

日・韓の医療保障法制における低所得者保護

京都大学大学院
法政理論専攻
朴 惠 嫻

【目次】

はじめに

1. 問題意識・背景
2. 本論文の構成・対象の限定・意義

第1章. 日本の医療保障法制における低所得者保護

I. 日本の医療保障法制の構造と低所得者の医療受給権

1. 日本の医療保障制度における「国民皆保険体制」の意義
2. 医療保障制度における医療受給権の水準
3. 医療保障制度における構造的不均衡
 - (1) 医療扶助の問題
 - (2) 国民健康保険の問題
 - (3) 後期高齢者医療制度の創設

II. 低所得層の医療受給権保護の仕組み

1. 社会保険方式による医療保障制度の意義
2. 低所得者に対する費用負担の在り方
 - (1) 社会保険における保険原理と扶助原理の変容
 - (2) 国民健康保険の費用負担における低所得者保護
 - 1) 国民健康保険の費用負担仕組みにおける「低所得者」
 - 2) 応益負担による修正と低所得者層の保険料負担
 - 3) 高額療養費制度による低所得者保護

III. 医療保障法制の構造的な限界と境界層対象者の医療受給権保護

1. 境界層 (Border-Line) 対象者に対する医療受給権の保護
 - (1) 境界層対象者の医療受給権の保護—低所得者保護の具体的事例
 - (2) 境界層対象者に対する一部負担金減免の意義
 - (3) 境界層対象者に対する保険料減免の意義
2. 医療保障制度における低所得者の分離と社会保険制度との整合性

第2章. 韓国の医療保障法制における低所得者保護

I. 韓国の医療保障法制の構造と低所得者の医療受給権

1. 医療保障法制の展開と構造
 - (1) 韓国の社会保障制度の展開における制度間の不均衡
 - (2) 医療保障法制の展開と構造的不均衡

2. 医療保障法制における低所得者の医療受給権
 - (1) 低所得者に対する医療保障受給権の憲法上根拠
 - (2) 低所得者の医療保障受給権保護法制の問題

II. 低所得者の医療受給権保護のための法制

1. 医療給与制度における低所得者層保護の構造
 - (1) 国民基礎生活保障法と医療給与法の関係
 - (2) 医療給与制度の主要な変遷
 - (3) 医療給与制度の内容と仕組み
 - (4) 医療給与受給の現況と受給者選定の限界
 - (5) 医療給与制度における費用負担の仕組み
 - 1) 医療給付の受給における本人一部負担の導入とその意味
 - 2) 医療給与受給権者に対する選択病・医院制の導入
 - 3) 本人負担金及び選択病・医院制に関する憲法訴訟
2. 国民健康保険法における低所得者層保護の構造
 - (1) 強制加入及び保険料差等賦課の憲法的正当性
 - (2) 国民健康保険法における保険料負担の仕組み
 - 1) 健康保険料の賦課体系
 - 2) 健康保険の保険料賦課体系に関する憲法訴訟
 - 3) 保険料滞納者に対する制裁措置
 - (3) 保険料滞納者の発生の抑制及び救済のための支援制度
 - 1) 保険料の免除・軽減制度
 - 2) 保険料の分割納付
 - 3) 本人負担額上限制度

III. 医療保障法制の構造的な限界と境界層対象者の医療受給権保護

1. 次上位階層の概念と医療給与法上の位置づけ
2. 境界層の医療受給権保護における次上位階層選定の意義
3. 次上位階層の医療保障における適用制度の転換
 - (1) 医療給与の対象から健康保険体系への転換
 - (2) 転換の評価
4. 境界層 (Border-Line) 対象者に対する医療保障の在り方

終わりに - 国民皆保険による医療保障体系の再構築

資料と参考条文

はじめに

1. 問題意識・背景

日本は、憲法25条に基づき、すべての国民に対し適切な医療保障を行うことを国の責務としており、その手段として「国民の誰もが適切な医療サービスを公平に受けられるようにすること」を目的とする国民皆保険体制を採用している。日本の医療保障制度は、労働保護立法の一環として歴史的に先行して発展した被用者保険を中核に捉えた上で、国民健康保険を被用者保険でカバーできない者の受け皿とすることによって皆保険¹を実現した。もっとも、現行の国民皆保険体制に問題がないわけではない。例えば、主に負担面を中心になお存在する制度間格差や保険者間格差²のほか、皆保険といたながら保険料を支払えない生活困窮者に対する給付制限³や、生活保護受給者の国民健康保険からの排除⁴などは、国民の誰もが平等に医療にアクセスすることができるようにするという目的との

¹国保型の手法は厳密に言えば「皆保険」とはいえないとした上で、それでも敢えて「皆保険」という概念が用いられてきた事実に着目して、皆保険の概念が、「適用される制度の違いにもかかわらず、社会保障の枠内で「医療」を受ける限り、原則として同じ内容・同じ水準のそれが保障される」という意味に用いられていると理解することもできる（加藤智章「医療保険制度の変容と保険者のあり方」社会保障法第26号（2011）103頁）。言い換えれば、皆保険という概念は、「業務外の傷病という保険事故について、必要にして十分な医療ニーズが全ての国民に対して平等に保障されなければならない」という理念として機能してきたという理解である（倉田聡『社会保険の構造分析』（北海道大学出版会、2009年）290頁）。

²国民健康保険では各市町村（基礎自治体）が保険者であるため、負担と給付の両方で地域間格差が生じ得る。被用者保険は正規労働者を中心に保険集団を組織し、非正規労働者の多くは法律上、さらに行政実務の運用上、被用者保険の適用を除外されている。被扶養配偶者は被用者医療保険では、被保険者の家族療養費支給の対象である。阿部和光「社会保険の適用範囲（権利主体）」河野正輝・良永弥太郎・阿部和光・石橋敏郎編『社会保険改革の法理と将来像』（法律文化社、2010）34頁。

³皆保険を担保する受け皿である国民健康保険は、自営業者、失業者、無業者、非正規労働者などの低所得層を多く含み、保険財政は赤字構造である。そのため、保険料徴収手段として滞納者から被保険者証を返還させ、被保険者資格証明書を交付し事実上無保険者を生み出している。社会保険の扶養原理よりも保険原理を優先させ、医療保障の目的・理念である健康保障を後退させ、低所得者の社会的排除をもたらす。

⁴法制定当初、生活保護を受けている被保護者は「引き続き3ヶ月を超えて保護を受けるに至ったとき」被保険者ではなくなった。しかし、市町村の財政負担を増加させるとともに診療報酬の請求事務を複雑にしたことから、1964年4月1日以降、生活保護を受けるに至った日から国保の被保険者としなくなることとされた。厚生省保険局国民健康保険課等編『国民健康保険四十年史』（ぎょうせい、1979年）。生活保護受給者を適用除外とする理由については、ア、生活保護制度の趣旨から考えて、保険料負担能力がないと考えられること、イ、一般に医療が必要な場合には、医療扶助が受けられること等の理由から、被保険者とする実益に乏しいためとされる。厚生省保険局国民健康保険課監修『逐条解説国民健康保険法』（中央法規出版、1983年）52頁。

関係で問題を生じ得る。

特に近年、高齢や慢性疾患、不況による事業の休廃止、企業のリストラなどさまざまな要因により、皆保険体制の下にありながら長期間にわたり医療費の支払いが困難な人が増えている。さらに、生活保護受給の際の厳しい要件認定や被保護者に対するスティグマなどのゆえに生活保護基準以下の収入しかなくても生活保護を受けずに自立した生活を営むワーキングプアも相当数ある。したがって、このような皆保険体系の下に置かれた「負担能力の低い者⁵」に対してどのような配慮をなすべきか、恒常的な生活困窮者⁶である被保険者にとっての権利として医療受給権をどのように捉えるべきか⁷、現実の貧困者に対する「適切な」医療保障制度とは何か、といったことを考える必要に迫られている。

韓国の公的医療保障については、1977年に500人以上の事業場の勤労者を対象として法定医療保険が創設され、その後給付内容の改善や被保険者範囲の拡大など数回の改正を経て、1989年に全国民を対象とする医療保険体制が整備され、国民皆保険が達成された⁸。しかし、1980年代の経済成長に伴い、相対的に短い期間で国民皆保険を達成するため、最初から低保険料、低給付、低診療報酬といういわゆる「3低政策」を実施した結果、国民は医療サービスを利用する際により高い自己負担をしなければならないなど、医療保障の受給権は負担能力によって階層化されてしまった。皆保険体制

⁵社会保障制度において「低所得者」としても、その概念をどこまでとするかについて定量化が困難であり(所得概念を構成するものは、おおむね地方税法の市町村民税所得割の課税標準による(地稅313条))、それぞれの法目的に応じて設定・調整することであるが、ここでは生活保護法との関係においての概念を基準としたい。

⁶恒常的な生活困窮者を保険料減免の対象としないことが憲法25条、14条に違反しないか、という点については争われている。島崎謙治、「批判」旭川市国保料国家賠償事件(最高裁大法廷平成18年3月1日判決・判例時報1923号11頁)、西村健一郎・岩村正彦編『社会保障判例百選[第4版]』(2008)17頁。

⁷国民健康保険一部負担金減免不承認処分取消等請求事件一審判決(秋田地方裁判所、平成22年4月30日)の五ヶ月後(2010年9月)に出された厚生労働省新通知は、「特別な理由」について前記(仙北市国民健康保険一部負担金の徴収猶予及び減免取扱要領(平成17年9月20日告示第36号))①-④号は従前通りにしつつも「入院療養」であり「世帯主及び被保険者の収入が生活保護基準以下(であり、かつ、預貯金が生活保護基準の3ヶ月以下)」の世帯は「収入の減少世帯に含むもの」とした。つまり、生活保護基準以下の収入を「特別な理由の中に含むものとする」ことによって「一部負担金を支払うことが困難」の要件と一体化し、収入減少のない「恒常的な生活困窮者」であっても、減免を利用できるものとした。この基準は最低限のものであり、それ以上の制度を持つ自治体が基準を狭める必要はないとした。

⁸日本と韓国は、社会保険方式の医療保険制度を採用するにとどまらず、被用者保険と地域保険の二本立ての社会保険方式により国民皆保険を成り立たせている点で最も類似した医療保険制度を持っているといえる。しかし、保険者においては、保険者間の格差の問題や財政調整の問題などがあり、保険制度の管理運営を多数の保険者が担う日本と異なり、韓国では単一の保険者(国民医療保険管理公団と各職場医療保険組合の2000年組織統合及び2003年財政一元化)が医療保険制度を運営している点で差異がある。そのため、本稿で取り上げる対象としては、日本においては低所得者や高齢者を多数含めている国民健康保険においてのみ検討する。

が実現されたとはいえ、国民誰もが平等に適正な医療を受けられるようになったとは言い難い⁹。また、韓国の医療保障体系も、日本と同様に、最低生活基準以下の低所得者層については国民健康保険の対象外とし、憲法第34条の理念を立法的に具体化した「国民基礎生活保障法」による保護を行うこととされており、特に医療扶助に関しては「医療給与法」で規定されている。医療給与法の受給権者としては、主に国民基礎生活保障法の被保護者を対象とするが、その他生活維持能力がない者又は生活の苦しい者として大統領令で定める者も含めており、保護受給者ではないが困窮している者までその対象を広げようとしている(医療給与法第3条)。上述のように韓国の公的医療保険の給付範囲は狭く、また、給付水準が低く、混合診療も認められており、皆保険体制内であっても過重な本人負担により医療保障受給権の階層化が深刻であるという事情は否定できない。そこで、国が医療保障において公的扶助として保護すべき社会的弱者の基準を、所得保障を基本とする生活保護受給権の基準だけでなく、収入が生活保護基準を若干上回るが恒常的な生活困窮状態に陥っている境界層(Border-Line)までその給付対象を拡大することにしたものであると評価することができる。

このように、日本と韓国の医療保障体系は、いずれも皆保険体制を採用しているといわれるものの、生活保護の受給者は国民健康保険の適用除外とされ、国民健康保険制度から排除されている。さらに、高齢や慢性疾患、失業などにより、保険料や一部負担金など医療保障にかかる費用負担能力が低い人が急増し、保険料の滞納などの結果として医療保険から排除される問題が深刻化し、皆保険体制の意味が問われている点でも共通する。もっとも、国民全てに適切な医療が実質的に保障されるのならば、費用システムがすべて保険システムである必要は必ずしもない。しかし、いずれにせよ強制加入である皆保険の枠組みを維持するのであれば、皆保険体制下において、費用負担能力に乏しい低所得者をどのように位置づけるかが問われることとなるであろう。社会保険とは、強制加入により疾病リスクが高い低所得者など医療保険を必要とする者が排除されないようにする「社会的要素」と、できる限り保険原理を活かそうとする「保険的要素」の二つの要素から成り立っている。日韓両国の医療保険制度においてこれら二つの要素を如何に調整してきたかを比較検討することにより、実質的な皆保険の実現を目指した低所得者対策のあり方について、有益な示唆を得られるものと考えられる。

2. 本論文の構成・対象の限定・意義

(1) 以上の問題意識に依拠して、本稿では、まず各章のⅠ・Ⅱにおいて日本と韓国のそれぞれの医療

⁹さらに、低い診療報酬により医療機関や医師の収入を補填するなどの目的で実施した「選択診療」を設けていたり、健康保険の保険給付が適用されない混合診療が許容されていたりするなど、国民医療費に占める私的医療費をさらに増加させる原因となった(OECD Health Data, 2008による韓国の私的医療費の割合は47.4%であり、アメリカ(55.5%)、メキシコ(53.6%)、ギリシャ(55.4%)に次いで高く、日本の18.3%をはるかに上回っている)。

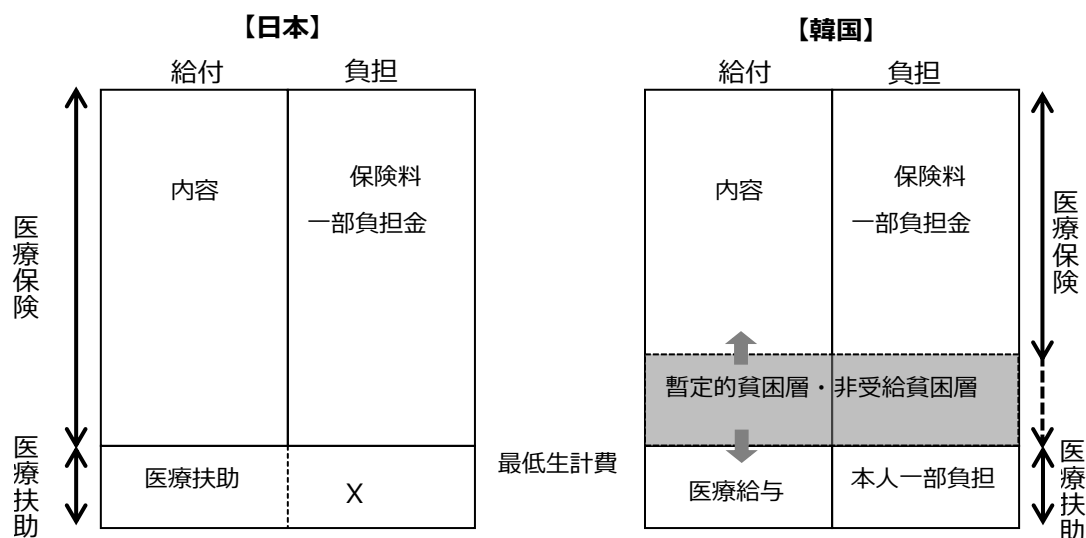
保障法制における低所得者の保護がいかなる法規範や制度によって行われているのかについて検討を行う。特に、近年、両国とも高齢や慢性疾患、失業などにより、保険料や一部負担金など医療保障にかかる費用負担能力が低い人が急増し、保険料の滞納などにより、本来制度内に包摂すべきである者が結果として医療保険から排除される問題が深刻化する中、両国の法体系から実質的に排除される低所得者層の医療保障問題に集中して両国の対応策を比較・検討する構成をとる。その構成においては、両国がともに採用している国民皆保険体制の本質的意義を念頭に置きつつ、低所得者の医療受給権の保護のための必要な配慮という観点から社会保険と公的扶助の相互統合の可能性¹⁰とその意義についても規範的・政策的に検討することを目的とする。

(2) 本稿は、日韓両国が公的医療保障制度において類似した法体系（医療保険と医療扶助の二本立てによりすべての国民を包摂する）を持ちながらも、すべての国民に平等で適正な医療サービスを保障するために配慮すべき低所得者層の範囲を設定する際に、経済的能力により実質的に医療保障から排除される階層の者を如何なる制度から包摂するかについて異なる対応をしており、その相違に関心を置き各章の第Ⅲにおいて論点を絞って比較検討を行う。つまり、両国においては、① 実際には生活保護受給者とほぼ同程度の生活を維持しながらも、（スティグマの問題などにより）自ら国民健康保険の被保険者資格を維持する者や、② 生活保護の厳しい受給基準により、その基準は満たさないがむしろ生活保護のような支援がない故に実際の生活は困窮である者など、非受給者でありながら恒常的に生活に困窮している被保険者層に対して、如何なる配慮が行われているかを比較検討する。両国の医療保障制度の体系内において本稿が注目している上記の対象は、以下の【表】に影付きで示した部分である¹¹。日本の医療保障制度の体系内、特に国民健康保険において、上記のような対象は、事

¹⁰今後の社会保険改革は将来的には統一的制度となる方向を見据えて、その着地点に近づくプロセスとして位置づけられる改革を実施していくことが望ましいとする指摘もある。「本来、個人の意思や保険料負担能力にかかわらず強制的に保険に加入させることと保険原理を貫徹することとは、基本的に融合しないのである。……その典型的例は、国民健康保険の健全な運営を阻害してまで、この思想を貫くことも、また問題であるという理由から、貧困のため市町村民税を免除されている者及びその世帯に属する者は適用除外とする旨の規定（新国保法制定当時の条例準則第5条第1号）が設けられていることである。設定時の旧国保法が念頭に置いていたのは中産階級以下で救護法などの対象にならない農民であったこと、また、その後も市町村民税費課税世帯は条例により国保の適用除外とされたケースが多数を占めていた。保険原理に忠実であろうとすればそれが帰結である。しかしそれでは皆保険は達せられない。実際、その条例準則は廃止されているが、他方、こうした条例準則を設ける一方で、新国保法設定時には、生活保護法の被保険者も生活保護移行3ヶ月間は国保の対象とされていた。これは保険原理よりも皆保険の理念に引っ張られているとみることができる。」島崎謙治「わが国の医療保険制度の歴史と展開」池上直己・遠藤久夫『医療保険・診療報酬制度』（勁草書房、2005年）16頁。

¹¹両国の医療保障法制の構造を表として示す際に、日本においては医療保険の体系において国民健康保険、協会けんぽ、健康保険組合、後期高齢者医療制度などそれぞれの保険制度に分かれており、韓国の場合はむしろ体系

実上無保険状態¹²のまま制度内で被保険者資格を維持しているが、韓国の体系内においてのみその対象を網掛けで表示したのは、韓国がこのような対象を実際に法律上明示し、下位規範によりその範囲を定めるなど、如何なる法体系内において包摂し、如何に保障することが望ましいかについてより積極的に対応をしていると見ることができるからである。



【表】日本と韓国の医療保障法制の構造

(3) つまり、各章の第Ⅲにおいては、特に①②などの対象者につき、日本と韓国の対応を比較検討することにより相互示唆を得られるようにした。具体的に言えば、このような階層¹³においては、日本が医療保険の体系内で保険料賦課基準における所得割及び応益負担部分の減額賦課を定め、低所得被保険者の負担の軽減を図ろうとする一方で、保険料や一部負担金の減免に関しては（生活保護法によ

の統合一元化により単一の保険者として構成されている事情はあるが、ここでは両国の医療保障制度全般にかけて低所得者層を如何なる法体系内で包摂するかを議論するため、保障方法による法体系を中心に区分する。

¹²日本の場合、国民健康保険法第9条第3項の規定に基づき、保険料を滞納した世帯主に対し、被保険者証の返還を求め、その代わりに被保険者資格証明書を交付し、被保険者資格を有することを証明する。これは昭和62年に悪質な滞納者対策の一環として設けられたもので、政令に定める特別な事情がないのに納期限から1年間の滞納がある者に対して交付され、その世帯に属する被保険者は、受診した医療費の全額をまず医療機関の窓口で支払い、後に一部負担金を除いた額を支給申請をすることになる。平成20年基準で滞納世帯は453万世帯であり、その中の全国33万世帯に資格証明書が交付され、これは全体の1.6%、滞納世帯の7.5%にあたる。

¹³両国とも最後のセーフティネットとして医療扶助制度を設けているが、本稿では、何らかの理由により医療扶助の受給者ではない非受給低所得者である一方、保険料の滞納などにより保険給付も制限されている範囲の者を想定し、医療保険と医療扶助の境界（Border-Line）にいる者として捉え、以下、「境界層対象者」という。

る保護を前提としながら) その対象を限定的に解釈¹⁴することと異なり、韓国は、国民基礎生活保障法の2005年改正により、所得認定額¹⁵の一定額以下の階層として「次上位階層」という概念を法律上規定(第2条第11号)し、本法施行令(第3条の2)においてその範囲を明示するなど、医療保障体系において保護されるべき低所得者の基準として活用する他、その中で特に高額で長期的な医療費負担のかかる低所得者や未成年者などをより幅広く含めようとしており、これは国民の医療保障に関する国の責任として所得やリスクに関係なく平等に医療サービスを受けられることを保障する公的医療システムの目的に当てはまると評価され得るなど、両国の低所得者の医療保障に関する異なる対応を検討する。

(4) また、以上の両国の医療保障法体系における低所得者保護の法制を検討する作業を通じて、社会保険である医療保険において両国とも保険料の減免や本人負担上限額(日本の高額療養費制度)の制限などが設けられ、拠出(負担)と給付の相関関係が希薄化していることを確認し、さらに韓国の場合は、公的扶助である医療扶助においても本人負担を設定するなど、公的医療保障制度全般にかけて社会保険と公的扶助が接近しつつある中¹⁶で、如何なる形で公費が投入され、実質的な全国民医療保障

¹⁴旭川市国保訴訟の控訴審判決(札幌高等裁判所平成11年12月21日判決)は、基本的に国民健康保険法第77条の「規定内容からいって、条例または規約により保険料の減免規定を設けるか否か、減免実施の基準・範囲等をどのように定めるかは、保険者の裁量に委ねられている」としたうえで、「恒常的に生活が困窮している状態にあって保険料を負担することができない者については生活保護法による保護を予定しているものと解されること及び減額賦課の制度が設けられていることからすると、法は、被保険者が恒常的に生活が困窮している状態にあることをもって、保険料の減免を予定しているものとまで解することはでき」ず、「法77条の保険料の減免制度は、国民健康保険の被保険者が何らかの事情により一時的に生活が困窮したような場合に、前年の所得等に基づいて算出された保険料が課せられると保険料の納入が困難となる場合があるので、これを救済する目的で設けられた制度であり」とし、本件条例が恒常的に生活が困窮している者を保険料減免の対象としていないことをもって、法77条の解釈を誤り、同条の委任の範囲を逸脱したものということとはできない旨を判示していた。

¹⁵基礎生活保障の受給権者の算定基準である所得認定額(国民基礎生活保障法第2条第8号及び第9号)は、所得評価額+財産の所得換算額として計算され、所得評価額は、実際所得から世帯特性別支出費用(国民基礎生活保障法施行規則第2条)と勤労所得による控除額(保健福祉部HP、2013年国民基礎生活保障事業案内)を控除して計算する。実際所得(国民基礎生活保障法施行令第3条第1項)は、勤労所得(所得税法)、事業所得(農業、林業、魚業など)、財産所得(賃貸所得、利子所得、年金所得など)、親族などにより定期的に受給するその他の所得(国民年金法、基礎老齢年金法により定期的に支給される各種の手当・年金・給与その他の金品)などが含まれるが、退職金や保育料の名目としてもらえる金額(国民基礎生活保障法施行令第3条第2項)は含まれない。

¹⁶石田道彦「医療・介護と最低生活保障」日本社会保障法学会編『講座社会保障法 第5巻 住居保障法・公的扶助法』(法律文化社、2001年)242頁は「国民健康保険に被保護者も被保険者として加入し、生活保護制度からは保険料を扶助する方式へと転換していくことが望ましい」として介護保険型への移行を示唆し、新田秀樹『国民健康保険の保険者』(信山社、2009年)232頁は「一定の要件に該当する(生活保護受給要件該当者(要保護

の実現が可能になるのかについて考察を行う。

(5) なお、本稿では、議論の対象を原則として両国の公的医療制度の体系内における人的適用範囲の問題に限定する。実質的な皆保険の達成においては、国民すべてがもれなく社会保険に入り平等な医療サービスを受けられるための人的適用範囲の問題と共に、公的医療保険における給付範囲の問題とも関連付けて議論する必要があるが、本稿では、論点を絞るため、後者の問題については必要な限りで言及するにとどめる。

(6) 最後に、両国の医療保障体系における低所得者保護の法制から、両国相互に得られる示唆をまとめ、本稿は、日本と韓国が社会保障としての医療保障を実現する手段として、国民すべてが平等に医療サービスにアクセスすることができるようにする国民皆保険体制を採用しているにもかかわらず、経済力の差により医療受給権を制限する法体系を構成していること、そしてその構造的な問題から生じる医療給付水準の格差の問題に着目し、特に境界層対象者の包摂の問題に対する両国の対応を比較検討する。これは、結局のところ、国民すべてが公平に適正な医療保障を受けるための制度間の折り合いをどうつけるかの問題であり、医療保障制度の全般にかけて低所得者層を如何に包摂するかは、日本と韓国が共通に抱える悩みでもあり、国民皆保険の意義との関係でも意味のある研究になるものと考えられる。

第1章. 日本の医療保障法制における低所得者保護

I. 日本の医療保障法制の構造と低所得者の医療受給権

1. 日本の医療保障制度の構造における「国民皆保険体制」の意義

日本の医療保険制度は、職業を基準に構成された被用者保険（組合管掌健康保険と協会けんぽ、各種共済、船員保険）と地域保険である国民健康保険（以下、「国保」と略することがある。）および高齢者を対象とする後期高齢者医療制度（2006年度改革前は退職者医療制度、老人保健制度）からなっており、原則としてすべての国民が社会保険による医療保障体系によってカバーされている「国民皆保険」体系であると説明される。しかし、厳密に言えば、医療扶助（生活保護法第15条・全額公費負担の医療現物給付）の対象者である生活保護受給権者は、保険加入を免除される（国保法第6条第6号）のであり、保険加入という点から言えば「皆保険」とはいえない。しかし、医療扶助の診療方法及び診療報酬については国民健康保険の例によるとされており（生保法第52条第1項）、適用される制度の違いにもかかわらず、社会保障の枠内で「医療」を受ける限り、原則として同じ内容・同

者)より広範囲の)低所得者については、(保険料を払う旨の)申し出のない限り『保険料免除プラス一部負担の免除又は軽減』という形で公的保険への加入を認めてはどうか」と述べる。

じ水準の医療が保障されることになっている。つまり、日本における「皆保険」体制とは、保険加入という形式面からではなく、医療保険によって提供されるべき医療給付がすべての国民に平等に保障されるという実質面から積極的に理解されてきたことがわかる¹⁷。

このような国民皆保険制度の下においては、形式的には無保険者は生まれない仕組みとなっているが¹⁸、実際には平成25年6月基準の372万世帯（市町村国保の全加入者数3831万人(総人口1億2887万人の29.7%)に占める割合は18.1%が保険料を納めず）¹⁹、実質的に無保険の状態に陥っていると推定されている。無保険者の問題は、国保の保険料（税）滞納者と協会けんぽの適用漏れ企業における被雇用者に分けて考えられるが²⁰、日本の医療保障法制の構造において、1961年以来、日本の国

¹⁷日本の医療保険は、1961年現行の国民健康保険法が施行された時点で国民皆保険になったと説明され、医療保険によって提供されるべき医療給付がすべての国民に平等に保障されてきたと言える。またその時から、給付面においても、複数に分立した保険者で構成された医療保険制度が統一化の方向に導かれてきたことが明らかである。例えば、健康保険法と共に被用者保険の一翼を担ってきた各種共済組合の短期給付は、その創設当初から診療方針及び診療報酬の点で健保法の例によるとしてきた(国公共済法第45条、地公共済法第56条)し、制定当初は健康保険法と異なる規律を予定していた国保法でも、実際には別立ての診療報酬等が制定されず、かえって異なる取り扱いの根拠となっていた保険医・療養取扱機関の届出制が1975年の国保中央会による全国一斉決済の導入を経て、1994年国保法改正によって廃止された。さらに患者自己負担金の負担率も、1973年導入された高額療養費制度によって実効給付率等の格差がほぼ解消されただけでなく、2002年健保法改正では3歳未満児を除き、患者自己負担がすべて3割にされたのである。

¹⁸医療保険は賦課方式の短期保険であるため、医療給付の請求においては、保険料の納付が保険給付の要件を構成せず、また、年金保険のような待期期間も存在しないため、保険料納付へのインセンティブを欠く。また、保険料の未納者・滞納者に対しても被保険者資格証明書などによって被保険者資格は維持しつつある。しかし、その場合、医療の現物給付である療養の給付ではなく、まず医療機関に全額を支払い、そのうち7割を特別療養費として保険者(市町村)に償還請求でき(国保法第54条の3)、さらにその給付は保険者の持つ未納保険料債権と相殺される(国保法第63条の2)ため、実際に医療アクセスを抑制させる要因になり、実質的に皆保険ではなくなると認識されるのである。

¹⁹厚生労働省保健局国民健康保険科資料『平成24年度国民健康保険(市町村)の財政状況』(平成26年1月28日)なお、短期被保険者証交付世帯は117万世帯、資格証明証交付世帯は27.7万世帯である。

²⁰国保の場合、滞納期間が1年を超えて滞納した者は原則として保険証の使用ができなくなるが、市町村の判断で短期被保険者証が交付される。さらにこの有効期間が切れると、ついに資格証明証が交付される。この証明書は保険証と同じように使用されるが、医療機関の窓口で通常は総医療費の三割の支払いで済むところ、資格証明証保持者は全額支払うことが要求される。後日医療機関の領収書などを備えて申請すれば七割相当額が払い戻される仕組みとなっているが、その際、返還金額から過去の保険料滞納額が全額差引かれる。そのため、実際にこのような人たちは医療機関へのアクセスをためらうケースが多いと言われている（全国保険医団体連合会調査「国保資格証明書を交付された被保険者の受診率（2006年度）」）。その他、協会けんぽの適用漏れ企業や保険料滞納企業で働く人々がある。常時従業員を使用する法人事業所、および常時5人以上の従業員を使用する個

民皆保険体制の基盤をなす制度として重要な役割を担ってきた国保が、その制度の性格上、自営業者、退職者、無職者など稼得形態の異なる被保険者又は経済能力の低い高齢者などを多く抱えており²¹、国保における保険料軽減世帯数の割合は四割をこえ²²、保険料の未納率も一割を超えている²³など、皆保険の運営基盤たる市町村国保の財政は必ずしも強固なものではない。また、国保全体で見ると、非正規雇用の増加など就業構造の変化や少子高齢化の進展による人口構成の変化により、財政悪化が深刻化しつつある²⁴。このような傾向が今後さらに深刻化し、医療費も増えていく中で、国民誰でも平等に医療を受けることができる国民皆保険の体制をいかにして維持可能なものとしていくかが重要な課題となっている。そのため、まず、平等に医療サービスを受ける権利という観点から、維持されるべき医療保障の水準を考える必要がある。

2. 医療保障制度における医療受給権の水準

日本国憲法第25条第1項は、すべての国民が健康で文化的な最低限度の生活を営むように国政を運営すべきことを国の責務として宣言したことに止まり、直接個々の国民に対し、具体的権利を付与したのではない。具体的権利としては、憲法の規定の趣旨を実現するために制定された生活保護法によってはじめて与えられるというべきである。日本の生活保護法は、「この法律の定める要件を満たす者は、この法律の保護を受けることができる」と規定し(法第2条)、その保護は厚生大臣の設定する基準に基づいて行うものとしているから(法第8条)、厚生労働大臣が最低限度の生活水準を維持す

人事業所は(3条3項1号に列挙された事業を行うもの)は、従業員の異動について社会保険事務所に届け出ることになっているが(健康保険法第3条及び同法施行規則第19条)、提出しないケースが少なくない。これらの人たちは国保に加入することが可能であるが、国保に加入してもその保険料を支払わず、無保険の状態のままになっている者が多い。

²¹平成25年9月末現在、年齢別国保加入率は、20-30代の国保加入率が22-24%を占めることにに対し、65-74歳までの加入率は75.6%に達している。平成25年10月現在、国保の退職被保険者数も186万人達している『平成25年度厚生労働省国民健康保険実態調査』。

