



医療社会福祉制度の課題：国民健康保険を中心に

著者	池田 和彦
雑誌名	筑紫女学園大学研究紀要
号	15
ページ	83-96
発行年	2020-01-31
URL	http://id.nii.ac.jp/1219/00001015/

医療社会福祉制度の課題

— 国民健康保険を中心に —

池 田 和 彦

Issues of Medical Social Welfare System
— Focusing on National Health Insurance —

Kazuhiko IKEDA

はじめに

ある社会がそれとして維持・存続されるために必要となる最低限の条件は、人間にとってかけがえのない“生命と健康”の維持・再生産をすべての構成員に対して保障することである。歴史が証明している通り、それさえできない社会は、社会そのものの存立基盤を失い、構成員からの激しい抵抗を受けつつ崩壊していかざるを得ないからである¹⁾。そして、あらためて指摘するまでもないことであるが、構成員の“生命と健康”の維持・再生産を保障し、社会の崩壊を免れるためには、労働と生活の安定を図るとともに、必要なときに安心して医療を受けられる制度を用意することが必要条件となる。

ひるがえって、現在のわが国の状況はどうであろうか。労働と生活に何らかの歪みが生じ、“生命と健康”の維持・再生産に支障を来たしても、医療費のことが心配で受診を躊躇し、その結果、最悪の場合「経済的事由による手遅れ死亡」²⁾に至る貧困層の人々も、少なからず存在している。誰もが安心して医療を受けることを保障する国民皆保険制度が用意されているはずのわが国で、いったい何故このような事態が発生するのであろうか。

本稿は、このような問題意識に基き、国民皆保険を支えるセーフティーネットの位置にある国民健康保険を中心に検討を加え、医療社会福祉制度の課題を明らかにすることを目的とする。

なお、本稿においては「医療社会福祉」と「医療保障」という概念を併用するが、それぞれ次のように規定している。すなわち、本稿において「医療保障という言葉は、厳密には、医療に関する社会保障を意味し」、「医療保障の方法に、社会保険、公的扶助ならびに社会サービス（福祉サービス）がある」という認識に立っている³⁾。したがって、「医療社会福祉」は「医療保障」の一環であり、具体的には、社会福祉の領域における医療保険としての国民健康保険および後期高齢者医療制度、医療扶助などの公費負担医療制度、無料低額診療事業、医療ソーシャルワークなどを意味することとなる。

1. 医療保障制度体系における医療社会福祉の位置と国民健康保険

必要な人に医療をトータルに保障するためには、医療保障と同時に医療供給体制の整備が不可欠であり、この両者が車の両輪の如く確保されなければならない。このうち医療供給体制については、医療機関（診療科目も含めて）の地域偏在を是正し、必要な医療が地域において供給される体制の整備が必要となる。前述の通り、本稿は、医療保障とその一環としての医療社会福祉制度の課題を明らかにすることに課題を限定するが、医療保障・医療社会福祉制度が十全に整備されたと仮定しても、この医療供給体制に不備があれば、かつて「保険あって医療なし」と揶揄されたように、医療をトータルに保障することはできないということを忘却してはならない。

医療保障とは、前述の通り、医療の領域における社会保障であり、具体的な制度としては、社会保険、社会手当、公的扶助、社会福祉施設・サービスの諸制度がこれに当たる。そして、一般的には一括りにされがちな社会保険制度は、社会保障制度体系上、被用者を対象とする労働者保険制度とそこから漏れる人を対象とする社会福祉保険制度とに区別される⁴⁾。そして、両者を比較した場合、社会福祉保険制度は納付する保険料の負担は重く、しかし給付水準は劣悪であるという特徴を有している⁵⁾。

本稿で検討対象の中心とする国民健康保険もこの社会福祉保険制度のひとつである。のちに詳しくみるように、国民健康保険も保険料負担は重く、そのために加入の手続き自体ができていない完全な無保険状態にある人、加入してはいるものの保険料の支払いが滞り、その制裁的処分によって実質的な無保険状態にある人が少なからず存在している。あるいは、医療機関を受診した際の「一部負担金」⁶⁾の支払いが困難なために必要な医療から遠ざけられている人なども少なくない。このような場合、これを補完する社会手当制度は不在であるため、公的扶助としての医療扶助制度、その他の公費負担医療制度、もしくは無料低額診療制度が対応せざるを得ないこととなる。そして、このような状態に追い込まれた人に対して、医療ソーシャルワーカーなどによる利用可能な制度へつなぐ援助が提供されず、「病人」が「患者」になれないままに放置された場合、「手遅れ死亡」もしくは病状の悪化と長期化という事態に陥ることとなる。

