

北海道後期高齢者医療広域連合

JCP 連合議会だより

No. 10

2011年1月5日

清水 雅人 (滝川市)

TEL 0125-23-7924 Fax. 0125-74-5888
<http://shimhello2.cocolog-nifty.com/blog/shimhello@ybb.ne.jp>

中橋 友子 (幕別町)

TEL 0155-56-4381 (FAX 兼)
nakahasi@khaki.plala.or.jp

日本共産党道議団 TEL 011-204-5915 jcpdogi@d7.dion.ne.jp <http://www.d7.dion.ne.jp/~jcpdogi/>
日本共産党道委員会 TEL 011-746-1151 <http://jcp-hokkaido.jp/>

2010年度道後期高齢者医療広域連合議会第2回定例議会（11月11日）報告

決算議会の報告にあたって

後期高齢者医療制度の発足から2年目の2009年度の決算認定が主な議案の第2回定例広域連合議会が、昨年11月11日開かれました。この議会で私たちは、世界にも例のない75歳以上の高齢者を別建ての医療制度に囲い込み、すべての被保険者から保険料を取り立て、差別医療をおしつけるこの制度の実態を検証し、その害悪から高齢者のいのちと暮らし・健康を守るとともに、民主党政権が公約に反して現行制度の枠組みを引継ぐ「新制度」に対する広域連合の基本認識と対応をただす積極的な質問・質疑を行いました。

この論戦をつうじて、保険料の2年ごとの値上げ、保険料は個人単位なのに軽減措置は世帯単位による理不尽な保険料格差、根拠の無い後期高齢者に対する別建ての診療報酬の導入と医療費抑制、健診事業の改悪と健診受診率の大幅低下、保険料滞納者に対する短期保険証の発行、葬祭費支給の大幅な遅れなど、現行制度の矛盾と高齢者いじめの実態が重ねて明確になりました。

また、道広域連合が、この制度の害悪から高齢者の被保険者のいのちと暮らし・健康を守る立場に立ち、高齢者医療確保法の規定の積極的な活用で、保険料や医療費一部負担の軽減免除の拡大や道や市町村の協力を得て独自財源を確保し、全国的にも高い保険料の値上げ抑制や健診費自己負担無料化、葬祭費の引上げなど、防波堤の役割を發揮するよう求めましたが、まだ前向きな答弁を引き出すに至っていません。

さらに、私たちは、広域連合議会のチェック機能を高める見地から、議会構成の見直しや一般質問制の導入、議会報告活動などへの政務調査費の交付など、議会改革に関する提起も行ないました。ところが、今回の議会のなかで、私たちの質疑時間が長すぎるとか、議題外の質疑が多いなどとして議事整理を求める発言が飛び出し、これを受けて議会閉会后2回議会運営委員会が開かれました。1回目の議運では、私たちの質疑について若干論議されましたが、結論に至らず、年末も押し迫った12月24日、2回目の議運が開かれました。このときは、私たちが提起していた議会改革の提案についてはほとんどまともな検討も議論もないまま、質問時間を答弁含めて30分以内に制限する提案がだされ、結局答弁含め40分以内に制限することが強行されました。開かれた議会に反するものであり、まことに遺憾です。

すでに第2回定例議会から2ヶ月が経過し、2月18日には、新年度の当初予算議会が予定されています。私たちは、質問時間制限にめげず、高齢者の命と健康を守る立場に立って、引き続き全力をつくします。

遅くなりましたが、以下に、決算議会の概要を報告します。率直なご意見をお寄せ下さい。なお、詳しくは、後段の会議録要旨、あるいは広域連合議会の会議録をご覧ください。今後ともよろしく願います。

