなじまないものであったといえよう。

また介護行政の分野でも、特別養護老人ホームの多床室と個室ユニット混合型の合築施設(一部ユニット型)の整備及び介護老人福祉施設の指定と介護報酬の支払いをめぐり、地方自治体と厚生労働省の解釈の違いから、介護報酬の返還問題を生じた^{注3)}。

問題の背景には、入所待機者の増加や低所得者の個室入居を困難にする利用者負担の重さなど、単なる通知の解釈問題を越えた重要な課題が存在した。指定権者である都道府県・政令市の多床室とユニット型個室の合築により、低所得者を含めた入所定員の増加を図るという政策と、介護報酬基準の決定権を持つ厚生労働省の個人の尊厳の理念から個室ユニット型の整備を推進する政策との相克を露わにするものであった。

しかもこの問題は、地方分権を推進する「義務付け・枠づけ」の緩和と基本的人権の保障の緊張関係という基本的な課題に繋がっている²。具体的には、2011年4月に成立したいわゆる地域主権一括法（第一次）による老人福祉法の改正において、特別養護老人ホームの居室定員が「参酌すべき基準」とされたため、地方自治体は条例により居室定員を4人など複数とすることが可能となったことである。2011年10月に国は、参酌すべき標準とされる省令を改正し居室定員を「4人以下」から「1人」に改正したが、地方自治体の条例は当然ながら、それを参酌すれば十分なのであり、従わなければならない義務はない。実際、指定権者である都道府県・政令市のうち大多数が多床室を容認した^{注4)}。

本論文では、このような国・地方自治体間関係の具体的政策執行における国の統制と地方自治体の自律的意思決定の相克がもたらす政策の実質的変容を、地方分権の成果と課題の分析や戦後の医療・福祉の法制度の形成過程及び事例調査の分析により検討する。

本論文は、地方分権化の進展に伴い、国・地方自治体間関係に起きつつある医療・福祉分野における行政執行の変化の方向を示唆するものである。

第1節 研究の動機・背景・目的

1. 研究の動機

筆者は、修士論文で「政府の病床規制策と地方自治体の対応に関する研究」をテーマとし、医療分野における政府間関係の視点から、医療費適正化計画の策定過程の6都県調査を行った。

調査の結果、国と都道府県の二段階計画である医療費適正化計画の策定において、参酌標準である医療区分に基づく算定式が、6都県中5都県の計画策定過程で事実上無視されたことが明らかになった。

そのため、国は当初目標を大幅に超える療養病床を残す全国医療費適正化計画を制定せざるを得なかった。これは、地方分権の進展に伴い国の主導による医療分野の国・地方自治体間調整が困難になったことを示すものである。2006年の医療構造改革は、十分な権限移譲もないなかで（介護報酬の決定権もない）都道府県に医療費適正化の責任を負わせようとして事実上失敗したといえるが、その決着はその後の政権交代もあり未だ見えていない。

筆者は、第47回日本医療・病院管理学会学術総会において、6都県調査の結果を中心に地方分権が国の病床規制策に及ぼした影響に関する報告を行った際に、分権時代の国と地方自治体の政策目標の調整はどうすれば最適になるのかという質問を受けるなど、医療・福祉政策の分野における国・地方自治体間関係のあり方への関心の高さを痛感した。

分権化が改革の主流とされる中、管見の限りではCiNii等での検索でも、医療分野特に高齢者医療の国・地方自治体間関係の先行研究は希少である。修士論文を土台に、更に行政学や行政法学の知見にも依拠しながら、医療・福祉行政における政府間関係のあり方を研究したい。

2. 研究の背景

(1) 地方分権改革による地方自治体の裁量権の拡大

1999年に制定された「地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律」（以下「地方分権一括法」という。）に結実した第一次地方分権改革により、機関委任事務制度

が全面廃止となり、地方自治体の裁量の余地は大幅に拡大した。その2大効果は、条例制定余地の拡大と法令解釈の余地の拡大である。特に法令解釈については、自治事務に係る通達通知の法的拘束力がなくなり、法令等（法律・政令・省令・告示）の解釈運用についての各省庁の見解を提示した助言に過ぎなくなった点が重要である。地方自治体は、各省庁と対等に法令等を独自に解釈運用する権能を付与されており、合法と確信する範囲内で、通達通知で推奨されている執行方法とは異なる執行方法を採用できる³こととなったのである（詳細は第1章第2節）。

しかし、依然として規制的事務だけでなく給付的事務においても、法令によって多くの事務が義務付けられ、その処理の方法が詳細に規定されており、地域の実情に合った行政運営が妨げられているとされる⁴。いわゆる「義務付け、枠づけ」の問題であり、第一次地方分権改革の残された課題の一つとして、2006年に始まる第二次地方分権改革の主要課題とされた。例えば数値基準のように一義的に規定されていて、地方自治体の解釈の余地がない法令の規律の仕方を改正する問題である。その基準の設定を条例に委ねる場合は、基準の企画立案に関するローカル・ルール作りを地方自治体に移譲するもので、立法権の移譲であるとされる（詳細は第1章第3節）。

ただし、所管省庁の法令等の解釈運用を主たる内容とする要綱や要領あるいは参酌標準の形で示される自治事務の執行方法が、一見「義務付け、枠づけ」のようであっても、第一次地方分権改革以後は、単なる技術的助言に過ぎない場合も多い。したがって、地方自治体が具体的に当該自治事務を執行する場合には、その「要綱」等をどう解釈するかが先ず問題となる。当該自治事務の内容及びその執行方法に関する法令に解釈の余地があると地方自治体が判断する場合には、法解釈自治権をどう運用するかの問題となる。すなわち自律的に政策執行方法を選択するという意味で、地方自治体の企画立案機能の発揮の問題となるのである（詳細は第1章第2節）。

2) 医療・福祉政策における地方自治体の裁量権の拡大

近年、地方分権改革による地方自治体の裁量権の拡大は、次のような医療・福祉分野の政策執行においても、国による統制と地方自治体の自律的な政策執行との緊張関係を生じ、そのため所期の政策目的の実現が困難になっている。地方分権改革の進展により従来のような国の主導による医療・福祉分野の国・地方自治体間調整が困難になったことを示すものである。国・地方自治体間の対等・協力の関係に基づく新たな国・地方自治体間の政策調整のあり方が模索されているといえよう。

ア．医療費適正化計画

上述の都道府県医療費適正化計画の策定の必要性について、国は医療費に大きな地域差が存すること、その是正のためには地域の視点が必要であることをあげており、一見地方分権と同じ方向性を指向しているかに見える。しかし、医療費の地域差の解消ないしは縮小は均一化・画一化の要求であり、地方分権とはベクトルが逆である。医療費適正化の達成手段として都道府県ごとに適正化計画を策定させることは分権化・多様化を加速させるものであり、政策目標と政策手段の方向性が相反する矛盾を内包している。そのため、参酌標準である療養病床数の算定式^{注5)}を用いてこの両者を媒介し接合させ、国がコントロールするという構造をとっている。しかし地方分権改革により地方自治体の裁量権が拡大し、国は法律やそれに基づく政令によらなければ、地方自治体の事務執行に関与できない

こととされた。国が計画策定に当たって示した参酌標準は、策定主体である地方自治体が「まわりの状況や他の意見を考え合わせて参考にする」⁵⁾ものにすぎず、媒介機能を持ち得ていなかったのである。

このように地方分権の進展により、計画策定過程における地方自治体の自律的意思決定の権能が拡大し、反面でガイドラインや参酌標準などの国の統制手段のコントロール機能が弱体化してきたことは、これらの計画内容に実質的変容をもたらす要因となろう。

イ．後期高齢者医療制度の見直しと国民健康保険の広域化

後期高齢者医療制度は、年齢で差別する制度として批判を浴び、後期高齢者医療制度の廃止を掲げた民主党政権は、それに代わる高齢者医療制度を検討するため2009年11月に高齢者医療制度改革会議を設置した。2010年4月には国民健康保険(以下「国保」という)法を改正し、構造的に財政基盤が脆弱な国保の財政基盤安定化のため、保険者支援制度や保険財政共同安定化事業・高額医療費共同事業などの暫定措置を4年間延長した。同時に、都道府県の任意による広域化支援方針(以下「支援方針」という)の策定制度を導入して、高齢者医療制度改革と国保の支援強化を関連させ^{注6)}、都道府県の主導による国保の運営の広域化と財政の安定化の推進を図った。

同改革会議は2010年12月、「高齢者のための新たな医療制度等について(最終とりまとめ)」(以下「最終とりまとめ」という)を公表し、被用者およびその被扶養者以外の後期高齢者を国保に加入させるという高齢者医療制度案を示した。その中で国保の運営のあり方について、第一段階として75歳以上については都道府県単位の財政運営とし、75歳未満については都道府県が策定する支援方針に基づき、保険料算定方式の統一や共同事業の拡大等の環境整備を進めたうえで、第二段階で全年齢での都道府県単位化を図るとした。すなわち最終とりまとめは、支援方針を単なる国保の運営の広域化や財政の安定化の推進策ではなく、全年齢での都道府県単位化(運営主体の都道府県化)を進めるための手段として位置付け、推進のため国と地方の協議の場を設けたが、都道府県運営主体化に反発した全国知事会の反対で、協議は進展しなかった。

2012年末の政権再交代により、後期高齢者医療制度の廃止の見込みは無くなったが、国保の構造的問題について、財政運営の都道府県単位化の推進と都道府県の財政調整機能の強化及び応益割保険料の軽減対象世帯の拡大と保険者支援制度の恒久化及び拡充により対応するという厚生労働省の方針に大きな変更はない。

国保の都道府県単位化は、地域住民の医療・福祉サービスについては、住民に最も身近な基礎自治体が担うべきであるという地方分権化に逆行するようにみえる。

しかし、国保の安定的運営を行うためには、広域化による基盤強化や国費の投入の増加を求めざるを得ない状況に追い込まれているのが保険者としての市町村の実態である。現実には、広域化しても市町村は被保険者の住所管理や保険料徴収などの業務を担わなければならない^{注7)}、国保の事務では、国・都道府県・市町村が重層的に権限と責任を負う関係にならざるを得ないといえよう。

ウ．税と社会保障の一体改革と地方単独社会福祉事業－乳幼児医療費助成事業

2011年12月29日の「国と地方の協議の場」第5回臨時会合において、社会保障・税一体改革の消費税込(国・地方)の配分に関して、初めて国の社会保障に地方単独事業が次のように位置づけられた。すなわち「全国レベルのセーフティネットである国の制度と地

域の実情などに応じたきめ細かなセーフティネットである地方単独事業の2つのセーフティネットが組み合わさることによって社会保障制度全体が持続可能なものとなっていくとの認識を共有した上で、消費税収（国・地方）を主たる財源として安定財源を確保すること」とされた^{注8)}。具体的には「地方単独事業の一つ一つについて個々に精査を重ねるよりも、一定の基準を設けつつ、地域の判断を尊重した上で定量的な整理に努めることが求められる」とし、「地方財政計画や地方交付税における需要額をメルクマールとして『制度として確立された』地方単独事業を定量的に整理する。」こととされた^{注9)}。

金額的には、年金・医療・介護・少子化の社会保障4分野及び4分野に則った範囲として、義務教育就学前分の乳幼児医療費助成を含む2,6兆円に相当する地方単独事業分が国と地方の配分の積算基礎とされ、地方消費税と地方交付税で地方に配分されることとなった^{注10)}。

ただし、算定の基礎とされただけで、個別の単独事業が認められたわけではなく、国は乳幼児医療助成に対する国庫負担の削減が廃止されるわけではないとしている^{注11)}。

乳幼児医療費助成は、老人医療費助成とほぼ同時期に、国保の10割給付という形で、国保の被保険者を対象に地方単独事業として始まり、今日では他の医療保険の被保険者にも対象を広げた保険制度外の住民福祉の制度として全国的に普及した（詳細は第3章第5節参照）。しかし前記のとおり、国はかつての老人医療費無料化政策と同じく、保険財政に影響を及ぼすことを懸念し、国保の療養給付費国庫負担金と普通調整交付金の減額措置をとっている。

これに対し地方自治体は、厳しい国保財政を圧迫するうえ少子化対策に逆行し、地方分権の流にも反するとしてその廃止を要望している^{注12)}。

エ．介護施設整備・指定権限と介護報酬及び介護基盤緊急整備

前述のとおり、多床室と個室ユニット混合の合築施設の整備・介護老人福祉施設指定については、都道府県及び政令市と国の解釈の違いから、多床室の整備のあり方について、基本的な考え方の相違が明らかになった。その経緯は、次のとおりである^{注13)}。

国は2003年度の新設施設から、個室ユニット型の整備を推進する助成方針を明確にし、社会福祉施設等整備費補助金においても個室ユニットの整備を担保していた。一部ユニット型は、2003年4月2日以降は新設されない期間経過型の施設類型という位置づけで、例外的にそのユニット部分にユニット型の介護報酬を認めたものであった。

しかし、三位一体改革により特別養護老人ホーム等の施設整備費補助金が一般財源化された2006年度頃から、地方自治体からの合築施設の整備・指定可能性についての問合せがあった。これに対し、国は介護老人福祉施設の指定権限が地方自治体に有るので、地方自治体の判断で整備・指定を行うことが可能である旨回答した。

国はさらに2009年の介護基盤緊急整備に際して「各都道府県等において、地域の実情を踏まえて、ユニット型施設以外の施設も含めて整備するという判断もあるものと考えている^{注14)}」という見解を示した。

地方自治体側はこのように、合築型の施設の新設が認められた以上、新設の合築施設のユニット部分に対し、国が従来型の介護報酬としているにもかかわらずユニット型の介護報酬が支払われるものと理解したため、国の解釈通知に反した介護報酬の支払いが生じた。

この問題は、個室ユニットの居室面積基準の縮小^{注15)}によりユニット型の供給を促進す

るとともに、平成21年度から平成23年度の介護基盤緊急整備期間以後、国は個室ユニットの整備のみを助成するという形で決着が図られた。すなわち3年間で16万床を目標とする介護基盤緊急整備の目標の達成に資するよう、計画中・建築中の施設は多床室もやむを得ないとしつつ、今後、新設を計画する介護老人福祉施設については、基本的に多床室ではなくユニット型施設の整備とすべきとされた^{注16)}。なお、一部ユニット型という類型を廃止し、従来型部分とユニット型部分とを別個の施設として指定し、介護職員の兼務を認めないこととされた。

前述の国の方針が決定されるまでに、主に関東地方の地方自治体から特別養護老人ホームの個室ユニットケアの原則を緩和し、多床室とユニット型個室との合築整備を認めるなど地方の実情に応じた柔軟な施設整備を求める要望が出された^{注17)}。その理由は待機者解消や低所得者の負担軽減などである。

これに対し、既に個室ユニットケアは憲法第13条や第25条第1項に裏打ちされた基本的人権であるとする立場からは、施設整備及び介護老人福祉施設指定の権限を有する地方自治体の、国は多床室の新設を容認（介護報酬の面で）すべきであるという主張は、「地方分権原理主義」であるとの批判がある^{注18)}。

以上の4つの問題は、地方分権の進展に伴う国と地方自治体間関係の変化が、国と地方自治体の社会保障行政の政策執行過程にいかなる変容を生じているか、また、地方分権とナショナルミニマムの保障は二律背反であるか否かという課題を含んでいる。したがって、地方分権の進展による国と地方自治体の政策執行をめぐる対立について検討することは、社会福祉学・社会政策学における今日的な研究課題であることを示すものである。

民主党政権は地域主権改革を唱え、「義務付け・枠づけ」の見直しを主な内容とする「地域主権改革関連法案(第一次一括法)」を国会に提出した。同法案は名称を修正したうえ、2011年4月成立し、第二次一括法も同年8月成立した。これらの地方分権一括法による個別法の改正で、特に施設・公物設置管理基準の枠づけ廃止・条例委任が進められたことが、ナショナルミニマムの解体につながるのではないかという実務サイドの不安を引き起こした。都道府県・政令市の特別養護老人ホームの多床室の新築を容認する条例制定は、ある程度その不安が現実になったともいえる。

2012年12月の政権交代による自民党・公明党政権においては、自民党が衆院選の政策集に「相部屋整備」を掲げたこともあり、国の原則個室化の方針も不透明になりかねない状況である。

3. 研究目的

(1) 研究目的

地方分権改革により国・地方自治体間関係は変容し、それにより政策執行過程における国の統制の弱体化と地方自治体の裁量権の拡大が生じた。本研究の目的は、医療・福祉政策の執行過程において、地方自治体の自律的政策執行が可能となったことにより、国の医療・福祉政策の実質的変容を生じるプロセスについて検討することである。

具体的には、第一に、地方自治体の法解釈権の拡大や地方自治体に関する国の立法権の制約などの国・地方自治体間関係の変容が、国の法的優位性の減退とその反面の地方自治

体の独自の法令解釈に基づく自律的政策執行権能の拡大をもたらすことを先行研究により明らかにすることである。

第二に、近年の医療・福祉政策の実施過程において、上記の国の政策執行統制の弱体化と地方自治体の政策執行方法の自律的選択により、当該医療・福祉政策が、地域の実情に応じてどのように変容するか検討し、地方分権改革後における国・地方自治体間の政策対立における地方自治体の自律的政策執行の政策変容機能を明らかにすることである。また、地方分権改革以前からみられる国・地方自治体間の政策対立との相違を明らかにする。

すなわち本研究は、地方分権改革後の医療・福祉行政領域における、国の統制と地方自治体の政策執行方法の自律的選択による自律的政策執行との均衡状態の出現と、その結果として国の政策内容の変容を惹起している政策執行プロセスを、国と地方自治体の政策対立の新しい類型として捉え、検討するものである。

厳密に言えば、これは、地方分権改革による地方自治体の政策執行方法の自律的選択による自律的政策執行、すなわち分権的政策執行が発生要因となる政策対立の類型である。しかし、国の政策の執行過程における対立であるため、発生と同時に国の政策内容の変容を必然的に惹起することから、政策執行プロセス全体を一体不可分のものとして、新しい政策対立の類型と捉えるものである。

筆者は、この類型を「折り合い(分権的類型)」と呼ぶこととする。なお、ここで政策対立とは、当該事務事業の国の指定する政策内容と地方自治体の自律的政策執行が実現しようとする政策内容とのせめぎ合いの側面をいう。

「折り合い」とは、一般的には「譲り合って解決すること」を意味するが、ここでは地方分権改革後の医療・福祉行政領域における、国の統制と地方自治体の政策執行方法の自律的意思決定との均衡状態の出現と、その結果として国の政策内容の変容を惹起している政策執行プロセスをいう。すなわちここで、「折り合い(分権的類型)」とは、「地方分権改革後の医療・福祉行政領域における、国の統制と地方自治体の政策執行方法の自律的意思決定が、一定の緊張関係の下で、相互に受け容れあう状態にある結果、国の政策内容が変容している政策執行プロセス」を「折り合い(分権的類型)」と仮に定義するものとする。

「折り合い(分権的類型)」と呼ぶのは、次の特徴からである。①国と地方自治体が政策執行方法をめぐり対立する「一定の緊張関係の下」にあること。②国が強行するのではなく（地方分権改革後は、そのような立法は制約されている）、また地方自治体も独自の執行方法の選択を法令等の合理的な解釈の範囲内とする（そうでない場合は違法性の問題となる）こと。そうすることで、③どちらか一方が全面的に意思を徹すのではなく、国全体としては政策目的の実現はマール模様ながら、形式的には当該政策の執行が終了したことになる点である。これらの点が、単に「分権的類型」とするよりもこの類型の特徴をよく表すと考えるからである。

(2) 政策対立の類型

地方分権改革前の機関委任事務制度が機能していた地方自治制度の下においては、国と地方自治体間の医療・福祉政策をめぐる対立としては、次の2つの類型がみられた。第一

は革新自治体が主導した老人医療無料化など政治的・運動論的な背景によるものである。第二は、摂津訴訟で代表される「超過負担」の問題など財政負担の地方転嫁によるものである。いずれも、「革新自治体が梃子になっていることは明白である」⁶点で、法制度論を超えた国に対する現実的な地域社会の影響力(住民運動など)が地方自治体の行動を促していたといえる^{注19)}。

第一の類型は、第Ⅱ部第3章第4節で後述するとおり、老人医療費無料化のように、法制度の規律外の社会福祉運動などを背景とした地方の政治的影響力がもたらした国と地方自治体間の政策対立である。機関委任事務制度のもとでは、国の包括的指揮監督の下、法制度上において、国と地方自治体は主従・上下の関係にあるだけでなく、法令の解釈においても、当該法令の所管省庁の解釈が有権(公定)解釈とされ、地方自治体に対する拘束力を持つとされていた。そういう制度・体制の時代における老人医療費無料化の全国的普及は、「政治に後押しされた」結果であった。その意味で「政治的類型」と呼ぶことができよう。

なお地方分権改革後においても、例えば第5章第2節で後述するとおり、介護保険の単独保険料減免を行っている保険者が、2010年4月現在全保険者の3分の1に及びかつその1割がいわゆる減免3原則を遵守していないなど、この「政治的類型」の政策対立は生じている。

これに対し第三の類型である「折り合い(分権的類型)」は、法制度として「対等・協力」の関係となった地方分権改革後の地方自治制度における、国と地方自治体間の政策執行過程における政策対立による政策変容に関する概念である点で、基本的に異なるものである。

第二の類型は、わが国の地方財政の特色が、「国と地方自治体に行政任務が4対6の割合で配分されているのに、国税と地方税は6対4と逆転して配分されている」点にあり、地方自治体が「補助金にコントロールされ、『歳入の自治』を奪われてしまう」⁷原因となっていることに起因している。すなわち事務配分と財政支出権限の配分とが一致しないため、地方自治体が事務の委任という形式により国の政策の実施を担わされてきたために生じたものである。

地方自治体の「超過負担」とは、国から地方自治体に交付される国庫支出金の金額の算定に関して、法律・政令等で定められた基準が実情に合わないため「単価差」・「数量差」・「対象差」などがあり、地方自治体が本来の自己負担割合を超えて費用を負担しなければならないことをいう。

第二の類型は、「超過負担」を含め、第Ⅱ部第4章第1節1で後述するとおり、80年代以降顕著となった社会保障費用の国庫負担率の引き下げによる財政負担の地方転嫁をめぐる対立であり、「財政的類型」と呼ぶことができよう。「財政的類型」は、国の一方的な負担引下げ行為によって生じる対立である。第一次地方分権改革後においても、三位一体改革における厚生労働省の生活保護費負担金や児童扶養手当負担金の負担率の引下げ案の提示など、国と地方自治体の財政負担の政策対立が激しい議論を呼んだ。(生活保護費の負担率は据え置き、児童扶養手当の負担率は3/4から1/3へ、児童手当の負担率は2/3から1/3へ引き下げられた。地方自治体の自由度に繋がらない児童扶養手当等の補助率引下げには

批判が多い。)

近年も例えば民主党政権による子ども手当の一部地方負担が議論されるなど、国・地方自治体とも財政状況が厳しいなか「財政的類型」の政策対立は生じている。

「折り合い(分権的類型)」は前述のとおり、地方分権改革による国の統制と地方自治体の自律的政策執行方法との均衡状態の出現と、その結果として国の政策内容の変容を惹起している政策執行プロセスをいうものである。

「折り合い(分権的類型)」は、機関委任事務の解釈運用に係る通達が単なる助言になり、地方自治体の事務の執行を統制する拘束力を失った結果、地方自治体が独自の法令解釈に基づき、自治事務の政策執行方法を選択する点で、国の統制である「枠付け」の一部が事実上解除された実態を捉えるものである。それは第一次地方分権改革後その成果を受け、第1章第3節で後述する民主党政権のいわゆる地域主権改革による「義務付け・枠付け」の見直し以前から、地方自治体が所管省庁の執行方法を示す要綱等によらず、法令等の独自解釈により自律的に政策を企画・立案し執行する方策を見出していたことを示すものである。

本研究は、地方分権改革による国と地方自治体の政策対立の新たな要因として、地方自治体の政策執行方法の自律的選択による自律的政策執行を捉え、その成立について分析検討するものである。

第Ⅰ部で地方分権改革による法制度の改正が、地方自治体の裁量権の拡大をもたらした理論的根拠を先行研究の分析により明らかにし、第Ⅱ部の歴史研究で政策対立の「政治的類型」と「財政的類型」を検討する。その上で、第三の政策対立の要因として地方分権改革による地方自治体の自治事務の自律的政策執行について検討する。

具体的にはどのような政策執行過程において、国の統制と地方自治体の自律的政策執行関係が国・地方自治体間関係に影響したかを、4つの事例研究により検討する。すなわち、研究の背景で取り上げた①医療費適正化計画や②国民健康保険の都道府県単位化あるいは③地方単独事業の医療費助成制度・④介護基盤緊急整備などの政策領域における法制度の企画・立案、執行の各過程の国・地方自治体間関係の変容を分析する。

以上を踏まえて、医療保障・介護保障の歴史的発展過程を踏まえた考察を行って、今後の医療・福祉行政の国・地方自治体間関係についての示唆を得ることである。

第2節 研究枠組み・研究課題・視点と研究方法

1. 本研究の視座と枠組み

本研究は、地方分権改革により国・地方自治体間関係が、従来の主従・上下の関係から、法制度的に対等・協力の関係に変わったことが、医療・福祉政策の領域における国と地方自治体の政策執行過程にどのような影響を与えているかについて検討するものである。

(1) 本研究の視座

1) 地方自治体の裁量権の拡大による政策執行過程の変容は、国・地方自治体間の政策対立の新しい類型である

地方分権改革は、地方自治体の裁量権の拡大を推進するものであり、それは国が直接執行する政策を除き、地方自治体に執行を依存するすべての政策の執行過程において、地方

自治体の裁量の余地が拡大することを意味する。

本研究が対象とする医療・福祉政策も、国が企画立案し国会の立法過程を経て、法令等により地方自治体に事務権限を配分し、また予算措置により財政支出の権限を配分して、地方自治体の事務として執行させる以上、地方自治体の政策執行における裁量権の拡大の影響は免れえない。

大部分の医療・福祉の事務を含む地方自治体が政策の執行を担う自治事務において、地方自治体の裁量権の拡大は、政策執行過程における国の統制と対立し、政策内容の変容を惹起する可能性がある。すなわち、地方分権改革後においては、国と地方自治体の政策対立が、当該政策執行過程における国の統制と、地方自治体が独自の解釈により自律的に選択する執行方法の対立という形で表面化する場合が生じ得る。

本研究の視座は、地方分権改革による地方自治体の裁量権の拡大がもたらす、国の統制と地方自治体の政策執行方法の自律的選択による政策執行過程の変容を、国と地方自治体の政策対立の新しい類型と捉える点にある。

研究の背景で指摘した医療費適正化計画は、都道府県に策定が義務付けられた行政計画であり、国と都道府県の二段階の計画であるため、構造的に上位計画である国の計画との整合性を図るため、国による都道府県計画の統制が重要になる。そのため、国は「医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標」を定め、それを各都道府県単位に分解した参酌標準も示して⁸、算定方式に数字を入れれば具体的な目標値が弾き出せる仕組みとした。ここまでは、国の企画立案どおりに進行したが、計画策定過程において、各都道府県は参酌標準に実質的に従わず、独自の目標算定方法を使って、地域の実態に応じた計画を策定した。都道府県は政策執行過程で、地域の実態に応じて必要と判断する療養病床数は残すという国と異なる政策を執行したといえる。

本研究は、地方自治体の裁量権拡大による、このような国と地方自治体の政策対立を新しい類型として捉え、今後の医療・福祉政策の検討においては、立法過程や財政措置に加え、執行過程の分析の重要性が増すことを主張するものである。

2) 国と地方自治体の協働の推進

地方分権改革が、機関委任事務を全廃し、国の包括的な指揮監督権を廃除した結果、地方自治体の裁量権の拡大が、国と地方自治体間関係の変容を生じ、さらには政策内容の変容を生じることは、国と地方自治体の双方にとって、政策実施の効果を不確実なものにしていく可能性がある。

研究の背景で述べたとおり、近年の医療・福祉分野における政策執行過程にみられる国の統制と地方自治体の自律的意思決定との緊張関係には、地方自治体の裁量権の拡大の作用に対する国の反作用の衝突という側面もみられる。

たとえば、個室ユニットと多床室の整備の問題は、三位一体改革による財源移譲により地方自治体の単独事業となった広域型施設整備について、いわゆる地域主権改革による義務付け・枠づけの見直しによる施設の管理運営基準の条例委任法案が審議中という、地方自治体の裁量権が拡大するなかで、「尊厳の保持」を個室に求める国が、後追いの省令を改正し居室定員を1人としたり、多床室の介護報酬を引き下げたりする国の統制強化の動きがみられた点がその典型といえる。これでは、国・地方自治体ともに政策の効果が出ず、

特別養護老人ホームの整備が不安定になる恐れがある。

一方で、医療・福祉政策の国と地方自治体の政策対立においても、地方分権の進展により新しい動きがみられる。第二次地方分権改革で成立した国と地方の協議の場に関する法律による国と地方の協議の活用である。

たとえば、研究の背景で述べたとおり、税と社会保障の一体改革に際し、消費税込(国・地方)の配分に関して、国と地方の協議の場で、国の社会保障に地方単独社会福祉事業を位置づける合意がなされたことである。乳幼児医療費助成事業などの地方単独社会福祉事業について、国はこれまでの地方単独事業は社会保障給付には含まないとの立場から、「地域の実情などに応じたきめ細かなセーフティネット」として、国の制度と「組み合わせることによって社会保障制度全体が持続可能なものとなっていくとの認識を共有」するとした。

このような例が示すように、本研究の視座は、地方分権の進展により、地方自治体の裁量権の拡大に伴い、政策実施の不確実性が増す以上、他方で地方自治体の国政参加を進め、立法段階からの国と地方の協働関係が重要になるという点である。

(2) 本研究の枠組み

次のように本研究の大枠を提示した。

第一に、研究の背景として、近年の医療・福祉領域における国・地方自治体間の政策執行の対立を生じている以下の4つの政策を指摘した。①医療費適正化計画の策定、②後期高齢者医療費制度の見直しと関連する国保の広域化等支援方針の策定、③税と社会保障の一体改革で国が位置づけを変えた地方単独事業、特に乳幼児医療費助成、④介護基盤緊急整備と多床室と個室ユニットの合築及び「義務付け・枠づけ」見直しによる基準の条例委任と地方自治体条例の多床室容認による、ナショナルミニマムと地方分権の緊張関係である。

第二に、本研究が医療・福祉政策における新しい国・地方自治体間の政策対立の類型として検討する「地方分権改革後の医療・福祉行政領域における、国の統制と地方自治体の政策執行方法の自律的意思決定が、一定の緊張関係の下で、相互に受け入れあう状態にある結果、国の政策内容が変容している政策執行プロセス」を「折り合い(分権的類型)」と仮に定義した。

第三に、従来からの医療・福祉政策における国・地方自治体間の政策対立の類型を「政治的類型」と「財政的類型」と呼ぶこととし、「折り合い(分権的類型)」との区分を明らかにした。

この大枠の中で、各章の研究枠組み上の位置づけは次のとおりである。

第Ⅰ部の第1章と第2章は、先行研究による地方分権改革による国・地方自治体間関係の変容に関する理論的考察である。

第1章では、まず地方分権改革前の国と地方自治体間関係の分析概念と学説について、先行研究により検討し、地方分権改革の理論的背景を検討する(第2節1・2)。

次いで、序章の研究目的の「地方分権改革による国・地方自治体間関係の変容」について、第一次地方分権改革の成果の先行研究の検討により明らかにする(第2節3・4)。

また、序章の研究目的の「国の統制の弱体化と地方自治体の裁量権の拡大」について、先行研究により検討し、法解釈自治権の保障により地方自治体が独自の政策執行方法を採

用し得ることとなったことが、政策執行過程に与える意義を検討し、「折り合い(分権的類型)」の要件を導出する。(第2節5)

さらに、序章の研究の背景で指摘したナショナルミニマムと地方分権の緊張関係に関連する第二次地方分権改革による「義務付け・枠づけ」の見直しについて検討する(第3節3)。

同じく序章の研究の背景で指摘した「地方単独事業を国の社会保障制度と組み合わせることで持続可能なものになる」との認識共有と位置付ける国と地方自治体の協働について、地方自治体の国政参加の観点から、国と地方の協議の場法成立の意義について検討する(第3節4)。

第2章では、序章の研究の背景で指摘したナショナルミニマムと地方分権の緊張関係について、地方分権改革は地方自治の保障の観点からだけでなく、人権保障の観点からも考慮されなければならないとの立場に立ち、地方分権改革後の国と地方自治体の社会保障の責務について、憲法的基礎である25条と92条の関係について先行研究により検討する(第3節・第4節)。

第Ⅱ部の第3章から第5章は、序章で述べた従来の政策対立である「政治的類型」「財政的類型」とその背景をなす機関委任事務と地方単独事業の源泉である国保制度の変遷の歴史的考察である。

第3章では、序章で述べた代表的な「政治的類型」の国・地方自治体間の政策対立である老人医療費無料化が、革新自治体の先導で全国に波及し国の法制化に至った経緯とその背景としての機関委任事務と国保制度の変遷を先行研究により検討する(第1節・第4節)。

第4章では、序章で述べた国・地方自治体間の政策対立の「財政的類型」の典型である社会福祉の高率補助金改革と同時に機関委任事務の団体事務化が進められたことについて検討する(第1節)。また、序章の研究の背景で指摘した地方単独事業に対する国の対応の変遷について、先行研究により検討する(第2節・第3節)。

第5章では、序章で指摘した後期高齢者医療制度の見直しと国保の広域化支援方針の策定の導入及び医療費適正化計画の導入について検討する。また、国保の国と地方の協議の場が活用されていることについても検討する(第1節)。

第Ⅲ部の第6章から第8章では、序章で指摘した、近年の医療・福祉領域における国・地方自治体間の政策対立を生じている4つの政策についての調査分析である。

第6章では都道府県医療費適正化計画の策定における国の統制と地方自治体の地域の実態に応じた目標値算定方法の自律的意思決定の相剋が、医療費適正化計画の策定過程にどのような影響を及ぼしたのか6都県調査により検討する。また、この国の統制と都道府県の自律的意思決定の不調和がもたらす政策の実質的変容について、国・地方自治体間関係の「折り合い(分権的類型)」として捉え、検討する。

第7章では、都道府県調査により、国保の広域化等支援方針の策定過程における国の「策定要領」による統制に対し、各都道府県がどのように地域の実態に応じて策定要領を独自に解釈して、自律的に支援方針の内容を定め、結果的に国の国保の都道府県単位化の推進策の変容を惹起したのか調査分析する。また、国の統制と地方自治体の自律的意思決定とが、相互に受け入れあう「折り合い(分権的類型)」の出現と捉え検討する。

また、乳幼児医療費助成事業についての市町村調査により、「被保険者が一部負担金を

保険医療機関の窓口で支払う」という国の統制に対し、国庫支出金の減額調整を受忍して「被保険者に代わって地方自治体が保険医療機関に支払う」という自律的意思決定が、義務教育就学前の一部負担金 2 割という国の政策の変容を生じていることを検討する。

この政策対立が「折り合い(分権的類型)」に該当するか「政治的類型」か検討する。

第 8 章では、序章で指摘した介護基盤緊急整備の都道府県調査により、特別の地方債による地方財政措置などによる地方自治体の財政出動に関する統制と地方自治体の自律的意思決定による整備補助金の引上げへの抑制的対応により、介護基盤緊急整備事業の 1 年間延長という国の施策内容の変容を惹起したことについて検討する。この政策対立についても「折り合い(分権的類型)」に該当するか「財政的類型」か検討する。

終章では、以上の各章での検討を統合して、国・地方自治体間関係の変容、つまり、国の法的優位性が減退し、その反面で地方自治体の独自の法令解釈に基づく自律的政策執行権能の増大と「折り合い(分権的類型)」について検討する。また、医療・福祉に関する地方自治体の国政参加とその一定の成果について検討する。

2. 研究の課題と視点

本研究は、第一次地方分権改革の一定の成果を踏まえ、推進中の第二次地方分権改革(いわゆる地域主権改革)を視野に入れて、医療・福祉の政策領域に対象を限定し、次の 3 つを研究の課題としている。地方分権改革による機関委任事務の廃止などの国・地方自治体間関係の変容は、すべての行政分野に関係するものであるが、前述の枠組みで述べたとおり、本論文は、研究の背景で指摘した近年の医療・福祉政策における国・地方自治体間の政策対立について検討するものである。

第一は、地方分権の進展に伴い国と地方自治体間関係の変化が、医療・福祉の政策領域を中心とする国と地方自治体の社会保障行政の政策執行過程にいかなる変容を生じているか、また、その変容はナショナルミニマムの保障の縮減をもたらしていないか、すなわち、地方分権とナショナルミニマムの保障は二律背反であるかの憲法的基礎、について検討することである。

第二は、医療・福祉分野を中心とする社会保障制度の歴史において機関委任事務制度が果たした機能について検討すること及び老人医療費無料化や社会福祉事務の団体事務化などの国と地方自治体の政策対立の「政治的類型」と「財政的類型」について検討することである。また、機関委任事務とされなかった国民健康保険制度の変遷について、国保の被保険者に対する 10 割給付の地方単独事業として始まった老人・乳幼児医療費無料化を含め、国と地方自治体間関係に注目しつつ検討することである。

第三は、医療・福祉行政における国と地方自治体の関係の変容が、国の政策実施に及ぼしている影響の実態について、4 つの独自調査を通じて把握し、地方分権改革後の国と地方自治体の政策対立が、「政治的類型」と「財政的類型」とは異なる第三の類型「折り合い(分権的類型)」でなければ説明できないことについて検討することである。

具体的には下記の視点から検討する。

(1) 地方分権と国・地方自治体の社会保障行政の執行過程の変容

第一の課題の検討に当たり、具体的には次のとおり検討する。

1) 地方分権改革と国・地方自治体間関係の変容

機関委任事務の全廃による地方自治体の法解釈自治権が、自治事務としての国の政策実施に及ぼす影響と地方自治に関する制度・施策に対する国の立法制約の意義の検討により、国と地方自治体の法制度的関係が地方分権改革によりどう変容したかを捉える。

この分析から「折り合い(分権的類型)」の生じる要件を導出する。

2) 国と地方自治体の社会保障の実施責任と財政責任

憲法第 25 条の「国」の責務と憲法第 92 条の「地方自治の本旨」との調和をどう図るのか規範的基礎について検討する。全国的に一定水準の医療・福祉サービス提供を保障することと、地方自治体の自己決定権の発動による自律的な政策立案・実施との調和について検討する。

(2) 地方自治制度と社会保障制度の歴史的展開

第二の研究視点の検討としては、次の 3 点である。

1) 地方分権の進展と医療・福祉制度の歴史

わが国の地方（自治）制度と医療・福祉を中心とする社会保障制度が、社会経済の歴史的条件の制約の中でどのように創設・展開されてきたのかを機関委任事務制度に焦点を当てながら、検討する。

国民健康保険制度は、一度も機関委任事務とはされず、不十分ながら保険者自治の機能する余地もある。老人医療費無料化も乳幼児医療費無料化も国保の被保険者を対象に始まったことも含め、国と保険者たる市町村との関係を中心に検討する。

2) 行財政改革と地方分権

第二次臨時行政調査会の行財政改革による社会福祉行政の「分権化」の推進と、老人保健法の制定による地方単独事業の抑制・廃止に関する国の行政指導について検討する。

また、国保制度の変遷と国保の国庫負担の増減と地方負担の増加について検討する。

3) 地方分権と医療・福祉制度の変容

地方分権の進展による医療保険制度の変容について、後期高齢者医療制度の創設とその見直し、さらに国保の都道府県単位化の動向について検討する。

また、医療提供体制の変容について、医療計画及び医療費適正化計画について検討する。

地方分権の試金石といわれて創設された介護保険法の市町村の裁量範囲の狭さとその後の法改正による変容について検討する。

(3) 地方分権の進展による医療・福祉行政の変容

1) 地方分権が医療・福祉の国・地方自治体間の責任と権限に及ぼす影響

地方公共団体の「地域における行政を自主的かつ総合的に実施する役割」（地方自治法第 1 条の 2 第 1 項）とは、「地方公共団体が、行政の企画・立案、選択、調整、管理・執行などを自らの判断と責任に基づいて、各行政分野間の調和と調整を確保しつつ一貫して処理すること」を意味するとされる⁹。これによれば、地域に関する行政の企画・立案機能については、国と地方の双方にあり、並列関係にあるといえる。地方自治体による政策執行方法の独自の選択も企画・立案機能の発揮であり、その視点から、地方分権が医療・福祉の国・地方自治体間の責任と権限に及ぼす影響について、地方自治体に対する 4 つの独自調査の検討を通じて明らかにする。

2) 4 つの調査の選択理由

以下の①～④の 4 つの調査対象事業は、いずれも国の政策目的に対し、地方自治体の意

向が分かれている地方自治体の裁量権のある自治事務であることと、地方自治体にその事務を執行させるにあたり、手続き、判断基準等を枠づける国の政策執行統制の意向が明確であることから選択したものである。

①と②は地方分権改革後の立法による政策という点で共通するが、①は分権改革前からの病床規制策が医療区分と結びついた新規政策であり、②は第二次臨時行政調査会答申から続く国保の都道府県単位化の新規政策であり、いずれも古くて新しい問題といえる。

③は、老人医療費無料化と同時期から続く地方単独事業であり、国の統制が地方分権改革前から現在も継続する古い問題である。

④は予算措置による誘導政策であり、前3つとは政策統制の形式が異なる。

①医療費適正化計画の策定は、高齢者の医療の確保に関する法律で、都道府県に義務付けられた自治事務である。しかし、策定内容については、参酌標準が示されており、療養病床の削減数の計算式も参考にすぎず、遵守しなければならないわけではない。つまり、計画策定そのものは義務付けられているが、内容については都道府県の裁量がある自治事務である。

この計画策定に対する国の意向は、医療区分に基づく療養病床の大幅削減である。

②国保の広域化等支援方針の策定は、国保法の規定による都道府県に義務付けられていない任意の自治事務である。内容についても、策定要領による技術的助言として「おおむね」の策定項目が示されているだけであり、都道府県の裁量がある自治事務である。

この支援方針に対する国の意向は、都道府県単位化の環境整備につながる保険財政共同安定化事業の拡大やその拠出方法の見直しを盛り込むことである。

③国民健康保険などの公的医療保険の療養の給付を受けた被保険者は、医療保険機関に一部負担金を支払うべき義務を負うが、乳幼児医療費助成事業は、一部負担金の一部または全部を市町村が肩代わりする住民福祉の制度である。公的医療保険の上乗せ給付を、公的医療保険外の制度で行うものであり、医療費の波及的増加をもたらす保険財政に影響を与える現物給付方式の場合には、国保の国庫負担金等の減額措置が伴うという意味で、国の関与・抑制が働く自治事務である。

乳幼児・子どもの一部負担金に対する国の意向は、窓口支払いであり、乳幼児医療費助成事業のうち医療費の波及増につながる利便性の高い現物給付方式の廃止・抑制である。

④介護基盤緊急整備事業のうち都道府県の広域型施設整備については、三位一体の改革により一般財源化されており、補助対象や金額等は都道府県の自由裁量である。元利償還金が100%地方財政措置の対象になる特別の地方債を起し借り入れる方法である。

介護基盤整備事業に対する国の意向は、事業者に対する補助金額の大幅な引き上げによる整備量の増加である。

3. 研究方法と本論文の構成

(1) 研究方法

本研究は、文献研究と調査研究から構成する。第Ⅰ部の理論的考察と第Ⅱ部の歴史的考察は文献研究である。調査については、(1)医療費適正化計画の医療療養病床に関する6都県調査は、質問紙調査とインタビュー調査である。(2)国民健康保険広域化等支援方針の策

定に関する都道府県調査は、全都道府県に対する質問紙調査である。(3) 国民健康保険の広域化等に関する市町村調査は、市町村に対する抽出による質問紙調査である。(4) 介護基盤整備等に関する都道府県調査は、全都道府県に対する質問紙調査である。

(2) 本論文の構成

本論文は、3部全9章（序章と最終章を含む）で構成する。第Ⅰ部は文献研究による理論的考察、第Ⅱ部は文献研究による歴史的考察、第Ⅲ部は事例に関する調査研究である。

序章では、研究目的、分析枠組み・分析視点、基本用語の定義について述べる。

第Ⅰ部「地方分権と社会保障の責務についての理論的考察」は、地方分権の進展に伴う地方自治体の裁量権の拡大とその影響について、医療・福祉に関する国と地方自治体の責務との関係を中心に検討する。

第1章「地方分権改革と国・地方自治体間関係の変容」では、地方分権改革の進展による、国の立法権の制約と地方自治体の自由度の拡充が、国と地方自治体間関係の変容に及ぼす影響について検討する。

第2章「国と地方自治体の社会保障の実施責任と財政責任」では、国と地方自治体の社会保障の実施責任と財政責任について、憲法的基礎を検討し、特に地方分権の進展による地方自治体の自己決定権（自律）の拡大とナショナルミニマムの全国一率水準の要請との緊張関係について、先行研究に基づき検討する。

第Ⅱ部「地方自治制度と社会保障制度の歴史的展開」は、わが国の地方（自治）制度と医療・福祉制度が、社会経済の歴史的条件の制約の中でどのように創設・展開されてきたのかを検討する。

第3章「地方自治制度と社会保障制度の変遷」では、明治以降のわが国の地方（自治）制度の変遷と医療・福祉制度の発展・拡充について、特に機関委任事務制度を根幹とする国と地方の関係が医療・福祉行政に与えた影響を、国保制度の変遷を含めて検証する。

第4章「行財政改革と地方分権—医療・福祉制度を中心に」では、オイルショック後の経済の低成長を契機に高まった社会保障抑制の動き、特に第二次臨時行政調査会の行財政改革による国の高率補助金改革と地方自治体への事務配分との関係について検討する。

第5章「地方分権の進展と医療・福祉制度の変容」では、地方分権改革後の医療保険制度や医療提供体制、介護保険の変容について検討する。

第Ⅲ部「地方分権の進展による医療・福祉行政の変容」は、地方分権の進展により、医療・福祉行政の領域において国・地方自治体間関係にどのような変化が生じているのか、4つの調査に基づいて分析する。

第6章「医療費適正化計画策定調査—医療行政における国・地方自治体間関係の変容」は6都道府県の医療費適正化計画策定に関する調査である。療養病床の削減目標が、国の参酌標準による算定数値を大幅に下回ったことについて、地方分権の進展との関連について検討する。

第7章「国民健康保険広域化等支援方針の策定等調査—国・地方自治体間関係の変容」は、国保の広域化等支援方針に関する全都道府県質問紙調査及び市町村の抽出質問紙調査の検討である。

第8章の「介護基盤整備等に関する都道府県調査」では、都道府県に対する介護基盤緊

急整備計画の整備目標等の調査等についての都道府県の認識等の調査分析である。

最終章「総合的考察」では、地方分権の進展による地方自治体の裁量権の拡大が、医療・福祉政策の分野に及ぼした影響を総合的に考察する。

特に4つの調査から、国・地方自治体間の政策対立の類型として、第三の類型でないと説明できないことについて分析検討する。

第3節 基本用語の定義と解説

1 国の統制と地方自治体の自律的意思決定の「折り合い(分権的類型)」

筆者が、国と地方自治体の医療・政策分野における政策対立の新しい類型として本研究で用いる「折り合い(分権的類型)」概念については、第1章第2節や終章第1節で定義づけするが叙述の便宜上、ここで以下のとおり説明しておく。

「折り合い」とは、一般的には「譲り合って解決すること」を意味するが、本論文の「折り合い(分権的類型)」とは一定の行政領域における国の統制と地方自治体の政策執行方法の自律的意思決定との均衡状態の出現と、その結果として国の施策内容の変容を惹起している政策執行プロセスを指す。「折り合い(分権的類型)」とは、次の要件を満たすものをいう。①原則として国と地方自治体間の関係であること。②政治的影響などの法令以外の影響を除く、法制度の範囲内の政策執行であること。③地方自治体が地域の実態に合わせ自律的に、国の政策執行統制手段としての「参酌標準」や「要領」「要綱」等を独自に解釈すること。④その結果、一定の緊張関係の下で、国の統制と地方自治体の自律的意思決定とが相互に受け容れあう状態が出現すること。⑤それが政策内容の変容をもたらすこと、以上の5点である。

要件の①で原則として国と地方自治体との関係であるとし、都道府県と市町村の関係を除外するのは、憲法第92条が地方自治体の組織及び運営に関する事項は法律で定めると規定し、都道府県の条例によって市町村の組織及び運営に関する事項を定めることはできないからである。「都道府県の条例等で市町村の事務を創設することはできない¹⁰⁾」のである。ただし、法律又はそれに基づく政令の規定に基づき、都道府県が条例により市町村の運営に関する定めを規定する場合には、都道府県と市町村の関係が分析の対象になり得るが、その点については終章第1節で検討する。

要件の②で、政治的影響などの法令以外の影響を除く、法制度の範囲内の政策執行であることとするのは、法令の裁量範囲内での地方自治体の自律的政策執行に限定して検討することを明らかにするためである。第1章第2節1で詳述するとおり、法制度論の集権・分権概念に対し、国が地方自治体に事業執行を依存し、地方自治体が国に財源を依存する国・地方自治体間関係の相互依存モデルでは、国や地方の政治家の役割が大きいとされる。本論文の対象とする自律的政策執行は、それとは分析視点が異なることを明示するものである。すなわち第1節の研究目的で述べたとおり、「折り合い(分権的類型)」の自律的政策執行は、社会福祉運動と革新自治体の先導により実現した政策である老人医療費無料化とは、政策対立の類型が異なるのである。

要件の③で、地方自治体が自律的に、国の政策執行統制手段を独自に解釈することとす

るのは、地方自治体が法解釈自治権に基づき自律的に政策執行方法を選択することをいう。すなわち、法令等を独自に解釈して「地域社会に固有の諸条件に照らしてもっとも有効に住民サービスの向上につながる方法、または事務処理の効率化に寄与する方法を懸命に模索し、実施することこそ自治権の健全な行使なのである¹¹⁾」とされることとなったことを示すものである。これは第1章第2節3で述べるとおり、第一次地方分権改革により、機関委任事務制度が廃止され、地方自治体が法令の解釈自治権を得たことにより、法令や基準による規範的統制が、政策執行の画一性を担保するものではなくなったことの効果である。つまり、自治事務を法的に拘束するものは法令（法律又は法律に基づいて制定された政令・省令・告示）そのものに限定され、所管省庁は法令の解釈運用を示す通達通知による執行方法の統制ができなくなった結果である。法令の規律の範囲内すなわち解釈の余地の範囲内ではあるが、法令等の所管省庁の解釈運用を政策の執行方法として示す統制手段たる参酌標準・要領等をどのように受容するかは、執行プロセスの中で、各地方自治体が具体的個別的に決めることになったのである。

要件の④の、③の結果、一定の緊張関係の下で、国の統制と地方自治体の自律的意思決定とが相互に受け容れあう状態が出現することとは、国は政策の全国的画一性の欠缺を受忍し、地方自治体は一定の国の政策の枠組みの中に自律的意思決定を収め、形式的には政策執行が実施された状態が出現することを指す。一定の緊張関係の下でとは、国が自らの解釈に基づく政策執行の基準・手続きなどの遵守を求めるのに対し、地方自治体がそれと異なる解釈による執行を図ろうとするため、当然コンフリクトが生じることを指す。具体的には、第6章で述べるように地方自治体へのヒヤリングにおける国の強引ともいえる指導と地方自治体の応酬や第7章第2節の神田前愛知県知事のインタビューにみられるように、個別政策の背景となる国と全国団体代表による交渉など多様な調整過程のことを指す。

要件の⑤は、「折り合い(分権的類型)」が、地方分権改革の成果である法令解釈自治権に基づき、地方自治体が地域の実情に応じもっとも適切な執行方法を選択（企画・立案）して自律的政策執行を行った結果、国の政策の変容を惹起する一連の政策執行プロセス、すなわち事実上の政策調整であることを示すものである。

第1章で後述する、国と地方自治体間の併立的協力関係を前提に機能分担を提唱した機能分担論やその系譜の重層的事務配分論が、国の企画立案機能を優先するものであるのに対し、「折り合い(分権的類型)」は、国の企画立案した執行方法にとらわれず、地域に最も適した執行方法を自律的に選択（企画・立案）する点で、より対等の関係に立つものである。

以上から、本論文では、国・地方自治体間関係の具体的政策執行における国の統制と地方自治体の自律的意思決定の不調和がもたらす政策の実質的変容を分析する概念として「折り合い(分権的類型)」を用いる。

また、ここで統制とは地方自治体の活動を規律する国の関与をいうものとする。

その他の用語解説

1 第一次地方分権改革・第二次地方分権改革

本論文では、地方分権推進法に基づく地方分権改革を第一次地方分権改革と表記する。全国知事会などの地方六団体地方分権改革本部のように、この時期の改革を第一期分権改革と表記するものもあり、「第一次」「第一期」の用法は統一されていない。しかし、地方分権改革委員会がその「最終報告」において「今次の分権改革は第一次分権改革と呼ぶべきものであって」としていることや委員として報告書のとりまとめの中心となった西尾勝氏も「第一次分権改革」としている¹²こと、また、地方分権改革推進法に基づく地方分権改革推進委員会も「中間的なとりまとめ」において、「第一次分権改革によって、平成12年に地方分権一括法が施行され」と表記していることから、「第一次地方分権改革」とする。

したがって、それ以降現在に至る一連の地方分権改革を第二次地方分権改革と表記する。

さらに、宮脇淳氏の区分¹³に従い、第二次地方分権改革を、地方分権改革推進会議の設置から三位一体改革までの時期の前期、2007年4月の地方分権改革推進委員会の設置と活動の時期の中期、政権交代後のいわゆる地域主権改革の時期の3期に分けて、整理する。

したがって、地方分権改革推進法に基づく第一次から第4次までの勧告を第二次地方分権改革中期の勧告と表記する。

ここで、分権とは、国・地方自治体間いわゆる政府間分権であり、福祉サービス供給における官から民（NPO等を含む）への権限のシフトとしての「分権」や福祉サービスの実施における個人の決定権を重視する個人への「分権」は含まない¹⁴。さらに、地域自治区の設置等の基礎自治体内の分権化も、本論文では直接対象とはしない。

2 機関委任事務と機関委任事務制度・体制

廃止される前の機関委任事務は、地方自治体の首長などの執行機関に委任された国の事務とされるが、講学上の概念であり、実定法上のものではない¹⁵。ある事務が機関委任事務かどうかを区分する基準が何であるかについて、通説は「当該法令全体の趣旨、規定の仕方、当該事務の性質、当該事務の最終的責任の帰属、経費負担等を検討して¹⁶」判定するとしていたが、必ずしも明確ではなかった。具体的な事務については、地方自治法別表3、別表4に列記されたものを機関委任事務とするのが実情であったが、第1章第1節で述べるように、必ずしも機関委任事務を正しく網羅したものではなかった。

さらに、機関委任事務の概念は個々の事務の処理方式というよりも、国と地方自治体との関係を大づかみに律する機能を果たしてきた¹⁷とされる。機関委任事務制度の問題として論じられるが、地方自治体の首長が主務大臣の下級行政庁として包括的な指揮監督を受け、議会の議決権や調査権が及ばず、事務の管理執行についての職務執行命令訴訟が適用されるなどの機関委任事務の特有の法律関係のことである。このような法律関係が機関委任事務制度として地方自治の保障を弱め、中央集権的な行政を担保してきたといわれる¹⁸。

機関委任事務体制の問題とは、個々の機関委任事務の執行という枠を超え、中央政府の指示に無批判に依存する行政体質が、広く地方自治行政全般に浸透していることをいう。機関委任事務が国の指揮監督を受けるため、執行に当たり通達等を重視し、主務官庁への問い合わせにより判断を仰ぐことなどから、国の指示に依存するという行政体質を生み出し、機関委任事務の区分の不明確さもあり、地方行政全般に無批判に国の指示を受容する

体制が培われたとされる¹⁹。

3 地方自治体

本論文において地方自治体とは、地方自治法の地方公共団体である都道府県と市町村（特別区を含む。）をいい、必要に応じ都道府県または市町村と表記する。

憲法（第 92 条）や地方自治法（同法第 1 条の 3）が定める地方公共団体という呼称については、正式な法律用語であるが、国から存立の目的を与えられた特別な行政団体である「公共団体」のうち、職能的な土地改良区などに対し、地域をベースにした「地方団体」という戦前の呼称が合わさってできたものとされるため、戦前の制度の残滓が払拭されていないという批判がある²⁰。

また、地方公共団体の法解釈的通称である「自治体」が公法学会などで学術的に使用されているほか新聞報道などでも広く用いられているが、「自治」は例えば保険者自治など地方自治以外にも用いられることから、地方自治に関する団体という意味合いを明確にする上では、「地方自治体」の方が適切と考える。

以上から、本論文では、法令の引用・解釈においては地方公共団体を用いるとともに、行政学・政治学的に国と地方の関係における統治関係を論じる場合には「地方政府」を用いるほかは、地方自治体を用いる。

4 政府間関係と地方政府

政府間関係の概念は、国を中央政府とし地方自治体を地方政府とする、中央政府と地方政府の垂直的關係及び地方政府と地方政府の水平的關係の双方を指している²¹。政府は政府機構を意味するだけでなく、この政府機構を運用する統治をも意味する。

本論文では、地方政府とは①住民の政治参加機能と②行政サービス提供機能を有し、③政府機構を運用して住民の自己統治を行う④議会（立法権）と首長や行政委員会などの執行機関（行政権）及び労働委員会などの準司法的機関（一種の司法権）の総体としての地方自治体という。

また、地方政府は自律的な政治単位であり、地方行政と同視すべきものではない。

なお、各自治体が条例で法律にない刑事「罰則」を定めることができること（地方自治法第 14 条第 3 項）、憲法第 92 条、94 条で課税権も原理的に保障されていること、警察・消防という人身保護目的の公権力機関を持てることから、法学的にも地方自治体が「ミニ国家」である²²とされる。

5 義務付け・枠づけと法令の規律密度

本論文では、地方分権改革推進委員会の第二次勧告の定義に従い、「義務付け」とは、一定の課題に対処すべく、地方自治体に一定種類の活動を義務付けることをいい、一定種類の活動に係る計画策定の義務付けも含むものとする。「枠付け」とは、地方自治体の活動について手続、判断基準等の枠付けを行うことをいう。

法令の規律密度とは、広義には法令でどこまで詳細な規定によって行為者の判断や行為が規制されているかをいう。本論文では、地方自治体の事務の多くが法令によって義務付けられ、しかもその処理方法が詳細に規定されているため、地方自治体が地域の実態に応

じた行政運営の裁量を拘束されていることをいう。したがって、義務付け・枠づけの両方を含むが、どちらかといえば、事務処理の基準や手続きをどこまで規律するかの問題、すなわち枠づけを中心にした概念であるといえる。

6 医療保険制度の一元化と一本化

医療保険制度の一元化は、論者によって一本化と混同して使われている^{注 20)}が、本論文では、和田勝氏の定義²³⁾に従い、「一元化」とは「分立している医療保険の保険制度間及び保険者間において、保険制度そのものの統合は行うことなく、給付と負担の両面にみられる過大な格差を縮小して公平化を図ること」をいうものとする。これに対し「一本化」とは、「分立する保険制度及び保険者を統合して単一の保険制度とすることによって格差を解消するという考え方」をいうものとする。

注釈

注 1) 神野直彦氏は、家族やコミュニティの無償労働で営まれてきた共同体機能を代替し、サポートする公共サービスは、選別的サービスではなく、ユニバーサルサービスとなり、地域社会ごとに、共同体機能の実情に対応した多様な、しかも現物給付が中心となるとする。そうした現物給付のニーズは、住民の意思決定への参加の機会に乏しい中央政府では把握できず、身近な政府である地方政府が、住民の決定への参加をもとにニーズを把握し、その供給を決定していくしかないとする。神野直彦『財政学[改訂版]』有斐閣、292 頁、2007

林宜嗣氏は、行政の内容が変化し、住民選好が所得水準、職業、地理的条件や歴史的条件という地域性によって左右される部分が大きいことを考えるなら、中央集権的な供給に比べて、地方分権的に公共サービスを供給することで、より効率的な資源配分が達成できると考えられるとする。林宜嗣「財政改革に資する国・地方の役割分担と地方財政システム」貝塚啓明編著『分権化時代の地方財政』中央経済社、16 頁、2008

注 2) 「健康保険法等の一部を改正する法律附則第 2 条第 2 項の規定に基づく基本方針」、平成 15 年 3 月 28 日閣議決定。その中で、「2. 保険者の再編・統合」において、被用者保険、国保それぞれについて、都道府県単位を軸に再編・統合を推進と明記している。

注 3) 平成 22 年 8 月 20 日第 67 回社会保障審議会介護給付費分科会資料 2 参照。一部の地方自治体が、2003 年 4 月 1 日現在における経過的な類型である一部ユニット型の新設を認め、そのユニット部分に対し、ユニット型の介護報酬を支払った。「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準」(通知)の第六で、一部ユニット型を 2003 年 4 月 1 日現在における経過的な類型と規定している。

注 4) 2013 年 5 月 13 日付朝日新聞によれば、2013 年 4 月段階での介護老人福祉施設の指定権者である都道府県と政令指定都市合計 67 のうちの 72%が、新たに造る特別養護老人ホームで、相部屋(多床室)を容認し、22%が新築については個室だが、改築や増築では相部屋を容認している。新築・増改築とともに個室とするのは滋賀県など 4 地方自治体のみである。

注 5) 高齢者の医療の確保に関する法律第 8 条の国の基本方針は告示「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」(平成 20 年 3 月 31 日厚生労働省告示第 149 号)であ

るが、具体的な作成方法や基準は、参酌標準の「医療の効率的な提供の推進に関し、都道府県において達成すべき目標の考え方」として示された。詳細は、第6章注2)参照
注6)2010年4月7日衆議院厚生労働委員会議事録長妻厚生労働大臣「新しい高齢者医療制度を考えると、まずは国保の支援を強化するというのは、これは一つの論点になると思います。(中略)私自身は都道府県単位で広域化する方向で検討をしていきたいというふうに考えております。今回お願いしている今の法案に関しましても、都道府県の関与を強めるということで、これは広域化等支援方針を策定できる」を盛り込んでいるとの発言参照。

注7)2010年12月に出された高齢者医療改革会議の「高齢者のための新たな医療制度等について(最終とりまとめ)」は、Ⅲ.2.国保の運営のあり方(4)ア事務の分担等において、「都道府県と市町村の事務の分担については、『都道府県』は、財政運営、標準(基準)保険料率の設定を行い、『市町村』は、資格管理、標準(基準)保険料率に基づく保険料率の決定、賦課・徴収、保険給付、保健事業等を行うといった形で、分担と責任を明確にしつつ、共同運営する仕組みとする。」としている。

また、島崎謙治氏は、「国保では、保険事務・責任が重層的な関係にならざるをえない」とし、被保険者資格である住所を管理する市町村の協力・関与が必須であるほか、国や都道府県も保険財政について一定の責任を負うとする。島崎謙治『日本の医療制度と政策』東京大学出版会、279-280頁、2011

なお、新田秀樹氏も、「保険料徴収その他の一定の実務は引き続き市町村が担うことを前提とした上で、複数の多元的運営主体による重層的・協働的な保険運営を円滑に行うための方策を考えていくということが現実的な制度・政策論として求められるのではないか。」としている。新田秀樹『国民健康保険の保険者』信山社、225-226頁、2009
注8)平成23年12月26日国と地方の協議の場合第4回臨時会議事録川端達夫総務大臣発言、同内閣府・総務省・財務相・厚生労働省提出資料参照

<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/kyouginoba/rinji4/siryol.pdf>, 2012.10.15

注9)前掲注9)4府省提出資料参照

注10)他の対象事業や積算の根拠・算定方法については、平成24年5月25日衆議院社会保障と税の一体改革に関する特別委員会における松本純委員に対する川端達夫総務大臣答弁参照

注11)平成24年5月31日衆議院社会保障と税の一体改革に関する特別委員会における谷公一委員の「乳幼児医療助成に対する国庫補助のカットをやめるべき」という質問に対する小宮山厚生労働大臣の「中長期的な課題として受けとめる」という答弁参照

注12)平成23年6月8日第81回全国市長会議決定「国民健康保険制度等に関する重点提言」2(3)各種医療費助成制度等市町村単独事業の実施に伴う療養給付費負担金及び普通調整交付金の減額措置を廃止すること。

注13)平成22年8月20日第67回社会保障審議会介護給付費分科会資料2の2頁参照。

注14)平成21年5月28日全国介護保険担当課長会議、老健局計画課資料「介護基盤の緊急整備等について」5.3②参照

注15)平成22年9月30日厚生労働省令第108号「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令」により、ユニット型個室の床面積が13・

2 平方メートルから 10・65 平方メートルに縮小された。同時に、指定介護老人保健施設、指定介護療養型医療施設、特別養護老人ホームの基準も改正され、それぞれのユニット個室の床面積も、13・2 平方メートルから 10・65 平方メートルに縮小された。

注 16) 社会保障審議会介護給付費分科会、平成 22 年 9 月 21 日「一部ユニット型施設の基準等に関する審議のとりまとめ」参照

注 17) 平成 22 年 5 月 20 日九都県市首脳会議「特別養護老人ホーム等の整備に関する緊急要望」参照

注 18) 堤修三氏は、個室ユニットケアは憲法第 25 条の「健康で文化的な最低限度の生活」を保障すると同時に、第 13 条の「個人の尊重」の理念にも立脚しているとする。そして、このような「基本的人権というべき権利が、このような地方自治体の判断によってないがしろにされてよいはずはありません」としている。堤修三『介護保険の意味論』中央法規、127 頁、153 - 154 頁、2010

注 19) この項は、村松岐夫氏の『地方自治』の「共有(ないし融合)システムと革新自治体」における、地方政府が中央政府のパートナーでなくなる場合の関係を参考にしている。また、「地方自治の政治化」については、「地方自治概念の再検討」を参考とした。村松岐夫『地方自治』東京大学出版会、67 - 69 頁、1988

注 20) 例えば、寺内順子氏は『医療制度一元化』とは、日本の医療制度である、国保と組合健保（大企業が運営する保険）、そして協会けんぽ（旧政管健保、中小企業が加入する健康保険）や公務員共済など全ての公的医療保険を一つにし、国庫と大企業の負担を軽減しようとするものである。」と全医療保険の統合を「一元化」としている。寺内順子他『国保広域化でいのちは守れない』かもがわ出版、11 頁、2010

また、島崎謙治氏も「医療保険制度を地域保険に一元化すべきという」見解には反対であるとし、被用者保険と地域保険の制度統合を「一元化」として捉えている。島崎謙治『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会、221 頁、297-298 頁、2011

第Ⅰ部 地方分権と社会保障の責務についての理論的考察

第Ⅰ部では、医療・福祉の領域を中心に社会保障行政の実施構造の特徴と地方分権の基本的関係について考察する。

本論文の関心は、地方分権の進展に伴う地方自治体の自己決定・自己責任の拡大が、医療・福祉行政における地方自治体の政策決定及び執行にどのような影響を及ぼしているのかにある。地方分権の進展は、医療・福祉に関する国と地方自治体の実施責任と財政責任にどのような関係にあるのか検討する。

第1章では、地方分権改革前の社会保障行政をめぐる国と地方自治体の事務配分と費用負担の構造的特徴と基本的問題について、各審議会等の勧告・答申等の文献と先行研究により検討する。また、第一次地方分権改革で国と地方自治体間関係の何が変わり、何が課題として残されたのか検証し、また、いわゆる地域主権改革が目指す改革の方向を検討する。さらに、地方分権の推進が住民自治の拡充にどのような影響を及ぼしているか検討する。

第2章では、国と地方自治体の社会保障の実施責任と財政責任について、憲法的基礎を検討し、特に地方分権の進展による地方自治体の自己決定権（自律）の拡大とナショナルミニマムの全国一率水準の確保の要請との緊張関係について、先行研究に基づき検討する。

第1章 地方分権改革と国・地方自治体関係の変容

2000年に地方分権一括法が施行され、機関委任事務制度が全廃された。これによりわが国の自治制度における国の地方自治体統制は、包括的指揮監督から関与の法定主義へと縮減され、それに伴い国・地方自治体間関係は大きく変容した。

本章では、第1節で地方分権改革前の社会保障行政における国と地方自治体の関係の特徴と基本的な問題について検討し、第2節で第一次地方分権改革による国と地方自治体間関係の変容について、検討する。第3節で第二次地方分権改革といわゆる「地域主権改革」の目指す方向性と現況及び今後の展開について検討する。次に第4節で、地方分権の推進が団体自治の拡充であったのに対し、地方自治の拡充である住民自治の拡充についてのこの間の変化と展望について検討する。

第1節 社会保障行政の実施構造と事務配分

地方分権改革前の医療・福祉を中心とする社会保障行政に関する先行研究が、国と地方自治体間関係をどう捉えていたのか、機関委任事務と事務配分を中心に検討する。

1. 社会保障法制と機関委任事務

全国民を対象とする包括的な社会制度である社会保障は、国家責任の原則により、国が実施する制度であり、制度の具体的な実施面では地方公共団体やその長あるいは公法人に委ねることがあっても、その究極的な責任は国が負う²⁴とするのが社会保障法の通説であった。社会保障は行政のルートを通して運営する形をとるため、一般行政と同じような外観を呈するが、その行政は国の保障責務を果たすためのサービスであって、他の目的のための手段ではないとする²⁵。

社会保障を「国家を責任主体とし、生存権を軸に国と国民との二当事者関係において捉えるのが一般的であった²⁶」といえよう。

実際には、国の直轄事務とされる労働者災害補償保険法などを除き大部分の社会保障関係立法において、地方自治体又はその長に社会保障行政に関する何らかの権限を付与し、あるいは義務を負担させる規定がおかれている²⁷。法における責任主体は国であるが、実際の社会保障行政においては、住民の権利・義務関係の直接的当事者として現れるのは、ほとんどの場合国ではなく、地方自治体又はその長である。特に地方自治体の長は、国の社会保障行政の執行機関として、国の指揮監督の下に、国の事務を執行することとされていた。従来の社会福祉の措置事務の大半はこの機関委任事務の形態であった。

機関委任事務制度は、「国に権限と責任を留保したまま、知事や市町村長、教育委員会などの地方公共団体の機関に『国の事務』を執行させる形式であり、執行による法的効果も国に帰属する。知事や市町村長は国の機関として主務大臣の包括的な指揮監督の下に置かれ^{注1)}、国の縦割行政が地方公共団体に投影され、地方公共団体が地域の実情に応じた総合行政を行うのを妨げる要因になっていた」²⁸とされる。機関委任事務の管理執行については、職務執行命令訴訟の適用があり、国の意思の優先原則を担保していた(旧地方自治法 146 条)。また、機関委任事務については、議会の条例制定権が及ばず、調査権も認められなかった。地方自治における「機関委任事務の領域は、自治体の自律的領域(団体自治)の枠外にあるものであった²⁹」のである。

しかし、戦後改革から福祉六法体制の確立に至る時期においては、「福祉専門職員・機関の設置の義務付け(＝必置規制制度) および高率の国庫負担と連動した社会福祉行政における機関委任事務制度は、社会福祉サービスの量の確保および質の転換に資するものであった³⁰」との評価もある。

2. 社会保障と事務配分の原則

地方分権改革前の社会保障法は、良永彌太郎氏によれば「かねてより、わが国の社会保障関係立法においては、地方公共団体の自治的役割や機能がはなはだしく狭められ、住民の社会福祉サービス受給権保障という点でマイナス機能を果たしていると指摘されてきた³¹」状況にあった。良永氏は社会福祉サービスにおける事務配分の原則と権利保障の関係について、次のように論じた。すなわち年金等所得補償給付と異なり、人的・物的サービスという特質を持つ社会福祉サービスの供与には、要援護状態の有無(権利の要件)の適確な把握と援護内容(権利の内容)の適切な判断という専門的裁量の余地が必要である。したがって、この意味での権利保障の観点から要援護状態の有無の判断や最適な処遇の選択や実施の事務は、住民の生活実態に精通しうる市町村に配分されるべきである³²とした。

ここで事務配分とは、国と地方自治体の行政事務の帰属すなわち公の事務執行の権限の配分の原則や基準について論じるものである。行政事務の配分の方法は、包括的事務配分方式と個別的事務配分方式の2つに大別される。包括的(一元的)事務配分方式とは、一つの包括的に捉えられた事務(法律単位で事務を捉える)を、国または地方公共団体に専属的に配分する方式であり、後述するシャープ勧告などの事務配分の考え方である。個別的事務配分方式とは、包括的な事務の中の個々の権限を複数の国や地方公共団体の行政主体が関わるように配分する方式であり、わが国の従来の事務配分方式である。

(1) 事務配分論の沿革

戦後の現行憲法の下での地方自治法制一般の事務配分の原則の原点となったのが、シャ

ウプ勧告であった。

1) シャウプ勧告

シャウプ勧告(1949年「シャウプ使節団日本税制報告書」1950年第二次報告書)は、戦後の地方財政の危機的状況に対して、中央―地方関係の抜本的な変革を志向し、さらに戦後直後に形成された地方公共団体に対する中央各省の多元的な統制を否定するものであった。

シャウプ勧告は、事務の配分及び責任の分担が重複していることや、中央政府による地方財政の統制が過大である等の問題を解決するため、次の3つの事務配分原則を主張した。

①能う限り、または実行できる限り、三段階の行政機関の事務は明確に区別して、一段階の行政機関には一つの特定の事務が専ら割り当てられるべきである。そうしたならば、その段階の行政機関は、その事務を遂行し、且つ一般財源によって、これを賄うことについて全責任を負うことになるであろう(行政責任明確化の原則)。

②それぞれの事務は、それを能率的に遂行するために、その規模・能力および財源によって準備の整っている何れかの段階の行政機関に割り当てられるであろう(能率の原則)。

③地方自治のためにそれぞれの事務は適当な最低段階の行政機関に与えられるであろう。

市町村の適当に遂行できる事務は都道府県または国に与えられないという意味で、市町村には第一の優先権が与えられるであろう。第二には都道府県に優先権が与えられ、中央政府は地方の指揮下では有効に処理できない事務だけを引き受けることとなるであろう(地方公共団体優先及び市町村優先の原則)。

このシャウプ勧告の事務配分論は、憲法に定める地方自治の本旨に適合するものとして理論的に高く評価され、原理的事務配分としてその後の政府関係文書にも大きな影響を与え、塩野宏氏はこの系列の事務配分論を原理的アプローチと分類した^{33)注2)}。

2) 神戸勧告

シャウプ勧告を受けて地方行政調査委員会(通称神戸委員会)は、シャウプ勧告の三原則に基づいて国の事務を極力整理した形で、各論として個別の事務に関する配分を提案した(1950年12月「行政事務再配分に関する勧告」、翌1951年「行政事務再配分に関する第二次勧告」)。神戸勧告においては、国の関与のあり方について権力的関与は原則として廃止すべきこと、機関委任事務方式は一部を除いて極力避けるべきことが直截に明示されている。神戸勧告の「第二 民生行政」の項目でも、①生活保護を含め機関委任事務を一切認めていないこと、②行政上の不服申立てについての国の裁定的関与権を除いて、国の権力的行政的関与を極力排していること、③国の最低基準設定権も国会(法律)に留保することとしている点で、地方自治重視・国の行政的関与の限定という観点が明確である。神戸勧告の最も重要な特徴は、市町村中心主義と行政責任明確化原則の徹底である。

3) GHQ(連合国総司令部)覚書「行政事務配分の基本原則」

シャウプ勧告が公表された後、それに基づく神戸勧告が出される直前の1950年9月28日付けのGHQ覚書「行政事務配分の基本原則」は、市町村優先の事務配分構想に強い懸念を示した。すなわち「衛生福祉の両分野において日本において設定せられた現在の行政機構はこの国に最も適し得るものであり、且つ偶然にも合衆国が現在達成せんと努力しつつある一目標であるところの行政の一形式を与えている」と評価し、次のように市町村への事務配分に反対した。「衛生福祉組織上の諸問題にたいする解決としての地方自治というだけの理由での市町村レベルへの完全な地方委譲という誤った考えのもとに、この組織を滅

茶減茶にしようと企てることは一大後退となり、かつ、現在実施中の凡ての衛生福祉行政に全くの混沌状態を生み出すであろう。」と警告した。さらに、もし地方行政調査委員会勧告が「採用せられる場合にはそれが日本国民の衛生福祉に対して好もしからざるものであると思われるが故に、これに同意し得ないものである」と主張した。

この GHQ 覚書の背景には、アメリカにおける①市町村では扶助費の負担能力がない②訓練された専門職員を配置できない③人口の大移動に対応できないといった衛生福祉領域の市町村主義の失敗の経験があった³⁴。

3. 社会保障行政の事務配分に関する先行研究

(1) 集権的行・財政指導と機関委任事務活用論

地方分権改革前の社会保障行政と地方自治との関係を論じた先行研究においては、事務配分及び費用負担が主要な論点とされていた。また、事務配分に関連して、機関委任事務による社会保障行政の執行の機能をどう評価するかが論じられた。

佐藤進氏は、福祉六法体制により戦後社会福祉法制の基本構造が固まった 70 年代の社会福祉行財政の構造を「国による中央集権的な福祉行政のコントロールを軸に、立前としては直接の受益者である国民の生活圏に近い地方自治体に、具体的な福祉行政を委ねるという仕組みで運営されている」とし、その問題点を次のように指摘していた³⁵。「社会福祉行政は、実体的な社会福祉関係法のもとで、国の強力な予算権に支配され、きわめて中央集権的な行・財政指導のもとで、具体的な使用を確保する法によって行政の実施を地方自治体に委ねているのが実態である。」とし、「地方自治体の福祉行政は、国の福祉政策を中心に、補助金、交付金を媒介に、しかもその適正な国の行・財政コントロールのもとで行われ、このことが地域を中心とした住民のための『福祉優先』行政への手かせ足かせ（とりわけ財源と絡みあうために）となっている。」と批判した。さらに、このような国と地方自治体との行・財政の配分が「アメリカ占領政治による行政指導（社会福祉行政の地方自治、地方分権化というわが国の関係者の主張に対し、中央集権的な行・財政を中心とする政策を導入）にも起因し、独立以降も、さらに今日の強力な中央集権的な『行政管理国家』形成のもとで、ずっと尾を引いて論議されている」としていた。

小川政亮氏は、社会事業立法において機関委任事務とされるものが多いことなどは「地方自治の本旨に基く地方自治法のたてまえからすると問題」であり、立法論としては「1950 年 12 月の地方行政調査委員会議の『行政事務配分に関する勧告』では、原則として社会事業サービスは、これを機関委任事務とせず、地方公共団体特に市町村の事務とし、国の事務としては国立施設の設置程度にとどめ、許認可・承認・命令等の権力的な監督は原則として廃止し、監督・勧告等も法律で定めるのが望ましいとしていた」点を「改めて検討すべきであろう³⁶」とした。そして憲法上の国と地方自治体の社会保障の責務について「社会事業の事務について考えれば、地方自治体は、社会事業サービスそれ自体を行うことをその事務とし、国は財政的裏付けを行うことを持つてその事務とするというのが、憲法第 25 条第 2 項にいう広義での国の義務という場合の、狭義での国と地方自治体との分担の仕方ということになるのではなかろうか」と提言した³⁷。

しかし、現実的対応としては、「住民権利を守る観点から、地方自治体の役割を大切に、当面、いわゆる機関委任事務についても、国の直轄事務でないことの意味（機関委任

事務についても地方自治体の長の判断を強調した地方自治法 138 条の 2、国の方針を強行するには職務執行命令訴訟という複雑な手段に訴えるほかないとした同 146 条の意義を考えて）を積極的にうけとめ活用していくべきであろう³⁸」と述べていた。

河野正輝氏も、小川氏の現実的対応論を傾聴に値する³⁹と評価していた。

(2) 機関委任事務活用論の非現実性

しかし、筆者の地方公務員の経験からいって、この現実的対応論は、当時の国と地方自治体間関係からみて、とうてい「現実的」とはいえない議論であったといわざるを得ない。次節で述べるとおり、戦後改革から高度経済成長期にかけては、行政機能の急増と地方統制の強化が進行した、いわゆる新中央集権(第 3 章第 1 節 3 で詳説)の時期に該当し、一部の「政治過程」に属する場合を除き、わが国の国・地方自治体間の関係は、機関委任事務と補助金、天下り人事で中央省庁が地方自治体を統制する集権融合型であったからである。

加えて、法律による機関委任事務と団体委任事務の区別が明確ではないことが、地方自治体の現場において、国からの通達通知や行政実例に判断の基礎を置かざるを得ない状況を作り出していた。機関委任事務は、地方分権一括法による改正前の地方自治法の別表 3・4 で明示されている(旧自治法第 148 条)とされていたが、実際には「別表に明示されていないにも関わらず、実質的に機関委任事務として取り扱われているものもあり、また一方では別表に明示されていると思われるものであっても、裁判所により機関委任事務の判断を受けていないものもある⁴⁰」という状況であった。「機関委任事務に係る指揮監督権が具体的に行使される際の媒体であった通達とそれ以外の一般的情報伝達手段としての通知文書の間に形式上の差異が設けられず、見る限りにおいて分別不能な文書が大量に⁴¹」送り付けられ、「自治体においては、いちいちその性格を検討するほどのゆとりはない」状態だったのである。

さらに、地方自治体は総合行政を実施する点に統治体としての特徴があり、首長の統合機能として財政・人事・法務等の総務系部局が当該地方自治体の内部統制を行っている。その体制の下では、特定の行政分野たとえば医療・福祉行政の領域においてのみ、国と地方自治体間関係の変容が起こるということは考えられない。いわゆる機関委任事務体制といわれる体質は、深く浸透していたのである。

1986 年の「地方公共団体の執行機関が国の機関として行なう事務の整理及び合理化に関する法律」(いわゆる第二次機関委任事務整理合理化法)により、生活保護を除く社会福祉の機関委任事務がほとんど「団体事務化」された。しかし、他の行政分野においては機関委任事務が残されており、通達行政や補助金による国の統制は依然として効力を発揮していたのである。法令等の解釈においても、当該法令の所管省庁の解釈を有権解釈(公定解釈)と呼び、一定の拘束力を持つと捉えられていた⁴²。そういうなかで、社会福祉の事務が機関委任事務から団体(委任)事務に変わったからといって、国の通達と異なる独自の法令解釈が独自政策として実施されることは、ほとんどなかった⁴³。「政令による」統制のある分権と称されたのは、国による統制権の留保のためだけではなかったといえよう。

(3) 社会福祉行政と地方自治優先原則の整合性

いずれにせよ、上記の佐藤氏らの社会福祉行政論の事務配分の理論の特徴は、前述の GHQ 覚書に対する消極的な評価と神戸勧告への積極的な評価である⁴⁴。塩野宏氏は、それを「一般的地方自治論と地域密着性を基礎とする社会福祉行政論の結合形態とみることができる」

とし、「地方自治論にたった事務配分の原則がここにおいて社会福祉行政という個別行政分野においても支持されていることになる」としている。

しかし、一方で塩野氏は、事務配分の諸原則は同一の系列に属するものでも、必ずしも整合的ではなく、例えばシャープ勧告の市町村優先原則と能率原則は完全に両立するものではなく、事務配分の具体化に当たっては、優先順位に留意すべきだとする。特に、各論としての社会福祉行政論においては、「社会福祉行政の地域密着性からできるだけ多くの事務を地方公共団体に割り当てるとしても、その際すべてにわたり地方公共団体の自主的な判断に委ねると割り切ることはできない⁴⁵」と指摘した。つまり、社会福祉行政において「単一の行政主体で事務が完結すべしというシャープ勧告的な意味における行政責任明確化の原則は後退することになる」とした。

これは、ナショナルミニマム保障の必要性がある社会保障の領域においては、シャープ勧告的な地方自治優先は当てはまらないことを述べたものと解される⁴⁶。前述の佐藤進氏らの社会福祉行政論の事務配分論は一般的地方自治論と事務配分の方角（すなわち分権化の推進）が一致するという分析に対する反論といえる。

それでは、第一次地方分権改革で事務配分はどのように変わったのであろうか。次節で、国・地方自治体間関係の先行研究をレビューした後、第一次地方分権改革の成果と課題を検討する。

第2節 政府間関係論と地方分権改革

第一次地方分権改革には、行政学・政治学を中心に検討されてきた、国を中央政府とし地方自治体を地方政府と観念し、国・地方自治体間関係を「政府間の体系」という概念で捉える「政府間関係論」が反映されている。（以下、本節では政府間関係を論述する際には、原則として、国を中央政府、地方自治体を地方政府と表記し、国・地方自治体間関係を政府間関係と表記する。）

本節では、まず「政府間関係論」の先行研究が、わが国の国・地方自治体間関係をどう歴史的に捉え分析してきたのか検証し、地方分権一括法の施行前後の政府間関係論の変容を考察する。具体的には、第一次分権改革により政府間関係のパラダイムがどのように変容し、何が課題として残されたのかを、整理・検討する。従来の機関委任事務から法定受託事務と自治事務に分けられた事務に対する中央政府の立法制約を含む関与の違いが、地方政府の自己決定権に及ぼす具体的な差異の有無とその内容を検討する。

1. 政府間関係論の先行研究

政府間関係の概念は、中央政府と地方政府及び地方政府（広域自治体）と地方政府（基礎的自治体）の垂直的關係もしくは同レベルの地方政府間の水平的關係の双方を指している⁴⁷。政府は政府機構を意味するだけでなく、この政府機構を運用する統治をも意味する。また、地方自治体は自律的な政治単位であり、地方行政と同視すべきものではない^{注3}）。

戦前の日本の地方制度は、知事官選制・市町村長の選任に対する勅裁や知事の認可などの人事面をはじめ、市町村長や吏員に対する地方長官（知事）の懲戒処分権や知事の強制予算や代執行といった国の統制手段が強い極めて集権的な統治体制であった。官治的地方自治というべきものであった。

それらは戦後改革によって消滅したが、明治期の集権的統制手段でありながら生き残った機関委任事務制度(歴史的変遷については第3章で詳述)をどう評価するかで、行政学の学説は戦前の集権体制が戦後も温存されたとする戦前戦後連続論と断絶したとする分断論に分かれた。機関委任事務制度は、わが国の中央政府と地方政府の関係を論ずる際の分岐点となったといえる^{注4)}。

以下、第一次地方分権改革により機関委任事務が廃止される前のわが国の政府間関係論の先行研究を検討する。

(1) 政府間関係論の集権・分権概念と分離・融合概念

第一次地方分権改革及び第二次地方分権改革の推進に、大きな影響を与えた西尾勝氏は、制度改革案を評価したり構想するには、集権・分権を制度上の権限の問題と捉え、潜在的な法的資源の分配の問題と考える法制度論はなお必要であるとする⁴⁸⁾。そのうえで日本の政府間関係を説明する分析枠組みとして、集権一分権の軸と分離一融合の軸を提示している天川晃氏の分析モデルを評価している。

天川氏は、「集権」とは「地方に関する意思の決定をももっぱら中央政府が行い、地方団体とその住民に許容する自主的決定を狭く限定しようとする」とし、「分権」とは逆に「地方団体とその住民の自主的決定の範囲を拡大することである」とする⁴⁹⁾。また、「分離」とは「地方団体の区域内のことであっても中央政府の機能は中央政府の機関が独自に分担する」ことであり、「融合」とは「中央政府の機能であっても地方団体の区域内のことであれば地方団体がその固有の行政機能とあわせてこれを分担する」ことであるとする。

つまり天川氏の集権・分権の概念の対象は、住民の自主的意思決定と地方政府に対する中央統制の程度の両方である。そして、戦前の「集権・融合型」の地方制度は、戦後改革の知事公選制^{注5)}と内務省の解体により「分権的」で機関委任事務と地方配付税によって結ばれた弱い「融合」型制度に再編されたとする戦前戦後分断論をとっている。

これに対し、西尾氏の集権・分権概念は、「独立の政府の間の関係一地域住民の民意を正統に代表する政治機関を備えた独立の統治団体の間の関係一に関する概念である⁵⁰⁾」としている。つまり、集権一分権の対象を民主的統治機構の間の関係に限定し、住民の意思決定を含まない、地方政府の行政活動に対する中央政府の統制の問題に限定している。

この点から西尾氏は、地方分権の推進は、地方自治体の自律的領域(団体自治)の拡充であり、事務事業の移譲・地方自治体の自由度の拡大であるとし、地方自治体における自己統治(住民自治)の拡大である地方自治の拡充とは区分している⁵¹⁾。

したがって、明治憲法期の「集権・融合」型に比べれば確かに分権化しているが、知事公選制の導入などの民主的戦後改革にかかわらず、機関委任事務の比重の高い戦後の政府間関係は、「分権・融合」型に転換したとはいえず、依然として「集権融合」型である⁵²⁾として戦前戦後連続論を主張している。

西尾勝氏は、戦後日本の政府間の構造は、地方自治体を地方自治体であると同時に機関委任事務制度によって国の下部機関化する構造であり、行政の事務事業をできるかぎり地方自治体を介して執行することにより、地方自治体を地域総合行政の主体にしようとするものと捉えている⁵³⁾。

(2) 法制度論と相互依存関係モデル

西尾氏は、伝統的な法制度論における集権・分権概念の特徴を、①対象とするのは制度

上の権限であり、事実上の権限でないこと、②集権化・分権化として捉えるときも、その主体としては国しか想定されておらず、国に対して分権化を要求し圧力を加える主体が想定されていないこと、③上から下への一方向のコミュニケーションしか想定されておらず、自治権の行使の結果が国政に跳ね返ってくることを想定していないこと、国が国政の運用において地方政府に依存し、地方政府が交渉相手として立ち現れるといった事態を想定していない、④集権・分権の主体は国で、客体は地方政府であり、主体・客体とも一枚岩ととらえていることを挙げている⁵⁴。

