

# 「社会保障と税の一体改革」と国民皆保険

佐藤卓利

## 目次

### はじめに

- I 国民皆保険を支える市町村国保
  - (1) 社会保障としての国民皆保険
  - (2) 国民皆保険の仕組み
  - (3) 市町村国保の財政
- II 「無保険者」の増大と国民皆保険の「空洞化」
  - (1) 「無保険者」の増大
  - (2) 国民皆保険「空洞化」の実態
  - (3) 高すぎる国保料が「無保険者」を生み出す
- III 「社会保障と税の一体改革」は国民皆保険を解体する
  - (1) 社会保障制度改革国民会議の基本的な考え方
  - (2) 市町村国保運営の都道府県への移行

## はじめに

安倍晋三首相は、2013（平成25）年10月1日、首相官邸で記者会見し、2014年4月1日から消費税率を5%から8%へ引き上げると表明した。またその会見で「世界に冠たる国民皆保険、皆年金を次世代に引き継いでいく」、「増収分は社会保障にしか使わない」とも明言した（「京都新聞」2013年10月2日付、「朝日新聞」10月4日付など）。

2014年4月1日からの消費税率の引き上げは、すでに2012年8月に民主党野田佳彦前内閣の下で民主党・自民党・公明党の3党合意によって成立した消費税増税法にもとづく既定の方針であったが、それは社会保障の充実を大義名分としたものであった。

「社会保障と税の一体改革」の名目で、消費税増税法と同時に成立した社会保障制度改革推進法は、「第一条 ……安定した財源を確保しつつ受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度の確立を図るため、社会保障制度改革について、考え方その他の基本となる事項を定めるとともに、社会保障制度改革国民会議を設置すること等により、これを総合的かつ集中的に推進することを目的とする」と謳っている。

同法は、「公的年金制度」「医療保険制度」「介護保険制度」「少子化対策」を社会保障制度改革の基本方針とし、同法施行1年以内に社会保障制度改革国民会議（以下、国民会議）の審議の結果

等を踏まえて、法制上必要な措置を講ずるとしている。国民会議は1年間の期限内に20回開催され、2013年8月6日に最終報告書（以下、報告書）を提出し、その役割を終えた。報告書は、医療・介護に関しては具体的な提案をしており、それを受けて安倍内閣は、社会保障制度改革の項目や道筋を定めたプログラム法案を10月15日閣議決定し、「重要法案の一つ」として臨時国会での成立を目指している（「京都新聞」2013年10月22日付）。

プログラム法案の主な内容は、医療については「70～74歳の医療費自己負担2割に上げ」「高額医療費の自己負担上限見直し」「大企業の健康保険組合の負担増」「国民健康保険の運営の都道府県移管」、介護については「高所得者の介護費自己負担2割に上げ」「軽度者向けサービスの市町村移管」「特養ホーム入所者の食費補助見直し」など、国民負担増プログラムが目白押しである（「日本経済新聞」2013年10月15日付、夕刊）。

本稿では、報告書に盛り込まれた「社会保障4分野の改革」のうち「医療・介護分野の改革」を取り上げ、それらが、安倍首相の言う「世界に冠たる国民皆保険」をかえって一層危うくするものであることを明らかにする。まず「国民皆保険」の仕組みと働きを分析し、事実上の無保険者の増大という国民皆保険の「空洞化」を打開するためには、国の財政負担による市町村国保の強化こそが必要であることを確認する。

さらに報告書が主張する社会保障制度改革推進法の基本的考え方、つまり「日本の社会保障制度は、自助・共助・公助の最適な組合せに留意して形成すべき」という考え方を、社会保障としての国民皆保険をしっかりと支えるという視点から批判する。

## I 国民皆保険を支える市町村国保

### (1) 社会保障としての国民皆保険

社会保障としてすべての国民に国が責任を持って医療を保障するわが国独自の制度が、国民皆保険である。1958年に国民健康保険法が改正され、1961年までに既存の公的医療保険（健康保険や共済組合など）に加入していなかった人はすべて、市町村国民健康保険（市町村国保）に加入することになった。これにより国民皆保険が制度として完成したと言われる。

旧国保法と新国保法の大きな違いは、旧法では「助け合い」の制度であった市町村国保が、新法では「社会保障」の一環となったことである。旧法では、国保の目的は「第一条 国民健康保険ハ相扶共済ノ精神ニ則リ疾病、負傷、分娩又ハ死亡ニ関シ保険給付ヲ為スヲ目的トスルモノトス」となっていたが、新法では「第一条 この法律は、国民健康保険事業の健全な運営を確保し、もつて社会保障及び国民保健の向上に寄与することを目的とする」と変わった。言うまでもなく新法のこの規定を支えるのは日本国憲法第25条の生存権規定である。

しかし厳密に言うと現実にはすべての人が公的医療保険に入っているわけではない。そもそも保険という制度は、保険料を納付していることが保険から給付を受ける条件なのであるから、保険料を払えない人は、保険から排除されてしまう。これは医療保険だけではなくすべての保険に言えることである。国民皆保険が社会保障制度であるためには、保険に入れない人でも必要な医療を差別なく受けられる仕組みによって補われなくてはならない。その仕組みが生活保護法にも

とづく医療扶助である。

社会保障制度は、社会保険と公的扶助（生活保護）を二大支柱として作られている。前者の財源は保険料と税、後者の財源は税である。社会保険にも税が投入されていることに注意したい。国民皆保険は、3000を超える医療保険から成り立っているが、これらの医療保険は職域・地域などによる違いはあるが、いずれも法律により加入が強制される社会保険である。被用者（民間企業の社員や公務員など）は、保険料を雇い主と折半して支払っており、その保険料は給与に比例している。大企業の社員が入る健康保険組合（健保組合）や公務員・私学教職員が入る共済組合の給付には、税は投入されていないが、中小企業の社員が入る協会けんぽ、75歳以上の人が入る後期高齢者医療制度、自営業者や無業者が入る国民健康保険（市町村国民健康保険と国民健康組合）には、多額の税が投入されている。

