

Historical Study about the Process of Formation of Health Insurance Law in Japan

メタデータ	言語: jpn 出版者: 公開日: 2017-10-03 キーワード (Ja): キーワード (En): 作成者: メールアドレス: 所属:
URL	http://hdl.handle.net/2297/7484

健康保険法成立過程の史的考察

地域社会環境学専攻

河野 すみ子

Historical Study about the Process of Formation of Health Insurance Law in Japan

Sumiko Kohno

ABSTRACT

In Japan, health insurance system is managed by both the government and Health Insurance Society.

There are numerous studies about the process of formation of health insurance system, but they have not been carried out extensively. The purpose of this study is to evaluate the process of formation of health insurance system taking the role of Japan Medical Association into consideration.

During World War I, the capital of Japan grew rapidly, the number of factory workers increased. A lot of people moved to urban areas from rural villages. The people of labouring class in urban areas had serious uneasiness about their illness and injury.

The Health Insurance Law came into existence in 1922. In this law, the insured were limited to the regular employees who were placed under the control of the factory acts. Since the majority of these people were not the members of mutual benefit associations, they were put under the government management. And, most members of mutual benefit associations of big business joined Health Insurance Society. Both the government and Health Insurance Society were insurer of health insurance system. This situation came from the Japanese economic structure which had big business and minor business simultaneously. The Health Insurance Law was the starting point of multiplex structure of medical insurance system in Japan.

目次

序章	問題の所在
第1章	健康保険法成立の歴史的背景
第2章	健康保険法の成立過程
第3章	療養給付の方法と健康保険法改正案の撤回
第4章	健康保険法の施行と保険事業の警察部への移管
終章	健康保険法成立過程にかんする評価

序章 問題の所在

日本の医療保険制度は、いくつもの制度に分立し、制度間に大きな格差がある。たとえば雇用労働者に限定しても、主として大企業の労働者には組合管掌健康保険、中小企業の労働者には政府管掌健康保険、5人未満の零細企業の労働者には国

民健康保険が適用されているように、企業規模によって別々の制度に包括され、負担や給付水準はそれぞれ異なっている。こうした制度の分立・格差について、佐口卓は「分立があることについての批判が強く」、「労働者階級にとっての分断政策になっていることへの指摘は正しいとしても」、「なぜ、このような制度の分立が形成されてきたかと

いう歴史的要因」について「追求することは少ない」と指摘している¹⁾。

そこで小論では、健康保険法（1922年4月22日法律第70号）の成立過程について検討しながら、こうした医療保険制度の分立・格差がいかにか形成されたか歴史的に明らかにすることを課題とした。健康保険法に着目したのは、なによりも、日本における最初の社会保険としての歴史的位を占めていることによる。健康保険が政府管掌健康保険と組管掌健康保険に区分されたことによって、負担や給付に格差が生じている。そして、この区分は今日にいたるまで継承されている。検討すべき問題は、なぜ、「政府および健康保険組合」を保険者と定めたのか明らかにすることである。

すでに、健康保険法の成立過程にかんする研究として、坂口正之『日本健康保険法成立史』（晃洋書房、1985年）、佐口卓『日本社会保険制度史』（勁草書房、1977年）、池田信『日本的協調主義の成立』（啓文社、1982年）などがある。それらのなかで、保険者について、たとえば、坂口正之は「保険者の中心は健康保険組合であって、政府管掌が従たる位を占めているという考え方が支配的である²⁾」と指摘している。だが、農商務省工務局長の四条は、「先づ之を官営とし、ただ工場鉦山等においては相互共済組合経営の経験を有するもの相当あり。之を以て相互主義の条件のもとに官営保険と併行して、事業またはその連合を単位とする保険組合の任意設立を認め³⁾」と述べているように、「保険者の中心は健康保険組合」であると断定できない見解もある。

そこで保険者に注目しながら、あらためて健康保険法の成立過程について検討していきたい。対象時期は、1922年の健康保険法成立前後から1927年の保険給付の開始をへて、1929年に健康保険事業が道府県警察部へ移管されるまでの時期である。従来、「政府および健康保険組合」という保険者について、健康保険組合が政府とともに保険者となったことから、組合方式を政府管掌方式に対比させ、組合方式の意義が論じられてきたが、これまでの研究には、なお、いくつかの問題が残されている。

まず、保険者と、被保険者の適用範囲や医療保険制度の分立と関連づけて検討することである。さらに、日本医師会の健康保険法成立過程への関与について明らかにすることである。健康保険法成立にかんする資料を整理した『健康保険法施行経過記録』には日本医師会の記述がほとんどないので、これまで日本医師会の役割について明らかにされていない。そこで、『医政』（大日本医師会出版部）、『復活医政』（日本医師会出版部）の雑誌に掲載された健康保険にかんする記事を検討し、日本医師会が健康保険法の成立過程にどのように関与したのか具体的事実にもとづいて分析していきたい。

第1章 健康保険法成立の歴史的背景

第一次大戦期に軽工業のいっそうの発展と同時に重化学工業が本格的に発展し、鉦工業労働者数は急激に増大した。この第一次大戦をへて、健康保険法が成立する。まず、個々の企業内における共済組合の発展からみていきたい。

1. 企業における共済組合の発展

世界で最初の「疾病保険法」が1883年にドイツで成立するが、まもなく日本でも新聞や雑誌などで報道された。この疾病保険法の必要性について積極的に提言したのは内務省官僚の後藤新平である。後藤は疾病保険法の制定を力説し、1897年に伊藤首相に意見書を提出するが、その参考資料として添付したのが「労働者疾病保険法案」であった⁴⁾。

この法案では、「労働者の病災を救済し、その健康を増進せんがため、同一の作業に労働者100人以上勅令の定むる人員を雇使するものは、労働者疾病保険に関する規定を設け、行政庁の許可を受けて之を施行すべし」とし、100人以上を雇用する事業主が、労働者の病災を救済するために「労働者疾病保険」にかんする規定を設けるとしていた。この法案は否決されたが、個々の企業内において共済組合の設置を促していった。

共済組合は労働者の疾病や負傷にたいする相互救済の施設として設立され、日露戦争直後から第一次大戦期にかけて発展した。そのもっとも代表的なものとして、1905年に設立された鐘紡共済組合がある。この共済組合について「きわめて先進的であったこの制度は、わが国が現在実施している健康保険制度のさきがけとなり、政府が現在の健康保険法を制定する際の骨子となった⁵⁾と『鐘紡百年史』では記している。ついで、国有鉄道共済組合が1907年に設置され、これ以降、官業共済組合が登場してくる。