これらの法制度論の特徴に対する批判的な学説が、政府間関係の基本構造を相互依存に求める相互依存関係論である。

わが国においても村松岐夫氏は、伝統的な集権論パラダイムは、昭和 30 年代に入り、地方の「政治化」により分析モデルとしての有効性を失ったとし、水平的政治競争モデルを主張した⁵⁵。それは、①地方は選出国會議員を通して中央に影響力を及ぼしうること②地方政府の活動はかなり自主的に行われていること③地方の決定の動機付けは、自治体内の諸選挙や「近隣の地方政府間の横並び指向」あるいは「同格と目される地方政府間」の競争であることを強調するものであった。

さらに、このモデルを包含する中央政府が地方政府に事業実施を依存し、地方政府が中央政府に財源を依存する相互依存モデルを主張した。村松氏はそのなかで、第一に中央地方にまたがる法律上の権限体系（＝行政体系）は国・府県・市町村の 3 レベル相互に密着して、同一領域での権限と責任を分かち合う共有システムである⁵⁶とする。現実の中央地方関係が融合的であるがゆえに集権的であるとする日本の行政学は、理想とする分離モデルが複雑な高度産業社会において可能であるか検討していないところに問題があるとし、制度的集権と政治的自律性の併存がありうると主張する。また、第二に相互依存関係の中では、中央地方関係の鍵は「交渉」であり、ことに「下」から「上」への交渉には国、地方の政治家の役割が大きいとする。

もちろん、西尾氏も先進諸国における福祉国家の下での政府間関係の変容を、地方政府と中央政府の融合と錯綜した相互依存関係の成立などに見出し、このような現象により集権・分権論の研究方法に変化が出てきている⁵⁷ことを指摘している。

西尾氏は、先進諸国の福祉国家化の下で、行政機能が膨張し、それが地方に分散され地方政府に融合させられて、地方政府の拡大・膨張を招いたとする。その結果、国は政策実施を地方政府に依存し、地方は財源を国に依存することとなったとするのが、相互依存モデルの基本構造であるとする。そこでは、集権・分権に代えて、現実に関機能している影響力関係が分析枠組みの焦点になるとする。相互依存モデルが、「地方政府は国に対し、影響力、対抗力を持ち、決して国の意のままにならない存在となって、はじめて政治的独立を獲得したことになる」という視点は、地方自治についての新しい視点である」とし、その研究の意義を認めつつ次の点に留意すべきとする。

第一に、法制度論の集権・分権概念は軽視すべきでなく、法制度上の分権は、地方政府の自律的運営にとって必要条件であること。

第二に、相互依存モデルは、「分離・分権」型を原型とする政府間関係に適合的なモデルと考えられること。それは、政府間関係に組織間関係の分析枠組みを準用しようする発想から、特に「地方政府がとりうる戦略戦術の類型として、黙殺とか対決などというもの

まで登場しうる」ことから、「感じられてならない」とする⁵⁸。

そして、国と地方の相互依存関係は、国と地方政府の双方にとって政策実施の効果を不確実にしていく形態であるかもしれないとする。この予想は筆者にとって非常に意味深い。

(3) 考察

第一次分権改革前のわが国の行政学・政治学の観点からの政府間関係論における法制度論の集権・分権概念とその批判としての相互依存関係論に関する代表的な学説をみたが、一番の相違は分析の対象をどこまで広げるかである。具体的には集権・分権を権限の問題と捉える法制度論においては、相互依存関係論が分析対象とする福祉国家における社会保障の相互依存的ないわゆる共管事務をどう取り込むか、すなわち国と地方に配分可能な形でどう規定できるかが問題である。

筆者は、分権・分離型を地方自治のあるべき姿とし、戦後の日本の地方自治を集権・融合と捉える視点からは、福祉国家の複雑な行政事務を捉えきれないのではないかと考える。

これは、前述のシャープ勧告が、福祉国家的発想を持たず、行政の共管領域という捉え方を全くしていないことにより、事実上実施されなかった点に通じるものである。この点に関し、曾我謙悟氏の西尾氏のモデルに対する「戦後の福祉国家における中央地方関係を十分に捉えられるモデルになっていないのではないか⁵⁹」という疑問に共感するものである^{注6)}。この西尾氏の集権・分権概念への疑問は、第一次地方分権改革が、当初シャープ勧告流の分権・分離型の事務再配分を指向しながら、最終的に事務融合論に落ち着いた原因を示唆していると考えられる。

天川氏、西尾氏、村松氏とも、中央と地方の政府間関係の分析により、意思決定の自律性や政治過程、相互依存関係などを抽出するが、憲法の規定する地方自治の本旨に照らして、どうかという規範的分析、批判を行っているわけではない。

筆者は少なくとも社会保障の分野についての集権・分権を論じるには、生存権などの社会保障原理と地方自治の本旨と整合的であるか否かを検討しなければならないと考える。

分権改革前であるが、塩野宏氏は第1節で述べたとおり、社会福祉行政における国と地方公共団体の関係について、次のとおり分析している。

「社会福祉行政の充実が、行政の均等性、全国統一性の要請、つまり、事務配分のレベルであれ、国家の監督のレベルであれ何らかの国家関与の必要性に結び付けられている。これは、シャープ勧告的な原理的事務配分が適用し難い領域として社会福祉が登場しているわけであって、社会福祉の具体的事務配分論が事務配分一般論に与える影響も大きいものといわねばならないであろう⁶⁰。」

筆者はこの分析は、分権改革後の現在にも妥当すると考える。地方分権がナショナルミニマムの保障と緊張関係にある下では、必ずしも地方自治体の自律的意思決定に委ねると割り切ることが、憲法に適合的であるとはいえない。換言すれば、地方分権は人権保障、特に生存権保障と整合的でなければならないということであろう。

また筆者は、西尾氏が相互依存モデルの留意点の中で、地方政府が「黙殺」や「対決」という戦術をとり得るのは、「両者(中央政府と地方政府—筆者注)が相互に独立的に運営されているから⁶¹」としている点に注目したい。なぜならば、1980年代に比べ格段に地方分権が進展しつつある今日のわが国の地方自治の現状の分析において示唆的であると考えからである。

2. 事務配分論と地方分権

政府間関係論は、行政主体が担当すべき事務を中央政府と地方政府にどのように配分するかという政策的な事務配分論と密接に関係する。

行政事務の配分とは、国と地方自治体間でいかなる行政事務を国の事務とし、あるいは地方自治体の事務とするかという問題である。これによって地方自治体の権限すなわち団体自治の内容が具体的に定まるという意味で、政府間関係のあり様を規定するものである。第1節で述べたとおり、個別的な事務配分方式は一つの事務に複数の行政主体が機能等に応じて関わる融合型の事務配分であり、どちらかといえば集権に親和的であるといえよう。後述する地方分権一括法による事務配分もこの考え方によっている。

これに対しシャープ勧告は包括的な事務配分方式を導入するものであった。それは一つの事務を一つの行政主体に専属的に割り振る分離型の事務配分であり、分権に親和的である。シャープ勧告に基づいて、地方自治体が十分な財源を確保するための措置として、住民税の見直しや固定資産税・付加価値税の創設といった地方税法の大幅な改正が行われた。また、国の地方自治体に対する財政支援は特定財源の補助金ではなく、一般財源によるべきであるとして、多くの補助金が「地方財政平衡交付金」に組み替えられることとなった。

神戸勧告は、事務処理の責任の所在と経費の負担は原則として一致しなければならないことを確認し、国庫補助金との整理と平衡交付金制度の活用によってそれを実現することが望ましいとした。

しかし、シャープ勧告と神戸勧告との間には、前者が福祉国家の中央－地方関係を視野に収めていないのに対し、神戸勧告は視野に収めているという違いがある⁶²。市川喜崇氏は、「シャープ勧告には、社会保障を中央政府の責務とする視点は存在せず、したがって、ナショナルミニマムや共管領域という発想は全く見られない」とする⁶³。

GHQ の各セクションの反対や朝鮮戦争の勃発によるいわゆる「逆コース」に向かう時代にあったこと等により、シャープ勧告、神戸勧告とも事実上実施されることなく終わった。

(2) 機能分担論

高度成長期における新中央集権の進展のなかで、自治官僚を中心に事務再配分に関して機能分担論が提唱された。機能分担論は、論者によって例えば機関委任事務の評価などに見解の相違がみられるが、次のような発想に立つ点では基本的に一致しているとされる⁶⁴。すなわち、神戸勧告に代表される従来の事務再配分論、とりわけ行政責任明確化の原則では、ある事務が国の事務か地方自治体の事務かという観点から問題を設定し、それを専属的に国又は地方自治体のどちらかに配分しようとするものである。しかし、現代国家では、どちらか一方の行政主体が自己完結的に処理することの困難な事務、いわゆる共同事務ないし共管事務が増大している。これらの事務にあつては、それをいずれかの行政主体に専属的に配分するという伝統的な事務配分の考え方は妥当ではなく、各行政主体間の併立的協力関係を前提とした機能の分担という観点が必要となってくるという発想である。

政府審議会の答申においても、1963年の第一次臨時行政調査会の答申では、現地性の原則として「企画事務は中央省庁に保留」し、「実施事務はできる限り地方公共団体、特に市町村に優先的に配分」する、企画と実施の分離という機能的な観点の提案がなされた。同時に、この答申では国の出先機関の膨張といった当時の新たな中央集権主義的傾向に対す

る現実的対応として、機関委任事務の活用が提唱された。

1982年の第二次臨時行政調査会の基本答申も、国と地方自治体の関係を「国と地方の機能分担」と捉え「共通の行政目的の実現を分担し責任を分かち合う関係」と考えるべきだとした。ただし、機能分担を具体的に検討するに当たり、地方財政の合理化のため、上乗せ福祉の徹底した見直しや地方公務員の定員や給与の削減などの地方行政の減量化を提起した。また、機関委任事務についても、根本的検討を先送りとし、当面1割の削減を求めるにとどまった。

これらの答申は、事務配分の原則にいわゆる事務配分論から機能分担論への転換といわれる変化をもたらしたとされる。

機能分担論は、機関委任事務制度の下における、国が優越的立場に立っての協力・協同関係を前提にしている限り、第1節2(1)で述べたとおり、対等・協力的な地方自治の確立を図ろうとするシャウプ勧告・神戸勧告に理論的に対抗し得るものではなかった。

ただし成田頼明氏は、共管事務の円滑な実施のためには「国が企画・決定し、地方公共団体が国の指示・監督の下にこれを実施するというパターンから脱却して、企画や決定に地方公共団体も参加し、その実施に当たっては国も自らの責任を自覚して地方公共団体と協同するという」国と地方自治体の間の「併立的協同関係が制度的にも成立させられなければならない」とした⁶⁵。地方自治体の国政参加問題をいち早く提唱したものといえよう。

いずれにせよ、国と地方自治体間の関係の対等・非対等の如何に関わらず、現代国家における共同事務・共管事務の増大に対し、住民の立場に立った協力・協同関係をどう築いていくかという問題は、機能分担論の積極的な問題提起として評価されるものであった。

(3) 考察

財源と合わせて各段階の地方政府が行うべき行政事務を再配分し、行政責任を明確化すべきであるというシャウプ勧告の主張は、地方制度に関する議論の主要な潮流となり、西尾勝氏ら「戦後正統派自治論⁶⁶」者を通じて第一次地方分権改革の当初の分離型の分権指向に影響を与えたものと考えられる。

たとえば、村松岐夫氏は、地方分権推進法の根底には、シャウプ勧告の「行政責任の原則」のような国・府県・市町村の責任関係を相互に明確にすべきだという主張があるとし、日本では分離型自治が今なお理想とされていることが示されているとする⁶⁷。そして、日本の地方制度が欧州大陸型の統合型の制度を模倣して形成され、その仕組みとして定着したことから、日本での分権の主張は、分離型自治の主張になりやすく、原理論的アプローチになりやすいと指摘する。

この点につき加茂利男氏も、当初の第一次分権改革論は、戦後地方自治＝戦前連続集権システム、地方分権＝分権・分離志向の改革という論理が織り込まれているように見えるとする⁶⁸。それは、当時の地方自治研究者の共通認識としての福祉国家段階の現代地方自治の次のような見方とは異なっていた。すなわち「中央－地方関係を集権－分権、融合－分離の二側面からとらえた場合、中央・地方の機能分離に基づく分権システムではありえず、両者の融合関係のなかでの相対的な集権－分権関係としてとらえうる」という見方である。この見方は「財政学者のなかで有力となってきた日本の中央－地方財政関係＝分権の面を含んだ柔構造の集権という見解とも重なりあっていた。」とする。そして、「これらの見解は、角度を変えれば、融合・柔構造的集権の関係を通して中央が果たす政策基準設

定や地域間調整＝統一性・公平性保障の機能を、必ずしも地方自治の絶対的な阻害要因とはみない考え方だったといえる。」としている。

筆者は、前述のとおり、西尾氏の法制度論的集権分権概念では、社会保障の分野に限っても、高度化複雑化した福祉行政を捉えきれないのではないかと考える。端的に言えば、後述する第二次地方分権改革における施設の運営基準のいわゆる条例上書き権問題に見られる法令の上書きから参酌基準方式へのブレはその表れである。シャープ勧告流の分権・分離が、機能分担論のいう共管事務が増大している現代行政に適合的でないこと、特に社会福祉行政においてそうであることは、前述の塩野氏の指摘のとおりである。

筆者は、この機能分担論の国・地方自治体間の協力・協働関係の構築という問題提起が、第一次地方分権改革の機関委任事務の廃止により、対等・協力関係として現実となった今こそ、成田頼明氏の地方自治体も国の企画・決定に参加する「併立的」協働関係の構築が必要であり、後述する「国と地方の場合」の成立により実現性が見えてきたと考える。

しかし、後述するとおり、筆者の調査によれば、国・地方自治体間関係では、相互依存関係の深まりの一方で、執行プロセスにおいて、新たな課題が生じている。

国と地方の企画立案段階での協力・協働関係の確立が一層重要となっているといえよう。

3. 第一次地方分権改革の成果と残された課題

第一次地方分権改革は、わが国の「明治以来の」政府間関係を大きく変えた改革としてと評価されている。それは、明治時代の市制町村制から綿々と続いてきた機関委任事務を全廃した意義を強調するものである⁶⁹。

(1) 機関委任事務の廃止と自治事務・法定受託事務

2001年6月の地方分権推進委員会最終報告は、改革の成果について「事務事業の移譲方策よりも広い意味での関与の縮小廃止方策に改革の主眼が置かれる結果になった。」としている。特に「通達等による関与を縮小廃止するための基本方策として」、「機関委任事務制度が全面廃止されたことのもつ意義は、きわめて大きい。」と評価している。

その結果従前の機関委任事務は、ごく例外的に事務そのものを廃止したものや国の直接執行事務としたものを除いて、ほとんどは自治事務か法定受託事務のいずれかに振り分けられた。具体的には、「自治事務は、地方公共団体が処理する事務のうち、法定受託事務以外のものをいう。」（地方自治法第2条8項）と、控除方式により規定されている。一方、法定受託事務は、「法律又はこれに基づく政令により都道府県、市町村又は特別区が処理することとされる事務のうち、①国が本来果たすべき役割に係るものであって、②国においてその適正な処理を特に確保する必要があるものとして③法律又はこれに基づく政令で特に定めるもの」（以下「第一号法定受託事務」という。）（地方自治法第2条9項、①②③と下線は筆者による。）と規定されている。したがって、個別の法律によって、「地方公共団体が処理するもの」が決まり、そのうちから①～③の要件を満たすものが、「法定受託事務」となり、残りの「法定受託事務以外のもの」が（法定）自治事務となる。

地方分権推進一括法による地方自治法の改正に当たり自治事務も法定受託事務も「地方公共団体の事務」^{注7)}であることが明確にされたので、前記最終報告は「平成12年度以降は、地方公共団体には、『国の事務』は皆無となった。」としている。

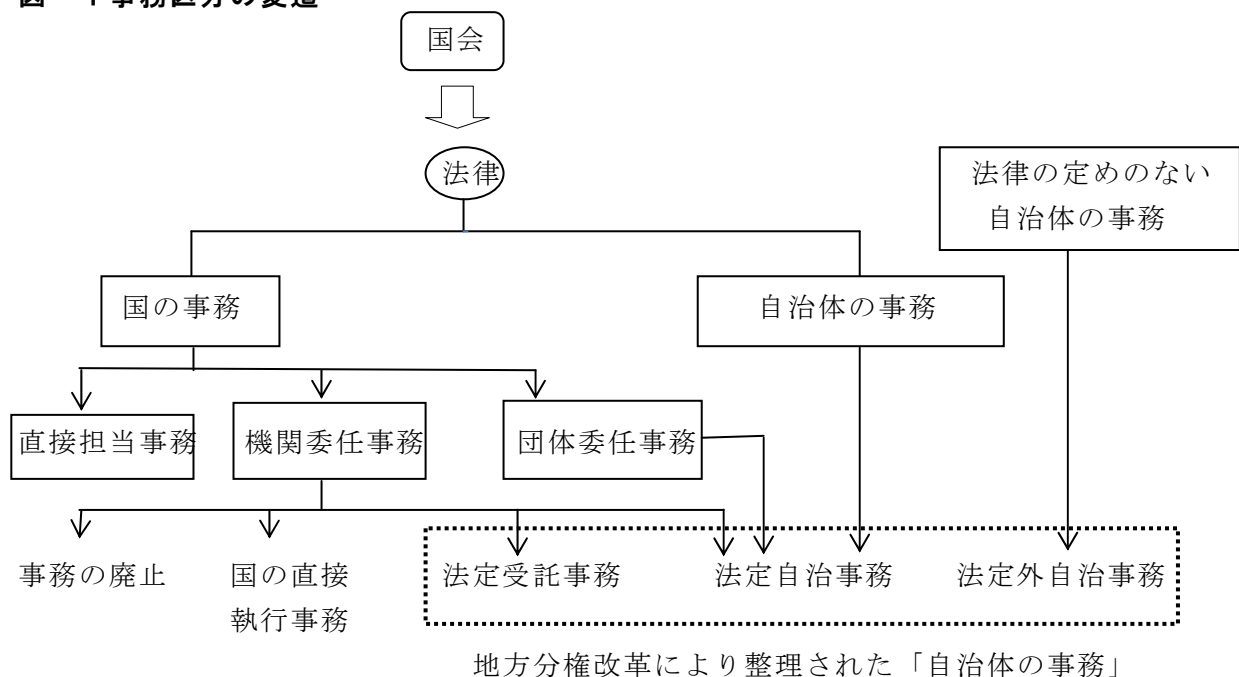
しかし「地方公共団体の事務」は、地方公共団体が権限を持つ事務ということを必ずし

も意味しない。法定受託事務は(法定)自治事務に比べて①国に帰属する責任の度合いが高い②国の関与の程度が高い、ということになる⁷⁰が、両事務の違いは、あくまで相対的なものであり、(法定)自治事務についても、国の法律によって地方自治体に事務の執行が定められている以上、国は一定の関心と責任を有している⁷¹。

つまり、法定受託事務と(法定)自治事務とは、事務処理の責任の帰属を明らかにするものではなく、国の関与の程度を示す分類である⁷²。

第一次地方分権改革による事務の変遷を図示すると図—1 のようになる。

図—1 事務区分の変遷



出典：北村喜宣『分権改革と条例』弘文堂、2005、90 頁

(2) 法解釈自治権と係争（紛争）処理

機関委任事務の全廃の結果、法定受託事務の処理基準に改定された通達等を除いて、「過去に発せられた通達通知を含めて自治事務に係るすべての通達通知を地方分権一括法に基づく新地方自治法によって一括して、『技術的な助言』に改め、自治事務に係る通達通知には法的拘束力がなくなった⁷³」。このため、地方公共団体はこれらの通達等に拘束されなくなった。「自治体の自治事務を法的に拘束するものは法令等（法律又は法律に基づいて制定された政省令等）に限定された⁷⁴」のである。これによって、地方公共団体の法令解釈権は大幅に拡大されることになった。すなわち法令等を独自に解釈運用する権能は各省庁と対等に自治体側にも賦与された⁷⁵のである^{注8)}。なぜならば、「通達通知は法令等の解釈運用についての各省庁側の見解を提示した助言でしかない。」ことになったからである。そして「法令等を独自に解釈運用する権能は各省庁と対等に自治体側にも賦与されている」ことから、「自治体は通達通知で推奨されている執行方法と異なる執行方法を採用して一向に差し支えない⁷⁶」からである。つまり、「自治事務に関する法律は自治体を拘束するのだが、

その法律の解釈運用についての所管省庁の見解は原則として自治体を拘束しない、という一見矛盾と思えるような“公理”がある⁷⁷⁾のである。

なお、技術的とは、恣意的な判断又は意思を含まないという意味である⁷⁸⁾。政府も「技術的助言」について、地方公共団体が法律上従う義務を負うものではないとしている^{注9)}。

そのうえで、地方自治体が法解釈自治権に基づき、法定自治事務を自律的に執行したことに對し、国がその事務処理を違法又は不適正かつ公益を害すると判断した場合には、地方自治法に定める範囲で、国の一定の関与を認めている。

すなわち、各大臣は地方自治体の自治事務の処理が法令の規定に違反していると認めるとき、または著しく適正を欠き、かつ、明らかに公益を害していると認めるときは、当該自治事務の処理についての是正又は改善のため必要な措置を講ずべきことを都道府県に求める（市町村に対しては知事等の都道府県の機関に指示する）ことができる（自治法第 245 条の 5）。

この是正の要求を受けた場合、地方自治体は「当該事務の処理について違反の是正又は改善のための必要な措置を講じなければならない」（自治法第 245 条の 5 第 5 項）が、その具体的な措置内容は地方自治体の裁量による。なお、是正の要求は係争（紛争）処理手続きの対象となる関与であり、是正の要求に不服がある地方自治体は、係争処理委員会（市町村は紛争処理委員）に審査を申し出ることができる。

係争（紛争）処理手続きとは、処分その他公権力の行使に当たる国の関与の合法性をめぐって、国と地方公共団体の間に係争が発生したときには、どちらの側の法令解釈が妥当かを、第一次的には国地方係争処理委員会（都道府県と市区町村の間の場合は自治紛争処理委員）に審査を申し出る制度である。最終的には高等裁判所において訴訟で争い得ることで、国と地方自治体間の争いに司法審査の道を開いたものである。

(3) 関与の法定主義と関与の類型化

地方分権一括法による自治法の改正により、地方自治体はその事務の処理に関し、法律又はこれに基づく政令によらなければ国（市町村については国又は都道府県）の関与を受けることはないと規定された（関与の法定主義、自治法第 245 条の 2）。地方分権一括法による改正前も地方自治体に事務を義務付け又は機関委任事務を地方自治体の長等に行わせる場合には、法律又はこれに基づく政令によることとされていた（旧自治法第 2 条第 2 項等）。しかし機関委任事務については、包括的な指揮監督権が認められており、その内容については主務大臣等が指揮監督のために自ら必要と認める適当な手段をとり得るとされ、そのとり得る手段方法については特に法令の規定のあることを必要としないものと解されていた⁷⁹⁾。機関委任事務が全廃され、包括的な指揮監督権も廃止されたことから、国の関与にはすべて法律又はこれに基づく政令の根拠が必要となった。

また、関与全般について、国は関与の規定を設ける場合には、必要最小限度のものとするとともに、地方公共団体の自主性及び自立性に配慮しなければならない（最小限度の法則、自治法第 245 条の 3 第 1 項）こととされた。

改正後の地方自治法には、関与の基本類型として、原則として自治事務については「助言又は勧告」・「資料の提出の要求」・「是正の要求」・「協議」の 4 類型、法定受託事務については「助言又は勧告」・「資料の提出の要求」・「同意」・「許可、認可又は承認」・「指示」・「代執行」・「協議」の 7 つが定められた（地方自治法第 245 条、第 245 条の 3 第 2 項～6

項)。国は、自治事務についても法定受託事務についても、基本類型外の関与は、できる限り設けることのないようにしなければならない（地方自治法第 245 条の 3 第 2 項）とされた。

同時に、行政手続法に定められた行政手続に類似した関与の手続ルールが定められた（地方自治法第 250 の 13～250 の 20・第 251 の 3～第 252）。

(4) 国と地方の役割分担と立法権の制約

第一次分権改革の重要な成果として、上述の機関委任事務の廃止と、法定受託事務および自治事務に対する国の関与の限定の他に、地方自治法第 1 条の 2 で国と地方の役割分担を規定したことがあげられる。具体的には、地方自治法第 1 条の 2 第 1 項が地方公共団体の役割について「住民の福祉の増進を図ることを基本として、地域における行政を自主的かつ総合的に実施する役割を広く担うものとする」と規定していることである。これは、地方自治体の自己決定権の拡充と自己責任を謳っていると解されている。

さらに、同条第 2 項では、国の役割は「前項の規定の趣旨を達成するため」、つまり、地方自治体が「地域における行政を自主的かつ総合的に実施する役割」を果せる状態を実現するために、次のように規定されている。まず、国が重点的に担う役割を①国際社会における国家としての存立に関わる事務②全国的に統一して定めることが望ましい国民の諸活動または地方自治に関する基本的準則に関する事務③全国的規模または全国的視点に立って行わなければならない施策・事業の実施の 3 つに整理した。そのうえで、国は「住民に身近な行政はできるだけ地方公共団体に委ねることを基本として、地方公共団体との間で適切に役割を分担するとともに、地方公共団体に関する制度の策定及び施策の実施に当たって、地方公共団体の自主性及び自立性が十分に発揮されるようにしなければならない」と規定している。これは、国と地方の役割分担の原則を規定したものであり、今後国が新たに役割を担う場合は、直接執行であれ、関与であれ、それらを正当化するだけの十分な根拠が必要であることを要求しているものである。

ただし、この規定は、基本的には、宣言的・指針的性格をもつものとされる⁸⁰。すなわち国の役割を同項の定めた事項に限定するものではなく、国の配慮規定とされている。配慮とは、国が立法・行政・司法において、地方自治体に関する制度の策定や施策の実施に関して問題が生じたときに、適切な役割分担と地方自治体の自主性や自立性について十分な配慮をしなければならないことをいう⁸¹。具体的には、地方公共団体の自主性や自立性を阻害しないことを国が挙証・立証しなければならないことを意味している。

一方、国と地方の適切な役割分担を憲法第 92 条の「地方自治の本旨」に読み込むべきとする説^{注 10)}や第 1 条の 2 及び第 2 条第 11～13 項は「実質的にいえば、憲法第 92 条の内容」とする説^{注 11)}もある。なぜならば、第 2 条第 11 項は、「地方公共団体に関する法令の規定は、地方自治の本旨に基づき、かつ、国と地方公共団体との適切な役割分担を踏まえたものでなければならない」と規定し、第 1 条の 2 第 2 項と併せ、国の立法原則を定めたものと解されているからである。さらに第 2 条第 12 項は、「地方公共団体に関する法令の規定は、地方自治の本旨に基づいて、かつ、国と地方公共団体との適切な役割分担を踏まえて、これを解釈し、及び運用をしなければならない」と規定しており、「国と地方公共団体との適切な役割分担」は法令の解釈・運用基準にもなっている。

また、第2条第13項は「法律又はこれに基づく政令により地方公共団体が処理することとされる事務が自治事務である場合においては、国は、地方公共団体が地域の特性に応じて当該事務を処理することができるように特に配慮しなければならない」と規定している。この条項は、地方自治体の事務に関する国の立法原則の一つとして、自治事務について「地域の特性」を「特に」（法定受託事務の場合でも「それなりに」⁸²⁾ 配慮するよう国に求めているものであり、法定自治事務の解釈・運用基準でもある。

なお、法定受託事務の新設については、地方分権一括法の国会審議において「法定受託事務については、できる限り新たに設けることのないようにする」とともに「適宜、適切な見直しを行うものとする」との附則第250条が設けられた。

ある事務を国の事務として国の直接執行とするか地方公共団体の事務とするかの決定権は、憲法第41条により国会の権能に属し、地方自治の本旨に反しない限り国の立法による⁸³⁾ことは変わらないが、「適切な役割分担」を踏まえたものでなければならないことになったのである。その意味で、国及び地方自治体の事務領域を法律が自由に決めることができた従前とは明らかに異なるのである⁸⁴⁾。

以上から、地方分権の進展による政府間関係の変容が国の立法政策にもたらした影響は、地方公共団体の自主性や自立性を阻害しないことについて、国が挙証責任を負ったことである。特に法定自治事務の創設については、法律の規定を枠組み的なものととどめ、事務処理の基準や方法・手続きなどは、自治体の裁量に委ねるという立法方針が採られやすいことであるといえよう^{注12)}。

これは、地方自治体による法定自治事務に対する自律的決定の余地が増大することを意味し、反面では国の政策の実効性を不安定にする可能性がある。

第一次地方分権改革により、地方自治体の自主性・自立性が強化され、わが国の融合型行政構造の中に、相互の一定の距離を保つための分節構造が新たに組み込まれたことで、国と地方自治体の関係が長期的に変化することが予想されていた⁸⁵⁾。

(5) 必置規制の緩和

国が一定の事務の実施を地方自治体に委ねる場合に、特定の行政機関や施設、特別の資格や職名を付した職員の設置を義務付ける必置規制については、地方自治体の自治組織権・人事管理権を制約するものであるとの批判があった。このため、必要最小限の範囲内に縮小することとしたが、知的障害者更生相談所、身体障害者更生相談所の名称制限の緩和や各種審議会の名称制限の緩和、社会福祉事務所の設置基準の廃止、福祉事務所の指導監督所員・現業所員の専任規定の緩和などに留まった。保健所長の医師資格の廃止については、強い抵抗があり断念された。もっとも、福祉関係の必置規制については、戦後の福祉行政の基盤であるとの認識があり⁸⁶⁾、保健所や福祉事務所の必置規制の緩和に対する抵抗の壁はもっとも厚く、さしたる成果をあげなかった⁸⁷⁾とされる。

(6) 第一次地方分権改革の残された課題

一方、第一次地方分権改革における税財政改革に関しては、補助事業の整理縮小と補助要綱・補助要領による補助条件の緩和があげられているが、この点は明らかに不十分であ

った。このことは、地方分権推進委員会最終報告第4章で、「未完の分権改革」として認めているところであり、「地方財政秩序の再構築」として、残された改革課題の第一に掲げ次のように指摘している。

まず、分権型社会にふさわしい政府間財政関係の再構築のためには「自己決定・自己責任の原理を地方税財政の領域にまで推し広げて地方公共団体の財政運営の自由度を高めるとともに、地域住民から見てもその受益と負担の関係が分かりやすい税財政構造に改めること」を改革の方針とする必要がある。

さらに歳入自治の重視の立場から「税率設定権を含む課税自主権を積極的に行使し、行政サービス水準と地域住民の地方税負担のバランスの当否を地域住民に問いかけていくべきである。」としている。

その他の残された改革課題については、②、「地方公共団体の事務に対する国の個別法令による義務付け、枠付け等を大幅に緩和していくこと」、③「道州制論等の新たな地方自治制度に関する様々な提言の当否について、改めて検討を深めること」、④「事務事業の移譲を更に推進すること」、⑤「住民自治の拡充方策として、画一的な制度規制をどの程度まで緩和することが妥当なのか」、⑥「憲法第92条の『地方自治の本旨』の内容を具体化し、分権型社会の制度保障を確固たるものにする方策を構想すること」としている。

本論文の関心は、②の義務付け・枠付けの緩和が手つかずに残されたことにある。

4. 第一次地方分権改革による国・地方自治体間関係の変容

2000年4月に実施された第一次地方分権改革によって、わが国の政府間関係がどのように再編され、変容したのかについて、先行研究をレビューし検討する。

(1) 依然として残る集権性と法定自治事務の自由度の強化

西尾勝氏は、地方分権一括法によりわが国の政府間関係の集権性と融合性が一段と緩まったとはいえ、決して英米系諸国のような分権・分離型になったとはいえないとしている⁸⁸。その理由としては、自治体の事務の中に多数の法定受託事務が残っており、都道府県と市区町村との上下のヒエラルキー構造も完全には払拭されていない。しかも、自治体への授権方式は依然として概括例示方式であることである。

しかし、一方で西尾氏は、日本の集権分権構造を支えていた機関委任事務制度が全面廃止された現在、集権融合型と言い続けることにどれほどの意義があるのか次第に疑問に思うようになった⁸⁹とし、日本の集権分権構造は、集権的分散システムであるという神野直彦氏の説明^{注13)}の方が分かりやすいのではないかとしている。

また、西尾氏はシャウプ勧告以降の「自治体への授権の範囲＝自治体の所掌事務の範囲」を拡大し、自治体の仕事を増やす量的な改革ではなく、自治体に対する「義務付け」をできるだけ排除し、自治体の自由度を高めようとする質的な改革であったとしている⁹⁰。すなわち、市町村優先で事務の再配分をしようとする改革論議や道州制などの地方自治制度の再編成（受け皿）論議とは趣の異なる改革であったとする。

この点については、宇賀克也氏も地方分権推進委員会の基本戦略は、国の関与を制限する「分権融合路線」で、明確な一元的配分方式を実現することを主眼としたわけではないとしている⁹¹。

(2) 分権・融合・統合に変容した政府間関係

金井利之氏は、戦後の政府間関係を通説的見解である集権・融合・分立体制と規定し、これに対し第一次地方分権改革は分権・融合・統合路線を選択したとしている⁹²。

金井氏は、分権・融合・統合路線がとられた結果として、具体的に変革された項目を次の3点としている。

第一は、集権・融合・分立型の政府間関係を支える柱であった機関委任事務の廃止である。これにより、政府間関係は法定受託事務を含めてすべて、外部的関係に再編され、内部的なルールである通達は、もはや自治体を拘束できず、政府間関係を規律するのは外部的な法律・政令・省令という法令になった。そして、外部関係に係る紛争の処理は、裁判所の判断を仰げることになったことである。

第二は国・地方自治体の関与に関して、自治事務・法定受託事務という横断的な制度が創出され、それに対応して横断的な係争処理・裁判制度が創出されたことである。

第三は、分立的な組織の廃止による必置規制の廃止・緩和である。ただし、保健所長の医師資格規制が存置されたように、全面的に必置規制が廃止されたわけではないとする。

分権・統合路線は既存の集権・分立体制からの改革路線であるが、実際には以下の点で既存体制との共生がみられるとする。第一に、是正要求・代執行・処理基準などの関与は、共通制度として各大臣が行うこととされ、縦割りの関与という集権・分立体制を前提としている。第二に、府県の法定受託事務においても審査請求制度が残され、法令所管大臣が審査する点は機関委任事務制度と大差なく、集権・融合・分立体制と棲み分けている。第三に、個別的な関与については一般ルール化がされたが、実質的には法律所管省庁が運用を行う政令・省令・告示・処理基準による統制は可能なままである。

(3) 新中央集権と地方自治の調和

市川喜崇氏は、第一次分権改革は、福祉国家型集権体制を前提として、「新中央集権と地方自治の調和」という課題に取り組み、かつ一定の成果をあげた初の本格的な改革であった⁹³と評価している。

すなわち、現代福祉国家が様々な行政サービスごとに設けたナショナルミニマムを地方自治体に守らせるために整備した各種の統制手段が、行きすぎると自治体の自律性を損なうことになる。そこで、福祉国家を維持しつつも、そのもとで、地方政府に対する中央省庁の関与のあり方を見直し、地方政府の自律性を増大させていくことが現代国家の重要な課題となってくる。この課題が「新中央集権と地方自治の調和」であるとする。

中央政府の統制と自治体の自律は、基本的にはトレードオフの関係にある。したがって、問題は両者の「兼ね合い」をどうするかである。個別の行政分野ごとに、中央省庁による関与と自治体の自律性の必要性が比較衡量され、個々の統制手段の緩和や廃止が模索されることになる。別の見方をすると、「新中央集権と地方自治の調和」は、新中央集権の進展により増大する中央政府と地方政府の共管領域の再編成をめぐる改革であるとする。

市川氏によれば、第一次分権改革は①福祉国家的共管領域が基本的に維持されたこと②地方自治体の自律性の向上が図られたことの2つの意味で「新中央集権と地方自治の調和」が図られた改革であった。

第一次分権改革は、当初は神戸勧告流の事務再配分論（国の事務と自治体の事務に峻別すべきとする事務二分論）を構想していたが、結果的に機能分担論流の事務融合論に落ち着いたとする。当初は、法定受託事務を戸籍事務や国政選挙など国の利害にかかわるもの

のみに限定することとされ、法定受託事務には原則として条例制定権を認めないとの立場（地方分権推進委員会第一次勧告第1章Ⅲ3(1)）がとられていたことから、この段階では、法定受託事務は「国の事務」と理解されていたと考えられる。事務二分論の立場をとり、そのうえで「国の事務」の極小化を図るというアプローチがとられていたわけであり、神戸勧告流の事務再配分論の流れを汲むものであった。

しかし、中央各省との交渉を通じて法定受託事務が増大し、当初の「専ら国の利害に係る事務であるが、国民の利便性又は事務処理の効率性の観点から法律の規定により地方公共団体が受託して行うこととされる事務」（地方分権推進委員会「中間報告」における法定受託事務の定義）にとどまらなくなった。さらに、当初自治事務については、権力的な関与を認めない方針であったが、中央省庁との合意の結果、自治事務についても例外的に権力的関与が認められることとなった。その結果、自治事務と法定受託事務との区別が相対的なものとなったとする。

地方分権推進委員会は、当初の方針と異なり、結果的に、事務融合論の立場に立ち、個々の事務の性質に応じて関与の在り方を決めていくという機能分担論的なアプローチを採用したとする。

(4) 考察

第一次分権改革の評価の中で、西尾・金井・市川氏に共通しているのは、地方自治体の自律性が高まった点と、改革後も国と地方自治体間の事務の融合関係は残されたという点である。特に後者について西尾氏は、英米型の分離とはならず、自治体の事務の中に多数の法定受託事務が残っていることを挙げ、自治体への権限移譲を増やす改革ではなかったとしている。金井氏は、自治事務・法定受託事務という国・地方自治体間の横断的な制度が創出されたとしている。また、市川氏は、当初の神戸勧告流の事務再配分論から最終的には事務融合論の立場に立ち、福祉国家的な共管領域が基本的に維持されたとしている。

戦後の地方自治論の主流は、シャープ勧告の行政責任明確化の原則や市町村優先の原則による事務再配分を、憲法に定める地方自治の本旨に適合するものとして理論的に高く評価するものであった。しかし、シャープ勧告には、福祉国家における中央－地方関係や共管領域という視点が見られないため、現実の行政の相互関連性の観点、総合性および能率性の観点からは、実現が困難なものであった。

したがって、筆者は分権推進委員会の議論が進む中で自治体への権限移譲（事務再配分）ではなく、実質的な決定権を地方自治体に移譲する関与の縮小・定型化と国・地方間の係争処理制度の創設が重視されたのは必然であったと考える。

5. 国・地方自治体間関係の変容が医療福祉政策の実施過程に及ぼす影響－「折り合い(分権的類型)」

(1) 国・地方自治体間関係の変容がもたらす国の統制の弱体化と地方自治体の裁量権の拡大

わが国の戦後の国・地方自治体間関係は、機関委任事務制度の包括的指揮監督権に基づく国の地方自治体に対する行政統制を基軸としており、第1節で述べたとおり第一次地方分権改革前には、医療福祉行政を含む社会保障行政においても、機関委任事務制度による集権的な福祉行財政が批判され、シャープ勧告的な事務配分が望ましいとされていた。

前述のとおり第一次地方分権改革の成果として、機関委任事務が全廃され、地方自治体は法解釈自治権を保障される一方、国は地方自治体に関する立法に際し「地方自治の本旨に基づき」かつ「地方公共団体との適切な役割分担を踏まえ」なければならない制約を受けることとなった。その結果、法定自治事務の創設については、法律の規定を枠組み的なものにとどめ、事務の執行方法については、地方自治体の裁量に委ねるという立法方針が採られやすくなったとされる。

一方で、地方分権推進委員会の最終報告第4章が残された課題に挙げたように「国の法令等（法律・政令・省令・告示）による事務の義務付け・事務事業の執行方法や執行体制に対する枠づけの緩和については、ほとんど手付かずに終わっている」とされる。金井氏は前述のとおり「個別的な関与については一般ルール化がされたが、実質的には法律所管省庁が運用を行う政令・省令・告示・処理基準による統制は可能なままである」とし、「融合事務体制という意味で2000年改革の前後も連続している（新連続説）⁹⁴」としている。

筆者の関心は、医療・福祉の領域における融合型の事務の執行に当たり、法令の運用による統制が、実務にどのように影響しているのかにある。実際に医療・福祉行政の実務では第一次分権改革後も法律所管省の厚生労働省の統制が続いているのかどうかである。具体的には本節3(2)で述べたとおり、法令解釈自治権の保障により、「自治体は法令等に照らして合法であると確信する範囲内で、通達通知で推奨されている執行方法とは異なる執行方法を採用」し得ることと義務付け・枠づけとの関係である。「むしろ地域社会に固有の諸条件に照らしてもっとも有効に住民サービスの向上につながる方法、または事務処理の効率化に寄与する方法を懸命に模索し実施することこそ自治権の健全な行使⁹⁵」である以上、事務事業の義務付け・執行方法や執行体制に対する枠づけの緩和前でも、地方自治体の独自解釈による自律的執行は可能であると解すべきであろう。

もし可能でないとすれば、2000年以降も義務付け・枠づけの見直しが殆ど手付かずに残されたということは、個別法による自治事務の執行方法について、国の規定した執行方法によらなければならないことを意味することになる。しかしそれでは、地方自治体の法定自治事務の執行において、法解釈自治権の意味がほとんど失われることになる。法令に具体的な根拠を有しない地方単独事業以外は、国の事務処理の方法が義務付けられ、その執行方法に拘束されることになるからである。

さらに、この考え方に立てば、次節で述べる第二次地方分権改革により「義務付け・枠づけ」の見直しがなされた現在でも、当該見直しがなされた政策分野においてのみ、地方自治体は自治事務の執行方法の選択の余地があることになる。しかし、それは地方分権の実効性を狭く解し過ぎるもので妥当とはいえないであろう。

(2) 「折り合い(分権的類型)」概念の要件の導出

筆者は、数値基準など法解釈自治権によっても地方自治体の独自の解釈を許さないほど一義的な規定については、法改正により基準設定を条令に委任する義務付け・枠づけの緩和が必要と考えるが、それ以外は地方自治体に解釈運用の裁量を認めていると解すべきであると考える。それが国と地方自治体を上下・主従の関係から対等・協力関係にする機関委任事務の全廃の意義だからである。（なお、数値基準であっても、施設の面積基準のように、それに上乗せする場合には独自解釈が許されると解すべきと考える。）

筆者は、第一次地方分権改革の結果、国と地方自治体の役割分担による自治事務への配

慮を求める解釈・運用基準と立法権の制約により、自治事務の事務処理の基準や手続きについては、地方自治体の自律的意思決定に委ねるべきだという見解が、序章の研究の背景で取り上げた国と対立する諸政策の状況にみられるように、実務の世界においても浸透してきていると考える。

したがって筆者は、この国と地方自治体の役割分担による立法原則・解釈運用基準及び機関委任事務の全廃による法解釈自治権の保障が、わが国の国・地方自治体間関係を分析する新しい概念の契機となると考える。

以上から、序章第1節3.研究目的において「地方分権改革後の医療・福祉行政領域における、国の統制と地方自治体の政策執行方法の自律的意思決定が、一定の緊張関係の下で、相互に受け容れあう状態にある結果、国の政策内容が変容している政策執行プロセス」と仮に定義した「折り合い(分権的類型)」の5つの要件(序章第3節1で説明)を、次のとおり導出する。

まず、第一の要件である「原則として国と地方自治体間の関係であること」については、地方分権改革が国・地方自治体間の法制度の改正である以上「折り合い(分権的類型)」が、国と地方自治体間の関係であることは当然である。問題は、地方自治体間、特に都道府県と市町村間の関係である。序章第3節1で述べたとおり、「折り合い(分権的類型)」の対象には含まないのが「原則」であるが、特定の場合には対象になりうる可能性がある。したがって、当面の検討対象がいずれも国・地方自治体間関係であることから、序章第3節で解説したとおり「都道府県と市町村の関係が分析の対象になり得るが、その点については終章第1節で検討する」と保留することとする。

第二の要件「政治的影響などの法令以外の影響を受けない、法制度の範囲内の政策執行であること」も、法解釈ではなく、地方分権改革の意味を考えれば当然のことで確認しているに過ぎない。つまり地方分権改革は、法制度の改正であるから、変わったのは法制度であり、相互依存モデルが対象とする法制度以外の政治的影響力などは変わっていないのである。「折り合い(分権的類型)」は、地方分権改革により新たに生じることとなった国・地方自治体間の政策対立であるので、対象とするのは改正による法制度の執行である。つまり「政治的影響などの法令以外の影響を受けない、法制度の範囲内の政策執行であること」が導出される。これが、従来の「政治的類型」と基本的に異なる点である。

次に、第一次地方分権改革による国・地方自治体間関係の変容の分析の結果、機関委任事務の全廃により、法令所管省の通達、特に政策執行を統制する手段としての要綱等が、単なる助言に過ぎなくなり、地方自治体に法解釈自治権が保障されたことから、第三の要件を導出する。すなわち、「地方自治体が地域の実態に合わせ自律的に国の政策執行統制手段としての『参酌標準』や『要綱』『要領』等を独自に解釈すること」である。これは、この概念の中核的な要件であるが、「自治事務の自治執行には原則的に法解釈自治権が含まれ、関係法律の解釈も所管省庁のそれを参考にしつつ、自治体として住民と地域に責任の持てる法解釈を選んでいく立場にある⁹⁶⁾」という地方自治法の通説的解釈をそのまま具体化したものである。

これとともに、重要な要件である第四の要件「一定の緊張状態の下で、国の統制と地方

自治体の自律的意思決定が相互に受け入れ合う状態が出現すること」は、法解釈というよりも、国と地方自治体が置かれている状況から、必然的に導出されてくる両者の対応である。つまり、既に政策執行過程に入っているため、当然国の統制とのコンフリクトを生じるため、一定の緊張状態に置かれることになる。しかし、この過程にあるのは、当該政策の対象となる都道府県あるいは市町村全てであるが、地方自治体は一枚岩ではないので当然、国全体としては国の統制に従ったところと自律的意思決定を徹したところが混在した状況が出現する。国は統制に従うことを要求するが、地方分権改革により国の関与が必要最小限度に限定されていることから、一定の状態に収まることになる。その結果、一定の緊張状態の下で、国の統制と地方自治体の自律的意思決定が相互に受け入れ合う状態が出現することになるのである。

最後に、第五の要件「政策内容の変容をもたらすこと」は、この結果から当然導出される。つまり、国としては全国の地方自治体に対して打ち出した政策が、一部の地方自治体で国の政策執行方法どおり行われず、政策目的が十全に達成されない状況、すなわち国の「政策内容の変容をもたらすこと」になるのである。

第3節 第二次地方分権改革といわゆる「地域主権改革」

地方分権推進委員会が2001年6月に最終報告を提出した後、残された課題の解決、特に税財政の地方分権化の推進が求められた。本論文では、序章第3節の基本用語の定義のとおり、地方分権推進法に基づく第一次地方分権改革以降現在に至る一連の地方分権改革を第二次地方分権改革と表記し、それを地方分権改革推進会議の設置から三位一体改革までの前期、地方分権改革推進委員会の設置から最終の第4次勧告までの中期、政権交代後のいわゆる地域主権改革の時期の3期に分けて整理する。

1. 第二次地方分権改革前期—地方分権改革推進会議と三位一体改革

第一次地方分権改革の後、2001年7月に地方分権改革推進会議が内閣総理大臣の諮問機関として設置された。同会議は、2002年10月に「事務・事業のあり方に関する意見」を提出し、事務事業の主体の見直しも含めた国と地方の関係の見直しや国の規制緩和など135項目の提言をした。

一方で、同会議は、2002年6月の「経済財政運営と構造改革の基本方針2002」いわゆる「骨太の方針2002」で、「国庫補助金、交付税、税源移譲を含む税源配分のあり方を三位一体で検討」という三位一体の改革の課題を付託された。しかし、同会議の三位一体改革の議論は進まず、財政再建派と地方分権派に分裂し、2003年6月の「三位一体の改革についての意見」のとりまとめに際しての審議は、一部委員の反対表明や署名拒否といった混乱を招いた^{注14)}。このため、三位一体改革についての検討は、同会議とは切り離して、経済財政諮問会議で議論されることとなった。

三位一体改革については、2004年度から2006年度の予算において、概ね4.7兆円の国庫補助負担金を見直し、3兆円の税源移譲を行い、地方交付税が5.1兆円抑制された。しかし、地方側が強く反対した義務教育費教職員給与分や児童扶養手当・児童手当等の国庫負担金の補助負担率の引き下げが行われ、国民健康保険の地方負担も増え、地方自治体の自由度を高めるものではなかった⁹⁷。地方自治体の財政に打撃を与え、税財政を中心に地

方分権の流れに閉塞感を与えた⁹⁸とされる。

2. 第二次地方分権改革中期—地方分権改革推進委員会の活動

2006年12月に地方分権改革推進法が成立し、2007年4月に地方分権改革推進委員会が設置された。同年5月30日には「地方分権改革推進にあたっての基本的な考え方」で目指すべき方向性として、「分権型社会への転換」等を示した。

(1) 中間的なとりまとめ

同年11月には「中間的なとりまとめ」を提出し、委員会の地方分権改革の理念を示すとともに、前記の「基本的な考え方」を踏まえ、勧告に向けて「地方が主役の国づくり」に向けた①「地方政府の確立のための権限移譲」②「完全自治体の実現」③「行政の総合性の確保」④「地方活性化」⑤「住民本位の自治と自治を担う能力の向上」の取り組みを行うとした。

(2) 第二次勧告

2008年12月には、義務付け・枠づけ条項に関する判断基準の要件の提示、国の出先機関の見直しを2つの柱とする第二次勧告が、麻生太郎総理大臣に直接手交された。

第一の柱の義務付け・枠づけの見直しについて、立法権の分権の必要性から次のように述べている。

「『地方政府』の確立には、行政権の分権だけでなく立法権の分権が不可欠である。このため、条例により法令の規定を『上書き』する範囲の拡大を含めた条例制定権の拡充の必要があり、法制的な観点から、地方自治体の自主性を強化し、政策や制度の問題も含めて自由度を拡大するとともに、自らの責任において行政を実施する仕組みを構築することが必要である。」

そして、義務付け・枠づけを次のように定義している。『義務付け』とは、一定の課題に対処すべく、地方自治体に一定種類の活動を義務付けることをいい、一定種類の活動に係る計画策定の義務付けも含む。『枠付け』とは、地方自治体の活動について手続、判断基準等の枠付けを行うことをいう。」

このような法令の規律密度の緩和は、法令の細則をローカル・ルールに委ねることであり、それは政策・制度の企画・立案権（＝立法権）を国から地方自治体へ移譲することである⁹⁹とされる。

(3) 第三次勧告

2009年10月には、「義務付け・枠付けの見直しと条例制定権の拡大」、「地方自治関係法制の見直し」及び「国と地方の協議の場の法制化」を三つの柱とする第三次勧告を、政権交代直後の鳩山由紀夫総理大臣に提出した。

義務付け・枠付けの見直しについては、特に問題がある3つの重点事項として、(a)施設・公物設置管理の基準、(b)協議、同意、許可・認可・承認、(c)計画等の策定及びその手続を具体的に講ずべき措置の方針を整理した上で、その個別条項について具体的に講ずべき措置を提示した。

具体的には、(a)施設・公物設置管理の基準については、「廃止又は条例への委任」へ見直すものとした。条例への委任をする場合には、①「従うべき基準」②「標準」③「参酌

すべき基準」に類型化するが、自治体の自由度の観点から「従うべき基準」及び「標準」は真に必要な場合に限定すべきであるとした。

特に「参酌すべき基準」については、地域の実態に応じて地方自治体が条例で異なる内容を定めることを許容するものであるから、「地方自治体の条例による国の法令の基準の『上書き』を許容するものということができる」としている。

(b)自治体の事務に対する国の関与（協議、同意、許可・認可・承認）については、「廃止又はより弱い形態の関与」へ見直すよう提言した。

(c)計画の策定及びその手続の自治体への義務付けについては、「廃止又は単なる奨励（「できる」「努める」等）」へ見直すよう提言した。

国と地方の協議の場の法制化については、国地方調整会議（仮称）の設置を提言した。

(4) 第四次勧告

2009年11月に税財政問題を中心とする第四次勧告を提出して、地方分権改革推進委員会は実質的な活動を終了した。

旧地方分権推進法と異なり、地方分権改革推進法では勧告に対する政府の尊重義務の規定はない。したがって、鳩山内閣にとっては、地方分権改革推進計画案の策定にあたり、勧告の内容に拘束されることなく、立案することが可能であった。

3. いわゆる「地域主権改革」

第一次地方分権改革の残された課題を引き継いだ地方分権改革推進委員会による地方分権改革は、2009年9月の政権交代により、地方分権改革から「地域主権改革」へと大きく変化した。

(1) 「地域主権改革」

「地域主権改革の定義」については、2010年6月22日に閣議決定された「地域主権戦略大綱」の第1(2)で、次のように規定している。

『地域主権改革』とは、『日本国憲法の理念の下に、住民に身近な行政は、地方公共団体が自主的かつ総合的に広く担うようにするとともに、地域住民が自らの判断と責任において地域の諸課題に取り組むことができるようにするための改革』である。『地域主権』とは、この改革の根底をなす理念として掲げているものであり、日本国憲法が定める『地方自治の本旨』や国と地方の役割分担に係る『補完性の原理』の考え方と相まって、国民主権の内容を豊かにする方向を示すものである。」

「地域主権改革」の内容としては、義務付け・枠付けの見直しや基礎自治体への権限移譲のように、地方分権改革推進委員会の成果を引き継ぐものと、ひも付き補助金を根本的に見直す「一括交付金化」や統廃合から原則廃止へと変わった出先機関改革のように変化したものがある。

(2) 第一次一括法の制定

「地域主権改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律案」（以下「第一次一括法」という）は、地方自治体への義務付け・枠づけの見直しを行うもので、2010年3月29日国会へ提出された。

同法案は、地方分権改革推進法第8条第3項の規定に基づき2009年12月15日に閣議決定された「地方分権改革推進計画」に基づくものである。したがって、施設・公物設置管

理の基準の見直しについては、「施設・公物設置管理の基準を条例に委任する場合における条例制定に関する国の基準の類型は、第3次勧告に沿って」①従うべき基準②標準③参酌すべき基準の3類型とする（同計画第1）ように、法案内容が整理されている。

3類型は具体的には、次のように定義づけられている。

①従うべき基準：条例の内容を直接的に拘束する、必ず適合しなければならない基準であり、当該基準に従う範囲内で地域の実情に応じた内容を定める条例は許容されるものの、異なる内容を定めることは許されないもの

②標準：法令の「標準」を通常よるべき基準としつつ、合理的な理由がある範囲内で、地域の実情に応じた「標準」と異なる内容を定めることが許容されるもの。

③参酌すべき基準：地方自治体が十分参酌した結果としてであれば、地域の実情に応じて、異なる内容を定めることが許容されるもの。

従うべき基準及び標準については、条例制定の内容を制約するものであるため、その設定に当たっては、真に必要な場合に限るとされたが、条例による「上書き権」を認めるとした「中間的なとりまとめ」や第二次勧告からの大幅な後退であるとの批判がある^{注15)}。

同法案は、名称を「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」と修正のうえ2011年4月28日可決成立し、5月2日公布された。同法で、義務付け・枠づけの見直しについては、41法律の改正を行った。

なお、国民健康保険法など一部の法律については、一括法でなくそれぞれの個別法改正に合わせて、地方分権改革推進計画に示された事項の改正が行われた。たとえば国民健康保険法については、「医療保険制度の安定的運営を図るための国民健康保険法等の一部を改正する法律」により、一部負担金の割合を減じる場合の市町村の知事協議を定めた第12条と、指定市町村の国保事業の運営安定化計画の策定義務規定（第68条の2第3項）が削除された。

また、介護保険法については、一括法だけでなく、2011年6月15日に成立した「介護基盤サービスの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」の中でも新たな条例整備（改正後の介護保険法第78条の2の第1項の地域密着型特別養護老人ホームの入所定員の市町村条例等）が定められている。

施設・公物設置管理については、従来国が法令で全国画一的に基準を定めていたが、基準の策定を条例委任とすることにより、議会の審議を通じて地方自治体自らの判断と責任において、行政を実施する仕組みに改めるものとしている。

1) 老人福祉法の改正にみる条例委任化

老人福祉法の一部改正では、次のように、都道府県（指定都市・中核市を含む）が厚生労働省令で定める基準に従って、条例で基準を定めることとされた。

老人福祉法の第17条第1項を「都道府県は、養護老人ホーム及び特別養護老人ホームの設備及び運営について、条例で基準を定めなければならない。」に改め、新たに第2項として、次の条項を加えた。

「2 都道府県が前項の条例を定めるに当たっては、第一号から第三号までに掲げる事項については厚生労働省令で定める基準に従い定めるものとし、第四号に掲げる事項については厚生労働省令で定める基準を標準として定めるものとし、その他の事項については厚生労働省令で定める基準を参酌するものとする。

- 一 養護老人ホーム及び特別養護老人ホームに配置する職員及びその員数
- 二 養護老人ホーム及び特別養護老人ホームに係る居室の床面積
- 三 養護老人ホーム及び特別養護老人ホームの運営に関する事項であつて、入所する老人の適切な処遇及び安全の確保並びに秘密の保持に密接に関連するものとして厚生労働省令で定めるもの
- 四 養護老人ホームの入所定員

この規定中の厚生労働省令で定める基準とは、「養護老人ホームの設備及び運営に関する基準（昭和 41 年厚生省令第 19 号）」と「特別養護老人ホームの設備及び運営に関する基準（平成 11 年厚生省令第 46 号）」であるが、平成 23 年 10 月 7 日付け厚生労働省令第 127 号「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律の一部の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備に関する省令」で所要の改正がなされている。その中で、「参酌すべき基準」とされている特別養護老人ホーム及び地域密着型特別養護老人ホームの居室定員については、「4 人以下」を「1 人」に改めている。

しかし、第 8 章 5 (5) で後述するとおり、東京都は但し書きではあるが、居室定員 4 人を認める条例を制定した。

(3) 第二次一括法の制定

「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」（以下「第二次一括法」という）が 2011 年年 8 月 30 日に公布された。

義務付け・枠づけの見直しの中で、社会福祉法第 65 条の改正により、従来厚生労働省令で定めることとされていた軽費老人ホームの設備及び運営に関する基準について、都道府県・指定都市・中核都市の条例で定めることとされた。

権限の委譲については、例えば現在都道府県及び保健所設置市が行っている母子保健法に基づく未熟児の訪問指導・養育医療費の支給と都道府県・指定都市・中核市が行っている障害者自立支援法に基づく育成医療費の給付が、2013 年 4 月 1 日からすべての市町村に移譲された。

また、現在都道府県・指定都市・中核市が行っている社会福祉法に基づく、社会福祉法人の認可監督権限も、2013 年 4 月 1 日からすべての市に移譲された。

このほか、介護保険法の指定居宅サービス事業者等の指定、監督権限は、都道府県から指定都市・中核市へ 2012 年 4 月 1 日から移譲された。

(4) 義務付け・枠づけの見直しの問題点

地方分権改革推進委員会の「中間的なとりまとめ」は、義務付け・枠づけについて廃止・縮減、全部・一部の条例委任、又は条例による補正の許容などの見直しを行い、これらによって条例制定権の拡大を図るべきとした。一方、施設基準の条例委任に対しては、福祉関係者を中心に国による基準堅持を求める意見が噴出した。

いわゆる地域主権改革の目玉としての「義務付け枠づけの見直し」の法制度化は、条例による法律の上書き権を否定し、かつ、「従うべき基準」、「標準」、「参酌すべき基準」の類型化した基準の条例化を法律により義務付けるものであった。「従うべき基準」が福祉国家型のナショナルミニマムであり、全国一律に維持すべき水準であったとしても、国による条例制定権への関与の強化であり、地方自治の本旨に照らし、条例制定の自由を形骸化するものといえよう。

4. 地方自治体の国政参加権と国と地方の協議の場に関する法律の制定

(1)国政参加権

国政参加権とは、国の立法・行政に関して、地方公共団体が自己の意見を表明するなどの方法により、国政に参加する権能をいう¹⁰⁰。

わが国においても、1970年代後半から、国政参加権の制度化を求める動き^{注16)}があったが、実際に制度化されたものは次のとおりである。

①1993年に議員立法により地方自治法が改正され、地方6団体（知事会、都道府県議長会、市長会、市議会議長会、町村会、町村議長会）が地方自治に影響を及ぼす法律又は政令その他の事項に関し、内閣に意見を申し出、又は国会に意見書を提出することができる規定（地方自治法第263条の3第2項）が設けられた。

②地方分権一括法による地方自治法改正により、地方自治法第263条の3に、第3項として「内閣は、前項の意見の申出を受けたときは、これに遅滞なく回答するよう努めるものとする」が、第4項として「前項の場合において、当該意見が地方公共団体に対し新たに事務又は負担を義務付けると認められる国の施策に関するものであるときは、内閣は、これに遅滞なく回答するものとする」が追加された。

さらに、2005年の第28次地方制度調査会答申の提言を受けて、2006年には、地方自治法の改正が行われた。すなわち、③地方自治法第263条の3第5項として「各大臣は、その担任する事務に関し地方公共団体に対し新たに事務又は負担を義務付けると認められる施策の立案をしようとする場合には、第2項の連合組織が同項の規定により内閣に対して意見を申し出ることができるよう、当該連合組織に当該施策の内容となるべき事項を知らせるために適切な措置を講ずるものとする」が追加された。

なお、制度として認められていない場合にも、地方自治体に関わる法制度の創設時に中央省庁が地方自治体の意見聴取を行った事例としては、老人保健法制定時に当時の厚生省が、特定の地方自治体を招集して厚生省試案の説明と意見聴取を行った例などがある。

(2)国と地方の協議の場

2009年の地方分権改革推進委員会の第3次勧告において、国地方調整会議（仮称）の法制化として、国と地方の協議の場を制度化することについての提言がされた。2010年、民主党政権により、地方自治に影響を及ぼす国の政策の企画及び立案並びに実施について、関係大臣と地方自治体の全国的連合組織の代表者が協議する「国と地方の協議の場に関する法律案」が国会に提出された。

同法は、法案策定プロセスの段階から法制化実務検討グループが設置され、地方自治体の代表と議論しながら案を策定した¹⁰¹ものである。具体的には、閣議決定に至るまでに3回の会合が開かれ法律案の取りまとめが行われた。これは、今後の地方自治体に影響を及ぼす法案策定プロセスの一つのあり方を示したものとして評価される。

同法は、2011年4月28日に成立し、2011年6月13日に第1回の国と地方の協議の場が「社会保障・税一体改革」と「東日本大震災復興対策」を協議事項として開催され、7月には協議結果が国会に報告された。

同法による協議の場において協議の対象となる事項は、次の3つの事項のうち重要なものとされている。①国と地方公共団体との役割分担に関する事項②地方行政、地方財政、

地方税制その他の地方自治に関する事項③経済財政政策、社会保障に関する政策、教育に関する政策、社会資本整備に関する政策その他の国の政策に関する事項のうち、地方自治に影響を及ぼすと考えられるもの（同法第3条）である。議長（内閣官房長官）は、協議の場の終了後遅滞なく、協議の場における協議の概要を記載した報告書を作成し、国会に提出しなければならない（同法7条）とされるほか、協議の整った事項については、国と地方の協議の場の構成員に協議結果の尊重義務が課せられている。

一方、「国と地方の協議の場に関する法律案」の国会審議中に、高齢者医療制度改革会議はその最終とりまとめにおいて、国民健康保険制度に関する厚生労働省と地方自治体の協議の場を設け、全年齢での都道府県単位化を図る第二段階に向けて国保の運営のあり方等について具体的な検討を行うと提起した。これを受けて、2011年2月に「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」が設置された。この協議は、2012年2月17日に閣議決定された「社会保障・税一体改革大綱」において、「（国保の）財政基盤の強化については、『国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議』において、具体的内容について検討し、税制抜本改革とともに実施する」として、厚生労働省だけでなく政府の政策上も位置づけられた（同大綱第1部第3章3医療・介護等②(1)）。

しかし、全国知事会は、2011年10月の第1回「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」（政務レベル）において、福田富市栃木県知事（全国知事会社会文教常任委員長）から、法定の国と地方の協議の場との関係を明確にし、しかるべき段階での国と地方の協議の分科会の設置を要望している^{注17)}。

2012年12月末現在、設けられているのは、社会保障・税一体改革分科会のみである。

5. 小括

第二次地方分権改革では、前期の2004年度から2006年度の三位一体改革が地方自治体の財政に打撃を与え、地方分権の流れに閉塞感を与えた。2007年に設置された地方分権改革推進委員会は、地方自治体の自由度を拡大するため、義務付け・枠づけの見直しや国と地方の協議の場の法制化などの勧告を行った。第2節で述べた第一次地方分権改革の機関委任事務の全廃による法解釈自治権の保障により、裁量の範囲内で自治事務の事務処理の基準や手続きを地方自治体の自律的意思決定に委ねることと違い、第二次地方分権改革中期の「義務付け・枠づけ」の見直しは、解釈運用では排除し得ない地方自治体の裁量を拘束する国の規律を、廃止または地方自治体の条例に委任する立法権の委任である。

そのため義務付けの見直しでは、施設基準の条例委任に対し、福祉関係者よりナショナルミニマムの後退の懸念から国の基準堅持の要望が出され、地方分権とナショナルミニマムの関係が問題になった。その点に関し、国が第一次及び第二次一括法で、条例内容を「従うべき基準」等に類型化したことは、地方自治体の自己決定権と国の立法権をいかに調整するかという課題を明らかにした。

国と地方の協議の場に関する法律が制定され、国と地方自治体の役割分担に関する事項等地方自治に影響を及ぼすと考えられるものを対象に協議を始めたことにより、国と地方自治体間の対等・協力関係の構築が期待される。

第4節 地方分権と住民自治の拡充

1. 地方分権改革と住民参加

法制度上の分権化が進展したとしても、地方自治の自律的運営、すなわち住民の自己決定権が拡充されたことには必ずしもならない。団体自治の拡充は、住民自治の必要条件ではあっても十分条件ではないのである。

第一次地方分権改革は、「分権型社会の創造」を掲げ、地方自治体に対し「自ら治める」責任の範囲は飛躍的に拡大することになるとして、政策形成過程を含め広範な住民の参画を求め、首長や議会、職員に対し住民の期待と批判に鋭敏にかつ誠実に応答することを求めた。（地方分権推進委員会「中間報告」第1章Ⅱ3）

これを受けて、1998年5月29日閣議決定された地方分権推進計画では、住民意思の把握・反映等の方策として、①行政の情報化の推進②行財政状況の情報提供③住民の意見聴取の拡充が、また、民間活動等の連携・協力の方策として④地域コミュニティの活動の活性化⑤ボランティア活動等の環境整備などの提案がなされた。（第6. 地方公共団体の行政体制の整備・確立 4. 住民参加の拡大・多様化）

また1998年3月には、特定非営利活動促進法が制定された。このいわゆるNPO法の所轄庁すなわち特定非営利活動法人の設立の認証権者は、都道府県知事及び政令市の市長である（同法第9条）。西尾勝氏は、公法学の伝統的通念によれば法人格の賦与は国の専管事項とされており、法人設立の認可・監督事務はすべて法定受託事務とすべきところを、各種の公益法人の業務の性質に従って法定受託事務と自治事務に分けたことが、その後NPO法が速やかに成立した一因であるとする¹⁰²。

第二次地方分権改革においても、「住民自治」を確立するためには、情報共有を徹底して進め、住民が日常的に地方自治体の運営に参加する機会を拡充し、多彩なコミュニティ活動の形成など創意工夫の源となる住民意思が確実に示される体制整備が必要となるとした（地方分権改革推進委員会「中間的なとりまとめ」3(1)）。しかし、住民自治の拡充の具体策の提言はない。

地域主権戦略大綱でも、「住民による選択と責任」について、「地域主権改革が進展すれば、おのずと地方公共団体間で行政サービスに差異が生じてくるものであり、地方公共団体の首長や議会の議員を選ぶ住民の判断と責任は極めて重大になる。」としている。しかし、「地域の住民が自らの住む地域を自らの責任でつくっていくという『責任の改革』であり、民主主義そのものの改革である。」とするが具体策はない（第1. 2(3)）。

地方自治体の自己決定が住民の自己決定に適うものとなるためには、多様で広範な住民参加の機会の創出と首長・議会が応答責任を果たすことが重要である。住民参加は、行政の補完・代替にとどまるものではなく、地方自治体の政策策定への参加や提言、執行過程の監視などの役割を果たすことが期待されている。それは、リコール権や条例請求権あるいは事務監査請求権や住民監査請求権などの地方自治法上の直接請求権だけではなく、コミュニティセンター等の公の施設の指定管理や基本条例で定めた場合の市民委員会やパートナーシップ制度などの新しい住民協働の一層の進展にかかっている。

2. 総合行政主体化と自治体内分権・協働

自治体内分権とは、英米的には近隣政府ともいわれ、市町村の区域を分けて定める地域自治区という区域ごとに、事務所と住民代表的な機関を置いて、一定の事項について審議

し、地域の総意を建議する仕組みである。

わが国の地域自治組織には、2004年改正により設けられた地方自治法第202条の4に基づく地域自治区と、2005年4月施行の市町村の合併の特例に関する法律(以下「合併特例法」という)に基づく地域自治区・合併特例区の2種類がある。地方自治法の地域自治区は、当該地方自治体の区域にくまなく設置することを要求しているのに対し、合併特例法の地域自治区は、一部の区域でもよい点が異なる。

地域自治区・合併特例区とも、2003年11月13日の第27次地方制度調査会答申「今後の地方自治制度のあり方に関する答申」が提唱した地域自治組織制度が法制化されたものである。上記答申は、「基礎自治体は、その自主性を高めるため一般的に規模が大きくなる」ことから、「地域自治組織を設置する」などの方策を検討して「住民自治の充実を図る必要がある」とした。これは、第一次地方分権改革が、団体自治強化の路線であり、基礎自治体に総合行政主体として一定の規模・能力を求める結果、住民の生活実態・ニーズを把握しにくくなることへの対応策の一つであった。

地方自治法の地域自治区には、「事務所」を置き、その所長は事務吏員をもって充てる(同条第2項)とされ、「地域協議会」という住民代表組織を置くものとされる(第202条の5第1項)。地域協議会の構成員は、地域自治区の区域内に住所を有する者のうちから、市町村長が選任する(第202条の5第2項)。地域協議会は、選挙による選任ではないため、地域自治区の事務所が所掌する事務に関する事項などのうち、市町村長その他の市町村の機関から諮問された事項又は必要と認めるものについて審議し、市町村長その他の市町村の機関に意見を述べるだけで、市町村に対し拘束力を持った決定を行う権限はない。

合併特例法に基づく地域自治組織は、地域自治区と合併特例区の2つがある。地域自治区には、上述のとおり、特例として「合併関係市町村の協議で定める期間に限り、合併市町村の区域の一部の区域に」設けることができる(合併特例法第23条第1項)。

合併特例区は、合併後5年以内に限り、旧市町村域をもって合併特例区を設置することができる(合併特例法第26条第1項)。合併特例区は、法人格を有する地方自治法第1条の3第1項の特別地方公共団体とされる(合併特例法第27条)。合併特例区には区長・合併特例区協議会(非公選)を置く(合併特例法第25条)。

地域自治区は、市町村合併を推進する一種のツールとして導入されたものであるとしても、住民自治を充実させることを立法目的として制定され、基礎自治体内部のより狭域な地域自治の単位として、住民自治組織として形成すべきとされたことは、地方自治の進展にとって重要である。

また、上記答申は「地域における住民サービスを担うのは行政のみではない」という視点から「住民や、重要なパートナーとしてのコミュニティ組織、NPOその他民間セクターとも協働し、相互に連携して新しい公共空間を形成していくことを目指すべきである」と提言した。つまり、これらの地域自治組織は「住民自治の充実」とともに、行政と住民、コミュニティ組織、NPOその他民間セクターとの協働のための制度でもあることを示すものであった。

3. 住民自治と住民参加

右田紀久恵氏は、地方分権の進展により、地方自治体とりわけ基礎自治体の団体自治の

権限と責任が拡大し、住民に対する応答責任が求められるとともに、その具現化のためにより広範で多様な住民参加、民間活動との連携・協力等が求められる¹⁰³としている。住民参加は、地域福祉の重要な理念と要件であり、ニーズ把握や課題発見から計画策定までを含んだシステムとして、住民の主体力形成に結びついているという認識が重要であるとする。また住民参加の方向として、従来の「サービスの利用当事者・関係者としての参加はいうまでもなく、介護保険料拠出者として、また、納税者としての参加が喫緊の課題である」とする。それは、地方分権と社会福祉の基礎構造改革により、「多元化されるニーズと供給組織に格差が生じることが予想され」、「地域レベルでサービスの質のチェック体制」や「第三者評価などが始められた」が、ここにこそ「本格的なシステムとしての住民参加」が求められるからである。

さらに、政策決定過程への参加だけではなく、行政と市民との協働としての実施過程への参加が重要となってきた。国も地方も財政状況が逼迫しているなかで、もはや地方自治体はすべての公的サービスに責任を持つことができなくなった半面、分権改革による自己決定権の拡大により、財政的な負担も含めた、住民との役割分担を求めることが可能になった¹⁰⁴からである。これは、当然ながら行政の公的責任の後退の代替という批判を免れない一面を有している。しかし、玉野和志氏は、地方分権の進展による団体自治の自由度が一定程度高まったことにより、「行政が公的分野を決定する特権を放棄」し、「住民が公的な側面に参加し、公的な意思決定に責任を持つという意味での民主的な地方自治が実現するだけの条件を自治体行政の側が初めて認めた」¹⁰⁵と評価する。その反面で、参加する住民あるいは住民団体・組織は、他の参加しない住民に対し、参加の正当性を示すことが要請されるとする。

狭域になればなるほど、地域社会の少数派である支援を要する人々のニーズを満たすために限られた財源を使用するには、説明責任が強く求められる。民主主義社会では、公的権限の正統性は選挙によって裏打ちされている。公募選考制や民間有識者の入った選定委員会の活用などにより、公的権限の行使の正当性の問題をいかにクリアするかが、住民自治の質的发展を考えるうえで重要になってきているといえよう。

注釈

注 1) 地方分権一括法による改正前の旧地方自治法第 150 条は「地方公共団体の長が国の機関として処理する行政事務については、普通地方公共団体の長は、都道府県にあっては主務大臣、市町村にあっては都道府県知事及び主務大臣の指揮監督を受ける」と規定していた。1991 年の地方自治法改正前は、機関委任事務の執行を怠った首長に対する内閣総理大臣の罷免制度もあった。同改正で、機関委任事務にかかる議会の検閲・検査権、監査請求権が認められ、監査委員の監査も認められることとなったが、議会の 100 条調査権や条例制定権は及ばず、住民による条例制定請求権の対象ともならないと解されていた。現実には、個別具体的に指揮監督権を発動するというよりも、通達や要綱により地方公共団体の執行をコントロールしてきた。

注 2) これに対し、臨時行政調査会（第一次、第二次）の答申のように、事務配分の現状、環境の変化、提案の実現性等をより明確にしたものを現実的戦術的アプローチとした。塩野宏「社会福祉行政における国と地方自治体の関係」『国と地方公共団体』133 頁

注 3) 井出嘉憲氏は、新中央集権化が進む中で、地方自治体は「行政サービスの提供にかかる機能だけではなく、むしろその前提として政治参加にかかる機能を持たなければならないといえようが、このことはとりもなおさず、地方自治体が、単なる行政的存在以上のもの、すなわち、地方の政府と目されるべき存在である、ということを結論づける。」と述べている。地方自治体を地方政府として論じた先駆的な論文であるとされる。井出嘉憲「地方政府論」『地方自治の政治学』東京大学出版会、16 頁、1972

注 4) 連続・断絶論に対し、現在の「機関委任事務」は、戦後地方制度改革の過程で「知事に接ぎ木するかに見せて」、「機関委任事務」連続論によって「新たな内容で」創設されたとする説もある。白藤博行「『機関委任事務』法論と地方自治」日本地方自治学会編『機関委任事務と地方自治』37-38 頁、1997。

連続論を採る西尾勝氏は、以下の点が戦前から戦後に継承されたために、戦後改革にもかかわらず日本の地方自治制度は、依然として集権・融合型の特徴を残存させているとする。①自治体に対する授権が概括例示方式または包括委任方式であること。②戦後改革によって戦前は市町村に対してのみ適用されていた機関委任事務制度が、戦後は都道府県にまで拡大適用されたこと。③市町村の事務執行を国に代わって指揮監督する事務を都道府県の執行機関の機関委任事務としたことや、国と市町村の間の情報伝達に都道府県を経由させることが影響し、広域自治体である都道府県と基礎自治体である市町村の間に上下の指揮監督の構造が残っていること。西尾勝『行政学 [新版]』有斐閣、81 頁、2001。

これに対し、断絶論を採る天川晃氏は、機関委任の制度が府県にも拡大され知事の〈融合〉的機能は残されたとするが、融合型制度は内務省の存在を前提としていたという観点から、明治憲法期の集権・融合型地方制度は大きく変革されたとする。天川晃「変革の構想」『日本の地方政府』東京大学出版会、128 頁、1986

注 5) 知事の直接公選制は憲法施行に先立って、1946 年の東京都制・府県制・市町村制の改革で導入されたが、この改革は、知事の身分を官吏のままとし市町村長に対する国の懲戒処分権限を残すなど、戦前の制度の維持を図ろうとするものであった。しかし、GHQ の指示の下に抜本的な改革が行われ、1947 年 3 月に地方自治法が制定された。公選・公吏の知事が機関委任の形で国政事務を処理できるようにするもので、戦前に公吏たる市町村長に対して行っていた機関委任を知事にも拡大利用することとしたものである。

注 6) 曾我氏は、その理由として、第一に「西尾のモデルにおいては、地方が中央から統制を受けないという『守り』の側面に重点が置かれ、地方が中央に働きかけるという『攻め』の側面が軽視されているのではないか。」としている。

第二に、西尾氏の集権・分権の概念の定義において、「分権の程度は、一つは地方の権限の大きさ、ないしは活動量に、もう一つは地方の自律性の二つを指標」としており、「地方の自律性を分権の測定基準とする」ことが、「地方の守りの強さだけを見ることにつながっているのではないか。」とする。「自律性を下げることで、中央から『攻め込まれる』可能性を拡大しながらも、同時に地方から『攻め込む』可能性を拡大するような状況は、自律性の減少という点から集権化と判断されることになる。」とする。

曾我謙悟「地方政府の政治学・行政学(三)」『自治研究』74 巻 8 号、107 頁、1998

注 7) 自治事務も法定受託事務もともに「地方公共団体の事務」とされたが、これは必ずし

も地方公共団体にその責任が帰属することを意味しない。自治事務と法定受託事務の「両者の区別の法的意味は、事務の帰属主体を決する基準としてではなく、主として国の地方公共団体に対する関与が異なる点にある。」宇賀克也『地方自治法概説第4版』有斐閣、98-99 頁、2011、同旨「事務の性質と事務の帰属とが明確に区分され、自治事務と法定受託事務の差異が事務の帰属ではなく、関与の区分となったことが重要である。」鈴木庸夫「地方公共団体の役割及び事務」小早川光郎・小幡純子編ジュリスト増刊『あたらしい地方自治・地方分権』有斐閣、66 頁、2000

注 8) 兼子仁氏は、「平成分権改正の地方自治法制において行政面で国と対等な自治体は、法令の自主解釈をする“法解釈自治権”の保障を受けている。」としている。兼子仁『変革期の地方自治法』岩波新書、96 頁、2012

注 9) 平成 17 年 5 月 13 日付け答弁書第 17 号 内閣参質 162 第 17 号参議院議員足立信也君提出十八歳未満に保障されている児童デイサービスの小学校卒業時打ち切りに関する質問に対する答弁書「地方自治法第 245 条の 4 第 1 項に規定する『技術的な助言』とは、各大臣又は都道府県知事その他の都道府県の執行機関が、普通地方公共団体に対し、普通地方公共団体の事務の運営その他の事項について適切と認める客観的に妥当性のある行為又は措置を実施するように促したり、又はそれを実施するために必要な事項を示したりすることであり、これを受けた普通地方公共団体が、法律上これに従うべき義務を負うこととなるものではない。」参照

注 10) 小早川光郎氏は、「自治事務については国の法令で定めをする場合にもできるだけ地域裁量の余地を残して条例制定権に委ねよ」との意味で、新たな『国の立法の原則』の考え方が地方自治法に明示されたとする。小早川光郎「地方分権改革」日本公法学会編『公法研究』62 号、170 頁、2000、

注 11) 北村喜宣氏は、「立法府が憲法原則を確認したのが、たとえば地方自治法 1 条の 2、2 条 11～13 項の『分権基本原則』なのである。」とし、「実質的には憲法第 92 条の内容なので個別法令も拘束する」とする。北村喜宣『分権改革と条例』弘文堂 65 頁、2004、

注 12) 北村喜宣氏は、「地方自治法 2 条 13 項に鑑みれば、とりわけ法定自治事務に関しては、法律の規定は、今後、枠組み的なものになり、規制対象や許可基準などについて、条例制定の余地を広く認めるような立法方針が採られるべきことになろう。」とする。北村喜宣『分権改革と条例』弘文堂 64 頁、2004、同 67 頁注(36)参照

下井康史氏は「自治法 2 条 11 項は、国に対し、自治体に関する法令を制定する際には地方自治の本旨と役割分担原則を踏まえるよう求める。法律や政省令を定める場合には、法令によっても侵しえない地方自治の本質的内容を尊重し、かつ、『住民に身近な行政』における自治体の自由を確保するよう求めるメッセージであり、事後の立法における指針を示したものである。」とする。下井康史「2011 年第二期地方分権改革の意味・意義・課題」日本社会保障法学会編『社会保障法』第 27 号、15 頁、2012

注 13) 神野直彦氏は、日本の政府間財政関係を「決定」が中央政府、「実行」が地方政府という集権的分散システムであるとしている。地方政府が主として「実行」つまり主として公共サービスを提供していれば「分散」、中央政府が主として「実行」し、公共サービスを提供していれば「集中」とすれば、日本の政府間財政システムは分散システムである。しかし、「分権」か「集権」かの要件は、決定権限がどちらにあるかであり、中

中央政府が主として決定権を持っていれば「集権」、地方政府が主として決定権を持っていれば「分権」とすれば、日本の政府間財政関係は集権システムであるとする。

神野直彦『システム改革の政治経済学』岩波書店、124 頁、1998

注 14) 西尾勝氏は、推進会議に唐突に出された地方交付税総額を法定率分にまで削減し、地方共同税に改めるという「水口私案」は、国税から地方税への税源移譲を先送りするもので、「三位一体の改革」を推進するものではなかったと批判している。そのため、委員間の対立が激化し、事実上空中分解したに等しい状況になったとしている。

西尾勝『地方分権改革』東京大学出版会、177-178 頁、2007

注 15) 磯崎初仁氏は、「第二次勧告までは上書きとは『条例による補正（補充・調整・差し替え）を許容すること』としていたが、第三次勧告では、そうした記載がなくなり、注で「国の法令で設定されている基準を条例に委任することとした上で、必要最小限のものを『参酌すべき基準』に移行させる見直しについても、条例による国の法令の基準の『上書き』を許容するものということができる」としたことを、「『上書き権』については、実現できず、最終的に問題をすり替えたように思われる」と批判している。

磯崎初仁「法令の規律密度と自治立法権」ジュリスト No. 1396、151 頁、2010

注 16) 1976 年に全国革新市長会が「地方自治確立のための地方行財政改革への提言」において、「地方自治委員会」設置を提唱した。1978 年には全国知事会臨時地方行政基本問題研究会の「新しい時代に対応する地方行財政に関する措置についての報告」において、地方公共団体の国政参加を提言した。また、1979 年の第 17 次地方制度調査会答申において「都道府県及び市町村の全国的な連合組織は、地方公共団体の利害に関係する法令の制定改廃について国会又は関係行政庁に意見を提出することができるものとする等地方公共団体の意向が国政に適切に反映されるような方途講ずるべきである。」という提言を行っている。

注 17) 2011 年 10 月 24 日第 1 回国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議議事録 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001xy09.html> 2012.02.15

第2章 国と地方自治体の社会保障の実施責任と財政責任

本章では、社会保障の行政分野における規範的原理と地方自治の本旨の整合をどのようにはかるべきか、すなわち社会保障の事務について国と地方自治体のいずれがいかなる実施責任を負い、どの程度の財政負担の責任を負うべきなのかについて検討する。

第1節では憲法第25条と社会連帯の理念が、医療・福祉の領域における国と地方自治体にどのような責務を課しているのか検討する。第2節では、わが国のナショナルミニマムの多様性と特徴を把握する。第3節では、地方分権がナショナルミニマムと二律背反の関係にあるのか先行研究に基づき検討する。第4節では、地方自治の憲法的基礎を検討し、併せて国と地方自治体の社会保障の責任と権限の配分と機能分担について検討する。

第1節 社会保障の憲法的基礎

本節では、医療・福祉を含む社会保障の憲法規範に関する先行研究を検討し、国と地方自治体の社会保障の責務の検討へ進む示唆を得る。社会保障の憲法的基礎については、憲法第25条の生存権保障を挙げるのが、社会保障法学の通説である。また、憲法の明文規定にはないが、社会連帯を社会福祉の法理念とする説を検討する。第1章第2節で述べたとおり、社会保障の分野において集権一分権を論じるには、その方向性が生存権などの社会保障原理と地方自治の本旨と整合的であるかを検討する必要がある。本田滝夫氏が論じるように、分権改革は「日本国憲法が国と自治体による『人権の保障のために二重の統治体系』を国民・住民に保障していることに照らせば、地方自治の保障の観点からだけでなく、人権の保障の観点からも考慮されなければならない¹⁰⁶」からである。

1. 第25条を基盤とした生存権の実現のための生活保障説

荒木誠之氏は、社会保障を法的な側面からみると「社会保障とは、国が、生存権の主体である国民に対して、その生活を保障することを直接の目的として、社会的給付を行う法関係である¹⁰⁷」とする。すなわち、「社会保障の法関係は、第一に国と国民の間に存在する」とし、「一方の当事者は、生存権の主体である各個人であり、他方の当事者は、生存権保障義務を負っている国である。これが社会保障の法関係の基本構造である」とする。

荒木氏の説では、憲法第25条の生存権が社会保障の憲法的基礎であり、それは国と国民の間の関係であることが重視される。したがって、ここでいう国には地方公共団体を含まず「現実の立法で、保障の実施機関が地方公共団体の長や公法人とされている場合にも、最終的な責任は国が負わなければならない。知事や市町村長の社会保障上の職務が、機関委任事務とされているのは、右の法理によるのである¹⁰⁸」としている。

しかしこの理由付けには、地方分権一括法による機関委任事務の廃止が反映されていない。「知事や市町村長の社会保障上の職務が」が機関委任事務から地方自治体の自治事務に変わっても、国の関与を通じて、「最終的な責任」は国が負うという点で変わらないという主張なのであろうか。その場合に、地方自治体の自律性を担保する自治事務に対する国の関与の法定主義や義務付け・枠づけの廃止・縮減は、社会保障に対する国の最終的な責任達成の阻害要因として作用すると捉えるのであろうか。

それとも、「社会保障の保障者は、地方公共団体を含む広義の国家である¹⁰⁹」とし、「国」を広義の「国家」＝中央政府＋地方自治体として、地方自治体も社会保障の当事者と認め

るのであろうか。すなわち、生存権保障の責務を地方自治体も分有していることを容認するのであろうか。

したがって、少なくとも自治事務とされた社会保障（生活保護の決定・実施に関する事務以外のほとんどの社会福祉サービスの事務は自治事務となっている）の実施責任が、一義的に「国」にあるのか地方自治体にあるのかについて、荒木氏の考えは必ずしも明らかとはいえない。

これに対し、佐藤功氏は憲法第 25 条第 2 項を「ここに『国は』とあるが、このことを理由として、本項の定めるような生存権保障のための立法や行政施策がもっぱら国のみの権限に留保されたものであり、地方公共団体がいわゆる固有事務としては行い得ないと解釈することは正当ではない。ここに『国は』というのは、地方公共団体も含めて、全体としての国の意味であることはいうまでもない。¹¹⁰⁾」としている^{注1)}。

この説によれば、生存権保障の責務を地方自治体も分有しており、地方自治体が法律に基づかず自治事務として、独自の判断と責任において、生存権保障のための条例制定や行政施策を行うことができることになる。法律の規定がある場合であっても、その事務処理や根拠条例・規則等が法令に違反するものでない限り（地方自治法第 14 条）、上乘せ・横出しの単独事業を行うことができる。

ただし、共管領域について国と地方自治体のどちらがどの程度の責務を負うかは、明確ではない。尾形健氏は、憲法第 94 条は国の事務と地方自治体の事務の区分について具体的に指示しておらず、「社会保障の実施責任についても国と地方自治体の協働を前提としつつ、立法者による適切な事務配分を期待するにとどまるようにもみえる¹¹¹⁾」とする。

