

健康保険制度における 適用拡大の影響と課題

田極 春美

(三菱UFJリサーチ&コンサルティング主任研究員)

我が国では、「国民皆保険」の理念の下、原則としてすべての国民が公的医療保険制度に加入し、保険給付を受ける。公的医療保険制度は、健康保険など被用者を対象とした「被用者保険」と被用者以外を対象とした「国民健康保険」、75歳以上を対象とした「高齢者医療制度」に大別される。現在、制度間や被保険者・被扶養者間で給付率は統一されているが、保険料の計算方法や保険料額は異なる。新たに健康保険の適用対象となるのは、国民健康保険の加入者か被用者保険の被扶養者であるため、健康保険の被保険者となることで、保険料負担が減る人もいれば、新たに保険料を負担することになる人もいる。また、適用対象となる短時間労働者を多く雇用する企業では保険料負担が増える。さらに、各被保険者が拠出する後期高齢者支援金等の額は被扶養者数を含めた加入者数が反映されるため、被扶養者が減る保険者ではこの財政負担が減るが、被保険者とそれに伴う被用者が増える保険者では負担額が増える。平成31年9月末までに更なる適用拡大について検討することとされているが、短時間労働者への適用拡大は当事者・関係者の財政負担に大きな影響をもたらすため、今後も紆余曲折が予想される。健康保険は、フルタイムの常用雇用者を対象とした制度設計・運営が行われてきたが、制度創設時とは社会経済構造や就業形態等も大きく変わっている。こうした変化や超高齢社会への備えの観点からも、大局的な視点で議論が行われることを望む。

目次

- I はじめに
- II 問題の所在——公的医療保険制度の構造と「適用」
- III 公的医療保険制度における適用拡大の影響
- IV 今後の課題等
- V おわりに

I はじめに

平成24年8月10日、「公的年金制度の財政基盤及び最低保障機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律（平成24年法律第62号）」（以下、「年金機能強化法」という）が成立した。同法の成立により、来年、平成28年10月から、短時間労働者への厚生年金・健康保険の適用拡大が行われることとなった。

新たに厚生年金・健康保険の適用対象となるのは、①週の所定労働時間が20時間以上であること、②賃金が月額8.8万円（年収106万円）以上であること、③勤務期間が1年以上見込まれること、④学生ではないこと、⑤従業員501人以上の企業であること、といった5つの要件を満たす短時間労働者である。その対象者数は約25万人と見込まれているが、この要件では適用対象者とならない週所定労働時間が20時間以上30時間未満の短時間労働者が全体で400万人いると推計されていること¹⁾を踏まえると、今回の適用拡大は非常に限定的であると評価しても差し支えないだろう。

年金機能強化法は順調に成立したわけではない。社会保険の適用拡大によって、新たに適用対象となる労働者を雇用する事業主は保険料負担が

増えるなど影響も大きく、短時間労働者を多く雇用している流通業界等を中心に適用拡大に対する反対も強かった²⁾。また、消費税引き上げに伴う事業主の事務負担の増大や、雇用に及ぼす影響などに対する懸念の声もあった。こうした状況を受け、年金機能強化法案は、国会審議の中で、民主党（当時、政権与党）、自由民主党及び公明党の三党による協議を経て、一部修正が行われた。主な修正内容は、①適用対象となる賃金要件の引き上げ、②施行時期の延期、③3年以内の見直し規定である。国会に提出された年金機能強化法案では、賃金要件を7.8万円以上としていたため、約45万人が新たに適用対象となると見込まれていた。しかし、賃金要件を8.8万円以上に引き上げたため、新たな適用対象者は当初想定より20万人少ない25万人という規模に縮小された。また、施行時期について、当初は「平成28年4月」としていたが、「平成28年10月」に延期された。さらに、「施行後3年までに適用範囲をさらに拡大する」と適用拡大の方向を明記していた規定については、「施行後3年以内に検討を加え、その結果に基づき、必要な措置を講じる」と中立的な表現に抑えられた。

こうして平成28年10月から開始される適用拡大は限定的なものとなったが、年金機能強化法成立以降も、「社会保障制度改革国民会議報告書」（平成25年8月6日）をはじめ、「社会保障制度改革プログラム法³⁾」、経済財政諮問会議「経済財政運営と改革の基本方針2014」（平成26年6月24日閣議決定）などでも短時間労働者に対する社会保険の更なる適用拡大は課題として取り上げられている。年金機能強化法の附則により、平成31年9月30日までに「検討を加え、その結果に基づき、必要な措置を講じる」とされていることから、更なる適用拡大に向けた議論は今後も続く見込みである。

本稿では、こうした背景を踏まえ、平成28年10月からの適用拡大というよりもむしろ今後の更なる適用拡大に焦点を当てた上で、健康保険制度における適用拡大の影響と課題について分析・考察することとする。

II 問題の所在——公的医療保険制度の構造と「適用」

最初に、我が国の公的医療保険制度の構造について概略を整理し、そもそも健康保険制度における「適用」とはどういうことか、適用拡大に際してどのような配慮が求められるのかなど、適用に関する問題の根源に触れておきたい。この理由は、従来より、健康保険と厚生年金では被保険者の適用に際して同じ基準が用いられており、年金機能強化法でも同時に適用拡大を行うこととなっているが、両者では制度改革に際して考慮すべき内容やステイクホルダーとそれぞれへの影響、被保険者となることのメリットなど異なる部分も多いからである。

