

## 医療保険制度における妊娠・出産に係る費用負担の基本原則

稲森 公嘉\*

## 抄 録

全世代型社会保障という理念の下、少子化対策の推進と子ども・子育て支援の拡充に向かう大きな流れの中で、妊娠・出産に係る社会保障制度は、従来の制度間の役割分担、これまでの給付と負担のあり方を見直す大きな転機を迎えている。妊娠・出産の支援の方法については、給付と負担の関係の明確性や財源の安定性を考慮すると、社会保障を基本とした上で、給付と負担の基本を外さない形で、妊産婦及び胎児・新生児の生命・身体の安全の確保を最優先とし、それを実現可能なものとする出産医療体制を構築・確保するとともに、出産に関する妊産婦の選択を可能な限り尊重し、かつ、妊産婦の費用負担をなるべく軽減する方向での改革が求められる。医療保険の枠組の中で傷病給付と出産給付とを区別し、正常分娩を出産に関する現物給付の対象として構成することで、出産給付が疾病概念の制約から脱し、給付の内容と負担の程度の両面において独自の発展をたどる可能性が示唆される。

キーワード：妊娠・出産，保険給付，選択権，負担軽減，支援金

社会保障研究 2024, vol.8, no.4, pp.392-405.

## I はじめに

妊娠・出産に関する社会保障制度は、いま、大きな変革の只中にある。近年の不妊治療の発展と利用者の増加は、それまで自由診療の枠組の中で行われてきた不妊治療の大部分を保険適用に至らしめた。また、出産費用が高額化する中で、出産育児一時金も大幅に引き上げられ、その財源として、後期高齢者医療制度からの出産育児支援金が新たに設けられることになった。そして、現在、出産そのものの保険適用、現物給付化に向けた議論が進められている。

こうした変化は、少子化対策と子ども・子育て支援の拡充という大きな流れの中で展開されているのだが、同時に、それまでの妊娠・出産に関する社会保障制度間の役割分担についての論理を揺るがす側面も有していることから、政策の実現可能性に加えて理論的な面での検討も必要であると考えられる。

本稿は、社会保障制度による妊娠・出産の保障、その給付と負担のあり方に関する基本的な考え方を改めて整理しようとするものである。

\* 京都大学法学研究科 教授

## II これまでの考え方

### 1 妊娠・出産の要保障性

妊娠・出産は人生の一大イベントであり、当事者である女性はもちろん、その配偶者や家族にとっても、それまでの生活を大きく変え得る出来事の一つである。まず、妊娠による体調変化は、人によって程度の差こそあれ、女性労働者の就業に影響を与え得る。特に、産前産後の一定期間は、女性労働者の就業が制限される（労基65条1項、2項）。そこで、これらの間の賃金に代わる所得を保障する必要性が生じる（就労不能による所得の減少・喪失に対する代替所得保障の必要性）。また、妊娠期間を安寧に過ごし、安全な出産に導くため、妊娠中の母子の健康状態の管理が求められる。そして、専門職による分娩の介助等により、褥婦及び新生児の生命・健康を守ることが必要となる（妊産婦及び新生児に対する保健医療サービスの提供及びその費用の補填の必要性）。

それゆえ、こうした妊娠・出産に伴う所得やサービス等の保障の必要性は古くから認識されており、社会的な対応がなされてきた。1952年に採択された国際労働機関（ILO）の102号条約（社会保障の最低基準に関する条約）では、第8部で母性給付について定め、「妊娠、分べん及びこれらの結果並びに国内の法令で定めるそれらに起因する勤労所得の停止」を給付事由として、被用者及びその配偶者に関して、分娩介助や産前産後の手当等の医療と定期金による代替所得の給付の保障を求めている（同条約46～52条）。

これらの2つの必要性——代替所得保障の必要性と、保健医療サービス保障の必要性——のうち、特に後者については、医学の発展により、その重要性はますます高まっていった。経済成長により全般的に生活環境が改善・向上する中、周産期医療の発展は、医学研究の進歩や医療技術の開発、社会保障制度の整備とも相まって、より安全

で確実な出産の実現を可能にし、周産期死亡率の大幅な低下をもたらすことになる。

このような妊娠・出産の要保障事由としての特徴は、傷病の場合とよく似ている。傷病の要保障性も、傷病による就労不能から生じる代替所得保障の必要性と、傷病の治療という保健医療サービスの提供とその費用の補填の必要性の2つからなり、医学の発展等により後者の重要性が一層高まっていくことになるからである。

### 2 制度間の役割分担

妊娠・出産による就業不能から生じる代替所得保障の必要性と、妊産婦及び胎児・新生児に対する保健医療サービス保障の必要性に対して、現行の社会保障制度及び公衆衛生制度は、次のような役割分担で対応している。

まず、妊娠・出産する女性労働者の所得保障に関しては、出産前後の一定期間について、賃金労働者の加入する被用者医療保険制度（民間労働者の健康保険及び公務員等の共済組合）から、出産手当金として休業期間中の所得保障給付が支給される<sup>1)</sup>。

次に、保健医療サービスに関しては、妊娠中と分娩の段階とが区別される。まず、妊娠中の妊婦及び胎児の健康管理については、一般の健康診断と同様、公的医療保険の対象とはされていない<sup>2)</sup>。その代わりに、母子保健法で母子健康診査（13条1項）として位置づけた上で、公費助成の方式による対応がなされている。すなわち、妊娠した女性は、居住する自治体に妊娠届を提出すると、母子手帳とともに妊婦健診の受診券の交付を受ける。一般に、妊娠中の妊婦健診については、妊娠23週までは4週間に1回、24週から35週前は2週間に1回、36週以降は1週間に1回の、合計14回程度の受診が推奨されている。国は検査項目やその時期、回数等について、望ましい基準を告示で示し、自治体に対し、妊婦等への周知・広報や医療機関との連携体制の構築等を促すとともに、地方交付税

