

第4部 健康保険法100年の軌跡と展望

国際医療福祉大学大学院教授 島崎 謙治

第1章 序論 — 本稿の目的および構成 —

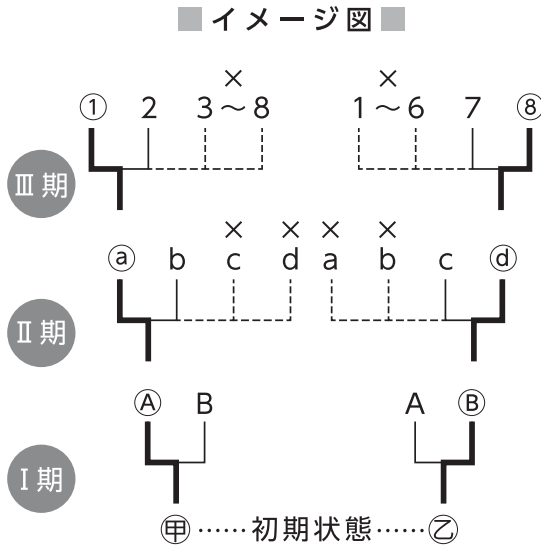
大正11（1922）年に健康保険法（以下「健保法」という）が制定されてから百年余が経つ。医療制度に限ったことではないが、制度は最初の設計によりその後の発展の方向性が規定される。健保法制定の重要な意義は、日本の医療制度が社会保険方式を中心に組み立てられる道筋をつけたことにある。ただし、同時に強調したいことは、その道のりは決して単線的であつたわけではなく、難しい舵取りの連続であつたことである。

経路依存性（path dependence）という言葉がある。これは制度が過去の政策選択や歴史的な偶然等によって拘束されることを説明する経済学の用語である。違う言い方をすれば、初期状態はほぼ同じなのに、その後のわずかな違いによって異なる歩みを辿り、結果的にまったく別箇の制度となつてしまうことをいう。図1は経路依存性と政策選択のイメージ図である。初期の状態は同じでも、ある時点での政策選択（政策の失敗等を含む）の違いによつて次の政策選択肢が絞られていくことを表している。

現行の制度はそれまでの政策選択の結果の積み重ねである。したがつて、各々の政策選択と現行制度との間には因果関係があることは間違いない。そして「正史」では、現在から過去を遡り、いわば「一本道」の説明により政策選択の必然性や正統性を強調しがちである。しかし、実際には、多くの「分かれ道」があり、捨象された選択肢があつたはずである。温故知新という言葉があるが、国民皆保険の行く末が危ぶまれている今日、新しい視座や道標を得る上で役立つのは、先人が分岐点においていかなる判断により政策選択を行ったのかを追体験することだと思われる。

本稿では、そのような観点から健保法100年の軌跡と展望につ

図1 経路依存性と政策選択



出典：筆者作成

■ 説明 ■

1. この「イメージ図」で、初期状態は、左の国（甲）も右の国（乙）も大きな差異はない。
2. しかし、ある時期（図ではI期）に甲がAを選ばると、次の段階での政策の選択肢が絞られる。この図ではaかbに限られ、cやdの選択はできなくなる。一方、乙がBを選ばると、aやbの選択はできなくなり、cかdを選択することになる。以下、同様のことが繰り返される。
3. 現行の制度はこれまでの政策決定と因果関係が存在する。「正史」では、現在から過去をさかのぼり、正統性を強調する。例えば、甲の「正史」では、A → a → 1の正統性を主張しがちである。しかし、実際はそれぞれの時点で政策の選択肢があつたはずである。

いて述べる¹⁾。ただし、健保法を中心に据えつつも、国民健康保険（以下「国保」という）や後期高齢者医療制度を含め医療保険制度全般をカバーする。また、医療制度は医療サービス提供（デリバリー）に関する制度と費用の調達・決済（ファイナンス）に関する制度から成るが、特に展望に関しては、デリバリーについてもファイナンスと同等の紙幅を割いて論じる。その理由は、人口構造が大きく変化するなかで、医療のあり方自体を再考する必要があるとともに、デリバリーの改革なくしてファイナンスの持続可能性は確保できないからである。

本稿の構成は次のとおりである。わが国の医療保険制度の軌跡は、①戦前の基盤形成期、②国民皆保険の実現を経て昭和48（1973）年頃までの確立・拡充期、③それ以降の見直し・改革期の3つの時期に大別される。2章から4章では各時期のポイントについて論述し、続く5章で軌跡の締め括りとして重要な論点を取り上げ考察する。6章から8章では展望について述べる。未来は過去・現在と断絶して存在し得ないが、単純な延長線上にあるわけでもない。過去・現在と将来では社会経済の条件がまったく異なるからである。このため、6章で社会経済の変容と制約条件について述べ、それを踏まえ、7章で医療提供体制の課題、8章では医療保険制度の課題について論じる。最後の9章は、全体の結論である。

第2章 軌跡——基盤形成期——

第1節 健保法の制定と発展

1. 健保法の制定

明治16（1883）年にドイツのビスマルク宰相の下で創設された疾病保険法は、ヨーロッパをはじめ多くの国の社会政策にインパクトを及ぼした。わが国も例外ではない。ドイツ留学時にその存在

を知り帰国後に内務省衛生局長に就いた後藤新平（後に内務大臣等を歴任）は、明治28（1895）年にわが国でも疾病保険法を制定することを時の総理大臣（伊藤博文）に具申ししている。後藤はそれにとどまらず、明治31（1898）年には労働者疾病保険法案を起草し内務大臣の諮問機関である中央衛生会に提出した。これは時期尚早として斥けられたが、明治38（1905）年に八幡官営製鉄所職工共済会が創設されたのを皮切りに官業共済組合の設立が図られた。また、同時期に民間の共済組合や救護基金も現れた。前者の代表は鐘紡社長の武藤山治がドイツの鉄鋼会社クルップ社の疾病金庫をモデルに作った労資協調型の鐘紡共済組合、後者の代表は三菱造船所の職工の傷病・死亡等に対し労使折半拠出の基金から救済金を支給する三菱造船所救護基金である。こうした民間の共済組合や救護基金は必ずしも広く普及したわけではないが、後の健保組合の前身として位置づけられる。

こうした前史を経て、大正11（1922）年に健保法が制定された。この時期に健保法が誕生した直接の契機は第一次世界大戦後の社会経済情勢の急変である。すなわち、大正3（1914）年に勃発した第一次世界大戦は外需の急増等を通じ未曾有の好況をもたらした。しかし、この大戦景気の底は浅く、特に大正9（1920）年の東京株式市場の大暴落を機に始まった戦後恐慌以後、日本経済は深刻な不況に陥った。また、第一次世界大戦は工業の飛躍的發展を促し、特に重工業の発展に伴い男子労働力は、大正3（1914）年から5年間で倍増するなど工業労働者が急増したが、これは労働組合運動発展の素地となった。他方、この当時、労働者保護立法としては、明治38（1905）年に制定された鉱業法や明治44（1911）年に制定された工場法しか存在せず、劣悪な労働条件に加え実質賃金も目減りする中で、1910年代半ば以降労働争議が頻発した。こうした社会情勢に呼応し、野党の憲政会は、大正9（19

20)年2月に疾病保険法案を国会に提出した。これに刺激された立憲政友会内閣は、同年8月に農商務省工務局に労働課を新設し労働保険とりわけ疾病保険法の立案を急がせた。

健保法の要綱が脱稿されたのは、大正10(1921)年11月のことである。そして、翌月に農商務大臣の諮問機関である労働保険調査会に諮問し、大正11(1922)年1月に答申を得た後、同年3月13日に健保法案は第45回帝國議會に提出された。同日の衆議院本會議において政府委員の田中隆三(農商務次官)は、「労働保険の制度を樹立致しまして、生活上の不安を除去すること、また労働者の健康を保持致しまして、労働能力の増進を図りますこと、またその結果と致しまして労資の円満なる協調、それによりまして国家産業の健全なる発達を期することの必要を認め(以下略)」と法案の提案理由を述べている²。つまり、健保法は労働情勢が緊迫の度を強める中で、労資協調により産業の健全な発展を図る労働政策立法としての性格を強く帯びていた。

健保法は画期的な法律でありながら、議會では健保法案の実質的な審議はほとんど行われず、提出からわずか10日後の3月23日に可決成立をみた(公布は4月22日)。これほど短期間で成立したのは、関係団体や議員は労働保険になじみがなく、健保法の影響の正確な瀬踏みができなかったこともあるが、最大の理由は、第45回帝國議會には過激社会運動取締法案が提出されており、その審議に衆目が集まっていたからである。ちなみに、大正11(1922)年は日本共産党が結成された年でもあり、過激社会運動取締法案は野党やマスコミの反対が強く審議未了になったものの、その内容は大正14(1925)年に成立した治安維持法に盛り込まれた。

2. 健保法の内容と特徴

健保法の基本的骨格はドイツの疾病保険法にならっているが、い

くつか異なっている点がある。主な相違点としては、①保険者は政府(政府管掌健康保険。以下「政管健保」という)と健康保険組合(以下「健保組合」という)の二本立てであること、②業務上の傷病も健保法の対象としたこと、③保険料の負担は原則労使折半であることの3つが挙げられる。このうち①については、ギルドやツンフト等の自治組織(共済組合)の歴史が長いドイツと異なり、わが国では共済組合の発達が不十分であったことに加え、保険の基礎となる各業種の傷病統計等が未整備であったという事情がある。このため、健保組合によって保険運営を確実に行える場合にはまずこれによることとし、それ以外は「政府が全部之を拾って此の保険法を運用して行きたい」という方針が採用された³。なお、野党の憲政会が大正9(1920)年に帝國議會に提出していた疾病保険法案では保険者は政府一本であった。その意味では、健保法の立案に当たり、健保組合を政府(政管健保)と並列して保険者として位置づけたことは思い切った政策判断であったと評価できる。

②については、業務起因性の判断は困難であり事実認定をめぐる紛争を避けるという実務上の理由のほか、わが国は中小企業が多く個々の事業主に業務上傷病の責任を負わせることは産業の発達を阻害するおそれがあり、危険負担の分散・緩和を図る必要があるという理由から、業務上傷病も健保法に取り込むこととされた。

③の保険料の労使折半は②と関連する。ドイツの疾病保険(業務

1 本稿は、島崎謙治(2022)「健康保険法制定百年―温故知新と国民皆保険の将来―健康保険(2022年5月号・6月号・7月号)を基に大幅に加筆修正したものである。なお、本稿の執筆に当たっては、吉原健二・和田勝(2008)『日本医療保険制度史(第3版)』東洋経済新報社、土田武史(2011)『国民皆保険50年の軌跡』季刊社会保険研究、47巻3号を参考にさせていただいた。議事速記録の原文は片仮名であるが、平仮名に改めた。また、用字等も適宜改めた。

3 内務省社会局保険部(1935)『健康保険法施行経過記録』197頁。

外の傷病保険)の保険料負担が労使折半となったのは昭和24(1949)年以降であり、それまでは、事業主3分の1、被用者3分の2であった。これに対し、日本の健保法上の保険料負担割合は制定当初から今日に至るまで原則労使折半である。ドイツと異なり健保法制定当時労使折半とした理由について、当局側は、わが国の健保法は業務上傷病も対象としたことから、業務上・業務外傷病の労使負担率を保険事故発生比率(業務上1に対し業務外4)により加重平均した結果、ほぼ労使折半となる旨の説明を行っている⁴。しかし、一方で当局は、既述したとおり保険統計データの蓄積は不十分であった旨の答弁も行っており、これは理屈の後付けの感が否めない。むしろ、保険料を労使折半としたのは、労資協調を重視したものと考えられる。つまり、労資協調による民主的な保険運営を確保するには、「口」(表決権)の対等の証として「金」(保険料負担)も折半とすることが適切であるという考え方である⁵。なお、健保組合については、保険料は折半ではなく事業主負担の割合を増加できるが、この規定は健保法創設時から存在する。

3. 健保法の施行と開明性

健保法は大正11(1922)年4月22日に公布されたが、施行されたのは約5年後の昭和2(1927)年1月1日である。これは大正12(1923)年9月に関東大震災が勃発し、政府を挙げて救護事業に奔走することになったからであるが、健保法の所管が変わったことについても触れておこう。健保法の立案は農商務省工務局労働課で行われた。これは労働保険が産業政策の一環として捉えられていたからである。しかし、社会事業や治安対策を所管する内務省、海員保険を所管する通信省等との権限争いが絶えなかった。また、農商務省は労働組合を蔑視しており、ILO総会に労働者の代表者を出さず国際的な批判を浴びた。このため、大正11(192

2)年11月に内務省に外局として社会局が新設され、社会保険に関する業務は同局が所掌することとされた。これに伴い農商務省や通信省から職員の転籍や事務の移管も行われたが、注目されるのが2つある。

第1は、農商務省工務局労働課の所掌が「労働保険に関する事項」であったのに対し、社会局の新設に当たり所掌が「社会保険に関する事項」に改められたことである。社会局健康保険課長として健保法の実施を差配した清水玄は、その意義について、「対象をあえて労働者だけに限定せず、さらにひろい視野に立つて検討を加えようとしていたことは疑いない。それはそのまま社会局創設の目標でもあったのである」と述懐している⁶。なお、時代が下がるが、労働保険調査会も昭和10(1935)年7月に廃止され社会保険調査会に衣替えされた。これは、労働保険とは言えない旧国保法案の諮問の受け皿とするためであった。

第2は、健保法施行令(勅令)の立案は内務省社会局が担ったが、開明的な内容が含まれていることである。例えば、健保法施行令では、健保組合の理事や組合会は労使の代表各同数をもつて組織することが規定された。これは現行健保法の18条・21条の淵源であるが、清水は被保険者代表が健保組合の理事長を務めてもよいと考えていた節がある。回顧談の中ではあるが、「事業側から異議あり、遺憾ながら健保組合の理事長は事業側に限る規定となった」(傍線は引用者)と述べている⁷。今日的な目からみても、驚くべき開明性である。

4. 健保法の対象者の拡大

健保法は苦勞の末に施行されたが、労働者、事業主の双方から評判が悪かった。労働者の間では賃金から保険料が徴収され目減りするとして反対論が強く、施行前後にはストライキに訴えて健保法の

実施を阻止する動きもみられた。ただし、施行後は次第にスタンスの変化がみられ、制度を有効に利用しようとする観点から事業主負担の増額や国庫負担の増加を要求するようになった。一方、事業主側は負担の増大に対する不平や被保険者の保険悪用（労働争議への悪用など）を非難する声が強くなり、健保法の廃止論も唱えられた。

議会からは健保法の適用範囲の拡大が要望されていたが、それが困難であったのは、以上のような反対や不満が強かっただけではない。経済不況の影響により被保険者数や保険料収入が減少し健保財政が窮迫していたという理由も大きい。けれども、昭和6（1931）年に満州事変が勃発して以降、軍需景気により農村を除いて経済が回復し、健保財政も財政危機から脱出した。こうした事情や戦時体制への移行等を背景に、被用者保険の対象拡大が図られていく。すなわち、健保法制定時の適用対象者は工場法または鉱業法が適用される労働者に限られていたが、昭和10（1935）年にはそれ以外のブルーカラー労働者にも拡大された。そして、昭和14（1939）年には、販売・金融等の業務に従事するいわゆるホワイトカラーを対象とする職員健康保険法が制定され、昭和17（1942）年には同法は健保法に一本化された。また、健保法制定時は、保険給付の対象は労働者である被保険者本人に限られており、その家族（被扶養者）は対象外であった。しかし、戦時体制下で「銃後の守り、あるいは職場挺身者の家族の生活安定」を図るため、昭和14（1939）年に家族に対する任意給付の規定が新設され、さらに、昭和17（1942）年に職員健康保険法との統合の際、家族療養費として法定給付化された⁸。かくして、適用範囲という意味では、この時期に健保法は現行制度とほぼ同様の内容を具備するに至った。

昭和17（1942）年の健保法の改正では、健康保険組合連合会（以下「健保連」という）が法定化された。これは、個々の健保組

合では達成し難い事業を共同して実施させるためであり、同年2月9日の第79回帝国議会（貴族院国民体力法中改正法律案特別委員会）における健保法改正の審議において、健保組合や健保連の意義について質疑が行われている。木村清司保険院社会保険局長は、河原田稼吉議員（内務大臣等を歴任。後に初代健保連会長）の「当局におかれましては、（中略）組合側の自治的進歩発達ということをお長される、そういうご方針だろうと思いますが、そう承知してよろしゅうございますか」との質問に対し次のように答弁している。やや長いが、示唆に富む答弁なので原文を引用する⁹。

「健康保険の実際の運営につきましては、工場管理と申しますか、事業管理と密接な関係を有しております。従いまして相当規模以上のおのりした工場、鉱山等につきましては、政府管掌よりも組合管掌の方がよほど行届いた施設（施策の意味・引用者注）を為し得るものと考えております。ただ中小企業にありましては、財政的方面から見まして、政府管掌でなければならぬと思っておりますが、相当規模以上の事業にあっては、むしろ組合管掌の方がよろしかろうとこう考えております。従いまして今後とも組合管掌がよりよき成績をあげるように努めたいと思っております。この度の健康保険組合の連合会を健康保険法において認めまして個々の組合では比較的困難なことを連合会で公

4 内務省社会局保険部（1935）『健康保険法施行経過記録』64頁。

5 熊谷憲一（1926）『健康保険法詳解』厳松堂書店、429頁。

6 大霞会（1971）『内務省史』地方財務協会、469頁。なお、引用箇所を含め、内務省史第3巻第8章第7節「社会保険行政の展開」（469―488頁）は清水の執筆である。清水玄追悼録刊行会（1975）『清水玄さん』北村社会保険出版株式会社、326頁。

7 清水玄（1974）『健康保険発足のころ』厚生省保険局・社会保険庁医療保険部（1974）『医療保険半世紀の記録』社会保険法研究会、237頁。

8 厚生省保険局・社会保険庁医療保険部（1974）『医療保険半世紀の記録』社会保険法研究会、35頁。

9 原文は片仮名であるが、平仮名に改めた。また、用字等も適宜改めた。

法的な施設としてもやり得るということに致しますとか、そういう点も考えておりますので、健康保険組合のことにつきましては、従来以上の期待をもっている次第であります」。

第2節 旧国保法の制定と普及

1. 旧国保法の制定の背景

明治7（1874）年、医制が制定された。これによりわが国の医療・衛生制度の方向性が示されたが、医制の最も重要な内容の1つは自由開業制を規定したことである。その結果、医師や医療施設の都市偏在が生じ、農民の健康・衛生水準は劣悪を極めた。また、世界恐慌の影響は養蚕を副業とする農家に及ぶとともに、東北地方等の大凶作もあり農村の窮乏が深刻化した。こうした中で、昭和8（1933）年に政府の上層部から内務省社会局長官の丹羽七郎に「健保の農村版を作れ」という下命があった。清水玄は回想録の中で、「昭和8年頃のある日曜日の午後、自宅に社会局長官である丹羽さんから電話があり、農村匡救方策として社会保険を利用する方法はあるまいか考えてみてくれということであった」と述べている¹⁰。

けれども、清水は上述の一文に続き、「そのときにはあまり名案も浮かばなかったので、数日後役所で健康保険のようなことでは、農村に施行は難しいでしょうと返事をしたことがある」と述懐している。清水が消極的な返答をしたのは無理もない。健保では事業主が労働者を雇用（正確には使用）することによって保険関係が成立するが、農民の場合はそのような拠り所が見出せない。また、賃金を基礎に応能負担の保険料を源泉徴収できる健保と異なり、農民の場合は正確な所得捕捉は難しく保険料の滞納も起こる。さらに、仮に保険制度を作っても医療サービスが提供されなければ意味はないが、その当時、全国の町村の約3分の1は無医村であった¹¹。しか

し、政府の上層部からの下命である。しかも時は既に準戦時体制下にあり、農村の医療の確保は健康な兵士を確保し「拳銃後の護」を固めるためにも必要であった¹²。そこで清水は部下の川村秀文（後に官選の千葉県知事）らに研究を命じ、苦心惨憺の結果、昭和9（1934）年に取りまとめられたのが国民健康保険制度要綱案である。

2. 旧国保法の内容

健保法の基本的骨格は今日に至るまで維持されているのに対し、旧国保法は昭和33（1958）年に制定された新国保法とは大きく異なる。重要な相違点は次の3つである。

第1に、旧国保法は市町村公営主義ではなく組合主義を採っていた。組合には、地区内の世帯主を組合員とする「普通国民健康保険組合」と、同一事業または同種の業務に従事する者を組合員として組織される「特別国民健康保険組合」（現行の医師国保組合や弁護士国保組合等の淵源である）の2つがあったが、いずれにせよ、国民健康保険の運営主体は市町村ではなく組合であった。

第2に、組合設立は任意であり強制されておらず、組合に加入することも原則として任意であった。正確に言えば、地区の組合が設置認可され、組合員資格を有する者の3分の2以上が強制加入に賛成し、全員が加入する必要性がある（例…地方病の撲滅に効果的である）と地方長官が認めるときは、例外的に強制加入とすることができる旨規定されていた¹³。ただし、この場合も組合の設立自体が強制されていたわけではない。また、組合が設立されても、強制加入の例外として、「多額の収入ある者」や「貧困の為法令に依る救護を受ける者」は任意加入とされていた。

