

組合方式論からみた

国民健康保険組合

名古屋市立大学教授

上村政彦

「組合方式論からみた国民健康保険組合」

名古屋市立大学教授 上村 政彦

はじめに

私は日頃健康保険論あるいは組合方式論を一つの研究テーマとして勉強しているものでして、そこできょうは、「組合方式論からみた国民健康保険組合」について、私の考えているところをお話しいたしたいと思います。

最初に、医療保険改革について若干お話ししますが、ご承知のとおり、改革の環として、健康保険制度の基本構造改革があがっており、そのほか、国保制度の持つ固有の課題について検討すること、とくに国保組合への国庫補助の問題を考えるということが検討事項とされているように聞いております。私は『週刊社会保障』という雑誌の「今週の論評」というコラムの担当の一人になっていますが、同誌の九七年二月二四日号に、「医療保険改革と国民健康保険組合」と題する小論を書いておきました。そこでは国民健康保険への国庫補助について言及し、もっと積極的な発想をもたない限り、この問題には展望が開けないのではないか、ということを書いておきました。そこで今日は、私の日頃の組合方式論をあてはめてこの問題に展望を開くことができるのか

どうか考えてみようというわけです。

一、疾病保険の組合方式

日本の実態

ところで私は日頃、疾病保険という言葉を使っています。医療保険と云ったほうが日本では一般的かも知れませんが、しかし厳密に言うと、医療保険、メディカル・ケア・インシュアランスという言葉は、医療の提供形態に焦点をあてた表現です。もう一つ健康保険という言葉もあります。健康保険というのは法律上の用語でして、つまり日本には同じようなことを表現するのに三つの言葉があるわけですが、一般的な言い方としては私は疾病保険というのがもっとも妥当だと考えております。

歴史的にも国際的にも、疾病に関わる医療の現物給付あるいは金銭給付など、そういうものを包括的に説明できる言葉としては疾病保険、外国ではシックネス・インシュアランスという言葉を使っております。

ところが医療の面のみが発達し複雑化してきて、医療のサービス提供の面のみ焦点をあてた表現として医療保険などが使われることがあります。これは私は偏りすぎだと考えているわけでありませう。つまり単なる言葉の問題というわけではなく、ある一つの言葉が使われる背後には、それなりの社会的事情があるわけです。

つぎに疾病保険をどのように運営していくのか。運営方式についてみたとき、組合方式というものが出てきます。これにはみなさん日頃向き合っておられるわけでありませう。日本における疾病保険の組合方式の実態としては、健康保険組合をはじめ共済組合など、「組合」の名称がつくものはかなり普及しています。一九九四年でその対象は、被保険者とその家族を合わせて四千万人を超えるでしょう。ところが日本では、そういう組合でやるやり方がかなり普及しているにも関わらず、組合方式があまり理論的に取り上げられないわけです。日本の現実には、どちらかというと政府管掌方式が主であつて、組合方式は従である。医療保険、疾病保険、社会保障というものは国がやるもので、組合がやるのはその余りの例外的部分だけ、大部分は国にやらせるという発想が強いわけです。ところがきょうは、私はその逆の話をしようとしているわけがあります。

西欧諸国の場合

日本では従的な立場に置かれている組合方式、外国でみた場合、これが主となり、常識となります。たとえば西欧諸国の場合、ドイツでは「疾病金庫」制度方式をとっております。フランスは「疾病保険金庫」方式です。では「金庫」方式とはなにか、ひとことでいえばそれは日本の組合方式なのであります。ドイツでは疾病金庫制度といいますが、その疾病金庫制度が運営の基本組織であつて、これが国中の一般的な制度となつ

ています。ドイツには、政府管掌疾病保険などはありません。この「金庫」というのはドイツ語にもフランス語にもあるのに、どうしたことが英語にない。仕方なく英語では「ファンド」と言っておりますが、これは「基金」という意味です。しかしここでいう金庫とは、もちろん基金的な意味も持ちますが、それを運営する組織体のことを言うのです。