こうした共済組合は1900年代のはじめまでは紡績業を中心に普及したが、日露戦争直後から重工業大経営においても設立されていった。これは、重工業大経営が飛躍的に発展し、生産手段の近代化にもなって労働過程が大きく変化するなかで、労資関係が従来と異なるものになったからである。重工業大経営では生産過程にたいする企業の直接的支配が強化され、たとえば、三菱長崎造船所は1908年に親方請負制を廃し、新しい能率刺激的な賃金形態を導入している⁶⁾。この親方請負制の崩壊にともない親方労働者が経済的余力を喪失し、労働者は親方労働者から生活上の事故に対する扶助を受けることができなくなった。そこで、個々の企業において、企業の一定の経済的負担のもとに労働者の扶助施設を設置することが必要となり、共済組合を中心とする生活扶助施設が設置されていった。重工業大経営では、共済組合を中心とした企業内福利施設をつうじて労働者の生活不安を緩和し、労資関係の安定をはかろうとしたのである。

このように日本では、共済組合が個々の企業における労資関係の安定策として登場し、西欧諸国のような労働者の自主的相互扶助組織とは異なり、まさに日本的な形態をとった。それらは企業による慈恵的な家族主義的なものとして、労務政策の一環として出現したのである。したがって、共済組合の財源は労働者の拠出と企業の補助金によって賄われ、運営面では組合員の発言権はほぼ皆無であった。なお、健康保険法の実施時点で、こうした共済組合のうち堅実な事業だけ健康保険組合

の設立が許可される。

2. 工場委員会の設置と協調的な労資関係の育成

労働問題への新たな対応策として、1919年12月に内務省は工場委員会の構想を示している。工場委員会を「労働者の選挙による5人以上15人以下の選出委員と、その数を超えざる指名委員により組織⁷⁾し、企業内に労資協議機関を設置するというものであった。これは、第一次大戦前には「下層社会」との一体性を濃厚に保有していた労働者が、大戦期の経済発展でその量的成長とともに、その労働への社会的評価を高め、より積極的に自己肯定的な生産者としての社会的意識をもつようになった⁸⁾ことに対応していた。

この案は非公式な試案にとどまったが、実際には、第一次大戦後の労働運動の最大の拠点となった重工業大経営では工場委員会が設置されていた。工場委員会には労働者に発言権があり、労働者委員の選出にたいして労働者に選挙権が付与された。こうした工場委員会の労資協議による運営という考えかたが、のちにみるように、労資双方の選出による「組合会」という健康保険組合の運営に影響を与えていった。

工場委員会は主として重工業大経営に設置されたが、健康保険法で健康保険組合について定め、すべての大企業で協調的な労資関係を育成しようとしたのである。協調的な労資関係の育成という観点から、健康保険組合は健康保険法の重要な構成部分となっていく。

3. 健康保険法成立の背景

第一次大戦期に工場労働者が急増していくが、この労働者にとって疾病と負傷が大きな生活不安になっていた。『工場監督年報』⁹⁾によると、常時職工を50人以上使用する工場では、職工の負傷率は1917年の4.42%から1920年の6.79%に上昇している。罹病率もきわめて高く、とくに「時局の好影響をうけ事業界は空前の活況を呈し」た1918年には女工の罹病率は45.2%になり、とりわけ紡績業における女工の負傷疾病率は66.5%に達している。

1918年の『工場監督年報』によれば、負傷疾病者のうち、治癒者が95.3%、死亡者が0.8%、未治解雇者が2.3%であり、なかでも、肺結核患者では治癒者が50.1%、死亡者が13.4%、未治解雇者が31.2%に達していた。

このように労働災害や疾病が増加していたが、病気になっても医療機関にかかれなればかりか、病気になった労働者の首切りは自由という状態であった。都市に定着した労働者世帯では、ひとたび病気にかかれば没落する以外に道はなく、貧乏一病気一貧乏の循環が顕著になっていた。さらに工場労働者の集積を基礎に労働争議が続発し、友愛会は、1919年の第7周年大会で「労働保険法の実施」を主張していた¹⁰⁾。

こうした状況を反映して、農商務次官田中隆三は、「健康保険法案の提出理由」について、「労働保険の制度を樹立いたしまして、労働者の生活上の不安を除去すること、また労働者の健康を保持いたしまして労働能率の増進を図りますこと、またその結果といたしまして、労資の円満なる協調、それによりまして国家産業の健全なる発達を期することの必要を認めました¹¹⁾と説明している。

このように健康保険法成立の背景には、第一次大戦を契機として労働災害や疾病が増加し、疾病と負傷という「労働者の生活上の不安を除去する」ことが社会的に解決すべき課題となったこと、そしてまた、労働運動の高揚に対抗し、「労資の円満な協調のもとに産業の健全な増進を期する」ことがあった。健康保険法は、労働者の疾病や負傷にたいする社会的な保障制度であると同時に、協動的な労資関係の育成という二重の課題に対応したものである。こうした健康保険法の成立を促進したのもとして、ロシア革命やILOの結成という国際的な影響もあげられよう。健康保険法は「その改良性とともにと収奪と支配統制の側面¹²⁾をもっている。

この健康保険法の成立について、坂口は、「日露戦争前後を中心として明治末期より登場した共済施設が第一次世界大戦期以降においていまやその改組・改編をせまられ、さらに工場委員会設立の

核となり、労資の意志疎通機関として機能することを求められつつあったという歴史的背景・事情を看過してはならない¹³⁾とし、共済組合の改組・改編の延長から健康保険法を説明している。だが、こうした説明では「政府および健康保険組合」を保険者と定めた健康保険法を捉えることはできないと考えるので、次章では、健康保険法の制定過程について具体的な事実にもとづいて検討していきたい。

第2章 健康保険法の成立過程

憲政会は、米騒動の発生直後の1918年9月、社会不安の緩和策として労働保険の立案に着手し、1920年1月に「疾病保険法案¹⁴⁾を発表した。この法案から健康保険法にいたるまでの議論について、保険者と被保険者の適用範囲に焦点をあてて検討していきたい。

1. 憲政会の疾病保険法案

憲政会の疾病保険法案は、緒言でまず、共済組合の発達が十分でない日本では「疾病にたいする国家的社会政策樹立」が必要であると述べている。そして、「疾病保険は政府之を管掌す」と定め、特例事項として企業の共済組合は除外できるとした。被保険者の適用範囲については、①労働者、徒弟及小使、②事務員及技術員、③公吏及官公署雇員及傭人、④教員、⑤日本の国籍を有する船舶の下級海員としている。

このように憲政会の法案では、事業所の規模を明記することなく、被保険者の適用範囲をかなり広くし、こうした被保険者の多くは共済組合に加入していないという状況のもとで、「疾病保険は政府之を管掌す」とした。この法案の意義は、政府管掌という独特の制度を提唱し、労働者の疾病にたいする国家的社会政策の樹立の必要性を提起したことにある。この法案について、東京大学の森莊三郎は「憲政会提出の疾病保険法案批評¹⁵⁾で論評している。その論評では、政府管掌による国営保険という憲政会の法案を尊重しながら、共済組

