

③第三者評価機関

わが国の現状では、医療機関の評価専門の民間組織は日本医療機能評価機構しかないので、日本医療機能評価機構を前提として論ずる。モニタリングの特徴は、1) モニタリングコストは評価される医療機関が負担する、2) サーベイヤーが医療機関を訪問して行う、3) 評価の対象は「構造」的側面が中心となる、といった点である。医療機関への牽制は二つの経路がある。ひとつは、「何を評価の基準としているか」ということを評価される医療機関に知らしめることにより、「何を改善しなくてはならないのか」ということを明確にする、いわば教育効果である。その意味で、評価機関が評価基準として何を採用するのかということが重要な作業である。もうひとつの経路は、評価した結果の公開を通じて、患者の医療機関選択に影響を与えるというものである。モニタリング上の課題としては、患者のニーズや諸外国の第三者医療評価機関の評価対象を考慮すると「過程」や「結果」に評価対象を漸次拡大することが求められること、またガバナンス上の課題としては、評価対象となる医療機関の数を増やすことである。

ここで第三者評価機関の特性についてもう少し考えてみよう。一般化すれば、第三者的な立場で特定の組織を評価する民間機関としては、1) ジャーナリズム、社債格付け機関に代表される、評価する側が評価の対象を決定し、費用も負担するタイプと、2) 医療機能評価機関、ISO 認定機関などに代表される、評価される側の意思で評価を受け、費用も評価される側が負担するタイプとがある。前者が望ましいのは、既に情報開示が進んでいる分野、評価対象者の数が比較的少ない分野、評価基準が単純な分野などである。これらの分野は評価コストが少ないためである。一般に医療分野は、情報の開示は進んでおらず、医療機関数は多く、質の評価は非常に難しいため医療ジャーナリズムには一定の限界があり、評価される側の調査協力と費用負担が必要な調査フレームが必要となる。このような評価方式の課題は、評価事業の立ち上がり局面で評価される医療機関の数をいかに増やすかということである。医療評価機構による評価が行われた医療機関数の累積が多ければ多いほど新たに評価を受けようという医療機関の誘因は高まるという、ある種の「ネットワーク外部性」が認められるため、評価事業の立ち上げ局面では、十分な数の医療機関を評価できないことになりかねない。そこでは何らかの政策的なてこ入れの必要があると考えられる。

④保険者

保険者のモニタリングの対象となる情報はレセプト情報である。このモニタリングの最大の特徴は、レセプトが請求書であるという性格上、その記載内容は病名と医療行為や使用薬剤の羅列で、主病名の記載もなく、医療行為の時間的経緯を追うこともできないため、医療の質を評価することは困難で、主として費用に関する評価にならざるをえないことである。しかし、大量の情報が集まるため、費用的側面に限定されるものの、医療機関相互での比較が可能である。保険者によるガバナンスは審査を通じて過剰医療を抑制するという点で、医療のコストパフォーマンスの向上に貢献する可能性である。しかし、より有効な牽制手段がないか模索、検討されている。

3. 求められるガバナンス構造の変化

(1) 重要さを増す医療の質の評価

以上のことから、これまでの医療システムに対する社会的なガバナンスの特徴は以下のようによまとめることができる。

①医師を患者の有効な利益の代理人ととらえているため、②行政は、医療の「構造」を規制、監督することで医療の質の担保が図られるというスタンスをとり、③医療の質に関する情報は患者をはじめとしたステークホルダーズへ十分に提供されていない。しかし、医療をとりまく環境変化は新たなガバナンスの構造を求めている。その基本的な流れは「医療の質の評価」を軸としたガバナンス構造の再構築だと考えられる。なぜ医療の質の評価の重要性が高まっているのか、その理由は以下の通りである。

①安全性の重視

医療の高度化や患者の権利意識の向上は医療の安全性に対する社会的要請を高めている。さらに、医療費の適正化政策には医療を安かろう悪かろうという方向に導く潜在的なリスクがあることも否定できないことも、安全性という医療の原点が改めて見直されている理由の一つである。安全性の視点から医療内容や医療機関を評価することが必要となる。

②患者の自己決定

医療機関選択および医療選択において患者の自己決定の比重を高めるべきだという意見がますます高まっていくと思われる。現行の制度では、(a)医療機関選択においてはアクセスの自由度は高いものの、その医療機関が提供する医療の質に関する情報へのアクセスは制約されている、(b)医療機関選択の自由度の高さに比較して患者による医療の自己決定の程度は低いといわざるを得なく、これを改善するためには患者に対する医療内容の開示およびその評価を支援する仕組みの構築が重要となる。

③医療資源の効率的活用

高齢化に伴う医療需要の増加により医療の効率化が求められるが、それは単に医療費の増加を抑制するというものではなく、医療の費用対効果を向上させるものでなくてはならない。そのためには医療の質の評価とコントロールの重要性が高まることを意味する。

(2) ステークホルダーズの医療評価の現状

表2は医療の質（構造、過程、結果）とコストに対して各ステークホルダーズがどのように評価しているのか、現状を整理したものである。

表2 ステークホルダーズの医療評価の現状

	医療の質			費用
	構造	過程	結果	
患者	ある程度評価可能	情報不足、評価能力不足により評価がきわめて困難	情報不足により評価困難	自己負担および保険者からの通知等である程度評価可能
保険者	—	情報不足、評価力不足により評価困難	—	コストの多寡は把握可能 適正性の評価は困難
行政	規制の対象となるため評価可能	問題が発生した場合の事後的な調査により一定範囲で把握	—	医療保険の制度枠組みの中でトータルとしての医療費に関心
第三者評価機関 (日本医療機能評価機構)	評価対象	評価の対象外	評価の対象外	—