²²2010年度で42.4%〔厚生労働省「国民健康保険実態調査(平成22年度)」〕

²³国民健康保険料(税)の収納率(全国平均)は、2012年度で89.86%であり、前年度より0.48%上昇している。前掲注(18)資料参照

²⁴高齢者の医療が国保の財政悪化の構造要因になるということから、1983年に老人保健制度が創設され、高齢者は従来の被用者保険・地域保険に加入し続ける一方で、その医療給付費について財政調整を行うことになった。その後、2006年2月の第3次小泉改造内閣の医療制度改革の一環において「健康保険法などの一部を改正する法律」案が提出され、その中で、財政運営の責任主体を明確化するとともに、高齢者の保険料と支え手である現役世帯(1歳から64歳まで)の負担の明確化、公平化を図ることを目的として、75歳以上の中、後期高齢者を対象に独立した保険制度が創設された(2008年4月施行)。2006年6月21日公布により、法律名を従来の老人保健法から高齢者の医療の確保に関する法律に変更すると共に、制度名も老人保健制度から後期高齢者医療制度に改めた。

るに足りると認めて設定した保護基準による保護を受け得ることにあると解すべきである。厚生労働大臣の定める保護基準は、法第8条所定の事項を遵守したものであることを要し、結局は憲法の定める健康で文化的な最低限度の生活を維持するに足りるものでなければならない。

しかし、日本憲法第25条の第1項において、健康で文化的な最低限度の生活なるものは、抽象的な相対的概念であり、その具体的要素を総合考慮してはじめて決定できるものである。したがって、何が健康で文化的な最低限度の生活であるかの認定判断は、一応、厚生労働大臣の合目的な裁量に委されており、その判断は当不当の問題として政府の政治責任が問われることはあっても、直ちに違法の問題を生じることはない。ただ、現実の生活条件を無視して著しく低い水準を設定するなど憲法及び生活保護法の趣旨・目的に反し、法律によって与えられた裁量権の限界を超えた場合又は裁量権を濫用した場合には、違法な行為として司法審査の対象となることを免れない²⁵。つまり、その水準を定めた同条第2項においては、経済の発展や国民の生活水準の向上に応じ引き上げていく必要があるものの、社会保障の水準の限度に関しては、国民の自発的な勤労意欲との整合性や財政負担の配分の限界も考慮すべきである。

医療扶助の給付内容についても、基準及び程度の原則に基づき、最低医療・最小医療でなければならないとの説明も目にする²⁶が、これは、生活保護法上の原則との整合性への配慮に加えて、生活保護制度創設期の事情が反映されたものと考えられる。医療扶助は、国民皆保険が成立する以前に作られた制度であり、「最低医療」の表現についても、給付率が低く地域により格差のあった当時の国民健康保険とのバランスに配慮されたものと理解するのが適切であろう。そもそも医療は普遍的な性格を有しており、生活扶助における所得保障のニーズのように、困窮の程度に応じてニーズが異なるという性格のものではなく、財政方式によって給付内容が異なるべきものでもない²⁷。つまり、医療サービス給付ないし医療保障給付にかかる憲法第25条第1項の生存権保障は、医療水準の到達段階などを踏まえた、いわゆる最適(optimum)水準の保障が求められると考えられる²⁸。さらに、国際人権規約の社会権規約第12条第1項が、「この規約の締約国は、すべての者が到達可能な最高水

²⁵憲法第25条第1項の解釈と生活保護法の関係について（最判昭和42年5月24日、民集21.5. 1043）

²⁶1956年社会保障制度審議会『医療保障制度に関する勧告について』においても、医療扶助の給付内容について健康保険法の水準よりも劣る部分があってもやむを得ないとする記述がみられる。

²⁷前掲注(25)『医療保障制度に関する勧告について』において、この点は確認されている。「2. 内容の均質性。社会保障における医療の給付水準をこのように理解するとすれば、まず明確にしておかねばならないのは、医療の内容が制度によって異なってもよいかどうかということである。……中略……しかし、いかに財政上の困難があるとしても、医療保障制度が社会保障制度の一環である限り、生命尊重の本義はこれを忘れてはならない。その意味において、当事者の拠出を前提とする医療保険であっても、また単に一方的に公費によって賄われる医療扶助であってもいやしくもそれが医療である限り、その内容が異なってはならない。」

²⁸堀勝洋『社会保障法総論』（東京大学出版会、2004年）56頁以降参照。

準の身体及び精神の健康を享受する権利を有することを認める」と規定しているのは、本来医療保障のニーズそのものが最適の充足を求めるものであることを示すものであり、社会保障制度における医療については、「最適な給付水準」が保障される必要のあることは共通の理解となっている。

3. 医療保障制度における構造的不均衡

上述したように、日本の医療保障制度はすべての国民が何らかの公的医療保障制度の下で平等な医療給付を保障されるという意味での国民皆保険体系を採用しているものの、経済的貧困状態は、それぞれの制度において差別・不平等の構造を作り出している。そのため、日本の医療保障制度を構成するそれぞれの制度において、経済的負担能力の低い者に対して如何に配慮し、すべての国民に等しく必要・最適な医療を保障することができるかを考える必要性は高い。

(1) 医療扶助の問題

日本の医療保障制度の構造からすれば、医療保障法制における給付は、医療保険法の療養に関する給付を核としながら、保険料負担ができない生活困窮者は制度から排除されるので、公費負担医療制度により補完されている²⁹。つまり、医療保険法により療養に関する給付を受けることができない場合、生活保護法の医療扶助が最後の拠り所となる。しかし、そもそも公的扶助制度は、傷病、老齢、障害など数多くの生活上のリスクにも関わらず、健康で文化的な最低限度の生活を維持するための「最低生計費保障(所得保障)」という性格³⁰を持つ制度であって、医療保障のような「最適水準の保障」を図る受給権にはなじまない。所得保障としての公的扶助は、多くの生活上のリスクが労働不能と結合し、その労働不能による所得喪失（最低限度の生活以下に落ち着かないようにすること）を想定しているが、低所得者に対する医療保障というのは、医療最低限度の生活水準を維持する上での予測のできないリスクに対応することであることに着目する³¹と、健康（権）保障を目的とする医療扶

²⁹国民健康保険法第6条6号

³⁰人が失業、病気、離婚、高齢などによって生活上の諸困難に遭遇し、社会保険や社会手当によっても問題が解決せず、収入が最低生活水準を割り込んだ場合に、資産調査などを要件として登場するのが生活保護である。生活保護の利用条件には、収入要件と資産要件があるが、生活保護基準は前者にかかわるものである。同時にこの基準は生活保護利用後に保障される生活水準としての意味がある。石田道彦「医療・介護と最低生活保障」日本社会保障法学会編『講座社会保障法 第5巻 住居保障法・公的扶助法』（法律文化社、2001年）241頁。

³¹日本において、社会保障の法理論的に体系論を構築することを目指しそれに成功した最初の学説は、荒木誠之説である。荒木説によれば、社会的給付は傷病、老齢、障害などの生活事故から生ずるニーズに対応しており、その規範的内容・性格によって類型化できる。すなわち「生活不能」に対する所得保障給付、「生活危険」に対する所得保障給付、「生活障害」に対する医療・福祉サービスなどの生活障害給付というようである。そうであるとすると、社会保障の法的な体系は、この二部門(所得保障給付法と生活障害給付法)によって構成されるべきであり、所得保障給付と異なる性格をもつ医療保障給付を、法体系上区分する、ということになる。荒木誠之説

助は、所得保障とは異なり最低保障とするのは適切ではない。これは、生活保護制度の全体構造にも関わる問題であり、現行の制度が人々の「生活困窮」という社会的事故に対する保障制度というよりも、「生活困窮者」という貧困階層に対する対策という性格を完全には払拭していないことが、理論的には権利性を強く打ち出しながら、制度の運用上多くの遅れを残している基底的要因となっている。

一方、生活保護法では、医療扶助が行う医療の診療方針及び診療報酬は、国民健康保険の例による(生活保護法第52条第1項)と規定され、また、国民健康保険の診療などに当たる場合の準則として、健康保険法の療養担当規則の例による旨を規定している(国保第40条第1項)。そのため、医療扶助もその内容は、原則として医療保険の療養に関する給付と同じ程度・水準が維持されることを想定しており³²、医療扶助の水準を国民全般が享受する医療水準から乖離させない意義を有していたとみるこ

によれば、従来の制度別体系は、給付に要する財源をどのような方法で調達するか(拠出)、例えば、税によるか社会保険料によるかという手段に左右されて、法的構成の基本軸を見失っている、とされる。つまり、社会保障における拠出は給付の構造・性格に関連させて考慮すれば足り、本質的問題ではなく技術的問題に過ぎないと捉え、拠出については社会保険の仕組みそれ自体にそれほど大きな法的意義を認めなかった。これは、日本の戦後の社会保障制度の方向付けに一定の影響をもった「ILO報告書」の方向性に沿った「社会保険から社会保障へ」というスローガンと並んで、社会保険と社会扶助は相互接近し、将来的には統合されるのが理想的な保障形態であるとの見方が有力とされる。荒木誠之『社会保障の法的構造』(有斐閣、1983年)18頁。その後、これに対して、梶井説(『社会保障法』総合労働研究所、1972年)が社会保険、社会手当、公的扶助等の間の給付請求権の要件の違いに着目するように、現行実定法の法解釈を重視して、その視点から法体系の整序を行うという立場から、同様に、岩村正彦説(『社会保障法 I』弘文堂、2001年)も四部門説をとり、堀勝洋説(『社会保障法総論』東京大学出版会、1994年)は、社会保険の保障方法をとらない社会手当、公的扶助、社会福祉を一括して社会扶助法と捉え、社会保険法と社会扶助法の二部門説を採る。

³²現行の医療保険制度は、複数の法律から構成され、保険者の組織も法形式上は国家から独立した法人格を有するものが多い。それゆえ、形式的には多元的な組織構造を持つと考えられる。しかし、医療サービス給付である療養の給付については、これを実施するための細則、例えば、保険医療機関及び保険薬局の指定、療養の給付の実施に関する規則(いわゆる療養担当規則)の制定、療養の給付に要する費用及び診療報酬の額の決定などがすべて統一的に規定されるものとされている。これらの規則などを制定する権限は、いずれも厚生大臣に属し、健保組合などの保険者には、厚生大臣が中央社会保険医療協議会に諮問した際に代表を通じて意見表明する機会しか与えられていない。それゆえ、政府には、すべての保険者組織に代わって療養の給付の内容や価格を統一的に決定する役割が法制度によって与えられており、日本の医療保険制度は、少なくとも療養の給付に関しては実質的に一元化されているといえる。また、保健財政の面においても、国家の占める役割は大きい。例えば、保険事業に要する事務費は、共済組合の一部を除いて、全額が国庫から支出されており、給付費についても、政府管掌の健康保険が16.4%、市町村管掌の国保が50%の国庫負担を受けている。その結果、医療保険財政に対する国庫負担金の割合は、25%にもものぼっており、社会保険としての医療保険制度を採用しているドイツ(1%)やフランス(3%)に比べてかなり高いものとなっている。国家とは別の法人格を有する保険者(国保

ともできるものの、指定医療機関の数の相対的少なさ、医療へのアクセスの困難性³³、特定療養費問題の不適用³⁴、あるいはスティグマの存在、など、現行制度上問題は残されている。

(2) 国民健康保険の問題

日本の国民皆保険体系の中核的役割を担うとともに、医療のセーフティネットとして国民の健康を支えてきた国民健康保険も、最初は農林水産業と自営業を中心として発足し、現在では無職や非正規雇用などの低所得者の割合が増え、保険料収納率が低下するなか、高齢層の増加による医療費の上昇のため、国保特別会計が赤字となる市町村が続出している³⁵。収納率低下の背景には、バブル崩壊後、規制緩和や企業が正社員の採用を抑制したことなどによる非正規雇用者の増加、リストラや倒産などによる被用者保険から国民健康保険への移動や、フリーターなどで国民健康保険の適応を受ける者の

事業者としての市町村、健保組合、各種共済組合)は、国家の監督に服し、この監督権限には原則的として保険者の個々の法規違反行為に対してしか発動されないものも存在する。しかし、保険財政の国庫負担に対する高度の依存は、補助金ないし負担金の交付拒否や減額を背景とした新たな介入を可能にし、法規違反以外の観点からの指示や指導の実効性を担保している。それゆえ、国庫負担の増大は、医療保険制度における国家の支配力を強化し、法形式のうえでは独立した法主体とされる保険者組織を、実質的には国家の下部組織に近い状態におくという機能も併せ持っていることがわかる。日本の医療保険制度は、中央政府としての国家の役割が非常に大きいということができる。国家は、一部では、保険事業者として3割近くの国民医療保険を担当し、医療サービス給付の実施に関しては統一的な決定権限を行使し、国家以外の保険者に対しては国庫負担などを通じて強力な統制力を発揮している。倉田聡『医療保険の基本構造』(北海道大学図書刊行会、1997年)2-5頁。

³³医療扶助による受診の方法としては、被保護者は医療券の発行を受けて指定医療機関で医療を受けるが、その都度医療券等の発行の申請をするのは、煩雑であり迅速な受診を妨げるおそれがある(医療機関へのアクセス阻害要因)。まして新規に保護申請をして医療扶助を受けるとすれば、申請から決定通知までの期間は14日が原則であり、例外的に30日まで延ばされることもある。実務では例外が恒常化している。急病の場合には急迫保護ができるとしても、職権による保護は、その判断を医療の専門家ではない行政職員がするので、必要な対応が迅速にできるとはいえない。しかも国民健康保険でさえ、保険料の滞納による被保険者証の未交付で、受診の機会が事実上奪われ人権問題となっていることを考えると、生活困窮者が医療扶助の申請を遅滞なく行うことは期待できないであろう。制度の運用にあたって、生活保護は国保よりも権利性の不浸透やスティグマから、問題が社会的に表面化しにくいことを考慮する必要がある。阿部和光『生活保護の法的課題』(成文堂,2013)251頁。

³⁴国民健康保険の診療方針及び診療報酬のうち、特定療養費(国民健康保険法第53条)の支給に係るものは生活保護の指定医療機関及び医療細施設には適用されない。

³⁵単年度収支差でみた場合の赤字保険者の全体に占める割合は47.7%(全国1717保険者の中819保険者)で、前年度から1.2%増加し、赤字額も赤字保険者の合計で630億円となり、前年度から33億円増加した。前掲注(19)資料参照

増加など、国民健康保険における低所得者層の増大があると言われている。また、高齢化の進展に伴って、被保険者全体に対する高齢者の構成割合の急増が、医療給付費の増大を招き、他方では無業者（年金生活者を含む）の増大による拠出保険料の負担能力の低下が、国保の厳しい財政状況に拍車をかけているといえる。

その中で、国民健康保険においては、そのような保険料の滞納による財政悪化に備えるために、保険料の減免・免除の規定を設けており、国保法第77条は、「保険者は、条例又は規約の定めるところにより、特別の理由がある者に対し、保険料を減免し、またその徴収を猶予することができる」としている。しかし、市町村の国保条例は、この「特別の理由」を非常に限定的に理解しており、有効に機能しているとはいいがたい状況にある³⁶。国保法第77条は、免除・減免事由の決定を国保条例に委任しているだけなので、市町村が本来的な相互扶助の精神に基づいて、免除・減免の事由をより広く制定したとしても、国保法第77条の委任の範囲を超えたということとはできず、それゆえ、市町村としては、現行法の枠内でもなお取り得る政策の選択可能性があるということになる。しかし、法解釈論としてはともかく、法政策論としては、低所得者層の保険料を減免する仕組みを作れば、その分だけ収入が減るので、財源調達の手当をしなければならぬ。そうすると、現実的なのは、市町村の一般財源からの持ち出しか、国保条例の最高負担限度額の引き上げで相対的な高額所得の被保険者に某大な保険料負担を課すしかないことになろう。結局のところ、このように保険料の減免事由を保険集団が限定的に決定せざるを得ないのは保険集団の財政力の虚弱さによるところであり、国家には社会保険制度を形成した以上、この制度が憲法第25条第1項の趣旨に適合したかたちで運営されるように支援し、援助していく責務がある³⁷。国民皆保険体制における社会保険医療に関しては、拠出と給付の厳密な対価関係は医療保障の本質とは関係ないため、一時的で特別な生活上の困窮事情に限らず、恒常的に保険料負担の困難な者に対しても適切な減額・免除の制度を備える必要性は高い。

その他にも国民健康保険財政の厳しい状況の中で、国民健康保険料の滞納により低所得者・自営業

³⁶杉並区事件(東京地判昭和43年2月29日・判時525号42頁)も、次のように述べて、保険料の減免事由を限定的に規定することは問題ないとしている。「法第77条並びに本件条例第24条第1項にいう、保険料の減免は、被保険者の保険関係からの完全な離脱を意味するものではなく、保険給付の利益はあくまで被保険者側にとどめた上で、保険料のみを減額乃至免除するものであること、及び……本件減免の制度は、すでに一応合理的な算出の方法によって決定された2年前の所得を基礎とする保険料を、その後生じた事情の変更により例外的に修正しようとするものであること等の観点より考えれば、法第77条にいう「特別な理由のある者」の具体的内容として、本件条例第24条第1項が「災害その他特別の事情により生活が著しく困難となった者」と限定したことをもって、法第77条の委任の範囲を超えた違法があると解することはできない」。

³⁷この責務から保険集団に対する国庫負担金や補助金、財政調整交付金制度の根拠を積極的に導き出すことができると考えられる。倉田聡『社会保険の構造分析—社会保障における「連帯」のかたち—』（北海道大学出版会、2009年）208頁。

者から保険証を取り上げるといった保険主義的制裁措置が強化される³⁸他、年金しか収入のない高齢者からも窓口一部負担の徴収強化が強められ受診抑制を引き起こしているなど³⁹、経済的状态に基づく医療へのアクセスの不平等は、日本の医療保障制度が、理想的には国民皆保険体制によって国民全体をカバーする普遍主義的な体系をとっているものの、現実には差別・不平等の構造を抱えている、ということ指摘することができる。このような問題は、現行の医療保険制度全体の保険集団の組み方が非常に偏っており、低所得者・医療需要の高い被保険者が国保に集中しているためであると指摘され、国保被保険者は、まず保険集団の人的構成のゆがみを是正することが法政策論的に求められている⁴⁰。

そもそも社会保障医療（医療保障）の目的は国民に等しく必要・最適な医療を保障すること⁴¹であ

³⁸保険料の徴収を強化するため、厚生労働省は、平成12年から、特別の事情なく1年以上滞納した世帯に対し、保険証の代わりに資格証明書を交付することを市町村に義務付けた。資格証明書を交付されると、被保険者はひとまず医療期間の窓口で医療費の全額を支払わなければならない。7割の保険給付分は後で償還されるものの、受診することを躊躇する世帯が増え、事実上無保険状態の人を生み出す結果となった。国民健康保険法第9条第3項「市町村は保険料を滞納している世帯主が当該保険料の納期限から厚生労働省令で定める期間が経過するまでの間に当該保険料を納付しない場合においては……当該世帯主に対し被保険者証の返還を求めるものとする。」同法同条第6項「当該世帯主が被保険者証を返還したときは、市町村は当該世帯主に対し、その世帯に属する被保険者に係る被保険者資格証明書を交付する。」このような措置は、悪質な滞納者に対する懲罰的な措置として導入されたが、実際は、高すぎる保険料負担が原因となるのが実情である（中央社会保障推進協議会（中央社保協）は、2002年6月26日から3日間、北九州市と福岡市で国保の現地調査をした。両市は、全国に先がけて短期保険証や資格証を発行してきた自治体であり、資格証発行数はともに滞納世帯の2割以上、「全国で最悪」といわれる国保行政をしてきたところである。2001年4月には北九州市で、32歳の女性が国保証を取り上げられ、重病なのに受診できず亡くなる事件もあって、この調査では、まともに医療を受けられない市民の実態が明らかになった。）全日本民主医療機関連合会<http://www.min-iren.gr.jp/syuppan/genki/131/genki131-2.html>

³⁹2000年12月健康保険法など一部改正法が成立し、高齢者医療に一割定率負担制度が導入され、2001年1月1日より施行されることになった。この定率制の一部負担の導入は、従来の定額制の一部負担に比べてより心理的に受信抑制を進める効果が高いとも言われている。その後も、高齢者医療の問題には医療費増加の抑制と負担の仕組みが大きな論点になっている。2008年4月に実施された新たな高齢者医療制度は、75歳以上を対象に独立した後期高齢者医療制度を創設するとともに、65-74歳の前期高齢者の医療費については、被用者保険と国保の制度間の負担の不均衡を財政調整する仕組みを導入する。日本の後期高齢者医療制度は、制定当初から一律に年齢で区切りすることにより、差別医療を拡大して高齢者の人権を侵害させるという批判が浴びられ、創設後施行半年を経ないうちに見直しを余儀なくされていた。吉岡成子、厚生労働委員会調査室「後期高齢者医療制度をめぐる経緯と見直しの動向」参照

⁴⁰倉田聡『社会保険の構造分析—社会保障における「連帯」のかたち—』（北海道大学出版会、2009年）207頁

⁴¹国際人権規約A規約（経済的社会的及び文化的権利に関する国際規約）第12条は、「すべての者が到達可能な

り、社会保障におけるあるべき医療保障制度の構造としては、全国民が同一の医療保障制度に統一されるのが将来的方向であり⁴²、社会保険医療を中心として国民皆保険制度を採用している国においては、医療扶助の問題や医療水準の格差の問題を含めて、国民健康保険に統合して公費により保険料と一部本人負担を負担することにより医療保障を統一化する構造作りに一步近付くことになる。

(3) 後期高齢者医療制度の創設

日本においては、少子高齢社会において増大する高齢者医療費をどのように支えていくかということで、その関心は主に財政技術面に向き、まず、限られた税財源としての公費を後期高齢者の医療費にのみ重点的に配分し、前期高齢者の医療費についてはその財政調整をもっぱら保険料財源によって実施しようとする思考プロセスが動きはじめ、2008年4月、満75歳の後期高齢者を他の医療保険加入者と切離して、独自の医療保険制度が創設されることになった。これは、後期高齢者医療ニーズがそれ以外の国民の医療ニーズと異なることを前提に、財政運営のみならず給付体系の上でも独自の制度を設けることで、前者を後者から切離す思想と評価できるが、これまで日本の医療保障政策を支えてきた「国民皆保険」体制を大きく逸脱すること、または財源形態の上においても従来の社会保険の仕組みからかなりかけ離れた内容をもつことで、従来の老人保健制度から相当後退したものと評価される⁴³。

最高水準の身体的及び精神の健康を享受する権利を有する」と規定する。

⁴²イギリスのNHSは、理念的にはその一つのモデルを示している。その他、日本の介護保険法における第1号要介護者に対する保険制度への包摂を考慮することができる。生活保護受給権者は当初から、国民健康保険の適用を除外され、医療保険制度から排除されている（国保第6条第6項）ため、保険料負担能力がないことが根拠であるが、介護保険の第1号被保険者は被保護者も被保険者とし、保険料は生活保護で負担する。被保護者も次の理由から、介護保険と同じ方式で国民健康保険に包摂することが望ましい。①医療は最低保障ではなく最適保障の制度であり、生活困窮かどうかとは関係なく同じく保障すべきである。②生活保護医療では保護の要否判定や手続きが煩雑で時間がかかるが、医療保険は被保険者証で迅速に医療が受けられる。③生活保護による医療はスティグマを伴うがちで受診の抑制になりやすく、被保護者は社会的に排除されがちになる。

⁴³後期高齢者医療制度の保険者は都道府県であり都道府県内の全市町村参加の広域連合が財政の運営と責任を持つことになった。75歳以上の医療費が高くなると、当然ながら保険料は高くなるシステムである。財源は50%が公費、40%が各保険制度からの支援金、残りの10%が高齢者自身の保険料で賄う。上記の支援金には、その納付者である医療保険加入者についてまったく対価が生じないという点で、これを社会保険料とすることには根本的に無理があり 他の医療保険に加入する被保険者がこれを支援しなければならない根拠が非常に脆弱であることになった。つまり、後期高齢者医療制度では、他の医療保険加入者と満75歳以上高齢者の間には、社会保険料という形式での負担を正当化する基本的な法関係が存在していない。（おそらくは、それゆえに、「連帯保険料」という名称から一方的な金銭納付の意味合いがより強い「支援金」という名称に変更されたものと考えられる— 倉田聡『医療保険の基本構造』（北海道大学図書刊行会、1997年）295頁。）。

日本の医療保障政策は、1973年老人福祉法改正によって設けられた老人医療費無償化策以来、高齢者医療に特化した給付システムを長い間発展させ、維持してきた。しかし、これは高齢者をそれ以外の国民と制度の上で完全に分離させるものではない。むしろ、皆保険体制という共通の基盤の上で、さらに高齢者の特性ないしニーズに対応した仕組みを付加するものであった。

従来、日本の老人保健制度は、1982年に制定されて以来、かなりの改正を重ねてきたにもかかわらず、その基本構造は変更されることがなく⁴⁴、高齢者がそれぞれの医療保険の被保険者資格を維持したままで、給付に関してのみ老人保健制度の現物医療給付を受ける点、この給付にかかる診療方針や基準、費用の算定基準が医療保険の療養の給付に準じて制定されてきた点は、維持されてきた。つまり、老人保健の仕組みでは、高齢者が医療保険の被保険者の身分を維持している以上、老人保健で保障される医療は多少の違いは許されるとしても、医療保険のそれとは大きく乖離することではなく、ただ患者自己負担金の点であまりに大きな格差があるため、高齢者には患者自己負担金の増額と引き替えに質のよい医療保険給付を選択する余地を残されていることであった。この法構造は、すべての高齢者が医療保険の被保険者であるという形式面から、また老人保険の医療が基本的に療養の給付と統一の給付体系を維持し、仮に療養の給付と内容の上で大きく異なるとしてもなお療養の給付を選択する権利が奪われていないという実質面からも「皆保険」体制は維持されるのである。これは、財政的な見地からは高齢者に特有の医療ニーズに着目しつつも、その法構造の上では「皆保険」構造を大きく変化させずに対応してきたことによるものである。そこには、業務外の傷病という保険事故について、必要にして十分な医療ニーズがすべての国民に対して平等に保障されなければならないという基本理念があり、これは「国民皆保険」という概念のもとで維持されてきた。

医療ニーズという観点からは、高齢者というカテゴリーを立てることにより、医療保険の中で一方的な財政移転が生じることがわかる。しかし、そうであるからといって、高リスク・低負担の人的カテゴリーを抜き出し、助けられる者と助ける者を明確に分け、それを給付管理の方向に機能させることは、社会保険という仕組みの基本原則に反する。

II. 低所得層の医療受給権保護の仕組み

1. 社会保険方式による医療保障制度の意義

社会保険の基本的な考え方は、同じ保険集団に属している被保険者の疾病や死亡といったリスクを保健集団が引き受け、その費用を「相互扶助」又は「助け合い」の精神に基づいて負担することである。つまり、保険集団がリスクの引き受けに要する費用は、原則的に保険集団の責任の問題として引

⁴⁴確かに2002年改正によって、患者自己負担の仕組みは完全な定率制に移行し、その適用開始年齢も満70歳から満75歳に引き上げられる他、老人保健拠出金の負担方式についても、1986年改正による加入者按分率の引き上げにより、かなり大きな制度変容があったとの評価も可能である。

き受けなければならないということになる。それは、医療・介護と年金とで若干の違いはあるものの、保険者に所属する被保険者全員のリスクを被保険者全員が共同して負担しなければならないのであり、この点こそが民間保険との決定的ないし原則的な相違である。このような社会保険の本質を支える理念は、いうまでもなく「社会連帯」であり、保険集団による「集団的な自助」または「集団単位の自己責任」であると説明される⁴⁵。その故、社会保険財政における費用負担の在り方という問題は、被保険者全員のリスクを被保険者全員が共同して引き受ける相互扶助という観点から、完全な応益負担原則に拘束されずに、保険集団内の議決機関（または国家の立法機関など）において民主的に決定される事項であると考えられる。

1942年の『ベブアリジ報告』は、総合的な社会政策戦略の一環として窮乏を解決するために、国民包括的な社会保険によってナショナルミニマムとしての最低生活を保障しようとした点で、生存権保障政策発展の一画期をなし、日本を含め戦後の世界に大きな影響を及ぼし、社会保障の広範な展開を促すものとなったと評価される。しかし、それにもかかわらず、社会保険方式としてのベブアリジモデルは、拠出制本位の社会保険を主体としたために、必然的に最低生活の保障を実現できず、貧困の救済を公的扶助の拡大に委ねざるを得なくなるとともに、公的保障を低く抑えることにより、生活保障の民営化を促し、社会保険から除外される低所得者などの社会的弱者層を増大させることになった。社会保険方式の保険主義によれば、保険料の拠出能力が乏しい社会的弱者が実質的にはその体制から排除されることが拠出制保険の本来的かつ重大な限界であろう。

そもそも社会保険としての医療保険は、被保険者の個別的なリスクに対応する保険料を賦課せず、低リスクの被保険者が他の被保険者のリスクを無償で引き受けるものであった。そこには、保険料負担の点で、他者のリスクを引き受ける者とリスクを転嫁する者が存在する。だが、この制度のもとでは、能力に応じた負担をするという条件を充たせば、被保険者相互に立場の軽重は認めない。それゆえ、社会保険では計量的には同じでなくても、制度を支える集団意思を通じてすべての被保険者に平等の立場が与えられる。

日本の医療保障制度の展開においては、医療保険の適用拡大を通じて国民に対する医療保障の確立

⁴⁵倉田聡は『社会保険の構造分析—社会保障における「連帯」のかたち』（北海道大学出版会、2009年）213頁において、「社会保険制度の受益可能性は個々の被保険者レベルではなく、保険集団レベルで観念されるものであり、この意味で、社会保険制度は保険集団の利益がすなわち加入者個人の利益であるという制度的前提の上に成り立っていると考えることができる。そして、このような前提が成り立つためには、保険手段の構成員相互間に相手の受益可能性を自己の受益可能性と同一視し得るような意識の存在が必要であり、このような意識を「連帯意識」と観念することができる。問題は、この連帯意識がどのような集団に、どの程度の規模の集団に認められるかであり、連帯意識の虚構性が強まれば強まるほど社会保険料負担はその根拠としてのアイデンティティーを喪失し、一般的な公租公課としての租税負担に近接することになる」とした江口隆裕『社会保障の基本原理を考える』（有斐閣、1996年）191頁の意見と一致するとされる。

が図られてきた⁴⁶。しかしながら、社会経済構造の変化に伴う雇用形態の多様化は、健康保険等の適用を受けない非正規被用者などを増加させ、その受け皿となる国民健康保険では、長期の保険料滞納者など、十分な受診機会を得られない者が発生することとなった。そのため、社会保険としての枠組みを維持しながら実効的な医療保障をいかに保障するかが課題となっている。

2. 低所得者に対する費用負担の在り方

(1) 社会保険における保険原理と扶助原理の変容

国が社会保障制度を形成する際に、保険原理を用いることは、国が社会保障に必要なすべての費用を負担することが困難であるという現実的問題もあるが、社会給付が権利として請求され得る根拠にもなる⁴⁷。その結果、社会保険体系では租税に基づく公的扶助とは異なり、保険料の納付義務者は当該事業の運営に参加することができるし、社会保険財政に対して政治的従属性を弱体化させる機能にも繋がる。この点は、社会的基本権の強化を図りながら社会保険受給権において民主的な接近を可能にすることで意味づけられることもできる。この点に関して、無拠出保険などの制度が社会保険法体系内で保険原理の本質的内容と衝突し法体系の整合性が害されるという指摘もある⁴⁸。このように、社会保険が保険技術を用いている以上、保険料負担と保険給付の間の有償関係が意識されざるを得ないが、社会保険では、応能負担原則に基づく保険料の賦課方式や保険料免除制度に見られるように、この有償関係を部分的に修正し、場合によっては切断する必要に直面することになり、このような保険料負担を正当化するための理論として用いられるのが「社会連帯原則」である。

⁴⁶歴史的には社会保険の実施以前に、医療保険の加入を任意にされたため、そのような制度では低所得階層は被保険の対象から除外され、疾病リスクの高い者の加入可能性が高くなり、リスク分散効果を持たせるほどの対象に満たせず保険財政に困難が招来するなど、国民医療保険の達成が不可能であった。そのため、すべての国民に健康保険を提供し、保険加入者間に所得再分配を持たせるために社会保険の形で健康保険を実施することである。それで、社会保険としての健康保険は、原則として所得の水準や疾病リスクに関係なくすべての国民に医療保障を提供し、所得再分配の効果を図ることを本来の目的とし、同一のリスク集団に属する構成員に法律でその加入を強制させ、保険料を賦課することでその目的を達成し得る。

