

医療保険制度と社会

広海孝一

目次

- 一 はじめに
- 二 医療保険制度の生成とその並立
- 三 医療保険制度間の不均衡
- 四 医療保険普及過程の意味
- 五 現行の医療保険制度と社会

一 はじめに

医療保険が社会保険の先駆としてはじめて制度化されたのは、一八八三年、ビスマルク宰相が活躍していたドイツ帝国においてであった。今年でちょうど九〇年の歴史をもつことになる。わが国では、ドイツより遅れること四十数年後の一九二七年に、制度化されているから、これまでに四五余年りの歳月を重ねてきたわけである。この約半世紀

の間に、社会的経済的思想的諸状況は著しく変化しており、医療保険制度それ自体の変容もまた著しい。

医療保険制度が初めて社会に組込まれた折には、そのこと自体が社会構造の変化を意味することになるが、それが定着し具体的に機能していく歴史的過程においては、さらに、その制度に直接または間接に関係する人びとのビヘイビアにさまざまな影響を及ぼすことを通じて、関連する諸制度等に陰に陽に変化を与えるとともに、医療保険制度それ自体もまた変貌を余儀なくされるといふいわば動態的な変化が生じる。しかしながら、医療保険制度をめぐる諸制度が人間の行動を媒介として相互に影響し合いながら社会全体としてうまく機能するようにその変化がおのずから調整されるという保証はなく、むしろさまざまなひずみや矛盾が生まれ、人びとはその解決を迫られることになる。

筆者は、医療保険制度と社会との基本的なかわりをこのように考えるものであるが、本稿は、まず、医療保険制度の適用者の範囲の拡大過程を跡づけ、制度の現状について若干の認識をしたのちに、医療保険普及過程の底に流れているものの把握を試み、最後に、現行の医療保険制度が社会的にいかなるかわりをもち、どのような問題状況の中に存在しているかをたずねたものである。

二 医療保険制度の生成とその並立

まず、医療保険制度の適用者の変遷を軸に、制度の約半世紀にわたる生成過程を概観し、次いで制度の現状にふれることにしよう。

(一) 健康保険制度の創設

——健康保険法（大正一二年法七〇）に基づく医療保険給付の開始（昭和二年一月一日）——

大正一一年（一九二二年）四月二二日に公布された法律第七〇号の健康保険法に基づいて医療保険給付がごく一部の労働者を対象に開始されたのが、昭和二年（一九二七年）一月一日であった。この時に、わが国の医療保険制度がスタートしたのである。

健康保険法の政府案作成の作業が開始されたのは、大正九年（一九二〇年）であって、その衝にあたったのは、当時の農商務省工務局に新設された労働課である。大正一〇年一月月に成案がえられ、労働保険調査会の議を経て大正一一年三月に帝国議會を通過し、右に述べたように法律第七〇号として同年四月二二日に公布された。大正一一年一月社会局設置に伴い、健康保険に関する事務は同局に移管され、大正一三年（一九二四年）よりの施行を目ざして準備を進めていたが、大正一二年九月に発生した関東大震災のため、施行延期というやむをえない事情になった。健康保険法の附則に「本法施行ノ期日ハ勅令ヲ以テ之ヲ定ム」とあったものを、大正一五年（一九二六年）三月に、「本法ハ大正十五年七月一日ヨリ之ヲ施行ス但シ保険給付及費用ノ負担ニ関スル規定ハ大正十六年一月一日ヨリ之ヲ施行ス」というように附則を改正し、それとともに健康保険特別会計法も帝國議會を通過し、健康保険法は、当初の予定より遅れて大正一五年七月一日より、保険給付及び費用の負担に関する規定をのぞき施行された。同年一〇月全国に健康保険署が設置され、翌年の昭和二年（一九二七年）一月一日より保険給付及び費用の負担に関する規定も施行さ

れ、ここに同法の全部の施行をみるに至ったのである。⁽¹⁾

この最初の頃の健康保険の適用者はどうであつたかというところ、工場法の適用を受ける工場（常時一〇人以上の職工を使用する工場、事業の性質が危険な工場または衛生上有害のおそれのある工場⁽²⁾）と鉱業法の適用を受ける事業場もしくは工場（鉱山および油田ならびに精錬所のような附属工場⁽³⁾）の被用者（ただし臨時被用者や一年の報酬一、二〇〇円を超える職員は除外）のみを強制被保険者としており、また、いわゆる任意包括被保険者としても、鉱山業（ただし鉱業法の適用を受ける事業場・工場は除く）、製造業等（ただし工場法の適用を受ける工場は除く）、電気事業等、土建業、陸上運送業、荷役業および勅令による指定事業のいずれかの被用者に限定されていた。この場合も強制被保険者の場合と同様に、臨時被用者や一年の報酬一、二〇〇円を超える職員は除外されている。

被保険者についての同法の規定のうち主要なものを引用するとつぎの通りである。⁽⁴⁾

第一三条 工場法ノ適用ヲ受クル工場又ハ鉱業法ノ適用ヲ受クル事業場若ハ工場ニ使用セラルル者ハ健康保険ノ被保険者トス但シ臨時ニ使用セラルル者ニシテ勅令ヲ以テ指定スルモノ及一年ノ報酬千二百円ヲ超ユル職員ハ此ノ限ニ在ラス

第一四条 前条ニ規定スル工場及事業場ヲ除クノ外左ノ各号ノ一ニ該当スル事業ノ事業主ハ主務大臣ノ認可ヲ受ケ其ノ事業及之ニ附属スル事業ニ使用セラルル者ヲ包括シテ健康保険ノ被保険者ト為スコトヲ得

一 鉱物ノ採掘又ハ採取ノ事業

二 物ノ製造、加工、選別、包装、修理又ハ解体ノ事業

三 電氣又ハ動力ノ發生、変圧又ハ伝導ノ事業

四 土木工事又ハ工作物ノ建設、保存、修理若ハ破壊ノ工事ニシテ主務大臣ノ指定スルモノ

五 地方鉄道法又ハ軌道法ノ適用ヲ受クル事業

六 前号ニ掲クルモノヲ除クノ外陸上ニ於テ為ス貨物又ハ旅客ノ運送ノ事業ニシテ主務大臣ノ指定スルモノ

七 貨物積卸ノ事業

八 前各号ニ掲クルモノノ外勅令ヲ以テ指定スル事業

前項ノ認可ヲ申請スルニハ被保険者ト為ルヘキ者ノ二分ノ一以上ノ同意ヲ得ルコトヲ要ス

一事業ニ於テ作業ノ場所二以上アル場合ニ於テハ第一項ノ規定ノ適用ニ付テハ主務大臣ハ其ノ一又ハ二以上ノ場所ニ於ケル作業ヲ一事業ト看做スコトヲ得

第一五条 前条ノ認可アリタルトキハ其ノ事業ニ使用セラルル者ハ健康保険ノ被保険者トス

第一三条但書ノ規定ハ前項ノ場合ニ之ヲ準用ス

なお、同法の第一条は「健康保険ニ於テハ保険者カ被保険者ノ疾病、負傷、死亡又ハ分娩ニ関シ療養ノ給付又ハ傷病手当金、埋葬料、分娩費若ハ出産手当金ノ支給ヲ為スモノトス」と規定し、何ら被保険者の被扶養者に関する保険給付にはふれておらず、したがってまた保険給付の章のところに家族療養費の支給に関する条文が設けられていない。このことは、当初の健康保険では被扶養者がまだ適用者とはされていなかったことを意味する。

当初の健康保険の適用者数は約二〇〇万人⁽⁵⁾という少数であった。これは当時の人口六、一三二万人⁽⁶⁾の三・三%でし

かないのである。

(二) 健康保険の被保険者範囲の第一次拡大

——昭和九年法律第一三号（健康保険法中改正法律）——

昭和四年（一九二九年）三月二八日に公布された法律第二〇号（健康保険法中改正法律）により、右に引用した第一条のうち「工場法ノ適用ヲ受クル工場」という文言が「工場法第一条ノ規定ニ依リ同法ノ適用ヲ受クル工場」に改められて⁽¹⁾いる。

昭和九年（一九三四年）三月二六日に公布された法律第一三号（健康保険法中改正法律）によって、第一条と第一条第四項が⁽²⁾つぎのように改正されている。

- 第一三条 左ノ各号ノ一ニ該当スル工場、事業場又ハ事業ニ使用セラルル者ハ健康保険ノ被保険者トス但シ臨時ニ使用セラルル者ニシテ勅令ヲ以テ指定スルモノ及一年ノ報酬千二百円ヲ超ユル職員ハ此ノ限ニ在ラズ
- 一 工場法第一条ノ規定ニ依リ同法ノ適用ヲ受クル工場
- 二 鉱業法ノ適用ヲ受クル事業場又ハ工場
- 三 左ニ掲グル事業ニシテ常時五人以上ノ労働者ヲ使用スルモノ
- (イ) 物ノ製造、加工、選別、包装、修理又ハ解体ノ事業
- (ロ) 鉱物ノ採掘又ハ採取ノ事業

(イ) 電気ノ伝導又ハ動力ノ発生若ハ伝導ノ事業

(ロ) 地方鉄道法又ハ軌道法ノ適用ヲ受クル事業

(ハ) (ニ) 掲グルモノヲ除クノ外陸上ニ於テ為ス貨物又ハ旅客ノ運送ノ事業ニシテ勅令ヲ以テ指定スルモノ

第一四条第一項 前条ノ工場、事業場又ハ事業ヲ除クノ外左ノ各号ノ一ニ該当スル事業ノ事業主ハ主務大臣ノ認可ヲ受ケ其ノ事業及之ニ附屬スル事業ニ使用セラルル者ヲ包括シテ健康保険ノ被保険者ト為スコトヲ得前条ノ工場、事業場又ハ事業ニ附屬スル事業ニ付亦同ジ

一 前条第三号ノ事業ニシテ常時五人未満ノ労働者ヲ使用スルモノ

二 土木工事又ハ工作物ノ建設、保存、修理若ハ破壊ノ工事ニシテ主務大臣ノ指定スルモノ

三 貨物積卸ノ事業

四 前各号ニ掲グルモノノ外勅令ヲ以テ指定スル事業

この改正法律は昭和一〇年（一九三五年）四月一日から施行されているのであるが、この改正は、任意包括被保険者の一部を強制被保険者にふりかえることによって後者の範囲の拡大をねらったものである。すなわち、工場法の適用を受けない製造業等、鉱業法の適用を受けない鉱山業、電気事業等、陸上運送業のいずれかの事業であつて常時五人以上の労働者を使用する工場・事業場の被用者（ただし臨時被用者や一年の報酬一、二〇〇円を越える職員は除外）が新たに強制被保険者に加えられる、それだけ強制被保険者の範囲が広がったのである。しかし、他方その分だけ任意包括被保険者の範囲は縮小されたわけであるが、おそらく任意包括被保険者制度を實際に活用する企業がそれほど多くな

かったであろうから、この改正により、健康保険の実際の適用者数はかなり増大したであろうことが推測される。

(三) 国民健康保険制度の創設

——国民健康保険法（昭和十三年法六〇）——

昭和十三年（一九三八年）四月一日に公布された法律第六〇号によって、国民健康保険法が制定された。この時までは、わが国の医療保険制度は健康保険法によるもの一つだけであったから、少なくとも法律との関連では一本化されていた。その体制が、国民健康保険法の制定により崩されたことになる。もっとも、健康保険法が医療保険制度に関する唯一つの根拠法であった昭和十三年三月までの時代においても、健康保険の保険者が政府と健康保険組合との二本建になっており、前者は中小企業の被用者を、後者は大企業の被用者を対象としていたから、制度の実質面では、わが国の医療保険制度は充足の当初から政府管掌健康保険制度と組合管掌健康保険制度の二つの制度にわかれていたのである。したがって、国民健康保険法の制定により第三の制度が追加されたことになる。

国民健康保険法が制定されるまでには、やはりそれまでに数年の準備期間が必要であった。すなわち、昭和九年（一九三四年）に当時の内務省社会局から国民健康保険法案要綱が公表され、各方面に多大の反響をひきおこした。そののち準備をととのえ、翌昭和一〇年には社会保険調査会にも諮問し、昭和十一年末に召集された第七〇帝國議會に提案され衆議院を通過した。けれども、衆議院が解散となったため貴族院での審議未了におわった。翌年の帝國議會に再び提案された。この時の法案には産業組合の医療利用組合に關しての多少の改正条文が加えられていたのであ

るが、同議會を通過し、先に述べたように昭和一三年四月一日法律六〇号によって公布され、同年七月一日より施行されたのであつた。⁽¹⁰⁾

この当初の国民健康保険制度は、任意保険として創設されたものであり、農漁村の住民を対象とするものであつた。⁽¹¹⁾当初の国民健康保険の適用者に関する主要な条文を引用するとつぎの通りである。⁽¹²⁾

第一〇条 普通国民健康保険組合ハ其ノ地区内ノ世帯主ヲ組合員トシ、特別国民健康保険組合ハ同一ノ事業又ハ同種の業務ニ従事スル者ヲ組合員トシ之ヲ組織ス

(第二項引用省略)

普通国民健康保険組合ノ地区ハ市町村ノ区域ニ依ル但シ特別ノ事由アルトキハ此ノ区域ニ依ラザルコトヲ得

第一三条 普通国民健康保険組合ニ付其ノ組合員タル資格ヲ有スル者ノ三分二以上組合員タル場合ニ於テ地方長官必要アリト認メ其ノ組合ヲ指定シタルトキハ組合員タル資格ヲ有スル者(特別ノ事由アル者ニシテ命令ヲ以テ定ムルモノヲ除ク)ハ総テ組合員ト為ルモノトス

第一四条 組合ハ組合員及組合員ノ世帯ニ属スル者ヲ以テ其ノ被保険者トス但シ左ノ各号ノ一ニ該当スル者ハ此ノ限ニ在ラズ

- 一 健康保険ノ被保険者
- 二 他ノ組合又ハ組合ノ事業ヲ行フ法人ノ被保険者
- 三 特別ノ事由アル者ニシテ規約ヲ以テ定ムルモノ

前項ノ規定ニ拘ラズ組合ハ規約ノ定ムル所ニ依リ組合員ノ世帯ニ属スル者ヲ包括シテ被保険者ト為サザルコトヲ得

国民健康保険組合の設立は任意であり、それと同時に組合員の加入も原則として任意である。条文では、普通国民健康保険組合は市町村の区域によって設立するのを原則としており、その設立の区域を農漁村に限ってはいないが、実際の運用では、農漁村の区域に普通国民健康保険組合が設立されることを主目標としていたといわれている。それに対して、同一の事業（たとえば某会社、某銀行）または同種の業務（たとえば理容業、菓子製造業）に従事する者を組合員として組織する特別国民健康保険組合は、主として都市に設立されることを予想していたといわれている。⁽¹⁵⁾

国民健康保険制度が発足した昭和一三年度においては、約一八〇組合が設立され、被保険者の総数は五〇数万人であった。翌昭和一四年度における新設組合は二八〇で、その被保険者数は七五万人余りであった。昭和一五年度における新設組合数は約四〇〇、被保険者数一〇五万人が見込まれる、という記録がある。⁽¹⁶⁾

健康保険法のみが医療保険制度の根拠法であった一〇年余りの間は、限られた業種の事業所の肉体労働者を中核とする比較的狭い範囲の被用者しか対象にならなかったのに、任意適用であり、しかも農漁村が主たる目標とされていたとはいえ、国民健康保険制度の制度化によって、農民や漁民が医療保険制度の適用者となる途が開かれたことは一つの画期的な制度改革であるといえる。また健康保険の任意包括被保険者の範囲からすらしめ出されていた事業の被用者にも、特別国民健康保険組合の設立を通じて医療保険制度の適用者となることが可能になったということは、それなりに一つの前進であるといわなければならない。さらに国民健康保険制度では、いずれの国民健康保険組合の場

合であっても、組合員のみならず組合員の世帯に属する者をも被保険者として適用対象としたことは、健康保険制度では、少なくとも昭和十三年の時点においてはみられない点であり、あとで述べられるように、被用者保険における家族療養費の支給という保険給付が開始される誘因の一つになったと考えられる。

(四) 職員健康保険制度の創設

——職員健康保険法（昭和十四年法七二）——

国民健康保険制度の制度化にひきつづいて、職員健康保険制度と船員保険制度の創設があった。

健康保険の適用のらち外におかれていた商業関係の被用者を対象とする医療保険制度の創設準備については、昭和十一年（一九三五年）頃より当時の内務省社会局において研究が開始されており、社会局所管事務が厚生省保険院に移されたのち、昭和十三年一月になって成案が得られ、第七四帝国議会に提案された。同法案は昭和十四年（一九三九年）三月帝国議会を通過し、同年四月六日法律第七二号として職員健康保険法が公布された。同年十二月より法律の一部が施行され、翌十五年（一九四〇年）六月一日より法律全部が施行され保険給付が開始された。発足当時の被保険者数は約六〇万人で、そのうち二〇万人は約九〇の職員健康保険組合の管掌によるもので、残りの四〇万人が政府の管掌するところであった。⁽¹⁵⁾

職員健康保険の被保険者の範囲は、大よそつぎの通りであった。すなわち、強制被保険者の範囲は適用地域と適用事業によって制限されており、適用地域は、全国の市および厚生大臣の指定した七町村（北海道札幌郡円山町、山形県

飽海郡西荒瀬村、栃木県足利郡山辺町、岐阜県稲葉郡加納町、福岡県糟屋郡箱崎町、宮崎県宮崎郡赤江町および沖縄県島尻郡真知志村)である。適用事業の範囲としては、(イ)物品販売業、(ロ)金融・保険業、(ハ)物の保管・賃貸業、(ニ)媒介周旋業、(ホ)集金・案内・広告業および(ヘ)勅令による指定事業が列挙されている。原則として右の適用地域内にある適用事業の被用者が職員健康保険の強制被保険者となるのだが、しかしたといえ、それらの要件をそなえていても、つぎの者は被保険者とはならない。(イ)被保険者たるべき者を常時一〇人未満しか使用していない事業所の被用者、(ロ)健康保険の被保険者及び健康保険の任意包括被保険者となり得る者、(ハ)一年の報酬が一、二〇〇円を超える者、(ニ)勅令により職員健康保険の被保険者にはならないことになっている者。⁽¹⁶⁾

職員健康保険制度において任意包括被保険者の認可申請をすることのできる事業はつぎの通りである。(イ)強制適用事業として右に述べた事業の事業所であつて適用地域以外に所在するもの、(ロ)強制適用事業の事業所であつて適用地域に所在しているが常時一〇人未満の使用人しかいないもの、(ハ)勅令により指定する事業の事業所。⁽¹⁷⁾なお、健康保険の被保険者たる職員についても任意包括被保険者の制度を利用して、職員健康保険の被保険者とすることができようになっている。

職員健康保険の被保険者の範囲についての主要条文を引用するとつぎの通りである。⁽¹⁸⁾

第一八条 左ノ各号ノ一ニ該当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(以下指定町村ト称ス)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 物ノ販売ニ関スル事業

二 金融又ハ保險ニ關スル事業

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、案内又ハ広告ニ關スル事業

六 前各号ニ掲グルモノノ外勅令ヲ以テ指定スル事業

前項第一号乃至第五号ニ掲グル事業ノ範圍ハ勅令ヲ以テ之ヲ定ム⁽¹⁹⁾

第一項ノ規定ニ拘ラズ左ノ各号ノ一ニ該当スル者ハ職員健康保險ノ被保險者トセズ

一 第一項ニ規定スル者ヲ常時十人未滿使用スル事業所ニ使用セラルル者

二 健康保險ノ被保險者及健康保險法第十四条第一項ノ規定ニ依リ健康保險ノ被保險者ト為ルコトヲ得ル者

三 一年ノ報酬千二百円ヲ超ユル者

四 前各号ニ掲グル者ノ外勅令ヲ以テ指定スル者⁽²⁰⁾

第十九条 健康保險ノ被保險者タル職員ヲ使用スル事業主ハ主務大臣ノ認可ヲ受ケ其ノ職員ヲ事業所毎ニ包括シテ

職員健康保險ノ被保險者ト為スコトヲ得

前項ノ認可ヲ申請スルニハ被保險者ト為ルベキ者ノ二分ノ一以上ノ同意ヲ得ルコトヲ要ス

第二〇条 前条ノ認可アリタルトキハ其ノ事業所ニ使用セラルル職員ハ職員健康保險ノ被保險者トス

第十八条第三項第三号及第四号ノ規定ハ前項ノ場合ニ之ヲ準用ス

第二一条 左ノ各号ノ一ニ該当スル事業所ノ事業主ハ主務大臣ノ認可ヲ受ケ其ノ事業所ニ使用セラルル者ヲ包括シ

テ職員健康保険ノ被保険者ト為スコトヲ得

一 第十八条第一項第一号乃至第六号ニ掲グル事業ノ事業所ニシテ市又ハ指定町村以外ノ地ニ在ルモノ

二 第十八条第一項ニ規定スル者ヲ常時十人未満使用スル事業所ニシテ市又ハ指定町村ニ在ルモノ

三 前二号ニ掲グルモノノ外勅令ヲ以テ指定スル事業ノ事業所⁽²¹⁾

第十九条第二項ノ規定ハ前項ノ場合ニ之ヲ準用ス

第二二条 前条ノ認可アリタルトキハ其ノ事業所ニ使用セラルル者ハ職員健康保険ノ被保険者トス

第十八条第三項第二号乃至第四号ノ規定ハ前項ノ場合ニ之ヲ準用ス

職員健康保険制度では、被保険者の被扶養者（条文上の正式用語としては世帯員）をも制度の適用者に組み入れている。もっとも国民健康保険制度の場合とは違い、被扶養者は被保険者とはならず、保険給付について被保険者とは差別が設けられているけれども、これまでの健康保険制度よりは一つの前進になっている。これらの点について、職員健康保険法の第一条はつぎの条文になっている。

第一条 職員健康保険ニ於テハ被保険者ノ疾病、負傷、死亡又ハ分娩ニ関シ保険給付ヲ為スモノトス

保険者ハ勅令ノ定ムル所ニ依リ被保険者ト同一ノ世帯ニ属シ被保険者ニ依リ生計ヲ維持スル者（以下世帯員ト称ス）ノ疾病又ハ負傷ニ関シ保険給付ヲ為スコトヲ得

(五) 船員保険制度の創設

——船員保険法（昭和一四年法七三）——

職員健康保険法が公布された日と同じ昭和一四年（一九三九年）四月六日に、法律第七三号として船員保険法が公布された。

船員保険法の立案準備に着手したのはかなり古くからで、大正一〇年頃当時の農商務省において健康保険法案が準備されつつあった際に、すでに逓信省においても船員保険法案が立案されていたけれども、予算関係などの理由で実現できないうちに、内務省に社会局が新設され船員保険立案事務は逓信省から内務省社会局に移管されることになった。このうち社会局においても引続き調査立案がすすめられ、昭和五年に一度帝国議会に船員保険法案が提出されたが、当事者の要望が合致せず衆議院において審議未了におわった。そのうち、昭和一〇年頃から船員保険法制定の機運が再び擡頭したので、内務省社会局においてその準備を進めていたが、厚生省保険院の新設があり、その事務は保険院に移管された。昭和一三年一月になって、ようやく保険院での成案が得られた。このとき同時に、先に述べたように、職員健康保険法案も出来上ったので、それと一緒に第七四帝国議会に提案され、両法案とも議会を通過し、昭和一四年（一九三九年）四月六日に、職員健康保険法の方は法律第七二号として、船員保険法の方は法律第七三号としてそれぞれ公布された。船員保険法の一部施行は、職員健康保険法のそれよりも数カ月おくれ翌年の昭和一五年（一九四〇年）三月一日より行なわれたが、法律の全部施行をして保険給付を開始したのは、職員健康保険法と同じ

同年六月一日であつた。⁽²²⁾

当初の船員保険の被保険者は、船員保険法施行地（船員保険法は植民地にも施行された）に船籍港を定める日本船舶に乘組む帝国臣民たる船長及び海員であつて、彼等は強制被保険者であつた。船員保険法は被保険者について第十七条においてつぎのように規定している。⁽²³⁾

第十七条 船員法第一条ニ規定スル帝国臣民タル船員ニシテ本法施行地ニ船籍港ヲ定ムル船舶ニ乗組ムモノハ船員保険ノ被保険者トス但シ左ニ掲グル者ハ此ノ限ニ在ラズ

一 船舶所有者ニ雇傭セラレザル者

二 官吏又ハ待遇官吏（俸給給料ヲ受ケザル者ヲ除ク）

三 前二号ニ掲グル者ノ外勅令ヲ以テ指定スル者⁽²⁴⁾

右の条文にいう船員法（昭和二年、法七九号）の第一条はつぎのようになつてゐる。⁽²⁵⁾

第一条 本法ニ於テ船員トハ日本船舶ニシテ左ニ掲グル船舶以外ノモノニ乗組ム船長及海員ヲ謂フ

一 船舶法第二十条ニ規定スル船舶

二 平水区域ヲ航行スル船舶

三 総噸数三十噸未満ノ漁船

前項ノ海員トハ左ニ掲グル者以外ノ乗組員ヲ謂フ

一 船舶所有者以外ノ者ニ雇傭セララル者

二 何人ニモ雇傭セラレズシテ業務ヲ営ム者

三 其ノ他勅令ヲ以テ定ムル者

この船員法第一条第一項本文にいう「日本船舶」については、船舶法（明治三二年、法四六号）第一条においてつぎのように定めている。⁽²⁶⁾

第一条 左ノ船舶ヲ以テ日本船舶トス

一 日本ノ官庁又ハ公署ノ所有ニ属スル船舶

二 日本臣民ノ所有ニ属スル船舶

三 日本ニ本店ヲ有スル商事会社ニシテ合名会社ニ在リテハ社員ノ全員、合資会社及ヒ株式合資会社ニ在リテハ無限責任社員ノ全員、株式会社ニ在リテハ取締役ノ全員カ日本臣民ナルモノノ所有ニ属スル船舶

四 日本ニ主タル事務所ヲ有スル法人ニシテ其代表者ノ全員カ日本臣民ナルモノノ所有ニ属スル船舶

旧商法ノ規定ニ従ヒテ設立シタル合資会社ニ在リテハ業務担当社員ノ全員カ日本臣民ナルモノノ所有ニ属スル船舶ヲ以テ日本船舶トス

なお、船員法第一条第一項第一号にいう「船舶法第二十条ニ規定スル船舶」というのは、「総噸数二十噸未満又ハ積石数二百石未満ノ船舶及ヒ端舟其他櫓權ノミヲ以テ運転シ又ハ主トシテ櫓權ヲ以テ運転スル舟」を指している。⁽²⁷⁾

当初の船員保険では、被保険者の被扶養者（世帯員）に関する事故は保険事故とはされてなく、したがってまた彼等に関する保険給付（いわゆる家族療養費）は一切なかった。つまり当初の船員保険では、被保険者の被扶養者は適用

者とはなっていないからである。他方、同時に制度化された職員健康保険では、先に述べたように被保険者の被扶養者（世帯員）に関する医療保険給付をすることが出来る（もっとも被保険者に関する保険給付のように「為スモノトス」とはなっていないけれども）となっていた。

（六）健康保険の被保険者の被扶養者医療費に対する補給金の支給

——昭和一四年法律第七四号（健康保険法中改正法律）——

昭和一四年（一九三九年）四月六日に公布された法律第七四号（健康保険法中改正法律）によって、健康保険法第一条に第二項が追加され、また第一三条のただし書が改められている。その内容はつぎの通りであって、改正法は翌年の昭和一五年七月より実施されている。⁽²⁹⁾

第一条第二項 保険者ハ勅令ノ定ムル所ニ依リ被保険者ト同一ノ世帯ニ属シ被保険者ニ依リ生計ヲ維持スル者（以下世帯員ト称ス）ノ疾病又ハ負傷ノ療養ニ要シタル費用ニ付補給金ヲ支給スルコトヲ得

第一三条但書 但シ臨時ニ使用セラルル者ニシテ勅令ヲ以テ指定スルモノ、一年ノ報酬千二百円ヲ超ユル職員及職員健康保険法第二十条ノ規定ニ依ル被保険者ハ此ノ限ニ在ラズ

第一条に右のような第二項が追加されたことによって、これまでは健康保険の適用者から完全にしめ出されていた被保険者の被扶養者（世帯員）がその適用者となりうる途が開かれたのである。これは、この改正法の公布と同じ日に公布された職員健康保険法において、被保険者の被扶養者（世帯員）がその適用者となりうる途を開いたことに対

する対応であつて、両保険制度間の均衡を保とうとしたものと考えられる。

第一三条但書の改正は、職員健康保険制度の制定に伴う技術的処理の一つであつて、職員健康保険制度制定以前においては、年収一、二〇〇円以下のいわゆる事務職員は現場の肉体労働者とともに健康保険の被保険者となつていたのであるが、職員健康保険制度の創設に伴い、事務職員に限つて、任意包括被保険者の制度を利用して職員健康保険の被保険者とすることができるようになつたための措置である。したがつて、職員についての任意包括被保険者制度の利用状況いかによつて、健康保険の事実上の適用者数が減少し、その分だけ反対に職員健康保険のそれが増大することになるが、医療保険制度全体の適用者の範囲としては交わりがない。

(七) 政府職員共済組合制度の創設

——政府職員共済組合令（昭和一五年勅八二七）——

昭和一五年（一九四〇年）一二月二日に、勅令第八二七号として政府職員共済組合令が公布され、翌昭和一六年（一九四二年）一月一日から施行された。⁽³⁰⁾ この勅令に基づいて各省毎に設置される共済組合は、判任文官・同待遇者及びこれに準ずべき職員、国庫より給料または手当を受ける嘱託員・雇員・傭人・職工及びこれに準ずべき職員を組合員とし、療養費・傷病手当金・埋葬料・分娩費および出産手当金の五種の給付を行なうものである。ただし、(1)他の勅令に依り組織される共済組合の組合員、(2)健康保険または船員保険の被保険者、(3)判任文官及同待遇者であつて俸給の支給を受けないもの、(4)在外指定学校職員及び在満学校組合待遇職員、(5)その他命令をもつて定める者は除外され、

また、判任文官・同待遇者及びこれに準すべき職員である組合員に対する給付は療養費のみに限定されていた（第一條、第二條、第六條および第八條）。

療養費の給付率は組合員については八割、被扶養者については五割となっているが、後者は入院費用および一回十円以上の処置料・手術料に限られ、しかも、これらの五割に相当する金額を組合員に支給することができるとしている（第一四條）。

政府職員共済組合制度は、非現業官庁の全職員を対象として、健康保険法による健康保険制度の代行をなすために制定されたものであるが、現業官庁の職員のかんりの部分はすでに勅令に基づいて設立されたいわゆる官業共済組合によって医療費の支給をうけてきていた。⁽³¹⁾

ところで、健康保険制度の制定に伴い、官業共済組合は、いわゆる健康保険代行組合として認められることとなり、健康保険の保険給付が開始された昭和二年一月一日から、各組合の健康保険の被保険者である組合員に対して、健康保険法の規定による保険給付に相当する給付を行なうこととなったのである。⁽³²⁾

現業官庁職員を対象とする共済組合に関する勅令は、明治のおわり頃に、つぎの五つが相ついで公布されている。

(1)帝国鉄道庁現業員ノ共済組合ニ関スル件（明治四〇年、勅令第一二七号）、(2)専売局現業員ノ共済組合ニ関スル件（明治四一年、勅令第一五七号）、(3)印刷局現業員ノ共済組合ニ関スル件（明治四二年、勅令第二二号）、(4)通信官署現業員共済組合ニ関スル件（明治四二年、勅令第一五一号）、(5)海軍造船造兵事業現業員ノ共済組合ニ関スル件（明治四五年、勅令第一八号）。ついで大正の中期からおわりにかけて、(6)陸軍作業庁現業員ノ共済組合ニ関スル件（大正八年、勅令第八〇

号)、(7)国有林野現業員共済組合令(大正八年、勅令第三〇六号)、(8)警部補、巡查、消防手共済組合ニ関スル件(大正九年、勅令第四四号)、(9)造幣局現業員ノ共済組合ニ関スル件(大正十二年、勅令第一九号)および(10)内務省直轄土木事業ニ従事スル現業員ノ共済組合ニ関スル件(大正十二年、勅令第三三三号)の五つの勅令が公布されている。大正十一年には、右の(5)(明治四五年、勅令第一八号)の全部改正が行なわれ、新勅令(大正十一年、勅令第六〇号)にきりかえられている。このあと、少し間をおいて昭和十一年には、右の(8)(大正九年、勅令第四四号)の一部改正が行なわれ、警察共済組合令という題名がつけられた(昭和十一年、勅令第二四四号)。昭和十一年代に入ってから(11)生糸検査所共済組合令(昭和十二年、勅令第二〇一号)、(12)刑務共済組合令(昭和十五年、勅令第四八九号)が公布され、このあと、先に述べたように、非現業官庁の全職員を対象とする政府職員共済組合令(昭和十五年、勅令第八二七号)が公布されたのであるが、この年には、すでに公布されている現業官庁職員を対象とする共済組合に関する勅令のうち四つについての全部改正がおこなわれ、題名も変わり新しい勅令にきりかえられ、三つについては大幅な改正がなされ、題名の変更が行なわれている。すなわち、右の(2)が専売局共済組合令(昭和十五年、勅令第九四五号)に、右の(3)が内閣印刷局共済組合令(昭和十五年、勅令第九四四号)に、右の(4)が逓信共済組合令(昭和十五年、勅令第九五〇号)に、右の(9)が造幣局共済組合令(昭和十五年、勅令第九四六号)に、それぞれ全部改正のうえきりかえられている。右の(1)と(5)および(6)はともに大幅改正のうえ、それぞれ題名が鉄道共済組合令、陸軍共済組合令、営林局署等職員共済組合令に変えられている(昭和十五年、勅令第九五二号、勅令第九四七号および同、勅令第九四八号)。昭和十一年には、(13)教職員共済組合令(昭和十一年、勅令第一七号)が新たに公布されるとともに先の大正十一年勅令第六〇号の改正が行なわれ、海軍共済組合

令という題名がつけられており（昭和一六年、勅令第一三二号）、さらに同じく先にあげた(10)（大正一二年、勅令第三三二号）が全部改正されて土木共済組合令（昭和一六年、勅令第六四九号）にきりかえられている。昭和一七年には、(14)北海道庁営林現業員共済組合令（昭和一七年、勅令第六八六号）が新たに公布されており、これが現業官庁職員を対象とする共済組合令の最後のものになっている。⁽³³⁾

現業、非現業いずれも政府職員については、勅令により設置された共済組合が、健康保険法上の保険者たる健康保険組合に代行する措置がとられていたということは、戦前における政府職員の特権的な取扱いの一つのあらわれのよう⁽³⁴⁾に考えられる。

(八) 健康保険の被保険者範囲の第二次拡大

——昭和一六年法律第五九号（健康保険法中改正法律）——

昭和一六年（一九四一年）三月一日に公布された法律第五九号（健康保険法中改正法律）によって、健康保険法第一三条と第一四条の一部がつぎのように改正された。⁽³⁴⁾

第十三条第三号中「陸上ニ於テ為ス」ヲ削リ同号ニ左ノ如ク加フ

(ハ) 貨物積卸ノ事業

(ロ) 前各号ニ掲グルモノノ外勅令ヲ以テ指定スル事業
第十四条第一項第三号ヲ左ノ如ク改ム

三 削除

この改正により、(1)陸上における貨物・旅客運送事業（ただし常時五人以上の労働者を使用するもの）で勅令により指定されたものの被用者が健康保険の強制被保険者の一つにかぞえられていたが、そこでは海上や空中における貨物・旅客運送事業（ただし常時五人以上の労働者を使用するもの）の被用者は排除されていた。それを今後は組み入れることになった、(2)貨物積卸事業の被用者が従来は健康保険の任意包括被保険者だったが、今後は健康保険の強制被保険者となることになった、(3)従来は強制適用事業のうち常時五人以上の労働者を使用する事業については、第一三条の第三号の(イ)から(ホ)までに列挙した五種類の事業に業種を条文で明示的に限定していたが、今後はそれに勅令で指定する事業が加えられたのであって、任意包括被保険者の適用事業から強制被保険者の適用事業への一部の振りかえによる前者の範囲の縮小と後者の範囲の拡大がみられたばかりでなく、別途の方策による後者の範囲の拡大があったのである。

(九) 健康保険の被保険者範囲の第三次拡大と被保険者の被扶養者に対する保険給付の支給および職員健康保険制度の健康保険制度への統合

——昭和一七年法律第三八号（健康保険法中改正法律）——

昭和一七年二月二一日に、法律第三八号（健康保険法中改正法律）により、強制被保険者と被保険者から除外される者についての規定であった第一三条が内容も改訂されて第一三条と第一三条ノ二の二カ条に分割され、任意包括被

保険者についての規定である第十四条・第十五条も改訂になり、さらに第十五条ノ二が追加になった。また保険事故についての規定である第一条にも手直しがなされた。これらの改正内容を引用するとつぎの通りである。⁽³³⁾

