

## 2 医療保険(1)

— 基本的なしくみと被保険者，保険料，保険者 —

《本章の学習目標&ポイント》 社会保険の5つの分野の具体的なしくみを学ぶに当たって，まず医療保険から始める。それは単に歴史的に世界でも日本でも最初にできた社会保険だというだけではない。医療保険は生命や健康という，みんなの人生や生活に不可欠な社会基盤を支えるしくみであり，年金制度と並ぶ社会保険の双璧である。また医療サービスの給付は現物給付という難しいしくみを通じて行われ，高度に専門的で医師などの専門職との関わりが深く，運用の難しいしくみでもある。

本章では，まず現物給付など医療保険独特のしくみや用語も含め，制度の基本的な概念やしくみを学ぶ。そして，日本の医療保険の特徴である国民皆保険の構造を把握した上で，誰が，どういう理由で，どの保険制度に加入するのか，加入者はどんなルールで保険料を分担するのか，誰が保険者として制度を運営するのか，などを理解する。

《キーワード》 現物給付，償還払い（療養費払い），国民皆保険，健康保険，家族被扶養者，国民健康保険

---

### 1. 医療保険の基本的なしくみ

#### (1) 医療保険の概念

医療保険とは，病気やけがを保険事故とし，これに備えて一定範囲の被保険者があらかじめ保険料を納付し，実際に病気やけがになったときに必要な医療サービスや金銭を保険給付として受け取るしくみである。その意味では，民間の保険会社が提供する医療保険商品もあるが，ここ

では国が法律に基づき設けている、社会保険の一分野としての公的医療保険のことをいう。

このしくみを俗に健康保険と呼ぶこともあるが、これから学んでいくように健康保険というのは民間の被用者とその家族を対象とした特定の医療保険制度の名称であるため、制度共通の一般名称としては医療保険という用語を用いる。

## (2) 医療保険の給付のしくみ

### 1) 償還払い（療養費払い）

それでは、医療保険制度から医療サービスを給付するには、どのようなしくみでこれを行うのだろうか。これには大きく分けて2種類ある。

1つは償還払いとか療養費払いという方式だ。具体的には図2-1のようなしくみで給付を行う。

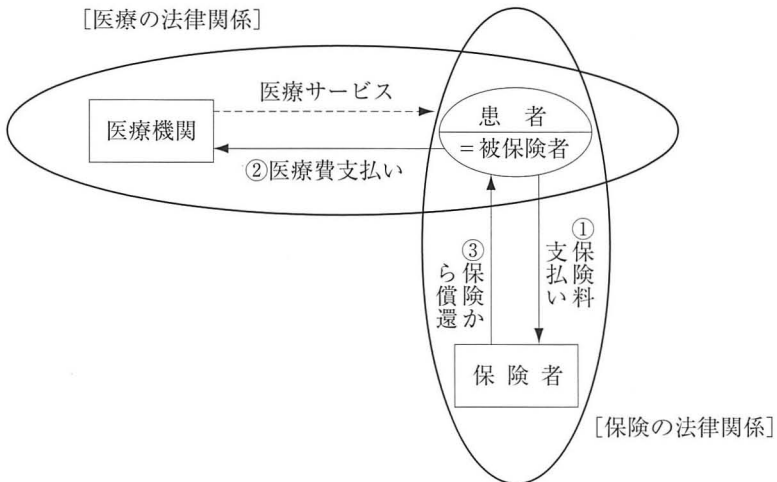


図2-1 償還払い（療養費払い）のしくみ

ここでは医療サービスを受ける法律関係は医療機関と患者との間の関係で、保険の関係は被保険者と保険者の間の関係だ。このように両者の関係が分かれているから、しくみは比較的簡単だ。両者の間で特別な仲介をする機関も必要ない。だから、民間の医療保険などはこの方式だ。また公的な医療保険でもフランスの外来診療などはこの方式によっている。しかし、この方式だと、多額の医療費を一時的にせよ患者が自分で立て替えて支払わなければならない。