合については適用除外にするのではなく、一定の条件を満たすものを同法のなかに含めて同法実施の1機関として認めればよいとし、保険機関について、①共済組合の奨励、②国営保険局の設置、③再保険の必要を主張した。

この憲政会の法案は審議未了となったが、政府に健康保険法への取組みを促す要因となっただけでなく、新たに健康保険法を作成するさいのたたき台になった。そうしたなかで、森の論評は、農商務省の官僚に解決すべき問題の所在を示しており、憲政会の疾病保険法案から農商務省の健康保険法案要綱へと転化させる役割をはたしたといえよう。

2. 健康保険法の成立

政府は、1920年8月、農商務省工務局に労働課を新設し、社会保険について調査研究をすすめて、1921年11月に健康保険法案要綱を作成した。この要綱では、被保険者について「工場法又は鉱業法の適用を受くる事業に使用せらるる者を健康保険の被保険義務者とする」とした。その理由について、四条は、まず、「国家産業上の見地および救済の必要を急とする」¹⁶⁾賃金労働者にしほり、さらに、労働事情の明らかでない労働者にたいして実施することが困難なので、比較的基礎資料の得られやすい「工場法・鉱業法の適用事業所の常用労働者」にしたと説明している。このように、工場法等で定めた事業主の扶助義務が削減できる労働者だけを強制加入者としたのである。

ついで、保険者について「政府および健康保険組合の2つ」とした。この保険者について、四条は、「先づ之を官営」としたとし、その理由として、自治組織による保険制度の経験が乏しい日本では相互組織だけで経営することが「万全の策」ではないことをあげている。そのうえで、工場・鉱山等にある共済組合については保険組合に移行し、「官営保険と併行」して、健康保険組合による運営を認めたと説明している。つまり、被保険義務者の多くが共済組合に加入していなかったので、「先づ之を官営」としたのである。この保険の官営につ

いて、床次内相は「欧米における従来の労働組合が自ら実行しつつある労働保険、労働救済等の如きは、むしろ社会政策の見地より国家自身之を行うべきものと信ず」¹⁷⁾と述べ、日本の場合、国家が労働保険を行うべきであるとしている。これは、欧米とは異なり、日本では共済組合が十分に発達する以前に、疾病と負傷という「労働者の生活上の不安を除去する」ことが社会的に解決すべき課題となったからである。ここに、健康保険法の特異的な性格を見出すことができよう。

このように要綱では、「疾病保険は政府之を管掌す」という憲政会の提案を受け継ぎながら、政府を保険者とし、それにくわえて、民間共済組合を健康保険組合に移行し、健康保険組合も保険者としている。この民間共済組合について、憲政会の法案では特例事項として除外することを認めていたが、要綱では健康保険組合に移行し、健康保険法の実施機関のひとつとした。これは、すでにみたように森が提起した保険機関の問題について、要綱では「政府および健康保険組合の2つ」を保険者とし、解決したのである。

この要綱は、農商務大臣の諮問機関である労働保険調査会で審議された。調査会では、全体として要綱の規定を補強しながら、いくつかの点を修正している。そのひとつは官業共済組合についてである。官業共済組合員にたいして適用しないという条項が削除され、新たに「政府の事業に使用せらるる者に対する本法の適用に関しては勅令を以て別段の定を為すことを得ること」という項が設けられた。これは、官業共済組合員にも健康保険法による給付水準を保障すべきであるという調査会の強い意志を示したものであった。

この調査会の答申は、要綱の内容を変えるものではなく、「政府および健康保険組合」という保険者についても変更はなかった。ここでの審議の結果、健康保険は政府管掌健康保険と組合管掌健康保険からなり、官業共済組合が健康保険の代行機関になるというように、ほぼ、今日のような制度が形成された。調査会の答申にもとづいて健康保険法案が作成され、原案どおり、1922年3月、健

健康保険法は成立した。

3. 保険者にかんするこれまでの見解

健康保険法では、保険者について、ほぼ要綱どおり、「健康保険の保険者は政府および健康保険組合とす」（第22条）と規定している。ここで、この規定にかんするこれまでの議論をみていきたい。たとえば、坂口は、「保険者の中心は健康保険組合であって、政府管掌が従たる位置を占めているという考え方が支配的である」と指摘し、その例として佐口などの見解を紹介している。そこで、佐口の見解から検討したい。

佐口は、『日本社会保険制度史』において、「健康保険法の組合管掌こそは、保険者としての政府管掌よりも中心として考えていたのである」¹⁸⁾と述べている。そして、それを示すものとして、まず、森の「健康保険事業は自治的組合をして経営せしめる方が万事に好都合であるから、欧州諸国では殆ど例外なく自治的組織を其の保険者として居る。然るに我国に於ては未だ一般に保険思想も乏しく、共済組合の発達も十分で無いから、止を得ず政府自ら保険者となる事になっている」¹⁹⁾という言及を引用している。さらに、貴族院特別委員長片桐貞央の「本保険は先づ大規模の工場、鉱山等に相互的の組合組織を以ちまして、保険を実施し得る見込のあるものに対しましては、自治的健康保険組合を設けまして、之を管掌せしめ、其以外のものに対しましては官営を以て之を致しまして、官営と組合保険とを併せ認めようとするのでございます」²⁰⁾という報告をあげている。

こうした森と片桐の言及は、はたして佐口の見解の根拠となるだろうか。森は、政府が止むを得ず保険者となったのは共済組合の発達が不十分であったことを指摘し、片桐は、大企業に健康保険組合を設けて保険者のひとつとし、それ以外は官営とすと述べているにすぎない。森と片桐の言及から、佐口の指摘のように「組合管掌こそは保険者としての政府管掌よりも中心」であると結論づけることができない。

片桐の報告にもあるように、既存の共済組合の

うち、堅実な事業にだけ健康保険組合の設立が許可された。では、この自治的な組合である健康保険組合と健康保険法とはどのような関係になるのだろうか。

健康保険法では、「政府は健康保険組合の組合員に非ざる被保険者の保険を管掌する」とし、官営について規定している。これは、被保険者の多くが共済組合に加入していなかったため、政府が「保険を管掌する」ことになったことによる。工務局労働課長の膳桂之助は「理想としては組合を原則として政府は例外的に組合にはいらぬ者を拾うことと致したいのですが、実際においては政府の方が原則であって組合の方は極く安全なる場合にのみ許すというような結果になるのもやむをえないかと思えます」²¹⁾と説明しているように、担当官僚は、「実際においては政府の方が原則」になると構想していたといえよう。さらに、厚生省医務局発行の『医制100年史』では、「保険者については、国家の直接管理を原則とし、健康保険組合による自治的運営を付随的に認めた」²²⁾としている。このように健康保険法には、国家による直接管理という強制的で官営的な側面もあり、自治的な組合という健康保険組合は健康保険法のひとつの側面なのである。したがって、共済組合の「改編・拡充をもたらした背景が健康保険法を誕生させた」²³⁾という坂口の指摘は、健康保険組合に限定するならば妥当するにしても、健康保険法のひとつの側面を説明しているにすぎない。

