

健康保険組合論

与 田 柁[†]

I は し が き

健康保険組合は今日一つの曲り角にさしかかっている。その第1の要因は、いわゆる「国民皆保険」の実現を直接的な契機として擡頭してきた医療保険の統合＝総合調整問題である。この問題がとくに現実的課題として登場したのは、ここ数年来における医療保険の財政危機対策との関連においてであるが、この過程で健保組合のあり方が改めて再検討をせまられることとなったのである。第2の要因は、健保組合が長年月にわたって伝統的に保持してきた企業内福利厚生施設的＝労務管理的性格の基盤がゆらぎはじめたという事情である。この点に関する労働組合（運動）の側からの対応はようやく緒についたばかりで、現在のところ、その直接的な影響が生じているわけではないが、やがて第1の要因が進展するなかで、この面においても健保組合が重大な課題に直面せざるをえないことは明らかである。というよりも、これら二つの要因が相互にからみあいながら進展する過程で、健保組合は新しい方向への脱皮を社会的に要請されているということができる。

すでに多くの論者によっていい古されていることであるが、わが国医療保険制度の最大の問題点＝欠陥は、国民がその職業や勤務先などの違いにより種々の制度の適用をうけ、しかもその内容に大きなアンバランス＝格差が存在しているということである。この格差は、まず第1に、被用者保険と一般国民を対象とした国民健康保険とのあいだに横たわっている。第2に、各種の被用者保険相互間の格差として、すなわち各種共済組合・健康保険・日雇労働者健康保険等々のあいだにおける格差として存在している。そして第3に、同じく民間産業労働者を対象とした健康保険のなかで

の格差として、つまり健保組合と政府管掌健保とのあいだの格差ならびに健保組合相互間の格差として存在している。これを1本の樹木にたとえるならば、第1の格差は二つの幹のあいだの格差であり、第2の格差は幹から分岐した大枝のあいだの格差であるし、第3の格差はさらにこの大枝から派生した小枝のあいだの格差であるということが出来る。わが国医療保険制度の体系から形式的にみれば、健保組合がかかわりをもつ格差は、いわば枝葉末節の問題にしかすぎない。それにもかかわらず、医療保険の統合＝総合調整＝格差是正という問題の登場に際して、最もシリアスな局面に立たされているのはこの健保組合である。幹よりも小枝の方が、より直接的に風雪の影響を蒙るのが当然である、というのは単なる比喻かも知れない。しかし、その最大の要因は、恐らく、最も深刻な保険財政の危機に見舞われている政府管掌健保が、まさにこの健保組合のとり残し部分から構成されているということであろう。つまり、わが国の医療保険制度が所得階層ごとに分断された保険集団の単なる寄せ集めにしかすぎないという基本的欠陥を、もっとも直接的・集中的に体现しているのがこの健保組合だからである。しかし、このことが、なんらかの偶然的事情または単なる技術的問題からもたらされたものにすぎないならば、その解決は必ずしも困難なことではない。問題は、以上のことが資本の労務管理政策と不可分に結びついて生じたものであるということである。

本稿では、健保組合をめぐる諸問題を、とくに資本の労務管理策との関連において検討してゆくつもりである。まず、前半において、健保組合の労務管理的性格の実態ならびにその基盤を検討し、次に保険財政の危機が深化する過程でこの基盤がゆらぎはじめたことを明らかにする予定である。

ところで、健保組合の労務管理的性格は、企業内福利厚生施設の労務管理的性格を前提としている。したがって、そこでは、一般的に企業内福利厚生施設の労務管理的性格の基盤がゆらぎはじめていくという問題と、特殊的に健保組合のそれがゆらぎはじめていくという問題との二つの問題が検討されねばならない。

改めて指摘するまでもなく、健保組合は、原則として被保険者数 1,000 名以上の企業（または事業所）を単位として設立された単一組合と、中小企業の地域的結合を単位として組織された総合組合とに大別することができる。1966 年 3 月末現在の組合数は、前者が 1,178 組合、後者が 161 組合、計 1,339 組合である。そして、約 733 万人の被保険者と約 913 万人の被扶養者とがこれに包摂されている。本稿でとくに問題とする健保組合は、いうまでもなく、主として大企業またはその事業所を単位として組織されている単一組合である。しかし、統計資料の不十分さのために、分析に際しては主として全組合についての数字しか利用することができなかった。この点、不十分さは免れえないが、当面の主題にとっては差し当たり目的にかなうことができる。