⁴⁷被保険者の拠出する保険料と給付の間には給付・反対給付の対価性があり、それゆえにこれらの拠出制給付と非拠出制給付との間には権利性において差異があるという見解があり、その見解に対しては議論の余地はある。台豊「医療保険料(被保険者負担)と保険者による給付の間の「対価性」について」(青山法学論集第51巻第1・2号合併号、2009)677頁。

⁴⁸被保険者の寄与のない給付である韓国の基礎年金においては、社会保険という用語にも関わらず制度の本質は、公的扶助であることを確認し、この制度が社会保険法体系内にあることは、法体系の正当性(整合性)の次元で避けようとしている。김해원(社会保険受給権の憲法的意味－社会保険制度の憲法的基礎と社会保険受給権の法的性格、社会保障研究第26巻第1号、155頁)。日本の高齢福祉年金についても同様である。

その意味で、社会保険制度において保険料の拠出は、社会保険の財政的持続可能性を保障される財源でありながら、社会保険制度における加入者間の社会統合を促進させる手段としての役割を担っている。そのため、社会保険料は加入者間の公平性や納付能力を考慮して賦課する必要性が高い⁴⁹。それゆえ、社会保険制度においては、全体加入者に適用される保険料賦課体系を維持しながら、現実的に保険料の納付が困難である低所得階層を保護するために保険料の一部又は全額を免除・軽減する臨時的方法を設けている。しかし、このような保険料軽減制度は、加入者に対する社会的保護措置であるが、社会保険制度内での特定の社会階層に対する保険料軽減は、むしろ加入者間保険料負担の公平性や社会連帯性を妨げるおそれもあり、社会保険における保険料免除・軽減の意味や対象者選定などに対する理論的根拠を考える必要性は高い。さらに、社会保険においては政府の扶助など他の財源の介入がないわけではないが、社会保険給付は基本的に保険料の納付によるものであるため、保険料滞納のリスクが保険給付の制限という形で現れることであるし、保険料の軽減はあくまでも所得の喪失に伴う一時的保険料未納問題に対処するためであり(国保法第77条)、所得の不安定な非正規労働者や恒常的な低所得・社会的弱者階層に対する医療受給権の保障には如何なる効果があるかという問題も指摘されている。

社会保険における保険料拠出の存在は、社会保険と社会扶助との差異の典型であり、この保険料拠出こそが社会保険の給付に対して権利性を付与するようにも思われる。実際、契約により保険関係が成立する民間保険においては、拠出と給付との間には対価性が存在しており、社会保険の場合にもその対価性は存在する。医療保険においては、保険料の滞納があった場合、一定の要件の下で、保険給付の支払い方法を現物給付方式から償還払い方式に変更する仕組みが導入されており、この限りで対価性はある。しかし、保険料拠出と保険給付との対価性を厳密に追求すると、真に必要な者に対する保障に欠ける恐れがあり、要保障事由に応じて必要な給付を行うべきである社会保険の趣旨目的から扶助原理が優先される必要性は高い。

(2) 国民健康保険の費用負担における低所得者保護

所得状況に配慮した保険料賦課を行うことについては異論がないだろう。社会保障の費用負担のあり方については、財政論的な視点のみならず規範論的視点が必要であり、保険料賦課について法的に考慮すべき所得水準をどこに置くかを考えるべきである。

被用者保険が医療給付にはかかわりなく、負担能力に応じた保険料算定法を採用しているのに対し、国保保険料は医療保険給付という特定の目的のために徴収されるものであるから、その目的に合致したより複雑な保険料徴収法が採用されている。すなわち、国保はその設立当初より、国保被保険者の

⁴⁹ Social Health Insurance: Key factors affecting the transition towards universal coverage, World Health Organization Geneva (International Social Security Review, Vol. 58, 1/2005)

所得把握の不完全性、厚い低所得層の存在等の深刻な問題を抱えている。したがって、応能原則にのみ立脚した保険料の賦課・徴収方式では不公平の拡大が避けられないため、現行方式では応益原則に基づいた方式をも付加採用している。それ故に、国保においては、この両原則の組み合わせがまず問題となるのである。その場合、費用負担能力に乏しい低所得者をどのように位置づけるかが問われることとなるのである。

1) 国民健康保険の費用負担仕組みにおける「低所得者」

まず、日本の医療保障法が想定している「低所得者」とは何に着眼した概念であるかについて、検討を行う。現行法制上の低所得者保護法制は、住民税や生活保護受給関係などに依拠して採用されるものであるが⁵⁰、それぞれの法が求めるであろう固有の低所得者概念は定量化が困難であり、法目的に応じて何を所得とすべきかが明らかとはならない。費用負担の軽減や受給権の発生につき所得の状況を明らかにすることが必要なならば、所得概念の確実性が必要となり、それが被保険者ないし受給者の法的安定性にも役に立つものでもあるが、そのように一貫した基準が設定されていないということが、租税とは異なり⁵¹、反対給付を予定している、あるいは実際に給付を行っているが故に、個々の法目的に相応した基準を個々に制定したものとみることでもある。

低所得者概念の不明確性は、国民健康保険料の賦課方法に影響を及ぼしている。低所得者に対する保険料賦課はいかなる形が望ましいかを考える際に、社会保険の本質が所得の再分配であるとする立場からは、憲法上応能負担が要請される。これに対しリスク分散と保険集団内での連帯を強調する立場からは完全な応能負担が前提条件とはならない。いずれにせよ、保険者自治の範囲内において所得の状況に配慮した保険料賦課を行うことについては異論がないが、現在の保険料賦課は、賦課対象となるべき所得の範囲や所得として考慮すべき控除の種類について規範的同一性がないため⁵²、法的に

⁵⁰低所得者対策立法を類型化するならば、社会保障給付の権利発生要件としての所得制限を設けるもの（障害基礎年金、児童扶養手当など社会手当給付など）、現実に受給した社会保障給付の受益者負担の軽減（介護保険法の食事標準負担、健康保険法の高額療養費など）、保険料免除及び軽減がある。

⁵¹社会保険においては、報酬について、「賃金、給料、俸給、手当、賞与その他いかなる名称であるかを問わず、労働者が、労働の対象として受け取るすべてのものをいう」と規定し、通勤手当等各種手当を保険料算定の基礎として取り扱ってきており、労働基準法、労働保険と同様の整理としてきているが、税制においては、10万円までの通勤手当は非課税所得としているなど、その算定対象に違いが存在する。厚生労働省「第3回社会保険料・労働保険料の賦課対象となる報酬等の範囲に関する検討会（平成24年9月28日）資料5」

⁵²所得税と社会保険料は、それぞれの減免措置が講じられていることによって、最終的な課税・賦課ベースが異なるものとなっている。しかしながら、それらの減免措置は税制と社会保険制度それぞれの固有の論理の下で対処されてきた結果であり、その減免の内容の差異からもたらされる賦課対象の差異は、税制と社会保険制度の本来の主旨・目的が根本的に異なる限り当然に生ずるものであって、その差異は、国民に対する負担を求める根源

考慮すべき所得水準というのは憲法上の最低生活水準であろう。すなわち、現行の国保法では、当初から応能負担で計算する部分（所得割と資産割・額に一定の率を乗じる）と応益負担で計算する部分（世帯割と被保険者割・一世帯当たりの定額保険料と被保険者一人当たりの定額保険料）とに分かれており、過大な保険料賦課を避けるためには、保険料賦課を行った結果、所得が最低生活水準を下回ってはならないように配慮すべき規範が導かれることとなる。

2) 応益負担による修正と低所得者層の保険料負担

相互扶助に基づく集団的な自助という観点からいえば、応能負担原則を中心とするのが社会保険料の決め方として望ましいといえることができるが、社会保険であっても支払うべき保険料と期待される受益との間に非常に大きい格差があれば、保険料負担に関する被保険者の同意が得られないおそれがあり、強制加入であってもその制度の存続を脅かされる可能性もある⁵³。そのため、社会保険料の計算において応能負担原則を応益負担で修正すること自体は一般に許されるといえることができるが、それは特に医療保険において、医療サービスという人間の生活にとって不可欠なサービス・財の保障という生活保障制度としての実効性を失わない範囲において許されると考えるべきであるから、応益負担を過度に強調することによって低所得者層に負担能力を超える保険料を課すことまでをも許すものではない。実際に現行の国保法では、当初から被保険者の所得や資産に比例して賦課される応能負担と、被保険者一人あたり定額または世帯あたり定額で賦課される応益負担に分けられており、保険者の集めるべき保険料について応能負担部分と応益負担部分とをどのように割り振るかは、保険者である市町村の政策裁量に委ねられている。仮に国保保険料を全額納付したとしても、その結果、残りの所得が生活保護基準をはるかに下回るといえるのであれば、明らかに憲法第25条第1項に反するものと言わなければならないし、生活保障システムの国保制度がかえって生活保障を危うくしているという点では、最高裁が憲法第25条違反の基準とする「著しく不合理」な制度に値するものと思われる。

的な領域・範囲を考慮する見地からの税と社会保険の賦課ベースの対比においての本質ではない。所得税と社会保険料との賦課ベースの対比は、それぞれ固有の減免措置が講じられる以前の段階、即ち、賃金や報酬として捉えられている最初の段階での取り扱いの差異についてこそ行われ、判断されるべきものである。厚生労働省「第3回社会保険料・労働保険料の賦課対象となる報酬等の範囲に関する検討会（平成24年9月28日）資料3」

⁵³この点については、小田原市事件（横浜地判平成2年11月26日・判時1395号57頁）が次のように述べている。

「国民健康保険における保険料の負担については、それが強制加入の社会保険であることや、相扶共済・社会福祉の理念から、応能負担の原則を無視することはできないが、他方、それが保険理論に基づく医療保険であることから、保険料と保険給付の対応関係にも配慮した応益負担の原則によるべきことも、また当然であり、この関係で、受益(保険給付)の程度からかけ離れた応能負担に一定の限界を設けるため、保険料に最高限度額を定めることには、合理的な理由があるから、前期条例の規定をもって、憲法14条に違反するということができない。」これは、ほとんどの市町村が設けている国保料または国保税の最高限度額を正当化したものである。

3) 高額療養費制度による低所得者保護

さらに、日本においては低所得被保険者の医療受給権の保護という観点から、医療機関や薬局の窓口で支払った額が、暦月（月の初めから終わりまで）で一定額を超えた場合に、その超えた金額を支給する制度として高額医療費制度を設けている。つまり、日本の医療保険制度において被保険者が療養の給付を受ける際に、先の療養取扱機関に赴き被保険者証を提出したうえで、療養取扱機関に所属する保険医から療養の給付を受ける。その際、被保険者は、療養の給付に要した費用として療養取扱機関が算定した金額のうちの3割を一部負担金として支払わねばならない(国保法42条1項1号、このうち残りの7割は、保険者が事後的に療養取扱機関に対して支払うことになっている)が、この一部負担金は、近年、医療の高度化とそれに伴う医療費の増大により年々高額になり、被保険者の負担能力を超える場合も少なくない。このような被保険者の負担増に対処するため、国保法にも、昭和48年(1973)の法改正により、高額療養費支給制度が新たに設けられた。高額療養費は、療養の給付に要する費用が著しく高額である場合に、保険者から直接被保険者に対して支給されるものである(国保法57条の2)。つまり、被保険者が最終的に医療機関の窓口で負担する自己負担の毎月の上限額(加入者が70歳以上基準と加入者の所得水準によって分けられている)があり、複数の医療機関などにおける自己負担を合算することもでき、その合算額が負担の上限額を超えれば、高額療養費の支給対象となる。さらに、高額療養費制度では、世帯合算や多数会該当といった仕組みにより、さらに最終的な自己負担額が軽減される。つまり、複数の受診や同一の世帯の他の者(同じ医療保険の加入者であり、国保の場合は世帯主と世帯の被保険者全員、後期高齢者医療制度の場合は世帯員全員、健康保険の場合は、被保険者と被扶養者)の受診については、窓口自己負担額の一ヶ月単位で合算することができ、また直近の12ヶ月間に、既に3回以上の高額療養費の支給を受けている場合には、その月の負担の上限額がさらに引き下がる。高額療養費の支給を希望する被保険者は、支給要件を満たすだけの一部負担金を支払った旨を保険者に申請しなければならない。高額療養費制度の仕組みは、入院・外来(外来については平成24年4月1日から現物給付化施行)に問わず、窓口払いの時に、加入する医療保険(健康保険組合・協会けんぽの都道府県支部・市町村国保・後期高齢者医療制度・共済組合など)への申請により事前に発行した「認定証」の提示により、窓口での支払いを自己負担限度額にとどめることが可能である。

Ⅲ. 医療保障法制の構造的な限界と境界層対象者の医療受給権保護

以上、検討を行った日本の医療保障制度は、その二元的構造において、まず生活保護受給者を医療保険制度から排除し、社会保険としての医療保険の体系内においても、経済的負担能力によって給付を受けることに制限があることなど、医療保障制度全体にかけて低所得者を実質的に排除している仕組みを抱えている。つまり、日本の医療保障制度の中で特に国保は、構造的に多くの低所得者層を抱えている中、社会保険としての性格上保険料減免にも自ずと限界がある一方、貧困層をカバーするこ

とを目的とした生活保護制度にはスティグマが付着し、生活維持能力の乏しい低所得者に対して、適正・平等な医療サービスを保障する仕組みではない。具体的には、① 医療扶助における医療へのアクセス手続きの問題、スティグマ問題などにより、実際には生活保護受給者とほぼ同程度の生活を維持しながらも、自ら国民健康保険の被保険者資格を維持する者や、② 生活保護の厳しい受給基準により、その基準には満たされないがむしろ生活保護のような支援がない故に実際の生活は困窮である者など、非受給者であるものの恒常的に生活が困窮である被保険者（以下、「境界層（Border-Line）対象者」）に対して何らかの配慮が求められる構造を持っており、如何なる配慮が行われるべきかを検討する。

(1) 境界層対象者の医療受給権の保護—低所得者保護の具体的事例

生活保護基準以下の世帯で自らの意思で生活保護を受給しない低所得世帯につき、一部負担金の減免対象になるか否かの裁量違反を問われた事案⁵⁴において、裁判所は、国民健康保険制度の目的を「被保険者の相互扶助共済の精神に則り、個々の被保険者の疾病等により生じる経済的負担を被保険者全体において分担させること」と説明し、一部負担金減免について「その分を保険給付として当該国民健康保険加入者全体の保険料・保険税等の収入から支出しても加入者相互扶助の精神に反しないと認められるだけの『特別の理由』がある場合に限って、その減免等を認めることにより、生活保護等の他の社会制度との調整を図る趣旨」であると述べた上で、生活保護基準以下の状態にあるからといって直ちに生活保護制度へ移行させるという判断が必ずしも妥当でないとした点から、医療を受ける権利と適正な医療保障という観点において低所得者層をどのように取り扱っているのかについて考慮できる⁵⁵。つまり、生活保護基準以下の世帯であることのみを理由として継続的な全額免除を行うことは否定しているものの、一部負担金減免についても保険税減免と一体となり、生活保護基準以下の低所得世帯に対する医療支援という役割を担うとされ、生活保護を自らの意思で受給しない低所得世帯につき、その選択を尊重する見方に依拠すれば、生活保護基準以下の状態にあるからといって直ちに生活保護制度へ移行させるという判断は必ずしも妥当なものとはいえず、生活保護を受給しない場合であっても医療へアクセスできるよう、低所得世帯に対する各種減免制度が重要になると考えられる。

⁵⁴平成22年（行コ）第2号 国民健康保険一部負担金減免不承認処分取消等請求控訴事件、仙台高等裁判所判決（平成23年1月19日）低所得者への国保の適用—国保44条に基づく一部負担金減免制度の意義

⁵⁵生活保護費の約半分を医療費が占める状況で、厚生労働省が「我が国の医療は国民皆保険制度を基本としており、被保護者もその中で対応するという考え方もあり得るが、それについてどう考えるか」との問題提起をしたが、地方自治体は国民健康保険財政が厳しい状況にあるために反対をしているのが実情である（第4回生活保護費及び児童扶養手当に関する関係者協議会(2005.9.15)厚生労働省提出資料に対する第5回生活保護費及び児童扶養手当に起案する関係者協議会(2005.10.19)資料における石川県知事、高知市長の意見）。

(2) 境界層対象者に対する一部負担金減免の意義

国民健康保険法44条は、保険者は、「特別な理由」がある被保険者で、一部負担金の支払いが困難であると認められる者に対し、同負担金の減免の措置をすることができる」と規定している。上記、生活保護基準以下の世帯で自らの意思で生活保護を受給しない低所得世帯であり国民健康保険の一部負担金減免を求めたが、不承認処分を受けたとして取消訴訟を提起した事例において、一部負担金減免が、仙北市長の裁量処分であることに争いはなく、仙北市では、この裁量判断の基準として「仙北市一部負担金減免要領⁵⁶」(以下、単に「要領」)が定められており、仙北市長は一応この要領に従って本件不承認処分をした、ということになる。そのため、この処分を争った本訴訟は、要領に従った仙北市長の判断に「裁量違反」(法により与えられた裁量の逸脱・濫用)があることを理由として処分の取消を求める、という訴訟である。本件では、主として法44条の趣旨に照らし、本件要領の実質的不合理や本件不承認処分の不合理性を争い、裁判所は、その裁量の判断につき、国民健康保険制度の趣旨・構造、他の社会制度との関係などを総合的に勘案し、国民健康保険制度において一部負担金減免等の制度が設けられている趣旨を踏まえて合理的裁量の範囲内においての決定であったかを判断している。一部負担金減免の趣旨について説示した判例は本件以外では見当たらず、先例が乏しい中で⁵⁷法44条の解釈、一部負担金減免の性質について詳細に論じた点で本判決の検討の意義がある。

本判決は国民健康保険制度の目的を「被保険者の相互扶助共済の精神に則り、個々の被保険者の疾病等により生じる経済的負担を被保険者全体において分担させること」と説明し、一部負担金減免に

⁵⁶仙北市国民健康保険一部負担金の徴収猶予及び減免取扱要領(平成17年9月20日告示第36号)

第1条 この要領は、国民健康保険法（昭和33年12月27日法律第192号。以下「法」という。）第44条の規定による一部負担金の減免及び徴収猶予に関し、必要な事項を定めるものとする。

第2条法第44条第1項に規定する特別な理由がある被保険者は、次の各号のいずれかに該当する一部負担金の支払の義務を負う世帯主（擬制世帯主を含む。以下「世帯主」という。）とする。

- (1)震災、風水害、火災その他これに類する火災により死亡し障害者となり又は資産に重大な損害を受けたとき。
- (2)干ばつ、冷害、凍霜等による農作物の不作、不漁その他これらに類する理由により収入が減少したとき。
- (3)事業又は業務の休廃止、失業等により収入が著しく減少したとき。
- (4)前3号に掲げる理由に類する理由があったとき。

第4条保険者は、世帯主が第2条の各号のいずれかに該当したことによりその生活が著しく困難となった場合において、一部負担金の支払が困難であり減免又は免除の必要があると認める者に対し、別表の当該各号に掲げる区分に応じ当該各号に定める割合により、3か月以内の期間を限って一部負担金を減額又は免除するものとする。

2 前項に規定するその生活が著しく困難となった場合とは、生活保護法の生活保護基準を目安とするものとする。

⁵⁷ 岡山地判昭45.3.18判時613号42頁は、国民健康保険制度における一部負担金と生活保護制度上の医療扶助における一時負担金の性質の異同について言及し、国立療養所入所規定に規定された医療費の軽減又は無料化が生活保護受給者を対象としていないと判示したものの、法44条が定める一部負担金減免の趣旨について論じているわけではない。

ついて「その分を保険給付として当該国民健康保険加入者全体の保険料・保険税等の収入から支出しても加入者相互扶助の精神に反しないと認められるだけの『特別の理由』がある場合に限って、その減免等を認めることにより、生活保護等の他の社会制度との調整を図る趣旨」であると述べる。本判決は、法44条にいう「特別の理由」がある場合とは、「例えば、不可抗力等による事情変更に伴い、一時的に収入を喪失し又は収入が減少するなどして一部負担金負担能力を喪失又はこれが低下した者について、ある程度短期間のうちに収入が回復することが見込まれる場合」であると述べ、そのような場合であれば「直ちに生活保護の医療扶助等に移行させることなく、収入が回復するまでの短期間一部負担金を減免等したとしても…長期的視点からは加入者相互扶助の精神に反すること」にはならず、「特別の理由」があると認められるとしている。

本判決から読み取ることのできる一部負担金減免の意義は、高額療養費制度や保険料・保険税減免とともに、生活保護基準以下の状態にあったとしても生活保護を受給しない低所得世帯に対する医療費支援の一部を形成している点にある。この点、裁判所は、法44条を生存権保障の一つとして考えながら、特別な理由と一部負担金を支払うことの困難さとの関係においてどう取り扱うかを判断するに当たって、一番では、法44条の「特別な理由」の判断において、個別具体的な事情の考慮が必要であって、要領を形式適用し、個別具体的な事情を考慮しないというのは「法44条が『特別な理由』があるかどうかなどについて個別具体的な事情を総合考慮するため条例等によらせずに減免許否の判断を保険者の裁量に委ねた趣旨をないがしろにするものであるというほかない」とし、控訴審は、原判決の内容を踏襲したほか、「法44条は、国民健康保険制度と調和が保たれる範囲であるが、生活に困窮した被保険者の支援・保護を図ることを目的とすることであり、法44条1項に基づく一部負担金の減免等の可否を判断するに当たっては、生活保護法の生活保護基準を目安とすることが合理的と解される」と判断したところである。つまり、本件取扱要領第4条2項において、第2条各号に該当することにより生活が著しく困難となった場合といえるかの判断をするに当たって、生活保護基準を目安とし、また「収入の減少」の判断につき単に世帯主の収入の多寡・減少幅のみならず、その収入によって扶養される世帯の人数及び各人の年齢、世帯主以外の者の収入の有無や多寡についても検討するのが相当というべきであると述べた。

減免には特別な理由が必要としながらも、国保法44条を生存権保障の一つとして考えられ、生活保護基準と申請者世帯の個別性・必要性の重要性を指摘した点で、生活保護基準ぎりぎりないし、その基準に満たない収入であっても自らの意思で保護を受けずに自立した生活を維持・継続しようとする人々に、最低限度の生活を営む権利としての医療受給権を認定した判決であると思われる⁵⁸。低所

⁵⁸これは、保険料の減免についてであるが、公(国)の負担によって最低限度の保障をする生活保護と、相互扶助共済制度たる国保との制度的な相違を強調し、生活保護法の保護基準が、保険料を減免するか否かの重要な基準として機能することはない、と示した判断(静岡市保険料免除申請事件(東京高判平成13.5.30)がある。自立した

得者ゆえに生活保護、とはせずに、国保での対応の可能性を探ることが、むしろ生活保護の趣旨にも合致することを明確に示している点は注目すべきであると思われる。

ここまでの検討によれば、一部負担金減免の特徴は、収入減少の一時性を要素としつつ、申請者の申請時点での生活の困窮に着目する緊急支援的性格にあった。第4条別表のように収入減少の一時性⁵⁹に着目することは法44条の趣旨を逸脱したものとはいえないが、本判決が総合的な考慮を強調するのは、法44条が現在の生活の困窮そのものに着目しているためであると考えられる。本件取扱要領自体が生活保護基準を目安としていることから、合計所得金額や減少幅のみに着目することはそれらの趣旨と矛盾しているといえる。また収入減少の割合についても、本件取扱要領のその後の改正⁶⁰を踏まえると、50%以下の所得減少の場合全く減免が認められないというのは妥当性を欠くと思われる。

(3) 境界層対象者に対する保険料減免の意義

保険料・保険税減免も低所得世帯の医療へのアクセスを支援する制度であり、一部負担金と同じく「特別の理由」がある場合に減免が認められる(法77条、地方税法717条)。法77条が定める保険料減免について、旭川市国民健康保険条例事件の判決⁶¹は、恒常的な生活困窮者には生活保護制度による医療扶助が用意されており、また本件条例第17条は、保険料納付義務者及びその世帯に属する被保険者の所得の合算額が一定額以下の場合には、被保険者均等割額及び世帯別平等割額の一部を減額

生活を維持したいとし生活保護を受けていない恒常的な生活困窮者が国民健康保険料の免除申請をしたところ、市長が不承認処分をした事案において、相互扶助共済制度である国民健康保険の被保険者として予定されているのは、あくまでも保険料負担能力を有する者であり、恒常的に保険料負担能力がない者については、別途国家扶助制度である生活保護法による医療扶助を受けることが予定されているとして、処分の取消請求を棄却)、などと大きく異なるものとなっている。

⁵⁹判決では、どの程度の期間をもって「一時的」、「短期的」と評価するか、またそもそもそれをどのように評価するのかについては示されていない。国京則幸「低所得者の国保の適用について－国保44条に基づく一部負担金減免制度の意義」(賃金と社会保障No.1545) 37頁。

⁶⁰平成21年改正以降(本件で問題となっているのは改正前の取扱要領)の取扱要領は次のように定める。前項の『その生活が著しく困難になった場合において必要があると認めるとき』とは、世帯主が、おおむね過去1年以内の間に前項各号に掲げる事由のいずれかに該当したことにより、地方税法(昭和25年法律第226号)の規定に基づく仙北市の条例の定めるところにより市民税が減免され、又は生活保護法(昭和25年法律第144号)第6条第2項に規定する要保護者である者(一部負担金の減免等により同法の規定による保護を要しないこととなる者をいう。以下同じ。)となったときとする。また別表に定められた基準も収入の減少率が50%以上で100%の減免、30%以上で50%未満で50%の減免となっており、段階的なものとなっている。

⁶¹最高裁判所大法廷平成18年3月1日判決(平成12年(行ツ)第62号、平成12年(行ヒ)第66号、国民健康保険料賦課処分取消等請求事件、判例時報1923号11頁。

した額を国保料とする制度を設けている、といった点を総合考慮し、国民健康保険制度において恒常的な生活困窮者に対して国保料の全額減免を設けないことが保険者の合理的な裁量の範囲を逸脱したものであるということとはできないと判断し、法77条にいう「特別の理由」は一時的に生活が困窮した被保険者が、前年度の所得を基に課された保険料の支払が困難となった場合に認められると判示した。これは生活保護制度との関係において困窮の一時性に着目するという点で、上記一部負担金の免除において法44条にいう「特別の理由」の解釈と重なる。しかし、前年度からの収入減少については、一部負担金減免よりも、保険料・保険税減免の方がより重要な要素となると考えられる。前掲旭川市国民健康保険条例事件控訴審判決・上告審判決が述べるとおり、保険税は基本的に前年度の所得を基準として課せられるため、医療給付を受ける時点での被保険者の資力を反映しておらず、前年度の経済状態と当該年度の差を埋めることが保険税減免の趣旨である。これに対し一部負担金減免においては、収入減少の一時性やその割合を考慮しつつも、一部負担金の額が決まるのが医療給付を受けた時点であるため、医療給付を受けた時点での困窮そのものに着目することが求められていると考えられる。

2. 医療保障制度における低所得者の分離と社会保険制度との整合性

国保制度は、原則としてすべての国民が何らかの公的医療保険制度に加入する国民皆保険の一環として国の制度として設けられたものであり、低所得者層を切り離すことで、相互扶助の社会保険制度を崩すと考えられる。国が社会保障制度を形成した以上、この制度が憲法第25条第1項の趣旨に適合したかたちで運営されるように支援し、援助していく責務がある。この責務から、保険集団に対する国庫負担金や補助金、財政調整交付金制度の根拠を積極的に導き出すことができると考えられる。そのため日本は、その一つの解決として低所得者を分離せず保険料軽減分を国・地方自治体で新たに負担することにより社会保険機能を維持することとして、保険料負担能力の低い被保険者の加入割合が高いことが国保の財政基盤の不安定要因となっていることに鑑み、低所得者に対する保険料の軽減相当額について公費で補填する制度として保険基盤安定制度⁶²を設け、具体的には市町村が一般会計から保険料の軽減制度に基づく軽減額を基礎として算定した額を国保特別会計に繰り入れ、その繰り

⁶²同制度は、当初2年度間の限りの暫定措置とされたが、1990年の国保法改正(平成2年度法律第31号)により法律上に恒久化された。現行・国保法第24条(国民健康保険に関する特別会計への繰り入れ等の特例)市町村は、平成22年度から平成26年度までの各年度において、第72条の3第1項の規定に基づき繰り入れる額のほか、政令の定めるところにより、一般会計から、所得の少ない者の数に応じて国民健康保険の財政の状況その他の事情を勘案して政令の定めるところにより算定した額を国民健康保険に関する特別会計に繰り入れなければならない。2. 国は、平成22年度から平成26年度までの各年度において、政令の定めるところにより、前項の規定による繰入金の二分の一に相当する額を負担する。3. 都道府県は、平成22年度から平成26年度までの各年度において、政令の定めるところにより、第1項の規定による繰入金の四分の一に相当する額を負担する。

入れに要する費用を国二分の一・都道府県四分の一・市町村四分の一の割合で負担することとされた。つまり、国保の低所得被保険者対策は保険基盤安定制度の形で制度化され、低所得者層を分離するのではなく、保険制度の中に取り込めるので、低所得層を制度に包括したことは妥当であると評されたのである。保険料を支払っている点で同じ保険集団内に留まることの権利性と、社会保険の保険原理と扶助原理のバランスをよりとらえられると考えられる。

日本の社会保障制度の青写真を示した1950年の社会保障制度審議会の「社会保障に関する勧告」は、社会保障を社会保険、公的扶助、社会福祉及び医療・公衆衛生の4分野から構成した。公的扶助は他の分野を補完し、生活困窮に陥ったすべての者に最低限度の生活を保障する最後の施策として位置づけられる。すなわち、社会保障法において公的扶助法が果たすべき役割は、他の普遍的な社会保障制度で対応できない場合に、最後のセーフティネットとして最低生活保障を担い、社会保障の生活保障機能を補完することである。公的扶助法の補完性は、一方で事実上優先的に他の法を適用することを意味し、他方で普遍的な制度を拡充・発展させる結果、公的扶助の利用度が減少することを意味することでもあり、高齢化で国民医療費の支出が増える一方、収入は経済成長の減速やそれともなう失業率の増加により減少する状況の中、特に最低基準になじまない医療に関しては、その普遍的性格から保護受給者を被保険者として国民健康保険の被保険者とする法改正が望ましい。国民健康保険が構造的に多くの低所得者層を抱えており、社会保険としての性格を強調すると保険料の減免などは限界がある一方、生活保護制度にはスティグマなどの問題が付着しており、医療保障制度の構造の全般にかけて国民健康保険と生活保護法の関係をどのように整理するかについて積極的な連携が求められることであり⁶³、その点、韓国の医療保障法制が低所得者保護のために設けられる制度であることとの比較・検討をし、相互示唆を得られたい。

第2章. 韓国の医療保障法制における低所得者保護

I. 韓国の医療保障法制の構造と低所得者の医療受給権

1. 医療保障法制の展開と構造

(1) 韓国の社会保障制度の展開における制度間の不均衡

先進諸国において社会保障制度の歴史が、資本主義の発展や産業開発を背景とするさまざまな社会

⁶³菊池馨実は、旭川市国民健康保険条例事件最高裁判決の【判例研究】(季刊・社会保障研究42巻3号317頁において、この点と関連して、国保も介護保険と同様、保険料負担能力がない者も同一の制度に加入した上で、負担能力不足を所得保障二重と捉え、基本的には生活保護給付によって対応すべきものと考えられるとする。

的・経済的問題を解決する過程において展開された⁶⁴ことと同様に、韓国も1970年代経済成長期以降、自由市場論理の限界に対する認識や社会的連帯に関する市民意識が向上すると共に、社会的正義による分配に対する要請が高まり、社会国家の実現と国民の権利保障が課題になった。さらに、経済危機による失業問題や高齢化による多様な社会問題など、国民に対する国のセーフティネットとしての社会保障制度は、低所得者など一部の社会的弱者のみの問題ではなく、全国民の直接的な当面課題として浮び上がってきた。

しかし、韓国の社会保障制度の展開においては、急速な経済成長と共に、低所得者のための生活保護制度や、産業災害保険、医療保険、年金保険などの社会保険制度、老人・障害者・児童・母子世帯などの社会弱者階層のための公的扶助制度及び社会福祉サービス制度などが社会的ニーズや財政状況に応じて個別的・散発的に導入され、拡大したため、各制度間の管理運営上の非効率性、加入者間の非公平性、財政構造の脆弱性などの問題が指摘される⁶⁵など、個別制度間の管理・運営に対する総合的連携や社会保障の基本理念に基づく制度の整備の必要性が求められつつあった⁶⁶。そのため、韓国においては社会保障に関する基本理念の整備の必要性が高まり、「社会保障基本法」を定め、社会保障に関する国民の権利や国及び地方自治団体の責任を定めると共に、社会保障制度に関する基本的事項を規定し国民の福祉増進に寄与することを目指していた。本法は、1963年、当時の憲法第30条⁶⁷

