

2019.2.3 西日本ブロック 国保滞納・差し押さえ学習会  
筑紫女学園大学 池田 和彦

## 国民健康保険の成り立ちから都道府県単位化まで

### 1. 国民健康保険の構造的問題 — 貧困問題としての国民健康保険 —

#### 1) 加入世帯の状況（「平成28年度 国民健康保険実態調査報告」）

(1) 構成：無職 43.9%、被用者 34.0%で 77.9%（農林水産業を含む自営業 17.3%）

・1965 年度は、農林水産業を含む自営業 67.5%、被用者 19.5%、無職 6.6%

・1985 年度には無職が 23.7%、1995 年度には 42.5%

#### (2) 世帯所得

① 平均所得：138 万 8 千円

② 所得分布：所得のない世帯 28.4%、100 万円未満 57.2%、200 万円未満 79.7%

・世帯主が被用者の世帯で、

所得なし 8.5%、100 万円未満 43.0%、200 万円未満 72.4%

・世帯主が無職の世帯で、

所得なし 41.1%、100 万円未満 67.3%、200 万円未満 88.9%

(3) 保険料：1 世帯当たり 18 万 3,689 円、1 人当たり 11 万 3,342 円

・所得なし世帯で、1 世帯当たり 26,478 円

・0~30 万円未満世帯で、1 世帯当たり 28,502 円（所得の 18.9%）

・80~100 万円未満世帯で、1 世帯当たり 108,422 円（所得の 12.0%）

### 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27年3月末)	1,716	1	1,409	85	47
加入者数 (平成27年3月末)	3,303万人 (1,981万世帯)	3,639万人 〔被保険者2,090万人 被扶養者1,549万人〕	2,913万人 〔被保険者1,564万人 被扶養者1,349万人〕	884万人 〔被保険者449万人 被扶養者434万人〕	1,577万人
加入者平均年齢 (平成26年度)	51.5歳	36.7歳	34.4歳	33.2歳	82.3歳
65~74歳の割合 (平成26年度)	37.8%	6.0%	3.0%	1.5%	2.4%（※1）
加入者一人当たり 医療費(平成26年度)	33.3万円	16.7万円	14.9万円	15.2万円	93.2万円
加入者一人当たり 平均所得（※2） (平成26年度)	86万円 〔一世帯当たり 144万円〕	142万円 〔一世帯当たり（※3） 246万円〕	207万円 〔一世帯当たり（※3） 384万円〕	230万円 〔一世帯当たり（※3） 451万円〕	83万円
加入者一人当たり 平均保険料 (平成26年度)（※4） <事業主負担込>	8.5万円 〔一世帯当たり 14.3万円〕	10.7万円<21.5万円> 〔被保険者一人当たり 18.7万円<37.3万円>〕	11.8万円<26.0万円> 〔被保険者一人当たり 22.0万円<48.3万円>〕	13.9万円<27.7万円> 〔被保険者一人当たり 27.2万円<54.4万円>〕	6.9万円
保険料負担率（※5）	9.9%	7.5%	5.7%	6.0%	8.3%
公費負担	給付費等の50% +保険料軽減等	給付費等の16.4%	後期高齢者支援金等の 負担が重い保険者等 への補助（※7）	なし	給付費等の約50% +保険料軽減等
公費負担額（※6） (平成29年度予算ベース)	4兆2,879億円 (国3兆552億円)	1兆1,227億円 (全額国費)	739億円 (全額国費)		7兆8,490億円 (国5兆382億円)

(厚生労働省 HP)

## 2) 保険料の計算方法

### (1) 応能割

- ① 所得割：(所得金額 - 基礎控除額[33万円]) × 保険料率
- ② 資産割：固定資産税額 × 保険料率

### (2) 応益割

- ① 均等割：世帯員数に応じて賦課
- ② 平等割：各世帯に定額で賦課

⇒ ○ 所得水準が全国平均である都道府県の場合、応能割：応益割は 50 : 50  
○ 所得割と均等割は必ず導入しなければならない。

<福岡市の場合>

### ● 平成30年度国民健康保険料の保険料率

算定基礎	①医療分	②支援分	③介護分 (40歳から64歳まで)
	国保加入者の医療費のため	後期高齢者医療制度のため	介護保険事業のため
(ア)所得割	算定基礎となる所得※	×7.80%	×2.97%
(イ)均等割	1人につき	21,353円	7,870円
(ウ)世帯割	1世帯につき	21,710円	8,002円
賦課限度額	1世帯につき	58万円	19万円
			16万円