2011年1月5日

道後期高齢者医療広域連合議会議員

清水雅人

中橋友子

現行制度の害悪は明白 ～ 二重三重の負担増と医療サービス切り下げ 財源確保し、高齢者を守る防波堤の役割発揮を

～ 2010年11月11日の決算議会を振り返って ～

2年ごとの保険料値上げ ～ 北海道の高齢者に特に重い負担増を強いる

第1に、この制度では、2年ごとに保険料の見直しが行われますが、被保険者数が増え、一人当たりの医療費が増えると、2年ごとに保険料が値上げされるということです。初年度の08年度と2年目の09年度決算をつうじて、一人当たりの医療費が約3%伸び、後期高齢者負担率が2.6%アップと見込まれ、当初の試算では平均1.2%もの保険料値上げが必要とされていました。国が値上げ抑制の財政措置を放棄し、地方に丸投げし、結局2010、2011年度の保険料は、広域連合の剰余金の活用や財政安定化基金の繰り入れなど値上げ抑制の措置がとつても、なお軽減後の一人あたり保険料が約5%値上げされることになりました。

また、広域連合事務局長は、75歳以上の高齢者数のピークはこれから20年後の2030年（平成42年）で、道内の75歳以上の高齢者数は105万3千人になるとの国立社会保障・人口問題研究所の推計を示しました。結局、今の制度では今後20年間、2年ごとに保険料値上げが行われることとなります。また、後期高齢者負担率は、08年度、09年度は10%でスタートしましたが、10年度、11年度は10.26%になり、続いて12年度には10.62%になるとの厚生労働省の試算も示され、ここからも2年後の見直しでも値上げは必至となります。2年ごとに保険料値上げが高齢者に押し付けられるような制度はやはり廃止すべきです。

しかも、北海道の保険料は、一人当たり医療費が全国トップクラスと高いため、保険料も高くなる仕組みになっており、全国平均よりも所得が低い（09年度で全国平均の76%）北海道の被保険者にとっては、2重の負担増という重い負担が押し付けられていることです。現に、今年度の北海道の保険料は、均等割が年額1049円上がって44192円、所得割が年率0.65%上がって10.26%（引き続き全国1位）、軽減後の保険料が3102円アップで一人平均65319円となり、全国順位が12位から9位にあがり、北海道の高齢者に格別重い保険料負担となっています。こんな制度は廃止以外にありません。

数々の医療費抑制策の押し付け ～ 異常に低い北海道の健診受診率

第2に、この制度では、数々の医療給付の抑制措置が導入され、以下のように被保険者にさまざまな医療サービス切り下げが押し付けられていることです。

(1) 75歳以上の高齢者に別建ての診療報酬が導入された問題です。これまでの論戦をつうじて、制度発足時に17種類の別建ての診療報酬が導入されたとの答弁がありました。その多くは、制度発足時、差別医療導入に反対し、中止を求める大きな運動が広がり、実施を凍結した診療報酬科目が多く生まれましたが、3ヶ月以上の長期入院の後期高齢者の診療報酬の大幅ダウンは実施されるなど、医療費適正化の名による医療差別が強行されたものが一定あります。今回の決算で、被保険者数の伸びが3.75%の一方、一人当たりの医療費の伸びは2.13%にとどまり、一人当たりの診療日数も減少している資料が示されました。ここに別建ての診療報酬導入による医療費抑制があらわれているのではないかと考え、明らかにするよう求めました。しかし、広域連合は、手元に詳細な資料がないので説明できないと、高齢者の医療に責任を負う行政機関でありながら、事実上答弁を回避する残念な事態となりました。現行制度でいったん導入された別建ての診療報酬は、今年度の診療報酬見直しでいったん撤廃されたとされています。しかし、今民主党政権が検討している「新制度」でも、75歳以上の高齢者を別勘定で運営する基本方針が示されており、今後引

き続き保険料の値上げか医療費の抑制かが押し付けられると言われるだけに、引き続き注視する必要があります。

(2) 健診制度の後退の問題です。道広域連合の5カ年計画である「広域計画」は、その柱に「医療費適正化」を位置づけています。この医療費適正化の意味するところについてただしたのに対して広域連合長は、「これは受診制限を意味するものではなく・・・」「健診事業の実施など、保険事業を積極的に実施し、・・・高齢者の健康の保持増進をはかる・・・などを通じ、適正な医療給付の確保につとめることをめざすもの」と答弁しました。確かに、広域連合は、基金の果実の活用でがん検診やインフルエンザ予防接種への助成など独自の健診助成事業を実施しています。

