

『住民と自治』(通巻648号)4月号付録 2017年4月1日発行 自治体研究社

とちぎの地域と自治

とちぎ地域・自治研究所 所報 第171号

〒3210218 壬生町落合 1-15-5 ポラーノ・どんぶり103号 TEL/FAX 0282(83)5060

メール: support@tochigi-jichiken.jp ホームページ: http://tochigi-jichiken.jp

郵便振替 00170-7-251641 とちぎ地域・自治研究所

○ 国保の都道府県単位化と市町村の課題(上) 長友薫輝 -----4



追悼

日高定昭副理事長(作新学院大学名誉教授)におかれましては、去る3月11日に逝去されました。

日高副理事長は、2002年7月の研究所設立と同時に理事に就任され、さらに2015年6月の第14回定期総会で副理事長に就任されました。



2016年6月、総会で講演される日高先生

この15年間、穏やかな中に強い信念を持って事業推進の先頭に立たれ、研究所の発展のために尽力されました。

2004年発刊の第一次県政白書では「栃木県の産業の再正一首都機能移転・商業・工業」を執筆され、さらに、昨年9月に発刊した第四次県政白書「住民自治が輝くとちぎに」では、編集委員長を務められ、数回の編集会議を主導されるとともに、自らも総論の「強欲資本主義からヒューマニズムに根差した社会へ」と各論の「栃木の工業・商業」を執筆されるなど、発刊に当たって中心的役割を果たされました。

昨年3月に大学を定年退官され、研究所をはじめ各分野での一層のご活躍が期待されていただけに残念でなりません。ご冥福をお祈りいたします。

日高先生を偲ぶ

高橋 温美（社会福祉法人こぶしの会常務理事）

先生と初めてお会いしたころの記憶は、栃木県授産振興センター（生産活動を主な活動とし、障害ある当事者の工賃を保障し、自立生活の福祉的な援助を行う福祉施設の生産活動・経済活動を振興・支援する第3セクター的機関）のセミナーの主催者と講師との関係だった気がする。あれから何やかやと20年をこえる時間がたっていたのだなあ感慨深いものがある。

きっかけは自治研だったのだろうか、おぼろげだ。以来、大学にお邪魔しては新任職員の募集をお願いしたり、ご専門の経営学のお話を聞いたり、評議員会では障害ある学生の支援のお話を聞いたり、訥々とした話しぶりと柔らかなオーラに満ちた心地よい時間を共有させていただいたのを思い出す。私の社会福祉法人が評議員会を設置したときは真っ先に先生をお願いをしに出向いた。

昨年からはご定年になられたのを機に、こぶしの会の経営・管理者の幹部研修全9回を企画し、途中治療のための入院があったが、第4回目の講義が終わったばかりだった。

「高橋さん、経営者は勉強しないといけませんよ」と叱咤激励、ご本までいただいたが、講義の中では、治療の副作用で薄くなった頭髪を披露しながらゼミの受講者に病状を屈託なく報告し、われわれの胸を熱くしたものだ。

印象深いのは、フランスの生活をよくお話になり、フランスが大好きなんだなーと感じたものだ。たたずまいがとてもおしゃれで、帽子をかしいで別れの挨拶をし、いつも洗車してあるピカピカの車で玄関から去っていく姿がさわやかな風のように私の記憶に映っている。今そこには、雨に濡れたアスファルトの黒く光る駐車場があるだけである。

日高先生執筆

「(第四次県政白書) 強欲資本主義からヒューマニズムに根差した社会へ」から抜粋

資本主義の二つの途—アメリカ型とヨーロッパ型—

アメリカ型かフランス型か？

① 24時間365日営業か、日曜休業か

フランスでは大型店は日曜日に一斉休業します。日曜日の夕方にフランスを離れて日本に帰る観光客がその日デパートでお土産を買おうと計画していると、デパートが閉店して途方に暮れる光景を目にしたことがあります。日曜というみんなが休む日にデパートを開けないということが可能なのかという人がいるかもしれません。日本ではコンビニに代表されるような1年365日24時間営業が当然のこのように行わ

れ、元旦もデパートが開店しているという現実をどのように考えればよいでしょうか？これこそ「資本の論理」です。これを喜んでいるのはデパートの経営者だけです。パートのお母さんの日本の伝統の元旦を家族で迎えるという古き良い習慣を資本の論理が踏みにじっているのです。

