

「対立軸」から読み解く社会保障

第4回：医療保険制度における「公」と「私」

－保険者のあり方を中心にして－

はじめに

「対立軸」から読み解く社会保障」のしめくりである今回は、医療保険制度における「公」と「私」をテーマとしたい。

医療問題における「公」と「私」という対立軸には、様々な捉え方が可能である。たとえば、近年裁判にもなっている混合診療問題は、保険診療としての診療行為をどこまでが「公」が規定し、その中で「私」の自由をどれほど許容するのかという保険診療・国民皆保険の根幹に関わる大問題である。

本稿では混合診療などを含む医療全体を考察対象とすることは、紙幅の関係からも筆者の力量からも不可能なので、公的医療保険を管理・運営する経営主体である「保険者」のあり方、特に、これまで日本の健康保険制度が設立されてから80年以上にわたり国(社会保険庁)が直接、管理・運営してきた政府管掌健康保険(以下「政管健保」)が、全国健康保険協会(以下「協会けんぽ」)に移行したことに焦点をあてて考えていきたい。

近年、医療保険制度改革の中で、保険者のあり方に大きな変化が起こりつつある。急速に進む少子高齢化の中、国民医療費は、経済成長率を越える率で伸び続けた。特に国民医療費の4割弱を占めて、さらに2000年度介護保険導入後も抑制されない老人医療費への対応が急務となっていた。経済の低成長のもと、政府・民間ともに厳しい財政状況の中、2002年健康保険法改正により、2003年度か



森田 慎二郎(もりた しんじろう)

(東北文化学園大学 医療福祉学部 教授)

略歴

- 1961年4月 東京都生まれ
(国民皆保険・皆年金とともに)
- 1984年 早稲田大学政治経済学部経済学科卒業
- 同上 ㈱西武百貨店入社
主に人事厚生部門で、共済会・健康保険組合・厚生年金基金などを担当
- 1992年 社会保険労務士資格取得
- 2000年 早稲田大学大学院社会科学研究科修士課程修了(学術修士)
- 2005年3月 早稲田大学大学院社会科学研究科博士課程中退
- 同上4月 東北文化学園大学医療福祉学部准教授
- 2009年4月より現職

専門

社会保障法、企業福祉論

主な著書

『社会保障法のプロブレマティーク』
(共編著 法律文化社 2008年)

『福祉を学ぶ人のための法学』
(共編著 法律文化社 2007年)

『社会保障法解体新書(第2版)』
(共著 法律文化社 2007年)

現在、「旬刊福利厚生」誌上に「福利厚生世紀」を連載中

ら健康保険制度の本人の自己負担が2割から3割に引き上げられることとなった。

この改正は、抜本改革を先送りして財政視点から患者負担を増やしただけという批判が強く、2002年度中に政府が抜本改革の基本方針を策定することが、健康保険法改正附則に明記された。これを受けて政府は、2003年3月28日の閣議で、

- ① 保険者を都道府県単位に再編する。
- ② 新しい高齢者保険制度を創設する。
- ③ 診療報酬体系を見直す。

という3つの基本方針を決定した。この基本方針に基づき、近年の医療制度改革が実施に移されてきたわけだが、必ずしも当初の基本設計どおりに制度化されたわけではないことに注意が必要だろう。

現状の医療保険制度の体系は、図表1のとおりにまとめられる。高齢者保険については、2008年4月より「後期高齢者医療制度」がスタートし、都道府県単位に全市町村が加入する後期高齢者広域連合が保険者となった。国民健康保険については、知事会の反対が強く、都道府県単位化は進んでいない。

そして政管健保は、2008年10月より協会

けんぽになった。新たに設立された協会けんぽは、「公」法人ではあるが、職員は公務員ではなく「民間」職員である。協会の理事長も都道府県の支部長もすべて民間出身者から登用された。協会自体は全国で一法人ではあるが、保険料率は、全国一律公平から、2009年10月より都道府県別に分かれた。

筆者は、現在、社会保障法と企業福祉論を専攻する研究者であり、特に歴史的アプローチを重視してきた。また、所属する大学のある宮城県では、国家公務員である宮城社会保険事務局長が主催する政管健保の懇談会の委員と、民間出身の新支部長が主催する協会けんぽの支部評議会を経験し、現代のドラステックな変化を目の当たりにしてきた。

またかつては、企業内福利厚生機関で健康保険組合の運営も経験した。そこで働く人たちは、母体企業からの出向者であり、当然、公務員ではなく民間人であった。

本誌の読者は、専門的な研究者よりも、企業・官公庁の幹部・人事労務担当者の方々が多いということなので、筆者の経験や実務的な視点も加えながら、協会けんぽの保険者問題を一緒に考えていくような内容としたい。

