



7. ファイナンスिंग

第2版

JHPN とは

Japan Health Policy NOW (JHPN) は、日本の医療政策に関する情報を日・英、二か国語で発信する世界で唯一のプラットフォームです。

「高齢化が最も急速に進む国の一つである日本の医療政策は、世界中からの注目を集めています。それらの情報を発信するサイトとして、2015年9月に日本医療政策機構（Health and Global Policy Institute）が開設し、運営しています。

JHPN においては、以下の情報を重点的に提供しています。

- ・日本の医療政策の概要と基本情報
- ・政策トピックスを扱う「特別シリーズ」
- ・日本の医療政策の最新動向
- ・英語での情報源をまとめたリスト（論文、書籍、報告書など）

詳細につきましては、<http://japanhpn.org/ja/home/>をご覧ください。

7.1 ファイナンス | 医療費等の動向

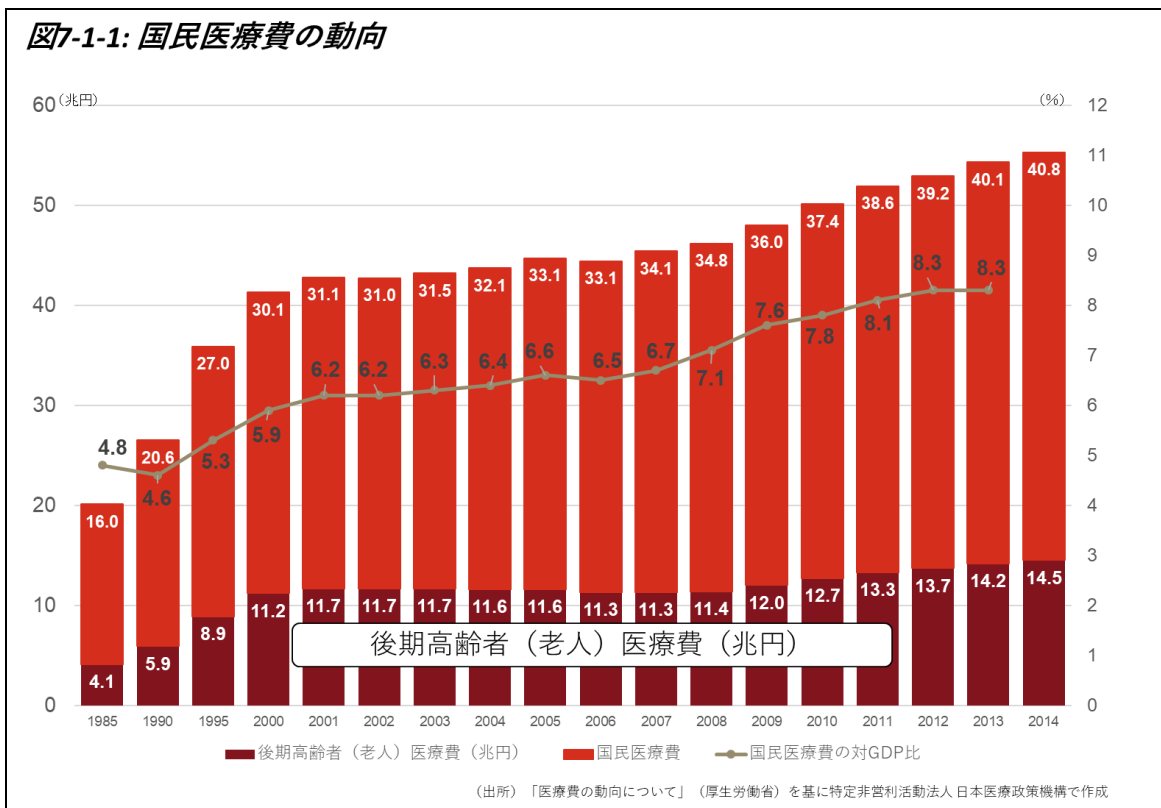
日本における 2016 年度の医療費（速報値）は 41.3 兆円であり、前年度から約 0.2 兆円減となっている。この医療費は速報値であり、労災・全額自費等の費用を含まないことから概算医療費とも呼ばれている。概算医療費の伸び率は、対前年度比で -0.4% となっている。伸び率がマイナスになることは、頻繁にあることではなく、2015 年度に C 型肝炎治療薬等の抗ウイルス剤の薬剤料の大幅な増加等により高い伸びとなったのに対し、2016 年度は診療報酬改定や抗ウイルス剤の薬剤料が大幅に減少したこと等により、一時的にマイナスになったと考えられる¹。

なお、本セクションにおいて医療費は、病気やけがをしたときに病院や診療所などの医療機関、調剤薬局などの診察・投薬・治療などで実際にかかった費用を指す。ただし、医療費（速報値）を用いる場合は、上記の通り概算医療費を指すこととし、国民医療費は、保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用を推計したものを指す。具体的には、内科診療、歯科診療にかかる診療費、薬局調剤医療費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費、柔道整復師・はり師等による治療費などが含まれている。

