

❖ 地域の医療介護入門シリーズ

地域の医療と介護を知るために－わかりやすい医療と介護の制度・政策－

第8回 第二次世界大戦後の医療保険制度を巡る動き（その1）

－医療保険制度の立て直しと新たな社会保障制度構築への模索－

第二次世界大戦後の医療保険制度を巡る動きは、2つの動きに分けられます。

1つは、戦後の混乱期からの再建と其後の保険診療の普及という、制度運営の苦勞とその成果を巡る動きです。

今1つは、敗戦を契機に新たな国づくりを始めたわが国が、福祉国家の実現に向けて歩むために、あるべき社会保障制度を模索していく取り組みです。

この2つの流れが1つになって、昭和30年代という早い時期に、国民皆保険の実現という、世界に誇ることができる成果を上げることができたと思います。

今回と次回は、この2つの流れについて説明していきたいと思います。

1 医療保険制度の立て直しと普及

(1) 度重なる診療報酬引き上げと支払基金の創設

敗戦によって、医療保険は崩壊寸前の状態になりました。戦災による工場の消失や軍需生産の停止等によって大量の失業者が出て、健康保険の被保険者数は半分に減りました。医療機関も大きな被害を受け、また、医薬品や衛生材料の不足もひどく、激しいインフレの中で闇相場が横行しました。患者自身が闇の包帯を買って医師に提供しなければ、手術も受けられない状態でした。このため、報酬が安い保険診療は医師に嫌われ、自費診療でなければ診療を受けることができませんでした^{注1)}。

厚生省は、「ご存知ですか、健康保険」をいうポスターを作って各地に貼るとともに、診療報酬を、昭和20(’45)年10月の「標準単価1点35銭(地域の実情に応じ35～50銭)」から、23(’48)年10月の「甲地(大都市)11円、乙地(その他)10円」とするまで、6回も引き上げました。この報酬の大幅な引き上げは、インフレ対応だけでなく、保険診療普及の狙いもありました。ここまで診療報酬が高くなると、医療機関も、戦後の混乱とインフレが進む中で、確実に診療費が確保できる保険診療のメリットを感じるようになり、保険診療は急速に普及していきまし

た^{注2)}。

昭和23(’48)年には社会保険診療報酬支払基金(以下、支払基金)が創設されました。支払基金は、一般には知られていない法人ですが、健康保険において大事な役目を果たしています。

この連載の第1回で「保険診療の概念図」を掲載しました。それをもう一度見ていただきたいのですが、そこには「審査支払機関」というものがあります。医療保険では、医療機関は、保険者に対して診療報酬を請求するのですが、医療機関は何万もあり、また、保険者も何千もあるのです。医療機関にとっても、保険者にとっても、診療報酬の請求と支払いは大変面倒な事務です。そこで、医療機関と保険者の間に立って、各医療機関からの請求をまとめて各保険者に伝え、各保険者からの支払いをまとめて各医療機関に支払う機関があれば、医療機関にも保険者にも便利です。支払基金は、健康保険等の被用者保険において、そうした役割を果たす機関であり、「審査支払機関」と呼ばれています。国民健康保険では、各都道府県にある国民健康保険連合会が審査支払機関になっています。

健康保険制度が始まったころは、この審査支払い事務を行っていたのは医師会や歯科医師会でした。第二次世界大戦後、PWH(公衆衛生福祉局)は、医師会や歯科医師会が審査支払いを行うことに反対し、保険者(政管健保等については社会保険協会)が審査支払い事務を行うことになりました。しかし、その事務を行うのに十分な職員がいなかったため、支払い事務が滞り、診療報酬の支払いが何カ月も遅れるようになってしまいました。そこに、厚生省から支払基金構想が持ちかけられ、支払いが早く確実になるのであればということで医師会や歯科医師会は賛成し、昭和23(’48)年9月から支払基金の業務が始まりました。なお、国民健康保険については、当時の国保は保険料がほとんど徴収できず、診療報酬の支払い遅延がひどかったため、国保の診療報酬支払い事務まで抱え込むと、支払いがスムーズに発足できないとして、国保は対象からはずされ、都道

府県の国保連合会に任された、とされています^{注3)}。

その後、昭和24(’49)年のドッジラインにより深刻な不況が到来すると、患者負担の大きい自由診療から保険診療に移る患者が増加していったため、保険診療はさらに普及し、医療機関の経営は保険診療報酬に依存するようになっていきました。