図表1 日本の医療保険制度の体系（2010年1月現在）

	主な対象者	制度名	保険者
職域保険	中小企業の従業員	全国健康保険協会管掌健康保険 (2008年9月まで政府管掌健康保険)	全国健康保険協会 (愛称：協会けんぽ)
	大企業の従業員	組管管掌健康保険	健康保険組合
	公務員および私立学校教職員	共済組合（短期給付）	各種共済組合
	船員	船員保険	全国健康保険協会 (愛称：協会けんぽ)
地域保険	市町村に住所を有する農業者、 自営業者、無業者	国民健康保険	市町村
高齢者保険	75歳以上の者および65歳以上 75歳未満の障害者	後期高齢者医療制度 (2008年3月まで老人保健制度)	後期高齢者医療広域連合 (都道府県単位)

本稿の構成としては、まず保険原理の社会的修正と保険者の関連を確認し（第Ⅰ章）、次に日本の医療保険者のあり方を「公」「私」の観点から歴史的に概観する（第Ⅱ章）。さらに、政管健保から協会けんぽへの移行の内実と背景要因を検討し（第Ⅲ章）、むすび

I 保険原理と公的医療保険者

まず、本稿が対象とするのは公的医療保険者、つまり「社会保険としての医療保険」を管理・運営する組織であることから、民間保

1 大数の法則

個々人のレベルでは病気、ケガなどの事故の発生は予測できないが、長期にわたって社会全体を大量に観察すると、その発生について一定の確率を把握できる法則が、「大数の法則」である。サイコロを振る例では、次にどの目が出るかは予測できないが、何百回何千回と振ると、1の目の出る確率は6分の1に収束することを意味する。

ヴェニスの商人のころの海上保険は投機的であったり、日本でも明治初期の保険会社はドンブリ勘定で破綻したりしたが、現代の保険商品は、各種データを利用してリスクの発生確率を事前に把握している。この大数の

2 収支相等の原則

事故が発生したときに約束どおりの保険給付を行うためには、集めた保険料（収入）＝支払う保険金（支出）という等式が長期的に成立しなければならない。この収入と支出

の考察を加える。

なお本稿は、連載をとりまとめる意味も若干あるので、久塚論文（第1回）、小西論文（第2回）、畑中論文（第3回）との関連づけも、適宜行っていくこととする。

険一般に適用される保険原理が、社会保険医療ではどのように修正されるかを4つの側面から確認しておこう。

法則は、民間保険だけでなく、社会保険についてもあてはまる。

保険者との関連では、大数の法則が成立するには、保険事故発生率の予測を可能とし、またある年の実際の保険事故発生率はその予測値から一定の範囲内に収まるように、十分な程度の保険加入者（被保険者）を集められることが前提となる。リスクの発生確率を把握していたとしても、保険加入者が数十人しか集まらなければ、保険財政は一つの重大事故で崩壊してしまう。たとえば、健康保険組合の設立認可基準は、少なくとも700名以上を必要とする（企業単一型の場合）。

が相等しいという関係が「収支相等の原則」である。民間保険では、収入は保険給付を受ける本人の保険料のみで支出をまかなうが、社会保険の場合、被保険者の保険料だけでな

く、(被用者の場合) 事業主の保険料と国庫補助(公費)も含めて、収支相等の原則を成立させる。

現象面として、医療保険では協会けんぽや国民健康保険に多額の公費が投入されており、基礎年金の給付費の2分の1も公費である。しかし、この社会保険に公費を投入する意味が、実は社会的にはあまり理解されていない。

大学の政治経済学部を卒業した筆者の同期生の多くは、民間企業に就職して、今は大企業の部課長クラスになっている。筆者が、社会保障法なるものを専攻し社会保険にはこれこれの税金が投入されているなどという蘊蓄を、飲み会の席で語ろうものなら、「役人に運営させているから、税金を投入するような下手な管理しかできないのだ。」「民間企業では、赤字を出して税金で埋め合わせるなど考えられない。社会保険を競争入札して、民営化せよ」などと総攻撃されてしまう。しかし、これは、大きな誤解である。

社会保険では、原則として、国家が経営主体となる。もちろん、国家に代わって、地方自治体や公的な団体が経営主体となることもあるが、その場合でも究極的な責任は国家にあり、その管理運営は法律に基づき国家の統制を受ける。社会保険が国家管理であるこ

3 給付・反対給付均等の原則

たとえば、健康な45歳男性が1年間に死亡する確率が0.002(千人に2人)で、遺族に1,000万円を保険給付するケースでは

とに関連して、事務費は国庫負担によるという一つの原則が成立する。

さらに、保険料や給付についても国庫負担補助がなされる場合が多い。それらは、

- ① 社会保障の再分配効果(保険料は保険的再分配だが、税の場合は垂直的再分配)
- ② 保険事故に対する国家責任の表明(失業保険への国庫負担など)
- ③ 保険者間の財政力の調整(国保は給付についても厚い国庫補助を行うが、健康保険組合は事務費のみ国庫負担)
- ④ 全国民を対象とする制度に対する保険料負担の軽減(基礎年金への国庫負担)