フランスでは法律で日曜営業を禁止しているのです。法律で禁止すれば閉店せざるをえません。

② 高額学費か学費無料か

われわれ日本人には信じられない話ですが、フランスは大学の授業料が無料です。入学時に支払うのは登録料です。また多くの文部省管轄以外の高等教育機関があります。フランスのエリートはこのような高等教育機関が養成しています。たとえば日産のカルロス・ゴーンが出た理工科学校は入学定員350人ですがそれはフランス革命が創った学校です。国防省が管轄していて、形の上では日本の防衛大学のような学校ですが、フランスの技術系エリートを養成しそこを卒業すると出世間違いなしで、学費がいらぬのみではなく給与が支払われます。そのような少人数教育のエリート校がフランスには30校ほどあります。ちなみにパリ大学はパリ市内・郊外に一三のキャンパスを持ち30万人以上の学生を擁していますから、日本で言う東京大学のような存在ではありません。

③ 受益者負担高度医療か国民皆保険か

アメリカは国民健康保険が存在せず、国民の六分の一が無保険、しかし保険に入っている人たちも、大きな病気になれば治療費が払えなくなり、破産という現実の矛盾を取り扱ったマイケル・ムーアのSICKOというドキュメンタリー映画があります。8月23日付日経新聞は、医療保険改革に挑むオバマ政権に対しては、今まで恩恵を受けてきた保険会社が、低所得者層の保険リスクが大きく、儲からない分野からの撤退を始めています。フランスは医療も原則無料です。日本とは医療保険の相互協定があります。

わが国は戦後一貫してアメリカ型の資本主義を目指してきました。というより政権の指導者は国のモデルはアメリカだと考えアメリカに従属してきたのです。たしかに経済は発展しGDPは上位に位置しています。しかし、さきにみたように相対的貧困率が下から数えてアメリカ3位と日本4位というあまり胸を張ることができない現状にわれわれは置かれています。今少し立ち止まって見ると、資本主義にも多様な道があり、それを実践している国があるということが分かります。われわれは今こそ世界に広く目を向けてみる必要があるのではないのでしょうか？

キャピタリズム（資本主義）を超えた新たな実践はヒューマニズム（人間中心主義）に根差した社会を模索することなのです。

国保の都道府県単位化と市町村の課題（上）

～住民のための国保再生を～

長友薫輝（三重短期大学教授）

目次

1. はじめに
2. 政策動向と社会保障の基本
3. 国保加入者の実態 （以上、本号）
4. 新たな公的医療費抑制策へ （以下、次号）
5. おわりに～地域で医療保障をつくる視点を～

1. はじめに

2015年5月に成立した医療保険制度改革関連法というのはいろいろな制度をまとめたものですので、余り知られていないと思いますけれども、例えば今年4月から病院での高齢者の負担だとかが増えていますが、これもこの法律によるものです。国保

（1）いま何が起きているのか？

① 国保、そして医療をめぐる現状を知る。

「国保の都道府県単位化」「地域医療構想」「地域包括ケアシステム」・・・

まず、今医療に起きている事を理解していただく必要があると思います。国保の都道府県単位化はもちろんですが、「地域医療構想」についても理解していただく必要があると思います。地域医療構想は、全ての都道府県で今年3月までに策定されることになっています。これは栃木県内の地域をおよそ二次医療圏ごとに分けて、入院できるベット数を管理していくというものです。要は、ベット数削減に寄与する計画です。入院できなくなるおそれがあるというのが地域医療構想です。この構想で

の都道府県単位化もこの関連法で通したものです。なので、余り知られていないところですが、これから徐々にみなさん方に知っていただけて、地域の課題として捉えていただければありがたいと思っています。

入院できるベット数を抑制していくので、追い出される方を受け止める体制が必要になります。それが、「地域包括ケアシステム」ということになります。今までは入院できたけれども、これからは入院できなくなる。そうするとその方々が在宅に行きますから、それを受け止める体制が地域包括ケアシステムということになります。これは、政策を進めている側の方の言葉でいうと、地域医療構想は「川上」といい、地域包括ケアシステムは「川下」というふうに呼んでいます。だから川上から川下へと、患者や利用者を川に流すふうに表示しているわけです。

