

❖ 地域の医療介護入門シリーズ

地域の医療と介護を知るために—わかりやすい医療と介護の制度・政策—

第4回 日本の医療制度の特徴は、その歴史から生まれた（その2）

—大正・昭和時代における公的医療保険制度の創設—

第4回は、第3回に引き続き、日本の医療制度と病院の歴史について説明します。第4回は、大正時代および第二次世界大戦までの昭和時代における公的医療保険制度の創設について説明します。

Ⅲ 大正時代および昭和時代（第二次世界大戦まで）における医療保険制度の創設

大正時代および第二次世界大戦前の昭和時代に、わが国の医療制度に起きた重要な出来事として、公的医療保険制度の創設があります。当時は、現在のような全国民が加入する制度ではありませんでしたが、この時代において健康保険および国民健康保険の制度が創設されたことは、後の国民皆保険の実現に至る第一歩が始まったという点で、大きな意味があると思います。

特に、地域を基礎とした医療保険制度である国民健康保険は、当時の世界のどの国にも例がない制度であり、そうした制度をわが国が創設したことは画期的であるのですが、そのことを評価するだけでなく、こうした制度を創設した背景となった社会状況はどのようなものであったのか、どうしてこうした制度を導入しようとしたのか、また創設できたのか、ということについても理解することが必要であると思います。

そこで、そうした当時の事情にも触れながら、健康保険と国民健康保険の2つの制度の創設の経緯について、説明することとします。

1 健康保険法の制定と実施

(1) 健康保険法の制定

大正3（1914）年に起きた第一次世界大戦は、多くの欧州諸国を巻き込みました。この戦争の影響によって、アジア諸国は欧州諸国からの物資の輸入ができなくなり、わが国からこれらアジア諸国への輸出が急増したこと等により、わ

が国には好景気が到来しましたが、それは一時的なものに過ぎませんでした。大戦の終了とともに輸出量が低下し、株価は暴落して、大正9（1920）年には「戦後恐慌」が起き、工場の閉鎖や過剰設備を抱えた企業の倒産が相次ぎました。大量の失業者が発生し、労働争議が多発しました。深刻な不況の中で、小作料の減免や引き上げ反対を求める、農民の小作争議も頻発しました^{注1)}。

政府は、こうした労働運動などに対し、明治33（1900）年に制定された治安警察法等により労働組合活動やストライキを弾圧するだけでなく、産業の健全な発展を図るためには労資協調が重要であるとして、労働者の健康を保護する政策を並行して進めるようになりました。

その代表的なものは、明治44（1911）年に制定され、大正5（1916）年に施行された工場法です。この工場法には、工場労働者について、就業の最低年齢（原則12歳）を定めることや、15歳未満の者と女性について1日12時間を超える就業を禁止すること等の規定が設けられています。

本シリーズの第3回で触れた、明治天皇からの下賜金を基礎として設立された済生会による困窮者への施療も、労資協調施策の1つでした。

こうした労資協調施策の一環として、労働者の生活上の不安を除去することにより、労働能率の増進および労資の対立の緩和、産業の健全な発達を図ることを目的として^{注2)}、健康保険法が、ドイツなどの制度をモデルとして、検討、制定されました。大正11（1922）年3月に政府が国会に提出した健康保険法案は、国会提出後10日余りで可決成立しました。

制度創設当時の健康保険がどのような制度であったか。主な点を、みてみましょう。

1) 被保険者

○制定時は、(i)危険・有害な事業（製造業、鉱業等）を行い、常時10人以上雇用する事

業所の、(ii)正規雇用の労働者（ブルーカラー）および年収一定額以下の職員（ホワイトカラー）だけであり、被保険者の範囲は限定的でした。

- その後、以下のように、被保険者の範囲は拡大していき、ほとんどの正規雇用者が被保険者になりました。

昭和9（1933）年 事業所の事業の範囲の拡大および常時雇用5人以上に

昭和14（1939）年 職員健康保険法制定

昭和15（1940）年 健康保険法と職員健康保険法の統合

2) 保険者（保険を運営する者）

- 一定人数（制定時は300人以上）の被保険者のいる事業所は、保険者として健康保険組合を設立できますが、それ以外の事業所は、政府が保険者とされました（「政府管掌健康保険」と言われました）。

