

国保提言 2022

コロナ禍、痛苦の経験をバネに、
受療権、健康権の拡充へ

全国商工団体連合会

〒171-8575 東京都豊島区目白2-36-13 TEL:03-3987-4391 FAX:03-3988-0820
Mail:info@zenshoren.or.jp URL:https://www.zenshoren.or.jp

全国商工団体連合会

content

はじめにp3

一 コロナ禍の日本政治の矛盾と前向きな変化p3

① 生活支援前面の世界的潮流に逆行p3

② あらわになった医療削減の弊害.....p3

③ 中小業者への影響と切り開いた前進面p4

二 過酷な負担と徴収の実態p4

① 高すぎる国保料・税の実態とその原因p4

② 生業と受療権を脅かす強権的徴収と正規保険証取り上げ.....p5

③ 国保制度の改悪を招く都道府県単位化問題p6

三 国保料・税の引き下げと制度改善への提言p6

① 国民の「受療権」「健康権」を守るためにp6

提言1 強権的徴収や保険証の取り上げ、「短期保険証」「資格証明書」の新規交付をやめる

提言2 国保料・税の減免と窓口負担の軽減を

提言3 傷病・出産手当の創設など医療制度の改善を

② 「無理なく払える」国保料・税にp8

提言4 国庫負担の引き上げを

提言5 自治体の法定外繰入の継続を

提言6 応能負担の制度に改める

③ 地方自治に基づく国保の構築をp9

提言7 市町村の主体性を尊重し、安心して医療を受けられる制度に

おわりにp9

2022年11月27日

はじめに

いま、約1734万世帯・2600万人が加入(2022年度)する国民健康保険(国保)の改善を求める切実な要求が渦巻いています。

「高すぎて納めきれない」国民健康保険料・税(＝国保料・税)を加入者の生活実態に見合った水準に見直すこと、滞納者から正規保険証を取り上げ、売掛金まで差し押さえる「制裁行政」を是正することは急務です。傷病・出産への手当がないなど、協会けんぽや組合健保と比べても不十分な保険給付の改善も待ったなしの状況です。

そもそも国保は、国が責任を持って財源を確保し、国民に必要な医療を給付する社会保障です。国保法第1条は「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」とその目的を定めています。

にもかかわらず、財源不足は受益者負担でまかなうとして、保険料・税を引き上げる自治体も目立ちます。

「国保は加入者が支え合う保険制度」「いわゆる相互扶助の制度だ」という誤った認識によるものです。その背景に、政府・財界の「自己責任論」の押し付け、社会保障解体の狙いがあることは見逃せません。

憲法25条は、国に社会保障などの増進を義務付け、その後退を厳しく戒めています。国保制度の改善運動の推進には、こうした憲法理念を力にして、社会保障の解体圧力を押し返すための学習や宣伝も大切です。

この提言は、国保制度を社会保障らしく発展させるため、国保加入者が置かれている過酷な実態や「都道府県単位化」による問題点を明らかにし、国保料・税の引き下げをはじめ、制度改善への要求をまとめたものです。

医療を受ける権利(受療権)、健康に生きる権利(健康権)の実現を求める取り組みに力を合わせ、憲法に明記された生存権を実質的に保障させる、国民的な運動を強めていくことを呼び掛けます。

一 コロナ禍の日本政治の矛盾と前向きな変化

① 生活支援前面の世界的潮流に逆行

新型コロナウイルス感染症の世界的大流行(＝パンデミック)に直面し、世界各国では、大規模財政出動を伴う生活支援が実施され、政府の果たすべき役割への認識が深まりました。衣食住や日常ケアの担い手の存在意義も見直されています。

一方、日本では、社会保障のぜい弱さが浮き彫りになりました。感染拡大当初、政府の責任を曖昧にしたままに行われた「自粛要請」は、営業や行動の制限を実質強制する一方、支援策は融資のみに限られて「公的損失補償」を欠きました。これにより、非正規・短期労働者(多くは女性)と並び、自営業・フリーランスがとりわけ深刻な打撃を受け、その立場の弱さが浮き彫りになりました。その後、支援を求める世論の力で、持続化給付金や家賃支援給付金をはじめとする事業者支援、雇用調整助

成金や休業補償などの就労支援で、画期的な直接支援が実施されました。しかし、「誰一人取り残さない」支援には遠く及ばない状況が残され、自助前面の政治の矛盾が、かつてなくあらわになりました。

② あらわになった医療削減の弊害

医療では、抜本的な態勢拡充に手を付けず、コロナ感染症の流行状況をみながら、試行錯誤と微調整を繰り返し、2022年以降の「第6波」「第7波」で、感染者、重篤者・死者の爆発的拡大を余儀なくされました。感染者は、入院どころか、まともな医療を受けられない事態となりました。これらは、政府が2000年代以降、一貫して社会保障の削減・解体をすすめる下、病院、病床を削減しつつ公的病院の割合を後退させて、公衆衛生の地域拠点である保健所を統廃合し、地域医療態勢を崩壊させてきた弊害をあらわにしました。保健所は、1992年

の全国852カ所から、2020年には469カ所までに減らされています。病床削減では、コロナ感染症に対応可能な第2種指定医療機関が、1996年の9,761床から2019年には1,871床へ、8割も削減されました。

政府は、こうした医療改悪の失敗を顧みず、コロナ禍以前に決めた、社会保障削減・解体路線をすすもうとしています。2022年10月からは75歳以上の医療費窓口負担を倍加させ、介護保険は2023年度の制度改定で、要介護1・2に区分される高齢者を保険給付から外す、などの改悪を狙いますが、国民の反発は必至です(資料1)。

国保に関わりの深い医療分野も、後期高齢者医療制度の廃止や老人保健法の復活、子ども医療費の無料化、紹介状なしの大病院別途負担の廃止など、だれでも使いやすい医療制度へ改善が求められる状況です。

