

# 日本の健康保険における 出産給付の起源と給付方法の変遷

—1927年から1945年の制度変化に注目して

小暮 かおり

---

はじめに

- 1 先行研究の検討
  - 2 方法・焦点・資料検討
  - 3 健康保険法制定から現在に至るまでの出産給付に関する制度の変化
- おわりに

はじめに

本論文は、健康保険法成立まで遡りながら、なぜ分娩に対する給付が存在し、さらに疾病・傷病と異なる給付方法となったのかを明らかにすることを目的とする。現在、日本の健康保険において、分娩は疾病・傷病と同様の給付対象である保険事故に含まれるにも関わらず、異なる給付方法がとられている。疾病や傷病は現物給付であるのに対して、分娩は現物給付ではなく出産育児一時金という定額の現金給付によってなされるため、産婦本人によって分娩費用は全額支払われ<sup>(1)</sup>、その一部または全額が定額の出産育児一時金によって補償されることになる。

分娩が現金給付によってなされ、疾病・傷病と異なる扱いとされる理由としては、保険事故の種類が異なることが持ち出されるのが通例である。具体的には「分娩は病気ではないので、健康保険対象外となる」というものである。例えば、2008年に厚生労働省で行われた出産育児一時金に関する意見交換会でも、当時の舛添厚生労働大臣が「よく私のところに一般の妊婦の方々含めておっしゃってこられるのは、正常分娩だったら保険がきかなくて、途中で異常分娩だったら保険というのは何なんですかということです。それは病気のときの保険なんだから、病気ではなくて正常なんだからと答えはしています」（保険局総務課企画調査係 2008）と発言している。以上を踏まえるならば、分娩の健康保険制度内での特異な取扱いの根拠として「分娩は病気ではない」「健康保険の

---

(1) 2009年から直接支払制度が始まり、事前申請をすれば出産育児一時金との差額のみ支払えば良い制度となったが、あくまでも一定額の現金給付である。

対象は病気のみである」という説明が説得力を持って使われていると理解することができるだろう。

しかし、この説明は、なぜ病気ではない分娩が健康保険の中で異なる取り扱いをされているかについての十分な答えとはなっていない。「分娩は病気ではない」ことが現物給付の対象外となった本質的な理由であるならば、保険事故から除外する選択肢もあったはずである。しかし、分娩は現金給付として健康保険の給付対象に含まれている。加えて諸外国の医療保障を見れば、必ずしもこのような対応が通例ではない。

社会保険によって医療保障がなされる多くの国において分娩は現物給付対象である。例えば、ドイツでは加入する保険による違いはあるが、個室代以外はすべて保険から現物給付される。フランスでは妊婦健診・分娩に対して現物給付されるのはもちろん、申請することで妊娠中の疾病の自己負担費用も、公費での補助がある。一定額の自己負担がある韓国でも分娩入院には他の疾病で入院する場合と、妊婦健診には外来受診する場合と同じ自己負担割合で現物給付がなされている。ここから、日本のように「分娩は病気ではない」ことを理由とした健康保険の給付方法の選択は、前提とされるべきものではないことがわかる。その理由、すなわち、「なぜ日本で分娩だけが異なる給付方法をとるのか」という問いを解きあかす必要があると考える。

さらに、分娩に対する給付方法の特異性は学術的主題にとどまるものではなく、人々の必要の充足を損なっているという意味で政策的含意を持つ。現在、分娩が現物給付の対象とならないことによって、分娩費用は約20万から80万円と病院間格差が生じており<sup>(2)</sup>、特に医療レベルの高い三次救急病院で分娩費用が高い傾向にあることも含めて考えると、産婦の経済力によって受けられる医療に差が出ている可能性がある。このような状況において、なぜ現在の制度となったのかという問いは社会政策研究上、重要である。

以上を踏まえて、本論文では、なぜ分娩に関する給付が存在し、さらに疾病と異なる給付制度となったのか、という問いに答えることを目指す。先に結論を示せば、通例の「病気ではない」という理由は、少なくとも制度成立期から当てはまるものではないということが明らかになった。分娩と疾病・傷病は予見不可能性という点で並立した保険事故であったために給付が存在した。しかし健康保険法施行当時に採用された給付手段は団体自由選択主義という方法であり、全国規模の医師会を通して疾病・傷病に対する療養の給付を担った医師と異なり、分娩介助の中心を担っていた産婆は全国規模の専門職集団を持たなかったために、療養の給付と分娩の給付は給付方法が異なった。その後、疾病や傷病と同様に現物給付されるようになったものの、戦時下の出産奨励の手段として産院での分娩が推奨され、また高額な現金給付ができる制度に戻ったことが、現在、分娩だけ給付方法が異なる成因である可能性がある。

このような説明は、「病気ではない」ために現物給付対象外であるという通例の説明とは著しく異なり、病気であっても病気でもなく「分娩」という保険事故が健康保険の対象であったことを

(2) 2009年に全国の約半数の分娩取扱施設を対象とした調査による（可世木2009）。なお、この調査の全国の平均分娩費用約42万という結果を受けて、出産育児一時金は42万円まで引き上げられた。つまり、現在の出産育児一時金の額は平均的な分娩費用とほぼ同額と想定されている。しかし、出産育児一時金の本来の目的は、分娩費（分娩費用）と育児手当金の一括給付であり、分娩費用だけを目的に給付されているものではない。

