

高齢者への敬意と愛情に基づく 医療制度設計を

2008年4月にスタートした「後期高齢者医療制度」。国のPR不足や事務処理ミスなど、その導入において混乱を極めた。またそのネーミングも含めた高齢者に対する配慮不足や年金からの天引きなど多くの批判を浴びた。マニフェストで同制度の廃止を訴えた民主党新政権は、2013年度から新制度に移行させるべく、有識者らを交えた「高齢者医療制度改革会議」を11月中に立ち上げるという。

高齢者の医療制度においてどのような視点が必要なのか、高齢社会の問題に取り組む樋口恵子氏（高齢社会をよくする女性の会代表）にうかがった。



高齢社会をよくする女性の会
代表

樋口恵子

聞き手

本誌編集人 谷野勝之
(医療経営コンサルタント)

樋口恵子(ひぐち・けいこ)

1956年、東京大学文学部美学美術史学科卒業・東京大学新聞研究所本科修了。時事通信社・学習研究社・キヤノン株式会社を経て、評論活動に入る。2003年まで東京家政大学教授、「女性と仕事の未来館」初代館長。現在、評論家、「高齢社会をよくする女性の会」代表、東京家政大学名誉教授、高齢社会NGO連携協議会代表(2代表制)。

主な著書に「人生百年女と男の花ごよみ」(日本放送出版協会)、「私の古い構え～元気に老いる女の十六章～」(文化出版局)、「祖母力～祖母力が日本の未来を救う!～」(新水社)、「チャレンジ～70歳の熱き挑戦～」(グラフ社)ほか多数。

高齢者への愛情なく 迷走した後期高齢者制度

——昨年4月にスタートした後期高齢者医療制度は、説明不足も相まって数々の批判を受けました。

樋口 私は後期高齢者医療制度に強く反発した1人です。また、「後期高齢者医療制度に怒ってる会」というのがあり、その発起人の1人でもあります。

ここまで混乱した要因は当事者に説得も説明もまったくなかったこと、その検討プロセスの委員会においても該当年齢者が1人しか加わっていなかった。それも医療側の立場です。これは非常に大きなミスだったと思います。国民に新たな負担を求める介護保険制度の発足の際、中央官庁も自治体もどれだけ躍起になって当事者や団体、個人、地域に対して説得・説明したかを思えば、雲泥の差です。

郵政選挙というシングルイシューでのゴーサインでしたのに、大量議席の強行採決の流れで

通ってしまった。メディアにも少し責任があつて、こんな重大な法律が強行採決されたことをあまり取り上げてくれませんでした。高齢者問題に取り組む私でも、恥ずかしながらみんなが騒ぎ立てるまでよく知りませんでした。議論していることや、高齢者の医療費が社会保障費の負担と給付の関係で大問題にあることの認識はありました。ただ、大問題であるからには、国民的議論と国会での堂々たる審議があつて決めると思っていたのです。

そのあたりまでは方法論に対する怒りだけだったのですが、その骨子を読み、久し振りに政策に対して感情的になりました。高齢者に対する愛情や共感というものが一つも感じられなかったからです。あまり感情的になるのはよくありませんが、当事者を感情的にさせる政策は間違っていると思います。

——樋口先生は制度見直しの〈高齢者医療制度に関する検討会〉で、

「7つの大罪」ということで問題点を指摘されています。

樋口 高齢者の病気は慢性化しやすい、複数の疾病を抱えているというのはその通りです。事実の上では返す言葉がありません。高齢者は「4S」といって、しみ、しわ、白髪、そして診察券の枚数が増えるのです(笑)。

内科だけだった診察券がここ10年で、ひざのねんざで整形外科、歯科はもともとあり、目を痛めて眼科、老人性のしみで皮膚科にかかり、あつという間に枚数

が増えました。ほかに60代初めから10年来、血圧のコントロールを受けています。

単純にカットきたのは、この年齢に達すると、「高齢者の多くは症状の軽重にかかわらず認知症の症状を持つことになる」という文言です。それも事実です。74歳までと比べると75歳以上では確かに認知症の発生率が高くなっている。実際に85歳以上の4人に1人は認知症というデータもあります。でも逆に、85歳を過ぎても4人に3人は認知症ではないということです。それを症状の軽重にかかわらず、「多くの高齢者に認知症の問題が見られる」そして、「後期高齢者はこの制度の中でいずれ避けることのできない死を迎えることになる」と。ここで完全にカンカンです。だれがこの制度をつくってくれなんて頼んだかつて。いかにも世の中の厄介事がすべて75歳以上のせいだとばかりの冷たい言い捨て方に感情的になったのです。

