

# 日医総研ワーキングペーパー

## 日本の社会的医療保険の成立と発展

No. 505

2026 年 9 月 11 日

日本医師会総合政策研究機構

森井大一

## キーワード

◆SHI ◆健康保険 ◆国民健康保険 ◆職域保険 ◆被用者保険 ◆老人保健制度  
◆高齢者医療制度 ◆財政調整 ◆独立型 ◆一本化 ◆突き抜け方式 ◆社会連帯

### < 戦前 >

1922 年 健康保険法制定：対象は鉱業法、工場法適応の労働者（第二次産業労働者）  
1934 年 同法改正：小規模工場労働者に適応拡大  
1938 年 （旧）国民保険法制定：対象は第一次産業従事者、都市の自営業者  
1939 年 職員健康保険法制定：対象は第三次産業労働者  
1942 年 職員健康保険法の健康保険法への統一  
1942 年 旧国保法改正：普通国保組合の設立強制裁量権（第一次国民皆保険の完遂）  
1944 年 健康保険の障害年金への連続性の確保

### < 戦後 >

1948 年 旧国保法改正：市町村公営主義  
1958 年 （新）国民保険法制定：国保事業義務化・強制加入化の規定  
1961 年 国民皆保険実現

### < 1960 年代後半 抜本改正論争 >

1967 年 厚生省、医療保険制度改革試案：地域保険／被用者保険の二本建て  
1967 年 武見演説：地域保険／産業保険／老令健康保険の三本建て  
1968 年 日本医師会、医療保険制度の抜本改正に関する意見：武見演説と同じ  
1969 年 自民党、国民医療対策大綱：国民保険／勤労者保険／老齢保険の三本建て  
1969 年 厚生省、医療保険制度改革要綱試案：国民／勤労者／老齢の三本建て  
1971 年 社会保障制度審議会答申：地域保険／被用者保険の二本建て

### < 抜本改正論争の帰着：老人保健制度まで >

1973 年 老人医療費無料化（老人医療費支給制度）  
1978 年 小沢私案：高齢者保険の分離  
1979 年 橋本私案：高齢者を国保に維持したまま保険者間の財政調整  
1982 年 老人保健法制定：老人保健制度（1983 年～）、保険を超えた財政調整の実現

### < 抜本改革と高齢者医療制度 >

1984 年 健保法改正：退職者医療制度、外形は国保、財源は被用者保険  
1997 年 与党（自社さ）「21 世紀の国民医療」：独立型の高齢者医療保険制度  
2003 年 基本方針（閣議決定）：財政調整／独立型ハイブリッド高齢者医療制度  
2008 年 高齢者医療制度：財政調整／独立型ハイブリッド高齢者医療制度（2006 年施行）

## 目次

|                                            |    |
|--------------------------------------------|----|
| 1. 目的/背景 .....                             | 5  |
| 2. 既述にあたって .....                           | 7  |
| 3 戦前 .....                                 | 8  |
| 3.1. 被用者保険 .....                           | 8  |
| 3.1.1. 健康保険法の制定 .....                      | 8  |
| 3.1.2. 昭和 9 年及びそれ以降の健康保険法改正 .....          | 9  |
| 3.1.3. その他の職域保険 .....                      | 11 |
| 3.1.4. ドイツの職域保険の成立 .....                   | 13 |
| 3.2. 地域保険 .....                            | 15 |
| 3.2.1. 旧国民健康保険法の制定 .....                   | 15 |
| 3.2.2. 昭和 17 年旧国民健康保険法改正 .....             | 18 |
| 3.2.3. 社会保険としての医療保障の意義 .....               | 18 |
| 4. 戦後 .....                                | 19 |
| 4.1. 国民皆保険 .....                           | 20 |
| 4.1.1. 時代背景 .....                          | 20 |
| 4.1.2. 1950 年勧告 .....                      | 21 |
| 4.1.3. 国民皆保険の達成 .....                      | 24 |
| 4.2. 皆保険達成後の発展 .....                       | 26 |
| 4.2.1. 抜本改正：三本建て案の提案 .....                 | 26 |
| 4.2.2. 労災保険 .....                          | 30 |
| 4.2.3. 三本建て案の終わりと老人保健制度 .....              | 30 |
| 4.2.4. 退職者医療制度 .....                       | 34 |
| 4.2.5. 1990 年代後半から 2000 年代初頭の議論：抜本改革 ..... | 35 |
| 4.2.6. 高齢者医療制度 .....                       | 42 |



## 1. 目的/背景

近年、社会保障全般に対する関心の高まりを背景に、医療についても様々な議論がなされるようになった。しかし、中には現在の制度の成り立ちを踏まえない粗雑な議論も散見される。医療は、とりわけ現役世代においては、核家族化した暮らしの中でサービスの受け手であることを実感できる場面が限定される。そのことから、医療が負担の場面としてのみ認識されることになりがちである。他方で、負担への注目が高まっているとはいえ、その基本構造である社会保険について十分な知識が共有されているとはいえない。社会保険としての医療制度<sup>1</sup>は、一般に社会的医療保険（SHI: social health insurance<sup>2,3</sup>）と言われるが、日本の社会的医療保険は、過去 100 年余りの紆余曲折を経て今日の姿がある。そして、社会的医療保険は、その基本的哲学・理論（とりわけ自助・共助・公助の整理）、財源構造、保険者構造、プロバイダーの特色等に要素分解できる。中でも、保険者構造は負担を論じる上で最も基本となる知識である。

今日の保険者構造に至る経緯を踏まえずにこれからの医療制度を論じようとしても、いたずらに過去の問題点をなぞることになりかねない。そこで、今後の医療制度の議論を建設的に進めるためにも、社会保険とりわけ保険者構造の成り立ちについての知識を広く共有する必要がある。本稿では、保険者構造に関わる議論を保険者論といい、これを中心に日本の医療制度の成り立ちを整理する。

保険者論を含めた日本の医療制度ないし社会的医療保険については、島崎謙治、吉原健二を筆頭に既に優れた研究が存在する。しかし、これら先学の業績は詳細かつ包括的であるものの、その分、これに挑戦することは容易ではない。そこで、本稿では、社会的医療保険の成り立ちを保険者論に大胆に絞って、論じる。

---

<sup>1</sup> 島崎謙治『日本の医療 制度と政策』増補改訂版（東京大学出版会）. 2020. 226 頁

<sup>2</sup> Health Politics in Eruope. EM Immergut et al, OXFORD University Press. 2021. p7.

<sup>3</sup> [https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-86645-](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-86645-7_35#:~:text=It%20was%20based%20on%20%E2%80%9Cstate,and%20Eggleston%202001%2C%206)

[7\\_35#:~:text=It%20was%20based%20on%20%E2%80%9Cstate,and%20Eggleston%202001%2C%206](https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-030-86645-7_35#:~:text=It%20was%20based%20on%20%E2%80%9Cstate,and%20Eggleston%202001%2C%206)



## 2. 既述にあたって

日本の医療保険制度の 100 余年にわたる構造的変遷を記述するにあたり、近年の主要な先行研究（島崎<sup>4</sup>、吉原・和田<sup>5</sup>、厚生省<sup>6</sup>）を中心的対象として抽出し、その利権を軸に、制度変遷に関する整理を行った。

他方、史実としての連続性、網羅性、正確性、客観性を担保する目的から、基本的リファレンスとして帝国議会及び国会の会議録、法律案、法律、各種行政規則に加えて、『週刊社会保障』、『社会保険旬報』、『日医ニュース』、『日本医師会雑誌』等の同時代資料も参照基準として対比させた。その結果、島崎、吉原、厚生省の先行研究では看過、簡略化、あるいは検討対象外に置かれているものの、制度変遷の変転・契機を解釈する上で重要であるトピックを特定した。これらについては、前後の時代背景や導入の経緯を含めて追加的に位置づけ、分析の補強を行った。

---

<sup>4</sup> 島崎謙治『日本の医療 制度と政策』増補改訂版（東京大学出版会）. 2020.

<sup>5</sup> 吉原健二・和田勝著『日本医療保険制度史』（第 3 版）東洋経済新報社. 2020.

<sup>6</sup> 厚生問題研究会『厚生省五十年史』. 1988.

## 3 戦前

### 3.1. 被用者保険

#### 3.1.1. 健康保険法の制定

1922 年（大正 11 年）に健康保険法（大正十一年法律第七十号、以下「健保法」という。）が成立し<sup>7</sup>、1927 年（昭和 2 年）<sup>8,9</sup>に施行された。20 世紀後半以降の制度的医療保障に繋がる制度整備の端緒であり<sup>10</sup>、この立法によって、職業を基盤とした職域保険としての公的医療保険の制度整備が始まった。大正後期（1920 年代前半）は、急速な産業社会化を背景に、大正デモクラシーと呼ばれる大衆運動の高まりと労働争議が頻発した時期である<sup>11</sup>。この医療保障整備の最初期段階で、独自に健康保険組合を設立できない中小企業に対して、政府自身が保険者となる政府管掌保険が置かれていたことは特筆に値する。ただし、この 1922 年健保法によって強制的な被保険者になったのは、常時 10 人以上の労働者を使用する工場法<sup>12</sup>適用対象の工場及び鉱業法<sup>13</sup>適用対象の鉱山の労働者に限られる<sup>14</sup>。つまり、対象は第二次産業のうち一定規模以上の事業者の被用者であり、零細な工場や第一次産業及び第三次産業労働者は強制加入あるいは任意加入の対象にもなっていなかった。このような被保険者の限定は、健康な労働力を確保することによる第二次産業の育成を図るとともに、労働争議への対応策としての趣旨

---

<sup>7</sup> [https://hourei.ndl.go.jp/simple/detail?lawId=0000017560&current=-1#text\\_of\\_the\\_law](https://hourei.ndl.go.jp/simple/detail?lawId=0000017560&current=-1#text_of_the_law)

<sup>8</sup> 大正 15 年 6 月 30 日勅令第 243 号

<sup>9</sup> 施行が立法の 5 年後にずれ込んだのは、立法翌年（1923 年、大正 12 年の関東大震災の影響があったとされる。

<sup>10</sup> 健康保険法は、改正を重ねながらも 2026 年現在もなおその骨格を維持した国内法である。この点は、戦前の国民健康保険法が戦後の国民健康保険法とは別の法律とみなされていることと異なる点である。

<sup>11</sup> 日本工場法成立の周辺、西岡孝男、蘭西大学「紐清論集」第 32 巻第 4 号  
file:///C:/Users/morii/Downloads/KU-1100-19821120-10.pdf

<sup>12</sup> 工場法（明治 44 年（1911 年）3 月 29 日法律第 46 号）

<sup>13</sup> 鉱業法（明治 38 年（1905 年）3 月 8 日法律第 45 号）

<sup>14</sup> 工場法と鉱業法は共に、戦後、新憲法制定（1946 年 11 月）直後、施行（1947 年 5 月）直前の昭和 22 年（1947 年）4 月に、労働基準法に一本化された。

を反映したものと考えられる。島崎は、この 1922 年健保法制定を「労働政策立法としての性格を色濃く有していた」と評している<sup>15</sup>。

### 3.1.2. 昭和 9 年及びそれ以降の健康保険法改正

また、1929 年（昭和 4 年）に始まった世界恐慌は、1930 年代前半（昭和ゼロ年代後半、昭和 10 年代前半）の日本社会の不安定化の起点となったと考えられる。農村をはじめとして国民生活の困窮は社会不安をもたらす現実的な脅威であった。そのことは、1933 年（昭和 8 年）に閣議決定「内閣ニ思想対策協議委員設置ノ件」に基づいて思想対策協議委員（思対協）が置かれたこと<sup>16</sup>からも窺える。思対協の構成員は、

