

# 「無料低額診療事業の歴史的検討」

## Consideration on History of Free/Low-Cost Medical Services

阿 川 千 尋

Chihiro AGAWA

(日本女子大学大学院人間社会研究科 社会福祉学専攻博士課程前期 1年)

### 要 旨

無料低額診療事業は、生計困難者が無料または低額な料金で診療を受けることができるよう「社会福祉法」に規定されている。社会的認知度は低いが、全国約 620 の医療機関で実施され、毎年延べ 740 万人がこの制度により医療につながっている。

本稿は、明治期における無料低額診療事業の発生から、社会事業として発展し、現在の姿にまで変遷した歴史を検討した。その結果、同事業が、国や事業を求める社会等の要請に合わせて作られ、変容し、そして現在は様々な課題を抱えていることを明らかにした。課題とは、①国からの厳しい事業抑制、②地域偏在が著しい、③生活保護患者が半数以上、という制度上の課題のほか、事業内容の不明瞭、事業団体の組織力の弱さ、社会福祉法人の在り方への批判、もあった。

### [Abstract]

Free/Low-Cost Medical Services are established by Social Welfare Act so that the needy may be provided with medical care free of charge or at low cost. It is hardly recognized by the society, but it is implemented in about 620 hospitals, providing a total of 7.4 million people with medical care every year.

In this thesis, the history of Free/Low-Cost Medical Services is considered how it has been changing since its origin. As a result, it was learned that the service system was established to meet requests by the government and the society, and has various problems today. These are systematic ones; (1) strict service regulation by the government, (2) uneven distribution of services in regional areas, (3) the majority of the service recipients are also on public assistance, and other problems are unclearness of the service contents, insufficient systematic capability of service providers and criticism against social welfare corporations.

## 1. はじめに

### 研究の背景と目的

無料低額診療事業(以下、無低診事業)とは、生計困難者が必要な医療を受ける機会を制限されることのないよう、無料または低額な料金で診療を行う制度のことで、厚生労働省(以下、厚労省)は、その対象を「低所得者、要保護者、ホームレス、DV被害者、人身取引被害者等」としている(厚労省 2008a: 1)。明治期に原型を持つ制度であるが、社会的認知度は低い。

2014(平成26)年に日本の相対的貧困率は16.1%となった。生活困窮状態は拡がり、とりわけ貧困・低所得者層の高齢化が目立つ。高齢者によるニーズ増大にもかかわらず、医療では、「被用者保険等から離脱または排除された人のセーフティネット」(吉永 2015: 121-122)であるべき国

民健康保険が、保険料の高額化と滞納率上昇の悪循環を生じ、生活困窮者にとっての医療保障になり得ていない現実がある。

医療アクセスが困難となった現状で、無低診事業を実施する医療機関と取扱患者数は増加している。同事業の実施機関は、2014年3月末で622あり、取扱患者数は延べ約740万人(厚労省2015)にのぼる。

無低診事業は、社会福祉法第2条第3項に第二種社会福祉事業として規定されており、都道府県または政令・中核都市へ届け出をすれば事業が実施できる。実施主体の定めがないが、社会福祉法人(約6割)と、その他公益法人(約3割)による実施がほとんどを占める(厚労省2008a:1)。これには税優遇が関係している。例えば社会福祉法人は、社会福祉事業を行うことによる本来の税優遇、すなわち住民税・固定資産税の非課税に加え、無低診事業を含む医療保健業が「収益事業に該当しない」<sup>(1)</sup>ことで、法人税の非課税範囲が広がる。公益法人も、「収益事業に該当しない」<sup>(2)</sup>とされた無低診事業を実施することで、本来は課税されるべき法人税・固定資産税が、原則として非課税となる。病院形態の約7割を占める医療法人が、無低診事業へあまり参入していない理由は、厚労省の「税法上の取扱としてメリットがない」(厚労省2008b)という説明で納得できる。

無低診事業を実施する医療機関が組織する団体には2つある。「全国福祉医療施設協議会」(以下、全国医療協)と「全日本民主医療連合会」(以下、民医連)である。全国医療協は、戦前からの社会事業統括機関である全国社会福祉協議会が、各都道府県社協の医療部会に属する医療機関を取りまとめており、国や地方行政と一定の関係を持つことが特徴である。一方、民医連は、戦前の社会主義者が興した無産者診療を起源とし、政治的理念に基づく運動体の要素が強い。

無低診事業の実施機関が税優遇措置を受けるには、厚労省が定めた事業基準、例えば医療費一割以上の減免を受けた者と生活保護患者の合計が全患者の10%以上、等を満たす必要がある。これら厚労省基準を基本とし、各機関は独自に具体的な事業規定を作成している。対象の基準は、月収入が生活保護基準に対する一定の割合以内、とする機関が多い<sup>(3)</sup>。

無低診事業に関わる自治体業務は、「法定受託義務」と解される傾向が強い<sup>(4)</sup>。しかし自治体の中には独自に「特例」基準を定めているところがあり、また第2章6節で述べる、参議院における質問主意書の答弁でも、国は、自治体事務の一部が都道府県等の裁量で決定できる「自治事務」である、との見解を示している(参議院2008b)。以上より、無低診事業に関わる業務は、自治体の裁量権が比較的広いと言えよう。

無低診事業の医療費は、一般に「医療機関の持ち出し」とされているが、前述した法人税、固定資産税等の税優遇があり、会計全体から見た収支の把握が難しい。また近年は、社会福祉法人に対し、財政面の不透明さや規制による経営保護への批判もあり(厚労省2014:13-15)、無低診事業制度の意義も様々な議論がされている。

本稿の目的は、無低診事業が、国や事業を求める社会等の要請に合わせて作られ、変容、そして現存していると仮定し、明治期の同事業の発生から、社会事業として発展、現在の姿にまで変遷する歴史を検討することにある。社会福祉がいかに発展するかといえば、「政治的・経済的・社会的状況を媒介項として」選び取られる(岩田1995:4)。本稿は、「社会福祉の方法は、国民一般のニーズから直接引き出されたもの」ではないという岩田(1995)の研究の視座を援用し、無低

診療事業が形成されていく「媒介項・選びとられる過程」に注意して検討し、その成立の経緯を記述することにある。このことは岩田(1995)が論じる戦後社会福祉の展開を明らかにする一助になると考える。

### 先行研究の検討と研究方法

無低診事業について、戦後社会福祉の展開という枠組で分析した研究は、調べた限り見当たらない。成立形態を限った研究や、現場からの実践報告が多数を占め、特に済生会と民医連の発表論文が多い。

