

2017年11月

国保の都道府県単位で生存権はどうなる？

社会保障か、それとも「相互扶助」か、

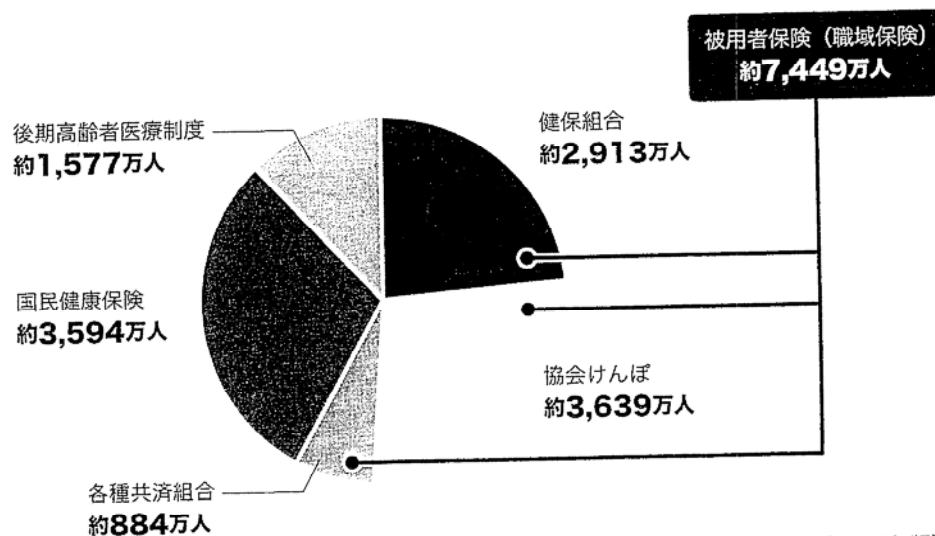
全国労働安全衛生研究会 甲府市議会 山田厚

はじめに 都道府県単位化に「議論と要望」がないと危ないことに

2018年4月から国民健康保険（以下国保とする）の都道府県単位化が始まります。それは、いままでの国保は市町村の保険者だけだったものが、これからは都道府県も国保の保険者となります。それによって国の強い指導の下に財政を担うのが都道府県であり、実務全般を担うのが市町村とされます。

国保は再重要な医療制度です。市町村の国保は、被用者保険（協会けんぽ・組合健保・共済組合）と後期高齢者医療保険に加入している以外で生活保護の医療扶助を受けている世帯を除いた国民のだれもが加入する公的医療保険です。加入者数は以前より減っているものの国保は協会けんぽに次ぐ日本最大級の規模です。

最大級の医療保険制度が国保です



出典：厚生労働白書（2015年版）

また国保の重要性は加入者数の多さだけでありません。今は被用者保険の加入者であっても退職すると後期高齢者医療制度に入る前には国保の加入者になります。つまりほとんどの国民に関係する国民皆保険制度の土台であり日本の社会保障の要です。もし国保の「内容と形」が崩されたら日本の公的医療=憲法に規定された生存権は維持できません。

この国保の都道府県単位化とは戦後の制度発足以来の「大改正」です。「大改正」なら、国の主張のようにメリットだけでなく、必ずデメリットやリスクも伴います。ましてや今の政権は、社会保障の後退と切り捨てを進めている安倍政治です。多くの「不安と疑問」が生まれて当然なのに、その「不安と疑問」がほとんど生じていません。マスコミも事態の大きさの割にはほとんど取り上げず、社会的な議論や関心もない状態です。自治体議会や国保運営協議会での論議もほとんどない状態です。2018年度を目前にして、何が行われるのか？ 保険料や保健事業はどうなるのか？・・・「議論と要望」もわからない状態のままとされています。

これまで国保のしくみや現状が分からないままに、なんとなく「都道府県が入り財政を担うとスケールメリットがあがり、特に財政が安定する」「国もいままでになく財政支援をしてくれる」「改善であって悪いことではない」といったイメージがあり、それがいまでも取り巻いています。

このまま、放置して2018年度を迎えて良い訳がありません。ここでは、国保の都道府県化に伴う「不安と疑問」を考え、大急ぎであっても2018年度を前に「議論と要望」など取り組む課題を考えていきましょう。

国が責任を持つ国保の社会保障としての原則が失われています

どうして、国保の「不安と疑問」「議論と要望」がほとんど見えないのか？ それは、まず、**国保の基本原則のしくみ**がよく分からなくなっているからです。自治体議会や国保運営協議会における当局の答弁で「国保は助け合いの制度ですから」「相互扶助として保険料は公平に収めてもらわないと」などとのことばが結構でできます。

これは「当たり前」のようにされていますが、これは間違いであり、そのままにしていては危険です。国保における憲法に規定された生存権・社会保障としての役割が内容的に崩されているからです。

安倍政権の国側は「**国保は助け合いの制度**」という考えを広げています。国民健康保険中央会（元厚生労働省所管・「国保新聞」発行）のホームページをみると「国民健康

保険制度のしくみ」の説明を次のようにしています。

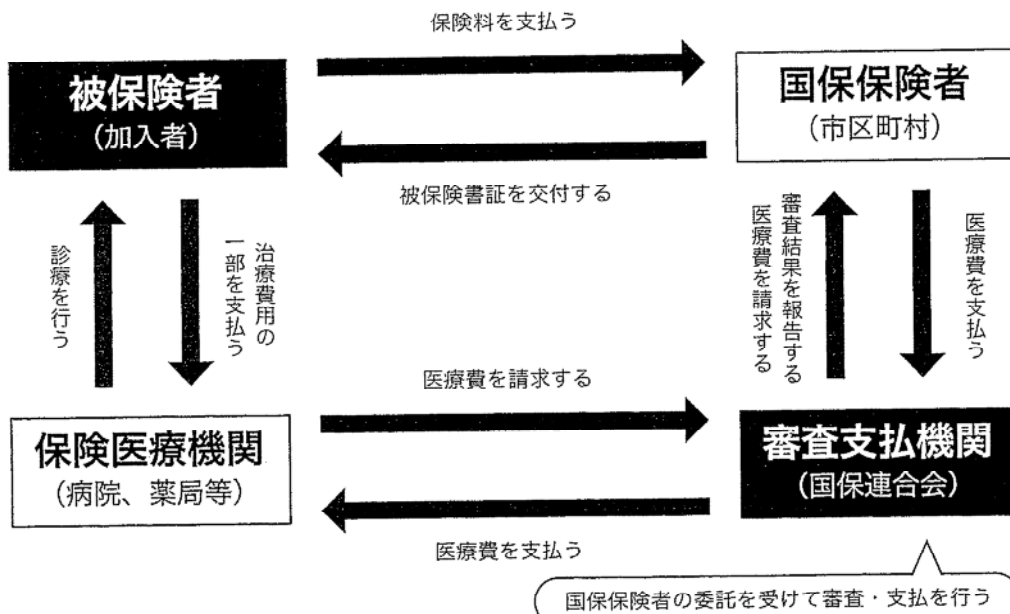
資料 国民健康保険（国保）のしくみ

国民健康保険（国保）とは、病気やケガをした場合に安心して医療を受けることができるよう、加入者が普段から保険料（税）を納め医療費の負担を支えあう、助け合いの制度です。

国保は、すべての人が何らかの医療保険に加入することとなっている我が国の「国民皆保険制度」の中核として、地域住民の医療の確保と健康の保持増進に大きく貢献しています。

なお、国保は、市区町村や国保組合（保険者といいます）により、加入者（被保険者といいます）が納める保険料（税）によって運営されています。国保の保険料（税）収納が不足すると、十分な給付が行えなくなり、国保に加入している方の医療費負担が大きくなってしまいます。助け合いの制度である国保を守るためにも、必ず納期までに保険料（税）を納めるようにしましょう。

国保のしくみ



「国民健康保険中央会ホームページ」より引用

この「国保のしくみ」を説明する短い文章でも、はじめの部分と終わりの部分に「助け合いの制度」が2回も強調されています。いいたいことは「助け合いの制度だから納期までに必ず保険料を納めること」ということです。これで「国保のしくみ」を説明したことになるのでしょうか？ しかもそのすぐ下には次のような「国保のしくみ」の図が掲げられています。この図には大きな欠陥があります。肝心な内容が抜け落ちているからです。

加入者〔被保険者〕と市町村〔保険者〕との関係の保険料で全ての国保の収支が行われているように説明されていますが、肝心な社会保障としての国の国保における財政的な役割がまったく明示されていません。市町村国保会計への重要な収入は加入者の保険料だけではありません。国や都道府県の交付金、また市町村一般会計からの繰入金も抜け落ちています。

これでは、国保は加入している被保険者世帯の「助け合い」で維持されているようになってしまいます。しかし国民健康保険法の4条をみてください。

第4条 国は、国民健康保険事業の運営が健全に行われるようにつとめなければならない。

国民健康保険法にも明記されていることが抜け落ちて「助け合い制度」として国の基本的な義務と責任が見えなくするのなら、社会保障制度ではなく、民間相互会社の医療保険か戦前の国保と同じになってしまいます。

