

国民皆保険50年の軌跡

土田 武史

はじめに

1961年に国民皆保険体制¹⁾が発足してから50年が過ぎた。皆保険の実施にともなって医療保険は国民生活にとって不可欠の制度として展開してきた。その一方、皆保険が既存の被用者保険をそのままにして、そこに加入できない人びとをすべて国民健康保険に加入させることによって実現したことから、制度の分立と制度間格差をはじめとして多くの問題を抱えることにもなった。皆保険の発足から間もなく、医療給付の増大にともなって医療費問題が登場する一方、人口の高齢化が進展し、皆保険体制下における高齢者医療費のあり方が大きな問題となった。高齢者医療費の問題は、経済および社会の構造変化とあいまって、制度間格差の問題を浮き彫りにさせ、その対応が医療保険の中心課題となった。さらに1990年代半ばからは経済のグローバル化と長期不況の下で、産業構造および労働市場が大きく変化したのにもない、非正規労働者の増大をはじめとして社会保険の前提条件が著しく変化し、皆保険もそうした変化への対応が求められている。

本稿では、最初に第二次世界大戦後の医療保険制度の再建から国民皆保険体制の確立に至る過程をたどり、皆保険体制の特徴と問題点について若干の検討を行う。次いで、それらの問題に対処しながら制度改革を行ってきた過程について1973年の改革と1980年代前半の改革を取り上げ、それらの改革の意義と特徴について検討し、最後に現在の皆保険体制が直面している問題について考

察を行うこととしたい。なお、医療保険に対応する医療制度については、紙幅の都合などからここではとりあげていない。

I 第二次大戦後の医療保険制度の再建

1 国保の公営化と国庫補助の導入

第二次世界大戦後、日本の医療保険制度は崩壊寸前の状況に立たされた。戦災による工場・設備の破壊、軍需産業の停止などにより、健康保険の被保険者数は戦前のピーク（1944年）の4割程度まで減少した²⁾。国民健康保険は財政状態が悪化し、国民健康保険組合の4割以上が事業の休止状態に陥った³⁾。医療機関の被害も大きく、医薬品や医療材料も乏しかった。また、保険診療は施療に近いものだという戦前からの観念が病院や開業医の間に根強くあり、それに加えて激しい戦後インフレのなかで医師や医療機関は報酬の目減りの大きい保険診療を嫌ったため自由診療が広がり、1947年になっても保険診療の占める割合は3割程度にとどまっていた。医療保険はまさに名存実亡の状態にあった。

戦後の厚生行政は貧困・失業対策が中心となっていたが、1948年頃から医療保険の再建に向けた取り組みが始まった。まず、インフレによる診療報酬の目減りに対処して頻繁に診療報酬改定を行ってきたが、48年に社会保険診療報酬支払基金を創設し、診療報酬請求事務の簡素化、報酬支払の迅速化等をすすめ、保険診療の信頼回復を図った。また、48年に国民健康保険法改正を行い、国保の実施主体を国保組合から市町村公営に移行

し、国保事業を営む市町村では被用者でない一般住民を強制加入とした。ただし、市町村に国保の実施を強制したわけではなく、その実施は市町村の判断に委ねられた。1949年のドッジ・ラインによる不況の影響等から自由診療が減少し、保険診療の受診率が上昇したが、その反面、保険料の収納率が低下し、赤字の国保が増大したため、1951年に国民健康保険税が創設された。しかし、国保財政は依然として安定しなかったため、1953年に国保団体等の要求に応じて療養給付費に対する2割の国庫補助が導入された。国保の市町村公営化と国庫補助の導入は、国保再建への転機となるとともに、後に国民皆保険の実現に向けて国保が大きな役割を果たしていく素地となった。

被用者保険の再建も進められ、1948年に政府管掌健康保険では財政安定のために保険料率が法定化された。さらに朝鮮戦争による特需景気を背景に、53年に健康保険の適用業種の拡大、給付期間の延長、標準報酬等級の引上げが行われた。同じ年に、健康保険の適用事業所に使用されながら適用除外となっている日雇労働者の強い要望を受けて、日雇労働者健康保険法が制定された。さらに53年に厚生年金保険から離脱して私立学校教職員共済組合が創設されたのにもとない、その短期保険部門として健康保険からも離脱した。これを契機に市町村職員共済組合、公共企業体職員等共済組合、農林漁業団体職員共済組合が設立され、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こととなった。

2 ベヴェリッジの影響と厚生省の対応

1942年末に公表されたベヴェリッジ報告が、各国に大きな影響を与えたが、日本もその例外ではなかった。戦時中すでに厚生省ではベヴェリッジ報告が紹介され、一部ではベヴェリッジの社会保障計画などを参考にしながら戦後対策が検討されていた⁴⁾。また、終戦直後からベヴェリッジ等の研究を進めていた学者グループの社会保障研究会が、1946年7月に「社会保障案」を発表した⁵⁾。これが日本で最初の社会保障計画案といわれているが、その内容はベヴェリッジの影響を強く受け

たものであった⁶⁾。

そうしたなかで1946年3月、厚生省保険局に「失業保険その他各種社会保険の整備拡充の対策を研究すること」を目的に、社会保険制度調査会が設置された。調査会の委員には社会保障研究会のメンバーや、イギリスやドイツの社会保険に詳しい研究者が就任し、失業保険をはじめ社会保障の構想をめぐって活発な議論が展開された。失業保険の成立過程を克明に描いた菅沼隆は、社会保険制度調査会における議論について「戦後日本の社会保険思想の原点」⁷⁾をなすものと評している。同調査会は1947年10月、戦後日本の社会保障制度の方向を示すものとして「社会保障制度要綱」を厚生大臣に答申した。この要綱は統一社会保険の導入をはじめ、その理念や骨子においてベヴェリッジ報告と類似していることから「日本のベヴェリッジ報告」ともいわれた⁸⁾。

こうした研究者グループの主張に対して、厚生省はベヴェリッジ報告の理念等に配慮しつつも、医療保険と年金保険の制度構築にあたっては社会保険制度調査会等の提言を排し、戦前からの制度の再建を図るかたちで整備拡充を進めていった。そこでは当時の財政状況、社会状況、政治状況等を勘案して、最も実現可能性のある政策として既存制度の再建という道を選択し主導していったものといえよう。こうした既存制度を重視する政策の選択が皆保険体制の確立過程においても引き継がれた。

