

文部科学省 共同利用・共同研究拠点事業

社会調査・データアーカイブ共同利用・共同研究拠点

**戦後福祉国家形成期における医療費貸付の機能と「ボーダー  
ライン層」の健康：  
「福祉資金行政実態調査」復元データの二次分析**

坂井晃介（東京大学）

東京大学社会科学研究所

附属社会調査・データアーカイブ研究センター

2023年（令和5年）2月

## 1. 医療保障における貸付の役割

社会の成員の基礎的な福祉に対して責任を負う福祉国家は、貧困層のための福祉だけでなく、経済のマネジメントやガバナンスとともに、社会保険や社会権、ソーシャル・サービスを制度的中核に据えている（Gerland 2016=2021: 18-9）。産業化に紐づけられた経済成長に下支えされながら（Espin-Andersen 1996=2003; Wilensky 1974=1985）、福祉国家は 20 世紀前半における大恐慌や戦争がもたらした大量失業や貧困問題に対応するために登場し、第二次大戦以後から 1970 年代にかけての高度経済成長期においては、より普遍的な人びとの権利を擁護するものとして急速に発展した。日本が西欧諸国と同様に福祉国家の形成を経験したのかについては議論があるが、戦後の大量失業や貧困問題への対応、1960 年代以後の高度経済成長期における急速な社会保障制度の発展は、西欧諸国と共通した経験としてみなすことができる（金 2014）。

複数の部門のなかでも、医療（health care）は福祉国家における最も重要な部門の 1 つであり、独自の保障体系を形成しているとさえいえる（Moran 2000; Rothgang 2021）。戦後日本においても、社会保障の中核として社会保険、公的扶助、公衆衛生、社会福祉が見出されたが（社会保障制度審議会 1950）、社会保険制度の不備に基づく医療機会の不平等が批判され、特に「医療保障」の必要が問題化された（社会保障制度審議会 1957）。

医療保障とは、医療を受けた場合にその費用の支払いに困らないように社会保険等の制度を設け、誰もが早期に受診・回復し、通常に生活を維持できるようにするための制度枠組みである（一圓 1993: 210）。日本では国民に一定の医療水準を提供し人々の健康水準を維持するための概念として、1956 年ごろから用いられるようになったという（小山 1985: 57）。制度自体の存続を図ることで精いっぱいであった 1940 年から 1950 年の朝鮮戦争以後の特需を経て、社会保険制度に対する改善が可能となった際（金 2014: 246-248; 田多 2009: 117-8）、国民に包括的な医療をいきわたらせる「医療保障」が、所得保障とならぶ社会保障の理念として提示されたのである（一圓 1993: 153-4）。この概念のもとでは、医療に関する社会保障を成立させる手段の中心には医療保険および医療扶助があり、これらが補いきれない中間にさまざまな社会サービス（福祉サービス）があるとみなされる（孝橋 1971: 32; 小山 1985: 57）。特に国民皆保険体制が実現する 1961 年以前においては、医療保険に加入できない者や加入できても保険料を払えないものが多く存在し（田多 2009: 133-4）、それを補い医療保障を十全にする必要があった。

医療保障の枠組みにおいて医療保険や医療扶助では補いきれない「さまざまな社会サービス（福祉サービス）」にあたるものの一つに、社会福祉行政の一環として実施される医療費貸付がある。これは医療費の支払いが難しい「ボーダーライン層」を対象とした貸付制度であり、福祉貸付の一種として知られる。医療費貸付制度は医療保障の必要が主張された国民皆保険成立以前の 1957 年に創設され、その後世帯更生資金貸付制度に「療養資金」として統合された。本稿の目的は、この医療費貸付制度が、日本の福祉国家形成の一角を担う医療保障の枠組みが整備される途上においていかなる意義を有していたのかを復元された社会調査データの分析によって明らかにすることである。

世帯更生資金の福祉貸付としての位置づけや歴史的経緯、規範的含意などについては、これまで角崎（2012）や角崎（2016a; 2016b）、佐藤（2016）によって網羅的な検討がなされてきた。その一方、福祉貸付の一種別である医療費貸付をめぐっては、制度的経緯や利用実態が考察されてきたものの（佐藤 2001; 田中 2016 ほか）、その歴史的意義についてはさらなる検討の余地がある。

そこで本稿では、1956年4月から1960年3月までの5年間に神奈川県において世帯更生資金を借り受けた全世帯を対象に実施された「福祉資金行政実態調査」の復元データのうち、特に療養資金の利用実態を記述的に分析することで、医療費の福祉的貸付が、戦後日本の医療保障、ひいては福祉国家形成にとっていかなる意義を有していたのかを考察する<sup>1</sup>。

## 2. 世帯更生資金と療養資金

### 2.1 制度概要

世帯更生資金貸付制度（以下「世帯更生資金」）は、いわゆる世帯更生運動に端を発して1955年に創設された、国や都道府県の資金援助を基に都道府県社会福祉協議会が貸付を実施する貸付制度である。「低所得者階層」に対して「適切な生活指導と援助とを与え、被保護階層への転落を防止し、進んで自力更生の方途を講ずる」ことを目的とする（世帯更生資金制度要綱 一 趣旨）（全国社会福祉協議会 1964a: 639-640）。ここでいう「低所得者階層」とは、生活保護受給層と同じか少し上のいわゆる「ボーダーライン層」にいる「働く貧困層」や低所得の世帯であり、これらの独立世帯としての自律や更生を測ることが意図された（岩田 1990）。1990年には生活福祉資金貸付事業に名称が変更された（佐藤 2016）。

世帯更生資金は、一方で生活保護法の適用を防いだりそこから脱出することが念頭に置かれており、他方で貸付という点では社会保険上の保険給付とも異なる（角崎 2016a）。さらには一般金融市場など他の貸付では充足されないニーズに対応するものである。世帯更生資金は生活保護や社会保険では充たされない必要に対処する社会福祉的金融として位置づけられている（岩田 1990）<sup>2</sup>。

創設時の資金種別は生業資金、支度資金、技能習得資金、生活資金の四種類であったが、1957年には本稿が考察対象とする療養資金の前身である医療費貸付制度が創設され、1961年には世帯更生資金貸付制度に統合される。医療費貸付制度の創設には、外生的要因と内生的要因があった。外生的要因としては第一に、1953年ごろからの生活保護費における医療

---

<sup>1</sup> 本稿はこうした意味で、復元された社会調査データによる歴史社会学的研究に位置付けられる（佐藤 2009; 佐藤・相澤・中川 2015 ほか）。これは、調査当時は必ずしも焦点化されていない「戦後日本の福祉国家形成における医療費貸付の意義」という問題設定を復元データを用いて新たに設定するものでもある（佐藤・相澤・中川 2015）。それゆえ調査データは、関連する制度や当時の人々の傷病の実態などがわかる資料と可能な限り突き合わせる形で分析した（佐藤 2009: 29; 相澤・土屋・小山・開田・元森 2016: 21）。他方、復元データのサンプルサイズなどの制約から、分析にあたっては単純かつ記述的な分析を積み重ね、そこからデータの解釈を行う方針を採った（野上・浜井・岩井・渡邊 2021: 51-2）。

<sup>2</sup> 詳しい制度の歴史的経緯や意義については角崎（2016b）および佐藤（2016）を参照。

扶助費用の急増がある（田中 2016: 118）。とりわけ結核と精神疾患を抱える人の医療扶助単給問題が増加し、被保護層に固定化することが懸念された（岩田 2021: 74; 黒木 1955: 11-14; 厚生省社会局保護課 1981）。第二に、1954 年からは第一次生活保護適正化によって生活保護制度で補足できなくなった層が出現し、これに対処する必要にも迫られた（田中 2016: 121）。内生的要因としては、世帯更生資金の貸し付けを実際に行ってきた民生委員による知見の蓄積がある。そこでは「本人又は世帯主の傷痍疾病が、貧困の最大の原因である」という実践に基づく知見が、医療費への貸付を後押しした（全国社会福祉協議会 1964a: 651）。

