

# 日本における医療保障の階層性

## —1950年代の医療給付の実態を中心として—

平 将 志

### Abstract

Japan achieved universal health insurance coverage in 1961 and is known to have “separated health insurance systems” as there are eight systems and many insurers. Previous studies have largely focused on the health insurance aspects; they have not fully considered the hierarchy of health care, which has been major issues in Japan since the 1950s. The paper explores this hierarchy, where hierarchy refers to differences in medical benefits between people covered by occupational health insurances and those covered by national health insurances, as well as between the insured and noninsured.

キーワード……医療保障の階層性 国民皆保険体制 医療給付

### はじめに

本稿の課題は、日本において医療保障の階層性が顕著にみられた1950年代を中心として検討することにある。周知のように、1950～1960年代は、日本において、国民皆保険・皆年金体制が形成される画期であった。このうち前者については職域保険と地域保険の「二本建て（二本立て）」による分立型医療保険制度を中核に据え、医療扶助などが補完することで、日本の医療保障—より具体的には医療費保障—は形成された。こうした体制が—給付率の変更や後期高齢者医療制度の制定などの動向があるが—今日に至るまで維持されている。

ここで研究史をみると、1950年代の医療保障に関する研究は、国民皆保険体制の形成と関連して、医療保険制度や医療扶助については研究蓄積がみられるが、その多くは制定過程や制度的な展開について検討したものが多<sup>1)</sup>。当該期には国民皆保険体制の形成などと関連して、医療保障には強い階層性がみられたが、階層性という観点からの考察は十分とはいえなかった。医療保障の階層性については、丸山眞男が早期から注目し、佐口卓は、医療保険制度の階層性について制度面に着目して特徴を抽出したが、医療給付の実態については検討されていない<sup>2)</sup>。1950年代の医療給付の実態について検討したものと、中村文子らの研究がある。中村文子は、各医療保険制度における医療給付の実態から各制度の特徴を解明したが、医療扶助や他公費負担医療制度は考察の対象としていない<sup>3)</sup>。公費負担医療制度については、1950年代に精神衛生法、結核予防法が制定されており、代表的な研究として武智秀之、後藤基行らの研究がある。ただし、武智らの研究は、医療保障の階層性の検討を目的としたものではない<sup>4)</sup>。公費負

担医療制度の運用には、自治体予算や国庫補助金などの問題から、都道府県、政令市ごとに相違がみられる。このことから医療保障には階層性が色濃くみられていたことがわかる。

近年、日本の医療保障は転換期を迎えている。2018年から都道府県が国民健康保険の財政運営に参画し、2019年には公的病院の再編に関する議論が行われているように、既存の医療供給体制のあり方についても変革を迫られている。このような動向は、少なからず1950年代の特徴を引き継いでおり、これからの医療保障を考えるためにも、当該期の医療保障の階層性については検討の余地があると考え。本稿では医療保障の階層性が顕著にみられた医療給付の実態について検討する。上記の課題を検討するために、1950~1960年までの期間を、疾病構造、国民皆保険体制の形成などを時期区分の指標として、1950~1955年、1956~1960年の2期に区分する。

## 1 医療保障と階層性

### 1-1 医療保障という概念

医療保障は、日本特有の概念とされ、通説的には1956年の社会保障制度審議会（以下、社保審）「医療保障制度に関する勧告」（以下、「医療保障勧告」）が端緒であるとされる<sup>5)</sup>。この勧告では「医療における機会の不均等」に注目し、「疾病が貧困の最大原因であることを思い、生命尊重の立場に立つならば、教育と並んで、医療の機会均等は最優先的に重視」すべきとした。社保審は、医療機関の偏在化や医療保険制度の拡充などを提起したが、医療保障の定義は明確にしていない<sup>6)</sup>。医療保障の定義には、いまだ通説となるものはないが、社会保障法学では医療供給体制（デリバリー）と医療費用の調達・決済（ファイナンス）という枠組みから捉える傾向がある<sup>7)</sup>。ただし、このような捉え方は、すでに佐口卓と近藤文二らの論争にみられていた。佐口は、「医療保障」を医療需要面のみならず、医療供給体制や公衆衛生などを含めた包括的医療（Comprehensive Medicine）と位置づけ、近藤は、佐口が述べる「医療保障」を「健康保障」と読みかえ、所得保障である「医療費保障」と峻別し、性格の違いを強調した<sup>8)</sup>。

筆者は、医療保障は医療費保障（医療需要面）と医療供給体制（医療供給面）から構成されると捉えるが、本稿では医療費保障に着目する<sup>9)</sup>。医療保障は、前述のように医療保険制度や医療扶助のみならず、特定の傷病に対する公費負担医療制度があり、このほかにも労働者災害補償保険法に規定される療養補償給付などもある。本稿では医療保険制度（健康保険、国民健康保険、日雇健康保険）のほか、結核予防法、医療扶助を対象とする。

### 1-2 日本における医療保障の階層性

日本における医療保障の階層性は、政治学の泰斗であった丸山眞男により、早期から注目されていた。丸山は、結核療養のために、1951年、1954年の2回にわたって国立療養所中野病院（以下、中野療養所）に入院しており、その体験をつぎのように纏めている。

戦後健康保険を中心とする社会保障が日本としては画期的に進展したにもかかわらず、今度はその社会保障の構造の内部での格差がますます甚しくなろうとしている。つまり社会保障の底辺をなす生活保護はもともと適用の 規 準 がほとんど非常識といつていほど過酷な上に、最近は一兆円予算のあふりを食って打切りが続出している（僕が今度療養所へ再入院し驚いたことは、僅か三年前とで、健保患者と生保患者との比率が完全に逆転していることであった）のに、他方いわゆる陽のあたる企業では私立大病院とタイアップしてどんどん専用ベッドを増し、スポーツ・極楽施設を強化し温泉地などに競って豪華な保養所を作っているのが現状である。国立療養所でさえも、患者の環境差の拡大からして、かつての「運命共同体」的要素はすでに著しく薄れているのが現状である。社会保障一般の貧しさは誰でもいうが、その内部での裾野と頂点のひらきと、その胎む重大な問題は比較的看過されているのではなかろうか<sup>10)</sup>。

丸山が、社会保障制度—具体的には医療保障—の「内部における階層性の存在」に着目した経緯は、2 回目の中野療養所の入院時に、日産系列の病院に一時入院した体験による。この病院では、「生保の患者」はみられず、入院患者の大半は、比較的軽傷な健康保険の被保険者であったという<sup>11)</sup>。丸山は、結核療養所では医療扶助受給者を主要層として病床不足が顕在化し、「適正化」が行われる一方で、大企業では直営医療機関や結核病床が確保されていた事実から、医療保障の階層性を発見した。このように丸山は、先駆的に医療保障の階層性を発見したが、医療給付の実態について分析は行っていない。

1950年、社保審は、「社会保障制度に関する勧告」（以下、「50年勧告」）を発表し、その総論では「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」とし、分立型の社会保険制度については「一元化」が望ましいとした。生活保護制度については、「社会保険制度の拡充に従って、この扶助制度は補完的の機能」<sup>12)</sup>を持たせることを提起している。「50年勧告」の主旨に沿えば、日本の医療保障は、医療保険制度を中核とし、医療扶助が補完的な役割を果たすものとみることができる。

ところで、医療保障には、医療保険制度（防貧機能）と医療扶助（救貧機能）間の階層性のみならず、各医療保険制度間にも階層性がみられた。佐口によれば、医療保険制度が「労働者階級に対応する階級性よりも、きわめて強い階層性によって位置づけられている」<sup>13)</sup>とし、具体的には、企業別（組管管掌）と規模別（政管健保）、産業別（船員保険）、階層別（日雇健保）および地域別（国保）という各階層について指摘している。ただし、佐口の論考は、制度面の階層性を指摘したものであり、医療保障体系や保険給付の実態については言及していない。医療保障には、医療保険制度と医療扶助のほか、結核予防法などの公費負担医療制度が創設されているため、医療保障の階層性は、一層の複雑性を帯びていた。本稿では各制度の医療に関する給付を医療給付とする<sup>14)</sup>。