③ 中小業者への影響と切り開いた前進面

感染リスクに自己責任での対応を余儀なくされる中、中小業者は自らが感染リスクにさらされるだけでなく、顧客や取引先に感染を広げてはいけなと、過度の緊張を強いられて、多くが心身ともに追い込まれる状況です。生業を支える家族の中で波動的な感染が発生し、延べ20日間にわたって休業せざるを得なかったという影響も出ています。

二 過酷な負担と徴収の実態

① 高すぎる国保料・税の実態とその原因

① 低収入な世帯ほど重い負担

加入者にとって、国保が過酷な制度となっている根本原因は、「高すぎる」国保料・税にあります。国保加入者は、高齢者や失業者など「4割以上が無職」という状況です(資料2)。年所得200万円以下の非正規労働者も増え、加入世帯の平均所得は1995年の約230万円から、2020年には136万円へと減少し、1人当たりの平均所得は89万円となっています(資料3)。

全商連共済会へのコロナ感染による見舞金請求は、2020年2月から2022年10月末までの間に、みなし入院を含む休業が1万5,548人に達しました。うち、入院できずに自宅または施設での療養を余儀なくされた方は、2022年6月末時点で7割に達し、「保健所からの電話が来ず、何度も催促してやっと電話が来たのは療養期間の終わるころ」「自宅療養を経験して日本の医療崩壊の現実を実感」「家族にうつしてしまうのではないかと毎日不安」などの声が寄せられました。その後、政府が事実上、医療責任を放棄したことにより、自宅や施設での療養は、さらに多数に上ったものと見込まれます。さらに残念なことに、84人の方が命を落としています。

一方、コロナ禍において、支援拡充を求める国民の声は、前向きな変化も引き出しました。国保では、新型コロナにり患した被用者に限られますが、実施自治体に国が予算を支給することにより、傷病手当が実現しました。同じく「コロナ特例減免」制度が創設され、払いきれない国保料・税の過重な負担が不十分ながらも一時的に、緩和されました。これにより2020年度は、国保料・税の収納率が向上し、「全政令指定都市で現年度分アップ」(国保新聞2022年4月20日付)と報じられました。こうした前進面の教訓を、コロナ禍が浮き彫りにした課題克服につなげることが大切です。

にもかかわらず、国保料・税は値上げされ続け、払いきれない重い負担になっています。東京都23区に住む年収400万円の4人世帯(40代夫婦と子2人・給与所得者)の負担は、協会けんぽ加入者の年23.4万円に対し、国保加入者は年52.8万円で、2倍以上に上ります。

② 国庫負担削減と逆進的賦課方式が過重負担を招く

高すぎる国保料・税の最大の原因は、国庫負担の削減です。1984年の国保法改悪によって、かつて45%だった医療費に対する国庫負担率

は30%程度にまで引き下げられています。その結果、1984年当時と比べ、国庫負担は「1兆円が削減されたことになる」(伊藤周平2018年『社会保障入門』)と指摘されます。

「低収入でも高い保険料・税」という構造的な問題の背景には、生活実態を無視した国保料・税の賦課方式もあります。協会けんぽなどの被用者保険が、家族の人数にかかわらず、加入者本人の収入に応じて賦課される一方、国保料は、収入や資産に応じてかかる「応能割」(所得割と資産割)と、収入に関わりなくかかる「応益割」(平等割と均等割)で成り立ちます。「平等割」は世帯ごとに定額でかかり、「均等割」は家族の人数に応じてかかるもので、これらを合わせた「応益割」は、低収入世帯や家族が多い世帯ほど負担が重くなります。しかも、国が「応能割」と「応益割」の比率を7対3から5対5へ変更し、収入に関わりなくかかる保険料・税を増やしてきたために、矛盾は深刻になっています。

② 生業と受療権を脅かす強権的徴収と正規保険証取り上げ

① 困窮に追い討ちをかける過酷な徴収

消費税率引き上げや大規模自然災害、新型コロナウイルス感染症のまん延、天井知らずの物価高騰など、厳しい経営環境の下、高すぎる国保料・税の滞納は、2022年に208万世帯(全世帯の11.9%)に上りました。

過酷な滞納処分が、これに追い討ちをかけています。滞納差し押さえは、公表されている2020年の総数で、約25万件・約613億円に上っています(資料4)。

厚生労働省は、保険料・税を払い切れない方に「きめ細かい対応を行う」(全国中小業者団体連絡会要請・2022年2月)としますが、無理な納付誓約を迫った上に、経営に必要な売掛金まで差し押さえる、商売つぶしの取り立てが、各地で繰り返されています(資料5)。納付相談の窓口、に、差し押さえ現場の写真を張り出して、市民を

威圧する自治体もあり、事態は深刻です。

② 受療権を奪う保険証の取り上げ

本来、滞納世帯や無保険者に寄り添うべき国・自治体が、差し押さえなどの強権的な徴収をすすめる上に、保険証を取り上げるなどの制裁行政をすすめ、受療権を奪っています。

2022年度、実質的な無保険状態を強いる「資格証明書」は約9.9万世帯、有効期間を短くした「短期保険証」は約47.7万世帯に交付されました(資料6)。

粘り強い政府要請などにより、「資格証明書」交付の際には、機械的な運用を行うことなく、保険料・税を納付できない特別な事情の有無を把握するよう、国が通知していることもあり、正規保険証の取り上げは減少傾向にはありますが依然、高い水準です。

③ 命を脅かす国保行政の「二重制裁」

やむなく保険料・税を納めきれなかった人から正規保険証を取り上げる厳しい制裁行政は、生命をも脅かしています。経済的理由による手遅れ死亡事例(全日本民主医療機関連合会「2021年事例調査概要報告」)のうち、「無保険・資格証明書・短期保険証」の人が20.69%と最多でした。見逃せないのは、「正規保険証」の人も16.35%を占めたことです。高すぎる保険料・税の支払いに精いっぱい、受診できなかったことが伺えます。