そうして 1957 年に創設される医療費貸付制度では、「[...] 社会保険等の対象外にある者および社会保険等の対象にはなっているが医療費の一部負担を必要とする者」や「[...] 必要な時に必要な医療が受けられず徒に症状を悪化させ、貧困の極地に落ち込む [...]」者を対象に、「[...] 必要な医療費の貸付を行い、被保護階層に転落することを防止」することが目指された（「低所得者に対する医療費貸付制度要綱」一趣旨）（全国社会福祉協議会 1964a: 652-3）。医療費に焦点を当て、ここでも生活保護の受給者よりも少し上のボーダーライン層の傷病による「転落」を防ぐことが制度の中核的目的となっている。世帯更生資金制度に「療養資金」として追加された際には、6 カ月以内に治癒する見込みのある傷病があり、治療期間中の収入状況では医療費の支払いが不可能であり、貸付額を 5 年以内で返済しないと認められるものを貸付対象者とした（全国社会福祉協議会 1964a: 653）。創設時の貸付限度額は 5 万円である。その後この金額は 1965 年に 10 万円、1967 年に特別限度額 15 万円、1979 年に 15 万円（特別限度額 20 万円）と順次引き上げられた<sup>3</sup>。

療養資金貸付件数・金額の推移（図 1）をみると、療養資金の貸付件数（左）は制度設立直後の 1950 年代末に最も多く、その後国民皆保険成立以後一気に減少していく。しかし貸付金額（右）でいえば 1960 年代後半に大きく増加し 1973 年に高額療養費制度が作られたのち、1970 年中ごろには再び落ち着いていく。その後も、他の医療保障制度の形成に相即するかたちで利用状況が大きく変わってきたことがうかがえる<sup>4</sup>。

---

<sup>3</sup> 消費者物価指数（持家の帰属家賃を除く総合）からすれば、1957 年の物価は 2020 年の 5.8 倍、1965 年は 4.2 倍、1967 年は 3.8 倍、1979 年は 1.5 倍である（2020 年基準消費者物価指数より）。よって医療費貸付制度創設時において 5 万円の貸付限度額は今日では 30 万円程度の医療費に相当すると考えられる。

<sup>4</sup> 2000 年には介護保険制度が創設されたが、療養資金も 2000 年に介護・療養資金に改称し、介護保険料の自己負担にかかる介護費貸付が新設された（佐藤 2016: 65）。金額の急上昇はこうした制度改正を理由とすると考えられる。

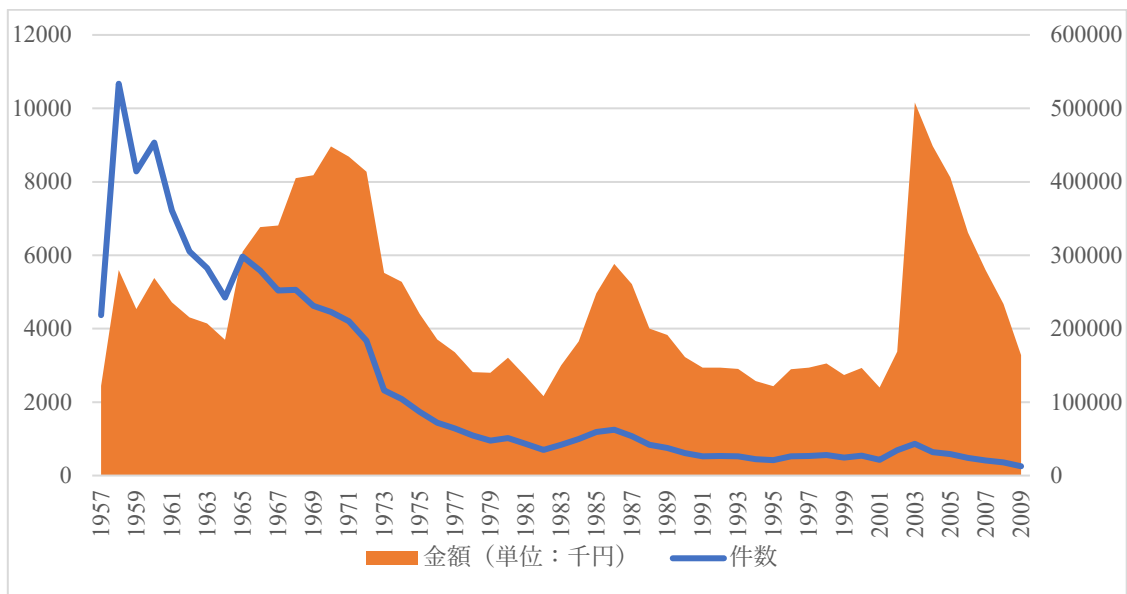


図 1 療養資金貸付件数・金額の推移

※厚生省世帯更生資金貸付制度基本問題検討委員会（1989）および社会・援護局地域福祉課（2010）より筆者作成。

他方で、上述した制度成立の事情からすると、世帯更生資金の制度実践にとっては生活保護制度との棲み分けも重要である（角崎 2012: 120）。実際、民生委員たちは制度上の棲み分けをそのまま実践し保護世帯の被保護世帯化を防ぐことに自身の存在意義を見出したわけではなかったという。現場レベルでは 1953～1954 年時点で被保護世帯を世帯更生運動の対象としており（角崎 2012: 127）、民生委員は「貸付か／給付か」を決める一定の裁量を有していた（角崎 2012: 132）。

しかし資金の種類ごとで世帯のニーズが異なることを踏まえれば、こうした他の制度との棲み分けは資金区分ごとで個別に検討する必要があるだろう。なかでも療養資金は、上述した通り医療保障の中核である医療保険と医療扶助を補完する役割が理論的には期待されるが、そうではない形で貸付が実践されていた可能性もある。

## 2.2 「福祉資金行政実態調査」における療養資金データの概要

以上のような制度状況を踏まえ、本稿では神奈川県民生部福祉課が行った「福祉資金行政実態調査」<sup>5</sup>のうち療養資金に関するデータの分析を行う。この調査は 1962 年 7 月に行われ、1956 年 4 月から 1960 年 3 月までの 5 年間に神奈川県において母子福祉資金制度を借り受けた全世帯（2964 世帯）および世帯更生資金を借り受けた全世帯（2468 世帯）の合計 5432 世帯を対象として実施された。民生委員が対象世帯を訪問し、世帯主もしくはそれに代わる

<sup>5</sup> 「福祉資金行政実態調査」については『戦後福祉国家成立期の福祉・教育・生活をめぐる調査データの二次分析研究成果報告書』（東京大学社会科学研究所附属社会調査・データアーカイブ研究センター2019年度課題公募型二次分析研究会）（2020 年 12 月）も参照のこと。

者に調査票に従った聞き取り調査を行い、調査者が記入した。有効回答数は母子福祉資金調査で 2314 世帯（回収率 78.1%）、世帯更生資金調査で 1967 世帯（回収率 79.7%）であった。後者を資金区分別にみると療養資金利用者は 654 件（全体の 33.2%）で生業開始（785 件、39.9%）について多く、これに生業開始（392 件、19.9%）および住宅（136 件、6.9%）が続く。世帯更生資金の利用者の三割程度が療養資金を借り受けていたことになる。

F 療 養 資 金 借 受 者	1 診療所の種別 イ 社会福祉事業 法適用病院 ロ 一般病院 ハ 一般診療所 ニ 歯科診療	3 傷病名							6 療養期間中収入は					7 治療の状況					8 (全治した人) 就職しましたか		9 返済の実際			10 返済の見通し						
		4 治療日数	5 治療費はこの資金で足りたか						減った 減らない					その理由(ハニと答えた人)					イ	ロ	ハ	イ	ロ	ハ	ニ	その理由(ロハニ)				
		日	イ 足りた ロ 不足						減った分の処理					その理由(ハニと答えた人)					イ	ロ	ハ	イ	ロ	ハ	ニ	1	2	3		
		1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	1	2	1	2	3	4	5	イ	ロ	ハ	イ	ロ	ハ	ニ	1	2	3
		不足分の支払方法	1 生活資金を 2 自己手持金 3 借入金 4 療養資金を 5 その他 6 その他 7 その他						1 医師の指示通り治療している 2 中途でやめた 3 思うように治療できない 4 治療費不足 5 勤かなければならない 6 ばならない 7 家族の面倒をみてくれ 8 治療がおくれ手遅れと 9 なった 10 その他					その収入は?	イ	ロ	ハ	申請通り返した(た)い(る)	申請よりおくれた(る)	申請通りであると思う	返済がむずかしい	返済がむずかしい	返済がむずかしい	1 治療費が申請より多く 2 不時の出費 3 その他						

