

国民皆保険体制の構造と課題

——国民健康保険の視点から——

土 田 武 史

はじめに—テーマの背景と課題の限定—

1961年に国民皆保険体制⁽¹⁾が発足してから50年が過ぎた。国民皆保険の発足は、同時に発足した国民皆年金とともに日本の社会保障制度の確立を告げるものであり、その後の社会保障制度の展開においても中心的な役割を果たしてきた。

この50年間における日本の経済社会の変化は著しかった。経済においては、発足時から皆保険体制を支えてきた高度成長がオイルショックを契機に安定成長へと移行し、さらにバブル経済とその崩壊を経て、長期不況（「失われた20年」）が続いている。政治面では自社二大政党による「55年体制」が崩壊し、政権交代が行われた後、与野党が入り乱れての混乱状況を呈している。社会的には急速な高齢化の進展に加えて少子化が加わり、人口減少社会を迎えるなかで、貧困・社会的排除が次第に大きな社会問題となっている。このような激動

(1) 「国民皆保険」という語については、日本の医療保険が日本国籍を有する者以外に日本に居住する外国人にも一定の条件下で適用されていることから、適切ではないという指摘が多い。確かにその通りであるが、それに代わる適切な用語も見当たらない（「住民皆保険」「市民皆保険」等の語も使われているが、その場合には「国民皆保険」とは含意がやや異なってくる）ので、ここで慣用語として「国民皆保険」および「皆保険」という語を用いている。

の中にあつて紆余曲折を経ながらも、ともかく皆保険体制が50年もの間維持されてきたことは驚くべきことであり、評価に値するものと思われる。近年、年金制度をはじめとして社会保障制度に対する国民の信頼が揺らいでいるが、皆保険体制への反対や廃止を求める声はほとんどなく、皆保険体制に関しては依然として高い信頼性を維持しているといえよう。

しかし、国民皆保険体制は、健康保険や各種共済制度など既存の被用者保険はそのままにして、それらの被用者保険の加入者以外で日本に居住する人びとを全て国民健康保険に加入させることによって達成したものであることから、多くの問題に直面してきた。とくに皆保険体制の基盤をなす国民健康保険においては、経済社会の変化にともなつて被保険者構成や財政構造が大きく変わり、国保財政は逼迫の度を加え、厳しい状況にさらされてきた。現在においてもそうした状況に変わりはない。具体例をあげると、国民健康保険では近年、低年金生活者や失業者など低所得者層が増大しており、それにともなつて保険料収納率が低下し、その対応から事実上の無保険者状況が顕在化するなど、皆保険体制の空洞化が危惧される状況がみられる。

本稿では、皆保険体制が現在直面している幾つかの問題を国民健康保険の視点から捉え、その対応策について検討することを課題としている。最初に国民皆保険における国民健康保険の役割をみたあとで、最近の国民健康保険の構造的変化を考察し、そこで生じている問題について検討を行ってみたい。

1 皆保険体制における国民健康保険の位置

(1) 医療保険制度の体系

最初に、皆保険体制を形成している医療保険の制度体系を確認しておこう。日本の医療保険制度は、保険の適用が被用者の職場において行われる「職域保険」と、住民が居住地において保険適用される「地域保険」に大別され、職域保険の適用が優先されている。

職域保険は、その対象者の多くが被用者であるため「被用者保険」とも呼ばれ、その中心となっているのが「健康保険」である。健康保険は、主として大企業の被用者を対象に健康保険組合が保険者となっている「組保管掌健康保険」（組合健保）と、健康保険組合のない中小企業の被用者を対象に全国健康保険協会が保険者となっている「全国健康保険協会管掌健康保険」（協会けんぽ）に分かれている。被用者保険にはその他、船員保険と、国家公務員共済組合・地方公務員共済組合・私立学校教職員共済組合の3つの共済組合がある。

健康保険の適用は、事業所単位で行われ、原則として、正規雇用の従業員が5人以上いる事業所または5人未満であっても常時従業員を雇用している法人の事業所は、健康保険の強制適用事業所となり、その正規雇用の従業員は全て被保険者となる。健康保険の強制適用から除外されているのは、5人未満の法人格のない個人事業所、5人以上であってもサービス業の一部や農林水産業などの個人事業所である。ただし、これらの事業所でも、事業主が従業員の半数以上の同意を得て厚生労働大臣の認可を受ければ、健康保険の適用事業所となり、その従業員は全員が被保険者となる。

また、健康保険では、主として被保険者によって生計を維持されている家族で、年収が130万円未満（障害者と60歳未満のものは180万円未満）でかつ被保険者の年収の2分の1未満である場合には、被扶養者として認定され、保険料負担なしで健康保険からの給付を受けることができる。

一方、地域保険には、「国民健康保険」と「後期高齢者医療制度」がある。国民健康保険は、自営業者、農林水産業者、無業者など被用者保険に加入していない者を対象としており、その保険者は2つに分かれている。1つは、市町村および特別区が保険者となり、当該区域内の住民を対象に市区町村の行政として国保事業を行っているもので、一般に「市町村国保」と呼ばれている。もう1つは「国民健康保険組合」（国保組合）が保険者となっているもので、被用者保険に加入していない医師、歯科医師、薬剤師、弁護士、理美容師、芸能

人、一人親方の大工・左官等の建築請負業者が、それぞれ職種別に多くは都道府県単位に組織されている⁽²⁾。国保組合は公法人で都道府県知事の認可を受けて設立されるが、市町村国保の事業に支障をきたさない範囲でしか認められず、その新設は厳しく制限されている。市町村国保は、先に述べたように、他の医療保険の適用を受けていない者を対象としており、皆保険体制の最後のセーフティネットとしての役割を果たしている。国民健康保険には世帯単位で加入し、世帯の一人ひとりが被保険者となるが、加入の届出や保険料の納付などは世帯主がまとめて行う。被用者保険でいう被扶養者はいない。

