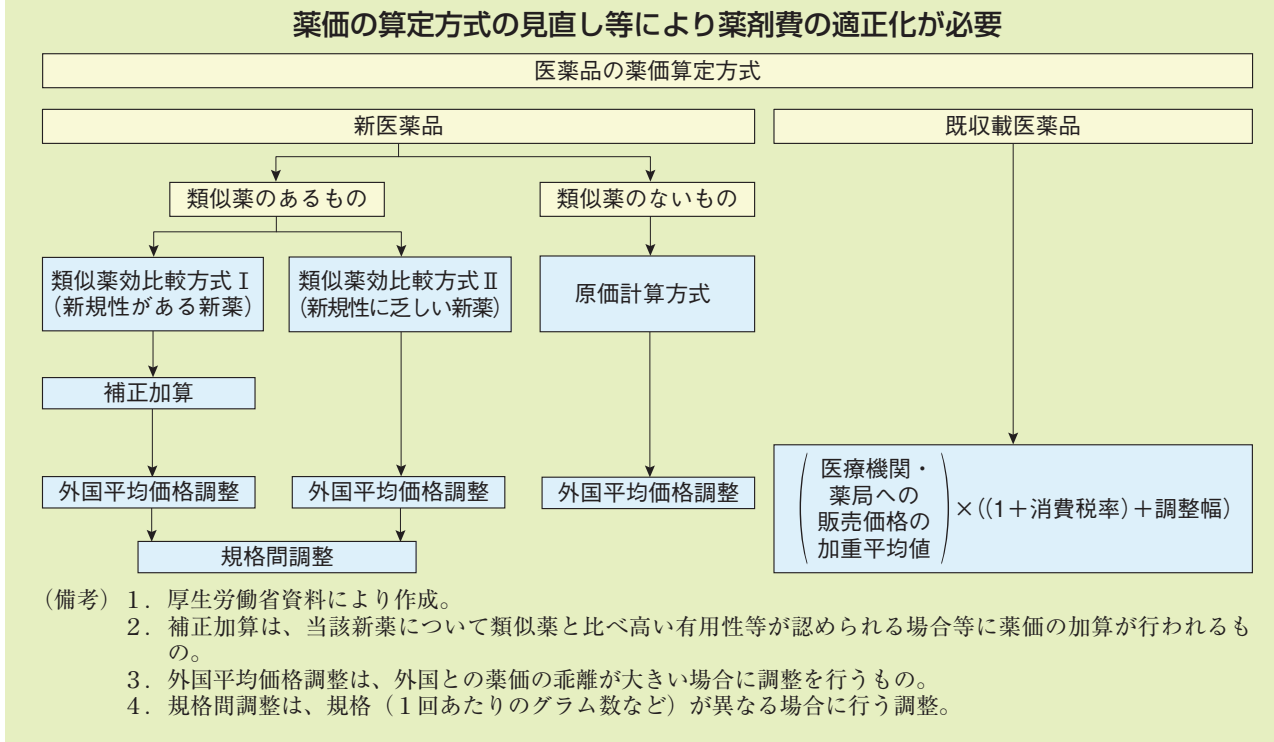


## 第1-3-14図 薬価の算定方式



では、記載後に定期的に薬価の改定を行っており、卸の医療機関・薬局に対する販売価格の加重平均値に消費税とともに、薬剤流通の安定のための調整幅として改定前薬価の2%を加えることによって算定している（第1-3-14図）。

我が国では、薬価の設定や保険記載においては、新医薬品については一部の効能の評価を行っているものの、既記載医薬品については効能の評価を行っておらず、医薬品の効能や特性等の実績の評価は行われぬ。一方、諸外国の薬価算定方式をみると、英国を始め生活の質（QOL）を考慮した生存年（QALY）一単位が改善するのにいくらの費用が必要かを定量的に求める費用対効果分析を用いて薬価算定と保険適用の要否の判断を行っている。また、患者の自己負担額については、フランスでは生命に直接の影響がない医薬品については自己負担率を高く設定するなど、医薬品の種類に応じて自己負担率を変えている国もある。