(3) 求められるガバナンス構造の変化

医療の質を評価し管理するという視点からみると、現行のガバナンスの枠組みは今後の社会的要請と乖離する可能性がある。医療の質の管理に着目した今後の医療システムのガバナンスのあり方は、次の3つの方向を重視して組み立てられるべきである。そのためにはステークホルダーズの医療評価をあり方を表3のようにシフトさせていくことが考えられる。

①規制体系の再構築

行政による規制の重点は、以下の二つの方向に重点が置かれるべきである。

- (a) 安全性の重視：医療にさまざまな規制を課す最大の根拠は、医療を適切に評価することのできない患者に代わって安全性を確保することだといえる。医師－患者間の情報の非対称性を考えれば、患者の医療機関選択を通じて危険性を回避することには限界があり、事故防止を目的とした社会的規制には十分な合理性が認められる。医療の質を担保するための公的規制は、医療機関の構造に基準を課す事により間接的に規制するという形態をとっているが、安全性の確保のために、(ア)構造に対する規制においてより厳しい安全性基準を適用すること、(イ)「過程」の一部においても安全上重要だと思われる領域においては規制の対象を拡大する、という方向に軸足を動かすべきであろう。

- (b) 情報開示の促進：患者の医療機関選択を通じて医療の質を高めるためには、安全性を含めた医療の質を患者に対して開示を促進するさまざまな方法が講ぜられるべきである。

診療情報の開示という直接的な情報開示促進策としては、現在進んでいるカルテ開示の推進やインフォームドコンセントに対する診療報酬上の適正評価などが考えられる。また、患者の医療評価能力不足を補う社会的なシステム作りを支援することも重要である。具体的には、(ア)セカンドオピニオン制度を充実させるための診療報酬上の措置や雰囲気作り、(イ)第三者医療評価機関による評価を医療機関が受けようとするインセンティブの付与、たとえば、医療機関に対する公的融資や民間融資の公的債務保証の条件と評価機関の評価を関連付けることなどが考えられる。

②保険者における医療評価

患者は医療需要者としての側面と保険料負担者としての側面を持つが、この二つの立場から生ずると矛盾を調整するための存在として保険者の役割期待は大きい。しかし保険者による医療費の適正化が合理性をもつのは医療の費用対効果を向上させる場合である。そのためには保険者が医療の質に関してある程度、把握し、評価することができなくてはならない。現行制度下では、保険者は個々の医療や医療機関医ごとの医療費を把握することは可能であるが、医療の質に関する適切な情報を収集することおよびその評価をおこなう上での十分な制度枠組みを有していない。保険者に医療費適正化の役割を期待することは、医療の質を適切に評価する能力を保険者が持つことを期待することでもある。

今後、保険者のとるべき方向のひとつは、詳細な医療費分析である。大規模データを時系列的に分析することにより医療費の水準やばらつきに関する詳細な分析を行える環境整備である。これには IT 技術の活用が有益だと考えられる。それに加えて、医療の質の評価枠組みをつくる必要がある。そのためには、レセプトの記入内容の改善など医療の質に関する情報を把握できる環境整備とともに、国内外の学会などが行う診療ガイドライン作成などの医療の標準化の成果を適宜参考としていくべきであろう。医療の質の評価という視点が欠落した保険者機能の強化は、医療を安かろう悪かろうへと導きかねない。それを回避するためには保険者自らが医療の質を評価できる能力を獲得して、質の低下を防ぐ努力をすることに加え、保険者に対して患者団体や医療団体から医療の質を巡る牽制が加えられることも必要である。

③新たなステークホルダーズの重要性

医療システムに対する今後のガバナンスを考える上で、新たに重要な役割が期待されているステークホルダーズとして、患者団体、学会、医療団体が考えられる。これまで患者団体は例外はあるもののその多くは特定の難病患者の団体であり、一般の患者にとって必ずしも有益な存在だとはいえなかった。しかし、個々の患者が受療の過程で得た医療内容や医療機関に関する情報を多くの患者が共有化することは、仮に患者による医療評価が不完全なものであったとしても、患者の医療選択や医師選択に有益なはたらきをすると考えられる。また、協力的な医療関係者を巻き込むことにより、患者教育の効果も期待できる。このような広範で、緩やかな、情報に重きをおいたネットワークの形成を促進する要因としてインターネットの普及がある。患者ネットワークの形成は、医師対患者の関係に新たな緊張関係を生じさせることにつながり、医療の質の向上につながると考えられる。

医療の質を確保する上では標準となる診療ガイドラインの作成が重要な意味をもつことになる。このガイドライン作成は十分な臨床実績を必要とすることやガイドラインの普及の可能性を考慮すれば学会が中心となって行うべきである。診療ガイドラインの作成が進んでいるアメリカにおいても、多様な主体がガイドラインを作成しているがそのベースのほとんどは関連学会によって作られたものである。客観性をもった診療ガイドラインを学会がどれほど広範に作成できるかということは、患者や保険者が医療の質を評価する上で重要な要素となる。また、医療団体（医師団体、病院団体）はこれまでは一般には利益団体としてとらえられているが、会員内部の情報伝達機能や卒後教育機能など医療システムの効率化のために貢献している側面があることも否定できない。医療関係者がプロフェッショナル・フリーダムを唱える以上、厳格なピアレビューによって医療の質の低下の阻止や医療費の無駄を抑制することの重要性は高まると思われる。

表3 ステークホルダーズの医療評価の変化

	医療の質			費用
	構造	過程	結果	
患者	広告、第三者評価機関の情報を有益に活用	診療情報開示制度、セカンドオピニオンの充実、市民団体(患者団体)のネットワークなどにより情報の評価能力が向上	第三者評価機関の評価対象とすることにより情報の入手が容易になる	保険者からの通知の徹底
保険者		レセプト記載内容の充実により評価が可能。診療ガイドライン等を評価に利用。	第三者評価機関の評価などを参考可能	費用分析の科学化
行政	安全性の視点から構造の規制を強化	安全性の視点からの介入強化		
第三者評価機関		評価の対象とする	評価の対象とする	
学会・医療団体		学会等を中心とした診療ガイドラインの作成 医療団体を中心としたピアレビュー		