その中で杉山(2015:2014:2011)は、無低診事業の成立過程をたどりつつ、現代医療における問題点、特に国民健康保険の空洞化を指摘している。同事業の歴史と、今日的意義を論じた唯一の研究といえる。しかし、同事業に対する担当省庁をはじめとした国の関与、ならびに戦後の同事業の位置付けについて言及が少ない。

毎年厚生省が、無低診事業の全国調査を行っているが、結果は非公開で、同事業の基本的統計データは乏しい。制度概要は、室田(2009a:2009b)、石井(2011a:2011b)らが詳しく、また吉永(2015:116)は、現代の同事業を「医療ソーシャルワーカーの支援付き医療制度」とし、新たな法整備を提案している。さらに無低診事業抑制論と社会福祉法人問題を述べた吉岡(2012)も注目できるが、いずれの論文も、現在の社会福祉制度における、同事業の位置付けと内包する課題について、検討が不十分である。

本稿では、無低診事業の歴史について、戦前期は、社会事業の展開に関する歴史研究を踏まえ、医療の発達や内外の社会的情勢、さらに国の政策方針などから同事業の発祥・発展を述べ、戦後は、社会福祉政策の発展にともなう同事業の位置付けの変化と、そこに果たした国の役割に着目して述べる。

資料は、内務省・厚生省・中央社会事業協会の社会事業に関する報告ならびに調査結果、厚生省資料、済生会資料、社会事業史、医療史等、加えて戦後史では全国医療協と民医連の報告、ならびに加盟機関に行った実態調査結果も参照する。

本稿の構成は、次の通りである。上述の先行研究と研究の目的・方法を踏まえ、2の「無料低額診療事業の歴史的検討」にて無低診事業の歴史を6期に分けて検討する。3の「むすび」は、前章の歴史的検討から、国の意向に沿って同事業が発展・変化した点を指摘し、現在の課題を示す。さらに今後の研究の方向性も述べる。

## 2. 無料低額診療事業の歴史的検討

### 第1節 済生会の成立と民間救療活動

本節では、貧困者が都市部中心に集住を始める明治維新後から、済生会が成立し民間救療が興った大正期までを扱う。無低診事業に相当する用語としては、前近代より使用されていた「施薬」「施療」が引き続き用いられ、済生会成立前後からは「救療」も頻用された。内務省文献には「医療保護」が多用されている。以上を無低診事業の前史ととらえ、本研究では児島(1997:2-3)の「この時期の医療保護事業とは『救療』あるいは『施療』と同義語と考えてよい」との見解に基づき記述する。

1868(明治元)年、医学の方向性を決めた「洋医学採用の建白書」では、西洋医学の採用に加えて、「…鰥寡孤独貧窮者等に対する特別な医療の途、即ち医療保護の為の施薬施療の方法、並びに行旅病者に対する救療の途を樹立」する必要性が唱えられ(社会事業研究所1943:14)、同年、天皇は施療病院設立の沙汰を出す。小石川養生所が貧病院となり、1874(明治7)年には東京府立病院が、1877(明治10)年には東京帝大病院が貧民施療を開始、その後官公立病院が続いた。しかし施療目的で設立されたはずの官公立病院は、一般医事と医学教育に忙殺され、また経営の利からも中・上流階級層を治療対象としたため、官公立病院での施療は間もなく廃れてしまう。

政府は、1874(明治7)年に恤救規則を制定するが、救助は限定的で、病者へは適応すらなかった。病者保護は、災害と政府が特殊医療と位置づけていた伝染病、行路病人、精神病、癩等の法規で一部対策が講じられたただけであった<sup>(5)</sup>。

社会不安と疾病が蔓延した明治期は、病人対策が「政策上また治安維持上緊急度の高い問題」(山田1992:11)であったが、政府の公的施療は成立しなかった。その一方で、民間の施療事業が各地で興されていった。同愛社(明治12年)、慈恵会医院(15年)、博愛社(19年 後の赤十字病院)等が代表的である。

1911(明治44)年、社会主義運動の活発化で世情不安が強まるなか、明治天皇により「施薬救療の勅語」と金150万円が下される。この勅語と下賜金は、前年の「大逆事件」収拾のため、政府が天皇に働きかけた、との見解が有力である。下賜金を基に同年「恩賜財団済生会」(以下、済生会)が設立となったが、この済生会への参画が、国が行った医療保護事業の緒であった。

内務省内に済生会担当部署が置かれ、東京市内のみ済生会直営、地方は地方長官に運営委嘱した。警察署または市町村役場に「済生会診療券」を置き、公立病院、赤十字病院等で救療を実施、費用は済生会が負担した。東京市における診療券の取扱割合を見ると、警察署(派出・駐在所を含む)39カ所、各区役所15カ所である(恩賜財団済生会 1915:47)。また「救療の要否は当該吏員の認定に依ること」「扶養義務者を有し又は他に公私救療を受くる途あるものは本会の施療券を交付せざること」(同上:8-9)とあり、警官や吏員が現在の生活保護のケースワークに近い業務を行っていたことがわかる。その後、主要地に直営の病院・診療所を設立する方法に変わった。済生会の運営方法は、内務省の強い関与のもと、一民間機関に過ぎない済生会が、「慈恵」の名を借りて地方行政に救療業務を「委嘱」する、という極めて「異例」(寺脇 1985:7)なものであった。

震災恐慌後の相次ぐ混乱で貧困層が増大し、済生会の患者数も1921(大正10)年には9万8千余人、延べ385万余人に達する(内務省社会局 1922:59)。これが経営悪化を招き、翌年より無料から有料診療へと方針を変更、その後国庫補助も受けた(厚生省1988:168-171)。

済生会が成立した明治40年代には、多くの民間慈善事業が興されたが、これらは「感化救済事業」という精神運動的な面を強く持っていた。医療保護分野でも「施薬施療の勅語」が「聖旨奉戴」と位置づけら

表1 救療施設の設定時期と数

|                                |      | 明治期 |      | 大正期  |
|--------------------------------|------|-----|------|------|
|                                |      | 前半  | 後半   |      |
| 専ら救療事業を経営するもの                  | 一般救療 | 5カ所 | 12カ所 | 15カ所 |
|                                | 特殊救療 | 7   | 20   | 17   |
| 兼て救療事業を経営するもの                  | 一般救療 | 8   | 34   | 36   |
|                                | 特殊救療 | 5   | 44   | 28   |
| 入院料又は薬価を軽減して<br>実費的診療事業を経営するもの | 一般救療 | 3   | 20   | 23   |
|                                | 特殊救療 | 5   | 36   | 11   |