(2) 健康保険財政問題と医師会

度重なる診療報酬引き上げと保険診療の普及は、保険給付費の急激な伸びをもたらしました。このため、昭和24(’49)年度には健康保険は赤字になり、保険料率引き上げなどの措置がとられました。

こうした健康保険財政の危機が救われたのは、昭和25(’50)年の朝鮮戦争による特需でした。昭和26(’51)年度の健康保険財政は戦後初めて黒字になり、被保険者数も大幅に増加しました^{注4)}。

一方で、保険診療に依存せざるを得ない中で、医療機関側の不満が蓄積するようになってきました。まず、支払いの迅速化を実現するはずの支払基金において、請求件数の急増に体制が追いつかなかったため、支払いの遅延が目立ち、また、医療費の急増で保険料確保に苦勞する保険者側からの診療報酬請求の審査を厳格にしてほしいとの要求に対応したため、審査による減額が増加しました。さらに、所得の捕捉(把握)が容易な保険診療が多くなると、課税額が増加しました^{注5)}。

もう1つ、当時の保険診療は、現在の制度よりずっと制約が多かったのです。例えば、後に日本医師会長になる武見太郎によると、当時は、医師が盲腸の手術をする際、その入院許可を得るのに地域の社会保険事務所に電話で問い合わせ、何日間か分の入院許可をもらっていた、とのこと^{注6)}。

昭和25(’50)年には、中央社会保険医療協議会(以下、中医協)が設置されました。中医協とは、保険診療の診療行為ごとに点数を決める(例えば、初めて医療機関を受診した患者についての初診料が〇点、盲腸の手術が〇点など)、厚生省(当時。現在は、厚生労働省)の審議会であり、診療を行う医師側にとっても、支払いをする保険者側にとっても大きく利害がからむため、診療側委員、保険者側委員、公益委員(診療側でも保険者側でもない、中立的立場の有識者)の3者で構成されています。

上記のような不満を募らせた医師たちの声を受けて、中医協において、医師会委員は診療報酬単価の引き上げを求め、これに対して、保険者側の健康保険組合団体連合会(以下、健保連)の委員は強く反対しました。このため、中医協は意見がまとまらず、

結局、単価引き上げ額について3つの案(公益委員案、医師会案、健保連案)を併記する答申を出しましたが、厚生省は公益委員案で事態を收拾しようとしたのですが、医師会側は低すぎるとして、他方、健保連は健保連案以上の引き上げはできないとして、それぞれ拒否しました。また、医師会は、各都道府県医師会で保険医総辞退届のとりまとめを始めました^{注7)}。医師が保険診療を行うには、申請して保険医の登録を受けることが必要ですが、この保険医の登録を医師会会員が一斉に返上する届けを出すというのが「保険医総辞退」であり、多くの医師は医師会に加入していますので、これが行われると、国民は保険診療を受けることが困難になります。医師会はこうした行動を取ることで、政府に診療報酬単価の引き上げを迫ったわけです。

ただ、日本医師会執行部は、それと併せ、診療報酬単価引き上げの代わりとして、減税措置、具体的には、保険診療による医師の収入の60%は課税対象から除外し、残り40%にのみ課税するという措置をしてくれるなら、保険医総辞退はしない、ともしていました。

結局、政府は、課税対象は保険診療収入のおおむね30%程度とし、実情に応じて25%まで引き上げることができる旨の閣議了解を決定し、国税庁長官から全国の税務署に通知しました。これと併せて、政府は、診療報酬単価も公益委員案より少し医師会案よりの案に決定しました。健保連と国保保険者側は強く反発しましたが、保険医総辞退は回避されました^{注8)}。

後に不公平税制の代表例としてしばしば取り上げられる医師優遇税制が始まったのは、ここからでした。

(3) 「物と技術の分離」と新医療費体系

この連載の前回において、医薬分業について触れました。医薬分業とは、①医療機関の医師は、外来診療において、患者を診断し、治療に必要な薬について処方箋を書く、②薬局の薬剤師は患者が持参した処方箋をもとに薬を処方し、患者に提供する、という、医師(医療機関)と薬剤師(薬局)との分業関係を仕組み(制度)として確立しようとするものなのですが、日本の医療制度においては、明治以来、この医薬分業がしばしば大きな問題になりました。

この連載の第3回で、江戸時代の医師は、漢方を中心で、薬を処方して患者に渡すことが一般的であると触れたことを覚えておられるでしょうか。当時、医師が「薬師(くすし)」と呼ばれていたことは、

