

日本の国民皆保険の実現プロセスと 開発途上国への政策的示唆

島 崎 謙 治

I. 緒言—本稿の目的—

日本の医療制度のパフォーマンスは国際的に高く評価されている。その大きな要因として、国民皆保険制度の下で、すべての国民が一定の負担で医療にアクセスできることが挙げられる。わが国が国民皆保険を達成したのは1961年のことであるが、それから半世紀という節目に当たる2011年9月、国際的に著名な医学雑誌である The Lancet は、Japan : Universal Health Care at 50 Years と題する特集を組んだ。そのこともあって、日本の国民皆保険に対する諸外国の関心が高まっている。その中にはユニバーサル・ヘルス・カバレッジ（あえて訳せば「医療の国民皆保障」あるいは「医療の国民皆適用」であるが、本稿ではこの言葉をそのまま使用する。国民皆保険との異同については後述する）を目指す開発途上国も含まれる。たとえば、インドネシアは、個別の公的医療保険でカバーされているフォーマル・セクター（公務員、軍人、民間企業被用者など）に加え、強制適用の範囲をインフォーマル・セクター（農民、自営業者、無業者など）にも徐々に広げ、2019年1月1日までに国民皆保険を実現することを目指している⁽¹⁾。このため、日本の国民皆保険とりわけ国民健康保険の制度設計や実務運営に対する関心が高い。

一方、わが国の側でも、安倍政権の成長戦略の一環として、開発途上国に、医療に関するモノ（医療機器・医薬品、病院等）やヒト（人材）に加え、制度（国民皆保険）をパッケージで“輸出”するという議論がみられる。たとえば、外務省は「国際保健外交戦略」（2013年5月17日）を決定したが、その眼目は、次の開発課題の議論が本格化する「ポスト2015年」に向け、日本が開発途上国のユニバーサル・ヘルス・カバレッジの普及を主導することにある⁽²⁾。それは、安倍総理が自ら The Lancet（No. 9896. 2013年9月14日号）に論文を寄稿し、わが国の国民皆保険の成果について述べた上で、その普及を国際保健外交戦略に位置づける意義を強調していることからもうかがえる。

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現が開発途上国にとって重要な政策課題であることは間違いない。また、日本がそれに貢献することは新しいタイプの国際協力として高い意義がある。しかし、医療制度は政治・経済・文化・風土等の所産であり、国によってさまざまな形態をとる。さらに、一口に開発途上国といっても、国民の所得水準、経済成長率、人口構造、産業構造等は同じではない。疾病構造、公衆衛生の水準、医療資源の状況、政治体制や行財政制度なども異なる。こうした事情を踏まえずに日本の国民皆保険制度を“輸出”しても、「木に竹を接ぐ」結果を招きかねない。したがって、各国の医療制度の構造やその基底をなす社会経済条件等を丹念に分析することが必要であるが、行うべきことがもう1つある。それは、開発途上国が抱える課題を踏まえ

-
- (1) インドネシアでは、2004年に制定された「国家社会保障制度に関する法律」（SJSN 法）に基づき社会保障制度の一元化が指向されており、2011年には「社会保障実施機関に関する法律」（BPJS 法）が制定され、2014年1月に国民皆保険を達成することが目指されていた。しかし、全国をカバーする単一の保険者（BPJS health）は設立されたものの、インフォーマル・セクターの適用の立ち遅れ等の事情から、2013年1月の大統領令により実質的に5年延期されている（筆者が2013年11月に行った現地調査において確認した）。なお、インフォーマル・セクターの範囲の取り方は論者によって異なるが、本稿では農民や自営業者など被用者以外の者を指す概念として用いる。
- (2) また、「健康・医療戦略」（2013年6月14日。関係9大臣申合せ）でも、医療の国際展開に当たって、医療機器・医薬品の輸出だけでなく、医療保険制度を含めその基盤となるインフラを一体的に“輸出”するという考え方が読みとれる。

た上で、日本の国民皆保険の実現プロセスを分析し政策的示唆を導出する作業である。

たとえば、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現は、わが国のように社会保険方式で行うことが必須なわけではない。英国や北欧諸国のように、公的セクターが租税財源を基に直接供給する方式（いわゆる「税方式」）もありうる⁽³⁾。しかも、社会保険方式の制度設計や実務運用は簡単ではない。保険という手法を採る以上、被保険者を特定し保険料を徴収することはゆるがせにできないからである。実際、国民皆保険を目指す開発途上国にとって最大の課題は、インフォーマル・セクターの被保険者管理と保険料の賦課・徴収である。それならば、日本はなぜ社会保険方式を選択したのか、それが可能であったのはなぜか、ということが開発途上国にとって関心事項となろう。また、仮に国民全員を形式的に保険でカバーしても、医療サービスの提供が不十分（いわゆる「保険あって医療なし」の状態）であれば、国民皆保険は名ばかりのものとなる。その意味で、開発途上国が抱える深刻な問題は、都市部と農村・過疎地域の著しい医療供給体制の格差である。これはわが国が国民皆保険を達成する過程でも逢着した問題であるが、日本はそれにどのように対処したのかは貴重な政策的示唆を与えられると思われる。さらに、開発途上国の中には、富裕層は民間医療保険に加入し高いレベルの医療を享受しているが、それ以外の大多数の国民は初期医療さえ十分に受けられない国が少なくない。こうした国が国民皆保険の制度設計を行う場合、民間医療保険に加入している者を適用除外とするか否かという難題に直面する。日本では国民皆保険を実現する際、民間医療保険との競合問題は生じなかった。その理由を考察することは、開発途上国にとって重要な意義があるはずである⁽⁴⁾。

(3) さらにいえば、（その当否は別にして）両者の混合型もありうる。たとえば、タイは、フォーマル・セクターは社会保険方式、保険料の徴収が難しいインフォーマル・セクターは実質的に直接供給方式（税方式）である。

本稿の目的は、このような問題意識の下に、戦前からの前史を含め国民皆保険の実現に至るプロセスを分析し、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現に向けた開発途上国の取組みに関する政策的示唆について考察することにある。本稿の構成は次のとおりである。Ⅱ節では、先進諸国との比較を通じ、わが国の医療制度の特徴、日本の国民皆保険の構造および意義について述べる。この節はⅢ節以降の予備的考察に当たる。Ⅲ節では、戦前から1961年の国民皆保険の実現に至るプロセスの要点を押さえる。Ⅳ節では、日本の国民皆保険の実現プロセス全体を通観し、主要な論点を8つ取り上げ考察する。本節は本稿の中で最も重要な節である。Ⅴ節では、以上を踏まえ、開発途上国に対する政策的示唆をまとめる。最後のⅥ節は結語である。

なお、あらかじめお断りしておきたいことが2つある。1つは、既出論文との関係である。筆者は、①日本の国民皆保険の実現プロセス等について解説した論文(Shimazaki 2013)、②国民皆保険とその前史の成立過程に関する論文(島崎2012)を発表しており、本稿はこれらと重複する部分が少なくない。ただし、①は日本の医療制度に関し予備知識のない外国の医療政策担当者を対象に執筆したものであり、本稿(特にⅣ節)とは分析の内容・レベル等が異なっている。また、②は国民皆保険とその前史との関係の分析に主眼があり、問題意識や考察範囲は本稿とは異なる。2つ目は、本稿は開発途上国が抱える課題を網羅的に論じるものではないことである。本来、開発途上国のユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現に貢献するためには、各国の現状分析を通じ政策課題を抽出し、それと日本の国民皆保険の経験とをマッチングさせることが望ましい。しかし、筆者はインドネシアやタイに関しては現地調査を含め研究に着手しているものの、開発途上国全般の医療制度に通暁しているわけではない。その意味では本稿は研究途上の論稿にとどまるが、それでも文献調査によ

(4) 政策的示唆とは各国の政策に直接適用できるヒントを提示することに限らない。各国が抱える問題の所在等を明確化することも大切な政策的示唆である。

り開発途上国の多くが抱える重要な論点はカバーしたつもりである⁽⁵⁾。さらにいえば、国民皆保険の“輸出”という言葉が飛び交うわりに、そのコンテンツ（日本の国民皆保険の経験の何を伝えるか）の検証は十分行われていない⁽⁶⁾。そのような中で本稿は一定の意義を有すると思われる。

II. 日本の医療制度および国民皆保険の構造と意義

1. 日本の医療制度の特徴

社会保障の二本柱は年金制度と医療制度であるが、両者には大きな相違がある。年金制度は世代内・世代間の所得移転というファイナンス（資金の調達・決済）だけの仕組みである。これに対し、医療制度では、医療費のファイナンスの前に医療サービスのデリバリー（サービスの提供）が存在する。このため、年金制度に比べ医療制度は各国の相違がはるかに強く現れる。

図表1は日本を含む先進6か国の医療制度を比較したものである。先進国の医療制度は3つに大別できる。1つ目は、社会保険方式により医療費のファイナンスを行うタイプであり、日本のほかドイツ、フランスがこれに該当する。2つ目は、公衆保健サービスと同じように、租税を財源として、国や自治体などの公的セクターが直接医療提供を行っているタイプである。英国やスウェーデンがこれに該当する⁽⁷⁾。3つ目は、医療費のリスク分散を基本的に民間保険で行うタイプである。その典型は米国であり、米国では、高齢者等を対象とす

(5) インドネシアおよびタイの現地調査を別にすれば、筆者が開発途上国の医療制度の現状と課題を認識するのに最も参考にした文献は、JICA・三菱UFJ リサーチ & コンサルティング（2012）および菅谷（2013）である。前者は、アジアの7国（インドネシア、タイ、フィリピン、ラオス、マレーシア、ベトナム、カンボジア）を取り上げ、社会経済状況等を含め丁寧な分析が行われている。また、後者はそれ以外のアセアン諸国も対象に分析した労作である。

(6) 本稿と問題意識が類似する先行研究としては医療経済研究機構（1997）が挙げられる。これは社会保障の発展段階論に関する興味深い指摘を含んでいるが、わが国の国民皆保険の実現プロセスに関する研究としては不十分である。一方、医療保険制度の歴史に関する先行研究は、横山・田多（1991）、佐口（1995）、中静（1998）、吉原・和田（2008）、新田（2009）をはじめ数多くあるが、開発途上国への政策的示唆の導出という観点から考察した著作は管見の限り見当たらない。

るメディケアおよび低所得者を対象とするメディケイド等を除き公的な医療費保障制度は存在しない。さらに、社会保険方式を採用している国であっても保険者の組成の仕方は異なる。たとえば、日本は職域保険（被用者保険）と地域保険（国民健康保険）の二本建てで国民皆保険を実現している。これに対し、ドイツの医療保険の保険者は基本的に職域をベースに組成されている。これはドイツの疾病保険法は1883年に労働立法として成立し、その後対象範囲を拡大してきたものの、今日でも労働者のための保険という性格が残存しているためである。また、フランスでは職域や業種ごとに多数の保険者が組成されており、こうした個別の保険者に属さない者は一般制度と呼ばれる職域保険に加入する⁽⁸⁾。

以上は医療のファイナンスに関する比較であるが、図表1ではデリバリーに関し病院の経営主体の比較も行っているので説明を加えておく。ヨーロッパ諸国では病院は公的性格の強いものとして生成した。このため、直接供給方式（税方式）を採っている国はもとより、社会保険方式を採用している国でも病院は公的セクター中心に運営されているのが通例である。これに対し日本では、①1874年に「医制」が制定され医療行政の基本方針が定められた際、自由開業医制が採られたこと、②医師が開設した診療所が病床を増やし病院となったものが多いこと、といった沿革的な理由により、病院の病床数の約7割は民間セクター（その多くは非営利の医療法人）で占められている⁽⁹⁾。つまり、ヨーロッパ諸国ではファイナンスもデリバリーも「公」中心であるのに対し、わが国は、医療のファイナンスは「公」、デリバリーは「民」という組合せとなっている。

(7) ちなみに、英国で第二次世界大戦後、国営によるNHS（National Health Service）が採用された理由について、片桐由喜は、「従来存在していた保険制度の欠陥及びそれに由来する不信任、戦後労働党政権による医療社会化構想等が考えられる」（片桐1993、75頁）と指摘している。

(8) 念のため付言すれば、ドイツやフランスでは退職者はそれまで属していた保険に引き続き加入するのが原則であり、日本の後期高齢者医療制度のような制度は存在しない。

(9) ちなみに、欧米諸国の病院に比べ日本は小規模病院が多い（100床未満の病院が全病院の4割近くを占める）が、これもこのような沿革と関係する。なお、民間セクターといっても、日本では株式会社が医療機関を経営することは認められていない。医療法人も収益を医療事業への再投資や拡張に使うことはできるが、剰余金を配当することは医療法54条により禁じられている。

図表 1：主要先進国の医療制度の比較

	日本	ドイツ	フランス	イギリス	スウェーデン	アメリカ
供給	「民」中心 〔「公」の占める割合は約3割〕	「公」中心 〔「公」の占める割合は約9割〕	「公」中心 〔「公」の占める割合は約7割〕	ほぼすべて「公」	ほぼすべて「公」	「民」中心 (公の占める割合は約25%)
財政	「公」 (社会保険方式)	「公」 (社会保険方式)	「公」 (社会保険方式)	「公」 (いわゆる税方式)	「公」 (いわゆる税方式)	「民」 (メディケア・メディケイドを除く)
財政の	○国民皆保険 ○社会保険方式 ○「保険料」のほか「税」の割合も高い	○国民の9割が対象(自営業者・高収入被用者等は強制適用外) ○社会保険方式 ○原則として「保険料」	○国民皆保険 ○社会保険方式 ○保険料のほか税(一般社会拠出金)の割合が高い	○全国民を対象 ○直接供給方式(いわゆる税方式) ○財源は「税」	○全国民を対象 ○直接供給方式(いわゆる税方式) ○財源は「税」	○公的医療費保障は、高齢者・障害者、低所得者、児童のみ ○メディケアは社会保険方式 ○メディケイドは「税」により低所得者をカバー
制度設計	75歳 後期高齢者医療 国民健康保険 被用者保険	9割の国民を社会保険方式でカバー ※2009年1月から国民皆保険化(公的保険か民間保険に加入) 自営業者等は任意加入	自営業者保険 (公務員等の被用者保険(特別制度)) 民間セクターの被用者保険(一般制度)	税方式で国民全員をカバー	税方式で国民全員をカバー(県単位)	65歳 公的医療保険(メディケア) 民間保険に任意加入