しかし、肝心の健診受診率は、北海道では、07年度の老人保健制度のとき13.6%だったのが、制度発足初年度の08年度は5.6%に激減、2年目の09年度は9.27%へと若干改善されたものの、全国一の東京都の55%の5分の1以下、全国平均の24%の半分にも届かず、全国的にも下から5番目と異常に低いのです。昨年度の予算は、09年度の受診率を15%と想定した予算を組みながら、実際の健診受診率が9.3%以下にとどまり、4割もの予算を使い残す有様でした。連合長の答弁とは裏腹に、健診事業に対する位置づけが、きわめて弱いことを示すものではないでしょうか。根本には、国自身が、老人保健制度のときは、健診事業を市町村の義務としていたのに、後期高齢者医療制度では広域連合の努力義務に後退させた上に、健診対象者から慢性疾患患者を除外し、健診内容も特定健診(メタボ健診)に特化させ、健診費への自己負担導入も容認するなどの重大な後退を押し付けたなどの問題があります。その是正を求めるべきですが、広域連合からそのような答弁はありませんでした。

同時に、北海道の健診受診率が異常に低い問題は、北海道独自の問題でもあり、真剣な対策が求められています。この見地から、異常に低い原因とその打開について、抜本的対策をとるよう求めました。

広域連合は、最初の答弁では北海道の地域の広大さが原因のひとつであるかのように答えていました。しかし、道内で健診受信率全道一は十勝の更別村の43.12%であり、地域の広大さが原因でないことは明白です。更別村で行われている村長による毎年4月の対象者宛の直接の健診の案内などの事例も紹介しながら、受診率の高い他都府県や道内自治体の経験などにも学び、抜本的打開策をとるよう強く求めました。

広域連合から、受診率の高い自治体の経験にも学ぶなど、今後あらゆる対策をとって向上に努めると前向きな答弁がありました。必ず見るべき前進がはかられるよう期待するものです。

100歳超える高齢者にも短期保険証交付の可能性否定できず

(3) 短期保険証、資格証明書の発行の問題です。北海道では他都府県よりも保険証交付の努力が払われ、短期保険証の交付は11月1日現在、北海道全体で296人に抑えられ、資格証明書の発行は行われていません。その努力を評価しつつも、低所得Ⅰに属する被保険者で100歳を超える人が184人、低所得Ⅱに属する被保険者で100歳を超える方が286人含まれていることを示し、こういう病気になりやすい高齢者には安心して医者にかかるよう老人保健制度のときと同様に、国に無条件交付に戻すよう求めると求めました。

ところが、広域連合は、短期保険証交付者の中に100歳を越える被保険者が含まれている可能性があることを認めながら、短期保険証の交付は、保険料徴収義務者である市町村が、保険料未納者との接触、納付の働きかけや納付相談などを行う機会になる制度であると肯定的に答え、無条件交付に戻すよう国にせまる考えは示されませんでした。

しかし、本来、保険料徴収の対象とすべきでない年金収入、年18万円未満の普通徴収対象の被保険者の滞納が増えてきている事実を見ると、このような広域連合の考えでは、来年(2011年)8月の保険証更新時に短期保険証の発行がどうなるか心配です。短期保険証の交付が受療抑制につながらないように、引き続き無条件交付を求める世論と運動を広げることが重要と考えます。なお、短期保険証の市町村の窓口の留め置きは、今はないとの答弁でした。