図 2 療養資金の質問項目

療養資金利用者についての調査項目を図 2 に示した。本稿ではこのデータの分析により、1950 年代後半の医療保障の枠組みの中で療養資金はいかなる意義を有したのかを考察する。とりわけこれが①社会保険や生活保護で把握できないニーズを拾い上げるものになっているのか、および②被保護階層に「転落」することを防止し自立更生を促すものになっているかが調査データの分析の中心となる。これは医療保障の包括性や民生委員の意図や働きにも関連するが、本稿では他の医療保障制度との関係から、実際に人々が療養資金をどのように使っていたのかを記述的に明らかにしたい。

以下でまず、第 3 節において療養資金の利用者の社会保険の利用状況を確認する。特に就労状況を確認することで、社会保険で覆いきれない人たちに対する医療保障として療養資金が機能していたのかを明らかにする。続いて第 4 節では、生活保護受給者と療養資金利用者の重複の有無を確認する。療養資金利用者の中での生活保護受給状況（医療扶助単給・併給の割合、時期のずれなど）をみることで、療養資金利用者がボーダーラインのどのあたりにいるのかを示す。最後に第 5 節では、療養資金利用者の傷病について検討する。

### 3. 社会保険と療養資金

1961 年に始まる国民皆保険は、被用者医療保険と国民健康保険の組み合わせによって実現した。被用者健康保険はさらに健康保険、船員保険、日雇い労働者健康保険、私立学校教職員共済組合、国家公務員共済組合、公共企業職員等共済組合、地方公務員等共済組合などによって構成されるが、歴史的には 1920 年代から徐々に拡充されていった。1922 年に工場労働者等を対象とした健康保険法が制定され（1927 年施行）、その後 1953 年の改正を経て農林水産業およびサービス業従事者を除いてほとんどの業種が適用対象となった（田多 2009: 118）。対して国民健康保険についても、1938 年の国民健康保険制定時は農民の困窮救済が対象であったが、1948 年の改正で保険者は組合から市町村に移され強制加入原則が定着し、1958 年の全面改正法では 1961 年 4 月までにすべての市町村に国民健康保険事業の実

施・運営することが義務付けられた。これにより、被用者保険の適用者等でない限り国民は強制加入となった（島崎 2011）。このように日本の国民皆保険は、職業ベースの強制加入保険を組み合わせることで成立した。

本稿が扱う「福祉資金行政実態調査」はこうした国民皆保険が実現する直前の時期に行われた。1950年代後半においては、自営業者についても被用者についても医療保険制度の未適用問題が指摘されている（田多 2009: 133ff）。この時期には国民健康保険が市町村による公営かつ加入強制となったが、保険事業の設立自体は任意だったため、未実施市町村が全体の4割ほどであった。特に大都市で未実施の自治体も多かったため、自営業者たちに未加入者が多数存在したという。他方で被用者についても、5人未満の事業所は任意適用のため零細企業の従業員の多くは未加入であった。それゆえ 1950年代後半時点で国民の約三分の一が無保険者である状態であった。

神奈川県における国民健康保険実施開始時期をみると（神奈川県 1961: 18-98）、1956年4月の時点で実施されていなかったのは横浜市、横須賀市、川崎市、鎌倉市、逗子市、葉山町である。小田原市など1950年代初頭からすでに実施し高い徴収率を誇っていた地域もあったが（中村 2009: 229-232）、市部では導入が相対的に遅く、横浜市は1961年4月、横須賀市は1956年11月、川崎市は1958年11月に保険事業を開始した。こうした実施のタイミングや徴収率が、この時期のボーダーライン層における貧困の原因であるという見方もある（横山 1991: 134）。つまり皆保険以前においては医療保険加入状況がまちまちであるがゆえに「社会保険制度でカバーし得ない底辺層が膨大に存在しており、これらが一歩間違えば生活保護の被保護世帯となる可能性の高いボーダーライン層として社会問題化していた」のである（田多 2009: 138）。

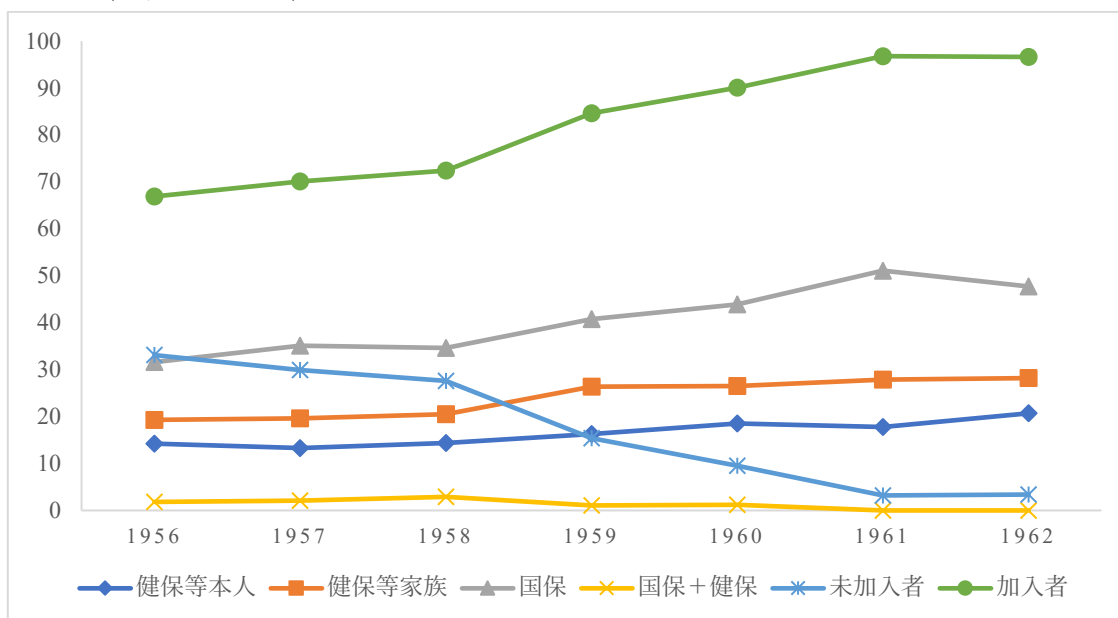


図3 医療保険加入状況の推移 (%)

※厚生省大臣官房統計調査部（1956a-1962a）をもとに筆者作成。

1956年から1962年までの全国の医療保険加入者状況の推移をみると図3のようになる。未加入者は1958年まで30%ほど存在し、そこから徐々に減少していることが読み取れる。

この点を「福祉資金行政実態調査」から確認してみよう。まず調査データ中療養資金利用者のいる世帯を福祉事務所別にみると、横浜市（288件、44.0%）が最も多く、次いで横須賀市（79件、12.1%）と川崎市（76件、11.6%）が続いている。比較的都市部での利用者が多く、国民健康保険が未実施の自治体が大半を占めている。

**表 1 利用者の業種・属性**

業種	件数	比率
第一次産業	36	5.5%
第二次産業	42	6.4%
第三次産業	89	13.6%
中高大在学	54	8.3%
0-12歳	101	15.4%
65歳以上	25	3.8%
無業・記載なし	307	46.9%
合計	654	100.0%

**表 2 利用者の年齢構成**

年代	件数	比率
0-10歳	65	9.9%
10代	125	19.1%
20代	89	13.6%
30代	92	14.1%
40代	134	20.5%
50代	88	13.5%
60代	42	6.4%
70代	9	1.4%
80代	4	0.6%
不明	6	0.9%
合計	654	100.0%

次に、療養資金利用者の業種・属性別に見たのが表1である。未就業者（子ども・学生）と無業・記載なしが非常に多いことがわかる。年代別に見ると（表2）、10歳代以下が30%近くを占めている。家族（特に子ども）の傷病によって世帯主に経済的な余裕がなくなり、療養資金を借りたケースを想定することができるだろう。産業別にみると第三次産業が多い。自営もしくは零細企業の従業員が中心である可能性が示唆される。