協会けんぽ、後期高齢者医療制度、国保などになぜ税が投入されるのであろうか。それは社会保険の仕組みによって、国民に医療保障を提供するためには出来るだけ多くの人に保険に入ってもらわなければならないからである。そのために加入を法律によって強制するとともに、低所得の人でも可能な限り保険料が払えるように、保険料に応能負担原則を取り入れることで低所得者の保険料を相対的に低額に抑え、場合によっては保険料の減免ができるように制度がつくられている。民間保険ではリスクが高い人（たとえば病気になりやすい人など）は、リスクに応じて保険料が高くならざるを得ないが、低所得の人でもカバーする社会保険では、その人たちの保険料を低く抑えても保険財政の維持が可能であるためには、税の投入が不可欠なのである。これは、社会保障の制度の支柱として社会保険の仕組みを利用するために、避けられないことである。

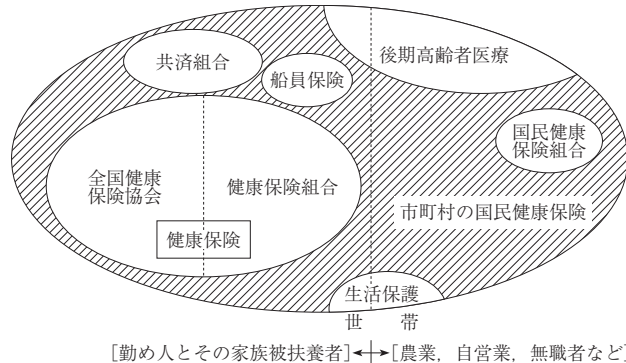
## （2）国民皆保険の仕組み

ここで、あらためて国民皆保険の仕組みを確認しておこう。1958年改正の新国保法は、第5条で「市町村又は特別区（以下単に「市町村」という。）の区域内に住所を有する者は、当該市町村が行う国民健康保険の被保険者とする」と謳っている。この規定が国民皆保険の根拠である。つづく第6条で「適用除外」が規定されており、健康保険、船員保険、国家公務員共済組合、地方公務員等共済組合、私立学校教職員共済の被保険者およびその被扶養者、高齢者の医療の確保に関する医療の規定による被保険者、生活保護世帯、国民健康保険組合（国保組合）の被保険者が、「適用除外」となっている。

図1を見てほしい。斜線の部分が市町村国保がカバーする部分である。この部分には、他の医療保険に入れない人が入ることになっている。たとえば国保組合に入っていない自営業者、失業や不安定雇用にあるため健康保険などの被用者保険に入っていない（あるいは排除されていると言ってもよい）人、1年以上の長期滞在外国人などが含まれる。また国保に入っていた人が、生活保護を受けると国保から外れることになる。

概して低所得で病気になりやすい失業者や不安定雇用者、退職により被用者保険を脱退した高齢者などの医療リスクの高い（医療を受ける確率の高い）人の受け皿として市町村国保は作られている。その意味で市町村国保は国民皆保険の土台であるといえる。あるいは「最後の砦」とも言われている。この土台をしっかりと固めるために、国庫負担等の税財源の投入が必要不可欠なのである。

図1 国民皆保険の概念図



〔勤め人とその家族被扶養者〕←→〔農業、自営業、無職者など〕  
 (出所) 椋野美智子・田中耕太郎著『はじめての社会保障 第8版』2011年、  
 有斐閣、26ページより引用。

民間（私）保険である生命保険では、リスク高い人（たとえば罹病歴がある人とか高齢者）は、リスクの大きさに応じて高い保険料を払わなければならない。これを保険原理という。保険会社は、厳密な保険数理の計算にもとづいて保険商品を設計し販売しているが、保険数理の基礎にあるのはリスク計算である。保険原理の徹底は、リスクの高い人に高い保険料を求めることにより、本来もっとも保険を必要としている人を保険から排除してしまうという矛盾を持っている。

社会保険は、国庫負担等の税財源の投入より、この矛盾をできるだけ弱めることで社会保障制度の支柱として機能している。リスクに見合った保険料、保険料に応じた給付という保険原理とともに、必要な人に対して公費負担で給付するという扶助原理が社会保険にはある。このように社会保険は、保険原理と扶助原理の2つの原理を内包している。

2013（平成25）年度予算（案）では給付費の公費負担分として、市町村国保には約3兆4千億円、協会けんぽには約1兆2千億円、後期高齢者医療制度には約6兆5千億円がそれぞれ投入されているが、組合健保には財政逼迫組合に対する補助としてわずか15億円が支出され、共済組合にはまったく公費負担はない（表1参照）。つまり組合健保の大部分と共済組合は、公費負担がなくても仲間内の「助け合い」で、医療給付を実現している。これが可能なのは、被用者保険であるため、雇用主が保険料を半額（半額以上の企業もある）負担しており、また比較的給与水準が高い現役労働者を主な被保険者としているためである。他方で公費負担を必要とするのは、あるいは扶助原理を必要とするのは、「助け合い」の仕組み＝保険原理だけでは医療給付が困難な、市町村国保、国保組合、協会けんぽ、後期高齢者医療制度である。

国民皆保険は、これらの条件の異なる医療保険を束ねてつくられている。国民皆保険の下で、どの医療保険に入っている（医療保険に入っておらず生活保護の医療扶助を受けている人も）、同じ水準の医療を受けることができるが、各医療保険の財政状況は異なっている。いうまでもなく財政状況が、いちばん厳しい医療保険が市町村国保であるが、その理由は、先に述べたように相対的に有利な医療保険から排除された人々の受け皿となってきたからである。

