

北川博一氏のご著書「データで分かる病院経営の実学」の私の書評での指摘について、ヒューマンケア通信において考え方をまとめていただき、ありがとうございました。

以下、私の個人的な感想を述べさせていただきます。

## Vol. 38 新たな医療保険者のあり方(職域・地域の二本立てをどうするか)

### ① 現行医療保険制度における保険者間財政調整について(p2 関連)。

○p2 において、公費負担を増やせない中で、地域保険を財政的に支援するために、職域保険の事業主及び被保険者の負担が引き上げられている現状について、当面の対策としては理解できても、医療費の不可避的な増加について将来的に当事者間の納得を得ることが難しいことが指摘されています。

○全くこの通りだと思いますが、さらにこのような現状については、

(7)保険者がかかえるリスク要因(年齢構成、所得等)の調整には先ず公費が使われるべきであり、国・地方の財政負担の増大回避という目的のために保険者間の財政調整を大規模に行うとすれば、それは本末転倒であること

(4)保険者の中で相対的に財政力が強い保険者が苦勞して料率を引き上げて徴収した保険料を他の保険者や国・地方の財政のために使われるという構造になっており、保険者が分立・独立していることの根幹を崩していること(※1)

が指摘できると思います。

※1 次のような事例からみても、大規模な保険者間財政調整には問題があると思います。

・従前の老人保健制度が1983年の施行時には加入者按分率を50%とし、保険者ごとの高齢者割合の調整を半分程度としたこと。

・ドイツの医療保険者において、リスク構造調整を徹底した(調整対象を年齢、収入だけでなく、高額医療費の発生状況や疾患の発生状況にまで拡大した)結果、保険者間の競争を活発化させるどころか逆に被保険者から見た保険者選択の幅を狭くし、結果として2009年から全国统一保険料とするなど、保険者間の競争の活性化とは反対の結果になったこと。

### ② 社会保障連帯税の創設について(p4 関連)。

○社会保障制度の中で、基礎年金の国庫負担率が2分の1になっていることとの均衡から見ても(国家財政の現状からみた実現可能性は別として)、医療保険への公費負担は本来もっと増やすべきと考えています。

○この場合の公費財源の確保の方法としては、p4で北川さんが提案されている社会保障連帯税は良い方法だと思います。フランスの一般社会拠出金(CSG)(※2)の趣旨とも通じることがあり、国民への納得感を得られやすいという意味で現実的だと思います。

※2 北川さんの主張の社会保障連帯税は、企業に対してだけではなく、「資産課税等で個人にも求めることも可能と考えられる」とされていますので、そのようになれば、国民連帯の考えに基づき幅広い課税ベースで創設され、現に医療保険の財源に大規模に投入されているCSGと共通する部分が大きくなると考えられます。

③保険料徴収と給付の主体を区分すること及び地域・職域の2本立てを無くすことについて(p3~4 関連)

○新たな医療保険者のあり方に関する北川さんの考えは、「保険料徴収と医療給付を一体で行う保険者という前提を飛び越える」というものです。具体的には、市町村を徴収機構として位置付け、所得税・住民税の課税標準を用いて徴収された財源は、一旦は全国的な組織に吸い上げ、その後、公費財源を加えて、都道府県別の医療給付機構に配分されるというイメージ(p4)です。

○このようなイメージについて、保険料徴収と給付の機能を分けて議論することについては、最終的に財政問題に帰着する年金制度と異なり、医療保険においては、医療という現物サービスを医療提供体制に関与しながら、管理・評価・改善を行う機能が求められるという意味で賛成です。

○一方、保険料徴収と給付の主体を完全に分けた上で職域・地域の2本立て構造を完全に無くすことについては、北川さんからは「現状に拘泥しているから、問題解決につながるような発想が出てこない」とお叱りを受けそうですが、次の理由から躊躇を感じます。

(ア) 社会保険方式の医療保険の保険者としては、保険料負担を求める上で、被保険者が納得しやすいまとまりであることが重要ですが、保険料徴収と給付を完全に分離し二本立てを完全に撤廃すれば、同じグループとして保険料を納めることについて共通認識を持つことができる集団・まとまりが無くなってしまうこと。

(イ) 社会保険方式において、自らが保険料徴収を行うことは事業主体としての独立性の根幹ですので、保険料徴収を切り離すことは、事業主体としての独立性の消失につながること。

(ウ) 市町村の徴収機能は活かすにしても、被用者保険において現状で100%近い徴収率を維持している徴収機能が失われ、しかも事業主負担の根拠が消失すること。

(エ) 被用者と自営業者の間の所得捕捉率の相違の克服が簡単ではないこと。

(オ) 職域の健保組合は、母体企業のために被保険者の健康状態改善に向けての動機付けが働きやすく、労働安全衛生法に基づき事業主に義務付けられる職場健診等と健保組合の保健事業との相乗効果が期待できるが、そのような効果が失われること。

(カ) 保険料徴収と切り離して、医療費使用の機能を考える団体を作っても、必ずしも医療費使用について管理・評価・改善を行うことが上手く機能するとは限らないと考えられること(※3)

※3 イギリスにおいて2002年10月から完全実施されたPCT(Primary Care Trust)は税方式で運営される同国のNHSにおいて、保健省とは切り離された機関として、医療サービスの購入に加えて、患者のニーズや医療サービスの評価や標準化、これらの情報の住民へのフィードバック、保健戦略の策定等の機能を果たしています。