葬祭費支払いの大幅な遅れ、軽減措置の不合理 ～ 誰も納得できない官僚行政

(4) 葬祭費の早期支給の問題です。老人保健制度の時には、市町村の窓口で死亡診断書を提示すれば葬祭費がすぐ支給されました。ところが、広域連合になってからは、早くも3週間、長い場合は1ヶ月もかかっていることが明らかになり、その改善を求めてきました。前議会に続いて今議会でも取り上げましたが、広域連合は高齢者医療確保法第86条に基づく広域連合の条例の規定を持ち出し、「葬祭費は葬祭を行うものに支給する」として、申請者が実際に葬祭を実施したことを確認できるものが必要だとか、また支給業務はコンピューターシステムで月3回処理するサイクルに設定されているとかを理由に、早期支給は困難だとして、2、3日程度の短縮の努力はしたいという答弁にとどまりました。これも広域連合に変わったことと、コンピューターシステムの導入にともなう機械的対応からおきていることであり、サービス低下にはなりません。引き続きコンピューターシステムの見直しあるいは、市町村の窓口で事務委託する方式とか概算払い方式にするなど、早期支給に向けて可能な方策による改善を求めていきます。

(5) 保険料の軽減措置の不合理的をただす問題です。保険料の算定は個人単位なのに、軽減は世帯単位で行なうことから、保険料に不合理な格差が生まれる問題で、これまでも何度か是正を求めてきました。たとえば、加入者本人の所得がゼロでも、世帯主の収入だけで軽減措置が受けられず、保険料に大きな格差が生じるケースがあり、その不合理の改善のため、軽減措置も個人単位で行うべきと繰り返し要求してきました。今回、同じ問題で、道内の実態をどう把握しているか、国に改善を求めた結果はどうだったか、「道新」記事の事例も示していただきました。

広域連合は、コンピューターのシステム上保険料システムも軽減措置に準じて構築されているとか、国には再三改善を要望しているが、システム改変に多額の費用を要するとか、国保や介護保険との整合性がとれないとかを理由に、なかなか難しいとの答弁にとどまりました。こんな不合理を改善する気もなく、国民に不合理を押し付けて平気という国の態度は許されません。引き続き是正を求めていきます。

地方自治の責務を踏まえ、高齢者守る防波堤の役割発揮を

第3に、広域連合が、地方自治体としての福祉の増進をはかる責務にたち、現行制度の害悪から、被保険者を守る役割を発揮する問題です。

高齢者医療確保法第103条を活用し、道と市町村から補助金の交付を受けるなどによって財源を確保し、高い保険料負担の軽減や医療費一部負担の減免拡大、健診費無料化、葬祭費支給額の引き上げなど、少なくとも老人保健制度のときから後退させない独自の施策を実施する問題です。

広域連合は、条例にもとづく09年度の保険料の減免の実績について、災害によるもの24件、所得激減によるもの138件、生活保護505件、刑務所収監関係25件などと答えました。しかし、軽減対象者が被保険者数の半分近い31万人余を占めるなかで、この700件弱という実績はあまりにも少ないと指摘し、制度を拡充してもっと活用できるようにすべきと求めました。

一方、医療費の一部負担の減免については、国保では国が半分補助して減免を実施する仕組みに進んでいることも示して、後期高齢者医療制度にも同様な仕組みを求めるべきと要求しました。これについて広域連合は、理解を示し、まだ国から連絡がないが今後国の動きにも注視しながら、検討はおこなっていきたいと答えました。

一方、道や市町村に補助金交付を求めることについては、昨今の厳しい財政状況などを考えるときわめて困難だとの答弁に終始しました。

不均一保険料基準該当の自治体が拡大 ～ 国に対策求めよ

第4に、不均一保険料の基準に該当する市町村が拡大している問題です。制度発足時、一人当たり医療費が全道平均より2割以上低い道内15の市町村に不均一保険料が適用され、6年間の経過措置として全道平均より低い保険料が適用されています。今回の質疑で、この2年間に全道の27市町村で一人当たりの医療費が全道平均より2割以上低い事実が明らかになりました。しかし、不均一保険料は制度発足時の特例措置だとして、新たに2割以上低い市町村が出現しても不均一保険料は適用されないということが新たな問題と