2. 社会連帯の理念

高藤昭氏は、生存権＝国家責任原理と並んで、社会連帯原理が社会保障法を支える規範的根拠であるとする¹¹²⁾。社会保障の中心に位置する社会保険の中核をなすのは、住民間の横の社会連帯関係であるとする。

西村健一郎氏も「社会連帯の原理は、職域の被用者間、地域の住民間、所得階層間、さらには世代間など様々なレベルで問題となるものであり、こうした社会的な連帯関係を抜きにして、国家の責任のみで社会保障は成り立たち得ない¹¹³⁾」とする。

ただし、高藤氏は社会保障法上の社会連帯関係を「各構成員の相互扶助的關係というよりは、固定的、一方的な援助、被援助の關係が中心であり、それが社会保障法上の社会連帯關係の大きな特色である」としており、一方的な所得移転を正当化する危険性を含む論理である。

社会連帯の憲法上の根拠については必ずしも明確ではないが、憲法第 25 条第 2 項に求める学説、憲法第 13 条の個人の尊重原理が、諸個人の連帯を内包しているとするもの、憲法第 25 条第 1 項の理念の実現を図る生活保護制度を、国家がその構成員に社会連帯の思想に基づき給付を行うものとしても捉えることができる旨示唆するもの等^{注2)}がある。

菊池馨実氏は社会連帯理念の強調に対しては、次のような留意すべき点があるとする¹¹⁴⁾。第一は社会全体の利益に個人を埋没させ、個人の自由を抑圧する危険性があることである。第二は特に年金・医療などの分野での世代間所得移転について、どこまでの連帯が求められるのか規範的限界を明らかにする必要があることである。第三は連帯の社会的基盤自体

が脆弱化しているにも関わらず社会保障制度改革の論議の中で、負担を正当化するための論理として、社会連帯の理念が用いられることが少なくないことである。

堤修三氏は、社会連帯が社会保障を基礎づける理念の一つとされるのは、社会保障広くは社会政策の実現には何らかの負担が必要である以上、保険料であれ租税であれ、その他の無形の負担であれ、それらを統一的に根拠づける原理が求められるからである¹¹⁵とする。社会連帯の理念について、社会保険の実定法上は「国民の共同連帯」（国民年金法第1条、高齢者医療確保法第1条、介護保険法第1条）の文言が用いられている場合が多い^{注3}が、健康保険法や国民健康保険法には用いられていない。制度が分立する医療保険においては保険集団間の構成員の連帯意識が希薄であり、国民の共同連帯の理念で基礎づけることができないからであろうか。

社会連帯の理念が国と地方自治体間関係の問題になる事例として、介護保険の保険料の全額免除を認める条例が、介護保険法第1条（目的）の国民の共同連帯の理念を阻害することになるかという問題がある。厚生労働省は、1号被保険者である高齢者が保険料を全く支払わないのは、介護保険法の助け合いの精神を否定するとする。

筆者は、次の点から全額免除を認める条例は助け合いの精神を否定するものではないと考える^{注4}。①1号被保険者の保険料については、保険者たる市町村が、被保険者住民代表も参加する介護保険事業計画策定委員会の議を経て、市町村議会で条例の形で議決されること。②介護保険法第4条第2項は、国民の義務として「国民は、共同連帯の理念に基づき、介護保険事業に要する費用を公平に負担するものとする」としており、「国民の共同連帯」は介護保険財源の8割を占める2号保険料や公費の負担を正当化する原理と解する方が素直であること。③社会連帯の原理は構成員（当該市町村の1号・2号被保険者）間の相互扶助の原理であり、保険者たる市町村の住民（非被保険者も含むが、1号・2号被保険者が過半数^{注5}）の代表である議会が免除を決定することは、（免除分を一般会計からの繰入で賄う場合は被保険者の負担増とならないため、また免除市町村の9割がそうであるように保険料財源で賄う場合は被保険者の負担増となる（第5章注5）参照）が、それは相互扶助そのものであり）構成員間の連帯に反しないこと。

第2節 ミニмум保障とオプティмум保障

わが国のナショナルミニмумは、第3章第1節3で詳述するとおり福祉国家化と地域（国土）開発という2つの契機を持つ新中央集権化の過程において、中央省庁が所管の政策分野ごとに達成すべき目標値として設定した、どの地域でも最低限満たすべき公的サービスの水準の意味で用いられてきた。そのため、教育・社会保障などの福祉国家的な意味のナショナルミニмумと開発主義国家型の各行政分野の政策達成目標にまで拡大するナショナルミニмум解釈とが混在している。そのことが、地方分権とナショナルミニмумの関係についての議論を錯綜させている面がある。

1. 多様なナショナルミニмум制度と水準の調整

わが国におけるナショナルミニмумは、制度によってその基準（水準）が同じではなく、多様なナショナルミニмумの設定方法がある。

岩田正美氏は、社会保障に関するナショナルミニмумの変遷について、異なった制度の

異なったミニマムの単純比較や、負担の拡大とそれへの複雑な軽減措置の導入のプロセスの中で、ナショナルミニмумはますます見えにくくなっているとする¹¹⁶。

ナショナルミニмумの思想は、理念的には一本の貧困線のようなものを想定することができるが、実際の具体的な制度の中では複数の異なったミニмумとして措定され、またその後の「普遍主義的福祉サービス」の拡大の中でサービス保障は、ミニмумではなく最適（オプティмум）をむしろスローガンとして変化し、多義的になっていったとする。

社会福祉サービスの分野では、各種施設の設置最低限としてのミニмумの設定があり、生活保護とも連動してきたが、福祉サービスの対象の「普遍化」によって、ミニмумではなくサービスの最適保障が目指されるようになった。形式的にはミニмумが否定されたかにみえるが、介護保険などを見て分かるように、どこまでサービスを給付するかの線引きは残っているとする。また、これらのサービスに自己負担が導入されると、この負担能力及び負担軽減措置のあり方が、一種のミニмум保障としての意味を付与されていくようになるとしている。

この点に関して、地方単独事業ではあるが、乳幼児医療費助成の対象年齢が富裕自治体を中心に高くなるにつれ地域格差が拡大しており、子どもの医療費保障は国の責任で行うべきであるというナショナルミニмум保障の観点から、これを問題視する意見もある。

なお、「オプティмум」な保障に関しては、地方分権と絡めてナショナルミニмумに替えて、「ローカルオプティмум」を追求すべきであるとする見解^{注6)}がある。その論理は、まずこれまでの「ナショナルミニмум」を「政策分野ごとに達成すべき目標値を設定し、それをどの地域も最低限満たすべき基準」とするものとして批判する¹¹⁷。次いで国が地方に対し多くの関与を行い、補助金を通じて実現する仕組みが存在する限り、国と地方の役割分担に基づいた地方の自主性・自立性は育たないとして、その仕組みを廃止すべきとする。この「ナショナルミニмум」は、開発主義国家型のみに限定されているわけではない。

2. 医療保障制度におけるオプティмум保障

医療保障の水準^{注7)}については、他の社会保障と異なり、ミニмумではなく、最適（オプティмум）でなければならないとされる¹¹⁸。

二木立氏によれば、公的医療保険の給付水準について「最適水準」説と「最低水準」説があり、これが混合診療の全面解禁論をめぐる論争の本質であるとしている¹¹⁹。

「最適水準」説とは、公的医療保険が「必要な最適量の医療を保障する」とするもので、国内外の社会保障研究者の通説であるとしている。2003年3月の閣議決定「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」において、「診療報酬については、少子高齢化や疾病構造の変化、医療技術の進歩等を踏まえ、社会保障として必要かつ十分な医療を確保しつつ、患者の視点から質が高く最適の医療が効率的に提供されるよう、必要な見直しを進める」という表現を用い、政府の公式文書として初めて「最適水準」説を確認している。「最低水準」説は、公的医療保険で保障するのは基礎的な医療で、それ以上の医療サービスは自己負担で購入するというものである。

第3節 ナショナルミニмумと地方分権の緊張関係

社会保障の水準をどの程度にするかを、国が全国一律に決めるのか、地方公共団体の自

律（裁量）にまかせるのかは、集権・分権という分析軸とナショナルミニマムの機能との間に緊張関係を生じさせる。ナショナルミニマムの機能とは、全国どこでも当該水準が最低水準として保障されることだからである。全国で一律に達成すべき水準として、国が定めたある一定の水準をナショナルミニマムとすることは、当該水準の決定については、集権的であることを示すものである。

1. 国が規定すべきナショナルミニマムの考え方

社会保障に関するナショナルミニマムについて、2010年6月の厚生労働省のナショナルミニマム研究会中間報告は、次のように述べている。

「国の定めるナショナルミニマムは地方自治体の判断で下回ることのできない最低基準であり、地方自治体の独自性や裁量はナショナルミニマムを上回る部分についてのみ認められる。ナショナルミニマムの保障は、地方自治体や企業等と適切な役割分担をしつつも、最終的には国の責任で確保すべきものである。」

これは、ナショナルミニマムに関する地方自治体の裁量を否定し、また、最終責任は国にあるとするものである¹²⁰。

さらに、「ナショナルミニマムは国が憲法第25条に基づき全国民に対し保障する『健康で文化的な最低限度の生活水準』であり、最終的な保障責任は文字通り国が負っている。それゆえに、国民の生命・生活に重大な影響を及ぼす場合や国を挙げて取り組むべき緊急かつ重要な施策に関わる場合などに、国が規定すべきナショナルミニマムの考え方については、国と地方自治体の役割分担の前提として議論されるべきものである。」としている。これは、「国民の生命・生活に重大な影響を及ぼす場合」などに限定しているが、ナショナルミニマムの基準設定は国が規定するものとし、最終的には国と地方自治体の役割分担に優越するということであろう。その意味で、同報告は、ナショナルミニマムと地方分権の二律背反を認める点では、次に見るミニマムのミニマム化を求める西尾説と同じであるが、ナショナルミニマムは地方分権に優先すべきものとする点で一線を画している。

同報告は「また、社会サービス給付（保育等）についての施設の設置・運営基準等についても、こうした考え方を踏まえるべきである。」としている。しかし、義務付け・枠付けの緩和を進める内閣府所管のいわゆる地域主権改革一括法では、保育所の居室面積や特別養護老人ホームの廊下幅など一部の施設の基準等が「標準」や「参酌基準」として地方自治体の条例に委任された。

政府の考え方と同報告の方向性は、一致していないといわざるを得ない。

2. 分権型社会の創造と「ミニマムのミニマム化」

地方分権と国によるナショナルミニマム保障とはトレードオフの関係にあるとする説のうち特に注目される、地方分権推進委員会の委員を務めた西尾勝氏の「分権改革は『ナショナルミニマム』の全面的な見直しを要求する」と題した論文の主張を見てみよう。

西尾氏は、ナショナルミニマムとされる施設運営に係る各種基準について、次のように述べている¹²¹。

社会福祉施設や病院、学校などの施設運営行政の領域においては、法令等や補助要綱で定員基準、施設設置基準、職員配置基準などを定めるのが一般的な仕組みである。そして

一端設定されると、これらの数値がすべてナショナルミニマムであるかのように解説され始める。これらの数値がすべてナショナルミニマム（最低基準）であることになれば、全国どこでも例外なく絶対に遵守されるべきものになる。それでは自治体は国から義務付けられた事務の最低基準を達成することに汲々として、自治体自らの発意と工夫に基づく任意の事務まで手を広げる余力など残らない。したがって、ナショナルミニマムの拡充は集権を進める方策であって、地方自治を圧殺するとする。

行政各分野でナショナルミニマムが設定されればされるほど、そしてその水準が引き上げられていけばいくほど、国から自治体への財政移転の規模は膨張する。そして、自治体はますます自治体らしい存在でなくなるとする。

分権型社会を創造するためには、ナショナルミニマムの設定は真に必要な最低限度の領域に限定され、しかもその基準値は真に必要な最低限度の低い水準に止められなければならない。「ミニマムのミニマム化」が要求されるとする。

中央省庁は、この種の基準に示されている数値が最低基準（ナショナルミニマム）か、できるだけこの水準以上にしてほしいのだけれども、事情によっては例外も許容する標準（ナショナル・スタンダード）に止まるのか、それともこれを目標に改善の努力を続けてほしいという計画目標値なのかを総点検し再検討して、区別を明確にすべきであるとする。

以上の西尾氏の議論の問題点は、次のように整理できるであろう。

第一は、ナショナルミニマムの拡充は、集権化を進め地方自治を圧殺するという点で。

第二は、行政各分野でナショナルミニマムの概念が拡張され、その水準が引き上げられるほど、国から地方自治体への財政移転は膨張し、地方自治体は地方自治体らしい存在でなくなるという点である。

第三は、ナショナルミニマムの設定の必要最低限度の領域への限定と、基準値の必要最低限度の低い水準化が、分権型社会の創造に不可欠なのかという点である。

第四は、中央省庁は基準とする数値を、最低基準か標準か計画目標値なのか明確にすべきであるという点である。

(1) ナショナルミニマムの設定と地方分権

第一点については、ナショナルミニマムは最低基準を定めるのであって、その基準の定め方について、地方自治体の意思が反映されるならば、全国一律に適用されるとしても、それが集権を進めるとはいえない^{注8)}。

ナショナルミニマムの水準を、誰がどのレベルに設定するかについては、国（所管の中央各省）がその必要性と根拠を示し、国民の意思によるとして、具体的には国会の立法（法律やそれに基づく政令・省令）や予算審議を通じて決定されてきた。次節で述べるように、憲法第25条と第92条は二律背反の関係ではないとする島崎謙治氏も、その水準は分権改革以後も、そのようにして指定制するしかないとする¹²²⁾。

しかし筆者は、社会保障に関するほとんどの事務が地方自治体の自治事務として執行される以上、地方自治体の国政参加により、具体的には国と地方の協議の場における協議により、水準設定に地方の意思が反映されることが重要であると考え。国・地方自治体が協働して基準を設定しても、全国的統一性を保つため、形式的にはその基準の設定は政令または省令によらざるをえないことになろう。しかし、そうであっても実質において、地方自治体の自己決定の要素が一定程度満たされることが重要である。

その際、池上岳彦氏の「OECD 諸国との社会保障給付費の対 GDP 比の比較は有益である。¹²³」という判断目安が、国と地方自治体の合意を導くことが期待される。

このような捉え方をすれば、ナショナルミニマムの拡充が地方自治体の自主決定権の拡大を目指す地方分権の趣旨に反することになるとは、必ずしもいえないのではないか。

なお、西尾氏が「ナショナルミニマムが地方自治を圧殺する」というのは、地方自治体の能力以上にナショナルミニマムに関する業務が押し付けられることを指しており、事務配分や財源移転の問題として解決すべきであると考ええる。

(2) ナショナルミニマムの概念拡張とナショナル・スタンダード

第二点については、ナショナルミニマムの概念の拡張の問題と、国から地方自治体への財政移転の規模が膨張するという点に分けて考えるべきである。

ナショナルミニマムの概念拡張について池上岳彦氏は、時代とともに「生活条件の普段の改善」が求められ、保障すべき生存権の水準が長期的に上昇するとすれば、本来これは「ナショナル・スタンダード」と呼ぶべきである¹²⁴とする。

ナショナル・スタンダードと全国画一のサービスを行うこととは異なる¹²⁵とし、重要なのは、分権的なシステムのもとで全国的に一定のサービス水準を保障して、「機会の平等」を実質化し、それを地方自治体の「自己決定権」と調和させることであるとする。

分権型システムのもとで、一般財源としての財政調整制度（地方交付税―筆者注）を運用すれば、それは「ナショナル・スタンダード」つまり「標準的」サービス水準を保障するものであるとする。

ナショナルミニマムとナショナルスタンダードとの相違を強調して、ナショナルミニマムだけを財源保障するのであれば、すべてのサービス分野について「ミニマム」の金額だけが交付されることになり、事実上特定補助金と変わらず、「選択的支出」を行えるのは富裕団体のみとなるとする。

次に、西尾氏はナショナルミニマムの拡張により、地方自治体自らの発意と工夫に基づく任意の事務まで手を広げる余力など残らない。また、財政移転の規模が膨張することについて、これにより地方自治体らしい存在でなくなるとする。

その意味するところは、義務的支出が増加し、発意と工夫に基づく自己決定で使える予算額の割合、あるいは裏負担が増加することからその額自体が減少すること、すなわち地方自治体の財政の硬直化が進むことを指していると思われる。

しかし現実には、財政的余裕のある地方自治体は、国の基準以上の施設設置基準、職員配置基準などを定めており、ナショナルミニマムの拡大を先導している。

つまり、ナショナルミニマムが自治体の自主決定を奪っているというのは、財源移転が不十分なことに原因があるのであり、二宮厚美氏の主張のように財源が十分にあれば地方自治体は「ミニマムのミニマム化」がなくても、ナショナルミニマムを超えて、創意と工夫に基づく事務事業の展開が出来るのである¹²⁶。

(3) ナショナルミニマムのミニマム化は、地方分権の必然か

第三点については、前述の生存権に基づき保障するナショナルミニマムは地方自治に優先することを認める厚生労働省のナショナルミニマム研究会の中間報告と一見同じ立場に立っているように見える。すなわち、ナショナルミニマムは、地方自治体で区々であってはならない点を重視する立場から、その範囲を最小限化すべきだという論理のようにも解

される。しかし、西尾氏の説は、現行のナショナルミニマムを切り込むことを認める点で、中間報告とは異なっている。それは、第四点の中央省庁による基準の分類の主張により明らかである。

ナショナルミニマムは守るべき最低基準であるから、これを達成するために優先してそれなりの人員と時間を割くのは当然である。そのために、地方自治体自らの発意と工夫に基づく任意の事務まで手を広げる余力など残らないとするならば、それは全国的財政調整が不十分であることを示すに過ぎない。

それを、「分権型社会を創造するためには、ナショナルミニマムの設定は真に必要な最低限度の領域に限定され、しかもその基準値は真に必要な最低限度の低い水準に止められなければならない」と決めつける理由は、財政移転の膨張が国の財政を圧迫し、地方分権の隠された狙いである国家財政の負担の軽減に反することにあるのではないか。

(4) 行政上の基準の決定者

第四点については、最低基準か標準か計画目標値かを中央省庁が決めるべき点とする点が問題である。前述の(1)で述べたとおり、少なくとも自治事務については、その決定に地方自治体の意思の反映が図られるべきであろう。第一次地方分権改革の成果の一つとされる国と地方の役割分担の規定が、従来の国が企画・立案し地方が執行するという機能分担からの転換であったとすれば、なおさらである。

また、十分な財源移転ができないならば、そもそも地方自治体に義務付けすべきではなく、基準を決めるべきか否かを含め、その水準の決定は地方自治体に委ねるべきというのが、地方分権を進める論理ではないだろうか。

第4節 国と地方自治体の社会保障の責務

本研究の目的である医療・福祉の政策領域を中心に、社会保障の実施責任（給付を行う責任）と財政責任（給付の費用を負担する責任）について、国と地方自治体のどちらがどのような形で負うべきかを考える上で、社会保障の権利の規範的位置づけを、憲法レベルまで立ち戻って捉えることが不可欠である。

本節では地方自治の憲法的基礎を検討し、併せて国と地方自治体の社会保障の責任と権限の配分と機能分担について検討する。

1. 国と地方自治体の社会保障の実施責任と財政責任の規律

日本国憲法第92条は「地方公共団体の組織及び運営に関する事項は、地方自治の本旨に基づいて、法律でこれを定める」と規定し、地方自治を憲法上保障している。

地方自治権の本質について、学説は大きく3つに分かれている。

第一は固有権説で、地方自治権は、個人が基本的人権を有するのと同じように、地方自治団体が有する前国家的な地方団体固有の権利であるとする。この説によれば、国の法律によって、地方自治団体の権能を濫りに制限ないし剥奪することは許されないとされる。

地方自治の本旨を、基本的人権や人民主権という憲法原理により再構築する学説を、地方公共団体が一定の範囲で固有の自治権能を有するという点で固有権説と同じという意味で、新固有権説と呼ぶが、むしろ憲法伝來說に分類すべきであろう。

第二は承認（伝来）説で、近代主権国家にあっては、地方団体の権能は国家の統治権に

伝来し、国の承認ないし委任に根拠をおくもので、地方団体は国家の統治機構の一環として位置づけられるものであるとされる。

第三は憲法伝來說で、地方自治権も他の公権力と同じく、日本国憲法に由来するとする。そのうちの制度的保障説は、わが国における地方自治制は、単に統治上の便宜により設けられたものではなく、統治構造の不可欠の一部として捉えられており、憲法上その組織・運営は法律で定められることになっているとはいえ、地方自治制度の本質的内容を侵すことは許されないと解されるとする。この説が憲法学の通説である。しかし、制度的保障説に対しては、何が本質的内容なのか明確ではなく、かえって法律による地方自治の制約を広く認めることになるとの批判がある。

(1) 社会保障の基礎付けと「地方自治の本旨」

第1節で検討したとおり、憲法第25条の社会保障の責務は、国とともに地方自治体にもあるとするのが通説である。しかし、国と地方自治体のどちらがどの程度の責務を負うのかは明確ではない。

一方、後述するとおり憲法第92条の「地方自治の本旨」から、地方自治体が独自に生存権保障の責務を担っているとする説がある。

社会保障の責務に関する憲法第25条と第92条の関係について、島崎謙治氏は「社会保障の国と地方公共団体の実施責任及び財政負担責任について、国と地方公共団体を二律背反的に捉える必要はない¹²⁷」とする。

まず憲法第92条は、「地方公共団体の組織及び運営に関する事項は、地方自治の本旨に基づいて、法律でこれを定める」としており、島崎謙治氏はこれを「法律（国）が地方自治に介入することを憲法第92条自体が排除していない」とする。しかし、制度的保障説では、「議会（国会）は、憲法の定める制度を創設・維持すべき義務を課され、その制度の本質的内容を侵害することが禁止される。」とされ、地方自治制度についても「憲法上その組織・運営は法律で定められることとなっているとはいえ、地方自治制度の本質的内容を侵すことは許されない。」とされる¹²⁸。この「地方自治の本旨」の「制約原理」についても、島崎氏は、「具体的にどのような介入が許されないのかは一義的に明らかでなく」、結局のところ、「憲法を通じて、統治権力を中央と地方に分割し、立憲民主主義の観点から、それぞれにふさわしい権力を配分した」という趣旨から判断するしかないとする。この島崎氏の考え方は、何が侵すことのできない地方自治の本質かを明らかにし得ない制度的保障説が、結果的に地方自治の後退を防ぎ得ないという問題点を直截に表すものといえよう。

島崎氏は、以上の検討の帰結として「国と地方公共団体の特性の相違や事務の性格等を考慮し、最も合理的な帰属・配分を行うことは憲法第25条及び憲法第92条いずれの条文の趣旨にも反しないというべきである」とするが、一概には首肯できない。続けて「国と地方公共団体は対等の存在として適切に役割分担しそれぞれの責任を果たすことが憲法第92条の趣旨に適合する」としているが、(2)で後述するように実施責任のうち「立法をはじめ企画・立案や技術的指導・監督は主として国が担う」としており、これは上述のとおり、国が法律で介入し配分することを前提としているからである。

しかし後述するとおり近時の有力説である人民主権説では、国民主権原理から国と地方の間の立法権分有制を導出し、第92条の「地方自治の本旨」に、地方公共団体優先の事務配分の原則や「権利としての自治事務の承認」が含まれていると解する。その場合には、

その自治事務について法律で基準を定めることや法律に条例に優先する形式的効力を認めることは、原則として「地方自治の本旨」に反することになるとする¹²⁹。

この人民主権説にたって、台豊氏は「憲法第 92 条に基づいて負う責務に加えて、国が憲法第 25 条に基づく立法政策によって地方公共団体に社会保障に関する責務を課すことは可能である。したがって、社会保障に関して地方公共団体が負う責務は、憲法第 92 条に直接由来して負う“原始的”な責務と、立法政策によって負う“後天的”な責務の二種類に分類される¹³⁰」とする。

菊池馨実氏も、憲法第 92 条を、社会保障を支える根本規範と考える余地がある¹³¹としている。島崎氏も、「憲法第 92 条も生存権保障に関する地方公共団体の責務の根拠となるという立論には賛成する」としている。ただし、その理由を、「地方公共団体はそもそも『住民の福祉』を図るための団体だからである」としているのは、地方自治体を統治団体ではなく事業団体とみる戦前の観念を引きずっているといわざるを得ない。分権改革による改正後の地方自治法が「地方公共団体は、住民の福祉の推進を図ることを基本として」いるのは確かであるが、同時に「地域における行政を自主的かつ総合的に実施する役割を広く担うものとする」（地方自治法第 1 条の 2 第 1 項）としている。地域における行政はもちろん、立法や一種の司法的権限を有する地域的統治団体と位置付けられている。

また、島崎氏は社会保障に関する事務や権限の配分に関し、「市町村への配分が優先されるという考え方も憲法第 92 条から直ちに導き出されるわけではない」とし、「財源保障も、最も適切な国と地方の事務・財源配分、地方の自主財源の確保、地方交付税の配分といった立法政策上の問題である」とする。つまり「地方公共団体の生存権保障に関する責務の根拠について、憲法第 92 条を排斥する必要はないが、憲法第 25 条に求める方が素直であり立法者意思にも合致している」と台豊氏の説に反論する。

筆者は、近時のいわゆる地域主権改革が、立法権の分権（義務付け・枠づけの見直し）を進めている^{注 9}）ことをもふまえ、憲法第 92 条の生存権保障を前面に出すことが「素直ではない」とは必ずしもいえないのではないかと考える。立法者意思については島崎氏も述べているとおり解釈の一つの拠り所に過ぎず、あまり重視すべきではない^{注 10}）。

(2) 法律レベルでの国と地方公共団体の実施責任と財政責任に関する具体的な規律

島崎謙治氏は、憲法第 25 条と第 92 条の立法者意思の検討から、憲法の規定上の責務はいずれも抽象的であり、国と地方公共団体の実施責任と財政責任に関する具体的な規律は、法律レベルの問題となるとして、地方分権一括法施行後の現行の地方自治法及び地方財政法の規定について、次のように述べている¹³²。

第一に現行地方自治法第 1 条の 2 が追加され、国と地方公共団体の役割分担の原則等が規定されていることについて、『『国が本来果たすべき役割』について国が責任をもって担うべきであっても、そのことは、その役割に係る事務のすべてを国が自ら直接行うべきことまでも意味するのではなく、企画・立案から個々具体の執行までのある部分を地方公共団体に委ねることはありうる』¹³³というのが公定解釈であることに留意すべきであるとする。

筆者はこの公定解釈については、むしろ「企画・立案」も地方公共団体に委ねることができる点にこそ留意すべきであると考え。その意味からも、地方自治体の国政参加を重視すべきであると考え。

第二に、地方財政法において、地方公共団体が行う事務については地方公共団体が全額負担することとしている（同法第9条）。つまり、地方財政法第9条で、法定受託事務であれ自治事務であれ、地方公共団体が行う事務は当該地方公共団体が財政負担を負うことが地方財政法の原則となっている。この原則の例外が同法第10条から第10条の4に規定されているが、特に第10条は「国と地方の公共団体相互の利害に関係がある事務のうち、その円滑な運営を期するためには、なお、国が進んで経費を負担する必要がある」ものとして、生活保護に要する経費、国民健康保険の療養給付に要する経費などを限定列挙している。公定解釈は、この規定を地方の事務として同化定着するまでは国も負担するという「同化定着説」を採ったものとしている。

しかし島崎氏は、すべて前述の同化定着説で説明するのは「擬制」が強すぎるとし、執行者責任原則を貫徹し、国の関与や義務付けの程度といった要素を無視することは適当でないとする。ただし、個別の補助金という「紐付き」で手当するか、ブロック補助金や地方交付税で手当するかは政策選択の問題であるとする。

この点では、2011年度より一括交付金制度（地域自主戦略交付金）がスタートし、地方自治体の評価もおおむね良好であったことから、政策選択としては一般財源化の方向に向かっていたといえる^{注11)}。政権交代により2013年度から各省庁の交付金等に移行したが、一般財源化の大きな方向性は変わらず、再度見直されるものと考ええる。

ただし筆者は、ナショナルミニマムの財源については、いわゆる地域主権改革第一次・第二次一括法により少なくとも「よるべき基準」として、国が法律により条令規定を義務付けた基準に係るものについては、個別補助金で確保すべきと考える。

以上の法律レベルの具体的な規律問題の検討を踏まえ、国と地方公共団体の実施責任と財政負担の規律の一般原則について、島崎氏は次のように考察している¹³⁴⁾。

まず社会保障の実施責任については、「実施」のうち立法をはじめ企画・立案や技術的指導・監督は、主として国が担うことになるとする。執行の主体は、効率性や総合性、専門性などのメルクマールにより市町村又は都道府県が担うべきであるとする。地方分権改革後も第1章第2節で述べた従来の機能分担的な発想によっているといえよう。

財政責任については、シャウプ勧告及び神戸勧告が強調した「実施主体が財政責任を負う」原則は、行政事務が高度化・複雑化し、複数の行政機関が機能分担して重層的に処理しなければならない現在では、そのまま適応できないとする。事務の実施のどの部分をどの行政機関が行うかの区分を明確にした上で、その区分された事務の実施責任に見合う財政責任を負うことを一般的な原則とすべきとする。ただし、財政責任の問題は地方交付税や税源移譲（地方の自主財源）の在り方とも絡むため、個々の事務事業の財政責任の配分については、各事務事業の性格や政策的必要性等を十分吟味して決定すべきであるとする。

筆者も、行政事務が高度化・複雑化し、共管領域が増えた現在では、シャウプ勧告の原則の実施は困難と考えるが、前述のとおり、企画・立案を含め、地方自治体と国が文字通り並立的に機能分担すべきであり、それは地方自治体の国政参加という形で実行されるべきだと考える。

2. 憲法第92条に基づく生存権保障責任

近年、固有の自治権を自然法によって根拠づけるのではなく、日本国憲法の定める国民

主権原理と基本的人権保障の規定を根拠に地方公共団体の固有権を認める新固有権説（人民主権説）が唱えられている。

台豊氏は、新固有権説に基づく憲法原理的なアプローチにより、憲法第 92 条を地方公共団体の生存権保障責務の根拠規定と解している¹³⁵。第一に人権保障の原理から、地方自治権も憲法の規定する他の権力とともに、人権の最大限の尊重を義務付けられており、地方自治の本旨には、この人権の最大尊重義務が含まれている。したがって、生命・環境・生活環境などの場面において、住民の人権保障上不可欠な場合には、地方公共団体が自主的に活動しうるとする。

第二に、国民主権の原理からは、住民の実情と要求を容易かつ適確に把握し、敏感に即応しうる地方公共団体、特に市町村による事務処理が優先されるべきとする。そして、次の三点が導かれるとする。①憲法第 92 条に基づいて地方公共団体が負う生存権保障責務は、国の立法政策によって改廃され得ないことである。②人権保障を実現するための、いま一つの重要な憲法原理である国民主権（住民主権）の要請により、社会保障に関する権限及び事務の配分については、住民の実情と要求を容易かつ適確に把握し、敏感に即応しうる主体であり、かつ住民の直接の信託によって構成された（憲法第 93 条 2 項）地方公共団体とりわけ市町村への配分が優先されることである。③地方公共団体の生存権保障責務を実質あるものとするための財源保障が行われるべきことである。

台豊氏の説に対しては、社会保障に関する事務分配の原理が憲法第 92 条の「地方自治の本旨」から直接導かれるとするのは無理がある点や、地方公共団体への財源保障も憲法論ではなく立法政策上の問題であるという批判がある¹³⁶。

これに対し、杉原泰雄氏は、中央集権体制の欠陥を克服しうる原理と構造を持った「充実した地方自治」を、人権の保障を目的とし、「人民主権」を原理とする次のような特色を持った地方自治を保障する国家の体制と規定し、地方公共団体優先の事務配分及び国の財源保障義務を肯定している¹³⁷。

- ①充実した住民自治の原則は、「人民主権」を原理としているから、地方公共団体においては住民による政治の基準の決定（代表制をとる場合、その代表制は住民による基準の決定を保障する「直接民主制の代替物」としての内実を持つものでなければならない）及び住民によるその執行者の選任と統制が求められる。
- ②充実した団体自治の原則は、地方公共団体が法人格を持ち、その自治事務をその地方公共団体の利益のために国から独立して処理する権利を求めるものである。この原則は③以下の諸原則と結びついて、地方公共団体に、その自治事務につき、自治行政権のみならず自治立法権をも保障し、「地方政府」の内実を保障する。
- ③地方公共団体優先の事務配分の原則とは、生活に一番近い市町村が公的事務を優先的に分担し、都道府県は市町村が、国は都道府県が効果的に処理できない事務を補完的に処理する「補完性または近接性の原則」ともよばれる事務配分の原則である。また、市町村最優先の事務配分の系として、市町村に「全権能性」の原則も当然に認められる。法律上、国や他の地方公共団体に専属的なものとして配分されていない事務や、市町村の権能から明白に排除されていない事務については、市町村が権能を持っているということである。
- ④事務配分の原則にみあった自主財源配分の原則とは、地方自治を重視する「人民主権」

の下では、③の原則はこの自主財源配分の原則に連動せざるをえない。

⑤「地方政府」としての地方公共団体とは、以上のような諸原則を持つ地方自治の体制において、地方公共団体は単なる行政団体ではなく、統治団体・地方自治体となる。

3. 地方分権改革と社会保障の責務

上記のとおり、社会保障の実施責任と財政責任について、憲法上の基礎付けとしては、第 25 条に求めるのが通説であり、かつ、その責務は国と地方自治体の双方が負っているとされる。しかし地方分権改革は、国と地方自治体の役割分担の原則を定め、「住民に身近な行政はできる限り地方公共団体に委ねることを基本」（地方自治法第 1 条の 2 第 2 項）とした。これは福祉国家体制の解体であるとの批判¹³⁸もあるが、補完性の原理に基づく地方自治体優先の事務配分を示し（ただし地方自治体が排他的に権能を持つことを定めたものではない）、地方自治法第 2 条第 3 項でさらに市町村優先の原則を示したものと解される¹³⁹。

その意味で、筆者は憲法の人権保障の原理から「地方自治の本旨」に生存権保障が含まれると解する台豊氏の説に、地方分権の規範的基礎を強化するものとして強く惹かれるものである。特に、団体自治の原則から市町村優先の事務配分及び財源配分の原則が導出されるとする点に共感を覚える。

しかし、ナショナルミニマムについて、補完性の原則から、市町村や都道府県では効果的に処理しえない事務として、国が補完的にその水準を定めると解すべきか、それとも、ナショナルミニマムについては、憲法第 25 条により国が負う責務と考えるのか、台豊氏の先行研究では必ずしも明らかではない^{注 12)}。

また、台氏の説がナショナルミニマムの内容の確保に関する施策を、第 92 条に基づく地方自治体の原始的責務であるとする、ナショナルミニマムの設定と実施の憲法的基礎が異なることになる。逆に、例示されているように少なくとも「基礎的な介護保障のように最低生活保障に関わる施策」については、国の立法による第 25 条第 1 項に基づく後天的な責務とすると、ナショナルミニマムの定められている重要な生存権保障が第 92 条由来の原始的責務でなくなることになる。その場合には、台説のキーポイントである法令により改廃されない点や財源保障権の優位性が、重要な生存権保障には及ばないことになる。

憲法的基礎が異なっても、国が第 25 条に基づきナショナルミニマムの水準を決め、地方自治体はそれを第 92 条に基づく責務として実施することで、構わないという意見もあろう。しかし、国は第 25 条に基づき社会保障の個別法令でナショナルミニマムを定めるわけであるが、台説では実施している地方自治体は第 92 条に基づく責務を負うことから、国が法令で基準を変更したとしても、その法令により地方自治体の責務は改廃され得ないことになる。引下げの変更に対しては、生存権保障の砦となるが、引上げの変更に対しては、財源保障が十分でない場合には、国は強制できないことになる。

このように、第 92 条が生存権保障の直接の基礎となる台氏の説には、原始的責務と後天的責務の分類とナショナルミニマムの関係で不明な点があり、地方分権に資する説ではあるが、筆者としてはとれない。

いずれにしても、筆者はナショナルミニマムの水準設定は、形式としては国の立法によらざるをえないが、国と地方の協議の場において、地方自治体の意思が反映されることが重要であると考ええる。

注釈

注 1) 通説である。堀勝洋『社会保障法総論 [第 2 版]』東京大学出版会、32 頁注 2)、2004、
反対意見として、岩本一郎氏は、「憲法論としては、社会保障義務の〈本来的な〉担い
手は国であり、地方公共団体の責任は、この国の義務から〈派生〉したものとみるべき」
だとする。岩本一郎「生存権と国の社会保障義務」高見勝利・岡田信弘・堂本照樹編『日
本国憲法解釈の再検討』有斐閣、215-216 頁、2004

注 2) 実定法上、国民年金法第 1 条（国民の共同連帯）、高齢者医療確保法第 1 条（国民の
共同連帯の理念）介護保険法第 1 条（国民の共同連帯の理念）などに、『連帯』の文言
がつかわれている。「比較法的に見れば、社会連帯の考え方が社会保障制度構築の理念
として歴史的に重要な役割を果たしてきた。また、社会保障が、社会構成員間における
互恵的な関係を前提とし、これを基盤にした国家による制度化の側面は否定できない。
憲法上この原理を直接的に体现した規定があるわけではないが、あえていえば、第 25
条第 2 項あるいは第 29 条第 2 項にその規範的根拠を見出すことも可能であろう。」菊池
馨実『社会保障の法理念』有斐閣 2004、137 頁。

また「相互扶助は血縁共同体、地縁共同体、職域共同体といった社会組織の中で発達
していき、これらの組織の構成員の生活を共同で保障するという社会連帯の思想が芽生
えていった。特に、産業化が進展するにつれて労働者や商工業の同業者の生活上のリス
クに対する保障の必要性が高まり、共済組合、共同組合等の相互互助組織が生まれてい
った。そして、これらは次第に国家がこの相互扶助を強制的に行うものとしての社会保
険へと発展していった。以上のように、社会保険法は、自発的な相互扶助を組織化した
ものと捉えることができ、社会連帯の理念に基づいているということが出来る。」堀勝
洋『社会保障法総論 第 2 版』東京大学出版会、2004 年、99 頁

注 3) 身体障害者福祉法第 3 条第 2 項及び知的障害者福祉法第 2 条第 2 項には「社会連帯の
理念」が用いられている。堤修三氏は「『国民の共同連帯』が社会保険を基礎づける色
彩が濃いのに対し、『社会連帯』は社会保険以外の法領域で用いられることが特徴的で
ある」とする。堤修三「社会連帯の消失」『介護保険情報』141 号、社会保険研究所、75
頁、2011

注 4) 介護保険の低所得者に対する 1 号保険料の全額免除の問題は、社会保険の原則に関わ
る問題としても論じられる。これには保険原理（対価性）に基づき、保険料の全額免除
を認めないとする考え方と、社会保険の扶助原理（非対価性）に基づき、全額免除を認
める考え方がある。堀勝洋『社会保障・社会福祉の原理・法・政策』ミネルヴァ書房、
166 頁、2009

なお、本田滝夫氏は法律と条例制定権の観点から、全額免除条例の許容性について検
討している。本田滝夫「地方自治法『改正』と社会福祉」『総合社会福祉研究』第 20 号、
2002、65 頁以下参照。なお、厚生労働省の保険料減免 3 原則の不当性については、第 5
章第 2 節 3 (2) 参照。

注 5) 平成 22 年 10 月 1 日現在の国勢調査によれば、総人口に占める 40 歳以上人口の割合
は、56%である。市町村議会議員に占める 40 歳以上の割合は、さらに高率と推定さ
れ、減免を決定する議会の被保険者の代表性は国民健康保険に比べ高い。

注 6) 2002 年 6 月地方分権改革推進会議「事務事業の在り方に関する中間報告」Ⅰ. 2. (1) 「国と地方の役割分担の適正化：ナショナルミニマムからローカルオプティマムの実現へ」参照。なお、オプティマム保障の考え方については、ナショナルミニマムとの関係で相反する 2 つの説がある。長峰純一「迷走する三位一体改革と分権改革のあるべき姿—ナショナルミニマムからローカルオプティマムへ」『地方財務』第 588 号、30 頁、ぎょうせい、2003、二宮厚美「福祉国家型地方自治とナショナルミニマム保障」『福祉国家型地方自治と公務労働』大月書店、216 頁、2011

注 7) 笠木映理氏は、医療保険給付の範囲と水準は、抽象的なレベルにおいては、給付の仕組みとなる医療提供体制によるとする。具体的・個別的なレベルでは関係当事者の事実行為を含むプロセスのなかで、動的な態様で決定される。その際に、法令の定めや法制度が直接・間接に実現される医療保険の「範囲」と「水準」を規律するとしている。笠木映理『社会保険改革の法理と将来像』法律文化社、82-88 頁、

注 8) 第 1 章第 2 節 1 (1) で述べたとおり西尾氏は、集権・分権概念を独立の民主的統治団体の間の関係とし、天川晃氏とは異なり住民の意思決定の自律は含まないとする。

注 9) 法治主義の理念からすれば、法律は予測可能な程度な規律密度を有する必要があるが、「自治体の事務を定める法令の場合は、その規律は国の自治体に対する統制となるため、地方自治の理念からいえば、できるだけ法令の規律密度を緩和し、自治体の自律性を保障することが求められる」。この法治主義と地方自治の緊張関係について、「法令の段階では規律密度が充足されていなくても、自治体が立法権を行使して規律密度を補充すれば、法治主義の要請に応えることができる。」磯崎初仁「法令の規律密度と自治立法権」ジュリスト No. 1396、146-147 頁、2010

注 10) マッカーサー草案第 87 条が起草者の佐藤達夫により、第 92 条の本旨規定と第 94 条の法律の範囲内の条例制定権に変えられた点について、憲法学者の間で評価が分かれている。大津浩「地方自治の本旨」、大石真・石川健治編『憲法の争点』ジュリスト増刊、有斐閣、308 頁、2008

注 11) 2011 年度予算に一括交付金制度である地域自主戦略交付金が、都道府県の投資補助金の一括交付金化として 5, 120 億円が計上された。これにより、対象事業の範囲内で各府省の枠にとらわれず、一定のテーマを設定し横断的に事業を選択できるようになった点や年度途中の環境変化や事業の執行状況に応じ、地方の裁量で所管省庁を超えて流用することが可能になった点が地方にも評価されていた。平成 24 年 7 月 4 日全国知事会一括交付金 P T「地域自主戦略交付金・沖縄振興一括交付金（地域自主戦略交付金等）の評価と平成 25 年度の制度設計に向けた提言」参照

しかし、政権交代により平成 25 年度から、地域自主戦略交付金は廃止され各省庁の交付金等に移行することになった。

注 12) 台氏は、「憲法第 25 条および第 92 条それぞれの規定に基づき、国、地方公共団体がそれぞれに責務を負う施策については、〈分権・融合〉の関係が要請されることになるが、社会福祉の多くがこのカテゴリーに該当することとなろう」とする。さらに「〈集権—分権〉といっても相対的な概念であり、このカテゴリーにおいて、国の関与は、原則として施策に関する基本的な基準の設定や国庫補助金を通じたサービス内容の誘導などに限られる」とする。しかし、「このカテゴリーの内部において、施策によっては、国ないしは包括団体である都道府県に、ナショナルミニマムの確保などのために比較的に強い関与を

認めるべき場合もあると考えられる」とする。そして、具体例として「①基礎的な介護保障のように、憲法第 25 条第 1 項の最低生活保障に関わる施策」と「②精神障害者・知的障害者に対する施策など選別主義的性格が強く、地方公共団体の政治過程においてニーズが顕在化しにくい施策」を挙げている。以上からは、ナショナルミニマムの水準の設定は国の事務であることは明確であるが、ナショナルミニマムの内容の確保に関する施策は、第 92 条に基づく地方自治体の責務であるとする（もし第 25 条により後天的に負う責務とすると、「①基礎的な介護保障のように、憲法第 25 条第 1 項の最低生活保障に関わる施策」の例のようなナショナルミニマムの定められている重要な生存権保障が全て第 92 条に基づくものでなくなり、財源保障権等もなく台説の意義は半減する）、ナショナルミニマムの設定と実施の憲法的基礎が異なることになる。台豊「社会保障に関する地方公共団体の憲法上の責務について」『季刊社会保障研究』Vol. 39、No. 4、442 頁、2004

Ⅱ部 地方自治制度と社会保障制度の歴史的展開

第Ⅱ部では、わが国の地方自治制度と医療・福祉制度が、戦後の社会経済の歴史的条件の制約の中でどのように創設・展開されてきたのかを検討する。

第3章では、特に戦後の地方自治制度の改革による国と地方自治体間関係の変容が、医療・福祉行政にいかなる影響を与えてきたのかについて、機関委任事務制度に焦点をあてながら検討する。また、革新自治体の国に対抗する行政が、地方自治に果たした役割や、老人医療費無料化の全国波及と法制化に及ぼした影響について検討する。

また、国保制度については、機関委任事務制度との関係も含め、国・地方自治体間関係の中で特異な位置にあることから、その歴史的変遷を検討する。

第4章では、第二次臨時行政調査会の行財政改革の一環として行われた社会福祉分野の機関委任事務の団体事務化及び1990年の福祉八法改正による入所措置事務の市町村移譲について検討する。また、この時期に創設された老人保健法とこれに伴う地方単独事業の老人医療費助成事業廃止を求める国の行政指導とその結果について検討する。

第5章では、第一次地方分権改革以降の分権化の進展による医療及び福祉制度の変容を検討する。

第3章 地方自治制度と社会保障制度の変遷

本章では、わが国の地方自治制度の変遷と、歴史的条件の制約の中で、医療・福祉制度がどのように発展・拡充されてきたのか、そのなかで機関委任事務が、医療・福祉行政にいかなる影響を与えていたのかについて、検討する。

特に、国保については戦時下の制度創設時の組合主義と保険者自治の実態、戦後改革による市町村公営化さらに国保法の全面改正による国民皆保険体制の実現など、国保制度の変遷を中心に検証する。また、地方自治体の老人医療費無料化の実施について、国保の10割給付と革新自治体の福祉政策に焦点をあてながら検討する。

第1節 地方自治制度の変遷と機関委任事務制度

1. 明治憲法下の「地方制度」と機関委任事務制度

明治憲法下の「地方制度」とは、地方行政制度と地方自治制度を表裏一体に張り合わせた制度であった^{注1)}。地方行政制度とは、国の地方行政官庁とされた官選の府県知事・郡長及び自動的に地方行政官庁に準ずる国の地方行政の機関とされた市町村長が、国の地方行政区画である府県・郡・市町村において実施する国の地方行政に関する制度である。これは1886年に勅令で制定された地方官官制で定められた。

対して、地方自治制度とは、自治体として承認または創設された市町村（1888年、市制町村制の公布）・郡（1890年郡制の制定）・府県（1899年府県制の全面改正により法人格付与、ただし、官選知事のため不完全自治体とされていた）などの住民が自らの区域内において行使する自治権に関する制度である。

府県・郡については、国の地方行政区画として設定されたものを自治体である府県・郡の区域と合致させ、市町村については、自治体として承認・創設された市町村の区域を国の行政区画とする方式が採られた。国の行政官庁である官選の府県知事・郡長を自動的に自治体である府県・郡の長とし、また、自治体である市町村の長である市町村長を自動的

に地方行政官庁に準ずる国の地方行政の機関にするという機関委任事務制度が採用された。

市町村長を国の機関とする機関委任方式が最初に法令上に現れたのも、1888年の市制町村制である。町村制第69条（市制は第74条に規定）は、「町村長は法律命令に従い左の事務を管掌す」として、1号から3号まで列挙しているが、「市制町村制理由」にその採用理由が以下のように明記されている¹⁴⁰。

「国ハ町村ヲシテ国政ニ関スル事務ニ参与セシムルコトアル可シ之ヲ参与セシムルノ法ニアリ国政ニ属スル事務ヲ以テ町村ニ委任シ其自治権ヲ以テ之ヲ処弁セシムルモノアリ又其事務ヲ町村ニ委任セスシテ直接ニ町村長其他町村ノ吏員ヲ指導シテ之ヲ委任スルモノアリ此區別ノ緊要ナル点ハ第一ノ例ニ拠レバスル事件ノ議決モ亦町村会ノ職権ニ帰シ町村長若クハ当該吏員此事件ニ関シ町村会ニ対シテ責任ヲ帯ビ且常ニ其監視ヲ受クルモノトシ第二ノ例ニ拠レバ町村長ハ直接ニ官命ニ拠テ事務ニ従事シ町村会ト相關セズ此事務ニ関スル指揮命令ハ直ニ所属官庁ヨリ之ヲ受ケ特ニ其官庁ニ対シテ責任ヲ帯フルモノトス元来甲乙二例ヲ比較スルトキハ互イニ得失アリト雖モ今日ノ状況ニ照シ事務ノ舉行ヲ期スルニ付イテハ乙法ヲ行フニ如カズ故ニ本制ハ乙法ヲ採リテ之ヲ第六十九条ニ明言セリ」

すなわち、町村会の関与を受ける町村への団体委任よりも、所属官庁（地方長官＝知事筆者注）により直接指揮命令を受ける町村長への機関委任方式の方が、不執行の場合の解職も可能であり、事務執行がやりやすいということで、町村制に採用・規定したのである。

その費用についても、法令中別段の規定があるものを除き、市町村が全額負担することとされていた。（町村制第77条、市制第93条）このため、地域によっては十分に事務が執行できないという問題が生じていた。（1918（大正8）年の義務教育費国庫負担法が初めて、国・地方共同負担の考え方を採用¹⁴¹した。戦時中の1940年代初めから特定補助金を通じて財源保障を行う制度が導入され、1943年の改正で市町村全額負担は廃止になった。）

このようにして、国の地方行政と自治体の地方自治はほぼ完全に融合していたのであり、明治憲法下の地方自治は集権・融合型の地方自治制度の典型であった。

2. 戦後改革と機関委任事務制度

西尾勝氏によれば戦後改革で、地方自治制度が変わった点は以下のように要約される¹⁴²。
①日本国憲法の第8章に地方自治の条項が設けられた。②都道府県知事の選任方法が内務省による官選から、住民による直接公選に改められた。また、知事以下全ての都道府県職員の身分は原則として地方公務員とされた（当分の間はその身分を国家公務員とすることとされた地方事務官になった職員を除く）。③市町村長の選任方法が市町村議会による間接公選から、住民による直接公選に改められた。④地方公共団体と総称される自治体の組織及び運営に関する事項が、従前の市制・町村制・府県制のように団体別の法制に定められるのではなく、地方自治法に一括して定められ画一化された。この地方自治法の施行に合わせて、地方官官制が廃止された。⑤内務省が解体され、厚生省・労働省・建設省・自治省・警察庁に分割され、縦割り行政の分立体制を助長した。⑥戦後初期には、従前の国家警察が市町村所管の自治体警察を基本に解体再編され、義務教育行政もまた、その教員の任用まで含めて、公選の委員で構成された市町村教育委員会の所管とされた。⑦解職請求（リコール）、条例制定改廃請求、監査請求の諸制度が不十分ながら導入された。

これらの改革によって、日本の地方制度は戦前の集権・融合型の制度に比べれば、大幅

に分権化され、かつ、分離化されたといえる。ただし、戦前は市町村に適用されていた機関委任事務制度が、戦後は知事公選により完全自治体となった都道府県にも拡大適用された^{注2)}。国の事務を幅広く地方自治体の執行機関に委任するとともに、国に代わって市町村を指揮監督する事務を都道府県の執行機関の機関委任事務としたことにより、市町村と都道府県の間に上下のヒエラルヒー構造を残す要因となった¹⁴³。

上述のとおり機関委任事務を、地方自治を侵害する戦前の官治的中央集権制の残滓であると否定的に捉えるのが通説である。しかし、わが国の福祉国家形成の面から、機関委任事務制度を、「GHQ 民生局内部での自由主義派と福祉国家派の対抗と妥協」により「単なる戦前型地方統制のメカニズムではなく、むしろ 20 世紀的現代国家に必要な制度として創設された」とし、「創設当初の機関委任事務制度は自由主義的であるレジームのなかに埋め込まれた福祉国家型中央集権制度と解釈したほうが適切である」とする説¹⁴⁴もある。

3. 新中央集権—国土開発と福祉国家の成立

ナショナルミニマムの確保が国家の責務とされる福祉国家の形成は、中央集権を進行させる。福祉国家化の進展により、行政の機能が著しく増加するとともに、機能別に分化した行政分野ごとに、全国一律の社会保障水準を提供するために、国の地方に対する統制が強化されるからである。

わが国では、福祉国家の進展に伴う中央集権化よりも、戦後改革による分権の後の高度成長期における開発行政を中心に進んだ集権化を、「新中央集権」と呼ぶのが通説である¹⁴⁵。

これに対し市川善崇氏は通説と異なり、日本における福祉国家型の新中央集権現象がいつごろから始まったかについて、占領改革期に本格的に始まったとする¹⁴⁶。すなわち、英米は、もともと分権的な国家であったところに、福祉国家の発達にともなって、一定の集権化が進んだため、その集権化現象は観察しやすいものだったが、日本では明治以来もともと集権的な国家であったため、福祉国家型の新中央集権現象は、必ずしも観察しやすいものでなかった。新中央集権の具体的な現れであるとされる補助金行政の拡大や通達行政の深化、あるいは中央省庁の出先機関の増大や機関委任事務の増大などは、高度成長期以前からみられ、既に戦時期から占領期にかけて一般化しているとする。

ただし市川氏は、それは占領改革期に福祉国家が誕生したことを意味するものではないとしている。日本の福祉国家の成立時期については、次の 3 説がある。①占領改革期②国民皆年金と国民皆保険が実現した 1960 年代前半③革新自治体の政策に影響され国が社会保障の支出水準を大幅に引き上げた 1973 年（いわゆる福祉元年）である。水準に注目すれば③ということになるが、中央・地方関係では、水準よりも体制や行財政手段が重要であるので、その骨格が整備された占領改革期に注目するとする^{注3)}。

日本の新中央集権化は、福祉国家化と並んで、「地域開発国家」化によっても押し進められた点に特色がある。1960 年代の高度成長期に中央集権体質が強まったのは、大量生産・大量物流・大量消費の経済活動を全国的に効率よく行うために、標準化（画一化）が不可欠だったからである¹⁴⁷。

福祉国家化と地域（国土）開発化という二つの契機を持つわが国の新中央集権化における特殊性が、ナショナルミニマムというキーワードを、ベヴァリッジ報告での対人社会サービスの水準だけでなく、社会基盤整備の水準等についても用いられるようになった理由

と思われる。

4. 革新自治体の対抗—政策対立の「政治的類型」

1950年代から一部の地方自治体の首長は、直接公選制により、社会党や共産党などの国政の少数政党の推薦・支持を受けて当選し、革新自治体として国政に対抗する政策をとっていた。1970年代初頭には都市部を中心に知事の約3割を占めるなど革新自治体が全国に広がった。

(1) 地方自治体の政策能力の向上と政治的リソースの活用

革新自治体は、急速な工業化・都市化に伴う公害問題や都市問題に対する住民運動の高まりを受け、国の政策に対する有効な対抗案・代替案を提示し実行に移していった。特に、社会福祉政策と環境政策では、国政の政策転換を先導する重要な施策を行った。例としては、老人医療費無料化や予防接種の無料化、企業との公害防止協定の締結、宅地開発指導要綱による乱開発の防止・抑制などがあげられる。

東京都公害防止条例に代表される法令の基準を超えたり、法令にない項目を規制するいわゆる上乗せ・横出し条例も、条例制定権の限界が問題とされたが、結局国の法律を改正し、上乗せ横出しを認める条項ができ、追認されることとなった。また、地方自治体の行政計画の策定にあたり、必要最低限の生活基盤の保障水準を、地域の実情に応じて市民が主体的に決めようという「シビル・ミニマム」の考え方も革新自治体を中心に採用された。

このような先導的施策を、既存の国・地方自治体間の権限体系の中で、「権限なき行政」と呼ばれる行政指導や協定（民法上の契約）という形で切り開いた点も革新自治体の特色である。

この革新自治体の経験は、地方自治体が真剣に国に対抗して国の関与・統制を排除し、住民の要求に基づいた独自の政策を実行しようと思えば、相当のことが可能であることを示したといえる¹⁴⁸。

村松岐夫氏は、1960年代の前半以降「地方は保守首長か革新首長かを問わず中央に対してより多くの主張を始めた」とする¹⁴⁹。そして「地方自治体が主張し対立することができる」には、地方側に政治的リソースとそれを影響力に転換させる技術が必要であるから、「1960年代の前半以降、地方の側に政治的リソースとそれを利用する技術の蓄積ができたということである」とする¹⁵⁰。政治的リソースとは、地元選出国會議員や中央派遣の出向官僚などである。

「地方政府はこの頃、一方において機関委任事務や補助事業の増加にみるように集権化傾向の中にあるのであるが、他方では『自治』を拡大していったように思われる¹⁵¹」とし、法制度論的な理解のように、集権化と自治を相互に排他的と考える必要はないとする¹⁵²。

(2) 国と地方自治体の政策対立—政策対立の「政治的類型」

村松岐夫氏は、公害反対の住民運動と革新自治体に代表される1960年代前半以降について、「この時期の地方自治は高度に政治化され、地方が中央に対立する時代」として、「対立」の意味を保守対革新のように狭く解するのではなく、「中央を向こうに回して地方が対立しうることの発見」がより重要であるとする¹⁵³。

さらに、地方自治体の「政治化が中央への影響力を作り出す」ことは、一定の基本条件「すなわち、地方政府の側に自治的な運営の意思があるならば」、「政治化の程度が自治の

程度を決める最大の要因である¹⁵⁴」とする。ここで、「政治化」とは、地方自治体が「諸政治的勢力にさらされ、自ら一定の政治的立場をとること」をいい、「自治」とは、「地方公共団体が、そこに居住する市民の共同事務を自ら処理することをいう」とする。すなわち、市民は高い行政水準を求める一方主要な行政資源と法的権限は中央に在るという条件の下で、「地方自治は、中央政府と交渉し、社会内の諸団体と対立したり協働の関係に立って目的を実現しようとする過程の中に存在する¹⁵⁵」とする。したがって、交渉し取引をするにあたり「政治化は必須の現象であり、逆にこの意味での政治化なくして自治を充実させることは困難である」とする。

この意味で、1960年代中半以降の革新自治体の時期における国と地方自治体の政策対立は、政治的なものとならざるを得ないのである。具体的には、公害反対などの住民運動や首長の選挙公約などの地方独自の政治的影響力から、国の法令解釈に対し、違法とまではいえないが、脱法的な解釈をしてでも、地域のニーズに応じた政策をとることにより生じる国との政策対立である。筆者が「政治的類型」と呼ぶ政策対立である。

ここで政策対立とは、国の指定する政策内容と地方自治体が地域の政治的影響力から、地域のニーズに応じて実現しようとする政策内容とのせめぎ合いの側面をいう。

しかし、それはこの時期のわが国の国・地方自治体間関係が、法制度や財源配分などの制度的枠組みをみれば中央集権的であったが、福祉国家化の進展により相互依存적であったことを示すものである。

また、ある地方自治体の政策アイデアが全国の地方自治体あるいは中央へ波及していったことは、当時からただ単に集権的な国ではなかったことを示す¹⁵⁶ものでもある。

しかし、革新自治体の時代は、オイルショックを契機に経済が低成長期に入ると終焉を迎えた。革新自治体は高度成長の歪みを批判して登場したが、財政的には高度成長による税の自然増収に依存していたので、赤字財政の管理ができる官僚出身の実務型首長にとって代わられることになった。

なお、革新自治体が国政に与えたインパクトの一つに「抵抗」がある。自衛官の募集拒否や在日外国人に指紋押捺を求めないという形で、国政レベルの政策の事務について機関委任事務を実行しないことにより、国政への対決をアピールするケースである。一見するとこれも国と革新自治体の「政治的」な政策対立のように見えるが、前述の地方独自の政治的影響力から、地域のニーズに応じた政策をとるものではなく、「政治的類型」の政策対立とはいえない。むしろ、党派的・イデオロギー的類型といえよう。

この「抵抗」の一つに1973年8月に摂津市が、児童福祉法の規定に基づき大阪府知事の許可を得て4か所設置した保育所の超過負担について、国に負担金を請求する訴訟を起こしたことを含める見解がある¹⁵⁷。

筆者は、摂津訴訟が国に提起した国・地方自治体間の財政関係における地方の超過負担の問題は、党派的・イデオロギー的な「抵抗」の問題ではなく、また、地方の政治的影響力の問題とも異なると考える。財政負担の地方への転嫁の典型である「超過負担問題は財政における宿弊といえ、政府間関係で半永久的に争われる¹⁵⁸」といわれる問題であり、第4章第1節で詳論する。

第2節 社会福祉制度の整備に果たした機関委任事務の機能

戦後のわが国では、空襲により住宅や生産設備などの生活基盤が破壊されたうえに、戦時体制が解除されたことにともなう職を失った軍人軍属や外地からの引揚者、軍需工場などの失業者があふれ、戦災者・戦災孤児など生活困窮者の援護が緊急に求められていた。

1. GHQ の社会救済と福祉三法体制の確立

1945 年 12 月 8 日に GHQ(連合国軍最高司令部)は、「救済並びに福祉計画」に関する覚書を出し、日本政府に対して 1946 年 1 月から 6 月の間の失業者その他の貧困者に対する衣食住・医療等の包括的救済計画を、同月 31 日までに最高司令部に提出することを命じた。その中で、最低生活水準を維持するに十分な財政上及びその他の保護に適切な処置の樹立を要求するとともに、失業者・貧困者に対する差別的待遇防止を強調した。特に、軍人関係困窮者を他の困窮者より優遇するという差別的取り扱いを禁ずる非軍事化政策を明らかにしたものであった。これに対し、日本政府は、同年 12 月 31 日付けで「救済福祉計画」を GHQ に提出した。GHQ は、1946 年 2 月 27 日に SCAPIN(連合軍最高司令部訓令) 775 を発して、①無差別平等の原則②国家責任(公私分離)の原則③必要充足の 3 原則に基づく変更を指示した。

戦後の新立法としては、1946 年に生活保護法が GHQ の覚書に基づいた新たな社会立法の原理に基礎をおいた公的扶助法として制定された。生活保護法は、戦前・戦中の救護法、軍事扶助法、母子保護法、医療保護法、戦時災害扶助法を統一的に吸収し、保護の対象も老幼・障害者のように限定されたものではなく全国民に適用されうるものとされた。しかし、保護請求権や不服申立権がない等の点で法規上明確でないところや、勤労を怠る者・素行不良な者等には保護を行わない扶助制限主義をとっていたなどの不十分な点もあった。また、生活保護法による生活困窮者の保護実施機関は市町村長とし、民生委員がこれを補助することとされた。保護事務は国の機関委任事務とされ、その財源負担は国 8 割地方 2 割とされた。

1946 年 11 月の日本国憲法の制定により、第 25 条の生存権の規定が設けられたことは、わが国の戦後社会保障法制の形成に重要な影響を与えた。戦後社会保障関係立法の基礎理念として、権利としての社会保障を基礎づける憲法規範としての役割を果たした。

1947 年には、戦災孤児等の当時の社会状況を背景として、児童福祉法が制定され、1949 年には身体障害者福祉法が制定された。更に、1951 年には社会福祉事業法が制定され、いわゆる福祉三法体制ができあがった。

1950 年には、憲法制定後の生活権保障の具体化としての生活保護法としては、上述のとおり改善すべき点が明らかになったことから、生活保護法の全面改正が行われ、現行の生活保護法が制定された。

これらの法律における各種の福祉の措置等の処分的行為は、ほとんど国の機関委任事務とされた。これに対し、社会福祉施設の設置は自治事務とされ、そのほとんどは随意事務とされた¹⁵⁹。前述のとおり機関委任事務制度は、戦前の集権的統制手段でありながら戦後も生き残った官治的中央集権制の残滓であり、国の指揮監督を受け、画一的行政であるなど地方自治の本旨に適合的ではない。しかし、戦後社会福祉行政における機関委任事務制度の採用については、当時の社会状況から「しかし、従来機関委任事務であることによって地方公共団体の長に一定水準の社会福祉施策を実施する責務を負わせ、もってその施策

を全国的に定着させることができたというメリット」を評価する見解¹⁶⁰もある。

2. 福祉六法体制と機関委任事務

1960年代に入ると、精神薄弱者福祉法、老人福祉法、母子福祉法が相次いで制定され福祉六法体制の時代になった。まず、1960年には精神薄弱者福祉法（1999年に知的障害者福祉法に改正）が制定され、都道府県に精神薄弱者更生相談所や精神薄弱福祉司などが設置された。同じ1960年に身体障害者雇用促進法が制定され、国と自治体は政令で定める雇用率を達成する採用計画を作成することや、一般企業は労働省令で定める雇用率以上の障害者雇用に努めなければならない努力義務を定めた。1964年には重度精神薄弱児扶養手当法の公布により、在宅介護の障害児に対する扶養手当の支給が始まった（1966年の特別児童扶養手当法の公布により、重度知的障害児と身体障害児の扶養手当統合）。高齢者福祉では1963年に、老人福祉法が制定され、それまでの低所得者に対する救貧・保護に限定された施策から、社会的扶養を必要とする高齢者に広げ、市町村長による老人の健康診断、地方自治体による養護老人ホームの設置促進などが定められた。また、特別養護老人ホームの設置と入所措置権限が都道府県知事への機関委任事務とされ、老人家庭奉仕員（ホームヘルパー）の派遣事業が市町村の固有事務とされた。母子福祉については、1961年に母子家庭の児童に対する児童扶養手当法が公布され、翌年施行された。1964年には母子福祉法が制定され、1965年には母性保護と乳幼児の健康増進を目的とする母子保健法が制定された。

福祉六法体制への拡充の時期は、経済の高度成長による税収の自然増に支えられて、わが国が福祉国家として本格的に形成されつつある時期であった。それは、旧来の貧困階層に対する公的扶助にとどまらず、老人世帯、母子世帯、障害者世帯など貧困階層に転落する可能性のある世帯にも一定の社会福祉サービスを供給すべきとする防貧政策¹⁶¹としての戦後型社会福祉の拡充期であるとともに、同時に機関委任事務制度による新中央集権の進行する時期でもあった。この時期の社会福祉行政について、第1章第1節3で述べたとおり「住民のための『福祉優先』行政への手かせ足かせとなっている¹⁶²」と批判されている。

福祉六法における社会福祉の事務を随意（任意）事務・必要事務・機関委任事務に分類した先行研究によれば、施設の設置管理は原則として地方自治体の随意事務に、保護の決定や入所措置等の処分的行為は機関委任事務とし、その基準設定は国に留保するというシステムが採られているとしている¹⁶³。

第3節 国民健康保険法の変遷

わが国の社会保険制度は、1922年に制定された健康保険法をはじめ、他の先進諸国と同様に、まず労働者（被用者）を対象として発足した。1938年には、農山村において農家経済を圧迫している医療費負担の解決による農山村救済をねらいとして、国民健康保険法（以下「旧国保法」という）が制定され、主に農民や都市部の非被用者に対する医療保険制度が創設された。

1. 国民健康保険法の制定一戦前の国保組合の実態

1938年に成立した旧国保法は、市町村を区域とする任意加入の組合主義の社会保険制度であった。

しかし、市町村の区域内の世帯主を組合員とする普通国民健康保険組合も同種同業の者で構成する特別国民健康保険組合も、原則任意設立、任意加入とされ社会保険としては不徹底なものであった。

(1) 政府を保険者とする当初案

もっとも、立案当初から、組合主義が採られていたわけではなく、1933年の内務省社会局の検討段階では、各種の制度を検討し、昭和8年6月27日の事務当局の私案としては、任意保険制度を建前として、政府を保険者とする案も一応作成し、研究した¹⁶⁴とされる。

1933（昭和8）年6月18日付東京朝日新聞の2頁に「2千万大衆を的に新保険三つ健保拡張、俸給者保険、国民保険 内務省が大童の努力」という見出しの下に「健康保険法の範囲拡張及び改正要綱」、「職員健康保険制度要綱」と並んで、「任意国民健康保険制度要綱」が掲載された^{165注4}）。

当時の社会局の事務当局試（私）案に基づくと思われるこの記事の「任意国民健康保険制度要綱」の注目点は、健康保険法の政府管掌保険と同じく、保険者を政府としている点である。

(2) 組合主義とした理由

保険者が市町村ではなく、市町村を区域とする任意設立の組合とされた理由について、保険内容及び運営について画一主義を排し、努めて国民生活の実施に即したものにするため¹⁶⁶とされている。

しかし、新田秀樹氏は、当時の内務省保険部の内部検討の資料や立案担当者の解説書等により次の通り分析している¹⁶⁷。それによれば、保険者を組合とした理由は、①生活状態・衛生状態・経済力等に著しい差異のある地方の実情に応じて、自治的な組合により適切な事業経営を行わせるため、②相扶共済の精神を徹底し、加入者相互の責任感の徹底（相互監視）により制度の濫用を防止するため（国営だと範囲が広過ぎて相互扶助の精神が隠れてしまう）といったことであったとしている。

また、国保の保険者の区域が原則として市町村単位とされた理由は、①当初加入強制を行う上でその必要があったこと（その後、任意加入制へと変更されたので、この点は強調されなくなる）、②市町村では比較的隣保相扶や郷土的団結の精神が「まだ相当に濃厚である」ので、そうした精神を基調とする円滑な事業運営を期するとともに、保険者たる組合と市町村との密接な連携を保つ^{注5}）ためであるされている。実際には、市町村行政との事実上表裏一体となった運営を行わざるを得ないといった実務的要素が重視されたとみるべきとしている。

(3) 保険者自治の実態

国保組合の自治的な事業運営は、旧国保法第24条の「保険給付ノ種類範囲支給期間及び支給額、保険料ノ額徴収方法及び減免其ノ他保険給付及び保険料ニ関シ必要ナル事項ハ規約ヲ以テ之ヲ定ムベシ」という規定により担保されることとされていた。しかし、実際には、旧国保法第47条1項の規定による療養給付費補助金の交付要件として、一定の範囲の療養の給付は必ず行われるべきとされていたので、ほとんどすべての保険者の給付範囲の最低限は事実上統一されていたといえる¹⁶⁸。また、保険院社会保険局長通牒により、保険給付標準に適合した保険給付を行うことが設立認可の要件とされており、保険料についても、保険料の等級制や資力の認定は戸数割額で行うことなどを指導していた。

新田秀樹氏は「国家が普通国保組合に求めた『自治』とは、国家からの保険者の相対的な自立(対外的な保険者自治)とか、関係当事者の参加による民主的な保険の管理・運営(対内的な保険者自治)」ではなく、「むしろ、保険者及びその構成員の自己責任・自助努力により国家事業としての国保事業を遂行してもらう点に力点が置かれていた」としている¹⁶⁹。

国保の診療報酬は、創設時は被保険者が利用しうる組合診療機関の範囲を定めて地方長官(知事)の認可を受け、その中から被保険者が自由に選定できるとされ、多くは地方庁の斡旋で組合と関係医師会との団体契約で定められた。契約内容は請負式か定額式のいずれかであった。しかし、一点単価を抑えようという県当局と引き上げようとする医師会とが対立するなど、小競り合いが絶えなかった。旧国保法の改正により 1943 年から健康保険医制度が取り入れられ、保険医等は地方長官が指定し、診療報酬は厚生大臣が一方的に点数及び一点単価を定めることとされた。

2. 国民健康保険法と市町村の関係

市町村単位を区域とする利点を強調しておきながら、市町村自体を国保の保険者としなかった理由については、①当時医療・衛生行政に係る事務が各府県の警察部にあり、国保創設で対立していた内務省衛生局が府県警察部を通じて市町村に強い影響力を及ぼしていたという所管問題、②市町村会の議決で国保事業を行うことの妥当性、③市町村会が政党性を帯びていること、④市町村の事業実施能力への疑問などが挙げられている¹⁷⁰。

国保事業の実施は市町村の事務ではなかったが、旧国保法第 28 条第 3 項、第 29 条第 2 項により、理事長には当該組合の区域の市町村長又はその委任を受けた吏員が想定されており、市町村の他の行政との調整が図られていた。昭和 12 年 3 月 15 日第 70 回帝国議会衆議院国民健康保険法案外二件委員会会議録(速記)3 回によれば、広瀬久忠内務省社会局長官は、「私共ノ方ノ考エデハ、代行ノ場合デナイ一般的ノ保険組合ニツキマシテハ、原則トシテ出来得ル限り町村長ガ理事長ニナッテ、仕事ヲスルトイウコトデアリマスカラ、事実上普通ノ健康保険組合ニオイテハ、役場デ是ハ仕事ハヤルダロウト思イマス」と答弁している。

筆者の調べた市町村との事実上の一体事業の例では、愛知県西加茂郡高橋村の昭和 17(1943)年度及び 18 年度事務報告書に、同村文化部厚生係において国民健康保険組合の事務を所掌しており、保健婦が配属されていることが記載されている。具体的には、平成 17 年度高橋村事務報告書の(ス)国民健康保険の部に「年々組合員ノ増加スルハ誠ニ喜バシキ次第ニシテ此ノ施設ニ賛同セラレ相互扶助ノ実ヲ挙ゲツツアリ昭和十七年五月法第十三条ノ規定ニ依リ指定組合トナル 昭和十七年十二月末現在組合員数九八一名被保険者数四、九四三名ニシテ現在末未加入者ハ特別ノ事情有ル者ナリ昭和十七年四月ヨリ十二月末迄(九ヶ月)ニ於ケル給付金額一二、四五四円余ノ多額ナリ」との記載がある。

また、昭和十八年度高橋村事務報告書には厚生係の職員欄に宇野保健婦の記載がある。同じく同報告書(ク)厚生係の部に「二、乳幼児ノ体力検査ハ二月七月十月ノ三回施行満二才以下ノ受験者四四一人中栄養不良ハ三名ニ付テハ保健婦ヲシテ巡回指導セシメ特ニ栄養不良児ニ対シテハ配給係ト連絡シテ砂糖澱粉等ノ配給ヲ考慮セリ」とあり、国保の保健事業を役場で行なっていることが分かる。また、「四、国民健康保険組合ニ付イテハ、昭和十七年三月法第十三条ノ規定ニヨリ指定組合トナリ全戸加入ノ実ヲ挙ゲ現在組合員数一、〇

二名被保険者五、一九二名ナリ而シテ昭和十八年四月ヨリ全(ママ)十二月迄給付金額ハ一六、一〇〇円余ナリ」との記載があり、国民健康保険が発展している様子が伺える^{注6)}。

戦争が激化した1942年には、健兵健民政策のもとで国民健康保険法の第二次改正を行い、市町村の普通健康保険組合を強制設立し、原則的に資格のある者をすべて加入させることとした。厚生省は全国的な普及総動員を行い、1943年度には、少数の都市を除いて全市町村の約95%をカバーし、いわゆる第一次国民皆保険が達成された。国保組合は地域住民のために医療給付を行う自治的な保険者というよりも、健兵健民の保健国策のための末端行政組織としての性格が強まっていったといえる。

3. 戦後の国民健康保険―市町村公営化

旧国保法による国保組合には、戦後の社会的混乱や極度のインフレの中で、保険料の滞納や医療費の高騰による保険給付の休止など、国保組合の事業の不振や休止^{注7)}を余儀なくされるところが多かった。このような国保組合の不振の原因は、戦後のインフレの亢進、医薬品衛生材料の欠乏、生活難による保険料の滞納などにあった。その打開のため、国民健康保険体制刷新連盟を結成し、政府・議会に盛んに働きかけを行った。

これを受けて、国庫補助が大幅に増額された。具体的には業務費及び直営診療所設置費を中心に、1946年の当初予算7,000万円に年度途中で1億5,000万円が追加され、1947年度は3億7,943万円、1948年度は約5億6,480万円と急増していった。

1951年には、事務費について10割補助が実現し、1952年には診療報酬の未払いを解消するための国民健康保険再建整備資金の貸付のための予算と、療養給付費に対する国庫補助に代わるものとして、保健料の適正な賦課と確実な徴収を目的とした国民健康保険奨励交付金の予算が認められた。

そして、1953年に、国民健康保険助成交付金という名称で、療養給付費に対する2割の国庫補助41億円の予算が認められた。これによって、国民健康保険の財政基盤が確立され、国民皆保険に向かう素地が出来たとされる。

この間、GHQの勧めもあって、1948年の第三次改正により旧国保法は抜本的に改正された。原則市町村公営となった国保の事務は、市町村の任意の固有事務とされた。任意設立・強制加入制であり、当該市町村が国保事業を行う場合には、世帯主のみならず、世帯員も被保険者となることが義務づけられた。任意設立であるから、全ての市町村が国保事業を開始したわけではなく、国保事業を実施するか否かは市町村の判断に委ねられたのである。

当時の当局の解説等によれば、組合主義を改め市町村公営を原則としたのは、政策的理由としては戦争で壊滅的打撃を受けた国保事業の維持・再建を図るためであり、制度的な理由としては1947年に地方自治法等も制定され、地方自治体の民主化と権限拡大が進んだことがあげられている¹⁷⁾。実際的には、市町村公営の長所として①国保の公共的性格が一層強くなり、社会保険としての効果を期待できること②市町村の予防・公衆衛生・生活保護の仕事と不可分の関係にある国保の仕事を同時に行うことにより、事務の総合的な運営と事務能率の増進が期待できること③保険料の徴収方法を市町村税と同様にすることによって、組合としてはできない賦課徴収の便宜が得られ、国保の財政問題を緩和できることがあげられている。

この改正に伴い、一部負担金について療養担当者が窓口徴収できることとなった（旧法

第8条の8)。また強制指定医制から保険者との契約による療養担当医制に改められた。診療報酬も保険者と療養担当者が協議して定め、知事の承認を得ることとされ、診療報酬に保険者の意向や地方の実情などがある程度反映できるようになった¹⁷²。

4. 国民皆保険の達成－新国民健康保険法の制定

1950年代に入ると結核医療等の急速な拡充により医療費が増嵩し、特に被用者保険の政府管掌保険の財政が深刻な危機に直面した。政府は昭和30年度予算において一般会計から厚生保険特別会計への繰入による赤字解消を図ったが、実現しなかった。非被用者や5人未満従業員などの医療保険未適用者が3千万人もいるのに、健康保険に対する国庫負担増は基礎薄弱であり、財源はその対策に回すべきだという世論が強まったからである。

社会保障制度審議会の医療保障特別委員会は、1956(昭和31)年11月「医療保障制度に関する勧告」を行い、零細事業所への健康保険適用と国保の強制設立が国民皆保険への第一歩であるとし、市町村に国保の設立を強制することにより、国民皆保険を実現すべきだとした。そのためには、給付内容を充実(給付率を7割)させ、国庫負担の増額(国庫負担率は少なくとも3割)が必要であるとした。

その後、この勧告に沿って、厚生省から委嘱された5名の医療保障委員(いわゆる5人委員会)が1957年1月に、①1960(昭和35)年度までに国保の全面普及を達成するため、全市町村が国保を実施することを建前とすること②国保の給付内容については、健康保険の被扶養者並みとし、給付率も漸次5割以上に引き上げること③国は国保を単位助成するだけではなく、最終的には国の責任において行う体制を確立すべきであること等を内容とする報告を出した。これらの動きを受けて、厚生省内に設置された国民皆保険推進本部において、国民健康保険法改正案の検討が進められた。

1958年の新国民健康保険法の制定(旧国民健康保険法の全面改正、以下「新国保法」という)により達成された国民皆保険体制は、被用者保険と非被用者(地域)保険の二本建てで整備された。後者については、市町村に国保事業の運営を義務付け(国保法第1条)、市町村に住所を有する者を強制的に被保険者とし(同法第5条)、健康保険法や各共済組合法等の他の医療保険制度加入者や生活保護世帯など一定の者を適用除外とする(同法第6条)ことによって達成された。したがって国保は、適用除外の対象とならない「市町村に住所を有する者」すべてを国保の被保険者として取り入れる構造となっている。国保が皆保険の最後の受け皿といわれるゆえんである。

(1) 新国民健康保険法で市町村の団体委任事務とされた理由

1958年に制定された新国保法は、旧国保法が国保の事業を市町村の任意の固有事務であるとしていたのに対し、医療保障は国の責務であり、国保は国の必要的団体委任事務であるという考え方に立ち、市町村及び特別区に国保の実施を義務づけている¹⁷³。

厚生省保険局国民健康保険課編の『改訂詳解国民健康保険』は、国保の国、都道府県および市町村相互の関係について、次のように解説している¹⁷⁴。まず、国保の運営に関する国の責務について「国民健康保険は、新法では国の事務として把握され、實際上、保険者として、国民健康保険を行うのは、市町村または国民健康保険組合であるが、市町村の場合でいうと、市町村の行う国民健康保険は、いわゆる国の団体委任事務として把握される。したがって、その運営の最終責任は、国に帰属するとみるべきであろう。」と明確に認めて

いる。1961 年 11 月には地方自治法が改正され、国民皆保険体制確立のための国の責任を明確にする観点から、国保事業が市町村の固有事務から団体委任事務に変更された¹⁷⁵。

さらに、国保の「健全な運営上、最も重視されるのは、その財政であって、このため、国は、国民健康保険の運営の健全を保障するため、財政上の措置については、自らの責任として、特別の配慮をする。」として、次の 3 つの規定を挙げている。すなわち国は、①国保の事務の執行に関する費用の全額（新国保法第 69 条）と②療養の給付および療養費の支給に要する費用の百分の二十（当時一筆者注、同法第 70 条）を負担するほか、③国保の財政を調整するため、財政調整交付金を交付する（同法 72 条）。

指揮監督については、団体委任事務であっても委任された以上、市町村の固有事務と何ら異なることなく取り扱われるものであるから「国は、格別に、国民健康保険の保険者としての市町村に対し、細部にわたる指揮監督を行うものではない。」としている。

(2) 国の関与と財政負担

しかし続けて「全く市町村の自主的な運営を期待するものではなく、その事業の性質上、法令による規制は少なくなく、事業の執行の方法は一定せられ、国の関与も、固有事務に比べれば少なくない。」としている。「国の関与は主管大臣として、厚生大臣が行うべきである」が、報告の徴収や実地検査（同法 108 条）など若干の例外を除き、「現実の関与は、都道府県知事が国の機関としての地位に立ち、国の機関委任事務として市町村に対する監督上の権限を行使する。」としている。

具体的な知事の権限内容は、①市町村の条例の制定に関する協議に応ずること（同法 12 条）②市町村の行う一部負担金の直接徴収の承認（同法 43 条 4 項）など数項目に限定されている。そして厚生大臣は、（地方分権一括法による改正前の）地方自治法の規定により、機関委任の国の事務である新国保法に関する事務について国の機関としての知事を指揮監督することができる。都道府県自体に対しても、新国保法第 4 条第 2 項で、「都道府県は、国民健康保険事業の運営が健全に行われるように必要な指導をしなければならない。」と義務付けられているので、厚生大臣の関与は及ぶ。

しかし、地方分権一括法による改正前の地方自治法 2 条 2 項の事務の分類に関する学説において、団体委任事務は、法的には固有事務や行政事務と区別する実益がないとするのが通説¹⁷⁶である。また、団体委任事務に対する経費についても、地方自治法 232 条 2 項は、地方公共団体に事務の処理を義務づける場合、国が必要な措置を講じなければならないと定めているが、国の財政負担のあり方は、地方財政法によっており、団体事務であるかどうかによって決められていないとする。芝池義一氏は、「ある事務を団体委任事務と性格づけることは、それがもともと国のものである事務であり、それが地方公共団体に委任されたものであることを主張しようとするものであり、ひいては、その事務に対する国の関与を正当化しようとするもの」でそれは、団体委任事務のイデオロギーであるとする^{注 8)}。

地方財政法第 10 条は地方公共団体が「国が進んで経費を負担する必要がある次に掲げるものについては、国が、その経費の全部又は一部を負担する。」とし、その第 16 項に国民健康保険の療養の給付等に要する経費が掲げられている。

なお、現行国保法第 199 条の 2 [事務の区分]の規定で、地方自治第 2 条第 9 項第 1 号の法定受託事務（以下「1 号法定受託事務」という。）とされているのは、都道府県が処理することとされている事務だけである。したがって、市町村が行うものとされている事務は、

自治事務である¹⁷⁷。すなわち、2000年の地方分権一括法の施行により、市町村の国保事務は、団体委任事務から自治事務になったのである。

第4節 老人医療費・乳幼児医療費無料化と革新自治体

高度成長期に入り社会保障制度は、1961年（昭和36年）に国民皆保険・皆年金が実現したのをはじめ、急速に整備が進められた。皆保険の実現後、医療保険の課題として、1962年に社会保障審議会は、各医療保険制度の保険給付率の改善・給付期間制限の撤廃を勧告し、順次制度の改善・充実が図られた。健康保険および国民健康保険とも療養給付期間が3年に限られていたが、1963年にこの制限が撤廃された。国保については、1961年10月に世帯主の結核性疾患・精神障害が7割給付となり、1963年には世帯主の他の疾病についても7割給付に引き上げられた。1968年には世帯員についても7割給付が実現し、被用者保険の被扶養者についても1973年に7割に引き上げられた。また、同年に高額療養費制度が創設され、定率負担のため重病や難病など高額な療養の際に青天井の自己負担が生じることがなくなり、医療費負担のため財産を失うというリスクが殆どなくなった。国保法においても、1975年に高額療養費制度が法定給付となった。

このような社会保障制度の拡充は、高度経済成長による税の自然増収による財政的な余裕を背景に、わが国の福祉国家化が推し進められたことを示すものであった。

1. 岩手県国保の10割給付と老人医療費無料化

しかし、戦後間もない1949年、高度経済成長の始まる以前に、窓口で患者から一切金をとらない10割給付の国保直営診療所が、岩手県で誕生した。

(1) 岩手県国保の10割給付

老人医療費・乳幼児医療費無料化は1960年に始めた岩手県沢内村が有名であるが、岩手県で最初に10割給付を実行したのは、昭和24(1949)年の気仙沼郡日頃市村であった¹⁷⁸。

この背景には、旧国保法の第三次改正により原則市町村公営化とされ、同時に診療報酬額について、保険者と療養担当者（医療機関）との話し合いで決めることができるなど地方の実情を反映できる制度となり、戦時下の第二次改正により後退した組合主義の保険者自治が一定程度回復されたことが影響したと考えられる。

具体的には、国保の被保険者は村の国保直営診療施設と定額請負契約を結んだ近くの県立気仙病院（もともとは組合病院）に受診した場合はすべて無料という制度であった。それは、出来高払いの点数表によらない、医師や看護婦の人件費、薬剤費、施設維持・管理に要する費用を予算で見込み、財源は国保の保険料と村の一般会計からの繰入で賄うものであった。

「商品であった医療を否定する立場に立つという画期的な変革」であり、「患者の病気が長引けば長引くほど病院や診療所の稼ぎが増えるという、今までの仕掛けのものと本質的に違うものだった¹⁷⁹」。岩手県下では、国保の直営診療機関の普及に伴い、ピーク時の昭和28年には日頃市村方式の10割給付は18市町村、国保診療施設数は62に達した。

しかし、直営診療機関の受診は無料、他の診療機関では5割（当時）の窓口での現金支払いでは、患者は直営施設に集中するとして医師会は「被保険者の医療機関自由選択の阻害」絶対反対を強く打ち出した¹⁸⁰。その他にも、昭和の町村大合併、市町村財政難、直営施設

の医師確保難から、この独自の 10 割給付方式は困難を抱えていた。しかしなによりもこの「10 割方式の息の根を止め¹⁸¹⁾」たのは、国民皆保険を実現する昭和 34 年 1 月の新国民健康保険法施行により、診療報酬の支払い方式が全国的に統一されたことであった^{注 9)}。旧法第 8 条の 6 では条例に委ねられていた診療報酬の支払い方式が、新法の第 45 条では保険者と直営診療機関の割引契約が認められなくなり、点数単価出来高払い方式によることとされたのである。新法第 45 条のため、「保険者が自己の診療施設とのみ契約するというようなことは、公私医療機関において差別しないという考え方からできなくなった¹⁸²⁾」のである。このため、岩手県国保の 10 割給付運動は終止符を打たざるを得ないこととなった¹⁸³⁾。岩手県の国保の 10 割給付運動は、保険者自治として点数表によらない、すなわち値段表のない医療を、地方自治体の固有事務として市町村国保条例により実現していたのであったが、新国保法による団体委任事務化により、地方自治・保険者自治の両方の自治を奪われたといえよう。

(2) 沢内村の老人医療費無料化

沢内村の老人医療無料化は、1960（昭和 35）年 12 月、すなわち新国保法のもとで、65 歳以上の老人を対象に開始され、翌 1961 年 4 月 60 歳以上に対象を拡大した。同時にゼロ歳児に対する 10 割給付を開始した。前述の日頃市村方式との違いは、給付対象者を乳児と 60 歳以上の老人に限った点と、外来受診時のみ無料とした点で、沢内村内の国保直営診療機関での受診を対象とする点は日頃市村方式と同じであった。すなわち、沢内病院であっても入院料・往診料・歯科診療費は対象外であった（入院患者の診察料や薬剤料・手術・検査などは 10 割給付された）¹⁸⁴⁾。