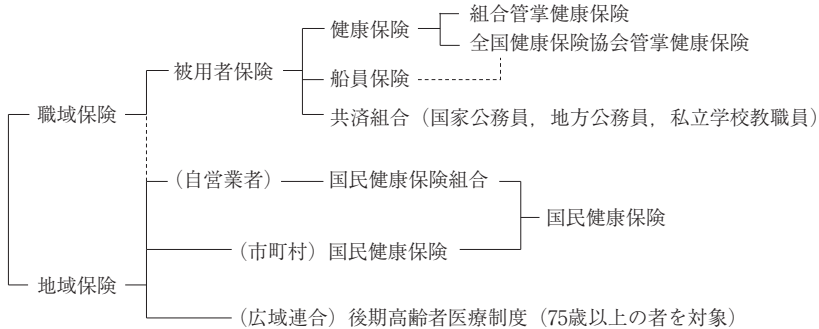
後期高齢者医療制度は、75歳以上（寝たきり者は65歳以上）の者を対象にする医療保険制度で、都道府県単位にその区域内に存在する全ての市区町村が加入する「広域連合」が保険者となっている。適用は個人ごとに行われ、国保の被保険者や被用者保険の被保険者はもとより、被用者保険の被扶養者も、75歳になるとそれまで加入していた医療保険制度の加入資格を失い、後期高齢者医療制度の被保険者に移行する。

以上が日本の皆保険体制の概要で、図示すると図1のようになる。しかし、生活保護の被保護世帯となった場合には全ての医療保険の適用除外とされ、皆保険体制から外れることになる。生活保護から医療扶助が受けられるということがその理由となっている。

2011年4月現在、各制度の加入者数は組合健保が3,034万人（そのうち被保険者数が1,591万人）、協会けんぽが3,471万人（同、1,950万人）、船員保険が14万人（同、6万人）、3つの共済組合が922万人（同、439万人）、市町村国保が

(2) 国民健康保険組合については、同業種単位につくられていることから、同業種の自営業者による「自営業者保険」と捉える見解もある（健康保険連合会『図表でみる医療保険／平成23年度版、60-61ページ』）。筆者もかつてそのように分類したことがあるが、その組織の多くが都道府県単位に行われていること、世帯単位に加入していること、被扶養者がいないことなどから、地域保険に該当するところが多いように思われる。しかし全国単位の組織や職場単位のものあり、明確な区分は難しい。

図1 医療保険制度の体系



3,949万人、国保組合が352万人、後期高齢者医療制度が1,346万人となっており、そこから除かれる生活保護の受給者が206万人となっている。

(2) 被用者保険と市町村国保との関係

次に、皆保険体制における被用者保険と市町村国保の関係を確認しておこう。先に述べたように、国民皆保険は、日本に居住している人びとから被用者保険等の他の制度に加入している人びとを除いた残りの人びとを全て国民健康保険に加入させることによって実現されている。このことを法制度でみると、次のようになる。まず、国民健康保険法の第5条では、「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。」と規定されている。このことは、全ての住民はいったん市町村国保の被保険者になるということにほかならない。そのうえで、同法第6条において、健康保険など他の制度に加入している者については「市町村の行う国民健康保険の被保険者としなない」という「適用除外」が規定されている⁽³⁾。このことは換言すると、全住民のうちで被用者保険の適用を受けない者、適用を受けていた者が定年退職やリストラ等によって適用から外された者は全て市町村国保の被保険者になるということである。市町村国保を

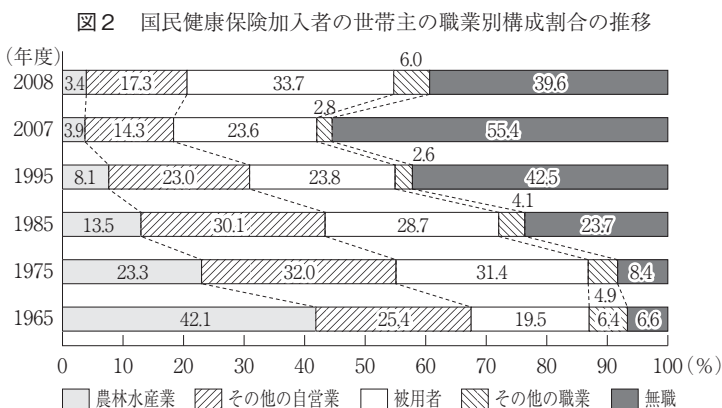
「皆保険体制の最後のセーフティネット」と記したのは、市町村国保が上記のような役割を果たしているからである。

2 国民健康保険の構造変化とその影響

(1) 市町村国保における被保険者の職業構成の変化

上記のような市町村国保の被保険者は、経済社会の変化とともにその構成を大きく変えてきた。

図2は、市町村国保における世帯主の職業構成の推移を示したものである。皆保険発足から間もない1965年には農林水産業が42.1%，自営業が25.4%で、その両方で被保険者の67.6%を占めていた。その他では、被用者が19.5%で無職者は6.6%に過ぎなかった。その後、高度経済成長にともなう就業構造の変化により、農林水産業の従事者は激減し自営業者も減少した。それに代わって増大したのが無職者世帯である。その要因としては、高齢化の進展に加えて、



(出所) 厚生労働省「国民健康保険実態調査報告」(該当年度版)

- (3) 国民健康保険法第6条では「適用除外」となる者として、①被用者保険（健康保険，船員保険，3つの共済組合）の被保険者および被扶養者，②後期高齢者医療制度の被保険者，③生活保護世帯に属する者，④国民健康保険組合の被保険者等があげられている。

公的年金における老齢年金が充実し、被保険者が定年退職後に子どもの被扶養者となることが少なくなり、市町村国保に加入し年金で生活する無職の世帯が増加したことがあげられる。2008年に後期高齢者医療制度の創設によって75歳以上が国保加入者から除かれるようになるが、その前年の2007年の数値をみると、自営業と農林水産業は合わせて18.2%にまで低下し、無職者が55.4%を占めている。また、後期高齢者医療制度が導入により国保における無職者の割合が低下したが、それでも2008年の無職者の割合は39.6%と高い。無職者の年齢構成をみると、70歳～74歳が14.3%、60歳～69歳が17.4%を占めているのに対して、60歳未満が7.9%であり、高齢退職者が多いことがわかる。