して浮上しました。

これは、該当市町村には、医療施設、医療環境がないにもかかわらず、保険料を同一金額負担させる不合理が生じる問題をはらんでいます。こういう医療環境を整備しないまま都道府県ごとに同一保険料という法的制度だからと、そのまま不均一保険料を認めないでいいものか、こういう医療環境の整わない市町村の被保険者を救う措置を国に徹底して求めるべきと主張しました。しかし、広域連合は、不均一保険料は、制度発足時の限定的特例措置であり、法制度上都道府県ごとに同一保険料率とする原則となっており、不均一保険料の適用は困難との答えにとどまりました。医療環境の整備を放置したまま、保険料は均一にするのは制度欠陥であり、当然是正されるべきものとして、引き続き改善を求めています。

新保険料周知の広報費に多額の不用額 ～ 国会と道議会の議決待ちでよいのか

第5に、広報事業とその事業費の問題です。この問題は、2010年度からの保険料の見直しについて、09年度内に被保険者や医療機関などに周知徹底するための広報事業が、財政安定化基金の積み増しに関する道予算の成立や安定化基金の使途の変更に関する法改正が、年度末まで確定せず、09年度内におこなうべき保険料改定の周知徹底などの広報事業の実施が、新年度以降にずれ込み、広報事業費の支出も新年度にずれ込み、09年度決算では多額の不用額が発生する事態ともなりました。広域連合議会は、2月19日に議決しているのに、道議会や国会の議決がなければ執行できないなどというのはあまりにも異常です。この点をただしましたが、道議会や国会の議決がなければ保険料見直しの予算が正式には決まらないことも否定できないことで、広域連合としても苦渋をなめさせられることになった問題でもあり、なかなか納得の得られる答弁にはいたりませんでした。今後も起こりうる問題であり、検討課題として残った問題でした。

同時に、保険料の見直しの被保険者への周知が、ダイレクトメールでは、新保険料の請求書が被保険者に届く6月にずれこむ自体となったことは、あまりにも被保険者軽視であり、こういう事態は今後繰り返させてはならない問題として重視し、速やかな是正を求め続けているところです。

契約内容の告知は「改善」を約束

第6に、契約内容の告知の改善の問題です。

09年度の契約の結果について、ホームページ掲載を随意契約も含めて掲載し、その際特別随意契約の理由、自治法で規定されている4点のどれに当たるかなどについての掲載について検討されたかどうか、をただしました。

広域連合は、入札結果のホームページへの掲載について、入札、契約の公平性、透明性の観点から有効と考えるので、今後、公表の方法及び掲載する内容、開始の時期などについて検討していくと前向きな答弁があり、実施を待っています。

理解できない ～ 保険料大幅アップに反対表明せず、広域化の後押しとは？

第7に、「新制度」についての連合長の基本姿勢についてです。

今民主党政権が、検討している「新制度」について、厚生労働省自身の試算で保険料の大幅値上げを予定していることを取り上げ、連合長の基本姿勢をただしました。厚労省の試算では、「新制度」のもとで保険料が2025年度から平均3万2000円も値上げされ、2009年度の平均保険料6万2217円の1.5倍になるとしています。

これについて連合長は、「保険料の値上げを是認するものではない」「新制度でも負担の軽減は最大の課題」と言いながら、厚生労働省の大幅な値上げ必至の試算には何ら反対を表明せず、むしろ「全国市長会では都道府県単位の国保に移行するよう求めている」などと、被保険者の声が届きにくくなるばかりの広域化案を後押しする答弁をする有様でした。これでは、75歳以上の高齢者を別勘定にして都道府県単位の広域化で運営することへの道民の不安や反対の声は反映されません。いっそう「新制度」反対の世論と運動を広げなければならないと痛感します。