* 政府を保険者とする仕組みは、わが国が制度をつくる時にモデルとしたヨーロッパにはなく、日本独自の制度です。ヨーロッパでは、同一の職種については、企業の枠を超えて労働組合がつくられて、共済事業を運営していることが多かったため、実績を認め、その組合を国も保険者として認めていました。

しかし、日本では、企業単位の労働組合が多く、大企業では既に共済組合をつくり、医療保険の運営の実績を持つところもありましたが、中小企業ではそうした共済組合がなかったため、政府自身が保険者として健康保険事業を管理運営することが必要と考えられました^{注3)}。

* なお、政府管掌健康保険の管理運営をしていた社会保険庁の廃止に伴い、平成20（2008）年から、新設の全国健康保険協会（協会けんぽ）が、代わって、保険者として健康保険事業の管理運営をしています。

3) 給付（医療給付—病気やけがへの治療）

- 健康保険では、病気やけがをした被保険者に対して、医療を提供します。制定時は、医療を提供する病気やけがは、仕事による（業務上）ものか、仕事と関係ないもの（業務外）であるかを問いませんでした。

また、制定時は、被扶養者（家族）の病気やけがには給付はされませんでした。

- その後、法改正により、昭和14（1939）年から、家族の病気やけがにも医療が給付さ

れるようになりました。

- また、昭和22（1947）年に労働者災害補償保険法（労災保険法）が制定されると、業務上の病気やけがへの医療は、労災保険法により給付されるようになり、健康保険法は業務外の病気やけがについてだけ医療を給付するようになりました。

4) 財源

- 健康保険の財源は、保険料と国庫負担です。保険料は、制定時から、原則、事業主と被保険者それぞれ1/2ずつの負担でした。国庫負担は、制定時は、事務費相当として給付費の1/10でした。

- その後、国庫負担については、事務費相当額に加え、政府管掌健康保険の給付費について、その一定割合行われるようになりました。現在、協会けんぽの給付費については、16.4%の国庫負担が行われています^{注4)}。

(2) 実施

国会においてはすんなり法案が成立した健康保険法ですが、実施段階では、様々な問題に突き当たりました。

まず、大正12（1923）年に関東大震災が起きたため、当初予定されていた大正13（1924）年実施は延期され、昭和2（1927）年に実施されました。また、事業主が責任を負うべき業務上の傷病まで保険料を労使折半としたことが労働側から批判され、他方、中小企業からは保険料負担に不満がでる等、実施当初は、評判は良くありませんでした。さらに、昭和4（1929）年の世界恐慌に伴い、被保険者数の減少や保険料収入の減少といった事態に直面し、保険財政が非常に厳しい状況を迎えるといった問題もありました。

しかし、昭和6（1931）年の満州事変以後の軍需景気と輸出の増加に伴う景気回復により、健康保険財政は次第に安定し、国民の間に定着していきました^{注5)}。

2 国民健康保険法の制定

(1) 1920～1930年代の農山漁村

地域を基礎とした公的医療保険制度という、当時、世界に類を見ない制度をわが国が創設した大きな理由は、当時の農山漁村の人々が医療を受けることができず、病気がまん延していたことでした^{注6)}。

国民健康保険法が検討されていた1920～1930年代（大正から昭和初期）は、無医町村の数が増加していました。昭和11（1936）年には、全国の町村の33%において開業医がいないという状況でした^{注7)}。当時、それまで農山漁村で開業していた医師（漢方医等）が高齢化して減少してきたにもかかわらず、病院開設は都市部に限られ、また、医学校を卒業した若い医師も農山漁村より都市部で開業する傾向が強かったのです^{注8)}。また、農山漁村の住民は収入も低く、医者がいっても医療費が払えないため、医者にかかることができない、という状況もありました。このため、農山漁村は、悪い衛生状態の下、死亡率が高く、トラホームや結核、寄生虫病がまん延していました。