第3に、組合には広範な自治・裁量権が与えられていた。例えば、適用除外者等も組合規約により決めることができたばかりでな

く、給付率や一部負担金の設定も組合自治に委ねられていた。また、組合には組合債を発行する権能も付与されていた。

要するに、組合の設立は原則的に任意であるとともに、給付や保険料等は基本的に組合規約に委ねるなど自主運営の要素が非常に大きかったのである。ちなみに、健保法は給付内容や保険料負担等に関する実体的な規定から成り立っているのに対し、旧国保法は組織的な色彩が濃いという法制的な相違があるが、これは以上の理由による。

3. 旧国保法の普及

旧国保法の構想が公表されると、医師会、歯科医師会、薬剤師会のほか売薬業者等を含め医療関係者は経営が脅かされるとして反対の大運動を展開した。また、政府部内でも財政支出の増嵩を危惧する大蔵省は調査費の計上さえ認めなかった。このため、内務省社会局は民間団体（三井報恩会）の助成を得て、埼玉県越谷をはじめ全国12箇所で見証事業（パイロットステディ）を実施した。さらに、内務省内部も一枚岩ではなかった。特に社会保険方式によらない救療事業の拡充に着手していた衛生局は、社会局の国保構想を快く思っていないかった。実際、内務省内の旧国保法案の調整過程（法令審査委員会）において、社会局は逆選択を防止するため強制加入を主張したのに対し、衛生局は強制加入制に強硬に反対論を唱え紛糾した。結局、内務省地方局行政課長が仲裁し、どうにか収拾をみたが、原則任意加入とし例外的に地方長官が認めた場合に加入を強制できるという折衷的な規定となったのは、このような経緯がある¹⁴。

旧国保法は難産の末成立したが、その後は、戦時体制下の「健兵健民対策」に呼応し全国的な普及体制が採られ順調に発展した。そして、昭和17（1942）年には、①任意設立主義が採られていた普通国保組合について地方長官が必要と認めた場合は強制設立させ

得ること、②強制設立の組合が成立したときは組合員の資格を有する者はすべて組合員となること等を内容とする改正が行われた。こうした改正の影響もあり、昭和17・18（1942・43）年頃には、町村部では約98%、全体でも約95%の市町村に普通国保組合が設立された¹⁵。これは、第二次世界大戦後の国民皆保険の達成との対比で「第一次皆保険の完遂」と称されることがある。ただし、決して皆保険の実質が備わっていたわけではない。多くの組合では健康保険に比べ給付内容ははるかに見劣りしており、その中には、数合わせのために「官選市町村長ひとりの手で一夜づけの組合が作られた」ものもあつたからである¹⁶。しかし、多くの地域で曲がりなりにも国保事業を実施したという経験と実績は国民皆保険の礎として重要な意義を有する。

4. 厚生省の創設とその意義

旧国保法は昭和13（1938）年3月15日に成立した（公布は4

10 全国国民健康保険団体中央会（1958）『国民健康保険二十年史』7—8頁を要約したものである。なお、これは「国民健康保険の思い出」国民健康保険誌4巻1号の引用だと述べられているが、同誌同号および周辺号には該当箇所が見当たらない。

11 1927年に全国で2,909であった無医村は1939年には3,655となり、全町村数の約3分の1を占めるに至った。野間正秋（1940）『医療制度改善論』ダイヤモンド社、92頁。なお、この当時の市町村数は現在の約6倍（11,349/1,747）もあるため単純な比較はできない。

12 清水玄は自ら旧国保法の解説書を執筆している。括弧書の「挙国統後の護」の出所は、清水玄（1938）『国民健康保険法』羽田書店の序文である。

13 川村秀文（1974）『国保法制定の思い出』厚生省保険局・社会保険庁医療保険部『医療保険半世紀の記録』社会保険法規研究会、242頁。

14 全国国民健康保険団体中央会（1958）『国民健康保険二十年史』221—298頁。

16 国民健康保険協会（1948）『国民健康保険小史』42頁。

月1日)。同年の1月に厚生省が誕生しており、旧国保法は厚生省の下で成立・公布された最初の法律である。厚生省は2つの異なる構想が結びついたものである。1つは、徴兵検査の結果などから、国民の体力の低下や結核の蔓延を憂慮した陸軍省が主張した衛生省設置構想であった。その中心人物は軍医の小泉親彦（陸軍省医務局長。後に厚生大臣）であった。もう1つは、社会問題や労働問題への対策を強力に進めるため、内務省社会局を独立させ社会省を設けるという構想であった。昭和12（1937）年6月に成立した第一次近衛内閣は、この2つの構想を一本化した「保健社会省」の設置を閣議決定した。この名称をめぐっては、枢密院から、社会という言葉は社会主義を連想させるので不適当である、保健は保険と紛らわしいといった意見が出され、中国の書経左伝の「正徳利用厚生」（徳を正し用を利し生を厚くする）中の語句をとり厚生省という名称となった。

厚生省が創設された意義は大別して2つある。

第1は、社会保険に関する事務が一元化されたことである。厚生省の設置に当たっては、外局として保険院が設けられた。これは内務省および通信省に分属していた保険行政に関する事務を統一的に処理するために設置されたものであり、内務省からは社会局に属していた社会保険に関する一切の事務を継承した。また、通信省からは、船員保険に関する調査立案の事務および簡易保険の企画等の事務を引き継いだ。外局としての保険院は、昭和17（1942）年11月に行政事務簡素化の観点から厚生省に保険局が設置された際に廃止されたが、昭和14（1939）年の職員健康保険法の制定および船員保険法の制定、昭和16（1941）年の労働者年金保険法の制定など社会保険制度の基礎の形成に貢献した。

第2は、社会保険と衛生行政が同一の省庁の所掌とされたことである。医療制度は医療サービスの提供（デリバリー）と費用の調

達・決済（ファイナンス）の2つの仕組みから成る。両者をバラバラではなく統合された制度とすることは容易ではない。また、官庁組織の縄張り意識は強い。実際、内務省の内部でも農村医療の救済方策をめぐり社会局と衛生局の対立があったことは既述した。さらに言えば、厚生省設置後も、医療保険行政を司る部局（保険局）と衛生行政を司る部局（衛生局、戦後は医務局など）の関係は決して良好であったわけではない。とはいえ、同一の省である以上、対立があっても最終的には大臣の決定により収束される。その意味では、成立まで紆余曲折があったものの、保険院（昭和17（1942）年以降は保険局）と衛生局が厚生省という同一の省に置かれたことの意義は大きい。

第3節 医療の実施組織と診療報酬の支払方法

1. 団体自由選択主義と総額請負方式

医療保険制度の実施に当たっては、実施組織（医療の実施をいかなる方法で誰に行わせるか）および診療報酬の支払方式（診療報酬を保険医療機関にどのような方法で支払うか）の2つが大きな問題となる。

実施組織については、健保法の施行に当たって団体自由選択主義を採用した。これは、保険者が個別に保険医を指定するのではなく、日本医師会の会員である医師で保険医になることを希望する者は保険医になることができ、被保険者はその中から自由に選択し診療を受けることができるという方式である。立案者は、被保険者（患者）に医師の選択権を認めた理由として、「傷病の治癒は医師に対する信頼其の他の精神作用に依り影響せらるることが多いからである」と述べている¹⁷。しかし、日本医師会は健保法の実施に当たり団体自由選択主義の採用を強く要望しており、健康保険制度を円滑に実施するには医師会の協力が不可欠であるため、その意向を尊

重したという理由が大きかったと考えられる。

診療報酬の支払方式については、健保組合の場合は統一的な方式ではなく、人頭手当式（総額請負に近い方式）や定額式（点数単価に点数を乗じる方式）など様々な方式が採られたが、政管健保の場合にはドイツにならって総額請負方式が採用された。これは、政管健保の保険者たる政府（内務省社会局長官）と日本医師会長との間で包括的な請負契約が締結され、1人当たり単価に被保険者の頭数を乗じた額を政府が日本医師会に一括して支払い、日本医師会が道府県医師会を通じて医師に支払うという方式である。医師会の各医師（保険医）への配分方法は、①日本医師会が規定した点数表に基づき毎月各保険から請求書を出させ、②これを医師会が審査し支払確定総点数を決定し、③当月分の政府からの配分額をこの支払確定総点数で除すことにより1点単価を算定し、④保険医ごとの当月分の稼動点数（出来高）に応じて按分するというものであった。要するに、保険者と医師会との関係に着目すれば人頭割による団体請負契約であり、医師会と各医師（保険医）との関係に着目すれば稼動点数に応じた配分が行われていることになる。

政府と医師会との交渉は毎年度行われたが、政府が支払う金額の基礎となる1人当たり単価の設定をめぐる交渉は難航を極めた。このため、医師会や保険医の不平・不満が募るとともに、保険者や被保険者側からは粗診粗療の批判が高まった。また、被保険者の罹患率や各保険医の稼動点数の相違により道府県ごとに大きな差異が生じただけでなく、同一道府県でも月ごとに1点単価に差異が生じたため紛議が絶えなかった。この後で述べるように、総額請負方式は昭和17（1942）年度末に廃止されるが、その理由の1つには、医師の間でこの方式は不評であり、全国の医師の約半数しか保険医にならなかったことがある。

2. 実施組織および診療報酬支払方式の改正

既述したように、昭和17（1942）年に健保法と職員健康保険法が統合されたが、その際、保険医および診療報酬に関する重要な改正が盛り込まれた。すなわち、それまでは政管健保の場合、政府と医師会の契約に基づき希望する医師だけが保険診療を担当していたが、この法律改正により保険医の強制指定制が導入され、地方長官が一方的に医師を指定し医師は正当な理由がない限り拒否できないこととされた。また、診療報酬の支払いも総額請負方式が廃止され、昭和18（1943）年度からは、厚生大臣が定めた点数単価表により医師会を経由せずに保険者から保険医に支払う方式（点数単価方式）に変更された。つまり、保険医の指定、指導監督、診療報酬など保険医療に関する主導権が医師会から国（政府）に移されたことになる。そして同年には、保険医が療養の給付を担当する際に遵守すべき診療方針も「健康保険療養担当規程」として告示されたが、これは昭和32（1957）年に制定された「保険医療機関及び保険医療養担当規則」の前身である。さらに、昭和19（1944）年には適正な診療報酬を審議する機関として「社会保険診療報酬算定協議会」が厚生省に設置された。これは昭和25（1950）年に発足した「中央社会保険医療協議会」の原型である。

第3章 軌跡―確立・拡充期―

第1節 医療保険制度の再建

1. 健康保険の再建

終戦後、未曾有のインフレ等により医療保険制度は崩壊の危機に瀕した。戦災による工場等の消失や軍需生産の停止等によって大量の失業が生じ、健康保険の適用事業所や被保険者数は激減した。また、インフレが進むなかで、医師や医療機関は報酬が見合わない保険診療を忌避する傾向が強まった。このため、厚生省は診療報酬の相次ぐ引き上げを余儀なくされた。また、保険診療の請求事務が煩瑣^{はんさ}であったことに加え、診療報酬の支払いが「早くて6か月、長いものは1か年を超える」ことも保険医の不满を募らせた¹⁸。これには次のような事情がある。

保険診療の審査支払は医師会・歯科医師会に委嘱し実施されていたが、GHQの指令により両団体が昭和22（1947）年11月に解散された。このため審査支払事務は、政管健保は社会保険協会、健保組合は健康保険組合連合会、国保は国民健康保険団体連合会が行うこととされた。しかし、これらの団体は審査支払に不慣れであり、その結果、診療報酬の支払いは大幅な遅延を招いた。このような事態を踏まえ、診療報酬の請求事務の簡素化と支払いの迅速化を図ることを目的として、昭和23（1948）年に新設されたのが社会保険診療報酬支払基金である。ちなみに、「審査支払基金」ではなく「支払基金」であるのは、診療報酬の支払いの円滑化が主眼であったからである¹⁹。

こうした保険診療に対する信頼確保の取り組みが奏功したこともあって、昭和23（1948）年頃から保険診療の利用が急増したが、その反面、診療報酬支払額の増加によって健保財政は悪化し

た。このため、政府や健保組合は保険料率の引き上げなど保険料増収対策に迫られることになった。しかし、昭和25（1950）年に始まった朝鮮戦争の特需景気を機に健保財政は好転し、昭和28（1953）年には、健康保険の適用業種の拡大、給付期間の延長（2年から3年へ）等を内容とする健保法改正が行われた。また、健保法の適用が除外されている日雇労働者の強い要望を受け、昭和29（1954）年に日雇労働者健康保険法が制定された。

2. 労災保険と健保の関係

わが国の健保法の創設に当たって業務上の傷病も保険給付の対象としたことは既述したが、新憲法の下で昭和22（1947）年に労働基準法および労働災害補償保険法（以下「労災保険法」という）が制定された。これに伴い同年に健保法の改正が行われ、業務上の傷病に関する給付は労災保険法で行うこととされた。理論上はこれに伴い健康保険の労使折半規定を見直すべきであるが、GHQは労働者（被用者）の負担割合を引き上げることが好ましくないと考えていたため、労使折半の規定はそのままとされた²⁰。

業務上傷病の分離のほか昭和22（1947）年の健保法の改正で注目されるのは、一定の報酬を超える職員も強制適用の対象とされたことである。ドイツでは一定以上の賃金を得ている被用者は強制加入の適用外であり、わが国でも健保法の制定時は、適用事業所で使用される者であっても、一定の報酬を超える職員（以下「高収入職員」という）は強制被保険者の対象外とされた。しかし、昭和22（1947）年の健保法改正に当たって、こうした高収入職員も強制適用の対象とするよう改められた²¹。この改正の意義は、高収入職員を対象とする民間医療保険の創設を防ぎ、国民皆保険実現のかく乱要因の芽を摘み取ったことにある。その意味では、法人の代表者（会社の取締役等）の健保法上の取り扱いに関し、昭和24（19

49)年に労災保険法とは異なる解釈が採られたことは、それ以上に大きな意義がある。

労災保険法は労働基準法上の使用者の労働災害補償義務を保険で分散するために設けられた法律であり、労働基準法上の使用者である法人の代表者は労災保険法上の労働者に該当しない。問題は法人の代表者が健保法の「使用される者」に該当するか否かである。この点につき、厚生省保険局が、「健康保険法の適用については、法人から労務の対償として報酬を受けている者は、その法人に使用されるものとして被保険者の資格を取得することになる」(昭和24年7月28日保発74号)という解釈通知が発出された²²。簡単に言えば、法人の代表者は労災保険法の対象にはならないが、健保法の適用対象にはなるということである。歴史に「もし」はないが、仮に当時の厚生省がこのような解釈を採らなかつたならば、法人の代表者らを対象とする民間医療保険の新商品の開発が行われた可能性がある。これは筆者の勝手な思い込みではない。伊部英男(新国保法案国会提出時の厚生省保険局国民健康保険課長)も、「もし、重役や高所得者が健康保険の対象とならなければ、私保険の対象となつたであろうから、私保険グループが国民皆保険の有力な反対者となつた可能性がある」と述べている²³。

いずれにせよ、先述した健保法改正および解釈通知の発出は、国民皆保険の実現を阻害しかねない要因を未然に除去したという意味で、先人の「目立たぬフラインプレイ」と評されるべきである。

3. 国保の再建

国保も敗戦によつて壊滅的な状態に陥つた。インフレによる生活難から保険料の滞納が相次ぎ、保険事業を休止する組合が続出した。このため、国保の再建が大きな課題となり昭和23(1948)年に国保法の改正が行われた。その要点は次の2つである。

第1は、国保の保険者が組合ではなく市町村に改められたことである。いわゆる市町村公営主義の採用であるが、その理由は、①自治体が国保事業に直接関わることにより国保の公共的性格を強化できること、②市町村であれば(組合ではできない)保険料の滞納処分を行うことができるため、国保の財政問題の緩和が期待できるとにあった。

第2は、市町村が条例を定め国保事業を実施する場合は、原則として住民は強制加入の対象とされたことである。つまり、各市町村が国保事業を実施するか否かは任意であるが、市町村がいったん実施すると決めたならば、住民はそれに加入することが強制されるということである。これは国民皆保険の素地づくりとして重要な意義を有する。

国保の再建方策としてもう1つ重要なのは、国庫補助の導入・拡大である。具体的には、昭和28(1953)年に国保の給付費の2割相当分に対し国庫補助が行われることとなった。これは財政基盤が脆弱な市町村(保険者)に対し奨励的に補助するものであつた

18 友納武人(1985)「健康保険物語」社会保険新報社、57頁。
19 なお、国保の診療報酬の審査支払いは支払基金ではなく国保連合会が行うこととされた。これは、その当時は国保の診療報酬の支払遅延が健保以上にひどく、国保分まで抱え込むと支払基金の円滑な発足・運営に支障が生じるとの判断が働いたからである。社会保険診療報酬支払基金(1958)「創設十周年誌」340頁。

20 前掲注18の友納(1985)78頁。
21 より正確を期していえば、制定時の日本の健保法では、報酬限度額制限があつたのは職員だけであり、労働者には報酬限度額制限は設けられていない。また、1942年の健康保険法の改正によつて、1,2000円という限度額は1,8000円に引き上げられるとともに、これを超える職員も任意包括加入はできることとされた。

22 なお、下級審判決であるが、裁判所はこの厚生省の通知の解釈を肯定している(広島高判昭和38年8月23日高民集16巻7号514頁)。
23 伊部英男・早川和男編著(1992)「世界の社会政策―統合と発展をめざして」ミネルヴァ書房 104頁。

が、国保の給付費に対し国の補助が行われるようになったことは画期的であった。そして2年後の昭和30（1955）年には国保法が改正され、国保事業を行うすべての市町村に対し、国は給付費の2割を補助しなければならぬことが法定された。これは財政力が豊かな都市部の市町村にも国庫補助が行われることを意味し、農村部に比べ立ち遅れ気味であった都市部の国保事業の推進に寄与した。

第2節 国民皆保険の構想と実現

1. 国民皆保険構想の背景

日本国憲法第25条は生存権を規定するとともに国の社会保障推進の責務を規定した。その影響もあって、戦後間もない時期から各種審議会等は社会保障に関するさまざまな勧告や提言を行った。例えば、ワンデル博士を代表とする米国調査団の勧告を踏まえ、昭和23（1948）年に社会保障制度審議会が創設されたが、同審議会は昭和25（1950）年に公表した「社会保障制度に関する勧告」のなかで既に国民皆保険について触れている。しかし、国（厚生省）はこうした勧告や提言をさほど真剣に受け止めたわけではない。国民皆保険が急速に政治課題に浮上するのは昭和30（1955）年頃からである。これには次のような背景がある。

第1は、日本経済が急速な復興を遂げながら、一方で傷病による貧困が大きな社会問題となっていたことである。戦後間もない時期は国民全員が「喰うや喰わず」の状態にあった。このため、国は生活保護などの救済対策に忙殺されたが、その後、日本経済は急速な復興を遂げ、「もはや戦後ではない」（『昭和31年度版経済白書』42頁）時代を迎えた。しかし、この頃は同時に「果して戦後は終わったか」（『昭和31年度版厚生白書』11頁）という時代でもあり、傷病に起因する貧困が社会問題化していた。実際、昭和31（1956）年当時の推計によれば、2,871万人（総人口の31・9%）にの

ぼる国民が保険未適用状態に置かれ、「このような機会不均等は、社会正義の立場からも、到底見逃しがたい」状況にあった²⁴。

第2は、政治が戦後復興の明るいシンボルを求めていたことである。昭和27（1952）年にサンフランシスコ条約が発効し、日本は独立国としての主権を回復した。しかし、安全保障や憲法改正問題をめぐり、保守陣営と革新陣営の対立構造が顕著となった。こうしたなかで昭和30（1955）年、保守政党である自由党と日本民主党が合同し自由民主党が結成された。自由民主党は政権与党として、国民に対し明るい展望を与える目玉となる政策を探しており、「皆保険はそのアイテム」であった²⁵。

要するに、経済復興と貧困がクロスする時代背景の下で国民皆保険が政治プロセスに上ったのである。

2. 新国保法の内容

昭和31（1956）年1月、鳩山一郎首相は施政方針演説で、「全国民を包含する総合的な医療保障を達成することを目標に計画を進める」ことを打ち出した。これを受け翌年、厚生省は国民皆保険推進本部を設置し、法案の作成をはじめ国民皆保険の実現に向けた取り組みを強化した。そして、昭和32（1957）年3月、①市町村の固有事務であった国保事業を国の団体委任事務と位置づけ、すべての市町村が国保事業を昭和36（1961）年4月までに実施すること、②国民は被用者保険の加入者でない限り住所地の市町村の国保に強制加入すること、③国保に対する国の責務を明確化するため、療養の給付費に対する国の補助金を負担金に改めること、④保険給付の範囲を基本的に健康保険と同一にするとともに、給付率を最低でも5割とすること、などを内容とする法案を国会に提出した。なお、小規模事業所の従業員を被用者保険、国保いずれの対象とするのかは、国民皆保険の制度設計において最後まで議論があっ