議会費は4割超える使い残し ～ チェック機能高める議会改革を

第8に、議会費と議会改革の問題です。今回の決算では、議会費の予算305万円自体が、全道179市町村の後期高齢者の医療制度の審議に責任を負う広域連合議会の予算としては、あまりにも少額であること、しかもその4割を超える140万円余もの不用額を出すなど、2元代表制の議会として十分なチェック機能を果たしているのかが問われる事態になっていることから、現状の4区分各8名、合計32名の議会構成では、道内市町村の大多数の自治体の声派連合議会に反映されないこと、しかも32名の半数は、政治的にも多忙な首長区分であり、欠席せざるを得ない首長議員が多いこと、出席しても質疑せず、採決に当たって賛成するだけの議員が圧倒的多数であり、65万人被保険者の声を議会に反映させる点で役割が発揮されていないこと、全国的には47都道府県中42都府県で一般質問制が導入され、27府県で実施されているにもかかわらず、北海道では一般質問制自体が導入されておらず、実施もされていないこと、一問一答方式の議事運営でなく、一括質疑、一括答弁で、再質疑や再々質疑がやりにくいこと、議会の報告をおこなうにも、議会にあたって調査活動を行うにも必要な財政の保障がない予算になっていることなど、いくつかの角度から議会改革の必要性を力説（後段の清水議員の反対討論参照）しました。

しかし、清水議員の質疑について、議事進行発言が出され、それを受けて議長が「議会運営委員会で検討します」と表明、議会終了直後に1回目、閉会中の12月24日に2回目の議会運営委員会が開かれました。清水議員が主張した議会改革の中身についてはほとんど論議されず、逆に質問時間を答弁含めて40分以内に制限することが強行されました。議会のチェック機能の後退は明白です。しかも、質問時間の制限の算出根拠を、年2回の定例議会を午後1時開会、午後5時までに閉会とすることから逆算的にはじき出されたものです。こんな理不尽なやり方は、議会人としても納得できるものではありません。引き続き、開かれた議会改革をめざします。

2009年度（平成21年度）医療会計決算認定に対する中橋友子議員の反対討論

○中橋友子議員 議案第10号北海道後期高齢者医療広域連合後期高齢者医療会計歳入歳出決算認定に対する反対討論を行います。

75歳以上の高齢者と65歳から74歳までの障害認定を受けた人を含む全道65万8,208人、この方の健康の保持と医療の提供、とりわけ暮らしに直結する保険料の負担の在り方について、現在の審議を通した上で反対の討論といたします。

一つには、保険料の算定の仕組みが、被保険者数が増え、医療費が増えるにつれて、2年ごとに見直しを行い、どんどんと上がる仕組みになっている問題であります。21年度の決算資料では、2年間で被保険者の数が3.57パーセント増え、一人当たりの医療費も2.13パーセントに伸び、この分が平成22年度の保険料5パーセントの値上がりにつながりました。高齢者の負担を将来にわたって拡大し、痛みを与える制度、社会保障とは言い難いというものであります。

二つ目には、保険料軽減の独自の手立てについてであります。制度の活用で実施すべきでありましたが、行われてはおりませんでした。北海道の高齢者の所得は全国平均より低く、その一方で、医療費は全国でも高く、結果的として全国平均より高い保険料の負担が強いられて、厳しい現状に置かれています。高齢者医療確保法第103条などの活用によって、可能な負担増を連合独自で軽減することや、サービスの改善などの支援策が講ずることができるとなっておりますが、実施されていません。独自の一般財源を持たないこと、あるいは自治体財政の困難が理由とされていますけれども、最終的には被保険者の負担増と、また健診などの自己負担などが行われており、サービスの低下をやむなしとする合理化するものと考えます。

三つ目は、過酷な保険料負担と徴収についてであります。

つまり支払の能力のない低所得者にも保険料は課せられており、多くが年金から天引きという特別徴収になっています。徴収率は、結果として21年は99パーセント以上とされておりますが、厚労省のホームペー