### (3) 市町村国保の財政

まず全国の市町村国保の財政状況を確認しよう。表2を見てほしい。これは、厚生労働省の

表1 各保険者の比較

	市町村国保	協会けんぽ	組合健保	共済組合	後期高齢者 医療制度
保険者数 (平成24年3月末)	1,717	1	1,443	85 (平成23年3月末)	47
加入者数 (平成24年3月末)	3,520万人 (2,036万世帯)	3,488万人 被保険者1,963万人 被扶養者1,525万人	2,950万人 被保険者1,555万人 被扶養者1,395万人	919万人 被保険者452万人 被扶養者467万人 (平成23年3月末)	1,473万人
加入者平均年齢 (平成23年度)	50.0歳	36.3歳	34.1歳	33.4歳 (平成22年度)	81.9歳
65～74歳の割合 (平成23年度)	31.3% (平成22年度)	4.7%	2.5%	1.6% (平成22年度)	2.8% (※2)
加入者一人当たり 医療費 (平成23年度)	29.9万円 (平成22年度)	15.9万円	14.2万円	14.4万円 (平成22年度)	91.8万円
加入者一人当たり 平均所得(※3) (平成23年度)	84万円 一世帯あたり 145万円 (平成22年度)	137万円 一世帯あたり (※4) 242万円	198万円 一世帯あたり (※4) 374万円	229万円 一世帯あたり (※4) 467万円 (平成22年度)	80万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成23年度) (※5) 〈事業主負担込〉	8.1万円 一世帯あたり 14.2万円 (平成22年度)	9.9万円 〈19.7万円〉 被保険者一人あたり 17.5万円 〈35.0万円〉	10.0万円 〈22.1万円〉 被保険者一人あたり 18.8万円 〈41.7万円〉	11.2万円 〈22.4万円〉 被保険者一人あたり 22.7万円 〈45.5万円〉 (平成22年度)	6.3万円
保険料負担率 (※6)	9.7%	7.2%	5.0%	4.9% (平成22年 度)	7.9%
公費負担 (定率分のみ)	給付費等の 50%	給付費等の 16.4%	財政窮迫組合に 対する定額補助	なし	給付費等の 約50%
公費負担額(※7) (平成25年度予算 案)ベース)	3兆4,392億円	1兆2,186億円	15億円		6兆5,347億円

(※1) 市町村国保の加入者数、加入者平均年齢、協会けんぽ、組合健保及び後期高齢者医療制度については速報値である。

(※2) 一定の障害の状態にある旨の広域連合の認定を受けた者の割合である。

(※3) 市町村国保及び後期高齢者医療制度においては、「総所得金額(収入総額から必要経費、給与所得控除、公的年金等控除を差し引いたもの)及び山林所得金額」に「雑損失の繰越控除額」と「分離課税所得金額」を加えたもの。

市町村国保は「国民健康保険実態調査」、後期高齢者医療制度は「後期高齢者医療制度被保険者実態調査」によるもので、それぞれ前年の所得である。

協会けんぽ、組合健保、共済組合については「加入者一人あたり保険料の賦課対象となる額」(標準報酬総額を加入者数で割ったもの)から給与所得控除に相当する額を除いた参考値である。

(※4) 被保険者一人あたりの金額を表す。

(※5) 加入者一人あたり保険料額は、市町村国保・後期高齢者医療制度は現年分保険料調定額、被用者保険は決算における保険料額を基に推計。保険料額に介護分は含まない。

(※6) 保険料負担率は、加入者一人あたり平均保険料を加入者一人あたり平均所得で除した額。

(※7) 介護納付金及び特定健診・特定保健指導、保険料軽減分等に対する負担金・補助金は含まれていない。

(出所) 厚生労働省「我が国の医療制度の概要」5ページ。http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryoyouken01/dl/01a.pdf

「平成23年度国民健康保険(市町村)の財政状況＝速報＝」に掲載されている「単年度収支差黒字・赤字保険者の状況(市町村)」である。平成23(2011)年度では、全国に保険者(市町村国保)が1,717ある。このうち黒字保険者が917、赤字保険者が800、それぞれの割合が53.4%と46.6%となっている。

表3は、同じ資料から採った「国民健康保険の財政状況(市町村)＝速報ベース＝」である。これを見ると、平成23年度(見込)の単年度収支差引額は、1,019億円の黒字であるが、これは単

表2 単年度収支差黒字・赤字保険者の状況（市町村）

年度	保険者数 総数	単年度 収支 差引額	黒字保険者			赤字保険者						
			保険者数		黒字額	保険者数		赤字額	赤字保険者の内訳			
			割合			割合			新規赤字 保 険 者		継続赤字 保 険 者	
平成	保険者	億円	保険者	%	億円	保険者	%	億円	保険者	億円	保険者	億円
19	1,804	▲1,290	521	28.9	327	1,283	71.1	▲1,616	576	▲715	707	▲901
20	1,788	93	976	54.6	1,116	812	45.4	▲1,024	222	▲172	590	▲851
21	1,723	61	808	46.9	1,028	915	53.1	▲962	457	▲372	458	▲590
22	1,723	293	820	47.6	1,239	903	52.4	▲946	373	▲337	530	▲609
23	1,717	1,019	917	53.4	1,617	800	46.6	▲597	325	▲209	475	▲388

