

◆ 投稿論文 ◆

皆保険体制の普遍性と安定性

瀬野 陸 見 (京都大学)

1 はじめに

日本における社会保険制度を考える際、大きくは医療保険、年金保険、介護保険、雇用保険、労働者災害補償保険と5つの制度が浮かんでくるが、その中で医療保険は特異な存在だといえる。なぜなら、日本国内に在住するすべての国民を対象¹⁾とするどころか、1年以上滞在する外国人も含める、強制的に包摂を行う制度といえる。医療保険制度は、職域保険である健康保険と、地域保険である国民健康保険で構成されるが、国民健康保険法第5条ないし第6条の規定により、職域保険の対象ではない者は、全員国民健康保険に加入することとなっている²⁾。また、国民健康保険に加入規定は存在しても、ここから排除する規定は存在しない。このように、職域保険に該当しない人びとを全て国民健康保険で引き受ける、いわば国民健康保険は「残余部分」を引き受ける扱いを行うことによって、皆保険体制は成り立っているといえる。

しかし、資格上は排除される人びとは存在しないはずだが、実質的に排除される人びとは存在する。例えば、国民健康保険の「資格証明書」制度がその一つである。保険料の長期滞納を理由に交付されるが、資格証明書を医療機関の窓口を持参すると、一端、10割全てを負担することになる。後に市町村の窓口で保険負担分は返ってはくるものの³⁾、資格証明書を交付される人びとは低所得世帯であることがほとんどであるから、10割負担に耐えることができず、事実上医療給付を受けられない状況になる。

このような状況は、医療のユニバーサル・アクセスを担保すべきという立場からであれ

ば確かに問題であるが、視点を変えると、なぜ医療保険制度に包摂されているはずなのに、その中で排除が起こってしまうのか、包摂の中でなぜ排除が生まれるのか、という疑問が起こる。前掲した通り、通常の職域保険と異なり、国民健康保険は保険料滞納を理由として除外される規定が存在しない。保険というからにはあってもおかしくない項目だがそれがない。

皆保険体制というからには当然である、と考えることもできなくはないが、包摂と排除の「谷間」を制度は作り出しているという見方もできる。どちらかといえば、包摂と排除は相反関係の概念であり、同一の現象に対して両立しうるものではないが、それでも皆保険体制においては、資格証明書の制度が示すように、包摂されているのに排除される、という現象が現れているのである。この点をもって、皆保険体制を不十分と指摘する論考は多い。

とはいえ、筆者の皆保険体制への評価としては、政治的、官僚的都合が非常に適切に噛み合い、振り返れば普遍性と安定性が合理的に重なりあった制度が、1961年という比較的早期において完成した、と考える。前者の普遍性からすれば、とりあえず医療市場へ包摂しているから、そこから漏れる＝排除されるという想定はない。医療市場への包摂、つまり医療保険への加入資格があり、それが転じて、医療市場において、種々の医療給付を受けるプレーヤーとして参加することができる。しかし後者の安定性からすれば、被保険者証が示すという資格をえなければ、一定の自己負担額のみで医療給付を受けることはできない。それは保険の原理からすれば当然の政策となる。

本稿では、なぜそのような、保険制度でありながら高度に普遍性と安定性が両立した制度が出来上がったのか、先行研究の批判的検討と、制度の成立過程を中心に検討することで明らかにしたい。特に、当時の問題意識と、現代から見た問題意識はどこに差異があったのか、その点に着目する。

2 先行研究とその評価、特に「二重構造問題」についてと「普遍性」「安定性」の定義について

社会保険、とくに医療保険を扱った先行研究は何点か存在する。例えば倉田聡は「わが国における「皆保険」体制とは、保険加入という形式面からではなく、医療保険によって提供されるべき医療給付が全ての国民に平等に保障される(または保障されなければならない)という実質面から積極的に理解されてきたことがわかる。[倉田, 2009]」とし、皆保険体制が包摂を試みているのは給付面であることを指摘する。

土田[2011]、田多[2011]も、皆保険成立の歴史的な経緯を扱っている。田多[2011]では、国民皆保険・皆年金体制がいかにして整備されてきたのかを振り返ることでその意義を改めて示そうとしている。その中では、「第2次世界大戦後の経済社会状況」として、甚大な戦争被害や、大量の失業・貧困者が存在する状態からの復興を通じて、1950年代を通じて福祉国家体制が構築されていったことを示す。完全雇用政策、つまりは経済成長政策を実施しつつも、労働能力を一時的・恒久的に失った人々に対する社会保障政策も整備されていった。この中では特に、失業保険の創設にスポットを当てている。失業保険制度の創設は、それまで別々に併存していた、社会保険制度や公的扶助制度が統合されたという意味で重大な意味をもっていたと主張する。より正確には、社会保険制度であり失業保険制度と、公的扶助制度である生活保護制度の直接的な接続・統合であるとする。そのため共通項は「最低限度の生活保障」であ

った。

この統合によって、「従来からの公的医療保険と公的年金保険制度も、公的扶助制度と深い関係を持たざるを得なくなる」とされ、これまた「最低限度の生活保障」を共通項として、公的年金の年金額も生活保護制度の扶助基準との関連を強く意識して定められるようになり、医療においても、生活保護制度において保険診療による最低限度の医療を保障する、という流れとなっている。

とはいえこれらの要素は福祉国家各国に共通の側面であるとして、それとは別に日本的な、あるいは後発国特有の特徴が社会保障制度に見られるとして、国民皆保険・皆年金体制の整備を扱う。国民皆保険のことに絞って示すと、1950年代半ばまで、5人以下の零細事業所の雇用労働者は任意加入となっており、また都市の自営業者達の多くと合わせ、公的医療制度に未加入の状態に置かれていた。これらの未加入問題は、戦後のいわゆる「二重構造問題」とほとんど重なる問題であったと田多は指摘する。経済成長の恩恵を受けられる人たちと受けられない人たちに分かれていき、具体的には大企業従事者と中小企業従事者の各種労働条件の大きな差、また都市住民と農村住民との間での大きな所得格差として生じていた。