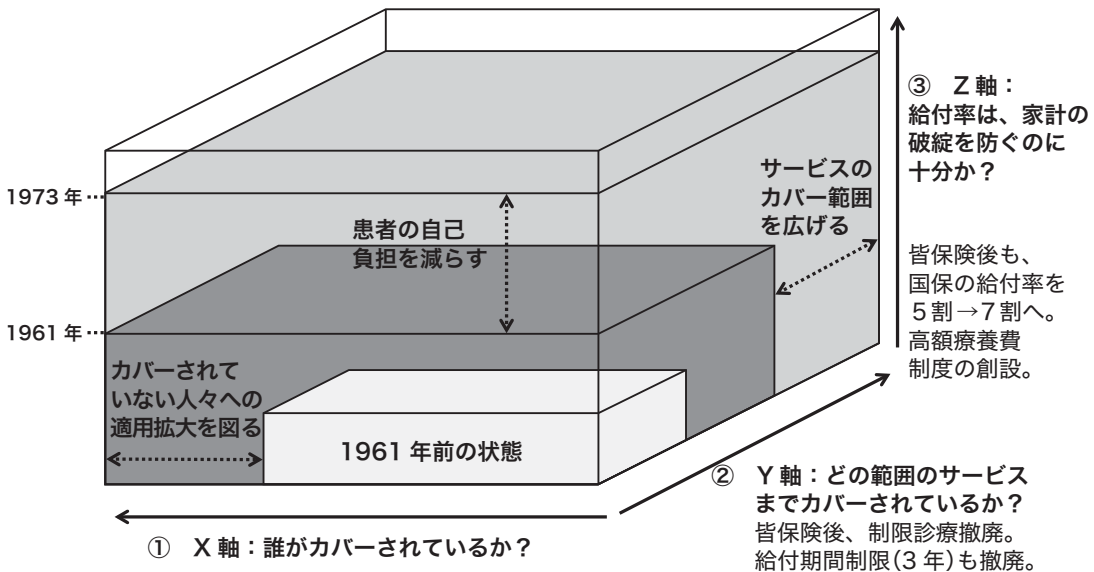
た点であるが、従業員が5人未満の零細事業所の従業員は国保の対象とすることとされた。これは、①零細事業所の従業員には経営者の家族である従業員が少なくないこと、②実務上、事業所の改廃等の確な把握・管理が難しいこと、の2つの理由による。

この法案は旧国保法の全部改正という形式をとっているが、実質的には新法と称すべきものであり、昭和33(1958)年12月に可決成立した。短期間で果たして全市町村の実施に漕ぎ着けられるか危惧されたが、昭和36(1961)年4月、奄美大島の無医村の1町5村を除きすべての市町村が国保事業を実施した。国民皆保険という偉業の実現である。

国民皆保険の類似語として、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)という言葉がある。これは、平成17(2005)年のWHO総会で「すべての人が予防を含む適切な医療に負担可能なコストでアクセスすることができる」と定義されている。図2はUHCの概念図に日本の医療保険制度の発展過程を当てはめたものである。この図で、X軸は国民のカバー率、Y軸は給付範囲の広さ、Z軸は保険の給付率を表している。この図を見ると、昭和36(1961)年の体積はそれ以前に比べ大きくなっている。旧国保法時代は、被用者保険に比べて国保の給付内容や給付率が見劣りしていたため、国保の被保険者(患者)は医療機関から忌避される事態さえ生じていた。新国保法により昭和36(1961)年に国民皆保険が実現した意義は、単にすべての国民を保険でカバーしたことだけにあるのではない。国保の保険給付の内容を被用者保険に揃えるとともに、給付率についても最低でも5割とするよう法律で定めたこ

24 未適用者の数字の出典は「昭和31年度版厚生白書」170頁、文言の引用の出典は、1956年に公表された社会保障制度審議会の医療勧告の前文である。
 25 医療経済研究機構(2011)「国民皆保険オーラル・ヒストリー」(幸田正孝)「医療経済研究機構」, 21頁。

図2 日本の国民皆保険の達成・成熟過程
 (1961年前・1961年・1973年の比較)



出典：筆者作成。立方体の図のコンセプトは「World Health Report2010」による。

とも非常に大きな意義がある。

3. 国民皆保険に対する団体の反応

医療制度の改正は関係者の利害が対立し難航するのが通例である。しかし、国民皆保険は大事業でありながら、関係者の反対がほとんどみられない。新国保法案が国会に提出された当時、与党（保守陣営）と野党（革新陣営）の対立は激しかったが、国民皆保険については野党も賛成した。実は、厚生省は昭和31（1956）年頃までは消極的であった²⁶。その理由としては、国保事業のてこ入れをしても都市部では十分普及が進まず国民皆保険など実現するはずはないと考えていたこと、健康保険の財政赤字対策など優先すべき課題を抱えていたこと等が挙げられる。これに対し地方団体は国民皆保険を強く支持した。とりわけ市町村長や政治家の中には「国保マニア」と称される熱狂的な支持者がいた。彼らは「国民健康保険刷新連盟」を結成し、国民皆保険の早期実現等を求める活動を繰り返し、厚生省の重い腰を上げさせた。そして、昭和32（1957）年以降は厚生省も国民皆保険の実現に邁進した。経済界やマスコミも国民皆保険を支持した。医師会は反対したが、強硬な反対ではなく条件闘争の色彩が強かった。これには次のような事情がある。

日本は戦時中、医師を大量に養成するため、医学部に臨時医学専門部を付置するとともに各地に医学専門学校を設けた。いわゆる臨時医専であるが、その卒業者が国民皆保険の議論が本格化する1950年代半ばに働き盛りを迎えていた。それに加え戦時中に戦地に徴用した医師が復員したこともあって、『昭和31年度版厚生白書（125頁）』が指摘するように、昭和29（1954）年頃には人口当たりの医師数は欧米諸国に比べ遜色のない数に達しており、当時の医療水準を考えると医師はむしろ過剰気味であった。こうした状況の下で、医師会としては、国民皆保険を機に官僚統制が強まるこ

とに対する警戒心を抱きつつも、開業医とりわけ中高年層の開業医の経営悪化を懸念し医療費を取りはぐれるおそれのない国民皆保険を受け入れたものと考えられる²⁷。

第3節 国民皆保険後の保険給付および医療提供体制の拡充

1. 給付改善および老人医療費無料化

昭和36（1961）年の国民皆保険の実現は医療保険史上最も画期的であると評すべきことである。ただし、この時点では国民皆保険の実質が完全に具備されたとは言えない。なぜなら、国民が必要とする医療がすべて保険給付されていたわけではなく制限診療が行われていたからである。例えば、主要な疾病について治療指針が決められていたほか、高価な抗生物質は自由には使えず、まずサルファ剤、次にペニシリンそれでも効果がない場合にはじめて使用できるなど、治療方法の順番まで決められていた。こうした制限診療は1960年代前半にはほぼ撤廃された。また、国保に限らず被用者保険でも3年という療養給付期間の制限が設けられていたが、昭和38（1963）年にこの制限は撤廃された。さらに、国保の給付率について、昭和36（1961）年10月に世帯主の結核等の場合に5割から7割に引き上げられたのを皮切りに段階的に引き上げが図られ、昭和43（1968）年1月、世帯主と世帯員の区別や疾病の種類にかかわらず7割給付が実現された²⁸。そして、被用者保険の被扶養者の給付率も昭和48（1973）年10月に5割から7割に引き上げられるとともに、高額療養費制度が法定化（国保の実施は昭和50（1975）年10月）された。

再び図2を見ると、昭和48（1973）年では昭和36（1961）年に比べY軸の奥行が広がっている。これは、制限診療の撤廃や給付期間制限の撤廃が行われたからである。また、昭和48（1973）年のZ軸の高さが増しているのは、国保の給付率や被用者保

険の被扶養者の給付率が5割から7割に引き上げられるとともに高額療養費制度が設けられたことによる。いずれにせよ、ここで確認しておきたいことは、わが国の国民皆保険は昭和36（1961）年で完了したのではなく、その後10年余の成熟期間があったことである。

こうした一連の給付改善や制限診療の撤廃等により医療費は急増したが、それに拍車をかけたのが老人医療費無料化である。これは1960年代半ばに岩手県沢内村の自治体単独事業として始まったものであるが、1970年代に東京都をはじめ全国に広まり、昭和47（1972）年（施行は翌年）に国の制度として実施された。老人医療費無料化は大蔵省のみならず厚生省内でも反対する声があったが、政治決断として踏み切られたものである。その背景には、東京や大阪をはじめ革新自治体が老人医療費無料化を選挙公約に掲げ勝利していくことに対する自民党の強い危機意識があった²⁹。

筆者は、先述した給付率の7割への引き上げや高額療養費制度の導入は高く評価するが、老人医療費無料化はわが国の医療保険制度史上最大の失敗であったと考えている。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である。また、甘い政策を打ち出すと元に戻すことがいかに困難かという意味で、老人医療費無料化は「苦い」教訓でもある。老人医療費は平成14（2002）年に原則定率1割負担となったが、ゼロから定率1割負担にするまで約30年の歳月と多大な労力を費やした。そして、今日でも後期高齢者の自己負担率の引き上げや社会的入院の解消等が課題として残されている。

2. 医療提供体制の拡充

国民皆保険の実現後、医療提供体制は急速に拡大した。国民皆保険の議論が生じた当時、医師の過剰が懸念されていたことは既述し

た。しかし、昭和35（1960）年に10・3万人であった医師数は、昭和55（1980）年には15・6万人と20年間でほぼ1・5倍に増加した。その最大の要因は、昭和48（1973）年に採られた「1県1医大構想」（正確には無医大県解消構想）の影響等により、昭和36（1961）年当時は2,840人であった医師養成数（医学部入学定員）が昭和56（1981）年には8,280人と20年間でほぼ3倍に増えたからである。また、病床数も急増した。結核病床・精神病床等を除く一般病床（2001年改正までの医療法上の用語は「その他の病床」）は、昭和35（1960）年の30万床から、昭和45（1970）年に60万床、昭和55（1980）年には90万床と10年ごとにほぼ30万床ずつ増加した。

医療提供体制の拡充に関連し注目すべきことは、病院の設置主体に関する国の方針が変わったことである。わが国は明治7（1874）年に医制が制定された際に自由開業医制が規定されて以来、民間セクター中心の医療提供体制であることに大きな特徴がある。ただし、戦前の昭和17（1942）年に制定された国民医療法によって日本医療団が創設されてから戦後の1950年代までは、例外的に病院整備の軸足は「民」ではなく「公」に置かれていた。例え

26 小山路男編著（1985）『戦後医療保障の証言』総合労働研究所、276―277頁（伊部英男発言）。

27 菅沼隆ほか編（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、29頁（幸田正孝発言）。

28 昭和35（1960）年当時、結核は国民医療費の約18%を占めていた。国民皆保険が実現した昭和36（1961）年に、結核予防法の大改正が行われ、①命令入所措置の医療費は全額公費負担とし国庫補助率を5割から8割に引き上げること、②結核医療費については公費負担医療を社会保険各法の給付に優先させたこと、③結核患者登録制度の整備および精密検査を実施すること等が規定された。これに加え結核の画期的な治療薬の普及もあり、結核患者は減少したといえ、国民皆保険実現後も結核に起因する貧困は大きな社会問題であった。

29 医療科学研究所（2022）『徹底研究 医療費の患者負担の在り方』法研、67頁。

ば、医療機関整備中央審議会が昭和25（1950）年2月に公表した答申では、三層構造（各県に1つの中央病院、2・3の保健所地区に地方病院、その下に地区病院を設置する）の体系的な病院整備を行うことが盛り込まれている。そして、この病院網の中核となるべき病院は公的な医療機関とりわけ都道府県立病院が想定されていた。しかし、都道府県の財政難もあって都道府県立病院の設置はそれほど進まず、むしろ市町村立の病院・診療所の方が増加した。その理由は、昭和23（1948）年に国保が市町村公営になったことに加え、昭和36（1961）年の国民皆保険を控え「保険あって医療なし」の状態にならないよう医療過疎地を中心に国保の直営診療施設の整備が進んだためである。

いずれにせよ、1950年代までは「公」中心主義に方針が採られていたが、公立病院数は昭和38（1963）年をピークに減少傾向に転じることとなった。その大きな要因は、1960年代初頭に政策の軸足が明確に「公」中心から「民」中心にシフトしたからである。例えば、昭和38（1963）年には医療制度調査会の答申が出されたが、この答申は「民」の役割を重視したものとなっている。具体的にいえば、医療機関の整備に関し、公的医療機関が戦後の社会情勢の下で果たした役割は大きかったことを認めた上で、「国、公立の医療施設の整備が急速に行われ、また、国民皆保険を迎えた今日においては、そのあり方は基本的に再検討されるべきである」と述べている。そしてさらに、「医師会および歯科医師会等の主導的活動が望まれる」ことを強調している。これは当時の日本医師会長の武見太郎の影響をうかがわせるが、昭和35（1960）年には医療金融公庫が創設され民間医療機関の開設資金の調達が容易になった。また、昭和37（1962）年に医療法改正（議員立法）が行われ、病床過剰地域においては公的医療機関の新設を認めないこととされたことも注目される。これは病院の都市部の偏在是

正が理由とされているが、昭和60（1985）年の医療法改正（議員立法）による病床規制と異なり民間病院については病床規制の対象外であった。その結果、都市部における民間病院の増設（その中には診療所から病院への転換、いわゆる「病院成り」も含まれる）が進むこととなった。

3. 診療報酬をめぐる対立と紛糾

診療報酬は医療機関の経営を左右するため、その改定率や内容等をめぐって国と医師会との間で大きな対立を招いた。その火種の1つとなったのは新医療費体系の導入である。新医療費体系の眼目は、技術料が独立して評価されず薬治料等に含まれているなど、物と技術が未分離であった診療報酬を、医師等の技術料、コメディカル等の人件費、光熱水料等の所要経費、薬代に分け、技術料を正当に評価することであった。これに対し日本医師会は、病院に比べ投薬の割合が高い診療所（開業医）の収入が減少することを懸念し強硬に反対した。

新医療費体系は、紆余曲折を経て、昭和33（1958）年6月に、技術料を評価し投薬等の点数を低くした甲表と、基本的に従来 の点数表どおりの乙表との二本立てからなる新点数表が定められ、同年10月から実施された。甲表・乙表の二本立て・選択制としたのは、妥協の産物であるが、見方によれば、病院は甲表、診療所は乙表に純化させ、病院と診療所の診療報酬を別体系に発展させるチャンスでもあった。しかし、現実はそうならなかった。その後の診療報酬改定の度に甲表と乙表の差異は小さくなり、平成6（1994）年の診療報酬改定において事務の簡素化等の観点も踏まえ甲表と乙表は一本化され今日に至っている。

日本医師会は中医協を舞台に支払側とも激しく対立し紛糾が絶えなかった。その象徴は昭和40（1965）年の職権告示事件である³⁰。

その発端は、昭和38（1963）年7月末に開催された中医協において、日本医師会をはじめ三師会が、医療費の緊急是正として、乙表に1回10点の再診料の新設を要求したことである。これは診療報酬の大幅な引き上げを意味するだけでなく、乙表を採用しながら医師の技術料として再診料を設定することは筋が通らない。このため、健保連をはじめ支払側は強硬に反対したが、小林武治厚生大臣は、同年末、診療側と支払側の話し合いがつかないまま、中医協に診療報酬の緊急是正について諮問した。中医協は、昭和39（1964）年4月、診療報酬の緊急是正が必要である旨の答申を行ったが、この答申では再診料の設定は見送られ、引き上げ幅も明示されなかったものの、中医協会長の発言から改定幅は8%であることが示唆された。日本医師会はこれを不服として自民党に働きかけ、結局、改定率は1.5%上乘せし9.5%とする政治決着が図られた。神田博厚生大臣はこの改定率による点数表の改正案を中医協に諮問したが、支払側が強く反発したため中医協は実質的な審議に入らず、昭和40（1965）年1月、答申を得ぬまま神田厚生大臣は職権で診療報酬改定の告示を行った。支払側はこれに猛反発し、同年2月、健保連および4つの健保組合（安田、保土谷化学、全国食糧、三井）は、この告示は適正な手続を踏んでおらず違法であるとして、東京地裁に対し、その取消および執行停止を求める行政訴訟を提起した。

東京地裁は、同年4月、健保連は当事者資格がないとして請求を却下したが、4健保組合については請求を認める旨の決定を行った（東京地裁昭和40年4月22日決定。行裁例集16巻4号708頁）。厚生省はこの決定を不服として即時抗告したが、同年5月1日から、「二本立て医療費」（4健保組合は旧点数表、それ以外は新点数表が適用）という異例の事態が生じることとなった。一方、日本医師会は、保険診療はすべて新告示（新点数表）によるという方針をとつ

た。このため、4健保組合の被保険者・被扶養者が保険診療を拒否され、岩手医大付属病院では全国食糧健保組合の被保険者が入院を断られ死亡するという痛ましい事件も生じたが、職権告示問題は急転直下の結末を迎えた。同年5月末、東京高裁が、4健保組合の申立ての違法性は判断せず、緊急性が乏しいという理由で厚生省の即時抗告を認容し原決定を取り消し（東京高裁昭和40年5月31日決定。訟務月報11巻5号756頁）、健保連および4健保組合も訴訟を取り下げたからである。けれども、一連の混乱の責任をとり事務次官（大山正）および保険局長（小山進次郎）が辞職を余儀なくされた³¹。また、政治力を行使し要求を押し通そうとする日本医師会の姿勢は、厚生省や健保連をはじめ支払側の不信感を一層募らせる結果を招いた。

4. 保険財政の悪化と赤字対策

国民皆保険達成以降、給付の拡充、医療提供体制の充実、診療報酬の引き上げ等の影響により、各医療保険の財政状況は急激に悪化した。とりわけ財政基盤が脆弱で赤字体質にあった政管健保は深刻な状況に陥り、政管健保は国鉄・米と並んで3K赤字の1つと称された。そして、昭和42（1967）年の健保臨時特例法（一部負担金と保険料率の臨時特例等）、昭和48（1973）年の健保法改正（政管健保の累積赤字の棚上げ、定率10%国庫補助の導入、保険料

30 職権告示事件については、健康保険組合連合会（1973）『三十年の歩み』37

―40頁のほか、行政側当事者の回顧談である、松尾正雄（当時の厚生省保険局医療課長）（1974）「医療費職権告示問題」厚生省保険局・社会保険庁医療保険部「医療保険半世紀の記録」社会保険法規研究会、303―307頁、大山正（当時の厚生事務次官）（1974）「職権告示の後始末」同上、308―311頁を参照されたい。

31 これは事実上の更迭であり、辞職した事務次官（大山正）と保険局長（小山進次郎）の名前をとり「大山・小山事件」と呼ばれた。

率と国庫補助率連動制の導入)、昭和52(1977)年の健保法改正(ボーナスを対象とした特別保険料の徴収、被保険者本人の定額一部負担金の引き上げ)などに象徴されるように、財政赤字対策に追いまくられた。また、国保制度に対する国庫負担率の引き上げも行われた。すなわち、新国保法制定当時は定率分が医療費の20%、財政調整交付金分が医療費の5%であったが、昭和37(1962)年には定率分が25%に、昭和38(1963)年には財政調整交付金分が10%に引き上げられた。そして、昭和41(1966)年には財政調整交付金分が医療費の5%に戻されたものの、定率分は医療費の40%と大幅に引き上げられた。さらに、老人医療費無料化等に伴う国保財政への影響を緩和するため、臨時財政調整交付金等の助成措置も講じられた。その結果、国民医療費に占める国庫の割合は、昭和35(1960)年から昭和55(1980)年にかけて15・7%から30・4%とほぼ倍増した。

このように政管健保をはじめ各医療保険制度は財政対策に四苦八苦したが、それでも医療費の増加が可能であったのはなぜか。その理由は、幸運なことに、1950年代半ばから第1次オイルショックが起こった昭和48(1973)年まで長期にわたる高度経済成長があったからである。具体的に数字を挙げると、昭和36(1961)年から昭和53(1978)年までの国民医療費は保険医総辞退があった昭和46(1971)年を除き毎年2桁で伸びており、年平均伸び率は19%と非常に高い。ただし、同期間の国民総所得の年平均伸び率も15%となっている。ちなみに、この間の消費者物価の伸び率は年平均8%弱(7・7%)であり、名目だけでなく実質でも医療費や国民所得は非常に高い伸びとなっていることがわかる。また、国庫負担率が引き上げられたのも、高度経済成長により税の自然増収があったからにほかならない。そして、医療保険制度だけでなく年金制度において5万円年金や物価スライドが導入されるな

ど、昭和48(1973)年は「福祉元年」と称されたが、この年の10月に第1次オイルショックが起きたことは皮肉である。社会保障の充実がピークを迎えた年に経済基調が一変し、社会保障制度の見直しの動きが始まることになったからである。