1 多元的な医療保険制度体系と国民皆保険

我が国の医療保険制度は、長らく、「被用者保険」と「国民健康保険」の二元的な制度体系であった。平成20年4月に後期高齢者医療制度が開始となったため、現在は3つの制度体系となっている。職域をベースとする被用者保険については「健康保険法」「船員保険法」、各種共済組合法⁴⁾等の各法により、国民健康保険については「国民健康保険法」により、高齢者医療制度については「高齢者の医療の確保に関する法律（高齢者医療確保法）」により、それぞれ運営されている。このような多元的な制度体系の下で、各法律を根拠とする複数の医療保険者（以下、「保険者」とする）が制度を運営しているというのが我が国の医療保険制度の特徴である。そして、原則としてすべての国民がいずれかの保険に加入することで国民皆保険を実現している⁵⁾。平成25年3月末時点における各医療保険の加入者⁶⁾数は、健康保険が約6448万人（全体の約51%）、船員保険が約13万人、各種共済が約900万人（約7%）、国民健康保険が約3768万人（全体の30%）、後期高齢者医療制度が約1517万人（約12%）である⁷⁾。3つの類型別に加入者数をみれば、被用者保険が約6割、国民健康保険が約3割、後期高齢者医療制度が約1割という状況である。

先に「すべての国民がいずれかの保険に加入す

る」と述べたが、我が国の公的医療保険制度では、国民は自分が加入する保険者を自由に選択することはできない⁸⁾。75歳以上の高齢者の場合は、就業の有無にかかわらず、後期高齢者医療制度の加入者ということになり、住所地の都道府県後期高齢者医療広域連合がその運営主体（保険者）となる⁹⁾。一方、75歳未満の場合は、被用者保険の適用対象者であれば被用者保険の被保険者となる。また、その家族については、保険者が被扶養者として認定すれば被用者保険の被扶養者となる。75歳未満で被用者保険の被保険者・被扶養者のいずれにも該当しない場合は、住所地の市町村が保険者となる国民健康保険の加入者ということになる¹⁰⁾。つまり、国民健康保険は、後期高齢者医療制度の対象者ではなく、被用者保険の被保険者・被扶養者でもないなど、他の公的医療保険制度ではカバーされない者を広く加入者として受け止める「国民皆保険制度の最終的な支え手（ラストリゾート）」¹¹⁾となっている。国民健康保険法第5条では、「市町村又は特別区（以下単に「市町村」という。）の区域内に住所を有する者は、当該市町村が行う国民健康保険の被保険者とする」と規定しており、住所を有する者は「法律上当然に」¹²⁾国民健康保険の被保険者となる形式を採っている。このように第5条で国民皆保険の下地をつくりながら、法第6条により、被用者保険の被保険者・被扶養者、後期高齢者医療制度の被保険者など他の制度でカバーされる者を市町村国民健康保険の適用除外者として規定することで、重複加入を避ける仕組みとなっている。

こうした制度体系のもとで、個人は、生涯を通じてみると、被用者保険の被保険者の時期もあれば、被用者保険の被扶養者や国民健康保険の加入者、後期高齢者医療制度の加入者の時期もあるといったように、就業状況や年齢等により、加入する制度や保険者が変わりうるものとなっている。前述のとおり、国民健康保険は適用除外規定に該当しない限り法律上当然に被保険者となる制度であり、後期高齢者医療制度は75歳以上であれば就業の有無にかかわらず被保険者となる制度である。しかし、被用者保険では被保険者としての資格を有するか否かという判断がなされ、被保険者

としての資格を有している場合は適用対象となる。つまり、就業により当然に被用者保険の被保険者となるわけではない。被用者であるが被保険者として適用されない場合、例えば、被用者保険の被保険者となっている配偶者がいる場合で、被扶養者の要件を満たしていれば配偶者が加入する被用者保険の被扶養者となるが、一定額以上の収入があつて被扶養者として認定されない場合などは、国民健康保険の被保険者となる。

被用者保険で最も多くの加入者をカバーしているのは健康保険制度である。健康保険制度では、「組合管掌健康保険」（保険者は各健康保険組合）と「全国健康保険協会管掌健康保険（協会けんぽ）」（保険者は全国健康保険協会）の2種類の保険がある。健康保険組合は大企業が中心であり、全国健康保険協会は中小企業が中心となっている。健康保険組合と全国健康保険協会はどちらも同じ公法人であるが、健康保険組合では解散が認められるのに対し、全国健康保険協会は解散が認められない、全国健康保険協会には給付費等に対する定率の国庫負担があるが、健康保険組合にはないなど、いくつかの違いがある¹³⁾。現在、加入者数は、協会けんぽが約3500万人（被保険者が約2000万人、被扶養者が約1500万人）、組合健保が約3000万人（被保険者が約1600万人、被扶養者が約1400万人）である。

2 被用者保険における「適用」と「認定」

健康保険法では、被保険者とは「適用事業所に使用される者及び任意継続被保険者」と定義されており（健康保険法第3条第1項）、任意継続被保険者の場合を除くと、労働者が健康保険制度の被保険者となるか否かはまず勤務する事業所が健康保険制度の適用事業所か否かという「事業所」単位での判断が必要となる。現行法では、適用事業所の範囲は、制度創設当初と比較すると広がっている。法人の事業所であれば、健康保険法第3条第3項の法定16業種¹⁴⁾か否か、あるいは常時雇用者数が5人以上か否かといった要件に関わらず適用事業所となる（強制適用事業所）。また、個人の事業所であっても、法定16業種で常時5人以上の従業員を使用する場合は適用事業所となる