(出典) 鳥崎 (2011) 23頁の表を簡略化 (一部改変)。

2. 日本の国民皆保険の構造

国民皆保険は一連の仕組みから成り立つ「構造物」である。その要点を現状(2013年度現在)に即しまとめると次のとおりである。

第1は、保険者および被保険者である。日本の医療保険制度は被用者保険と国民健康保険の2つに大別される⁽¹⁰⁾。被用者保険の保険者としては、大企業の被用者(被扶養者を含む。以下同じ)が加入する健康保険組合、中小企業の被用者が加入する全国健康保険協会(以下、「協会けんぽ」という)、公務員等が加入する各種の共済組合などがある。また、農業者、自営業者、無職者など被

用者保険の対象ではない者は、住所地の市町村が運営する国民健康保険に加入する。このように、日本の公的医療保険の保険者は分立しているが、重要な点は、すべての国民は職業形態等に応じいずれかの公的医療保険に強制加入することである⁽¹¹⁾。法律に即しより正確に言えば、すべての国民は住所地の国民健康保険に加入することとした上で、被用者保険に加入する者や生活保護受給者等は国民健康保険の適用を除外するという構成が採られている（国民健康保険法5条・6条参照）⁽¹²⁾。つまり、いったん国民全員に国民健康保険の「投網」をかけることによって、国民を漏れなくカバーするという“厳格な”ユニバーサル・ヘルス・カバレッジが実現されているのである。その意味で、国民健康保険の存在は国民皆保険の実効性を確保する上で決定的な役割を果たしており、日本の国民皆保険の最大の特徴であるといつてよい。

第2は、保険給付の内容および給付率である。日本では国民が通常必要とする医療サービスはすべて公的医療保険で給付される。給付率は原則として7割であり、かかった医療費の3割は被保険者（患者）が負担する⁽¹³⁾。ただし、定率負担は定額負担に比べコスト意識を喚起できるというメリットがある反面、

(10) 国民健康保険には同業の自営業者（例：医師）から成る国民健康保険組合もあるが、本稿では市町村を保険者とする国民健康保険のみを指すので留意されたい。なお、2008年度からは後期高齢者医療制度が発足し、75歳以上の者はそれまで加入していた医療保険制度を離脱し後期高齢者医療制度に加入する。したがって、正確に言えば、現行のわが国の国民皆保険制度は、75歳未満の者については被用者保険と国民健康保険の二本建て、75歳以上は独立型の後期高齢者医療制度、の3つで構成されていることになる。後期高齢者医療制度の概要や沿革について述べることは本稿の射程を超える。島崎（2011、286-300頁）を参照されたい。

(11) なお、保険料や一部負担金の支払い能力が乏しい生活保護の受給者については、国民健康保険の適用が除外され、生活保護法に基づく医療扶助の対象となるが、医療扶助の給付内容等は公的医療保険と同等である。

(12) 生活保護の受給者を国民健康保険の適用除外としている主な理由は、生活保護受給者は保険料の負担能力が乏しいこと、国民健康保険の財政が脆弱化すること、の2つである。

(13) ただし、沿革的な理由等により75歳以上の高齢者は原則1割負担（現役並み所得者は3割負担）である。なお、ヨーロッパ諸国に比べ日本の患者の一部負担の割合は高い。これは、①日本の医療のデリバリーは民間セクター中心であるため強制的な規制手法を採りにくいこと、②患者のフリーアクセスが尊重されており受診率（特に外来）が高いことから、医療費の支出を制御するには需要サイドのアプローチ（患者のコスト意識を高めること）も必要になるという制度的な理由がある。

医療費が高額に上ると家計の負担が過大になるという難点がある。このため、患者の一部負担には一定の上限（頭打ち）が設けられており、それを超えた額は保険者から償還される。

第3は、医療費の財源である。医療保険の財源は、①患者の一部負担、②保険料、③公費、の3つからなる⁽¹⁴⁾。①の患者の一部負担はいま述べたとおりである。②の保険料の賦課の仕組みは、被用者保険と国民健康保険で異なっている⁽¹⁵⁾。被用者保険の場合は、保険料は給与・賞与に保険者ごとに設定される保険料率を乗じて算定され、それを労使で折半する。国民健康保険の場合は、世帯ごとに応益割（世帯や被保険者数に応じた負担）と応能割（所得等の多寡に応じた負担）の組合せにより賦課される⁽¹⁶⁾。③の公費は各制度間の財政力の相違等を調整するために投入されるものである。したがって、健康で所得が高い者が比較的多く加入している健康保険組合や共済組合に対しては、公費負担は原則として行われない。これらに比べ財政力が弱い協会けんぽに対しては、保険給付費等の16.4%を国が補助している。また、国民健康保険は、加入者の平均年齢が高く1人当たり医療費が高いうえ、被保険者の所得水準は低く、（被用者保険と異なり）事業主負担もないことから、原則として保険給付費等の5割が公費（国庫負担41%、都道府県負担9%）で負担されている。

第4は、保険診療の仕組みである。被保険者が診療を受けた場合の保険給付の方法は、大別すると、償還払い方式と現物給付方式の2つがある。償還払い

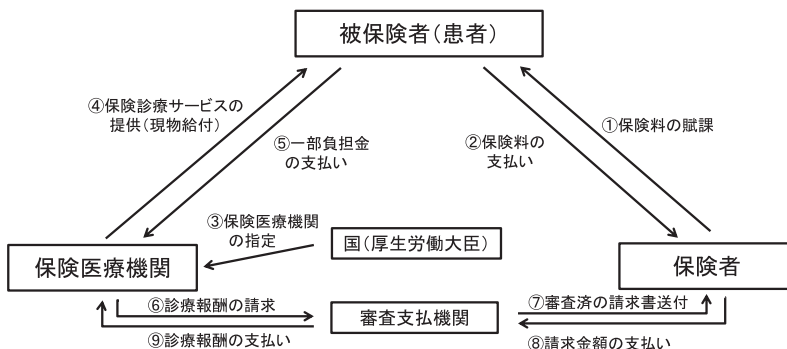
(14) 2010年度の日本の医療費の財源別内訳は、保険料が48.5%、公費が38.1%、患者の一部負担等が13.4%となっており、社会保険方式を採っている先進諸国に比べ公費のウェイトが高い。これは、日本の医療保険制度が被用者保険と国民健康保険の二本建てになっており、財政力の格差を調整するために公費が投入されているためである。こうした制度的な違いを無視し、単純に公費のウェイトの高低を論じることは適当ではない。

(15) これは、被用者と自営業者・農業者等では稼得形態の相違に加え所得捕捉率の相違があるためである。なお、被用者の判断基準としては、いわゆる「4分の3要件」（所定労働時間の4分の3以上労働するかどうか）が用いられている。以上につき詳しくは、島崎（2011、216-226頁）を参照されたい。

(16) なお、応益割と応能割の比率や賦課方法（例：所得以外に資産額を応能割の賦課対象にするかなど）は各保険者（市町村）によって異なっている。

方式は、患者が受診時に医療費全額を支払い、後日保険者に請求し払い戻し（保険給付）を受ける方法であり、フランスではこの方式が採られている。これに対し、現物給付方式は医療サービスそのものを現物で保険給付する方式であり、被保険者（患者）は医療機関で受診した際、一部負担の支払いだけですむ。被保険者（患者）の医療へのアクセスの確保という点では現物給付方式の方が優れており、日本の公的医療保険では1922年の健康保険法創設以来この方式が採られている⁽¹⁷⁾。現物給付方式による保険診療の仕組みは次のとおりである（図表2参照）。国（厚生労働大臣）は保険医療機関を指定する（図③）。医療機関は指定を受けないこともできるが、自由診療だけで経営を成り立たせることは現実には難しいため、ほぼ100%の医療機関が指定を受けている。保険医療機関は、被保険者（患者）が受診した場合、保険診療サービスを提供（現物給付）する（図④）、被保険者はかかった医療費の一定割合を保険医療機関に支払い（図⑤）、保険医療機関はその残部について審査支払機関を経由して保険者に請求する（図⑥）。審査支払機関はその内容を審査したうえで、保険者に対し所要の金額を請求・徴収し、保険医療機関に支払う（図⑦・⑧・⑨）。

図表2：保険診療の仕組み



(17) なお、ドイツは現物給付方式である。というより、日本が現物給付方式を採ったのは、1922年に健康保険法を制定した際、ドイツの疾病保険法に倣ったからである。

なお、診療報酬の算定は診療内容に応じ「診療報酬点数表」（一種の公定価格表）に基づき行われる。診療報酬の改定は2年に1度改定されるが、全体の改定率は物価・賃金の動向や医療機関の経営状況等を踏まえ予算編成過程において政府が決め、個々の点数は全体の改定幅に収まるよう中央社会保険医療協議会で審議し厚生労働大臣が告示する。

日本の国民皆保険の構造の要点は以上のとおりであるが、その特質をより明らかにするため、ドイツおよびフランスとの相違について付言しておく。特に重要なのは、①国民皆保険の仕組み方、②公的医療保険と民間保険との関係、の2点である。

まず①であるが、ドイツでは、公的医療保険の強制加入の対象は、被用者（高賃金の者を除く）のほか、農業従事者、職業訓練中の者、大学生、公的年金受給者等に限定されている（社会法典5編5条）。自営業者は公的保険の強制加入適用外であるだけでなく、一定の要件を満たさなければ公的医療保険に任意加入することもできない⁽¹⁸⁾。また、被用者であっても一定以上の賃金がある者は強制加入の適用外である⁽¹⁹⁾。ちなみに、ドイツでは2007年に「公的医療保険競争強化法」（GKV-WSG）が制定され「国民皆保険化」が進められたが、これは公的医療保険の強制適用者と適用除外者を区分する枠組みを変更するものではない。つまり、ドイツの「国民皆保険化」とは、民間医療保険の「受け皿」を用意する（民間保険会社に公的医療保険と同等の給付の引き受け義務を課す）ことにより、公的医療保険に加入できない者に救済の道を開くものであつ

(18) 「一定の要件」の代表例としては、「被保険者から除外される前の直近5年間のうち24ヶ月、または除外直前に継続して少なくとも12ヶ月間公的医療保険に加入していた者」（社会法典5編9条(1)1）が挙げられる。

(19) ただし、高賃金の公的医療保険の任意加入は認められる。なお、公的医療保険と民間医療保険の完全な自由選択を認めると、たとえば、若く健康なうちは民間保険に加入し、年をとってから公的保険に任意加入するという逆選択が生じ社会的公平に反する。このため、年金受給権者が公的医療保険に加入できるのは、初めて就業してから年金受給申請までの間の後半期のうち10分の9以上が公的医療保険の被保険者または家族被保険者であった者に限るといった制限が設けられている（社会法典5編5条(1)11等）。

て、日本の国民皆保険のスキームとは異質である⁽²⁰⁾。ドイツに比べフランスは、公的医療保険が「受け皿」になっているという意味では日本の国民皆保険に近い。すなわち、フランスでは職域や業種ごとに多数の保険者が組成されているが、そこから漏れる者が存在し医療の平等という観点から社会問題化した。このため、1999年に「普遍的医療給付制度」(CMU)が創設され、いかなる資格によっても公的医療保険に加入できない者(生活保護受給者を含む)に対し、職域保険である一般制度(日本の制度になぞらえれば、協会けんぽに相当する)に加入の途を開くことによって国民皆保険を達成した⁽²¹⁾。

次に②であるが、わが国では国民が必要とする医療は公的医療保険ですべてカバーされており、民間医療保険の役割は限定的である⁽²²⁾。重要な点は、単に医療費全体に占める民間医療保険のウェイトが低いだけでなく、民間医療保険は公的医療保険と代替関係あるいは相互補完関係にあるわけではないという制度的な位置づけである。一方、ドイツでは、公的医療保険の強制適用外の者が加入する民間医療保険は、公的医療保険と同等の内容をカバーする包括的な保険(いわゆる「完全保険」)であり、公的医療保険と代替的な関係に立つ。また、フランスでは共済組合や営利保険会社が運営する補足的医療保険が発達しており、今日では9割以上の国民が強制加入の公的医療保険に加え、共済組合や保険会社が運営する補足的医療保険に加入している。この補足的医療保険は公的医療保険の単なる「上乗せ」ではない。「普遍的医療制度」(CMU)が創設された際、基礎的CMUに加え補足的CMUが設けられた(つまり税財源を基に

(20) 「国民皆保険化」と書いたのは、厳密にはドイツが国民皆保険を達成したといえるかは疑問だと筆者は考えているからである。島崎(2011, 148-150頁)を参照されたい。なお、ドイツの「国民皆保険化」や民間医療保険の位置づけ等については、ドイツ医療保障制度に関する研究会編(2012)、土田(2009)、水島(2010)、松本(2012)を参照されたい。

(21) フランスの医療制度の概要については、差し当たり、フランス医療保障制度に関する研究会編(2013)および加藤・西田(2013, 3章フランス: 稲森公嘉執筆)を参照されたい。

(22) ただし、特に2001年7月にいわゆる「第三分野」への生命保険会社および損害保険会社の相互参入が解禁された以降、さまざまな商品が発売されている。それまでの規制の状況や商品開発の状況を含め、堀田(2006)を参照されたい。

低所得者は補足的医療保険に無拠出で加入できることになった）ことにみられるように、今日では、補足的医療保険は公的医療保険の一部を「代替」する性格を帯びている⁽²³⁾。

いずれにせよ、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジを実現する方法には社会保険方式と直接供給方式（租税方式）の2つがあるが、社会保険方式を採用している国でも、日本とドイツやフランスでは、国民皆保険の制度設計や基本構造は大きく異なっていることに留意する必要がある。