その運営組織の特徴は、当事者代表による自治的運営組織であるということです。言い換えれば組合とまったく同じだということであります。ドイツの疾病金庫は、日本と同じように「組合会」「理事会」などがあって、組合会あるいは理事の選挙もありません。それも当然です。というのは、日本の健康保険組合制度は、ドイツの疾病金庫を真似してつくったものですから似ていて当然なのです。

さて、フランスの場合は「理事会」があり、これ一つしか選挙で決定される機関はありません。理事会が最終の意思決定機関であり、執行機関でもある。ここが若干違っております。その理事の選挙は、日本の参議院比例代表制度のように、単純名簿式比例代表制、たとえば労働者側の理事選出においては、労働組合の全国組織が提出する名簿に掲載された数を、得票数に応じて割り当てるわけであります。こうして理事が選ばれて、その当選者で構成する「理事会」が最終の意思決定機関であると同時に、執行機関となるのです。労使の両方から理事が出て、意見をたたかわせながら疾病保険の運

営が行われるというわけです。

ただし国保組合との関連で見ると、フランスの疾病保険金庫は、必ずしも労使関係がそのまま反映しているわけではありません。たとえば職人、あるいは自営業者、自由業者たちの疾病保険は、労使関係を基礎としているわけではなく、日本の国民健康保険組合の場合と同じく、加入者全員が被保険者となります。当事者のなかから選ばれた人びとが理事会を構成して、運営を行うわけです。

つまりフランスもドイツも、当事者の自治による民主的手続きを疾病保険制度のなかにはめこんでいるのです。ここが大事なポイントです。フランスの場合、その民主的手続きを「自主管理」といいます。日本の場合も自主管理という言葉は、組合方式論のなかに出てきますが、フランスにおけるこの発想は、思想的にはブルードンの「共済主義」に源があると、フランスの辞書には出ています。フランス人は、一般に主体性あるいは自主性が強く、そういうところに当事者自治の考え方が生きてくるわけです。

ところでここで、日本の疾病保険を考えてみたいと思います。日本では一九二二年に健康保険法がはじめて制定され、一般的疾病保険が二七年に施行されました。日本の疾病保険の起源は、じつは一八八三年にドイツに生まれたビスマルク社会保険を取り入れたものでした。この社会保険というのは、正式には「労働者疾病保険」というておりますが、一九世紀中頃までにドイツはじめヨーロッパでは、労働者の自主的な

共済組合組織が発達いたしました。要するに、労働者の自主的共済活動が労働者の生活のなかで実質的な意味をもっていたわけです。それは日本の共済組合のように、ただ単に慶弔見舞金制度やお茶、お花を女工さんたちに教えるというような共済組合ではなくて、労働者の生活に根ざした、生きた共済組織や活動で、それが、一九世紀半ば頃にはヨーロッパのほとんどの地域に行きわたっておりまして。しかし日本ではその当時の研究はなかなか進んでおらず、あまり知られておりません。

その自主的共済組合に「ビスマルクは目をつけた。これを公的制度としてひきあげたものが「労働者疾病保険」でありました。つまり、もともと組合方式があつて、それを法律制度にひきあげただけのものでありまして、そういう経過であるということも、日本ではあまり論じられることがありません。

そういう経過でドイツの労働者疾病保険はできあがり、それを日本に輸入したわけです。だとすれば、日本ではなぜドイツの金庫制度を一般化しなかったのか、という疑問が出てまいります。

ところで国際的には、たとえば一九二七年、ILO第一〇回総会で第二四号条約「疾病保険に関する条約」が採択されていますが、その第六条を見ると「疾病保険の運営は権限ある公共当局の行政上財政上の監督のもとにおかれた自治管理制度（セルフガヴァーニング・インスティテュション）により管理されるものとし、営利の目的を

もって行われてはならない」と定めています。これが国際的な常識でもあったわけですね。要するにドイツを真似たのだから、日本でも金庫制度あるいは組合方式が主流になってもよかったです。