第一条第一項中「療養ノ給付又ハ傷病手当金、埋葬料、分娩費若ハ出産手当金ノ支給」ヲ「保険給付」ニ改メ同条第二項ヲ左ノ如ク改ム

保険者ハ勅令ノ定ムル所ニ依リ被保険者ニ依リ生計ヲ維持スル者（以下被扶養者ト称ス）ノ疾病、負傷又ハ分娩ニ関シ保険給付ヲ為スモノトス

第一三条 左ノ各号ノ一ニ該当スル事業所ニ使用セラルル者ハ健康保険ノ被保険者トス

一 工場法第一条ノ規定ニ依リ同法ノ適用ヲ受クル工場

二 鉱業法ノ適用ヲ受クル事業場又ハ工場

三 法人又ハ命令ヲ以テ定ムル団体ノ事務所ニシテ常時五人以上ノ従業員ヲ使用スルモノ

四 左ニ掲グル事業ノ事業所ニシテ常時五人以上ノ従業員ヲ使用スルモノ

(イ) 物ノ製造、加工、選別、包装、修理又ハ解体ノ事業

(ロ) 鉱物ノ採掘又ハ採取ノ事業

(ハ) 電気又ハ動力ノ発生、伝導又ハ供給ノ事業

(ニ) 貨物又ハ旅客ノ運送ノ事業

(ホ) 貨物積卸ノ事業

(ハ) 物ノ販売ノ事業

(ト) 金融又ハ保険ノ事業

(チ) 物ノ保管又ハ賃貸ノ事業

(リ) 媒介周旋ノ事業

(ス) 集金、案内又ハ広告ノ事業

(ハ) 其ノ他勅令ヲ以テ指定スル事業

第一三条ノ二 前条ノ規定ニ拘ラズ左ノ各号ノ一ニ該当スル者ハ健康保険ノ被保険者トセズ

一 船員保険ノ被保険者(勅令ヲ以テ指定スル者ヲ除ク)

二 一年ノ報酬ガ勅令ヲ以テ定ムル額ヲ超ユル職員

三 臨時ニ使用セラルル者ニシテ勅令ヲ以テ指定スルモノ

四 前各号ニ掲グル者ノ外勅令ヲ以テ指定スル者

前条ノ規定ニ依リ健康保険ノ被保険者タルベキ者ニシテ勅令ヲ以テ定ムルモノ国民健康保険ノ被保険者タル期間ハ之ヲ健康保険ノ被保険者トセズ

第一四条 第十三条ニ規定スル事業所以外ノ事業所ノ事業主ハ主務大臣ノ認可ヲ受ケ其ノ事業所ニ使用セラルル者ヲ包括シテ健康保険ノ被保険者ト為スコトヲ得前項ノ認可ヲ申請スルニハ被保険者ト為ルベキ者ノ二分ノ一以上ノ同意ヲ得ルコトヲ要ス

第十五条第一項中「事業」ヲ「事業所」ニ、同条第二項中「第十三条但書」ヲ「第十三条ノ二」ニ改ム

第十五条ノ二 健康保険ノ被保険者ヲ使用スル事業所ノ事業主ハ主務大臣ノ認可ヲ受ケ其ノ事業所ニ使用セラルル

第十三条ノ二第一項第二号ニ該当スル者ヲ包括シテ健康保険ノ被保険者ト為スコトヲ得

第十三条ノ二(第一項第二号ヲ除ク)、第十四条第二項及前条第一項ノ規定ハ前項ノ場合ニ之ヲ準用ス

この改正法の附則の第二項に「職員健康保険法ハ之ヲ廃止ス」とし、同第四項において「第二項ノ規定施行ノ際現ニ存スル職員健康保険組合ハ同規定施行ノ日より健康保険組合ト為リ職員健康保険組合ノ権利義務ヲ承継スルモノトス」と規定し、さらにまた同第五項では、「第二項ノ規定施行ノ際現ニ職員健康保険ノ被保険者タル者ハ命令ノ定ムル所ニ依リ健康保険ノ被保険者ト為リタルモノトス」としてされており、その他、職員健康保険法を廃止し健康保険法に吸収統合するための一連の措置が附則に規定されている。このことから知れるように、この折の健康保険法の改正のねらいの一つに、職員健康保険法の健康保険法への吸収統合があったのである。この吸収統合に関する規定は昭和一七年三月三十一日より施行されているのだが、右に引用した第一三条第四号の(イ)から(ロ)までと、(ハ)の一部である電気供給の事業は職員健康保険の強制適用事業(第一八条第一項第一号ノ第六号)をとり入れたものである。職員健康保険では適用地域での限定が加えられていたが、吸収統合にあたってはそれがとりのぞかれているし、また、被用者が常時一〇人以上いなければならないとしていたものを、健康保険の強制適用事業の企業規模に歩調をあわせて被用者数五人以上にしてゐる。

健康保険法のこれまでの第一三条第三号の(ニ)と(ホ)(鉄道その他の運送業)が統合されて新しい第一三条第四号の(ニ)に

「貨物又ハ旅客ノ運送ノ事業」となっている。新一三条では「法人又ハ命令ヲ以テ定ムル団体ノ事務所ニシテ常時五人以上ノ従業員ヲ使用スルモノ」が第三号として挿入されている。これは健康保険の強制適用事業の拡大を意味する。被保険者から除外する者を、これまでは第一三条の但し書で処理していたが、これを一三条から分離して「第一三条ノ二」を新設するとともに、健康保険や職員健康保険の被保険者から除外される者の一つとして、これまでは一年の報酬が一、二〇〇円を超える職員があげられていたが、これを「勅令ヲ以テ定ムル額」に改め、さらに、その職員（一年の報酬が一定額を超える職員）を包括任意被保険者としている（第一五条ノ二）。また、これまでは包括任意被保険者制度を利用できる事業所を列挙主義で少数のものに限定していた（旧第一四条）が、この改正では一挙に、強制適用事業所以外の事業所に改正している（新第一四条）。これらは包括任意被保険者の範囲の非常な拡大である。

第一条の改正では、これまでは、被保険者の世帯員に対しては「疾病又ハ負傷ノ療養ニ要シタル費用ニ付補給金ヲ支給スルコトヲ得」としていたのを、今度は、分娩という事故を追加するとともに、補給金にかえて保険給付（被保険者について保険給付という用語を用いることに合わせている）という用語を用い、さらに保険給付を「為スモノトス」としている。なお、その改正にあたり、「世帯員」という用語を「被扶養者」にきりかえているのだが、今度の改正によって被保険者の被扶養者が健康保険の適用対象であるということを確認したものといえる。もともと適用対象といっても被保険者ではなく被保険者の被扶養者という被用者本人とは差別された地位に依然としておかれている。

(三) 国家公務員共済組合制度の創設と官庁職員の各種共済組合制度の統一

——国家公務員共済組合法（昭和二年法六九）——

終戦時（昭和二〇年、一九四五年）においては、以上の制度の経過から、医療保険制度としては、政府管掌健康保険制度、組合管掌健康保険制度、船員保険制度および国民健康保険制度の四制度が法形式ともにそなわったものとして存在しており、法形式の点で若干問題は残るおそれがあるが実質的には政府職員を対象とした実質上の医療保険制度として政府職員共済組合制度と各種の官業共済組合制度とがあったということになる。

昭和二三年（一九四八年）六月三〇日に、法律第六九号として国家公務員共済組合法が公布され、翌日の七月一日から直ちに施行された。⁽³⁸⁾

この法律の制定によって、「国に使用される者で国庫から報酬を受けるもの」（ただし、「常時勤務に服しない者」、「臨時に使用される者」などをのぞく）を組合員として、療養の給付・家族療養費などの保健給付、退職年金・退職一時金などの退職給付などを行なうことになり（同法第一条、第二条、第十七条、第三〇条、第三三条、第三九条、第四一条）、これに伴い、官庁職員を対象とする共済組合に関する勅令である共済組合令（このことについては、先に政府職員共済組合制度の創設のところで言及した）は、この時点まで有効に存続していたものはすべて廃止されることになった。すなわち、鉄道共済組合令（明治四〇年、勅令第二七号）、営林局署共済組合令（大正八年勅令第三〇六号）、警察共済組合令（大正九年、勅令第四四号）、生糸検査所共済組合令（昭和二年、勅令第二〇一号）、刑務共済組合令（昭和十五年、勅令第四八九号）、政府職員共済組合令（昭和十五年、勅令第八二七号）、印刷局共済組合令（昭和十五年、勅令第九四四号）、専売

局共済組合令（昭和一五年、勅令第九四五号）、造幣局共済組合令（昭和一五年、勅令第九四六号）、逓信共済組合令（昭和一五年、勅令第九五〇号）、教職員共済組合令（昭和一六年、勅令第一七号）、土木共済組合令（昭和一六年、勅令第六四九号）および北海道庁営林現業員共済組合令（昭和一七年、勅令第六八六号）の一三の共済組合令は、国家公務員共済組合法（昭和三年、法律第六九号）の施行の日に廃止されることになり、これ⁽³⁹⁾までそれら一三の勅令に基づいて永年にわたって別々に制度化されていた官庁職員を対象とする共済組合制度が、同一の法律に基づく国家公務員共済組合制度に一本化されることになったのである。

なお、この新制度における組合員に関する医療保険の給付率は一〇割（ただし初診時の一部負担金あり）（同法三一条）であるが、被扶養者に関するそれは五割（療養費の半額負担）（同法三三条）となっている。

（二）健康保険の被保険者範囲の第四次・第五次拡大、その他

——昭和三年法律第一二六号（健康保険法の一部を改正する法律）

昭和二年法律第一一六号（健康保険法の一部を改正する法律）

昭和三年法律第七〇号（国民健康保険法の一部を改正する法律）

昭和二年法律第一二八号（船員保険法の一部を改正する法律）——

昭和三年（一九四八年）六月三〇日に、法律第七〇号として国民健康保険法の一部を改正する法律が公布され、同年七月一日から施行された。⁽⁴⁰⁾

国民健康保険は従来国民健康保険組合が行なうことになっていた（同法第二条）が、この改正によって、市町村（特

別区を含む以下同じ）が行なうことを原則とすること（同法第二条）になり、市町村が行なわない場合に限って国民健康保険組合または営利を目的としない社団法人が行なうこと（同法第二条ノ二）になった。

昭和三年（一九四八年）七月一〇日に、法律第一二八号として船員保険法の一部を改正する法律が公布され、同年九月一日から施行された。⁽⁴¹⁾

船員保険制度でも、この改正によってようやく被保険者の被扶養者を医療保険に關しその適用者とすることになった。すなわち第一条第一項で「船員保険ニ於テハ被保険者又ハ被保険者タリシ者ノ疾病、負傷、失業、老齡、廃疾、脱退又ハ死亡ニ關シ保険給付ヲ為シ併セテ被保険者ニ依リ生計ヲ維持スル者（以下被扶養者ト称ス）ノ疾病、負傷又ハ死亡ニ關シ保険給付ヲ為スモノトス」と謳い、第三二条において「被扶養者ガ保険医及保険薬剤師並ニ行政庁ノ指定スル者ノ中自己ノ選定シタル者ニ就キ療養ヲ受ケタルトキハ被保険者ニ對シ家族療養費トシテ其ノ療養ニ要シタル費用ニ付之ヲ支給ス」（第一項）、「家族療養費ノ額ハ療養ニ要スル費用ノ百分ノ五十二相当スル額トス但シ現ニ支払フベキ療養ニ要シタル費用ノ百分ノ五十二相当スル額ヲ超ユルコトヲ得ズ」（第二項）と規定している。

昭和三年（一九四八年）七月一〇日に公布され、同年八月一日から施行された法律第一二六号（健康保険法の一部を改正する法律）によって、強制被保険者についての規定である第一条と、被保険者から除外される者についての規定である第三条ノ二がつぎのように改正された。⁽⁴²⁾

第一条 左ノ各号ノ一ニ該当スル事業所（事務所ヲ含ム以下同ジ）又ハ事務所ニ使用セラルル者ハ健康保険ノ被保険者トス

一 左ニ掲グル事業ノ事業所ニシテ常時五人以上ノ従業員ヲ使用スルモノ

(イ) 物ノ製造、加工、選別、包装、修理又ハ解体ノ事業

(ロ) 鉱物ノ採掘又ハ採取ノ事業

(ハ) 電気又ハ動力ノ発生、伝導又ハ供給ノ事業

(ニ) 貨物又ハ旅客ノ運送ノ事業

(ホ) 貨物積卸ノ事業

(ヘ) 物ノ販売又ハ配給ノ事業

(ト) 金融又ハ保険ノ事業

(チ) 物ノ保管又ハ賃貸ノ事業

(リ) 媒介周旋ノ事業

(ヌ) 集金、案内又ハ広告ノ事業

(ル) 焼却、清掃又ハ屠殺ノ事業

二 国又ハ法人ノ事務所ニシテ常時五人以上ノ従業員ヲ使用スルモノ

第二三条ノ二 前条ノ規定ニ拘ラズ左ノ各号ノ一ニ該当スル者ハ健康保険ノ被保険者トセズ

一 船員保険ノ被保険者但シ船員保険法第二十条第一項ノ規定ニ依ル被保険者ヲ除ク

二 臨時ニ使用セラルル者ニシテ左ニ掲グルモノ但シ(イ)ニ掲グル者ニシテ所定ノ期間ヲ超エ引続キ使用セラ

ルルニ至リタルトキ又ハ（ロ）ニ掲グル者ニシテ一月ヲ超エ引続キ使用セラルルニ至リタルトキハ此ノ限ニ在ラズ

（イ） 二月以内ノ期間ヲ定メテ使用セラルル者

（ロ） 日日雇入レラルル者

三 季節的業務ニ使用セラルル者但シ継続シテ四月ヲ超エ使用セラルベキ場合ハ此ノ限ニ在ラズ

四 臨時的事業ノ事業所ニ使用セラルル者但シ継続シテ六月ヲ超エ使用セラルベキ場合ハ此ノ限ニ在ラズ

五 事業所ノ所在地ノ一定セザル事業ニ使用セラルル者

六 国民健康保険組合又ハ国民健康保険ヲ行フ社団法人ノ事務所ニ使用セラルルモノ

七 生命保険会社ニ使用セラレ保険契約ノ募集勧誘ニ従事スル者ニシテ常時一定ノ報酬ヲ受ケザルモノ

前条ノ規定ニ依リ健康保険ノ被保険者タルベキ者ニシテ保険者又ハ第一二条ノ規定ニ依ル共済組合ノ承認ヲ受ケ国民健康保険ノ被保険者ト為リタルモノハ其ノ期間健康保険ノ被保険者トセズ

右の改正に言及するところのようになる。

(1)強制適用事業所として従来あげられていた「工場法第一条ノ規定ニ依リ同法ノ適用ヲ受クル工場」(第一号)と「鉱業法ノ適用ヲ受クル事業場又ハ工場」(第二号)が新法では削除されているが、これは工場法(明治四四年、法律四六号)が戦後新しい憲法に基づいて制定された統一的な労働保護法である労働基準法(昭和二年、法律四九号)に解消したこと、さらに鉱業法(明治三八年、法律四五号)にも若干の鉱夫保護規定があつたが、その規定も労働基準法に肩代わ

りされたこと（鉱業法の他の部分も戦後の事情に応じ新しい鉱業法（昭和二五年、法律二八九号）に代わった）という事情の⁽⁴³⁾変化に対応するための法技術的処理であつて、實質的には、新第一三条の第一号の（イ）と（ロ）によってカバーされるからこの点での強制適用事業所の範囲には交わりがない。

(2) 従来強制適用事業所を指定するために、旧第一三条の第四号に(イ)から(ロ)までにわたつて各種の事業が列挙されていたが、その中で(ロ)の「其ノ他勅令ヲ以テ指定スル事業」を削りその代わりに「焼却、清掃又ハ屠殺ノ事業」を入れ、また(イ)では今までは「物ノ販売ノ事業」となっていたものを、「物ノ販売又ハ配給ノ事業」に改正している。

(3) 従来は、「命令ヲ以テ定ムル団体ノ事務所」（ただし被用者常時五人以上）（旧第一三条第三号）が強制適用事業所の一つにあげられていたが、それを「国ノ事務所」（被用者数での制限従来通り）に改正している。

(4) 被保険者から除外される者については以下のように改正になっている。(イ)「一年ノ報酬ガ勅令ヲ以テ定ムル額ヲ超ユル職員」（旧第一三条ノ二第一項第二号）が削除されている。これによって強制適用被保険者の範囲は拡大されたことになる。(ロ)「臨時ニ使用セラルル者ニシテ勅令ヲ以テ指定スルモノ」（旧第一三条ノ二第一項第三号）に代えるに、新第一三条ノ二では第一項第二号をもつてし、内容を明示的にしている。(ハ)旧第一三条ノ二第一項では、第四号に「前各号ニ掲グル者ノ外勅令ヲ以テ指定スル者」をあげ、被保険者から除外する者を条文中明示的にしていなかったが新第一三条ノ二では、それに代えるに第一項第三号乃至第七号をもつてし、その内容を条文中でも明らかにしている。これらの明示的な条文にきりかえたことによって、むしろ被保険者から除外される者の範囲が縮小されることになつても、拡大されることにならないものと考えられる。⁽⁴⁴⁾(ニ)旧第一三条ノ二第一項第一号は「船員保険ノ被保険者（勅令ヲ

以テ指定スル者ヲ除ク」となっていたが、これを「船員保険ノ被保険者但シ船員保険法第二十條第一項ノ規定ニ依ル被保険者ヲ除ク」に改正し、条文上での内容の具体化をはかっている。

(5) 第一三条の本文について字句の改正がなされている。すなわち従来「左ノ各号ノ一ニ該当スル事業所ニ使用セラルル者」とあったのを「左ノ各号ノ一ニ該当スル事業所（事務所ヲ含ム以下同ジ）又ハ事務所ニ使用セラルル者」に改正している。

(6) 第一三条の各号の順序がかえられている。従来第四号が第一号に、これまでの第三号が第二号になっていた。なお、旧第一号、旧第二号は先にふれたように削除になっている。

(7) 第一三条ノ二第二項の中心部分の字句に改正がなされている。これまでは「被保険者タルベキ者ニシテ勅令ヲ以テ定ムルモノ国民健康保険ノ被保険者タル期間ハ之ヲ」とあったが、これを「被保険者タルベキ者ニシテ保険者又ハ第十二条ノ規定ニ依ル共済組合ノ承認ヲ受ケ国民健康保険ノ被保険者ト為リタルモノハ其ノ期間」にかえ、条文上での具体化をはかっている。

昭和二八年（一九五三年）八月一日に法律第一一六号（健康保険法の一部を改正する法律）が公布され、同年九月一日から施行されている。この改正法は第一三条につきのような改正を加えている。⁽⁴³⁾

第十三条中「事業所（事務所ヲ含ム以下同ジ）又ハ事務所」を「事業所」に改め、同条第一号に次のように加える。

(ヲ) 土木、建築其ノ他工作物ノ建設、改造、保存、修理、変更、破壊、解体又ハ其ノ準備ノ事業

(ワ) 教育、研究又ハ調査ノ事業

(カ) 疾病ノ治療、助産其ノ他医療ノ事業

(ヨ) 通信又ハ報道ノ事業

(タ) 社会福祉事業法（昭和二十六年法律第四十五号）ニ定ムル社会福祉事業及更生緊急保険法（昭和二十五年法律第二百三十三号）ニ定ムル更生保護事業

右の改正で第一三条の本文から事務所という用語が消えたが、実質上の変更はない。また強制適用事業として五種の事業が追加されていることは、いうまでもなく、強制適用事業の範囲の拡大を意味する。この昭和二八年の八月の改正によって、健康保険法の第一三条は、内容・文言ともに現行（昭和四八年八月現在）のものと全く同じものになった。

(三) 日雇労働者健康保険制度の創設

——日雇労働者健康保険法（昭和二八年法二〇七）——

昭和二八年（一九五三年）八月一日に、法律第二〇七号により日雇労働者健康保険法が公布され、同年十一月一日から一部施行、翌年（一九五四年）一月一日から保険給付及び保険料に関する規定が施行され全部施行となった。⁽⁴⁶⁾この法律によって、日雇労働者とその被扶養者を適用者とする日雇労働者健康保険制度が医療保険制度の一環として制度化されたのである。

ここにいう日雇労働者とは、つぎのいずれかに該当する者をいう。「一 臨時に使用される者であつて、左に掲げるもの。但し、同一の事業所又は事務所（以下単に「事業所」という。）において、イに掲げる者にあつては一箇月の期間をこえ、ロに掲げる者にあつては所定の期間をこえ、引き続き使用されるに至つた場合（所在地の一定しない事業所において引き続き使用されるに至つた場合を除く。）を除く。イ 日日雇い入れられる者 ロ 二箇月以内の期間を定めて使用される者 二 季節的業務に使用される者。但し、継続して四箇月をこえて使用されるべき場合を除く。三 臨時的事業の事業所に使用される者。但し、継続して六箇月をこえて使用されるべき場合を除く。」（同法第三条第一項）なお、この日雇労働者の定義は、一部字句の点での差異を別とし内容の点では、健康保険法の「被保険者から除外される者」の規定である。第一三条ノ二第一項（昭和二八年当時有効のもの）の第二号乃至第四号と同一であり、またこれらの三号は現行（昭和四八年八月現在）のものと内容・文言とも全く同一である。

この制度は、右にいう「日雇労働者の業務外の事由による疾病又は負傷及びその被扶養者の疾病又は負傷に対して保険給付を行う」（同法第一条）のであるが、日雇労働者健康保険の被保険者は、つぎのいずれか一つに該当する事業所に使用される日雇労働者である。「一 健康保険法（大正十一年法律第七十号）第十三条第一号の事業所又は同条第二号の事務所（「つまり健康保険の強制適用事業所」） 二 健康保険法第十四条第一項の規定による認可のあった事業所（「つまり健康保険の強制適用事業所以外の事業所であつていわゆる任意包括被保険者制度を利用することについて厚生大臣の認可のあった事業所」） 三 前二号に掲げる事業所以外の事業所であつて、緊急失業対策法（昭和二十四年法律第八十九号）第二条に定める失業対策事業又は公共事業を行うもの」（同法第六条）。医療給付率は被保

険者については一〇割（ただし初診料の額に相当する額の一部負担金がある）（同法第二十一条第二項）であるが、被扶養者については五割（療養に要する費用の百分の五十に相当する額が家族療養費として被保険者に対して支給される）（同法第一七条第一項及び第二項）ということになっている。

（三）私立学校教職員共済組合制度の創設

——私立学校教職員共済組合法（昭和二十八年法二四五）——

昭和二十八年（一九五三年）八月二一日に、法律第二四五号により私立学校教職員共済組合法が公布され、翌年（一九五四年）一月一日から施行された。⁽⁴⁷⁾この法律によって、学校法人等に使用される教職員とその被扶養者を適用者とする私立学校教職員共済組合制度が確立され、医療保険制度の一翼をになうことになった。なお、医療保険給付率は国家公務員共済組合制度と同様で、組合員一〇割、被扶養者五割となっている（同法第二五条）。

（四）市町村職員共済組合制度の創設

——市町村職員共済組合法（昭和二十九年法二〇四）——

昭和二十九年（一九五四年）七月一日、法律第二〇四号により市町村職員共済組合法が公布され、翌昭和三十〇年一月一日から施行された。⁽⁴⁸⁾これによって設立される共済組合は、「市町村に使用される者で市町村から給与を受けるもの」（ただし、「常時勤務に服しない者」、「臨時に使用される者」および「国家公務員共済組合の組合員」はのぞく）を

組合員として、「組合員の疾病、負傷、廃疾、死亡、分べん、退職、災やく若しくは休業又はその被扶養者の疾病、負傷、死亡、分べん若しくは災やくに關して」、(1)保健給付、(2)退職給付、(3)廃疾給付、(4)遺族給付、(5)災給付、および(6)休業給付の六種の給付を行なうことになっている(同法第二一条、第一五一条)。保健給付についてさらに言及すれば、(1)療養の給付及び療養費、(2)家族療養費、(3)分べん費、(4)配偶者分べん費、(5)保育手当金、(6)埋葬料および(7)家族埋葬料の七種の給付が設けられている(同法第三一条、第三二条、第三七条、第三八条、第三九条)。なお、医療保険の給付率は組合員については一〇割(ただし初診時の一部負担金あり)、組合員の被扶養者については五割(費用の半額負担)となっている(同法第三一条、第三二条)。

市町村職員共済組合の組合員となるべき市町村職員は、実は、すでに戦前、昭和一七年二月の法律第三八号による健康保険法の一部改正によって(第一三条第三号)、健康保険の強制被保険者になっているから、⁽⁴⁹⁾少なくとも医療保険に關する限り、市町村職員共済組合制度の制定は、何らその適用者の拡大を意味するものではなく、制度的にはいわば分派行動であるといえる。このことはともかくとして、この共済組合制度の制定によって、市町村職員とその被扶養者は、それまでのように健康保険制度ではなく市町村職員共済組合制度での医療給付を受けることになったのである。

(五) 公共企業体職員等共済組合制度の創設

——公共企業体職員等共済組合法(昭和三十一年法一三四)——

昭和三十一年（一九五六年）六月六日に、法律第一三四号により公共企業体職員等共済組合法が公布され、同年七月一日から施行された。⁽⁵⁰⁾

この法律に基づく公共企業体職員等共済組合制度は、日本専売公社、日本国有鉄道および日本電信電話公社（以下公共企業体という）の役員及び職員（臨時に使用される者を除く）を組合員として（同法第一条、第二条、第二十一条）、療養及び療養費、家族療養費などの短期給付（同法第三十一条）ならびに退職年金などの長期給付（同法第四八条）を行なうものである。公共企業体の役員は、この法律が公布、施行される以前に、すでに、国家公務員共済組合制度の下で各種の社会保険給付をうけていたから（同法附則第二条参照）、この公共企業体職員等共済組合制度の創設によって、わが国の医療保険制度全体の強制適用者が増えるという事態は生じないのである。ただ、つぎに述べる公共企業体の創設という昭和二三年以降数年の間に生じた戦後の事情の変化に対応させる必要があったのである。すなわち戦後、行政官庁により直接経営されている事業を「独立採算制の下に能率的に運営させるため、また、その従業者に一般の国家公務員とは異なる労働法規整を与える必要上、」⁽⁵¹⁾昭和二三年に日本国有鉄道法（昭和三年、法二五六）に基づき日本国有鉄道が、日本専売公社法（昭和三年、法二五五）に基づき日本専売公社が、それぞれ設立され、数年おかれて昭和二七年に日本電信電話公社法（昭和二七年、法二五〇）に基づいて日本電信電話公社が設立された。これらの公共企業体の役員は「法令により公務に従事する者とみなされるが、国家公務員法は適用されない」ということになった⁽⁵²⁾のであるが、彼等に暫時国家公務員共済組合法を準用していたもの⁽⁵³⁾を、今回の新しい共済組合法の制定によってある意味での制度の整備をしたのである。

(六) 健康保険の被保険者範囲の第六次拡大

——昭和三十二年法律第四二号（健康保険法の一部を改正する法律）——

昭和三十二年（一九五七年）三月三十一日に公布された法律第四二号（健康保険法の一部を改正する法律）によって「被保険者から除外される者」についての規定である第一三条ノ二の第一項の一部がつぎのように改正された。

第十三条ノ二第一項第一号中「船員保険法」を「船員保険法（昭和十四年法律第七十三号）」に改め、同項第七号を削る。

右のうち、第一号についての改正は法技術的整備にすぎず、ここで問題にしている強制被保険者の範囲には何ら影響はない。第七号（「生命保険会社ニ使用セラレ保険契約ノ募集勧誘ニ従事スル者ニシテ常時一定ノ報酬ヲ受ケザルモノ」）の削除は、それだけ被保険者から除外される者の範囲が狭くなるのだから、結局のところ強制被保険者の範囲の拡大に通じるのである。この改正によって、第一三条ノ二の第一項は現行（昭和四八年八月現在）のものと文言・内容とも同一となった。

(七) 新しい国家公務員共済組合制度の発足

——国家公務員共済組合法（昭和三十三年法一二八）——

昭和三十三年（一九五八年）五月一日に、法律第一二八号により国家公務員共済組合法が公布され、国家公務員共済

組合法（昭和二十三年、法律第六九号）の全部が改正された。⁽³⁴⁾新しい法律は一部について同年七月一日から実施されたが、全部の施行は翌年の一月一日からであった。

今回の改正は、全部改正であり、とくに長期給付の改正については、「明治以来の恩給を長期給付に統合した新しい公務員年金制度」の確立を意味し、「これによって、戦後、国家公務員法制定以来の懸案であった退職年金制度が確立されるとともに、従来の長期給付制度の性格を一変することとなった」といわれるように一般的には重要な改正であるにもかかわらず、医療給付についての大枠での重大な変更がみられないので、つぎの二つの点についてのみ言及する。(イ)組合員についての基本的規定の仕方が、旧法では、先に述べたように「国に使用される者で国庫から報酬を受けるもの、ただし常時勤務に服しない者や臨時に使用される者などをのぞく」ということになっていたが、今回は、それが、「常時勤務に服することを要する国家公務員」（第二条第一項第一号。なお第三十七条第一項参照）とされている。(ロ)給付の分類ないし種類についてであるが、旧法では(1)保健給付、(2)退職給付、(3)廃疾給付、(4)遺族給付、(5)罹災給付、(6)休業給付の六種に直接分類される形になっていた（第一七条）のに対して、新法ではまず短期給付と長期給付に二大別し（第四〇条）、さらに前者については、(1)療養の給付及び療養費、(2)家族療養費、(3)出産費、(4)配偶者出産費、(5)育児手当金、(6)埋葬料、(7)家族埋葬料、(8)傷病手当金、(9)出産手当金、(10)休業手当金、(11)弔慰金、(12)家族弔慰金、(13)災害見舞金の一三種の給付を設け（第五一条）、右の(1)乃至(7)を保健給付、(8)乃至(10)を休業給付、(11)乃至(13)を災害給付として三つの群にまとめている（第二節短期給付の第二款、第三款および第四款の題名参照）。後者の長期給付については、退職年金、廃疾年金、遺族年金など七種の給付を設け（第七十二条第一項）、それらを退職給付、廃疾給付

および遺族給付の三つの群にまわっている（第三節長期給付の第二款、第三款および第四款の題名参照）。

旧法と新法では給付の分類形式上の差異はあるが、実質的な給付の種類そのものとしては、短期給付では両者同一であり、長期給付において減額退職年金（第七九条）が追加されているにすぎない。

（六）新しい国民健康保険制度の発足

——国民健康保険法（昭和三年法一九二）——

昭和三年（一九五八年）一月二七日に、法律第一九二号により国民健康保険法が公布され、国民健康保険法（昭和三年、法律第六〇号）の全部が改正された。⁽³⁶⁾従来⁽³⁶⁾の国民健康保険は任意保険であったが、この新しい国民健康保険法によって、市町村及び特別区が国民健康保険実施の義務を負わされ（第三条第一項）、「市町村又は特別区（以下単に「市町村」という。）の区域内に住所を有する者は、当該市町村が行う国民健康保険の被保険者とする」（第五条）ことになり、新制度は強制保険となった。新しい法律は、昭和三四年（一九五九年）一月一日から施行されたが、市町村が国民健康保険事業を開始するにあたっては、昭和三六年（一九六一年）四月一日までの猶予期間が設けられ（附則第二項）、また特別の事情がある市町村の場合には、「昭和三六年四月一日以後も当分の間、厚生大臣の承認を受けて、国民健康保険を行わないことができる」（附則第三項）という措置がとられた。

新制度でも国民健康保険組合が国民健康保険を行うことが認められている（第三条第二項）が、旧制度のような普通・特別の二種には分けられてはいない。国民健康保険組合は、「同種の事業又は業務に従事する者で当該組合の地

区内に住所を有するものを組合員として組織する」(第一条第一項) ことになっている。

被保険者の適用除外については、「次の各号のいずれかに該当する者は、市町村が行う国民健康保険の被保険者とならない」(第六条) としている。

一 健康保険法(大正十一年法律第七十号)の規定による被保険者

二 船員保険法(昭和十四年法律第七十三号)の規定による被保険者。ただし、同法第二十条第一項の規定による被保険者を除く。

三 国家公務員共済組合法(昭和三十三年法律第二百二十八号)、公共企業体職員等共済組合法(昭和三十一年法律第三百三十四号)、市町村職員共済組合法(昭和二十九年法律第二百四号)又は私立学校教職員共済組合法(昭和二十八年法律第二百四十五号)に基く共済組合の組合員

四 健康保険法、船員保険法、国家公務員共済組合法(他の法律において準用する場合を含む)、公共企業体職員等共済組合法の規定による被扶養者

五 日雇労働者健康保険法(昭和二十八年法律第二百七号)第八条の規定により日雇労働者健康保険被保険者手帳の交付を受けて一年を経過しない者及び同法の規定によるその者の被扶養者。ただし、同法第七条の規定による承認を受けて同法の規定による被保険者とならない期間内にある者及び同法の規定によるその者の被扶養者を除く。

六 生活保護法(昭和二十五年法律第一百四十四号)による保護を受け、その保護を廃止されることなく政令で定める期間を経過した世帯に属する者で、その世帯が保護を受けなくなるまで(その保護を停止されている間を除く

く)のもの

七 国民健康保険組合の被保険者

八 国立のらい療養所の入所患者その他特別の理由がある者で厚生省令で定めるもの
この新国民健康保険制度の制定によって、右にみられるように、医療保険についてのいわゆる国民皆保険体制が確立されることになったのである。

国民健康保険の保険給付としては療養の給付とその他の給付があり、前者の給付率は五割(所定の規定による算出額の二分の一に相当する額の一部負担金)(第四二条第一項)、後者については、被保険者の出産及び死亡に關して、「助産費の支給若しくは助産の給付又は葬祭費の支給若しくは葬祭の給付」が設けられているが、「特別の理由があるときは、その全部又は一部を行なわないことができる」としている(第五八条第一項)。

(元) 地方公務員共済組合制度の創設と市町村職員共済組合制度の發展的解消ならびに名称の地方公務員等共済組合制度への変更

——地方公務員共済組合法(昭和三十七年法一五二)および昭和三十九年法律第一五二号(地方公務員共済組合法等の一部を改正する法律)——

昭和三十七年(一九六二年)九月八日に、法律第一五二号により地方公務員共済組合法が公布され、同年十二月一日から施行された。⁽⁵⁷⁾この法律の施行とともに、「一 町村職員恩給組合法(昭和二十七年、法律第百十八号)、二 市町

村職員共済組合法、三 地方議會議員互助年金法（昭和三十六年法律第二百十号）が廃止された（同法附則第二條）。この法律の制定によって、昭和三〇年に発足した市町村職員共済組合制度が発展的に解消して、この地方公務員共済組合制度に引きつがれたことになったのである。

新制度は、「常時勤務に服することを要する地方公務員」を組合員とし（第二条第一項第一号、第三十九条第一項）、三種の短期給付（第五三條）と一〇種の長期給付（第七四條）を行なうものである。短期給付の一三種は、先に述べた新しい国家公務員共済組合制度のそれと全く同一であり、長期給付は新国家公務員共済組合制度のそれよりも三種類（通算退職年金、返還一時金および死亡一時金）多い。

この地方公務員共済組合制度が発足するまでは、地方公務員でありながら、社会保険の諸給付をうけるために組み入れられている制度が必ずしも市町村職員共済組合制度のみではなかった。すなわち、これまで「地方公務員に適用されていた退職年金制度は、恩給法によるもの、各地方公共団体のそれぞれの退職年金条例によるもの、国家公務員共済組合法によるもの、市町村職員共済組合法によるもの、同法の規定にもとづく共済条例によるものなどが入りまじり、それぞれの制度間の通算関係も不完全であつた」し、「また、医療保険についても、かつては国家公務員共済組合法や市町村職員共済組合法の短期給付あるいは健康保険法の規定がそれぞれ適用されていた」が、この制度が制定されることによって、「職種や身分のいかんを問わず、またいずれの地方公共団体の職員であっても、地方公務員の在職期間を相互に通算するだけでなく、国家公務員の在職期間も相互に通算することとなり、地方公務員の年金制度の統一が果たされ」、医療保険についてもほぼ統一されることになった。⁽⁵⁸⁾したがって、医療保険制度全体の適用者という点では、

制度の発足による変化はないが、その傘下の個々の制度の適用者という点では各制度間に変動が生じたことになる。

なお、昭和三九年（一九六四年）七月六日に公布された法律第一五二号（地方公務員共済組合法等の一部を改正する法律）によって、地方公務員共済組合法の題名が地方公務員等共済組合法（傍点は筆者）に改められている。⁽⁵⁹⁾以下、地方公務員等共済組合法あるいは地方公務員等共済組合制度ということにする。この法律による実質的な改正は、地方団体関係団体職員の年金制度の創設にあったのであって、医療保険の面での改正はなかった。

（三）医療保険の国民皆保険と九制度の並立

地方公務員等共済組合制度創設のあとは、医療保険制度の新設や全面的な改正もなく、また少なくとも個々の制度の適用者についての重大な改正もなく今日に至っている。現在（昭和四八年（一九七三年）八月末）、わが国の医療保険制度は、(1)政府管掌健康保険制度、(2)組合管掌健康保険制度、(3)日雇労働者健康保険制度、(4)船員保険制度、(5)国家公務員共済組合制度、(6)地方公務員等共済組合制度、(7)公共企業体職員等共済組合制度、(8)私立学校教職員共済組合制度および(9)国民健康保険制度の九つの制度が並存しているのであって、右の(1)乃至(8)は被用者保険の性格を有するものであり、(9)は一般国民保険の性格のものであるといえる。現在における医療保険制度別適用者の範囲を一覧表にすれば、表1（節末参照）のようになる。

昭和四七年（一九七二年）三月末における医療保険制度別適用者数は表2（節末参照）に示されている通りである。適用者の総数は、一億五〇一万人で、その五八・四％が八つの被用者保険の適用者であり、残りの四一・六％が国民健康保

險のそれである。八つの被用者保険の適用者六、一二八万人のうち四六・四％が被用者本人たる被保険者であり、五三・六％がその被扶養者である。また適用者総数のうち六八・七％が被保険者であり、三一・三％が被扶養者となっている。先に新しい国民健康保険制度のところで述べたことから知れるように、国民はすべて、被用者保険の八つの制度と国民健康保険制度のいずれか一つの制度の適用者となる建前になっている。ただし、(1)生活保護法の被保護者、(2)国立のらい療養所の入所患者および(3)その他特別の理由がある者で厚生省令で定めるもの、これらのもののみが医療保険制度の適用除外者となっているから、医療保険制度の適用者総数は総人口をほんの少し下廻ることになる筈である。ところで、今のところ昭和四七年三月末の総人口を示す統計数字がえられないので、それと右の医療保険制度の適用者の総数との対比は不能であるが、昭和四六年の年平均総人口一億四六九万人に照らし(この数年間一年につき一一〇万乃至一二〇万人程度の人口増がみられる)、医療保険の適用者となるべき者は殆んど現に適用者となっているものと推測される。ただし昭和四七年三月末現在、鹿児島県大島郡の二村の住民は、医療保険の適用を受けていない。というのは、その村は、離島であるために医療そのものの確保が困難な状況にあるので、国民健康保険事業を未だ実施していないからである。⁽⁶²⁾