示していると考え。そのため、分娩への保険給付を考える際に「分娩は病気に含まれるのか否か」を検討する必要はない可能性がある。最終的に、現在の制度の成り立ちを明らかにすることで、今後の出産給付を検討する際の一助となることを目的とする。

## 1 先行研究の検討

なぜ分娩が現物給付の対象とならなかったのかについて、医療史や助産史研究では十分に問われて来なかった。

これまで、分娩費用に関する研究は、医師の立場から現金給付を推進する立場で「産婦人科の世界」「日本産婦人科学会誌」「周産期医学」などで分娩費用の特集が組まれた際のものや、1970年代の保険者によって給付される分娩費に格差があること<sup>(3)</sup>を問題視するものが中心であった。

一方、保健医療制度史研究において、出産給付について言及はされてきたものの、問題とされることは少なく、ほとんど議論はされてこなかった。対象者数も給付費用も大きくない出産給付を主眼においた研究は管見の限り、出産給付制度の変遷について述べた稲森(2011)と後述の大西(2014)以外は見当たらず、なぜ分娩に関する給付が存在し、さらに疾病と異なる給付制度になっているのかを説明した先行研究は見当たらなかった。

もっとも本稿の関心に近いのは、出産給付を巡る政治過程を論じた大西(2014)である。大西は、健康保険法成立当時の出産は産婆や医師の介助によらない相互扶助的なものが多く、現物給付という制度が馴染まなかったこと、そのため現物給付は制度としては存在したが自然消滅したこと、戦後は日本母性保護医協会が現金給付制度の維持を強く働きかけ続けたことにより、1922年に制度化されて以降変化していないことを示した。しかし、戦後の制度維持についての「変化しなかった理由」は説得力を持つものであるが、出産給付の起源とその理由について、十分な根拠を示した上で答えを示せているとは言えない。

## 2 方法・焦点・資料検討

本研究では、健康保険法が施行された1927年から終戦の1945年までを中心に、出産給付に関する制度の変化を当時の資料をたどることで、現在の出産給付制度の成り立ちを明らかにする。戦前に焦点を当てる理由は、1945年から1994年の出産育児一時金創設まで、出産給付に関する健康保険上の制度にはほとんど変化がなかったことから<sup>(4)</sup>、戦後の制度を辿るだけでは成り立ちを知るには十分ではないためである。なぜ分娩に関する給付が存在し、疾病と異なる制度となったのかを明らかにするには、制度上の変化が集中した戦前の制度改革まで遡る必要がある。

資料としては、1927年から1945年当時の一般書として入手可能な健康保険法の法解釈や運用に

---

(3) 戦後1994年まで、健康保険法の被保険者と国民健康保険法被保険者では分娩費の額が大きく異なっていた。さらに配偶者分娩費は金額が少なく、配偶者以外の被扶養者の出産には分娩費は支払われなかった時期が続いた。詳しくは三宅(1974:1181)参照。

(4) 戦後に出産給付の制度が変化しなかった理由については、大西(2014)参照。

関する資料，健康保険法で分娩を取り扱った経緯等を記した資料を用いる。しかし，当時の分娩と健康保険の関わりを示す資料は，健康保険の現物給付を提供していた当事者である産婆の関連団体による資料が多く，健康保険運用の上での分娩の取り扱いが過大評価される可能性もある。そのため，同時代の統計資料や，戦後の資料も含め，出来る限り実際の出産給付件数等の実績について示す。療養の給付を中心とした，健康保険法そのものの成立経緯については近年の先行研究を参考にした。

### 3 健康保険法制定から現在に至るまでの出産給付に関する制度の変化

本節では時代経過に沿って「なぜ出産給付は給付対象に含まれたのか」「なぜ疾病や傷病と異なる給付制度となったのか」という問いに答えることを目指す。

#### (1) なぜ出産給付は給付対象に含まれたのか

まず，出産給付が健康保険の給付対象に含まれるようになった経緯を確認する。はじめに確認したいのは，健康保険法制定当初から被保険者の半数は出産の当事者である女性だったことである。健康保険法は，労働者保護を目的として成立したため，被保険者は男性が中心だったように考えられがちだが，1927年施行当時の被保険者の内訳をみると，被保険者の47.5%が女性であり，全国で92万人超の女性が被保険者本人であった（社会局保険部1937：165）。施行初年度にあたる1926年度末の被保険者数は表1の通りである。

表1 1926年度末男女別被保険者数

	政府管掌	組管管掌	合計
男	574,064人	444,491人	1,018,555人
女	566,871人	356,090人	922,961人
合計	1,140,935人	800,581人	1,941,516人

出所：健康保険事業沿革史（社会局保険部1937：165）より，筆者作成

被保険者に多くの女性を含んでいた施行当初の健康保険において，分娩への給付・出産手当金の支給もまた法律制定当初から給付の対象とされていた。健康保険法で保険事故の対象とされたのは疾病・負傷・死亡及び分娩の四種であった。当時，保険事故の対象となる基準として重要なのは，「予見不可能性」であった。健康保険法の制定準備から施行以降まで社会局保険部に長く勤務した清水玄は次のように述べている。「孰れも偶然の事故であって，其の発生に関しては予見し得ざることの要素を有している。疾病及負傷に付ては発生の有無及其の時期に関し，分娩に付ては妊娠することの有無及其の時期に関し（中略）予見し得べからざる」（清水1930：31）。この記述からは，疾病や負傷と「並列して」分娩は予見不可能であることから，保険給付の対象となっていたことが

