

# 健康保険組合論（医療政策と健保組合の役割）の構築に関する調査研究 中間報告書（概要版）

健康保険組合は、1927（昭和2）年の健康保険制度発足以来、行政機構を主体とした運営方式とは異なる、①民主的運営、②当事者自治、③財政的自律の性格を持つ「組合管掌・組合方式」によって、わが国の公的医療保障の普及・発展、社会保険＝皆保険体制を支えてきた。組合方式を加入者の視点で言い換えれば、「納得性のある単位」とも表現でき、共感・共助の基礎的な単位として、政管健保や国保の保険者モデルとなりうるものである。

本調査研究では、今日の実態に即した「健康保険組合論」を構築することを目的に、健康保険組合の運営方法や組織形態の質的な特性を明らかにする以下の4つの調査研究テーマを設定し、組合方式の持つ根源的かつ今日的な特性、メリット、エッセンス等を抽出し、組合方式推進のロジックをまとめることとしている。このうち、平成20年度においては、「テーマ1 健康保険法成立過程にみる保険者論」及び「テーマ2 保険者論と健康保険組合」について文献調査を実施し、有識者による検討委員会において議論の深掘を行い、その結果を中間報告書としてとりまとめた。

1. 健康保険法成立過程にみる保険者論
2. 保険者論と健康保険組合
3. 財政調整と健康保険組合
4. わが国の医療保障と保険者機能

## 1. 健康保険法成立過程にみる保険者論

### （1）ドイツ疾病保険法の成立

わが国では、1922（大正11）年に健康保険法が制定された。制度創設に際しては、欧州諸国、とりわけドイツの疾病保険制度が参考とされた。1871（明治4）年、近代的国家の統一として成立したドイツ帝国は、資本主義の新たな発展段階に入るとともに、富裕層によって物価が上昇する一方で、大都市に急速に集中した労働者たちは物価高や住宅難に悩まされ、各地でストライキを起こすなど、社会的に不安定な状態になっていた。こうした状況下、社会主義勢力が次第に拡大していったが、これに危機感を持った宰相ビスマルクはいわゆる「社会主義者鎮圧法」を制定し社会主義者の弾圧を行う一方で、労働者保護を行う必要性を認め、社会保険の整備に取り組んだ。この一環として、疾病保険法案が1882（明治15）年4月29日に帝国議会に提出され、5月31日に成立し、翌年の1883（明治16）年6月15日に公布となった。

ドイツ疾病保険の特徴は、「医療保険のための全く新たな組織機構を設けたのではな

く、既に存在した共済金庫に疾病金庫としての法人格を与え、医療保険の保険者とするなど、既存の枠組みを踏襲しながら社会保険としての制度化を図った<sup>1</sup>」ことにあるといえる。ビスマルクは、これらの既存の労働者による自治組織に「疾病金庫」という法人格を与えるとともに、事業主もその財源負担と疾病金庫運営に巻き込むことにより、社会保険として整備したが、これは、当時の労働者や労働組合のねらいとも符合し、一気に広がりを見せていった。

## （２）わが国におけるドイツ社会保険の受容と当時の保険者論

わが国で社会保険の整備をいち早く説いた人物として後藤新平がいる。内務省衛生局の技師であった後藤は、欧州での留学経験から、1892（明治 25）年 12 月、「劳工疾病保険法」と題する演説で、疾病保険法制定の必要性を力説した。また、第三次伊藤内閣下の 1897（明治 30）年に「救済衛生制度に関する意見」を建議し、私案として「労働者疾病保険法案」を付記している。この「労働者疾病保険法案」の特徴としては、保険者を企業ごとの設立と管理による、いわゆる共済組合の認可組合の形態としたこと、行政庁は監督権を持つのみで、完全な国家による強制保険方式を採らなかったことなどが挙げられる。この法案は結果的に否決されたものの、その後の共済組合の設立や、わが国の医療保険制度創設に大きな影響を与えた。

明治 30 代になると、次第に労働保険への要請が高まり、労働保険論として体系的に展開されるようになり、窪田静太郎の『労働者強制保険』を始め、労働保険に関する文献も多く出版されるようになった。また、明治 40 年代になると、桑田熊蔵ら社会政策学会のメンバーを中心に社会保険を強制主義にするのか、任意主義にするのかといった具体的方法論が議論されるようになった。