⁶⁴資本主義経済の進展によって労働者の貧困問題がより深刻化した19世紀末ごろに、労働者の貧困問題は、社会的正義の観点からはもとより、産業政策的観点からみても社会構造的な問題であることが認識され、その認識が労働者間の連帯意識、団結を呼び、労働者階級としての抗争(労働運動)、社会運動を発生せしめる。この労働者階級の貧困化を契機に労働者間の連帯として自然発生的に組織されていた共済組合の国家的法制化として、疾病、障害、老齢など、その貧困原因の主要なものをとらえ、労働者のほかに使用者にも拠出せしめる保険形式で救済を図ろうとしていたのが、社会保険であった。この社会保険をはじめ創設したのが、ドイツ初代宰相ビスマルク(Bismarck,1815-98)であって、労働者災害保険法をはじめ疾病保険法を成立させ、法定給付として療養の給付、傷病手当金、出産手当金、死亡手当金などを支給することであった。これが社会保険法のモデルとなり、さらにビスマルク型社会保障の原型ともなる。日・韓の社会保険制度もドイツの制度をモデルとしており、貧困を社会的に解決する必要性を認識し、その国家的・社会的対応の重要な手段として社会保険を採用している。

⁶⁵유기정(Yu kijeong) 韓国社会保険制度の改善方案に関する研究—IMF体制以降制度変化を中心に—(延世大学行政大学院、2000)

⁶⁶アメリカ、ドイツ、フランス、ベルギーなどは、既存に散在する法律を体系化・単純化し、連携・統合する法典化作業を行った代表的な国である。一方、韓国において社会保障基本法の制定は、社会保障に関する個別の法律を支配する基本原則及び共通原則を決定・定立する目的を持つものの、その規範的効力が問われている。

⁶⁷当時憲法(憲法第6号、1962.12.26全部改正(第5次改正)、1963.12.17施行)第30条は、第1項ですべての国民は人間らしい生活を営む権利を有すること、第2項で国は社会保障の増進に努力すべきであること、第3項で生活能力のない国民は法律の定めるところにより国の保護を受けるということを定めている(大韓民国の憲法は、1948.7.17の大韓民国の政府樹立の基礎となった憲法を制定・公布する以来、第9次に渡り改正され、同条

に規定された国の社会保障増進の義務という憲法精神に基づいて定められた「社会保障に関する法律(以下、「63年法」という)⁶⁸」が廃止された後、社会保障に関する基本理念を再成立し、社会保障制度の運営に必要な共通事項を定める法律として切り替わった法律であり、韓国政府は、本法により社会保障制度の効率的な運営や統合的発展を図ることを目的として、1994年「社会保障基本法案」を国会に提出し、1995年第177回の国会本会議で可決され、1995年12月30日「社会保障基本法⁶⁹」として立法・制定された。本法は、社会保障に関する国民の権利及び国・地方自治団体の責任を定める他、社会保障制度に関する基本的な事項を規定して国民の福祉増進に寄与することを目的とし(第1条)、社会保障に関する他の法律を制定又は改正する場合には、本法の内容に符合するようにすること(第4条)など、個別条項において社会保障に関する総論的な事項を定めていた。本法は、63年法に比べてそれ以降の韓国社会における社会保障制度の拡充⁷⁰を反映して内容的に膨大になった他、社会

は、現行憲法(憲法第10号、1987. 10.29全部改正(第9次改正)、1988.2. 25施行) 第34条に当たることである。1963年には、無能力であると評価された当時の政権に対し、1950年6月25日の韓国戦争以降社会的地位が高まっていた軍人集団が61年5月16日軍事政変を起こし、政権交替及び憲法改正が行われていた歴史があり、特に改正憲法には国民の自由権・生存権などの国民基本権を強化する条項を入れるなど、国民の支持を受け政権の正当性を高めるための政治的な意図のある動きが次々行われた。韓国社会において60-70年代は、急速な経済的成長を果たされた時期であり、医療保険や産業災害保険など社会保障制度の展開が始めつつあった時期でもある。⁶⁸韓国の社会保障制度は、個別的に成立されており、それぞれの法律を統一的に規範されるための一般法による保護の必要が求められ、1963.11. 5「社会保障に関する法律」が制定・施行され(法律第1437号)たが、本法は、当時憲法で規定された人間らしい生活を営む権利を具体化されるのではなく、その実現手段として社会保障制度の確立を社会保障の目的として言及した(第1条)ことに止まり、国民の自立精神と労働意欲を強調し(第3条第2項)、社会保障の経済的従属性を示される(第3条第3項)他、社会保障事業の推進主体としての社会保障審議委員会の配置(第4条)と構成(第5条)を規定するなど、総7条のみの法律として構成されており、基本法としての性格のない象徴的・形式的法律であるという評価を得て、事実上死文化されていた。本法制定には、戦後、医療保険や災害保険などの社会保障制度確立への時代的要求や、その個別制度の段階的な導入に対する社会保障制度の土台を求められた当時の有識者たちの努力があったと言われるものの、当時軍事政変により集権された軍事政権の正当性の確保という政治的な意図がより大きく働いたと評価される。当時政権は、韓国の経済開発を最優先課題として行われており、63年基本法にもその旨(上記第3条)が定める他、社会保障事業の推進主体として構成された社会保障審議委員会も、保健社会部長官が委嘱される人に構成する他、単純諮問機関として位置づけられ、専門家による掌握を遮断しようとしたと見られる。남찬섭(Nam Chanseop, 東亜大学社会福祉学科教授)「社会保障基本法の変化を通じて見た韓国福祉国家の展開過程」韓国社会福祉調査研究(Korean Journal of Social Welfare Research, Vol.36,2013,p.p.103-139)

⁶⁹1996.7.1施行、法律大5134号

⁷⁰1970、80年代の韓国は、政府の経済開発計画による急速な経済成長と若者や労働者を中心とする民主化運動として代表化される時期である。その時期の韓国社会には、次々と社会保障制度の制定が行われており、社会福

保障に関する権利が比較的具體化されたとも評価されるが、社会保障分野における法律の立案基準、給付行政の手續きに関する指針、司法的紛争における解決方法など、個別法律において生じ得る法的争点を含んでおらず、単純に社会権的基本権に関する宣言的機能に止まっているという批判⁷¹があるなど、社会保障制度に関する一般法として機能するかには疑問がある。

例えば、本法第9条では、すべての国民は社会保障に関する関係法令の定めるところにより社会保障給付を受ける権利を有すると規定しており、「社会保障受給権」をまず権利として保護した上、個別法令により具體化されるとして表すわけではなく、むしろ個別法令の定めにより社会保障受給権は影響を受けるように解釈できるし、第10条第3項では、国及び地方自治団体は最低生計費と最低賃金に従い社会保障給付の水準を決定すべきであると定めており、同条1項の社会保障水準としての「国民の健康で文化的な生活」という文言と矛盾するように考えられる余地も残されている。また、第28条の費用の負担関係において、社会保険の費用負担者を原則として使用者、被用者、自営業者とするが、特に被用者に対しては個別法律でその範囲が異なって規定されており社会保険の適用範囲が確定されず、同条第3項、4項の社会福祉サービスの費用負担における「一定所得水準以下の国民」や「負担能力のある国民」の文句の基準が提示されないため、個別法律で立法される場合に同条は受益者負担⁷²の法的根拠になり得ないなど、個別法の基準制定や制度間の連携・整合性を図ることを目的とした本法の目的を達成することには限界があった。

2010年代に入り、韓国では社会福祉国家の議論がされ、所得保障のみならず社会保障サービスの保障との連携を重視した社会保障制度が要求された。その中、当時国会議員であった現在韓国の大統領の朴根恵氏の発議により社会保障基本法の全面改正が行われ（法律第11238号、2012. 1.26全部改正、2013.1. 27施行、以下、「13年法」）、既存の社会保障の基本理念において「最低生活保障」が削除される一方、「自立支援」と「社会参加」に必要な制度の調成が規定される(第2条)他、所得

社事業法の制定(70年)、500人以上の職場医療保険制度の導入(77年)、老人福祉法の制定(81年)、社会福祉事業法の全部改正(83年)などにより社会福祉サービス関連の法律を整備し、生活保護法の全部改正(83年)などにより公的扶助も整備した。しかし、韓国政府は社会保障に消極的であって国家の責任を民間に転嫁しようとする他、其々の制度も主に大企業の労働者や特殊職域従事者などを体系内に包摂しようとする政治的意図が含まれていたと評価される。80年代末の民主化運動は社会保障制度にも景況を及ぼし、全国国民医療保険の達成や雇用保険法の制定、各種の社会保障サービス関連する法改正が行われるなど、社会保障制度の拡充が活発に行われた。

⁷¹진명구(Jin Myunggu,国会法制室法制管)「「社会保障基本法」及び改正案の問題点と改善方案」社会保障研究第27巻第3号(2011.8) p.p.35-57

⁷²実際、95年基本法においては、政府の費用負担が低所得者に対する公的扶助のみに規定される他、その負担も中央政府と地方政府間の役割分担などについても言及がないし、さらに負担能力のあるものに対しては受益者負担原則を規定され、国家責任を民間に転嫁させる根拠を設けている。これは95年基本法が国の経済開発計画の延長線上に社会保障部分における最小限の国を想定していたとみることができよう。

保障と共に社会保障サービスの拡充を強調し(第3条)、一生を通じる全般的な生活のセーフティネットとしての社会保障制度の再構築によって社会統合を図ろうとした。しかし、13年法においても社会保障サービスの範囲などその用語の概念が広くて明確ではないため、社会保障制度における権利の保障範囲が具体化されないという批判を受けたまま、社会保障理念に基づいた個別制度間の連携・調整を図りつつある。

(2) 医療保障法制の展開と構造的不均衡

上記の韓国の社会保障制度の展開においては、1997年経済危機(IMF管理体制)が社会構造の変化に大きく影響を及ぼしており、それ以降韓国社会は、大量失業による不安定な経済事情や所得格差の深化により、社会統合に関する要求が高まるほか、社会保険⁷³に対する認識が高まりつつあった背景がある。それ故、全国民年金の施行(99年)、医療保険の統合一元化⁷⁴(00年国民健康保険)、雇用保険と産災保険の全事業場に拡大適用(98年、00年)、国民基礎生活保障法の施行(00年)など、社会保険の拡充と公的扶助の改革といった所得保障中心の改革が行われた。しかし、その後も景気不況や低成長が続き、収入や財産の格差、世帯の格差、地域偏差や教育・労働環境の格差などによる貧富の格差は拡大・固定化され、社会保険の範囲から排除される階層が多く生み出されていた。

韓国の社会保障制度の展開と同様に、医療保障制度の展開においても、その時代的・経済的状況や

⁷³韓国の社会保険制度は、業務上の災害に対する産業災害補償保険(1963年産業災害補償保険法制定、64年施行)、疾病や負傷に対する国民健康保険(1963年医療保険法制定、89年全国国民医療保険実施、98年国民健康保険法として改称、2000年保険者の統合・一元化)、老齢・死亡に対する年金保険(1973年国民年金法制定・74年施行)や失業に対する雇用保険(1993年雇用保険法制定・95年施行)、高齢者の看病や長期療養問題に対する長期老人療養保険(2007年制定、2008年施行)で構築している。それぞれの制度は、ドイツ式の選別的な統制型の社会保障理念を背景として実質的に安定的な職業を持って貧困に対する危険性が低い集団に対して優先的に発展されたが、次第にその対象が拡大され、現在は原則として医療保険や年金は全国民が、産災保険や雇用保険はすべての勤労者が法令所定の保険給付を受けられるようにしている。しかし、法令通りにすべての国民や勤労者が一定水準の社会保険受給権を享有しているかは問われている。

⁷⁴韓国の医療保険は、2000年7月に国民健康保険公団を単一保険者として統合させ、2003年財政まで統合・運営されている。単一管理運営体系は、危険分散の範囲や管理組織の規模を拡大し、保険料賦課方式の効率や公平性の向上という観点で評価されている。しかし、保険財政に関する責任や権限及び情報が、国民健康保険公団の本部に集中されており、中央集権的単一組織による保険制度の管理・運営は、地域別特性を考慮した医療与件や利用特性を反映できないとする指摘もある。地域別に健康保険の運営と関係のある医療与件に格差があり、療養機関の所在地別に療養給与の実績にも差があることを考慮して、地域分権型管理・運営体制(分権的単一保険者体系)の導入により、医療機関の選択権の範囲によって保険料に差等を置かれるなどの方案も提示されている。国民健康保険管理公団「健康保険制度の発展に関する争点と論議」『健康保険政策(Health Insurance Policy)第8巻第1号(2009)』

ニーズによりそれぞれの仕組みは変化しており、特に、韓国の医療保障制度の根幹となる医療保険においては⁷⁵、1988年全国民を対象とする健康保険体制が達成された以来、国民誰もがいつでも医療サービスにアクセスすることができるようになったと評価される一方、1980年代の経済成長に伴い、相対的に短い期間で国民皆保険を達成するため、最初から低保険料、低給付、低診療報酬といういわゆる「3低政策」を実施した背景があり、国民は医療サービスを利用する際により高い自己負担をしなければならないなど、医療保障の受給権は負担能力によって階層化されてしまったと言われる。

さらに、近年、韓国においても高齢化が進み、生活の困窮で慢性疾患など健康に対するリスクの高い高齢者が増加し、経済の低成長に伴う非正規労働・無職・失業の若者が増加するなどにより、保険料の滞納が増える他、国民が医療サービスを受ける際に高い自己負担による経済的負担をより大きく感じられるなど、医療サービスへのアクセスさえ難しくなる者⁷⁶の問題が深刻化し、社会階層間の医療利用及び健康水準に格差が広がりつつある。また、韓国の医療保障制度が、その展開において社会保険方式を採用する際、基本的に保険料負担能力のある者をその対象としたため、最低生計費以下の者で保険料負担能力のない者への医療サービスは、別途公費負担による公的医療扶助制度たる医療給与制度から提供されている。しかし、韓国の国民基礎生活保障制度の受給権者の数は少なく、最低水準の保険料の納付さえ困難な低所得者層であるとしても受給権者になれない者が多い状況であり、両制度の保障から実質的に排除される者に対して、如何なる方法でその制度間の不均衡を調整し適正な医療保障を保障し得るかが問われている。

⁷⁵1963年制定された韓国の最初の医療保険法は、任意加入で事実上上手く運営されることなかったが、1970年代の産業化による都市人口の急増や2, 3次産業従事者の増加、貧富格差などにより政治的安定を求める背景の中で、1977年500人以上の事業場を中心に強制加入の形式で実施され、1979年には300人以上の事業場、1981年には100人以上の事業場、1987年に5人以上の事業場でその適用範囲を拡大されてきた。しかし、当時公的年金の対象者であった、公務員、軍人、私立学校の教員は年金制度と医療保険の連携を想定して除外されたが、その後連携制度の構成が失敗されることにより、医療保険は、管理運営において職業別、地域別に区分されることになった。地域加入者は、1988年に農漁村地域、1989年に都市地域まで拡大することによって全国民を対象とする医療保険制度が成立された（国民健康保険法第5条(適用対象等)、第6条(加入者の種類)、同法施行令第9条(職場加入者から除外される者)）。

⁷⁶近年、韓国においては、特に低所得の高齢者・慢性疾患患者など、経済的な要因により医療サービスにアクセスできない階層をもって、メディカルプアー (Medical poor) が増えつつあるとし、社会的問題となっている。所得水準に対する医療利用の現況を分析した研究では、経済的な要因による医療の未充足率は約3-10%に達し、低所得層の場合、約8-15%が経済的な理由により治療を受けられないと調査されるほか、一般的に、社会経済的水準が低い社会階層の場合、死亡率・罹患率・障害率が高いと知られている。貧困の原因はさまざまでありながら、生活水準による健康水準の格差は明確であると言い、貧困と健康状態の相互因果関係を研究したもののとして、김창엽(Kim changyeop,ソウル大学医科大学)「次上位階層の健康保障の問題点と対策」参照。

2. 医療保障法制における低所得者の医療受給権

(1) 低所得者に対する医療保障受給権の憲法上根拠

韓国の憲法は、社会国家原理を明文で定めておらず、憲法前文、人間らしい生活を営む権利及び社会的基本権の保障（憲法第31条乃至第36条）、経済領域において積極的に計画・誘導して再分配すべき国家の義務を規定した経済に関する条項（憲法第119条第2項以下）などを通じて、間接的に社会国家原理を受容している。社会国家とは、社会正義の理論を憲法として受容した国、社会現状に対して傍観的国家ではなく、経済・社会・文化などすべての領域において正義のある社会秩序の形成のため、社会現状に関与・干渉し、分配・調整する国家であり、究極的には国民各自が実際に自由を行使できるよう、その実質的な条件を整えるべき義務のある国を意味する⁷⁷。現行憲法上、このような社会国家原理に基づいた社会保障制度の根拠条項として広く用いられているのは憲法34条の人間らしい生活を営む権利に関する条項であり、第34条第1項は、すべての国民は人間らしい生活を営む権利を有するとし、同条第2項で、国は社会保障・社会福祉の増進のため努力する義務を負うと規定するとともに、同条第5項で、身体障害者及び疾病・老齢その他の事由により生活能力のない国民は、法律に定めることにより国の保護を受けられると規定しているところ、このような憲法の規定は、生活能力のない者に人間らしい生活を営む権利があることや、それに対する国の社会保障・社会福祉における憲法上の責任を明らかにしている。

しかし、上記の社会保障に関する憲法規定は包括的・抽象的であり、国が国民の人間らしい生活を保障するための生計給与水準を具体的に決定するには、国民全体の所得水準や生活水準、国家の財政規模や政策、国民の各階層の相反する利害関係など複雑で多様な要素を考慮して立法的に具体化すべきであり、その立法には広い裁量が認められるとされることは学説・判例の一致した意見である⁷⁸。ここで保障されるべき人間らしい生活については、現在の判例⁷⁹及び学説⁸⁰は、これを最小限の物質

⁷⁷憲裁2002.12.18.2002憲マ52

⁷⁸上記の憲法規定は、すべての国家機関を拘束されるがその拘束の意味はそれぞれ異なっており、立法部と行政部に対しては、国民の所得、国家の財政能力及び政策を考慮して可能な範囲内ですべての国民が物質的な最低生活を超え、人間の尊厳に於ける健康で文化的な生活を営めるようにすべきであるという行為規範として作用される一方、憲法裁判においては、立法部や行政部が国民に対して国民の人間らしい生活を保護するために客観的に必要最小限の措置を取る義務を行っていたかを基準として国家機関の行為の合憲性を審査すべきである統制規範として作用される。そのため、国が人間らしい生活の保護のための憲法的義務を行っていたか否かが司法審査の対象となった場合には、国が生活保護に関する立法をしない又はその内容が著しく不合理であり憲法上容認され得る裁量の範囲を明白に逸脱した場合に限り、人間らしい生活を営む権利を保障した憲法に違反するとすることができる。憲裁1997.5.29.94憲マ33、1999.12.23.98憲バ33、2001.4.26.2000憲マ390

⁷⁹国家が人間らしい生活を保障するための憲法上の義務を果たしているか否かが司法上審査の対象となった場合には、国家が最低生活保障に関する立法を全くしない場合、又はその内容が著しく不合理であり憲法上容認する

的な生活のための保障であると解しており、国の行う生活保護が憲法の求める客観的な最小限度の内容を実現するか否かは、結局、国家が国民の人間らしい生活を保障することに必要な最小限度の措置を取ったかの肯否によることである。

(2) 低所得者の医療保障受給権保護法制の問題

社会保障の一部分である医療保障は、国が国民を疾病のリスクから保護するために医療サービスを提供することであり、国が様々な医療保障制度を施行することは、国民の人間としての尊厳と人間らしい生活を営む権利を確保するための国の義務を定めた憲法第34条第1項、2項、第36条第3項などに基づく⁸¹。国は医療保障に関して憲法上の人間らしい生活を営む権利を確保するため、最終的に公的扶助として「医療給与制度」を設け、医療保険でカバーされない者を補完しており、国民すべてが何らかの制度で医療保障を受けられるという仕組みを採っている。

しかし、国民基礎生活保障法として具体化されている公的扶助は、基本的に貧困に対する救済・緩和の目的としての所得保障であり、医療給付を除外された給付（生計給付、住居給付、教育給付、解雇給付、葬祭給付、自立給付）に関しては金銭支給を原則としているなど、最低生活水準を維持し得るような仕組みである。つまり、国民基礎生活保障法第7条は受給権者に対する給付の種類と給付水準

裁量の範囲を明白に逸脱された場合に限り憲法に違反するとする（国民基礎生活保障最低生計費違憲確認、2004.10.28.2002憲マ328全員裁判部）。その他、人間らしい生活を営む権利について、人間的生存権の最小限を確保することにおいて必要な最小限の財貨を国に要求する権利であると判示した例もある（憲法裁判所1995.7.21.93憲ガ14）。

⁸⁰憲法裁判所と同じ立場である。すなわち、給与の水準の問題である「人間らしい生活を営む権利」における国の義務とは、物質的に最小限の生活を保障することであり、文化的な生活を営むことは国民各自の自助的な生活の設計に属することであるため、国の役割は、そのような生活が可能なる条件を整えることに止める（허영(Heo Young、現、憲法裁判研究所理事長・Kyunhee大学教授)『韓国憲法論第4版』500頁（博英社、2004年））、정종섭(Jeong Jongseop、現、ソウル大学教授)『憲法学原論第4版』735(博英社、2009年)。一方、전광석(Jeon Gwangseok、現、延世大学教授)は、保険料の納付による法的な原因関係のある社会保険給与とは異なって、純粋な社会政策的目的で支給される国民基礎生活保障給与は、人間らしい生活の保障という基準によって評価されることであり、憲法上、それを具体化させる具体的な要求があるわけではないと述べる（国民基礎生活保障法のように絶対的な貧困の保護が求められる場合であっても、貧困の概念は価値判断に委ねられており、給与の水準を憲法的に根拠付けることは難しい）。そのため、人間らしい最低生活のためには、物質的な需要の充足が求められることは当然のことであるが、憲法が想定される人間像に鑑みれば、それだけでは足りなく一財政的な理由をもって実定法が憲法上の理念を具体化されることができかねる問題は別にしても少なくとも憲法的には、国家は個人に対し文化的な環境を保障するための給与を提供すべきであると主張する。（전광석(Jeon Gwangseok)『韓国社会保障法論第9版』（集賢在、2012年）164頁）。

⁸¹憲裁2003.10.30.2000憲マ801

に関して定めており、その給付の水準は受給権者の所得認定額と合わせて最低生計費以上にならないといけないとしている。医療保障においては、医療サービスの提供自体がその目的である以上、最低限度の生活の保障を目的とする公的扶助制度の所得保障との整合性はない。むしろ健康保険の体系内で保険料の減免・免除を支援することが望ましいであろう。

その他、韓国の医療保障法制においては、法体系として上記構造の問題を指摘しながらも、低所得者層の医療保障には次のような問題がある。

まず、健康保険の加入者の中では、実質的には最低生活費以下の生活水準でありながら、厳格な所得認定額基準や扶養義務者基準等を満たせず、医療給与の受給権者になれない事例が増加しているなど、医療給与制度の受給基準が国民基礎生活保障の受給者基準を採用したその主な対象としているため、それ以外の高齢・慢性疾患者など、非受給の低所得者階層の医療要求に対する考慮がされていないことである。ここで低所得者というのは、相対的に所得水準の低い者を称する概念であり、相対的の基準に関しては議論の余地はあるものの、一般に全世帯の平均所得を基準として一定水準以下の世帯を示しており、韓国においては一般的に国民基礎生活保障法の受給権者と次上位階層を対象とし、国の公的扶助の受給対象の選定基準となっている⁸²。

また、被保険者である低所得層の相当数が経済的な要因により医療利用のアクセスに制限がかけられている。つまり、国民健康保険法上、健康保険料を6ヶ月以上滞納する場合療養の給付が制限される他にも、非給付診療項目のため医療利用における高い本人負担により貧困の状態がより悪化されるなど、所得水準による健康状態の格差という悪循環が続いていることである。

II. 低所得者の医療受給権保護のための法制

1. 医療給与制度における低所得者層保護の構造

韓国憲法第34条は、第1項ですべての国民に人間らしい最低限度の生活を保障すべきことを国の責任として定めており、また第5項では、身体障害者及び疾病・老齢その他の事由により生活能力のない国民は法律の定めるところにより国の保護を受けると定め、包括的な国の保護義務を定めている。それを立法的に具体化した法律として「国民基礎生活保障法」と「医療給与法」が設けられている。韓国は、医療保障制度として全国民健康保険体制を採用しているが、それにより保護されていない低所得者などの社会的弱者に対しては、公的扶助として国民基礎生活保障制度に基づく医療給与制度を設けている。

⁸²しかし、韓国の医療保障体制においては、国民健康保険の給付率が低く、医療サービスにかかる本人負担が大きい問題が指摘される中、低所得者を含む社会的弱者層を支援する制度は、障害児支援、児童・成人のガン患者医療費支援、希少・難治性疾患患者支援などその基準が様々であり、一括した低所得者基準が特定していない。

(1) 国民基礎生活保障法と医療給与法の関係

国民基礎生活保障法は、自ら生活を営むことが困難な国民に最低限度の生活を保障すべき国の責任を定めた韓国憲法34条を立法的に具体化した法律であり、同法第5条で、扶養義務者⁸³のない者又は扶養義務者がいても扶養能力のない者⁸⁴及び扶養を受けられない者⁸⁵として所得認定額⁸⁶が最低生計費以下⁸⁷の国民を受給対象（扶養義務者に対する調査、所得・財産調査により選定）として定め、必要な給付を行うことによって国民の最低生活を保障し自立を奨励することを目的としている。同法は、1961年制定された生活保護法⁸⁸が公的扶助の改革と共に切り替わって1999年に制定されたものであり、従来生活保護法が保護を必要とする「被保護者」として、扶養義務者のない又は扶養義務者がいるが扶養能力のない者の中、65歳以上の老衰者、18歳未満の児童、妊・産婦、廃疾又は心身障害により勤労能力のない者、その他生活の苦しい者として保護機関が当法による保護の必要があると認められる者(第3条保護対象者)に限定されたことと異なって、本法⁸⁹では、保護を受けられる対象者の年齢などの制限を廃止し「受給権者」として個別世帯の所得認定額を基準とした最低生計費以下の者（第5条受給権者の範囲）を対象とする他、勤労能力の有無に関係なく貧困状態にある者を対象としており、自立支援計画を設けるなど、従来生活保護法の恩恵的保護の性格とは異なって国民の権利としての「保護請求権」の性格を明確にしたと評価される。同法第7条では、受給権者に対する給付の種類が定められており、特に医療給付に関しては別途の法律の規定に従うようにしている(第4項)。

上記、医療給付に関する別途の法律とは「医療給与法⁹⁰」であり、同法第3条第1項は、医療給付の

⁸³扶養義務者とは、国民基礎生活保障法による受給権者を扶養する責任のある者として、受給権者の1村の直系血族及びその配偶者をいう（国民基礎生活保障法第2条第1号）。

⁸⁴後出〔韓国における医療保障に関連する法制〕国民基礎生活保障法施行令第4条（扶養能力のない場合）

⁸⁵後出〔韓国における医療保障に関連する法制〕国民基礎生活保障法施行令第5条（扶養を受けられない場合）

⁸⁶所得認定額の算定は、所得評価額に財産の所得換算額を加えた額であり、所得評価額は、実際の所得から世帯特性別支出費用や勤労所得共済分（勤労誘因を目的としている）を除いた額、財産の所得換算額は、財産から基本財産額（受給者世帯の基礎生活維持に必要と認められ、所得換算から除外される額であり、受給者と扶養義務者の基本財産額は、大都市・中小都市・農漁村に分けている）と負債（貸付保証金、生活準備金などを含む）を除いた額に所得換算率をかけた額である。「国民基礎生活保障事業案内」（保健福祉部HP参照）

⁸⁷2013年基準の韓国の最低生計費は、1人世帯(572,168ウォン（5万7千円程度）)、4人世帯(1,546,399ウォン（15万4千円程度）)基準である。保健福祉部資料【2013年国民基礎生活保障受給者現況】（保険福祉部HP）

⁸⁸1961. 12.30法律第913号

⁸⁹国民基礎生活保障法（法律第6024号、1999. 9.7制定、2000. 10.1施行）

⁹⁰1977年12月31日に「医療保護法」として制定(法律第3076号、1977. 12.31施行)され、2001年5月24日の全部改正で「医療給与法」に名称変更(法律第6474号、2001. 10.1施行)、33回の改正を経て現行法(法律第11007号、2011. 8.5施行)に至る。従来の医療保護法が医療給与法に改正されることにより、同法から委任された事項を含め、診療費支給業務などを国民健康保険公団に委託された。

受給権者を規定し、国民基礎生活保障法による受給権者(第1号)を含め、その他、生活維持の能力のない又は生活の困難な者として大統領令の定める者(第10号)などが定められている。従来、韓国の公的扶助としての医療保護制度は、生活保護法(現行、国民基礎生活保障法)に基づいて施行されたが、1970年代、国の積極的な医療保護政策に伴い、医療保護に関する規定を生活保護法から分離させ、低所得者など生活能力のない又は生活の困窮な国民に対する医療保護の内容や方法をより明確に規定しようとして「医療保護法」(現行、医療給与法)が制定された(1977年)。その後、全国民医療保険の実施(1989年7月)や国民基礎生活保障法の制定・施行(2000年10月)などに伴い、医療保護の内容にも充実した改正がされており、医療保護受給権者の拡大⁹¹・予算の増加・給与範囲⁹²の拡大など、国民基礎生活保障制度の受給権者を含めた多くの低所得者を医療給与の対象としてより幅広く含めようとしたと評価され得る⁹³。同法は、2001年「医療給与法(2001. 5.24法律第6474号)」に名称が変更され、また同法施行令の改正(大統領令第17379号、2001. 9.29全部改正、2001. 10. 1施行)により同法から委任された事項を定め、診療費支給業務を国民健康保険公団に委託⁹⁴するようになった。

(2) 医療給与制度の主要な変遷

それ以降、医療給与制度の展開においては、個々の重要な法改正があり、年中に期間の制限なく医療給付を受けられるように給付の受給期間が廃止される⁹⁵他、給付の内容に予防・リハビリなどが加えられるなど、低所得国民の医療に対する権利性がより強化されるようになったと評価される。また、医療給与制度において注目すべきである改正は、2004年1月に、国民基礎生活保障法における暫定的な受給者として定められた「次上位階層」のうち、稀少・難治性疾患患者及び慢性疾患患者がその制度の適用範囲内に包含し、その後も「次上位階層」の一部に対して給付の適用対象として拡大(2005年1月、次上位12歳未満の児童に医療給与適用、2006年2月に18歳まで拡大など)されつつあったことである。しかし、その措置は、2008年4月から2009年にかけて、医療給与第1種受給権者であった

⁹¹後出〔韓国における医療保障に関連する法制〕医療給与法第3条(受給権者)

⁹²後出〔韓国における医療保障に関連する法制〕医療給与法第7条(医療給与の内容など)、医療給与法施行規則第8条(医療給与の範囲など)、医療給与法施行規則第9条(非給与対象)

⁹³例えば、国民基礎生活保障法の制定(2000年10月)以前にも、医療給与の対象者は、勤労能力の有無によって1種・2種に区分されていたが、従来は65歳以上の老人又は18歳未満の児童などの年齢の制限があったことに対し、2000年10月以降には医療給与に年齢制限を廃止されることにより、第1種の医療給与対象者は急増された。

⁹⁴医療給与法第33条

⁹⁵2000年7月以前までは、医療保護期間が年間180日に制限されたが、360日に拡大(2000年)、その後受給期間が廃止(2001年5月)された。しかし、2001年12月に、また医療給与日数365日に制限、給与日数の延長承認制を導入した。

次上位階層の稀少・難治性疾患患者1万7千人と、第2種受給権者であった次上位階層の慢性疾患患者、18歳未満児童の21万4千人等を、段階的に健康保険体系内に転換することを内容とする医療給与法施行令改正により構造的に変化されており、この点に関しては、後ほど詳細に検討したい。

(3) 医療給与制度の内容と仕組み

医療給与制度の対象となる者は、まず保健福祉部令の定めるところにより特別自治市長・特別自治道知事⁹⁶・市長・郡首・区役所長（以下、「市長・郡首・区役所長」という）に受給権者認定を申請しなければならない⁹⁷。この法による医療給付に関する業務は、受給権者の居住地を管轄する特別市長・広域市長・道知事及び市長・郡首・区役所長が行う⁹⁸。受給権者は市長・郡首・区役所長が発給する医療給与証⁹⁹を持参し、医療給与機関（第9条）で医療給付（第7条医療給付の内容）を受けることができる。医療給与機関は、医療法により開設される医療機関¹⁰⁰であり、第1次・第2次においては特にアクセスに制限がないが、第3次の医療機関¹⁰¹については、第2次の医療機関の中、保健福祉部長官が指定する医療機関に限っており、現在、国立医療院の他、全国主要大学付属病院など全国25か所である。