- 一、内閣書記官長
- 二、法制局長官
- 三、内務、陸軍、海軍、司法、文部各省次官
- 四、関係各庁勅任官

とされ、同決定四号につき内務省社会局長官もまた「内閣ニ於テ之ヲ囑託」された。ここで内務省社会局は厚生省の前身である<sup>17,18</sup>が、そのような保健担当部局が「思想対策」機関の構成要素となった理由は、「思想悪化の原因となる国民の生活不安の解消を図る観点から、社会改善方策も思対協の審議事項であったから」<sup>19</sup>とされる。これは、社会連帯が社会保障の基盤というだけでなく、社会保障の目的でもあるという相互前提関係（ニワトリタマゴ関係）を当時の政府が認識していたことを示している。このような昭和初期（1920 年代後半以降の十数年間）の騒然とした社会状況で、五・一五事件（1932 年、昭和 7 年）、二・二六事件（1936 年、昭和 11 年）が起こっている。このことから、1930 年代の日本には、国民の国家への忠誠心を涵養し社会統合を図るビスマルク的要請（Bismark's motive, state-corporatist model）<sup>20</sup>が働いていたと考えられる。

---

<sup>15</sup> 島崎謙治『日本の医療 制度と政策』増補改訂版（東京大学出版会）. 2020 年. 43 頁

<sup>16</sup> 昭和 8 年 4 月 11 日閣議決定「内閣ニ思想対策協議委員設置ノ件」.  
[https://ndlsearch.ndl.go.jp/rnavi/db/cabinet/s2\\_8/bib00088](https://ndlsearch.ndl.go.jp/rnavi/db/cabinet/s2_8/bib00088)

<sup>17</sup> 『厚生省二十年史』 厚生省 20 年史編集委員会. 1960. 114-116 頁

<sup>18</sup> 厚生問題研究会『厚生省五十年史（資料篇）』. 1988. 年表 53 頁

<sup>19</sup> 島崎謙治『日本の国民皆保険』（ちくま新書）. 2025. 10 頁

<sup>20</sup> The Three Political Economies of the Welfare-State, D Esping=Andersen, p.24

1934 年（昭和 9 年）頃において、健康保険法の適応は「工場鑛山ノ従業者約二百萬人ニ限局セラレテ居」た<sup>21</sup>。当時の日本の総人口が 6830 万人であるから<sup>22</sup>、1934 年（昭和 9 年）に健康保険法の適応を受けていた 200 万人とは、人口の 3 % に過ぎない。このような限られた医療保障の状況について、当時の政府も不十分と考えていた。1934 年（昭和 9 年）の帝国議会における健保法改正の審議において、政府委員（齋藤隆夫内務政務次官）は「理想ト致シマシテハ工場鑛山労働者ノミナラズ種々ノ事業ニ使用セラルル労働者其ノ他小額所得者ニモ健康保険ヲ擴張適用スルノガ良イト考ヘマス」と改正趣旨を説明している<sup>21</sup>。そして、その結果、常時 5 人以上の労働者を使用する工場に健保法の適応が拡大された。

また、1939 年（昭和 14 年）には健康保険法とは別に、職員健康保険法（昭和 14 年法律第 72 号）が成立した。その 18 条 1 項において被保険者を以下のように定めた<sup>23</sup>。

左ノ各號ノ一ニ該當スル事業ノ事業所ニシテ市又ハ主務大臣ノ指定スル町村(以下指定町村ト稱ス)ニ在ルモノニ使用セラルル者ハ職員健康保険ノ被保険者トス

- 一、物ノ販賣ニ關スル事業
- 二、金融又ハ保険ニ關スル事業
- 三、物ノ保管又ハ賃貸ニ關スル事業
- 四、媒介周旋ニ關スル事業
- 五、集金、案内又ハ廣告ニ關スル事業
- 六、前各號ニ掲グルモノノ外勅令ヲ以テ指定スル事業

要するに、従前の健保法が工場又は鉱山という第二次産業労働者を対象としていたのに対し、職員健康保険法は各種の第三次産業労働者をその対象とした。しかし、金融・賃貸業等の細分化した産業区分に応じて医療保障の根拠法を分ける意義は見当たらない。

---

<sup>21</sup> 第 65 回帝国議会貴族院健康保険法中改正法律案特別委員会、昭和 9 年（1934 年）3 月 10 日、<https://teikokugikai-i.ndl.go.jp/simple/disPDF?minId=006500802X00119340310>

<sup>22</sup> <https://www.e-stat.go.jp/dbview?sid=0003411881>

<sup>23</sup> <https://teikokugikai-i.ndl.go.jp/#/detail?minId=007413242X02019390304&spkNum=35>

かったと見えて、1942 年（昭和 17 年）には健康保険法に統一された<sup>24,25</sup>。

そして、1944 年（昭和 19 年）に戦前における最後の健康保険法改正が行われた。この昭和 19 年健保法改正は労働者年金保険法の改正<sup>26</sup>に伴うものであった。年金自体の改正内容は、法の適用範囲を事務職員、女性、5 人以上使用事業所に拡大するものであった<sup>27</sup>。これは戦局悪化の下での「労働者の士気高揚による戦力の増強」<sup>28</sup>を目的としたものとされる。年金法改正が健保法改正を伴った理由は、労働災害を契機とした障害年金給付の充実が盛り込まれ、その障害年金に移行するまでに健康保険の給付が途切れないようにするためである。その目的を実現するために、療養の給付期間に対する制限規定が撤廃され（改正前健保法 44 条の 2 の削除）、給付期間についての勅令への委任（改正健保法 37 条 3 項）が新たに盛り込まれた。さらに業務上傷病への手当金の支給期間の延長が規定された（改正健保法 47 条 2 項）。これらの点から、昭和 19 年改正は、戦前の健保法に見られる以下の三つの特色を図らずも反映したものとなっていた。すなわち、一）兵員及び労働力確保という時局要請の特殊性、二）厳格な給付期間制限、三）労災保険との未分離、の三点である。

### 3.1.3. その他の職域保険

職員健康保険以降も、昭和 15 年（1940 年）に政府職員共済組合令<sup>29</sup>が勅令として発令された。政府共済組合の組合員は、判任文官に加えて「国庫ヨリ給料又ハ手当ヲ受クル」

---

<sup>24</sup> 昭和 17 年法律第 38 号、<https://teikokugikai-i.ndl.go.jp/#/detail?minId=007913242X00519420123&spkNum=36>

<sup>25</sup> 被保険者を定めた健保法 13 条において、1 号：工場法、2 号：鉱業法、3 号：特別指定その他、に加えて新たに従前の職員健康保険の被保険者が追加された。また、職員健康保険自体も改正法の附則 2 項において「之ヲ廢止ス」とされた（<https://teikokugikai-i.ndl.go.jp/simple/disPDF?minId=007913242X00519420123#page=1>）。

<sup>26</sup> 昭和 19 年法律第 21 号。この改正は、「労働者年金保険」を今日に続く「厚生年金保険」に改称したものと知られる。

<sup>27</sup> 厚生問題研究会『厚生省五十年史（資料篇）』. 1988. 年表 1177 頁

<sup>28</sup> 小西佐千夫、吉弘憲介、古市将人 編『日本の財政』2026. 有斐閣ブックス. 175 頁

<sup>29</sup> 昭和 15 年 12 月 2 日勅令第 827 号、<https://www.digital.archives.go.jp/file/134603>

属員、職工と（1条本文）とされており、対象は下級官吏であった。組合は各省庁ごとに作られた（2条1項、4条）。組合員からの保険料（条文上は「掛金」）の徴収（30条1項）、事務経費（29条）及び財源の国庫補助（31条1項）も規定された。そして給付は、療養費、傷病手当金、埋葬料、分娩費、出産手当金とされた（8条）。療養費は、本人8割（13条）、被扶養者5割（14条1項）の給付であり、国保<sup>30</sup>よりもやや手厚く、健保<sup>31</sup>にはやや欠ける水準であったと言える。また、昭和16年（1941年）には教職員共済組合令<sup>32</sup>が同様に発出された。教職員共済組合の組合員は、市町村立小学校、青年学校及び幼稚園の職員とされた（1条）。保険料（1.3%、2条2項）及び事務経費（同1項）はいずれも道府県・市町村の負担とされた。また、道府県等に対する国庫補助を可能とする規定（3条）もある。

ここで、強制的な負担と給付の組み合わせである社会保険という明確に国民の権利義務に関する問題を規律するものが、法律ではなく勅令等の行政規則であることには注意が必要である。このようなことが許容されたのは、大日本帝国憲法下における法律による行政の原理（法治主義）の例外としての特別権力関係<sup>33</sup>がその理由であると考えられる。実際に新憲法施行後まもなく、国家公務員共済組合法が立法されたのを皮切りに順次法制化されていった。

その他に、職員健康保険法と同じタイミングの昭和14年（1939年）には船員保険法も成立している<sup>34</sup>。船員に対する療養の給付については、従前の船員法によっても保障

---

<sup>30</sup> 旧国保法では給付に関して国保組合の裁量が大きく（旧国保法24条：保険給付ノ種類範囲支給期間及支給額、保険料ノ額徴収方法乃減免其ノ他保険給付乃保険料ニ関シ必要ナル事項ハ規約ヲ以テ之ヲ定ムルベシ）一律の給付割合は定められていないが、新国保法成立時の給付割合が5割であったこと（新法（[https://www.shugiin.go.jp/Internet/itdb\\_housei.nsf/html/houritsu/03119581227192.htm](https://www.shugiin.go.jp/Internet/itdb_housei.nsf/html/houritsu/03119581227192.htm)）42条1項）から、戦前においても概ね同様の（又はそれにやや劣後する）水準であったと考えられる。

<sup>31</sup> 健保においては昭和17年（1942年）の改正（昭和17年2月21日法律第38号）で初めて一部負担が導入され、その負担内容は命令に委任されており法定されていない（改正法43条の2）。実際の負担内容は定額負担であったとされ（吉原健二・和田勝著『日本医療保険制度史』（第3版）東洋経済新報社、2020、188頁）給付割合としては10割が戦後も長期に渡って維持されたことになる。

<sup>32</sup> 昭和16年1月7日勅令第17号。 <https://www.digital.archives.go.jp/file/148366>

<sup>33</sup> 高橋明男・他『行政法の基本』第7版（法律文化社）. 2019. 36頁

<sup>34</sup> 昭和14年4月6日法律第73号

されていたが、健康保険法の成立と拡充に合わせてこの時期に独自の保険制度となった<sup>35</sup>。もっとも、「船員保険ニ於テハ被保険者タリシ者ノ疾病、負傷、老齡、癈疾、脱退又ハ死亡ニ關シ保険給付ヲ爲スモノトス」(1条)<sup>36</sup>としており年金保険としての側面をも持つ総合的な保険制度であった。これらは、それぞれ微妙に異なる要素を内包しつつ、いずれもその本質が被用者保険という点で一致していた。

#### 3.1.4. ドイツの職域保険の成立

ところで、日本の健康保険はドイツをモデルに整備されたというのが定説である<sup>15,37,38</sup>。それでは、日本がモデルとしたドイツの健康保険とはいかなるものであったか。19世紀以降、ドイツ（プロイセン）においても本格的に産業革命が勃興し、都市の労働者人口が急増した<sup>39</sup>。プロイセンにおける1807年の10月勅令に基づく農民解放（移住の自由、土地流通の自由、職業選択の自由）によって<sup>40</sup>農村から都市への人口流入の素地ができた。1810年には、ハルデンベルク（プロイセン宰相）の営業勅令によって営業の自由が導入された<sup>41</sup>。これにより産業革命及び資本主義経済への布石が打たれた。さらに1845年には、プロイセン営業令（Preußische Gewerbeordnung von 1845）が制定された。ここで Gewerbe は手工業を含む商工業一般をさす<sup>42</sup>。そのため1845年プロイセン営業令は、職業選択の自由と営業の自由を農民以外にも拡張し<sup>43</sup>、旧来の手工

---

<sup>35</sup> 吉原健二・和田勝著『日本医療保険制度史』（第3版）東洋経済新報社、2020、78-79頁

<sup>36</sup> <https://www.digital.archives.go.jp/img/138089#1>

<sup>37</sup> 『社会保険医療事務提要』厚生省保険局医療課監修

<sup>38</sup> Ikegami et al, Japan: Universal Health Care at 50 Years Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges. Lancet 2011 17;378(9796):1106-15.