ところが、ご承知のように、地域でそれ

だけ家族の助け合いがあるかということ、これは厳しい実態があるし、みんな受け止めることができないので、(川下を通過して)海に出てしまう可能性があるといわれているわけです。そうすると、例えば介護自殺とか介護殺人とか、介護を苦しめたいろんな状況が、今全国的にも出ているわけですが、これがより深刻化することになりかねないのかなというふうに思います。

②地域で起きている現象の根っこは同じ。

例えば「病院M&A」など。

実は、この川上から川下へという言い方、或いは入院から在宅へとか、医療から介護へというふうにも言われますが、これらは全て同じ流れです。地域で起きている現象の根っこは全て同じです。

それと併せて「病院M&A」というのも最近よく起きている。M&Aというのは合併と買収です。特に最近、公的医療機関、自治体病院だとか厚生連の病院だとかいろんな形で税金が投入されて造ったような医療機関を、民間に売却するということが起きています。特に一番象徴的なのは、税金で新しく建てておいて、それを民間に売却するという手法です。それを中買いする病院M&Aを専門にする企業もあります。成功報酬は大体3~4%といわれますけれども、そういうものもあります。これも同じような現象です。

これまで二つのことを話してきました。一つは、川上から川下へとか、医療から介護へという流れで、これは医療費を抑制するという流れです。医療に対して国がお金を出さないという政策です。それからもう一つの流れは、病院M&Aなんかは、簡単

にいうと医療の部分的な市場化、産業化です。国保の都道府県単位化も基本的には医療費を抑えるという政策の流れにあります。併せて部分的な市場化も検討されています。

例えば、都道府県単位化にあたってシステムを変えろという時には、当然、日立だったりNTTデータだったりとかが介入してソフトを売り込むとかで、実はいろんなマーケットになっているわけです。制度が変わるといことは、実はそこに必ずマーケットが生み出されるわけです。そこも見ておく必要があります。

③地域を、人を、バラバラにする自己責任論と向き合う。「病気や貧困は個人の責任？」

地域とか人をバラバラにするような自己責任論と社会保障というのは対峙しているので、そこと向き合うことが必要なと思います。病気とか貧困というのは自己責任ではないのです。

最近、私はいろんなところで講演する機会があるんですけど、実は労働組合なんかで講演すると、病気なんかは自己責任ではないのかという質問をいただいたりとか、糖尿病になったのはその人の管理が悪かったんじゃないかとか、自己負担をもっと増やせとか、そういう意見が出てきます。片や、民生委員とか自治会連合会とかで呼ばれて話をしますと、自己責任にし過ぎではないかといわれます。地域で起きている介護の問題とか引き籠もりの問題とか、いろんな問題は自己責任論の結果になっているのはおかしいじゃないかという意見が出ます。今まではどちらかという労働組合の方でそれを言っていたのに、従来の自治

組織の方々が気づいてきた、或いは皆さんが実態を把握しているということがよく分

(2) どのような行動が必要か？

それに対して、どのような行動が必要かということです。「対岸の火事」的発想です。介護現場の人が医療は大変だなとか、病院で働いている人は介護現場というのは大変だなと思っていたりとか、本当に対岸の火事のように思っているんですけども、実はそれが事態を深刻化させていくんです。木を見て森を見ずということになりかねないので、もう少し広く見ておく必要があると思います。

地域医療構想と地域包括ケアシステム、川上から川下へというところは、分断せずに一体化して捉えて、住民・自治体と一緒に行動していくということが可能だと思っています。

今日の主題である国民健康保険は、医療と地方自治或いは住民自治の接点なので、地域で医療保障作っていくという視点を持っていきたいと考えています。

そして国保を取り巻く現状と方向性を把握していくということと、よりベターな合意形成を図る土台を作っていくということが大事ではないかと考えています。

・医療保障を推進する米国連邦政府の取り組み（2015年2月訪問、今春訪問予定）

医療保障について、アメリカはもうひとつだというふうにいわれたりしますが、実は貧困者とか医療を利用できない人に対する政策は、日本より進んでいる面があります。そういうところについては着目すべきではないかと思っています。2年前

るとというのが最近は実感としてあります。

にアメリカを訪問しましたが、今年の春にも訪問予定しています。トランプ政権になってオバマケアを潰すといっていて、連邦政府の職員も変わるので、行ってよいかなど思っていますが、まだ調整が付いていなくて日程も決まっていません。連邦政府の政府高官は会う度、日本は絶対公的医療保険を守った方がいいよ、皆保険を絶対維持した方がいいよと言います。必ずそう言います。何故かという、一番費用が効率的なんです。なお且つ、一番いろんな人に行き渡る制度なんです。