以上に述べてきたように、医療保障制度体系において、その中心となる労働者保険制度から漏れる人に対しては、まずは社会福祉保険制度が対応するが、それが困難な場合、医療扶助などの公費負担医療制度や無料低額診療制度等が対応することとなる。そして、いずれの制度を適用するにせよ、必要に応じて、制度利用を促し、利用手続きの援助などを行う医療ソーシャルワーカーなどによる社会福祉サービスが提供されなければならない。基本となる労働者保険制度、さらには社会福祉保険制度からも排除される人々ほど、ほんらい利用可能な諸制度についての情報からも疎外されていることが一般的だからである。

“生命と健康”の維持・再生産を保障するためには、そもそも健康破壊が生じないような労働・生活条件の整備を前提に、必要ときに適切に医療が受けられるよう、医療供給体制とともに医療保障制度が整備されていなくてはならない。そして、医療保障制度については社会保障制度体系上、より上位にある制度⁷⁾によって問題解決を図る必要がある。

2. 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―

ところで、被用者以外の方が労働者保険制度としての医療保険（健康保険、船員保険、共済組合の医療保険）の対象とならず、社会福祉保険制度としての医療保険（国民健康保険、後期高齢者医療制度）の対象となること自体は、現在の社会保険制度の設計上はやむを得ないことである⁸⁾。しかしながら、前述の通り、その社会福祉保険制度からも排除されてしまう人々が出てくるのはいかなる事情によるのであろうか。

ここでは、厚生労働省による「平成29年度国民健康保険実態調査報告」を用いて、国民健康保険加入世帯の状況を検証し、この問いに対する回答を導出することとしたい。

国民健康保険というと自営業者の医療保険というイメージが強いものと思われるが⁹⁾、世帯主の職業をみると、「自営業」は農林水産業を含めても17.9%に過ぎない一方で、「無職」が45.3%、「被用者」も32.7%であり¹⁰⁾、この両方で78.0%と8割近くを占めることとなっているのが現状である。このことは世帯主の高齢化と不安定雇用労働の拡大を示唆しており、その結果として、次にみる通り世帯所得も低い場合が多くなっている。

加入世帯の平均所得（年間）は136万1千円（一人当たりだと85万8千円）となっており、国民健康保険には、労働者保険制度としての医療保険に比して、貧困層が多く加入していることを示している。所得分布をみても、所得のない世帯が29.1%とほぼ3割を占め、これに100万円未満の世帯を加えると57.7%、200万円未満の世帯まで加えると80.3%であり、8割以上の世帯が貧困層に属することが明らかであるといえよう。この所得分布をさらに詳しくみると、上述の通り加入世帯の45.3%を占める世帯主が無職の世帯では、所得なし41.5%、100万円未満67.8%、200万円未満89.3%であり、世帯主が被用者の世帯でさえ、所得なし8.8%、100万円未満43.6%、200万円未満73.5%となっているのである。

この状況では、少なからぬ世帯で保険料を納付することが困難になるものと思われるが、国民健康保険の保険料¹¹⁾は健康保険などの労働者保険制度に比して所得に占める負担率が重くなっており、1世帯当たりの年間保険料は14万2,287円で所得の10.5%を占めている¹²⁾。さらに詳細にみると、所得なしの世帯でも26,423円、所得30万円未満世帯が28,033円で所得の18.1%を占めることとなっている。所得が上がっていても、年間所得700万円までは所得の10%～12%程度が保険料となっており、所得に対する保険料の割合がようやく1割を切るのは、700～1000万円未満の8.5%、1000万円以上の3.6%である。

そもそも国民健康保険の保険料計算方法には、応能割（所得割と資産割）と応益割（均等割と世帯割）とがあり、所得割と均等割は必須となっており、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の比率となる。所得割は算定基礎となる所得に保険料率をかけた額、資産割は固定資産税額をもとに算定される。世帯割は1世帯ごとに賦課されるもので、2019年度の福岡市の場合が医療分¹³⁾のみで21,891円となっている。特に問題が大きいのが均等割で、加入者数に応じて賦課され、同じく福岡市の場合、1人につき21,738円である。人頭税に等しい仕組みであり、子どもが生まれると保険料が上がるという点だけを見ても、少子化対策にも逆行するものであると

いわざるを得ない。

これでは保険料を払いたくても払えない世帯が多く存在するのも当然であるが、国民健康保険の保険料軽減や減免制度は、次にみる通り極めて限定的であり、ここまでみてきたような慢性的な貧困状態には対応できていない。

国民健康保険法第81条の規定を受けた国民健康保険法施行令第29条の7第5項第3号（具体的な基準額は地方税法第314条の2第2項）に基づく保険料軽減制度については、世帯の国民健康保険加入者全員分の前年中の所得が33万円以下の場合は均等割と世帯割の7割を軽減、33万円+28万円×被保険者数以下の場合が5割軽減、33万円+51万円×被保険者数以下の場合が2割軽減となっており、全員分の所得を届け出れば申請は不要である。しかし、基準となる所得の設定があまりに低いうえに、加入者には擬制世帯主¹⁴⁾も含むこととされるなどの問題もある。