全商連共済会が取り組んでいる集団健康診断(2022年4～9月)では、何らかの異常がある「有所見率」は78.5%に上り、「異常なし」はわずか18.0%にとどまりました。死亡弔慰金を受け取った方(153人)の「初診(発病)から死亡までの期間調査」(2022年10月定点)では、「24時間以内」が17.6%、「2日から1カ月未満」が25.5%、「1カ月から3カ月未満」が9.2%、「3カ月から6カ月未満」が7.8%で、初診から半年以内の死亡が6割以上に達しました。

健康な日々を送るため、多くの中小業者が医療を必要としている状況が伺えます。

いま必要なことは、誰もが安心して医療を受け

られるようにすることです。困窮する加入者を、強権的な徴収と保険証の取り上げという「二重制裁」で、さらに追い込むことは絶対に許されません。

③ 国保制度の改悪を招く都道府県単位化問題

①自治体要望を踏みにじる「都道府県単位化」

低収入な加入者に、高すぎる国保料・税を負担させ、大量の滞納者を生み出している状況を、多くの自治体が「国保の構造問題」ととらえています。そして、その解消のため、国庫負担を増額して財政基盤を強化し、加入者負担を軽減すること、とりわけ子どもの均等割を軽減・全廃するよう求めています。さらに、子どもの医療費を国庫負担でゼロにする「子ども医療制度」の創設なども要求しています。

しかし、歴代自公政権は、自治体の国庫負担の拡充要望には応えず、2018年4月から、域内医療体制の管理責任と国保財政の運営責任を、市区町村から都道府県に移し替える「都道府県単位化」を断行しました。

これにより国は、市区町村の所得水準に見合うよう公的医療支出を抑制させたり、必要と見込まれる医療水準に合わせて保険料・税率を引き上げさせたりする役割を、都道府県に負わせました。

「都道府県単位化」の下で、国は国保料・税を軽減する市区町村の独自努力を抑制して、公的医療支出を節減するため、各都道府県の「国保運営方針」に、域内保険料・税の統一期限を明

示するよう求めています。市区町村が国保料・税の負担軽減や国保会計の赤字解消のために行っている「一般会計からの法定外繰入」をやめることさえ求めています。

②交付金をてこにコロナ禍にも病院・病床を削減

国は病院の統廃合や病床削減を自治体に要求し、国保料・税負担と地域の医療費を連動させる仕組みをつくっています。医療費が高くなれば国保料・税も高くなるようにし、「国保料・税が高くなるのを避けたいなら、医療費を抑えるようにせよ」と加入者に迫るものです。病院統廃合は、新型コロナウイルス感染が爆発的にまん延する事態に際し、「入院もできず、受診さえできない」事態を引き起こしました。深刻な感染拡大が、今後も繰り返し起こると想定される中、国民の生命を危機にさらす「受診抑制策」を、許すわけにはいきません。

これらの施策を推進するため、国が「保険者努力支援制度」を導入した影響も見逃せません。同制度は、これら施策の推進状況により、国から自治体への交付額を決めるというもので、自治体は国が示す指標を達成できなければ、延べ1,500億に上る交付金を受け取れなくなります。

総じて国は、医療保障の公的責任を、加入者の自己責任にすり替える圧力を強め、自治体を変質させています。

自己責任や相互扶助の立場ではなく、「国保は社会保障」という視点から、制度改善の必要と実現に向けた運動の在り方について、以下の7項目の提言を行います。

て減免制度や納税・換価の猶予、分割納付を適用することを第一にすべきです。

地方自治体の責務は「住民の福祉増進」です。「短期保険証、資格証明書で収納率は向上しない」と、交付を取りやめた自治体もあります。コロナ禍に、受療権を保障する動きも広がりました。

国保料・税の収納率は、コロナ禍に創設された「コロナ特例減免」の活用が広がった結果、全都道府県で大幅に改善されました(資料7)。

提言2 国保料・税の減免と窓口負担の軽減を

①低所得者向けの国保料・税の減額・免除制度を拡充する

加入者の収入や生活の実態を反映し、免除基準を生活保護基準以上に引き上げ、国庫負担による免除制度を設けるべきです。

現在、「応益割」部分を減額する法定減免で「2割軽減」の適用対象は、単身世帯で所得が95万円以下に抑えられています。自治体で実施する申請減免も、自然災害や盗難、著しい商売の悪化など経済的損失を受けたときの一時的なものに限定されていて不十分です。

いわゆる通常の申請減免(国保法第77条・地方税法717条)の定める「特別の理由」を、各自治体が加入者の実情に合わせて、弾力的に適用することも大切です。減免制度について、政府も「保険者が個々の実情に応じて行うもの」(後藤茂之厚生労働大臣2022年4月22日 衆院厚生労働委員会)と認めています。

②一部負担金の減額・免除制度を改善し、積極的に適用する

病院(医療機関)窓口での負担分を減免する「一部負担金の減額・免除制度」を改善・周知し、積極的に適用すべきです。

一部負担金の減免は、国保法第44条に定められ、自治体の判断で実施できます。現状では、減免額の2分の1を、国が自治体に補てんするには、災害や不作、廃業、失業などで生活困難に陥り、収入が生活保護基準の1.1倍以下、かつ預貯金額が同基準額の3カ月分以下であることなど、厳しい適用要件があります。

厚労省は国保料・税滞納者にも減免を行うよう見解を示していますが、滞納を理由に申請を受け付けない自治体もあります。減額・免除の対象者を拡大するためにも、収入要件を生活保護基準の1.5倍にするなど対象を拡大するとともに、