当時、結党もない自由民主党はこれらの二重構造問題に対して、各種の保護策、中小企業や農業の近代化策などを通じて問題解決にあたり、皆保険・皆年金体制についても、その未加入問題への解決に乗り出していた。この際、国民健康保険法の改正で対応がなされ、かつ、他の公的医療保険制度に加入しているものは国民健康保険への強制加入から適用除外とされ、全ての国民がいずれかの公的医療保険制度にもれなく加入する体系ができあがった。「被用者も非被用者も含めて未加入者全員が一括加入するという独特な制度・国民健康保険制度を強制設立にして分立型国民皆保険体制が整えられたのである」(田多[2011] p.228)。これに公的年金制度もほぼ同様な未加入問題への解決をみせ、国民の生存権を保障する体系的な制度として、対象の

普遍性、受給の権利性、制度の体系性を備えた社会保障制度が確立した、と田多は主張する。また、この社会保障制度、ならびに完全雇用政策を軸にして、戦後の生産年齢人口の過剰問題によく対応し、これが戦後の福祉国家体制および皆保険・皆年金体制整備の意義とする。しかしながら、その後の経済社会の実体変化、例えば非正規雇用の問題などに対しては上手く対応しきれているかは疑問を呈し、その点への対応が課題であるとする。

田多の研究は、「最低限度の生活保障」を共通項とする公的扶助制度と社会保険制度の接続・統合を指摘し、また後発国である日本の社会保障の特徴、つまりは二重構造問題への対応として、非常にうまく対応できる政策体系を作り出し、皆保険・皆年金体制はその軸となったことを示している。その点に対しては、筆者も大いに評価するものである。

しかし、それらの点を見事に指摘しているとはいえ、ではなぜ、二重構造問題へ対応できる、皆保険・皆年金体制を構築することができたのか、なぜ、皆保険・皆年金体制は保険でありながらも高度な普遍性を持つ体系となったのか、その点を深くは掘り下げてはいない。また、皆保険・皆年金体制をまとめて扱っているため仕方ない点もあるが、皆保険体制をより深く考察したものとは言いにくい。

土田 [2011] は、「国民皆保険 50 年の軌跡」と題し、より直接的に皆保険体制そのものを扱っている。第 2 次世界大戦後の医療保険の再建時から皆保険体制の確立、1973 年や 1980 年代前半の改革も取り上げ、現代の皆保険体制が直面する問題について考察されている。

事実ベースによる細かな流れの確認が多いが、重要なものを取り上げる。1953 年の私立学校教職員共済組合の創設を契機とした各種共済組合の設立が進み、医療保険も年金保険も分立型社会保険という特性を帯びるようになった。1942 年末に公表されたベヴァリッジ報告の影響が日本でもみられ、1946 年に設置された社会保険制度審査会が、1947 年に「社会保障制度要綱」を厚生大臣に答申

し、これは「日本のベヴァリッジ報告」といわれたほど、本家のベヴァリッジ報告と理念や骨子が酷似していた。この研究者グループの主張に対して、厚生省はこれらの理念等に配慮しつつも、既存制度を重視する政策の選択を進めていき、これが皆保険体制の確立過程においても引き継がれた、と土田は指摘する。

皆保険体制の要望が高まった背景に二重構造問題があったことは、田多と同じく土田も指摘する。

土田は、皆保険体制の意義と特徴として、次の点を指摘する。田多と同じく、皆保険の達成は日本の社会保障制度の確立を告げるものであり、完全雇用政策と並んで社会保障制度の確立が日本の福祉国家体制の成立を意味しているとする。その上で、職域保険と地域保険という二大体系として制度されたことは、「当時の経済の二重構造のもとで労働市場も二重構造を形成し、大企業労働者と中小零細企業労働者との間には大きな雇用条件の差異があり、大企業労働者は正規雇用・長期雇用で労働条件もよく、男性稼ぎ主型の世帯モデルをベースにしているのに対して、中小零細企業労働者は雇用関係も明確でなく所得把握も難しく、家族労働者ないしは縁辺労働者に近かった」(土田 [2011] p.248) という状況下で、被用者保険から漏れていた 5 人未満企業労働者を取り込み、医療の確保を図ったことは、現実的かつ合理的な政策選択であり、その意義は大きいとしている。

土田は、当時の経済状況ならびに政策状況を丹念に示した上で、皆保険体制の構築は現実的かつ合理的な政策選択であったと示している。筆者も、この評価には賛同するものである。しかしながら、細かに時代背景をしめしてあるとはいえ、なぜ皆保険体制の成立、ならびにそこに至る政策選択がいかに現実的かつ合理的であるのか、その要素の掘り下げはそこまで多くはない。また、時代背景ならびに行政内部の事情にも踏み込んではいないものの、そこから普遍性や安定性について議論しているわけではない。

また田多や土田の先行研究では、どちらも、

「二重構造問題」と皆保険体制の関わりを論じている。両者とも、二重構造問題をうまく解決するための制度として皆保険体制を評価しており、筆者もその評価そのものが間違っているとは思わない。しかし、正確に述べるならば、二重構造問題は「多重構造問題」と表記するのが正しいのではないか。農村部と都市部の二重構造もあれば、都市部でも大企業と中小(零細)企業という二重構造も存在しており、二重構造の中に更に二重構造があったという、複雑な階層となっていることは容易に理解できる。この多重構造の格差状態に対応するために作り出されたのが、大企業・中小企業の格差に対しては、健康保険組合と政府管掌健康保険(政管健保)であるし、農村部・都市部という格差については、政管健保と国保という制度であった、ということになるであろう。皆保険体制の複雑さを批判することは多々見られるが、それは歴史的展開からすると、必然的かつ巧妙な制度であったと言えよう。二重構造、改め多重構造問題に皆保険体制が上手く対応できたことの意義を改めて確認したわけであるが、そうであるなら一層、普遍性と安定性の高さの理由を検討する必要がある。