国民健康保険法第77条に基づく保険料減免については、軽減制度とは異なり、市町村が条例を定めることにより「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」となっている制度であるが、「特別な理由」として認められるものが災害などに限定されており、慢性的な貧困状態は対象とされていない。

このような事情から、上述したように保険料を滞納せざるを得ない世帯が少なくないこととなる。厚生労働省保険局国民健康保険課「平成29年度国民健康保険（市町村）の財政状況について」によると、2018年の国民健康保険加入世帯総数1,837万6,762世帯のうち、同年6月1日現在で一部でも滞納のある世帯は267万1,058世帯（加入世帯の14.5%）である。2008～2011年度は20%超が続いていた¹⁵⁾ことを考えると、一見、状況が改善したかにみえる。しかしながら、これは次にみるように、繰り返された制裁的処分が奏功しない中で激増した差し押さえの横行とも関連していることを看過してはならない。

まず、制裁的処分の概要からみておくこととしたい。1986年の国民健康保険法改正により、1987年1月から災害など特別の事情のない保険料滞納世帯に被保険者証の返還（被保険者資格証明書交付）を求めることができるようになった。さらに、2000年の介護保険法施行に合わせて、2001年度からは「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。滞納が続くと、まず有効期間が1ヶ月から6ヶ月程度の短期被保険者証に切り替えられ（同法第9条第10項）、更新時に保険料の督促がなされるため、期限が切れたまま実質的な無保険状態になっている場合もある。さらに滞納が1年を過ぎると、被保険者証を返還した上で被保険者資格証明書が交付され（同法第9条第6項）、これも実質的な無保険状態に追いやられることとなる。上述の保険料滞納世帯のうち、短期被保険者証交付世帯が75万4,043世帯（加入世帯の4.1%、滞納世帯の28.2%）、被保険者資格証明書交付世帯は17万1,501世帯（加入世帯の0.9%、滞納世帯の6.4%）にのぼっている¹⁶⁾。

しかしながら、いかに制裁を加えようと、納付困難な者は保険料を納付できないのであって、制裁的処分の強化・徹底にも関わらず、保険料納付率は改善しないばかりか、必要な受診を控えたために病状が悪化したり、最悪の場合には死に至る貧困層が続出したりしたのである。被保険者資格証明書を発行されると、医療機関の窓口で全額を負担（国民健康保険法第63条の2第1項の規定に

基づく保険給付の一時差し止め)したうえで償還払い(特別療養費:同法第54条の3)となり、さらに滞納が1年6ヶ月以上になるとその償還払い分も滞納した保険料分として徴収されることになる(同法第63条の2第3項)。保険料を納付できない貧困層が窓口で全額を負担などできるはずもなく、どうしても受診を抑制せざるを得ないのである。

次に、差し押さえの横行についてみておかねばならない。滞納世帯数が最多であった2006年度には、9万5,228世帯に対する差し押さえ総額390億円であったのに対し、2017年度には34万9,108世帯に対して955.7億円となっている。実に92.7%の保険者が差し押さえを実施していることがもたらした結果として、約10年間で3.7倍の差し押さえ件数となったのである。上述した被保険者資格証明書の交付は滞納者を実質的な無保険状態に追い込むという意味で明らかな権利侵害であるが、ほとんどの場合、それがただちに保険料徴収に結びつくわけではない(無保険状態にするという脅迫が中心で、それ以外は全額を負担して受診した場合の償還払い分から滞納額への充当として徴収できる場合があるだけである)。それに比して、この差し押さえは、差し押さえた分を換金等したうえで(それが現金であれば直ちに)、保険料として徴収されることとなる。この相違が、短期被保険者証や被保険者資格証明書の交付といった制裁的処分がやや減少し、差し押さえが激増している背景をなしていると思われる。

3. 国民健康保険をめぐる政策動向と医療社会福祉制度の課題

しかしながら、このような制裁的処分や差し押さえによって、国民健康保険の保険料滞納問題が解決するはずもない。この問題の本質は、先述したような国民健康保険の制度設計上、必然的に貧困層が多く加入することとなるところに存するからである。このような制度設計を行う以上は、保険料を支払えない人々が少なからず出てくることも必然であり、そうであれば国家責任の下で国庫負担を強化するほかない。ところが、国はまさにそれに逆行する政策を採ってきたのである。

1984年の国民健康保険法改正までの国庫負担は「医療費×45%」であった。ところがこの時の改正で国庫負担は「給付費×50%」となったのである。これは医療費ベースで換算すると39%程度に相当する¹⁷⁾。さらに、1992年から1998年にかけて事務費(人件費、物件費など)の国庫負担を廃止して一般財源化したうえで、2005年の三位一体改革でも国庫負担のうちの7%分を都道府県に転嫁して国庫負担は「給付費×43%」となった。このような国庫負担削減が続いた結果、前掲「平成29年度国民健康保険(市町村)の財政状況について」によると、2017年度における単年度収入15兆3,559億円に国庫支出金3兆3,591億円が占める割合は21.9%、単年度支出15兆1,253億円に占める割合は22.2%に過ぎなくなっている。