国から自治体への補てん率(現行2分の1)を引き上げて、自治体が実施しやすくするべきです。

③高額療養費制度の算定方法を改め、広く適用する

入院や外来診療などの窓口負担が一定額を超えた際、その超過額が払い戻される、高額療養費制度の改善も必要です。同制度は、毎月の1日から末日までの負担額の合計を基準とするため、月がまたがると分割されて適用されないケースが生まれます。また、入院と外来、医科と歯科も分割されます。

一つの治療は、その費用を通算し、入院と外来は合算するなど、多くの人が適用されるようにすべきです。同制度の改善は、国保だけでなく、被用者保険加入者の負担軽減にもなります。

提言3 傷病・出産手当の創設など医療制度の改善を

国保にも、労働者が加入する健康保険と同様に、傷病手当や出産手当を創設すべきです。

そもそも公的保険には、けがや病気、事故あるいは出産など、収入が途絶える事態に際して「従前所得水準を維持」するという理念があります。協会けんぽや組合健保では、そうした理念に基づいて、傷病手当や出産手当が実施されています。「法の下での平等」(憲法14条)に照らしても、加入する保険制度の違いにより、保険給付や免除制度が異なる事態は、一刻も早く解消すべきです。

①コロナ禍の前進を生かし、傷病手当の恒久化を

コロナ禍、新型コロナウイルスに感染した場合、全額国庫負担による傷病手当制度が創設されました。対象は被用者に限定されるものの、国による傷病手当制度の創設は長年、民商・全商連をはじめ広範な市民団体が国・自治体に求めてきたものであり、画期的な成果です。

「同じ制度内で不公平を生み出してはいけない」(自治体担当者)と、事業主への傷病手当金・見舞金などを実施した自治体もあります(資料8)。被用者に限定された適用対象を事業主にも広げ、いつけがや病気をしても、本人と家族の生活が保障されるよう、恒久的な制度にすること

三 国保料・税の引き下げと制度改善への提言

① 国民の「受療権」「健康権」を守るために

提言1 強権的徴収や保険証の取り上げ、「短期保険証」「資格証明書」の新規交付をやめる

強権的徴収や保険証の取り上げをやめ、国保料・税を払えない加入者一人ひとりの事情に応じ

が必要です。

②出産手当で、産前産後期間の生活支援を

同じく協会けんぽや組合健保では、出産による収入の減額・喪失分を補てんして生活を保障する、出産手当も支給されています。健康保険や厚生年金では、「次世代育成」を目的に、加入者の産前産後の保険料を免除しています。国民年金でも、「次世代育成」のために産前産後期間の保険料が免除されています。

家族総出で家業を支えることが多く、一人が欠けても営業に支障をきたす中小業者にとって、家族の休業による影響は大きいといえます。全商連婦人部協議会は「国保に傷病手当、出産手当を」と運動し、自治体に、制度実施のための予算額を試算するよう求め、公表させてきました。「保険あって給付なし」の不公平を正す立場に立つならば、実施が不可能な金額ではありません。

②「無理なく払える」国保料・税に

提言4 国庫負担の引き上げを

国保料・税を引き下げするために、減らされてきた国庫負担を総医療費の45%まで引き上げるべきです。

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、全国町村会、全国町村議会議長会)をはじめ、国保関係9団体が2021年11月に制度改善強化全国大会を開き、「市町村においては被保険者にこれ以上負担を求めることは極めて困難」と宣言しました。

国保関係9団体が同時に求めた「子どもの均等割軽減」への支援では、政府が2022年4月から、国庫負担で「子ども均等割」を半減させる措置を開始しました。全国知事会は、子育て支援策の観点から、さらに対象年齢を拡大し、軽減額を拡充するよう求めています。

2014年に全国知事会は、協会けんぽ並みの保険料負担率まで引き下げのため、国保に1兆円の公費投入を求めましたが、その対応はすすんでいません。その後も多くの知事が、思想・信条を問わずに一致して、国庫負担の引き上げを求めていることは、重く受け止められるべきものです。

公費投入1兆円が実現すれば、「応益割」(平等割と均等割)を廃止でき、全国平均(40歳代夫婦と子ども2人の4人世帯)で、保険料・税を約16万円軽減されると試算されました。2020年には、「応益割」を廃止すれば、全国平均で約18.6万円が軽減されると試算されます(資料9)。

提言5 自治体の法定外繰入の継続を

国保の「都道府県単位化」を機に、市町村が行っている一般会計から国保会計への法定外繰入を、解消するよう迫ることを、国はやめるべきです。

繰入が解消された場合、「全国平均で一人当たり年額1万円、国保料・税が上がる」との試算(伊藤周平・同前)もあり、加入者の大きな負担となります。一方で、単年度で国保会計が黒字の自治体は、2020年度は全47都道府県、1,095自治体に上りました(資料10)。「コロナ特例減免」の国庫支援を受けたことによるもので、国庫負担の重要さが示されました。また、全国の自治体は「ため込み金」と言われる多額の基金を積み増しており、こちらの活用が求められます。

国が自治体に繰入解消を要求することは、地方自治体の自治権に抵触します。厚生労働省は、繰入について「自治体で判断すべきこと」と回答(全国中小業者団体連絡会要請・2019年2月)していますが、実際には繰入金額は減少し続けています(資料11)。

自治体の94%が、法定外繰入の目的は、「保険料・税の負担緩和を図るため」(国保新聞2022年8月1日付)と回答しているように、自治体が行う法定外繰入は、加入者負担を軽減しており、今後も実施・継続されるべきです。

提言6 応能負担の制度に改める

現在、国保料・税は、所得から基礎控除(43万円)のみを差し引いて算定する「旧ただし書き」方式です。扶養や配偶者控除など各種控除も差し引いて、保険料・税を算定する住民税方式に改めるべきです。