<sup>39</sup> <https://www.bbc.co.uk/bitesize/guides/z36wycw/revision/3#:~:text=Before%20World%20War%20I%2C%20Germany%20was%20a,its%20largest%20size%20in%20Europe%20by%201900.>

<sup>40</sup> トーマス・ニッパード著、大内宏一訳『ドイツ史 1800-1866（上）：市民世界と強力な国家』（白水社）、2021、51頁

<sup>41</sup> トーマス・ニッパード著、大内宏一訳『ドイツ史 1800-1866（上）：市民世界と強力な国家』（白水社）、2021、57頁

<sup>42</sup> トーマス・ニッパード著、大内宏一訳『ドイツ史 1800-1866（上）：市民世界と強力な国家』（白水社）、2021、226頁

<sup>43</sup> トーマス・ニッパード著、大内宏一訳『ドイツ史 1800-1866（上）：市民世界と強力な国家』（白水社）、2021、265頁

業者を大規模工場労働者に変えることになった。このような一連の法制度の整備については、産業の重工業化及びそれに伴う産業社会化という目的が必ずしも明確に意図されていたわけではなかったようだ。ニッパードイは、「ドイツの場合は、国家が産業化を作り出したわけではないし、自ら音頭を取って最優先扱いにしたわけでもなかった。国家は産業化を許容し、制度的な枠組みとなる諸条件を作り出し、産業化を間接的に、それどころか意図せずに促進した」<sup>42</sup>と述べている。この点では、明治維新以降、中央政府主導で産業社会化を進めた日本とは異なる。後述するように、この違いが社会的医療保険（SHI）の成立過程にも影響を及ぼしている可能性がある。

1845 年プロイセン営業令のもう一つの意義は労働法として機能である。すなわち、1845 年プロイセン営業令は労働契約を規律し、労働者の団結を禁止する法規であった<sup>44</sup>。この 1845 年プロイセン営業令が制定された段階で、事業主の中には労働力の保全を目的に、支援金庫（unterstützungskassen）を創設させる者が現れていた<sup>45</sup>。このような職域保険の自生的な成立を背景に、1845 年プロイセン営業令ではゲマインデ Gemeinde（地方行政単位の一つ）に、工場労働者等の工場疾病金庫への強制加入を課す権限が規定された<sup>46</sup>。さらに 1849 年の改正では、保険料を労使折半とする義務を課す権限がゲマインデに付与されている。もっとも、この権限は実際にはあまり行使されなかったようで<sup>46</sup>、後述する旧国民健康保険法下における「第一次国民皆保険の完遂」が実態を伴わなかった昭和 17 年（1942 年）から昭和 20 年代頃までの日本の状況に似ている。

また、1845 年プロイセン営業令にいう「工場労働者等」が具体的に何をどこまでを含むものであったのかは必ずしも明らかではないが、その対象を鉱山労働者とする先行

---

<sup>44</sup> 1830 - 1870: ANFÄNGE DER ARBEITERBEWEGUNG

(<https://www.gewerkschaftsgeschichte.de/data/Preussische-Gewerbeordnung.pdf>)

<sup>45</sup> 医療経済研究機構『ドイツ医療保障制度に関する調査研究報告書 2022 年度版』令和 5 年（2023 年）. 20 頁

<sup>46</sup> 白井英之翻訳 ハイント・ランベルト著『ドイツ社会政策史（III）』第 III 省ドイツ社会政策立法の歴史」<https://www.seijo.ac.jp/pdf/faeco/kenkyu/175176/175176usui.pdf>

研究がある<sup>47</sup>。1871 年のドイツ帝国成立を経て、1883 年には宰相ビスマルクの下で、労働者疾病保険法が成立し、公的医療保険が創設された<sup>48</sup>。同法は雇用された労働者を主たる対象とする職域の社会的医療保険（SHI）であり、全国民をカバーする皆保険ではなかった。その実態は、ビスマルクが創設したというより、「鉱山労働者、ギルド、労働組合の互助基金等の既存の自生的な多数の医療保険基金（a large number of pre-existing voluntary health insurance funds, such as those funded by miners, guilds, union mutual aid funds）」に基礎づけられたものだった<sup>49</sup>。制度成立当初のブルーカラー労働者の捕捉率は 50%であり、これは 15 歳以上人口の 14%に過ぎなかった<sup>49</sup>。それでもなお、政府が国民の医療について一定の責任を引き受けるという社会選択がこの段階で初めてなされたと言え、これを礎に今日のドイツの社会化された医療制度がある<sup>50</sup>。

## 3.2. 地域保険

### 3.2.1. 旧国民健康保険法の制定

日本の医療保障は、雇用関係のある工場・鉱山労働者を対象とする健康保険として整備が始まり、その保障が種々の産業に段階的に拡張されるという形で進んだ。その一方で、人口の多数を占める農業従事者をはじめとする第一次産業従事者、自営業者、引退した高齢者をはじめとする無業者の医療保障についても 1930 年代後半（昭和 10 年代前半）から制度整備が始まった。

---

<sup>47</sup> <https://healthsystemsfacts.org/national-health-systems/bismarck-model/germany/germany-health-system-history/#:~:text=%E2%80%9CThe%20Act%20on%20Health%20Insurance,of%20contractual%20relationships%20with%20them.>

<sup>48</sup> <https://www.sciencedirect.com/topics/social-sciences/sickness-insurance#:~:text=Bismarckian%20Health%20Insurance,up%20to%20the%20present%20time.>

<sup>49</sup> EM. Immergut, CWendt. Health Politics in Europe a Handbook. Germany. II The German Health System. Oxford. University Press. 22021. p482.

<sup>50</sup> B. Reinhard, et al. Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. Lancet 390:10097:882-897. 2017

1938 年（昭和 13 年）に地域や業種を単位とした社会的医療保険（SHI）が国民健康保険法によって創設された。この昭和 13 年国民健康保険法（昭和 13 年法律第 60 号）は、戦後、1958 年（昭和 33 年）に全部改正されているため、戦後の国民保険法と区別するため「旧国民健康保険法」と呼ばれる<sup>51,52</sup>。

旧国民健康保険法では、普通国民健康保険組合（地域保険）と特別国民健康保険組合（広義には職域保険というべきもの）という性質の異なる 2 種類の国民健康保険が規定された（同法 9 条）が、いずれも被用者であることを前提とした従前の健康保険で捕捉しきれない自営業者や農業従事者等の医療保障を確保するという立法趣旨に出たものと考えられる。このうち、特別国民健康保険組合は、「同一ノ事業又は同種ノ業務ニ従事スル者を組合員トシテ之ヲ組織ス」（10 条 1 項後段）とされているところ、立法時の帝国議会で、政府委員（清水玄・保険院<sup>53</sup>社会保険局長）が「特別ノ組合ト云フヤウナ種類ノモノヲ、都市方面ニ作ルト云フ計畫ニナッテ居リマスガ、現在ノ所ニ於キマシテハ、ドノ位デ都市ノ方ガ終ルカト云フヤウナコトニ付テハ、マダ今ノ所豫定ヲ致シテ居リマセヌ」<sup>54</sup>と答弁しており、都市部の自営業者の医療保障を緩やかに図る意図があったと考えられる。実際に、岩手県では、終戦までに設立された特別国民保険組合は、岩手県警察官吏家族国民健康保険組合の一組合にとどまっている<sup>55,56</sup>。旧法の特別国保

---

<sup>51</sup> 日本医師会「国民皆保険の歴史」<https://www.med.or.jp/people/info/kaifo/history/>

<sup>52</sup> 1958 年の国民健康保険法施行法（昭和 33 年 12 月 27 日法律第 193 号）では「旧法」とされている。

<sup>53</sup> 保険院は昭和 13 年の厚生省創設と同時にその外局として新設され、内務省社会局から社会保険行政を引き継いだ（『厚生省二十年史』 厚生省 20 年史編集委員会、1960. 116 頁）。

<sup>54</sup> 第 73 回帝国議会衆議院国民健康保険法案委員会昭和 13 年（1938 年）2 月 3 日

<sup>55</sup> 国民健康保険法第 54 条の解釈をめぐって－岩手県の事例検討から－、高川島裕子、人間社会環境研究 12 号 2006 年、file:///C:/Users/morry/Downloads/AN10533094-12-2.pdf

<sup>56</sup> 戦後、普通国民保険組合については昭和 23 年（1948 年）に市町村公営の原則が確立し、特別国保組合についても新規の国民健康保険組合（旧法における特別国民健康保険組合は、戦後には、普通国民健康保険組合と共に、単に国民健康保険組合となった。）の設立が認められなくなったとされる。それでも、昭和 29 年（1954 年）に食品関係者の国民保険組合（以下、「国保組合」という。）の設立が確認できる（[https://www.toshoku-kokuho.or.jp/about\\_union/](https://www.toshoku-kokuho.or.jp/about_union/)）。しかし、昭和 33 年（1958 年）に旧国民健康保険法が全面改定されて新法となって以降は、国民健康保険（以下、「国保」という。）の市町村公営の原則がより徹底された。新規国保組合設立禁止の例外として、沖縄の本土復帰に伴う沖縄県医師国保組

組合は、都市を中心とした自営業者のための一種の職域保険だった。この点で、ドイツにおける同種自営業者の保険である同業組合疾病金庫（Innungskrankenkassen. IKK）<sup>57</sup>に類似する（ドイツの IKK の基盤である Innung は Zunft と同様に Guild の一形態とされる<sup>58</sup>。）。

国民健康保険として、特別国保組合よりもはるかに重要なのは、地域保険である普通国保だ。旧国民健康保険法案の提出にあたって、厚生大臣木戸幸一は「医療ヲ受ケルコトニ關シ第一ニ問題トナルノハ医療費ノ負擔デアリマシテ、殊ニ最近ニ於ケル農山漁村住民、都市中小商工業者等ノ疲弊ハ深刻ナルモノガアリ、斯ル人々ニ取ッテ医療費ハ相當經濟的重壓トナッテ居ルノデアリマス、此医療費問題ヲ根本的ニ解決スルニハ、共同ノカト平素ノ用意トニ依ル保険組織ヲ以テ最良ノ策タルコトヲ認メ、本法案ヲ作成シタ次第デアリマス、」と述べ<sup>59</sup>、この法案が「農山漁村住民」を主要な対象の一つと想定していることを明らかにした。また、実際の審議も農村での医療に関するものが中心となった。

島崎は、この旧国民健康保険法の特徴として、

- 一、 市町村が保険者になるのではなく市町村が保険組合を創設するものであること、
- 二、 組合設立は市町村の任意であり、組合への加入も原則任意であること、
- 三、 保険料や、給付水準の決定は組合自身に裁量があること、

---

合と、建設労働者の一人親方を日雇労働者健康保険（1954 年から 1984 年にあった健康保険制度）の適用から除外したことに伴う土木建築関係の国保組合の 2 事例のみがある（第 17 回社会保障審議会医療保険部会平成 17 年 7 月 29 日、資料 4、<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/07/dl/s0729-9f.pdf>）。そのため、現存する医師国保組合や弁護士国保組合は、少なくともその原型が戦前に設立されていたものと言える。