皆保険の成立についての分析、特に戦後の皆保険体制の成立について分析を行ったものは、例えば比較的新しいものは鳥崎[2014]がある。鳥崎は、皆保険が実現できた要因として、①経済成長、②「カイシャ」という共同体・「ムラ」という共同体を基盤とした連帯意識、③(政治家や市町村の)リーダーシップ、④制度の設計権限が厚生省に一元化されていたことによる制度の設計管理、⑤基盤的な制度や実績の積上げ、の5つを述べる。ただこれらの評価は、基本的に成立過程を後から外形的に眺めた場合の評価そのものであり、田多や土田のような、当時の時代背景・経済事情や各種の政策選択を踏まえたものとはいえない。総じて評価自体も外形的な特長を踏まえているにすぎない。

より踏み込んだ先行研究としては、佐口[1995]がある。なぜ健康保険と国民健康保険の二大体系で形成されたのか、という点に

ついて、「この状況は、並列とってさしつかえあるまいが、制度的にみて各制度の分立とってさしつかえないし、そのかぎりでは、両者の統合はありえないで、分立の持続であるのか、といわれる。(中略)被用者健保に包含されない人びとが、すべて国保制度の加入となる予測は、国保制度が都市的性格をもつことの困難さと農民保険としての存立の性格との問題について必ずしも十分な見とおしをもっていなかったと指摘されてもやむをえまい。いふなれば、国保の普及を期待することへの楽観論ともいえよう。このことは、後年の国保問題の芽はすでに国保制度成立の当初からあったと判断してもよいのである。[佐口,1995]」

私は、この佐口の指摘は妥当であると考えている。皆保険体制が複雑な状況下で、楽観論を持って整備が急がれたこと、そのことの意味を考える必要がある。

また、佐口のもう一つ重要な指摘として、皆保険体制となる前の旧国保において、なぜ任意保険をもって労働者(被用者)以外の人びとへの医療の保障をすすめなければならなかったか、という点がある。通常は昭和恐慌をうけての農民の健康状況が悪化していた当時の社会的状況への対応であったと説明されるが、佐口は以下の3点を述べる。

- ① 当時の開業医制度を主流とする医療制度のあり方を主張してやまない医師団体への遠慮。医療保険の普及がもたらす開業医制度の存立基盤の不安定への対策として、あくまで任意制度としなければならなかった。
- ② 国民健康保険がその本質で労働者保護(社会政策=労働政策)ではないことへの理解があり、それは自営業者を対象とすること、なかんずくは農民を中心としていたことにある。そうしたばあいは、当初の医療の保障は一定地域住民ないしは同一職業のもの相互扶助組織(共済組合・互助組合など)を起源として想起されているとってさしつかえない。国保政策が当初から“相扶共済”をかかげてその精神を強調したことはこの点にあ

る⁴⁾。

- ③ 国民保険といえども保険料負担をとまなうし、ことに被用者でないばあいは事業者負担がないのであるから、低所得者にとっては保険料負担の問題がある。この点で救済的な公費負担による医療扶助による方策が考慮されるべきであろうが、当時はまだ医療扶助はなかった。その理由は、ミーンズテストの経験がなかったのみならず、(医療扶助を)財政的に負担することができなかったからである。とはいえ、佐口の研究も、細やかな点の検討など他の先行研究にはない魅力が存在し、「なぜ任意保険をもって労働者(被用者)以外の人びとへの医療の保障をすすめるべきでなかったか」という問いの提起はなされているが、普遍性や安定性の視点での切り口は見られない。いうならば、当時の問題意識を丹念に抽出する方に重きが置かれており、現代的な視点との突き合わせはあまり見られない。

また、理論的な側面として、社会保険における普遍性や安定性の議論について、比較的まとまって示しているのは権丈[2017][2018]である。権丈は、社会保険は「保険」である、ということを変更して確認した上で、生活保護(扶助原理)と社会保険を比較した上で、保険料で財源を賄う場合と税で賄う場合の差異について、財源調達力と安定性、言い換えれば普遍性と安定性のバランスという観点で論じる。つまり、社会保険料という一種の目的税は、財政学的には財源の硬直性を持っているわけだが、その硬直性がゆえに、制度の安定性が高まる。一方で、税による調達は政策の普遍性を増すが、財務省(大蔵省)による財源の削減圧力が生じるから、安定性は削られることになる。両者の混合(保険料を徴収し、かつ国庫負担も投入する)というのは、この両者のバランスをどうやって取るか、ということになる。

権丈の理論は、普遍性と安定性の問題について明確に踏み込んだものとして、非常に貴重であり、本論文において、普遍性を論じる上の一つの軸となる研究となる。この権丈の

研究をベースに、本論文での普遍性と安定性の定義を行いたい。普遍性も安定性も、基本的にどちらも制度の性質を求めるものであり、普遍性は特に給付面に、安定性は制度の財源調達のことを直接的には意味する。しかし、本稿ではあえて、どちらも給付面についての性質を述べたものと限定する。普遍性については、給付が普遍的であることを意味しているのには言うまでも無いだろう。安定性についても、財源の安定性から転じて、給付についての制度安定性を述べたものであるとする。税による財源調達方式と比較して、普遍性の高い一方、常に給付削減圧力が生じる可能性がある。しかし保険料という一種の独自財源があれば、そのような圧力が生じる可能性が低くなり、一定程度の安定した給付が保障されやすくなる。この意味で、給付の安定性だと限定する。

しかし、この理論を現実の皆保険体制に応用させようとした場合、普遍性と安定性は理論的にはトレードオフの関係であるにも関わらず、トレードオフではなく、普遍性も安定性も高いのではないかと、という見方ができてしまう。このギャップは何から生じているのか。これが本論文の課題でもある。

3 皆保険体制の成立経過

当報告が対象とするのは、あくまで皆保険体制の成立過程についてであるが、何を問題とするのかを明らかにするためにも、先に皆保険体制の制度展開そのものについて概略を述べておく。以下の記述は、吉原・和田[2008]、菅谷[1978]を参考にしている。