など、制度により様々な意味合いを含んでいるのである。これらは、役人による管理・運営の失敗ではなく(実際面に現れる非効率な部分はあるとしても)、社会政策的に意図された内容である。医療保険の関連では、③の保険者間の財政力調整が重要な意味をもつ。

もともと、社会保険の母国ドイツでは、小西論文でみたとおり、公的医療保険・介護保険に対する国庫補助は行われない。日本でも、法令では一定の規定はもちつつも確固たる原則論がない場合が多く、後で見るように、政管健保に対する国庫負担も時々の財政状況に左右されてきた。

保険料=危険発生確率×保険給付額

2万円=0.002×1,000万円

となり、各人が支払う保険料は、その事故が

発生する確率と保険給付額によって決まる。このように、各人の保険料は、危険が発生したときに受け取ることのできる保険金の期待値に等しいという原則を「給付・反対給付均等の原則」という。

この原則にはバリエーションがあり、一つには、危険発生確率が一定とすると、保険給付額が高くなるとそれに応じて保険料も高くなるという関係が成り立つ。先の例で、保険給付を2,000万円もらいたい人は、期待値が2倍になるので、2万円の2倍、4万円の保険料が必要となる。

もう一つは、保険給付額が同じでも、危険発生確率が高くなると、それに応じて、保険料も高くなるという関係である。50歳で糖尿病の人の死亡率が10倍の0.02とすると、保険料は1,000万円 \times 0.02 = 20万円となる。

民間保険の場合、たとえば、自動車保険の保険料は、事故リスクの高い若者は高いというように、この原則を徹底させる。式の右辺（保険給付）と左辺（保険料）は、密接に連動するのである。

それに対して、社会保険（特に医療保険）の考え方は、「保険料は負担能力に応じて」、「保険給付はニーズに応じて」であり、右辺と左辺を必ずしも連動させない。健康保険でいえば、保険料は標準報酬月額・賞与額に応じて決定される。病気がちの人で毎年多くの保険給付を受けていたとしても、保険料が上がることはない。命を守るために必要な何百万円もかかる手術への保険給付を、保険料が

低いからと拒否されることもない（アメリカの民間医療保険では拒否は茶飯事である）。被用者保険では扶養家族が3人いるからといって、本人分を含めて、シングルの人4倍の保険料を要求されることもない。報酬が高く保険料を多く支払ったからといって、保険給付をたくさんもらえるわけではない（所得保障の傷病手当金は別）。結果的に、所得の高い人たちが低い人たちの保険給付を支えている部分もあり、リスクの低い集団がリスクの高い集団を支えるように設計されている。これらは、加入者が自分の利益を第一目的に選択する民間保険では、一般的ではない。

もちろん、社会保険も「保険」には違いがないので、保険料を払っていない者には保険給付をしないのが社会保険でも原則（拠出なくして給付なし）であり、老齢年金のように、保険料納付実績に応じて保険給付が増えるタイプのものもある。

これらのことは、社会保険の場合、保険原理とともに、国民の生存権に基づく国家介入の必要性や国民間の相互扶助、社会連帯の性格（扶助原理または扶養原理）をあわせもっていることを意味する。

この給付・反対給付均等の原則の社会保険的修正について、民間保険の考え方を判断基準とする論者は批判をするかもしれないが、筆者の経験では、扶養家族を多く抱え、メタボ対策も気になるビジネスマン諸氏には、理解されやすいようだ。

4 自由選択か強制加入か

社会保険の大きな特徴は、法律に基づいて一定の条件にある者を強制的に加入させる点にある。民間保険の場合は、契約自由の原則から、個人が自由に選択する任意加入が原則である（車の自賠責保険は例外）。

社会保険の強制加入性は、歴史的には国家による労働者政策に基づく。日本の健康保険法制定当初は、日々の生活が苦しく、保険の知識も乏しい肉体労働者たちは、健康保険料の支払いを望む者は少なかった。そこで、労働者の生活安定と「産業平和」（労使対立を緩和させる意味で当時使われた用語）のために、国家権力を発動して、強制加入としたのである。

戦後には社会保障という考え方から、すべての国民に最低限度の生活を保障する生活保護制度（救貧機能）と、すべての国民の医療・年金を社会保険方式でカバーする「国民皆保険・皆年金」が制度化された（防貧機能）。