ジでは、所得のない階層について、所得なしと年金 80 万円以下を低所得者階層 I、また、住民税非課税を低所得者階層 II という区分説明までされておりますが、本来住民税の非課税となるのは、課税することによって生活が困難になることを避けるために、生活費には課税しないという憲法の精神に基づいて定められているものであります。本制度は、保険料はこうした低所得者にも課税されており、認めるというわけにはいきません。

北海道では決算資料のとおり、均等割軽減対象者が被保険者全体の約半分を占めております。その上、医療費は最も高い県の一つであり、当然被保険者は高い医療費を支払っています。所得は全国平均以下、しかし医療費と保険料は全国高水準、こういう状況で、結果として保険料徴収は 99.08、ほとんど 100 に近いと見ます。いかに道民の実態が過酷な状況に置かれているか、容易に想像できるところです。

次に、健診の事業が軽視されている問題です。健診率は 08 年度の 5.6 パーセントから、09 年度、21 年度は 9.27 パーセントに前進はいたしました。しかし、多額の不用額を出し、受診率は全国で下から 5 番目、高い東京は 55 パーセント、大きく立ち遅れています。予防こそが最大の健康保持であり、医療費抑制につながります。審議において市町村との連携などを重ね、向上に向けたたいというお答えがございましたが、低受診率を早急に打開する方向に向けるべきと考えます。

また、短期保険証発行についてはかなりの努力がなされまして、全国的にも発行の数そのものは少なく、改善が見られます。本来、老人保健制度では、資格書も短期証もなく、無条件交付ということでありましたから、引き続き正規の保険証の無条件交付を求めるものであります。

最後であります、医療費の一部負担減免についてであります。制度の積極的な活用を求め、また、北海道高齢者が安心して医療を受けられる制度に将来ともにわたって確立されることを求め、反対討論といたします。

2009 年度（平成 21 年度）一般会計決算認定に対する清水雅人議員の反対討論

○清水雅人議員 私は、議案第 9 号平成 21 年度北海道後期高齢者医療広域連合一般会計歳入歳出予算認定を否とする立場で討論を行います。

まず、戦後最悪の不況と国の財政削減の下で、全道 65 万人の被保険者の命と暮らしを守るために御尽力された連合長、理事者、運営協議会委員並びに職員の皆様に敬意を表するものです。

本決算認定は、制度発足 2 年目として、また 2 年ごとの保険料の見直しを行う上でどうだったのか。さらには、政府がまとめようとしている新制度の在り方に対して、どのように取り組んだのかの点からも重要であり、その立場で質疑を行いました。

医療費一部負担減免制度の周知が不十分ながら始められたこと、また一律の年金天引きをやめるに伴う事務など、御努力された点は評価できますし、質疑では一部負担減免制度について、他の連合も参考に検討したいなどの研究課題とされた項目も多く、そういった点では評価をするものです。しかし、全体として 2009 年度の決算については、以下の諸点から賛成はできません。

第 1 は、本広域連合の条例広域計画は、余りにも国の基本法である高齢者医療確保法と医療費適正化計画を忠実に具体化し、結果的に本道の高齢被保険者に二重、三重の負担増やサービス切下げを招いており、条例や広域計画から「医療費適正化」の文言を削除し、自治体の責務である社会保障の増進を担う立場に立つべきだと求めましたが、その立場に立つ決意が伺えませんでした。この基本姿勢が改まらなければ、同じような負担増などを繰り返す決算にならざるを得ないと思います。

さらに、国に忠実だという点におきましては、道の通知のため、保険料を一度議決しながらも広報に踏み出せず、結局保険料のダイレクトメールが 65 万人の被保険者に届いたのが何と徴収されるその月であったという、前代未聞の事実が明らかになったことは、国・道追随の広域連合と残念ながら指摘をしなければなりません。