第二次世界大戦において敗戦した日本は、戦前・戦中に成立した各種の社会保険制度は崩壊の危機に直結した。国民健康保険においては、1945年には、全国約1万600の市町村のうち、1万342市町村という、95%以上の市町村に国保組合が設立され、その被保険者数は4092万人を越えていた。しかし1947年末には、国保組合は1万224組合に、被保険者数は2786万人に減少し、そのうちの

43%が「事業不振」ないし「事業中止」の状態に追い込まれていた。

1947年6月14日には占領軍総司令部が「日本の国民健康保険制度は危機に瀕している。緊急な救助施策と、基本的且つ将来の見通しとしての改革を行わない限り、制度の崩壊をみるであろう」との声明を発表、それを受けて1948年6月には国保法の一部改正において、従来の組合主義を廃して市町村公営を原則とする画期的な改正が行われた。

また、1950年には短期融資が、1952年5月には国保再建整備資金が貸し付けられ、さらに保険料徴収政策の向上を促進するため奨励交付金制度が設けられた。しかし、このような対策で保険財政の危機が健全化することはなく、市町村側からは保険給付にたいする定率国庫負担の制度の確立が強く要望されるようになった。(事務費については既に存在していた)

その運動の結果、1952年から1953年にかけて、国保にたいする給付費の2割に相当する国保補助制度が実現した。1954年度の市町村国保の4割は赤字であったが、1955年以降によく立ち直り、被保険者も着実に増加するようになった。

他方、被用者健康保険(=職域健康保険)も荒廃していた。1944年で約465万人もいた被保険者は、敗戦の年の翌年には227万人まで激減し、1953年に320万人と回復、1944年の水準に戻ったのは1954年に入ってからであった。保険財政の危機は特に政管健保にあらわれ、1948年7月には付加給付の廃止、1949年1月には一部負担の制度が復活され、保険料率が5.0%から5.5%に引き上げられ、標準報酬の上限枠も引き上げられた。1950年後半の朝鮮戦争の特需による経済的好況が反映され、1951年に保険財政にも余剰金が生ずるようになり、政管健保の健全財政は1952年まで続いた。1953年8月には、適用範囲の拡大・医療給付の改善・標準報酬等級の改定を内容とする健康保険法の改正が行われたが、5人未満の零細企業の社会保険の適用は未解決のままであった。なおこの時期、1948年には「国家公務員共済組合法」が、

1953年には「日雇労働者健康保険法」・「私立学校職員共済組合法」が、1954年には「市町村職員共済組合法」が制定され、社会保険の形が整えられるようになる。

政管健保の保険財政は1953年には悪化しはじめ、1954年の単年度実質赤字は57億円と、健康保険始まって以来の額となった。赤字の理由の一つは、1951年の診療報酬単価の引き上げも大きく響いていた。それを受けて、1954年には診療報酬の不正請求と不正受診とが改めて問題となり、支出抑制と保険料収納率の向上のためのいくつかの行政措置が課せられた。健保財政が悪化し始めてきた1954年の7月頃、医療費向上の動きを受けて、保険医の一斉休診が行われた。それでも保険財政の危機は1955年に頂点に達したため、政管健保の保険料率を引き上げ、組合管掌健保も1955年度には80組合が保険料を引き上げた。

このような危機に直面し、政府も健保の赤字対策だけでなく、健保にたいする根本的対策の検討の必要性を痛感するにいたる。1955年に、厚生省にいわゆる七人委員会が設けられ、その答申をまって1956年2月、第24回国会に健保法改正法案を国会に提出した。この国会において、健保法改定が議論される過程の中で、国民皆保険計画が表面化ようになる。

以下、やや細かいので箇条書きで整理すると、

- ・1955年7月、社会保障制度審議会に医療保障特別委員会が設置
- ・1955年7月、岩手県で始めて国保の全県普及が達成
- ・1955年11月に厚生省は社会保障六ヵ年計画として全国民の健保強制加入を内定
- ・1955年12月には厚生省は医療保険未適用者(全国3000万人)の国保加入の方針を決定
- ・1956年2月には、社会保障制度審議会は「従業員5人未満の零細企業に対する健康保険の適用・国民健康保険の強制設立・結核対策の強化・日雇健保の給付の改善」を主な内容とする答申を提出、

- ・1956年4月には医療における国民皆保険に関する衆議院付帯決議、
- ・1956年5月に参議院において厚生大臣は1961年までに全国民に医療を普及したい旨の言明、また自民・社会両党の超党派的な社会保障研究会の結成、
- ・1956年7月、厚生省に医療保障委員の設置
- ・1956年8月、国保中央会による国民健康保険法全面改正に関する要望案、
- ・1956年10月、日経連は厚生大臣に5人未満事業所に対する健保の適用など医療保障制度改善に対する意見書を提出
- ・1956年11月8日には社会保障制度審議会は「医療保障制度に関する勧告」を行い、国民皆保険の方向を示唆
- ・1956年12月、厚生省は国保改正方針試案ならびに国民健康保険普及促進法要綱を取りまとめ
- ・1957年1月、厚生省が「国民皆保険計画」を発表
- ・1957年2月、国民皆保険四ヵ年計画の概要を発表
- ・1957年4月、国民皆保険推進本部を厚生省が設置
- ・1957年10月、厚生省は国保改正法案要綱を発表
- ・1958年、幾度かの廃案を経て10月に国民健康保険法案が可決、12月27日に公布。

制度展開を踏まえて指摘すべきなのは、その成立の早さである。1950年代前半こそ、財政問題をどうするかで、健保も国保も苦戦しているが、皆保険体制を作り上げるとしてからは、細かい紆余曲折はあるにせよ、その成立は比較的早いと言える。

なお、普遍性を論じる上で一つ問題となるのは、保険税の存在である。通常は、保険料として税とは別に徴収されるが、市町村によっては、保険税として徴収することができるものである。これの起源は、旧国保制度の下である1951年となっている。佐口 [1995] によれば保険料の収納率が低率となり、財政が不安定の様相を示してきたことを受けて、「こうした事態に対して、財政安定を保険料