費用対効果の低い薬剤については、効能や特性ごとに費用対効果評価を保険償還価格へ反映することや、費用対効果評価が一定水準を下回る医薬品については保険適用を行わないこと<sup>103</sup>等により、医療保険財政への影響を考慮することが考えられる。我が国で医薬品の保険適用の評価に際して費用対効果の観点を導入することについては、イノベーションの評価との整合性も踏まえつつ、平成28年度診療報酬改定における試行的導入も視野に入れながら、引き続き検討していく必要がある。

注 (103) 21世紀政策研究所（2013）を参照。

### (3) 医療・介護サービス供給体制の効率化

医科診療費と介護費の増加の多くは高齢化要因で説明されたが、医科診療費と介護費の水準自体をどう評価するかは別問題である。ここでは、特に医療費のうち大きなシェアを占める入院医療費に焦点を当て、現状の課題を分析するとともに入院医療費を適正化していくための課題を検討する。

#### ●社会的入院の解消には病床数の適正化が重要

入院医療については、従来から、治療の必要性が低いにも関わらず長期入院を続けるいわゆる社会的入院が問題視されている。長期入院患者の多い療養病床の平均在院日数が長いこと等が、我が国の平均在院日数が諸外国と比べて著しく長くなっている原因であると指摘されている<sup>104</sup>。ここでは、社会的入院の問題を中心に入院医療について考察する。

我が国の平均在院日数は近年緩やかに減少しているものの、依然、主要国の約4倍～5倍の長さである（第1-3-15図（1））。また、長期入院患者（ここでは6カ月以上入院している患者）は、2000年代を通じて25万人程度と大きく変化していない。入院患者に占める長期入院者の割合（長期入院率）は低下しているものの、25%前後の水準にあり、長期入院者が療養病床<sup>105</sup>の約6割、一般病床の約1割を占めている（第1-3-15図（2））。ただし、近年の平均在院日数の減少率は入院患者数の増加率を上回っており、総需要（入院患者数×平均在院日数）は減少している（第1-3-15図（3））。

医療機関は営利組織ではないが、運営の安定を図る必要に鑑みれば、適正な収支尻を実現しようとして行動するものと考えて差し支えないだろう<sup>106</sup>。したがって、病床利用率はある程度高まるよう行動すると考えられる。そこで病床利用率の動きをみると、病床数が減少している以上に総需要が減少しているため、低下傾向にある<sup>107</sup>（第1-3-15図（4））。また、都道府県別データを用いて、横軸に病床数ギャップ（実際の病床数と人口、面積、高齢化率から求めた必要病床数との差分）、縦軸に平均在院日数を取ると、病床数ギャップの大きい都道府県ほど平均在院日数が長く、過剰な病床数を抱える都道府県ほど平均在院日数が長くなっている<sup>108</sup>（第1-3-15図（5））。このように医療機関が収益を確保しようとして行動する結果、患者数に比して病床数が多い地域では、医療機関が患者の在院日数を増やして病床利用率を高めているものと考えられる。

注 (104) 厚生労働省（2007）、印南（2009）を参照。

(105) 病床は、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床、一般病床に区分されている。療養病床は、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるための病床。一般病床は、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の一般の病床。