医療給与制度¹⁰²は、受給権者の疾病・負傷・出産などに対する給付であり、診察・検査、薬剤・

⁹⁶一般の地方自治団体に比べて特別な目的をもって調成された区域であり、韓国の地方自治法に基づく上級地方自治団体として韓国政府の直轄下で高度の自治が保障される広域行政区域である。現在特別自治道は、濟州特別自治道があり、国際的観光都市として調成される目的を持っている。特別自治市は、世宗特別自治市があり、2012年韓国の首都であるソウルの過密化を解消するための国土均衡発展の事業として計画され、首都圏に集中していた政府機関が次々と移転されている（根拠地方自治法第2条）。

⁹⁷医療給与法第3条の3第1項

⁹⁸医療給与法第5条第1項

⁹⁹医療給与法第8条

¹⁰⁰韓国では医療機関の開設において、当然指定制を取られており、医療機関の開設と同時に保険医療機関として指定されているため、医療給与機関は保険医療機関と同様であるが、第3次医療給与機関に限り制限(医療給与法施行規則第17条(第3次医療給与機関の指定など)①保健福祉部長官は法第9条第2項第3号の規定により第2次医療機関である医療法第3条の3による総合病院及び同法第3条の4による上級総合病院の中で地域特徴を考慮し、第3次医療給与機関を指定する)がある。その他、地域保健法により設置された保健所・保健医療院及び保健支所、農業村など保健医療のための特別措置法により設置された保健診療所、薬師法により開設・登録された薬局及び同法第91条により設立された韓国希少医薬品センターがある。

¹⁰¹第1次医療機関は、病院級医療機関であり、医師・歯科医師・漢医師が主に外来患者を対象に医療行為を行う機関であり、第2次医療機関は、病院級医療機関として30箇所以上の病床を持って入院患者を対象として医療行為を行う機関である。第3次医療機関は、100箇所以上の病床を整える総合病院を示す（医療法第3条参照）

¹⁰²医療給与法第7条

治療材料の支給、処置・手術又はその他の治療、予防・リハビリ、入院、看護、移送又はその他の医療目的達成のための措置であり、医療給付の方法・手続き・範囲・限度などの医療給付基準に関しては保健福祉部令で定め、診療報酬基準又はその計算方法等は保健福祉部長官が定める。その給付の範囲¹⁰³に関しては、「国民健康保険療養給与の基準に関する規則（以下、同規則）」別表第2に規定される非給付対象を除外した一体の物と同様であり、同規則第8条第2項及び第4項は、医療給与に関してこれを準用するとしている。給付費用¹⁰⁴は大統領令に定めるところにより、その全部又は一部を医療給与基金から負担¹⁰⁵し、その残りの費用は本人が負担（給付対象本人負担金）する。但し、受給権者の負担する本人負担金については、また毎月一定額を超える場合、超過する金額に対して支給される制度を設けており、受給権者において本人負担金の賦課に制限を加える仕組み¹⁰⁶となっている。医療給与基金は、国又は地方自治体が運用¹⁰⁷し、医療給与費用の財源に充当するために市・道に設置され、国庫補助金¹⁰⁸、地方自治団体の出願金、その他不当利得金、課徴金、決算上の剰余金その他収入金などにより調整される¹⁰⁹。この法による市長・郡首・区役所長の業務の中、受給権者の管理、給与費用の審査・調整及び支給の業務など、医療給与に関する業務は、その一部を大統領令の定めにより、基金の負担で関係専門機関に委託することができ¹¹⁰、現在国民健康保険公団がその業務を行っている。

(4) 医療給与受給の現況と受給者選定の限界

韓国の最近10年間の貧困層の規模は、全体人口の約10－15%として推定されているが¹¹¹、2012

¹⁰³医療給与法施行規則第8条、9条

¹⁰⁴医療給与法第10条

¹⁰⁵後出〔韓国における医療保障に関連する法制〕医療給与法施行令第13条（給与費用の負担）①法第10条により基金から負担する給与費用の範囲は別表Ⅰ【後出資料】と同じである。

¹⁰⁶後出〔韓国における医療保障に関連する法制〕医療給与法施行令第13条（給与費用の負担）第4項―第7項

¹⁰⁷後出〔韓国における医療保障に関連する法制〕医療給与法第26条（基金の管理・運営）

¹⁰⁸国庫補助金の比率は「補助金管理に関する法律」及び関係法令で定めるところによる。

後術〔韓国における医療保障に関連する法制〕補助金管理に関する法律第9条（補助金の対象事業及び基準補助率など）、補助金管理に関する法律施行令第4条（補助金支給対象事業の範囲と基準補助率）

別表Ⅰ（補助金支給対象事業の範囲と基準補助率）第85号 医療給与に関しては、ソウル50%・地方80%比率

¹⁰⁹医療給与法第25条

¹¹⁰医療給与法第33条

¹¹¹統計資料「貧困率推移」（韓国保健社会研究員『貧困統計年報』、統計庁『家計動向調査』）によると、2013年基準の韓国の絶対的貧困率は6.3%、相対的貧困率は14.6%（中位所得の50%未満）である。「貧困」というのは、経済力が最低生活水準に至らない状態を意味する。最低生活費は、健康で文化的な生活を維持するための最

年末基準の医療給与受給権者は150万名であり、健康保健加入者の4966万名に比べ約3.02%で、全体人口対比約2.93%にとどまる。また、医療給付の受給権者の中78.1%が国民基礎生活保障受給権者(2012年基準約139万名(82万世帯)、全体人口対比約2.5% (2012年保健福祉部「国民基礎生活保障受給者現況」(2013.6発行)) であり(貧困層の医療保障という趣旨をもっている医療給与制度であるが、所得基準ではない受給権者(「国民基礎生活保障法」第5条(受給権者の範囲))が10%以上含まれることも問題点として指摘されている¹¹²⁾、全体貧困人口の1/5-1/3の範囲でのみ医療給与受給権が付与されている。

保障人口別 / 年度		1980	1990	2000	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
総人口 ¹¹³⁾ (千人)		38124	42869	47008	48039	48297	48456	48606	48747	48875	49779	
医療 保 障	健康保険	合計	11368	44110	45895	47371	47409	47819	48159	48613	48906	49299
		職場	9160	20758	22403	25979	28445	29424	30416	31415	32383	33256
		地域		19421	23491	21392	18964	18395	17743	17200	16523	16042
	医療給与	合計	2141	3930	1570	1528	1828	1852	1841	1677	1674	1609
		1種	641	695	810	919	1028	1062	1024	1036	1071	1087
		2種	1499	1958	759	609	800	790	816	640	602	522

【統計名】年度別医療保障の適用人口現況¹¹⁴⁾ (国民健康保険公団DB (<http://www.nhic.or.kr>) から抜粋作成)

小限度の費用を意味し(国民基礎生活保障法第2条第6号)、保健福祉部長官は、国民の所得・支出水準と受給権者の生懸類型などの生活実態や物価上昇率を考慮して最低生活費を決定し、毎年9月1日まで中央生活保障委員会(最低生活費決定、生活保障事業の基本方向及び対策などに関して審議・議決をする機関であり、関係部署の公務員、専門家及び公益体表者など13人以内で構成)の審議・議決を通して翌年の最低生活費を公表する。絶対的貧困は、全体社会の所得分布と関係なく、最低と考えられる基準を定め(2013年基準最低生活費は、4人世帯を基準に1,546,000ウォン)、経済力がこの基準に至らない場合を意味し、相対的貧困は、全体社会の所得分布を代表する一定比率を貧困線として定め(OECD基準で中位所得(すべての国民を所得順に並べて真ん中にある人の所得)の50%基準、日本の場合、平均所費支出の68%線を相対的貧困基準として採用している)、その以下ではその社会の大体数の者が一般的に享受する生活水準に至らないと見なす基準である。韓国統計庁HP(<http://kostat.go.kr/wnsearch/search.jsp>)、保健福祉部HP(www.mw.go.kr)

主要国家の相対的貧困率(%) (出所: OECD(2014)「Poverty」, Society in a Glance, OECD Publishing)

OECD平均	韓国	日本	アメリカ	フランス	ドイツ	イギリス	スウェーデン
11.3	14.9	16.0	17.4	7.9	8.8	10.0	9.1

¹¹²⁾ 조경애(Jo kyeongae)「医療給与制度の変化と改善方案」韓国貧困問題研究所第74次定期討論会資料(2009年2月25日)

¹¹³⁾ 統計庁の推計人口の総人口と医療保障人口に差はあり得る。

¹¹⁴⁾ 1963年医療保険法制定、89年全国国民医療保険制度の導入、職種及び任意地域医療保険組合は89年6月30日解

上記のような医療給与受給の現況からも見られるように、医療給与受給権者の選定においては、国民基礎生活対象者の選定基準に従うため、所得認定額基準と共に扶養義務者基準も求められ、所得及び財産を考慮した所得認定額が最低生計費以下であっても、扶養義務者規定により医療給与を受けられない者¹¹⁵、又は非受給者で医療ニーズが特に高い、稀少・難治性疾患又は慢性疾患を持つ生活の困窮な者は、権利として医療保障を求めることが困難であるなど支援から排除される事例が多い。また、国民健康保険の被保険者である低所得層の相当数が経済的要因（保険料の滞納や非給付項目による本人負担の過重など）により実際に医療アクセスを制限されることを考えれば、医療給与受給権者の選定の限界や問題により、国の国民保健に関する義務を定めた憲法第36条第3条の他、低所得者の医療保障という公的扶助としての医療給与制度の趣旨にも反する恐れがある。さらに、上記のような医療給与法改正過程において、一定の低所得者層の医療給与対象者から健康保険への転換は、低所得者の医療受給における地位の法的安定性を低下させる原因となり、低所得者層の権利としての医療受給権が侵害されると考えられる。国民基礎生活保護法により「次上位階層」の概念が法定され、また次上位階層の内、稀少・難治性疾患、慢性疾病者及び未成年のみの世帯などに対しては公的扶助として医療給与を行われるようにした措置は、韓国の国民生活保障制度の受給者認定の限界を補完し、特に医療サービスの利用などにより恒常的な生活困窮状態に陥った者などに対して、憲法34条の国民の人間らしい生活を営む権利保障に寄与したとも評価され得るが、次上位階層に対するこのような制度転換は、医療給与の対象者の縮小と見られ、社会的非難を浴びせられた。

このような医療給与受給権者の選定における限界を考え、非受給貧困層（最低生計費以下の所得であるが所得認定額が貧困線を超える場合または扶養義務者がいるが実際の扶養を受けられない場合）や次上位階層のような暫定的貧困層¹¹⁶（現在は、最低生計費以上の所得があるが、医療費などの支出により可処分所得が最低生計費以下の階層）などに対する国の保護義務としての医療セーフティネットに関して考える必要がある。すなわち、低所得層に対する医療保障を医療給与制度のみで保障するのは、対象者選定や給付内容の基準選定に限界¹¹⁷があり、社会階層間の医療利用及び健康水準の

散、公・教員医療保険管理公団や地域医療保険組合は、98年10月1日統合、国民医療保険管理公団と職場医療保険組合が、2000年7月1日統合。

¹¹⁵受給者認定から脱落された貧困層の自殺事例の増加、近年、韓国の新聞報道などでは、所得認定額として把握される親族により定期的に受給するその他の所得があるが、法律上扶養義務者としての親族であるものの扶養義務を怠る場合が多く、実際医療給付が必要であっても受給権者として選定されない者の問題が増加している。

¹¹⁶後出【表、韓国における低所得者世帯の構成】で示す。

¹¹⁷その限界は、他の公的扶助にも現れる。多数の公的扶助制度は、主に基礎生活保護受給権者の選定基準に基づいてその対象者を選定するが、次上位階層にしてはその基準をそれぞれの制度によって変更して定義している。そのため、医療給与、障害手当、老人長期療養保険における保険料免除の対象、基礎老齢年金や大学登録金の社会的配慮対象者の選定、居住支援対象者などの選定基準はそれぞれ異なっている。医療給与のように扶養義務者

格差を解消するために、持続的な保障強化によって低所得者層を包摂する医療保障制度がより強化されるべきである。上記医療給与受給者選定の限界を踏まえて、近年韓国の医療保障制度は、国民に対する医療費負担（給付面）の観点において慢性・重症疾患に対する保障強化する方法（2009年の「国民健康保険法施行令及び本人一部負担金算定特例に関する基準改正」による、ガン(10%→5%)及び稀少・難治性疾患(20%→10%)等、高額・重症疾患に対する本人負担軽減など¹¹⁸及び2009年の「医療給与法施行令改正」による医療給与第2種受給権者の入院時本人負担率軽減(15%→10%)、本人負担上限額(6ヶ月120万ウォン→60万ウォンに下げる))を取り、過重な医療費により生活が困窮状態に陥らないようにし、その中で暫定的な低所得層を包括し、救済しようとする構想も推進している。

生活維持能力のない又は経済能力を喪失した者を対象とし、医療サービスを提供する国の公的扶助制度としての医療給与受給権は、社会政策的な目的により付与される権利である。これは限られた財源の範囲内で医療保障に対する公費を如何なる方法で配分するかという政策的な選択にも当たるとも思われるが、増加しつつある医療保障ニーズに対する国の財政的負担増の中、国民の権利としての医療保障受給権を維持する方法として作用しなければならない。

(5) 医療給与制度における費用負担の仕組み

1) 医療給付の受給における本人一部負担の導入¹¹⁹とその意味

上記のその低捕捉率にもかかわらず、韓国の医療給与制度は、1977年医療保険制度と共に施行され、生活が困窮して医療サービスにアクセスすることが困難な社会的弱者の基本的な医療を保障する制度として活躍してきた。しかし、そもそも、低所得者などの社会的弱者の医療保障を目的とする公的扶助としての医療給与制度としても、その給与の範囲は、健康保険の療養基準に関する規則の規定

基準が適用される制度がある一方、障害手当のように扶養義務者の要件はなく本人の所得評価額のみを基準にする制度、基礎老齢年金や老人長期療養保険は本人の金融財産の所得換算率も適用する。また、母子世帯の選定基準は所得認定額の130%であり、一般的な次上位階層の選定基準より10%緩和された基準を適用し、幼児保育費支援にはその基準が最低生活費ではなく都市勤労者の平均所得である。

¹¹⁸保健福祉部第2次社会保障委員会（保健福祉部など14個の部処の長官及び福祉・保健・雇用・経済など社会各分野の民間委員15名など総30名で構成）で発表された「4代重症疾患保障強化計画」（2003.6）によると、韓国人の4代重症疾患（ガン、心臓疾患、脳血管疾患、希少・難治性疾患）による加重な国民医療費やその患者の増加(2012年基準159万名)を考慮し、これまで非給付対象であったその疾患の治療に必要な高価の処置(MRI検査、高価抗がん剤など)に対して、治療効果性、代替可能性、負担に対する国民の受容可能性、社会的要求などを考慮して保険給付の対象への順次的な拡大・転換することを告示した。

¹¹⁹後出【資料1.韓国の医療給与法制に基づいた医療給与受給者の法定本人負担金】参照

を準用すること¹²⁰であり、医療サービスの相当部分が公的給付に該当しない項目が多い健康保険とほぼ一致¹²¹するため、実際の医療サービス受給に係る非給付項目による本人負担は大きく、医療給与受給権者における高額医療費の支出を積極的に保障する給付体系ではない。また、高齢化による高齢受給者の増加及び給与対象の拡大とともに、受給者及び医療供給者側の費用意識の不在や過剰診療・長期入院¹²²及び厳格な事後管理体系の未構築¹²³などによる不必要な支出などが医療給与制度における費用増加の原因として指摘され、韓国政府は、外来・入院の区別なく国庫や地方費で調成される医療給与基金¹²⁴から医療費の全額が負担され本人負担がゼロであった第1種の医療給与受給権者が外来診療を受ける場合、2007年1月から一部の本人負担金を払うこととして医療給与法施行令及び施行規則を改正（医療機関を受診する際に、一定額あるいは治療費(公的医療給付部分)の一定率を負担することを義務付けている）し、急増する医療給与財政の安定化や医療給与受給権者の適正医療利用を誘導することを目的とする医療給与の一部本人負担制度¹²⁵を導入した。そのため、医療給与においては第1種受給権者は外来に対してのみ定額本人負担、第2種受給権者は外来診療は定額負担¹²⁶、

¹²⁰医療給与法施行規則(保健福祉部令)第6条(医療給与の適用基準及び方法)

¹²¹医療給与法施行規則第8条(医療給与の範囲など)及び第9条(非給与対象)、国民健康保険療養給与の基準に関する規則〔別表2〕保健福祉部令第188号による

¹²²近年韓国においては、無料及び定額の本人負担金のみで医療給与を受けられる医療給与受給権者のモラルハザードによる社会的入院(病院での長期入院)が社会問題化されている。日本と韓国の社会的入院問題は、医療提供体制における急性期と慢性期病床の区分の不明確さや医療と介護(療養)の連携体制が弱いことが共通の原因として指摘されているが、特に韓国においては、医療受給権者による長期入院がその原因の一つとして指摘される。医療利用の適正性判断は、同一傷病・同一重症度・同一年齢代において健康保険の適用対象と医療給与の受給権者との間の医療利用関する比較であり、医療利用の適正性の評価のための資料として健康保険審査評価院の2003年の医療給与・健康保険のEDI(electronic data interchange)請求資料を分析対象とした研究によると、健康保険審査評価院のK-DRG(疾病群分類体系再整備)により重症度が補正される状態において、1種医療給与患者の診療件当たりの在院日数が健康保険患者により1.5倍以上長いということが確認された。신영석(Shin,yong seok・韓国保健社会研究員研究委員)「医療給与患者の医療利用の適正性考察」(保健福祉フォーラム、2006.4)

¹²³保健福祉部は、2002年1月1日に付き、医療給与日数に上制限を導入されたが、給与日数延長承認制も設けており、実際にやむを得なく継続的医療受給が必要な場合などが発生する等、上制限の運営には限界が生じえる。

¹²⁴国庫補助金と地方自治体支援金、ソウルは5：5、その他の地方に対しては8：2とする。

¹²⁵2007年7月医療給与法施行令改正、医療給与1種外来本人一部負担制度の導入、医療給与法施行令第13条、【別表1】医療給与基金から負担される給与費用の範囲、後出【資料1.韓国の医療給与法制に基づいた医療給与受給者の法定本人負担金】参照

¹²⁶老人福祉法に基づき設立された社会福祉法人が開設した医療機関(社会福祉法第28条、旧医療法(2001年1月16日法律第6372号に改正する前のもの)第30条第2項第4号)に対してその保健機関の診療報酬については、一回の訪問に対する「訪問別診療報酬制」を採用することの保健福祉部長官の告示(2002. 11.15保健福祉部告示

入院に関しては15%の本人負担を導入したが、その一方、第1種医療給与対象者に対し毎月一定の金額を本人負担支援金¹²⁷として支給する他、国民健康保険法第41条を根拠とした本人負担額上限制度のような、本人負担上限制度（医療給与法施行令第13条第5, 6項）を医療給与にも設け、その過多支払い部分に関しては償還される仕組みを採っている。

医療給付における費用負担制度の導入の趣旨は、不必要な医療需要を抑制することによって医療費の増加を最小化することであったが、このような措置は医療給与受給権者の医療機関の重複訪問などモラルハザードに重点を置いたものであり、実際に経済能力の乏しい階層の医療需要を制限し、必要な医療利用さえできなくなる可能性がある。そのため、医療給付受給権者が負担する非給付項目の負担を含めた本人負担を考慮し、最低生活の脅かされない医療保障という観点において、高額・長期入院・慢性傷病を保有する医療給付受給権者に対する適切な公的医療保障の範囲を模索する必要がある。このような高い自己負担の存在は、医療給与制度の受給権者に対して、本来必要な受診を抑制してしまう可能性があり、公的医療給付の存在意義そのものを失わせるものになりかねない。被保険者又は被保護者が受診時の経済的な負担を理由として必要な受診を回避し、その結果、健康状態が悪化させることは、制度の趣旨・理念からして正当化し得ないものであろう。また、医療費抑制の観点から見ても、上記のような受診抑制効果を伴う自己負担は、一時的には医療費を抑制したとしても、長期的には患者の疾病を重度化させ、結果としてむしろより大きな医療費を生み出す原因となる可能性すらあるという調査・研究¹²⁸もある。治療費用の一部を患者に負担させる制度の立法課程において、このような規定は、患者による濫受診の防止を目的としたものと説明されているが、高齢化による国民

第2002-78号、「健康保険療養給与行為及びその相対価値点数」、この事件の改正告示は、その制定形式は行政規則であっても、上位法令である国民健康保険法42条7項及びその施行令24条2項と結んで法令を施行するための必要な具体的な事項を定めたことであり、対外的な拘束力を持つ法規命令としての効力を持っている(憲法裁判所2003. 12.18. 2001憲マ543決定))に対し、その告示が他の医療機関と合理的な理由なく不当に差別するとして憲法上の平等の原則に反して無効であることを争った事件(具体的な権利・義務に関する処分の取消を求める行政訴訟と共に争った請求)において、判決は、療養給与相対価値の本質に照らして、保健福祉部長官が社会福祉法人の附設療養機関の違法行為又は過剰診療等を是正する目的で、療養機関の行うすべての療養給付行為の相対価値点数を画一的に定めて、訪問別数値制を適用させることは、その規制目的達成のための適正な手段とは見られないと判示し、むしろ過少診療等の老人診療の質低下など、これらの療養機関を利用する低所得層老人患者の受診権を制約する側面もあると示した(ソウル行政法院2004. 11.11宣告2003グ合24021判決)。

¹²⁷2007年7月医療給与施行規則改正により、医療給与法第26条第2項のいう基金から負担する費用として保健福祉部令の定める費用に、施行規則第28条で受給者の本人負担金支援のための費用を定め、現在毎月6千ウォンを健康生活維持費として支給している。

¹²⁸이선미(Lee sunmi)他3人「健康保険における低所得層の医療保障強化方案」(国民健康保険공단健康保険政策研究院, 2009)

医療費の増加により医療利用に対する自己責任としての自己負担の割合が引き上げられる可能性は残されていることからすれば、このような規定が貧困層に対して及ぼす影響は少なくない。

2) 医療給与受給権者に対する選択病・医院制の導入

また、医療給与制度においては、受給者の医療機関利用において年間上限日数(医療給与法施行規則第8条の3、入院日数・投薬日数・外来日数を合算)¹²⁹を定めており、それを超過して医療給付を受けようとする者に対して90日以内の範囲において延長承認を与えることができる。また、延長承認申請者の中で、受給者のモラルハザードによる医療機関の重複訪問、薬物の誤・濫用などにより健康上危害の恐れがある受給権者及び最大の上限期間¹³⁰を超過する受給権者に対しては、本人の選択により1-2ヶ所の医療給与機関を選択・指定して利用することを条件とし、その給与日数を延長させる制度が設けられている。受給権者本人が主に利用する医院級の医療給与機関の選択を原則とし、選択医療給与機関以外の機関を訪問する場合には、選択医療給与機関で発給される医療給与依頼書が必要である。超過日数につき、上記の手続きに基づかず(医療給与依頼書なしに)医療給与機関を利用する場合には、診療費の全額を本人が負担する。

保健福祉部が2006年に実施した医療給与における医薬品の重複処方及び併用禁止の医薬品の投与現状の調査によると、重複処方率が18.55%で、併用禁止の医薬品の処方の場合も健康保険の場合が1.50%であることに比べ、医療給与の場合その5倍以上の8.13%となっており、医療給与受給権者の方が薬による事故や、不作用の発生等の危険に陥る可能性が高い。さらに、医療給与法施行規則は疾病群別年間上限日数を超過して医療給与を受ける受給権者に対し受給権を制限するが、それと共にその制限を合理的に解除しようとするため給与日数延長制度を運営しており、事実上医療給付日数には制限が厳しくない。そのため、延長承認を申請する者の中で、多くの医療給与機関の利用による併用禁止薬及び重複投薬の可能性が高い者を対象として、受給権者自ら選択した1-2個の医療給与機関のみを利用することを条件として、給与日数の延長承認をさせる制度(選択病・医院制)を導入することになった。選択病・医院を指定する場合、利用し得る医療機関が選択された病・医院に限られるが、選択病・医院を利用する又はその病院で発給される処方箋で薬局を利用する場合、本人負担金が免除され、また選択病・医院で診療し得ない疾患で6か月以上他の医療給与機関での診療が持続的に

¹²⁹医療給与上限日数は、保健福祉部長官の告示する、107個希少・難治性疾患は各疾患別に年間365日、11個の慢性疾患は各疾患別年間365日、その他の疾患に対してはすべての疾患に対する入院、投薬、外来日数を合算して年間365日とする。

¹³⁰107個の希少・難治性疾患及び11個の慢性疾患において、一つの疾患において給付日数455日(上限日数365日+延長承認90日)、その他疾患において給付日数545日(上限日数365日+延長承認90日(1次)+90日(2次))を超過して医療給付を受けようとする者。

必要である場合や希少・難治性疾患者が指定した機関が第2次・第3次の医療給与機関である場合、第1次又は第2次の医療給与機関を追加的に選択できるようにする規定も共に設けている。

3) 本人負担金及び選択病・医院制に関する憲法訴訟

医療給与の第1種受給権者に対する給付費用の本人負担金制及び選択病・医院制を規定している医療給与法¹³¹が、第1種受給権者である請求人らの人間らしい生活を営む権利、健康権を侵害し、また国の社会保障・社会福祉増進義務・生活無能力者保護義務などに反するとして争った違憲確認訴訟¹³²において、韓国の憲法裁判所は、本事案の改正法令により改正前に比べて請求人らの医療給与受給権に多少の制限がかけられることがあるとしても(従来、第1種医療受給権者に対しては医療給与費用の全部が医療給与基金から支給され、本人負担金が免除された)、それをもって国が実現すべき客観的内容の最小限度の保障に至らないとか、憲法上に容認し得る裁量の範囲を明白に逸脱したとは見ることができないと判断し、請求人らの基本権の侵害や国の義務違反を否定した。

本事例の本案判断において憲法裁判所は、まず医療給与制度は生活維持能力のない又は生活の困窮する低所得国民の医療問題を国が保障する公的扶助制度であり、健康保険と共に国民医療保障の重要な手段になる社会保障制度であると述べた上で、国は憲法第34条の規定に基づき生活能力のない患者を保護すべき義務があることを明らかにする。またこのような国の行うべき生活保護の水準は、結局国が国民の人間らしい生活を保障することに最小限度の措置を取ったかの肯否によるものであり、最小限度の措置というのは、国民の社会意識の変化、社会・経済的状況の変化により可変的であるため、国が人間らしい生活を保障するための医療給与の水準を具体的に決定するに当たり、国民全体の所得水準、国の財政規模と政策、国民各階層の相反する利害関係など複雑多様な要素を共に考慮すべきであるし、そのため立法部又は行政部に広範な裁量を委ねていると述べている。

憲法裁判所は、医療給与制度における本人負担金制及び選択病・医院制の導入背景や具体的内容に関して述べた上で、その改正法令に基づいたこのような制度においては、国が生活保護に関する立法を全く懈怠する場合やその内容が裁量権の範囲を明白に逸脱する場合にはあたらず、国民の基本権の侵害や国の生活無能力者保護義務違反などを否定している。要するに、保健福祉部の調査によると最近数年間の医療給与受給権者の総診療日は増加しつつあり、2006年に比べ2007年の医療給与予算が35%増加することにより(国庫負担だけで2.7兆ウォンから3.6兆ウォンに増加)、他の福祉事業にも影響を及ぼしている。医療給与費用の急増は、受給権者の拡大・給付範囲の拡大に起因するが、受給者側の問題として、第1種受給権者の医療機関利用時の本人負担金がないことにより誤・濫用の事例

¹³¹医療給与法第10条及び医療給与法施行令〔別表I〕の「医療給与基金から負担される給与費用の範囲」第1号、医療給与法施行規則第8条の2第3項、第19条の4第2項、施行規則〔別表第1の2〕に関する憲法訴原

¹³²医療給与法第10条など違憲確認・全員裁判部2007憲マ734、2009. 11.26

が多数発生し、その適切な医療利用を誘導するために第1種受給権者にも本人負担金を賦課させる(改正医療給与法施行令、2007.2. 28大統領令第19918号)ことになったと述べる。具体的な本人負担額は、第1種受給権者の経済的状況を考慮して……(筆者により省略、後出【資料1】医療給与法施行令【別表I】参照に代わる)定めたことであり、入院の場合や重症疾患の部分は本人負担金の負担から除外される他、選択病・医院を利用する又は保健機関を利用する場合はそれが免除されるなど、また健康生活維持費支援制度、本人負担補償制・上限制及び選択病医院制度などを導入し、本人負担金制の実施に伴う第1種受給権者の負担を最小限とする装置を設けている。特に、誤・濫用の問題となった鎮痛、消炎剤などの外用製剤は原則として全額本人負担とするが、不可避な場合に医師の処方により給与を受けられるような措置も設けていることを合憲の理由として取り上げている。

また、本件で請求人らは、本件改正法令による選択病・医院制及び医療給与における非給付項目の導入が第1種医療給与受給権者である請求人らを健康保険加入者と比べて合理的な根拠なく差別することで、平等権を侵害すると主張しており、憲法裁判所は、社会保険としての健康保険と公的扶助としての医療給与について、「医療給与の受給権者と健康保険の加入者は社会保障の一つの形態として医療保障の対象である点のみに共通点があり、その選定方法、法的地位、財源調達方式、自己寄与の可否などで明確に区別される。そのため、医療給与受給権者と健康保険加入者は本質的に同一の比較集団とは考え難く、医療給与受給権者に対して選択病医院制や本人負担制などを異に規定されることを、本質的に同一のものを異に取り扱っていると見なすことができない。」とし、平等権違反に対しても退けている。

2. 国民健康保険法における低所得者層保護の構造

(1) 強制加入及び保険料差等賦課の憲法的正当性

韓国の医療保障制度における憲法上の根拠は、国民の人間としての尊厳と人間らしい生活の確保・維持のために国に義務づけられる憲法第34条第1項(すべての国民は人間らしい生活を営む権利を有する)、第2項(国は社会保障・社会福祉の増進に努力する義務を有する)、第3項(すべての国民は保健に関して国の保護を受けられる)にある。韓国は医療保障に関して社会保険制度を採択しており、この制度においては法の定める要件を充足する国民に対して、強制加入義務や経済力に応じた保険料の賦課義務が法律上発生する。公的医療保険制度としての国民健康保険制度は、社会的地位・経済力の差異・疾病発生リスクなどに関係なく、疾病又は負傷に対して適正な医療サービスを提供する制度であり、保険料に関しては、被保険者個人のリスク(性別・年齢・健康状態など)により設定される私保険とは異なり、被保険者の経済力(所得など)に応じて定められ、社会連帯原則を根拠とした所得再分配の効果が求められている。社会連帯原則について、韓国の憲法裁判所は、国民に最低限の人間らしい生活を保障すべき義務を国に賦課することは社会国家原則から導かれているとし、社会保険は、国が国民相互間の扶助精神を強制化し保険原則が社会連帯原則により修正された制度であることと述

べ、保険原則と共に社会連帯の原理は社会保険の重要な形成原則であることを確認した¹³³。

さらに、国民に対して健康保険への加入義務を強制的に賦課し、経済的能力による保険料を納付させるとした国民健康保険法(第5条、第31条第1項、同条2項、第62条第1項第3項・4項)が憲法上の幸福追求権及び財産権を侵害するとして訴えた訴訟¹³⁴につき、特に医療保障に関して、社会保険方式としての健康保険の必要性を強調し、原則として全国民を包括的適用対象として所得水準又は疾病リスクに関係なくすべての国民に医療保障を提供することを目的とする健康保険本来の機能を強調している。すなわち、社会保険としての健康保険の目的は、国民個々に適切な医療サービスを提供し、保険加入者間の所得再分配を図ることであり、このような目的は法律により加入を強制し、経済的能力(所得など)に応じて保険料を賦課することをもって達成され得るとする。

結局、健康保険は、経済的弱者に対しても基本的な医療サービスを提供することを目的とする国の社会保障・社会福祉増進義務の一部であり、このような所得再分配・リスク分散の効果を図るための社会保険の目的は任意加入方式では達成することが困難であり、法律でその加入を強制し、所得水準によって保険料を賦課することは、健康保険の目的を達成するために適切で必要な措置であり、それによる基本権の制限もやむを得ないことであるとする。つまり、国民健康保険受給権は、高齢者の所得保障のための制度である公的年金受給権と異なる生存権に係るものであり、このような強制加