(2) 関連法制度の変遷、現行規制に関する調査

第3章 加藤委員研究発表「強制加入について」

1. はじめに

経済成長の鈍化、高齢社会の成熟化を背景に、行財政改革というスローガンのもと、社会保障制度もまた、それを構成する各分野において構造改革という嵐に見舞われている。将来に対する明確なビジョンもないまま、ともすれば危機意識にのみ訴えることを通じて、歴史的な岐路をのりきろうとする状況がかいま見える。活発な議論の展開それ自体を否定するものではないが、やや躁状態ともいふべき極端な議論が先行しているとの印象をぬぐい去ることができない。

本稿では、きわめて基本的な問題であるにもかかわらず、これまで本格的な検討がなされていないと思われる強制加入の問題を取り上げたい。社会保険の特徴のひとつは加入を強制することである。ひとはなぜその意思に関わりなく、社会保険への加入を強制されるのか。強制が認められる根拠は何か。これが本稿における問題関心の出発点である。

年金部門では、基礎年金部分の財源を租税に求め、厚生年金部分を民営化する案が提示され、医療部門では老人保健制度の見直しに関連してさまざまな改革案が示されている。構造改革のかけ声のもと提示されたさまざまな議論は、これまで所与の前提として議論の俎上に登場しなかった事柄についても再検討を迫っている。本プロジェクトの名前が示すように、保険者機能に着目する視角もその一例である。

保険原理と扶養原理という対立構造のなかで社会保険の性格を議論することはこれまでも試みられてきた。この議論の延長ともいえる介護保険制度の導入に見られた「税」か「保険料」かという議論は、財源調達手段の選択ばかりでなく、社会保険のあり方そのものに関する問題提起といえることができる。これら社会保険のあり方を考えるうえで最も基本的な要素は「強制加入」といえることができる。「保険原理対扶養原理」の問題の根本は強制加入をどのように理解するかにかかっており、「税」か「保険料」かという議論を錯綜させる遠因もこの強制加入性に求められる。

強制加入の問題は社会保険のあり方に関連する以上、比較法的考察も必要な検討対象である。けれども、ここでは1999年10月22日に本プロジェクトで報告した内容以上のものを示すことはできない。社会保険と私保険との共通点と相違点を概観した後、社会保険制度が導入される際に強制加入に関してどのような議論が提起されたのかを検討し、わが国の裁判例で強制加入がどのような場面で争点となっているかを考察する。最後に、強制加入を考える意義について言及する。その意味では、駆け足的に強制加入を考察することの重要性の一端を示すにとどまらざるを得ない。

2. 社会保険と私保険の異同

ここでは、まず社会保険と私保険との異同につき概観しておきたい。社会保険の理論的な特質を明らかにするためである。

保険とは何かについてはこれまでも多くの議論が費やされてきた。しかし、ここでは紙幅の関係から、大数の原則、収支相当の原則および給付反対給付均等の原則を中心に社会保険と私保険との異同について検討する。

大数の法則とは、保険集団を構成する数個人にとっては偶然に発生する危険でも、同じ危険にさらされた集団の規模でみると危険の発生は一定する。すなわち一定の確率が成立することを意味する。

また収支相当の原則は、保険集団の構成員が支払う保険料の総額は、事故に遭遇した場合に支払われる保険金総額に等しいことを示す。つまり、保険を構成する構成員の数を n 、保険料の額を P 、事故に遭遇して保険金を受領する者の数を r 、受領する保険金の額を Z とすれば、 $nP = rZ$ という数式が成立する。

さらに給付反対給付均等の原則とは、収支相当の原則を個人のレベルでみた場合、個々の保険料は受領するかもしれない保険金の期待値に等しいことを意味する。収支相当の原則 $nP = rZ$ の両辺を n で割れば、 $P = r/n \cdot Z$ となる。 r/n は事故発生の確率 (w) を意味するから、 $P = wZ$ として表される。

次に、本稿で扱う社会保険はとりあえず医療保険と年金保険を対象とする。しかし、医療保険といい年金保険といっても、その制度内容は区々に分かれている。健康保険と国民健康保険、国民年金と厚生年金は同じく社会保険さらに医療保険、年金保険という領域に分類されるがその制度構造は大きく異なるといえそうである。このことはある意味では、社会保険制度が歴史的な変遷のなかで、制度構造的に大きな変容を遂げてきたひとつの帰結ともいえる。以下では、それぞれの制度構造の違いを意識しつつ検討を加えてゆきたい。

(1) 社会保険と私保険の共通性

表1は、社会保険と私保険の大まかな異同を示したものである。

誤解を恐れずにいえば、保険の目的および保険事故の設定については、社会保険と私保険の間にそう大きな違いは存在しないといえる。社会保険であろうと私保険であろうと、究極的にはリスクを分散することを目的としている。制度設定の目的について、社会保険の場合には歴史的沿革から社会政策的配慮が働き、加入を強制されるという側面は残されるが、個人的なレベルで見れば、保険事故に遭遇した場合の必要経費を充当するという機能を果たす。また、保険商品の多様性いわば品揃えに違いはみられるものの、保険事故の設定においても、確率の問題として保険が成立するために大数の原則が成立しうる事故を保険事故とする点では、社会保険と私保険は共通するといえる。