出所:山田(1992:55)、内務省衛生局(1922)より筆者作成

れ、済生会のみならず開業医も競って施療に取り組み、民間の救療活動が全国的に進んだ<sup>(6)</sup>。

明治後半、慈善事業は全国的な組織化が進む。1903(明治36)年にはこれまで各地で独自に活動してきた慈善事業関係者が全国慈善事業大会を開催し、日本慈善同盟会が設立された。内務省はこうした民間慈善組織と連携する方針を採り、中央慈善協会(1921年に中央社会事業協会と改称)の結成へ関与していく。

## 第2節 社会事業の拡大と無産者診療活動(1925(昭和元)年～1941(昭和16)年)

第一次大戦後の経済恐慌による貧困の大量発生は放置し難く、公的救護制度への要請が高まり、1929(昭和4)年「救護法」が制定された。同法は公的義務としての救護を定めたが、対象が老衰者、幼者、妊産婦、病者等に限定され、社会問題としての貧困には対処するには不十分であった。救護の一環として医療の規定もされたが、1932(昭和7)年に救護法の医療に支払われた救護費は42万円で、生活扶助の317万円の13%に過ぎない(福山 1962:136)。もとより僅少な救護費ゆえ、最も切実な生活扶助に充てられたためだが、医療自体の供給が不十分だったせいもある。

内務省は「施療に関する公費救護の主義確立するに至る迄は公私救療機関の施設を奨励し、「私設事業に対し…相当補助を為すべき」(社会局 1930:11)と、公的保護の補完として民間保護を充実させる旨を述べている。また医療保護の役割は、国民の健康を保護し民力増進を図ることが「積極的見地」であり、疾病治療を経済的に援助し、救貧防貧を図ることは二次的な「消極的見地」とみなしている(同上:105)。保護の第一義を国力増強に置いた点が注目されよう。

またこの時期、内務省の医療保護体系が再編成された。内務省発刊『本邦社会事業概要』によると、従来、①一般診療、②特殊診療(結核、癩、精神病等)の2体系であった医療保護事業は、1928(昭和3)年頃より①無料診療事業、②軽費診療事業、③特殊診療、と3体系となっている。「軽費診療(減額診療)」との区別は、すでに大正末期に兆候があったが(前節「表1」「入院料又は薬価を軽減して実費の診療事業を経営するもの」参照)、独立した体系となった背景には、前述した済生会診療が無料から有料へ転じたこと、さらに1911(明治44)年に「社団法人実費診療所」へ診療許可が出されたことがあったと考えられる。

実費診療所は、医療保護対象とはならない庶民や細民層を対象に鈴木梅四郎が創設したもので、開業医の強い反発を受けたが需要は大きく、1929(昭和4)年には自治体や各団体も含め153ヵ所が実費診療を開業していた(厚生省 1988:170)。内務省は「軽費的診療施設の完否はひいて国力の消長にも至大な関係」(社会局 同上:109)があるとして、保護事業の一軸に据えたと考えられる。

1932(昭和7)年で無料・軽費診療を受診した患者は約211万人で(表2)、当時の人口の約3.17%にあたる。

しかしそれでも保護は行き届かず、補填として、恩賜医療救護事業や時局匡救医療救護事業と呼ばれる公共事業が実施された。しかし、あくまで臨時的施策に過ぎず、保護政策の分散化を招いた。

表2 1932(昭和7)年度の医療保護事業

|        | 経営数(ヶ所) |     |     | 患者数(人)    |            |
|--------|---------|-----|-----|-----------|------------|
|        | 官公立     | その他 | 計   | 実人員       | 延べ人員       |
| 無料診療   | 49      | 237 | 286 | 765,292   | 6,439,457  |
| 軽費診療   | 24      | 40  | 64  | 592,996   | 3,258,814  |
| 無料軽費兼営 | 72      | 176 | 248 | 752,226   | 8,390,635  |
| 計      | 145     | 453 | 598 | 2,110,514 | 18,088,906 |

経営形態の「その他」には財団・社団・医師会法人、その他の団体、私人がある  
出所：山田(1922:56)より筆者作成

他方、特殊な立場で医療保護活動を行ったのが「無産者診療」である。労働者や農民への医療提供をめざして1930(昭和5)年に東京・大崎に無産者診療所が作られたのを機に、各地で診療所が設立され、最盛期には全国20ヵ所近くに及んだ。しかし多くが非合法とされた共産党の指導下にあり、1933(昭和8)年頃にはほぼ全てが閉鎖、唯一残っていた診療所も1941(昭和16)年に閉鎖された。当局の弾圧が厳しかったためだが、組織が政治主義に陥ったことも要因とされる。

1931(昭和6)年の満州事変を契機に、国内は準戦時体制へ移行していく。困窮者増加を背景に社会事業は拡大するが、ほとんどが民間によるものだった。1937(昭和12)年、社会事業施設の83%が民間事業で(厚生省 同上:368)、事業分野は生活扶助、児童保護、医療保護、経済保護、軍事援護、その他と、広い範囲に及んでいた。多くの民間団体が財源不足だったため、事業への助成が求められ、1938(昭和13)年「社会事業法」が公布された。同法は社会事業の範囲を明確にした反面、その適用範囲が列挙主義で、社会事業の定義等が欠落していること、補助金が僅少である一方で監督・取締りが厳格だった点が特徴である(吉田 2004:270)。また、補助金不足を補うため、社会事業に供する土地、建物に対する税金の減免措置が講じられた点も、特筆すべきであろう。

### 第3節 医療保護法による戦時下の医療保護活動再編成

本節では1941(昭和16)年から戦時中の医療保護について取り上げる。

この時期には、社会事業法の成立に続いて「社会事業の国家総動員体制への組み込み」(窪田 1985:19)がされた。すでに1938(昭和13)年、国民の体力向上と福祉増進のため厚生省が新設され、「厚生事業」と称する、国防生産を目的とした政策を行政の軸に置いていた。

戦時体制下の厚生省は、国民、とりわけその大多数を占める中産階級以下の者の健康・疾病治療を重視していたが、これは人的資源の確保・育成の観点によるものであった。

当時の困窮者への医療保護制度は、救護法のほか、現実の必要で生じた多様な事業、すなわち施策時局匡救医療救護事業、済生会による救療事業、地方公共団体・各種社会事業団体による医療保護、さらに1937(昭和12)年に公布された「母子保護法」による医療保護があった。各医療内容が不十分な上、相互に連絡を欠き、医療券も多種発行、手続きが煩瑣となったため、社会事業団体や方面委員から、制度整理の要望が出された(厚生省 1988:478)。