漢方医師の治療イコール薬の処方・投与であったことを表しています。

明治になり、医薬分業を原則とする西洋近代医学が導入されたのですが、わが国の医療、特に外来診療においては、依然として薬の処方・投与が中心でした。そのため、医師の収入も薬の処方・投与による部分が大きな割合を占めていました。医制が医薬分業の原則を規定していながら、薬品営業並薬品取扱規則が、医師自ら診療する者の処方に限り、自宅で薬剤を調合し、販売することができることと規定していたのは、そうした実情を変えていくことが容易ではなかったことによるものです。

連載の前回で触れたように、薬剤師会のPHWサムス局長への働きかけにより医薬分業法が制定されましたが、その医療分業法案の国会審議において、議員修正で、医師が調剤・投与できる場合に「患者またはその看護者が特に医師等からの薬剤交付を希望した場合」が加えられたため、いわば「骨抜き」になり、実態を大きく変えるものとはなりません。

この医薬分業法の議論の際に、サムス局長の指示により、「三師会」とともに設置されたのが「臨時診療報酬調査会」でした。当時の診療報酬は薬を多く処方・投与すれば医師の収入も増えるようになっていたため、医薬分業を進めるには、この診療報酬体系を見直し、医師が薬を直接調剤・投与しなくても適切な収入が得られるものとするが必要でした。そこで、臨時診療報酬調査会は、検討の結果、診療報酬を医薬品などの「物」と医師・歯科医師の「技術料」に分離する（いわゆる「物と技術の分離」）ことは可能である旨を答申しました^{注9)}。

この答申を受けて、厚生省は、医薬分業法の施行（昭和30（'55）年1月）に間に合わせるよう昭和29（'54）年9月に新医療費体系案を公表しましたが、その内容は、医師会が反対した調査データを基とし、また医療費を抑制する内容のものであったため、医師会は強く反対しました。その影響は、いわばセットになっていた医薬分業法にも及び、その内容は前に触れたように「骨抜き」になるとともに、施行も1年3カ月延期されました。新医療費体系案も撤回されました。

そして、その医薬分業法と同じ国会で成立したのが、それまで閣議了解を根拠としていた医師の優遇税制を法律で規定した租税特別措置法の改正法で、その内容は、医師の保険診療報酬については、72%が経費とされる（課税分は28%）というものでした。先の閣議了解については、税務の第一線の抵抗によ

り実際には守られず、30%以上の所得に課税されることが少なくなかったことから、法律で明記することとされたものです^{注10)}。

ここまでの経緯を読まれて、露骨とも思える政治的な動きに顔をしかめる方もおられるかもしれません。ただ、医療保険制度においては、この後も、こうした政治的な対立と調整の歴史が続きます。

その背景として、第二次世界大戦後、保険診療が、わが国の診療において圧倒的な地位を占めるようになってきたということがあります。そして、後述する昭和33（'58）年の国民皆保険の確立により、それは決定的になります。こうした状況の下では、医療機関にとって、医療保険制度における診療報酬がどのような水準に決められるかということは、大きな関心事になります。

特に、日本のように、医療が、民間医療機関、中でも規模の小さい「開業医」と呼ばれる民間の診療所や中小病院によって支えられている国では、診療報酬の意味は、非常に大きなものになります。民間の診療所や中小病院の医師は、医療専門職であると同時に中小零細事業の経営者という側面も持っています。中小零細事業の経営者は、自分が経営に失敗すれば事業はつぶれてしまうという危機感を常に持って行動しています。日本医師会の会員は、平成27（2015）年でみてもその約86%が診療所開設者^{注11)}であり、診療所の約83%が個人または医療法人の開設者です^{注12)}。そうした意味で、医師会がしばしば政治的活動を展開するのは、そうした危機感がその背景にあります。

もう1つ、診療報酬の水準は、報酬を受ける医療機関側だけでなく、それを負担する保険者側にとっても、大きな関心事です。医療保険制度の中でも、健康保険制度については、事業主が、保険料の半分を負担しています。自費診療であれば事業主には関係ないのですが、保険診療となると、事業主も医療費を負担することになります。その保険診療が普及していけば、保険診療の医療費も増加していきますので、当然ながら、事業主側としても大きな関心を持たざるを得ません。健保連が、医療保険の世界で、しばしば医師会等の診療側と対立するのは、そうした背景があります（健保連は、健康保険組合という保険者の団体であり、直接に事業主を代表しているわけではありませんが、健康保険の負担者側の有力な団体として行動しています）。

