

国民健康保険の実態と課題

熊本市の国保改善運動から

高 林 秀 明

はじめに - 認識の視点

筆者は、2010年5月に結成された熊本市国保をよくする会の一員として、国民健康保険制度（以下、国保と略す）の改善運動に参加している。同会は、他都市の運動に学びながら、市国保課との懇談会、署名活動、学習会、生活実態調査、対市交渉を展開してきた¹⁾。その契機は、全国各地からの国保に関する深刻な実態のレポート（告発）と同様に、熊本市でも国保料を滞納しているという理由で、多くの人たちが正規の保険証を得られず短期保険証や資格証明書を受け取り、そのため医療機関にかかることが困難な状況が広がっていることであった²⁾。

本稿は、国保改善運動の一環として取り組んだ実態調査をもとに、国保の実態と課題、そして国保を含めた日本の医療保障の課題を論じる。国保だけに限定しない理由は、国保問題は日本の医療保険の構造的課題の一部であり、したがって国保運動から医療保障の国民的な共通課題を提起することが必要とみるためである³⁾。そのため、私たちの調査は、当初から国保世帯に限らず社会保険（被用者保険）の加入世帯や無保険世帯等も含めた住民の生活実態をつかむことを目的とした。

I 国保制度の現状

1 ぐらしの声

最初に、実態調査で聴き取った701世帯の「ぐらしの声」の一部を紹介したい。

国保加入の65～74歳の男性は、ヘルニアと下肢の静脈瘤と前立腺肥大をかかえる。「以前、保険料が支払えず、保険証がないことがあった。有効期限が切れている期間は1～2ヵ月。具合が悪くなったら市役所に行って、6ヵ月ぐらゐの短期保険証をもらっていたが、それが切れたら無保険状態（国保加入であるが保険証の有効期限が切れた状態）の繰り返し。若い頃、仕事で指を切って、無保険のまま、どうしようもなく受診した。今でも入院すると仕事もできなくなり、医療費の支払いをどうしようと思う。」と語った。この男性のように、2010年当時、熊本市の国保世帯の18%（2万世帯）に短期保険証が発行されており、そのなかには有効期限切れによる無保険状態の人たちが多くいる。同年10月の保険証の更新時以降に長期に無保険状態となった世帯は約4千世帯にものぼっていた。

次に、25～34歳のアルバイトの女性は、「保険料と自分の収入の余裕のなさとのギャップに、支えられないもどかしさを感じている。去年までは社会保険だったので。」と言う。また、45～54歳で食堂自営のひとり親世帯の女性は、「5・6年前から収入が不安定なため生活が厳しくなった。保険料よりも、日々の食費を優先しなければならない。頭痛、めまいがあっても我慢している。保険証がなく医者には行けない。保険料を払う余裕すらないのに、10割負担では病気になったときが不安。」と語った。日本は「皆保険」といわれているが、実際には、この2人のように無保険(国保に加入さえしていない)が少なくない。私たちの調査では7世帯(1%)が無保険世帯であったことから、熊本市の全世帯の1%が無保険とみればその数は約3,000世帯にもなる。

2 医療保険制度の前提の崩壊と国保の被用者保険化

皆保険がスタートした1961年の前年、全国の就業者に占める雇用者の割合ははじめて50%を超えた。それから半世紀以上が経ち、今日の就業者に占める雇用労働者の割合は87.8%(労働力調査、2012年)におよぶ。そのうち、非正規雇用者は3人に1人以上、36.3%を占めている(労働力調査、2013年1月～3月平均)。就業者のうち雇用者が圧倒的多数を占め、非正規の増加の上に完全失業者だけでも3～5%(実質的な失業者は約10%)にのぼる今日、日本は雇用者と大量失業を基調とする社会となったのである。

その中で、組合管掌健康保険は、組合数と適用事業所さえ1990年代半ばから減少しているが、被保険者数は1960年の500万人から今日では1,500万人規模へと増加した。協会健保の被保険者数も1960年の約500万人から2010年の約1,960万人へと大きく増えた⁴⁾。他方、国民健康保険の加入者構成は、表1のように、かつての中心であった自営業者が今日ではわずか15%へと縮小し、被用者(雇用者)が36%を占めるに至っている⁵⁾。被用者の大半は雇われているにもかかわらず社会保険に加入できない非正規や(半)失業者等の不安定雇用労働者と考えられる。そして、44%を占める無業者についても、自営業の引退者のみではなく、今日では雇用労働者OB(定年退職者等)を多く含んでいるであろう。すなわち、今日の国保は(市町村によって地域性があるものの)雇用労働者と家族のための医療保険としての性格が強いのである。

雇用者の増加と不安定化の中で、この15年間の所得低下は著しく、働き盛りの年齢層で1世帯当たりの可処分所得は平均100万円も落ち込んでいる⁶⁾。熊本市の国保世帯の一人当たりの年間所得も1995年の86万9千円(月7万2千円)から2010年の50万2千円(月4万2千円)へと激減した。その結果、熊本市の国保世帯の所得階層は年間200万円未満が78%を占めるまでになった(表2、全国平均も同様)。その要因には、雇用の不安定化・流動化だけでない

表1 国保加入の世帯主の職業別世帯数 - 全国 (2011年)

職業	世帯数	割合 (%)
総数	18,344,200	100.0
農林水産業	503,050	2.7
その他の自営業	2,374,900	12.9
被用者	6,617,600	36.1
その他	784,050	4.3
無職	8,064,600	44.0

不詳を除く、不詳を含む総数は20,457,500世帯(出所)『国民健康保険実態調査』2011年

表2 熊本市の国民健康保険世帯の状況 (2009年・国保をよくする会の結成前)

300万円～	12,859	10.7	100.0	7.2%	差し押え件数 250件		
200～300万円	13,347	11.1	89.3	14.0%	約2割が短期保険証 資格証明書 494件		
100～200万円	29,868	24.8	78.2	16.4%	一部負担金減免 31件		
50～100万円	16,218	13.5	53.4	17.0%	条例減免 837世帯		
33～50万円	5,701	4.7	40.0	15.4%	100万円以下・3人以上世帯 の1割減免 6,622件		
～33万円未満	13,617	11.3	35.3	33.1%	2割減免	12,612	10.5
所得なし	28,844	23.9	23.9	13.7%	5割減免	5,559	4.6
合計	120,454	100.0	-	13.2%	7割減免	35,700	29.6
世帯所得	世帯	%	累積%	未収納率	法定減免	世帯	%

出所)「くまもとの国保」(熊本市)平成24年度および熊本市へのアンケートの回答から作成

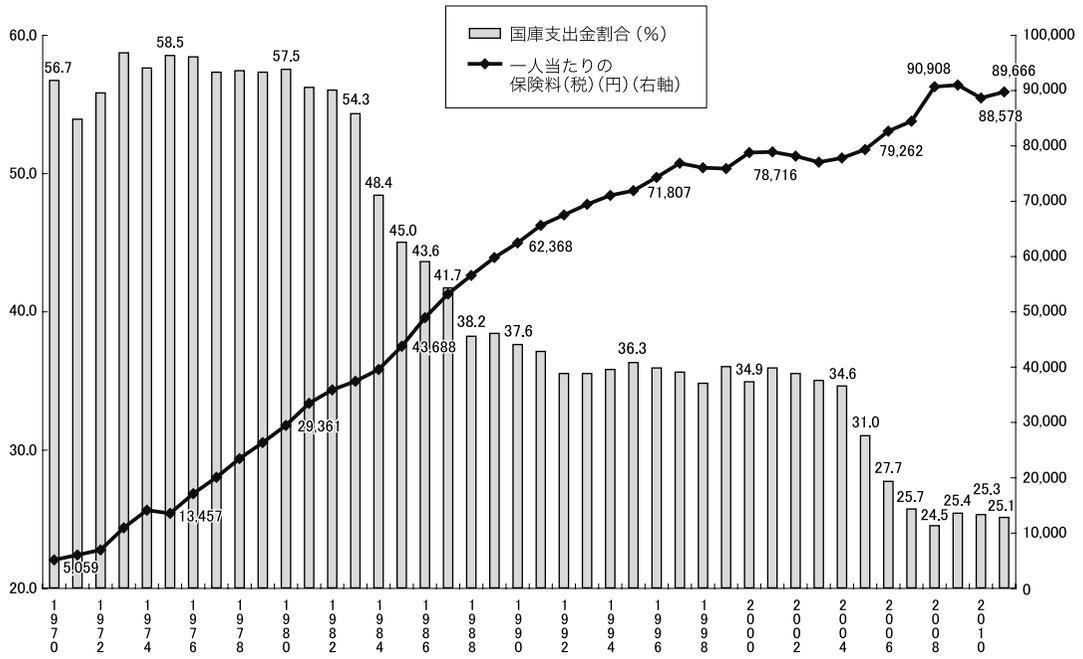
く、大資本の大型店・チェーン店との競争によって利益を出せない自営業の悪化、高齢年金等の減額もある。雇用と所得の安定的確保は社会保険制度の前提条件だが、国保加入者にとってこれら二つが縮小・崩壊しているのである。

前提条件の変化に対応するためには、保険料の引き下げ、減免措置の拡充、窓口負担の軽減などが実施されなければならない。ところが、所得低下が続く中、国保料は著しく引き上げられ、1人当たりの調定額(全国平均)で、1995年の7万1,870円から2010年の8万8,578円へと1万6千円以上増加した。2人世帯であれば年間3万3千円、月当たり2,700円の増加である(図1)。