全国民がいずれかの医療保険に加入することを目標とする国民皆保険計画が策定されたのは昭和三十一年(一九五六⁽⁶³⁾年)であって、この計画は昭和三二年度を初年度として四カ年計画で進められ、国民健康保険事業の実施義務の猶予期限の昭和三十六年四月一日に一応目標が達成されたといわれているが、その計画の進捗度を占うために、普及率(対象人口に対する医療保険制度適用者の割合)にふれるとつぎのようになっている。昭和二十七年三月末普及率五六・六％、

昭和三〇年三月末普及率六五・八%、昭和三一年三月末普及率六八・一%、昭和三二年三月末普及率六九・七%⁽⁶⁸⁾というように、徐々に普及率が上がってきていたところで四カ年計画が昭和三二年度にスタートしたのであって、三年目の昭和三五年三月末には普及率八八・七%となり、昭和三六年四月一日には普及率九七・八七%となった。この時の未適用人口（総人口の二・一三%、約二〇〇万人）の殆んどは、「生活保護法の被保護者、国立らい療養所、児童福祉施設その他の施設収容者であって、」これらの人びとは「法律上国民健康保険の適用を除外されているものであるから、」この時に「国民皆保険計画は当初の目的を達成」したといえる。⁽⁶⁹⁾

わが国の医療保険制度は、これまでの論述で示されているように、昭和二年（一九二七年）一月一日に発足し、当初の普及率は三・三%という低率で、その適用者はごく限られた一部の階層（工場法または鉱業法の適用事業所の肉体労働者が主）であったが、健康保険制度の適用者についての幾次にもわたる拡大や、特定の階層ないし社会集団を適用対象とするいくつかの制度の創設などの手段を通じて、漸次、普及率を高め、ついに三四年後の昭和三六年（一九六一年）四月一日には普及率九七・八七%となり、事実上の国民皆保険体制が確立され、それからさらに十数年の歳月を重ねてきたのであった。しかしながら、それぞれの歴史的事情や事業運営上の技術的な理由などにより、九つの制度が並立している状況の下での国民皆保険体制なのである。制度の並立そのことがただちに問題となるとは限らないが、制度の内容によっては、制度の並立そのことが問題の源泉の一つになりうることはいうまでもない。ここではとりあえずわが国の医療保険制度が九制度の並立状況の下で運営されているという事実の指摘にとどめ、その内容の分析は章を改めて行なうことにする。

表1 医療保険制度別適用者の範囲(1973年8月末現在)

医療保険制度の区分	被 保 険 者 (共済組合の組合員を含む)				被 扶 養 者
政府管掌健康保険制度	(強制被保険者) 1.(1)物の製造・加工・選別・包装・修理・解体の事業、(2)鉱山業、(3)電気または動力の発生・伝導・供給の事業、(4)運送事業、(5)貨物積卸事業、(6)物の販売・配給業、(7)金融・保険業、(8)物の保管・賃貸の事業、(9)媒介周旋業、(10)集金・案内・広告業、(11)焼却・清掃・屠殺業、(12)土建業、(13)教育・研究・調査事業、(14)医療・助産事業、(15)通信報導事業、(16)社会福祉・厚生保護事業、以上16種のいずれかに該当する事業所であって、常時5人以上の従業員を使用する事業所の被用者	(適用除外および特例) (被保険者から除外される者) 1.船員保険の被保険者、ただし、船員保険法第20条第1項の規定による被保険者(=任意継続被保険者)を除く、2.臨時に使用されるもの(1)2月以内の期間を定めて使用されるもの、ただし、所定の期間を超え引き続き使用されるに至った場合を除く、(2)日雇入れられる者、ただし、1月を超え引き続き使用されるに至った場合を除く、3.季節的業務に使用される者、ただし継続して4月を超え使用されるべき場合を除く、4.臨時的事業の事業所に使用される者、ただし、継続して6月を超え使用されるべき場合を除く、5.事業所の所在地の一定せざる事業に使用される者、6.国民健康保険組合の事業所に使用される者、7.被保険者資格が国民健康保険のそれと競合する場合に、保険者(または共済組合)の承認を受けて国民健康保険の被保険者となつ	(任意包括被保険者) 強制適用事業所(事務所)以外の事業所(事務所)の被用者(健康保険法第14条)	(事業所の規模) 健康保険組合の組合員でない被保険者(健康保険法第24条)	被保険者の被扶養者(健康保険法第1条および第59条ノ2)なお、「被扶養者」とは、(1)被保険者の直系尊属、配偶者(届出をしないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む)及び子であって、主として被保険者により生計を維持するもの、(2)被保険者の3親等内の親族であって、被保険者と同一の世帯に属し、主として被保険者により生計を維持するもの、(3)被保険者の配偶者であって届出をしないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者の父母及び子であって、被保険者と同一の世帯に属し、主として被保険者により生計を維持するもの、(4)前記(3)の配偶者の死亡後におけるその父母及び子であって、引き続き被保険者と同一の世帯に属し、主として被保険者により生計を維持するものをいう。(健康保険法第1条第2項)
組管掌健康保険制度	2.国または法人の事務所であって、常時5人以上の従業員を使用する事務所の被用者(健康保険法第13条)			被保険者 300人以上(実際上の取扱い基準は1,000人以上)を使用する事業主が単独で、または、合わせて被保険者300人以上(実際上の取扱い基準は3,000人以上)の被用者を使用する二以上の事業主が共同して、健康保険組合を設立することができることになっている。(健康保険法第28条)(実際上の取扱い基準については「社会保障年鑑」(1973年版)45ページ参照)	

医療保険制度の区分	被 保 険 者 (共済組合の組合員を含む)				被 扶 養 者
		た者(健康保険法第13条ノ2) (共済組合の組合員である公務員に関する特例) 国に使用される被保険者、地方公共団体の事務所に使用される被保険者または法人に使用される被保険者であつて、他の法律に基づく共済組合の組合員である場合には、その共済組合の給付の種類・程度が健康保険法のそれ以上のものである場合に限り、その被保険者に対しては健康保険法上の保険給付は行なわれない。 (健康保険法第12条)			
日雇労働者健康 保険制度	(強制被保険者) (1)健康保険法の強制適用事業所(事務所)、(2)健康保険法上の任意包括被保険者制度を利用することを認められた事業所、(3)これら以外の事業所であつて、緊急失業対策事業または公共事業を行なうもの、以上3種の事業所に使用される日雇労働者(日雇労働者健康保険法第6条) なお、「日雇労働者」とは、(1)臨時に使用される者であつて	(適用除外) 日雇労働者は、左記の事業所において、(1)月続二か月間に通算して28日以上使用される見込みのないことが明らかであるとき、(2)健康保険法上の任意継続被保険者であるとき、(3)その他特別の事由があるときは、社会保険庁長官の承認をえて、一定期間、被保険者とならないことができる (日雇労働者健康保険法第7条)			被保険者または被保険者であつた者の被扶養者(日雇労働者健康保険法第1条および第17条) なお、「被扶養者」とは、(1)被保険者または被保険者であつた者の直系尊属、配偶者(届出をしないが、事実上婚姻関係と同様の事情にある者を含む)及び子であつて、主としてこれらの者により生計を維持するもの、(2)被保険者または被保険者であつた者の3親等内の親族であつて、これらの

医療保険制度の区分	被 保 険 者 (共済組合の組合員を含む)				被 扶 養 者
	(イ)日雇い入れられる者か、または(ロ)二か月以内の期間を定めて使用されるもの(ただし、同一の事業所において、(イ)に掲げる者には一か月の期間をこえ、(ロ)に掲げる者には所定の期間をこえ引続き使用されるに至った場合(所在地の一定しない事業所において引続き使用されるに至った場合を除く。))を除く、(2)季節的業務に使用される者(ただし、継続して4か月をこえて使用されるべき場合を除く。)、(3)臨時的事業の事業所に使用される者(ただし継続して6か月をこえて使用されるべき場合を除く。)、以上3種のいずれかに該当する者をいう。(日雇労働者健康保険法第3条)				者と同一の世帯に属し、主としてこれらの者により生計を維持するものをいう。(日雇労働者健康保険法第3条第2項)
(強制被保険者) 船員法第1条に規定する船員として船舶所有者に使用されている者(船員保険法第17条)なお、「船員法第1条に規定する船員」とは、日本船舶または日本船舶以外の命令の定める船舶(ただし、(1)総トン	(特 例) 任意継続被保険者については、老齢、廃疾、脱退および死亡(罪料を除く)に関する保険給付のみがなされるから、任意継続被保険者は医療保険制度に関する限りでは、船員保険の被保険者とはならない。				被保険者の被扶養者(船員保険法第1条第1項および第31条ノ2) なお「被扶養者」の範囲は、上記の政府管掌健康保険制度および組合管掌健康保険制度におけるものと全く同じである。(船員保険法第1条第

医療保険制度の区分	被 保 険 者 (共済組合の組合員を含む)				被 扶 養 者
船 員 保 険 制 度	数5トン未満の船舶、(2)湖、川または港のみを航行する船舶、(3)政令の定める総トン数30トン未満の漁船を除く)に乗り組む船長および海員ならびに予備員をいう。(船員法第1条第1項および第2項) なおまた、上記の「日本船舶」とは、(1)日本の官庁または公署の所有に属する船舶、(2)日本臣民の所有に属する船舶、(3)日本に本店を有する商事会社にして、合名会社にありては社員全員、合資会社にありては無限責任社員全員、株式会社および有限会社にありては取締役全員が日本臣民なるものの所有に属する船舶、(4)日本に主たる事務所を有する法人にして、その代表者の全員が日本臣民なるものの所有に属する船舶をいう。(船舶法第1条)	(船員保険法第20条第1項および第5項、健康保険法第13条ノ2第1項第1号、国民健康保険法第6条第2号)			2項)
	(組合員) 常時勤務に服することを要する国家公務員 ((1)国家公務員法第79条または第82条の規定による休職または停職の処分を受けた者、(2)法令の規定に	(適用除外) 国から給与を受けない者で政令で定めるもの以外のもの(国家公務員共済組合法第2条第1項第1号)			組合員の被扶養者(国家公務員共済組合法第1条第1項および第57条) なお、「被扶養者」とは、(1)組合員の配偶者(届出をしていないが、事実上婚姻関係と同

医療保険制度の区分	被 保 険 者（共済組合の組合員を含む）				被 扶 養 者
国家公務員共済組合制度	より職務に専念する義務を免除された者および(3)常時勤務に服することを要しない国家公務員のうち、その勤務形態が常時勤務に服することを要する国家公務員に準ずる者で政令で定めるものは含む。(国家公務員共済組合法第2条第1項第1号、第3条および第37条)				様の事情にある者を含む)、子父母、孫、祖父母および弟妹、(2)組合員と同一の世帯に属する3親等内の親族で前記(1)に掲げる者以外のもの、(3)組合員の配偶者で届出をしていないが事実上婚姻関係と同様の事情にあるものの父母および子ならびに当該配偶者の死亡後におけるその父母および子で、組合員と同一の世帯に属するものであって、主として組合員の収入により生計を維持するものをいう。(国家公務員共済組合法第2条第2号)
地方公務員等共済組合制度	(組合員) 常時勤務に服することを要する地方公務員（(1)地方公務員法第27条第2項に規定する休職の処分を受けた者、(2)同法第29条第1項に規定する停職の処分を受けた者、(3)法律または条例の規定により職務に専念する義務を免除された者および(4)常時勤務することを要しない地方公務員のうち、その勤務形態が常時勤務に服することを要する地方公務員に準ずる者で政令で定めるもの				組合員の被扶養者（地方公務員等共済組合法第1条第1項および第59条） なお、「被扶養者」の範囲は、上記の国家公務員共済組合制度におけるものと全く同じである。（地方公務員等共済組合法第2条第1項第2号）

医療保険制度の区分	被 保 険 者（共済組合の組合員を含む）				被 扶 養 者
	を含むものとする)(地方公務員等共済組合法第2条第1項第1号、第3条および第39条)				
公共企業体職員等共済組合制度	(組合員) 1. 日本専売公社、日本国有鉄道および日本電信電話公社の役員(臨時に使用される者を除く) 2. 役員以外の公共企業体に使用される者および各公共企業体ごとに設けられる共済組合に使用されるもので運営規則に定めるもの。ただしこれらのものは運営規則の定めるところにより、組合員となる。(公共企業体職員等共済組合法第2条、第3条、第12条および第13条)				組合員の被扶養者(公共企業体職員等共済組合法第16条および第34条) なお、「被扶養者」の範囲は、上記の国家公務員共済組合制度におけるものと全く同じである。(公共企業体職員等共済組合法第24条)
	(組合員) 私立学校法第3条に定める学校法人、同法第64条第4項の法人または組合(以下「学校法人等」という。)に使用される者で学校法人等から給与を受けるもの(学校法人等に使用されるもので、公務員の場合における休職の事由に相当する事由により公務員の場合における休職に相当する取扱				組合員の被扶養者(私立学校教職員共済組合法第18条第2号および第25条) なお、「被扶養者」の範囲は、上記の国家公務員共済組合制度におけるものと全く同じである。(私立学校教職員共済組合法第25条)

医療保険制度の区分		被 保 険 者（共済組合の組合員を含む）			被 扶 養 者
私立学校教職員共済組合制度		を受け、その取扱の期間中、学校法人等から給与の全部または一部の支給を受けるものを含む。）（私立学校教職員共済組合法第14条） なお、「私立学校法第3条に定める学校法人」とは、私立学校の設置を目的として、私立学校法の定めるところにより設立される法人をいい、「私立学校法第64条第4項の法人」とは、各種学校の設置のみを目的とする法人をいう。（私立学校法第3条および第64条第4項）			
国民健康保険制度	市町村および特別区が国民健康保険を行なう場合	（強制被保険者） 市町村（特別区を含む）の区域内に住所を有する者（国民健康保険法第5条）	（適用除外） 1.健康保険法の規定による被保険者 2.船員保険法の規定による被保険者。ただし、同法第20条第1項の規定による被保険者（＝任意継続被保険者）を除く。 3.国家公務員共済組合法、公共企業体職員等共済組合法、地方公務員等共済組合法または私立学校教職員共済組合法に基づく共済組合の組合員 4.健康保険法、船員保険法、国家公務員共済組合法、公共企業体職員等共済組合法または地方公務員等共済組合法の		

医療保険制度の区分		被 保 険 者（共済組合の組合員を含む）			被 扶 養 者
		規定による被扶養者 5.日雇労働者健康保険法第8条の規定により日雇労働者健康保険被保険者手帳の交付を受け、その手帳に日雇労働者健康保険印紙をはりつけるべき余白がなくなるに至るまでの間にある者および同法の規定によるその者の被扶養者。ただし、同法第9条の規定による承認を受けて同法の規定による被保険者とならない期間にある者および同法第8条第3項の規定により当該日雇労働者健康保険被保険者手帳を返納した者並びに同法の規定によるその者の被扶養者を除く。 6.生活保護法による保護を受けている世帯（その保護を停止されている世帯を除く）に属する者 7.国民健康保険組合の被保険者 8.国立のらい療養所の入所患者その他特別の理由がある者で厚生省令で定めるもの（国民健康保険法第6条）			
	（強制被保険者） 国民健康保険組合の組合員お	（適用除外） 1.上記の市町村および特別区			

医療保険制度の区分		被 保 険 者（共済組合の組合員を含む）		被 扶 養 者
国民健康保険組合が国民健康保険を行なう場合	よび組合員の世帯に属する者（国民健康保険法第19条第1項本文） なお、国民健康保険組合は、同種の事業または業務に従事する者で当該組合の地区内に住所を有する者を組合員として組織する。しかしながら、 (a)上記の市町村および特別区が国民健康保険を行なう場合における適用除外の各号（第7号を除く。以下同じ。）のいずれかに該当する者および他の組合が行なう国民健康保険の被保険者である者は、組合員となることができない。ただし、その者の世帯に当該適用除外の各号のいずれにも該当せず、かつ、他の組合が行なう国民健康保険の被保険者でない者があるときは、この限りではない。 (b)国民健康保険組合に使用される者で、上記適用除外の各号のいずれにも該当せず、かつ、他の組合が行なう国民健康保険の被保険者でないものは、当該組合の組合員となることができる。（国民健康保険法第13条第1項、第3項および第4項）	が国民健康保険を行なう場合における適用除外の各号（第7号を除く）に該当する者 2.他の組合が行なう国民健康保険の被保険者（国民健康保険法第19条第1項ただし書） なお、国民健康保険組合は、規約の定めるところにより、組合員の世帯に属する者を包括して被保険者としなくことができる。（国民健康保険法第19条第2項）		

（注） この表の作成の際に参考にした法律の条文は、法務大臣官房司法法制調査部（編）『現行日本法規』帝国地方行政学会（発行）に収められているものに拠った。

表2 医療保険制度別適用者数（1972年3月末現在）（単位千人）

医療保険制度の区分		被用者 (被保険者)	被扶養者	その他 (被保険者)	計	構成 比(%)
被 用 者 保 険	政府管掌健康保険制度	13,095	12,903		25,998	24.8
	組合管掌健康保険制度	10,024	12,229		22,253	21.2
	日雇労働者健康保険制度	578	488		1,066	1.0
	船員保険制度	261	471		732	0.7
	国家公務員共済組合制度	1,155	1,825		2,980	2.8
	地方公務員等 " " "	2,308	3,388		5,696	5.4
	公共企業体職員等 " " "	786	1,408		2,194	2.1
	私立学校教職員 " " "	200	167		367	0.3
一般 国民 保険	国民健康保険制度			43,721	43,721	41.6
合 計		28,407	32,879	43,721	105,007	100

(注) 健康保険組合連合会(編)『社会保障年鑑』(1973年版) 東洋経済新報社、344ページに所収の「第16表 社会保険等適用状況(72年3月末現在)」を参照して作成。

(1) 清水玄『社会保険論』有光社、昭和一五年、一三六―一三七ページ。ただし、健康保険法の施行の当初予定が大正一三年であったことについては、大林良一『社会保険』春秋社、昭和二七年、二四七ページによる。なお、大正一五年三月の健康保険法の附則改正(同月二九日法律第三四号)の内容は大正一五年三月二九日付け『官報』第四〇七六号による。

(2) 健康保険法が公布された当時、工場法(明治四四年、法律第四六号)の第一条はつぎのように規定していた。

第一条 本法ハ左ノ各号ノ一ニ該当スル工場ニ之ヲ適用ス

一 常時十人以上ノ職工ヲ使用スルモノ

二 事業ノ性質危険ナルモノ又ハ衛生上有害ノ虞アルモノ

本法ノ適用ヲ必要トセサル工場ハ勅令ヲ以テ之ヲ除外スルコトヲ得

なお、右の第一項第一号中の人数は、最初は「十五人以上」となっていたが、大正一二年の改正(大正一二年三月三〇日、法律第三三号)の際に、「十人以上」に改められている(明治四四年三月二九日付け『官報』に掲載の法律第四六号および大正一二年三月三〇日付け『官報』に掲載の法律第三三号参照)。

(3) 清水玄、前掲書、一四四ページ。

公布当初の鉱業法(明治三八年、法律第四五号)の第一条、第二条、第四条および第五条は、つぎのように規定していた(明治三八年三月八日付け『官報』に掲載の法律第四五号参照)。

第一条 本法ニ於テ鉱業ト称スルハ鉱物ノ試掘、探掘及之ニ附属スル事業ヲ謂フ

第二条 本法ニ於テ鉱物ト称スルハ金鉱、銀鉱、銅鉱、鉛鉱、蒼鉛鉱、錫鉱、安賀母尼鉱、水銀鉱、亜鉛鉱、鉄鉱、硫化鉄鉱、格魯謨鉄鉱、滿俺鉱、重石鉱、水鉛鉱、砒鉱、燐鉱、黒鉛、石炭、亜炭、石油、土瀝青及硫黄ヲ謂フ但シ砂鉱ハ此ノ限ニ在ラス

第四条 本法ニ於テ鉱業権ト称スルハ試掘権及探掘権ヲ謂フ

鉱業権者ハ鉱区ニ於テ其ノ許可ヲ受ケタル鉱物ヲ探掘シ及之ヲ取得スル権利ヲ有ス但シ鉱区ノ重複シタル場合ニ於テハ鉱業権者ハ互ニ其ノ權利ヲ制限セラル

第五条 帝国臣民又ハ帝国法律ニ従ヒ成立シタル法人ニ非サレハ鉱業権者トナルコトヲ得ス

(4) 大正一一年四月二二日付け『官報』第二九一四号に所収の法律第七〇号(健康保険法)参照。

(5) 石丸俊三『社会保険論』有斐閣、昭和三年、三七三ページ。

(6) 矢野恒太・白崎享一(編)『昭和一〇年版 日本国勢図会』国勢社、昭和一〇年、一七ページ。

(7) 昭和四年三月二八日付け『官報』第六七一号。なお、医療保険制度にかかわりのある健康保険法をはじめとして多数の法律があるが、本稿においてそれらの改正法をすべてとりあげるものではなく、本稿の課題とのかかわりで重要と思われるもののみを選択してとりあげ、かつその改正法中必要な部分のみに言及するものであることはいうまでもない。

(8) 昭和九年三月二六日付け『官報』第二一六七号。

なお、清水玄氏の解説(前掲書、一四三―一四四ページ)によれば、第一三条の第一号にいう「工場法第一条ノ規定ニ依リ同法ノ適用ヲ受クル工場」というのは、「概言すれば軽易なる作業を為す工場を除き職工一〇人以上を使用する工場及び危険有害なる工場」をいうのであり、同第二号にいう「鉱業法ノ適用ヲ受クル事業場又ハ工場」というのは、「鉱山及油田ならびに精練所のごとき附属工場」をいう。また同三号にいう(イ)「物ノ製造云々ノ事業」というのは「工場法の適用なき工場及船舶解体事業」をいい、(ロ)「鉱物ノ探掘云々ノ事業」というのは「砂鉱及土石採取業」をいい、(ハ)「電気ノ伝導云々ノ事業」というのは、「電気ノ所謂外線工事、水力又はガソリン発動機に依る動力の伝導の如き」事業をいい、(ニ)「地方鉄道法云々ノ事業」の場合には「現業関係の部分に適用」されるとし、(ホ)については、現在勅令によって指定されるものとして「自動車、荷牛馬

車又は荷車に依る運送及索道（空中ケーブル）に依る運送」をあげている。また、第一三條本文における「使用セラルル者」の意義について、「事業本来の作業に直接の關係において従業する」者（たとえば職工、工鉦夫・門衛小使）をいうのであって、「社会通念上本来の作業に従事せるものと見得ざるもの」、「たとえば工場構内の売店の売子、附屬学校の職員の様子は」強制被保険者とはならないと述べている。さらに、第一三條本文のただし書に關して、清水氏はつぎのような解説を加えている。

「前述事業に使用せらるる者といえども強制被保険者となさざる例外の場合あり（法一三但書）。すなわち、一、勅令を以て指定する臨時使用人——臨時事業に使用せらるる場合と臨時に使用せらるる場合とあり——（イ）六〇日以内の期間を定めて使用せらるる者（期間を超えて使用せらるる場合は被保険者となる）。（ロ）使用期間の定なく勞務供給契約に基き又は試みに使用せらるる者（三〇日を超えて使用せらるる場合は被保険者となる）。（ハ）日々雇入らるる者（三〇日を超えて使用せらるる場合は被保険者となる）。（ニ）厚生大臣の定むる者——季節的業務に一二〇日未満使用せらるる者（業務が一二〇日以上継続する予定の場合は当初より被保険者となり又偶然一二〇日を超えて継続したる場合は被保険者とならず）。二、一年の報酬一、二〇〇円を超える職員——現場におけるいわゆる事務及び技術系統の精神的勞務者にして年収一、二〇〇円以下の者は小額所得者として肉体的勞務者と同様に取扱うのである。三、職員健康保險法第二〇條の規定による被保険者——職員にして健康保險の被保険者たる者は一事業毎に包括して職員健康保險法の適用を受け健康保險法の適用を免るることを選択し得る。四、官吏又は待遇官吏は当分のうち被保険者たざらざるものとす（令附則）。」（同書、一四五ページ）。第一四條第一項の任意包括被保険者については、二号に關して、現に主務大臣の指定するものとして（イ）電信、電話、瓦斯又は水道に關する工作物の建設、保存、修理又は破壊の工事、（ロ）道路、河川、港湾、運河、鉄道及軌道に關する土木工事、（ハ）砂防工事、（ニ）下水道に關する工作物の建設、保存、修理又は破壊の工事」を列挙しており、四号については「現在指定せるものなし」としている（同書、一四七〜一四八ページ）。

(9) 当初の健康保険法の保険者に関する規定は、主要なものを引用すればつぎのようになっている（大正十一年四月二二日付け『官報』第二九一四号）。

第二二条 健康保険ノ保険者ハ政府及健康保険組合トス

第二四條 政府ハ健康保険組合ノ組合員ニ非サル被保険者ノ保険ヲ管掌ス

第二五條 健康保険組合ハ其ノ組合員タル被保険者ノ保険ヲ管掌ス

第二六條 健康保険組合ハ法人トス

第二七條 健康保険組合ハ事業主、其ノ事業ニ使用セラルル被保険者及第二十條ノ規定ニ依ル被保険者ヲ以テ之ヲ組織ス

第二八條 一又ハ二以上ノ事業ニ付被保険者常時三百人以上ヲ使用スル事業主ハ健康保険組合ヲ設立スルコトヲ得

被保険者ヲ使用スル二以上ノ事業主ハ共同シテ健康保険組合ヲ設立スルコトヲ得此ノ場合ニ於テハ被保険者ノ員數ハ合算シテ常時三百人以上タルコトヲ要ス

第三一條 主務大臣ハ一事業ニ付第十三條ノ規定ニ依ル被保険者常時五百人以上ヲ使用スル事業主ニ対シ健康保険組合ノ設立ヲ命スルコトヲ得

(10) 清水玄、前掲書、二二六、二二七ページ。

(11) 清水玄、前掲書、二二四ページ、厚生省大臣官房企画室（編）『厚生白書』（昭和三二年度版）五九ページ。

(12) 昭和十三年四月一日付け『官報』第三三七一号。

なお、本文において引用した条文との関連で第一条、第二条、第九条の三カ条をつぎに引用しておいた方が好都合であろう。

第一条 国民健康保険ハ相扶共済ノ精神ニ則リ疾病、負傷、分娩又ハ死亡ニ関シ保険給付ヲ為スヲ目的トスルモノトス

第二条 国民健康保険ハ国民健康保険組合（以下組合ト称ス）之ヲ行フ

第九条 組合ハ左ノ二種トス

一 普通国民健康保険組合

二 特別国民健康保険組合

組合ハ法人トス

(13) 清水玄、前掲書、二二八―二二九ページ。

(14) 清水玄、前掲書、二二七ページ。

(15) 清水玄、前掲書、一九六ページ。

なお、職員健康保険制度でも保険者は健康保険制度の場合と同様に二本建で、政府と職員健康保険組合になっており、制度が実質上、中小企業の職員を対象者とする政府管掌職員健康保険制度と、大企業の職員を適用者とする組合管掌職員健康保険制度とに二分されている。

関係主要条文を引用するとつぎの通りである。

第二九条 職員健康保険ノ保険者ハ政府及職員健康保険組合トス

第三〇条 政府ハ職員健康保険組合ノ組合員ニ非ザル被保険者ノ保険ヲ管掌ス

第三一条 職員健康保険組合ハ其ノ組合員タル被保険者ノ保険ヲ管掌ス

第三二条 職員健康保険組合ハ事業主及其ノ事業所ニ使用セラルル被保険者ヲ以テ之ヲ組織ス

職員健康保険組合ハ法人トス

第三三条 一又ハ二以上ノ事業所ニ付被保険者常時三百人以上ヲ使用スル事業主ハ職員健康保険組合ヲ設立スルコトヲ得

被保険者ヲ使用スル二以上ノ事業主ハ共同シテ職員健康保険組合ヲ設立スルコトヲ得此ノ場合ニ於テハ被保険者ノ員数ハ合

算シテ常時三百人以上タルコトヲ要ス

第三六条 主務大臣ハ一又ハ二以上ノ事業所ニ付第十八条ノ規定ニ依ル被保険者常時五百人以上ヲ使用スル事業主ニ対シ職員健康保険組合ノ設立ヲ命ズルコトヲ得

(16) (17) 昭和一四年四月六日付け『官報』第三六七三号。清水玄、前掲書、一九九〜二〇五ページ参照。

(18) 昭和一四年四月六日付け『官報』第三六七三号。

(19) 清水玄氏の解説によると、第一号ないし第五号の事業の範囲はつぎの通りである。(イ)物の販売に関する事業——(1)物品販売業(2)不動産販売業(3)その他これに類する事業、(ロ)金融または保険に関する事業——(1)銀行業(2)信託業(3)無尽業(4)質屋業(5)融資業(6)保険業(7)その他これに類する事業、(ハ)物の保管または賃貸に関する事業——(1)倉庫業(2)貸家貸室業(3)物品貸付業(4)その他これに類する事業、(ニ)媒介周旋に関する事業——(1)仲立業(2)問屋業(3)代理業(4)取引所業(5)有価証券業(6)有価証券引受業(7)周旋業(8)その他これに類する事業、(ヒ)集金、案内または広告に関する事業——(1)集金業(2)旅行案内業(3)広告業(4)その他これに類する事業。また第六号の勅令による指定事業として、清水氏は電気供給の事業(電気事業法第一条第一号及第三号の事業とし発電事業を含まず)——電燈会社、電力供給会社をあげているものと思われる(前掲書、二〇〇と二〇二ページ)。

(20) この第四号について清水玄氏はつぎのように解説されている。「左に掲ぐる者は勅令に依り職員健康保険の被保険者たざることとなっている(令九)。

(1)臨時使用人中左の者

(一)二月以内の期間を定めて使用されたる者は其の所定期間中

(二)使用期間の定なく労務供給契約に基き又は試に使用せらるる者は最初一箇月間

(三)日日雇入れらるる者は最初一箇月間

(2) 事務所の一定せざる事業に使用せらるる者

(3) 左の事業において主として現場作業に従事する者

(一) 貨物又は旅客運送の事業

(二) 土木工事又は工作物の建設、保存、修理若は破壊に関する事業

(三) 農産物、林産物若は水産物の栽培、採取、採捕若は養殖、園芸、養蚕又は養畜に関する事業

(四) 焼却、清掃又は屠殺に関する事業

(4) 臨時的事業の事業所に使用せらるる者（但し継続して六月以内使用せらるべき場合）

(5) 生命保険会社を使用せらるる者にして保険契約者の募集勧誘を為すいわゆる外交員（但し六月以上引続き使用さるる場合は

七月目より被保険者となる）（厚生省令）（前掲書、二〇三～二〇四ページ）。

(21) 清水玄氏は、この第三号の事業所として、「強制適用事業以外の一切の事業」をあげておられる（前掲書、二〇五ページ）。

(22) 清水玄、前掲書、二七六ページ。

(23) 昭和一四年四月六日付け『官報』第三六七三号。船員保険には任意包括被保険者の制度はない。なお、任意継続被保険者の制度はあるが、これは老齢または脱退に関する保険給付に限られている（同法第二〇条）のでここでは問題にならない。

(24) この第三号について、清水玄氏はつぎのように解説しておられる。「漁船に乘組む船員、ただし左に該当する者を除く（令一二）」。

(1) 汽船「トロール」漁業、母船式漁業、汽船捕鯨業または機船底曳網漁業（東経百三十度以西の海面を操業区域とする者に限る）に従事する者。但し母船式蟹漁業または母船式鮭鱒漁業に従事する附属漁船に乘組む者は被保険者たらず

(2) 専ら漁獵場より漁獲物またはその化製品を運搬する業務に従事する漁船乗組員

(3) 漁業に関する試験、調査、指導、練習または取締業務に従事する漁船乗組員（臨時使用人を除く）（前掲書、二八三～二八四ページ）。

(25) 昭和二年八月一日付け『官報』第三一八五号に所収の法律第七九号（船員法）による。

(26) (27) 明治三十二年三月八日付け『官報』第四七〇二号に所収の法律第四六号（船舶法）による。

(28) 当初の船員保険法の第一条は「船員保険ニ於テハ被保険者又ハ被保険者タリシ者ノ疾病、負傷、老齢、廃疾、脱退又ハ死亡ニ関シ保険給付ヲ為スモノトス」と規定しているのみで被保険者の被扶養者にはふれていなかったのである（昭和一四年四月六日付け『官報』第三六七三号）。

(29) 昭和一四年四月六日付け『官報』第三六七三号。なお、改正法の施行期日については附則では「各規定ニ付勅令ヲ以テ之ヲ定ム」となっているが、昭和一五年七月より実施されたといわれている（清水玄、前掲書、一三七ページ）。

(30) 昭和一五年一月二日付け『官報』第四一七二号。

(31) 総理府社会保障制度審議会事務局（編）『社会保障統計年報』（昭和四六年版）社会保険法規研究会、昭和四六年、六七ページ、文部省共済組合（編）『共済のしおり』社会保険法規研究会、昭和四三年、四ページ。

(32) このことについて、清水玄氏は、「官業労働者に付ては……共済組合規則ありて健康保険と同様の給与を為して居る。此の場合に於て共済組合の給与が健康保険の給付に比し其の種類及程度に於て妥当なる場合に於ては之等共済組合は所謂健康保険代行組合として其の運営を為すこととなつて居る（令七、八）」と述べられ（清水玄、前掲書一四一ページ）、佐口卓氏は、「いわゆる官業共済組合は勅令第五号（昭和元年一月二八日）によつて健康保険法の代行機関と認められ、ゆえに官業共済組合の全部（一〇組合）が指定されたのであった。」と述べられている（佐口卓『日本社会保険史』日本評論新社、昭和三年、一三九ページ）。

公布された当初の健康保険法の第一二条には、「政府ノ事業ニ使用セラルル者ニ関シテハ本法ノ適用ニ付勅令ヲ以テ別段ノ規定ヲ為スコトヲ得」と規定されているので、これを受けた勅令がある筈であるが、それが佐口氏のいわれるように「勅令第五号（昭和元年一月二八日）」であるとはいえないようである。というのは、その勅令（御名御璽の日付けは昭和元年一月二八日であるが、官報によって公布されたのはその翌日である）の前文が「朕現業員ノ共済組合ニ対スル政府給与金ノ増額ニ関スル件ヲ裁可シ茲ニ之ヲ公布セシム」となっており、その第一項本文は「政府ノ事業ニ従事スル現業員ノ相互救済ヲ目的トスル組合ニシテ勅令ノ認ムルモノガ其ノ健康保険ノ被保険者タル組合員ニ対シ健康保険法ノ規定ニ依ル保険給付ニ相当スル給付ヲ為ストキハ政府ハ当該勅令ニ依ル給与金ノ外当該給付ニ関シ政府ガ健康保険法ノ規定ニ依ル国庫及事業主ノ負担ト同一割合ノ負担ヲ為ス為必要ナル金額ヲ組合ニ給与ス」としている（昭和元年一月二九日付け『官報』第三号に所収の勅令第五号。なお、この勅令は附則により昭和二年一月一日から施行されている）からである。すなわち、右の文面は、別の勅令によっていわゆる官業共済組合がすでに健康保険代行組合たることを認められたことを前提にして、その代行の業務を行なうにあつての「政府給与金の増額」をうたっているものと解釈されるからである。この解釈に基づいて、官業共済組合を健保代行組合と認めた別の勅令を探したが、まだそれを見出す機会に恵まれていない。清水玄氏の前掲引用文の末尾には、「令七八」とあるのみで、その公布の年月日が明らかにされていないので、大正一一年以降大正一五年までの勅令第七号と第八号にあたつてみたが、全く縁もゆかりもない別なものであつた。

このことはともかくとして、先に引用した公布当初の健康保険法の第一二条の条文と、昭和元年一月二九日に公布された勅令第五号の文面から、官業共済組合が、健康保険の保険給付が開始された昭和二年一月一日から、各組合の健康保険の被保険者である組合員に対して、健康保険法の規定による保険給付に相当する給付を行なつたことは確かであるといえる。