1941(昭和16)年、従来の医療保護制度を統合整理し、政府管理下で一元的に実施することを目的に「医療保護法」が公布された。

同法では、保護は従来通り、国が直接事業を行わず、各事業者に実施が委任された。保護認定は方面委員が行い、各事業者は、地方長官から医療券の割り当てを受け、保護対象者に医療券を発行した。医療の範囲及び程度が社会保険に準じる、とされたことで保護内容は改善した。費用は、国の補助が「市町村及び済生会」には12分の7、「その他の事業主」には2分の1、道府県の補助が一律に4分の1、残りが事業主負担であった(厚生省 同上)。

補助金の配分率からわかるように、医療保護法の事業は、済生会運営を第一とした設計であった。同法第3条の保護事業者の定義にて、済生会は市町村とならび筆頭に定義されている。当時の済生会は「国家の医療代行機関であり救療事業の中心」(中央社会事業協会 1939:177)とされ、民間組織の中では別格であった。

しかし、医療保護法で保護に至った人数は、当時の厚生省算出による要救療者数402万1千余人(中西 1997: 4-6)に対して、1942(昭和17)年の45万人が最高であったに過ぎない(厚生省 同上: 477)。戦時体制強化による物資調達不能で、医療提供が困難であったことに加え、国家予算が他の軍時特別立法へ多く配分されていた。

済生会史によれば、戦争末期は、済生会の主要施設が焼失・損壊し、医師・看護師も戦地応召された中、傷病者の収容や救護班出動で対応したが、詳細な記録も滅失したとされている(恩賜財団済生会 2012: 85)。要救護者の実態は、国民の厭戦感を誘うとして数字発表が制限されており、把握が困難である。参考までに終戦の昭和20年の数値をあげると、医療保護法による保護が24万人で、救護人員全体の43%を占めていた(小山 1951: 12)。

#### 第4節 戦後社会福祉事業法の成立と無低診事業の位置づけ

戦後日本は連合国軍最高司令官総司令部(G.H.Q)の占領下で民主化政策が進められた。その柱として1946年に新憲法が策定され、国民の「健康で文化的な最低限度の生活を営む権利」が明記された。生活援護体制が緊急に迫られ、同年に旧生活保護法が制定された。これにより、戦前の生活困窮者への諸法は廃止となる。当時の済生会では、「医療保護法等廃止して、新たに生活保護法が施行されることになり、従来本会で発行しました医療券は、今後東京都及び各地方の市町村で発行」し、「医療券を持参した患者の診療に対して都市町村から一定の補償金を受け入れることになった」とある。現在の生活保護の医療扶助給付とほぼ同じシステムに移行している。また「従来行っておりました少額支弁の診療は今後も引き続き行」とあり、軽費診療を継続する意向も示している(恩賜財団済生会 1982: 117)。しかしこの時の済生会は、医療保護事業の助成を失った上、1947年にはG.H.Qにより済生会設立の勅令が廃止となり、その存立すら危ぶまれていた。幸い、衛生行政で1948年に「医療法」が公布され、済生会は地域の中核的医療機関である「公的医療機関」への指定を果たすことで経営の安定を得る。受診者数も戦前ピーク時の1千万人超から戦後は半減していたが、1950年には630万人にまで増えた(同上: 35)。

1950年には、旧法をより民主的に改正した新生活保護法が制定される。保護の種類は、救護法以来の5種に教育扶助・住宅扶助を加え7種に、従来の「医療」は「医療扶助」となる。また、従来の法では明確な定義がされなかった保護施設について、6施設が明示された。そのうち医療保護施設は、保護の指定医療機関とは別に、「浮浪者、行旅病人等にして入院治療を必要とする者」を「無条件で引き受ける病院を予め用意しておく」(小山 1951: 475)という目的で作られた。

一方、戦前の社会事業法は、1946年、G.H.Qが社会事業団体への助成を禁止した時点で死文化に至っていたが、1951年には社会福祉事業法が制定され、社会事業法は発展的移行を果たす。

社会福祉事業法は、生活保護法に続く児童福祉法、身体障害者福祉法の制定に伴い、各法で別々に規定された社会福祉事業の基本事項を整理する目的で立案された。その動きを促進したのが、1949年にG.H.Qより提案された、いわゆる「社会福祉行政の六項目」<sup>(7)</sup>と、1950年の社会保障制度審議会勧告の中の、民間社会福祉事業者の自主性・公共性を高める意見であった。「社会福祉事業」の名辞について、厚生事務次官だった木村忠二郎は「積極的な福祉の増進までもその目的にふくませたいという意気ごみをあらわしたもの」(木村 1951: 15)と説明しており、旧来の「社会事業」とほとんど同じ意味と考えてよいとされている。

社会福祉事業法は、先行法の社会事業法を踏襲する内容が多く、その最たるものは、社会福祉事業の包括的な概念定義がなく、事業が限定的に列記された「列挙主義」という点である。事業を第一種・第二種に区分し、第一種は国として重大な責任がある事業で、経営主体を、国・地方公共団体・日赤、民間の場合は社会福祉法人に限った。第二種は経営主体の制限はないが、助成のためには認可が必要であった。戦前に施療救療又は医療保護とされた事業は、同法では、第二種事業の「生計困難者のために、無料または低額な料金で診療を行う事業」と位置付けられた(同法第二条三項5号)。なお、法文に「医療保護事業」は用いられていないが、前掲の木村の解説書では、先行法に倣い事業を6分類<sup>(8)</sup>した際に、「医療保護事業」を用い、「医療保護事業」に、生活保護法の「医療保護施設」と「無料低額診療事業」の二つを含めている。

無低診事業の対象としては「生活保護法に該当しないもので医療費を事実上払うことができないもの」(同上：43)が想定された。「医療保護施設」・「無料低額診療事業」のいずれも第二種社会事業と定めた点について、法案作成に携わった元社会局庶務課長は「医療に関して別に監督の法令があるので、第二種事業とし」と述べており(黒木 1951：86)、「医療法」による監督義務や最低基準に依拠できるため、第一種から外した、と考えることが適当であろう。

済生会では、乳児院等の児童福祉施設が第一種に該当し、社会福祉法人へと切り替わった。今日まで続く「日本最大の社会福祉法人・済生会」の誕生である。また、終戦後全国に500以上あった医療保護事業の施設は、この1951年に133施設まで整備され(全国福祉医療施設協議会 2015：14)、その多くは社会福祉法人へと改組した。