続いて医療保険の加入状況で分類したのが表3である。「福祉資金行政実態調査」には医療保険加入状況が設問に含まれていないので、本人の従業上の地位・職業、世帯主の従業上の地位・職業から再コーディングした。上述した通り実際には未加入者が多く存在したが、ここではもし加入するとすればどの医療保険が適用されるかを推計している。

**表 3 適用医療保険の推計**

適用保険	件数	比率
国保（世帯主）	125	19.1%
国保（家族）	204	31.2%
健保（本人）	54	8.3%
健保（扶養者）	255	39.0%
不明	16	2.4%
合計	654	100.0%

これを見ると、国民健康保険および健康保険（扶養者）の対象になるものが全体の90%にまでのぼっている。当時健康保険（本人）は給付率100%でありそれ以外が50%であることを考えると、社会保険での十分な給付が得られない者（あるいは未加入の者）が療養資金利用者の中心であったことが推測される。

**表 4 調査時点での世帯主の勤め先企業規模**

	受給件数	比率
5人未満	76	23.2%
5人以上	252	76.8%
合計	328	100.0%

**表 5 調査時点での世帯主以外の勤め先企業規模**

	受給件数	比率
5人未満	70	16.8%
5人以上	347	83.2%
合計	417	100.0%

続いて、療養資金利用者世帯の世帯主および利用者本人の企業規模について確認する（表4、表5）。上述した通り健康保険は5人未満の事業所の場合任意適用となっていたため、未加入者が多く存在した。働いている療養資金借受世帯の構成員745人のうち勤務先の企業規模が5人未満であるのは146人（20%程度）であった。このことから、1950年代後半の神奈川県における療養資金借受世帯の成員の一部は、世帯主かそれ以外かを問わず医療保険未加入者であった可能性がある。だとするならば、療養資金は一定程度社会保険の間隙を埋める機能を果たしていたことになる。

#### 4. 生活保護と療養資金

続いて、生活保護制度利用状況との関係から療養資金の役割についてみてみよう。

生活保護制度は「充当順位」という考え方から成り立っている。これは世帯収入を8つの扶助分類にしたがってあてはめていき、不足する費用に対応するというものである（岩田 2021: 71-2）。8つの扶助とは①生活扶助②住宅扶助③教育扶助④介護扶助⑤医療扶助⑥出産扶助⑦生業扶助⑧葬祭扶助である（④介護扶助は2000年創設）。これらのうち①の生活扶助とそれ以外の間には大きな違いがある。①に満たない収入は生活困窮を意味するが、ほかの扶助は「支出増によって最低生活費を割ることを防止する」性格を有しているからである（籠山 1978: 153ff; 岩田 2021: 44, 72）。それゆえ生活保護世帯が生活扶助と医療扶助を併給しているのか医療扶助のみの単給なのかによって、当事者の困窮の度合いも大きく異なることになる。後者が最低生活費を超える収入を得られている点で、前者はより深刻な困窮を意味する<sup>6</sup>。

療養資金をはじめとする世帯更生資金は、上述したように被保護層からの脱出や「転落」の防止がその目的に据えられていたものの、実際には被保護世帯も世帯更生運動の対象となっていた。本稿で検討対象としている「福祉資金行政実態調査」で得られたデータからもそのことがうかがえる。本調査では、調査対象者が生活保護を受けたか（「うけた」もしくは「うけない」）、どの種類の保護を受けたか（上述の8つの扶助に介護扶助を除いた7種）、受けた場合にはいつ受給を開始し終了したのかについて尋ねている。世帯更生資金借受世帯全体でみると1967世帯中425世帯（21.6%）、生業開始・生業継続でみると1177世帯中296世帯（25.1%）が生活保護受給を経験している。他方、療養資金利用者のうちの生活保護受給者を示した表6をみると15%ほどがなんらかの生活保護を受給しており、療養資金利用者の場合、生業資金利用者に比べて生活保護受給経験がある世帯が相対的に少ない<sup>7</sup>。

表6 療養資金利用者の生活保護受給者数

生活保護	件数	比率
うけた	100	15.3%
うけない	550	84.1%
無回答	4	0.01%
合計	654	100.0%

また療養資金借受世帯かつ生活保護受給の経験がある世帯100件の内、生活扶助受給者は57件、医療扶助は64件、生活扶助と医療扶助の併給者は10件である。さらに医療扶助

<sup>6</sup> ちなみに療養資金は生活保護認定における収入には含まれない（籠山 1978: 159; 籠山・江口・田中 1968: 41）。

<sup>7</sup> 生業資金を借り受けた387世帯（有効回答数345）を対象とした1958年の神奈川県による調査（神奈川県・神奈川県社会福祉協議会 1958）では、1年以内に何らかの生活保護を受給したのは83世帯（24%）である（のべ135件のうち生活扶助62件、医療扶助48件、教育扶助24件、生業扶助1件）。

とそれ以外に分けそれぞれの単給率を見てみると（図4）、全体を通じて単給率は6割を超えている（医療扶助40件、生活保護全般67件）。1950年代後半の生活保護受給者における医療扶助単給率が25～35%程度であることを踏まえると、療養資金利用者のうち生活保護を合わせて受給している世帯においては単給での受給が多いということがわかる（岩田2021: 74）。

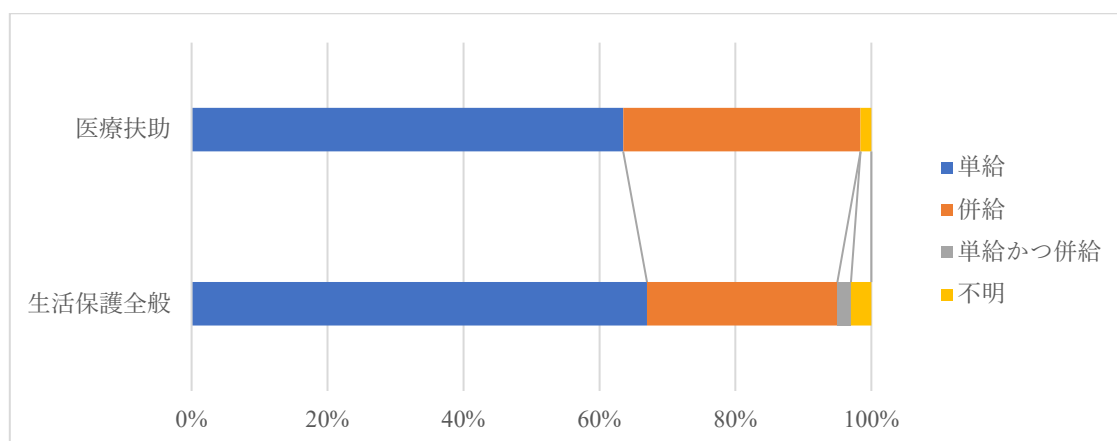


図4 医療扶助における単給／併給率

以上のことから、この時期の神奈川県における療養資金利用者の一部は被保護世帯でもあるが、その割合は世帯更生資金の多数を占める生業資金借受世帯に比べて小さく、医療扶助を受給していても単給受給世帯、すなわち傷病による支出増によって最低生活費を割ることを防止する必要がある世帯であったことが示唆される。1950年代末の神奈川県においては、まさに「ボーダーライン層」およびそのやや下が療養資金の実質的な利用者であった。

さらに、生活保護受給と療養資金貸付のタイミングについて検討する。生活保護の受給が療養資金の貸付の受給に先行している場合には、世帯更生運動が想定するような生活保護給付の抑制や「切り替え」が実際に実現されていたことになる（角崎2012: 121）。逆に療養資金の貸付が先行している場合には、貸付では生活状況が改善せず生活保護を受給したケースなどが考えられる。