(33) 昭和二年六月三〇日付け『官報』号外に所収の法律第六十九号（国家公務員共済組合法）の附則第九十九条（法令の廢

止」。明治四〇年四月一九日付け『官報』第七一三八号に所収の勅令第一二七号（帝國鐵道庁現業員ノ共済組合ニ関スル件）、明治四一年六月一九日付け『官報』第七四九三号に所収の勅令第一五七号（専売局現業員ノ共済組合ニ関スル件）、明治四二年三月一五日付け『官報』第七七一二号に所収の勅令第二二二号（印刷局現業員ノ共済組合ニ関スル件）、昭和四二年五月二六日付け『官報』第七七七三号に所収の勅令第一五一号（通信官署現業員共済組合ニ関スル件）、明治四五年三月二三日付け『官報』第八六二五号に所収の勅令第一八号（海軍造船造兵事業現業員ノ共済組合ニ関スル件）、大正八年四月一日付け『官報』第一九九六号に所収の勅令第八〇号（陸軍作業庁現業員ノ共済組合ニ関スル件）、大正八年六月二五日付け『官報』第二〇六七号に所収の勅令第三〇六号（国有林野現業員共済組合令）、大正九年三月二四日付け『官報』第二二九〇号に所収の勅令第四四号（警部補、巡查、消防手共済組合ニ関スル件）、大正一一年三月二九日付け『官報』第二八四四号に所収の勅令第六〇号（明治四五年勅令第一八号海軍造船造兵事業現業員ノ共済組合ニ関スル件改正ノ件）、大正一二年一月二二日付け『官報』第三一四〇号に所収の勅令第一九号（造幣局現業員ノ共済組合ニ関スル件）、大正一二年七月三日付け『官報』第三二七七号に所収の勅令第三三二二号（内務省直轄土木事業ニ従事スル現業員ノ共済組合ニ関スル件）、昭和一〇年八月二日付け『官報』第二五七五号に所収の勅令第二四四号（大正九年勅令第四四号警部補、巡查、消防手共済組合ニ関スル件改正ノ件）、昭和一二二年五月一四日付け『官報』第三一〇六号に所収の勅令第二〇一号（生糸検査所共済組合令）、昭和一五年七月三一日付け『官報』第四〇七〇号に所収の勅令第四八九号（刑務共済組合令）、昭和一五年二月二九日付け『官報』第四一九五号に所収の勅令第九四四号（内閣印刷局共済組合令）（明治四二年勅令第二二二号印刷局現業員ノ共済組合ニ関スル件改正ノ件）、同じく勅令第九四五号（専売局共済組合令）（明治四一年勅令第一五七号専売局現業員ノ共済組合ニ関スル件改正ノ件）、同じく勅令第九四六号（造幣局共済組合令）（大正一二年勅令第一九号造幣局現業員ノ共済組合ニ関スル件改正ノ件）、同じく勅令第九四七号（大正八年勅令第八〇号陸軍作業庁現業員ノ共済組合ニ関スル件改正ノ件）、同じく勅令第九四八号（林野現業

員共済組合令中改正ノ件)、同じく勅令第九四九号(生糸検査所共済組合令中改正ノ件)、同じく勅令九五〇号(通信共済組合令)(明治四二年勅令第一五一号通信官署現業員共済組合ニ関スル件改正ノ件)、昭和一五年一月二九日付け『官報』第四一九五号に所収の勅令第九五二号(明治四〇年勅令第二二七号鉄道部内ノ現業員ノ共済組合ニ関スル件改正ノ件)、同じく勅令第九五三号(警察共済組合令中改正ノ件)、昭和一六年一月七日付け『官報』第四一九八号に所収の勅令第一七号(教職員共済組合令)、昭和一六年二月一九日付け『官報』第四二三四号に所収の勅令第一三二号(大正一一年勅令第六〇号海軍工作庁所屬雇員以下現業員ノ共済組合ニ関スル件改正ノ件)、昭和一六年五月三一日付け『官報』第四三一七号に所収の勅令第六四九号(土木共済組合令)(大正一二年勅令第三三二号内務省直轄土木事業ニ従事スル現業員ノ共済組合ニ関スル件改正ノ件)、昭和一七年一〇月二一日付け『官報』第四七三四号に所収の勅令第六八六号(北海道庁営林現業員共済組合令)を参照。

ちなみに、各共済組合の組合員の範囲にふれるなら、つぎのようになっている。(1)明治四〇年勅令第一二七号——帝國鐵道庁所屬の雇員以下の現業員。なお、帝國鐵道庁に勤務する職員は現業員ではないが組合に加入することができる。昭和一五年の改正(勅令第九五二号)により、鉄道部内の判任文官以下となった。(2)明治四一年勅令第一五七号——専売局所屬の雇員以下の現業員。昭和一五年の改正(勅令第九四五号)により、専売局内の判任文官以下となった。(3)明治四二年勅令第二二号——印刷局所屬の雇員以下の現業員。昭和一五年の改正(勅令第九四四号)により、内閣印刷局内の判任文官以下となった。(4)明治四二年勅令第一五一号——通信官署の雇員以下の現業員であつて通信大臣の指定するもの。なお、通信官署の職員は現業員ではないが通信大臣の定める所によつて組合に加入することができる。昭和一五年の改正(勅令第九五〇号)により、通信部内の判任文官以下となった。(5)明治四五年勅令第一八号——海軍造船造兵事業庁の雇員以下の現業員。なお、大正一一年の全部改正(勅令)により、海軍作業庁所屬の雇員以下の現業員というようになり、かつ、海軍作業庁以外の海軍各庁所屬の雇

員以下の現業員は海軍大臣の定めるところによって組合に加入することができることになった。さらに、昭和一六年の一部改正（勅令第一三二二号）により、海軍部内の判任文官以下となった。(6)大正八年勅令第八〇号——陸軍作業庁所屬の雇員以下の現業員。なお、陸軍作業庁以外の陸軍部隊所屬の雇員以下の現業員は陸軍大臣の定める所により組合に加入することができる。昭和一五年の改正（勅令第九四七号）により、陸軍部内の判任文官以下となった。(7)大正八年勅令第三〇六号——農商務省所管国有林野の事業に従事する雇員以下の現業員。なお、国有林野の事業に従事する職員は現業員ではないが農商務大臣の定める所により組合に加入することができる。昭和一五年の改正（勅令第九四八号）により、営林局署及び国有林産物販売所の判任官以下となった。(8)大正九年勅令第四四号——北海道庁、警視庁及び府県所屬の警部補、巡查及び判任官の待遇を受ける消防手。昭和一五年の改正（勅令第九五三三号）により、北海道庁、警視庁及び府県所屬の警部、消防士、消防機関士、警部補、巡查及び消防手となった。(9)大正一二年勅令第一九号——造幣局所屬の雇員以下の現業員。昭和一五年の改正（勅令第九四六号）により、造幣局内の判任文官以下となった。(10)大正一二年勅令第三三二二号——内務省の直轄土木事業に従事する雇員以下の現業員。昭和一六年の改正（勅令第六四九号）により、内務省の土木出張所及び土木試験所の雇員以下となった。(11)昭和一二年勅令第二〇一号——生糸検査所所屬の雇員以下の現業員。生糸検査所所屬の職員は現業員ではないが農林大臣の定める所により組合に加入することができる。昭和一五年の改正（勅令第九四九号）により、生糸検査所の判任官以下となった。(12)昭和一五年勅令第四八九号——司法部内の看守。(13)昭和一六年勅令第一七号——市町村立の小学校、青年学校または幼稚園の職員。(14)昭和一七年勅令第六八六号——北海道庁部内の営林の現業に従事する雇員以下。

(34) 昭和一六年三月一日付け『官報』第四二五一号。

(35) 昭和一七年二月二日付け『官報』第四五三四号。

(36) 大林良一、前掲書、二五〇ページ。なお、この改正法の附則第一項では「本法施行ノ期日ハ各規定ニ付勅令ヲ以テ之ヲ定

ム」となっている。

(37) 電気の伝導事業は従来、健康保険の強制適用事業の一つにあげられていた(同法第一三条第三号イ)が、電気供給の事業は、職員健康保険法の第一八条第一項第六号「前各号ニ掲ゲルモノノ外勅令ヲ以テ指定スル事業」に基づいて職員健康保険の強制適用事業の一つにかぞえられていた(注(17)参照)。

(38) 昭和二年六月三〇日付け『官報』号外。

(39) 国家公務員共済組合法(昭和二年、法律第六九号)の(附則)第九九条。

(40) 昭和二年六月三〇日付け『官報』号外。

(41) 昭和二年七月一〇日付け『官報』号外。

(42) 昭和二年七月一〇日付け『官報』号外。

(43) 我妻栄他(編)『新法律学辞典』有斐閣、一九五八年、二六一、九九九ページ。

(44) このことについては、注(8)と注(20)において引用しておいた旧条文に関する清水玄氏の解説を参照されたい。

(45) 昭和二年八月一日付け『官報』号外第四四号。

(46) 昭和二年八月一四日付け『官報』第七九八三号。

(47) 昭和二年八月二一日付け『官報』第七九八九号。

(48) 衆議院法制局、参議院法制局(編)『現行法規総覧』第一法規出版株式会社版に所収の「(旧)市町村職員共済組合法(昭和二十九年七月一日法律第二百四号)」による。

(49) 市町村職員共済組合法が公布された際に、組合員となるべき市町村職員がすでに健康保険の強制被保険者となっていたことは、市町村職員共済組合法の附則の第二一項(健康保険組合及び健康保険についての経過措置)乃至第二九項に照らし明白

であるが、強制被保険者に組み入れられた時期について直截簡明に示した資料にはまだふれる機会をもたない。けれども、前掲の『社会保障統計年報』（昭和四十六年版）六七ページに所収の「社会保障各制度の成立経過」（年表と図表とをミックスにした様式によるもの）と、『社会保障年鑑』（一九五五年版）九三ページに所収の市町村職員共済組合についての「創設の趣旨」と「単独法制定の理由」、ならびに先に述べた昭和十七年二月二日付の法律第三八号による健康保険第一三条の改正内容（第三号）を材料にして、市町村職員が健康保険の強制被保険者に組み入れられた時期は本文に述べたように、昭和十七年二月の法律第三八号による健康保険法の一部改正の際であると筆者が考えた。

(50) 昭和三十一年六月六日付け『官報』第八八三〇号。

(51) (52) 前掲『新法律学辞典』七五八ページ。

(53) 健康保険組合連合会（編）『社会保障年鑑』（一九五八年）東洋経済新報社、八八ページ。

(54) 昭和三十三年五月一日付け『官報』号外第三八号。

(55) 『社会保障年鑑』（一九六一年）、九〇～九一ページ。

(56) 昭和三十三年一月二七日付け『官報』号外第一〇二号。

(57) 昭和三十七年九月八日付け『官報』号外特第一〇号。

(58) 『社会保障年鑑』（一九六七年版）九三～九四ページ。

(59) 昭和三十九年七月六日付け『官報』第一一二六七号。

(60) 国民健康保険制度は必ずしも一本化されているわけではない。というのは、先に述べたように、市町村及び特別区（以下単に市町村という）のみでなく国民健康保険組合（以下単に組合という）も保険者となっているからである。しかも単に保険者に二種あるばかりでなく、たとえば療養給付費についての国庫負担の度合が市町村に対するものと組合に対するものとに差

異があるとか（一九七二年度の場合、対市町村四〇％、対組合二五％）、任意給付の傷病手当金については組合の半数以上が支給しているけれども、ほとんどの市町村は支給していない（一九七二年度）（『社会保障年鑑』（一九七三年版）五四～五五ページ）など両者の実質内容に若干の差異がみられるからである。しかしながら、市町村は、国民健康保険を行なうことを義務づけられている（国民健康保険法第三条）のに対して、組合の設立には、都道府県知事の認可を必要としており、この場合に、都道府県知事は「当該組合の地区をその区域に含む市町村の長の意見をきき、当該組合の設立によりこれらの市町村の国民健康保険事業の運営に支障を及ぼさないと認めるときでなければ」認可をしてはならないとされている（同法第一七条第一項および第三項）こと、保険者数・世帯数・被保険者数のいずれをとっても市町村の方が組合よりも圧倒的に多数であるという状況にあること（保険者数については市町村三、二五六、組合一九四、世帯数については市町村一、二五五万世帯、組合九五万世帯、被保険者数については市町村四、一〇五万人、組合二六七万人）（一九七一年度末）（『社会保障年鑑』（一九七三年版）三五九ページ）、保険給付や経理についての統計資料が国民健康保険として一本化されていることなどの事情を勘案して、国民健康保険制度を市町村管掌と組合管掌との二つの制度に分けずに一つの制度として取扱うことにしておく。

（61）『社会保障年鑑』（一九七三年版）三二九ページ。

（62）『厚生白書』（昭和四七年版）一八〇～一八一ページ。

（63）『厚生白書』（昭和三八年度版）九一ページ。

なお、医療の国民皆保険計画の策定にいたる経緯は、『厚生白書』（昭和三十二年度版）によれば次のとおりである。「昭和二五年の「社会保障制度に関する勧告」においてすでに、医療保険は全国民に適用されるべきことが提案されていたが、医療保障の確立の緊急性が強く認識されてくるに伴い、医療保険という備えによって全国民が疾病の脅威を免れるように、「国民皆保険の推進」に対する要望は次第に強くなり、やがては政府の方針としてうちたてられることとなった。

すなわち、国民健康保険の全国普及等による医療保険制度の全国民への適用ということは、昭和三〇年ころから、一部政党の政策目標に掲げられていたが、厚生省としても、昭和三十一年五月、第二四国会において、昭和三五年度に医療の国民皆保険を達成するという方針を、大臣が明らかにするに至った。また、昭和三十一年八月、厚生省の医療保障委員は、未適用者に対する医療保険の適用に全力を注ぐことを強調し、さらに、同年一月に社会保障制度審議会の発表した「医療保障制度に関する勧告」においても、国民皆保険体制の確立のための諸方策が提案されたのである。

こうして、昭和三十二年一月に決定された昭和三二年度予算編成方針においては、医療の国民皆保険の早期達成を目的とする国民健康保険の普及の推進が掲げられるとともに、同年二月には、内閣総理大臣臨時代理が第二六国会の施政方針演説において、全国民が医療保険に加入できるように必要な措置をできるだけ早く進める旨、言明した。ここに国民皆保険の達成は政府の方針として確立され、昭和三十二年四月には厚生省に国民皆保険推進本部が設置されて、国民皆保険の強力な推進が図られることとなった次第である。

国民皆保険の達成の方法としては、従来各方面の大半の意見が一致しているとおり、一般国民を対象とする地域保険（国民健康保険）と一定の職域の被用者を対象とする職域保険との二本建てによることとし、国民健康保険の全国普及と被用者保険の適用拡大に努めることとなっている。（同白書五七～五八ページ）。

(64) 『厚生白書』（昭和三十六年度版）二六七ページ。

(65) 『厚生白書』（昭和三十一年度版）一六九～一七〇ページ、『厚生白書』（昭和三二年度版）五八～五九ページ。

(66) 『厚生白書』（昭和三十六年度版）二六七ページ。

三 医療保険制度間の不均衡

(一) 医療給付率の不均衡

医療保険制度上の保険給付としては、(1)被保険者の疾病・負傷に関する療養の給付、(2)被保険者が療養のため労務に服することができない場合の傷病手当金、(3)被保険者が死亡した場合の埋葬料、(4)被保険者が分娩した場合の分娩費、(5)被保険者が分娩の前後労務に服さなかった期間に対する出産手当金、(6)被保険者が分娩した場合の育児手当金、(7)被扶養者が療養を受けた場合の家族療養費、(8)被扶養者が死亡した場合の家族埋葬料、(9)被扶養者である配偶者が分娩した場合の配偶者分娩費、(10)被扶養者である配偶者が分娩した場合の育児手当金などの諸給付があるが、ここでは、いわゆる医療給付そのものに限定して考察をおこなうことにするので、右の諸給付のうち、(1)被保険者の疾病・負傷に関する療養の給付（以下単に療養の給付という）と(7)被扶養者が療養を受けた場合の家族療養費（以下単に家族療養費という）の二つのみが問題になる。

医療給付率——被保険者またはその被扶養者が疾病・負傷に関して保険医療機関及び保険薬局において療養の給付を受けた際の費用（＝保険医療費）に対する保険者（政府・健康保険組合・四種の共済組合・市町村（特別区）および国民健康保険組合）の補填率——について、九つの医療保険制度の一覧を行なうために作成したのが表3（第四節末参照）である。表3にみられるように、被用者保険の場合、被保険者の医療給付率が原則として一〇割であるということは、被保険

者に関するかぎり、保険医療費は無料であることを示している。つまり、保険医療機関及び保険薬局の窓口では保険医療費を払わないですむのである。ただし、初診時には、若干の一部負担金（たとえば政管健保や組合健保では二〇〇円、日雇健保では五〇円となっている⁽⁶⁸⁾）を支払わなければならないし、また、日雇健保と船員保険以外の六つの被用者保険では入院時にも若干の一部負担金（たとえば、政管健保や組合健保では入院時一日について六〇円、ただし入院した日から一カ月間に限る⁽⁶⁹⁾）を支払わなければならないことになっている。なお、日雇健保では、はじめて被保険者手帳の交付を受けた者、前に交付を受けた被保険者手帳に健康保険印紙をちよう付すべき余白がなくなった日から起算して一年以上を経過した後に被保険者手帳の交付を受けた者などが、手帳の交付を受けた日の属する月の初日から起算して三か月を経過しない間にうけた療養については、その費用の五割は被保険者が負担しなければならないという例外がある⁽⁷⁰⁾。

被用者保険では、被用者の被扶養者は、被保険者とはなっておらず、被扶養者に対する医療給付率は、原則として五割であるが、組合健保や国公共済、地公共済、公企公共済、私立教公共済では、被保険者が一人自己負担とした被扶養者の医療費の幾割かの金額を、あとで償還するという附加給付を行なっている⁽⁷¹⁾ので、その場合には、被扶養者に対する医療給付率は実質的には附加給付の度合にしたがい、七割なり八割、あるいは九割以上ほとんど一〇割に近いこととなり、これらの附加給付のない政管健保、日雇健保および船員健保との間に給付率についての大きな不均衡が生じている⁽⁷²⁾。

ところで一般国民を適用対象としている国民健保では、農民、漁民、自営業者などの本人であると、その被扶養者であるとを問わず、すべて被保険者となっているが、彼等に対する医療給付率は一率に七割になっており、医療費

の償還制という附加給付は行なわれていない。しかしながら、国民健保にあっては、少数ではあるが、保険者によっては、(イ)世帯主に対する医療給付率を八割とし、被扶養者に対するそれを七割とするもの、(ロ)世帯主に対する医療給付率を一〇割、被扶養者に対するそれを七割とするもの、(ハ)乳児に対する医療給付率のみを一〇割とし、他のそれを七割とするもの、(ニ)老人に対する医療給付率のみを一〇割とし、他を七割とするものなどがある。昭和四五年（一九七〇年）三月末現在での国民健保の保険者総数三、四五四のうち、前記(イ)の医療給付率を採用しているもの一九、(ロ)のもの四六、(ハ)のもの一六七、(ニ)のもの四七、その他ともかく七割以外の給付率を採用しているもの二八八であって、残りの二、八八七は七割給付率を採用しているという状況である。⁽⁷³⁾

(二) 医療保険料率の不均衡

医療保険制度を運営するための費用は、保険料と国庫負担とからまかなわれるのが建て前になっている（表4、第四節末参照）。ただし、地方公務員等共済組合制度と公共企業体職員等共済組合制度では国庫負担は全くない。また、私立学校教職員共済組合制度では、事務費の一部が国庫負担になっているにすぎず、国家公務員共済組合制度では、事務費は全額国庫負担になっているが給付費については国庫負担ゼロである。船員保険制度では事務費全額国庫負担、給付費について疾病給付補助が国庫から行なわれているが、その補助率は約三%（一九七一年度）⁽⁷⁴⁾といった低い率である。日雇労働者健康保険制度では事務費が全額国庫負担、給付費についても、給付費の三五%が国庫負担というかなりな率になっている。組管掌健康保険制度では、事務費全額国庫負担になっており、給付費についてもほんの少しの国

庫負担がなされているけれど、法定給付費の〇・〇八%⁽⁷⁵⁾(一九七一年度)というところに足りないほどの率である。政府管掌健康保険制度では、事務費全額国庫負担、給付費については、四・四%⁽⁷⁶⁾(一九七一年度)が国庫負担になっている。国民健康保険制度の場合には、事務費全額国庫負担、給付費については、療養給付費の四〇%、療養給付費の五%の調整交付金その他(一九七一年度)という比較的高率になっている。⁽⁷⁷⁾

他方、保険料の方であるが、被用者保険では、一応被保険者と事業主とが各保険料額の二分の一を負担するといういわゆる労使折半の建て前がとられている。これに対して、国民健康保険制度では、本来、農民・漁民・自営業者・自由業者・無職者などを適用者とするものであることから、当然のことながら、世帯主または組合員(国民健康保険組合を保険者とする場合)が保険料の全額を負担することになる。したがって、被用者でありながら、勤務先が健康保険の任意適用事業の事業所であり、その事業主が任意包括被保険者制度を利用しないために、たまたま国民健康保険の適用者になっている場合には、保険料についての労使折半はなされず全額自己負担となる。

保険料額は、被用者保険では日雇労働者健康保険制度をのぞき、各月について各被保険者の標準報酬月額に保険料率を乗じて得られた額になっている。もっとも国家公務員共済組合制度以下四つの共済組合制度では、標準報酬月額という名称ではなく基準俸給(標準給与)月額といわれているが、内実の点では同じであって、保険料算出のために標準化ないし基準化された報酬(俸給ないし給与)の月額をいうのである。たとえば、政管健保と組合健保の場合(一九七二年三月末現在)についていえば、表5(第四節末参照)にみられるように、標準報酬は第一級から第三六級までの三六通りに分類され、第一級は月額三、〇〇〇円、第六級は月額八、〇〇〇円、第一二級は月額一八、〇〇〇円、第二四

級は月額四八、〇〇〇円、第三〇級は月額七二、〇〇〇円、第三六級は月額一〇四、〇〇〇円というように、それぞれの級に対応する絶対数が示されている。被保険者の報酬月額が、四六、五〇〇円以上五〇、〇〇〇円未満の場合には、その被保険者の標準報酬は第二四級に格付けされ、月額四八、〇〇〇円として取り扱われる。被保険者の報酬月額が七〇、〇〇〇円以上七四、〇〇〇円未満の場合には、その被保険者の標準報酬は第三〇級に格付され、月額七二、〇〇〇円として取り扱われる。被保険者の報酬月額が一〇一、〇〇〇円以上の場合には、その被保険者の標準報酬は第三六級に格付けされ、月額一〇四、〇〇〇円として取り扱われる。このように、実際にはまちまちの大きさの被保険者の報酬を、保険料算出のために、便宜上三六の等級の大きさに格付けしているのである。したがって、同一等級の標準報酬に格付けされる程度の小幅な俸給の増加しかないときには保険料額は不変であるし、一たん最上級の標準報酬にランクづけされてしまえば、標準報酬の上限の絶対額の引上げを伴う改訂がない限り、俸給がいくら上がったとしても、保険料額は以前と同じ額なのである。

標準報酬の具体的な設定は、政管健保と組合健保は同一であるが、船員保険制度や四つの共済組合制度ではそれぞれ独自になされている。⁽⁷⁸⁾

保険料率の点でも、表4にみられるように、それぞれの制度によって違いがあり、さらに同一制度でも保険者たる組合（健康保険組合または共済組合）が違えば保険料率もまた異なる場合が多いという実情にある。したがって被用者の給与が同一額であっても、そのような被用者の保険料額は、所属する保険制度や保険者が違っていれば、差異が出てくるのがむしろ通例だといえる。

日雇労働者健康保険制度では、標準報酬月額とか保険料率とかのツールは用いずに、被保険者の賃金日額四八〇円以上の場合を第一級、四八〇円未満の場合を第二級とし、保険料の額は、一日について第一級にあっては二六円、第二級にあっては二〇円の二種に分けている（一九七二年三月末現在）⁽⁷⁹⁾。

被用者保険では、前に述べたように、保険料は、労使折半が建て前になっているが、組合管掌健康保険制度では、事業主の負担割合が増やされているのがむしろ通例になっており、表4にみられるように事業主の負担は五割八分（全組合平均）になっている（一九七二年三月末）⁽⁸⁰⁾。したがって、被用者保険の被保険者たる被用者が、月々の給与から控除される医療保険の保険料の大きさは、たとえ月収が同一の場合であっても、どの制度の適用者であるかにより、また、保険者がだれであるかによって、差異が生じることになる。

国民健康保険制度では、保険者が市町村である場合には、保険料の代わりに、地方税法の規定により国民健康保険税を賦課することができるようになっていのであるが、さらにまた、被用者保険とは異なり、保険料（または国民健康保険税）は、「保険者の条例、規約または規程に従い、被保険者世帯の所得、資産、家族構成などを考慮して決定することとなっている。すなわち、保険者が賦課すべき保険料総額の百分の四〇は所得を基準とし、百分の一〇は資産を基準とし、百分の三五は被保険者に均等に割り当て、百分の一五は世帯に平等に割り当てること、が、標準とされている。被用者保険における保険料が報酬に比例して定められているのと異って、国民健康保険の保険料（税）がこのような方法で定められるのは、被保険者たる一般国民の所得の正確な把握が被用者の場合に比して困難であること等の特殊事情に基くものである。」このことはともかくとして、国民健康保険制度では「各世帯に対して賦課される

保険料（税）は、以上の方式によってそれぞれ計算された所得割額、資産割額、被保険者均等割額および世帯別平等割額の合算額となる⁽⁸¹⁾のであって、昭和四五年度（一九七〇年度）における一世帯当りの平均保険料（年額）は、一七、〇六九円になっている⁽⁸²⁾。これと、標準報酬月額に保険料率を乗じて保険料を算出する被用者保険の保険料との直接の比較は困難なので、別のデータを用いて、両者の比較を試みることにしよう。

昭和四五年度（一九七〇年度）の被保険者一人当り保険料（年額）は、表6（第四節末参照）に示した通りで、各制度間でかなり違っている。日雇労働者健康保険制度を別格とすれば、国民健康保険制度一世帯当りの保険料（年額）は、政管健保の被保険者一人当り保険料（年額）の四四%、組合健保のその三七%、国家公務員共済組合制度の三二%となっており、被用者保険に対してかなり少額である。被用者保険の中でも、政管健保のそれは、対組合健保八二%、对国家公務員共済七三・一%で、少額の方である。私立学校教職員共済のそれは、政管健保よりもさらに若干ながら少額となっている。船員保険のそれは、政管健保のちょうど倍という異常な高さを示している。

被用者保険の場合には、労使折半の建前であるので、被保険者本人の医療保険料負担の苦痛度という次元での制度間の比較をするために、被保険者負担分に限っての保険料（年額）に換算して観察すると、国民健保のそれは、対政管健保八八%、対私立学校教職員共済九一%、対組合健保八七%、对国家公務員共済六四%という具合で、両者間の差はぐっとせばめられてくる。被用者保険相互間についていえば、政管健保と組合健保間の差が殆んどなくなっているという変化が出ている。というのは、組合健保での事業主の負担割合が半分以上に増額されているために、労使負担分の総合の段階では政管健保のそれよりも組合健保のそれが上廻っている、被用者負担分のみレベルでは格差

が殆んどなくなつてくるのである。被用者保険の場合に、平均報酬月額を一二倍にして、それを医療保険料負担のための年所得額とみなし、それに対する被保険者一人当りの被保険者負担分保険料（年額）の割合を求めると、表6に示されているように、組合健保の比率が最低の二・七％で、つぎが公共企業体職員等共済・私立学校教職員共済の三・二％、その上が政管健保・地方公務員等共済の三・三％、国家公務員共済の三・七％と続き、一番の高率が船員保険の四・四％という状況になっている。

以上は各制度の平均値についての比較である。各制度の適用者である被保険者の集団が、少なくとも年齢構成や男女構成、学歴の程度の点で同じ条件下に構成されていれば、個別に観察した場合の格差をも示すことになるが、その保証はなされていない。そこで、仮りに、給与を毎月一〇万円支給されている被用者を想定し、国民健保と政管健保の比較を試みることにしよう。彼が政管健保の適用者とされれば、彼自身が負担する医療保険料は年額で四万二千元となるのに、国民健保の適用者とされれば、彼が支払わねばならぬ保険税は三万五、八四六円（年収が同一であってもいずれの市町村・特別区が行なう国民健保に加入するか、被扶養者の数や所有資産の額いかんにより、個人差があるのでいきおい同一所得階層の平均値にならざるをえない）となる。⁽⁸³⁾また、月収七万の被用者についていえば、政管健保に加入すれば、彼自身の月給袋から控除される医療保険料は、三万二四〇円となるのに対して、国民健保の適用者とされれば、彼の支払う保険税は二万三、六二六円となる。さらに、月収四万の被用者についていえば、政管健保の場合には、医療保険料は一万六、三八〇円となり、国民健保では一万二、八四三円となる。月収が二五万という比較的高額の者についていえば政管健保では、医療保険料四万三、六八〇円となり、国民健保では、五万一、二五七円となる。いわゆるボーナ

スを除いた年収が一六〇万円を超える被用者であると、国民健保に加入した場合に、年額で千数百円から七千数百円ほど政管健保より高額の医療保険料を支払わなければならなくなるが、一六〇万円未満の場合には、多くの場合、国民健保の医療保険料の方が政管健保のそれよりも、少額ですむといえる。先に例示したように、たとえばポリーナスを除いた年収が八四万円の場合についていえば、国民健保の医療保険料は政管健保のその七八%になっている。

(三) 医療給付費の不均衡

医療給付費⁽⁸⁴⁾について制度別被保険者一人当り（国民健保については一世帯当り、以下同じ）ということで見れば、表6に示されている通りとなる。政管健保では四〇、二〇八円（一九七〇年度）となっており、これを一〇〇として他の制度との比較をすれば、組合健保八二、日雇労働者健保一四〇、船員保険一二四、国家公務員共済一一四、地方公務員等共済一〇五、公共企業体職員等共済九三、私立学校教職員共済九七、そして国民健保一四七となる。このように、各制度間の不均衡がみられるのである。とくに国民健保・日雇労働者健保との不均衡が目立つ。この両者の医療給付費が一きわ高く、逆に組合健保のそれが一段と低い。

被保険者一人当りの医療保険料（年額）に対する被保険者一人当りの医療給付費（年額）の割合を制度別にみると、表6に示されている通りであって、最低は職員保険の六三・三%、その上が組合健保の六九%、公共企業体職員等共済の七七・一%、地方公務員等共済の八〇・八%、国家公務員共済の八五・六%で、これらの上となると、一〇〇%を越して、私立学校教職員共済の一〇〇・八%、政管健保の一〇二・二%となる。そして、さらにその上ということ

になると、大幅に増大して、国民健保の三三七・四％、日雇労働者健保の八五五・六％となるのである。ここでの不均衡が今までにみられないほどの大きさになっている。

(67) 前掲『社会保障統計年報』五〇～五一ページ参照。なお、国家公務員共済組合制度以下の四共済組合制度では、本文で挙げた諸給付のほかに、休業給付としての休業手当金、災害給付としての弔慰金・家族弔慰金および災害見舞金の給付をも支給している。

(68) 健康保険法第四三条ノ八第一項第一号、日雇労働者健康保険法第一二条。

(69) 健康保険法第四三条ノ八第一項第二号および第二項。

(70) 日雇労働者健康保険法第一七条の四および第一七条の六。

(71) 佐口卓「医療保険」近藤文二(編)『社会保障入門』有斐閣、昭和四三年、七二ページ。附加給付に関する関係条文としては、たとえば健康保険法第六九条ノ三、国家公務員共済組合法第五二条が挙げられる。

(72) 地主重美氏の計算によると、組合健保制度の平均給付率八六・六％、政管健保のそれ七五・三％、国民健保のそれ七〇・〇％(昭和四四年)(加入者の平均世帯構成で加重した一人当り平均給付率。組合健保については家族附加給付を含む。)となっている。地主重美「医療保険の本質とわが国医療保険の問題点」『季刊 現代経済』日本経済新聞社、一九七二年、七〇ページ(表2制度間格差(昭和四四年))。

(73) 前掲『社会保障統計年報』一三五ページ(第八五表 国民健康保険一部負担割合別等保険者数)。

(74) 一九七一年度における船員保険制度では疾病給付の総額が二一五億六千万円となっており、他方、疾病給付国庫補助は六億円(一九七一年度当初予算額)である。『社会保障年鑑』(一九七三年版)八および三七二～三七三ページ(第一表社会保障

制度一覽 a 医療保障部門および第四八表船員保険保険給付決定状況（疾病給付）

(75) 一九七一年度の組合管掌健康保険制度の法定給付費は三、七〇一億七千万円であるから、給付費に対する三億円の国庫補助（一九七一年度の当初予算額）は、その〇・〇〇八％にすぎない。なお、附加給付費の総額は五二六億六千万円である

『社会保障年鑑』（一九七三年版）八ページおよび三五五ページ（前掲第一表 a および第二五表組合管掌健康保険收支状況）。

(76) 一九七一年度の政府管掌健康保険制度の保険給付費の総額は六、一九三億五千万円であるのに対して、給付費の国庫負担は二七五億円（一九七一年度当初予算額）となっている。後者の前者に対する百分率は四・四％となる（『社会保障年鑑』（一九七三年版）八ページおよび三五四ページ（前掲第一表 a および第二四表政府管掌健康保険收支状況））。

(77) 『社会保障年鑑』（一九七三年版）九ページ。なお、一九七〇年度について観察すると、保険給付費五、四七五億四千万円に対して療養給付費国庫負担金三、〇五二億五千万円、調整交付金三六五億九千万円となっているから、前者に対する後者二つの合計の割合は六二・四％という高率になる（同『年鑑』三六〇ページ（第三四表国民健康保険経理状況））。

(78) たとえば船員保険制度での標準報酬は三四の等級になっており、最低の第一級は月額一万二千元、最高の第三四級は一五万円である（船員保険法第四条）。また、私立学校教職員共済組合制度での標準給与は三一の等級に分れており、最低の第一級は二万六千元、最高の第三一級は一八万五千元である（私立学校教職員共済組合法第二二条）。

(79) 日雇労働者健康保険法第三〇条。

(80) 「表 4 医療保険制度別保険料率」にみられるように、船員保険制度では、保険料率のうち事業主負担分（三・六％）が被保険者負担分（二・九％）よりも大となっているが、それは事業主負担の福祉施設分〇・七％が加算されているからである（『社会保障年鑑』（一九七三年版）八ページ）。

(81) 『厚生白書』（昭和三二年度版）六二ページ。

(82) 『社会保障年鑑』(一九七三年版) 九ページ。ただし、社会保障研究所(編)『社会保障水準基礎統計』では一七、四七五円となっている(同書八〇ページ)。

(83) 前掲『社会保障水準基礎統計』に所収の「表IV—A—5 国民健康保険所得階級別世帯数・被保険者数・保険料」と「昭昭四六年度政府管掌健康保険標準報酬の総所得金額への換算率(谷口泰範氏試算)」を利用して算出した(同書八〇～八一ページ)。

(84) 医療給付費は療養の給付(家族の療養の給付)に療養費(家族療養費)を加えた額を年度間平均被保険者(または組合員)数で除したものである。

四 医療保険普及過程の意味

これまでに、医療保険制度の生成を概観し、ついで現象面での制度の現状分析の一局面として、制度が並立状態にあることならびに制度間に不均衡が生じていることの確認を行ってきた。

ここでは、それを踏まえて、医療保険制度の適用者の拡大過程がわれわれにとってどのような意味をもっているかについて若干の考察を試みよう。

(一) 健康保険法の立法のための準備が政府側において始められた大正九年(一九二〇年)は、第一次世界大戦(大正三年～七年)のあとの戦後恐慌の年で、「一般的危機」⁽⁸⁵⁾が色濃くにじみ出ていた。この年には、八幡製鉄所争議(二万三千人参加)や横浜仲仕争議などの労働争議があり、二八二件のストライキ・サボタージュ(三万六千人参加)がおこ

なわれており、件数や参加人員では前年（四九七件、六万三千人参加）や前々年（四一七件、六万六千人）、そのまた前年の大正六年（一九一七年）（三九八件、五万七千人参加）——この年にスト・サボが激増し、件数で前年の約四倍、参加人員で同じく約七倍になっている——に比べ、むしろ急激に減少しているが、これは政府・資本家側の攻勢がはげしかったことによるもので、争議行為そのものは、かえって激烈になったといわれている。⁽⁸⁸⁾労働争議は、こののちも衰えることなく続き（スト・サボの件数で二百数十件から三百数十件、参加人員で四万人前後から五万数千人に及ぶ）、健康保険法が一部施行された大正一五年（一九二六年）には、四九五件ものスト・サボ（六万七千人参加）が発生している。この年の労働組合数は四八八組合、組合員数は三八万五千人になっており、大正三年（一九一四年）から昭和二年（一九二七年）——この年から健康保険法が全面施行となり医療保険給付が開始されている——までの十数年間のうちで、少なくともスト・サボ参加人員や労働組合員数の点ではピークになっており（スト・サボ件数は大正八年より僅かに二件少なく、労働組合数は、昭和二年には五〇五組合となり一七組合増加しているが、組合員数は逆に七万五千人余り減少している）、労働運動の高まりがみられるのである。⁽⁸⁹⁾

この間に、大正元年（一九二二年）に創立された「友愛会」が、大正八年（一九一九年）には「大日本労働総同盟友愛会」⁽⁹⁰⁾となり、完全に職業別労働組合の全国連合に脱皮しており、大正九年（一九二〇年）五月には、日本最初のメーデー示威行進が東京でおこなわれ、年末には「日本社会主義同盟」がつくられ、大正十四年（一九二五年）には総同盟からとび出た左派が「日本労働組合評議会」を結成している。⁽⁹¹⁾

大正七年（一九一八年）には、「米騒動」が全国をおおう四六七カ所でおこり、延人員六〇万四、八九〇人の群衆が

参加した。⁽⁹⁴⁾「その鎮庄に軍隊の出動した地点は……合計一〇七市町村に及び、出動兵力のもっとも多いときは二万二千人以上、総兵力の延人員は五万人をこえると推定される。民衆の検挙され検事処分をうけたもの八、二五三人、うち起訴されたもの七、七七六人で、一九一八年末までに裁判が確定して懲役刑に処せられたもの二、六四五人、そのなかには無期が七人あり、なお大審院で死刑になったものが二人ある⁽⁹⁵⁾」といわれている。

小作争議を中心とする農民運動は、大正九年（一九二〇年）前後から大正末年から昭和初頭（一九二六年ないし一九二七年）にかけて上昇の一途をたどり、大正十一年（一九二二年）には全国的な「日本農民組合」が結成されている。この年の七月、コミンテルン支部日本共産党が非法下につくられたが、翌年には全黨員が検挙され、翌々年の大正十三年（一九二四年）三月、早くも解党を決議している。⁽⁹⁶⁾