こうした国庫負担削減政策を見直すこともないままに、国が導入したのが国民健康保険の都道府県単位化であった。「都道府県単位化」といっても、実際には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で、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仕組みである。

具体的には、都道府県が、市町村ごとに納付金に応じた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決定して被保険者から徴収することになる¹⁸⁾。納付金は保険料滞納があっても全額を納めなければならず、前掲「平成29年度国民健康保険（市町村）の財政状況について」によると保険料収納率（全国平均）は90%前後で推移しているから、法定外繰入で手当てすることができなければ、保険料はさらに高くなる。保険料が高くなれば、それまでかろうじて払っていた人の中に払えなくなる人が出てくるため、さらに保険料が高くなるといった際限のない悪循環が起ることとならざるを得ない。これまで、こうした悪循環が起らないように、市町村が一般会計から法定外繰入を行ってきたわけだが、その額は全国でおよそ3,500億円にのぼっていた（厚生労働省の調べによると、2012年度で3,534億円、東京都だけで1,102億円）。この法定外繰入を廃止させたい国は、国民健康保険の財政安定のためという名目で毎年3,400億円を公費投入するが、その額は市町村が法定外繰入してきた額にも及ばないレベルである。

これらのことを総合すると、「都道府県単位」という意味とその政策的ねらいは、市町村による法定外繰入をも廃止することで、都道府県を単位に医療費の増減が保険料の増減に直接反映する介護保険型の仕組みを導入するところにあるものと思われる¹⁹⁾。つまり、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を保険者とする後期高齢者医療制度が発足し、同年10月からは全国健康保険協会の発足に伴い、同協会管掌健康保険についても、都道府県を単位とする保険料設定などが実施されている。ここに上述した内容の国民健康保険の都道府県単位化が加わることで、「国民皆保険」体制を梃子とした医療費削減競争を「都道府県単位」で行わせようという一連の国家政策²⁰⁾がさらに強化されることになるのである²¹⁾。

以上にみてきたような政策、すなわち、ほんらい責任を果たすべき国家の負担を減じる一方で、保険料を払わない側の自己責任ということを根拠に制裁的処分や差し押さえを強行するような政策はいかにして正当化されるのであろうか。

国民健康保険を直接取り扱う市町村行政現場が採用する理屈はある意味でシンプルである。それは、国民健康保険は「助け合いの制度」なのだから、保険料を支払わない人に給付を行うことはできないのだというものである。

しかしながら、国民健康保険は果たして「助け合いの制度」なのだろうか。確かに、戦前、1938年に制定された（旧）国民健康保険法はその第1条に「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」と、同法が「相扶共済」に基づく助け合いの制度である旨を規定していた。しかし、戦後、1958年に全面改正された（新）国民健康保険法の第1条は、「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」と謳い、この制度が社会保障制度の一環であることを規定している。つまり、現在の国民健康保険制度は、国家責任の下に運用されるべき社会保障としての社会保険制度のひとつなのである。

にもかかわらず、それでも上述のような「理屈」がまかり通ってしまうのはなぜであろうか。そこには、以下にみるような国民健康保険を含む社会保険制度全体についての国家（政策）側の見解がある²²⁾。

第2次安倍政権が発足する4か月ほど前、つまり民主党が政権を掌握していた段階で（しかし自

由民主党主導の下に) 成立したのが社会保障制度改革推進法であった(8月22日公布・即日施行)。同法第2条は社会保障制度改革の「基本的な考え方」について、「自助、共助及び公助が最も適切に組み合わせら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」、「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行い、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」、「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」、「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」と規定している。

そして、同法に基づいて設置された「社会保障制度改革国民会議」がまとめた報告書(2013年8月6日)が次のように述べた社会保険制度に関する認識こそ、上述の「国民健康保険を含む社会保険制度全体についての国家(政策)側の見解」なのである。

すなわち、「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」が、「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」。そして、「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」と述べた上で、「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」と、その見解を披歴し、公的責任が求められる「公助」の範囲から社会保険制度を除外したのである。このように限定的にとらえられた「困窮」に対してのみ補完的に対応する生活保護制度や社会福祉制度に関する国家責任が真っ当に認識されるはずもなく、その後の社会保障制度改革のプログラムを規定した「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」(2013年12月13日公布・即日施行)は、その第2条に政府の役割を表現して、「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らず働くことができ、持てる力を最大限に発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」、そして「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」と規定したのである。

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」に

求めるという本末転倒したものになっている²³⁾。

では、このような社会保障とその中心にある社会保険制度に対する見解は、このとき初めて出てきたのであろうか。答えは否である。

まず、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年3月28日）に遡るが、ここでは社会保険制度は「公助」に含まれていた。当時の基本的な見解として「共助」とは地域での支え合いを意味していたからである。