<sup>57</sup> <https://en.ikkbb.de/about-us#:~:text=Back%20then%20,a%20fair%20price/performance%20ratio.>

<sup>58</sup> Guild system. <https://www.sciencedirect.com/topics/social-sciences/guild-system#:~:text=The%20first%20guilds%20%E2%80%93%20in%20the,as%20the%20mid%20Deighteenth%20century.>

<sup>59</sup> 第 73 回帝国議会衆議院本会議昭和 13 年（1938 年）1 月 27 日

の 3 点を挙げている<sup>60</sup>。国民健康保険組合の設立が地方公共団体の任意とされたのは、地域の共同体性に濃淡があったことに加えて、無理やり国民健康保険組合を設立しても無医村が点在していた当時の社会状況の中では“保険あって医療なし”となる地域が続出する事態となることが考慮されたためではないか。

### 3.2.2. 昭和 17 年旧国民健康保険法改正

その後、島崎が指摘した旧国民健康保険法の特徴のうち「二」については、1942 年（昭和 17 年）には、地方長官（府県知事、北海道庁長官等）に普通国保組合の設立を強制できる裁量が規定され<sup>61</sup>、旧国民健康保険が強制保険としての性格を帯びることとなった。これをもって「第一次国民皆保険の完遂」とされることがある<sup>62,63</sup>。この昭和 17 年の国民健康保険法改正によって、ほとんどの地域で普通国保組合が作られたものの、実態を伴わない組合もあった。終戦が近づくにつれ、医療サービスの給付面でも、「医師・看護婦・医薬品のすべてが不足しており、十分な活動を行うことができ」ず、終戦時には「国民健康保険組合の半数以上が事実上活動を中止していた」とされる<sup>64</sup>。このように旧国民健康保険法の下での地域保険はいわばところどころ“張りぼて”であり、真の地域保険の実質化はその後の社会の成熟と法改正手続きに委ねられていたものと思われる。あるいは、農村からの兵員確保の要請への対応策として無理を押しつけてその外形が整えられた可能性もある。しかし、太平洋戦争の開戦から終戦に向かう中で「国民皆保険の完遂」がそれ以上の実態を充実させることは適わなかった。

### 3.2.3. 社会保険としての医療保障の意義

以上に見たように、日本の医療保障は、第二次産業労働者から第三次産業労働者・自営業者・その他の被用者へと職域保険としてその対象を拡大しつつ、第一次産業従事者については地域保険の考え方を取り入れて整備が進められた。その背景として、産業社会

---

<sup>60</sup> 島崎謙治『日本の医療 制度と政策』増補改訂版（東京大学出版会）. 2020. 47-48 頁

<sup>61</sup> 昭和 17 年法律第 39 号

<sup>62</sup> 島崎謙治『日本の医療 制度と政策』増補改訂版（東京大学出版会）. 2020. 50 頁

<sup>63</sup> 広井良典「人口高齢化と医療・福祉施策」、『人口大事典』日本人工学会編、培風館、920 頁、2002 年

<sup>64</sup> 厚生問題研究会『厚生省五十年史（記述篇）』. 1988. 362 頁

化自体が政府主導で短期間に進行していた点に着目する必要がある。社会保険としての諸制度に関して、産業社会化とほとんどタイムラグなくむしろ同時並行的にその外形及び実態の整備が目指された。これは、国家による社会保険整備が、中世以来のギルドを基礎に産業革命の段階的需要とそれへの対応としての産業関連保険の自生的成立を所与としたドイツと大きく異なる点である。

日本にも、「定礼」という自生的な仕組みがなかったわけではない<sup>65</sup>が、これらが統一的な制度の前提として社会の隅々に根付いていたとまでは言えない。そのため、日本の社会保険としての医療保障は、産業の発展・移行に応じて住民自身の手で作られ、広められた保険を後に制度として社会化したのではない。むしろ、社会保険の形成の初期から国家の役割が大きかったと言える。

このことは、連帯という保険の根本原理の確認が必ずしも十分でなかった可能性を示唆する。社会保険の存在意義については、戦後になり、社会保障制度審議会の 1950 年勧告の中で改めて整理されることになった。それだけに、戦後の社会保険がやや理念先行的で、自生的前提を欠くような印象をもたらすことに繋がっている可能性がある。

しかし、社会保険に限らず、社会保障と社会連帯はニワトリタマゴ関係である。制度は諸条件の中で行きつ戻りつするが、その過程の中で外形と実態も抜きつ抜かれつする。ある時は外形が先行するが、またある場面では実態が制度を乗り越えてその時代の要求を受け止める。日本の過去 100 年余りの医療保障の歴史もその例に漏れない。

#### 4. 戦後

太平洋戦争終戦直前において、職域保険（健康保険等）の点からも、地域保険（国民健康保険）の点からも、日本の医療保障の制度整備は一貫して「保険」として進められながら、戦前においてついにそれが完成することはなかった。

---

<sup>65</sup> 島崎謙治『日本の医療 制度と政策』増補改訂版（東京大学出版会）、2020、49 頁

しかも、太平洋戦争の戦災で、職域保険たる健康保険の基盤である産業そのものが損害を負ったことに加えて、保険給付の対象となる医療サービスの担い手である開業医が招集されたことで医療機関が閉鎖するなどして、曲りなりに整備が進んでいた社会的医療保険（SHI）制度は「崩壊した」<sup>66</sup>。

「第一次国民皆保険の完遂」は、「未完成」かつ「崩壊」という二重の意味で失われている。そのため、戦前において「皆保険」が明確に志向されながら、終戦時には“皆保険未だならず”の状態であったことになる。

## 4.1. 国民皆保険

### 4.1.1. 時代背景

社会的医療保険（SHI）による医療保障の未完成という課題は戦後もしばらく続いた。「もはや『戦後』ではない」と経済白書（年次経済報告）が高らかに宣言したのは1956年（昭和31年）だが<sup>67</sup>、同年の厚生白書は972万人（当時人口の11%）の「低所得階層」が「復興の背後に残された人々」として存在し「階層的に固定化し、沈澱しつつある」とし、「果して『戦後』は終わったか」と問い返した<sup>68</sup>。終戦から10余年というこの時期は、まさに「経済復興と貧困がクロスする時代」<sup>69</sup>だったといえる。また、当時の人口の3分の1に当たる2,900万人が公的医療保険（原文は「疾病保険」）に未加入であった<sup>70</sup>。終戦から高度経済成長への移行期ともいえるこの時期において、戦前からの懸案であった全国民の医療保障の骨格が作られた。すなわち、1958年（昭和33年）

---

<sup>66</sup> 石垣千秋『医療制度の比較政治—1990～2000年代の日・米・英における診療ガイドライン政策—』（春風社）. 2017. 286頁

<sup>67</sup> 『昭和31年度年次経済報告 結語』<https://www5.cao.go.jp/keizai3/keizaiwp/wp-je56/wp-je56-010501.html>

<sup>68</sup> 昭和31年『厚生白書 第一章 国民の生活はいかに守られているか』  
[https://www.mhlw.go.jp/toukei\\_hakusho/hakusho/kousei/1956/dl/03.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1956/dl/03.pdf)

<sup>69</sup> 島崎謙治『日本の国民皆保険』（ちくま新書）. 2025. 113頁

<sup>70</sup> 昭和31年『厚生白書 第二章 国民の健康はいかに守られているか』  
[https://www.mhlw.go.jp/toukei\\_hakusho/hakusho/kousei/1956/dl/04.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1956/dl/04.pdf)

に（新）国民健康保険法が制定<sup>71,72</sup>され、1961 年（昭和 36 年）保険事業が開始された。

ここで、終戦から国民皆保険達成までを整理する。1948 年（昭和 23 年）に旧国保法が改正され、これにより、組合主義から市町村公営主義（改正法 2 条）という国保保険者の原則が変わった。そして、国保事業が行われている地区での強制加入原則が採用された。これらは、島崎が指摘した（上述）旧国保の特徴の一及び二についての変更である。

#### 4.1.2. 1950 年勧告

これに先立って 1947 年（昭和 22 年）5 月に日本国憲法が施行され、同 25 条で生存権が規定された。憲法の生存権規定の下で、1950 年（昭和 25 年）に社会保障制度審議会勧告（以下、「1950 年勧告」という。）が出された。1950 年勧告は、戦後日本の社会保障制度のマイルストーン・ドキュメントの一つであり、社会保障あるいは社会的医療保険（SHI）制度史の論考の中でしばしば言及される。当時の実際の政策とりわけ皆保険実現への影響は限定的とする見解もあるが<sup>73</sup>、現在に至るまで憲法 25 条と並んで戦後日本の社会保障論の出発点とも位置付けられる<sup>74</sup>。1950 年勧告が今日の社会保障にとってとりわけ重要であるのは、次の五点であろう。

- 一、新憲法の生存権を社会保障の目的としたこと
- 二、社会保険を社会保障の主位的制度としたこと
- 三、自主的責任を社会保険の前提に位置付けたこと
- 四、扶助制度を社会保険の補完的制度としたこと
- 五、国民自身が財源負担の義務を負うこと

---

<sup>71</sup> 昭和三十三年法律第百九十二号

<sup>72</sup> 現在の国民保険法は、1958 年を制定年度としており、戦前の昭和 13 年（1938 年）に制定された（旧）国民保険法（昭和 13 年法律第 60 号）と区別している。これは、外形的には昭和 13 年旧法を改正する形で昭和 33 年新法が成立しているものの、全部改正されているため実質的に新法として扱われていることによる。

<sup>73</sup> 島崎謙治『日本の国民皆保険』（ちくま新書）. 2025. 111 頁

<sup>74</sup> 厚生労働省. 第 1 回社会保障給付費の整理に関する検討会資料 3 「社会保障の範囲について」. 2011 年 9 月 14 日. <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001otuv.html>

1950 年勧告は、まずその前文において「社会保障制度とは、(中略) 国民が文化的社会の成員たるに値する生活を営むことができるようにすること」と、社会保障の目的を明らかにした。これが憲法 25 条を踏まえたものであることは文言から明らかである。

その上で、財源の負担者やその方法に関する問いが生じるのは、この社会保障の目的が安価に達成できないものだからだ。1950 年勧告は、その目的を達するために相当の費用を要すること、そしてそれが容易ではないことを率直に認めている。社会保障には「財政の余裕が必要」としつつ、「戦後疲弊したわが国ではとうてい求めることはできない。本制度は、国民の保険料に対する負担能力がすでに限度に達しており、財政上の負担もまた著しき増額は困難であろうという前提のもとに組立てられている。」と述べた。戦後の社会保障は、その始まりの段階で財源の問題とともにあった。それどころか、1950 年(代)の経済規模は 20 世紀末と比べて 50 分の 1 以下にすぎず<sup>75, 76</sup>、当時の日本社会は今よりもはるかに貧しかった。

そのような経済状況の中で、自助を頼りにできる自立した個人の数も少なかったと考えられる。それにも拘わらず、公助ではなく共助の主位性を打ち出している点が何より重要だ。「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醸出せしめるところの社会保険制度でなければならない」と明確に書かれている。そして、さらに注目されるのは、その社会保険という共助スキームの前提に自主的責任すなわち自助があることを確認した点である。社会保険の主位性を述べる直前に、「自主的責任の観念を害することがあってはならない」という注意書きがわざわざ置かれている。1950 年勧告における自助原則が、社会保障一般に対してではなく、社会保険という共助に対して強調されているところにポイントがある。

つまり、社会保険／共助は自己責任／自助に対置されるものではなく、むしろ、その延長線上にあるということだ。

---

<sup>75</sup> 内閣府. 戦後日本の経済成長. <https://www5.cao.go.jp/2000/e/1218e-keishin-houkoku/shihyou1.pdf>

<sup>76</sup> 令和 5 (2023) 年度 国民医療費の概況 統計表. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-iryohi/23/index.html>