II 医療保険者の歴史的展開

ここでは、企業内福利厚生中心の「社会保険以前」、健康保険法、国民健康保険法が制定された「社会保険時代」、そして戦後、日本国憲法が施行された後の「社会保障充実

1 社会保険以前のこと

明治末期の医療保険者は、まずは「共済組合」「共済会」などの企業内福利厚生、つまり「私」的な存在から始まった。もちろん、

前者の救貧は最低生活水準だが、後者の防貧は従前所得の保障を目指している点で、実は異なっている。

医療保険では、市町村に住所を有する者はすべて市町村国保に加入するが、被用者医療保険への加入（これも強制加入）が優先される。

保険者の運営という面からは、強制加入とすれば、リスクの低い者（医療でいえば健康な者）を加入させて、保険者全体としてのリスクを低下させることになり保険財政の安定に寄与する。さらに、いわゆる逆選択の防止にもつながる。

また、社会保険の強制加入性は、保険者がリスクの低い者を優先的に加入させ、リスクの高い者を排除する「クリームスキミング」の防止にもなるが、保険者が被保険者を選べないのと同様に、被保険者も保険者を選べないことを意味している。

期」、1980年代以降の「社会保障改革期」に4区分して、医療保険者のあり方をエピソード的に概観しよう。

「保険者」とはいつでも、のちの公的医療保険者と同じ内容のものではない。法律の規定があるわけではなく、企業が任意に行ってい

た段階である。ここでは、もっとも初期に制度形成された三菱長崎造船所の職工救護法と救護基金の事例をあげよう。職工救護法は「法」という名称がついているが、国家の法律ではなく、あくまでも社内の福利厚生規程である。岩波文庫『職事情（中）』（49頁以下）に全18条が収録されているので、興味のある方はご一読いただきたい。

長崎造船所では、機械化に伴う工場災害の増加に対応するため、1890年にはすでに工場規則中に「負傷手当規則」を定めて、業務上負傷について、療養費、休業手当、死亡・障害給付を事業主負担で行うこととした。

しかし、扶助の範囲が業務上に限定され、その給付水準も十分でないとの判断により、新たに造船所支配人となった荘田平五郎は、三菱造船所病院を建設するとともに、1897年12月に職工救護法を制定し、翌1898年1月より実施した。主要点は次の4点である。

- ① 業務上の負傷を事業主負担で療養させる。
- ② 業務上および業務外の傷病のため、休業する場合に手当を支給する。
- ③ 死亡、退隠（老齢）および解雇の場合に退職手当を支給する。
- ④ 上記②、③の費用にあてるため、労使折半負担の救護基金を設置する。

この制度は、「渡り職工」ともいわれ、渡り鳥のように移動の激しかった職工たちの

定着を促進する狙いがあったが、一方では、解雇手当も内包していた。

この職工救護法は、①業務上に限定されていた休業手当を業務外に拡張したこと、②労使折半方式で財源を調達したこと、とあわせて、③一定の保険数理計算に基づいて設計・運営したことが画期的である。湯島の三菱資料館には職工救護法の第一次年報が保存されているが、保険事故別の統計表に基づく詳細な収支分析には圧倒させられる。その末尾にあるのは、荘田平五郎の毛筆サインである。

荘田は、明治生命、東京海上など近代日本の保険ビジネスを立ち上げた人物であり、4,000人程度の共済保険の設計はお手の物であったに違いない。職工救護法は、職工救護規則（1909年）、職工救済規則（1917年）の改正を経て、健康保険法につながっていった。

大正期には、東芝の前身である芝浦製作所の事例がある。大正初期、急速な事業発展と従業員数の増加を受けて、芝浦製作所は福利厚生制度を整備した。その一つが、1915年設立された労使拠出の職工共済組合であった。途中、関東大震災による組合員数の激減から、1924年「工人共済会」として再出発した。新たな共済会は、当初から健康保険組合に引き継ぐことを前提に制度設計された。健康保険に移行できない給付は、別に工人慰藉金規程を設けて補った（『芝浦製作所六十五年史』）。

2 社会保険の時代

健康保険法の制定によって、企業内共済組合はどうなったであろうか。

鐘紡の武藤山治は、すでにある民間共済組合の福利厚生的意味合いを残すため、国鉄な

どの官業共済組合と同様に、健康保険法の適用を除外することを主張したが、内務省官僚によって退けられ、民間共済組合の適用除外は認められずに、健康保険組合を設立することとされた。その際、現在の付加給付も認められなかった。企業内共済組合は、それまで、「私」的な団体として自由に設計・運営されたものが、法律にしばられる「公」的な団体となったのである。当局の公式説明では、企業内共済組合は、鐘紡・長崎造船所などを除けば、取るに足らない活動であったということになるが、第1回の認可で316もの設立があったことを考えると、先の芝浦製作所の事例のように大正期までに健康保険組合につながるまで発達した共済組合がそれだけ存在していたことを意味しよう。

武藤のもう一つの怒りは、官の共済組合のみに適用除外を認める「官尊民卑」にあったことは、正当に指摘されるべきであろう。

先行研究においても、健康保険組合化が企業内福利厚生に与えた影響には諸説がある（土穴文人「健康保険組合制定史論」拓殖大学紀要 1982年参照）。福利厚生の自由度を圧縮してしまったという意見、あるいは、逆にそれを機会に福利厚生が発展したという意見もある。筆者は、今、日本の福利厚生の歴