たとえば、2000年12月8日に公表された「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」は、「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」ために、「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」ことを課題視している。

2008年3月31日、これからの地域福祉のあり方に関する研究会が取りまとめた「地域における『新たな支え合い』」を求めて一住民と行政の協働による新しい福祉—」もまた、「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」との認識を前提にしながらも、「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」と指摘していたのである。

しかしながら、この2008年の報告が出る以前の段階で、前述した「社会保障制度改革国民会議報告書」とその表現まで酷似した文章がすでに提出されていたことも看過してはならない。2006年5月26日に社会保障の在り方に関する懇談会が提出した「今後の社会保障の在り方について」がそれである。この文書は、「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」としたうえで、「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」と述べる。そして、「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」と指摘していたのである。

そして、この見解を国家の方針として採用すると明確に宣言したものが、『平成20年度厚生労働白書』（2008年8月26日発刊）であった。同白書は、「社会保障の基本的な考え方」について、以下のように説明している。すなわち、「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、高齢や障害、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」と述べ、公助については「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」と記述しているのである（6-7頁）。

こうして、社会保険制度を「共助」すなわち、助け合いの制度であると捉える見解のもと、医療保険の中でも極めて厳しい状況にある国民健康保険について、これは助け合いの制度なのだから、保険料を支払わない人には給付できない、ただし、災害など「特別の事情」がある場合についてはその限りではないが、という政策が正当化されることとなるのである。そして、この考え方が当然だということになれば、保険料を滞納する人から、あるいは被保険者証を剥奪し、あるいはまた差し押さえによって保険料を強制的に徴収するといった権力による明白な暴力もまた当然だとされることになるのである。

ここに至って、「国民皆保険」制度は、すべての国民の医療を受ける権利を保障するものではなく、保険料を納付するという（自己）責任を果たすことができる人のみをその対象として措定する制度となり、したがって、そこから逸脱せざるを得ない人を見せしめの対象として、その病を重篤化させ長期化させ、最終的には死へと追い込む装置に墮するのである。国家が「国民皆保険」を堅持すると繰り返すのは、すべての国民に医療を受ける権利を保障するためではなく、ここに記した意味において、この仕組みが人間にとってかけがえのない“生命と健康”をめぐる自己責任観の維持・強化に貢献するとの政策判断を採用しているからだと考えざるを得ない理由がここにある（先述した、「国民皆保険」体制を梃子とした医療費削減競争を都道府県単位で行わせる政策も、このことの反映である）。

しかしながら、わが国の医療保障・医療社会福祉制度がそれでいいはずはなく、私見では、以下のような方向を模索すべきである²⁴⁾。

まず、各種医療保険制度の被保険者については、貧困層をも包摂した言葉の正しい意味での国民皆保険制度を実現する。すなわち、被用者を対象とする労働者保険の被保険者でない場合は生活保護受給世帯を含めて国民健康保険の被保険者とするのである²⁵⁾。

そのうえで、窓口での一部負担はなくして全額を保険から給付する仕組み（10割給付）を採用し、必要な財源は大企業と高額所得者から然るべき税率での法人税および徹底した累進性をとる所得税を徴収するとともに、医療保険の保険料事業主負担割合を大幅に増やす制度設計を行う。その際、法人税については利益部分にしか課税されないから問題はないが、保険料の事業主負担割合については企業規模や利潤の多寡に応じて差を設けるなどの制度設計を検討する必要がある²⁶⁾。

医療保険制度において一部負担があることを前提に現在用意されている各種の公費負担医療制度については、基本的には、この全額給付の国民皆保険制度の中に吸収すべきであるが、制度設計によっては、一部の公費負担医療制度が残されることになる可能性はあるかもしれない。

そして、生活保護制度の医療扶助については、このような制度設計が実現した場合にあってもなお、何らかの事情で無保険状態に置かれるなど、きわめて例外的な事態に備える最後のセーフティネットとして、念のために用意されているという位置づけを獲得することとなる²⁷⁾。

このとき、本稿が課題としている国民健康保険はこのような意味での国民皆保険制度を最終的に支える役割を担うこととなる。その場合、本稿で指摘してきたような国民健康保険の制度設計が必然的にもたらしている構造的問題の解決が同時に図られなければならないであろう。

国民健康保険は、被用者を対象とする労働者保険ではないから、保険料の事業主負担もなく、このことが保険料高額化の一因にもなっている。それはやむを得ないことであろうか。

資本主義社会における生活自己責任の原則は、働く意思と能力のある人には、人間らしく働き暮らせる労働条件で雇用を保障することを前提として成立している。被用者とは、換言すれば雇用が保障された社会的存在であり、国民健康保険の被保険者のように被用者でない、もしくは被用者と見做されていない人は、雇用を保障されていない存在である²⁸⁾。そして、一定の人々に雇用を保障できないのであれば、その人々の健康で文化的な最低限度の生活は、大企業と国家が責任を負う社会保障制度によって保障されなければならない。