また、市町村国保に加入している被用者も変わった。市町村国保に加入している被用者については、その加入割合よりも雇用形態が変化していることに留意しなければならない。すなわち、皆保険発足当初は、5人未満の事業所、農林水産業およびサービス業の従業員は健康保険の適用除外となっていたため、市町村国保の被用者の多くは小零細企業やサービス業の正規従業員であった。その後、健康保険の適用拡大が行われ、法人格をもった事業所は従業員数にかかわらず全て健康保険の適用事業所となったので、そうした小零細企業の従業員は健康保険に移り、国保加入者は減少した。それに代わって1990年代から市町村国保の被保険者として増大しつつあるのが、非正規雇用の労働者である。

以上にみられるように、市町村国保はかつて「自営業者と農業者のための制度」であったが、現在では「無職者と非正規労働者のために制度」に変わったということになる。市町村国保の構造的な変化といえよう。

(2) 高齢者医療費の増大と対応策の変遷

被用者が定年退職すると被用者保険から市町村国保に移行するため、国保の高齢者比率が高まっていくのは当然である。また、高齢化とともに医療費が増大していくことから、市町村国保は必然的に医療費が増大していった。高齢者

医療費の急増と医療保険制度間の高齢者医療費負担のアンバランスをめぐる問題は、市町村国保財政の基本問題となっているので、その経緯を簡単に振り返っておこう。

高齢者の医療費問題が大きく取り上げられるようになったのは、1973年に「老人医療費支給制度」（いわゆる老人医療費無料化）が導入された頃からである。この制度により70歳以上の患者一部負担が公費負担となり、高齢者の受診が急速に増大し医療費が急増した。1973年度に4,290億円であった老人医療費（70歳以上の高齢者の医療給付費）は75年度には8,670億円へと倍増し、その後も年平均20%近い伸び率を示した。それにともない老人加入率の高い市町村国保は老人医療費の重圧を受けるとともに、国保財源の過半を負担していた国の財政負担が高まった⁽⁴⁾。老人医療費無料化は高齢者の受診を容易にし、国民皆保険の充足を図るうえで画期的なものであったが、医療費の急騰をもたらし、73年秋の石油危機を契機に経済基調が急転するなかで医療保険財政の悪化をもたらし、制度間の医療費負担のアンバランスを拡大させた。

そうした医療保険制度間のアンバランスを調整するため、1982年に老人保健法が制定され、翌年の施行にともなって老人医療費支給制度は廃止された。「老人保健制度」の概要は、①老人（70歳以上）の受診に患者一部負担を導入する、②老人医療費について患者負担を除く医療費のうち30%を公費が負担し70%を保険者が負担する、③保険者負担分について各医療保険間の老人加入率の相違による負担の不均衡を調整する措置を講じる⁽⁵⁾、④40歳以上の健康審査をはじめとする保健医療サービスを行う、というものであった。この改革により日本

(4) 1973年2月に導入された老人医療費支給制度は、医療保険の患者自己負担分を公費が負担するというものであるが、73年4月に高額療養費制度が導入されるとともに老人医療費のうちで公費が負担するのは自己負担分の上限（当時は月額3万円）までであり、それを超える医療費は保険者負担となった。そのため、実質的には老人医療費の大部分が保険者の負担となり、老人加入率の高い国保財政を圧迫することになった。

(5) 当初は、加入者按分率を70%、医療費按分率を30%として財政調整が行われたが、1986年の改正で加入者按分率が100%とされ、財政調整の強化が図られた。

の医療保険で初めて財政調整が導入され、その後の改革の支柱となった。

続いて1984年の健康保険法等の改正で「退職者医療制度」が導入された。退職者医療制度は、市町村国保に加入してきた退職者が老人保健制度の対象者になるまでの間、被保険者本人とおよびその家族に対して被用者保険並みの医療給付を行う一方、その医療費については本人の国保保険料と被用者保険からの拠出金によってまかなうというものである。これも1つの財政調整といえよう。また、1984年の法改正で、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%程度）に引き下げられた。

これらの1980年代の諸改革は、端的にいうと、それまで各種医療保険制度に対する国庫負担の傾斜的配分によって制度間格差を是正し、国保や政管健保の財政基盤の安定を図ってきた政策に代わって、保険者間の財政調整を通じて国庫負担の一部を被用者保険に転嫁させ、それによって国民皆保険体制を維持していこうとする政策に転換させるものであった。こうした1980年代の諸改革を通じて、老人医療費支給制度の導入以降大きな問題となっていた市町村国保の財政問題はひとまず回避され、その後は保険者間財政調整のもとでしばらくの間、安定した状況がもたらされた。

しかし、1990年代半ばから経済のグローバル化にともなう市場競争の激化、少子高齢化の進展、長期不況といった経済社会の大きな変化のなかで、再び医療保険改革が強く求められるようになった。そこでの主な課題は高齢者医療制度の改革、医療保険者組織の改編、診療報酬体系の改革、医療供給体制の改革であった。1990年代の末頃から幾度かの改革の試みが頓挫した後、2006年になってようやく医療保険改革法が制定された。その改革の主な内容は、①老人保健制度にかわる新しい高齢者医療制度（後期高齢者医療制度）の創設、②医療保険者の再編（政府管掌健康保険にかわって全国健康保険協会を設立、市町村国保の都道府県単位への移行準備、財政窮迫組合・小規模組合の都道府県を

単位とする地域健康保険組合への再編), ③生活習慣病の予防と在院日数の短縮を中心とする医療費抑制策の導入, となっている⁽⁶⁾。この改革の最大の焦点は, 高齢者医療費の抑制とその負担方式の変更にあった。

この改革によって創設された「後期高齢者医療制度」は, 先に述べたように, 75歳以上の者を新たな制度に移行させるというものである。これは産業ないしは職業を基準に区分された医療保険制度をそのままにして高齢者医療費を保険者間で分担し合うという方式から, 既存の制度から高齢者を切り離して新たな制度に移行させ, 高齢者医療費を世代間で分担し合うという方式に変えるものであったが, そこでは後期高齢者を市町村国保から分離させ, 国保の再建を図ることが狙いの1つであったといえよう。