さらに、国や地方自治体等の行政側です。国は、公的医療保険制度を所管し、第二次世界大戦後はそ

の普及を強く進めました。その結果、国民皆保険の実現という大きな成果を挙げることができたのですが、この公的医療保険制度を継続的に運営していくためには、国民が適切な医療を受ける事を確保するとともに、その医療費が、負担側が負担に苦しむような水準にまで増大しないようにすることが必要であり、その意味で、診療報酬については一定のコントロールを行う事が必要です。さらに、政府管掌健康保険（現在の協会けんぽ）や国民健康保険については、国も、医療費の一定割合について負担（補助）をしており、その意味で、国は、診療報酬には、負担者としても関心を持つことになります。

また、地方自治体も、市町村は、保険者として国民健康保険を運営していますが、国民健康保険は、所得の低い被保険者が少なくないので、市町村はその運営に苦勞しています。その意味で、医療費およびそのベースとなる診療報酬には関心を持っています。

このように、医療保険の診療報酬については、多くの機関、団体が大きな関心を持ち、様々な行動を展開していますので、その行動を理解するには、こうした図式をよく知っておくことが必要です。

ただ、ここまでの記述で触れてこなかった大事な関係者がいることを忘れてはならないと思います。それは、被保険者である一般国民です。国民は、保険料の負担者であるとともに、保険医療の受給者でもあります。

公的医療保険制度は、国民が適正な保険料を支払い（あるいは税を負担し）、適切な医療を受け、それにより健康な生活を送ることができる、そうした制度であることが必要です。上記のような様々な機関、団体の行動や主張について、国民は、それが単に団体の利益だけを追求したものでなく、公的医療保険制度がその役割を果たし続けていく上で必要あるいは適切なものであるのか、といった視点からチェックし、問題があるものについては、声をあげていくことも必要ではないかと思えます。

2 新たな社会保障制度の構築の検討

(1) 社会保険制度調査会とベヴァリッジ報告

昭和20(’45)年11月、GHQ（連合国軍最高司令官総司令部）は、「軍人恩給等の停止に関する覚書」を出し、世襲軍人制度の存続を許す手段となっている軍人恩給等を停止し、すべての市民に公正な社会保障制度を構築するよう指示しました。この覚書を受けて昭和21(’46)年3月に「社会保険制度調査会」が設置されました。この年には、日本国憲法も

制定され、25条において、国が社会保障制度を整備していく責務も規定されました^{注13)}。

* 日本国憲法25条では、以下のように規定しています。

「第25条 すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。

2 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」

この時期に、日本の社会保障関係者、医療関係者に大きな衝撃を与えたものがありました。イギリスにおけるベヴァリッジ報告の公表およびNHS制度（国民保健サービス）の実施です。

ベヴァリッジ報告（正式には「社会保険及び関連サービスに関する関係各省委員会報告」）は、昭和17(’42)年に、第二次世界大戦後のイギリスの社会保障制度について公表された提言です。この報告書を執筆した委員会の委員長がウィリアム・ベヴァリッジという人であったので、ベヴァリッジ報告と呼ばれています^{注14)}。

この報告は、まず、社会保障は、次の4つの場合に対する所得の保障であるとしています。

- ① 失業、疾病、災害などによる収入の中断
- ② 老齢・退職による収入の喪失
- ③ 本人以外の死亡による扶養の喪失
- ④ 出生、死亡、結婚等による特別の支出

そして、社会保障の方法は次の3つであるとしています。

- ① 社会保障制度の中核を社会保険とし、生活保護や児童手当等の各種手当は特別なニーズのある者についての補完的な制度として位置づける。
- ② 国家の役割は、国民全体に対する最低生活保障である。そのため、社会保険は、均一額拠出・均一額給付（保険料額も給付額も全国民同額）の仕組みとする。
- ③ 社会保障制度の運営は全て統一的な行政組織により、民間組織は利用しない^{注15)}。

現在のわれわれからすると、最低生活しか保障しないというのは水準が低いと思われるでしょうが、ベヴァリッジ報告は、イギリス国民から高い評価を受け、ベストセラーになりました。当時のイギリスの社会保障制度は、各制度がバラバラで、組織も複雑で不統一であったため、統一的な体系の下で国民に最低生活を保障するビジョンを示したことは大きな意味がありました。また、社会保険は、生活保護や各種の手当のように所得・資産への調査や所得制限がある仕組みではないので、誰でも社会保険に加