注意を引くのが、この頃、厚生官僚が無低診事業について述べた意見である。生活保護法の策定時保護課長の小山は、「生活保護法による医療扶助が整備されてくると……嘗てのように施療又は軽費診療の施設を必要とする事情もなくなる」(小山 1951：474)と、また1955年には当時の施設課長が、「近時の医療扶助の整備状況からみて、かつての無料又は軽費診療の施設は特別に必要ではなく…」と述べている(鶴田 1955：2)。社会局総意の意見かは定かでないが、社会福祉事業法制定前後に、医療保護事業とりわけ無料低額診療事業が医療扶助の整備により不要になると局内で語られていた点に注目したい。

戦後医療の復興に伴い興ったものに、民主的医療運動がある。これは、地域住民、労働者、労組等が自らの医療機関運営を目指したものである。戦時中潜伏していた無産者診療の活動者が参加し、さらに1950年のレッドパージにより、国公立を中心とした医療機関から追放された共産党系活動者や労組指導者が加わり、民主的診療所の設立に向け全国組織結成の機運が高まった。1953年、全日本民主医療機関連合会(当時は全医連、後に全国民医連、現在は全日本民医連)が結成され、22都道府県よりの117の医療機関が加盟した。労働者の立場に立つことを綱領に掲げ、献身的な医療活動を行うだけでなく、社会保障確立、平和を守る、という理念を示した点が画期的だった(山梨勤医協 2010：43-46)。向後、幹部交代や組織改編をしつつ、参加機関を増やしていく。

## 第5節 戦後社会保障制度の整備と無低診事業の抑制

本節では1950年代後半から2000年社会福祉法改正頃までの社会保障制度の発達と、無低診事業の展開を述べる。



社会経済はめざましい復興と発展をとげ、国民所得の増加と生活水準の上昇がもたらされた。医療行政も、治療拠点となる病院・診療所増設をはじめ、公衆衛生普及、新治療の導入、医療保険・医療扶助の効果もあり、戦時中1941年は死亡率が15.6人／千人であったのが、1955年には7.8人と半減した(厚生省 1951：99)。

社会保障制度では、「福祉三法」から徐々に「福祉六法」へと拡充が進む。日本が高度成長期に入った1958年に「国民健康保険法」が、翌年には「国民年金法」が成立し、待望の国民皆保険時代を迎えた。1961年の済生会では、年間の延べ患者数が777万人で、うち無低診患者が20万人と、ほぼ戦前の救療水準に戻った(同上：37)。

その一方で、無低診事業の存在意義が問われるようになる。一般に無低診不要論は、社会保障制度の充実、特に国民皆保険成立との関係で語られがちだが、それ以前の1955年頃、大蔵省から「課税問題を契機に」(全国福祉医療施設協議会2014b：141)厚生省へと検討要請があった。これは無低診を実施する医療機関の多くが社会福祉法人で、法人税・固定資産税等で相応の優遇を受けている点が着目され、課税対象とするよう迫られたものである。実態調査をした厚生省は「存在の意義はいまだ大きい事業基準が明確でない」と判断した。この「事業基準が明確でない」の意味は、後年、厚生省職員が語った「(無低診事業の)看板を掲げていても本当に無料低額診療事業なのかどうか……どうも内容は一般の病院と変わらないのではないか」(同上)に表れている。この経緯より無低診事業の事業基準(1957年8月27日社発第560号「社会福祉法第二条第三項に規定する生計困難者のために無料又は低額な料金で診療を行う事業について」)が規定された。内容は、①取扱い患者の60%以上が生活保護又は無低診患者、②減免額総額は総収入の10%以上、③対象患者の療養費は無料または10%以上を減免、という大変厳しいものであった。

前述した1961年の済生会でみると、無低診患者が全患者に占める割合は約2.7%であり、生活保護患者を加えても、①の60%の達成は困難である。無低診事業から社会福祉法人を撤退させることを念頭に置いた基準設定であろう。

以上述べた、社会福祉法人立機関への事業抑制とは逆に、公益法人立病院では無低診事業を新規開始することで税優遇策を維持した。1958年、公益法人の法人税非課税の撤廃案に対し、京都府公益法人医療機関協会が陳情したところ、「無料低額診療事業を行うことによって非課税が続けられた」(吉永 2015：144)とある。陳情後、「第2種社会福祉事業が収益事業ではない旨の告示」<sup>(9)</sup>が出され(全国福祉医療施設協議会 同上：47)、京都保健会は1958年より無低診事業を開始している。

社会福祉法人立の活動に戻る。前記基準は経過措置が取られ、再三延長もされた。全社協内に特別委員会が設置され、1968年には、全社協会長代理名(木村忠二郎)で、厚生大臣に現状維持の陳情書が出される。全社協は、前身である中央社会事業会が戦前に医療保護機関をまとめていた経緯で、戦後も協会内の「厚生委員会」に「医療保護部会(のち医療部会)」を置き、機関の調整役をしていた。

税務当局の反対により、措置延長停止となり、省内の社会福祉審議会でも向後の事業について検討された。1973年に同審議会の答申、翌74年には10項目からなる新基準(1974年10月31日社発第180号「社会福祉法第二条第三項に規定する生計困難者のために無料又は低額な料金で診療を行う事業について」)が制定された。ここでは必須とされる項目が、①取扱い患者の10%以上

が生活保護又は診療費の10%以上の減免の患者、②生計困難者に対する減免方法の明示、③医療ソーシャルワーカーの設置、④対象者への健康相談、保険教育、の4項目である。前基準の数値的義務が、生活保護または診療費10%以上減免した患者が総患者の60%以上であったのが、新基準では総患者の10%以上に、また、前基準にあった、減免費が全診療費の10%以上、が削除された。

さらに6項目の選択項目より2項目以上選ぶ義務があった。選択項目の内容は、高齢者・難病(公害)・被保護者等の要介護者の収容、高齢者・身障児者等の施設の併営、前記施設職員への研修、時間外診療体制、離島・無医地区への診療派遣 であり、当時急速に整備された医療体制でなお取り残されていた諸問題に、「積極的な対応をなし、よって社会福祉の増進を図る」(東京都社会福祉協議会 1978:1)役割が求められた。

東京都をはじめいくつかの府県では、重度身障者や筋ジストロフィーの患者等を①の取扱患者に含めるという「特例」もできた。当時の一般病院では引き受け困難な症例を積極的に診療し、その人数を無低診の実績数として繰り入れる、都道府県独自のルールである。