なぜそのようにならなかったのか。その理由はすごく簡単です。つまり金庫制度の基盤になった労働者の自治的な共済組織や活動が日本になかったからです。だから西欧のようにいかなかっただけのことです。ただ日本の場合、一九二二年に健康保険法ができるまで、労働者の自主的な共済活動はなかったが、企業の内部に集まる集団がありました。日本の健康保険立法にかかわった人たちは、その企業に集まる集団を目をつけて、企業別金庫制度、企業別組合方式ができる道を設けたのです。

疾病保険は保険制度ですから、人の集団がなければ成り立ちません。西欧の場合、それは自治的共済活動にあったが、日本の場合、企業に集まる労働者集団にそれを求めたのです。したがって健康保険法では、健康保険の運営は主として政府が行うとしながらも、組合を組織して運営できる所ではやってよろしいという方針ではじまったのです。

ところで日本の健康保険の沿革について簡単に触れておきますと、一九二七（昭和二年）に制度が発足したとき、一九四万人の被保険者がおりました。うち一一四万人は政府管掌のもと、八〇万人が三一六の健保組合に加入して制度が発しました。つま

りこの健保組合が企業別組織であつたわけです。さきほどあげましたILO第二四号条約第六条には三項で、ただし疾病保険の管理は、国の事情により、かつ特に事業主団体および労働者団体の発達が不十分なため、その管理が困難、不可能あるいは不適当な場合、または不適当な期間には、国が直接これを管理することができる」という但し書き規定が設けられております。

この規定は、じつは日本の代表が提案した修正案にもとづいて成立したものと云われております。当時のILO総会の日本代表には国学院大学の北岡寿逸教授が団長となつておりまして、同教授がこの但し書きを挿入することを要求し、認められたと言われております。つまり日本のやり方は、労使団体の発達が十分でないところとられざるを得ないという、後進国タイプの疾病保険運営方式をとつたといつてよいかも知れません。つまりこの間の状況は、西欧諸国と逆であつたわけです。

二、組合方式の特徴

日本における組合方式論

つぎに組合方式の特徴についてお話をすすめます。じつは日本の場合、組合方式そのものがなかつたわけではない。さきほど八〇万人が健康保険組合に加入していたとお話しました。しかし組合方式は従だつたし、組合方式論もなかなか定着しなかつた

わけです。日本の戦前においては、疾病保険論を展開する場合、ドイツの疾病保険を直接輸入していたわけだから、ドイツの場合と共通した組合方式論が定着してよかったです。しかし戦時下という特殊な事情のもとで、その芽は開かないままにすぎたしまいました。

そこで戦後、民主化がすすむなかで、日本にもやがては組合方式のような傾向が国内ですすむのではないかと期待して、私は研究対象をここにあててみることにしたわけです。組合方式、つまり当事者自治といった考え方は、民主主義とか分権化に支えられて促進されるはずと思われるのですが、実際にはあてが外れてしまいました。組合方式論はほとんど日本では表に出ませんでした。

たとえば友納武人先生、あの千葉県知事をやって国会議員になられた方は、戦後、一九五〇年前後に厚生省保険局で健康保険課長をやっておられました。先生はじつは、現役時代もつと熱心に組合方式を説かれた方でした。「民主主義の時代には、組合方式こそ疾病保険の真の運営方式である」と書かれております。ほかにもいくつも論文があります。私は若いころ、先生の論文に随分刺激を受けたものでした。地方の時代、分権化、民主主義というからには、きっと組合方式が伸びるだろうと思っていたわけです。しかし実際には伸びなかった。

なぜ伸びなかったかについては二つばかり理由があります。第一は健康保険組合制

度の企業別の壁であります。たとえば日本の社会政策学者は健保組合は労務管理の手段であり、あれは企業のいうままになっている、とさんざん批判してきました。このような事情が一つの壁になったかと思えます。しかしこの批判についていえば、それはやがて煙のように消えていくことになります。それはまず、なんといつても組合健保の関係者のみなさんの努力の成果だと思えます。健保連に中田良夫という方がおられました。この方は生涯健保組合制度のために仕事をした方でしたが、昨年亡くなられました。そういう実務の世界にも影響力をもった方がおられたし、政治の世界では社会党の政策審議会がたいへん勉強されております。そして組合方式が見直されました。このほか医療保険や社会保障の改善に、労働組合と健保連が手を携えて政治運動をしていく構図もできあがっていくわけです。そういう傾向は出てきたが、基本的に企業の壁だけはどうしようもなかったわけです。

