

宮武委員配布資料

15。(ウチノコト000444)の扉下、オ
 ン田コトの壁に描かれた「昔
 田」のウチノコトの壁に描かれた
 手紙の文面には、手紙の文面には、
 手紙の文面には、手紙の文面には、

手紙の文面には、手紙の文面には、
 手紙の文面には、手紙の文面には、
 手紙の文面には、手紙の文面には、
 手紙の文面には、手紙の文面には、

手紙の文面には、手紙の文面には、
 手紙の文面には、手紙の文面には、
 手紙の文面には、手紙の文面には、
 手紙の文面には、手紙の文面には、

手紙の文面には、手紙の文面には、
 手紙の文面には、手紙の文面には、
 手紙の文面には、手紙の文面には、
 手紙の文面には、手紙の文面には、

手紙の文面には、手紙の文面には、
 手紙の文面には、手紙の文面には、
 手紙の文面には、手紙の文面には、
 手紙の文面には、手紙の文面には、

手紙の文面には、手紙の文面には、
 手紙の文面には、手紙の文面には、
 手紙の文面には、手紙の文面には、
 手紙の文面には、手紙の文面には、

手紙の文面には、手紙の文面には、
 手紙の文面には、手紙の文面には、
 手紙の文面には、手紙の文面には、
 手紙の文面には、手紙の文面には、

現場を解く

● 聖徳太子の遺言 ●

聖徳太子の遺言
 聖徳太子の遺言

日以降は後期高齢者医療制度へ移ったものの再手術を受け、さらに50万円かかった(同)。

こんなケースはどうなるか。

両制度で使った医療費を合計して高額医療費の上限を適用する仕組みにはなっていない。患者は両制度に各4万4400円を払う。通常の倍額になるのだから、確かに患者・家族にはどうにも説明しにくい。とりわけ低所得者にとつては切実な二重取りである(表参照)。

ちなみに既存の保険制度間でも被保険者の移動期にぶつかると同じ矛盾が生じている。診療報酬請求の電子化を進めながら是正を図るべき課題だ。

高齢者担当医の資格とは？

原則75歳以上を対象とする独立制度になって、診療報酬も独自の体系・内容を自由に盛り込める。代表例の1つが「後期高齢者診療料」(月額6000円)である。

高血圧、糖尿病、高脂血症、不整脈などの慢性病患者を対象に患者の同意を得て算定できる。

開業医が患者に「あなたはインスリ

表 70歳以上の自己負担限度額 (高額医療費支給制度)

限度額	月額医療費	
	外来(個人単位)	外来+入院(世帯単位)
現役並み所得者 (課税所得145万円以上)	4万4400円	8万100円+(医療費-26万7000円)×1% (多数月該当は4万4400円)
一般	1万2000円	4万4400円
低所得者 (所得20万円以下)	II	2万4600円
	I	1万5000円

ン投与で費用がかかるから、こんな制度を使つてはだめですよ」と論ず。そんな場面が某民放テレビで放映されていた。

包括払いの対象は医学管理、検査、画像診断、処置で、薬や注射は含まれない。医師側は先刻ご承知のはずだが、こんな発言に患者・家族たちは惑わされる。

当然ながら病状の急性増悪期に実施した検査、画像診断および処置のうち5500円以上かかった医療行為は別に請求できる。それにしても病状はいつ悪化するか、分からない。月の途中

でも、この診療料自体を中止して出来高払いに切り換えられるのか。正解は「翌月」まで待つて出来高に切り換える。

この程度は常識的に判断できるのだが、もともと研修を受けた「高齢者担当医」を条件に設ける包括払いのはずだった。

長年にわたり在宅医療・地域医療に取り組む医師にとつては、いまさら研修でもないだろう。しかし、大半の開業医は診療所で患者を待つだけの現状ではないか。

日本医師会の反発で「認知症サポート医養成研修」等の受講が条件になったが、受講の確認方法もあいまいなまま見切り発車された。

厚生労働省がこの種の研修まで一律に押しつける必要性はないのかも知らない。その代わり、日本医師会が自主的に「かかりつけ医」にふさわしい知見や技術の取得機会を設け、患者・家族向けに公表・推薦してほしい。

◎宮武剛(みやたけこう)