第4章 軌跡―見直し・改革期―

第1節 老人保健制度および退職者医療制度の創設

1. 社会経済の変化と国保の変容

医療保険制度は社会経済の上部構造であり、人口構造および産業構造が変化すれば医療保険制度も見直しを余儀なくされる。

人口構造についてみると、昭和22(1947)年から昭和24(1949)年にかけて合計特殊出生率(以下「出生率」という)は4を超え、出生数も毎年約270万人、3年間の合計は806万人に達した。まさに「団塊の世代」である。しかし、1950年代に入ると出生数は急減し、人口ピラミッドは「底辺」の広がりをもたなくなつた。それに加え、戦後(特に1960年代以降)は中高年の死亡率の低下も進んだ。このため、1950年代半ば頃から高齢化率の上昇が始まった。そして、それに拍車をかけたのが急速な少子化である。すなわち、出生率は1950年代に入り下がったが、それでも1970年代半ばまでは、人口置換水準(その出生率が維持されれば人口が減りも増えもしない水準)前後で推移していたのである。昭和48(1973)年は高度経済成長が終焉しただけでなく、人口学的にも転機の年である。第二次ベビーブームのピーク(出生数は209万人)の年であるとともに、出生率が人口置換水準を上回った最後の年だからである³²。それから半世紀、わが国の出生率は低下傾向に歯止めがかからず今日に至っている。

産業構造も大きく変化した。第1次産業の割合をみると、旧国保

表1 市町村国民健康保険の構造変化

	昭和40 (1965) 年度	昭和60 (1985) 年度	平成17 (2005) 年度	令和2 (参考) (2020) 年度
加入者数	4,193万人	4,173万人	4,778万人	2,648万人
(対国民比)	(42.7%)	(34.5%)	(37.4%)	(24.6%)
老人加入割合	5.0%	12.4%	29.7%	25.9%
1世帯当たり人員	3.78人	2.65人	1.89人	1.53人
世帯主の職業				
農林水産業	42.1%	13.5%	4.4%	2.3%
自営業	25.4%	30.1%	14.9%	16.6%
被用者	19.5%	28.7%	24.0%	33.2%
無職	6.6%	23.7%	53.8%	43.5%
その他	6.4%	4.1%	2.8%	4.3%
所得なし世帯の割合		15.1%	27.1%	34.6%

注：1. 「所得なし世帯」とは、国保保険料（税）徴収上の所得がない世帯をいう。

2. 老人加入率の「老人」は70歳以上である。

3. 2020年度の対国民比の国民数は75歳未満の人口である。

出典：厚生省（厚生労働省）「国民健康保険実態調査報告」に基づき筆者作成。

法が制定された当時は半分弱（昭和15（1940）年で44・3%）、国民皆保険が達成されたところでも約3分の1（昭和35（1960）年で32・7%）を占めていた。しかし、その後、第2次・第3次産業への移行（特に第3次へのシフトが顕著）が急激に進み、第1次産業の割合は、昭和60（1985）年に9・3%、平成17（2005）年には5・1%まで低下した。

わが国の国民皆保険は、被用者保険に属さない者はすべて国保が受け皿となることにより成り立っている。このため、こうした人口構造や産業構造の変化の影響は国保を直撃する。表1は、国民皆保険達成直後の昭和40（1965）年度、後期高齢者医療制度創設前の平成17（2005）年度、その中間年である昭和60（1985）年度の国保加入者の属性を比較したものである。なお、データの連続性はないが、参考として令和2（2020）年度の数字も掲げている。この表の世帯主の職業をみると、昭和40（1965）年度では農林水産業と自営業を合計すると7割弱を占めていた。しかし、その割合は、昭和60（1985）年度には4割強、平成17（2005）年には2割弱まで低下している。今日では国保は農民や自営業者のための保険とはいえず、いわば「寄合所帯保険」というのが実状であるが、ここで強調したいことは、昭和40（1965）年度から昭和60（1985）年度の間の変化も決して小さくないことである。

国保側からすれば、老人医療費の増加を国保だけが受け止めることは容認できない。それまでは保険者間の財政の不均衡は国庫補助の投入により是正されてきた。けれども、高度経済成長が終焉し、

32 この当時の人口置換水準は2・11であり、昭和48（1973）年の合計特殊出生率は2・14と人口置換水準を上回ったが、昭和49（1974）年は2・05と下回り、昭和50（1975）年には1・91と2を切った。

昭和56（1981）年に設置された第2次臨時行政調査会が「増税金財政再建」を掲げる中で、そのような方途は閉ざされた。となれば、国保側の主張は、医療保険制度を一元（本）化するべきだということになる。そして、それが直ちに実現できないのであれば、せめて老人医療費は保険者間で公平に負担すべきだという主張に結びつく。また、被用者保険に長年加入し一人前の厚生年金を受給できる者については、退職後の医療費も被用者保険で面倒みるべきだという主張も登場する。前者は老人保健制度、後者は退職者医療制度の考え方にほかならない。

2. 老人保健制度の創設

老人保健法は昭和57（1982）年に制定（施行は翌年）された。この法律は、①負担の公平、健康に対する自覚や適正な受診を促すという観点から老人にも一部負担を求めること、②老人医療費を国、地方公共団体、各医療保険者が共同で拠出することにより全国民で公平に負担すること、③疾病予防や健康づくりを含む総合的な老人保健医療対策を推進すること、の3つの柱で成り立っている。留意すべき点が3つある。

第1に、老人保健制度は被用者保険および国保と別建ての制度とするものではない。例えば、国保の被保険者であった者が70歳（平成14（2002）年健保法改正以降は75歳に段階的に移行）になっても、あくまで国保の被保険者であって、老人保健制度という別箇の制度に加入するわけではない。これは独立型である後期高齢者医療制度との相違を理解する上で非常に重要な点である。

第2に、老人保健制度における医療給付事業は、各保険者の共同事業としての性格を有している。この共同事業を実施するために各保険者が負担する分担金が老人保健拠出金である。拠出金の算定式は、細かい要素を捨象すれば別記（囲み）のとおりである。この算

定式中の「加入者按分率」とは、老人医療費のうち老人が加入している割合の格差による負担の不均衡をどの程度まで調整するかという指標であり、老人保健法制定時は老人医療費の完全調整が意図されていたわけではなかった。しかし、加入者按分率は段階的に引き上げられ、平成2（1990）年度には100%となった。その結果、B式をみると、仮に各保険者の老人1人当たり医療費が同一であるならば、各保険者において実際に加入している老人の割合にかかわらず、当該保険者の加入者数に応じて拠出することになった。簡単にいえば、

公費負担分を除く老人医療費を各保険者の加入者の頭数で割り振る（国民全員で負担する）ということである。

第3に、老人保健制度における医療給付事業は市町村が行うが、市町村は保険者ではない。市町村は毎年度国が各保険者に賦課・徴収した拠出金および公費を基に老人医療給付事業を行うが、財源に不足を来たせば精算という形で翌々年度に各保険者に請求する。したがって、市町村は財政責任を負わず老人医療費を効率化するインセンティブを有していない。各保険者とりわけ被用者保険側からすれば、老人保健制度は「金庫番が不在の制度」だという批判が生じ

老人保健拠出金の算定式

- (A式) 当該保険者の老人医療費総額 × (全保険者の平均老人加入率 ÷ 当該保険者の老人加入率) × 加入者按分率 × (1 - 公費負担割合)
- (B式) 当該保険者の老人1人当たり医療費 × 当該保険者の加入者数 × 全保険者の平均老人加入率 × 加入者按分率 × (1 - 公費負担割合)

※ (A式) の「当該保険者の老人医療費総額」を「当該保険者の老人1人当たり医療費 × 当該保険者の老人加入者数」に、「当該保険者の老人加入率」を「当該保険者の老人加入者数 ÷ 当該保険者の加入者数」に置き換えると、(B式) となる。

ることになるゆえんである。

3. 退職者医療制度の創設

昭和59（1984）年に健保法等の大改正が行われた。これは医療費の増加の抑制を正面から掲げ、被用者保険本人の定率1割負担の導入を行った改正として著名である。この改正はそれ以外にも、①退職者医療制度の創設、②国保の国庫負担の合理化（実質引き下げ）、③特定療養費制度の導入、④日雇労働者健康保険の健保法への取り入れ、といった重要な内容を含んでいるが、本稿では①に絞って述べる。

被用者保険の加入者は、定年等により退職すると国保に加入する。しかし、被保険者からみれば給付率が9割（昭和59（1984）年の健保法改正後。改正前は10割）から7割に低下することになり、また、国保側からは、被用者保険に長年属していたサラリーマンを定年退職等とともに抱え込む不合理が指摘されていた。したがって、一定期間（例…20年以上被用者年金加入期間を有する）、被用者保険の対象であった退職被保険者は、住所地の国保の保険料賦課基準に従って保険料を納付するが、それで賄えない医療給付費は各被用者保険の保険者が納める拠出金で賄われることとされた。退職者医療適用対象者も国保の被保険者であるという構成が採られているが、これは、被用者保険側は退職した者の所在を追跡できないので、退職被保険者を的確に管理し保険料を徴収し給付を行うためには、市町村国保の仕組みを便宜的に使わざるを得なかったからである。比喩的にいえば、退職者医療制度は「国保の庇」を借りているが、その本質は、退職被保険者の医療費を被用者保険者が共同で負担する仕組みである。

第2節 医療提供体制の改革と介護保険制度の創設

1. 医療提供体制の改革

国民皆保険達成後、医療をめぐる環境は大きく変化したが、医療提供体制の見直しの検討が本格的に始まるのは1980年代に入ってからである。例えば、昭和59（1984）年の健保法改正の審議中に公表された「今後の医療政策の基本的方向（厚生省試案）―21世紀をめざして」では、①地域医療計画の策定と病床の無秩序な増加の抑制、②医療機能のネットワーク化（特にプライマリ・ケアを重視）、③医師・歯科医師の養成の見直し、④在宅対策の推進および医療と福祉の施策体系の見直し等がうたわれている。また、厚生省の「国民医療総合対策本部」は、昭和62（1987）年6月に公表した中間報告において、質の良い医療サービスを効率的に供給していくためのシステムづくりを今後の医療改革の基本に据えるという考え方を打ち出した。具体的には、この中間報告では、①老人医療の今後のあり方（老人にふさわしい施設ケアの確立と在宅ケアの充実、老人医療のガイドラインづくり等）、②長期入院の是正（入院判定委員会等の設置等）、③大病院等における医療と研修の見直し（卒後研修、医師国家試験の改善）、④患者サービス等の向上（患者に対する情報提供機会の拡大）等に関する改善方策が提言されている。そして、1980年代以降の医療提供体制の改革は、以上のような考え方に沿って展開されることとなるが、注目されることは、その政策手法として、診療報酬による経済的誘導のほか、医療法等の改正による計画的手法も重要視されるようになったことである。

医療法は、昭和23（1948）年に制定されて以降、昭和25（1950）年の医療法人制度の創設、昭和37（1962）年の議員立法による公的医療機関の病床規制の導入を別にすれば、大きな改正

は行われなかった。しかし、昭和60（1985）年に、地域医療計画の策定および民間病院をも含めた病床規制の導入等を内容とする医療法改正が行われた。そして、これを皮切りに医療法や医師法等の改正が頻繁に行われるようになった。例えば、平成18（2006）年には、医療制度改革の一環として医療法等が改正され、①4疾病・5事業（今日では5疾病・6事業）の医療連携体制の構築をはじめとする地域医療計画制度の見直し、②都道府県医療対策協議会の制度化など地域や診療科による医師不足問題への対応、③医療機関の機能に関する情報公表制度の創設、④持分の定めのある医療法人の新設禁止など医療法人の非営利性の強化などが行われた。また、平成26（2014）年に成立した医療介護総合確保推進法（略称）により医療法が改正され、①病床機能報告制度の創設、②地域医療構想の策定、③地域医療介護総合確保基金の創設などの規定が設けられるとともに、翌年、地域医療連携推進法人の創設等を内容とする医療法改正が行われた。さらに、平成30（2018）年には、①医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設、②都道府県における医師確保計画の策定、③医師養成過程（医学部、臨床研修および専門研修）における医師確保対策の充実、④地域の外来機能の偏在・不足対策への対応等を内容とする医師法および医療法等の改正が行われた。

2. 介護保険制度の創設

1980年代に入ると、高齢化の進展に伴い寝たきりや認知症の高齢者が増加する一方、核家族化の進行や介護者の高齢化等により家族介護の基盤が脆弱化し、介護問題に対する国民の関心や不安が高まった。また、高齢者介護サービスは、老人福祉法の措置制度（行政がサービスを一方的に給付する仕組み）と老人保健法等に基づく医療保険制度の縦割りの仕組みにより提供されていた。このた

め、同じような状態でありながら入院と施設入所とでは費用負担が異なり不公平である、といった批判が生じており、制度的にこうした問題を解決することが迫られた。

介護保険制度の前史としては、平成元（1989）年に特別養護老人ホームやホームヘルパーの大幅な拡充等を内容とする「高齢者保健福祉推進十か年戦略」（ゴールドプラン）が策定されたことなどが挙げられるが、制度設計の本格的な検討が始まったのは平成6（1994）年に厚生省に高齢者介護対策本部が設置されてからである。そして、それから2年半後の平成8（1996）年11月に介護保険法案が国会に提出され、同法案は平成9（1997）年12月に可決成立し、平成12（2000）年度から施行された。介護保険制度の創設は、介護サービスの提供が従来の措置制度中心の方式から社会保険方式に変わり、低所得者を主たる対象とする施策から普遍的な施策に質的に変化したという大きな意義がある。実際、特に在宅サービスは施策のメニューが広がるとともに利用者数が急増した。

第3節 バブル経済の崩壊と医療保険制度改革

1. 平成9（1997）年および平成14（2002）年の健保法改正
老人保健法の制定および健保法の大改正により医療保険財政は一息ついた。そして、バブル経済の余韻があった平成4（1992）年には、政管健保の積立金が巨額となったため、保険料率および国庫補助率の引き下げ等を内容とする健保法等の改正が行われた。また、平成6（1994）年には、食事療養費の導入（入院時食事代を「療養の給付」から切り離し、一定額以上は患者本人負担とする改正）、積年の課題であった付添看護の廃止（法律的には付添看護療養費の廃止）等を内容とする健保法等の改正が行われた。しかし、この頃から保険財政はバブル経済崩壊の影響により急速に悪化

した。このため、これ以降の健保法等の改正は財政対策が正面から打ち出されることになる。平成9（1997）年の健保法等の改正はその典型である。この改正では、被用者保険本人の一部負担の引き上げ（1割から2割へ引き上げ）、薬剤一部負担金（通常の定率負担とは別に外来の薬剤について種類数や日数に応じて患者が支払う定額負担金）の導入、政管健保の保険料率の引き上げが行われた。

そして、平成12（2000）年改正を経て平成14（2002）年に健保法等の改正が行われた。その背景には、政管健保の事業運営安定資金（積立金）が枯渇寸前であったという事情がある。その意味では、久しぶりの政管健保の赤字に端を発する改正であった。ただし、平成14（2002）年の健保法等の改正を促した理由はこれだけではない。政治過程に着目すると、この改正は平成9（1997）年以降の健保法等改正の延長線上にある。

平成9（1997）年の健保法等改正の国会審議において、「国民に負担を求める以上、医療保険制度の抜本改革を行うべきである」旨の指摘が再三にわたって行われた。その結果、診療報酬体系、薬価制度、高齢者医療制度、医療提供体制の4つの課題を中心に抜本的な改革を行うこととされた。平成9（1997）年8月に与党（自由民主党、社会民主党、新党さきがけ）がまとめた「21世紀の国民医療―良質な医療と皆保険制度確保の指針」には、原則70歳以上の人を対象とする独立型の高齢者医療保険制度の創設等が既に盛り込まれている。そして、平成12（2000）年度には、抜本改革の第一歩として、診療報酬の改定において薬価差の縮小や診療報酬の包括化の拡大等が行われた。また、患者の病態にふさわしい医療提供を行うための病床区分の見直し等を内容とする医療法の改正も行われた。しかし、最大の懸案事項である高齢者医療制度の見直しについては、関係者の間に様々な意見があり、考え方を1つに

集約するに至らなかった。さらに、平成12（2000）年の健保法等改正法の附則には、「医療保険制度等については（中略）抜本的な改革を行うための検討を行い、その結果に基づいて所要の措置が講ぜられるものとする」という検討規定が盛り込まれた。平成14（2002）年の健保法等改正では、いわば「積み残された課題」について対応することが迫られたのである。

平成14（2002）年の健保法等の改正は、被用者保険本人の3割負担の導入に議論が集中したが、改正内容は広範多岐にわたっている。重要な点は次の4つである。

第1は、各制度・世代を通じた給付と負担の見直しである。具体的には、被用者保険本人の給付率を7割（逆にいえば3割負担）とすることにより、それまで被用者保険と国保、被用者保険本人と家族・外来との間で異なっていた給付率は統一された。なお、少子化対策の観点から3歳未満の乳幼児の給付率については8割とされた。

第2は、政管健保の保険料率の引き上げである。これは、3割負担の導入だけでは政管健保の財政破綻を回避できなかったからである。

第3は、高齢者の患者負担の見直しである。平成12（2000）年の改正で定率1割負担が導入されたが、1割負担にはキャップ（窓口負担の月額上限）が付されていた。平成14（2002）年の改正では、これを取り払い完全定率1割負担の徹底が図られた。なお、この1割負担については現役世代と同等以上の収入がある高齢者（70歳以上）の場合には2割負担とされた。

第4は、老人保健拠出金の負担の軽減である。老人保健拠出金が各保険者の保険料収入全体に占める割合はこの当時約3割にも達し、各保険者にとって重荷となっていた。このため、拠出金負担の軽減を図り、後期高齢者に施策を重点化する観点から、老人保健法の

医療給付の対象年齢を現行の70歳から75歳に、その公費負担割合を3割から5割に、5年間かけて段階的に引き上げることとされた³³。いわば「拠出金の対象となる面積」を小さくする改正であり、実際、この後の数年間は健保組合の財政状況は好転した。

平成14（2002）年の健保法等の改正は負担増を求める改革であり国会審議は難航したが、法案提出の与党審査の段階でも、3割負担導入を求める前に抜本改革を行うべきだという意見が強く出され、大きな政治問題となった。結局、当時の小泉総理が平成15（2003）年4月から3割負担を導入するよう強く指示し、法案の国会提出に至った。その際、医療制度改革（具体的には①医療保険制度体系のあり方、②新しい高齢者医療制度の創設、③診療報酬体系のあり方）に関する基本方針を平成14（2002）年度中（つまり3割負担の施行前）に策定すること等を内容とする政府・与党合意が交され、改正法附則でも明記された。そして、それから約1年をかけ基本方針の検討が重ねられ、平成15（2003）年3月28日に「医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針」として閣議決定された。平成18（2006）年の医療制度改革のうち医療保険の部分、この基本方針が下敷きとなっている。

2. 平成18（2006）年の医療制度改革

平成18（2006）年の医療制度改革はそれまでとは異なる特徴がある。従来、医療制度改革というと、患者一部負担や保険料率の引き上げや保険給付の見直しといった医療保険制度の改正と同義のように捉えられてきた向きがある。しかし、平成18（2006）年の医療制度改革では、医療機関の機能分化を通じた平均在院日数の短縮や生活習慣病対策の推進など、医療提供体制の改革や医療費適正化対策が前面に打ち出されている。これは、経済財政諮問会議から、医療保険給付費の伸びを経済成長の範囲内に抑えるという医療

費総額抑制の提案が行われたからである。その是非をめぐる、厚生労働省と経済財政諮問会議との間で侃々諤々の議論が展開された。その結果、総額抑制そのものの導入は見送られたが、平成17（2005）年6月、「医療費適正化の実質的な成果を目指す政策目標を設定し（中略）達成のための必要な措置を講ずることとする。上記目標については（中略）平成17年中に結論を得る。その上で、平成18年度医療制度改革を断行する」旨の閣議決定（「骨太の方針2005」）が行われた。

平成18（2006）年の医療制度改革は広範多岐にわたっているが、医療提供体制の改革に関しては既述したので、医療保険制度の改正事項について述べると次のとおりである。

第1は、医療費適正化の総合的な推進である。これは、生活習慣病対策および長期入院の是正を通じ医療費の伸びを抑制しようとするものである。その具体的な短期的対策としては、後述する保険給付の内容・範囲の見直し、中長期的対策としては、①平均在院日数の短縮化等をはじめとする医療費適正化計画の策定、②保険者による特定健康診査・特定保健指導の導入等が挙げられる。

第2は、新たな高齢者医療制度の創設（平成20（2008）年4月施行）である。これは、後期高齢者（75歳以上）を対象とした後期高齢者医療制度の創設、前期高齢者（65歳から74歳）の医療費等の不均衡を調整する仕組みの創設の2つから成っている。老人保健制度が被用者保険と国保の共同事業であった（したがって75歳に到達しても被保険者資格は変わらない）のに対し、後期高齢者医療制度は75歳以上の者を被保険者として括り、1つの保険集団として独立させていることが重要な点である。なお、後期高齢者医療制度の被保険者を誰にするかは最後まで調整が難航した点であるが、結局、都道府県ごとに全市町村が加入する広域連合を設け保険料の決定等の運営責任を負うこととされた。