注1) 単年度収支差引額は、医療給付分と介護分を合わせたもの。

注2) 割合は、保険者総数に対する割合である。

(出所) 厚生労働省『平成23年度国民健康保険（市町村）の財政状況＝速報＝』4ページ。

表3 国民健康保険の財政状況（市町村）＝速報ベース＝

科 目		平成22年度（実績）			平成23年度（見込）			全体の 対前年 度増減 額	全体の 対前年 度伸び 率	
		全 体	(再掲) 医療給 付金	(再掲) 介護分	全 体	(再掲) 医療給 付金	(再掲) 介護分			
		億円	億円	億円	億円	億円	億円	億円	%	
入	単 年 度 収 入	保 険 料 (税)	29,861	27,362	2,499	30,411	27,755	2,656	550	1.8
		国 庫 支 出 金	33,196	30,469	2,727	34,359	31,365	2,994	1,163	3.5
		療 養 給 付 費 交 付 金	6,028	6,028	—	7,174	7,174	—	1,146	19.0
		前 期 高 齢 者 交 付 金	27,142	27,142	—	29,569	29,569	—	2,427	8.9
		都 道 府 県 支 出 金	8,720	8,109	611	8,956	8,292	664	236	2.7
		一 般 会 計 繰 入 金 (法 定 分)	4,332	4,245	87	4,282	4,189	93	▲49	▲1.1
		一 般 会 計 繰 入 金 (法 定 外)	3,979	—	—	3,903	—	—	▲76	▲1.9
		共 同 事 業 交 付 金	14,384	14,384	—	14,767	14,767	—	382	2.7
		直 診 勘 定 繰 入 金	1	1	—	3	3	—	2	181.4
		そ の 他	375	—	—	407	—	—	31	8.3
	小 計	128,019	—	—	133,831	—	—	5,812	4.5	
	基 金 繰 入 (取 崩) 金	717	—	—	621	—	—	▲95	▲13.3	
	(前 年 度 か ら の) 繰 越 金	2,555	—	—	2,664	—	—	109	4.3	
市 町 村 債	13	—	—	11	—	—	▲2	▲12.7		
合 計 (収 入 総 額)	131,304	—	—	137,127	—	—	5,824	4.4		
入	総 務 費	2,047	—	—	1,890	—	—	▲157	▲7.7	
	保 険 給 付 費	88,291	88,291	—	90,821	90,821	—	2,530	2.9	
	後 期 高 齢 者 支 援 金	14,518	14,518	—	15,915	15,915	—	1,397	9.6	



支 出	単	前期高齢者納付金	25	25	—	47	47	—	22	86.7	
	年	老人保健拠出金	199	199	—	7	7	—	▲192	▲96.4	
	度	介護納付金	6,271	—	6,271	6,887	—	6,887	616	9.8	
	支	保健事業費	924	924	—	968	968	—	44	4.8	
	出	共同事業拠出金	14,355	14,355	—	14,752	14,752	—	397	2.8	
		直診勘定繰出金	49	49	—	46	46	—	▲3	▲6.4	
		その他	1,046	986	60	1,478	1,435	42	431	41.2	
		小計	127,726	—	—	132,811	—	—	5,085	4.0	
		基金積立金	398	—	—	462	—	—	63	15.9	
		前年度繰上充用(欠損補填)金	1,811	—	—	1,527	—	—	▲284	▲15.7	
		公債費	16	—	—	16	—	—	▲0	▲0.7	
		合計(支出総額)	129,951	—	—	134,816	—	—	4,864	3.7	
	収支差引合計額		(A)	293			1,019			727	
			(収入総額－支出総額)	1,353			2,312			959	
国庫支出金精算額等		(B)	▲611			▲534			77		
清算後単年度収支差引額		(A)+(B)	▲318			486			804		
決算補填のための一般会計繰入金		(C)	3,583			3,508			▲76		
決算補填のための一般会計繰入金を除いた場合の清算後単年度収支差引額		(A)+(B)-(C)	▲3,901			▲3,022			879		
基金積立金等			2,929			3,394			465		

(注1) 端数の関係上、合計及び収支差がずれることがある。

(注2) 前期高齢者交付金、後期高齢者支援金、前期高齢者納付金及び老人保健拠出金については、当年度概算額と前々年度精算額を加えたものとなり、平成22年度の精算は平成24年度に、平成23年度の精算は平成25年度にそれぞれ行われる。

(注3) 「清算後単年度収支差引額」とは、当該年度の実質的な収支を見るために、単年度収支差に国庫支出金精算額等を加えたものであり、「国庫支出金精算額等」とは、療養給付費負担金及び療養給付費交付金に係る前年度の精算額を控除し、翌年度に行われる当該年度の精算額を加えた額である。

(注4) 「基金積立金等」とは、当年度末における純資産に当年度の療養給付費負担金・療養給付費交付金に係る精算額を加えたものである。ただし、純資産は以下のように計算している。

$$\text{純資産} = (\text{基金等保有額} + \text{次年度への繰越金} + \text{貸付金等} + \text{その他の資産}) - (\text{繰上充用金(当年度赤字額)} + \text{当年度末市町村債残高} + \text{その他の負債})$$

(注5) 医療給付分と介護分を分けられない科目を仮にすべて医療給付分とした場合、清算後単年度収支差引額は平成23年度で1008億円となる。

(注6) 一般会計繰入金(法定分)のうち、保険基盤安定(保険者支援分)、保険基盤安定(保険料軽減分)及び基準超過費用については、国、都道府県、市町村のそれぞれの負担割合に応じ、国庫支出金、都道府県支出金に振り分けている。

(注7) 一般会計繰入金(法定外)については、①決算補てん等目的分と②それ以外分に分類される。

①は主に、事後的な決算の補てん、地方独自の保険料の負担緩和等に充てることを目的とし、

②は主に保健事業や事務費への充てん目的となっている。

(出所) 表2に同じ、3ページ。

年度収入(13兆3,831億円)から単年度支出(13兆2,811億円)を引いた額である。ここだけを見ては、市町村国保の財政危機は判らない。そこで収入の内訳を見てみると、保険料(税)収入3兆411億円、前期高齢者交付金2兆9,569億円、都道府県支出金8,956億円、市町村一般会計からの繰入金が法定分4,282億円、法定外3,903億円、国庫支出金3兆4,359億円が、おもな項目である。