収納率の引き上げのみに着目するという発想を転換して、市町村公営となったのでもあるから、保険料でなく保険税とすべきだとの意見が生じた。それをうけて、国保では「国民健康保険税」を市町村で創設することとして、地方税の一部改正を通じ昭和26年(1951)4月からの施行にふみきった。これは保険財政の赤字の増加を見とおした対策であり、“赤字食い止め策”といわれもした。他方では保険財政の収入確保としてはすぐれた対策だとの評価もあったが、むしろ保険者が市町村であることによる便益であった」とまとめている。

4 国保の成立過程にみる普遍性

ここからは、当時の関係者の「証言」をベースに、どのような力学で皆保険体制が成立し、高い普遍性と安定性を得るようになったのかを確認する。

まず、皆保険体制は、旧国保制度を外延的に拡大し、それによって達成されたわけであるが、この外延的に拡大したことについて、小山編 [1985] において、中野徹雄(元、大臣官房審議官)は以下のように語っている。

「たしかに自由診療という、役人流の言葉でいえば、風穴がなくなっちゃったのですな。それで制度的に全部規制されてしまう。しかも現物給付というのが基本的な考え方でしょう。それが国民医療全体をカバーしちゃうということになったわけですね。そうするとここで問題が出てくるわけです。本質的な問題がいくつかあるはずなんだけれども、外延的に広げるという方法で皆保険を達成したが、これは日本の社会保障のために慶賀することだという方に気が取られて、そこから出てくる問題は、あとになってから後腹が病めるという感じになるわけです。

たとえば、自由なプロフェッションとしての医療との関係をどうするかという問題が一つあると思うのです。それから従前の方式で外延的に広げたのだから、当然、保険者別に財政体質の差があるわけなんで、それはだん

だん財政格差が露骨に出てくるという問題もあるのです。さらには、医療全体がこれは全部財政にかかわることになってくるわけだから、そうするといわば供給面の効率化とか供給体制がどうなっているんだという問題も当然出てくるはずなんです。しかし、供給に隘路が出てくるというような予測が出始めたのは、40年前後からでしょう。皆保険をやるときには、あまり意識していなかった。それは、ものごとは大体外延的に広げて全体に適用しようとした場合、従前と異なった質的な問題が出てくるわけですね、それに気がつかないで走っちゃったけれども、あとからどんどん問題がでてきたということだと思っております。それで確かに国民医療則保険医療だということになった場合に、一部のものについての制限診療という問題ではなくなって、医師のプロフェッションという概念と一般的な制限診療が論理的に両立するかという問題が出ると思うのですよ。」

中野が語ることには、外延的、つまり国保を農村以外にも拡大することで皆保険体制を成立させることには、様々な問題を含んでいるが、それは皆保険体制成立時にはあまり意識されず、昭和40年(1965年)ごろから問題となったのではないか、という指摘である。

このことは、例えば島崎[2014]に見られる「ムラ」の共同体の連帯意識、という評価についても疑問を呈する。中野の証言からは、外延的に拡大したことが様々な問題をはらんでいたということは間違いないが、外延的に拡大せざるを得なかった、という状況も含まれている。ムラ社会の共同体が存在したから拡大できた、というよりかは、共同体の理屈を越えた別の理屈で拡大したというのが正確であろう。

また、政治家や市町村のリーダーシップについては、確かに存在している。例えば前田[2016]や有岡[1997]の中には、市町村サイドや各種政治家、そして医師会の動きについて明確な記録が残されている。元厚生官僚であった幸田正孝は、医療経済研究機構[2011]のオーラルヒストリーにおいて、医療保険の特長について次のように語る。

「国民健康保険は、局内の私ども若い者の一部のあいだでは「チベット」と呼ばれていたぐらいで、他方非常に政治的な存在だったと思います。戦争前、戦争中、戦後と一貫して、住民の保健活動をどうするかということに非常に関心を持つ市町村長、地方議員、地域の活動家がいたわけです。国民健康保険は、組合主義がもともとの発端で、市町村が公営するというのはあとから入ってきた考え方です。地域運動、地域活動であったわけです。ですから、その地域の政治とかなり関わり合いが深い物でした。それがある程度普及して全国レベルになってくると、全国の政治家、衆議院や参議院の国会議員の中にもそういう人【引用者註：国民健康保険の改正、正確には皆保険体制を要求する人々】がだんだん出てくるようになる。そして市町村長が旗振りをして、わが村の住民の健康状態をこういう風に上げたい、あるいは我が村の診療所をこういう格好で運営していきたいという地域活動と結びついて、それが政治に直結するという感じだったと思います。」

しかし、それはそれで重要な政策アクターであることは間違いなく、一つの土壌を作り上げた可能性は否定はできないが、やはり鍵を握っていたのは厚生省の職員達であろう。菅沼・土田・岩永・田中[2018]では、当時の厚生省官僚たちに聞き取りを行い、オーラルヒストリーを作成することで、戦後の厚生行政の一端を明らかにしようとしているが、皆保険体制においても同様である。

そのように考えた際、制度の設計権限が厚生省に一元化されていたことによる制度の設計監理、という島崎の評価は一見すると妥当なように思われる。つまり、皆保険体制は厚生省に権限が一元化されていたことから、上手に皆保険体制を設計し、運用することができた、ということになる。これもあながち間違いとは言いきれないが、厚生省の働きを「褒めすぎ」であるとも言える。

そもそもなぜ、国保を外延的に拡張することによって成立させようとしたのか。伊部英男(元国民健康保険課長、元社会事業大学理事長)は、同じく小山編[1985]における対

談でこのように語る。

「それはたしかにそういうことで【引用者註：当時、低所得者層が十分な医療を受けられていないことが問題となっており、それを皆保険で網の目にかけて、疾病と貧困の悪循環を断ち切るべき、という議論】、世論は逐次醸成されてきたのだと思うのです。それで、日本の社会保障は、まず医療の問題から入っていくのが大体古来の伝統のようですからそういう問題が先に登場するのは当然なのでしょうけれども、政策的に非常に強く意識されたのは、健保の赤字のときでしょう。小沢辰男健保課長のときですが。