大正時代後半になると、森庄三郎が登場し、疾病保険についての議論を展開していく。健康保険制定後の 1923 年に、森は『健康保険法解説』をまとめているが、その中で、「疾病保険を国営保険となし、政府の機関、例えば郵便局又は町村役場をして之を経営せしめん」としたのは、「組合員の相互監督により詐病を抑制せん」とする点を「適当に監視し得るや否や甚だ疑問なり」と述べている。さらに、「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、欧州諸国ではほとんど例外なく自治組織の組合をその保険者としている」が、わが国では、「未だ一般に保険思想が乏しく、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ることになっている<sup>2</sup>」との考えを示した。

<sup>1</sup> 松本勝明（2003）『ドイツ社会保障論Ⅰ—医療保険—』信山社、16 頁

<sup>2</sup> 森庄三郎（1923）『健康保険法解説』有斐閣、124-125 頁

### （３）共済組合の設立と発展

わが国でも、明治 30 年代に入ると、三菱造船所救護基金（明治 30 年）や鐘紡共済組合（明治 38 年）といった、先駆的な民間共済組合が誕生した。これらの民間共済組合はドイツの社会保険を模倣したと考えられるが、その本質はドイツのものとは異なるものであった。ドイツにおける共済金庫の社会保険化は、事業主にお金を支払わせて労働組合の体制に巻き込み、経営に対する発言権を強めていこうとする労働者の強い意識をうかがい知ることができたのに対し、わが国における共済組合は、事業主側の慈恵的・恩情的性格が強く反映されたものであり、そこに労働者の発言権は反映されていなかった。

民間共済組合に続いて、1905（明治 38）年に八幡製鉄所職工共済会、1907（明治 40）年に帝国鉄道庁現業員共済組合（国鉄共済組合）といった官業共済組合が設立された。官業共済組合においても、民間の共済組合と同様に経営側の「慈恵的・恩情的性格」が強く反映されたものであったが、国鉄共済組合で採用された強制加入制度は、その後の官業共済組合の設立に大きな影響を与えたことは否めない。

日露戦争後まもなく設立された民間共済組合の多くが、労働者の募集と足止めとして、あるいは労働運動の高まりに対する対応策の必要性から、第一次世界大戦前後の時期にかけて改編・改組された。日露戦争直後と第一次世界大戦期の共済組合の一般的な性格の違いは、「運営への組合員の参加」、「基金・掛金の拠出」、「給付の拡充・範囲の拡張」の 3 点にまとめることができる<sup>3</sup>。

こうした改編・改組を総括的に考えていくと、「日露戦争後直後の個々の経営で設立されたところの共済組合形式をとった従業員の生活扶助施設が、第一次大戦期を境にして改組され、一方で労働者の拠出主義の考え方をより明確にさせながらも、他方では労働者の拠出主義とは矛盾する『恩恵としての給付』をより前面におしすすめ、一層この面を強固にするために事業主（経営）からの補助金を与え、共済組合形式を賦与しながらも、実質的にはこの相互扶助組織を経営の支配・管理下におき、企業内福利施設の一環としての性格を強化しようとした<sup>4</sup>」ということであった。こうした背景には、労働運動の昂揚への対処として、労働者の組織化への動きを企業内に封じ込めようとしたということも考えられる。しかし、一方で、こうした事業主による慈恵的福利施設としての性格が、後に社会保険の担い手として不適格と判断される根拠となる。

### （４）健康保険法の成立と健康保険組合

1914（大正 3）年に勃発した第一次世界大戦により日本の重工業は発展し、それに伴

<sup>3</sup> 坂口正之「第 2 章共済組合の発展と『健康保険法』の成立」、小川喜一編著『『健康保険法』成立史』48 頁

<sup>4</sup> 坂口正之「第 2 章共済組合の発展と『健康保険法』の成立」、小川喜一編著『『健康保険法』成立史』52 頁

い労働者の数も急増した。一方で、労働者の増加とともに労働組合が各地で形成され、これが労働組合運動発展の素地となっていった。当時の労働者保護のための法律としては「鉱業法」と「工場法」という2つの法律があったが、労働者保護のための十分な法律とは言い難く、劣悪な労働条件下で労働争議が度々勃発した。

