

❖ 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9回 第二次世界大戦後の医療保険制度を巡る動き（その2）

－国民皆保険に向けた取り組み－

2 新たな社会保障制度の構築の検討（続）

(2) ワンデル勧告と社会保障制度審議会昭和25年勧告

① ワンデル勧告

前回の連載の(1)で触れた社会保険制度調査会がイギリスのベヴァリッジ報告に影響を受けた制度案を検討していた昭和22年、GHQ（連合国軍最高司令官総司令部）の要請により、アメリカから、ウィリアム・ワンデルを団長とする連邦社会保障行政部に所属する4人の調査団が来日しました。

この調査団は、約1年間にわたって、わが国の社会保障制度全般の詳細な分析、検討を行い、昭和23年7月に報告書を出して、勧告（以下、ワンデル勧告）を行いました。勧告のポイントは以下のとおりです<sup>注1)</sup>。

- 年金、廃疾、失業、出産費用、出産手当、家族手当等現金給付を行う社会保険は、単一の制度とされるべきである。
- 現物給付である医療保険については、健康保険のうち、健康保険組合は発展に向けて一層の努力がされるべきであり、政府管掌は、府県単位やそれ以下の区画単位に分割すべきである。
- また、国民健康保険は、その自治体において、他の健康保険によって保護されないすべての者に適用されるべきである。
- 国会及び政府に対して、社会保障に関する企画、政策決定、法律制定の面について勧告する、内閣と同列の諮問機関を設置すべきである。
- 社会保障制度運営に関する全責任と権限を一つの省に集中すべきであり、厚生省が最も適当と考えられる。

② 社会保障制度審議会昭和25年勧告

このワンデル勧告において提言された、社会保障に関する企画等について勧告を行う諮問機関として、昭和24年に、国会議員、各省次官、

学識経験者、関係団体代表の4者40名により構成される社会保障制度審議会が発足しました。

この社会保障制度審議会が、昭和25年に、社会保障制度全般について行った「社会保障制度に関する勧告」（以下、昭和25年勧告）は、戦後日本の社会保障制度整備の方向を示した勧告として有名です<sup>注2)</sup>。

この勧告について、医療保障制度に言及した箇所を中心に、そのポイントを整理すると、以下のとおりです。

- 社会保障制度とは、疾病、負傷、分娩、廃疾、死亡、老齢、失業、多子その他困窮の原因に対し、保険的方法又は直接公の負担において経済保障の途を講じ、生活困窮に陥った者に対しては、国家扶助によって最低限度の生活を保障するとともに、公衆衛生及び社会福祉の向上を図り、もってすべての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をいう。
- 社会保障の中心をなすものは、国民自らが必要な経費を拠出する社会保険制度でなければならないが、保険制度だけでは救済できない困窮者に対して、その最低限度の生活を保障する扶助制度は、補完的制度としての機能を持たせるべきである。
- 社会保障制度は、社会保険、国家扶助、公衆衛生及び社会福祉の各行政が、相互の関連を保ちつつ総合一元的に運営されてはじめてその目的を達することができる。
- 現在の各種の社会保険制度を統合して給付の拡充と負担の公平をはかるため、現行の健康保険法、国民健康保険法、国家公務員共済組合法、船員保険法、厚生年金保険法、失業保険法及び労働者災害補償保険法による各制度はすべて社会保険のそれぞれの部門に吸収する。
- 医療、出産及び葬祭に対する保険制度は、現在の日本では、被用者に対する保険と一般国

民に対する保険とに区別して取扱うことは止むを得ない。被用者の家族は被用者保険において取扱う。

- 現行の健康保険は、原則として常時5人以上の従業員を使用している事業所で働いている者でないと適用されず、又事業の種類によっては適用が除かれている。これを拡張して、規模の大小や事業の種類を問わず全ての被用者に均てんして適用されるようにしなければならない。もちろん、公務員にも同一の制度を適用して公平と機会均等の原則を貫くべきである。
- この保険の経営に関する最終的責任は国とするが、経営の民主化をはかるため経営主体は都道府県とする。また、一定数以上の被用者を使用するものについては、組合を設立し、この組合において自主的にこの事業を行うことが勧奨されるべきである。
- 社会保険の給付費は、被用者、使用者、及び一般国民が負担するほか、国及び地方公共団体においてその一部を負担する。社会保険に関する被保険者の保険料（使用者の負担を含む）は、すべて目的税として、国又は都道府県の経営する保険については国の徴収機関により源泉徴収し、市町村の経営する保険については市町村が徴収する。ただし組合の場合は、保険料として組合が徴収する。
- 社会保障制度の一元的運営を期するためには、本制度についての全責任と権限を集中統合して、社会保障省（仮称）を設ける必要がある。この昭和25年勧告の内容について少し詳しく紹介したのは、意味があります。社会保障の教科書等では、この昭和25年勧告については、一般に、「第二次世界大戦後のわが国の社会保障制度整備に向けての基本的方向を示した」<sup>注3)</sup>といったように高く評価されています。しかし、その内容をよく見ると、わが国の社会保障制度の中心を社会保険とすべきとした点は、確かにその後の社会保障制度整備の方向を示したものであり、政府もその方向に沿って制度整備を進めた事は事実ですが、それ以外の点については、その後の政府の政策にはあまり反映されておりません。例えば、被用者にかかる医療保険制度を1つの制度とすることは現在でも実現されていませんし、社会保険の保険料を目的税とすることについては、国民健康保険において保険料を税と

