

＝どのように社会保障予算を制御するのか(1)＝

平成 26 年度政府予算案の国会審議が始まります。

当該予算案の概要については、1 月 28 日付で掲載した「Report13: 借金によらない社会保障は実現するのか (<http://humancare-sys.jp/reports>)」に、まとめたところですが、今回の予算で将来が安心という訳にはいかないようです。

さて、今回の通信は、この予算案を踏まえ、子供に残す借金が大きくならないよう、社会保障予算を制御する方法について考えてみます。

(資料は、http://www.mof.go.jp/budget/budger_workflow/budget/fy2014/seifuan26/05-09.pdf)

<社会保障予算の使途と今回の効率化>

平成 26 年度政府予算案社会保障予算 30.5 兆円の主たる使途は、下表のように①事業者報酬、②個人給付、③個人負担軽減、④その他の 4 つに区分されます。(額は概ねのもの)

社会保障といえば、年金など個人給付がすぐに頭に浮かびますが、実際には、医療機関、介護事業所、障害事業所などのサービスを提供する事業者への報酬に係る国庫負担が、半数以上を占めています。

① 医療機関、介護事業所等への報酬に係る国庫負担～16 兆円程度

医療費 10.8 兆円 介護費 2.6 兆円 生活保護(医療・介護扶助相当)1.4 兆円 障害サービス費 0.9 兆円など

② 個人への現金給付に係る国庫負担～13 兆円程度

年金 10.9 兆円 生活保護(生活扶助等相当)1.4 兆円 雇用 0.2 兆円など

③ -1 医療機関、介護事業所等の利用に係る利用者負担の軽減に係る国庫負担～0.2 兆円程度

70～74 歳医療費負担軽減 18 百億円 難病・小児慢性特定疾患 1 百億円など

③ -2 医療保険料、介護保険料等の個人の保険料軽減に係る国庫負担～0.1 兆円程度

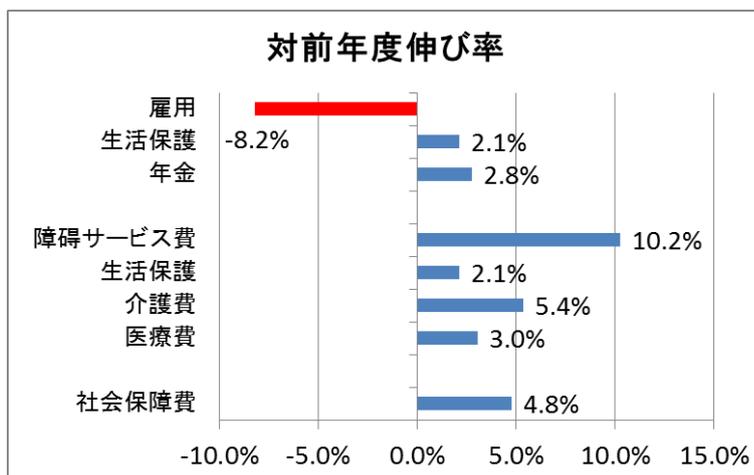
後期高齢者の保険料軽減 8 百億円 (このほか全額地方負担で国民健康保険の保険料軽減 6 百億)

④ その他～1 兆円程度

さて、①②の大型の経費の対前年度伸び率は、右図の通りですが、障害サービス費が 10%を超える異常な伸びを継続していることを除けば、2～5%台の伸びが継続している状況です。(右上図)

%でいえば、数%ですが、これが 10 年続くとして単純計算すると、医療なら 35%増(+約 4 兆円)、介護で 70%増(+約 1.8 兆円)、障害は 165%増(+1.5 兆円～今の 2.7 倍)という規模になります。

これらを租税収入の増及び保険料収入の増で賄えればよいのですが、残念ながら、消費税を引き上げる説明のために、社会保障の充実という政策増が繰り返されるようでは、その可能性も乏しいと思われま



社会保障国民会議等でも社会保障の効率化が議論されていますが、今回の社会保障関係で、実際に、制度改革で、直接的に費用削減に踏み込んでいるものはわずかです。「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」に定められた事項を淡々と実行に移しているのですが、いかにも社会保障費の増に対して、対応が遅いように見えます。

例えば、今回、効率化の中心と考えられた(と思われる)医療ですが、

ア 70～74 歳の医療費自己負担軽減措置を、新たに 70 歳になる者から適用しない。(今の軽減者は温存)

イ 7対1入院基本料算定病床の要件の厳格化やうがい薬のみの処方の保険適用除外等の合理化・効率化

ウ 医師が後発医薬品の使用を認めている場合に後発医薬品の使用を促すなど医療扶助の適正化を推進

があるくらいで、目立った記載はありません。

しかも、イについては、数が増えすぎた7対1病床から移行する受け皿づくりのために、7対1病床の要件厳格化で生じる財源と同規模の増額措置を講ずることが決まっており、医療費の削減効果はゼロです。また、うがい薬の適正化も、うがい薬以外のものを処方すれば対象外となるので実際には効果はないと考えられます。医療扶助の適正化も長年言われている事項ですが、後発品の利用程度では、実質的な効果は期待できないでしょう。