## 2 結核対策と医療保障

### 2-1 結核死亡率の後退と結核病床の増設計画

まず、日本の疾病構造を俯瞰するために、主要死因別死亡率の年次推移を概観する。図1で特異な動きを示しているのは結核である。「国民病」であった結核は、1930~1950年間に於いて主要死因の筆頭であり、この動向は諸外国でも高い部類に属していた。1951年に脳血管疾患が死亡率の第1位に、1953年には悪性新生物が第2位になる一方で、結核や他感染症は後退の一途をたどった<sup>15)</sup>。とくに、結核死亡率の低下は、結核に関する総合対策が取り入れられたことによる<sup>16)</sup>。ただし、1953年、厚生省が実施した第1回結核実態調査によれば、結核患者は299万人、全人口の3.4%、123万人が要入院患者とされ、罹患予想者を含めると、553万人、6.4%に達すると推計された。結核自覚率は20%であり、地区別では結核患者は商業地区、とくに青壮年層に多い傾向があった。このため結核対策は喫緊の課題であった。1945年12月、結核療養所が、旧陸海軍病院などの移管により創設され、1947年7月から一般開放された。1951年、5ヶ年計画で結核病床を19万床とする計画を策定した。この計画は、都道府県や健保組合などに病床割当と国庫補助を行うものであったが、1954年には21万床まで増加した。結核療養所は1949年の141施設、4.5万床から1954年の183施設、6.4万床まで増加している<sup>17)</sup>。

### 2-2 分立型医療保険制度の形成

#### 2-2-1 職域保険—医療保険制度の「分立化」

日本のような後発資本主義国では、近代的な大企業や農業と在来産業などが併存しつつ、工業化が行われた。社会保険制度は、官公業や近代的な大企業（工場、鉱山）の共済組合に萌芽がみられ、ついで中小企業へ、さらに農漁村民へと段階的な適用拡大が行われた（図2）。この過程において「社会保険の階層性の問題、あるいは社会保障と労務管理との癒着といった問題」が生じた<sup>18)</sup>。日本の医療保険制度は、階級宥和を目的とする1922年の健康保険法（以下、健保法）の制定を嚆矢とし、健康保険組合（以下、健保組合）が管掌する組合管掌健康保険（以下、組合管掌）と、政府が管掌する政府管掌健康保険（以下、政管健保）から構成された<sup>19)</sup>。当初、健保法の適用事業は、工場法、鉱業法の適用事業所に限定されたが、1934年改正により、常時5人以上を雇用する一定の事業所に対しても適用拡大が行われた。1939年には船員、職員に対して、総合的保険制度である船員保険法と、職員健康保険法が制定されている。1942年、健保法は、職員健康保険法と統合が行われ、適用範囲の拡大と家族療養費の法定給付化が行われた。家族療養費の法定給付化によって、後述する「二重加入」が形成された<sup>20)</sup>。

敗戦後、健康保険の財政は物価高騰の影響から危機的状態となり、保険診療に対する差別診療が行われ、自費診療が活用された。組合管掌では預金封鎖の煽りをうけ、現金給付は「有名無実」となり、積立金や準備金も凍結を余儀なくされた。1947年には、労働者災害補償保険法（以下、労災保険法）が制定され、業務災害が健保法から移管されている。1948年から被保険

図1 主要死因別死亡率の年次推移

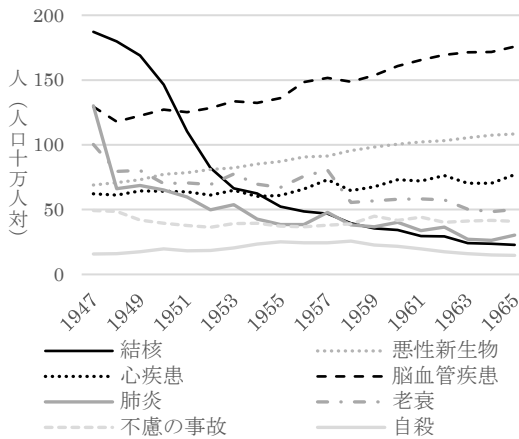
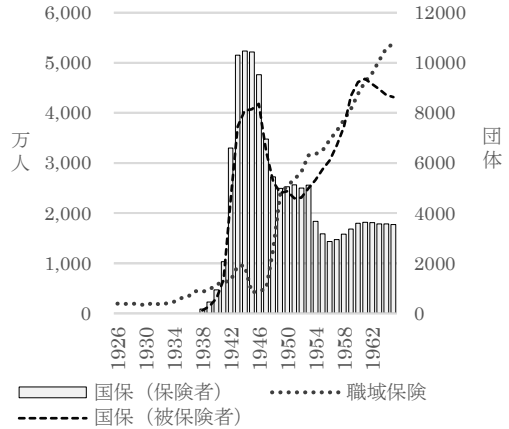


図2 医療保険制度加入者の年次推移



出所) 厚生省五十年史編集委員会『厚生省五十年史』  
資料編、1988、684~689頁。

出所) 厚生省五十年史編集委員会 前掲 1988、  
874、954~959頁。

者数が増加し、保険医療が定着したことから、受診率の上昇がみられた。1953年の健保法改正では適用事業所の範囲拡大、療養の給付期間の延長などが行われた。とくに給付期間の延長は、結核患者について、職域保険の「給付期間2年終了後を生活保護法によりカバーすることから出てくる問題」<sup>21)</sup>への対策が念頭におかれた。同年を境にして、政府健保、船員保険では財政赤字を計上した。そのため七人委員会が発足し、「七人委員会の報告」では赤字要因として受診率の上昇と抗生物質の使用頻度などを指摘していた<sup>22)</sup>。

ところで、日雇労働者などの不安定就労者は、国保被保険者を除けば、医療保険制度の埒外におかれた。1953年、政府は、健康保険適用事業所の日雇労働者に対して、日雇労働者健康保険法（以下、日雇健保）を制定したが、給付内容は他職域保険と比較して脆弱なものであった。そのため七人委員会は、特別健康保険を新設し、これに日雇健保を統合すべきであると提起した。日雇健保の創設と前後して、各種共済組合が新設されている。「50年勧告」では社会保険の「一元化」が主張されたが、これに反するかのように、1953年以降、私立学校教職員共済組合、市町村職員共済組合、公共団体職員共済組合が設立された。この結果、健康保険、日雇健保などの職域保険と、地域保険である国民健康保険による分立型医療保険制度が確立した。

### 2-2-2 国民健康保険—保険者による医療保障の多様性

1938年、「相扶共済」を理念に掲げた国民健康保険法（以下、国保法）は、農漁村民の医療対策を目的として制定された。国民健康保険（以下、国保）では保険者として、国民健康保険組合（以下、国保組合）と、同業種集団である特別組合が設けられた。総力戦下において、国保組合は「健兵健民政策」に組み込まれ、その性格を変容させた。1944年、被保険者数は4,048

万人に、保険者数は 10,474 団体に達し、「国民皆保険体制」を形成した。しかしながら、その実態は医師の応召などから形式的なものにとどまった<sup>23)</sup>。

敗戦後、国保ではインフレの昂進や戦時政策の一環と見做す傾向などから、国保組合では開休眠組合や開店休業状態などが続発した。1948 年の国保法改正により、「市町村公営原則」（任意設置・強制加入）が盛り込まれ、国保組合から市町村への公営移管が進展した。1949 年の被保険者数 2,405 万人、保険者数 4,987 団体を底にして、とくに被保険者数は、国民皆保険体制の形成まで増加の一途をたどった。国保の再開には「国保マニア」が原動力となった<sup>24)</sup>。「昭和の大合併」の影響をうけて、1956 年には保険者数は 2,870 団体まで減少したが、同一自治体内に国保実施・未実施地区を抱えたため、住民への医療保障の適用範囲には複雑性を帯びていた。国保では所得階層が低いため、財政運営の安定化が不可欠であった。受診率の上昇と保険給付費の増嵩により、1951 年、国民健康保険税（以下、保険税）が創設され、1953 年に助成交付金に加えられ、1955 年には療養給付費 2 割、事務費全額の国庫補助金が法定化された。