第3は、保険給付の内容・範囲の見直しである。具体的には、①現役並みの所得がある高齢者の患者窓口負担を3割に引き上げること、②70歳から74歳の高齢者の患者窓口負担は原則として1割負担となっているのを2割負担とすること、③療養病床の高齢者の食費・居住費に関し見直しを行うことが主なものである。なお、③の改正は、平成17（2005）年の介護保険法の改正により、特別養護老人ホームなど介護保険適用の3施設の入所者については、食料費、調理コスト相当および光熱水費相当が介護保険の給付対象から除外されたこととのバランスをとったものである。

第4は、都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合であり、平成20（2008）年10月から政管健保の運営は国（社会保険庁）ではなく公法人（全国健康保険協会。以下「協会けんぽ」という）が行うこととされた。なお、協会けんぽの財政単位は都道府県とし、保険料率は各都道府県の医療費の高低が反映されることとされた。

第4節 社会保障・税一体改革および全世代型社会保障改革

1. 民主党政権下の医療政策

1990年代後半以降の医療制度改革とりわけ小泉政権下での平成14（2002）年改正および平成18（2006）年改正は、厳しい国家財政や医療保険財政を背景に医療費抑制に軸足が置かれた改革であった。その象徴は、診療報酬本体の改定率が、平成14（2002）年度（▲1・3%）および平成18（2006）年度（▲1・36%）の2度にわたりマイナス改定とされたことである。しかし、圧力が強ければ反作用も大きくなる。医療関係者からは低医療費政策に対する反発が強まり、福田、麻生政権の下で軌道修正が試みられたが、十分な成果を上げられないまま平成21（2009）年8月末の総選挙で民主党が圧勝し、9月に民主党・社会民主党・国民新党の連立政権が誕生した。民主党は総選挙において、①後期高齢者

医療制度の廃止、②診療報酬の大幅引き上げ、③医師数の1・5倍増をマニフェストに掲げた。結局、①は頓挫、②および③は小幅にとどまった。

なお、平成22（2010）年の予算編成過程で、協会けんぽの財政赤字を背景とする制度改革が浮上した。具体的には、平成22（2010）年度から平成24（2012）年度までの間の特例措置として、①後期高齢者支援金に関し、被用者保険に係る支援金総額の3分の1を総報酬割とすること、②平成22（2010）年7月以降暫定的に協会けんぽの国庫補助率を13%から16・4%に引き上げること等を内容とする高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」という）の改正および健保法の改正が行われた。ちなみに、①については、平成27（2015）年の高確法改正により段階的に引き上げられ、平成29（2017）年度から全面的に総報酬割となった。また、②については、平成27（2015）年の健保法改正により、期限を設けずに「当分の間16・4%」と定められ国庫補助率の安定化が図られた。

2. 社会保障・税一体改革

2010年代には医療制度をはじめ社会保障制度改革が相次いで行われた。その道筋をつけたのは社会保障・税の一体改革であるが、その萌芽は平成21（2009）年初秋の政権交代前からみられる。すなわち、平成20（2008）年1月に福田政権の下で社会保障の将来像を検討するため「社会保障国民会議」が設けられ、同会議の提言を受け、同年12月に、「持続可能な社会保障構築とその安定財源確保に向けた中期プログラム」が閣議決定された。そして、

33 なお、現役並みの所得を有する後期高齢者の給付費については、公費の負担の対象としないこととされた。

その内容は、平成21（2009）年度税制改正法附則104条（以下「附則104条」という）の「年金、医療及び介護の社会保障給付並びに少子化に対処するための施策に要する費用の見通しを踏まえつつ、（中略）遅滞なく、かつ、段階的に消費税を含む税制の本改革を行うために、平成23（2011）年度までに必要な法制上の措置を講ずる」旨の規定に結びついた。

その後、平成21（2009）年9月に民主党が政権の座についていたが、平成22（2010）年夏の参議院選では大敗を喫し「ねじれ国会」の状態を招いた。こうした中で、社会保障制度改革を進めるためには党派を超えた合意が求められることとなり、平成24（2012）年2月、野田内閣の下で附則104条の規定を踏まえ「社会保障・税一体改革大綱」が閣議決定され、社会保障・税一体改革関連法案が国会に提出された。そして同年6月に、民主、自民、公明の3党間で法案の修正協議が開始され、3党合意を経て同年8月に社会保障制度改革推進法を含む関連8法案が成立した。この推進法に基づき11月に設置された「社会保障制度改革国民会議」は、精力的に議論を重ね、その成果は平成25（2013）年8月6日に報告書として公表された。

この報告書はその後の社会保障制度改革に大きな影響を及ぼしたが、その1つは平成27（2015）年の国保法等の改正により平成30（2018）年度から施行された国保制度改革である。この改革の眼目は都道府県を国保の財政運営の責任主体とすることであり、その背景には、医療提供体制の改革に関し都道府県に本腰を入れさせるという政策意図がある。ただし、都道府県は被保険者と直接向き合うわけではない。市町村も引き続き保険者として被保険者の資格管理や保険料の賦課徴収を行う。その意味では、国保の都道府県営化ではなく都道府県と市町村の共同保険者化という表現が正しい。

この国保制度改革は成案を得るまでさまざまな議論があった。その過程では、都道府県のみを保険者とする案、保険給付も都道府県が直接行うといった案も検討された。結局、財政運営の責任主体は都道府県としつつ、国保の被保険者との関係の事務は市町村で完結することとなったが、これは妥当な「着地点」であったと思われる。市町村関係者の中には、今般の国保制度改革によって市町村は国保の責任を免れると思っていた人が少なくない。しかし、国保の保険関係の成立要件は住所であり、その管理を行っているのは市町村である以上、市町村は国保から逃れることはできない。また、超高齢社会では医療と介護の連携が重要になるが、介護保険の保険者は市町村であり、その意味でも市町村に軸足を残しておくことは適切であったと評価できる。

3. 全世代型社会保障改革

「社会保障・税一体改革大綱」では、5%の消費税率を平成26（2014）年4月から8%に、平成27（2015）年10月から10%に引き上げることとされていたが、安倍政権の下で、8%から10%への引き上げは2度にわたって延期された。しかし、令和元（2019）年10月、消費税率は10%（ただし食料品等の軽減税率あり）に引き上げられ、社会保障・税の一体改革は一区切りついた。

けれども、社会保障制度改革はこれで終わったわけではない。高齢者人口は2040年頃にピークアウトする一方、今後、生産年齢人口の減少は加速する。そうしたなかで、2040年頃を見据え、現役世代の負担の上昇を抑制しつつ、世代間・世代内の給付と負担のバランスを確保し、すべての世代が能力に応じて社会保障制度を公平に支える仕組みを構築することが求められる。このため、2020年代に入っても医療制度改革が相次いで行われている。例えば、後期高齢者の一部負担割合は原則1割負担（現役並み所得者は

3割)であるが、令和3(2021)年に高確法の改正が行われ、翌年10月から、一定の所得がある者については2割負担が導入された。さらに、令和5(2023)年には全世代型社会保障法(通称)が成立し、医療保険各法だけでなく介護保険法や医療法等の改正も行われた。その主な内容としては、①出産育児一時金の大幅な増額と、その費用の一部について現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みの導入、②後期高齢者負担率の設定方法の見直し(後期高齢者1人当たり保険料の伸び率と現役世代1人当たりの後期高齢者支援金の伸び率を同じとする)、③前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みに関し、被用者保険者において報酬調整の部分的(範囲は3分の1)導入、④医療・介護の連携機能、かかりつけ医機能の制度整備をはじめとする医療・介護提供体制の基盤の強化が挙げられる。

第5章 軌跡—論点と考察—

第1節 考察の視点

第2章から第4章では、健保法の制定から100年の軌跡を3つの時期に分け述べた。本章では、政策選択の分岐点という観点から、各時期の重要な論点に焦点をあて考察を行う。

戦前の「基盤形成期」の要点は、工場労働者を対象に大正11(1922)年に健保法が制定され、その後、被保険者の対象拡大が図られるとともに、昭和13(1938)年に旧国保法が成立したことである。その意義は労働保険が社会保険に発展したことにとどまらない。被用者保険と国保の二本立ての体系が形成されたという重要な意義を有する。これは改めて考えてみると不思議な制度設計である。保険集団の組成が、被用者保険は職域、国保は地域という異質の基準で括られているからである。また、清水玄が「農村に施行は

難しい」と返答したように、本来、農民や自営業者等は保険になじみにくい。では、なぜ、わが国では戦前に国保が成立できたのだろうか。第2節では、この1点について論考する。

次に、終戦後から昭和48(1973)年までの「確立・拡充期」のハイライトは、何といっても国民皆保険の実現である。第3節では、2つの論点について考察を行う。1つは、国民皆保険の制度設計に当たり、なぜ被用者保険と国保の二本立てによる国民皆保険としたのである。違う言い方をすれば、国民皆保険が国民的統合の象徴としての意味合いがあるならば、単一の制度とするという政策選択はなかったのかということである。もう1つの論点は、新国保法は旧国保法の延長線上にあるのか、それとも両者には断層があるのかということである。これは国民皆保険の本質や難しさを考える上で重要である。

昭和48(1973)年は健保法制定100年のほぼ中間年に当たる。この年は「福祉元年」と称されたが、その秋に第一次オイルショックが起こり、高度経済成長が終焉した。その後の半世紀は、人口構造の変容や経済の低成長基調を背景に医療保険制度の見直しや改革の歴史であるが、特徴的な点は、高齢者医療をめぐる制度設計のあり方を中心に議論が展開されてきたことである。それはなぜなのか。「見直し・改革期」の総括として、第4節では、その理由と評価の1点に絞り考察を行う。

第2節 国保の成立が可能であった要因

戦前のわが国で国保が実現できた要因は大別して3つある。

第1は、「ムラ」という強固な共同体の存在である。社会保険は連帯意識がないと成り立たないが、村落では灌漑^{かんがい}稲作農業を通じ強固な相互扶助意識がみられた。実際、昭和に入っても、頼母子講^{たのもしこう}や無尺講(掛金を出し合い金融を行う互助的仕組み)が伝承されてい

た農村地域は数多くあった。また、内務省の全国調査の結果、福岡県宗像郡などには、農民が米を抛出し医師を雇い上げる「定礼」と呼ばれる仕組みが江戸時代から存在していたことも判明した³⁴。これは住民が米（組合費）を抛出し医師を雇い上げる制度であるが、組合費は応能割・応益割の組み合わせにより徴収されるとともに受診時の一部負担も存在するなど、国保の仕組みと不思議なほど共通点が多い。要するに、国保はわが国の農村の社会実態に適合していたのである。

第2は、国保の実務の基盤となる制度の存在である。地域保険では「住所」（生活の本拠）を基にして被保険者管理を行うよりほかないが、わが国では、戸籍制度を基に住所を管理することが可能であった。また、この当時、既に市町村税の戸数割（一種の住民税）の仕組みが設けられており、それを活用することにより応能負担の保険料を賦課・徴収することもできた。さらに、診療報酬やその審査支払等に関しては健康保険制度における仕組みを援用できた。なお、社会保険を実施するためには基礎となる保険統計が必要になるが、内務省や厚生省に配属された数理技官がこうした統計の整備や分析に当たっていた。長瀬式（自己負担率によって医療需要が変化する相関式）を創案した長瀬恒蔵はその1人である³⁵。

第3は、産業組合（農業協同組合の前身）による農村医療活動が展開されていたことである。実際、産業組合は医療普及活動の一環として医療利用組合を設け、医療過疎地の東北地方等を中心に発展を遂げていた。ちなみに、医療利用組合の診療費は開業医に比べ低廉であり、産業組合と医師会は不倶戴天の敵であった。旧国保法は要綱案の公表から昭和13（1938）年の成立まで約4年の歳月を要したが、その大きな理由の1つは、医療利用組合に国保の代行を認めるか否かをめぐり両者の間で大論争が巻き起こったからである³⁶。逆に言えば、医療利用組合はそのくらい無視できない勢力となつて

いた。

第3節 国民皆保険の制度設計と相克

1. 被用者保険と国保の二本立てによる国民皆保険

民間の医療保険では、保険料＝保険金額×事故発生確率、という等式が成り立つ。この式は「給付・反対給付均等の原則」を表している。右辺の保険金額の確率的な期待値（保険者からみて「給付」と、保険者がリスクを負担することの対価として加入者が支払う保険料（保険者からみて「反対給付」）が数理的に等価（均等）だからである。しかし、社会保険ではリスクに見合って保険料が設定されるわけではなく、「給付・反対給付均等原則」が成り立たない。これは、病気がちの人であっても救済し家計の破綻を防ぐという社会政策上の目的を達成するためであるが、この結果、社会保険では健康な人から病気がちの人へ所得移転が行われていることになる。また、保険料の賦課に当たって応能負担を導入すれば、高所得者から低所得者にも所得移転が行われる。このため、健康な者や高所得者の不満を顕在化させないようにするためには、保険者は共同体意識を持てる集団を単位に組成することが合理的である。日本の医療制度の最大の特徴は被用者保険と国保の二本立てにより国民皆保険を達成していることにあるが、被用者保険は「カイシャ」という共同体、国保は「ムラ」という共同体を基盤に成立した。それでは、国民皆保険の実現の段階ではどうか。国民皆保険という旗印を掲げるのであれば、保険者を統一した方が公平の理念に叶うだけでなく、保険制度の統合性が高まるという議論が生じても不思議ではない。しかし、国（厚生省）は国民皆保険の制度設計に当たって二本立ての枠組みを基本とした。その理由としては、①短期間で国民皆保険という難題を実現するためには、既存の枠組みを大きく崩さない方が適当であること、②当時の日本は第一次産業のウ

エイトが高く、昭和33（1958）年度末の被用者保険の適用人口（約3,800万人）と国保の適用人口（約3,700万人）はほぼ拮抗しており、被用者保険、国保のいずれかの枠組みに吸収することは現実的でなかったこと、③被用者とそれ以外（自営業者や農民等）では、稼得形態が異なる上に所得捕捉率が異なるため、被用者保険と国保を一本化すると、かえって実質的な負担の不公平を招くことが挙げられる。

ただし、被用者保険と国保の二本立ての体系で国民皆保険を実現するには、その狭間の人々をいずれの保険でカバーするかという問題が生じる。零細事業所の従業員の取り扱いはその典型である。これに関し国（厚生省）は割り切った方針を採った。すなわち、零細事業所の従業員は雇われている以上、本来は被用者保険の被保険者であるが、零細事業所の改廃の把握が困難であること等を理由に国保でカバーすることとした。実務（オペレーション）が回らなければ制度は機能しない。また、国民皆保険実現の期限が設定されているなかで、これは現実的な判断であったと思われる。しかし、それは将来の政策課題を内包する選択でもあった。

2. 新旧の国保法の相違と国民皆保険の相克

戦前から昭和36（1961）年の国民皆保険の達成までの歴史を振り返ると、敗戦による壊滅的危機を挟みながらも、1つひとつの制度改正や取り組みが積み重ねられ国民皆保険に結実したように見える。実際、新国保法が制定される1年前の昭和32（1957）年時点において、全国の約3分の2の市町村が曲がりなりにも国保事業を実施していた³⁷。また、昭和30（1955）年に岩手県が全県実施（県内の全市町村が国保事業を実施すること）を実現したのを皮切りに、昭和33（1958）年度末には47都道府県中7県が全県実施を達成していた。仮にこのような積み重ねの基盤がなければ、

昭和36（1961）年に国民皆保険が実現できたとは考えにくい。しかし、筆者は、新国保法の制定によって国保制度はやはり質的に変わったと評価すべきだと考える。

旧国保法（制定時）の要点を再度確認すれば、任意設立組合主義が採られ、その参加は世帯単位で任意であり、組合には広範な自治権能が認められていた。このことは、組合と組合員の間に一種の意思の結合関係が存在していたことを意味する。つまり、旧国保法は新国保法に比べて保険の原型に近いのである。ところが、その後、社会保険の「社会」部分が強化され、任意組合設立・任意加入方式は、昭和23（1948）年改正によって市町村公営（ただし任意設立）方式に移り代わる。そして、国民皆保険の実現という理念の下で新国保法が制定され、国保は強制実施・強制加入方式に移行する。これに伴い、発意や意思の結合という要素は不要となる。被保険者資格は、住民1人ひとりの保険加入の意思とは無関係に、外形的な「住所」という要件によって自動的に発生させることが必要となるからである。

これは次のように言い換えることもできる。本来、個人の意思や保険料負担能力にかかわらず強制的に保険に加入させることと保険原理を貫徹することとは、基本的には融合しない。実際、国民皆保険を実現する際にもその相克らしきものがうかがえる。その典型

34 定礼制度について詳しくは、井上隆三郎（1979）『健保の源流―筑前宗像の定礼』西日本新聞社を参照。

35 長瀬式については、長瀬恒蔵（1935）『傷病統計論』健康保険医報社148―150頁を参照。

36 医療利用組合の実態について詳しくは、青木郁夫（2017）『医療利用組合運動と保健国策』高学出版を参照。なお、代行問題は、旧国保法において代行規定を設けた上で、原則として一町村の区域を単位とする等の条件を満たすものに限るなど例外的に認めることで決着した。

37 全国国民健康保険団体中央会（1958）『国民健康保険二十年史』492頁。

例は、「国民健康保険の健全な運営を阻害してまで、この思想（引用者注・国民皆保険のことを指す）を貫くことも、また問題である」という理由から、「貧困のため市町村民税を免除されている者及びその世帯に属する者」は適用除外する旨の条例準則の規定が設けられたことである³⁸。つまり、市町村民税が免除される者は保険料の納付が困難であるから適用除外するという考え方である。保険原理に忠実であろうとすれば、それが帰結である。しかし、それでは国民皆保険を達成することはできない。このため、当然のことながらこの条例準則の規定は後に廃止されたが、その改正通知（昭和36（1961）年3月23日保発13号）が発出されたのは、国民皆保険実現のわずか1週間前のことであった。他方、保険原理よりも皆保険の理念に「引っ張られている」と思われる取り扱いも存在した。例えば、現行の国保制度では生活保護の被保護者となった時点で国保の対象から外れるが、新国保法施行時は生活保護法の被保護者も生活保護に移行して3か月間は国保の対象とされていた。これは昭和38（1963）年の国保法改正によって現行のような取り扱いに改められるが、それまでは生活保護受給者でありながら国保の医療給付を受ける者が存在していた。

要するに、国民皆保険の実現前後の数年間、低所得者の取り扱いをめぐる国（厚生省）の方針は首尾一貫せず揺れ動いたのである。これは、その当時、行政官の間でも、皆保険の理念と保険原理との関係がうまく咀嚼（そくく）されていなかったことの証左として興味深い。

第4節 高齢者医療制度の制度設計をめぐる政策選択

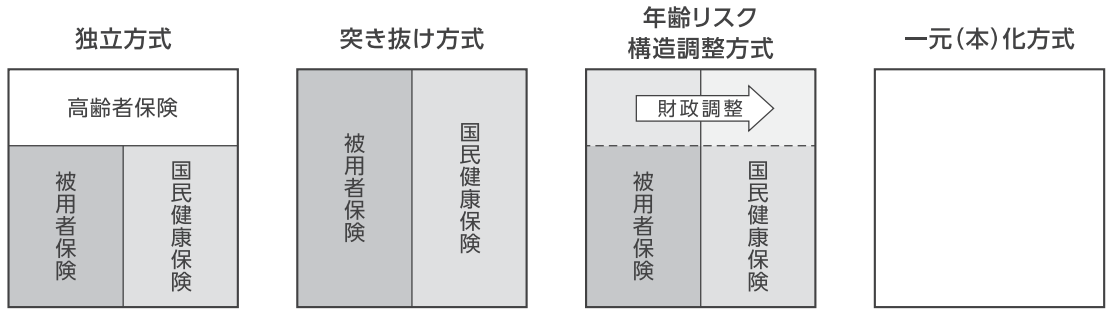
わが国は、被用者保険に属さない者はすべて国保が受け止めるという制度設計により国民皆保険を実現した。この制度設計の下では、国保の加入率は若年世代では低く、サラリーマンが退職を迎え

る高齢世代では高くなる。そして、第一次産業の減少と人口の高齢化が進展すれば、この傾向は一層強まる。国保の側からみれば、高齢者の偏在は日本の医療保険制度の設計に起因するものである以上、制度設計そのものを見直すべきだという主張になる。老人保健制度の創設はこれに対する「回答」であったが、国保関係者の間ではこれだけでは不十分だという不満が募った。一方、被用者保険側からも老人保健拠出金等の負担が増大することに対する批判が高まった。とりわけ健保組合の反発は強く、平成11（1999）年には「拠出金不払い運動」（延納）にまで発展した。こうした事情に加え、医療保険財政の悪化に伴い健保法等の改正が相次いで行われる中で、老人保健制度に代わる高齢者医療制度のあり方をめぐる論議が活発化した。その際に議論の対象となったのは、平成9（1997）年に医療保険福祉審議会制度企画部会が高齢者医療制度の改革案を整理した4つの方式であった。