そのときに、健保が非常に赤字なので、国保負担を要求したのです。高田浩運保険局長は、三十億円要求したと思うのです。三十億円というのは現在でも大金ですけども、当時はとんでもない大金、感じていけば今の三〇〇〇億円ぐらいになるのでしょうかね。そこで省の内外において非常に問題が沸騰したのです。つまり、健康保険に入っている諸君はまだいい、健康保険があるだけでまだいいのだから、赤字になったら自分で持つべきじゃないか。もし三十億円の金があるのなら、その金でいまの話の一〇〇〇万人【引用者註：厚生行政基礎調査により発覚した低所得者層の数であり、「谷間の一〇〇〇万人」と呼ばれ、皆保険によって救うべきとされた人々】に回すべきではないか、これはまさに正論なんですね。この辺の意識というのは、特に厚生省内部もさることながら、外回りですね、学者はもちろんそうですが、論説委員とか自民党方面には、相当その理屈は浸透したわけです。したがって、その意味において、そういう残された層を何とかしなければいけないという問題意識は、健康保険法の国庫負担問題を契機に、非常に強くなったと言えるのではないのでしょうか。」

つまり、健康保険の財政対策のための国庫負担要求を行って見たものの、まず保険未加入の人々をいかに加入させるか、そのことが先決である、という議論になった、ということである。どちらかといえば、厚生省職員は健康保険の財政をどうするか、という意識で

あったものの、内外からの指摘において、未加入者をどうするのか、という話がでてきたからこそ、皆保険体制への道が作られたのである。ある種の「外圧」によって皆保険体制への一つのきっかけができあがったのであり、その点を踏まえ、厚生省のシステムが上手く回っていたとは思えない。そもそも最初から一元管理で上手くいっているのなら、複雑な多層構成を取る必要もなく、当時も今も問題となる財政問題についてここまで問題となっていないだろう。確かに戦前からの制度の積み上げがあったことは事実だが、むしろ問われるべきは、なぜ積み上げた制度をそのまま採用したのか、という点ではなかろうか。

幸田正孝の医療経済研究機構〔2011〕のオーラルヒストリーには、以下のような記述もある。

「健康保険の問題も国民健康保険の問題も、それ以上に医療保険の問題は、現物給付をする保険診療の問題なんですね。今でもその考え方は変わらないけれど、健康保険というのは要するに保険料を集める装置なんですね。それは会社負担と本人負担をどのぐらいの割合にするとか、標準報酬制度とか、保険料の徴収をどうするか、とかいうことですね。国保の場合は、自営業者・農民が相手だから所得の把握が難しい。だから所得割だけでなしに、資産割とか世帯割とかいろいろな工夫をしているわけです。いずれにしても社会保険は本来、保険料をとる装置であって、実際に使うのは保険料をどういうふうに仕組むかということなんですね。」

つまりは、皆保険体制における包摂とは、医療給付の対象となることは当然のことながら、制度的には保険料の徴収対象としていかに取り扱うか、「保険料を払う人」の中に包摂するということが鍵であった、ということになる。ただ、既に別の語りを見ているように、皆保険体制の成立時には、赤字財政への懸念はあっても、「保険料を払えない人・払わない人」への扱いをどう考えるか、についての議論は見られない。制度設計者としては恐らく、いかに医療給付で包摂させるか、と

ということが念頭にあったものの、制度の実際としては、形式面での包摂が先に進んでしまった、ということになる。

また、皆保険体制、特に国保を要求した人々の認識とのズレもあるだろう。同じく幸田の語りを引用する。

「国保がかなり息を吹き返してきたのが昭和二十九、三十年頃だったと思います。国庫補助も定率でやることになって、一方で市町村長と気脈を通じたというか連携した政治家、国保ファンみたいな政治家が相当出てきたわけですね。例えば広島永山忠則〔自由党衆院議員・国中副会長〕さんとか何人かいます。それは政治的な力で、市町村長として何かやる場合、村民、町民の健康問題として国民健康保険を実施する。また直診という直営診療所を建てる、あるいは国保の病院を建てるというのは、市町村長としては非常に大きな功績というか、野心的な試みになるということが、段々知れ渡ってきました。国保が段々普及して、そういうことに熱心な市町村長が出てくるというのが、昭和二十九年、三十年頃の状況だったのではないかと思います。」

やはり国保には地域保険の性質が常につきまとい、本来であれば各地域の特長、健康状態に合わせて制度設計をすることが合理的な制度設計とも考えられる。それが全国的な政治にも繋がり、早急に均一的な制度設計を施すことになってしまったため、旧来からあった国保を単に外延的に用いる必要が生じてしまったのであろう。制度の合理性という意味では整合的ではないが、政治的には合理的であった、ということになる。楽観的な制度設計をしたというよりは、楽観的な見込みの下で制度設計をせざるを得なかった、という表現の方が、より実態を表しているのではないか。

以上のような証言を並べていくと、当時はいかにして包摂させるか、全国民を皆保険体制の傘の下に入れるか、ということが重視され、そこから生じるであろう問題はあまり重視されなかった、もしくは非常に楽観的に処理できると考えられていたということにな

る。当時は皆保険体制を早期に成立させ、疾病と貧困の問題に向き合うことが、現代より更に重たく、喫緊の課題として迫っていたことの裏返しでもあろう。

5 結論 かつての「包摂」と現代の「排除」

なぜ、社会保険方式を採用しておきながら、これほどまでに高い普遍性を持つことになったのか、という点では、当初から普遍主義的・救貧対策の性格を持つ皆保険を理想として志向した人々が一定数いたことがまず一点である。「国保ファン」を筆頭とした政治上の要請や、厚生省の一部の官僚におけるベヴァリッジ報告からの影響、結論としての圧力がまだ高かったことと思われる。それとは別に、大蔵省との関わりの上で、通常ならば予算削減圧力が機能する中、政管健保への国費投入の条件として皆保険体制が望まれ、そのまま強烈的な包摂制度を作り上げることになった、ということになる。政治的な力学の上では、この後者の財政状況との関わりが非常に大きかったのであろう。その際、一から全てを構築するわけではなく、元来は農民保険として生まれた地域保険である国保を外延的に採用し、それを応用することが最も早かったためと考えられる。この結果、高い普遍性を持つ要の制度に変容しつつも、相互扶助性格を制度から捨てきれないままに、健康保険以外の残余部分を引き受けてしまったことが、後にまで影響することになる国保の制度的な原因である。ただ、なぜ健康保険と国民健康保険を組み合わせる方式になってしまったかと言えば、政管健保との財政問題の兼ね合い、厚生省国保課を中心とした普遍主義的政策への志向、そして世論も含めた政治の「均衡点」として生み出されたのがこの制度であった、ということになる。しかし、医療給付を万人に普及させることを目的に生み出されたはずの皆保険体制だが、結局はまず形式的な包摂が強く、医療給付の実質を保障する点については、設立当時は楽観的に考えられていた。これが、「包摂されているのに排除される」