健康保険法が制定された大正十一年（一九二二年）には、過激社会運動取締法案が提出されており、同保険法が施行される前年の大正十四年（一九二五年）には、治安維持法が公布実施されるとともに、男子普通選挙法も公布され、その三年後の昭和三年（一九二八年）には、同法による初の総選挙が行なわれている。⁽⁹⁷⁾この選挙は二月におこなわれたのであるがその結果、無産政党から八人の当選者が出た。「その得票合計四七万一千票、そのうち最左派の労働農民党の当選二人、得票一八万七千票あった。労働農民党の選挙運動には共産黨員が公然と活動し、演説会はほとんどみな開会と同時に解散、弁士は検束という弾圧をうけた。……政府は〔選挙の翌日の〕三月一五日、一道・三府・二七県にわたって、千数百名の共産黨員とその支持者を逮捕し、ついで労働農民党、日本労働組合評議会、全日本無産青年同盟の左翼三団体を解散させた〔Ⅱいわゆる三・一五事件〕。またこの機会に全国の道府県警察部の特高警察を

大増強し、治安維持法を緊急勅令で、死刑に処することもできるように改めた。それは共産党のみの弾圧ではなく、自由主義・民主主義・平和主義の思想と運動全体にたいする圧迫であつた。⁽¹⁰¹⁾

健康保険法が全面施行され、その医療保険給付が開始された昭和二年（一九二七年）には、一月から二月にかけて健康保険料の資本家全額負担を要求する争議が続発しており、しかも、「大戦中に三井物産につぐ大商社となつていた鈴木商店が破産し、鈴木〔商店〕に無担保で巨額の貸付をしていた台湾銀行が……休業、東京の一五銀行ははじめ小の銀行・会社が相ついで倒れ、空前の大金融恐慌になつた。」⁽¹⁰²⁾モラトリウムと巨額の補償救済策によつて、この金融恐慌は一段落したものの、二年後の昭和四年（一九二九年）の秋には、「アメリカにはじまる空前の大恐慌が資本主義世界全体をおおい、日本経済も最大の危機におちいつた。工業生産は恐慌前の頂点から恐慌の最低点までで、三〇％ないし七〇％も下がり、貿易は輸出が三七％、輸入が四〇％の急落、物価の総合指数は一七四・五から一二〇・四となつた。とくに生糸と米が暴落した。失業者は数十万人にたつし、帰農者もふくめれば三百万人以上が失業したと推定される。一九三〇年〔昭和五年〕秋の米作は大豊作であつたが、そのため米価は以前の半額以下になり農家には空前の豊作飢饉となつた。⁽¹⁰³⁾翌三一年〔昭和六年〕は北海道・東北地方の冷害・大凶作で、農民の惨状は言語に絶した。⁽¹⁰⁴⁾親子心中、娘の身売り、学童の欠食はいたるところに見られた。」⁽¹⁰⁵⁾

労働争議は、昭和三年（一九二八年）以降も、依然として激しく、昭和六年（一九三一年）——この年の九月一八日には満洲事変が起きている——にはスト・サボ九八四件（六万三千人参加）となり、件数では第一次大戦がおこつた大正三年（一九一四年）から日中戦争が始まつた昭和二年（一九三七年）までの二十数年間のうちの最高記録を示し

ている。日中戦争が始まった昭和十二年（一九三七年）においても、六二八件のスト・サボが生じており、その参加人員は一二万三千人で、後者についてのそれまでの史上最高記録をしるしている。⁽¹⁰⁸⁾

小作争議も同様に相変らずの激しさで、とくに件数では上昇の一途を辿り、昭和一〇年（一九三五年）にはついに、六、八二四件となり、大正末から昭和はじめにかけてのその三倍前後にもなっている。⁽¹⁰⁹⁾

第一次大戦の始まった大正三年（一九一四年）から日中戦争が始まった昭和十二年（一九三七年）までの二四年間における労働争議・小作争議を概観するために、労働争議におけるストライキ・サボタージュ・件数・その参加人員・小作争議件数・その参加小作人数を一覧表にしたのが表7（節末参照）であり、労働組合・小作人組合に関して、それらの組合数と組合員数を一覧表にしたのが表8（節末参照）（この方の期間は第一次大戦の終わった大正七年（一九一八年）からの二〇年間）である。これらの表に明瞭に示されているように、労働争議がまず高まり始め、少し遅れて小作争議が続発し出し、息つく暇もなく、それらが激化して行くという情況の下で、工場法の適用を受ける工場と鉱業法の適用を受ける事業場や工場に使用される労働者のみを強制適用者として医療保険制度が初めて制度化されたということは、その医療保険はいわゆる労働運動に対する鞭と飴の政策のうちの後者の役割を果たすためのものであり、何よりも当時の日本の資本主義体制が必要とする生産要素の一つとしての労働力の確保を目的とするものであったことは疑いをいれないところである。

わが国の社会保険の第一号としての健康保険が、その適用を、工場法と鉱業法の適用事業の事業所という当時としては比較的規模の大きい生産事業所に限定し、しかも適用者をそれらの事業所の被用者のうち年収一、二〇〇円を超

える職員を除外したもの——それは現場の肉体労働者を中核とすることになる——に限ったことは、当初の社会保険としての医療保険が、労働力という生産要素の側面で考えられた限りでの労働者保険の性格を担っていたことを意味するといわなければならない。

(二) 昭和一〇年に、工場法や鉱業法の適用がなくなるとも一定規模以上の鉱工業の事業所であれば、それらをも健康保険の強制適用事業所に加えるとともに、電気・動力事業と陸上運輸交通業をも同時にその強制適用事業所に加えるに至ったことは、その時点での鉱工業生産力の増大と動力・輸送力の確保を必要とするに至ったその当時の日本の資本主義の要請に対する対応であり、また、第二次産業での労働力のみならず第三次産業の一部の労働力の確保をも必要とするに至ったことの、労働者保険での対応を意味するものと考えられる。

(三) 農民・漁民・自営業者を主たる適用対象とする国民健康保険制度の制定が、昭和八年（一九三三年）から準備が進められ、昭和十三年（一九三八年）にその実現をみていることは先に述べた通りであるが、昭和六年（一九三一年）に満州事変、翌年に上海事変がおこり、他方、同年にはさらに五・一五事件が、そして昭和十一年（一九三六年）には二・二六事件が生じ、昭和十二年（一九三七年）にはいよいよ日華事変（日中戦争）に突入するという軍国主義の背景に照らした場合、兵力の確保というその当時の時代の一つの強力なニーズに、国民健康保険制度が深いかかわりがあるとみえることは、あながち偏見であるとはいえないであろう。

小作争議が激化していたにもかかわらず、また、多くの農民の生活が貧困であったにもかかわらず、彼等農民や漁民が、健康保険法の対象からは除外されてきた。ところが、軍国主義が歴史の表に登場してきた時期に、国民健康保

險制度の制度化によって、農民や漁民が医療保険の適用対象となったということについては、国民経済上の意味よりも軍事力の増強の一環としての兵力源の培養の意味の方が、勝っていると考えざるをえない。少なくとも国民健康保険の制度化の原動力の理解との関連では、後者が重みをもつと考えられるのである。

(四) 太平洋戦争勃発の前年の昭和十五年(一九四〇年)に、船員保険と職員健康保険の二つの制度が同じ六月に創設され、七月には健康保険制度での家族療養費の支給が行なわれるに至ったことは、すでに述べた通りであるが、日中戦争に突入してすでに三年経過しておりながら、その解決の見通しは全くなく、日独防共協定の成立(昭和十一年)や日独伊三国同盟の成立(昭和十五年)に象徴されるように、ソ連との衝突(たとえば昭和十四年のノモンハン事件)・アメリカとの関係の險悪化(たとえば昭和十四年におけるアメリカによる日米通商航海条約の破棄)、日本軍の北部仏印への進駐(昭和十五年)という外交・軍事関係からみて、対ソ開戦または対米英仏開戦のいずれかの破局が予測されるような国際政治・軍事状況⁽¹⁰⁾、そしてまた、昭和十三年(一九三八年)における国家総動員法と重要産業統制法の成立、翌昭和十四年(一九三九年)における価格等統制令・地代家賃統制令・賃金臨時措置令・会社職員給与臨時措置令——九・一八ストップ令——の施行、昭和十五年(一九四〇年)における大政翼賛会の発足、総同盟の解散と大日本産業報国会の創立、米・みそ・醬油・塩・マッチ・木炭・砂糖など一〇品目の切符制の採用というような出来事に代表される国内の政治・経済・社会状況⁽¹¹⁾を勘案した場合、船員保険制度と職員健康保険制度の創設がなされ、健康保険制度に家族療養費の支給の開始がなされたことの、その当時の時代にとつての意味は、しのびよる総力戦に対応するため⁽¹²⁾のいわゆる高度国防国家という戦時体制確立の一環としての対応策であり、国民皆兵⁽¹³⁾、国民勤労報国⁽¹⁴⁾の発想にみられ

るように、必要な兵力の補給源であり、また軍需品などの戦時必需物資の生産・輸送を究極のねらいとする産業総生産力の源泉でもある国民全体の体力を疾病から防護することに何にも増して力点がおかれていたと考えざるをえない。なおまた、昭和一七年に、職員健康保険制度が健康保険制度の中に吸収合併されたことは、論理的な必然の結果であるといえる。すでに昭和一〇年において第三次産業の一角である交通運輸業の被用者が健康保険法の強制適用対象にされている以上、肉体労働の点で程度の差はあるものの、第三次産業の範囲内での区別は決して明白におこないうるものではないから、残りの第三次産業の業種を別制度にしておく積極的な根拠はなく、また年収で一、二〇〇円以下の職員は、健康保険法制定の当初から、工場法・鉱業法の適用事業所に限ってはいたけれども健康保険法の強制適用者になっていたことを考えれば、同一年収制限下である限り、両者を統合しても論理的にはさして問題は生じないと考えられる。

(四) 国家公務員共済組合制度、公共企業体職員等共済組合制度および地方公務員等共済組合制度の創設について述べよう。

国家公務員や地方公務員あるいはまた公共企業体職員という身分ないし範疇の設定は戦後のことであって、戦前は官吏・公吏などという身分が設定されていたし、戦前と戦後でのそれらの対応関係は入り組んでいるので、現行の共済組合制度とその前身は必ずしも単線的には結びつかないが、現行の国家公務員共済組合制度と地方公務員等共済組合制度の対象者の一部を適用者として、戦前の昭和十五年（一九四〇年）に勅令第八二七号により政府職員共済組合令が公布され、翌年一月一日から同共済組合制度が発足している。したがって、実質的には、この当時の政府職員は、

船員保険制度や職員健康保険制度と同じ戦前の時期に医療保険制度の適用対象に組み入れられているのであって、そのことの、その当時における時代的な意味は、何よりもまず総力戦体制の一環としての対応策なのである。戦後に続いて、国家公務員や地方公務員に対して新制度が制定されたのは、戦後の新しい身分の設定に対応しての形式上の整備をしたにすぎないというべきである。

また、地方公務員等共済組合制度に即して、より詳しくいえば、昭和三十七年に同制度が制定される直前においては、その適用者の一部は旧制度の国家公務員共済組合制度の適用者であったし、残りは地方公務員等共済組合制度のいわば直接の前身ともいふべき市町村職員共済組合制度の適用者であった。後者の制度が発足したのは昭和三〇年一月であって、それまでは、彼等（市町村職員共済組合制度の適用者）は健康保険制度の適用者となっていた。それは、昭和十七年の健康保険法の改正の折に適用者に組み込まれたのであって、職員健保の健康保険への統合と時を同じくしている。

公共企業体職員等共済組合制度についていえば、同制度の適用者は同制度が発足する直前の八年あまりの間は旧国家公務員共済組合制度の適用者であったのであり、旧国家公務員共済組合制度が発足する昭和二三年以前は、明治四〇年に勅令によって設立された国有鉄道共済組合制度などによって、その健康保険の被保険者である組合員にかなう限り、健康保険法の規定による保険給付に相当する医療給付を受けていたのである。

私立学校教職員共済組合制度と日雇労働者健康保険制度はともに昭和二十九年一月から実質的に発足をみているのであるが、前者の対象者は、それまでは健康保険制度の任意包括被保険者とされており、また彼等を対象に昭和二十七年

二月に短期給付を行なう財団法人私学教職員共済会が創設されているが、私立学校教職員共済組合制度の制定によって同制度に吸収されている。⁽¹⁵⁾ このことはともかくとして、私立学校教職員等共済組合と日雇労働者健康保険の二つの制度の創設の意味は、昭和三十一年から動き出し昭和三十六年四月に達成したといわれている国民皆保険計画の一種の先取りとして、私立学校教職員と日雇労働者という二つの社会層についての医療保険制度の創設であると考えられる。

(六) 旧国民健康保険の全部改正によって、昭和三十四年に新国民健康保険制度がスタートしたことは、いうまでもなく医療保険についての国民皆保険計画の具体化にはかならないのだが、その国民皆保険という発想それ自体のもつ意味を問わなくてはならない。

医療保険の国民皆保険計画の策定がなされた昭和三十一年（一九五六年）には、わが国の工業部門の生産水準が戦前水準（一九三四～三六年）の倍以上になり、一人当りの実質国民所得も戦前水準を若干上廻るほどの状態になっている。すなわち、一九三四～三六年（昭和九年～一一年）平均を一〇〇とした場合のこの年の鉱工業生産指数は二一九・一、製造工業生産指数は二三一・三となっており、一人あたり実質国民所得指数は一一九・〇となっている。⁽¹⁷⁾ 昭和三十一年は、いわゆる神武景気（昭和三〇年下期より昭和三十一年上期まで）のさ中にあり、好況が続く高原景気を謳歌した年である。国民一人あたりの実質国民所得指数が、国民の経済生活の程度をおしはかる一つの物指しとなりうるとするならば、昭和二八年になってようやく戦前水準を回復し（九八・二）、⁽¹⁸⁾ 昭和三〇年には同水準を抜き（一〇九・五）、⁽¹⁹⁾ 昭和三十一年には、神武景気に加速されてさらに水準がアップされ、この年になって、おそらく将来にむけて引続き国民の経済生活水準の上昇を期待できる展望が開けたものと考えられる。昭和三十一年の経済成長率（実質国民総生産対前年度比

増加率は、九・〇%、翌昭和三年七・九%、昭和三年三・二%（前年の下期からこの年の下期まで、いわゆる「なべ底不況」、昭和四年一七・九%（この年の下期から昭和五年下期まで、いわゆる「岩戸景気」、昭和五年（一九六〇年）一三・三%、昭和六年一四・〇%、昭和七年五・九%、昭和八年八・三%、昭和九年一三・九%、昭和四〇年（一九六五年）一〇・三%、昭和四一年一〇・八%、このあとも数年一三%前後の経済成長率が続き、昭和四五年には少し落ちて九・五%となっている。⁽¹²⁾

これに呼応して国民一人あたりの実質国民所得指数も順調に増大し、昭和三年一二六・二、昭和三年一三一・四、昭和五年一七三・八、昭和六年一九二・九、昭和七年二〇三・三というように推移している。⁽¹³⁾ 医療保険についての国民皆保険計画の策定が行なわれた昭和三年において、その後が続く数年間ないし十数年間に右に述べたような高度の経済成長率や国民一人あたり実質国民所得指数の急テンポの増大がみられることを、必ずしも確実に予測しえたとはいえないが、少なくとも経済面に関するかぎりかなり明るい見通しをもちうる情勢にあったといえる。

昭和三年（一九五六年）七月一七日に経済企画庁から発表された経済白書（『日本経済の成長と近代化』）という副題がついている）ではつぎのように述べられている。「いまや経済の回復による浮揚力はほぼ使い尽された。なるほど、貧乏な日本のこと故、世界の他の国々にくらべれば、消費や投資の潜在需要はまだ高いかもしれないが、戦後の一時期にくらべれば、その投資の熾烈さは明かに減少した。もはや「戦後」ではない。われわれはいまや異った事態に当面しようとしている。回復を通じての成長は終わった。今後の成長は近代化によって支えられる。そして近代化の進歩も速かにしてかつ安定的な経済の成長によって初めて可能となるのである。」「新しきものの摂取は常に抵抗を伴

う。経済社会の遅れた部面は、一時的には近代化によってかえってその矛盾が激化されるごとくに感ずるかもしれない。しかし長期的には中小企業、労働、農業などの各部面が抱く諸矛盾は経済の発展によってのみ吸収される。近代化が国民経済の進むべき唯一の方向とするならば、その遂行に伴う負担は国民相互にその力にに応じて分け合ねばならない。」「近代化——トランスフォーメーション——とは、自らを改造する過程である。その手術は苦痛なしにはすまされない。」「戦後一〇年われわれが主として生産量の回復に努めていた間に、先進国の復興の目標は生産性の向上にあった。」「われわれは日々に進みゆく世界の技術とそれが変えてゆく世界の環境に一日も早く自らを適應せしめねばならない。もしそれを怠るならば、先進工業国との間に質的な技術水準においてますます大きな差がつけられるばかりでなく、長期計画によって自国の工業化を進展している後進国との間の工業生産の量的な開きも次第に狭められるであろう。」「このような世界の動向に照らしてみれば、幸運のめぐり合せによる数量景氣の成果に酔うことなく、世界技術革新の波に乗って、日本の新しい国造りに出発することが当面喫緊の必要事ではないであろうか。」⁽¹²⁵⁾

右に述べられていることは、つまるところ、戦後一〇年にしてようやく経済復興を終えた日本が、今後⁽¹²⁶⁾も経済の成長を維持していくためには、「日本の経済構造を世界の技術革命の波に遅れないように改造して」ゆかねばならないということであり、その構造改造過程では若干の矛盾が生じるけれども、長期的には解消されるであろうという見通しをもっているということである。昭和三十一年に発表された経済白書において、生産性上昇のための技術革新を遂行していく過程において、とくに中小企業、労働、農業などの部面に経済の矛盾のしわ寄せがゆくことの予測が明示されていることと、医療保険の国民皆保険計画の策定が昭和三十一年に行なわれたこととは、見事な対応関係をなしてい

る。ということ、先にもふれたように、昭和三十一年三月末における医療保険の普及率は六八・一％であって、約三分の一の国民が医療保険の適用者とはなっていないのであるが、これらの未適用者層というのは、零細な企業規模の自営業者、零細企業の被用者および農民などの階層にはかならないと考えられるからである。したがって、政策面に関する限りでは、昭和三〇年代においてまさに遂行されようとした日本経済の近代化に伴う矛盾緩和策の一つとして、医療保険の国民皆保険計画が登場したものと考えられる。

(七) 昭和三十六年（一九六一年）四月一日現在の医療保険の普及率が、先に述べたように九七・八七％であったということは、医療保険についての国民皆保険計画が成功裡に実現できた証左であるといえる。その時点において、社会保険が、医療保険部門に関する限り、労働者保険から国民保険への脱皮を名実ともに実現しえたことになる。もしそうだとするならば、かような脱皮をせざるをえなかった社会的経済的思想的な状況として、大正九年ないし昭和二年から昭和三十六年までの数十年間にどのような実態が存在していたといえるであろうか。このことに關しては、以下の事柄を指摘することが可能であろう。

(1) まず基本的なものの一つとして経済構造の変化が考えられる。経済構造の変化は、さまざまな角度から指摘されねばならないが、たとえば、第一次産業・第二次産業および第三次産業のそれぞれの比重の変化（Ⅱ産業構造の変化）、市場経済における大企業の優位・独占市場ないし寡占市場の形成（Ⅱ市場経済構造の変化）、経済の規模に対する国家財政規模の比重の増大（Ⅱ自由経済体制への計画要因の導入、経済体制の多様化）、経済の国際化などをあげうるが、経済構造の変化をもたらしている原動力としては、工業生産力の急速な発達を指摘せざるをえない。一部の先進国を

めぐる工業生産力の異常な発達という世界的経済状況の下での、適合的な経済体制の模索過程⁽¹²⁾として経済構造の変化が生じていると考えられる。国民大衆がその中に生活していかなければならぬ経済構造の変化は必然的に国民大衆の生活の在り方に重大な変化を及ぼさずにはすまされない。

(2) 右の経済構造の変化をうけて大衆社会状況が出現したと考えられる。少なくとも国民大衆に関する限り、社会階層間の所得水準の平準化傾向がみられる。巨大企業の誕生や大都市周辺の土地の異常な高騰などによって、富の極端な偏在が生じ、一握りの少数の富裕な階層が依然として存在しているが、残りの大多数の国民大衆に関しては、かつて存在していたような階層間格差はむしろ解消される傾向にある。たとえば工業化の促進に伴う労働力不足を反映してブルーカラーの所得水準が相対的に上昇してきたことにより、ホワイトカラーとの所得格差が縮小されていると考えられるし、また、やはり労働力不足を主因として、初任給の相対的上昇による若年層と壮年層との所得水準の接近がみられる。電化ブーム・モータリゼーションなどによる生活様式の均一化を通じての社会階層の隔壁の消滅もある。また、大量生産・大量消費の時代風潮の下での類似的な消費経済水準が国民大衆の間に存在している。このような意味での大衆社会の出現は、国民の大多数に対して中流階級意識を少なくとも主観的にはもたせただけでも、客観的な経済事実としては、むしろ経済生活基盤の相対的な脆弱化をもたらしていると考えられる。重大な疾病・負傷による離職や定年退職の後の経済生活が一般に貧困にさらされるおそれが大であるということが、そのことを何よりも雄弁に物語っている。慢性化したインフレ現象、土地・住宅の価格と賃金・給料との極度なアンバランスは、一見豊かにみえる国民大衆の経済生活が砂上の楼閣でしかないものになっている。労働力の所有者である限りでの国民大衆の

日々の経済生活は、戦前に比べて、おしなべて高水準になってはいるが、ひとたび災厄や老齡などの重大な出来事に遭遇すれば、その経済生活の水準は一挙に大幅な下落を余儀なくされ、かつてよりも強く貧困感になやまされるおそれが出てきているのである。

(3) 第三には、平等思想・権利意識の高揚をとりあげなければならない。おしなべて中流階級になったという自意識と常に経済不安にさらされているという潜在意識とが交錯すれば、その結果として、医療保障へのニードが広く国民大衆の間に生じてくることになろう。戦後においてつちかわれた権利主張の思想・平等思想が一つの挺子となって、国民はすべて医療保障を入手する権利があると考える精神的風土が醸成されたであろうことは十分にありうることである。つまり医療保険制度はナショナル・ミニマムないしシビル・ミニマム⁽¹²⁹⁾の一環を形成しているものとして国民大衆からうけとられるようになったといえるのである。

表 3 医療保険制度別医療給付率 (1972 年 3 月末現在)

医療保険制度と社会	制度の種類	保険者	適用者	医療給付率	
				被保険者	被扶養者
被用者保険	政府管掌健康保険制度	政府	中小企業の被用者とその被扶養者	10割 (ただし、初診・入院時に一部負担金あり)	5割 ⁴⁾
	組合管掌健康保険制度	健康保険組合 (1,502)	主として大企業の被用者とその被扶養者	10割(上に同じ)	5割 ⁴⁾ (ただし、附加給付あり)
	日雇労働者健康保険制度	政府	日雇労働者とその被扶養者	10割 (ただし、初診時のみ一部負担金あり。なお特別療養費は5割給付 ²⁾)	5割
	船員保険制度	政府	船員とその被扶養者	10割 (ただし、初診時のみ一部負担金あり)	5割
	国家公務員共済組合制度	共済組合 (25)	国家公務員とその被扶養者	10割 (ただし、初診・入院時に一部負担金あり)	5割 (ただし、附加給付あり)
	地方公務員等共済組合制度	共済組合 (89)	地方公務員等とその被扶養者	10割(上に同じ)	5割 (上に同じ)
	公共企業体職員等共済組合制度	共済組合 (3)	日本専売公社、日本国有鉄道、日本電信電話公社の役職員とその被扶養者	10割 (上に同じ)	5割 (上に同じ)
一般国民保険	私立学校教職員共済組合制度	共済組合 (1)	私立学校教職員とその被扶養者	10割 (上に同じ)	5割 (上に同じ)
	国民健康保険制度	市町村(特別区) (3,256) 国民健康保険組合 (194)	農民、漁民、自営業者、無業者等とその被扶養者	7割	— ³⁾

注 1) 総理府社会保障制度審議会事務局 (編)『社会保障統計年報』(昭和 46 年版) 51, 63, 64 ページ, 健康保険組合連合会 (編)『社会保障年鑑』(1973 年) 8~9, 347, 359, 378, 379 ページを参照して作成。

2) 日雇労働者健康保険制度における特別療養費 5 割給付というのは、はじめて被保険者手帳の交付を受けた者などに対する一定期間中の療養の給付の 5 割削減の取扱いのことをいう (詳しくは日雇労働者健康保険法第 17 条 4~第 17 条 6 の参照のこと)。

3) 国民健康保険制度のところで、被扶養者欄が空欄になっているのは、農民、漁民、自営業者本人であろうと、その被扶養者であろうと、ともに被保険者になっているからである。

4) 新聞報道 (昭和 48 年 (1973 年) 9 月 19 日付け『朝日新聞』「法案の動き」の欄) によれば、「健康保険法等改正 (保険料を引き上げる一方、家族給付率を 7 割に改定する)」の法案が 9 月 18 日に成立した。実施は昭和 48 年 10 月からである (昭和 48 年 9 月 17 日付け『朝日新聞』)。改正の法律が公布された『官報』をまだみる機会をもたないが、被用者保険の他の制度の被扶養者の給付率も同様に 7 割に引き上げられたものと推定される。

表 4 医療保険制度別保険料率 (1972 年 3 月末現在)

制 度 の 種 類		保 険 料 率			国 庫 負 担	
		被保険者負担分	事業主負担分	計	給 付 費	事務費
被用者保険	政府管掌健康保険制度	3.50%	3.50%	7.00%	275 億円 ³⁾	全 額
	組合管掌健康保険制度	29.38% ²⁾	40.39% ²⁾	69.77% ²⁾	3 億円 ³⁾	全 額
	日雇労働者健康保険制度	1級日額 13 円 ⁴⁾ 2級 〃 10 円	1級日額 13 円 ⁴⁾ 2級 〃 10 円	1級日額 26 円 ⁴⁾ 2級 〃 20 円	給付費の 35/100 ³⁾	全 額
	船員保険制度	2.9%	3.6% ⁵⁾	6.5%	疾病給付補助 6 億円 ⁶⁾	全 額
	国家公務員共済保険制度	3.0～4.1%	3.0～4.1%	6.0～8.2%	な し	全 額
	地方公務員等共済組合制度	3.43% ⁷⁾	3.43% ⁷⁾	6.86% ⁷⁾	な し	な し
	公共企業体職員等共済組合制度	3.05～3.4%	3.05～3.4%	6.1～6.8%	な し	な し
	私立学校教職員共済組合制度	3.8%	3.8%	7.6%	な し	一 部
一般国民保険	国民健康保険制度			(平均一世帯当たり年額) ⁸⁾ 17,069円	療養給付費の 40%, 療養給付費の 5% の調整交付金その他	全 額

- 注 1) この表は、健康保険組合連合会 (編)『社会保障年鑑』(1973 年) 8~9 ページを参照して作成したもの
- 2) 組合管掌健康保険制度の保険料率は 1971 年度末全組合の平均料率
- 3) 政府管掌健康保険制度と組合管掌健康保険制度の給付費についての国庫負担額は 1971 年度当初予算額
- 4) 日雇労働者健康保険制度における 1 級, 2 級の区別は賃金日額が 480 円以上の場合と未満の場合とによる
- 5) 船員保険制度における事業主負担の保険料率部分には福祉施設分としての 0.7% を含む
- 6) 船員保険制度における給付費についての国庫負担額は 1971 年度当初予算額
- 7) 地方公務員等共済組合制度の保険料率は地方職員共済組合の料率
- 8) 国民健康保険制度の平均一世帯当たりの年額で示されている保険料は 1970 年度のもの

表 5 政府管掌・組合管掌健康保険制度の標準報酬 (1972 年 3 月末現在)

標準報酬	報酬月額
等級	月 額
1	3,000 円
2	4,000
3	5,000
4	6,000
5	7,000
6	8,000
	~ 3,500 円 (未満)
	(以上)
	3,500 ~ 4,500
	4,500 ~ 5,500
	5,500 ~ 6,500
	6,500 ~ 7,500
	7,500 ~ 8,500

標準報酬		報酬月額
等級	月額	
7	9,000	8,500～ 9,500
8	10,000	9,500～ 11,000
9	12,000	11,000～ 13,000
10	14,000	13,000～ 15,000
11	16,000	15,000～ 17,000
12	18,000	17,000～ 19,000
13	20,000	19,000～ 21,000
14	22,000	21,000～ 23,000
15	24,000	23,000～ 25,000
16	26,000	25,000～ 27,000
17	28,000	27,000～ 29,000
18	30,000	29,000～ 31,500
19	33,000	31,500～ 34,500
20	36,000	34,500～ 37,500
21	39,000	37,500～ 40,500
22	42,000	40,500～ 43,500
23	45,000	43,500～ 46,500
24	48,000	46,500～ 50,000
25	52,000	50,000～ 54,000
26	56,000	54,000～ 58,000
27	60,000	58,000～ 62,000
28	64,000	62,000～ 66,000
29	68,000	66,000～ 70,000
30	72,000	70,000～ 74,000
31	76,000	74,000～ 78,000
32	80,000	78,000～ 83,000
33	86,000	83,000～ 89,000
34	92,000	89,000～ 95,000
35	98,000	95,000～101,000
36	104,000	101,000～

資料：健康保険法第3条

表 6 医療保険制度別平均標準報酬月額・被保険者
一人当たり保険料・医療給付費 (1970 年度)

制 度 の 種 類		平均標準 報酬月額	平均標準 報酬月額 ×12 (A)	被保険者一 人当たり保険 料 (年額) (B)	被保険者一 人当たり被保 険者負担分 保険料 (年 額) (C)	被保険者一 人当たり医療 給付費 (年 額) (D)	(C) — (A)	(D) — (B)
被 用 者 保 険	政府管掌健康保 険制度	円 49,960	円 599,520	円 39,327	円 19,664	円 40,208	% 3.3	% 102.2
	組管掌健康保 険制度	61,915	742,980	47,770	20,063	32,962	2.7	69.0
	日雇労働者健康 保険制度	(平均賃 金日額) 2,198	—	6,563	3,282	56,156	—	855.6
	船員保険制度	66,200	794,400	78,806	35,147	49,856	4.4	63.3
	国家公務員共済 組合制度	60,730	728,760	53,777	26,889	46,017	3.7	85.6
	地方公務員共済 組合制度	65,643	787,716	52,115	26,058	42,126	3.3	80.8
	公共企業体職員 等共済組合制度	62,716	752,592	48,771	24,386	37,589	3.2	77.1
	私立学校教職員 共済組合制度	50,731	608,772	38,492	19,246	38,818	3.2	100.8
一 般 国 民 保 険	国民健康保険制 度	—	—	(一世帯当 り) 17,475	(一世帯当 り) 17,475	(一世帯当 り) 58,958	—	337.4

資料 1) 平均標準報酬月額……健康保険組合連合会 (編)『社会保障年鑑』(1973 年), 東洋経済新報社, 昭和 48 年, 347, 356, 372, 378, 379 ページ (原資料: 厚生省保険局, 社会保険庁, 大蔵省統計局, 自治省行政局, 文部省管理局調べ)

2) 被保険者一人当たり保険料 (年額)・医療給付費 (年額)……社会保障研究所 (編)『社会保障水準基礎統計』東洋経済新報社, 昭和 48 年, 74, 80 ページ (原資料: 社会保障制度審議会事務局『社会保障統計年報』)。ただし, 国民健康保険制度の一世帯当り医療給付費 (年額) は, 『社会保障水準基礎統計』の 74 ページに所収の被保険者一人当りの医療給付費 円 17,652 に一世帯当りの被保険者数 3.34 人 (総被保険者数 4,229 万 4 千人÷総世帯数 1,265 万 3 千世帯——同書 80 ページ) を乗じて算出。

注 1) 被保険者一人当たり被保険者負担分保険料 (年額) は被保険者一人当たり保険料 (年額) に保険料率中に占める被保険者負担分の割合 (表 3 から算出) を乗じて筆者が算出。

2) 平均標準報酬月額×12, (C)/(A), (D)/(B) の欄の数字は筆者が算出。

3) 国民健康保険制度の一世帯当りの保険料 (年額) の数字は同じ 1970 年度のものでありながら表 3 に引用したものとより 406 円多いが, 資料の出所による誤差である。

表 7 労働争議・小作争議に関する統計 (1914~37)

	労働争議にお けるストライ キ・サボター ージュ件数	参 加 人 員	小作争議件数	参加小作人数
1914 年 (大 3 年)	50	7,904	—	—
15 (4)	64	7,852	—	—
16 (5)	109	8,413	—	—
17 (6)	398	57,309	85	—

		労働争議におけるストライキ・サボタージュ件数	参 加 人 員	小作争議件数	参加小作人数
18	(7)	417	66,457	256	—
19	(8)	497	63,147	326	—
20	(9)	282	36,372	408	34,605
21	(10)	246	58,225	1,680	—
22	(11)	250	41,503	1,578	125,750
23	(12)	270	36,259	1,917	134,503
24	(13)	333	54,562	1,532	110,920
25	(14)	293	40,742	2,206	134,646
26	(15)	495	67,234	2,751	151,061
27	(昭2)	383	46,672	2,053	91,336
28	(3)	393	43,337	1,866	75,136
29	(4)	571	77,281	2,434	81,998
30	(5)	901	79,824	2,478	58,565
31	(6)	984	63,305	3,419	81,135
32	(7)	870	53,338	3,414	61,499
33	(8)	598	46,787	4,000	48,073
34	(9)	623	49,478	5,828	121,031
35	(10)	584	37,650	6,824	113,164
36	(11)	546	30,857	6,804	77,187
37	(12)	628	123,730	6,170	63,246

(注)¹ 井上清『日本の歴史』(下) 岩波書店, 1966 年, 134, 142~143, 170~171 ページにおける労働運動・農民運動に関する統計より作成。

表 8 労働組合・小作人組合に関する統計 (1918~37 年)

	労働組合数	組 合 員 数	小作人組合数	組 合 員 数
1918 年 (大7年)	107	—	88	—
19	(8)	187	—	84
20	(9)	273	—	352
21	(10)	300	103,412	681
22	(11)	387	137,381	1,114
23	(12)	432	125,551	1,530
24	(13)	469	228,278	2,337
25	(14)	457	254,262	3,496
26	(15)	488	384,739	3,926
27	(昭2)	505	309,493	4,582
28	(3)	501	308,900	4,353
29	(4)	630	330,985	4,156
30	(5)	712	354,312	4,208
31	(6)	818	368,975	4,414
32	(7)	932	377,625	4,650

		労働組合数	組合員数	小作人組合数	組合員数
33	(8)	942	384,613	4,810	302,736
34	(9)	965	387,964	4,390	276,146
35	(10)	998	408,662	4,011	242,422
36	(11)	973	420,589	3,915	229,209
37	(12)	837	359,290	3,879	226,919

(注) 井上清『日本の歴史』(下) 岩波書店, 142~143, 170~171 ページにおける労働運動・農民運動に関する統計より作成。

- (85) 井上清『日本の歴史』(下) 岩波書店、一九六六年、一四一ページ。大正九年(一九二〇年)三月十五日、「株式市場、株価暴落で混乱、東京株式取引所は三・一六と三・一七、大阪株式取引所は三・一六後場と三・一七休業、米穀以外の商品市場への影響は軽微(戦後恐慌)始まる」、同年四月七日、「増田ビル・ブローカー銀行、手形交換所決済の入金不能」、同年同月同日、「株式市場、株価暴落で混乱、各地株式取引所は四・七午後から四・一二まで休業、商品相場も下落」、同年同月二日、「日銀、株式市場救済のため、月末受渡資金の融資を表明、四・一五銀行シンジケート経由の整理資金供給方式を決定」、同年同月一六日、「栃木伊藤銀行支払停止(取付で支払停止する地方銀行続出、五月中旬に一応沈静)」、同年同月同日、「原首相、財界救済を言明」、同年同月二〇日、「日銀、製糖会社に救済資金融資決定(ひきつづき製鉄業・産銅業・絹織物業・製糸業・元織物業などに特別融資決定)」、この年「日銀の銀行救済のための支払準備金特別融資、本年中に三五行・一億五二二万円」(岩波書店編集部(編)『近代日本総年表』岩波書店、一九六八年、二四二ページおよび二四四ページ)。
- (86) (87) 山田盛太郎『日本資本主義分析』岩波書店、昭和四三年、二二六ページ。
- (88) 井上清、前掲書、一三四ページ、一四一〜一四三ページ。なお、大正八年(一九一九年)の大規模争議としては、東京砲兵工廠争議(二万七千人参加)、足尾銅山争議(七千人参加)があり、大正一〇年(一九二一年)には三菱川崎造船争議(二万三千人参加)がおこっている(山田盛太郎、前掲書、二二六〜二二七ページ)。
- (89) 井上清、前掲書、一三四ページおよび一四三ページ。なお、大正一五年(一九二六年)の有名争

議としては、郵船船員争議があり、翌昭和二年のそれとしては、浜松楽器争議、野田醬油争議があり、後者は翌年まで続いている（山田盛太郎、前掲書、二二七ページ）。

(90) 大正八年（一九一九年）八月三〇日、「友愛会七周年大会、大日本労働総同盟友愛会と改称（理事の合議制、会長公選など決定）」（前掲『近代日本総合年表』二三八ページ）。

(91) 井上清、前掲書、九九ページおよび一四〇～一四一ページ。「友愛会」は、「キリスト教人道主義から労働問題に関心をもった鈴木文治によってつくられた」労働者団体であって、「それは労資協調主義に立ち、一方では資本家の反省をもとめ、他方では労働者の品性の修養、技能の向上、共済友愛をはかり、協同して労働者の地位を向上させることを目的とした。労働組合の存在がゆるされないこの時期のこととて、友愛会は先進的な熟練工をひきつけた。一五人で出発したこの会は、四年後には、全国の工業地帯に支部と二万人の会員をもつ、全国組織になった。それとともに、資本家に対抗して労働者の生活と権利をまもりかちとる組織、すなわち労働組合的な性質をもちはじめた」（同書九九ページ）。