※算定基礎となる所得とは平成29年中(1月～12月)の総所得金額等から基礎控除額(33万円)を除いた金額です。

【総所得金額等とは】社会保険料控除などの各種所得控除前の金額

「給与収入 - 納付金額」「事業収入 - 必要経費」「年金収入 - 公的年金等控除」「譲渡所得(土地・建物の譲渡所得は特別控除後の金額)」「配当所得」「山林所得」など

- ・ 保険料は国保加入者全員分を世帯ごとに計算します。
- ・ 世帯の所得割は、加入者（介護分については 40 歳から 64 歳までの加入者）ごとに計算した所得割の合計額となります。
- ・ ①医療分と②支援分はすべての加入者が負担しますが、③介護分は介護保険第 2 号被保険者である 40 歳から 64 歳までの加入者のみが負担します。
- ・ ①、②、③を合計したものが 1 年分の国民健康保険料となります。ただし、①、②、③それぞれの保険料が賦課限度額を超える場合は、賦課限度額が保険料となります。

(福岡市 HP)

### 3) 保険料滞納と制裁的処分（短期被保険者証、被保険者資格証明書）の状況

（「平成 28 年度国民健康保険（市町村）の財政状況について」厚生労働省保健局国民健康保険課）

	平成23年	平成24年	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成29年
全世帯数 (A)	20,711,375	20,637,360	20,583,682	20,804,192	20,115,671	19,596,284	18,897,986
滞納世帯数 (B)	4,146,368	3,890,035	3,721,615	3,578,296	3,364,023	3,112,195	2,892,932
割合 (B/A)	20.0%	18.8%	18.1%	17.2%	16.7%	15.9%	15.3%
短期被保険者証 交付世帯数 (C)	1,254,933	1,240,659	1,169,533	1,143,978	1,018,980	981,964	823,757
割合 (C/A)	6.1%	6.0%	5.7%	5.5%	5.1%	5.0%	4.4%
被保険者資格証明書 交付世帯数 (D)	295,957	291,291	277,039	265,003	234,367	203,604	183,124
割合 (D/A)	1.4%	1.4%	1.3%	1.3%	1.2%	1.0%	1.0%

（滞納世帯数 (B) に対する割合）

短期保険証 (C/B)	30.3%	31.9%	31.4%	32.0%	30.3%	31.6%	28.5%
資格証明書 (D/B)	7.1%	7.5%	7.4%	7.4%	7.0%	6.5%	6.3%

\* 「滞納世帯」：一部でも滞納がある世帯

## 2. 国民健康保険をめぐる政策動向

### 1) 滞納問題の背景

#### (1) 国庫負担削減

- ① 1984 年の国民健康保険法改正までの国庫負担は「医療費 × 45%」
- ② 1984 年の国民健康保険法改正で、国庫負担は「給付費 × 50%」に  
(= 医療費ベース換算で 39% 程度)
- ③ 2005 年の三位一体改革で、国庫負担は「給付費 × 43%」(差引 7% が都道府県負担に)
- ④ 1992～1998 年にかけて、事務費（人件費、物件費等）の国庫負担を廃止し、一般財源化
- ⑤ 2016 年度における単年度収入（15 兆 7,030 億円）に国庫支出金（3 兆 3,946 億円）が占める割合は 21.6%（単年度支出[15 兆 5,542 億円]に占める割合は 21.8%）