3. 日本の国民皆保険の意義

日本の国民皆保険の最も重要な意義は国民の生活の安定を支えていることにある。傷病は人生を営む上で最大のリスクの1つであるが、わが国では、大病や大怪我をしても一定の負担で必要な医療を受けられる。また、わが国では、仮に労働者が失業しても国民健康保険という「受け皿」があるため無保険状態に陥ることはない⁽²⁴⁾。ただし、日本の国民皆保険の意義はこうしたセーフティ・ネットとしての機能にとどまらない。医療政策の観点からは次の意義も重要である。

医療制度や医療政策のパフォーマンスの目標（評価基準）は、①医療の質、②医療へのアクセス、③医療のコスト、の3つである。わが国の医療制度は、①は先進国に比べ遜色はなく、②は優れており、③も先進国の中で比較的低い水準にある⁽²⁵⁾。しかし、考えてみれば、国民皆保険、現物給付、フリーアクセ

⁽²³⁾ 補足的医療保険については、その沿革を丹念に分析するとともに法的考察を加えた労作として笠木（2012）がある。本稿の補足的医療保険に関する記述はもっぱら同著に依拠していることを断っておく。なお、同著は、補足的医療保険は共済組合を中心に発展を遂げたという沿革があり、純然たる私保険とは異なるが、他方、今日においては、共済組合も営利保険会社と同一の市場で競争しEU法の文脈を含めほぼ同様の法規制の下に置かれていると指摘している。

⁽²⁴⁾ この有難味は米国と比較することにより理解できる。米国では企業が従業員に民間医療保険への加入の助成を行っている場合が少なくないが、これは失業すればその助成を受けられなくなるということでもある。米国の医療制度の特徴やオバマ大統領の医療制度改革の評価等については、島崎（2011、155-179頁）を参照されたい。

ス、出来高払いの診療報酬といった日本の特徴は、いずれも医療費を膨張させる要素である⁽²⁶⁾。しかも、わが国の医療のデリバリーは民間セクター中心であるため、強制的な統制は効きづらくファイナンスとの接合は難しいはずである。それにもかかわらず、なぜ医療費の制御が可能なのか。これは医療政策に関わる外国の行政官や研究者からしばしば尋ねられる質問であるが、その鍵は現物給付および診療報酬が“蝶つがい”の役割を果たしていることにある。すなわち、日本の医療機関は現物給付方式によって医療保険制度に組み込まれており、特に民間医療機関は経営原資のほぼすべてを診療報酬に依存している。このため、診療報酬の改定率を調整することにより医療費の総額を制御することが可能である。さらに、個々の診療報酬の点数や算定要件を変えることにより、医療機関の行動を政策誘導することもできる⁽²⁷⁾。そして、なぜこのような総医療費の制御や医療機関の政策誘導が実効性をもつのかといえば、国民皆保険の下ではほぼすべての医療機関が公的医療保険を取り扱っている（そうしなければ経営が成り立たない）からである。要するに、①日本の国民皆保険は（保険者は分立していても）保険給付および診療報酬は同一であり統合性が高く、②国民皆保険は狭義にはファイナンスの仕組みであるが、現物給付および診療報酬を媒介としてデリバリーと結合しており、③国民皆保険であるからこそ、診療報酬が医療費の制御やデリバリーの政策誘導ツールとして有効に機能している、のである。

(25) OECD Health Data 2013によれば、日本の2010年の医療費のGDP比は9.6%であり、2011年のOECD平均（9.3%）やスウェーデン（9.5%）を若干上回っているが、米国（17.7%）、フランス（11.6%）、ドイツ（11.3%）より低い。

(26) 日本の医療制度の特徴の1つとして出来高払いの診療報酬を挙げたが、DPCなど包括支払いが増えており、今日では出来高払いと包括支払いの混合方式という方が適切である。

(27) たとえば、1日当たりの入院の診療報酬の点数を入院日数に応じて逓減させれば、病院に対し、短期間に密度の高い医療を提供し患者を早期退院するインセンティブを与えることができる。ただし、筆者は診療報酬だけでデリバリーの政策誘導を行うことが適当だと考えているわけではない。島崎（2011、367-373頁）を参照されたい。

Ⅲ. 日本の国民皆保険の実現プロセス

日本の国民皆保険は白紙の状態から1961年に突然生まれたわけではない。1922年の健康保険法の制定から数えれば、国民皆保険の達成まで約40年の前史がある（図表3を参照）。本節では、時代を3つに分け国民皆保険に至るプロセスの概略を述べる⁽²⁸⁾。

1. 基盤形成期（1922年から1945年まで）

被用者保険と国民健康保険の二本建ての基本的な枠組みは第二次世界大戦前に形成された。すなわち、1922年に工場労働者等を対象に健康保険法が創設（施行は1927年）され、1938年には健康保険法の対象とならない農民や自営業者等を対象に国民健康保険法が制定されている。

健康保険法はドイツの疾病保険法をモデルとして制定された。このため、基本的な骨格（例：労働者の強制加入、賃金比例の保険料設定、現物給付原則の採用）はドイツの疾病保険法と同様である⁽²⁹⁾。この時期に健康保険法が制定されたのは、第一次大戦後の不況に伴い労働争議が頻発しており、労働者保護政策を講じることが喫緊の課題となったからである。この法律の適用対象者は制定当初は工場法・鉱業法が適用される労働者等に限定されていたが、その後適用範囲が拡大され、1939年には販売・金融等に従事す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た。そして、1942年には職員健康保険法は健康保険法に吸収され、民間被用者の健康保険法への一本化が図られた⁽³⁰⁾。医療

(28) 本節では歴史的事実を中心に述べ、考察は主に基本的にⅣ節で行う。また、国民皆保険に至るプロセスについては、島崎（2011）で詳細に述べており、本節はそれを簡略化したものであることを断っておく。

(29) ただし、日本は中小企業が多かったため、健康保険組合を作れない中小企業の労働者については国（政府）が保険者となったこと等の相違点がある。

(30) なお、公務員については共済組合でカバーされた。日本の場合、公務員の医療給付の内容等は民間企業の被用者と同じであり、戦前においても大きな格差があったわけではない。

図表3：国民皆保険の実現プロセス（略年表）

時代区分	主要な事項	時代背景
1. 基盤形成期 （1922年から1945年まで） 被用者保険と国民健康保険の二本建ての枠組みが形成された時期	1922年：健康保険法制定（工場労働者等が対象。施行は1927年） 1938年：厚生省が設置。国民健康保険制定（農民の困窮救済が主眼） 1939年：職員健康保険法制定 1942年：健康保険法改正（職員健康保険法を吸収） 1943年：95%の市町村で国民健康保険事業が実施	1918年 第一次世界大戦終結 1920年 東京株式市場の大暴落（戦後恐慌） 1929年 世界恐慌 1931年 大凶作 1937年 日中戦争に突入 1941年 太平洋戦争に突入 1945年 終戦
2. 復興・再建期 （1945年から1955年頃まで） 戦争による壊滅的打撃から医療保険制度の復興・再建が図られた時期	1948年：国民健康保険法改正（市町村公営主義の導入等） 1950年：社会保障制度審議会の勧告 1953年：国民健康保険の給付費に対する国庫補助制度の創設（1955年に法定化） 1955年：岩手県が国民健康保険の全県実施を達成	1946年 日本国憲法公布（翌年施行） 1950年 朝鮮戦争勃発 1952年 サンフランシスコ平和条約発効
3. 計画・実現期 （1955年頃から1961年まで） 国民皆保険が政治過程に上り、その実現に向けた計画や法案の策定を経て達成された時期	1956年：鳩山首相が施政方針演説の中で国民皆保険の実現を目指すことを表明 1957年：厚生省に国民皆保険推進本部が設置（全国普及4か年計画の推進） 1958年：国民健康保険法の全面改正法が成立 1961年：国民皆保険が達成	1955年 社会党 統一（右派と左派の統一） 1955年 自由民主党結成 1960年 日米新安全保障条約調印 1960年 国民所得倍増計画が公表

（出典）筆者作成

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が相当程度規定される。健康保険法制定の重要な意義は、日本の社会保障制度が社会保険方式を中心に組成される道筋をつけたことにある。本来社会保険になじみにくいインフォーマル・セクターを対象とする国民健康保険法が戦前に成立したのも、健康保険法が施行されていたことが大きな要因となっている。

外国のモデルがあった健康保険法と異なり、国民健康保険法は日本の独創で

ある。国民健康保険法は被用者保険の対象にならない自営業者等も対象としたが、立案者が特に念頭に置いていたのは農民であった。その背景には、医療施設や医師の偏在もあって農民の健康・衛生状態が劣悪であったことに加え、1929年の世界恐慌や1931年の大凶作の影響等により農家の困窮が深刻化し、治療費を支払えないため娘を身売りするなど悲惨な事態が生じていたという事情がある。

制定時の国民健康保険法では、保険者は市町村ではなく組合であり、組合の設立や住民の加入は任意であった⁽³¹⁾。また、給付内容や給付率は法定されておらず組合の自治に委ねることとされた。つまり、国民健康保険制度は非常に“緩やかな”な形でスタートした。このため、どの程度まで普及するのが危惧されたが、1942年には地方長官が必要ありと認めた場合は組合を強制設立させ得ること等を内容とする改正が行われ、1943年頃には95%の市町村で国民健康保険事業が実施された。ただし、これをもって戦前に国民皆保険がほぼ達成されたというのは過大評価である。なぜなら、医療給付の内容は貧弱で給付率も低い組合が多く、決して国民皆保険の実質が備わっていたわけではないからである⁽³²⁾。

とはいえ、法律の施行からわずか5年後に95%の市町村で国民健康保険事業が実施されたことは注目に値する。その要因としては、①戦時体制下で国は「健兵健民」（健康な兵員を確保するには国民の健康確保が重要である）政策を推進しており、その一環として国民健康保険事業を後押ししたこと、②マスコミや地方団体が国民健康保険事業を強く支持したこと、③特に農村部では共同体

(31) 正確に言えば、①組合は地域を単位とする普通国民健康保険組合、②自営業者を対象に事業の同一性に着目した特別国民健康保険組合（現在の国民健康保険組合の前身）の2つがあった。本稿では①のみを対象に論じており、国民健康保険組合という場合、②は含んでいないことに留意されたい。

(32) 実態は保健婦による保健活動中心の事業内容であった組合が多かった。その理由は、財源不足に加え、戦時体制下で多くの医師が軍医として徴用され医師の確保が困難だったからである。

意識が強固であったこと、④国民健康保険の構想を具体化するに当たり、全国12箇所でパイロットスタディを実施するなど丁寧な段取りを踏んだこと⁽³³⁾、⑤都市部に比べ農村部は医療機関や医師等が不足していたのは事実であるが、それでも農村医療運動等が展開されていたこと（Ⅳ節で述べる）、⑥国民健康保険の被保険者の管理や保険料を徴収するためのインフラが存在したこと（これもⅣ節で述べる）、⑦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こと⁽³⁴⁾、が挙げられる。

2. 復興・再建期（1945年から1955年頃まで）

第二次世界大戦の敗戦により、日本の医療保険制度は壊滅的な状態に陥った。医療資材の欠乏やインフレによる医療費の高騰等により、健康保険の事業運営は停滞を余儀なくされた。国民健康保険も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するに至った。このため、国民健康保険制度の再建を図るため、1948年に国民健康保険法の改正が行われた。この改正の要点は次の2つである。

第1に、国民健康保険の保険者は組合ではなく市町村に改められた。その理由は、①自治体が国民健康保険事業に直接関わることにより、国民健康保険の公共的性格を強化できること、②市町村は疾病予防・公衆衛生事業を担っており、こうした事業と国民健康保険事業を同時に行うことにより事務効率の向上が図られること、③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、国民健康保険の財政問題の緩和が期待できること、にあった⁽³⁵⁾。

第2に、市町村が条例を定め国民健康保険事業を実施する場合は、原則とし

⁽³³⁾ その経緯等については、川西（1948、6-7頁）を参照されたい。

⁽³⁴⁾ 健康保険制度の診療報酬の算定方式については、終戦前の数年の間に現在の原型が作られた（Ⅳ節で述べる）。ただし、国民健康保険の診療報酬の支払いはいは各保険者によって異なっており、必ずしも全国共通であったわけではない。

て住民は強制加入することとされた。つまり、各市町村が国民健康保険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。

国民健康保険事業の再建方策としてもう1つ重要なのは、国民健康保険に対する国の補助の導入・拡大である。具体的には、1953年に国民健康保険の給付費の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ったが、国民健康保険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1955年には国民健康保険法が改正され、国民健康保険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ないことが法律で明記された³⁶⁾。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民健康保険事業の推進に寄与した。

3. 計画・実現期（1955年頃から1961年まで）

1946年11月に公布された日本国憲法の下で、社会保障制度の確立は重要な政策課題となり、各種の審議会等から社会保障に関するさまざまな勧告や提言が行われた。たとえば、社会保障制度審議会は1950年に発表した勧告の中で国民皆保険の実現を提言している。しかし、国（厚生省）は、こうした勧告や提言をそれ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1955年頃からである。これには次のような背景がある。

³⁵⁾ なお、1951年に地方税法の改正により、国民健康保険の保険料は保険税として徴収することが認められた。これは、保険料だと住民から軽んじられ滞納が増えるため、税金（保険税）として徴収することを認めてほしいという保険者（市町村）からの要望に応えるための「便法」であった。島崎（2011，59頁）を参照されたい。

³⁶⁾ ちなみに、この補助金の金額は1956年度で64億円であり、同年度の国の一般会計予算額（1兆349億円）に占める割合は0.6%であるが、厚生省予算（903億円）に占める割合は約7%であり決して小さな金額ではなかった。

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」の状態にあり、国は生活保護などの救貧対策に忙殺されたが、1950年に勃発した朝鮮戦争による特需もあって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、この時代は、同時に「果して戦後は終わったか」（『昭和31年版厚生白書』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。たとえば、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（『昭和31年版厚生白書』170頁）、「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」（1956年の社会保障制度審議会の医療勧告の前文）状況にあった。また、国民健康保険事業を実施する市町村と未実施の市町村が混在する中で、国民の医療保障の機会が平等に保障されていないことに対する批判が高まった。

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。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が、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。こうした中で、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目玉となる政策（国民の関心が高く訴求力のある政策）を探しており、「皆保険の達成はその大きなアイテムだった」（幸田ほか2011、18頁：幸田正孝執筆）のである。