## 2) 現物給付

そこで、日本を始め多くの公的医療保険制度においては、現物給付とって、医療サービスそれ自体を保険から給付するしくみが採用されている。その具体的なしくみは図2-2のとおりだ。現物給付は一般には聞き慣れない言葉だが、医療保険や生活保護制度などではよく使われる用語で、外国でも英語では service in kind, ドイツ語では Sachleistung と呼ばれて、共通の概念で用いられている。

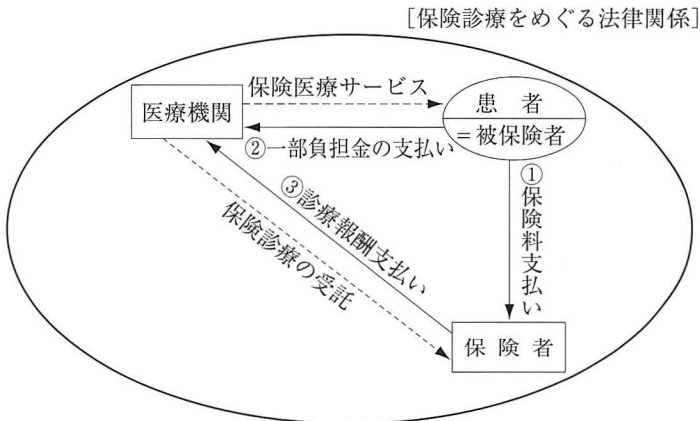


図 2-2 現物給付のしくみ

保険診療の詳しいしくみは次章で学ぶが、被保険者は病気やけがをした場合には、公的医療保険を取り扱える医療機関で受診し、被保険者であることを証明するために被保険者証を提示すれば、保険による診療を医療機関で直接に受けることができる。

患者にとってはとても便利だし、医療機関も患者の費用支払い能力を考えなくても医療上必要と判断した医療行為を行うことができるという優れた点がある。その反面、同じ診療を提供するならできるだけ高い報酬を望む医療機関に対し、できるだけ保険料負担を抑えてよりよい医療をより安く受けたい保険者や被保険者、そして被保険者という立場では保険料負担は低く抑えたいがいったん病気になって患者という立場になれば費用はかかってもいいから最高の医療を受けたいというように、それぞれの利害は対立する。そういう関係に立つ当事者が直接に対峙する構造だけに、保険診療のあり方やその費用負担などをめぐって緊張関係の強い、運営の難しいしくみでもある。

### (3) 医療保険の創設の歴史

医療保険が、そもそも日本で最初に作られたのは、多くの工場労働者が働き、病気やけがへの備えの必要性が高く、また会社も勤め人も保険料を拠出して制度を運営できるような比較的条件に恵まれた大企業や官公労働の現場であった。日本で初めて本格的な医療保険を導入したのとして有名なのが1905年に武藤山治がドイツの鉄鋼会社クルップ社の疾病金庫をモデルにして作った鐘紡共済組合で、労使が共同で資金拠出して、医療給付や死亡給付、さらには老齢年金や障害年金まで給付した。

また、同じ年に官営の八幡製鉄所に八幡共済組合が作られ、1907年には帝国鉄道庁現業員共済組合が作られた。その後、明治の終わりから大正にかけて、専売、印刷、海運、陸運、林野などの官業において、

次々に共済組合ができていった。

このようにして、まずできるところから次第に医療についての相互扶助の組合ができ、それらの先発のグループ以外の民間の事業所に勤務する勤め人を対象とした、政府が運営する政府管掌健康保険が1922年の健康保険法により制度化され、逐次その適用対象となる事業所の規模や範囲を拡大してきた。

一方で、勤め人以外の農業・自営業などの人たちについては、昭和初期の恐慌と農村の疲弊、それによる社会不安と戦時体制に向けての国民体位の向上などの動きの中で、1938年に国民健康保険法が制定され、任意設立の国民健康保険組合による地域保険が創設された。この制度自体は大きな効果を発揮することなく、やがて日本は太平洋戦争に突入し敗戦を迎えて再出発を余儀なくされたが、戦後の1948年には国民健康保険の保険者を市町村（特別区を含む。以下同じ）とする公営原則が採用され、徐々に制度も充実していった。