沢内村の 10 割給付は、国保条例の改正という方法をとらず、老人の場合には「沢内村老人医療費給付要綱」に基づくものであった¹⁸⁵⁾。新国保法の下では、第 42 条で給付割合は一律最低 5 割（すなわち一部負担金が最高 5 割）とされたが、第 43 条により政令の定めるところにより、保険財政の健全性を損なう恐れがない場合に限り、条例の改正につき知事と協議のうえ負担割合を引下げる（給付率を引上げる）ことは可能であり、むしろ望ましいとされた¹⁸⁶⁾。なぜ、条例改正をしなかったのであろうか。これについて前田信雄氏は、沢内村の外来診療重視策は潜在疾病の早期発見策であり、集団検診等で老人の病気が見つかって一部負担のために受診できない老人、あるいは一時的な診断では要精密検査や要観察となった老人に引き続き継続的診察を行うための、広義の健康管理事業の一環であるからとしている¹⁸⁷⁾。深沢晟雄村長も昭和 35 年 12 月の村議会で「保健活動の一環としてやるわけで、入院した費用やなんかは別に考えたわけです。」とし、「保健活動の（中略）延長といたしましてまあ範囲を広げまして治療はしなくちゃいかんと。」答弁している。しかし、「理論的に論戦をいたしますれば、これは当然条例違反の疑いはいり得る問題です」という苦しい議会説明をしている¹⁸⁸⁾。思うに、沢内村の医療費無料化は、新国保法が認める給付率の 10 割への引上げではなく、事実上国保法第 45 条第 3 項が禁じる保険者と直営診療機関の割引契約であったからではなかったか。沢内病院の増田進院長が「老人健康管理無料診療」を「私達はいわゆる十割給付とは呼ばなかった。というのは村立病院のみを対象にしたからである。」と書いている¹⁸⁹⁾のはその傍証であろう。

2. 革新自治体と老人医療費無料化—「政治的類型」の政策対立

本章第1節4で述べたとおり、革新自治体の先導的施策で、「政治的類型」の政策対立が生じていたことを明らかにした。その特色は、地方独自の政治的影響力から、国の法令解釈に対し、違法とまではいえないが、脱法的な解釈をしてでも、地域のニーズに応じた政策をとることにより生じる国との政策対立である。

(1) 老人医療費無料化と革新自治体

沢内村の医療費無料化は「当時は何の注目も受けなかった¹⁹⁰」が、一方で1962年には老人医療費の問題が「東京を中心とした進歩的な『社会福祉運動』」の宣言に謳われており、1964年の第1回全国高齢者会議では老人医療費無料化が要求の一つに掲げられた¹⁹¹。

児島美都子氏は、上述の沢内村の老人医療費無料化を範として、無料化運動が国保を通じて全国に波及したが、国保を通じての運動には、限界があったとする¹⁹²。「それは、都市部では沢内村のように全村民のほとんどが国保加入者というところは少なかったから」であり、「国保だけの運動は、全市民的な運動にならず、かつ、『国保だけを優遇することは公平の原則に反する』という当局側の無料化引き伸ばしの口実に使われ」たからであった。

そのなかで1968年に革新の飛鳥田一雄市長の横浜市が80歳以上の国保の被保険者の老人の医療費の9割給付措置を講じた。

1969年4月に保革双方の推薦を受ける小畑勇二郎知事の秋田県が80歳以上の老人を対象に医療保険の自己負担分の一定額を超える部分について公費で金銭給付する制度を始めた。同年10月に革新の美濃部亮吉知事の東京都が医療保険の種類にとらわれず一定の所得制限の下に、70歳以上の老人に自己負担分を現物給付する医療費無料化を実施した。

東京都の公費負担制度について、厚生省は当初「一部負担金は被保険者が保健医療機関に支払わなければならない」という国保法第42条第1項に違反するとして反対した。しかしまもなく厚生省は「都が負担する分を保険ルートを通さないなら問題はない」とした^{注10}。受療した被保険者の一部負担金債務はそのまま残したうえで、公費で実質的に肩代わりするもので、国保法第42条第1項の一種の脱法行為であるといえる。

その意味で、革新自治体の老人医療費無料化は、「政治的類型」の政策対立の典型例である。

「東京方式の『出現』によって運動は新たな進展をみせ¹⁹³」急速に全国に拡大し、1972年4月1日現在の厚生省国民健康保険課の調査によれば、鹿児島県、沖縄県（復帰は同年5月）を除く45都道府県で実施されることとなった。しかし、助成内容は都道府県により多様であり、公費負担制度によるのが35都道府県、国保被保険者のみを対象とし、国保の一部負担割合引下げ（いわゆる10割給付）によるのが2県、社保は公費、国保は一部負担割合引下げによるのが8県であった¹⁹⁴。年齢は70歳以上と75歳以上が多く、市町村との負担割合はおおむね1/2つつであるが、1/3や6/10もあった。

老人医療費無料化の全国波及及び法制化は、前述のとおり1960年代後半から1970年代の革新自治体が、住民参加という新しい政治スタイルの積極的活用により、環境・公害・福祉に力点をおいた施策を推進した結果全国に波及し、国・地方自治体間関係に影響を与えた典型的事例である。村松岐夫氏は「その波及の仕方は、行政が上から動かしていったのではなく、政治に後押しされた横並び競争のそれであった¹⁹⁵」としている。

(2) 老人福祉法の改正による老人医療費支給制度の創設

政府はこの状況を受け、1972年には老人福祉法を改正して、翌1973年1月から70歳以

上の高齢者の一部負担金を公費で補充する老人医療費無料化を実現した。改正老人福祉法の第10条の2第7項は、国保の被保険者である対象者が、老人医療費の現物支給を受ける場合には、国保法第42条第1項の規定にかかわらず一部負担金を支払うことを要しないと規定した。これは同改正老人福祉法第10条の2第4項、5項で市町村が一部負担金を現物給付できると規定しても、それだけでは国保法第42条第1項の被保険者の保険医療機関への一部負担金支払義務を免除するものでないもので、特に設けられた規定である¹⁹⁶。

これは、厚生省が、当初国保法に違反するとして反対した東京都方式を法制度化したものであったが、「官僚及び多数党のだれひとりとして、またグループあるいは機関のどれ一つとして、東京都方式を積極的に推していなかったのである¹⁹⁷」。それでも、東京都の方式は「運営可能であることが明らかであり、最もよく知られており、また高い医療費という本来の問題に正面からぶつかっていた」という利点をもっており、「誰も魅力的な対案を用意できなかった¹⁹⁸」ため、当時の保革伯仲の政治状況のもとで比較的容易に成立した。

この医療費無料化政策に対して、島崎謙治氏は「わが国の医療保険制度史上最大の失敗であった」と批判している。その理由は「コスト意識を喪失させ過剰診療や社会的入院の増大をはじめ数々の弊害を招いた」からとする。老人医療費無料化がモラルハザードを引き起こし、受診率の上昇や入院増により老人医療費の増嵩を招いたことを批判するものである。これは、老人医療費無料化運動の端緒が、「老人は有病率が高いが、受診率は必ずしもこれに比例して高くない」主要な原因に老人の加入する保険が「自己負担分の多い健康保険の家族（当時5割負担）か国保（当時3割負担）」であり「自己負担分の捻出が困難であること」が大きかった¹⁹⁹ことを考慮しない一面的な批判といわざるを得ない。

(3) 財政調整交付金の減額

多くの都道府県・市町村は、1973年1月の老人医療費支給制度実施後も、地方単独事業として、国の制度に上乗せした形で、対象年齢の引下げ・所得制限の撤廃・緩和を行った。これに対し、国は、一部負担金割合を減じている市町村や地方単独事業により高齢者・乳幼児が一部負担金を要さず受診できる市町村については、給付率が高いことによる医療費の波及増分を調整するために、昭和49年3月28日「国民健康保険の調整交付金の交付額の算定に関する省令」を改正し、1973(昭和48)年度分の調整交付金の算定から、減額措置をとった²⁰⁰。ただし、この措置は、対象被保険者数の対象年齢被保険者数に占める割合が30%を超える市町村について行われるとされていた（同算定省令附則第2項）。

3. 乳幼児医療費助成事業

老人医療費無料化の後、全国的に乳幼児医療費助成事業を実施する地方自治体が急増した。全国知事会の調べでは1974(昭和49)年度予算では、新たに実施する4県を含め42道県が予算化しており、東京・大阪・京都・長崎・沖縄の5都府県が未実施となっていた²⁰¹。

(1) 岩手県の乳幼児医療費無料化

前述のとおり沢内村の乳幼児医療費無料化は、1961年4月から、国保の自己負担分を公費で負担するという形で、妊産婦の分娩無料化と同時に実施された。

岩手県ではこれに先立つ1957年に岩手県国保連合会が「乳児死亡半減運動」を提唱している。沢内村に続いて乳児10割給付を実施する市町村が相次いだ。国保財政の厳しさから、岩手県へ所要財源の二分の一の助成の要望が強まり、岩手県では1964年度から県単

独の「国民健康保険乳児 10 割給付補助金」を創設した²⁰²。国保の被保険者のみを対象とした理由は、①事業の実施主体である市町村からの要望が国保の被保険者を対象としていたこと、②国保の被保険者は健康保険等の被扶養者に比較して所得水準が低いこと、③乳児の死亡率は健康保険等の被扶養者よりも国保の被保険者が高いことである²⁰³としている。給付方法については、利用者の利便を考慮し、岩手県医師会の「快諾」を得て現物給付方式を採用した。岩手県は、乳児医療費助成事業が全国平均を上回る乳児死亡率の低下に効果があったとしている²⁰⁴。

(2) 大都市圏での乳幼児用費助成の遅れ

東京都は、美濃部都政の 1973 年度の予算に乳幼児医療費助成の経費を計上したが、東京都医師会の反対により未執行となった²⁰⁵。ただし、この当時東京都は財政危機が進行しており、1975 年には、国に対し地方財政制度の改革を求める「財政戦争」の宣戦布告をする状況にあったことも、乳幼児医療費助成が頓挫した大きな要因であろう。

その後、東京都は 1993 年度に乳幼児医療費助成制度を創設したが、この年度に京都府・大阪府も乳幼児医療費助成制度を設けた。

西川雅史氏は、「居住者の入れ替わりが激しい都市部では相互扶助の意識が醸成されにくく、国保制度も浸透しにくかったことから、乳幼児医療費助成制度の進展が遅れたとしても奇異ではなかろう²⁰⁶」としている。しかし、少なくとも東京都では、1973 年度にいったん予算化しており、かつ都内や両府内の相当数の市区町村では、乳児医療費助成を先行実施しており、三大都市圏の遅れを説明するものとはいえない。革新都・府政の老人医療無料化をはじめとする福祉政策が、経済の長期低迷により財政状況が厳しくなるなか、バラマキ福祉と批判され、保革逆転をもたらす一因となったことが、その後の福祉政策の遅れの主要な原因といえ、乳幼児医療費助成の遅れもその一つといえよう。

1993 年度の大都市圏の乳幼児医療費無料化は、1990 年に前年の合計特殊出生率が 1.57 と 1966 年の「ひのえうま」の 1.58 を下回る過去最低となった衝撃を受けて、子どもを生育しやすい環境づくりが検討され始めたことが、影響していると考えられるべきであろう。

注釈

注 1) 以下の地方制度の記述は特に引用を示す場合を除き、西尾勝『行政学 [新版]』有斐閣、2005 及び宮脇淳『創造的政策としての地方分権』岩波書店、2010 に依拠している。

注 2) 戦後の機関委任事務制度は、公選公吏の知事への戦後地方制度改革の過程で新たに創設されたとする説もある。白藤博行「『機関委任事務』法論と地方自治」日本地方自治学会編『機関委任事務と地方自治』37-38 頁、1997

注 3) 武川正吾と田多英範の日本の福祉国家の成立時期をめぐる論争は、武川の 1973 年の福祉元年説と田多の 1961 年の国民皆年金皆保険の成立とする説の間で展開された。武川は、福祉国家の成立について、制度だけでなく、社会支出の増大という量的側面を指標としているのに対し、田多は国家の生存権の承認と体系的な社会保障制度を基準としている。金成垣編著『現代の比較福祉国家論』27-70 頁、ミネルヴァ書房、2010

注 4) この社会局の事務局案が、社会局から「発表」されたものかどうかは定かでないが、同内容の記事を掲載した昭和 8 年 6 月 24 日付医事新報 566 号の記事によれば、この案は昭和 8 年 6 月 14 日に極秘裡に開かれた社会局保険部の部内会議において大体承認され

た案だとされている。ただし、この「任意国民保険制度」について昭和 8 年 7 月 15 日付医事新報 569 号 25 頁は「時期尚早として当分社会局において研究することに決定した」との記事を載せ、同年 7 月 17 日付東京朝日新聞の「思想取締に関する内務省原案成る」との記事中に「任意国民健康保険制度を創設し農民並に中小商工業主等雇用関係にあらざる国民の健康保険制度確立につき調査研究をなすこと」という表現がある。

新田秀樹『国民健康保険の保険者』17 頁注 16)、21-22 頁注 2 2) 信山社、2009

注 5) 保険組合と市町村の関係を密にすることについて、立案担当者の解説書には、市町村吏員に普通国保組合の事務員を兼ねさせることを認める記述がある。清水玄『国民健康保険法』95 頁、羽田書店、1938

また、昭和 12 年 3 月 15 日第 70 回帝国議会衆議院国民健康保険法案外二件委員会会議録(速記) 3 回の広瀬久忠政府委員(内務省社会局長官)の答弁「私共ノ方ノ考エデハ、一般的ノ方一代行ノ場合デナイ一般的ノ保険組合ニツキマシテハ、原則トシテ出来得ル限り町村長ガ理事長ニナッテ、仕事ヲスルトイウコトデアリマスカラ、事実上普通ノ健康保険組合ニオイテハ、役場デ是ハ仕事ハヤルダロウト思イマス」参照。

注 6) 「此ノ施設」とは、「この施策」の意味である。なお、指定組合となった月が昭和 17 年度報告書では「五月」、昭和 18 年度報告書では「三月」と異なっている。通常の行政処理としては年度途中の五月の指定は考えにくいことであるが、第二次改正国民健康保険法は昭和 17 年 2 月 21 日に公布されたが、5 月 1 日から施行されたので、「五月」が正しいと思われる。17 年度報告書に「四月ヨリ十二月末迄」とあるのは、5 月に強制加入組合の指定を受ける以前の昭和 14 年 12 月に任意設立、任意加入の組合として設立されていたことから、指定前の 4 月を含めて示したものであろう。「年々組合員ノ増加スルハ誠ニ喜バシキ次第」も、昭和 14 年設立以来の組合員の増加を示している。豊田市戦時資料調査会『豊田市戦時関係資料集第五巻行政文書編 二』113 頁、116 頁、122 頁、1990 年、愛知県国民健康保険団体連合会『愛知の国保五十年のあゆみ』21 頁、1988

注 7) 当時の状況は、昭和 22 年 6 月時点の全国 10,343 組合について、その事業状況を調査した結果によると、事業を活発に行っている組合が 1,675 組合(16.2%)、事業を普通に行っている組合が 4,654 組合(45.0%)、事業が不振状態にある組合が 2,576 組合(24.9%)、事業を休止した組合が 1,438 組合(13.9%)となっていて、不振組合と休止組合が役 4 割を占めていたとしている。『国保小史』49 頁『国保二十年史』276 頁

さらに、戦後のインフレ亢進に伴い報酬の一点単価の値上げにより保険医への医療費の未払いが生じ、その負債を負って事業休止するものが少なくなかったため、状況は悪化した。6 か月後の昭和 22 年現在の、全国 10,224 組合のうち事業を活発に行っている組合が 1,611 組合(15.7%)、事業を普通に行っている組合が 4,190 組合(41.0%)、事業が不振状態にある組合が 2,769 組合(27.1%)、事業を休止した組合が 1,654 組合(16.2%)であった。『国保小史』61-62 頁『国保二十年史』279 頁

注 8) 団体委任事務概念のイデオロギー的機能の例として、都道府県警察の管理運営について、これを団体委任事務と解することによって、かなり強力な国の関与の正当化が図られているとしている。芝池義一「福祉行政事務の地方移譲の法的問題点」『広域行政と府県』敬文堂、104 頁、109 頁注(11)、1990

注 9) 大牟羅良氏は、新国保法の成立により「今まで市町村条例にゆだねられていた-つま

り地方自治にまかされていた診療報酬(医者代)の支払い方式が“出来高払い制”(厚生大臣の定めた値段表—一点単価を 10 円とした点数で表示される)によることになったからです」としている。大牟羅良・菊池武雄編『荒廃する農村と医療』岩波新書、170 頁、1971

これに対し前田信雄氏は、同じ日頃市村の十割給付方式を「保険料の前払い、給付は現物ですべて無料という点では(HMO と)まったく同じである。村から医療機関への支払い点数単価制に基づく点だけが」異なるとしている。また、岩手県の十割給付運動が終止符を打たざるを得ない原因についても「そして、昭和 34 年の国民健康保険法改正(一律五割給付化)によって」としている。前田氏は「この間の事情は」大牟羅氏らの『荒廃する農村と医療』に詳しく書かれていると引用しており、なぜこのような異なる記述となったのか不可解である。前田信雄『岩手県沢内村の医療』日本評論社、56 - 57 頁、1983

注 10)1969 年 8 月 27 日の朝日新聞によれば、厚生省国民健康保険課長の発言として「償還方式ならよいが、老人が 1 銭も払わずに都が立替えるというのは『自己負担分は患者が支払う』という国民健康保険法 42 条違反の疑いがある」と報じている。同年 9 月 10 日の朝日新聞は「厚生省側も医療保険に対する補助ではなく、社会保障的な意味合いで都が患者負担分をみることなら構わない、という考え方になり、診療所・病院が請求してから支払われるまでの保健機関のルートを通さないで、都が病院に支払うことで話合いがついた」と報じている。さらに、9 月 30 日の朝日新聞は厚生省の了解文書の「内容は『都の案は保険体系とは別に実施されるものであるから、保険関係法令との関連は生じないので、都の自主的判断で実施するのは構わない』という趣旨だ」と報じている。

第4章 行財政改革と地方分権－医療・福祉制度を中心に

1972年のオイルショック以降わが国の経済は長期にわたる低成長の時代に入り、国・地方を通じ財政状況は厳しさを増していった。1975年から始まった赤字国債の発行は、1980年代末のバブル期に一端止まるが、1993年以降再開され90年代後半から発行額が急拡大し累積債務の増加となって財政を圧迫していった。それとともに福祉・医療サービスについても、拡充の方向から伸びを抑制し、効率化や重点化を目指す動きが強まってきた。

本章では、まずオイルショック後の経済の低成長を契機に高まった社会保障費抑制の動きを、1981年3月に発足した第二次臨時行政調査会の行財政改革による国の高率補助金改革と地方自治体への事務配分との関係について分析する。特に福祉関係の国庫補助率見直しと入所措置権の市町村移譲と福祉サービスの団体委任事務化の実態について、検討する。さらに、1980年代から第一次地方分権改革までの医療費抑制策と医療構造改革、特に老人保健法制定による老人医療費一部負担導入などの高齢者医療制度と介護保険創設などの介護保障制度の変遷について、検討する。

第1節 第二次臨時行政調査会の行財政改革と福祉行政の分権化

石油危機後の経済の低成長化のもとで、自助努力・家庭や近隣による互助・企業福祉を強調する「日本型福祉社会論」が、自民党の運動方針や政府の経済計画に取り入れられ、政策にも反映された^{注1)}。日本型福祉社会論は、高齢者福祉政策において家族介護支援に力を入れるとともに、自己負担の導入と所得制限の撤廃につながった。それは「当時の緊縮財政のもとで中央から地方自治体への社会福祉関係経費の削減を押し進めるイデオロギーとして機能した²⁰⁷⁾。」のである。

1. 国庫補助負担率の引下げと社会福祉の分権化－政策対立の「財政的類型」

高寄昇三氏は、国・地方自治体間関係において、「中央統制の基軸は財政統制」であり、「曖昧な費用負担のもとで、地方財政への経費転換が行われながら、強力な財政統制機能が稼働している²⁰⁸⁾」とする。これは、シャープ勧告が日本の地方財政の5つの「重大な弱点」として指摘した点^{注2)}そのものである。なかんずく国庫補助金・交付金は「各地方間における必要額の相違を適当に考慮することなくして定められ、時には地方が国庫支出額と同額を負担することが要求されて、地方財源に無理をしいることがある。総じて、それを受ければ、国が地方に対して細かい点において過度の統制を行使するようになるのである」との指摘が、現代においても妥当することを示すものである。

その意味で、古くから問題視されてきたのが、補助金行政における地方自治体の超過負担である。

(1) 超過負担

序章第1節3で述べたとおり、地方自治体の「超過負担」とは、国から地方自治体に交付される国庫支出金の金額の算定に関して、法律・政令等で定められた基準が実情に合わないため「単価差」・「数量差」・「対象差」などが生じ、地方自治体が本来の自己負担割合を超えて費用を負担しなければならないことをいう。

地方財政法第18条は、「国の負担金、補助金等の地方公共団体に対する支出金の額は、地方公共団体が当該国の支出金に係る事務を行うのに必要でかつ十分な額を基礎として、

これを算定しなければならない」と規定している。超過負担はこの規定の国の義務が遵守されていないことにより生じるものである。

第3章第1節4で述べたとおり、1973年に提訴された摂津訴訟は、いわゆる超過負担問題について、初めて国に法的な給付請求を行ったものである。事案内容は、摂津市が4か所設置した保育所のうち2か所のみが負担金の対象となり、残り2か所が認証落ち（本来国庫補助・負担事業であるにもかかわらず、国の予算総額等の関係でその事業の全部または一部が補助・負担対象から外されること。超過負担の発生原因の一つ―筆者注）となった。この交付決定の算定額が政令に定める基準に反して低額というものであった。

訴訟自体は、原告摂津市が1980年の東京高裁の控訴審判決で敗訴し、上告断念して決着したが、本件訴訟提起後、児童福祉法施行令第15条第1項、第16条1号は改正され、国の負担額について、それまでの建設費用の額から徴収金等の収入を差し引いた精算額の2分の1から、厚生大臣の定める単価・数量等の基準によってのみ算定することとされた。

また、訴訟提起後、地方六団体は超過負担解消を強く要求し、自治・大蔵両省による実態調査が行われ、解消の方向に向かった。しかし、「実支出額と標準額との差をすべて超過負担とする」地方団体と「物価・施設水準との差のみに限定する」国との超過負担の捉え方における認識の落差は大きい。これに、「できるだけ補助金等を広くまきたがる」事業省庁の傾向と、「薄まきになっても出来るだけ補助金が欲しい」という地方自治体の態度もありなかなか解消できない²⁰⁹のが実態であり、前述のとおり「超過負担問題は財政における宿弊といえ、政府間関係で半永久的に争われ続けられるであろう²¹⁰」とする見解もある。

筆者は、超過負担問題は「当該国の支出金に係る事務」に関する規模や水準についての国と地方自治体間の基本的な認識の対立であり、したがって財政的負担に直結する政策対立であると考ええる。

(2) 国庫補助負担率の引下げと政策対立の「財政的類型」

社会保障費用における国庫負担の割合は、1960年代初期に45%程度まで上昇した後、70年代末まで40%台を維持していたが、80年代以降下降を続け、1980年度の39.5%が、1990年度には28.5%と大幅に低下し、社会保障における国家財政の地位の低下がみられる²¹¹。この低下は、「財政再建」のため、国が制度変更を行って負担率を引下げた結果によるものである。国庫負担率が法律に規定された強固なものではなく、政策変数であったことを実証するものであった²¹²。

1985年度の予算において、補助負担率が2分の1を超えるいわゆる高率国庫補助負担金の暫定的1割引下げ（その分地方負担の増加）は、国と地方自治体間の財政関係の大きな変容をもたらすものであった。国の主張は、1985年度の予算編成が厳しい状況であり、相対的に財政に余裕がある地方自治体が一部肩代わりすべきであるというに過ぎず、地方自治体側は強く反対した。しかし、大蔵・自治・厚生三大臣の覚書により、単年度の措置であることを確認し、次年度以降の補助負担率については、補助金問題検討会を設置し、国と地方自治体の役割分担、費用負担の見直し等とともに検討することで決着した。

補助金問題検討会の報告は、向こう3年間補助率削減を継続するばかりか、その対象範囲を広げるとともに、社会福祉関係事務を中心に機関委任事務を団体委任事務とすることを盛り込んだ。

これを受けて、1986年の「国の補助金等の臨時特例等に関する法律」により3年間生活

保護の補助率は7割に、ショートステイ・デイサービスや施設入所措置は2分の1に引き下げられた。1989年の「国の補助金等の整理及び合理化並びに臨時特例に関する法律」によって、生活保護費負担金が75%に一部復元したほかは、ほとんどが恒久化された。国庫の削減分は、地方負担の増加で賄われたことになる。

御船洋氏の分析によれば、1985年度及び1986年度における国庫支出金の補助負担率の引下げによる社会福祉費・老人福祉費・児童福祉費・生活保護費の4費目の地方負担増の合計額は、地方財政の民生費（地方純計）の増加額の約86%（85年度）、約102%（86年度）を占めた。これは85年度においては民生費増加額の約14%だけが実質的な増加分であり、86年度においては実質的に民生費は減少していたことを示している²¹³。なお、1980年代を通じて、地方歳出全体に占める民生費の割合は地方純計で約11%と安定的であったが、内訳では老人福祉費の増加と生活保護費の減少が代替的關係にあったことが指摘できる。²¹⁴

国は、地方債の発行により地方交付税で財源補填し、その元利償還を後年度の地方交付税の基準財政需要に算入することとしたが、地方自治体からすれば後年度の交付税の使途が硬直化するものであり、そもそも交付税不交付団体にとっては、補填なしの削減であった。

このように「財政的類型」の政策対立は、国の一方的な負担引下げ行為によるたいりつであり、地方自治体側からみれば「負担の押しつけ」である。次項で検討する福祉事務の団体事務化が、補助金削減策の反射的效果として、地方自治体の権能を強化するものであったとしても、財源移転無き権限移譲の前例を作ったものといえる。

補助負担率の引下げによる財政負担の地方転嫁がもたらす、地方自治体のいわゆる裏負担の増加は超過負担問題と共通である。

ここで国・地方自治体間の「財政的類型」の政策対立とは、国が地方自治体に補助金または負担金を支出して事務の実施を委ねている個別政策において、地方自治体が国の支出割合または金額では事務事業の遂行に不十分と判断していることによる政策対立である。（広義の国・地方自治体間財政関係には、交付税や地方債、地方税制も含まれるが、ここでは含まない。）

すなわち負担転嫁される個別政策の事務事業の遂行において、国の指定する政策内容における費用負担割合と、地方自治体が地域のニーズを満たすため実現しようとする政策内容における費用負担割合との乖離をめぐるせめぎ合いの側面をいう。

ただし、この政策対立は摂津訴訟のような例外を除けば、陳情「運動」というより穏やかな手段で解決が図られるため、目立つ対立ではない。

筆者は、財政負担の地方転嫁についての政策対立については、権限移譲との取引で解消を図るべきではなく、財源移譲や起債の要件緩和などの国・地方自治体間関係の財政統制の問題として解決を図るべきだと考える。

(3) 社会福祉分野における機関委任事務の縮減と団体事務化

他の行政分野に比べて、社会福祉における分権化は80年代中葉以降着実に推進されてきているようにみえる²¹⁵。これは、上述のとおりオイルショック以降の経済の低成長による財政危機に対して、社会福祉関係を中心に高率補助金の補助率が削減され、「国の補助金

等の整理及び合理化並びに臨時特例等に関する法律」(1985)などによって、低補助率が固定されたことと連動して、機関委任事務の整理合理化が進められたことによるものである。

この時期に、機関委任事務とされてきた事務の縮減や必置規制の廃止を進める次のような一連の立法が行われた。1983年には第一次機関委任事務整理法といわれる「行政事務の簡素合理化及び整理に関する法律」が制定され、厚生省関係では環境衛生関係の7件が初めて「団体事務化」された。1986年には第二次機関委任事務整理法といわれる「地方公共団体の執行機関が国の機関として行なう事務の整理及び合理化に関する法律」が制定された。第一次の整理法と違い第二次機関委任事務整理法は、その事務の多くが「政令の定める基準に従い」実施されるものとされた。

このうち、1986年度の国庫補助金の国庫負担率引き下げに伴って、前記の第二次機関委任事務整理法により「社会福祉施設への入所措置事務等の機関委任事務の団体事務化」が行なわれた²¹³⁾。しかし、団体事務化とはいえ、「政令の定めるところにしたがい」実施するとされており、国の関与を排するものではなかった。団体事務化が団体委任事務化であった側面は否めず、厚生行政の集権的性格は温存された^{216注4)}。

辻山幸宣氏は、国庫補助負担率の引下げを継続するために案出された、事務区分と経費負担原則とのリンケージの論理であるとしながら、国の経費削減＝地方自治体への負担転嫁を正当化するために案出されたものであったにせよ、地方自治体の権能を強化するものであるとする²¹⁷。これに対し芝池義一氏は、一定の権限移譲はあったが、例えば児童福祉法についてみても、立ち入り検査などの監督措置や児童福祉施設の認可などは引き続き都道府県知事の機関委任事務として残され、「両事務の併存状況が生じている」ことを「現行の法秩序のなかでは、むしろ通例のあり方である」とする²¹⁸。すなわち「通例、機関委任事務とされるのは許認可権限・規制権限・監督権限であり、給付・事業は、自治事務とされている」のであり「従来、給付ないし事業またはそれに関する事務も機関委任事務されてきた福祉行政の分野」は、例外であったと評する。したがって、第二次機関委任事務整理法による改正は「従来の福祉行政の特異性を取り除き、いわば本来の姿に戻しただけ」とする。

辻山幸宣氏は、「政令の定める」という意味は、「ナショナルミニマムの水準を国が維持していこうという姿勢の表れと見ることもできる」とする²¹⁹。分権化の要請と全国的公平性の確保という矛盾した問題の回答である団体事務化の要諦が「政令の定め」による運用であるとする。すなわち、ナショナルミニマムの水準については国が統一的に設定し、ナショナルミニマムの確保の責任主体は地方自治体に移すという考え方であり、国の統制権の留保により、団体事務化の意義の多くは失われるとする。国は「政令の定める基準に従い」とは、あくまでガイドラインであるとするが、地方自治体の財政負担増を伴うため、現実にも多くの地方自治体は条例化せず、従来の行政運営を受容した。

財政再建を至上命題とした第二次臨時行政調査会及びそれに続く臨時行政改革推進審議会の行財政改革は、常にその底流に国・地方を通じた厳しい財政状況があり、国と地方自治体間の関係は、国から地方への負担の転嫁を伴っていたといえよう。それは、その後の社会福祉基礎構造改革も、第一次地方分権改革も、現在のいわゆる地域主権改革に至るまで一貫している。

2. 老人保健福祉計画 ― 高齢者保健福祉の分権化と計画化の進展

1990 年の社会福祉関係八法の改正による入所措置事務の市町村移譲(ただし団体委任事務)は、1989 年の福祉関係三審議会合同企画分科会意見「今後の社会福祉のあり方について」の「住民に身近な行政は、可能な限り住民に身近な地方公共団体が行う」という市町村の役割重視の考え方に基づくものであった。

同法により市町村に策定が義務づけられた老人福祉計画は、1989 年 12 月に策定された高齢者保健福祉推進十か年戦略(ゴールドプラン)の推進基盤を整備するという意義も持つものであった。市町村老人保健福祉計画は実施主体と計画主体、さらに行政の及ぶ権能が結びついた市町村行政計画となりえたとされる²²⁰。老人保健福祉計画は、法律によって全ての市町村に義務付けられた行政計画であり、地方自治法の基本構想を除いて、初めての立法例であり、行政の計画化の先駆けとなるものであった。また、トップダウン型ではなく、ボトムアップ型の積み上げ型の計画であるところに特徴があるとされた²²¹。

1993 年に設置された高齢社会福祉ビジョン懇談会は、翌 1994 年 3 月に「21 世紀福祉ビジョン」で新ゴールドプランの策定を提言し、厚生省はこれを受けて同年 8 月新ゴールドプランの素案を与党の福祉プロジェクトチームに提示した²²²。その中で、ゴールドプランの目標値を上回った全国自治体の老人保健福祉計画の集計値をベースに、政策的配慮を加えた新しい目標値が示された。消費税の税率アップをめぐる政治的状况により一部縮小されたが、おおむね全国集計値に近似した目標値が新ゴールドプランとして決定された。

全国の老人保健福祉計画の集計値がゴールドプランの目標値を大幅に超えた点を、里見賢治氏は、「十か年戦略の目標水準の低さが、図らずもこのような形で顕在化したといえよう。このために厚生省は『新十か年戦略』の策定を進めざるをえないこととな」²²³ったとして、市町村のニーズに基づいて積算した整備目標量の集計が国の整備目標の刷新につながったことを評価している。

これに対し日高昭夫氏は、「計画策定権限の地方分権化によって、国が政策コントロールを一切放棄したわけではない。」とし、『新ゴールドプラン』の決定過程にみるように中央の政治過程を切り抜けるための切り札ともいえるべきリソースとして、自治体計画の全国『集計値』がフルに活用された。²²⁴としている。さらに「その策定過程では、厚生省自ら、また、府県の関わりを介して、市町村計画への内在的関与が広く行われた。国と地方の計画間の相互依存関係は一層深まった。」としている。

第 2 節 行財政改革と医療行政の分権化

第二次臨時行政調査会の行政改革の時期に医療の分野では、1983 年に老人医療費無料化を見直し、老人一部負担を導入した老人保健法が施行された。

また、1982 年の第二次臨時行政調査会の「行政改革に関する第三次答申－基本答申－」において、「医療費適正化と医療保険制度の合理化等」の中の「医療供給の合理化」で、医師数抑制を打ち出した。具体的には「医療従事者について、将来の需給バランスを見通しつつ、適切な養成に努める。特に、医師については過剰を招かないよう合理的な医師養成計画を樹立する」と提言した。これを受けて、政府は同年 9 月の閣議で医師・歯科医師の養成計画について検討することを決定し、1985 年から医学部定員が削減された。

さらに 1985 年には第一次医療法改正により、知事の機関委任事務として、医療計画の策定が義務付けられ、病床規制に関して医療計画の必要病床数が導入された。これらの改

正は、医療行政に地方自治体の関与を強めるものではあった。

しかし、福祉行政に比べて医療行政の分権化は、2000 年 4 月の地方分権一括法の施行以前は進展しなかったといえよう。ただし、そのことは、高齢者医療行政の変容がなかったということの意味するものではない。

1. 老人保健法の制定

(1) 機関委任事務としての老人保健法の医療

1982 年制定、翌 1983 年 2 月施行の老人保健法は、医療と医療以外の保健事業を区別し、医療については社会保険医療制度と結合させ、医療以外の保険事業は社会保険医療制度とは切り離して、公費負担で行うこととしていた²²⁵。老人保健法は、医療費支給制度実施により自己負担無しで受診受療できていた 70 歳以上の老人に、10 年ぶりに外来一月 400 円、入院一日 300 円 2 カ月の一部負担金を復活するものであった。しかし、「定率負担に戻す（2002 年に原則定率負担となった）まで²²⁶」にはいたらなかった。ただし戦後一貫して適用の拡大・給付の改善・患者負担の軽減という医療保障の充実を図ってきた路線から、医療費適正化（抑制）策への転換を示すものであった。また、縦割り・分立の医療保険制度間を横断する実質的な財政調整の導入でもあった²²⁷。

この法律で、市町村長は機関委任事務として、「医療」を行うこととされた（「医療」は、健康保険法等にいう「医療の給付」と同じ概念とされる²²⁸）。その理由として、「医療は他の保険事務と異なり、市町村ごとの創意工夫や独自裁量の余地がなく、法令の定めるところにより、全国一律に行うべきであり、財政責任も国にあるためである²²⁹」とされた。

制度上機関委任事務として国の事務を行う市町村長は、当然ながら財政責任を負わず、国が各保険者に拠出金を賦課・徴収する（実際には老人保健拠出金の賦課・徴収事務は社会保険診療報酬支払基金が行う）仕組みである。不足分は翌々年度に精算という形で、各保険者に請求する仕組みであったから、被用者保険サイドから、「金庫番不在の制度」と批判をされた。しかし、市町村長にとってみれば、委任者である国が責任を負うべきだということになる。

これに対し、医療以外の保健事業は、市町村の団体委任事務とされ、その費用は国・都道府県・市町村が三分の一ずつ負担することとされた（老人保健法 20 条、49 条、50 条）。

(2) 地方単独事業としての老人医療費助成事業への締め付け

1) 老人保健法施行に伴う通達による地方単独事業に対する行政指導

老人保健法施行後も沢内村や名古屋市、千葉県習志野市など一部の市町村は、一部負担金の無料化（肩代わり助成）を継続した。

1982(昭和 57)年 12 月、沢内村議会は、60 歳以上の者に対する医療費助成を継続することを議決し、老人保健法の対象者である 70 歳以上の者の一部負担金も同様に村で助成（肩代わり）することとした。ただし、従来どおり村内の医療機関（沢内病院）にかかる場合に現物給付するもので、村外の医療機関にかかるには、本人負担で償還払いもない²³⁰。太田祖電村長は、「国は有料化により老人医療費を下げようとしているが、沢内村は老人医療費無料化により医療費は下がっており、有料化する意味は全くない²³¹」としている。

名古屋市では、暫定的な健康管理手当を半年支給した後、老人保健制度及び老人医療費助成制度対象者のうち、一部負担金の支払いが困難と思われる者を対象に、1983 年 8 月か

ら福祉給付金制度を実施した。

千葉県習志野市は、「68～69 歳について医療保険各法の規定により支払うべき一部負担金、70 歳以上について老人保健法の規定により支払うべき一部負担金に相当する額を助成する」との条例改正を行った。70 歳以上については、1 年間分をまとめて償還払いする方式とした。

なお、東京都をはじめ従来年齢引下げを行ってきた都道府県は、年齢引き下げは維持し、一部負担金は老人保健法の 70 歳以上と同様に負担を求めるという折衷方式にした²³²。ただし、重度障害者医療費助成については、従来 65 歳未満の重度障害者への助成を地方自治体が行い、65 歳以上の障害老人については老人医療費支給制度で無料であったが、老人保健法により 65 歳以上の障害老人は一部負担金が必要となった。このため、65 歳を境に無料有料の逆転現象が起こるため、全都道府県で 65 歳以上の障害老人の一部負担の補助を行うこととした。

国は、老人にも無理のない範囲で応分の負担をする、あるいは無料化による濫診濫療を是正するという老人保健法の趣旨に反するとして、地方単独事業の廃止を含めた再検討を求めた²³³。具体的には、1982(昭和 57)年 10 月 8 日付衛老第 3 号通知では、「本法の医療は、従来の老人医療費支給制度と同様に、市町村長が国の機関として実施するいわゆる機関委任事務であり、市町村長は本法の定めるところに従ってこれを実施しなければならないものであって、市町村長は、医療の内容、一部負担金の減免等医療の実施について本法と異なる取扱はできないものである」としている。また、「本法の医療の対象者に対する一部負担金を老人医療に関するいわゆる単独事業として地方公共団体が肩代わりすることは、本法の趣旨に反し厳に慎まれない」とした。同通知は、さらに地方単独事業について「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」としている。その権威付けとして第二次臨時行政調査会の第一次答申の「地方公共団体は単独事業としての老人医療費無料化ないし軽減措置を廃止すべきである」や基本答申の「上乗せ福祉については、徹底した見直しを早急に行い、全体としてその財政支出の合理化を推進すべきである」を通達末尾に引用している。また、1983(昭和 58)年 1 月 24 日付衛老計第 4 号通知では、「(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から、厳に慎むよう市町村長に特段の指導を行われたい」と都道府県知事に要請している。このような厚生省の指導については、老人保健法の国会審議でも地方自治体への押しつけではないかとの質疑がなされた^{注 5)}。

厚生省は、老人保健法第 28 条の一部負担金の減額免除は同法施行規則に定める災害等に限定されたものであるとし、低所得世帯などに減免を拡大することは妥当でないとした。

前田信雄氏は、「厚生省が沢内村の無料化問題を追及するとすれば、法律としては厚生省告示第 14 号『老人保健法の規定による医療の取扱い及び担当に関する基準』の中の第 5 条を盾に取ってくるのではないかと²³⁴」としていた。すなわち「一部負担金の受領を保険医療機関に義務付けた」規定で、「保険医療機関は、法（老人保健法一原著注）第 28 条第 1

項の一部負担金の支払いを受けるべきものとする」である。

ただし、真柄久雄氏は地方自治体の老人医療費助成条例は、一部負担金を減額するものではなく、それに相当する分の助成を別途行うとするもので、老人保健法がそれを否定しているとは読めないとする²³⁵。したがって、市町村が「のきなみ習志野市のような条例を制定すると、一部負担金規定が骨抜きになり、無意味になる」という意味で一部負担金の助成条例が老人保健法に違反するという理屈が成り立たないわけではないが、国が法的に争うことは考えられないとする。実際、厚生省も「法律の趣旨に反する」として、機関委任事務であることによる、指揮監督権に基づく行政指導及び老人保健臨時財政調整補助金の交付に絡めた指導を行うにとどまった。

これに対し、沢内村をはじめ名古屋市など 26 の地方自治体が何らかの公費負担による「上乘せ福祉」の続行を決定²³⁶した。

(3) 老人保健施設の創設と介護部分の公費負担割合引上げ

1986 年には、老人保健法の改正が行われ、老人加入者案分率の引上げと老人保健施設及び老人保健施設療養費支給制度の創設が行われた。1991 年の老人保健法の改正により、老人訪問看護制度が創設され、老人医療費のうち老人保健施設療養費、老人訪問看護療養費、看護強化病床の入院医療費については、費用負担割合が、国 12 分の 4、都道府県及び市町村が各 12 分の 1、医療保険者が 2 分の 1 と公費負担割合が引き上げられた。また、病床転換による病床削減も行われた。

老人保健制度導入の政策意図は、一部負担の導入による老人医療費の伸びの抑制と被用者保険からの財政支援による高齢者比率の高い国保の救済、及びこれによる国の財政支出増大の抑制であった²³⁷といえる。

2. 第一次医療法改正—地域医療計画の導入

1985 年の第一次医療法改正により、都道府県に策定が義務付けられた地域医療計画は、二次医療圏ごとに必要病床数を定め、医療供給体制に病床規制を導入するものであった。

医療計画の必要病床数による病床規制については、医療計画策定期間中に約 17 万床（7.8%）の駆け込み増床があり、医療計画導入によりかえって病床数は増えたが、1992 年以降減少に転じている。

病床規制についての都道府県知事の権限は、第一次医療法改正時には、病床過剰医療圏における新規参入や病床増設の抑制について、勧告をできるだけとされていた。しかしその後、国民健康保険法等の改正により事実上拒否できることとなった。具体的には 1998 年の国民健康保険法等の改正により、医療法第 30 条の 11 に規定する知事の勧告に従わないときには、保険医療機関の指定に際し厚生労働大臣は、申請に係る病床の全部又は一部を除いて指定を行うことができることとされている。（健康保険法第 65 条第 4 項第 2 号等関係規定参照）。

第 3 節 国保への国庫負担削減と国保の社会保障行政上の特異な位置

第 3 章で述べたとおり旧国保法は、自治的な事業運営とするため市町村単位の組合を保険者とする方式で制定されたが、実態としては市町村と事実上一体的に事業運営されていた。戦後の旧国保法の第三次改正により原則市町村公営となり、国保の運営は市町村の固

有事務とされ、岩手県の 10 割給付の独自の事業運営を生み出したが、国民皆保険の実現のための新国保法への改正で、廃止に追い込まれた。新国保法においては、国保の運営は国の事務とされ、市町村への団体委任事務となったが、沢内村に始まる老人医療費無料化の運動が国保の 10 割給付の形で始まるなど、国と市町村との政策執行関係において、特筆すべき特色ある事務といえる。

1. 退職者医療制度の創設と単独事業への国庫負担金等削減

(1) 医療費の 4 割負担から給付費の 5 割負担へ

1984 年の健康保険法等の改正で、医療費適正化のための被用者保険本人の 1 割負担の導入とともに退職者医療制度の導入が行われた。退職者医療制度とは、退職によって被用者医療保険から国保に移った高齢者の医療費を、老人保健制度の対象となる年齢（当初 70 歳、2006 年から 75 歳）までの間、在職していたときに加入していた被用者保険が負担すると同時に、給付水準は被用者保険の水準を維持する制度である。つまり、退職者の被用者保険並みの医療給付の費用が、退職被保険者の国保保険料と一部負担金と被用者保険拠出金で賄われる仕組みである。

当時の中曽根内閣の臨調・行革路線の大きな柱の一つであり、国庫負担削減のために必要な医療保険の給付の見直しと負担の公平化の措置と位置づけられた²³⁸。本人定率負担導入による被用者保険の財政負担の軽減（＝患者負担増）、退職者医療制度創設による国保財政負担の軽減（＝被用者保険負担増）、国保国庫負担の医療費の 4 割から給付費の 5 割への引き下げ（＝医療費の 38.5% 相当に国庫負担削減）の 3 つをワンセットで行うものであった。これ以降、国保への国庫負担は、削減の方向へ向かうこととなった。

(2) 国庫負担金の大幅削減と地方単独事業波及増分の国庫負担金等の減額

老人保健法制定の翌 1984 年に健康保険法等の改正が行われ、国庫補助率を大幅削減する国保法の改正と同時に、国保法第 70 条に第 2 項が付加された。同項は、一部負担金の割合を減じている又はその一部負担金に相当する額を負担している市町村に対する国庫負担金について、当該軽減又は負担の措置が講ぜられないものとして、政令の定めるところにより算定した額と規定し、減額するとしている。当該措置による医療費の波及増分の調整を図るというものである。これを受けて、「国保の国庫負担金等の算定に関する政令」の第 2 条 2 項は、法 70 条第 2 項の負担軽減措置の対象となる市町村に係る「療養の給付に要した費用の額」を「省令で定めるところにより算定」と規定している。具体的には、「国保の事務費負担金等の交付額等の算定に関する省令」第 4 条～6 条の「一部負担金の割合軽減等市町村に係る療養給付費等負担金の額の特例」の規定により算定した額とするとしている。同算定省令第 4 条は現物支給方式についてのみを減額対象にし、対象となる被保険者の延べ人数が被保険者の数に占める割合が百分の一を超える場合に限定している。

また、同時に「国民健康保険の調整交付金の交付額の算定に関する省令」第 4 条第 2 項により、調整交付金の対象需要額の減額措置が規定された。

地方自治体の単独事業に対する「公平な配分^{注 6)}」を名目とする国の療養給付費等負担金及び調整交付金の減額措置が法令化され、統制が強化されたのである。

これは、前述の老人保健法の医療が機関委任事務であることに基づく地方単独の老人医療費助成事業の条例が、老人保健法の趣旨に反するという国の行政指導が、効を奏しなか

ったことを受けた措置である。

この措置により、国の地方単独医療費助成に対する方向は、被保険者の窓口払の原則に対する違反を理由として、その廃止を求めるという強硬なものから、地方自治体の単独事業が国全体の保険財政に及ぼす影響の負担を求める方向に変化したといえることができる。

村松岐夫氏は、中央からの地方統制について「中央の側では、指導というよりも直接的な財政的サンクションの行使を必要とするようになる」とし、「市町村の側では、中央と対抗関係に入ることを覚悟しても実現したい事業があるとき、むしろ財政的サンクションを受け入れて、独自の立場を追及すること²³⁹」もあり得るとしている。

2. 国保への国庫負担の増減

(1) 国庫負担の拡充期

1958年12月新国保法が成立し、翌1959年1月1日から施行された。国は、新国保法第69条の規定により、保険者に対し事務の執行に要する費用を負担するほか、同法第70条の規定に基づき市町村に対し「療養の給付及び療養費の支給に要する費用」の20%を負担するとともに、同法第72条の規定に基づき市町村に対し「市町村の療養の給付及び療養費の支給に要する費用の見込み額」の5%の調整交付金を交付することとされた。

これらの国の負担は、新国保法により国民健康保険事業が、必要的団体委任事務となり（同法第3条1項）、また、「国は国民健康保険事業の運営を健全に行われるように努めなければならない」責任も明確になった（同法第4条1項）ため、旧法の事務費及び療養給付費の国庫補助金を国庫負担金に改めた²⁴⁰ものである。

旧国保法における療養給付費に対する国庫助成は、1953年度に予算措置として創設された助成交付金制度によって始まり、療養給付費の二割相当が交付された。1955年の旧国民健康法の第七次改正により、その補助金の総額は「療養ノ給付及び療養費ノ支給ニ要スル費用ノ十分ノ二ニ相当スル金額ヲクダラザルモノ」とされ（旧法第47条第2項）、予算補助から法定の義務補助となった。

1962年に世帯主の結核疾患又は精神疾患の給付率の七割への引上げと前年の日本医師会の保険医総辞退問題に関連して診療報酬が12.5%と大幅に上げられたことに伴う保険財政への影響を考慮して、療養給付費に対する定率国庫負担が25%に上げられた。

1963年に世帯主の全疾病について七割給付が実施されたことに伴い、低所得者に対する保険料軽減措置の創設による財源対策として、調整交付金の額が療養給付費の10%に上げられた。

1966年には、世帯員に対する七割給付が法定（全保険者の実施は1968年1月1日）され、これに伴い療養給付費に対する国庫負担率が四割に上げられた。同時に調整交付金は、再び5%に下げられ、国庫負担は療養給付費に対し45%となった。

(2) 国庫負担の削減期

オイルショックを期に日本経済は低成長が定着し、1981年設置された（第二次）臨時行政調査会は「増税なき財政再建」を掲げ、財政再建という見地からの改革を提言した。こうしたなかで、国保の国庫負担の縮減も進められた。

前述のとおり1984年の退職者医療制度の導入に伴い、国庫負担を医療費の45%から、一部負担金を除く医療給付費の50%へ引き下げられた。

1988年国民健康保険法の改正により、保険基盤安定制度、高医療費市町村に対する安定

化計画の作成、高額医療費共同事業が導入された。保険基盤安定制度については、低所得者に対する保険料軽減相当額を、従来の調整交付金の中の軽減費交付金にかえて、市町村が一般会計から国保特別会計に繰り入れることとし、国はその 1/2、都道府県・市町村は各 1/4 をそれぞれ負担するものである。安定化計画を作成する高医療費指定市町村に対する国・都道府県・市町村がそれぞれ 1/6 ずつ負担するものである。高額医療費共同事業には国と県の負担が市町村拠出金の 1/4 ずつ導入された。これらの制度の導入により、初めて国保制度への都道府県の負担が制度化された。

一方、これらの措置により、国保の運営の安定化が図られたことから、老人保健制度の拠出金の加入者按分率が 100%に引き上げられた 1990 年に、国保の老人保健医療費拠出金に対する国庫負担率が 52.5%から 50%へ引き下げられた。

1992 年度から 1994 年度にかけて、事務費負担金のうち人件費及び物件費の一部について、一般財源化するなわち地方交付税への振替が行われた。1998 年度には残っていた国保運営協議会の運営事務に係る経費や国保職員の研修事務に係る経費、被保険者証等の印刷物を印刷する経費などすべて一般財源化された。これに伴い、国民健康保険法第 69 条及び地方財政法第 10 条が改正された。

2005 年には三位一体の改革により、国保の給付費（拠出金を含む。）の国庫負担を、都道府県が 7%負担し 43%が国庫負担となった。また、保険基盤安定制度の保険料軽減分の国負担分 1/2 を都道府県が肩代わり負担し、保険料軽減分の都道府県負担は 3/4 とされた。

2006 年の医療改革で、保険者支援制度（低所得者の加入割合が高い保険者を国 1/2、都道府県 1/4、市町村 1/4 の負担割合で財政支援し、中間層の保険料負担の軽減を図る制度）、財政安定化支援事業（被保険者の応能割の負担能力の低さや高齢者への偏在等の要素を勘案して算定した額を市町村の一般会計から国保特別会計に繰り入れる事業。繰入による一般会計の不足には地方財政措置）、保険財政共同安定化事業・高額医療費共同事業（一定金額以上の医療費に関し、都道府県単位で一種の再保険事業を行う事業）が設けられた。

このうち、保険者支援制度に都道府県 1/4 の負担が導入され、財政安定化支援事業に地方財政措置が採られたことは、結果として国費の負担軽減になるものであった。

3. 国保の社会福祉行政上の特異な位置と国の責務

第 7 章第 2 節で詳述するとおり、1981 年 7 月の第二次臨時行政調査会の第一次答申は、国保の給付費の都道府県の一部負担に言及した。すなわち、同年 8 月厚生省は昭和 57(1982)年度予算の概算要求において、国保療養給付費の国庫負担率を 35%に引き下げ、引き下げ分の 5%を都道府県に負担させるという予算要求を行った。全国知事会の強い反対で、この予算案は撤回されたが、現在に至る国保の都道府県単位化の端緒とみることができる。

第 3 章第 3 節で述べたとおり、国は国民皆保険体制の構築に当たり、国保を国の事務として把握するとしながら、他の社会福祉行政とは異なり機関委任事務とせず、団体委任事務とした。そのうえで、団体委任事務も国の事務であることを理由に、法令等による国の関与を正当化した。その一方、財政責任を国保法に法定（第 69～70 条）し、地方財政法第 10 条の負担金に位置付け、上述のとおり高度成長期には税の自然増収により国庫負担率を引き上げる等の手当てを行った。

これに対し、前節 1 のとおり、1982 年の老人保健法の制定では、「市町村ごとの創意工

夫や独自裁量の余地がなく」、「全国一律に行うべきであり、財政責任も国にある」ことを理由に、「医療の給付」と同じ概念とされる「医療」を機関委任事務とした。しかし、この理由付けは、保険料の賦課徴収の一部を除けば、国保にも当てはまり、少なくとも国保の「医療の給付」については機関委任事務とすることが可能であることを示すものである。

しかし、「医療の給付」についても機関委任事務とされなかったのは、医療保険者の拠出金による老人保健法と異なり、保険料の賦課・徴収という保険制度の中核部分を、保険運営の実務上、市町村の実態に応じた自律的決定に委ねざるを得なかったからであろう。

団体委任事務という国保の社会保障行政における特異な位置付けは、戦前の国保が創設時の組合主義による保険者自治から「健兵健民」の国策遂行に力点が移ったことに見られるように、国による末端行政組織の活用という発想にその淵源があるともいえよう。

注釈

注 1) 自民党の 1978 年度運動方針で「新しい日本独自の構想による福祉社会づくり」が主張され、同年版の厚生白書は、日本特有の三世同居家族の意義を「福祉における含み資産」ともいふべきと評価し、それを生かすための条件整備が必要であるとした。

1979 年には、自助と地域の相互扶助を基本にした日本型福祉社会を目標とする「新経済社会 7 年計画」が閣議決定された。

注 2) シャウプ勧告は、日本の地方財政の「重大な弱点」として、次の 5 点を挙げている(付録 A の A 地方財政の諸問題)。
① 市町村、都道府県および国間の事務の配分および責任の分担が不必要に複雑であり、また重複している。
② 三段階の統治機関の間における財源の配分が若干の点において不適当であり、また国による地方財源の統制が過大である。
③ 地方自治団体の財源は地方の緊要経費を賄うには不足である。
④ 国庫補助金及び交付金は独断的に決定されることが多い。それらは、金額を予知することができず、各地方間における必要額の相違を適当に考慮することなくして定められ、時には地方が国庫支出額と同額を負担することが要求されて、地方財源に無理をしいることがある。
総じて、それを受ければ、国が地方に対して細かい点において過度の統制を行使するようになるのである。
⑤ 地方団体の起債権限はきわめて厳重に制限されている。

神戸都市問題研究所地方行財政制度資料刊行会編『戦後地方行財政資料別巻 1 シャウプ使節団日本税制報告書』勁草書房、169-170 頁、1983

注 3) この時期の福祉行政事務の地方移譲は、団体事務化又は団体委任事務化と呼ばれている。辻山幸宣氏は団体事務の観念を、団体委任事務以上に機関委任事務に近い観念とする。辻山幸宣「団体委任事務と団体事務」自治総研 13 巻 3 号、19 頁、1987

これに対し、芝池義一氏は、団体事務概念が自治事務概念と同義に解されてきたという経緯は別としても、団体事務として地方移譲された福祉行政事務に対する国の関与は強力ではあるが、それが団体委任事務といわれるものに対して行われている国の関与以上に強力であるかは疑問であるとしている。芝池義一「福祉行政事務の地方移譲の法的問題点」日本地方自治学会編『広域行政と府県』敬文堂、108-109 頁(注 11)、1990

注 4) 芝池義一氏は、機関委任事務を自治事務化(団体事務化)することの最大の法的意味は地方自治体の条例制定権が認められることであるが、実際の取り扱いは、条例制定の余地を「政令で定める基準に従い」とし、条例準則を提示して事実上制限している。こうし

た取扱が、この事務を団体委任事務とみることによって正当化されているとすれば、団体委任事務のイデオロギー的機能が発揮されているといえることができるとしている。芝池義一 前掲注 2)「福祉行政事務の地方移譲の法的問題点」、99-104 頁

注 5) 1972 年 7 月 8 日参議院連合審査における佐藤三吾議員の質疑参照

注 6) 1984(昭和 59)年 4 月 3 日衆議院本会議における中村佳子議員の「政府の意に沿わない施策を実施している市町村に政府が財政的圧力をかけやすくすることをねらっているのではないか。自治体の単独事業について不当な介入、干渉はすべきでない」との質問に対する渡部恒三厚生大臣の答弁「老人医療に関する地方単独事業につきましては、国の施策との整合性を考慮して適切に対応していきたいと考えております。なお、国保国庫補助につきましては、地方単独事業の実施による影響を考慮し、公平な配分を図ることといたしております。」参照

第5章 地方分権の進展と医療・福祉制度の変容

本章では、第1節で第一次地方分権改革以降の分権化の進展による医療保険制度及び医療提供制度の変容を分析する。第2節で、地方分権の進展による高齢者福祉の変容について、介護保険における市町村の役割と国の統制関与の変化について検討する。

第1節 地方分権の進展による医療保険制度・医療提供体制の変容分析

地方分権の進展により医療費保障制度及び医療提供体制にどのような影響が及ぶようになったか、国・地方自治体の行政に及ぼした影響について検討する。

1. 医療保険制度の変容

(1) 事務区分と地方自治体の責任

従来の機関委任事務・固有事務・団体委任事務という事務区分がなくなり、法定受託事務あるいは自治事務になることにより、地方自治体の責任は変化するのであろうか。

まず、事務区分が住民に対する地方自治体の責任に影響を及ぼすかについては、事務区分が国・地方自治体間の広義の国家の内部関係にとどまる以上、その変化は住民との関係には直接の影響を及ぼさないと考えられる²⁴¹。しかし、住民への給付事業を行っている場合、事務区分の変化で国の関与が減少するとすれば、通常は当該事業における地方自治体の住民に対する給付についての裁量権は増すと考えられる。

新田秀樹氏は、事務区分が市町村の責任に影響を及ぼすのは機関委任事務であったかどうかであるとする²⁴²。すなわち、機関委任事務から地方自治体の事務に変更された場合は、国の関与が減少し、地方自治体の自由度は増すため、地方自治体の政治的ないし社会的責任は増すが、決定に対する裁量が大きくなるため法的責任は相対的に小さくなるとする。

(2) 市町村の国保・老人保健の事務の自治事務化

2000年の地方分権一括法の施行による地方自治法の改正で、国からの団体委任事務であった市町村が国保の保険者として行う事務は、市町村の自治事務になった。国保は、療養の給付という現物給付を行う事業ではあるが、団体委任事務から自治事務への変化は、市町村の裁量権を増すものではなかった。

後期高齢者医療制度の前身の老人保健制度における医療は、1983年の創設時には、本来国が果たすべき事務を市町村長に委任する機関委任事務とされ、第4章第2節で述べたとおり、国の統制・関与が省令・通達により、詳細に定められていた。

地方分権一括法により、老人保健法の医療に関する事務は、市町村長に対する機関委任事務から市町村の法定受託事務（第1号法定受託事務）とされた（老人保健法第83条の4〔事務の区分〕）。これにより、上記の通達は単なる助言以上の意味を有しなくなり、市町村は、独自の判断で単独事業を行うことができることとなった。

同法のその他の保健事業は団体委任事務から市町村の自治事務となったが、2006年度の後期高齢者医療制度の創設により、いずれも広域連合および市町村の自治事務となった。

また、都道府県の医療保険関係の事務では、国民健康保険、老人保健関係の指導・監査事務が、都道府県の知事への機関委任事務から法定受託事務に見直されたが、実施主体は引き続き知事である。

なお、第二次地方分権改革においては、国保の事務に係る義務付け・枠づけの大部分が

残すこととされた。その理由は、地方分権改革推進委員会の第二次勧告において、存置を許容する要件の「地方自治体に義務付けられた保険に係る規定のうち、地方自治体以外の主体に対して義務付けられた保険と一体になって全国的な制度を構築しているもの」に該当するとされたからである。

(3) 国民健康保険の都道府県財政調整交付金制度の導入—三位一体改革における国保の財政調整権限の都道府県への移譲

三位一体改革において、都道府県の国民健康保険給付費の7%を都道府県調整交付金として都道府県が負担し、財政調整権限が付与されることになったことは、国保への都道府県負担の導入と権限移譲の動きとして重要である。

都道府県調整交付金の算定の基準として、地方団体や関係省庁とも協議のうえ、「都道府県調整交付金ガイドライン」が定められている。財政調整における国と都道府県の役割分担として、国は「全国レベルで行うべき医療費や所得の格差を是正すること」を、都道府県は「都道府県レベルで行うべき医療費や所得の格差を是正すること」を基本としている。具体的には、国は災害等による保険料減免など全国レベルで財政調整を行うことが望ましいものなどに、都道府県はよりきめ細かな調整や市町村の国保財政安定に必要な取り組みに長瀬尾交付金を交付するとしている。

この財政負担と調整権限付与により、都道府県が国保の運営に当事者意識を持つ契機の一つとなったとはいえるかも知れないが、そのことをもって都道府県単位化ましてや都道府県運営化の動きを正当化するのは無理であろう。

なお、2012年の国保法改正により、都道府県調整交付金は国民健康保険給付費の9%へ引き上げられ、定率国庫負担は32%へ引き下げられた。これは、国保の都道府県単位化の推進のため、2015年度から保険財政共同安定化事業の対象医療費額がすべての医療費に拡大されることによる市町村間の拠出金負担の変動の調整に充てるものである。

この問題については、第7章の調査を踏まえて考察する。

(4) 後期高齢者医療制度の創設と広域連合

後期高齢者医療制度の運営主体は、厚生労働省の試案段階（2005年10月）では市町村となっていたが、市町村の強い反発により、都道府県単位で財政運営を行う広域連合を作り、そこに全市町村が加入し、それを実質上の保険者とすることとなった²⁴³。

この経緯は、地方分権が進展した今日では、地方自治体の意向を全く無視して、法律上の義務付けを行うことはできないことを示している。特に、地域医療保険においては、被保険者管理や保険料徴収の点で市町村に依存せざるをえず、その意味で、地方が優位に立つ情報資源（情報収集処理能力）と組織資源（政策実施能力）と国が優位に立つ法的資源や財政資源を介し、両者の相互依存関係²⁴⁴が明らかになったといえる。

もっとも、2006年の医療制度改革においては、医療保険制度の再編・統合を別の観点すなわち、安定的な財政運営ができる保険者規模が必要であること、医療サービスもおおむね都道府県の中で提供されている実態があり、各都道府県において医療計画が策定されていること等から、都道府県単位を軸として進める方向が明確にされた²⁴⁵。政府管掌健康保険を民営化（公法人たる全国健康保険協会を保険者として設立）し、都道府県支部単位の財政運営（都道府県単位の保険料率）としたことや、未だ実例はないが、健康保険組合の企業・業種を超えた都道府県単位の地域型健保組合の設立を認めたことが挙げられる。結果

的には後期高齢者医療制度の運営主体を都道府県単位の広域連合としたこともその流れに沿うものであり、立法担当者は「このような形で制度化が実現できたことの意義は大きい²⁴⁶⁾」と評価している。

後期高齢者医療制度は、自治事務とされたので、広域連合及び市町村の裁量で判断することができる事務となったが、実際には法律に基づき政令や省令に細かく規定されており、地域の独自色を出す余地はあまりない。

なお、政府管掌健康保険から全国健康保険協会に移管された協会けんぽは、都道府県単位に一般保険料率を定めるなど都道府県単位の財政運営を基本としている。しかし、本部の運営委員会の議を経て厚生労働大臣の認可を得る必要があるなど、実質的な決定権は中央に留保され、実務の執行を地方機関が担う地方「分散^{注1)}」に過ぎない。

(5) 後期高齢者医療制度の見直しと国保の広域化等支援方針の策定

後期高齢者医療制度は、75歳以上の高齢者を被保険者とする独立した保険集団とし、後期高齢者に対する終末期相談支援料などの17の独自の診療報酬を導入した点などから、姥捨て山などの批判を浴びた。また、介護保険で導入済みの仕組みである保険料の年金からの天引きも批判された。新制度の周知の不徹底と準備期間の不足が批判を招いた部分もあったが、制度設計にかかわる批判もあった。そのため、国は、①資格証明書は原則として交付しないこと②国からの補助制度を周知するとともに、人間ドックに対する助成助成を再開するよう市町村へ要請③75歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、平成22年4月の診療報酬改定において廃止等の改善を行った。

また、低所得者の保険料軽減（均等割9割・8.5割、所得割5割軽減）や被用者保険の被扶養者の保険料軽減（均等割9割）、70歳から74歳までの患者負担割合の1割から2割への引上げの凍結といった軽減措置を継続することとした。保険料率の改定についても、広域連合の財政収支における剰余金を充当することに加え、都道府県に設置されている財政安定化基金の取崩し等により保険料負担の増加を極力抑制するなどの対応をした。

後期高齢者医療制度の廃止を掲げた民主党政権は、それに代わる高齢者医療制度を検討するため2009年11月「高齢者医療制度改革会議」を設置した。同会議は2010年12月、「高齢者のための新たな医療制度等について（最終とりまとめ）」（以下「最終とりまとめ」という。）をまとめ、新たな高齢者医療制度案を示した。

その中で、国民健康保険（以下「国保」という。）の運営のあり方について、第一段階として75歳以上については都道府県単位の財政運営とし、75歳未満については都道府県が策定する「広域化等支援方針」に基づき、保険料算定方式の統一や保険財政共同安定化事業の拡大等の環境整備を進めたうえで、第二段階で全年齢での都道府県単位化を図っている。

しかし、都道府県単位の国保の運営主体について、「都道府県が担うことが適当であるとの意見が大勢である」とした最終とりまとめ案に対し、全国知事会は、都道府県も積極的に責任を負う覚悟はあるとしながら、国保の構造的問題の議論なき都道府県化であり、国の財政責任の拡充がみられないとして反対を表明した^{注2)}。

新田秀樹氏は、都道府県単位の国保運営は、「基礎自治体たる市町村が可能な限り多くの行政事務を担う」という地方分権の原則的考え方に反すること、また、保険財政の安定化及び保険料の平準化を徹底すると、国保の運営単位は国の方が妥当なのではないかという

疑問を生じ、説得力を欠く²⁴⁷とする。

一方、2010 年国民健康保険法の改正で、市町村国保の運営の広域化を図るため導入された広域化等支援方針については、策定が義務づけられていないにもかかわらず、本論文執筆時現在新潟県を除く 46 都道府県が策定済みである。

しかし、第 7 章第 1 節で調査分析するが、厚生労働省の示した「広域化等支援方針策定要領」（平成 22 年 5 月 19 日付厚生労働省保険局長通知、以下「策定要領」という。）に沿った支援方針を策定した都道府県は少数であり、多くは市町村の徴収率の改善などの財政安定化策にとどまっている。

(6) 国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議の場の設置

高齢者医療制度改革会議の最終とりまとめは、「国は、引き続き、都道府県をはじめとする地方関係者との調整を行う」ための場を設けるよう求めた。これを受けて、2011 年 2 月に「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」が設置され、5 回にわたりワーキンググループで、財政基盤強化策、国と地方の役割分担、費用負担の在り方、財政運営の都道府県単位化等について、議論が行われたが合意は得られなかった。

2011 年 10 月 24 日には、正規メンバーによる第 1 回の政務レベルでの協議が開催され、厚生労働省から、社会保障・税一体改革成案において、市町村国保の財政運営の都道府県単位化・財政基盤の強化、低所得者保険料軽減の拡充等、2200 億円程度が位置づけられているという説明がなされた。これに対し、地方側は、金額は不十分であるが確実に確保し、さらに増額に努めるよう要望がなされた。

その際、全国知事会からは、「この協議と法定の国と地方の協議の場の関係について明確にすべきではないか、国保は、社会保障・税一体改革分科会において議論されるべき重要な問題だと考えるので、しかるべき段階で分科会の開催を求めたい」との発言があった。

法定の「国と地方の協議の場」には、社会保障・税一体改革分科会が設けられたが、国保に関する分科会は設けられなかった。しかし、2012 年 1 月 6 日に政府・与党で決定した「社会保障・税一体改革素案」において、市町村国保の財政基盤の強化については『「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」の場で協議した上で（法案を）提出する」とされたことを受けて、同年 1 月 24 日に第 2 回の政務レベルの協議が開催された。地方側は、2200 億円を不十分としつつも、これを了承した。合わせて、それに伴う「国民健康保険法等の一部を改正する法律案」についても了承した。

このことは、国保に関しては、「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」が、国と地方の協議の場と並んで、国の立法に関して地方の代表参加の道を開いたといえる。

2. 医療提供体制の変容

(1) 地域医療計画の策定

医療計画の策定は、都道府県の団体委任事務であったが、2000 年 4 月の地方分権一括法の施行に伴い自治事務となった。その他、医療法関連では、機関委任事務から自治事務となったものに、病院等の開設許可（医療法第 7 条）や病院等の開設者に対する報告徴収・立ち入り検査（医療法第 25 条）などがある。

また、機関委任事務から法定受託事務になったものには、医師免許等の取り消しの際の

意見の聴取（医師法第7条第5項）などがある。

機関委任事務から国の直接執行事務へ移行した主な事務は、保険医療機関の指定・取り消し、保険医・保険薬剤師の登録・取り消し、国民健康保険、老人保健関係を除く保険医療機関に対する指導監査などである。

2000年に成立した第4次改正医療法では、基準病床数の算定について、入院率の設定や流入・流出患者数設定の考え方が、従来よりも都道府県の実情を踏まえたものに改められ、知事の裁量が一部認められた。

(2) 都道府県医療費適正化計画の導入

2006年に成立した高齢者の医療の確保に関する法律は、その第2章に医療費適正化の推進を掲げ、第8条で「厚生労働大臣は、（中略）医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（以下「医療費適正化基本方針」という。）を定めるとともに、5年ごとに、5年を一期として、医療費適正化を推進するための計画（以下「全国医療費適正化計画」という。）を定めるものとする。」とした。さらに、第9条で、都道府県に医療費適正化基本方針に即して、都道府県医療費適正化計画の策定を義務付けた。

医療費適正化基本方針には、「住民の健康保持の推進に関する目標」として特定健康診査や特定保健指導の実施率等を、また、「医療の効率的な提供の推進に関する目標」として、平均在院日数と療養病床の目標数値を定めることとされた。

厚生労働省は、2007年9月「地域ケア体制の整備に関する基本方針」を示し、都道府県に中長期の地域ケア体制と療養病床転換に関する計画を盛り込んだ「地域ケア体制整備構想」の策定を求めた。その中で、医療費適正化計画における「医療の効率的な提供の推進に関する目標」である療養病床数の達成を前提に、2011年度までの療養病床転換推進計画を作成し、第4期介護保険事業支援計画において、受け皿となる介護施設等の介護サービス量を適切に見込むことを指示した。

診療報酬に対する地方分権の動きとしては、5年の医療費適正化計画期間終了後の評価によって、「目標達成のために必要と認めるときは都道府県が厚生労働大臣に対し診療報酬に関する意見を提出できる」（高齢者医療確保法第13条1項）こととされた点が挙げられる。ここで、都道府県が提出する意見は、全国共通の診療報酬体系全般にわたる意見で、提出都道府県の個別の診療報酬にかかる意見ではない^{注3)}。第13条第2項は「厚生労働大臣は、前項の規定により都道府県から意見が提出されたときは、当該意見に配慮して、診療報酬を定めるように努めなければならない。」と努力義務を定めている。戦後一貫して厚生労働大臣が全国一本の診療報酬によって医療費のコントロールを行ってきた制度に、知事の意見提出を認めるものではあるが、あくまで配慮するにとどまり、厚生労働大臣の努力規定である。これに対し、一方で、「厚生労働大臣は医療費適正化を推進するために必要と認めるときは他の都道府県の診療報酬と異なる定めをすることができる」（高齢者医療確保法第14条1項）こととされた。この場合は、都道府県ごとの診療報酬の特例を定めるものであり、大臣はあらかじめ関係都道府県知事に協議するものとする（高齢者医療確保法第14条2項）こととされているが、13条の診療報酬の意見とは異なり、医療費適正化計画の評価によるペナルティに対する納得を得るという要素が強いといえよう。

なお、医療費適正化計画の策定は都道府県の義務的法定自治事務であり、都道府県の実情に応じた自律的な計画策定が行われるのが当然である。しかし、実際にはその策定にあ

たり参酌標準に過ぎない国の算定式を遵守させようと厚生労働省の強引な指導がなされた。それにもかかわらず、2008年9月、当初の予定より半年遅れて全国医療費適正化計画が告示され、確定済みの44都道府県の医療費適正化計画の目標療養病床数が、目標療養病床数は厚生労働省の目標見込の15万床を大幅に超える約21万床となった²⁴⁸。

その理由の分析調査は第Ⅲ部第6章で詳述する。

(3) 地域医療計画の変容—第5次医療法改正

2007年施行の第5次医療法改正で導入された「医療提供体制の確保に関する基本方針」では、前文で「都道府県においては、この方針に即して、かつ、それぞれの地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るための計画（以下「医療計画」という）を定めるものとする。」としている^{注4)}。さらに、具体的に、同基本方針第1.1の「医療提供体制の確保のため講じようとする施策の基本的考え方」では、「医療に対する住民の意識、医療提供体制の現状は、都道府県により、あるいは都道府県内においても都市部とそれ以外の地域とでは、大きな違いがあることから、具体的な施策を講ずるに当たっては、それぞれの地域の状況やニーズに十分配慮していかなければならない」としている。

また、同基本方針第1.2の「医療提供体制の確保に関する国と都道府県の役割」では、「安全で質が高く効率的な医療提供体制を確保するためには、都道府県が中心となって、その医療計画に基づき自らの創意工夫で施策を企画立案及び実行し、国は都道府県の取り組みを支援することが必要である。」としている。

なお、第5次医療法改正では、救急医療・災害時における医療・僻地医療・周産期医療・小児医療の5事業とガン・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病の4疾病に係る医療提供施設間相互の機能分担及び業務の連携の確保が導入された。

それまでの病床数規制から、病院機能の分化・連携体制の確保に変容したとされる。医療法の規制法的機能から、政策遂行機能への転換が、基本方針の都道府県中心の企画・立案・調整を促す記述となっているといえよう。これに対し、島崎謙治氏は、都道府県の役割に比べ「企画・調整を担う人材の育成を含め総合的な取組体制の構築は立ち遅れている」²⁴⁹としている。筆者の経験からも、この点は同感であるといわざるを得ない。

(4) いわゆる地域主権改革—一括法による医療計画・医療費適正化計画の見直し

第1章第2節で述べたとおり、地方分権改革推進委員会の第三次勧告により、義務付け・枠づけの見直しの「3つの重点事項」の一つとされた、「計画等の策定及びその手続き」に該当するものとして、医療計画と医療費適正化計画についても、次のとおり見直された。

まず、第一次一括法により、必ず医療計画で定めるものとしていた地域医療支援病院等の整備目標（改正前医療法第30条の4第1項9号）や医療提供体制の確保に関して必要な事項（改正前同項13号）について、任意事項とした。

すなわち、改正後の医療法第30条の4第3項では、「医療計画においては、前項各号に掲げる事項のほか、次に掲げる事項について定めるよう努めるものとする。」とし、第1号に「地域医療支援病院の整備の目標その他医療機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項」を、第2号に「前号に掲げるもののほか、医療提供体制の確保に関し必要な事項」を掲げている。

これに対し、基準病床数及び病床整備等の区域（第二次医療圏等）については、第二次一括法により「標準」を「基準」に改めるという改正が行われた（医療法第30条の4第5

項及び第 6 項)。

医療費適正化計画については、第 6 章第 2 節 3 で詳述するとおり、第二次一括法により、「住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項」や「医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項」さらには「これらの目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項」については、各都道府県が任意に記載する事項となった（改正後の高齢者医療確保法第 9 条第 3 項）。

その結果、医療費適正化計画の必須的記載事項は、「医療費適正化を推進することによる計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項」のみとなった。

第 2 節 地方分権の進展による高齢者福祉の変容

介護保険法は、「地方分権の試金石」といわれて創設されたが、1997 年の介護保険法制定時には、市町村の介護保険事務は団体委任事務であるとされた²⁵⁰。国民健康保険法の事務区分と同じで、国の事務の市町村への団体委任という位置づけであった。

2000 年の地方分権一括法による地方自治法の改正に伴い、介護保険事務は施行時には自治事務となった。この第一次地方分権改革により、国の関与の法定主義が定められ、国の関与は限定されることとなったが、介護保険は法と政省令によって細かく規律され、市町村の裁量は限定的にしか認められていなかった。介護保険法では 1 号保険料の設定に関する部分を除き、介護認定基準や支給限度額、サービス事業者の指定基準、介護報酬など、特に給付面の内容は国が定めており、市町村は単なる実施機関に過ぎない。その理由について、堤修三氏は、① 5 割を占める公費負担と、② 3 割を占めている 2 号保険料（全国の 2 号被保険者が納付）が、全国の市町村に一律に交付される仕組みになっており、財源構造面から不可避免的に中央集権となっているからである²⁵¹とする。

しかし、2005 年の介護保険法の改正により、地域密着型のサービスの事業者の指定や指導監督権限が市町村長へ移譲された。また 2011 年のいわゆる地域主権改革第一次一括法及び「介護基盤サービスの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」により、人員基準及び設備・運営基準、利用定員・入所定員に関する基準の都道府県条例（地域密着型については市町村条例）へ委任され、指定居宅サービス事業者等の指定、監督権限が指定都市・中核市へ移譲されるなど、地方分権が進展している。

1. 市町村が介護保険の保険者とされた理由

市長会や町村会の強硬な反対にもかかわらず、介護保険の保険者が市町村とされたのは、介護保険が次の理由から地域保険として構想されたことによる²⁵²。

第一には 65 歳以上の高齢者の大部分は、退職し地域に生活の根拠を置いていることである。第二には高齢者の収入のほとんどは年金収入で、事業所から給与収入などを得ている者は多くはないことである。

地域保険として制度設計する場合、後期高齢者医療制度の広域連合のように新たに保険者となる主体（ただし、後期高齢者医療広域連合は、完全な保険主体とはいえない―筆者注）を創設することも考えられるが、既存の地方公共団体が保険者となる方が現実的である。わが国では、旧国民健康保険法の創設時に組合主義が採られた例がある（それも普通

国保組合は市町村役場で吏員が実務をとるのが実態であった（一筆者注）が、ほとんどの社会保険の運営主体は国又は地方自治体である（ただし、健康保険法では、創設以来、被用者保険は、旧政府管掌健保を除いて、健康保険組合など公法人が保険者であった。現在では、旧政府管掌健保も公法人の全国健康保険協会が保険者となっている）。

そうだとすると市町村か都道府県かということになるが、介護サービスの利用が概ね市町村の範囲内で行われる点から、市町村を保険者とするものとされた。

その他に、市町村が介護保険の保険者とされる理由として、1990年の福祉八法改正により、老人福祉法に基づく措置による高齢者福祉サービスの実施主体が、市町村とされていたことがあげられる。更に、老人保健法に基づく老人保健施設や訪問看護・療養型病床群などの介護サービスに近い医療的サービスを、市町村が給付の実施主体となつて行われていたことも、市町村が介護保険の保険者とされる理由の一つとなった。

実際には、市町村を支援するための仕組みとして、第2号保険料及び国庫負担による全国的な財政調整、医療保険者による第2号保険料の徴収代行、年金保険者による第1号保険料の天引きなどの制度が用意されたほか、広域連合や一部事務組合など広域による運営が全国的に広がった。介護サービスの地域性を、市町村を保険者にふさわしいとする理由付けは、広域化によりその根拠の薄弱さを露呈したといえよう。

前述のとおり市町村が保険者として行う事務は、地方自治法の自治事務に該当するので、保険料率などは市町村の条例で定めることとされている（介護保険法第129条）。

保険者としての事務には、介護保険事業計画の策定、被保険者の資格管理・要介護認定・保険料の賦課徴収・地域密着型サービスの指定・指導・監督・地域支援事業の実施などがある。特に最後のサービス供給を統制する権限は、保険者機能発揮するうえで重要である。

2. 介護保険事業計画の策定の変容

介護保険事業計画は、厚生大臣の定める基本方針に即して、介護給付等対象サービスの種類ごとの量の見込み、見込み量確保のための方策、居宅サービス事業事業者相互間の連携確保に関する事業その他の介護給付等対象サービスの円滑な提供をはかるための事業に関する事項等を市町村ごとに定める在宅サービスの確保に重点をおいた計画である²⁵³。

介護保険事業計画は、目標設定性と手段総合性という行政計画の要件を備えており、行政計画と呼ぶことができる。

介護保険事業計画の策定も自治事務であり、その策定に当たっては被保険者の意見を反映する措置を講じることとされており（介護保険法第117条第6項）、多くの市町村では、介護保険計画策定委員会に被保険者が委員として参加することになっている。その点で、被保険者自治が国保に比べて一定程度、制度化されているといえる。

なお、市町村の介護保険事業計画の策定義務とそれに基づく基盤整備責任が、市町村に介護サービスの直接提供の義務を負わせるかについては、現行法の下では否定的に解するのが通説である。前述の菊池馨実氏のように、十分な民間サービスが進まない場合には、最終的には、憲法第25条1項を根拠として、自治体に直接サービス供給義務が課されるとする見解もあるが、生存に関する急迫性がある場合に老人福祉法に基づく（行政主体としての）市町村の措置義務が生じる以外に、一般的にサービス提供義務が課されているとはいえない²⁵⁴。

市町村が自ら介護サービスを提供する公営サービスを行うか否かは、介護保険事業計画達成のための選択肢の一つに過ぎず、市町村の裁量に委ねられる。計画で定められたサービスの必要量を達成できない場合には、市町村は政治的責任を負うに留まり、法的責任を問うことは難しい²⁵⁵。

2005年の改正により、市町村が住民の日常生活を営んでいる区域として介護保険事業計画に「日常生活圏」を設定することになった（第117条2項1号）。

また、厚生労働省は、2010年10月7日付で介護保険法第116条の基本方針を改正し、介護保険3施設及び介護専用の居住系サービス（認知症高齢者グループホーム及び介護専用型特定施設）の適正な整備を図る、いわゆる37%参酌標準を廃止した。国は、「地方分権の趣旨等を踏まえ、より地域において、その実情に応じた基盤整備が責任を持って行えるようにしたもの」としている。

なお、2011年の「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」により、介護保険事業計画に「サービス利用見込量の確保のための方策」を記載することは、市町村の努力義務とされた（改正介護保険法第117条第3項）。

3. 保険者としての市町村の事務－自治事務

(1) 被保険者資格の管理・要介護認定

被保険者資格の管理は、年齢と住所を被保険者資格とする介護保険の保険者たる市町村の保険運営の基礎的事務である。

要介護認定は、保険者である市町村が、当該被保険者が介護給付を受ける資格を満たしている要介護・要支援状態に該当するか否かを一定の基準に基づき確認する準法律的行政行為であり、その効力を訴訟により争うには、取消訴訟による必要がある²⁵⁶。

要介護認定については、不要論があるが、堤修三氏は、介護サービスの特質やケアマネジャーの技術及び雇用形態から、医療における医師の判断と同様には扱えないとする。

筆者も、介護保険財政や入所施設の待機者問題などの厳しい現実から、介護認定という標準は必要と考える。

(2) 保険料の減免

介護保険法第142条は「市町村は、条例で定めるところにより、特別の理由がある者に対し、保険料を減免し、又はその徴収を猶予することができる」としている。減免の範囲は保険者としての市町村の条例に委ねられているが、厚生労働省の介護保険条例参考例では、「特別の理由」を災害などによる一時的な所得減少の場合に限定している。すなわち、被災者などの一時的な所得減少者に対しては申請により保険料の減免の途を開いているが、恒常的な低所得者に対しては減免を認めないこととしている。

保険料の減免も含め市町村の介護保険事務は、市町村の自治事務である（介護保険法第203条の3[事務の区分]は、第156条第4項、第172条第1項及び第3項並びに第197条第3項の規定により都道府県が処理することとされている事務のみを第1号法定受託事務と規定しており、その他の事務は自治事務である）。したがって、介護保険条例参考例は、あくまで参考例にすぎず、市町村はこれに拘束されることなく、独自の減免理由を条例に定めることができる。実際に独自の減免措置を行う市町村が相当数ある^{注5)}。

これに対し、厚生労働省は、保険料の独自減免のうち①全額免除②収入のみに着目した

一律減免③一般財源を投入しての減免分の補てんを適当でないとして、「減額のみ（全額免除はしない）」「個別申請により判定（一律減免しない）」「保険料財源（一般財源で補てんしない）」を保険料減免の3原則として、その遵守を指導している。これに反した場合には、財政安定化基金からの貸付を行わないなどのペナルティを課すとしている。

これは、自治事務に関する国の関与として地方自治法上認められている是正の要求や是正の勧告に該当しない不当な関与と言わざるを得ない²⁵⁷。

(3) 地域密着型サービスの事業者の指定・監督

地域密着型サービスの事業者の指定や指導監督権限、介護報酬の決定権限の部分的な市町村長への付与は、市町村の保険者機能の強化という観点からも説明される²⁵⁸。

事業者の指定について、知事の指定についてと同じく、介護保険サービス事業者としてふさわしいかどうかの確認行為であるとされる。定められた要件を満たしている場合は当然指定されることになり、総量規制がある場合を除き、行政庁の判断の入る余地はないとされる²⁵⁹。

(4) 地域支援事業の実施

地域支援事業は、被保険者が要介護状態等になることを予防し、できる限り地域で自立した生活を送ることができるように、一人ひとりの状況に応じた予防対策を図るとともに、要介護状態になった場合においても、地域で自立した日常生活を送れるよう支援することを目的として、市町村が介護給付費の3%以内で行う事業である。介護予防事業には、2号被保険者の保険料を充てられるが、包括的支援事業・任意事業については、2号保険料の投入ができない。なお、2011年の介護保険法の改正により、日常生活支援総合事業を行う市町村は、当該事業に1号保険料を投入することができることとなった。

特に、介護保険法の給付対象ではないが、要支援・要介護状態となる可能性が高い高齢者を対象とした介護予防事業（同法122条の2第1項、115条の38第1項1号）は、それまで市町村の介護保険外事業として実施されてきた介護予防・地域支えあい事業などの老人保健事業等を一元化し、統一的な体系のもとで、連続的かつ効果的に介護予防サービスを提供するものとして創設された²⁶⁰。

注釈

注 1) ここで「分散」とは、西尾勝氏の日本の政府間関係の分析概念の一つである集中－分散の軸の用法を借用したが、協会けんぽの本部・支部関係は、政府間関係ではないので西尾氏の意味するところと同じではない。集中－分散とは、ある政府の事務・権限の執行（行政サービスの生産と供給）がどのレベルの区域で行われるかという概念である。集中とは、より広域レベルの機関に留保されること、より広域レベルに引き上げられることを言い、より狭域レベルへ委ねることを分散とするものである。

西尾勝『行政学の基礎概念』東京大学出版会、426頁、1990

注 2) 平成22年12月20日付全国知事会「持続可能な国民健康保険制度の構築に向け国の財政責任を含めた本質的な検討を求める」

注 3) 平成18年6月6日参議院厚生労働委員会水田邦雄保険局長答弁「(13条は)全国共通の診療報酬を定めるに当たって、都道府県から意見が提出されたときには、(厚生労働大臣は)これに配慮して定めるように努めなければならないということを、確認的に

規定したもの」で、趣旨は「医療費適正化に取り組む都道府県からの様々な意見を踏まえてこういった診療報酬の見直しを行って、医療費適正化に係る都道府県の取り組みを支援するということを明確にした」。「現実の手続きとしては、中医協への諮問、答申を経て大臣が決定するということで、あくまで努力規定である。」

「一方で、第 14 条の規定は、この診療報酬に特例を設ける、この診療報酬の例外のことを規定したもの」で、「創設的に規定したもの」で、特例を講じる都道府県は、個々の都道府県の計画の実績評価を踏まえて選定し、「厚生労働大臣が提案する」ものに対し、「関係都道府県と協議をしたうえで設定する。」

注 4) 「医療提供体制の確保に関する基本方針」平成 19 年 3 月 30 日付け厚生労働省告示第 70 号。

注 5) 2010 年度介護保険事務調査によれば、2010 年 4 月 1 日現在単独減免をおこなっている保険者は 529 で全保険者 1,587 の 33.3%を占めている。このうち、減免 3 原則の範囲内で行っている保険者が 479 で 90.5%である。厚生労働省「介護保険最新情報」vol.157、平成 22 年 8 月 12 日

第Ⅲ部 地方分権の進展による医療・福祉行政の変容

地方分権の進展により、医療・福祉行政の領域において国・地方自治体間関係にどのような変化が生じているのか、4つの事例により調査分析した。この4つの調査対象は、序章第2節（3）2）で述べたとおり、地方自治体の裁量権がある自治事務であることと、その事務の執行に対する手続き、判断基準等を地方自治体に枠づけする国の意向が明確であることから選択した。

第6章では、都道府県医療費適正計画の策定における国の統制と自律的意思決定の相剋が、医療費適正化計画の策定過程にどのような影響を及ぼしたのか6都県調査により検討する。また、この国の統制と都道府県の自律的意思決定の不調和がもたらす政策の実質的変容について、国と地方自治体間関係の「折り合い(分権的類型)」として捉え、検討する。