法定外の一般会計からの繰入金とは、法令による根拠はないけれども国保を運営する市町村が

独自の判断にもとづき一般会計から国保特別会計へ繰入れているお金である。市町村が、法定外の繰入れを行わなければならないのは「決算補てんのため」であり、これを行わないと決算が赤字となってしまふからである。赤字にならないために保険料（税）を上げればよいとの考えもあるが、そうすれば保険料負担に耐えかねて、滞納者・未納者が増えるのは明らかであり、そうした事態をできるだけ避けるために、被保険者の実情を勘案して「保険料（税）の負担緩和を図るため」に、一般会計からの法定外繰入がなされているのである。

法定外の一般会計繰入金のうち、決算補てんのための一般会計繰入金3,508億円を収入から除いた清算後単年度収支差額は、3,022億円の赤字となっている。国保を運営する市町村の法定外の繰入なくして国保は、維持できない現状が理解できるであろう。

さらに指摘しておきたいのは、国保特別会計の収支を均衡させるため、翌年度の収入を“先食い”する「前年度繰上充用」という手法が用いられていることである。表3に掲載されている支出項目のなかの「前年度繰上充用（欠損補填金）金」1,527億円は、平成22年度の国保会計の赤字を埋合せるため、22年度に流用したお金を23年度に支出したことを示している。年度末にお金がなければ、新年度分として集めた保険料をとりあえず充用するという年度を越えた赤字の付け回しといえる。ここに国保財政の苦しいやり繰りの姿が見える。単年度収支では見えてこない、この「前年度繰上充用」を含めると約4,500億円が、全国市町村国保の実質的な赤字の総額といえる。

## II 「無保険者」の増大と国民皆保険の「空洞化」

### (1) 「無保険者」の増大

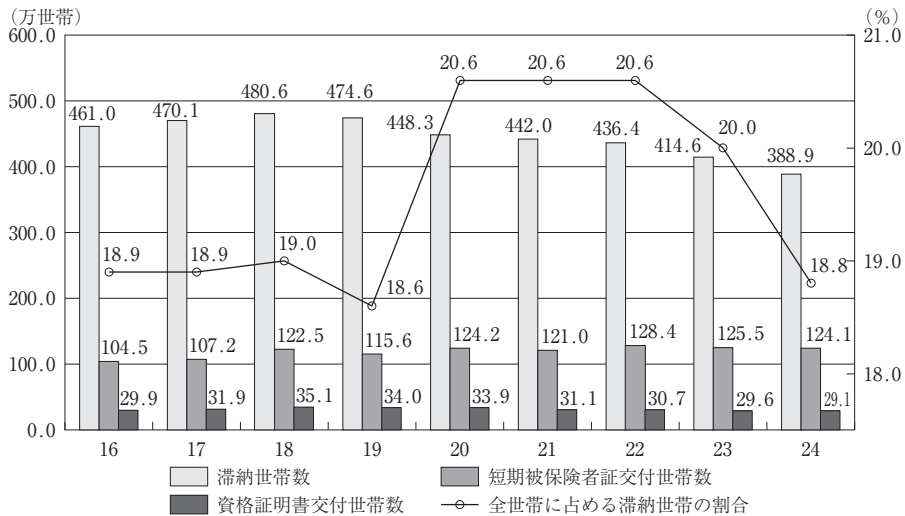
前節の「(1)社会保障としての国民皆保険」で述べたように、社会保険の仕組みだけでは、必要な人すべてに適切な医療を提供できない。社会保険を貫く保険原理の限界は、扶助原理によって補われなければならない。それは2つの領域でなされている。1つは、社会保険の中に扶助原理を取り入れること、もう1つは、社会保険とは別に扶助原理による医療保障制度を用意することである。前者が、保険財政運営における応能負担（所得に応じて保険料を支払うなど）の原則や国庫等の公費負担である。後者が、生活保護制度における医療扶助である。

国民皆保険の仕組みは、この二つの領域における扶助原理により支えられている。保険という「共助＝連帯」の仕組みに、国が社会保障（医療においてはすべての人が、適切な医療を平等に受けられるということ）を実現する立場で介入し、国民すべてにいずれかの医療保険に入ることを義務づけたのが、国民皆保険という制度である。

国民皆保険は、働く所や住む所が異なる人々、また所得や資産に格差がある人々を職域別・地域別のカバーしてきた既存の医療保険を包括したものである。市町村国保が既存の医療保険に入れなかった人の受け皿となることにより、国民皆保険が達成されたことはすでに述べた。保険料や給付条件が違う各医療保険を束ね、公費の投入により各保険間の格差をできるだけ少なくすることにより、社会保障としての医療制度が実現した。それゆえ保険原理という限界を内包しつつも、国民皆保険は医療における社会保障の制度であると評価されている。「世界に冠たる国民皆



図2 保険料（税）の滞納世帯数等の推移



(出所) 表2に同じ, 7ページ。

保険」と誇ってもよい。

しかし、近年の「無保険者」の増大は、国民皆保険の建前が揺らいでいることを示している。現実には社会保険によっても、医療扶助によっても医療を受けられない人々が無視しえないほどに多くいる。市町村国保に入っている、保険料の未納が1年以上続くと健康保険証が取り上げられ、それに代えて「資格証明書」が交付される。それは厚生労働省の定義によれば、「保険料を納付することができない特別な事情がないにもかかわらず、長期にわたって保険料を滞納している世帯主に対して交付するもの」である。資格証明書では、病院の窓口での支払いは、全額自己負担となる。後日、市町村の国保担当課に申請すれば、7割が戻ってくることになっているが、過去の滞納保険料が差し引かれるので、資格証明書の交付は、事実上「無保険者」を作り出すことになっている。