<sup>1)</sup> 健康保険では、出産の日以前42日から出産の日後56日までの間の休業日について、標準報酬日額の3分の2が支給される（健保102条）。

<sup>2)</sup> 保険医療機関及び保険医療養担当規則20条1号ハ。

による地方財政措置を講じている<sup>3)</sup>。そして、この交付金をもとに各自治体が健診費用についてこれを委託した医療機関等に支払うことで妊婦の費用負担を軽減し、積極的な受診を促している。国の調査によれば、2022年現在、すべての自治体で14回以上の助成が行われている<sup>4)</sup>。

なお、妊娠中の体調不良の場合には、通常の疾病として、公的医療保険の現物給付（療養の給付または家族療養費<sup>5)</sup>）の対象となる。

次に、分娩に関しては、医師の手当を必要とする異常分娩（吸引分娩、帝王切開等）の場合には、同様に疾病として公的医療保険の現物給付の対象とされるが、正常分娩については、疾病の範囲外として療養の給付の対象とはされておらず<sup>6)</sup>、自由診療の枠組で行われている。

その代わり、出産の場合には、公的医療保険制度から金銭給付として、（家族）出産育児一時金が支給される。これは1994年の健保法改正により、それまで支給されてきた分娩費と育児手当金を統合して創設されたもので、当初は30万円であったが、出産費用の増加を後追いつる形で引き上げられてきた<sup>7)</sup>。この間、2003年には産科医療補償制度が創設され、同制度に参加する産科機関での出産の場合にはその掛金相当額が上乗せされること

になった。また、その支払方法については、2006年10月1日に受取代理方式<sup>8)</sup>、次いで2009年10月1日に直接支払方式<sup>9)</sup>がそれぞれ導入され<sup>10)</sup>、被保険者と出産機関との合意により、これらの方式を選択することが可能になっている<sup>11)</sup>。原則はいったん被保険者側で出産費用の全額を支払い、出産後の請求により支払われた出産育児一時金で費用を補填する形になるが、受取代理または直接支払の方式を選んだ場合には、出産育児一時金は実際の出産費用の限度でまず出産機関に支払われるので、なお出産費用の不足分が残る場合には、被保険者はその差額分のみを出産機関に支払えばよいことになる。

なお、生活保護受給者の場合には、公的医療保険の適用除外であるので、生活保護の出産扶助として、分娩の介助等が原則は金銭給付、例外的に現物給付により支給される<sup>12)</sup>。

### 3 課題

もっとも、それぞれの制度の対応については、課題も指摘されている。

所得保障については、被用者保険が適用されない短時間労働者や国民健康保険加入の自営業者等<sup>13)</sup>には所得保障給付が存在していない。前者に

<sup>3)</sup> 「妊婦に対する健康診査についての望ましい基準」（平成27年3月31日厚生労働省告示226号）。厚生労働省リーフレット「妊婦健診を受けましょう（すこやかな妊娠と出産のために）」（<https://www.mhlw.go.jp/bunya/kodomo/boshi-hoken13/dl/02.pdf>（2023年12月25日最終確認））も参照。

<sup>4)</sup> 詳細は、「妊婦健康診査における費用負担等に関する妊婦への情報提供等の推進について（依頼）」（令和5年3月27日厚生労働省事務連絡）及び、野村総合研究所『令和4年度子ども・子育て支援推進調査研究事業「妊婦健康診査に係る費用負担等の実態に関する調査」報告書』参照。

<sup>5)</sup> 健康保険等の被扶養者の場合には、傷病に対する治療等は家族療養費として支給されるが、事実上現物給付化されているので、ここでは現物給付として扱う。

<sup>6)</sup> 昭和17年1月28日社発82号。

<sup>7)</sup> 出産育児一時金の沿革については、稲森（2011）pp.42-45を参照。前身にあたる分娩費の支給額は、当初は法律で定められていたが、1980年に政令事項化され、変更がより容易になった。

<sup>8)</sup> 「出産育児一時金及び家族出産育児一時金の受取代理について」（平成18年8月30日保発0830005号）。受取代理とは、被保険者が医療機関等を受取代理人として出産育児一時金を事前に申請し、医療機関等が被保険者等に対して請求する出産費用の額（当該請求額が出産育児一時金の支給額を上回るときは当該支給額）を限度として、医療機関等が被保険者に代わって出産育児一時金を受け取ることをいう。

<sup>9)</sup> 「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度の取扱いについて」（平成21年5月29日保発0529006号）。

<sup>10)</sup> 直接支払方式の導入に伴い受取代理方式はいったん廃止されたが、小規模施設への配慮から、2011年4月より再び認められている。

<sup>11)</sup> 「『出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度』実施要綱」及び「『出産育児一時金等の受取代理制度』実施要綱」（平成23年1月31日保発0131第2号「出産育児一時金等の取得申請及び支払方法について」）。

<sup>12)</sup> 生保16条、35条。小山（1950）pp.459-460参照。

については、短時間労働者へのさらなる適用拡大による対応が求められる。

妊婦健診については、国の告示で示された検査項目の一部について助成を行っていない自治体が存在したり、出産予定日を超過した妊娠の場合の15回目以降の助成を行っていない自治体が多数存在したりするなどの課題が指摘されている<sup>14)</sup>。

出産については、自由診療であるがゆえに出産費用の地域間格差、施設間格差が生じている。特に、都市部では、出産費用の高額化により、出産育児一時金だけでは出産費用を賄えず、差額負担が大きくなっている。さらに、出産費用の内訳や根拠が必ずしも明確でない部分もある。このような経済的負担の大きさが出産をためらわせる要因の一つとなっているとされる。

また、法治主義の観点からは、出産育児一時金の支払方式のオプション、すなわち、受取代理方式と直接支払方式についての法的根拠が要綱で定められているにとどまることも問題である<sup>15)</sup>。ほかの「事実上の現物給付化」の場合と同様に、法律上に明文規定を置くべきである。

#### 4 小括

以上の通り、現行の社会保障制度は、女性労働者の所得保障については被用者保険加入者及び一部の国民健康保険組合の加入者の場合のみ出産手当金という形で給付を行う一方、保健医療サービスに関しては、妊娠・出産は疾病ではないとの大前提の下に制度間で役割分担をしている。すなわち、疾病の範囲に含まれる妊娠中の疾病及び異常分娩については、公的医療保険における現物給付の対象とし、正常分娩については、疾病ではないので、公的医療保険における現物給付の対象とはならないが、正常分娩・異常分娩ともに定額の金銭給付の対象とし、妊娠中の妊婦健診については母子保健法に定める母子健康診査としてその費用を公費で助成している。それぞれの給付の費用に