こうした状況下で、政府は、「国際経済競争が益々激しくなる中、資源や国富において欧米諸国と比べて遜色のあるわが国にとって、労資問題の解決が産業の盛衰に、ひいては国運の消長につながる」と考えた。そして、「労資問題の解決を図り、労働者の福祉を増進し、その生活の向上を図るとともに、産業の発達と国富の増進を図ることが必要」であるとし労働保険制度の一つとして健康保険制度の創設について検討が開始された。

1920（大正9）年8月に、農商務省工務局に「労働課」が新設され、健康保険に関する調査・立案を実施することとなった。当時の農商務省が考えていた健康保険組合論は、官業共済組合と健康保険組合、さらに健康保険組合については組合管掌と政府管掌の二本建で実施するというものであった。健康保険組合は、民間共済組合で基礎の安全がはかられたものを組合管掌とし、そうでないものについては政府管掌にするというものであった。特に組合管掌においては、当時、政府が非常に警戒していた「仮病」を取り締まる単位として、保険者の単位である「企業」に期待を寄せていた。熊谷（1935）<sup>5</sup>は、健康保険組合の利点として「仮病を防止することを得ること」を挙げ、その理由を「疾病の増加は保険給付費の増額となり、組合員の保険料に影響するが故に、組合員は相互に監督することとなる。また組合の区域狭小なるを以て組合としても周到なる監督を行うことを得る」とした。

さらに政府は、「労働能率を増資し労資の乖離を防止し、産業の健全なる発達を期する」とし、労資協調をより達成できるのは健康保険組合であると期待を寄せた。仮病に対する監視機能、労資協調等といった側面から、健康保険組合に対する期待をうかがい知ることができる。こうした期待が民間共済組合ではなく、健康保険組合に寄せられた理由は、日本の民間共済組合は、発達が不十分であり基礎も確実ではないということから、民間の共済組合をそのまま保険の経営主体とするのは難しいと考えられたためである。そのため、民間共済組合を健康保険組合に変形・移行し、公法人として経営させることとしたのであった。一方で官業共済組合については適用除外を認めた。この理由としては、官業共済組合が「充分なる保険制度の基礎ある故本法を適用せざるも安心なり<sup>6</sup>」と述べられている。

こうして、官業共済組合を適用除外としつつ、健康保険法の第22条には「健康保険の保険者は政府及健康保険組合とす」とし、保険者を「政府」と「健康保険組合」の二つとした。保険者としては、「健康保険法の組合管掌こそ、保険者としての政府管掌よ

<sup>5</sup> 熊谷憲一（1935）『改正健康保険法精義』巖松堂書店、187頁

<sup>6</sup> 1921（大正10）年12月19日労働保険調査会総会 膳幹事の説明

りも中心として考えていた<sup>7</sup>」が、民間を中心とした場合の組合の支払能力の確保が課題となっていた。この点を解決するために森莊三郎は再保険構想を提案したが、「再保険では幾分かは安全になるが、大した効果はない。政府の引き受けがあればそれで可ならん」として再保険は認められず<sup>8</sup>、法律要綱第 25 項の修正によって、第 40 条に「解散に因りて消滅したる健康保険組合の権利義務は政府之を継承す」と盛り込まれることとなった。つまり、健康保険制度において、「政府」は健康保険組合に属さない者の保険者という以外に、再保険機能の役割を担うという考え方が踏襲されたものといえる。

共済組合の社会保険化というドイツとのアナロジー論でみると、日本にも共済組合が存在したが、それはあくまでも企業（官業）単位で設立された事業主の慈悲恩恵的性格の強い施設であり、これらを活用して保険者とする意向があったものの、そうした日本の共済組合の特色ゆえ、保険運営に対する経験や実務、専門性の側面から保険者とするには困難との判断が成り立ち、新たに健康保険組合を設立することになったといえる。ドイツを模範としながらも日本独自のかたちで健康保険制度ができあがってきたといえる。