ところで、国保は、政管健保のような単一保険者ではなく、個別保険者の集合であるため、自治体間、同一自治体間の実施・未実施のみならず、給付内容や保険料（税）徴収にも相違があった<sup>25)</sup>。この理由として、国保法が「組織法的性格を多分」<sup>26)</sup>に有していたことにある。表 1 は、人口 10 万人以上都市の給付内容を示したものであるが、各保険者間に著しい相違がみられる。たとえば、山形市では給付期間を「転帰」<sup>27)</sup>までとしたが、給付制限が多い。その反面、1949 年に中都市初の国保を実施した新潟市では、給付内容が最も充実している。新潟市の国保運営には 2 つの特徴がある。まず、給付内容の充実のほか、運用当初から給付期間を「転帰」としたことである。この理由としてボーダーライン層、とりわけ結核対策が念頭にあり、職域保険を上回る給付期間を採用している<sup>28)</sup>。つぎに、「二重加入」を認めたことである。「二重加入」は、職域保険の被扶養者に対して、国保からも重複給付されることにより、「10 割給付」が行われることを示す。新潟県は「二重加入」が都道府県で最も多く、新潟市は最大規模を誇っていた。「二重加入」は医療費負担の軽減が行えるが、その反面、受診率の上昇を招き、保険財政の悪化を生じさせた<sup>29)</sup>。そのため条例・規約により「二重加入」を除外する保険者も存在した。さらに国保では、保健施設が「国保の両輪」の 1 つとされていた。保健施設では国民健康保険直営診療所（以下、国保直診）の設置や保健婦による保健指導などがある。国保直診は岩手県、長野県などで活発に展開され、「拡張給付」も行われた<sup>30)</sup>。このように国保の保険者間の階層性は、その実施・未実施や給付内容のみならず、「二重加入」の可否や保健施設など、保険者の「自治性」を強く反映したものであった。

### 2-3 結核の総合対策と公費医療の「形骸化」

1951 年、政府は、結核の総合対策を目的として結核予防法（以下、予防法）を新たに制定した。予防法では健康診断、予防接種などの感染予防のほか、適正医療を普及するため、34 条（一

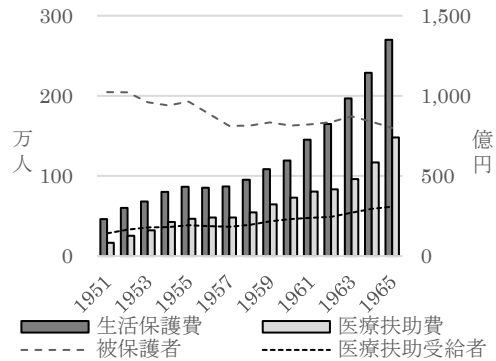
表1 被保険者10万人以上都市の給付内容

	給付範囲									給付期間
	初診料	往診料	入院料	膳料	完全給食	完全看護	看護料	移送費	歯科補綴	
新潟市	0	0	0	x	x	x	0	0	x	転帰まで
金沢市	0	x	0	0	x	x	0	x	x	同一疾病3年
長岡市	x	x	0	0	x	x	0	0	x	転帰まで
徳島市	x	x	0	x	0	0	x	x	x	転帰まで
高岡市	x	x	0	x	x	x	0	x	x	一般・転帰まで 結核・精神病3年
山形市	x	x	0	x	x	x	x	x	x	転帰まで

出所) 新潟市議会『厚生常任委員会会議録』。

注1) 表の作成日は1956年10月19日。

図3 生活保護制度の年次推移



出所) 国立社会保障・人口問題研究所『「生活保護」に関する公的統計データ一覧』。

般患者)、35条(従業禁止、命令入所)に公費医療が創設された。34条は他制度に優先され、国・都道府県が費用の5割を負担する。35条では医療保険制度が優先し、被保護階層などに対して医療費の全部あるいは一部を負担する。予防法では「事前審査制」(申請→合格→承認)がとられ、結核治療には1952年から結核医療の基準(以下、「医療基準」)が採用された<sup>31)</sup>。

公費医療は、適正医療の普及が目的とされたが、都道府県と政令市では自治体予算の制約や補助率から医療扶助(国庫補助率80%)が代用される傾向があり、その運用には「形骸化」がみられた<sup>32)</sup>。たとえば、東京都では1951年11月の庁議決定により、予防法から医療扶助併給者を除外した。厚生省は、「生保医療扶助費の概算交付を行わず併給患者の結核医療費を除いた額に対し清算交付する方針」<sup>33)</sup>であると通知したため、東京都は予防法の運用を余儀なくされた。また、予防法の実施により、療養担当者の事務負担が増加し、結核治療が各制度ごとに「こま切れ」となったため、「これ程名前がよくて実態の伴わない法律」はないと批判された<sup>34)</sup>。また、患者からも「許可がおりるまで二か月」<sup>35)</sup>かかる事例が指摘されていた。予防法は、結核の総合対策という画期的な施策であったが、公費医療については十分に機能していなかった。

### 2-4 医療保障諸制度への代替的適用

生活保護制度では被保護者の費用負担はなく、医療扶助では診療、医学的措置などが、原則として現物給付によって行われる。図3によれば、被保護階層は、1951年の203万人をピークとして特需ブームや全国一斉調査、軍人恩給の復活などから、1955年204万人、21.6%に縮小した。その一方、医療扶助受給者数は、1951年の28万人、13.9%から1955年の38万人、20.0%へ増加を示した。なお、1954年には医療扶助入院への「適正化」政策である「入退院(所)基準」が通知されている<sup>36)</sup>。1951年の生活保護費は231億円、医療扶助費は82億円、35.8%であったが、1954年に401億円、213億円、53.1%、1955年には432億円、233億円、54.0%に達

している。医療扶助費の増嵩要因としては、①結核入院患者数（単給）が多い、②1人あたり医療扶助費が高額、③治療方針、診療報酬には「最適医療」が採用されたことがあげられる。このうち③について、医療扶助は「最低医療」を目的とするが、医療扶助の治療方針、診療報酬は原則として国保の例が、結核では「医療基準」がとられる<sup>37)</sup>。これらの改訂により、医療扶助には新薬、医療技術が適用され、実質的に「最適医療」が行われていた<sup>38)</sup>。

厚生省社会局保護課は、医療扶助の実態を把握するため、1953年から医療扶助実態調査を行っている。第1回調査（1953年6月）では、①結核患者数の増加（1949年2月30%→1953年6月45%）、②受給期間の長期・固定化、③他施策からの排除者（医療保険制度の未加入者など）が多いことを指摘している。第2回調査（1954年6月）は、結核、精神に限定して調査が行われ、①結核では単給世帯・低所得層が多く、②扶養義務者が少ない、③住宅の狭隘さ、家族感染源（非農家のみ）が指摘されている<sup>39)</sup>。第3回調査（1955年7月）では結核患者の割合は49%と微増となり、精神病では「低位の社会層」に多いことが確認された。医療扶助は、医療保険制度の未整備のほか、予防法の「形骸化」などから代替的役割を果たしていた。

## 2-5 1950年代における医療保障体系と医療給付

表2は、本稿の課題に即して、1950年代日本の医療保障体系と医療給付を示したものである。医療保障は、社会保険制度が防貧機能、医療扶助が救貧機能を果たす二段構造となっており、結核には公衆衛生＝「社会防衛」を目的とした予防法がある。職域保険（被保険者）の給付率は10割、被扶養者への家族療養費は5割を基本とした。当初、日雇健保を除く職域保険では給付期限は2年であったが、3年に延長（日雇健保は1年）された。国保では給付率（一部負担）、給付期限など給付内容は、保険者間にも相違があり、医療保障は複雑性を帯びていた。労災保険法は、事業主の災害補償責任を保険化したものであるため、自己負担、給付期間がなく、船員保険、共済組合では別建てで災害補償が行われた。

予防法、医療扶助については既述していることから、ここでは組合管掌の特徴について言及するにとどめる。組合管掌は、労務管理との結びつきが強く、健保組合では直営医療機関を設置し、結核病床の割当に加えて、自前で病床を増設する健保組合もあった<sup>40)</sup>。組合管掌では法定給付に加えて、附加給付が認められており、特別家族療養費は、1952年、820組合のうち315保険者、38.4%が認めていたが、1955年には907組合のうち452組合、49.8%に増加した。このうち1~5割支給は136組合、20.1%、6~10割支給は270組合、29.8%であり、保険給付費に占める附加給付の割合は、1949年の6.5%から1953年には10.8%に上昇した<sup>41)</sup>。

