

議案第71号 三鷹市の適正な債権管理の推進に関する条例

〔反対討論〕

野村羊子委員（いのちが大事）

自治体は市民の福祉を支えるものである。そのために、税を徴収し、行政サービスを実施する。サービス実施のために、強制力を持った税の徴収方法なども規定されているところである。

行政における債権はさまざまなものがあり、所管課でも十分対応ができていないところである。行財政改革の中、財政が逼迫している中で、徴収強化の動きが強まっている。さまざまな債権を整理し、扱いを明確にすることは必要なことである。回収不可能な債権を金額だけ積み上げていくことよりも、不納欠損処理、徴収停止、時効が過ぎたものを債権放棄などできちんと処理していくことは、会計整理上も実態を明確にする上でも必要なことである。

しかし、格差が拡大し、生活困窮、あるいは余裕のない中で生活している市民がふえている状況の中で、単に機械的な徴収強化では行政が市民生活を破綻させることになりかねない。国保税は、収入がゼロであっても免除制度が不十分である。支払いが積み重なる不当な制度である。このような制度の改正がまず先にあるべきである。

福祉的対応の相談窓口を整備し、専門相談を結びつけるとしているが、今までどおり、各所管課での対応となっており、業務量が増大するのが明らかであるにもかかわらず、職員の増員がなされないことが明らかとなった。

また、納付困難を抱えている市民に対しても、今までと変わらずあくまで申請主義であり、福祉的対応とは言いがたい。

私債権は、全体19億5,500万円の中で、収入未済3,100万円でしかならず、そのためだけに、そのための徴収強化のために条例制定することは条例の意義としても不十分なものだと思う。市民の情報提供も不十分であり、支払いたくても払えない市民に対する対応がきちんと条例に位置づけてもおらず、徴収強化ありきになるおそれが十分にある。

市民生活を支えるための条例とはなっていないため、反対とする。

意見書（案）第21号 障がい者通所施設における食費実費負担に係る減免措置の継続を求める意見書

（野村羊子さん）

障がい者通所施設における食費実費負担に係る減免措置の継続を求める意見

書について討論をいたします。

この食費実費負担は、通所サービス事業所が施設内で調理して利用者に食事を提供した場合、1回約300円が事業所への報酬に加算される仕組みで、この加算分を調理などの人件費相当分として公費で賄い、利用者は食材費のみを負担する制度です。国が報酬加算の対象としているのはおおむね年収600万円以下の世帯の障がい者であり、軽減措置が廃止された場合、月最大6,600円——22日間使用の場合ですね、負担増になる可能性があり、多くの障がい者団体が、この今回の廃止に反発をし、減免措置の継続を要請していました。

12月18日の予算編成の大臣折衝における政府案では、障がい福祉サービス等の報酬改定はプラス4.7%とし、この事業者への食事提供体制加算は継続されることとなりました。したがって、本意見書で求める減免措置は、今回の改定では継続されることとなりました。

しかし、食事提供に関する実態調査や研究を行い、今後の報酬改定において対応することとされているため、次回以降において再度廃止が提案される可能性があります。三鷹市内では2施設が対象としてあり、また、来年度からは市立北野ハピネスセンターでも給食提供を行うため、対象となります。低所得者が圧倒的に多い障がい者への負担増となる改定はなされるべきではありません。

今の段階からしっかりと意見表明をしておく必要があるとの判断から、本意見書に賛成といたします。

意見書（案）第22号 診療報酬のマイナス改定の中止を求める意見書

（野村羊子さん）

診療報酬のマイナス改定の中止を求める意見書に対して討論をいたします。

18日の閣僚折衝で決まった2018年度の報酬改定改定率は、全体でマイナス1.19%引き下げとなっています。医師らの技術料や人件費に当たる本体部分を0.55%引き上げる一方で、医薬品など薬価部分は抜本的改革分も合わせて1.74%引き下げるものです。この薬価部分の引き下げの内訳は、薬価を1.36%、医療材料を0.09%、新薬創出・適応外薬解消等促進加算の見直しや長期収載品の薬価の段階的な引き下げなど、薬価制度の抜本改革により0.29%引き下げています。当初示していた案よりマイナス率は縮減されましたが、2年に一度の診療報酬改定においてマイナス改定は2年連続です。消費増税の対応分を除くと、実質マイナスだった2014年度を含めると3年連続のマイナスです。結局、政府が掲げた社会保障費の自然増を1,300億円抑制する目標は、薬価の大きな引き下げで達成することになりました。すなわち、本体部分の0.55%引き下げに伴い、投入される税金は約600億円増額となります。薬価引き下げで約1,900