3 社会保障充実期

日本国憲法 25 条を踏まえて、社会保険中心の社会保障発展のグランドデザインを描いたものが、社会保障制度審議会の 1950 年勧告である。その中で、政管健保の経営主体（保険者）について、政府直営とするか都道

史をまとめているが、現段階の印象としては、この時期に、大企業については、

- ・医療事故に対する保険的対応の必要なものは、法定の健康保険組合を利用する。
- ・それ以外の冠婚葬祭的な事由に対する儀礼的給付（保険技術を使わない）については、企業内共済会で対応する。

という棲み分けが図られたものと思われる。

法制定時に、まだ、健康保険組合を設立できるレベルの共済組合のない企業の方が、圧倒的に多数であった。その受け皿として設立されたのが、政管健保であった。

日本ではドイツに多くを学んで健康保険制度を始めたが、政管健保は日本独自の仕組みであった。法制定に関わった森庄三郎東京帝国大学教授によれば、欧州では例外なく自治組織の組合を保険者としているが、日本では未だ保険思想も乏しく共済組合の発達も十分でないから、「やむを得ず政府自ら保険者となった」と説明する（『健康保険法解説』有斐閣 1924 年 125 頁）。この点は、久塚論文でも、当時の議事録が詳細に紹介されている。

国が保険者となったのは、積極的な理由からでなく、「やむを得ず」だったという認識は、同じ「公」の保険者の姿のままでも、第二次大戦後には変化することになる。

府県単位とするかで、最終の委員会に至るまで「はげしい議論」が行われた。結論は、「この保険の最終的責任は国とするが、経営の民主化をはかるため経営主体は都道府県とする。但し、傷病率が多いとか賃金水準が低い

ため、この保険の経営が困難な地方のことを考え保険料の一部をもって平衡勘定を設ける必要がある」というものであった。

しかし、当時の政管健保は、保険者を再設計するよりも、深刻な財政問題を解決する必要に迫られた。1950年から始まった朝鮮戦争が1953年7月に休戦となり特需景気が終わると、政管健保財政は急速に悪化し、国庫負担の投入や積立金の取り崩しで収支を合わせる状態となった。そこで登場するのが、いわゆる「七人委員会」である。1955年5月に厚生省は、社会保険の実務家や社会保障学者など7名で構成される委員会を立ち上げ、主に健康保険の財政問題を研究させ、『七人委員会の報告—健康保険及び船員保険の現状分析とその財政対策—』をまとめた。その成果として、1957年の健康保険法改正で、政管健保の医療給付費に対する国庫補助が明文化されることとなったのである。

4 社会保障改革期

2度の石油ショックで高度経済成長が終焉し、1980年代は第2次臨時行政調査会（土光臨調）の「増税なき財政再建」路線により、1973年の「福祉元年」で急拡大した社会保障制度にも急ブレーキがかけられた。その一例が、老人医療費無料化を見直した、老人保健法の制定である。

老人保健制度は、老人本人の一部自己負担を導入するとともに、老人医療費を、保険者間で拠出しあう仕組みを導入した。条文で示せば、「国民は、自助と連帯の精神に基づき、自ら加齢に伴って生じる心身の変化を自覚

健康保険組合についてみれば、付加給付を行うことが戦後の1948年改正で認められた。これによって、傷病手当金、後には療養の給付の自己負担分などに対して、法定を超える給付を福利厚生的な意味合いで実施することが可能になった。健康保険組合の給付が「公」とともに「私」の性格もあわせもつようになったのである。そして、高度成長期には、直営保養所のレジャー利用とともに健康保険組合のメリットが浸透し、健康保険組合の設立が、同業の中小企業が集まる総合型を含めて、伸びていった。

これは、畑中論文の指摘したとおり、高度成長期に新設された厚生年金基金が「公」「私」をあわせもった形で成長したことと、同じ文脈で理解できよう。

政管健保は、付加給付は行えなかったが、直営保養所を全国展開し、中小企業の福利厚生をバックアップした。

して常に健康の保持増進に努めるとともに、老人の医療に要する費用を公平に負担するものとする。」（第2条）。

これを、厚生省当局は「老人の医療費は職場や地域の枠を超え、国民皆が公平に負担するという社会連帯の精神」（当時の老人保健部長であった吉原健二編著『老人保健法の解説』（中央法規1983年236頁））と解説する。

つまり、老人の自己負担3割を公費の投入で無料化したものが財政的に限界となり、保険者間で財政調整を行う仕組みが、「社会連帯」と表現されている。同じ1980年代には、