うかがえる<sup>(5)</sup>。

出産給付は単なるお祝い金ではなく、母体の健康保護を目的として保険事故に含まれた。これは、祝う対象ではない死産や流産も給付対象に含んだことから明らかである。1927年3月17日保理第792号の疑義回答では「健康保険ニ於テハ分娩ニ関スル給付ヲ為スノ目的ハ主トシテ母体ヲ保護スルニ在ル」「即チ健康保険ハ労働者ノ健康ヲ主トスル制度ナルコトニ御留意相成度」とあり、分娩の保険給付対象には、死産や流産も含むこと、給付の主目的が母体の健康保護であったことが当時の社会局保険部長によって明言されている。また、休業補償である出産手当金とは別に分娩そのものへの給付が制度化されたことから、休業することのリスクとは他に、分娩は身体に対するリスクであると考えていたことを示していると言える。

このような状況の中で「労働者」である被保険者本人の女性が出産するという事は決して稀なことではなかった<sup>(6)</sup>。実際の分娩費の給付件数を見ると、1927年に49,083件（政府管掌30,185件、組合管掌18,898件）、10年後の1937年には95,884件（政府管掌86,517件、組合管掌9,367件）の給付がなされていた（厚生省保険局1958：80、88）。被保険者に対する割合を見ると1927年から1934年度には女性の被保険者1,000人あたり政府管掌で約50～80件、組合管掌でも約20～50件の出産があったことになる（社会局保険部1937：238-241）。同時期の被保険者の男女比は1対0.67-0.89であること（社会局保険部1937：165-166より計算）、同時期の日本全体の出生率は人口1,000人当たり29.9～34.1であることを合わせて考えれば、単純な比較は難しいが、被保険者に占める分娩件数の割合は、全国の出生率と比較しても極端に低くはなかったと言えるだろう。

分娩費の給付水準は、「普通の分娩の際に於ける産婆に対する報酬其の他の諸費に充つる」（社会局保険部1937：113）ことが期待され、1件当たり20円の現金給付とされた。1927年当時、分娩は自宅で行うものであり、立ち合う専門職としては産婆の割合が圧倒的に高かった。その一方で、産婦や家族のみによる分娩も未だ多く行われていた。12年後の1939年でも、全国の出生児の74%が開業産婆、6%が病産院、残る20%は産婆でも医師でもない者が分娩介助を行っていたことを考え合わせると（日本医療団総裁室調査部1943：4）、1927年にはさらに専門職以外の分娩が多かったと考えられる。そのため、産婆のいない町村に対して産婆の配置を促す等の妊産婦保護増進施策が内務省を中心にすすめられていた（東京市政調査会1928：65）<sup>(7)</sup>。産婦や家族のみの分娩は産後の母体健康や分娩時死亡のリスク上昇につながると考えられていたため、出産給付によって専門職

(5) 1985年6月7日の衆議院決算委員会において、幸田政府委員は健康保険法制定当時、出産給付が現金給付であった理由について正確にはわからないとしながら「傷病の場合にはいわば偶然の不慮の事故でございますけれども、出産の場合には、(中略)事前に予想のつく事故でございます」と述べている。しかし、森の資料（森1923）からは、出産も事前に予測がつくこととは考えられていないことは明らかである。

(6) 当時の健康保険法に配偶者を含む被扶養者に対する給付はなく、あくまでも被保険者本人が出産した場合に給付された。

(7) 1932年の医政調査資料第三号によると、全国（内地）11,900余の町村中、開業医師なき町村が3,231、開業歯科医師なき町村が8,702、開業産婆なき町村が2,951と産婆の普及率が高く、1927年調査よりも産婆のない町村は660減少していた（亀山1932：2-3、25）。

による分娩介助を可能にさせる意図が存在したと考えられる<sup>(8)</sup>。つまり、傷病時に専門職（医師）からの治療を受けることを保障する療養の給付と同様に、出産給付は分娩時に専門職（主に産婆）からの分娩介助を受けることを保障する意味を持っていたのであろう。

分娩費の20円という額は、各家庭における分娩時の家計支出からも妥当な額であると言えた<sup>(9)</sup>。産婆の分娩取扱費用は地域・個人により大きく異なり、実際の産婆への報酬には大きな幅があったと考えられるが、具体例を挙げれば、1927年当時の大阪産婆会が大阪府に届け出た報酬規定は、分娩取扱料が1件15円以上であった（青木1935：168-169）。一方で、1925年から1927年に実施された東京市による「市内細民」の出産の実態調査からは、1回の出産に必要な費用は、産婆への報酬8円62銭を含み産具・児の衣類等の費用を合わせて平均18円30銭の負担であった（東京市政調査会1928：72-76）。以上を踏まえると、1件当たり20円の給付は出産による経済的負担を補償し、経済的な理由によって無介助分娩となることを防ぎ、産婆へ分娩介助を依頼するのに十分な額であったと考えられる。

このように、当初から分娩は健康保険の対象であり、産婆という専門職による分娩介助を保障することが意図されていたのである。

## (2) なぜ給付対象が疾病や傷病と異なったのか、異なる給付制度となったのか

### (a) 出産給付が現金給付としてはじまった理由

では、分娩は健康保険法成立当初から保険事故の対象とされながら、なぜ疾病や傷病と異なる給付方法がとられたのであろうか。現在、出産が現金給付である理由として示される「出産は傷病ではない」「予め出産費用の準備ができる」「出産ニーズの多様化」（稲森2011：46-47）等の説明は、成立当時はなされていない。