入できることは大きな安心となったのです。

さらに、ベヴァリッジ報告においては、次の3つが社会保険の成功の前提になるとしています。

- ① 義務教育中のすべての児童に対して家族手当（児童手当）を支給すること（大家族における児童扶養経費は、賃金や社会保障給付では対応できないので、手当を支給する）
- ② 疾病の予防・治療と労働能力の回復を目的とした包括的な保健およびリハビリテーションのサービスを、全国民に提供すること
- ③ 大量失業を回避し、雇用を維持すること（完全雇用政策の実施）^{注16)}

ベヴァリッジ報告が、この2つ目の条件を提示したことは、NHS制度の実現に大きな推進力になりました。このベヴァリッジ報告を受けて、労働党政権は1946年にNHS法を制定します。NHS制度の内容については、この連載の第2回で詳しく説明しているところ です。

話を日本に戻しますと、昭和21（'46）年3月に設置された社会保険制度調査会は、7月に「失業保険制度要綱」を、12月には、政府管掌健康保険および国民健康保険を統一して地域組合により運営すること、被用者の公傷病について労働者災害保障責任制度を設けること等を内容とした「現行保険制度の改善方策」を公表しました。

そして、昭和22（'47）年10月には「社会保障制度要綱」を答申しました。この要綱は、全国民が所得に応じて拠出し、傷病、廃疾、死亡、出産、育児、老齢、失業等に対して、最低生活保障を目的として均一の給付を行うという、「生活保護制度をも吸収した全国民のための革新的な総合的社会保障制度」を構築するという内容のもので、前述のベヴァリッジ報告に大きな影響を受けていることが伺われます^{注17)}。その意味で、まさに理想的な案であったのですが、この制度案は、費用の全額が3300億円、国家の負担額が600億円と巨額になるため、（当時の国の一般会計の歳入総額は約2000億円でした）、実現はしませんでした。

注1) 吉原健二・和田勝（2008）：122-123。

注2) 有岡二郎（1997）：23-25。

注3) 有岡二郎（1997）：25-28。

注4) 吉原健二・和田勝（2008）：126-127

注5) この点は、サラリーマンの方々には理解が難しいと思います。わが国の税制においては、いわゆる「クロヨン」あるいは「トーゴサン」といわ

れる、所得把握の問題があります。

サラリーマンの場合は、事業主が支払給与から一定額を天引きし、税務署に、その天引き分を支払うとともに給与支払額を報告します（源泉徴収制度）ので、その所得額は税務署に100%把握されます。これに対して、自営業者や農家の場合は、自営業者や農家の申告に基づき課税が行われるので、申告漏れに税務署が気づかない場合等があり、所得を税務署が十分に把握していないといわれています。この所得把握の割合の違いを、「クロヨン」は「給与所得者9割：自営業者6割：農林水産業従事者4割」、「トーゴサン」は「給与所得者10割：自営業者5割：農林水産業従事者3割」と表現した言葉です。

つまり、医療機関にとって、それまでは、低い所得把握率の自費診療が中心であったのが、保険診療であると、支払基金から税務署に支払額が報告されるので、把握率が高くなり、その結果、税務署に支払う税金の額が増加した、ということです。

サラリーマンからすると、そもそも所得把握率が違うことが問題であり、そうした不満はおかしいと思われるのですが、医療機関の経営者としては、納税額が増加したことは確かであり、だからといって、今さら自営診療には戻れないので、それが不満となっていく、ということと考えられます。

注6) 有岡二郎（1997）：48-50。

注7) 有岡二郎（1997）：51-52。

注8) 有岡二郎（1997）：55-60。

注9) 有岡二郎（1997）：64-65。

注10) 有岡二郎（1997）：76-83。

注11) 日本医師会会員数調査（平成27年12月1日現在）：日本医師会ホームページ（www.med.or.jp/）。

注12) 厚生労働省「平成27年医療施設調査」：厚生労働省ホームページ。

注13) 有岡二郎（1997）：95-96。

注14) 榎原朗（1980）：355-358。

注15) 榎原朗（1980）：372-373, 389-393。

注16) 榎原朗（1980）：380-389。

注17) 社会保障研究所「戦後の社会保障 資料編」158-167, 1968。

参考文献

吉原健二・和田勝「日本医療保険制度史 増補改訂版」2008：東洋経済新報社。

有岡二郎「戦後医療の五十年 医療保健制度の舞台裏」1997：日本医事新報社。

榎原朗「イギリス社会保障の史的研究 II」1980：法律文化社。