して徴収することができることぐらいです。また、政府管掌健康保険（以下、政管健保）の経営主体を都道府県とすることは、50年後の平成18年に保険者が国（社会保険庁）から全国健康保険協会に移った際に、保険料率が都道府県単位で設定されるようになったこと等により部分的に実現したに過ぎません。さらに、社会保障省の設置についても、50余年後の平成13年に省庁再編に伴う厚生労働省が設置されたことによりやっと実現しているという状況です。

実際に、政管健保の経営主体の都道府県への移行や社会保障税の創設等については、当時の厚生省は反対しており、社会保障省の創設についても当時の労働省が強く反対した、という事情もあったようです<sup>注4)</sup>。

社会保障制度審議会も、昭和25年勧告に対する政府の熱意が薄いとみて、翌26年に、改めて、「社会保障制度推進に関する件」と題する勧告を行っています<sup>注5)</sup>。この勧告は、社会保障の各制度がバラバラで連携がないことを問題とするとともに、日本の実情に即した生活の科学的研究に基づく民主的な生活管理を社会保障制度の基調とすべきとし、①社会保障行政の一元化、②医療保険の推進、③医療制度の合理化、④保健所機構の改正、⑤結核対策の改善、⑥年金保険積立運用の改善、⑦社会福祉の充実、⑧人口対策への考慮、⑨戦争犠牲者の援護、の9点について勧告しています。

### 3 政府管掌健康保険の財政窮迫と国民皆保険に向けた取り組み

#### (1) 国民皆保険を求める各種提言

朝鮮戦争に伴う好景気により一息ついた政管健保財政でしたが、昭和29年度から30年度には再び深刻な財政危機に陥り、政府は、当面の財政対策として、保険料率の引き上げや標準報酬（被保険者の給与のうち、保険料賦課の対象となる部分）の上限・下限の引き上げ等を実施しましたが、そうした当面の対策だけでは不十分として、給付費への国庫負担の導入等の制度改正を求める声が大きくなってきました<sup>注6)</sup>。

そこで、厚生省は政管健保への国庫負担導入を予算要求しました。しかし、この予算要求については、当時、健康保険非加入の被用者5人未満の零細企業の労働者と家族、そして国民健康保険を運営していない市町村の居住者の、合わせて約3000万人にのぼる医療保険未加入者間

題に対応せず政管健保に国庫負担を導入することに反発する声も、地方自治体関係者だけでなく、マスコミ、医療関係者等からも出されました<sup>注7)</sup>。

そこで、政府は、昭和30年4月に、健康保険の財政対策を検討するため、7人の有識者から構成される委員会（七人委員会）を設置しました。七人委員会は、同年10月に検討結果を報告しました<sup>注8)</sup>。

また、昭和31年7月には、厚生大臣から委嘱された5人の社会保障委員が、医療保障制度の基本方向について検討し、8月には、「国民健康保険を中心とする疾病保険の普及強化」や「国民皆保険方針の明確化」を求める第1次中間報告を出しました<sup>注9)</sup>。社会保障委員は、昭和32年1月に第2次中間報告、34年には最終答申を行っています。

さらに、これと並行して、社会保障制度審議会においても、昭和30年から医療保障制度について検討を進め、翌年11月には医療保障制度に関する勧告を行いました<sup>注10)</sup>。

これらの勧告や報告は、七人委員会報告がその任務から財政対策の検討が中心であったことや、零細企業の被用者の取り扱い等についての方針の違いなどはあったものの、いずれも、医療保険未加入者に医療保険を適用すること、そのためには国民健康保険（以下、国保）をすべての市町村が実施することの必要性を主張した点は同様でした<sup>注10)</sup>。

こうした動きを受けて、政府は、昭和32年1月に、国民皆保険を昭和35年度までに達成する方針を閣議で決め、2月には、厚生省は、昭和32年度を初年度に毎年500～600万人ずつ国保の被保険者を増加させ、35年度までにすべての未加入者を国民健康保険に加入させる「国保全国普及四カ年計画」を決定し、4月には事務次官を本部長とする国民皆保険推進本部を設置しました<sup>注11)</sup>。