第二は、日本の中では「国家社会主義的社会保障論」というか、国家の顔が見えないような社会保障はあり得ないという主張が戦前から非常に強かった。これは日本の天皇制を中心とする中央集権体質が背景にあるわけですが、社会主義理論でもそういうことがあったわけで、一国社会主義的背景がそこにあった。そこで健保組合などが社会保障を支えるなどということは考えられなかった。

私は一度だけ衆議院の公聴会に出る機会がありました。そのとき、健保組合の主体

性、国際的な位置、その役割といったことを論じたことがありました。そのとき、共産党の正森さんがたいへん食いつかれました。つまりあの人たちからすると、国家が見えないような社会保障はあり得ないということになるわけです。私の主張がまだご理解されなかつたと反省しております。

「健康保険組合論」と組合方式

一九八一年、私は氏原正治郎他編『社会保障講座』第四巻に「健康保険組合論」と題する論文を書く機会を得ました。その論文のなかで「組合方式」をどのように考えたのか、ちよつとだけお話しておきます。国民健康保険組合も視野に入れながら、私は日本の健康保険組合について、組合方式の一つの発現形態であると定義いたしました。つまり組合方式は一つではない、いろんなタイプをもっていると考えることができる。もちろん基本原理は同じであると考えるわけですが、発現形態は多様であると考えるのです。そのうえで組合方式の現実の発現形態に含まれるいろいろな問題を補正、是正しながら、一方ではその利点を生かし拡大していく、そういう実戦的議論はないものか、そういうことで日本の組合方式を評価してみたいと思つたわけです。

日本の健康保険組合を見た場合、その特徴は政府管掌方式と比べて、いわば小集団あるいは当事者自治ということになるうかと思えます。その特徴は、社会保障を下からつくりあげていくということにあります。つまり政府管掌方式が、つくりあげられ

た社会保障の権利を、上から行政システムを通じて国民に与えられるものであるのに対して、国民が自分たちの権利として、下からつくっていくものが組合方式であるといえないかと考えてみました。そこにあるものは何か。当事者自治によってつくりあげられた、いわば民主的な手続きがそこにはめこまれているのです。これが一つです。

もう一つは、西欧の組合方式と対比した場合、日本の組合方式は企業別組織であるということになります。西欧では同種同業の組合、これは幅広い概念でありまして、「賃金労働者」も同種同業者ですし、「職人」「自由業者」、みなそうです。そういう西欧の自治組織と日本の企業別組織と比べてみると、残念ながら企業の問題があります。しかしこの壁は、たとえば総合健康保険組合制度を設立し、あるいは企業の福利厚生との合理的な調整を通じて、少しずつ崩されてきていると思います。そういうかたちを取りながら、むしろ企業別組織ではこれを利用した効率的な健康保険事業の運営を実現していくという、非常に慎重な姿勢さえ見られるわけであります。単に企業別組合だから駄目と一蹴してしまうには、あまりにも申しわけない努力が積み重ねられているわけであります。これらが効率とつながって、日本の組合方式の原理は、いわば「効率」と「民主的手続き」とにあるのではないかと考えているのです。

三、国民健康保険組合と「組合方式」

そこで国民健康保険組合と組合方式の関係に進んでいきたいと思います。最初に、国民健康保険組合の制度的特徴ですが、じつは私自身、国民健康保険組合についてあまり知識がございません。それで表面的なことしか言えないのですが、まず給付水準が相対的に高いということがあると思います。問題は、そのような高い給付水準がどこから可能になったのか。組合方式だからそんなことができるのかということですが、しかしそのところは私には判りません。