早稲田大学政経学部卒。毎日新聞社・論説副委員長、埼玉県立大学教授を経て、現在、目白大学教授。近著に「健康保険の再出発 医療を変える・福祉も変わる」保鮮同人社。

● 後期高齢者医療制度 ●

修正は可能か、 改造は可能か

世論も与野党もあけて後期高齢者医療制度の改修や白紙撤回を求めつつある。何を、どう修正するか。廃止ならいったいどんな対案があるのか。

激しい反発の主因は何か

当事者の75歳以上を中心に、これほどに強い批判が渦巻くのはなぜか。

新しい制度へ強制的に引越させられた戸惑い、周知不足のうえ大量の保険証が届かない事務的ミスも多発した。年金からの保険料天引きに対する

抵抗、その保険料は従来に比べ高いのか、低いのかも分かりづらい苛立ち、保険料算定のミスまで加わって事態は悪化した。

しかし、根本的には75歳以上が一律に別扱いされることへの反発ではないか。

社会保険は年齢、性別、所得レベル、有病率などの差を超え、できるだけ多くの人々が集まり、支払い能力に応じて負担し、ニーズに応じて給付されるシステムである。この理念と機能から

考え、75歳以上のみで作る新制度は異例の設計であった。

この素案が発表された際、筆者は「75歳以上を巨大な病院船に収容するような制度ではないか」と、批評したのを思い出す。もちろん前例のない制度設計を迫る時代と環境にあることも事実だ。

75歳以上人口は2005年の総人口比9・1%から35年には20・2%へ急増し、その医療費の調達方法は「国民皆保険」を維持するための最難問に違いない。

75歳以上・未達の統合化

政府・厚労省の「超高齢社会を展望した新たな制度体系」の狙いは、①新制度によつて高齢世代と、現役世代の負担を明確化・公平化する、②各保険制度とも都道府県単位を軸に再編・統合を進め保険財政の安定化を図ること。

確かに75歳以上の保険料は1割、各制度からの支援金4割、公費5割の負担割合が確定され、県単位で全市町村参加の広域連合によつて運営される。同時に75歳未満対象に変わった市町村国保には「保険財政共同化安定事業」が

導入され、レセプト一件月額30万円超は県単位でまかなわれる。つまり県内医療費の約40%がカバーされ、事実上の広域連合化への第一歩とも言える。

この流れに沿って先行きのあるべき制度設計を考えてはどうか。

75歳未満も県単位の広域連合に運営を移管し、75歳以上のドッキングを図れないか。その際、市町村ごとに異なる75歳未満の保険料体系も県単位の統一できないか。75歳以上に対する負担割合は財政調整策として残すか、新たに全年齢対象の公費補助や支援金を設けるのか。

難しい作業だが、責任ある保険者を確保し、給付と負担の連動を強めながら75歳以上を別扱いしない地域保険の近未来像が浮かぶ。

高知県による広域化の提案

高齢化や人口減少を背景に市町村国保の運営はますます厳しくなっている。最近、高知県は「国保事業の事務の広域化」を提案した。

現状では①高齢者、低所得者が多く保険財政は脆弱で、財政規模も小さく運営は不安定、②個別の市町村では煩

雑な事務やシステム改修・維持に対応が難しい(要旨)。

このため県内34市町村で構成する広域連合を組織し、資格・給付・保険料賦課などを一元的に共同化する。ただし各市町村の担当職員は広域連合職員と併任させる。

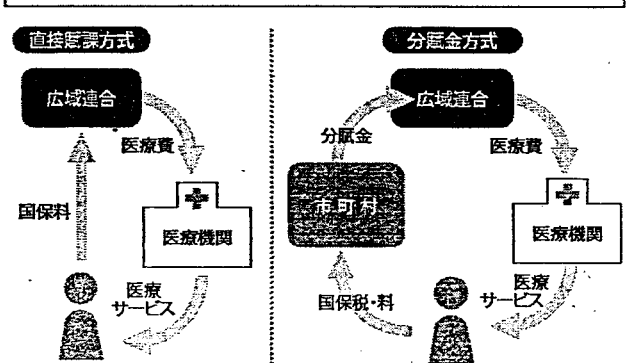
これにより運営基盤の強化・安定や人件費・システム費等のコストを削減できる。さらに最難問である市町村ごとに異なる保険料についても複数案を検討している。

①「直接賦課方式」で全市町村の保険料を統一すると、負担の平準化や財政基盤の安定化を図れるが、広域連合には課税権はなく国保税を国保料に切り換えたり、負担増の市町村が出たりする。

②「分賦金方式」で市町村が独自に国保料・税を定めると、広域連合への分賦金の支払いが義務付けられ納付率は100%になり、各市町村の単独事業や減免も維持できる。しかし、財政基盤の安定化には繋がりにくい(図参照)。