戦前の国保との違いは「相互扶助」ではなく社会保障ということ

国保は戦前からありました。しかも戦争中の1938年〔昭和13年〕に「国民健康保険法」よってはじまりました。その第一条は「国民健康保険は相扶共済の精神に則（のっと）り」とされていました。

（旧）国民健康保険法

第1条 国民健康保険は相扶共済の精神に則り疾病、負傷、分娩又は死亡に関し保険給付を為すを目的とするものとす。

この国保は、住民相互の助け合い自助・共助が原則とする任意加入からはじまり強制加入への力が強まっても「国庫補助はなし」で相互扶助が原則の制度の性格でした。この当時は、1927年からの金融恐慌、1929年の世界恐慌によって社会の窮乏化が著しく進み、国民の健康破壊と「医療飢餓」が重大な社会問題となっていました。

そして1931年の「満州事変」、1937年「日華事変」と日中戦争の真最中であり、1941年の太平洋戦争開戦の直前です。当時の軍国主義国家としては、疲弊した国民の健康・虚弱体質＝兵力の疲弊を自助・共助で急いで改善させる必要がありました。そこで「衛生国策遂行」「健民健兵政策」を掲げ1938年には厚生労働省がつくられ、その初めての法律が旧国民健康保険法でした。

徴兵免除の不合格者は1920年代後半には徴兵検査1000人につき約250人。1930年代には350人から400人にまで増加。合格者であっても甲種合格者は筋骨薄弱者や結核患者が急増し年々増加していた。（『日本医療史』吉川弘文館）

軍国主義国家は、特に国保を重視しました。「国保なくして健民なし」を掲げ、「国民皆兵」という言葉に対応させて「国民皆保険」という標語も掲げられていたのです。（『国民健康保険20年史』）

当時の国は、国庫支出はしないものの全国町村会とともに、日本医師会など医療関係団体、そして大政翼賛会なども動員し積極的に国保の普及に力をいれました。当初は任意加入としながらも強制加入の傾向を強め、戦争中であっても被保険者の数は増大していきました。さらには国民皆保険総動員体制として普及は飛躍的に進み「昭和18年度末の被保険者は3.709万人に達し全国1万819市町村の95%について普及され、まさに国民皆保険が達成されんとするにいたった」（『国民健康保険40年史』）といえます。

国民健康保険発祥の地の『相扶共済』碑（埼玉県越谷市）

昭和23年国保10周年建立



新たな戦後の国保の出発は、国保の危機を克服するために国庫補助金の要求からはじまりました。1946年国保組合関係者からの陳情運動が連日連夜にわたって活発に行われました。

民主化を目指していた**占領軍のGHQ**も大きな関心を寄せ、1947年に「日本の国民健康保険は危機に瀕している・・・連合軍司令官は、国民健康保険が再生しかつ強力なるものになるのを見たいと思うものである」という声明を発表し、その第一に「国庫補助金を大幅に増額すること」を提示しました。（『国民健康保険40年史』）

1947年には生存権の規定を持つ憲法が施行され、社会的な気運の中で1948年に社会保障制度の要として新国民健康保険法が成立しました。

国民健康保険法

第1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。

国保は国庫の交付を前提にしています。現在、安易に使われている「自助・共助・互助」や「相互扶助」といった用語は、本来の社会保障制度を歪め崩す危険性があることをしっかり認識すべきです。

国保会計の収入は3つです。

- 1) 国から市町村〔東京23区も含まれます〕国保に支出される交付金 その他国庫補助金
- 2) 市町村の一般会計から市町村国保に繰り入れられる一般会計繰入金
- 3) 国保加入住民からの保険料〔税〕

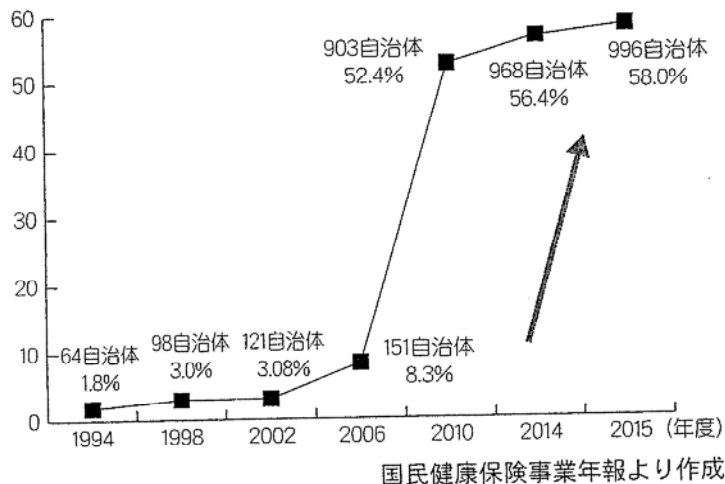
社会保障の主な基本的な財源は、使用者負担とともに国の公的負担です。国保においては、使用者負担はありませんから、特に国の公的負担が国保の主な財源となります。このことは単に、国の「財政支援」ということにとどまらず、原則は国の**国保への財政責任**ということだからです。

「国保会計の赤字」が、本当の国保の危機なのだろうか？

「国保の構造的危機」が言われてから既に10年以上もたっています。「赤字」の**保険者〔市町村自治体〕**が2015年度では996自治体となり全国の58%にもなっています。そのことから「都道府県の広域なら国保財政が安定するのでは」とか「国も財政支援をするようだ」という雰囲気がつくられていました。「不安と疑問」もなく国保の「大改正」が、安倍政治の指導で都道府県単位化が具体的にすすめられてきたのです。

国保の「大改正」が、安倍政治の指導で都道府県単位化が具体的にすすめられてきたのです。

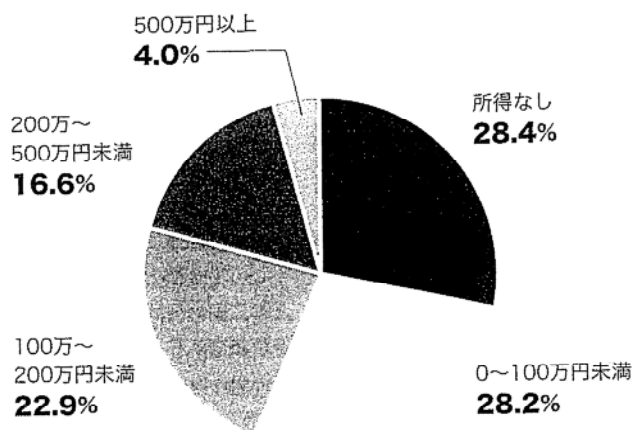
国保赤字保険者(自治体)の割合激増



しかし、本当の国保の危機とは、加入住民の生活を圧迫する重い保険料と「払いたくても払えない」滞納状況とさらには医療必要とするにもかかわらずガマンする受診抑制の傾向です。

次の図表のように、国保加入世帯は全国的に厳しい低所得状態となっています。所得なし世帯が28.4%、所得100万円以下の世帯が28.2%です。これだけで全体の60%近くにもなっています。所得200万円以下の世帯では全体の約80%にもなっています。

国保世帯の所得はこんなに低所得なのに



国民健康保険実態調査報告(2015年度)より作成

この国保加入者世帯の低所得状態は、戦後の大企業本位の産業構造の変化と雇用の非正規化、さらには年金額の引き下げが大きな要因といえます。50年以上前の主な国保

加入世帯は農林水産業と自営業者で68%でしたが、現在では非正規労働者や年金生活者や失業者で78%にもなっています。

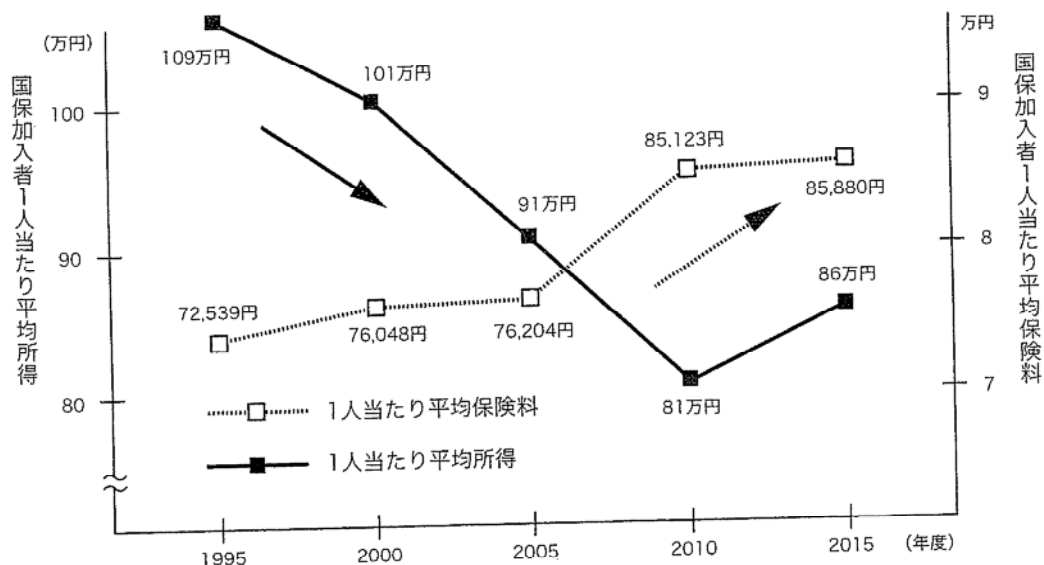
国保被保険者の職業別割合の変化

職業区分	1965年度	2015年度
農林水産業	42.1%	2.5%
自営業者	25.4%	14.5%
被用者	19.5%	34.1%
無職	6.6%	44.1%