また、1950 年勧告は公助の役割を否定しているのでもない。「国家扶助」について、当時の既存制度である「生活保護法にほぼつくされている」としながらも、「社会保障制度の一環としてここに改めて大綱をかける」として特筆している。

これは 1950 年当時の経済状況から、たとえ共助の制度整備を以降進めていく予定だとしても、目の前にはそこからこぼれ落ちる人々が相当数存在したことと、社会保険の制度整備への本格着手がこれからであることを踏まえてのものであったと考えられる。

「わが国の実情とくに戦後の特殊事情の下においては、保険のみをもってしては救済し得ない困窮者は不幸にして少なくない。これらに対しても、国家は直接彼等を扶助しその最低限度の生活を保障しなければならない。」と公助の必要性を述べている。

その上で、「これは国民の生活を保障する最後の施策であるから、社会保険制度の拡充に従ってこの扶助制度は補完的制度としての機能を持たしむるべきである。」と、公助の補完性に言及している。ここでいう「補完」とは、Titmus の言う“residual welfare”とはやや意味が異なる点にも注意が必要だ。Titmus の言う“residual welfare”は、市場 (market) 及び家族に対峙する概念<sup>77</sup>であり、そこで公助が補完する対象は自助である。他方、1950 年勧告が言う公助の補完性とは、共助たる社会保険に対する補完性である。

このような、「自助を前提とした共助が社会保障の中核であり、公助はそれを補完する」という自助／共助／公助の基本構造を踏まえて、財源論を見る必要がある。1950 年勧告は、「国民もまた（中略）それぞれの能力に応じてこの制度の維持と運用に必要な社会的義務を果さなければならない」と述べている。その上で、とりわけ社会保険については「国及び地方公共団体においてその一部を負担」としつつ「被用者、使用者、及び一般国民が負担する」とした。要するに、最終的な負担者として、国民自身が重要な地位を占めることは避けられないと言うのである。

また、医療に限って見れば、1950 年勧告は、明示的に皆保険を提案していない。しか

---

<sup>77</sup> The Three Political Economies of the Welfare-State, D Esping=Andersen, p.20

し、「医療に関する保険」として、「被用者の保険」と「一般国民の保険」の2種類の保険を提案している。これは戦前から続く二本建ての保険者論である。そして、「一般国民の保険」の被保険者を「被用者保険の被保険者及びその扶養家族を除いた国民」としており、勧告の時点で皆保険が念頭に置かれていたことがうかがえる。しかし、市町村を単位とする国保の設置が困難である場合がありうることを認めた上で、「国及び都道府県が強力にこれを助成してその実現をはかるべき」とするのみで、設立そのものを強制することまでは主張していない。

#### 4.1.3. 国民皆保険の達成

島崎は、国民皆保険が「急速に社会政治課題として浮上していくのは昭和30年代(1955年以降)に入ってから」<sup>78</sup>と述べている。政治的にはいわゆる55年体制下である。1955年から1961年までの動きについては、島崎の下記の記述<sup>79</sup>に付け加えるべきはない。

1955年の七人委員会<sup>80</sup>の報告書に、被用者以外の一般国民については国保制度を強制設立させその対象とするとの提言が盛り込まれ、社会保障制度審議会も1956年医療勧告において国民皆保険体制の確立を明確に打ち出した。一方、政治状況を見ると、1955年11月に自由党と日本民主党が合同して自由民主党が結成（いわゆる「保守合同」）され、鳩山一郎首相は、1956年1月30日の施政方針演説の中で「将来、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」ことを明らかにした。そして、翌年、厚生省は国民皆保険推進本部を設置するとともに国保法の全面改正に着手した。新国保法（形式上は旧国保法の全部改正）は1958年末に制定・公布（施行は1959年）され、市町村は原則として1961年4月1日までに国保事業を実施することとなった。

---

<sup>78</sup> 島崎謙治『日本の医療 制度と政策』増補改訂版（東京大学出版会）. 2020. 65 頁

<sup>79</sup> 島崎謙治『日本の医療 制度と政策』増補改訂版（東京大学出版会）. 2020. 65-66 頁

<sup>80</sup> 健康保険の恒久的な財政対策を検討するための臨時委員会として、厚生大臣の下に設置された（<https://www.med.or.jp/jma/about/50th/pdf/50th130.pdf>）。委員には、昭和13年の旧国保法制定の中心人物の一人である清水玄（当時船員保険会会長）の名前が見える。

これによって、実質的に全ての国民が、職域保険か地域保険のいずれかにカバーされることとなった。もっとも、この駆け出しの皆保険の給付水準は、現在のそれと比較すると「とても簡素」<sup>81</sup>なものだった。保険給付の割合は5割に過ぎず、入院には事前承認が必要とされ、投薬にも剤数制限があり、保険給付の期間制限もあった。給付内容の充実、20世紀後半の医学の進歩を取り込みながら進められることになった。

それでもなお、1961年の皆保険達成をもって、「すべての人が、経済的な困難を伴わずに、必要な時に必要な場所で、質の高い医療サービスに対して完全なアクセスをもつこと」(all people have access to the full range of quality health services they need, when and where they need them, without financial hardship)<sup>82</sup>とWHOが定義するユニバーサル・ヘルス・カバレッジ(UHC)が日本で一応成った。これは、イギリスが税方式のNHS(National Health Service)の設立によってUHCを成した1948年に10余年遅れたものの、社会保険方式を採ったフランスおよびドイツが、それぞれ2000年<sup>83</sup>(立法は1999年<sup>84</sup>)、2009年<sup>85</sup>(立法は2007年<sup>86</sup>)に一応の皆保険化を達成したことと比べると40年から50年程度早かったことになる。その要因は、戦前から職域保険に拘らない制度整備を試行錯誤して進めてきたためであろう。

---

<sup>81</sup> 『教養としての社会保障』香取照幸、2017、東洋経済新報社

<sup>82</sup> [https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1)

<sup>83</sup> Pierre Volovitch. Universal Healthcare Insurance introduced. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions 2000.  
<https://www.eurofound.europa.eu/en/publications/all/universal-healthcare-insurance-introduced>

<sup>84</sup> La loi du 27 juillet 1999 (Couverture maladie Universelle, CMU).  
<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000198392>

<sup>85</sup> Andrea Döring, et al. The German healthcare system EPMA J. 2010 18;1(4):535–547.

<sup>86</sup> Roosa Tikkanen, et al. International Health Care System Profile: Germany. The Commonwealth Fund. 2020. <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany#:~:text=How%20does%20universal%20health%20coverage,all%20citizens%20and%20permanent%20residents.>

## 4.2. 皆保険達成後の発展<sup>87</sup>

### 4.2.1. 抜本改正：三本建て案の提案

皆保険達成後も様々な論点が浮上した。達成後最初の10年程度の期間の論争の中でも、その後の日本の医療保障にかかわるものとして特に重要な意味を持つのが保険の基本構造に関わる論争だ。すなわち、健康保険（組合）を中心とした被用者保険と地域保険としての国民健康保険の二本建て構造に対するチャレンジである。政府・厚生省<sup>88</sup>は、1967年11月に公表した医療保険制度改革試案において「被用者保険」と「地域保険」の章立ての下に論じており<sup>89</sup>、戦前から続く二本建て構造を追認していた。しかし、1969年8月の医療保険制度改革要綱試案<sup>90</sup>（以下、「要綱試案」という。）では、国民保険（勤労者家族も対象<sup>91</sup>）、勤労者保険（5人以下の小規模事業者も対象）、老齢保険（70歳以上が対象）という三本建てを主張した<sup>92, 93</sup>。この三本建て案は同時期（1969年4月10日）に発表された自民党「国民医療対策大綱」<sup>94</sup>（以下「大綱」という。）に近い。逆に両者が異なる点として、大綱で労災を健保に取り込むとした一方で要綱試案は「業務上」には触れなかった<sup>95</sup>。ちなみに、「勤労者保険」について、自民党の大綱には「業務上の事由による傷病に関する保険を勤労者保険に取り入れることは適当でない。」とい

---

<sup>87</sup> 本節は島崎謙治著『日本の医療 制度と政策』増補改訂版（東京大学出版会）及び吉原健二・和田勝著『日本医療保険制度史』第3版（東洋経済新報社）を随所で参照した。

<sup>88</sup> 1967年11月に自民党医療基本問題調査会が厚生省に対して抜本改正のたたき台を示すように求め、これに応じて厚生省が医療保険制度改革試案を出したとされる（吉原健二・和田勝著『日本医療保険制度史』（第3版）東洋経済新報社、2020、179頁）。

<sup>89</sup> 医療保険制度改革試案、社会保険旬報、879: 12-14、1967年11月21日

<sup>90</sup> 医療保険制度改革要綱試案、社会保険旬報、942: 17-18、1969年8月21日

<sup>91</sup> ただし、勤労者家族の国保移管は、医療保険制度改革要綱試案の中の「将来の基本構想」には記載されているが、「さし当り実施すべき事項」にはない。そのため、要綱試案を出した厚生省の本音はこれを実施するつもりがなかった可能性がある。それでもこれを盛り込んだのは、直前に出された自民党の大綱に合わせたものとも考えられる。同時代の評価としても「（要綱）試案」を「『大綱』尊重の建前鮮明」（社会保険旬報、昭和44年8月21日、No. 942、13頁）と評している。

<sup>92</sup> 吉原健二・和田勝著『日本医療保険制度史』（第3版）東洋経済新報社、2020、187頁

<sup>93</sup> 医療保険制度改革要綱試案、1969年8月

<sup>94</sup> 日本医師会史：昭和44年、<https://www.med.or.jp/jma/about/50th/pdf/50th144.pdf>

<sup>95</sup> これは厚生省と労働省の所掌の棲み分けからは当然と言える。

う本文と正反対の意見が付されている<sup>96</sup>。同様に、大綱に付記された意見で重要なものとして、被用者の家族の国保移管に対する反対意見がある。以上をまとめると表 1 となる。

|                                           | 基本構造                             | 被用者家族の扱い                                                                                                                           | 業務上の傷病の扱い                                                                                        |
|-------------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 医療保険制度改革試案（厚生省、1967 年 11 月）               | 二本建て<br>・被用者保険<br>・地域保険          | 記載なし                                                                                                                               | 記載なし                                                                                             |
| 国民医療対策大綱（自民党医療基本問題調査会 1969 年 4 月）         | 三本建て<br>・国民保険<br>・勤労者保険<br>・老齢保険 | 国保移管<br>*「被用者保険の被扶養者（被用者の家族）については、被用者保険における保険料のうち被用者の家族に必要な費用の拠出を求め、これに一般地域住人と同額の国庫負担を加えたものを財源として国民保険制度の中で必要な給付を行なう」 <sup>97</sup> | 勤労者保険による給付対象<br>*「労働者災害補償保険法等の適用を受ける者を対象として、職業病を含めて業務上外を問わずすべての傷病に関し一体的に必要な給付を行なう」 <sup>97</sup> |
| 国民医療対策大綱に付記された意見（自民党医療基本問題調査会 1969 年 4 月） |                                  | 国保移管に反対<br>*「現行の被用者保険の被扶養者に対する医療給付を国民保険制度の中で行なうことは適当でない。」 <sup>96</sup>                                                            | 労災の組入れに反対<br>*「業務上の事由による傷病に関する保険を勤労者保険に取り入れることは適当でない。」 <sup>96</sup>                             |
| 医療保険制度改革要綱試案（厚生省、1969 年 8 月）              | 三本建て<br>・国民保険<br>・勤労者保険<br>・老齢保険 | 国保移管<br>*「従来通り被用者本人から家族分の保険料をとり、給付だけ国保から行なうという考え方をとった。」 <sup>98</sup>                                                              | 記載なし<br>*「厚生省としては、むしろ行政運営の上でこれを的確に解決していきたいと考えている」 <sup>99</sup>                                  |

表 1 1967 年及び 1969 年の厚生省及び自民党の主な保険者論

<sup>96</sup> 社会保険旬報. 930: 25. 1969 年 4 月 21 日.