新基準の通知で注意すべきは、「(無低診事業の)必要性が薄らいでいるので」今後の無低診事業の新設・増床について抑制の指導がされたことである。事業の発展性を閉ざす内容であったが、数値的基準が前基準に比べ格段に緩和されたため、実施機関には継続を楽観視する向きがあった。しかし、70年代初めの世界的不況、特に73年の石油ショックは景気を停滞させ、日本も低成長期へと変化する。社会福祉も合理化・削減化が図られ、無低診事業にも厳しい抑制時代が続くことになる。

1987年には全社協内に、全国の社協医療部会に属する医療機関によって「福祉医療研究会」が設置された。1989年「全国福祉医療病院連絡会」に改称した同会は、全国緊急大会を開催し無低診事業の存続を訴えた。その背景には社会福祉構造改革の動きがある。臨時行政委員会から続く一連の福祉見直しの中で、無低診事業への風当たりは強く、1989年社会福祉関係三審議会からの意見具申の中で、「無低診事業はほぼ使命を終わった」とされ、新基準遵守と新規開設・規模拡大抑制の徹底が強調された。これに対し、「社会福祉事業法」改正の動きも見据え、関係者が全国的運動を展開した。結果として1990年の福祉八法改正時、「社会福祉事業法」に無低診事業は残り、税優遇も維持された。

全社協内の組織は1991年に現在の「全国福祉医療施設協議会」(全国医療協)となる。一連の展開で、全国医療協は無低診事業の存続に貢献した。背景として、戦前から続く組織力や、厚労省や地方行政・民生担当課との強い関係があったといえよう。以降も、無低診事業を疑問視する国と、全国医療協との攻防が続く。

抑制策の一方で、厚労省は、無低診事業の対象者を拡大させる動きをみせる。まずは1995年、「外国人に係る医療に関する懇親会報告書」において、「国籍を問わず、また入管法の適法、不法を問わず」、無低診事業が対応すべきとされた。この流れもあったのか、1998年「社会福祉構造改革分科会中間まとめ」では、「新たな課題が生じており……(無低診)事業については、引き続き、社会福祉事業として位置付ける必要が認められる」とされた。さらに2000年の「社会福祉法」改正時、無低診事業は「社会福祉事業法」より引き継がれ、存続を果たした。

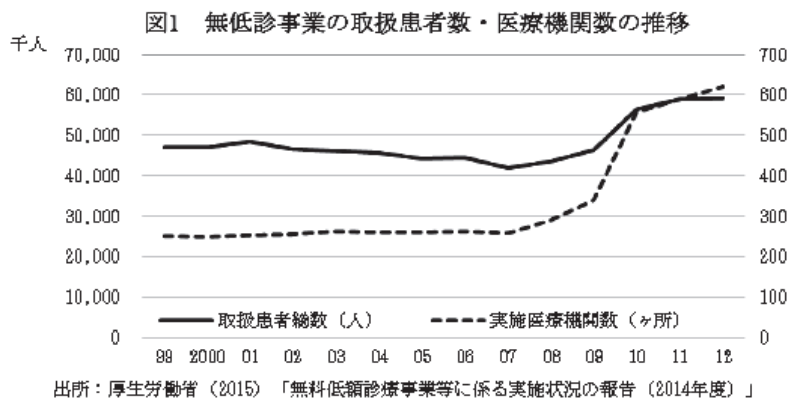
さらに2000年、「ホームレスの自立支援方策に関する研究会」、「社会的援護を要する人々に対

する社会福祉のあり方に関する検討会」報告でホームレス等が、さらに2004年には「人身取引対策行動計画」関連通知では、人身取引・DV被害者も無低診事業の対象とされた。厚労省は、無低診事業を強く抑制する一方で、制度のはざまにいる人への医療には同事業を「活用」したのであった。

## 第6節 無低診事業参入の規制緩和

2001年に地方自治法改正で、都道府県、指定・中核都市の事務が整理される際に、厚労省から無低診事業抑制の徹底が改めて通知された(2001年7月23日社援発第1276号「社会福祉法第二条第三項に規定する生計困難者のために無料又は低額な料金を診療を行う事業について」、以下2001年通知)。

30年以上にわたる抑制政策に大きな変化を起こしたのが民医連である。戦後の無低診事業は、全国医療協に属する社会福祉法人立の病院がその表舞台にいた。だが、前節で述べた京都公益法人団体がそうであるが、民医連に加入している機関で同事業を行う病院もあった。民医連では、それら先駆機関の実績より、2000年以降急速に進行した格差・貧困による受療困難の対策として、同事業の新規参入を提案した。2008年、先駆けとなった尼崎医療生協は、実質的に禁止されていた事業参入につき県と交渉を始めた。交渉が難航する一方、自らも医師である共産党参議院議員が首相へ「無料低額診療事業の拡充に関する質問主意書」を提出し(参議院2008a)、その答弁で、2001年通知は「届出の不受理を求めるものではない」ため、基準を満たした医療機関の届出は受理される、との国の見解を引き出した(参議院2008b)。新規事業抑制は事実上廃止され、尼崎医療生協は事業を開始、その後民医連系医療機関の事業開始が続いた(杉山 2015: 54-56)。質問主意書が出された2008年の実施機関数は290カ所(減免患者571万人)だったが、2012年には558カ所(705万人)、2014年には622カ所(740万人)と着実に増加している(厚労省: 2015)(図1)。社会的認知も徐々に広がり、特に生活困窮者自立支援法が施行された2015年以降、同事業を取り上げる新聞記事が目立っている。



全国医療協の動きを見ると、無低診事例の継続的調査による「新たな無低診事業の対象者」の定義(神奈川県医療協: 2010)や、同事業の地域包括ケアシステム内組込みの提唱等、無低診事業の定着と拡大を試みている。組織の中核にある済生会は、戦後は一般経営へと傾いた自省に加え、

2009年、無低診事業での不適切な取扱いが発覚した。その後、「施薬救療」理念による無低診事業の徹底と、生活困窮者支援事業「なでしこプラン」の推進を課題としている(恩賜財団済生会2012:303)。

無低診実施機関591施設(2013年)のうち、全国医療協167施設(2013年)、民医連237施設(2015年)であり、参加数を増やしている民医連に比して、全国医療協の組織活動は弱い感が否めない。さらに、両組織に参加していない医療機関も190~200施設程度存在し、国に対抗する組織力を欠くばかりか、事業実態そのものを不明瞭にする原因にもなっている。