## 2-6 医療給付の実態—結核を中心とした医療保障

つぎから、当該期における医療給付の実態について、結核を中心として論じることにした。結核治療は、従前の大気療法や人工気胸療法などにかわって、ストレプトマイシン（以下、SM）



表2 1950年代の医療保障体系と医療給付

制度名	社 会 保 険									公衆衛生	公的扶助
	健康保険法		日雇健康 保険法	船員保険法	各種共済 職員組合法	労働者災害 補償保険法	国民健康保険法		結核予防法	生活保護法 (医療扶助)	
	組合管掌	政府管掌					市町村	組合			
主要な適用者	大企業 労働者	中小企業 労働者	日雇労働者	船員	官公業 職 員	労働者	農漁業 従事者	同種同業 労働者	結核患者	生活困窮者	
業務上・外	業務外	(同左)	(同左)	業務上・外	業務外	業務上	業務上・外	業務上・外	—	—	
給 付	期 間	2年 3年(1953) 付加給付あり	2年 3年(1953)	3ヶ月 6ヶ月(1954) 1年(1955)	2年 3年(1953)	各組合により 相違 付加給付あり	期限なし (症状の固定)	保険者により 相違	保険者により 相違	期限なし	期限なし
	被保険者 (一部負担)	給付割合 10割	10割	10割	業務上10割 (負担なし) 業務外10割	10割	10割 (負担なし)	保険者により 相違 5割(1958)	保険者により 相違	34条:5割	10割 (負担なし)
	被扶養者	給付割合 5割 付加給付あり	5割	5割	5割	5割 付加給付あり	—	—	—	35条:10割 (負担なし)	

出所) 健康保険組合連合会編『社会保障年鑑』各年版より作成。

注) 括弧内の数字は、各制度の改正年を示す。

やパス(以下、PAS)などの化学療法、さらに肺切除術(外科手術)などが導入された。1950年、結核の使用薬剤は対処療法65.0%、SMは2.7%であったが、結核治療は1952年までに「結核の治療指針」(医療保険制度)、「医療基準」が通知され、化学療法は急速な進展をみせた。当初、化学療法ではSM・PASの二種併用療法を基本としていた。

患者の治療方法の選択をみると、1953年には医師、歯科医師、つまり療養担当者による治療が45.5%、買薬のうち配置買薬26.5%、その他21.5%であった。この動向には医療保険世帯ごとに相違があり、職域保険世帯では療養担当者の割合が高いが、国保、医療保険未加入世帯では低く、買薬の割合が高い<sup>42)</sup>。つまり療養担当者による治療を受けずに、買薬、とくに配置買薬で対応したことがわかる。受療率では1950~1955年間の全年齢階層と結核の動向では、それぞれ青壮年層にピークがあるが、年次を経るにつれ、全年齢階層で上昇を示している<sup>43)</sup>。1955年、医療機関で治療を受けた患者は、被保護世帯が60.9%と最も高く、ついで医療保険加入者41.7%、国保は36.7%という順番である。つまり給付内容と受診行動に密接な関係があることが指摘できる。入院では結核患者の医療費が高く、政管健保では医療給付費305億円の約3割、医療扶助244億円の6割が結核医療に支出されていた<sup>44)</sup>。

ところで、結核患者への医療保障の適用は、入院病棟ごとに違いがあった。作家の吉行淳之介は、国立療養所清瀬病院の入院体験から、入院患者を「短期入所」と「長期の患者」に区別する。前者は外科手術の適用患者であり、6ヶ月の入院、手術後1年以内の職場復職が見込まれる患者、後者は手術適用外の患者である。外科病室では医療保険制度の給付期間内での復帰が期待できたが、内科病室では長期療養が必要となり、給付期間満了後の「収入の道のない患者には、『生活保護法』が適用」されたという<sup>45)</sup>。当該期における医療給付は、結核を中心に行われたが、そのなかでも医療扶助が、医療保障の不備に対して代替的役割を果たしていた。

### 3 国民皆保険体制の形成と医療保障の変容

#### 3-1 疾病構造の転換—感染症から「成人病」へ

前図1によれば、主要死因別死亡率では、結核などの感染症が後退する一方、1958年には脳血管疾患、悪性新生物に続いて、心疾患が死亡率の第3位となった。この動向は日本の疾病構造が、感染症から個人の生活習慣などに起因する「成人病」（現生活習慣病）へ転換したことを意味する。たとえば、第2回結核実態調査（1958年）では、結核の要医療者は304万人、要観察者は147万人と推計されたが、人口増加を考慮すると、結核患者は約20%低下した。結核罹患の自覚者は25.7%となり、とくに要入院では45.3%が自覚したことから、受療率も向上した。この結果、結核の発見から死亡までの至る期間は、1950年には2年であったが、平均7年間（死亡者の約80%）まで伸びた<sup>46)</sup>。また、死亡統計には表れないが、精神病患者数の増加が顕在化するのも当該期の特徴である。結核病床の動向では、1955年に25万床の増設計画が策定され、翌年には目標に達した。結核病床は、1958年に26万床を記録した後、入院患者の減少によって空床が目立ちはじめた<sup>47)</sup>。1961年以降、結核療養所は、国立病院や精神療養所への転換が開始されている。

#### 3-2 国民皆保険体制の形成への道標—医療保険未加入者への適用拡大

厚生省によれば、1956年3月末の医療保険加入者は、総人口9,000万人の68.1%であり、未適用者は2,900万人に達していたが、同年を境にして国民皆保険体制の形成への機運が高まった<sup>48)</sup>。この過程で隘路となったのが、大都市部の5人未満事業所労働者への医療保険制度の適用である。たとえば、1955年、行政管理庁は政管健保への行政監結果から、強制適用事業所のうち50%が適用漏れとし、東京都では約1/3の適用であると推計した<sup>49)</sup>。厚生省は、「適用漏れ事業所に対しては速やかに適用」<sup>50)</sup>すると回答し、未適用者が多い零細事業所と未適用事業所の分布調査を実施した。前者では個人経営が多く、適用率は事業所規模に応じて上昇し、後者では卸売業・小売業の未適用が指摘された。結論では大規模事業所労働者の移動が、「医療保険適用に対する重大な阻害要因」と位置づけた<sup>51)</sup>。当該期には、すでに高度経済成長が開始され、地方から大都市部の中小企業を受け皿とした「集団就職」がみられ、なべ底不況の発生は「二重構造」問題を深刻化させたことから、未適用者問題に拍車をかけた<sup>52)</sup>。

1956年、社保審「医療保障勧告」では、日本の実情から「公営医療の実現」や「一元的な医療保険」も困難であるため、職域保険と国保による「二本建て」の国民皆保険体制の形成を勧告した<sup>53)</sup>。懸案事項であった5人未満事業所労働者には、第二種健康保険の創設を提起していたが、厚生省は、「事業所の把握がかなり困難であるとともに保険財政の維持は容易ではない」<sup>54)</sup>ため、第二種健康保険ではなく、国保の普及を念頭においた。この意味で、「医療保障勧告」に前後して発表された医療保障委員の各答申は、厚生省の規定路線にあった<sup>55)</sup>。国民皆保険体制の形成には、「政治の季節」も強く関係した。1955年、保守合同による「55年体制」が形成

され、1956年、鳩山一郎内閣、つづく石橋湛山内閣でも社会保障の充実が重要施策として捉えられた。1957年2月、厚生省は、「国民皆保険普及四ヶ年計画」を策定し、全市町村への国保実施の義務づけと各年度の数値目標が明記され、同年4月には国民皆保険推進本部が設置された。国保法案は、2度の審議未了、廃案を経て、1958年12月に可決、1959年1月から施行された。1958年改正には、そのほかに「二重加入」の解消、給付率5割以上の義務づけ、定率の国庫負担金や調整交付金の創設などがあり、国保事務も「固有事務」から「団体委任事務」へ移行した。また、大都市部の国保が普及する原動力となり、1959年12月の東京都特別区を皮切りに、1960年1月に福岡市、1961年2月に大阪市、4月には神戸市、京都市、横浜市が国保を開始した。1961年4月には国保の被保険者数は4,681万人に、保険者数は3,636団体に達し<sup>56)</sup>、世界で4番目の国民皆保険体制を形成した<sup>57)</sup>。このように国民皆保険体制が形成された一方で、医療機関などの医療供給体制の整備は不徹底に終わっていた。