については、公的医療保険の給付は保険料（及び公費）で、妊婦健診の公費負担は租税で賄われている。

妊産婦側の費用負担については、公的医療保険の現物給付による場合には定率の自己負担分、出産費用の場合には出産育児一時金との差額分、妊婦健診については助成対象とならなかった部分が、妊産婦側の自己負担分となる。

### Ⅲ 妊娠・出産給付に関する基本的な考え方

#### 1 はじめに

妊娠・出産に関する医学及び医療技術の進歩は、妊娠・出産に関する社会保障給付のあり方自体にも見直しを迫っている。不妊治療は、もともと一部が保険適用とされていたが、2004年から特定不妊治療（体外受精・顕微授精）の公費助成が行われてきたところ、それらの保険適用についても2020年に議論が始められ、2022年4月に実現に至った。現在では、出産の保険適用（現物給付化）に向けた具体的な検討が始められている。その中では、無痛分娩のように、潜在的なニーズがあり、体制さえ整えば今後の普及が見込まれるサービスの扱いも問われている。

不妊治療、出産の保険適用、無痛分娩の各テーマについては個別の論考が予定されているので、ここでは保険適用に関する一般的な論点について若干の検討を加える。

#### 2 保険適用の基準

公的医療保険における保健医療サービスの現物給付、すなわち、療養の給付の対象については、法律上、①診察、②薬剤又は治療材料の支給、③処置、手術その他の治療、④居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護、⑤病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護が列挙されているが（健保63条1項1

<sup>13)</sup> 国民健康保険では、条例または規約で「その他の保険給付」として出産前後の休業時の所得保障給付を行うことができるが（国保58条2項）、一部の国民健康保険組合を除いて、そのような給付は行われていない。

<sup>14)</sup> 前掲注4)の文献参照。

<sup>15)</sup> 笠木ほか（2018）、p.222。

号～5号), その具体的な範囲に関しては, 診療・調剤に従事する保険医・保険薬剤師は「厚生労働省令で定めるところにより」診療・調剤に当たるべき旨を明示した規定(健保72条1項)を受けて定められた保険医療機関及び保険医療養担当規則等でも, 「患者の療養上妥当必要なものでなければならない」(2条2項)などと抽象的な規定を置くにとどまっている。

もっとも, 新たな治療法や医薬品等を保険適用とする手続及び基準は, 保険外併用療養費の対象となる評価療養に関連して定められている。すなわち, 新たな治療法等は, まず保険外併用療養費の対象となる評価療養として認められるか否かが問われ, 次いで, 評価療養として実施された治験結果等を踏まえて, 保険適用とすべきか否かが決定されるのだが, その際の手続及び基準である。

厚生労働省のウェブサイトで紹介されている先進医療制度のフローチャート(「先進医療実施の流れ」)では, 保険適用の基準に相当し得るものとして, 先進医療会議において, 技術的妥当性(有効性, 安全性, 技術的成熟度)及び社会的妥当性(倫理性, 普及性, 費用対効果)の評価や保険収載の必要性の検討等を行う旨が示されている<sup>16)</sup>。ただ, その法令上の根拠については弱いと言わざるを得ない。管見の限りでは, これらの基準となる要素が明示されている文書は, 「先進医療会議開催要綱」<sup>17)</sup>の中に, 「検討項目」として, 保険適用の適切性に関する事項(「当該医療技術(試験が終了し, 総括報告書が提出されたものに限る。)の普及性, 有効性, 効率性, 安全性, 技術的成熟度, 社会的妥当性等の観点から見た保険収載の適切性」)<sup>18)</sup>が示されているにとどまる<sup>19)</sup>。

医療的措置の技術的な側面に関して言えば, 不妊治療, 正常分娩, 無痛分娩のいずれも, すでに

国内外で長年の実績があり, 一定の標準的な処置, 治療法も確立していることから, 保険適用の基準を満たしていると考えられる。特定不妊治療の保険適用は評価療養の過程を飛ばして行われたが, 新たな治療法というわけではなく, 公費助成制度を通じて広く普及しているもので, 手続的な問題はないであろう。なお, 不妊治療のオプション的な処置については, 先進医療として保険外併用療養費制度の対象とするのが適切である。

### 3 現物給付化の適否

医療的措置が技術的な面で保険適用の基準を満たすときでも, 公的医療保険の現物給付の範囲に含めるとい判断がなされない場合がある。

正常分娩に関しては, 現行制度で金銭給付が選ばれた理由として, 従来の立法関係者は, ①非疾病性(疾病ではないので, 療養の給付の範囲外であり, 保険診療の対象とはならない)。②準備可能性(妊娠が判明した以上, 出産予定日という形で予めその生じる時期が予測可能であることから, 不意の出来事ではなく, 事前に出産に備えておくことが可能である)。③多様なニーズへの応答可能性(出産のあり方に関する関係者(妊婦)のニーズは多様であり, リスクに備えて医療機関でのより安全な出産を希望する者もいれば, 医療的介入を減らしたより自然な状態での出産を望む者もいることから, 出産を現物給付化することにより一定の標準的な分娩方法へと誘導・強制するよりも, 各自の判断に委ね, その費用の一定部分を金銭給付という形でカバーした方が, 各自の出産ニーズに適切に応じることができる)の3つを挙げて説明してきた<sup>20)</sup>。

もっとも, 準備可能性については, 出産費用の額は決して少なくはない金額なので, その全額を

<sup>16)</sup> 厚生労働省「保険外併用療養費制度について」(<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000921208.pdf> (2023年12月25日最終確認))。

<sup>17)</sup> <https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001023978.pdf> (2023年12月25日最終確認)。

<sup>18)</sup> 同要綱2 (1) ④エ(先進医療Aについて)及び⑤ウ(先進医療Bについて)。

<sup>19)</sup> ちなみに, 評価療養の対象とすることの適切性に関する事項については, 「当該医療技術の有効性, 安全性, 先進性, 効率性, 社会的妥当性, 将来の保険収載の必要性等の観点から見た保険給付との併用の適否」という記述がある。