国民健康保険実態調査報告（2015年度）より作成

この状況に国保保険料の負担増がかかっています。厚生労働省の統計から、この20年間を調査すると「国保加入者の1人当たりの平均所得」は23万円も下がっていますが、「一人当たりの平均保険料」は1万3341円も負担増となっています。

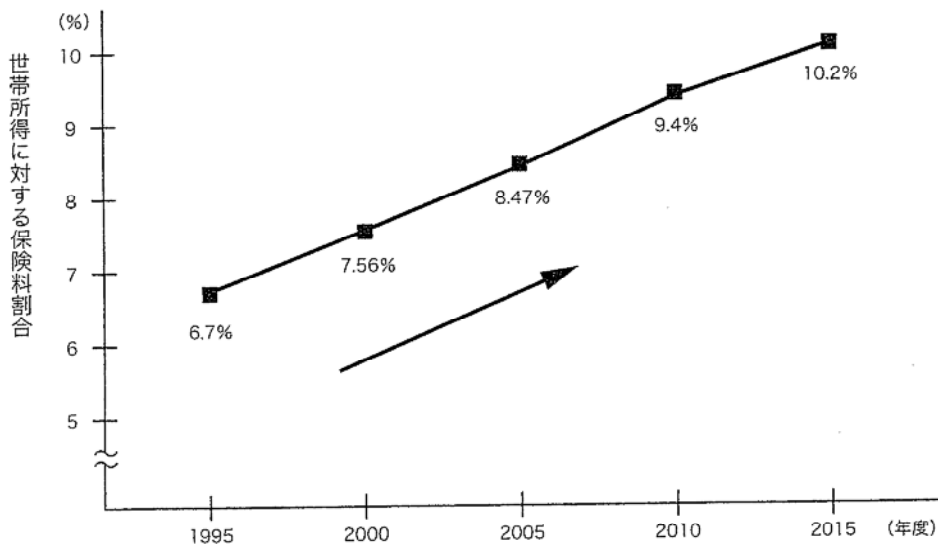
所得は下っても保険料は上っている国保の実態 —国保1人当たり平均所得と1人当たり平均保険料の推移—



厚生労働省『国民健康保険実態調査』より作成

当然、国保保険料は加入者の生活を激しく圧迫しています。「国保加入世帯の平均所得に占める平均保険料の割合」をみてください。20年前の6.7%から10.2%になっています。これは平均ですから保険料の均等割負担で子育て家庭などの家族数が多い世帯ではさらに厳しい保険料の状態となっています。

国保保険料はますます家計を圧迫している
 —国保加入世帯の平均所得に占める平均保険料の割合—



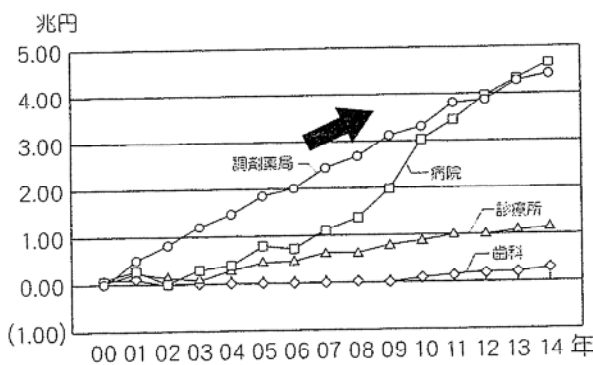
厚生労働省『国民健康保険実態調査』より作成

「赤字」の重大な原因の一つは国の国保への交付金割合の削減です

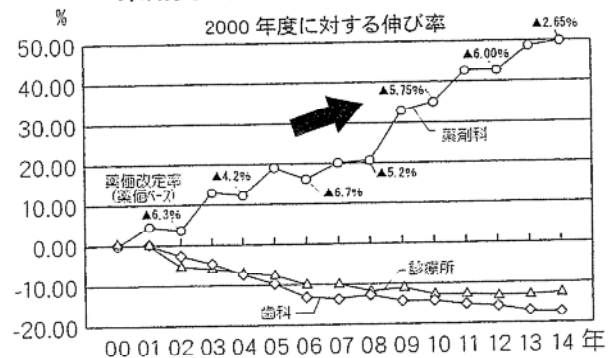
この厳しい保険料の実態に対して、国は「高齢者の医療費が増大しているから」との説明をしていますが、不正確で不誠実な責任逃れです。確かに医療費は増大していますが、その主な要因は、高額な新薬による**薬剤費の高騰**と**医療材料・医療機器の保険価格の高さ**です。ここでもメーカーの「言い値」状態を放置しているのです。

薬剤費の高騰が国民医療費を膨張させています

医療費の伸び（対2000年度）の推移



入院外レセプト一件当たり
 薬剤費・医療費の伸び率の推移

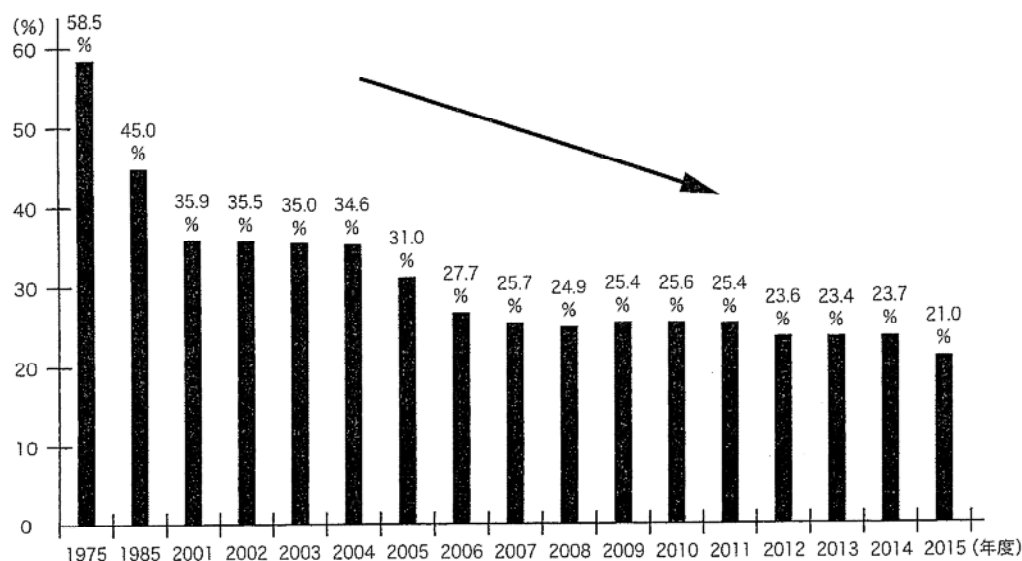


引用 全国保険医団体連合会調べ2015.10

医療費高騰を高齢者の問題にはしてはいけません。今の安倍政治や大企業団体は「シルバー民主主義」などとして高齢者の医療や年金・介護を様々にバッシングしていますが、むしろ戦後の医療・社会保障の歩みは高齢者福祉の充実であり医療費助成・無料化への自治体からの努力でした。そのことを忘れてはなりません。

国保会計で考えるのなら、「**国庫支出金の割合の低下**」を重要な原因にすべきです。国保会計収入構成比をみると国庫支出金は1975年度には58.5%でしたが2015年度では21.0%にも低下しています。現在、都道府県単位化に伴い自治体では1700億円などの国の公費を確実に投入することや「必要な積み増し」を要望していますが、これが実行されても、ルールに基づく「国庫支出金の割合」の引き上げとは別な一時的なものです。また、一時的な国の公費としても少ない金額とみるべきです。