その理由は、久しく指摘されながら改善が図られていない、国保財源に占める国庫支出金割合の大幅な減少といえる。図1の保険料額の高まりとは対照的に大きく減少しているように、1980年まで約57%であったその割合は、1995年に36.3%、今日では25%にまで低下した。それに伴って、国保料は到底支払えないような水準にまで高まってきたのである。

熊本市でも国保料の一人当たりの調定額は、1995年の7万9,005円から2010年には8万7,197円にまで上がった。その間の所得の激減を反映して、所得に占める保険料の割合(保険料率)は9.1%から17.3%へとほぼ倍増した。国保には保険料の事業主負担がないため、保険料率のすべてを加入者が負担しなければならない。医療保険別に保険料負担率をみると、全市町村平均の国保の保険料率は11.0%であり、他方、社会保険の保険料率は組合管掌(平均)が7.9%(被保険者3.5%)、協会健保が9.3%(被保険者4.65%)である(表3)。国保の負担率は、社会保険の2倍から3倍にもものぼる⁷⁾。このように日本の医療保険は低所得層ほど負担(率)が大きい「逆立ちした」制度になっている。

図1 国保財源に占める国庫支出金の割合と一人当たりの保険料(税)の推移(1970年～2011年)



出所) 厚生労働省「国民健康保険事業年報」各年版より作成

表3 主な医療保険制度別の加入者・保険料率など(2010年)

健康保険種別	被保険者	加入者数(人)	平均加入年齢	平均標準報酬月額/所得(円)	保険料率(平均)(%)	一人当たりの医療費
健保組合	大企業の被用者	2960万8,687人	34.1歳	36万3千	7.9 (うち被保険者3.5)	12万9,419円 (被保険者)
協会健保	中小企業の被用者	3484万5,340人	36.3歳	27万6千	9.3* (うち被保険者4.65)	14万811円 (被保険者)
市町村国保	無職、被用者、自営業者	3876万9,393人	50.0歳	7万	11.0	22万9,297円

* 介護保険第2号被保険者の介護保険料率は除く

出所) 『保険と年金の動向』厚生労働統計協会, 2012年, 『社会保障統計年鑑』平成25年版, 法研から作成

3 国保料の引き上げによる滞納世帯の増加

保険料の絶対的・相対的な高まりの影響によって、全国の滞納世帯と滞納率は顕著に増加している。とくにリーマンショックの年であり、後期高齢者医療制度が実施された2008年に、全国平均の滞納率は前年の18.6%から20.6%に高まった⁸⁾。

熊本市の国保世帯のうち滞納世帯（1円でも滞納がある世帯）は、2011年に3万5388世帯と国保加入世帯の31.5%であり、全国平均より著しく高い。2009年から2011年の間に、熊本市の短期受給者証世帯は18%（18,965世帯）から15%（17,182世帯）へと若干減少しているが、加入世帯のほぼ3分の1が滞納世帯である。少なくとも資格証明書（2009年、667世帯、0.6%）ではない保険証が加入世帯の手元にくまなく渡ることが不可欠だが、（一般あるいは短期）保険証があったとしても、所得低下と保険料引き上げの同時進行（保険料負担率の高まり）は、縮みつづける家計を保険料負担が圧迫し、保険料と窓口での一部負担金を払いきれない状況を広げているとみられる。

Ⅱ 国保世帯および社会保険加入世帯等の生活実態

1 聴き取り調査

以上のような国保を取り巻く状況の中で、熊本市の国保世帯の健康と生活の実態と課題をつかむための調査に取り組んだ。調査は1軒1軒を訪問して聴き取りを行うために、事前から周到な準備を行った。あらかじめ市内の4つの校区の各自治会に調査協力を依頼するとともに、熊本民主商工会の会員である自営業者にも依頼した。

調査員は総勢57人（熊本学園大学学生30人、福祉施設や医療機関の職員など27人）で、4回の事前学習会を通して聴き取りの視点や姿勢について学んだ。その中で参加者全員が大牟羅良著『ものいわぬ農民』（岩波新書）を調査論として読み、「『くらしの声』とは何か、どうすれば聴き取ることができるか」をテーマにレポートをまとめて議論した。

調査は2010年9月16日からの6日間、朝から夜遅くまで、1世帯当たり約40分から1時間、労働や生活、健康、医療保険などについて聴き取った。最終的に701世帯の協力を得ることができた。

対象世帯の基本的属性は、世帯構成については単身（35.8%）がもっとも多く、次いで、夫婦のみ（23.8%）、夫婦と未婚の子（20.3%）、ひとり親（8.0%）などである。一家の大黒柱である生計中心者の仕事は、無業者層（49.1%）がもっとも高く、次いで、自営業者層（19.0%）、不安定雇用者層（17.1%）、ホワイトカラー層（8.1%）などとなっている⁹⁾。医療保険の種類は、国保が46%、後期高齢者医療が21%、共済組合・健保組合が12%、協会健保が11%であり、医療扶助と無保険はそれぞれ9%、1%であった⁹⁾。

2 同じ社会階層でも異なる「それぞれの負担と給付」

先に「国保の被用者保険化」において触れたように、国保世帯の被用者には非正規雇用が多いとみられる。ここでは、社会階層を基本として、社会階層と医療保険との関係を確認したい。表4のように、不安定雇用者層（非正規あるいは規模30人未満の事業所の従業員）は、国保が5割強と最大だが、多様な医療保険にまたがっており、協会健保が28%、組合管掌が13%、無保険が3%などである。

言い換えれば、共済組合・組合管掌健康保険や協会健保にも一定の割合（前者の18.6%、後者の42.3%）の不安定雇用者層が加入している。無業者層は、国保と後期高齢者医療がともに4割前後であり、この層に集中している医療扶助が2割弱を示している。一方で、ホワイトカラー層（事業所規模30人以上の正規事務職等）とブルーカラー層（同現業職）は、共済・組合管掌か協会健保のいずれかである。

このように不安定雇用者層の各世帯は、同じ階層にありながら、加入している医療保険等によって保険料の負担（率）は異なっている。その幅は3%（共済・組合健保）～10数%（国保）と大きい。低所得世帯が集中する医療保険制度（国保）は、医療等の給付はもちろんのこと、保険料や医療費の窓口負担によって貧困に陥らないように機能しなければならない。しかし、実際には、後述する国保や無保険世帯の実態のように、日本の医療保険制度は、貧困の防止や健康で文化的な最低限の生活の保障という社会的原理とその機能が乏しく、個々人の働く会社や従業上の地位によって異なる医療保険ごとに、それぞれの負担があり、それぞれの給付がある、という「それぞれの負担と給付」という仕組みなのである（最低生活保障の機能がなく現役時代の賃金等に給付額が左右される公的年金制度も同様¹⁰⁾。

表4 階層（生計中心者の仕事）別にみた医療保険等の種類

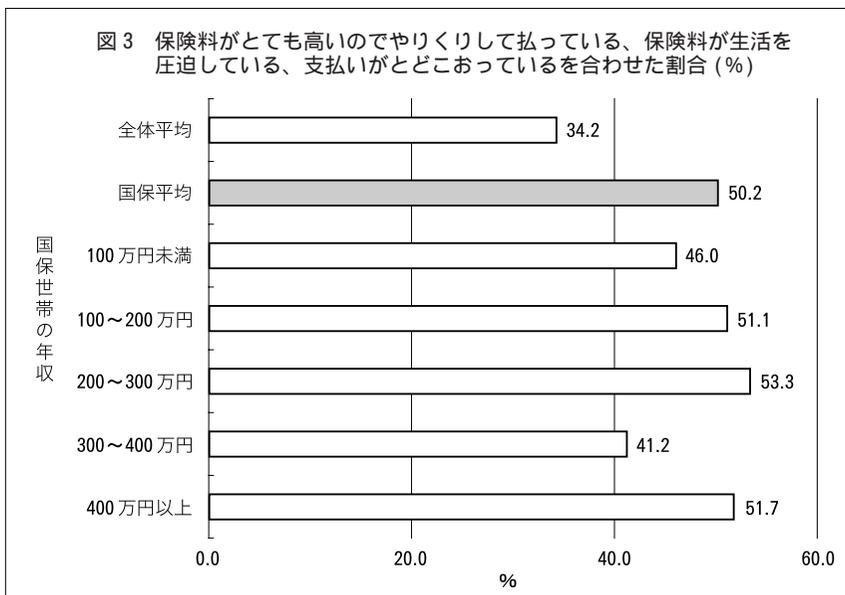
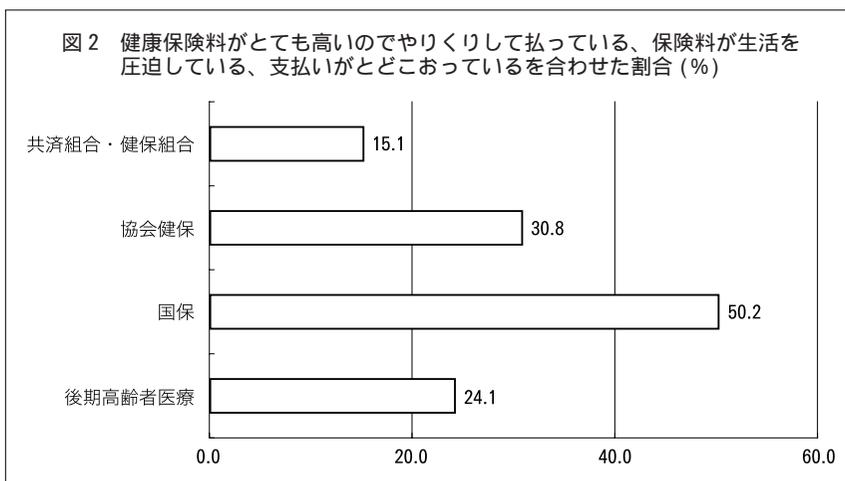
階層	健康保険等の種類	総数	共済組合・組合管掌健康保険	協会健保	国民健康保険	後期高齢者医療	医療扶助	無保険
合計		701	12.3	11.1	46.1	20.7	8.8	1.0
経営者層		23	21.7	30.4	43.5	4.3		
ホワイトカラー層		57	73.7	26.3				
ブルーカラー層		24	58.3	37.5	4.2			
不安定雇用者層		120	13.3	27.5	54.2	1.7		3.3
自営業者層		133	1.5	6.8	82.0	9.0		0.8
無業者層		344	2.0	1.5	40.1	37.8	18.0	0.6