(強制適用事業所)。さらに、これらに該当しない個人の事業所についても所定の手続きを踏むことで任意適用事業所となることができるため、現在の健康保険法では事業所単位でみると、かなり広く適用されると考えてよい。

事業所が健康保険制度の適用事業所・任意適用事業所である場合に、次に、労働者「個人」単位での被保険者の資格要件を満たすか否かという判断がなされる。健康保険法では、例えば、2カ月以内の期間を定めて臨時に使用される者や4カ月以内の季節的業務に使用される者等は、「被保険者となることができない」としている（健康保険法第3条第1項）。健康保険法では、こうした就業期間についての規定がある一方で、パートタイム労働者などの短時間労働者に関する規定は設けられていない。パートタイム労働者などの短時間労働者の適用基準を示すものとしては、昭和55年6月6日に、厚生省保険局保険課長・社会保険庁医療保険部健康保険課長・社会保険庁年金保険部厚生年金保険課長の3者連名で出された「内翰」（以下、「55年内翰」とする）がある。この55年内翰では、被用者について「健康保険及び厚生年金保険が適用されるべきか否かは、健康保険法及び厚生年金保険法の趣旨から当該就労者が当該事業所と常用的使用関係にあるかどうかにより判断すべきもの」としている。そして、留意点として、①「常用的使用関係にあるか否かは、当該就労者の労働日数、労働時間、就労形態、職務内容等を総合的に勘案して認定すべきものであること」、②「その場合、1日又は1週の所定労働時間及び1月の所定労働日数が当該事業所において同種の業務に従事する通常の就労者の所定労働時間及び所定労働日数のおおむね4分の3以上である就労者については、原則として健康保険及び厚生年金保険の被保険者として取り扱うべきものであること（いわゆる「4分の3要件）」、③「②に該当する者以外の者であっても①の趣旨に従い、被保険者として取り扱うことが適当な場合があると考えられるので、その認定に当たっては、当該就労者の就労の形態等個々具体的事例に即して判断すべきものであること」が示されている。現在、健康保険・厚生年金では、この内翰で示された「4分

の3要件」を基準として、短時間労働者に対する適用判断が行われている。より具体的にいえば、正社員の週所定労働時間が40時間の事業所の場合、週30時間以上のパートタイム労働者が健康保険の適用対象となり、被保険者としての資格を有することになる。なお、現行法においては被保険者の適用に関する賃金要件はない。したがって、例えば、時給700円の短時間労働者が週30時間、月120時間勤務した場合、月収は8万4000円となる。現行法では適用対象となるが、平成28年10月からの適用拡大では、月8.8万円の賃金要件があるため、適用対象外となる¹⁵⁾。

現行法において、4分の3要件に満たない短時間労働者については、健康保険の被保険者の配偶者である場合、年収が130万円以上であれば、国民健康保険の被保険者（年金の場合は国民年金の第1号被保険者）となるが、年収が130万円未満であれば、配偶者の被扶養者と認定され、配偶者の加入する健康保険の被扶養者（年金の場合は国民年金の第3号被保険者）ということになる。先の例の場合、年収は100万8000円となるので、年収要件だけで判断すれば、被扶養者と認定される。

3 公的医療保険制度における負担と給付

我が国の医療保障制度は、ドイツやフランスと同様に「社会保険方式」を採用している。社会保険方式以外の医療保障制度としては、イギリスのNHS（National Health Service）を代表とする「税方式」がある。社会保険方式や税方式というのは、医療保障の財源が保険料なのか税なのかといった財源の違いだけではなく、加入者の権利性や制度運営に対する国家の関与の度合いなど、実は大きな違いがある。

民間医療保険においては、基本的に、個人はリスクに応じた保険料を負担し、保険契約の内容に応じた保険給付を受ける。例えば、保険給付の内容が同じであれば、年齢が高くなるほど生活習慣病等の疾病リスクが高まるため、年齢が高い人ほど保険料は高くなる仕組みとなっている。当然ながら、保険料を支払わない限り保険給付を受けることができない。これに対して、公的医療保険で

は、個人単位での給付・反対給付均等原則が求められず、保険集団としての収支相等の原則が求められる程度であり、実際に、保険料負担方法としてはリスクに応じた保険料負担ではなく負担能力に応じた保険料負担（応能負担）の仕組みが取り入れられている。要するに、公的医療保険制度においては、高所得者ほど多くの保険料を負担する仕組みとなっている。また、被用者保険の被扶養者の場合は、保険料の負担がないが、被保険者と同様の保険給付が受けられる。

我が国の公的医療保険制度における保険料負担がどのようなになっているのか概要を述べる。健康保険制度と国民健康保険では保険料の算出方法が大きく異なる。

健康保険制度では、労務の提供の対価として事業主から支払われる報酬月額（給与）をもとに標準報酬月額が決定される。標準報酬月額は、第1級（5万8000円）から第47級（121万円¹⁶⁾までの47の等級区分があり、それぞれ被保険者の報酬月額に該当する等級の標準報酬月額が適用される¹⁷⁾。平成15年からは毎月の給与の他に、賞与も保険料の賦課対象となり、標準賞与額が適用される。この標準報酬月額・標準賞与額に保険料率を乗じたものが保険料額となる。なお、保険料率は健保組合ごとに異なっている。協会けんぽについては、保険者は全国健康保険協会という1つの全国組織であるが、保険料率については都道府県単位の設定となっている。保険料率は健康保険組合及び全国健康保険協会といった保険者が定めるもの（厚生労働大臣の認可が必要）であるが、料率については3～12%の範囲内と上限・下限が定められている（健康保険法第160条）。保険者は費用支出に見合った収入を得ることができるよう、保険料率を設定することが求められる。単純に考えれば、同じ費用支出額の保険者があった場合、平均標準報酬月額が高ければ保険料率は低くなるが、逆に報酬額が低いと保険料率は高くなるということになる。同じ所得の被保険者がいた場合、加入する保険者によって保険料が異なるということでもある。平成26年度健保組合予算早期集計結果の概要によると、健保組合の平均は8.861%、協会けんぽの全国平均が10.0%であった。先程述