II 国民皆保険体制の成立

1 皆保険体制成立の背景

1955年は日本の戦後史の節目の年であった。政治においては、55年10月に社会党の左右両派が統一し、その動きに刺激された保守2党が同年11月に合同して自由民主党が生まれ、二大政党を中心とする「55年体制」がつくられた。その後半世紀にわたってこの体制が続くことになる。経済においては、55年に国民総生産（GNP）の伸びが12.1%を記録し、多くの経済指標が戦前の水準を超えた。56年の『経済白書』は「もは

や『戦後』ではない」と戦後経済からの脱皮を宣言し流行語となった。しかし、国民生活に目を向けると、依然として多くの国民は低い水準にとどまっていた。同じ年に初めて出された『厚生白書』は「果して『戦後』は終わったか」と記し、ボーダーライン層と呼ばれた生活保護水準すれすれの状態にある1千万人近くの低所得者層が復興の背後に取り残されていることを取り上げ、社会保障対策の充実を訴えた。

当時の国民生活において特に問題となったのは、経済の二重構造のもとでの中小零細企業労働者や不安定就労者の状況であった。中小零細企業の労働者は大企業の労働者に比べて労働条件が格段に劣悪であり、臨時工や下請企業労働者もまた就労が不安定な状況にあった。社会保険でも同様で、国民の3分の1にあたる約3千万人が医療保険や年金保険の適用外とされ、病気時や退職後の生活不安にさらされていた。こうした二重構造問題については、単に賃金等の雇用条件の改善のみではなく、社会保障での対応、特に未加入者問題への対策を講じることが求められた。1950年代中頃から国民皆保険・皆年金の要望が高まったのは、二重構造問題という社会的背景があったことを看過してはならない。

2 皆保険体制の達成

国民皆保険については、既に社会保障制度審議会が1950年に行った「社会保障制度に関する勧告」のなかで、「被用者の保険」と「一般国民の保険」との二本建てのもとに実現されるべきであると述べていたが、政府の政策として取り上げられることはなかった。しかし、50年代中頃から社会保険未加入者の存在が問題となり、国民皆保険の実現が求められるようになった。こうしたなかで健康保険は、特需景気が去った後、保険財政が急速に悪化した。特に政管健保の赤字が拡大し、54年には診療報酬の支払いが遅滞するほどの財政危機に陥った。また、保険診療の増加とともに医師の診療報酬引上げに対する要求が高まったが、過剰請求等を背景に保険医や保険診療に対する規制論議も加わり、厚生省と日本医師会との対立が

激しくなった。

このような諸問題に対処するため、社会保障制度審議会は1955年3月に医療保障特別委員会を設置し検討を開始した。また、政府は53年5月に学識者による「七人委員会」⁹⁾を設置して、医療保険の財政対策の検討を委ねた。七人委員会は同年10月に「七人委員会報告書」を提出し、そのなかで政管健保への国庫負担は認めがたいとして、政管健保と組合健保との財政調整の導入などの財政対策の提案を行ったのに加えて、医療保険の根本的課題として国民皆保険体制の構築を提言し、未加入となっている5人未満企業の従業員については特別健康保険制度を創設することが望ましいとした。

続いて1956年11月に社会保障制度審議会が「医療保障制度に関する勧告」を行った。勧告では「国民の医療の機会不均等は寒心に堪えない」とし、国民皆保険の実現を求めた。そこではイギリスのような公営方式もあるとしながらも、「健康保険と国民健康保険の二本建てをとらなければならない」とし、その理由として「国民皆保険へ一歩でも近づくことが急務」であることをあげている。また、5人未満企業の被用者については、「低額でフラットの保険料を徴収し、大幅な国庫負担を導入して第二種健康保険を創設すべきである」として、七人委員会と同じく新たな健康保険の創設による対応策を提示した。

こうしたなかで政府は1955年12月に初めての経済計画として「経済自立5カ年計画」を閣議決定し、これに合わせて厚生省は1956年度から60年度に至る間に医療保障を完遂するという構想を発表した。56年1月鳩山首相は国会の施政方針演説で「全国民を包含する総合的な医療保障を達成する」という方針を示し、続いて同年12月に成立した石橋内閣は社会保障の充実を重要施策の1つに掲げ、国民皆保険の実現を閣議決定した。

1956年7月、閣議決定を具体化するために、厚生省に5人の学識者による医療保障委員が設置された¹⁰⁾。医療保障委員は57年1月、国民皆保険を実現するために国民健康保険法を改正し、すべての市区町村が国民健康保険を実施する必要がある

旨を厚生大臣に報告した。これを受けて厚生省は57年に「国民健康保険全国普及4ヵ年計画」を策定し、60年度までに医療保険の未加入者のすべてを国民健康保険に加入させることとし、58年3月に新国民健康保険法を国会に提出した。法案は2度の審議未了・廃案を経た後、同年12月ようやく可決成立し、翌年1月に施行された。

国民健康保険は、新法の実施以前から全市町村で実施されている県もあったが、人口50万人以上の大都市では川崎市が1958年に実施したのみであった。大都市では人口移動が激しく資格の得喪や保険料徴収など難しい問題を抱えていた。さらに、皆保険に対する地域の医師会の協力を得ることが必要であったが、日本医師会は皆保険に反対していた。新国保法が施行されるなかで皆保険の成否は大都市の動きにかかっていた。250万人の被保険者を抱え、その動向が注目されていた東京都特別区が1959年11月国保実施に踏み切り、これによって他の大都市の方向も決定された。

こうして1961年4月からすべての市区町村で新国民健康保険法が実施されることとなり、国民皆保険が達成された。また、新国民健康保険法に続いて1959年4月に国民年金法が成立し、61年4月に国民皆保険と同時に国民皆年金も達成された。