1927年の健康保険法施行当時、分娩への給付が現金給付とされた理由としては、日本の健康保険が団体自由選択主義という方法をとったこと、同時に施行当時、産婆が医師会のような全国規模の専門職団体を持たなかったことが挙げられる<sup>(10)</sup>。団体自由選択主義とは、保険者と専門職集団（団体）が契約を結び、保険者からは団体に一括で報酬を支払い、各団体の中で給付の実態（実際に提供した医療サービス）に合わせて各医療者へ報酬を分配する方法である（中静1998：160-

(8) 戦前日本における乳児死亡率の変化に注目した伊藤によれば、助産婦（産婆）の量的拡大は所得移転の効果を考慮しても乳児死亡率、特に新生児死亡率の低下に作用していた（伊藤1998：725-752）。

(9) 時代は下るが、1935年の神戸の妊産婦に関する調査でも、出産費の額は最低三圓以下から一五〇圓以上と広範囲にわたるものの、調査対象者の約6割の回答は「二〇圓前後（一〇圓乃至三〇圓）」であった（神戸市社会課1936：38）。

(10) 大阪市産婆団体史によれば、1927年の1月には健康保険組合に関して、特定の産婆との契約ではなく、団体自由選択の主義に基づいた方式を採用しよう働きかけを行っていた。実際の交渉は1931年を過ぎてから行われているが、健康保険施行前から、医師会と同様の制度を求めた動きがあったことが推測できる（青木1935：199, 207-210, 276）。

161)<sup>(11)</sup>。療養の給付は、この方法に基づき保険者と医師会の契約によって供給されていた。しかし、医師会が医師会規定により1906年から全国組織化していたのに対して、産婆会は府県単位での活動は見られたものの全国組織を持たなかった。

産婆団体が全国組織を持たず、分娩の現物給付を可能とする窓口団体が存在しなかったことが、現物給付が例外とされ現金給付となったことの大きな理由であることは当時の複数の資料が示している<sup>(12)</sup>。例えば、当時社会局医療課長であった古瀬は東京府産婆会向けの講演の中で「相手のない契約は中々六ヶ敷い<sup>(13)</sup>」のであります。わが国では産婆会が医師会のように発達して居りません。(中略) 医師会の如き統制ある機関の無い実際の現状が分娩の給付は助産の給付といふ処まで進んで居ないから只今の国情に合わせて考ふれば常人に金をやって一切の切り盛りをやらせるより他に適当な手段はないと考へられます」(古瀬1927:16)と述べた。同じ講演会上で東京都衛生課課長の軽部修伯は「お金は産婦が自由になります。此が誠に都合の悪い点であります。これを吾々はドウしても医師と同じ方法にして頂きたいのが眼目です」(軽部1927:10)と述べており、現物給付が望ましいと考えられていたことがうかがえる。

また同時期、産婆との利害関係がない東京市政調査会も「産院の施設が普及してゐないと、産婆の組織が医師、歯科医師等に於けるが如く十分でないため、之を活用して現実給付を行ふ事が出来ない」(東京市政調査会1928:29-30)と述べている。現金給付にメリットがあると考えられていたというよりも、団体自由選択主義が採用された上で、分娩への給付を担う産婆が全国規模の専門職集団を持たなかったために、分娩については現物給付の手段がとれず、やむをえず現金給付となったことがわかる<sup>(14)</sup>。

## (b) 分娩の現物給付(助産の手当)開始とその広まり

医療供給側(ここでは産婆)、保険者側双方にとって現金給付が望ましいとは考えられていなかったことを傍証するのは、産婆会の全国組織成立という産婆会の動きと、1932年に出産給付の現物給付を原則とする方針が打ち出されたことである。近年、産婆団体と医師会・官僚との利害調整・交渉の軌跡を明らかにした木村が「産婆はこれらを職業の死活にかかわる問題と捉え、現状打開のために全国的な組織化を急」いだ(木村2011:169)と指摘したように、大日本産婆会は健康保険法施行から半年後の1927年7月に各府県産婆組合の連合という形で誕生した。その5年後、

(11) 団体自由選択主義は医師会の造語であり、保険者が個々の医師ではなく医師会(団体)と診療契約を結び、被保険者は受診する医師を団体所属医師から自由を選ぶことで、一部の医師に利益が集中しないよう考えられた方法である。社会局保険部は1925年頃には医師会の主張した団体自由選択主義の採用をほぼ固めていた(中野1998:160)。

(12) 他にも分娩が現物給付とならなかった理由として、「詐病を構へる弊害の無いこと」「産院、其の他助産の手当をする設備を今直に全国に完備することが困難であること」(森1923:165)等も挙げられていた。

(13) 「六ヶ敷い」は「難しい」の当時の表記。

(14) 古瀬は東京府産婆会向けの講演の中で「『産婆会も医師会と同じく分娩に関する給付を一手で引受け、会員の全てが健康保険産婆となり、被保険者は自由に産婆を選定して自分の好む人にかかる様に致し度い。何故助産の仕組は医者診療の仕組と違った建前に致したか』と云ふのであります。之は一応御尤もなことであります」(1927:16)と述べており、健康保険法制定当時から、出産給付が療養の給付と異なる方法で給付されることへの疑問が存在したことがわかる。