第7章では、国保の広域化等支援方針（以下「支援方針」という）の策定を中心に、医療費保障制度における国・地方自治体間関係の変容について検討する。都道府県の支援方針の策定については、策定済みの各都道府県の支援方針を分析し、それを踏まえて行った支援方針の策定に関する都道府県調査により検討する。また、高齢者医療制度改革会議の全国知事会を代表する委員であった神田真秋愛知県知事(当時)へのインタビューを行い、国保の都道府県単位化に対する全国知事会の動向を検討する。さらに、国保の広域化と市町村単独の医療費助成事業に関する市町村調査を行い、①国保の都道府県単位化が市町村国保に及ぼす影響などの検討と、②市町村の独自事業である福祉医療費助成事業について検討する。

第8章では、介護基盤緊急整備事業や介護施設の基準の条例委任に関する都道府県調査を行い、国の施設整備助成措置に対する都道府県の自律的意思決定について検討する。

第6章 医療費適正化計画策定調査－医療行政における国・地方自治体間関係の変容

2006年の医療制度改革の大きな特徴は、高齢者医療確保法の第1条（目的）で、医療費適正化を法的に医療行政の目的として位置付け、さらに国と地方公共団体の責務として、医療費適正化を図る取組の実施、具体的には医療費適正化計画の策定・進捗管理・評価を義務付けたことである（同法第3条、4条）。

しかし、国と都道府県の二段階における医療費適正化計画の策定は、構造的に上位計画である国の計画と都道府県の計画との整合性を図るために、国による地方自治体計画の統制問題が生じる。一方で、地方分権の進展により、地方自治体の自己決定権が拡大し、計画策定の自律性も高くなっており、医療費適正計画の策定は統制と自律性の相剋を内包していた。

本章では、第1節でこの相剋が医療費適正化計画の策定過程にどのような影響を及ぼしたのか検討するとともに、第2節において、この国の統制と都道府県の自律的意思決定の不調和がもたらす政策の実質的変容について、国と地方自治体間関係の「折り合い(分権的類型)」として捉え、検討する。

第1節 医療費適正化計画中の医療療養病床に関する6都県調査

2008年9月、当初の予定より半年遅れて全国医療費適正化計画が告示（2008年9月8日厚生労働省告示第442号）され、確定済みの44都道府県の医療費適正化計画の目標療養

病床数が、厚生労働省の目標見込みの 15 万床を大幅に超える約 21 万床となったことが公式に明らかにされた。その結果未確定の県や途中から除外されることとなった回復期リハビリテーション病棟の病床数を含めると、目標年次の 2012 年度末の医療療養病床数はほぼ現状どおり維持される計画となったのである。

医療費適正化対策は、2006 年の医療構造改革に際し、経済財政諮問会議が強く求めた医療費の伸び率管理に代わる枠組みとして、国が推進している医療費抑制策の柱であるにもかかわらず、なぜこういう状況になったのか。政府の病床規制策の歴史を踏まえ、地方分権の進展による都道府県の行政計画策定における自己決定権の拡大との関連について調査・検討した

1. 調査の背景

保険者でもなく診療報酬決定の権限もない都道府県が、なぜ医療費適正化の主導的役割を担わされることになったのか。政府は、既に都道府県が持っている病院の開設許可権限、医療計画の策定権限などに加えて、医療構造改革で新たに医療費適正化計画の策定権や特例的な診療報酬設定の申出を行う権限が認められるので、こういう権限を持つことになる都道府県が医療費適正化計画を策定するのが適当であると説明している^{注1)}。その必要性については、わが国の医療費に大きな地域差が存すること、その是正のためには地域の視点が必要であることをあげており、一見地方分権と同じ方向性を指向しているかにみえる。

しかし、この制度改正の経緯をみる限り、医療費適正化計画は国からの義務付け・枠付け事務の色合いが濃く、地方分権とは方向が逆だといわざるをえない。なぜならば、政策目標である医療費の地域差の解消ないしは縮小は均一化・画一化の要求であるからである。

しかるに、その手段として都道府県ごとに適正化計画を策定させることは分権化・多様化を加速させるものであり、政策目標と政策手段の方向性が相反する矛盾を内包している。そのため、参酌標準である療養病床数の算定式^{注2)}を用いてこの両者を媒介し接合させ、国がコントロールするという構造になっている。

しかし、2000 年の「地方分権の推進を図るための関係法律の整備等に関する法律」（以下「地方分権一括法」）の施行により、機関委任事務の廃止（団体委任事務を含め委任概念の廃止）と国の地方自治体に対する「包括的指揮監督権の廃止」が行われ、「関与の法定主義」が規定された。これにより、法律または政令によらなければ、国は地方自治体に指示や勧告、資料提出要求などの関与はできないこととなった。厚生労働省が計画策定に当たって示すガイドラインや参酌標準は、策定主体である地方自治体が「まわりの状況や他の意見を考え合わせて参考にする」²⁶¹ものにすぎない。

このような地方分権の進展により、医療計画や介護保険事業（支援）計画等の計画策定過程における地方自治体の自己決定権が拡大してきたことは、これらの計画内容の変容に繋がり、ひいては病床削減策の変容をもたらす可能性がある。医療費適正化計画の「医療の効率的な提供の推進に関する目標」である療養病床数についても、都道府県が厚生労働省の定めた参酌標準の算定式どおりに数値目標を決めねばならない義務はないからである。

2. 調査の目的と調査対象の選定及び方法

(1) 調査目的

本調査の目的は、以下の3つである。第1に医療費適正化計画の療養病床数目標値が厚生労働省の見込み目標値を大きく超えた原因として、地方分権の進展による医療費適正化計画の策定過程における自己決定権の拡大が寄与しているかどうかを検証することである。第2に、国の見込みを超えた目標値の設定が、地方分権の結果だとするならば、政府の病床規制策の実効性はどうかを、都道府県の策定過程をとおして検証することである。第3に、対象都県がなぜこのように自己決定権を行使し、独自の目標値を設定したのか明らかにすることである。

(2) 調査対象の選定及び方法

全都道府県を対象に調査するのが望ましいが、時間的・能力的制約から不可能であるので、岐阜県・愛知県・三重県・高知県・神奈川県・東京都の6都県を調査対象とした。6都県の選定理由は、療養病床削減策が医療保険から介護保険へのコストシフトであると同時に、4. 考察で後述するように国から地方自治体への財政負担の転嫁であることを踏まえ、人口10万人当たり療養病床数と財政力を考慮し、次のとおりである。筆者の地元の岐阜県及び愛知県、三重県は、情報が把握しやすいことに加えて、岐阜県・三重県とも47都道府県の中位の県勢（平成18年推計人口17位・22位、平成19年度財政力指数19位・11位）であること、愛知県は三大都市圏の一つで財政的に余裕があることを考慮して選定した。高知県と神奈川県は2005年の厚生労働省「医療施設調査」の人口10万人当り療養病床数がそれぞれ最高と最低の県であること、東京都は大都市の代表で財政自立度が高いことから選定した。

以上の6都県の医療費適正化計画、医療計画を収集し、病床目標値及びその算定方法の分析を行なったうえで、2009年1月～2月に6都県の医療費適正計画の策定担当課に対し質問紙調査を行い、回答結果に基づき回答者に対して、面接または電話インタビューを試みた。

各都県の医療費適正化計画策定担当課長あて調査依頼を行ったが、実際の回答者は計画策定担当者（役職者を含む）であり、回答内容は必ずしも当該都県の公式見解とは限らない。三重県は、担当ごとに3人に回答してもらっているが、他の都県の回答者は1人である。一部の質問については、後日回答をもらったものもあるが、各都県内での本調査の取扱いについては把握していない。調査は、療養病床数の目標値の設定について、国の算定式に従ったか否か、従わなかった場合、その根拠に国の示す数値目標の算定方法は参酌標準に過ぎないことが認識されているか、また、介護保険へのシフトが、国の負担軽減と都道府県の負担割合を増やす可能性が高いことが転換抑制の理由になっていないかを中心にを行った。

結果的には、地元の岐阜県は面接及びEメール、愛知県は面接、三重県と高知県は電話インタビュー、東京都と神奈川県からはEメールでの回答を得た。

3. 調査結果

調査の主な結果は、以下のとおりであった。

①三重県以外は、医療費適正化計画において参酌標準として示された国の算定式の機械的計算値（以下「国の計算値」という）と異なる療養病床再編目標値を定めていた。このうち、「国の計算値」より少ないのは高知県だけで、東京都は「国の計算値」の約3倍であ

り、岐阜県・愛知県・神奈川県も2～4割増であった。②東京都は、医療計画の基準病床数の療養病床数を医療費適正化計画の療養病床再編目標値としていた。その結果、全国で唯一現状より7千床の増床となる計画となっていた。③しかし、国の算定方式と異なる算定方法を採用したと回答したのは高知県だけであった。東京都も、国の算定方法に従っているとの回答であった。その根拠として、国の算定式が、計算式の数値を基に、「計画期間中の後期高齢者人口の伸び率、並びに救命救急医療の充実、早期リハビリテーションの強化による重症化予防、在宅医療及び地域ケアの推進に関する方針等を総合的に勘案し、それぞれにおける実情を加味して設定する。」となっていることをあげていた。④「国の計算値」と異なる目標値を定めた都県で、国の算定方法が参酌標準であり、算定方法は都道府県が自主的判断で決定できることをその理由にあげたところは無かった。⑤医療保険から介護保険へのシフトによる地方自治体の財政負担（割合）の増加について、愛知県以外は財政当局との間で問題になったという回答はなかった。⑥各都県の目標数値が国の計算値を上回った主因は、人口割合（神奈川県）や後期高齢者の人口比率（愛知県）、あるいは他県の療養病床への入院患者数が多いことや今後の高齢化が著しいこと（東京都）などを考慮すると、必要な病床数を確保するには「国の計算値」では低過ぎるという点であった。⑦参酌標準の遵守についての厚生労働省の指導は、目標値が「国の計算値」より低かった高知県を除いて強硬だったとの回答であった。⑧療養病床再編に関し、最も影響を受けるとともに、計画の実効性を左右する影響力を持つ最も重要なステークホルダーである医師会等の医療提供側に対する意見聴取や目標数の説明については各都県とも相当配慮して対応していた。特に、厚生労働省の参酌標準に従い療養病床の目標数を算定している三重県では県医師会に対し「当該目標数は1つの目安であり、目標数を達成するために病床転換を促進することではなく、高齢者を地域で支えることのできる地域づくりを進めていくことが重要である」と説明し理解を得たとの回答であった。⑨病床転換助成事業の財政負担が問題になったという都県はなかった。ただし、転換助成事業に積極的に取り組んでいるのは東京都だけであった。東京都は、国の交付金制度に単独の上乗せ補助を行って転換支援をしていた。

4. 考察

(1) 療養病床数の数値目標のみを対象とする理由

医療費適正化計画には、「住民の健康保持の推進に関する目標」として特定健康診査や特定保健指導の実施率等が、また「医療の効率的な提供の推進に関する目標」として、療養病床数の目標と並んで平均在院日数の目標が挙げられている。そのうち療養病床数のみを研究の対象とし、その他の数値目標を対象としない理由は次のとおりである。

まず、住民の健康保持の推進に関する目標の特定健康診査の実施率等の目標については、各保険者に義務付けられた「特定健康診査等実施計画」に定めるべき特定健康診査と特定保健指導の実施に係る目標及び特定健康診査等の実施の成果に係る目標と数値が一致している。高齢者医療確保法第121条は、各保険者に数値目標を達成できない場合のペナルティ（後期高齢者支援金調整率の10%以内の加算）を定めている。各保険者にとって目標値の設定は、直接負担増に結びつくものだけに、都道府県としては、各保険者の目標値を尊重せざるを得ない。そのため、例えば神奈川県は、医療費適正化基本方針を参考にしなが

ら、県民が加入する主要な保険者が、特定健康診査等実施計画において定める目標値を考慮して設定するとしている。また、東京都は明確に、各医療保険者が高齢者医療確保法第19条で策定を義務付けられた特定健康診査等実施計画の目標設定が、おおむね参酌標準の数値と一致していることを踏まえた結果であるとしている。

つまり、住民の健康の保持に推進に関する目標の設定は、都道府県にとって制度設計上、地域内所在の各保険者の目標値に依拠せざるをえない仕組みとなっており、その意味では地域の実情を反映しているともいえる。

以上のとおり、住民の健康の保持に関する目標には、都道府県にとって制度設計上関与する余地がなく、参酌標準に従わざるを得ない要因があるため、本研究の対象とはしない。

次に、平均在院日数については、最短の長野県と療養病床数を大幅に増やすこととした東京都の2都県のみが現状維持としたが、他の道府県は参酌標準どおりに短縮する目標値を策定した²⁶²。例えば高知県の介護療養病床を含む療養病床の平均在院日数は、平成16年の202.2日から平成18年の189日へ減少しているように、近年平均在院日数は大幅に減少してきていることから、参酌標準の算定方法による数値目標はクリアー可能と判断したものといえる。しかし、在院日数の短縮化の進展度には地域差があり、それには通減制の導入など診療報酬の改定や病床数とりわけ療養病床数が大きく影響していると推定される。参酌標準どおりに目標値を定めた道府県は、これらを含めて地域の実情に応じて判断したものであり、この点では東京都が療養病床数の増加という地域の実情を加味して現状の平均在院日数を維持する判断をしたのと変わらない。

しかし、診療報酬の決定権がない都道府県にとって、平均在院日数の増減に影響する関与の余地は、東京都の例のように療養病床数の大幅増減以外ないことから、個別にとりあげて本研究の対象とはしない。

(2) 地方分権の進展の影響 — 病床規制策の変容

国は算定式を示しただけでなく、具体的に算定式に用いる都道府県別の医療療養病床数（回復期リハビリテーション病床を除く）や介護療養病床数・医療区分ごとの割合（%）・後期高齢者人口の伸び率（高齢化率）の数値を示している^{注3}）。これは、医療給付費をGDPの伸び率の範囲に抑制しようとする経済財政諮問会議との妥協から、医療保険制度改革の柱として医療費適正化対策を位置づけた²⁶³当然の帰結として、当初から国の目標数値をトップダウンで各都道府県にブレイクダウンして目標数値を配分することが前提になっていたからである。

2008年の医療制度改革の立法担当者の栄畑潤氏は「『骨太の方針2005』にいう『医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標』を国が定めるとともに、それを各都道府県単位に分解した参酌標準も国が示し、それに応じて国及び都道府県が医療費適正化計画を策定」する²⁶⁴としている。そして、これが後の強引ともいえる厚生労働省の目標値指導の原因ともなったと考えられる。

したがって、国の計算値と異なる目標数値を設定した都県は、何らかの別の算定方法を使ったことは明らかである。

調査の結果、目標数値について、国の算定式を機械的に適用した自治体は、三重県のみであり、また、国の算定式とは異なる算定方法を用いたと回答したのは高知県だけであって、他の4都県は、何らかの「地域の実情を加味」した算定方法を使っていた。

実際には、東京都は算定式の $a-b+c$ を7、500床と試算したが完全に無視し、医療区

分とは無関係の医療計画の基準病床数の療養病床数を目標値として設定していた。

また、参酌標準の②の「加味する実情」についても、厚生労働省は会議資料^{注4)}で、「必要とする病床数が増える要因としては『後期高齢者人口の伸び率』を勘案すること。この『後期高齢者人口の伸び率』の増加分から、減少する方向の要因として『救命救急医療の充実、早期リハビリテーションの強化による重症化予防、在宅医療及び地域ケアの推進に関する方針等』を勘案すること」と増加要因を後期高齢者人口の伸び率に限定するよう指示している。したがって、愛知県が全国の後期高齢者に占める同県の後期高齢者の割合に基づく独自の補正係数を用いたり、神奈川県が、全国の療養病床数を人口割合により配分する方法で補正するなどの「地域の実情」は増加要因と認めていない。

また、岐阜県はすべての二次医療圏で病床不足の状況なので、介護施設への転換策はとれないが、参酌標準を超える病床については一般病床等との間で存続を図り、医療需要の動向に応じ活用するとしていた。高知県は医療区分による機械的振り分けに反発する医師会の意向を踏まえ、医療療養病床と介護療養病床に相応しいと医療機関が判断した入院患者の割合を基に、それぞれの病床数を算出するという独自の方法で目標値を設定した。

以上から東京都他4県は、厚生労働省の具体的な指示を無視していることから、事実上、参酌標準に実質的に従っていないのは明らかであるといえる。

厚生労働省が厳しく参酌標準遵守を指導したにもかかわらず、調査対象6都県中5都県が国の参酌標準の算定式の計算値と異なる目標値を設定し、うち4都県が大幅に超える目標値を設定したことは、地方分権の進展により病床規制策に事実上「変容」が起きたといえる。医療費の地域差解消のための医療区分に基づく「国から割り振られた目標値」^{注3)}から、地域の実態に応じた「自主的・多様な目標値」の設定への「変容」である。

政府が都道府県に医療費適正化計画を定めさせる意図は、「医療費の地域差の解消ないし縮小」を、「地域の視点」で自治事務としての行政計画策定により都道府県に責任を負わせて遂行させようとするものである。しかし、前者は全国の医療費の均一化・画一化の要求であり、後者は分権化・多様化を促進するものである。方向性が相反する政策目標と実行手段の媒介項として参酌標準である適正化基本方針に定める算定式が用意されたが、分権の進展により、参酌標準は地域の実態から生じる都道府県格差を一定の目標水準の範囲内に収める媒介項としての機能は持ちえていなかったのである。

以上の結果から2006年の医療構造改革による医療費適正化政策は、十分な権限移譲もない中で、都道府県に医療費適正化の責任を負わせようとして事実上失敗したといえよう。

(3) 地方分権の観点からの参酌標準の理解は未だ不十分

ただし、三重県以外の5都県に、参酌標準だから、地方自治体が国の計算式に縛られるものではないという認識があるわけではない。医療計画の基準病床数（療養病床数）を目標値とした東京都においても、国の算定方法中に、「地域の実情を加味できる」とあることを活用したものであり、国の算定式に従っているとしている。高知県も、独自の計算式を用いたとしているが、医療区分による機械的振り分けに反発する医師会の意向が大きく作用しており、地方分権により参酌標準にとらわれることなく、地域の課題に応じて独自算定を選択したとは言い難い。参酌標準について、分権の観点からの認識・理解が不十分であることが明らかになったといわざるをえない。

地域の医療機関の実情からいって、医療区分に基づき一律の病床転換を求める国の算定

式の機械的適応には無理があり、調査結果の⑧のとおり各都県とも医師会等との対応に苦慮していた。それにもかかわらず、自治事務である医療費適正化計画の策定方法について、都道府県にもその解釈運用の権限があり、参酌標準と異なる算定方法を採用することが可能であることを、なぜ主張しないのであろうか。

その第一の理由は、厚生労働省の都道府県に対する参酌標準遵守の指導が、国会審議でも野党のみならず与党議員からも批判的質疑^{注5)}がなされたほど強引であったことである。この強硬な厚生労働省の姿勢が、高知県以外の対象都県に、国の参酌標準の枠内であると回答させた理由であるといえよう。

東京都他4県の対応は、結果として必要とする療養病床数を目標数値として掲げること貫徹した点では一定の成果を得たといえるが、地方分権の理解や自治事務の認識という点では疑問が残る。

分権一括法施行後も未だに、「法令を解釈運用する権能は省庁と対等に地方自治体側にも賦与されている」²⁶⁵という認識が浸透していないことが明らかになった。

(4) 財政負担増の影響 — 介護保険へのコストシフトの影響はみられず

療養病床削減策は、医療保険から介護保険へのコストシフトであり、国から地方自治体への財政負担増をともなっている^{注6)} ²⁶⁶。

筆者は療養病床再編の目標値が厚生労働省の見込みを大幅に下回った背景に、医療保険から介護保険への移行による地方自治体の負担割合の増加が作用しているのではないかと想定していたが、今回の調査ではそれを示唆する回答はなかった。高知県は、試算した結果再編計画の実行によりトータルでは、県の財政負担は減少するとしている。愛知県は負担割合の議論よりも整備する必要性の高い介護保険施設、とくに特別養護老人ホームは整備するという方針があるとしており、東京都は独自の転換助成制度を設けている。今後の急速な高齢化が予想される大都市圏の都県は、負担割合に関係なく必要な介護保険施設は整備するとしており、その意味で財政的な観点は薄いと思われる。

当初厚生労働省は、介護療養型医療施設から医療療養病床への移行を4万床、医療療養病床から介護保険施設等への転換を14万床と見込み、差し引き10万床が介護施設等へ移行するとの見込みで、医療費の4千億円の減少と介護費の1千億円増加で差し引き3千億円の医療費削減効果があると試算していた²⁶⁷。医療療養病床に多くの病床を残す方が都道府県の財政負担は少ない^{注7)}ことから、国の算定式のまま医療療養病床からの転換を多くする目標値を定めていた場合には、ほとんどの都道府県の負担は増加していたことになる。結果的に、医療療養病床が約22万床程度になり、介護への移行分が約1万床に止まるため、その医療保険の効果は約200億円の減少になり、介護療養型医療施設が単価の低い老健施設等に移行することで、介護費は約1千億円の減少になるとしている²⁶⁸。

しかし、実際には東京都だけが医療保険に残る病床数を現状の療養病床総数より、約7,000床増やす計画となっており、その他の県のうち愛知県と神奈川県も、医療療養病床だけをみると、現状より増える目標値を設定している。

(5) 参酌標準に即さない目標値を定めた理由

調査の結果、各都県の目標数値が国の参酌標準に基づく計算値を上回った主因は、人口割合（神奈川県）や後期高齢者の人口比率（愛知県）、あるいは他県の療養病床への入院患者数が多いことや今後の高齢化が著しいこと（東京都）などを各都県が「地域の実情の加

味」として考慮した点にあった。すなわち、上記(2)で厚生労働省が増加要因として認めていないこれらの「地域の実情」を加味することになれば、逆にいえば国の算定式の数値そのままでは、地域に必要な病床数を確保することは困難と捉えた点にあった。

これは、国の方法では、場合によっては医療難民や介護難民が出るという懸念であるとともに、国が療養病床数の減少要因とする救命救急医療の充実や地域ケアの推進などの対策の進展に確信がないことの表れでもある。調査の結果、目標値の設定にこれらの減少要因を考慮したと答えた都県はなかった。全国医療費適正化計画においても、「都道府県は、具体的な目標設定において、これらの要因を見込んでいないことから、今後その成果を反映することが期待される（第3.3.2.(2)療養病床の病床数）。」としている。

調査対象都県が、自治事務としての医療費適正化計画の策定にあたり、厚生労働省の厳しい指導にも拘わらず、国の計算値を大幅に超える目標値を設定したのは、受け皿不足の懸念が大きな要因であったといえる^{注8)}。

都道府県も、介護保険制度と医療制度改革の整合性がとれていない点など政府の療養病床削減策の不十分性を指摘しつつも、高齢者の社会的入院の解消ということに関しては異論を唱えるところではない^{注9)}。ただし、その受け皿が遅くとも計画期間中に確実に整備される見通しがつかない限り、病床削減数・病床転換数を行政計画の目標数値として掲げることには躊躇せざるを得ない。ましてや計画期間終了後の平成25年度には政策目標の達成状況の実績評価を行い、その結果、都道府県ごとの診療報酬の特例を設けることができる（高齢者医療確保法第14条）ことが、都道府県をより慎重にさせたといえる。

第2節 医療費適正化計画における「折り合い(分権的類型)」と展開

1. 医療費適正化計画における「折り合い(分権的類型)」

第1節の4考察(2)において述べたとおり、国の算定方式と異なる算定方法を採用した高知県と国の計算式を機械的に適用した三重県以外の4都県は、国の算定方法に従ったとし、その根拠として、国の参酌標準である算定方法が、「それぞれにおける実情を加味して設定する。」ことを認めている点をあげている。

実際、国の医療費適正化基本方針に定める参酌標準によれば、療養病床数は、次の2つにより設定することとなっている（注2参照）。第一は、医療区分に基づく療養病床数の計算式であり、第二は、上記の数（計算式による療養病床数―筆者注）を基に、計画期間中の後期高齢者人口の伸び率、並びに救命救急医療の充実、早期リハビリテーションの強化による重症化予防、在宅医療及び地域ケアの推進に関する方針等を総合的に勘案し、それぞれにおける実情を加味して設定することである。

しかし、第1節4(2)で詳述したとおり、国は算定式を示しただけでなく、具体的に算定式に用いる都道府県別の数値や「加味する実情」としての増加要因を示している。4都県は、これらの具体的な指示を無視していることから、参酌標準に実質的に従っていないのは明らかであるといえる。

これは、各都県の医療費適正計画が、地方分権の進展による地方自治体の自己決定権の拡大に基づく自律的策定であることを示すものである。これに対し、国は参酌標準に即した目標値の設定でない県があったことを認め、「国として技術的助言は行いつつも、まずはその考え方を受け止めることとした。」と受容の方針を示している²⁶⁹⁾。

その結果、前述のとおり全国医療費適正化計画の目標療養病床数が、厚生労働省の目標見込みの 15 万床を大幅に超える約 21 万床となり、医療費の減少見込み額も大幅減となつて、国の医療費適正化計画による療養病床削減策に事実上変容が生じたものといえる。

一方、第 1 節 4 (1) で述べたとおり、医療費適正化計画中の「住民の健康保持の推進に関する目標」としての特定健康診査や特定保健指導の実施率等や、「医療の効率的な提供の推進に関する目標」中の平均在院日数の目標については、各都県とも参酌標準に従って設定している。

すなわち、高齢者医療確保法に基づく医療費適正化計画の策定に当たり、各都県は他の目標設定においては、医療費適正化基本方針に定める参酌標準を遵守したが、療養病床削減目標については、参酌標準を独自に解釈したり（4 都県）、一部無視する（高知県）することにより、国の療養病床削減策の変容を惹起したといえる。

筆者は、このような法令の規律外の影響を排除した法制度の範囲内で、各地方自治体が地域の実態に合わせ自律的に、国の政策執行統制手段としての「参酌標準」や「要領」・「要綱」を独自に解釈することにより、国の施策内容の変容を惹起していることを、国と地方自治体間での「折り合い(分権的類型)」と定義した（序章第 3 節、第 1 章第 2 節 5 参照）。

国の政策の変容を惹起するというのは、「折り合い(分権的類型)」が政策の企画・立案に際して生じるのではなく政策の執行段階で生じる結果、当初の政策目的の効果が生じないことになるからである。

「折り合い(分権的類型)」とは、ここでは医療費適正化という行政領域における国の療養病床削減目標数値の算定に関する統制と都道府県の地域の医療提供体制の実態に応じた「自主的・多様な目標値」の自律的意思決定との均衡状態の出現の結果、国の療養病床削減策の変容を惹起していることを指す。均衡状態とは、国が参酌標準による統制を全面的に強制するのでもなく^{注 10)}、都道府県が全く独自に目標設定するのでもなく、国のヒヤリングにおける双方の主張の応酬の中で、都道府県の目標値が設定され国の医療費適正化計画に反映されている状態すなわち、相互に受け入れあう状態にあることを指すものである。

国・地方自治体間関係の「折り合い(分権的類型)」は、国の施策内容の変容を惹起しているため、次の国の施策展開に向けた動きを誘発せざるを得ないという動的側面を内包している。つまり、「折り合い(分権的類型)」は、個別の政策領域における国・地方自治体間関係の次の展開、すなわち国の統制と地方自治体の自律的意思決定の再調整につながるプロセスでもあるという動態的側面を有している。

医療費適正化計画についても、前述の厚生労働省の全国医療費適正化計画は、「都道府県の目標設定の考え方は隣接県との整合性が確保されていないケースや現存する病床数ではなく全国平均並みの病床数を目標設定の基準とするケース等様々であり、今後の取り組みを推進する過程でこれらの点についても再検討が期待される。（同計画第 3.3.2. (2) 療養病床数）」とし、中間評価を踏まえた計画見直し時の再検討を要求していた^{注 11)}。

本来ならばこの時点から次のプロセスが展開されるはずであったが、後期高齢者医療制度に対する批判や「医療崩壊」の言説の広がりの中で、国・都道府県ともその対応に追わ

れることとなり、さらに 2009 年 9 月の政権交代により、療養病床の削減は凍結されることとなった。

2. 医療費適正化計画の中間評価

2011 年 4 月に、国は「全国医療費適正化計画の進捗状況に関する評価（中間報告）」を公表した。これは、高齢者医療確保法第 11 条第 2 項により、計画の中間年度（3 年度目）には、計画の進捗状況に関する評価を行うとともに、その結果を公表することとされていることに基づき行ったものである。

全国医療費適正化計画の中間評価は、都道府県医療費適正化計画^{注12)}の中間評価（同法第 11 条第 1 項）及びそれまでの全国レベルでの評価等を踏まえて評価を行うこととしているが、全ての都道府県の中間評価が完了しているわけではないことから、都道府県への調査により都道府県の取組状況等について把握したとしている。

同報告によると第一期の全国医療費適正化計画の中間評価は、「特定健康診査及び特定保健指導（以下「特定健診等」という。）の取組と平均在院日数短縮のための取組を中心に評価を行うこととする」とされ、療養病床の削減は、評価の重点からは外されている。これは、政権交代により、介護療養病床の廃止の凍結が打ち出され、2011 年 3 月には廃止期限を 2017 年度末まで延期する介護保険法改正案が国会に提出されたことによるものである。具体的には、「第三 目標・施策の進捗状況」の「二 医療の効率的な提供の推進」の「4 療養病床の再編成」で、「療養病床を約 21 万床とすることを具体的な目標値とした。しかしながら、計画に則して再編成を推進することが実態にそぐわないのではないかとの懸念があることから、療養病床に係る目標は凍結し、目標数へ向けた機械的削減は行わないこととした。」としている。

実際には、「平成 18 年 6 月末の時点から平成 21 年 6 月末の間の都道府県別の療養病床数（回復期リハビリテーション病床を除く）の推移についてみると、ほとんどの都道府県において病床数は減少している。」としている。療養病床全体では、35.2 万床（平成 18 年 10 月）から 32.0 万床（平成 21 年 7 月）に 1 割ほど減少しているが、特に、介護療養は 11.8 万床（平成 18 年 10 月）から 9.3 万床（平成 21 年 7 月）と大幅に減っている。

2008 年の計画策定時とは、療養病床数を巡る政治的環境が変わったこともあり、中間評価に際して国からの計画見直しの動きもなく、各都県も特に見直すという評価はしていない。例えば東京都は、「今後も、今までの取組を確実に実施し、平成 25 年度に行う第 1 期計画の最終評価の際には、東京都の医療費の動向を把握し、取組の効果を分析・評価したうえで、医療費適正化の取組を着実に進めていく。」（「東京都医療費適正化計画」の進捗状況の第 6 章今後の課題と取組）としている。また、愛知県は、「計画の見直し」の項目を設け「平均在院日数は療養病床の再編成と深く関連するものであることから、目標数値については、今後の国における療養病床の再編成の方針等を踏まえ、検討していくことが適当と考えます。このため、現時点において計画内容の見直しは行わないものとします。」（第 1 期愛知県医療費適正化計画進捗状況に関する評価報告書 まとめ 計画の見直しについて）としている。また、京都府のように中間評価を行わないとする動きに対して、国はこれを容認することとしている^{注13)}。

医療費適正化計画における「折り合い(分権的類型)」は、次期計画策定の段階へ進むこ

とになったといえる。

3. 第二期医療費適正化計画の策定

2011年8月に成立したいわゆる地域主権改革の第二次一括法「地域の自主性及び自立性を高めるための改革の推進を図るための関係法律の整備に関する法律」の第45条で、高齢者医療確保法の一部が改正された。

この改正により高齢者医療確保法第9条第2項の都道府県医療費適正化計画の必須的記載事項は、「医療費適正化を推進することによる計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項」のみとなった。その結果、「住民の健康の保持の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項」や「医療の効率的な提供の推進に関し、当該都道府県において達成すべき目標に関する事項」さらには「これらの目標を達成するために都道府県が取り組むべき施策に関する事項」については、各都道府県が任意に記載する事項となった(改正後の高齢者医療確保法第9条第3項)。すなわち、療養病床の病床数は、必ずしも都道府県の医療費適正化計画に目標数値を記載しなくてもよくなったのである。

実務的には、医療費適正化基本方針の改正について都道府県へ意見照会をしたうえで、「療養病床の数のみを目標とはせず、介護療養病床の廃止が平成29年度末まで延長されたことや療養病床の機械的な削減はしないとの方針としていることを踏まえ、医療計画における基準病床数と整合性のとれた一般病床、療養病床等の適正な病床数を各都道府県において設定」する予定^{注14)}としている。つまり、医療計画の基準病床数をベースに各都道府県が任意に定めることができるとしている。

しかし、医療計画の基準病床数については、従来通り「基準病床数及び法第30条の4第2項第9号(二次医療圏)及び10号の区域(三次医療圏)の設定については、厚生労働省令で定める標準により実施すること。これは、病院の病床等の適正配置を図るためには、全都道府県において統一的に実施しなければ実効を期しがたいからであること^{注15)}」。とされている。さらに「療養病床及び一般病床に係る基準病床数の算定については、二次医療圏ごとに、医療法施行規則第30条の30に規定する算定式に基づいて算定する^{注16)}」として、具体的な算定方法が示されている。

したがって、ベースとなる基準病床数の算定については、都道府県の自由度は高くなっているとはいえない。医療費適正化計画上の病床数として適正であるかについて、国と都道府県の解釈の分かれる点は、基準病床数との整合性の有無をどう解釈するかということになるだろう。

いずれにしろ、療養病床数は任意の記載事項であり、国にとって直接の統制の対象とはなり得ない。したがって、次期医療費適正化計画の策定は、「計画期間における医療に要する費用の見通しに関する事項」という、いわば結果だけを巡って、国と都道府県間の統制と自己決定権の新たな均衡を求める「折り合い(分権的類型)」になる。

しかし実際には、国は「医療費の見通しの推計」には、「各都道府県における医療費推計に平均在院日数の短縮効果と生活習慣病の予防による効果を織り込む」ことを想定している^{注17)}。そのため、「各都道府県が一般病床・療養病床等の見込み数や域内保険者の特定健診実施率の目標を設定すること等により、一定の仮定の下で効果を推計するツールを配布する予定」であるとしている。したがって、このツールを使用するために、一般病床・

療養病床の目標数を定める必要があるとすれば、間接的に国の統制の対象となる可能性がある。

医療提供体制の効率化の結果としての医療費適正化が本来の姿である²⁷⁰とすれば、結果だけをコントロールしようとする医療費適正化計画は、小泉政権において経済財政諮問会議が目論んだ医療費のGDP伸び率管理と同根のものに変質するといえるのではないか。

なお、第二次一括法で医療費適正化計画の公表が都道府県の努力義務とされ、また、国会提出済みの第三次一括法では、実績評価の公表についても都道府県の努力義務とされていることには、地方分権の自由度を高める義務付け・枠づけの緩和を、地方自治体の団体の自由度の拡大と捉える危うさを感じざるを得ない。

これは、高齢者医療・福祉行政への住民参加による住民自治の充実の前提としての情報公開の不可欠性に関する地方自治体の認識の低さの表れであり、政策決定・計画策定段階への住民参加を形骸化するものである。

注釈

注 1) 参議院厚生労働委員会議事録、平成 17 年 10 月 27 日、厚生労働省水田保険局長答弁

注 2) 「医療の効率的な提供の推進に関し、都道府県において達成すべき目標の考え方」

平成 24 年度末時点での療養病床の病床数＝①と②により設定する。

①都道府県における $a - b + c$

a: 医療保険適用の療養病床（回復期リハビリテーション病棟である療養病床を除く。以下、「医療療養病床」という。）の現状の数（平成 18 年 10 月）

b: 医療療養病床から介護保険施設等に転換又は削減する見込み数（平成 18 年 10 月）
（医療区分 1）＋（医療区分 2）× 3 割

c: 介護保険適用の療養病床から医療療養病床へ転換する見込み数（平成 18 年 10 月）
（医療区分 3）＋（医療区分 2）× 7 割

②都道府県は、上記の数（計算式による療養病床数）を基に、計画期間中の後期高齢者人口の伸び率、並びに救命救急医療の充実、早期リハビリテーションの強化による重症化予防、在宅医療及び地域ケアの推進に関する方針等を総合的に勘案し、それぞれにおける実情を加味して設定する。

注 3) 東京都医療費適正化計画書の p109～p113 に掲載してある「厚生労働省保険局総務課 医療費適正化対策推進室名事務連絡」参照。この事務連絡の 2 (2) では、計画期間における医療費算出との整合性を確保するため、後期高齢者人口の伸び率を新たに示した数値に修正するよう指示している。

注 4) 2007 年 4 月 17 日第 2 回医療構造改革に係る都道府県会議保険局資料、医療費適正化に関する施策についての基本的な方針（案）に関連して留意すべき事項

注 5) 衆議院予算委員会議事録、平成 20 年 2 月 26 日、前原誠司委員質問、参議院厚生労働委員会、平成 20 年 4 月 1 日、中村博彦委員質問

注 6) 介護保険の都道府県の給付費負担割合は施設等給付費 17.5%、居宅給付費 12.5%であり、国の給付費負担割合は施設等給付費 20%、居宅給付費 25%である。

これに対し、重度要介護者の大半を占める後期高齢者の医療を給付する後期高齢者医療制度の都道府県の負担割合は、定率負担 8%＋高額医療費負担対象額の 4 分の 1＋財政安

定化基金の3分の1＋保険基盤安定制度の4分の3である。国の負担割合は定率負担25%＋調整交付金の8%＋高額医療費負担対象額の4分の1＋財政安定化基金の3分の1である。

注7)表 医療療養病床が介護療養型老人保健施設に転換した場合の国と地方自治体の公費負担額の増減

	医療療養病床 a	介護療養型老人保健施設 b	b－a 円
国	約49万円×33%=約162,000円	約334,000×20%=66,800円	△95,200
都道府県	約49万円×8%=約39,000円	約334,000×17.5%=約58,000円	約19,000
一人/月当り給付額	約49万円 (注1)	約33万4千円 (注2)	

注1：医療区分毎に加重平均した月額単価に出来高分及び食事療養費を加えた額。

注2：介護報酬の基本施設サービス費甲地(10,24円)/単位で算出。介護職員を4：1で配置した場合の加算を含む。(鈴木健彦『介護療養型老人保健施設』について』『介護保険情報』2008.5の31頁、35頁から筆者が作成)

注8)東京都では、現状でも療養病床の数は不足していると認識しており、今後の高齢化の進展を考慮すると、今の少ない基準からさらに少なくするというのは、まったく実態を踏まえない、計画のための計画になってしまうと判断したという。(東京都福祉保健局保健政策部の前川久恵副参事)『週刊社会保障』No.2499、42頁、2008

注9)全国知事会は「社会的入院の是正を目的としている点は理解できるが、介護保険制度と医療制度改革の整合性がとれていないことや、人材の育成・確保を含めた在宅医療・看護の提供体制が充実していないなど、療養病床の削減に係る政策は十分に練られたものとなっていない。」とし、「社会的入院の是正方策について、医療と介護のあるべき姿と、そこへの誘導プロセスを分かりやすく国民に説明し、理解が得られるような施策を実施することを求める」意見を出している。平成18年5月30日付け全国知事会の「医療制度改革に関する意見」3.療養病床の削減について

注10)第1節4(3)で述べたように、厚生労働省は、国会審議で与党からも批判的質疑がなされたほど強引な参酌標準遵守の指導を行ったが、結果的には強制できなかった。

厚生労働省保健局総務課医療費適正化対策推進室の大西証史室長は、「参酌標準に即して設定した県とそうでない県があったことは事実である。地域の実情や関係者・利用者の意見を反映し、別の考え方をされた県もあり、国として技術的助言は行いつつも、まずはその考え方を受け止めることとした。」と国の受容の方針を示している。

大西証史「医療提供体制の効率化で結果として医療適正化を」『週刊社会保障』No.2498.42頁、2008。

注11)具体的には前掲インタビューで大西室長は、「例えば、ある県で他県の療養病床に入院している自県民を今後は自県で受け止めるとして必要病床数を見積もったが、一方でその周辺県では住所地を問わず、現在入院している患者をベースに、あるいはさらに他県からの流入があるとして目標設定しており、そこでいわばニーズの重複が生じている。また、いくつかの県では、療養病床の現存数ではなく『全国平均と比べてうちは少ない』との認識のもと、そこを出発点に高齢化の伸びを考慮して設定していた。これは、いわ

ば実需ではなく仮想需要で必要数を算定していることになり、この点は計画見直し時に再検討していただきたい」と述べている。前掲「医療提供体制の効率化で結果として医療適正化を」『週刊社会保障』No.2498. 42 頁、2008。

注 12) 厚生労働省『全国医療費適正化の進捗状況に関する評価（中間報告）』1 頁では、2008 年の策定時には未策定 3 県を除くとされていたが、「新潟県を除く 4 6 都道府県で計画を策定」としている。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000018ein-img/2r98520000018f42p>、
2011. 12. 24

なお、新潟県においては、平成 20 年 9 月 18 日県議会一般質問において、泉田裕彦知事が、「いわゆる医療費適正化計画については、老人保健施設等への転換がスムーズに行われないなどの懸念があることから、現段階においては、同計画には介護療養病床の削減は盛り込みません。」と答弁している。

注 13) 「適正化 5 年計画を中間評価」『社会保険旬報』No. 2457、4 頁

注 14) 厚生労働省保険局総務課医療費適正化対策推進室平成 24 年 4 月 24 日事務連絡「次期医療費適正化基本方針の『改正の方針（案）』について」

注 15) 平成 24 年 3 月 30 日医政発 0330 第 28 号厚生労働省医政局長「医療計画について」
4 基準病床数及び特定の病床等に係る特例について

注 16) 上記医政局長通知「医療計画について」別紙「医療計画作成指針」第 3. 7 基準病床、
第 4. 3 基準病床の算定方法

注 17) 平成 24 年 5 月 24 日第 54 回社会保障審議会医療保険部会資料 2「次期医療費適正化基本方針等について」14 頁

第7章 国民健康保険広域化等支援方針の策定等調査―国・地方自治体間関係の変容

国保に関する事務は、戦後改革により1948年に市町村公営とされ、任意の固有事務となつて以来、団体委任事務、自治事務と事務の分類は変遷したが、一貫して市町村が担ってきている。

しかし、石油危機以降の経済社会情勢の変化に伴い、国保の構造的問題が顕わになるとその解決策として都道府県の負担増を求める動きとともに、国保の広域化が課題とされ、2006年の医療保険制度改革では医療保険制度全体の都道府県単位を軸とした保険運営の方向が明瞭にされた²⁷¹。

本章では、国保法第68条の2に規定する国保の広域化等支援方針（以下「支援方針」という）の策定を中心に、医療保障制度における国・地方自治体間関係の変容について検討する。

第1節では、都道府県の支援方針の策定に関する2つの調査、すなわち「策定済みの各都道府県の支援方針の分析調査」（以下「分析調査」という。）とそれを踏まえた「支援方針の策定に関する都道府県調査」（以下「質問紙調査」という。）について、検討を行った。

第2節では、2009年11月に設置された高齢者医療制度改革会議の全国知事会を代表する委員であった神田真秋愛知県知事（当時）への筆者のインタビューを基に、高齢者医療制度改革会議の議事録等をも踏まえ、国保の都道府県単位化に対する全国知事会の動向を検討した。

第3節では、国保の広域化等に関する市町村調査を行い、①国保の都道府県単位化が市町村国保に及ぼす影響などの検討と、②市町村の独自事業である福祉医療費助成事業についての検討を行った。

第1節 国民健康保険広域化等支援方針の策定に関する2つの都道府県調査

国保は、社会経済特に就労構造の変化及び人口構成の変動により、被保険者の高齢化、低所得・無所得者の増加、一人当たり医療費の増嵩等の構造的課題を抱え、市町村による運営が困難になってきている。リスク分散の保険原理からは、地域保険として保険集団の拡大を図る広域化は一つの有効な対策と考えられる。しかし、一方で医療保険サービスは住民に身近な基礎自治体が行うべきであり、広域自治体への事務上げは地方分権の流れに逆行するものだともいえる。

国保の支援方針の策定は、今後の地域保険としての一元的運用を図るための環境整備として、都道府県単位化を推進しようとするものである。これに対する都道府県の対応は大きく割れており、後述するとおり一部の府県を除き、大多数の都道県は国保の広域化に反対もしくは消極的である。しかし国保法第68条の2がいわゆる「できる」規定にもかかわらず、本調査時点において新潟県を除く46都道府県が支援方針を策定済である。

都道府県の広域化に対する認識の違いは、その策定過程及び策定された支援方針の内容にどのように反映されているのであろうか。

まず、都道府県の策定済み支援方針の分析調査（なお、国の普通調整交付金の減額措置の適用除外の期限である2010年12月末までの策定済は42都道府県であったが、2012年3月末現在の策定済は46都道府県であり、後述の2.の分析調査には、2011年9月に策定した4県も含めている。）を行った。それを踏まえて、2011年2月に当時の策定済みの4

2 都道府県の支援方針の分析調査と策定担当者への質問紙調査を行った。

1. 調査の背景－高齢者医療制度改革と広域化等支援方針の策定

(1)国民健康保険の広域化等支援方針の策定の導入

2010 年 5 月 19 日付けで公布施行された「医療保険制度の安定的運営を図るための国民健康保険法等の一部を改正する法律」による改正後の国保法第 68 条の 2 第 1 項において、「都道府県は国民健康保険事業の運営の広域化または国民健康保険の財政の安定化を推進するための市町村に対する支援の方針を定めることができる」こととされた。これは、国保の都道府県単位での広域化を円滑に進めるための環境整備の方策である。

同改正法案の国会審議において、参考人として意見陳述した全国市長会の倉田薫社会文教委員長（大阪府池田市長、当時）は、全国市長会が医療保険制度の一本化に向けて、まず都道府県を保険者とする国民健康保険制度への再編統合を要望していることから、都道府県が地域の実情に応じて市町村国保の広域化を支援するための仕組みとして、この支援方針が導入されることを歓迎し、国に対してすべての都道府県が策定するように指導するよう要望している^{注1)}。同様に、全国町村会の渡辺広吉常任理事（新潟県聖籠町長）も、全国町村会として医療保険制度の一本化と、それまでの過程として、まず都道府県を軸とした保険の再編統合を主張していることから、今回の仕組みはこのような方向に向けた第一歩となるものと期待し、すべての都道府県が市町村の意見を十分に踏まえて策定するよう国に対し要望している^{注2)}。しかし前述のとおり、国保法第 68 条の 2 第 1 項はいわゆる「できる」規定であり、都道府県に策定を義務づけるものではなく、事実新潟県は本調査時点において策定していない。

(2)高齢者医療制度改革会議の最終とりまとめ－「国保の都道府県単位化を図る」

2010 年 12 月 20 日に示された第 14 回高齢者医療制度改革会議の「高齢者のための新たな医療制度等について（最終とりまとめ）」は、「Ⅲ 新たな制度の具体的内容」において「まず第一段階において、75 歳以上について都道府県単位の財政運営とする。」とし、「75 歳未満については、（中略）都道府県が策定する『広域化等支援方針』に基づき、保険料算定方式の統一や保険共同安定化事業の拡大などの環境整備を進めたうえで、第二段階において、期限を定めて（具体的には、平成 30 年度を目標とすることとし、法律上明記するとしている）全国一律に全年齢での都道府県単位化を図る。」という方向性を示した。

さらに、その中で「都道府県単位の運営主体のあり方については、（中略）市町村による広域連合ではなく、都道府県が担うことが適当であるとの意見が大勢である。」とし、国保の都道府県運営の方向性を明示した。

ただし、「財政運営を担うという大きな問題であることから、国は、引き続き、都道府県をはじめとする地方関係者との調整を行うなど、その理解と納得を得るための努力を重ねることが必要である。」として、調整の余地を残している。

全国知事会は、同会議の委員でもある神田愛知県知事（当時）を通じて、12 月 8 日付けで意見書を提出し、「改革を第一段階、第二段階と区分しているが、要は経営責任を都道府県に移そうとするものであり、その一方で今後も増嵩する医療費や保険給付費をどう賄うかといった税制改革を含む財源論は全く欠落している。」と批判し、「社会保障改革本部に

において、(中略) 社会保障全体のあり方と国・地方を通じた税制改革を一体的に議論する。」ことを求めた。

2010 年 11 月 17 日の毎日新聞の報道によれば、市町村の国保を都道府県に運営させる厚生労働省の構想についての質問紙調査の結果は、反対が 29 都道府県、賛成が長野、京都、大阪、奈良の 4 府県で、残り 14 県は「どちらとも言えない」であった。都道府県の意見は一致しているわけではないが、賛否にかかわらず 30 都道府県が国に財源確保を求めているとの調査結果であった。

また、2010 年 12 月に発表された共同通信社の自治体トップアンケート 2010 報告編^{注 3)}によれば、厚生労働省の国保を都道府県単位での運営に広域化した上で、後期高齢者医療制度に加入している約 1 2 0 0 万人を国保に移す新制度案に、「賛成」20%・「どちらかと言えば賛成」49%で、賛成派は全首長の 69%の 1230 人である。賛成派のうち 81%の首長が、「国保の広域化が不可欠」としていた。これは全首長の 56%に当たるが、知事で国保の広域化を推したのは、滋賀、京都、大阪、奈良、佐賀の 5 府県のみであった。

2. 都道府県の策定済み支援方針の分析調査一方向性と特徴

ホームページで公表されている策定済み都道府県の支援方針の内容を検討することにより、各都道府県の支援方針の方向性と特徴を調査した（ホームページ上で公開していない一部の県については郵送、あるいは E メールでの送信を依頼し入手した。）

(1) 分析調査の目的と方法

都道府県の策定済み支援方針の分析調査の目的は、策定済みの各都道府県の支援方針の内容を比較検討することにより、各都道府県の支援方針の方向性と特徴を明らかにし、国の政策目的との整合性の有無を検討することである。

具体的には、「支援方針」の策定のねらい・目的をどのように捉えているか、国保事業の運営の広域化と国保の財政の安定化のどちらに重点を置いているか、そのための具体的な施策をどのように定めているかを分析・検証することである。

調査方法は、ホームページで公表されている各都道府県の支援方針（ホームページで表示されていない一部の県については、送付・送信）を項目別に比較表を作成し、策定済みの 4 6 都道府県の支援方針の方向性と特徴を分析した。

国民健康保険法は第 68 条の 2 第 2 項で、として具体的に 6 項目を挙げている。①国民健康保険事業の運営の広域化又は国民健康保険の財政の安定化の推進に関する基本的な事項

②国民健康保険の現況及び将来の見通し

③前号の現況及び将来の見通しを勘案して、国民健康保険事業の運営の広域化又は国民健康保険の財政の安定化の推進において都道府県が果たすべき役割

④国民健康保険事業に係る事務の共同実施、医療に要する費用の適正化、保険料の納付状況の改善その他の国民健康保険事業の運営の広域化又は国民健康保険の財政の安定化を図るための具体的な施策

⑤前号に掲げる施策の実施のために必要な関係市町村相互間の連絡調整

⑥前各号に掲げるもののほか、国民健康保険事業の運営の広域化又は国民健康保険の財政の安定化を推進するため都道府県が必要と認める事項

これらの項目については、厚生労働省が地方自治法第 245 条の 4 第 1 項に基づく技術的

助言として示した「広域化等支援方針策定要領」(平成 22 年 5 月 19 日付付保発 0519 第 6 号、都道府県知事あて厚生労働省保険局長「広域化等支援方針の策定について」別添、以下「策定要領」という。)の「3.内容」でも挙げられている。

特にその「(4)国民健康保険事業の運営の広域化又は国民健康保険の財政の安定化を図るための具体的な施策」では、①事業運営の広域化等②財政運営の広域化等③都道府県の標準設定に分けて例を挙げて示されている。

また、国民健康保険改正法案の国会審議において、長妻厚生労働大臣は、広域化等支援方針について「運営事業の広域化、財政運営の広域化、都道府県内の標準設定と三つのカテゴリーに分けて、それぞれ詳細な項目について、都道府県が音頭をとって」方針を決定するということになっている^{注4)}としている。

そこで、この 3 項目を中心に、各都道府県の方向性と特徴の調査を行った。具体的には、次の点に留意して調査を行った。

①策定目的が、国保の都道府県運営主体化という厚生労働省の方向性と一致しているか。
②厚生労働省が都道府県単位化の環境整備の手段として重視している保険財政共同安定化事業(以下「共同事業」という)の拡大や、保険料の算定方式の統一について方針を定めているか。

2011 年 2 月現在策定済の 42 都道府県及び 2011 年 9 月策定の山形県・福井県・島根県・徳島県の計 46 都道府県について分析した。2012 年 2 月現在未策定は新潟県のみであった。

(2) 分析調査の結果

分析調査の主な結果は、以下のとおりであった。

1) 国による一本化または一元化・一元的運営を求めている府県

青森・山形・埼玉・千葉・神奈川・京都・大阪・兵庫・和歌山の 9 府県の支援方針には、将来的には国を保険者とすることや国による一元化・一元的運用を求める見解が明記されている。京都府の支援方針も、1.(1)策定の目的に、大阪府は、支援方針の 1(1)目的にそれぞれ一元化を明記している。

2) 支援方針の名称に「広域化等支援方針」以外の名称を付している都県

「広域化等支援方針」以外の名称を付けている。18 都県は次のように分類される。

- ア. 広域化を外し財政安定化のみを付けている都県—千葉県・東京都・神奈川県・石川県・福井県・兵庫県・徳島県・香川県・長崎県
- イ. 広域化も財政安定化も付けている県—長野県・岐阜県
- ウ. 広域化も財政安定化も付けていない県—岡山県・熊本県
- エ. 収納率の向上を付けている県—岩手県・鹿児島県
- オ. 暫定版であることを明示している県—宮城県・山梨県・高知県

アの 9 都県中で、策定目的や趣旨で、「財政の安定化」だけを明記しているのは、千葉県を除く 8 都県である。千葉県は、名称は千葉県国民健康保険財政安定化等支援方針であるが、策定目的には「市町村国保の広域的な事業運営及び財政の安定化を目指」すとしている。これらの都県の支援方針には、共同事業の拡大について、ほとんど触れられていない。触れている千葉県・兵庫県・香川県も、「今後の見直しの中で、この方針に記載することとする。」とか「検討を続けていくものとする。」としているだけである。

ただ、福井県だけは、被保険者の所得が低い保険者の負担を緩和し、保険者間の支え合

いを強化するため、共同事業の拠出方法を変更し、所得割を導入するとしている。また、神奈川県は、共同事業について、「市町村国民健康保険財政運営の安定化に向け必要な見直しを行っていくこととする。」としている。

イの岐阜・長野２県は、支援方針からは両方を名称に付けた理由は不明である。

両県とも、様々な検討や試算を行っているが、実際に支援方針に決定事項として盛り込まれた事項は少ない。長野県は策定済みの都道府県中で唯一目標収納率の設定も見送ることとした（2011年９月の改正により目標収納率の設定を行った）。

ウの岡山・熊本２県は、名称上単に「支援方針」としている。策定目的は、岡山県は、「都道府県単位での保険料の平準化等環境整備を進めるため」、熊本県は「県内の市町村国民健康保険の財政の安定化を推進するため」としている。

エの鹿児島県は、収納率向上対策に絞った名称を付しており、岩手県も括弧書きで（収納率の向上に関する支援方針）と付加している。鹿児島県は、策定の背景・目的において、「保険者規模別の収納目標率に限定して」策定するものであるとしている。岩手県の支援方針についても、上記特記事項のとおり、「被保険者規模別の収納目標を達成するために必要な市町村の収納率向上対策」と「県における市町村に対する支援方針を定め」としている。

オの宮城県・山梨県・高知県は、いずれも名称に括弧書きを付けて最終版ではないことを明示している。宮城県合は、「検討の視点」において、平成２２年度は収納率目標の設定及び収納対策、都道府県調整交付金及び広域化等支援基金の活用について盛り込むものとするとしている。山梨県は、上記特記事項のとおり、「当面、必要な事項について第１次の広域化等支援方針を策定した」としている。高知県は、「支援方針（第一次版）の位置付け」という一項を設け、保険者規模別の収納目標率等、早急に対応が必要な項目を中心に取りまとめたことと、今後新たな項目を追加していく旨記載されている。

３）保険料の標準化等を進める方針を定めている府県は８府県

標準的な保険料の算定方式や応益割合などについて、検討を行い一応の方向性を示しているのは、青森県、秋田県、福島県、埼玉県、京都府、島根県、香川県、佐賀県の８府県のみであった。標準的な保険料の算定方式については、福島県が「資産割」を縮小・廃止し、４方式から３方式への移行を目指すとし、埼玉県が所得割と均等割の２方式化を図るとしている。また、島根県・佐賀県は、保険税の算定方式については、広域化するときまでに３方式に統一するとし、現在４方式の市町にあっては、移行のため環境整備等に努めるものとするとしている。ほかに、京都府は保険料算定方式について、引き続き検討するとしている。

応益割合については、青森県と福島県が４５％以上５５％未満の範囲となるよう努めるとし、京都府・香川県も標準的な応益割合については５０％とするとしている。秋田県は、県平均の応益割合が５０．４％であるが、賦課方法統一に向けて応益割合を高めた市町村に対しては県調整交付金を交付し支援するとしている。

埼玉県は、賦課方式の応能・応益割合を５：５の標準化するために、共同事業を拡充するとしている。

４）共同事業の拡大・拠出方法の変更について方針を定めている府県は８府県

広域化に直結する共同事業の拡大について検討を加え、対象医療費の引き下げの方針が

記載されている県は、埼玉県、滋賀県、奈良県、佐賀県の4県であった。また、共同事業の拠出方法の変更について方針が記載されている府県は、下記表－1の青森県、埼玉県、福井県、滋賀県、京都府、大阪府、奈良県、佐賀県の8府県であった。

埼玉県は、さらに平成26年度以降、対象医療費を10万円超から5万円以下に引き下げるとともに、所得割の比率を高めるとしている。拠出金の算定方法に所得割を導入するとし、所得割と均等割の2方式化を図るとしている。

また、8府県とも拠出方法の変更により、拠出額が増加する市町村において保険料が急増することを回避するため、必要な激変緩和措置を府県の財政調整交付金により実施している。京都府は新たな無利子貸付金制度による支援も行うとしている。

表－1 共同事業の拡大・拠出方法の見直しに関する記載のある府県

都道府県	共同事業の対象医療費の額	拠出方法・割合		
		被保険者割	医療費実績割	所得割
埼玉県	10万円超	30%	40%	30%
滋賀県	20万円超	30%	50%	20%
奈良県	20万円超	60%	40%	
佐賀県	20万円超	25%	50%	25%
青森県	拡大せず(30万円超)	55%	40%	5%
福井県	拡大せず(30万円超)	45%	45%	10%
京都府	拡大せず(30万円超)	40%	40%	20%
大阪府	拡大せず(30万円超)	50%	25%	25%

5) 保険料の平準化等と共同事業の拡大の両方とも方針に定めている府県は4府県

保険料の平準化等と共同事業の拡大の両方を支援方針で定めているのは、青森県、埼玉県、京都府、佐賀県の4府県だけである。

しかし、青森県・京都府は、共同事業の対象医療費の引き下げは見送っており、保険料算定方式は引き続き検討するとしている。

埼玉県は24年度から実施としている共同事業の対象医療費の引き下げ、拠出金の算定方法に所得割の導入を明記しており、保険料の賦課方式については、所得割と均等割の2方式化を図るとしているが、目標年度は明記していない。

佐賀県は、共同事業の対象医療費の引き下げ、平成23年度から拠出金の算定方式に所得割25%、被保険者割25%、医療費実績割50%とするとしているうえに、保険税の算定方式については、広域化するときまでに3方式に統一するとし、現在4方式の市町にあっては、移行のため環境整備に努めるものとするとしている。

(3) 分析調査の考察

分析調査の目的は、調査対象の各都道府県支援方針が国の策定要領に沿った内容となっているかどうかにあるので、考察の基準は、国の策定統制手段である策定要領である。

1) 策定目的・趣旨などに国による一元化・一本化を求める府県が2割

厚生労働省の支援方針策定のねらい・目的は、今後の地域保険としての一元的運用を図るための環境整備を行うこと、すなわち国保の都道府県単位化ひいては都道府県運

営主体化を図る点にある。これに対し、都道府県単位化に消極的な都県だけでなく、広域化のための支援方針に積極的とされる府県の支援方針にも一元化・一元的運用を求める記載がみられる点は、留意すべきであろう。なお、各府県が用いている「一元化」「一本化」は、第1章第3節で定義した本論文の「一元化」「一本化」とは必ずしも一致していない。

名称について、「財政安定化支援方針」としている神奈川県・兵庫県と、国保の都道府県化に前向きとされる京都府と保険料の平準化に積極的な大阪府の両者とも、国による一元化・一本化を将来的・本来的なあり方としている。

大阪府の「国保制度は国民皆保険を支えるナショナル・ミニマムであり、本来国において権限・財源・責任を一元的に担うことを基本とするべきものである。」というのが、都道府県の基本的方向性であるといえよう。

これら9府県は、医療保障はナショナルミニマムであるとして、本来国が保障すべきであるとの認識では共通しているといえるが、そのことと支援方針の策定内容とは必ずしも連動していないことが明らかになった。

2) 支援方針の名称と策定目的及び内容

国保法第68条の2第1項の支援方針の策定目的は、「国保事業の運営の広域化」と「国保財政の安定化」が並列されている。国の策定要領ではその両方を含めて広域化等支援方針とよび、策定内容も「事業運営の広域化等」や「財政運営の広域化等」の数項目を掲げているが、それらをできるだけ多く計画に定めるよう求めている。すなわち国の策定目的は、広域化と財政の安定化の両方であり、「広域化等支援方針」という名称はそのことを現すものである（終章第1節1で詳説）。

支援方針の名称に国保法第68条の2に規定する「広域化等支援方針」以外の名称を付けている都県について、策定目的及び策定内容について分析した結果、18都県は、策定目的及び策定内容により、実質的に現状の市町村国保の財政安定化のみを目的とする11都県とその他7県に大きく分かれることが明らかになった。

3) 保険料の標準化等を進める方針を定めている府県は8府県

前述のとおり厚生労働省は、策定要領で保険料算定方式の統一を、期待される取組として強調している。しかし、調査の結果、標準的な保険料の算定方式については、福島県、埼玉県、島根県、佐賀県がそれぞれ、取り組む方向を明記している。ほかに、京都府は保険料算定方式については、引き続き検討するとしている。

応益割合については、青森県、福島県、京都府、香川県が努めるとしている。秋田県は、賦課方法統一に向けて応益割合を高めた市町村に対しては県調整交付金を交付するとしている。埼玉県は、積極的に応益割合を共同事業の拠出金方式に関連させている。

以上から、保険料の算定方式の統一や応益割合について定めている府県においても、その内容には差があり、策定要領が期待する方向にあるのは埼玉県だけといえよう。

4) 共同事業の拡大・拠出方法の変更について方針を定めている府県は8府県

策定要領が期待する共同事業の拡大（対象医療費の引き下げ、拠出方法の変更）について検討を加え、一応の結論を出して一定の方針が記載されているのは、前記の表-1の8府県だけであった。

このうち、対象医療費を現行の30万円から引き下げるのは、20万円に引き下げる滋賀県・奈良県、佐賀県と、10万円に引き下げる埼玉県の4県のみである。

拠出金の算定方法を改める 8 府県のうち、奈良県を除きいずれの県も所得割を導入しているが、代わりに割合を減らす拠出方法及び割合は各府県で異なる。特に、対象医療費を 20 万円に引き下げる滋賀県・佐賀県は医療費実績割を 50%に据え置き、被保険者割をそれぞれ 30%・25%に減少させ、その分所得割 20%・25%を導入している。共同事業の再保険の機能を重視した変更といえよう。

奈良県は、実績割を 40%、被保険者割 60%という独自の割合としている。

策定要領では、相対的に医療費が低いために、原則として医療費実績割と被保険者割半々ずつの現行の割合では拠出超過となっている市町村のうち、被保険者の所得が低いためにその超過負担が重い保険者に配慮するものとしている。

しかし、狙いは被保険者割 5 割・所得割 5 割にし、保険料もこれに相当する応益割・応能割にすることにある。それによって、保険料の都道府県での平準化をほぼ実現できるとしている。その意味では、医療費実績割の割合を低減し、所得割の割合を高くすることが望ましいといえ、滋賀県・佐賀県は必ずしもこの方向性とは一致しないといえる。

その点、平成 24 年度から対象医療費を 10 万円超に引き下げる埼玉県は、実績割 40%被保険者割 30%所得割 30%とし、さらに平成 26 年度以降対象医療費を 5 万円以下に引き下げ、所得割の比率を高めるとしている。ここでも、埼玉県の共同事業の拡大に積極的な姿勢がみられる。

京都府と大阪府は、ともに平成 23 年度から医療費実績割を引き下げて、所得割を導入している。特に大阪府は、被保険者割を 50%とし、医療費実績割と所得割を各 25%としており、策定要領の被保険者割 5 割・所得割 5 割への方向性がみられる。

以上から、共同事業の対象経費の引下げと拠出方法の見直しは、取り組む府県が少ないことに加えて、策定要領の期待する保険料の平準化の方向と必ずしも一致しない県もみられることが分かった。

5) 保険料の平準化等と共同事業の拡大の両方とも方針に定めている府県は 4 府県

保険料の平準化等と共同事業の拡大の両方を支援方針で定めているのは、青森県、埼玉県、京都府、佐賀県の 4 府県だけである。

しかも、この 4 府県においても策定要領の期待する保険料の平準化を実現する方針となっているとはいえないのが実情である。

都道府県単位化に積極的な京都府、青森県は、共同事業の対象医療費の引き下げは見送っており、保険料の平準化も応益割合の 45%～55%の範囲という初歩的なものととどまっている。

埼玉県は、保険料の賦課方式の目標年度が不明である。

佐賀県は、共同事業の拡大、平成 23 年度から拠出金の算定方式の見直しに加え、保険税の算定方式についても、広域化するときまでに 3 方式に統一するとし、現在 4 方式の市町にあっては、移行のため環境整備に努めるものとするとしている。

以上から、各都道府県の策定した国保の支援方針は、国民健康保険法第 68 条の 2 第 1 項の定める目的の推進に応えるものとはなっていない実態が明らかになったといえる。

したがって、その策定過程における各都道府県の広域化等に対する認識や地方分権の影響などについて調査する必要があると考えられる。

3. 国民健康保険法広域化等支援方針の策定に関する都道府県質問紙調査

国民健康保険の広域化問題については地方自治体内部で意見が割れており、市町村が国保の広域化に積極的なものに対し、全国知事会は、国保の経営責任を都道府県に移そうとするものであるとして消極的である。ただし、都道府県の中でも意見は分かれており、国保財政の安定化のみならず医療供給体制の整備や健康増進施策との一体的取組による効果が期待できるとして、賛成する府県も少数ながらある。しかし、各都道府県が国保の広域化を、地方分権の観点からどうとらえ、どのように取り組んで行こうとしているのかは、必ずしも明らかではない。都道府県の策定済の支援方針の分析を踏まえ、地方分権の進展に伴って、政府の国保の都道府県単位による広域化を図る政策に対する都道府県の対応について調査分析を行った。

(1) 質問紙調査の目的

質問紙調査の目的は、地方分権の進展に伴って、国保の都道府県単位による広域化を図る国の政策に対し都道府県がどう対応したかを、支援方針の策定過程の分析を通して検証することである。

具体的には、次の3点を明らかにすることを目的に調査を実施する。

第1点は、国保の広域化に関して、地方分権の観点からの都道府県の認識を検証することである。改正国民健康保険法第68条の2第1項は、支援方針を定めることができるという規定であり、策定は都道府県の裁量に任されている。しかし、調査時点の2011年2月時点では策定済42都道府県で、未策定5県にとどまっている。上記の報道機関調査では、大多数の都道府県が国保の広域化に反対もしくは消極的であるにもかかわらず、ほとんどの都道府県が支援指針の策定を行うことを決めた。この過程において、地方分権の進展による地方自治体の自己決定権の拡大はどう認識されていたのか検証する。

第2点は、都道府県が策定した内容が、厚生労働省の示した「策定要領」が目的としている保険料の平準化による運営の広域化や保険財政の安定化につながるものであるかどうかを検証することである。現在の市町村国保においては、一般的に医療費の水準は、町村の方が低く、都市部が高い反面、収納率は町村が高く、都市部が低い結果、大都市部ほど、一般会計からの繰入れによって収支の均衡を図っている傾向がみられる。総務費の割合も保険者規模による顕著な差異は認められず、大都市であれば効率的な運営が期待できるという規模の経済が働いていない^{注6)}という見解もある。したがって、都道府県が厚生労働省のいうようにどこまで共同事業の拡充などの広域化に取り組み、国保の都道府県単位化の推進が図られたのか検証する。

第3点は、都道府県単位での広域化に向けて、財政の安定化、公平性の確保等を図るため、標準的な保険料・一部負担金の減免基準の設定などにより、財政負担を担わされる可能性がある。具体的には、共同事業の対象医療費の引下げや拠出方法の見直しにより、市町村の負担が増減することから、激変緩和措置として県調整交付金による補填の拡充を図る必要がある。このようなことについて、財政部局を含めて都道府県の財政負担の増加につながる認識はあったかどうか検証することである。

(2) 調査対象と調査方法

平成23年2月に全国の47都道府県を対象に調査した。調査方法としては郵送による

質問紙調査を行った（回答期限同年2月25日）。

各都道府県の国民健康保険課など支援方針策定担当課長あてに調査依頼を行ったが、実際の回答者は支援方針策定担当者（役職者を含む）であり、回答内容は必ずしも当該都道府県の公式見解とは限らない。各都道府県内での本調査の回答の決裁などの取り扱いについては把握していない。

(3) 質問紙調査結果

回答数は47都道府県中44都道府県で、無回答の3県は千葉県・福井県・岡山県であるが、このうち支援方針未策定は福井県のみである。回答率は、93.6%であった。

質問紙調査の主な結果は、以下のとおりであった。

①支援方針の名称に「広域化」を付けなかった14都県のうち、その名称にした理由として、東京都・神奈川・石川・兵庫・熊本の5都県が「市町村国保の財政安定化を目的とするもので、都道府県単位による広域化のための支援方針ではないから」と回答した。

また、岩手・香川・長崎・鹿児島県の4県が「収納率向上など特定の課題に絞った支援方針だから」と回答した。

なお「その他」の回答で長野県は、広域化と財政安定化の両方を名称に付した理由を『『広域化』のみでは県で広域化を決めたような誤解を与えるから』としている。

②広域化等支援方針を策定した1番の理由は、「国の普通調整交付金の減額措置の適用除外の要件を満たすため」で、回答都道府県の85%が選択している。

2番目の理由が「市町村からの広域化等支援方針策定の要望があった」で、回答都道府県の55%が選択している。

「国保広域化は必要との都道府県の判断」は、3番目に多い回答都道府県の35%が選択しているが、これを単独で選択した県は1県のみであった。

「その他」の回答で埼玉県は、県内市町村長から早期の広域化の要望があったとしている。

③標準的な保険料算定方式についてどのように定めたか尋ねた結果、「検討していない」という回答が16都県であった。そのうち、東京都は「検討していない」を選択した理由を理由を重複選択した「その他」で、「現状の国保財政の安定化を図るために必要な項目を中心に策定することとしたため」と広域化のための支援方針ではないためと説明している。

「均等割と所得割の2方式とする」と定めたと回答したのは埼玉県だけであった。また、「保険料算定方式は統一せず、市町村に任せる」と回答したのは秋田県だけであったが、重複選択した「その他」で、「(統一した場合保険)税負担の増減が大きく生じる可能性があり、激変緩和措置として当面の間不均一課税が必要」と回答している。

「その他」の回答が最も多く27都府県であったが、そのうち多かったのは、今後検討すると回答した青森・栃木・群馬・長野・岐阜・京都府・兵庫・山口・高知・福岡・大分・沖縄の12府県、方向性を示して検討するとしている回答が福島・新潟・三重・奈良・広島・佐賀の6県、高齢者医療制度の制度設計の動向を注視するとした静岡・滋賀・愛媛3県である。

④標準的な応益割合の方針について、最も多かったのは「検討していない」の19都道府県であった。「市町村の状況を踏まえ引き続き検討する」は6県であった。「所得割と均等

割を 50:50 に近づける」としたのは3県であった。「国民健康保険法施行令第29条の7の標準どおり設定」と回答したのは京都府のみであった。「その他」は14都県であったが、そのうち東京都は「検討していない」との重複で③と同じ理由を述べている。

⑤保険財政共同安定化事業の拡大の方針について、引下げると回答したのは20万円へ引き下げる滋賀県・佐賀県と10万円へ引き下げる埼玉県の3県であった。

もっとも多かったのは、「市町村の状況を踏まえ引き続き検討する」の14府県であった。「検討していない」は11都県で、「その他」は12都道県であったが、東京都は複数選択し、東京都はここでも上記と同じく検討していない理由を広域化のための支援方針ではないと説明している。

大阪府は、「10万円や20万円では効果は限定的」と重複して「対象医療費の引下げ<1円以上>は市町村に与える影響が大きいと引き下げない」に<1円以上>の書き込みをして回答している。

⑥拠出金の算定方法の見直しについて尋ねた結果、ア「検討したが導入しなかった」の回答は15県(34%)、イ「検討しなかった」は18都道県(41%)、ウ「検討し導入した」は6府県(14%)であった。無回答は5県(11%)であった。

アの回答のうち、もっとも多かった理由は「市町村国保間の格差を斟酌し、慎重に検討すべき」の7であった。次に「その他」も7であったが、そのほとんどが引き続き検討するであった。「都道府県単位化が不確定な段階で、拙速に決めるべきではない」が2、「市町村の利害の対立が明らかになるだけ」が3であった。

イの回答のうち、圧倒的に多かった理由は「その他」の15であるが、そのうち、今後の検討事項という県が11と多く、「市町村間の格差是正に先に取り組むべき」や「財政支援などが示されていない」は各1であった。また、東京都はここでも上記と同じく検討していない理由を広域化のための支援方針ではないと説明している。

⑦前年度繰上充用（歳入決算が歳出決算に足りない場合に、翌年度の歳入を繰上げて不足額に充てること（地方自治法施行令第166条の2））の解消のため、採るべき方法については、「市町村の責任で解消する（保険料の値上げ）」が11と最も多く、「国の支援措置の創設」は3、「市町村の責任で解消する（一般会計繰入）」が1であった。ただし、「その他」26のなかに、「方法は特定しないが基本的に市町村の責任で解消」が5県、「市町村の責任に加えて国の支援措置も必要」が7県、「一般会計繰入と保険料値上げ」が2県、「一般会計繰入と保険料値上げ、国の支援措置の総合的な取組が必要」が1県あった。

⑧国保の運営主体が都道府県化された場合の都道府県の負担増について尋ねた結果、9割以上の40都道府県が「負担が増えると思う」と回答したが、制度設計の不確定要素が多く不明・判断不能との回答が4府県あった。

負担増になると思う理由としては、「保険料の負担能力が低い高齢者や非正規労働者の割合が高く、一人当たり医療費が高い国保制度の赤字構造は、広域化では解決しないから」が圧倒的に多く、「市町村が法定外一般会計で負担してきた収入不足を、保険料の引上げで解消することは困難だから」との複数選択を含め34都道府県であった。「その他」としては、市町村への分賦金方式が見送られたため、都道府県の負担増になるとする回答が2県あった。

⑨広域化等支援方針の策定に際し財政当局に対して、負担増の可能性について説明したか

尋ねた結果、「説明した」の2都県に対し、「説明しなかった」が19府県と圧倒的に多かった。

(4) 質問紙調査の考察

質問紙調査の目的は、国保の都道府県単位による広域化を図る国の政策に対し、都道府県がどう対応したかを把握することにあるので、調査結果の考察は、国の策定統制手段である策定要領に沿う内容を策定したかどうかが基準となる。

1) 国の策定目的と異なることを示す名称

調査結果①のとおり、支援方針の名称に「広域化」を付けなかった理由として、5都県が「市町村国保の財政安定化を目的とするもので、都道府県単位による広域化のための支援方針ではないから」と回答した。

また、「収納率向上など特定の課題に絞った支援方針だから」と回答した4県も、広域化を支援方針の中に盛り込まない意図が明白である点で、国保の都道府県単位化を目指す国の広域化支援方針とは一線を画すものといえよう。

なお、「広域化」と「財政安定化」の両方を付している長野県は、その理由を「広域化」のみでは県で広域化を決めたような誤解を与えるからとしている。広域化に対する長野県の慎重な認識が窺える。

このように、独自の名称を付けた理由から、広域化等支援方針の策定を市町村国保の現状の財政的改善の一手段としての「財政安定化」と捉えている都県と、国保の「今後の地域保険としての一元的運用をはかるための環境整備」であるとする国の「広域化等支援方針」の名称をそのまま付した道府県の認識の違いが明らかになったといえる。

特に広域化のための支援方針の策定について否定の方向性が明白である5都県の支援方針は、国とは異なる政策目的と内容をもつものであり、地域の実態に応じた自律的な政策執行といえる。

2) 広域化等支援方針を策定した理由

国の普通調整交付金の収納率による減額措置が適用除外となる基準は、広域化等支援方針において、保険者規模別の目標収納率を定めるとともに、その達成状況に応じて都道府県が技術的助言若しくは勧告を行い、または、その達成に資する取組に対し都道府県調整交付金で支援することを定めていることである^{注7)}。そのため、長野県を除く（改正前の長野県の支援方針は全国で唯一目標収納率を定めていなかった。）策定済みの全ての都道府県の支援方針で、目標収納率を設定していた。

調査結果②のとおり、回答都道府県の85%が策定理由にあげており、国の誘導策が極めて有効であったことを示している。

それに比べ、複数選択にもかかわらず、都道府県自身が「広域化は必要」と判断したとの回答が約3分の1に過ぎなかったことが、逆に、国の政策の方向性に対する都道府県の消極性を示しているともいえよう。

2番目に多い理由が「市町村からの広域化等支援方針策定の要望があった」で、回答都道府県の55%が選択している。本節1調査の背景(1)でも述べたように、全国市長会や町村会は、国保の広域化・都道府県単位化を求めており、また、調整交付金の減額措置の対

象になる市町村も相当数あることから、過半数の都道府県が市町村からの要望を受けたということは、想定されたところである。

以上から、国保法第68条の2第1項では、都道府県は支援方針を定めることができると規定され、義務付けされていないにもかかわらず、大半の42都道府県(調査時)が策定した理由は、市町村の要望があり、国の普通調整交付金の減額措置の適用除外を受けることという実利的な理由が主であることが明らかになった。

3) 標準的な保険料算定方式の支援方針上の位置付けは先送り

策定要領では、今後の都道府県単位の広域化の方向性を決めるものとして、保険料の平準化を重視している。しかし、調査結果③のとおり、標準的な保険料算定方式についてどのように定めたか尋ねた結果、「検討していない」という回答が最も多く16都県であった。そのうち、東京都は「検討していない」を選択した理由を重複回答した「その他」で「現状の国保財政の安定化を図るために必要な項目を中心に策定することとしたため」と広域化のための支援方針ではないためと説明している。

保険料算定方式について積極的に「均等割と所得割の2方式とする」と定めたのは埼玉県だけであった。また、逆に「保険料算定方式は統一せず、市町村に任せる」と標準化しないと回答したのは秋田県だけであった。

「その他」と回答したうち、標準的な保険料算定方式の統一については、今後検討すると回答した府県が11府県、高齢者医療制度の制度設計の動向を注視するとしたのが3県であった。一方、県内の標準の算定方式について、3方式を目指すとか2方式が有力と考えるなど方向性を示して検討するとしている回答が6県あった。

以上から、標準的な保険料算定方式の統一については、ほとんどの都道府県が消極的であるが、東京都のように明確に検討しないというよりも、先送りのため、現時点では検討していないとする県が多いといえる。

4) 保険財政共同安定化事業の拡大を明記しているのは3県

共同事業の対象医療費の額の引き下げ(現行制度は1件30万円超80万円以下の医療費を対象としているが、支援方針により30万円以下への引下げを可とするもの)は、厚生労働省が広域化等支援方針策定の目玉として、強く推奨している項目である。

しかし、本節2(4)考察5)の表-1のとおり、対象医療費の引き下げを明記しているのは、20万円へ引き下げる滋賀県・奈良県・佐賀県と10万円へ引き下げる埼玉県の4県のみである。

調査結果の⑤のとおり、共同事業の対象医療費の額を「引き下げる」と回答したのは、表-1の4県中質問紙調査時点では引下げるとしていなかった奈良県を除く滋賀県・佐賀県・埼玉県の3県であった。

大阪府は「20万円や10万円に引き下げても平準化の効果は限定的である」と「市町村に与える影響が大きすぎる」との複数回答であったが、特に対象医療費を1円以上に拡充すると「市町村に与える影響が大きすぎる」としている。大阪府以外でも多くの府県で1円までの引き下げも含めたシミュレーションを行った結果、市町村に与える影響が大きすぎるとして、引き下げを見送っている。したがって、14府県ともっとも多かった「市町村の状況を踏まえ引き続き検討する」は、市町村間の拠出金負担の調整の困難さを示している。単なる対象医療費の引き下げによる共同事業の拡大は、むしろ市町村間の保険料格差

を拡大する方向に働く恐れがつよい。拠出割合の見直しや保険料算定方式とも関連するので、市町村の合意を得るのが難しいことが明らかになった。

5) 拠出金の算定方法の見直しをしない理由

策定要領は、共同事業の拠出金の算定方法について、新たに所得割が利用できることになったことを強調し、都道府県単位での保険料の平準化が進むとして医療費実績割の割合を引き下げ、代わりに所得割を導入することを推奨している。

調査結果⑥のとおり、拠出金の算定方法の見直しについて、約3分の1の「検討したが導入しなかった」県の理由は、「慎重に検討すべき」や「引き続き検討」がほとんどであった。拠出方法の見直しについては検討したが、市町村間の給付と負担の関係に影響することから簡単に結論が出せない問題点を含んでいることの認識を示すものと思われる。

約4割の「検討しなかった」都道府県の理由のうち、最も多かったのは23年度以降など今後の検討事項として予定されているで、検討しないとする都道府県はなかった。ただし、「市町村間の医療費や収納率の格差是正に先に取り組むべきと考えた」や「財政支援や制度設計など全く示されていない」など検討の前提条件が整っていないとする回答があった。これらの都道府県はいずれも、調査時点では、策定要領が求める拠出金の算定方法についての検討条件が整っていないと考えていたことを示すものである。

なお、実際に拠出方法の見直しを行ったウの回答をしたのは、前述分析調査結果4)表1の8府県のうち、調査時点では引き続き検討としていた奈良県と無回答であった福井県を除く6府県である。

6) 都道府県の負担増の認識

国の高齢者医療制度改革会議の最終とりまとめが、国保の都道府県単位化とその運営主体として都道府県が適当であるとしたことを受けて、そうなった場合に都道府県の財政負担が増えるか尋ねた結果、調査結果⑧のとおり、9割以上の40都道府県が「負担が増えると思う」と回答したが、制度設計の不確定要素が多く不明・判断不能との回答が4府県からあった。

負担増になると思う理由としては、「国保制度の赤字構造は、広域化では解決しないから」が圧倒的に多く、「市町村が法定外一般会計で負担してきた収入不足を、保険料の引上げで解消することは困難だから」との複数選択を含め34都道府県であった。

一般会計からの繰入が必要な現状のままの制度での都道府県化では、ほとんどの都道府県が赤字は避けられないと考えていることの現れといえよう。

広域化等支援方針の策定に際し、財政当局に対し、負担増の可能性について説明したか尋ねた結果、調査結果⑨のとおり、「説明しなかった」府県が圧倒的に多かった。これは、広域化支援方針を策定したことに直接起因して予算が必要になるかどうかという視点で判断した結果であると思われる。

以上から、都道府県の受け止め方の大勢は、都道府県を運営主体とするのが適当であるという最終とりまとめが出たにもかかわらず、支援方針の策定は現状の制度の枠内で行うものであり、これによって都道府県の財政負担が増えるものではないし、財政当局も特に説明を求めているということである。

都道府県側は現状の国保制度のままでの財政運営の主体となる場合には、財政負担増加の可能性は認めつつも、支援方針の策定が負担増につながることにについては危惧していな

いことが明らかになった。

4. 広域化等支援方針に関する分析調査と質問紙調査のまとめと「折り合い(分権的類型)」

分析調査と質問紙調査の調査結果と考察から、支援方針の策定及び国保の都道府県単位化政策の変容と地方分権の関係について、以下のとおり分析しまとめた。

(1) 支援方針の策定における地方分権の影響

1) 国保の都道府県運営主体化の特異性

国保の都道府県運営主体化は、基礎自治体から広域自治体への権限移譲という点で、地方分権とは政策のベクトルが逆にみえる。

しかし全国知事会は、医療保険制度の全国レベルでの一元化を方針としており、地方分権改革推進委員会において国を国保の保険者とするよう逆提案を行った経緯がある^{注10)}。

また、市長会および町村会も、当面の方向としては国保の都道府県運営化を主張しているが、併せて将来の国における一元化も要望している^{注11)}。すなわち、地方自治体側は、医療費保障については分権化ではなく、最終的には国への集権化を要望している。

実際、上記の分析調査結果 1) のとおり、約 2 割の 9 府県が将来的には国による一本化または一元化の要望を明記している。兵庫県や神奈川県等の都道府県単位化に消極的な県だけでなく、京都府や大阪府など広域化に積極的とされる府県の支援方針にも同様の記載がみられる点は留意すべきである^{注12)}。

すなわち、分析調査の考察 1) で述べたとおり「国保制度は国民皆保険を支えるナショナル・ミニマムであり、本来国において権限・財源・責任を一元的に担うことを基本とするべきものである。」(大阪府の支援方針の 1 (1) 目的) というのが、都道府県の基本的方向性である。

ただし、唯一京都府は、「市町村国保を都道府県単位で一元化し、広域自治体である京都府がその運営に参画することにより、京都府と市町村が協力して国保を運営していくことが必要であると考えている」と、当面の国保の府運営についても明記している。

このように、将来の方向性とは別に、当面の都道府県単位化については、都道府県の中でもニュアンスが異なり、市町村も含め地方自治体側は一枚岩ではない。

一方、国の都道府県単位化政策は、あくまで国保を地方の自治事務とするものであり、運営責任を市町村から都道府県に配分し直す国保の分権構造の修正に過ぎない。都道府県単位の医療保険再編の一環であり、(1) 保険者として安定的な財政運営ができる規模が必要であること、(2) 各都道府県において医療計画が策定されていること、(3) 医療サービスはおおむね都道府県の中で提供されている実態があること^{注13)}を理由としている。

これらは、保険集団設定の原理である保険者自治や社会連帯とは関係なく、財政規模や医療提供体制との関連を保険者設定の根拠としたものである。その意味で、最終的な危険負担者・医療政策担当者としての国を保険者とすべきという地方自治体の主張との差は、相対的なものでしかないといえよう。

このように国保の運営主体の都道府県化問題は、国・都道府県・市町村の方向性が錯綜する特異な政策領域となっている。

2) 支援方針の事実上の変容と都道府県単位の財政運営の実効性

分析調査の考察 2) から、支援方針の策定の目的を、都道府県単位の広域化ではなく、市

町村国保の財政安定化としてのみ捉えている都県が全体の約4分の1あることが明らかになった。特に質問紙調査の考察1)から、東京都等5都県は、支援方針の策定目的について「市町村国保の財政安定化を目的とするもので、都道府県単位による広域化のための支援方針ではない」としており、内容的にも広域化に関する事項は定めていない。

要するに、質問紙調査の考察3)からも明らかなように、都道府県の支援方針の策定に対する動機は、国費の減額回避という実利的なものに過ぎず、国保広域化という政策目的の共有はほとんどなかったと言わざるを得ない。

このような事態が生じたのは、第1章第1節3(1)2)のとおり地方分権一括法による地方自治法改正の結果、自治事務の創設に関する立法制約により、国が広域化等支援方針の策定を都道府県に義務付けできず、また策定内容の枠づけもできなかったことに起因する。

さらに、国保法第68条の2の規定についての、地方自治体の法令解釈権の保障に基づく各都道府県の独自の法令解釈とが相まって、都道府県単位化よりも現在の市町村国保の財政安定化を重視する支援方針の事実上の変容をもたらしたといえる。「今後の地域保険としての一元的運用を図るための環境整備を行う（策定要領、策定のねらい(3)期待される取組み）」支援方針ではなく、各都道府県の国保の実態に合わせた目的・内容の支援方針への変容である。

この状況を受け、国は一応地方との協議を経たうえで、2012年の国保法改正により、財政運営の都道府県単位化の推進策として、共同事業の全医療費への拡大を義務付けた^{注14)}。

しかし、現状では分析調査の考察5)と質問紙調査の考察4)のとおり、ほとんどの都道府県が共同事業の対象医療費の引下げを先送りするか検討しておらず、4県しか支援方針に定めていない。ましてや全医療費までの拡大は、どの県も定めていない。同様に、拠出方法の見直しも8府県に止まり、「市町村間の利害の対立が明らかになるだけ」という回答もみられた。

