

地方行政と国民健康保険

中 村 正 文

本稿は国保の地方行政への位置づけの問題を、国保の実態と関連させて追究しようと試みたものである。

I 岐路に立つ国民健康保険

ここに任意に選ばれた兵庫県下の三つの国保の保険者がある(表1)。神戸市は被保険者 296,000 人を擁する大都市であり、小野市は被保険者 23,000 人のかかえた小都市であり、関宮町は被保険

者 4,000 人を有する中程度の町である(いずれも昭和 42 年)。それぞれの市町について一般会計と国保特別会計の規模を比較すると、年度によってかなり変動があるが、国保特別会計の一般会計に対する比重は、神戸市では 5% に過ぎないが、小野市や関宮町では 20% に近い。小都市や町では国保は一般行政の 5 分の 1 に当る財政規模を有し、それが地方行政の中でいかに重要な地位を占めるものか、およそ想像がつくであろう。

表 1 一般会計と国民健康保険特別会計の規模(歳出)比較

(単位 1,000円)

市町名 区分 年度	神戸市			小野市			関宮町		
	一般会計 A	国保特別会計 B	B/A	一般会計 A	国保特別会計 B	B/A	一般会計 A	国保特別会計 B	B/A
昭和36年	19,611,010	829,630	4.2%	347,875	45,183	13.0%	75,375	11,306	15.0%
37	24,360,964	1,149,265	4.7	397,661	54,910	13.8	115,226	11,105	9.6
38	28,789,772	1,366,922	4.7	396,380	60,176	15.2	143,889	15,689	10.9
39	33,014,727	1,639,697	5.0	573,458	76,895	13.4	146,578	19,844	13.5
40	42,611,564	1,907,860	4.5	609,344	101,531	16.7	143,740	20,489	14.3
41	50,200,066	2,503,093	5.0	693,557	129,796	18.7	170,996	23,740	13.9
42	57,071,679	3,059,587	5.4	994,017	146,936	14.9	177,487	35,343	19.9

注 兵庫県地方課および国保課調べ。

表 2 市町村民税と国民健康保険税(料)の比較 昭和42年度

市町名 区分 総所得金額	神戸市			小野市			関宮町		
	1世帯当り市町村 民税額	1世帯当り保険税 (料)額	被保険者1 人当り保険 税(料)額	1世帯当り市町村 民税額	1世帯当り保険税 (料)額	被保険者1 人当り保険 税(料)額	1世帯当り市町村 民税額	1世帯当り保険税 (料)額	被保険者1 人当り保険 税(料)額
所得のないもの	円	円	円	円	円	円	円	円	円
10万円以下	—	3,769	1,757	214	1,675	889	250	1,558	736
10~15	—	3,540	1,549	408	1,981	900	308	1,795	772
15~20	536	4,538	1,885	258	4,375	1,689	378	3,885	1,335
20~30	645	5,704	2,218	295	5,860	2,000	455	5,000	1,371
30~40	1,165	7,329	2,431	723	8,345	2,339	674	7,050	1,745
40~50	2,364	8,990	2,717	1,126	11,017	2,649	1,311	9,624	1,919
50~70	4,527	11,442	3,304	2,338	13,919	2,783	2,617	11,058	2,242
70~100	7,780	15,705	4,195	4,961	18,320	3,508	7,842	13,684	2,989
100~150	14,494	22,433	5,752	13,011	24,643	4,491	11,100	19,950	4,290
150万円以上	28,214	30,035	7,351	32,375	34,719	5,957	38,166	30,833	6,379
計	100,594	22,830	7,788	69,745	45,064	7,380	101,333	49,666	9,933
	9,617	8,309	3,012	3,260	11,008	2,809	2,271	7,777	1,928

注 兵庫県地方課調べ。

また住民である被保険者の側からみても、各世帯が負担する市町村民税と国民健康保険税(料)を対比すれば、地方行政の中で、それがどのように重要な役割を果しているものか知ることができる。表2によれば国保世帯の1世帯当り保険税(料)は、神戸市と小野市では総所得150万円まで、関宮町では100万円までは、1世帯当り市町村民税より多い。しかも国保世帯のほとんど全部がこの所得階層に属しているのである。ことに低所得階層ほど保険税(料)は市町村民税に比べてはるかに大きい金額を示しているのである。それは国保事業が一般会計に所属する他の行政サービスのような生活需要への間接的な補助サービスと違って、そのまま住民の生理的必要性を充足する直接的なサービスであることにもよるが、金額面から見て、一般行政全体のための拠出以上のものを、きわめて限られた行政部面である国保事業だけに支出していることは、市町村行政の中で国保のもつ意味の重大性を改めて認識させるに十分であろう。