べた方法で算出された保険料額については、事業主と被保険者が折半して負担し¹⁸⁾（健康保険法第161条第1項）、事業主が被保険者負担分と合わせて納付する義務を負っている。ただし、健康保険組合の場合は、規約により、保険料の事業主負担割合を高めることができる（健康保険法第162条）。

次に国民健康保険の保険料負担¹⁹⁾についてであるが、個人の所得や資産といった経済的負担能力に応じて賦課される部分（応能割）と1世帯当たり、被保険者1人当たりの定額負担といった形で賦課される部分（応益割）とがある。応能割と応益割については50：50となることが望ましいとされている。国保の保険料賦課限度額（上限額）は年65万円となっている。一方、低所得者に対しては保険料軽減措置があり、その財源は公費となっている。国保においては、被用者保険における事業主負担に相当するものがないこと、財政基盤が弱いことなどを理由に多額の公費が投入されている²⁰⁾。

このように、健康保険制度と国民健康保険制度では保険料の賦課対象や算出方法が大きく異なる。健康保険制度では稼得所得（給与・賞与）のみを賦課対象（応能割のみ）としているのに対し、国民健康保険制度では応能割以外に応益割が設けられている²¹⁾。被用者と被用者以外では稼得形態や所得捕捉率等も異なっており、保険料の賦課対象や算出方法が異なるのも理解はできる。

一方で、市町村国民健康保険の被保険者が様変わりしているという点も見逃せない。国民皆保険から間もない昭和40年度では、市町村国民健康保険の加入者（世帯主の職業）は農林水産業が約4割、自営業者が4分の1を占めていた（合計で7割）。しかし、現在は、無職者が4割強、被用者が3割強を占める状況である。したがって、国民健康保険については以前であれば「農林水産業従事者と自営業者の保険」といえたが、現在は「無職者と被用者の保険」といってもよいかもしれない。国民健康保険の被用者の所得分布（基礎控除後）をみると、100万円未満が約4割、100万円以上200万円未満が約3割、200万円以上が約3割となっている。国民健康保険における被用者の中には、現行の被用者保険の適用要件では被

保険者資格が得られない者も含まれており、この点が問題といえる。

次に保険給付について述べると、療養の給付については、健康保険制度と国民健康保険制度、健康保険制度中でも被保険者と被扶養者とは、従来、給付率が異なっていたが、平成15年4月からは給付率の統一化が図られ、全制度で給付率が7割に統一された²²⁾。我が国の公的医療保険には高額療養費制度があり、患者自己負担額の上限が設けられている。高額療養費制度では、年齢と所得に応じてこの患者自己負担限度額が異なるものの、それ以外の理由による違いはない。このように療養の給付面においては、年齢と所得によって給付率が異なる部分があるものの、各制度や被保険者・被扶養者といった資格では同じ状況となっている。一方、被用者保険では支給される傷病手当金・出産手当金などの一部の現金給付については、国民健康保険では任意給付の扱いであり、法定されていない²³⁾。

このように、公的医療保険制度においては、保険料負担に応じた保険給付とはなっていないため²⁴⁾、同じ給付内容であれば個人は保険料負担をできるだけ少なくしたいと考えても不思議ではない。被用者保険と国民健康保険の被用者の保険料負担について着目すると、被用者保険では扶養家族についての保険料負担はないが、国民健康保険では世帯人数に応じた保険料負担がある。被用者保険の被扶養者の場合、保険料の負担がなく保険給付を同様に受けられるため、被保険者となる場合のメリットがわかりにくい状況となっている。

4 高齢者医療制度との関係

平成18年に「高齢者の医療の確保に関する法律」が成立し、平成20年4月から現行の高齢者医療制度が開始された。65歳以上74歳以下を対象とした「前期高齢者医療制度」と75歳以上を対象とした「後期高齢者医療制度」がある。このうち、後期高齢者医療制度は他制度とは完全に独立した制度であり、75歳以上の者は就業の有無等に関わらず、後期高齢者医療制度の加入者となる。一方、前期高齢者医療制度は後期高齢者医療制度とは全く異なるもので、65歳から74歳まで

の者は現在加入している医療保険制度に加入したまま、当該高齢者の医療給付費に対して、保険者間で財政調整を行う仕組みである。

後期高齢者医療制度の財源は、後期高齢者の保険料が約1割、現役世代の保険料からの支援金が約4割、公費が約5割といった負担割合で賄うこととなっている。各保険者が負担する後期高齢者支援金の額は後期高齢者支援金単価に加入者数を乗じて算出される（加入者割）。ここでの加入者数とは被保険者のみならず被扶養者も含めた人数であり、0歳から74歳までの被保険者・被扶養者の合計人数である。したがって、扶養率が高い保険者ほど被保険者1人あたりの保険料負担が重くなる仕組みである。平成22年度以降、特例措置により被用者保険分については3分の1の総報酬割が導入された。現在、国会に提出されている「持続的な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案」では段階的に全面総報酬割に移行していく予定であり、平成27年度が2分の1、28年度が3分の2、そして29年度からは全面的に総報酬割とすることとなっている。