地方と協議の上の義務付けとはいえ、どこまで保険料の平準化につながるか疑問である。

国は、「制度として全国一律に拡大した方が各県とも取り組み易いのではないか」^{注15)}としているが、都道府県の調整機能に期待するという事実上の丸投げである。

拠出方法を原則どおり実績割と被保険者割50%ずつとすれば、相対的に医療費が高い保険者が有利になり、低所得者比率が高い保険者が不利になると想定される。

この拠出額の変動を緩和する方法は、増額した都道府県調整交付金で激変緩和を図るか、拠出割合・方法を変更するか2つである。前者は、調整交付金配分の新ガイドラインに従って都道府県の判断で行うことになるが、後者は市町村間の合意により、都道府県の支援方針に定める必要がある。支援方針については、市町村の意見は聴くだけで、同意を要するものではないとされるが、拠出方法のように市町村の予算に直接影響を及ぼす事項について、都道府県が反対意見を押し切って決定することは困難である。

実際には、両者の組合せで市町村間の合意を図ることになるだろうが、拠出額の調整ができたとしても、巨額の法定外繰入や繰上充用の問題が解決しない限り、都道府県内での同一所得・同一保険料という保険料の平準化の実現は難しいといわざるを得ない。

3)共同事業の拡大による都道府県単位化の限界

そもそも、保険財政基盤の脆弱性は、国民皆保険の最後の受け皿として、医療費を賄うに足る保険料を支払えない低所得者層を受け入れざるを得ないという国保の構造そのもの

にある。都道府県調整交付金の拡大を行っても、医療給付費の50%という国と都道府県の公費負担率は変わらず、保険者全体の財政運営の改善効果は限定的である。

前述のとおり保険料水準の平準化を図るには、各市町村が調整された拠出額を全て保険料で賄うことが前提となるが、それは給付費の不足の法定外一般会計繰入および繰上充用による補填を解消することでもある。

しかし、質問紙調査結果⑦から、大多数の都道府県は市町村の責任で繰上充用の解消を行うべきだとしており、都道府県調整交付金による肩代わりは、市町村間の公平の観点からもあり得ない。

一方、その解消のため保険料を上げた結果、滞納額が急増することになれば、かえって都道府県単位での財政運営推進の支障になる。この点は法定外繰入金の解消についても同様であり、最終とりまとめも指摘するとおり、市町村の繰上充用解消の取組に対する国の支援のあり方が問われる。

質問紙調査の考察6)から、都道府県は国保の運営主体が都道府県になった場合には、都道府県の財政負担が増すとの認識は強いが、支援方針の策定については、都道府県の財政負担に直接繋がるものではないという認識であることが明らかになった。

国保法の改正に伴い、都道府県は支援方針の見直しを迫られることになるが、国保の運営主体になるわけではないので、都道府県が調整交付金増を超えて自らの財政負担を支援方針に定める可能性は低いと考えられる。

したがって、見直しの成否は、市町村がどこまで保険料の引上げに応じられるかと、法定外繰入金や繰上充用の解消を含む国保の財政基盤強化のための国費の負担拡大が実現できるかに収斂される。特に後者の低所得者対策充実の実現可能性が、この政策の限界になると考えられる。

(2) 広域化等支援方針の策定における「折り合い(分権的類型)」

上記まとめの(1)2)のとおり、国が都道府県単位化の推進策として推奨した共同事業の拡大は4県、拠出方法の見直しは8府県にとどまり、逆に支援方針の策定目的を「市町村国保の財政安定化」としてのみ捉えている都県が全体の約4分の1あるなど、国保広域化という国の政策目的の共有はほとんどなかったといっていよい。

特に、東京都等5都県は、「市町村国保の財政安定化を目的とするもので、都道府県単位による広域化のための支援方針ではない」としており、内容的にも保険料算定方式の統一・共同事業の拡大など広域化に関する事項は定めていないことが明らかになった。

要するに、支援方針の策定により国保の都道府県単位化を推進するという国の政策が執行段階で変容していることが明らかになった。

一方、義務付けではない支援方針を46都道府県が策定し、そのすべてが保険者規模別収納目標率を設定しているなど、基本的に国の支援方針策定政策に従っている部分があることも明らかになった。また、多くの府県が共同事業の拡大等についても、今後検討する方向性を示している。

このように、保険料算定方式の統一や共同事業の拡大など国保事業の運営の広域化のための支援方針策定に関する統制と、都道府県域内の保険者の実態に応じて、国の政策執行統制手段としての策定要領を独自に解釈して、各都道府県が自律的に国保事業の「運営の広域化又は財政の安定化」施策を定め、国の国保の都道府県単位化の推進策の変容を惹起

したといえよう。

筆者が「折り合い(分権的類型)」と呼ぶ、国の統制と地方自治体の自律的意思決定とが、相互に受け入れあう状態が出現したといえる。

上記のとおり、この結果を受けて国は 2012 年 4 月の国保法改正により、共同事業の一律全面拡大を市町村に義務付けるとともに、都道府県調整交付金を療養給付費の 7 % から 9 % に拡大し、拠出方法の見直しと激変緩和措置による市町村間の調整を都道府県の調整機能に任せた。

「折り合い(分権的類型)」の動的側面が、次の国の施策展開に向けた動きを誘発したといえる。

国が、地方自治体の代表と一緒に策定した都道府県調整交付金の配分についての新ガイドラインが、国の政策執行統制手段として機能するのか、あるいはこれについても、新たな「折り合い(分権的類型)」が出現するのであろうか。

それは、都道府県単位化政策が国保の構造的問題の適切な解消策であるのか、単に大きな赤字団体への集約課程に過ぎないのかを、地方自治体側がどう判断するかに懸っている。

第 2 節 全国知事会の国保の都道府県単位化についての方針

国保の都道府県単位化推進の国の方針に対して、第 1 節でみたように多くの都道府県は消極的である。ましてや国保の運営主体の都道府県化については、第 1 節 1 (2) で引用した毎日新聞の調査のとおり、反対 29 都道県に対し、賛成が 4 府県と圧倒的に反対が多い。

賛成の京都府は 2009 年度に「あんしん医療制度研究会」を設置し、2010 年 3 月に市町村国保を都道府県単位で一元化し、都道府県が積極的に関わっていくことが求められるという報告書をまとめた。その中では、保険者には A 案（都道府県[一定の事務は市町村]）と B 案（都道府県と市町村による広域連合）が併記された。しかし、どちらの保険者案かに関係なく、①市町村国保に対し国がナショナルミニマムとしてしっかりした財政措置を図ることが前提となること、②国庫補助の大幅な整理と都道府県への財源移譲に回すことを条件としてあげている。

一方で、第 1 節の分析調査でみたとおり、8 府県の広域化等支援方針の策定目的・趣旨において、国による一本化や一元化を求めている。

このような各府県の支援方針の記述は、従来からの全国知事会の「すべての医療保険制度の全国レベルでの一元化」の主張にその典拠があるといえよう。平成 22 年 4 月 14 日の第 5 回高齢者医療制度改革会議に全国知事会社会文教常任委員長である神田真秋委員（愛知県知事 当時）が提出した資料「新しい高齢者医療制度について（全都道府県アンケートを踏まえて）」によれば、従来どおり「すべての医療保険制度の全国レベルでの一元化」の主張^{注 16)}を維持すべきが、3 分の 2 を超える多数意見であったとしている。（ただし、「従来の主張にとらわれず、都道府県は保険者として積極的に関与していくべき」との主張も 4 団体あった。）

「すべての医療保険制度の全国レベルでの一元化」という全国知事会の主張はどういう経緯を経ているのだろうか。

1. 全国知事会の国保の運営に関する方針等

(1)都道府県の国保の財政負担の変遷

都道府県に対し、最初に国から国保の財政負担が求められたのは、第5章第4節3で述べたとおり、1981年7月の第二次臨時行政調査会の第一次答申における都道府県の給付費の一部負担導入への言及であった。

全国知事会は、同年7月20日の全国知事会議で「地方公共団体に国の財政負担を転嫁するような制度改正は、国・地方を通ずる行政改革の趣旨に反するものであり、行わないこと。特に国保給付費並びに児童扶養手当、特別児童扶養手当の都道府県への肩代わりは絶対に行うべきでない。」とする「行政改革の推進に関する決議」を行った²⁷²。

それを無視する形で、同年8月厚生省は昭和57年度予算の概算要求において、国保療養給付費の国庫負担率40%を35%に引き下げ、新たに5%の都道府県補助を導入するという要求を行った。

全国知事会をはじめとする地方六団体の反対により、同年12月自治・大蔵・厚生三大臣の間で「昭和57年度予算における国保療養給付費並びに児童扶養手当の給付費に対する地方負担の導入は行わない。国保等については、今後速やかに、国、地方の役割分担を含め、医療保険制度等の全体の体系の中における制度の在り方について検討する。」との合意が成立した²⁷³。

これを受けて、1982年3月「国保問題懇談会」が設置されたが、都道府県負担の導入については意見一致せず、医療費適正化の推進、退職者医療制度の検討、高額医療費に対する共同事業の実施などを提言し解散した。

1984年の退職者医療制度の創設と1986年の老人保健法の改正による加入者案分率の引き上げは、国保財政の安定化に寄与するはずであったが、退職者医療制度の対象者数の見込み違いと老人保健法改正の施行の遅れにより、かえって甚大な影響を被った。国は、特別調整交付金により補填措置を講じたが、未補填額が1千億円以上残る中、大蔵省は昭和62年度予算編成の過程で、国保の国庫負担の定率分を40%から35%に引き下げ、調整分を10%から15%とし、その半分の7.5%を都道府県負担とする案を提示した²⁷⁴。これに対し、地方六団体は1986年11月27日に地方自治確立対策協議会等を開催し、都道府県負担導入に反対する決議をするとともに、関係方面に対し強く働きかけた。その結果、同年12月自治大臣と大蔵大臣の地方財政折衝において、導入は見送られた。

その際、自治・大蔵・厚生三大臣の間で、国保制度のあり方について、国と地方の役割分担を含め、速やかに幅広く検討を行う場を設置することが合意され、これを受けて、1987年5月第二次「国保問題懇談会」が設置された。12月まで13回にわたり、福祉医療制度の創設と医療費の地域差調整システムの導入を軸とする厚生省の試案「国保制度の課題と改革の基本的考え方」について検討が行われた。この案は、国の負担を縮減し、都道府県と市町村が新たな負担を強いられるものであったため、秋田県知事等の地方団体側委員は、単なる地方への負担転嫁に過ぎず容認できないこと、国保制度の改革の大前提として、医療保険制度の一元化の時期と姿を明らかにしたうえで、その中での国保改革の位置づけを明確にすること、具体的かつ実効性のある医療費適正化対策を明示することを主張した²⁷⁵。

この間、同年7月30日の厚生大臣と全国知事会役員との懇談会において、「国保問題は国民皆保険の一環として医療保険制度全体の中であり方を検討されるべきものであり、特に、医療保険制度一元化、医療費の適正化といった基本問題とともに議論されるべきこと」

等の主張を行った。

同懇談会は、1987年12月19日に複数の意見を併記した報告書を厚生大臣に提出した。

この報告を受け、国は大蔵・厚生・自治の三大臣間で覚書を取り交わし、保険基盤安定制度を創設し、軽減保険料に対する都道府県の負担（都道府県4分の1、市町村4分の1、国2分の1）を導入すること、高額医療費共同事業に都道府県も参加することとされた。

(2)近年の全国知事会の国保の運営に関する国への要望

国民健康保険制度の改革については、全国知事会の2000年7月18日付けの「平成13年度国の施策並びに予算に関する要望」の社会・文教・環境関係2(3)国民健康保険制度の改革についてで「国民健康保険制度については、他の医療保険制度と全国レベルで一元化するなど抜本的に改革すること」を要望している。

2001年9月に厚生労働省が公表した「医療制度改革試案」を審議する社会保障審議会医療保険部会において、委員の宮城県知事が「全国レベルでの一元化を含めた抜本的な改革を目標とすること」さらに「国民健康保険財政はどのように改善されていくのか明らかにされたい」との申し入れを行った。

以降、毎年度の「国の施策並びに予算に関する要望」において、「全国レベルでの一元化に向けた具体的な道筋を提示すること」を要望項目に入れている。

また、平成17年3月30日付けの「国民健康保険制度における都道府県負担導入に向けた基本的考え方」の4.国への要請(1)医療保険制度改革についてでも、「国は、医療保険制度の安定的な運営を図るため、全国レベルでの一元化に向けた具体的な道筋を提示すること、また、制度の安定的、かつ、持続的な運営を可能とするような制度の抜本的な改革について、地方の意見を尊重し、十分議論を尽くすことを強く求める」としている。

最近では、平成24年7月20日付けの「平成24年度国の施策並びに予算に関する提案・要望」（厚生労働省関係）においても、1.(7)で「将来にわたって医療保険制度の安定的運営を図るため、国の財政責任を明確にした上で、医療保険制度の改革等を着実に行うこと。特に、国民健康保険制度については、国の定率負担の引上げによる公費負担の拡大など、今般の法改正にとどまらず、構造的な問題に対する抜本的な解決を図るとともに、後期高齢者医療制度については、必要な改善を加えながら安定的な運営に努めること。その上で、すべての医療保険制度の全国レベルでの一元化に向けた具体的な道筋を提示すること。」と同様の要望を行っている。

2. 神田真秋前全国知事会社会文教常任委員長インタビュー

2011年8月16日、筆者は愛知芸術文化センター総長室において、前愛知県知事で全国知事会社会文教常任委員長として、高齢者医療制度改革会議の委員を務めた神田真秋氏に、同会議の審議状況などに関し話を聞いた。

(1)インタビュー予定項目

御厨貴氏は、オーラル・ヒストリー・メソッドの第二段階として、質問表の作成と使用について、作る場合と作らない場合があること、さらに前者には相手に示す場合と質問者の手控えとする場合があり、どの型にするかは、質問表の粗密も含め相手によるとしている²⁷⁶。

今回の場合、インタビューの長い経歴のうちの特定の時期の特定の活動について聞く

ものであり、かつ、インタビューにとってはメインの業務に当たらないことなどから、筆者の問題意識に沿って作成した質問表を、あらかじめ送付する方法をとることとした。筆者が、あらかじめ送付した質問表のインタビュー予定項目は以下の4点である。

インタビュー予定項目

1. 毎日新聞社の2010年11月17日の報道によれば、市町村の国民健康保険を都道府県に運営させる厚生労働省の構想についての質問紙調査の結果は、反対29都道府県で、賛成が長野・京都・大阪・奈良の4府県、残り14県はどちらともいえないということでした。(別添毎日新聞データベース参照－省略筆者注)

都道府県の意見は分かれていたようですが、高齢者医療制度改革会議最終とりまとめ(以下「改革会議」「最終とりまとめ」という。)に当たっての知事会としての意見書は、「我々都道府県も、国民健康保険を抜本的に改革することに異存はなく、積極的に責任を負う覚悟はある。」としつつも、結論としては反対の意思を表明しています。

神田前知事は、構造的問題の解決なき国保の都道府県単位化は、巨大な赤字団体を作るだけだと反対され、構造的問題の解決とは、多額の一般会計繰入等の財源問題に対し、税制改正を含めて、国費をどう投入するかが示されることだと指摘されました。また、分賦金方式が外され、市町村の保険料徴収のインセンティブ確保の仕組みが外されたことも、国保の運営主体を都道府県が担えない理由に挙げられました。

知事会として、改革会議のとりまとめ案には反対ということでは意見集約できていた(注¹)ようですが、神田前知事としては、この2点について、改善された案が示された場合には、全国知事会は都道府県の運営主体化に積極的な京都府などの方向でまとまるとお考えだったのでしょうか。

また、「積極的に責任を負う覚悟」とは、運営主体になるというよりも、都道府県の財政負担増加を受け入れるというニュアンスの方が強い感じを受けますが、神田前知事としてはどのようにお考えでしたでしょうか。

2. 全国知事会は、国民健康保険の保険者を国にするように、逆分権の提案を行ったことがあります(注²)、現在も「医療保険制度の全国レベルでの一元化」という主張を維持するとしています。

リスク分散の保険原理からすれば、保険者規模は大きい方が望ましいといえますが、保険者自治(保険加入者の参加による民主的運営)の観点からは、規模の拡大が必ずしも望ましいとはいえません。

全国知事会の国保一本化(または「医療保険制度の全国レベルでの一元化」という規模拡大の主張も、厚生労働省が進めようとしている都道府県を運営主体とする市町村国保の広域化も、同じく集権化の方向であるといえます。

補完性の原理からいえば、医療保障のような対人社会サービスは身近な基礎自治体が行うべきで、財政安定化のために広域化を進めること、その極限の形として国を保険者とすることは、集権化の方向をめざすものであり、地方分権の流れに逆行するのではないかとの説があります。

一方で、基礎的自治体でカバーできない事務については広域の自治体で、広域の自治体でもカバーできない事務は国において処理することも、補完性の原理の含意するところで

あるとの説もあります。

全国知事会も市長会・町村会も国保に関しては集権化の方向ですが、神田前知事は、構造的問題すなわち財源問題の解決策が示されれば、地方分権の観点から、地域に適した医療を提供する市町村（又は都府県道）国保を維持するという方向への転換はあり得るとお考えでしょうか。

3. 国民健康保険法第4条第2項に「都道府県は、国民健康保険事業の運営が健全に行われるように、必要な指導をしなければならない。」と規定されていることを根拠に、都道府県は「広域化等支援方針」の策定及び同方針に基づく保険料の平準化に向けての取り組みにリーダーシップを発揮することを求められています。（最終とりまとめⅢ2。国保の運営のあり方(5)全年齢での都道府県単位化（第二段階）に向けて）

地方自治体の自主性・自律性を高めるという地方分権推進の趣旨から、この指導規定はできる限り消極的に解釈すべきであり、平準化のために保険料の引上げ・引下げや算定方式の統一などに及ぶことは、基礎自治体の裁量権を侵害する恐れがあるという考え方があります。

一方、国保の広域化を市町村が望むのであれば、保険料の平準化は不可欠であり、都道府県が運営主体となるか否かにかかわらず、都道府県が調整するのは当然であるとも考えられます。

神田前知事は、第5回改革会議において、広域化等支援方針の位置づけが、社会保障審議会医療保険部会での議論と違っている^{（注3）}旨指摘されておられます。

私は最終とりまとめの広域化等支援方針の位置付けが、国保の都道府県単位化のツールとして強調されすぎているという感じがしておりますが、神田前知事はどのようにお考えでしょうか。また、そのことが、都道府県の広域化支援方針の策定・未策定の方針や内容（例えば東京都などの財政安定化のみを内容とする支援方針）に影響したとお考えでしょうか。

4. 平成23年4月28日に「国と地方の協議の場に関する法律」が成立し、5月2日公布施行されました。6月13日に開催された第一回の「国と地方の協議の場」に提出された「税と社会保障の一体改革」に関する資料2には、個別分野における主な改革項目のⅡ医療・介護等の中で、「市町村国保の財政運営の都道府県単位化と併せ財政基盤を強化」と記載されています。（別添資料参照一省略筆者注）

地方六団体は、終了後の記者会見において地方と十分な協議のないままの社会保障改革案には反対である旨表明したとしています。（知事会 HP 参照）

既に高齢者医療制度に関しては、先行して「国民健康保険の基盤強化に関する国と地方の協議の場」が設定されていますが、いずれ「国と地方の協議の場」に移されることになるかもしれません。どちらの「国と地方の協議の場」においても、都道府県間の意見集約はもちろん基本的に国保の都道府県化を求める市長会・町村会等との合意を得て、国に対応することが必要です。

神田前知事は、市長会・町村会との合意の見通しはあるとお考えでしょうか。

（注1）神田委員は最後の改革会議において、「実は、いつかここでも文書でお示しいたしましたが、全国47都道府県で7割ぐらい多数意見があり、一部、2割3割は都道府県が

運営主体になることについて理解を示す知事もいらっしゃいました。しかし、こうした財源の問題やら、そのほかが全く最後まで見えないということで、今ではほとんど反対に回っております。そのことも付け加えておかなければならないと思います。

実は、この会議の少し前に、会長をはじめ、私ども、関係する知事が集まって会議を持ちましたけれども、従来、比較的、都道府県の運営主体について理解を示していた、ある知事からは、もうこの会議から引き上げろという意見まで出てきたことも付け加えなければなりません。」（別添議事録参照一省略筆者注）と説明されています。

（注 2）平成 19 年 9 月 4 日の第 16 回地方分権改革推進委員会における全国知事会地方分権推進特別委員会分野別 PT 担当知事等との意見交換における「国保の保険者を国にすべき」という逆分権の提案です。地方分権推進特別委員会委員長の山田啓二京都府知事ほか産業・教育・福祉分野の担当知事が出席していますが、福祉分野については担当の橋本大二郎高知県知事の代理として出席した畠中高知県健康福祉部長が発言しています。（別添議事録参照一省略筆者注）逆分権の理由としては、診療報酬の決定権限や保険医療機関や保険医の指定権限が国にあること、医師の養成や研修などについても国がやっていること、調整交付金の算定基準も国で定めており、地方は手間をかけて積算しているに過ぎないことなどから、財政基盤を強固にするなら国に一本化するほうが効率的であり、何よりも国民の医療は国が最後まで責任を持つ分野であることをあげています。

（注 3）「医療保険部会での議論を経て、今度の改正案というのは、広域化に向けてのある意味では環境整備なのです。広域化だとか、あるいは次のステップにまだまだ遠い環境整備で、例えば財政の安定化だとか改善計画だとか、そういうレベルの話です。ところが、ここでは一挙に広域化を進める。それはどういう受け皿がいいのかというところまでいってしまっている。」

ただし、実際のインタビューにおいては、神田氏は「時間の関係もあるので、項目は 4 項目に分かれているが、相互に関連しているので、一問一答ということではなく、今ここに当時の資料も持っていないので、私の今の記憶の範囲でお答えします。」ということで、必ずしもこのインタビュー項目に沿った応答ではなかった。

(2)神田氏のインタビューの内容

1) 国保の都道府県化問題の解決方策

神田氏は、国保の運営主体の都道府県化の実現の困難さについて、保険料の統一という点と、何ら手当もせずに都道府県化した場合には膨大な赤字を受け持つ団体が発生するがそれで持ちこたえられるのかという点から、次のように強い懸念を示した。

「もし本当に国保の運営主体を都道府県にということであれば、例えば貴方が勤めておられた岐阜県もそうだろうし、愛知県もそうだが、市町村によって黒字の団体、赤字の団体がある。赤字の団体は一般会計での繰出しなどもしているわけである。それから保険料・保険税の金額も違う。それをどこに合わせるかという問題があるが、現実問題としてそれは容易なことではない。また、仮になんの手当もせずに都道府県単位化をした場合には、赤字を全部引き受ける大きな受け皿ができるわけだが、膨大な赤字団体を県の中、あるいは外郭になるかも知れないがそういう会計を持つことになる。これは膨大な、毎年数十億

円・百億円単位の赤字を出すような都道府県も出てくる。果して、都道府県の今の財政状況からいって、都道府県に持ってきてもそれを持ちこたえることができるだろうかという問題がある。」

特に、国保の構造問題に起因する多額の繰入等の財源問題に対しては、抜本的な解決策が示されていないとして、次のように述べた。

「例えば今回の税と社会保障の一体改革があったが、あれで国保の関係で出てきたのが2千億ちょっとで、先ほど言った今の（市町村国保の）赤字だけでも毎年5千数百億円ある。半分にもならない。税との一体改革の中で、消費税をこれから上げてそれをどうするかというなかでもその程度の話である。だから、もし都道府県が受けるにしても、それぞれで覚悟を持ってやればいいんだが、どの県も財政が大変厳しい。愛知県でもリーマンショック以後2年間で五千億円の減収でアップアップしている、そんな大きな赤字を『はい、分かりました』といってやれるような状況ではない。多額の地方交付税をもらって、辛うじて予算を組んでいるところがたくさんある。」

また、保険料の徴収の問題点に加えて医療・保健における市町村の役割の重要性を指摘し、次のように述べた。

「保険料や保険税というのは住民に直接負担増を求めるものなので、市議会や町議会も容易なことではウンとは言いません。つまり、市町村にとってそれほど、国保会計というのは大変になっているのです。だから、その財政責任から離れるということになれば重い肩の荷を下ろすことになるでしょう。そうすると、先ほどインセンティブの話をされたが、もし収納率に係わりなく責任を負わなくてもいいということなら、これは下がることはあっても上がるということは常識的に考えられない。下がっていくばかりになれば、ますます都道府県の財政や国の財政に影響を及ぼすことになる。」

それから住民に一番近いところで、例えば保健指導や健康診査やらするというのは、やはり都道府県という中間団体ではなく市町村が一番適任である。仮に運営主体が都道府県や国になったところで、市町村を抜きにしてはできないわけで、会計の負担をどこに持っていくかということだけになってしまうとすれば、より慎重に制度設計をしないと大変なことになると思われる。」

市町村の役割の強調は、都道府県が行っている健康増進事業等について、医療費の適正化や医療サービスの提供政策等とで有機的な連携を図ることが可能になることが、都道府県化の理由に挙げられることに対する反論でもある。神田氏は、この点について第3回の高齢者医療制度改革会議（以下「改革会議」という。）でも同様の発言をしている。

そして、歩み寄る気が全くみられなかったとして、次のように、厚生労働省の政策に対する不信を述べている。

「もし本当に、厚労省が都道府県にやってもらいたいという気があるのならば、都道府県が受けやすい制度設計や制度の構築をしなければならぬが、そういう前向きの動きは一つもなかった。むしろ都道府県が、段々気持ちが離れ、距離を置くような提案ばかり出してきた。そういう点にも厚労省の腹の中が見えたような気がした。」

ここでいう「距離を置くような提案」とは、第13回改革会議に提出した全国知事会の「最終とりまとめ案」に関する意見書で「市町村の保険料徴収のインセンティブ確保の仕組みも外すなど、都道府県が到底担い得ないような矛盾した案になっている。」としたことを指

すと思われる。

2) 地方分権と国保の広域化について

神田氏は、筆者が三位一体改革での国保の都道府県の負担増について触れたことも踏まえ、国保の都道府県単位化と地方分権の関係について、次のように述べた。

「地方分権との関連付けの中で、今もお話されたし、質問も事前にいただいていたが、今回のこの件は地方分権か中央集権かという二者選択的な話ではないと、まず、基本的なスタンスとしては、そう思っています。というのは、国民の医療に係る問題を国民皆保険との関連の中でどう支えていくかという問題は、国がナショナルミニマムとしてどう制度設計をし、構築し、それを実施して行くかという問題だと思います。それぞれ、地域の個性に応じて区々に分かれていいというものではない。人の動きがこれだけ激しい時代になったので、どこでも同じように安心して国民皆保険の下に支えられた医療の恩恵を受けられるようになるべきだと、まさにそれはナショナルミニマムとしての制度設計あるいは制度の構築の問題だと、だから、それぞれ住民の一番近いところの市町村が、それぞれ個性を発揮していろんな保険制度をやれば良いという問題ではない。」

また、全国知事会の近年の国への予算要望に掲げられている「医療保険制度の全国レベルでの一元化」という主張を維持するスタンスは変わらないかという筆者の質問に対して、次のように認識を示した。

「全国レベルでの一元化というのは、例えば後期高齢者医療制度もあるし、国保や健康保険、共済などもあるが、制度が区々に分かれている。ナショナルミニマムとして考えた場合には、全国一つのなかで対応すべきだという基本的な考え方は、私が辞める直前までずっと維持していた。分権議論の中で高知県知事だか誰だったかが、逆分権（という言葉）を使っているとすれば、それはあくまで比喩的な意味だろう。分権議論とは本質的に私は違うと思っている。本来あるべき姿はこうである、という議論の中で本来は一元化すべきである。何も地方から国にというような話ではない。たまたま分権委員会の中だからベクトルが逆のように見えるから逆分権という言葉で、当時どなたかが使ったのか分かりませんが、それは見方の違いであって、本質的には分権の話とは違うだろうと私は認識している。」

さらに、筆者が、知事会のスタンスとして最終的には国が行うべきものだということならば、都道府県を国保の運営主体にしようという厚生労働省との「国民健康保険制度の基盤強化に関する協議」での協議の妥結も難しいのではないかと尋ねたのに対し、次のように答えた。

「問題は国全体としての一元化を求めるということは、知事会も今日明日できる事とは思っていない。とても難しい課題がたくさんありますので、時間がかかると思っているわけです。将来の大きな遠い高い目標だと思っている。なぜ、それを離さないかというと、それを離してしまったら、国の方は、市町村国保であれ、都道府県国保であれ、そちらでどうぞやってくださいという話になる可能性がある。ナショナルミニマムということを見捨てられてしまう心配がある。しかし、高いそして困難な目標であってもそれを掲げ続ける必要がある。」

このように神田氏は、国保の運営主体の都道府県化を目指す厚生労働省の動きと、地方分権の問題とは本質的に違うという認識であることを示した。

3) 高齢者医療制度改革会議の議論の問題点

神田氏は、改革会議の議論の仕方にかかなりの不満と厚生労働省に対する不信を感じていたことが、以下のインタビューから伺われる。

まず、改革会議における議題の設定について、次のようにその不適切さを指摘している。

「国保をこれからどうするかということは、かなりの力仕事で、英知を結集し、大きな国民皆保険を守っていくためにはどうするかという議論の中でやっていかなければならない。そのくらい国の根幹に係わる、年金と同じくらい大きな比重のある問題である。ところが、今回のスタートは国民に評判の悪い後期高齢者医療制度を廃止すると打ち出したことによるが、後期高齢者医療の問題から大きく踏み越え、国保というより広範な議論を必要とする問題まで一気に走って行ってしまった。順番は逆じゃないですか。後期高齢者医療制度の見直しに向けて改革会議を作ったわけですが、国民健康保険をもし本当に根本的に見直すのならば社会保障審議会の医療保険部会でじっくり議論しなければならない。それがこれまでのルールだったわけですが、そこでの議論は一切なかった。」

その原因についても、次のように、新政権の拙劣な対応を批判している。

「後期高齢者医療制度自体も、新政権がたまたま悪評高い後期高齢者医療制度を廃止と打ち出してしまった。ただ単に廃止ならばその前の老健制度に戻ればということだが、しかし老健も問題が山のようにある。それを改善するために後期高齢者医療制度ができたわけで、ただ戻るといふわけにはいかない。そうすると戻り先が決まっていなくてただ止めると言ってしまったところに、政治的な未熟さがあったと思う。」

したがって、「まず順番がちがうじゃないか、それから着地点をどうするのか、あるいは議論の土俵が違うでしょうと。そういうところから私は問題提起をしました。」と、神田氏は自身の改革会議における発言を意味づける。

国保の都道府県運営主体化の議論についても、次のように厚生労働省の意図的なものと捉えている。

「市町村国保は市長会も町村会も財政面で困難な状況にあるので、自分の手から都道府県なり国へ移行できれば、財政負担一つとっても助かるので、そうしたいと考えるのはある意味自然なことです。そうした中、いきなり都道府県が運営主体になるという話が出てきた。これは厚生労働省の戦略だったかも知れません。」

さらに、後期高齢者医療制度を廃止した場合の高齢者の受け入れ先として、「受けるとすれば落ち着きがいなのは国保だと思う。」と認めたうえで、次のように国の財源論の回避を批判している。

「国保が落ち着きがいとすれば、現在の市町村国保はかなり財政的に難渋している。であれば、それに対し国はどこまで責任を持ちますという話をしてもらわなければならない。それが一切出ませんでした。議事録を読んでもらえばわかるが、検討するのに最低限必要な将来の財政見通しを示してくださいと資料の提出を再三求めたが、そんな程度のもので出てくるのに半年位かかった。その用意が全くないところで見切り発車だったわけで、ただ単に都道府県に責任主体をすげ替えて、国は高見の見物をしようというような、勘ぐればそういうような横着な姿勢もみえた。国保が落ち着きがい、国保に高齢者の部分を持っていくとすれば、ナショナルミニマムをどうするかは、究極は国の責任ですので、ここまで頑張りますという方向が出なければいけないのに、口酸っぱく私が何回もあの改革

会議や大臣にも直接言っても、最後まで示されることがなかった。」

資料の件について神田氏は、第2回改革会議において、「急増が見込まれる高齢者の医療費の推移、高齢者医療、市町村国保、健康保険などの保険区分ごとの医療費や公費負担、保険料、支援金などの財政調整、それぞれ将来推計を是非とも示していただきたい」と要望した。しかし中間とりまとめの段階に至るも示されず、神田氏は第9回改革会議に提出した意見書において「将来推計に基づく議論がないままに中間とりまとめを行おうとするのは、手順として逆であり、大きな問題である。」と指摘した。これに対し国は「神田委員意見書に対する厚生労働省の考え方」で、「財政試算（医療費等の将来推計を含む）については、『中間とりまとめ』において新制度の基本的枠組みを踏まえて示す旨『中間とりまとめ』（案）に明記している」と回答した。すなわち「中間とりまとめ」で、『都道府県単位の運営主体』を具体的にどこにすべきかについては、都道府県が担うべきとする意見が多数であった」とされた後に示すとした国の姿勢に不信感を抱いていたことを語っている。

特に財源問題について、改革会議の途中で税と社会保障の一体改革の検討が始まったこととの関連について、神田氏は第11回、第12回の改革会議で質しているが、その対応について次のように述べている。

「現に同時進行の税と社会保障の一体改革の議論も有識者によって行われていた。そこを全く遮断してしまう。それから、社会保障審議会の医療保険部会での議論が必要にも関わらず、そちらも遮断してしまう。それで、この狭い土俵の中で、しかしこちらのところへも首を突っ込んで行くという話は本末転倒ではないか。それを、私は5回目の会議やその他で何度も指摘したにも関わらず一顧だにされないというより無視された。いずれやりますとか議事録を読んでもらえばそうになっている。」

ここで、第5回の改革会議で神田氏は、質問表のインタビュー予定項目の3の(注3)のとおり指摘している。

また、厚生労働省の事務局の対応についても、次のように不信感を示している。

「それから、事務局答弁も極めて不誠意な対応の答弁が多い。たまたま私が休んだ会議（第10回）の議論を、ほとんど中身が議論されず表題に上がっているだけなのに、前回やりましたという答弁をしたりするんですね。本当に、私は烈火のごとく怒りました。あの場所以外ですが。大臣にもそういう話をした。」

この件は、議事録によれば、第11回改革会議において、神田氏が「広域化に基づいて、保険料をどう統一していくのか」が議論されていないと指摘したのに対し、事務局が「この点につきまして、前回も様々なご指摘をいただいたところでございます。」と答弁したことを指している。第10回改革会議の議事録では、町村会から「保険料の平準化に伴って、大幅に負担増となる団体が出ないよう緩和措置を是非組み込んでいただきたい」という要望がなされただけで、議論はされていない。事務局からは、神田氏の代理人が提出した資料の愛知県内の保険料の低い市町村について「都道府県単位化するのであれば、後期高齢者医療制度のように不均一保険料といった措置を考えられる」との説明がなされただけである。

4) 国保広域化等支援方針

筆者が、国保広域化等支援方針の策定内容が、国の方針に沿った府県と、広域化を無視して財政の安定化や徴収率向上を内容とした都道県に分かれていることから、都道府県単

位化に対する都道府県の方が割れているのではないかと尋ねたことに対し、次のように答えた。

「私は、いささか認識が違います。まず国保の広域化方針云々という議論は、あれは飴と鞭です。これ（支援方針）をやればこうしてあげますよ（国の調整交付金の減額回避）というのに、誰もが乗るじゃないですか。国保そのものを都道府県がやるんだと考えてやっているとはとても思えない。愛知県だって現にそうですよ。調整交付金そのものに係わってくるから。」

広域化等支援方針の策定は、国保の都道府県運営主体化とはつながらないとともに、都道府県がこれにより割れているわけではないという認識を示した。

5) 知事間の意見の相違について

筆者が、全国知事会の中で、京都府や大阪府などの国保の都道府県単位化に積極的な知事と大多数の反対の知事とに割れているように見える状況で、国の財源対策などにどのような改善策が示されれば、まともだと考えるか尋ねたのに対し、次のように答えた。

「知事会の中でも意見が分かれていたという点ですが、若干のニュアンスは確かに違う部分があるが、都道府県で受けてもいいと言っているところも、前提として国が財源をきちんと対応するならばという条件付きである。そこが割愛されて、受けてもいいという部分だけが前面に出ていた。新聞などや皆さんの受け止め方もそうであったかもしれない。京都府も、国が責任を前面に出すならばということが前提になっている。そういうものが一切見えて来なかったのが、最終段階では理解を示している都道府県もそんなものではとてもでないということで、ほとんど反対一色になった。」

最後の段については、神田氏は2010年12月20日の第14回高齢者医療制度改革会議で、質問表のインタビュー予定項目の1の(注1)のとおり発言している。

6) 市町村との立場の相違について

市長会や町村会は、将来は国において一元化するという方向性は全国知事会と同じだが、当面は都道府県を運営主体にする都道府県国保の実現を要望していることについて、神田氏は、次のように市長会や町村会との乖離は大きくないという認識を示した。

「都道府県と市町村が対立しているということについて、私は改革会議をやっているときに市長会の代表や広域連合の代表や町村会の代表と話をしたが、意外と方向は一緒なんですよ。方向が一緒というのは、国がきちんとやってくれなければ困るねということ。都道府県とて何もかも一切いやだといっているわけではない。順番が違うでしょう、国の覚悟も何も見えないでしょう、制度設計も一方的ではないですかということを言っている。そういうことに関しては、市長会にしても町村会にしても理解してしてくれる。こんなことじゃ都道府県も簡単には受けられませんねと。私は、市町村と都道府県にそんなに乖離があるとは思っていない。だから、大きな国の方針やトレンドがはっきりすれば、一つの方向に進むことができると思っている。」

7) 後期高齢者医療制度の評価

神田氏は、国保の見直し論の発端となった後期高齢者医療制度の評価について、次のように述べている。

「後期高齢者医療制度は導入されて社会の中に大混乱を起こした。これは事前の説明で負担が減ると思っていたら増える層もあった。それから大切な年金から天引きされる、こ

れも（高齢者には）予想外であった。あるいは、保険証が分けられる、これは家族を分断するものだという、あるいは姥捨て山という言葉も使われた。しかし、それらは、当時の自民党政権によって、減免制度によって負担増のところは平準化を図ったり、あるいは天引き制度についても選択制にしたり、あるいは個人個人に分断されて姥捨て山と言われたことについても制度の見直しが行われてきた。私が実体験として知事時代に県内の広域連合の構成員の市町村長に全部聞いたところ、ほとんど不満の声は聞かれなかった。むしろまた制度を変え、混乱が再発することを心配する声が圧倒的に多かった。」

この評価は、前述の第 13 回改革会議に提出した全国知事会の意見書の「当初の感情的とも言える批判や反発も沈静化し、制度の改善も図られ、概ね安定的に運営されている。（中略）その一方で、加入する制度の違いにより保険料に違いが出るため新たな不公平感が生まれること、システム整備に多額の費用を要することなど様々な課題を抱えており、拙速に新制度に移行する必要性は無い。」に反映されている。

8)「最終とりまとめ」の評価と国と地方の協議の場の設定にみる国の依存

最終とりまとめについて、神田氏はその実現性について、次のように非常に厳しい視方をしている。

「一応最終の意見書はああいうふうに作ったものの、都道府県がその気にならなければいくら制度設計をやったって動かないわけですから、私は簡単にいくことではないと思っている。」

この点については、2012 年 3 月 22 日の参議院厚生労働委員会における大家敏志議員の「知事会の理解がなければやらないということか」との質問に対する小宮山厚生労働大臣の答弁「都道府県の方の合意、これが関係者との合意ということにもなりますので、そこを得なければやはりこれは（法案の国会一筆者注）提出はできないと考えています。」で確認された。

また、「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」の設置の経緯について、次のように実態を明らかにしている。

「終わってみたら、挙句の果てに、これも調べてもらえば分かるんですが、ああいう答申をまとめた以上は、知事会との実務的な協議が行われないと格好が付かないから、なんとか形式だけでも会議をしてもらえませんか。僕は撥ねつけていたんですが、都道府県が運営主体になるということが必ずしも前提ではないので議論には入ってくださいということで、今は知事会の私の後任の知事が入っていると思いますけれど。」

「都道府県が運営主体になることが前提ではない」とされていたことは、2012 年 1 月 24 日に開催された第 2 回「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」において、全国知事会が提出した「社会保障・税一体改革素案における国保制度の見直しについて」の中で、次のように明記されている。

「同素案（社会保障と税一体改革素案一筆者注）では、高齢者医療制度の見直しについて、『具体的内容について、関係者の理解を得た上で、平成 24 年通常国会に後期高齢者医療制度廃止に向けた見直しのための法案を提出する。』としている。本会は、本協議への参加に当たっては、『最終とりまとめ』の法制化とは切り離し、国保の基盤強化について議論するという趣旨から国の要請に応じたものである。これまで高齢者医療制度に関する協議は一切行っていない中で、現行制度の廃止法案の提出を断行しようとすることは暴挙と言

わざるを得ず、断じて認めることはできない。」

以上の2点、特に都道府県との合意が後期高齢者医療制度の廃止に向けた見直し法案の国会提出の前提とする政府の判断が明示されたことは、国保の運営主体の都道府県化の政策実現プロセスについては、国の都道府県への依存関係が明白になったといえよう。

第3節 国民健康保険の広域化等に関する市町村調査 ― 福祉医療助費成制度との関連を含めて

1. 調査の背景

(1) 国保の広域化に伴う市町村国保の格差の是正

全国市長会も全国町村会も、将来的には医療保険制度の一本化を要求しつつ当面は、都道府県単位の国保の広域化を主張している。具体的には、市長会は「国が保険者となり、すべての国民を対象とする医療保険制度の一本化を実現する必要がある。」としながら「その実現までの間、国の責任を明確にしたうえで、都道府県を運営主体とし、市町村との適切な役割分担のもと、国保制度の再編・統合を行う必要がある」という方向^{注17)}を打ち出している。全国町村会は、「国民皆保険を堅持するため、都道府県を軸とした保険者の再編・統合を推進し、最終的には医療保険制度の一本化を図ること」^{注18)}を要望している。

しかし、実際に都道府県単位化又は都道府県化する場合には、保険料の平準化や繰上充用の解消など、市町村間の格差を是正する必要がある。国は、都道府県の国保広域化等支援方針の策定において、将来、都道府県単位で統一の保険料率設定するために、必要不可欠な項目として、保険者規模別の収納目標率、赤字解消の目標年次、標準的な保険料算定方式、標準的な応益割合などの都道府県内の標準を定めることとしている。

これらの達成には、一定の市町村において保険料の引上げや徴収強化などが避けられず、被保険者の理解を得ることが困難である。

そのため、市長会は「国保の構造的問題に対処しかつ持続的運営ができるよう、公費負担の拡大と国庫負担割合の引上げなど国保財政基盤の拡充・強化を図るとともに、国の責任と負担において、実効ある措置が講じられる必要がある。」^{注19)}と要望している。

(2) 地方単独事業としての医療費助成事業

1972 年老人医療費支給制度いわゆる老人医療費無料化を実施するための老人福祉法の改正が行われた。1973 年 1 月 1 日から実施された制度の概要は、70 歳以上の者（所得制限有り）の医療保険の自己負担金を公費（国 3 分の 2、都道府県（以下この項においては「県」と略す）6 分の 1、市町村 6 分の 1）で負担するものであった。

老人医療費支給制度が実施された際に、地方自治体はそれに対抗するように年齢引下げや所得制限の緩和など上乗せ・横出しする形で既存の単独事業を拡充した。

オイルショック後の低成長の定着により財政状況が厳しくなる中、高齢化の進展と老人医療費の増嵩から、1983 年国は老人保健法を制定し、定額方式の一部負担金を導入した。

老人保健法の施行の際に、見直しを強く求める国の通達^{注20)}にもかかわらず単独事業の老人医療費助成制度の継続を選択した地方自治体は、高齢化の進展による助成費の増加に耐えかねて、老人保健制度の対象年齢が 70 歳から 75 歳に引き上げられた 2002 年前後から老人医療費助成制度の見直しに入ったとされる^{注21)}。

一方老人医療助成以外にも、1970年代から地方自治体では乳幼児・障害者・母子家庭などの福祉医療助成制度が、単独事業として相次いで整備されていった。特に、乳幼児の医療費助成については、近年少子化対策の一環として、また一部地方自治体では子育て世代の移住を狙った地域活性化政策として、全国的に拡大・定着しつつある^{注22)}。対象児も、乳幼児だけでなく、小・中学生までとする自治体が増え、さらに18歳までとする市区町村が急増している。厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課が毎年4月1日現在で行っている「乳幼児等に係る医療費の援助についての調査」によれば、2009年調査では、18歳年度末まで入院医療費を助成対象とする市町村数は1(通院は2)であったが、2010年調査では17(通院も17)に急増し、2011年調査では41(通院は39)となっている^{注23)}。

また、同調査によれば、市町村の助成対象の最多年齢は、2009年の就学前(通院980市町村(54.4%)、入院721市町村(40.1%))から、2011年には15歳年度末(通院655市町村(37.5%)、入院902市町村(51.6%))に移行し、対象年齢を上げる市町村が増加を示している。同調査の県助成では最多年齢は、就学前が通院・入院とも2011年には28県・26県と2009年の31県・33県からは減少傾向にあるが、それでも過半数以上であり、市町村の最多年齢引き上げの動向とは差がある。

ただし対象年齢の引き上げと所得制限の有無や一部負担金の軽減割合は必ずしも連動していない。前述の厚生労働省の調査によれば、2007年には全県の4割(19県)を占めていた所得制限無しが2011年には3割弱(14県)に減少しており、この傾向は1998年から2006年まで実施された市町村対象の同調査においても、1998年の所得制限無し72%が、2006年には67%に減少という同じ傾向を示していた。特に、合併が進み市町村数が減少した2005年から、所得制限無しの割合が減少してきている。また一部自己負担の有無についても、県助成については自己負担無しが2007年の25%(12県)から2011年の17%(8県)に減少している。市町村対象調査では、1998年の70%から2006年の46%へ大きく減少している。合併の進んだ2005年以降約10%減少しており、合併の影響は大きいといえるが、それ以前から減少の傾向がみられる点が、所得制限と異なる。

老人医療費の無料化の全国的拡大の際もそうであったように、地方単独事業は比較的財政に余裕のある地方自治体が先鞭をつけ、その後自治体間競争のように伝播していく。したがって、助成制度の内容には、財政力の差による格差が生じるため、地方自治体からは、国の助成制度を求める要望が出されている。国としても、少子化対策の観点から、2002(平成14)年から3歳未満の乳幼児に対する自己負担割合を3割から2割に引き下げ、更に2008(平成20)年度から、対象年齢を義務教育修学前まで拡大するなどの対応策を採っている。しかし、厳しい財政状況や実効ある少子化対策の再構築が求められる中で、乳幼児医療費を無料化する施策の妥当性や他の少子化関連施策との均衡などから、国としての乳幼児医療費無料化制度の創設は困難だとしている^{注24)}。

第4章第2節1.(2)2)のとおり厚生労働省は、地方自治体が行う病院窓口における医療費の自己負担分の無料化等を現物給付として行う場合は、一般的に医療費の増大をもたらすため、国庫負担金の公平な配分という観点から国民健康保険の国庫負担金の減額を行っている。市町村保険者としては、この減額を補填するためには、一般会計からの繰入が必要となる。このため、平成20年度一般会計繰入金(法定外)の理由別割合^{注25)}では、「地方単独事業の医療給付費派及増等に充てるため」が9.8%を占め、第3位となっている。

2. 調査の目的と調査対象の選定及び調査方法

(1) 調査の目的

市町村調査では、2つの事項について調査する。

第一は、国保の広域化に関する調査である。まず、都道府県が広域化等支援方針を策定するにあたり、市町村の意見を聞くことが定められている（改正国民健康保険法第68条の2第4項）ことをふまえ、収納率の目標や保険財政共同安定化事業の見直し、赤字解消の目標や方法などの項目について、市区町村がどのような回答を行い、その意見が反映されたかどうか調査する。

広域化関連調査の目的は第一に、国保の運営について地方分権の観点から身近な市町村が行うべきか、都道府県単位化もやむを得ないか、国保の都道府県単位化に対する市町村の見解を検証することである。併せて都道府県単位化に伴い、現行の保険料格差を解消し保険料の平準化を推進すると、相当の保険料の変動が生じざるを得ないことや、法定外一般会計繰入金額及び前年度繰上充用額の処理も避けられないことについて、どのような点に留意すべきか市町村の見解を検証することである。第二に、市町村の保険料の独自減免について、その有無と内容、特に減免基準の統一についての見解を検証することである。第三に、法定外一般会計繰入金を多くして、保険料を低く抑えている市町村は、繰り入れを解消すれば保険料がアップすることになるが、その救済策についてどのような見解を持っているか検証することである。第四に、前年度繰上充用金のある市町村は、その処理を単独で行うことが求められるが、この点についてどのような救済策を求めているか検証することである。

第二は、自治体の独自事業である福祉医療費助成制度に関する調査である。前述のとおり、「平成20年度一般会計繰入金（法定外）の理由別割合」によれば、「地方独自事業の医療給付費波及増等に充てるため」が9.8%を占め、最も多い「保険料水準全体を抑制して保険料(税)の負担の緩和を図るため」の35.9%や、次に多い「単年度の決算補填のため」の33.5%について3番目の理由となっている。これは、国保運営上の問題とされる被保険者の所得等に応じて独自に減免する「地方単独の保険料(税)の免除・軽減に充てるため」の7.6%や、「医療費の増加」7.2%、「累積赤字補填のため」3.7%などよりも高い順位となっている。

福祉医療費助成事業に関する調査の目的は、第一に福祉医療費助成制度の制定状況を検証することである。第二に、現物給付方式か償還払い方式のどちらを採用しているかを検証することである。第三に、償還払い方式を採用している理由が、国の国庫支出金減額調整制度の適用を避けるためかどうか確認することである。

(2) 調査対象

調査は下表のA、B、Cの3グループに分け、一部異なる内容のA、B、Cの3調査を行う。A、Bはそれぞれ2グループに分けて集計・分析する。AとBの調査対象市区町村は、平成20年度国保事業年報から、法定外一般会計繰入と繰上充用の金額と割合が大きい上位10市町村を選択した。Cの調査対象市区町村は、平成20年度国保事業年報から、黒字経営の市町村のうち、もっとも被保険者数の多い市町村を選択した。AとBで5市町が重複している。大阪市・札幌市・福岡市の3市は、法定外一般会計繰入の額が大きく、かつ、繰上

充用額も大きいため、A-1 と B-1 の両方に属する。赤平市・本部町の 2 市町は、法定外一般会計繰入額の保険給付費に対する割合も大きく、かつ、繰上充用額の保険給付に占める割合も大きいため、A-2 と B-2 の両方に属する。

B の中では、門真市が繰上充用額も大きく、かつ、その保険給付に占める割合も大きいため、B-1 と B-2 の両方に属する。

C グループは、該当市町村の無い群馬県、東京都、富山県、愛知県、滋賀県、和歌山県、島根県、山口県、佐賀県を除く計 38 市町である。

グループ分け基準		上位 10 市区町村
A-1 法定外 一般会 計繰入	A-1(法定外一般会計繰入の大きい上位 10)	大阪市、横浜市、札幌市、川崎市、足立区、名古屋市、江戸川区、広島市、福岡市、葛飾区
	A-2(繰入額の保険給付費に対する割合が大きい上位 10)	御蔵島村、本部町、青ヶ島村、平谷村、三好町、川北町、瑞穂町、赤平市、文京区、府中市
B 繰上充 用	B-1(繰上充用の金額の大きい上位 10)	大阪市、京都市、福岡市、札幌市、熊本市、門真市、堺市、和歌山市、東大阪市、寝屋川市
	B-2(繰上充用額の保険給付に占める割合が大きい上位 10)	瀬戸内町、赤平市、門真市、本部町、川崎町、阪南市、大島町、斑鳩町、守口市、積丹町
C 都道府県内の法定外一般会計繰入金と前年度繰上充用金の両方とも無く、収支差引残（単年度収支ではなく、基金等繰入金や繰越金等も含む収入合計と基金等積立金や前年度繰上充用金等も含む支出合計との差）も黒字経営の市町村のうち、もっとも被保険者数の多い市町村		登別市、青森市、盛岡市、気仙沼市、横手市、山形市、只見町、行方市、栃木市、皆野町、香取市、湯河原町、三条市、小松市、坂井市、富士吉田市、松本市、中津川市、富士宮市、桑名市、亀岡市、貝塚市、淡路市、橿原市、鳥取市、津山市、三原市、鳴門市、坂出市、東温市、高知市、大牟田市、佐世保市、宇城市、臼杵市、延岡市、出水市、宜野座村の計 38

(3) 調査方法

平成 23 年 2 月に郵送による質問紙調査を行った（回答期限同年 3 月 4 日）。

各市区町村の国民健康保険課など支援方針の策定に係る意見照会の担当課長あてに調査依頼を行ったが、実際の回答者は当該事務の担当者（役職者を含む）であり、回答内容は必ずしも当該市区町村の公式見解とは限らない。また、福祉医療費助成事業については、所管が障害児(者)福祉担当課・母子福祉担当課・高齢者福祉担当課などの複数課にまたがっており、国保の担当課において回答をとりまとめて返送してもらった。

各市区町村内での本調査の回答の決裁などの取り扱いについては把握していない。

3. 調査結果

A・B 調査をそれぞれ 2 グループに分けて行ったため、調査結果は全部で 5 グループに分かれている。そのため調査結果を、調査対象グループ別に下記の表示方法で示す。

質問内容は、第 1 問から第 4 問までは、各グループとも同じであり、第 5 問は、A グループは、繰入金の繰入理由及び解消策について、B グループは、繰上充用の解消方法及び

繰上充用解消のための制度改正について、C グループは、黒字経営の理由及び策定要領で取組が求められている支援方針のうち、影響がある項目について質問した。

全体の回答率は74%、各グループの回答率は下記のとおりである。

A-1：A 調査の1（繰入金額の大きい10市町村）回答率 80%

A-2：A 調査の2（繰入金額の割合の高い10市町村）回答率 60%

B-1：B 調査の1（繰上充用額の多い10市町村）回答率 90%

B-2：B 調査の2（繰上充用額の割合が高い10市町村）回答率 70%

C：C 調査（各都道府県の黒字で被保険者の多い市町村）回答率 74%

質問紙調査の主な調査結果は、以下のとおりであった。

①国民健康保険法第68条の2第4項に定める意見照会の有無については、「意見照会がなかった」という回答が2市、「県の広域化支援方針が未策定」が1市で、いずれも調査時点で未策定の5県に含まれていた。

②意見照会に対し、市町村が意見を述べた項目について尋ねた結果、各グループとも「その他」が最も多く、2番目に「収納目標率の設定」が多かった。3番目に多いのは、「保険財政共同安定化事業の対象医療費の引下げ」で、4番目は、「保険財政共同安定化事業の拠出方法の見直し」であった。

「その他」のうちでは意見無しとの回答が最も多かった。広域化等連携会議のメンバーに入っている市町は、その会議において意見を述べているためとの回答が多かった。次いで広域化に向けた都道府県の積極的関与や役割についてや、早期の広域化や運営主体を県とすることなどを求める意見が多かった。

③市町村が述べた意見が都道府県の支援方針に反映されたか尋ねた結果、A-1・A-2グループでは、「反映されなかった」が最も多く、次いで「一部反映された」が多かったが、「反映された」という回答はなかった。

B-1・B-2グループでは、「一部反映された」が最も多く、次いでB-1では「反映されなかった」が多いが、「反映された」という回答もそれぞれ1市町村あった。

Cすなわち黒字運営のグループでは、「反映された」と「反映されなかった」が同数で多かった。

④減免条例の有無について尋ねた結果、各グループとも、「ある」が「ない」より多かった。

B-1すなわち繰上充用額の大きいグループでは、全市「ある」という回答であった。これに対し、B-2すなわち繰上充用額の保険給付に占める割合が高い市町では、「ある」と「ない」の回答がそれぞれ4と3でほぼ半々に分かれた。Cグループでは、「ない」7「ある」21であったが、「ある」21中、保険料（税）についてのみ条例有りで一部負担金については、条例がなく要綱等で規定しているところが4あった。

⑤条例に定められた減免事由について尋ねた結果、各グループとも「天災」「失業」「事業休廃止」は定められており、「借金」については減免事由としている市町村はなかった。「高齢」については、A-1とCのグループに1市町村ずつ減免事由としているとの回答があった。「その他」では、「天災」「失業」「事業休廃止」に類する事由があったときが2市1区、やむを得ないと市長が認めた場合が6市と比較的多く定められている。

⑥市町村が保険者のままで都道府県単位での減免規準を統一することについて質問した結果、「統一すべき」が「統一すべきでない」よりも各グループとも多かった。特に、AやB

のグループでは、「統一すべき」が2倍程度であるのに、Cグループは「統一すべき」が21に対し「統一すべきでない」は5（他に保険税についてのみ統一すべきが1、どちらともいえないが1）と統一賛成が圧倒的に多いのが目立った。

統一すべきでないと回答した市町村に理由について尋ねた結果、「所得水準など被保険者の状況は地域によって異なるから」が、A-2、B-2、Cのグループで多く、「保険者の自主性が損なわれるから」には、各グループとも1の支持があった。「その他」では、市町村が保険者の現行制度で減免規準を統一することの無理を指摘する意見が2、保険料の賦課条件の統一が先だとする意見が1、具体的な市町村を含めた協議が必要とする意見が1あった。⑦高齢者医療制度改革会議の「最終とりまとめ」など国保の運営が都道府県化される方向で、進んでいることについて尋ねた結果、「収納対策や医療費適正化、適切な保険料の引上げなどの経営努力をすれば、市区町村でも財政安定化は可能だから、反対である」は、黒字経営の市町村を含め全市区町村から支持されなかった。また「赤字の補填のため公費を投入してでも、住民に身近な市区町村が運営すべきである」にも全く支持がなかった。

「たとえ現在は黒字でも、今の制度では保険財政の安定は難しいので、都道府県化もやむを得ない」は、A-1を除き、各グループの支持を集め、特にA-2とCのグループで圧倒的に多数を占めたが、B-1とB-2では、「その他」の方が多数であった。

「その他」のうちでは、医療保険制度の一本化へのプロセスとしての都道府県化を望む意見が最も多かった。特にA-1グループでは過半数を占め、Cグループでも「国が保険者となるべき」を含めると過半数を占めた。

⑧都道府県単位化に当たり市区町村の不公平感を助長しないように留意すべき点について尋ねた結果、「医療給付費に見合う保険料の引上げを避けてきた市区町村が、統一保険料との差が大きくなることを理由に有利な扱いを受けることは不公平だからすべきでない」は、A-1とB-2のグループでは、支持ゼロであったが、A-2とB-1のグループではそれぞれ2と1の支持があった。黒字経営のCグループでは支持するが8であった。

「保険料の引上げを抑制し、法定外一般会計繰入や繰上充用を行ってきた市区町村が、その解消のため有利な措置を受けることは不公平だからすべきでない」は、A-1とA-2の法定外繰入金グループとB-1の繰上充用額の多いグループの支持はゼロであったが、B-2の繰上充用額の割合が高いグループでは、1であるが支持があった。ここでも、Cグループでは支持するが9と多かった。

「収納率の向上や医療費適正化等の目標設定による経営努力を優先すべきである」は、A-1グループが支持ゼロであったが、他のグループからは最も支持が多かった。特にB-2のグループの支持が4と多かった。Cグループも13と最も支持が多かった。

「その他」については、A-1グループでは具体策や状況が不明確なため回答困難が3と多く、次いで急激な保険料増加を抑制するため、激変緩和措置は必要という意見が2、都道府県の強いリーダーシップを求める意見が1、国の支援を求める意見が1であった。Cグループの「その他」でも、一概に言えない・回答できないが2、激変緩和措置は必要で、都道府県の調整交付金で行うとする意見が1、市町村のコンセンサスを得るため一定の措置は必要で都道府県の責任とリーダーシップで行うとする意見が1など同じような傾向もみられる。一方で、累積赤字や基金は都道府県単位化前に各市町で精算すべきという意見や医療機関の配置も差が出ないような計画とすべきという意見もあった。

⑨福祉医療費助成制度について尋ねた結果、「乳幼児医療費助成制度」については、実施率100%である。これには、「児童・生徒医療費助成」のなかで、乳児・幼児を含めて、小学校や中学校卒業まであるいは18歳までも対象にしている場合も含まれている。

「心身障害者医療費助成」は、全体で回答市町村の91%で実施されている。

「ひとり親家庭等医療費助成」も、全体で回答市町村の約88%で実施されている。

「難病医療費助成」は、A-1の2は、政令指定都市と特別区である。A-2は1町だけである。B-1の1市は、政令指定都市であり、Cの2市のうち1市は中核市であるが、他の1市は政令市でも中核市でもない。

「老人医療費助成」は、B-1を除き各グループとも老人医療費助成を続けているとしている市町村は比較的少数である。

⑩福祉医療費助成金について、助成を受ける被保険者が一部負担金の窓口での支払いを要するか否かを尋ねた結果、「現物給付方式(窓口での支払い不要)」は、重複を含めるとA-1、B-1のグループの大都市部で回答市の100%、Cグループで82%と多い。

「償還払い方式(窓口支払い後、申請して払い戻しを受ける方式)」の回答26中、「現物給付方式」の回答との重複回答15は過半数を占めた。

⑪「償還払い」を採用している重複を含む26市町村に、その理由について尋ねた結果、「地方単独医療費助成に対する国庫支出金減額調整制度の適用を避けるため」との回答は、国保黒字のCグループの償還払い14市町村の約3分の1の5市だけであった。

「窓口支払いを不要にすると無駄な受診が増える危険性があるため」は、A-2の3町村とB-2の1町、Cの5市の計9市町村と「国庫支出金減額調整制度の適用を避けるため」の回答より多かった。

「その他」がCグループを除いては、各グループとも最も多かった。その内訳は、県外や制度によっては市外の指定医療機関外で受診した場合など制度的な制約で、償還払いを認めざるを得ないケースがあるからという理由が6市町村と一番多い。次いで、県の補助制度との関係を挙げる3市が多く、医療証の不提示に対応するため1市あった。

⑫老人医療費助成制度の存続について尋ねた結果、存続しているとしているのは、B-1グループの3市とB-2グループの2市1町、Cグループの2市1町であった。

廃止時期については、「2002年の老人保健法改正による対象年齢の75歳への段階的引き上げに合わせて段階的に廃止」が、9と最多であった。「2006年の後期高齢者医療制度の制定時」は、1市のみであった。「2008年の後期高齢者医療制度の施行時」は、7市町村であった。「その他」は、16市町村であったが、年度別では1989年頃、2998年が各1、2004年が2、上述の2006年が2、2007年が3、2008年、2009年、2010年が各1であった。

⑬Aグループへの調査で、法定外一般会計繰入の理由及びその解消について尋ねた結果、「保険料の引上げが出来ず、歳入不足を補てんするため」は、A-1グループでは4市であった。これを単独で選択した市はなく、すべて重複選択であった。A-2グループでは4区町村であったが、これを単独で選択したのは1町のみであった。

「収納率が低いため生じる歳入不足を補てんするため」は、A-1グループでは4市区であったが、これを単独で選択したのは1区のみであった。A-2グループでは1町で、重複選択であった。

「赤字が累積し、単年度の歳入では解消できないため」は、A-1グループでは0で、A-2

グループでは2町村であったが、単独で選択したのは1町であった。

「低所得者に対する独自減免による歳入不足を補てんするため」は、A-1 グループでは4市であったが、単独で選択した市はなかった。A-2 グループでは0であった。

「その他」は、A-1 グループでは4であったが、単独で選択したのは1区だけであった。A-2 グループでは2市区であったが、単独で選択したのは1市だけであった。

⑭A グループへの調査で、繰入金の解消の問題点について尋ねた結果、「保険料を上げれば、滞納が増えるため、さらに歳入不足が生じる」は、A-1 グループでは3市であったが、単独で選択した市はなく、すべて重複選択であった。A-2 グループでは、3区町村であったが、単独選択はなかった。

「所得水準が低くかつ医療費が高いという構造的収支不足は、保険料の増額では解消できない」は、A-1 グループでは7市区であった。これを単独で選択したのは3市区であった。A-2 グループでは5区町村であった。これを単独で選択したのは2町であった。

「保険料を上げれば、減免対象者も減免額も増える」は、A-1、A-2 グループとも0であった。

「その他」は、A-1 グループでは2市であった。A-2 グループでも2市区であった。「その他」では「保険料の引上げが困難」であるとするものが3であった。「地方単独事業分については、療養給付費負担金の対象外となるため、一般会計からの繰入れをせざるを得ない。」とする回答が注目された。

⑮B グループへの調査で、繰上充用の解消について尋ねた結果、「保険料の値上げ」は、B-1 グループでは1市のみで、B-2 グループでは4市町であった。いずれも単独選択はなかった。

「一般会計の繰り入れの増額」は、B-1 グループでは4市で、B-2 グループでは5市町であった。いずれも単独選択はなかった。

「医療費の適正化による医療給付の減少」は、B-1 グループでは6市町で、B-2 グループでは5市町であった。いずれも単独選択はなかった。

「滞納整理による滞納額縮小」は、B-1 グループでは6市町で、B-2 グループでは4市町であった。いずれも単独選択はなかった。

「その他」は、B-1 グループでは3市で、B-2 グループでは0であった。「その他」では「公費による財政措置の拡充の要望」や「保険料収納対策の強化等による保険料収納率の向上による解消」の意見があった。

⑯B グループへの調査で、繰上充用解消に望む制度改正について質問した結果、「赤字解消のための国と都道府県の特別調整交付金制度の創設」は、B-1 グループでは2市で、単独選択したのは1であった。B-2 グループでは2市町で、単独選択したのは1町であった。

「交付税措置による国の支援制度の創設」は、B-1 グループでは3市で、単独選択したのは2市であった。B-2 グループでは3市町で、単独選択したのは2町であった。

「その他」は、B-1 グループでは5市で、すべて単独選択であった。B-2 グループでは2市町で単独選択であった。「その他」では、B-1 グループの5市とも国の財政支援措置を求めているが、具体的な支援策には触れていない。B-2 グループの1市は「いわゆる事業たたみ（終了）債の創設」を求めている。

⑰C グループへの調査で、黒字経営の理由や、後期高齢者医療制度の影響について尋ねた

結果、「給付に見合った保険料への引上げを行ってきたこと」は、17市町村であったが、これを単独の理由としているのが6市あった。

「収納対策に全力で取り組み、滞納の減少に努めてきたこと」は、12市区町村であったが、これを単独の黒字理由としているのは1市だけであった。

「レセプト点検の充実強化や後発医薬品の使用促進など医療費の適正化を図ってきたこと」は、10市であったが、これを単独の理由としている市はなかった。

「その他」は、13市町村であったが、これを単独の理由とした市町村は6市であった。このうち、平成20年度の後期高齢者医療制度の施行の影響による一時的な黒字とするのが1市、基金の活用が3市、前年度繰越金があったための黒字が2市である。いずれも、表面的には黒字であるが、実質的には赤字であるとするものである。

⑮C グループへの調査で、後期高齢者医療制度の施行が黒字に影響を与えたかについて尋ねた結果、「医療給付費が高い後期高齢者が被保険者から抜けたことで、医療費が減った」は、6市町村であったが、単独選択は2市であった。

「比較的滞納率が低かった後期高齢者が被保険者から抜けたことで、収納率が下がった」は、22市町村であったが、単独選択は9市であった。

「前期高齢者財政調整制度ができ、前期高齢者交付金が交付されたため歳入が増えた」は、13市町村であったが、単独で選択した市町村はなかった。

「その他」は5市で、そのうち、後期高齢者制度により財政状況は悪化しているとするのが2市、前期高齢者交付金の過払いの精算の影響により22年度以降国保の財政運営が極めて厳しくなっているとするのが2市あった。

⑯C グループへの調査で、国保の都道府県単位化のために行われる施策のうち、黒字経営に重大な影響がある項目について質問した結果、「保険財政共同安定化事業の拠出方法の見直し」は9市町村であったが、単独で選択したのは1市であった。

「保険財政共同安定化事業の対象医療費の引下げ」は、11市町村であったが、単独で選択したのは2市であった。

「標準的な保険料算定方式の統一」は15市町村で最も多かったが、単独で選択したのは、10市町であった。

「その他」は5市町村であった。そのうち、1市は、現状での回答は不可としている。1市は、「規模が大きいため保険税収納率が他市町村よりかなり低いことが、（目標収納率の関係で）県の調整交付金の減額措置などのペナルティが課せられることなどがあれば、今後の財政運営は厳しいものになる」としている。

4. 考察

(1) 国保の都道府県単位化と市町村の認識について

調査事項のうち広域化関連調査の目的は、国保の運営について国保の都道府県単位化に対する市町村の認識と、都道府県単位化に伴い、現行の保険料格差を解消し保険料の平準化を推進することにより、相当の保険料の変動や法定外一般会計繰入金額及び前年度繰上充用額の処理も避けられないことについて、市町村の見解を検証することである。

したがって、策定要領が支援方針の策定内容としている、繰上充用分について計画的に赤字解消を図ることや一般会計繰入による赤字補てんについて、保険料の引上げ・収納率

の向上・医療費適正化策の推進により早期に解消することとの関係を、考察の枠組みとする。

1) 都道府県からの照会に対する意見の内容について

調査結果②のとおり、各グループとも最も多かったのは「その他」であったが、2 番目に各グループとも最も多かったのは「収納目標率の設定」についてであった。これは、国の普通調整交付金の収納率による減額措置の適用除外となるためには、広域化等支援方針に保険者規模別の収納目標率を定める必要があることから、調査時には長野県を除く策定済の全都道府県が定めており、対象となる市町村数が多い結果であろう。各市町村にとって、目標率がどの程度に定められるかは、当面の最大の関心事であることを示している。

3 番目に多いのは、「保険財政共同安定化事業の対象医療費の引下げ」であるが、これを支援方針に盛り込んだのは、調査時点では埼玉・滋賀・佐賀の3 県のみであった。支援方針に対する調査対象市町村の関心の在り処と都道府県の支援方針の策定内容とにズレがあることを示唆するものである。

4 番目に多かったのは、「保険財政共同安定化事業の拠出方法の見直し」であった。共同事業に市町村の意見が比較的多く集まったのは、国の広域化推進の柱の一つであるこの項目の重要性を認識している市町村が多かったことを示すものと言える。拠出額の変更に直結するだけに、市町村としては関心を持たざるを得ないともいえる。しかし調査時点で、対象医療費の引き下げを盛り込んだのは3 県だけであり、拠出方法の見直しを定めたのも6 府県に止まっていることは、市町村のこの項目の意見内容の大勢が国の目指す保険財政共同安定化事業の拡大に積極的なものではなかったことを示唆するものといえる。

最も多かった「その他」の回答では、「意見無し」が多かったが、これは調査結果のとおり、広域化等連携会議の中で意見を述べたことが主たる理由であろうが、市町村に直接影響する共同事業の拡大などが先送りされ支援方針に盛り込まれなかったことも「意見無し」が増えた一因と思われる。次いで多くみられた広域化に向けた都道府県の積極的関与や役割についての意見や、早期の広域化や運営主体を県とすることなどを求めるなどの都道府県への要望も、支援方針の消極性に対する市町村の反応とみられる。

2) 減免規準の統一について

調査結果④及び⑤から、減免条例あるいは減免要綱を定めている市区町村が多く、かつ、減免事由についても、国の減免通達に定める「天災」「失業」「事業休廃止」を中心に類似の事由が多いことが確認された。

減免規準の統一については、調査時点で京都府が平成23 年度中の実施を検討していることを表明しており、国保の都道府県単位化を進めるに当たり、最も統一しやすい事項と考えられる。着手しやすい減免基準の統一に対する賛否は、国保の都道府県単位化の現実的推進に対する方向性を示すと考えられる。

実際、調査結果⑥のとおり、市町村が保険者のままで都道府県単位での減免規準を統一することについて、「統一すべき」が「統一すべきでない」よりも各グループとも多かった。

ただし、赤字運営のA やB のグループでは、「統一すべき」が2 倍程度であるのに、黒字運営のC グループは「統一すべき」が21 に対し「統一すべきでない」が5 と統一賛成意見が圧倒的に多いのが際立った特徴である。

減免規準を統一すべきという意見が多数とはいえ、現実には少なくとも減免額が多くな

る方向すなわち市町村保険財政が厳しくなる方向への統一については、抵抗があるとみるべきではないだろうか。

さらに「統一すべきでない」と回答した自治体にその理由を尋ねた結果、A-2、B-2、Cのグループで「所得水準など被保険者の状況は地域によって異なるから」が2倍以上多く、「保険者の自主性が損なわれるから」には、A-2で2他のグループで各1の支持があった。

「地域の要望に柔軟に対応できなくなるから」には全く支持がなかった。

「その他」の、市町村が保険者の現行制度で減免規準を統一することの無理を指摘する意見、保険料の賦課条件の統一が先だとする意見、具体的な市町村を含めた協議が必要とする意見は、減免規準の統一よりも都道府県単位化の困難さを指摘したものといえよう。

3) 国保の都道府県単位化について

ア. 国保の運営の都道府県化の賛否

現物給付である医療給付は、住民に身近な基礎自治体が行うのが地方分権の本来のあり方であるとすれば、「最終とりまとめ」の都道府県を国保の運営主体にする都道府県化は地方分権のベクトルに反するといえる。

しかし、調査結果⑦のとおり、高齢者医療制度改革会議の「最終とりまとめ」など国保の運営が都道府県化される方向で進んでいることについて尋ねた結果から、「収納対策や医療費適正化、適切な保険料の引上げなどの経営努力をすれば、市区町村でも財政安定化は可能だから、反対である」は、黒字経営の市町村を含め全市区町村から支持されなかった。

また、「赤字の補填のため公費を投入してでも、住民に身近な市区町村が運営すべきである」にも全く支持がなかった。

市区町村の運営維持に対する支持回答がゼロであることは、市区町村は財政責任が軽減されても、保険者にとどまることに拒否感を抱いていること、逆に今度こそ保険者の責任から離れられるかもしれないという期待度の高さを示すものといえる。これは、全国知事会の方向性と市長会・町村会の期待を調整することの困難さを示唆するものであるといえよう。

したがって「たとえ現在は黒字でも、今の制度では保険財政の安定は難しいので、都道府県化もやむを得ない」が、A-1を除き、各グループの支持を集めたのは、市区町村の本音を示したものだといえよう。しかし、圧倒的な支持とはいえず、A-2とCで多数派を占めたが、B-1とB-2では、「その他」が多数であった。

A-1グループは、すべて「その他」の意見であり、B-1とB-2を含む3グループにおいて都道府県化を望んでいる市町村より「その他」が多いという結果になった。しかし都道府県化に反対ではなく、「その他」のうちでは、医療保険制度の一本化へのプロセスとしての都道府県化を望む意見が最も多かった。特にA-1のグループでは過半数を占め、Cグループでも「国が保険者となるべき」を含めると過半数を占めた。次いで、都道府県化に賛成もしくはやむを得ないが8と多かったが、なかには国が財政的に責任を持って都道府県化すべきという意見が2、都道府県化の財源の議論がないことに疑問を呈する意見1も含まれている。他に、細部特に財政負担の仕組みが不明確のため、どちらともいえないという意見が2、都道府県単位化しても現制度での財政安定は難しいという意見が1あった。

「その他」の意見は、都道府県化を否定するものではないが、都道府県化が国保制度の根本的解決にはならないことを指摘するものといえることができる。

イ. 都道府県単位化の留意点

実際に都道府県単位化を実施する場合には、市町村間の運営の差異、特に保険料の格差をどう解消するかが問題となる。いわゆる「保険料据え置き方式」の市町村と、医療費に見合う必要保険料へ引上げを行ってきた市町村とでは、保険料に対する考え方が異なり、その調整には困難が予想される。都道府県単位化に当たり、激変緩和措置として国や都道府県の助成を行う必要があるとしても、市町村の不公平感を助長しないように留意しなければならない。

調査結果⑧のとおり、都道府県単位化に当たり市区町村の不公平感を助長しないように留意すべき点について尋ねた結果、「医療給付費に見合う保険料の引上げを避けてきた市区町村が、統一保険料との差が大きくなることを理由に有利な扱いを受けることは不公平だからすべきでない」は、A-2 と B-1 ではそれぞれ 2 と 1 の支持があった。特に黒字経営の C グループでは支持するが回答数の 3 割弱の 8 であった。

「保険料の引上げを抑制し、法定外一般会計繰入や繰上充用を行ってきた市区町村が、その解消のため有利な措置を受けることは不公平だからすべきでない」は、A-1 と A-2 の法定外繰入金グループと B-1 の繰上充用額の多いグループの支持はゼロであったが、B-2 の繰上充用額の割合が高いグループでは、1 であるが支持があった。ここでも、C グループでは支持するが回答数の約 3 割の 9 であった。

「収納率の向上や医療費適正化等の目標設定による経営努力を優先すべきである」は、A-1 グループが支持ゼロであったが、他のグループからは最も支持が多かった。特に B-2 のグループの支持が多かった。C グループも約半分の 13 と最も支持が多かった。

以上の選択肢の支持は、いずれも C グループが高く、その他のグループでは支持ゼロか、あっても少数であり、財政運営の黒字・赤字によるグループ間の差が、明瞭に表れている。

「その他」については、A-1 のグループがすべて「その他」の回答であったが、具体策や状況が不明確なため回答困難が 3 と多く、次いで急激な保険料増加を抑制するため、激変緩和措置は必要という意見が 2、都道府県の強いリーダーシップを求める意見が 1、国の支援を求める意見が 1 であった。A-2、B-1、B-2 のグループも、保険料の急激な増減は避けるべきや経営努力を行ったうえで激変緩和措置をとるという意見に加えて、当面不均一保険料を認める場合の差額分や激変緩和措置分の減収分の補填について国や県の負担を求める意見があった。C グループでも、一概に言えない・回答できないが 2、激変緩和措置は必要で、都道府県の調整交付金で行うとする意見が 1、市町村のコンセンサスを得るため一定の措置は必要で都道府県の責任とリーダーシップで行うとする意見が 1 など同じような傾向もみられる。一方で、累積赤字や基金は都道府県単位化前に各市町で精算すべきという意見や医療機関の配置も差が出ないような計画とすべきという意見もあった。

全体的に「その他」の意見は、都道府県単位化により保険料を統一するに当たっては、原因の如何を問わず保険料の急激な増減は避けなければならない、その方法については一概にいけない面もあるが、国や県などの財政的支援が必要という現実的な対応を指摘するものといえよう。

しかし、このような現実的な意見の他に、調査結果⑧で明らかになったのは、市町村間の公平を強調する選択肢には黒字市町村のグループの高い支持があり、繰入金や繰上充用

のあるグループの支持が無いか少数で、黒字市町村と赤字市町村の見解が判然と分かれたことである。今後の都道府県単位化における都道府県の財政負担の問題と市町村間の負担の公平な調整が重要な鍵となることを示している。

4) 法定外一般会計繰入について

A グループへの調査では、法定外一般会計繰入の理由及びその解消について尋ねた。(複数回答可)

ア. 繰入理由について

まず A-1 グループは、法定外一般会計繰入金が多い市区町村であり、国保財政規模の大きい大都市が多い。これに対し A-2 グループは、法定外一般会計繰入額の保険給付費額に対する割合が高い市区町村であり、保険財政規模が小さい町村が多い。

繰入金が多いのは、保険料で給付費用を賄いきれないからであり、調査結果⑬のとおり、両グループとも当然「保険料の引上げが出来ず、歳入不足を補てんするため」の選択が高くなる。

また、一般的に保険財政規模が小さいほど収納率が高い傾向にあるため、A-2 グループでは「収納率が低いため生じる歳入不足を補てんするため」は少なくなる。また、被保険者数が少ない中で独自減免を求める動きも起きにくいというえ、行ったとしても、その影響額は少ないことから「低所得者に対する独自減免による歳入不足を補てんするため」が 0 となったと考えられる。

逆に一般会計も含め財政規模が大きければ、歳入規模も大きいいため単年度の歳入で賄えなくなることは少なくなるので、A-1 グループでは、「赤字が累積し、単年度の歳入では解消できないため」が 0 となったと考えられる。

以上のとおり、2 つの調査対象市区町村の違いによる調査結果の差については、概ねの指摘ができるが、調査サンプルが少ないことから、一般化するには限界がある。

前述の他に、2 つのグループの結果の違いは A-1 グループの回答が均等に分かれていること、反対に A-2 グループの回答が「保険料の引上げが出来ず、歳入不足を補てんするため」以外は少なく、かつそれも同回答との重複が多いことである。

A-1 グループの「その他」の意見としては「被保険者の保険料軽減をはかるため、保険料の増額改定を行わないための繰入を行っている」や、「地方単独事業の医療給付費派及増等に充てるため」を理由として加えている。また単独選択した 1 区は、法定外一般繰入は「政策判断によるもの」としている。

A-2 グループの「その他」の意見としては、1 区は「医療費の伸びに対する保険料の上昇幅を抑制するため」とし、単独選択した 1 市は「平成 21 年度にて累積赤字は全額解消したため、現在は地方単独事業派及分のみの法定外繰入を行っている」としている。

「その他」の意見は、一般会計からの繰入金に問題がある A グループが、保険料の引上げ抑制を政策的にとっていることを示しており、都道府県単位化に際し、繰入金の市町村責任による解消の困難さを示唆するものである。

イ. 繰入金の解消のための問題点について

「平成 20 年度一般会計繰入金（法定外）の理由別割合」によれば、「保険料水準全体を抑制して保険料(税)の負担の緩和を図るため」が 35.9%で最も多く、次いで「単年度の決

算補填のため」が 33.5%となっている。したがって、高齢者医療制度改革会議の「最終とりまとめ」が期待する早期の繰入金の解消には、保険料の引き上げが避けられないこととなるが、その問題点について質問した。

調査結果⑭のとおり、A-1、A-2 グループとも、「所得水準が低くかつ医療費が高いという構造的収支不足は、保険料の増額では解消できない」が最多で、「保険料を上げれば、滞納が増えるため、さらに歳入不足が生じる」が 2 番目であった。

「保険料を上げれば、減免対象者も減免額も増える」は、A-1、A-2 グループとも 0 であった。これは、厚生労働省令改正により、特別調整交付金で慢性的低所得者への減免に対し減収補てんがなされることとなったことも影響したと考えられる^{注 26)}。

「その他」のうち、A-1 グループでは、「現在でも、所得に対する保険料負担が重く、法定外繰入金を解消するために、これまで以上の保険料水準とすることは困難であることから、国等からの財源措置が必要と考える。」や「保険料の増額にともなう加入者の負担増」を問題点としてあげている。

A-2 グループでは、「地方単独事業分については、療養給付費負担金の対象外となるため、一般会計からの繰入れをせざるを得ない。都道府県の事業であるため、当市だけ実施しないわけにはいかない。」が注目される。都道府県の事業であっても、市町村の判断で実施しないことは可能であるので、これは医療費助成の住民サービスでは近隣市町村との差を付けられない状況を示しているといえよう。また、大都市部で比較的所得水準が高い地域が、「給付額の伸びを保険料で埋めるのは限界である。」としている。

以上から、A-1 グループと A-2 グループの 2 つの調査対象市区町村の違いによる調査結果の差は、特になかったといえる。

しかし、上記 3) イの黒字経営グループの市町村の認識との間には埋めがたい落差があるといわざるを得ない。

5) 繰上充用の解消について

B グループへの調査では、繰上充用の解消について尋ねた。繰上充用とは、会計年度経過後にいたって、歳入が歳出に不足するときは、翌年度の歳入を繰りあげてこれに充てることができることとされることをいう。この場合においては、そのために必要な額を翌年度の歳入歳出予算に編入しなければならない。(地方自治法施行令第 166 条の 2))

ア. 繰上充用の解消を行うための計画的な赤字解消方法について

まず B-1 グループは、繰上充用の金額の大きい市区町村であり、国保財政規模の大きい大都市が多い。これに対し B-2 グループは、繰上充用額の保険給付に占める割合が高い市区町村であり、保険財政規模が比較的小さい市町が多い。

調査結果⑮のとおり、B-1、B-2 グループとも、「医療費の適正化による医療給付の減少」が最多で、「保険料の値上げ」が最少であった。

それでも、B-2 グループでは「保険料の値上げ」が 4 市町あったが、単独選択はなく、3 市町は他の選択肢との 4 重選択であった。すなわち、保険料の値上げという被保険者への負担増だけでは繰上充用の解消はできないという認識であることが明らかになった。

「一般会計の繰り入れの増額」は、B-1 グループでは 4 市で、B-2 グループでは 5 市町であったが、いずれのグループでも単独選択はなく、一般会計の繰入金の増額だけでは、

繰上充用の解消はできないという認識が明らかになった。

「医療費の適正化による医療給付の減少」も、同様に単独選択はなく、取組み安いが、繰上充用解消には不十分との認識が明らかになったといえよう。

「滞納整理による滞納額縮小」も重複選択の結果支持が高くなった結果であり、繰上充用解消策としては力不足といえよう。

「その他」は、B-1 グループでは3市で、B-2 グループでは0であった。3市のうち、1市は「国及び府の公費による財政措置の拡充」を要望しており、1市は「保険料収納対策の強化等による保険料収納率の向上による」としている。

以上から、重複回答も考慮するとB-1、B-2 グループで特に差はなく、繰上充用の計画的解消には、単独の方法ではなく複数の方法を組み合わせて解消を図るほかないことが、市町村においても認識されていることが明らかになった。

いずれにせよ、都道府県単位化の実現に際し、市町村間の調整の重大なネックになる可能性が大きいといわざるを得ない。

イ. 繰上充用解消にどのような制度改革を望むか

B グループへの調査で、繰上充用解消に望む制度改革について質問した。(複数回答可)

調査結果⑯のとおり、B-1、B-2 グループとも「赤字解消のための国と都道府県の特別調整交付金制度の創設」及び「交付税措置による国の支援制度の創設」については、同様での結果であった。

「その他」について、B-1 グループでは、5市とも国の財政支援措置を求めているが、1市が京都府の地方債の償還に交付税措置という方針に賛同している以外、具体的な支援策には触れていない。B-2 グループでは、1市が「いわゆる事業たたみ(終了)債の創設」を求めているほか、特殊な例だが1市が精神疾患についての特別調整交付金制度の改正を望んでいる。

以上から、何らかの国や都道府県の財政支援措置の創設を希望しているが、未だ具体的な支援策を想定するほど差し迫った問題とは認識されていないといえよう。

5) 黒字運営の理由について

C グループへの調査では、黒字経営の理由や、後期高齢者医療制度の影響について尋ねた。

ア. 黒字経営ができた理由について

調査結果⑰のとおり、黒字経営の理由について質問した結果、「給付に見合った保険料への引上げを行ってきたこと」は、17市町村であったが、そのうち、これを単独の理由としているのが6市あった。「その他」と重複選択し、「保険料率決定にあたり、現年賦課に使用する所得情報を用いて算定しているため」とその理由を説明している1市を含めると回答実数の4分の1の7市が、「給付に見合った保険料への引上げを行ってきたこと」を単独の黒字理由にしている。

「収納対策に全力で取り組み、滞納の減少に努めてきたこと」は、12市区町村であったが、単独の黒字理由としているのは1市だけであった。

「レセプト点検の充実強化や後発医薬品の使用促進など医療費の適正化を図ってきたこと」は、10市であったが、単独の理由としている市区町村は0であった。医療費適正化は、国保財政の黒字運営には、補助的な効果しかないといえよう。

重複回答では、「給付に見合った保険料への引上げを行ってきたこと」と「収納対策に全力で取り組み、滞納の減少に努めてきたこと」の両方を黒字経営の理由としている市町村が多いといえる。

「その他」は、13市町村であったが、単独の黒字理由とした市町村6市のうち、平成20年度の後期高齢者医療制度の施行の影響による一時的な黒字とするのが1市、基金の活用が3市、前年度繰越金があったための黒字が2市である。いずれも、表面的には黒字であるが、実質的には赤字であるとするものである。

重複回答の「その他」の中にも、基金の取り崩し・活用が2、医療制度改革が有利に働いたが1あり、黒字経営の実質が厳しいものであることが浮き彫りになった。

以上から、調査対象にした平成20年度の国民健康保険事業年報の国保財政の黒字経営の市町村には、後期高齢者医療制度の前期高齢者交付金の過大交付などにより、表面的に黒字となっているが実質的には赤字である市町村が、相当割合あることが明らかになった。

また、基金の取り崩しなどで黒字を出している市町村も多いことが明らかになった。

全体に、重複回答が多かったことは、黒字経営のため、あらゆる手段を用いて努力している国保運営の実態を表すものといえる。

その中で、黒字経営のために、「給付に見合った保険料への引上げを行ってきたこと」を単独の理由に挙げる市が7市あったことは、国民健康保険財政の運営の要が、給付と負担の均衡にあることを示しているといえよう。

イ．後期高齢者医療制度の施行が黒字経営に影響を与えたか

調査結果⑱のとおり、後期高齢者医療制度の施行が黒字に影響を与えたかについて尋ねた結果、「比較的滞納率が低かった後期高齢者が被保険者から抜けたことで、収納率が下がった」が、22市町村と最も多かった。

次いで「前期高齢者財政調整制度ができ、前期高齢者交付金が交付されたため歳入が増えた」は13市町村であったが、単独で選択した市町村はなかった。

「医療給付費が高い後期高齢者が被保険者から抜けたことで、医療費が減った」は、6市町村であった。

「特に影響はない」は、0であった。

「その他」は5市で、そのうち、後期高齢者制度により財政状況は悪化しているとするのが2市、前期高齢者交付金の過払いの精算の影響により22年度以降国保の財政運営が極めて厳しくなっているとするものが2市あった。「平均所得の減少傾向にもかかわらず医療費が伸び続けており、前期高齢者交付金の創設も国保保険者にとってさほど財政運営を好転させる材料となっていないと思われる」に代表されている。