このような背景の下、自由民主党の鳩山一郎首相は、1956年1月の施政方針演説において、「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。そして1957年、厚生省は国民皆保険推進本部を設置し国民皆保険の実現に向けた体制整備を図り、翌年、国民皆保険を実施するための法案を国会に提出した。これは国民健康保険法の全部改正という形式をとっているが、実質的には新法というべきものである。その要点は次の

3つである。

第1に、すべての市町村に国民健康保険事業を1961年4月までに実施することを義務づけるとともに、国民は被用者保険の適用者等でない限り住所地の市町村の国民健康保険に強制加入することとされた。なお、小規模事業所の従業員を健康保険法の対象とするのか国民健康保険の対象とするのかは、国民皆保険の制度設計において難航した点であるが、結局、従業員5人未満の零細事業所の従業員は国民健康保険の対象とすることとされた⁽³⁷⁾。

第2に、国民健康保険事業に対する国の責務が明確にされた。たとえば、給付費に対する国の補助は国が義務として負担すべきこととされるとともに、補助（負担）率もそれまでの20%から25%に引き上げられた。なお、25%のうち20%分はどの市町村にも交付されるが、5%分は国がプールし市町村の財政力の高低等に応じ配分することとされた⁽³⁸⁾。

第3に、国民健康保険の給付内容が改善された。旧国民健康保険法では保険給付の範囲や給付率は各市町村の条例で決めることとされていたため、給付内容が健康保険に比べ著しく見劣りするものが少なくなかった。このため、新国民健康保険法では、保険給付の範囲は基本的に健康保険と同一にするとともに、給付率についても5割以上とすることが法定された⁽³⁹⁾。この法案は1958年末に可決成立した。短期間で全市町村の実施に漕ぎ着けられるか危惧されたが、結果的には1961年4月にすべての市町村が国民健康保険事業を実施した。かくして国民皆保険は実現された。

(37) 零細事業所の従業員を国民健康保険の適用としたのは、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のほか、事業所の改廃等を的確に把握・管理することが難しいからである（『昭和32年度厚生白書』96頁参照）。なお、1984年の健康保険法等の改正により、従業員が5人未満の事業所であっても法人形態の場合にはその従業員は被用者保険の適用対象とされ、1988年度までに段階的に適用拡大された。

(38) したがって、財政力が高い市町村は給付費の20%にとどまる一方、財政基盤が脆弱な市町村では給付費の25%を超える場合が生じる。換言すれば、5%分は市町村の財政力等の相違を調整するための交付金である。

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。新国保法の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、医療に関する国民皆保険については野党も賛成した⁽⁴⁰⁾。厚生省は実は当初は消極的であった。その理由は、①国民健康保険事業のてこ入れをしても十分普及が進まず、国民皆保険など実現するはずはないと考えていたこと、②小規模事業所の従業員の取扱い（健康保険法、国民健康保険のいずれで対応するか）など実務的に難しい問題があったこと、③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、が挙げられる⁽⁴¹⁾。これに対し、地方団体は国民皆保険を強く支持した。とりわけ市町村長など政治家を含め国民健康保険関係者の中には「国保マニア」と称される熱狂的な支持者がおり、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広げ厚生省の重い腰を上げさせた⁽⁴²⁾。そして、1957年以降は厚生省も国

(39) なお、保険料率の水準についても付言しておく。厚生省保険局『昭和37年国民健康保険実態調査報告』によれば、国民皆保険が達成された翌年度（1962年度。1961年度はデータがなく不詳であるため1962年度の数字を用いる）の国民健康保険の1世帯当たりの平均保険料額は4,800円、同年度の国民健康保険の1世帯当たりの平均所得（必要経費等控除後、税制上の基礎控除前の所得）は209,292円であり、平均保険料率は2.3%程度であったと考えられる。ちなみに、同年度の政府管掌健康保険の被保険者分の保険料率は3.15%（ $6.3\% \div 2$ ）であり、健康保険の保険料の賦課ベースが税制上の所得ではなく賃金であることも考えれば、国民健康保険の平均保険料率が約2.3%というのは低すぎるように思われるが、被用者保険の給付率の相違（この当時は被用者保険の被保険者本人の給付率は10割給付であったのに対し、国民健康保険は5割強であった）ことなどの理由により、単純には比較できない。

(40) あえて「医療に関する」と断った理由は、1961年に年金制度についても国民皆年金の実現をみたが、拠出制年金については、社会党や革新団体によって実施反対運動が展開され、制度が軌道にのるまで数年を要したからである。

(41) 小山（1985、276-277頁：伊部英男発言）、幸田ほか（2011、16-21頁）を参照。なお、伊部英男は1956年7月から1959年7月まで国民健康保険課長を務めており、その「証言」は国民皆保険の制定プロセスを論じる上で非常に重要である。また、幸田正孝は1954年に厚生省に入省し保険局に配属されたことから、当時の雰囲気を知る現存者の「証言」として貴重である。

(42) なお、「国保マニア」の実態等については、健康保険（2002年1月号、35頁：山本正淑発言）、伊部・早川（1992、104-106頁：伊部英男執筆）等を参照されたい。なお、後者は日本の国民皆保険に関するスタンフォード大学からの質問に対する伊部の回答として、山崎史郎の論文の末尾に掲載されているものである。

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。医師会もいろいろ注文はつけたが、強い反対はしなかった⁽⁴³⁾。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療専門学校を多数設けた。また、戦時中に戦地に徴用した医師が復員した。この結果、1954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状態であった⁽⁴⁴⁾。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、開業医の経営悪化を懸念し医療費を取りはぐれることのない国民皆保険を受け入れものと考えられる⁽⁴⁵⁾。

IV. 日本の国民皆保険の実現プロセスをめぐる論点と考察

国民皆保険の実現までの経緯は以上のとおりであるが、全体を通じ考察を加えておきたいことが8つある。

1. 日本が社会保険方式を採った理由

社会保険方式によりユニバーサル・ヘルス・カバレッジを実現することは簡単ではない。そのことは年金制度と比べることにより一層明確になる。英国やスウェーデンは医療に関して直接供給方式（税方式）を採っているが、両国は年金については社会保険方式を採用している。その他の先進国をみても、医療に関して直接供給方式を採る国は決して少なくないが、年金では社会保険方式を採用している国が圧倒的多数を占める⁽⁴⁶⁾。医療と年金でこうした違いが生ま

(43) 換言すれば、医師会は国民皆保険を受け入れる代わりに、プロフェッショナル・フリーダムの観点から制限診療の撤廃を強く要望するなど条件闘争路線を採った。

(44) 幸田ほか（2011、18頁）および『昭和31年度版厚生白書』124-127頁を参照されたい。なお、その後、医療需要が急増したこと等により、国は1980年代まで医師の養成数を増やす政策を採った。

(45) 新国民健康保険法案に対する日本医師会の態度および具体的指摘については、厚生省保険局国民健康保険課（1960、58-87頁）を参照されたい。

れる理由の1つは、年金と異なり医療はサービスのデリバリーを伴うからである。つまり、医療サービスを均霑化させる（地域間格差を是正する）とともに、デリバリーとファイナンスを結合させるには、デリバリーとファイナンスの双方を政府（あるいは公的セクター）が一体的に担うこととするのが、最も簡便な方法である。もう1つの理由は保障の内容の相違である。年金制度では保険料を一定期間拠出しなければ給付は一切行われない。こうした「割り切り」ができるのは、年金が所得保障の仕組みだからである。これに対し医療は人の生命・身体に直接関わるため、「国民皆」をカバーすべきという要請が年金より強く働く。簡単にいえば、保険料を納められない（あるいは納めていない）からといって傷病者（特に重病人）を放置できるかという問題に逢着する⁽⁴⁷⁾。こうした問題を回避しようとするならば、公衆衛生サービスと同じように、政府（あるいは公的セクター）が医療サービスを直接供給するほうがよいという考え方が登場しても不思議ではない。

それでは、このような難しさがありながら、なぜ日本は社会保険方式を採用したのだろうか。その理由としては、次の3つが挙げられる。1つは、自ら保険料を納めることにより将来のリスクに備えるという自立・自助の重要性である⁽⁴⁸⁾。日本は自由経済を標榜する国である。自由経済の基本は自立・自助であ

(46) 医療について社会保険方式を採用している国としては、オーストリア、オランダ、スイスなどがあり、直接供給方式（税方式）の国は、カナダ、オーストラリア、ニュージーランド、イタリア、デンマークなどがある。年金については、多くの国は社会保険方式を採用しており、デンマークやオーストラリアなど社会保険方式と社会扶助方式の併用型の国もあるが、年金について社会保険方式を一切用いない先進国はニュージーランドくらいしか見当たらない。

(47) わが国の現行の国民健康保険制度においても、保険料を滞納しているからといって直ちに保険給付を一切カットするという取扱いを行っているわけではない。滞納者には（有効期間が短い）短期被保険者の交付、特別な事情がないにもかかわらず長期にわたり保険料を滞納している者には被保険者資格証明書の交付が行われる。なお、後者の場合は、受診時にいったん全額を支払い、事後的に特別療養費として給付されることとなる。

(48) 個人の貯蓄や民間保険を「自助」、社会保険を「共助」、公的扶助や福祉制度を「公助」と対比して捉えるむきがあるが、これは社会保険に「自助」の要素があることを見逃しており適当ではない。比喩的にいえば、社会保険の片足は「自立・自助」に、もう一方の片足は「連帯・共助」に置かれている仕組みである。

り、医療制度の制度設計は、その基底をなす社会経済の基本原則とできる限り調和させておく方が望ましいという判断が働いた。2つ目は、社会保険では給付と負担が結びついているため財政の規律性が保たれることである。3つ目は、社会保険では保険料の拠出の見返りとして給付が行われるため権利性が強いことである。

強調すべきことは、制度の立案者はこのような社会保険方式の意義を十分理解していたことである。たとえば、健康保険法の立案に参画した熊谷憲一は、「社会保険の他の社会政策的施設（引用者注：「施設」は「施策」という意味である）と異なる点は災厄発生前に於て常に必ず一定範囲の被保険者を有し、此等の被保険者自ら常に保険費用に充つべき保険料を支払ふことは是である。即ち社会保険は単なる恩恵的の救済ではないのである。被保険者は保険者と対等の関係に於て保険給付を請求すべき権利を有するものである。是れ社会保険が自覚したる近代的社会思潮の産物であり、又此の如き思潮を包蔵する近代的社会に対して存在する所以と称することが出来る」（熊谷1926、3頁）と述べている。また、1938年に旧国民健康保険法が制定された際に厚生省保険院から出された「国民健康保険の要旨」では、「医療費の経済的重圧を除去する方策」をいくつか挙げた上で、傷病リスクの分散を図るには「共同の力と平素の用意」を本質とする社会保険によるしかない旨が述べられていた（国民健康保険協会1948、28-31頁を参照）。そして、戦後においても、1950年の社会保障制度審議会の勧告は、「社会保障の中心をなすものは自らをしてそれに必要な経費を拠出せしめるところの社会保険制度でなければならない」ことを強調している⁽⁴⁹⁾。さらに、憲法25条2項の社会保障の解釈として社会保険が強く意識されていたことも指摘しておきたい点である。「社会保障というのは、国民の生存権を主とし

(49) ちなみに、国家責任を重視する観点から、社会保険中心主義は社会保障からの後退であり、社会扶助と統合し包括的な社会保障制度の確立を目指すべきだという考え方があったが、1950年の社会保障制度審議会の勧告はその反論も行っている。

て社会保険の方式で確保せしめる場合であるといえよう」(法学協会1953, 492頁)という解説はその一例である。

いずれにせよ、日本が社会保険方式を採用したのは歴史の偶然ではない。制度の立案者は以上の社会保険方式の意義を理解した上で制度設計を行ってきたのである。

2. 被用者保険と国民健康保険の二本建ての理由

民間医療保険と異なり公的医療保険では「給付・反対給付均等原則」が成り立たず、健康な人から病気がちの人へ所得移転が行われる。また、保険料賦課に当たって負担応能を導入すれば、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もてる集団を単位に組成することが合理的である。わが国では、戦前に被用者保険と国民健康保険の二本建ての仕組みの骨格が形成されたが、被用者保険は「カイシャ」という共同体、国民健康保険は「ムラ」という共同体を基盤に成立したものである。では、国民皆保険の実現の企画段階ではどうか。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という議論が生じてでも不思議ではない。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建ての枠組みを維持した。その理由は4つあると考えられる。1つは、短期間で国民皆保険を達成するためには、既存の枠組みを大きく崩さない方が適当だからである。2つ目は、当時の日本は第一次産業のウェイトが高く、1958年度末の被用者保険の適用人口(約3,800万人)と国民健康保険の適用人口(約3,700万人)はほぼ拮抗していたことである。つまり、被用者保険、国民健康保険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。3つ目は、きめ細やかな健康管理、医療サービスの給付と負担を自律的な決定を尊重するという観点からは、ファイナンスだけの年金保険と異なり、医療保険の場合には保険者は大きければ大きいほどよい

とはいえないからである。4つ目は、稼得形態や所得捕捉率の相違である。つまり、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、被用者保険と国民健康保険を統合・一元化すると、かえって実質的な負担の不公平を招くという問題が生じるからである。ちなみに、第3番目と第4番目の理由は、今日でも被用者保険と国民健康保険の二本建てが維持されている主な理由でもある⁽⁵⁰⁾。

なお、「二本建て」あるいは（その対置概念である）「一元化」という言葉について付言しておく。制度の設計や評価に当たっては、概念を明確にしておく必要があるからである。既述したように、わが国が国民皆保険を達成した当時は被用者保険と国民健康保険の給付率は異なっていた。しかし、今日では給付内容だけでなく給付率も被用者保険と国民健康保険の間に差異はなく、「事実上一本の統一的体系である」（堤2013, 255頁）といって差し支えない⁽⁵¹⁾。一方、保険料の負担は一元化されていない。Ⅱ節で述べたように、被用者保険と国民健康保険では保険料の賦課ベースや算定方法が異なるからである。それでは、韓国のように、保険料の賦課ベースや算定方法が被用者とそれ以外では異なっているが、保険者は1つ（いわゆるシングル・ペイヤー）である場合はどうか⁽⁵²⁾。社会保険において保険料の賦課は最も本質的な部分である以上、保険者は単一であっても医療保険制度は一元化していないというべきである⁽⁵³⁾。