これに反して、中期的な視点で進める、病床機能の分化・連携や在宅医療の推進、医療従事者の確保・養成を図るために、新たな財政支援制度(各都道府県に基金を設置)を創設するといった当面の財政出動が強調されています。医療提供体制の再編を通じて将来の医療費効率化~そのため当面の補助等を行うことは、長年同じような手法で行われてきましたが、実際に効果を上げたという実証データの報告はありません。

この基金も、先の政権下で、地域医療再生基金として補正予算で計上されたものを継承する面があるのでしょうが、医療機関が競合する地域で、既に大型の医療機器が他病院に存在し余剰の稼働能力があるにもかかわらず、自治体病院の医療機器整備に使用され、地域の医療機器が増えたとの事例は、よく聞きます。

こうした事例の存在が、予算の説明書に、「当該基金については、国が策定する交付要綱等の中で、都道府県に対して 官民に公平に配分することを求めるなどの対応を行う予定。」と書かれた背景でしょうか、こう書くこと自体で、実際に効果のあるものかどうか「？」がつくことになります。

<今後、どのような効率化の取り組みが必要か>

「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進に関する法律」により、実施が定められているものは、当面の財政対策としても小粒なものか、中期的に本当に効率化に資するかどうか不明なものが、ほとんどではないかと考えています。歴史的に、社会保障費を効率的なもの(必要なものに手厚く財源を振り向ける)にするために、用いられてきた手法には、次のようなものがあります。

- ア 既存給付の範囲を減らす(伝統的には混合診療の議論など)
- イ 報酬単価を引き下げる(実勢取引に基づく薬価改定 診療報酬のマイナス改定・単価の見直しなど)
- ウ 給付額を引き下げる(患者負担を引き上げる)
- エ 国庫負担を他の財源に振り替える(地方負担や保険料に振り替える)
- オ 既存サービスより効率的なサービスを普及させる(今回の地域包括システムなど)

しかし、今回の予算内容を見ると、ア、エについては、一部対応が見られますが、イ、ウ、オについては、診療報酬のプラス改定や患者負担軽減、基金創設など、ア、エで得られる財源以上のものが投入されています。

消費税という特別の財源があったからなのでしょうが、こうした措置は、近い将来に社会保障財政にさらに厳しくすることを約束しているようなものであり、また、その時が来たからといって、政治的な思惑から削減が非常に難しくなるのが通例です(例えば今回の70~74歳の自己負担軽減の見直しなど)。

また、オについては、過去は訪問看護などの創設などを行ってきましたが、実際には既存サービスを温存したままで、新規サービスの拡大がなされたことから、費用の増加を押し上げた感があります。もちろん、必要なサービスが普及することは重要ですが、既存サービスの切り込みが少なかったことに要因があると考えます。

さて、来年度以降も、社会保障予算は、一人順調に伸びていくのかもしれませんが、効果的・効率的なものにどのように重点化していくのかが、お金を負担する者、将来借金を背負う者からすれば、大事な取り組みとなります。

(1) 社会保障費を議論する環境づくり

まず、社会保障予算の話は、基本的にお金の話であり、その効率化で人命が損なわれるなどの極端な議論は控えることが大事です。

世界を見渡すと社会保障制度が未整備な国はたくさんあります。私が勤務した中国でも当時は社会保障制度が未整備で、農村地区などで病院に入院しようとする年収の数倍の保証金を出さないと入院できないというシステムでしたが、地域単位での貸借制度や親戚からの借入などで賄っていました。サービス自体がないのは問題ですが、お金を回す社会保障制度がなくてもサービス提供は可能なことは、これらの実例で実証されます。

日本は、少々、豊かな時代に慣れ過ぎて、サービス提供=社会保障制度と思っているようですが、本来、これらは別に議論されるべきものと考えます。そう考えれば、お金の流れを変える社会保障制度の見直しが、即、人命に関わるなどといった議論には、つながらないはずですが。

その昔、障害者自立支援法を国会に提案した際に、ある国会議員から、「今回の負担の見直しで、何人の方が死んだか。これは自殺支援法案だ！」と、京都選出の某議員に質問されたことがあります。あまりの認識の乏しさに驚いたものです。

また、事業者に支払われる報酬を効率化する場合にも、一部事業者は、サービスが低下するなど平気で言います(流石に医療分野では余りみかけませんが)。この意見は、事業者自らが、お金によりサービスを意図的に下げると言っているようなものであり、驚くような意見です。一般の企業では、商品・サービスの質を維持・上げつつ、内部管理の努力で価格削減の努力をするか、価格を上げるにふさわしい満足度の高い商品・サービスを開発する努力をするか、いずれかですが、こうした普通の行動と発想に、この業界の事業者も立つことが大事でしょう。