幸福追求権や法の下での平等、文化的な最低生

活などを、国民に保障するよう求める日本国憲法は、税金や公的保険料に応能負担を徹底するよう、国に要請しています。

応能負担の制度に近づけるためにも、支払い能力の考慮なしに、無収入者にも負担を求め、家族が増えれば機械的に負担を増やす、「応益割」(均等割、平等割)は廃止すべきです。

その財源を逆進的な消費税の増税でまかなうことは、決して許されません。低所得者ほど負担が重く、経営が赤字でも納付しなければならない消費税は、応能負担の原則に反し、社会保障の財源に最もふさわしくない税制だからです。ましてや、より担税力の低い小規模な事業者にも課税を強いる、消費税のインボイス制度は許されません。

国保料・税が下がっても、消費税で取られては実質的な負担軽減にはなりません。国保料・税を軽減するための財源は、大企業や富裕層への応分の負担でまかなうべきです。

おわりに

ロシアによるウクライナ侵略や、台湾をめぐる米中関係の緊張を口実に、政府はGDP比2%への軍事費倍加などの大軍拡を画策しています。その規模は、使途を変えれば、公的医療の自己負担を無料にしたり、消費税を2%に引き下げたりできる、膨大なものです。

大軍拡の財源として、社会保障のいっそうの削減や、大增税が狙われることは火を見るより明らかです。政府税制調査会(2022年10月26日)では「未来永劫10%のままで日本の財政がもつとは思えない」「消費税率の引き上げについて考えていく必要がある」との意見が相次ぎ、消費税増税論議の口火が切られました。

国保制度を改善させるためにも、営業と暮らしを守るためにも、果てしない軍拡競争の悪循環をやめさせて、「軍事費を削って社会保障に回せ」の世論と運動を広げることが強く求められています。

低賃金の非正規雇用を増やし、社会保険料をともに負担しようとし、大企業の社会的責任も問わ

③ 地方自治に基づく国保の構築を

提言7 市町村の主体性を尊重し、安心して医療を受けられる制度に

国保の運営は、住民自治・団体自治の理念の下で、地域の実情を踏まえて行われるべきです。住民の健康や生命を守り、負担軽減を図ろうとする基礎自治体の独自努力を、国や都道府県が押しつぶすことは許されません。市町村の責務を明らかにする、国保法第4条の理念が尊重されるべきです。

「都道府県単位化」の方針を受け、統一保険料を目指す府県では、国保料・税の引き上げや医療費の抑制策が押し付けられています(資料12)。

「都道府県単位化」によって、基礎自治体の主体性を奪うことはやめ、地方自治の原則を尊重した運営を促し、地域の加入者が安心して医療を受けられるよう、市町村を主体として、国保制度の構築を図るべきです(資料13)。

れています。500兆円を超える大企業の内部留保を活用して正規雇用を拡大し、能力に応じた税負担を積極的に行うなど、社会保障の充実に貢献すべきです。

年金生活者や非正規労働者、フリーランスなど、自営業者にとどまらない幅広い階層の人たちが加入する国保制度の改善には、階層や立場を超えて、さまざまな市民や団体との協力・共同をつくりだすことが欠かせません。

国保をめぐるのは、自治体の担当者も「これ以上負担を増やすことはできない」と苦悩し、制度改善を求める声を寄せています。私たちが要求を届ければ、一致点を見いだすことも可能です。自治体関係者とも歩調を合わせて、国に改善を求めることができるよう、積極的に自治体に働きかけていくときです。

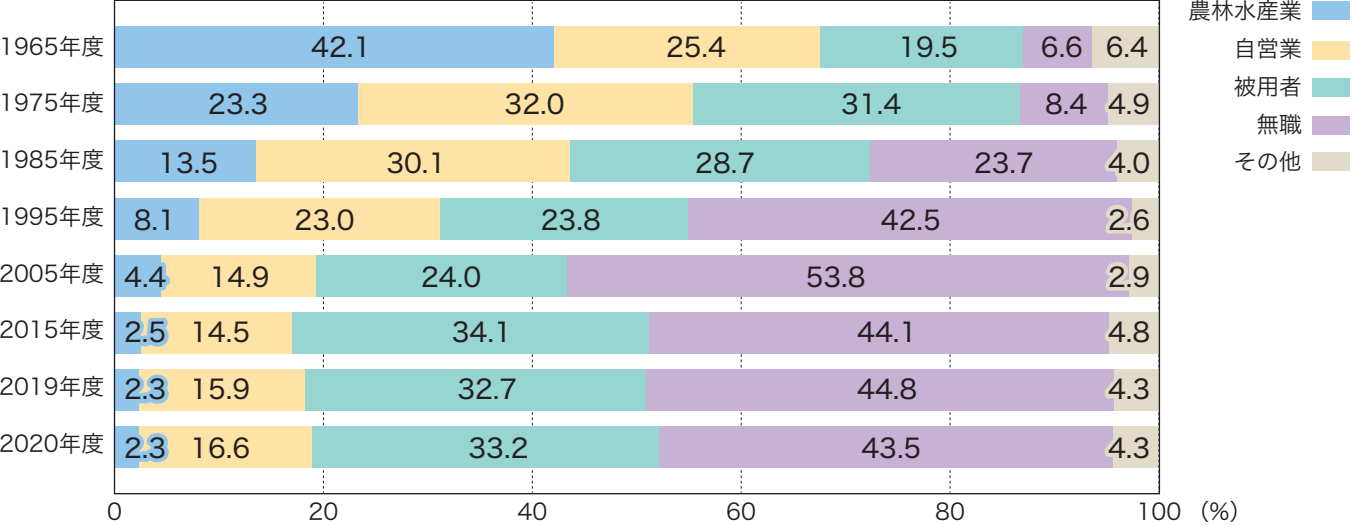
この提言が、多くの方に受け入れられ、国保制度を改善し、受療権、健康権を隅々にまで保障する、協力・共同の運動の力となることを願っています。