(50) 筆者は、所得捕捉率の相違の問題があること等から、被用者保険と国民健康保険を一元化することは現実的でなく適当でないと考えている。島崎（2011, 263頁）を参照。ただし、一元化を唱える論者は少なくない。たとえば、池上直己は都道府県単位での保険者の統合を主張している（池上2010, 156-159頁）。

(51) ただし、念のため付け加えれば、被用者保険の場合は傷病時の所得保障として傷病手当金が給付されるといった相違は存在する。

(52) 韓国では保険者を統合した際、保険料の賦課も統一することが検討されたが、所得捕捉率の相違の問題や事業主負担の問題をクリアできず、保険料の賦課は被用者とそれ以外は別体系で行われている。健康保険組合連合会（2003）を参照されたい。

(53) なお、誤解を招かないようにいえば、これは韓国が保険者を1つにしたことが無意味であるとか、韓国のITの医療分野の活用が日本に比べ進んでいることを評価しないという趣旨ではない。

3. 旧国民健康保険法と新国民健康保険法の関係

新国民健康保険法は旧国民健康保険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だろうか。これは国民皆保険の本質を考える上で重要な論点である。

戦前から国民皆保険の達成に至る歴史を振り返ると、敗戦による壊滅的打撃を挟みながらも、1つひとつの制度改正が積み重ねられ国民皆保険の実現に結実したようにみえる。実際、(その実質はともかく)新国民健康保険法制定の1年前の1957年時点において、全市町村の約3分の2が国民健康保険事業を実施していた(全国国民健康保険団体中央会1958, 492頁)⁵⁴⁾。仮にこのような基盤がなければ、1961年に国民皆保険が実現できたとは考えにくい。また、旧国保法制定時において、内務省社会局は逆選択を避けるためには強制加入制を採るべき旨を主張していた(国民健康保険協会1948, 38-40頁)。その意味では、約20年の歳月を経て旧国民健康保険の立案者が想定していた姿になったと考えることもあながち間違いとはいえない。しかし、筆者は、新国民健康保険法の制定によって国民健康保険制度はやはり質的に変わったと評価すべきだと考えている。その理由は次のとおりである。

第1は、保険設立を強制せず加入を促進することと国民すべてを公的保険制度の「網の目」にかけることとの間には、思想的な懸隔が存在することである。これは保険料の負担能力が乏しい低所得者の取扱いに象徴的に現れる。旧国民健康保険法の下では国民健康保険事業の実施は任意であった。それならば、低所得者の取扱いも各保険者の自治(裁量)に委ねるという対応は可能である。というより、法制的にはそうする方がむしろ自然である。しかし、国民皆保険を実現するとなれば事情は異なる。国民全員をカバーするという命題に正面か

54) なお、1955年に岩手県が全県実施(県内の全市町村が国民健康保険事業を実施すること)を実現したのを皮切りに、1958年中に47都道府県中7県が全県実施を達成していた(厚生省保険局国民健康保険課1989, 55頁)。

ら向き合い、これを制度的に解決することが迫られるからである。そして、わが国は、①全市町村に国民健康保険事業の実施を義務づけ、当該市町村に住所を有する者は国民健康保険に強制加入させた上で、②被用者保険の加入者は国民健康保険の適用除外とするとともに、③保険料の負担能力が乏しい生活保護受給者も国民健康保険の適用除外とし、④生活保護受給者ではない低所得者には、(国民皆保険達成後のことではあるが)保険料軽減制度を設ける、という政策選択を行った。これは寄木細工のような微妙なバランスのとり方であるが、事実として確認しておきたいことは、新国民健康保険法の立案者は、相反する要請(「国民皆」をカバーするという要請と社会「保険」主義を維持するという要請)の狭間で苦しみながら、ぎりぎりの政策選択に辿り着いたということである。

第2は、旧国民健康保険法と新国民健康保険法の法律的な性格の相違である。旧国民健康保険法は組織法の色が濃い。すなわち、組合が国民健康保険事業を行うか否かは任意であり、給付内容や給付率等は組合の自治に委ねられていた。このため、旧国民健康保険法では組合設立や運営に関する手続等に多くの条文が割かれていた⁵⁵⁾。これに対し、新国民健康保険法は健康保険法に準拠した実体的な規定が大半を占める。これは、国民皆保険と銘打つ以上、国民健康保険の給付内容等が被用者保険に比べ著しく劣後することは許されず、一定の保障水準を保障するためには、法律上、保険給付の内容・範囲や給付割合等について規定する必要があるからである。具体的にいえば、新国民健康保険法では、療養の給付の範囲について健康保険法と基本的に同様にするとともに(新国民健康保険法制定時の36条)、給付割合は最低でも5割給付とすることが明定された(新国民健康保険法制定時の42条および43条1項)。さらに、旧国民健康保険法は、1948年に市町村公営主義が採られた後も、国民健康保険事業

⁵⁵⁾ ちなみに、1948年に組合主義は市町村公営主義に移行したが、国民健康保険事業の実施は市町村の任意であったことから、この改正後も組織法の色が濃く残っていた。

の実施は市町村の固有事務であるという考え方が採られていたが、新国民健康保険法ではこれを改め、国民健康保険事業の実施に関する国の責務を規定し（4条）、市町村に団体委任するという考え方が採られた。さらに、国の財政上の責任についても、国庫負担規定を法律上盛り込んだ⁵⁶⁾。そして、法改正の形式も旧国民健康保険法の一部改正ではなく全部改正とされた。その理由は、解説書において、「旧法においては、国民健康保険事務を市町村の固有事務と考え、その事業実施についても、任意設立の建前をとっており、従って、社会保険の基本にふれる、保険給付、保険料および一部負担金等については、すべて、条例等に委任し、組合等の組織に関する規定がその主なもので、いわば組織法的性格を顕著にもっているので前記の諸点を改正するためには単なる一部改正では足りず、全面的改正をすることとなったのである」（厚生省保険局国民健康保険課1960、52頁）と述べられているとおりである。

以上をまとめていえば、国民皆保険はその前史の存在なくして実現しえなかったことは間違いないが、新国民健康保険法は決して旧国民健康保険法の単純な延長線上にあるわけではない。両者の間には思想的な懸隔があり法律の規定内容も質的に異なっている。強調したいことは、公的医療保険の適用拡大を進めれば、その延長線上に100%の国民皆保険が実現するわけではないということである。

4. 国民皆保険における低所得者の取扱い

これまで述べたように、個人の意思や保険料負担能力にかかわらず「国民皆」を強制加入させることと「保険」原理を貫徹することは基本的には融合しない。実際、国民皆保険実現の前後にも、低所得者の取扱いをめぐるその「相

⁵⁶⁾ それまでは療養給付費の「10分の2以内の補助」であったのを「10分の2の国庫負担」に改めるとともに、これとは別に調整交付金制度を創設して療養給付費の5%に相当する補助を行うことを法律上規定した（新国民健康保険法制定時の70条、72条）。

剋」らしきものが窺える。

第1は、新国保法制定当時の「国民健康保険条例準則」（昭和34年1月27日保発5号）では、「貧困のため市町村民税（特別区民税）を免除されている者及びその者の世帯に属する者」は適用除外する旨の規定（5条1号）が設けられていたことである。その理由について、解説書では、「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）を貫ぬくことも、また問題である」（厚生省保険局国民健康保険課1960，209頁）と説明されている。旧国民健康保険法が念頭に置いていたのは中産階級以下で救護法等の対象にならない農民であり、同法施行規則で「貧困の為法令に依る救護を受ける者」は強制加入の対象外とされていた⁵⁷⁾。そして、1948年に市町村公営主義が採られ公共的性格が強化された後も、法律上「特別の事由ある者にして条例を以て定むるもの」（旧国保法8条ノ14第1項3号）については適用除外とされ、貧困のため地方税の免除を受ける者やその世帯員については、「実際上も殆ど例外なく除外しているのが実態」（小山1953，235頁）であった⁵⁸⁾。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、当然のことながら、それでは国民皆保険は達せられない。このため、前述した条例準則の貧困者適用除外規定は削除されたが、その改正通知（昭和36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直前のことであった。

第2は、現行の国民健康保険制度では低所得者の場合は所得水準に応じて応益割の一部（最高は7割）が軽減される仕組みが設けられているが、新国民健康保険法制定時にはこの保険料軽減制度は存在しなかったことである⁵⁹⁾。ちなみに、保険料軽減制度は、市町村から低所得者の負担が過重であるとの批判が

⁵⁷⁾ ただし、実際はこの適用除外は形骸化していたと推測される。島崎（2012，100頁）を参照されたい。

⁵⁸⁾ もっとも、「旧法のもとでは医療扶助を受けている者については被保険者としていた保険者が多かった」（厚生省保険局国民健康保険課1960，189頁）といった記述がみられる文献もあり、低所得者や生活保護受給者に関する国民皆保険前の取扱いの実態については必ずしも判然としない。

相次ぎ、国民皆保険達成後の1963年度に創設されたものである⁽⁶⁰⁾。それでは、なぜ新国保法制定時に保険料軽減制度は設けられなかったのか。これについて記した公式文書は見当たらないが、おそらくそれは第1で述べた理由と同じである。すなわち、国民健康保険も保険制度である以上、低所得者といえども（応能割はともかく）応益割の部分は負担すべきだという考え方があったからだと考えられる。

第3は、生活保護法の被保護者の取扱いである。新国民健康保険法では、生活保護の受給者は原則として国民健康保険の適用対象外とされた。その理由について、解説書では、①被保護者は保険料の負担能力がないから国民健康保険の対象とすることは適当でないこと、②被保護者が医療を必要とするときは生活保護法の医療扶助を受けることができるから国民健康保険の被保険者とする実益がないこと、の2つが挙げられている（厚生省保険局国民健康保険課編1972、213頁）。もっとも、新国民健康保険法が制定された当初は、生活保護法の被保護者も生活保護移行3か月間は国民健康保険の対象とされていた。これは国民皆保険の理念に「引っ張られている」とみることができる⁽⁶¹⁾。しかし、この取扱いは、資格の得喪・認定をめぐる事務の煩雑や国保財政の悪化等を理由に、1963年の国民健康保険法の改正により、生活保護の受給時点で国民健康保険の適用除外となるよう改正が行われた（厚生省保険局国民健康保険課編1972、97頁を参照）。

要するに、国民皆保険の実現前後（1958年頃から1963年頃まで）、低所得者

(59) 現行の保険料軽減制度については、国民健康保険法施行令29条の7、地方税法施行令56条の89を参照。なお、自然災害や事業倒産等の保険料賦課後の後発の事情による保険料の減免制度は、新国民健康保険法制定時にも設けられていた（国民健康保険法77条）。これと保険料賦課時における保険料軽減制度とは性格が異なることに留意されたい。

(60) 詳しい経緯については、厚生省保険局国民健康保険課（1989、104-106頁）を参照されたい。

(61) なお、新国民健康保険法制定時の考え方について、当時の解説書では、被保険者であった期間に納付した保険料が掛け捨てになることに対する配慮といった理由が挙げられているが（厚生省保険局国民健康保険課1960、189頁）、それだけの理由でこのような取扱いをしたとは考えにくい。

の取扱いをめぐる国（厚生省）の方針は揺れ動いたのである。これは、行政官の間でも皆保険の理念と保険原理の関係がうまく咀嚼されていなかった証左として興味深い。それはともかく、筆者が指摘したいことは、社会保険方式によりユニバーサル・ヘルス・カバレッジを実現する場合、保険料の拠出能力の乏しい低所得者の取扱いは、わが国においてもそれほどデリケートな問題であったということである。

5. 公的医療保険と民間医療保険の関係

国民皆保険の制度設計において、民間医療保険加入者を公的医療保険の適用除外とするか否かは難しい問題である。仮に適用除外とすると、①公的医療保険のファンドのプールが小さくなる、②富裕層が実質的に抜け落ちるため所得再配分の効果が小さくなる、③健康なうちは民間医療保険に加入し病気がちになると公的医療保険に加入するという「逆選択」が生じる、といった問題が起こる。一方、民間医療保険の加入者も適用除外しない（公的医療保険にも強制加入させる）という政策選択は、理論的には正しいが政治的には困難を伴う。保険会社の強硬な反対を招くだけでなく、保険料をいわば「二重払い」する結果となるため民間医療保険加入者も反発するからである。いずれにせよ、この問題は開発途上国が国民皆保険の制度設計をする場合の難題であるが、わが国では公的医療保険と民間医療保険の競合問題は生じなかった⁶²⁾。その理由としては、戦前から（給付内容等は不十分であったとはいえ）公的医療保険が一定程度普及し、民間医療保険が乗り出す前に市場を「先占」していたということが挙げられる。ただし、理由はそれだけではない。筆者は、新憲法の下で労働法制の整備の一環として1947年に労働災害補償保険法等が制定されたが、これ

⁶²⁾ 戦前のわが国でも、養老保険、死亡保険や徴兵保険等は存在し、簡易保険は被保険者のために健康相談等を行った。しかし、民間医療保険は未発達に終わった。わが国で民間医療保険商品が発売されるのは、国民皆保険後のことである。

に伴い行われた健康保険法の改正および「法人の代表者」の取扱いに関する解釈通知の発出が重要だと考えている。その意味は次のとおりである。

第1は、1947年の健康保険法の改正により、一定の報酬を超える職員も強制被保険者の対象としたことである。1922年に健康保険法が制定された際、1,200円を超える職員（以下、「高収入職員」という）は強制被保険者の範囲外とされた（制定当初の健康保険法13条参照）。その理由について、立案者の1人である熊谷憲一は、「1,200円以上の職員は比較的高級の職員にして生活上の余裕もあり又将来に備ふるの精神に富み且一般労働者に比し比較的負傷の危険も少きを以て本保険の必要なしと認めたるに依る」（熊谷1926, 110頁）との説明を行っている。これはドイツの疾病保険法における高賃金被用者の強制適用除外を想起させるが、いずれにせよ、わが国でも高収入職員は強制被保険者ではなかったのである⁶³⁾。しかし、1947年の健康保険法の改正に当たって、高収入職員の報酬限度額制限は撤廃され強制適用するよう改められた⁶⁴⁾。