日本は公的医療保険で皆保険です。アメリカの場合は民間医療保険で皆保険、これがオバマケアです。これをやることすら大変だったんです。トランプはこれをも潰すといっているわけです。民間医療保険で皆保険は社会主義だといっています。民間医療保険で皆保険が社会主義だったら、公的医療保険で皆保険というのは、日本はもう社会主義の最左翼みたいな制度になるわけです。民主党政権の時の連邦政府高官は、皆保険はやっぱり維持すべきだと、これほど効率的で行き渡るものはない。むしろそれを充実する道を探るべきではないかということなんです。

ところが、私が参議院で話した時に、安倍首相は皆保険は大事で維持しますが、公的医療保険でとは言いませんので、公的医療保険ですよということも強調して言いました。そこが一番のポイントではないかと思っています。TPPはトランプ

のおかげ一方では影響はどうかわかりませんが、TPPと医療という点も

(3) 国保の歴史

次に、国保の歴史を見ておきたいと思います。

国保というのは、公的医療保険で皆保険といいましたが、皆保険体制になったのは1961年、昭和36年からです。実はこの準備段階において、そもそも保険料を支払えるような所得階層ではない方、公費医療の対象者、具体的にいうと生活保護の医療扶助利用者など、保険料を払えるような人ではないのに、わざわざ国保の被保険者にしたんです。

だから、低所得の方でも医療を利用することができる制度ですけれども、見方を変えれば、本来保険料を払えるような水準ではない厳しい生活の人をも保険料を払う対象に組み込んだんです。これが皆保険の歴史です。そうすれば生活保護の費用を抑えることができたわけです。一方ではこの1961年というのが実はポイントです。60年安保運動に対するアメですね、譲歩という意味合いもあります。運動に対して社会保障をやれば、一定程度抑えることができるという狙いです。アメだけではやらないわけで、必ずそこにコントロールする政策を入れてくるわけです。そこでやったのが、生活保護費を抑えるために、わざわざ保険料が払えないような水準の人を国保に入れる仕組みにしたんです。

この仕組みは、50年以上経っても変わっていないわけです。保険料を払えるような水準でない人が国保に入る仕組みです。国保の構造的な問題というのは、まずこの

引き続き見ておく必要があると思っています。

加入者の仕組みです。言い方を変えると、サラリーマンが入る医療保険の対象とならない人は皆んな国保に入る仕組みです。ということは、一番安定的な人達以外は皆んな国保に入るわけです。この構造が1961年から50年以上ずっと変わらない、ここがまず大きな問題です。

そして、1980年代からずっと医療に対してお金を出さないという政策を「公的医療費抑制策」といいますが、その結果、1980年代と今を比べて、国保への公費出費額は半分になっています。国が市町村の国保会計に対して出していたお金が50%ありましたけれども、現在は25%弱です。では、その減った分を誰が負担しているかということ、保険料なんです。これが、ただでさえ所得階層としては厳しい国保加入者の方が、より高い保険料を払ってっている原因なんです。

50年以上加入者の仕組みが変わらないというのが構造的な問題の一つ、二つ目が、国が出しているお金が半分になっているということです。これが医療費抑制策です。

この医療費抑制策を、2018年度から次のステージに持っていきます。新たな医療費抑制策を2018年度から始めます。それが今日のテーマである国保の都道府県単位化ということです。だから、国保の都道府県単位化というのは、医療費抑制策の一環なんです。国が医療に対してお金を出さくない。その政策を新たに展開するということです。なので、全国知事会は、負担が増

えるではないかということが予見されるので、ずっと抵抗してきたわけです。

国保の都道府県単位化でこれまでの課題が解決する方向に踏み出しているかどうか、ここが一番のポイントになるのではないかと思います。

ここまで申し上げたのは、国保に加入する仕組み、国が国保に対してお金を出していないという国保の構造的な問題、そして、国保の都道府県単位化というのは新たな医療費抑制策であるということです。

2. 政策動向と社会保障の基本（大掛かりで抜本的な制度改革進行中だからこそ）

（1）地域の医療・介護をめぐる政策動向（社会保障費抑制策が中心）

次に、医療・介護めぐる政策動向を把握していこうと思います。現在進められている政策は、社会保障費抑制策が中心です。社会保障に対してお金を出したくないという政策をとにかくやっているわけです。そして、お金を出したくないだけではなくて、部分的な市場化・産業化を図っています。