〈表1 社会保険と私保険の異同〉

事項	社会保険	私保険
目的	リスク分散	
保険事故の設定	大数の法則	
財政	収支相当の原則	
加入	強制	契約
給付内容 給付反対給付均等の原則	法定 妥当せず	契約 維持
被保険者資格 逆選択	法定 回避	契約 不可避

(2) 収支相当の原則

社会保険もまた経済活動として運営される以上、収支相当の原則が妥当する。社会政策ないし公共政策に基づく制度運営であることを理由に支出超過となり赤字を放置することは許されない。したがって、社会保険においても収支相当の原則は妥当し、維持されなければならない原則である*1。

しかしここで留意すべきことは、収支相当の原則をどのようなタイムスパンでみるかにより、医療保険と年金保険とで大きな違いが存在することである。医療保険は基本的に単年度決算で運営されるから、そのなかで収支相当原則の妥当性を判断することができる。医療保険では、感染症の流行などにより、会計年度の途中で財源確保のため、保険料率を引き上げることが理論的には可能である*2。

これに対して年金制度は、単年度決算のほかに、一定年齢の人々に関する長期的な収支決算という視点を設定することが可能である。言葉を換えれば、保険料の負担がただちに保険給付と結びつかない年金保険の場合、どのようなタイムスパンをとるかにより、収支相当の原則の妥当性は大きく異なってくる。

年金保険における財政方式のひとつである積立方式の場合には、同一の世代について、当該世代を構成する人々の負担した保険料総額と、給付を受けた年金支給総額とで収支相当原則の妥当性を判断することができる。しかし、積立方式がインフレに弱いといわれることと関連して、貨幣価値の変動に関する調整が必要となる。いまひとつの財政方式である賦課方式は、世代間扶養の方式ともいわれる。このことから明らかなように、年金制度の基盤となる世代間構成に応じて保険料は変化すると考えられるから、収支相当原則の妥当性をどのような基準で判断するかが困難である。

特に、年金の給付水準が選挙公約の大きな焦点となってきた我が国では、収支相当の原則を維持するという要請が十分に機能してこなかった。このため、年金制度の財政方式が積立方式から賦課方式へ移行しつつあるといえることができる。すなわち、年金世代が過去に負担してきた保険料総額では年金支給総額を維持できないため、現役世代の保険料収入が年金世代の年金支給に振り向けられるとすれば、それは収支相当の原則が妥当しなかったため、現役世代から年金支給財源の補填を受けていると理解することができる。

収支相当の原則に関連して、さらに留意すべきことは、社会保険において保険料を負担するのは被保険者だけではないということである。被保険者が労働者の場合にはその事業

主も保険料を負担する。また、保険事業の運営や財源の補填として国家が財政負担する場合がある。国庫補助金や国庫負担金である。これら事業主の負担や国庫負担金の存在をどのように理解するかという問題が残されている*3。国民健康保険、特に市町村国保の財源に占める国庫負担金の割合は5割を超えており、このことを理由に市町村国保はもはや社会保険ではないとみることも可能である。

このように、理念的には社会保険においても収支相当の原則は妥当し、維持すべき原則であるとはいえ、現実を直視すれば、この原則の妥当する範囲には一定の限界があることが理解される。

(3) 給付反対給付均等の原則

給付反対給付均等の原則については、多くの論者が社会保険では妥当しないとする*4。保険料の算定方法が定額制であろうと報酬比例制であろうと、保険料の負担総額と保険事故が発生した場合における保険給付の支給総額とのあいだに等価関係は成立しないからである。このことは医療保険、年金保険に共通する。医療保険の場合には保険事故が発生すれば、保険料負担の有無や長短にかかわらず保険給付が行われる。給付額は提供される診療内容により決定される。年金保険の場合、基礎年金であろうと厚生年金であろうと、年金支給総額は年金受給者の生存年数や被扶養者の有無などの属性により決定される。保険料の納付総額に比例するわけではない。報酬比例制を採用している厚生年金においても、年金受給期間の長短により給付反対給付均等の原則は成立しない。このように、社会保険において給付反対給付均等の原則が妥当しないことをもって、社会保険が所得再分配機能を有する根拠と説明されることもある*5。

(4) 加入強制

社会保険と私保険との決定的な違いは、私保険の場合には保険会社と個人との契約に基づき保険関係が成立するのに対して、社会保険は加入を強制されることである。加入を強制するシステムは、社会政策としての労働者保護立法として登場した歴史的沿革から多くの場合、一定範囲の業種や職種、さらには規模に基づいて適用事業所を法定し、当該事業所に雇用される労働者に対して、その意思に関わらず被保険者資格を付与するという形式が採用されている。このシステムは、国民健康保険法や国民年金法では、地域住民であることや一定の年齢に達することで被保険者資格を付与する形式が採用された。

先に、ひとはなぜ社会保険への加入を、その意思に関わらず強制されるのかが、本稿における問題関心の出発点であると述べた。単純かつ素朴な疑問である。自由と平等の遵守を保障する憲法秩序のなかで、なぜ社会保険だけが、人の意思如何に関わりなく、加入を強制しうるのかという疑問である。加入強制は、ある意味では平等を担保するといえるが、自己責任と自己発展の自由を大きく制限するといえるからである。かといって、筆者が、

強制加入の存在を理由に社会保険の存在を否定するものでは決してない。むしろ、社会保険制度を擁護するために、この強制加入の問題を検討したいと考えている。

社会保険と自由との間に存在する緊張関係を解明することこそ、社会保険のあり方を考えるうえでの重要な基礎作業となる。後に言及するように、実質的な機能に着目すれば、保険料は租税類似の負担と観念され、保険給付も国家の行う給付と変わりのないものと捉えられる可能性を有しているからである。憲法学では、社会福祉国家においては不健康である自由は認められないとか、他人に迷惑をかける自由は制限できる、との主張が見られるが*6、以下では社会保険制度の制定経緯と裁判例を検討する。