## 2. 健康保険組合の法的位置づけ（保険者論と健保組合①）

### （1）健康保険組合の法的位置づけ

行政組織法上、公権力の担い手になりうる法主体は、「国」と「公共団体」に限定される。公共団体としては、「地方公共団体」、「公共組合」、「公営造物法人」に分けられる<sup>9</sup>。このうち、健康保険組合は、「公共組合」に位置づけられる<sup>10</sup>。公共組合とは、「特定の公の目的を遂行する、一定の社員によって組織される社団法人」とされており、公共目的のために提供された財産等を中心に組織された「営造物法人」と対をなすものと整理されている<sup>11</sup>。

公共組合である健康保険組合には、健康保険事業を遂行する上で必要な行政処分を発布する権限が付与されており、被保険者に対し、行政と同等の公権力を行使することができる（健康保険法 189 条、190 条）。具体的には、資格取得・喪失、標準報酬改定、療養費等の現金給付の支給決定（39 条、41 条、87 条等）、保険料徴収（180 条 4 項）等において、公権力を行使することができる。

わが国では、ドイツと異なり、自治的組織が十分に成熟していない時期に、健康保険制度が創設されたことから、健康保険事業は国が行うべき事業との考え方が根強く踏襲されてきた。しかし、一方で自治的組織による運営の利点も認識されていたことから、

<sup>7</sup> 佐口卓（1977）『日本社会保険制度史』勁草書房

<sup>8</sup> 社会局保険部編「健康保険法施行経過記録」（昭和 10 年）

<sup>9</sup> 美濃部達吉「日本行政法・上巻」

<sup>10</sup> 舟田正之「特殊法人論」他

<sup>11</sup> 同上

長らく、健康保険制度の保険者は「国」と「健康保険組合」の二者とされてきた。

健康保険事業を国が行うべき事業と考え、公法人である健康保険組合にその事業を「代行」させるという、いわゆる「代行説」がある一方で、代行説を否定する見解も多数出されている。代行か否かという議論については、①法律上、健康保険法制定時より保険者は政府と健康保険組合の両建てであり、政府管掌が原則で例外的な場合に健康保険組合が代行するという建て方になっていないこと<sup>12</sup>、②健康保険法上、健康保険組合は設立許可主義ではなく設立認可主義が採られていること<sup>13</sup>、③政府管掌健康保険の「政府」と同様の行政処分権を健康保険組合が行使できること、④他の行政組織と同様に法令に従った保険運営が義務づけられていること、⑤法律上は健康保険組合と他の保険者との関係を明らかにしていないこと——などを踏まえると、代行論の法的根拠は弱いといえよう。

## （２）公共性と利益代表性

わが国では、1990年代後半より「保険者機能論」が注目されるようになった。保険者機能論は、健康保険組合などの「保険者」を被保険者や事業主の利益代表と捉え、被保険者・事業主の集团的利益を保険者間の競争を通じて最大化させようとするものである<sup>14</sup>。

健康保険組合は、「公共性」と「利益代表性」のどちらの性格も併せ持つ。しかし、それゆえに、どちらか一方の性格のみが強調された議論が行われるきらいがある。

自律した個人を前提とした成熟社会では、社会保障について国が実施主体となる必要性は必ずしも自明ではなく、個人と国との間に、自治組織的な「中間団体」が「共助」としてその一翼を担っていくことが期待される。健康保険組合は、創設以来、この中間団体として公行政的な役割を担ってきた側面があるが、このような捉え方はあまりされてこなかったといえよう。改めて、「公共性」と「利益代表性」の両面を備える「中間団体」と捉え直すことができるか、その可能性を探ることは今後の健康保険組合のあり方を考える上で意味があるだろう。

歴史的に見ても、現在の制度上（要件を満たす事業主と被保険者の希望により設立される等）において、健康保険組合は、いわば「被保険者先行型<sup>15</sup>」の自治組織といえ、成熟社会におけるモデルともなりうるものである。しかしながら、制度創設から今日に至るまでの歴史的経緯は、保険者としての自治範囲を狭められてきた歴史ともいえる。