末端自治体の小さな行政能力の中において、これほどの大事業を遂行することはなみなみならぬことであるが、それほどに地域住民にとって健康や医療が大きな意義をもっている、あるいはもっていたことを現わすものである。それは国保発足当時の農山漁村の実情を知るものにとっては容易に理解されることである。日本産業革命の過程での生糸・紡績工業の興隆は、それと同時に生糸・紡績女工を媒体として結核が農山漁村にもちこまれ、免疫・耐性を有しないそれらの農山漁村処女地にたちまちに伝播し、結核患者が簇出し、一家眷族ごとく死滅するといった悲惨な例も少くなかった。もともと農村の貧困が疾病の苗床をなしたが、疾病がさらに農村を窮乏に陥れた。こうした事情の中で国保は農山漁村に根を下したのである。事態が変化した今日でも、疾病が貧困の大きな原因であることに相違はないが、そのことを含めて国保の意義を、より深いところから求めれば、現代政治の基本が住民の福祉にあり、健康は人間生存の基本的条件であるところから医療が最大の住民福祉につながることにあると思われる。

そこで市町村の首長にとっては、国保は誇りで

あり、それを経営することが生きがいであり、それに苦勞することに張り合いがあった。それゆえに耐え難い負担にも耐えてきたといえよう。

ところが、昭和33年の新国民健康保険法が国保の実施を全市町村に義務づけ、36年に国民皆保険が実現したのであるが、その頃から、あるいはそれを転機としてか、地方自治体の国保に対する態度に次第に変化が生じてきたようである。

その原因は療養給付費の上昇、国保財政窮迫ということにあるが、それは意識された表面的な理由であって、その底にはもっと根源的な問題がひそんでいると思われる。しかしその本質的な問題にはいる前に、その動因をなした現在の国保が含む形而下の問題をまず明らかにしておきたい。

国保の経営困難の原因は国保のもついわば特色から多くは発しているのであって、そうした国保の特色を拾い上げるとともに、これまた国保の経営を困難ならしめる原因となっている近時の社会変動から新しく発生しつつある現象を指摘し、国保のはらむもろもろの問題を列記しよう。

1 国保被保険者世帯には低所得階層に属するものが多く、平均して所得が低い。表3は国保の平均所得と健保の平均標準報酬を比較したものであるが、標準報酬月額には頭打ちがあって、高額所得階層の所得が反映しないにもかかわらず、1～4割の所得差がみられる。

無職者は被用者でないから、他の社会保険の被扶養家族でない限り、すべて国保に包摂されるし、国保世帯の職業が主として自営業であり、さらに移動が多いこともあって、所得の把握に困難があり、こうした理由で国保には所得零または10万円以下の世帯が多い。被保険者数1万人未満の保険者で12.3%、1万人以上5万人未満で15.0%、

表3 国保世帯の平均所得と健保の平均標準報酬

年	国保平均年所得 ¹⁾ (1,000円)	政管健保平均標準 報酬月額 ²⁾	組合済掌健保平均 標準報酬月額 ²⁾
63	240 (月20)	21,464 ^円	27,788 ^円
64	276 (月23)	24,010	30,433
65	303 (月25)	26,110	32,581
66	333 (月28)	30,445	39,206
67	373 (月31)	33,903	43,352

資料 1) 『国民健康保険三十年史』 2) 1969年版社会保障年鑑。

表 4 国保における年齢別人口構成の変化
(単位 %)

年	14歳以下	20～39	60歳以上
昭和 37 年	29.6	26.8	13.5
42	23.6	26.3	15.6

資料 厚生省「67年度 国民健康保険実態調査」

表 5 年齢階級別人口構成 (単位 %)

区 分	総 数	0～14歳	15～59	60歳以上
総 人 口	100.0	24.3	65.6	10.1
国保被保険者	100.0	23.6	60.8	15.6
そ の 他	100.0	24.7	69.3	6.0

資料 厚生省「67年度国民健康保険実態調査」

5 万人以上 10 万人未満で 16.9%，10 万人以上で 20.9% が所得 10 万円未満の階層である。大阪府の例でみると，60% の世帯は住民税の所得割がなく，そのうち年間所得 10 万円以下の世帯が 12% を占めており（昭和41年度），神戸市では総所得金額零の世帯が 49.1%，1～10 万円が 2.2% となっている（41年度）。

2 国保には相対的に可働年齢層の人が少く，老人が多い（表4）。表5が示すように，国保は他の社会保険に比べて2倍半以上の割合で老人を含んでいる。総人口中の国保被保険者は 42.6% であるが，60 歳以上の人口については国保被保険者は 65.7% を占めている。しかも国保の被保険者の中に占める 60 歳以上の者の割合は年々増加しており，昭和 37 年の 13.5% から 42 年の 15.6% へと，6 年間に 2.1% 増加した（表4）。

3 世帯構成は大阪府の例によると，被用者保

険の 1.2 人に対し国保は 3.2 人である（41年度）。それでいて国保にはかなりの数の 1 人世帯がある。7 大都市を平均して 1 人世帯が全世帯の 28%，神戸市では 30% を占めている（41年度）。

4 工業化の進展に伴い，農業人口が流出し，その結果被保険者の減少が著しい。昭和 36 年の 4,681 万人から 42 年の 4,265 万人へ，7 年間に 415 万人も減少している。もっとも世帯数では世帯の細分化が進んでいるため，この間に 6.7% 増加している。減少は農漁業者が多い郡部や地方都市で激しく，大都市やその周辺では，国保人口の一般的減少傾向の中にあって，逆に増加しているのである。過疎地域では経営規模として不適切になりつつある国保が少くない。