II 健保組合にみられる格差

健保組合が労務管理策の一翼を担いうる直接的な要因は、そこにいくらかの格差が存在しているという事実である。保険料（率）あるいは給付などの面で具体的に経済的な利益が与えられているという事実こそが、労働者をして、かかる利益を与えてくれる健保組合（したがって、かかる健保組合が設置されている企業）に対して、感謝の念を抱かせることが可能だからである。もっとも、健保組合の被保険者が、保険料や給付などの面で相対的に優遇されていること自体、さらにはこの優遇措置が労働者に対する企業帰属意識の醸成という労務管理政策と結合していること自体は、抽象的な観点からすれば必ずしも問題とするには値しないかもしれない。しかし、これらの事実がわが国医療保障制度の発展にとっていかなる課題を投げかけているかということになると、問題の性格は

一変せざるをえない。しかし、この点を論ずる前に、健保組合にかかわる格差の実態を検討し、これと労務管理策との結合の論理を明らかにすることが必要である。

ところで、健保組合の格差は、保険料（率）や給付水準の格差としてのみならず、そのほかにも保健施設などの格差として存在している¹⁾。しかし、より端的には前二者の格差としてあらわれており、しかも、たとえば保健施設の格差については、付加給付の場合とほとんど全く同じようなことがいえる。したがって、ここでは差し当り、この二つの点について検討すれば十分である。以下、保険料、給付水準の順にこれを検討してゆくこととする。なお、その際、形式的には、健保組合と政府管掌健保との格差に焦点をおきながら分析を進めてゆくが、健保組合にまつわる格差を論ずる場合には、これと同時に健保組合相互間に横たわっている格差の問題がきわめて重要な意義をもっていることはいうまでもない。

最初に保険料負担の格差について概観しよう。周知のように、政府管掌健保の保険料率は、昨年 8 月の「健保法臨時特例法」によって標準報酬月額 70%（1,000 分の 70）に引き上げられた。これに対して、健保組合の保険料率は、30% から 80% までの範囲内で自由に決定することができるため、各健保組合によりかなり異っている。1966 年 3 月末現在における概況をみると、その料率は 50% から 80% までの範囲にわたっており、全組合の平均保険料率は 68.24% となっている（この当時の政府管掌健保の料率は 63%）。ところで、政府管掌健保では、これを労資で折半して負担するため、被保険者＝労働者は標準報酬月額の 35% を保険料として拠出しなければならない。これに対して、健保組合では、この労資の負担割合は、厚生省の認可を受ければ個々の組合において独自に決定することができる。したがって、この負担割合は組合により著しく異っている。全組合平均でみると、この割合は事業主 59% に対し

1) 被保険者 1 人当りの年間保健施設費をみると、健保組合（平均）の 2,272 円に対して、政府管掌健保では僅かに 113 円にしかすぎない（健保連『健康保険組合事業年報』昭和 40 年度版、p. 35）。

て労働者 41% となっている。これを料率でいえば、健保組合に加入している労働者は、平均的にみて 27.97% の保険料しか負担していないということである。つまり、平均的にみても、政府管掌健保に加入している労働者に比べて約 7% だけ保険料率が低いというわけである。この 7% という数値がいかに大きなものであるかは、過去 2 回にわたって企てられた保険料率引き上げの際の政府原案がいずれも 7% (いうまでもなく労資合計で 7%) で、前々回は 3%, 前回は 5% の引き上げにとどまったという事実を想起しただけでも十分であろう。

以上は全健保組合についてみた場合の平均的数字である。すでに言及したように、労資の負担割合は組合ごとに異っているために、さらにはその基礎となる保険料率そのものが組合ごとに異っているために、実際に個々の労働者が負担している保険料率は、組合ごとに著しく異っている。その全貌を示す必要はないと思われるので、ここでは、労働者側の保険料率が 19% 以下の健保組合が 107 組合 (全体の約 8%) もあり、そのうちの 58 組合では僅かに 15% にしかすぎないという事実を指摘するにとどめておこう。いずれにせよ、労働者側の保険料負担の面で、健保組合と政府管掌健保とのあいだ、ならびに健保組合相互のあいだには、かなり大きな格差が横たわっているということが出来る。

次に給付水準の格差について検討しよう。周知のごとく、健康保険法は、(a)被保険者に対する療養の給付および療養費、傷病手当金、埋葬料、分娩費、出産手当金、育児手当金の支給、ならびに (b)被扶養者に対する家族療養費、家族埋葬料、配偶者分娩費、配偶者育児手当金などの支給を、法定給付として規定している。この法定給付は、健保組合の場合も政府管掌健保の場合と同一の条件・基準にもとづいて支給されるため、この点については、実際の支給実績額の如何にかかわらず、一応格差は存在しないものと考えることができる。したがって、給付水準の格差は、端的には付加給付という形をとってあらわれる。1966 年 4 月 1 日現在における付加給付の普及率 (なんらかの形