そして、制度や対象者が分立したままで、この国民健康保険制度を受け皿として、すべての国民に公的医療保険を保障する世界的に見ても画期的な国民皆保険が1961年から全国で実施された。

#### **（４）国民皆保険とその構造**

日本の医療保険制度は、日本社会が戦後の廃墟から立ち上がって戦前の経済水準を回復し、いよいよ高度経済成長に入った時期に当たる1961年から、すべての国民を公的医療保険の保障の下におくという、国民皆保険の政策を採用したことが大きな特徴である。そのための受け皿として1958年に国民健康保険法を改正し、3年計画で適用範囲を拡大してこれを達成した。

日本の皆保険は、国民すべてを同じ制度に加入させて実現したのでは

なく、それまでにすでに存在していた既存の医療保険制度の加入者は除外する形で、それ以外の人たちをすべて住所地の市町村の国民健康保険に加入させることによって実現した。したがって、現在でも、加入する制度は働き方や勤務先などによって異なり、制度が分立している。

具体的にみると、まず、日本に住所を有するすべての人はその住所地の市町村の国民健康保険の被保険者とされる。ただし、すでにある民間の勤め人を対象とした健康保険や、公務員を対象とした共済組合などの被保険者本人とその被扶養家族はこれから除外する、という形で作り上げられた。いってみれば消去法で、制度が分立したままで国民健康保険が最後の受け皿となって国民皆保険が達成された。2008年4月に後期高齢者医療制度が新たに創設され独立した後の現在の国民皆保険の概念図を図2-3に示したので、全体像をまず確認しておこう。

## 2. 被保険者と保険料

### (1) 人の働き方と医療保険の加入先

誰が、どういう理由で、どの医療保険制度に加入するかというルール

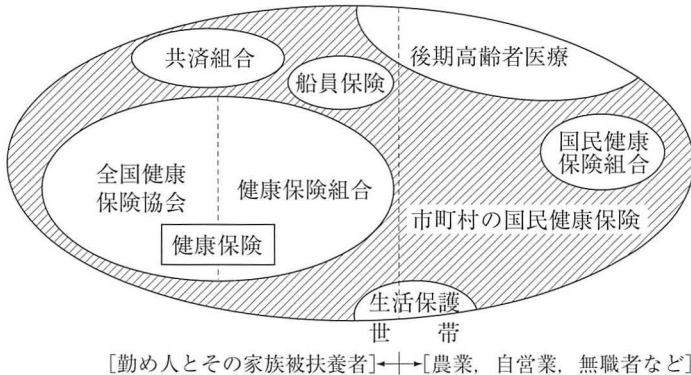
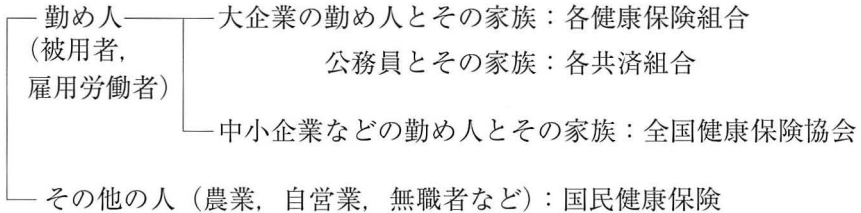


図 2-3 国民皆保険の概念図

は、1人ひとりの働き方と勤務先に応じて、法律によって一義的に決められている。

具体的には、次のようなルールで加入先の保険者が決められる。



こうして、日本に住所を有する人は、後期高齢者と生活保護受給者以外は全員がいずれかの制度に加入を義務づけられている。少し細かい点も含めて、図2-3の概念図と見比べながら、表2-1で確認してほしい。また、自分がこの1億2700万人の中のどこにいるか、それはなぜか、どれだけの保険料負担でどれだけの給付を受けられるのか、調べてみよう。

## (2) 健康保険

### 1) 被保険者

健康保険の適用は、まず事業所を単位に行われる。適用事業所は、製造業を始めとしてほぼすべての業種にわたり健康保険法に具体的に列挙されている事業の事業所であって、常時5人以上の従業員を使用するものとされる。さらに、法人の事業所であれば、業種と規模にかかわらず適用事業所とされる。このため、実際には、適用されない事業所は、個人経営の零細な飲食店など、例外的なものにとどまる。