つぎに国民健康保険組合の組織的特徴です。ここでは、民主的手続きと「効率」があるのではないかと考えています。もし条件が同じとするならば、以上のような高い給付水準をもっているということは、効率的運営がなされているからだという事になると思いますし、そういう意味で効率も大きな条件になると思われます。それと民主的手続きがあります。

国民健康保険組合は同種同業者の集団であります。つまり一種の職域集団であるともいえます。そういう特色を基礎とすると、なによりも構成員の同質性が保障されることが大事だといえます。たしかにいままでの日本の企業社会論などでは、「会社人間」などという言葉もあるとおり、労働者の生活は一〇〇パーセント企業の中に組み込ま

れているといった見方がされてきました。そしてその生活の基盤となる企業を母体として疾病保険や社会保障などが設立されるということが大事なことだとされてきました。つまり社会的同質性のなかで疾病保険や社会保障に不可欠な社会的連帯が形成されるわけです。そしてそこに民主的手続きが適用され、制度が民主的に運営される。それが産業民主主義につながり、社会民主主義につながり、ひいては政治的民主主義につながるといふことになります。

フランスのピエール・ラロックという学者はこのような労働者や国民の生活に密着した社会保障や疾病保険の運営のなかに取り入れられた民主的手続きが、社会主義あるいは産業民主主義の成長に役立ち、ひいては政治的民主主義の基礎となる」と言っています。つまり民主主義の実現につながっているというわけです。

そういう意味でいえば、数日前に佐久病院の若槻先生がテレビで「地域医療とは民主主義の実現である」といわれた意味と、ここでいう民主主義とはまったく同じであると思います。組合方式論はそういう考え方を基本的特徴としているわけです。

とすれば疾病保険の運営方式としては、そのような組合方式こそが主流を占めなければならぬであろうというのが私の考えるところであります。

さて、もう一つの特徴は、国民健康保険組合は同業者の地域的な集団です。地域的というのが国民健康保険法の趣旨から切り離せないことは周知のとおりです。ところが

国民健康保険の場合だけでなく、いまその地域性に期待がよせられているわけです。ただし国民健康保険組合の地域性といっても現在は県単位でありますから、これでいいのかどうか、議論の余地があります。地域性がとくに最近問題にされはじめたのは、保健事業、すなわちヘルスの面に関わつての話です。疾病保険は今まで保険事故（病気が発生してから事後的に給付を行うこと）をその役割としたわけです。ところがいまや疾病は成人病時代になって、むしろ予防が大事、日頃の健康管理が大事だという時代に入ってきました。そこで疾病保険も、病気が発生してからではなくて病気以前の保健事業面への配慮が大事になってきました。

しかしヘルス（保健）事業をやるためには、どうしても地理的な問題が大きな要素となつてまいります。たとえば健康保険組合の場合ですと、東京に本店をもつ企業の健康保険組合に加入した者が全国の支店で働くということはままあることです。そういう場合その一人ひとりの従業員の健康管理をどうやっていくか。それを地域の医療機関に任せるだけでは十分ではない。保険者が自ら被保険者と相對して保健事業を実施していくところで保健事業は成功するのです。そういう意味で地域性がたいへん重要になるわけがあります。

東京の下町に事務所をもつ、東京都皮革健康保険組合という組合があります。これは総合組合であります。ある役人が天下つて常務理事となり、立派な健康保険組合

をつくられました。この話を聞くと、天下りもけっして悪いことばかりではないと思
い知らされます。その調査をしてみたいへん感心いたしました。というのは、皮革を
扱っている業者が台東区に集まっており、一人とか二人を雇って事業をしているこ
ろがたくさんある。その健康保険組合に参加した事業者の規模を見ると、むしろ多
数のところは少数で、大部分は零細企業なのです。それらの零細企業が健保組合に
入ることによって、そこに働いている二人、三人の従業員が、政府管掌ではできないよ
うな保健サービスをいっぱい受けることができるようになっていて、立派な施設をつ
くっています。