なお、模索の段階ながら県単位で広域連合を目指す意義は大きい。この提案を後期高齢者医療制度も含め近未来

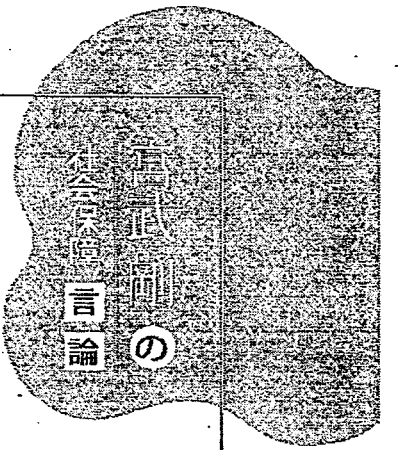
図 保険料の賦課方法 (イメージ図)



「高知県国保広域化勉強会」資料より

の地域保険像を描く契機にしたい。高齢者の怒りを怖れ、わずかな保険料軽減や徴収猶予の延長など小手先の対応では先行きを切り開けない。大事なものは、国民皆保険の基盤である「地域保険」をいかに再生・持続させるか、に焦点を絞ることだ。

宮武 剛(みやたけ 剛) 早稲田大学政経学部卒。毎日新聞社・論説副委員長、埼玉県立大学教授を経て、現在、目白大学教授。近著に「介護保険の再出発 医療を変える。福祉も変わる」保健同人社。



●後期高齢者医療制度●

よみがえる論争と 仕切りなおし

日本医療機構の世論調査で、反対派は「廃止」(28・5%)と「新制度をつくる」(13・9%)に分かれたが、新制度の中身は不明である。日経調査では「分からない」が2位。具体的な代案がない現状に世論は戸惑っている。

時計の針が十数年戻る

対象者の大半が猛反発した後期高齢者医療制度が発足して1年、矢継ぎ早の手直しで世論は変化したのか。制度自体の見直し作業はどう進むのか。

昨春の嵐は収まったのか

日本医療政策機構の世論調査では「細かな点を修正し、現行制度の骨格を維持」(40・3%)と「現行制度の維持」(8・5%)で、賛成派がほぼ半数を占めた(有効回答1016人)。

日経新聞の意識調査では、「廃止」(32%)、「分からない」(29・4%)、「現行

制度の存続」(20%)、「見直して存続」(17・3%)の順だった(有効回答、1407人)。

厚労省幹部は「一定の理解を得られつつある」と、一息つくのだが、「休火山」に過ぎない、との見方もある。

1人当たり年額の保険料は全国平均7・2万円から特別対策で約6・5万円に値引きされ、国民年金79万円の単身者は同6200円、厚生年金201万円の平均的な受給者でも同5万1600円。ゴースカウントが反発を和らげたのか。ただし、軽減策は基本的に期限限定のほずで、先行きはどうか。

見直し作業は二本立てで進む。舛添要一・厚労相が指示した有識者で構成の「高齢者医療制度に関する検討会」と、自民党の社会保障制度調査会医療委員会である。

筆者も一員の有識者会議は3月17日、「議論の整理」をまとめた。

代表的な主張は、①75歳で区切る現行の独立型を改善しながら維持、②年齢区分をやめて各制度の年齢構成の相違による負担の不均衡を全年齢で財政調整、③国民健康保険を都道府県単位に集約し、75歳以上の後期高齢者医療制度を包含する設計に切り換える(いわゆる「県民国保」構想)。その際、④65歳で区切り、後期高齢者制度と同様の

財政調整を行なう、あるいは⑤65歳以上に対する支援額は、国保と被用者保険との間で加入者数によって均等に分け、各被用者保険制度側では保険者の財政力に従う応能負担でまかなう。