1932年から政府管掌保険において、分娩に対する給付は「助産の手当」と呼ばれる現物給付を原則とすることが打ち出され、保険産婆による現物給付と半額の10円に減額した現金給付の併用給付が実際に始まった（青木1932：7-9）。

助産の手当が原則とされた理由としては、二点挙げられている。一点目は分娩費を現金給付とした結果、健康保険給付の目的から逸脱した理由で使用してしまい分娩介助を受けていない者がいること、二点目は恐慌に伴う保険財政の逼迫により、分娩介助を受けられる状況を保ったまま給付費用を縮小させるためであった<sup>(15)</sup>。しかし、分娩費そのものの給付額を引き下げる案も出ており、その中で現物給付を採用していることから、あくまでも出産給付は身体リスクを下げるために専門職の分娩介助を受けさせることを目的としていたことを確認できる。

保険産婆による現物給付は、法律を改正するのではなく、法律の解釈を変更することで行われた。1927年には助産手当は20円の現金給付を基本とし、例外の場合に現物給付と10円に減額した現金給付を支給するという政府の方針であったが、1931年に社会局保険部は法の解釈を変更し、政府管掌保険については現物給付と分娩費の減額支給を原則とすることとした。保険部の通知を元に、各県からの政令が出され、地域毎に保険産婆の指定・取消が行われた。また被保険者が現物給付を受けない場合も、権利を捨てたものと解釈して分娩費は10円の減額支給として良いとした（青木1932：7-9）。

現在では、現物給付である助産の手当の広がりや過小評価する理解も見られるが<sup>(16)</sup>、少なくとも保険産婆制度がとられていた1932年から1942年において、分娩の現物給付は広く行われていた。例えば1938年には政府管掌で分娩費給付件数（被保険者の分娩件数）の94.3%、組合管掌で56.6%、全体で89.5%と多くの現物給付が為されていた（保険院社会保険局1942a：47, 86より計算）。また、保険産婆自体も1940年の政府管掌保険の保険産婆は32,813名と保険医の32,436名よ

(15) 東京都警視庁健康保険課長を務めた伊藤豊次は、1932年、現物給付を開始する理由として、分娩費の使途を調査した結果、一部ではあるが「たゞ貰つて無駄使ひをしてしまふ。極く質の悪いのになると、御亭主が酒代にしてしまつて一向分娩介助等を受けない。」というような、分娩費を健康保険から給付する目的から逸脱している者がいること、また、「現在のやうに経済界が不況になりまして」「勢ひ健康保険の収入が減る」にもかかわらず、費用が固定された現金給付では「経費が少しも減つて居ら」ず、「相當減額の必要がある」ためだと説明している（伊藤1932：8-9）。現物給付となった後は、産前産後の訪問を含め一分娩あたり5～7円前後の報酬を、産婆会を通して健康保険産婆に支給した。地域によってその報酬額は異なったが、減額された分娩費10円と合わせても、20円の現金給付よりも「給付費の節減」になったという（厚生省保険局1958：217-218）。

(16) 大西は「多くの出産とはこのように相互扶助的なものであったため、産婆や医師による助産手当という現物給付は実態に即したものではな」とする（大西2014：20）。しかし、現物給付を原則とすることが打ち出されて以降、助産の手当（分娩の現物給付）の件数が飛躍的に増加していたことは本文で述べたとおりである。もちろん、地域によって産婆や医師の配置には偏りがあり、医療者の分娩介助を受けることが一般的でない地域もあったとは考えられるが、少なくとも健康保険法の被保険者となる人たちにとって、「医師や助産婦による助産がそれほど一般的ではない」（大西2014：20）という認識は誤りである。大西は、1922年健康保険法発布時の状況を根拠とするが、1920年以降の妊産婦保護政策もあり、1912年に29,376人、1922年に37,714人だった全国の産婆数は、1930年には50,312人、1935年には59,560人と大幅に増加している（伊藤1998：745）。そのため、分娩の現物給付が原則となる1932年以降と1922年では状況が異なること、また根拠とした文献が地方農村の状況を示しているものであるために、認識のずれが発生した可能性がある。



り多く普及していた（保険院社会保険局 1942b：120-121）<sup>(17)</sup>。

1938年には、非労働者も被保険者に含む国民健康保険法が制定された。ここでも分娩は付加給付として保険給付の対象となった。国民健康保険法の制定理由としては、特に農村の深刻な窮乏と、それに伴う保健状態の悪化に対する、農村救済策の一環としての面が大きかった。国民健康保険法による出産給付は、組合と契約した産婆による現物給付を原則とするものであった<sup>(18)</sup>。現物給付とされた理由は、農村の分娩において産婆の立ち合いが少ないこと<sup>(19)</sup>、それ故に産褥死亡や新生児死亡率が高いことから<sup>(20)</sup>、専門職による分娩介助を促進するためであったと考えられる<sup>(21)</sup>。

当時の国民健康保険法は現在と異なり、各組合が給付率や給付方法を設定する権限を持っていたため、出産給付は財政状況などによって給付しないことも特例として認められる、付加給付という扱いであった<sup>(22)</sup>。

しかし、付加給付ではあるものの決して例外的だったわけではない。例えば、1939年度に新たに設立認可された283組合中126組合に助産の給付の規定があり、実際に全456組合中159組合で合計5,646件の助産の手当が給付されている（厚生省保険局 1943：20, 32, 40）。さらに1944年度には全10,309組合中、73%にあたる7,557組合が助産の給付を行っていたとされており、出産給付が国民健康保険法でも例外的なものではなかったことがうかがえる（菅谷 1977：201）。