つまり組合方式には、そういうことの実現の可能性が秘められているわけです。み
なさんの組合でも、さらに実質的な保険給付事業を展開し、あるいは組合員のための
保健サービスがいつそう実効をあげるような体制ができあがり、組合方式の長所が一
般に認知されるようになれば、予算要求にも力強いバックアップが実現することにな
ると思います。組合方式だからできるということを実績としてつくっていかなければ
なりません。健康保険組合では先ほど挙げました東京都皮革健康保険組合だけでなく、
いくつもそういう事例ができております。

地域性の問題であります。県に一つでは若干広すぎます。しかし市町村では狭す
ぎて問題が出る。とくに過疎地の市町村の問題が出てきます。市町村と県単位のあい

だからいの、必ずしも行政区画にとらわれないという地域を設定した疾病保険事業はないものか、考える必要があります。

さて、地域性は、一方で効率性の現れであると同時に、民主的手続きを利用して、真にその構成員の集団のための保健事業なり疾病保険事業が行われればそれにこしたことはないと思います。そこでの労使関係の対応ですが、詳しいことは私は判りませんが、保険料システムだけを考えてみても、国保組合には直接労使関係が対応していないという特徴があると思います。もちろんいろんな組織の仕方があつて、実質的にそつなつている組織もあるとお聞きしましたが、健康保険組合のように保険料の負担について、事業主負担、被保険者負担といったような構造が、国民健康保険組合にはないといつてよいでしょう。ただしこれは、組合方式論からいつと、さほど大きな問題ではない。どうしてかといつと、フランスの保険金庫方式を考えてみても、被用者の疾病保険金庫のほかに職人とか自由業等の金庫があり、そこでは労使関係を設定しないまま、当事者主義が実現されているからです。したがつて組合方式といつのは、そこまですを考えたもので、大事なことは、当事者自治にもとづいて民主的手続きが埋め込まれているかどうかなのです。労使関係を離れた集団の実態があれば、それも組合方式の条件を備えているといえるわけでありませう。そういうことで私は、国民健康保険組合を視野に入れて、私の組合方式論をそこまで広げてもいいのではないかと考えているわ

けであります。

むすび

私は国民健康保険組合の組織的実態を、必ずしも把握しているわけではありませんので適切な判断かどうか判りませんが、国民健康保険組合について、仮に組合方式論の適用が可能で、それを通じて組合方式の理論的指導性が確認されたとするならば、毎年の予算要求のたたかいに市町村国保とともにたたかう、参加するということではなく、むしろ組合方式の理論的指導性を根拠にして、指導的役割を果たすことができるのではないかと思いますし、また五人未満の法人事業所等の健康保険適用除外の問題についても、「建設国保の存続発展にとって欠かすことのできない健保適用除外の措置は、今後も存続されるべき……」といった発想ではなく、むしろ国保組合の存続発展にとってなくてはならないものだという発想に切り換えていく道があるのではなからうか。そう考えるわけであります。

そういう具体的な問題は、とうぜん基本的な問題と関わっているわけで、国民健康保険組合のような組合方式化のこれからの推進についての展望がなくてはなりません。つまり理論的に考えられるというだけでなく、その理論を実際に生かすような、今後の組合方式化についての展望を持ちながら、積極的に組合方式化をすすめていくこと。

健保組合や共済組合勢力と手をたずさえて、組合方式を主流なものにしていく、そういう点についての若干の展望を持たなければ、うまくいかないのではないかと考えております。

これは、一九九七年三月十九日に開かれた全建総連社会保障活動者会議で行われた講演の要録であり、講師の許可を得て掲載したものです。



上村政彦（うえむらまさひこ）
名古屋市立大学教授

一九三三年、熊本県生まれ。九州大学大学院法学研究科（社会法専攻）を一九六四年修了後、健康保険組合連合会（健保連）を経て、一九七四年、名古屋市立大学経済学部助教授となり、八一年に同学部教授。大学では「社会保障論」の講義を担当している。