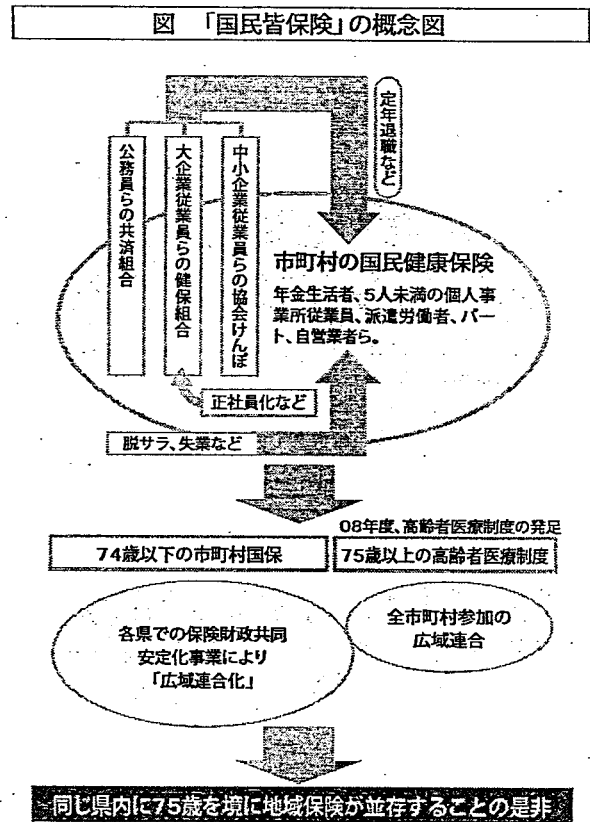
10数年前の論議に似て意見は複雑に分かれ、各案ともに長所と短所を抱え、関係団体の利害も錯綜する。

地域保険の再構築を最大の課題に

当然ながら「皆保険体制」を守り、育てることに異論はなかった。その体制は、市町村国保という大地状に広がる基盤なしには成立しえない。被用者保険は大地に林立するビルのような存在で、急速な高齢化が、このビル群から大量の定年退職者を送り出し、さらに深刻な不況が失業者らを追いつけ出す(図参照)。

収入は乏しく、支出はかさみ、小集団の多い市町村国保をいかに補強するか。その一案として筆者らは都道府県単位への再編成を提案した。保険者が県単位になれば、県単位に創設された後期高齢者制度と75歳以上を別扱いし

図 「国民皆保険」の概念図

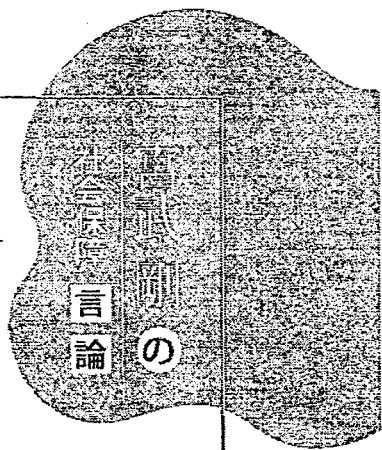


ないで済む。もちろん有識者の検討会でも、住民に身近な市町村が医療に責任を持つべきである、との主張も根強くあった。

しかし、十数年前と違うのは、高知県や京都府から国保の県単位化を模索する提案が出始めたことだ。全国市長会、町村長会も目標は全制度の一元化ながら、その1歩として国保の県単位化を目指す。今後急速な少子高齢化が、この動きを加速するに違いない。

自民党の医療委員会は、4月上旬にも方向性を示し、選挙向けマニフェストに盛り込むようだ。具体的な見直し案は9月を目途にまとめる、という。総選挙後の政権がどう変わっても、地域保険のあり方が問われることに変わりはない。

◎宮武 剛(みやたけ こと) 早稲田大学政経学部卒。毎日新聞社・論説副委員長、埼玉県立大学教授を経て、現在、目白大学教授。近著に「介護保険の再出発 医療を変える・福祉も変わる」(保健同人社)。



●市町村の国保●

高齢・無職

低所得の三重苦

08年度から75歳以上の約1300万人は「高齢者医療制度」に引越し、「無職」世帯の比率は変わるものの、地域保険を年金生活者中心に組み立て直す時代を迎えた。

9県は軽減世帯がほぼ半数

その年金生活者には低額の老齢基礎年金(国民年金)の受給者、無年金者が少なくない。また、被用者でも、零細事業所の従業員、派遣・パート・有期契約などの勤め人でありながら勤め人扱いされない低所得者が目立つ。

一世帯あたりの平均所得は166.9万円、前年比2000円増だが、中期的には通減傾向にある。一世帯当たり平均保険料・税(調定額)も前年度より微増して年間14.6万円、負担率(所得比)は8.72%だった。

国保では、給付費の半額が租税で補助される(国費34%、市町村間の財政差などを考慮した国の調整交付金9%、都道府県の調整交付金7%)。それでも、負担率は協会けんぽ(旧政管健保)

07年度の「国民健康保険実態調査報告」がまとめられた(全市町村対象の保険者調査と約16万世帯に対する世帯調査)。その統計数値が「国民皆保険」体制の危機状況を教えてくれる。