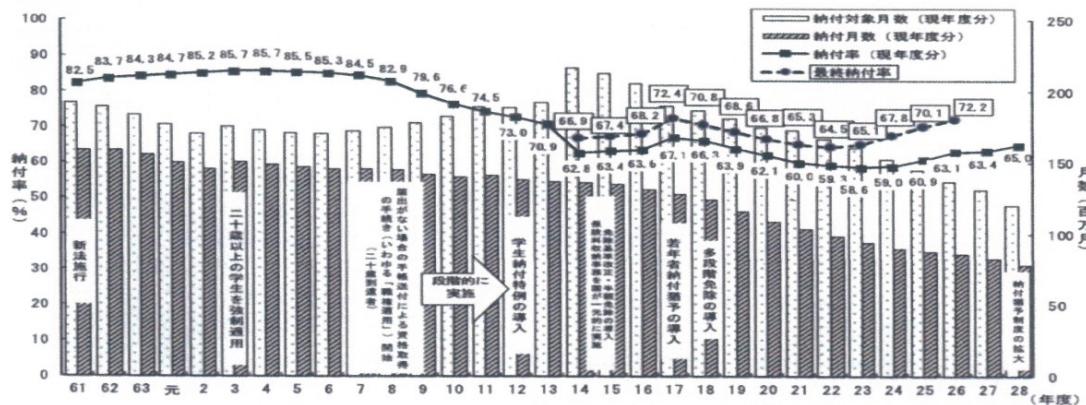
## (2) 制裁的処分の政策的強化

- ① 1986年の国民健康保険法改正により、1987年1月から特別の事情（災害など）のない滞納世帯に被保険者証の返還（被保険者資格証明書を交付）を求める事ができるようになった。
- ② さらに、2000年の介護保険法施行に合わせて、2001年度から「市町村は…被保険者証の返還を求めるものとする」（国民健康保険法第9条第3項）と、それが強化され、制裁的処分が広がった。
- ③ 滞納が続くと、まず有効期間が1ヶ月～6ヶ月程度の短期被保険者証に切り換えられる（国民健康保険法第9条第10項）。更新時ごとに保険料の督促がなされるので、期限の切れた短期被保険者証のまま実質的な無保険状態になっている人も少なくない。
- ④ 滞納が1年を過ぎると、被保険者証を返還したうえで被保険者資格証明書が交付される（国民健康保険法第9条第6項）。
- ⑤ この場合、医療機関で全額自己負担（国民健康保険法第63条の2第1項）したあと償還払い（特別療養費：国民健康保険法第54条の3）となる。
- ⑥ 滞納が1年6ヶ月以上の場合には、償還払い分も滞納した保険料として徴収されることになる（国民健康保険法第63条の2第3項）。

## 2) 滞納対策の諸問題

### (1) 国民年金保険料の滞納対策と国民健康保険

- ① 1990年代半ばまでは85%前後で推移していた保険料納付率（第1号被保険者が納付すべき保険料金額ベース）が1990年代後半から低下し始め、2002年度以降は60%台になっている（2010～2012年度は50%台、2013年度以降は再び60%台）。
- ② 2016年度は65.0%となった（これは、第1号被保険者1,575万4千人の37.0%に当たる全額免除者583万人を除外した数値）。
- ③ 2007年の国民健康保険法改正により、2008年4月より、市町村は、国民年金の保険料を滞納している世帯にも、国民健康保険について短期被保険者証に切り換えることができるようになった（国民健康保険法第9条第10項および国民健康保険法施行規則第7条の2の2）。



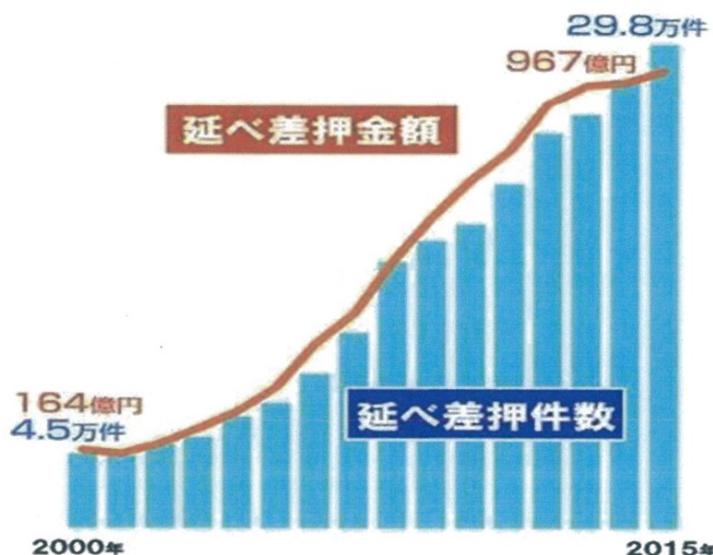
<国民年金保険料納付率の推移> (厚生労働省年金局調べ)

## (2) 差し押さえ

⇒ 2016 年度 : 33 万 6,436 件、993.8 億円

(「平成 28 年度国民健康保険（市町村）の財政状況について」厚生労働省保健局国民健康保険課)