3 国民皆保険への原動力

国民皆保険を達成した原動力として、当時厚生省職員で後に事務次官となった幸田正孝は、戦後の社会保険行政を回顧した記述のなかで次の3点をあげている¹¹⁾。すなわち、第1は、1954年当時すでに国民の66%が何らかの医療保険に加入しており、国民皆保険の実現可能性を示す数値となっていたことである。第2に、被用者保険が5人未満企業の従業員をカバーするのは適用や所得把握のうえで難しいとされていたなかで、保守政党と革新政党が勢力を競い合うという「政治の季節」を背景に、市町村長や「国保マニア」と呼ばれた政治家や地域の有力者たちが市町村国保に5人未満企業の従業員を取り込んでいき、国民皆保険実現への道筋をつけたことである。第3に、国民皆保険に反対していた日本医師会が、当時の医師過

剩感を背景に制限診療の撤廃等を条件として、皆保険の実施をやむを得ないものとみなすようになったことである。

この記述のなかで注目されるのは、第2にあげている5人未満企業従業員の加入をめぐる指摘である。これが厚生省にとって如何に難問であったかということは、『1956年版厚生白書』のなかで「健康保険の適用外となっている五人未満事業所の従業員の取扱いは、はなはだ困難な問題を含んでいる」として、「たとえば五人未満事業所の全被用者を将来どのような疾病保険によってカバーしていくか、すなわち、国民健康保険によるか、被用者保険によるかについては種々意見が分かれるところである。純理論的な立場からは、従業員五人以上の事業所の被用者との均衡からできるだけ健康保険に入れるべきであるという意見も出よう。一方、現実論としては、これらの事業所が非常に数に上ること、その雇用関係も明確でなくまた異動も激しいこと、保険料の基礎となる標準報酬額も小さくその把握も困難であること、等の点からみて、事務費もかなり増大し、また現在の保険行政機構を大幅に拡充しない限り、実現困難であるという意見も有力である。」¹²⁾と記されていることから想像できよう。

そうした状況のなかで、「政治の季節」を背景に市町村長等が5人未満企業の従業員を国保に取り込んでいったのであるが、幸田の記述はそうした取込みが厚生省に5人未満企業従業員を国保加入者とする方向に舵を切らせる要因になったということを指摘したものである。これは、55年体制の形成と関連させて5人未満企業従業員の国保加入をとらえる視点であり、これまでほとんど行われてこなかった指摘である。今後さらに詳細な検討を要するが、重要な指摘であると思われる。このようにして、二重構造を背景に5人未満企業従業員の保険適用に苦慮した厚生省が、ここでも審議会の主張とは異なる政策を選択し、皆保険への道を主導していったのである。

第3の日本医師会との関係も興味深い指摘である。医師数についてみると、戦時下における医師の大量養成、軍医の復員、植民地医師の引き揚げ

等により、1952年に85,374人であったのが、55年には94,563人、60年には103,131人と増加している¹³⁾。人口10万人当たりの医師数で見ると、1950年に約90人であったのが、60年には110人となり、2割以上も増加している。幸田の見解は、こうした状況を日医が医師過剰として認識し、医師の収入確保策として制限診療の撤廃等を条件に皆保険を受け入れることにしたというものである。制限診療の撤廃は皆保険達成の翌年に実現されている¹⁴⁾。日医と厚生省の関係についてはさらに検証していかなければならないが、注目に値する見解と思われる。

また、これまで皆保険実現の原動力としては「七人委員会報告書」をあげるのが通説ともなっているが¹⁵⁾、幸田は「七人委員会報告書」の皆保険に関する役割はそれほど大きくはなかったと述べている。当時、厚生省では政管健保の赤字対策が最重要課題であり、「七人委員会報告書」についても赤字対策により大きな関心が寄せられていたと述べている。厚生省は1956年頃までは皆保険の実現に懐疑的であったとされており¹⁶⁾、厚生省内での受け止め方はそのようなものであったことが推量される。「七人委員会報告書」の影響についてはさらに検討を要するが、幸田の記述は厚生省の認識を示すものとして注目される。

4 皆保険体制の意義と特徴

国民皆保険の達成によって、戦後の医療保険制度の再建が終結した。その背景については既に述べてきたことに加えて、国民病とも呼ばれた結核の制圧に成功し、生活保護、なにかんづく医療扶助のウエイトが低下するなかで、着実な経済成長のもとで救貧から防貧へと大きく舵をきることができたということがあげられよう。皆保険の達成は皆年金の達成とあいまって日本の社会保障制度の確立を告げるものであり、さらに完全雇用政策と並んで社会保障制度の確立は日本の福祉国家体制の成立を意味している。ほぼ同じ頃に推進された池田内閣の所得倍增計画のもとで、福祉国家体制はその内実を具備させ、その支柱の1つとして医療保険はその役割を拡大していった。

また、皆保険体制は、被用者保険の適用外であった者をすべて国民健康保険に加入させるという形で達成されたが、このことは日本の医療保険が職域保険と地域保険という二大体系として制度化されたことを意味している。この二大体系については、制度間格差とも関連して早急に解消すべきものとしてとらえる見解がある一方、それぞれの制度が加入者の共同体的特性に対応しており、制度間格差等の問題は二大体系を維持したままでも対応できるという見解がある¹⁷⁾。しかし、ここでは制度の是非論よりも、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ことを指摘しておきたい。先に『1961年版厚生白書』で引用したように、5人未満企業労働者を被用者保険に加入させることは事実上きわめて難しかったのである。後に大きな問題を惹き起こすことになったとはいえ、被用者保険から漏れていた5人未満企業労働者を国保の網の中に取り入れ、国庫負担を投入して医療の確保を図ったことは、当時の状況下で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いえよう。

5 皆保険体制の問題点

皆保険の達成は日本の社会保障の展開にとって大きな意義を有しているが、同時にまたそこには大きな問題が残されていた。

第1は、制度の分立と制度間格差の問題である。3種8制度といわれたように制度が分立し、各制度間では給付も拠出も格差が大きかった。たとえば、被用者保険の本人給付率が10割、家族が5割であるのに対して、国保は世帯主・家族とも5割であった。さらに健保組合は母体企業の労務管理施策との結びつきが強く、手厚い付加給付行われ、健康診断や保養施設等の保健施設事業も広く実施されていた。保険料についても、国保は全額自己