このように、分娩の現物給付は健康保険法・国民健康保険法のいずれにおいても広く行われてい

---

(17) 例えば埼玉県では、県が保険産婆の指定を始めた1932年1月1日付で、610人の保険産婆が指定されている。1931年の埼玉県の産婆人数は744名であったとされており、県全体の8割以上の産婆が契約したことになる。産婆達の健康保険の現物給付に対する関心の高さがうかがえる。

(18) 「助産の給付とは分娩に対し助産の世話を、(中略)総て現物を給與するものである。之を現物給付と謂う。本制度は現物給付を建前とするものである。」(川村他 1939：89)。

(19) 1920年頃から農村助産事業、巡回産婆制度といった政策が取られていたものの、農村部での専門家の分娩介助は都市部に比べると多くなかった。岡山県の高月村では1933年時点においてなお、37.6%が産婆の助産を受けず、産婦自らと家族(実母や姑が多い)によって、消毒もされず、不衛生な状態で分娩時の処置や新生児の処置を行っていたという(横川 1936：1-15)。

(20) 1933年の調査によると、東京府東京市の出産100に対する死産は1.58、出生100に対する乳児死亡は2.57であったのに対し、青森県八戸群で死産2.72、乳児死亡6.81、石川県珠洲郡で死産2.05、乳児死亡9.13、岡山県勝田郡で死産1.92、乳児死亡4.53、熊本県阿蘇郡で死産0.96、乳児死亡4.05と地方郡部の方が高いことが多かった(愛育会 1933：1)。

(21) 国民健康保険法に基づく実際の組合規定を見ると、村内産婆や直営産婆、該当市町村の産婆会と契約した現物給付が行われることが多かったようである。川村が組合の実例として提示した5組合4組合に出産給付の規定があり、具体的には「直営産婆ニ當ラシム」(形埜村国民健康保険組合)「村内産婆ニ當ラシム」(角川村国民健康保険組合)「神奈川懸総合産婆會ニ當ラシム」(横濱理容業国民健康保険組合)「直営産婆ノ外村内産婆ニ當ラシム」(保証責任小鷹利信用販賣購買利用組合)と規定されている(川村 1939：附録54-60)。また、川村は助産費(現金給付の場合の名称)について「助産費は助産の給付に代へて現金を以て支給する保険給付である。従って給付の形態としては例外的のものである。」「助産費の支給を原則的形態とするは組合財政上の事由等に依り助産の給付を爲すを困難とする場合に限る。例へば助産の給付を爲さんとせば一件五圓程度を要する場合、それは組合財政上困難であるが一件三圓程度の助産費の支給は可能であるといふが如き場合に爲さしめんとするものである。」(川村 1939：128-129)と述べており、組合の財政状況によっては、現物給付に至らないまでも多少の現金給付ができる場合に現金給付と定めても良いことになっていた。

(22) 第18條 組合は被保険者の疾病又は負傷に関しては療養の給付、分娩に関しては助産の給付、死亡に関しては葬祭の給付を爲す 但し特別の事由ある組合は助産の給付または葬祭の給付を爲さざることを得る。

たことが確認できる。しかし、分娩の現物給付は1942年までに廃止された。地域毎に廃止された時期は異なるものの<sup>(23)</sup>、法的には1942年2月21日公布（翌1943年4月1日全面施行）の健康保険法改正の際に廃止された。しかし、その直前まで分娩の現物給付は広く行われている。例として、埼玉県では1941年3月に新しく健康保険産婆の指定がされており、直後の1941年4月に全保険産婆の指定が取り消された。そのため、あくまでも自然消滅したわけではなく、政策転換による制度変更であると考えられる<sup>(24)</sup>。

### （c）戦時中の出産奨励を目的とした現金給付の拡大・現物給付の中止

1943年施行の健康保険法改正において、分娩の現物給付が中止された理由として推測されるのは、出産奨励を目的とした政策が優先されるようになったことである。前提として、1941年制定の医療保護法や産婆の関与する社会事業や無料産院・低所得者向け産院の普及により<sup>(25)</sup>、経済的に厳しい家庭が選ぶ手段が増えており、現物給付でなくとも無介助分娩となるリスクは低くなっていた。

その上で1941年には人口政策確立要綱が閣議決定され、社会的に出生率の向上と乳幼児死亡率の低下のための政策がとられるようになっていた。その際、当時、出生時死亡率を低減させる手段と考えられていた産院での出産が推奨され、さらに、社会保障としての意図が強い現物給付よりも、出産奨励の意図を含みうる高額の現金給付が検討されたと考えられる。

まず、産院での分娩が推奨されるようになった背景には、出生時死亡率低下が意図されていた。この頃、日本の人口増加の課題として死産率が高いこと、つまり「流早死産による人口損失」が問題視されていた（日本医療団総裁調査部1943：58）。そのため、流産や早産、死産を防ぐ方法として、産院での出産を推奨することが人口政策確立要綱でも触れられていた。その一環として、1942年に設置された日本医療団では「業務の一端に産院経営が大きく取り上げられ計画」されていた（日本医療団総裁調査部1943：46）。しかし、実際には1939年における全国の出産児のうち、病産院で出生したのは6%に過ぎなかった（日本医療団総裁調査部1943：4）。そのため、死産の原因である骨盤位や早産の原因となる妊娠中毒症に早く対処するために庶民階級への妊娠初期からの医