という問題の根本であるが、普遍性と安定性の高度のバランスによる限界ともいえよう。

権丈 [2017, 2018] による普遍性と安定性の議論は、あくまで財源調達による性格の違いを論じたものであった。しかし、実際の皆保険体制は、万人にいかん医療を受けさせるかという、療養の給付を万人に保障する制度をいかに成立させるか、ということに力点が置かれたため、万人を包摂する制度の成立を急いだことになる。この、保険の未加入問題から始まった成立展開によって、現代にも繋がる、高い普遍性を獲得できるようになったのである。そして、あくまで社会保険料方式にこだわったことで、財源的な意味での安定性も確保されることとなった。しかしこれさえも、納付率の向上のために、保険料ではなく保険税としての徴収が制度として認められ、税と保険料との区別は曖昧にされている⁵⁾。建前としての保険料、そして外形的には保険形式を維持されることによって、予算の攻防時における削減圧力からは一定程度守られつつも、基本的には普遍性を高く確保した政策とみるのが妥当であろう。また、保険といいながら、現金給付ではなく現物給付を行う制度体系になっていることも、現在まで高く普遍性を確保できた一要因と考えられる。この、いわば「1/2 税方式」ともいべき財源調達の論理は、当時としては何とか皆保険体制を通すための「力業」であったのだろう。しかし、現代から振り返ってみれば、普通は両立するはずのない、普遍性と安定性がどちらも高いという、非常に希有な制度を生み出すことに成功した、と言えよう⁶⁾。

外延的に拡大したことの意味をもう少し検討しておこう。皆保険体制がややこしいのは、あくまで現物給付の制度として設計された点である。実際の医療給付を行うのは民間も含む医療機関であり、国家は保険制度・医療制度を通じて、点数制度や薬価の管理という、医療市場の間接的コントロールという形で関与する形を取る。この点について、新村 [2007] では、

「これまで積み重ねられてきた公的医療機関の体系的な整備と、そこを起点として展開

するはずであった治療および予防計画の計画をご破算にし、かつ公的病院の新設や増床については極力規制することにして医療の供給を民間に任せ、医師会が求める自由開業医性を堅持することにしたのである」とまとめられている。皆保険体制における包摂は、最終的には民間に任せることによって、実現させることができた、というのは間違いない事実である。そして、現物給付の制度として設計されたことによって、医療市場への介入力がある程度は持ちつつ、供給の実際を担うのは民間、という分業体制を持つことで、供給面から見ても、医療保険としての安定性と、かなりの普遍性を両立させることになった。

無論、現代の皆保険体制の現状を見れば、財政状況をいかに立て直すか、どのように社会保険料と国庫負担のバランスをとるかという意味での「安定性」は常に問題となっている。また、強制的な包摂の制度の生み出したことは、そこから漏れる人、つまり「排除」される人の問題を後年になって生み出すことになる。現代的にみれば、この包摂と排除という問題が皆保険体制においても問われることになる。しかし、1961年という、50年以上前に既に普遍性と安定性が両立する制度が出来上がり、その基本構造を大きく変えることなく、現代まで続いてきているのが事実である。設立時の経緯は多分に政治的な力業であっても、その出来上がった制度には、存続のためのロジックが内蔵され、その後も変化してきた経済社会との相性は一定程度良好であった、と評価するのが自然であろう。

本論文の冒頭において、資格証明書の問題が、現代の皆保険体制における「包摂」されつつも「排除」されている、という二面性を表していることを指摘した。この性質は、言い換えれば、トレードオフの関係であるはずの普遍性と安定性が制度の中に未だに両立して存在しており、それが故の課題として現れているともいえよう。包摂によって排除は解消されるのではなく、包摂と排除は両立することも示している。

では、現代に視点を移して考えた場合、包摂と排除が両立する日本の皆保険体制は、そ

の根本から不備を抱えていると考えてよいのだろうか。この点を検討するために、日本における現行の社会保険方式の意義を最後に考えることとする。一般的に社会保険の存在理由を考えた場合、例えば広井[1999]のように、市場の失敗としての逆選択を防止するために、強制加入と平均保険料方式を採用した(民間保険とは異なる)社会保険が存在する、とされる。また佐藤[2013]のように、「共助のための連帯」を具体化するための装置として社会保険を捉え、福祉国家における連帯の一つの形として指摘することもできる⁷⁾。しかし、これらとはやや異なる視角から、より具体的な意義も考えられるだろう。一つは、給付と負担が対置されており、負担面の限界値から給付の抑制も働きやすいことである。もう一つは、その給付の抑制によって、予防の意識が醸成されやすい、ということである。給付の抑制は保険としての給付額の抑制に直結し、保険財政の安定化に寄与する。また、予防意識の醸成によって実際に必要な医療給付が少なくなれば、これも財政の安定化に寄与する。しかしながら、予防意識の醸成ならびにその効果には、普遍性の高さが必要ともいえる。全てが税ではなく保険料負担も共存していることによって、部分的に自助としての要素があるからこそ、医療扶助の適用者以外は、自助に基づく共助が成立し、これによっても普遍性と安定性が両立しうる。以上の理由によっても、1/2税方式がもたらした性質は、極めて巧妙であるといえるのである。