実際、健康保険法が施行された1926年度末についてみると、政府管掌健康保険の被保険者数が約114万人、健康保険組合のそれが約80万人である²⁴⁾。1事業所当たりの平均被保険者数は、政府管掌健康保険が26人、健康保険組合が2,533人であり、その差が歴然としている。つまり組合管掌健康保険と政府管掌健康保険は、「外国から移植された技術を中心にした大規模で官僚制的・合理的組織にもとづく資本主義的経営と、在来技術を基盤にした中小規模の家族共同体的経営とが共存する」²⁵⁾という経済の「二重構造」に照応していたといえよう。

第3章 療養給付の方法と 健康保険法改正案の撤回

1922年11月、内務省の外局として社会局が新設され、健康保険にかんする事務は農商務省から社会局第2部保険課に移管された。当初、24年4月より実施する計画であったが、大幅に延期され、ようやく26年3月になって27年1月より保険給付を開始することが決定された。この間、療養給付の方法にたいする日本医師会²⁶⁾と事業主側の意見が調整されていく過程でもあった。まず、日本医師会の主張からみていきたい。

1. 療養給付にかんする日本医師会の方針

療養給付の問題について、日本医師会は1918年という比較的早い時期から検討し、政府と意見を交換している。当初、政府当局は「一定の少数の医師を指定医として診療担当者とする考え」であった²⁷⁾。この保険医の指定医制度について医師会は反対であったので、「いろいろ手をつくし」ながら、「少数の限られたる指定保険医制に反対して、団体自由選択主義²⁸⁾」を主張した。そして日本医師会は、健康保険について「国家の社会事業であり、主要の部分は医療の給付であるから大いに協力しなければならぬという方針」のもとで、「道府県医師会を必ず統制し、実行するという決意であった²⁹⁾。

このように療養給付の方法について、医師会は団体自由選択主義を主張していたのにたいし、事業主側が専属嘱託医制を希望していた。そのため、健康保険法では、療養の給付について「勅令を以て之を定む」としただけで、具体的な方法を決めていなかった。そこで、この問題をめぐって健康保険法の成立後、多くの意見が出されてきた。

大日本医師会が、1922年11月の第7次定時総会で、健康保険法による療養給付は団体自由選択主義によるという方針を決定している³⁰⁾。医師会の主張する団体自由選択主義とは、具体的には、患者が自由に医師を選択することができることであり、その選択の区域を道府県を単位とすることや、道府県内の被保険者数に応じて道府県医師会に医

療費を支払うというものであった。日本医師会は、再三再四、この団体自由選択主義を採用するよう政府に要請していった。こうした日本医師会と事業主側の意見の違いが、いかなる過程をへて調整されていったのであろうか。次に、この点を、健康保険法改正案の作成とその撤回、そこでの事業主側、日本医師会、政府の対応をみるなかで明らかにしていきたい。

2. 健康保険法改正案の撤回

(1) 健康保険法改正案の作成とその撤回

健康保険法施行以前に、事業主側は民間共済組合を適用除外にするよう法改正を求める運動を展開した。この事業主側の要請に応じて、改正案要綱が作成された。それは、第1に、民間共済組合のうちで優れたものは適用除外を認めるというものであり、第2に、共済組合の存続が認められない場合、健康保険組合になるが、そのとき従来の組合員の範囲や給付の種類を変更することなく事業が継続できる余地を与えようというものであった。

この改正案要綱は、1925年1月の労働保険調査会で、賛成11名、反対6名で可決された。この時期、事業主側がこのような要請をしたのは、加藤高明を首班とする護憲三派内閣が1924年6月に成立したという事情もあった。先に述べたように、憲政会の疾病保険法案は、特例事項として企業の共済組合を除外できるとし、その点では事業主側の要求と一致していたのである。こうして事業主側の要請により、1925年1月、内務省は民間共済組合の適用除外を認めるという方針に変更した。だが、最終的には、同改正案は「闇から闇に葬られ、・・・ついに議会で法律案として提出するにいたらなかった」。その理由について、社会局長官の長岡は、労働保険調査会の委員や他の政府部局から反対があったこと、さらに、実行上2、3の点について反対意見があったことをあげている³¹⁾。

この改正案について、労働保険調査会の委員である森は「労働者の発言権を奪はんとする頑迷思想の表現」であると断定し、「労働者の発言権を奪

はんとするは時代思潮を無視し、労働者の人格を蹂躪したるものなり」とし、反対を表明している³²⁾。では、実行上2, 3の点について、どのような反対意見があったのだろうか。『健康保険法施行経過記録』では具体的にあげていない。だが、健康保険法施行の過程で「医師会が紛擾」し³³⁾、その後の衆議院本会議で「この実施にともなうところの実際問題として被保険者の医療関係、被保険者が医師の自由選択をなしえるや否や、すなわち一般開業医との関係」について委員会で審議したと報告している³⁴⁾。これらは、医師会が紛擾したのち、医療関係について決着したということであり、実行上2, 3の点について医師会が反対であったことを示している。日本医師会は自己の主張をどのように反映させていったのであろうか。次に「政府および健康保険組合」と療養給付の方法に注目しながらみていきたい。

(2) 「政府および健康保険組合」と

日本医師会の診療契約健康保険法改正案の撤回後、長岡は、『復活医政』(1926年3月号)誌上で療養給付の方法について説明している。そこでは、政府と健康保険組合を区別し、保険者が政府である場合は、医師会の要求どおり、被保険者の医師選択の自由を認めるとしている。そのうえで、健康保険組合も政府管掌の場合と同じにしたいが、それ以外の場合もありうるとし、いずれにしても組合と医師会が協議することになると述べている³⁵⁾。これは、健康保険組合が必ずしも団体自由選択主義を採用する必要がないということであり、専属嘱託医制という事業主側の要望を一定程度反映させたものであった。

こうした社会局の方針のもとで、日本医師会は政府管掌健康保険の診療契約の当事者となり、1926年11月、日本医師会と政府との間に健康保険法被保険者の診療引請にかんする契約が調印された。この契約について、保険部長が「医師会の意見を尊重したのであります」³⁶⁾と述べている。また、医師会理事が「政府との契約案は至極穏当なる案で、之によって我医師会多年の希望も充された」³⁷⁾と語っているように、この契約は団体自由選択主義とい

う医師会の意見を採用したものであった。このことは当然ながら、政府が健康保険法の施行にあたって、直営の医療機関を設置しないで既存の医療施設を利用するということであった。政府管掌健康保険が日本医師会の主張を採用し、療養給付をめぐる医師会と事業主側の意見の調整に主導的な役割をはたしたのである。これにたいし、健康保険組合は「その実情に応じ必要適切な医療組織を設けることができるよう弾力性をもたされ」³⁸⁾、都合のよい方法もちいて日本医師会と契約することになった。