<sup>20)</sup> 以上については, 稲森(2011) pp.46-47を参照。

予め用意することは容易ではない。いったん全額を支払った上での償還払いという原則は現実的ではなく、保険給付でカバーされない自己負担分のみを支払う方式を基本とした方が良い。また、非疾病性についても、仮に出産が疾病ではないとしても、医療とは区別された出産という保険事故に対して現物給付を行うことは可能である。したがって、現物給付ではなく金銭給付が選択された主な理由は、出産ニーズの多様性への最適な対応であるという点にある。金銭給付であれば、それをどのような出産形態の費用に充当しようとも、それは給付を受け取った被保険者の自由である。

もっとも、正常分娩を自由診療とした上で定額の金銭給付を支給するという形式は、実際の出産費用が金銭給付の額を上回る場合には妊産婦側に差額負担を生じ、さらに出産費用の上昇が続いていけば、それだけ妊産婦側の経済的負担が増すことになる。それゆえ、出産費用の負担を軽減すべく、現物給付化が求められてきたのである。そうすると、保険適用により却って費用負担が増すことのないように留意する必要がある。正常分娩を傷病に対する医療とは区別して構成することで、正常分娩の定率自己負担を軽減・廃止したり、自己負担分を公費助成したりといった正常分娩独自の対応が可能になるだろう。

なお、出産直後の新生児に対する医療的処置については、従来は一連の正常分娩の過程の中で行われ、その費用は自由診療料金として包括的に妊産婦に対して請求されてきたが、正常分娩を保険適用にする場合には、母体に関する処置は産婦への給付、新生児に関する処置は新生児自身への給付であると考えべきである。

#### 4 選択肢の保障の必要性

不妊治療も無痛分娩も、実際には必ずしもすべての妊産婦が必要とするものでも、また、希望するものでもない。この点も、保険適用の適切性判断にかかわる一つの要素ではある。しかし、妊産婦の権利として、希望する者が利用できるよう、

妊産婦が選べる選択肢を保障しておくことが重要である。不妊治療は、もともと公費助成制度の下での長期間にわたる実施上の実績もあったので、不妊症を疾病と整理することで保険適用へと至った。無痛分娩は麻酔科医不足による安全な実施体制の確保が最大の課題であり、現状では実施率は(徐々に増加しつつあるとはいえ)まだ低い。また、メリットとデメリットがあるため、十分な情報提供の下で意思決定がなされる必要がある。それでも、欧米での実施率は非常に高く、日本でも潜在的なニーズは高いと思われるので、社会保障制度としてもこれに添えていく必要があるだろう。

## IV 負担に関する基本的な考え方<sup>21)</sup>

### 1 原則

保険制度においては、保険給付に必要な費用は保険料で賄うことが原則である。このことは一般に保険原理の一つである収支相等の法則として知られている。収支相等の原則とは、保険事業においては保険料収入の総体と保険給付支出の総体とが相等しくなければならないとするものである。収入が多ければ黒字で保険料を取りすぎ、支出が多ければ赤字で事業が成り立たないので、事業として成立するためには当然のことを述べているようであるが、同原則を厳格に理解する場合には、そこに2つのインプリケーションが含まれているように思われる。保険給付に必要な費用は専ら保険料で賄われるべきであるということ、保険料は専ら保険給付のために用いられるべきであるということである。

社会保険はその社会的な目的を実現する方法として保険のしくみを用いるので、社会保険の場合には、保険原理が貫徹せず一定の修正が加えられることがある。それは一般に、社会保険における保険原理の扶養原理または社会原理による修正と表現されている。

そして、収支相等の原則の修正については、一

<sup>21)</sup> 以下、IVの内容については、稲森(2023)も参照されたい。

般には、事業の収入面に着目し、保険料以外の公費等が保険給付の財源に投入され得ることをもって「収支相等の原則が成り立たない」と説明される。これは収支相等原則からの第一の「逸脱」である<sup>22)</sup>。社会保険では、目的実現のための法令の定めに基づく強制加入に起因する、保険集団間の被保険者の属性の構造的な偏りを是正する等のため、財政力の弱い保険制度または保険集団に対し、保険料を補う追加的な財源として公費等が投入されている。現行の公的医療保険制度についていえば、次の通りである。①被保険者の所得水準が相対的に高いと考えられる組合健保の場合には、給付費は医療保険料のみによる。②被保険者の所得水準が組合健保より低いと考えられる協会けんぽの場合には、保険料によるほか、給付費の16.4%が国庫補助による。③国民健康保険の場合には、健康保険よりもさらに被保険者の所得水準が低い場合が少なくないと考えられることから、保険料によるほか、給付費の半分を公費負担によっており、さらに低所得被保険者に対する保険料減免分の補填として市町村の一般会計からの繰り入れなどが存在するため、実質的な公費負担割合は50%を超えている。ここでは、国庫負担であれ国庫補助であれ、公的医療保険における公費負担は、国民皆保険体制の確立・維持という医療保障制度の全体目的の下、同体制を構成する各公的医療保険制度間、及び、同一制度内での各保険者間における被保険者属性の相違等、各保険者の努力によっては克服し得ない格差を是正する等の観点から専ら行われている、という点に留意しておきたい。

もっとも、このような財政力格差の是正は、公費の投入以外に、保険制度間または保険者間の財政調整という方法でも行われている。ここに収支相等原則からの第二の逸脱が見出される。それは、収支相等のうちの支出の側、すなわち保険料の用途についてである。すなわち、本来であれば、ある保険制度のある保険集団に属する被保険者が拠出した保険料は、当該保険集団における保

険給付支出の財源としてのみ用いられるべきところ、ほかの保険集団またはほかの保険制度における保険給付支出の財源としても用いられている、という意味での「逸脱」である。この種の財政調整は、社会保険の中でも特に医療保障分野において顕著である。項を改めて概観していこう。