次に、適用事業所で使用される人は健康保険の被保険者とされる。ただし、臨時に使用される人、日々雇い入れられる人、季節的業務に使用

表 2-1 医療保険制度の概要

(2015年4月現在)

制 度 名		保 険 者	加入者数 〔本人 家族〕 (万人)	医療給付の 一部負担	財 源		
					保険料率	公費負担・ 補助等	
(被用者保険)	健康 保 険	協 会 けんぽ	全国健康 保険協会 3,510 〔1,987 1,523〕	3 割  ただし、義務 教育就学前 2 割  70～74歳 2 割(現役並 み所得者は3 割)	10.00% (平均)	給付費の 16.4%	
		組 合	健康保険 組合 1,431 2,935 〔1,554 1,382〕		8.67% (平均)	定 額	
	船員保険	全国健康 保険協会 13 〔6 7〕	9.60%				
	各 種 共 済	国家公務員	20共済組合		900 〔450 450〕	8.20%(平均)	な し
		地方公務員等	64共済組合			9.36%(平均)	
私学教職員		1 事業団	7.39%				
国民健康 保 険	農 業 者 等 自営業者	市町村 1,717  国保組合 164 3,768 市町村 (3,466) 国保組合 (302)	世帯ごとに 応益割(定 額)と応能 割(負担能 力に 応じ て)を賦課	給付費等の 国 41% 都道府県 9%  給付費等の 47%			
後期高齢者 医 療 (75歳以上)	後期高齢 者医療広 域連合 47	1,517	1 割(現役並 み所得者は3 割)	個人ごとに 均等割(定 額)と所得 割を賦課	国 4/12 都道府県 1/12 市町村1/12 支援金約4割		

(出所) 厚生労働省『厚生労働白書 平成 26 年版』をもとに、2015 年 4 月時点の制度の内容に合わせて加工した。保険者数と加入者数は 2013 年 3 月末現在の実績。保険料率のうち組合健保は 2013 年度決算見込み、共済組合は 2013 年度実績。



される人は適用を除外される。さらにパート勤務の人も適用を除外される。

## 2) パート勤務への適用除外

適用事業所に雇用されている従業員のうちでも、1日または1週間の所定労働時間あるいは1ヶ月の所定労働日数が、その事業所の同種の業務に従事する通常の従業員の所定労働時間および所定労働日数の4分の3に満たないパート勤務の場合には、健康保険および厚生年金の被保険者とはされない。

一方で、健康保険や共済組合などの被用者保険では年収が130万円未満の家族被扶養者は、保険料負担せずに医療保険に加入できるが、これを超えると扶養から外れる。しかしながら、勤務先がパートの場合にはその事業所での健康保険も適用されない。結果的に、扶養を外れると、自分で保険料を負担して住所地の市町村の国民健康保険に加入することになる。そうすると、130万円を少し超えたあたりでは、手取り所得はかえって減少してしまうため、主に既婚女性のパート勤務の場合、この限度額を超えないように働きを抑制してしまう。

このため、就労形態の多様化によりパートタイムで働く人が増加する中で、この人たちにも健康保険の適用を拡大すべきだという意見が強い。

他方で、パート勤務の人を多く雇用して人件費を押さえ、厳しい価格競争を展開しているスーパーなどの小売業を中心に、適用拡大についてはコスト上昇をもたらすとして強い反対意見がある。また、当のパート勤務の人たち自身においても、手取りが減ることに消極的な意見もあり、なかなか難しい問題だ。

このような背景の下で、国では、基本的な方向としてはパート勤務の人についても健康保険と厚生年金の適用を拡大する方向で、まずその第

一歩として2016年10月から適用が一部拡大された。その内容は、第8章の厚生年金に関する記述(130頁参照)で確認してほしい。

### 3) 保険料

健康保険の保険料は、報酬の一定割合という形で決められる。具体的には、健康保険組合はそれぞれの団体ごとの収支状況に応じて保険料を設定しているが、平均すると8.67%(2013年度)だ。また、協会けんぽでは、2009年度からは地域の医療費などの実態を反映して都道府県ごとに保険料率を定めているが、全国平均では10.00%(2015年度)となっている。