(23) 助産の手当の契約主体は地方自治体であったため、地域によって状況は異なる。例えば東京府では、1941年9月18日付で警視庁と東京府産婆会の契約が廃止（警視庁令第二十七号）、埼玉県では1941年4月15日付で健康保険産婆の指定が取り消された。しかし、1942年8月発行の社会保険医務必携では「助産手当」の欄があり、「尋常分娩の助産は、原則として産婆に於て之を行ふべきもの」と記載があるため（中辻1942：232-233）、1942年の時点で契約が継続していた府県もあると推測される。なお、1943年8月発行の逐条解説健康保険実務必携では分娩費の給付が30円となったことが明記され、「尚産院収容の時以外の手当は現在為されなくなった。」との記載がある（山尾1943：79-81）ことから、実務レベルでも1942年2月21日公布、1943年施行の健康保険法改正までは現物給付が一部なりとも行われていたと考えて良いだろう。

(24) 大西は1969年の衆議院予算委員会の議事録をもとに、助産の手当は自然消滅したと主張するが（大西2014：19）、助産の手当が最も多かった1937年には出産給付の89.2%にあたる45,166件の現物給付が為されていた（保険院社会保険局1943a：47, 86）。自然消滅ではなく、分娩の現物給付は広く行われていたが、1941年から1942年に大きな政策転換がなされた可能性が高い。

(25) 1942年の東京府の医療施設における出産の大部分は、少数の病産院で行われており、そのほとんどが低所得者向けに設立された施設であったという（由井2016：46-47）。

師の診察，産院分娩普及が目標とされたのだろう。

そのため産院分娩を推奨することを目的として，保険産婆による分娩介助よりも産院での分娩介助を受けることが妊産婦にとって有利になるよう，保険産婆の指定が取り消された可能性がある。しかし，保険産婆指定が取り消された1942年時点では全国の産院数は限られており，保険産婆指定を取り消しただけでは無介助分娩が増加するだけとなるリスクがあった。そのため1942年に社会局から，保険産婆の残る地域ではその介助を，保険産婆の指定が取り消された地域や産院の出産では，分娩費を実質10円から20円に増額するという通知が出された<sup>(26)</sup>。この通知からは，翌年の法改正施行を待たずに分娩費を増額したいという意図がうかがえる。

さらに，出生率向上のための出産奨励の方法の一つと見なされていたと考えられるのが，人口増加に成功したドイツの政策を参考にした出産奨励金の給付である。この時期の書物で，ドイツで出産奨励に効果があった制度の一つとして疾病金庫（健康保険）による分娩補助金<sup>(27)</sup>が紹介されている（瀬木1944：9，180-182）<sup>(28)</sup>。これを裏付ける資料は乏しいが，ドイツの分娩補助金と同様の効果を期待して，分娩費を増額した可能性がある。実際に，1943年には法改正によって分娩費は30円に増額され，現物給付が行われていた際の給付額である10円と比べると，飛躍的に給付額が上昇した。1943年施行の健康保険法改正では，ドイツの疾病金庫で家族への出産給付があるのと同様に「配偶者分娩費」が創設されており，ドイツの政策が参考にされていた可能性は十分にあり得る。そのため，現物給付の廃止，現金給付額の上昇には戦時中の出産奨励策が関連している可能性が考えられる。

以上より，分娩が疾病や傷病と異なる給付の仕組みとなったきっかけは，日本の健康保険制度が団体自由契約主義という方法を採用したこと，同時に出産を担う産婆が医師のように全国的な専門職集団を持たなかったことによる。その裏付けとして，実際に分娩の現物給付が広く行われていた時期が存在する。しかし，戦争中の出産奨励のための出産奨励金として，また産院出産を推奨するための手段として金額を増額させた現金給付の形に戻り，戦後もその制度が変わらなかったことが，現在の分娩と疾病や傷病の給付方法が異なる理由であると考えられる。

---

(26) 1942年2月27日，社発第206号として出された「療養費の支給及助産の手当の範囲並分娩費の支給に関する件」という通知によって，保険産婆による現物給付以外（医師の手当を受けた場合や，医療保護制度・社会事業による無料産院等で出産した場合等）は助産の手当を受けたとは見なさないこととし，その場合の現金給付額が10円から20円に増額された。産院等での出産が増えていたと考えられる東京府では既に保険産婆の指定が取り消されており，翌年の1943年の分娩費は30円引き上げまでの期間も実質的な給付額を上げるための手段であったと考えられる。

(27) 疾病金庫に加入する女子，若くは加入者と同居する女子家族が分娩時に受ける一定の補助金で，事実上分娩時におけるもっとも主要な経済補助となっていた。

(28) この文献を著した瀬木三雄は，母子手帳を考案し妊婦の全国的な管理を可能にした厚生技師であり，母子保健政策に影響力を持っていたと考えられる。瀬木が1944年に記した書物において，ドイツで「婚姻助成及出産奨励の人口政策として多大の貢献を為した」として婚資貸付金制度と並んで，疾病金庫（健康保険）による分娩補助金が紹介されている（瀬木1944：9，180-182）。