## 2 逸脱

公的医療保険制度における保険者間または保険制度間の財政調整の例は、1982年の老人保健法により創設された①老人医療制度（老人医療対象者に係る医療等の給付を老人保健制度より行い、その費用を公費負担と各医療保険者からの老人医療費拠出金とで賄うしくみ。社会保険診療報酬支払基金（以下、「支払基金」という。）が各医療保険者から老人医療費拠出金を徴収し、老人医療事業を行う市町村に老人医療費交付金として交付する）を嚆矢とする。その後、1984年に創設された②退職者医療制度（被用者年金各法による老齢（退職）給付を受給する国民健康保険被保険者とその被扶養者（退職被保険者等）に係る医療費を、退職被保険者等の納付する国民健康保険料と被用者医療保険の保険者からの療養給付費等拠出金とで賄うしくみ。支払基金が各被用者医療保険者から療養給付費等拠出金を徴収し、国民健康保険の各保険者に療養給付費等交付金として交付する）、次いで、高齢者医療制度改革を受けて2005年に老人保健法を改正して制定された高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて導入された現在の③前期高齢者の医療に係る財政調整（65歳以上74歳以下の前期高齢者に係る医療費につき、前期高齢者が加入する被用者医療保険と国民健康保険の間で調整するしくみ。前期高齢者がこれらの保険者に同一割合で加入しているものと仮定して、支払基金は、加入割合が平均よりも低い保険者から前期高齢者納付金を徴収し、加入割合が平均よりも高い保険者に前期高齢者交付金として交付する）と新設された④後期高齢者医療制度（75歳以上の後期高齢者について独立の医療保険制度を創設し、

<sup>22)</sup> 収支相等を緩やかにとらえて、財源の如何にかかわらず全体としての収支が等しければ良いと考えるのであれば、公費等の投入があっても、その意味での「収支相等」は成立しているといえる。

その費用は公費負担と被保険者（後期高齢者）の保険料のほか、被用者医療保険及び国民健康保険（以下では「健保・国保等」という。）からの支援金で賄うとするもの。支払基金は、健保・国保等の保険者から後期高齢者支援金を徴収し、後期高齢者医療制度を所管する後期高齢者広域連合に後期高齢者交付金を交付する）へと続いていく<sup>23)</sup>。

これらの財政調整は、いずれも実質的には財政力のある保険者・保険制度から財政力の弱い保険者・保険制度への財政移転（①②③では被用者医療保険から国民健康保険への、④では健保・国保等から後期高齢者医療制度への財政移転）であり、したがって、移転元の被保険者が支払った医療保険料の一部が移転先の被保険者に係る保険給付の財源に充てられることを意味している。そのような「逸脱」が許される理由について、従来の学説等では、①については、受益者負担（対象となる高齢者は健保・国保等に加入しているが、その医療等の給付は市町村の行う保健事業からなされるので、各医療保険者は給付義務を免除される）、②については、負担の公平や被用者保険の現役とOBの連帯といった正当化理由が見出され得るのに対して、③④については、受益者負担は全く観念できず、ただ国保によって支えられている国民皆保険体制の崩壊を防ぐための国民連帯または社会連帯による正当化が可能であるとどまり、それが国庫負担の投入等ではなく積極的に財政調整によるべきであることを正当化する理由は見当たらない、といった指摘がなされてきた。

ところで、ここまで財政調整を「逸脱」と表現

してきたが、もちろん、これは上述のように収支相等原則を厳格にとらえた場合に導出される2つのインプリケーションを前提とした場合の議論であり、実際には、収支相等原則そのものを含め、そのような諸原則を直接的に定めた明文の法規範が存在するわけではない。医療保険各法では、保険料に関する規定は「費用の負担」の章に置かれているが、基本的には「当該保険事業に要する費用に充てるため、保険料を徴収する」と定めるのみで、「保険事業」の範囲にさえ含まれば、その用途は必ずしも「当該保険集団における保険給付」への充当に限られない、ともいえる。そもそも、憲法25条の生存権保障等に基礎を有する社会保障の目的を実現する方法の選択は、基本的には立法裁量に委ねられている。

とはいえ、保険事業の範囲も無限定ではあり得ない。例えば、医療保険各法の保険料に関する条文の中で、当該「保険事業」に続けて、「（前期高齢者納付金等及び後期高齢者支援金等並びに介護納付金<sup>24)</sup>……の納付に要する費用を含む。）」<sup>25)</sup>と明示的に付記されていることは、これらの財政調整が当然には当該保険事業の範囲に含まれるものではなく、法律の規定によって当該保険事業の範囲に含められたことを示している<sup>26)</sup>。逆にいえば、当該保険集団の保険給付に充当する以外の用途に用いる場合には、その旨を法律上明記する必要がある、ということでもある。

もっとも、従来の財政調整は、いずれも「医療」の給付に関する部分のみを対象とするもので、それは関係する保険制度間で共通して保険事故とさ

<sup>23)</sup> なお、同一保険制度内での保険者間の医療費共同負担制度としては、健康保険組合連合会の行う高額医療交付金事業などがある（健保附則2条）。

<sup>24)</sup> 介護保険の第2号被保険者に係る給付費については、介護保険の保険者である市町村等が介護保険料として賦課・徴収するのではなく、加入する公的医療保険（健保・国保等）から支払基金が介護給付費・地域支援事業支援納付金（介護納付金）として徴収する財源による。この介護納付金の財源として、健保・国保等の保険者は、被保険者から介護保険分を区別して医療保険料として賦課・徴収する。したがって、これは医療保険料の流用ではなく、介護保険料分の賦課・徴収を代行していると見ることができる。

<sup>25)</sup> 健保155条。なお、日雇特例被保険者を使用する事業主の設立する健康保険組合（日雇関係組合）については、日雇拠出金の納付も求められる（健保173条）。また、市町村の国民健康保険については、「財政安定化基金拠出金の納付に必要な費用その他の国民健康保険事業に要する費用」も明示されている（国保76条1項）。

<sup>26)</sup> 『健康保険法の解釈と運用（平成29年度版）』（2017年）法研、pp.1130-1131は、法律の制定・改正により保険者が「老人保健拠出金等……の納付義務が課されることになったことにともない、これらの拠出金の納付に要する費用も保険料をもって充当されることが明らかにされた」と述べている。