国保会計への国庫支出金の割合の低下
—年度別国民健康保険特別会計事業勘定収入構成比—



国民健康保険事業年報より作成

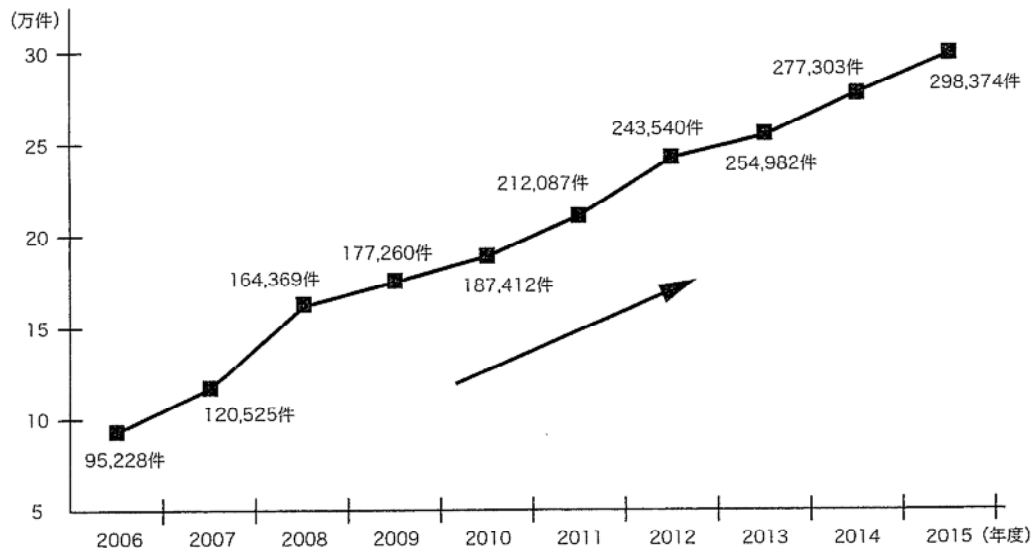
保険料負担の重さ、厳しい取立て、受診抑制こそ国保の危機だ

社会保障である国保の本当の危機とは、保険料負担の重さであり、「払いたくても払えない」世帯への取り立ての厳しさであり、受診抑制の傾向ですが、その取り立ての厳しさは全国的に強まっています。市町村は国保の都道府県単位化を前にして収納率の向上が強いられています。加入世帯の所得が低下している一方で、保険料負担は重くなっているのですから、今までにない厳しい取り立て・滞納整理があるのです。

図表を見てください。全国の差押え件数は2006年度では9万5,228件でしたが、

2015年度では29万8,374件にもなり実に313%に激増＝3倍以上もの差押え件数の激増です。

滞納の国保保険料（税）は差押えに
—差し押さえは30万件にも—



厚生労働省資料より作成

厳しい取り立ての中にあっても・・・それでも、滞納せざるを得ない世帯があります。保険料（保険税）を滞納した場合に、通常の保険証の代わりに交付される有効期間が短い保険証である「**短期保険証**」世帯となります。更新期に留め置かれ面談が求められます。その面談に行かないと保険証がもらえず、実質的な無保険世帯となります。さらには滞納が1年間続くと、保険が医療機関で使えない証明である「**資格証明書**」世帯とされます。

2016年度では資格証明書世帯は20万3,607世帯もあり、短期証世帯98万1,964世帯もあります。これらの世帯ではどのような医療の状況にされるのでしょうか？ 必ず受診抑制が強いられます。特に資格証明書世帯では、医療機関にいくと保険が使えませんから、患者負担100%の支払いとなります。そこで苛酷なガマンの受診抑制が強られるのです。

図表を見てください。これは甲府市国民健康保険課の資料から作成したものです。2016年度の場合では、資格証世帯は413世帯ですが、そのうちわずか13人だけが医療機関で受診しただけでした。その人たちも延べ20回しか受診していないのです。1人年間で1.5回くらいの受診回数です。これではいのちと健康は守れません！

甲府市で資格証とされた人で、1年間で受診している人

単位：人・件

年 度	資格証世帯数	受診人数	受診件数
2009	552	10	17
2010	616	16	34
2011	842	29	58
2012	852	13	30
2013	693	15	25
2014	555	7	18
2015	484	11	16
2016	413	13	20

甲府市国保保険課調べ

もっと苛酷な実態も明らかです。これも甲府市の資料です。2016年度をみると資格証明書の413世帯で2名の方が亡くなっています。しかしその2名の方は亡くなる前の過去一年間の受診歴がないのです。つまり**受診しないままに亡くなっている実態**があるのです。それは2016年度だけの特異な事例ではなく、2009年度からの資料をみても苛酷な実態が常態化していることが分かります。

甲府市の国保で資格証で亡くなった人数と受診歴の状況

単位：人・件

年 度	資格証世帯数	死亡者数	死亡者の受診状況
2009	552	2	過去1年間受診歴なし
2010	616	2	過去1年間受診歴なし1人・あり1人
2011	842	4	過去1年間受診歴なし
2012	852	2	過去1年間受診歴なし(歯科のみ1人)
2013	693	2	過去1年間受診歴なし
2014	555	0	
2015	484	5	過去1年間受診歴なし
2016	413	2	過去1年間受診歴なし

甲府市国保保険課調べ

このことから憲法の破壊は9条に限らず、生存権の25条も崩されてきていることが分かります。

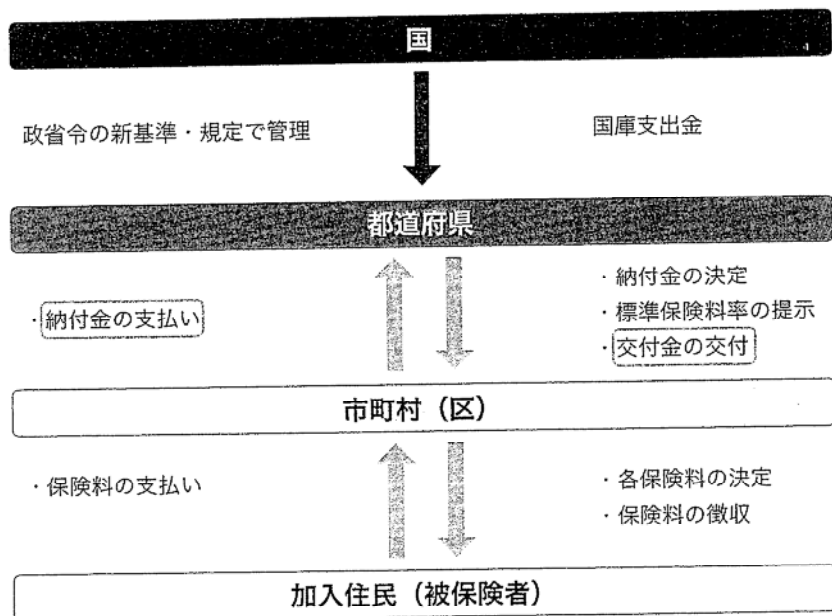
都道府県単位化は市町村の地方自治の形骸化と加入者の権利破壊に

国のねらいは公的医療費の削減です。そのため自治体の国保関係者の思いとは別に、国の強い指導下で、都道府県を使い、市町村国保を収納率向上や医療費削減で「目標管理」し締め付けることです。つまり、国からのトップダウン方式で、本来の国と自治体は対等平等、都道府県と市町村は対等平等という地方自治の原則はありません。財政運営の権限は市町村にはなく、国の管理指導の下に置かれた都道府県が握りますから、都道府県と市町村との関係も技術的援助ではなく上下関係となっていきます。

今後のイメージですが**図表**を見てください。都道府県は、各市町村の「標準保険料率」算定し「納付金」を決定します。各市町村はその「標準保険料率」の「納付金」に基づいて保険料を決め住民からの徴収を行い、徴収した保険料を都道府県が決定した「納付金」額で全額支払わねばなりません。足りない分は「借金」となります。

都道府県は市町村に保険給付に必要な費用の100%総額？とされる「交付金」を交付し、市町村を点検します。市町村は残された保険運営実務の全般を行います。実際には必要額より足りない給付金となる可能性が強いものですから、当然市町村が穴埋めすることになります。

上下関係で保険料の徴収の仕組みが（イメージ）



都道府県単位化にともない、よく言われ宣伝されている国からの「公費投入」の「1700億円」とか「3400億円」とかの額も、個々の市町村にとっては抜本的な改善額ではあり得ません。ケタが一ケタ足りないのです。その「公費投入」もこれからも続

かない「暫定的な措置」で本当に全額支出されるかどうかもわからないのです。

つまり国からの公費を減らしたいために「暫定的な措置」をするのです。すでに、厚生労働省の2018年度の新国保の初の課概算要求における国の助成費はでは0.82%減の要求とあります。(『国保新聞』2017年9.1)

社会保障に無縁で有害な自治体に強められるインセンティブ機能

国からの**普通調整交付金**は、いままで市町村間の所得不均衡を調整する役割だったものが、都道府県間の調整の役割に変質します。特に「**保険者努力支援制度**」では、保険料の収納率などが点数評価され格差がつけられた交付金の配分となります。