負担であるのに対して被用者保険は労使折半負担で、さらに健保組合では事業主の負担割合を高くすることが認められていた。制度の分立と制度間格差の是正は、その後老人医療費問題とも関連し、医療保険の展開において大きな課題となった。

第2に、保険財政が不安定であった。特に国保と政管健保は財政基盤が脆弱であった。国保は、高齢者比率が高く、低所得の被保険者が多いなど構造的に高いリスクを抱えていたので、皆保険の実施当初から事務費の全額と、療養給付費について定率分が20%と財政調整交付金分が5%という国庫負担が組み込まれていた。国庫負担は経済成長を背景に1962年に定率分が25%、財政調整交付金分が10%に、66年には定率分が40%、財政調整交付金分が5%に引き上げられたが、経済基調が変化し国保の被保険者構成が変化するとともに国保財政は窮迫していった。また、政管健保は給付支出の拡大に保険料収入が追いつかず、1962年以降は毎年のように赤字となり、大きな政治問題に発展した。

第3に、保険給付の水準が低かった。国保の給付率や被用者保険の家族給付率が低かったことに加えて、保険診療には多くの制限があり、傷病手当金や出産手当金のような現金給付の水準も低かった。このうち保険診療の範囲については、制限診療の撤廃により一応の着着をみたが、医学や医療技術の進展に対する保険診療の対応をめぐって混合診療問題が生じた。また給付率については制度間格差の是正が問題となった。

第4に、皆保険体制に対応すべき医療供給体制が未整備であったことがあげられる。国民皆保険はしばしば「いつでも、どこでも、だれでも」⁽⁸⁾という標語で示されるが、それは単に全国民が医療保険に加入しているということではなく、必要な時にはいつでも適切な医療が受けられ、産業・職業・所得・地域等によって医療内容に格差が生じないということを示している。したがって、国民皆保険はそれに対応した医師、医療機関等の医療供給体制が整っていなければならなかったが、そこにはいっさい手をつけないうままのスタートであった。その背後には診療報酬や保険診療をめぐ

る厚生省と日本医師会との確執があり、皆保険の実施を急ぐ厚生省が医療供給体制をめぐって日本医師会と対立することを回避したことがあげられる。その結果、医師や医療機関が地域や診療科によって偏在するなどの問題が発生することになった。

Ⅲ 皆保険の実施から福祉元年の改革へ

1 皆保険達成後の2つの問題

皆保険の達成後、医療保険は「制度の抜本改正」をめぐる議論と「政管健保の赤字対策」をめぐる動きが交錯しながら展開していった。制度の抜本改正は制度の分立と制度間格差の問題と給付水準の問題に対応し、政管健保の赤字問題は保険財政の問題に対応するものである。

抜本改正をめぐる議論の出発点となったのは、1962年に社会保障制度審議会が行った「社会保障の総合調整に関する勧告」であった。このなかで医療保険について、分立した制度を1つに統合することは理想ではあるが難しいので、差しあたっては被用者保険と国民健康保険の二本建てとし、制度間格差を是正するために保険者間にプール制を導入して財政調整を行う必要があると述べ、また給付水準は9割を目途に、差しあたっては7割程度に引き上げるということを提案した。

その後、勧告を受けた政府をはじめ、政党や関係団体等からさまざまな構想や提言が出され、白熱した議論が展開された。そうしたなかで皆保険後、給付支出が保険料収入を大幅に上回る形で増大し保険財政が悪化していったが、特に政管健保の悪化がひどく、大きな問題となった。医療費の増大要因としては、医療需要の増大、診療報酬の引上げ、制限診療の撤廃等があげられる。注目されるのは薬剤費で、1960年度には医療費に占める薬剤費比率は20%程度であったのが、65年度には40%程度まで急増し、当時の医療状況を示している。こうした財政悪化に対して当初は制度の抜本改正によって費用抑制を図ろうとしたが、与野党対立により審議が進まないまま、67年度には累積赤字が年間保険給付費の半分にも達する

ことが予想され、その対応が喫緊の課題となった。

そのため政府は67年8月、抜本改正が行われるまでの暫定策として、薬剤費の患者一部負担の導入、初診時および入院時の一部負担の引上げ、保険料率の引上げ、政管健保への国庫補助の増額と赤字の一時的棚上げ等を内容とする「臨時特例法」を策定し、2年間の時限立法として成立させた。さらに、特例法の時限の切れる69年8月、政府は年度内に抜本改正案を策定し関係審議会に諮問することを条件に、薬剤費の一部負担を除くなどの修正を行ったうえで臨時特例法を本法に繰り入れる健保法改正を強行した。こうした対応策をめぐって国会が紛糾し、臨時特例法では社会党の委員長と書記長が辞任し、特例法の本法繰り入れでは衆議院議長と副議長が辞任するという事態となった。しかし、政管健保の赤字対策でこのような政治的事件が生じたのは、法案内容をめぐる対立よりも与野党間の政治的取引きと与野党内部の路線対立によるところが大きく、医療保険制度そのものに大きな影響を与えるものではなかった。

1969年に政府は特例法の本法繰り入れ時の公約にしたがって抜本改正案を策定し、社会保障制度審議会と社会保険審議会に諮問した。そこでは被用者保険における保険者間の財政調整が含まれていた。しかし、先の社会保障制度審議会の勧告では、財政調整の導入が分立した制度の統合を展望したものであったが、政府案は政管健保の赤字を組合健保との財政調整で埋めようとするものであり、両審議会の対応は冷やかかで、2年余り経った71年に出された両審議会の答申はいずれも政府の意向に沿うものではなかった。

2 老人医療費支給制度の実施

この頃、新たな問題が浮上していた。高齢者の患者負担をめぐる対応策である。その背景を簡単に見ておこう。日本の65歳以上人口比率は戦前から5%程度で推移していたが、1955年に5.52%、60年に5.73%と増加の兆しをみせ始めた。一方、戦後の民法改正、住宅事情の変化、家族の変化等のなかで高齢者の生活状況は次第に不安定なものとなり、1960年代には身寄りのない老人や寝た