資格証明書の交付は、機械的になされるべきではなく、「特別な事情」について十分な実態把握を行い、滞納者に対しては保険料の減免制度や生活保護制度について説明し、その利用の可能性も検討されなければならない。相談窓口での親切で丁寧な対応が求められる。また資格証明書の交付にいたる前に、「短期被保険者証」という有効期限の短い保険証の交付により、被保険者との接触を保ちつつ納付を促す仕組みがある。しかし被保険者が相談窓口に来所せず、長期にわたって短期被保険者証が窓口に残り置かれ、被保険者に届かないため事実上の無保険状態が作られているケースも多い。

図2は、滞納世帯数、資格証明書交付世帯数、短期被保険者証交付世帯数、の推移を示している。近年、滞納世帯数は減る傾向にあるが、それでも平成24(2012)年で388万9千世帯である。これは、全世帯数の18.8%にあたる。資格証明書世帯数は29万1千世帯、短期被保険者証世帯数は124万1千世帯であり、その数に大きな変化は見られない。多額の滞納を抱えたこれらの世帯が事実上の無保険状態に陥ることになる。

しかし無保険者は、国保料(税)の滞納者からのみ生まれているのではない。本来は健保組合

や協会けんぽなどの被用者医療保険に加入すべき人たちが、そこから排除されたまま国保にも入らない（入れない）ケースが急増している。国民皆保険の建前では、無保険者は存在しないはずである。失業等により被用者の身分を失った場合、先に述べたように「適用除外」の対象からはずれるため、制度上市町村国保に切り替わることになる。また失業の長期化により生活が困窮し、保険料が払えない状態になれば生活保護が対応することになるはずである。しかし、現実には医療保険と医療扶助の制度的谷間に無保険者が堆積している。これが国民皆保険の「空洞化」といわれる事態である。

## （2）国民皆保険「空洞化」の実態

国や自治体による無保険者の実態調査はない。したがってその包括的な状況を把握するすべはないが、全国民主医療機関連合会（民医連）が、2012年1月から12月末にかけて、民医連に加盟する25都道府県の病院・診療所で把握した「経済的事由で治療が遅れ、死亡した」58の事例が、国民皆保険の「空洞化」の実態を知るうえで参考になる<sup>1)</sup>。

58事例のうち「正規保険証」を持っていた人は19人、「無保険等」は39人であった。39人のうち「無保険」22人（38%）、「国保資格書」4人（7%）、「国保短期証」13人（22%）であった。また保険証を持っていた人は、「国保証」11人（19%）、「退職者国保」2人（3%）、「後期高齢者」4人（7%）、「協会けんぽ」2人（3%）であった（「報告書」では、%表示であったので、引用者が母数にそれぞれの割合をかけて人数を出した）。

男女比は、男性78%、女性22%である。年齢構成は、40歳代7%、50歳代22%、60歳代52%、70歳代16%、80歳代3%である。「無保険者等」の割合は、40歳代では70%を超え、50歳代では100%、60歳代でも60%台である。「働き盛りの世代で無保険、国保資格書、国保短期証の比率が高い」と「報告書」は述べている。

雇用形態に注目すると、無職43%、非正規雇用29%、アルバイト5%、自営業9%、年金9%、その他不明5%となっている。無職や非正規雇用など「経済的基盤が弱い層」に「経済的事由で治療が遅れ、死亡した」事例が集中していることがわかる。雇用形態と保険との関係を見ると、非正規雇用では約70%が、無職では約60%が、「無保険」「国保資格書」「国保短期証」であり、事実上の無保険者である。

無職の人や非正規雇用の人が、事実上無保険の状態で死亡した事例を2つ「報告書」から引用する（引用に際して専門用語の短縮は、引用者が訂正した。また収入の表記を「15万」を「月額15万円」などのようにわかりやすくした）。

### 58歳、無職、胃がん、短期保険証の事例

「地域から『食べられなくて痩せてしまっている方がいるが、お金がなくて受診できないでいる』と相談があった、ソーシャル・ワーカーが自宅を訪問し受診を進め治療を開始した。バスの運転手をリストラされ派遣の仕事についたが失業し、経済的に困窮していた。収入は失業手当と妻のパート収入（前年は年額78万円であった）で生活していた。妻のパート収入を含めて月額15万円。入院後は妻のパート収入のみで月額8万円。入院にともない妻はパートの仕事をひとつ増やし月額14万8千円となったが、がんは進行した。狭窄が高度で摂食障害があり、EDチューブ（成分栄養チューブ—引用者）を挿入し栄養を確保した。化学療法を行い腫瘍が縮小しリンパ節も縮小し

たところで全摘手術を行った。その後も化学療法を続けたが、2012年5月24日亡くなられた。」

### 67歳、非正規雇用、肺がん、無保険の事例

「警備会社に10年以上勤務。65歳までは正社員だったが、以後、臨時職員扱いとなり社会保険を喪失した。国保に加入しておらず給料は、月額約16万円。出勤途中に呼吸が苦しくなり救急搬送される。病状は肺がん（脳と副腎に転移の疑いあり）に、肺炎を併発。一時、病状が安定したので、点滴を抜くことができたが、四肢の脱力があり食事摂取ができず、点滴管理を行う。緩和ケア病棟への移動を待つ間に永眠。」