で付加給付を支給している健保組合数の全組合数に対する比率) は 97% に達しているもので、ほとんどすべての健保組合がその加入者に対して、大なり小なり法定給付以上の給付を支給しているものとみることができる (表 1 参照)。そして、この付加給付費の総額は 65 年度で約 189 億円に達しているが、これは同年度における法定給付費総額 1,441 億円の約 13% に相当する。既述のごとく、法定給付費は政府管掌健保と同一の条件・基準にもとづいて支給されているものと考えられるので、きわめて大雑把にみれば、健保組合の加入者は、法定給付のみしか支給されていない政府管掌健保加入者に比べて約 13% 程度手厚い保護を受けているということができる。

これは、すでに言及したように、全組合について平均的にみた場合である。したがって、健保組合に加入しているすべての労働者ならびにその家族が、政府管掌健保加入者よりもひとしく 13% 程度厚遇されていることを意味するものではない。第 1 に、改めて指摘するまでもなく、さきに示した約 3% の健保組合 (36 組合) に加入している労働者の場合にはこの恩恵は皆無である。第 2 に、したがって、付加給付を支給している約 97% の健保組合 (1,281 組合) に加入している労働者についていえば、その恩恵の度合いは平均的にみて 13% 以上であるということができる。

表 1 種類別にみた付加給付の普及率

(1966年4月1日現在)

付 加 給 付 の 種 類	組 合 数	普 及 率 (%)	
傷 病 手 当 付 加 金	688	52.2	53.7
延 長 傷 病 手 当 付 加 金	424	32.2	33.1
出 産 手 当 付 加 金	174	13.2	13.6
埋 葬 付 加 金	1,000	75.9	78.1
分 娩 付 加 金	909	69.0	71.0
育 児 手 当 付 加 金	759	57.6	59.3
家 族 療 養 付 加 金	1,047	79.5	81.7
傷 病 補 給 金 (見舞金)	13	1.0	1.0
そ の 他	1	0.1	0.1
付加給付を実施する組合	1,281	97.3	100.0
付加給付を実施しない組合	36	2.7	—
健 保 組 合 総 数	1,317*	100.0	—

注 * 同日付で解散や合併により消滅した22組合を、1,339 組合から差し引いた組合数。

資料 健保連『健康保険組合事業年報』, 昭和40年度版, p. 59.

第3に、この1,281の健保組合がなんらかの形の付加給付を支給しているとしても、その内容＝水準には、かなり大きな幅がみられる。このことは、種類別にみた付加給付の普及率ならびに被保険者1人当りの付加給付費の実態などから容易に推察することができる。前者についてその概況を示したものが表1である。付加給付のなかでも家族療養付加金はとくに重要な地位を占めている。この点についてはのちにふれる予定であるが、表1は、付加給付の実質的内容とでも称すべきこの家族療養付加金でさえも、約2割の健保組合(270組合)に属している労働者家族にとっては無縁のものであることを示している。さらに、家族療養付加金を支給する1,047の健保組合についても、その給付内容に大きな格差が存在していることはいうまでもない。その全貌を数字で整理することは技術的にきわめて困難である。したがって、ここでは、その内容が、ほとんど100%支給に近いところ(控除額が50円～200円程度で法定給付費の10割を支給する健保組合)から、実質的にはほとんど無支給にひとしいところ(たとえば、入院の場合にのみ法定給付費の1割を支給する組合や、レセプト1件につき2,000円を控除して法定給付費の4割を支給する組合など)までの広い範囲にわたって多様に分布している事実を指摘するにとどめておかねばならない。健保組合相互間におけるこの付加給付の格差は、端的には、付加給付の支給実績額によって示すことができる²⁾。いま、被保険者1人当

りの年間付加給付費支給額(65年度分)をみると、最高26,204円から最低11円までの範囲にわたって分布しており、そこにはきわめて大きな格差が存在している。このことは、付加給付費階級別に組合数を集計した表2からも明瞭に読みとりうる場所である。なお、付加給付のおもな種類は表1に掲示したような内容のものであるが、全体的にみれば、件数ならびに金額のいずれの面においても、圧倒的な比重を占めているのは家族療養付加金である(金額でいえば、付加給付費総額の85%を占めている)。