合計の平均値に対してアミカケは5ポイント以上高いもの

3 重い保険料負担

聞き取り調査の主な結果について、まず、保険料の負担感がもっとも高いのは、国保世帯であった(図2)。保険料が「とても高いがやりくりして払っている」「生活を圧迫」「支払いが追いつかない」をあわせた割合が、国保が最高(50.2%)であり、ついで協会健保(30.8%)であった。国保は低所得世帯が多いにもかかわらず保険料率が高いため、当然の結果である。

この割合を国保世帯について年間世帯収入別にみると、100万円未満や100～200万円未満、200～



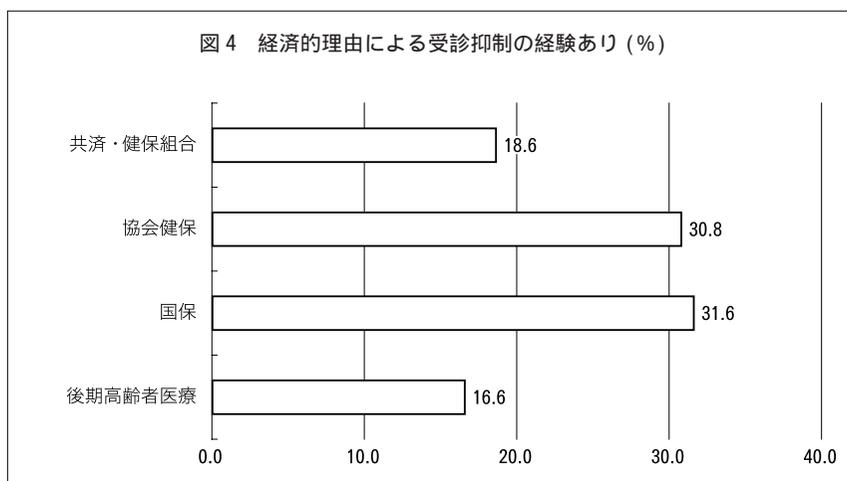
300万円未満などの低所得層ほど負担感が大きい、400万以上についても5割を超えており、どの階層でも大きな負担となっている(図3)。

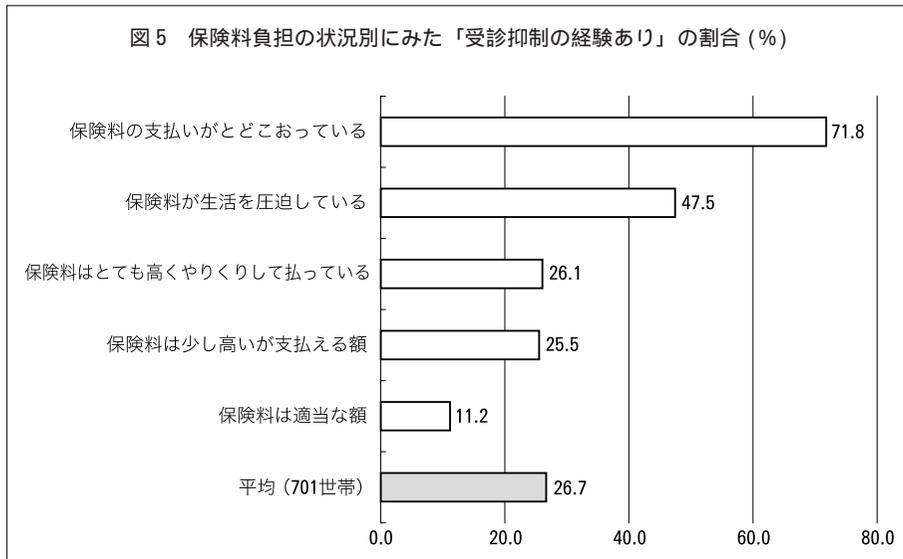
4 受診抑制は3割以上

過去に病気があるにもかかわらず経済的理由で受診を控えた経験を聞いたところ、全体の26.7%が「経験あり」であった。医療保険の種類別に見ると、国保世帯がもっとも高く31.6%を示しているが、協会健保も30.8%にのぼり、国保との差はない(図4)。このように協会健保に多い中小企業の不安定雇用者層を中心とした労働者とその家族も、医者にかかれぬ/かかりにくい状況が広がっていることが明らかになった。また、国保世帯を収入階層別に見ると、100万円未満は、受診抑制の「経験あり」が41.3%と著しく高くみられる。ただし、400万円以上の世帯でも27.6%と平均値並みである。

5 納付困難 受診抑制

ここで保険料負担と受診抑制との関係を見ると、保険料の負担感が大きいほど、受診抑制の経験が多いという結果が明確にあらわれている。保険料負担が生活を圧迫しているグループ、支払いがどこおっているグループは、受診抑制の経験がそれぞれ47.5%、71.8%と著しく高い(図5)。窓口負担が3割と高率で、しかも定率負担のため、低所得層ほど負担が重いためである。つまり、不安定層・低所得層 国保あるいは協会健保 保険料負担困難 受診抑制という関係がつけられている。





6 食費、医療費を切りつめる暮らし

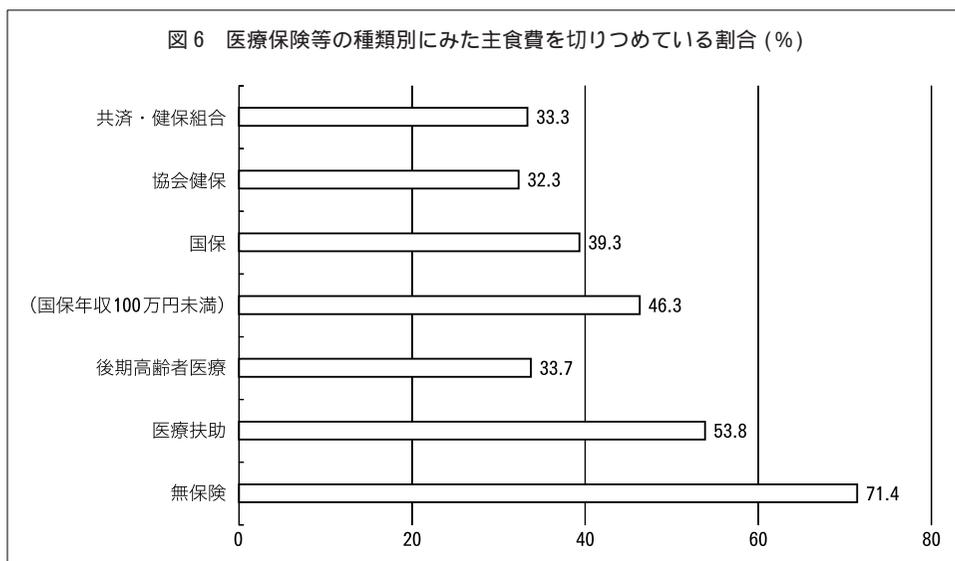
国保世帯や無保険世帯、それらと重なっている保険料の負担が困難な世帯は、以下のように、食べることを切りつめるなど、日々の暮らし自体が厳しい(次頁の図6)。

国保世帯が家計の中で切りつめているものは、主食費(39.3%)、電気代(38.9%)、通院費(19.7%)、交際費(20.4%)などと、いずれも生命にかかわる内容が高い。とくに国保世帯の100万円未満ではその傾向が顕著であり、主食費が46.3%、通院費が27.8%、新聞代が18.5%などである。無保険世帯では、主食費が71.4%、副食費が57.1%と驚くほどの高さであり、その実態は彼らが保険料を払わないのではなく、払えないことをあらわしている。中小企業の労働者・家族が加入する協会健保でも、外食費(38.5%)やこずかい(26.2%)、旅行費(26.2%)、貯金(20.0%)、新聞代(15.4%)、通院費(12.3%)、薬代(9.2%)などを切りつめている。

7 「持ち寄り世帯」の自助も限界

雇用の不安定化・流動化と所得喪失・低下、過重な保険料による家計圧迫の中で、家族持ち世帯の生活防衛は所得の「持ち寄り」による家族ぐるみの自助である。しかし、それももはや限界に直面している(以下の記述は末尾の付表を参照のこと)。