(106) 厚生労働省（2005）を参照。

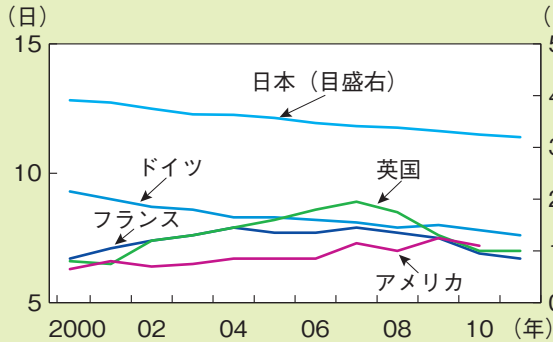
(107) 病床利用率×病床数＝平均在院日数×入院患者数となる。

(108) 病床数の削減が平均在院日数の短縮につながるかどうかはきめ細かい分析が必要となる。

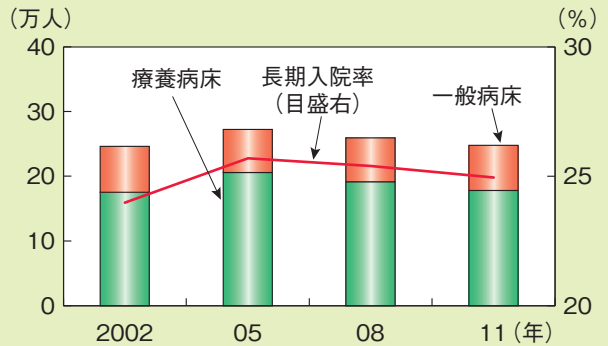
第1-3-15図 社会的入院の動向

社会的入院の解消には病床数の適正化が重要

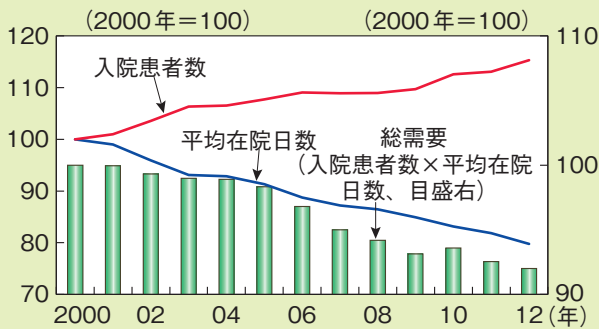
(1) 平均在院日数の国際比較



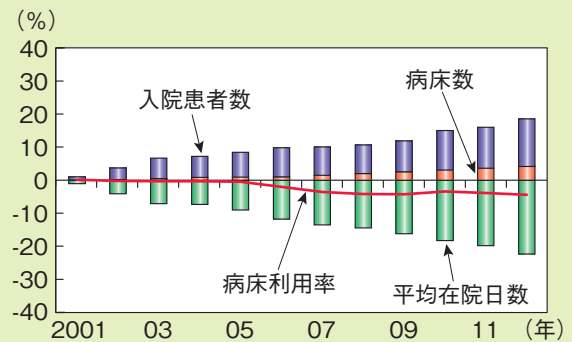
(2) 長期入院患者数の推移



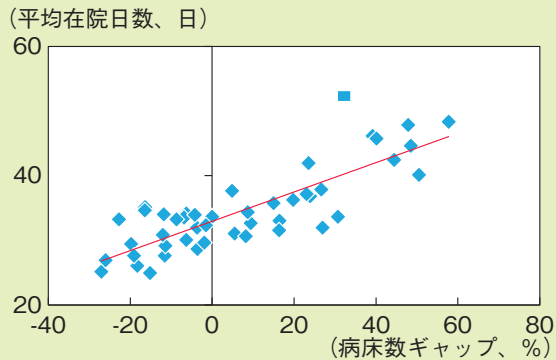
(3) 平均在院日数と入院患者数の推移



(4) 病床利用率の寄与度分解



(5) 病床数と平均在院日数 (都道府県別、2010年)



- (備考) 1. 厚生労働省「病院報告」、「患者調査」、OECD.stat、ウェルネス「2次医療圏データベース」により作成。  
 2. 長期入院患者数は、6カ月以上の期間入院している患者数。  
 3. 入院患者数は、新入院患者数と退院患者数の和を2で除した数。  
 4. (5)については、各2次医療圏ごとの人口、高齢化率(65歳以上人口/人口)、当該2次医療圏の面積により必要平均病床数を推計し、都道府県単位で合計したものを各都道府県の必要平均病床数とした。さらに、都道府県の実際の病床数から当該都道府県の必要平均病床数を引いた数を当該都道府県の病床数ギャップとした。  
 5. 必要平均病床数の推計結果は下記のとおり。  

$$\text{病床数} = 0.0116 \times \text{人口} + 5451 \times \text{高齢化率} + 0.3805 \times \text{面積}$$

$$(34.43) \quad (2.32) \quad (3.76) \quad R^2=0.835$$

患者は、長い期間入院することで身体機能が低下したり、認知症や抑うつなどの精神症状を発症する等、かえって容体が悪化する可能性が高いことが指摘されている<sup>109</sup>。社会的入院の解消は引き続き重要な課題であり、社会的入院の解消、平均在院日数の短縮には病床数の適正化が重要であると考えられる。