（2）医療利用組合による取り組み

こうした農村等の状況に対し、政府が取り組んだのが（3）で説明する国民健康保険制度ですが、それとは異なる動きとして、民間レベルで、医師および医療機関と確保、そして医療費の軽減という2つの目的で進められた取り組みの代表的なものが、医療利用組合でした。産業組合法に基づき、組合員の出資によって医療利用組合をつくり、その組合が病院を設置し、組合員に低い負担で医療を提供しようとする取り組みは、当初は村単位で小さく、その数もわずかなものでしたが、昭和3（1928）に、数町村または郡以上を単位とする広区域組合が青森県に設立されたことを契機に、東北地方を中心に10数府県に広がりました。このような医療利用組合の活動は、所管省庁である農林省からも注目され、「農村保健運動の施設」として位置づけられるようになりました^{注8)-注10)}。

これらの医療利用組合は、戦時中は国策に協力する「農業会」に改組されますが、第二次世界大戦後の昭和22（1947）年に行われた産業組合法の廃止および農業協同組合法の制定により、農業会の病院は、新たに設立された厚生農業協同組合連合会（厚生連）の病院として運営されるようになり、今日に至っています^{注11)}。

（3）国民健康保険

1) 制定当初の制度

こうした農村の窮乏を救済し、農民の医療費負担を軽減するための方策として、内務省社会局は、市町村区域を単位とする医療保険制度を

検討し、昭和12（1937）年に国民健康保険法案を国会に提出しました。この法案は、昭和13（1938）年に可決・成立し、実施されました。

この時代に実施された国民健康保険制度は、市町村区域を単位とする医療保険制度という意味では、現在の制度と同じですが、その内容については、かなり違いがあります。その違いに注目しながら、当時の制度を以下に説明します。

ア 法律制定時の制度—任意制度方式

○市町村の住民（町村部の農民や、都市部の商工業者）は、次の2つの種類の組合のいずれかを設立して、これを保険者として国民健康保険を運営することができる、とされました。あくまで「できる」であって、設立してもしなくてもよく、また、組合が設立された市町村に住んでいても加入しなくてもよいのです（任意）。

- ・同一市町村内の世帯主を組合員とする「普通国民健康保険組合」
- ・同一事業又は同種の業務に従事する者を組合員とする「特別国民健康保険組合」

○給付の種類や範囲、保険料の額や徴収方法等も、組合が自主的に規約で定める仕組みとなっていました。

○こうした任意の制度とした理由は、強制はわが国の農村事情には合致せず、組合は、あくまで「相互扶助及び隣保共済」の精神によりにより設立運営されることが適切であるから、とされています^{注12-注14)}。

イ 現在の制度—強制加入方式

○保険者と被保険者は以下のとおりであり、一定の要件に該当すれば必ず加入する強制加入の仕組みです。

保険者	被保険者
市町村	その市町村に住所を持つ者（強制加入）。 次の者を除く。 ・健康保険や共済組合等の被用者保険の加入者（被保険者とその家族） ・後期高齢者医療制度被保険者（75歳以上の者） ・生活保護受給世帯の者
国民健康保険組合	同種の事業や業務に従事する者である組合員及びその家族

○給付の種類および水準、保険料の設定・徴収方法等は法律で規定されています。

2) 実施状況

国民健康保険法は、ここまで触れたように、厳しい状況にある農民の救済法として制定され

た法律ですが、同時に、昭和13（1938）年という時代を反映して、農民救済を通じて健康な兵力を確保し「挙国統後の護」を図るという戦時立法の性格も合わせ持っていました。

この後、戦時体制が強化されていくと、国民健康保険も国家統制色が強くなり、昭和17（1942）年には地方長官が必要と認めた時には組合を強制的に設立させることができるとの改正が行われる等、国の主導で国民健康保険組合の普及促進が図られました。その結果、昭和17（1942）～18（1943）年頃には、町村部では約98%、全体でも95%の市町村で組合が設立されていました。

これだけ見ると、この時代に国民皆保険がほとんど達成されたのかとも思えますが、決して国民皆保険の実質が備わっていたわけではなく、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、運営の実態を見ると、保険給付事業ではなく、保健婦等による保健事業が中心の組合が少なくなかったとされています^{注15)}。

注1) 吉原健二・和田勝（2008）：30-31.