現在、法定給付としての家族療養費は実際に要した診療費用の半額(5割)しか支給されておらず、残りの半額は本人が負担しなければならない。この半額負担がしばしば労働者の家計に対する重圧となっていることは周知の事実である。換言すれば、現在の法定給付の不十分さは、なによりもこの点にもっとも集中的にあらわれており、だからこそ健保組合の付加給付もここに最大の重点がおかれているわけである。家族療養付加金とは比すべくもないが、これについて大きな地位を占めている付加給付は傷病手当に関するものである(付加給付費総額の9%を占めている)。法的給付としての傷病手当金は、ふつう標準報酬額の60%が6ヵ月間支給されるにすぎない。したがって、この点でも法定給付はきわめて不十分で、これを補足するものとしての付加給付が大きな比重を占めているわけである。

これを要するに、付加給付の実態からみて、まず第1に、現在の法定給付の不十分さはとくに家族療養費および傷病手当金に関して集中的にあらわれているということが出来る。第2に、政府管

表2 被保険者1人当り年間付加給付費階級別にみた健保組合数(1965年度)

被保険者1人当り付加給付費	組合数	百分比(%)
5,000円以上	191	14.6
3,000円～4,999円	268	20.5
2,000円～2,999円	204	15.6
1,000円～1,999円	239	18.3
500円～999円	143	11.0
499円以下	261	20.0
付加給付を支給した組合総数	1,306*	100.0

注 なお、この被保険者1人当り年間付加給付費の全組合平均額は2,593円である。

* この組合数は表1の組合数よりも25組合多くになっているが、これは調査方法の相違のために生じたものと思われる。

資料 健保連、前掲『健康保険組合事業年報』昭和40年度版、第8表より集計。

2) もっとも、この支給実績額は、健保組合相互間における付加給付水準の格差を必ずしも正確には反映しない。というのは、各健保組合により支給の条件などにかなりの相違があるからである。たとえば、病気による長期欠勤に対して賃金カットが行われないところでは、全体としての付加給付水準は高くても、傷病手当付加金の支給実績額(したがって付加給付費総額)は少額とならざるをえない。また、なんらかの偶然的事情のために被扶養者の罹病率が高くその診療費が高額となったところでは、全体としての付加給付の水準は低くても、さらには家族療養付加金の内容はかなり劣悪であっても、その支給実績額は高額とならざるをえない。しかし、これらの点を考慮した上で、支給実績額は、付加給付の大体の水準を知るのに最も直接的な資料を与えてくれる。

掌健保に加入している中小企業労働者はこの不十分な法定給付に甘んずることを強要されているのに対して、健保組合に加入している大企業労働者の多くは、その不十分さを、大なり小なり付加給付によって補われているということができる。そして、この補完の度合いは、組合ごとにより大きく異っている。

III 健保組合の労務管理的性格

すでに言及したように、健保組合が労務管理策の一翼を担いうる直接的な要因は格差の存在そのものであるが、これは一般に企業内福利厚生施設の労務管理的性格をその前提としている。したがって、格差が存在するということは、健保組合の労務管理的性格を明らかにするための、必要な条件ではあっても十分な条件とはいえない。すなわち、この場合、決定的に重要なことは、かかる格差をもたらしている最大の要因がもたら企業側の側にあるということである。このことは二重の意味をもっている。第1に、これは今日では一部の労働者（とくに高率の保険料を労資折半で負担している労働者）にとっては一種の幻想にしかすぎないが、それなりの根拠を有する幻想である。健保組合は、法律上は企業とは別個の独立した公法人であるとしても、あくまでも企業の枠のなかでの組織であるかぎり、それは労働者の眼には企業と重複したものとして映ぜざるをえず、したがって、健保組合が提供する好条件＝格差は、あたかも企業によって提供されたものであるかのごとく映ぜざるをえないからである。かかる二重写しをさらに促進するのは、健保組合によって提供された好条件が正真正銘企業によって提供された慈恵的好条件（とくに慈恵的＝労務管理的な性格の濃厚な企業内福利厚生施設）とミックスして与えられてきたという伝統的背景である。かかる状況のもとにおいては、労働者が感知しうるのは、××会社の従業員であるがゆえに、これこれしかじかの恩恵に浴することができるのだということだけであって、それがどこから出たものであるかは、ほとんど問題にならないことである。その結果、労働者にとっては、健保組合は、企業と同じ程度に、自己に

対立＝君臨し、同時に「上から」の慈恵を与えてくれる主体として認識されることとなる。このことは、逆の面からいえば、企業が、健保組合と同じ程度に、共同体的なものとして受けとられているということをも意味している。要するに、健保組合が、資本によって労務管理策としての企業内福利厚生施設の一環として位置づけされ利用されてきたという伝統的背景こそが、前記の幻想を生ぜしめた基本的要因である。