## （2）創設後の国民健康保険の経緯

国民健康保険の創設については、この連載の第4回（平成28年10月号）で説明していますが、その後の経緯を簡単に整理します。

第二次世界大戦直後の国保は、終戦直後の人手不足や社会的混乱により、保険料の徴収が困難になり、事業を休止する組合や、保険給付を休止し保健活動のみを行う組合が出てくるよう

になりました。昭和22年の調べで、全国にあった1万343組合のうち、事業を活発に行っているものは16%、1,675組合に過ぎなかった、とされています<sup>注12)</sup>。

こうした状況に対して、まず、昭和23年の改正により、国保を組合設立でなく、市町村自らの事業として行う（市町村公営）こととされました。その理由については、市町村行政の中に国保事業を取り入れることが事業運営上便利であり、かつ効果的であるから、とされています。この改正においては、もう一つ、後の国民皆保険につながる内容がありました。それは、市町村が国保を行うときには、その地区内の世帯主および世帯員は、他の医療保険の加入者以外はすべて国保の被保険者とするものとされたことです。この改正により、市町村が国保事業を実施するか否かの任意性は保たれましたが、国保事業を実施する市町村の住民は強制的に国保加入者となることとされたのです<sup>注13)</sup>。これは、国保が、「保険原理」（保険者と被保険者との契約により保険に加入し、被保険者は保険料を支払って給付を受ける）の制度から「皆保険の原理」（個人の意思や保険料負担能力にかかわらず保険に加入させること）に一歩進んだことを意味しているものと考えられます。このことは、後で国民皆保険制度に関して詳しく触れます。

この改正により、国保は再建の軌道に乗り、昭和24年2月には、都道府県の熱心な指導もあって国保公営化は急速に進み、全国の1万余りの市町村の41%で国保は公営になりました<sup>注12)</sup>。

しかし、保険料の徴収は依然として厳しい状況だったので、昭和26年には、国保の保険者の大部分が市町村公営になり、課税権を有する市町村が保険者として国保を行うという体制がほぼ確立したことを踏まえ、保険料としてより保険税として徴収する方が良い徴収成績が見込まれるとの理由から、国保の保険料を目的税である国民健康保険税として徴収することができるように、地方税法の改正が行われました<sup>注14)</sup>。これにより、保険料の徴収割合は大幅にアップしました。

しかし、連載第8回でも触れた度重なる診療報酬のアップや受診率の上昇により国保財政は苦しくなり、多くの町村が多額の赤字を抱え、医師に対する診療報酬の支払いも滞りがちにな

りました。そこで、国保の給付費に対する国庫補助を求める要求が市町村側から強く打ち出され、昭和27年に、療養給付費の2割に相当する国庫補助が実現しました。この国庫補助は、当初は予算補助でしたが、昭和30年の改正により、2割補助が法律に規定され、国保の財源安定化が図られました<sup>注15)</sup>。

### (3) 国民皆保険の成立とその理由

政府は、昭和33年、それまで市町村の任意とされていた国保の実施を市町村の義務とする事、国庫補助について従来2割に市町村の財政力に応じて配分する調整交付金5%を加えた25%とすること、市町村によってバラバラだった給付水準を5割に統一すること等を内容とする国民健康保険法（以下、国保法）の改正を行い、翌34年1月から施行されました。そして、昭和36年には全市町村で国保制度が実施され、国民皆保険がスタートしました<sup>注16)</sup>。

これ程早い時期に国民皆保険が成立した国は、世界の中でも日本以外にはありません。どうしてこの時期に国民皆保険が成立したのでしょうか。その理由について、島崎謙治<sup>注17)</sup>は、次のように整理しています。

第1の理由は、日本経済が急速な復興を遂げ、「もはや戦後ではない」（昭和31年度版掲載白書）42頁）時代を迎えたことにより、国民の所得が保険料を拠出できる水準にまで達したということとともに、政府としても、孤児対策等の児童福祉や最低生活を保障する生活保護等の救貧（貧困に陥った人々を救う）対策に忙殺されていた時期を抜け、医療保険等の防貧（貧困に陥らないようにする）対策に力を注ぐことができるようになった、ということです。

そして、もう一つの理由は、この時代は、同時に、3000万人近い医療保険未適用者がクローズアップされ、傷病による貧困が社会問題化していた時代であり、この問題の解決策としての国民皆保険については、当時、それに反対する政治勢力はありませんでした。わずかに、日本医師会が慎重な態度を示していましたが、それも条件面のことであり、国民皆保険そのものに反対するものではありませんでした。島崎は、このことを「経済復興と貧困がクロスする時代背景の下で国民皆保険が政治プロセスに浮上した」としています<sup>注17)</sup>。