### ●医療機関の行動を考慮に入れた上での価格設定が必要

平均在院日数は依然長く、長期入院患者も減少していないが、過去にも社会的入院の解消に向けた取組は行われてきた。ここでは2006年度の政策とその帰結を示そう。

2006年度の診療報酬改定では、①急性期入院医療<sup>110</sup>について、平均在院日数が短く、看護師一人当たりの入院患者が少ない病床の入院基本料<sup>111</sup>を高く設定し、②慢性期入院医療について、医療の必要性の薄い患者に係る療養病棟入院基本料を大幅に引き下げる改正が行われた。このことによって、相対的に医療の必要性が薄い患者が入院している療養病床で収益が減少し、当該療養病床が介護施設に転換することなどを企図していたものと考えられる。

上述の入院基本料の改定が病床数に与えた影響をみると、2006年には5万床あった7対1病床<sup>112</sup>が2012年には36万床に増加している等、急性期の病床の入院基本料が増加すると同時にその供給が大幅に増えている（第1-3-16図（1））。このような病床数の変化が生じた背景には、病床区分ごとの一病床当たりの収益<sup>113</sup>に差があることが考えられる。実際の病院収支は様々な収支が合算されているため、限界的に得られる収益と費用によって、病床区分ごとの収益性を比較してみよう。病床区分には看護職員の配置密度が用いられていることから、簡便な方法として、限界的な収入を病床の入院基本料、限界的な費用を看護職員の人件費によって表現する。収入（入院基本料（日額））から費用（看護職員の給与（日額））を引いた額をみると、看護師配置の厚い病床ほど限界的な利益率は高くないものの、利益幅が大きい。医療機関は営利法人ではないため、収益率を念頭に置いた行動を取るのではなく、総収支の差を改善することを目指し行動することも見込まれ、こうした観点からは、医療機関が一病床当たりの収益が多い7対1の病床を増やしたという結果も合理的だと考えられよう（第1-3-16図（2））。

一方、慢性期入院医療については、療養病棟の入院基本料算定において、医療の必要性、日常生活区分を基とした区分とし、医療の必要性の高い患者の基本料を引き上げる一方、医療の必要性の少ない患者の基本料を引き下げる内容の改正が行われた（第1-3-16図（3））。改正

#### 注

(109) 印南（2009）を参照。

(110) 急性期医療とは、発症後間もない患者や症状が不安定な患者等医療の必要性が高い患者を対象とした医療をいう。慢性期医療とは、症状が安定し長期にわたる医療の提供が必要な患者を対象とした医療をいう。

(111) 入院医科診療費については、原則として、患者一人につき、入院基本料に入院日数を乗じて得た点数と手術・注射・検査等実際に行った診療行為に応じた点数の合計点数に10を乗じて得た額が医療機関に対する報酬として支払われる。

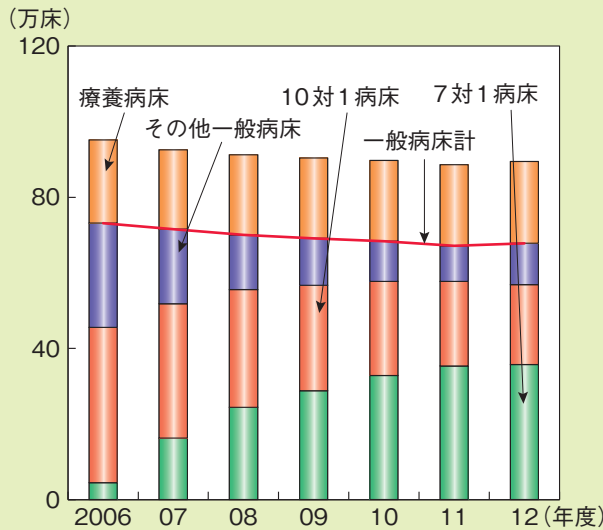
(112) 7対1病床は、入院患者数7人当たりの看護師数が1人以上であり、平均在院日数が19日以下等の要件を満たした病床をいう。病床区分は、7対1病床の他、10対1病床、13対1病床、15対1病床が存在するが、看護師一人当たりの入院患者数が最も少ない7対1病床が急性期の病床であると想定され、高い点数を割り振られている。

(113) 1病床当たりの収益は、入院基本料や手術等実際の診療行為に係る料金等からなる収入額から職員への給与費や医療に必要な材料費・設備関係費などからなる費用額の差となる。このため、以下の議論は、病床区分を変更しても診療行為に係る料金や材料費等は変化しないという前提に基づく議論となっている。