### 3-3 国民健康保険の変容と医療保険制度における階層性の拡大

ところで、国保の普及は、国庫負担金の導入と表裏一体の関係にあった。1958年改正により、国保の保険という性格（保険原理）は後退し、扶養原理の度合いが高まることを意味する<sup>58)</sup>。これにともなって国保法は「組織法」から「給付法」へ転換したが、その実態は「医療費支払いの国家保険化であり、疾病保険という限られた医療費保障」<sup>59)</sup>であった。「二重加入」については、1960年度末の廃止が決定された。前述した新潟市では、1958年改正と保険財政の悪化との関連から「二重加入」の解消が問題となった。新潟市では医療費支払方法の変更により、保険給付費が増嵩したため、1960年に「二重加入」の廃止が決定された<sup>60)</sup>。国保直診では医師確保の困難などから閉鎖が相次ぎ、国保直診と保健婦の切り離し、さらに保健婦の定数基準の削減が実施された。その結果、国保では保健施設にも後退がみられた<sup>61)</sup>。

職域保険の被保険者数は、1956年の3,463万人から1961年の4,624万人まで増加しており、とくに組管掌では労働組合は健保組合との親和性が強く、前者の普及は後者の普及を助長した<sup>62)</sup>。政府が、「積極的に組合設置」<sup>63)</sup>を認めたことから、健保組合数は1956年3月の876組合、附加給付を認める健保組合の割合は95.4%から、1961年4月には1,079組合、97.1%に達した。附加給付の種類は、平均4種類から4.5種類に増加し、附加給付を認める健保組合の割合は、家族療養費は62.4%から76.6%、埋葬附加費は44.4%から65.4%、傷病手当附加金は50.9%から53.8%に上昇している<sup>64)</sup>。国保の普及により、地域別における医療保障の階層性は縮小したが、組管掌では附加給付の拡充が行われたため、階層性は部分的に拡大をみせた。

### 3-4 感染予防と公費医療の拡充

1955年以降、予防法と「治療基準」には数次の改正（改訂）が行われた。前者では1955年に検診の年齢制限撤廃、1957年に健康診断の全額国庫負担、予防接種の無料化など感染予防の

強化が行われた。厚生省は、1959年から全国200箇所の保健所を結核対策特別推進地区に指定した。これに関連して命令入院費、公費医療への国庫補助の引上げが行われ、1961年には全保健所に拡大された。なお、1961年改正では、35条に対して「国保経済等に対する配慮もこめて予防法の公費負担が保険給付に優先する措置」<sup>65)</sup>がとられ、医療保険制度に優先適用されることになった。国庫補助率も8/10に上げられたことから、公費医療は、「直接的な社会保障的経費に近い性格のものとなり、医療扶助費に近いもの」<sup>66)</sup>に強化された。後者では1956年改訂から、イソニアジド（以下、INH）が追加された三者併用療法（INH+SM+PAS）が、化学療法の基本とされた。1959年改訂ではサルファ剤などの採用、三者併用療法の適用拡大が行われた<sup>67)</sup>。1955年にはSM+PASの二者併用療法は、化学療法の56.9%を占めたが、1959年には三者併用療法が30.4%となり、二者併用療法を凌駕した。こうした結核の総合対策の拡充は、死亡率の低下や感染予防に寄与することになった。

### 3-5 医療扶助受給層における疾病構造の変容

被保護階層は1956年の178万人、保護率21.6%から景気変動の影響をうけて、増減を繰り返し、1960年には163万人、17.4%に移行した。生活保護制度の運用には、地域的な偏在化が生じ、とくに産炭地では石炭不況の影響から被保護階層の膨張がみられた<sup>68)</sup>。医療扶助受給者数は1956年の37万人、20.9%から1960年には46万人、28.3%に増加し、医療扶助費は241億円、生活保護費に占める割合は56.5%から364億円、61.0%に達した<sup>69)</sup>。医療扶助（単給）のうち医療保険制度の給付期間内・満了者の割合は、1957~1958年に55.3%から66.5%に上昇した。この動向は、職域保険、国保の普及により、防貧機能が強化されたことを意味する。

医療扶助実態調査では、第4回調査（1956年10月）では結核、精神が入院に占める割合は、結核では69.8（単給70.6）%、精神では17.1（単給19.4）%に達し、第5~6調査も同様な傾向を示した。しかしながら、第7回調査（1959年7月）では、それぞれ60.2（56.4）%、24.6（24.0）%と結核が減少する反面、精神の上昇がみられる<sup>70)</sup>。なお、1960年には入院期間1年以上が全体の50.0%を占め、このうち3年以上が23.0%である。1959年度末における精神病入院患者の医療費負担をみると、医療扶助が45.4%と最も高く、ついで社会保険28.5%、措置入院（精神衛生法）17.4%の順である。つまり医療扶助が、実質的に精神衛生法を代替していたことがわかる。入院のうち高齢者の割合は、1955年12.3%から1958年22.0%へ上昇を示し、このうち加齢に起因する傷病が全体の46.0%を占めていた<sup>71)</sup>。医療扶助の動向では、結核に対しては補完的役割へと移行がみられる一方で、精神衛生法に対しては代替的に運用されていた。これ以降、高齢化の進展により、高齢者が医療扶助受給者の主要層となる<sup>72)</sup>。

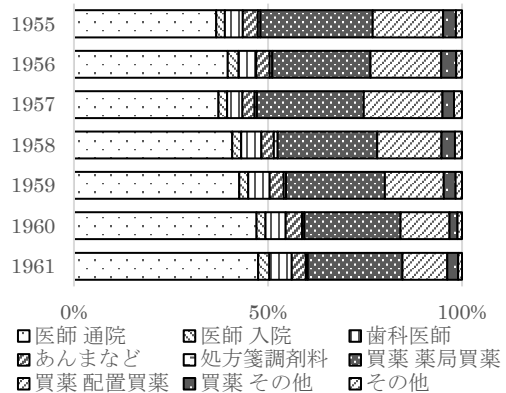
### 3-6 医療給付の実態—「医療の機会均等」と階層性の継続

それでは、医療給付にはどのような変化がみられたのか。表3のうち有病率は患者のストッ

表3 有病率、罹患率の年次推移

	総数		被保護世帯		社会保険加入世帯		国民健康保険加入世帯		職域保険加入世帯		その他の世帯	
	有病率	罹患率	有病率	罹患率	有病率	罹患率	有病率	罹患率	有病率	罹患率	有病率	罹患率
1956	41.6	163.9	151.9	137.7	42.8	176.0	33.6	137.5	49.1	202.0	30.7	133.7
1957	40.7	182.6	153.7	185.4	42.5	190.1	37.9	180.8	45.7	196.6	28.2	159.0
1958	46.3	173.3	146.0	147.7	48.0	177.8	38.5	171.1	54.2	182.2	34.1	159.3
1959	45.9	181.2	158.6	149.3	45.0	184.0	33.2	171.2	52.8	192.4	37.3	164.5
1960	46.9	177.8	159.6	131.9	46.4	181.4	38.4	170.8	51.6	188.3	29.8	138.6
1961	50.3	179.1	152.1	104.2	49.4	179.7	44.6	160.2	53.1	194.7	21.3	177.3