なお大都市では被保険者の移動が激しく，年率 35% を示し，3 年間で被保険者が全部入れ替る計算になるところすらある（例横浜市）。しかもそこでは被保険者の絶対数が大きいので，所得把握や保険税（料）の賦課徴収に支障を与え，財源確保に困難をきたす大きな原因となっている。

5 ところで医術・薬学の進歩，診療報酬点数の改訂，医療医薬の普及，受診・受療の増加により，医療費は年々増加し，昭和 37 年度に比して 42 年度は 1 人当り療養諸費で 2.7 倍に膨張，1 人当り保険者負担分は 3.4 倍に増大している。年率にして 10～20% となり，これは国保世帯の所得の増加率をはるかに上回るものである（表6）。

6 こうした医療費の増嵩を賄うため保険税（料）も年々 10～30% 引き上げられ（表7），昭和

表 6 1 人当り療養諸費等の推移（市町村）

年 度	1人当り 療養諸費	1 人 当 り 保険者負担額	1人当り 保 険 料 調 定 額	1 世 帯 当 り 保 険 料 調 定 額	国保世帯 の 所 得	1 人当りの 国保医療費 国庫負担額 (実質)
昭和 36 年	3,258 ^円 (100)	1,673 ^円 (100)	973 ^円 (100)	4,134 ^円 (100)	—千円 (100)	840 ^円 (100)
37	3,899	2,029	1,095	4,539	209	1,128
38	4,813	2,653	1,180	4,776	240	1,562
39	6,078	3,558	1,500	5,878	276	2,065
40	7,365	4,546	2,043	7,794	302	2,792
41	8,639	5,549	2,330	8,647	333	3,390
42	(265.6) 10,357	(343.7) 6,973	(252.7) 2,767	(222.4) 10,094	(178.5) 373	(344.5) 3,886

資料 『国民健康保険三十年史』

表 7 1世帯当り保険税(料)現年度調定額

年 度	金 額	対前年度比
昭和 36 年	4,334 ^円	1,124
37	4,800	1,108
38	5,124	1,068
39	6,342	1,238
40	8,360	1,321
41	9,309	1,103
42	10,359	1,124

資料 昭和43年度版『国民健康保険の実態』

42年度は37年度に比して2.2倍となっている(表6)。平均所得に対する世帯当り保険税(料)調定額の割合は38年度2.03%であったのが、42年度では2.75%となり、その増加率は3割以上になる。保険税(料)が負担の限界に達したという声は次第に高まっており、保険者は保険税(料)の引上げについて被保険者の納得を得るのに非常に苦労しているのが現状である。

7 この間国保に対する国庫補助も可及的に増加されており、1人当り国保医療費の国庫負担額は昭和37年度に比して42年度は3.4倍に増加

している。44年度でみると、国保予算2,792億円の内医療給付費関係の療養給付費補助金と調整交付金が2,600億円で、これは厚生省予算の30%余りに当る。補助率からいうと、総医療費に対して45%、療養給付費保険者負担分に対しては64%にも相当するものである。国庫支出金全体(事務費負担金、療養給付費負担金、調整交付金、保健婦補助金、診療施設整備費補助金、助産費補助金、国保組合臨時調整補助金)が国保会計決算収入額に占める割合は36年度43%、42年度55%である(表8)。これは保険としては限度を越えるものであるという意見もある。

8 しかもなお、国保は収支を償わず一般会計からの繰入れが行われている(表9)。一般会計繰入金が決算収入額に占める割合は昭和36年度の4.7%から42年度の2.9%に減じている(表8)が、絶対額で減少している訳ではない。被保険者1人当り額でみると2倍半近く増えている(表10)。保険者負担額に対する一般会計繰入金の比率は2.2%であるが、これは自治体の規模によって大

表 8 決算額(収入)の構成割合

(単位 %)

年度	保 険 料	一部負担金	国庫支出金	都道府県支出金	繰 入 金		繰 越 金	その他の収入金	収入計
					一般会計	そ の 他			
昭和36年	44.42	0.32	42.79	1.85	4.67	0.22	4.59	1.13	100.00
37	41.46	0.17	44.65	1.73	4.29	0.30	5.70	1.70	100.00
38	37.77	0.13	48.78	1.76	4.28	0.49	5.67	1.12	100.00
39	38.59	0.10	49.85	1.68	4.81	0.64	3.35	0.98	100.00
40	36.90	0.07	56.26	1.99	2.70	0.18	1.14	0.76	100.00
41	36.81	0.06	52.16	1.98	2.77	0.21	5.19	0.82	100.00
42	35.78	0.06	54.59	1.59	2.91	0.32	3.94	0.81	100.00

資料 昭和43年度版『国民健康保険の実態』

表 9 一般会計繰入金の目的別比率

(単位 %)

年 度	目的別 療養給付費不足に充当 1. 保険料賦課標準が低い 2. 給付割合引上げ 3. 収納率が低い	事務費不足に充当	保健施設費に充当 1. 保健婦 2. 保健衛生費 3. その他	その他 1. 累積赤字解消 2. その他	計
昭和 37 年	35.3	26.3	16.7	21.7	100.0
38	37.5	27.1	11.2	24.2	100.0
39	57.1	21.5	9.6	11.8	100.0
40	21.3	19.0	36.3	23.4	100.0
41	51.0	28.2	14.2	6.6	100.0
42	50.0	24.6	14.3	11.1	100.0