4方式とは、①独立（保険）方式、②突き抜け方式、③年齢リスク構造調整方式、④一元（本）化方式であり、**図3**はその概念図である。医療保険制度体系の型は、「縦の線」（被用者と国保の二本立てとする）を入れるか否か、「横の線」（年齢で切る）を入れるか否かの組み合わせしかない。すなわち、75歳であれ65歳であれ「横の線」を明確に入れるのが独立方式である。突き抜け方式は「縦の線」だけ入れ「横の線」を入れない方式である。年齢リスク構造調整方式は、「縦の線」は入れ、「横の線」は明確には入れない（いわば実線ではなく破線を入れる）方式である。そして、「横の線」も「縦の線」も入れないのが一元（本）化方式である。

この4つの方式はいずれも一長一短がある。また、いずれの方式を選択するにせよ、基本的に「ゼロサム・ゲーム」であり、すべてのプレイヤー（利害関係者）が満足する方式はあり得ない。例えば、一元（本）化方式は、国保側は支持しても被用者保険側は絶対

図3 高齢者医療に関する制度設計（概念図）



[説明]

高齢者を対象として被用者保険および国民健康保険から独立させ保険制度を設ける方式。後期高齢者医療制度はこれに該当する。

[説明]

被用者〇Bは被用者保険の現役が、国民健康保険〇Bは国民健康保険の現役が支えるという方式。二本建て体系を高齢者部分まで「突き抜け」させ純化させた方式である。

[説明]

加入者の年齢構成の差は保険者の責任ではないから、年齢構成の相違に起因する医療費は、保険者間で財政調整する方式。前期高齢者医療制度で採られた方式であり、老人保健制度もこの方式に属する。

[説明]

保険集団を区分すれば年齢・所得の相違による「不公平」が発生するため、年齢や稼得形態で区分せず医療保険制度を一本化する（全国一本でなくとも都道府県単位で一本でもよい）という方式。

出典：島崎謙治『日本の医療—制度と政策』（東京大学出版会）297頁の図を一部改変。

に受け入れることはできない。しかし、抜本改革に対する期待（幻想）という意味では共通しており、それが声高に叫ばれる中で、同床異夢ではあるが、4方式の選択の決着をつけることが抜本改革の焦点となった。

この4方式のうち日経連は平成9（1997）年8月に突き抜け方式を提言し、健保連も同月19日に公表した「厚生省案に対する健保連の見解」の中で退職者健康保険（実質は突き抜け方式）という考え方があることを強調した³⁹。けれども、平成14（2002）年5月に日経連が経団連（独立方式を支持）に統合された影響もあって、健保連はこの頃から条件付きで独立方式を支持する方針に転じ、突き抜け方式を主張する団体は連合だけとなった⁴⁰。一方、独立方式は、日本医師会も支持し、自民党医療基本問題調査会長の丹羽雄哉議員らもこの方式を支持した。ちなみに、厚生労働省は必ずしも独立方式がよいと考えていたわけではない。独立方式には、生活・就労実態や世帯構成等は何も変わらないにもかかわらず、一定の年齢に到達するだけで被保険者資格が変更され、権利・義務関係が変わるといふ大きな難点があるからである。むしろ、老人保健制度はできのよい制度であり、それを改良するのが最善であると考えていたように思われる。実際、平成14（2002）年の健保法等改正の高齢者医療制度の部分（老人保健拠出金の負担軽減）は老人保

39 38 厚生省保険局国民健康保険課（1996）『詳解国民健康保険』209頁。
 なお、健保連の高齢者医療制度に対する考え方については、平成17（2005）年7月に公表された「新たな高齢者医療制度の創設を含む医療制度改革に向けての提言」も参照。

40 ちなみに、経団連が独立方式を支持し、突き抜け方式に反対したのは、平成12（2000）年度から導入された退職給付会計との関係上、退職者に係る医療費見込額を退職給付債務として母体企業の貸借対照表に計上すべきだとの議論が生じかねず、それを避けるためであったと筆者は考えている。特に、特定健保組合（退職後も引き続き現役被保険者と同様の保険給付を行う健保組合）では、その母体企業が米国で上場する際、そのような指摘を受けることがあった。

健制度の改良版である。しかし、これは抜本改革ではないと批判され、被用者の3割負担が施行される前までに「新しい高齢者医療制度の創設」を含む基本方針を策定することとされた。端的に言えば、高齢者医療制度の4方式の選択の決着に関し明確に期限が切られたということであり、平成15(2003)年3月28日に公表された基本方針では、後期高齢者について独立方式、前期高齢者については年齢リスク構造調整方式(年齢による医療費等の不均衡を調整する仕組み)を採る方向性が示された。そして、制度設計の肉付けや細部の検討が行われ、平成18(2006)年の医療制度改革関連法により新しい高齢者医療制度が平成20(2008)年度から実施された。

既述したように、独立型の後期高齢者医療制度では、75歳という年齢に到達しただけで権利義務が変更される。これは決して制度設計上の小さな傷とは言えない。それならば、なぜ「年齢で切る」という制度設計を行ったのか。その理由は、少子高齢化が急速に進むなかで、高齢者医療費の負担を世代間でどのように分担するかという問題に正面から向き合わざるを得ないからである。この制度は年齢差別であるという批判があるが、これは当たらない。今日、高齢者は有権者の3分の1以上を占めており、その政治的影響力を無視できるはずがない。むしろ、高齢世代と現役世代(さらに潜在的には将来世代)の負担の不均衡が拡大し深刻な世代間対立を招くリスクの方が大きい。

それを防ぐためには、まだ比較的冷静に議論できるうちに、①高齢者の窓口一部負担、②高齢者自らが納める保険料、③若年世代からの支援金、④公費、の負担関係を可視化し、この世代間の負担の配分ルールのあり方について真摯に議論し合意を得ることが大切である。その際、白紙に絵を描くことはできないが、現行の制度にとられ過ぎることは適当ではない。ちなみに、現行制度が充足した

際、激変緩和の名目で、各種の特例措置や経過措置(例…被用者保険の被扶養者であった者の保険料の9割軽減、予算措置による70歳から74歳の患者負担の1割据置き)が講じられたが、国はこれらの特例措置や経過措置を本則に戻すことに汲々としてきたきらいがある。また、平成21(2009)年に政権に就いた民主党が後期高齢者医療制度の廃止を掲げていたという経緯もあり、その後の自民党・公明党連立政権下では、「寝た子は起こさない」として、この制度の根幹に関わる議論を避けてきた面がある。しかし、第4節の3で述べたように、2020年代に入り、ようやく本格的な見直しに手が着けられた。ただし、医療保険制度の持続可能性を確保するためには、これで十分とは言えず、検討すべき課題は数多く残されている。

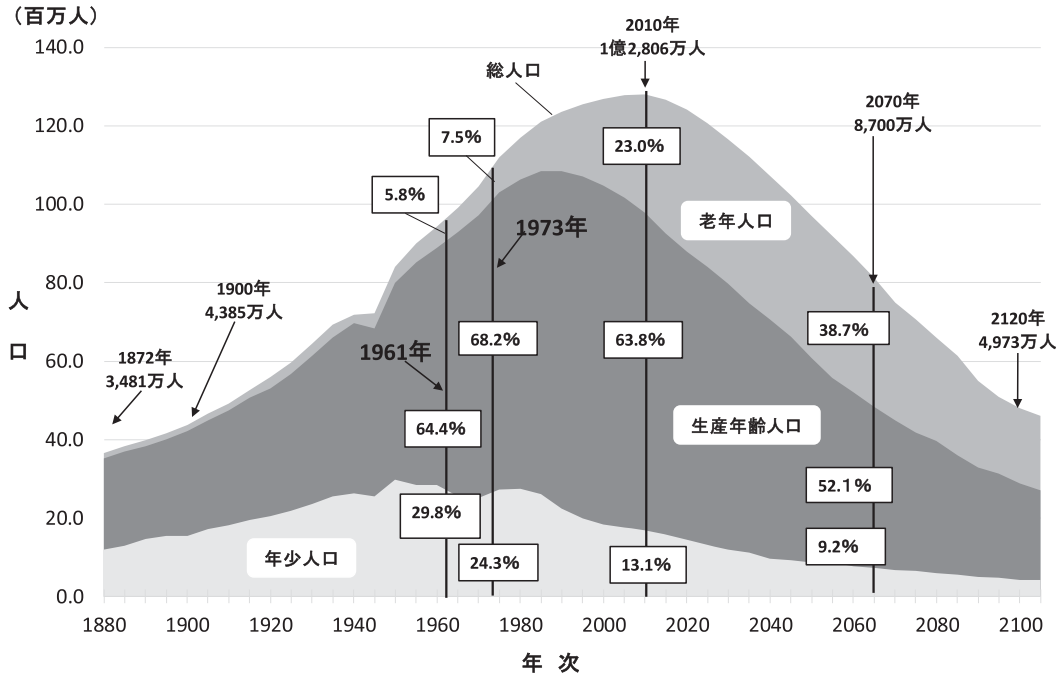
第6章 展望——社会経済の変容と制約条件——

第1節 社会経済と国民皆保険

政策は制約条件下での将来に向けた選択であるが、現在と未来の与件は同じではない。このため、将来を予測することが必要になる。その際、最も重要なのは人口動態の変化である。将来を完璧に見通すことは不可能であるが、人口については、20年程度先であれば、ほぼ確実に予測できる。また、人口は医療に直接的あるいは経済等のパイパスを通じ間接的に大きな影響を及ぼす。

わが国の国民皆保険は、1950年代半ばに政治課題に浮上し、昭和36(1961)年の実現を経て昭和48(1973)年頃まで拡充した。それが可能であった最大の要因は、昭和30(1955)年から第一次オイルショックが起きた昭和48(1973)年までの長期にわたる高度経済成長である。では、なぜわが国は高度経済成長を謳歌できたのか。固定相場制と自由貿易体制が維持されたという

図4 日本の人口の推移（年齢3区分） 1872—2120年



出典：「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計（2023年推計）」を基に筆者作成。

国際経済環境等も無視できないが、ファンダメンタルな理由としては、人口が増えていた上、人口構造が「若かった」ことが挙げられる。

図4は、長期の日本の人口の推移である。昭和30（1955）年から昭和48（1973）年にかけて人口は約2千万人も増加している。また、平成20（2008）年ないし平成22（2010）年頃を軸に総人口は左右対称をなすが、人口構成はまったく異なっている。例えば、現在の高齢化率（65歳以上人口の総人口に占める比率）は30%近いが、昭和36（1961）年は5・8%、昭和48（1973）年でも7・5%にすぎない。さらに注目されるのは、昭和48（1973）年の生産年齢人口比率（15歳から64歳人口の総人口に占める比率）が68・2%と3分の2を超えていることである。いずれにせよ、昭和36（1961）年に国民皆保険が実現し昭和48（1973）年にかけて給付の拡充等が可能であったのは高度経済成長があったからであり、高度経済成長を謳歌できた理由は人口構造が若く「右肩上がり」の社会であったからにはかならない。

これは「逆も真なり」のはずである。再び第3章第2節の図2をご覧いただきたい。社会経済が「右肩下がり」になれば、国民皆保険はいわば昭和48（1973）年から昭和36（1961）年に遡る歩みを辿る可能性がある。すなわち、①国民全員をカバーすることの放棄（X軸の縮小）、②給付範囲の縮減（Y軸の縮小）、③給付率の引き下げ（Z軸の縮小）、の議論が生じ得る。もとより、この国民皆保険が形骸化するシナリオが望ましいわけではない。①、②、③のいずれの選択も人々の生活に直結するため安直な政策選択は許されない。また、図2は医療保険というファイナンスだけに着目しているが、その前に、超高齢社会における医療のあり方を含め医療提供体制の見直しの議論を行うことが不可欠である。そして、医療保険制度についても、社会経済の変容を見据え、既成の枠組みにと

表2 将来人口の基本指標

年	総人口 (A) (万人)	人口3区分					高齢化率 (D/A)	老年人口 の生産年 齢人口に 対する割 合(D/C)	(参考) 生産年齢 人口を20 ～69歳、 老年人口 を70歳 以上とし た場合の 老年人口 の生産年 齢人口に 対する割 合
		年少人口 (B) (15歳未満) (万人)	生産年齢 人口(C) (15～64歳) (万人)	老年人口 (D) (65歳以上) (万人)	(参考) 再掲 (75歳以上) (万人)	(参考) 再掲 (85歳以上) (万人)			
2020	12,615 (100)	1,503 (100)	7,509 (100)	3,603 (100)	1,860 (100)	613 (100)	28.6%	2.1人で 1人を 支える	2.8人で 1人を 支える
2040	11,284 (89)	1,142 (76)	6,213 (83)	3,929 (109)	2,228 (120)	1,006 (164)	34.8%	1.6人で 1人を 支える	2.2人で 1人を 支える
2070	8,700 (69)	797 (53)	4,535 (60)	3,367 (93)	2,180 (117)	1,117 (182)	38.7%	1.3人で 1人を 支える	1.7人で 1人を 支える

(注) 括弧書は2020年を100とした場合の割合。

出典：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2023年推計）」（出生中位・死亡中位の場合）を基に筆者作成。

らわれずに議論を行うことが求められる。

第2節 将来の人口構造の変容

図4は人口の長期的動態を視覚的に捉えることができるが、政策の検討を行うためには具体的な数字に基づいて議論する必要がある。表2は、国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来推計人口（2023年推計）」（出生中位・死亡中位）に基づき、基点となる2020年、20年後の2040年、半世紀後2070年の人口の基本指標をまとめたものである。強調したい点は次の4つである。

第1は、総人口の減少である⁴¹。注目すべきことは、日本の総人口が半世紀の間に約3割も減ることもさることながら、人口の減少幅が拡大することである。表2の2040年から2070年の総人口減少数を30年で割ると86万人となる。つまり、小さな県1つ分の人口が毎年失われていくということである。

第2は、高齢化の進展である。老年人口（65歳以上人口）は2040年頃まで増加する。その主因は、「団塊ジュニア世代」（1971年から74年生まれ）が2040年にはすべて65歳以上となるからである。その後、老年人口は減少に転じるが、85歳以上の人口は増加し続ける。これは医療・介護の需要を考える上で留意すべき点である。

第3は、生産年齢人口（15歳から64歳までの人口）が、2020年の7,509万人に比べ、2040年は6,213万人と急減し、2070年は4,535万人まで減少することである。これは、労働力人口の減少を通じ経済成長を減速させる大きな要因となるだけでなく、医療・介護の人材確保に甚大な影響を及ぼす。

第4は、老年人口の生産年齢人口に対する比率（老年従属人口指数）の急騰である。これは、社会保障における世代間の給付と負担のアンバランスを拡大させる。なお、日本では、生産年齢人口が15

歳から64歳、老年人口が65歳以上というのは社会実態に合わない。そこで、表2では、参考として、生産年齢人口を20歳から69歳、老年人口を70歳以上とした場合の割合も掲げている。これをみると、老年従属人口指数の変化のピッチはやや緩和されるが、それでも相対的な勢いで上昇することがわかる。

以上、日本全体の人口構造の変化について述べたが、地域により実情は大きく異なる⁴²。例えば、東京をはじめ大都市圏の高齢化率が急上昇するのは、高齢者の実数が激増するだけでなく増加率も高いためである。これに対し、農村部・中山間地では、高齢者数はピークアウトしても、年少人口や生産年齢人口がそれ以上に減少するため、高齢化率が上昇する地域が多い。

医療や介護の問題を考える上では世帯構造の変容も重要である。国立社会保障・人口問題研究所の「日本の世帯数の将来推計（2018年推計）」によれば、わが国の世帯は、三世代同居世帯が減り、単独世帯（1人暮らし世帯）や夫婦のみの世帯が急増する。例えば、特に世帯主が65歳以上の世帯数は、2015年の1,918万から2040年には2,242万に増加するが、このうち1人暮らし高齢者（世帯）は625万人（男性206万人、女性420万人）から896万人（男性356万人、女性540万人）に急増し、世帯主が65歳以上の世帯数の4割に達すると見込まれる⁴³。

一般に、2人以上世帯に比べ、単独世帯の方が経済的リスクや社会的に孤立するリスクが高い。また、一口に1人暮らしといっても、子どもが近居の場合、遠方に居住している場合、子どもがいない場合では、家族による支援の可能性や緊急時の対応はまったく異なる。これは、成年後見人をつければ済むという問題ではない。家族の代替機能を地域の中で誰がどのように担うのかという課題が突きつけられている。

第3節 2040年の社会保障の将来推計

人口構造の変容は医療をはじめ社会保障に甚大な影響を及ぼす。内閣官房、内閣府、財務省、厚生労働省が経済財政諮問会議（2018年5月21日）に提出した「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」によれば、社会保障給付費は、2018年度の121.3兆円（対GDP比21.5%）から、2040年度は190.0兆円（同24.0%）に増加する⁴⁴。対GDP比24%への増加（1.1倍増）は、フランスやスウェーデンでは現在でも24%を上回っていること等を考えると、制御可能な範囲に収まっていると評価すべきだと思われる。ただし、①この推計以降に発生したコロナ禍の影響等によって、足元の経済成長率が落ち込むとともに赤字国債の増発を含め多額の財政出動を行ったこと、②社会保障費などの財源不足を賄うために多額の特例（赤字）国債を発行しており、現状でも社会保障給付費はファイナンスできていないこと、③対GDP比の増

41 今回の推計では、合計特殊出生率の将来の仮定値（出生率中位）が前回推計の1.44から1.36に低下したにもかかわらず、人口減少のペースが緩んだ。その理由は、前回推計では外国人の人口超過数を年6.9万人と見込んでいたが、新推計においては16.4万人と2倍以上に設定されたからである。新推計の16.4万人という仮定値は、コロナ感染拡大の影響を受けた2020年を除く2016年から2019年の人口超過数の平均値であり、それを未来に投影（projection）したものである。

42 筆者の見解を含め詳しくは、島崎謙治（2020）『日本の医療・制度と政策（増補改訂版）』東京大学出版会、13―14頁を参照されたい。

43 平均寿命の相違や男女の結婚の年齢差があるため、1人暮らし高齢者は女性の方が多いが、増加数は男性の方が多い（増加率も高い）ことが注目される。これは男性の未婚が増えているからである。例えば、2015年の「国勢調査」による50歳時の未婚率（45歳と54歳の未婚率の平均）は、女性が14.06%であるのに対し、男性は23.37%と高い。

44 この推計は旧人口推計（2017年に公表された推計）をベースにしている。また、コロナ禍による財政支出の増大や経済基調の変化、少子化対策の大幅な拡充など前提条件が大きく変わっている。このため、社会保障の将来見通しは改訂する必要がある。

加分2・5ポイント(24・0%―21・5%)は2018年度ベースで14兆円(消費税率換算で約5%)に相当し決して小さい数字とはいえないことから、社会保障給付費の伸びを抑制する圧力が高まることは覚悟しなければならない。

財政制約もさることながら、それ以上に深刻なのは人的資源の制約(人手不足)である。「2040年を見据えた社会保障の将来見通し」の「医療福祉分野における就業者の見通し」によれば、2018年度から2040年度にかけて、介護需要の増加等に伴い医療福祉の就業者数は823万人から1,065万人に増加する。一方、就業者総数は、生産年齢人口の激減に伴い6,580万人から5,654万人に減少する。その結果、就業者総数に占める医療福祉分野の就業者数の割合は、2018年度の12・5%から2040年度には18・8%と6・3ポイント上昇する。煎じ詰めれば「お金の移転」だけの仕組みである年金制度と異なり、医療・介護・福祉制度ではサービスを産み出す人がいなければ成り立たず、人手不足が制度の持続性のアキレス腱になることが危惧される。

人手不足は介護以外の建設や農業等の分野でも深刻であり、国は2018年に入出国管理法等を改正し外国人労働力の受け入れ拡大に大きく舵を切った。しかし、外国人労働力に過度な期待を抱くべきではない。これは治安の悪化や賃金構造の二層化に対する懸念だけによるのではない。最大の理由は、外国人労働者は日本の都合に合わせて来てくれないことにある。東アジア諸国の合計特殊出生率(以下「出生率」という)をみると、シンガポール、韓国、台湾は日本より低く、タイは日本と同程度である。また、ベトナムの出生率も既に人口置換水準を割り込んでいる。こうした開発途上国の出生率の低下や各国の今後の経済発展(国内成長)を考慮すれば、外国人労働力の供給自体が低下する可能性が高い。さらにいえば、ベトナムの労働者に対してはオセアニアやヨーロッパ諸国を含め引く

手あまたであり、外国人労働力は今でも「買い手市場」ではない。製造業の場合は生産拠点を海外に移転することも経営の選択肢となるが、医療・介護・福祉の場合はそのような方策は採り得ず、国内で必要な労働力を確保することを基本的に据えるよりほかない。

第7章 展望―医療提供体制をめぐる課題と改革―

第1節 医療提供体制の改革の方向性

「医療は医学の社会的適用である」という言葉がある。しかし、適用すべき社会の実態が変われば、医学や医療のあり方自体の見直しが求められる。医療提供体制の課題と方向性を一口で表現すれば、「超高齢・人口減少社会仕様」に改めることにほかならない。これに関連し強調すべきことが3つある。