このように考えるならば、国民健康保険の保険料についても、企業の負担を求めてよいはずである。具体的には、企業規模や利潤の多寡を基準に、国民健康保険の保険料を拠出させる制度設計を行うのである。すなわち、企業には、その規模や利潤の多寡に応じて、自らが雇用する労働者の保険料事業主負担を抜本的に拡大すると同時に、雇用を保障し得ない者が加入している国民健康保険の保険料についても負担する社会的責務があるということである。そのうえで、なお不足する財源については、社会的総資本の立場に立つ国家の責任において、公費負担²⁹⁾で補う制度設計を行うことになるであろう。

医療保障制度体系において国民健康保険を中心とする医療社会福祉制度は最終的に問題を受けとめる位置にあり、それさえ機能しないとき、“生命と健康”の維持・再生産自体が成立し得なくなる。その意味では、医療社会福祉制度は、人間にとってかけがえのない“生命と健康”をめぐる社会の矛盾が堆積する地点となっている。したがって、その位置からは医療保障制度のあり方を見直し、本稿で指摘してきたような問題提起を行っていくことが可能であり、ソーシャルワーカーなどによるソーシャルアクションの展開がなされなくてはならない。

おわりに

本稿の最後に、先にもふれた全日本民主医療機関連合会が毎年実施している「経済的事由による手遅れ死亡事例調査」が示唆する問題について検討しておきたい。

現時点で最新の調査結果である「2018年経済的事由による手遅れ死亡事例調査」(2019年3月6日公表)は、2018年1月1日～12月31日までを調査期間とし、全国636の全日本民主医療機関連合会加盟事業所を対象としたものであり、「経済的事由による手遅れ死亡」とは、「①国保税(料)、その他保険料滞納などにより、無保険もしくは資格証明書、短期保険証発行により病状が悪化し死亡に

至ったと考えられる事例」および「②正規保険証を保持しながらも、経済的事由により受診が遅れ死亡に至ったと考えられる事例」を指している。

調査期間中の「経済的事由による手遅れ死亡」として報告されたのは、全国26都道府県で77事例である。厚生労働省の「医療施設調査」によると、2017年10月1日現在における全国の病院数は8,412、一般診療所が101,471で、合計109,883施設となっている。上述の通り、「2018年経済的事由による手遅れ死亡事例調査」の調査対象施設は636事業所であるから、全国の病院および一般診療所のわずか0.58%に過ぎず、「経済的事由による手遅れ死亡」77事例というのも、まさに氷山の一角であろう。

雇用形態としては、77事例中、「無職」が28事例（36.4%）、「非正規雇用」18例（23.4%）、「自営業」8例（10.4%）で7割を占めており、「正規雇用」はわずかに1例（1.3%）に過ぎず、労働問題が“生命と健康”の維持・再生産に大きな影響を及ぼしていることが示唆されている。

受診前の医療保険の状況を見ると、「無保険」が22例（28.6%）と最も多く、「国民皆保険」が成立していない状況が反映している。次いで多いのが「国保証」の20例（26.0%）であるが、これは正規の国民健康保険被保険者証を保有していても一部負担を気にして受診を躊躇していることの表れであろう³⁰⁾。以下、「その他健康保険」が9例（11.7%）、「国保短期保険証」と「後期高齢者医療」がそれぞれ8例（10.4%）、「国保資格証明書」も2例（2.6%）となっている（国民健康保険が39.0%）。そして、このような状況にあっても「生活保護」は2例（2.6%）にとどまっており、医療保険制度が機能不全に陥っている中で、必要な人を生活保護などにつなげないと、まさに生命そのものを奪われるということが明らかとなっている。

厚生労働省の「平成29年度被保護者調査」によると、生活保護開始直前の医療保険加入状況は、無保険が29.8%、国民健康保険が52.4%、後期高齢者医療制度10.9%で、計93.1%である。このデータを「経済的事由による手遅れ死亡事例調査」に重ね合わせてみると³¹⁾、貧困層にとっては「国民皆保険」の建前も画餅に過ぎないものになり果てているといっても過言ではない。本稿で指摘してきたように、医療保障制度の体系をふまえた抜本的な制度改革こそが喫緊の課題なのである。