——保険料でも天引きなどの問題がありました。

樋口 私は高齢者も応分の保険料負担をすべきだという考えです。現役並みの所得がある人はもちろんのこと、低所得者であっても、もちろん基礎年金だけでは生活費に足りないぐらいですが、ほんの気持ちだけでも負担すべきだと思います。これまで同じ高齢者でも立場によって負担は不公平でした。同じ50歳の息子を持っていても、その息子が大企業の社員であれば被扶養者として保険料を免除される一方、大工の棟梁だったら国保ですから、かなりの金額を



払わなければならない。

今回はすべての75歳以上がこれまでの保険制度を脱退して、個人として加入します。社会保障の個人化という意味では一つの進歩だと思えますが、そのやり方があまりにもつれない。一片の通知で子どもの世帯から引き離され、奥さんが72歳で夫が76歳だと夫婦別れになる。塩川正十郎先生さえお怒りになられたのもごもつともです。あらゆる属性を全部取り払って、いきなり75歳で線を引くことを相談もなしにやられた。あまりに乱暴ではあるまいか、ということです。

そこへ介護保険のように年金からの保険料天引きをやった。それは禁じ手で、介護保険は新たな負担がある代わりに、高齢者にとって最大の不安だった介護を、社会がサービス給付してくれる。その見返りがあったわけです。しかし、後期高齢者医療制度は何もいいことはない。見返りも何もないなかで年金から天引きする。これを「やらざるふたくり」と言うのであって、怒るのは当たり前です。

ですから修正や凍結がつづき「後期高齢者医療制度の迷走」になったのだと思います。

高齢者の核家族化が進む中 在宅中心の政策は疑問

——財源も厳しさを増しています。新しく制度をつくるにしても大変なことだと思います。

樋口 私は昨年、福田内閣のときに組織された社会保障国民会議のメンバーに指名され、そこで子育てから高齢者に至るまでの国際的に通用するデータを精選して出してもらいました。すると、若年世代を1とした75歳以上の医療費は3.8でした。ドイツは3.4です。高齢者の比率が日本のほうが少し高いことを思えば、ドイツも日本もほぼ横並びです。だから、かまびすしく言われるほど日本だけが高齢者に医療費をかけているわけではありません。しかし、高いのは事実ですから、どのように各世代間で負担し合うかとなると、消費税増税が必要と私は思います。

ただ、これは前例がないことですから、きちんとデータを示して、それこそ今度は感情的にならずに、冷静に一から論議して作り直すべきだと思っています。

——樋口先生は介護保険制度の提唱者であり、介護を社会化しましたが、いまの在宅政策は社会化を

なし崩しにして家族に戻そうとしているとおっしゃっていますね。

樋口 とにかく医療にも介護にもお金がかかる。だから社会保障国民会議では、どれくらい必要なのかをシミュレーションし



本誌編集人 谷野勝之

て試算しました。その結果、社会保障国民会議全体の方向としては、「消費税増税はやむを得ない」というニュアンスで終わっています。だけど、私はもっとサービス量が必要になると思います。その根拠が家族構造の大きな変化です。

介護保険が国民的な議論になったのは1995年ごろです。法制定が97年で、施行は2000年です。90年代半ばは要介護の方の家に介護をなし得る家族が少なくとも1人はいると考えてよかったです。それから15年がたち、何で昨年「おひとりさま」本がブームになったかというと、「おひとりさま」も、その前段階の「おふたりさま」も急激に増えているからなんです。80年ごろは70～80%が、90年代も半分近くが3世代世帯だったのが、この10年、15年の間に、28%と少数派になって、「おひとりさま+おふたりさま」が高齢者世帯の過半数になってしまいました。

家族のサイズがどんどん縮小し、高齢者の核家族化が進み、家族の介護力はゼロに近づいている。老老介護、認認介護の状況の中で療養型病床を減らしている。

図表1

樋口恵子氏による
〈後期高齢者医療制度7つの大罪〉

- ①「線引きの罪」
- ②「天引きの罪」
- ③「説明責任不履行の罪」
- ④「当事者不在の罪」
- ⑤「名称の罪」
- ⑥「勤労意欲削減の罪」
- ⑦「運営責任不明の罪」