¹³³国民健康保険法第33条第2項が、職場加入者や地域加入者の財政を統合・運営することを規定されることにより、職場加入者の平等権や財産権を侵害すると主張した憲法訴訟(違憲確認訴訟)において、韓国の憲法裁判所は、社会保険料を形成する二つの原理は、保険原則と社会連帯原則であり、社会連帯原則は社会国家原理から導き出されるとし、社会保険は保険原則が社会連帯原則により修正されていることを確認している。憲法裁判所は、請求人らの憲法訴訟における適合性審査において、異なる保険料算定の規定により同一所得水準の地域加入者により職場加入者の保険料負担が大きい可能性がある以上、平等権などの侵害可能性を認定、又は国民健康保険法第33条第2項の法規定自体で直接財政の統合を命ずることにより執行行為などの媒介行為なく直接基本権侵害の恐れがあるため、直接関連性要件も満たされると判断したが、本案判断において、健康保険制度は、全国民に基本的な医療サービスを提供するための社会保障制度であり、立法者の広い立法形成権を認定し、保険料負担における平等原則の違反可否は緩和された審査基準に従うことであると判断し、立法者が医療保険の組織・財政を統合した理由として、社会保障制度としての医療保障の基本的機能として、リスク分散、所得の再分配、国民連帯機能を挙げ、財政統合によりこのような目的を達成し、経済的階層化を抑制しようとすることは立法形成権の範囲に逸脱・濫用したとは言えないと述べている。また、立法者は、所得把握率や所得携帯に著しい差がある職場加入者や地域加入者の保険料負担の公平を保障するために、職場加入者には報酬月額を、地域加入者には保険料賦課点数を基準として所得だけではなく、財産、生活水準、経済活動参加率などを合わせて算定されるように規定する。さらにクレジットカード使用の拡大、国税庁の所得資料との連携制度など、いろいろな制度的装置を設けようとするなど、社会連帯の原則に照らして平等原則に違反すると判断しえない。そのため、請求人らの平等権・財産権を侵害すると認めることはできないとした。憲法裁判所2000. 6.29. 99憲マ289

¹³⁴憲法裁判所2000.6.29.99憲マ289、憲法裁判所2013.7. 25.2000憲バ51

入と保険料の差等賦課により達成される公益は侵害される私益より大きく、幸福追求権から派生する一般的行動の自由として保険に強制的に加入させられない自由と正当な事由のない金銭の納付を強制されない権利としての財産権に対する制限は正当化される。

(2) 国民健康保険法における保険料負担の仕組み

1) 健康保険料の賦課体系

韓国の国民健康保険は、深刻な少子高齢化の中、持続可能な医療保険制度のための財政の安定化や負担の公平を図るため、2000年医療保険の統合・一元化を達成した（保険者の統合や財政の一元化）ものの、その主たる財源になる賦課方式は、依然として地域保険と職場保険とに区別されて二元的に運営されている。医療保険制度の現体系に対する評価に対しては、未だ賛否論があり、制度全体からみると、従前のような多元的な制度体制のもとで異なる制度間の加入者負担の不均衡を財政調整事業で改善することには確かに不公平さを感じられるという意見が多いものの、財政の一元化の下に賦課方式のみの二元化により、実際の個々の国民が感じる負担の不公平さは未だ解決されないまま課題として残っている。特に、職場加入者はむしろ統合・一元化によって不公平性が深刻化され、報酬月額算定が明確である職場加入者が不当に保険料を過度に負担していると批判する。一方、地域加入者は、職場加入者の被扶養者の範囲が広い¹³⁵ことなどを指摘しながら地域加入者保険料の算定基準には所得・財産以外に世帯構成員の性・年齢などが含まれることなどが批判され、相互に批判する状況である。

健康保険料の賦課基準において、まず職場加入者の保険料算定は、加入者の報酬月額を基準として算定し、算定保険料は、報酬月額に健康保険料率(13年:5.89%,14年5.99%)をかけた額で加入者及び使用者が各々50%ずつ負担する¹³⁶。国民健康保険法第6条は職場加入者の種類を規定しており、原則としてすべての事業場の勤労者又は使用者、公務員及び教職員とするが、第2項の但し書き¹³⁷で日雇い勤労者などを除外している¹³⁸。さらに、2012年からは、加入者の「報酬外所得」が年間7,200

¹³⁵国民健康保険法第5条（適用対象など）第2項 ② 第1項の被扶養者は、次の各号のいずれかに該当する者の中で、職場加入者に主に生計を依存している者として報酬又は所得のない者である。1. 職場加入者の配偶者、2. 職場加入者の直系尊属(配偶者の尊属を含む)、3. 職場加入者の直系卑属(配偶者の直系卑属を含む)とその配偶者、4. 職場加入者の兄弟・姉妹〔詳しくは、国民健康保険法施行規則第2条（被扶養者資格の認定基準）第1項第1号（被扶養者資格基準の中、扶養要件【別表I】）参照〕

¹³⁶国民健康保険法第69条第4項、第70条及び第73条第1項、同法施行令第33条—第38条及び第44条第1項

¹³⁷国民健康保険法第6条（加入者の種類）

¹³⁸憲法裁判所（全員裁判部）2014.5.29.2011憲バ384、最近、憲法裁判所は、裁判官全員一致した意見で、無報酬の使用者及び二重加入者を職場加入者から除外されていない旧国民健康保険法第6条第2項の但し書きが請求人の基本権を侵害しないと判断した。請求人は、幼稚園の設立及び運営者であり、国民健康保険法上の職場

万ウォン（720万円相当）を超える場合、職場加入者(任意継続加入者を含む)の所得月額をも基準として保険料を算定する¹³⁹法改正が行われた¹⁴⁰。これは、建物の持ち主などの高額資産家、専門職の自営業者、大株主など、報酬以外の所得が多い地域加入者が保険料賦課を忌避する目的で職場加入者に偽装したりするモラルハザードの問題が生じ、従来、勤労所得（報酬）のみで保険料が賦課された職場加入者に対し、報酬以外の総合所得に対して保険料を徴収することにより、主な所得が勤労所得である一般職場加入者との保険料負担の不公平性を解消しようとした措置である。所得月額保険料は、所得月額に保険料率をかけてその半分を負担し、使用者はその分は負担しない。所得月額は、年間の報酬外所得（国民健康保険法施行令第41条、利子所得・配当所得・事業所得・勤労所得、年金所得など）が年間720万ウォンを超える場合、当該金額を12に分けて算定した額であり、その金額が78

加入者に該当するにも関わらず、資格取得申告をしない事実が確認され、国民健康保険公団が、資格取得日からの保険料を精算して2007.6月から2010.5月まで賦課されたこと（本件処分）に対してその処分の取消を求める行政訴訟を提起したが控訴まで棄却され、大法院に上告継続中に、使用者を職場加入者として加入を強制した国民健康保険法第6条第2項本文及び、職場加入者の中で報酬が支給されない使用者の報酬月額の算定に関して大統領令で定めることを委任した同法第63条第4項などの憲法違反を主張し、憲法訴原を請求した。また、請求人は、他の幼稚園の勤労者である職場加入者としてすでに健康保険に加入され、2007.6月から2010.5月まで健康保険料を納入したところである。請求人と同様に報酬を支給されない、又は他の事業場ですでに健康保険料を納付している場合を、職場加入者から除外される者として規定していない旧国民健康保険法（2011.12.31法律第11141号として全部改正される以前のもの）第6条第2項但し書き（以下、「本件職場加入者条項」）に対し、その合憲性を認定した最初の判断である。使用者の場合は、所得が正確・客観的に把握し得る制度的措置が設けていないので、実際、所得の全くない場合としても使用者らの所有する財産の状況や勤労者を雇用することにより収益を創出する営業の構造を考慮する時、報酬が支給されないとしても経済的能力のない者と見ることができない。そのため、報酬が支給されることの可否、又は他の使用場で保険料を納付していることの可否などを問わずに、使用者の所得基盤と見られる個々の事業場を単位として健康保険の加入を強制し、保険料を徴収する必要がある。報酬が支給されない使用者を職場加入者から除外したり、2ヶ所以上の事業場から得られる総所得を基準として保険料を賦課されれば、所得申告を怠る可能性があり、健康保険の財政に損失を招かれる恐れがある。そのため、報酬支給の可否を二重加入の可否に関係なく事業場別に健康保険の加入を強制し、保険料を徴収することは保険財政の安定的な確保のために必要なことであり、基本権に対する過度な制限ではないと認められる。

¹³⁹国民健康保険法第69条第4項、第71条、第73条第1項、同法(法律第11141号)附則第1条、同法施行令第33条—第38条及び第41条、同法施行規則第44条

¹⁴⁰「国民健康保険法」(全部改正、法律第11141号、2011.12.31公布、2012.9.1施行)第71条 所得月額は、第70条による報酬月額の算定に含まれる報酬を除外した職場加入者の所得（以下、「報酬外所得」という）が大統領令に定める金額を超える場合には報酬外所得を基準として算定し、大統領令の定める基準により上限を決めることができる。「国民健康保険法施行令」全部改正（大統領令第24077号、2012.8.31改正、2012.9.1施行）

10万ウォンを超える場合には7810万ウォンとする¹⁴¹。報酬外所得の年間7200万ウォン基準は、勤労者世帯の平均所得の150%水準であり、一般的な意味での賃金労働者であるとは見られないと判断したものであり、それを超える者の場合を「高所得者」と想定した結果である。

地域加入者の保険料は、加入者世帯の所得により二つの方式で算定しており、「年間所得が500万ウォンを超える世帯」は、所得、財産(傳賃¹⁴²・毎月家賃を含む)及び自動車の「各等級別点数」を合算して算定し、「所得のない又は年間所得が500万ウォン以下世帯」は、生活水準(財産及び自動車等)及び経済活動参加率(性・年齢を参考として算定)、財産(傳賃・毎月家賃を含む)、自動車の「各等級別点数」を合算して算定する。所得等級別点数は、所得金額が年間500万ウォンを超える世帯に適用される等級であり、総合所得と年金、農業所得に評価率を適用して算出された金額を合算して、所得等級表上決定する。財産等級別点数は、財産の資料のある全体世帯に共通に適用される等級であり、住宅、建物、土地、船舶、航空機の財産賦課表と、賃貸住宅に対する保証金又は家賃月額に評価率(30%)を適用して算出する金額を合算する金額に対し、財産等級表上決定する。自動車の等級別点数は、非営業用の自動車に対して、車種、排気量(積載量)により算出された自動車年間税額に、使用年数を3年単位で20%ずつ減額して自動車等級別区間を決定し、自動車年間税額は、「地方税法」第196条の5第1項の規定による自動車税の標準税率により算出された金額を基準とする。つまり、地域加入者の保険料は、所得、財産、生活水準、経済活動参加率等を参考して「負担能力」を点数として示し、点数当たりの金額(13年：172.7ウォン、14年：175.6ウォン)をかけて計算する¹⁴³。

¹⁴¹職場加入者の高額な賃貸・事業等の報酬外所得に対して健康保険料を賦課することと関連して、国民健康保険法・施行令に対する保健福祉部の報道資料によると、職場加入者の報酬外所得が年間7200万ウォンを超える場合を「高所得者」として規定し、当該金額を12に分けて所得月額を算定(算定された所得が月7810万ウォンを超える場合には、その額を上限に保険料決定)・保険料を賦課することにより、総合所得のある全体職場加入者177万名の中、約3万5千人の職場加入者(全体の0.3%程度)が月平均52万ウォンの追加保険料を負担することになり、年間2158億円の健康保険財政の拡充が期待され、賦課基準になる所得は今後も健康保険の財政事情等を考慮して段階的に拡大されると示した。

¹⁴²傳賃権は、不動産賃貸借に類似な韓国特有の不動産物権制度であり、傳賃権が成立する同時に傳賃権者は一定の傳賃金を傳賃権設定者(不動産の所有主)に支給し、傳賃権者は一定期間の間、当該不動産をその用途によって使用する権利を有し、その使用する対価は、傳賃権設定者の傳賃金の利子収益として充当する(民法第303条第1項)仕組みである。韓国における自家住宅保有率は、2008年(56.4%)、2010年(54.3%)、2012年(53.8%)であり、政権が変わる度に不動産取引活性化のための対策が発表され、現政府も住宅売買時の税金減免や住宅担保貸出金利引下げなど対策を提示したが、むしろ自家住宅保有率は低くなるなど、社会的格差はより大きくなる状況である(国土海洋部「住居実態調査」2年毎に実施、公表資料参照)

¹⁴³根拠：国民健康保険法第69条第5項、第72条及び第73条第3項、同法施行令第42条及び第44条2項

2) 健康保険の保険料賦課体系に関する憲法訴訟

これに対し、職場加入者と地域加入者の財政を統合し、加入者の保険料算定基準を二元化する国民健康保険法（1999.2. 8法律第5853号として制定）第33条第2項（以下、「財政統合条項」という）、国民健康保険法（2006.12. 30法律第8153号として改正）第62条第4項、5項、第63条第1項、第64条第1項、第65条第3項（以下、「保険料算定条項」と言う）の職場加入者の平等権・財産権の侵害可能性が問われた訴訟¹⁴⁴において、憲法裁判所は、「国民健康保険法の制定以降、地域加入者の多数が持続的に職場加入者として編入され、所得活動のない高齢層、零細自営業者、日雇い労働者などが地域加入者の大部分を占めており、このような状況で地域加入者と職場加入者の財政を分離する場合、青年層と老年層の世帯別分離と共に、所得活動のある者とない者の経済的分離が発生し、経済的な階層が形成される可能性がある。それを防止するため、立法者は1999年2月法制定当時を導入されたが、施行が延期された財政統合条項を2003.7. 1施行し、職場加入者と地域加入者の財政を統合して運営することになる。この財政統合を通じて経済的階層の形成を防止し、所得再分配及び国民連帯の機能を高めようとするものであり、立法形成権の範囲を超えたと見ることができず、請求人の平等権・財産権の侵害はない」と判示した上、保険料算定条項に対しては、「健康保険職場加入者と地域加入者の平等な保険料負担のためには、保険料の算定に当たり両者に同一の基準を適用することが望ましいが、職場加入者と地域加入者の間には、所得の把握率、所得の申告方法、所得決定方法、保険料の賦課対象の所得発生時点などに根本的な差があり、……健康保険の財政統合の下においてこのような保険加入者間の所得把握率の差は、負担の平等の観点からは憲法的に看過し得ない本質的な差である。そのため、加入者間の保険料負担の平等を実現するためには、両者間の所得把握率の格差を狭め、合理的で信頼できる地域加入者の所得推定方式が開発されるなど、現実的な条件を確保するべきである。今日、クレジットカード使用の拡大、現金領収書制度の導入、所得縮小・脱税防止業務のための国税庁所得資料との連携制度の施行などにより地域加入者の所得把握率が持続的に高まりつつあり、又は同数の地域加入者と職場加入者の参加する被保険者の代議機関である健康保険政策審議委員会は、保険料算定方式の決定において負担の集団的な衡平のため研究を継続し、その内容が実際に国民健康保険法施行令などに反映されつつあるなど、加入者間の保険料負担の平等のための現実的な環境は改善されつつある。このような改善にもかかわらず、両者間の所得把握率の格差は否認し得ないところはあるものの、このような制度的措置があれば社会連帯原則に照らし、…両者の本質的な差を考慮した各自の経済的能力に応ずる保険料算定は、平等原則に反すると言えない」と判示している。

健康保険の賦課体系に対して憲法裁判所が、職場加入者と地域加入者の間の所得の把握率、所得の申告方法、所得決定方法、保険料の賦課対象の所得発生時点などの根本的な差を認定しながら、その

¹⁴⁴憲裁2013.7.25.2011憲バ199、憲裁2012.5.31.2009憲マ299(国民健康保険法第33条第2項など違憲確認)

財政統合の必然性を強調して合憲判断を下したと見ることができ、その後にも韓国では保険料賦課の
不衡平性に関して議論がされつつあり、近年韓国では職場加入者と地域加入者間の保険料賦課の衡平
を高めるため、法改正を通じて改善しようとしている¹⁴⁵。

3) 保険料滞納者に対する制裁措置

国民健康保険法第53条は、保険給付の制限事由を定めており、第1項で故意または重大な過失によ
る犯罪行為による場合¹⁴⁶及び第3項の大統領令で定める期間以上の保険料の滞納の場合を挙げている。
特に、保険料滞納の場合の給付制限は、民間保険と異なる社会保険の特徴に照らして妥当であるかが
問われ、生活の困窮の事情により保険滞納の場合をより細分化して考慮すべきであると思われる。

①給付制限 加入者の保険料（1ヶ月間の保険料）滞納が6ヶ月以上に続く場合又は使用者の滞納の
場合は、職場加入者本人に帰責事由のある場合、加入者及びその被扶養者に対して保険給付を実施し
ないことができる¹⁴⁷とし、健康保険の給付を制限している。その場合、診療時全額自己負担とする。
但し、国民健康保険法第53条第2項の但し書きには、保険料の滞納期間に関係なく月別の保険料の総
滞納回数（すでに納付された滞納保険料は総滞納回数から除外）が大統領令に定める回数未満であれ
ば、給付の制限をしないと規定し、また同条第5項には、同法第82条により公団から分割納付承認を
受けた場合、その承認された保険料を1回以上払った場合（正当な事由のなく2回以上その承認され
た保険料を払わなかった場合を除く）には保険給付を受けられるとし、給付制限を緩くしている。

②督促状発給 納付期限（納付期間経過後10－15日以内）を定め、督促状を発給¹⁴⁸する。

③加算金（延滞金）賦課 納付期限が経過した日から納付期限経過後3ヶ月、6ヶ月経過時、滞納さ

¹⁴⁵最近、韓国では、健康保険管理公団を中心として、「所得中心の保険料賦課体系」に統一化される方案が議
論されている。既存の職場加入者と地域加入者の異なった保険料賦課方式では、その算定基準において両者の間
の衡平性が問われ、さらに、所得のある被扶養者が保険料負担から除外される問題もあり、例えば、これまで所
得のなく借りた家に住んでいる者がその保証金などの理由で生活水準点数と財産点数を受けて賦課された保険料
に対しては「所得のない」として最低基準を適用する他、これまで所得のある高齢者が被扶養者である故に保険
料負担がなかったことに対して保険料が賦課されるなど、保険料負担に衡平性を高めようとする。

¹⁴⁶国民健康保険法第53条第1項は、疾病や負傷の発生自体には故意・過失がないが、その疾病・負傷がそれによ
る犯罪行為により発生した場合、保険給付を制限すると規定されており、犯罪行為に対する責任を理由に健康保
険給付を制限することが正当化されるかについて、その犯罪行為に「軽過失によるもの」まで含まれることは違
憲であるという憲法裁判所の判断がある。犯罪の種類を問わずすべての犯罪行為を原因とする保険事故に対して
保険給付を制限することも議論の余地があり得る。また、刑務所の受刑者の場合にも生命・健康に対する基本権
は尊重すべきであり、保健給付の制限事由に対して過度な基本権侵害の問題が問われたが合憲判断がある。

¹⁴⁷国民健康保険法第53条第3項、4項、国民健康保険法施行令第26条

¹⁴⁸国民健康保険法第81条

れた保険料などに3%を加算して徴収、納付期間が過ぎて1ヶ月毎に1%をさらに加算、但し、延滞金は滞納された保険料の9%を超えないこととする¹⁴⁹。

④滞納処分 督促を受けた者が納付期限までに納付しない場合、保健福祉部長官の承認¹⁵⁰を受け国税滞納処分の例により徴収(押留・公買などにより強制徴収)する¹⁵¹。

⑤不当利得金の徴収 給付制限中に健康保険公団から受けた保険給付(診療費の内、健康保険公団の負担金)に対し、徴収金を賦課(加入者および被扶養者が受けた保険給付を対象とする)

⑥欠損処分の事後管理 欠損処分者に対して債権の消滅時効期間(欠損処分日から3年間)の満了時まで、対象者別に財産明細を確認し、滞納処分が可能な財産が確認されたら滞納処分を行う¹⁵²

⑦滞納保険料に対する特別管理チームの運営 保険料の納付能力のある故意・高額の滞納世帯の滞納保険料の徴収のために、6個の地域本部に滞納保険料特別管理チームを運営

(3) 保険料滞納者の発生の抑制及び救済のための支援制度

1) 保険料の免除・軽減制度

強制加入である社会保険の保険料は、加入者間の公平性や加入者の納付能力を考慮して賦課されるべきであるが、現実的に保険料納付が厳しい低所得階層の加入者を保護するために、臨時的に保険料の一部及び全額を免除・軽減する仕組みを設けている。しかし、韓国における保険料軽減に関する既存の議論は、主に積極的な労働政策の一環として雇用主に対する保険料軽減、若しくは地域偏在により医療サービスにアクセスが困難な島嶼・僻地・農・魚民に対する国庫支援としての保険料軽減に集中するため、失業などの経済的な理由により保険料負担能力が低下した世帯や疾病・災害などにより一時的に保険料納付能力が低下した世帯に対し、社会保険から排除せず保護するための措置として設けられた保険料減免・軽減制度の基本目的には符合しない。また実際、世帯軽減として所得水準と、年齢(老齢)、家族構成人(母子世帯・父子世帯)、障害者世帯などのための保険料軽減が設けられていてもその割合は全体地域加入者に対してわずかな程度であり、2007年1月に、国民健康保険法(法律第8153号)が改正され、保険料軽減のための仕組みを整備することになった。その結果、保険料の減額対象が拡大(65歳以上の者、登録障害者、退職者などに対する保険料の一部減額措置)した他、失業者に対する保険料負担軽減の特例措置が設けられるようになった¹⁵³。一定の要件を満たす失業者は、

¹⁴⁹国民健康保険法第80条

¹⁵⁰滞納処分承認要件

: 3か月以上の滞納であり、30万ウォン以上の滞納者の中で、財産がある者(課税所得者又は不動産、自動車など換価実益のある財産保有者)もしくは3か月以上の滞納であり10万ウォン以上の滞納者の中で職場加入者。

¹⁵¹国民健康保険法第81条

¹⁵²国民健康保険法第84条

¹⁵³国民健康保険法第110条(失業者に対する特例)

公団に任意継続加入者として申請し、一定期間職場加入者の資格を維持すると共に、その加入者の退職日の属する月の直前3ヶ月間の報酬平均額を報酬月額とし保険料を算定し、その一部を減額する。また、その他生活の困難な者として、「所得税法」第19条により事業所得が年間500万ウォン（年50万円相当）を超過する世帯で事業場の火災・倒産などにより現在事業場の運営に大きな支障があり実際の生活が極めて困難な世帯や、保険料の賦課対象となる財産税の課税標準額の3分の2以上に該当する財産が競売中及び全体の所有財産が差し押さえられる世帯、生計の維持に責任のある加入者が6ヶ月以上の長期間に受容施設（刑務所など）に受容され又は行方不明の状態である生活が極めて困難な世帯、及び加入者に肺疾患、慢性腎不全症、枯葉剤後遺症、その他これらと類似な慢性疾患があり、実際の生活が極めて困難な世帯（保険料軽減告示¹⁵⁴、保健福祉部告示第2007-68号）に対する保険料軽減措置¹⁵⁵も設けられている。

①使用関係が終わった職場加入者の中、保健福祉部令で定める者は、地域加入者になった以降に第79条により最初地域加入者保険料の告知を受けた日から、その納付期間の2ヶ月過ぎない時まで、公団に職場加入者としての資格を維持することを申請することができる。（2013.5.22改正、改正以前は、最初地域加入者保険料の納付期間以内に申請することであり、改正の申請期間延長により失職された者の保険料負担を緩和させる）

②第1項により、公団に申請した加入者（以下、「任意継続加入者」という）は、第9条（資格の変動）にも関わらず、大統領令の定める期間（国民健康保険法施行令第77条、任意継続加入者適用期間：使用関係の終了した翌日から起算して24か月になる日までの期間）の間、職場加入者の資格を維持する。但し、第1項による申請後、最初に支払う職場加入者の保険料をその納付期間から2ヶ月以内に払わない場合にはその資格を維持しない。（2013.5.22改正、新設）従来から、国民健康保険法施行令により、任意継続加入者適用期間が6ヶ月から12ヶ月、24か月に延長されつつある。

③任意継続加入者の報酬月額は、第70条にもかわらず、使用関係の終わった日が属した月を除外する直前3か月の報酬月額を平均した金額とする。（2013.5.22改正、改正以前には、直前3か月に支給された報酬を平均した金額を報酬月額としたことであり、その報酬月額の金額が変わる。）

④任意継続加入者の保険料は、保健福祉部長官の定めで告示するところによりその一部を軽減することができる。

⑤任意継続加入者の報酬月額保険料は、第76条第1項及び第77条第1項第1号にも関わらず、その任意継続加入者が全額を負担し、納付する。

⑥任意継続加入者が保険料を納付期間まで支払わない場合には、その給与制限に関しては、第53条第3項・第5項・第6項を準用する。その場合、第69条第5項による世帯単位の保険料は、第110条第5項による保険料として見なされる。

⑦任意継続加入者の申請方法・手続きなどに必要な事項は、保健福祉部令で定める。

¹⁵⁴保険料軽減告示（保健福祉部告示、2007.7.31制定、現・第2013-147号（2013.9.27））

本告示は、「国民健康保険法」第75条、第110条、「国民健康保険法施行令」第45条及び「国民健康保険法施行規則」第46条により、保険料の軽減対象、要件、方法及び手続きなどを定めることを目的とする（第1条）。

¹⁵⁵国民健康保険法第75条

2) 保険料の分割納付 保険料を3回以上滞納する者に対して、分割納付回数を24回以内として承認し、その場合給付制限を適用されない。ただし、分割納付の保険料を2回以上また滞納する場合には、分割納付の承認を取り消す¹⁵⁶。

3) 本人負担額上限制度

健康保険の加入者が療養機関で療養の給付を受けた時、その費用の一部（入院の場合、療養給与費用総額の2割に食代加算金額の5割を加える金額、外来診療の場合、機関種別により負担金の割合が異なるが、通常病床数20未満の病院の場合3割など定率制、老人医療費定額制、但し、外来本人負担率例外としてガン患者5%適用等、一部負担の軽減により重症患者に対して保障性強化を図る）を本人が負担するが、その負担が国民健康保険法令で定められた一定金額を超えた場合、その超過金額を保険者が負担する本人負担額上限制度が2004年7月1日から施行されている。これは、健康保険の保障性を強化し、慢性・重症疾患等の高額診療費の負担を軽減することを目的とし、診療後精算時、本人負担額の上限を超える金額を負担しないことを原則とするが、負担した場合、事後に返還するようになる。法的根拠としては、国民健康保険法41条（費用の一部負担）と国民健康保険法施行令22条¹⁵⁷（費用の本人負担）があり、2009年4月6日国民健康保険法施行令及び施行規則の一部改正により、従来6ヶ月間200万ウォンの上限額が、保険料の負担水準によって年間200－400万ウォンに差等化し、健康保険の診療費上限額が減額されることになった。療養機関は、同一入院期間内に本人一

¹⁵⁶国民健康保険法第82条

¹⁵⁷療養給与費用の中、本人が負担する上限額（施行令22条2項（2010. 6.8改正・別表3）

療養給与費用の中、加入者若しくは被扶養者が負担する金額の上限（以下、本人負担上限額）は、地域加入者の世帯別保険料の負担水準、若しくは職場加入者の個人別保険料負担水準（以下、上限額基準保険料）によってその金額が異なる。この場合、上限額の基準保険料の具体的算定基準・方法などに関する必要な事項は保健福祉部長官が定めて告示する。

加入者若しくは被扶養者の本人負担上限額は次の各目の区分に従う。

区分	地域加入者の場合	職場加入者若しくは被扶養者の場合
上限額基準保険料が全体地域(職場)加入者の下位5割に相当する金額として保健福祉部長官が定めて告示する金額を超えない場合	200万ウォン	200万ウォン
上限額基準保険料が全体地域(職場)加入者の下位5割に相当する金額として保健福祉部長官が定めて告示する金額を超え、また下位8割に相当する金額として保健福祉部長官が定めて告示する金額を超えない場合	300万ウォン	300万ウォン
上限額基準保険料が全体地域(職場)加入者の下位8割に相当する金額として保健福祉部長官が定めて告示する金額を超える場合	400万ウォン	400万ウォン

部負担額が年間相当額を超えた場合、請求明細書の「本人負担上限額超過金」欄にその超過金額を記載し、入院件の分離若しくは追加請求の時には元請求と関連させて超過金額を合算した金額を記載する。しかし、本人負担上限額超過金支給の対象は、保険適用される診療に対し患者が支払った自己負担額であるため、実際診療費の中、(100%本人負担となる)非給付項目が多い韓国の場合、患者の本人負担額における本人負担上限額の実効性に疑問があり、非給付項目の拡大が求められている。

4) 給付制限の期間中に保険給付の遡及認定 給付制限の期間中に、保険給付を受けた事実があると公団が通知した日から2ヶ月が経過した日が属する月の納付期間以内に、滞納された保険料を完納又は分割納付する場合、その保険給付を認定する¹⁵⁸。

5) 自発的納付期間運営 非定期的に施行されるが、自発的納付期間の間に滞納保険料を完納又は分割納付する場合には不当利得金を免除する。

6) 低所得者・弱者階層の健康保険料支援事業 自治団体・会社・宗教団体などと連携して保険料支援協約を締結し、低所得・弱者階層の保険料を支援する¹⁵⁹。(自治団体の条例及び民間機関の自発的な参加に依存する支援制度)

7) 少額健康保険料の長期滞納者に対し基礎生活保障選定調査施行する他、滞納保険料に対する一時的な徴収猶予制度と共に給付制限に対しては事前通知する。

Ⅲ. 医療保障法制の構造的な限界と境界層対象者の医療受給権保護

1. 次上位階層の概念と医療給与法上の位置づけ

韓国の国民基礎生活保障法は、2005年改正¹⁶⁰により、所得認定額¹⁶¹が一定額以下の階層に対する「次上位階層」に関する定義が規定(第2条第11号)され、本法施行令(第3条の2)¹⁶²では、次上位階層の範囲を明確にし、次上位階層に関する調査及び給与の提供等のための基準として活用するために、

¹⁵⁸国民健康保険法第53条第6項

¹⁵⁹国民健康保険法第75条

¹⁶⁰法律第7738号、2005. 12.23公布、2007. 1.1施行

¹⁶¹基礎生活保障の受給権者の算定基準である所得認定額(国民基礎生活保障法第2条第8号及び第9号)は、所得評価額+財産の所得換算額として計算され、所得評価額は、実際所得から世帯特性別支出費用(国民基礎生活保障法施行規則第2条)と勤労所得による控除額(保健福祉部HP、2013年国民基礎生活保障事業案内)を控除して計算する。実際所得(国民基礎生活保障法施行令第3条第1項)は、勤労所得(所得税法)、事業所得(農業、林業、魚業など)、財産所得(賃貸所得、利子所得、年金所得など)、親族などにより定期的に受給するその他の所得(国民年金法、基礎老齢年金法により定期的に支給される各種の手当・年金・給与その他の金品)などが含まれるが、退職金や保育料の名目としてもらえる金額(国民基礎生活保障法施行令第3条第2項)は含まれない。

¹⁶²大統領令第19768号、2006. 12.21一部改正、2007. 1.1. 施行

その具体的な範囲が規定されることとなった¹⁶³。つまり、国民基礎生活保護法第2条第11号による「次上位階層」とは、受給権者に該当しない階層として所得認定額が大統領令で定める基準以下の階層をいい、本法施行令第3条の2では、法第2条第11号の階層に対して、所得認定額が最低生計費の120%以下の者をいうと定められている。また、国民基礎生活保障法第7条は給与の種類を定めており、同条第3項¹⁶⁴では、所得及び扶養義務者基準などの理由で国民基礎生活保障法上の受給権者には属しないが、令第3条の2で定める範囲内の次上位階層に該当する者に対し、住居・教育・医療・葬祭及び自活給与などの部分給与をすることを規定し、低所得者に対するセーフティネットをより強化することを目的とした¹⁶⁵。ここで、所得認定額の100-120%の範囲内の者というのは、最低生計費（例えば、2011年最低生計費基準は、一人世帯53万2583ウォン、四人世帯基準143万9413ウォンである）に比べて1倍-1.2倍の所得のある「暫定的貧困層」や、所得は最低生計費以下であるが固定財産があり基礎生活保障対象者から除外された「非受給貧困層」を合わせた概念である。これは国民基礎生活保障受給者よりはある程度生活に余裕があるものの、希少・難治性疾患、6ヶ月以上の治療の必要な慢性疾患などによって恒常的な生活苦に陥っている階層が代表的であり、政策的には、一時的な所得の減少や世帯員の増加等、世帯の経済事情の変化又はその次上位の選定基準の変化によって、生活保護の受給権者に転換される可能性が高い「暫定受給者」を意味する¹⁶⁶。また、貧困層の中には、扶養義務者の基準、財産基準などを充足できず基礎生活保障の受給権者になれない者が多数あり、基礎生活保障の受給権者より所得が上位であるという意味から「暫定的貧困層」を意味するこ