きり老人など高齢者の生活状況が社会問題として意識されるようになった。こうした状況に対処するため、1963年に老人福祉法が制定された。ここでは高齢者を必要に応じて特別養護老人ホーム等に収容することに加えて、65歳以上の高齢者の健康診断を市町村長に義務づけていた。しかし、健康診断の受診率は低く、その理由として、病気発見後の治療において自己負担が高いことが指摘されていた。68年から国保の家族は7割給付となったが、被用者保険の被扶養者の給付率は5割のままであった。

そうしたなかで高齢者の自己負担分を公費で負担する自治体が現れてきた。岩手県の沢内村は1960年から65歳以上の高齢者の自負負担を無料にしていたが、1969年に秋田県が都道府県レベルで初めて80歳以上について自己負担分の一定額（月額で外来1,000円、入院2,000円）を超える分を公費で負担する制度を開始した。続いて、東京都が同じ年に70歳以上の自己負担分の全額を公費で負担することとした。これが弾みとなって、患者負担を公費で負担する制度が全国の自治体に一気に広がっていった。

こうした動きに対抗して、厚生省は高齢者の医療費負担を軽減する老齢保険制度の構想を発表したが、世論の反応は芳しくなかった。革新自治体が広がり、保革伯仲といわれる政治状況のなかで、政府はついに70歳以上の医療費自己負担分を公費（国が3分の2、都道府県と市町村が6分の1ずつ）で負担する「老人医療費支給制度」を創設することに踏み切った。法案は老人福祉法の一部改正案として上程され、1972年の通常国会で可決成立し、73年1月に施行された。この制度は自己負担なしで医療が受けられることから「老人医療費無料化」と呼ばれた。

老人医療費支給制度によって、70歳以上の高齢者については医療保険制度間の給付率の格差はなくなり、被用者保険の被保険者と70歳以上の被扶養者の格差も事実上なくなった。自己負担のなくなった高齢者の受診率は急速に高まり、それとともに老人医療費が急騰していった。

3 1973年の医療保険改革を促した要因

老人医療費支給制度が制定される一方で、抜本改正をめぐる論議が延々と続けられ、その間に政管健保の財政状況は再び悪化していった。厚生省は自民党の意向を受け、1972年2月に抜本改正案とは切り離して政管健保の財政対策のみを目的とした「健康保険法改正案」をまとめ国会に提出し、続いて抜本改正のための「医療保険各法改正案」と「医療基本法案」を提出したが、与野党の対立と関係団体の反対でいずれも廃案となった。

3法案が廃案になったことで制度改革は暗礁に乗り上げたが、老人医療費支給制度の成立や田中内閣の誕生による拡大路線の予想等を背景に、制度改革を求める機運が高まってきた。こうしたなかで社会保険審議会（有泉亨会長）は懇談会を設け、予算編成に向けて実現可能な健保法改正案の検討を行い、1972年12月に「健保法改正に向けての意見書」を厚生大臣に提出した。「意見書」では「医療水準の向上を求める国民の要望は日増しに強くなりつつあり、財政難に藉口してなんらの給付改善も行われない従来の方策はいまや大きく転換する必要がある」として政府の対応を批判したうえで、財政対策と給付改善をセットにした改革案を提示した。これが73年改革の直接の出発点となった。

さらに経済状況も制度改革を促していた。高度経済成長が続くなかで日本の国際収支は1968年に黒字に転じ、70年代に入るとその累積黒字が海外から批判を受けるようになった。また、71年8月に円対ドル為替レートが引き上げられ、73年2月には固定為替制度から変動為替制度へと移行した。こうした貿易黒字に対する海外からの批判と国際経済の激変に直面して、内需拡大政策の実施が緊急の課題となり、その一環として医療給付の拡大が求められた。

一方、国内状況も大きく変化した。経済成長とともに1970年代にはほぼ完全雇用に達し、労働力不足が問題とされるようになった。それとともに労働者の賃金が上昇し、農家所得も増大し、国民の間で「中流意識」が広がった。しかし、個人消費のモノの豊かさに比べて、住宅や生活環境

の未整備、物価上昇、公害、交通難、そして低い社会保障水準などが「経済成長のひずみ」として問題となった。経済成長優先から福祉優先への転換を求める声が高まり、「くたばれGNP」という言葉が流行した。72年の『経済白書』は「新しい福祉社会の建設」を副題に掲げ、成長と福祉の乖離を指摘し、内需拡大政策を通じての是正を提言した。

4 福祉元年の医療保険改革

1973年の改革はこうした背景のなかで行われたのである。そこでは制度間の財政調整ではなく、国庫負担の拡大策が採られた。

1973年の医療保険改革の主な内容は以下の通りである。①被用者保険の被扶養者給付率が7割に引き上げられた。②高額療養費制度が創設され、患者一部負担が一定限度額（当初は1世帯で月額3万円）を超えた場合、超過額が医療保険から払い戻されることとなった。③分婉費および埋葬料が引き上げられた。④政管健保の保険料率が7.0%から7.2%に引き上げられた。⑤政管健保に保険給付の10%の定率国庫補助が設けられ、また保険料率を0.1%引き上げた場合に国庫補助率を0.8%引き上げるという措置が講じられた。⑥72年度末までの政管健保の累積赤字を棚上げし、一般会計から補填されることとなった。

このようにして政管健保の財政対策と医療保険の抜本改正をめぐる問題は一応の決着をみた。国庫負担を増額し、制度間で傾斜的な配分を行うことによって、給付水準の引上げと制度間格差の是正が行われるとともに、財政基盤の強化が図られた。それを可能にしたのは、経済の高度成長とそれによってもたらされた潤沢な財源であった。医療保険と並んで年金制度でも大幅な給付の引上げが行われ、生活保護その他の分野でも充実が図られた。政府は「福祉元年」と称してこの改革をアピールした。その言葉は2年、3年と続く福祉充実を想起させるが、田中内閣もその後の改革を通じて福祉社会の建設を構想していた。