れている部分なのであった。

### 3 出産育児支援金

出産給付に関しては、2023年の法改正で、出産育児一時金の引き上げに伴う健保・国保等の負担増を軽減する目的で、全世代型社会保障の旗印の下、その給付に充当する新たな財源として、後期高齢者医療制度からの「出産育児支援金」が新たに創設されることになった。その経緯は以下の通りである。

2022年9月の第7回全世代型社会保障構築会議において、政府は、「医療・介護制度の改革」というテーマに関して、「子育て世代の支援のための出産育児一時金の大幅な増額と、その際、医療保険全体の中で支えあうことについて」を1つの論点として提示し、出産育児一時金の増額分の財源に後期高齢者医療制度からの支援を盛り込む案を明らかにした。その後、社会保障審議会医療保険部会に後期高齢者医療制度からの財政支援に関する具体案が提示され、審議会での検討を経て、最終的に医療保険法等の改正法案となり、2023年5月19日に「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」として成立した<sup>27)</sup>。それによると、当初は対象額の7%を後期高齢者医療制度からの出産育児支援金によることとし、以後、現役世代と後期高齢者の一人当たり負担額の伸び率がそろうように負担割合を設定していく。もっとも、実際には健保・国保等からの後期高齢者支援金と相殺されるという。出産育児支援金に関する部分は2024年4月1日から施行される。

改正法の成立に先立ち、出産育児一時金の額は、政令改正により、2023年4月以降、42万円から50万円へと大幅に増額された。上述の通り、この増額に伴う健保・国保等の負担の増加をどのように賄うのか、という点が問題となった。本来であれば、社会保険の場合には給付と負担の関係が明確であると言われる通り、そのような給付を行う

健保・国保等の保険料を引き上げて対応すればよいのであるが、それでは現役世代の出産支援のために現役世代の負担をさらに増すことになるので、ほかの財源の可能性が模索されることになった。そこに、全世代で子育てを支援するという大義名分と呼応して、高齢世代にも負担をしてもらうという発想に繋がったのだと思料される。

いずれにせよ、この出産育児支援金という形式により、後期高齢者医療の被保険者の支払った保険料の一部が、健保・国保等における出産育児一時金の給付の財源として用いられることになる。健保・国保等と後期高齢者医療制度は、同じ国民皆保険体制を構成する公的医療保険制度ではあるが、被保険者の範囲を異にする別々の医療保険制度であるから、これは異なる制度間での一方的な財政移転である。しかし、これまでの財政調整の例とは大きく異なる点がある。それは、支援対象となる出産給付は、後期高齢者医療制度では行われていない（出産は後期高齢者医療制度の保険事故ではない。高齢医療47条）という点である。こうして出産育児支援金は、従来の財政調整が踏みとどまってきた「共通の保険事故に対する保険給付についての財政移転」という限界をあっさりと踏み越えた。私見において、出産育児支援金が公的医療保険における財政調整の歴史において重大な一線を踏み越えたと評価する所以である。

もっとも、実際には、反対方向からの資金の流れ、すなわち、健保・国保等からの後期高齢者支援金と相殺されるということであるので、健保・国保等からの後期高齢者支援金として後期高齢者医療制度に移転される金額が減少するだけであろう。そうであれば、出産育児支援金を導入せずとも、最初から後期高齢者支援金の負担を減額だけしておけばよいようにも思われるのだが、高齢者も負担しているという姿勢を示すことが重要であったのだろうか。

立法関係資料によれば、政府は高齢者による負担の正当性に関して、全世代型社会保障の理念を

<sup>27)</sup> 改正内容については、例えば、厚生労働省保険局「医療保険制度改革について」第162回社会保障審議会医療保険部会（令和5・1・16）参考資料4（<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/001037866.pdf>（2023年12月25日最終確認））などを参照。

強調するとともに、高齢者医療制度改革以前は、高齢者も健保・国保等に加入して保険料を払い、出産育児一時金の財源を負担していたことを挙げている。それが高齢者医療制度改革で後期高齢者医療制度に移行したことで、出産育児一時金の財源負担を免れることになった、というのである。しかし、これはそのような制度として立法者が設計したことの当然の結果であり、老人医療制度のように給付義務免除に係る受益者負担を観念する余地はないし、退職者医療制度のように「保険料から拠出すること」に社会的な納得性が得られるものでもない。政府のいう正当化理由は一種のレトリックであり、出産育児支援金は国民連帯または社会連帯といった抽象的な理念によってのみ正当化され得る負担であるというほかない。後期高齢者による出産費用の分担自体については正当性が認められるとしても、それは本来、保険料の中からではなく、保険料とは区別された租税的性格の負担金によって行われるべきである。

#### 4 こども・子育て支援金（仮称）

その点で、現在、「こども未来戦略」の議論の中で提案されている「こども・子育て支援金制度（仮称）」については、一定の評価ができる。これは、2023年6月の閣議決定「こども未来戦略方針」において、「こども・子育て支援加速化プラン」を支える安定的な財源の1つとして「企業を含め社会・経済の参加者全員が連帯し、公平な立場で、広く負担していく新たな枠組み（「支援金制度（仮称）」）の構築」が掲げられたことを受けて考案されたもので、同年12月にこども家庭庁から示された案によれば、次のようなしくみである<sup>28)</sup>。

この財源が充当される可能性のある「こども・子育て支援加速化プラン」には、出産等の経済的負担の軽減のほか、児童手当の拡充やこども医療費助成など、さまざまなこども・子育て支援策のメニューが並んでいる。その費用の一部に充当される「こども・子育て支援金」は、医療保険のルートを通じて賦課・徴収される。各年度の支援納付

金総額は、こども家庭庁が予算編成過程で決定することとされ、まず、後期高齢者医療制度とその他の医療保険制度との間で、保険料負担割合に応じて按分される（出産育児支援金と同様）。次に、後者は加入者数に応じて被用者保険と国民健康保険との間で按分され（後期高齢者支援金と同様）、さらに被用者保険制度間では総報酬割に応じて按分される（後期高齢者支援金と同様）。