以上から、後期高齢者医療制度の施行が、国保財政に与えた影響については、前期高齢者交付金による歳入増についても、後年度精算による財政状況の悪化も踏まえると、総じて否定的な見解が多数であったといえよう。

調査結果⑲のとおり、国保の都道府県単位化のために行われる施策のうち、黒字経営に重大な影響がある項目について質問した結果、標準的な保険料算定方式の統一」が、15市町村で最も多かった。以下順に「保険財政共同安定化事業の対象医療費の引下げ」「保険財政共同安定化事業の拠出方法の見直し」「標準的な応益割合の統一」に影響があるとの回答であった。

「その他」は、5市町村であったが、そのうち1市は、現状での回答は不可としている。また1市は、「(目標収納率の関係で)県の調整交付金の減額措置などのペナルティが課せられることなどがあれば、今後の財政運営は厳しいものになる」としている。

以上から、国保の都道府県単位化のために推進するとされる施策のうち、共同事業の対象医療費の拡大と拠出方法、及び標準的な保険料算定方式の統一という国の広域化等支援方針策定要領が推進しようとする施策が、市町村の国保の財政運営に大きな影響を与えるものととらえていることが明らかになった。

(2) 地方単独事業としての医療費助成事業について

調査事項のうち医療費助成関連調査の目的は、福祉医療費助成制度の制定状況を検証し、現物給付方式か償還払い方式のどちらを採用しているかを分析して、償還払い方式を採用している理由が、国の国庫支出金減額調整制度の適用を避けるためかどうか確認することである。

したがって、国保の療養給付費等負担金及び普通調整交付金の減額措置制度の政策目的との関係を考察の枠組みとする。

1) 福祉医療制度の状況について

福祉医療制度の多くは、県の間接補助金による市区町村の補助事業であり、その助成対象範囲は県により異なるが、費用負担割合は県の設定する助成範囲の2分の1である。後述するとおり市町村は、県補助制度の上乗せ・横だし補助を行っている場合が、特に乳幼児・子ども医療費助成には多い。

平成22年度決算の総務省の「地方単独事業に関する調査結果」^{注27)}によれば、医療に係る地方単独事業のうち、医療費助成は、金額的には①障害者②乳幼児③母(父)子家庭④老人⑤難病(特定疾患治療調査研究・地方単独分)⑥不妊治療(地方単独事業分)⑦小児慢性疾患(地方単独分)の順に大きい。ただし、難病については国補助事業の超過負担分の方が金額は大きい。

調査結果⑨のとおり、福祉医療費助成制度について尋ねた結果、「乳幼児医療費助成制度」、「心身障害者医療費助成」、「ひとり親家庭等医療費助成」は、各グループともほとんどの市町村で実施されていた。

特に「乳幼児医療費助成制度」については、実施率100%である。これには、「児童・生徒医療費助成」のなかで、乳児・幼児を含めて、小学校や中学校卒業まであるいは18歳までも対象にしている場合も含まれている。後述するように、これらの条例の中には、乳児・幼児に対する医療費助成の内容が、その年齢以上の子どもと異なる市町村もある。乳幼児医療費助成は全県において実施されているが、市町村が先行して実施した制度である県が多く、県の補助対象よりも市町村の方が年齢や入院・通院などの対象範囲が広い傾向にある^{注28)}。また、所得制限の有無や所得要件などについては、各市町村により異なっている^{注29)}。

「児童・生徒医療費助成」は、例えば平成20年8月から一本化した「名古屋市子ども医療費助成」のように、近年の対象年齢の引上げに伴い対象の乳幼児と児童・生徒を一本化する事例がみられる。また「横浜市小児の医療費助成」などのように名称は市町村によ

り異なっている。対象者の年齢も「15歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者」(名古屋市)、「学校教育法に規定する中学校、特別支援学校の中学部又はこれらに準ずるものを卒業する日又は修了する日の属する月の末日までの間にある者」(横浜市)など異なっている。

また、医療費助成の内容も、例えば名古屋市は、12歳に達する日以後の最初の3月31日を経過した子どもにあっては入院にかかる給付に限る(それ以前は、医療保険各法の規定による医療に関する給付)とされている。横浜市では、乳児(1歳に達する日の属する月の末日までの間にある者)及び幼児(6歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者のうち乳児以外の者)については、医療にかかる費用を、児童(前記以外の小児)については入院にかかる費用を助成するとしている。

「心身障害者医療費助成」は、全体で回答市町村の91%で実施されている。身体障害者障害程度等級表の1級から3級までなど一定の障害を有するものを対象に、医療保険各法の一部自己負担金の全部または一部を助成するものである。ただし、障害の範囲については、市区町村の条例・規則により異なっており、生活保護法の受給者や国又は他の地方公共団体による公費負担制度により同等の医療に関する給付を受けることができる者、および所得制限を超える所得のある者は除外される。

「ひとり親家庭等医療費助成」も、全体で回答市町村の約88%で実施されている。A-2グループでやや低いほかグループ間の差はほとんどない。対象者の児童とは、大多数の市区町村では18歳の年度末までの条例又は規則で定める児童とされているが、一部の市町村では、19歳や20歳までとされている。ひとり親とは、父母(養父母)が婚姻を解消したり、父若しくは母が死亡した場合のほか、父又は母が一の障害の状態にある場合や父又は母が引き続き1年以上遺棄している場合、父又は母が法令により引き続き1年以上拘禁されている場合など規定の仕方は市町村によって異なる。

また、「難病医療費助成」は、国の特定疾患治療研究事業のように医療費の自己負担分の一部を国と県が公費負担する制度や、小児慢性特定疾患治療研究事業のように県や指定都市・中核市が一部公費負担するものがある。しかしそれ以外に、名古屋市特定疾患医療給付事業や東京都単独医療費等助成対象疾病を指定している東京都のように地方自治体独自の難病医療費助成もある^{注 30)}。今回の、調査で「難病医療費助成」に該当すると回答したA-1グループの2市は、名古屋市と特別区であるが、特別区については東京都で実施している難病対策事業の受付事務のことと考えられる^{注 31)}。A-2グループも1町だけであるが、これも同様に東京都の難病の受付事務のことと考えられる。B-1グループの1市は、指定都市であり、Cグループの2市のうち1市は中核市であるが、この2市については、単独の難病医療費助成制度はなく、上記の国補助制度のことと考えられる。B-1グループの他の1市は、政令市でも中核市でもなく選択理由は不明である。

「老人医療費助成」については、後述する設問の④の前提として尋ねた。B-1グループを除き各グループとも老人医療費助成を続けているとしている市町村は比較的少数である。詳細は、後述3)で検討する。

「その他」では、母子医療費助成事業、妊産婦医療費助成制度、学童う歯対策事業などが挙げられている。また、「乳幼児・心身障がい者・ひとり親の医療助成事業は県単独事業として実施している。」として、市町村の独自性はないとする市もある。

2) 現物給付方式か償還払い方式か

ア. 支給方法

調査結果⑩のとおり助成を受ける被保険者が一部負担金の窓口での支払いを要するかどうかを尋ねた結果、「現物給付方式（窓口での支払い不要）」は、重複を含めると A-1、B-1 グループの大都市部で回答市の 100%、C グループで 82%と多いが、全体では償還払い方式の 1.8 倍である。現物給付の回答 47 中重複回答が 15 と約 32%を占めた。併用を含めた現物給付方式の市町村は、回答済 58 中 47 で、約 81%を占めた。

「償還払い方式（窓口支払い後、申請して払い戻しを受ける方式）」の回答 26 中、「現物給付方式（窓口での支払い不要）」の回答との重複回答 15 は過半数を占めた。町村が多く国保財政が厳しい A-2 と B-2 グループでは、償還払い方式が相対的に多いといえる。

重複の理由は、助成制度により、また、同じ助成制度であっても年齢や受診態様に応じて異なり、特に都道府県外や市外の医療機関で医療給付を受ける場合で、償還払いとする回答が多かった。たとえば、横浜市では小児（小中学生）は、償還払い（入院費用のみ）であるが、乳児（1 歳児）と幼児（就学前）は、現物給付方式（入院・通院とも対象）である。川崎市も、同様である。これに対し、名古屋市では、県外の医療機関を受診した場合など特別な理由がある場合を除き、現物給付方式としている。また、大阪市は、乳幼児（就学前）の医療費助成について市が契約を締結した医療機関を受診した場合は、現物給付方式とし、それ以外の医療機関の場合や市長が特別な理由があると認めたときは償還払いとしている。

イ. 償還払いの理由

第 4 章第 3 節 1. (2) で述べたとおり、国保法第 70 条第 2 項に基づき、「国保の国庫負担金等の算定に関する政令」の第 2 条 2 項は、(i) 「(国保) 法第 43 条第 1 項の規定により一部負担金の割合を減じている市町村」及び(ii) 「都道府県又は市町村が被保険者の全部又は一部について、その一部負担金に相当する額の全部又は一部を負担することとしている市町村」に対して、療養給付費等負担金の額の算定において、減額するとしている。

具体的には「国保の事務費負担金等の交付額等の算定に関する省令」第 4 条～6 条の「一部負担金の割合軽減等市町村に係る療養給付費等負担金の額の特例」の規定により算定した額とするとしている。

また、普通調整交付金についても、国保法第 72 条第 2 項第 1 号括弧書きの規定により、同じく「国保の調整交付金の交付額の算定に関する省令」第 4 条 2 項の規定により、調整対象需要額の調整が行われる。

しかし調査結果⑪のとおり、「償還払い」を採用している市町村に理由について尋ねた結果、「地方単独医療費助成に対する国庫支出金減額調整制度の適用を避けるため」と答えたのは、国保が黒字の C グループの償還払い 14 の約 3 分の 1 の 5 市だけであった。償還払い比率の高い A-2 と B-2 グループは、ゼロであった。

一方、「窓口支払いを不要にすると無駄な受診が増える危険性があるため」は、A-2 の 3 町村と B-2 の 1 町、C グループの 5 市の計 9 市町村と「国庫支出金減額調整制度の適用を避けるため」回答より多かった。国のいう波及増効果を市町村も認めているもので、国保の繰入金比率が高い A-2 と黒字経営の C グループに、医療給付費の増加に敏感な市町村が相対的に多いといえる。

「その他」がCグループを除いては、各グループとも最も多かった。その内訳は、県外や制度によっては市外の指定医療機関外で受診した場合など制度的な制約で、償還払いを認めざるを得ないケースがあるからという理由が6市町村と一番多い。次いで、県の補助制度との関係を挙げる3市が多く、医療証の不提示に対応するためという場合1市も、制度的制約の一種と考えれば、「その他」11市町村中10市町村が、制度上償還払いを認めざるを得ないという意見である。

うち1市の、「県の乳幼児医療費助成制度が償還払い制度をとっていること」を理由とするものが注目される。全国保険医団体連合会の調査「都道府県・子ども医療費助成制度一覧^{注32)}」(2010年5月14日現在)によれば、償還払い制であるのは、北海道、石川県、和歌山県、長崎県、沖縄県の5県であり、自動償還払い制をとっているのは、岩手県、福井県、長野県、三重県、奈良県、鹿児島県の6県である。

これら、償還払い、自動償還払いの補助制度を採っている県の理由には、受診増による医療費負担の増加の懸念もあるが、特に、償還払いの申請手続きの簡素化を図るため自動償還払い制度を採っている県については、受診増よりも国の国庫負担減額による負担増を回避する狙いが認められる。

ウ. 国の国庫負担金等の減額調整の統制効果

以上の調査結果から、国庫負担金の減額調整を避けるために、償還払い方式をとっている市町村は、相対的に少数であり、約8割の市町村は、制度上の理由による償還払い方式も併用しつつ、現物給付方式を採用していることが明らかになった。市町村の乳幼児・子ども医療費助成事業において、現物給付方式を採れば住民の利便性が高くなるため利用者も多くなるが、その分医療費も増加する。国はこれを波及増として、国保について上述のとおり、国庫負担金等の減額を行っている。

しかし、上記の調査結果によれば、小規模で国保財政が厳しいA-2やB-2あるいは国保の黒字経営のCグループの市町村もこの波及増を懸念し、償還払い方式採用の2番目の理由としている。これは、国保の給付費の膨張の回避を目的としており、国の国庫負担金等の減額調整の回避を目的とした償還払い制の理由とは、似て非なるものである。なお、乳幼児医療費助成事業による医療費の増加について、岩本千春氏によれば、「現物給付の乳幼児医療制度が採られると、医療サービス消費が最低で7%増加する」とされている²⁷⁷⁾。

そもそもこのような国庫負担金等の減額は、何に対するペナルティなのであろうか。

上記政令の(i)の場合は、国保法施行令第28条の規定により「保険者は、一部負担金の割合を減ずることによって国保の財政の健全性をそこなうおそれがないと認められる場合に限り、一部負担金の割合を減ずることができる。」とされている。(2008年4月現在、一部負担金の引き下げを行っている保険者は、5市町村1組合だけである^{注33)}。)

また、同(ii)の場合は、「国の負担金又は補助金の交付を受けないで、都道府県又は市町村が年齢その他の事由により被保険者の全部又は一部についてその一部負担金に相当する額の全部又は一部を、当該被保険者に代わり、保険医療機関等に支払うこととしている措置」(上記算定省令第4条第2号)であり、都道府県又は市町村が負担するので、この場合も国保財政の健全性を損なうことはない。

したがって、国保法第71条第1項の「市町村が確保すべき収入を不当に確保しなかった場合」、すなわち保険事業の運営に支障をきたす恐れのある場合にその改善を求める国庫

負担金の減額措置とは減額の理由が異なる。

そうだとすれば、国庫負担金等の減額の理由は、当該市町村の一部負担金軽減措置が、一部負担金の設定理由である「適正な受診を促進し、保険財政に対する過度な負担を軽減するとともに、療養の給付を受ける被保険者と健康な被保険者の公平な負担を図る²⁷⁸」ことに反する、特に適正な受診の促進に反すると判断されたためと考えられる。

窓口負担軽減である現物支給方式についてのみを減額対象にし、対象となる被保険者の延べ人数が被保険者の数に占める割合が百分の一を超える場合に限定している（上記算定省令第4条）のも、「安易な」受診の広がりとそれによる医療費の膨張を抑制する狙いであることを示している。

国は、国保法第42条第1項で「療養の給付を受ける者は、その給付を受ける際」、一部負担金を「当該保険医療機関等に支払わなければならない」として、被保険者に窓口支払いを義務付け、その反対解釈として受療した被保険者に代って保険者が一部負担金を保険医療機関に支払うことを禁ずるという統制を加えていると解されるのである。

したがって、ペナルティは市町村の受診の利便性の促進施策に対するものであり、特に(ii)の場合には保険者たる市町村ではなく、福祉政策の主体たる市町村に対するペナルティの性格を有するものといえる。

しかし、ペナルティの効果は、前述2(2)の乳幼児医療費助成の動向からも、筆者の調査結果からも薄いと言わざるを得ない。支給方法に関する厚生労働省の調査は2006年度だけであるが、それによれば、併用を加えると約7割の市町村で現物給付方式をとっている^{注34)}。筆者の調査では、上記のとおり併用を含めると約8割を占めた。

国の法令による統制に対し、その統制維持手段としてのペナルティを甘受して、7割以上の市町村が「一部負担金の一部または全部を被保険者に代わって地方自治体が保険医療機関に支払う」という医療費助成施策を自律的意思決定により実施したことを示す。その結果、乳幼児・子どもに対する義務教育就学前の2割あるいは就学後の3割という一部負担金の割合を維持し、被保険者が窓口で支払うという国の政策は、事実上変容しているといえよう。

3) 老人医療費助成制度の減少と変容

ア. 老人医療費助成の内容

調査結果⑫のとおり老人医療費助成制度の存続について尋ねた結果、存続しているのは、B-1の3市とB-2の2市1町、Cの2市1町である。

送付された条例（一部はホームページの各市例規集）によると、例えば京都市の老人医療費支給条例は、65歳以上70歳未満で、生活保護法の規定による保護を受けている者及び高齢者の医療の確保に関する法律の規定による後期高齢者医療給付を受けることができる者を除く次の各号のいずれかに該当する者を対象としている。①本人又は配偶者及び同居の扶養義務者が所得税非課税か②本人又は配偶者及び同居の扶養義務者の所得が所得制限額内で、日常の生活に介助を要する（継続して6ヵ月以上常に就床し、食事、排便、入浴等に介助を要する）者、あるいは、一人暮らし（配偶者及び扶養義務者がいない者又はこれと同様の事情にある者）、又は親族のみで生活し、その全員が60歳以上、18歳未満又は一定の障害がある者である。

門真市老人医療費の助成に関する条例は、対象を年齢65歳以上のもので次の各号のい

ずれかに該当するものとする。(1)障害者の医療費助成に関する規定に該当する者又はひとり親家庭医療費助成に関する規定に該当する者(2)特定疾患治療研究事業実施要綱に基づく疾患を有する者(3)感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に基づく結核に係る医療を受けている者(4)精神通院医療を受けている者で、それぞれ所得が規則で定める額以下の者。なお、1医療機関当たり入院・通院とも1日につき各500円(月2日限度)の負担が必要で、1人当りの負担限度額が月額2500円を超えた分は償還払いとなっている。

以上一部の市の老人医療費助成制度をみたが、いずれも、年齢以外の心身の障害等の要件^{注 35)}と所得制限があり、また、必ずしも無料(一部負担金の全額公費負担)ではない。

イ. 廃止時期と国制度の改正の関係

調査結果⑫のとおり、廃止時期については、「2002年の老人保健法改正による対象年齢の75歳への段階的引き上げに合わせて段階的に廃止」が、9と最多であった。

「2006年の後期高齢者医療制度の制定時」は、1市のみであったが、「その他」中に、町村合併など他の理由で2006年に廃止した2市町があった。

「2008年の後期高齢者医療制度の施行時」は、7市町村であった。

「その他」は、16市町村であったが、年度別では1989年頃、2998年が各1、2004年が2、上述の2006年が2、2007年が3、2008年、2009年、2010年が各1であった。

老人医療費助成事業は、全体として廃止の方向にあるといえるが、その契機・時期も含め、国の制度改正の影響は大きい。しかし、同等に各市町村の個別事情による廃止も多い。

以上から、地方単独医療費助成事業の魁となった老人医療費助成事業は、高齢化の進展と厳しい財政状況のなか、国の高齢者医療制度の改正に連動する形で廃止されつつあるが、障害高齢者や一人暮らし高齢者等に対象を限定し、所得制限や自己負担などを課して、なお、一部の市町村で継続されていることが明らかになった。

5. まとめと乳幼児・子ども医療費助成における国・地方自治体間の政策対立

(1) 国保の都道府県単位化と市町村間の公平

2012年4月の国保法改正の国の意図は、共同事業の一律全面拡大により、医療費をすべて共同事業の対象にして、市町村にその拠出金の納付を義務付けるとともに、それとセットで都道府県の調整交付金の拡大を組み込んだ点にある^{注 36)}。つまり、保険者間の給付と負担の関係を調整する都道府県の調整機能の発揮が共同事業の拡大を円滑に進める不可欠の要素となっている点にある。

しかし肝心の市町村は、上記考察の(1)の1)から、調査時点では共同事業の拡大と拠出方法に関心はあるが、現状の変更には積極的ではなかったといえる。

支援方針の策定に当たり、都道府県は市町村の代表を含む研究会等において、共同事業の拡大や拠出方法の見直しによる影響を試算している。たとえば、対象医療費を20万円超に引下げる奈良県の支援方針は、1円以上とした場合には、拠出超過市町村数が20から27へ増加し、1人当たり拠出超過額も7万円余という大きな影響を受ける市町村があるとの試算を示している。広域化に積極的とされる大阪府は、「シミュレーションの上検討したところ、20万円や10万円に引き下げても平準化の効果は限定的であるが、1円以上とすると対象費用が約十倍となり、財政運営への影響が大きすぎる(市町村の主な意見に対す

る府の考え)」として、拠出方法の変更についてのみ支援方針に定めている。

市町村への意見照会に際し試算結果がどの程度示されたかは不明である^{注 37)}が、共同事業の拡大が市町村間の拠出金関係に影響することは、当然認識されていたと考えられる。

一方、上記の考察の(1)の 3)アから、都道府県単位化の進展の結果として、都道府県を国保の運営主体とする都道府県国保への市町村の期待が高いことが改めて明らかになった。

2012 年改正の共同事業の一律拡大は、保険者間の負担と拠出の調整を都道府県単位で行うもので、都道府県内の同一所得・同一保険料や繰入金・繰上充用の解消まで求めるものではない。

しかし、市町村側として都道府県の運営主体化を求めていくのであれば、共同事業の一律全面拡大を、積極的に保険者統合の環境整備を進める機会とする必要がある。そのためには、個別の利害を乗り越えて、保険料の平準化を進め、域内の同一所得・同一保険料やそのための繰入金・繰上充用の赤字解消を実現しなければならない。保険料の平準化を図り、繰入金や繰上充用の解消をするには、各市町村が調整後の拠出額を全て保険料で賄うこと、すなわち拠出超過市町村にあつては拠出超過額のうち調整交付金で手当てされない部分を保険料に上乗せすることが必要である。当然、医療資源へのアクセスに困難があるため医療費が低い島嶼地域等に対しては、不均一保険料制の導入の問題を別途考慮する必要がある。

また、共同事業の一律全面拡大は、交付金事業運営者である国保連合会への市町村の拠出額に変動を生じ、市町村間の調整を含め、拠出額に対する議会の関心が高まることが想定される。それは、拠出額と交付額との差の原因に及び、拠出に見合う保険料(税)となっているかどうかの算定根拠についての十分な説明責任が市町村に求められることに繋がる。

ここで、問題となるのは、被保険者の代表が保険料の決定権を有するのではなく、議会が決定権を有しており、国保の保険者自治に関する代表の同質性に問題がある点である。すなわち、議員には被用者保険の加入者である者も多く、これらの議員が、国保の被保険者の負担の決定に関わることは、保険者自治に反するのではないかという点である。

筆者は、むしろ、法定外一般会計繰入金や繰上充用について、被保険者の権利と納税者たる住民（全国平均では、被用者保険加入者が約 6 割を占める多数派²⁷⁹⁾）の民意の反映との緊張関係も視野に入れた議会での審議は、保険者自治の抑制よりも住民代表の参加の優位を示すと考える。これは一般的に、都道府県内の保険料の平準化促進の方向に作用すると思われる。

上記の考察の(1)3)イから、保険料の引上げを抑制してきた市町村の繰上充用や一般会計繰入の解消を、都道府県調整交付金により肩代わりすることは、市町村間の公平の観点からもあり得ない。共同事業の調整のため増額された都道府県調整交付金は、拠出が交付を上回る拠出超過の持ち出し市町村への補填を主とするものであり、医療費に応じた交付金額に見合う拠出金を保険料で調達できない市町村は、原則として保険料の引上げを行う必要がある。ただし、年齢構成に起因する医療給付費の差や所得の多寡に起因する保険料の格差があるなど、理由がある場合には公費による財政調整を行うことは当然認められるべきである。

しかるに、考察の(1)4)イと(1)5)アからは、繰入金や繰上充用の解消について、保険料の引上げには限界があるとして、国等の財源措置を求める赤字市町村の回答がみられる。

しかし、繰入金や繰上充用の生じている原因を明らかにすることなく、このような繰入金や繰上充用の解消のための特別な財源措置を認めることは疑問である。なぜならば、保険者別にみると、一般会計繰入れや繰上げ充用を行っている保険者の保険料負担率の平均が 11.4%なのに対し、こうしたことを行っていない保険者の平均は 13.7%となっており、一般会計繰入等を行っている保険者の方が保険料負担率は低くなっている^{注 38)}からである。ここで、保険料負担率とは、保険料調定額を旧但し書き所得で除した割合である。一般会計繰入又は繰上充用を行っている保険者の一人当たり保険料調定額が 8.4 万円、一人当たり旧但し書き所得が 73.5 万円に対し、行っていない保険者の一人当たり保険料調定額 8.0 万円、一人当たり旧但し書き所得が 58.2 万円である^{注 39)}。保険料調定額の差がほとんどないのに対し、所得の差は相当開いている状況である。これを都道府県別でみると、特に東京都が一人当たり一般会計繰入金が、28,457 円と最も高いにもかかわらず、上記保険料負担率は、最も低くなっているなど地域差が顕著である。

公費による財源措置は、繰入金や繰上充用の有無にかかわらず、年齢構成や所得の多寡に起因する財政力の弱い保険者に対して充実することが望ましい。つまり、財政力が高い保険者が保険料を抑えるために一般会計から繰り入れている場合は対象にならず、所得水準が低く保険料の引上げに限界がある保険者には、財政措置の対象となる制度設計と運用が重要である。

問題は、都道府県調整交付金の拡大を行っても、医療給付費の 50%という国と都道府県の公費負担率は変わらず、保険者全体の財政運営の改善効果は限定的であることである。むしろ、従来 34%であった定率国庫負担が 32%に削減されたことにより、保険財政が厳しくなる保険者が増加し、都道府県の財政調整交付金の増額分を食いつぶす可能性も無いとはいえない。消費税引上げ時に 2,200 億円を充てる方向が示されている低所得者対策の確実な実行と医療費の増加に応じた財政基盤強化策が不可欠である。

結局、共同事業の一律全面拡大による財政運営の都道府県単位化政策の実効性は、市町村が財政力に応じてどこまで保険料の引上げに取り組むかと、財政基盤強化のための国費の負担拡大の実現性に収斂するといえよう。

(2) 乳幼児・子ども医療費助成における国・地方自治体間の政策対立

前述の考察(2)2)のア・イから、国庫負担金の減額調整を避けるために、償還払い方式をとっている市町村は少数派であり、約 8 割の市町村は、制度上の理由による償還払い方式も併用しつつ、現物給付方式を採用していることが明らかになった。

また考察(2)2)のウから、乳幼児・子どもに対する義務教育就学前の 2 割あるいは就学後の 3 割という一部負担金の割合を維持し、被保険者が保険医療機関の窓口で支払うという国の政策は、事実上変容していることも明らかになった。すなわち、乳幼児医療費助成事業によりほとんどの地方自治体で、義務教育就学前の乳幼児の一部負担金割合 2 割は、実質ゼロか 1 割程度の負担になっている^{注 40)}ことを示すものである。

その意味で、乳幼児・子ども医療費助成においても、「被保険者が一部負担金を保険医療機関の窓口で支払う」（国保法第 42 条第 1 項）という国の統制と、「一部負担金の一部または全部を被保険者に代わって地方自治体が保険医療機関に支払う」という自律的意思決定とが、国庫支出金の減額調整受忍という一定の緊張関係のもとで、相互に受け入れ合

う状態にある「折り合い(分権的類型)」が生じているといえそうである。

国においても2002年10月から3歳未満の乳幼児を2割負担に軽減し、2008年4月から義務教育就学前へ範囲を拡大するなど部分的に、地方自治体の施策を追認する施策をとってきていることも、「折り合い(分権的類型)」の動的側面を示しているようにみえる。

しかし、この場合の国の統制手段は、「参酌標準」や「要綱」ではなく、法律と政省令に基づくものであり、市町村はその統制の手段たる制裁としての国庫負担の減額措置を受け入れざるを得ない点が、医療費適正化計画や国保の広域化等支援方針の場合と異なっている。この違いは、「折り合い(分権的類型)」の定義の③の要件の「地方自治体が地域の実態に合わせ自律的に、国の統制手段としての『参酌標準』や『要領』『要綱』を独自に解釈することにより」を欠いている点である。

これは統制手段(枠づけ)である国庫負担の減額措置が法令によるものであること、かつ、その法律・政省令の規定が数量的・技術的であり、地方自治体による独自の解釈の余地がないことによるものである。

第4章第3節1(2)で述べたとおり、国の地方単独医療費助成に対する方向は、被保険者の窓口払の原則に対する違反を理由として、その廃止を求めるという強硬なものから、地方自治体の単独事業が国全体の保険財政に及ぼす影響に鑑み、その負担を求める方向に変化したのである。その意味では、財政負担の地方転嫁といえ、「財政的類型」の政策対立にも見える。しかし、「被保険者が一部負担金を保険医療機関の窓口で支払う」という国保法第42条第1項の国の統制は、地方への財政転嫁の規定ではない。

したがって、「一部負担金の一部または全部を被保険者に代わって地方自治体が保険医療機関に支払う」という自律的決定を「被保険者が一部負担金を保険医療機関の窓口で支払う」という国の統制の合理的解釈の範囲内の独自解釈であるとするのは、一部負担金の立法趣旨から無理がある。

そもそも第3章第4節3で述べたとおり、乳幼児医療費助成事業は老人医療費無料化が国の政策となったときに、全国的に急増したものであり、一部負担金を保険制度外で地方自治体が肩代わりする点で、東京都の老人医療費無料化と同じく、違法とまではいえないが、一種の脱法行為といえよう。

したがって、乳幼児・子ども医療費助成における国・地方自治体間の政策対立は、「折り合い(分権的類型)」とはいえず、地方分権改革前の政府間政策対立の「政治的類型」というべきであろう。

国庫負担減額措置の対象となる地方単独の医療費助成事業は、乳幼児医療費助成だけではなく、老人医療費助成やひとり親(母子・父子)家庭医療費助成なども含まれるが、いずれも第一次地方分権改革以前から地方自治体が、先駆的に実施してきた事業である。

したがって、この国・地方自治体間の政策対立状況は、地方分権改革以前から、生じていたといえる。ただし、厚生労働省「乳幼児等に係る医療費の援助についての調査」によれば、2010年以降対象年齢の引き上げ傾向が顕著であること、国の方も地方分権改革以後、3歳未満の乳幼児の2割負担軽減の導入や対象年齢の引き上げを図るなどの変化がみられる。

特に、減少傾向にあるとはいえ老人医療費助成事業については、当時老人保健法の医療は市町村長への機関委任事務であったことを考えれば、第5章第2節1(3)で述べたように、

老人保健法制定時の廃止を含めた見直しを求める国の通達にもかかわらず、なお相当額の地方単独事業が行われている^{注 41)} ことも、地方単独事業の医療費助成の特徴といえる。

その意味では、統制手段たる国庫負担の減額措置は、統制手段としての効果が最初から薄い、古い形で国の統制方式の名残であり、いわば、「枠づけ」が「型付け」に硬直化しているというべきであり、早晩見直されるものとなろう。

注釈

注 1) 平成 22 年 4 月 13 日衆議院厚生労働委員会倉田参考人意見陳述

注 2) 平成 22 年 4 月 27 日参議院厚生労働委員会渡辺参考人意見陳述

注 3) 全国の知事、市町村長、特別区長 1797 人に対する悉皆調査。9 月下旬に調査票を送付依頼し、11 月上旬までに 3 市長を除く 1794 人から回答。

注 4) 平成 22 年 4 月 27 日参議院厚生労働委員会における山本博司委員に対する答弁

注 5) <http://www.pref.chiba.lg.jp/hoken/kokuho/shienhoushin/shushi.html>、2011.

1. 10

注 6) 平成 22 年 4 月 13 日衆議院厚生労働委員会における山崎泰彦参考人の発言

注 7) 国民健康保険の調整交付金の交付額の算定に関する省令（昭和 38 年厚生省令第 10 号）第 7 条第 3 項は「当該市町村の属する都道府県において、当該都道府県が定める広域化等支援方針において法第 68 条の 2 第 2 項第 4 号に掲げる事項として保険料の納付状況の改善に関して必要な措置を定めていると厚生労働大臣が認める場合には、当該市町村については前二項の規定は適用しない」と、保険料収納割合による減額措置の適用除外を規定している。具体的には、各年度の 9 月末（平成 22 年度に限り 12 月末）時点において、広域化等支援方針において、保険者規模別の目標収納率を定めるとともに、その達成状況に応じて都道府県が技術的助言もしくは勧告を行い、または、その達成に資する取り組みに対し都道府県調整交付金で支援することを定めているもの（平成 22 年 5 月 19 日保発 0519 第 6 号）とされている。

注 8) 平成 22 年 4 月 22 日参議院厚生労働委員会小池晃委員に対する足立信也厚生労働政務官の答弁

注 9) 平成 22 年 4 月 22 日参議院厚生労働委員会 森田高委員に対する足立信也厚生労働政務官答弁

注 10) 平成 22 年 7 月 23 日第 8 回高齢者医療制度改革会議資料 7 に提出の平成 22 年 6 月 29 日付け全国知事会後期高齢者医療制度改革プロジェクトチーム「新たな高齢者医療制度に関する中間とりまとめ」参照。また、平成 19 年 9 月 4 日の第 16 回地方分権改革推進委員会の全国知事会地方分権推進特別委員会分野別 PT 担当知事等との意見交換において「国保の保険者を国にすべき」という逆分権の提案を行った。

注 11) 平成 23 年 6 月 8 日全国市長会決定「国民健康保険制度等に関する重点提言」、平成 22 年 12 月 1 日全国町村会「全国町村長大会意見」10。医療保険制度の一本化の実現等

注 12) 2012 年 12 月 20 日第 14 回高齢者医療制度改革会議議事録の神田委員発言「運営主体になることについて理解を示す知事も（中略）財源の問題やら、そのほかが全く最後まで見えないということで、今ではほとんど反対に回っております」参照

注 13) 2003 年 3 月 28 日閣議決定「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」

注 14) この間の国と地方の協議の経緯は以下のとおりである。

①2011 年 12 月 20 日の「国と地方の協議の場」第 3 回臨時会合で、年少扶養控除の廃止等による地方増収分の使途に国保の国定率負担から調整交付金 2%分を都道府県調整交付金へ移すことが合意された。

②この合意を受けて 2012 年 1 月 24 日の第 2 回国民健康保険制度の基盤強化に関する協議において、共同事業の対象医療費の拡大が合意された。

注 15) 厚生労働省濱谷浩樹国民健康保険課長発言、『週刊社会保障』No. 2669、31-32 頁

注 16) ここでの全国知事会の主張とは、平成 21 年 7 月 14 日付「平成 22 年度国の施策並びに予算に対する提案・要望」中の「将来にわたって医療保険制度の安定的運用を図るため、医療保険制度の改革等を引き続き着実に行うこと。特に全ての医療保険制度の全国レベルでの一元化に向けた具体的道筋を早期に提示するとともに、改革に当たっては、地方公共団体の意見を十分に反映するように努めること。」を指している。

注 17) 平成 23 年 4 月 6 日全国市長会「社会保障の課題と改革の方向」Ⅲ社会保障制度の課題と改革の具体的方向 2 国民健康保険制度【改革の主な具体的方向】1 及び 2、「社会保障改革に関する集中検討会議」へ提出

注 18) 平成 22 年 12 月 1 日全国町村会「全国町村長大会意見」10. 医療保険制度の一本化の実現等

注 19) 前掲注 17) の【改革の主な具体的方向】3

注 20) 老人保健法の施行に際し、厚生省は地方自治体が行っている上乗せ事業の見直しや是正を求める通知を出している。第 4 章第 2 節 1. (2) 1) の昭和 57 年 10 月 8 日付衛老第 3 号通知及び昭和 58 年 1 月 24 日付衛老計第 4 号通知参照

注 21) 小林成隆、西川義明「地方単独事業としての医療助成の終焉と新たな動き」名古屋文理大学紀要第 8 号、23 頁、2008

注 22) 平成 23 年 2 月 16 日参議院国民生活・経済・社会保障に関する調査会における鈴木克昌総務副大臣発言「乳幼児医療費助成事業は 47 都道府県全てにおいて実施されており、少子化対策として広く全国的に定着している事業であります。」

注 23) 「乳幼児医療費無料制度を国に求める全国ネット」の「乳幼児医療費助成制度 市町村制度の状況・変遷（対象年齢等）」下記 URL 参照

<http://www.babynet.doc-net.or.jp/3-1204sichosonseido.pdf>、2012. 7. 16

注 24) 平成 21 年 4 月 23 日参議院内閣委員会議事録岡田広委員の質問に対する北村彰政府参考人（厚生労働大臣官房審議官）答弁参照

注 25) 第 13 回高齢者医療制度改革会議（平成 22 年 12 月 8 日）の資料 3 の 23 頁、法定外一般会計繰入のうち、保険給付以外の支出である保健事業や直営診療施設等の繰入、東京都の財政調整分を除いた額の内訳

注 26) 平成 23 年 3 月 28 日厚生労働省令第 28 号で「国民健康保険の調整交付金の交付額の算定に関する省令」が改正され、同省令第 6 条 3 号に収入金額が「生活保護基準」以下の世帯で、預貯金が生活保護基準の 3 箇月以下である世帯に属する入院療養を受ける被保険者に対する療養の給付に係る一部負担金の減免を行った場合には、その二分の一以内の額を特別調整交付金で補填することとされた。

なお、この改正に先立って、1959（昭和 34）年 3 月 30 日付け保発第 21 号「一部負担

金の徴収猶予及び減免並びに療養取扱機関の一部負担金の取扱いについて」が2010（平成22）年9月13日付けで改正され、第一、二 一部負担金の減免の（一）の一部が追加され、慢性的低所得世帯が減免対象とされた。

注27) 011年11月17日の国と地方の協議の場第1回社会保障・税一体改革分科会に提出された資料2総務省提出資料参照

<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/kyouginoba/bunka/dai1/siryou.pdf>, 2012.10.15

注28) 大阪府の乳幼児医療費助成制度は、入院医療費については、6歳児（小学校就学前まで）を、通院医療費については、2歳児までを補助対象とし、児童手当の特例給付と同じ所得制限があるとしている。しかし、大阪府のホームページに参考として載せられている大阪府内市町村乳幼児医療費医療費助成単独制度一覧（平成23年11月現在）によれば、通院医療費に関しては、最高で中学校卒業年度末まで、最低で4歳未満までとなっており、すべての市町村が大阪府より対象年齢が高くなっている。入院医療費についても、最高は中学校卒業年度末までとなっており、大阪府と同じ小学校就学前は43市町村中18市町のみである。所得制限についても、通院・入院とも「なし」の方が、大多数である。本調査対象の大阪市では、通院は就学前まで、所得制限は府と同じ、入院は中学校卒業年度末まで、3歳到達月末までは所得制限なしとなっている。

<http://www.pref.osaka.jp/kokuho/hukushiiryoyou/nyuyoujiiryoyou.html>, 2011.12.8

千葉県のホームページにも「平成23年8月1日時点における市町村別の助成内容」が載せられているほか、埼玉県ホームページにも、「市町村乳幼児（子ども）医療費対象年齢」（平成23年10月11日現在）が載っている。いずれも、各市町村が独自の乳幼児（子ども）医療費助成政策を講じていることを示している。

<http://www.pref.chiba.lg.jp/jika/boshi/nyuuyouji/html>, 2011.12.8

<http://www.pref.saitama.lg.jp/page/nyuji.html>, 2011.12.8

注29) 例えば、東京都の制度では、所得制限があるが、文京区・江戸川区・足立区では所得制限がない。東京都下でも、大島町の「乳幼児の医療費の助成に関する条例」及び「義務教育就学児の医療費の助成に関する条例」には所得制限の規定（両条例の第4条）がある。

http://www.city.bunkyo.lg.jp/sosiki_busyo_keizaishien_nyuuyoujiiryoyou.html
2011.12.8

注30) 名古屋市特定疾患医療給付事業

<http://www.citynagoya.jp/kenkoufukushi/page/0000008607html>, 2012.11.20

東京都福祉保健局「東京都難病医療費助成制度」

http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/nanbyo/nk_shien/iryohi/index.html,
2011.12.9

他に船橋市「小児慢性特定疾患研究事業及び小児指定疾患医療費助成事業について」

<http://www.city.funabashi.chiba.jp/kodomo/teate/0002/p002406.html>, 2011.12.9

注31) 上記の東京都の難病医療費助成制度のホームページでは、申請は区市町村の窓口としている。文京区も、同一質問に「東京都で実施、区は受付事務のみ」と記入している。

注32) 「乳幼児医療費無料制度を国に求める全国ネット」のホームページ参照

<http://babynet.doc-net.or.jp/pdf/1-1005kenseido.pdf>, 2012.11.12 なお、2012年10

月 15 日現在、償還払い制を採っているのは、北海道、石川県、沖縄県の 3 県である。

注 33) 社会保険実務研究所編『新・国民健康保険基礎講座』社会保険実務研究所、255 頁、2010

注 34) 前掲注 23) 参照

注 35) 残っている老人医療費助成制度は、「障害者医療費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」ことの影響がみられる。小林成隆、西川義明「地方単独事業としての医療助成の終焉と新たな動き」名古屋文理大学紀要第 8 号、23 頁、26 頁注 21)、2008

注 36) 『週刊社会保障』No. 2669[2012. 3. 12]、32 頁、厚生労働省濱谷浩樹国民健康保険課長の発言参照

注 37) 例えば、山梨県国民健康保険広域化等支援方針は、共同事業の拡大について、「複数パターンの試算を記載するとともに、関係市町村の意見を十分に聞きながら検討を進める」とし、対象医療費の額、拠出方法についての市町村アンケート結果を記載している。

その他にも連携会議や研究会等の付属資料等から複数の都道府県が市町村の意向調査を行ったことが把握できる。

注 38) 平成 24 年 4 月 3 日参議院厚生労働委員会における三原じゅん子議員の質問に対する小宮山厚生労働大臣の答弁参照

注 39) 2011 年 10 月 24 日第 1 回国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議の資料 2「市町村国保の現状等について」の 25 頁「法定外一般会計繰入れ（決算補填目的等）及び前年度繰上充用に関する保険者の状況」参照

注 40) 平成 24 年 5 月 31 日衆議院社会保障と税の一体改革に関する特別委員会における谷公一委員の発言「現場では、子供さんは二割負担よ、お年寄りは一割負担よ、これが通用しないからです、実際問題。」参照

注 41) 平成 23 年 11 月 17 日「国と地方の協議の場」の「社会保障・税一体改革分科会」に提出された資料 2 の、総務省の「地方単独事業に関する調査結果について」によれば、平成 22 年度決算において、地方単独事業として老人医療費助成が都道府県分 173 億円、市町村分 249 億円実施されている。

第8章 介護基盤整備等に関する都道府県調査

三位一体改革により社会福祉施設等整備費補助金の廃止に伴い創設された地域介護・福祉空間整備等交付金のうち、広域型の特別養護老人ホーム等を対象とする都道府県交付金については、地方六団体からの要望を踏まえ、平成18年度に廃止し、各都道府県、政令市及び中核市への一般財源化が行われた。

1. 調査の背景

2009年4月10日にとりまとめられた当時の麻生政権の「経済危機対策」において、「成長戦略－未来への投資」の一環として「介護施設や地域介護拠点の整備に対する助成及び融資の3年間拡大」が盛り込まれた。

これを受けて、国の平成21年度第一次補正予算に、将来必要になる介護施設、地域介護拠点の平成23年度までの緊急整備を推進するために、施設整備費に対する市町村交付金の拡充をはじめとして各種の事業を実施することとされた。各都道府県においては、国の介護基盤緊急整備等臨時特例交付金交付要綱^(注1)（以下「交付要綱」という）及び介護基盤緊急整備等臨時特例基金管理運営要領^(注2)（以下「運営要領」という）に基づき、それぞれ実施要綱等を定めて、介護基盤緊急整備等特別対策事業を実施することとした。

平成21年度には、第一次補正予算の介護基盤緊急整備に合わせ、都道府県、政令市及び中核市による補助金に対し、地方財政措置の拡充が行われた。平成23年度も引き続き「特別の地方債」により地方財政措置が行われ、その起債対象事業費は総務省自治財政局調整課長通知（平成21年6月15日総財調第32号）及び一般財源化前の都道府県交付金の要綱等により算定することとされた。その元利償還金については、後年度その100%を普通交付税の規準財政需要額に算入されることとなっている。さらにこれとは別に、（旧）都道府県交付金に係る都道府県、政令市及び中核市負担分に対する地方債の地方財政措置は一般財源化前と同様に行われている^(注3)。

すなわち、介護基盤の緊急整備は、各都道府県に造成した介護基盤緊急整備等臨時特例基金による基金事業と都道府県・政令市・中核都市による広域型施設の補助事業の2本立てで実施することとされた^(注4)。

2. 調査の目的

リーマンショックが引き起こした世界的景気悪化に対する「経済危機対策」で創設された介護基盤緊急整備臨時特例基金と併せて広域型介護施設の緊急整備を図るために行われた地方財政措置の拡充は、交付税改革において批判の強かった国の政策手段、特に本来中央政府の財政機能である景気対策として地方交付税を利用することである。

したがって、調査の目的の第一は、各都道府県がこの地方財政措置の拡充を受けて、国の目的どおり補助金額の上乗せを行っているか、また基盤整備目標をどのように設定したかを調査し、国の助成措置に対する都道府県の自己決定権の拡大の影響を明らかにすることである。

一方厚生労働省は、平成22年9月30日付厚生労働省令第108号の「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する規準等の一部を改正する省令」により、ユニット型個室面積を「10.65平方メートル以上」に改めた。しかし、国は必ずしも地方公共団体が面

責を引き下げなければならないわけではないとし「その地域に応じた整備が最終的には公共団体の権限と責任でなされていくと言うことになるかと思っております」としている^{注5)}。

そこで調査の第二の目的は、各都道府県が国のユニット型個室面積の引き下げに対し、補助金等で従前の面積を維持するのか、また、ユニット型個室面積の基準の引下げによるコスト減少で、広域型施設の基盤整備が進み、待機者解消の促進効果が期待できるか調査し、ナショナルミニマムの縮減に対する都道府県の裁量の活用を明らかにすることである。いわゆる地域主権改革関連一括法による介護保険法の改正がなされた場合には、特別養護老人ホーム等の施設の基準を条例で定めることとなることから、厚生労働省は条例制定準備を促している^{注6)}。

したがって、調査の第三の目的は、各都道府県が独自の基準を定める予定があるか、また、上乗せ基準を定める意向があるかを調査し、いわゆる義務付け・枠づけの緩和に対する都道府県の認識を明らかにすることである。

3. 調査対象及び調査方法

(1) 調査対象

47 都道府県を対象に調査

(2) 調査方法

平成 23 年 3 月に郵送による質問紙調査を行った（回答期限同年 3 月 30 日）。各都道府県の介護施設整備を担当する高齢者福祉課などの担当課長あてに調査依頼を行ったが、実際の回答者は当該事務の担当者（役職者を含む）であり、回答内容は必ずしも当該都道府県の公式見解とは限らない。各都道府県内での本調査の回答の決済などの取り扱いについては把握していない。質問紙の内容は、介護基盤緊急整備等臨時特例基金の運営要領の自由度や計画数値の算定方法、緊急整備事業の都道府県負担、ユニット型個室の面積の引下げに伴う補助金額、引下げによる整備効果、介護保険法の改正による施設基準の条例委任などについて、A4 版 3 頁で尋ねた。

4. 調査結果

有効回答数は 25 都府県で、回答率は $25 / 47 = 53.2\%$ であった。

質問紙調査の主な調査結果、以下のとおりであった。

① 介護基盤緊急整備等臨時特例基金の運営の自由度について尋ねた結果、「国の管理運営要領で、補助対象・配分基礎単価・対象経費が定められており、従来の補助金と変わらない」が 14 (54%) であった。

これに対し「複数年度にまたがる基金事業計画で事業を進められる点は評価できる」が 12 (46%) で、評価は半々に分かれた。

「面的整備計画書提出の義務付けが、市町村の基金利用のネックとなっている」との意見を支持する回答はなかった。

② 第 5 期からの 3 年間における前倒し整備分について尋ねた結果、回答率が 53% と低いこともあり、増加総数は 12,542 人分で厚生労働省の目標とする 4 万人増とは大きな開きがあった。

施設種別・年度別の増加数は、調査結果表のとおりである。

調査結果表

施 設 種 別	平成 21 年度	平成 22 年度	平成 23 年度	合 計
特別養護老人ホーム	100	1,533	6,141	7,774
老人保健施設	0	108	880	988
認知症高齢者グループホーム	63	605	2,123	2,791
ケアハウスその他（＊）	10	201	778	989
合 計	173	2,447	9,922	12,542

＊介護付き有料老人ホーム、小規模多機能型介護拠点、小規模多機能型居宅介護事業所、混合型特定施設入居者生活介護、認知症サービス

③国の「現行の補助制度・金額を切り下げることなく、少なくとも現状を維持していただきたい。」との要望に対する対応について尋ねた結果、「要望どおり、それまでの補助金額を維持した」と「その他」が、ともに 13 県で最多であったが、両者の重複が 4 県（埼玉県・静岡県・香川県・大分県）あった。

「国の負担増分だけ切り下げた」は、3 都府県（東京・石川・京都）であった。

「平成 18 年度に都道府県交付金が廃止され、一般財源化された際に切り下げられた分を（旧）都道府県交付金分に戻した」は、0 であった。

「その他」の 13 県の概要は以下のとおりであった。

（山形）地方財政措置の拡充措置を受け、従来の補助率を UP した。

（福島）補助単価を拡充した。（例えば広域型特養であれば地域密着型特養の単価と同額とした。）

（埼玉）地財措置分（1 床当たり 225 万円）に上乗せしていた分（1 床当たり 75 万円）を含めて対応し、補助金額を維持した（1 床当たり 300 万円）。

（静岡）1 床当たり 336.5 万円を維持、地域活性化・公共投資臨時交付金や地方債措置等を想定した補助単価の切り下げは行っていない。

（滋賀）県の財政状況が厳しいため、県の負担分を切り下げた。

（鳥取）要望なし

（徳島）一般財源化以降補助制度がない

（香川）平成 21 年度から 1 床当たり 100 万円で据え置き

（愛媛）地域活性化・公共投資臨時交付金により基金積み増しを行い、基盤整備の上乗せ補助を実施している。

（長崎）第 4 期期間中に広域型施設の創設なし。

（熊本）1 床当たり 240 万円から 1 床当たり 350 万円に施設整備補助金を増額した。

（大分）平成 18 年度以降単価は切り下げられており、ここ数年は 1 床当たり 1、998 千円で維持されている。

（鹿児島）県負担分を交付税措置される地方債で対応し、多くの創設・増床要望に対応。1 床当たり 200 万円を 1 床当たり 350 万円に増額

④国の負担増分だけ切り下げたと回答した県の理由を尋ねた結果、重複回答を含め次のとおりであった。

「従来の補助金額との均衡上から」は、東京と京都の2都府であった。

「財政状況が厳しいため」は、石川と京都の2府県であった。

「整備が進めば、介護給付費の負担も増加するため、急増は好ましくないから」は0であった。

「その他」は、「都道府県交付金の時代から府独自の加算補助を行っており、一般財源化後もその水準を保っていることから、今回更なる増額を行うことは見送った。(京都府)」であった。

⑤各都道府県では、「公共団体の権限と責任」で、従来の13.2㎡以上のユニット型個室面積を維持することが可能と考えるかどうか尋ねた結果、「財政状況が厳しく困難である」は0であった。

「面積減少で定員が増やせるのなら、待機者解消が優先され面積維持は困難である」は、6都府県（埼玉県・東京都・静岡県・京都府・香川県・愛媛県）であった。

「既に13.2㎡以上のユニット型個室が相当数整備されており、同等の水準を維持することは可能である」は、2県しかなかった。

「その他」が17県と最も多かったが、そのうち、面積維持に否定的なのが10県であり、未検討が2県、現時点では維持可能が1県、事業者の判断に委ねるが1県、第4期計画分については13.2㎡以上としたのが1県、苦慮しているが1県、13.2㎡以上を基本としながら地域の事情等を踏まえ、10.65㎡以上のユニット型個室や多床室についても配慮しているとするのが1県であった。

⑥面積規準緩和による建設コスト低減と整備費補助金の関係について尋ねた結果、

「変更しなかった」が22都府県と回答都府県の大多数であった。「補助基準単価を引き下げた」及び「補助対象事業者のユニット個室の設計面積に応じて基準単価が異なるように変えた」とも0であった。

「その他」の2県のうち、1県は23年度予算に補助金予算の計上がないためであり、もう1県は、居住費が示されていないため、検証できず変更していないとしている。

⑦ユニット型個室面積の引き下げによるコスト低減が、基盤整備の促進につながるかどうかを尋ねた結果、「多床室の整備補助がなければ待機者解消は困難」は2県であった。

「土地に対する手当無しでは効果は期待できない」も2都府であった。

「介護報酬が従来面積型より低くなるおそれがあるため、予測出来ない」は3県であった。

「その他」は22都府県と最も多かったが、そのうち整備促進効果がないとする県が5県（山形・石川・鳥取・岡山、愛媛）、不明・わからない3県（栃木・山口・熊本）、市町村の介護財政に影響があるため、建設コスト減だけでは整備促進効果がないとするのが6府県（福島・岐阜・滋賀・京都・徳島・鹿児島）と否定的意見が多かった。ある程度あるいは限定的な効果がある及び事業者にとってメリットがあると肯定的な意見は4県（埼玉・山梨・静岡・高知）であった。東京都は、重複回答で、特養創設の場合にも上限3割までの多床室の整備を26年度までの期限付きで補助対象としていると回答している。

⑧条例制定の検討作業をどのように進めていく予定か質問した結果、「国会審議の状況から、法案の成立が不透明なので進めていない」が、14府県で最も多かった。

「現行の国の基準を条例化する方針である」は3県であった。

「地方分権の趣旨からも独自の基準等を条例化する方針である」は、4都県であった。
⑨「従うべき基準」とされている特別養護老人ホーム等の居室面積について、自律的にそれより広い面積を上乗せ基準として定める意向があるか尋ねた結果、「全くない」は0であった。「従うべき基準についてはないが、標準、参酌基準についてはある」は3県であった。

「検討していない」は10県であった。

もっとも多かったのは「その他」の12都府県であったが、そのうち、未定が3県、今後検討していくが3府県あり、市町村や老人福祉施設協議会など関係団体の意見を参考にして検討するが4県、国の審議結果を待って検討するが1県であった。

5. 考察

介護基盤の緊急整備については、介護基盤緊急整備等臨時特例基金管理運営要領による事業目的と地方債の元利償還の地方財政措置が当該地方自治体の財政に与える影響を考察の枠組みとする。

(1) 介護基盤緊急整備等臨時特例基金の運営の自由度について

調査の背景で述べたとおり、介護基盤の緊急整備については、各都道府県に造成した介護基盤緊急整備等臨時特例基金を原資として補助を実施する基金事業と、都道府県・政令市・中核市による広域型施設に対する補助事業により実施するものとの二つがある。

都道府県等による広域型施設整備については、「特別の地方債」の起債対象となり、その元利償還金が100%普通地方交付税で手当てされる。

1) 基金事業に係る国の統制

まず、介護基盤緊急整備等臨時特例基金を原資とする基金事業について、運営要領によりその内容や運用をみてみる。同要領第2(4)基金事業の実施において、都道府県が基金の支出をするには、まず市町村（特別区を含む）が市町村特別対策事業計画を策定して都道府県に報告することを求めている（同要領第2(4)ア(ア)）。さらに都道府県には、都道府県が実施する特別対策事業に係る計画（都道府県特別対策事業計画）を策定することを求めている（同要領第2(4)ア(イ)）。そのうえで、都道府県は必要に応じて市町村特別対策事業計画と都道府県特別対策事業計画の調整を行って、基金事業に係る「基金事業計画」を策定するとしている（同要領第2(4)ア(ウ)）。

つまり、市町村は計画策定義務と都道府県による調整という統制を受ける仕組みになっている。

2) 特別対策事業

基金事業の対象となる特別対策事業は、介護基盤の緊急整備特別対策事業及び既存施設のスプリンクラー等整備特別対策事業、認知症高齢者グループホーム等防災改修等特別対策事業と、地域支え合い体制づくり事業の4つに大別される。スプリンクラー等整備特別対策事業と認知症高齢者グループホーム等防災改修等特別対策事業の実施主体は都道府県と市町村である。介護基盤の緊急整備特別対策事業については、市町村だけが主体である。具体的には、市町村特別対策事業実施計画に基づく地域密着型サービスの拠点（小規模多機能型居宅介護事業所、特別養護老人ホーム（定員29人以下）、ケアハウス、認知症高齢者グループホーム等）や老人保健施設（定員29人以下）、介護予防拠点、地域包括支援セン

ター、生活支援ハウスの整備である。

補助額の算定方法については、「地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金及び地域介護・福祉空間整備推進交付金の実施について」（昭和 18 年 5 月 29 日老発第 0529001 号厚生労働省老健局長通知）の別紙「地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金及び地域介護・福祉空間整備推進交付金実施要綱」に準じて算出する（同要領第 5 (1)、改正後の同要領別記 1 の 4 (1) 4）としている。施設の種類ごとに配分基礎単価及び単位（施設数又は整備床数）が定められており、比較する対象経費の実支出額の算定方法も定められている。

3)介護基盤緊急整備等臨時特例基金の特別対策事業の運営の自由度

地域介護・福祉空間整備等交付金について、「単位給付金」としては、「市町村整備計画」を単位とする交付金とされているが、実態はメニューの中から選ぶ「統合補助金」に過ぎないのではないかという批判がある。たとえば、「表面上事業が統合されても、事業費の算定は旧事業費の積み上げである」とか「事業種類ごとに審査があったり、それぞれの事業の所管部局で調整する必要がある」あるいは「必要な添付資料が多い」などの問題点が指摘されている²⁸⁰。

ここで、問題となるのは、その批判が市町村特別対策事業計画の策定を要件とする、この特例基金の特別対策事業にも妥当するのだろうかである。

調査結果①のとおり、各都道府県に造成された介護基盤緊急整備等臨時特例基金による特別対策事業の運営の自由度について尋ねた結果、「補助対象・配分基礎単価・対象経費が定められており、従来の補助金と変わらない」という回答が最も多かった。これは、この基金による補助金の自由度が従来の補助制度に比べて、特に評価するほど高くはないと、都道府県としては判断していることを示している。

これとほぼ近い数の都道府県が、複数年度にまたがって使える基金制度の利便性について支持しており、交付金化が自由度を高めるという点がそれなりに評価されているといえる。

上記のとおり、市町村も都道府県も特別対策事業計画を策定する必要があるが、市町村は日常生活圏域を単位とする面的整備計画に基づくこととされており、「地域介護・福祉空間整備等交付金」に準ずる仕組みといえる。したがって、「地域介護・福祉空間整備等交付金」に対する前述のような問題点に対する批判が、基金事業にも当てはまるはずであるが、「面的整備計画書提出の義務付けが、市町村の基金利用のネックとなっている」という回答が全く無かったことから、統制する側である都道府県には、そのような認識が薄いことが明らかになったといえる。

(2) 前倒し整備の計画量

調査結果②のとおり、3 年間における前倒し整備分について施設の種別毎に調査した。回答率が 53%と低いこともあり、増加総数は 12,542 人分で厚生労働省の目標とする 4 万人増とは大きな開きがでた。

しかし、厚生労働省が 2011 年 9 月 30 日に公表した「介護基盤の緊急整備」実施状況について^{注 7)}よれば、3 年間の目標 16 万人分に対し 139,901 人分が整備される見込みとされている。目標の 16 万人分の内訳は、元々の第 4 期事業計画分が 12 万人分であり、緊急整備事業でその 1 年分約 4 万人分上乗せされたものであるから^{注 8)}、上乗せ分の約 4 万人分の約半分が実際に整備される見込みであるということである。

したがって、厳密な検証ではないが、25 都県分の本調査の前倒し整備数の 12,542 人分は、約 6 割に相当しほぼ妥当な数字と考えられる。

(3) 各都道府県の補助制度・金額の増減について

平成 21 年 5 月 28 日付けの全国介護保険担当課長会議資料において、緊急整備に伴う都道府県及び市町村の負担分について、厚生労働省の老健局計画課から行われた次の要望についての各都道府県の対応について質問した。すなわち、「介護拠点整備を緊急に推進する観点から事業者に対する整備補助を上乗せする、という今回の拡充の趣旨に鑑み、今回の措置に伴い現行の補助制度・金額を切り下げることなく、少なくとも現状を維持していただきたい。」との要望に対して、どのように対応したかである。

調査結果③のとおり、「要望どおり、それまでの補助金額を維持した」と「その他」が、ともに 13 と最多であったが、両者の重複が 4 県（埼玉・静岡・香川・大分）であった。

この 4 県のうち、香川・大分は、それぞれ緊急整備以前の地財措置額を下回る 1 床当り 100 万円、199.8 万円の補助金額を維持しており、国の地財措置の如何にかかわらず、広域型施設整備の補助策への消極的姿勢が変わっていないことを示している。

残りの埼玉・静岡の 2 県は、それぞれ緊急整備前の 1 床当り地財措置額 225 万円を超える 1 床当り 300 万円、336.5 万円の補助金額をそのまま維持しており、補助単価の切り下げは行っていない。しかし、225 万円を超える県単独上乗せ分を地財措置拡充分で埋めた形になっており、地財措置の拡充を補助金額の増額に結びつけたいという国の要望には応えていない。

この 2 県と「国の負担増分だけ切り下げた」と回答した 3 都府県（東京・石川・京都）は、基本的には補助金額を維持し、単独財源を減少させるという点で同じといえよう。「その他」の中の「県の財政状況が厳しいため、県の負担分を切り下げた」とする滋賀県も同じといえよう。

「平成 18 年度に都道府県交付金が廃止され、一般財源化された際に切り下げられた分を（旧）都道府県交付金分に戻した」は、0 であった。

「その他」の意見中、地方財政措置の拡充を受け、1 床当り補助金額を増額させたとするのは 5 県（山形・福島・愛媛・熊本・鹿児島）である。たとえば、熊本は緊急整備前から地財措置額 1 床当り 225 万円を超える 240 万円を補助していたが、1 床当り 350 万円に増額している。また、鹿児島は、地財措置額を下回る 1 床当り 200 万円の補助金額を、1 床当り 350 万円に増額している。これらは、地方交付税措置の拡充による補助金額の増額という国の本来の要望に応じたものといえよう。

一方「その他」の中には、補助制度がないや要望がないなど広域型施設の整備そのものをしていない鳥取、徳島、長崎があり、この 3 県は広域型施設整備に消極的な県といえる。

したがって、国の緊急介護基盤整備政策について、都道府県の広域型施設の整備補助に関する対応は、積極的に国の要望するような事業者に対する増額を行った 5 県（山形・福島・愛媛・熊本・鹿児島）と、整備自体がない又は補助制度がない整備自体に消極的な 3 県（鳥取、徳島、長崎）、補助金額を維持した 17 都県に大別できる。

補助金維持の 17 都県は、さらに拡充前の地財措置を超える補助金額を維持したが、事業者に対する増額を行わず、単独財源の振り替えになった 6 都府県（埼玉・静岡・東京・石川・京都・滋賀県）、拡充前の地財措置を下回る補助金額を維持した整備に消極的な 2 県

(香川・大分)、従来の県補助金額は維持したが、拡充前の地財措置分を超えているか否か不明の 9 県に分かれた。少なくとも、拡充前の地財措置を超える補助金額を維持した 6 都府県は、整備そのものには積極的であるといえる。

いずれにしても、国の政策に同調して特別の地方債の拡充により、積極的に広域型の介護施設を整備しようとする都道府県は少数派であった。

そもそも、特別の地方債による補助事業費の元利償還金の 100%が普通交付税で基準財政需要額に算入される地方交付税措置そのものが、地方自治体の一般財源としての交付税の使途を狭める遠因になるといえるため、必ずしも地方自治体に有利な制度とは言えない。

つまり、地方交付税総額が増えない限り（＝地方交付税の原資である法人税等の法定割合が増えるか、好況になって当該国税の税収自体が増加しない限り）地方自治体の配分総額は増えないので、結局配分される交付税における元利償還の部分が増えることになり、使途自由な本来の一般財源の部分が減少することになる。

わが国の経済状況の先行きが不透明な中、交付税額の長期的な減少傾向^{注9)}のなかで、100%の地財措置とはいえ借金には違いない特別の地方債を起こしてまで、介護施設を整備する必要があるかどうかの判断であるともいえよう。

(4) 国の負担増分だけ切り下げた理由

調査結果④のとおり、「国の負担増分だけ切り下げた」と回答した都道府県にその理由を尋ねた結果、「従来の補助金額との均衡上から」は、東京と京都であった。「財政状況が厳しいため」は、石川と京都であった。「整備が進めば、介護給付費の負担も増加するため、急増は好ましくないから」は 0 であった。

「その他」は、京都府で「都道府県交付金の時代から府独自の加算補助を行っており、一般財源化後もその水準を保っていることから、今回更なる増額を行うことは見送った。」としている。

回答数が少数でかつ重複があるため一般化できないが、期限を切ったの短期的施設整備助成は、従来の補助金額との均衡の問題があり、また、地方自治体の財政状況により左右されることを示すものといえよう。

(5) 特別養護老人ホームユニット型個室面積の引下げと自治体の裁量

平成 22 年 9 月 30 日付厚生労働省令第 108 号で「指定介護老人福祉施設の人員、設備及び運営に関する基準等の一部を改正する省令」により、ユニット型個室の居室面積を「13.2 m²以上」から「10.65 m²以上」に引き下げたことに対する、都道府県の自律的対応について質問した。

1) ユニット型個室面積の維持の可能性

質問は、この面積引下げを認める答申を決定した 2010 年 7 月 29 日の第 66 回社会保障審議会介護給付費分科会の議事録にある、所管の厚生労働省高齢者支援課長の次の発言に関するものである。

「ただし、すべてそこまで下げる必要は当然ないわけでございまして、公共団体のご判断で今、財源も広域型についてはすべて公共団体が(ママ)っておりますが、例えば補助制度について、やはり 8 畳以上のもについて補助をすとか、そういう工夫というのは当然あって然るべきだと思います。そういう中で大都市、それから地方、その地域に応じた整備が最終的には公共団体の権限と責任でなされていくということになるかと思っております

ます。」

この発言について、各都道府県では、「公共団体の権限と責任」で、従来の 13.2 m²以上のユニット型個室面積を維持することが可能と考えるかどうか尋ねた。

調査結果⑤のとおり、「財政状況が厳しく困難である」は 0 であった。これは、個室面積と補助単価とは連動していないことによるものである。

「面積減少で定員が増やせるのなら、待機者解消が優先され面積維持は困難である」は、6 都府県であった。埼玉県・東京都・京都府などの大都市部のほかに、静岡県・香川県・愛媛県などにも待機者解消優先の意向が見られた。

「既に 13.2 m²以上のユニット型個室が相当数整備されており、同等の水準を維持することは可能である」は、2 県しかなかった。

「その他」が 17 県と最も多かったが、そのうち、面積維持に否定的なのが 10 県であり、未検討が 2 県、現時点では維持可能が 1 県、事業者の判断に委ねるが 1 県、第 4 期計画分については 13.2 m²以上としたのが 1 県、苦慮しているが 1 県、13.2 m²以上を基本としながら地域の事情等を踏まえ、10.65 m²以上のユニット型個室や多床室についても配慮しているとするのが 1 県であった。

面積維持に否定的な 10 県のうち、省令が 10.65 m²以上ということであれば、13.2 m²を維持する根拠がないや積極的理由がないとする県が 4 県ある。また、(個室面積を省令以上に広くする場合に補助する) 補助制度の仕組みではなく、県の権限だけで面積維持を求めることは困難であるとする県が 2 県であった。

2) 個室面積減少と整備費補助

上記の分科会に提出された資料 1 によると、面積規準緩和による建設コストは借入金の利息分まで含めると総額で 1 施設(平均入所定員 68.8 人で計算) 約 4,760 万円(廊下幅も削減すると、約 7,140 万円) 減少するとしている。そこで、国のユニット個室面積規準の引下げに伴い、コストが低減する分各都道府県では、平成 23 年度の整備費補助予算の積算(補助基準単価)を変更したか質問した。

調査結果⑥のとおり、面積規準緩和による建設コスト低減と整備費補助金の関係について尋ねた結果、「変更しなかった」が 22 都府県と回答都府県の大多数であった。「補助基準単価を引き下げた」及び「補助対象事業者のユニット個室の設計面積に応じて基準単価が異なるように変えた」とも 0 であった。

「変更しなかった」理由については、個室については、利用者からホテルコストを採ることから、補助単価は共同部分を対象にしているためとする都県が最も多かった。

個室についての居住費は、ガイドライン(「居住、滞在及び宿泊並びに食事の提供に係る利用料等に関する指針」平成 17 年 9 月 7 日厚生労働省告示第 419 号)に基づき、介護保険施設が室料と光熱水費相当額を基に設定することとされている。介護給付費抑制策の一環として、2005 年の介護保険法で導入されたものである。室料の算定に当たっては、建設費用が勘案すべき事項とされている(他に、近隣の類似施設の家賃及び光熱水費の平均的な費用も勘案することとされている)。すなわち、個室の建て替え費用が、室料としてカウントされる仕組みといえる。そのため、多くの都道府県の補助制度が、個室部分を補助対象外としているといえる。

その他に「変更しなかった理由」としては、「地域密着型特養に対する国の配分基礎単

価が減額されていないこと」や、「法人（事業者）の負担減によりユニット化の推進が見込まれること」、「実際に要する工事費が補助基準額を上回っているため」などが挙げられている。

3) 個室面積減少と整備促進

介護保険施設の整備主体である社会福祉法人や医療法人等の状況から判断して、ユニット型個室面積の基準の引下げによるコスト減少で、広域型施設の基盤整備が進み、待機者解消の促進効果が期待できるか質問した。

調査結果⑦のとおり、ユニット型個室面積の引き下げによるコスト低減が、基盤整備の促進につながるかどうかを尋ねた結果、「多床室の整備補助がなければ待機者解消は困難」は2県、「土地に対する手当無しでは効果は期待できない」も2都府、「介護報酬が従来面積型より低くなるおそれがあるため、予測出来ない」は3県であった。

「その他」が、22都府県と最も多かったが、そのうち整備促進効果がないとする県が5県（山形・石川・鳥取・岡山、愛媛）不明・わからない3県（栃木・山口・熊本）、市町村の介護財政に影響があるため、建設コスト減だけでは整備促進効果がないとするのが6府県（福島・岐阜・滋賀・京都・徳島・鹿児島）と否定的意見が多かった。

ある程度あるいは限定的な効果がある及び事業者にとってメリットがあると肯定的な意見は4県（埼玉・山梨・静岡・高知）であった。東京は、「土地に対する手当無しでは効果は期待できない」との重複回答で、特養創設の場合にも上限3割までの多床室の整備を26年度までの期限付きで補助対象としていると回答している。

(5) 介護保険施設の基準の条例制定

いわゆる地域主権改革の第一次一括法による介護保険法の改正による、施設の運営管理の基準の条例委任化に備えて、条例制定の準備や内容について質問した。調査時点では、東日本大震災の直後でもあり、第一次一括法の成立の目途は全く立たない状況であったこともあり、概して条例化の動きは鈍いと言わざるを得ない。

1) 条例制定の動き

調査結果⑧のとおり、条例制定の検討作業をどのように進めていく予定か質問した結果、「国会審議の状況から、法案の成立が不透明なので進めていない」が、14府県で最も多かった。「現行の国の基準を条例化する方針である」は3県であった。「地方分権の趣旨からも独自の基準等を条例化する方針である」は、4都県であった。「その他」は、5都県であったが、東京都は「地方分権の趣旨からも独自の基準等を条例化する方針である」と重複回答で、「検討会（東京都特別養護老人ホーム施設整備等のあり方に関する検討委員会）では、特養基準のみを検討。他種別は特養を参考に条例化する。」としている。

大半の府県が、条例化の方向性を決めていない状況の中で、回答済の16%に当たる4都県が、独自の基準を条例化する方向性を示している点は評価すべきであろう。一方、現行の国基準を条例化する方向性を決めている3県については、少なくとも参酌基準については、独自の基準の必要性の有無の検討は行うべきであり、その方針決定過程が、議会の条例審議の中で明らかにされることが、今回の分権改革一括法の趣旨から求められる。

いずれにしろ、地域主権関連3法案が平成22年3月に第177回国会に提出されて以来、全国知事会が再三にわたり、「主権改革一括法」の早期成立を政府に申し入れ^{注10)}るにもかかわらず、一部を除き都道府県側の担当部局での対応には、国会情勢の模様眺めの

様子がみられた。条例委任を好機と捉え、積極的に住民の意見を聞いて、地域の福祉向上に活用する積極的取組が望まれる。

2)居室面積の独自基準の設定

「従うべき基準」は、地方分権改革推進委員会第3次勧告及び地方分権改革推進計画において、「条例の内容を直接的に拘束する、必ず適合しなければならない基準であり、当該基準に従う範囲内で地域の実情に応じた内容を定める条例は許容されるものの、異なる内容を定めることは許されないもの」とされた。

前述のとおり、厚生労働省令の改正によりユニット型個室の面積は、「10.65㎡以上」に引き下げられ、第一次地域主権改革一括法による老人福祉法の第17条の改正で、特別養護老人ホームの居室面積は、「厚生労働省令で定める基準に従い定める」すなわち「従うべき基準」とされた。そこで、「当該基準に従う範囲内で地域の実情に応じた内容を定める条例は許容される」場合として、例えば従前の13.2㎡以上とすることが考えられる。

調査結果⑨のとおり、「従うべき基準」とされている特別養護老人ホーム等の居室面積について、自律的にそれより広い面積を上乗せ基準として定める意向があるか尋ねた結果、「全くない」は0、「従うべき基準についてはないが、標準、参酌基準についてはある」は3県であった。「検討していない」は10県であった。

もっとも多かったのは「その他」の12都府県であったが、そのうち、未定が3県、今後検討していくが3府県あり、市町村や老人福祉施設協議会など関係団体の意見を参考にして検討するが4県、国の審議結果を待って検討するが1県であった。

具体的に検討しているのは、「東京都特別養護老人ホーム施設整備等のあり方に関する検討委員会」を設けている東京都だけであった。東京都は「都市部の特性を踏まえ基準を検討とし、特別養護老人ホームの廊下幅・特別避難階段・ユニット型定員・ユニット内の通り抜け・居室定員の5つについて検討しているとしている。東京都の検討の特徴は、今後の都市部の急速な高齢化を踏まえ、スペースの有効利用の視点から、同一面積における入居者数の増加を図る点にある。そのため、従前に比べ生活の場としての居住性が悪くなる虞があるといえよう。

第1章第1節4(3)2で述べたとおり、第一次一括法は2011年4月に成立し、施設・公物設置管理基準の条例委任は、2012年4月1日から施行されることとされた。同法施行に伴う厚生労働省の関係省令の改正が同年10月まで遅れたが、各都道府県はおおむね2012年第1回定例会において、関係条例を制定している。

東京都は、東京都特別養護老人ホームの設備及び運営の基準に関する条例（平成24年3月30日条例第40号施行期日2012年8月1日）の第11条第4項第1号で、参酌基準とされた居室の定員を「一の居室の定員は、一人とすること。ただし、入所者のプライバシーに配慮するとともに、容易に個室に転換できるよう設計上の工夫を行う場合は、二人以上四人以下とすることができる。」として、但し書きで独自の基準を定めている。また、同条第6項第1号で同じく参酌標準とされた廊下幅について「廊下の幅は、1.5メートル以上(中廊下にあつては、1.8メートル以上)とすること。」としている。第36条第4項第2号では「一のユニットの入居定員は、十二人以下としなければならない。」としている。

なお、2013年5月13日付け朝日新聞の報道によれば、特別養護老人ホームの新築で相部屋を容認する条例とした都道府県は、39都道府県、新築は原則個室だが改築や増築で相

部屋を容認したのが7府県、新築・増改築とも原則個室としたのは滋賀県だけであった。

6. まとめと介護基盤緊急整備費補助における国・地方自治体間の政策対立

(1) 都道府県の自己決定権の拡大の影響

介護基盤の緊急整備事業は、2009年度から2011年度の第4期介護保険事業計画期間中、その1年分相当の4万床を上乗せした16万床を目標に進められたが、この目標設定に当たり、多くの都道府県は、市町村との調整により数値を決定したとしており、1年分相当を上乗せしたとする県は7県であった。

また、広域型施設の整備について、特別の地方債の拡充措置により、国の期待どおり事業者への補助金額を増加させた県は5県にとどまり、多くの県は補助金額を維持するか、補助制度や実績がない状況であった。ただし、補助金を維持したなかには、整備そのものには積極的な県(拡充前の地方財政措置額を超える補助金額を維持)と、整備に消極的な県(拡充前の地方財政措置額を下回る補助金額を維持)の両方が含まれている。

国の介護基盤緊急整備について、目標、補助金額とも自律的に意思決定した都道府県が多数を占めたといえよう。

ユニット型個室面積については、従来の床面積の維持に消極的な都道府県が多い。その理由は整備費補助の財政負担の観点あるいは整備促進効果の面からではなく、待機者解消優先や維持する根拠や積極的理由がないなどの意見が多い。個室面積の維持による居住環境の向上に対する強い支持はなく、都道府県の自律的意思決定の可能性は低いといえよう。

施設管理運営基準の条例委任については、一部を除き分権一括法の成立待ちの県が多く、国基準をそのまま条例化する方針の県もあり、義務付け・枠付けの緩和に対する関心は低いといわざるを得ない。

(2) 介護基盤緊急整備費補助における国・地方自治体間の政策対立

介護基盤緊急整備事業は、リーマンショックによる世界的な景気悪化に対する「経済危機対策」として、2009年の補正予算に計上された。介護基盤緊急整備等臨時特例交付金及び特別の地方債による介護基盤緊急整備は、第4期介護保険事業計画の整備目標12万床に、その1年分相当の4万床を上乗せ整備するという粗い計画であった。

序章でのべたとおり、国は介護基盤緊急整備に際して「各都道府県等において、地域の実情を踏まえて、ユニット型施設以外の施設も含めて整備するという判断もあるものと考えている」という個室ユニットケアの原則を破る見解まで示して、数量の確保強く求めた。

この政策について、元利償還金が100%交付税算入される特別の地方債の拡充によって、広域型施設の補助事業を担う都道府県の対応は、整備促進に積極的な県と消極的な対応の県とに分かれた。消極的な県の方が多いが、その理由は、都道府県の財政状況が悪化していることや、国の政策による短期的な補助金額の増減変動は従来の補助金額との均衡上好ましくないことなどである。

広域型の介護施設整備については、三位一体の改革により一般財源化されたため、都道府県・政令市・中核市は、事業者に対する補助金額の設定を自律的に決定できた。

この点が国の介護基盤整備量の拡大政策の要であり、都道府県等の自律的意思決定が国の政策変容を結果としてもたらした要因であるといえる。

また、主に市町村に対する間接補助を中心とする基金事業の緊急整備特別対策事業につ

いては、面的整備計画書の提出を要するなど、補助金の自由度は従来の「地域介護・福祉空間整備等施設整備交付金」に比べ必ずしも高くない。

その結果、整備見込みは14万床にとどまり、介護基盤緊急整備等臨時特例基金の2011年度末における執行見込みは約8割と、一定の執行残が見込まれたため、国は「平成24年度においては、基盤整備基金の実施期間を1年延長し、既存事業に加え『定期巡回・随時対応サービス事業所』を新たな助成対象として支援していく^{注11)}」こととした。

これは、景気対策としての特定の短期間の補助金額アップにより、介護基盤整備量の拡大を急速に推進するという国の財政誘導政策に対し、地方自治体が必ずしも同調せず、それぞれの地方自治体の財政状況や従来からの介護基盤整備施策との整合性などから、自律的に意思決定した結果である。

つまり介護基盤緊急整備等臨時特例交付金や「特別の地方債」による地方財政措置などによる地方自治体の財政出動に関する統制(誘導)と地方自治体の自律的意思決定による整備補助金の引上げへの抑制的対応により、介護基盤緊急整備事業の1年間延長という国の施策内容の変容を惹起したという意味で、国と地方自治体の政策対立状態が生じているといえそうである。

しかしこの場合は、交付要綱や交付要領、あるいは地方財政措置という財政誘導に係る統制手段を、独自に解釈したり部分的に無視するという地方自治体の自律的執行方法によって出現したのではない。つまり、「折り合い(分権的類型)」の「国の政策執行統制手段としての「参酌標準」や「要領」「要綱」を独自に解釈することにより」という要件を欠いている。

したがって、この政策対立状態は「折り合い(分権的類型)」ではない。

元利償還金が100%交付税算入される特別の地方債の拡充そのものは、国の景気対策に地方財政を活用する国の政策であり、地方自治体の財政出動に関する統制(誘導)といえるが、個別地方自治体が地方債を活用するか否かは、国の統制の対象とはいえない。

そもそも、特別の地方債による補助事業費の元利償還金の100%が普通交付税で基準財政需要額に算入される地方交付税措置そのものが、地方自治体の一般財源としての交付税の用途を狭める遠因になるといえるため、必ずしも地方自治体に有利な制度とは言えない。

つまり、地方交付税総額が増えない限り(=地方交付税の原資である法人税等の法定割合が増えるか、好況になって当該国税の税収自体が増加しない限り)地方自治体への配分総額は増えないので、結局配分される交付税における元利償還の部分が増えることになり、使途自由な本来の一般財源の部分が減少することになる。

わが国の経済状況の先行きが不透明な中、交付税額の長期的な減少傾向のなかで、100%の地財措置とはいえない借金には違いない特別の地方債を起こしてまで、介護施設を整備する必要があるかどうかの判断であるともいえよう。

国の景気対策に地方債を活用する手法は、バブル崩壊後の景気対策で地方自治体に公共事業を拡大させた例にみられるように、地方の借金で内需拡大を図るものである。その意味で、財政負担の地方転嫁を図るものといえる。したがって、この政策対立状態は、「財政的類型」の政策対立ということができよう。

また、交付金には補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律が適用されており、補助金の申請・交付決定・補助事業の遂行等について、法令の定めや補助金等の目的に従

って事業を行う責務がある（同法第3条）。したがって、地方自治体として自律的にできるのは、申請を行うか否か或いはどの程度の量で行うかの意思決定だけである。財政資源を国に依存している相互依存関係にあつては、執行を地方に依存している国の統制を無視しえないことを示すものといえる。

その意味では、補助金に係る地方分権改革以前の古い統制システムが依然として機能しているといえよう。

介護基盤の緊急整備政策に対する国・地方自治体間の政策対立は、補助金交付制度が依然として地方自治体の自律的意思決定を認めない古い統制システムであることを明らかにする一方で、広域型施設整備費の一般財源化により、地方自治体の自律的意思決定が国の政策の執行に与える影響を示したといえよう。

注釈

注1) 平成21年7月1日付厚生労働省発老発0701第19号平成21年度介護基盤緊急整備等臨時特例交付金交付要綱

注2) 平成21年8月20日付老発0820第5号介護基盤緊急整備等臨時特例基金管理運営要領、一次改正：平成22年12月22日付老発1222第2号介護基盤緊急整備等臨時特例基金管理運営要領（介護支援体制緊急整備等臨時特例交付金の交付により当該基金が積み増しされるに際し改正）、二次改正：平成23年5月31日付老発0531第2号介護基盤緊急整備等臨時特例基金管理運営要領（東日本大震災による被災者生活支援等により当該基金が積み増しされるに際し改正）

注3) 平成23年2月22日全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料151頁（高齢者支援課／認知症・虐待防止対策推進室関係1.介護関連施設・事業の整備及び運営について参照）

注4) 厚生労働省（老健局高齢者支援課）の政策レポート「介護基盤の緊急整備について」3「介護基盤の緊急整備の概要」（2）助成対象となる介護拠点参照、（4）の介護基盤整備の早期実施では、「介護基盤の緊急整備については、各都道府県に造成した基金（介護基盤緊急整備等臨時特例基金）を原資として補助を実施する基金事業と、都道府県等による広域型施設に対する補助事業により実施するものです。現下の厳しい経済・雇用情勢にかんがみ、介護基盤整備の早期実施が重要と考えています。」としている。

<http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2010/05/02.html>、2011.12.19

また、平成21年5月28日付の全国介護保険担当課長会議の厚生労働省老健局計画課資料「介護基盤の緊急整備等について」参照

注5) 2010年7月29日の第66回社会保障審議会介護給付費分科会議事録における厚生労働省高齢者支援課長発言

注6) 平成23年2月22日全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料162頁以下（高齢者支援課／認知症・虐待防止対策推進室関係）参照

注7) 厚生労働省老健局高齢者支援課報道発表資料「介護基盤の緊急整備」実施状況について http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001pzqp_att/2r9852000001pzsf.pc、2012.1.21 『介護保険情報』2011.11、36-37頁参照

注8 前掲注4）の政策レポート「介護基盤の緊急整備について」2。整備目標参照

注 9) 地方財政計画の歳入歳出総額は、2000 年度の 89.3 兆円をピークに 2012 年度の 81.9 兆円まで一貫して減少してきている。『地方財政要覧』参照

ただし、地方交付税交付額については、2000 年度の 21.8 兆円から 2009 年度の 15.8 兆円まで減少したが、政権交代により 2010 年度は 17.2 兆円の増加に転じた。『平成 24 年版地方財政白書（平成 22 年度決算）』参照

地方交付税制度については、小泉政権のもとで総額の圧縮が行われたほか、政権交代後の事業仕分や提言型政策仕分でも抜本的見直しが必要とされている。

注 10) 全国知事会ホームページの「声明・コメント等：平成 22 年度」の平成 22 年 5 月 21 日「地域主権関連 3 法案の今国会成立を求める緊急声明」、平成 22 年 12 月 3 日「地域主権改革関連 3 法案の不成立に強く抗議する声明」参照。

<http://www.ngagr.jp/news/action-comment-2010.html>

注 11) 平成 24 年 2 月 23 日全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料 97 頁以下（高齢者支援課/認知症・虐待防止対策推進室関係）参照

なお、特別養護老人ホーム等の広域型の整備について、特別の地方債による元利償還金を後年度 100% 地方交付税の基準財政需要額に算入する地方財政措置については、平成 24 年度から算入率が 70% に引き下げられた。（平成 24 年 3 月 7 日付け厚生労働省老健局総務課事務連絡「全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議における質問に対する回答」）

また、平成 25 年 3 月 11 日全国介護保険・高齢者保健福祉担当課長会議資料 136 頁（高齢者支援課/認知症・虐待防止対策推進室関係）によれば、介護基盤緊急整備等臨時特例基金による介護基盤は実施期間が 1 年間延長され、平成 25 年度も実施される。

終章 総合的考察

本章では、地方分権の進展による地方自治体の自由度（自己決定権）の拡大が、医療・福祉の分野の政策に及ぼした影響について、Ⅰ部・Ⅱ部の理論及び歴史的考察とⅢ部の事例研究を統合して総合的に考察する。

第1節では、役割分担の原則による国の立法権の制約と機関委任事務の全廃による地方自治体の自律的意思決定の拡大の影響による国・地方自治体間の変容が、地方自治体の自律的政策執行を推し進めることについて検討する。第2節では、「折り合い(分権的類型)」の概念を用いて、第Ⅲ部の4つの調査から国・地方自治体間の相互依存関係の変容を検討する。第3節では、第Ⅱ部の歴史的検討から、企画立案機能の掌握が国の地方自治体統制の基本であったことを明らかにし、企画立案段階からの地方自治体の国政参加の重要性について論じる。

第1節 地方分権の進展による国・地方自治体間関係の変容と政策執行に及ぼす影響

第1章第2節3でみたとおり第一次地方分権改革は、機関委任事務制度の包括的指揮監督権を背景とする国の地方自治体への行政統制から、国会による事前の立法統制と裁判所による事後の司法統制を進めるものであった。具体的には機関委任事務の廃止や法令に定める関与の類型の縮小・限定、法定受託事務の新設の抑制・自治事務に対する国の立法制約、また国地方係争処理委員会の勧告の前置を要するが高裁への提訴の制度の創設である。

これにより地方自治体の裁量は、条例制定の余地及び法令解釈の余地の2点で拡大し、国・地方自治体間関係は、通達行政に典型的にみられた組織内的関係から、最終的には訴訟で係争を処理する組織間の外部関係へと法制度的に変容した。また、第1章第3節でみたとおり、いわゆる地域主権改革の義務付け・枠づけの廃止・縮小は、法令の細則の条例委任であり、不十分とはいえ制度・政策の企画・立案権の国から地方自治体への移譲すなわち立法権の移譲を意味する。

これらの改革による国と地方自治体間関係の変容は、当然医療福祉政策の執行過程にも影響を及ぼすことになる。

1. 法解釈自治権と関与の法定化が地方自治体の政策執行に及ぼす影響

第1章第2節3(2)で述べたとおり、第一次分権改革の成果である機関委任事務の全廃により地方自治体は、国と対等に法令等（法律または法律で定める政令・省令・告示）を独自に解釈運用する権能を与えられた。これは、法律により地方自治体が実施することとされた自治事務の執行方法について、当該自治事務の法令所管省の解釈にとらわれず地域の実情に最も適した独自の解釈による方法を採用しうることを意味する。

第Ⅲ部第7章第1節の国保の広域化等支援方針の策定にも、この執行方法に関する地方自治体の裁量権の拡大の影響がみられる。それは都道府県の支援方針の策定目的の二分化である。一つは国の策定要領に沿った「国保の都道府県単位の広域化」であり、他の一つは「国保の財政の安定化」に限定したものである。

そもそも国保法第68条の2第1項は「都道府県は、国民健康保険事業の運営の広域化

又は国民健康保険の財政の安定化を推進するための当該都道府県内の市町村に対する支援の方針を定めることができる」と規定している。つまり支援方針の策定目的について、「国保事業の運営の広域化」と「国保の財政の安定化」を「又は(=or―筆者注)」で接続して規定している。「又は」は法令用語としては、一般的には排他的選択を示す。この規定を素直に読めば、「運営の広域化」か「財政の安定化」のどちらかを「推進するため」都道府県は支援方針を策定することができると理解される。しかし、法令の作成において「又は」が、英文の and/or のように排他的ではなく並列又は選択の意味で用いられることもある²⁸¹。したがって、この規定には両方の目的のために支援方針を策定する場合も含まれ得るのであり、厚生労働省の解釈としては、当然両方を含んでいる。策定要領も「市町村国保の運営の広域化や財政の安定化を推進するために策定する支援の方針である」(ゴチックは筆者)とし、「期待される取組み」や「具体的な施策」の項では「保険財政の広域化」という表現も使われている。