前期高齢者医療制度では、前期高齢者医療給付費について、各保険者は自らの加入者に対する給付を行うが、財源は加入者の前期高齢者1人あたりの保険給付費及び前期高齢者に係る後期高齢者支援金について、全国平均並みの前期高齢者が加入していたとした場合の加入者数を乗じた金額を負担することになる。

このように、前期高齢者納付金と後期高齢者支援金等の被用者保険からの拠出金については一部総報酬割が導入されているものの加入者数に応じた負担があるため、被保険者数・被扶養者数の増加により、これらの拠出額も増えるという構造になっている。平成23年度の健康保険組合の保険料収入は6.5兆円であるが、後期高齢者支援金・前期高齢者納付金等の拠出額は約2.9兆円であり、保険料収入に対する割合は4割を超える規模となっており、保険者にとって大きな負担となっている。被用者保険においては、被扶養者数が増えると後期高齢者支援金等の負担が増えるということになる。

Ⅲ 公的医療保険制度における適用拡大の影響

健康保険の適用拡大によって具体的にどのような影響があるのか、ここでは述べてみたい。少しデータは古くなるが、適用拡大による影響等进行分析したものとして、健康保険組合連合会『就業形態の多様化が医療保険制度に与える影響等に関する調査研究報告書』（平成23年6月）がある。この調査研究は筆者が携わったものであるが、健康保険における適用拡大を雇用保険並みと仮定した場合のシミュレーションを行い、その影響等进行分析したものである。平成28年10月からの適用拡大は限定的な内容となり、財政影響が大きな保険者に対する調整措置²⁵⁾が行われることが決まっていることから、適用拡大の影響は以下に記載する内容と比べて影響は小さくなるものと思われる。しかし、今後もより一層の適用拡大に向けた議論が行われる予定であることから、更なる適用拡大を行った場合にどのような影響があるのかを明らかにしておくことは意義があると考え。そこで、更なる適用拡大を行った場合に健康保険制度や健康保険組合にどのような影響があるか、以下に整理した。

1 健康保険制度への影響

週所定労働時間が20時間以上の短時間労働者を健康保険制度の適用対象者とした場合の影響として次の3点が挙げられる。

第一に、当然ながら健康保険の被保険者数は増加するが、一方で健康保険の被扶養者数が減少するということである。試算の結果、健康保険全体では、適用拡大により被保険者数は約477万人（適用拡大前の被保険者数の13.4%）増加する見込みとなった。適用拡大により新たに適用対象となる短時間労働者の特徴としては、①女性が多いこと（新たな適用者の4人に3人が女性）、②国保加入者よりも被用者保険の被扶養者からの資格異動者が多いこと（具体的には、国保からの異動者が181万人であるのに対し、被用者保険の被扶養者からの異動者が296万人となった）、③業種により偏りがみられること、である。このうち、3つ目の点

について詳細を述べると、小売業が約179万人（適用対象者の37.5%）、飲食店・宿泊業が67万人（同14.0%）、生活関連サービス業が約41万人（同8.6%）、事業関連等サービス業が約38万人（同8.0%）であった。小売業と飲食店・宿泊業だけで新適用対象者の5割を超える計算である。

第二に、平均標準報酬月額が大幅に低下するということである。試算によれば、新適用対象者の平均月収は約7万8000円であり、健康保険組合の被保険者における平均標準報酬月額の2割程度の水準となった（平成22年度予算ベース）。既に適用対象となっているフルタイムに近い有期契約労働者と比較しても、労働時間が短いこと、また賃金水準も低いことから、標準報酬月額は相対的に低くなる。また、新たな適用対象者の8割強が時給制・日給制の賃金支払い形態であり、賞与のない者が多い。したがって、新たな適用対象者が多くなるほど、健康保険制度における被保険者全体の平均標準報酬月額が低下することが予想される。

第三に、健康保険財政が現在よりも悪化する可能性が高くなるということである。健康保険全体でみると、適用拡大により、健康保険の被扶養者から新たに被保険者となる人は約296万人である。この対象者については、被扶養者として既に医療給付費や後期高齢者支援金・前期高齢者納付金などは健康保険制度内で発生・負担しているため、制度全体で見れば、この対象者の保険料は支出増加を伴わない純然たる「収入増」といえる。一方、国民健康保険から健康保険の被保険者へ移行する人は約181万人であり、その被扶養者は約47万人の見込みである。被保険者の保険料収入と、被保険者及び被扶養者に係る医療給付費、後期高齢者支援金・前期高齢者納付金などが新たな増加分となる。試算では、保険料率を8.2%（平成21年の協会けんぽの保険料率）とした場合、適用拡大による新たな被保険者数の増加により保険料収入は約3200億円の増加となるが、医療給付費が約3800億円、後期高齢者支援金が約987億円、前期高齢者納付金が約873億円、それぞれ増加する見込みとなるため、健康保険制度全体では約2460億円のマイナスが発生することが見込まれ

る。ここで注目したい点は、そもそも新たな適用対象者の保険料収入が医療給付費を下回るということである。このマイナス分を保険料だけで賄うとすると、現在の健康保険の被保険者全体の保険料率を一律 1.64%分引き上げることが必要となる計算である。