ポイントは、各被保険者が支払うこども・子育て支援金は、医療保険料と合わせて徴収されるが、医療保険料とは区別された別の負担金であるという点である。実現可能性の点を考慮すれば、保険料と同時に賦課・徴収される負担金という形式は、検討に値するものである（保険者の役割は徴収代行）。こども・子育て支援金は目的税的性格を有する負担金であり、その充当先に社会保険給付が含まれるとしても、両者の間に「給付と負担の牽連性」は存在しない。国民連帯の理念に基づく負担であれば、こちらの形式の方がより適しているといえよう。翻って考えてみるに、現行の健保・国保等の医療保険料も、後期高齢者支援金に充てられる部分は特定保険料率（健保等）または後期高齢者支援金等賦課額（国保）として明確に区分されており、当該部分の実質は純粋な保険料というよりは目的税的性格を有する負担金であると言えそうである。

後期高齢者医療制度からの——実質的には後期高齢者医療制度の被保険者である後期高齢者自身が負担する——出産育児支援金も、本来、このこども・子育て支援金のような形で構想されるべきであったのではないだろうか。

#### 5 小括

社会保険では、保険給付は保険料で賄い、保険料は保険給付のために用いるという原則に対し、保険給付の財源として保険料以外のものが充当されるという第一の逸脱と、保険料を保険給付以外のために用いるという第二の逸脱が見られる。前者の代表例が公費負担、後者の代表例が公的医療

<sup>28)</sup> 『週刊社会保障』法研、3248号、pp.38-43参照。

保険における財政調整である。本節では、以上のような収支相等原則とそのインプリケーションを補助線として、公的医療保険における制度間財政移転（財政調整）の展開を検討してきた。

社会保険の被保険者（及び被用者保険の場合には事業主）が負担する保険料は、当該社会保険制度の当該保険集団で行われる保険給付に充当するのが基本である。それ以外への充当の可能性としては、同一の社会保険制度内での財政調整（当該社会保険制度を構成する保険者間での財政調整）と、同種の複数の社会保険制度間での財政調整が考えられるところ、後者に関して、老人医療費拠出金には受益者負担的な要素があったものの、その後の財政調整では連帯的要素が強まって行った。それでも、これまでの財政調整は、少なくとも異なる制度間であっても同一の保険事故に対する保険給付を調整するものであったが、出産育児支援金はその限界を超え、拠出側の保険制度では保険事故とされていないリスクに関する給付についての財政移転を定めるに至った。しかし、こども・子育て支援金は、保険料とは区別される負担金として構想されている。

もっとも、第二の逸脱は公的医療保険の専売特許ではない。ほかの例としては、求職者支援制度における職業訓練受講給付金の支給を含む就職支援法事業の財源に雇用保険料が充当されている例がある<sup>29)</sup>。恒久的な制度の創設に当たり、本来は国が全額負担すべきところ、国の財政難に鑑み、緊急的な対応として労使負担を取り入れたものであるが、いまだ見直しは行われていない。また、より直近では、コロナ禍を受けた2022年の感染症法改正<sup>30)</sup>により、医療提供体制を守るための期間限定の措置として、流行初期の初動対応について都道府県と協定を締結した医療機関に対して一定の診療報酬収入を保障するしくみが導入された（流行初期医療確保措置）。具体的には、協定締結医療機関が新型インフルエンザ感染症等に係る発生等の公表日が属する月からの一定期間に、感染

症患者の入院病床の確保や発熱外来に係る対応等の措置を講じたとき、当該月の診療報酬額が感染症流行前の直近の同月における診療報酬額を下回った場合に、その差額を都道府県が支払うもので、その費用の2分の1は支払基金からの流行初期医療確保交付金で賄われ、そのために支払基金は各医療保険者から流行初期医療確保拠出金を徴収する。すなわち、実際に被保険者等に行われた医療の費用に充当する以外の目的のために医療保険料が用いられるのである。

このように、近年、社会保険において「保険制度」としての規律が緩んでいると思しき例が散見されるようになってきている。繰り返しになるが、確かに、社会保険制度は憲法の定める生存権保障を具体化するため立法によって創設されたものであるが、保険のしくみの利用はあくまでも社会保障の目的を実現する一つの方法としてであり、収支相等原則に立法を羈束する規範性があるわけではない。とはいえ、保険料の無節操な「流用」は、社会保険制度への信頼を損ないかねないので、一定の歯止めは必要であろうと思われる。私見では、同種の複数の社会保険制度間での財政調整は、同一の保険事故による給付間の調整に限定されるべきであり、当該社会保険制度が対象としていない保険事故に係る他制度の給付への充当は、保険料充当の正当性の限界を超えると考える。

他方で、第一の逸脱に関しては、給付財源の第一は保険料であるけれども、合理性と正当性が認められれば、保険料以外の財源を投入することも許容されると思われる。すでに見た被保険者の属性の偏りから生じる保険者間・保険制度間の財政力格差を是正するための公費の投入は、その一例である。だが、それ以外にも正当化事由はあり得よう。「妊娠・出産を全世代で支える」という理念は、いささか抽象的ではあるが、医療保険における妊娠・出産給付への全世代あるいは現役世代以外の世代が負担する負担金の投入を正当化し得るものであると考えられる。そして、そのような

<sup>29)</sup> 雇保64条。この問題については、稲森（2023）、pp.195-198参照。

<sup>30)</sup> 詳細については、『『感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律』の公布及び一部施行について』（令和4年12月9日医政発1209第22号ほか）参照。

国民連帯的な負担金を社会保険の財源に投入したとしても、保険料負担のある限り、給付と負担の牽連性は失われず、保険的性格は失われない<sup>31)</sup>。

ただ、保険料以外の多様な財源が入ってくると、資金の流れが複雑化し、財政の透明性を損うおそれはある。資金分配者の恣意を排除するための手続的規律が求められよう。また、保険給付の財源を保険料以外のものに過度に頼ることは、それによって直ちに給付と負担の牽連性が失われるわけではないとしても、保険的性格に関して議論の余地を生じ得るところでもある<sup>32)</sup>。したがって、保険料以外の財源の投入には一定の節度が必要でもある<sup>33)</sup>。