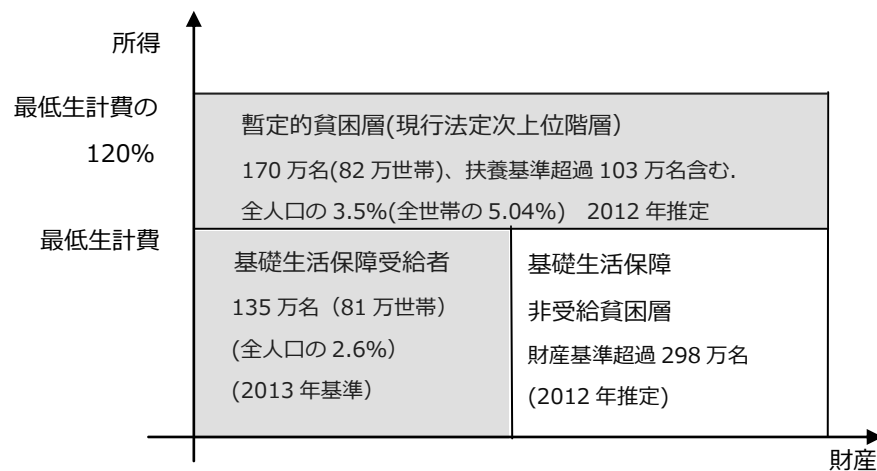
¹⁶³次上位階層とは、最低生計費（例えば、2011年最低生計費基準は、一人世帯53万2583ウォン、四人世帯基準143万9413ウォンである）に比べて1倍-1.2倍の所得のある「暫定的貧困層」や所得は最低生計費以下であるが、固定財産があり基礎生活保障対象者から除外された「非受給貧困層」を合わせた概念である。これは国民基礎生活保障受給者よりはある程度生活に余裕はあるものの希少・難治性疾患、6ヶ月以上の治療の必要な慢性疾患などによって恒常的な生活苦に陥っている階層が代表的である。（2004年保健福祉部の次上位階層実態調査によると、2003年末の基準で一月収入が最低生計費に満たさない基礎生活保障受給者とその100-120%である次上位階層を合わせた貧困層は716万人に達しており、非受給貧困層は現在生活保護受給権者の3倍に達する規模であり、国民全体の約9.3%に達していると報告された。）

¹⁶⁴次上位階層に属する者（以下、「次上位者」という）に対する給付は、保障機関が次上位者の世帯別生活与件を考慮して予算の範囲内で第1項第2号乃至第4号（住居・医療・教育給付）・第6号（葬祭給付）及び第7号（自活給付）の規定による給付の全部又は一部を行うことができる。この場合、次上位者に対する給付の基準及び手続き等に関する必要な事項は大統領令で定める（国民基礎生活保障法第7条第3項、新設、法律第8112号、2006. 12.28一部改正、2007. 7.1施行）

¹⁶⁵一方、自活事業の専門性・効率性を高めるため中央自活センターの設置（法第15条の2新設）など、自活給与対象者の特性及び欲求を考慮した多様な自活支援プログラム（法第18条の2新設）が運営されるようになった。

¹⁶⁶이현주(Lee Hyunju)「貧困と次上位階層」『保健福祉フォーラム』(2000年2月号)、26-38頁。

と定義する。以下、韓国の国民基礎生活保護法が想定している低所得者層の範囲を【表】として簡単に書き上げ、特に医療扶助において医療給与法の適用範囲として問題とされた階層を影付きで示す。



【表】韓国における低所得者世帯の構成（根拠：韓国保健福祉部、統計庁資料参照）

2. 境界層の医療受給権保護における次上位階層選定の意義

韓国の医療給与法第3条は、医療給付の「受給権者」を規定する際に、国民基礎生活保障法による受給権者(同条第1項第1号)の他、生活維持の能力のない又は生活の困窮する者として大統領令の定める者(第3条第1項第10号)などを定めており、その者の範囲に関しては、医療給与法施行令の改正により変更し、低所得者の医療保障のための制度の運営上の未整備点を改善・補完しようとする。つまり、医療給与制度が韓国の公的医療扶助制度において、国民基礎生活保障の受給権者を含めてより多くの低所得者などの社会的弱者を包摂しようとする制度として評価されるどころ、特に、当制度の適用対象に当たる生活の困窮する者の範囲変化において注目すべき点は、2003年の医療給与法施行令改正¹⁶⁷であり、同法施行令第2条に、受給権者に該当する者と類似な者として生活維持能力のない又は生活の困窮する者(大統領令の定めにより「次上位階層」に該当する者)で保健福祉部長官が医療給付が必要であると認めた者の中で、稀少・難治性疾患患者¹⁶⁸及び6ヶ月以上の治療を要する慢性疾患

¹⁶⁷大統領令第18206号、2003. 12.30一部改正、2004. 1.1施行

¹⁶⁸医療給与法上の「稀貴難治性疾患」を筆者が医学用語としてのRare diseasesであると理解した上で(Orphan etReport Series参照・Orphanet(<http://www.orpha.net/consor/cgi-bin/index.php?lng=EN>))、日本の厚生労働省が1972年に「Rare diseases」に対し「難病対策要綱」を定め、難治性疾患の範囲として「①希少性②原因不明又は治療法未確立であり、かつ、後遺症を残すおそれの少なくない疾病、③経過が慢性にわたり、単に経済的な問題のみならず介護等に著しく人手を要するために家庭の負担が重く、また精神的にも負担の大きい疾病」と定義したことを参考に、用語の取替をしたもの。厚生労働省【平成23年12月1日厚生科学審議会疾病対策部会難病対策委員会】の難病対策検討見直しに当たっての中間整理(www.mhlw.go.jp/topics/2011/12/dl/tp)

者などを加えたことである。またそれに加えて、2004年改正¹⁶⁹では、非受給の生活の困窮する世帯の12歳未満の児童に対して医療給付を支援する根拠条項を設け、より多くの低所得階層に対し医療給付の恵沢が拡大された(医療給与法施行令第2条第3号の2、新設)と評価される。さらに、2006年改正¹⁷⁰では、医療給付支援対象者を従来12歳未満から18歳未満の児童に拡大し、低所得世帯の児童に対する医療サービスの提供範囲が拡大された。次上位階層で生活が困窮であり、事実上医療サービスにアクセスすることを回避する無保険状態の子供を救済しようとした措置であり、人道的・例外的措置であると評価される。

3. 次上位階層の医療保障における適用制度の転換

(1) 医療給与の対象から健康保険体系への転換

しかし、保健福祉部は、2004年から実施された次上位階層に対する医療給与に関して、2008年から段階的に健康保険体系に転換させることを内容とする国民健康保険法施行令改正案を2007年8月立法予告し、2008年からこのような階層に属する者については、「次上位医療給与受給者」から健康保険体系内の「次上位階層本人負担軽減対象者」として段階的に転換・完了させ、現在は健康保険の体系内で管理されることになった。つまり、韓国は、2008年の医療給与法施行令改正¹⁷¹において、限られた福祉財源を合理的に配分する目的であることを理由に、低所得層の医療支援体系を整備し、特に長期に渡り高額な医療費負担を余儀なくされる稀少・難治性疾患を持つ次上位階層を医療給与の受給者から健康保険加入者に転換する(令第2条第2項削除)こととした。また、医療給与の2種受給権者¹⁷²を段階的に国民健康保険の適用対象者に転換するようにするため、医療給与2種受給権者の中で、

1206-2.pdf)では、難病の治療研究の推進と共に医療費助成について国民の理解を得られる公平・公正な仕組みを講ずることなどにより、従来の弱者対策としての概念を超え、稀少・難治性疾患の患者及び家族を国や社会が支援することが成熟した社会にとって相応しいことであることを確認した。

¹⁶⁹大統領令第18622号、2004. 12.30一部改正、2005. 1.1施行

¹⁷⁰大統領令第19313号、2006. 2.2一部改正、2006. 2.2施行

¹⁷¹大統領令第20612号、2008. 2.19一部改正、2008.4. 1施行。医療給与1種である稀少・難治性疾患患者1万7千人を2008年4月に健康保険体系に、2種の慢性疾患患者、18歳未満児童21万4千人等を健康保険体系に2009年まで段階的に転換すること。

¹⁷²医療給与法第3条第3項は、「第1項による受給権者に対する医療給付の内容や基準は、大統領令に定めることにより区分し、異なる内容で定められる」とし、本法施行令(大統領令第17379号、2001.9.29全部改正、2001.10.1施行)は、その受給権者の区分として第1種と第2種に区分している(医療給与法施行令第3条第2項)。第1種受給権者は、医療給与法第3条第1項第1号の国民基礎生活保障法による受給者の中で、原則的に勤労能力のない又は困難であると保健福祉部長官が認める者のみで構成されている世帯(18歳未満又は65歳以上の者、妊娠中も者又は分娩後6ヶ月未満の者を含め、国民基礎生活保護法施行令第7条の勤労能力のある受給権者に該当しない

次上位階層の慢性疾患者及び18歳未満の児童を医療給与の受給権者から除外した¹⁷³。ただし、健康保険の被保険者に転換された次上位階層に対しては、保険料は国庫負担にし、法定本人負担についても既存医療給与制度体系内での本人負担と同一又は類似の水準で維持される措置（次上位2種受給者の場合、健康保険体系内でも本人負担は外来定額(1000, 1500ウォン)・入院定率(14%))がとられるようにする¹⁷⁴。

当時、韓国国会の保健福祉委員会は、所管常任委員会の2008年度予算審査で、次上位階層に対する医療保障を医療給与として維持すべきであるとの議論をする際、健康保険の適用対象者に転換される場合、国が負担すべき診療費を公団が負担することになり、結局国民健康保険料の負担が増加することになるが、次上位階層に対する医療給与は公的扶助の性格を持つため、健康保険料に負担を転嫁せず国家財政で担当している現行の体制を維持しようとするものである(2007. 11.5「国会保健福祉委員会会議録」抜粋)とし、次上位医療給与の健康保険への転換が次上位階層に対する国の責任の懈怠や健康保険加入者への負担増に影響を及ぼすことを懸念した。しかし、当時政府は、政策推進過程において行うべき世論収斂過程を省略し、健康保険の意思決定機構である健康保険政策審議委員会（健政審）や健康保険財政運営委員会での健康保険の加入者団体の問題提起にも関わらず、単に報告案件として処理するなど、十分な論議のないまま一方的に転換を推進した。この政策変更の背景としては、長期老人療養保険や基礎老齢年金などの国家の負担増もあり、企画予算処（現、企画財政部、2008年政府組織改編で企画予算処と財政經濟部が統合）が国家の財政負担を減らすために提案したことであると知られている。絶対貧困層として規定される基礎生活保護者層のその上の所得階層である次上位階層（所得が最低生計費の120%未満）において、健康保険料の滞納や本人負担金の負担により医療機関へのアクセスを踏みとどまらされることが少なくないため、2004年からは、その階層の中で特に医療保障へのニーズの高い希少・難治疾患者などが医療給与の対象者として国の直接的な医療支援を受けられたが、導入から4年も経たずにその財政負担は健康保険に転換されることになっ

者など)及び希少・難治性疾患のある者が属する世帯の構成人、国民基礎生活保障法施行令第38条の規定による社会保障施設で給与を受けている者等を称する。その他、勤労能力のある者として、国民基礎生活保護法施行令第8条第1項カ号の、個別世帯又は個人の事情(未就学の子、疾病・負傷又は障害等により挙動の困難な世帯員や認知証により特別に保護の必要な世帯員を療育・看病又は保護すべき受給権者)のある受給権者(世帯別に1人のみに限る、他の世帯員がいる場合や社会福祉施設で保護サービスを受けられる者は除く)は、医療給与の1種受給権者になる。1種に該当しない者は2種受給権者になる（具体的には、後出〔韓国における医療保障に関連する法制〕医療給与法第3条参照）。

¹⁷³韓国保健福祉部資料によれば、2008年12月時点で、次上位階層医療給与受給者現況は、慢性疾患者82,486名、18歳未満児童124,185名であり、既に健康保険体系に転換された希少・難治性疾患者は19,418名で段階的な転換がされている。

¹⁷⁴後出【資料3】国民健康保険の療養給付費用における本人負担額・率、国民健康保険法施行令〔別表2〕参照

た。さらに、近年、次上位階層の増加に伴い、次上位階層の本人負担軽減対象者の拡大される方針に進みつつある。例えば、次上位階層の健康保険本人負担免除対象である希少・難治性疾患に37種を追加し（既存107個から144個に）、重症疾患（ガン、重症やけど）の本人負担免除（療養給与費用免除など）、重症脳血管または心臓疾患の本人負担免除（入院・手術時、最大30日まで）などである。

※ 次上位階層1種医療給与資格変更事項の比較

区分	変更以前	2008. 4.1以降	備考
医療保障 区分	次上位階層1種 医療給与受給権者	健康保険加入者 次上位本人負担軽減対象者	健康保険証該当世帯員の 姓名の右側に「C」と 区分表記
資格要件	1.保険福祉家族部長官の告示 2.希少・難治性疾患患者で世帯 所得認定額が最低生計費の12 0%以下であり、 3.扶養義務者の扶養能力のない者	同左	変更なし ※扶養義務者： 配偶者、一村の直系血族及び その配偶者
本人負担	医療給与法上の 本人負担金	健康保険法上の本人負担金の中、 既存医療給与法上の本人負担金相当額 を負担	外来・入院診療の給与項 本人負担額免除 (食代20%本人負担) ※差額は公団から支援
健康 保険料	賦課対象から除外	賦課対象	健康保険料の算定基準は既存健 康保険の加入者と同一 ※世帯分離は可能
選定手続	住居地の洞事務所申請 ⇒保障機関の所得調査などによる 適格可否の確認後選定 ⇒医療給与証の発給	08.4.1~12.31 ：住居地の洞事務所申請 ⇒区から所得調査などによる適格可否 の確認後公団の支社に通報 ⇒公団で最終決定後、申請者に通報及 び健康保険証の発給	－対象者の所得が著しく変更され 調査確認の必要である場合、 公団の支社にて住居地の洞事務 所に資産・所得調査の依頼可 －公団の決定に不服する場合、 決定の日から90日以内に異議 申請可能

(2) 転換の評価

2008年から2009年にかけて段階的に実施された、次上位医療給与対象者のすべてを健康保健の被保険者に転換した措置において、韓国保健福祉部は、その資格の転換によって発生する保険料や診療

費の本人負担分に対しては公費で支援すること¹⁷⁵としたので¹⁷⁶、その者の診療費負担は健康保険財政から負わせる一方、医療給与制度の受給権者はより縮小されている。

国民基礎生活保障法上「次上位階層」の概念が法定化され、医療扶助を含め特定の部分給付が保障されるようになったこと(法第7条3項)や国民基礎生活保障法の特例受給権者として医療給与特例者などを定めたこと¹⁷⁷などは、国民基礎生活保障制度が想定する低所得者層に対する実質的な貧困対策に限界を認めたと考えられ、このような制度転換は、特に給付率が低く診療費に対する本人負担額が高い¹⁷⁸韓国の医療保障制度において、医療貧困層に対する医療受給権を侵害する措置でもある。

韓国の公的医療保障体系において、低所得者など社会的弱者のための保護体系として医療給与制度が想定されていることを考えると、このような次上位階層の医療給与から健康保険への転換を、社会統合の次元で作られた全国民公的医療保障制度から社会的に排除¹⁷⁹されたものとみる考え方もある¹⁸⁰。ただ、このような転換対象者などによる医療受給権のデッド・ゾーンの発生(地域加入者の保

¹⁷⁵後出【資料2】国民健康保険法施行規則第15条(本人負担額軽減対象者の基準)

国民健康保険法施行令〔別表2〕(療養給与扶養の中で本人が負担する負担率及び負担額)第3項ラ目

国民健康保険法施行規則〔別表5〕本人負担額軽減対象者の基準

¹⁷⁶保健福祉部基礎医療保障科「次上位階層希少・難治性疾患者の健康保険加入者への転換におけるQ&A」(2008年4月)

¹⁷⁷「国民基礎生活保障法」による特例受給権者(後出・保健福祉部「国民基礎生活保障事業の案内」第1編Ⅲ、受給権者範囲の特例4.個人単位保障による受給権者範囲の特例基準を参考)

¹⁷⁸韓国の健康保険における運営上の問題としては、国民医療費の増加、保険財政の不安定(長期滞納者の増加)、国民医療費支出対本人負担金比率がメキシコ、ギリシャの次に高い(36.9%)ことが挙げられる(OECD Health Data)。健康保険の保障性が低く、保険制度の衡平性が低下し、結果的に低所得者層の健康不平等が固着する悪循環が反復されている。

¹⁷⁹「社会的排除」という用語は、1960年代半ばのフランスで貧困者救助活動を行っていた社会カトリック運動団体「ATD第4世界」などによって使われ、当時のフランスで語られた「排除」は、経済成長と福祉国家の恩恵が届かない人々—施設入所児童、非行者、アルコール・薬物依存者など「社会的不適応」—の問題として語られた。今日的な意味においては、高度経済成長が終焉を迎え福祉国家の危機が語られはじめる80年代になって、完全雇用が崩壊し失業(特に長期失業)と不安定雇用が拡大するに伴い、福祉国家の主要な柱である失業保険、年金保険、医療保険などの保険体制からもれ落ちる人々が増加するなど、高度経済成長期においては予想しえなかった新たな貧困を意味することになった。フランスでは貧困問題の領域において、1981年に政府諮問機関によって作成された報告書『不安定と貧困に抗して—60の提案』(オーエックス報告)において「新たな貧困」が論じられ、1987年の報告書『貧困と経済的社会的不安定』(ウレザンスキ報告)では、貧困は生活の多面的な領域からの排除の結果であることが強調された。

¹⁸⁰이용갑(Lee Yonggap)「公的医療保障体系での社会的排除と社会的包摂」(Korea Social Policy Review, No.27-2,2010.8)237頁。

険料は、同一世帯員が連帯納付義務を負うため、滞納により医療給付が制限されるおそれがある)を防ぐため、世帯分離の根拠を設けるなど(国民健康保険法施行令43条)の措置も設けようとしている。このような転換は、公的扶助制度により医療サービスを受けられた低所得者たる社会的弱者層を国民健康保険の被保険者として加入させ、その保険料を公費から扶助する方式への転換を意味するとも思われる。実質的な負担という観点からみると、医療保障の財源は結局国民の負担とされるのであり、形式上それが保険料としての拠出であるか、租税としての間接的拠出であるかは、本質的には保障財源調達の問題であり、立法政策の問題であるとも考えられるが、すべての国民が平等に医療サービスを受けられることを目的としている皆保険体制において低所得者層の取扱いという観点からは法的議論が乏しいところ、検討の必要性はあると思われる。

4. 境界層(Border-Line)対象者に対する医療保障の在り方

韓国の社会保障制度において、特に国民基礎生活保障法上、「次上位階層」の概念が規定されることは、すでに述べたように、韓国における基礎生活受給者選定基準の厳しさによる低受給率にその主な原因があると把握される。また、特に医療保障においては、国民すべてに適正・平等な医療保障が要請される中、低受給率の問題も含めて、近年急増する非受給貧困者や暫定的貧困層の医療保障という問題は、上記韓国の医療保障法制の二分化(医療保険と医療扶助)構造において解決すべき問題として指摘され得る。つまり、韓国は、社会保険としての国民健康保険と公的扶助として最後のセーフティネットである医療給与制度を設けており、医療給与制度が幅広い階層まで医療扶助の領域に包摂しようとしたとは評価されるものの、その主な対象を国民基礎生活保障法の受給権者とし、医療扶助受給の基準とする他、国民健康保険においても、韓国社会における深刻化しつつある高齢化の問題、非正規労働者・失業などの雇用問題、社会的格差の問題などと共に、医療保障の低い給付水準の問題も含め、非受給者でありながら生活が困窮する低所得者層は医療保障のみならず、各種の社会保障制度から排除されやすい構造を持っている。

そのため、韓国はこのような社会保障制度の構造的不均衡の間隔を埋めるために、次上位階層の概念を定め、国民の社会保障制度に対する要求に応じようとしたが、この概念にも限界がある。まず、韓国の国民基礎生活保障法が想定する「次上位階層」の概念は、最低生計費基準の100-120%の範囲内者を受給者に準じる階層と見なすことであり、しかし、実際、医療保障を含め各種の社会保障制度から排除されている貧困層は、上記表で示されるように、財産基準などを満たさない非受給貧困層が含まれていないという問題が生じ得る。そのため、本稿で、低所得者の医療保障の問題として境界層対象者というのは、国民基礎生活保障制度の厳しい受給基準により、その基準は満たさないがむしろ生活保護のような支援がない故に実際の生活は困窮している非受給貧困層を含めた概念として、法概念としての次上位階層を含めた階層の問題を取り扱うことである。非受給者であるものの恒常的に生活が困窮する被保険者に対して何らかの配慮が求められる構造を持っており、如何なる配慮が行わ

れるべきかを検討する。また、その概念は、それぞれの社会保障制度ごとに参考となる基準として機能しているものの、定量化されておらず、社会保障制度の受給要件ごとにその定義たる範囲は変わっている他、所得認定額の基準の120%は、国民基礎生活保障の受給者の所得基準とほぼ一致し¹⁸¹実際の生活水準に差がないことや、所得保障としての国民基礎生活受給基準ではない個別の社会保障給付においても扶養義務者基準が厳格に適用されているなどの指摘がなされ得る。

社会保険としての健康保険は、原則として保険料の納付能力のある者をその対象とするため、保険料納付能力の低い者への医療サービスは、公的扶助制度たる国民基礎生活保障法に基づく医療給与制度から提供されている。しかし、韓国の国民基礎生活保障制度の受給権者の数は少なく(低捕捉率)、最低水準の保険料の納付さえ困難な低所得者層であるとしても受給権者になれない者が多い状態であり、その者に医療サービスへのアクセスを保障することが課題となっている。低所得層に対する健康保険料の支援が、基本的には公的扶助制度の役割である最終的な貧困救済にあることを考慮すれば、その財源は一般租税から充てられることが合理的である。健康保障の目的が所得水準に関係なく適正な医療サービスを受けられることであることからすれば、まず賦課体制の改善に集中すべきである。

確かに、今日では、社会扶助のみならず、社会保険にも相当の公費負担(租税)が投入されており、一方、社会保険のみならず社会扶助にも権利性が確立されているというように、ほとんどの制度に保険と扶助の要素が織込まれているのを見ることができ、両制度の積極的な連携が求められる。韓国の医療保障法制の構造においても、それぞれの制度に実質的に包摂されない境界層対象者の増加が予想される中、特に、国民すべてが適正で平等な医療保障にアクセスできるように採用された「国民皆保険体系」の趣旨の重要性により集中すべき必要性は高くなる。

終わりに—国民皆保険による医療保障体制の再構築

日本と韓国は、社会保障としての医療保障を実現する手段として「国民皆保険体制」を採用しており、それぞれの公的医療給付の範囲においては差がある¹⁸²ものの、国民すべてが医療サービスに

¹⁸¹後出【資料4】次上位階層の選定基準

¹⁸²日本の公的医療保険の給付は、比較的広い範囲に及んでおり、これまで、必要性和適切性が認められる医療行為・医薬品は原則として公的医療保険によってカバーすることが目指されてきたといえる。また、原則として混合診療が禁止されており(健保法第86条参照、「保険医療機関及び保健医療療養担当規則第18条、19条ほか)、自由診療の利用はきわめて狭い範囲に限定されている。さらに、医師の診療報酬や医薬品の価額等、いわば医療の値段ともいえるものがすべて行政立法によって一律に決定され、この価額を超えて患者に費用が請求されることが原則として想定されていない(健保法第76条2項、第72条1項、「診療報酬の算定方法(平成20.3.5厚労省告示59号)」療養担当規則5条ほか)。これらの定めを遵守しない医療行為は、医師の診療報酬請求権を発生させないと理解されている。定められた診療報酬等との関係で原則として3割の一部負担金(健康保険法第7

「平等に」アクセスできるようにする点と、質の高い医療給付を受けられる点では世界的に高く評価されている。ここで、社会保障としての医療における「平等」という問題を考えるとき、実質的平等という視点が重要となる。しかし、経済力の差による医療受給権の制限や、低所得者層や高齢者の医療利用に対する自己責任の強化など、社会保障医療の役割・機能を最低限のものに縮小するのでは、国民皆保険体制が本来抱えていた普遍主義的な理想とそれが実現しようとした実質的平等を期待することができない。日本と韓国は、それぞれの憲法（日本憲法25条、韓国憲法34条）の精神に基づき、「国の国民に対する医療保障を行う責務」の実現手段として「国民皆保険体制」を確立し、国民誰もが適切な医療サービスを平等に受けられるようにすることを求めており、その国民皆保険の内容には、全国民の強制加入の観点から形式的な意味の皆保険と共に医療サービス提供自体の保障という実質的な意味の皆保険が考えられる。そのため、本稿では、日本と韓国が医療保障において採用している「国民皆保険」体制の形式的・実質的な意味の「平等」の実現を念頭に置きつつ、両国の医療保障制度の構造から、低所得者層の位置づけや取扱い方を問題として取り上げることとした。

日本と韓国は、医療保障制度を運用する際に、すべての国民に平等な医療保障がなされることを目的とする国民皆保険体制を採用しているが、国民すべてが同一の制度内に統一されているわけではなく、結局その適用される制度の違いは医療給付水準の格差をもたらす点と、同一の制度内であっても経済力の違いによって給付水準に格差が生じている点に問題がある。そのため、本稿では、医療給付水準の格差の問題を両国の医療保障法制の構造において低所得者を如何に包摂すべきかという問題意識に着目し、医療保障水準の適正・公平を図ることに寄与しようとする。

社会保険方式の医療保障体制において、その社会保険への強制加入の範囲と程度は、理論的には、受益に応じて負担し貢献に応じて受益する保険原理と能力に応じて負担し必要に応じて受給する扶助原理のバランスで決められ、最終的には保険財政の安定性という観点も含めてその時代における国と国民の間のコンセンサスということにもなる¹⁸³と考えられる。日本と韓国においては、両国の社会

4条、国保法第42条ほか)は比較法的に見て定額とはいえないものの、この一部負担金が一定額を超えた場合については、別の金銭給付が支払われる(高額療養費制度、健保法第115条、国保法第57条の2)ほか、2012年以降、外来・入院のいずれについても現物給付がなされているし(健保法施行令第43条1項・2項など参照)、負担が高額とならないような手当がなされている。一方、韓国の公的医療保険の給付は、1980年代の経済成長に伴い、相対的に短い期間で国民皆保険を達成するため、最初から低保険料、低給付、低診療報酬といういわゆる「3低政策」を実施した結果、国民は医療サービスを利用する際により高い自己負担をしなければならないなど、実際に医療保障の受給権は負担能力によって階層化されている問題が指摘されている。

¹⁸³社会保険制度の創設は、それまで個人や任意団体の自己責任と理解されてきた疾病時の生活維持という領域に国家が自らの責任を認め、積極的に関与しはじめたことと理解されている。しかしここでいう国家責任の内容や範囲は、各国の医療保険制度がかなり異なっていることから推測されるように一様ではない。また時代によっても、かなり変化が見られる。

保険制度の展開の歴史からも見られるように、究極的に全国民加入を目指す方向の消極的な平等志向意識が強められている特徴があり、特に医療分野においては、両国の憲法に基づく国における「医療の機会均等の実現」という観点から形式的面における「皆保険」体制の必要性が維持されつつあったといえる。しかし、このような形式的意味での国民皆保険の実現の意味を厳密に解することにより、両国の国保においては、自営業者、退職者、高齢者などの低所得者層を多く含めており、社会保険の負担の給付の関係において実質的な平等の関係が問われている¹⁸⁴。国民すべてに適切な医療が実質的に保障されるのならば、費用システムがすべて保険システムである必要は必ずしもないと考えられるが、本稿では、両国の医療保障法制の構造(組立て)が、両国が医療保障の実現手段として採用している国民皆保険における実質的な意味での平等を実現されるに適切であるかを検討しようとした。

特に本稿においては、両国の医療保障制度の構造から発生される「境界層対象者」の医療保障問題に着目し、両国の対応により注目しようとした。このような問題において、日本の医療保障法制が、医療保険、特に国保の体系内で保険料賦課規準において所得割及び応益負担部分の減額賦課を定め、低所得被保険者に対する負担の軽減を図ろうとする一方、実際保険料や一部負担金の減免などに対しては(生活保護法による保護が設けられていることを前提としながら)その対象を限定的に解釈することと異なり、韓国は、国民基礎生活保障法の2005年改正により、所得認定額¹⁸⁵の一定額以下の階層として「次上位階層」という概念を法律上規定(同法第2条第11号)し、本法施行令(同法施行令第3条の2)においてその範囲を明示するなど、医療保障体系において保護されるべき低所得者の基準として活用する他、その中で特に高額で長期的な医療費負担のかかる低所得者や未成年者などをより幅広く含めようとしており、このような試みは、国民の医療保障に関する国の責任として所得やリスクに関係なく平等に医療サービスを受けられることを保障する公的医療システムの目的に当てはまると評価され得る。しかし、韓国の公的扶助制度としての医療給与制度においても、その主な受給権者である生活保護制度の受給者の選定に限界があり、実際の生活困窮者を含まれないなどの問題がある他、社会の経済的な状況により医療給与法施行令で定める最低生計費の100-120%の次上位階層の規模が変化しがちであるなど、政策論としては境界層たる次上位階層を公的領域において幅広く包

¹⁸⁴韓国においては、2000年地域医療保険(日本の国保に当たる)と職場医療保険(日本の被用者保険に当たる)の統合一元化が達成されたが賦課方式は統合されておらず、負担の不公平性はまだ問われている状況である。

¹⁸⁵基礎生活保障の受給権者の算定基準である所得認定額(国民基礎生活保障法第2条第8号及び第9号)は、所得評価額+財産の所得換算額として計算され、所得評価額は、実際所得から世帯特性格別支出費用(国民基礎生活保障法施行規則第2条)と勤労所得による控除額(保健福祉部HP、2013年国民基礎生活保障事業案内)を控除して計算する。実際所得(国民基礎生活保障法施行令第3条第1項)は、勤労所得(所得税法)、事業所得(農業、林業、魚業など)、財産所得(賃貸所得、利子所得、年金所得など)、親族などにより定期的に受給するその他の所得(国民年金法、基礎老齢年金法により定期的に支給される各種の手当・年金・給与その他の金品)などが含まれるが、退職金や保育料の名目としてもらえる金額(国民基礎生活保障法施行令第3条第2項)は含まれない。

摂し得ると評価されるものの、法的安定性という観点からはかなり不安定・不確定な要素が含まれている。結局、韓国においてこのような試みはその後4年も持続されず2008年の医療給与法施行令改正により、次上位階層の医療給与受給者は国民健康保険被保険者へ転換され、この階層に対する公的責任の回避とも非難された。それ故、韓国法から得られた知見を直ちに日本の医療保険制度の現状に当てはめて流用することはできないであろうが¹⁸⁶、国民健康保険の体系内に転換されたこの階層に対しては、保険料と本人負担金の軽減対象として取り扱われ、本人の負担すべき費用は以前の体系内と変わらないなど、今後国民医療保険に対する公費負担割合の増大が不可避であることを前提とした上では、むしろ費用負担能力にかかわらず同一の体系内での対応可能性を探ることで、国民皆保険体系の意義を図ることと共に、生活保護の趣旨にも合致することであると思われる。

さらに、本稿では、日本と韓国の国民皆保険体制の医療保障制度における低所得者保護を取り上げ、低所得者のための今後の医療保障の方向性を検討することに当たっては、連帯原則たる扶助原理を軽視すべきではないとの示唆を得た。世界で例を見ない超高齢社会を迎えている日本は、少子高齢社会において増大する高齢者医療費をどのように支えていくかという問題につき、その関心を主に財政技術面に向け、後期高齢者医療制度を創設するなど、財政運営面のみならず給付体系面においても独自の体系を設けることで対応しているが、しかし、高リスク・低負担の人的カテゴリーを抜き出し、助けられる者と助ける者を明確に分け、それを給付管理の方向に機能させることは、社会保険という仕組みの基本原理に反することであるし、これは生活保護の医療扶助における問題とも重なり合い、その限りで医療扶助受給者と低所得被保険者の両方を合わせて「低所得者の医療保障の在り方」として総合的に検討する必要に迫られる。この点、一定の要件に該当する（生活保護受給要件該当者（要保護者）より広範囲の）低所得者については、保険料を支払う旨の申出のない限り、「保険料免除プラス一部負担の免除または軽減」という形で（それ以外の者と同じ）公的医療保険への加入を認めてもよいのではないかという考え方¹⁸⁷もあり、境界層対象者に対する韓国の試みは示唆になり得ると思われる。日韓両国とも、今後さらに少子高齢化による人口構成の変化や非正規雇用や失業の増加など就業構造の変化などにより医療保険における国民医療費増大や財政悪化の問題が深刻化されつつある中、国民誰もが平等に適切な医療を受けることができる国民皆保険体制をいかにして維持可能なものとしていくかは重要な課題となっており、その意味で本研究の意義があると考えられる。