企業が活動できる分野を増やすというのが市場化・産業化です。それに伴っているいろいろな改革をやっているわけですが、その中で部分的な市場化・産業化、それと医療費抑制を進めるために、医療保険制度改革関連法が2015年5月27日に可決・成立しました。

（2）日本の医療保障の特徴

日本の医療保障の特徴は二つあります。一つは、公的医療保険で皆保険をやっているというのが最大の特徴です。そしてもう一つ、医療の提供体制です。これは医師とか看護師とか病院とかのサービスの提供のところ。医療というと、どうしてもこの後の方に目が行きがちですが、いくら医師や看護師がいても、それを動かす仕組みがないと医療は動かないわけです。それが公的医療保険による皆保険です。

ここで動かすのは、地域医療構想と地域包括ケアシステムということになります。

それで、この医療保険制度改革関連法は、これらの一体的な改革を図るものなわけです。なので、大きく変わりますよということをご理解いただきたいと思います。そして、その政策を実際に医療の提供体制のと

何故、国保の話とこれが関係があるのかということ、国保は前半の公的医療保険で皆保険、医療をどうやって動かしていくかという仕組みです。実際にサービスの利用とか供給体制は、地域医療構想と地域包括ケアシステムなんです。なので、ここを一体的に把握しておかないでバラバラで理解しても、なんか沢山いろいろやるんだなあっていうことになってしまいます。根本を理解していただければ、非常に簡単な仕組みだというふうに思います。どう動かすかが皆保険、提供体制が地域医療構想と地域包括ケアシステムということになります。

（3）国の責任が地方へと転嫁される社会保障制度改革

地方に対してはどんどん国の責任を転嫁していることがはっきりと見えています。

簡単にいうと、社会保障において公的責任からの脱走を図っているというのが今の政

策です。とにかく国の手を引こうというのが今の特徴です。これはハッキリとそう言えるのではないかと思います。

先週厚生労働省で地域医療担当の部署と懇談をしてきた人の話を聞くと、まあ何とか自治体は頑張れるでしょうという認識のようです。社会保障は、まだまだ県レベルそして市町村レベルでお金を持っているじゃないかとか、国が出さなくても、地域でできるでしょうという認識があるようです。ただ、厚生労働省も財務省からとにかくお金を減らせということが至上命題として言われているので、それに対応しているんだと思います。とにかく、地方に対しては責任を転嫁しつつお金を出さないという政策の方向性です。

それと最近の特徴は、「地方消滅」「自治体消滅」論で危機感を煽り、社会保障制度の改革では「精神的な側面」の強調が相次いでいます。とにかく頑張れという掛け声です。掛け声では何も充実しないというのが実際のところですよ。それと歴史的にいうと、社会保障で精神を強調しだすと、だいたい基本的に危ない状況になるという法則性があるのではないかと思います。本来国がやるべき社会保障の内容について、自己責任とか助け合いで頑張れとか、何とかしろとかということは、基本的には余り良い

（４）社会保障の正確な認識に基づく政策的展開

そういうことに対する社会保障の根本的な話です。先程から申し上げるように、病気とか貧困とか失業というものは、自己責任ではどうしようもないから作り出されたのが社会保障です。なので、自己責任とか助け合いに引き戻すというのは歴史的に

方向には行かないというのが歴史的な教訓かなというふうに思っています。

一方で、地域を味方につけた情報発信がどれだけなされたかということが凄く大事ではないかと思います。これでは限界だとか、実際にこれだけ必要なんだとか、そういう具体的な提案だとか発信ですね、そこがどれだけなされたかという点とまだまだ不十分な点は認めないと思うんです。

なので、国の責任転嫁を逆手にとって、もっと発信していく必要があるんじゃないかというふうに思っています。厚生労働省といっても皆が同じ考えではなくて、官僚のなかにもだいたい3割から4割は良心派がいるので、その良心派が政策を作っているように地域からどれだけ発信しているかということが問われていると思うんです。そういう実態をもっと提起していくということが大事ではないかと思います。だいたい良心派3割、財務省の方を見ている費用を抑制したい人3割、真ん中4割は日和見なので、良心派3割をいかに突いていけるかということが凄く大事だと思います。特に、今の安倍内閣のように財務省と経済産業省の意向が強く反映する内閣だと、特にそういうことを戦略的にやる必要があるというふうに考えています。