### 国民健康保険の差押件数と差押金額の推移



### 3. 国民健康保険の都道府県単位化

- 1) 都道府県単位化だが、都道府県と市町村が共同して国民健康保険を運営する方式
  - 2) 都道府県が、各市町村から集める納付金を決定し、保険給付に当たっては各市町村に交付金を支払う。 ( ⇒ 都道府県が策定する「国民健康保険運営方針」)
  - 3) 都道府県が市町村ごとの標準保険料率を定め、市町村はそれを参考にしながら保険料率を定め、徴収する。保険料滞納があっても納付金は支払わなければならず、法定外繰入で賄うことができなければ、さらに保険料が高くなる。
- ( ⇒ 国が毎年 3,400 億円の公費投入)
- 4) 都道府県単位という意味とそのねらいは、市町村による法定外繰入も廃止することで、都道府県単位で医療費が保険料の金額に直結する介護保険型の仕組みを導入すること
- \* 2008 年 4 月より都道府県内の全市町村が加入する広域連合が保険者となる後期高齢者医療制度が発足、同年 10 月からは全国健康保険協会の発足に伴い保険料の設定など都道府県単位での運営が行われている。ここに国民健康保険の都道府県単位化が加わり、都道府県を単位に医療費の削減を競わせる政策が強化される。
- \* そこに、都道府県が策定する「国民健康保険運営方針」と「医療計画」(地域医療構想を含む)、「医療費適正化計画」が関連することとなる。

#### 4. 社会保険制度と「自助・共助・公助」論 — 典型としての国民健康保険 —

##### 1) 社会保障制度改革推進法（2012.8.22）第2条にみる社会保障改革の基本的な考え方

- (1) 「自助、共助及び公助が最も適切に組み合わされるよう留意しつつ、国民が自立した生活を営むことができるよう、家族相互及び国民相互の助け合いの仕組みを通じてその実現を支援していくこと」（第1号）
- (2) 「社会保障の機能の充実と給付の重点化及び制度の運営の効率化とを同時にい、税金や社会保険料を納付する者の立場に立って、負担の増大を抑制しつつ、持続可能な制度を実現すること」（第2号）
- (3) 「年金、医療及び介護においては、社会保険制度を基本とし、国及び地方公共団体の負担は、社会保険料に係る国民の負担の適正化に充てることを基本とすること」（第3号）
- (4) 「国民が広く受益する社会保障に係る費用をあらゆる世代が広く公平に分かち合う観点等から、社会保障給付に要する費用に係る国及び地方公共団体の負担の主要な財源には、消費税及び地方消費税の収入を充てるものとすること」（第4号）

##### 2) 「社会保障制度改革国民会議報告書」（2013.8.6）

「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されている。／これは、国民の生活は、自らが働いて自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持するという『自助』を基本としながら、高齢や疾病・介護を始めとする生活上のリスクに対しては、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である『共助』が自助を支え、自助や共助では対応できない困窮などの状況については、受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う公的扶助や社会福祉などの『公助』が補完する仕組みとするものである。／この『共助』の仕組みは、国民の参加意識や権利意識を確保し、負担の見返りとしての受給権を保障する仕組みである社会保険方式を基本とするが、これは、いわば自助を共同化した仕組みであるといえる。／したがって、日本の社会保障制度においては、国民皆保険・皆年金に代表される『自助の共同化』としての社会保険制度が基本であり、国の責務としての最低限度の生活保障を行う公的扶助等の『公助』は自助・共助を補完するという位置づけとなる。」

##### 3) 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

（社会保障制度改革プログラム法、2013.12.13公布・即日施行）

###### (1) 「目的」（第1条）

「社会保障制度改革」「の全体像及び進め方を明らかに」し、「社会保障制度改革を総合的かつ集中的に推進するとともに」、「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の改革を推進することを目的とする」。

###### (2) 「自助・自立のための環境整備等」（第2条）

○「政府は、……社会保障制度改革を推進するとともに、個人がその自助努力を喚

起される仕組み及び個人が多様なサービスを選択することができる仕組みの導入その他の高齢者も若者も、健康で年齢等にかかわりなく働くことができ、持てる力を最大限に發揮して生きることができる環境の整備等（次項において『自助・自立のための環境整備等』という。）に努めるものとする」。

- 「政府は、住民相互の助け合いの重要性を認識し、自助・自立のための環境整備等の推進を図るものとする」。

↓      ↓      ↓      ↓

- \* こうして、公的責任が求められる「公助」の範囲から社会保険制度は除外され、自助・互助・共助で対応できない「困窮」に対してのみ、受給要件を定めたうえで生活保護制度や社会福祉制度が補完するものとされている（恤救規則[1874(明治7年)]の思想）。
- \* これは、社会保障の歴史と本質を意図的に無視した政策であり、国家責任の下に整備されるべき社会保障制度を「困窮」対策に極限したうえで、政府の役割を「自助・自立のための環境整備等の推進」（＝社会保障の切り捨て政策）に求めるという本末転倒したものになっている。