第2は、労働災害補償保険法の制定に伴い業務上の傷病については健康保険法から除外されることとなったが、法人の代表者（会社の取締役等）の取扱いについて、健康保険法は労働災害補償保険法とは異なる解釈を採ったことである。労働災害補償保険法は労働基準法上の使用者の災害補償義務を代行するために設けられた法律であり、使用者である法人の代表者は労働災害補償保険法上の労働者には該当しない。問題は法人の代表者が健康保険法の「使用される者」に該当するか否かであるが、「健康保険法の適用については、法人から労

63) なお、国民健康保険の高所得者の取扱いについても触れておく。旧国民健康保険法では、「多額の収入ある者」等は加入の適用外とされたようにみえる（旧国民健康保険法施行規則70条）。しかし、これは「自ら加入せんとする者を拒む」趣旨ではなく、むしろ「進んで之に加入し全村共和の実を挙げんことを所期するものである」（清水1938, 83頁）と解説されており、実態上も高所得者は排除されていなかったと思われる。詳しくは、新田（2009, 95-100頁）を参照されたい。

64) より正確を期していえば、1922年に制定されたわが国の健康保険法では、報酬限度額制限があっ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の際、1,200円という限度額は1,800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。

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⁶⁵⁾。簡単にいえば、法人の代表者は労働災害補償保険法の対象にはならないが、健康保険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ったならば、法人の代表者らを対象とする民間医療保険の商品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。伊部英男も、国民皆保険に繋がる戦後の動きに関する記述の中で、「もし、重役や高所得者が健康保険の対象とならなければ、私保険の対象となったであろうから、私保険グループが国民皆保険の有力な反対者となった可能性がある」(伊部・早川1992, 104頁)と述べている。

いずれにせよ、以上の健康保険法の改正および解釈は、公的医療保険と民間医療保険の競合の芽を摘み取ったという意味で重要な意義があったと考えられる。

6. 経済成長と国民皆保険

国民皆保険を実現するための必要条件はいくつかあるが、その中でも経済成長はファンダメンタルな要因として非常に重要である。

図表4は、Maddison Project Databaseにより、1935年(旧国民健康保険の議論が本格化した頃)から1973年(第一次オイルショックが起きた年)までの日本の1人当たりGDP(1990年基準の国際ドル表示)の推移を表にしたものである⁶⁶⁾。これをみると、①1950年の1人当たりGDPはまだ1935年頃の水準より低く、1955年頃ようやく戦前のピーク時の水準近くまで回復したこと、②1955年頃から高度経済成長が始まり、国民皆保険が実現した1961年には4,400

⁶⁵⁾ なお、法人の代表者の健康保険法の被保険者資格の有無をめぐる争われた事案があるが、裁判所はこの通知の解釈を追認している(広島高岡山支判昭和38年9月23日高民集16巻7号514頁)。

ドルを越す水準に達したこと、③国民皆保険達成の前年の1960年に池田勇人首相は「国民所得倍增計画」（10年で1人当たり国民所得を倍増する計画）を打ち出したが、現実の経済成長は目覚ましく、2年ないし3年前倒しで計画が達成されたこと、がわかる。

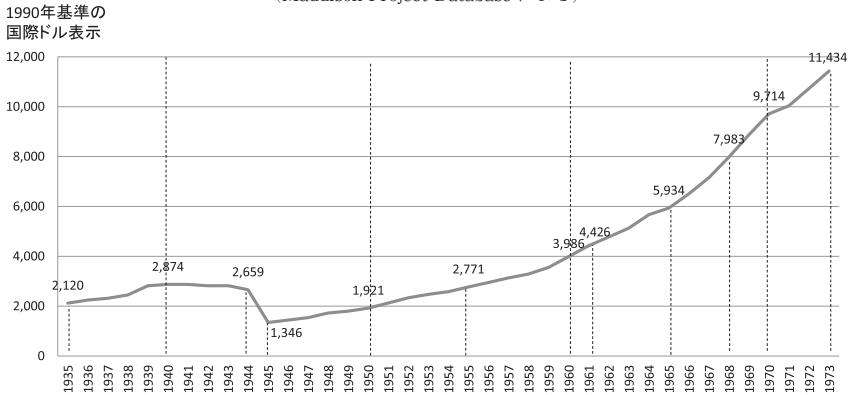
①および②は、国民皆保険の実現要因を考える上で重要な示唆を与える。社会保険は国民の所得水準がある程度のレベルに達しなければ成り立たない。国民が日々の生活に追われ保険料を拠出する余力がなければ、保険料を賦課しても現実には徴収できないからである。実際、日本でも国民皆保険の議論が現実味を帯び始めたのは、日本経済が「もはや戦後ではない」（『昭和31年度版経済白書』42頁）状態まで復興を遂げてからであるが、図表4はそのことを裏づけている。また、国民皆保険を実現するための新法が1958年に成立してから1961年まで、経済が順調に成長したことも、（完遂を危ぶむ声がありながら）無事国民皆保険が達成された背景として無視できない。なお、日本の1人当たりGDPは1945年の約1,300ドルから1961年には約4,400ドルまで増加しており、日本の終戦から国民皆保険達成に至る経済発展の道のりは低所得国から中所得国への道のりとほぼ一致するという見方でもできよう。

また、③は国民皆保険の定着・発展の大きな要因として重要である。1961年に国民皆保険が実現された後、給付率の引上げや制限診療の撤廃等が行われるとともに医療供給体制の拡充が図られるなど、国民皆保険はその実質が具備されていった⁶⁷⁾。反面、国民医療費は、1961年には5,130億円であったのが1973年

66) Maddison Project Database は、実質的な1人当たりGDPの長期にわたる経年変化や国際比較を行うことができるよう、各国の1人当たりGDPの推移を、1990年を基準として国際ドル表示したもの（それぞれの時代の各国通貨を購買力平価と物価変動率で1990年の国際ドルに換算したもの）である。

67) 給付率については、段階を経て1968年に国民健康保険の7割給付が実現されるとともに、高額療養費制度1975年に法定給付化された（健康保険はそれ以前の1973年に法定化）。また、1963年に、「結核の治療指針」が全面改正され、化学療法におけるストレプトマイシン等の三者併用の適用範囲の拡大、使用期間の延長等の大幅な規制緩和が図られるなど、1960年代に制限診療が概ね撤廃された。

図表 4：日本の 1 人当たり GDP の推移
(Maddison Project Database による)



(出典) Bolt, J. and J. L. van Zanden (2013). The First Update of the Maddison Project; Re-Estimating Growth Before 1820. Maddison Project Working Paper
Maddison Project Database (<http://www.ggdc.net/maddison/maddison-project/data.htm>)

には 3 兆 9,496 億円まで急増し、各医療保険制度は財政対策に追まわられることとなった⁽⁶⁸⁾。それでもそれが可能であったのは、この間の経済成長が目覚しかったからにほかならない⁽⁶⁹⁾。

なお、国民皆保険と高度経済成長の因果関係についても付言しておこう。国民皆保険が高度経済成長の 1 つの要因であったという見方がある。たしかに、国民皆保険は国民生活の安定を通じ経済成長を下支えしたという面がまったくないとはいえない。しかし、それを超えて国民皆保険が経済成長の要因だというのは、国民皆保険に対する過大評価というべきである。わが国の高度経済成

⁽⁶⁸⁾ 1961年から1978年までの国民医療費の年平均伸び率は19%である。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の伸びは顕著である。なお、この間に講じられた保険者の財政対策については、島崎 (2011, 63-66頁) を参照されたい。

⁽⁶⁹⁾ そのことは、皮肉なことに「福祉元年」といわれた1973年の10月に第一次オイルショックが起き、それ以降、医療保険制度は見直し基調に入ることが傍証になろう。

長の要因としては、ブレトンウッズ体制の下で固定相場制と自由貿易体制が維持されたという国際環境や、第一次ベビーブーム世代（1947年から1949年生まれ）がこの時期に生産年齢人口に移行するなど労働力の供給が潤沢であったことが重要だと思われる。いずれにせよ、国民皆保険と高度経済成長の関係は、前者が後者を促したのではなく、幸運なことに高度経済成長があったことが国民皆保険の実現・定着を促したと考えるべきである。

7. 医療供給体制と国民皆保険の関係

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの検討に当たっては、医療機関の適正配置や医師・看護師の養成など、医療サービスの供給体制の整備について十分な考慮を払う必要がある。これは直接供給方式（税方式）を採用の場合に限らない。社会保険方式による場合でも重要である。「保険あって医療なし」であれば保険料の拠出意欲を減退させ社会保険は成り立たないだけでなく、国民に医療へのアクセスを保障するという究極目的を達成することができないからである。医療供給体制をいかに構築するか（特に医師や医療機関の地域偏在の是正）は、わが国でも、国民皆保険を実現する上で大きな課題であった。ただし、2つのことに留意する必要がある。1つは、Ⅲ節で述べたとおり、国民皆保険の議論が起こり始めた当時、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マクロ的には医師はむしろ過剰状態であったことである。2つ目は、医療機関の大きな地域偏在が存在したことは事実であるが、現在に比べ地域間格差が極端に顕著であったわけではないことである。たとえば、『昭和32年度版厚生白書』は「昭和31年末現在で、人口万当り病床数（全病院）を都道府県別に見ると、最低（大分県の40.0）は最高の（岡山県の89.0）の半分に満たない」（121頁）と記されている。しかし、単純に計算すれば、この乖離幅は2012年の病床（全病院）の都道府県格差（『2012年医療施設調査』によれば、人口1万人当り病床数は、最高の高知が248床、最低

の神奈川県が82床と3倍の乖離がある)に比べむしろ小さい。その要因としては次の3点が挙げられる。

第1は、日清・日露戦争後から貧困が社会問題化したことを背景に、貧困者の救療を目的とする病院や診療所が現れ始めたことである。具体的にいえば、1877年の西南戦争を機に創設された博愛社は1887年に日本赤十字社と改名され、1904年以降相次いで各府県に支部病院を設立し、1911年に下賜金等を基に設立された恩賜財団済生会も全国に病院や診療所を設置した。また、同年には一般庶民を対象に低廉な診療費で治療に当たる実費診療所も登場し、大正時代に入り全国に開設する動きが進んだ。

第2は、産業組合法に基づく産業組合(厚生農業協同組合の前身)が医療社会化運動や農村医療事業を展開していたことである。これは1919年に島根県青原村で医療事業を行ったのを先駆けとするものであるが、医療利用組合は1932年に産業組合法の改正により農林大臣の所管となり、農村等における医療普及施策の一環として医療過疎であった東北地方等を中心に発展を遂げた。この医療利用組合の事業の意義等について詳述する紙幅はないが、3つだけ述べておく。1つは、旧国民健康保険の制度要綱案の公表から法律の成立まで4年以上の年月を要したが、これは、医療利用組合に国民健康保険の代行を認めるか否かをめぐり、産業組合と医師会との間で大論争が巻き起こったからである。逆にいえば、その当時、医療利用組合は決して無視できない勢力となっていたことを意味する⁽⁷⁰⁾。2つ目は、医療利用組合の中には、広区域の医療を効率的に提供するため、基幹病院を中心に置きそれと診療所をネットワークで結ぶと

(70) 国民健康保険の代行問題に関する文献としては、全国厚生農業協同組合連合会(1968)、賀川・山崎(1936)、菅谷(1976)のほか、最近の労作として青木(2010a)および青木(2010b)を挙げておきたい。なお、国は産業組合の代行はあくまで例外規定であるとして、代行組合への国庫の事務費は普通の国民健康保険より低率にするといった「差別待遇」を行ったが、約3分の1の町村において代行組合が設置されていた。しかし、戦時体制(国家統制)の強化に伴い、1943年に産業組合は解散し農業会に移行することとなり、農業会による代行は継続されたものの、戦況の悪化に伴い国民健康保険の事業運営自体が困難な状況に至った。

いった先駆的な事業展開を図るものが存在したことである⁽⁷¹⁾。3つ目は、医療利用組合は農林省の革新官僚が支援しただけでなく、複数の大学医局からも医師の派遣等が行われており、医療利用組合の医師のレベルは決して低くなかったとみられることである⁽⁷²⁾。

第3は、戦後、医療過疎地等に公立病院（国民健康保険直営施設を含む）の設置が進んだことである。日本の医療の供給体制は自由開業医制の下で民間セクター中心であることに特徴があるが、戦前の医療団創設から戦後の1950代前半までは、病院整備の軸足は、「民」ではなく「公」に置かれていた⁽⁷³⁾。たとえば、医療機関整備中央審議会が1950年2月に出した答申では、3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が、病院網の中核となるべき病院は公的な医療機関（特に都道府県立病院）が想定されていた。ただし、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、1948年に国民健康保険が市町村公営になったことや、1961年の国民皆保険を控え医療過疎地を中心に国民健康保険の直営診療施設の整備が進んだためである。つまり、医療過疎地の住民にとっては、「現実に医療サービスを受けられずメリットがないのに、なぜ保険料を納めなければならないのか」という批判が生じるため、市町村が僻地などに医療施設を設ける動きが進んだのである。実際、国民健康保険直営施設は1956年度末には、病院が442、診療所が2,732存在した（『昭和32年度版厚生白書』65頁）⁽⁷⁴⁾。注目に値するのは、国民健康保険直営施設の中には、

(71) 黒川（1939、164-169頁）のほか前田（2011）を参照されたい。

(72) 全国厚生農業協同組合連合会（1968、207-208頁）、黒川（1939、197頁）を参照。

(73) ただし、その後1960年初頭に「民」主体に舵が切られ、公立病院数は1963年をピークに以降減少傾向を辿ることになる。島崎（2011、77-78頁）参照。

(74) ちなみに、厚生省保険局『国民健康保険事業年報』によれば、1965年度においても、国民健康保険直営診療施設数は2,363（内訳は、病院541、有床診療所763、無床診療所735、出張診療所324）存在した。