保険料の賦課対象となる報酬は、かつては原則として毎月の給与だけが対象とされていたが、それでは同じ年収の人でも毎月の給与と賞与(ボーナス)の配分によって保険料負担が異なってくるという不公平が生じる。このため、2003年度からは、毎月の給与からもボーナスからも同じ率で保険料を負担する総報酬制が採用されている。

毎月の給与は一定の幅でもって第1級5万8,000円から第50級139万円までの50の標準報酬月額等級が定められ、これに保険料率を乗じて得られる保険料を事業主(会社)と被保険者本人が折半負担する。この最高額を超える給与を得ていても、保険料算定についてはこの限度額までしか賦課されない。また、ボーナスについても年度ごとに573万円の上限額が設けられている。

このように健康保険の保険料は労使折半であるため、受け取る給与明細で給与やボーナスから天引きされている額の倍の額が事業主から保険者に納付されている。

健康保険の保険料徴収の事務は、政府管掌健康保険においては社会保険庁の出先機関である社会保険事務所が行っていたが、社会保険庁が廃

止されたため、2010年1月からは新たに設立された公法人である日本年金機構がその出先機関である年金事務所を通じて厚生年金の保険料と一緒に徴収して国に納め、国からけんぽ協会に交付している。健康保険組合の場合は、自分で直接事業主から徴収している。

このように、医療にかかる費用の負担は健康保険では収入に応じて、つまり負担能力に応じてお互いに支えあっている。病気がちでよく医療サービスを利用するリスクの高い人や家族が多い人でも、収入が低ければ保険料負担は低く、逆に若くて元気で収入の多い人は独身でも保険料は高い。これは民間の医療保険とは逆のルールで、公的医療保険における連帯原理の表れであり、これを通じて所得再分配機能も果たしている。

#### 4) 家族被扶養者

勤め人は、その得ている給与で無業の配偶者や未成年の子などを扶養して家族で生活を営んでいる。このため、被用者保険の世界では、その適用や費用負担は、原則として世帯単位で行っている。したがって、健康保険の被保険者によって扶養されている家族は、保険料負担せずに、被保険者の加入する保険から必要な給付を受けられる。

だから、扶養されているかどうかが重要となる。被扶養者とは、被保険者の直系尊属、配偶者、子、孫および弟妹（下の注）の場合には、主として被保険者により生計を維持するものをいう。これ以外の三親等内の親族の場合には、これにさらに被保険者と同一の世帯に属しているという要件が加わる。いずれにおいても、主として被保険者により生計を維持している、というためには、自分の収入が年収で130万円（60歳以上の場合には180万円）未満であることが必要だ。

---

（注） 2016年10月からは兄弟についても同一世帯の要件は不要とされる。

このようなしくみは、子の多い家族などにはありがたいしくみだし、損得だけからいえば単身者はそういう家族の分まで一緒に分担している。保険料負担が報酬比例であるのと同様に、社会保険の連帯原理の表れだ。

## 5) 保険者

健康保険の保険者は、大企業など勤め先単位で一定の人数の従業員がいて、独自に健康保険組合が設立されている場合には、これが保険者になる。

それ以外の勤め人、具体的には事業所の規模があまり大きくない中小規模の事業所の勤め人などは、全国健康保険協会（けんぽ協会）という公法人が全国すべての勤め人の保険者となる。2008年10月にこの協会が設立されて保険者となるまでは、政府、具体的には厚生労働省社会保険庁が保険者となっていた。このため、それまでは、政府管掌健康保険、略して政管健保と呼ばれていた。

## (3) 国民健康保険

### 1) 被保険者

健康保険や共済組合が勤め人とその家族を対象として勤め先の事業所を単位として適用される、いわゆる職域保険であったのに対し、国民健康保険は、市町村の区域を単位として、職域保険でカバーされる人以外のすべての人を対象として適用される地域保険だ。