「持ち寄り世帯」の一つの典型は、三世代、夫婦と親であり、彼らは不安定雇用による賃金や少ない年金を合わせて暮らしている。ほぼ全体が貧困状態のひとり親世帯も、家計維持には生計中心者だけでなく子どもの収入(賃金)が不可欠である。65歳以上では、生計中心者は無業者が多くなるが、生計中心者の23%は働いている。65歳以上の単身世帯の場合は9割が無業だが、高齢の夫婦世帯で



は配偶者の3分の1は働いている。不十分な年金水準のために65歳を超えても労働から解放されず、わずかな所得を持ち寄り暮らしているといえる。

しかし、それでもなお家計のやりくりは苦しく、とくに健康保険料がかさむという割合は、65歳未満の三世帯、夫婦と親、ひとり親と子において著しく高い(60~70%超)。65歳以上の夫婦と子の世帯も同じ傾向がみられる。これらは国保加入が相対的に多い世帯類型であるが、医療保険の種類にかかわらず、健康保険料が家計を圧迫している。その上に、切りつめているものとして、主食費が35~60%、電気代が30~40%台、医者代が20%以上を示しているように、その生活は非常にきびしい。また、生計中心者が65歳以上の高齢者世帯は、かさむ項目として、健康保険料に加えて、介護保険料の負担を訴えている。また、医療費の負担も2割~4割台におよぶ。医療費の切りつめは、生活保護世帯の多い単身を除いては、1割以上である。さらに、主食費・副食費、電気代・水道代・ガス代を切りつめている状況に、高齢者世帯の暮らしの苦しさがあらわれている。

他方、65歳未満の夫婦と子の世帯、夫婦世帯、単身世帯の家計は、健康保険料がかさむという割合は平均値並み(45~50%)である。ただし、各世帯を安定・不安定のグループに分けて検討すると、不安定層は(相対的)安定層に比べて健康保険料を切りつめている割合は2倍から3倍にのぼる。たとえば夫婦と子の場合、安定層が21.7%に対して不安定層は65.6%である。その他の費目にも違いがみられ、不安定層の家計はより切迫している(食費の切りつめも顕著である)。同様の傾向が保険料の負担感や受診抑制にもみられる。言い換えれば、65歳未満の単身と夫婦と子、夫婦の各世帯における社会保険加入の相対的安定層では、保険料や住宅ローン、教育費等の家計への圧迫と負担感はあるが(25%程度)、相対的に医療を確保できている。

8 単身世帯の貧困

単身は、くらしの再生産の最小単位である世帯の中でも最も小さい姿といえる。単身世帯の主な階層は、不安定雇用者層、そして年金や生活保護、家族の仕事を支えにしている無業者層である。そのため、その多くが収入の不安定さを訴えている。また健康状態もよくない。とくにストレス症状をかかえている割合が高い。たとえば、「落ち込むことがある」18.9%がその典型であり、「コンビニ弁当やインスタント食品を食べることが多い」16.2%（男性 26.7%）などの食生活の面での不安もみられる。健康保険料の支払いはとくに国保世帯において困難である。全 7 世帯の無保険のうち 4 世帯が単身世帯に集中している。

一方、医療扶助世帯は医療費の保障はあるが、保護開始時にはすでに健康が悪化している。生活保護を受けている 45～55 歳の男性は次のように語った。「失業後、3 年間、保険料を払っていない。持病があり、市役所に『生活保護を受けたい、働きたくても働けない』と相談したら、『まだ 50 歳なんだから働いてください』と、4 回ほど相談したが保護申請を受理されなかった。『死にそうになったら来てくれ』とも言われた。生活保護を受けている今でも市役所の人から『仕事がありましたか』とたびたび聞きに来る。視力も落ち、体調も悪く、仕事もない」。このように彼らは保護受給までの長い苦しい生活の中で健康悪化に追い込まれ、受給後も就労による「自助自立」を迫られている。2011 年（9 月）に全国で保護受給を開始した 2 万 8,586 世帯のうち、保護受給以前の医療保険は国保世帯が 57.4%と最大であり、次いで医療保険未加入（無保険）世帯が 20.3%である。保護世帯は国保・無保険階層の一角であり、それらの生活・健康状態は連続している¹¹⁾。

単身の 65 歳以上の場合に目を向けると、収入水準が非常に低く（100 万円未満 38%、100～200 万円未満 40.7%）、仕事から解放されていない世帯もあり（約 1 割）、他に 5 人（3%）は仕事が見つからないと言う。相談相手がいない世帯も目立っている（約 1 割、とくに男性は 4 分の 1）。くらしの面では、「収入が不足」が著しく高く、「食生活のこと」「生計中心者の病気・事故」などに困難・不安をかかえる。65 歳を過ぎても、「健康保険料がかさむ」「介護保険料がかさむ」と、それぞれ 34%、29%が訴えている。健康状態は、「もの忘れや思い出せないことがある」33.7%、「耳が聞えにくくなっている」20.7%に加えて、とくに男性は「手や足がだるい」38.9%、「あまり歩かない」30.6%、「笑うことが少ない」25.0%、「コンビニの弁当やインスタント食品を食べることが多い」16.7%などもみられる。

9 貧困と疾病の悪循環

生活困窮世帯ほど健康状態が悪い。医療保険の種類別に健康状態をみると、もっとも悪いのは生活保護世帯である（表 5）。これは、先にみたように、病気・障がいを負ったり、持ち金が底をつかないと（底をついても）利用できない（捕捉率の低い）生活保護制度の問題のあらわれでもある。

次に健康状態が悪いのが国保世帯の生計中心者であり、なかでも働き盛りの年収 400 万円以上の世帯主の健康状態がよくない。「目が疲れる」40.7%、「タバコがやめられない」37.0%、「背中や腰が

痛い」48.1%、「血圧が気になる」40.1%、「胃腸の調子が悪い」25.9%、「家族そろって食事をする
ことが少ない」22.2%などがとくに高い。

協会健保の生計中心者は、「タバコがやめられない」30.7%や「肩・首すじがこる」44.0%、「あまり歩かない」29.3%、「手や足がだるい」21.3%、「コンビニの弁当やインスタント食品を食べることが多い」12.0%などがみられる。共済組合・健康保険組合は、「夜12時すぎに寝ることが多い」が38.8%と著しく高いが、全般的には平均値以下が多い。

生活基盤が不安定な世帯、すなわち保険料負担が困難な世帯ほど、自覚症状が著しく高く、多くの項目が平均値を大きく上回っている。先の結果と合わせると、国保・協会健保等の保険料の支払いが困難 食費等の切りつめと受診抑制 健康状態の悪化 受診抑制という関係、つまり貧困と疾病の悪循環が生じている。現在の国保制度および格差のある社会保険制度は、貧困を防ぐ役割を果たすことなく、人々の貧困と健康悪化を助長しているのである。

熊本市の国保担当者は、私たちとの懇談会の中で、「保険証を市役所窓口に留め置きしている世帯（無保険状態の世帯）や資格証明書世帯の健康状態や医療の必要性は把握していない」（2010年6月21日）と述べた。しかし、本来の医療とは、上記のような（または付表のような）世帯の労働と生活をトータルにつかみながら、一人ひとりの健康を、そして地域全体の健康を守る（予防・治療・リハビリ等）とともに、その背景にある労働・生活の環境・地域・制度を整備・拡充するものである。とくに低所得層が集中している国保制度およびその行政は、加入世帯の生活につねに目を向けて注意を払い、その実態およびニーズを丁寧に把握してそれに対応する制度を整備することが重要かつ不可欠といえる。

表5 日頃健康のことで気になっていること（複数回答）

自覚症状は全32項目のうち20のみを掲載

健康保険等の種類	総数	何も気にならない	ある																	一人平均（対32項目の症状）						
			視力が低下している	疲れやすい・からだがだるい	眠りが浅い・眠れない	目が疲れる	夜12時すぎに寝ることが多い	もの忘れや思い出せないことがある	タバコがやめられない	イライラすることが多い	アルコールを飲まずにはいられない（毎日中瓶2本以上または酒2合以上）	朝、気分よく起きることができない	落ち込むことがある	背中や腰が痛い	肩や首すじがこる	血圧が気になる	あまり歩かない	手足の先がしびれる・痛い	手足の関節が痛む		手や足がだるい	胃腸の調子が悪い	薬を飲んでいる	医者にみてもらっている	その他	
共済組合・組合健康保険	86	6	93.0	35.0	31.3	23.8	28.8	38.8	10.0	17.5	8.8	13.8	12.5	2.5	26.3	37.5	13.8	18.8	8.8	8.8	10.0	15.0	23.8	32.5	12.5	3.4
協会健保	78	3	96.2	26.7	30.7	28.0	22.7	24.0	21.3	30.7	16.0	20.0	10.7	9.3	32.0	44.0	21.3	29.3	13.3	16.0	21.3	12.0	40.0	46.7	12.0	4.1
国保	323	17	53.9	37.9	32.7	27.5	29.4	27.5	22.2	25.2	18.6	18.0	13.1	10.8	37.3	36.6	27.1	19.0	15.0	14.4	13.7	12.7	53.3	60.8	12.7	4.2
100万円未満	63	2	96.8	39.3	31.1	31.1	36.1	36.1	27.9	23.0	18.0	13.1	9.8	13.1	42.6	37.7	29.5	16.4	23.0	21.3	21.3	14.8	55.7	60.7	23.0	4.7
400万円以上	29	2	69.9	40.7	33.3	22.2	40.7	37.0	22.2	37.0	18.5	44.4	22.2	11.1	48.1	44.4	37.0	25.9	22.2	14.8	25.9	14.8	55.6	63.0	14.8	5.3
医療扶助	62	1	98.4	49.2	39.3	55.7	26.2	24.6	27.9	21.3	31.1	11.5	27.9	23.0	49.2	44.3	26.2	32.8	34.4	31.1	32.8	26.2	82.0	88.5	18.0	6.0
無保険	7	7	100.0	42.9	42.9	28.6	42.9	14.3	28.6	14.3	28.6	14.3	28.6	71.4	71.4	42.9	28.6	42.9	42.9	42.9	28.6	28.6	28.6	42.9	14.3	6.6