資料 昭和43年度版『国民健康保険の実態』

表 10 被保険者 1 人当たり収入 (市町村)
(単位 円)

区 分	昭和 36 年度	42
収 入 総 額	2,212	8,093
保 険 税 (料)	946	2,737
国 庫 支 出 金	974	4,577
市町村一般会計繰入金	111	250
そ の 他	181	529

資料 『国民健康保険三十年史』。

表 11 保険税(料)および一般会計繰入金の保険者
負担額に対する割合 (単位 %)

保 険 者	保険税(料)現年度分 保険者負担額	一般会計繰入金 保険者負担額
5 万人未満の市	41.80	2.16
5 万人以上10万人未 満の市	40.80	3.30
10万人以上の市	38.72	4.45
6 大都市および特別 区	34.41	6.63
町 村	40.24	1.68
組 合	85.91	0.09
合 計	42.14	2.16

資料 昭和43年度版『国民健康保険の実態』。

差があり、町村では 1.7% であるけれども六大都市および特別区では 6.6% に達し、自治体の規模が大きいほどこの割合は大きくなっている。これは保険者負担額に対する保険税(料)の割合と丁度反対の関係を示していて、保険税(料)の調達不足が一般会計の繰入金によってカバーされているかのごとく見える(表11)。このように大きな都市におけるほど保険税(料)徴収が困難で、一般会計の負担が過重になっているあたりに、都市理事者に国保忌避の気持を抱かせる大きな理由があるようである。

なおこの他に都道府県の支出金があり、その金額は大阪府の例でいうと、事業助成補助金、診療報酬支払資金貸付金、財政健全化資金貸付金など約 9 億円(44年度)に達しているのである。

9 にもかかわらず、表 12 に見られるように、赤字(繰上充用)を出す市町村保険者は少くない。昭和39年度においてはその数は 1,355 を数え、その金額は 90 億円に達した。そのため 40 年度に臨時財政調整補助金 40 億円が支出され、また保険税(料)の大幅の引上げが行われ、小康を得たがその後ふたたび悪化してきており、42 年度で

表 12 国民健康保険の繰上充用(赤字)と未払額

年 度	区 分	繰 上 充 用 (赤字)		未 払 額 (100万円)
		保険者数	金 額 (100万円)	
昭和36年	市町村 組 合	268	1,461	1,044
	計	7	23	360
37	市町村 組 合	275	1,484	1,404
	計	190	1,534	1,592
38	市町村 組 合	4	5	10
	計	194	1,539	1,602
39	市町村 組 合	422	2,671	2,259
	計	3	56	-1
40	市町村 組 合	425	2,727	2,258
	計	1,355	9,045	1,783
41	市町村 組 合	6	51	15
	計	1,361	9,096	1,798
42	市町村 組 合	205	3,386	586
	計	1	37	5
43	市町村 組 合	206	3,423	591
	計	413	5,074	618
44	市町村 組 合	5	48	-
	計	418	5,122	618
45	市町村 組 合	553	6,251	1,350
	計	2	17	3
46	市町村 組 合	555	6,268	1,353
	計			

資料 厚生省保険局調査。

は赤字保険者 553、赤字額 63 億円に上っている。市と町村を比較すると、市の方に赤字保険者が多く、赤字の規模も大きい。七大都市では東京、大阪以外は赤字である。なお自治省の 44 年版の「地方財政の状況」によると、42 年度の赤字団体は 1,147 で全体の 34.6% を占め、赤字額は 183 億円で、その 56% を六大都市と特別区が占めていることを報告している。これは繰入金を除いての計算であろう。

10 しかも国保は国の固有の事務で、市町村に委任されているものであるといわれているにもかかわらず、その事務費は基準額に対しては 10 割というものの、実際の交付率はこの 10 年間多い年で 72%、少い年で 50% である(表13)。補助対象外事務費を入ると、この割合はさらに低くなる。しかもこれまた都市と郡部とで給与水準の違いなどのため事務単価が異なり、昭和 39 年度についての国保中央会の調査によると、被保険者 10 万人以上の市が 40.4%、町村は 56.8% で 16% の差がある。こうした点も都市理事者に不満を与えている点である。

11 国保の財政困難は直診勘定の赤字によってさらに加重される。直営診療所をもつ全市町村の 6 割が直診の赤字に悩まされている。前掲「地方

表 13 被保険者 1 人当たり事務費負担金交付状況 (市町村)

年 度	予 算 額		実 支 出 額 B	交 付 率 A/B
	当 初	補 正 後 A		
昭和 33 年	90 ^円	95 ^円	124,916 ^円	72.0%
34	95	95	134,855	70.4
35	100	100,278	162,182	64.3
36	110	114,612	198,121	57.8
37	120	125,929	234,987	53.6
38	130	135,163	271,927	49.7
39	150	157,310	305,767	51.4
40	200	208,146	342,496	60.8
41	250	259,875	383,797	67.7
42	300	315,393	436,412	72.3