3. 強制加入に関する議論

ここでは、歴史的経緯と裁判例に依拠して、どのような議論がなされているかを概観したい。

(1) 健康保険法の制定経過

我が国において最初の社会保険として制定された健康保険法の場合、加入を強制することについては、基本的に議論の対象とならなかったといえることができる。

労働保険調査会第1回総会における被保険者の範囲に関する立案理由のなかで、以下のように説明されている。やや長くなるが意識する。「被保険者のなかに強制加入者と任意加入者との区別を設けたのは、第一に実施の難易に鑑み、事業主の扶助義務その他の当該事業における労働者の保護に関する法規の有無を考慮した。強制保険にあらざれば本制度の目的を達成することができないことは外国における経験から疑いがないところであるが、今日任意加入者とされた者であっても、相当経験を積むに従い逐次強制を及ぼす考えである。なお、本案において一定の資格ある者に被保険者資格を継続することを許した場合のほか、任意の個人的加入を認めないこととした。これは虚弱者の加入すると保険の（財政）基礎を薄弱にすることをおそれたからである。相当経験を重ねたあとには、小事業主その他の個人的任意加入を許したいと考えている」。

ここでは逆選択を回避するため任意加入を認めなかったことと同時に、工場法等との関係から加入を強制することが当然の前提とされていることが理解される。

(2) ドイツ・フランスにおける議論

社会保険制度を最初に導入したドイツあるいはその影響を受けたと思われるフランスにおいても、強制加入に関する議論状況は日本と同様、強制加入の適否についてはあまり議論されていない。これは、社会政策の一環として労働者の保護を実現することが優先された結果、強制加入それ自体は政策の争点とはならなかったことを示唆する。むしろドイツでは、社会保険制度の管理運営主体の法的性格、および社会保険が果たして保険といえる

のか否かが争われた。またフランスでは保険者を選択する自由の有無について議論がなされた。

①ドイツにおける議論*7

ビスマルクによる社会保険制度の導入は、労働者の保護を国家目的として実現することを意味した。このような国家目的の実現をどのような組織にゆだねるかがひとつの問題となる。そこでドイツでは、すでに存在した自生的な共済組合のような管理運営組織を公法人と規定した。これにより管理運営組織たる金庫は、国家に対して国家目的を実施する義務を負うとともに、構成員に対する命令権限を有することとなったのである*8。

また、「社会保険は法的な意味においても保険か」という命題につき、長い間議論されてきた。保険料の拠出と給付との対価性の有無をどのように理解するかにより、法的意味では保険ではないとする扶助説と保険であるとする保険説との間に論争が生じた*9。

社会保険がその拠出と給付との間に対価性を求めないとすれば、すべての人が法律上の義務に基づき他人のためにリスクを負うこと自体、保険となりかねない。とすれば、ある団体に所属する者にその団体の他の構成員の損害を避けるための給付を義務づける団体すなわち国家と保険との区別がなくなる、というのである。太田の指摘によれば、第二次世界大戦後は、社会保険の保険性すなわち保険説が一般に認められるようになってきた。しかし、年金保険のように管理運営主体が少数しか存在せず規模が大きくなると、保険料は租税に類似し給付も国家給付の性格を有するに至るとする主張も見られる。

②フランスにおける議論

フランスにおける本格的な社会保険制度の導入は、1928年4月5日法であった*10。ここでは、管理運営組織の設置方法につき1県1金庫主義が採用された。この28年法について、既存の共済組合や財界さらに教会から金庫設立の自由・金庫選択の自由が強力に主張された。そこでは強制加入それ自体については所与の前提とされていたことが注目される。28年法は1930年から施行される予定であったが、反対運動の前に修正を余儀なくされ、金庫設立の自由すなわち金庫選択の自由を認める1930年4月30日法が成立した。こうして、30年法は共済組合、労働組合あるいは使用者団体が管理運営組織としての金庫を設けることを認めた。

しかし第二次世界大戦後、新しい社会保障制度の構築をめざしたラロック (P. Laroque) は、金庫選択の自由が評価に値するほどの実績を示していなかったこと、さらに組織の効率化を理由に、管理運営組織の単一化を標榜した。

ここでドイツとの比較から注目しておくべきことは、フランスでは管理運営組織の法的性格について、公法人とされるのは全国レベルで組織される全国金庫に限定されていることである。地域圏や県単位に設けられる医療保険金庫や家族手当金庫は私法上の法人とされており、ドイツにおいて展開されたような議論はなされなかったといえることができる。

③裁判例における議論

わが国の裁判例において、社会保険の強制加入が正面から争われた事案に、小城町国保強制加入事件がある*11。本件は、皆保険が実施される以前の旧国民健康保険法のもとで、保険料の滞納処分の無効確認を求めて争われた事案である。

被上告人Y小城町は、昭和23年11月1日、小城町国民健康保険条例を制定し、佐賀県知事の認可を受け、町営の国民健康保険事業を開始したところ、右条例には、小城町内に世帯を有する者はすべて強制的に被保険者たらしめ、世帯主は保険料納付の義務を負う旨の規定が存在した。上告人Xは右世帯主として国民健康保険の保険料を納付すべき旨通知を受けたが、これを拒絶していた。そこでYが、Xに対し昭和23年から昭和25年度1・2期分の保険料および延滞利息金等合計7811円につき公売処分をする旨通知した。これを受けXは、右滞納処分は憲法29条に定める財産権不可侵の原則に反するなど主張して提訴した。

1審佐賀地裁は、以下の理由からXの主張を斥けた。すなわち、「強制加入の原則は国保の公共性を高めるとともに、逆選択を防止し危険分散を行わんとする技術的考慮（傍線筆者）に基づくものであり、市町村公営の原則は国保が住民の健康及び福祉に直接関係する制度であることに鑑み地方公共団体の本来的な事務とすべきものであるとの行政的考慮に基づく」。