そのほかに「主治医制度曖昧の罪」、「障害者差別の罪」、「ターミナルに関する国民的議論粉碎の罪」、「共感と敬意不在の罪」、「事務ミスだらけの罪」等々

これは財政を軽減するためだけの理由でしかないと思います。そこにしかいられない人たちが多いのに、在宅に戻してどうするのか。たった1人いる高齢の配偶者に、吸痰から排泄の世話までできるんですか。

「野垂れ死に」に対して、私は「家垂れ死に」と言っています。孤独死、心中、介護殺人は増えています。いま家族のかたちが大幅に変化して介護力がなくなっているときに、まだ在宅といっているのは疑問です。

制度が機能していなかったから命が助かった

——医療サービス面では、その人の計画をつくって、指導しながら評価をしていく高齢者担当医がありました……。

樋口 それが問題なんです。いまその制度の根幹をあいまいにして、だれも本気でやらないから収まっているのです。

かかりつけ医というのは、理念的には反対ではありません。今でも地域の実態や家族構成まで知り尽くしたお医者さんがうまく対応している例はあります。しかし、後期高齢者医療制度がきちんと機能していたら、私は今ここにいなかったと思います。

今年の4月28日、大病を患いました。体に違和感があって、お腹に風邪が来たのだと思って風邪薬を飲み、安静を保ちました。これでたいい治るはずなのに、むしろだんだん募ってくる。それで近所の開業医で診てもらいました。血液検査一つするわけではありま

せんが、その先生は名医で、「風邪とは違うようだけど」と言いながらも風邪薬をくれて、2～3日様子を見ることになった。それでも何ともいやな感じがまったく治まらず、じわり、じわりと強くなるのです。幸い、娘が医者なので相談すると、明日から連休に入るから、今夜のうちに勤務する病院に来るように言うのです。夜中に自家用車で行き血液検査をしたところ、白血球が3倍、炎症反応10倍です。CTを撮り、胸腹部大動脈瘤の腫脹ということがすぐにわかりました。こんな大手術は一般の総合病院では無理なので、近くの循環器専門病院にコンタクトをとったら、「すぐ救急車で搬送してこい」と。夜中12時近かったと思いますが、即座に手術となり、4時間かけて人工血管に3本置き替えたのです。それで何とか生き延びて、いまはこの程度に元気になりました。

——制度が機能していなかったから助かったわけですね。

樋口 私は今度の病気で日本の医療制度がどんなにすばらしいかを一方で痛感しました。

胸腹部ですから背中が輪切り、胸はかき裂き、すごい傷跡の長さです。保険点数は傷跡の大きさで決まるということなので、ざっと200万円ぐらいはかかるものと思い、預金を下ろしに行く準備をしていた。それで手術

代はいくらかと請求書を見たら500万円ほど、一番下の請求額を見たら、13万5000円です。「何、一桁間違っているのでは?」と思いながらも、とにかく支払った。だけど、よくよく調べてみると、70歳以上は特に優遇されているようですが、高額療養費制度があって、8万100円+総額の1%だということです。

日本はこのような医療制度を国民の血を流すような闘争もなく、つくってきた。私は感涙にむせばんばかりに感動しました。

その一方で、もし後期高齢者医療制度が100%機能していたら、私は主治医に行く。そして、「血液検査をしていただけないでしょうか」と言うと、「紹介状を書きましょう」とするうちに、1～2日がたつ。血液検査で少し変だとわかれば、今度はCTの検査ができる病院へ紹介される、1週間ぐらいすぐ過ぎる。運が悪ければ破裂して死んでしまいます。74歳までなら助かり、75歳になった途端にぐるぐる回されているうちに死ぬかもしれない。人間の命をそんなふう年齢で区分けしていいものだろうかと思うのです。

図表2 新制度検討にあたっての6原則

- ①後期高齢者医療制度は廃止
- ②「地域保険としての一元的運用」の第1段階として、新制度を構築
- ③年齢区分はやめる
- ④市町村の国民健康保険の負担増に配慮
- ⑤保険料が急に増加したり、不公平にならないようにする
- ⑥市町村国保の広域化につなげる