資料1 介護保険制度 改悪の歴史（介護保険改悪流れ）

沿革			
年	介護報酬引き下げ	保険料負担引き上げ	サービス悪化・縮小
2000	「介護の社会化」をうたう介護保険制度の運用開始。		
2005			施設入居費・食費が全額自己負担に。
2014		年金収入で年間280万円以上の第一号被保険者にかかる利用者負担割合が2割に引き上げ。	- 要支援1, 2(約160万人) の訪問介護と通所介護を保険給付から外し、市町村の「介護予防・日常生活支援総合事業」に移行。 - 特別養護老人ホームの入所資格が、要介護3以上の重度者に限定。 - 介護保険施設の居住費と食費の補助制度(補足給付) の厳格化。
2015	- 介護保険施設や事業者を支払われる介護報酬が全体2.27%のマイナス改定。基本報酬は4.48%のマイナス改定で、過去最大の引き下げ。 - 小規模通所介護の基本報酬は最大で9.8%引き下げ、特別養護老人ホームも全体で約6%の引き下げ。		
2017		3割負担の導入。	介護療養病床の廃止・介護医療院創設、全自治体で要支援の訪問介護、通所介護のサービスが「介護予防・日常生活支援総合事業」に移行。
2018	介護報酬改定。介護報酬の抜本的引き上げが期待されたが、0.54%にとどまり、介護職員の待遇改善と人材確保は絶望的に。		生活援助に事実上の回数制限を設ける「生活援助」ケアプラン届出が一部義務化。
2020			介護保険法改正。介護保険を財源とする「重層的支援体制整備事業」新設。
2021	0.7%の微増。		
2022 検討段階		2～3割負担の対象者拡大。	- 要介護1・2の訪問介護と通所介護を保険給付から外し、区市町村の「総合事業」へ移行。 - ケアプラン作成費用など自己負担化。

伊藤周平（2018）『社会保障入門』ちくま新書
鈴木森夫「認知症施策と介護保険制度（下）―負担増・給付削減の流れに抗して」『社会保障』（2021年夏号,p.34-39）

資料2 国保世帯主の職業世帯構成割合の変化



注) 2005年度以降、「無職」が減っているのは、2008年に後期高齢者医療制度が創設され、75歳以上の世帯主が国保を脱退したため
出典: 厚労省保険局『国民健康保険実態調査報告』各年度版

資料3 市町村国保加入世帯および一人当たりの平均所得

年度	加入世帯の平均所得 (万円)	一人当たりの平均所得 (万円)
1995	230.8	108.6
2000	197.5	100.6
2005	168.7	90.0
2010	145.1	83.7
2015	139.6	84.4
2018	136.7	87.7
2019	133.5	86.4
2020	136.0	89.0

出典: 厚労省『国民健康保険実態調査報告』各年度版より作成

資料4 差し押さえの件数・金額の推移

年度	差し押さえ件数 (件)	差し押さえ金額 (億円)
2010	186,790	732
2015	298,374	968
2018	356,141	927.8
2019	341,274	842.5
2020	247,557	612.8

出典: 厚労省保険局『国民健康保険(市町村)の財政状況について』各年度版

資料5 強権的徴収、保険証取り上げ事例(2020～21年)

神奈川県横浜市の業者。国保を滞納しており、2021年末に区の保険課に相談したところ、差し押さえの執行を予告。取引会社にも調査が入り、その後取引がなくなってしまった。このままでは取引先がなくなってしまうため、調査を止めてもらう嘆願。分割で支払うことで調査をやめることを約束したが、約束を反故にされ、取引会社に調査の連絡が入った。後日、分納の支払いと調査の件で窓口に行ったところ、「もう分割はできない。差し押さえしかない」「前回の相談内容は担当それぞれ考えが違う」と一蹴。窓口でも大声で周りに聞こえるように内容を話してきた。

愛知県一宮市の建設業者。国保の滞納で一度に32万円ほど差し押さえられた。生活に余裕がなくなり、一切の引き落としや支払いができなくなった。

愛知県海部郡のサービス業者。国民健康保険料と市税で約42万ほど滞納。一度に全額は払いきれないため、分割での納付を約束した。しかし、翌月になり差し押さえ実施の謄本が送られ、「給料の支給元にも同様の通知を送らせてもらった」と言われた。全額差し押さえられると、子どもと妻の4人暮らしは維持できない。

福岡県の方。母子家庭で高校生の娘あり。おとしし体調を崩して退職。働けない時に払えなかった国保料の滞納が20万円ある。毎月2万円払えと言われたがとても分納できない。体調が悪いのに病院にも行けない状況。娘の保険証も取り上げられている。国保課が怖くて役場にも行けない。

資料6 滞納世帯数の推移と短期証、資格書交付世帯数

	2020年	2021年	2022年
全世帯数	17,871,062	17,551,170	17,431,182
滞納世帯数 (全世帯に占める割合)	2,449,629(13.7%)	2,353,215(13.4%)	2,080,550(11.9%)
短期被保険者証交付世帯数 (全世帯に占める割合)	621,322(3.5%)	569,338(3.2%)	476,706(2.7%)
被保険者資格証明書交付世帯数 (全世帯に占める割合)	150,970(0.8%)	124,306(0.7%)	99,145(0.6%)

出典：厚生省『令和2年度国民健康保険（市町村）の財政状況について』（2022年6月23日発表） ※2022年は速報値。ほかは各年6月1日の数値

資料7 19年、20年の「コロナ特例減免」の実績（市町村国保）、
「コロナ特例減免」により、政令指定都市の収納率が大幅に上昇

市町村国保 (国保新聞2022年4月20日付より)

年度	条例制定保険者数	うち減免実績あり 保険者数	減免決定件数 (世帯単位)	減免決定額
2019年	1,634(約95.2%)	1,243	23.8万件	74.6億円
2020年	1,688(約98.4%)	1,623	36.1万件	649.6億円