### (4) 国民健康保険の性格

ここで、国保という医療保険制度の性格について、少し触れます。

現在では「わが国では国民皆保険制度により誰もが安心して医療を受けることができる」<sup>注18)</sup>とっている厚生労働省ですが、昭和31年頃までは国民皆保険には消極的であり、むしろ健康保険法の改正や診療報酬問題の方が政策優先順位は高かったが、地方団体やマスコミ等の強い世論を受けて、国民皆保険推進本部を設置するようになった、とされています<sup>注19)</sup>。そのように国民皆保険に消極的であった理由として、島崎は、「一言で言えば、行政官僚には国民皆保険の難しさ（特に保険料の賦課・徴収の難しさ）がわかっていたからである」<sup>注20)</sup>としています。つまり、従業員5人未満の零細事業所から保険料を確実に徴収することは、事業所の把握等を含め実務上は多大な困難を伴い、さらに、保険である以上は保険料の拠出を求めざるを得ないが、負担能力が乏しい低所得者に対する保険料の賦課をいかに行うかという難題があった、ということです<sup>注20)</sup>。

そうした問題があるにもかかわらず、政府は、国民皆保険を実現するために国保法の改正を行ったわけですが、島崎は、この改正により、改正前の旧国保法と改正後の新国保法は質的に変わったと評価しています。

連載の第4回でも触れましたが、制定時の旧国保法は、市町村が組合を設立するか否かも、また、その組合に住民が参加するか否かも任意であり、給付や保険料も各組合が規約で決める事とされていました。その意味で、旧国保法は、民間の生命保険と同じように、「保険原理」が貫かれています。

これに対して、新国保法では、①全市町村に国民健康保険の実施を義務づけ、当該市町村に住所を有する者は国民健康保険に強制的に加入させた上で、②被用者保険の加入者および保険料の負担能力がない生活保護受給者は適用除外とする、③生活保護受給者でない低所得者には、保険料軽減制度を設ける、という制度になっています。

この制度は、住所を有する者を強制的に加入させる点はまさに皆保険の原理（個人の意思や保険料負担能力にかかわらず保険に加入させること）によるものですが、保険料の負担能力がない生活保護受給者を適用除外としたことは、

保険原理（保険料を負担できる者が加入して、保険料を支払い給付を受ける）に配慮したものであり、皆保険の原理からは十分でない、ということになります。他方で、生活保護受給者でない低所得者に保険料を軽減することは、保険原理からは問題があることとなります。

こうした新国保法の整理について、島崎は、「新国民健康保険法の立案者は、2つの原理の要請のはざままで苦しみながら、上述のようなぎりぎりの政策選択に辿り着いたということである<sup>注21)</sup>」としています。こうした制度設計の難しさを持った国民皆保険下の国保は、後に、高齢化や産業構造の変化、さらには非正規労働者の増加といった社会経済状況が変化していくことにより、非常に厳しい制度運営に直面することになりますが、この点については、本連載の後の回で触れることとなります。

このように、世界に先駆けて国民皆保険を達成したわが国ですが、実は、この時期は、この国民皆保険達成を背景に、厚生省と医師会との間の激しい対立が続いた時代でもあります。この点は、次回で触れることといたします。

注1) 社会保障研究所「戦後の社会保障 資料編」23-97, 1968.

注2) 社会保障研究所「戦後の社会保障 資料編」187-205, 1968.

注3) 社会福祉士養成講座研修委員会編集「新・社会

福祉養成講座12 社会保障」第4版第2刷：11, 2015. 中央法規.

注4) 有岡二郎 (1997)：99-102.

注5) 社会保障研究所「戦後の社会保障 資料編」205-207, 1968.

注6) 有岡二郎 (1997)：83-85.

注7) 有岡二郎 (1997)：104-106.

注8) 吉原健二・和田勝 (2008)：152-153.

注9) 吉原健二・和田勝 (2008)：106.

注10) 吉原健二・和田勝 (2008)：153.

注11) 吉原健二・和田勝 (2008)：164.

注12) 有岡二郎 (1997)：114-115.

注13) 佐口卓 (1995)：77-79.

注14) 佐口卓 (1995)：86-87.

注15) 有岡二郎 (1997)：116-117.

注16) 吉原健二・和田勝 (2008)：164-168.

注17) 島崎謙治 (2012)：105-106.

注18) 平成28年版厚生労働白書, 81, 2016.

注19) 有岡二郎 (1997)：108-109.

注20) 島崎謙治 (2012)：107.

注21) 島崎謙治 (2012)：112.

#### 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.

佐口卓「国民健康保険－形成と展開－」1995：光生館.  
島崎謙治「国民皆保険とその前史の成立過程に関する覚書」, 2012：青山法学論集第53巻第4号.