Xは控訴したが、福岡高裁は控訴を棄却した。さらに最高裁に上告したが、大法廷は以下のように述べ、上告を棄却した。「国民健康保険は、相扶共済の精神に則り、国民の疾病、負傷、分娩又は死亡に関し保険給付をすることを目的とするものであって、その目的とするところは、国民の健康を保持、増進しその生活を安定せしめて以て公共の福祉に資せんとするものであること明白であるから、その保険給付を受ける被保険者は、なるべく保険事故を生ずべき者の全部とすべきことむしろ当然（傍線筆者）であり、また、相扶共済の保険の性質上保険事故により生ずる経済的損害を加入者相互において分担すべきものであることも論を待たない。」

このように最高裁は、強制加入を当然のことと捉えている。ここには、国民健康保険の目的が国民の健康を保持、増進しその生活を安定させることにある以上、公共の福祉という観点から、国民健康保険制度に対する加入の自由は制限されるという態度を読みとることができる。

憲法学において「公共の福祉」は基本的人権の一般的な制約根拠となるものではあるが、それ自体としては基本的人権を制約する正当化事由となるのではない、と解されている。そして、本件のような国民健康保険制度の場合には、形式的平等に伴う弊害を除去し多数の人々の生活水準の向上をはかるという積極的な目的のために、「公共の福祉」原理が用いられている。いわゆる政策的制約原理としての「公共の福祉」である。すなわち、「公共の福祉」原理は、人権相互の利害衝突、この場合には社会保障に関する権利としての社会権と経済的出損を強いられるという財産権の保障あるいは加入の自由とのあいだの衝突を調整する機能を果たしているのである。

ここで重要なことは、このような政策的制約原理としての複数の人権の利害が調整される目的は、実質的公平を担保することに求められることである。「公共の福祉」原理が正当化されるのは実質的公平を実現する場合に限定されていると言い換えることもできる。このことは、やや論理的な飛躍があるかもしれないが、「公共の福祉」原理により強制加入が認められる社会保険にあっては、実質的公平を担保するための要請が立法府、政策立案者および保険者に求められているといえる。具体的にいえば、国民年金や都市部の市町村国保にみられる未加入者の問題は、強制加入の実効性確保という視点から見ればシステムの欠陥とも評価することができる。また、最近かいま見られるようになった「保険料収めなければ給付なし」という主張も、強制加入システムの欠陥に起因する要素が少なくないと思われる。このようなシステムの構築に、わが国はほとんど無関心であったといえる。実質的公平の要請は、ある意味では被保険者性善説に依拠する運営体制の見直しを示唆しているといえよう。

また、技術的な考慮としながらも、強制加入原則は逆選択を防止することを視野に入れたものであることを明言した佐賀地裁の判旨も注目される*¹²。

4. 保険者論に対する視座

ここまで駆け足で強制加入に関する検討を進めてきたが、それはこれらの検討を通して、保険者のあり方に対する視点を明らかにする理論的素材を提供できるのではないかと考えるからである。加入を強制されることによって資格を付与された被保険者に対して、保険者はいかなる役割を果たすべきか、という問題を解明することがひとつの最終目標である。本稿は、いわばそのための出発点に立つための準備作業と位置づけられる。目標は遠く、検討すべき領域は広大である。以下では、保険者機能を検討する素材として、強制加入に関する政策理念と強制加入の実効性について、若干の考察をしてみずびとしたい。

(1) 強制加入に関する政策理念

ここで留意すべきことは、以下の2点である。ひとつは、強制加入の平等を確保するという側面である。いまひとつは、強制加入に関する政策理念の問題である。強制加入2段階論ということもできる。

第一に、これまで検討してきたように、強制加入が正当化される根拠として、政策目的としての生活の安定と技術的要因としての逆選択の防止が指摘されている。そしてそこでは、加入の強制される範囲で、保険事故が発生した場合には保険給付を行うことが当然の前提とされている。保険事故発生の可能性が普遍的であること、事故が発生した場合にはそれに対応する保険給付が平等に支給されることが、個人の自由を制限して加入を強制する根拠となっているのである。これら事故発生の可能性の普遍性、被保険者集団内での平等取扱いが、職域保険のほかに地域保険を導入する拡大の契機となる。

第二の強制加入 2 段階論はこのことと密接に関連する。歴史的経緯からいえば、社会保険は、社会政策すなわち労働者政策からすべての国民を対象とする社会保障政策へ移行してきた。このことは、社会保険から社会保障へという定式にも合致する。大局的な歴史区分でいえば、それは国民健康保険制度および国民年金制度の成立を画期とする。そして、これをもって、生存権規定の登場が、国民皆年金皆保険への流れを決定づけたと評価することも可能である。

しかし、ここで留意すべきは、同じく社会保険であっても健康保険と国民健康保険、あるいは厚生年金保険と国民年金とでは、強制加入の政策理念が異なるといえるのかということである。この問題について、筆者自身、結論を得ているわけではない。少なくとも、肯定・否定につき、それぞれ次のようなことがいえる。

まず、政策理念が異なるという立論である。法理念としての生存権の承認、それに基づく皆年金皆保険体制の実現は、多様な保険料の拠出能力を有する人々に対する社会保険への加入を強制する。法理念たる生存権が、国民に対する国家の生活保障義務を課すものであるとするならば、生存権規定に基づく社会保険ひいては強制加入の位置づけは、無資力者もまた強制的に被保険者たらしめることを意味する。このことは究極的には、保険料の負担義務を形骸化する可能性をもっている。