## V おわりに

妊娠・出産を含め、こども・子育てを社会全体で、全世代で支えていこうとする理念自体は大いに評価されるべきものである。こうした全世代型社会保障の理念の下、こども・子育て支援の積極的な拡充が議論されている現在は、妊娠・出産への支援を強化するまたとない機会でもある。妊娠・出産支援の方法は多様であり得るが、給付と負担の関係の明確性や財源の安定性等を考慮すると、その基本は社会保険によるのが好ましいであろう。中でも、要保障性的内容が近似する傷病リスクをカバーする医療保険に準拠するか<sup>34)</sup>、その

中で出産給付も行うのが適切である。

そして、当該社会保険においては、給付と負担の基本を外さない形で、妊産婦及び胎児・新生児の生命・身体の安全の確保を最優先とし、それを実現可能なものとする出産医療体制を構築・確保するとともに、出産に関する妊産婦の選択を可能な限り尊重し、かつ、妊産婦の費用負担をなるべく軽減するような方向での改革が望まれる。

現行の健保・国保等では、「疾病・負傷・出産・死亡」を保険事故としているが（健保1条、国保2条等）、医療保険の枠組の中で、傷病に対する給付と出産に対する給付とを区別し、正常分娩を出産に関する現物給付の対象として構成することは、単に正常分娩の保険適用により出産に係る妊産婦の費用負担を軽減するにとどまらず、出産が「傷病」概念の制約から脱し、給付の内容と負担の程度の両面において今後さらなる独自の発展をたどる可能性をも示唆するものでもある。例えば、「出産」部門で妊娠中の健診費用や妊娠中の傷病の治療費用などをカバーしていく可能性や、その際の自己負担を軽減する可能性などである<sup>35)</sup>。正常分娩の現物給付化は、そのような展開可能性をはらんだ大きな一里塚であるともいえるだろう。

## 参考文献

- 稲森公嘉(2011)「医療保険と出産給付」、『週刊社会保障』, 2612号, pp.42-47。  
———(2023)「社会保険料の使途に関する一考察

<sup>31)</sup> 旭川市国民健康保険条例事件において、一審判決（旭川地判平成10・4・21判時1641号29頁）は、「収入の約3分の2を公的資金でまかない、保険料収入は3分の1にすぎないのであるから、国民健康保険は保険というよりも社会保障政策の一環である公的サービスとしての性格が強く、その対価性は希薄である」としたが、最高裁判決（最大判平成13・3・1民集60巻2号587頁）は、「国民健康保険事業に要する経費の約3分の2は公的資金によって賄われているが、これによって、保険料と保険給付を受け得る地位とのけん連性が断ち切られるものではない」と明言した。

<sup>32)</sup> もっとも、フランスでは、公的医療保険の財源に多様な租税が投入されており、さらに被用者負担分の保険料が一般社会拠出金に置き換えられる租税代替化が進んでいるが、医療保険は社会保険制度として引き続き位置づけられている。租税代替化については、柴田(2012)、柴田(2017)参照。

<sup>33)</sup> 島崎(2020)p.275は、「医療費の財源を保険料とするか租税とするかは、どちらでもよいという問題ではない。社会保険の意義に関わる。……医療保険制度における公費投入は保険給付費の半分を限度とするという考え方は1つの節度として重要である」と述べる。

<sup>34)</sup> フランスのように医療保険とは区別された出産保険を構想することも一案である。ただし、強制被保険者の範囲について保険性の有無を考慮し始めると、例えば、年齢の上下限をどうするのか、妊娠・出産が不可能な状態にある人をどうするのか、子どもを持たないという選択をしている人をどうするのか（ただし、人の意思は変わり得る）等々の厄介な問題を生じるおそれがある。

<sup>35)</sup> フランスの出産保険制度について、原田(2009a)及び原田(2009b)参照。

- 後期高齢者医療制度からの財政支援の提案をめぐって——, 『法学論叢』, 192巻1~6号, pp.193-217。
- 笠木映里・嵩さやか・中野妙子・渡邊絹子 (2018) 『社会保障法』, 有斐閣。
- 小山進次郎 (1950) 『改訂増補 生活保護法の解釈と運用』, 中央社会福祉協議会。
- 柴田洋二郎 『フランス社会保障財源の『租税化』(fiscalisation) ——議論・帰結・展開——』 『海外社会保障研究』, 179号, pp.17-28。
- (2017) 『フランスの医療保険財源の租税化』, 『JRTレビュー』, 48号, pp.4-25ほか参照。
- 島崎謙治 (2020) 『日本の医療——制度と政策 増補改訂版』, 東京大学出版会。
- 原田啓一郎 (2009a) 「フランスにおける医療・出産保険と家族政策 (1) ——出産支援の理念とその具体策の変遷」, 駒澤法学8巻3号, pp.31-76。
- (2009b) 「フランスにおける医療・出産保険と家族政策 (2) ——出産支援の理念とその具体策の変遷」, 駒澤法学8巻4号, pp.31-76。

(いなもり・きみよし)

## **Basic Principles of Cost-Sharing for Pregnancy and Childbirth in the Public Health System**

INAMORI Kimiyoshi\*

### Abstract

In the context of the major trend towards the promotion of measures to combat the declining birthrate and the expansion of support for child rearing under the principle of a social security system for all generations, the social security system for pregnancy and childbirth has reached a major turning point where the traditional division of roles between the systems and the conventional way of providing benefits and burdens are being reviewed. Considering the clarity of the relationship between benefits and burdens and the stability of financial resources, the method of support for pregnancy and childbirth should be based on social insurance and, in a manner that does not deviate from the basics of benefits and burdens, place the highest priority on ensuring the life and physical safety of pregnant and nursing mothers, fetuses and newborn babies, while building and ensuring a maternity medical system that makes this feasible. Reforms are required to respect the choices of pregnant and nursing mothers regarding childbirth as much as possible and to reduce the burden of costs on pregnant and nursing mothers as much as possible. Distinguishing between sickness benefits and maternity benefits within the framework of medical insurance, and structuring normal childbirth as the subject of maternity-related benefits in kind, suggests that maternity benefits may break free from the constraints of the concept of sickness and develop independently in terms of both the content of the benefits and the level of burden.

Keywords : Pregnancy and Childbirth, Insurance Benefits, Right to Choose, Burden Reduction, Support Contribution

---

\* Professor, Kyoto University, Graduate School of Law