リストラや定年退職後の臨時職員という経済状態が、事実上の無保険状態と深く結び付いていることが、上記の2つの事例から読み取れる。前者の事例では、失業後の低収入が国保の滞納を余儀なくさせ、短期保険証の発行となったと思われる。後者の事例は、退職後の臨時職員の身分が、健康保険からの排除の理由のようであるが、これは雇用主の保険料負担の回避と見ることができる。また健康保険の資格喪失が自動的に国保資格の取得とはならず、本人が加入申請の手続きを取らなければ、無保険状態に置かれ、行政が実態を把握できない制度的欠陥が国民皆保険にあることを示している。

### (3) 高すぎる国保料が「無保険者」を生み出す

ふたつの事例からわかるように、無保険状態となる原因は、不安定雇用の広がりや失業の増大が人々の暮らしを貧困化させていること、そして健康保険からの脱退を余儀なくされた人々を国保が受けとめられないことにある。国保に加入できない最大の理由は、国保の保険料が経済的困窮者には高すぎるためである。図2に示されている全国で約400万にのぼる滞納世帯の多くは、保険料を払いたくても払えない人々であると言ってよい。

もう一度、表1の「各保険者の比較」を見てほしい。他の保険者との比較でみた市町村国保の特徴は、後期高齢者医療制度を別にすれば、加入平均年齢が高く、加入者一人当たり平均所得が低く、保険料負担率が高いということである。

保険料は家族構成によって異なるので、大阪社保協が作成した国保のモデル世帯「夫婦（共に40歳以上）、子ども2人の4人世帯、個人事業者で夫の所得が200万円、固定資産税5万円の世帯」<sup>2)</sup>使って、毎日新聞が2009年6月に行った全国調査を参考に保険料負担の重さを考えてみよう。

「モデル世帯」の全国平均保険料は、325,000円から349,999円である。所得200万円の世帯が、32万円から35万円、率にして16%から17.5%の保険料を支払わなければならない。ちなみに、いちばん高いのは大阪の寝屋川市で、504,030円、約25%である。このような、家計の実態を無視した高い保険料の設定が無保険者を生んでいるのである。

なぜ、市町村国保は、このような高い保険料を設定しなければならないのか。根本的な原因は、1984年の国保法改正で、国保への国庫負担が従来の医療費ベースの定率45%プラス調整交付金5%から、医療給付費ベースの50%（医療費ベースでは38.5%）に引き下げられたことによる。ここでの医療費とは、患者の自己負担分も含んだ費用であり、医療給付費とは、自己負担を除いた保険からの給付費のことである。当然のことながら、国庫負担の対象が狭くなれば、国庫負担自体は少なくなる。

さらに2006年度からは、それまで国庫負担50%のうち定率負担40%、残りの10%が国庫負担財

政調整交付金という配分方式をとっていたが、定率国庫負担が40%から34%に、国庫負担財政調整交付金10%から9%に、引き下げられ、減少分の7%を都道府県が負担する都道府県財政調整交付金が導入された。国庫負担の割合は、近年いっそう少なくなっている。

国保財政の状況は、国庫負担割合の減少によって悪化し、市町村の法定外一般会計繰入金が増え、それでも増大する赤字に対して保険料の値上げという手段をとると、高すぎる保険料を払えない未納者・滞納者が増え、国保収入の減少、赤字の増大、保険料の値上げという悪循環が生じることになった。しかしこのような未納者・滞納者が増える構造的な問題に手をつけず、未納者・滞納者へのペナルティーとして資格証明書の発行や短期被保険者証の留め置きがなされている。

厚生労働省は、2000年に1年以上の滞納者に対して保険証を交付せず「資格証明書」を交付するように市町村に義務づけたが、こうした措置が、保険料（税）の収納率向上に効果がないことは、全国的に見て収納率が、平成11（1999）年度の91.4%から平成22（2010）年度88.6%に低下していることからもわかる。<sup>3)</sup>

無保険状態とそれが原因での受診の遅れから、死亡にいたるケースが広く知られるようになり、社会の関心が高まるなかで、資格証明書が交付された世帯の子どもが、無保険状態に陥っていることに対しては、2008年の国保法改正により、2009年から中学生以下の子どもには短期被保険者証を交付することになり、2010年からは対象が高校生以下へと拡大された。

しかし、大人の無保険状態については、全国的な実態調査もされず、各市町村で保険料の徴収強化が進んでいる。朝日新聞の調査によれば、全国の37市区で国保滞納に対する財産の差し押さえ件数は2010年度までの4年間に5倍に増え、その件数は1万7020件に達している。そのうち滞納額が納付されず財産を換金して保険料に充当した件数は、6979件である（「朝日新聞」2011年8月29日付）。

滞納に対するペナルティーとして資格証明書を交付したり、財産の差し押さえを実施したりすることは、国保の財政危機を何ら解決するものではない。財産の差し押さえにまで至ったケースのなかには、急な経済状況の悪化による致し方の場合もある。そうした事情を考慮することなく、単順な保険原理の強化は、つまり保険料を支払わない者を事実上保険から排除することは、社会保障の否定である。国保の危機と国民皆保険の空洞化に対して、社会保障の強化が対置されなければならない。

### Ⅲ 「社会保障と税の一体改革」は国民皆保険を解体する

#### (1) 社会保障制度改革国民会議の基本的な考え方

「はじめに」で述べたように、「社会保障と税の一体改革」の道筋を示すとして設置された国民会議は、2013年8月6日に報告書を提出したが、その中の「第一部 社会保障改革の全体像」で「日本の社会保障制度は、自助・共助・公助の最適な組合せに留意して形成すべき」と主張している。その意味するところは、国民の生活は「自助」を基本としながら「共助」が自助を支え、自助や共助が対応できない場合については「公助」が補完する仕組みであるという。一見すると

常識的な考えのようにも思えるが、社会保障についての国民会議の考え方は、国が国民すべてに生存権を保障する責任を負い、その仕組みとして社会保障があるという憲法の考え方とは異なる。