〈注〉

- 1) 19世紀半ばのイギリスに例をとるならば、医学誌『ランセット』に掲載された1842年調査で、マンチェスターの労働者平均死亡年齢は17歳、リヴァプールでは15歳であるとの報告がなされ、また、1845年には、エンゲルスが『イギリスにおける労働者階級の状態』において労働者の過酷な状態を告発した。このような状態を放置すれば、イギリス社会そのものが崩壊に至ることは明らかであった。その後、ブースのロンドン調査（1886年～）やラウントリのヨーク調査（1899年～）によって、人口の約30%が貧困状態にあり、その原因の過半が失業や低賃金など社会の責任に起因することが明らかになり、貧困は「個人の罪」ではなく、「社会の罪」であるとの認識が成立することとなったのである。
- 2) のちにあらためてふれることとするが、全日本民主医療機関連合会は毎年「経済的事由による手遅れ死亡事例調査」を実施し、その結果を公表している。
- 3) 孝橋正一「医療保障の方法と種類」（「医療社会事業研究会編『医療社会事業論』ミネルヴァ書房1971年4月）、32頁

- 4) 社会保険を区分する際に「職域保険」と「地域保険」という概念が使用されることもあるが、これは単にある個人がどの社会保険に加入することになるかを説明しているに過ぎず、社会保障制度体系をふまえた本質的な区分であるとは言い難い。
- 5) この点については、三塚武男『生活問題と地域福祉』（ミネルヴァ書房 1997年）、第4章を参照されたい。
- 6) 国民健康保険法第42条は、療養の給付を受ける際には、その額に、各人の年齢により定められた「割合を乗じて得た額を、一部負担金として、当該保険医療機関等に支払わなければならない」と規定している。この「一部負担金」について、これを「自己負担」、「窓口負担」などと呼称することは問題であるとの指摘がある。この点については、芝田英昭『医療保険「一部負担」の根拠を問う』（自治体研究社 2019年）を参照されたい。
- 7) 社会保険としての労働者保険制度、社会福祉保険制度、社会手当制度、公的扶助制度、社会福祉施設・サービス制度という順位となる。
- 8) 医療保険においては、被用者（被保険者本人）の被扶養者は、その資格で概ね同様の保険給付（傷病手当金、出産手当金を除く）を受けることができるため、国民健康保険に加入する必要はない（ただし、75歳になると後期高齢者医療制度に加入しなければならなくなる）。
- 9) 国民皆保険が実現してさほど時間が経っていない1965年度における世帯主の職業をみると、農林水産業を含む自営業が67.5%と7割近くを占めており、被用者は19.5%、無職は6.6%であった。しかし、その後、「無職」が増加し、1985年度には23.7%、1995年度には現在に近い42.5%を占めるようになった。
- 10) すぐ上に、「被用者以外の人が労働者保険制度としての医療保険（健康保険、船員保険、共済組合の医療保険）の対象とならず、社会福祉保険制度としての医療保険（国民健康保険、後期高齢者医療制度）の対象となること自体は、現在の社会保険制度の設計上はやむを得ないことである」と述べたが、ここにみるように被用者であるにも関わらず、労働者保険制度から排除されている状態は「やむを得ないこと」とは言えない。国民健康保険には傷病手当金や出産手当金の支給がないことに象徴される通り、被用者でありながら被用者（労働者）として扱われていないことになるからである。
- 11) 国民健康保険の保険料は保険税として賦課することができ、税とするほうが徴収率向上を期待できるとの判断からか9割近い保険者が保険税として徴収している。本稿では「保険料」概念で統一するが、このあたりの事情につき、伊藤周平『社会保障入門』（筑摩書房 2018年）98-99頁を参照されたい。
- 12) 厚生労働省のホームページによると、2014年度における各医療保険の被保険者（労働者）負担分の所得に占める負担率は、全国健康保険協会管掌健康保険が7.5%、組合管掌健康保険が5.7%、共済組合の医療保険が6.0%となっている（同年度の国民健康保険は9.9%）。
- 13) 医療費に当てられる「医療分」のほか、後期高齢者医療制度のための「支援分」、介護保険事業のための「介護分」が設定されている。
- 14) 自身は他の医療保険に加入していて国民健康保険の被保険者ではないが、世帯員に国民健康保険の被保険者がいる世帯の世帯主を「擬制世帯主」という。したがって、多くの場合、国民健康保険の保険料軽減制度の対象外となる所得を得ているものと思われる。
- 15) ちなみに、2008年6月1日現在のデータをみると、滞納世帯453万455世帯（加入世帯の20.9%）であった。また、滞納世帯数が最も多かったのは2006年の480万5,582世帯（加入世帯の19.0%）である。
- 16) 俄かには信じがたいことであるが、国民健康保険の制裁的処分は国民年金保険料の滞納対策にも使われている。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%台になり（2010～2012年度は50%台、2013年度以降は再び60%台）、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である）。これに対し、2007年の

国民健康保険法改正により、市町村は、2008年4月から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こととなったのである（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）。一般的に、年金は高齢になってからのものというイメージが強く、その滞納対策には医療保険を脅迫に使うほうが効果的であるとの考えからであろうが、法的にも別の制度であって、こうした政策が許されるはずはない。