このPCTは、保険料徴収を行っていないので、保険料徴収と医療費使用への取組みが分離されていると言えます。しかし、このPCTについても導入以降、医療費の購入に力点が置かれ、医療サービスの質の評価等の機能が十分果たせなかったという反省から、2010年の労働党政権から保守党連立政権への移行の際に、見直しの議論が惹起されています。

#### ④今後の保険者のあり方について

○今後の保険者の在り方については、私としては、地域・職域の 2 本立て構造を維持しつつ、保険者間の大規模な財政調整を否定する考え方なので、このような考え方を前提として、国保に集中する高齢者医療費をどのように全国民が納得して負担するかについては、答が出ていません。

○強いて言えば、

(7) CSG 的な連帯税により公費財源を一定程度確保し、この公費を用いて、年齢・所得構成等により財政力の弱い保険者を支援すること

(4) 被用者 0B(厚生年金と共済組合の年金受給者)の医療費を年金受給者の年金及び被保険者の報酬に賦課する保険料により賄う「被用者年金受給者健康保険制度」を創設し、退職者の国保流入を防ぎつつ、保険料負担を求める上で納得しやすい集団を維持すること(※4)

(7) 保険者の財政単位は都道府県単位として、徴収組織としての市町村、健保組合、協会けんぽ(現在、日本年金機構が厚年保険料と一括して健保保険料も徴収している)を基本的に引き続き活用すること

が、現時点での私のイメージです。

○ただし、北川さんの考えでは、二本立て構造を乗り越えているため、既存の地域・職域間での高齢者医療費負担の偏在の問題を解決できるので、その点大変魅力を感じるのも事実です。いずれにせよ、保険者のあり方について引続き考えていきたいと思います。

※4 堤修三・大阪大学教授の持論です(「高齢者医療費重荷論を超えて一機械的公平より社会的納得を」社会保険旬報 2359~2361号(2008年)等)。

#### Vol. 39 身近なところで医療を受けたい・利用者の意識は変わるか

○北川さんの考え方に全く賛成です。P1 の「専門的なものが、全国的に「身近な存在」になることは、普通では考えられない」というのは、言い得て妙だと思います。

○「一方的に利害を主張したがる日本的な情緒主義」(p2)を克服するには、「正確な事実の提供と医療機関へのアクセス確保を充実する施策の組合せで、個別に解決していくしかない」(p3)というのに全く同感です。

○「所詮、医療機関は地域で必要とする資源の一つでしかありません。そう考えれば、都市整備・再開発の一環として、人の出入りが多い医療・福祉の拠点配置、それへのアクセス整備を考えるのは自然なことであり、医療関係者が考える解決法より、合理的なもの」(p3)という指摘も説得力があります。さすがに大津市で都市開発計画を担当された北川さんならではの発想だと思います。

## Vol. 40 サービス提供主体に必要とされる資質とその指標

### ① 現行の医療法人における「非営利」の実態について (p1 関連)

○現状の「非営利」は「剰余金の出資者への配当禁止」に重点が置かれており、「病院等の経営を主たる目的とするものでなければならないが、それ以外に積極的な公益性は要求されない」という特徴もあり、一見すると非営利とは言えないような運営実態も散見される」という事実は、現在の「非営利性」によって担保されている「公益性」は限定的な意味しかないことを示していると思います。

○そして、税制上の優遇措置や補助金の対象となること及び他分野からの新規参入を抑制できることは、利用者側の視点ではなく、提供者側の経営環境維持のための視点であることから、「非営利性」の撤廃による問題点は、「医療は生命に関わる特別なサービスであり、営利目的になじまない」という精神的な面に収斂されるのではないかと考えます。

### ② 営利性を強化して生じた医療法人経営の歪みについて (p3~4 関連)

○様々な不可避的な経緯・要因により出資持分がある社団が多く、しかも、そのような法人は相続等の事業承継時に膨大な負担が発生し経営危機に陥るとするのは、現行の社会医療法人制度では救済できない大きな問題だと思います。このような問題は、「非営利性」=「出資者への剰余金の配当の禁止」という、限定的で形式的な「非営利性」の捉え方が原因だと思います。

### ③ 「医療は営利になじまない」という精神的な障壁を如何に突破するかについて (p1 関連)。

○ 私としては、「非営利」の実態が①のような限定的なものであっても、「医療は生命に関わる特別なサービスで」とあるという精神的な面は重要だと思いますので、医療法人の「非営利性」を撤廃する場合には、一定の条件づけが必要ではないかと考えています。

○例えば、(7) 医療法の体系の中で、業務実施・業務協力等の命令を病院等に行えるようにすること(※5)等により、「医療は生命に関わる特別なサービスで」とあることに配慮した義務を病院等に課すこと、(4) 医療の質と経営の健全性に関する情報開示を推進し、医療機関の透明性を増加させることの2つの条件が担保できれば、現行の医療法人制度における「非営利性」=「出資者への剰余金の配当の禁止」=「税制や補助金制度における特別な位置付け」は撤廃しても良いのではないかと考えています。

○ただし、上記(4)に関する課題として、医療の質の利用者から見てもわかりやすく客観的な評価基準を確立すること及びこの評価基準に沿って医療の質の評価を利用者や保険者が積極的に行うような意識を持つようになること(※6)が必要と考えられます。

※5 この点は、北川さんがヒューマンケア通信 Vol. 24p3 において既に指摘されている点です。

※6 これらの点は、欧米に比べて日本での取組が遅れていると指摘されている点ですが、DPCの普及等により、医療の質の客観的評価に資する取組が進められるようになってきていますので、このような取組みが今後さらに進むことが期待されます。