

## ＝どのように社会保障予算を制御するのか(2)＝

今回も前回に引き続いて、社会保障予算についてです。

厚生労働省の諸氏も、それぞれの部門で、強い制約条件の下、今回の予算編成に関わられたものと思いますが、先を考える時、それで十分なのか・・・と考えられたのではないかと推察します。

一つの考え方、制度改革で持続性が確保されるようなことはないのですが、「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」は、持続性確保のための十分条件ではなく、単なる最低限の必要要件と理解して、来年度には、追加的な新たな提案が出されることを期待するものです。

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

前回から続く

### <今後、どのような効率化の取り組みが必要か>

#### (3) 既存サービスより効率的なサービスを普及させる(=既存サービスを淘汰、削減する)

過去、この面での取り組みは、診療報酬、介護報酬等による経済誘導で行われてきました。

報酬は、事業者のマインドを変化させることを通じて新規のサービスを増やすには有効なのですが、場合によっては、過剰に新規サービスを発生させることになる一方で、既存のサービスを淘汰、削減することは不得手な仕組みです。

過剰発生については、古くは療養病床、最近では7対1病床がありますが、これらは報酬政策の限界、失敗の典型例です。経済誘導のために単価を高く設定し過ぎた、算定のための基準を甘く作ったなど、理由は様々ありますが、一旦増えたものを報酬政策だけで削減できないことは、療養病床や7対1病床の、その後の状況を見れば簡単にわかることです。

さらに、長年続いた既存サービスの淘汰、削減が更に難しいことは、私の地元福井の状況を見れば一目瞭然です。人口30万人程度の地域に、大学を含め4つの公的病院が林立し、いずれも救急を担うというエリアですが、姉の脳梗塞の事例からも明らかのように、中途半端な救急があるだけという、かえって不幸な状況にあると言えます。このエリアでは、ここ数年来のDPC/PDPS(診断群分類に基づく1日当たり定額報酬算定制度)、7対1病床といった報酬政策で、経営基盤が強化されているようであり、かえって機能統合等が遠ざかっているようです。

地方の講演で、たまに姉の事例を話しますが、講演後の雑談では、正直な公的病院の院長先生は、「同じような事例は、この地域でもある。」と話をしてくれます。福井特有ではなく、全国的な状況のようです。

さて、今回の予算案では、次のような枠組みがあります。

#### ア 医療

病床機能情報の報告制度を新設し、二次医療圏等ごとに2025年度の目指すべき姿を示す地域医療ビジョン(各病床機能の必要量等を含む地域の医療提供体制ビジョン)を作成する仕組みを設けることと併せて、基金を設ける。(公費544億 国庫362億)

関連資料:

[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000023379.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000023379.pdf)

#### イ 介護

介護が必要になっても住み慣れた地域で暮らせるよう、介護・医療・予防・生活支援・住まいが一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築するために、認知症に係る地域支援事業の充実及び生活支援サービスの基盤整備を行う。(公費43億 国庫22億)

関連資料:

[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000033021.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000033021.pdf)

いずれも報酬政策の限界を踏まえて、地域単位でサービスを整理・統合することを目指した仕組みであると考えられ、そのチャレンジに敬意は表しますが、その資金の配分等をどのように進めるかにより、実効性は大きく変わることになります。

特に医療については、

○既に診療報酬で事実上区分されている病床をなぞっている(大きな影響を受けるのは7対1病床程度か)

○機械的に試算された病床機能数と現実のギャップをどう解消するのか、経営主体にどう関わることが不明

○都道府県が作成主体のため、経営効率の悪い自治体病院が優遇・温存される可能性が否定できないといった疑問がすぐ浮かびます。

## 病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方(案)

### 1. 医療機関が報告する医療機能

◎ 各医療機関(有床診療所を含む。)は病棟単位で(※)、以下の医療機能について、「現状」と「今後の方向」を、都道府県に報告する。

※ 医療資源の効果的かつ効率的な活用を図る観点から医療機関内でも機能分化を推進するため、「報告は病棟単位を基本とする」とされている(「一般病床の機能分化の推進についての整理」(平成24年6月急性期医療に関する作業グループ)。