今後の健康保険組合のあり方を描くために、「中間団体」という切り口について整理しておくことが必要と思われる。

<sup>12</sup> 島崎謙治 本報告書参考資料編参照

<sup>13</sup> 同上

<sup>14</sup> 倉田聡『『医療保険者』の法的位置づけ』『けんぽれん海外情報 No. 59』参照。

<sup>15</sup> 堤 修三・品田充儀 共著『市民社会生活における社会保険』p27～31

### 3. 保険者機能と健保組合（保険者論と健保組合②）

#### （1）保険者機能に関する議論

1990年代後半以降、わが国では、アメリカのマネージドケアの動向が紹介され、その関心が高まるのに伴い、わが国の医療保険者のあり方をめぐって「保険者機能の強化」といった観点から、いわゆる「保険者機能論」が盛んになった<sup>16</sup>。この背景としては、「患者主体の医療の実現（エージェント機能）」、「医療費の適正化」といった対医療提供者との関係性を強化する上で有効な手段ではないかとの期待が高まったことがあげられる。

保険者機能論の中には、①保険者権限が強いアメリカのマネージドケアをモデルとし、アメリカの保険者機能との比較に軸足を置く考え方、②私的保険と公的保険の違いやわが国保険者の持つ「公共性」に軸足を置く考え方がある。このような基本的スタンスの違いは、わが国の（医療）保険者を、特に医療提供者との関係性において、どのように位置付けるかによって異なり、そのことが強化すべき機能の内容や実行レベルでの違いをもたらしているとも考えられる。

保険者機能を論じる上で、そもそも、わが国の医療保険制度において「保険者」はどのようなものとして位置づけられるべきかを整理しておく必要がある。

この点については様々な見解があるが、健康保険法の趣旨・目的等から医療保険制度におけるわが国の保険者の位置付けを解釈すれば、わが国の場合、医療保険を医療費のファイナンスの仕組みと捉え、保険者は「医療費保障の相互扶助組織として自律的な保険運営を行う被保険者（事業主）の集合体」と位置付けることができる。そこで保険者機能を、「医療費保障の相互扶助」という概念から導き出してみると、加入者の医療費を保障する組織として、①「適用」、②「徴収」、③「支払」といった3つの大きな機能が基本にある。これら3機能を加入者間相互の協調関係を基礎として効率的、効果的に発揮して医療費保障に取り組んでいるのが健康保険組合であり、現状でも評価できる点は多い。

#### （2）保険者単位・規模と保険者機能

「保険者機能」を整理する上で様々な切り口・観点が成り立つ。ここでは、その一例として、それぞれの機能とそれを果たす（担う）保険者の単位・規模を切り口として、①各保険者単位で果たしている機能、②国・都道府県対応による機能、③各保険者単位で実施できるが規模の影響を大きく受ける機能、といった3つの区分で整理してみた。今後、①「権限」としてあるもの、②法的な権限はないができるもの、③個々の保険者ではなく保険者集合体として効果的な機能など、いくつかの切り口・観点から保険者機

---

<sup>16</sup> 本報告書参考資料参照。

能を立体的に整理する予定であり、次年度への課題としたい。

**1) 各保険者単位で果たしている機能**

- 保険料率の決定
- 付加給付
- 保健・福祉事業
- 保険給付の適正化

**2) 国・都道府県対応による機能**

- 保険医療機関の指定・指定取消し
- 適正な医療の確保
- 診療報酬の裁量権
- 審査支払
- 権利・利益の救済

**3) 保険者単位・規模の影響を受ける機能**

- 医療機関の選択・直接契約
- 直接審査

**4) その他**

- 情報収集・分析・評価
- 医療投資、保険者間の共同事業

**図表 1 医療費保障の相互扶助という観点からみた保険者の役割**

- (1) 加入（適用）
  - ・ 被保険者の適用、対象者の把握と加入等の管理
- (2) 給付額に見合った保険料の設定と徴収
  - ・ 被保険者の医療費ニーズに適切に対応するために、必要な給付を見積り、必要な収入を確保すること
- (3) 療養（費）の給付
  - ・ 被保険者の医療費ニーズに適切に対応（審査・支払い）すること
- (4) 適切な医療サービスの提供の確保
  - ・ 医療機関の開設、適切な医療機関との契約、適切な医療サービスの提供指針、適切な診療報酬の設定
- (5) 適切な医療サービスの利用の支援
  - ・ 被保険者への医療情報・医療機関情報の提供
- (6) 医療費の適正化・効率化による保険料負担の抑制
  - ・ 疾病予防・保健事業等を通じた健康管理、給付費チェック