2 健康保険組合への影響等

先の調査研究の中では、健康保険制度全体への影響だけではなく、3つの健康保険組合における適用拡大の影響等に関するシミュレーションを行った。この結果、①被保険者数が2倍近くになる健康保険組合（A・B健康保険組合）がある一方で、ほとんど被保険者数が変わらない健康保険組合（C健康保険組合）もあること、②被保険者数が増える健康保険組合では医療給付費を始め、後期高齢者支援金・前期高齢者納付金等も増えるが、新たに適用される短時間労働者の標準報酬月額が総じて低いため財政が悪化すること、③一方で、被扶養者数が減る健康保険組合ではこれらの支出額が減り、財政が改善すること、④結果的に保険料率が高い健康保険組合でより保険料率を引き上げる必要性が生じ、保険料率が低い健康保険組合

では保険料率を引き下げることが可能な状況が発生し、健保組合間の格差を拡大させること、などが示された（表参照）。

また、短時間労働者への適用拡大により、健康保険組合における資格取得・喪失等に係る業務量が増えることが示唆された。例えば、B健康保険組合の場合、被保険者数が現在の1.88倍に増えると見込まれたが、これは現在の業務量から推計すると担当者1名を増員する業務量となるということであった。

IV 今後の課題等

Ⅲで述べた適用拡大の影響等については、前提条件として雇用保険並みの適用拡大としたため、賃金要件等が加味されていない。この結果、賃金の低い短時間労働者が比較的多く含まれることとなり、この影響が強く反映された結果となったといえる。しかし、影響の大小はあるものの、これらの試算の結果は、健康保険における短時間労働者への適用拡大を進める上でのいくつかの課題を明らかにしたといえる。

第一に、大幅な適用拡大を進めた場合には、現

表 週所定労働時間 20 時間以上の短時間労働者を対象に適用拡大を図った場合の各健康保険組合への影響

	A 健保組合	B 健保組合	C 健保組合
業種	小売業	外食産業	電気機器産業
被保険者数	約 10 万人	約 1.5 万人	約 3.1 万人
扶養率	0.54	0.62	1.10
保険料率	約 8.0%	約 7.0%	約 6.0%
適用拡大の影響			
加入者数	+10.5 万人	+1.6 万人	▲0.4 万人
前期高齢者加入率	+8.5%	+8.9%	+0.1%
医療給付費増加額①	+約 183 億円	+27 億円	▲4 億円
後期高齢者支援金②	+45.4 億円	+6.8 億円	▲1.4 億円
前期高齢者納付金③	▲33.8 億円	▲2.9 億円	▲0.8 億円
①+②+③	+194.6 億円	+30.9 億円	▲6.2 億円
必要保険料率	約 10.636%	約 10.223%	約 5.703%

出所：健康保険組合連合会「就業形態の多様化が医療保険制度に与える影響等に関する調査研究報告書」（平成 23 年 6 月）をもとに作成。

注：平成 22 年の各健保組合の数値をもとに、「週所定労働時間 20 時間以上」のみを要件とした適用拡大を行った場合の各健保組合の被保険者数・被扶養者数の変化を把握し、それに伴い、医療給付費、後期高齢者支援金、前期高齢者納付金がどのように変化するかシミュレーションを行った。これらの費用増減と平均標準報酬額の低下により最終的に必要保険料率がどうなるか計算している。

行と同じ保険料率では健康保険財政は全体として今よりも悪化することが予想されるが、これをどのように穴埋めしていくかという問題である。収支相等の原則からすれば、支出に見合う保険料を賦課・徴収することが求められる。必要な保険料収入を得るためには、平均標準報酬月額が下がれば保険料率を引き上げるということになる。しかし、これは容易なことではない。前述のとおり、保険料は被保険者と事業主が折半して負担しているため、保険料率の引上げについては被保険者のみならず、事業主の了解を得ることが必要だからである。現行法では、各健康保険組合は3～12%の範囲で保険料率を設定することとなっており、上限と下限が定められている。平成24年度の保険料率別組合数の割合をみると、保険料率が9.5%以上の組合が全健保組合の22.0%を占めており、協会けんぽの平均保険料率である10.0%以上となった健康保険組合が48組合あった。近年、保険料率が高い健康保険組合などを中心に健康保険組合を解散し、協会けんぽに移行する動きもみられる。平成18年度には1541あった健保組合が平成24年度には1431組合にまで減少している²⁶⁾。協会けんぽの場合、旧政管健保の時代より給付費等に対する定率（現在16.4%）の国庫負担が投入されている（平成26年度予算額で1.2兆円）。適用拡大により保険料率を引き上げなければならない健保組合の中には、解散に追い込まれてしまうところも出てくると思われる。

第二に後期高齢者支援金・前期高齢者納付金の負担のあり方の問題が挙げられる。前述のとおり、現行の後期高齢者支援金や前期高齢者納付金の負担額の計算方法では、加入者数（被保険者数と被扶養者の合計）が大きな影響を与える。つまり、適用拡大により被保険者数とその被扶養者数が増えれば、支援金・納付金の負担額も増える仕組みとなっている。これらの高齢者医療制度に対する被用者保険からの拠出額は保険料収入の4割を超える規模となっており、財政影響が大きい。短時間労働者が多い小売業や外食産業などでは平均標準報酬月額が低く保険料率が高い健康保険組合が多いため、適用拡大による財政影響が特に大きい。被用者保険の被扶養者からの異動者が新適用対象