第2に、付加給付や保健施設などに典型的にみられる格差の要因がもたら企業側の側にあるということは、今日でも、大多数の大企業労働者にとっては単なる幻想ではなく、十分な理由のあることである。というのは、多くの場合その財政的基盤は資本の好意的負担に依存しているからである。たしかに、全健保組合平均でみれば、この10年間ほどのあいだに、保険料の労資負担割合はかなり変化してきている。すなわち、労働者の負担割合（百分比）は、57年3月まではほぼ36%前後に固定していたのに、その後年々増大の一途をたどり、66年3月末現在では既述のごとく41%に達している。この点とはともかくとして、ここではむしろ、今日でもなお労働者の保険料負担割合にかなりの格差が存在しているということが重要である。この格差の実態については前節において検討したところであるが、このことは、要するに、健保組合を平均的にみても、また大多数の場合それぞれの健保組合についてみても、保険料負担の面で資本の慈恵＝好意が貫かれていることを物語っている。この格差を資本の好意＝慈恵というのは、それがなんらかの社会的規制にもとづいて決定されたものではなく、換言すれば、労資対等の基礎上で労資交渉の結果として取り決められたものではないからである。そして、この格差がもともと資本の好意＝慈恵にもとづいて生じたものであるからこそ、一定の条件のもとにおいては、比較的容易にその切り下げ（負担割合の増大）が行われえたわけである。というよりも、逆に、既述のごとく、57年3月以降の9年間に36%から41%へと著しい負担割合の増大が比較的容易に行われてきたという事実のなかに、むしろそれが本

質的に資本の慈恵にほかならなかったという証拠を見出すことができる。いずれにせよ、労働者の保険料負担の面における格差が資本の慈恵に由来することは明らかである。とすれば、これをその財源（の一部）とする付加給付や保健施設が濃厚に慈恵性をまとい、上からの贈りものとして与えられることは誠に必然的なことであるといわねばならない。要するに、以上のような論理にもとづいて、健保組合にみられる格差は労務管理的性格を有することが可能である。

IV 労働組合と社会保障・企業内福利施設

前2節において明らかにした事実から、われわれは以下のように結論づけることができるであろう。第1に、現在の健康保険法の不十分さのためにもっとも直接的な苦しみを受けているのは政府管掌健保に加入している中小企業労働者ならびにその家族である。保険料負担の問題を別としても、かれらは、きわめて不十分な法的給付のみしか支給されていない。ところが、この中小企業労働者は組織率も低く、たとえ労働組合に組織されていても、その社会的発言力は弱く、わが国労働組合運動において占める地位も大きいとはいえない。これに反して、健保組合に加入している大多数の労働者（とくに大企業労働者）は、付加給付という形で法定給付の不十分さを補ってもらい、相対的にかなり高度の医療保障の恩恵を受けている。つまり、現にわが国の労働運動において主力部隊を形成している大企業労働者にとっては、健康保険法＝法定給付の不十分さは、その生活に直接かわりをもつ切実な問題ではありえないのである。もちろん、大企業労働者にとっても、法定給付の改善は一応歓迎すべきことである。なぜならば、たとえその改善された法定給付の水準が従来の法定給付プラス付加給付の水準とひとしいものであるとしても、それは労働者の権利として定着した社会的制度となるからである。さらには、これを基礎として付加給付の積み上げが期待されるからである。しかし、同時に、大企業労働者にとっては、健康保険法＝法定給付の改善は必ずしも切実な要求とはなりえない。もはや指摘する

までもなく、かれらは、法定給付の不十分な点はすでに付加給付によって補われているため、現在の給付水準の苛酷さを実際には体験していないからである。全く同じような意味において、健康保険法の改悪がはかられたときにも、よほどの大改悪でないかぎり、大企業労働者はこの企てに対して本気でこれを阻止しようとはしないのである。改悪されたら改悪されたで、その分だけまた付加給付で補ってもらえばよいではないかという意識が必然的に生れざるをえないからである。

以上のことは、健保組合に加入している大企業労働者と政府管掌健保に加入している中小企業労働者とのあいだ、ならびに大企業労働者相互のあいだに、ことばの真の意味での利害の共通性が切斷されているということでもある。したがって、わが国の労働組合運動のなかにおいて医療保険（一般的には社会保障）の問題が正しく定置せしめられることはきわめて困難である。かかる状況のもとでは社会保障の基本的な前進が望みえないことは明らかである。というのは、社会保障は単なる社会的勢力関係の産物ではないとしても、まさにこの制度を生活と生命の防波堤とせざるをえない労働者階級の側における起動力なしには、その発展充実はありえないからである。まして、医療保険のように、利害関係が複雑に対立しからみあっている分野においては、この問題に関する労働者の団結と統一が弱いということは、かれらに対してそのしわ寄せが集中的に行われることを意味し、このことは不可避免的に医療保険制度そのものの後退をもたらさざるをえない。