注2) 同上（2008）：36-37.

注3) 同上（2008）：45.

注4) 同上（2008）：44-51.

注5) 同上（2008）：56-63.

注6) 同上（2008）：68-71.

注7) 菅谷章（1976）：196.

注8) 猪狩周平（2010）：147-153.

注9) 菅谷章（1976）：209.

注10) 国民健康保険法の検討にあたって、医療利用組合との調整が大きな議論となりましたが、結局、一定の要件を備えた医療利用組合については、国民健康保険の代行を認めることとされました。

注11) 福永肇（2014）：260.

注12) 吉原健二・和田勝（2008）：76-77.

注13) 島崎謙治（2012）は、国民健康保険が任意設立主義を採用した理由について、その制定に直接関わった川村秀文氏の回想録を引用して、考察しています。この川村氏の回想録の引用部分は、制度創設時の政府の考え方をわかりやすく表現していますので、少し長いですが、ここで引用します。

「当時監査課付事務官であった私はある日清水規画課長に呼ばれて上司からの命令で強力な農村匡救対策を考えなければならぬのだが、農民に対する健康保険のような仕組が考えられないか君一つ研究してみてくれ給えという指示があった。（中略）

当時欧米諸国の制度は何れも労働保険であって、日本のような自小作農の形態による小規模農業の国にとってはお手本にならない

のでどうしても独自の方法を創作しなければならぬ。いろいろ考えた揚句日本の農村には家族制度及び封建制度の産物である郷土的団結が未だに強く従ってそこには隣保相扶の美風が伝わっている。この郷土的団結を基盤とする一定地域を劃して国及び地方公共団体の指導監督の下に地域疾病金庫を作らせるということは十分考えられることではなからうか、この仕組でゆけばある程度逆選択の弊も防げるし又費用の負担の問題も当時戸数割（住民税）というものがあつたからこれを基礎とすることによって応能負担の実行も可能であらう。

給付の範囲とか程度については地方の経済力と関れんする問題であり又将来国がどの位の金をこの事業に注ぎ込むかということとも関係があるし、取りあえずは組合に自主的に決めさせるということにするのがよいであらう一というようなことで一応の構想ができ上がったのである。

この構想によって農山漁村民は救われるであろうがこの方式を大都市にあてはめることは相当困難が予想される。しかし都市にも小規模の自営商工業者、一人親方のような人々あるいは自由業に従事する人々などで健康保険の恩恵を受けえない人々が無数にいる。どうせ新しい制度を作るならば農民ばかりでなくこのような都市の中産以下の大衆をも掬いあげて総国民的な医療保険にしたいものだと考えていろいろ思案の結果考え出したのが職能別に保険の組織をつくるという構想であつてこれを特別国民保険組合と名づけた。（中略）

注14) 島崎謙治（2012）は、国民健康保険制度が、創設にこぎつけることができた理由として、次の点を挙げている。

①「ムラ」（村落共同体）という強固な共同体が存在し、社会自体と保険集団の設定（括り方）が一致していたこと。

②被保険者管理及び保険料の賦課・徴収を的確に行うベースとして、昭和4（1929）年の寄留法（現在の住民基本台帳法の前身）制定により住所・居所を管理する仕組みが存在していたこと、および保険料の賦課徴収に当たって、市町村税制を援用できたこと。

③国民健康保険と競合する既存の民間制度があまりなかったこと（調整を必要としたのは医療利用組合ぐらいであった）。

注15) 島崎謙治（2012）：99-100.

参考文献

- 厚生省医務局「医政百年史」、1976：ぎょうせい。
 菅谷章「日本医療制度史」、1976：原書房。
 吉原健二・和田勝「日本医療保険制度史 増補改訂版」、2008：東洋経済新報社。
 猪狩周平「病院の世紀の理論」、2010：有斐閣。
 島崎謙治「日本の医療 制度と政策」、2011：東京大学出版会。
 福永肇「日本病院史」、2014年：ピラールプレス。
 島崎謙治「国民皆保険とその前史の成立過程に関する覚書」、青山法学論集第53巻第4号（2012）：87-116.