※2012年度末を廃止の時期として、2013年から新制度へ移行する方向

最初に患者を診る医者 の診断能力が求められる

——民主党は2013年から新しい制度に変え、年齢による区分はなくすといっています。

樋口 今度、社会保障審議会の医療保険部会に私と全国老人クラブ連合会の見坊和雄先生の2人が高齢者枠で加えられましたので、そのような審議にも多少はかかわれると思っています。

前の見直しの検討会で出た意見で、私は必ずしも賛成しなかったのですが、「介護保険は65歳でだれも怒らないのであれば65歳で区切ったらどうか」という意見もそれなりに有力なものでした。その代わり介護保険と医療保険をそこでドッキングさせてしまうわけです。一つの案としてこういうこともありうるだろうと思います。

——高齢者医療では、どのような視点が欠かせないと思われますか。

樋口 家庭医やかかりつけ医のような制度はうまく実行されれば悪くないと思っています。ただ、それによって診療アクセスを制限するならば、その前に「国家百年の計」とまでは言いませんが、家庭医、かかりつけ医の養成をしっかりと行い、20年後に実現させる、長期的な計画が必要です。まずは医者養成です。いまだに日本の医学部全体の老年科専攻はわずかです。医学教育のありようを根本的に見直すことが必要だと思います。

——高齢化はますます進んでいきます。開業医に求めることは。

樋口 年をとりますとあちこちに故障が出ますから、それぞれの専門にうまくつないでくださる方が



求められます。

ある会合で知人に大病したことを話したのです。するとその方のご両親の話になった。お父様は身体がしびれて、頭が痛くなって開業医にいったら、医者は「お年ですからそういうこともありますよ」と、帰されてしまった。その翌日に脳梗塞の発作を起こして亡くなってしまったのだそうです。お母様も、「お腹が痛い、お腹が痛い」と言ったのに、「様子を見ましょう」で、薬をもらったけれども、夜中に猛烈な痛みとなり救急車で運ばれたそうです。こちらは虫垂炎の重症化です。そういう話は山ほどあるわけです。


患者に対して丁寧で、聞き上手であって、患者に共感できる人でなければ医者になる資格はないと思っています。だけど6年もかけて、その後また2年も研修する。その教育に、国立大学でも私立大学でも国民の税金が投入されていることを考えれば、きちんとした医者としての専門性を持っていただきたい。少なくともファーストステップで診察する医者は区分けできる程度、あらゆる病気に通暁してほしい。

誤診とか手遅れのために取り返

しのつかない障害を一生持ってしまう人が結構います。死んでしまう人もいるわけです。

——開業医は幅広い知識と洞察力が必要で、それを病院は高い専門知識と技術で支えるわけですね。

樋口 今の病院ですごいですよ。私はちょうど11日間、人心地つかなくて生死の境をさまよっていたんですが、術後8時間でICUは出されてしまう。16時間くらいで、もう尿道のカテーテルなどすべて抜かれて、「起きて体重を測れ」と。そして「立ってトイレへ行け」です。1日たったら今度は、外科医が3人くらいで青竹を振り回さんばかりの剣幕でやってきて、「起きろ、歩け」です。「鬼軍曹」という名前を付けたんです(笑)。

だけど、それがなければ寝たきりになったかもしれません。だからリハビリの打ち切りは、多田富雄先生のお怒りはごもっともです。民主党になってどう変わるかわかりませんが、「後期高齢者医療制度に怒っている会」はどうやら解決しそうだから、今度は「リハビリ短縮に怒っている会」を多田先生と一緒につくろうかと思っています(笑)。(平成21年10月15日/構成：本誌編集部 柿崎法夫) 

「公平の観点からの議論」について（再確認）

平成22年1月12日
高齢者医療制度改革会議
委員 堂本あき子

1. まず最初に御礼

- 前回（第1回）の会議で、高齢者の保険医療制度を構築する際のポイントは「負担（感）の公平」であると申し上げました。
- 本日、「公平」のあり方について、議論のポイントにさせていただき、また詳しい参考資料を提示していただき、感謝と御礼を申し上げます。
- 以下の内容は、前回の発言内容を踏まえ、今回の資料を拝見する中で、もう一度、考え方を整理してまとめたものです。