あらためて、確認のために憲法第25条を引用する。「すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する。②国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない。」この憲法の生存権規定にもとづいて、戦後わが国の社会保障が分野ごとに整えられた。国民皆保険もその重要な制度として作られたことは、すでに述べた。しかし国民皆保険には、社会保険を包摂して作られたために、社会保険が主であり公的扶助が補完するという構造とならざるを得なかったという限界がある。この点を押さえた上で、国民会議の社会保険についての考え方を検討しよう。

国民会議は、「共助」を「社会連帯の精神に基づき、共同してリスクに備える仕組み」と定義する。そして「共助」の仕組みは、「社会保険方式を基本とする」として、さらに「これは、いわば自助を共同化した仕組みである」と言い換えている。この言い方には、自主的な共済事業（あるいは保険一般）と社会保険との区別がつけられていない。これが大問題である。「社会連帯の精神に基づき、共同してリスクに備える仕組み」という性格づけは、労働組合や協同組合が運営する自主的な共済事業には当てはまるが、社会保障制度の支柱として位置づけられた社会保険の性格づけとしては不十分である。

国民皆保険を構成する各医療保険の中には、健保組合や共済組合のように職域を基盤として作られ、理念としては同じ職域を基礎とする連帯によって組織され、財政的にも自立した医療保険もある。しかし、それらにしても雇用主の保険料拠出が法律により義務づけられているがゆえに、相対的に有利な財政運営が可能なのである。「社会連帯の精神」にもとづいてだけで、存続が可能なのではない。国が雇用主に対し被用者（従業員）の生活保障について義務を負わせる強制力が働いているのである。なぜ強制力を働かせるのかと言えば、健保組合や共済組合を社会保険と位置づけ、国民皆保険の下にそれらを包摂するためである。

民間保険と社会保険の違いを区別しない国民会議の考え方からは、「社会保険制度の財源は、原則、保険料である」との主張が出てくる。この主張によれば、「日本の社会保険制度には、多くの公費（税財源）が投入されている」が、これは原則からの逸脱であり本来の社会保険とはいえないということになる。この社会保険の理解は間違いである。この間違った理解が、国民皆保険解体への導きとなる。

国民会議の報告書のなかには、国民皆保険を評価するような叙述も見られる。「国際的に見ても低所得者や無職者まで含めて制度に加入させる仕組みは一般的なものではなく、1961（昭和36）年という日本がまだ貧しい段階でこれを実現したことは特筆に値する」と述べている。

しかしそのすぐ後で、「社会保険制度への公費投入の理由」は、2つあるとして、「1つは、無職者や低所得者も保険に加入できるよう、保険料の負担水準を引き下げることであり、もう1つは、保険制度が分立していることによる給付と負担の不均衡を是正することである」と述べる。そして「後者については、制度分立は保険者の仕組み方の問題であり、基本的には保険制度の中での調整が求められ、原則としては公費投入に頼るべきではなく、公費投入は保険者間で調整できないやむを得ない事情のある場合とすべきである」と主張している。

この主張の意味は、国民皆保険の維持のための公費投入はできるだけ抑え、保険者間の財政調



整に任せることを原則とすべきである。つまり保険者同士の「助け合い」で国民皆保険を維持し、国は「やむを得ない事情のある場合」だけ助けますよ、ということである。これはまさに「日本の社会保障制度は、自助・共助・公助の最適な組合せに留意して形成すべき」との先に紹介した基本的考え方を国民皆保険に適用した主張である。この主張では、国民皆保険の理解が、社会保障から社会保険へと一面化あるいは矮小化されているが、さらにその社会保険の理解も民間保険と本質的に異ならないものとなっている。国の責任が後景に霞んでしまっている。

## (2) 市町村国保運営の都道府県への移行

このように社会保険と国民皆保険を理解すると、多額の公費負担と市町村の法定外繰入により、かろうじて維持されている市町村国保は、社会保険から逸脱しているとみなされることになる。したがって、国保の財政危機は、保険者間の財政調整によって打開するのが筋であるとの主張となる。この筋に沿って国民会議は、「国民健康保険の保険者の都道府県移行」を提起した。

すなわち国保の財政危機の現状は、保険者間の財政調整である「従来の保険財政共同安定化事業や高額医療費共同事業の実施による対応を超えて」なされる必要があり、「財政運営の責任を都道府県に持たせることが不可欠」である。そして「医療提供体制改革の観点も踏まえれば……国民健康保険の保険者の都道府県移行が必要となろう」と。この国民会議の報告にもとづいて、安倍内閣は、2013年9月15日「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律案」（プログラム法案）を閣議決定した。この法案では2014年度から2017年度に、国民健康保険の運営を市町村から都道府県に移管することになっている。

市町村国保の都道府県への移管と、それと深く関連する医療提供体制については、別の機会に検討したい。

## 注

- 1) 全国日本民主医療機関連合会「2012年国保など経済的事由による手遅れ、死亡事例調査結果概要報告」（2013年3月29日）による。[http://www.min-iren.gr.jp/inochi-jinken/data/2013/1304\\_01.pdf](http://www.min-iren.gr.jp/inochi-jinken/data/2013/1304_01.pdf)
- 2) 寺内順子・寺越博之・平澤章『国保広域化でいのちは守れない』かもがわ出版、2010年、45-47ページ。
- 3) 厚生労働省「全国高齢者医療・国民健康保険主管課（部）長及び後期高齢者医療広域連合事務局長会議《保健局国民健康保険課説明資料》」平成24年2月26日、51ページ。[http://www.mhlw.go.jp/topics/1202/02/dl/tp120205-1-koku\\_setumei.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/1202/02/dl/tp120205-1-koku_setumei.pdf)