政令指定都市の収納率

	2019年度		2020年度
札幌市	94.34	↗	94.44
仙台市	94.65	↗	96.16
さいたま市	92.34	↗	92.93
千葉市	92.3	↗	92.8
横浜市	94.95	↗	95.75
川崎市	94.12	↗	94.76
相模原市	90.92	↗	92.11
新潟市	93.70	↗	94.26
静岡市	93.47	↗	94.17
浜松市	92.22	↗	92.79

	2019年度		2020年度
名古屋市	95.6	↗	96.3
京都市	94.54	↗	95.70
大阪市	89.81	↗	90.98
堺市	94.48	↗	94.76
神戸市	93.16	↗	93.89
岡山市	91.9	↗	93.2
広島市	92.37	↗	92.94
北九州市	92.97	↗	93.19
福岡市	91.38	↗	92.31
熊本市	90.18	↗	91.24

資料8 事業主への傷病手当・見舞金等 実施自治体数 (2022年9月末現在・全商連調べ)

[傷病手当等]17自治体	
北海道	赤平市
岩手	陸前高田市
秋田	大館市
宮城	松島町、柴田町
山梨	南アルプス市
長野	伊那市
新潟	新発田市、聖籠町
愛知	東海市
岐阜	飛騨市
京都	京丹後市
和歌山	和歌山市
鳥取	岩美町
山口	下関市
愛媛	宇和島市
高知	黒潮町

[傷病見舞金]24自治体	
北海道	美幌町
埼玉	朝霞市、志木市、和光市、深谷市、新座市、越谷市、上里町、神川町、美里町
群馬	渋川市、邑楽町
神奈川	相模原市
長野	駒ヶ根市、辰野町、飯島町、木曾町
滋賀	甲賀市、野洲市、多賀町
徳島	石井町、上板町
長崎	西海市
鹿児島	曾於市

資料9 国保「平等割」「均等割」を廃止した場合の負担軽減額
(40代夫婦・6歳以上の子ども2人世帯)

(単位：円)

北海道	170,272	石川	197,485	岡山	184,294
青森	181,845	福井	192,546	広島	185,677
岩手	150,562	山梨	189,358	山口	176,813
宮城	171,715	長野	155,620	徳島	182,596
秋田	166,245	岐阜	191,896	香川	197,578
山形	185,731	静岡	190,726	愛媛	164,838
福島	157,012	愛知	199,503	高知	175,213
茨城	162,324	三重	190,212	福岡	177,943
栃木	185,982	滋賀	186,660	佐賀	191,574
群馬	186,037	京都	176,967	長崎	184,829
埼玉	156,756	大阪	207,841	熊本	204,761
千葉	162,245	兵庫	213,599	大分	180,564
東京	225,011	奈良	197,621	宮崎	180,816
神奈川	190,507	和歌山	180,198	鹿児島	163,613
新潟	170,531	鳥取	183,694	沖縄	135,976
富山	176,943	島根	191,987	全国	186,433