資料 『国民健康保険三十年史』。

財政の状況」によると、昭和42年度の直診勘定は実質収支で7億円の赤字を出し、これから他会計との間の繰入れ、繰出しを考慮した収支は17億円の赤字となり、赤字団体数587で全体の62%を占めている。こうした財政負担が大きいことが、地元には開業医もあることであるし、何もそれほどにしてまで直診をもつことはあるまいという考えを強め、直診の廃止が急速に進んで、最盛の33年頃の半数に減っている。37年度から41年度の5年間をみると221の市町村が一切の直診を失い、減少した施設数が560に及び、41年度における現在数が2,191となっており、さらに減少する傾向にある。あらゆる予算が膨張趨勢にある中であって直診の補助金だけは減少または横ばいで、実情を知らぬ者をして直診の使命は終わったのだという見解を抱かしめるほどである。

12 しかし直診の使命は決して終わったのではなく、直診が減少する最大の原因は医師給与の高額とも関連して医師確保の困難という点にある。そのために時代に逆行して無医地区が増加している。昭和31年に728箇所であった無医地区が41年には2,920箇所となっており、これは住民にとってきわめて重大な問題である。市町村を単位としてみると、市町村合併が行われたこともあって、42年4月1日現在市町村区域内に医療機関のないものは46で、市町村被保険者の1.38%に過ぎないが、1医療機関当り人口が2,000人を越える市町村は1,616で総被保険者数の48.60%、1医療機関当り人口4,000人を越える市町村は308で、

その割合は9.26%である。

これらの問題を要約すると、理論的問題は別として、結局財政問題と医療機関の偏在ということになる。問題は明白であるが、深刻である。

II 国民健康保険の医療保障化

さてこのような国保の財政危機を契機として、国保の地方行政への位置づけについて改めて問題を提起しているのが、医療保険の抜本改革であろう。この契機は現象的には単なる経済的困難であるが、問題の本質からは社会保険より医療保障への決定的展開における陣痛として理解されるべきものと考えられる。そこで国保の歴史を医療保障の発展過程としてたどってみる必要がある。

昭和13年に制定された国民健康保険は、対象を一般国民とし、医療と保健の包括的制度であろうとしたことにおいて、わが国最初の社会保障制度であり、医療保障制度である榮譽を担うものであるといわれるが、それは観念的にそうなのであって、現実にそうであったのではない。

国保法成立の13年の段階では貧富の差別なく、すべての者を組合員としたけれども、少くとも立案の段階ではそうでなかった。昭和9年の国保制度要綱案は多額の収入ある者と保険料負担能力なき者を除く一般国民を対象とするものであって、この一般国民は「庶民」であって、「全国民」を意味しなかった。

また昭和11年の内務省社会局保険部の国保制度案の要旨は産業の発達と国防の安全にとって国

民の健康が基礎であること、しかも農漁村では結核病等により住民の健康がまことに憂慮すべき状態にあることを指摘し、国保の不可欠であることをのべたが、そのねらいは準戦体制下国防のための健康であり、農漁村の疲弊救済のための保険であった。それは療養の給付を行ったけれども、目的は経済的救済にあったから、医療や健康を保障しようという意識はなかった。当時診療施設の確保に力があつたのは、むしろ産業組合の医療利用組合であつたといわれている。

さらに国保は郷土的団結を有する市町村を区域としたが、組合によって経営され、市町村自体の事業ではなく、その設立も任意であつた。国や県のみならず、町村はその健全育成のために補助金を交付したが、財政基礎はあくまで加入者の自力におくものであつた。

また国保は相扶共済を理念としたけれども、それを一般住民はなかなか理解せず、保険料の負担を憂い、市町村は財政圧迫を警戒し、医師は患者と収入の減少を案ずるといった有様で、国保組合の発足は必ずしも順調に行われたのではなかったのである。

ところで昭和 17 年になると、組合設立の強化、組合員加入義務の強化、保険医制度などを主眼として国保法が改正され、その結果地方長官が必要と認めた場合は設立を命じうることになって強制設立の道が開かれ、特別組合についても強制加入を命じることができることとなり、保険医や保険薬剤師は正当な理由なくして指定を拒みえなくなるなど、国家統制が強められた。こうした法の改正の下に国民皆保険政策が強力に押し進められたので、17、18 年には目ざましい普及効果をあげ、全市町村の 95% で組合が設立され、皆保険まであと一步というところまでいったのであるが、昭和 20 年の敗戦に面して頓挫した。この期を第 1 次国民皆保険期というが、それは全く戦争遂行のためのものであり、戦力と労働力を増強する強兵健民政策の一環にすぎず、社会保障からほど遠いものであつた。

昭和 20 年の終戦後は国保制度の根本精神である隣保相扶の觀念の減退、物価騰貴、医薬品・衛

生資材の払底、保険医および被保険者による保険診療忌避、保険料徴収の困難、診療費支払の遅延、保険給付の停滞、これらが重なって国保は崩壊の危機に瀕した。

しかし 21 年の新憲法が国に社会保障遂行の義務を課し、それによる福祉国家への転換は崩壊に瀕する国保の中に新しく社会保障の意義を見出し、再建への活路を開いた。ここから国保は社会保険から医療保障への第一歩を踏み出すこととなったのである。