<sup>97</sup> 国民医療対策大綱：（別紙）第四医療保険制度改革：本文. 社会保険旬報. 930: 23. 1969 年 4 月 21 日.

<sup>98</sup> 医療保険制度改革要綱試案に対する「梅本保険局長の説明要旨」社会保険旬報. 942: 16. 1968 年 8 月 21 日

<sup>99</sup> 医療保険制度改革要綱試案に対する「斎藤厚相の説明要旨」社会保険旬報. 942: 16. 1968 年 8 月 21 日

政府・与党の三本建て案に対してこの時期の日本医師会のレトリックはやや錯綜している。1967年11月1日に広島市で行われた第20回日本医師会設立記念医学大会での武見太郎会長による講演「健康保険の抜本改正」<sup>100,101, 102</sup>では、「皆保険制度の再編成」として「老令健康保険」、「地域保険」、「産業保険」の三本建てを提案した。この三本建て保険者論は翌1968年8月に取りまとめられた「医療保険の抜本改正を調査審議するための特別委員会」の答申<sup>103</sup>及びその答申を受けて翌9月に理事会決定された（10月1日発表）<sup>104</sup>「医療保険制度の抜本改正に関する意見」でも引き継がれた（1968年以降は「地域保険」に代えて「地域健康保険」と微細な表現の変更があるが、概念上の変更は見られない。）<sup>105</sup>。ここで注意が必要なのは、「地域（健康）保険」及び「産業保険」が意味する内容である。1967年、68年当時の日本医師会（武見太郎会長）が言う「地域（健康）保険」は、旧来の国保のみを指すものではなく「政管健保、組合健保、共済組合と国保」を「統合する」<sup>106</sup>としている。上述の1967年の武見講演「健康保険の抜本改正」でも「都道府県を単位とする地域保険に現行政管、組合、国保、共済を吸収し、地域医療の世界的方向に一致させる。これによって予防と治療の一本化をはかり、地域特性の導入が可能になる。」と述べている。同じ演説の中で武見は「イギリスは完全な福祉国家の体制をつくりました世界で最初の国であります」とも述べており、この時期の武見は社会保険方式の枠組みを飛び越えて、イギリス型の税財源による国家扶助型の医療保障を理想としていたことがうかがえる。また、「産業保険」については「産業に関係した部分」<sup>101</sup>を対象とするとしており、労災保険との異同がはっきりしない<sup>107</sup>。上記武見演説（1967年）の講演録でも「労災保険は産業保健（ママ）体制の中に吸収」

---

<sup>100</sup> 日本医師会史：昭和42年。 <https://www.med.or.jp/jma/about/50th/pdf/50th142.pdf>

<sup>101</sup> 日本医師会雑誌. 58:10:1061-1072. 昭和42年11月15日

<sup>102</sup> 日本医師会. 『国民医療年鑑—昭和43年版—』（春秋社）. 1968. 5頁-17頁

<sup>103</sup> 国民の安心を約束する医療保険制度. 日本医師会. 2010年. [https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20101111\\_1.pdf](https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20101111_1.pdf)

<sup>104</sup> 日本医師会雑誌. 61:8:998. 昭和44年4月15日

<sup>105</sup> 日本医師会雑誌. 60:7:703:-724. 昭和43年10月1日

<sup>106</sup> 日本医師会史：昭和42年。 <https://www.med.or.jp/jma/about/50th/pdf/50th142.pdf>

<sup>107</sup> この点について後年の日本医師会は（国民の安心を約束する医療保険制度. 日本医師会. 2010年. [https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20101111\\_1.pdf](https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20101111_1.pdf)）では「労災保険を発展」するものと評している。

を主張している。しかし、翌 1968 年には「各職域における労働者の健康破綻を早期に発見し、或はこれを防止するのみならず、その健康を確保する」<sup>105</sup> というより踏み込んだ産業保険の役割を強調している。また、1969 年にも、「産業労働者の健康の維持増進」と述べている<sup>108, 109</sup>。他方で、その具体例を「有害環境診断、特殊検診」等としており、今日の労働安全衛生法に対応する内容と言うべきだろう。そのため、これを保険構成で位置づける武見の産業保険構想は幾分強引で説得力に欠けると言わざるを得ない。

仮に武見の言う「産業保険」が実質的に労災保険のことであるとすると、1960 年代後半の日本医師会の保険者論は、外形的には従来の二本建てから老齢健康保険を切り出して三本建てとする細分化案のように見えながらも、実質的には保険統合論としての性格が強いことになる。

当時の日本医師会（武見）の真意が老齢保険を切り出した上での保険統合にこそあったことは、1969 年の自民党大綱や厚生省の要綱試案に対する武見の反応からもうかがえる。三本建て案を主張した 1969 年 4 月の自民党大綱について「勤労者保険、国民健康保険、老齢保険の制度は、私の提案の影響をかなり受けていた」としつつ「産業保険制度を否定して勤労者保険制度という生ぬるい制度に変えたことは、日本の今後の発展に対して反省すべき」<sup>110</sup>、「独占資本や健保連等の搾取団体を温存し」「地域保険に、あるいは勤労者保険に一生涯分散させることは、一億国民を一体として把握する政治の基本原則から外れている」<sup>108, 109</sup>と批判した。また要綱試案に対しては、「現在のような中間搾取的な組合の性格を温存することは社会保険の抜本改革を正面から否定する行為に等しい」としている<sup>110</sup>。これらから、少なくとも職域保険については、健保組合を廃止して保険統合が武見の自説であったことがうかがえる。この点について、吉原・和田は「医師会の構想の実質的なねらいは健保組合の廃止にあった。」<sup>111</sup>と記している。

---

<sup>108</sup> 日医ニュース一面、1969 年 4 月 20 日

<sup>109</sup> 声明書、日本医師会雑誌、61:9:1133-1134、昭和 44 年 5 月 1 日

<sup>110</sup> 「医療保険制度改革要綱試案」に対する武見日医会長の批判、社会保険旬報、943:27、1969 年 9 月 1 日、

<sup>111</sup> 吉原健二・和田勝著『日本医療保険制度史』（第 3 版）東洋経済新報社、2020、183 頁

#### 4.2.2. 労災保険<sup>112</sup>

ここで、労災保険についても簡単にまとめる。そもそも、1922 年の健保法の成立から、業務上の疾病はその他の疾病と同様の扱いを受けていた（島崎は、業務上の疾病が健保法の対象とされた点をドイツの疾病保険法との相違点の一つに挙げている<sup>113</sup>。）。業務上の疾病に対する特別の枠組みが確立するのは戦後になってのことである。労働者災害補償保険（労災保険）については、戦前の工場法<sup>12</sup>、鉱業法<sup>13</sup>を起源として、戦後は新憲法及び労働基準法（昭和 22 年法律第 49 号、以下「労基法」という。）の制定に併せて、労働者災害補償保険法（昭和 22 年法律第 50 号、以下「労災保険法」という。）が制定された。これと同時に健康保険法が改正され、業務上の疾病等が健保法の対象から除外され<sup>114</sup>、労働省に移管された<sup>115</sup>。）。しかし、当時の労災保険法は強制適用ではなく中小企業の多くは労災保険に未加入であり、これらの企業の労働者は労基法自体に規定された災害補償しか受けられない状態であった。労災保険法の度重なる改正により労災保険の給付が充実していったことで、労基法のための災害補償との格差がさらに拡大した。1969 年の改正（1972 年施行）で全事業者に対して労災保険が強制化され労働災害への補償・給付が一元化された<sup>116</sup>。

#### 4.2.3. 三本建て案の終わりと老人保健制度

1960 年代後半に各方面から様々に論じられた三本建て案だが、1969 年の社会保障制度審議会への要綱試案の諮問からしばらくの間一旦表立った動きが止まる。社会保障制度審議会の答申は 1971 年 9 月までずれ込んだ。そして、その答申内容は二本建て・従前制度の維持であった。

---

<sup>112</sup> 厚生労働省「労働者災害補償保険制度の沿革」

([https://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/hoken-jigyo/gaiyou/dl/h27\\_nenpou\\_01.pdf](https://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/hoken-jigyo/gaiyou/dl/h27_nenpou_01.pdf))

<sup>113</sup> 島崎謙治『日本の医療 制度と政策』増補改訂版（東京大学出版会）. 2020. 44 頁

<sup>114</sup> 吉原健二・和田勝著『日本医療保険制度史』（第 3 版）東洋経済新報社. 2020. 104 頁

<sup>115</sup> 吉原健二・和田勝著『日本医療保険制度史』（第 3 版）東洋経済新報社. 2020. 109 頁

<sup>116</sup> 医政百年史. 厚生省医務局. 1976 年. 666-668 頁

これ以降、医療制度における主要な論点はいわゆる老人医療と保険者間の財政調整、そして給付改善に移った。1972 年（1973 年 1 月施行）の老人医療費無料化（老人医療費支給制度）は中でも最大の変化だった。高齢者の医療について、保険者論とは別次元の論理で窓口の自己負担が無料化されたことで、保険者論自体の前提が変わった。しかもこの制度は中央での政策論の外側からもたらされたイレギュラーな（そしてある意味で自生的な）制度だった。全国的な老人医療費無料化が国の制度として始まる前に、一部の地域で高齢者医療の窓口負担（老人医療費）を公費から支出または国保の給付率を引き上げることで軽減ないし無料化するという施策<sup>117</sup>が地方自治体単位で実施された。そして、それが連鎖的に広がっていった。確かに 1971 年の社会保障制度審議会及び社会保険審議会の答申はそれぞれ老人医療費について給付率の上昇と公費負担を付加的に記述している。しかし、これは両審議会が老人医療費無料化を積極的に提案するというよりも、現状を追認したものだったというべきだろう。

1960 年代末の保険者論が高齢者の医療保険を別建てとするか否かを中心に展開されたことに鑑みれば、老人医療費無料化は議論の前提を変えるものだったといえる。とはいえ保険者論が完全に停滞したわけではなく、むしろ、1973 年が医療制度全体の改革期の始期（島崎<sup>118</sup>）とする有力な見解もある。そして、保険者論が医療制度改革論の中核であることは疑いようもない<sup>119</sup>。ただし、保険者論の前提となるべき「老人医療費無料化の是非」については、その見直し論が出てきたのが（無料化から）「二～三年たつたたない」時期とされる<sup>120</sup>。老人医療費無料化のインパクトはあまりに大きく数年間の様子見期間があったのではないか（当然ながら、財務当局はその間も有料化を主張している<sup>121</sup>）。

1971 年の答申以降で、三本建て案とりわけ高齢者の保険（当時は「老齢保険」等と

---

<sup>117</sup> 吉原健二・和田勝著『日本医療保険制度史』（第 3 版）東洋経済新報社、2020、219 頁

<sup>118</sup> 島崎謙治『日本の医療 制度と政策』増補改訂版（東京大学出版会）、2020 年、87 頁

<sup>119</sup> 島崎は（2000 年中ごろまでの）「医療制度改正」というと医療保険制度の改正と同義のように捉えられてきたむきがある」と述べている（『日本の医療-制度と政策』（東京大学出版会）、2011 年、109 頁）。