しかし、1973年10月、中東戦争による石油危機が契機となり高度経済成長は終わりを告げた。

福祉元年の改革はその前提が消滅し、想像もしなかった大きな困難に直面することとなった。石油価格の上昇はインフレを激化させ、医療保険では74年に2度にわたって診療報酬が改定され、合わせて36.3%もの引上げが行われた。社会保障給付費が増大し、国の一般会計における社会保障関係費の伸び率は74年度、75年度とも30%台となり、一般会計の伸び率を2倍近くも上回った。74年度の実質経済成長率はマイナスとなり、75年度の補正予算で10年ぶりに赤字国債が発行された。しかし、給付の改善は国民の要請に応えるものであったし、保革伯仲の政治状況もあって、給付の引下げは難しかった。国民医療費は急速に増大し、70年に2兆4,962億円であったのが、73年改革を経て75年には6兆4,779億円となり、79年には10兆9,510億円へと急増した。この過程で制度間の給付格差が縮小され、高齢者の受診が促進され、保険診療が国民生活の深奥まで浸透していったが、低成長経済の下で財政赤字が膨らむなかで、医療費の増大を放置しておくわけにはいかなかった。こうして医療保険制度の新たな構造改革が求められた。

IV 1980年代前半の医療保険改革

1 老人保健制度の創設

1970年代を通じて国民医療費は増大し続けたが、そのなかで特に問題となったのが老人医療費であった。老人医療費支給制度の実施にともない老人医療費が急増し、1973年度に4,290億円であった老人医療費は75年度には8,670億円へと倍増し、その後も年平均20%近い伸び率を示した。

老人医療費の急増は、医療保険制度間における老人医療費負担の不均衡を拡大した。すなわち、国保加入者の相当部分を占めていた第一次産業従事者の高齢化が進んだことに加えて、定年退職によって被用者保険から国保に移行する者が増大し、国保の老人加入率は他の医療保険制度に比べて著しく高くなり、老人医療費の重圧を受けることとなった。さらに、老人医療費支給制度と高額療養費制度が国保財政を圧迫した。老人医療費支給制

度は医療保険の自己負担分を公費が負担するというものであるが、高額療養費制度が導入されると老人医療費のうち公費で負担されるのは自己負担分の上限（当時は3万円）までであり、それを超える医療費は保険者負担となった。そのため、実質的には老人医療費の大部分が保険者にのしかかることになった。老人医療費の増大による国保財政への圧迫は、国保財源の過半を負担する国の財政にも大きな影響を与えた。

また、老人医療費支給制度に対する批判も多くなった。自己負担の無料化は老人の受診を容易にした反面、老人の「ハシゴ受診」や病院待合室の「サロン化」といった現象が指摘され、過剰な検査や投薬、長期入院といった医療の乱診乱療や過剰診療などが問題となった。さらに老人医療対策が医療費対策に偏り、予防からリハビリテーションに至る総合的な保健医療サービスの提供といった視点が欠けていることも批判された。

厚生省は1976年から老人保健制度の見直しに着手し、小沢私案や橋本私案など厚生大臣による提案も出されたが、日本医師会や健康保険組合連合会等の関係団体の反対で、それ以上の進展はみなかった。こうした状況の打開を図られたのは、79年に福祉見直しを掲げた「新経済社会7カ年計画」が閣議決定され、80年度の予算編成で社会保障の経費削減が強く迫られて以降のことである。その背景として、79年の総選挙で自民党が財政再建のため一般消費税の導入を掲げて大敗し、さらに80年に法人税等の企業増税の提案が財界の猛反対で頓挫し、政府は歳出の削減によって財政再建を図る以外に方法がなくなったという状況があげられる。79年12月、80年度予算編成に際して大蔵・厚生両大臣の間で、81年度に老人医療費支給制度の改正を行うという覚え書が交わされ、厚生省は老人保健対策本部を設置し新制度の創設に向けた本格的な検討に入った。

厚生省は1980年9月に試案を発表し、その検討の後、81年6月に「老人保健法案」を国会に提出した。その主な内容は、①老人の受診に患者一部負担を導入する、②70歳以上の老人医療費について患者負担を除く医療費のうち30%を公費が

負担し70%を保険者が負担する、③保険者負担分については、各制度間の老人加入率の相違を調整して各保険者が共同で負担するという財政調整を行う、④40歳以上に健康診査をはじめ疾病予防やリハビリテーション等の保健医療サービスを行うというものであった。この法案に対して、日医、健保連、総評等から一斉に反対の声があがるなかで、改革を支持し大きな支援を行ったのが第二臨時行政調査会であった。第二臨調は新保守主義の世界的な潮流に沿って「増税なき財政再建」を掲げ、老人保健法案の早期成立を求めた。第二臨調の応援を受けて、82年8月に老人保健法が成立し、83年2月に施行され、それとともなって老人医療費支給制度は廃止された。

老人保健法の成立によって医療保険政策は拡大から抑制へと転換を遂げ、それを嚆矢として社会保障の各分野において制度改革が展開されることとなった。この改革で、日本の医療保険ではじめて財政調整が実施されたことの意義は大きい。

2 1984年の健康保険法等の改正

老人保健法に続いて、1984年に健康保険法等の改正が行われた。この法改正は直接的には医療費抑制を目的としていたが、それにとどまらず、中長期的視点から医療保険制度の抜本改革を企図したものであった。そこでは医療保険の体系を見直し、医療費の抑制と効率化を図り、財政基盤を強化することに重きがおかれていた。この改正は、老人保健法と並んで、2006年改革に至るまで日本の医療保険制度のあり方を規定することになった。

84年の改革で注目されることとして、次の3つがあげられる。1つは、医療費の伸びを国民所得の伸び率程度にとどめるという方向がとられるようになったことである。医療費の伸びについては、それまで多くの議論が行われてきたが、この方向づけがその後の医療費を抑制する1つの拠り所とされるようになった。