「福祉資金行政実態調査」では生活保護受給者に対して各資金の貸付のタイミングを尋ねている。全100件のうち療養資金貸付が生活保護受給より前に開始しているのが20件、後に開始しているのが52件、複数の種類の生活保護を受給していたり、療養資金を2回以上借り受けていたり同時に受給しているケースが25件であった。半数以上について、生活保護受給が療養資金の借入に先行していることがわかる。また単給／併給の別で見ると（表7）、単給の場合のほうが併給の場合に比べて生活保護受給の後に療養資金を借り受ける傾向がある。ただし「福祉資金行政実態調査」で尋ねている生活保護受給時期のうち終了時期については回答がないものが多く詳細は明らかでないため、開始時期のみで推測せざるを得ない。そのためこのなかには、医療扶助から療養資金へ「脱出」しているケース、医療扶助では足りない分を療養資金で補填しているケース、医療扶助受給期間が終わり新た

な傷病を療養資金で治療しているケースなどが想定できるだろう。いずれにせよ療養資金借受世帯と医療扶助受給世帯は一定程度重なりあっており、医療扶助／生活保護の棲み分けはそこまで厳密ではなかったといえる。

表 7 単給／併給別の療養資金貸付の開始時期

	前	後	前かつ後	同時	不明	合計
単給	9	35	11	12	0	67
併給	11	16	1	0	0	28
単給かつ併給	0	1	1	0	2	2
不明	0	0	0	0	3	3
合計	20	52	13	12	5	100

こうしたボーダーライン層からの脱出が常に生活保護受給と一部重なり合っていたという医療費貸付の実態については、民生委員による自由回答記述からも推測できる。「福祉資金行政実態調査」は上述した通り民生委員による調査票を用いた聞き取り調査だが、調査票の末尾には「民生委員の福祉資金制度に対する意見希望があれば具体的に記入してください。とくに低所得者層対策全般の中で、福祉資金の割合や効果につき、率直な意見を言ってください」という民生委員の所見を記入する欄が設けられている。この欄には、傷病に関連する民生委員の回答としては次のような記述がみられた（どちらも療養資金借受世帯、●は判読不能部分）。

貧—病気—失業—生活難—悪といった悪循環をくりかえすことなく万一不幸に出会った時は社会から低利で●●資金が借用できる。又就職はできないから生業資金を借用して事業開始できるとなれば、安心して生活できるよい制度と思う。

世帯収入があった一度（前回）は生保（自己●●）にて入院治療したが途中で生保廃止となって再び入院此の貸付金にて療養を行い手術等も行って現在全治の運びとなった。費用は不足はあったと聞くが大いに役立ったことと思います。

一つ目の記述は、病気による失業によって生じた困窮に対処するために福祉貸付（おそらく療養資金）が有効であるという主張である。それに加えて生業資金を用いて事業を始められれば被保護層に「転落」することなく生活を安定させられるとし、世帯更生資金をその公式目的に沿って肯定的にとらえている。二つ目の記述は、生活保護を受けそれによって傷病を治療し受給を中止したが、別途必要となった治療費をまかなうために療養資金を借り受けている世帯についての記述である。こちらは明確に被保護層の「脱出」のために療養資金が活用されており、民生委員はそれをポジティブに評価している事例としてみなすことができるだろう。このように個々の事例を自由記述からみても、療養資金には、傷病による被保護世帯への「転落」を防止しする役割と、被保護世帯からの「脱出」を援助するという二

つの役割が賦与されたことがうかがえる。

## 5. 傷病と療養資金

療養資金借受世帯が社会保険に未加入もしくは十分な医療費の保障受けられていない生活保護受給者と一部重なる「ボーダーライン層」が中心だったとするならば、療養資金を用いて治療されていた傷病とはいかなるものであったのか。またそうした傷病は社会保険や生活保護の医療扶助によって主に治療されていた傷病とどの程度異なるものだったのか。

上述した通り 1950 年代には生活保護における医療扶助単給世帯の増加が医療費負担の面で問題視されたが、そこでは主に結核や精神疾患が多くを占めていた。それに対して社会保険（国民健康保険および被用者健康保険）においては呼吸器系の疾患が多い（厚生省大臣官房統計調査部 1962a ほか）。そこで図 5～図 8 では、以上 3 つの疾患に加えて消化器系疾患を加えた 4 つについての 1956 年から 1962 年までの保険・扶助別割合を示した。