年金制度でも、給付と負担の適正化という名称の給付引下げとともに、国民共通の基礎年金制度という名のもとに厚生年金から国民年金への財政支援が行われるようになったことも、公費が極力、圧縮される中での保険者間の財政調整と理解されよう。

1970年代までは25条解釈と生存権理念を中心に議論されてきた社会保障法学でも、「社会連帯」をもう一つの理念として主張する動きが出てきたのは、この時代である。代表的な業績として、高藤昭氏の「社会保障法における生存権原理と社会連帯原理」(『現代の生存権—法理と制度—』(法律文化社1986年)があげられる。但し、高藤論文では、欧州各国の社会保険制度の歴史的展開から、国家と個人の間の中間団体の自発的な「下からの社会連帯」原理が基礎付けられているが、日本で現実に起こったのは、行政主導の「上からの社会連帯」であった。

Ⅲ 政管健保から協会けんぽへ

1 政管健保時代の保険者のあり方

戦後の政管健保時代、厚生省当局がその保険者の意味をどう認識していたかは、次の健康保険法のコンメンタールからよくわかる。少し長いが、重要なので引用しよう。

「第四条 健康保険の保険者は、政府及び健康保険組合とする。

健康保険事業は、保険方式による社会保障的施策であるから、政府が保険者として健康保険事業を管掌することは当然である。(中略)、政府以外にこれと並行して健康保険組

当初は定額だった政管健保への国庫補助は、福祉元年の1973年10月から、保険料率が7.0%から7.2%への引上げとともに、給付費の10.0%と定められ、以後料率が0.1%上がる毎に0.8%増とされた。そして、1978年には料率8.0%、国庫補助率16.4%となった。

この流れは、1980年代に変わった。1981年に料率が8.4%に引上げられた際、法定補助率は16.4%から20%の範囲内で、政令で定めるとされたが、当分の間は16.4%据え置きとされたのである。公費投入率は増えなくなった。さらに、バブル景気で政管健保の財政が好調だったこともあり、1992年に料率が8.2%に引下げられた際、国庫補助率は13.0%(老健分は16.4%)にまで引下げられた。これは「当分の間」の措置といわれたが、協会けんぽに移行した現在まで続いているのである。

合を保険者とした理由は、いわゆる組合方式には次のような利点があり、これを生かして保険運営を図ることは、健康保険事業の円滑な遂行とその発展に関し、望ましいことだからである。

- ① 被保険者が組合員として組合の管理運営に参加できること(事業運営の自主性)。
- ② 被保険者の保険構成員としての自覚(組合員としての自覚)と事業主の協

力は得やすいこと。

- ③ 管理運営の責任が明らかにされ、保険事業運営上の努力が行われやすいこと。
- ④ 保険給付等を敏速に行うことができること。
- ⑤ 付加給付あるいは保健事業の実施とも関連し、実情に即した保健対策（健康管理）を講じていくことができること。

したがって、健康保険組合は、本来国が行うべき健康保険事業を、国に代わって行うもの、すなわち、代行的性格を有する機関であると考えられる。健康保険組合が解散したときには、その権利義務一切を政府が承継することとしているのは、この性格の現れである」（『健康保険法の解釈と運用』法研、2005年）。

この本（通称「赤本」）は、昭和33年に初版が発行され、代々の厚生省保険局保険課と社会保険庁健康保険課が監修してきたもの

2 健康保険組合の公的性格

健康保険組合がもつ国の代行的性格を示すよいエピソードを紹介しよう。これは、筆者が所属する企業を退職し、大学院生として研究に専念したときの体験である。

退職手続きの一つとして、国保より有利な健康保険組合の任意継続被保険者に加入した。退職後、3カ月ほど過ぎてから、健康保険組合から来た封書は「任意継続保険者資格喪失通知書」であった。喪失理由は「保険料を納付期限までに納付しなかったため」。健康保険の任意継続保険料納付が郵便局しか対応していなかったため、そのためにだけ郵便局

である。協会けんぽ移行後の条文に対する解説を見られないのは残念であるが、昭和33年の初版本を確認すると、カタカナ条文時代で保険者は第22条に規定されているが、条文の内容は現行第4条と同様であり、その解釈も2005年本と同旨であった。

ここには、「やむを得ず」といった消極性は姿を消し、「社会保障なのだから、国が直接、管掌するのは当然である」と、積極的に国が行うべしという政府管掌の意味づけに変わっている。それと並行して、健康保険組合の位置づけも、健康保険事業全体を当然に国が行うものであるから、それを「代行」するものとされている。

また、①から⑤まであげられる健康保険組合のメリットは、逆に読めば、政管健保が、その保険者機能として弱かった部分でもある。

の口座を開設したのだが、その後忘れてしまい。とりあえず放り込んでおいた5万円では不足になってしまったのだ。

保険料の納付期限が7月10日なので、資格は自動的に7月11日づけの喪失となる。通知には「喪失日以降、被保険者証は使用できませんので、すみやかに当健康保険組合にご返納ください」と記されている。この通知が届いたのが7月13日の土曜日。健康保険組合に連絡しようにも休日であり、区役所も同様である。小さな子どもが2人いて、「国民皆保険のなかの無保険状態」という不安な