第1は、マクロ的にみれば、人口減少に加え高齢者数も2040年頃には減少に転じることから、医療需要は2030年代半ばにピークアウトすると見込まれることである。したがって、医療はかつての「拡大再生産」ではなく「撤退戦」が強いられる。ただし、医療の提供形態や地域によってピークアウトの時期は大きく異なる⁴⁵。外来は、大都市およびその周辺を除くほとんどの地域で既にピークアウトしているが、在宅医療は2040年以降も増加する地域が少なくない⁴⁶。また、入院は2030年代半ば頃までにピークアウトする地域が多いが、大都市部やその周辺ではピークアウトの時期は2040年以降にずれ込むと見込まれる。

第2は、地域包括ケアと急性期医療の両面の充実が求められることである。「令和2(2020)年患者調査」によれば、入院の約4分の3(74・7%)、外来でも過半(50・7%)は65歳以上の患者が占める。高齢者の疾患の多くは加齢が関係しているため完治は難しい。「治し、支える医療」や地域包括ケアが強調されるゆえん

であるが、留意すべきことは、人の生活は医療のみで成り立たない以上、「生活を支える医療」と言った途端、「医療政策の「視界」（守備範囲）は、隣接する保健・福祉・介護はもとより、住まい・就労や地域づくりまで一挙に広がることである。ただし、これは「治す医療」の重要性が低下することを意味しない。象徴的なのは、日本の人口当たりの病床数は先進諸国の中で際立って多いにもかかわらず、コロナ禍で病床の逼迫が生じたことである。逆説的であるが、その最大の理由は、病床が多すぎため医療資源が薄く広く分散しているからであり、急性期医療の充実強化を図るために医療機関の集約・再編を行うことは避けて通れない。

第3は、医療の生産性の向上が強求められることである。人的資源の制約（人手不足）が厳しさを増すことは既述したが、働き方改革による労働時間の上限規制により、1人当たりの労働時間も短縮される。だからこそ、多様な働き方を認めるとともに時間当たりの労働生産性の向上を図り、医療の付加価値（アウトプット）を増大させ、賃金の向上に繋げるという好循環を実現する必要がある。そのためには、ICTやAIの活用を含む医療DX（デジタル・トランスフォーメーション）の推進、ロボットの活用を図るほか、チーム医療やタスクシェア・タスクシフト（職務権限の移譲）を推進するなど、あらゆる方策を総動員することが求められる。また、医療現場の業務をセグメントに分け、働き方の多様化や職員の適性等を踏まえ適任者に割り振るといったマネジメントが大切になる。さらに、医療分野で大切なことは、地域の人口動態や医療需要の将来を見据え、医療機関の統合・再編や医療資源の再配置を行うことである。これは、「地域全体の医療の生産性の向上」とでも言うべきものである。

第2節 地域医療構想の推進

1. 地域医療構想の意義と問題点

医療提供体制の改革で難しいのは、それを実現する方法である。特にわが国は民間セクター中心の医療提供体制であり、憲法で保障された営業の自由や財産権の保護との兼ね合いもあって、強制的な合併や高額医療機器の共同利用といった強権的な手法を採ることが難しい。このため、医療提供体制の改革は診療報酬による経済的誘導に依拠してきた。しかし、診療報酬は万能ではない。診療報酬は診療の対価であり医療機関の統合・集約化等にはなじみにくい。また、診療報酬による政策誘導は医療を拡大する場合はうまく機能するが、縮小の方向には効が悪い。したがって、「診療報酬一本足打法」ではなく、計画的な手法など他の政策手法との組み合わせ（ポリシー・ミックス）が必要となる⁴⁷。計画的な手法の代表例は地域医療構想であり、国（厚生労働省）が最も力を入れている施策の1つである。

筆者は地域医療構想を進めることには賛成である。今後、地域医療をめぐる状況が激変するなかで、医療関係者や住民が地域医療の将来像と課題について共通認識を持つことは非常に大切だからである。問題はその内容と実効性である。まず前者から言えば、論点は大きく3つある。

第1は、医療機能の区分および病床機能報告制度との関係であ

45 「医療計画の見直し等に関する検討会」（2020年2月28日）資料を参照された。

46 これは、患者は加齢に伴い通院しづらくなるため、通院回数最頻値は80歳代前半であり、代わって在宅医療が増えるからである。

47 医療提供体制の改革手法の比較等については、島崎謙治（2016）「医療提供制度を改革する政策手法―診療報酬、計画規制、補助金―」社会保障研究、1巻3号を参照。

る。地域医療構想の病床の必要量は、2025年に必要となる病床数を4つの医療機能区分ごとに推計し、その機能別の患者数を病床数に置き換えたものである。これに対し病床機能報告制度は病床単位であり、様々な病態の患者が混合している病床であっても、最も適する機能1つを選択して報告する。このため、例えば急性期と報告された病床にも回復期に相当する患者は存在する。そもそも地域医療構想の病床の必要量と病床機能報告制度の集計結果は捉え方が異なる以上、単純に比較対照すべきものではない。また、高度急性期、急性期、回復期の区分は、診療報酬による資源投入量の多寡で区分されているにすぎず、回復期にはポスト・アキュート（例：回復期リハビリテーション）とサブ・アキュート（例：比較的軽易な手術や在宅医療のバックアップ機能）という異なる機能が混在する。

第2は、医療圏域の線引きおよび範囲の妥当性である。地域医療構想の構想区域は原則2次医療圏とされている。この2次医療圏は昭和60（1985）年の医療法改正により病床規制が導入されたときに設けられた概念であるが、保健所等の行政管轄区域や郡市医師会のエリアを考慮し設定した都道府県が少なくない。それに加え、その後の人口動態や交通事情の変化を踏まえた見直しがほとんど行われていない。その結果、生活圏や患者の流れと適合していない2次医療圏が多い。また、地域（圏域）は医療の内容によっても異なる。がんのように専門性が高く「待てる医療」の場合も必ずしも2次医療圏で完結させる必要はなく、基幹病院に高次の医療機能を集積させる方が医療の質や効率性が高まる場合が少なくない。

第3は、病床機能と在宅医療等の関係である。地域における入院医療の需要や病床機能は在宅医療等の推進状況と独立して決まるわけではない。実際、地域医療構想のガイドラインでも、慢性期病床は在宅医療等と一体的な区分となっており、療養病床の医療区分1

の患者の7割は在宅医療等に移行するなどの仮定が置かれている。しかし、これは「割切り」であって7割という数字の根拠は乏しい。また、在宅医療等の「等」の場所は、狭義の住宅のほか、サービス付き高齢者向け住宅等による集住形態、介護保険施設等を含むが、住宅の訪問診療と入所施設系で対応するのでは、必要となるリソース（人材や施設設備）が異なる。したがって、都道府県は市町村と協議し、退院後の受け皿となる在宅医療等の需要や実現可能性について、いわば「ミクロからの積上げ」を行う必要があるが、現実にはペーパープランとなっている地域が多い。

2. 地域医療構想の実効性の確保方策

以上の3つはいずれも地域医療構想の基本フレームに関わる問題点であるが、地域医療構想の実効性が乏しい理由はそれだけではない。本質的な理由は、地域医療構想が「チキンレース」の構図になりがちなことにある。例えば、急性期機能病床が過剰な地域において、将来「共倒れ」のリスクがあっても急性期病院の経営者は病床転換に踏み切らない。他の急性期病院が先に病床転換してくれば、自院は生き延びられると思うからであり、その結果、根比べ・消耗戦に陥ることとなる。では、どうすればいいのか。

第1は、現在の令和7（2025）年とされている目標年を適切にリセットすることが必要である。未来から逆算して今なすべきことを考えるバックキャストという思考法があるが、数年程度先だと現在の違いが小さいため、課題を正確に認識し危機感を持つことができない。病院のポジショニングの判断は20年程度先を見据えて行われるものであること等を考慮すると、2040年頃の人口構造や疾病構造・患者数の推計を行い議論することが適当だと思われる。

第2は、診療報酬上、医療機関の経営者に対し、地域の医療需要

の将来動向を見据え、適切なポジションをとる決断を促すことである。実は、平成30(2018)年度の診療報酬改定の入院医療の新しい評価体系は、このような考え方に立っている。すなわち、この改定では、①急性期医療、②急性期医療から長期療養、③長期療養、の3つの類型ごとに、「基本部分」(看護配置や平均在院日数など基本的な医療の評価部分)と「実績部分」(診療実績に応じた段階的な評価部分)を組み合わせた報酬体系に再編する方針が示された。この3つの類型のうちいずれを目指すかは各医療機関の経営判断による。ただし、これは地域の医療需要を無視しても採算が取れるということではない。例えば、地域の医療需要に適合しない医療機能を選択すれば、その対象となる患者は集まらず「実績部分」の報酬を確保することはできない。今後の診療報酬改定に当たっては、こうしたメッセージを強力に伝達し賢明な経営判断を促すことが重要であると考えられる。

第3は、地域医療構想を病床の削減や再編に矮小化せず、自治体の総合計画など大きな枠組みの中に位置づけることである。地域医療構想はいわば「地域総合生活構想」として捉えるべきものである。人口構造の急激な変容は、医療・介護だけでなく地域の社会経済そのものに甚大なインパクトを及ぼす。大都市圏では高齢者の急増に対応した住宅等のインフラ整備が求められる。一方、人口が急減する農村部や過疎地では、地域医療構想を、地域の経済・産業・雇用・住宅・交通等まで含め地方創生の事業に組み込むといった戦略的な発想が求められる。地域医療連携推進法人の導入も、そうした議論の一環に組み入れるべきであり、さらに医療を含め地域の拠点に限られた都市機能を集積し支所等と連携する「コンパクト・アンド・ネットワーク」の検討も必要になると思われる。

第3節 医療従事者の確保と偏在是正

1. 医師の養成数と偏在是正

医師数の増減は医学部卒業生数(正確には医師国家試験合格者数)から死亡・リタイア等の差し引きで決まるが、現在、年平均で4,000人以上増加している。令和6(2024)年度から医師の働き方改革が施行されると、医師を増やすべきだという議論が起る可能性があるが、医師の養成方針の影響は長期に及ぶことに留意すべきである。医師の養成は開始(医学部入学)から臨床研修・専門医研修の終了まで10年以上のタイムラグがあるとともに、医師は臨床研修終了後40年以上も稼働するからである。わが国の医療需要は人口減少の加速等により、2030年代にはピークアウトすること等を考えると、少なくとも現在の養成数(医学部入学定員数・令和5(2023)年度で約9,400人)を増やすことは適当ではない。ちなみに、医学部入学定員が同じだとしても、少子化の影響により18歳人口に対する医学部入学者の比率が高まるが、これは貴重な人的資源の適正な配分という観点からも好ましくない⁴⁸。

医師数が増加すれば、医師は相対的に不足がちな地域や診療科に就職することを通じ、地域偏在や診療科偏在が是正されると考えられがちであるが、事実はこちらに反する。つまり、医師数は増えても、その多くは都市部の病院に吸収され、医師の地域偏在は是正さ

48

端的に言えば、医学部は人気が高いが、偏差値の高い学生を医学部に集中させてよいのかということである。医学部入学定員9,420人を2019年の18歳人口(118万人)で割ると0.8%(125人に1人)であるが、仮に医学部入学定員を維持すると、この比率は(2019年の出生人口は86万人であるため)2037年頃は1.1%(90人に1人)まで上昇する。ちなみに、団塊の世代が18歳に到達した1965年頃の医学部入学定員は約4,000人であったから、これを当時の18歳人口である約250万人で割ると0.17%(600人に1人)であった。

れるどころか拡大している。また、診療科についても、麻酔科、精神科、放射線科等の医師数が増加する一方、外科や産科・産婦人科は横ばいであり、診療科間の格差が広がっている。医師の偏在是正については、平成30（2018）年6月に医療法及び医師法の一部改正法が成立した。これは医師の偏在是正に特化した法律改正であり、①医師少数地域での勤務を促す環境整備、②医師確保のための都道府県の体制整備、③医師養成プロセスに着目した確保対策、④外来機能の偏在・不足への対応、の4本の柱から成る。

医師の偏在是正に関しては、戦前の国民医療法による勤務地指定制のような強制的手法、市場メカニズムに委ねる手法を両極端として多くの政策手法があるが、わが国の歴史を振り返っても、また、世界各国をみても、決め手がないのが実状である。そうしたなかで平成30（2018）年の法改正による偏在対策は、客観的な情報を開示し賢明な選択を促しつつも、都道府県に一定の権限を付与する計画的手法が組み合わされており、必要な「道具立て」は概ね盛り込まれている。これに対しては、実効性が乏しいとの批判があるが、方向性が間違っていないのであれば、まず実行し、その上で施策の検証・評価を行い必要な取り組みを強化するというステップを踏むことが適当である。

そのことを指摘した上で言えば、大学医学部（医局）や大学病院、医学に関する各学会が、大局的な見地から医師の地域偏在や診療科偏在に取り組みむことが求められる。しばしば、プロフェッショナル・オートノミーやフリーダムが強調されるが、これは国民の負託に基づく政策的なものであり、言論の自由のような自然権とは異なる。換言すれば、国民の期待に応えることができなければ、国家が介入せざるを得なくなることに留意すべきである。また、大学病院や地域の病院も、特定の診療科の医師や僻地等の医師に負担が偏らないよう、医師の働き方改革に積極的に取り組むことが求められる。

る。

2. かかりつけ医機能の充実・強化

医療提供体制は各国の歴史・文化・経済等を反映し固有の形態をとるが、特に国による相違が顕著に現れるのは、ファーストコンタクト（患者の医師や病院への最初の接触）の部分である。欧米諸国では専門医と総合医（あるいは家庭医）の明確な区分があるが、日本ではそのような区分がない。ちなみに、わが国でも、昭和60（1985）年に厚生省に「家庭医に関する懇談会」が設けられたが、医師の分断化（専門医と家庭医の二層化）と官僚統制による医療費削減（特に人頭払い制）を警戒する医師会等の強硬な反対に遭い頓挫した経緯がある。その意味では、平成27（2015）年に「専門医の在り方に関する検討会」が、内科や外科など18の診療科別専門医と並ぶ「19番目の専門医」として総合診療専門医を位置づけた意義は大きい。ただし、平成30（2018）年度（第1期）の専攻医のうち総合診療領域を選択した者は2%にとどまり、その後も同程度で推移している。また、仮にこの率が多少高まったとしても超高齢社会に間に合わないため、代替補完策として、かかりつけ医機能の強化が求められる。

かかりつけ医機能については、令和5（2023）年5月に成立した全世代型社会保障法（通称）により医療法の一部改正が行われ、かかりつけ医機能は、「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義された。そして、①既存の医療機能情報提供制度を拡充し、国民・患者による医療機関の適切な選択に資するよう、都道府県がかかりつけ医機能に関する情報を提供するとともに、②かかりつけ医機能報告制度を創設し、地域ごとに、かかりつけ医機能の充足状況等を確認し、不足する機能を強化するための方策を検討することとされた。

ただし、かかりつけ医機能として何を重視するのかについて十分なコンセンサスがあるわけではない。筆者は、①コモンディージーズ（一般的な疾患）を診療できる能力を有すること、②臓器別・疾患別でなく全人的な診療を行うこと、③24時間・365日対応できること、の3つが重要であると考えられる。これに対しては、1人ひとりの医師の診療能力ではなく、複数の医師が弱点を補完しチームあるいは医療機関として、かかりつけ医機能が発揮できればよいとする見解がある。しかし、少なくとも、かかりつけ医機能の中心的な役割を果たす医師が、上述の①および②の能力を有することは必要である。そして、研修等を通じその質が担保されなければ、国民の期待や信頼に背くだけでなく、医療の質や効率性の向上にも繋がらない。いずれにせよ、かかりつけ医機能をめぐる議論は法律改正により定義したことで終わりではなく、その肉付け作業を丁寧に行うことが求められる。

3. 看護師および介護職員等の確保

医療は医師、歯科医師、薬剤師、看護師、PT（理学療法士）、OT（作業療法士）など多くの医療関係職種により成り立っている。介護施設では介護福祉士をはじめとする介護職員が多くを占めている。また、病院等では患者の介護等を行う看護補助者（看護助手）も大切な役割を担っている。現状でもこれらの職員の確保に苦労している病院や施設・事業所は少なくないが、今後、人手不足が一層進むことが危惧される。重要な施策を3つに絞って述べる。

第1は、養成数の適正化である。医療関係職種が行う行為のほとんどは業務独占行為である。また、その費用は保険料や租税を財源とする公的医療保険によりファイナンスされる。したがって、医療関係職種の養成については、医師ほど厳格ではないにせよ一定の計画性が求められる。このことを強調するのは、多くの医療関係職種

で需要と供給のアンバランスが生じているからである。例えば、世界的にみて日本の人口10万人当たりの薬剤師数は際立って多い⁴⁹。PT・OTもかつては不足していたが、現在は供給が上回っており、2040年頃には供給数が需要数の約1.5倍になると推計されている⁵⁰。養成数の抑制は職業選択の自由や営業の自由との関係で微妙な問題をはらむが、必要数以上に養成することは貴重な人的資源の無駄遣いであるだけでなく、賃金水準の低下を招き、養成された者にとっても不幸である。なお、需給の推計や対策の検討に当たっては、養成の総数だけでなく領域別や地域別の分析等も行うべきである。例えば、人口10万人当たりの薬剤師数は多いが、都市に集中する傾向がみられるとともに病院に勤務する薬剤師は不足している。医薬分業や調剤報酬のあり方を含め検討する必要がある。

第2は、看護師の養成・確保である。医療関係職種の中で最も数が多く、その需給の影響は他の職種に及ぶ。看護職員需給分科会が令和元（2019）年11月に公表した「中間まとめ」によれば、看護職員の需要は足元の平成28（2016）年の166万人に比べ、令和7（2025）年には188万〜202万人に増加する一方、供給は175万〜182万人程度と見込まれる。ただし、この需給ギャップは、前提として仮定したワーク・アンド・ライフバランスの状況や地域医療構想の実現状況等によって大きく左右される。看護職員の確保方策としては、①養成数の確保、②離職の防止（定着促進）、③潜在看護師の活用、が3本柱である。新卒看護師（5・

49 OECD Health Statistics 2019によれば、人口千人当たり薬剤師数は、日本

（1・81）、フランス（1・04）、ドイツ（0・65）、米国（0・95）である。また、人口千人当たり歯科医師数は、日本（0・80）、フランス（0・65）、ドイツ（0・85）、米国（0・61）である。

50 「医療従事者の需給に関する検討会 理学療法士・作業療法士需給分科会」（2016年4月22日）資料。

5万人)の多くは病院に就職するが、病院は「大量採用・大量離職」する職場である。今後、18歳から22歳人口の減少を考えると、数を増やすことは難しいだけでなく適当でもない。また、潜在看護師の活用も重要であるが、一度辞めて年数が経てば復職は難しくなる。したがって、最も重要なことは離職の防止であり、①個々の看護師の能力・適性や労働可能時間を考慮し、適切な働き方のマネジメントを行うこと、②「働きがい」(ワーク・エンゲイジメント)を高めることである。②については、看護能力の向上を通じキャリアパスを構築できるよう、各種研修(例・認定看護師研修、特定行為研修)に積極的に参加させるとともに、資格取得者に対する適切な処遇を行うことが重要である。

第3は、介護職員の確保である。第7期介護保険事業計画によれば、介護人材の必要数は令和2(2020)年度末には216万人、令和7(2025)年度には245万人と見込まれており、年平均6万人ずつ増やす必要がある。しかし、介護関係職種の有効求人倍率は都市部を中心に際立って高い一方、介護福祉士養成施設は大幅な定員割れが生じている。介護職員の賃金については、平成24(2012)年度以来、介護報酬における処遇改善加算により引き上げられてきたが、本来は、介護職員の専門性や生産性を高め、それが労働市場で評価されることにより賃金が上がるというのが望ましい姿であり、介護職員の確保策の正攻法でもある。そのためには、①意欲のある者のキャリアアップの道を用意すること、②介護福祉士を単なる名称独占資格ではなく、(限られた範囲であれ)業務独占の領域を設けること、の2つが重要である。このうち①については、民間資格であるが認定介護福祉士という資格が設けられ、介護職にグループのリーダーが育ちつつある。②については、一定の条件の下で介護福祉士等も喀痰吸引や経管栄養を行えるようになってくるが、その定着を図るとともに対象業務の拡大について検討