このようにして、療養給付にかんする具体的な方法が決定された。療養給付の方法をめぐる医師会と事業主側の意見の対立にたいして、政府が保険者の場合には医師会の要求をとりいれ、健康保険組合の場合には必ずしも医師会の主張を採用する必要がないとして、この問題が調整された。具体的には、「政府管掌は人頭式であり、組合管掌は人頭式、定額式、時価式、減額式をそれぞれ採用」³⁹⁾し、各組合は独自の立場をとったのである。こうして事業主側の要望をある程度とりいれたことが、改正案の撤回の一因になった。

3. 健康保険法改正案の撤回にかんする評価

内務省が改正案を作成し、のちに撤回したことについて、次のような評価がある。

たとえば、坂口は、民間共済組合にたいする取扱いを中心に考察をすすめる、普通選挙法や治安維持法等の制定にみられるような政府当局の弾圧策と譲歩策のかけひきのなかで、健康保険法の改正案が議会へ上程されなかったとし、政府当局の労働政策を重視しながら改正案の撤回について評価している⁴⁰⁾。また、池田は、使用者団体の労働政策に注目し、健康保険法施行段階になって国家の労資関係への介入強化と使用者団体が対立するようになり、労働政策の目的・手段の確定にたいして制定時と異った見解を使用者団体がもったことを強調している⁴¹⁾。

いずれにしても、坂口と池田の評価はともに、療養給付の問題に注目せず、医師会の対応に関心

がはらわれていない。この医師会について、長岡が「医師会の御意思のあるところは尊重しなければならぬということは非公式に御話をしております」⁴²⁾と述べているように、医師会との話し合いは「非公式」なこともあり、『健康保険法施行経過記録』にはほとんど記述がない。また、佐口が、日本医師会と政府との診療契約の締結について「われわれの知りうるかぎりにおいては不明である」⁴³⁾と指摘しているように、これまで健康保険法成立過程における医師会の対応について明らかにされていない。だが、健康保険法は「疾病負傷にたいする救済を主眼」としており、療養給付を実施する医療担当者、とりわけ日本医師会の対応を視野にいれて、改正案の撤回について検討すべきである。

これまで述べてきたように、健康保険法改正案の撤回の直接的な要因として、まず、保険者である「政府および健康保険組合」が療養給付について別々の方法を採用し、健康保険組合の場合には事業主側の要望をある程度とりいれたことがあげられる。また、民間共済組合を適用除外にするという改正案にたいして、労働保険調査会の委員のなかに強い反対があったことによる。さらに、実際には、事業主側が希望する専属嘱託医制については多くの弊害が認められていたことも、その要因にあげられよう。こうして改正案は「議会に法律案として提出するにいたらなかった」。

第4章 健康保険法の施行と 保険事業の警察部への移管

内務省は保険給付を開始するため、健康保険組合の設立、健康保険署の設置、医療給付にかんする組織の準備をすすめていった。まず、健康保険組合の設立からみていきたい。

1. 健康保険組合の設立

健康保険法の施行にともない、事業所を単位とし、事業主によって健康保険組合が設立された。たとえば、三菱造船長崎健康保険組合は1926年12月に設立され、これまでの職工救済規則による傷

病、死亡にかんする給付事業が健康保険組合に移された。その結果、企業を経費負担が減少したので、保険料について「当局に折衝の上、労使折半負担制に特例を認めてもらい、会社4分の3、被保険者4分の1負担」としている⁴⁴⁾。

健康保険組合の運営については健康保険法施行令で定め、議決機関として組合理事、執行機関として理事が設けられた。この理事、組合理事の構成は労資同数とし、被保険者側の代表を被保険者の選挙によって選出した。このような労資協議による運営は、先にみた工場委員会の構想であり、これまでにない新しい運営であった。では、この健康保険組合の設立は、重工業大経営の労資関係にどのような影響をおよぼしたのであろうか。

第一次大戦期に入って本格的に発展した重化学工業では、大戦後、常備工・臨時工制度が形成された。この常備工と臨時工にたいして、健康保険法は第13条で「工場法の適用を受くる工場または鉱業法の適用を受くる事業場もしくは工場に使用せらるる者は健康保険の被保険者とす。但し臨時に使用されるる者にして勅令をもって指定するもの及1年の報酬1,200円を超ゆる職員はこの限にあらず」と定め、常備工に適用しながら、臨時工には適用外とした。健康保険制度が常備工と臨時工におよぼした影響は、たんに賃金格差だけでなく、常備工の生活をより安定させつつ、臨時工の生活の不安定化を促進していった。さらに、「人格承認」という労働者の意識に対応して健康保険組合の運営に常備工が参加するなかで、臨時工が排除されたということは、常備工と臨時工とのあいだに新たに身分的な差異を生みだすことになった。こうして1920年代には労働者の階層化が進行し、大企業の熟練労働者の上層部分は不熟練労働者とは異った生活水準を享受できるようになり、独自の都市生活者として労働者家族を安定的に再生産できる生活構造を定着させていった。

このような事情が、重工業大経営ではともかく安定した労資関係を維持しえた重要な条件のひとつであり、その意味で、健康保険法は労資協調政策の一端を担ったといえよう。社会改良としての

意義をもつ公的な医療保険制度が、労働者階級を分断し、「強力な企業の労働者支配」⁴⁵⁾という機能を担っていった。

2. 健康保険法と労働組合の対応

健康保険法の運用にあたり、多くの問題が明らかになってきた。そのうち大きな関心をよんだのは、健康保険法闘争といわれる労働者の反応であった。

(1) 日本労働組合評議会の健康保険法闘争

健康保険法闘争の件数について、社会局労働部の『労働運動年報』では、1926年に25件、1927年に67件、合わせて92件となっている。組合別にみると、日本労働組合評議会（評議会）が57件であり、評議会が大きく関与していた。この健康保険法闘争について、健康保険法がもっていた保険給付の問題に焦点をあててみていきたい。

健康保険法では、業務上と業務外の傷病にたいして同時に給付することになり、これまで工場法等で定めていた事業主責任の一部を吸収することになった。これは、健康保険法が事業主の扶助義務を引きうけることにより、事業主に健康保険法を受け入れやすくするためであった。その結果、「健康保険以前には全くただで業務上の傷病を治してもらっていた労働者が、こんどはその費用を分担せねばならなくなったのであるから、この点からいって、労働者としては割り切れないものが残る」⁴⁶⁾ことになった。