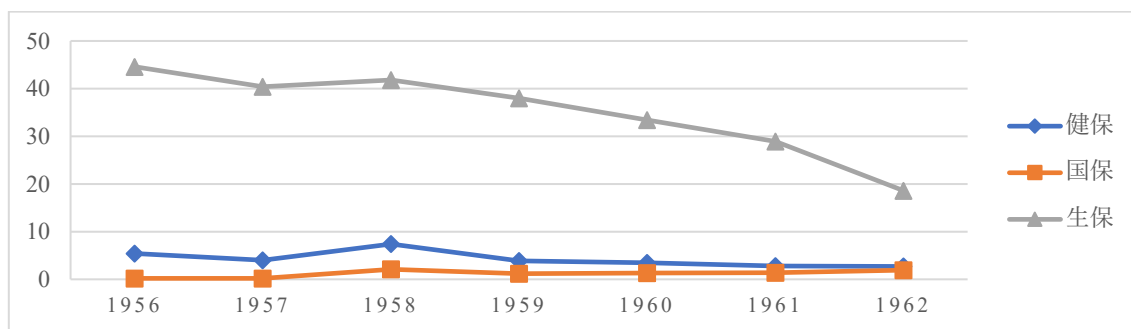


図 5 「結核」カテゴリ割合

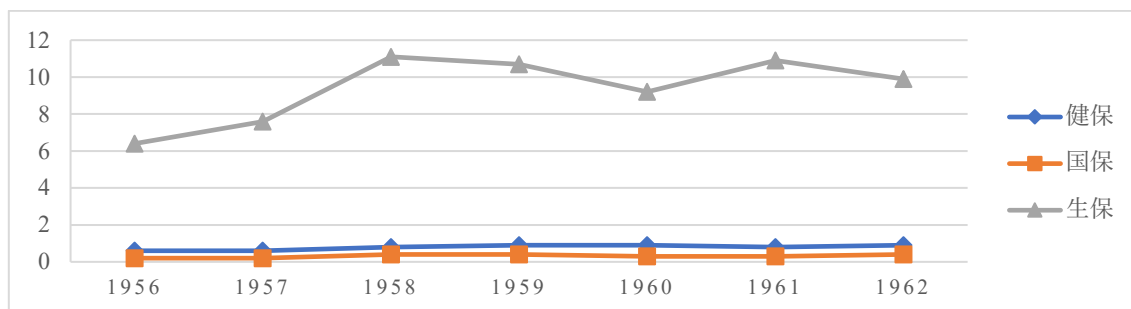


図 6 「精神病」カテゴリ割合

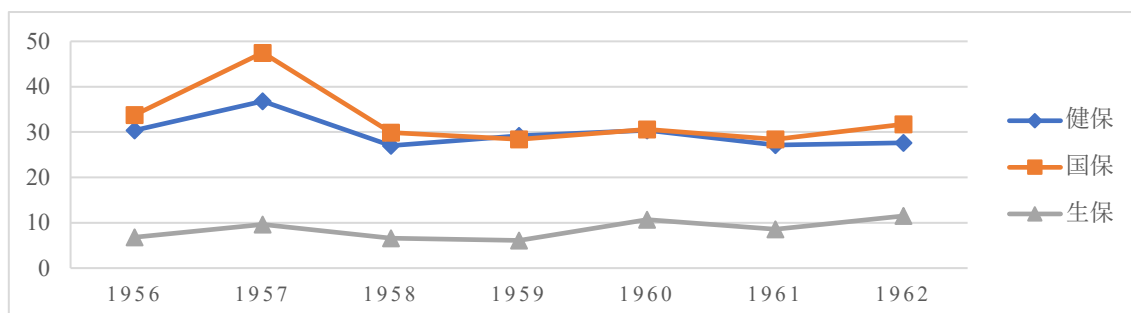


図 7 「呼吸器系の疾患」カテゴリ割合

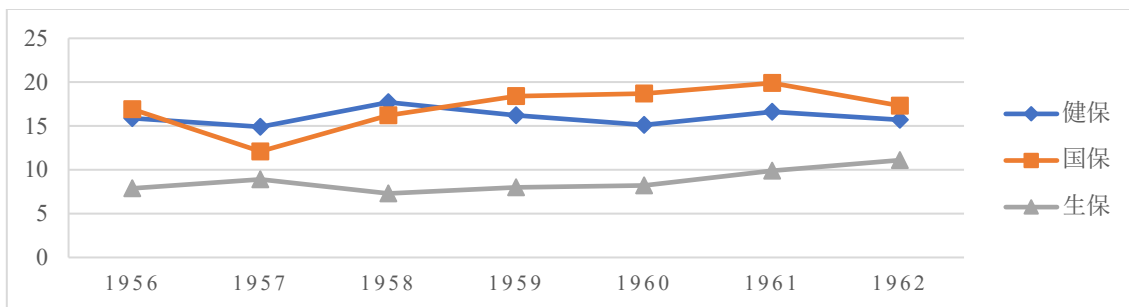


図 8 「消化器系の疾患」カテゴリ割合

※すべて厚生省大臣官房統計調査部（1956-1962a; 1956-19762b）を基に筆者作成。

「福祉資金行政実態調査」が対象とする時期においては、生活保護において「結核」は 40%程度を維持し、「精神病」カテゴリは 6-10%程度を推移している。それに対して被用者健康保険および国民健康保険については「呼吸器系の疾患」が 30%程度、「消化器系の疾患」が 15-20%程度である。

「福祉資金行政実態調査」には傷病名を自由回答で記述する設問がある。そこでそこに書かれた回答を当時用いられていた傷病分類表に基づきコーディングし分類した（表 8）。「記載なし・不明」（82 件、13%）<sup>8</sup>を除くと、最も多いのは消化器系の疾患であり、それに新生物（癌）、伝染病及び寄生虫病（結核を含む）が続いている。

表 8 療養資金利用者の傷病

疾病分類	件数	比率
伝染病および寄生虫病	48	8%
（結核）	36	6%
新生物	73	11%
アレルギー性疾患・内分泌系の疾患・物質代謝および栄養の疾患	3	0%
血液および造血疾患	3	0%
精神病・精神神経症および人格異常	15	2%
神経系および感覚器の疾患	46	7%

<sup>8</sup> 重篤な傷病については自由記述を避けていた可能性を考慮して、療養資金借受世帯全体と「記載なし・不明」での治療日数（記載のあるもののみ）を比較した。その結果、療養資金全体については 1 カ月以下 16%（95）／1 カ月～3 カ月 37.4%（222）／3 カ月～半年 19.4%（115）／半年～1 年 16.0%（95）／1 年～3 年 8.1%（48）、3 年以上 3.0%（18）であったのに対し、「記載なし・不明」については 1 カ月以下 9.4%（5）／1 カ月～3 カ月 54.7%（29）／3 カ月～半年 11.3%（6）／半年～1 年 15.1%（8）／1 年～3 年 7.5%（4）／3 年以上 1.9%（1）であった。どちらについても治療期間 1 カ月～3 カ月が最も多く、「記載なし・不明」と答えた場合に特に治療日数が多いわけではなかった。それゆえ重度の傷病が不可視化されているわけではないと考えられる。

循環器系の疾患	50	8%
呼吸器系の疾患	23	4%
消化器系の疾患	167	26%
泌尿器系の疾患	43	7%
正常分娩ならびに妊娠分娩および産褥の合併症	22	3%
皮膚および疎性結合組織	8	1%
骨および運動器の疾患	24	4%
先天奇形	1	0%
新生児の主要疾患	0	0%
症状・老衰および診断名不明確の状態	0	0%
不慮の事故・中毒および暴力	46	7%
疾病でない特殊状態および診察	0	0%
回復期保護、成形処置および補綴	0	0%
記載なし・不明	82	13%
合計	654	100%

ここからは、療養資金利用者の傷病が結核・精神病ともに生活保護ほど多くはないが健保・国保ほど少なくもないことを読み取れる。他方、消化器系の疾患は社会保険利用者と比較しても多いのが特徴的である。自由記述からその内訳をみると、特に胃潰瘍および十二指腸潰瘍（48件、7.3%）、虫垂炎（45件、6.9%）が多い。ちなみに「福祉資金行政実態調査」における療養資金利用者は80%（526）が入院治療であり通院治療が9%（59）である。

続いて、傷病別の借入金額についてみてみよう。2節で概観した通り、医療費貸付制度はボーダーライン層が傷病によって要保護層へ「転落」することを防止するために創設された制度であり、比較的軽度の傷病の治療が想定されていたといえる。実際既述の通り消化器系疾患が多いが、借入金額で見ると、表9でみるように全体の3分の1以上が限度額である5万円に迫る金額を借り入れていることがわかる。

表9 借入金額の分布

借入金額	件数
4万円以上	267
3万円以上4万円未満	95
2万円以上3万円未満	122
1万円以上2万円未満	130
1万円未満	40
合計	654

これを傷病別で見ると図9のようになる。いずれの傷病についても4万円以上の借入が多くを占めるが、件数の多かった消化器系の疾患のみ、借入金額にばらつきがあることがわかる。症状の程度が重篤ではないものの、出費が必要となる疾患の特徴といえる。

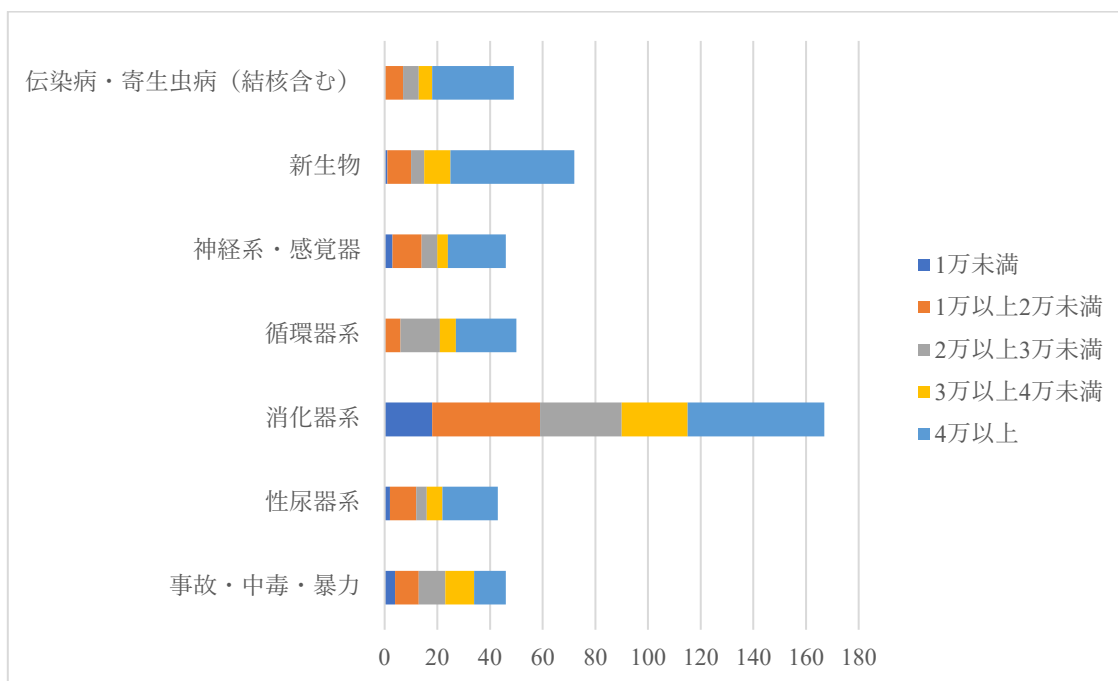


図9 傷病別借入金額

さらに、「福祉資金行政実態調査」ではこの療養資金の借入によって治療費をまかなえたかについての調査項目もある。その回答を図9と同じ傷病分類に基づいてまとめたのが図10である。