しかし、第7章第1節2.(4)2)や3.(4)1)で述べたとおり、約4分の1の11都県は、「財政の安定化」のみを支援方針の目的としており、うち5都県は「都道府県単位による広域化のための支援方針ではない」と回答している。これは、国保法第68条の2の文理解釈から「財政の安定化」を策定目的に選択したというより、各都道府県の国保支援政策や国の都道府県運営主体化方針に対する反対から自律的に導き出されたものである。それが、たまたまこの条文の二義的な規定の仕方もあるとあって、より鮮明に表れたものといえよう。

また、国の策定要領に沿って「国保の運営の広域化や財政の安定化を目的」としている大阪府などの支援方針も、具体的内容は必ずしも国の政策目的に合致してはおらず、ほとんどの支援方針は、共同事業の拡大や拠出方法の見直し等の広域化の中核部分を盛り込んでいない。その点で、策定目的以上に策定内容について、都道府県の独自の法解釈が行われ、自律的な策定が行われたといえる。

次に地方自治体の事務執行に対する国の関与については、第1章第2節3(3)で述べたとおり、関与が法定化され限定された。これにより、自治事務に関する義務付けの違反に対する国の強制力が弱まった。

第Ⅲ部第6章で述べたように、高齢者の医療の確保に関する法律第9条は「都道府県は、医療費適正化基本方針に即して」5年ごとに、「医療費適正化計画を定めるものとする」と規定している。法律の条文中「するものとする」という規定の仕方は、行政機関やその長に義務を課す場合に「しなければならない」と規定すると義務制がきつく表現されすぎる場合に用いられる「緩和的な表現」として採用される²⁸²もので、義務付け規定である。

にもかかわらず、新潟県は医療費適正化計画を策定していない。これは、医療費適正化計画の策定が自治事務であり、国として関与できることが「是正の要求」だけであるからである。すなわち是正の要求を受けた場合、新潟県としては、自ら違法不当と認めた場合には是正又は改善の措置を講じなければならないが、具体的な措置内容は新潟県の裁量による。つまり、国は高齢者の医療の確保に関する法律第9条により新潟県に強制的に計画を策定させる法的手段がないからである。(2012年の地方自治法改正により、自ら違法と

認めずに是正の要求に応じた措置をせず、かつ、国の関与に対する国地方係争処理委員会への審査の申し出も行わない場合には、違法確認訴訟を提起できることとされた。地方自治法第 251 条の 7)

以上の法解釈自治権の保障による自治事務の基準や手段・手続き等の執行方法の独自解釈と、その解釈に基づく地方自治体の事務執行に対する関与の法定化・最小限度主義による国の関与の効力の弱さは、政策の執行を地方自治体に依存する国の統制力を弱くするものである。

2. 自治事務に対する国の立法権の制約が地方自治体の自律的政策執行に及ぼす影響

第 1 章第 2 節 3(4) で述べたとおり、第一次地方分権改革は国と地方自治体の役割分担の原則を定め、自治事務に対する国の立法権に一定の制約を定めた。国が法律で国と自治体の事務領域を自由に決めることができた分権改革前とは異なるのである。

具体的には、国は地方自治体に関する制度の策定や施策の実施に当たって、自主性や自立性を阻害しないことを国が挙証・立証する責任を負う²⁸³こととされた。

また、地方自治法第 2 条第 13 項は、地方自治体の事務に関する国の立法原則の一つとして、自治事務について「地域の特性」を「特に」配慮するよう国に求めている。

したがって、ある事務を国の事務とするか地方公共団体の事務とするかは、憲法第 41 条により国会の権能に属し、従来どおり国の立法によるが、これらの規定により、その内容は憲法第 92 条の地方自治の本旨に従うとともに、「国と地方公共団体との適切な役割分担」を踏まえたものでなければならないことになった。

さらに第 1 章第 3 節 3 のとおり、いわゆる地域主権改革において、地方自治体の自由度を拡大するため、義務付け・枠付けの見直しが進められ、2011 年の第一次及び第二次分権一括法の制定により、施設・公物の設置管理の基準の緩和と条例委任、一部計画策定義務の廃止などについて関係個別法の改正が行われた。

第 1 章第 2 節 3(4) で述べたとおり、このように地方分権が進展するなかで、特に自治事務の創設については、法律の規定を枠組み的なものにとどめ、事務処理の基準や方法・手続きなどは、地方自治体の裁量に委ねるという立法方針が採られる傾向にあるといえる。

これは、法定自治事務に対する地方自治体の自律的決定の余地が増加することを意味し、反面では国の政策の実効性を不安定にするものである。例えば、国保法第 68 条の 2 第 2 項は、国保の広域化等支援方針の策定項目について「広域化等支援方針においては、おおむね次に掲げる事項について定めるものとする」と規定しているが、「枠づけ」としては「おおむね」という羈束性の弱い、逆にいえば地方自治体の裁量の大きい規定である。したがって、第 7 章第 1 節 2. (4)4) や 3. (4)4) で述べたとおり、「運営の広域化」を目的とする府県においても、国の策定要領が推奨する保険財政共同安定化事業の拡大などの項目が未策定か不十分な支援方針となった。つまり都道府県の支援方針策定における自律的政策執行の結果、国保の都道府県単位の広域化を進めるという国の政策目的は実現されず、第 7 章第 1 節 4. (1)2) のとおり、国と地方の協議を経て、新たな国保法改正へと軌道修正された。

医療費適正化計画の策定においても、国の告示である「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針」に即して、参酌標準で示す算定式に基づき、医療療養病床数を設定することとされていた。しかし、参酌標準という拘束力のない枠づけであったため、第6章第1節4(2)で述べたとおり、調査対象6都県中5都県が地域の実情を加味して、参酌標準の算定式の計算値と異なる目標値を設定した。その結果、全国計画では当初の目標見込みを約6万床も上回る計画となったのである。

これらの事例では、地方自治体の自律的政策執行が国の政策目的とは異なる結果をもたらしており、政策変容を惹起しているといえる。すなわち、自律的政策執行の政策変容機能を示したものといえる。

3. 国・地方自治体間関係の変容と「折り合い(分権的類型)」

(1) 国の法的優位性の減退と政策執行過程

本節1で述べたとおり、機関委任事務の全廃による法解釈自治権の保障は、法律により地方自治体を実施することとされた自治事務の執行方法について、当該自治事務の法令所管省の解釈にとらわれず地域の実情に最も適した独自の解釈による方法を採用しうることを意味する。つまり、国の法令や基準による規範的統制は、地方自治体の独自の合理的解釈の範囲内においては、政策執行の画一性を担保するものではなくなったのである。ここで、合理的解釈の範囲内というのは、当該自治事務の執行方法が例えば数値基準のように一義的に決まる場合ではなく、解釈の余地がある場合のことをいう。解釈の余地がない場合は、その変更は「義務付け・枠づけの見直し」の問題として、個別法の廃止又は条例への委任の問題となる。

さらに、本節2で述べたとおり、特に自治事務の創設について、事務処理の基準や方法・手続きなど政策執行の方法に関する規律を地方自治体の裁量に委ねるという立法方針が採られる傾向にあることは、法定自治事務に対する地方自治体の自律的政策執行の余地が増加し、反面では国の政策の変容を生じやすくすることになる。

また、第1章第2節3(3)のとおり、第一次地方分権改革が、当初の方針のシャープ勧告流の包括的事務再配分論ではなく、結果的に地方自治体が国の仕事と地方自治体の仕事の双方を担当する事務融合論に立ったことから、国と地方自治体間の相互依存関係はより一層深まることとなった。従来相互依存関係論では、国は法的資源（＝制度上の権限）と財源で優位に立ち、地方自治体は情報資源（＝情報収集処理能力）と組織資源（＝政策実施能力）で優位に立つとされる²⁸⁴。しかし、第一次地方分権改革の結果、法的資源については、特に解釈権限については国が優位とは必ずしもいえない関係に変容している。つまり相互依存関係における国の法的資源の優位性が薄れ、その分地方自治体の自律的政策執行が行われやすい関係に変容しているといえる。

また、機関委任事務の廃止により、「政府間関係は法定受託事務を含めて全て、内部的関係から外部的関係に再編され²⁸⁵」た結果、「内部的なルールである通達は、自治体をもはや拘束することはできず」、「政府間関係を規律するのは外部的ルールである法令」となった。外部的関係に係る紛争の処理は、最終的には裁判所の判断を仰ぐこととなった。

以上から、第一次地方分権改革による法制度上の国と地方自治体関係の変容は、地方自

治体が、国の法令解釈を示す政策執行統制手段としての要綱等に拘束されず、独自に執行方法を選択できる点に特徴がある。法制度の範囲内ではあるが、国の統制手段たる参酌標準・要領等をどのように受容するかは、執行プロセスの中で、各地方自治体が具体的個別的に決めることができるようになったのである。特に、国と地方自治体の役割分担による自治事務に関する立法制約のもとで、自治事務の創設においては、地方自治体の地域の特性に応じた事務処理ができるような特別の配慮が求められており、独自の執行方法を選択し執行することが、分権改革前に比べ格段に容易になったといえる。

つまり、地方自治体の自律的政策執行の政策変容機能が高まったといえる。

また、国と地方自治体間の関係が、通達行政といわれた上下関係的内部関係ではなく、法令という外部ルールに規律される関係においては、そのルールの解释权は対等でなければならない。すなわち「折り合い(分権的類型)」は国・地方自治体間を規律する法令の解释权が対等である場合に生じるものである。

(2) 都道府県・市町村間関係と解釈自治権

なお、第1章第2節5の「折り合い(分権的類型)」の要件の導出において、当面の検討対象が国・地方自治体間関係であるために保留した都道府県と市町村間関係においても、同様に都道府県条例解释权の自由が市町村にあり、都道府県の医療福祉行政の執行過程に同様の変容がないかについて検討する。

この点に関しては、序章第3節の基本用語の定義で述べたとおり、憲法第92条の規定により、法律によらずに都道府県の条例によって市町村の組織及び運営に関する事項を定めることはできず、「都道府県の条例等で市町村の事務を創設することはできない」ことから、原則として都道府県と市町村間において、都道府県の条例解釈の自由が問題になることはない。

しかし、法律で都道府県が市町村の運営に関する事項について条例で定めることができる特殊な制度²⁸⁶として、地方自治法による「条例による事務処理の特例」(地方自治法252条の17の2)の制度がある^{注1)}。同制度は、都道府県知事の権限に属する事務の一部を、都道府県条例の定めるところにより、市町村が処理することができることとするものである。しかし、市町村が当該事務を処理する場合に、当該事務処理の根拠となる法令の都道府県に関する規定は、市町村に関する規定として市町村に適用されるが、当該法令による事務に関し都道府県が定めている施行条例・規則は、当然には適用されない。再配分された事務は市町村の事務であり、市町村が自主的・自律的に自ら条例・規則を定めるのが原則だからである。例外的に、都道府県の条例・規則も含めて、市町村に適用があるようにするには、事務処理の特例を定める条例に、根拠法令とともに当該条例・規則と一緒に規定する必要がある。これに対し、再配分する事務の根拠となるのが、法令に定めがない都道府県の独自の条例・規則の場合は、当該条例・規則の都道府県に関する規定は、市町村に関する規定として市町村に適用される。市町村が事務を執行する場合において、都道府県の条例の規定の解釈が問題になるのはこの2つの場合である。前者の場合は条例制定の前提となる法令の解釈と不可分であり、後者の場合は給付事務中心の医療・福祉行政において、条例により知事の権限に属する(給付)事務を創設しながら、かつ、その事務を市町村に

再配分する例は稀と考えられる。

したがって、原則として国と地方自治体の関係において検討すれば、あえて都道府県と市町村の場合を検討する必要性は乏しいと考える。なお、事務処理の特例を定める条例の制定改廃の場合には、当該市町村長に協議することとされている（地方自治法第 252 条の 17 の 2 第 2 項）ことも、上記の判断を支持するものである。

筆者は、以上の国と地方自治体間関係の法制度上の変容に基づき、医療・福祉の政策執行過程を、国・地方自治体間の政策対立の事実上の調整プロセスすなわち「折り合い（分権的類型）」と捉えることにより、第一次地方分権改革後の医療・福祉政策の実施構造を的確に捉え得ると考える。さらに、事務処理の政策執行方法に関する規律を地方自治体の裁量に委ねるという立法方針が採られる傾向が続くとすれば、今後執行過程の分析は一層重要になるといえる。

第 2 節 国と地方自治体間の新たな政策執行プロセスとしての「折り合い(分権的類型)」の特徴と意義

序章の基本用語の定義で述べたとおり、本論文で「折り合い(分権的類型)」とは、一定の政策領域における国の統制と地方自治体の自律的意思決定の均衡状態の出現と、その結果として国の施策内容の変容を惹起している政策執行プロセスを指す。

序章第 1 節 3 (1) で述べたとおり、筆者は上記の政策執行プロセス全体を、国と地方自治体の政策対立の新しい類型と捉える。何故ならば、第 6 章の医療費適正化計画策定における東京都の例に顕著にみられるように、国の執行統制と異なる執行方法の選択による自律的執行は、地方自治体が独自の政策を企画立案し実施したということであり、当然国の政策内容の変容を惹起し、対立することになるからである。ちなみに第 6 章第 1 節 4 で述べたとおり、東京都は独自の療養病床算定方法を採り、その結果国の療養病床数削減という政策目的に反し、療養病床を 7 千床も増床する計画を策定した。

筆者は、この新しい政策対立の類型を、第 3 章第 1 節 4 で述べた「政治的類型」や第 4 章第 1 節 1 で述べた「財政的類型」と区分し、その特徴から「折り合い(分権的類型)」と名付けた。「折り合い(分権的類型)」は、地方分権改革前からみられた国と地方自治体の政策対立とはどう違うのであろうか。

1. 「折り合い(分権的類型)」の意義と「政治的類型」・「財政的類型」との相違

「折り合い(分権的類型)」の特徴を再確認し、併せて従来の政策対立の「政治的類型」や「財政的類型」との相違について検討する。

(1) 「政治的類型」と「財政的類型」の政策対立

第 3 章第 1 節 4 で述べたとおり、主従・上下関係といわれた機関委任事務制度の国・地方自治体間関係の下でも、1960 年代半ば以降の革新自治体の時代には、老人医療費無料化に代表される国と対立する政策が、全国の地方自治体へ波及し、さらには国の政策として法制化されるに至った。これは、地域の住民運動や首長の選挙公約などの地方の独自の政治的影響力から、地方自治体が国に対し地域の実情に応じた政策をとることにより生ずる

国との政策対立の類型である。

すなわち「政治的類型」の政策対立は、地方の「政治化」がもたらした国・地方自治体間の政策対立である。具体的には、公害反対などの住民運動や首長の特定の政策の選挙公約などの地方独自の政治的影響力から、国の法令解釈に対し、違法とまではいえないが、脱法的な解釈をしてでも、地域のニーズに応じた政策をとることにより生じる国との政策対立である。

地方の「政治化」とは、第3章第1節4で述べたとおり、地方自治体が「諸政治的勢力にさらされ、自ら一定の政治的立場をとること」であり、それにより、「地方自治体は、中央政府と交渉」し、地方自治を充実させることができるのである。地方分権改革により、地方自治体の裁量権が拡大した現在でも、たとえば介護保険の保険料全額免除や減免分の一般会計繰入について、介護保険法第129条・第142条や同施行令第38条・第39条の規定を独自に解釈して、減免条例を制定することは、住民の支持と首長の政治的な強固な意思を必要とすることに変わりはない。その意味で、地方の「政治化」は、今日でも「政治的類型」の政策対立の必要条件であるといえよう。

ここで政策対立とは、国の指定する政策内容と地方自治体が地域の政治的影響力から、地域のニーズに応じて実現しようとする政策内容とのせめぎ合いの側面をいう。

一方、第4章第1節1で述べたとおり、1973年に提訴された保育所整備の超過負担をめぐる摂津訴訟に代表される、財政負担の地方転嫁に関する国と地方自治体の対立は、「財政的類型」の政策対立である。この対立においては1980年代後半の行財政改革で、法律で定められた高率補助負担金の補助負担率が、国の財政事情で一方的に大幅に引下げられ、国の財政統制の優位性がもっとも露骨に示された。

国・地方自治体間の「財政的類型」の政策対立とは、国が地方自治体に補助金または負担金を支出して事務の実施を委ねている個別政策において、地方自治体が国の支出割合または金額では事務事業の遂行に不十分と判断していることによる政策対立である。

すなわちここで政策対立とは、負担転嫁される個別政策の事務事業の遂行において、国の指定する政策内容における費用負担割合と、地方自治体が地域のニーズを満たすため実現しようとする政策内容における費用負担割合との乖離をめぐるせめぎ合いの側面をいう。

第4章第1節1で述べたとおり、1980年代から1990年代前半まで、地方歳出全体に占める民生費の割合は地方純計で約11%と安定的であったが、1990年代後半以降徐々に比率を高め、2006年度には18.2%に達し、地方自治体の福祉分野の負担割合が上昇している²⁸⁷。一方で、民生費の財源構成に占める国庫支出金の割合は、老人保健制度が創設された1983年度以降下がり、90年代は20%台後半の水準で推移し、反対に一般財源割合は高まり60%以上の水準となっている²⁸⁸。2004年度～2006年度の三位一体改革により、この傾向はさらに強まり、国庫支出金の割合は20%台前半の水準に、一般財源の割合は60%台後半から70%近くに達している。

このように地方財政の民生費の動向をみると、分権化と高齢化の進展による老人福祉費を中心とする国から地方への負担のシフトが進んでいることが分かる。つまり、「財政的類型」の政策対立は、この間一貫して生じているといえる。

以上からこの「政治的類型」と「財政的類型」の国・地方自治体間の政策対立は、地方

分権改革後の現在も存在している。例えば「政治的類型」としては、序章第1節3で述べた、介護保険料の単独減免を行っている保険者が、2010年4月現在、全保険者の約3分の1あり、かつその1割がいわゆる減免3原則を遵守していない事例が挙げられる。同じく「財政的類型」としては、三位一体改革における厚生労働省の生活保護費負担金や児童扶養手当負担金の負担率の引下げ案の提示など、国と地方自治体の財政負担の対立が激しい議論を呼んだ例などが挙げられる。

(2) 本研究の「折り合い(分権的類型)」概念の意義と従来の政策対立類型との相違

筆者は本研究により、従来の「政治的類型」と「財政的類型」の類型に加えて、地方分権改革による国・地方自治体間関係の変容が、「折り合い(分権的類型)」という国・地方自治体間の政策対立の第三の類型を生じさせていることを論じた。

また筆者は、第6章第2節、第7章第1節4において、「折り合い(分権的類型)」概念により、近年の医療・福祉政策の執行過程における国・地方自治体間の政策対立を、地方分権の進展による地方自治体の裁量権拡大による分権的政策執行を要因とする、国と地方自治体の政策対立として分析・検討した。それにより本章前節において、今後の医療・福祉政策の検討においては、立法過程や財政措置に加え、執行過程の分析の重要性が増すことを明らかにした。

「折り合い(分権的類型)」は第1章第2節5で述べたとおり、政策執行過程において、国の統制手段である要綱等を、地方自治体が独自に解釈し、地域の実態に合わせ自律的に執行方法を選択できることとなったことから、一部または全部の地方自治体が、国とは異なる政策内容を執行することで生じる政策対立である。それにより必然的に国の政策内容は全国的には執行されず、国の政策内容に実質的変容を生じることになる。

このように「折り合い(分権的類型)」を政策対立の第三の類型と捉える意義は、「政治的類型」や「財政的類型」では捉えきれない国と地方自治体の政策対立を捉えることができる点にある。たとえば、医療費適正化計画の策定においては、療養病床数削減に反対する住民運動が盛り上がったわけでもなく、療養病床数が削減された場合に地方自治体の費用負担が増すというわけでもない。つまり、医療費適正化計画の策定における国と地方自治体の対立は「政治的類型」にも「財政的類型」にも当てはまらないのである。国保の広域化等支援方針の策定においても、背景の後期高齢者医療制度の見直しにおいては国と地方自治体間の財政負担の問題がある^{注2)}が、支援方針の策定自体は、財政負担の地方転嫁をもたらすものではない。また、保険財政安定化共同事業の拡大が、市町村拠出金に影響を及ぼす可能性があり、将来的には保険料に関係するとしても、住民の反対運動が活発に行われているわけでもない。都道府県知事選挙の公約に国保の広域化反対が謳われたわけでもない。したがって、「政治的類型」にも「財政的類型」にも当てはまらない点は、医療費適正化計画と同様である。

つまり、「折り合い(分権的類型)」概念を用いることにより、地方自治体が国の政策を執行する過程において、団体自治としての自律的意思決定により、国とは異なる政策内容を執行したことを、国との政策対立として、明確にできる点である。

もちろん、ここで地方自治体の自律的意思決定とは、単なる地方自治体の行政内部の決裁をいうのではなく、直接公選制の首長の意思決定に基づくものであり、民主主義に基づく団体自治という基盤に支えられたものである。

したがって、「折り合い（分権的類型）」の第一の特徴は、序章第 1 節 3 (1) で述べたとおり、政策対立の要因である地方自治体による国の政策の分権的執行が、同時に国の政策内容の変容を惹起するため、政策対立の要因と対立発生の結果生じる現象とが一体不可分である点にある。ここで分権的執行とは、国の政策の執行統制に対する対応として、地方自治体が受け身的であるが、政策執行方法を自律的に選択し、自律的に政策執行することをいう。つまり、「折り合い(分権的類型)」は、「政治的類型」とは異なり、能動的に政策の企画・立案段階で生じるのではなく、国の政策の執行段階で生じるため、必然的に当初の政策目的の効果が達せられないことになり、対立の発生と同時に国の政策の変容を惹起するのである。これを、分権的政策執行のみに着目して、政策対立の要因による分類として、「政治的類型」「財政的」と並べて、単に「分権的類型」あるいは「行政的類型」とするのは、この類型の本質を一面的に捉え過ぎる虞があると筆者は考える。

また第二に、法制度の解釈の範囲内で、各地方自治体が自律的に政策執行方法を選択する結果、国全体としては、国の執行方法に従ったところと自律的執行方法を徹したところが混在する状況が出現するが、形式的には各地方自治体とも当該政策の執行を終了したことになる点も「折り合い（分権的類型）」の特徴といえる。ただし、「折り合い（分権的類型）」は、政策対立の解決方法や対応ではなく、政策対立の要因と対立発生の結果生じる現象が不可分一体に結合した当該事務事業に関する国・地方自治体間の関係をいう。

なお、本章第 1 節 2 で述べたとおり、地方分権の成果である国と地方自治体の役割分担原則による国の立法権の制約により、自治事務の創設については、法律の規定を枠組み的なものにとどめ、事務処理の基準や方法・手続きなどは、自治体の裁量に委ねるという立法方針が採られる傾向が続くと考えられる。したがって、今後一層、地方自治体の自律的政策執行による国との政策対立すなわち「折り合い（分権的類型）」は増加するとみるべきであろう。

(3) 「折り合い(分権的類型)」の適用範囲

「折り合い(分権的類型)」は、上述のとおり、地方分権改革後の医療・福祉の領域における国と地方自治体の政策執行過程における新しい政策対立を捉える概念であるが、一見同じような政策対立が生じているように考えられる場合でも、次項以下で述べるように、「折り合い(分権的類型)」が成立していない場合もある。すなわち、「折り合い(分権的類型)」は地方分権改革後の国・地方自治体間の政策対立をすべて説明する概念ではない。それは、「折り合い(分権的類型)」の中核的な第三の要件の該当性の有無によるといえる。

「折り合い(分権的類型)」の要件は第 1 章第 2 節 5 で定義したとおり、①原則として国と地方自治体間の関係であること、②政治的影響などの法令以外の影響を除く、法制度の範囲内の政策執行であること、③地方自治体が地域の実態に合わせ自律的に、国の政策執行統制手段としての「参酌標準」や「要領」等を独自に解釈すること、④その結果、一定の緊張関係の下で、国の統制と地方自治体の自律的意思決定とが相互に受け容れあう状態が出現すること、⑤それが政策内容の変容をもたらすことの 5 点である。

実務的な観点からいえば、地方自治体側としては、利害が相反するため国の政策に反対であり、その執行を避けたい場合でも、全面的不執行による政治的・社会的批判や国の強い関与を免れたい、あるいはその政策の一部にはメリットも有り、その部分は執行したい

という状況が生じる。そのため、法制度の範囲内で、国の政策執行統制手段である「要領」・「要綱」等を独自に解釈したり、ときには部分的に無視して、地域の実情に合わせ自律的に、一定の行政作用を実施する「折り合い(分権的類型)」状態が創出されと考えられる。

一方執行を地方自治体に依存している国は、是正の要求など法定の関与の枠内でしか地方自治体への執行を要求できず、「折り合い(分権的類型)」を受け入れることになる。

本節の下記 2～5 の事例のうち、4 と 5 の事例は地方分権改革以前から現在まで続いている国と地方自治体間の統制と自律的意思決定の事例であるが、「折り合い(分権的類型)」の要件に当て嵌まらないことを示す事例である。どちらも、地方が財政資源を国に依存している事例であるが、地方分権改革の進展にもかかわらず、国庫負担金や補助金に関しては、古い統制システムから「逸脱」するのが、未だに困難なことを示しているといえよう。

一方、2 と 3 の事例は、地方分権改革後に創設された新しい事務であり、「折り合い(分権的類型)」の要件に典型的に当て嵌まるものといえる。また、行政主体の不作为や行為内容の変容であり、かつ、国民・住民の権利義務に直接影響を与えることの少ない事務である点が特徴である。2 と 3 の事例のような自治事務は、国がその執行を地方自治体に依存するが、地方自治体はこの事務の執行について国に依存する割合が低いため、「折り合い(分権的類型)」が出現しやすいとも考えられる。

2. 医療費適正化計画と「折り合い(分権的類型)」

第 6 章第 2 節でみたように、高齢者医療確保法に基づく医療費適正化計画の策定に当たり、各都県は療養病床削減目標について、参酌標準を独自に解釈したり、一部無視することにより、結果的に国の療養病床削減策の変容を惹起したといえる。この事例は、「折り合い(分権的類型)」の典型的パターンを示している。

「折り合い(分権的類型)」とは、ここでは、医療費適正化という行政領域における国の療養病床削減目標数値の算定に関する統制と、都道府県の地域の医療提供体制の実態に応じた「自主的・多様な目標値」の自律的意思決定とが「相互に受け入れ合う状態」の出現の結果、国の療養病床削減策の変容を惹起していることを指す。

「相互に受け入れ合う状態」とは、国が参酌標準による統制を全面的に強制するのではなく、都道府県が全く独自に目標設定するのではなく、国のヒヤリングにおける双方の主張の応酬の中で、都道府県の目標値が設定され国の医療費適正化計画に反映されている状態、すなわち相互に受け入れ合う状態にあることを指すものである。

国・地方自治体間関係の「折り合い(分権的類型)」は、国の施策内容の変容を惹起しているため、国の次の施策展開に向けた動きを誘発せざるを得ないという動的側面を内包している。つまり、「折り合い(分権的類型)」は、個別の政策領域における国・地方自治体間関係の次の展開、すなわち国の統制と地方自治体の自律的意思決定の再調整につながるプロセスでもあるという動態的側面を有している。

第 6 章第 2 節 3 で述べたとおり、第二次一括法により高齢者の医療の確保に関する法律が改正され、医療費適正化計画の必須的記載事項から、療養病床数は除外され、任意的記載事項となった。枠づけの見直しの一環である。ただし、実務的には、医療計画における

基準病床数と整合性のとれた一般病床、療養病床等の適正な病床数を欠く都道府県において設定することが予定されている。第二期医療費適正化計画については、基準病床数の医療費適正化計画への位置づけの解釈をめぐり「折り合い(分権的類型)」が生じることが想定される。

3. 国保の支援方針と「折り合い(分権的類型)」

第7章第1節でみたとおり、国保の支援方針については、保険財政共同安定化事業について4県のみが対象医療費の引下げを明記し、8府県が拠出方法の見直しを定めただけで、国保の都道府県単位化という政策目的はほとんど共有されなかった。

一方では新潟県を除く46都道府県が支援方針を策定し、そのすべてが規模別収納率目標を定めるなど、国と都道府県側の間には、一定の均衡状態が生じている。

この調査結果も、「折り合い(分権的類型)」の典型的パターンを示している。一定の均衡状態とは、要件④のとおり「国の統制と地方自治体の自律的意思決定が、相互に受け容れあう状態にあること」をいう。

国保の都道府県単位化という政策領域において、「相互に受け容れあう」一方は、保険料算定方式の統一や共同事業の拡大など国保事業の運営の広域化のための支援方針策定に関する国の統制である。もう一方は、都道府県域内の保険者の実態に応じて、国の統制の手段としての策定要領を独自に解釈して、国保事業の医療費適正化策や収納目標率など運営の広域化よりも財政の安定化施策を定める各都道府県の自律的意思決定である。その結果、国保の都道府県単位化推進策の変容を惹起したといえる。

このように、国の施策内容の変容を惹起するため上記2のとおり、「折り合い(分権的類型)」は、動態的側面を有している。

国保の広域化についても、国は広域化支援方針の策定による都道府県主導の都道府県単位化に見切りをつけ、以下の経緯で保険財政共同安定化事業の対象を全医療費に拡大する方向に転換した。その経緯は以下のとおりである。

①2011年12月20日の「国と地方の協議の場」第3回臨時会合で、年少扶養控除の廃止等による地方増収分の使途に国保の国定率負担から調整交付金2%分を都道府県調整交付金へ移すことが合意された。

②この合意を受けて2012年1月24日の第2回国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議において、広域化支援方針ではどの都道府県も定めていない保険財政共同安定化事業の対象医療費の1円までの拡大が合意された。

この2つの国と地方の協議は、地方分権の進展による国と地方自治体の新たな協働の先駆けであり、今後の有効な活用が期待される。

2012年4月に成立した国保法の一部改正法により、暫定措置であった財政基盤強化策(保険者支援制度と高額医療費共同事業及び保険財政共同安定化事業)の恒久化、都道府県財政調整機能の強化(都道府県調整交付金割合の7%から9%への引上げ)とともに、保険財政共同安定化事業等の対象医療費の全医療費への拡大が規定された。

しかし、保険料負担の地域格差は、年齢構成や所得水準など、保険者の責めに帰せられない要因に基づいており、それは本来国の責任で調整すべきものである点、すなわち国の

調整交付金の負担増については、何ら触れていない。それは、社会保障と税の一体改革に先送りされ、本論文執筆時点では、不確定な状況のままである。

4. 乳幼児医療費助成と「政治的類型」の政策対立

第7章第3節5(2)でみたとおり、地方単独事業の医療費助成、特に乳幼児・子ども医療費助成においても、国と地方自治体間に政策対立がみられる。

国保法による「被保険者に一部負担金の保険医療機関の窓口での支払いを義務付け、保険者が一部負担金を保険医療機関に支払うことを禁ずる」という国の統制に対し、その統制維持手段としての国庫負担金減額という制裁を甘受して、約8割の市町村で自律的意思決定による医療費助成施策を実施している。その結果、被保険者が窓口で支払うことにより医療費の波及増を抑えるという国の政策は、事実上変容しているといえよう。

確かに国の統制と地方自治体の自律的意思決定とが、国庫支出金の減額と減額調整受忍という一定の緊張関係の下で、相互に受け入れ合う状態が生じている。すなわち、「被保険者が一部負担金を保険医療機関の窓口で支払う＝保険者が一部負担金を保険医療機関に支払うことを禁ずる」という国の統制と、「一部負担金の一部または全部を被保険者に代わり地方自治体が保険医療機関に支払う」という自律的意思決定とが、相互に受け入れ合う状態が生じているのである。

しかし、「折り合い(分権的類型)」ではないのは、要件③の「国の統制手段としての『参酌標準』や『要領』『要綱』を独自に解釈すること」を欠いているからである。

つまり、この自律的意思決定を「被保険者が一部負担金を保険医療機関の窓口で支払う」という国の統制の合理的解釈の範囲内の独自解釈であると解するのは、一部負担金の立法趣旨から無理がある。第7章第3節5(2)で述べたとおり、違法とまではいえないが、一種の脱法行為(1969年の東京都の老人医療費無料化に際し、当時の厚生省がそれを認めた理屈と同じ。第3章注10参照)であるといえる。したがって、第4章第3節1.(2)で述べた国庫負担金及び調整交付金の減額措置の規定の対象である市町村の一部負担金の肩代わりに該当する行為であり、独自解釈の結果ではない。すなわち、国の統制維持手段たる国庫負担金の減額措置を受けたが、減額措置を受けたのは法令の独自解釈によるものではなく、国の規定をそのまま受け入れたものである。統制手段(枠づけ)である国庫負担の減額措置が法令によるものであること、かつ、その法律および政省令の規定が数量的・技術的であり、地方自治体による独自の解釈の余地がないことによるものである。これは、第4章第3節1(2)で述べたとおり、地方自治体の単独事業に対する「公平な配分」を名目とする国の療養給付費等負担金及び調整交付金の減額措置が法令化・強化されたためである。

その結果、市町村はその統制維持の手段たる制裁としての国庫負担の減額措置を受け入れざるを得ない。これは、財政資源を国に依存している相互依存関係にあっては、執行を地方に依存している国の統制を無視しえないことを示すものといえる。したがって、地方分権改革前の「政治的類型」の政策対立が今日も続いているというべきであろう。

乳幼児医療費助成は、第一次地方分権改革以前から地方自治体が先駆的に実施してきた事業である。その意味では、統制手段たる国庫負担の減額措置は、古い形での国の統制方式の名残であり、統制手段としての効果が最初から薄いといえよう。

5. 介護基盤緊急整備と「財政的類型」の政策対立

第8章6(2)で述べたとおり、景気対策としての短期間の介護基盤緊急整備という政策目的を達成するための介護基盤緊急整備等臨時特例交付金や「特別の地方債」による地方財政措置などによる地方自治体の財政出動に関する統制(誘導)と地方自治体の自律的意思決定による整備補助金の引上げへの抑制的対応により、介護基盤緊急整備事業の1年間延長という国の施策内容の変容を惹起したという意味で、国・地方自治体間の政策対立の状態が生じているといえる。

これは国の交付要綱や交付要領あるいは元利償還金の100%交付税措置などの政策執行手段の統制と地方自治体の自律的意思決定との均衡状態の出現、その結果としての国の施策内容の変容という意味での国・地方自治体間の政策対立の状態である。

しかし、この「均衡状態」は、交付要綱や交付要領、あるいは地方財政措置という補助金に係る統制手段を、「戦術的に」独自に解釈することにより出現したのではない。つまり、要件③の「国の統制手段としての『参酌標準』や『要領』『要綱』を独自に解釈すること」という要件を欠いている。したがって、この政策対立状態は「折り合い(分権的類型)」ではない。

国の介護基盤整備量の拡大政策の要である広域型の介護施設整備については、三位一体の改革により一般財源化されたため、都道府県・政令市・中核市は、事業者に対する補助金額の設定を自律的に決定できた。都道府県等の自律的意思決定が国の政策変容を結果としてもたらした最大の要因である。

ここでの都道府県等の自律的意思決定とは、わが国の経済状況の先行きが不透明な中、交付税額の長期的な減少傾向のなかで、100%の地財措置とはいえ借金には違いない特別の地方債を起こしてまで、介護施設を整備する必要があるかどうかの判断であるともいえる。

国の景気対策に地方債を活用する手法は、バブル崩壊後の景気対策で地方自治体に公共事業を拡大させた例にみられるように、地方の借金で内需拡大を図るものである。その意味で、財政負担の地方転嫁を図るものといえる。したがって、この政策対立状態は、「財政的類型」の政策対立ということができよう。

また、交付金には補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律が適用されており、地方自治体は補助金の申請・交付決定・補助事業の遂行等について、法令の定めや補助金等の目的に従って事業を行う責務がある(同法第3条)。

したがって、国庫補助金政策について、地方自治体として自律的に成し得るのは、申請を行うか否か或いはどの程度の量で行うかの意思決定だけである。

その意味では、国庫補助金に係る政策については、前述4の乳幼児医療費助成と同じく、財政資源を国に依存している相互依存関係にあっては、執行を地方に依存している国の統制を無視しえないことを示すものといえる。

介護基盤の緊急整備政策に対する「財政的類型」に属する政策対立の状態の出現は、補助金交付制度が依然として地方自治体の自律的意思決定を認めない古い統制システムであることを明らかにする一方で、一般財源化により、地方自治体の自律的意思決定が国の政策の執行に与える影響を示したといえよう。

第3節 国の統制と地方自治体の裁量権拡大の調整のあり方—新たな協働の動き

地方分権改革により、地方自治体の裁量権が拡大し、反面で国の統制力が弱まって、地方自治体の自律的政策執行により政策変容が生じることは、政策実施の不確実性を増すことになる。これは序章第2節1の本研究の視座で述べたとおり、地方自治体の国政参加を進め、立法段階からの国と地方の協働関係の重要性が増すことを示すものである。

以下、第1節と第2節の地方分権による地方自治体の裁量権拡大が、国の政策執行に及ぼす影響の検討を踏まえ、本節では国の統制と地方自治体の裁量権の拡大の調整のあり方の望ましい方向性について検討する。

1. 国の企画・立案機能掌握による統制と地方自治体の裁量権の拡大の調整

第3章で述べたとおり、機関委任事務制度は戦後のGHQの示した国家責任の原則の下での社会保障制度の整備に有効に機能した。機関委任事務は、国の事務を委任により地方自治体の執行機関が執行するものであり、最大の特色である国の意思の優先原則が職務執行命令訴訟により制度的に担保されていた。国の意思すなわち国の企画・立案による政策の忠実な執行が、包括的な指揮監督権によって地方自治体の首長等に貫徹される制度であった。地方自治の侵害、行政責任の不明確などの弊害が指摘される一方、これによって、一定水準の社会福祉施策を、全国的に定着させることができたとの評価²⁸⁹もあった。

しかし高度成長期に至り、革新自治体が老人医療費無料化などの国に対抗する先導的政策の企画・立案及び実施の能力を示したように、地方自治体が一定の行政能力を備え、独自の福祉サービスを行った1970年代には、地方自治体の福祉行政の「足かせ」とみなされるようになった。

一方、他の多くの社会保障制度が機関委任事務とされるなか、1948年の旧国保法第三次改正により原則市町村公営とされた国保の事務は市町村の固有事務とされ、岩手県国保の10割給付などの独自政策を生み出した。しかし、国民皆保険のための新国保法の制定により、旧法では条例に委ねられていた診療報酬の支払い方式が統一され、岩手県国保の10割給付は終止符をうたざるを得なかった。

新国保法では、国保は国の事務とされ、市町村への団体委任事務とされた。機関委任事務ではなかったが、国庫負担金も多く、第3章第4節2(2)で述べたように「事業の執行の方法は一定せられ、国の関与も、固有事務に比べれば少なくない²⁹⁰」とされた。しかし、市町村の裁量の余地がないわけではなく、沢内村の老人医療費無料化や乳児医療費無料化の独自政策も編み出された。

特に、乳児医療費無料化については、早くも1964年に岩手県では国保の10割給付補助金（10割給付する市町村へ一部負担金の2分の1補助）を実施した。これは革新自治体の老人医療費無料化よりも数年早く、老人福祉法改正による老人医療費支給制度の実施後の1974年度には42道県が実施し、5都府県のみが未実施という状況であった。

しかし第4章で述べたとおり、オイルショック後の低成長期に入り、財政状況が厳しく

なると第二次臨時行政調査会の行財政改革路線による社会保障費抑制の動きが強まり、高率国庫負担金・補助金の削減と連動して、生活保護を除く社会福祉分野の機関委任事務の団体事務化が進められた。それは、「政令で定める基準に従い」とし、条例準則を提示して独自の条例の制定を事実上制限するものであった。老人医療費無料化も老人保健法の制定により一部負担金が復活し、老人保健法の医療は市町村の機関委任事務とされるなど、国の統制が強化される政策もとられた。

第1章第2節で述べたとおり、一つのレベルの団体（国・都道府県・市町村）に特定の事務を排他的に割当てる包括的事務配分は、責任が明確となり自律的に意思決定できる利点があるが、シャープ勧告自身が、事務を截然と区別することは、当時でも困難と認めていた²⁹¹。そのため、第一次地方分権改革以前には、一つの行政主体に専属的に事務を配分するのではなく、機関委任事務の整理・合理化を図りつつ、中央と地方が機能を分担して事務処理に当たるべきという「機能分担論」が、実務的にも地方自治法学や財政学においても一定の影響を持っていた。機能分担論は、国・地方自治体間関係を、共同事務増加に対応し現実の実態重視の観点から、国が企画立案機能を担当し、地方自治体が実施機能を分担し合う点に重点を置いた協力・協働関係と捉える。第1章第2節2(2)で述べたとおり機能分担論を採ったとされる第一次臨時行政調査会答申は、「企画事務は中央省庁に保留し」、「実施事務はできる限り地方公共団体」に配分するとした。第二次臨時行政調査会の基本答申も、「国と地方公共団体との関係を『国と地方の機能分担』という観念で捉え」ており、「第一次臨調の系列の下に立つ」とされる²⁹²。

「融合型的・機能分担的な事務の配分は、多くの事務について国が企画・立案し、方針や基準を定め、地方公共団体はそれに従って執行するということとなる²⁹³」とされる。

以上から、地方分権改革前の国と地方自治体間関係において、地方自治体が実施することとされる事務については、機関委任事務はもちろん、1980年代後半の団体事務化においても、制度・政策の企画・立案機能は一貫して国が掌握していたといえよう。

制度政策の企画・立案を国と地方自治体のどちらが担うのかについては、第一次地方分権改革の地方自治法改正により、国と地方の役割分担の規定が創設され、国の立法原則として、「制度の策定及び施策の実施」に当たって、「地方公共団体の自主性及び自立性が十分に発揮されるように」配慮すべきことを定めている（地方自治法第1条の2第2項）。

すなわち、この立法原則の下で、制度・政策の企画・立案は国の役割として規定されている。ただし、地方公共団体の「地域における行政を自主的かつ総合的に実施する役割」（地方自治法第1条の2第1項）における「総合的」とは、「企画立案から実施まで一貫して処理すること」である²⁹⁴。企画機能については国の専権事項ではなく、地方自治体の「総合的」実施権能との二元的な配分であり、両者は並列関係にあるといえる²⁹⁵。

特に、第1節で述べたとおり、法解釈自治権の保障のように地方自治体の裁量権の拡大により、政策執行過程において独自の執行方法を自律的に選択できることは、第2節で述べたように、地方自治体が独自の政策を企画・立案し実施するという同じといえる。

一方第一次分権改革の事務配分において、シャープ勧告流の分離型ではなく融合型がとられた結果、わが国の政府間の事務は依然として融合的であり、その共管領域の中で、制

度政策の企画立案は主として国が担うべきであるとするのが通説である。

いわゆる地域主権改革一括法（一次・二次）では、施設・公物の管理運営に関する基準を「従うべき基準」「標準」「参酌すべき基準」に区分して、個別法で定める区分に従って条例化を進めることとした。しかし、この区分に地方自治体、さらには住民の意思の反映が図られたかは、特別養護老人ホームの居室定員や保育所の施設基準の参酌標準化一つをとっても疑問である。

個別法の改正による義務付け・枠づけの見直しは、何を見直すかの判断を国に委ねる限り、制度・政策の企画・立案権の地方自治体への移譲とはならないと言わざるを得ない。

2. 新たな協働の動き―地方自治体の国政参加

第1章第2節4(3)のとおり、福祉国家的医療・福祉行政には国と地方自治体の共管領域が多く、国と地方の事務再配分は、シャープ勧告のような分離的な一元的事務再配分ではなく、自治体の事務のなかに法定受託事務が散在する（これを「点的概念としての事務」と称する説がある。）融合的な事務配分とならざるを得ない。

(1) 事務配分と機能分担

第一次地方分権改革は、機関委任事務を廃止したが、シャープ勧告のような分権分離型ではなく、分権融合型の改革であった。したがって、個別の事務ごとに、その関与や条例制定権の範囲について決めていくことになる。しかし、地方自治法の改正による国と地方の役割分担原則により、立法及び法令の解釈・運用については、「適切な役割分担を踏まえ」て行わなければならないことになった。

これが、筆者のいう「折り合い(分権的類型)」を生ぜしめる原因ともなる。もちろん、国と地方自治体の間で法令解釈に相違が生じ紛争が生じた場合は、国地方係争処理委員会で審査し、その結果に不服があるときは、高等裁判所へ提訴できることとされている。しかし、係争処理委員会まで行く先鋭的なケースは極めて稀^{注3)}であり、ほとんどは衝突しない範囲で、「折り合い(分権的類型)」をつけているのが現状である。

(2) 地方自治体の国政参加

しかし住民の立場に立てば、行政主体間の一体的協力関係が望ましいことは当然である。

上述の「機能分担論」は、企画立案は国が行い、執行は地方自治体が分担するという国優位の関係を前提としており、現在の対等な国・地方自治体間関係に対応したものとはいえない。ただし、第1章第2節2(2)で述べたとおり、成田頼明氏は、共管事務の円滑な実施のためには、「企画や決定に地方公共団体も参加し、その実施に当たっては国も自らの責任を自覚して地方公共団体と協同するという」国と地方自治体の間の「併立的協同関係が制度的にも成立させられなければならない」としていた。さらに、このように国と地方自治体間の基本的関係を、「対等の地位にある行政主体の併立的協力モデル」として捉えるならば、「地方公共団体の国政参加」は、「必然的に導き出されることになる²⁹⁶⁾」としていた。

国政への地方自治体の参加については、国会の立法権を侵害する恐れがあるのではないかとの指摘がある。しかし、2011年4月に国会への報告と協議の場の構成員の協議結果尊重義務を内容とする『国と地方の協議の場に関する法律』が成立し、第1章第2節4で述べたとおり、協議が開始された。

兼子仁氏は、国と地方の協議の場に関する法律の活用について「地域で住民協働の統治責任をもつ各自治体が真に“地域自治”を担うためには、併せてその全体が国と協働して、地方自治にかかわる国政や国家法制を決めていくのでなくてはならない」としている²⁹⁷。さらに「国の自治法制づくりが地方六団体の協働責任になった」として「地方六団体の内部における総合調整的努力がこれまでにまして強く求められる」としている。

現在のところ、国と地方の協議の場は、社会保障・税一体改革分科会を含めて、一定の機能を果たしているといえよう。

(3) 具体的な国と地方の協議の成果

本論文の関連でいえば、国保の広域化及び乳幼児医療費助成事業を含む地方単独事業について、下記のような一連の動きの中で、国と地方の協議の場が活用されたといえる。

1) 国保の広域化に関する国と地方の協議

国保の都道府県単位化については、高齢者医療改革会議の最終とりまとめの方針に基づき、厚生労働省と地方の協議の場を設けて、第二段階に向けて国保の運営のあり方等について具体的な検討を行うこととし、2011年2月「国民健康保険制度の基盤強化に関する国と地方の協議」が設置された。この協議の場の設置の経緯とその役割については、第7章第2節で、当時全国知事会社会文教常任委員長として高齢者医療改革会議に参加していた神田真秋氏（当時愛知県知事）へのインタビューで明らかにした。事務レベルのワーキンググループの協議が数回開催された後、政務レベルの第1回協議が、2011年10月に開催されたが、進展はなかった。

一方で、2011年12月20日の「国と地方の協議の場」第3回臨時会合で、年少扶養控除の廃止等による地方増収分の使途に、国保の国定率負担から調整交付金2%分を都道府県調整交付金へ移すことが合意された。

さらに、この合意を受けて2012年1月24日の第2回国民健康保険制度の基盤強化に関する協議において、保険財政共同安定化事業の対象医療費の拡大等が合意された。

国は、同協議での地方との合意を得て、2012年2月3日に国保法の一部を改正する法律案を第180回国会に提出し、同改正法は2012年4月成立した。その結果、2015年度から保険財政共同安定化事業の事業対象がすべての医療費に拡大されることとなった。

一方、2012年2月17日閣議決定された社会保障・税一体改革大綱では、後期高齢者医療制度の見直しについて、「関係者の理解を得た上で、平成24年通常国会に後期高齢者医療制度廃止に向けた見直しのための法案を提出する」としていたが、民主・自民・公明3党の提案で成立した「社会保障制度改革推進法」では、「社会保障制度改革国民会議において検討し、結論を得ること」（同法第6条）とされ、事実上「死に体」となった。

2) 地方単独事業に関する国と地方の協議

一方2011年12月29日の「国と地方の協議の場」第5回臨時会合において、社会保障・税一体改革の消費税込（国・地方）の配分に関して、初めて国の社会保障に地方単独事業が次のように位置づけられた。すなわち「全国レベルのセーフティネットである国の制度と地域の実情などに応じたきめ細かなセーフティネットである地方単独事業の2つのセーフティネットが組み合わさることによって社会保障制度全体が持続可能なものとなっていくとの認識を共有した上で、消費税込（国・地方）を主たる財源として安定財源を確保すること」とした^{注4)}。具体的には「地方単独事業の一つ一つについて個々に精査を重ねる

よりも、一定の基準を設けつつ、地域の判断を尊重した上で定量的な整理に努めることが求められる」とし、「地方財政計画や地方交付税における需要額をメルクマールとして『制度として確立された』地方単独事業を定量的に整理する。」こととされた^{注5)}。

金額的には、年金・医療・介護・少子化の社会保障4分野及び4分野に則った範囲として、義務教育就学前分の乳幼児医療費を含む2,6兆円に相当する地方単独事業分が国と地方の配分の積算基礎とされ、地方消費税と地方交付税で地方に配分されることとなった^{注6)}。

ただし、算定の基礎とされただけで、個別の単独事業が認められたわけではなく、国は乳幼児医療助成に対する国庫負担の削減が廃止されるわけではないとしている^{注7)}。

しかし地方自治体側は、国と地方の協議の場を通じて地方単独事業の役割が認められたとして、国への要求を強める方向である^{注8)}。

3) 企画・立案段階からの国政参加

最後に地方自治体の国政参加についての筆者の見解と期待を述べたい。

筆者は企画・立案段階から、地方も参加する国政参加型の行政主体間協力を構築すべきであると考え。それは、国の統制と地方自治体の自由裁量権の拡大との均衡は、地方自治体の国政への参加により図られるべきであると考えからである。すなわち、国の統制は、従来の行政統制ではなく立法統制（事後的には司法統制も当然ありうる）によるべきであり、地方自治体の裁量権の拡大は、企画・立案権の拡大に及ぶべきだからである。

筆者は国政への地方自治体の参加を、法令の企画・立案段階から行い、その結果を国の法案作成に反映することを慣習法化することが、新しい国・地方自治体間関係のあるべき姿であると考え。これは、『国と地方の協議の場に関する法律』の成立を踏まえたうえで、その実質強化を図ろうとするものである。共管領域において、機能分担論とは異なり、企画・立案、執行、監督、評価の各段階で国と地方の役割をそれぞれ分担すべきとするものである。

注釈

注1) 地方分権一括法による改正前の地方自治法には、市町村長が主務大臣及び知事から包括的な指揮監督を受けること(旧150条)、市町村長が処理する国又は都道府県の事務に係る知事の取消・停止権(旧151条)、知事はその権限にかかる事務を市町村長に委任できること(旧153条2項)、知事の権限にかかる事務を市町村の職員をして補助執行できること(旧153条3項)などの機関委任事務に関する規定があった。条例による事務処理の特例の制度は、旧153条2項の「機関委任による制度の活用の実態を引き継ぐことも勘案しつつ」、「都道府県の事務権限を市町村に再配分すること」を趣旨目的とする制度である。松本英昭『要説地方自治法〔第五次改訂版〕』ぎょうせい、603頁、2007

注2) 平成22年10月25日第11回高齢者医療制度改革会議資料2-1「医療費等の将来見通し及び財政影響試算のポイント」7頁では、新制度における制度改正の影響として、2025年度における影響額は、国500億円減、都道府県200億円増、市町村1000億円増トータルで公費700億円増となっている。

注3) 本稿執筆現在の審査事例は、横浜市による日本中央競馬会の場外馬券売り場への新課税(勝馬投票券発売税)に対して総務大臣が不同意とした件(2001年4月)のみである。

注4) 平成23年12月26日国と地方の協議の場第4回臨時会議事録川端達夫総務大臣発言、

同内閣府・総務省・財務相・厚生労働省提出資料参照

<http://www.cas.go.jp/jp/seisaku/kyouginoba/rinji4/siryol.pdf>, 2012. 10. 15

注5) 前掲注3) 4 府省提出資料参照

注6) 他の対象事業や積算の根拠・算定方法については、平成24年5月25日衆議院社会保障と税の一体改革に関する特別委員会の松本純委員に対する川端達夫総務大臣答弁参照

注7) 平成24年5月31日衆議院社会保障と税の一体改革に関する特別委員会における谷公一委員の「乳幼児医療助成に対する国庫補助のカットをやめるべき」という質問に対する小宮山厚生労働大臣の「中長期的な課題として受けとめる」という答弁参照

注8) 平成23年12月29日全国知事会「国と地方の協議の場（第5回臨時会合）」について共同記者会見概要山田全国知事会長発言「例えば、乳幼児医療を一所懸命やると、国保でペナルティが来るんですよ。国からの負担金が、減らされるんですよ。そういうふうに、『やるな』みたいな話をやっていたんですね。しかし、今回、地方として単独事業の役割が認められたわけですから、我々はこうした制度についても果敢に物言いできますよ。」参照。 <http://www.ngagr.jp/news/h231229kaikengaito.pdf>, 2012. 10. 15

おわりに

本研究の意義は第一に、地方分権改革による国の立法権の制約と機関委任事務の全廃による地方自治体の法解釈自治権の保障により、政策執行過程における国と地方自治体間の関係が変容し、地方自治体の自律的政策執行により国の政策内容の変容を生じることを、政策対立の新しい類型として「折り合い(分権的類型)」と定義したことである。それにより、従来の「政治的類型」・「財政的類型」との相違を明らかにした。具体的には、医療・福祉行政領域の4つの事例調査により、第一次分権改革以降の政策において「折り合い(分権的類型)」が生じた事例を明らかにしたことである。

第二に、地方分権改革の進展による国の立法権の制約から、自治事務にかかる法律の規定を枠組み的なものにとどめ、事務処理の基準や方法・手続きなどは地方自治体に委ねるという立法方針が取られる傾向が続く以上、今後の医療・福祉政策の検討においては、立法過程や財政措置に加えて、執行過程の分析の重要性が増すことを明らかにした点である。

第三に、地方分権とナショナルミニマムの緊張関係について、国と地方自治体が共に社会保障の責務を負っていることから、ナショナルミニマムの水準設定に、国と地方の協議の場を通じて、地方自治体の意思を反映すべきことの重要性を提示したことである。

第四は、地方自治体の企画・立案段階からの国政参加の進展を、国と地方の協議の場における国保の広域化や医療費助成事業などの地方単独事業の社会保障・税一体改革への反映を通じて明らかにした点である。具体的には、国保の広域化についての地方自治体側の国費投入の要望が、2つの国と地方の協議の場を通じて、社会保障・税一体改革に反映された。

限界は、第一に筆者の能力不足により、国と地方自治体の社会保障の財政責任の規律に関連して、税財政問題について検討できなかった点である。地方分権改革に地方財源の充実は不可欠であり、三位一体改革や地域戦略交付金などの改革の取り組みも行われているが、その分析も含め、地方財政の運営の自由度を高めることが、自律的な医療福祉政策の展開に及ぼす影響についての検討が求められる。

第二に、「政治的類型」「財政的類型」「折り合い(分権的類型)」については、他の行政分野においても、適用できるのかどうかについては、「折り合い(分権的類型)」の要件が医療・福祉に限定するものではないことから、可能性はあるといえる。しかし、本研究では他分野については調査検討しておらず、今後の検討課題としたい。

第三に、市町村調査は悉皆調査ではなく、特にグループ別では回答数も少なく、保険者規模別・保険財政運営状況別の調査結果を一般化できない点である。今後の研究の課題としたい。

引用文献

- 1 田村誠「なぜ多くの一般市民が医療格差導入に反対するのか」『社会保険旬報』No.2192、11頁、2003
- 2 堤修三『介護保険の意味論』中央法規、154頁、2010
- 3 西尾勝『行政学叢書5 地方分権改革』東京大学出版会、67-68頁、2007
- 4 磯崎初仁「法令の規律密度と自治立法権」ジュリスト No.1396、146頁、2010
- 5 大森彌「市町村と保健福祉の計画行政」大森彌・村川浩一編『保健福祉計画とまちづく

-
- り』, 第一法規, 15 頁, 1993
- 6 村松岐夫『地方政治』東京大学出版会、68 頁、1988
- 7 神野直彦「三位一体改革の意義と課題」神野直彦編『三位一体改革と地方財政』学陽書房、8 頁、2006
- 8 栄畑潤『医療保険の構造改革』法研、78-79 頁、2007
- 9 松本英昭『要説地方自治法 [第五次改訂版]』ぎょうせい、147 頁、152-152 頁、2007
- 10 松本英昭『新版逐条地方自治法 [第六次改訂版]』学陽書房、1205 頁、2011
- 11 西尾勝『行政学叢書 5 地方分権改革』東京大学出版会、68 頁、2007
- 12 西尾勝『行政学叢書 5 地方分権改革』東京大学出版会、122-123 頁、2007
- 13 宮脇淳『創造的政策としての地方分権』岩波書店、22-23 頁、2010
- 14 小笠原浩一「補論 基礎構造改革と分権化」小笠原浩一・武川正吾編『福祉国家の変貌』東信堂、170 頁、2002
- 15 辻山幸宣『『機関委任事務』概念の再検討』ジュリスト増刊総合特集 29 号『行政の転換期』、188 頁、1983
- 16 長野士郎『逐条地方自治法』九訂版、学陽書房、414 頁、1976
- 17 辻山幸宣『『機関委任事務』概念の再検討』ジュリスト増刊総合特集 29 号『行政の転換期』、189 頁、1983
- 18 辻山幸宣『『機関委任事務』概念の再検討』ジュリスト増刊総合特集 29 号『行政の転換期』、191-192 頁、1983
- 19 宮崎伸光「自治の担い手」森田朗・大西隆・植田和弘・神野直彦・刈谷剛彦・大沢真理編『分権と自治のデザイン』有斐閣、138 頁、2003、辻山幸宣「『機関委任事務』概念の再検討」ジュリスト増刊総合特集 29 号『行政の転換期』、189 頁、1983
- 20 兼子仁『新地方自治法』岩波新書、39 頁、1999
- 21 西尾勝『行政学の基礎概念』東京大学出版会、395-399 頁、1990、新藤宗幸・武智秀之「福祉国家における政府間関係」社会保障研究所編『福祉国家の政府間関係』東京大学出版会、7 頁、1992
- 22 兼子仁『変革期の地方自治法』岩波新書、34-37 頁、2012
- 23 吉原健二・和田勝『日本医療保険制度史【増補改訂版】』東洋経済新報社、604 頁
- 24 荒木誠之『社会保障読本第 3 版』有斐閣、7 頁、2002
- 25 荒木誠之『社会保障読本第 3 版』有斐閣、8 頁、2002
- 26 菊池馨実『社会保障の法理念』有斐閣、4 頁、2000
- 27 良永彌太郎「地方自治と社会保障法」日本社会保障法学会誌 4 号、14 頁、1989
- 28 宇賀克也『地方自治法概説 第 4 版』有斐閣、93-94 頁、2011
- 29 西尾勝『地方分権改革』東京大学出版会、243 頁、2007
- 30 本田滝夫「地方分権と福祉行政」『季刊地方自治』1 号、69 頁、2000
- 31 良永彌太郎「地方自治と社会保障法」日本社会保障法学会誌 4 号、18 頁、1989
- 32 良永彌太郎「地方自治と社会保障法」日本社会保障法学会誌 4 号、18-19 頁、1989
- 33 塩野宏「社会福祉行政における国と地方公共団体の関係」『国と地方公共団体』有斐閣、134 頁、1990
- 34 江口隆裕「社会福祉の実施体制を考える」『社会保障の基本原理を考える』有斐閣、45 頁、1996
- 35 佐藤進『社会福祉の法と行財政』勁草書房、185 頁、1980
- 36 小川政亮『社会事業法制』41 頁、1973
- 37 小川政亮『社会事業法制』42 頁、1973
- 38 小川政亮「福祉をめぐる法制の仕組みと動向」ジュリスト 537 号臨時増刊、104 頁、1973
- 39 河野正輝「社会福祉」園部逸夫ほか編『社会保障行政法』有斐閣、614 頁、1980

-
- 40 大森彌「比較視座における『地方政府』の研究」大森彌・佐藤清三郎編『日本の地方政府』東京大学出版会、32 頁、1986
- 41 宮崎伸光「自治の担い手」森田朗・大西隆・植田和弘・神野直彦・刈谷剛彦・大沢真理編『分権と自治のデザイン』有斐閣、138 頁、2003
- 42 西尾勝『地方分権改革』東京大学出版会、243 頁、2007
- 43 辻山幸宣「機関委任事務廃止の意味」日本地方自治学会編『機関委任事務と地方自治』敬文堂、72 頁、1997
- 44 塩野宏「社会福祉行政における国と地方公共団体の関係」『国と地方公共団体』有斐閣、163 頁、1990
- 45 塩野宏「社会福祉行政における国と地方公共団体の関係」『国と地方公共団体』有斐閣、171 頁、1990
- 46 二宮厚美「福祉国家型地方自治とナショナルミニマム」二宮厚美・田中章史『福祉国家型地方自治と公務労働』大月書店、208 頁、2011
- 47 西尾勝『行政学の基礎概念』東京大学出版会、395-399 頁、1990、新藤宗幸・武智秀之「福祉国家における政府間関係」社会保障研究所編『福祉国家の政府間関係』東京大学出版会、7 頁、1992
- 48 西尾勝『行政学の基礎概念』東京大学出版会、420-436 頁、1990
- 49 天川晃「変革の構想：道州制論の文脈」大森彌・佐藤誠三郎編『日本の地方政府』東京大学出版会、118-135 頁、1986
- 50 西尾勝『行政学の基礎概念』東京大学出版会、403 頁、1990
- 51 西尾勝『地方分権改革』東京大学出版会、246-247 頁、2007
- 52 西尾勝『行政学の基礎概念』東京大学出版会、425 頁、1990
- 53 西尾勝『行政学の基礎概念』東京大学出版会、395 頁、1990
- 54 西尾勝『行政学の基礎概念』東京大学出版会、420-421 頁、1990
- 55 村松岐夫『地方自治』東京大学出版会、37-42 頁、1988
- 56 村松岐夫『地方自治』東京大学出版会、180-181 頁、1988
- 57 西尾勝『行政学の基礎概念』東京大学出版会、407-408 頁、1990
- 58 西尾勝『行政学の基礎概念』東京大学出版会、433-434 頁、1990
- 59 曾我謙悟「地方政府の政治学・行政学(三)」『自治研究』74 卷 8 号、106 頁、1998
- 60 塩野宏「社会福祉行政における国と地方公共団体の関係」『国と地方公共団体』有斐閣、147 頁、1990
- 61 西尾勝『行政学の基礎概念』東京大学出版会、434 頁、1990
- 62 市川喜崇「中央-地方関係史のなかの分権改革-福祉国家における集権と分権-」『季刊行政管理研究』No. 112、11 頁、2005
- 63 市川喜崇「中央-地方関係史のなかの分権改革-福祉国家における集権と分権-」『季刊行政管理研究』No. 112、11 頁、2005
- 64 晴山一穂「中央・地方関係と機能分担論」『都市問題』79 卷 (1)、47-48 頁、東京市政調査会、1988
- 65 成田頼明「行政における機能分担 (上)」『自治研究』第 51 卷第 9 号、19-20 頁、1975
- 66 二宮厚美『福祉国家型地方自治と公務労働』大月書店、181、189 頁、2011
- 67 村松岐夫「日本における地方分権論の本質」日本行政学会編『分権改革-その特質と課題』ぎょうせい、18 頁、1996
- 68 加茂利男「現代地方分権論の文脈」日本地方自治学会編『現代の分権化 (地方自治叢書 8)』敬文堂、32-46 頁、1995
- 69 人見剛発言、小早川光郎・小幡純子編『新しい地方自治・地方分権』ジュリスト増刊、55 頁、2000
- 70 砂原庸介 前掲「国と地方の権限配分についての論点整理」、85 頁、2006

-
- 71 佐藤文俊「地方分権一括法の成立と地方自治法の改正」『自治研究』第76巻第2号、88頁、2000
- 72 鈴木庸夫「地方公共団体の役割及び事務」ジュリスト増刊『あたらしい地方自治・地方分権』有斐閣、66頁、2000
- 73 西尾勝『行政学叢書5 地方分権改革』東京大学出版会、67-68頁、2007
- 74 西尾勝『行政学叢書5 地方分権改革』東京大学出版会、68頁、2007
- 75 西尾勝『行政学叢書5 地方分権改革』東京大学出版会、68頁、2007
- 76 西尾勝『行政学叢書5 地方分権改革』東京大学出版会、68頁、2007
- 77 兼子仁『新地方自治法』岩波新書、200頁、1999
- 78 松本英昭 前掲『要説地方自治法〔第五次改訂版〕』ぎょうせい、542頁、2007
- 79 松本英昭 前掲『要説地方自治法〔第五次改訂版〕』ぎょうせい、537頁、2007
- 80 成田頼明「改正自治法の争点をめぐって」『自治研究』75巻9号、6頁、1999
- 81 鈴木庸夫「地方公共団体の役割及び事務」ジュリスト増刊『あたらしい地方自治・地方分権』有斐閣、63頁、2000
- 82 北村善宣『分権改革と条例』弘文堂、122頁、2004
- 83 成田頼明「改正自治法の争点をめぐって」『自治研究』75巻9号、8頁、1999
- 84 北村善宣『分権改革と条例』弘文堂、60頁、2004
- 85 小早川光郎「地方分権改革」日本公法学会編『公法研究』62号、177頁、2000
- 86 本田滝夫「地方分権と福祉行政」『季刊地方自治』第1号、72頁、2000
- 87 西尾勝『地方分権改革』東京大学出版会、83頁、2007
- 88 西尾勝『行政学〔新版〕』有斐閣、94頁、2001
- 89 西尾勝『行政学叢書5 地方分権改革』東京大学出版会、234頁、2007
- 90 西尾勝『行政学叢書5 地方分権改革』東京大学出版会、240-241頁、2007
- 91 宇賀克也『地方自治法概説〔第4版〕』有斐閣、108頁、2011
- 92 金井利之「福祉国家の政府間関係の再編—第一次分権改革の改革路線の選択」武智秀之編『福祉国家のガヴァナンス』ミネルヴァ書房、109-142頁、2003
- 93 市川喜崇「中央—地方関係史のなかの分権改革—福祉国家における集権と分権—」『季刊行政管理研究』No. 112、4-20頁、2005
- 94 金井利之「社会福祉サービスにおける政府間役割分担」社会福祉研究第96号、52頁、鉄道弘済会、2006
- 95 西尾勝『行政学叢書5 地方分権改革』東京大学出版会、68頁、2007
- 96 兼子仁『新地方自治法』岩波新書、201頁、1999
- 97 西尾勝『地方分権改革』東京大学出版会、195頁、2007
- 98 宮脇淳『創造的政策としての地方分権』岩波書店、61頁、2010
- 99 西尾勝『行政学叢書5 地方分権改革』東京大学出版会、260頁、2007
- 100 宇賀克也『地方自治法概説第4版』有斐閣、193-198頁、2011
- 101 新田一郎・上坊勝則・森川世紀「『地域主権』関連三法について」『地方自治』764号、66、88頁、2011
- 102 西尾勝『地方分権改革』東京大学出版会、64-65頁、2007
- 103 右田紀久恵「地方分権下における地域福祉と住民参加」『社会福祉研究選書②自治型地域福祉の理論』ミネルヴァ書房、246、250頁、2005
- 104 玉野和志「コミュニティからパートナーシップへ」羽貝正美編著『自治と参加・協働』学芸出版社、45頁、2007
- 105 玉野和志「コミュニティからパートナーシップへ」羽貝正美編著『自治と参加・協働』学芸出版社、40、45頁、2007
- 106 本田滝夫「分権改革の展開とナショナルミニマム」法律時報84巻3号、6頁、2012
- 107 荒木誠之『社会保障読本〔第3版〕』有斐閣選書、249-250頁、2002
- 108 荒木誠之『社会保障読本〔第3版〕』有斐閣選書、250頁、2002

-
- 109 堀勝洋『社会保障法総論第2版』東京大学出版会、30頁、2004
- 110 佐藤功『憲法(上)[新版](ポケット注釈全書)』有斐閣、433頁、1983
- 111 尾形健「憲法と社会保障の交錯」『季刊・社会保障研究』Vol.41No.4、330頁、2006
- 112 高藤昭『社会保障法の基本原理と構造』法政大学出版会、25頁、43-47頁、336頁、1994
- 113 西村健一郎『社会保障法』有斐閣、17頁、2003
- 114 菊池馨実『社会保障法制の将来構想』有斐閣、37-38頁、2010
- 115 堤修三「社会連帯の喪失」『介護保険情報』141号、社会保険研究所、75頁、2011
- 116 岩田正美「『社会保障の一体的見直し』とナショナルミニマム」『社会保障法』第22号、110-124頁、2007
- 117 地方分権改革会議「事務・事業の在り方に関する意見―自主・自立の地域社会をめざして―」2002年10月30日、3頁
- 118 堀勝洋『社会保障法総論 第2版』東京大学出版会、2004、51-52頁、菊池馨実『社会保障の法理念』有斐閣2004、205頁注(73)
- 119 二木立『医療改革』勁草書房、46頁、2007、『医療改革と病院』勁草書房、15-16頁2004
- 120 菊池馨実「ナショナルミニマム都地方分権」『月刊自治フォーラム』No.611、8-9頁、2010年
- 121 西尾勝「分権改革は『ナショナルミニマム』の全面的な見直しを要求する」『都市問題』第96巻第5号25-29頁、東京市政調査会、2005
- 122 島崎謙治「憲法と社会保障の実施責任・財政責任の規律」『季刊社会保障研究』Vol.41 No.4、360-361頁、2006
- 123 池上岳彦「ナショナルミニマムと地方交付税」『月刊自治研』45(522)、自治労出版センター、45頁、2003
- 124 池上岳彦「ナショナルミニマムと地方交付税」『月刊自治研』45(522)、自治労出版センター、45頁、2003
- 125 池上岳彦 前掲『分権化と地方財政』岩波書店、80頁、185-187頁、2004
- 126 二宮厚美「福祉国家型地方自治とナショナルミニマム保障」二宮厚美・田中章史『福祉国家型地方自治と公務労働』大月書店、218頁、2011
- 127 島崎謙治「憲法と社会保障の実施責任・財政責任の規律」『季刊社会保障研究』Vol.41 No.4、357-358頁、2006
- 128 佐藤幸治『憲法[第3版]』青林書院、397頁、267頁、1995
- 129 杉原泰雄『地方自治の憲法論[補訂版]』勁草書房、51-54頁、146-152頁、171-180頁、2008
- 130 台豊「社会保障に関する地方公共団体の憲法上の責務について」『季刊社会保障研究』Vol.39、No.4、443頁注24)、2004
- 131 菊池馨実『社会保障の法理念』有斐閣、15頁、2004
- 132 島崎謙治「憲法と社会保障の実施責任・財政責任の規律」『季刊社会保障研究』Vol.41 No.4、353頁、2006
- 133 松本英明『新版 逐条地方自治法(第二次改訂版)』学陽書房、13頁、2004
- 134 島崎謙治「憲法と社会保障の実施責任・財政責任の規律」『季刊社会保障研究』Vol.41 No.4、359頁、2006
- 135 台豊 前掲「社会保障に関する地方公共団体の憲法上の責務について」、437-445頁
- 136 島崎謙治 前掲「社会保障の規範的基礎付けと憲法」、358-359頁
- 137 杉原泰雄『地方自治の憲法論―充実した地方自治を求めて』勁草書房、51-54頁、2002
- 138 二宮厚美「福祉国家型地方自治とナショナルミニマム保障」二宮厚美・田中章史『福祉国家型地方自治と公務労働』大月書店、130、145-146、150-153頁、2011
- 139 松本英昭『要説地方自治法[第五次改訂版]』ぎょうせい、157-159、180頁、2007

-
- 140 亀掛川浩「機関委任事務の沿革」『都市問題』60 卷 4 号、18 頁、1969
- 141 矢野浩一郎『地方財政制度』（8 次改訂版）学陽書房、183 頁 2007
- 142 西尾勝『行政学』有斐閣、80 頁、2005
- 143 西尾勝『行政学』有斐閣、81-82 頁、2005
- 144 新藤兵「地方分権『改革』と自治体運動」渡辺治・後藤道夫編『日本社会の対抗と構想』大月書店、323-324 頁、1997
- 145 新藤宗幸『行政改革と現代政治』岩波書店、30-31 頁、1986
- 146 市川喜崇「ナショナルミニマムと地方分権 国と地方の責務はどうあるべきか」『月刊自治研』Vol.52、No608、2010
- 147 宮脇淳『創造的政策としての地方分権』岩波書店、22-23 頁、2010
- 148 北山俊哉「日本の地方自治の発展」村松岐夫編『テキストブック地方自治(第 2 版)』東洋経済新報社、26-27 頁、2010
- 149 村松岐夫『地方自治』東京大学出版会、162 頁、1988
- 150 村松岐夫『地方自治』東京大学出版会、162-163 頁、1988
- 151 村松岐夫『地方自治』東京大学出版会、163 頁、1988
- 152 村松岐夫『地方自治』東京大学出版会、187 頁、1988
- 153 村松岐夫『地方自治』東京大学出版会、162 頁、1988
- 154 村松岐夫『地方自治』東京大学出版会、164 頁、1988
- 155 村松岐夫『地方自治』東京大学出版会、167-168 頁、1988
- 156 北山俊哉「日本の地方自治の発展」村松岐夫編『テキストブック地方自治(第 2 版)』東洋経済新報社、27-28 頁、2010
- 157 高寄昇三『新・地方自治の財政学』勁草書房、34-35 頁、1998. 北山俊哉「日本の地方自治の発展」村松岐夫編『テキストブック地方自治(第 2 版)』東洋経済新報社、28 頁、2010
- 158 高寄昇三『新・地方自治の財政学』勁草書房、36 頁、1998
- 159 塩野宏「社会福祉行政における国と地方公共団体の関係」『国と地方公共団体』有斐閣、156 頁、1990
- 160 堀勝洋『社会福祉の戦略的課題』中央法規出版、6-9 頁、1987
- 161 沼尾波子「福祉政策と費用負担」村松岐夫編『テキストブック地方自治(第 2 版)』東洋経済新報社、211 頁、2010
- 162 佐藤進『社会福祉の法と行財政』勁草書房、187 頁、1980
- 163 塩野宏「社会福祉行政における国と地方公共団体の関係」有斐閣『国と地方公共団体』156 頁、1990
- 164 国民保険協会編『国民健康保険小史』139-140 頁、1948
- 165 新田秀樹『国民健康保険の保険者』信山社、17 頁注 16)、2009
- 166 内務省社会局「国民健康保険制度の概要」『医海時報』2083 号、13 頁、1934
- 167 新田秀樹『国民健康保険の保険者』信山社、61 頁、211 頁 2009
- 168 厚生省保健局国民健康保険課編『改訂詳解国民健康保険』国民健康保険調査会、584 頁、1962
- 169 新田秀樹『国民健康保険の保険者』信山社、114 頁、2009
- 170 新田秀樹『国民健康保険の保険者』信山社、64-73、211 頁、2009、中静未知『医療保険の行政と政治』吉川弘文館。211 頁
- 171 『新・国民健康保険基礎講座』社会保険実務研究所、23-24 頁、2010
- 172 吉原健二・和田勝前掲書 129 頁
- 173 吉原健二・和田勝前掲書 165 頁
- 174 厚生省保健局国民健康保険課編『改訂詳解国民健康保険』国民健康保険調査会、364-379 頁、1962
- 175 社会保険実務研究所編『新・国民健康保険基礎講座』社会保険実務研究所、35 頁、2010

-
- 176 塩野宏「社会福祉行政における国と地方公共団体の関係」『日本の法と福祉』東京大学出版会、334 頁、1984、芝池義一「福祉行政事務の地方移譲の法的問題点」『広域行政と府県』敬文堂、100-101 頁、1990
- 177 『新・国民健康保険基礎講座』社会保険実務研究所、114 頁、2010
- 178 大牟羅良・菊池武雄『荒廃する農村と医療』岩波新書、161 頁、1971
- 179 大牟羅良・菊池武雄 前掲書 162 頁
- 180 前田信雄『岩手県沢内村の医療』日本評論社、55-56 頁、1983
- 181 大牟羅良・菊池武雄 前掲書 170-171 頁
- 182 厚生省保険局国民健康保険課編『改訂詳解国民健康保険』国民健康保険調査会、783-784 頁、797 頁、1972
- 183 前田信雄 前掲書 56-57 頁、1983
- 184 前田信雄 前掲書 60 頁、1983
- 185 前田信雄 前掲書 60 頁、1983
- 186 厚生省保険局国民健康保険課編『改訂詳解国民健康保険』国民健康保険調査会、748-750 頁、1972
- 187 前田信雄 前掲書 61-62 頁、1983
- 188 前田信雄 前掲書 65-66 頁、1983
- 189 増田進「『住民の生命を守る村』自戦記」『沢内村奮戦記』75 頁、1983
- 190 ジョン・キャンベル『日本政府と高齢化社会』中央法規、171 頁、1995
- 191 ジョン・キャンベル『日本政府と高齢化社会』中央法規、171 頁、1995
- 192 児島美都子「自治体における老人医療費無料化の現状」『日本福祉大学社会福祉研究所年報』第 5 号、37-38 頁、1972
- 193 児島美都子「自治体における老人医療費無料化の現状」『日本福祉大学社会福祉研究所年報』第 5 号、38 頁、1972
- 194 田中宏「老人医療の実施に伴う国民健康保険の対応策について」『国民健康保険』国保中央会、1972 年 8 月号、4 頁、
- 195 村松岐夫『地方自治』東京大学出版会、72 頁、1988
- 196 田中宏「老人医療の実施に伴う国民健康保険の対応策について」『国民健康保険』国保中央会、1972 年 8 月号、3 頁
- 197 ジョン・キャンベル『日本政府と高齢化社会』中央法規、216 頁、1995
- 198 ジョン・キャンベル『日本政府と高齢化社会』中央法規、217 頁、1995
- 199 児島美都子「自治体における老人医療費無料化の現状」『日本福祉大学社会福祉研究所年報』第 5 号、36-37 頁、1972
- 200 鍋谷建雄「財政調整交付金の昭和 48 年度における改正点と交付喧嘩の分析（上）」『国民健康保険（昭和 49 年 7 月号）』国民健康保険中央会、9-10 頁、1974
- 201 「ニュースの目」、週刊社会保障、Vol.28. No.775、35 頁、1974
- 202 萩生田松蔵「岩手県における国保乳児十割給付の状況」『国民健康保険』1973 年 2 月号、10 頁
- 203 萩生田松蔵「岩手県における国保乳児十割給付の状況」『国民健康保険』1973 年 2 月号、12 頁
- 204 萩生田松蔵「岩手県における国保乳児十割給付の状況」『国民健康保険』1973 年 2 月号、13-14 頁
- 205 今田吉昭「東京都で乳幼児医療費が無料化へ」『前衛』629 号、日本共産党、22 頁、1993
- 206 西川雅史「乳幼児医療制度の一考察（上）」『青山経済論集』Vol. 62、No. 3、201 頁、2010
- 207 新藤宗之・阿部斉『概説 日本の地方自治 [第 2 版]』東京大学出版会、143 頁、2006
- 208 高寄昇三『新・地方自治の財政学』勁草書房、25 頁、1998
- 209 首藤堯『地方財政の知識』日本経済新聞社、128 頁、1969
- 210 高寄昇三『新・地方自治の財政学』勁草書房、36 頁、1998

-
- 211 坂田周一「社会福祉の制度運営と財政」『講座戦後社会福祉の総括と21世紀への展望Ⅲ政策と制度』ドメス出版、163頁、2002
- 212 坂田周一 前掲「社会福祉の制度運営と財政」173頁
- 213 御船洋「福祉財政をめぐる政府間関係」社会保障研究所編『福祉国家の政府間関係』東京大学出版会、222頁、1992
- 214 御船洋 前掲「福祉財政をめぐる政府間関係」222-223頁
- 215 古川孝順「社会福祉政策の再編と課題」『講座戦後社会福祉の総括と21世紀への展望Ⅲ政策と制度』ドメス出版、318頁、2002
- 216 沢井勝「新地方自治時代の自治体のあり方」『地域福祉と自治体行政』ぎょうせい、4頁、2002。
- 217 辻山幸宣「福祉行政をめぐる分権と統制」社会保障研究所編『福祉国家の政府間関係』東京大学出版会、193-194頁、198頁、1992
- 218 芝池義一「福祉行政事務の地方移譲の法的問題点」『広域行政と府県』日本地方自治学会、102-103頁、1990
- 219 辻山幸宣 前掲書 198-199頁
- 220 柄本一三郎「社会福祉計画と政府間関係」『講座戦後社会福祉の総括と21世紀への展望Ⅲ政策と制度』ドメス出版、114-117頁、2002。
- 221 唐沢剛「自治体の老人保健福祉計画」『福祉国家の政府間関係』社会保障研究所、284頁、1992
- 222 日高昭夫 前掲書 102-103頁
- 223 里見賢治「新介護保障システムと公費負担方式」里見賢治・二木立・伊東敬文『公的介護保険に異議あり』ミネルヴァ書房、1996。16頁
- 224 日高昭夫 前掲書 101頁
- 225 良永彌太郎「費用負担と財政」河野正輝・良永彌太郎・阿部和光・石橋敏郎編『社会保険改革の法理と将来像』法律文化社、126頁、140頁注2)、2010
- 226 島崎謙治『日本の医療』東京大学出版会、65頁、2011
- 227 吉原健二・和田勝『日本医療保険制度史【増補改訂版】』東洋経済新報社、313-314頁、2008
- 228 吉原健二前掲『老人保健法の解説』272頁
- 229 吉原健二前掲『老人保健法の解説』30頁
- 230 「老人保健地方単独事業の状況(上)」週刊社会保障、No.1215、20頁、1983
- 231 「老人保健地方単独事業の状況(上)」週刊社会保障、No.1215、20頁、1983
- 232 「老人保健地方単独事業の状況(上)」週刊社会保障、No.1215、19頁、1983
- 233 「老人保健地方単独事業の状況(上)」週刊社会保障 No.1215、19頁、1983
- 234 前田信雄『岩手県沢内村の医療』日本評論社、279-280頁、1983
- 235 「老人保健地方単独事業の状況(下)」週刊社会保障 No.1215、21頁、1983
- 236 前田信雄『岩手県沢内村の医療』日本評論社、280頁、1983
- 237 良永彌太郎「費用負担と財政」河野正輝・良永彌太郎・阿部和光・石橋敏郎編『社会保険改革の法理と将来像』法律文化社、126頁、2010
- 238 吉原健二・和田勝『日本医療保険制度史【増補改訂版】』東洋経済新報社、608-609頁、2008
- 239 村松岐夫『地方自治』東京大学出版会、142-143頁、1988
- 240 厚生省保険局国民健康保険課編『改訂詳解国民健康保険』国民健康保険調査会、966頁、990-991頁、1972
- 241 新田秀樹『社会保障改革の視座』信山社、262頁、2000
- 242 新田秀樹『社会保障改革の視座』信山社、262-263頁、2000

-
- 243 栄畑潤『医療保険の構造改革 平成 18 年改革の軌跡とポイント』法研、60-61 頁、2007
- 244 西尾勝『行政学の基礎概念』東京大学出版会、432-433 頁、1990
- 245 栄畑潤『医療保険の構造改革 平成 18 年改革の軌跡とポイント』法研、65-67 頁、2007
- 246 栄畑潤『医療保険の構造改革 平成 18 年改革の軌跡とポイント』法研、61 頁、2007
- 247 新田秀樹「地方分権と医療制度改革」日本社会保障法学会編『社会保障法』第 27 号、62 頁、2012
- 248 横川正平「地方分権の進展が医療費適正化計画の療養病床削減策に与えた影響に関する研究」『日本医療・病院管理学会誌』第 47 巻第 3 号、142 頁、2010
- 249 島崎謙治 前掲『日本の医療 制度と政策』375 頁
- 250 遠藤宏・神田裕二「介護保険法案の作成をめぐる」『法政研究』第 66 巻 4 号、1802 頁、2000
- 251 堤修三『介護保険の意味論』中央法規、145 頁、2010
- 252 堤修三『介護保険の意味論』中央法規、62 頁、2010
- 253 新田秀樹「介護保険制度における市町村の責任」『法政論集』199 号、32-33 頁、1999
- 254 伊藤周平『介護保険法と権利保障』法律文化社、64-65 頁、2008
- 255 中野妙子「介護保険法及び障害者自立支援法と契約」『季刊社会保障研究』第 45 巻第 1 号、20-21 頁、2009、伊藤周平『介護保険法と権利保障』法律文化社、65 頁、2008
- 256 伊藤周平『介護保険法と権利保障』法律文化社、92 頁、2008
- 257 伊藤周平『介護保険法と権利保障』法律文化社、260-261 頁、2008
- 258 笠木映理「医療・介護・障害者福祉と地方公共団体」ジュリスト No. 1327、27-28 頁、2007
- 259 堤修三『介護保険の意味論』中央法規、69 頁、201
- 260 『介護保険制度 改正点の解説』社会保障研究所、102 頁、2005
- 261 大森彌「市町村と保健福祉の計画行政」大森彌・村川浩一編『保健福祉計画とまちづくり』、第一法規、15 頁、1993
- 262 「特集 都道府県の計画積み上げ 療養病床削減目標を大幅見直し」、週刊社会保障、No. 2498、40 頁、2008
- 263 栄畑潤『医療保険の構造改革 平成 18 年改革の軌跡とポイント』法研、69-71 頁、2007
- 264 栄畑潤 前掲書 78-79 頁
- 265 西尾勝『地方分権改革』東京大学出版会、67 頁、2007
- 266 栄畑潤 前掲書 126-129 頁
- 267 栄畑潤、前掲書 93-95 頁
- 268 大西証史「医療提供体制の効率化で結果として医療費適正化を」週刊社会保障、No. 2498、41-43 頁、2009
- 269 大西証史 前掲書 43 頁
- 270 大西証史「医療提供体制の効率化で結果として医療費適正化を」週刊社会保障、No. 2498、43 頁、2009
- 271 栄畑潤『医療保険の構造改革 平成 18 年改革の軌跡とポイント』法研、64-67 頁、2007
- 272 全国知事会編集『全国知事会六十年史』161 頁、2007
- 273 全国知事会編集『全国知事会六十年史』161-162 頁、2007
- 274 全国知事会編集『全国知事会六十年史』168-169 頁、2007
- 275 全国知事会編集『全国知事会六十年史』169-170 頁、2007
- 276 御厨貴『オーラル・ヒストリー』中公新書、122-123 頁、2002
- 277 岩本千春「自治体の医療費助成事業にみる助成金による財政の垂直的外部性—乳幼児医療費助成制度を中心に」『公共選択の研究』54 号、51 頁、2010
- 278 社会保険実務研究所『新・国民健康保険基礎講座』253 頁、2010

-
- 279 島崎謙治『日本の医療 制度と政策』東京大学出版会、222 頁、2011
- 280 大沢博「一括交付金制度の概要(上)」『地方財務』2011 年 4 月号、ぎょうせい、94-95 頁、2011
- 281 大島稔彦編著『法令起案マニュアル』ぎょうせい、166 頁、2004
- 282 林修三『法令作成の常識』日本評論社、118 頁、1975
- 283 鈴木庸夫「地方公共団体の役割及び事務」ジュリスト増刊『あたらしい地方自治地方分権』有斐閣、63 頁、2000
- 284 西尾勝『行政学の基礎概念』東京大学出版会、432 - 433 頁、1990
- 285 金井利之「福祉国家の政府間関係の再編—第一次分権改革の改革路線の選択」武智秀之編『福祉国家のガバナンス』ミネルヴァ書房、123 頁、2003
- 286 松本英昭『要説地方自治法 [第五次改訂版]』ぎょうせい、204 頁、2007
- 287 沼尾波子「福祉政策と費用負担」村松岐夫編『テキストブック地方自治』227 頁、2010
- 288 沼尾波子 前掲「福祉政策と費用負担」227-228 頁
- 289 堀勝洋『社会福祉の戦略的課題』中央法規出版、9 頁、1987
- 290 厚生省保健局国民健康保険課編『改訂詳解国民健康保険』国民健康保険調査会、364 - 379 頁、1962
- 291 塩野宏「社会福祉行政における国と地方公共団体の関係」『国と地方公共団体』有斐閣、149 頁、1990
- 292 塩野宏「社会福祉行政における国と地方公共団体の関係」『国と地方公共団体』有斐閣、143-146 頁、1990
- 293 松本英昭『要説地方自治法第五次改訂版』ぎょうせい、150 頁、2007
- 294 松本英昭『要説地方自治法第五次改訂版』ぎょうせい、147, 149 頁、2007
- 295 小泉祐一郎「国の自治体への関与の改革の検証と今後の課題 (下)」『自治総研』通巻 398 号、43-44 頁、2011
- 296 成田頼明「地方公共団体の国政参加(上)」『自治研究』第 55 巻第 9 号、8 頁、1979
- 297 兼子仁『変革期の地方自治法』岩波新書、10-12 頁、2012