(92) 大正九年五月二日、「日本最初のメーデー、上野公園で開催（日曜）、参加一万人余、治安警察法第一七条撤廃・失業防止・最低賃金法設定の三要求を決議（〈聞け万国の労働者〉唱われる）」（前掲『近代日本総合年表』二四二ページ）。

(93) 井上清、前掲書、一四一ページ。大正一四年（一九二五年）五月二四日、「総同盟革新新同盟全国大会（神戸、一五・二五）、総同盟より分離し日本労働組合評議会（評議会）を結成（総同盟第一次分裂）」（前掲『近代日本総合年表』二六二ページ）。

(94) 山田盛太郎、前掲書二二六ページ。なお、他の説によると、「民衆の示威・暴動のおこった地域は、一道三府三七県にまたがり、三八市、一五三町、一七七村（計三六八市町村）、暴動にいたらないまでも、群衆が集まりまたは不穏な事態の生じた市町村を合わせると、四三六市町村となる」といわれている（井上清、前掲書、一三八ページ）。また、『近代日本総合年表』によると、大正七年（一九一八年）七月二三日、「富山県下新川郡魚津町の漁民妻女ら数十人、米価高騰防止のため米の

県外への船積み中止を荷主に要求しようとして海岸に集合（米騒動の始まり）、同年同月二九日、「米価（期米・正米とも）天井知らずの勢いで暴騰を続け、小売価格も一円で二升四合（二等米）を記録」、同年八月一〇日、「米騒動、名古屋・京都両市に波及、八・一三〇八・一四全国大・中都市の米騒動絶頂に達する（九・一七までに、三七市・一三四町・一三九村で大衆行動、検挙者数万、起訴七、七〇八人）」（同書、二三四ページおよび二三六ページ）。

(95) 井上清、前掲書、一三八ページ。

(96) 井上清、前掲書、一四一〜一四二ページ。なお、大正九年（一九二〇年）の小作争議件数四〇八、参加小作人数三四、六〇五人、小作人組合数三五二、大正一〇年（一九二一年）の小作争議件数一、六八〇、小作人組合数六八一、大正一五年（一九二六年）の小作争議件数二、七五一、参加小作人数一五一、〇六一人、小作人組合数三、九二六、組合員数三四六、六九三人となっている（同書一四二ページ）。大正一一年（一九二二年）四月九日、「日本農民組合、神戸で創立（組合長杉山元治郎）、一月創刊の《土地と自由》、機関誌となる」（前掲『近代日本総合年表』二五〇ページ）。

(97) 大正一一年（一九二二年）七月、「水曜会・暁民会・建設者同盟などの社会主義者、日本共産党を非合法に結成、一一月、コミンテルン第四回大会で日本支部として承認」（前掲『近代日本総合年表』二五二ページ）。

(98) 井上清、前掲書、一四二〜一四四ページ。大正一三年（一九二四年）三月、「第一次日本共産党、解党を決議」（前掲『近代日本総合年表』二五八ページ）。

(99) 山田盛太郎、前掲書、二二七ページ。大正一一年（一九二二年）三月二四日、「貴族院、過激社会運動取締法案を修正可決（衆議院で審議未了）」（前掲『近代日本総合年表』二五〇ページ）。

(100) 井上清『日本の歴史』（上）岩波書店、二九六ページ。大正一四年（一九二五年）三月二日、「衆議院、普通選挙法案を修正可決、三・二六貴族院、修正可決、三・二九両院協議会案成立」、同年同月七日、「衆議院、治安維持法案を修正可決、

三・一九貴族院可決」、昭和三年（一九二八年）二月二〇日、「第一六回総選挙（最初の普通選挙、政友会からうじて第一党、政友二一七、民政二一六、無産諸派八、実業同志会四、革新三、中立その他一八）」（前掲『近代日本総合年表』二六二ページおよび二七四ページ）。

(101) 井上清『日本の歴史』（下）一七一〜一七二ページ。昭和三年（一九二八年）三月一五日、「共産党員全国的大検査（幹部の多くは逮捕を免れる。四八八人起訴（三・一五事件）、四・一一記事解禁）」（前掲『近代日本総合年表』二七四ページ）。

(102) 前掲『近代日本総合年表』二七〇ページ。

(103) 井上清、前掲書、一六六ページ。昭和二年（一九二七年）三月一五日、「東京渡辺銀行・あかち貯蓄銀行休業、京浜地方に銀行取付おこり、三・一九中井銀行、三・二二村井・中沢・八十四・左右田などの諸銀行休業（金融恐慌）はじまる。」、

同年同月二一日、「日銀、市中銀行に対し非常貸出を実施（三・二三までに六億円突破）」、同年同月二二日、「蔵相、日銀総裁、それぞれ財界安定に関する声明を発表」、同年同月二六日、「台湾銀行、（株）鈴木商店に新規貸出停止を通知」、同年四月五日、

「（株）鈴木商店、新規取引中止を発表（鈴木商店破綻）」、同年同月八日、「鈴木商店系の第六十五銀行（神戸）休業、株式相場暴落」、同年同月一八日、「台湾銀行、在台湾店舗を除き全支店休業、近江銀行（大阪）休業、全国に銀行取付おこる」、同年同月同日、「日銀総裁、財界動揺防止に関する声明」、同年同月二一日、「全国的に銀行取付激化、十五銀行など休業」、同年同月二二日、「金銭債務の支払延期および手形の保存行為の期間延長に関する件公布（緊勅）（三週間のモラトリウム）即日施行」、同年同月同日、「東西手形交換所・銀行集会所理事会の決定により、全国の銀行一斉休業（四・二三）、信託会社もこれにならう。株式・商品取引所はモラトリウム期間中休業。」、同年同月二四日、「日銀総裁、取引先以外の銀行へも援助を与える旨声明（四・二五までの対市中銀行貸出残高、二〇億円を突破）」、同年同月二五日、「全国の銀行、営業を再開」（前掲『近代日本総合年表』二七〇ページ）。

(104) 昭和四年(一九二九年)一〇月二十四日、「ニューヨーク株式市場大暴落(暗黒の木曜日)世界恐慌はじまる」(前掲『近代日本総合年表』二八一ページ)。

(105) 昭和五年(一九三〇年)、この年「世界恐慌、日本に波及(昭和恐慌)、不況状態、ほぼ一九三二年頃まで続く」、「物価(日銀調べ東京卸売総平均指数)、前年比約一八%下落、特に農産物価格著しく下落し、工業製品との格差(シエール現象)拡大(豊作飢饉)」(前掲『近代日本総合年表』二八四ページ)。

(106) 昭和六年(一九三一年)、この年「不況さらに激化(とくに東北地方の冷害、凶作などによる農村不況深刻化)」(前掲『近代日本総合年表』二八八ページ)。

(107) 井上清、前掲書、一七二〜一七三ページ。

(108) 井上清、前掲書、一七一ページ。

(109) 井上清、前掲書、一七〇ページ。

(110) 昭和一年(一九三六年)一月二十五日、「日独防共協定(秘密協定・秘密書翰)ベルリンで調印」、昭和二年(一九三七年)七月七日、「蘆溝橋で日中両軍衝突(日中戦争の発端)」、昭和十四年(一九三九年)五月二日、「満蒙国境ノモンハンで、満・外蒙両国軍隊衝突(ノモンハン事件)の発端」、昭和十四年(一九三九年)七月二六日、「米國務長官、日米通商航海条約および付属議定書の廃棄を通告、一九四〇年一月二六日失効」、昭和十五年(一九四〇年)九月二三日、「日本軍、北部仏印に進駐」、昭和十五年(一九四〇年)九月二七日、「日独伊三国同盟ベルリンで調印(松岡外相・オット独大使間に秘密交換公文)」(前掲『近代日本総合年表』三〇八、三一〇、三一八、三二〇および三二四ページ)。

(111) 昭和十三年(一九三八年)四月一日、「国家総動員法公布、五月五日施行」、昭和十四年(一九三九年)一〇月一八日、「価格等統制令・地代家賃統制令・賃金臨時措置令・会社職員給与臨時措置令各公布(勅)」(九・一八現在の水準に価格等を

釘づけ、へ九・一八ストップ令」、一〇・二〇施行」、昭和一五年（一九四〇年）一〇月二二日、「大政翼賛会発会式（総裁近衛首相）」、同年七月八日、「総同盟中央委員会、自発的解消決議（七・二一総同盟全国代表者会議、解散を正式決定）、七・一九日本労働組合会議・日本労働国策協会ともに解散」、同年一月二三日、「大日本産業報国会創立」、同年四月二四日、「価格形成中央委員会、米・みそ・醬油・塩・マッチ・木炭・砂糖など一〇品目に切符制採用を決定」（前掲『近代日本総合年表』三三四、三三〇、三三二および三三四ページ）。

(112) 昭和一五年（一九四〇年）七月二二日、「第二次近衛文麿内閣成立」、同年同月二六日、「閣議、基本国策要綱を決定（大東亜新秩序・国防国家の建設方針）」、同年一〇月一日、「総力戦研究所官制公布（勅）」、一九四一年四月、官吏など三六六人、研究生として初入所」（前掲『近代日本総合年表』三三二および三三四ページ）。

(113) 昭和一六年（一九四一年）十一月五日、「兵役法施行令改正公布（法）」（丙種合格も召集）（前掲『近代日本総合年表』三三八ページ）。

(114) 昭和一六年九月一日、「産報、単位産報会を部隊組織に再編する方針決定、九・一二勤労秩序確立・勤労総動員・生産力増強のスローガンを掲げ、〈働け運動〉開始」、同年十一月二二日、「国民勤労報国協力令公布（勅）」（男子一四〇歳、未婚女子一四〇・二五歳に勤労奉仕義務法制化）、一二・一施行」（前掲『近代日本総合年表』三三八ページ）。

(115) 前掲『社会保障統計年報』（一九七一年）、六七ページ。

(116) 旧国民健康保険制度は、「農漁村の住民を対象として発足した」のであるのに対して、新国民健康保険制度は、「都市と農村との区別なく、被用者を除く一般国民を対象とする医療保険」制度であること（『厚生白書』昭和三二年度版）五九ページ）を建前としている。

(117) 前掲『近代日本総合年表』四一四ページ。

(118) 『日本国勢図会』(一九六四年版) 五八ページ。国民一人あたりの実質国民所得指数を一覧表にする上表のようになる

(昭和一六〇二四については日本国勢図会へ一九五七年版) 五三ページ、昭和二五〇二九については同へ一九五八年版) 五四ページ、昭和三〇〇三七については同へ一九六四年版) 五八ページ。なお、原資料は経済企画庁調べ。

(119) 前掲『近代日本総合年表』四一〇および四一四ページ。

(120) 『日本国勢図会』(一九五八年版) 五四ページ。

(121) 『日本国勢図会』(一九六四年版) 五八ページ。

(122) 昭和三一〇三四年の経済成長率については、

『日本国勢図会』(一九六四年版) 五九ページ、「なべ底不況」については、前掲『近代日本総合年表』

四一八ページ、昭和三五〇三七年の経済成長率につ

1934~36 (昭和9~11)	平均	100.0
1941 (昭和16)		111.4
1942 (17)		106.2
1943 (18)		104.3
1944 (19)		99.1
1945 (20)	...	...
1946 (21)		52.4
1947 (22)		53.8
1948 (23)		61.4
1949 (24)		69.0
1950 (25)		80.1
1951 (26)		85.7
1952 (27)		92.3
1953 (28)		98.2
1954 (29)		98.9
1955 (30)		109.5
1956 (31)		119.0
1957 (32)		126.2
1958 (33)		131.4
1959 (34)		151.4
1960 (35)		173.8
1961 (36)		192.9
1962 (37)		203.3

いては、『日本国勢図会』(一九六四年版) 八四ページ、「岩戸景気」については前掲『近代日本総合年表』四二六ページ、昭和三八〇四一年の経済成長率については、前掲『近代日本総合年表』四四四、四四八、四五二および四五六ページ、昭和四二年以降の経済成長率については、『日本国勢図会』(一九七二年版) 八七ページ。なお昭和四二年以降数年間の経済成長率の正確な数字は、昭和四二年一三・五%、昭和四三年一三・七%、昭和四四年一二・三%となっている。

(123) 『日本国勢図会』(一九六四年版) 五八ページ。

(124) 前掲『近代日本総合年表』四一四ページ。

(125) 経済企画庁(編)『経済白書』(昭和三一年度版) 四二〇四三ページ。

(126) 同白書に収録されている「経済白書発表に際しての経済企画庁長官声明」の一部。

(127) 適用対象が、特定の階層から国民全体に拡大されることの意義については、山中篤太郎(編)『社会保障の経済理論』東洋経済新報社、昭和三十一年、一七～一九ページをみよ。

(128) このことについては、山田雄三『流動する経済体制——自由と計画のあいだ——』日本放送出版協会、昭和四五年、山田雄三『社会保障研究序説』社会保障研究所、昭和四三年の「後編 近代における経済と社会」を参照されたい。

(129) ナショナル・ミニマムないしシビル・ミニマムの意義については、青井和夫・松原治郎・副田義也(編)『生活構造の理論』有斐閣、昭和四六年、六六ページをみよ。

五 現行の医療保険制度と社会

(一) 医療保険についての国民皆保険が実現されたとはいっても、国民全部が同一条件の下で同一内容の給付をしてくれる単一の医療保険制度のかさの下にあるのではなく、すでに述べたように九つの別々の医療保険制度に分類している。九つの制度間に天地の差異があるわけではないけれども、すでに指摘してきたような不均衡がみられることは事実である。

是非はともかくとして所得税の徴収についてすら、給与所得については源泉徴収方式が行なわれ、事業所得などその他の所得については申告方式が行なわれている事実があるように、医療保険料の徴収についても給与所得者と事業所得者とは、徴収方法について差異が設けられることは、徴収の便宜に力点をおく限り、あるいはまた徴収者の立

場の論理を強く展開する限り、理解しえぬことではない。しかしながら、それだからといって、両者について医療保険料の負担苦痛度に差異があつてよいとはいえないし、医療保険給付率に不均衡があつて当然であることにはならないのである。

医療保険制度の適用者は歴史的には、当初は特定の被用者に限られており、しかもその保険料は被用者本人のみの負担ではなく、その雇主も負担することが原則となつていたという状況のところへ、遅れて、農民・漁民やその他自家営業者などがその適用者として入りこんできた格好になっている。遅れて参加する者は、とかくよそ者扱いをされ、例外扱いをされがちであるが、少なくとも医療保険制度の適用者側に立つて考える限り、その制度の草創期において、最も医療保障を必要とする社会階層が選択的にとりあげられたわけではないし、現在においても、被用者という社会階層が他の社会階層よりも強く医療保障を必要とするとはいえないのであるから、医療保障に対する主体的ニードという視点に立つた場合には、一握りの富裕な階級に属する者をのぞき、被用者であろうとなかろうと、ニードの強度について優劣はつけがたいのである。医療保障に対するニードの強弱を問題にするならば、むしろ一般的には、幼児と老人とが優先して医療保障のかさの下で保護される必要があるということになる。また、大企業の被用者よりも零細企業の被用者の方が相対的に医療保障に対するニードが大であることが考えられる。就職の段階において、すでに前者の健康度が後者のそれよりも平均的に勝れていることが考えられるうえにさらに後者の労働条件が前者のそれよりも一般的に劣っていると考えられるからである。医療保障に対するニードの大小に対応して医療保険制度間に不均衡があるならば、その不均衡の存在が是認されてしかるべきであるが、現実には、決してそうではなく、見方によ

っては、むしろ、逆の対応関係での制度間不均衡の存在である。

いかなる職業に就こうとも、いかなる職場を選ぼうとも、有職者であろうと無職者であろうとも、たとえ、その適用者となる制度が保険料の徴収の技術的制約などにより、別個のものとせざるをえないとしても、同一の保険料負担苦痛度であり、同一の保険給付率であることが結局は望ましいことになるであろう。常に有利な条件の制度の適用者で一生涯を過しうるといふ保証は誰もがもちえないからである。また、被用者保険において被用者本人とその被扶養者について保険給付率に差別が設けられていることは、個々人の医療保障権の平等を前提にするならば首肯しえないところである。それは医療保険制度が、その発足の当初において有していたと考えられる、「労働力」の保全と培養のための政策であるという性格⁽¹³⁾の残滓であるとしか考えられないものであって、早急にその差別は撤廃されねばならないものと考えられる。

同じ被用者でありながら、政府管掌健保制度の被保険者となるか組合管掌健保制度のそれとなるかによって、実質上の保険料の負担苦痛度に優劣が生じ、家族の医療費の自己負担分の多寡をも併せた保険給付率に差異が生じている原因の一つに、国家の社会保障政策と個々の企業の労務管理という企業活動との部分的な癒着⁽¹⁴⁾を挙げざるをえない。たしかに組合管掌方式には制度の民主的運営ないし経営努力の反映または健康管理の重大さを意識させるメリットもないではないが、被保険者ないしその被扶養者の罹患率の大小に伴う危険集団の最初からの優劣を宿命的なものとして、それぞれの制度が背負わされるおそれが大であるし、個々の制度の保険財政の収入面でのハンディをつけられる可能性もまた大であり、かえって、社会階層の集団的エゴを助長し、保険料負担度の大なる者と小なる者、健康にめ

ぐまれている者と然らざる者との間の社会的連帶意識を阻害し、ひいてはリスクの平均による保険制度の財政の健全化の芽をつみ、黒字財政の保険制度のものと赤字財政の保険制度⁽¹²⁾のものとが論理上必然的に生ぜざるをえないような素地を制度的につくっていると指摘しなければならない。

医療保険制度の純技術的な存在理由は、年間または生涯にわたっての変動的な医療費の負担の重圧から家計を解放し、それに代えるに経常的にして少額な医療保険料を家計に負担せしめることにあるといえるが、医療保険制度を社会的経済的に考察する場合には、ここで思考をとどめることなく、さらにその根底にあるものにかかわらしめて問題を取上げる必要があるであろう。すなわち、医療費の負担から家計が解放されているかどうかが問われると同時に、医療制度に医療保険制度を介入せしめた場合においても、かかる介入のない場合に行なわれるであろうと同様の良質の医療サービスが無差別に提供されているかどうかをも問う必要があるということなのである。

(二) 医療保険制度の存在しない状況を前提とした場合、所得の低い階層ほど医療サービスに対するニードが相対的に大でありながら、医療サービスに対する現実の需要は小さいということは、かなり現実に近い描写であるといえるであろう。富裕階級の人びとが美食と怠惰によりかえって不健康になることも十分にありうることであるが、低所得階層の人びとは低劣な労働条件の下での過酷な労働を強いられ、不十分な栄養補給しか行ないえないので、病気にかかりがちであり、負傷しがちであるにもかかわらず、医療費にふりむけうる所得部分が少ないために、よほどのことでなければ医者にかかろうとはしないからである。したがって、医療保険についての国民皆保険が実現されている今日の状況においては、医療需要の顕現のためのかような障壁がとりのぞかれることになるから、以前に比べて社会全

体の医療需要は比較にならないほど増大することになる。

医療保険制度の変革による適用者層の拡大は、すでにみてきたように必ずしも短時日の間に容易に行なわれたものではないが、しかし、制度の変革が一たん決定されるならば、一夜にして、数百万の人びとが制度の非適用者から適用者へと変わることになり、それを契機として、医療需要の急激な増大が生じることになる。けれども、医療サービスの供給量のドラスティックな増大は不可能なことである。医療サービスの本来的に個々の医師の診断・処方を原点とするものである以上、医師の数⁽¹³⁾を短期間に、大量に増やすことができないかぎり、医療サービスの供給量を急激に増えた需要量と均衡させることは出来ないことである。一人前の医師を養成するには、長い年月を必要とするから、たとえ医科大学の急増に要する財源が確保しえたとしても医師の数をきわめて短い期間に大量に増やすことは不可能である。医療保険の適用者の大幅な拡大が行なわれた場合には、相当期間にわたって、医療サービスの需給にアンバランスが生じるのは必定であるといわなければならない。

(三) わが国の現行の医療制度は自由開業医（診療所および病院）と独立採算を建前とする国公立病院とを基本としているといつて差しつかえない。この医療制度と医療保険制度の接点は保険者（政府・市町村（特別区を含む）・健康保険組合・国民健康保険組合および共済組合）による医療機関への診療報酬の支払いである。現行の診療報酬の支払いはいわゆる出来高払制であり、しかも個々の診療行為についてあらかじめ定められた点数による評価を基準として一定の単価を乗じて算出される額をもってする方式によっている。

患者が被用者保険の被保険者本人であれば、医療機関の窓口では初診時に少額の一部負担金を支払うのみであり、

被保険者の被扶養者が患者の場合には、医療費の半額が窓口で支払われるのであり、国民健康保険の場合には、被保険者たる患者は、医療費の三割を窓口で支払うことになっており、いずれにおいてもその残額の医療費は数カ月のタイム・ラグをおいて、一定の保険診療請求書式に基づいて保険者側の支払基金から医療機関に対して支払われるのであるが、その医療費は、医療機関がそれぞれ自由に決めるものではなく、医療保険制度において決定されている個々の診療行為についての点数に一定単価（現行では一〇円）を乗じたものによるのである。ところで、個々の診療行為についての点数制が、良心的な医師が本来の医療の理念に照らし、もっともよいビヘイビアをとることを可能ならしめているならば医療費の算出自体に関する限り問題はないことになるが、現行の点数制はかようなビヘイビアをとれば医療機関の経営ないし医師の生活がなりたたなくなるようになっていられるといわれている。すなわち、たとえば診断に十分な時間をかけ、投薬や注射を必要とせぬ患者には診断の結果をていねいに説明するにとどめ、生活態度や食生活の改善を必要とするものに対しては、その指示を懇切に与え、投薬や注射や手術を必要とする場合にも、純医学的立場のみからの配慮に基づいて行ない、いやしくも収益をあげるために余分な投薬や注射をするなどの行為は厳につつしんだのでは医療機関の経営がなりたたず、あるいは医師の経済生活が極度に低水準に落ちこむことが必定であるといわれている⁽¹⁸⁾。そのために、多くの患者を取扱い、数でこなしつつじつまを合わせようとすると同時に、薬の過剰投与や不必要な検査をしたり、しなくてもすむ手術を手軽にしたりして収入の増大を計るなどの反医学的な処置が横行するのであるといわれている。医学がある意味で進歩しているにもかかわらず、現実の医療サービスが低下し、ゆがめられた濃厚診療がなされるなどの乱診乱療が行なわれる一半の原因が、一部の医師や医療機関経営者のモラル

の低下による利潤追求優先の姿勢にあることは否定しえないことのように考えられるけれども、保険診療に対する報酬額算出の制度上の方法にも、乱診乱療の責を負わせなくてはならないであろう。

医師の診断に関する専門知識に高い評価を与えるという方向が強くなり出されるならば、乱診乱療の改善に大いに効果が生ずるであろう。もちろん、それと同時に医師ととりわけ開業医が利潤追求に毒されないように医師の職業の特質を正當に認識し、モラルの向上に努めることが強く要請されているといわざるをえない。⁽¹⁸⁾さらにまた、医師の老後の生活の保障の確立が必要であるし、医師の養成費の負担の問題の解決も迫られている。現行の医学機関ないし医師養成制度では多額の費用がかかるため、富裕階級の子弟でなければ医師となることは困難であるという情況の下で、開業医の多くは、自己の老後の経済保障の一環としてその子弟に後を継がせるように配慮し、それに要する多額な学資を調達するために、利潤追求の姿勢をとらざるをえないという事態も否定できないのである。そしてまた、医療サービス⁽¹⁹⁾の需給のアンバランスを解決しなければ、医師を過重労働から解放することはできないし、三時間待って三十分診療という患者ラッシュの異常状態をも解消できないであろうから、医療サービス供給量の増大のためオーソドックスな解決策は、医療従事者、とりわけ医師数の迅速な増大のため一連の施策の実行であることは明らかである。⁽¹⁸⁾

(四) 診療報酬の点数表が、技術ないし専門知識を軽視し、物を重視するという思想を基盤として作成されていること自体に、第一次的に問題があるが、その矛盾の中にまきこまれた医師ないし医療機関の経営者が、生きることのできる道を他に求められるようになっていふことにも問題がある。薬価基準と薬の実勢価格とのギャップの存在があるために、医師ないし医療機関の経営者はまさに薬の小売商人になっているのである。彼等が製薬産業や薬の問屋ある

いは薬局などから購入する価格よりも保険者側が保険医療費を医療機関に支払う際に、治療に用いた薬剤の価格算出に用いる薬価基準がかなり高いという情況が現実に存在するようになっていたために、結果として、医療機関が薬剤を多く使用すればするほど、処方技術料とは別に、薬剤の販売利潤が医療機関の収益となるようになっていた。⁽¹³⁾ このことがあるために医師の技術が不当に低評価されている穴をうめることが出来るという甚だ奇妙なことになっているのであり、そのような逃げ道が温存されているために、診療報酬の点数表の改善が放置されているといわれても致し方なく、そのしわ寄せを患者、ひいては国民自体がうけているのである。患者が過剰に投与された薬の副作用のため⁽¹⁴⁾に、かえって新たな病気をかかえこむことになり、健康をとり戻すための医療が原因となって、不健康がつくり出されているという医療の目的に逆行するという重大な事態が生じているし、わが国の一般診療費（＝国民総医療費から歯科、あんま、売薬などを除いたもの）のうちで薬剤費の占める割合が四三・七%（昭和四六年度）という他国に比べて著しく高い比率の原因の一つにもなっているのである。⁽¹⁵⁾

(五) 医学・薬学の発達と医療器械の発達の結果、医師の個人的診断治療ではすまなくなり、チーム医療とでもいべき傾向がみられる。重症の場合でも、医療保険制度の適用者がごく一部のものに限られていた以前には、入院費用の負担不能などの理由で在宅治療が珍らしくなかったけれども、医療についての国民皆保険の状況になってくると、入院患者が増大してくる。入院治療ということになると、看護婦の役割は不可欠なものとなり、その需要もまた増大する。医療器械の発達に伴い各種の検査が診断や治癒状態の把握のために必須なものになってくると各種の検査技師が以前にも増して必要かくべからざるものとなり、医師と看護婦・検査技師・栄養士等のパラ・メディカル・スタッ

フとの有機的なチームワークがますます必要になってきている。入院待ちを解消するためにベッドを増やすことが必要とされている折に、折角ベッドそのものが新規に設けられても、看護婦が不足しているために開店休業の状態に放置されている病棟が出るという事態が生じていることは、いかに看護婦不足が深刻であるか、そしてまた、女性が多くの職業に進出している今日にあって、女性の職業としてはしにせの一つである看護婦という職業の労働条件が他の職業のそれに比べていかに魅力のないものになっているかを物語っているといつてよい。⁽¹²⁾

ベッドをめぐっては、ベッドそれ自体が不足していること、それに患者を収容するために必要不可欠な看護婦が不足していることのほかに、さらに、第三としては、差額ベッドの問題⁽¹³⁾がある。保険診療の方で引きうけるベッド使用料・給食代が実情に合わぬような低料金のために、入院患者に対し、相当額の自己負担をベッド使用や給食等について要求するというのが、例外ではなくむしろ常態のようになっており、診断や投薬などについての保険給付は一〇割ないし五割であるために、その負担は免除ないし軽減されても、差額ベッド料金として一日につき数千円も請求されることが、入院の重大な阻害要因となっている。

風邪などの軽度の傷病による通院治療の際には、医療保険の恩恵をこうむることはたしかであるが、いざ入院しても長期にわたる入院の際に、一カ月について一〇万円前後もの差額ベッド料金を負担しなければならぬということは、医療保険制度の本来のねらいに照らし、重大な問題であるといわねばならない。また重症患者の場合には、多額の付添料を自己負担によって処理しなければならぬ現状におかれている。医療保険制度の実をあげるためには、その負

担を取り除くことも是非とりあげられねばならないであろう。

(六) 一日に五、六〇人から約一〇〇人ほどの患者を取り扱わざるをえない多くの開業医の労働は、過酷なものの一つである。日曜・祝日に休息を求めなければ体力が保たれないであろう。⁽¹⁴⁾しかし、病氣や負傷には日曜や祝日がない。日曜・祝日における診療をどのようにして可能にするか、夜間の救急医療体制の整備⁽¹⁵⁾とともに解決を迫られている問題の一つである。

医療保険制度はそれ自体をきりはなしては絵にかいた餅であって、有効にワークするには、医療費の決済を医療保険に託しながら、必要な折にいつでも高度の医療サービスを利用しうるような医療制度が影の形にそうように充実した内容をもって確立されていなければならない。もしこのあまりにも明白なことがらが欠けていれば、いかに医療保険制度そのものが完備していても、いかに全国民が医療保険というかさの下に保護されていても、現実の効果は甚だしく低いものとなり、保険あれど医療なしということになる。⁽¹⁴⁾へき地ないし辺地や大都市近郊の新開地では医療機関の数が少なかったり、皆無であることが稀ではない。⁽¹⁴⁾かような地域の住宅にとっては、医療についての国民皆保険は空念仏でしかないのである。

(七) 練達の医師や名医は一朝一夕にはできない。若い未経験な医師や研鑽をおこたっている医師ほど医療過誤⁽¹⁵⁾を犯すおそれが多く、医師の腕の個人差の存在はかくれもない事実である。この個人差をカバーするために、あるいは無医地区の医療問題を解決するために、あるいはまた医療サービスの生産性を高めるために、コンピュータの導入による医療のシステム化が官民双方からとりあげられている。⁽¹⁶⁾純医学的なことは門外漢の筆者にはうかがい知ることはで

きないが、わが国の国民総医療費の枠がそれによってどのような影響をうけるのか、したがってまた、医療保険料へのはねかえりがどうなるかということと、病歴等のデータの保存能力の飛躍的増大に伴う国民総番号制の事実上の実施とでもいふべき事態が生じるようなことにでもなれば、その悪用のおそれをめぐっての人権擁護という基本的な問題についての不安のない解答が用意されているかどうかということがさしずめ重大関心事である。少なくとも、医療保険制度や医療制度が、したがってまた窮極的には国民が医療産業資本のえじきとなるにしかすぎないような結果は避けなければならない。⁽¹⁸⁾

(八) 医療需要は、医療保険についての国民皆保険体制を通じて、ともかくも社会化されているといえる。他方、医療供給は、自由開業医制に基づく診療所・病院を中心として、国公立の病院等に補完された形で行なわれており、社会化はされてい⁽¹⁹⁾ないのである。このように、医療需要と医療供給の基本的な在り方に決定的な差異がみられることが、実はさまざまな医療問題の根源の一つであるといわざるをえないのであるが、しかし、診療所・病院をすべて国有ないし公有にしさえすれば、そして、そのような形での医療供給の社会化を行ないさえすれば問題が解消するといえるほど、ことがしかく簡単ではないのである。何となれば、国家や地方自治体が官僚的性格の強いものであったり、一部の特権階級によって支配されているものであったり、また地方自治体が財政的に自立できず中央政府に依存しているというような状態であれば、たとえ一部の医療機関が国有ないし公有になっても、患者に対する医療サービスの質は必ずしもすぐれたものにはならないであろうし、真に国民の健康を第一義とする医療が供給されるとは限らないからである。⁽²⁰⁾ 医療機関がすべて国有・公有にされれば、たしかに営利の追求に毒されることから医療機関を解放するこ

とはできるけれども、それ以外の問題の解決に対する保証は何一つないといっても過言でないことは、現に存在している国公立の医療機関の⁽¹³⁴⁾実情をみれば容易に知れるところである。

ことは単に医療機関の所有形態そのことにあるのではなく、むしろ、医療機関の本来的な性格をいかにして患者の健康のすみやかな回復を志向するものに改革していくかに力点がおかれなければならないのである。⁽¹³⁵⁾医療サービスの実質を真に国民のものとするためには、結局は、患者になるかもしれないという危険に常にさらされている国民一人ひとりが医療問題についての正確な理解をもち、医療制度の改革の⁽¹³⁶⁾担い手となるより致し方あるまい。患者相互の連帯、患者と医師との連帯、ひいては国民の連帯が必要であることが自明でありながら、それが容易には実現されえない。病気そのものが深く文明とかかわっていると⁽¹³⁷⁾同様、医療制度そのものもまた文明ないし社会体制と密接な関係を有していることが改めて認識されるのである。

(130) このことについては、大河内一男『社会政策』（各論）有斐閣、昭和三五年、一三八―一八一ページを見よ。

(131) 健康保険の企業の福利施設の機能ないし性格については、佐口卓『日本社会保険史』日本評論新社、昭和三二年、一二、八―一四三ページ、近藤文二『社会保険』岩波書店、昭和三八年、三一三―三五九ページをみよ。

(132) 政府管掌健康保険の財政収支は、一九六二年度（昭和三十七年度）に逆調に転じ、その後ますます不均衡の度合いを強め、一九六六年度（昭和四一年度）末の累積赤字は約九七八億円に達した。「このため、六七年（昭和四二年）八月、保険料率の引上げ、初診時および入院時一部負担の引上げ、投薬時一部負担の新設等を内容とするいわゆる健保特例法により、臨時応急の対策がとられ、また、六九年（昭和四四年）九月にはこの特例法の内容（投薬時一部負担を除く）を本法に盛り込んで恒久的措

国	調査年	医師	歯科医師	医師1人あたり人口
日本	1968	111,126	35,878	910
アメリカ	1967	305,453	98,670	650
イギリス	"	56,500	12,500	860
イタリア	1968	93,537	...	580
ドイツ	1967	97,400	31,148	650
フランス	"	58,300	19,100	850
スウェーデン	"	9,240	6,130	850
スイス	1968	9,304	2,398	660
オランダ	1967	14,774	3,133	850
ソビエト	"	550,389	78,753	430

置とする法改正がなされた。このため、単年度赤字は六七年度〔昭和四二年度〕五八億円、六八年度〔昭和四三年度〕二四億
円、六九年度〔昭和四四年度〕五六億円と減少したが、いぜんとして収支の均衡が得られるに至らなかった。さらに七〇年度
〔昭和四五年度〕にはいって、医療費の増高が著しいこともあって、単年度で四六七億円の赤字を出すことになった。……七
一年度〔昭和四六年度〕末における単年度赤字は七九億円で、累積赤字は、一、九八〇億円となった〔『社会保障年鑑』（一
九七三年版）四九一五〇ページ〕。七二年〔昭和四七年〕二月に医療費が改訂され、

一三・七％の引上げが行なわれたが、新聞の報道〔昭和四八年八月二三日付け「朝
日新聞」〕によれば、七二年度〔昭和四七年度〕の収支決算の結果、単年度赤字六
百億円、累積赤字二、七〇六億円で、ともに戦後最大の赤字となっている。（なお、
右の引用数字では、単年度赤字と累積赤字間の計算が合わないが、一応そのまま引
用しておく。）

〔133〕 医師の数についての国際比較は上表のようになってい（総理府統計局（編）
『国際統計要覧』（一九七〇年）大蔵省印刷局、昭和四六年、一九七〇一九八ペー
ジ）。

なお、一九七〇年（昭和四五年）末における日本の医師数は一一万八、九九〇人
（人口一〇万対一一四・七人）であり、一〇年前に比べ約一万五、九〇〇人の増加
であり（『厚生白書』（昭和四七年版）一四〇ページ）、二年前の一九六八年に比べ
七、八六四人の増加となっている。

〔134〕 東京都在住の北村元仕氏（臨床化学者四六歳）が昭和四八年八月四日付けの

『朝日新聞』の「声」の欄につぎのような投書をされている。「主治医のO先生の診療所が経営不振で閉鎖するかもしれないという。町工場やバラックの建てこんだ衰町の小さな診療所には、朝から患者があふれ、夜になってもO先生は往診や転医の紹介にとび回っておられる。こんなに忙しくてつぶれるはずはない、とだれもが思っている。

「O先生はよく検査をし、あまり投薬をせず、患者をまめに専門病院に送る。診療室の奥には小病院顔負けの臨床検査室があり、専任の技師が四人いる。土曜の午後、診療所を訪れた私は、ぞうりばきの子供を診察しているA教授を見つけて驚いた。生理学検査データの解説にきておられるという。事務室を区切った小部屋では、患者に苦痛を与えないという最新の肺換気能検査を、その権威のT大学のK先生が検査技師と二人、患者につききりで実施していた。

「この検査は、まだ研究段階で料金が認められない。だから一時間余の検査がすむと、患者は五十円の再診料だけを払って帰る。患者も子供の母親も相手が高名な医学者とは知らない。結核専門医から開業医に転身したO先生は、ただ現在の医学の水準を町の患者に還元しようと一生懸命なのである。

「医療問題はむずかしくて私にはわからない。だが、なぜ良心に生き、患者のために奉仕し、多くの医学者たちの友情に支えられている衰町の診療所がつぶれなければならないのか。だれに訴えていいのかも私にはわからない。」

半月後の八月一九日付の『朝日新聞』の「声」の欄の中の「投書を追って」という特設欄では、右の投書を取りあげ、投書者の北村氏が東京の虎の門病院臨床化学検査部長の職にある人であり、O先生というのは実は横浜市の下町にある医療法人・平沼診療所理事長大沢猛彦氏（五二歳）であって、二人の間柄は二十数年来の付き合いであること、大沢氏は元結核予防会の勤務医で、北村氏が戦後間なく東京清瀬の病院に入院した際の手術担当医であったこと、大沢氏はその当時から患者の信頼を集めており、そのためにかえってうまく病院勤めができず、横浜のある病院に勤めていた折に患者といっしょにやった労働運動が原因で病院を追われることになり、止むなく開業医へ転向したこと、などに言及しているほか、つぎのように記されてい