2つ目は、負担と給付の公平化を図るということで、被用者保険の本人給付率を9割に下げたこと、退職者医療制度が創設されたことである。

給付率については、それまで格差は正が図られるなかで徐々に上位平準化が図られてきたが、この改革を契機に下位平準化へと向かうことになった。また、退職者医療制度は、国保に加入してきた被用者年金の老齢年金受給権者である退職者およびその家族に、被用者保険並みの医療給付を行う一方、その医療費は本人の保険料と被用者保険からの拠出金でまかなうというものである。これも1つの財政調整といえよう。この改革に対して健保連や総評等から反対があったが、本人給付率を引き下げ、それによって生まれた財源を退職者医療制度に充てるという仕組みが、「医療保険の一元化（＝給付と負担の一元化）」という目標の一環として位置づけられたことによって、反対も沈静化された。これらの対策によって、国保への国庫負担が、従来の医療費ベースの定率45%プラス調整交付金5%から医療給付費ベースの50%（医療費ベースでは38%程度）に引き下げられた。

3つ目には、混合診療禁止の原則を維持しつつ、医療の高度化や患者ニーズの多様化等に応えるため、厚生大臣の認める高度先進医療や選定療養について、一定の条件化で保険診療と自由診療の併用を認める「特定療養費制度」を創設したことである。これによって高度の医療技術等を安全性や普及性等を確認した後、徐々に保険診療に移行していくという対応がとられることになった。この改革では更に、日雇健康保険を廃止し健康保険に組み入れること、5人未満事業所について段階的な適用を行うこと、被用者保険の標準報酬の上下限を引き上げることなども行われた。また、85年にほぼ四半世紀ぶりに医療法の改正が行われ、これ以降、医療供給体制の整備が進められ、また医師・医療機関等に対する厚生省の規制も次第に厳しく行われるようになった。

こうした費用抑制策を盛り込んだ医療保険改革は、第二臨調の答申に適用のものであり、厚生省は第二臨調の優等生ともいわれた。この改革は端的にいうと、それまで国庫負担の傾斜的配分によって行ってきた制度間格差の是正と財政基盤の安定化が限界に達し、それにかわって保険者間の財政調整を通じて被用者保険の負担に肩代わりさせ、

皆保険体制を維持していこうとするものであったといえよう。老人医療費が増大するなかで次第にその負担のあり方が問題となっていたが、この改革によってしばらくの間、医療保険財政の安定をもたらされた。

V 新たな課題と対応

1 2006年の医療保険構造改革

1980年代の改革の後、幾度かの改革の試みが行われたが、実施には至らなかった。1990年代半ばから経済のグローバル化にともなう市場競争の激化、少子高齢化の進展、長期不況といった経済社会状況の大きな変化のなかで、1997年に2000年の実施をめざして行われた試みは、長期的な視点からの構造改革を企図したもので、高齢者医療制度の改革、診療報酬体系の改革、薬価制度の改革、医療供給体制の改革という4分野の改革をめざしていた。しかし、いずれも関係団体の合意には至らず、失敗に終わった。

その後、財政対策を中心に暫定的な措置が講じられた後、2003年に先の改革案に沿って、高齢者医療制度の改革、保険者組織の改革、診療報酬体系の改革を柱とする構造改革を行うことを閣議決定した。それを受けて厚生労働省が改革案を策定し、06年に「医療保険構造改革法」が制定され、段階的に実施された。そこでは上記の3つの改革に加えて、医療費対策が改革の大きな柱になった。また医療供給体制に関して医療法改正が行われた。

2006年改革の主な内容は、①生活習慣病の予防と在院日数の短縮を中心とする医療費抑制策、②老人保健制度にかわる新しい高齢者医療制度の導入（後期高齢者医療制度の創設、前期高齢者医療費に関する財政調整の実施）、③医療保険者の再編（政管健保にかわって全国健康保険協会管掌健康保険〈協会けんぽ〉の設立、市町村国保の都道府県単位への移行準備、財政窮迫組合・小規模組合の都道府県を単位とする地域健康保険組合への再編）となっている¹⁹⁾。

2006年改革の特徴を列記すると、医療保険制

度と医療供給体制の2つの領域に関わる改革であること、全体的に都道府県を単位とする保険者組織への再編を促すものであること、後期高齢者を対象とする独立の医療保険制度を創設するとともに後期高齢者の医療について包括的な診療報酬体系導入の試みを講じたこと、中長期的な医療費対策と短期的な医療費対策を併用していること、医師の不足・偏在に関して診療報酬による対応策を講じたことなどをあげることができる。もっとも、そのうちの後期高齢者に係る新制度については、09年の政権交代により登場した民主党政権のもとで新たな診療報酬体系が廃止され、後期高齢者医療制度の廃止を前提とした見直しが行われることになっている。

2 新たな課題への取り組み

これまで戦後の医療保険の再建から皆保険体制の成立に至る過程をたどり、制度間格差の是正と保険財政の安定化を中心的な課題におきながら、1970年代前半の改革と1980年代前半の改革を概観し、最後に2006年改革について瞥見してきた。皆保険からの流れをみると、それらの課題がなくなったわけではないが、1980年代の改革によってほぼ10年近く比較的安定した状況を迎えたことの意味は大きい。その後、1990年代半ば頃から医療保険が抱えた問題は、同じく格差問題であり財政問題であったが、その内容はかつてのものとは要因が異なっており、また対応策も異なっているように思われる。

そうした意味で2006年改革が、時代の変化に的確に対応したものであったかどうかについては疑問が残るにしても、新たな時代の変化に対応しようとした改革であると思われる。年金制度のように保険料水準固定・マクロ経済スライド方式の導入のような、制度のパラダイム転換といったような大きな変化は行っていないが、そうした変化の兆しはみられる。

ここで時代の変化というのは、日本の社会保障の前提としてきた条件が大きく変わってきたということである。例をあげると、被用者保険では、前提としてきた正規雇用・長期雇用・完全雇用と

いう状況が大きく変容していくなかで、その変化に対応できず、被用者保険のネットからこぼれ落ちていく人びとが増大している。それに対して一部では、非正規雇用の正規雇用化という形で従来の雇用システムを再構築する試みが展開されている。しかし、それ自体は評価に値するとしても、そこには限界があることは明らかであろう。新しい格差問題であり、社会保険の対応が求められているといえよう。