(3) 市町村国保の現況と協会けんぽ・健保組合との比較

表1は, 国民健康保険を協会けんぽ, 健保組合と比較したものである。被保険者の平均年齢をみると, 協会けんぽの36.2歳, 健保組合の33.9歳に対して市町村国保は49.5歳となっており, 65～74歳の割合は協会けんぽが4.8%, 健保組合が2.6%であるのに対して市町村国保は31.4%と大きく上回っている。

所得状況についてみると, 2009年度の国保加入者1人当たり所得は91万円で, 協会けんぽの65%, 健保組合の47%の水準となっている。また, 2000年～2010年間における国保世帯の所得分布の変化をみると, 表2のようになっている。「所得なし」が23.6%から27.6%へ, 「100万円未満」層は19.3%から26.2%に増加し, 無所得世帯とあわせると, 42.9%から53.8%に増加している。その一方, 「300万円以上」の世帯は20.4%から11.4%に減少し, 低所得世帯の増加が顕著になっている。

次に, 表1の医療費をみると, 市町村国保は加入者1人当たり医療費が29万

(6) 詳しくは, 栄畑潤『医療保険の構造改革—平成18年改革の軌跡とポイント』法研, 2007を参照。

表 1 医療保険制度の比較

	市町村国保	協会けんぽ	健保組合
加入者数（2010年 3 月末）	3,566万人	3,483万人	2,995万人
加入者平均年齢（2009年度）	49.5歳	36.2歳	33.9歳
65歳～74歳の割合（2010年 3 月末）	約31.4%	約4.8%	約2.6%
加入者 1 人当たり医療費（2009年度）	29.0万円	15.2万円	13.3万円
加入者 1 人当たり平均所得（2009年度）	91万円	139万円	195万円
加入者 1 人当たり平均保険料（2009年度） ^{注）}	8.3万円	8.6万円（17.1万円）	9.0万円（20.0万円）
保険料負担率	平均 9.1%	平均 6.2%	平均 4.6%
公費負担（定率分のみ）	給付費等の50%	給付費等の16.4%	財政窮迫組合に定額補助
公費負担額（2011年度予算ベース）	3 兆4,411億円	1 兆1,108億円	18億円

注）（ ）内は事業主負担分を加えた数値。

資料）国民健康保険中央会『国民健康保険の安定を求めて』2011年，をもとに作成。

表 2 市町村国保における所得階級別世帯数の分布

	所得無し	～100万円未満	100万円以上～200万円未満	200万円以上～300万円未満	300万円以上～500万円未満	500万円以上
2000年	23.6%	19.3%	23.8%	13.0%	11.0%	9.4%
2010年	27.6%	26.2%	23.6%	11.3%	7.1%	4.2%

資料）厚生労働省「労働省保険局「国民健康保険実態調査報告」各年度版より。

円で，協会けんぽの1.9倍，健保組合の2.2倍と高い。国保医療費の地域格差も大きく，2009年の1人当たり医療費は，最高が54.9万円（高知県馬路村），最低が12.7万円（東京都御蔵島村）と，約4.3倍の格差がみられる。

保険料については次項で詳しくみるが，加入者1人当たり平均保険料は市町

村国保が8.3万円、協会けんぽが8.6万円（事業主負担を加えると17.1万円）、健保組合が9.0万円（同、20.0万円）と大きな差はない。しかし、上記のように所得格差が大きく、保険料負担率でみると市町村国保が9.1%、協会けんぽが6.2%、健保組合が4.6%と大きな差異がみられる。

以上のように、市町村国保は他の制度に比べて、加入者の年齢が高く、1人当たり医療費が高額となる一方、所得水準が低いため、保険料負担が相対的に重い状況になっている。

3 国保保険料と収納率低下をめぐる問題

(1) 市町村国保の保険料算定方式

次に、近年大きな問題となっている市町村国保の保険料収納率の低下をめぐる問題について検討してみよう。その問題を取りあげるに際して、最近の国保保険料算定方式の見直し等を含めて、保険料の算定方式と軽減措置について概略をみておくこととしたい。

国民健康保険では保険者（市町村または国保組合）が世帯主から（組合は組合員から）保険料を徴収する。市町村国保の場合は、保険料の代わりに国民健康保険税を課することができる。保険税制度は、1951年に収納率を引き上げるために心理的効果があることなどを理由に導入されたものであるが、現在では9割ほどの市町村がこれを選択している。なお、本稿では便宜上、国民健康保険税もあわせて国保保険料という語を用いる。

国保保険料は、医療分保険料、後期高齢者支援金分保険料、介護分保険料（40歳以上64歳未満の者がいる世帯のみが対象）で構成され、それぞれ4つの賦課方式を組み合わせで決められる。賦課方式は被保険者の負担能力に応じて負担が課せられる「応能割」と、被保険者の応益原則に基づいて負担が課せられる「応益割」の2つから成り、応能割には所得割と資産割があり、応益割には均等割と平等割がある。所得割は被保険者の所得に応じて負担額が決められるも

ので、被用者保険の保険料の賦課方式と似ているが、被用者保険の保険料が被保険者本人の現年度の給与所得をもとに賦課されるのに対して、国保の所得割は世帯全員の前年度の所得をもとに賦課される点で異なっている。資産割は固定資産税の納税額などに応じて負担が課せられる。また、応益割の均等割は世帯の員数（被保険者数）に応じた負担であり、平等割は一世帯当たりの負担である。

以上の4つの種類の組み合わせについては、所得割と平等割が必ず入ることになっており、4方式（所得割、資産割、均等割、平等割）、3方式（所得割、均等割、平等割）、2方式（所得割、平等割）の中から市町村が選択することになっている。その際の各方式の構成比は、表3のようにになっている。3つの選択肢のうち、もっとも多いのが4方式で、比較的被保険者数の少ない市町村をはじめ市町村国保の8割以上がこの方式を選択している。次いで多いのが3方式で中小都市において選択され、2方式は大都市で採用されている。