この年、国は国保を崩壊に導いている最大の原因が、保険あれども医療なき状態にあることを見、また組合直診が国保継続・再開の担い手であることを知るに及んで、直営診療所や病院の建設・整備に国庫補助を出すことにした。国保の直診や病院は無医村・無医地区、医師不足町村地区を解消して、国保の療養の給付の円滑化を図るとともに、疾病の予防や住民の健康管理を行うものであるが、こうした診療施設の助成は、国保がようやく経済保障の段階から医療自体の保障へ進む端緒を開いたことを意味する。

ついで 23 年には国保改正法が国保の市町村公営化を実現し、また義務加入制を敷き、国保を市町村行政の中に正式に位置づけたのである。

さらに国保の事務費について、24 年に 5 割、25 年に 7 割、26 年には 10 割の補助が認められ、また 26 年には国保税の創設によって国保の公的性格が一層強められ、27 年には国保振興奨励交付金制度の創設、28 年療養給付費に対する 2 割の国庫補助金の実現、さらに 30 年には療養給付費の 2 割相当額、事務費の全額および保健婦設置費の 3 分の 1 補助が法定化されることとなった。従来の単なる奨励助成のための補助金が積極的な国の義務支出となったのである。国保に対する国の財政責任が明確にされたことによって、国保は国の医療保障制度としての地位を先取したのである。

33 年末には新国保法が制定された。これは国保史上最も重要なもので、国保が国の医療保障制度として決定的に確立されたことを意味したからである。これまでは国保事業は市町村の固有事務とみられ、したがって実施するか否かは市町村の

自由とされたが、新法は医療保障を国の責務とし、国保の実施を市町村に義務づけるとともに、その事務を市町村に団体委任するという考えに改めたのである。それを具体化する財政措置として、これまでの療養給付費の2割以内という不確定的な補助金は定率2割という確定的な負担金に改められ法制化した。事務費もちろん補助金が負担金となった。これらのことは国保自体の質的变化であると同時にその地方行政における位置づけに決定的な変化をもたらしたのである。36年には鹿児島の一部を除き国民皆保険が達成され、新法は実を結んだ。わが国の医療保障は量の面では一応完了をみたわけである。

その後、国保は内容充実期に入り、38年から世帯主7割給付を、39年から世帯員7割給付を開始する一方、37年には療養給付費に対する国庫負担が2割から2割5分へ、38年には調整交付金が5分から1割へ、39年には前者がさらに4割に引き上げられたが、調整交付金は5分に引き下げられた。しかし差引大幅な国庫支出増があったわけで、それは給付率の改善を裏付けるとともに財政の安定化に大きく寄与するところがあった。

ところで国保の給付改善と財政安定化のための止むを得ない措置であったとはいえ、国庫負担の増額は療養給付費保険者負担分の64%にも及び、国保の国民保健サービス化を事実において遂行してきたと見るのである。国保はことさらに意図したのではなかったけれども、保健施設を保有することによって治療のみならず、予防や健康増進や健康管理を行い、いわゆる包括的医療を実施している意味において、また運営費の過半が国庫支出金で賄われている意味において、国保はかなりの程度国民保健サービス化しているといえることができる。呼び名は依然として国民健康保険であっても、実態は国民保健サービスに近い。この点において国保は最も進んだ医療保障制度であろう。

しかしながら国の考え方や意識は国保の国民保健サービス化に対し、必ずしも好意的でなく、むしろ強い抵抗を示している。この抵抗は根本的には、それが医療の国営化に通ずるのではないかというイデオロギー面での杞憂が大きいと思うが、

現実的には過大な国庫負担要求に対する警戒からと思われる。そうした点から医療保障はあくまで保険方式によるべきであるという強い主張が昭和37年頃より医療保険の総合調整を回って台頭し、抜本改革問題が動き出した41年以降では、かつて30年頃から35年頃にかけて盛んに用いられた医療保障という用語すらタブーとされ、医療保険の改革を審議するために設置されようとした臨時審議会の名称すら、医療保障審議会でなく医療保険審議会でなければならぬと主張されたほどである。

市町村が国保の経営主体たることにそれほど固執していない場合でも、国はあくまで市町村主体を主張して譲らず、それはあたかも国保が国に押しつけられることを極度に警戒しているのではないかとさえ思わせる。

直診の新設に対する補助は廃止されるといわれ(44年度厚生省方針)、一部では市町村公営を職域別組合に改変すべきだという意見が聞かれる。

国保が市町村固有の事務であって、国はそれを単に助成するに過ぎなかった新法以前の、さらには23年の公営化以前の、医療保障から区別されたいわゆる社会保険へ後退するのではないかと懸念させるものがある。

このような逆行が認められるとは思えないが、それならば国保はどこに、そしていかに位置づけられるべきか。

III 医療保険の抜本改革と国保の進路

今日医療保険財政の困窮をきっかけとして、吹きまくる医療保険抜本改革の嵐の最中において国保の進路が探求模索されている。国保と地方行政の関係をいかに見通すべきか。

わが国の医療保険の方向を探る場合、拠所となる最も重要なものは社会保障制度審議会の昭和37年の「社会保障制度の総合調整に関する基本方針」についての答申および社会保障制度の推進に関する勧告」と42年の厚生省事務当局の「医療保険制度改革試案」と44年の自民党の「国民医療対策大綱」であろう。これらが説くところはおおむね一致しており、国保の保険者は理想として