参考 普通調整交付金とは

市町村国保の財政力の不均衡を調整するために市町村に交付される交付金であり、一般被保険者に係る所得等を考慮して算定する額が療養給付費等の保険者負担額に満たない市町村に対して衡平にその満たない額を補てんすることを目的として支給される。つまり、一般会計の地方交付税にあたるもので、市町村格差による不均衡を是正するために医療費の財源不足を補う目的で交付されるものです。

しかも、国は、保険者努力支援制度だけでなく普通調整交付金の**配分にもインセンティブ機能を強化**するとしています。これは市町村間の不均衡是正ではなく、国による都道府県と、都道府県をつうじて市町村へのアメとムチであり、普通調整交付金制度の破壊につながります。

これには地方6団体（全国知事会，全国都道府県議会議長会，全国市長会，全国市議会議長会，全国町村長会，全国町村議会議長会という6団体）も反対を明らかにしています。

国民健康保険制度の普通調整交付金の配分方法等の見直しについては、標準的な医療費水準に基づく普通調整交付金等の配分により、インセンティブ機能を強化する方向性が示されているが、国民健康保険制度の抱える構造的課題を解消するためには、普通調整交付金が担う地方団体間の所得調整機能は大変重要であり、これまでの国と地方との協議により、平成30年度以降においても、その機能は引き続き維持することとなっており、見直しは容認できない。国民健康保険制度における保険者へのインセンティブ機能を担うものとしては、平成30年度から新たに設定される「保険者努力支援制度」を有効に活用すること。

「平成30年度予算編成等について」2017年10月26日 地方六団体

そもそも「インセンティブ」などと言う用語は、本来、これは民間の営業ノルマ達成にむけた社員間の競争を強めるための報奨金などによる（動機づけ・誘因）管理法の用語です。これが社会保障制度で使われること自体がおかしい。「アウトカム」（成果・結果）の用語とこのインセンティブが強められれば、アメとムチによる人事評価と同じようになり、とくに、医療費などの格差是正と称して、全国ではワースト都道府県が、都道府県内ではワースト市町村がたたかれることとなります。結局、加入住民が締め付けられ生存権の権利侵害になるのです。

国保だけでなく医療・介護の全体にこの「インセンティブ改革」が強められていきます。（厚生労働省経済・財政一体改革2017年10月26日資料）

医療・介護におけるインセンティブ改革に向けた取組

- 保険者の予防・健康づくり等の取組を通じた医療費・介護費の適正化等を推進するため、医療・介護におけるインセンティブ改革を着実に実施

医療保険制度におけるインセンティブ改革

- 後期高齢者支援金の加減算制度について、予防・健康づくりに取り組む保険者へのインセンティブを強化。

【現行の仕組み】

◇加算・減算率
低く設定
(加算+0.23%、
減算▲0.05%)

◇評価指標
特定健診・保健
指導の実施率のみ

【平成30年度～】

◇加算・減算率
最大で法定上限(±10%)まで
引上げ(32年度までに段階的)

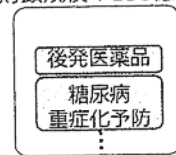
◇評価指標
加えて、保健指導の成果指標、
がん検診・歯科健診、事業主との
連携等で総合評価

見直し

- 国保の保険者努力支援制度については、平成30年度から
 - ① 財政規模を拡充し1,000億円規模で実施するとともに、
 - ② 新たにアウトカム評価を導入し、医療費適正化を実効的に推進

【平成28年度】

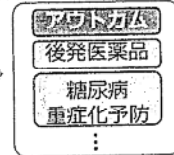
財政規模：150億円



取組状況中心の評価

【平成30年度】

財政規模：1,000億円



アウトカム評価追加

医療費適正化
の実効的推進

介護保険制度におけるインセンティブ改革

- 平成30年度から、高齢者の自立支援や介護の重度化防止等の保険者の取組を推進するための財政的インセンティブとして、交付金を交付。具体的な評価指標等について、今後、地方関係者等の意見を踏まえつつ検討

【改正介護保険法による保険者機能の強化の仕組み】

データに基づく
地域課題の分析

国による分析支援

取組内容・
目標の計画
への記載

保険者機能の発揮・向上（取組内容）
・リハビリ職等と連携して効果的な介護予防を実施
・多職種が参加する地域ケア会議を活用しケアマネジメントを支援等

都道府県が研修等を通じて市町村を支援

適切な指標による実績評価
・要介護状態の維持・改善度合い
・地域ケア会議の開催状況等
(プロセス指標とアウトカム指標の組合せ)

インセンティブ
財政的

※ 国保制度や介護保険制度における調整交付金については、保険者間の所得水準の差等を調整するための重要な機能を担っていること等に留意しつつ、今後、骨太方針2017に基づき、地方関係者等の意見を踏まえ検討

加入者への保険料などの負担増と差押え強化などのしめ付けが

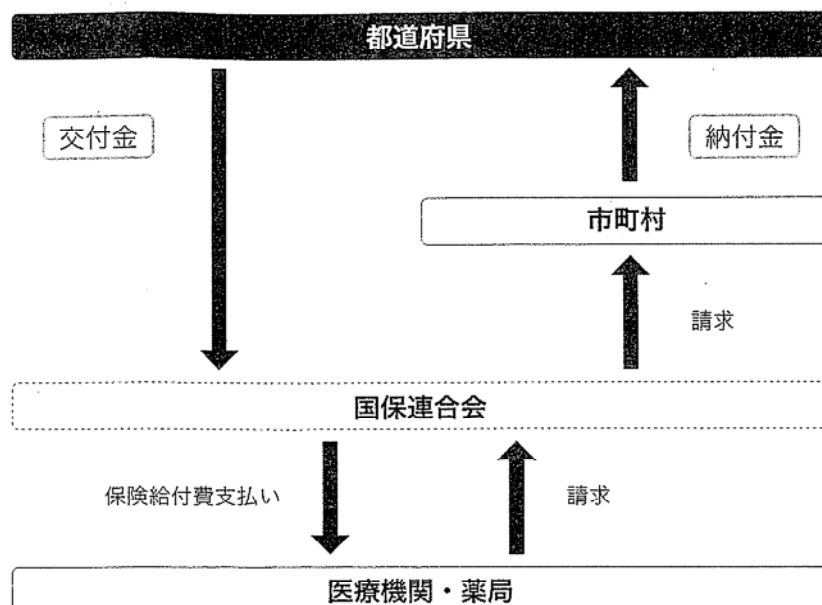
国は、各市町村一般会計からの法定外繰入金を主に今後の「赤字解消額」としていることから、さらに**保険料の負担増となる可能性**が強くなります。すでに、納付金の仮算定を公表した県では、いずれも保険料が増大しています。結局、国によるその締め付けと不利益は加入住民に向けられます。そのため、戦中の国保に類似した相互扶助の考え方をさらに広げ、差押えの強化と滞納世帯を「愚民」「惰民」としてバッシングし、その一方で、国保は国の義務と責任の主体であるにもかかわらず、他人事のように「支援してやる」「公助もしている」にすり替えるのです。

国保関連労働者の人減らしも強まること

また国保加入者への不利益だけでなく、同時に**国保関連労働者の労働強化と職員数削減の合理化**があります。

- ・国保中央会と国保連合会は「国保審査業務充実・高度化基本計画」（2017年10月）を公表しました。これはコンピュータチェックのみのレセプト審査の完結割合を高めることと、全国統一的なコンピュータチェックルールの設定と審査基準の統一化を進めることとしています。つまり国保の都道府県単位化に向けた全国的な効率化であり、必ず多数の労働者の削減が行われることとなります。
- ・図表を見てください。国は、交付金も市町村ではなく直接国保連合会に交付される仕組みすら考えています。

効率化として都道府県の直接支払いも（イメージ）

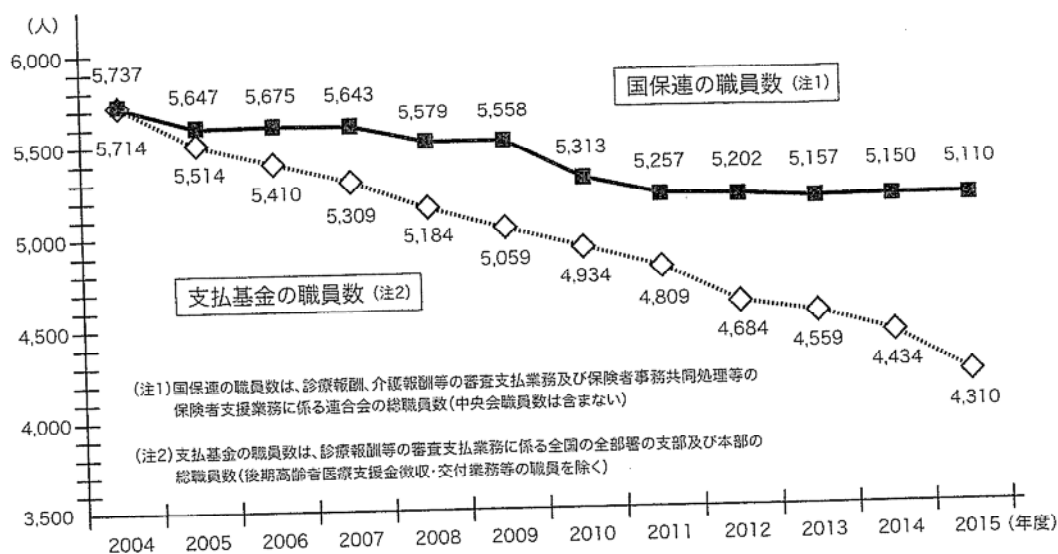


・収納業務などで「広域連携」や窓口や相談業務の委託もめざされています。今年度に「地方自治法等の一部改正する法律」が成立しましたが、この法律によっても2018年度から自治体の窓口関連業務の部へ外の委託化が可能とされています。この委託化では特に国保や介護などの保険関係の委託化が目指されています。