土日を経験し、月曜朝一番で、区役所に駆け込んだ。

1回の引き落としができないだけで資格を喪失させるこのやり方は、法律どおりに執行されている（健康保険法 38 条、164 条）。民間保険なら再請求するだろうし、水道・電気などの公共料金であってもまず督促するのが筋で、いきなり供給を止めたりはしないだろう。この理不尽なルールには被害者が多いらしく、総務省の行政苦情救済推進会議（座長：堀田力）から 2008 年 8 月 26 日づけで改善のあっせんが出されている。

本稿との関連では、このような行為の法的性格が重要である。「〇〇健康保険組合 常務理事 △△××」に赤い公印が押された文

3 協会けんぽへの移行

政管健保から協会けんぽへの移行の背景要因として、医療保険制度改革と社会保険庁改革という 2 つの流れを理解する必要がある。

被用者が加入する健康保険制度は、老人医療費の分担金である老人保健拠出金が大きな財政負担となってきた。1997 年 10 月には本人一部負担を 1 割から 2 割に上げたが、焼け石に水で、2002 年健康保険法改正で国民健康保険と同じ 3 割負担となった。特に政管健保は、2002 年度まで 8 年連続の赤字が続いていた。2003 年度よりボーナスからも保険料を徴収する総報酬制も導入された。その際、政管健保は、料率を 8.5%から 8.2%に変更した。これは、ボーナスからの保険料を計算すれば理論上は 7.5%となるのだが、赤字を

書は、△△××氏が公務員でなくとも、公文書であり、今回の資格喪失は、行政法的に言えば、行政庁が公権力を行使する「行政行為」そのものなのである。事実、その通知の末尾には、「この処分に不服がある場合は、60 日以内に社会保険審査官に対して、審査請求をすることができます。」と教示されている。これは、直接的には健康保険法「第 9 章不服申立て」に基づくものだが、一般化すれば、行政不服審査法に定める行政不服申立てであり、納税通知書にも同様の文言が添えられている。これは健康保険組合の例だが、もちろん、政管健保、協会けんぽにも共通するものである。

解消するために 0.7%の事実上の値上げが行われたためであった。

国民負担を強いるだけの制度改革という批判がある中で、政府は、本稿の冒頭に掲げた 2003 年の閣議決定を行った。この段階では、政管健保の保険者は、現行の形態を基本としつつ、都道府県を単位とした財政運営を導入することが示された。

この基本方針の後から出てきたもう一つの流れが社会保険庁改革である。国民皆年金・皆保険を司る社会保険庁の一連の不祥事は、国民の不信・不満を集めた。社会保険庁長官には、厚生労働省のキャリア官僚ではなく、民間損保会社の副社長をあてて、「社会保険庁は変わります」宣言を繰り返した。

また、2004 年 8 月に「社会保険庁の在り方

に関する有識者会議」が組織され、翌 2005 年 5 月に最終とりまとめが公表された。その中で、社会保険庁を解体し、公的年金制度の運営と政管健保の運営を分離する方針が確認された。さらに政管健保については、

- ① 被用者保険の最後の受け皿として、安定した財政運営が図られる規模であること。
- ② 保健事業の拡充などにより医療適正化や被保険者に対する情報提供等の保険者機能を十分に発揮できること。
- ③ 都道府県単位での財政運営及び地域での医療費を反映した保険料率の設定がなされるよう、各都道府県単位で一定の自立性を有すること。

等が求められるとし、国とは切り離された全国単位の公法人を保険者として設立し、財政運営は都道府県単位を基本として、「保険給付」「保健事業」「保険料設定」等の事務を実施させることが適切であるとされた。

社会保険料を財源として整備された福祉

施設については、5 年後の廃止を前提とした独立行政法人を設置し、その売却等を基本に進めることも確認された。

そして、2008 年 10 月に政管健保の運営が社会保険庁から分離され、さらに 2010 年 1 月には社会保険庁が廃止され、「日本年金機構」という新しい公法人が設立されることとなったのである。

協会けんぽについてみれば、協会は、非公務員型の公法人として新たに設立された保険者であり、職員は公務員ではなく民間職員である。協会の理事長は都道府県の支部長もすべて民間出身者から登用されていること、民間のノウハウを積極的に採り入れて、サービス向上、業務改革を図っていくことが協会のホームページでも強調されている。

政管健保、協会けんぽ、組合健保の 3 者の特徴をまとめたものが図表 2 である。このように比較すると、今の協会けんぽは、ちょうど、政管健保と組合健保の中間的な存在であることが確認できる。