は国であろうが、現実的な考慮からは市町村であるべきだとし、そして財政調整をなすために、都道府県段階にプール制や公社を設けたり、あるいは直接国の手許でそれを行なおうというものである。

ところで当の市町村や都道府県や国の考えはどうか。

既に昭和 30 年全国町村会は社会保障制度審議会の「医療保険制度に関する御意見について」というアンケートに対し、国保の経営主体を将来都道府県連合会へ移行することを考慮すると答えている。さらに皮肉にも 33 年の新国保法が市町村に国保の設置義務を課して、国保の社会保障化を決定的たらしめたと同時に、理事者の経営意欲を減退させた。国保はもはや市町村長にとって魅力でなくなり、単なる財政的桎梏と化した。

しかしさて実際に国保を手放すとなると、町村長の態度にはなお逡巡の色が見える。この移管は町村にとっては大きな事業を失い、行政量が著しく縮小され、町村行政の影を薄くするものであるし、また貧困な町村では一般会計の行うべき保健衛生を国保に負ぶさっている場合も少なくないし、また郡部では医療問題は今日でも住民の最大の関心事であり、行政のポイントをなしているから、それはある意味では町村の行政放棄というほどの意味すらもっているからである。町村が国保を担当しなければ無医地区に転落し、人間の生存にとって最も基本的な医療が得られなくなるのではないかという恐れが強いのである。

この点都市の場合は態度が比較的はっきりしている。ことに大都市では国保事業の比重は相対的に小さく、民間の医療供給態勢が十分に整っているので、それほど重要性をもたず、むしろ市民総数に占める被保険者数の小さい割に、財政負担だけが大きい事が徒に強く感じられるために、国保事業に全く執着がないように思われる。自民党の医療保険改革大綱に対する反応をみても、全国市長会は市町村を保険者とする事に正面から反対し、国が保険者となるべきで、段階的に都道府県単位で管理運営を行うことが適当ならばそれもよからうという見解である。

住民の側においても、国保がなかった頃は医療費に困り、それを実施することが大きな願望であったけれども、保険医療が日常化してしまった今日は、その恩恵に慣れ、それをそれほど有難いものだ意識しなくなっている。住民のニーズは住宅、道路、学校、水道、し尿処理といった方面に移った感がある。公選首長の立場としてつねに住民の現在のニーズに応ぜざるを得ず、応じようとすれば国保の資金需要が邪魔になる。全国市長会の国保に対する拒絶反応はこうした世情を反映したものであろう。

ところで医療給付費の 6 割以上が国庫から支出され、事務費は名目的ながら 10 割国庫負担、標準事務費の構想もあり、診療報酬の点数・単価は国が決める。その上給付率や給付内容が画一化され、さらに保険料は、保険者間の公平を期するという大義名分の下に国が医療費段階別の標準保険料を定める、というのでは一体市町村が創意工夫して、自主性を生かす余地はどこにあるのか。何もかも国まかせで、市町村の自治や理事者の経営意欲はどこにあるのか。どこに市町村の主体性があるのか。市町村を国保の主体と呼ぶのは便宜的であって、実際は代行機関に過ぎないのではないか。既に市町村を主体とする根拠は乏しく、もはや市町村主体の実体は半ば失われ、さらにほとんど失われようとしているといえるのではなからうか。

それならば都道府県を主体とすることはどうか。このことについては実は都道府県自体積極的でない。むしろ否定的態度とみられる。都道府県はそれぞれ助成制度をもっていて、兵庫県の例によると保健婦活動費補助、保健婦奨学資金貸与、低所得階層医療確立助成、へき地直営診療施設運営費補助、診療施設整備費補助、保健施設活動強化推進地区設置費補助、国民健康保険診療報酬支払基金の貸付、国民健康保険診療報酬支払基金運営費補助など、現在でもかなりの費用を支出しているわけであるから、これ以上の負担はご免蒙りたいというのが本心であろう。

ところで国はどうか。前にのべたごとく、40 年頃までは国保は国の事務であり、責任であるという考えの下に国庫負担金を拡充してきたのである

が、この方針は 41 年頃からぐらついてきているように思われる。「医療保険制度改革試案」が最もよく示しているように、国保の主体はあくまで市町村とする考えを堅持している。4割5分の国庫負担は保険の限界という見解の下に、それ以上の国庫負担は極力回避する方針と見受けるが、そのためにも主体を市町村とする必要があるわけである。

こうした公営論に対して、また組合主義の考え方があつた。国保は思い切って解体し、職域別組合か、産業別組合、あるいは都道府県単位の職業別組合に変えてはどうかというものである。この論は経営能率から打ち出されたものであるが、公営から組合経営に移すことは当然公的性格が薄れ、それは戦前への逆行であり、社会保障の本質から離反するものでないかと思われる。