以上述べたことは、わが国の大企業労働者が、医療保障の問題を「横のつながり」においてではなく、まず「縦のつながり」において捉えざるをえない立場におかれている、というように表現し直してもよい。すなわち、かれらは、これらの問題を、社会的な問題としてよりも、まず第一義的には企業の枠の中での問題として考えざるをえない環境におかれているのである。これは、単に医療保障の問題についていえるだけではなく、ひろく生活問題ないしは生活保障問題のすべてを通じて基本的にいいうところである。そして、実

は、生活問題=生活保障問題一般に関する意識(態度)の具体的一表現が、医療保障問題に関する前述のごとき労働者の意識にほかならず、この場合、健保組合の労務管理的性格がその槓桿として機能するのである。

そもそも、社会保険や社会保障制度のもつ本質的な一側面は、労働者や国民の生活上の諸問題を、横のつながりにおいて、つまり公的社会的な制度として対処しようとする点に求められる。この意味において、社会保険や社会保障の発展は、資本主義社会における基本的な生活原理の一つである「自助の原則」の修正過程であるということができる。ところで、一般的にいっても、ある原則が修正されるということは、その原則が予めある程度確立されていることを前提としている。換言すれば、その原則が最初から歪曲されている場合には、その修正という問題が生ずる余地はほとんどない。伝統的制度としての企業内福利厚生施設は、賃金の不足分(の一部)を主として現物給付でカバーするという機能をはたしたが、同時に労働者の生活問題のあり方に関して多くの歪曲をもたらした。第1に、近代的労資関係の本質が労働力の売買関係であることを隠蔽し、近代的な範疇としての賃金(概念)の形成をさまたげた。第2に、労働者が労働力の代価としての賃金を自由に消費することによって生活を営むのが、資本主義社会の一原理であるが、賃金(の不足分)の一部が現物給付(企業内福利厚生施設)で支給されたという意味で、それは労働者の消費(生活)の自由に対する侵害を意味していた。「自助の原則」が確立されるためには「生活の自由」がまず確立されねばならないが、この点わが国(とくに戦前)においてはきわめて不十分であったということが出来る。

ところで、この「自助の原則」の最も原初的な形態は、文字どおり各個人が自己の生活に関して全責任を負わねばならないという状態であるが、やがてその「社会化」が行われるにいたる。労働者階級の自助的共済活動がこれである。そこでは、「自助の原則」そのものは、いささかも修正されたわけではないが、それが社会的拡がりにおいて確保されたということは、歴史的に重要な意義を

もっている。というのは、それは、社会保険出現の母体とでも称すべき歴史的役割りを果たしたからである。社会保険の出現は、労働者の生活問題に対する資本家の費用負担ならびに国家の介入を内包しているという点において、「自助の原則」の修正を意味しており、さらには、より広範な社会的拡がりにおいて労働者の生活問題が対処されるにいたったという点において、生活保障方式の前進的発展を意味している。要するに、「生活の自由」や「自助の原則」の確立は、労働者の生活問題が社会的制度において対処されるための基盤をなすものである。労務管理政策としての企業内福利厚生施設は、かかる基盤の形成をさまたげる役割を果たしたという意味において、自助的共済活動や社会保険の発展と抵触するものであった。

そうだとすれば、社会保障の発展を目指す労働者階級にとって、企業内福利厚生施設からその労務管理的性格を払拭し、とくにこれと保命保険との結びつきを切断することが重要な課題であることは明らかである。ところで、そのための条件ははたして存在しているのであろうか。

企業内福利厚生施設の範囲ならびに種類は、今日ではきわめて多岐にわたりヴァリエティに富んでいるが、これは、労働条件的なものとそれ以外のものとに大別することができ、後者はさらに生活条件的なものと人間関係的なものとに分けることができる。とはいえ、この区分は必ずしも明確なものではない。というのは、産業や企業(職場)がおかれている条件によって、同じ種類の施設でも、ある場合には生活条件的なものとみなしうることに対して、他の場合には労働条件的なものとみなすことができるからである。たとえば、年少労働力確保のために設立された寮・寄宿舎や交替制労働者のための社宅などは、生活条件的なものというよりも、むしろ労働条件的なもの、ないし生産施設の一種としての性格が濃厚である。

ところで、労働条件的なものとみなされうる企業内福利施設は、賃金や労働時間などと同じように、労働組合によって団体交渉の対象として取り上げられる可能性がますます増大するものと思われる。しかも、前述のごとき境界線の不明確さは、