図表 2 健康保険運営体制の 3 者比較

	政府管掌健康保険	全国健康保険協会管掌健康保険	組管掌健康保険
保険者	国（社会保険庁）	全国健康保険協会	健康保険組合
医療給付	法定給付のみ	法定給付のみ	法定給付＋附加給付
現金給付	法定給付のみ	法定給付のみ	法定給付＋附加給付
保健事業	行う	行う	行う
直営保養所	あり	なし	あり（減少傾向）
保険料	全国一律（8.2%）	3%から10%の範囲内で都道府県別に設定	3%から10%の範囲内で組合が決定
事業主・被保険者の意見反映の場	なし	運営委員会（本部） 評議会（都道府県支部）	組合会

むすびにかえて

協会けんぽへの移行を含む一連の社会保険庁改革について、当時の安倍首相は、国鉄の分割民営化になぞらえていたと記憶する。「公」の経営では規律が弱く、効率的な経営はできない。民間「私」のノウハウを導入すべきだ。公務員労組のあり方も国民からは目に余るものがあり、非公務員とすべきだ。その文脈では、国鉄が解体され株式会社であるJR各社に移行したことで、社会保険庁が解体され非公務員型の日本年金機構や協会けんぽへ移行したことは同じ次元の話のようにもみえる。

国鉄の場合、JR各社は、小田急や京王などと同様に上場企業となり、私鉄各社と同列に位置づけることができる移行であった。よくいわれたのが、新宿から八王子に行くのに、国鉄は京王の2倍の運賃で、しかもストライキばかりやるので、乗客は京王を選択したという話である。JRは、「親方日の丸」体質を捨てて、価格やサービス面で私鉄各社との競争を意識せざるを得なくなった。

しかし、政管健保から協会けんぽへの移行は、次のような点で、国鉄からJRへの移行とは全く異なるのである。

第一に、協会けんぽに移行しても、公的医療保険者であることには変わりはなく、その事業の「社会保険性」には、変更はない点である。この「公」的性格は、協会や各支部のトップに民間人を採用したことで無関係であることは、先の健康保険組合の事例で示し

たとおりである。

第二に、国鉄民営化の背景は累積赤字問題の解決が大きかったが、社会保険庁解体には、国鉄の場合のような、民営化による赤字解消・上場メリットの活用などは期待できないという点である。今、協会けんぽが直面する最大の課題は、財政赤字問題である。その要因は、景気後退で中小企業の給料・賞与の落ち込みが大きいことや、インフルエンザの大流行などであり、これは、協会けんぽの経営努力では如何ともしがたい部分が大いのである。

第三に、JRが私鉄と競争するのは、利用者が鉄道を自由に選択できるという大前提（東北の過疎地は国鉄が廃線になったただけだが）があったが、社会保険の保険者・被保険者の関係は原則として強制加入であり、双方ともに選択することはできない。つまり、保険者間の競争原理は、働かないのである。

以上のような留意点はあるものの、現行制度の枠内で、協会けんぽが保険者機能の発揮を期待できるいくつかの点を指摘して、本稿をしめよう。

第一に、協会けんぽが、その本業である医療給付について、その存在意義をしっかりと被保険者・事業主にPRすることが重要である。今は、直営保養所をつくったり、潮干狩りなどのイベントで人気を取るような時代ではない。協会けんぽは、「公」から「私」への改革のようにみえるが、実は、社会保険であ

ることに変更はない。逆説的だが、その「公」的性格一病気がちの人でも無差別平等に加入できること、高額療養費などの社会連帯的な給付も行っていることを、社会保険の考え方とともに積極的に広報することが、民間医療保険との差別化になるのである。

第二に、被保険者・事業主の自主性・参加性を高める仕掛けづくりである。今回の協会けんぽへの移行は、中小企業の被保険者・事業主が希望したというよりも、明らかに「上からの改革」であり、昨年度からメタボ対策がすべての保険者に義務づけられたことも同様である。それはそれで致し方ないとしても、協会けんぽで、健康対策・財政対策として重要になる「保健指導」については、被保険者・事業主の主体性・参加性が欠かせない。

昭和の初め、内務省社会局保険部は「政管

健保 保健いろはかるた標語集」を募集したところ、約 12 万人の被保険者から応募があった。審査員には北原白秋の名もある。温故知新として、入選作をあげておこう。

い いつも健康楽しい家族
ろ 路頭に迷うも病（やまい）から
は 早寝早起き腹八分

第三に、保険者と被保険者の間に選択性は働かないとしても、保険料率の都道府県単位化をいい方向に活かすことができれば、いわゆる「管理型競争」は可能となる。それには、上記の第一、第二の革新がセットにならないと、単に都道府県別の差別意識をあおり、国民の間に「連帯」ではなく「分断」を引き起こすリスクもある諸刃の刃なのである。

今後も、3,000 万人以上の国民の医療保険を支える協会けんぽの動向が注目される。