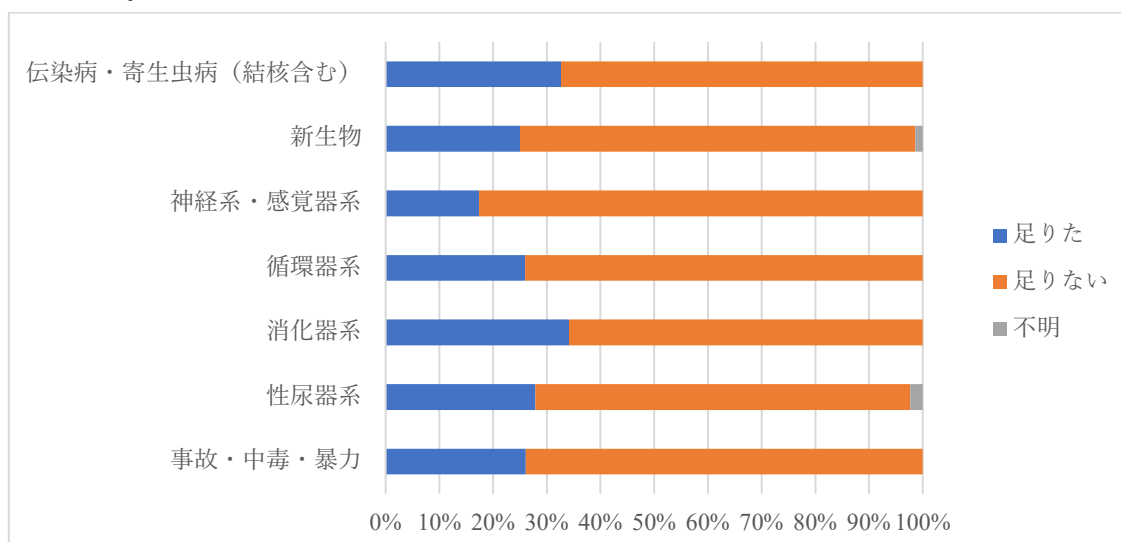


図10 傷病別治療費の過不足

「足りていない」と答えたのは654件中449件(68.7%)であり、基本的に傷病の治療に



あたって療養資金では不足している。特に脊髄炎などの神経系の疾患において不足が生じているようである<sup>9</sup>。

以上のような結果を 1960 年代以降の療養資金利用実態と比較してみよう。1969 年から 1970 年にかけて東京都社会福祉協議会によって実施された「世帯更生資金借受者実態調査」<sup>10</sup>では、1965 年から 1968 年において世帯更生資金を借り受けた世帯の実態が調査されている。そこでは具体的な傷病別の割合は定かでないが、療養資金利用者の傷病として「がん、心臓疾患、麻疹脳炎、胆石、脳出血、肺炎、骨髄炎、脳血栓、精神分裂病、黄だん」など「比較的重いもの」が挙げられており、「95%が入院治療している」という（東京都社会福祉協議会 1970: 85-6）。借入金額は 5 万円以下が 31%、10 万円未満が 44%、10 万円以上（最高 15 万円）が 25%であった（東京都社会福祉協議会 1970: 86）。上限引き上げに合わせて、借入金額も高額化していったことがうかがえる。他方、1979 年および 1980 年代の東京都社会福祉協議会による調査報告（東京都社会福祉協議会 1979; 1984-1988）<sup>11</sup>をみると、消化器系疾患の割合が大きい年度もあるものの、次第に循環器系疾患や精神病・精神神経系・感覚器の疾患や、骨・運動器の疾患なども増え始める<sup>12</sup>。

こうした傷病の傾向を踏まえると、1950 年代後半においては、1960 年代後半に比べると相対的に軽度の傷病の治療のために療養資金が利用されていた可能性が示唆される。つまりこの時期に消化器系の疾患のために療養資金の多くが用いられていたのは、医療保険未加入者が多い中で、虫垂炎・盲腸や胃潰瘍など突発的な傷病が「ボーダーライン層」にとっての経済的な打撃になっていたため、療養資金がそれに対処する手段になっていたためであると考えられる<sup>13</sup>。その後、皆保険が実現してから 1973 年に高額療養費制度が創設されるまでの間においては社会保険の自己負担分が高額になってしまうような重度の傷病のための治療費や入院費も療養資金で賄われるようになり、創設後は資金利用者の 7 割が 40～60 歳代となるなど、中高年の疾病に対処する制度として位置づけられていく（東京都社会

---

<sup>9</sup> 療養資金で足りなかった部分をどのように支払ったのかについては、「国保」14% (91)、「日雇健保」2% (13)、「それ以外の社会医療保険」8% (51)、「生保」(医療扶助) 3% (20)、「自己手持ち金」22% (146)、「借金」36% (233)、「その他」7% (49)であった。医療扶助を受けるほどではないが手持ちの資金がなく、療養資金が足りない場合には借金せざるを得ないという「ボーダーライン層」の経済状況がうかがえる。

<sup>10</sup> 第 1 次調査は江東区・板橋区・三鷹市の 165 世帯を対象とした聞き取り調査であり、第 2 次調査は東京都全域の中から無作為抽出によって選出された 704 世帯への調査票調査である（東京都社会福祉協議会 1970: 69）。

<sup>11</sup> 東京都社会福祉協議会が当該年度に貸付を決定した世帯について貸付申込実態を把握するために実施した全数調査である。

<sup>12</sup> 例えば 1986 年東京都における療養資金利用者の傷病は循環器系疾患 17.5% (11)、伝染病 (新生物) 15.9% (10)、精神病・精神神経系・感覚器の疾患 15.9% (10)、骨・運動器の疾患 14.3% (9)、血液および造血器の疾患 7.9% (5)、消化器系疾患 7.9% (5) である（東京都社会福祉協議会 1986）。

<sup>13</sup> 岡山県での世帯更生資金制度の事例紹介でも、急性盲腸炎による入院によって事業の資金がなくなり生業資金を借り入れる事例や、胃潰瘍の手術のために療養資金 (医療費貸付資金) を借り入れている事例がみられる（岡山県社会福祉協議会 1963: 28-9, 63-4; 117-9）。

福祉協議会 1988: 38)。こうした療養資金利用者本人の年齢傾向は表 2（→第 3 節）で見た「福祉資金行政実態調査」の利用者年齢分布と対照的である<sup>14</sup>。

こうした傷病の傾向は、第 4 節でみた生活保護との関係を考えるうえでも示唆的である。第 4 節では、生業資金借受世帯のほうが療養資金借受世帯に比べて生活保護を受給してきた傾向にあることを見た。実際、生業資金を借り受ける際にもそのきっかけは傷病にあることが多い。例えば 1963～1964 年実施の全国社会福祉協議会による調査結果においては、肺結核などを患って長期入院し生活保護の対象になるが治療を終え、そののちに生業資金を借り入れて事業を始めるというケースが非常に多くみられた（全国社会福祉協議会 1964b: 10-12）。療養資金はこのようなケースとは異なり、突発的な傷病や中程度の傷病の治療のために利用されていたと考えられる<sup>15</sup>。

## 6. 結論

本稿では、「福祉資金行政実態調査」の復元データを分析することを通じて、1950 年代後半の医療保障の枠組みの中で世帯更生資金における療養資金はいかなる意義を有したのかを、社会保険や生活保護との関係や、治療される疾病の特性から考察してきた。とりわけ①社会保険や生活保護で把握できないニーズを拾い上げるものになっているのか、②被保護階層に「転落」することを防止し自立更生を促すものになっているのかについて検討した。

その結果まず①については、療養資金は社会保険で医療費が相対的にカバーされづらい人たちに多く利用されていることが明らかとなった。特に属性としては国民健康保険適用者や被用者健康保険の世帯員適用者など、調査時点で加入していたとしても給付は少なく未加入である可能性も高い人びとが療養資金利用者が多いことが示された。また傷病の特殊性からしても、生活保護受給者に多い結核や精神疾患でも社会保険による治療に多い呼吸器系の疾患でもない、「ボーダーライン層」が要保護階層へ「転落」する際の要因となるような突発的な消化器系の疾患に対処するために用いられていた。さらに②については、療養資金の対象は必ずしも「ボーダーライン層」のみに限定されているわけではなく、一定程度（1 割ほど）は要保護層および被保護層が利用していた。民生委員による自由記述からもわかる通り、療養資金は「就労による自立を促進する」という側面と「要保護から脱出させる」という利用実態の二重性が見受けられる。