する必要がある。

第8章 展望——医療保険制度の課題と改革——

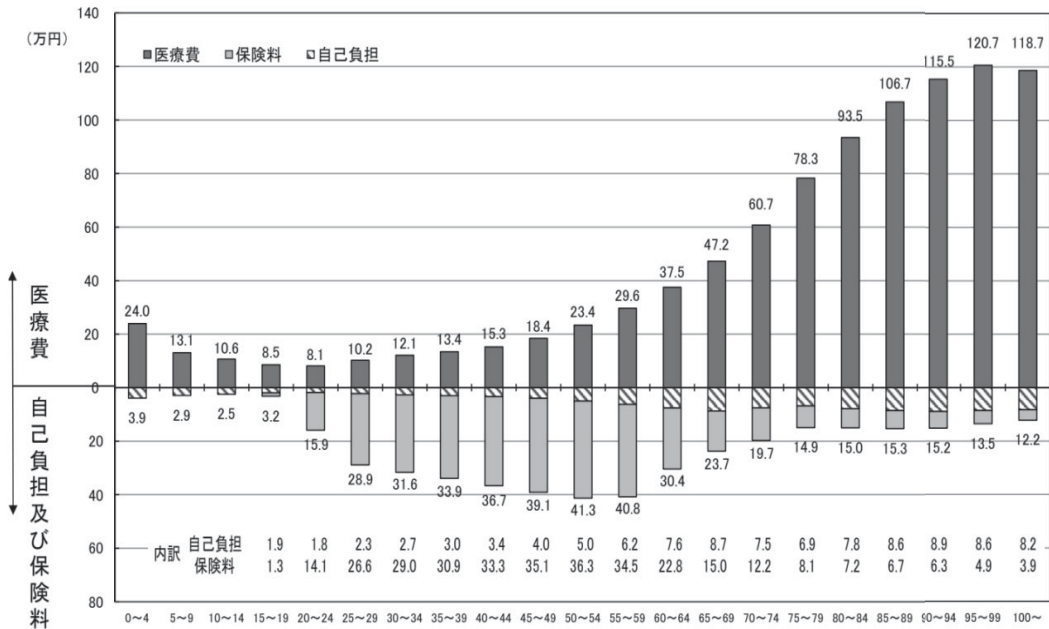
第1節 医療保険制度の基本的課題と論点

医療保険制度の基本的課題は、将来にわたり医療のファイナンスを持続可能なものとするところである。そのためには、医療需要の増加をできるだけ抑制すること、医療費の適正かつ公平な負担(保険料、公費、患者一部負担)を確保すること、の2つが求められる。

このうち医療需要の増加抑制については、前章で述べた医療提供体制の機能分化と連携等により効率化を図ることが王道である。なお、医療費の2大増加要因は、①高額薬剤の開発等による医療の高度化、②人口の高齢化の進展であるが、①については、高額薬剤の適正な価格設定と適応の遵守の徹底が重要である⁵¹。②については、予防を徹底し健康寿命を延伸すれば生涯医療費を抑制できるという明確なエビデンスは存在しない⁵²。ただし、疾病やフレイル等の予防は、個人の健康やQOLを維持・向上させること自体に価値がある。また、高齢者が社会との関わりを持ち続けるとともに労働参加率を高める観点からも重要である。

医療費の適正・公平な負担の確保については、①被用者保険と国保の二本立ての体系、②高齢者医療制度の見直し、③安定的な公費の財源確保が主な論点となる。このうち①は日本の医療保険制度の制度設計の基本に関わる問題であり、その評価や今後のあり方について次節で詳述する。また、②および③については、図5をご覧ください。この図は、年齢階級別1人当たり医療費、自己負担額および保険料の比較である。ここで強調したいことは、高齢者の場合は、1人当たり医療費に比べ自己負担および保険料が少ないこと、20歳から59歳までは1人当たり医療費よりも自己負担および保

図5 年齢階級別1人当たり医療費・自己負担額・保険料(年額)
(2019年度実績に基づく推計値)



出典：厚生労働省保険局調査課「医療保険の基礎資料」

保険料の方が多いことである。つまり、医療保険制度も世代間扶養の性格を強く帯びているが、これを被用者保険の側からみれば、後期高齢者医療制度の支援金および前期高齢者の調整金を拠出することにより国民皆保険を支えている。そして、今後、老年人口が増える一方、生産年齢人口が減少するため、世代間扶養の傾向はさらに強まる。世代間・世代内の負担の公平の議論は避けて通れない。

第2節 働き方の多様化と二本立ての体系

1. 医療保険制度の一元化の是非

わが国は「カイシャ」と「ムラ」という共同体を基盤として国民皆保険を実現した。しかし、産業構造や人口構造の変容に伴い、その基盤が脆弱化するとともに被用者保険と国保の「境界線」が曖昧になっている。医療保険制度を地域保険に一元化すべきだという見解が登場する背景である。けれども、筆者は医療保険制度を一元化することには賛成できない。その理由は3つある。

第1は、稼得形態の本質的な相違である。自営業者や農業者は生産手段を有し自らの権限と責任で事業を営んでいる。これに対し、生産手段を持たず他人に雇われ賃金によって生計を維持せざるを得ない被用者（労働者）については、労働保険（労災保険および雇用保険）だけでなく医療保険においても一定の配慮を必要とする。被用者保険の法定給付として傷病手当金が設けられているのはその例である。また、保険料が労使折半とされているのもそのためである。仮に地域保険に一元化した場合、事業主は保険運営に関わらな

51 筆者の見解について詳しくは、島崎謙治（2023）「診療報酬および薬価基準の算定をめぐる法的課題」社会保障法研究、12号を参照されたい。

52 その理由は、生活習慣病等の予防は病気になるタイミングを先送りしているだけで、生涯にかかる医療費の総額を減らすことはできない。英語文献のサーベイを含め、二本立（2015）「地域包括ケアと地域医療連携」勁草書房、2022―218頁を参照されたい。

いたため保険料の事業主負担の根拠は喪失する。これは被用者の負担増が現実的かということもさることながら、被用者に対する社会保障政策のあり方の根本に関わる問題であり、単に財源対策の観点から事業主負担に代えて雇用税を徴収すればよいという問題ではない。

第2は、所得捕捉率の相違である。この問題は、①収入そのものの捕捉の問題、②必要経費の捕捉の問題に分けられる。①の問題については、所得（賃金）の発生時点で100%捕捉され、それを賦課ベースとして保険料が源泉徴収される被用者と、それが不可能な（申告によらざるを得ない）自営業者等とは同じではない。また、マイナンバーカードが普及しても、所得の発生の情報が税務署や社会保険事務所に伝わらなければ、この問題は解消されない。さらに難しいのは②の問題である。給与所得者の場合には必要経費は原則として給与所得控除により一律に計算される。これに対し、自営業者等の場合には個々の収益構造が異なるため画一的に処理することはできないが、必要経費が営業用か個人消費（家事）用かという識別・認定を税務署が完璧に行うことは困難である。

第3は、原則と例外の関係である。被用者保険と国保を比べると、前者の方がはるかにしつかりとした仕組みである。被用者保険は雇用（厳密には使用）を基礎に被保険者管理を行うことができるとともに、賃金から保険料を源泉徴収することもできるからである。また、厚生労働省保険局「医療保険に関する基礎資料」によれば、令和3（2021）年3月末の医療保険加入者数約1億2,475万人の加入者内訳は、協会けんぽが約4,030万人（32%）、組合健保が約2,868万人（23%）、共済組合が約868万人（7%）、市町村国保が約2,619万人（21%）、後期高齢者医療制度が約1,806万人（14%）、その他（国保組合、船員保険等）が約284万人（2%）となっている。つまり、被用者保険加入者が全体の

6割以上を占めている。また、非正規労働者が増えているので、市町村国保の被保険者数が増え被用者保険の加入者が減っていると思われがちであるが、実際には、平成29年（2017）年から令和3（2021）年にかけて、市町村国保の被保険者数は394万人減少する一方、被用者保険の加入者数は143万人増えている。これは被用者保険の適用拡大により非正規労働者を被用者保険で取り込んできたからである。したがって、行うべきことは、原則を例外に合わせることはない。被用者保険と国保の二本立ての体系は維持した上で、後述するように、被用者の範囲等について必要な見直しを行うことである。

2. 被用者保険の一元化の是非

被用者保険と国保の一元化が適当ではないにしても、被用者保険制度は雇用労働という同じ稼得形態であり一元化すべきだという議論があり得る。また、被用者年金は平成27（2015）年度から一元化されたではないか、医療保険の保険料は賃金という共通の「物差し」により賦課されるにもかかわらず被用者保険間で保険料率の差異があるのは不公平ではないか、という疑問もあろう。たしかに、公的医療保険において公平は重要な規範である。しかし、公平が唯一絶対の規範だというわけではない。さらに、所得移転だけの仕組みである年金制度と医療サービス給付（保健事業を含む）のファイナンスの仕組みである医療保険制度は同一には論じられない。わが国が被用者医療保険において保険者の分立を認めているのは、被用者医療保険は基本的に企業単位で成り立っており、その職域連帯を基盤として自律的に保険者機能を発揮できるという利点があるためである。保険料率の格差をなくすために保険者を一元化するというのは、「角を矯めて牛を殺す」ことになりかねない。ただし、強制加入制の下で被保険者は自由に保険者を選べないことから、保

険者間の著しい保険料率の格差は是正する必要がある。

3. 働き方の多様化と被用者保険の適用拡大

本節の冒頭で被用者保険と国保の「境界線」が曖昧になっていると述べたが、これは古くて新しい問題である。「古くて」という意味は、第5章第3節でも触れたとおり、国民皆保険の実現に当たって、零細事業所の従業員は国保でカバーするという「割り切り」を行なった⁵³。一方、「新しい」という意味は、スマートフォンアプリ等を介して単発で仕事を請け負うギグワーカーやフリーランスといった就業形態が広がっている。これらの者は企業等に雇用されているわけではないが、生産手段を持たないという点では被用者（雇用労働者）に類似する。筆者はこの問題について次のように考えている。

第1は、現在、週の所定労働時間が20時間以上である等の要件を満たす者の取り扱いである。これについては、社会保険の適用拡大が段階的に実施されているが、企業規模要件の撤廃を含めさらに推進する必要がある。本来、企業等に雇用され労働の対価である賃金で生計を営んでいる者は、原則として被用者保険の適用対象とすべきだからである。また、個人事業所の非適用業種の本格的な見直し、換言すれば適用業種を17業種に限定している取り扱いも撤廃すべきである。

第2は、①常時使用される者が5人未満の個人事業所の従業員、②複数就労の取り扱いである。①は、事業所の把握など実務の対応が困難であるという理由やその多くが家内労働的であるという理由から適用外となっている。また、②は、個々の事業所（企業）での就労時間は20時間（あるいは現行では30時間）要件を満たさないが、各々の労働時間を通算するとその要件を満たすケースがある。実務上の問題や事業主負担の問題はあるが、いずれも被用者保険に

よる保護の必要性が高いことから検討を要する課題である。なお、②については、労働時間を合算し保険料は複数の事業所で時間按分し負担することを検討すべきである。

第3に、フリーランス、ギグワーカーといった雇用類似の働き方への対応である。こうした就業形態は以前から存在したが、特にコロナ禍を機に世間の注目が高まり、令和3（2021）年9月から、自転車を使用して貨物運送を行う者やITのフリーランサーは労災への特別加入が認められた。健康保険や厚生年金保険（以下「健保等」という）についても被用者性が認められる者は適用すべきである。留意すべきことは、健保法における被用者とは「使用される者」であり、雇用契約ではなく請負契約や委託契約であつても、事業の統制管理の独立性の程度が低く「使用関係」が認められれば被用者に該当することである。例えば、特定の企業の仕事だけを請け負う個人事業主の場合は、経済的従属性や人的従属性等からみて被用者に該当する場合が少なくないと考えられる。また、ギグワーカーでも業務委託元の企業が業務の進め方を指図するなど、「使用関係」が認められるケースがある⁵⁴。いずれにせよ、まず健保等の適用の検討を行い、それでも被用者性が認められない者について、市町村国保か国保組合で受け止め、傷病手当金の支給等の是非

53 なお、零細事業所の従業員問題のほか、日雇労働者や一人親方をどのように取り扱うかという問題があった。日雇労働者については、昭和28（1953）年に日雇労働者健康保険法が創設されたが、昭和59（1984）年の健保法等の改正において、日雇労働者は日雇特例被保険者として健保法に取り入れられ日雇労働者健康保険法は廃止された。また、大工・左官等の一人親方については、これらの者が設立した任意組合を日雇労働者健康保険法の事業所として擬制し同法を適用していたが、昭和45（1970）年に擬制適用を廃止し、その受け皿として国保組合を新設し対応することされた。

54 アマゾンの宅配業者から業務委託された個人事業主のドライバーについて、運送会社から指揮命令を受けており事実上の雇用関係があるとして、労働基準監督署が当該運送会社に労働基準法違反では正告した事案がある。読売新聞2022年5月29日朝刊28面。

を検討するという順番になろう。ただし、いずれの場合も被保険者の管理や所得捕捉は非常に難しい。理念倒れにならないよう、適用実務の問題等についても十分詰めた上で結論を出す必要がある。

第3節 高齢者医療制度の見直し

高齢者医療制度については、全世代型社会保障法（通称）により高確法等の改正が行われ、①後期高齢者の保険料負担の現役世代との調整規定（後期高齢者負担率）の見直し、②後期高齢者の保険料賦課限度額の引き上げ等、③被用者保険に係る前期高齢者納付金の報酬調整が導入された。ただし、高齢者医療制度の見直しはこれで終わりではない。特に見直しを要する点が3つある。

第1は、後期高齢者の窓口一部負担である。令和4（2022）年10月から一定以上の所得者について2割負担が導入された。しかし、本来は3割負担（それが無理でも2割負担）を原則とすべきである。また、70歳以上の「現役並み所得」者の一部負担は3割であるが、その判定基準の見直しも必要である。現行の判定基準は、①課税所得145万円以上、かつ、②世帯収入合計520万円（1人世帯の場合は383万円）以上である。問題は、①は公的年金等控除が効くこと等から高齢者に有利に働くとともに、②はモデル世帯の設定により世帯収入額が大きく変わることである。例えば、②の520万円は給与所得控除と公的年金等控除がダブルで効くように高齢モデル世帯の設定が行われているため、現役世代に比べ高齢者に有利に働いている。公的年金等控除のあり方の見直し（後述する）を行うとともに、実態に近いモデル世帯（例・夫婦ともに年金収入）を設定し世帯収入を算定するなど、現役並み所得の判定基準の見直しを行うべきである。

第2は、支援金および公費である。後期高齢者医療制度の財源構成は給付費の50%を公費で負担するのが原則であるが、現役並み所

得者の給付費は公費負担の対象外とされ、その分だけ支援金が増える結果となっている。上述したとおり、現役並み所得の判定基準の見直しが必要であるが、それにより単に公費が減り支援金に振り替わる（現役世代の負担が増える）ことがないよう、給付費の50%は公費で負担するよう改正すべきである。その上で、残余の50%部分につき保険料と支援金で分担することになるが、その際、保険料水準は国保並みに引き上げ、それに見合う形で支援金の割合を引き下げるべきである。

第3は、後期高齢者医療制度の運営主体（保険者）である。現行制度では広域連合が運営主体であるが、被保険者（住民）からは「顔が見えない」存在であり、ガバナンスが働いていない。広域連合の長は間接選挙で有力市の長が持ち回りで務めるのが通例であるとともに、広域連合の議員は被保険者による公選制でない上に多くは「宛て職」であるからである。また、都道府県は広域連合に参加しておらず都道府県の関与が弱い。したがって、国保が都道府県と市町村の共同保険者となったことを契機に、後期高齢者医療制度も広域連合を廃止し国保と同様の仕組みとすべきである。これは後期高齢者医療制度と介護保険制度の連携を強化する観点からも重要であるが、将来的には、さらに後期高齢者医療制度と介護保険を一体化することも検討する必要がある⁵⁵。

第4節 公費財源の確保と公的年金等控除の見直し

医療保険の主たる財源は保険料とすべきであるが、これは公費（租税）の重要性が乏しいことを意味しない。公費の必要性を一口で言えば、制度間の財政力格差等を調整する必要があるからである。国民の嫌気感強いが、医療をはじめ社会保障の持続可能性を確保するためには、安定した公費財源の確保は避けて通れない。また、公平な負担という観点から税制の見直しを図る必要がある。特

に強調したいことは次の2つである。

第1は、消費税率の引き上げである。公費財源の確保に当たっては、所得税（特に分離課税になっている金融所得課税の強化）や相続税のほか、タバコ税や酒税等を含め幅広く検討する必要がある。また、フランスの一般社会拠出金（CSG）のような賦課ベースの広い所得課税も検討すべきである。しかし、本命はやはり消費税である。その理由は、①財源調達力および税収の安定性、②世代間の負担の公平性および労働に対する中立性、③輸出に対する中立性である。③について付言すれば、消費税は国内消費に負担を求める税であり、輸取出引は免税される。この消費地課税原則（仕向地課税主義）による「国境税調整」のルールは、消費税（付加価値税）を導入している世界各国が採用しており、いわば国際的慣行となっている。グローバル化が進んでいるなかで、社会保障のためとはいえ国際競争力に負の影響を及ぼす税目の引き上げは適当ではなく、③の消費税の特性は重要な意味を持つ。

第2は、年金税制とりわけ公的年金等控除および老齢遺族年金の非課税の見直しである。公的年金等控除は給与所得控除のような必要経費の概算控除ではない。「経済的稼働力が減退する局面にある者の生計手段とするため公的な社会保険制度から給付される年金であること等を考慮すれば、他の所得との間で何らかの負担調整措置が必要とされる事情があると認められる」として設けられた政策的な所得控除である⁵⁶。筆者は、公的年金等控除の定率部分は廃止するとともに、その最低保障額（65歳以上は110万円）についても、少なくとも給与所得控除の最低保障額（55万円）の水準まで引き下げるべきだと考えている。その最大の理由は、公的年金等控除の優遇が税の世界のみならず社会保険の保険料や患者窓口負担等にも波及するからである。例えば、国保や後期高齢者医療制度の保険料の賦課において、公的年金等の受給額が153万円（最低保障額

110万円に市町村民税の基礎控除額43万円を足した額）以下であれば「所得なし」となり、その結果、応能割（所得比例部分）の負担がないだけでなく応益割の負担も7割軽減の対象となる。また、老齢遺族年金は税制上全額が非課税であるため、国保や後期高齢者医療制度においても一切「所得」としてカウントされず、世代間だけでなく高齢世代内でも大きな不公平を生んでいる。老齢遺族年金も一定額以上は課税対象とするとともに、国保や後期高齢者医療制度の保険料の賦課の対象とすべきである。

第9章 結論

健保法制定半世紀を経た昭和49（1974）年、厚生省は『医療保険半世紀の記録』を刊行した。その前年の昭和48（1973）年には、家族（被扶養者）の医療給付について7割給付の実施および高額療養費の導入、政管健保の累積赤字の棚上げと保険給付費に対する定率10%の国庫負担の実現、保険料率の弾力条項と国庫補助の上乗せ（保険料率0・1%引き上げごとに国庫補助率を0・8%上乗せ）などを内容とする健保法等の改正が成立している。このため、この著作は給付改善と財政対策に一区切りをつけたという自負と安堵に満ち溢れている。そして同時に、財政対策に明け暮れた歴史に終止符を打ちたいという思いが表れている。保険局長の北川力

55 具体的な検討を行った論文として、保険制度研究会（2023）「高齢者包括ケア保険構想（上）・（下）」社会保険旬報、2894号、13―27頁、2895号、12―17頁を参照されたい。

56 引用は1986年10月の税制調査会答申である。なお、公的年金等は1987年までは給与所得として課税され、給与所得控除および老年者年金特別控除が適用されていたが、1988年に雑所得課税に変更された際に公的年金等控除が創設されたという経緯がある。

夫は、そのあとがきの中で、歴史を回顧しつつ次のように述べている⁵⁷。

医療保険半世紀の流れに、われわれは、昭和半世紀の歴史の投影を見る。不況と戦争に明け暮れた二十年まで、戦後の混迷を脱し、世界にも類例を見ない高度成長期を経て、いまポストインダストリアルサイエティといわれる時点に至るまで、医療保険は、そのときそのときの社会経済事情に大きく左右され、揺れ動いてきた。とりわけ最近約十年は、皆保険達成後の医療と財政との織りなす複雑な図式が、医療保険を一転して国政の場におけるスターにまで仕立て上げた感がある。歴史は繰り返すというが、もはや戦争があつてはならぬのと同じように、医療保険にも果てしない財政対策の連続があつてはならない。

では、現実はどうであつたか。高度経済成長の終焉に伴う経済基調の変化に加え、人口構造や産業構造の変容を背景に、その後の半世紀、医療制度は高齢者医療制度のあり方を中心に毎年のように改革を迫られてきた。そして、未来に目を向ければ、第6章で述べたように、社会経済の基底的条件が大きく変容しており、乗り越えなければならぬ壁は高い。けれども、歴史を振り返れば、社会経済に医療をめぐる状況が平穏だったときは一度たりとてない。そうしたなかで、先人は知恵を絞り努力を重ね、戦前に被用者保険と国保の二本立ての体系を築き、戦後、それを礎として国民皆保険を実現し、修正を施しながら今日まで持ちこたえてきた。そのことに思いを致すとき、制度は意志の産物であり先人から引き継いだ財産であるという意味が得心できる。我々は、将来の制約条件が厳しいがゆえに、叡智と力を結集し医療制度をより良いものとするよう努めなければならぬ。それは決して自分達のためだけではない。将来世代に対し我々に課せられた社会的責務である。

57

北川力夫（1974）「あとがきにかえて―これからの医療保険の道―」厚生省
保険局・社会保険庁医療保険部（1974）『医療保険半世紀の記録』社会保険
法規研究会、334頁。