る。「診療所は横浜市の下町、人口密集地帯にある。建物はお粗末だが、北村氏の投書にある通り、患者は朝からあふれ、毎日百人は下らない。もともと、他の開業医と違って朝から晩まで終日診療で、医師は当直医を含めて三人、検査技師四人、看護婦五人、そのほか事務などを合わせると総勢十数人、小病院なみの陣容だ。……万事、患者本位で運営しているが、最新の肺換気能検査もその一つ。肺への空気の入出力具合、つまり換気のよいところ、悪いところを調べる開発途上の電子機器だが、……この検査はまだ健保で認められていない。このため、診察などを含めて一時間余もかかるのに料金は再診料の五十円だけ……ところが、冷たいのは社会保険診療報酬支払基金。昨年八月から同診療所は過剰診察の疑いをもたれてか、重点審査の対象にされ、この一年間に約百万円も削られたという。」

診療報酬点数表の不合理な内容については、たとえば医師側からの発言としてつぎのようなものがある。

「一、咽頭にルゴールを塗布しますと、再診料の合計一二〇円、診察だけなら再診料は一三〇円、すなわち、薬消毒、ガーゼなどを使用すると一〇円減。二、電気治療、マッサージは一局所五〇円、再診料を入れても一局所一〇〇円、四局所すると二五〇円。三、尿の糖たん白の定性検査、血圧は計っても計らなくても増減なし。たとえば、初診でない高血圧の患者が尿たん白糖の定性検査、血圧検査なし、薬と内科再診料で六三〇円とする。次回に家族が薬だけ同量をもらいにいても再診料つきで同額なのです。実におかしいと思いませんか。血圧や尿の検査をしないで、同じ値段なんて計算が合わないではないか。この場合、差額をどうすべきか問題です。四、指を一本負傷しても、三本でも同じ価値しか認めません。五、電話で治療上の意見を求められたら、五〇円請求できるということになっています。健保連委員のかたがた、従来のわれわれに關係のない感情論、メンツを捨てて、真に大衆のための制度づくりに努力してください。」（昭和四八年六月二六日付け『朝日新聞』「声」の欄の投書。投書者は、東京都在住の岸敏郎氏（医師五六歳）である。）

「いま私が病氣になって医療を受けるとしたら、医師にこう望むだろう。病氣をなおすことに専念して欲しい。なおらない

病氣なら、少しなりと病状を改善し、苦痛を軽くすることに励んで欲しい。ゆめ私の病氣を利用してもうけようとしてたり、研究者としての名譽のために私を利用したりしないで欲しい、と。一方、市井の一開業医としての私は思う。研究や人体実験など、だいそれたことはぬきにしても食うための心配や診療要員確保の心労がつきまとうなかで、経営を度外視しろという患者さんの要望にこたえてゆくことはかなりむずかしい。再診料五〇円、時間外加算三〇円に代表される矛盾だらけの医療費体系が患者さんを手段としない、患者さんのための医療をかなり手ひどく圧迫していることを、市民のみなさんによく知ってもらいたい。そして、医療費は厚生大臣すら手をつけられず、中医協だけがこの一〇年間医療費を決定してきたのだということも知って欲しい。先日の天声人語は、やさしく相談にのってくれる町のお医者さんのためなら、市民も親身になって真剣に健保制度の矛盾を考えるという。ぜひそうであって欲しい。そのために、市民に資料を提供するマスコミのかたたちには、報道対象の真実を知る努力をも、あわせて怠らないでいただきたいと願います。」(同日付け『朝日新聞』「声」の欄の投書。投書者は、日立市在住の大塚尚氏(小児科医四五歳)である。)

「……入れ歯の外注技工料が健保で決める金額をオーバーし始めたのです。入れ歯の時点ですでに赤字であるばかりでなく、それ以後の適合というむずかしい作業もほとんどサービスというのが実態です。諸物価、人件費の高騰の折から当然のことで、いまの健保の入れ歯の点数がいかに非常識なものがわかります。歯科医とて従業員に普通なみの給料を払わねばなりません。いかに仁術とはいえ、限度があります。これでは健保の点数だけで入れ歯をすれば、倒産もしかねません。こんなばかげたことが今時あってよいのでしょうか。まったく不思議な保険制度です。」(昭和四八年八月一日付け『朝日新聞』「声」の欄の投書。投書者は、茅ヶ崎市在住の高橋韶光氏(歯科医三八歳)である。この投書は、普通の総入れ歯の上部だけで患者の自己負担が一万円にもなることについての割り切れない不快感をうったえた患者側の投書(昭和四八年八月一日付け『朝日新聞』「声」の欄の投書。投書者は武蔵野市在住の竹村一郎氏(無職六六歳)である。)に関連してのものである。)

「……〔外来患者は〕感冒、下痢といった簡単な病気がほとんどであるが、なかには母親の神経質さからくる心因的な病気の子どももたくさんいる。」「病気ではないから莫は無用」ということを納得してもらうのは容易ではない。またそれに長時間費やしても、今の保険制度では点数にならないのである。……」（昭和四八年三月一〇日付け『朝日新聞』『声』の欄の投書。

投書者は徳山市の河村実雄氏（勤務医三八歳）である。）

(135) 医師とりわけ開業医の収入（所得の実態）は必ずしも明瞭でなく、診療報酬点数表の不合理とからんでなぞに包まれているようにみえる。これに関して、浦和市の藤岡真知子さん（主婦三四歳）が、つぎのような新聞投書をし、多大の反響を呼んだ。「医療費と健保制度の矛盾をこれまで紙面で解説されている諸先生に、私の考えをお伝えします。①ご説明のように、常識外の安い医療費を請求して、どうして大部分の医師が医療用員を雇い生活してゆけるのか。②銀座その他の高級飲食店に入りできるのは社用族のほかには、医者か弁護士か土地成金と言われるのはなぜか。③ご説明の通り、医療体系がそれほど悪い状態の中で、なおかつ医者の子は医者になりたく、医者の子を医者に嫁がせたいのはなぜか。

「確かに医者さん方の矛盾の一説もわかりますが、このような矛盾を、お医者さん方から指摘、解決されない限り、健保制度の矛盾を解決できないし、私も医者以外人間が、お医者さん方の説明を理解することはできません。医療費の矛盾と医師の収入のからくりを医師の方から告発し、正しい医療制度を医師と患者が一体でつくりあげたいと願っている。」（昭和四八年六月二十九日付け『朝日新聞』『声』の欄）。

この投書に対して、医師の側からの答えが間もなく寄せられた。

「先月二十九日付、保険医に対する疑問にお答えします。

①現在のような低医療費では、とても必要な従業員は雇えません。従って医師の過重労働と家族の協力で行くりくりしています。東京の調査（四四年保団連調べ）では、一日の実診療時間八—十時間三七・八%、十一—十二時間一六・六%、一二時間以

上一二・六％です。また二年後の同調べでは東京の保険医の八三・五％が配偶者の協力を得、四〇・九％が従業員ゼロです。この傾向はますますひどくなる一方で。

② 高級飲食店の客に医者が多いとのこと意見は、保険医の何％ぐらいとお考えでしょうか。十分な資料によっていって下さい。

③ 最近のアンケート調査（日経メディカル本年三月号）では、開業医の四六％は子供に後継ぎを望み、四四％が子供次第、九％が一代限りと答えています。

私は、長男を国立医大にやっていますが、今の状況が続く限り、本人の希望にまかせて研究に進ませるつもりです。アンケートの答えも「一代限り」でした。（昭和四八年七月五日付け『朝日新聞』『声』の欄の投書。投書者は川崎市の佐久間正人氏（医師五三歳）である。）

「医師の収入のからくりを知りたい」（先月二九日付）に一言。

官公立病院が軒並み赤字なのに対し、開業医が同じ健保の診療報酬で収入を多くするのは、官公立病院の日曜、夜間休診の八時間勤務よりはるかに長い労働時間による。また支出の圧縮はまず人件費、患者数と看護婦、薬剤師、事務員、技師、炊事係などの数を比べれば明白である。一人二役、三役など日常茶飯事である。

二十余年前に、健保の診療報酬は一日患者二十人として公務員並みの所得ではじき出された。職業をついでほしいという親の願いにもかかわらず、子弟が医師になりながら嘆きは待医入沢達吉博士の嘆きでもあった。

現在の医療が地域の人の健康維持や増進に目を向ける余裕もなく、患者との人間関係を損なう三分診療と、医療従事者の低賃金と過酷な労働に支えられている状態の改善が一般医師の願いである。（昭和四八年七月五日付け『朝日新聞』『声』の欄の投書。投書者は仙台市の高世幸弘氏（勤務医五五歳）である。）

川崎市の小児科開業医の布施郎氏の場合、実診療時間一日に十一時間余り（この詳細については注（144）を見よ）、患者

数一日に五、六十人で、昭和四八年五月分の健保収入は約百万円。支出は、薬剤費（健保収入の約四〇％）・人件費（昼夜一人ずつ）・その他の経費および税金。純利益は年収三百万円程度であるという。この純益をあげるには布施氏の家族（妻・娘）の労働も与つてのことであるから、その代わりにさらに他人を雇えば人件費はそれだけ増えることになり、布施氏の純益はその分だけ低下することになる（昭和四八年七月一日付け『朝日新聞』『声』の欄の特設欄「投書を追って」の記事参照）。

医療事業に対する課税の際、健康保険収入に対しては七二％の必要経費を認める租税特別措置が適用されているが、実際の経費が約五〇％で済まされているとすれば、実質的な所得除却が二二％前後になるから、開業医がなんとかやっているといるという見解もある（右の記事に出ている東北大学抗酸菌研究所の高世幸弘医師の見解参照）。なお、「昭和四二年の申告所得医師八万五千人ほどのうち、収支計算書を提出したもの約二万人のうちから千人を抽出し、」大蔵省が調べた結果は、産婦人科五九・六％、外科五七・一％、内科五一・〇％、歯科四七・九％、平均五一・二％であった、といわれている（伊東光晴『生活のかの経済学』朝日新聞社、一九七二年、一一五ページ）。

(136) ヒポクラテス（紀元前四六〇〜三七七年）は、多くの医学史家から「医学の父」と称せられているが、彼はまた医療の倫理の提唱者でもある。有名な「ヒポクラテスの宣誓」の原文は次の通りである。

「医神アポロ、アスクレピオス、ヒギニア、バナケイアおよびあらゆる男神女神の前に誓う。この誓約、この義務を、わが力、わが誠を以て服膺せんことを。わが師を親とあがめ、祝福とともにし、必要の場合には需要の物品をもわかつべし。その子孫を視ることわが兄弟の如くし、医師を学ばんと望むものには、無報酬、無条件にてこれを授くべし。わが子、わが師の子、及び学籍に登録せられ、医師規約によりて宣誓したる人々は、学課、講演、その他すべての教習にあずからしむるも、それ以外の誰人にも許さざるべし。わが力、わが誠を以て病者のために計り、その危害を禦がんことを努むべし。

何人に請わるとも、致死薬を与えず、またかかる指導をせず、婦人に墮胎用の器具を与えざるべし。純潔と敬虔とを旨とし

て、わが生を送り、わが術を施すべし。決してみずから鐵石術を行うことなく、これを業務とする人に委ねべし。いずれの家に入るにも一に病者の安寧を念とし、不善不義を遠ざけ、ことに男女を問わず、自由民と奴隸とを論ぜず、これと情交を結ぶ如きことをなさざるべし。業務上より見聞し、または人の私生活に關して知り得たる秘密は、厳守して口外せざるべし。

われ能くこの誓いを守りて悖ることなからんには、ねがわくはわが生にわが術に幸多からしめ、永く世人の尊敬を受けしめ給わんことを。もしこれを破らば、われに処するにその逆を以てし給うべし」(今裕訳)

なお、新しくヒポクラテスの宣誓といわれているものでは、右の原文のうち、「わが師……それ以外の誰人にも許さざるべし」という部分と、「不善不義を遠ざけ……情交を結ぶ如きことをなさざるべし」の部分は削除されているのが普通であるよし。また、「ヒポクラテスの宣誓」は医師結社の入門宣誓であり、別にヒポクラテスが書いたものではなく、あるいはヒポクラテスより後につくられて、彼の名を冠せられたのかもしれない、といわれている。(中川米造『医学をみる眼』日本放送出版協会、昭和四十六年、五〇～五六ページ参照。)

なだ いなだ氏は、医者モラルの問題について、次のようにいわれる。「医者も他の人たちと同じに、金銭欲も名譽欲もある人間だ。そういう人間が、たまたま医者になったのだ。しかも、医療のしくみには、名譽と金銭がついてまわるようにできている。たとえば、病院で医者をしていけると、長の字がつけば尊敬され、同時に収入もふえる。」したがって、医者に対して「平凡なモラルを持つだけではすまされぬと要求されては、〔医療問題の〕解決はありえない。平凡な人間の反応を前提とすることが、〔医療問題の〕解決の第一歩にならねばならない。」臨床の医者の場合についていえば、「その専門職制度のなかで、名譽欲と金銭欲を満足させられるようにするのがいいと思う。管理職とは切り離し、院長は事務家にまかし、院長よりも給料の高い平の医者が診療をつづけることがあってもいいではないだろうか。」(なだ いなだ『お医者さん—医者と医療のあいだ—』中央公論社、昭和四十五年、六〇～六二ページ。)

医事評論家・大渡順二氏は「医者はやはり医療で財産をつくるという考えを捨てて必要がある」と言われ（昭和四八年七月一日付け『朝日新聞』「声」の欄の特設欄「投書を追って」、都留重人教授は「医療の供給者である医師は、その需要者である患者の信頼の上に立ってこそ、自らの任務をまっとうできる。この特徴的な事実を私たちは尊重しなければならない。そうであればなおさらのこと、恣意性や私益意識の入りこむ余地のない判断領域を拡げて、それを客観的な与件として扱うことに、医療サービス供給者じしんがもっと積極的になってくれることを私は望みたい」と言われている（都留重人「健康と社会」、昭和四八年三月二二日付け『朝日新聞』（夕刊）の文化欄所収）。

昭和四八年六月一〇日付け『朝日新聞』の「03 212 0023」の欄につきのような記事がのっている。

「『いい家庭医に恵まれることがどれだけ幸せなことか』と東京都千代田区の主婦（二七）から。

六十代の内科・小児科の老先生です。子どもが水はうそうにかかったかと思つて連れていくと、「これは蚊にでもさされたんだ。なんでもないからお金はいらない」。高い薬を使うときは、前もつてことわつてくださる。ご自分の守備範囲外と判断されると、専門のお医者さんや総合病院の医長さんをさつと紹介してくださる。子どもの急病について電話で相談し、診療代をといても、「いや、いらぬ」。この先生がいらっしゃる限り、親子五人安心しきつていられます。お医者さんにもそれぞれの事情や権利があるし、制度のこともあるから、ぜんぶのお医者さんにこんなゆうゆうとしたお仕事を求めてもムリなこととはわかつています。「とにかく、うちはとても幸せなんです。」

羽曳野市の竹田津永昌氏（医師四六歳）は、次のように発言されている。

「最近、医師不信の声を聞くたびに、外科医である私は市中の第一線病院で毎日多数の患者を良心的に診療している医師がたくさんいるということ、多くの人に知ってもらいたい衝動にかられる。外科医であっても、かぜひきや、乳幼児のひきつけを診察したり、老人の病氣にも当たり、自分の病院で治療しにくいと判断した場合は総合病院などに紹介して治療してもら

うようにしている。ところが、紹介した病院が満床その他の面で思うようにゆかない場合には「医は仁術」といったものからへだたるようにもなろう。そして、現在の医療制度ばかりでなく、わが国の政治のあり方にまでさかのぼらざるを得なくなってくる。

また、深夜泥酔して車にはねられ、治療のむづかしい部位の骨折をおこしたものに現在の医学レベルとしては満足すべき手術成績に終わった場合に一言ふれてみる。それは、強制（自動車損害）賠償責任保険の治療費のワクを越えた後は医療保護を受け、後遺症認定による金をもらい加害者からも金をとる、さらに不当と思われる医師告訴までして金を欲しがることである。被害者の要求も分からぬではないが、それが余りにも心外なものであれば第一線外科治療にとってマイナスとなる。医師の良心と同様に患者の良識もあって治療はよりよく生きてくるのである。」（昭和四八年九月一七日付け『朝日新聞』『声』の欄の投書）

浦和市の藤岡真知子さん（主婦三四歳）はつぎのような意見を述べておられる。

「：私の友人の子供がへんとうせんで某私立医大に入院、手術を受けました。無事手術を終って、主治医と看護婦さんに謝礼を渡そうとしたところ、主治医は「ああ、そうですか」と直ぐポケットへ、看護婦さんは「いただかない規則になっておりますから」と、どうしても受取らなかったとのことです。翌日から医師の態度はすっかり変わり、親切、ていねいで、言葉づかいまで変わったが、看護婦さんはいつもと同じ、忙しく立働いていたとか。入学時に法外な金を必要としない看護婦さんは、金品に心を動かされることなく、責任と義務を果たし、一方、普通の人には一生かかっても蓄えることすらできない金額の寄付を、授業料のほかに払った人間との、あさましい違いを感じます。私立医大が立派な人間を求めて入学合格者選考をせず、寄付金によって決めている限り、私は私立医大の学生にも、出身者にも、一種の疑問と不信感を持って接せざるを得ません。」

（昭和四八年四月二七日付け『朝日新聞』『声』の欄の投書。）

水野肇氏は、「心臓移植、千葉大の採血ミス、サリドマイド裁判、森永中毒事件、食品公害、阪大不正入試といった統廃する医療問題」との関連における医師の倫理にかなして、次のように述べておられる。「最近、医学部の教授に次のような点を指摘する人が多い。「医学部にはいつてくる学生のなかで、これが医師になってもらっては困るというのが約一割程度いる。

決して、成績が悪いのではない。むしろ成績は優秀なのだが、人間的に医師になってもらっては困るという性格である。」この問題は、非常に重要な問題だと思う。こういう学生が、どの段階でもチェックされずにくるという教育制度にも問題があるが、医師の倫理を考えるうえで、もっとも深刻に受けとらねばならないものである。こういうことを指摘すると、必ず、いまの大学医学部に倫理学や医学概論の講座がないからだという人が多い。しかし、医学部に、そういう講座をおいたり、本を読めば問題が解決するというものではない。この点について、もっともたいせつなことは、ひとつはすべての医師が自ら考えるということである。それともうひとつは、教育（医学教育だけではない）を根本的に考えなおすことだと思う。……（医師の中には）医療技術には習熟していても、ものを考えるための基本的な勉強や発想は、必ずしも十分とはいえない人が多い。……医師は、ひとくちにいつて文明論がわかるだけの素養が必要だと思う。もっとも必要と思うのは、人間を医学、生物学からみる側面と、一般の社会科学からみる側面との融合である。……科学の応用として発達した科学技術が、世界中に公害という名の副作用をまき散らしている。人類は滅亡の危機を感じ始めている。この点を医師が考えない限り、医学は形のうえでは進歩しても人間を疎外することになる。」（水野肇『医療不信時代』社会保険出版社、一九七一年、一八～二〇ページ）

高橋眺正氏は、グロンサン問題、サリドマイド（イソミン）による胎児の四肢傷害問題、森永砒素ミルク事件、黄変米による肝硬変、カネミ米ヌカ油症、水俣病および札幌医大和田教授による心臓切り取り移植事件など医療事故を分析して次のようにいわれている。「科学者〔医学者〕は、第一に論理的水準の低さのなかでの直観主義、權威主義のもとで自由裁量性によって、また第二には研究費不足という経済上の理由によって資本の利潤ならびに権力の人民抑圧の手段として積極的にその技術

を提供し、また沈黙によって、資本や権力の社会的犯罪行為に対して共犯者となり、第三には自らの学問的榮譽を求めて反人民的な行為をおこない、社会問題化するに及んでは権力の庇護のもとに罪を免れているのである。」（高橋皖正『医者にかかるまえに』亜紀書房、一九七二年、九七ページ）

川上武氏は、第一八回日本医学総会（一九七一年四月、東京において開催）において、医学の進歩と医の倫理がテーマとしてとりあげられたことに関連して、「医の倫理」の問題をつぎのように掘り下げておられる。

「……医学総会の運営を担う医学界の権力者たちの〈医の倫理〉の理解のうちには、倫理のもつ本来的意義を風化させ矮小化させる一面がひそんでいるように感じられる。倫理を、医療行為における医師と患者、医師と医師の間の関係についての規範を整理したものとして形式的に把握し、その内面にまで立ち入っていない。ひどい場合には自分たちの仕事を美化するためのものという見方さえ生れてくる。また、現実の医療の混乱が、医療制度、医療保障、製薬業界のあり方、研究機構、医学教育の矛盾に根ざしていることがはっきりしているにもかかわらず、それを糊塗するものとして、〈医の倫理〉が必要以上に強調されようとするふしが見られる。

医学界は旧来の医師の立場から一方的に扱ってまた医の倫理を、いまこそ患者・市民の立場にたって再検討すべき時ではないか。たとえば、診療行為を通して知った患者の秘密を他人にもらしてはいけないという〈ヒポクラテスの誓い〉以来の規範にしても、これを形式的に守るだけで満足している限り、現在の新しい事態に即応できない。公害病が医学および社会の重大問題となり、その原因究明を阻害している最大の障害が企業秘密であることを考える時、医師の沈黙がかえって患者の不利益をまねくような事態が起きている。これに類似したことは、職業病・労働災害の認定問題の際にも見られる。医師の沈黙はつきり患者の人権擁護と結びつかない限り、医師の自己満足に終ってしまい、企業を利するに過ぎないことが多い。……ところが、医師は人間の生命をあつかう職がもたらすさまざまな特権に安住しているために、人権意識が稀薄にならざるをえな

い必然性をもっている。したがって、医師が〈医の倫理〉を問題にし、それを社会に対するポーズに終わらせまいとするならば、まず医師の特権と権利との分離を明らかにすることから始めねばならない。そしてこれに成功した時に、医師と患者・市民との連帯がはじめて可能となる。いまマスコミで騒がれている医師不信にしても、この問題をはっきりしないかぎり、実りある解決はうまれない。医師がこの境地に達した時にのみ、〈医の倫理〉について自信をもって発言できるにちがいない。」

（川上武『現代の医療問題』東京大学出版会、一九七二年、二二五～二二六ページ）

（137）私立医大の入学寄付金が千万円台にもなっている。東京都の宮本旅人氏（作家六六歳）は、ご自分の経験した事例をもとにして、次のように発言されている。

「私の四男は今春、都内の私立丁医大の学科試験に合格、その中から八十人が選抜されるという面接試験も何とか通り、最後の父兄面接の際、大学側から『前もって告示してあった任意による寄付金』の相談が切出された。『自由意思』といわれても見当がつかないので「他の人の例を示して下さい」と申入れたところ、大体一千万円、多い人は二千万円の例もあるとの返事にびっくり。それでも、せっかく、学科まで合格した子供を見殺しにはできず、大英断をもって一千万円を申込み、その日から金策に四苦三十六苦。まず、長年小さな取引をしている信用金庫から五百万円、不足分は不動産売却ということで何とか見通しがつき、これで合格疑いなしと確信、さて十日後の正式発表を見に行けば、何と不合格。一千万円を上回る寄付が八十人以上あったと考えるよりほかはない。それにしても、さんざん金策の苦勞をさせて、アトはボイとはひど過ぎる。私は世の多くの父母とともに、私立医大のあり方を考えないではいられない。」（昭和四八年四月二三日付け『朝日新聞』『声』の欄の投書。）

他方、当該医大の方では、寄付金の額は合否決定の委員会には知らされてなく、試験成績と内申書・小学校以来の通信簿・人格などで決められている、といっているが、入学者八二人からの寄付金の総額は七億円台で、一千万円前後が多く、少ない

人は三百万円、多い人は二千万円であったという。また当該医大では、学生一人に年間三百万円、六年で千八百万円かかるのに対して授業料は年間二十万円でしかなく、文部省からの助成金を四億三千万円もらっているが、大学経費の一〇%以下ではないという。なおまた全国十八の私立大医学部経費の三〇%が寄付でまかなわれているといわれている。

順天堂大学の場合、医学部の学生の六〇%が医師（殆んどが開業医）の子弟であり、給与生活者したがってまた勤務医の子弟が入学するのは寄付金の関係でまず無理であるとみられている（昭和四八年四月二九日付け『朝日新聞』の記事参照）。

(138) 医師の教を増やすといっても、いかにしていかなる方向づけにおいて行なうかが問題である。これについての医師および国民一般の見解を新聞の投書の中から求めるとつぎのようになってゐる。

「……医療の最終目的は疾病の予防であり、そのためには高度の教育を受けた「名医」がわずかばかりいても効果を期待できず、並みの教育を受けた「凡医」の絶対数を増やすことが肝要である。これは中国の実例が雄弁に物語っている。文革下の中国では、欧米とは逆に、医学学校での教育期間を短縮して農村に下放して実地診療させ、素人を教育して「はだしの医者」を大量養成した。彼らの学力が欧米の医師よりすぐれているとは思わないが、上海市の乳幼児の死亡率はニューヨークの八分の一に減ったと言われる。医師不足に悩む地方病院、無医地区の住民の苦しみを考えてもらいたい。」（昭和四八年五月二七日付け『朝日新聞』「声」の欄の投書。投書者は会津若松市の穴沢喙光氏（病院長三七歳）である。）

「……日本の医療制度は再生産を考慮しない原始農業というにふさわしい。山林を焼払って収穫を得、地味が衰えれば他の場所を求める。クワヤスキによる汗も流さず、肥料を与える知恵もない。肥料を与えることがムダに近いとすれば、かかる医療従事者を育成した国の責任を問わなければならない。東大内科教室の年間研究費が四百万円を越えていない。こんなことで将来豊かな実りを期待しているのであるか。人間優先の思想の発展とともに、現代医療が古い衣を脱ぎ捨てるときであろう。「生命」を経済的手法によって評価できる前提があるとすれば、いかなる世界観、人生観の上に成立つのであるか。建物、

設備、薬剤の問題ならば別だが、医療を担う人間そのものの育成について現在の経済的手法で満たし得るものであろうか。……（昭和四八年四月六日付け『朝日新聞』「声」の欄の投書。投書者は東京都の横山巖氏（医師四七歳）である。）

「医・歯科の国家試験の合格率が九〇％を割った。文部省は「試験が厳しすぎたためではないか」というが、人間の生命をあずかるはずの医者がたやすい試験にパスしてゆくとしたら、医療の前途に寒氣のする思いがする。どだい教育行政自体が無策のため、金満家入学を招き質が低下するという結果を生んでいる。いかに頭が優秀でも金がなければ入学できないような教育行政欠陥の罪である。

私大系の定員増と高額入学を暗にほめかし、この不合格率の罪をのがれようとする文部省は卑劣である。今後は国・公立系の学生をふやす方針というが、この考え方もまた偏見である。国立よりも優秀な私立もあるはずだ。要はいかに貧しくとも成績優秀であれば希望の学校に入学できるような施策を一刻も早く打出し実施することだ。私立校の高額寄付にはほかおむりし、国・公立にのみ力をいれるようでは日本の医療は前途寒心に耐えない。」（昭和四八年五月二七日付け『朝日新聞』「声」の欄の投書。投書者は福岡県の光永公英氏（無職六八歳）である。）

「……私立の医歯科大は一部の裕福な家庭の子弟を対象としており、多額な寄付金を出せるものでなければ、ほとんど進学できないという現実。でも、これも医者になった晩には、これに相当する金額も数年で取り戻せるから平気といううわさも聞きます。これも健保の水増し請求、多額の脱税などの金が、これらに当てられているのかと思うと腹が立ちます。

自由主義国日本といえども、医師の養成、医療に関しては「国民の健康を守る」という大前提は政治、行政の力で守ってもらいたい。金力で医者になったような者には自分たちの体を安心して託すことはできません。このため、現在のような野放しにせず、きびしい規制、あるいは医歯科大学の国立化をはかってもらいたい。

「生命を大切にする」ような社会主義に目ざめた立派な医者、こういう人たちに医療は託したいと思います。全国には金が

なくとも優秀な人材はいくらでもいます。利益の追求だけを考えるような医者はもうたくさんです。」(昭和四八年七月一五日付け『朝日新聞』「声」の欄の投書。投書者は東京都の平嶋玲子さん(主婦三五歳)である。)

「……医者は社会的指導層として世の中の尊敬を受け、さらに税制上などで特権的優遇を受けている。このように世の信用が高いはずの病院や医院で、診療、看護上のミスが最近は多く報道される。さらに不愉快なのはこれらの事柄の後始末が多くの医学界の権威や同業意識によって、患者に対しては冷たい責任逃れの態度に流れやすいという話も多いことである。他方、現代臨床医学は、真に人間の生命現象に対する深い洞察を欠き、いたずらに物質分析の対象療法に終始しているという厳しい批判もあるから、未来の医学界を担う医者 of 教育制度が、貨幣崇拜に毒されている現状の荒廃には空おそろしい感さえする。個人的には立派な能力と人格を持った多くの先生方もおられるが、全体としての医学界、医師界がその政治力と権威にあぐらをかき「白い巨塔」という腐敗体質から脱皮しなければ、やがてその偶像是世の中の庶民から告発され、破壊される日があるだろう。」(昭和四八年四月二七日付け『朝日新聞』「声」の欄の投書。投書者は東京都の高橋信之氏(会社役員四七歳)である。)

- (139) 医療機関の薬利購入価格と薬価基準の差額の問題については、たとえば越後和典「わが国製薬産業の現状と問題点」『季刊 現代経済』第四号、日本経済新聞社、昭和四七年、九八〜一〇〇ページ、川上武『現代の医療問題』東京大学出版会、一九七二年、三六ページなど参照のこと。

- (140) 薬の過剰投与の弊害について患者側と医師側の見解を一つずつ紹介しよう。

「子供がカゼをひいたので医者へ行った。ボンと注射をうって六日分の薬をくれた。二カ月はどして今度は身体の一部が化のうして別の医者へ行ったら、患部へ薬をぬって五日分の飲み薬をくれた。両方とも半分も飲まないうちに治ってしまった。日本の注射と薬の使用量は欧米の十倍にもなるという。日本にそれほど病人がいるはずがない。これは、日本の医者が医療技

術者ではなく、薬品販売業者と化しているためだと言えないだろうか。家計を守るため、生活のあらゆる面でケチに徹している私も、薬だけは気前よく捨てることにしている。新薬の安全性もせいぜい数年の検査に基づいていると思われる。サリドマイド、スモンの例もあり、薬はこわくて仕方ない。健保の赤字、私立医大の寄付金など、識者は盛んに論陣をはっているが、民族の百年の大計を誤るのはこの「薬の過剰投与」にあるのではなからうか。」（昭和四八年五月一〇日付け『朝日新聞』「声」の欄の投書。投書者は東京都の鈴木誓さん（主婦二八歳）である。）

「近ごろ日本人の薬好きには驚くよりも恐怖さえ覚える。初診患者のほとんどが、すでに素人判断で薬をのみ、薬をつけており、さらに同じ病気または別の疾患で医療を受けたり、服薬をしている例が多い。しかも、薬は各疾患別に効くと考えてか、このことを医師に告げる人はまれである。薬づけ状態、あるいは一触即発状態にある、と思われる患者を診ることがあり、いままでの薬を制限するか全廃するだけで病状の改善をみることがある。」

「人間生来の自然治癒（ちゆ）能力と養生を無視し、薬の力だけを信ずる人は意外に多く、こうした考えの人は患者だけに限らないように思う。食品公害には狂気なまでに大騒ぎするのに、人間の身体を薬づけ状態にして一向に無関心なのは驚くほかない。」

「各種各様盛りだくさんの薬のみ、あるいは注射もして、これに加えて、いろんな添加物の入った食品を食べて、これでも何となければ不思議というほかはない。私自身は、このような服薬と注射に到底、たえるとは思われないので、自らが重病になった際、どこの病院、どこの医師を訪ねるべきかと考えて憂うつになる。社会保険低医療費政策のタレ流しである。薬公害の潜行が心配でならない。」（昭和四八年七月二日付け『朝日新聞』「声」の欄の投書。投書者は横浜市の木下操六氏（医師六〇歳）である。）

（141）厚生省の調べによると、昭和四六年度の国民総医療費は二兆七千七百十億円で十年前の三十六年度に比べて約五倍にふえ

ている。国民総医療費から歯科、あんま、売薬などを除いた一般診療費のうち四三・七%を投薬、注射などの薬剤費が占めている。

なお、国民総医療費には、「医師、歯科医師に支払われた医療料金のほか、薬局で買う医薬品費、「富山の薬売り」などによる配置売薬の費用、あんま、はり、きゅう、柔道整復師の費用まで含まれている。しかし、正常なお産の費用や健康診断、予防接種の費用などは除かれており、入院時の差額ベッド料や入れ歯の金使用分も集計がむずかしく、含まれていない。」（昭和四八年八月九日付け『朝日新聞』参照）

国民総医療費中に占める薬剤費の国際比較（一九六七年（昭和四二年））をすれば、次のようになる。イギリス二・五三%、西ドイツ一三・五%、フランス一九・六%、イタリア二九・四四%、スウェーデン一五・〇〇%、日本四二・二%。国民一人当りの薬剤費については、イギリス三、一三八円、西ドイツ四、〇八〇円、フランス五、九九九円、イタリア四、一六六円、スウェーデン七、四七二円、日本六、三八四円となっている。（江見康一（編著）『国民医療をみる眼——ヨーロッパ医療制度を中心として——』に所収の「表23 各国の国民総生産、国民総医療費、薬剤費」より）

(142) 看護婦の過酷な勤務について本荘市の富田友作氏（療養者六〇歳）は、つぎのように述べておられる。「私は国立療養所にお世話になって一年余。一番目につくことは、看護婦不足。日勤して翌日は準夜、深夜勤務で疲れ切っています。私の病棟は、わりあい軽症といっても平均年齢六十三という老人患者が四十人いますが、夜勤看護婦はたった一人。専門家の話では、全国の看護婦有資格者は五十五万人いるのに、実際に働いている看護婦は三十一万人にすぎないという。この療養所の中にはいくらかでも生計の足しにと子供を保育所にあずけたりして働いている看護婦さんもかなりいます。夜勤の看護婦さんたちは夜中の一時ころ家路につくのだから大変です。私は以前、秋田市内の民医連の総合病院に三年ほど入院したことがあります。ここは看護婦さんの優遇は県内一と思われるぐらい気を使い、準夜勤で午前一時の交代には病院のマイクロボスが家庭まで送

り届け、深夜は迎えに行くといった親切さです。その上、病院だけの保育所があり、看護婦さんは安心して働けます。このような配慮が全国の病院、療養所でも行われるなら、多くの看護婦有資格者の方が職場に復帰されるのではないのでしょうか。」

〔昭和四八年五月二七日付け『朝日新聞』『声』の欄の投書。〕

看護婦不足対策としての「ナースバンク作戦」について、看護婦の立場から次のような疑問が出されている。

「看護婦不足対策として、さきごろナースバンク設立構想が発表されました。潜在有資格者を活用しようとする発想のようですが、退職者や転職者のカムバックを中心とした掘り起こし作戦には疑問があります。

看護婦の仕事は、はたで想像する以上に重労働です。たとえば私の場合、猛暑の七月に十八回も夜勤をするという非人間的な生活をしました。こんな過酷な職場に果たして退職したり、転職した人たちが復帰して看護婦不足を解消できるのでしょうか。日進月歩の医学界にあつて、その間のブランクも問題です。それよりは意欲十分に卒業してきた人たちが、一年足らずでやめてしまうような職場の現状を改善すべきだと思います。夜勤や超過勤務がなければ暮らしていけないような低賃金を考え直し、結婚しても働き続けられるような労働条件、子どもを預てくれる保育所の設置など、いま働いている人たちをやめさせない工夫をする方が先決だと思います。」〔昭和四八年一〇月一日付け『朝日新聞』『声』の欄の投書。投書者は東京都の斉藤広子さん（看護婦二六歳）である。〕

〔143〕 差額ベッド代がますます高くなり、一日につき三、五〇〇円とか九、〇〇〇円、中には、二〇、〇〇〇円という一流ホテル並みのものもあるといわれている。習志野市の田ノ本敏子さん（主婦四七歳）の新聞投書によると、「知人が東京の私立病院に入院している。奥さんの話では、差額ベッド代が六人部屋で一日、三千五百円とのことで、そのベッドもなかなか空きがなく、やっとの思いで入院したよし。月十万円ほどの差額金に入院費、治療費をあわせると、いつまで持ちこたえられるだろうか」と暗然としていた。私も最近まで国立病院に八カ月入院、五回の手術を受けたが、幸いに差額ベッド代など聞いたこともな

く、その時の病状によって個室、二人あるいは三人部屋の時もあったが、ベッド代は無料であった。入院、治療費が最低と考えられる国立病院でも、大手術となれば月三十万はかかる。私のようなサラリーマン家庭では多大な出費となった。われわれ長期療養者は難病対策や健保の改正案の一日も早い成立を望みたい。」（昭和四十八年五月一九日付け『朝日新聞』『声』の欄の投書。）

昭和四十八年九月二六日付けの『朝日新聞』の「くらしのページ」でとりあげた「差額ベッド―その実情と背景―」の記事によると、「東京・大田区のAさんは、赤ちゃんが生きてくつを起こしたので、救急車で近くの指定病院にとびこんだ。注射で発作はおさまったが、赤ちゃんは三日間入院させられ、二万九千八百十二円を支払わされた。びっくりしたAさんは「詐欺だ」と今度は警察にかけこんだ。だが、請求書の内訳には、「部屋代差額」のところに「二万七千円」（一日九千円）とあり、純粹の医療費は、初診料、内服薬（四日）、注射料（七回）、処置料（一回）、入院料（三日）の全部あわせて二千八百十二円（Aさんは国保で、自己負担は三割である）。病院代の九割以上が差額ベッド代だったわけで、結局、『泣きねいり』せざるを得なかった。