図4 治療方法の構成比



出所) 厚生省大臣官房統計調査部『国民健康調査』各年版から作成。

注) 有病率は調査時点の罹患患者、罹患率は新規患者の発生率を示す。

ク面、罹患率はフロー面を示す。前者では受診機会に恵まれず、傷病の重度化による長期療養が必要な被保護世帯が、後者では給付内容が充実した職域保険（本人）の数値が高い。国保では普及との関連から各数値の上昇がみられるが、他世帯と比較して低いことから、十分な治療をうけられていないことが推測できる。図4から治療方法をみると、総数では療養担当者による治療が上昇する反面、買薬、とくに配置買薬の割合は減少した。治療方法の選択では組合管掌、政管健保では療養担当者の割合が高いが、国保では職域保険加入世帯と比較して低く、配置買薬の割合が高い。この理由は給付率のほかに、医療機関の分布の問題がある<sup>73)</sup>。農村部では住民の大半が国保に加入するが、交通網の未整備など諸条件から受診機会に恵まれない地域が多い。国保直診の廃止なども関連して、受診機会が制限されたことから、配置買薬の割合が高いと考えられる<sup>74)</sup>。国保の普及により、医療費負担の軽減は可能となったが、治療方法の選択などから確認できるように、「医療の機会均等」は十分に達せられていなかった。

図5から受療率を全年齢層と結核に絞ってみると、1955年以降、全年齢階層では受療率の上昇がみられ、とくに乳幼児、中高年齢層の伸長が著しい<sup>75)</sup>。結核の動向では、当初、青壮年層の割合が高かったが、青壮年層の構成比が低下する反面、中高年齢層の受療率が上昇を示している。中高年齢層の多くは、「内科病棟」患者や症状の重篤化した患者が多数含まれると推測される。ところで、結核患者の結核治療にも変容がみられた。たとえば、結核療養所患者の治療方法をみると、職域保険の割合は1956年35.9%から1961年には30.6%に低下する反面、国保では7.7%から20.1%に上昇を示している。この理由は、職域保険では、とくに組合管掌の結核入院の減少、国保では未実施自治体への普及によるものである<sup>76)</sup>。医療扶助は32.3%~34.6%と際立った変化は確認できないが、医療保険制度の給付期間満了者が増加している<sup>77)</sup>。この動向は、医療保障における結核対策の違いが関係している。

図5 年齢別受療率の年次推移

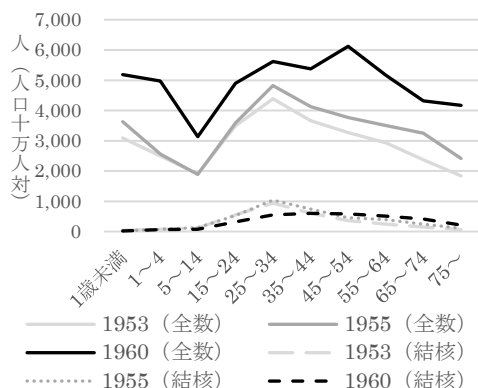
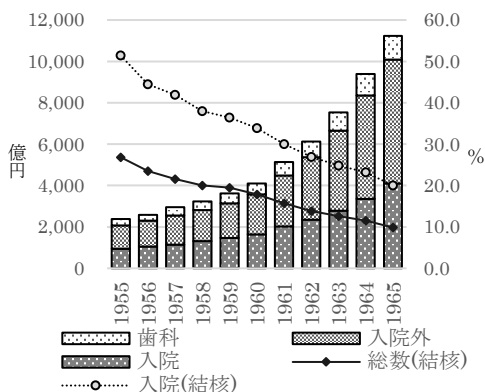


図6 国民総医療費の年次推移



出所) 厚生省大臣官房統計調査部『患者調査』 各年度版から作成。  
 出所) 厚生統計協会『国民医療費の年次推移』 1996、46頁。

たとえば、健保組合を設置する大企業では採用時から健康管理が徹底され、独自の結核対策も行われた。健康保険組合連合会の結核実態調査によれば、結核医療費が法定給付（療養費）に占める割合は、1954年の件数6.7%、金額33.0%から1960年には2.6%、14.2%に、附加給付では9.3%、37.9%から2.9%、12.5%に低下した<sup>78)</sup>。1955~1960年の受診率、1件あたり診療実日数（以下、診療実日数）と1人あたり金額（以下、金額）の動向をみると、組合管掌（被保険者）では受診率は高いが、診療実日数の短縮と金額の減少が確認できる。日雇健保では給付内容の脆弱性や「社会的、経済的な諸条件の劣悪さ」から受診率は低く、治療の遅滞による傷病の重度化から、診療実日数が長く、金額も高い。そのため結核患者の減少は、他職域保険よりも鈍く、傷病では悪性新生物などの構成比が高い。政管健保の数値は、組合健保と日雇健保の中間にあり、組合健保と同様な動きを示している。国保では診療実日数が短く、金額も低い、受診率は日雇健保よりも若干高い<sup>79)</sup>。医療扶助では受診率は低い、結核、精神患者が多いため診療実日数が長期化し、最も金額が高いという特徴があった。なお、被扶養者では各数値とも上昇を示しており、各数値は、職域保険（被保険者）の動向と類似している<sup>80)</sup>。

最後に、図6から国民総医療費をみると、1955年の2,388億円から1960年の4,095億円に増加をせしめた<sup>81)</sup>。費用負担では、保険者負担が1955年49.6%から1960年58.9%に、国保では188億円、6.9%から598億円、13.5%に上昇した。つまり国保の普及が保険者負担を引き上げた要因であり、給付率との関係から患者負担（自己負担）は22.6%から26.2%に上昇した<sup>82)</sup>。公費負担では際立った数値の変化は確認できない。結核では結核医療費は、1955年度641億円から1960年度733億円に増加したが、総額に占める割合は26.8（入院51.4）%から17.9（33.9）%に減少している。この理由は結核患者の減少と「成人病」や精神病の入院増加による。費用負担（入院）では公費負担、患者負担ともに減少したが、保険者負担は増加を示している。なお、

1961年の予防法改正により、公費負担は1960~1961年間に31.8(入院35.5)%から37.8(43.3)%に上昇する。国民総医療費の動向からも、医療保険制度の普及や結核の後退が確認できるが、その後、国民総医療費、とくに入院では「成人病」や精神病がその中核を占めることになる。

## むすびに

1950年代の日本は、疾病構造が感染症から「成人病」へ至る転換期であると同時に、医療保障の中核となる国民皆保険体制の形成期でもあった。1950年代前半の医療保障には、医療保険制度と医療扶助間のみならず、各階層間（企業、規模、階層別、地域別）、同一階層間にも階層性を帯びており、医療給付の格差が、患者の受診機会などに強い影響をあたえた。医療保障の階層性は、国保の普及による国民皆保険体制との関係から部分的な縮小をみせたが、医療費保障への「医療の機会均等」ととどまり、医療機関など医療供給体制の整備は不徹底に終わった。そのみではなく、「二重加入」の解消や国保直診の衰退（拡張給付を含む）など、保険者による「自治性」は後退することになった。とくに後者の衰退は、過疎地域住民への医療保障の格差を助長する要因となる。零細企業労働者は職域保険から排除され、国保、日雇健保では医療給付の格差は継続された反面、組合管掌では各種附加給付などの拡充が行われた。医療保障の階層性は、たしかに縮小をみせたが、医療給付の格差は存在しており、とくに結核治療費の減少や治療方法の選択などにも影響があった。この意味でも医療保障の階層性は継続しており、解消しえなかった諸問題は持ち越された。

1960年代以降、国保では、給付の改善が主要施策となったが、被保険者が職域保険の普及から減少する反面、国保の主要層は、第一次産業従事者から所得階層が低い高齢者や退職者へ移行した。政府は、給付率の改善や保険財政の維持するために、継続的な国庫負担金の導入を余儀なくされた。これにより保険原理は後退し、扶養原理の度合を強めることになった。このような運用が困難となった帰結が、都道府県による国保の財政運営への参画であった。つまり1950年代における医療保障の階層性に関する諸問題は、—その場しのぎの解消を図りつつも—今日に至るまで継続していることを意味する。

予防法については、公費医療は自治体予算や補助率の問題などから十分に機能せず、健康診断、予防接種の無料化などの感染予防が先行した。公費医療の強化は、1961年の予防法改正によって行われる。1950年代の医療保障で、階層内の変容がみられたのが、医療扶助である。1950年代前半、医療扶助は、医療保障の不整備を代替していたが、治療方法などは「最適医療」がとられ、結核入院の増加から、医療扶助費が生活保護費の大半を占めるようになった。つまり医療扶助は、「50年勧告」が提起した補完的な役割ではなく、代替的な役割を果たしていた。1956年以降、医療扶助は、国民皆保険体制の形成、結核対策の推進により、結核については補完的な役割に転換が図られる一方で、根治療法が未確立であった精神病や「成人病」に対して代替的な役割を果たすようになる。1960年代以降、医療保険制度の給付期間の撤廃、給付率の