これらができなければ、今回のような小ぶりの制度改正を繰り返すことになり、いずれ子供たちは巨大な借金を抱えることとなります。

(2) 事業者報酬、個人給付・負担の何を重視するか

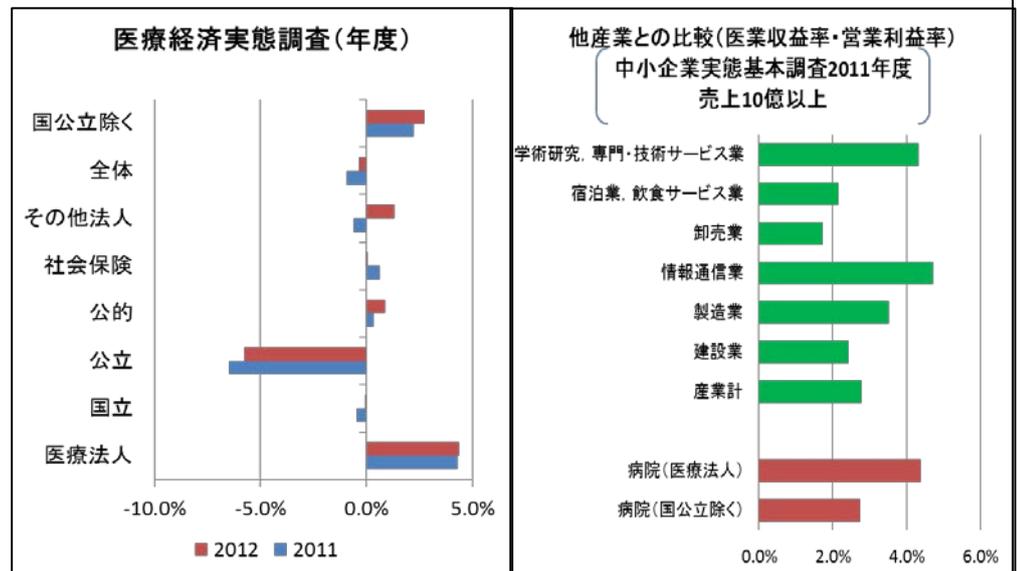
社会保障費の見直しは、お金の回り方を見直すことと割り切れれば、結局は、事業者と個人と、どちらに負担余力・効率化余力があるかという視点で考えざるを得ません。

例えば、病院の経営状況は、昨年末に公表された医療経済実態調査では、全体では損益率はマイナスですが、公立を除けばプラス(左図)であり、国立も国立病院機構に限って言えば、全体平均では4%程度の黒字です。

この黒字水準は、他の産業と比較すると、遜色ない・どちらかと言えば高い水準にあります。(右図)

しかも、施設の建設、資材の調達面では、他産業と比較すると、やるべきことは山積していると考えられます。

仮に医療費を3%削減(約1.2兆円～国庫負担で言えば3千億超)し、病院等の内部管理の努力を促すことができれば、将来の借金は、少しは減るでしょう。



また、社会福祉法人などでは、施設整備の補助等が残っている場合があります。これが過剰・高額設備投資を誘発している傾向があります。補助をあてにして設備投資・しかし自己負担があるのでこれが重い債務負担に・といった悪循環です。

このように医療や福祉の経営者は、地域の利用者(顧客)を見て経営の端緒・方針を考えるのではなく、公的に定める報酬や補助制度を前提に事業展開を考える傾向が強くなります。そこには、サービスの質の向上、提供の効率化といった視点は乏しくなるものです。こうした視点で見れば、事業者の改善余地は高いと考えられます。

一方、個人側については、今後、全体としては消費税の上昇で可処分所得が減っていくこと、無職の高齢者が増えることで経済的な差異が拡大する可能性があること等から、個人に係る給付を削減する余地は少ないような気がします。また、年金給付の開始年齢の引き上げ+雇用の継続といった手法も、現実に働く場での高齢者の状況を見るに、確かに一部には有能な方もいますが、できれば若手に変えて将来を担う者を育てたいと考えることが多く、個人的には、かえって社会の停滞を招くのではないかと考えています。こうした視点からは、既存年金受給者の給付削減以外は、別の強い副作用を産むように感じます。

しかし、個人に関しても、無原則に低所得者対策等として負担軽減措置等を講じるのは疑問です。少なくとも、制度改正に伴い、給付総額・負担総額が変化しないようなマクロでの財政中立～低所得者以外の負担の引上げを伴うこと等とセットで実施し～国庫の支出増に依存しないことが必要と考えます。最近では、医療費における患者負担のウエイトは下がり続け、社会保障財政を衰えさせる要因となっていますが、こうした原則(マクロで水準維持)があれば、負担率を維持するための見直しもでき、一定の安定確保に資するはずで、(次回に続く)