国民健康保険の被保険者は、市町村に住所を有する人のうち、健康保険や共済組合などの被用者保険の被保険者本人とその被扶養家族、生活保護受給者を除いたすべての人だ。老人保健法による老人医療では退職して年金生活に入った高齢者はすべて国民健康保険の被保険者になっていたが、2008年4月から新たに施行された後期高齢者医療制度では、75

歳（65歳以上の障害のある人を含む。以下同じ）になると全員がそれまで加入していた医療保険制度を脱退し、独立した後期高齢者医療の被保険者となったため、国民健康保険の被保険者は大幅に減少した。

国民健康保険の被保険者は、農業、自営業、無職者など様々な人たちがいて、勤め人のように扶養したりされたりという生活形態ではない場合が多いので、対象者は全員が個人として被保険者になる。子も同様だ。ただし、保険料は世帯全員の分を世帯主がまとめて納付する義務がある。

市町村の国民健康保険を受け皿にして1961年に国民皆保険が実現された当時は、被保険者の職業の主なものは農林水産業で、これに自営業が続いた。文字どおり農業・自営業のための保険であったことが分かる。ところがちょうどこの時期から始まった日本の高度経済成長に伴って、農業人口は激減した。代わって国民健康保険の被保険者の中心になってきたのが無職者で、その実態は9割近くが高齢の年金受給者だ。つまり、若くて健康で収入の多い時代は被用者保険に加入していた人が、歳をとって病気がちになり医療費がかかる高齢期になると定年退職して年金生活に移り、雇用関係がなくなるので、加入のルールにしたがって国民健康保険に移るのだ。このような国民健康保険制度の変質の推移については、図2-4の年次推移から読みとってほしい。

このような変化が高齢化の進展とともに顕著になってきた。かつては両グループのこのような構造的な格差は、ある程度国庫負担の傾斜配分によってバランスをとらせてきたが、国の財政悪化によりこれもどんどん増やすことはできなくなった。そこで、制度間で加入が偏在している高齢者の医療費を各グループ間で費用を持ち寄って公平に負担し合うために作られたのが、1983年から実施された老人保健法の老人医療制度だ。

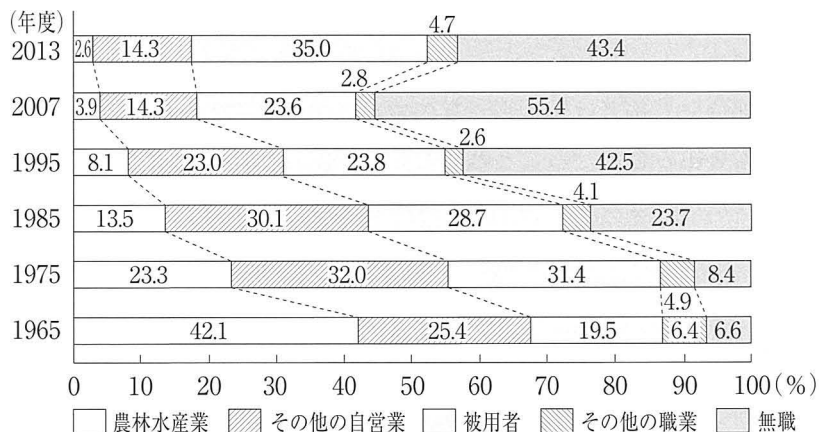


図2-4 国民健康保険加入者の世帯主の職業別構成割合の推移  
(出所) 厚生労働省「国民健康保険実態調査報告」(該当年度版)

## 2) 保険料と公費負担

### ① 保険料

国民健康保険の被保険者は、給与所得者だけが被保険者である健康保険などの被用者保険と異なり、農業、各種の自営業、年金生活者、零細事業所の被用者、短時間のパート勤務の人、資産所得で生活している人などさまざまであり、生活状態も異なっている。このため、これらさまざまな人たちの間でどう保険料を分担するのが公平か、というのはなかなか難しい。民間保険ならリスクに見合った保険料が公平だし、全員同額で割り勘というのも仲間内ではよく利用される。あるいは被用者のように所得に応じるという選択もあるだろうし、不動産などの財産に応じて負担する、という方法もあろう。どういうルールが医療費の分担方法として公平か、というのは人により価値観によりいろいろだろう。