「保険があったって、貧乏人は病院にもかかれぬ」とAさんは怒る。差額ベッドについては、厚生省も、四十三年四月と四十七年六月の二回、国・公立病院の実情を調査したことがある。四十三年のときは、全病床の一八・七七％、四十七年には二〇・〇二％という数字が出ているが、実はこれは、もともと差額ベッドのない結核病床や精神病床も含まれてのもの。普通病床だけでみると、三〇％を超えるベッドが差額ベッドというのが実情だ。しかも最近では、八人部屋でも差額ベッドにする病院もあったり、一〇〇％差額ベッドにしている病院があったり。一日二万円の「南向き、バス、トイレつき、テレビ、次の間あり」といった一流ホテル並みの特別室も登場し、差額ベッドは、料金、施設面で年々エスカレートするばかりだ。

「一方では、差額ベッドがふえてくれば、差額でない普通ベッドが減ってくる。従ってそういうベッドは、いつも満員。患

者は、入院しなければいやでも差額ベッドにしなければならぬ仕組みになってきた。

「……国民皆保険が普及したり、給付改善が行われ、老人医療や幼児医療の無料化など法制医療がふえるにつれて、入院患者もふえはじめ、ベッド不足が深刻化してきた。こうなると病院側は差額ベッドをふやして、増収を図るようになった。

「一方で、ベッドの絶対数そのものは、むやみにふやせるわけではない。それどころか、看護婦不足でベッド閉鎖をやむなくされている大病院も多いくらいだ。少ないベッドで効率よく収入をあげるためには、一般ベッドを減らさざるを得なくなる、という悪循環が生まれてくる。

「保険診療の制度は、形の上ではたしかに充実の方向に向かっている。厚生省も、健保の家族給付を七割にし、一月二万円以上の自己負担分は支払わなくてもいい、と、制度の前進を誇っている。だが、差額ベッドの問題を解決しない限り、病気に苦しむ庶民にとって、絵にかいたモチでしかないだろう。病院の門は狭くなってゆくばかりである。」

(144) 開業医が一日に取扱う患者数については、たとえば先にふれた横浜市の平沼診療所では毎日百人は下らないといわれており、徳山市の病院勤務小児科医の河村実雄氏(三八歳)は、三時間待って三分間診療と悪口をいわれながらも私たちは毎日百人近い外来患者の診療を余儀なくされている」(昭和四八年三月一日付け『朝日新聞』「声」の欄の投書)といわれている。川崎市の小児科開業医布施徳郎氏のところでは一日に五、六十人はみるといわれている(昭和四八年七月一日付け『朝日新聞』「声」の欄の「投書を追って」という特設欄の記事参照)。中川米造氏(大阪大助教授・医学概論)によると、第二次世界大戦前の頃では、「医師一人のところへ、毎日おとずれる患者の数も、二〇人以下であった。これならば、一人に二〇、三〇分もかけて、それこそ人間的な接触を保ちながら、全面的な医療を行なえる。ときに生活困窮者に無料で医療を行なえば、仁術者としての満足もあった。大戦後は、事情がまったく異なる。憲法二五条にもうたわれているように、健康であることは国民の基本的権利の一つになったのである。潜在していた医療要求は一気に表面化する。一昨年(昭和四五年)くらいの数字だ

が、一日の患者数は約七〇〇万人だという。これに一一万の医師が対すると、一人の医師あたり七〇人たらず、戦前の三倍になる。」(中川米造「国民の医療とはなにか―医療基本法のめざす危険な方向―」『エコノミスト』昭和四七年三月一四日号、毎日新聞社、八四ページ)。

開業医の過重労働については、たとえばつぎのようなデータがある。

「某日 朝九時～午後一時半、診察。午後二時～四時、育児相談。四時～八時、診察。八時から事務。九時半～十時半、夕食。十時半～十一時半、急患四人診察。午前零時、掃除など。零時～二時、給料計算など。夜、電話二本。翌日 朝九時～午後一時半、診察。一時半～四時、校医として学校で診察。四時～八時すぎまで診察。」これは前述の川崎市の小児科開業医布施徳郎氏の妻、布施芳子さんからの投書によるもので、「この生活に費やす神経とエネルギーはたいへんです。結局、数でこなしているからやっているのです。年収は、こんなに働いても、商社の弟や上級公務員の兄とはほぼ同じくらい。医師には退職金がないだけ、収入は少ないでしょう」と布施芳子さんは訴えているという(前掲の昭和四八年七月一五日付け『朝日新聞』の記事参照)。

また、歯科医の場合にはつぎのような実態が示されている。「最近、歯の治療に対する患者の訴えが何かにつけて非常に多い。入れ歯の費用、予約制、待ち時間など。しかし訴えられる歯科医側もあらゆる意味でパンク寸前なのだ。入れ歯を作れば、保険点数を上回る外注技工料、予約制にすれば半年先まで満員になってしまう。だから急患を無理して予約の間に入れば、三時間待ちの三分治療になってしまう。それでは申しわけないと、休診日までつぶして「歯を削って」も押しよせる患者から見れば「氷山の一角を削って」いるようなものである。さらに日進月歩の医学に遅れないためには、学会などにも出席したい。また地元医師会の会議、対外折衝、校医としての仕事も山積している。その結果、体をこわして休診してしまったり、その日から収入はなくなってしまった。開業医には有給休暇もなければ、厚生施設もない。ていの良い日雇い労働者である。そして

世間では「医者の不養生」と笑っている。こんな矛盾にいらしながら、病後の体をいたわりながら、治療室に立っている昨今だ。」（昭和四八年九月一日付け『朝日新聞』「声」の欄の投書。投書者は相模原市在住の広井清智氏（歯科医四三歳）である。）

（145） 休日の診療体制については、患者側からつぎのように問題提起されている。

「しゅうとめが亡くなってからもう一カ月。先月五日、土曜日の夜中に腹痛を訴え、救急車で入院したのが午前一時ごろ。救急車の機敏な行動に感謝、ホッとしたのだが、そのあとがいけなかったのです。宿直の若い先生は注射を一本しただけで、月曜日にはえらい先生がみてるからそれまで待ちなさいとのこと。痛がるしゅうとめのお腹を家人交代でさすっているだけで、月曜日の夜明け前に亡くなってしまいました。お悔みにこられた皆様には一様に土、日に病氣になったのが不運だと申されるのです。しかし一休、休日に発病したのが運の分れめなど今の時代にあつてよいものでしょうか。あとで聞くと、この先生はその病院の医師ではないとのことでした。『救急病院』にはただ先生がおるだけで良いと言うのでは困るのです。これからさき週休二日制などと言われている折り、不安なく病院に行けるよう休日診療の徹底をお願いします。」（昭和四八年三月一〇日付け『朝日新聞』「声」の欄の投書。投書者は東京都の久田セツ子さん（主婦四三歳）である。）

「日曜日に入院することの不幸はよく聞かすが、こんなにとは思ひもかけなかった。私の夫はこの一日夜、自宅から救急車で病院に運ばれ、数時間後に息絶えた。その間の病院の処置について、弱い患者家族の立場で抗議したい。私はその夜、外出中で、病院にかけつけた時は娘が一人暗やみの中で父の脈をとっていた。照らされた懐中電灯の光で、私は死を直感し、親類に連絡しようとして医師に相談したが何の指示も得られず、「付添いは一人だけ、あとはお帰り下さい。私たちは明日の勤務がある。日曜はだれだっていやなもの」と答えが返ってきた。親類たちは間もなくやってきたが、病院のシャッターは重く閉ざされたまま、外で一時間余も待たされたという。結局、数時間後に妻と娘にみとられて昇天した。この時点で初めてシャッターが開

かれてご対面となった。今思うと、夫の脈がだんだん弱くなり、連絡すると、白衣のレントゲン技師が診察し、次に報告を受けた医師がきて臨終の言葉を残して去った。その間、何の処置もなかった。」（昭和四八年四月一日付け『朝日新聞』「声」の欄の投書。投書者は千葉市の稲子菊枝さん（主婦五〇歳）である。）

他方、医師側からの発言としてはつぎのものがある。

「十日付「土・日の急病人診療に万全を」の久田さんの提言を読み私の行なっている方法も一つの対策ではないかと思ひ、ご参考までに紹介しましょう。通勤ラッシュを避けるために時差出勤という言葉がありますが、医師会も日曜日一斉休診、当直制強制割当では知恵がないと思います。日差休診というのをやってみてはどうでしょうか。つまり、日曜祝日に診療して普通の曜日に休みのところもあるという方式です。ことしの元日から私は地区医師会の了解を得て、日曜には診療し毎週月曜日を休診にしていますが、いまのところ好評です。利点は、医師側としてまず強制割当てがないので確実に週休がとれること、レジャーに出かけるにも週日は空いていて気持がよいこと、日曜診療は、患者が感謝の念をもって来院してくれることなどです。患者側では、歯科などで実施すれば学校生徒、サラリーマンなども早期治療ができる、患者輸送に父親のマイカーが利用できる、何よりも久田さんの例のような日曜に病気をしたのが不運という方をお救いできると思うのです。地方自治体も医師会もこの方式に応援願いたいものです。」（昭和四八年三月一日付け『朝日新聞』「声」の欄の投書。投書者は市原市の斉藤嘉一氏（医師四八歳）である。）

東京・渋谷区と同区医師会が、昭和四八年七月一日から医師のいる休日急患テレホンセンターを開設した。これの推進役の村瀬敏郎氏（小児科開業医・渋谷区医師会副会長五二歳）が昭和四八年八月一日付け『朝日新聞』の「ひと」の欄で取り上げられ、つぎのような記事になっている。

「東京・渋谷区と同区医師会が七月一日開設した休日急患テレホンセンターが好評。休日当番医を広報紙にのせたり、テレ

ホンスービスしているところはあるが、休日の医療情報をコンピュータに入れ、二人の医師が電話で応対する点がメリットだ。「テープに吹き込んだ声が、当番医をお知らせするだけでは、やはり親切さにかけます。患者と医者との対話がなければね。病気をなおすのは時計を修理するのとわけが違います」。……「いわれるように電話診察などではありません。交通事故などでしたら一九番を通じて救急指定病院へ。こどものひきつけには綿をかませて頭を冷やして当番の〇〇医院へ、といった助言はしますが、むずかしくいえば適正な医療供給への案内ですね」。同医師会は毎月一回運営委員会を開いて患者のバターンを整理、さらに合理的な対策を立てるという。一九番との分業と協力、医師どうしの情報交換と協力。そして住民がいかにうまくこのテレホンセンタ―を活用するか。「実は私の夢は、休日の医療案内だけが目的ではない。地域のあらゆる医療情報をデーターバンクに入れ、乳幼児、学童から主婦の保健にいたるまで、がっちりつかみ、万全を期したいのです」。……医療の需要と供給ということばに抵抗感をもつ医者仲間も。「もちろん医療は物の売り買いじゃない。その底にロマンチックな人間関係をたたえたい。」

(146) 昭和四八年四月二七日付け『朝日新聞』の「みんなの科学」の欄で救急医療の問題をとりあげている。以下はその内容の一部である。大阪大特殊救急部の小川道雄医員らによる実態調査(昭和四七年七月一七日から八月末までに大阪市消防局の救急車で運ばれた患者一、二九七人を対象にして行なわれたもの)の結果によると、「大阪のように大病院の多い所でも、生命の危険が多い最重症者の三分の二までが実際には小、中規模の病院に運ばれて」おり、「収容施設別に最重症者の死亡率をとってみると、小さい病院ほど高」くなっていることがわかる。すなわち、最重症例の死亡率は、公的機関・大学病院二三・一%、救急医療機関(二〇~七九床)三八・七%、同(八〇~二四九床)一五・二%、同(二五〇床以上)二八・六%、非救急医療機関二八・六%となっている。

「八〇~二四九床の中規模病院での死亡率が低いのは、いったん応急処置されたあと、専門病院に転医される例が多いから

で、これに対し七九床以下の病院では、最重症患者でも九〇%以上が転医されず、そのまま同じ病院で治療が続けられている。小川医員はこの結果から「ベッド数も少なく、十分な治療体制のない病院に、重症度の高い患者が運ばれているのが現状で、そのあと適切な機関へ送られて治療を受けるケースも少ない」といつている。」

「この傾向は、他の都市でもほぼ同じとみてよい。四六年の東京消防庁の調査でも、日曜、夜間は五〇床未満という小さい機関が救急患者の過半数を受入れている。東北大の岩本正信助手（病院管理学）が昨年（昭和四七年）発表した資料によると、全国の救急病院四九八カ所のうち、三五一（七〇・五%）までが当直医を一人しか置いていない。二人以下の所を加えると八・八%にもなる。大けがの場合には、複数の外科医のほか、麻酔医も一人は必要といわれている。つまり、これらの結果から、交通事故などで病院に運ばれても、ほとんどが現状では適切な治療を受けていないといってもいいのである。」

「それでもまだ、急を要する外傷患者はまがりなりにもベッドだけは確保されやすい。しかし、外傷患者にとっては、そのけがの種類や程度に最も合った治療が受けられるかどうかという質的な配慮で遅れている。これに対して一般の急患はそれ以前にベッドそのものの確保で悩んでいる。阪大の恩地裕教授はこの現実を「外傷患者は質の問題で、一般の急患は質と量の問題で、ともに不安定な状態に置かれている」と批判している。」

「なぜ、そんな事態が生じて来たのか。一つの理由は交通事故だと自賠責保険がきくため、民間病院ではむしろ喜んで受入れるが、健保の急患はもうけが少なくて敬遠するということもある。「このため、外傷患者に対しては条件の悪い病院でガラガラと治療が続けられがちで、一般の患者の方はみてもらえる病院をさがしまわることになる」と恩地教授はいつている。さらにこの原因をさかのばれば、大病院、公的な病院ほど救急患者（これは病院のミスブリと思われる）の指定希望が少ないという現実が明るみにでてくる。その背景には救急病院指定に対して国や自治体の財政的な援助が少ないこと、さらに救急制度そのものの遅れが指摘できるだろう。やりたくない所はやらなくていいのが現在の制度なのである。」

「……東京都では、五一年春を目標に、救急医療情報センターをつくる計画が動き出したし、大阪でも恩地教授が整備計画を発表している。いずれも改革の中心は情報センター。『的確な情報をつかむことで、現在の問題の多くは解決できるから』と恩地教授はいう。ふだんの救急医療機関のベッド総数やその分布、専門医の勤務体制や施設の情報のほかに、刻々と変る各時点での情報を集めコンピューターに記憶させる。たとえばA病院では脳神経外科の医師がいま何人当直していて、空ベッドはいくつか、といったことが、センターですぐわかるしくみだ。」

「事故発生や急患発生の際、まず救急車から患者の状態が記号化されて報告される。センターに詰めている医師は、現場からの報告と、コンピューターのデータとを比べて、適切な病院を指示する。重症以外の一般患者には、テレホンサービスによる病院案内を二四時間続ける。少なくともこれだけで、患者のタライ回しは避けられるし、条件の悪い病院で重症者の治療を行うことも少なくなるという。外国の例でも、多少患者を運ぶ時間がかかっても、適切な病院で治療をうけた方がいい結果をもたらすとされている。また、重症者の専門病院が、軽症者の治療に追われて効率を悪化させることも防げるはずだ。……東京消防庁の岡村正明救急部長は「これまで医者や学者の間で、救急医療の問題が次元が低いとされていたのは否めない。最近、やっと関心をもつ人がふえてきたが、まだまだ解決までには障害が多い。これを打開するには、行政や社会科学を含めた、広い範囲の科学が必要だ、決して次元の低いものではない」と強調している。」

他方、救急病院側の言い分は、立川高汎氏（東京都在住、救急病院長四九歳）の投書（昭和四八年五月一九日付け『朝日新聞』『声』の欄）によると、つぎのようになっている。

「救急患者のタライ回しや救急病院の不親切さが最近しきりに報道され、医の倫理欠如が指摘されていますが、為政者、国民、マスコミともに救急病院とベッドの実情には無関心で理解が少なすぎるのは残念です。本来、率先して救急患者を扱うべき親方日の丸の公立病院はベッドあつての『ベッド満床』で年中中門戸を閉ざしているのが大半で、そのシワ寄せを受けている

私立にも最近救急指定返上がなだれ現象として起り、やがては救急病院ゼロにつながるうとしている現状をご存じでしょうか。医師の使命感とモラルだけでは救急医療はもはや限界に達し崩壊寸前です。この最悪事態の原因は①救急車をタクシー代りに利用する不急、軽症患者の殺到で病院の機能がマヒし、さらに深夜の酔っぱらい、けんかによる来院などをきらって看護婦の人手不足に輪をかけていること、②医師の当直料一晚一万円以上の人件費高騰と保険入院料三食付わずか千余円のアンバランスによる犠牲運営、深夜の救命すら営利事業とみなす税制、年間わずか十数万円の補助金とこれをはるかに上回る診療費未収などです。これでは「医は仁術」もくじけてしまいます。為政者は今すぐ私立救急病院に何らかの処置を講ずるか、公立病院に救急医療の門戸を開放させるべきです。」

なお、大けがの急患の治療の際に麻酔医が必要であることが述べられているが、わが国の麻酔医療の粗末なことについて、京都市在住の麻酔学教授宮崎正夫氏（四四歳）がつぎのように訴えておられる。

「手術には大小があるが、麻酔には大小がない。いったん全身麻酔がかかれば、どんな小手術の麻酔でも直ちに死につながる危険にさらされる。この危険性の高い麻酔をかけるのを専門とする「麻酔医」が、日本には四二〇人しかいない。米国の一〇、四三四人、英国の一、五四四人、カナダの一、〇二九人を考えれば、五、二四三人の麻酔医が必要である。これが、十分の一にも満たない。日本の手術患者のほとんどが、麻酔を専門としない他科の医師の手で行われている。麻酔の介助を専門とする看護婦にいたっては、私の勤務している大学病院でも、過去にも現在にも一人もいないありさまである。為政者はもとより医療従事者や医学生にも十分認識されていない日本医療の暗黒面である。麻酔といえば、「ハリ」と、トビックスのみ追って真実の麻酔医療に盲目のマスコミヤ、生命の恐怖を実感として知らない一般の人にもいささかの注意を喚起したい。辺地医療の放置、看護婦の絶対不足とともに、麻酔医療の空白化は現在抜本的対策を要する重大問題である。」（昭和四八年三月一四日付け『朝日新聞』「声」の欄の投書。）

(147) 山村・離島などのへき地における医師不足はますます深刻化している。昭和四十六年一月三〇日現在での無医地区(Ⅱ「医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径四キロメートルの区域内に五〇人以上が居住している地区」)は、全国で二、四七三か所もある(『厚生白書』(昭和四十七年版)一三六ページ)。

無医地区の最高は北海道で三五七七地区、次が岩手県の一六八地区、第三位が長野県一二一地区、第四位が広島県一一五地区、第五位高知県一〇九地区となっており、無医地区の少ない方から順位をつけると、①千葉県ゼロ、②神奈川県一地区、③東京都三地区、④茨城県・大阪府各五地区、⑤香川県・佐賀県各八地区の順になっている。(昭和四十八年七月八日付け『朝日新聞』「声」の欄の特設欄「投書を追って」)

このような状況の折に、静岡県在住の医師・樫田安平氏(三八歳)が、へき地診療所行きを望む投書を昭和四十八年六月二四日付けの『朝日新聞』の「声」の欄につぎのように寄せている。

「医師たちは都会に集りたがる。そして、田舎で働くのを避ける。無医村が生れる。なぜか。大病院やセンター病院のひざもとにいなければ、医学の進歩に遅れるとか、優雅に金もうけをしたいとか、子どもを有名校に進学させたいとか。しかし、世相をみよ。都市文明は多くの領域においてすでに崩壊の一途をたどりつつあるではないか。そうして、近代施設のみを誇る大病院での治療が病人にとって果して最善のものであろうか。

「病んだ人間が病んだことをきっかけとして、新しく生れ変わり立直るための最上のものであろうか。否。人類更生の医学は、都市の医学からは生れない。緑の中で、新鮮な空気を十分に吸い、素食をし体に本来備わる自然治癒(ちゆ)力を総動員させて、体を表面的に治すより根底より治す田舎から生れるであらう。私は田舎で働くことを決心した。私や私と志を同じくする医療従事者を受入れてくれる僻(へき)地診療所はないか。われわれは、僻地診療所、小病院を探し求めている。」

この投書についての『朝日新聞』の「投書を追って」の記事(昭和四十八年七月八日付け)によると、「波紋を投げた辺地志

願の榎田先生に、動機や真意を聞いてみた。……インターン時代に肝臓を病んだ。入院して、強肝剤などの医薬、高たんばく・高カロリーの食餌（じ）療法などを行った。半年余りたっても好転しない。退院し、漢方医にすすめられるまま、玄米菜食の低たんばく・低カロリーの食事療法を試みた。一カ月余りで、肝臓機能の検査結果が奇跡のようによくなっていた。こうした体験を、入院患者の治療に活用して、かなりの成功をおさめた。いま、榎田先生のいる静岡の病院に、北海道、大阪、九州から、肝臓、じん臓の重い機能障害患者がたずねてくるほどの評判である。

「薬は補助的な手段で、人間に生まれながらに備わっている自然治癒力を助けるだけです。漢方や自然食は、自然の力を勢いづける療法です」という榎田先生は、過剰投薬、無用な手術はやらない。だが、現実には多くの壁があり、現代医学の側からの抵抗もでてくる。また、現在の条件のもとではこの流儀でやっても、患者が治る程度には限界があるのではないか――。

「鉄筋ビルの病院内だと、その限界を破れないのではないかと。破り得る条件とは、日光浴ができ、土に親しめるところ、一階建て木造平屋がいいのではなからうか。そういう条件がみたされる場合は、辺地しかない」と確信するようになった。だから「無医地区に奉仕する」のではない。無医地区こそ現代医療に毒されない、真実の医療が可能なのではないか、という発想だ。「そして」と榎田先生が続けていうには、「白衣の医師による医療の独占を排し、患者がそれぞれ自分の病んだ病気なら、他の者の治療をアドバイスできるようにもってゆく。その数がふえれば、将来、医大増設などしなくてすむ。辺地の部落に一人でも、医療知識を身につけたものがいれば、医師の手間が省ける。医師法にふれないやり方は指圧、ハリなどいくつもある。私が辺地を志願したのは、小さな地域協同体で私の夢を實踐してみたいからです」榎田先生は、医療の質を変革しようとする自分の考え方、行き方を理解した上で、受け入れてくれる辺地を選ぶことになるだろう。」

(148) 医療過誤についての患者サイドの発言の事例として次のものがある。

「医療の荒唐がよくいわれるが、私も妻を死なせた体験から、医者モラルについて強い不満をもつ一人だ。妻は四人目の

子供をみごもり、わがアパートの向いの病院で昨年九月ごろから診断をうけていた。あらかじめ逆子とわかり、なおす努力もしたが成功せず、大みそかの夜に産気づき入院した。元日の朝七時前、病院から妻があぶない、との知らせでかけつけたが待合室で待たされ「早期胎盤はく離で死んだ」と告げられたのはそれから一時間も後だった。輸血などで忙しく私を呼入れるひまがなかったと病院側はいう。出産予定が二週間遅れ、逆子で羊水過多で出血多量がわかっていながら、事前に打つ手はなかったのか。待たせたまま死目に会わず、またその後も親兄弟がくるまで遺体はしばらくそのままにしておいてくれ、との私の頼みに同意しておきながら、棺に入れて送り返してきた。最近、先方から話合いたいといってきたが、医者同士でなくてはだめと変った。思えば思うほど不信がわく。医療の失敗を締出すために国家試験の厳正化、五年ごとの更新試験を提案したい。」（昭和四八年四月一三日付け『朝日新聞』「声」の欄の投書。投書者は川崎市の佐野仁昭氏（会社員三五歳）である。）

「妻は人もうらやむ健康と若々しきで六四歳まで生きてきたが、昨年八月、突然原因不明の食道しゅようにかかった。近所の専門医が何でもなし、神経だろうと誤診した程の早期発見だった。九月にある公立病院に入った。放射線治療を施し、照射限界の三〇回目には食事はもちろん、X線上も普通になったので退院を懇請したが、外科医のすすめで不本意ながら手術となった。十一月下旬、腹を裂き、背を割り、首を切り開いて食道、気管、声帯を切り取り、胃を持ち上げてろっ骨を前面に出し、あごの下で食道と縫い継がれた。鮮麗なビフテキ大の肉塊二片が摘出された。声を失い、のどに呼吸の穴をあけ、首から胸にかけて食道と胃が不気味に垂れさがって惨めな体になった。数週間後、手術きずが化のうし、死にまさる苦痛数カ月、やっと納まったと思いきや、肝心の食道がふさがり水も通らない。医師は口から金属棒を通したり、流動食を注入する胃の穴からゴム管を通したりするが効果はない。さながら、なぶり殺しの様相で妻は安楽死を求めている。外科医よ、切るだけが能ではないぞ、と私は絶叫したい気持ちである。」（昭和四八年八月四日付け『朝日新聞』「声」の欄の投書。投書者は鎌倉市の谷間文市氏（会社員六八歳）である。）

他方、医師側からの医療過誤についての発言としては次のものがある。

「最近、手術用かんの子の体内への置き忘れが、世の批判を浴びている。これにつき有名な評論家は一言、看護婦に「数は合っているか」と声をかければ解決できる問題としている。私は日ごろ多数の手術で忙殺されている外科医だが、この点に関し意見を述べたい。私の病院では年に二回ぐらい、つまり三百例に一例ぐらい、どうしても手術器具や、ガーゼの数が合わなくて困ることがある。百枚出したはずのガーゼが百一枚あったり、体内外をいくら捜しても、九十九枚しかないなどというものだ。手術が、すべて人力に頼る以上、夜半までの手術が続いたり、勤務交代のあとなど、こうしたことが起るのは当然であろう。このためには、すでにアメリカの一部でやっているように、閉胸、閉腹前にレントゲン写真をとって、器具やガーゼの入っていないことを確認すべきだ。私は人命を守るためには、お金はいくらかけてもよいと考えているが、胃切除手術二万七千円の手術料では、人件費だけでも赤字である。立派な設備と人材、このいずれが欠けても正しい医療は不可能である。」（昭和四八年七月三〇日付け『朝日新聞』「声」の欄の投書。投書者は札幌市の舟木昭蔵氏（医師四〇歳）である。）

「だいぶ前から種痘による事故がうるさく、日常の診療にさえこまかい神経を使う小児科医は、接種を受けにきながら「大丈夫でしょうか、こわいわ」などという母親たちとの応対にいつそう神経をすりへらす。健保や税金の雑務もある開業医の方たちは、そのうえ接種事故の心配はごめんと行わないものが多いが、私はジュンナーの昔から痘苗は改良に改良を重ねたはずだという信念と、勤務先の仕事の性質上、今まで種痘を行ってきた。けれども、不安を与えないために母親と子どもには笑顔を向けながら、薄水を踏む思いで、数をこなすのはけっして楽ではない。新聞に事故の報道がでるたびに、うんざりする。」

「ざっと計算して、二十年前から自分が手がけた接種者も、そろそろ十万人に達するから、確率からいえば、事故も避けきれない——「もう種痘するのはやめます」と申し出ようと思ったら、新聞に北海道で種痘回避（未接種）者が種痘を受けた人のウイルスから発病したという記事が出た。強制だ、任意だといっても、国やえらい学者に、血の通ったはつきりした方針や

対策がない限り、予防接種に関する小児科医の悩みは、ハムレットより深い。やるべきか、やらざるべきか。」（昭和四八年九月一七日付け『朝日新聞』『声』の欄の投書。投書者は横浜市の横田宏子さん（勤務医四六歳）である。）

（149）昭和四八年八月八日の新聞報道によれば「厚生省は、医療にコンピューターを活用して総合的な健康診断の実施や資料の集中、整理などを行う医療情報システムの開発計画を検討していたが、このほど最終的な計画がまとまり、今月中に研究開発に着手することになった」という。

「基本問題」「地域医療情報システム」「ホスピタル・オートメーション（病院内の医療情報システム化）」「コードおよびシソーラス（コンピューターに使われる医学関連用語の整理）」の四つの専門委員会に分かれ、実際にコンピューターを使って実験しながら四十九年三月末までに研究開発を行い、報告書をまとめる。厚生省は、四専門委の報告をもとに四十九年度以降もさらに研究開発を進め、五十二年度をメドに、ある程度の医療情報システム化を実現したい考え」であるとのことである。

「医療情報のシステム化について、厚生省は昨秋（昭和四七年秋）以来、「医療情報システム検討会」（座長、大島正光東大教授）を設けて研究を進め、今年（昭和四八年）五月に研究開発計画の大筋がまとまった。厚生省は、この計画をさらに煮つめる一方、八月一日付で新しく「医療システム開発調査室」を設けて、「正式に計画を実行することにしたもの」で、「具体的な研究開発の進め方は、医療技術研究開発財団などの関係団体に委託して行われる。とくに「地域医療情報システム」については、救急医療について神奈川県、へき地医療について和歌山県など五つの県をモデル地区に選んで実際にコンピューターを導入して研究する」とのことである。（昭和四八年八月八日付け『朝日新聞』）

なお、わが国のコンピューターのメーカーの一つであるF社が、昭和四八年五月八日付の『朝日新聞』に全面広告として、岸田純之助氏（朝日新聞論説委員）と柳原仁氏（東京女子医科大学附属病院長）の二人の「コンピューター対談」を五段ぬきで「医療のシステム化を考える」という見出しのもとに掲載している。

(150) わが国の昭和四十六年度の国民総医療費二兆七千七百十億円は、国民総生産の三・四二%、国民所得の四・二一%で、昭和四五年度に比べてやや減少気味である。しかし、国民一人当り医療費は二万六千三百八十七円で、前年度に比べて千八百円余りの増加となっている。

なお、昭和四十六年度の国民総医療費は、前年度に比べて九%の増加となっている。国民総医療費は、昭和三十九年度に対前年比二四%ふえたのを最高にここ十年間毎年一五%から二三%伸び続けてきており、昭和四五年度の対前年伸び率は一九%であった。それが、昭和四十六年度に大幅に落ちたのは、昭和四十六年七月の日本医師会による保険医辞退の影響が大きい、と厚生省はみている。保険医辞退の行なわれた七月中で八十六万人の患者が減り、二百二十億円減収になったと推定され、その後も受診率は下がり気味であった。(昭和四十八年八月九日付け『朝日新聞』)

国民総生産に対する国民総医療費の割合についての国際比較(一九六七年)は次のようになっている。イギリス四・六五%、西ドイツ四・〇〇%、フランス二・四〇%、イタリア三・〇四%、スウェーデン四・三一%、日本三・三八%、なお、国民一人当りの国民総医療費の国際比較(一九六七年)では、イギリス二五・〇二五円、西ドイツ三〇・一九八円、フランス三〇・五三九円、イタリア一四・二一五円、スウェーデン四九・八一六円、日本一五・二八円となっている。(江見康一(編著)『国民医療をみる眼—ヨーロッパ医薬制度を中心として—』勁草書房、一九七二年に所収の「表23 各国の国民総生産、国民総医療費、薬剤費」より)

(151) 昭和四十八年六月一日付けの『朝日新聞』の社説「医療情報システム開発の進め方」では、①「国民の健康保持を最優先の目標」とすべきで、「かりそめにもコンピュータ産業振興といった観点から」計画を進めることがあつてはならない、②「個人のプライバシーや人権への影響について、綿密な点検が必要である。……一カ所に集中した個人の情報は、本来の目的以外に利用される可能性が accrue 存在する。それは、国民総背番号制度がもっている危険と本質的に同じである。こうした懸

念をなくすため、医学倫理の確立、情報もれを避ける技術的な方法の開発、必要な規制の制度化などについて、見落しのない検討を行わねばならない。」これらの二点が強調されている。

榊原任氏（東京女子医科大学附属病院長）は、医療のシステム化について、①診断の分野では、疾患の典型的な例、非典型的な例をコンピュータにたくさんおぼえさせておき、それを必要に応じてとりだして調べて診断の助けとする程度であって、最後の診断を考えるとところは医師の役割であって、コンピュータにそこまでやらせるのはまちがいである、②病院の事務的なことや検査というようなバラメディカルの部門の省力化はコンピュータの導入によって行なうことは可能であるが、医者や看護婦と患者が対話しながら治療するという分野は依然として残ることになるから、手術をする時間も、労力も従来と変わらないであろう、③疾患についてのデータバンクをつくることはぜひ必要であるが、プライバシー問題が生じないように、その利用方法についてリミットをつけて行なうべきである、という見解を述べておられる。（前掲の「コンピュータ対談」）

(152) 医療の社会化についてのモノグラフとしては、たとえば佐口卓『医療の社会化―医療保障の基本問題―』勁草書房、一九七一年（一九六四年に第一刷）がある。「医療の社会化」の概念については同書一〇～一四ページをみよ。医療保険を間にはさんだ医療の需給体制について地主重美氏は次のようにいわれている。「いかに医療保険を拡大させ、医療需要の共同化を押し進めているといっても、需要側が、たとえば大口の共同借入のできる、まとまった需要者集団として医療供給側に対してその拮抗力を働かせているわけではなく、医療を求める個々の患者は、まったく個別的に医師の門をたたき、医療供給側に相対しているのである。」（地主重美『医療と経済』読売新聞社、昭和四十六年、三一七ページ。）

(153) 医療の社会化にかんして川上武氏は「開業医の将来」というテーマのある座談会において、次のような意見を述べておられる。「長い目で見れば、もっと医療が社会化されなければ無理でしょうけれども、社会化されることがイコール官僚化されることなら、かえってサービスが低下して、意味がなくなるわけです。」「医療の社会化ということは、国民の声として出て

くるわけですね。その場合、当面開業医が営利的だから、そこを社会化しようという声がどうしてもつよくなる。しかし、実際は、総医療費の配分を見ても、五〇%が医者を中心とした医療従事者の人件費で、四〇%は薬、一〇%が医療産業ということになってくると、実際は、残りの四〇%、一〇%をも社会化しないかぎり無理なわけです。その辺については、世論はわりと甘い。」(川上武・中川米造(編)『医療制度』(講座・現代の医療2) 日本評論社、一九七二年の巻末に所収の討論「開業医の将来」(出席者、川上武、二宮陸雄、村松博雄))

(154) 公立病院の実情については、たとえば昭和四八年八月二七日付けの『朝日新聞』の記事「赤字に悩む公立病院」をみよ。

(155) この点を考えるにあたっては、大牟羅良・菊地武雄『荒廃する農村と医療』岩波書店、一九七一年、川上武「社会化とシステム化」(昭和四八年三月二〇日付け『朝日新聞』(タ刊)「文化」欄の「医療荒廃の底流」(中))、日野原重明「患者志向の医療システム」(昭和四八年五月一八日付け『朝日新聞』(タ刊))、二木立「医療基本法」、三浦聡雄「医療政策決定の背景」、討論「医療国営は可能か」(出席者、石垣純二・中川米造・毛利子来)、『医療保障』(講座・現代の医療3)(川上武・中川米造編)一八四～二一四ページおよび二五〇ページ以下、中川米造「国民の医療とはなにか—医療基本法のめざす危険な方向—」『エコノミスト』一九七二年三月一四日号、厚生省による医療基本法案の要綱(これについての新聞報道としては、たとえば昭和四七年一月三一日付けおよび同年二月一日付け『朝日新聞』参照のこと)、「対談・開業医を考える—医療変革を市民との連帯で—」(川上武・河合武)、野村拓「日本医師会の医療政策」『医療と人間と』(季刊)創刊号、勁草書房、一九七三年、一六～二六ページ、四八～五八ページ、Richard M. Titmuss, *Essays on 'the Welfare State'*, London, 1960 (谷昌恒訳『福祉国家の理想と現実』社会保障研究所、一九六七年)の第八章乃至第一〇章(イギリスにおける国民保健サービス The National Health Service をテーマにした論説)、Richard M. Titmuss, *Commitment to Welfare*, London, 1970 (三浦文夫監訳『社会福祉と社会保障—新しい福祉をめざして—』東京大学出版会、一九七一年)の第四部「医療のディレン

「J Diemmas in Medical Care および資料「医療保障委員最終答申（昭和三十四年三月二十七日）」佐口卓『医療の社会化』勁草書房、一九七一年、二四二～二八〇ページなどが参考になるであろう。

(156) 医療機構改革の選択の主人公は患者をおいてほかにはないことについては、前掲の川上武『現代の医療問題』二四四～二四六ページが参考となる。

医療問題について、医師と患者が力を合わせて考えてみようという呼びかけは市民の中からも出ている。たとえば、「……最高教育を受け、社会的地位の高い医師が生きがいのために聖職を聖職として診療してゆく限り、決して経営は成り立たず閉鎖しなければならぬ現在の医療問題を、医師と患者が力を合わせて考えようではありませんか。現在の医療制度が悪徳医師の温床になり、良心的医師の生活を阻むものなら、私たちはこのままほうっておくわけにはゆきません。お医者さん方、命をあずけている私たち患者と貴殿の良心と生活のために、医学の道が学力と人物によってのみ開かれ、悪徳医をなくし、医療のごまかしや税金のごまかしをせにする医療体制をつくるように力を合わせましょう。」（昭和四八年八月一日付け『朝日新聞』「声」の欄の投書。投書者は浦和市の藤岡真知子さん（主婦三四歳）である。）

医療問題をめぐっての医師と市民との連帯の一つの例としては「医療を良くする相模原市民の会」（事務局、神奈川県相模原市横山三ノ二一ノ一一、鈴木小児科医院内、会員数約五〇〇人）（昭和四八年八月一二日付け『朝日新聞』「日曜版」「生きるなかま」欄参照）を挙げることができるし、患者の連帯のそれとしては「日本患者同盟」（事務局、東京都滑瀬市松山二ノ一三、療養新聞や結核患者のための図書を発行している。）（昭和四八年四月一日付け『朝日新聞』「日曜版」「生きるなかま」欄参照）

医療問題についての市民運動ないし患者運動については、川上武・中川米造（編）『市民と医療』（講座・現代の医療Ⅰ）の巻末に所収の討論「市民運動と患者連合」（出席者、飯島伸子・長宏・川上武）が参考になる。

(157) このことについては、H・E・シゲリスト(著) 松藤元(訳) 『文明と病気』(上)(下) 岩波書店、一九七三年をみよ。

(昭和四八年一〇月二九日 受理)