

# かがやけいのち No.5

発行：いのちまもるヒューマンチェーン会議

台東区入谷 1-9-5 日本医労連内 tel 03-3875-5871

## 衆議院厚生労働委員会審議

17日の委員会審議での主なやりとりを紹介します。

### <国保の都道府県単位化について>

～強引な差し押さえの実態を放置するのか～堀内  
照文議員（共産）

堀内 国保の保険料は高すぎて払えないほどの額になっている。特に低所得者に負担が重く、負担率は協会けんぽの2倍ちかくなっている。保険料を分納しているにもかかわらず、売掛金を口座に振り込まれたその日に差し押さえるなど、自営業者の経営や生存まで脅かすような差し押さえが行われている。こうした事態を放置してよいのか。

唐沢保険局長 保険制度であり、負担の公平の観点から必ず納付が基本。財産があるにも係らず、滞納している場合は、差し押さえもありうる。しかし、個別の事情を丁寧に把握し、納付相談を行うなど、自治体で決め細やかな対応が必要だ。生活急迫の場合は滞納処分の執行停止もありうる。

堀内 3400億円の公費投入を行い、自治体一般会計からの繰入が相当抑制されるとのことだが、繰入を止めたら保険料は軽減されないのではないか。

唐沢 今回3400億円の公費投入と、予期せぬ事態に対応するための基金、また、保健事業の推進や医療費適性化をすることで財政基盤強化をおこなっていく。一般会計の繰入については、自治体の判断なので、国としては何も言えない。

～国からの財政支援はこれでおしまいにすべき～  
井坂信彦議員（維新）

井坂 国からの大きな財政支援について、これでおしまいにすべき。真剣に保険者責任を追求してもら

わないと、構造的問題があるから仕方がない、財政支援は当然だという意識が残ってしまえば、国がいくら医療費適性化や健康づくりの施策を打っても、取組みの甘い保険者が出てしまうのではないかと。

塩崎大臣 国保の財政運営と地域医療構想の策定、つまり保険制度と供給体制の両方に都道府県が責任を持つことで、保険者機能、ガバナンスを発揮していただき、地域医療の充実、医療費の適正化をはかっていく。

足立康史議員（維新）

足立 大阪都構想とも関連するが、国と都道府県の役割がまざっていることが、行政の課題の根底にある。市町村合併がもっとすすんで、合併で、30万、50万というような市が整備されていれば、本当は都道府県に出てもらわなければならないのではないか。

塩崎 市町村合併の話だが、市町村から財政が都道府県にいくことで、リスクプールは都道府県にする。市町村の事務の標準化、広域化をすすめる。

足立 わけていくべきだ。保険なんだから、維新の党は、国庫の投入は減らしていくべきだという考えも強く持っている。

～「保険あっても医療なし」という最悪の事態を招く～阿部知子議員（民主）

阿部 今の人口減少時代、自治体が消えてしまうかもしれないなかで、医療提供体制をどのようにお考えか。

塩崎 課題はいろいろある。だから県全体を見な

がら、供給体制にも責任をもってもら。苦しい健康保険は、都道府県単位にしなければならないのではないか。

**阿部** 無医地区、無医村が増えており、そこに住んでいる人は、「保険料をはらっているが、どうなの？」ということがある。国保の直営診療所 55 年を 100 とすると、33%に、病院だと 39%に減っている。国保の直営診療所の事業責任はどこになるのか。

**塩崎** いわゆる医療難民という人が出ているということだろう。都道府県が運営財政責任を負うといっても、身近なのは市町村なので、こういったところに配慮してもらうことに、引き続きなると思う。

### <患者申出療養について>

～安全性・有効性を確保する具体的施策が見えない～堀内照文議員（共産）

**堀内** 今回の患者申出療養は、先進医療の対象にはならず、安全性・有効性が一定確保されているものは対象とするとしているが、先進医療と同水準の安全性・有効性となるのか。また、それを担保するための審査体制が確保されるのか。

**唐沢** 先進医療と基本的に同程度の水準を求めていく。審査体制については具体的にはこれから検討する。

**堀内** 中医協において、新薬について、長期間の審査を回避するために、本来治験すべきものを、患者申出療養で取り扱うよう製薬会社から患者に働きかけがあるのではないかと懸念が出されていたがいかがか。

**唐沢** 本来治験すべきものを患者申出療養で行うことはすべきではない。患者が理解し納得することが前提。それが担保できるように、患者が判断できない場合はかかりつけ医が相談に応じる、病院内に相談窓口を設置するなど検討していく。

### <後期高齢者支援金の全面総報酬割について>

**大西健介議員（民主）**

**大西** 個人的にも全面総報酬割の導入について憤りを感じる。被用者保険者側が納得しないまま見

切り発車したように見える。結局、国保の「赤字」の穴埋めを健保組合など「とれるところから取って」、サラリーマン・企業に負担を押しつけただけで、国の果たすべき財政負担を放棄している。

**塩崎** 国保は国民皆保険を支える基盤である。その財政基盤の強化のために何とか全面総報酬割の導入に被用者保険者にご理解いただきたい。そのため拠出金負担の重い被用者保険者への支援を強化したところである。

### <大病院受診の際の定額負担の拡大>

**大西** 私の地元の刈谷豊田総合病院では現在も初診料 3000 円を徴収し、紹介状無しの患者さんが半減して医師の負担軽減になったと聞く。しかし、それだけでは機能分化につながらない。「かかりつけ医にまずかかってから病院へ」と行政が主導で患者さんに理解を得るよう訴えることと、地域の医療機関のネットワーク作りが必要だ。刈谷市では刈谷豊田総合病院が中心となって医療機関の連携がうまくいっている。

**塩崎** 刈谷豊田総合病院の取り組みはすばらしい。政府としても先の診療報酬改定で「主治医機能の評価」として、地域包括診療料・同加算の設定など機能分化に向けた取り組みを行っている。

### <その他>

**伊佐進一議員（公明）**

70 年代の老人医療費無料化は、過剰診療や社会的入院など、様々な弊害を生み出した（後期高齢者の負担増問題に関する発言で）。

今回の改革だけではこの先 10 年を乗り切れるか不安であり、「社会保障特別税」などの徴収が必要ではないか。応能負担などと言って「取れる人から取る」では良くない。

保険者の努力が求められている。保険者への賞罰制度をもっと広げるべき。

**井坂信彦議員（維新）**

医療保険を使わなかった個人へのインセンティブを考えるべきではないか。