保健師（当時は保健婦）による活動も盛んに行われ、医療のみならず保健・介護・福祉を一体的に提供する事業（今日という地域包括医療ケア）を展開したものが少なくないことである⁽⁷⁵⁾。

8. 国民皆保険の実務処理（オペレーション）の重要性

国民皆保険の設計に当たって給付内容や給付率だけに目が向きがちであるが、国民皆保険は、①被保険者の適用管理、②保険料の賦課・徴収、③保険給付の実施、④診療報酬の審査支払、から成る。また、机上で“美しい”制度設計をしても、それを動かす実務処理（オペレーション）ができなければ国民皆保険は機能しない。とくに重要なのは次の2点である。

第1は、被保険者の適用管理および保険料の賦課・徴収である。雇用（正確には「使用」）をベースに保険関係が成立する被用者保険と異なり、インフォーマル・セクターを対象とする地域保険（わが国でいえば国民健康保険）の場合には、保険関係の成立の根拠は「住所」（ある特定の場所に生活の本拠があること）しかない。逆にいえば、住所を適正に管理するシステムが存在しなければ、被保険者の管理や保険料の徴収はできず地域保険は成り立たない⁽⁷⁶⁾。また、被用者保険の場合は現に賃金所得が発生しており、事業主はそれを完全に捕捉しているため、賃金比例の保険料賦課の設計は容易にできる。これに対し、農民や個人事業者のフローの所得把握は難しい上、低所得者に対する保険料の軽減を含め適正な保険料設定をいかに行うかという難題がある。では、わが国はなぜ戦前に国民健康保険に事業が実施できたのかといえ、行財政制度がある程度整っていたからである。まず、住所管理であるが、日本では、1871年の壬

(75) 国民健康保険直営診療施設および保健婦活動の実態については、小山（1985、95頁：山本正淑発言）を参照されたい。

(76) さらにいえば、保険の給付と負担の単位（世帯単位か個人単位か）という問題もある。世帯単位を基本とすべきであるが、たとえば、出稼ぎ者の住所管理や仕送り等の所得捕捉は非常に難しい上に、医療サービスの受診地（出稼ぎ先）と住所地（出稼ぎ元）が異なるという問題が生じる。

申戸籍を嚆矢とし戸籍制度が整備されていた。もっとも、人口移動の増加に伴い戸籍は現実の居住関係を反映しなくなったため、戸籍とは別に居住関係の実態を把握する制度が必要になった。これが1929年に制定された寄留法に基づく寄留制度である。この制度の要点は、本籍に居住する者は居住登録としての性格を引き続き戸籍制度にもたせ、90日以上本籍を離脱する者とし寄留簿に登録させることにあった。要するに、旧国民健康保険法が制定された当時、戸籍と寄留簿を組み合わせることにより住所・居所を管理する仕組みが存在していた。そして、戦時体制の強化に伴い住所管理は徹底されることとなった。なぜなら、1940年前後から配給制度の実効性を確保する必要上、全国の市町村で（特段の法律の根拠を有するものではないが）「世帯台帳」が作られ、行政事務に利用されるようになったからである⁽⁷⁷⁾。次に保険料の賦課・徴収であるが、旧国民健康保険の保険料は「組合員の資力に応じて之を数階級に区分して賦課する」（清水1938、113頁）こととされていた⁽⁷⁸⁾。こうした応能割が可能であったのは、市町村税制（特に戸数割）を援用できたという事情がある⁽⁷⁹⁾。戸数割は、1926年の「地方税二関スル法律」等により市町村の独立税（特別税）として認められたものであるが、資力（原則として7割以上を納税義務者の所得額を基礎とし、そのほか住家面積等をも基礎として算定する）に応じて賦課するものであった。この戸数割が住民の租税負担能力をどの程度まで正確に反映したものであるかは疑わしいが、旧国民健康保険法の立案当時、曲がりなりにもこのような市町村税制が存在したことは重要である⁽⁸⁰⁾。

(77) ただし、この寄留制度は寄留届が励行されないなど必ずしも十分に機能していたわけではない。わが国における住所管理の変遷や実態等については島崎（1995）を参照されたい。

(78) なお、長瀬（1938）は保険料の算定方法等について具体例を挙げ詳細に述べており、当時のわが国の数理技官の水準の高さを窺わせる。

(79) 旧国民健康保険法の立案に携わった川村秀文は、その回顧録の中で、農村で国民健康保険事業のフィージビリティについて検討した際、「費用の負担の問題も当時戸数割（住民税）というものがあっ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ろう」（川村1974、239頁。傍点は引用者）と考えたと述べている。

第2は、診療報酬の設計および審査支払である。強調したいことが3つある。1つは、第二次世界大戦終戦前の数年の間に、今日に至る医療保険の実施組織の基礎が築かれたことである。たとえば、政管健保の診療報酬の支払いは人頭割団体請負方式が採られていたが、1943年からは、厚生大臣が定めた点数単価表により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。また、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が「療養担当規程」として告示された。さらに、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1950年に発足した「中央社会保険医療協議会」の原型である。2つ目は、1948年に診療報酬の審査支払機関が設けられたことである。終戦後、診療報酬の支払事務は再び医師会に戻されたが、GHQは医学職能団体であるべき医師会が支払事務を行うことに反対したため、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連合会が審査支払事務を行うこととなった。しかし、診療報酬の支払の大幅な遅延を招いたため、支払事務の円滑化を目的として、1948年に社会保険診療報酬支払基金が創設された⁽⁸¹⁾。3つ目は、1950年代に保険医療の実施機関に関する改正や診療報酬体系の整備が図られたことである。具体的には、診療報酬の受領等は個々の医師ではなく組織体としての医療機関が行うものであること、医師だけでなく医療機関の適正を確保する必要があることから、1957年の健康保険法改正および1958年の国民健康保険

(80) より正確に言えば、独立税として認められる以前も、1888年の市制・町村制により府県税戸数割に対する附加税（戸数割附加税）として市町村が徴収することは認められていた。なお、戸数割は実際のフローの所得を反映したものではなく、家の坪数や家格を勘案した「見立割」であり、戦後もしばらくそのような「見立割」が続いていたとみられる。『健康保険』2002年1月号、24頁（山本正淑発言）を参照されたい。

(81) 社会保険診療報酬支払基金はレセプトの審査も行っているが、「支払基金」という名称になっているのは、支払いの円滑化に主眼があったからである（社会保険診療報酬支払基金法1条の目的規定でも主従の書き分けがなされている）。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っているが、その理由は、その当時は国保の診療報酬の支払遅延がひどく、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、340頁）。

法の改正により保険医と保険医療機関の二重指定制が導入されるとともに、1958年に「保険医療機関及び保険医療費担当規則」が定められた。また、1950年に、診療報酬を物（医薬品など）と技術を分離し技術料を正当に評価すべきだという議論が始まり、1958年に新医療費体系が導入された⁸²⁾。この新医療費体系は、投薬の多い開業医の収入が減少することを懸念した日本医師会の反発もあって所期の目的を十分達成したとはいえないが、現行の診療報酬体系の基礎が作られたという意味では重要な意義がある。

以上、わが国の国民皆保険の実務処理（オペレーション）の沿革等について詳しく述べたが、これは開発途上国のユニバーサル・ヘルス・カバレッジに向けた取組みをみると、給付等の面に目が向き実務処理（オペレーション）を軽視するきらいがあるためである。

V. 開発途上国への政策的示唆

医療制度は政治・経済・歴史・文化・風土等の所産であり固有性が強く現れる。また、わが国が1961年に国民皆保険を達成できた要因の中には、日本の特殊事情に由来するものも少なくない。このため、わが国の経験を過度に一般化することは適當ではないが、それでも重要な政策的示唆が得られる。これについては、前節までの分析・考察の中でほぼ論じ尽くしたが、本節では、そのまとめとして、①日本が国民皆保険を実現できた要因、②ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの制度設計のポイント、の2つに分け簡潔に述べる。

1. 日本が国民皆保険を実現できた要因

国民皆保険を飛行機に喩えると、飛行機が空を飛ぶ（国民皆保険が実現する）ためには、①強力なエンジン（経済成長）、②広大な翼（連帯意識）、③有能な

⁸²⁾ 新医療費体系が生まれた経緯や評価については未解明な点が多いが、関係者の「証言」が記されている文献としては小山（1985、167-216頁）がある。

パイロット（リーダーシップ）、④優秀なメカニック（制度の設計管理者）、⑤長い滑走路（基盤的な制度や実績の積上げ）、が必要である。このうち①は前節で詳しく論じたので再述を避け、②から⑤について述べる。

第1は、連帯意識である。社会保険は民間保険と同じではない。社会政策的な観点から、社会保険の保険料は個々人のリスクと無関係に設定されるとともに、一般に応能負担が導入される。その結果、健康な人から病気がちな人へ、富裕な人から貧しい人へ、所得移転が行われる。このため、社会保険が成り立つには連帯意識が必要であるが、わが国は平等意識が非常に強い。実際、国民皆保険の実現を促した大きな要因は、医療における不平等は容認できないという世論であった。また、わが国ではカイシャやムラという共同体に対する帰属意識が強く、被用者保険は「カイシャ」という共同体、国民健康保険は「ムラ」という共同体を基盤として保険者が組成された。さらに、社会保険は貧富の差異が小さく中間所得層が分厚いほうが運営は行いやすいが、国民皆保険が実現・発展を遂げた日本社会はそうした条件に合致していた。

第2は、リーダーシップである。わが国で国民皆保険が構想された時期は、政治が戦後復興の「明るいシンボル」を求めており、その目玉の政策として国民皆保険の実現が打ち出された。また、地方自治体とりわけ市町村が国民皆保険を強く支持したことも重要である。市町村は保険者として財政責任を負うため国民皆保険に反対の立場を採ったと思われるがちであるが、事実はそうではない。市町村の首長や議員らは医療費の保障を求める住民の切実な声を無視できなかっただけでなく、国民健康保険事業を積極的に推進することは彼らの功績であると受け止められたからである。さらに、「国保マニア」と呼ばれる人々が国民健康保険刷新連盟を結成し、国民健康保険に対する国庫補助の増額や国民皆保険の早期実現を求め積極的な活動を展開した。

第3は、制度の設計管理である。国民皆保険は複雑な構造として成り立っており、緻密な制度設計や管理が求められる。先進国の制度の研究は有益である

が、自国の実情を十分踏まえずに移入すると「木に竹を接ぐ」結果を招きかねない。この点に関していえば、特に戦前の医療保険制度の立案過程から学ぶことが多い。たとえば、戦前の国民健康保険はわが国の独創であるが、その立案者は外国の制度を研究し社会保険の本質を十分咀嚼しつつ、わが国の実情に適合した制度を構想した。また、戦後、国民皆保険の実現が政治の俎上にのぼる中で、当時の厚生官僚は短期間で国民皆保険の構想を描き法律を立案した。なお、制度設計を企画する官庁や部局が分散すると、全体の整合性・統一性を欠いた制度になりかねない。日本でも官庁間あるいは官庁内の争いがなかったわけではないが、医療保険制度の設計の権限が一省庁（1938年以降は厚生省）に一元化されていたことは強調されてよい⁸³⁾。

第4は、基盤的な制度や実績の積上げである。国民皆保険の実現には長い歴史がある。特に、①戦前、被用者保険と国民健康保険の二本建ての体系が形成され一定の普及をみたこと、②戦争により医療保険制度は壊滅的打撃を受けるが、戦後間もない時期から再建に向け事業のテコ入れが行われたこと、③1955年に岩手県が国いち早く民健康保険の全県実施を実現したこと、④1958年度末に47都道府県中7県が全県実施を達成するとともに、被用者保険の適用者も合わせると新国民健康保険法の制定時点で国民の約7割は公的医療保険でカバーされていたこと、の4つが重要である。こうした積み重ねにより医療保険の市場を公的医療保険がいわば「先占」した。さらに、労働者災害補償保険法が制定された際、健康保険法上は法人の代表者も適用するという解釈を採ったこと等もあって、日本では民間医療保険との競合の調整という問題が生じなかった。なお、基盤的な制度や実績の積上げには、医療制度以外の行政制度や税制等のインフラも含まれる。これはインフォーマル・セクターの保険制度を仕組む場合に特に強調される。日本では戦前から住所管理や住民のフローの所得を

83) なお、同一官庁内の争いの典型例としては、旧国民健康保険の立案の際、強制加入の可否等をめぐって内務省社会局と衛生局の深刻な対立が挙げられる。川村（1974、242頁）を参照されたい。

把握する制度が存在した。また、一般的な周知活動（例：チラシの配布）だけでは医療保険制度は浸透・普及しない。日本では、行政関係者のほか医師や保健婦らが地域の有力者に働きかけ医療保険制度の意義等を説いて回るとともに、住民がいわば「制度の有難味」を実感できるよう地域に根差した医療活動・保健活動が展開された事例が数多くみられたことも特筆される⁽⁸⁴⁾。

2. ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの制度設計のポイント

ユニバーサル・ヘルス・カバレッジは緻密な制度設計が要求される。日本の経験を踏まえ、制度設計に当たりどのような点がポイントとなるのか述べる。

第1は、社会保険方式、直接供給方式（税方式）のいずれを選択するかということである。これは政策選択の大きな分岐点である。日本は戦前、ドイツをモデルとして労働者のための健康保険法を設け、そのいわば「農村版」として国民健康保険法を制定した。そして、この二本建ての枠組みに基にして、1961年に社会保険方式によるユニバーサル・ヘルス・カバレッジを実現した。注目されるのは、制度の立案者が社会保険方式の意義（自立・自助の重要性、給付と負担の規律性、保険料拠出と受給権が対応することによる権利性）を十分認識した上で、意図的に社会保険方式を採用・拡大したことである。ただし、各国の実状は様々であり、日本の経験がそのまま当てはまるわけではない。「政策選択の大きな分岐点」とはいつても、宗主国の影響等により既に直接供給方式（税方式）の路線が敷かれている国もあろう。また、社会保険方式の制度設計や運営は決して簡単ではないことも間違いない。とりわけインフォーマル・セクターに対する社会保険の適用は難しい。社会保険方式を採る場合は、低所得者に対する保険料の減額措置や地域の実情に合った医療・保健活動の展開など、きめ細やかな方策を講じる必要がある⁽⁸⁵⁾。なお、発展途上国の現状をみる