収納や窓口、相談の業務は直接加入住民と接する重要な業務です。経験や知識もいります。それは国保の関する条例減免や患者一部負担金制度などの経験や知識だけでなく、自治体のもつ就学援助や生活保護のなどの社会保障の経験や知識も必要はらずです。それを外部に丸投げしていいとはならないはずはです。

すでに図表のように国保連合会や支払基金の職員数は、これだけ業務が多忙化しているにもかかわらず削減が続いています。

すでに削減されている支払基金と国保連の職員数の推移



厚生労働省資料より引用

国保の「大きな制度改正」は、これからの地方行革のお手本ともされ、正規職員・非正規職員の自治体労働者全体に悪影響を与えることになりかねません。

国保の社会保障という原則から、機能を高める取り組みを

●市町村独自の保険料減免制度や医療機関窓口患者負担減免の実績を上げよう

自治体段階でできる是正や改善をこの際行うべきです。国保は国民の生存権を確立するための社会保障です。当然、個々の加入者の経済状態に配慮すべきです。保険料（税）の負担ができない事態や医療機関の窓口で患者負担が困難な事態も、国保制度制定時から想定されていました。そのための対応も国民健康保険法に明記されています。

まず**保険料〔税〕の減免制度**です。これは国基準の法定減免ではなく、申請に基づく市町村の減免制度であり、ほとんどの市町村国保で制度化されているはずですが、その実績をもっと上げる必要があります。

国民健康保険法 保険料の減免

第77条（保険料の減免等）

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、又はその徴収を猶予することができる

地方税法第717条（保険税減免の法的根拠） 地方団体の長は、天災その他特別の事情がある場合において水利地益税等の減免を必要とすると認める者、貧困に困り生活のため公私の扶助を受ける者その他特別の事情がある者に限り、当該地方団体の条例の定めるところにより、当該水利地益税等を減免することができる。但し、特別徴収義務者については、この限りでない。

この国保加入住民が受診して、医療機関での患者負担額を支払うことが困難な場合には、負担金の減額免除制度も規定しています。この**一部負担金の減免制度**をいまだに制度化していない市町村国保がかなりあります。この際その制度化が必要です。

国民健康保険法 一部負担金の減免

第44条 1 保険者は、特別の理由がある被保険者で、保険医療機関等に第四十二条又は前条の規定による一部負担金を支払うことが困難であると認められるものに対し、次の各号の措置を採ることができる。

- 一 一部負担金を減額すること。
- 二 一部負担金の支払を免除すること。
- 三 保険医療機関等に対する支払に代えて、一部負担金を直接に徴収することとし、その徴収を猶予すること。

これらの制度も含めて国庫支出金が基本的な前提とされていたのです。各自治体段階では、国庫支出金割合の不足をなんとか国保会計を維持しようと法定外繰入金も行ってきました。このことを国は「赤字」としたいのですから、とんでもない話です。

●保険料の徴収回数をできる限り生活に合わせて月一回を目指しましょう

加入者の生活に合わせて保険料の徴収回数も改善すべきです。全国の国保保険料の年間徴収回数は図表の状況です。高い保険料が年4回とか6回では、負担感が重だけでなく毎月の家計のやりくりも大変です。できる限り年12回に近づける取り組みも必要です。

例えば、年間24万円の保険料が

年4回なら、当該の支払い月の保険料は6万円です

年6回なら、当該の支払い月の保険料は4万円です

年12回なら、当該の支払い月の保険料は2万円です

2015年度 国保保険料（税）徴収回数

回数	4回	6回	8回	10回	12回	その他	合計
保険者数	34	120	675	439	127	319	1714
割合 (%)	2	7	39.4	25.6	7.4	18.6	100

厚生労働省 国民健康保険事業年報 2015年度より作成

●全国市長会などを出している提言・要望のいいところはこちらも活用しよう

この「大改正」にあたっては社会保障としての機能を維持するため、国に対する全国市長会や全国知事会の提言・予算要望で「いい部分」を積極的に活用すべきです。そのいい部分、例えば

資料 平成30年度国の施策並びに予算に関する提案・要望（社会保障関係） 平成29年7月27日 全国知事会

9 医療保険制度改革の推進について

国民健康保険制度については、平成30年4月の財政運営の都道府県単位化への円滑な移行に向け、徒な混乱が生じないよう、公費の弾力的活用、制度改革の周知・広報の徹底など万全な対応を講じる・・・。

また、医療保険制度間の公平と今後の医療費の増嵩に耐え得る財政基盤の確立を図るため、子どもに係る均等割保険料軽減措置の導入や国定率負担の引上げ等様々な財政支援の方策を講じること。併せて、すべての子ども、重度心身障害者（児）、ひとり親家庭等に対して、現物給付による医療費助成を行った場合の国民健康保険の国庫負担減額調整措置を廃止すること。その上で、すべての医療保険制度の全国レベルでの一元化に向けた具体的道筋を提示すること。

第87回全国市長会議決定 重点提言 平成29年6月7日 全国市長会

(6) 医療保険制度改革に伴い、市町村の負担増は決して招かないよう、国の責任において万全の対策を講じること。特に、新たな制度の発足に伴って発生・波及するシステム経費等については、超過負担を招かないよう必要な額を確実に確保すること。また、システム改修等については、制度が円滑に運用できるよう、十分な準備期間を確保すること。

2. 国民健康保険制度について

(1) 国保の安定的かつ持続的運営ができるよう、都道府県と市町村の適切な役割分担のもと国保の都道府県単位化を推進するとともに、国庫負担割合の引上げなど国保財政基盤の拡充・強化を図り、国の責任と負担において、実効ある措置を講じること。

特に、低所得者層に対する負担軽減策を拡充・強化するとともに、低所得者を多く抱える保険者への支援を強化すること。

(2) 現在、すべての都市自治体において子どもの医療費助成が行われているが、子どもの医療費助成等の地方単独事業を実施している都市自治体に対する国民健康保険の国庫負担減額調整措置については、極めて不合理な措置であることから、子どもの対象年齢に関わらず減額措置を全面的に廃止すること。また、重度心身障害者等に対する医療費助成に係る市町村単独事業についても、国民健康保険の国庫負担減額調整措置を速やかに廃止すること。

「いい部分」を活用して自治体議会での「意見書採択の請願書」などで国・都道府県に上げることもできます。地域の要望や自治議会や自治体の国民健康保険運営協議会などの論議に使うべきです。

●この際、国保でもしっかり子育て支援を強調すべきです

「子育て支援」も強調すべきです。自治体における子どもの医療費助成制度への**国の交付額減額ペナルティ問題**です。自治体の強い要求で、来年度から就学前の子どもだけがペナルティ廃止ですが小学生以上は続いています。重度心身障害児者、ひとり親家庭への医療費助成制度への減額ペナルティも続いています。この是正を求めるべきです。

子どもの医療費助成等に係る国民健康保険の国庫負担減額調整措置の全面的な廃止、多様な保育サービスの拡充、無利子奨学金の充実、不妊治療への支援の拡充、子どもの医療に関わる全国一律の国の制度の創設等、少子化対策の抜本強化を図ること。

「平成30年度予算編成等について」平成29年10月26日 地方6団体

子どもも**保険料の均等割**の数に入り保険料が増額します。子育て家庭には厳しくなるので、子どもに係る均等割の負担軽減または廃止の制度が必要なことを主張すべきです。

それには、まず、**今の国保保険料や税制度**がいかに関民の家計を、特に子育て家庭の家計を圧迫し生活と健康いのちを危うくしているかを具体的に明らかにしていくべきです。