しかし留意しなければならないのは、世帯更生資金の利用状況は地域によって大きく異なる可能性があるということである。対象となる所得水準は都道府県で異なり、地域ごとの

---

<sup>14</sup> こうした療養資金対象者の変化は、高齢化によって医療保障が次第に予防的医療に重点を置いていったこととも関連している可能性がある（一圓 1993: 211）。

<sup>15</sup> 療養資金の使途については「福祉資金行政実態調査」ではわからない。1970 年代以降の他のデータをみると、療養資金は医療費だけでなく入院に伴う差額ベッド代、付添看護料、健康保険適用外医療費、交通費にも用いられており、医療費のみに使用しているのは療養資金利用者の 30%ほど、差額ベッド代が 40%ほどである（東京都社会福祉協議会 1978: 34-5; 1979: 20 ほか）。やはり入院期間は長くないが入院が必要な傷病の治療費や入院非が療養資金の主な使途であったと考えられる。

世帯構成にも関わっている。上述した通り「福祉資金行政実態調査」は神奈川県を対象としており、データ中療養資金借受世帯の4割は横浜市であった。その点、本稿の分析は1950年代における都市部の利用実態における一事例として限定的にとらえる必要がある。

とはいえ本稿の知見は、1950年代後半という皆保険成立直前期において、福祉貸付としての療養資金が「ボーダーライン層」と要保護階層にまたがる人びとの医療アクセスを部分的に可能にするという役割を一定程度果たしていたことを示すものではある。日本の福祉国家の中核をなす医療保障の歴史的形成過程を明らかにしていくうえでは、以上のように社会保険や医療扶助と療養資金をはじめとした「その他社会サービス」がいかに相互関係を築きその関係を変化していったのかを、実態に基づいて局所的に明らかにしていくことが求められるだろう。1950年代から60年代に行われた社会調査の復元データの分析は、そのための重要な手段であるといえる。

## 謝辞

本稿の執筆にあたり、東京大学社会科学研究所課題公募型二次分析研究会の活動の一環で復元した「福祉資金行政実態調査」のデータを利用しました。記して感謝申し上げます。

## 文献

- 相澤真一・土屋敦・小山裕・開田奈穂美・元森絵里子, 2016, 『子どもの貧困の戦後史』青弓社.
- Esping-Andersen, Gøsta, 1996, “After the Golden Age? Welfare State Dilemmas in a Global Economy,” Gøsta Esping-Andersen ed. *Welfare States in Transition*, Sage Publications, 1-31 (埋橋孝文監訳, 2003, 「黄金時代の後に? ——グローバル時代における福祉国家のジレンマ」イエスタ・エスピン-アンデルセン編, 『転換期の福祉国家』早稲田大学出版部).
- Garland, David, 2016, *The Welfare State*, Oxford University Press (小田透訳, 2021, 『福祉国家——救貧法の時代からポスト工業社会へ』白水社).
- 一圓光彌, 1993, 『自ら築く福祉——普遍的な社会保障をもとめて』大蔵省印刷局.
- 岩田正美, 1990, 「社会福祉における「貨幣貸付」的方法についての一考察——世帯更生資金貸付制度をめぐる」『人文学報』218: 133-168.
- , 2021, 『生活保護解体論——セーフティネットを編み直す』岩波書店.
- 角崎洋平, 2012, 「福祉的貸付の歴史と理論」立命館大学大学院先端総合学術研究科博士論文.
- , 2016a, 「借りて生きる福祉の構想」後藤玲子編, 『正義』ミネルヴァ書房, 119-131.
- , 2016b, 「日本におけるマイクロクレジットの形成と社会福祉政策」佐藤順子編, 『マイクロクレジットは金融格差を是正できるか』ミネルヴァ書房, 11-54.
- 籠山京, 1978, 『公的扶助論』光生館.
- 籠山京・江口英一・田中寿, 1968, 『公的扶助制度比較研究』光生館.
- 神奈川県, 1961, 『国民健康保険事業状況』神奈川県.
- 神奈川県・神奈川県社会福祉協議会, 1958, 『世帯更生資金借用世帯とその生業の状態』神

- 奈川県・神奈川県社会福祉協議会.
- 金成垣, 2014, 「日本——戦後における社会保障制度の成立とその特徴」田多英範編, 『世界はなぜ社会保障制度を創ったのか——主要9ヶ国の比較研究』ミネルヴァ書房, 231-263.
- 孝橋正一, 1971, 「医療保障制度と医療社会事業」医療社会問題研究会編, 『医療社会事業論』ミネルヴァ書房, 17-31.
- 厚生省大臣官房統計調査部, 1956-1962a, 『社会医療調査年報』厚生省大臣官房統計調査部.
- , 1956-1962b, 『国民健康調査』厚生省大臣官房統計調査部.
- 厚生省社会局保護課, 1981, 『生活保護三十年史』公文社.
- 厚生労働省社会・援護局地域福祉課, 2010, 『社会・援護局関係主管課長会議資料』.
- 小山路男, 1985, 「医療保障制度の発展と展望」小山路男編, 『医療保障』中央法規出版, 56-81.
- 黒木利克, 1955, 「医療扶助の現況と問題点」『社会事業』38(8): 10-14.
- Moran, Michael, 2000, “Understanding the Welfare State: The Case of Health Care,” *The British Journal of Politics and International Relations* 2(2): 135-160.
- 中村一成, 2009, 「地域と医療」森武磨編『1950年代と地域社会——神奈川県小田原地域を対象として』現代史料出版, 227-254.
- 野上元・浜井和史・岩井八郎・渡邊勉, 2021, 「計量歴史社会学からみる戦争」『戦争社会学研究』5: 6-72.
- 岡山県社会福祉協議会, 1963, 『灯をかかげる人々』岡山県社会福祉協議会.
- Rothgang, Heinz, 2021, “Health,” Daniel Béland, Kimberly J. Morgan, Herbert Obinger and Christopher Pierson ed. *The Oxford Handbook of The Welfare State*, 2. edition, Oxford University Press, 506-523.
- 佐藤順子, 2001, 「生活福祉資金貸付制度の現状と課題——介護・療養資金貸付相談の事例検討を通して」『仏教大学総合研究所紀要』8: 261-286.
- , 2016, 「日本における生活困窮者向け貸付——福祉貸付としての生活福祉資金貸付事業を中心に」佐藤順子編, 『マイクロクレジットは金融格差を是正できるか』ミネルヴァ書房, 55-86.
- 佐藤香, 2009, 「歴史的資料としての社会調査データ」『年報社会学論集』22: 22-31.
- 佐藤香・相澤真一・中川宗人, 2015, 「歴史的資料としての社会調査データ」野上元・小林多寿子編, 2016, 『歴史と向きあう社会学——資料・表象・経験』ミネルヴァ書房, 45-64.
- 世帯更生資金貸付制度基本問題検討委員会, 1989, 『厚生省世帯更生資金貸付制度基本問題検討委員会報告』.
- 島崎謙治, 2011, 『日本の医療——制度と政策』東京大学出版会.
- 社会保障制度審議会, 1950, 「社会保障制度に関する勧告」.
- , 1957, 「医療保障制度に関する勧告」.
- 田多英範, 2009, 『日本社会保障制度成立史論』光生館.
- 田中聡子, 2016, 「世帯更生資金貸付創設時における低所得層対策と生活保護行政の動向」

- 『社会政策』 8(2): 114-125.
- 東京都社会福祉協議会, 1970, 『低所得階層と世帯更生資金制度』 朋文社.
- , 1978, 『世帯更生資金借受世帯の更生状況』 東京都社会福祉協議会.
- , 1979, 1984-1988, 『世帯更生資金借受申込世帯の実態』 東京都社会福祉協議会.
- Wilensky, L. Harald, 1974, *The Welfare State and Equality*, University of California Press (下平好博訳, 1984, 『福祉国家と平等』 木鐸社).
- 横山和彦, 1991, 「分立型国民皆保険体制の確立」 横山和彦・田多英範編, 『日本社会保障の歴史』 学文社, 123-139.
- 全国社会福祉協議会, 1964a, 『民生員制度四十年史』 社会福祉法人全国社会福祉協議会.
- , 1964b, 『世帯更生資金制度効果測定』 全国社会福祉協議会.