現在、全国の医療機関数177,500(厚労省:2016)に占める無低診実施機関の割合は僅か0.35%に過ぎない。1都道府県当りの平均機関数は13.2だが、実際には、大阪府55、東京都51、北海道45、京都府39、神奈川県32に対し、実施0機関が2県、1機関が5県もあり(厚労省:2015)、地域偏在が著しい。また医薬分業率70%の現在にあつて、無低診事業は保険薬局へは対応できない。診療費が減免されても院外処方薬は自己負担であり、事業の実効性が削がれている。

また、無低診事業は、生活保護又は無低診減免患者が取扱い患者の10%以上という実施基準があるが、その内訳を見ると、1999年には生保6.3%に対して無低診8.4%だったのが、2004年には逆転して生保7.4%無低診7.0%、2014年には生保7.8%無低診4.7%と、取扱患者のうち生活保護患者が半数を超えてしまっている。

国の無低診事業に対する基本的評価は、今なお2001年通知を踏襲し「必要性が薄らいでいる」のままである。さらに近年では、社会福祉法人全体への風当たりも強く、2013年「社会福祉法人の在り方について」報告では、非課税措置にふさわしい事業が強く求められた。その一方で、「社会医療法人」が2007年に新設され、地域の不採算医療部門を引き受ける医療機関には税優遇が付与された。既存と新規の法人が国の方針によりふり分けされている感がある。

今後どのような政策展開がされるのか、その中で無低診事業はどうなっていくのか、注目される。

### 3. むすび

最後にあらためて、無低診事業に対する担当省庁(内務省・厚生省・厚労省)の関わりと、同事業が各時代にもたらした意義を振り返る。

絶えず内憂外患に煩わされた明治・大正期は、福祉的な見地というより、衛生対策と政情不安の鎮静を目的として制度整備をしていたといえよう。「感化皇恩」のもと、慈恵的救療を成立させ、内務省自体が恩賜財団済生会の運営に強く関わった。また、民間慈善団体と連携、その組織化に関与して、国が直接事業を行わず、民間事業者に委任するシステムを完成させた。

昭和戦前期は、健民健兵の育成に主眼を置いた「厚生事業」が主眼であった。社会事業法では、僅かな補助金交付によって社会事業団体を管理し、戦時体制強化後は、医療保護法により制度を一元化した。しかし実際の医療保護は、ピーク時でも対象者の1割にしかなされず、戦力に寄与しない病者には援護が届かなかった。

だが、明治から昭和戦前期は、医療の発達・供給ならびに社会保障の整備が不十分だった上に、救護制度の適応が厳しかった。それゆえ済生会による病院の全国展開や、巡回診療が果たした役割は大きい。施療・救療・医療保護事業も、適用患者こそ限られていたが、意義は評価できる。

戦後の厚生省(厚労省)は、G.H.Q占領下、扶助としての医療を新旧生活保護法で再定義する一

方、1951年の社会福祉事業法で、戦前の医療保護事業を第二種社会福祉事業の無料低額診療事業に位置付ける。しかし数年後には、課税問題を発端に事業の抑制に転じた。社会保障制度が充実していくなか、常に社会福祉法人問題と併せて無低診事業不要論を持ち出した。しかし平成に入ると、新しいタイプの受療困難者へと同事業の対象者を拡大している。抑制の一方で、既成事業として便利に活用している感がある。近年は民医連の政治活動によって、同事業の新規参入は認められたものの、未だに事業の抑制通知は撤回していない。

戦後の無低診事業は、社会保障制度確立以前はその補填制度として、また確立後も制度のほごまで受療できない者を医療へつなぐ役割を担っていた。だが、事業規定後すぐに存在意義が問われ、その後は一貫して抑制策を取られた。現在まで制度は続いているが、著しい地域偏在や、院外処方薬への不適応があり、同事業が標準的な医療保障になり得ていない現実がある。また、取扱患者数のうち、生活保護患者が半数以上を占めている点も矛盾を含む。1951年の社会福祉事業法制定時に想定された事業の対象者は「生活保護法に該当しないもので医療費を事実上払うことができないもの(下線筆者)」であった。1974年の基準において「生活保護又は無低診減免患者が取扱い患者の10%以上」と、生活保護患者を繰り入れていること自体に齟齬がある。その割合が増えている現在、法制定時の想定と現状との間の乖離が広がっていると言えよう。以上が無低診事業の制度上の課題である。

さらに、減免した医療費と優遇税額との収支が不明、事業団体に属さない医療機関の実態が不明、運動体としての組織力に欠ける、等の事業運営上の課題もある。

戦後の無低診事業は、基本的な脆弱性を抱えているように思われる。本稿をまとめた現段階での仮説として、その発端は、1951年社会福祉事業法への同事業の規定にあると推定される。例えば、社会福祉事業の包括的な概念定義がなかった点、事業に対応する根拠法を持たない点などは、その後の課税介入や事業抑圧を許す要因になったのではないか。規定前後の厚生官僚の言にあるように、同事業は社会保障制度が充実するまでの一時的な制度とみなされていた可能性もあろう。それが修正されることなく利用され、今日に至っているのであれば、現在のような不安定な状況も理解できる。

無低診事業は、施療、救療、医療保護と呼称を変えつつ、困窮者の医療保障として常に求められてきた。しかしそのあり方は国の衛生ならびに保護行政、そして財務行政の意向に沿うものであった。これが岩田(1995)の指摘する戦後社会福祉展開の特質、すなわち社会福祉とは、国民のニーズのみによって引き出されるのではなく、「政治的・経済的・社会的状況を媒介項として」選り取りられ、形作られていったプロセスであり、そして現在もその姿を変えつつある。

本稿によってまとめた、無低診事業成立・展開の歴史的概観を前提として、今後の課題は次のように考えている。一つは「社会福祉事業法」ならびに同法が範とした戦前の「社会事業法」「医療保護法」の成立過程等から上記に述べた仮説を検証することである。二つは、いちおう法に規定された無低診事業の運用が、戦後社会福祉の中でどのような位置を占めたのか等について、詳しく検証したい。