*こいアミカケは合計の平均値より3ポイント以上高いもの、太枠は10ポイント以上、うすいアミカケは同3ポイント以上低いもの

10 保険料の引き下げの切実な要求、普遍的な医療保障を共通課題に

私たちの調査において、医療保険制度への意見として最も多かったのは「保険料を引き下げてほしい」58.5%（国保74%、協会62%等）、次いで「3割の窓口負担を引き下げてほしい」44.7%であった。国保加入世帯の約8割が所得200万円未満にもかかわらず、国保の保険料率は社会保険（被用者保険）の2~3倍であり、それらの要求の切実さは当然の結果といえる。

それに対して、「誰もが安心して医療にかかれるように国の責任で保険料も窓口負担もなくしてほしい」は31.7%、「仕事によって異なる医療保険制度の格差をなくしてほしい」は24.1%であり、国民全体の医療保障の水準を引き上げることへの要求は3割程度にとどまっている。むしろ、「医療保険の加入者一人ひとりがきちんと保険料を負担すべき」という声（27.0%）の方が「格差をなくしてほしい」（24.1%）を上回っている。そのような意見は、相対的安定層において相対的に高く（3割以上）、保険料負担に苦しんでいる国保世帯でも3割、不安定雇用者層でも33%を示している。いのちにかかわるほど深刻な国保世帯の現状、そして負担は増えるばかりで安心して医療を受けられる状況とはいえない他の医療保険の実情の中で、普遍的な医療保障の要求を幅広い階層の共通課題していくために、医療保険制度の実態と課題の認識のあり方があらためて問われている。

Ⅲ 国保と医療保障の課題と展望

1 国保改善運動を振り返って

熊本市国保をよくする会の2010年度の運動を振り返ってみたい。熊本市の2009年度の短期保険証交付世帯の中で、保険料滞納により保険証が更新されず、約4,000世帯が長期の無保険状態であった。その状況に対する同会の運動（4万筆以上の署名、実態調査、市の局長・課長との定期的な懇談および市長交渉等）の結果、滞納世帯にも短期保険証を市役所の窓口留め置きことなく一斉発送することが実現した。続く2011年度からは窓口での留め置きによる無保険状態は一切なくなった（2012年から8月1日更新、短期保険世帯が納付相談のために来庁しない場合に、9月初旬に一斉発送）。また、10年ぶりの見直しにより、3ヶ月証が廃止され6ヶ月証に一本化され、資格証明書も大きく減るなど、改善運動の一定の成果を得ることができた（表6）。

しかし、改善運動の最重要目標とした国保料の引き下げはかなわず、逆に大きく引き上げられ、1人当たりの国保料は2011年度から9,900円もアップした。その結果、総所得300万円・4人世帯（夫婦と子ども2人）の場合、保険料は56万3,690円（医療分381,840円、介護保険分85,540円、後期高齢者支援分96,310円）となり、所得に占める保険料の割合は18.8%となった。これに国民年金保険料が加わるため医療と年金の保険料だけで90万円を超え（対所得比31%）、さらに所得税・住民税が加わる。同世帯で総所得200万円の場合、保険料額は42万6,690円（医療分289,840円、介護保険分63,540円、後期高齢者支援分73,310円）、対所得比は21.3%にもなる。また、同世帯で総所得

表6 熊本市の国保の状況の推移 (国保運動は2010年度に展開)

年度	国保加入世帯数	国保被保険者数	1世帯当たり平均人員	加入率(世帯)	保険料		被保険者所得		法定減免の全世帯に占める割合	滞納世帯(現年・過年度)		短期被保険者証		資格証明書		差押の状況		収納率
					世帯当たり	1人当たり	世帯当たり	1人当たり		世帯数	割合	件数	割合	件数	割合	件数	執行額(千円)	
2009	112,921	201,208	1.78	37.41	163,297	91,645	991,294	556,330	42.75	37,754	33.4	18,965	18.1	667	0.64	250	200,711	86.36
2010	112,780	199,816	1.77	37.21	154,490	87,197	891,014	502,906	48.50			20,159	17.9	146	0.13	130	98,785	87.61
2011	112,237	197,328	1.76	36.66	164,652	93,652	889,436	505,897	50.43	35,388	31.5	17,182	15.3	98	0.09	245	170,807	87.55

出所)「くまもとの国保」平成22年度、23年度、24年度版(熊本市)および熊本市国保課へのアンケート結果より作成

100万円の場合、保険料額は19万740円であり、対所得比は19.1%である。今回の引き上げによって、政令市の中で北九州市・大阪市等と並んで所得水準が低い熊本市の保険料率は政令市の中で最悪のレベルとなり、熊本市の滞納世帯比率は高止まりを続けている(表6)。

窓口での留め置きによる無保険状態が解消した反面、熊本市は、2011年以降、滞納者に対する「差押」を強めている。2012年における「預貯金の差押執行通告書」の発送件数は1万9千件と前年より1万6千件も増えた。2013年度は異常なまでに強化されて、通告書の発送は20万件と見込まれている(熊本市担当者談)。20万件という数字は、1世帯当たり平均5つの銀行や郵便局の口座を持っているとみれば、国保加入11万世帯のうちの4万世帯に対応する。

ちなみに、保険料の引き上げは、2010年2月9日の熊本市国保運営協議会に諮問された。我々は同運営協議会を傍聴するとともに、筆者は国保をよくする会の代表として事前に了解を得て、引き上げ反対の立場で15分間ほど意見陳述を行った。しかし、私の発言は等閑に付された。市側の配布資料には値上げ以外の代替案はなく、委員からの意見もほとんどなかった。多くの委員の関心はもっぱら国保の累積赤字の削減であり、市の一般会計からの国保会計への法定外繰り入れの増額も、加入者の保険料負担の軽減のためではなく、累積赤字への対応のためであった。審議会は結論ありきで不毛な審議を終え、その翌日、大幅引き下げの答申を市長に提出した。

運動の中で、筆者自身の課題として常に、そして今も考え続けていることは、国保問題のとらえ方(認識)である。熊本市32万世帯の3分1にあたる11万もの国保加入世帯にとっての、また約1万の保護世帯(9,814世帯・32.5%、人員13,531人・18.5%、2010年)の少なくとも5倍以上もの捕捉されていない(5万世帯以上の)貧困世帯にとっての生命・健康の問題として、そして社会保険(被用者保険)加入世帯を含んだ労働者階級にとっての医療保障の共通課題として、提起し得ているか、という点である。

2 国庫負担削減・水平的財政調整等に対する国の責任問題と結んで

医療保障の構造的問題の背景には、日本の労働運動と社会保障との関係もあると考えている。労務管理的性格の強い大企業がつくる組合管掌の健保組合は、老人医療への拠出の負担増に苦しみ、賃金水準の低下と相まって、赤字解散、組合数の低下を招いている(表7)。その対応として、保険料の労

働者負担の増加（労使は折半に近づきつつある）、付加給付や保健施設費用の削減が続いている。たとえば、三菱自動車健保は2009年秋、関連子会社80社の従業員と扶養家族約7万1800人を同保険から脱退させる提案を決めた。2010年4月から（三菱自動車本体の従業員を除く）関連子会社の従業員ら約3万8千人は協会健保などへ移った。福利厚生はなくなり保険料は大きく上がっても（協会健保の保険料率は年々上昇している）、それを受け入れざるを得ない労働者の考え（ロジック）の一つは

表7 組合管掌健康保険の組合数、被保険者数、平均保険料率等の推移

年	組合数ほか			平均保険料率			保険料の被保険者負担割合 (%)	法定給付費に対する付加給付費の割合 (%)	保健施設費の支出総額に対する割合 (%)
	組合数 (年度末)	適用事業所数	被保険者数・被扶養者数	合計 (%)	事業主 (%)	被保険者 (%)			
1960	1,091	44,653	12,736,334	64.23	39.22	25.01	38.9	14.8	14.5
1975	1,643	116,556	26,093,539	74.14	42.47	31.68	42.7	6.1	6.3
1990	1,822	137,844	32,009,580	82.23	46.53	35.70	43.4	4.7	6.8
2005	1,561	117,195	30,118,846	73.96	40.93	33.04	44.7	2.8	5.1
2010	1,458	112,804	29,702,508	76.72	42.20	34.51	45.0	2.7	4.6