さらに、103 条の問題については、市町村財政が厳しいという答弁がされましたが、同じ市町村に住みなが

ら、国保加入者は市の一般財源繰入れが受けられる。しかし、後期高齢者医療広域連合に入っている場合、一般会計では支援を受けられない。こういう矛盾も明らかになりました。103条に基づく市町村から繰入れを実現することで、保険料の値下げ、一部負担金の減免猶予制度を思い切って広域連合としてできるのではないのでしょうか。

また、そういった減免猶予などの周知は、だれが見ても、死亡したり、入院したり、障害手帳をもらうようになったなど収入が激減したときに、この制度を使おうと該当者がすぐに気づくように、住民本位の立場に立つものでなければなりません。しかし、今の時点では非常に不十分だと言わざるを得ません。

第4は議会費についてです。予算額 305 万円自体、全道 179 市町村が加盟する本広域連合の議会費として余りにも少額です。しかも、それを半分近い 141 万円も使い残していることは、議会議員にその責任の多くがあるとはいえ、議会制民主主義と二代表制の在り方が問われる問題であり、抜本的改革が必要だと考えるものです。

日本共産党は、これまで議会改革について選挙公報の発行を提案し、今回も一般質問制度や議案質疑での一問一答制度の導入、調査活動や建設的提案に不可欠な議員の議会広報活動についての政務調査費の予算化を提案しました。これに対して連合長は積極的な意思を示されませんでした。日本共産党は、本会議以外でも議会改革について規約を改定して、議員定数から市町村長枠を廃止し、他の選出区分に振りかえるなど、議会運営委員会や広域連合への申入れ、独自の議会報告発行で議会改革を提案してきました。しかし、結果として大部分の予算を残し、十分な議会活動機会と時間を確保することができなかったことは問題であると考えます。

さらに、今後、本広域連合のような巨大な地方自治体ができる可能性は否定できません。日本共産党は、国民健康保険を都道府県ごとに保険者を統合することは、地方自治ときめ細かな医療社会保険に反する方向であり、反対ですが、北海道一本の国民健康保険の広域連合ができる可能性は否定できず、その場合、本議会と同じような議会活動が繰り返されることを強く危ぐするものです。そういう点からも、当議会の抜本的改革のために全力を尽くす決意です。

最後に、幾つか意見を述べます。

1点目は、広報活動の問題です。今回の不用額の多くが、新保険料率の確定が年度末にずれ込んだことから、年度内に新保険料率を周知徹底する予算を次年度以降に持ち越さざるを得なかったことがあるとされています。しかし、保険料は2月19日に議決しており、3月の道議会議決を待ったために広報活動が遅れました。4.99パーセント増、所得割は9.5から10.28パーセントと、全国一の保険料になりながら、周知に必要な広報活動が遅れたことは重大でした。今回の遅れの最大の責任は、国の財政措置放棄、地方任せという無責任な態度にあります。また、道の予算措置の決断の遅れもあったことも事実です。しかし、国や道に対して、住民、被保険者の立場に立ち、広報周知と意見を聴く時間を十分に取れる余裕のある対応を強く求めるものです。

2点目は、広報の中身の問題です。厳しい実情に置かれている本道の高齢被保険者やその家族、道民の立場に立って、本制度の下でも活用できる保険料の軽減、減免制度や医療費の一部負担の軽減免除の制度、お金がなくても、病気になれば無条件に医者にかかる道が開かれていることについて、広報相談活動を強化していただきたい。

3点目は、これまでも何度も要望してきたことですが、事務費負担の市町村均等割負担をやめて、人口割と高齢者人口割だけに改めるべきです。西興部村と札幌市の均等割を人口一人当たりで比較をすると、西興部村は札幌市に対し1,600倍以上の均等割など、大幅な不均衡があります。小規模自治体への負担割合が高すぎて不公平です。

4点目は、議員の旅費、宿泊費規定の問題です。一部は改善されましたが、依然知事並みの旅費や札幌のホテル代などから見て、引き続き下げるべきと考えます。

先ほど3点と申しましたが、4点に訂正をして討論を終わります。