改善など医療保障が拡充するなかで、医療扶助受給層はこうした患者層で占められる。以上から、当該期は医療扶助受給層においても変容がみられる時期であった。

本稿では医療給付を中心に論じたため、医療供給体制については検討することができなかった。近年、公的医療機関の再編が焦眉の課題となっており、この問題と関係させて、1950年代における医療供給体制について検討を行うことが、今後の課題である。

## <注>

- 1) 近藤文二『社会保険』岩波書店、1963、佐口卓『日本社会保険制度史』勁草書房、1977、同『国民健康保険—形成と展開』光生館、1995、島崎謙治『日本の医療』東京大学出版会、2011、横山和彦「分立型国民皆保険体制の確立」横山和彦・田多英範編『日本社会保障の歴史』学文社、1991、黒木利克『生活保護—最近の二大攻撃とその分析』中央法規出版、1955、小倉襄二「医療保障と低所得層—医療扶助・医療社会事業論との関連において」大河内一男・岸本英太郎『労働組合と社会政策』有斐閣、1959。
- 2) 佐口卓「医療保険」大内兵衛・近藤文二・末高信ら監修『講座社会保障—日本における社会保障制度の現実』（『講座社会保障』全一卷版所収）至誠堂、1966。
- 3) 中村文子「統計からみた医療保険の格差」『厚生指針』Vol.7、No.9、1960、「医療給付からみた保険格差」『健康保険』17（1）、1963、「医療給付からみた保険格差（続）」『健康保険』17（2）、1963、新村拓『国民皆保険の時代—1960、70年代の生活と医療』法政大学出版会、2011。
- 4) 武智秀之『行政過程の制度分析—戦後日本における福祉政策の展開』中央大学出版会、1996、後藤基行『日本の精神科入院の歴史構造—社会防衛・治療・社会福祉』東京大学出版会、2019。
- 5) 近藤文二「健康保障と医療保障」『日本労働協会雑誌』No.69、1964、4~5頁、無記名「医療保障」『日本社会保険大百科 I』社会保険法規研究会、1968、118~123頁。
- 6) 社会保障制度審議会『医療保障制度に関する勧告』1956、3頁。
- 7) 新田秀樹「日本」加藤智章・西田和弘編『世界の医療保障』法律文化社、2013、1頁、島崎謙治「日本」加藤智章編『世界の診療報酬』法律文化社、2016、104頁ほか。
- 8) 佐口卓『現代の医療保障』東洋経済新報社、1977、1~22頁、近藤文二「医療費問題の現状と展望」近藤文二編『医療費問題』厚生出版社、1966、8~11頁、近藤 前掲 1964、10~11頁。
- 9) これ以降、医療保障という用語については、おもに医療費保障を示す場合に使用する。
- 10) 丸山眞男「断想」丸山眞男『丸山眞男集第6巻 1953-1957』岩波書店、1995、151~152頁。
- 11) 丸山眞男「中野療養所」丸山眞男『丸山眞男集第12巻 1982-1987』岩波書店、1997、296頁。
- 12) 総理府社会保障制度審議会事務局編『社会保障制度に関する勧告』普及版、1950、5頁。
- 13) 佐口 前掲 1966、116頁。また、笹山京・津田真漱「救済のしかた」大河内一男編『社会保障』有斐閣、1953、150~154頁、佐口卓『社会保障への展望』多摩書店、1956、162~165頁も参照のこと。
- 14) 階層性という用語を用いていないが、階層性の実態について簡潔な説明を行っているものとして、健康保険組合連合会編『社会保障年鑑』1958年版、東洋経済新報社、1958、24~26頁。
- 15) 川上武『現代日本医療史—開業医制の変遷』勁草書房、1965、519~525頁。
- 16) 川上武『技術進歩と医療費—医療経済論』勁草書房、1986、148~162頁。
- 17) 国立療養所史研究会『国立療養所史（総括編）』厚生問題研究会、1975、173~182頁。
- 18) 一圓光彌「社会保障の統合論」佐口卓『日本経済と社会保障』社会保険福祉協会、1994、132~133頁。
- 19) 佐口 前掲 1977、152、162頁、一圓 前掲 1994、132~133頁。
- 20) 新田秀樹『国民健康保険の保険者』信山社、2009、161~162頁。
- 21) 牛丸義留（厚生省保険局健康保険課長）も、給付期間の延長について、「もちろん結核対策」と証言している。牛丸義留・山本正淑・北川力夫「健康保険二八年改正から三二年改正へ」小山路男編『戦後医療保障の証言』総合労働研究所、1985、150頁。
- 22) 厚生省『七人委員会の報告』1955、102~105頁。
- 23) 高岡裕之『総力戦体制と「福祉国家」—戦時期日本の「社会改革」構想』岩波書店、2011、228~260頁。
- 24) 幸田正孝「国民皆保険体制の発展と今後のあり方」幸田正孝・吉原健二・田中耕太郎ら『日独社会保障政策の回顧と展望—テクノクラートと語る医療と年金の歩み』法研、2011、19頁。
- 25) 国保の抗結核剤（化学療法）の給付制限は、1953~1954年度間に大幅な改善がみられた。吉田秀夫『都市の国民健康保険—普及上の問題点』中央保険医新聞社、1957、64~65頁。



- 26) 木代一男『逐条解説国民健康保険法』帝国地方行政学会、1959、17頁。
- 27) 「転帰」は、傷病の治癒あるいは死亡まで保険給付を行うことを示す。
- 28) 村田三郎「国保行政の現状—新潟市の場合」『都市問題』49(11)、1958、1283~1292頁。
- 29) 医療費負担と医療費の関係については、「長瀬指数(係数)」からも確認できる。長瀬恒蔵『傷病統計論』健康保険医報社、1935、149頁。
- 30) たとえば、1949年、岩手県日頃市村では国保直診、厚生連病院への受診に限り、医療費の「10割給付」、つまり拡張給付が実施されている。
- 31) 聖成稔「結核医療費公費負担制度」『公衆衛生』第10巻第5号、1951、19頁。
- 32) 黒木利克「生活保護による医療扶助」『公衆衛生』17(4)、1955、25頁、平将志「被占領期における生活保護制度の展開過程—医療扶助費の増嵩と保護財政分析を中心として」『現代社会文化研究』(54)、2012、10~11頁。
- 33) 東京都民生局・衛生局「生活保護法による結核併給患者に対する結核予防法の適用について」1957年5月17日『庁議31昭和32年5月17日から7月18日まで』328-A7-9(東京都公文書館所蔵)。
- 34) 砂原茂一(国立療養所東京病院長)の発言。石垣純二・聖成稔・鶴島修男ら「結核予防法施行一年を顧みて」『公衆衛生』第12巻第1号、1951、13頁。
- 35) 朝日訴訟記念事業実行委員会編『人間裁判—朝日茂の手記』大月書店、2004、103頁。従来は、①医療機関が診断書を作成し、X線写真とともに保健所に提出→②保健所による審査→③医療機関は要意見書(生活保護)を作成し、福祉事務所に提出→④福祉事務所による医療扶助の要否判定という過程を踏む必要があった。1961年改正により、①医療機関が診断書を正副2通作成、保健所へ提出→②保健所の審査後、写しを福祉事務所に提出→③福祉事務所は医療扶助の要否判定という過程に簡略化された。
- 36) 「入退院基準」については、井手精一郎「新生活保護法実施と運用」菅沼隆・土田武史・岩永理恵ら編『戦後社会保障の証言—厚生官僚120時間オーラルヒストリー』有斐閣、2018、92頁を参照。
- 37) 国保の例を採用した理由については、小山進次郎「国保を基軸とする皆保険」全国国民健康保険団体中央会『国民健康保険二十年史』全国国民健康保険団体中央会、1958、54頁を参照。国保の普及が遅滞した大都市部では国保の診療方針がとれないため、健保法の例や厚生大臣が独自に定める例もあった。
- 38) 生活保護制度では、予防法の公費負担承認が得られない場合、医療扶助による治療は適用されなかった。瀧口長平「結核予防法にもの申す」『月刊社会保障』6(10)、1952、13頁。なお、医療扶助には歯科補綴などに給付制限があった。
- 39) 黒木利克編『生活保護の諸問題—生活保護百問百答第9編』生活保護制度研究会、1956、276~323頁。
- 40) たとえば、川崎重工業では、1926年に健保組合を設置、1933~1934年間に健保組合直営診療所、病院開設(1940年に会社直営の川崎病院へ移管)している。1952年には健保組合直営の結核療養所(新生寮)が新設され、1953年には日本通運、関西電力と共同で大原療養所(結核病床数126床、病床には他8健保組合の病床割当を含む)を開設している。川崎重工業健康保険組合『三十年史』1959、131~138頁。
- 41) 近藤 前掲 1963、336頁。
- 42) 厚生省大臣官房統計調査部『国民健康保険調査』昭和28年版、1953、117頁。
- 43) 厚生省大臣官房統計調査部『患者調査』昭和28年版、1955、27~29頁、昭和30年版、1956、28~33頁。
- 44) 新村 前掲 2011、22、135頁。
- 45) 吉行淳之介『漂う部屋』吉行淳之介『吉行淳之介集』河出書房新社、1964、287、299頁。
- 46) 健康保険組合連合会『社会保障年鑑』1962年版、東洋経済新報社、1962、134頁。
- 47) たとえば、新潟県の県立病院では、結核入院患者の減少により、赤字を計上している。新潟県病院局『新潟県立病院のあゆみ』1965、27頁。
- 48) 厚生省大臣官房企画室『厚生白書』昭和31年度版、東洋経済新報社、1956、170頁。牛丸によれば、「5人未満適用というのは、事実上保険の技術からいってとても把握できない」ため、5人以上事業所、未適用種別事業所の適用拡大が急務とされたという。牛丸・山本・北川前掲 1985、98頁、前田信雄『国民皆保険皆保険への途—先人の偉業百年』勁草書房、2016、241頁。
- 49) 行政管理庁『政府管掌健康保険行政監察報告書』1955、11、18頁。行政管理庁は5人未満の事業所への健保の拡充以前に、「適用漏れ事業所を済度することが当面の先決問題」であることを指摘している。
- 50) 厚生省「改善措置状況」1956年9月27日。行政管理庁行政監察局『行政監察総覧(Ⅰ)—行政改善のあゆみ』行政管理研究センター、1978、548頁。
- 51) 厚生省『医療保障基礎調査報告』1958、35頁。
- 52) 横山 前掲 1991、138~139頁、田多英範『日本社会保障制度史』光生館、2009、135~138頁。
- 53) 社会保障制度審議会 前掲 1956、4、6~8頁。