◎ 医療機能の名称及び内容は以下のとおりとする。

| 医療機能の名称 | 医療機能の内容                                                                                                                                |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 高度急性期機能 | ○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能                                                                                            |
| 急性期機能   | ○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能                                                                                                     |
| 回復期機能   | ○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。<br>○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能(回復期リハビリテーション機能)。 |
| 慢性期機能   | ○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能<br>○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者(重度の意識障害者を含む)、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能                                                |

(注) 一般病床及び療養病床について、上記の医療機能及び提供する医療の具体的な内容に関する項目を報告することとする。

◎ 病棟が担う機能を上記の中からいずれか1つ選択して、報告することとするが、実際の病棟には、様々な病期の患者が入院していることから、提供している医療の内容が明らかとなるように具体的な報告事項を検討する。

◎ 医療機能を選択する際の判断基準は、病棟単位の医療の情報が不足している現段階では具体的な数値等を示すことは困難であるため、報告制度導入当初は、医療機関が、上記の各医療機能の定性的な基準を参考に医療機能を選択し、都道府県に報告することとする。

7

結局のところ、厚生労働省(特に旧厚生省)は、自分で実際に事業をするわけでもなく、間接的に自治体を通じて資金を配分することが中心ですが、この仕組みのままである以上、国が考える政策(特に事業者の痛みの伴うもの)が進む可能性は乏しいのではないかとわざるを得ません。各都道府県の検討の場に、国の代表を入れて、議論するなどの実験も面白いかもしれません。地方の自主性を阻害するという意見がすぐに浮かびますが・・・真面目にやってみると、考えもしない良い結果が出ることもあるかも知れません。

もちろん、今回の基金等には、私が気づかないだけで、新たなスキームが用意されているのかも知れませんが、今の段階の情報で、効果がない・・・と断定することは避けるべきであることは当然です。今後の展開を注目したいと思います。

いずれにしても各地域で過剰と思われる病床、サービスをどのように淘汰、統合していくかは、何らかの方法が必要であることは間違いありません。新しいものを増やすのであれば、一方で古いものを淘汰するという地域での調整を短期間で行う仕組みが必要ということです。それがなければ、新しいものが増えるだけで、単に社会保障費が増えるという結果につながります。今の病床規制でも、結局は、過剰病床を削減することはできなかった～低い病床利用率にはなったが、病院はほぼ温存されている・・・という歴史からして、単に目標数を示すだけではダメであることは実証済みだからです。

仮に社会保障費の効率化という視点から言えば、「過剰なサービスについては、同じ状態にある患者群に対して、経営主体別の提供効率性を指標として、削減等を勧告、指示する。」という仕組みが不可欠でしょう。もちろん、選挙で選ばれる都道府県知事等が厳しい判断ができるかは未知数ですが、仮に、実現できれば、地域人材の有効活用(必要とする分野への人材移動)も含めて大きな効果が期待できます。

## ＜平成 27 年度に向けて＞

平成 26 年度予算も成立しないうちに、平成 27 年度の話をするのも何ですが、やはり今から準備していかないと出来上がりの内容は期待できないものです。

「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」で定められる事項は、持続性確保のための十分条件ではなく、最低限の必要要件でしかないと考えられます。行政側がどう考えているかは、よくわかりませんが、本来的には、これを基礎として、新たな提案が出てこない、益々、社会保障の拡大という要因で、持続性の低下は進みます。これを避けるには、少なくとも 1 年以上の時間をかけた準備が不可欠というのが私の過去の経験則です。準備期間をとり、節目節目での意思決定があれば、それなりに内容のあるものに仕上がるものです。