注

- 1) 正確には生活保護受給者は除外されるが、生活保護制度の医療給付が受けられるため、医療アクセスそのものから排除されるわけではない。
- 2) 具体的な条文は下記の通り。(平成30年4月1日施行)
 第五条 都道府県の区域内に住所を有する者は、当該都道府県が当該都道府県内の市町村とともに行う国民健康保険の被保険者とする。(適用除外)
 第六条 前条の規定にかかわらず、次の各号のいずれかに該当する者は、都道府県が当該都道府県内の市町村とともに行う国民健康保険(以下「都道府県等が行う国民健康保険」という。)の被保険者としな^い。(後略)
 第六条の各号には、健康保険、船員保険、各種共済、生活保護受給者などが列挙される。
- 3) 実際は、滞納分の保険料と相殺されることがほとんどであり、被保険者の手元に返ってくる現金はほぼないと言ってもよい。
- 4) 佐口はこの点について以下のようにも述べている。「国保制度の創設にかんして当局の認識はその中心を農村においていたことは明白であった。傷病という危険に対応する生活の経済的安定にあると説くとともに、いまひとつは農村における医療の普及にあったことも忘れてはいないのである。(中略)これによれば、農民を医療の重圧から解放することが大目的であって、医療機関の分布の是正は副作用だということになる。したがって、おなじ論者は農民以外の「一般庶民」を対象としたのだが、「此の制度根本は農村を対象とする」、しかも「農村にその実現性が多い」と明白にのべていることは注目してよい。その意味からすれば、国保制度にはそもそも都市的正確になじむことが困難であることがわかっていたということになる。事実、後年の国民皆保険にさいしては、国保制度の都市への普及の困難さは予想どおりであったことになる。もしそうであるならば、国保制度は創設当初から都市的性格となじみえない制度であり、これが国保に内法していた矛盾であることはあきらかである。国保制度に「農民保険」というレッテルとはったとしても、便宜的表現として一蹴することのできない真実がそこには含まれていたのである。[佐口,1995]」
- 5) なお、この点に関わる内容として、菅沼[2018]においては、「社会保険税」の実現可能性が高かったことを描き出している。
- 6) この「1/2税方式」については、年金制度の財源調達においても当てはまる理論ではあるが、年金における展開については今後の課題とした^い。
- 7) この点に関わり、福祉国家における連帯の扱いを巡る簡潔なまとめは、例えば坪[2012]

がある。

【参考文献】

- ・ 坏洋一 [2012] 『福祉国家』 法律文化社
- ・ 有岡二郎 [1997] 『戦後医療の五十年 医療保険制度の舞台裏』 日本医事新報社
- ・ 医療経済研究機構 [2011] 「国民皆保険オーラル・ヒストリー I 幸田正孝 [元厚生省事務次官] 報告書」
- ・ 医療経済研究機構 [2013] 「医療政策オーラル・ヒストリー 仲村 英一 [元厚生省健康政策局長] 報告書」
- ・ 小川路男編 [1985] 『戦後医療保障の証言』 総合労働研究所
- ・ 倉田聡 [2009] 『社会保険の構造分析 — 社会保障における「連帯」のかたち』 北海道大学出版会
- ・ 健康保険組合連合会 [1960] 『健康保険組合連合会創立十五周年記念史』 (菅沼隆 (編) 『日本社会保障基本文献集』 第 24 巻収載)
- ・ 権丈善一 [2017] 『ちょっと気になる社会保障 増補版』 勁草書房
- ・ 権丈善一 [2018] 『ちょっと気になる医療と介護 増補版』 勁草書房
- ・ 近藤文二 [1963] 『社会保険』 岩波書店
- ・ 厚生省保険局 (編) [1958] 『国民健康保険の概要』 (菅沼隆 (編) 『日本社会保障基本文献集』 第 2 巻収載)
- ・ 佐口卓 [1977] 『日本社会保険制度史』 勁草書房
- ・ 佐口卓 [1995] 『国民健康保険 形成と展開』 光生館
- ・ 佐藤卓利 [2013] 「共助の包摂——社会保障としての国民皆保険制度——」 『立命館経済学』 第 61 巻第 6 号
- ・ 島崎謙治 [2012a] 『日本の医療—制度と政策』 東京大学出版会
- ・ 島崎謙治 [2012b] 「国民皆保険とその前史の成立過程に関する覚書」 『青山法学論集』 第 53 巻第 4 号
- ・ 島崎謙治 [2014] 「日本の国民皆保険の実現プロセスと開発途上国への政策的示唆」 『早稲田商学』 第 439 号
- ・ 菅谷章 [1978] 『日本社会政策史論』 日本評論社
- ・ 菅沼隆 [2018] 「戦後社会保障の岐路—保険者秩序と政策決定—」 『社会保障研究』 第 3 巻第 1 号
- ・ 菅沼隆, 土田武史, 岩永里恵, 田中聡一郎編 [2018] 『戦後社会保障の証言——厚生官僚 120 時間オーラルヒストリー』 有斐閣
- ・ 全国国民健康保険団体中央会 (編) [1958] 『国民健康保険二十年史』 (菅沼隆 (編) 『日本社会保障基本文献集』 第 25 巻収載)
- ・ 田多英範 [2011] 「福祉国家と国民皆保険・皆年金体制の確立」 『季刊社会保障研究』 第 47 巻第 3 号
- ・ 土田武史 [2011] 「国民皆保険 50 年の軌跡」 『季刊社会保障研究』 第 47 巻第 3 号
- ・ 新田秀樹 [2009] 『国民健康保険の保険者』 信山社
- ・ 新村拓 [2007] 『国民皆保険の時代 1960, 70 年代の生活と医療』 法政大学出版局
- ・ 中静未知 [1998] 『医療保険の行政と政治 — 1895 ~ 1954 —』 吉川弘文館
- ・ 広井良典 [1999] 『日本の社会保障』 岩波新書
- ・ 前田信雄 [2016] 『国民皆保険への途 先人の遺業百年』 勁草書房
- ・ 吉原健二, 和田勝 [2008] 『日本医療保険制度史 増補改訂版』 東洋経済新報社