労働組合の対応策如何によってはこの団交の対象となる分野がかなり広範に拡大されうることを意味している。団体交渉の対象として引きずりおろされた企業内福利厚生施設が、強力な労務管理的機能を発揮しえないことはいうまでもない。とくに、その獲得や水準引き上げのための運動が、産業別（または地域別）統一行動のもとに推進されるならば、企業内福利厚生施設の労務管理的性格はかなり稀薄にならざるをえないであろう。さらに、労働組合がこれらの施設の共同運営（労資共同運営）に参加するようになるならば、その労務管理的性格は一層稀薄化するはずである。そして、労働組合がこの共同運営に参加するための基盤は、今後ますます拡大されてゆくものと考えられる。というのは、戦前においては企業内福利厚生施設の財源がほとんど資本の単独負担によってまかなわれたのに対して、今日ではそのかなりの部分が社会的負担（厚生年金保険積立金の還元融資その他の公的資金の低利融資など）に依存するようになっていくからである。

企業内福利厚生施設のなかでも、生活条件的なもの、および人間関係的なものは、本来の意味における「福利厚生施設」ということができる。これらの分野における企業内福利厚生施設に対する労働組合の対応策は、いわゆる労働者福祉運動に求められるであろう。すでに検討したように、労務管理策としての企業内福利厚生施設は、労働者の自助的共済活動の発展をさまたげたのであるが、このことは同時に、自助的共済活動が欠如していたからこそ企業内福利厚生施設の労務管理的機能の発揮が可能であったということの意味している。このような観点から、労働者福祉運動の今後の動向は注目に値する意義をもっている。労働金庫や消費生活協同組合などの運動は従来から存在していたが、労働組合界において労働者福祉運動が意識的に取り上げられるようになったのはここ数年来のことである。したがって、火災共済や生命共済などの労働者共済制度を中心に、労働金庫や生協運動などを含めたこの労働者福祉運動が、将来いかなる役割を果たすのかについては、今ここで予測することは困難である。しかし、もし、この

運動が大きな発展をとげて、これまでもっぱら企業内福利厚生施設の専管領域とされていた分野に侵入することができるならば、ましてその分野において企業内福利厚生施設に代ってその中核となることができるならば、その労務管理的性格は著しく弱化せざるをえないであろう。そして、労働者は、自己の生活問題を、縦のつながりにおいてではなく、横のつながりにおいて考えるようになるであろう。

V 健保組合の将来

このようにみえてくるならば、こんにち企業内福利厚生施設と呼ばれているものは、労働条件的なものもそうでないものも、その労務管理的性格を次第に喪失してゆく可能性をもっている。そして、この可能性を現実性に転化する労働者階級の対応策は、いまのところきわめて不十分なものにすぎないが、ようやくその方向を見定めて第一歩をふみ出したものということができる。ところで、企業内福利厚生施設一般にあらわれたかかる胎動は、健保組合にとっても重大な課題を提起せざるをえない。というのは、健保組合の労務管理的性格ないしは両者の結合は、まさにこの企業内福利厚生施設一般のもつ労務管理的性格を基盤としているからである。したがって、端的に言えば、企業内福利厚生施設一般における労務管理的性格の稀薄化が必然的であり、その結果、健保組合における労務管理的機能の低下も不可避的であるとするならば、健保組合にとって最も必要なことは、いまここで新しい方向を見出すことであるということができる。もっとも、理論の上では逆のこともいえる。すなわち、企業内福利厚生施設一般の労務管理的性格が稀薄化する危険性があるからこそ、その最後の牙城として健保組合の労務管理的機能の維持強化をはかることが必要である、という考え方も理論としては確かに成り立ちうるであろう。

しかし、現実の客観的諸条件は、必ずしもかかる理論＝願望にとって有利には展開していない。すなわち、ここ数年来の保険医療費激増の過程で、健保組合における労務管理的機能の基盤はかなり

大きな影響を受けている。これまでの分析（とくにⅡおよびⅢ）においては、健保組合と政府管掌健保とのあいだの格差がきわめて大きなものであることを強調してきた。このことは正しい。しかし、ここ数年来の動向を分析すれば、この格差の経済的基礎がゆらぎはじめているのを知ることができる。