実際、労資折半による保険料負担といっても、事業主責任の一部を健康保険法で負担することになり、また、共済組合を設置している大企業では、これまでも事業主が拠出していたので特に負担が増加しないという状況であった。また健康保険組合では、先にみた三菱造船長崎健康保険組合のように、被保険者負担の割合を低く設定することもできた。ところが、主として中小企業の労働者が適用になる政府管掌健康保険では保険料の負担割合は労資折半となり、これらの中小企業の労働者の多くは、これまで共済組合もなく、また掛金をだすこともなかったため、保険料がまったく新た

な負担となった。

こうした中小企業を主な組織基盤としていた評議会では、「①政府資本家の保険料全額負担、②保険給付の増額および範囲の拡大、③保険組合の労働者管理」⁴⁷⁾を統一要求にかかげ、健康保険法の施行前後、各地でストライキなどの闘争を展開した。とくに神戸では、1927年1月25日、5分間ゼネストが2万6千余名の参加により実施された。

(2) 日本労働総同盟の健康保険法対策

それにたいし、総同盟は、健康保険の費用負担について「労働者の負担を皆無にすべきは原則であるけれども、現実政策の立場から三分説を主張」し、主として、健康保険組合が設立できる中規模ないしは大規模企業に積極的に働きかけていった。そして「健康保険弊害調査機関」を設け、被保険者が医療給付にたいしてどのような不平・不満を抱いているか把握し、保険医の粗診・粗療および差別待遇にたいする更正要求運動を展開した。

こうした運動について、坂口は、「総同盟が健康保険の医療給付にかんする不満を健康保険制度の創設者であり実施主体である政府当局に直接ぶつけず、・・・医師会および保険医を非難したことは、健康保険法が産業平和・労資協調策として機能していたことを示すものである」⁴⁸⁾と強調している。そして、評議会の闘争について、「決して健康保険法の改正そのものをめざすものではなかった」とし、「あれだけ大きなエネルギーを注ぎながら、現行の健康保険制度改革の上に評議会の足跡を残しえなかった」と述べている⁴⁹⁾。だが、実際には、末弘巖太郎が「高々400万円の国庫補助でこの大仕事をやり上げようというのがそもそも無理」であり、国庫負担金の増額は「ある程度はどうも己むを得ない」と指摘している⁵⁰⁾ように、政府は国庫負担を増額することが必要であった。国庫負担を増額せず、雇用主も負担を増額しないで、保険診療を請負った医師会や保険医だけを非難しても、被保険者によりよい医療を提供することはできないのである。坂口の議論は、政府の国庫負担の増額や業務上の災害たいする事業主の負担を免責するものである。

被保険者がよりよい医療給付をうけるには、医師会や保険医を非難するだけでなく、保険診療の実態にあった医療費を保険医に保障し、保険給付の範囲を拡大することであった。さらに、これまで事業主の負担であった業務上の災害たいしては形式的にも事業主の全額負担とするなど、健康保険法がもつ問題を改正していくことが必要であった。その点では、評議会の方針にはいくつかの「欠陥」があった⁵¹⁾としても、政府や雇用主の負担の増額を要求し、保険給付の範囲の拡大を要求したことは、坂口の評価とは逆に、被保険者によりよい医療を提供しようという方向を示すものであったといえよう。健康保険法では業務上の災害にたいする事業主の扶助義務を内包していたが、戦後、労働者災害補償保険法の制定により、業務上の災害にたいして事業主が全額負担していく。

3. 健康保険事業の道府県警察部への移管

1926年10月、北海道4カ所、各府県に1カ所あわせて50カ所に健康保険署が設置された。この健康保険署は、その後、廃止され、健康保険事業が1929年8月に道府県警察部へ移管される。この移管の主な要因についてみていきたい。

(1) 医師会の医療費増額要求

すでにみたように、日本医師会は政府と被保険者の診療にかんして契約を結んでいた。だが、多くの推計を用いて算定された経費は、実施後の医療実績と必ずしも合致しなかった。そこで医師会は、1927年10月の第5回定期総会で、1928年度の診療について被保険者1人の医療費をこれまでの6割増加の約11円で政府と契約すると決議した⁵²⁾。

こうした医療費増額を医師会が要求したのは、予定より受診率が高く、報酬が低くなってしまい、保険医から不満がでてきたことによる。それは、健康保険による医療費の支払い方法の問題でもあった。医療費の支払いについて医師会と政府は次のような契約をしていた。つまり、被保険者1人の医療費をほぼ7円強と見込み、それに毎月の被保険者数をかけた金額が請負った医療費となり、これを日本医師会から各道府県医師会に配分する。

各道府県医師会の月々の医療費は被保険者数で定める。これを道府県内の保険医がその月に取扱った患者の請求点数を合計してその月の配分医療費を割ると、1点単価がわりだされる。その単価に保険医からの請求点数をかけた金額を保険医に支払うことになっていた⁵³⁾。

こうした支払い方法であったため、その月の保険診療の量によって単価が異なり、また道府県ごとに単価が異なり、道府県ごとに格差が生じた。また、受診率が高まったので、報酬が低くなった。そこで、医師会は医療費増額を要求したが、内務省では「国庫負担の増額を希望したが、大蔵省の容るところとならなかった」⁵⁴⁾とし、政府は医師会の要求を拒否した。その後、医師会は医療費の増額要求をとりさげて、1928年度の診療契約については「前年度通り引受ける」ことを決めている。政府が医師会の医療費増額要求を拒否したことについて、保険診療を担当する保険医のあいだでは不満が高まっていった。

(2) 健康保険署の廃止と道府県警察部への移管

保険料の滞納者が続出したため、保険料の徴収方法が変更になった。1929年3月に健康保険法が改正され、保険料の強制徴収権が新たに認められた。この改正により、政府に強行規定である滞納処分権が付与され、健康保険事業がたんに現業的業務にとどまらず、事業主にたいする折衝も必要になった。

つづいて1929年7月31日に健康保険署官制が廃止され、8月1日に健康保険事業は地方長官に移管された。そして、道府県警察部に健康保険課を新設して健康保険事務を取扱うことになった。この移管の理由について、『復活医政』では次のように指摘している。

「健康保険署の事務たる独り現業的業務のみに止まらず、事業の性質上或は事業主にたいし、或は地方医師会の類との間に種々折衝を要するあり。さらにまた被保険者たる労働者等との交渉少なからず。然るに現在の健康保険署長の微力をもってしては到底国家機関としてのこれらの機能を完全に遂行すること能はず。往々対外

的交渉の円滑を欠く等の事例あるは最も憂うべきところにして、将来健康保険業務の円滑なる遂行を期するには地方長官の如き有力なる機関の援助に俟つの切要なるを認む。・・・健康保険事務は各庁の警察部に属せしむるを便宜とする」⁵⁵⁾