逆行になりますよということです。実は、市町村の国保の窓口なんかでも、国保は助け合いの制度だから保険料を払えとか言っているわけです。サンデー毎日の記者によると、東京都なんかは、保険料を滞納している人に差し押さえをすると、差し押さえ

をした自治体に東京都がお金を出しているんです。報奨金を出しています。これはおかしいですよっていうのがサンデー毎日の記者の問題意識なんです。それはおかしいですよと私は言いましたけれども、もししたら、そう言った研究者は初めてですと言いました。私がこういう考えを持っているのは、その記者さんは前から知っているんです。ところが、それ以外の研究者は、それは自治体として当然ではないですかとか、払わないやつが悪いとか、要は結局国保の問題を知らないの、歴史的な話も分らずに表面的な事実だけを見て滞納している人は悪いんだということなんです。

いろんな調査をしたりとか、いろんな地域の人たちと一緒に取り組んだ中で、改めて確信を持って言えるのは、国保を滞納している人は悪質というふうに行政はレッテルを貼りますけれども、ほとんどこの悪質というふうに考えられている人はほぼ貧困

(5) 社会保障と地域経済

社会保障に対してお金を出しても無駄だ、垂れ流すだけだという話があります。実は、社会保障の経済波及効果と雇用誘発効果は、公共事業などの他の産業よりも大きいということが実証されています。こういうことを平成22年版の厚生労働白書が言っています。先程申し上げたように厚生労働省の良心派は、ちゃんと白書にまともなことを書いているときがあります。厚生労働白書は全て良いこと或いは全て悪いことではなく、どちらでもなくてちゃんと読めば、使える部分もあるし科学的に正しいことを言っていることもあります。だから特に都市

だと考えるのが一番実態に合っていると思うんです。

保険料を払えないのは何故かという、貧困状態に根本的な原因があるので悪質ではないということです。そこに対策を立てないと、地域の経済対策にもならないし、自治体にとってはそれが税という形で跳ね返ってくるようにちゃんと支えないといけないはずなんです。本来、そういう人たちが納税者になってもらえるようにどういうふうに支えていくか、ここが大事だと思うんですけれども、そういう視点が全くありません。払わない奴が悪いから差し押さえると、東京都はそこに対して報奨金を与えるということをやっているわけですがけれども、それはおかしいのではないかとということです。

病気とか貧困、失業が自己責任であるという非科学的なことがまだまだ現実には存在するということです。

部以外の地方なんかは大事なんです。社会保障、つまり医療や介護に従事している人の割合がどの産業よりも高いという地域が沢山あります。栃木県内でもそうだと思いますけれども、重要な産業の一つですから、そこに対してお金を出すということは、実は地域でお金が回る仕組みになるわけです。公共事業というのは、実は一時的です。人の命ある限り医療とか介護とかの社会保障はずっと続くわけですから、お金が回る仕組みなんです。そういう事実から見ていきましょうよというのが厚生労働白書が持っている内容です。

3. 国保加入者の実態

(1) 国保に加入する人々（国保の構造的な問題の1つ）

国保加入者の実態ということですが、加入する人々の仕組み、どういう人々が加入しているかということです。国保には、他の公的医療保険に加入する人々以外のすべてが加入する構造となっていて、皆保険体

制を下支えするセーフティーネットの役割を担っています。国保は当初から、A：農業者や都市部の自営業者の医療保険、B：無業者・低所得者・高齢者の公費医療制度、という2つの性格を帯びています。

(2) 国保加入者の現状

国保加入者の割合は、1965（昭和40）年度、農水業42.1%、自営業25.4%、被用者（サラリーマン）19.5%、無職6.6%でしたが、2014（平成26）年度は、農水業2.5%、自営業14.5%、被用者34.4%、無職43.9%（*2008年度から後期高齢者医療制度スタート（75歳以上加入））というふうに割合が全く変わっています。国保は自営業者の保険ではなくて、今は無職の方の保険というふうになっています。そしてその次に多いのが被用者、勤め人です。しかも組合健保とか協会けんぽの対象とならない勤め人が34%です。つまり負担能力としては高くない方々が国保に入る仕組みなんです。50年以上も仕組みが変わっていないので、自営業はようやく第3位になって14.5%という形ですから、かなり負担能力としては、厳しい状況にあるということになります。