者のおよそ6割を占めていることから、適用拡大は納付金・支援金の負担者の、被用者保険の保険者間でいわば付け替えという側面も持つといえるだろう。これについては、今回の適用拡大に際して、負担が重くなる健保組合の状況を政府も認識しており、「短時間労働者など賃金が低い加入者が多く、その保険料負担が重い医療保険者に対し、その負担を軽減する観点から、賃金が低い加入者の高齢者支援金・介護給付金の負担について、被用者保険間で広く分かち合う特例措置を導入」することが明記されており、具体的な検討が行われている。また、負担方法については段階的に加入者割から総報酬割に切り替えが進んでいく予定であるため、支援金等についての適用拡大の影響は緩和されていくものと思われる。

第三に扶養認定基準との整合性の問題がある。短時間労働者の適用拡大を進める際には、現行の扶養認定基準の目安となっている「年収130万円」を見直し、被保険者の適用基準との整合性を図る必要がある。健康保険の標準報酬等級月額の下限は5万8000円であり、年換算すると約70万円となり、扶養認定基準の半額程度となっている。つまり、年収70万円でも保険料負担をしている被保険者がある一方で、年収130万円未満であればそれ以上の収入があっても保険料負担をしないでよいという矛盾がある。被保険者の適用を進める上でも扶養認定基準との整合性を図ることが望まれる。

第四に賃金要件の必要性である。現行、健康保険と厚生年金の適用は同じとなっており、今後も厚生年金と「できる限り同一の基準で適用拡大することが基本である」とされている²⁷⁾。今回、賃金が月額8.8万円以上であることとした理由として、月額7.8万円以上を厚生年金の適用対象とした場合には国民年金の保険料より低い負担で、基礎年金に加えて厚生年金が受け取れるため、年金における公平性が確保されないことが問題として指摘され、今回の8.8万円以上となった。健康保険の場合、給付率は統一化されているため厚生年金のような問題はないが、賃金が低い程保険料負担は重くなるため、どこかで線引きすることが妥当と思われる。

V おわりに

ⅢとⅣで述べた内容は、週所定労働時間20時間以上という要件のみで適用拡大を行った場合の影響分析である。このため、推計では適用拡大の対象者が477万人となったが、平成28年10月からの適用拡大については賃金要件や企業規模の要件なども盛り込まれた結果、対象者数は約25万人に絞られた。厚生労働省の推計によれば、今回の適用拡大に限定した場合、国民健康保険の被保険者からの適用者が約15万人、健康保険の被扶養者からの適用者が約10万人となっている。また、新たな適用者のうち約20万人が健康保険組合、約5万人が協会けんぽの被保険者になるという見込みである。さらに、後期高齢者支援金、前期高齢者納付金のうち後期高齢者支援金部分、介護納付金については、負担が大幅に増える保険者に配慮して、この部分は被用者保険で薄く負担するよう調整措置が導入される予定である。この結果、適用拡大による財政影響は、健保組合への加入者増の影響が約300億円の増加、加入者減の影響で約100億円の減額により、差引約200億円の負担増加となっている。一方で協会けんぽでは約50億円、共済では約30億円、国保では50億円の負担減で、これに伴い公費支出も約200億円の負担減となる見込みである。一方で事業主負担は医療保険部分で約200億円の負担増となっている。今回の適用拡大は限定的なものであるが、これを適用拡大の試行的事業として位置付けると、今回の5つの適用要件と保険者に対する調整措置はよく練られたものと評価できる。今回の適用拡大は適用しやすいところを中心に適用したといえる。今後、更なる適用拡大を図る場合、適用拡大が難しい対象者に対してどのように適用拡大を図ることが適当か、しっかりとした制度設計を行うことが必要である。また、当事者・関係者が「得か損か」といったように近視眼的に適用問題を捉えるのではなく、超高齢社会の中でも国民皆保険を堅持していくためには、労働者を増やし社会保障の支え手を増やしていくことが必要不可欠である。