⁽⁸⁴⁾ 戦前の国民健康保険の医療・保健活動の実態等について、詳しくは国民健康保険協会（1948, 277-292頁）を参照されたい。

と、タイのように、フォーマル・セクターは社会保険方式、保険料の徴収が難しいインフォーマル・セクターは直接供給方式（税方式）という混合方式を採用している国もみられる。筆者は、こうした混合方式は、フォーマル・セクターとインフォーマル・セクターの対立・分断を招き国民的統合の理念に背馳するため、（過渡的な形態としてはやむをえないにせよ）本来は好ましくないと考えている。

第2は、社会保険方式を採用する場合のカバー率の目標設定である。Ⅱ節で述べたように、日本の国民皆保険は国民全員を漏れなくカバーする“厳格な”な仕組みである。「カバー率の目標設定」という意味は、①日本のように100%の厳格性・完璧性を追及するのか、②それとも大方の国民（たとえば80%ないし90%）がカバーされればよいとするのかということである。これは基本的には政策判断の問題であるが、そのいずれを採用のかによって制度設計が変わってくることに留意する必要がある。たとえば、②であれば任意加入とした上で加入を奨励していくという手法もあり得るが、①を実現するには強制加入は必須である。開発途上国の場合、まずできるところから制度をスタートさせ、段階的にカバー率を高めるという方法を採用する場合が多いと思われる。ただし、公的医療保険のPRを推進し適用を拡大していけば、その延長線上に100%の国民皆保険が実現するわけではない。このことは改めて強調しておきたい。

第3は、公的医療保険と民間医療保険の適用関係の整理である。Ⅳ節で述べたように、国民皆保険の制度設計に当たって、民間医療保険加入者を公的医療保険の適用除外とすると、公的医療保険のファンドのプールが小さくなるといった問題が生じる一方、民間医療保険加入者も適用除外しない（公的医療保険にも強制加入させる）という政策選択は、理論的には正しいが政治的には難

85) インフォーマル・セクターのフローの所得捕捉は簡単ではない。筆者は、保険料の水準が低い段階では、基本的にフラットな保険料とした上で、家屋の状況など外形的な基準により貧困層は減免することが現実的であると考えている。

しい。民間医療保険が市場を「先占」している後で公的医療保険が乗り出す（市場を「奪い返す」）ことは現実には難しいのである。また、一見些細にみえる政策判断がその後の状況を大きく左右する。したがって、問題が大きくなる前に公的医療保険と民間医療保険の適用関係の整理の方針を定めておくことが大切である。なお、既に民間医療保険が相当程度普及してしまっている場合の対応は難しいが、国民皆保険の国民的統合という理念・役割を重視すれば、やはり民間医療保険加入者も適用除外しない（公的医療保険に強制加入させる）という方針を基本に据えるべきだと思われる。

第4は、保険給付の範囲や給付率の設定である。ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの設計に当たり、①保険給付の範囲をどの程度広くとるか（例えば、先進的な医療も対象にするか）、②給付率（裏返せば患者の自己負担率）をどの程度とするかは難題である。給付範囲が狭く給付率も低ければ、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジは名ばかりのものとなるが、他方、「寛大」な給付設計を行うと保険財政の破綻を招く危険性がある。しかも、いったん設定した給付範囲や給付率を縮減することは政治的に難しい⁸⁶⁾。したがって、「発射台」はやや低めに設定し、経済成長の状況をみながら改善していく方が安全である。

第5は、制度の実務処理の実効性の確保である。国民皆保険は、①被保険者の適用管理、②保険料の設定、③保険料の徴収、④診療報酬の設定や審査支払など一連の仕組みからなる。制度設計に当たり実務処理は軽視されがちであるが、その一部でも支障を来せば全体が機能麻痺に陥る危険性が高いことに留意すべきである。たとえば、インフォーマル・セクターの被保険者管理や保険料徴収等が的確に実施できなければ保険制度は成り立たない。保険料の賦課（低所得者に対する減額賦課等の配慮を含む）が適正でなければ、実際には保険料は徴収できず強制加入は形骸化する。また、診療報酬の設計や審査支払の仕組み

⁸⁶⁾ 日本におけるその端的な例は老人医療費無料化である。島崎（2011、64-65頁、90-92頁）を参照されたい。

みも、医療費の適正な配分や医療機関の円滑な資金決済を確保する観点から非常に大切である。

第6は、医療のデリバリーとファイナンスの接合に関する設計である。ファイナンスだけの仕組みである年金制度と異なり、医療制度はサービスのデリバリーとファイナンスの2つからなる。したがって、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの検討に当たっては、医療サービスのデリバリー体制の構築（具体的にいえば、医療機関の適正配置や医療スタッフの計画的な養成をいかに行うか）を視野に入れ検討を行うことが必要である。これは直接供給方式（税方式）を採る場合に限らない。社会保険方式によるユニバーサル・ヘルス・カバレッジを目指す場合でも非常に重要である。「保険あって医療なし」であれば保険料の拠出意欲を減退させ社会保険は成り立たないだけでなく、国民に医療へのアクセスを保障するという国民皆保険の究極の目的を達成することができないからである。

VI. 結語

最後に3つ述べ本稿の結語としたい。

第1は、全体を通じた「教訓」である。わが国が国民皆保険を達成するまでの道のりは決して平坦であったわけではない。戦前の医療保険制度の立案者は、先進諸国の制度を研究し、その本質を咀嚼した上で日本の実情に適合した制度とするよう腐心した。戦争による医療保険制度の壊滅状態から再建を図る関係者の苦労は並々ならぬものがあった。1950年代半ば以降の国民皆保険の実現プロセスおよびその後の発展過程をみても、関係者は国民皆保険が形式にとどまることなく実質が具わるよう苦心惨憺した。日本の国民皆保険はこうした先人の努力と知恵の結晶である。個々の取組みの経験から得られる政策的示唆もさることながら、日本の国民皆保険の経験から得られる最も重要な「教訓」は、国民のために良い制度を創造しようとする意志と制度設計における熟慮の

重要性である。

第2は、本稿の“隠れた”意義である。本稿の緒言で、「国民皆保険の“輸出”という言葉が飛び交いながら、そのコンテンツ（日本の国民皆保険の経験の何を伝えるか）の検証が十分なされていない」と述べた。これは、わが国において国民皆保険が完全に定着していることと無縁ではないと思われる。つまり、国民皆保険達成から半世紀以上を経た今日、我々日本人にとって国民皆保険は空気や水のように当たり前の存在と化しているがゆえに、その本質や難しさが自覚できなくなっている。社会経済の変容が著しい中で、「国民皆保険の堅持」は容易なことではない。これを単なる政治的スローガンに終わらせないようにするためには、まず、堅持すべき対象である国民皆保険の本質を見極めるとともに、その難しさを再認識することが必要なのではあるまいか。そして、そのためには国民皆保険の実現プロセスを辿り、先人の選択を「追体験」することが有用である。その意味で、本稿は、開発途上国の関係者のみならず、我々日本人にとっても今日的な意義がある。

第3は、今後の研究課題である。本稿の冒頭で述べたように、開発途上国のユニバーサル・ヘルス・カバレッジの実現に日本が寄与するためには、各国の医療制度の実態、行財政制度や社会経済状況等を丁寧に分析し、それと日本の経験をマッチングさせる作業が不可欠である。筆者は、その手始めとして、国民皆保険の実現がタイムテーブルにのっているインドネシアを対象にその作業を行ってみたいと考えている⁸⁷⁾。また、韓国および台湾との比較研究も重要である。両国は日本の医療制度を徹底的に研究し1990年代に国民皆保険を実現したが、自国の実情を踏まえ必要な修正を施し独自の発展を遂げているからである。その導入・変容過程を分析することは、医療制度の普遍性・固有性を考察

⁸⁷⁾ 具体的には、JICAのプロジェクトとして、2014年5月にインドネシアの行政官10数名を日本に招き医療政策に関する研修を行うことが予定されているが、筆者はこの研修に全面的にかかわっている。実は本稿はその研修のベースを築くための論文でもある。

する上で学術的な意義があるだけでなく、わが国の国民皆保険制度に関心を寄せる開発途上国にとっても有益な政策的示唆を与えると考えられる。既に優れた先行研究があり、筆者も研究を始めているが、その成果の公表は他日を期したい。

参考文献

- 青木郁夫 (2010a) 「医療利用組合と国民健康保険・再考—国民健康保険事業代行をめぐる(上)」『日本医療経済学会会報』29巻1号, 41-73頁
- 青木郁夫 (2010b) 「医療利用組合と国民健康保険・再考—国民健康保険事業代行をめぐる(下)」『日本医療経済学会会報』29巻2号, 18-57頁
- 池上直己 (2010) 『ベーシック医療問題 (第4版)』日本経済新聞出版社
- 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
- 医療経済研究機構 (1997) 『社会保障の国際協力に関する調査研究報告書』医療経済研究機構
- 医療経済研究機構 (2011) 『国民皆保険オール・ヒストリー I (幸田正孝)』医療経済研究機構
- 賀川豊彦・山崎勉治 (1936) 『国民健康保険と産業組合』成美堂書店
- 笠木映里 (2008) 『公的医療保険の給付範囲—比較法を手がかりとした基礎的考察』有斐閣
- 笠木映里 (2012) 『社会保障と私保険—フランスの補足的医療保険』有斐閣
- 片桐由喜 (1993) 「イギリス国民保健制度の形成過程—国民保健サービス法 (1946年) を中心として—」『北海道大学大学院環境科学研究科邦文紀要』6号, 75-128頁
- 加藤智章・西田和弘編 (2013) 『世界の医療保障』法律文化社
- 川西實三 (1948) 「序に代えて国保生誕の恩人を想ふ」国民健康保険協会『国民健康保険小史』序文, 4-8頁
- 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, 238-244頁
- 川村秀文・石原武二・築誠 (1939) 『国民健康保険法詳解』巖松堂書店
- 熊谷憲一 (1926) 『健康保険法詳解』巖松堂書店
- 黒川泰一 (1939) 『保健政策と産業組合』三笠書房
- 健康保険組合連合会 (2003) 『韓国の医療保険制度についての研究報告書』健康保険組合連合会
- 厚生省 (1955) 『七人委員会の報告』厚生省
- 厚生省五十年史編集委員会 (1988) 『厚生省五十年史』厚生問題研究会
- 厚生省保険局国民健康保険課 (1960) 『詳解国民健康保険』国民健康保険調査会
- 厚生省保険局国民健康保険課 (1972) 『改訂詳解国民健康保険』国民健康保険調査会
- 厚生省保険局国民健康保険課 (1989) 『国民健康保険五十年史』ぎょうせい
- 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
- 幸田正孝ほか編著 (2011) 『日独社会保険政策の回顧と展望』法研
- 国民健康保険協会 (1948) 『国民健康保険小史』国民健康保険協会
- 小山進次郎編 (1953) 『社会保障関係法 (I)』日本評論新社
- 小山路男編著 (1985) 『戦後医療保障の証言』総合労働研究所
- 佐口卓 (1995) 『国民健康保険—形成と展開』光生館
- 島崎謙治 (1995) 「居住移動と社会保障 (上)」『千葉大学法学論集』9巻3号, 75-127頁
- 島崎謙治 (2011) 『日本の医療—制度と政策』東京大学出版会

- 島崎謙治（2012）「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53巻4号，87-116頁
- 清水玄（1938）『国民健康保険法』羽田書店
- 社会保険診療報酬支払基金（1958）『創設十周年誌』社会保険診療報酬支払基金
- 菅谷章（1976）『日本医療制度史』原書房
- 菅谷広宣（2013）『ASEAN 諸国の社会保障』日本評論社
- 全国厚生農業協同組合連合会（1968）『協同組合を中心とする日本農民医療運動史』全国農業協同組合連合会
- 全国国民健康保険団体中央会（1958）『国民健康保険二十年史』全国国民健康保険団体中央会
- 高岡裕之（2011）『総力戦体制と「福祉国家」—戦時日本「社会改革」構想』岩波書店
- 土田武史（2009）「ドイツの医療保険における『連帯と自己責任』の変容」健康保険組合連合会『ドイツの医療保険制度改革追跡調査報告書』64-89頁
- 堤修三（2013）「国民皆保険の構成と機能」『大阪大学大学院人間科学研究科紀要』39巻，253-275頁
- ドイツ医療保障制度に関する研究会編（2013）『ドイツ医療関連データ集（2012年版）』医療経済研究機構
- 中静未知（1998）『医療保険の行政と政治』吉川弘文館
- 長瀬恒蔵（1938）『国民健康保険組合設立と運営の実際』健康保険醫報社
- 新田秀樹（2009）『国民健康保険の保険者—制度創設から市町村公営までの制度論的考察—』信山社
- フランス医療保障制度に関する研究会編（2012）『フランス医療関連データ集（2011年版）』医療経済研究機構
- 法学協会（1953）『註解日本国憲法 上巻』有斐閣
- 堀田一吉編著（2006）『民間医療保険の戦略と課題』勁草書房
- 前田信雄（2011）「皆保険夜話—国保の来し方行く末（9）」『社会保険旬報』2470号，24-27頁
- 松本勝明（2012）「医療保険の公私関係—ドイツにおける変化と今後の方向—」『フィナンシャル・レビュー』111号，90-110頁
- 水島郁子（2010）「ドイツ社会保険法における民間医療保険」『阪大法学』60巻2号，293-320頁
- 安留孝子（2013）「インドネシアの医療保障制度と保健医療活動—その課題と日本への示唆—」『週刊社会保障』2720号，44-49頁
- 横山和彦・田多英範編（1991）『日本社会保障の歴史』学文社
- 吉原健二・和田勝（2008）『日本医療保険制度史（増補改訂版）』東洋経済新報社
- JICA・三菱UFJリサーチ＆コンサルティング（2012）『アジア地域 社会保障セクター基礎情報収集・確認調査報告書』JICA・三菱UFJリサーチ＆コンサルティング
- Shimazaki, Kenji (2013) The Path to Universal Health Coverage: Experiences and lessons from Japan for Policy Actions, JICA