アメリカの研究者とか連邦政府の人が、日本の国保というのは何なんだとよく言っています。無職が4割を超える医療保険が何で運営できているのかと、いやいや税金が大分入っている、ただ税金は30年位で半分になったよと言ったら、それは駄目だと言いました。それはかえって他の費用負担だとか経済的な波及を及ぼすことになる

けれど、そこは見ていいのかと言うので、いやそこは調べていないといったら、さすがに日本政府だねえと言いました。日本政府が他の国と比べて最も特徴的なのは、調べないということです。調査をしないということです。これはすごく特徴的です。他の国は良い悪いはいろいろありますけれども、ちゃんと統計を取って調べますけども、いわゆる先進国の中でも日本はとにかく統計を取らない国だと思います。特に昭和40年代以降は、いろんな社会保障関係の統計は取らなくなっている傾向が強いかないというふうに思います。

加入者1人あたりの平均所得は、当然国保の方々が最も低くなります。無職の方が多いので、当然低くなるわけです。所得なし世帯27.8%、所得100万円以下が55.3%（2014年度）です。低所得者の人に対して、高い保険料が課せられている。

これが現状です。特に所得の25%以上を払うという状況があるわけです。これは考えられない状況ではないかと思います。

そして、国保が、貧困を拡大する原因となっているのではないかというふうに思います。国保が貧困を拡大するというのは、大阪で国民健康保険の調査をしたりとか或いは他の地域でも社保協とかいろんな研究

所の方々とか、民商の方々とか、年金者組合の方々とか、いろんな方の力と一緒にあってこの表現をしていたら、最近では政府の文書でも言っています。保険料が貧困を拡大しているとか、他人事のように言っていますけども、君たちが作った政策でそうなっているんだと思いますけれども。だから

(3) 国保料がなぜ高いのか

これまでの話を総合して申し上げると、国保料が現在なぜ高いのかというと、最大の理由は国がお金を出していないということです。それと二つ目には、支払えるかどうかの観点で国保料が設定されていないということです。医療費をどうやって決めるか、支払えるかどうかを考えていません。必要なお金を加入者に分けて負担してもらうだけの話で、支払えるかどうかを見る必要があります。三つめは、加入者に高齢者が多いため、出て行くお金が多いということです。これはサラリーマンだった人が定

運動で言葉を作り出すということは実は大事で、データだけではなくて、いろんな言葉をやっぱり作り出して、ワンフレーズでやるというのは、良い悪いはありますけれども、やはり実態を象徴する言葉を作るとするのは大事かなと思います。

年退職して国民健康保険に入るとかという仕組みになっています。一番医療が必要になってくる年齢になってなぜか国保に入ってくる仕組みなんです。そうすると当然出費が多くなるのは当たり前の話で、そういうことも含めて、保険給付が多くなるため、保険料が高くなるということになります。

(本稿は、当日の講演録を基に事務局で編集した原稿を講演者の了解を得て掲載したもので、文責は事務局にあります。)

人口減少と 公共施設の展望

最新刊



●「公共施設等総合管理計画」への対応

中山 徹著

国土、地域の再編のなかで、保育園、公民館、小学校など公共施設の統廃合や民営化が急速に推し進められている。これは自治体が作成した「公共施設等総合管理計画」の即したものだ。しかし、そこに市民の意思は反映しているのか。人口減少という大きな流れのなかで、地域のまとまり、まちづくりに重点を置いて公共施設のあり方を考える。 定価(本体1100円+税)

1章●新自由主義による国土と地域の再編＝高度経済成長期に取り組まれた国土と地域の再編／新たに始まった国土と地域の再編／大都市の再編／地方都市の再編他
2章●公共施設等総合管理計画の内容＝公共施設等総合管理計画の背景／公共施設等総合管理計画の概要
3章●公共施設等総合管理計画で示された削減目標の問題点＝公共施設等総合管理計画の2タイプ／削減目標の問題点他
4章●公共施設のあり方を考える＝公共施設の長寿命化が基本／公共施設と生活圏との関係／公共施設の歴史的意味／公共施設を誰が、どのように運営すべきか他

自治体研究社 当社の書籍は、ホームページからも購入できます

<http://www.jichiken.jp/>
E-mail info@jichiken.jp