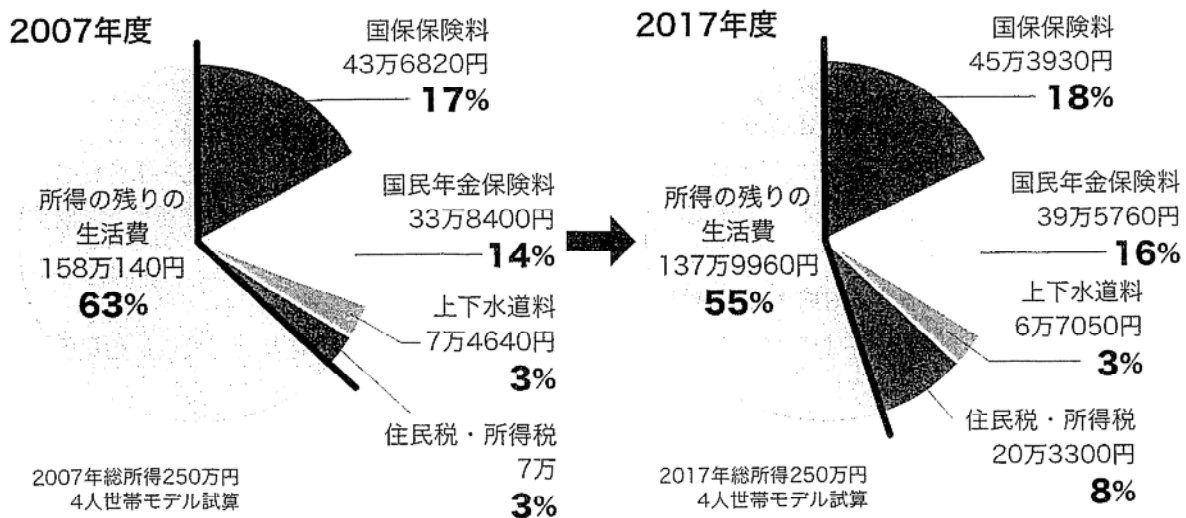
図表は甲府市の世帯収入380万円で所得250万円の夫婦と子ども2人の4人家族の状態です。子育て家庭への国保保険料の重さや**増税〔年少者扶養控除の廃止〕**なども含めて、10年前と比べていかに現状が厳しくなっているかが分かります。

・・・それでも、国保加入世帯の所得で見るとこの250万円の所得は、まだ「所得が高い方の世帯」でありもっと低所得で苛酷な世帯が多いのです。また、甲府市の国保保険料の引き上げ幅は、全国の市町村国保の引き上げ幅より、抑制されており、まだ「いい方の引き上げ幅」の状態なのです。

この現状からも、これ以上の負担増や制度の後退は許したくありません。

10年前と比べて国保・国年・税金の負担がさらに重く！

世帯収入380万円 夫婦と子ども2人 所得250万円 ※甲府市で試算



税金の負担増となっているのは所得税38万円 住民税33万円の年少者扶養控除が廃止されたことによる。子ども手当の大幅導入によるとされたが、実際は変わらず年少者扶養控除のみ廃止となっている。

特に、重要なことは、**各世帯の保険料が制度的に**どうなるのかです。これから全国的にかなり高くなることが想定されます。市町村が都道府県に納付する**納付金**＝保険料額の基本となる精度の高い数字の算定を少しでも早く市町村に下ろさせるべきです。それに合わせて市町村国保には、単なる加入者の平均保険料額ではなく、各世帯の所得別や家族数別による具体的な試算を早期に明らかにしてもらわなければならないべきです。

●当面の保険料の暫定措置や激変緩和措置にごまかされないように

しかし国側もしたたかです。2018年度当初からいきなり保険料を高くすると、社会的な大問題となります。憲法「改正」の国民投票も控えています。全国市長会などからの要望もあります。そこで、制度的な改悪はしっかり行う一方で、当面の2～3年は、財源投入した暫定措置や激変緩和措置で、重くなる保険料負担をごまかす＝緩和すべきとしています。都道府県側もそのつもりがあるようです。厚生労働省の9月の全国説明会のポイントは、『国保新聞』（2017年9月20日付け）によると次のようです。

〈新国保制度の納付金・保険料率算定のポイント〉

【都道府県】

都道府県は30年度納付金の算定を始める10月中旬までに以下の項目に取り組むこと

- 国からの特別調整交付金を子どもの被保険者数に着目して、各市町村に再配分する方法を検討する。現在、交付されている市町村に激変が生じないように、過去の交付実績を基本にする
- 現在の都道府県調整交付金の交付メニューを見直す場合は、激変が生じないように経過措置に十分配慮する。また、可能な限り30年度の都道府県2号繰入金の交付額を事前に決定する
- 個別市町村の激変緩和では、1号繰入金に加えて2号繰入金（医療分）を活用できるように政令の規定を設けるので、丁寧に対応すること
- 保険料の伸び率の下限割合の考え方を市町村と十分に協議する。下限割合を設定する目的は、市町村間の支え合いの仕組みの強化で、激変緩和財源を捻出すること

【市町村】

市町村は都道府県が示した市町村標準保険料率を参考として、実際に賦課する保険料率を定める際に、以下の6点を踏まえて検討すること

- 法定外繰入金や財政調整基金取崩の額を維持するか
- 保険料の算定方式を維持するか。変更することで所得シェアが変わり、都道府県内の納付金配分に影響する場合もある。変更するならば、都道府県が市町村標準保険料率を算定する前に決めておくことが望ましい
- 応能・応益割合、均等割・平等割・所得割・資産割の賦課割合を現状維持とするか。配分を医療分に寄せて高めに保険料率を設定している市町村は、注意が必要になる
- 保険料の賦課限度額を引き上げるか。30年度の賦課限度額のあり方は今後の議論
- 都道府県から現状より低い保険料率が示された場合に、保険料率を引き下げるか。将来、保険料率が上がる可能性を想定し、年度間の平準化も視野に慎重に検討する必要がある
- 個別の保険料減免の取り扱いをどう維持するか。特に所得に占める保険料負担率に配慮した減免をする市町村は留意が必要

つまり国は、「当面の2～3年間は大きく変えるな、大幅な保険料引き上げはするな」としているのです。なお、現状より低い保険料が示された場合には、しっかり引き下げを求めるべきです。賦課限度額の引き上げは市町村判断ですから、止めるべきです。

新年度から予定されている次のことから国保会計にとっては「プラス」になります。

- ・2018年度の同時改定の診療報酬と介護報酬の引き下げが予定されていること
＝療養諸費費用の支出削減、 介護給付費納付金の支出抑制

- ・保険料の上限の限度額である保険料賦課限度額の引き上げが予定されていること
＝上限の限度額の対象世帯の負担増で保険料収入が増
 - ・高齢者の患者負担増額（70歳以上現役並み所得者の高額療養費の負担限度額・65歳以上の入院居住費の引き上げなど）
＝高額療養費 療養諸費 後期高齢者支援金の支出抑制
- つまり、患者や高齢者、さらには医療・介護関係者の負担で、国保会計の支出増が一定程度の抑制が図られ、上限額の引き上げで保険料収入の増となるからです。

そのことから2018年度の新年度からの保険料負担は抑制されることが、考えられます。しかし、制度的に改悪が確立されているなら、患者負担と共に保険料負担増が強まる方向そのものは変わらないことに注意すべきです。

●国保における生存権・社会保障の考え方をしっかり確立しましょう

国保は社会保障です。戦争中の国保の「相扶共済」＝相互扶助・自助・共助ではありません。また公的医療制度の基本は低所得者と高齢者の医療費は無料化または軽減負担です。基本に立ち戻って国保の歴史や公的医療制度の学習会をはじめましょう。また、納税者の権利などの基本的な学習会も必要となっています。

国は、保険料負担を当面の2～3年間抑制するやり方として、市町村の法定外の一般会計繰入金を「当面容認」することにしました。このことに対して、**共同通信の「国保赤字を税金で穴埋め」の見出し**で次のような記事を全国に送りました。

「自営業者らが加入する国民健康保険（国保）の運営を来年4月、市区町村から都道府県に移管するのを前に、厚生労働省が従来の方針を事実上後退させ、市区町村が一般会計の税金で国保の赤字を穴埋めする措置を当面は容認する姿勢に転じたことが18日、分かった」「一般会計による国保の赤字穴埋めは、住民から広く集めた税金を国保加入者だけのために使う形だ。厚労省は好ましくないとして「計画的に解消すべきだ」としてきたが、保険料の変化を試算すると急激な上昇を招くケースがあったことから、加入者の反発を懸念した。ただ、運営主体を広げて保険料の格差を是正し、負担と受益の関係を明確にするという制度改革の理念が失われかねず、批判も出そうだ。」（2017年10月18日付）

比較的良心的なはずの共同通信であっても、これは極めて悪質な報道記事です。国保の現状も基本原則もまったく理解していない内容です。「自営業者らが加入する国民健康保険」などと最初から高齢者・非正規雇用や失業者がほとんどの加入者の事態を認識していません。「市区町村から都道府県に移管する」これも間違い、市区町村は今後も保険者です。「税金を国保加入者だけのために使う」などもひどい。これでは国保だけでなく社会保障全体の基本原則を全く理解していないこととなります。