また、市町村国保では、低所得者や無収入者が増大し、保険料（税）の収納率が低下が大きな問題となっている。財政悪化のなかで多額の一般会計繰り入れが行われ、財源不足と財政硬直化を招き、そこからの脱却に苦心している市町村も少なくない。これに対応するために市町村国保の広域化が進められているが、広域化が本当に対応策になり得るかどうかという疑問も少なくない。むしろ市町村ごとに異なるリスク構造に応じた予防給付等の対応、介護保険との連携、市町村への公費投入の方が実効性が高いのではないかという主張もある。国保が直面している新しい財政問題であり、抜本的な対応が求められている。

各種医療保険の特性に配慮することも必要であろう。健保組合、協会けんぽ、共済組合、市町村国保、国保組合、後期高齢者医療制度によって財政基盤が異なり、保険料収納率、医療費対策、疾病予防対策等の取り組み方も異なる。こうした医療保険組織による相違を無視した措置が、医療保険組織における連帯を後退させることも少なくない。今後の対応に期待したい。

注

- 1) 医療保険は日本国籍を有する者以外に、日本に住む外国人にも一定の条件下で適用されており、「国民皆保険」という言葉は正確ではないとする指摘が多い。確かにその通りであるが、それに替わる適切な用語も見当たらないので、ここでは慣用語として「国民皆保険」および「皆保険」という言葉を用いている。
- 2) 厚生省編『厚生省50年史』資料編、厚生問題研究会、1988年、pp.870-871。1945年の被保険者数が政管健保で43%、組合健保で37%であった。
- 3) 厚生省保険局・社会保険庁医療保険部編『医療保険半世紀の記録』社会保険法規研究会、1974年、p.117。
- 4) 中静未知は、1943年に厚生省から「海外勤労事情」として「英国に於けるビバリッチ最低生活保障法に就て」という資料が出されており、また厚生省保険局内の雑誌『社会保険時報』1944年4月号に「英・ビバリッチ社会保障計画通覧」と題してその概要が紹介され、さらに同年11月にはベヴェリッジ・レポートの一部の翻訳を載せた厚生省保険局調査資料第6号「米国及英国の社会保障」が出されていることを述べている（中静未知『医療保険の行政と政治—1895～1954—』吉川弘文館、pp.288-291）。また、横山和彦は、友納武人「児童手当懐古」（『季刊児童手当』3巻2号、1973年）の記述を引用し、友納が厚生省職員であった戦時中から戦後にかけて、上司から指示を受けてベヴェリッジ・プラン等を参考に児童手当試案や社会保険の戦後対策案をとりまとめたことを記し、終戦から間もない1945年9月に友納が「社会保険部門における戦後対策」を提示したことを記している。（横山和彦「戦後日本の社会保障の展開」東京大学社会科学研究所編『福祉国家5・日本の福祉と経済』東京大学出版会、1985年、pp.9-14）。
- 5) 平田富太郎『社会保障—その理論と実際—』日本労働協会、1974年、p.103。平田は社会保障研究会のメンバーとして、平田のほか大河内一男、近藤文二、園乾治の名前をあげている。
- 6) 江口栄一は「ベヴェリッジ・プランの生きうつし」と述べている（江口「戦後日本社会保障の焦点（1）—生活保障中心時代—」『社会保障講座1・社会保障の思想と理論』総合労働研究所、1980年、p.30）。
- 7) この文言は、菅沼隆の論文の副題ともなっている（「日本における失業保険の成立過程—戦後日本の社会保険思想の原点」（1）～（3））、東京大学社会科学研究所『社会科学研究』43巻2号、4号、44巻2号）。
- 8) その内容について「ベヴェリッジ案をもしのご理想案」（近藤文二『社会保障』東洋書館、1952年、p.288）と評される一方、財政負担が重過ぎて「夢物語」とも揶揄されたといわれている。（平田、前掲書、p.104）。
- 9) メンバーは、今井一男（代表委員）、稲葉修三、近藤文二、清水玄、高橋長太郎、中村建城、平田富太郎の7人。
- 10) メンバーは、長沼弘毅（座長）、葛西嘉資、橋本寛敏、中鉢正美、川上和吉の5人。
- 11) 幸田正孝・吉原健二・田中耕太郎・土田武史編著『日独社会保障政策の回顧と展望』法研、

- 2011年, pp.3-5。
- 12) 『厚生白書』1956年度版, 東洋経済新報社, 1956年, p.171。
 - 13) 『厚生省50年史』資料編, p.784。
 - 14) 幸田の記述にはないが, 1960年に日本医師会が政府に対して行った診療報酬引上げ・制限診療の撤廃などの要求が実現されていないとして, 61年に日医は保険医総辞退を構えてその実現を迫った。そのため政府は7月と12月の2度にわたり合わせて15%を超える診療報酬引上げを行った。この時の状況については, 小山路男『現代医療保障論』社会保険新報社, 1969年, p.151以下で詳しく論じられている。
 - 15) 七人委員会のメンバーであった平田富太郎は「『七人委員会』の考え方が契機となって, 社会保障制度審議会の『医療保障勧告』が打ち出されたし, これを受けて政府の『皆保険計画』が推進せしめられた」(平田, 前掲書, p.125)と述べており, また佐口卓も「皆保険の実現は厚生省『七人委員会報告書』(1955年)にはじまる」としている。他にもこうした記述が多い。
 - 16) 有岡二郎『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, 1997年, p.108。この点については, 幸田も指摘している。
 - 17) 健康保険組合連合会は1968年の提言で二本建てを維持し, 職域保険では経営的メリットのある小集団の組合方式で統一すべきことを主張するとともに, 財政調整には激しく反対した。それに対して日本医師会は1969年に被用者保険を地域保険に統合し, 別に産業保険と老齢保険を新設することを主張した。当時の関係団体の意見については, 吉原健二・和田勝著『日本医療保険制度史』東洋経済新報社, 1999年, pp.192-199を参照。
 - 18) この標語の由来については二木立が詳細な検討を行っている。日本文化厚生農業協同組合連合会編『文化連情報』402号, 404号, 2011年を参照。
 - 19) 詳しくは, 栄畑潤『医療保険の構造改革—平成18年改革の軌跡とポイント』法研, 2007年を参照。

(つちだ・たけし 早稲田大学教授)