つまり道府県警察部への移管は、保険料の強制徴収権が認められたこととともに、医師会の医療費増額要求を抑え、評議会の健康保険法闘争にみられるような労働者の要求を抑えるためであった。この移管により健康保険事業が円滑に遂行されるが、実際には、「警察権を振り回して」⁵⁶⁾運営されることになり、被保険者は保険給付について諦め、保険診療の利用も少なくなり、保険診療が縮小していった。戦時下では、健康保険組合が「漸次産業報国の精神のもとに、産業報国会と有機的連繫を保つよう努めること」⁵⁷⁾になり、強権的統合政策のなかにくみこまれていった。健康保険組合が産業報国会に統合されたことについて、これまであまり言及されていないが、労働者にたいする支配統制が強化され、保険診療が縮小しつつある今日、あらためて注目すべきことであろう。

終章 健康保険法成立過程にかんする評価

これまでの検討より、結論として次のことがいえる。

(1) 健康保険法とその成立過程の特徴

第一次大戦は日本経済に未曾有の好況をもたらした。日本資本主義を容れさせる重要な契機となった。この第一次大戦を契機として経済構造が大きく変動するが、1920年代の半ばには産業部門における独占組織の定着、独占的大企業における労資関係の安定にみられるような経済構造に帰結していった。そうしたなかで1922年に成立した健康保険法は、重工業大経営における親方請負制の廃止、共済組合の設立という日露戦争後からの労資関係の再編成の到達点を示すものであり、大企業における労資関係の安定という1920年代の経済構造の

形成の一端を担っていった。社会改良としての意義をもつ公的な医療保険制度が「企業の労働者支配」という機能を担うことになるが、ここに、新たに労資関係を再編した日本企業の労働者支配の強靱性が示されている。

この健康保険法の成立は、その後、戦時下における制度拡充の端緒となったが、支配体制の中軸となっていた警察行政によって保険事業が運営され、受診率も低下し、社会的使命も発揮できないという実態であったので、社会保険の社会的使命という観点からみれば、戦後、国民主権の日本国憲法のもとでの社会保険制度の拡充へと継承されていった。

健康保険法とその成立過程について、次のように特徴づけられる。

第1に、健康保険法は、疾病と負傷という「労働者の生活上の不安を除去する」うえで画期的な役割をはたしたということである。健康保険法の成立により、済生会などによる施療事業を除いて、わずかに、業務上の災害にたいする工場法等による雇主の扶助義務と共済組合による救済という状況が抜本的に改善された。

第2に、保険者を「政府および健康保険組合」と定め、中小企業の労働者には政府管掌健康保険、大企業の労働者には組合管掌健康保険を適用したことである。この点について、最後にもう一度ふれることにしたい。

第3に、健康保険の強制加入者を「工場法・鉱業法の適用事業所の常用労働者」とし、零細企業の労働者や大企業の臨時労働者は適用外としたことである。このため、常備工と臨時工とのあいだには賃金や労働条件の格差だけでなく、あらたに身分的な差異が生じ、常備工の生活がより安定し、臨時工の生活の不安定化が促進された。

第4に、保険事故については業務上あるいは業務外を問わず、疾病、負傷、死亡および分娩をその範囲に含め、単一の保険としたことである。このため形式上、業務上の災害にたいする事業主賠償責任は消失し、こうした点をめぐって、評議会が健康保険法闘争を展開するが、戦後、この業務

上の災害にたいして、事業主が全額負担することになる。

第5に、健康保険法の施行後、健康保険署が廃止され、健康保険事業は道府県の警察部へ移管され、支配体制の中軸となっていた警察行政が保険事業を運営することになったことである。この移管により、健康保険事業が円滑に遂行されるが、被保険者は保険給付について諦め、保険診療の利用も少なくなり、保険診療が縮小していった。

(2) 政府管掌健康保険と

組合管掌健康保険の区分

健康保険を政府管掌健康保険と組合管掌健康保険に分けたことについて、次のように結論づけられる。

第一次大戦期に工場労働者は急増し、農村から都市へ大量の人口が流出していくが、都市に定着した労働者世帯にとって、疾病と負傷が大きな生活不安になっていた。重化学工業そのものが労働災害の頻度と規模を大きくし、さらに、第一次大戦期の大戦ブームが長時間労働を引きおこし、労働災害や疾病が増加していた。第一次大戦後、労働者の疾病と負傷にたいする社会的な保障制度が緊急課題となり、健康保険法が成立する。この健康保険法では「工場法・鉱業法の適用事業所の常用労働者」を被保険者とし、これらの多くが共済組合に加入していなかったので、「先づ之を官営」とした。こうした政府管掌という日本独自の制度を設けることになったのは、西欧諸国とは異なり、日本では共済組合が十分に発達する以前に、疾病と負傷という「労働者の生活上の不安を除去する」ことが社会的に解決すべき課題となったからである。

この官営の保険とともに、健康保険組合も保険者となった。それは、第一次大戦を契機として変容した労資関係に対応していた。第一次大戦期に急増した工場労働者を基礎にして労働争議が続発し、賃金増額をもとめる労働争議は、1918年の米騒動をへて、19年の8時間労働制要求、21年の団体交渉獲得争議へと展開していった。こうした高揚する労働運動に直面して、内務省は従来の「主

従の情誼」ではなく、労働者の「人格尊重」という考えを打ち出した。そして、この労働者の「人格尊重」を前提とする労資関係を育成するために、健康保険法のなかに健康保険組合という規定を設け、企業内に設置されていた共済組合のうち堅実な事業にだけ健康保険組合の設置を認めたのである。

こうして、健康保険法は「政府において行う保険と組合の保険との二者」⁵⁸⁾となり、「政府および健康保険組合」が保険者と規定された。これは、中小企業と大企業が共存するという経済の「二重構造」に照応したものである。

この健康保険法では、療養の給付について「勅令を以て之を定む」としていたので、健康保険法の成立後、多くの意見が出された。日本医師会が団体自由選択主義を主張し、事業主側が専属嘱託医制を主張していたが、政府管掌健康保険は日本医師会の主張を採用し、療養給付をめぐる医師会と事業主側の意見の調整に主導的な役割をはたしていった。これにたいし健康保険組合の場合には、事業主側の要望がある程度とりいれられ、必ずしも医師会の主張を採用する必要がなくなり、各組合は独自の立場をとることになった。こうして保険者である「政府および健康保険組合」が療養給付について別々の方法を採用することになり、医師会と事業主側の意見の対立が調整された。

このように「政府」と「健康保険組合」の関係は、「保険者の中心は健康保険組合であって、政府管掌が従たる位置を占めている」という坂口の指摘のように、どちらが中心で、どちらが従かというものではない。健康保険が政府管掌健康保険と組合管掌健康保険に区分されたのは、中小企業と大企業が共存するという経済構造に基礎づけられたものである。したがって、医療保険制度の分立という点からみれば、健康保険法の成立は医療保険制度の分立の起点となった。その後、医療保険制度の適用範囲が拡大していくが、制度は分立し、それらの制度間の負担や給付の格差がますます拡大していった。