## 【注】

- (1) 法人税法施行令第5条第29条ロ
- (2) 法人税法施行令第5条第29条ヨ, 法人税法施行規則第6条第4号ホ
- (3) 例えば民医連がHPで例示している適用基準は「医療費全額免除は1ヶ月収入が生活保護基準の概ね120%以下, 一部免除は140%以下」である
- (4) 第2章6節で述べる「2001年通知」には、「都道府県並びに指定・中核都市が法定受託事務を処理するに当たりよるべき基準として発出する」とある
- (5) 「罹災救助基本法」「悪病流行の際貧困者救助方概則」(明治8), 「行旅死亡人取扱規則」(明治15), 「行旅病人及行旅死亡人取扱規則」(明治32), 「精神病患者監護法」(明治34), 「癩予防法」(明治40)
- (6) 以上は「施療病院」「救療病院」と呼ばれる「一般救療」施設の実態であり, 結核・伝染病・癩病・精神病等は「特殊救療」として別に扱われていた
- (7) ①厚生行政地区制度, ②厚生行政の再編成, ③厚生省が行う助言的措置と実施事務, ④民間団体の公私分離, ⑤社会福祉協議会の設置, ⑥有給専門吏員に対する現任訓練計画
- (8) 生活保護事業, 児童福祉事業, 身体障害者福祉事業, 経済保護事業, 医療保護事業, 連絡調整事業
- (9) おそらく前掲の, 法人税法施行令第5条第29条ヨ, 法人税法施行規則第6条第4号ホと思われるが, 確認が取れていない

## 【文献】

- 中央社会事業協会(1939)『日本の社会事業』
- 福山政一(1962)「昭和初期の救貧行政の回顧」『社会福祉』, 日本女子大学社会福祉研究会
- 石井仁(2011a)「無料低額診療事業とは? (その1)」『医事業務』394, 産労研究所, 53-55
- 石井仁(2011b)「無料低額診療事業とは? (その2)」『医事業務』396, 産労研究所, 57-59
- 岩田正美(1995)『戦後社会福祉の展開と大都市最底辺』ミネルヴァ書房
- 神奈川県医療協(2010)『無料低額診療事業の取り組みについて 生計困難者から生活困難者へ』
- 木村忠二郎(1951)『社会福祉事業法の解説』時事通信社
- 児島美都子(1997)「近代医療保護発達史 解説」『戦前期社会事業基本文献集60 近代医療保護発達史』日本図書センター
- 厚生省(1951)『厚生白書昭和31年版』
- 厚生省(1988)『厚生省五十年史 記述篇』厚生問題研究会
- 厚生労働省(2008a)「無料低額診療事業について」『第4回医療機関の未収金問題に関する検討会資料』
- 厚生労働省(2008b)「無料低額診療事業について」『第4回医療機関の未収金問題に関する検討会議事録』
- 厚生労働省(2014)「社会福祉法人制度の在り方について」(報告書)『社会法人の在り方に関する検討会』
- 厚生労働省(2015)「無料低額診療事業等に係る実施状況の報告(2014年度)」
- 厚生労働省(2016)「平成26年(2014)医療施設(静態・動態)調査・病院報告」
- 小山進次郎(1951)『生活保護法の解釈と運用』中央社会福祉協議会
- 窪田暁子(1985)「解題」『戦前期社会事業史料集成17』日本図書センター
- 黒木利克(1951)『現代社会福祉事業の展開-社会福祉事業法の解説-』中央社会福祉審議会
- 室田弘(2009a)「いまこそ無料低額診療事業の拡充と活用を」『前衛』846, 日本共産党, 158-163
- 室田弘(2009b)「医療を受ける権利を守る-無料低額診療事業の拡充と活用を」『国民医療』129, 国民医療研究所, 30-36
- 内務省社会局(1922)『本邦社会事業概要』『戦前期社会事業史料集成2』社会福祉調査研究会(1985)
- 内務省衛生局(1922)「救療事業概要」『戦前日本社会事業調査史料集成第7巻』(1992)勁草書房
- 中西良雄(1997)「解説」『戦前期社会事業基本文献集53』, 日本図書センター
- 恩賜財団済生会(1915)『恩賜財団済生会の救療』
- 恩賜財団済生会(1982)『済生会七十年誌』済生会

- 恩賜財団済生会（2012）『済生会 100 年誌』上巻
- 参議院（2008a）「第 170 回国会（臨時会）質問主意書 質問第一九号 無料低額診療事業の拡充に関する質問主意書」
- 参議院（2008b）「第 170 回国会（臨時会）答弁書 答弁書第一九号」
- 菅谷章（1976）『日本医療制度史』，原書房
- 杉山貴士（2011）「『国民皆保険』崩壊の危機－いま，なぜ無料低額診療事業なのか－」『大阪千代田短期大学紀要』40，45-58
- 杉山貴士（2014）「国民皆保険体制のもとでの無料低額診療事業のあり方をめぐって－対応としての『完結した医療としての無料低額診療事業をめざして』」『民医連医療』500，23-27
- 杉山貴士（2015）「戦後日本における医療福祉事業の歴史的変遷からの一考察－国民皆保険体制の下での無料低額診療事業の位置付けをめぐって－」『佛教大学社会福祉学部論集』11，47-60
- 社会事業研究所（1943）『近代医療保護史解説』『戦前期社会事業基本文献集 60 近代医療保護発達史』（1997）日本図書センター
- 社会局（1930）『本邦社会事業概要』『戦前期社会事業史料集成 3』社会福祉調査研究会（1985）
- 寺脇隆夫（1985）「解題第 14・15・16 卷」『戦前期社会事業史料集成 14』日本図書センター
- 東京都社会福祉協議会（1978）『無料低額診療事業の手引書』東京都社会福祉協議会
- 東京都社会福祉協議会医療部会 社会福祉法人立等病院検討委員会（1985）『社会福祉法人立等の病院における無料低額診療事業に関する実態調査報告書』東京都社会福祉協議会
- 鶴田寛（1955）「医療保護施設の在り方について」『済生』323，済生会
- 山田明（1992）「解説近代日本の無能力貧民問題地社会事業調査の展開－老人・障害者・医療保護について」『戦前日本社会事業調査史料集成第 7 卷』勁草書房
- 山梨勤医協（2010）『いのちの平等をかかげて 山梨勤医協 50 年の歩み』，山梨勤医協
- 吉田久一（2004）『新・日本社会事業の歴史』勁草書房
- 吉永純・公益社団法人京都保健会（2015）『いのちをつなぐ無料低額診療事業』クリエイツかもがわ
- 吉岡正昭（2012）「社会福祉法人の共同事業の取り組みと課題：社会貢献事業と無料低額診療」『月刊福祉』95，全国社会福祉協議会，42-45
- 全国福祉医療施設協議会（2015）『福祉医療施設のめざすもの』全国福祉医療施設協議会
- 全国福祉医療施設協議会（2014a）「平成 25 年度無料低額診療事業実施状況調査」『全国福祉医療施設協議会紀要』4，99-129
- 全国福祉医療施設協議会（2014b）『高齢化社会に対応する福祉医療のあり方に関する基礎的研究』
- 全国社会福祉協議会福祉医療研究会（1988）『無料・低額診療事業の現状と課題』