2. 議論の手法・順番について一言

- 高齢者の保険医療制度の問題を考える際、委員一人ひとりの立場で関心ある論点から議論するべきではないと思います。例えば、運営主体の問題（特に県と市の関係）、年齢区分の問題、保険料・財源調整や自己負担額、医療費の適正化（抑制）の問題は、とても重要なポイントですが、同時に関係者間の利害が激しく対立する問題です。
- したがって、これらの利害の対立する論点から入ってしまうと、この会議が本質的な議論する場ではなく、利害調整の場、すなわち妥協点を見出す場となってしまいます。
- 日本は、世界に誇る国民皆保険制度を構築し、それを維持してきた国です。国民皆保険制度は、国民一人ひとりの「連帯」を基礎として、誰が得をしたとか損をしたとかの議論ではなく、お互いが支え合う気持ちで成立するものです。この国民皆保険制度をこれからも維持し発展させていくためには、国民の「連帯」が不可欠であり、

「連帯」の前提にあるのが「公平」です。「公平」なくして「連帯」はあり得ず、国民皆保険は砂上の楼閣となってしまいます。

- 昨年8月の歴史的な政権交代を踏まえると、この会議、そして私たち委員一人ひとりのミッションは、従来のような対立軸の利害調整をすることではなく、また妥協の産物を探すことではなく、まずは一人の国民として、またこの分野の専門家として、国民や保険者等の誰もが「公平な制度である」、「こういう財源調整であればやむを得ない」と思ってもらえる考え方（制度設計の根幹）を持つことだと思います。その上で、関係者毎の利害調整を図りながら、医療費の総額（グロス）を国民負担の可能な額に適正化していくことも必要な議論であり、そのための妥協点を見出すために、汗をかかなければならないこともあると思います。
- その際、現実には難しいかもしれませんが、過去や現在の制度を前提とせず、また各々の利害やかつての議論の経緯を前提とせず、「真っ白な頭」で、「何が公平な制度か」を考えてみる必要があります。そこで生まれた理想的な姿とこれまでの制度の議論がどのようにかみ合うのか、現実的な制度設計として可能なのかについて、勇気と志をもって挑戦していくことが、私たちの果たすべき役割だと信じています。

3. 公平の論点とは何でしょうか？

- 高齢者の保険医療制度を議論する場合の「公平の論点」としては、高齢者が若い世代に比べて医療にかかる頻度が多くなり、一人あたりの医療費が増えるという面、そして高齢者の数が今後急速に増加するという面、この両面を捉えて、増え続ける高齢者の医療費を誰が負担するのか、言い換えると、誰がどのように負担することが公平なのか、ということに尽きます。
- 高齢者の医療費を誰が支払うのかということについては、大雑把には、①公費（税金）、②医療を受ける際に高齢者自身が支払う自己負担、③若い人や高齢者それぞれが支払う保険料と保険者間の財源調整の3つに分けられると思います。
- この中で、②高齢者の保険料や自己負担については、これまでの経緯と私たちの経験の中で、年金額等を想定すると常識的に考えることができるはずです。（議論が容易だと思います）。
- したがって、残された①公費（税金）と③保険料と保険者間の財源調整をどう考え

るかが重要な議論となりますが、一つの考え方として、全ての医療費を公費（税金）でまかなうということが考えられます。しかし、この場合は、医療費を誰（本人）が払うべきなのか、またどういうグループ（保険者）にこの本人が所属していることにより、そのグループがメリットを享受しているのか（報償責任）といった点を見逃した形式的平等（実質的不平等）を招くこととなります。国民が抱えている税負担の不公平感の中に、医療費負担の不公平感をも抱え込むことになり、国民の社会保障や税制度への不公平感が増大してしまう結果をもたらしてしまいます。

- すなわち、私は、①と③は相対立する問題ではなく、①公費（税金）は、③保険料と保険者の財源調整における「負担の公平感」を担保するための緩衝剤の役割を担うことになると考えています。
- ③保険料と保険者の財源調整が、「負担の公平感」を議論する上で具体的なポイントであり、この点こそ、誰もが平等に負担していると実感できる制度としなければなりません。負担すべき額を負担できる額に調整・圧縮することが、公費（税金）の果たすべき緩衝剤としての重要な役割の一つと言えます。
- 以上、①②そして③の問題について、私見を書きましたが、一つの参考として「公平の観点」からの議論を進めていただければ幸いです。
- なお、公平の議論の際に、よく世代間の公平ということが問題になります。しかし、今は若い人でも時の経過とともに必ず高齢者になります。ある時点で高齢者の方も、若い時にはその当時の高齢者のために必要な負担をしてきたと言えます。将来も同じことが続くのです。そういう連続的な被保険者の立場の変遷を抜きにして、ある時点、その一時点だけを捉えた「世代間の負担の公平」という議論は無意味です。生涯を通じた視点を持った場合、制度設計上に世代間の問題は存在せず、残されるのは高齢者の中でより支払うことができる高齢者（言い換えると若い世代と同様の活動をしている方）に、どの程度負担を求めるべきなのかという問題です。