#### ＜参考＞ 「自助・共助・公助」論と社会保険制度の位置づけ

- \* 政策文書における「自助・共助・公助」の適切な組み合わせという表現の初出は「21世紀福祉ビジョン－少子・高齢社会に向けて－」（高齢社会福祉ビジョン懇談会 1994.3.28）だが、社会保険を含む社会保障は「公助」に含まれていた。

##### (1) 地域での支え合いを「共助」と捉える理解

- ①「社会的な援護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会報告書」

(2000.12.8)

「従来、自助・共助として、個別の問題を受け止め、解決してきた家族や地域のつながりが希薄化し、また職域の援助機能も脆弱化している。一方、従来の価値観や生活習慣が崩れたことにより、個人が家族や近隣との接触・交流なしに生活できる社会になっている。／このことは現代社会の成熟化に伴う特色であるとも考えられるが、一方この結果、孤立、孤独や社会的排除に伴う課題に直面した場合に問題解決が難しくなっている。」

- ②「地域における『新たな支え合い』を求めて－住民と行政の協働による新しい福祉－」（これから地域福祉のあり方に関する研究会 2008.3.31）

「これまで述べたように、地域における全ての生活課題に対し、公的な福祉サービスだけでは対応することができないことが明らかになってきている。基本的な福祉ニーズは公的な福祉サービスで対応する、という原則を踏まえつつ、地域における多様な生活ニーズへの的確な対応を図る上で、成熟した社会における自立した個人が主体的に関わり、支え合う、地域における『新たな支え合い』（共助）の領域を拡大、強化することが求められている。」

##### (2) 社会保険制度を「共助」のシステムとして捉える理解

- ①「今後の社会保障の在り方について」（2006.5.26 社会保障の在り方に関する懇談会）

「我が国の福祉社会は、自助、共助、公助の適切な組み合わせによって形づくら

れるべきものであり、その中で社会保障は、国民の『安心感』を確保し、社会経済の安定化を図るため、今後とも大きな役割を果たすものである。

この場合、全ての国民が社会的、経済的、精神的な自立を図る観点から、

- ① 自ら働いて自らの生活を支え、自らの健康は自ら維持するという「自助」を基本として、
- ② これを生活のリスクを相互に分散する「共助」が補完し、
- ③ その上で、自助や共助では対応できない困窮などの状況に対し、所得や生活水準・家庭状況などの受給要件を定めた上で必要な生活保障を行う公的扶助や社会福祉などを「公助」として位置付ける

ことが適切である。

その『共助』のシステムとしては、国民の参加意識や権利意識を確保する観点からは、負担の見返りとしての受給権を保障する仕組みとして、国民に分かりやすく負担についての合意が得やすい社会保険方式を基本とすべきである。」

#### ② 『平成 20 年度 厚生労働白書』(2008.8.26 発行)

「まず、社会保障の基本的な考え方について述べることとする。国民生活は国民一人一人が自らの責任と努力によって営むこと（『自助』）が基本であるが、往々にして、病気やけが、老齢や障害、失業などにより、自分の努力だけでは解決できず、自立した生活を維持できない場合も生じてくる。このように個人の責任や自助努力のみでは対応できないリスクに対して、国民が相互に連帯して支え合うことによって安心した生活を保障することが『共助』であり、年金、医療保険、介護保険、雇用保険などの社会保険制度は、基本的にこの共助を体現した制度である。さらに、自助や共助によってもなお生活に困窮する場合などもある。このような自助や共助によっても対応できない困窮などの状況に対し、所得や生活水準・家庭状況などの受給要件を定めた上で必要な生活保障を行うのが『公助』であり、公的扶助（生活保護）や社会福祉などがこれに当たる。」(pp.6-7)

### 4) 典型としての国民健康保険

#### (1) 旧国民健康保険法（1938 年）第 1 条

「国民健康保険は相扶共濟の精神に則り疾病、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。」

↓      ↓      ↓      ↓

#### (2) 新国民健康保険法（1958 年）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、もっ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。」

### 5) 全日本民主医療機関連合会「2017 年 経済的事由による手遅れ死亡事例調査概要報告」

#### (1) 全国 639 事業所を対象に調査 → 全国で 63 事例（福岡は 4 事例）

#### (2) 無職 32 事例（51%）、非正規雇用 11 事例（17%）