社会保障は国の責任事業であり、市町村は国から委任されて、その事務を行うものであることは、いわば今日では常識化されている。そこから社会保障の費用はすべて、あるいはできる限り国が負担すべきであるという主張もでてきているように考えられる。しかし憲法 25 条の、国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障および公衆衛生の向上および増進に努めなければならないということは、必ずしも国が自ら主体とならねばならないことを意味する必要はなからう。地方自治体を通して国が努力を表現することもできるはずである。ところで社会保障と地方自治とのかわり合いはいかに理解すべきなのか。地方自治を重視する立場からは、社会保障を地方自治体の固有の行政とする見方もなりたつだろう。この見方が可能ならば国保は市町村を主体とすべきであるが、地方行政の広域化により、その中心が市町村から都道府県に移行するのが本質的動向ならば、都道府県が主体となるべきであろう。

それはさて置き、どこが経営主体たるべきかを論ずる場合、責任論と事務論を分けて考える必要があるのではないか。責任論で決定する場合は本質的であり、事務論による場合は便宜的である。

責任論からいえば、国の行政は国の存立にかかわるものが中心となり、その他の国民の日常生活

に関するものは地方団体で行うべきこととなる。社会保障は無論国の存立にかかわるという認識に立つならば、国の行政であろう。臨時行政調査会の「行政事務の合理的配分に関する報告」(昭和38年)は機関委任事務はできる限り地方団体に移譲して、地方行政の総合調整機能を十分に回復させるべきであると述べているが、社会保障事務は残されるべき数少ない委任事務の一つであろう。こうした国の責任はそれを実効あらしめるための財政責任を含むけれども、地方税収入が国税収入に比して余りに少いという財政的理由から、社会保障は国の責任であるという本末顛倒論に陥ってならないことはいうまでもない。

次に事務論というのは事務処理能率という技術的合理性からみた議論である。社会保障の概念規定はまだ固まっていはいないが、仮に社会保障制度審議会の慣用に従って、制度的にとらえるならば、公的扶助、社会保険、公衆衛生、社会福祉ということになるが、技術的合理性からいえば画一的に処理できるものは広域的、統一的に、個別的に処理せざるを得ないものは狭域的、分散的に事務担当機関を設定するのが原則をなすであろう。児童福祉とか老人福祉といった社会福祉関係は、直接住民に接してキメ細かいサービスが要求されるが、こうした分野は当然市町村の事務となるべきであり——社会保障の中でも社会福祉は国民の日常生活にかかわる性質が強いから責任論からいっても市町村が主体となるべきであろう——年金給付のような機械的処置で足りる社会保険関係は国の段階で統一的に行えるであろう。しかし社会保険の中でも医療保険となると必ずしもそうはいかない。定額償還制の現金給付ならば、広域的に扱え、数千万の被保険者も一つの集団として一元的に処理でき、大都市を、都道府県を、あるいは国を保険者にすることができよう。治療費の支給よりも医療そのものの給付へ、さらに健康の確保へという人間の欲求の必然的発展過程に基いて、住民の要求が医療現物に移る場合は医療機関を地域に確保することが事業の内容にはいつてくる。診療施設なくして医療の保障はありえないからである。さらに健康の保障(健康の保持・増進)となると予防と

治療が一体となって運営される必要があり、それにリハビリテーションが加わり、包括的医療が建前となる。衛生教育、健康相談、栄養改善が含まれてくるし、健康管理が固有業務となる。そうなるとリモートコントロールはきかなくなり、住民に接触、密着することが不可欠となる。医療保険がサービス給付の形をとって、住民福祉の一環をなす保健福祉と結合するに至ると、住民個人々を対象とした総合的な医療保健サービスとなり、これを行おうとすれば比較的狭い地域を範囲として分散的に経営せざるを得ないのである。ここに地域医療という観念も現れてくるわけである。

さてこの比較的狭い地域をどの程度に定めるべきか。市町村の保健衛生部門が十分に機能を発揮するならば、市町村をこのような総合的国保の主体とすることは適切であるが、直営診療所が続々と休・廃止され、無医地区が増加しつつある現状をみると、包括的医療の中心をなす医療サービスすら保障できなくなりつつある有様で、その能力に疑問がある。ことに理事者の経営意欲の喪失は致命的である。そこで都道府県主体ということになるが、これは保健所を活用する上からも便利で

あろう。あるいは都道府県を主体としながらサービス・エリアの単位としては市町村の行政区域を利用するのも一法であろう。国保の病院・診療所は都道府県の直営医療施設とし、医療機関の稀薄な地域に設置し、保健婦は都道府県から市町村に派遣し、駐在させる。被保険者の資格の確認や保険税の徴収事務は市町村に委託すればよい。もちろん都道府県を国保の主体としても、本質的主体として国の主体性は潜在するわけで、財政責任は国にある。その場合国税の一部を地方税に移譲する方法もあるが、これはかえって保険者間の財政アンバランスを拡大することになるだけで、財源不足の解決にならない恐れがあり、国による都道府県間の財政調整のための措置はどうしても必要である。

以上の構想は現在市町村の段階で中途半端な状態にある国保を国民保健サービスとして完成させることを意味するだろう。なおこの際医療保障制度を一層民主化しようとするならば、知事部局の外にある教育委員会の例にならって委員会方式を採用することである。