億円が削減されることになりました。

しかしながら、本体部分の引き上げは、医師の過労状況や地方での医師不足などが改善されるわけではないと同時に、この改定で企業や個人が支払う保険料や病院の窓口負担額も 1,600 億円を超える見込みであり、市民が安心して医療にかかることを保障する内容とはなっていません。そもそも社会保障費の自然増分を抑制することは、市民の社会保障を受ける権利を抑制することにほかならず、この発想そのものが国民の福祉、健康な生活を送る権利を阻害していると言わざるを得ません。今やらなければいけないことは、医師をふやし、丁寧な診療ができる環境を整えることと、誰もが安心して医療・福祉のサービスが受けられるような社会保障制度改革です。

結果的に市民負担をふやすことにつながる診療報酬のマイナス改定中止を求める意見書に賛成といたします。

意見書（案）第 27 号 臓器移植断念を防ぐ移植医療体制改善を求める意見書 （野村羊子さん）

臓器移植医療には倫理的課題が多く残されていると考えます。臓器移植医療は、臓器を提供する側、ドナーと提供を受ける側、レシピエントという異なる立場がつながることで成り立っている医療です。ドナーは生体、死体、2つに大別されます。臓器移植医療の場合、ドナーとレシピエントの双方の家族が重要な立場に置かれる場面が多く、具体的には患者の意思が不明な場合における臓器提供の代理意思決定、あるいはみずから健康で自身の身体には利益のない手術を行うことを選択などがあります。日本の臓器移植の大多数を占めている生体移植では、生体ドナーに法的規制はないものの、日本移植学会倫理指針においてはドナーは親族に限定するとされています。誰がドナーとなるかを決定する際にさまざまな葛藤が生じ、時には親族内に潜んでいた問題が浮き彫りとなったり、最善な選択を行う環境に大きな影響を生じたりする場合があります。本来、臓器提供は本人の意思が尊重されるものであり、それは臓器提供する意思だけでなく、臓器提供したくないという意思も含まれます。そして、本人の意思を尊重するためには、強制や誘導があってはならないとされています。しかし、家族の葛藤の中で、単純には決断できるものではなく、その後の人生、人間関係に大きな影響を与えるものであり、大きな課題があります。

一方、死体移植には脳死と心停止という複数の死の存在が大きな課題です。脳死には言葉の定義としての脳死と、厚生省の脳死判定基準により理念的に確定されているはずの脳死と、臨床現場で脳死判定基準により実際に判定された脳死という3つのレベルの脳死が存在します。つまり、定義として脳死を技術

的に正確に判定する現実的な手だてがないという問題がいまだに存在します。脳死患者でも複数年にわたって生存する事例、あるいはドナーを勧められた患者が最先端の医療により、社会復帰できるまで回復するような事例、さらには脳死患者に見られる生命兆候は、その人がまだ生きていることを家族に確信させる尊厳があります。例えば、脳死患者の体に内臓摘出のためにメスを入れると血圧が急変動し、体が動く、暴れるということが起こります。それを安定させるために麻酔を使うということがよくあります。脳死患者が痛がっているのかもしれないと見えるこのような状況、脳死による臓器移植に同意することは容易ではありません。すなわち、現在の科学技術では脳死を客観的に決められず、高度に倫理的、人間的な判断が必要であり、脳死を死と認めるか否か、個人の死生観の違いになってしまい、家族の葛藤は大きく課題も多いです。

さらにはアジアなどでは臓器売買が行われており、アンダーグラウンドで語られる臓器密売の話があります。子どもが拉致、誘拐され、臓器提供させられるという話。場合によっては、製薬会社に安価な薬開発の材料として臓器が売却されるという話まであります。臓器移植という医療技術や臓器適合性を高めるために、ドナーより多くのレシピエントを必要とする移植医療体制そのものが、このようなアンダーグラウンドの暗躍する可能性を生じさせているだけに、慎重にならざるを得ません。

人の生と死、生命の尊厳に絡んで、まだまだ解決すべき課題が残っている臓器移植を単純に推進することはできないため、本意見書には反対といたします。