<sup>120</sup> 吉原健二・和田勝著『日本医療保険制度史』（第 3 版）東洋経済新報社、2020、278 頁

<sup>121</sup> 1975 年の予算編成（社会保険旬報、昭和 57 年 8 月 21 日、No. 1404、18 頁）

言われた。)に関する最初の目立った動きとして、1978 年 12 月の小沢辰男厚生大臣の名前を冠したいわゆる「小沢私案」<sup>122,123</sup>がある。この中で高齢者を国保から切り離して別建てとすることが提案された。ちなみにこの小沢私案は、同年 7 月 12 日に発表されていた厚生省老人保健医療制度準備室の事務局案を踏まえたものを、小沢厚相が内閣改造で退任が不可避となったタイミングで公表したものとされる<sup>124</sup>。すると、翌 1979 年には、小沢厚相の後任である橋本龍太郎厚生大臣による橋本私案が発表された。前出の小沢私案と異なり（退任予定にもない）現役大臣の名を冠しつつなお「私案」とされたのは、「省内関係局の調整ができていないことから」<sup>125</sup>とされる。その内容は、老人医療費の一部を国保や被用者保険からの財政調整で賄うというものだった。小沢私案が高齢者を別建ての新たな保険に移管するものであったのに対し、橋本私案は新たな保険を創るのではなく、高齢者を既存の保険においたまま、その財源を保険者間の財政調整に委ねるというものであった。そして、両大臣私案が提案された 1970 年代後半は、上述のとおり 70 歳以上の自己負担相当分を国または都道府県・市町村からの一般財源で賄う老人医療費無料化が実施されていた時期である。そのため、その自己負担相当分に限って言えば、部分的には租税から保険への代替化（後述する fiscalisation 租税代替化の逆）という側面もあった<sup>126</sup>。

そして、1982 年に、老人保健法が制定（1983 年施行）された。その要点は、①老人医療費無料化の終了（とはいえ老人保健制度の下でも当初は窓口自己負担は外来・入院共に定額にとどまった<sup>127</sup>。）、②70 歳以上の老人医療費の（各種保険等の）各制度での分担（老人保健制度）である。後者は上述した 2 大臣私案のうち、一定年齢以上の高齢者だけを対象とするという点で小沢私案の形式に近く、その費用を各制度からの拠出金で賄うという実質においては橋本私案に近い（保険の枠組み自体は従来の構造を維持するという点では、形式も橋本私案に沿うものとも言い得る）。

---

<sup>122</sup> 社会保険旬報. 1272: 18. 1978 年 12 月 11 日

<sup>123</sup> 週刊社会保障. 1002: 5. 1978 年 12 月 11 日

<sup>124</sup> 日本医師会史：昭和 53 年. <https://www.med.or.jp/jma/about/50th/pdf/50th153.pdf>

<sup>125</sup> 週刊社会保障. 1046: 4-5. 1979 年 10 月 29 日

<sup>126</sup> ただし、受益者が加入する保険よりも健保の負担が相対的に増す。

<sup>127</sup> 老人保健法 28 条 1 項 1 号、同 2 号

老人保健制度における社会保険としての理念は老人保健法の冒頭に以下のように規定された。

法 2 条 1 項

国民は、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴って生ずる心身の変化を自覚して常に健康の保持増進に努めるとともに、老人の医療に要する費用を公平に負担するものとする。

これは 1950 年勧告の“自助を前提とした共助”に通じる理念である。老人保健制度は、老人医療の窓口負担が全くなかった 10 年間を経ての新たな制度であったという文脈から、有料化という側面を捉えて「福祉後退」<sup>128</sup>とする批判もあるにはあったようだ。また、この時期のもう一つの重要な文脈が第二次臨時行政調査会（会長：土光敏夫経団連名誉会長）である。第二臨調は、1981 年から 1983 年にかけて計五次わたる答申を出しており、その中で医療費総額の抑制を主張している<sup>129</sup>。また、租税と社会保険料という性質の異なる公課をひとまとめにした国民負担率なる概念を大きく掲げ、その抑制を論じた<sup>130</sup>ことでも知られる。しかし、あまり知られていないことだが、同じ答申の中で、「受益と負担の対応を明確にする意味からも、租税負担よりは社会保障負担の方を重視していくことが肝要である。」とも述べている。ここで「社会保障負担」は各種社会保険料の合計として計算されていたことから「共助」又は「社会保険料負担」の言い換えであることに注意が必要である。その意味で、第二臨調の主眼はあくまで租税負担の削減・抑制にあり、公助から自助へのシフト（脱社会化）という基調を持ちつつ、脱社会化の歯止めとして共助の意義を確認するという側面もあったと言える。

---

<sup>128</sup> 法政大学大原社会問題研究所 日本労働年鑑 第 52 集 1982 年版 1982 第二部 労働運動 VIII 社会保障闘争 [https://oisr-org.ws.hosei.ac.jp/images/research/dglb/rn/rn\\_list/rn1982-325.pdf](https://oisr-org.ws.hosei.ac.jp/images/research/dglb/rn/rn_list/rn1982-325.pdf)

<sup>129</sup> 第一次答申（1981 年 7 月）初出

<https://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryoku/no.13/data/shiryoku/souron/1.pdf>

<sup>130</sup> 第三次答申（1982 年 7 月）

<https://www.ipss.go.jp/publication/j/shiryoku/no.13/data/shiryoku/souron/3.pdf>

老人保健制度に論点を戻すと吉原・和田は老人保健制度の持つ財政調整について「これまで分立、縦割りできた医療保険制度にはじめて横断的な風穴をあけ」<sup>131</sup>たと評価した。しかし、同じ保険の中でも被保険者の年齢が70歳以上か未満かによって実質的な財源プールが変わるという、“名と体のズレ”ができたことで、これ以降の医療保険は直感的な理解が難しくなる。

#### 4.2.4. 退職者医療制度

老人保健制度の創設から息つく間もなく、1984年には健保法の大改正が行われた。この改正は、被用者本人の定率1割負担の導入（従前は、被用者保険では10割給付を前提に定額負担のみ）など複数の重要な要素があるが、保険者論としては退職者医療制度の創設が重要である。

この制度の理解のポイントは「退職者」の意味を押さえることである。すなわち、「退職者」とは、(i)比較的直前まで「被用者」であった者であり、(ii)現在無業者となっている者であり、(iii)ある程度以上の高齢者である。この三つの特徴から、被用者保険（特に健保）、国保、そして老人保健制度との切り分けが問題となる。

従来、被用者が例えば60歳<sup>132</sup>で定年退職となって以降はその家族とともに国保に移っていた。そのような退職者とその家族を受け止めるものとして国保の中に「退職者医療制度」が創られた。そしてその財源は、保険料と各健康保険制度からの（つまり現役の被用者及び事業主が負担する）拠出金で賄われた。70歳以上は1983年に開始された老人保健制度に移るため、退職者医療制度の適用を受けるのは、退職から70歳までの概ね10年程度の期間ということになる。そのため、（在職20年以上等の）要件を満たす退職者について、健保組合が一定の責任を持つ制度であったと言える。退職者医療制度は被用者保険の延長線上に、老人保健制度までのつなぎとして性格があったとも言い得よう。

---

<sup>131</sup> 吉原健二・和田勝著『日本医療保険制度史』（第3版）東洋経済新報社、2020、301頁

<sup>132</sup> 渡部恒三厚生大臣は退職者医療制度の趣旨説明の際に、退職の年齢を「五十五歳から六十歳」と国会で答弁している（第101回国会 参議院 社会労働委員会 第4号 昭和59年4月6日）。

一見わかりにくいのは、退職者医療制度を国保の一要素として位置づけたことだ。その点、当時の政府委員（吉村仁厚生省保険局長）は下記のように国会で説明している<sup>133</sup>。

退職者医療制度というのは、やはり一種の被用者保険だというような性格づけが行われておりまして、

（中略）

被用者保険体系に属する制度だとすれば、私どもは、国庫補助金を入れる理由はない、  
こういうことから国庫負担をしないことにしたわけでございます。したがって、国保と  
関係のない一つの制度だと私どもは思っております。国保の窓口を通じて保険料を徴  
収し、給付をいたしますけれども、それは国民健康保険という窓口を通ずるだけ  
でございます。退職者医療制度の本質は被用者保険だ、こういうことで割り切っておるわけ  
でございます。

（下線は筆者）

健保法改正案は 1984 年 8 月に成立し、同年 10 月から施行された。これにより、（定年）退職した高齢者について、被用者保険が実質的な財源を担う退職者医療制度と、公費＋拠出金（財政調整）に依る老人保健制度が並立することとなった。

### 3.2.5. 1990 年代後半から 2000 年代初頭の議論<sup>134</sup>：抜本改革

平成 9 年（1997 年）6 月の健保法改正により、被保険者本人の療養の給付等に係る一部負担が 1 割から 2 割に引き上げられた（1 割とする経過措置が廃止され法律本則に規定された通り 2 割負担となった<sup>135</sup>）。この改正案の国会審議の中で、負担増は「財政上の帳じり」合わせであり財政効果も限定的だとする指摘<sup>136</sup>や、患者負担の見直しを中

---

<sup>133</sup> 第 101 回国会 衆議院 予算委員会 第 14 号 昭和 59 年 3 月 1 日

<sup>134</sup> この時期の保険者論にとって介護保険の創設は重要な要素であるが、本稿はあくまで医療保険の変遷を対象とするものであり、扱わない。

<sup>135</sup> 厚生労働省保険局 健康保険法等の一部改正について

<https://www.mhlw.go.jp/www1/topics/kenpo/tp0624-1.html>

<sup>136</sup> 第 140 回国会 衆議院 本会議 第 46 号 平成 9 年 6 月 16 日 山本孝史

心とする制度改革はあくまで臨時応急的な措置だとする意見<sup>137</sup>が与野党から相次いだ。この時期の議会はほぼ一様に「医療保険制度の抜本改革」を求めた（1960年代後半から1970年代にかけての保険者論が「抜本改正」と言われたのに対し、2000年前後の議論は「抜本改革」（他に「医療保険構造改革」等）と言われることが多い。）。これに対し橋本龍太郎内閣総理大臣も「平成10年度（翌年度）から医療保険制度の抜本改革にできるだけ着手していくことは避けて通れないもの」という認識を示して応じた<sup>138</sup>。ただし、この時点で、抜本改革の具体的な形について、政府から（あるいは与野党どの政党からも）一定の構想が示されていたわけではない。当時の最大野党新進党が税方式による高齢者医療制度を内容とする「医療保険構造改革案」を公表したのは改正法成立後の同年8月27日である<sup>139</sup>。また、同年4月に発表されていた与党（自社さ）医療保険制度改革協議会（座長：丹羽雄哉・元厚相）の「医療制度改革の基本方針」<sup>140</sup>では高齢者医療制度について「別建ての高齢者医療制度の創設や退職後も継続加入する方法なども視野に入れながら」としており、この時点で具体的な出口が政治側でも定まっていなかったことを伺わせる。

同年8月7日には、厚生省から「21世紀の医療保険制度（厚生省案）」<sup>141,142</sup>が与党協議会に提出された。この中で医療保険の全体像について、①都道府県単位での「制度の一本化」<sup>143</sup>、②高齢者別建て案の2案が提示された。このうち高齢者別建て案はさらに独立型保険制度案と保険者の共同事業案の2案に分けられた。その意味で実質的に3類型が示されていたことになる<sup>144</sup>。また「一本化」について「職域保険である被用者保険

---

<sup>137</sup> 第140回国会 衆議院 本会議 第23号 平成9年4月8日 根本匠

<sup>138</sup> 第140回国会 参議院 本会議 第35号 平成9年6月13日 橋本龍太郎

<sup>139</sup> 社会保険旬報. 1958: 5. 1997年9月1日

<sup>140</sup> 社会保険旬報. 1944: 41. 1997年4月11日

<sup>141</sup> 社会保険旬報. 1956: 21. 1997年8月11日

<sup>142</sup> <https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/0908/h0807-1.html>