出所) 『保険と年金の動向』厚生労働統計協会、各年版より作成

表8 1995年度と2010年度の医療保険等の費用の収入と支出の状況（他制度への移転等）

(単位：百万円)

年度	健康保険等の種類	収入								支出			収支差	
		拠出		国庫負担	他の公費負担	資産収入	その他	小計	他制度からの移転	収入合計	支出小計	他制度への移転		支出合計
		被保険者	事業主											
1995	政府管掌健康保険	2,832,540 41.0	2,859,429 41.3	978,794 14.2		20,040 0.3	223,799 3.2	6,914,603 100.0	1,795 0.0	6,916,397 100.0	4,874,502 70.0	2,085,927 30.0	6,960,429 100.0	-44,031
	組合管掌健康保険	2,323,201 38.6	3,018,656 50.2	71,988 1.2		118,545 2.0	484,333 8.0	6,016,722 100.0	6,016,722 100.0	4,021,323 69.8	1,741,201 30.2	5,762,524 100.0	254,198	
	国民健康保険	3,092,965 37.7		2,993,150 36.5	821,543 10.0		444,857 5.4	7,352,515 89.6	853,988 10.4	8,206,502 100.0	5,931,317 75.0	1,976,513 25.0	7,907,830 100.0	298,672
	老人保健			1,863,093 22.3	925,433 11.1			2,788,526 33.4	5,566,661 66.6	8,355,187 100.0	8,490,745 100.0		8,490,745 100.0	-135,557
	健康保険合計	8,248,823 28.0	5,878,177 19.9	5,907,077 20.0	1,746,986 5.9	138,587 0.5	1,153,006 3.9	23,072,656 78.2	6,422,454 21.8	29,495,108 100.0	23,318,102 80.1	5,803,726 19.9	29,121,828 100.0	373,282
2010	協会管掌健康保険	3,728,314 43.6	3,614,211 42.3	1,167,989 13.7		28 0.0	29,244 0.3	8,539,786 99.9	8,789 0.1	8,548,575 100.0	4,734,692 57.3	3,523,261 42.7	8,257,952 100.0	290,622
	(対1995年増減率)	1.3	1.3	1.2		0.0	0.1	1.2	4.9	1.2	1.0	1.7	1.2	—
	組合管掌健康保険	3,071,277 39.6	3,702,733 47.7	41,026 0.5		54,677 0.7	888,868 11.4	7,758,581 99.9	4,793 0.1	7,763,374 100.0	4,178,203 56.7	3,189,350 43.3	7,367,553 100.0	395,821
	(対1995年増減率)	1.3	1.2	0.6		0.5	1.8	1.3		1.3	1.0	1.8	1.3	1.6
	国民健康保険	3,445,459 24.5		3,642,992 25.9	1,709,250 12.2		1,947,411 13.8	10,745,112 76.4	3,321,725 23.6	14,066,837 100.0	11,470,366 82.9	2,365,778 17.1	13,836,144 100.0	230,692
	(対1995年増減率)	1.1		1.2	2.1		4.4	1.5	3.9	1.7	1.9	1.2	1.7	0.8
	後期高齢者医療制度	890,655 7.3		3,816,629 31.3	2,140,409 17.5		351,493 2.9	7,199,187 58.9	5,013,870 41.1	12,213,057 100.0	12,038,659 100.0		12,038,659 100.0	174,398
	介護保険	1,402,508 17.9		1,725,174 22.0	2,341,556 29.9	930 0.0	163,568 2.1	5,633,737 71.9	2,207,152 28.1	7,840,889 100.0	7,771,545 100.0		7,771,545 100.0	69,344
	健康保険等の合計	12,538,213 24.9	7,316,944 14.5	10,393,810 20.6	6,191,215 12.3	55,635 0.1	3,380,584 6.7	39,876,403 79.1	10,556,329 20.9	50,432,732 100.0	40,193,465 81.6	9,078,389 18.4	49,271,853 100.0	1,160,877
(対1995年増減率)	1.5	1.2	1.8	3.5	0.4	2.9	1.7	1.6	1.7	1.7	1.6	1.7	3.1	

出所) 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ社会保障給付費(平成7年度)「表7 ILO基準による平成7年度社会保障費用」http://www.ipss.go.jp/ss-cost/j/kyuhuhi-h7/kyuuuh_h7.html (2013年9月30日確認)および国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障統計年鑑』平成25年版より作成

本社の経営を守るといふものである¹²⁾。企業経営者の決定に対して組織的に声を上げられない「企業社会」はなおも強固だが、労働者の目にも医療保障等の生活部分を企業に頼れないことがはっきりしてきている。

このような健保組合の赤字や解散、協会健保の保険料引き上げは、医療保険制度間、すなわち労働者（及びOB）間での水平的な負担の調整の結果である。協会健保および組合健保からの他制度（国保および後期高齢者医療、介護保険）への移転費用は、2010年に、それぞれ3兆5千億円、3兆1千億円である。各健保の支出に占めるその割合はいずれも43%であり、それは1995年の30%から大きく引き上げられた（表8）。協会健保と組合健保の収入に占める国庫負担割合は、1995年も2010年も、それぞれ約13%、約1%であるから、両制度から移転された財源の増加分のほとんどが保険料である。政府は高齢者の医療・介護の費用に対する国庫負担を抑え込みながら、財政調整によって財源を労働者の負担へと転嫁しつつづけている。このように水平的財政調整による労働者へのしわ寄せ、そして制度全体の水準の引き下げが続いており、医療保険制度の実質的な「一元化」の流れは国保運営の都道府県化と合流していく可能性がある。私たちの国保改善運動の教訓は、地域の生活実態に根差し、ねばり強く自治体（行政）に働きかけるとともに、医療保障の構造的問題における国家の責任をしっかりと見据え、それと結びつけた社会保障運動を展開することである。

3 国保広域化・TPPの下での医療保障の改善・拡充に向けて

政府は国保運営の都道府県化を2015年度に実施するために準備を進めている。「負担の公平化」「保険財政の安定化」のためと言うが、これまでの市町村一般会計からの繰り入れ分の解消、国庫負担率のいっそうの低下、都道府県内の保険料の標準化、後期高齢者医療の国保への一本化等によって、加入者全体の保険料を引き上げようとするものである。協会健保の運営（保険料率）は2009年度から都道府県単位に移行しており国保との「一元化」、その結果として事業主負担の廃止（日本経団連の2003年の通称「奥田ビジョン」の主張）、保険料負担の国保並みへの引き上げさえも予想される¹³⁾。

同時に交渉進行中のTPPのインパクトもある。アメリカにとっての狙いの一つは日本の国民「皆保険」の破壊と言っても過言ではない。TPPは、グローバル化推進のために1995年に創設されたWTOから派生した、それを超える包括協定である。TPPは、利潤追求の民間企業の完全な競争を阻害する国内の施策を撤廃させ、労働、社会、環境すべての規制・コストを切り下げる競争に向かわせ、「下向きの標準化」「底辺に向かう競争」を押し付ける¹⁴⁾。TPPによってほぼ確実に薬価や材料価格の高騰が招かれ、医療費抑制政策との関係で、保険外併用療養費制度がなし崩しに拡大されて結果として混合診療への途が開かれる危険がある。そのことは低所得層をいっそう医療から排除することになり、「皆保険」の完全な崩壊につながっていく¹⁵⁾。TPPと国民「皆保険」は両立しない。

多国籍企業とその後ろ盾であるアメリカと日本の両政府に圧迫されつつある医療保障の現在を思うとき、筆者には岩手県沢内村が思い出される。沢内村は「豪雪・貧困・多病（三悪）」の克服を目指して、半世紀以上前に日本ではじめて乳児と高齢者の医療費の無料化と乳児死亡率ゼロを達成し、すべての住民の健康に自治体が責任をもつ優れた地域医療を実現させた。しかし、国による1984年か

らの低医療費政策、2000年以降の介護保険法等によって、村民の努力の結晶であった世界に誇れる地域医療は潰されてしまった¹⁶⁾。元・沢内病院長の増田進氏によれば、たとえば、沢内病院は入院用の病室を越冬のための生活施設として住民に提供するなど医療の中に福祉施策を組み込んでいたが、介護保険によって福祉に営利原理が持ち込まれるとともに、医療と福祉の機能も分断させられ、包括的な地域ケアが困難になった。増田氏は現在の沢内(現・西和賀町)の地域医療について「何も残っていない」と言った¹⁷⁾。

かつて沢内村の深澤晟雄村長は「人間に格差があってはならないのです。人間の生命や健康は、人間の尊厳の根本であって、それに格差がつけられることは絶対に許されないことです。だからわたしは、国民の生命や健康に関することは、すべて国家の責任ですべきだという考えです。」そして、「実は年齢層を問わず7千の全住民に(無料化を)実施致したいのでございますけれど、先立つものは金でございまして、それも全人口に及ぼすわけにはゆかない。それで段階的に、私はまず双方の弱い面、赤ちゃんと老人をとり上げてみたわけでございます」と語った¹⁸⁾。深澤氏は当初から国の責任による全国民の無料の医療保障と、自治体における予防を基本としたトータルな地域医療を構想していたのである。しかし、普遍的な医療保障は、その後の日本では乳児・児童と高齢者は別としても全国民の医療保障という問題意識としては共有されて来なかった。