次に、政策理念に変化はないということもできる。2 点指摘する。ひとつは、社会保険の普遍性である。疾病にせよ老齢にせよ、保険事故の発生は労働者に特有のものではない。労働者保険が有していた生活安定機能の普遍性は、すべての国民にも共通することである。とすれば、この普遍性をどのような形式で実現するかは政策裁量の領域にとどまり、強制加入性は生存権規定の影響を受けないことになる。いまひとつは、やや逆説的であるが、政府管掌健康保険の存在である。健康保険法の制定当初から、組合管掌健康保険と政府管掌健康保険とが並立していた。もし、社会保険を国営保険モデルと労使自治（社会連帯）モデルに分解できるとすれば、制度設計の対立軸は、生存権規定の制定に求められるのではなく、健保組合と政管健保との間に既に存在していたといえる。

このような政策理念としての強制加入を考察することは、加入を強制する主体と断じることには留保が必要ではあるが、加入を強制された被保険者に対する事業運営を担う保険者のあり方、結集軸となるべき組織基盤およびその規模、さらには国庫負担金の法的性格などとも密接に関連すると思われる。

(2) 強制加入の実効性

次にやや技術的な側面になるが、強制加入の実効性について言及しておきたい。強制加入が採用された理由のひとつに逆選択を防止することが指摘されていることは、これまでも紹介してきた。この逆選択の防止と裏腹な関係に立つものとして、未加入者の問題がある。

もし社会保険における強制加入に合理性が認められるのであれば、加入の強制をどのように担保するかが重要な問題となる。この点、職域保険では、被保険者と保険者のほかに

事業主が存在するため、3当事者関係のなかで、保険料負担義務、保険給付義務および保険料納付義務とが、いわば三すくみ状態となっており、相互監視、相互抑制が機能する状態となっている。これに対して、地域保険たる国民健康保険および国民年金では、事業主に相当する存在が欠落しているために、保険者と被保険者との2当事者関係のなかで制度運営が行われている。このため、これら地域保険制度は、極言すれば被保険者性善説と保険者万能説に立脚しているといえることができる。したがって、市町村国保や国民年金に加入するインセンティブのない者にとっては、転居等を理由に住民票などの届出をしないことだけで、地域保険から離脱することができる。この意味で、わが国の地域保険は逆選択可能なシステムとなっており、加入強制はみせかけのものに過ぎない。

みせかけの強制加入のもとで保険者が果たし得る機能はきわめて限られる。国民生活の安定に社会保険の有用性が認められるのであれば、加入強制のシステムの確立が重要な問題であることは明らかである。

[用語説明]

- *1. 参考文献 [1] 212 頁のほか、近藤文二『社会保険』（岩波書店 1963）76 頁もまた、社会保険では収支相当の原則は貫徹されるが、給付反対給付均等の原則は貫徹されないとする。
- *2. 保険料の引き上げという手法は、年金保険においても妥当する。社会保険の利点のひとつといえる。契約を基礎とする私保険の場合、社会保険制度とは対照的に、契約期間途中の保険料の引き上げは特約などが存在しない限り許されないからである。
- *3. 国庫負担金等の存在をどのように評価するかについては見解は分かれている。保険者単位では収支が合わなくなっていることから、社会保険においても収支相当の原則が妥当しないとするものに、参考文献長沼健一郎 [2] 131 頁がある。
- *4. 参考文献長沼健一郎 [3] では、「長い期間を通じての保険事故の発生確率について、加入者は明確にそれを把握しうるか」という観点から、私保険において給付反対給付均等の原則が直ちに妥当するとの立場に疑問を示している。
- *5. 参考文献 [1] 48 頁。
- *6. 憲法学をベースに社会保険を論じたものに、須貝脩一「社会保険と私保険」法学論叢 90 巻 4・5・6 号がある。

社会保険の強制加入性に関連して、自動車損害賠償責任保険（自賠責）もまた加入が強制されることから社会保険に該当するかという問題がある。この点については、自動車を購入するかしないかの自由、購入するとしてどの自動車を購入するかは消費者ないし運転者に留保されていることから社会保険とはいえないと考える。
- *7. 近年、ドイツに関する理論研究が相次いで出版されている。木下秀雄「ビスマルク労働者保険法成立史」（有斐閣、1997）のほか、参考文献 [4]、[5] および [6] である。特に参考文献太田 [6] は、ドイツ社会保険に関する画期的な理論研究であり、未完であるが一日も早い完結が望まれる。
- *8. 参考文献倉田 [4] 106 頁。
- *9. 参考文献太田 [5] 74 頁以下。
- *10. 拙稿「フランス社会保障制度の構造とその特徴—ラロックプランの成立まで—」北大法学論集 35 巻 3・4 合併号 451 頁以下参照。
- *11. 本件事案の係属裁判所および掲載誌は、佐賀地判昭和 29 年 3 月 13 日行集 5 巻 3 号 640 頁以下、福岡高判昭和 30 年 3 月 28 日行集 6 巻 3 号 805 頁以下、最大判昭和 33 年 2 月 12 日民集 12 巻 2 号 190 頁以下である。

本件以外に社会保険の強制加入に言及する裁判例として、国民年金制度を脱退し掛け金の返還を求めた国年脱退掛金返還請求事件（京都地判平元年 6 月 23 日、判タ 710 号 140 頁以下）、私学共済組合加入に関する説明義務違反を理由とする損害賠償請求が争われた関西外語大事件（大阪地判平 6 年 5 月 30 日、労判 654 号 31 頁以下）がある。
- *12. 同様の見解を示すものに、名古屋地裁昭和 60 年 9 月 4 日判決（判時 1176 号 79 頁以下）があり、「健康保険法が強制加入主義をとったのは危険度の高い者のみが加入する逆選択を防止するとともに、労働者の生活の安定を目的とした同法の趣旨に鑑み、できる限り広範囲の労働者に同保険制度の利益を及ぼすためであると解される」とする。