保険料賦課の基本となっている所得割の賦課ベースについては、「旧ただし書方式」と「住民税方式」などが使われていたが、2011年の地方税法改正および国民健康保険法施行令の改正により、2013年度から「旧ただし書方式」に統一されることになった。「旧ただし書方式」は、収入総額から基礎控除額（現在33万円）を差し引いた額に保険料率を掛ける方式である。「旧ただし書方式」に統一された理由としては、その方式が既に9割以上の市区町村で採用されており国保の広域化の流れに適合することや、税制改正の影響が受けにくいことに加えて、他の方式よりも保険料の賦課対象世帯が広がり中間所得者層の過重

表3 市町村国保の保険料賦課の3方式と負担割合

	賦課方法の組合せ	賦課の割合
4方式	所得割：資産割：均等割：平等割	40：10：35：15
3方式	所得割：均等割：平等割	40：10：35：15
2方式	所得割：平等割	50：50：00

負担を抑えることができることがあげられている。また、近年、資産割については収入を生まない住宅に保険料を賦課することへの批判など幾つかの問題があり、資産割を廃止する市町村が多くなっている。

このようにして算定された保険料には上限額が設けられている。この上限額の設定は、上限額を超える世帯が全体の4%になるように設定されているが、保険料の軽減世帯が増加する中では次第に中間所得者層の負担が重くなっていくため、中間所得者層の負担を軽減し高所得者層の負担を引き上げる方向での見直しが行われている。それにより2011年度は、医療分保険料51万円、後期高齢者支援金分保険料14万円、介護分保険料12万円で、総額77万円が上限とされ、10年度より4万円の引上げが行われた。上限に達する所得（医療分＋後期高齢者支援均分）は収入が1,050万円となっている。

なお、この上限については、被用者保険の場合、保険料算定の基礎となる標準報酬月額の上限に該当する被保険者の割合が1%となるよう設定されており、標準報酬月額の上限が121万円となっている。ここでも被用者保険との差違がみられる。

厚生労働省の2010年度国保実態調査報告によると、1世帯当たり平均所得が145万1000円で、1世帯当たり平均保険料算定額は14万3,895円（平均所得の9.9%）となっており、平均所得も平均保険料も前年度よりも低下し、負担割合は増加している。保険料算定の構成割合をみると、応能割が58.5%、応益割が41.4%となっている。

このような国民健康保険の保険料算定方式については、その方法が複雑すぎるということに加えて、被用者保険と比べた場合、その賦課方法にも問題があるといえよう。すなわち、被用者保険の保険料は応能負担原則に基づき設定されているのに対して、国保の保険料は応能負担に加えて応益負担が設けられており、世帯員数が多い低所得世帯にとっては所得に対する負担割合が高くなるという状況をもたらしている。国保被保険者の所得把握が難しいことへの対応

とも考えられるが、近く導入が企図されている「マイナンバー制」（共通番号制）の導入を機会に国保保険料の抜本的な見直しが必要であろう。

(2) 低所得者に対する保険料の軽減措置

国保保険料については、その支払いが困難になった世帯に対して保険料を軽減する対策が講じられている。その対策には国の法律で定められている「軽減制度」（「減額制度」と称する場合もある）と、各市区町村が条例で定めている「減免制度」がある。

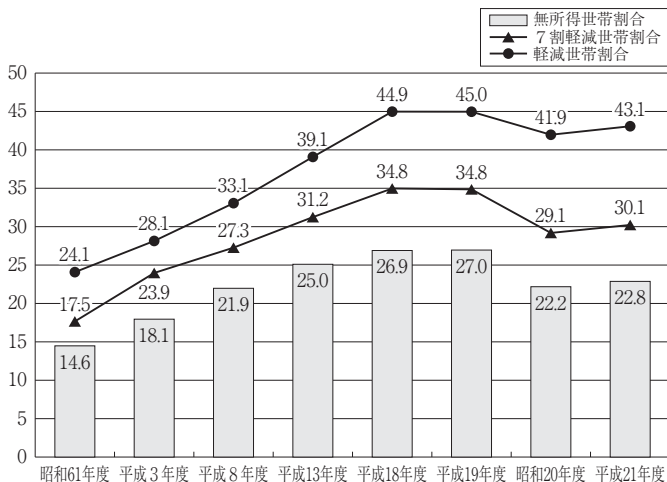
保険料軽減制度は、前年所得が一定額以下の世帯に応益保険料（均等割、平等割）が減額される全国一律の制度である。減額の申請は必要なく、市町村が前年所得に基づいて自動的に行うもので、所得申告をしていない場合は所得の多寡にかかわらず減額は行われない。減額割合は7割、5割、2割の3段階となっている。

この保険料減額制度により減額された保険料相当額は、国保の「保険基盤安定制度」により公費で補填されている。2010年度の実績をみると、7割軽減が770万人（被保険者の22.8%）、5割軽減が230万人（6.8%）、2割軽減が372万人（11.0%）にのぼっている。また、先に中間所得者層を中心に保険料負担を軽減する対策が近年講じられるようになってきていることにふれたが、それに関連して保険基盤安定制度において、保険料軽減制度の対象となった一般被保険者数にに応じて、平均保険料の一定割合を公費で補填する対策が講じられている。こうした保険基盤安定制度による2010年度の公費負担額は、保険料軽減分として3,820億円、保険者支援分として950億円となっている⁽⁷⁾。

先に、市町村国保にける無職者世帯の増加、低所得被保険世帯の増加等についてみてきたが、そうした状況とともに保険料の軽減世帯が増加している。そ

(7) 国民健康保険中央会『国民健康保険の安定を求めて』2011年、18ページ。

図3 無所得世帯割合、保険料軽減世帯割合の推移



(注1) 各年度とも「国民健康保険実態調査報告」(厚生労働省保険局)による。

(注2) 所得とは、基礎控除前の総所得金額である。

資料)『週刊社会保障／社会保障読本2011年版』法研、2011年、p.45

の状況を示したのが図3である⁽⁸⁾。ここにみられるように軽減世帯の割合が2000年代後半から45%前後となっており、その対応が課題となっているが、それと同時に、他方で中間所得層が高額な保険料を負担する構造となっていることに留意しなければならない。