労働者の保険料負担割合は、Ⅲで言及したように、57年3月以降の9年間に36%から41%へと激増している。これを保険料率で示せば、資本金側の料率はこの間に0.72%だけ減少しているのに対し、労働者側の料率は4.92%も増大している。これは全健保組合平均の数字であるから、以上の事実は、個々の健保組合において、資本金負担の料率が絶対的に低下しながら労働者側の料率のみが増大したということを、必ずしも意味するものではない。恐らく、かかるケースはほとんどないであろう。しかし、前記の数字は、この9年間における保険料（率）の引き上げに際して、その大部分が労働者側の負担増によってまかなわれたものであることを物語っている。全組合平均でみた労働者の負担割合増大のもう一つの要因は、最近設立された健保組合（とくに総合組合）において、労資折半主義が強く打ち出されたという事情である。現行法では労働者の保険料率は最高35%までしか認められていないので、保険料率が70%以下の組合でしか労資折半の実施は不能であるが、この法的規制が改正＝撤廃されるならば、これを採用する組合はかなり増加するものと思われる。要するに、数年来における保険医療費の激増は健保組合に財政的重圧を加え、その結果、保険料（率）は次第に増大してきたが、その大部分は労働者の負担によってまかなわれてきた。かかる傾向は、基本的には今後も続くものと考えられる。したがって、健保組合を労務管理の一環として利用することのできた有力な基盤が、この面において崩れてゆくものと思われる。

他方、健保組合の労務管理的性格の最大の直接的要因とでもいうべき付加給付についても、ほぼ同じような傾向が見受けられる。医療費激増の過程で付加給付が多くの健保組合に対して財政的

重圧を加えていることは周知の事実であるが、組合によっては付加給付の縮小・廃止などの措置がとられている。実際、過去数年間における付加給付費の法的給付費に対する比率の推移をみると、はっきりと低下している傾向がみられる。すなわち、この比率は、62年度では14.5%であったが、その後14.1%、13.5%と低下し65年度には13.1%となっている。このことは、すべての健保組合において同じ割合で付加給付の比重が低下しているというよりも、むしろ健保組合間における格差が増大していることを意味している。つまり、医療費の異常な激増という事態を背景として、極言すれば、健保組合は両極分化の傾向を示している。もちろん、これは、目下のところきわめて潜在的な傾向にしかすぎない。しかし、これが顕在化する可能性は十分にある。というのは、第1に、保険医療費の増大傾向は今後も継続し、ますます大きな財政的圧迫を加えるものと思われるからである。第2に、例の「健保特例法」による外来時薬剤費一部負担制の実施は、これに対する付加給付の支給問題を生ぜしめたが、これを支給する組合と支給しない組合とのあいだには、それだけ格差が拡大されることになるからである。

付加給付について述べたことは、保健施設に関する問題などについても、ほとんどそのまま当てはまる。というよりも、保健施設の場合には、より端的な形であらわれている。たとえば、61年度から65年度にいたる保健施設費（営繕費を含む）の推移をみると、絶対額こそ141億円から166億円へと増加しているが、被保険者1人当りの年間支出額では2,593円から2,273円へとかなり減少している。とくに、総支出額に対する保健施設費の比率にいたっては、61年度の14.3%から年々低下の一途をたどって65年度には僅かに8.4%にしかすぎなくなっている。

以上検討してきたように、健保組合の労務管理的性格を支えている基盤は、いろいろの面において次第に崩れようとしている。しかも、これは、医療保険の「抜本的改正問題」の本格化とともに、労働者階級のこの問題に対する関心が高揚するにつれて、促進されるものと思われる。というのは、

これらの問題に対する労働組合の無関心と無策こそが、健保組合に労務管理的機能の発揮を可能ならしめた最大の社会的条件であったからである。しかしながら、労務管理的基盤の不安定化ということは、すべての健保組合について当てはまるわけではない。個々の組合（とくに大企業における健保組合）の場合には、その労務管理的性格の基盤は微動だにしないかも知れない。というよりも、たとえば健保組合の両極分化は、組合間における格差の増大という意味で、一部の組合にとってはその労務管理的性格を強化する作用を及ぼすはずである。それにもかかわらず、全体としてみれば、つまり制度としての健保組合という観点からいえば、前述の結論は妥当性をもちうるであろう。と

ところで、制度としての健保組合が主張しうる存立の根拠は、それが医療に関して労働者＝国民の生活をより適切に保護しようということにあるはずである。とすれば、健保組合の両極分化は、この存立理由の否定につながざるをえない。したがって、制度としての健保組合の維持発展をはかるためには、必要とあらば、その労務管理的機能をあえて切りすてる方向が目指されねばならない。健保組合の共同事業推進に関する最近の諸提案が、単なる存命策ではなく、かかる方向での問題提起であるならば、それはわが国健保組合史に新しいページを書き加えることとなるであろう。しかしながら、いまのところ、かかる可能性はかなり薄いように思われる。