厚生省『2020年国保実態調査』をもとに試算

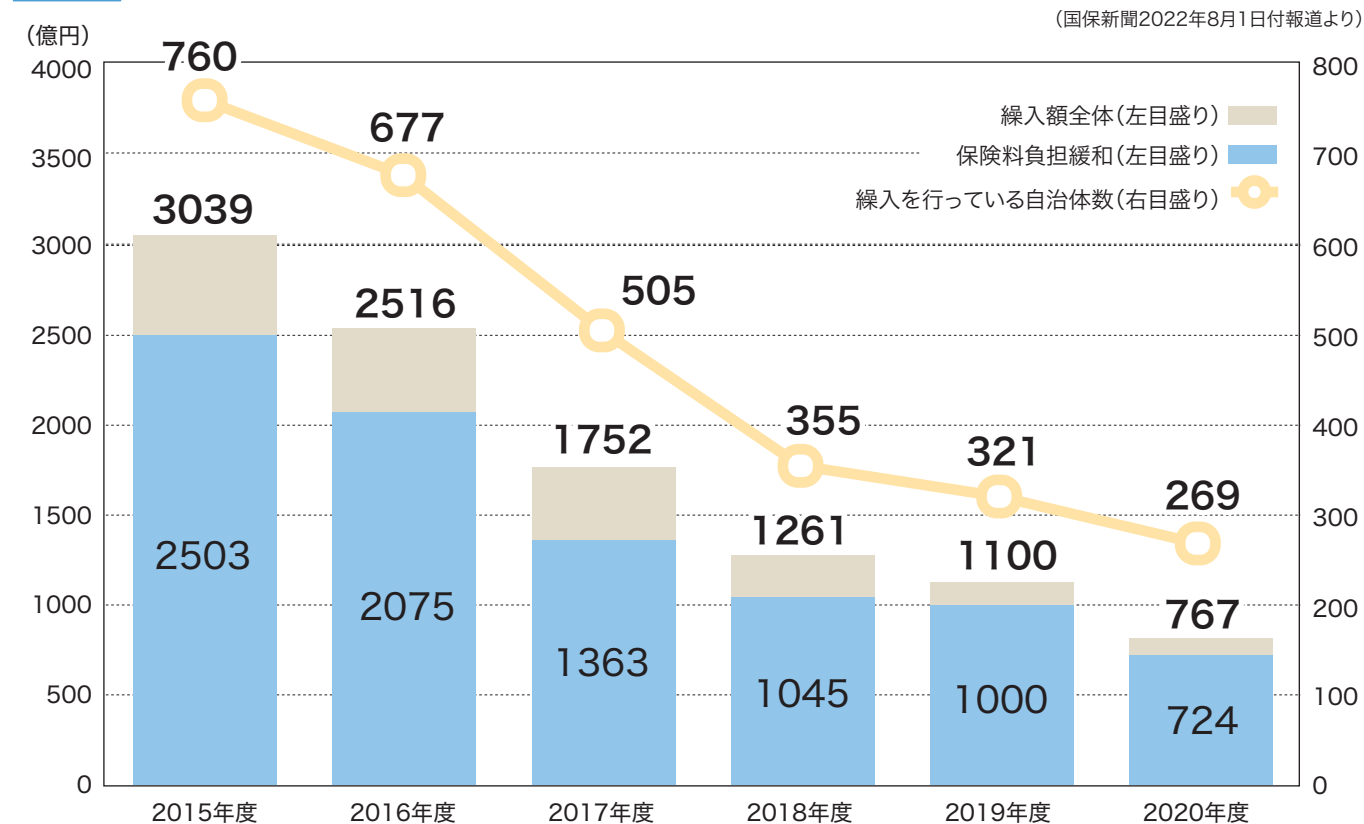
資料10 国保会計が黒字の自治体（保険者）が増加

年度	単年度収入 決算額 (百万円)	単年度支出 決算額 (百万円)	単年度収支 差引額 (百万円)	単年度収支差引額内訳			
				黒字保険者		赤字保険者	
				保険者数	剰余金 (百万円)	保険者数	不足額 (百万円)
2011年度	13,383,203	13,281,171	102,032	918	161,669	799	59,637
2016年度	15,702,569	15,554,180	148,389	1,243	174,260	473	25,872
2017年度	15,355,919	15,125,297	230,621	1,361	247,971	355	17,349
2018年度	24,344,766	24,216,415	128,351	43(759)	263,989	1(957)	135,637
2019年度	24,043,636	24,074,069	-30,433	30(871)	34,860 (58,200)	17(845)	43,678 (79,815)
2020年度	23,658,510	23,229,656	428,854	47(1,095)	345,081 (112,883)	0(621)	0(29,111)

厚労省『国民健康保険事業年報』各年版より作成

注) 18年度から都道府県単位化に伴い、市町村国保の運営主体に都道府県が追加。「都道府県(市町村)」の順に表記している。

資料11 一般会計からの決算補てん等目的の法定外繰入の推移



資料12 都道府県単位化と国保料・税の統一化で変質する自治体

大阪府	全国に先駆けて保険料統一化がすすんでいる大阪府では、2022年度の40歳代夫婦と未成年子ども2人の世帯で、所得100万円に対する保険料は約20万円になるという試算が公表されています。また、国保料率のみならず減免制度、国保実務に至るすべてを、2024年度までに府内全市町村で完全統一することを決定し、住民運動でつくり上げてきた自治体独自の減免制度が解体されようとしています。 (しんぶん赤旗2022年8月18日付報道より)
埼玉県	埼玉県の2020年度国保運営協議会では、当初「保険税水準の統一化は行わない」とした方針を、市民の反対を押し切って大転換し、2024年までに納付金額の統一を目標に掲げました。これを受け、埼玉社保協が2021年度の納付金等を試算する「秋の試算」を行った結果、県内63市町村のすべてで保険税の引き上げが確実となる結果が出ました(『社会保障』2021年春号より)。法定外繰入を取りやめれば保険税負担が上がることは自治体職員も認識していますが、保険者努力支援制度による国からの締め付けは強く、「これ以上は限界」と頭を抱えている自治体職員も。

保険料水準統一に向け目標年度を国保運営方針に定めている都道府県

都道府県	運営方針への記載状況等
北海道	- 納付金ベースの統一：2024年度 - 完全統一：2030年度
青森県	- 納付金ベースの統一：2025年度 - 完全統一：引き続き協議
秋田県	- 納付金ベースの統一：2033年度 - 完全統一：長期的課題
福島県	完全統一：2029年度(当分の間、例外措置あり)
群馬県	- 納付金ベースの統一：2024年度 - 完全統一：今後協議
埼玉県	- 納付金ベースの統一：2024年度 - 市町村毎の収納率を反映した統一：2027年度 - 完全統一：収納率格差が一定程度まで縮小された時点
山梨県	納付金ベースの統一：2030年度
長野県	概ね二次医療圏での医療費指数の統一と応益割額の平準化：2027年度
静岡県	- 到達可能な段階の保険料水準の統一：2027年度 - 完全統一：段階的に実施
三重県	- 納付金ベースの統一：2023年度 - 完全統一：段階的に進める
大阪府	完全統一：2018年度(2023年度まで経過措置あり)
兵庫県	- 納付金ベースの統一：2021年度 - 完全統一：可能なものから段階的な目標設定を検討
奈良県	完全統一：2024年度
和歌山県	到達可能な段階の保険料水準の統一：2027年度
広島県	- 市町村毎の収納率を反映した統一：2024年度 - 完全統一：収納率が市町村間で均一化したと見なされる段階
佐賀県	完全統一：2027年度(2029年度まで経過措置あり)
長崎県	納付金ベースの統一：2024年度
沖縄県	完全統一：2024年度

(国保新聞2022年12月1日付報道より)

資料13 国保財政と基金の活用で、初の国保料引き下げ

「政令市一高い」国保料だった静岡県浜松市。市議会で条例改正案が可決され、政令市になってはじめて国保料を引き下げることが決まりました。「浜松・国民健康保険を良くする会」が10年以上にわたり、引き下げを求める署名を提出してきた成果です。 引き下げは1世帯当たり平均5,000円。医療分所得割を7.34%から7.20%へ改定し、医療、後期高齢者支援金分、介護保険料も減額し、総額は5億円。財源は黒字の国保財政から。 「良くする会」は昨年も民商、地区労連、新婦人、年金者組合などが集めた3,501人分の署名を提出し、コロナ禍で苦しむ市民・事業者の声を代弁してきました。市の国保財政は29.7億円の黒字で、基金積み立ても21.8億円あると訴えてきました。

(しんぶん赤旗2022年3月26日付報道より)