次に、保険料減免制度をみると、この制度は市区町村ごとに条例で定められていることから、具体的内容は市町村によってかなり異なっている。東京都特別区では次のようになっている。まず、減免の要件としては、①震災等の災害により死亡した時または資産に重大な損害等が生じたとき、②事業の休廃止、失業等により収入が著しく減少したとき、③事業または業務に重大な損害をうけたとき、があげられている。減免の対象となる基準は、申請時現在の収入等

(8) 図3で2008年度に無所得世帯および保険料軽減世帯が減少しているのは、後期高齢者医療制度の発足にともない、低所得者の多い75歳以上の被保険者が同制度に移行したためである。

(実収月額)が生活保護基準の1.15倍を上回らない程度とされ、生活保護基準の1.0倍～1.15倍は保険料減額となり、1.0倍未満では免除となる。この減免制度は減額制度とは異なり、それを受けるには申請が必要であり、また収入や支出の状況、預貯金などの資産調査が行われる。

また、2010年度から、企業倒産やリストラなど企業側の都合で離職した者や雇用期間満了で更新を拒否(雇い止め)され離職した者(特例対象被保険者等)を対象に、失業時からその翌年度末まで、前年の給与所得を100分の30として保険料を再算定する措置が講じられた。これは、後に述べる「無保険の子」をめぐる問題への対応策として設けられたものである。

また、東日本大震災により被災した被保険者に対して、2012年3月31日までに納付すべき保険料について国保保険者が減免した場合には、免除に要した費用の全額を国が財政支援することとしている。

厚生労働省の集計によると、2010年度に保険料減免制度を設けている市町村国保は1,725保険者にのぼり、全保険者の99%を占めている。10年度の実績をみると、63万4,208世帯に238億4,069万円の減免を行っている⁽⁹⁾。

(3) 保険料滞納への対応と課題

国保では保険料を滞納すると、保険者から督促状が送付され、さらに滞納が続いた場合には通常の被保険者証を返還し有効期間の短い「短期被保険者証」が交付される。短期被保険者証は期限切れごとに国保の窓口で交付され、滞納期間が1年を越すと、被保険者証を返還し、「被保険者資格証明書」が交付される。医療機関では資格証明書で受診することができるが、その場合は医療機関の窓口で医療費を全額支払ったうえで、それを保険者に申請し、自己負担分を除いた額の払い戻しを受けることになる。1年半以上保険料を滞納した場合

(9) 社会保険実務研究所『国保実務』2805号(2012年4月)、16ページ。

は保険給付が一時差し止められ、さらに滞納した場合は、給付額から滞納分が差し引かれることになっている。

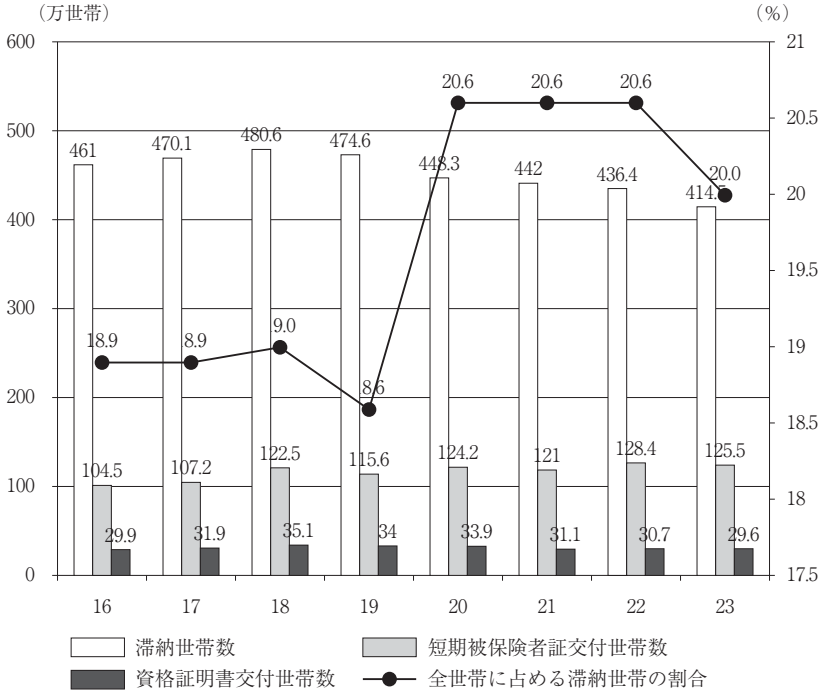
こうした滞納世帯への措置により、資格証明書を発行された世帯が医療費の全額を窓口で支払わなければならないことから、そうした世帯では子どもが病気になったときにも受診できないという「事実上の無保険状態」に陥ってしまうケースが多くなり、2008年には「無保険の子」として大きな問題となった。そのため同年夏に厚生労働省で調べたところ、資格証明書が発行された世帯が33万世帯あり、それらに属する中学生以下の子どもが32,800人（18,300世帯）にのぼることが明らかになった。そのため与野党協議により08年12月に法改正が行われ、09年4月から親が保険料を滞納しても、中学生以下の子どもには6カ月の短期被保険者を切れ目なく発行することとした。その後、無保険状態の高校生が1万人余りいることも明らかになり、10年から高校生にも同様の対応がとられるようになった。

また、このような滞納が多く生じる要因の1つとして、前年所得を基準として保険料が算定されるため、失業して所得が大きく低下した場合には保険料を納めることが難しくなるということが指摘されていたことに対応して、先に述べたように、非自発的失業者には前年の給与所得を100分の30に引き下げて算定する方法も導入された。

保険料の滞納世帯数等の推移を厚生労働省の調査からみると、図4のようになる。2011年度の市町村国保の滞納世帯数は414万5千世帯で、全世帯の20.0%となっている。前年度に比べて22万世帯（0.6%）減少しているものの依然として高い状況が続いている。滞納世帯の割合が最も高いのは東京都の26.2%で全世帯の4分の1を超えている。次いで栃木県24.2%、大阪府23.9%、福島県23.7%、埼玉県23.1%などとなっている。