また「負担と受益の関係を明確にするという制度改革の理念が失われかねず、批判も出そうだ」としていることから、当面の保険料抑制の対応を続けさせないために、自治体議員・国保運営協議会委員など無理解のままの人々による「批判」を期待（＝マスコミによる「けしかけ」）することにもなっています。

国保赤字税金で穴埋め

1/19 LA

厚労省方針転換 保険料上昇を懸念

自営業者らが加入する国民健康保険（国保）の運営を来年4月、市区町村から都道府県に移管するのの前に、厚生労働省が従来の方針を事実上後退させ、市区町村が一般会計の税金で国保の赤字を穴埋めする措置を当面は容認する姿勢に転じたことが18日、分かった。自治体向けの説明会などで、穴埋めの継続を選択肢として示した。

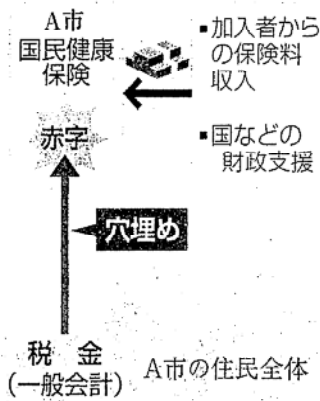
一般会計による国保の赤字穴埋めは、住民から広く集めた税金を国保加入者だけのために使う形だ。厚生労働省は好ましくないとして「計画的に解消すべきだ」としてきたが、保険料の変化を試算すると急激な上昇を招くケースがあったことから、加入者の反発を

懸念した。ただ、運営主体を広げて保険料の格差を是正し、負担と受益の関係を明確にするという制度改革の理念が失われかねず、批判も出そうだ。高齢や低所得の加入者が多い国保は構造的な赤字が続いており、2015年度の赤字

は全国で総額約2800億円。保険料で賄おうとする加入者の負担が重くなるため、一般会計から「法定外繰り入れ」と呼ばれる手法で約6割の市区町村が赤字分を補填している。

保険料は現在、市区町村が決めていたが、来年4月からは都道府県が管内の市区町村の医療費や所得水準などを基にそれぞれの保険料の目安を提示。市区町村はそれを参考に保険料を決める方式に変わり、一部で大幅な上昇が予想されている。

税金による国民健康保険の赤字穴埋め ※イメージ



国は保険料の伸びを抑えるため来年度に計約1700億円を投じて自治体を支援するが、激変緩和のため、当面は法定外繰り入れを認めることにした。

したがって、基本からしっかりした国保や公的医療制度の歴史や原則を学び直すことと認識を広げることが大切になっています。

●国保と医療・介護、さらには地方自治への改悪・改憲のうごきと結びつけて

国保の都道府県単位化は、国の「命令と指示」にしたがって、都道府県に市町村を締め上げさせ、市町村は加入住民への負担と圧力を強めるしかないというやり方です。この国のねらいは、もっぱら「格差是正」を掲げて「収納率向上と医療費削減による公的医療財政の見直し」です。そして保険料と保険給付も二次医療圏単位からはじまり都道府県の統一化に、さらには全国統一化することが目指されます。

これは、公的医療費の削減計画である**地域医療構想**と同じやり方であり、内容的にも一体のもので、2018年度以降から、医療・介護の大きな再編と勤労国民の過重負担が目指されていますが、国保の都道府県単位化はこの大きな制度再編成の一環です。これは当然、国保加入住民の保険料などの負担を重くするだけでなく生存権をも脅かし、国民皆保険制度全体をさらに崩しかねません。

そして、自治体における**地方自治も危ぶまれて**いきます。都道府県を使い市町村を締め上げ、さらに今後の方針として「全国道州制」へ移行しようとしています。したがって、憲法は第9条の改憲だけでなく、そのすそ野には、第25条の生存権、第8章の地方自治の改憲もはじまっているとみるべきです。

重要課題である2018年度からの国保・医療・介護の制度「改正」の動きを放置しない職場と地域と議会など自治体段階でできる取組みを早急に行いましょう。いまだに眠っている「不安と疑問」を明らかにして「議論と要望」からの、様々な取組みが必要です。それがあるとないとは、今後の国保の条件・環境が大きく異なると思われます。

わたしたちも、職場と自治体を越えた、広域連携化で学習と交流を行い、護憲の闘いとして、国保の取組を強めていきましょう。

追報 ぜひストップを！

保険料の上限額である賦課限度額が引き上げられる可能性があります。

現在、政令による保険料上限額が年89万円ですが、2007年度では63万円が8回連続して引き上げられました。来年度はさらに引き上げられる可能性が出てきました。この上限額に対象世帯の所得は600万円程度からです。また最終的に決定するのは市町村です。ぜひ、抑制・ストップを目指しましょう！

まとめとして—私たちが注視して取り組みたいこと

① 保険料負担を重くさせない

すでに高い保険料ということを広げる。むしろ下げるべき。新国保による納付金と標準保険料による所得額や家族数別の各世帯計算を具体的に求め、この負担額が重くなれば具体的に問題にしていく。保険料の上限額である賦課限度額の引上げは市町村判断であり止めていく。

② 減免制度や保険給付・保健サービスを低下させない

人間ドックなどの事業 診療所を維持する。加入者を応援する自治体独自の「保険料減免制度」「患者負担一部負担金減免」「限度額認定書交付」をより充実させる。そのための周知を求める。

③ 窓口などの国保関係職員を削減させない 委託などさせない

国保連・国保中央や、市町村の相談・窓口業務・収納・滞納整理業務の職員削減が狙われているだけに早めの予防対策をしておく。

④ ムリで苛酷な滞納整理をさせない 差押えの抑制猶予 加入者の権利を守る

滞納整理を外部機関や広域連携でやらせない市町村の業務としていく、収納率向上に向けた取り立て競争抑制や差押えと資格証発行を抑制しここでのインセンティブなじまないとする。命を奪う受診抑制の実態を明らかにしていく。

⑤ 国・県の交付金をしっかりさせ 法定外・法定内繰入金を維持向上させる

責任と義務の国の国庫交付金、また都道府県の交付金を必要額として求める。今後とも市町村の法定外繰入金を維持し、一般会計の繰入で赤字額(=繰上充用)をなくす計画と基金を準備する。

⑥ 市町村国保が連携し実務的な権限を市町村国保(=地方自治)に維持させる

納付金・交付金・補助金や滞納整理において、乱暴になる国(都道府県)の指導・やり方を是正・抑制させ市町村自治を尊重させる。

⑦ 当面の保険料負担の抑制などの対応にごまかされない

保険料負担増の抑制などの当面のごまかしに騙されなくて、制度的な改悪を問題にしていく。また、当面对応が加入者にとってプラスになるものなら今後とも継続させていく。

⑧ 社会保障としての考え方を強め生活といのちを守る護憲の闘いとする

今の国の地域医療構想や国保の政策は、社会保障として問題があり是正すべきであって、生活と憲法を守る闘いの重要な一環としていく。そのため国庫補助の増額も目指し、社会保障としての国保の原則を堅持していく。地方自治の確立を求め「自助自立・相互扶助」といった見解を許さない。そのための学習会も必要。

追報 ぜひストップを！

保険料の上限額＝賦課限度額が引き上げられるよとしています

現在、政令による保険料上限額〔賦課限度額〕が年89万円ですが、厚生労働省は11月8日に現在より4万円も引上げ**来年度より93万円にする案**を提示しました。

厚生労働省は「中間層所得層の負担軽減のため」としていますが、実態は異なります。国保加入世帯の場合は世帯所得500万円程度～600万円程度から上限額の対象世帯となります。決して高額所得世帯ではありません。これでは「中間層所得者の負担を強めるだけのものです。」

賦課限度額の推移

	限度額	引き上げ額
5年度	50万円	+4万円
7年度	52万円	+2万円
9年度	53万円	+1万円
12年度	60万円	+7万円
15年度	61万円	+1万円
18年度	62万円	+1万円
19年度	65万円	+3万円
20年度	68万円	+3万円
21年度	69万円	+1万円
22年度	73万円	+4万円
23年度	77万円	+4万円
24・25年度	77万円	—
26年度	81万円	+4万円
27年度	85万円	+4万円
28年度	89万円	+4万円
29年度	89万円	—

国は取りやすいところから保険料をできる限りとる方針であり、この間保険料上限額激しく引き上げてきました。特に2006年度からは連続した値上げとなり、2010年度から4万円もの値上げが続いてきました。

この**値上げ案は国の政令**であり、必ずしも保険者が自動的に従うものでありません。今年度中の**最終決定は市区町村の自治体議会**です。

しかし、新年度からは都道府県も保険者ですので、納付金の計算も含めて混とんとしています。だからこそ、今後の事態を見守るためにもぜひ、保険料の抑制・ストップを目指しましょう！

「国保新聞」11月20日付け

※各市区町村自治体では、当該の自治体国保において保険料上限額世帯は世帯所得額がいくらから対象となるのか具体的に求めていきましょう。