深澤氏の頃、出稼ぎは多かったものの沢内は純農村であり、当時の日本の就業者に占める雇用者の割合は5割であった。しかし、前述のように、今日、日本のそれは9割(うち非正規はほぼ4割)にのぼる。全住民の医療保障を実現する上で、企業別の壁/「企業社会」を乗り越えていく産業別の労働者の連帯が主体的な条件であり、医療保障を含む社会保障を改善することはその足場を築くことといえる。同一価値労働同一賃金や均等待遇等も、それを実現させる力(労働運動・社会運動/民主主義)も、社会保障の拡充なくしては機能しないからである¹⁹⁾。

日本固有の歴史的状況において成立した国保(「地域保険」)が都道府県単位で固定化され、それに他の医療保険が合流する途は、WTO・TPPの狙いである各国内の社会政策の弱体化・破壊の目的(利益)と一致する。自らに都合のよい基準をグローバルに押し付ける多国籍企業(超国家的企業)と国民の労働・生活・健康の犠牲を顧みない政府によって労働・生活条件を底辺へ向わせる競争を強いられる中で、私たち労働者とその家族は労働運動・社会運動の連帯を通して医療保障における国の責任を提起して追及しなければならない。

2 生計中心者が65歳以上（他に「その他の世帯」が9世帯ある）

2-1)	3世代	世帯の特徴	(相談相手、くらしの困難・不安、家計の中でかきまわすもの、切りつめているもの、生計中心者の健康状態、医療保険の種類、保険料負担、受診抑制など)
2-1)	三世代	生計中心者は男女半々で、男性の場合はすべて65～75歳未満、女性の場合はすべて75歳以上。生計中心者の仕事は、自営業者層が97.5%と相対的に高く、ついで無業者層37.5%（うち他に働いている人がいる66.7%）。住宅は一戸建ての持ち家が62.5%と相対的に高い。	暮らしと健康の状態 くらしの面で困難・不安は、すべての世帯が「あり」と答へ、「生計中心者の病氣・事故」「家族の病氣・事故」「収入の減少」「自由な時間や休日がかきまわす」「自営業の行きつまずき」「見通しの不安」「老人や障害者の世話・介護」などを抱えている。家計の中でかきまわすものは、「教育費」が37.5%と相対的に高い。切りつめているものは、「電気代」42.9%、「水道代」42.9%、「ガス代」42.9%、「外食費」42.9%などである。健康保険は、後期高齢者医療が37.5%、協会健保が25.0%。保険料負担については、「保険料は少し高い」と思はしめる割合である。「保険料の負担が重い」という感じはない（適当な額である）がいずれも37.5%であり、相対的に高い。受診抑制の経験は75%が「ない」と答えた。医療への意見は、「子どもの医療費助成を他自治体並みに拡充してほしい」37.5%が相対的に高い他は、「医療保険のありがたさを感じたことがある」や「医療保険の加入者（住民）一人ひとりがききかんと保険料を負担すべき」が目立っている。
2-2)	夫婦と親	生計中心者の7割が男性で、年齢層は1人を除いて60代後半から70代前半である。無業者層が57.1%で、生活保護（1世帯）を除いた3世帯は年金暮らし。仕事がある場合は、自営業者層が2世帯、不安定雇用者層が1世帯である。彼らも世帯収入としては年金がある。	相談相手は「配偶者」57.1%が中心であり、地域活動には参加していない世帯が多い。くらしの面で困難・不安は、「家族の病氣・事故」71.4%や「老人や障害者の世話・介護」42.9%、「収入が不足」71.4%などが目立っている。家計の中でかきまわすものや「医者代」42.9%、「主食費」42.9%が中心である。健康状態は、「良好」54.5%や「背中や腰が痛い」42.9%などが相対的に高い。
2-3)	夫婦と子	生計中心者は男性が9割で、年齢層は60代後半が7割近くを占める。無業者層は42%であり、そのうち他に働いている人がいる世帯が5割を超えている。年金が主な収入源である世帯は全体の約2割に過ぎない。	約6割が一戸建ての持ち家。相談相手は「配偶者」93.1%や「子ども」55.2%、「かかりつけの医者」48.3%など。困難・不安は、「家族の病氣・事故」62.1%、「老人や障害者の世話・介護」77.2%、「自営業のいきつまずき」「見通しの不安」24.1%、「収入が不安定」37.9%、「収入が減っている」24.1%など経済面での不安定さが目立つ。かきまわすものは、電気代や水道代、ガス代などとともに、「健康保険料」61.5%や「介護保険料」46.2%、「医者代」46.2%、「薬代」53.8%などが高い。切りつめているものは、「主食費」59.1%や「電気代」50.0%などの基礎的項目など全般。生計中心者の健康状態は、「手や足がだるい」30.0%や「血圧が気になる」50.0%、「アルコールを飲まずにられない」33.3%などが相対的に高い。健康保険は、国保が64.5%と65歳以上の世帯の中では高い。そのため、「保険料の支払いが日々の生活を圧迫している」割合が16.1%。受診抑制も窓口負担をなくしてほしい」64.5%など高い。高齢世帯の中で高い。「窓口負担を減らしてほしい」64.5%など高い。
2-4)	ひとり親と子	生計中心者は女性が85%である。生計中心者の仕事は無業が7割であり、仕事がある場合は、主に自営業である。年金と本人あるいは子どもの賃金をあわせて暮らしている世帯がほとんどである。子どもの仕事もほとんどが不安定雇用。生活保護受給は1世帯のみである。	くらしの面で困難・不安は、「収入が不足」が46.2%と著しく高い。他に「失業・希望する仕事が見つからない」28.1%や「住宅のこらし」23.1%など少なくない。家計の中でかきまわすものは、「主食費」38.5%や「副食費」30.8%、「電気代」46.2%などが中心であり、「手や足の先がしびれる・痛い」53.8%や「疲れやすい」38.5%、「血圧が気になる」38.5%などが高率である。医療保険の種類は国保が53.8%と高い。保険料をやりくりして支払っている世帯が30.8%と相対的に高い。受診抑制の経験は平均値並み。医療保険制度への意見は平均値並みであるが、「保険料を引き下げてほしい」という声は69.2%と高い。
2-5)	夫婦のみ	生計中心者は、男性が95.2%で、75歳以上が45.2%。仕事は無業者層が69.2%であり、うち厚生年金がある世帯が56.9%と相対的に高い。収入源は、「年金」と「その他」が53.8%と最も多く、次いで、「生計中心者の仕事」による収入と年金等」が20.2%を占める。	相談相手は94.2%が「いる」、「配偶者」78.6%がとくに目立ち、「近所の人」が全体の類型の中でも最も高い(21.4%)。くらしの困難・不安は、「生計中心者の病氣・事故」74.7%、「家族の病氣・事故」56.8%、「老人や障害者の世話・介護」20.0%など。相談相手は、「医者代（通院費）」36.3%、「介護保険の保険料」27.5%が相対的に高い。切りつめているものは、「ない」が36.5%と相対的に高いが、切りつめている場合には「主食費」47.0%、「電気代」43.9%、「水道代」42.4%、「医者代（通院費）」24.2%、「薬代」15.2%など。健康状態は、「能力が低下している」44.6%、「血圧が気になる」39.5%、「耳が聞こえにくくなる」22.8%、「腰に痛み」もあって、「84.2%など、「糖尿病」19.8%や「狭心症・心筋梗塞など」15.1%、「脳出血・脳梗塞など」14.0%が相対的に高い。後期高齢者医療が43.3%、国保が40.4%で、保険料の負担感が「負担が重い」という感じはない」が27.9%と相対的に高い一方、「国保世帯の多くが」「保険料がとんでも高い」と思う方がやりくりして払っている」が25.0%と平均値を上回る。受診抑制は平均値並み。医療保険制度への意見は全般的に平均値並み。
2-6)	単身	生計中心者は女性が約8割で、75歳以上が過半数。生計中心者の仕事は、2人以外の14人は自営業者層と不安定雇用者層である。無業者層が9割(90.7%)で、うち厚生年金が40.4%、国民年金が38.5%、生活保護受給が21.1%である。住宅は68%が公営。	相談相手は「子ども」42.8%、「かかりつけの医者」43.4%が高いが、男性は「いない」が24.3%で、身内や近所の人とのつながりが乏しい。困難・不安は「収入が不足」42.3%、「食生活のこと」10.3%、「生計中心者の病氣・事故」80.8%が高い。かきまわすものは、「ない」が26.7%と相対的に高いが、「生活保護費」39.7%、「介護保険の保険料」28.6%、「交通費・タクシー代」14.3%が相対的に高い。「介護保険の保険料」は「ある」場合は「電気代」49.6%や「水道代」36.5%、「副食費」28.6%など高い。健康状態は、「眠りが浅い」33.1%と相対的に高いが、「ある」場合は「電気代」49.6%や「水道代」37.9%、「ガス代」36.5%、「薬代」28.6%など高い。医師による高率。健康状態は、「眠りが浅い」33.1%、「耳が聞こえにくくなる」20.7%（男性36.1%）など相対的に高い。医師にかかるは78.7%。とくに、男性は「手や足がだるい」38.9%、「あまり歩かない」30.6%、「笑うことが少ない」25.0%、「コンビニの弁当やインスタント食品を食べることが多い」16.7%などが高い。健康保険の種類は後期高齢者医療が44.8%、医療扶助19.8%で、国保は32.6%。保険料の支払いが生活保護世帯を除けば、「保険料が高くて支払いが追いつかない」「保険料を支払っているが日々の生活を圧迫している」があわせて10世帯(139世帯中)。受診抑制ありが16.3%（7世帯に1世帯）。