滞納世帯のうち、短期被保険者証が交付されているのは125万5千世帯となっている。前年度より3万世帯減少しているが、全世帯に占める割合は6.1%

図4 保険料（税）の滞納世帯数等の推移



(出所) 保険局国民健康保険課調べ

注1) 各年6月1日現在の状況。

注2) 平成23年は速報値。

で変わりはない。短期被保険者証の交付件数が依然として高い理由として、各市町村が収納対策として短期被保険者証の発行を活用していることが指摘されている。資格証明書の交付世帯は、前年度より1万世帯余り減少して29万6千世帯となり、7年ぶりに交付数が30万世帯を下回った⁽¹⁰⁾。

保険料の収納率も2011年度は88.60%と前年度を0.6%上回り、収納率の低下

(10) 『国保実務』2796号（2012年2月）、10～15ページ。

に歯止めがかかったともいわれている。収納率の低下要因として、長期不況下における低所得被保険者層の増加があげられているが、それに加えて、健康で医療保険の必要性が低い若年者層において保険料納付に対する意識が低下していることが指摘されている。皆保険体制を維持していくためにも若年者の関心を高めていくことが必要であろう。

4 非正規労働者に対する被用者保険の適用をめぐる問題

(1) 非正規労働者に対する被用者保険の適用基準

次に、「社会保障と税の一体改革」で焦点の1つとなっている非正規労働者に対する被用者保険の適用をめぐる問題について検討してみよう。最初に、健康保険法における規定からみていくと、第3条第1項で、被保険者とは「適用事業所に使用される者及び任意継続被保険者⁽¹¹⁾」と規定している。そのうえで同法では「日々雇い入れられる者（1か月を超える場合を除く）」、「2か月以内の期間を定めて使用される者」、「季節的業務に使用される者（継続して4か月を超えて使用される場合を除く）」、「臨時的事業の事業所に使用される者（継続して6か月を超えて使用される場合を除く）」等を健康保険の「適用除外」と規定しているが、パートタイム労働者等の短時間労働者に関する規定は設けられていない。

健康保険法と同様に被用者を対象とした厚生年金保険法では、「適用事業所に使用される70歳未満の者は、厚生年金保険の被保険者とする」（同法第9条）とし、健康保険法と同じく「日々雇い入れられる者」や「季節的業務に使用される者」などを適用除外とする規定を設けているが、そこでも短時間就労者に関する規定は設けていない。

(11) 健康保険では、会社などを退職して健康保険の被保険者資格を失う時に、被保険者本人が希望した場合には2年を限度に被保険者になることができる制度があり、それによって被保険者になった者を任意継続被保険者という。

そうしたなかで健康保険や厚生年金保険では、短時間労働者の適用基準として、1980年（昭和55年）のいわゆる「55年内翰」⁽¹²⁾が用いられている。この55年内翰では、健康保険および厚生年金保険が適用されるべきか否かは、「当該就労者が当該事業所と常用的使用関係にあるかどうかにより判断すべき」とし、「1日又は1週の所定労働時間及び1か月の所定労働日数が当該事業所において同種の業務に従事する通常の就労者の所定労働時間及び所定労働日数のおおむね4分の3以上である就労者については、原則として健康保険及び厚生年金保険の被保険者としてとりあつかうべきものである」としている。これがいわゆる「4分の3要件」として現在の基準となっているものである。

現行制度では、パートタイム労働者等の非正規労働者について、労働者が事業所と「常用的使用関係にあるか否か」という観点から、通常の労働者の所定労働時間の4分の3以上の就労時間（現在は週30時間を超える労働時間）があれば、健康保険および厚生年金保険の被保険者とされている。

なお、週の労働時間が30時間に満たない短時間労働者が、健康保険・厚生年金保険の被保険者の配偶者である場合、年収が130万円以上であれば、国民健康保険の被保険者・国民年金の第1号被保険者となるが、年収が130万円未満であれば、配偶者が加入する健康保険の被扶養者・国民年金の第3号被保険者となる⁽¹³⁾。

(12) 1980年6月6日付けの厚生省厚生年金保険課長・社会保険庁医療保険部健康保険課長・社会保険庁年金保険部厚生年金保険課長の3者連名による都道府県民生部主管（局）保険課長宛の内翰をいう。

(13) 雇用保険については、近年、大幅に適用拡大が行われている。概略を述べると、1975年に、雇用保険の適用対象となるための要件として、①所定労働時間が通常の労働者の概ね4分の3以上かつ週22時間以上であること、②年収が55万円以上であること、③雇用期間については反復継続して就労する者であることという3要件とされた。その後、1989年から、①週労働時間が22時間以上、②年収90万円以上、③1年以上の雇用見込みが要件となり、94年に22時間が20時間となり、2001年に年収要件が撤廃された。その後、09年には雇用期間が1年以上から6か月以上に、10年には31日以上に緩和された。

(2) 非正規労働者の増大と医療保険の適用状況

日本の就業者数は1995年以降、横ばいから減少に転じており、正規雇用の労働者や自営業者は減少しているが、その一方でパートタイム労働者・派遣労働者・契約社員等の非正規雇用の労働者は一貫して増加している。2010年の就業者数6,256万人のうち1,755万人（就労者の28.1%）が非正規労働者ある。非正規労働者の内訳をみると、「パート」が847万人（非正規労働者の48.3%）と最も多く、次いで「アルバイト」が345万人（19.7%）,「契約社員・嘱託」が330万人（18.8%）,「派遣社員」が96万人（5.5%）,「その他」が137万人（7.8%）となっている。派遣社員がやや減少しているが、他はいずれも増加傾向を示し、とくに「契約社員・嘱託」は増加傾向が著しい⁽¹⁴⁾。非正規労働者を産業別にみると、2007年のデータでは「卸売・小売・飲食業」では雇用労働者に占める非正規労働者の割合が50%を超え、「サービス業」で38%、「製造業」で28%となっている⁽¹⁵⁾。また、週労働時間が35時間未満の短時間労働者をみると、2010年現在1,414万人で、そのうち女性が966万人（68.3%）となっている⁽¹⁶⁾。