- 17) 「医療費」には患者が一部負担するものも含まれるが（つまり10割全額が国庫負担額計算の分母となる）、「給付費」は医療保険から給付されるものだけが計算対象となる。45%から50%になったのだから国庫負担が増えたのだと誤認させるためだろうが、社会保障・社会福祉に責任を負うべき国家のやり方はあまりに姑息であると指摘せざるを得ない。
- 18) したがって、都道府県単位化以前と同様、保険料額は市町村により異なる。しかしながら、都道府県単位で保険料を統一しようとする動きも強まっており、今後の状況を注視する必要がある。
- 19) このことについては、伊藤周平、前掲書、121-122頁を参照されたい。
- 20) 国が「国民皆保険」を維持すると繰り返し述べる理由については、のちにあらためて言及する。
- 21) そこに、都道府県が策定する「医療計画」、「地域医療構想」及び「医療費適正化計画」、国民健康保険の都道府県単位化によって新たに各都道府県が策定することになった「国民健康保険運営方針」が関連することとなる。ちなみに、「福岡県国民健康保険運営方針」（2017年12月20日策定、2018年4月1日施行）は、2015年度において県内60市町村中58市町村（96.7%）が差し押さえを実施していることにふれながら、これをさらに強化する方針を提示している（16-17頁）。
- 22) 以下にみる政策動向およびその思想的系譜については、拙稿「連載／『社会保障制度改革』の思想的系譜（全5回）」（『賃金と社会保障』第1646.1654.1673・1674.1691.1701の各号 旬報社 2015年11月～2018年3月にかけて連載）を参照されたい。ここでは、本稿の課題にとって必要な範囲に限定して分析を加えるに止めておきたい。
- 23) それはあたかも、1874（明治7）年に制定された恤救規則の思想そのものであるといっても過言ではないであろう。周知の通り、恤救規則は、その前文において、「清貧恤窮は人民相互の情誼に因て其方法を設くべき筈に候得共、目下難差置無告の窮民は自今各地の遠近により五十日以内の分左の規則に照し取計置、委曲内務省へ可伺出、此旨相達候事」と規定して、救助の対象を、「人民相互の情誼」によっては救済することのできない例外的な「無告の窮民」に限定したのであった。
- 24) このことについて詳しくは、拙稿「貧困層に対する医療保障制度の現状と課題」（本紀要第10号 2015年1月）、及び、芝田、前掲書などを参照されたい。
- 25) 現在の制度を前提にすれば、75歳以上の人は後期高齢者医療制度の被保険者にするということになろうが、私見では後期高齢者医療制度は廃止すべきであると考ええる。
- 26) 大企業においても中小零細企業においても、労働者の保険料負担割合は同じにしたうえで（たとえば、事業主7割：労働者3割など）、中小零細企業において発生する不足分については国庫負担で手当てする制度設計が必要となる。
- 27) 無料低額診療制度については、現時点において、実際には有効な取組みとなっているが、これは社会福祉領域の医療で、医療保険制度が機能すべきところを代替している点に問題がある。本文に指摘した医療保障制度が実現すれば、医療において一部負担があることを当然に前提としている無料低額診療制度の必要性自体が消滅することになる。
- 28) ただし、被用者であっても、先述のように、近年不安定雇用が広がっており、必ずしも雇用が保障された存在とはいえないことも少なくない。そのような不安定雇用の場合には、国民健康保険の被保険者同様に雇用が保障されていない存在だと考えるべきであろう。例えば、周知のように、従業員5人未満の個人経営の事業所に雇用されている労働者は、被用者でありながら、健康保険の強制適用被保険者になれないという問題がある。

- 29) その財源には、主として、大企業が負担する法人税および高額所得者の所得税を当てる制度設計を合わせて行うことが必要である。
- 30) 国民健康保険法第44条は、一部負担金を支払うことが困難な特別の理由がある場合に、一部負担金を減額、免除、猶予できる旨を規定している。しかし、この「特別の理由」も災害などに限定されており、慢性的な貧困状態には対応していない。
- 31) ここに引用した「被保護者調査」と同年のデータである「2017年経済的事由による手遅れ死亡事例調査」（2018年4月18日公表）をみると、「無保険」が20例（31.7%）、「国保証」20例（31.7%）、「その他健康保険」3例（4.8%）、「国保短期保険証」8例（12.7%）、「後期高齢者医療」7例（11.1%）、「国保資格証明書」3例（4.8%）で国民健康保険が49.2%、「生活保護」は1例（1.6%）となっており、数値がほぼ一致していることがわかる。ただし、「経済的事由による手遅れ死亡事例調査」は、本文で指摘したように、氷山の一角というほかない少数の事例であるから、年ごとの数値には相違もみられ、「被保護者調査」のデータと毎年一致するというわけではない。ちなみに、2017年調査は全国639事業所を対象に実施され、手遅れ死亡は全国29都道府県で63事例であった。

（いけだ かずひこ：人間科学科 心理・社会福祉専攻 教授）