## おわりに

本論文では、なぜ分娩に関する給付が存在し、さらに疾病・負傷と異なる給付制度となったのかという問いに対する答えを明らかにした。まず、分娩と疾病・負傷は予見不可能性という点で並立した保険事故であり、健康保険法施行時から存在したことが、健康保険法施行時に採用された給付手段が団体自由選択主義という方法であったために、分娩介助の中心を担っていた産婆と療養の給付を担った医師の全国規模の専門職集団の有無によって疾病と異なる給付方法で施行されたことを明らかにした。さらに1932年から1942年にかけて分娩の現物給付が広く為されたものの、戦時下の出産奨励の手段として高額な現金給付の形がとられ、戦後分娩場所や分娩の方法が大きく変化したにもかかわらず同じ給付方法が使われ続けていることによって、現状との乖離が起きていることが明らかになった。

以上より、分娩は正常・異常を問わず健康保険制定当初より保険給付の対象であったことを示した。現在、正常分娩では「病気ではない」が、異常分娩は「病気である」ため療養の給付対象となるという区別をした上で、「病気ではない」ため分娩は現物給付としないという説明がなされる。しかし、制度の成り立ちから考えるとこの通例の説明は説得力を持たない。実際は、健康保険法制定当時採用した団体自由選択主義という給付手段や当時の専門職団体の組織のレベルによって異常分娩を含む疾病と分娩は異なる給付方法をとらざるを得なかったに過ぎない。つまり、給付を担う専門職が異なるだけで、正常分娩・異常分娩を問わず、全ての分娩は健康保険の現物給付対象であった。

今後、出産給付の方法を検討する際には、分娩は病気に含まれるのか否かを検討する必要はなく、分娩というリスクそのものが保険対象となっていることを前提に、給付の方法を検討する必要がある。そのため分娩は「健康保険の対象ではない」あるいは「病気ではないので対象外である」というような通例の説明を前提とせず、現在と今後の出産環境を念頭に置いて、どのような出産給付の方法が、今後の日本の被保険者、保険者、さらには医療提供者にとって適した方法なのかを検討していくことが重要である。

（こぐれ・かおり 東京大学大学院医学系研究科特任助教）

## 〈引用文献〉

- 愛育会、1933年『出産、出生、死産及び乳児死亡統計（愛育調査資料第一号）』恩賜財団愛育会  
青木秀虎、1932年『健康保険産婆要覧』筆の労働社  
青木秀虎、1935年『大阪市産婆団体史』大阪市産婆会  
伊藤繁、1998年「戦前日本における乳児死亡問題とその対策」『社会経済史学』63（6）：725-752  
伊藤豊次、1932年「保険産婆について」『助産の友』6（2）：7-36  
稲森公嘉、2011年「論壇医療保険と出産給付」『週刊社会保障』2612：42-47  
大西香世、2014年「公的医療保険における出産給付」『大原社会問題研究所雑誌』663：17-32  
亀山考一、1932年『医政調査資料第三号：開業医師・歯科医師・産婆なき町村』日本医師会  
可世木成明、2009年『わが国における分娩にかかる費用等の実態把握に関する研究』平成20年度総括研究報告書

- 軽部修伯, 1927年「健康保険の話」『助産の友』1:9-12
- 川村秀文・石原武二・築誠, 1939年『国民健康保険法詳解』巖松堂書店
- 木村尚子, 2011年「戦間期における産婆団体の自立と揺らぎ——東京府産婆会内外の攻防を中心に」『女性学年報』32:165-195
- 厚生省保険局, 1958年『健康保険30年史』全国社会保険協会連合会
- 厚生省保険局, 1943年『国民健康保険事業年報昭和13・14年度』厚生省保険局
- 神戸市社会課, 1936年『妊産婦に関する調査』神戸市社会課
- 古瀬安俊, 1927年「健康保険と産婆会」『助産の友』1(1):10-19
- 清水玄, 1930年『健康保険法提要』日本評論社
- 社会局保険部, 1937年『健康保険事業沿革史』社会局保険部
- 菅谷晃, 1977年『日本医療政策史』日本評論社
- 瀬木三雄, 1944年『ドイツの健民政策と母子保護事業』北光書房
- 東京市政調査会, 1928年『都市に於ける妊産婦保護事業に関する調査』東京市政調査会
- 中静未知, 1998年『医療保険の行政と政治——1895-1954』吉川弘文館
- 中辻丹治, 1942年『社会保険医務必携』健康保険医報社出版部
- 日本医療団総裁室調査部, 1943年『全国助産婦並に産婦人科取扱病産院の分布状況——産院設置計画基礎調査第一報』日本医療団総裁室調査部, 国立社会保障・人口問題研究所「館文庫」
- 保険院社会保険局, 1942年a『健康保険事業年報昭和13・14年度』保健院社会保険局
- 保険院社会保険局, 1942年b『健康保険事業年報昭和15年度』保険院社会保険局
- 保険局総務課企画調査係, 2008年, 平成20年11月27日出産育児一時金に関する意見交換会議事録,  
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/11/txt/s1127-3.txt> (2015年2月3日アクセス)
- 三宅秀郎, 1974年「出産給付はいかにあるべきか」『産婦人科の世界』23(11):1181-1185
- 森荘三郎, 1923年『健康保険法解説』有斐閣
- 山尾一, 1943年『逐条解説改正健康保険実務必携』産業厚生時報社出版部
- 由井秀樹, 2016年「戦前・戦中期東京府における医療施設出産」『保健医療社会学論集』26(2):43-53
- 横川つる, 1936年『農村の母性的活動に関する研究其3』倉敷労働科学研究所