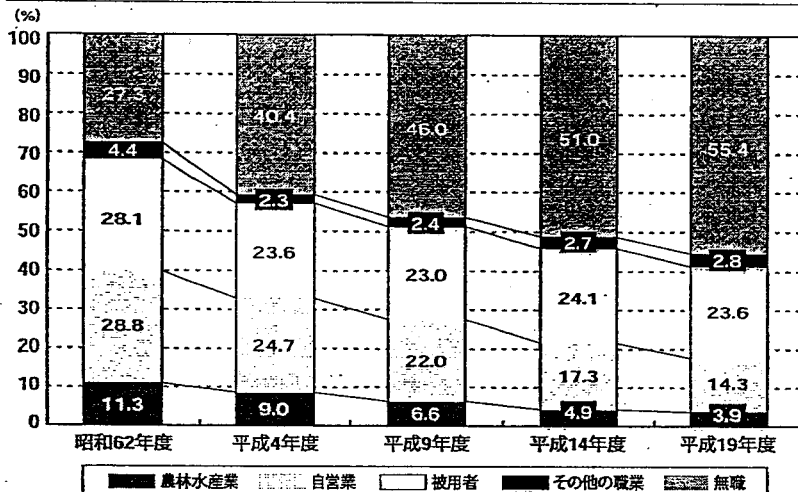
実態は、「年金健保」に变身

国保の加入者は5109.7万人(うち同業者で組織する国保組合386.7万人、07年9月末)。国民の4割をカバーしている。

市町村国保は65歳以上が加入者総数

の45.0%に達した(国保組合は同14.6%)。高齢者の急増は、世帯主の職業に反映され、「無職」世帯が総数の55.4%に上り、そのほぼ9割近い88.7%は60歳以上で主に年金生活者となった。「国民皆保険」施行1年後の1962(昭和37)年度と比べ、国保はまるで別制度に変わった観がある。当時の職業構成は、商業やサービス業等の「自営業」28.8%(現在14.3%)、「農林水産業」11.3%(同3.9%)、零細事業所等の「被用者」28.1%(同23.6%)、「無職」27.3%(同55.4%)。Ⅱ図表参照

図表 世帯主の職業別世帯数構成割合の年次推移



※世帯主は国保の被保険者ではないが、世帯員に被保険者がいる「擬制世帯」を除く

の保険料率8・2%（労使折半）と比べ、実質的に2倍強といえる。「所得なし」世帯は全世帯の27・4%を占めた。とりわけ高齢者のみの世帯では「所得なし」世帯は41・1%に上る。これ

ら低所得者の増加により保険料・税の軽減世帯は、詳細な世帯調査では全世帯の40・35%（減免も4・18%）に達している。一方、市町村対象の保険者調査によると、軽減世帯は課税対象の約25・6

く、国保では複雑な保険料を課している。基本は「所得割」、固定資産税額に応じた「資産割」、家族数に応じた「均等割」、世帯ごとの「平等割」の4方式。市町村1815のうち約8割にあたる1442保険者は、この4方式を採用し、大都市になるほど地価が高く資産割を外した3方式（328保険者）、所得割も外す2方式（45保険者）が多くなる。しかし、自営業者は少数派になり、保険料の賦課方式を再考する時期を迎えたのではないか。

5・6万世帯のうち約938・6万世帯、36・6%にとどまる。所帯調査との差は実態把握の詳細度や調査時点の違いとみられるが、それでも総数5000人未満の小規模な国保では50・4%と軽減世帯は半数を超えた。

「平成の大合併」で市町村数は劇的に減少したものの、保険料軽減世帯は小規模な保険者になるほど多く、5000、1万人未満でも45%に達した。都道府県単位の財政運営へ切り換える時代になったのではないか。国保の「今日」を示す統計は、制度変革期の到来を告げているように思えない。

保険者調査を都道府県別にみると、軽減世帯割合が5割超は鹿児島、徳島、高知、秋田、熊本の5県。北海道、島根、愛媛、沖縄は辛うじて49%台に残る。2割台にとどまるのは栃木、埼玉、千葉、東京、神奈川県、静岡、愛知の7県にすぎない。

リスク分散は至難の業

自営業者の所得把握が難し

【宮武 剛（みやたけ こう）】
早稲田大学政経学部卒。毎日新聞社・論説副委員長、埼玉県立大学教授を経て、現在、目白大学教授。近者に「介護保険の再出稼 医療を奪える・福祉も変わる」（保健同人社）。

「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厳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？ —まとめとして3つの提案—

- 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。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。

- 第三の提案は、高齢者の医療費を誰が負担す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。

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。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。

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