- 54) 厚生省大臣官房企画室編『厚生白書』昭和32年度版、大蔵省印刷局、1958、96頁。
- 55) 伊部英男は、第二種健康保険には「実現性という面では厚生省はあんまり関心持っていなかったのではないのでしょうか」と回顧している。伊部英男・鈴木一雄「国民皆保険」小山編 前掲 1985、275頁。
- 56) 厚生省保険局国民健康保険課『国民健康保険三十年史』国民健康保険中央会、1969、96~102頁。なお、給付率は、それぞれ世帯主7割、世帯員5割以上となっている。
- 57) 横山 前掲 1991、137頁。実際には鹿児島県や離島部などでは国保は未実施であったとされる。
- 58) 保険原理と扶養（扶助）原理については、大林良一『社会保険』春秋社、1952、60~61頁、下和田功『ドイツ年金保険論』千倉書房、1995、208~213頁などを参照。
- 59) 前田 前掲 2016、246頁。
- 60) 新潟市議会『昭和35年3月定例会会議録』昭和35年3月24日（新潟市議会事務局所蔵）。
- 61) 岩手県国民健康保険団体連合会編『岩手の国保四十年史』岩手県国民健康保険団体連合会、1978、436~438頁、長野県国民健康保険団体連合会『信濃の国保三十年史』長野県国民健康保険団体連合会、1968、477~478頁、吉沢国雄『国民健康保険と地域医療—住民健康管理における国保直診施設および国保保健婦の役割に関する研究』長野県国保地域医療推進協議会、1972、18~30頁などを参照。
- 62) 菅沼隆「戦後社会保障の帰路—保険者秩序と政策決定」『社会保障研究』Vol.13、No.1、2018、14頁。
- 63) 健康保険組合連合会『創立十五周年記念史』健康保険組合連合会、1960、170頁。
- 64) 厚生省保険局『健康保険三十年史 下巻』全国社会保険協会連合会、1958、261~262頁、健康保険団体連合会『附加給付便覧』1961、2頁。1959年の附加給付費は、前年度比9.4%（法定給付は5.4%）、このうち被扶養者では13%の上昇を示したという。近藤 前掲 1963、350頁。
- 65) 若松栄一「法改正の主旨とその背景」結核予防課編『改正結核予防法と命令入院制度』結核予防会、1961、3頁。若林によれば、予防法と国保の普及との関係は、「直接的には法改正の文面には表れていないとしても、厳然たる背景であり、脈々として波打っている思想的底流」であることを指摘している。
- 66) 結核予防課編 前掲 1961、2頁。
- 67) 青木正和『結核の歴史』講談社、2003、231頁。耐性のため三者併用療法が有効でない場合もあり、「30年代は（化学療法が—引用者）一時停滞して壁にぶつかった時代」であったという。砂原茂一・上田敏『ある病気の運命—結核との闘いから何を学ぶか』東京大学出版会、1984、231頁。
- 68) 産炭地における生活保護制度については、平将志『「エネルギー革命期」における生活保護制度の展開—石狩、常磐、筑豊炭田の比較から』（新潟大学大学院博士学位請求論文）2017、76~216頁を参照。
- 69) 予防法の1961年改正による差し替えにより、1961年には医療扶助費の割合は55.5%に減少した。
- 70) 厚生省社会局保護課『第5回医療扶助実態受給状況調査結果報告』1957、15頁。厚生省大臣官房統計調査部『社会福祉統計年報』昭和34年度、厚生省大臣官房調査部、1961、138頁。
- 71) 厚生省社会局保護課『生活保護の諸問題—生活保護百問百答第13集』全国社会福祉協議会、1960、113~114頁。
- 72) 厚生省社会局保護課 前掲 1960、276~277頁。
- 73) 1961年4月でも全保険者3,271団体のうち93.5%が5割給付であった。厚生省大臣官房企画室『厚生白書』昭和36年度版、大蔵省印刷局、1962、272頁。
- 74) 中村 前掲 1960、18頁、今井幸彦『日本の過疎地帯』岩波書店、1968、138頁。
- 75) 患者調査は、医療機関の患者診療録に関する1日調査である。
- 76) 精神病（精神病院）の動向でも、同期間で国保の構成比率は8.0%から19.8%へ上昇した。厚生省大臣官房統計調査部『患者調査』昭和31年版、1958、92~93頁、昭和35年版、1960、56頁。
- 77) たとえば、1962年には医療扶助と職域保険（本人）はそれぞれ21.4%、26.0%に低下したが、予防法（再掲）とその他（予防法単独を含む）では64.2%、34.4%に上昇している。この理由は35条の公費医療の強化によるものである。厚生省大臣官房統計調査部『患者調査』昭和37年版、1964、60~61頁。
- 78) 無記名「健康保険組合の結核実態調査の概要」『健康保険』10（1）、1956、65頁、健康保険組合団体連合会『健康保険組合事業年報』昭和36年度版、1963、64~66頁。
- 79) 中村 前掲（1）、1963、88頁、中村 前掲（2）、96頁。
- 80) 中村 前掲（1）、1963、80頁。
- 81) 国民総医療費は、国民が1年間に要する医療費のうち傷病の治療費として、患者、国などから医療機関、薬局に支払う金額を推計したものである。なお、1972年度には国民医療費へ名称変更が行われた。
- 82) 厚生統計協会 前掲 1962、117頁。

【本稿は、笹川科学研究助成、JSPS 科研費 JP18K12964 による助成をうけた研究の一部である。】

（地域産業構造の変動と社会保障政策に関するプロジェクト所属）