<sup>143</sup> 「一本化」と似た用語に「一元化」がある。吉原・和田は前者を「分立する保険制度及び保険者を統合して単一の保険制度とすること」とし、後者を「保険制度そのものの統合は行うことなく、給付と負担の両面に見られる過大な格差を縮小し公平化を図ること」と説明している（吉原健二・和田勝著『日本医療保険制度史』東洋経済新報社. 2008. 604頁）。

<sup>144</sup> 同時代資料においても「老人医療は三案」と評されている（脚注141）。

と地域保険である国保とを統合」と、踏み込んだ記載もある。

これを受けて、与党協議会は同月 29 日に与党としての改革案である「21 世紀の国民医療」<sup>145</sup>を取りまとめた。その内容として、70 歳以上を対象とする独立型の高齢者医療制度の創設が盛り込まれた。この時点で、政治側は独立型を目指すようになっていたと考えられる。他方で、この時期の政府・厚生（労働）省が抜本改革に一定の出口を見出すことに対して、積極的であったのかあるいは消極的であったのかはやや分かりにくい。

平成 9 年健保法改正の翌年の国保法改正の際に、わざわざ法条文で期限を切ったことから、一定の覚悟がうかがわれる。すなわち、平成 10 年（1998 年）の国保法改正において「平成十二年度までのできるだけ早い時期に、医療保険制度等について抜本的な改革を行うための検討を行いその結果に基づいて必要な措置を講ずる」（傍点は筆者）を国保法の本法（及び既存の平成 7 年国保法改正法<sup>146</sup>）の附則（7 条 3 項）に追加した<sup>147</sup>。

この文脈の中で 2000 年（平成 12 年）に、高齢者の患者負担を定額から定率 1 割とする健保法改正が行われた。この時点では医療保険制度に直接的な波及は見られないものの、抜本改革の検討期限については、国保法体系から健保法体系に引き取る形で多少の変化がみられる。すなわち平成 10 年国保法改正で追加された上記附則 7 条 3 項は削

---

<sup>145</sup> 社会保険旬報. 1959: 33-37. 1997 年 9 月 11 日

<sup>146</sup> 法律第五十三号（平七・三・三一）国民健康保険法等の一部を改正する法律

<sup>147</sup> 法律第百九号（平一〇・六・一七）国民健康保険法等の一部を改正する法律

除され、代わって健保法改正法の附則に下記が規定された。

平成 12 年に抜本改革の期限規定が緩和されたのは、患者負担増が前景に立たなかったこ

法律第百四十号（平一二・一二・六）健康保険法等の一部を改正する法律  
附則第三条 医療保険制度等については、平成十二年度に講ぜられる措置に引き続き、この法律の施行後における医療費の動向、医療保険の財政状況、社会経済情勢の変化等を勘案し、抜本的な改革を行うための検討を行い、その結果に基づいて所要の措置が講ぜられるものとする。（傍点は筆者）

とで抜本改革の圧力が一時的に弱まったことの現れであった可能性がある。ここに保険構造自体の変更を伴う抜本改革に対する厚労省側（2001 年 1 月に厚生省から改組）の本音があったともいえないか。

しかし、2002 年（平成 14 年）8 月にはこの抜本改正に関わるこの附則 3 条はさらに変更され、抜本改革の出口がいよいよ射程に入った。平成 14 年健保法改正<sup>148</sup>は、小泉政権下（坂口力厚生労働大臣）で、被用者本人等の自己負担を引き上げる形での患者負担 3 割の統一（及び高齢者の所得区分による複数負担率）を導入した改正である。患者負担と連動して、保険者論としてもこの改正法の附則 2 条が重要な意味を持つ。まず同条 1 項において「医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり百分の七十を維持するものとする。」として患者負担を 3 割以上とはしない意思が明確に示された。このような附則がわざわざ付け加えられた原理的な理由は「これ以上の一部負担の引上げは公的医療保険の存在意義を失わせかねない」<sup>149</sup>からである。

---

<sup>148</sup> 法律第百二号（平一四・八・二）健康保険法等の一部を改正する法律

<sup>149</sup> 島崎謙治『日本の医療 制度と政策』増補改訂版（東京大学出版会）. 2020 年. 122 頁

その上で、同条 2 項で保険制度改革について、再度期限が切られた。

附則 2 条 2 項

政府は、将来にわたって医療保険制度の安定的運営を図るため、平成十四年度中に、次に掲げる事項について、その具体的内容、手順及び年次計画を明らかにした基本方針を策定するものとする。政府は、当該基本方針に基づいて、できるだけ速やかに（第二号に掲げる事項についてはおおむね二年を目途に）、所要の措置を講ずるものとする。

- 一 保険者の統合及び再編を含む医療保険制度の体系の在り方
- 二 新しい高齢者医療制度の創設
- 三 診療報酬の体系の見直し（傍点は筆者）

要するに、平成 14 年法改正から半年以内に保険制度抜本改革の方向性を確定し、それを 2 年程度で制度化すると宣言したのだ。これだけ具体的な期限規定を法律に書く中で、時期には厚労省内部でも抜本改革の落としどころが相当程度煮詰まっていたと考えられる。平成 14 年健保法改正を翌年に控えた 2001 年（平成 13 年）3 月、厚労省は高齢者医療制度の見直しとして、①独立保険方式、②突き抜け方式、③年齢リスク構造調整方式、④一本化方式の、いわゆる 4 類型を示してそれぞれのメリット・デメリットを整理していた<sup>150</sup>。さらに、平成 14 年改正法案成立を受けて同年 12 月には「医療保険制度の体系の在り方」「診療報酬体系の見直し」について（厚生労働省試案）<sup>151</sup>を示した。この中で、新しい高齢者医療の創設（附則 2 条 2 項 2 号）は医療保険制度の体系の在り方（同項 1 号後段）の要素として扱われている。そしてその具体的内容としては、保険者の再編・統合（同号前段）を前提に、高齢者医療について、財政調整案と独立制度案の 2 案を示した。前年の 4 類型を 2 類型まで絞り込んだものといえる。この

<sup>150</sup> 医療制度改革の課題と視点 IV 制度改革の視点 (2)老人医療費の公平な分担 【制度間の公平な分担の実現】 厚生労働省高齢者医療制度等改革推進本部事務局

<https://www.mhlw.go.jp/houdou/0103/h0306-1/h0306-1.html>

<sup>151</sup> <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/02/s0219-7b.html>

厚労省試案は、翌 2003 年 2 月の第 9 回社会保障審議会資料として提出された<sup>152</sup>。ちなみに、厚労省試案が「基本的な考え方」において「個人の自立を基本とした社会連帯による相互扶助の仕組みである社会保険方式を維持する。」としたのは、1950 年勧告の「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醸出せしめるところの社会保険制度でなければならない」を踏まえたものと考えられる。

ともあれ、これらの準備を経て、平成 14 年度末ギリギリの 2003 年 3 月 28 日に「健康保険法等の一部を改正する法律附則第 2 条第 2 項の規定に基づく基本方針」が閣議決定された<sup>153</sup>。これで、事実上、抜本改革が決着した。その内容は、65 歳以上 75 歳未満を前期高齢者として制度間の年齢リスク構造調整<sup>154</sup>と 75 歳以上の後期高齢者の新制度創設のハイブリッドであった。2002 年 12 月の厚労省試案の時点では、財政調整と高齢者独立型の関係は二者択一であったが、2003 年 3 月の閣議決定は、両者の組み合わせとなっている点に注意されたい。2005 年 12 月に医療制度改革大綱<sup>155</sup>が出されたが、保険者論としては上記閣議決定から変化がないため本稿ではこれ以上分析しない。

---

<sup>152</sup> <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/02/s0219-7.html>

<sup>153</sup> <https://www.mhlw.go.jp/topics/2003/03/tp0327-2a.html>

<sup>154</sup> 島崎謙治『日本の国民皆保険』（ちくま新書）. 2025. 287 頁

<sup>155</sup> 吉原健二・和田勝著『日本医療保険制度史』東洋経済新報社. 2008. 860-870 頁

抜本改革について、この間の与党及び厚労省・政府案の変遷をまとめると表 2 になる。

| 政権・政策担当 |         | 文書                                                                  | 提案                                              |
|---------|---------|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 総理大臣    | 厚生（労）大臣 |                                                                     |                                                 |
| 橋本龍太郎   | 小泉純一郎   | 与党医療保険制度改革協議会<br>平成 9 年（1997 年）4 月                                  | 具体的提案なし<br>*ただし、突き抜け方式及び別建て高齢者医療制度を示唆。          |
| 同上      |         | 21 世紀の医療保険制度（厚生省案）<br>平成 9 年（1997 年）8 月                             | 3 案<br>・都道府県単位一本化<br>・高齢者独立型<br>・高齢者医療保険者共同事業案  |
| 同上      |         | 21 世紀の国民医療<br>与党医療保険制度改革協議会<br>平成 9 年（1997 年）8 月                    | ・高齢者独立型                                         |
| 森喜朗     | 坂口力     | 医療制度改革の課題と視点<br>平成 13 年（2001 年）3 月                                  | 4 案<br>・一本化<br>・年齢リスク構造調整<br>・高齢者独立型<br>・突き抜け方式 |
| 小泉純一郎   | 坂口力     | 「医療保険制度の体系の在り方」「診療報酬体系の見直し」について（厚生労働省試案）<br>平成 14 年（2002 年）12 月     | 2 案<br>・年齢リスク構造調整<br>・高齢者独立型                    |
| 同上      |         | 健康保険法等の一部を改正する法律附則第 2 条第 2 項の規定に基づく基本方針（閣議決定）<br>平成 15 年（2003 年）3 月 | 高齢者医療制度<br>*上記 2 案のハイブリッド                       |

表 2 2000 年前後の与党及び厚生（労働）省・政府の保険者論

2002 年（平成 14 年）に、抜本改革の期限が再延期されることなく出口に向かう構えが強調されたのは、3 割負担という負担増と抜本改革をセットにする政治的必要性が高かったためであろう。このことは、被用者本人の一部負担を 1 割から 2 割へ引き上げた 1997 年（平成 9 年）の健保法改正時の事情に似ている。

#### 4.2.6. 高齢者医療制度

2006 年 2 月 10 日（平成 17 年度内）に法案が提出され、同年 6 月 21 日に可決成立した<sup>156</sup>。これに基づいて、2008 年から現在に続く高齢者医療制度が始まった。その保険構造は、2003 年 3 月の閣議決定に示されたハイブリッド案がそのまま採用された。

上述したように、前期高齢者医療制度はそれまでと同じ保険の被保険者であるが、後期高齢者医療制度は別個の独立した保険である。前期高齢者医療制度は既存保険制度間の年齢リスク構造調整方式を採用し、老人保健制度に類似しているとされる。その意味で前期高齢者医療制度は老人保健制度と同様の“名と体のズレ”がある。

他方、後期高齢者医療制度の財源は、一部保険料収入もあるとはいえ、大部分は公費と既存保険制度からの支援金で賄われる。そのため、別個の保険でありながら、財源的に自立しているわけではない。名前の上で別の保険とされていることで、却って世代間損得論を先鋭化させる契機となっているとの指摘もある<sup>157</sup>。高齢者も現役世代として社会の支え手であった時期を経て高齢期に至っているものであり、支え手であった期間が次の社会の礎になっている。また、巨視的に言えば人は年齢を重ねる中で、より高い疾病リスクを負い、同時に生産活動から後退せざるを得ない。そのような社会的必然と生理的絶対を前提に、一定の時間的幅の中での社会連帯を持てるか否かが、中長期にはこの制度の持続可能性を規定することになるだろう。

---

<sup>156</sup>平成 18 年 6 月 21 日法律第 83 号健康保険法等の一部を改正する法律

<sup>157</sup> 小西佐千夫、吉弘憲介、古市将人 編『日本の財政』2026. 有斐閣ブックス. 187 頁