そこで、国民健康保険では、費用を負担する能力に応じる部分(応能割)と医療サービスを受けるという受益に着目してみんな一律の定額を

負担する部分（応益割）とを組み合わせることで保険料の額を決めるというやり方を採用した。具体的には、前者はさらに所得に応じる部分と資産に応じる部分に、後者は1人当たりの定額と1世帯当たりの定額という4つの要素を組み合わせることとした。国が示した標準的な構成割合は次のとおりだが、このうち、中心的な所得割と均等割の2種類が入っていれば、この2種類でも、3種類でも、市町村が条例で定めれば選択できることになっている。

— 応能割（負担能力に応じ）	— 所得割（収入に応じ）	40%
	— 資産割（固定資産税に応じ）	10%
— 応益割（定額）	— 均等割（1人当たり定額）	35%
	— 平等割（1世帯当たり定額）	15%

また、そもそも保険料でもいいし、徴収がしやすいように保険税という税方式でも、市町村がやりやすい方を選択できることにした。実際には、市町村数で見ると9割の市町村が国民健康保険税という税方式を採用している。しかし大都市で保険料方式を採用しているところが多いため、被保険者数で見ると5割近くが保険料方式となっている。いずれであれ、時効など若干の違いがあるだけで実質的にはほとんど差はない。だからまとめて国民健康保険料（税）と呼ぶことも多い。

健康保険と同じように、所得の高い世帯の保険料負担が重くなりすぎないように、1世帯当たりの保険料負担には上限額（69万円/年）（2015年度）が設けられている。

## ②公費負担

市町村の国民健康保険は、高齢者など所得の低い加入者が多く、また

被用者保険におけるような保険料の半分を負担してくれる事業主もいない。さらに高齢者が多いことから医療費支出も多く、この両面から、保険財政は条件的に厳しい。

このため、戦後早い時期から国庫による補助や負担が導入され、徐々に増額されてきて、現在では、給付費の50%が公費により負担されている。このうち41%は国庫負担で9%が都道府県負担とされている。

### 3) 保険者

国民健康保険の保険者は、医師、薬剤師、理容師など同業種で国民健康保険組合を設立している場合を除き、市町村とされている。さまざまな職業や生活状況にある地域住民に対し、保険料の徴収から給付まで円滑に制度を運営する上で市町村の役割がとて大きく、1948年に市町村公営原則が採用されてからは、国民健康保険の保険者は市町村となった。国民健康保険に対して多額の国庫負担の投入が行われてきたのも、これが市町村という自治体であったことが大きく影響している。ただ、平成の大合併で市町村合併が進んだとはいえ、医療圏を考えると医療は市町村の区域では完結せず、都道府県に広がっているため医療計画の策定も都道府県とされている。また財政的な安定化のためにも、保険者を都道府県とすることが2013年の社会保障制度改革国民会議報告書でも提案された。

このような背景の下、2015年の法律改正により、国民健康保険の保険者は、都道府県が当該都道府県内の市町村とともにこれに当たることとされた。そして、都道府県は安定的な財政運営、市町村の国民健康保険事業の効率的な実施の確保、その他の事業の運営について中心的な役割を果たすものとされた。

一方で、市町村は、被保険者の資格の取得および喪失に関する事項、



保険料（税）の徴収，保健事業の実施，その他の事業を適切に実施するものとされている。

この改正は，2018年4月から施行されることになっており，戦後70年間続いてきた国民健康保険の運営体制は大きな変革の時を迎えている。

### 演習問題

---

1. 医療保険における現物給付と償還払いという2つの支払方式について説明してみよう。
2. 日本の国民皆保険の構造の特徴について説明してみよう。
3. 市町村の国民健康保険加入者の世帯主の職業の変遷を振り返るとともに，現在のこの制度が抱える課題について説明してみよう。

### 参考文献

---

池上直己『医療・介護問題を読み解く』日経文庫，2014年

島崎謙治『日本の医療—制度と政策』東京大学出版会，2011年

吉原健二・和田勝『日本医療保険制度史（増補改訂版）』東洋経済新報社，2008年