4. 公平を具体的にどう考えますか？ 一まとめとして3つの提案一

- ここは、次回（3回目）以降の主な議論と思われる。そして議論の主戦場は、前述の③保険料と保険者間の財源調整になるはず。この点こそ、被保険者一人ひとり、また各保険者の負担の公平を担保し、不公平感を拭いさることができるかが課題です。

○ 委員の皆様には三つの提案があります。

第一の提案は、この議論をする際には、最初の間は、各委員の出身母体の利害を超え、一人の国民としてまた一人の専門家として、過去や現在の制度、そして検討経緯はとりあえず横に置いておいて、「頭を真っ白」して、何が一番公平なのかについて考えませんか、ということです。このような観点から議論していく中で、各々の立場による利害の調整と妥協を考えていきませんかということです。誤解をおそれずにあえて申し上げますと、「真実」と「正義」からはずれた制度は、長続きしません。その制度の中に、本質的な不公平や不満感を内在してしまうからです。

○ 第二の提案は、負担の公平の議論を考える際に、国民の一生涯を見据えた負担を考える議論をしませんか、ということです。「3. 公平の論点とは何か」で書いたことの繰り返しになりますが、今は若い人でも将来は必ず高齢者になります。またある時点で高齢者の方も、若い世代にはその当時の高齢者のための負担をしてきたと言えます。この構図は将来にわたって、それぞれの世代が平等に受け継いでいくのです。一時点だけを捉えた「世代間の負担の公平」という議論は無意味であり、「世代間の負担の公平」という議論は存在しません。平均的な国民一人ひとりが、一生涯を通じて、いつ、誰のために、いくら医療費を負担するべきなのか（若い時に誰のためにいくら払うのか、その受益はいつ受けるのか）を考えると、このことは自明の理だと思われまます。

○ 第三の提案は、高齢者の医療費を誰が負担するべきなのかを議論する際の最大の論点である保険料・保険者間の公平（財源調整）の検討にあたっては、その高齢者がそれまでの人生において、どのグループ（保険者）に属していたのかを可能な限り正確に反映できる制度にするべきではないですか、ということです。人が生活し活動する場面においては、それが地域社会であれ、企業社会であれ、その人がその社会にいることにより、その社会は必ず利益をあげているはずで、そうであれば、その人が高齢になってからの医療費も、その社会が受けた利益に応じて支払うことが公平なのではないでしょうか。この点について、形式的・機械的な計算式で財源調整をするのではなく、報償責任の原理に基づく代位責任が担保される計算式こそが議論されるべきと考えます。

前回（第1回）の会議においては、一例として、医療保険制度の加入歴に応じて按分される給付される方法を申し上げました。被保険者一人ひとりの過去の保険制度への加入歴を正確に反映させることは困難だと思われまますが、この基本的な考え方を踏まえ、財政調整する場合に、どういうデータと計算式を用いれば最も近似の結果となるかを考えることは可能です。

5. 形式的公平のみならず、実質的公平までを目指すべきです！

- 最後に、私がお願いしたいことは、この会議の議論を通じて、国民一人ひとりの実質的な公平を目指したいということです。
- 「4. 公平を具体的にどう考えるか」の提案が仮に実現したとしても、まだ実質的公平が十分には担保されていない制度設計と言えます。高齢者の保険医療制度の設計論だけを考えた場合には、公平が担保されていると言えますが、その前提として、私たち国民一人ひとりが、本来加入すべき保険者に属しているのかという問題が残っています。この点があいまいのままに残ると、保険者に対して、実態に合致しない報償責任を押しつけることになってまいります。
- この問題の解決は、この会議の究極的なミッションではないかもしれませんが、損得ではなく誰もが納得できる制度を構築していく上で、避けることのできない議論です。委員の皆様、厚生労働省の政務三役の皆様、厚生労働省その他関係する省庁の皆様、大変難しい問題かと思われませんが、勇気をもって果敢に挑戦し、ともに国民の負託に応えていくことができればと願っています

以上