その後も非正規労働者は増大し、現在は約1800万人にのぼるものと推計されているが、それらのうち被用者保険が適用されているのは3分の2で、3分の1（約630万人）は適用除外とみられている。

(3) 社会保障と税の一体改革におけるパートタイム労働者の適用拡大案

被用者保険に加入できない非正規労働者の増大に対して、2011年6月に政府・与党が決定した「社会保障・税一体改革成案」では、雇用保険の適用と同じく⁽¹⁷⁾、「週の所定労働時間が20時間以上で、31日以上雇用見込みのあるも

(14) 健康保険組合連合会「就業形態の多様化が医療保険制度に与える影響等に関する調査研究報告書」2011年、7ページ。データの出所は、総務省「労働力調査」による。

(15) 同上、11ページ。データの出所は、厚生労働省職業安定局「目指すべき雇用システムとセーフティネットについて（雇用システム編）」（雇用政策研究会資料、2010年2月）。

(16) 同上、7ページ。

の」に対して被用者保険（健康保険および厚生年金保険）を拡大することが示された。その後、社会保障と税の一体改革の具体化をめぐって与野党の論戦が繰り広げられているが、非正規労働者への被用者保険の適用拡大については、差しあたって「パートタイム労働者への適用拡大」として法案の作成が図られている。

この改正については、パートタイム労働者の多い小売業や飲食業の事業主はもとより、パートタイム労働者の間でも負担増に反対する声がある。とくに健康保険の被扶養者となっている主婦層では、被保険者となった場合に傷病手当金・出産手当金の給付が行われるものの医療給付は変わらず、保険料負担が増えるだけという認識が根強くみられる。

そうしたことから改革案の策定においてもさまざまな議論が行われてきた。民主党政府は当初、週20時間以上働くパートタイム労働者370万人に被用者保険を適用する目標を掲げていたが、その場合には事業主負担が一気に5,400億円増加することなどから、事業主から強い反対の声が上がっていた。そのため政府は段階的に適用範囲を拡大するという方針を固めたが、その適用範囲をめぐって民主党内の議論は二転三転した。とくに第一段階の適用範囲が焦点となったが、パートタイム労働者の処遇改善を目指す厚生労働部門の議員は、100万人案や300万人案を主張したのに対して、経済産業部門の議員からは自民政権時代の改革案⁽¹⁸⁾と同程度の20万人案などが主張され、改革法案における適用範囲の行方が注目された。

(17) 本稿の注(6)を参照。

(18) 2007年に被用者年金の一元化法案のなかで、①週所定労働時間が20時間以上であること、②賃金が月額98,000円以上であること、③勤務期間が1年以上であること、④従業員数300人以下の中小企業事業所の事業主には新たな基準の適用を猶予すること、⑤学生でないこと、といった要件を満たす短時間労働者に厚生年金保険の適用拡大を図ることが盛り込まれた。また、それにあわせて健康保険においても被保険者の範囲を厚生年金保険と一体的に見直すこととされた。しかし、09年7月の衆議院の解散により、同法案は廃止された。その時の総選挙で民主党への政権交代が行われた。

(4) 政府案の概要

こうしたなかで政府は2012年1月、第一段階として新規加入者を100万人とし、「従業員数301人以上の企業に勤める年収80万円以上」を適用範囲とするという案を固めた。しかし、パートタイム労働者の多い大手スーパー業界や外食業界などの反発を受けて、適用範囲を「従業員数1001人以上の企業に勤める年収80万円以上」に狭め、その対象者を50万人とする案で最終調整していたが、それでも経済界の反発が収まらず、3月に「従業員数501人以上の企業で、勤続1年以上、週20時間以上働き、勤める年収94万円以上（月収約78,000円以上）の者」という45万人案で政府としての決着を図った。45万人が加入すると、厚生年金保険では500億円、健康保険では300億円の事業主負担が発生するものと推計されている。

第一段階の実施時期は2016年4月を目指すとしており、第二段階として2019年までに501人以上または301人以上の企業に拡大し、70万人～80万人に増やしていきたいとしている。当初の政府・民主党案にくらべると、大幅な後退といわざるを得ない。

一方、新たに被用者保険に加入する労働者については、表4のような影響が

表4 パートタイム労働者への影響（健康保険・厚生年金保険に1年間加入した場合）

		会社員の妻	自営業者の妻	単身者
現在加入している保険	医療	夫の健康保険の被扶養者	市町村国保の被保険者	市町村国保の被保険者
	年金	国民年金の第3号被保険者	国民年金の第1号被保険者	国民年金の第1号被保険者
負担（年間保険料）	医療	6万5000円増	1万1000円増	8000円減
	年金	9万7000円増	8万4000円減	8万4000円減
給付	医療	医療給付は変わらず 傷病手当金・出産手当金の支給		
	年金	月額500円増		

注）年収120万円の46歳の女性の場合を厚生労働省が試算したもの。

予想されている。これにみられるように、市町村国保・国民年金に加入している単身者は負担が減って給付が増えることになるが、被用者保険の被扶養者・国民年金の第3号被保険者となっている者（パートタイムの主婦など）は負担が増大するのにに対して給付の増加は少ない。

こうしたことから、企業側の対応として労働時間の短い従業員を増やしたり、勤続期間を短くしたりすることが考えられるし、またパートタイム労働者側もプラス・マイナスを勘案した就労が行われることが予想されている。こうした対応が雇用の減少をもたらし、パートタイム労働者の低賃金雇用を固定化させることを懸念する声もある。しかし、現にパートタイム労働をはじめとする非正規労働に従事している若い世代の今後の生活を考えた場合、被用者保険の適用拡大は必要不可欠の要件である。確かに、適用拡大がパートタイム労働者の雇用の減少をもたらしたり、低賃金雇用の拡大をもたらしたりする可能性は大きいですが、そうした対応を食い止め、雇用条件の改善を図っていることが望まれる。

(了)