*「本来の医療とは、(この一覽表のような)世帯の労働と生活の全体をみながら一人ひとりの健康と、地域全体の健康を守る(予防・治療・リハビリ等)とともに、その背景にある労働・生活の環境・地域・制度に働きかける(整備する)もの。そして、課題への対応には、つねに住民と専門職との相互の対話と学習がベースとなる。」

注

- 1) 熊本市国保をよくする会とは、2010年5月に結成された、熊本市の国民健康保険の保険料引き下げ、資格証明書廃止などを求める運動組織である。事務局は熊本民主商工会、くわみず病院等を持つ社会医療法人・芳和会(全日本民医連加盟)などであり、4万人署名と市民の生活実態調査、行政・議長・市長交渉に取り組んでいる。会の代表は筆者である。
- 2) 近年の国保に関するルポ等の著書には、矢吹紀人『国保崩壊！あけび書房、2003年、同『病気になったら死ぬというのか』大月書店、2007年、芝田英昭編『国保はどこへ向かうのか - 再生への道をさぐる』新日本出版社、2010年等がある。熊本市でも、以前から自営業者を会員に持つ熊本民主商工会や医療機関などが国保加入世帯の相談・支援に取り組んでいた。
- 3) 国保制度については、旧国保法からの理解が必要であり、小川政亮による解説を参考として記しておく(小川政亮著作編集委員会編『小川政亮著作集2 社会保障法の史的展開』大月書店、2007年および同『小川政亮著作集3 社会保障の権利と組織・財政』大月書店、2007年)。なぜなら熊本市の国保課長らは私たちとの懇談会の中で、「現在の国保は『相扶共済の精神』に則っている」と、旧国保法第1条を引用し制度の趣旨を説明したように、論外だが驚くような誤認があるからである。1938年施行の旧国民健康保険法は、農山漁村住民、都市中小商工業者等の疲弊・生活不安の深刻化への対応に加え、農民運動への対策であり(小川2巻、299頁)、銃後の社会的諸施設の整備の一環でもあった(1938年の第73帝国議会での法案審議)。旧国保法施行は前年に日中戦争が勃発し、国民精神総動員運動(挙国一致、尽忠報国、堅忍持久)が開始されるなど社会政策が翼賛体制に再編成される本格的段階において、健兵健民政策的要請がより強いものとなった(小川2巻、301頁)。物質的かつ精神的に「総動員」が強制され、旧国保法も「相扶共済」(1条)という美名を冠せられ、国庫は予算の範囲内において交付するに過ぎない(47条)として、国と資本家、寄生地主階級の責任において対処すべき医療保障負担を一般勤労大衆に転嫁することを意図した(小川2巻、302頁)。現在の国民健康保険法は、憲法25条を受けて、その第1条で「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」と明記し、第4条は「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」として国の義務を明記している。そのため、旧法との違いは、旧法では国保は市町村の固有事務とみるのが通説であったが、現行法では国保を国自身の事務とした上で市町村に委任するいわゆる団体委任事務とした。その理由は、本来は国が責任を持って行う事務であるが、国保のような住民の健康の保持にもっとも関係のある事業は地方自治法の規定からして市町村のなすべきものと考えられたためである(小川3巻、160-161頁)。
- 4) 厚生労働統計協会『保険と年金の動向』各年版
- 5) 厚生労働省『国民健康保険実態調査』2011年
- 6) 働き盛りの世帯である子育て世帯の所得水準は、1997年から2008年の間に、1世帯当たりの平均可処分所得で647万円から545万円へと100万円も下がった。厚生労働省『国民生活基礎調査』各年版。
- 7) たとえば、『国民健康保険』(光生館、1995年)の著者である佐口卓は、1977年に「医療保障の階層性」(同『現代の医療保障』東洋経済新報社)として、医療保険制度間の格差の現状、問題点を指摘している。
- 8) 「平成23年度国民健康保険(市町村)の財政状況(速報)」平成25年1月31日、厚生労働省保険局国民健康保険課
- 9) 社会階層は世帯の生計中心者の仕事によって分類している。まず雇用労働者の3つの階層は、ホワイトカラー層(規模30人以上の事業所の正規職の事務職・営業職あるいは専門職)、ブルーカラー層(同正規職の現業・労務職)、不安定雇用者層(規模30人未満の事業所の雇用者および非正規等)である。他に家族中心に事業を営む自営業者層、他人を常時3人以上雇っている事業主あるいは中規模以上の企業の役員などを経営者層、無職を無業者層とわけている。三塚武男『生活問題と地域福祉 ライフの視点から』ミネルヴァ書房、1997年、94-96頁を参照。
- 10) 唐鎌直義氏は、日本の社会保障にはその本質的役割である貧困除去機能が乏しく、「人それぞれの給付」であるという特徴を指摘している。例えば年金は、現役時代の仕事や賃金を反映して、月数万円から夫婦で

100万円近い公的年金を受け取っている人もいる(中央社会保障推進協議会主催、第41回社会保障学校での講演「脱貧困の社会保障」、2013年10月19日、熊本市)。

- 11) 厚生労働省『福祉行政報告例 平成23年度』2013年。なお、生活保護世帯の実態と保護制度の問題点は、他の調査でも詳細に検討しており、都留民子編『「大量失業社会」の労働と家族生活 150人のオーラルヒストリー』大月書店、2012年の第1章、第3章の事例、第5章を参照のこと。
- 12) 毎日新聞、2010年11月29日付(東京朝刊)13頁。
- 13) 寺尾正之、小藪幹夫「国民皆保険のゆくえ 医療サービス供給体制と医療保険の再編シナリオ」横山壽一編『皆保険を揺るがす「医療改革」「自助」論やTPPがもたらすもの』新日本出版、2013年、62-66頁。
- 14) 木下武男『格差社会にいだむユニオン 21世紀労働運動原論』花伝社、2007年、15-30頁。WTOについてはスーザン・ジョージ、杉村昌昭訳『WTO徹底批判』作品社、2002年を参照。
- 15) 高山一夫「TPPは医療に何をもたらすか」(横山編、前掲書)。寺尾正之「医療の規制緩和と市場化・営利化の促進」『婦人通信』no.660、2013年10月号、婦団連。鈴木宣弘「TPP参加の暴挙と日本の針路」(『住民と自治』2013年10月号、自治体問題研究所)および高橋太「解説 TPPの露払い、民間版『健康保険』商品の誕生で浸蝕される皆保険の危機」(同前雑誌)を参照のこと。
- 16) 1992年にNHKで放送された番組「命を賭けた討論～岩手・沢内病院の苦悩」によれば、平成2年の沢内病院の累積赤字は1億8千万円であり、毎年、沢内村の一般会計から1億2千万円を病院会計に出している。太田祖電村長は支出に歯止めをかけるために企業的な経営が必要であると力説した。一方、沢内病院の増田進院長は、沢内病院は類似の病院に比べて30%も患者が多いが、老人一人当たりの医療費は県平均より年間15万円安い。そのため、(村の老人が約千人なので)村としての老人医療費は年間1億5千万円ほど安く済んでいると指摘している。沢内病院の赤字の背景には、1981年から始まり、1984年から本格化した医療費抑制政策があり、病院会計は1984年から赤字に転じた。
- 17) 筆者が2006年8月20日に岩手県宮古市田老病院で、増田進氏にインタビューしたときのもの。増田氏は、「行政機構改革がはじまった昭和60年を過ぎてから住民がしゃべらなくなってきた。当時、役場から病院の職員が多すぎるといった批判が出てきて、自分が沢内病院を辞めた年に役場の健康管理課が廃止されるなど、次第に沢内村の医療行政が崩壊していった。また、医療も福祉も一体のものと考えて、それらを沢内病院と健康管理課が担ってきたが、ゴールドプランによって医療と福祉が分け隔てられてしまい、病院は医療だけをやっていけばいいということになった。生命行政といわれて沢内村独自でやってきたことは皆つぶされてしまった。」と話された。増田氏の著書・論文は多数あり、代表的なものとして、増田進『地域医療を始める人のために』医学書院、1989年、『森の診療所の終の医療』講談社、2009年がある。
- 18) 岩手県国民健康保険団体連合会『岩手の保健』63号、1962年、44-61頁に掲載された深澤晟雄・沢内村長の講演録「沢内村における保健活動」より。
- 19) ロベール・カステル著、庭田茂吉他訳『社会の安全と不安全 保護されるとはどういうことか』萌書房、2009年、第2章・第5章を参照。都留民子編、前掲書の労働者のインタビュー事例において、失業保険の手当や年金給付がない、あっても給付期間が短いために、労働運動や社会運動に参加したり継続することが困難な状況を知ることができる。また、同一価値労働同一賃金や均等待遇の維持には、すなわち労働市場における賃金を差別なく一定水準に維持するためには、相対的過剰人口の存在とそこでの雇用をめぐる競争が現役労働者を巻き込んで賃金水準を引き下げること避ける必要がある。社会保障は貧困除去とともに、現役労働者・失業者を社会的に保護する役割(労働運動の足場を含む)を持つのである。