¹⁸⁶韓国の場合、（保険料賦課体系は二元化されたままであるものの）医療保険における保険者が統合して一元化されているため、保険者が分立され財政調整により低所得者の多い国保や後期高齢者医療制度を支援する日本に比べては、低所得者層に対する支援に国民の抵抗感は低いと思われ、公費の投入においても、生活の困窮な者を制度に関係なく幅広く選定し、医療扶助としての医療給与制度という別立ての仕組みを作って包摂することが、より容易であったかもしれない。

¹⁸⁷新田秀樹「低所得者のための医療保障の方向性—福祉医療制度構想の顛末に学ぶ—」（法学新報第119巻第5号、2012.12）733-753頁。

日本と韓国の医療保障法制の特徴としては、やはり国民皆保険の体制の下ですべての国民に医療サービスへのアクセスが制限なく可能であることであるが、究極的には、全国民に差別なく適切な医療提供自体が保障されることが国民にとってより重要であり、そのために、公的医療保険の給付範囲に関する給付面での検討や、地域的偏在の是正を含む医療機関の適切な整備、適正な医療従事者の確保といった医療提供体制面における別途の検討が共に必要であり、今後の課題としたい。

資料と参考条文

【資料1】 韓国の医療給与法制に基づいた医療給与受給者の法定本人負担金

医療給与機関		医療給与種別			
		1種受給権者 ¹	2種受給権者		
外 来 診 療	法第9条第2項第1号の第1次医療機関の中、保健所・保健支所、保健診療所（以下、保健機関）	無料	無料		
	法第9条第2項第1号ガ目の第1次医療給与機関の中、保健医療院	院内で薬を直接調剤する場合	1500ウォン	1500ウォン	
		その他の外来診療	1000ウォン	1000ウォン	
		CT・MRI・PET等保健福祉部長官の定めで告示する診療	総給与費の5%	総給与費の15%	
	法第9条第2項第2号の第2次医療給与機関（病院・総合病院など）	院内で薬を直接調剤する場合	2000ウォン	総給与費の15%	
		その他の外来診療	1500ウォン		
		CT・MRI・PETなど保健福祉部長官の定めで告示する診療	総給与費の5%		
		慢性疾患患者 ²	院内で薬を直接調剤する場合	無料	1500
			その他の外来診療	無料	1000
			CT・MRI・PETなど保健福祉部長官の定めで告示する診療	無料	総給与費の15%
	法第9条第2項第3号の第3次医療給与機関（大学病院など）	院内で薬を直接調剤する場合	2500ウォン	総給与費の15%	
		その他の外来診療	2000ウォン		
		CT・MRI・PETなど保健福祉部長官の定めで告示する診療	総給与費の5%		
	法第9条第2項第1号の第1次医療給与機関の中、薬局及び韓国稀少医薬品センター	保健機関の交付する処方箋による直接調剤の場合	無料	無料	
医療機関及び保健医療院の交付する処方箋による直接調剤の場合		処方箋1枚当たり500ウォン	処方箋1枚当たり500ウォン		
薬師が処方箋によらず調剤する場合		薬局1回訪問当たり900ウォン	薬局1回訪問当たり900ウォン		
入 院	法第9条第2項の第1・2・3次医療給与機関	自然分娩に対する医療給与・6歳未満児童に対する入院診療として保健福祉部長官の定めで告示する医療給与	無料	無料	
		重症患者 ³		無料	
		その他の患者		総給与費の10%	
		CT・MRI・PETなど保健福祉部長官の定めで告示する診療		総給与費の10%	

診 療	食代	自然分娩に対する医療給与・6歳未満児童に対する入院診療として保健福祉部長官の定めで告示する医療給与・精神疾患の定額数価対象	無料	無料
		重症患者	所定額の5%	所定額の5%
		その他の患者	所定額の20%	所定額の20%

注)

1. 第1種受給権者の外来本人負担金は、2007年医療給与法施行令改正により、同年7月1日から施行
2. ここでいう慢性疾患者は、慢性腎不全患者・代謝障碍患者・ガン患者・筋肉病患者・臓器利殖患者などを示す。（『医療給与数価の基準及び一般基準』第17条）
3. ここでいう重症疾患は、保健福祉部長官の定めで告示される疾患であり、『健康保健の本人一部負担算定特例に関する基準』〔別表3〕「重症疾患算定特例対象」による。なお、本人一部負担金算定特例対象者は、申請・登録が必要であり、その算定特例には特例適用期間（希少・難治性疾患及びガン患者は5年間など）がある。（『医療給与数価の基準及び一般基準』第17条の2）

根拠)

医療給与法第10条（給与費用の負担）

給与費用は、大統領令で定めるところによりその全部は一部を第25条による医療給与基金から負担し、医療給与基金で一部を負担する場合にはその残り分の費用は本人が負担する。

医療給与法施行令第13条（給与費用の負担）

法第10条で規定により基金から負担される給与費用の範囲は別表と同様である。

医療給与法施行令〔別表1〕『医療給与基金から負担する給与費用の範囲』（大統領令第24700号、2013.9.3一部改正、2013.10.1施行）

参照：

韓国保健福祉部告示『医療給与数価の基準及び一般基準』（2013.10.1施行、2013-133号）

韓国保健福祉部告示『健康保健の本人一部負担金算定特例に関する基準』（2013.1.4告示、2013-4号）

【資料2】医療給与制度から健康保険に転換された者に対する対応

国民健康保険法施行規則第15条（本人負担額軽減対象者の基準）国民健康保険法施行令第19条第1項の〔別表2〕（療養給与扶養の中で本人が負担する負担率及び負担額）第3項ラ目における所得認定額の算定基準とする世帯の範囲、所得及び財産の範囲、所得認定額算定方法及び扶養義務者のない又は扶養を受けることのできない場合の具体的な基準は、以下の〔別表5〕による。

国民健康保険法施行令〔別表2〕第3項ラ目

「医療給与法施行令」第3条第2項第1号ラ目により告示される希少・難治性疾患を持つ者、希少難治性疾患以外の疾患で6ヶ月以上治療を受け又は治療の必要である者及び18歳未満の児童（以下、「希少難治性疾患など」という）の中で、所得及び財産を合わせた額（以下、「所得認定額」という）が「国民基礎生活保障法」第6条第2項により公表される最低生活費の120%以下であり、希少難治性疾患などの1村の直径血族及びその配偶者（以下、「扶養義務者」）のいない又は扶養義務者がいても扶養能力のない又は扶養を受けることができない者と

して、保健福祉部令の定めにより公団に対する本人負担額の軽減認定申請をし、その認定を受けた場合は、次の区分により計算した金額を負担する。この場合、所得認定額の基準になる世帯の範囲、所得及び財産の範囲、所得認定額算定方法など所得認定額の算定に必要な事項及び扶養義務者の具体的な基準は、保健福祉部令で定める。

国民健康保険法施行規則〔別表5〕保健福祉部令第211号、2013年9月30日一部改正・施行

〔別表5〕本人負担額軽減対象者の基準

1. 所得認定額の基準

施行令**別表2第3号ヲ目**による所得認定額は、同日による稀少・難治性疾患患者などが属する世帯(以下、「所得認定額算定基準世帯」という)の所得評価額と財産の所得換算額を合わせて算定する。

ガ. 所得認定額算定基準世帯の範囲

区分	具体的範囲
所得認定額算定基準世帯に含まれる人	1. 「住民登録法」による世帯別住民登録票に記載される人（同居人は除外） 2. 1. 以外の人で次の各項目に該当する人 (1)1. に該当する人の配偶者（事実上の婚姻関係にある人を含む） (2)1. に該当する人の未婚子で、30歳未満の人
所得認定額算定基準世帯から除外される人	1. 現役軍人など法律上の義務を履行するために他の場所で居住しながら義務履行と関連して生計が保障されている人 2. 外国に3ヶ月以上滞在している人 3. 「刑の執行及び収監者の処遇に関する法律」及び「治療監護法」などにより刑務所・拘置所・治療監護施設などに収容されている人 4. 「国民基礎生活保護法施行令」第38条による保障施設で給与を受給されている人 5. 失踪宣告の手中の人 6. 家出又は行方不明などの事由で警察署などの行政官庁に申告されて1ヶ月経たされた人

ナ. 所得評価額は実際の所得から「国民基礎生活保護法施行規則」第2条第2号から第5号まで及び第10号に該当する金額を除いた金額と算定する。この場合、実際所得の具体的な範囲は「国民基礎生活保障法施行令」第3条で定めることに従い、同条第1項第4号ナ目に該当する金額は含まれない。

ダ. 財産の所得換算額は支援世帯の財産（一般財産、金融財産、自動車）価額に所得換算率をかけて算定し、所得換算の対象となる財産の具体的な範囲、所得換算額の算定方法、財産価額の算定基準及び所得換算率は次の項目と同じである。

1) 所得換算の対象となる財産の具体的な範囲は、「国民基礎生活保障法施行規則」第3条第1項の各号で定めることに従う。ただし、「地方税法」第124条による自動車の中で排気量2,000cc未満の車両10年以上の自動車は、「国民基礎生活保障法施行規則」第3条第1項第1号による一般財産に含み、第1号ガ目の所得認定額算定基準世帯から除外される人の財産を所得認定額算定基準世帯に含まれる人が使用・受益する場合には、これをその所得認定額算定基準世帯の財産とする。

2) 財産の種類による具体的な所得換算額の算定方法は、「国民基礎生活保障法施行規則」第4条第1項で定めることに従う。ただし、一般財産の所得換算額を算定する場合、「国民基礎生活保障法施行規則」第4条第1項第1

号ガ目の場合にはその金額の100分の250に該当する金額を除く。

3) 財産価額の算定基準及び所得換算率は、「国民基礎生活保障法施行規則」第3条第3項及び第4条第2項で定めることに従う。

2. 扶養義務者の基準

ガ. 扶養義務者がいても扶養能力のない場合

1) 扶養義務者が扶養すべき本人負担額軽減対象者が1名の場合：扶養義務者が属する住民登録上世帯の第1号ナ目による実際所得が「国民基礎生活保障法」第6条第2項により公表される最低生計費（以下、「最低生活費」という）の3倍に該当する金額未満であること。

2) 扶養義務者が扶養すべき本人負担額軽減対象者が2名以上の場合：扶養義務者が属する住民登録上世帯の第1号ナ目による実際所得が最低生活費の3倍に該当する金額に、本人負担額軽減対象者1名を超過する人当たりの最低生活費の100分の25に該当する金額を合わせる金額未満であること。

ナ. 扶養義務者がいても扶養を受けられない場合

1) 「兵役法」により徴収される又は召集される場合

2) 「海外移住法」第2条による海外移住者の場合

3) 第1号ガ目の所得認定額算定基準世帯から除外される者に該当する場合

【資料3】国民健康保険の療養給付費用における本人負担額・率

国民健康保険法施行令第19条（費用の本人負担）

① 法第44条により療養給与の費用の中、本人が負担する費用の負担率及びその負担額は別表2と同じである。この場合法第41条第1項第2号の薬剤（第22条第1項第1号及び第2号により療養給与費用が決められている漢薬剤や薬剤は除外する）に対し、本人の負担費用は第22条第1項第3号のナ目の規定にも関わらず、同条により保険福祉部長官が審議委員会の審議を経て告示する金額の範囲内で療養機関が当該薬剤を購入した金額を療養給与費用として算定する。

② 第1項により本人が負担する費用(以下、「本人負担額」という)の年間総額(別表2第4号により負担した金額は除外する)が別表3*による金額を超える場合には、公団がその超える金額を負担する。

③ 本人負担額は療養機関の請求により療養給与をもらった加入者又は被扶養者が療養機関に納付する。その時療養機関は法第41条第2項及び第3項により保健福祉部令の定める療養の給与事項又は非給与事項の以外に入院保証金などの他の名目で請求することはできない。

④ 公団は、加入者又は非扶養者が第2項により公団が負担する金額を療養機関に納付した場合には、その金額を加入者又は非扶養者に支給する。

〔別表2〕療養給与費用の中で本人の負担する負担率及び負担額

〔別表2〕第3項ラ目は、第1項（療養給与の本人負担率）、2項（特定疾病群に対する本人負担率）にも関わらず次の各目に該当する場合にはその各目で定める金額を負担すると定め、ラ目で「医療給与法施行令」により告示される希・難治性疾患患者などの中で次上位階層に対し、本人負担の軽減を認めており、その本人負担は次のようである。

- 1) 希少・難治性疾患の場合、入院期間中の食代の20%
- 2) 希少・難治性疾患以外の疾患で6か月以上治療を受け又は治療の必要である者及び18歳未満の児童の場合、次の表に該当する金額に入院期間中の食代の20%を加えた額

機関の種類	区分	本人負担額
上級総合病院	外来診療及び入院診療	療養給与費用総額の14/100
総合病院・ 病院・ 歯科病院・ 漢方病院・ 療養病院	「医療給与法施行令」別表第2号 が目による慢性疾患の慢性疾 患に対する外来診療	医師または歯科医師、漢医師が医薬 品及び漢薬を直接調剤する場合 1500ウォン
	その他の外来診療	1000ウォン
	その他の外来診療及び入院診療	療養給与費用総 額の14/100
医院・ 歯科医院・ 韓医院・ 保健医療院	外来診療	医師または歯科医師、漢医師が医薬 品及び漢薬を直接調剤する場合 1500ウォン
	その他の外来診療	1000ウォン
	入院診療	療養給与費用総 額の14/100
保健所・ 保健支所・ 保健診療所	外来・入院診療	無し
薬局・ 韓国希少医薬品 センター	薬事法第23条第3項但書きにより処方箋に従わず直接調剤	900ウォン
	保健所、保健支所、保健診療所以外の療養機関で発給された処方箋により 調剤	500ウォン
	保健所、保健支所、保健診療所の処方箋により調剤	無し

【資料4】次上位階層の選定基準

1) 所得認定額基準

○国民基礎生活受給権者のない世帯として所得人定額が最低生計費の120%以下の世帯

<2014年度次上位階層医療給与所得認定額基準>

世帯規模	1人世帯	2人世帯	3人世帯	4人世帯	5人世帯	6人世帯
最低生計費(ウォン/月)	630,430	1,027,417	1,329,118	1,630,820	1,932,522	2,234,223
次上位基準(ウォン/月)	636,590	1,083,925	1,402,219	1,720,515	2,038,811	2,357,105

- ただし、受給権者世帯の財産の所得換算時基礎控除額は次のようにする

<財産から控除する基礎控除額>

大都市	中小都市	農漁村
9,500万ウォン	7,750万ウォン	7,250万ウォン

※大都市：特別市・広域市の「区」（都農複合郡を含む）、中小都市：都の「市」、農漁村：都の「郡」
例えば、一般財産が1億ウォンの場合、7,750万ウォン(中小都市)を控除し、残りの金額から所得換算率（一般財産）月 4.17%を適用

○ 自動車基準

- 2,000cc未満の乗用車の中、車齢10年以上の車両は一般財産基準を適用
- その他自動車基準は、「国民基礎生活保障事業案内第2編Ⅳ.財産調査の自動車基準」を準用

2) 扶養義務者基準

○ 扶養義務者の範囲

- 受給権者を扶養する責任のある者として「受給権者の配偶者、1村の直系血族及びその配偶者」

○ 扶養義務者の扶養能力の判定

- 実際所得を基準として扶養義務者の扶養能力の判断
- 扶養義務者の扶養能力の認定所得は、扶養義務者の実際所得が以下の未満であれば「扶養能力なし」と判定

※ 扶養義務者の財産は所得として換算されない

※ 次上位医療給与では、扶養能力の「有無」のみ判定する(そのため、国民基礎生活保障対象者のように扶養能力の判定するための費用費算定は必要でない)

韓国における医療保障に関連する法制

1. 国民健康保険法

*国民健康保険法第5条（適用対象など） ①国内に居住する国民は、この法による健康保険の加入者または被扶養者とする。ただし、次の各号に該当する者は除外する。1. 医療給与法により医療給与を受ける者（受給権者）
2. 独立遺功者礼遇に関する法律および国家遺功者など礼遇及び支援に関する法律により医療保護を受ける者、但し、次の各目に該当する者は加入者または被扶養者とする。ガ. 遺功者など医療保護対象者の中で健康保険の適用を申請した者、ナ. 健康保険の適用を受けた者が医療保護対象者になったが、健康保険適用排除を申請しなかった者、②第1項の被扶養者は、次の各号に該当する者の中で、職場加入者に主な生計を依存する者として報酬または所得のない者である。1. 職場加入者の配偶者、2. 職場加入者の直系尊属（配偶者の直系尊属を含む）
3. 職場加入者の直系卑属（配偶者の直系卑属を含む）とその配偶者、4. 職場加入者の兄弟・姉妹

*国民健康保険法第6条（加入者の種類） ①加入者は職場加入者と地域加入者と区分する。②すべての事業場の勤労者及び使用者、公務員及び教職員は職場加入者になる。ただし、次の各号に該当する者は除外する。1. 雇用期間が1か月未満の日雇い勤労者、2. 兵役法による現役兵、転換服務された者及び武官候補生、3. 選挙による公務員として毎月の報酬または報酬に準ずる給料をもらっていない者、4. その他事業場の特性・雇用形態及び事業の種類を考慮して大統領令の定める事業場の勤労者及び使用者または公務員及び教職員、③地域加入者は職場加入者とその被扶養者を除外する加入者をいう。

*国民健康保険法施行令第9条（職場加入者から除外される者） 法第6条の第2項第4号で、大統領令の定める事業者の勤労者などというのは、次の各号に該当する者である。1. 非常勤勤労者または1か月の間、所定の勤労時間が60時間未満の短時間勤労者、2.非常勤教職員または1か月の間、所定勤労時間が60時間未満の時間制公務員

及び教職員、3. 所在地が一定でない事業場の勤労者及び使用者、4. 勤労者のないまたは第1号に該当する勤労者のみを雇用する事業場の事業主

*国民健康保険法第108条（保険財政に対する政府の支援）

①国は、毎年予算の範囲内で、当該年度の保険料予想収入額の100分の14に相当する金額を国庫から公団に支援する。

②公団は、国民健康増進法で定めるところにより同法による国民健康増進基金から支援を受けられる。

③公団は、第1項により支援された財源を次の各号の事業に使用する。

1. 加入者及び被扶養者に対する保険給与

2. 健康保険事業に関する運営費

3. 第75条（低所得者などに対する軽減）及び第110条第4項（失業者特例）による保険料軽減に対する支援

④公団は、第2項により支援された財源を次の各号の事業に使用する。

1. 健康検診など健康増進に関する事業

2. 加入者又は被扶養者の喫煙による疾病に対する保険給与

3. 加入者又は被扶養者の中で65歳以上の老人に対する保険給与

（但し、本条は、法律第11141号（2011年12月31日全文改正）の附則第2条により、2016年12月31日まで有効にする。）

*国民健康保険法第110条（失業者に対する特例）

①使用関係が終わった職場加入者の中、保健福祉部令で定める者は、地域加入者になった以降に第79条により最初地域加入者保険料の告知を受けた日から、その納付期間の2ヶ月過ぎない時まで、公団に職場加入者としての資格を維持することを申請することができる。（2013.5. 22改正、改正以前は、最初地域加入者保険料の納付期間以内に申請することであり、改正の申請期間延長により失職された者の保険料負担を緩和させる）

②第1項により、公団に申請した加入者（以下、「任意継続加入者」という）は、第9条（資格の変動）にも関わらず、大統領令の定める期間（国民健康保険法施行令第77条、任意継続加入者適用期間：使用関係の終了した翌日から起算して24か月になる日までの期間）の間、職場加入者の資格を維持する。但し、第1項による申請後、最初に支払う職場加入者の保険料をその納付期間から2ヶ月以内に払わない場合にはその資格を維持しない。（2013.5. 22改正、新設）従来から、国民健康保険法施行令により、任意継続加入者適用期間が6ヶ月から12ヶ月、24か月に延長されつつある。

③任意継続加入者の報酬月額、第70条にもかかわらず、使用関係の終わった日が属した月を除外する直前3か月の間の報酬月額を平均した金額とする。（2013.5. 22改正、改正以前には、直前3か月に支給された報酬を平均した金額を報酬月額としたことであり、その報酬月額の金額が変わる。）

④任意継続加入者の保険料は、保健福祉部長官の定めで告示するところにより、その一部を軽減することができる。

⑤任意継続加入者の報酬月額保険料は、第76条第1項及び第77条第1項第1号にも関わらず、その任意継続加入者が全額を負担し、納付する。

⑥任意継続加入者が保険料を納付期間まで支払わない場合には、その給与制限に関しては、第53条第3項・第5項・第6項を準用する。その場合、第69条第5項による世帯単位の保険料は、第110条第5項による保険料として

見なされる。

⑦任意継続加入者の申請方法・手続きなどに必要な事項は、保健福祉部令で定める。

2. 国民基礎生活保障法

*国民基礎生活保障法施行令第4条（扶養能力のない場合）

①法第5条第3項で「扶養義務者がいても扶養能力のない場合」というのは、扶養義務者が次の各号に該当する場合を示す。この場合、第2号に該当する扶養義務者は個別世帯に属しない他の直系血族に対してのみ扶養能力がないと見なされる。

1. 受給者の場合

2. 直系尊属または「障害者福祉法」による重症障害者である直系卑属を自宅で扶養する場合

3. 次の各目に該当する者として財産の所得換算額が保健福祉部長官の告示する金額未満である場合
ガ、第3条による実際所得から疾病・教育及び世帯の特徴を考慮して保健福祉部長官の告示する金額を除いた金額（以下、「差引された金額」という）が最低生活費の100分の130未満の者

ナ、日雇い勤労に従事する者。日雇い勤労というのは、勤労をした日や時間によって勤労の代価を計算する勤労であり、雇用契約期間が1ヶ月未満の勤労をいう。

4. 第1号から第3号までの者のその他の者として、次の各目の要件のすべてに満たされる場合

ガ、差引かれた所得が受給権者及び当該扶養義務者の各々の最低生活費を合わせた金額の100分の130未満であること。但し、老人・障害者・父母中いずれの者がいる家庭など、受給権者世帯の特性により特に生活の困難であると保健福祉部長官が認める場合は、100分の185未満であること。

ナ、財産の所得換算額が保健福祉部長官の告示で定める金額未満であること。

ダ、扶養義務者の差引かれた所得から扶養義務者の最低生活費の100分の130（ガ目但し書きの場合は100分の185）に該当する金額を除いた金額の範囲で、保健福祉部長官の定める金額を受給権者に定期的に支援すること。

5. その他、疾病・教育・世帯の特徴により扶養能力がないと保健福祉部長官が定める場合

②保健福祉部長官は、第1項にも関わらず、扶養義務者である婚姻した娘などの扶養能力に対しては、認定基準を緩和して定められる。

*国民基礎生活保障法施行令第5条（扶養を受けられない場合）

法第5条第3項で「扶養義務者がいても扶養を受けられない場合」というのは、扶養義務者が次の各号のいずれかに該当する場合をいう。

1. 「兵役法」により徴集される又は召集される場合

2. 「海外移住法」第2条による海外移住者に該当する場合

3. 第2条第2項第3号から第6号に該当する場合

（刑務所などに収容されている者、障害者施設・老人住居福祉施設などの施設で給与を受けている者、失踪宣告の手続きの進行中の者、行方不明などが申告され1ヶ月が経つ又はその事実が確認された者（筆者補充））

4. 扶養を忌避又は拒否する場合

5. その他、受給権者が扶養を受けられないと特別自治道知事・市長・群首・具役所長が確認した場合

3. 医療給与法

*医療給与法第3条（受給権者）①本法による受給権者の次の各号と同様である。

国民基礎生活法による受給者(第1号)の他、災害救護法による罹災民として保健福祉部長官が医療給与の必要であると認める者(第2号)、義死傷者礼遇及び支援に関する法律により医療給与を受けられる者(第3号)、入養特例法により国内に入養された18歳未満の児童(第4号)、独立有功者礼遇に関する法律の適用をされている者やその家族として国家報勲処(国家有功者又はその遺族に対する報勲、除隊君人の支援などその他法令の定める報勲に関する事務を行うために国務総理の所属に設置された中央行政機関)が医療給与の必要とすると推薦した者の中で保健福祉部長官が医療給与の必要と認めた者(第5号)、文化財保護法により指定された重要無形文化財の保有者(名誉保有者を含む)とその家族として文化財庁長が医療給与の必要とすると推薦された者の中で、保健福祉部長官が医療給与が必要と認めた者(第6号)、北朝鮮離脱住民の保護及び定着支援に関する法律の適用をされている者とその家族として保健福祉部長官が医療給与が必要であるとされた者(第7号)、5.18民主化運動関連者の補償などに関する法律第8条により補償金等もらった者とその家族として保健福祉部長官が医療給与の必要とされた者(第8号)、路宿人等の福祉及び自立支援に関する法律による路宿人として保健福祉部長官が医療給与の必要とされた者(第9号)、その他生活維持能力がない又は生活の困難な者として大統領令で定める者(第10号)である。

*医療給与法第7条（医療給与の内容など）

①この法による受給権者の疾病・負傷・出産などに対する医療給与の内容は次の各号と同様である。1. 診察・検査、2. 薬剤・治療材料の支給、3. 処置・手術とその他の治療、4. 予防・リハビリ、5. 入院、6. 看護、7. 移送とその他医療目的の達成のための措置

②第1項による医療給与の方法・手続き・範囲・限度など、医療給与の基準に関しては保健福祉部令で定め、医療数値基準やその計算方法に関しては保健福祉部長官が定める。

③保健福祉部長官は、第2項による医療給与の基準を定める時は、業務または日常生活に害されない疾患など保健福祉部令の定める事項は医療給与対象から除外されることができる。

*医療給与法施行規則（保健福祉部令第212号）第8条（医療給与の範囲など）

①法第7条による医療給与の範囲（以下、「医療給与対象」という）は次の各号と同様である。

1. 法第7条第1項各号の医療給与（薬剤を除外する）：第9条による非給与対象を除外した一体のもの

2. 法第7条第1項第2号の医療給与（薬剤に限る）：「国民健康保険療養給与の基準に関する規則」第11条の2、第12条及び第13条により療養給与の対象として決定及び調整し告示されるもの

②「国民健康保険療養給与の基準に関する規則」第8条第2項及び第4項は医療給与対象に関してこれを準用する。

*医療給与法施行規則 第9条（非給与対象）

法第7条第3項の規定により医療給与の対象から除外された事項（以下、「非給与対象」という）は、「国民健康保険療養給与の基準に関する規則」別表2に規定された非給与対象とする。

*医療給与法施行令第3条（受給権者の区分）（同条の規定に基づき、受給権者区分を筆者により整理）

(1) 国民基礎生活保障法による受給者中、一種医療給与受給権者の選定基準（施行令第3条2項）

○医療給与法第3条第1項第1号の規定による「国民基礎生活保障法」による受給権者の中で次に該当する者のみに構成される世帯の構成員（世帯単位給与）

- 18歳未満の者
- 65歳以上の者
- 「障害者雇用促進及び職業再活法」第2条第2号及び同法施行令第4条の規定による重症障害者
- 保健福祉家族部長官の定める疾病又は負傷に該当しない疾病・負傷又はその後遺症により3ヶ月以上の治療及び療養の必要である者（医師の診断書添付）

※ 治療が完了され、勤労能力を回復された場合には第2種に還元

- 次の各号の者は2種受給権者に適用することを原則とする
- ・ 投薬などにより健康管理が可能な慢性疾患者
- ・ 障害登録が可能な疾患であり、その診断書を提出する者

ただし、1-4級障害に該当する疾患であり、診断書を提出する場合は、障害登録後1種受給権者として選定する

- ただし、勤労が不可能であると診断書を提出する場合は、診断医師との面談及び診療記録の確認を経て1種受給権者として選定される

○ 勤労能力のない又は勤労の困難であると認められ、保健福祉家族部長官が定める者のみに構成される世帯

- 20歳未満の中・高校在學生（在学証明書添付）
- 「障害者雇用促進及び職業再活法」第2条第2号及び同法施行令第4条の規定による重症障害者に該当しない障害者福祉法上4級以内の障害者
- 未就学の子を養育する受給権者

※世帯別に1人に限り、養育できる他の世帯員がある又は、社会福祉施設（幼稚園、保育園など）等で養育又は保護サービスを提供される場合は除く

※保育料支援部署を通じて児童保育料支援可否を確認

- 以下のような疾病・負傷又は障害のため、挙動の困難な世帯員などにより6ヶ月以上の保護が必要な世帯員を見守り又は保護する受給権者（診断書添付及び事実確認後選定）

・ 認知症、重症登録障害者(1-2級, 精神・知的などの障害は3級を含む)、居宅看護の対象者など

(2) 二種医療給与受給権者の選定基準

○国民基礎生活保障受給権者の中、医療給与1種受給権者の基準に該当しないもの

医療給与の対象者は医療給与法第3条により、医療給与1種と2種に分けられる。医療給与法施行令によると医療給与2種は、「国民基礎生活保障法施行令第7条の規定による勤労能力のある受給者に該当しない者（国民基礎生活保障法施行令第8条第1号ガ目に該当するものを含む）のみに構成された世帯の構成員」ではない場合の貧困層に該当する。国民基礎生活法の趣旨が貧困層の最小限度の生活保障という点や医療給与法の趣旨が貧困層の医療利用の経済的限界を解消とすることである点からすれば、医療利用は「勤労能力の有無」によって決定されることではないとし、1種・2種の差別に異議を提起する見解もある。

*医療給与法第26条（基金の管理・運営）

①基金は一般会計と区分した別途の勘定を設定し管理すべきである。

②基金は給与費用、代支給にかかる費用、第33条第2項により業務委託に係る費用及びその他医療給与業務に直接かかる費用として保健福祉部令の定める費用にのみ使用すべきである。

*医療給与法施行規則第28条（基金の管理・運営）

⑦法第26条第2項に「保健福祉部令の定める費用」というのは、次の各号の費用を言う。

1. 受給権者の本人負担金を支援するための費用
2. 法第5条の2による事例管理事業の遂行のための費用
3. 手当・日用雑金・国内旅費・教育費・受容費・手数料及び保健福祉部長官が定める物品購入費などは、当該年度基金支出金額の1000分の3を超過することができない。

*医療給与法施行令第13条（給与費用の負担）

①法第10条により基金から負担する給与費用の範囲は別表 I と同じである。

④第1項の規定により、基金から負担する給与費用の他、受給権者が負担する本人負担金（以下、「給付対象本人負担金」という）は、第3項の規定により受給権者が負担する本人負担金は医療機関の請求により受給権者が医療給与機関に支給する。

⑤第4項の規定により医療給与機関に支給した給与対象本人負担金が毎30日間次の各号の金額を超過する場合には、その超過する金額の100分の50に該当する金額を保健福祉部令の定めるところにより市長・郡首・区役所長が受給権者に支給する。ただし、支給すべき金額が2千ウォン未満である場合には、それを支給しない。

1. 1種受給権者：2万ウォン、2. 2種受給権者：20万ウォン

⑥給与対象本人負担金から第5項により支給される金額を除いた金額が次の各号の金額を超過する場合は、その超過金額を基金から負担する。但し、その超過金額が2千ウォン未満の場合は、これを受給権者が負担する。

1. 1種受給権者：毎30日間5万ウォン、2. 2種受給権者：毎6ヶ月間60万ウォン

⑦市長・郡首・区役所長は、受給権者が第6項の本文の規定により基金から負担すべき超過金を医療給与機関に支給された場合には、保健福祉部令の定めるところによりその超過金額を受給権者に支給する。

4. その他法令

*補助金管理に関する法律第9条（補助金の対象事業及び基準補助率など）

補助金が支給される対象事業、経費の種目、国庫補助率及び金額は毎年の予算で定める。但し、地方自治団体に対する補助金の場合、次の各号に該当する事項は大統領令で定める。

1. 補助金の支給される対象事業の範囲
2. 補助金の予算計上申請及び予算編成時、補助事業別に適用される基準となる国庫補助率（以下、「基準補助率」という）

*補助金管理に関する法律施行令第4条（補助金支給対象事業の範囲と基準補助率） ①法第9条第1号による補助金の支給される地方自治団体の事業の範囲及び同条第2号による基準補助率は**別表1**と同様である。但し、別表2で定める地方自治団体の事業は補助金の支給対象から除外する。

②基準補助率は、当該会計年度の国庫補助金、地方費負担額、国家の財政融資金として調達された金額、受益者の負担する金額とその他企画財政部長官の定める金額を合わせた金額の中で国庫補助金が占める比率とする。