ところで、平成 26 年度予算で、診療報酬改定など、中心的な働きが期待された医療保険は、個人的には残念な結果になったと思っています。昔より利害関係者が増え難しくなったとはいえ、保険局が概算要求段階から診療報酬のプラス改定を要求していると、財務省の関係者から聞いたときは、正直、驚きました。今では跡形もありませんが、その昔は、医療を効率化する＝厳しい改正をする保険局・だからこそ、厚生省時代は、保険局長経験者が事務次官になっていたものです。こうした時代を知る者としては、財務省関係者からの話はショックでした。

最終的に、どうなるかは別にして、財務省に予算を要求する立場ではなく、医療保険という 40 兆円の仕組みを司る立場として、保険全体の財政を考えれば、常識的には、まずはプラス改定の要求は出ないものかと・・・政管健保が協会けんぽとなり、お役所自前の保険制度がなくなったことに起因しているのかも知れませんが、これでは、医療費の効率化＝国民負担増の制御は難しくなるばかりです。なぜ、今回そうなったのかは、機会があれば関係者に聞いてみたいと思いますが、2 年後には、また診療報酬改定があります。それに向けて、きっと体制も変わるのでしょうか、次の機会には、負担者の期待に沿う結果となるよう、地道に準備を進めていただけるよう期待するものです。

さて、次の平成 27 年度では、3 年に 1 回という頻度で行われる介護報酬と障害サービス費という 2 つの報酬改定が予定されます。いずれも費用規模は医療費ほどではありませんが、医療より伸び率が高く、財政的な負担は大きい制度です。これらに、どのように対応するかが、当面の社会保障予算としては、最も重要な課題でしょう。

例年、報酬改定の内容の骨子の検討、経営実態調査、改定率の決定、改定内容の確定といった手順になりますが、どのような話(国民負担増の制御のため)が出てくるのか注目されることです。総じて、介護事業者、障害サービス事業者は、経営的には順調です。当方が関わりのある事業コンサルタント会社でも、こうした事業者では、経営改善の話よりは、潤沢な利益、資金等を背景に人事・給与制度の整備などの案件が多いとの由。こうした現実に近い経営実態調査の結果となるのか、改定率になるのか・・・注目されることです。

また、給付の効率化＝負担の見直しについては、介護保険については、既に利用者負担の見直しの方針(軽減の増額のセット)が決まっているようですが、障害については、今のところ全くの手つかずのままです。さすがに、障害児の負担率が 4% 台で、障害者の負担率が 0.2% というのは、いかなるものか・・・との政治家もいるようですが、今のところ具体的な動きは見えません。

これも給付費が毎年 10% も伸びる中で、見直しは必至と思いますが、まさに政治力が問われる事項です。もちろん政治側が提案することなどありませんので、役所側が言っていくしかないのですが、リスクを引き受ける行政官がいるか・・・それも関心のあるところです。

さらに、これら 2 分野では、医療以上に小規模な事業者が多く、これらが事業効率性を落としている面もあります。これら小規模事業所の報酬単価は、同じサービスでも単価が高くなっていますが、各事業所を同一法人へと統合し、事務部門の共同化(ICT を使えば各事業所に事務部門は不要に)等を進めれば、こうした報酬格差も不要、少なくとも減少はするはずで、これら統合(合併による新法人設立の要件簡素化、合併税制創設などを通じ)を促すことも、中期的には、重要な方策になりますが、次回の改定の際に検討されないか・・・と期待しています。

以上、辞めてしまえば気楽なもの・・・という面もありますが、一方では、負担者の立場から、平成 27 年度予算では、行政本来の働きに期待したいと思っています。いろいろな方法論はあるでしょうが、結局は、それを実現するかどうかは人間・・・この原則がある以上、社会保障予算については、行政官に頑張ってもらいたいです。

毎年の地道な蓄積と努力の継続・・・社会保障予算の制御には、今の政治状況下では、これを繰り返すしかないのだと思います。まずは、社会保障財政の問題は、お金の問題・・・そこからではないでしょうか。