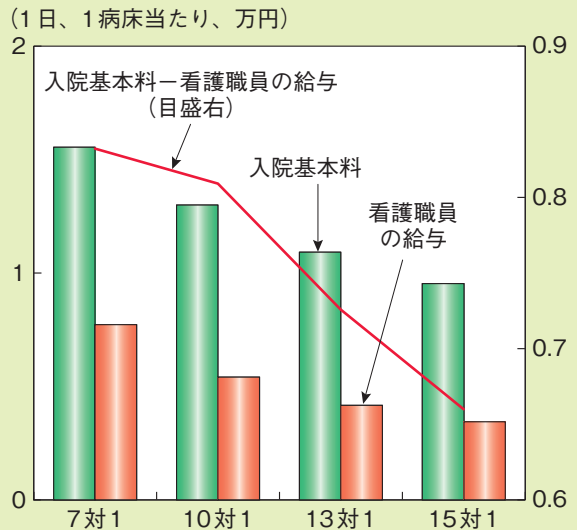
第1-3-16図 入院基本料改正の経過

医療機関の行動を考慮に入れた上での価格設定が必要

(1) 入院基本料別の病床数の推移

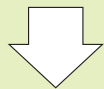


(2) 病床区分ごとの一病床当たりの医療収益と看護職員の給与の推計



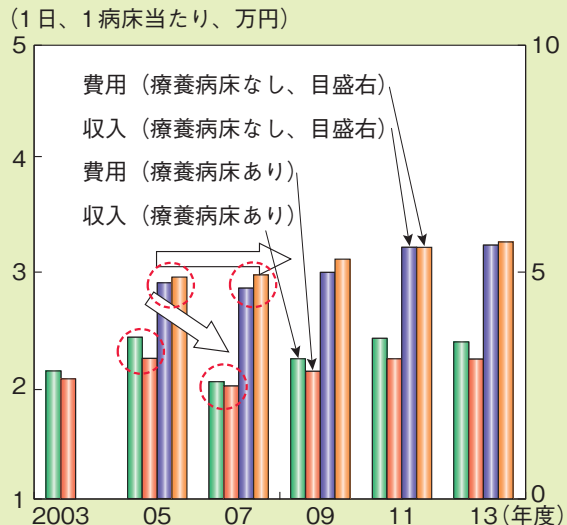
(3) 2006年の療養病棟の入院基本料見直し

2006年3月31日まで			
医療の必要性	療養病棟入院基本料	若者	老人
		基本料1	1209
↑低い	療養病棟入院基本料2	1138	1080
↓高い			



2006年7月1日から				
身体機能	医療の必要性	←低い 医療の必要性 →高い		
		医療区分1	医療区分2	医療区分3
↑弱い ↓強い	ADL区分3	885	1344	1740
	ADL区分2	764		
	ADL区分1		1220	

(4) 療養病床を有する病院の収益と費用



- (備考)
- 中央社会保険医療協議会「主な施設基準の届け出状況等」、厚生労働省「賃金構造基本統計調査」、「医療経済実態調査」により作成。
  - (2)の看護職員の給与は、看護職員の定期給与額と年間賞与を12で除した額の和を、所定内労働時間と所定外労働時間の和で除して算出。ただし、これらの数値は10人以上の常用雇用者を雇用する民営事業所を対象とした調査に基づいている。また、7対1、10対1、13対1の病床は7割以上看護師でなければならないため、看護師を7割、准看護師を3割として費用を計算している。入院基本料及び看護職員の給与はいずれも2012年時点の値。
  - (3)の医療区分は、医療の必要性に応じて区分されており、患者の状態や疾患に応じて区分され、区分1から区分3になるにしたがって、医療の必要性が高い者が該当するようになっている。
  - (3)のADL (activities of daily living、日常生活動作)は、食事・移動・排泄等生活を営む上で不可欠な基本的行動をいい、ADLのスコアを基に入院基本料を設定している。区分1から区分3になるにしたがって身体機能が弱い者が該当するようになっている。
  - (4)の療養病床ありは療養病床が60%以上の一般病院、療養病床なしは療養病床を有しない病院について、6月の1施設当たりの医業収益と医業費用(2009年以降は費用に介護費用を含む)を平均病床数と1カ月当たりの日(30日)で除して算出している。