引用文献

- 1) 佐口卓『現代の医療保障』東洋経済新報社, 1977年, P.105.
- 2) 坂口正之『日本健康保険法成立史』晃洋書房, 1985年, P.162.
- 3) 内務省社会局保険部編『健康保険法施行経過記録』1935年, P.26. なお, 引用資料・文献は, カタカナをひらかなに改め, 漢字は新漢字に改め, 適宜句点を加えた.
- 4) 佐口卓『日本社会保険制度史』勁草書房, 1977年, P.10.
- 5) 鐘紡株式会社社史編纂室編集『鐘紡百年史』, 1988年, P.121.
- 6) 三菱重工業株式会社社史編纂室『三菱重工業株式会社史』, 1956年, P.209.
- 7) 労働省『労働行政史』第1巻, 労働法令協会, 1961年, P.143.
- 8) 林有一「階級の成立と地域社会」『日本近現代史3』岩波書店, 1993年, P.34.
- 9) 第1回『大正5年工場監督年報』(1918年2月発行)では, 工場災害, 工場衛生にかんする事項の調査は未了であったが, 第2回『大正6年工場監督年報』(1919年8月発行)より, 工場災害, 疾病負傷等について調査が開始される。なお第6回『大正10年工場監督年報』より, 負傷疾病者数のみ発表され, 負傷率・罹病率の記述がない。
- 10) 総同盟50年史刊行委員会『総同盟50年史』第1巻, 大洋印刷, 1964年, P.1079.
- 11) 『帝国議会衆議院議事速記録』41, 第45回議会, P.666.
- 12) 相沢与一『社会保障「改革」と現代社会政策論』八潮社, 1993年, P.139.
- 13) 坂口, 前掲書, P.96.
- 14) 江木翼, 片岡直温「疾病保険法案並説明」『日本社会保障前史資料第3巻』至誠堂, 1981年, P.42~P.53.
- 15) 森荘三郎「憲政会提出の疾病保険法案批評」, 同前書, P.53~P.60.
- 16) 内務省社会局保険部編, 前掲書, P.25.
- 17) 大原社会問題研究所『日本労働年鑑』第1集1920年版, 法政大学出版局, P.880.
- 18) 佐口卓『日本社会保険制度史』, P.162.
- 19) 森荘三郎「健康保険法の被保険者及び保険者に就て」『日本社会保障前史資料第3巻』, P.71.
- 20) 『帝国議会貴族院議事速記録』41, 第45回議会, P.933.
- 21) 膳桂之助「健康保険法案について」『医政』第1巻第4・5号, 1922年, P.20.
- 22) 厚生省医務局『医制100年史』大蔵省印刷局, 1976年, P.223.
- 23) 坂口, 前掲書, P.93.
- 24) 社会局保険部『健康保険事業沿革史』今井印刷所, 1937年, P.164.
- 25) 尾高煌之助「二重構造」『日本経済史6』岩波書店, 1989年, P.134.
- 26) 日本医師会は1923年11月に設立された。設立までの経過を概略すると, まず, 1907年に医師法が制定され, 医師の身分と業務にかんする規則が集大成されるとともに, 医師は医師会を設立することができることとされた。その後, 1916年10月に大日本医師会が創立され, 実質的な活動を開始している。ついで, 1919年の医師法改正により, 郡市区医師会および道府県医師会が強制設立となった。さらに1923年の医師法改正により, 道府県医師会は日本医師会を設立できることになり, ここに, 日本医師会の中央, 地方の系列が法制化された。日本医師会の設立により, 医師は法律上すべて医師会に加入することを強制され, その医師会もまた法律上設立を強制される公法人となった(厚生省医務局『医制80年史』大蔵省印刷局, 1955年, P.149~P.156).
- 27) 岡田久男「社会保険についての思い出」『社会保険旬報』424号, 1955年, P.8.
- 28) 岡田久男「医師会50年の回顧」『東京医事新誌』第70巻第8号, 1953年, P.52.
- 29) 北島多一「政府と日本医師会の診療契約当時を回顧して」『社会保険旬報』424号, P.19.
- 30) 「第7次定時総会経過概報」『医政』第1巻第12号, 1922年, P.42.
- 31) 『帝国議会貴族院委員会議事速記録』28, 第51回議会, P.288.
- 32) 協調会調査課「健康保険法改正意見輯録」『社会政策時報』第84号, 1927年, P.56.
- 33) 『帝国議会衆議院委員会議録』49, 第51回議会, P.424.
- 34) 『帝国議会衆議院議事速記録』48, 第51回議会, P.619.
- 35) 長岡隆一郎「健康保険について」『復活医政』第1巻第7号, 1926年, P.12.
- 36) 湯沢三千男「健康保険の医療に関する契約案について」『復活医政』第2巻第2号, 1926年, P.9.
- 37) 北島多一「政府との契約案について」『復活医政』第2巻第2号, P.15.
- 38) 厚生省医務局『医制80年史』大蔵省印刷局, 1955年, P.302.
- 39) 佐口卓『日本社会保険制度史』, P.147.
- 40) 坂口, 前掲書, P.290~P.293.
- 41) 池田信『日本的協調主義の成立』啓文社, 1982年, P.145~P.146.
- 42) 『帝国議会衆議院委員会議録』49, 第51回議会, P.423.
- 43) 佐口卓『日本社会保険制度史』, P.149.
- 44) 三菱重工業株式会社社史編纂室, 前掲書, P.220.
- 45) 渡辺治「現代日本国家の特殊な構造」『現代日本社会I』東大出版会, 1991年, P.213.
- 46) 近藤文二『社会保険』東洋書館, 1948年, P.169.
- 47) 谷口善太郎『日本労働組合評議会史』下, 青木文庫, 1954年, P.268.
- 48) 坂口, 前掲書, P.483.

- 49) 坂口, 同前書, P.355。
- 50) 末弘巖太郎「健保問答」『改造』1927年9月号, P.43。
- 51) 谷口, 前掲書, P.268。
- 52) 『復活医政』第3巻第4号, 1927年, P.23。
- 53) その後, この人頭請負式は1943年4月に廃止され, かわって点数定額方式が採用された。ついで1948年の社会保険診療報酬支払基金法の制定により, 支払機関が一元化され, 現行の診療報酬支払方式は, 各診療行為について診療報酬点数表にもとづいて評価し, 評価額の合計額を支払うという出来高払い制である。
- 54) 湯沢三千男「健康保険法改正案と健康保険の将来」『復活医政』第3巻第5号, 1928年, P.4。
- 55) 『復活医政』第4巻第12号, 1929年, P.46。
- 56) 北島多一「健康保険署事務移管に際して」『東京医事新誌』第2636号, 1929年, P.28。
- 57) 神田文人編集『資料日本現代史7』大月書店, 1981年, P.17。
- 58) 膳, 前掲論文, P.19。