- 1) 社会保障制度改革国民会議「社会保障制度改革国民会議報告書」(平成25年8月6日)42頁。
- 2) 日本チェーンストア協会や日本百貨店協会、日本スーパーマーケット協会等、流通・サービス産業を代表する16団体で組織する「流通・サービス産業年金制度等改革検討協議会」は、平成23年12月21日、「パート労働者への社会保険適用拡大に対する反対意見」をとりまとめ、関係機関に提出している。ここでは、適用拡大はパート労働者の多様な働き方を狭め雇用機会の喪失につながりかねないこと、短時間労働を選択しているパート労働者が本当に社会保険加入を望んでいるか検証されていないこと、健康保険への適用拡大は、健康保険組合の過重な負担とパート労働者にとって新たな不公平を生じかねないことなど、適用拡大に対する反対意見が述べられている。
- 3) 正式な名称は「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律(平成25年12月13日法律第112号)」。同法第6条第2項では、「検討を加え、その結果に基づいて必要な措置を講ずるもの」の一つとして「短時間労働者に対する厚生年金保険及び健康保険の適用範囲の拡大」が盛り込まれている。
- 4) 具体的には、国家公務員共済組合法、地方公務員等共済組合法、私立学校教職員共済法がある。保険者数はそれぞれ国家公務員が20共済組合、地方公務員等が64共済組合、私学教職員が1事業団である。
- 5) 国民健康保険法第6条には適用除外規定があり、「生活保護法による保護を受けている世帯に属する者」は国民健康保険の適用対象外となり、生活保護法の医療扶助対象となる。
- 6) 「加入者」には、被保険者の他被扶養者も含まれる。
- 7) 厚生労働省「平成26年版 厚生労働白書」。
- 8) ドイツの公的医療保険制度では、医療保険構造法(1992年12月成立)により、1996年から被保険者が保険者(疾病金庫)を選択することができるようになった。詳細は健康保険組合連合会「ドイツの医療保険制度改革追跡調査報告書」(平成21年6月)。
- 9) 後期高齢者医療制度には約1500万人の高齢者が加入しているが、都道府県ごとに設置されている後期高齢者医療広域連合は、「保険者」ではなく「運営主体」という位置づけである。
- 10) 厳密に言えば、65～75歳未満の障害認定者は後期高齢者医療制度の対象となる。また、生活保護対象者など公費により医療給付を受けることができる者は公的医療保険の対象外となる。したがって、これらの対象者は職域保険の被保険者・被扶養者ではないが、国民健康保険においても適用対象外となる。
- 11) 社会保障制度改革国民会議「社会保障制度改革国民会議報告書」(平成25年8月6日)33頁。
- 12) 社会保険実務研究所「新・国民健康保険基礎講座」(平成22年8月)。
- 13) 詳細は健康保険組合連合会「健康保険組合論(医療政策と健康保険組合の役割)の構築に関する調査研究報告書」(平成22年5月)。
- 14) 法定16業種とは、1)物の製造、加工、選別、包装、修理又は解体の事業、2)土木、建築その他工作物の建設、改造、保存、修理、変更、破壊、解体又はその準備の事業、3)鉱物の採掘又は採取の事業、4)電気又は動力の発生、伝導又は供給の事業、5)貨物又は旅客の運送の事業、6)貨物積卸しの事業、7)焼却、清掃又はとさつの事業、8)物の販売又は配給の事業、9)金融又は保険の事業、10)物の保管又は

- 賃貸の事業、11) 媒介周旋の事業、12) 集金、案内又は広告の事業、13) 教育、研究又は調査の事業、14) 疾病の治療、助産その他医療の事業、15) 通信又は報道の事業、16) 社会福祉法（昭和二十六年法律第四十五号）に定める社会福祉事業及び更生保護事業法（平成七年法律第八十六号）に定める更生保護事業である。
- 15) 現行、健康保険の適用対象となっている者を適用対象外にするというものではない。
- 16) 「持続可能な医療保険制度を構築するための国民健康保険法等の一部を改正する法律案」では標準報酬月額の上限額121万円を139万円に引き上げる予定である。
- 17) 健康保険法第41条により、保険者は毎年1回被保険者全員の標準報酬月額を決定しなおすことが求められている。標準報酬月額は毎年7月1日に決定し、決定された標準報酬月額は、原則としてその年の9月から翌年8月までの1年間は固定することとなっている。
- 18) 任意継続被保険者の場合は被保険者が全額を負担する。
- 19) 市町村国保では、保険料ではなく保険税での徴収が認められている（国民健康保険法第76条）。保険税とした場合には地方税法の規定に従うこととなるので、徴収権の消滅時効が保険料は2年であるのに対し、5年と長くなるなど、違いが存在する。
- 20) 健康保険組合連合会「国民健康保険の財政構造と機能分析に関する調査研究報告書」（平成26年3月）参照。
- 21) 国保に応益割が設けられている点について、島崎謙治『日本の医療制度と政策』（東京大学出版会、2011年）は「国保は稼得形態が異なる者で構成されていることから、共通負担分を設定するほうが被保険者の納得を得やすいから」と説明している。
- 22) ただし、一部負担については、義務教育就学前の子供は2割、70歳以上75歳未満は2割（現役並み所得者は3割、平成26年3月末までに既に70歳に達している者は1割）、後期高齢者医療制度は1割（現役並み所得者は3割）となっており、給付率が7割とならない対象者もいる。

- 23) 厚生労働省保険局「平成25年度国民健康保険事業年報」によると、市町村国保では傷病手当金、出産手当金を給付している保険者はない。職域保険である国保組合は164件あるが、このうち傷病手当金の給付を行っている保険者が113件、出産手当金の給付を行っている保険者が34件であった。
- 24) 例えば、傷病手当金は標準報酬日額の3分の2とされており、保険料負担が多い者ほど多く支給される仕組みとなっており、これにはあてはまらない。
- 25) 負担が増える保険者に対して、後期高齢者支援金、前期高齢者に係る後期高齢者支援金部分、介護納付金についての負担緩和措置を講じる予定である。
- 26) 健康保険組合連合会「組合決算概況報告」。
- 27) 第26回社会保障審議会医療保険部会（平成19年4月12日）。

参考文献

- 厚生労働省（2014）『平成26年版 厚生労働白書』。
- 健康保険組合連合会（2009）『ドイツの医療保険制度改革追跡調査報告書』。
- 健康保険組合連合会（2010）『健康保険組合論（医療政策と健康保険組合の役割）の構築に関する調査研究報告書』。
- 健康保険組合連合会（2011）『就業形態の多様化が医療保険制度に与える影響等に関する調査研究報告書』。
- 健康保険組合連合会（2014）『国民健康保険の財政構造と機能分析に関する調査研究報告書』。
- 島崎謙治（2011）『日本の医療制度と政策』東京大学出版会。
- 社会保険実務研究所（2010）『新・国民健康保険基礎講座』。

たごく・はるみ 三菱UFJリサーチ&コンサルティング主任研究員。最近の主な著作に『イギリスNHS改革のこれまでと最新の動向』健保連海外医療保障 No.93（健保連、2012）。医療政策専攻。