[参考文献]

- 1) 近見正彦・前川寛・高尾厚・古瀬政敏・下和田巧著『現代保険学』（有斐閣アルマ 1998）
- 2) 長沼健一郎「社会保障改革論議と「保険原理」 - 「社会保険」を再考する - 」保険学雑誌第 564 号。
- 3) 長沼健一郎「民間保険における「保険原理」とは何を意味しているか」社会保険旬報 2025 号。
- 4) 倉田聡「医療保険の基本構造」（北大図書刊行会、1997）
- 5) 太田匡彦「社会保険における保険性の在処をめぐって—ドイツを手がかりとした基礎的考察—」日本社会保障学会編社会保障法第 13 号(1998)
- 6) 太田匡彦「権利・決定・対価—社会保障給付の諸相と行政法ドグマティーク、基礎的考察—」法学協会雑誌 116 巻 2・3・5 号連載中。

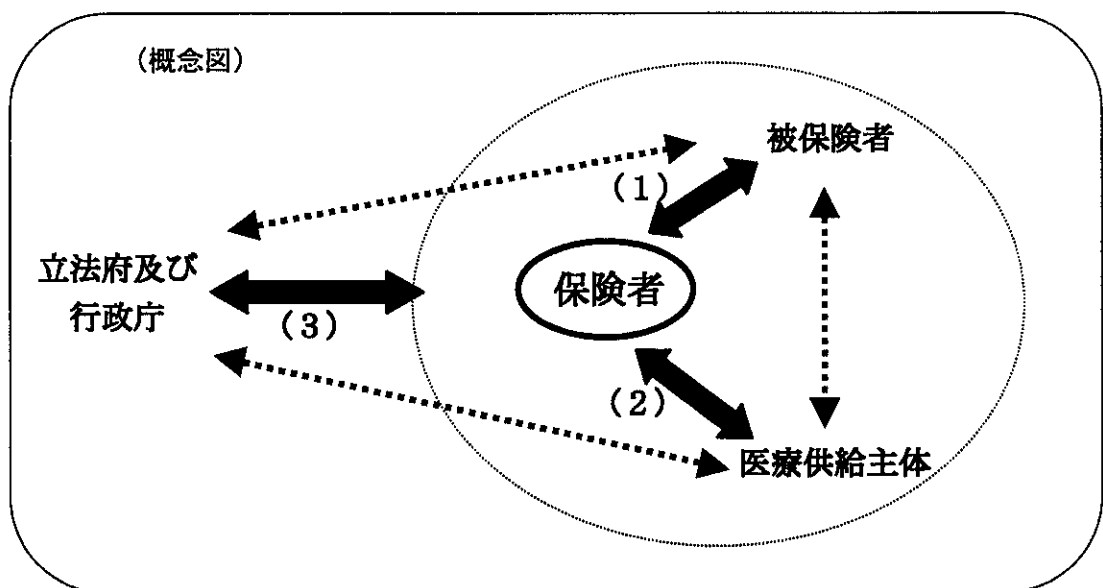
第4章 法制度調査の基礎調査

1. 調査の目的

これからの制度の在り方を考える場合、これまでの歴史を振り返り、現行システムの形成過程を十分踏まえて議論することの重要性を否定する者はいないだろう。大正11年に制定され、昭和2年から施行された健康保険制度をはじめとする我が国の医療保険制度について論ずる場合もちろん例外ではない。B.エイベルスミスは、「(先進)各国は、それぞれ独自の医療保障システムを発展させてきたが、それらは利害関係者—医療供給者、消費者、政府、企業、労組など—の相対的な政治的力関係に依存する。」と述べている。そうした政治的な背景にも留意しながら、制度を体現する法令の制定や改廃過程を時系列的に整理することで保険者機能の在り方の検討に不可欠の基礎資料を提供することが本調査の目的である。

2. 調査の視点

調査に当たっては、医療保険制度の3当事者（保険者、被保険者、医療供給主体）及びシステム全体の企画管理などを担当する立法府及び行政庁という4者によって構成される公的な医療保険システムの全体構造を踏まえ、保険者を中心とする3つの関係性の中で保険者機能として当面考え得る項目を幅広く洗い出し整理した。（下図参照）



3つの関係性ごとの具体的な項目分類は以下の通りである。

(保険者機能の項目)

保険者－被保険者関係

- 保険者による被保険者の選択（被保険者の要件）
- 被保険者による保険者の選択
- 被保険者の利益代表権（現行表上の該当条文なし）
- 保険料（算定方法、賦課及び徴収方法）
- 保険給付（方法、範囲、水準）
- 保険事故の確認（現行表上の該当条文なし）
- 予防給付、ヘルス事業
- 医療供給に関する情報提供

保険者－医療供給主体関係

- 医療供給主体の選択
- 診療報酬等の契約内容
- 診療内容及び報酬の審査、診療報酬の支払
- 医療供給、危険選択に関する情報収集

保険者－立法府及び行政庁

- 保険者の設立（法人格、設立への関与、組織構成）
- 保険者の解散
- 組織及び財政の運営・管理
- 行政による一般的監督

3. 調査の方法

調査は項目毎に担当者を決め、主要な制度である健康保険、国民健康保険それぞれについて別紙1の様式を設定して、各項目毎に関連条文の変遷をもれなく法制定当初から現行規定まで追跡することにより実施した。その際、当該改正のポイントなどの関連情報については備考として記載し、よりわかりやすいものとするに努めた。

これらの調査は研究会全員の意見を採り入れながら、国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部福田素生第一室長を中心に、同研究所社会保障応用分析研究部泉田信行研究員、同浅野仁子客員研究員、富士総合研究所公共システム総括部住吉英樹主事研究員、同小柿利行研究員、中津真知子研究員が作業を行った。