¹ 厚生労働省「平成 28 年度医療費の動向-MEDIAS-」 http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/16/dl/iryouchi_data.pdf（アクセス日 2018 年 1 月 25 日）

国民医療費の増加要因

国民医療費については、図 7-1-1 から分かるように、年々増加している。これは、各年度内に医療機関等における傷病の治療に要する費用を推計したものである。医療支出が増加する要因としては、他の先進国と同様に高齢化・医療技術の高度化・医療需要の増加などがあげられる。高齢化という視点においては、2015 年には国民医療費の約 60%²が 65 歳以上の高齢者（2016 年 10 月 1 日時点で総人口の約 27.3%）にかかる国民医療費であり、総人口が減少する中、高齢化率は上昇し続け、2036 年には 65 歳以上の高齢者の割合が 33.3%に達し、3 人に 1 人が 65 歳以上の高齢者となり³、さらなる国民医療費の増加が予測されている。



² 厚生労働省「医療保険に関する基礎資料」http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/kiso_h27.pdf（アクセス日 2018 年 1 月 25 日）

³ 内閣府「平成 29 年版高齢社会白書」http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf（アクセス日 2018 年 1 月 25 日）

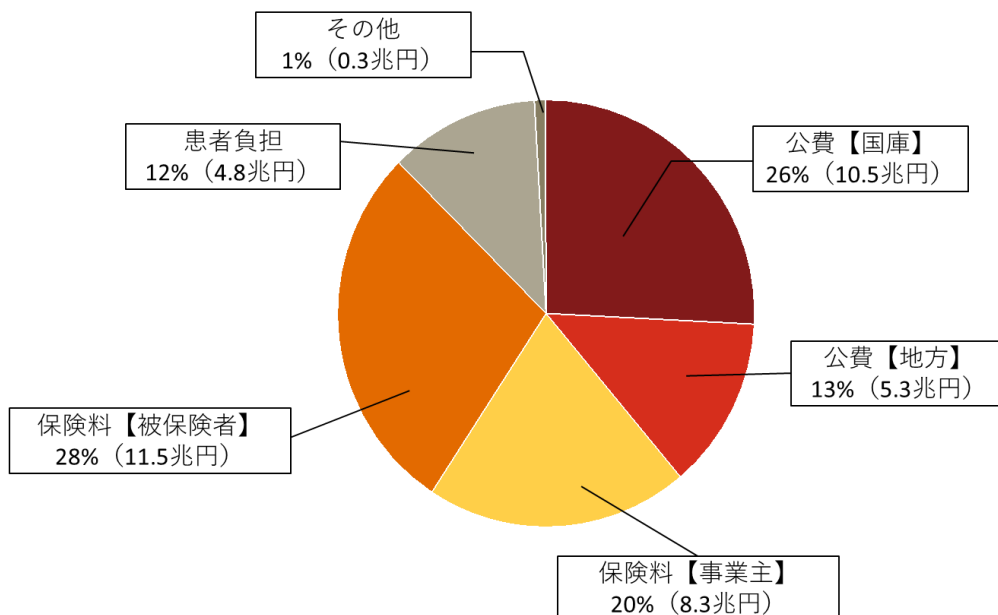
財源別国民医療費

制度区分別の給付費額等を各制度において財源負担すべき者に割り当てた、財源別国民医療費の内訳をみると、図 7-1-2 にあるように全体の 87%が公的支出（公費、保険料）となっている。このことを踏まえると、日本の皆保険制度の持続可能性を考える上では、国民医療費は重要なテーマである。

日本の医療支出は他の先進国と比べて低いと指摘されることがあるが、日本の総保健医療支出の対 GDP 比は OECD 平均値よりも高く、アメリカ、スイス、ドイツ、スウェーデン、フランスに次いで第 6 位となっている⁴。OECD の Health Statistics では、医療保険給付される治療費を対象にした国民医療費だけではなく、市販薬、介護サービス、予防（予防接種、健康診断等）、自然分娩、差額ベッド代なども含むことからより広範な支出を指している。

近年、日本の GDP に対する総保健医療支出の割合は増加傾向にある。2006 年から 2016 年にかけて、医療支出の対 GDP 比は 7.8%から 10.9%へと増加し、OECD 平均の 9.0%（2016 年）を上回る数字となっている⁵。OECD の試算によれば日本の医療支出は今後徐々に抑えられていく見込みであるが、同時に、日本は OECD 加盟国の中で 2009 年以降も対 GDP 比の医療支出が増加し続けている数少ない国のうちの一つである。

図7-1-2: 2014年度 財源別国民医療費



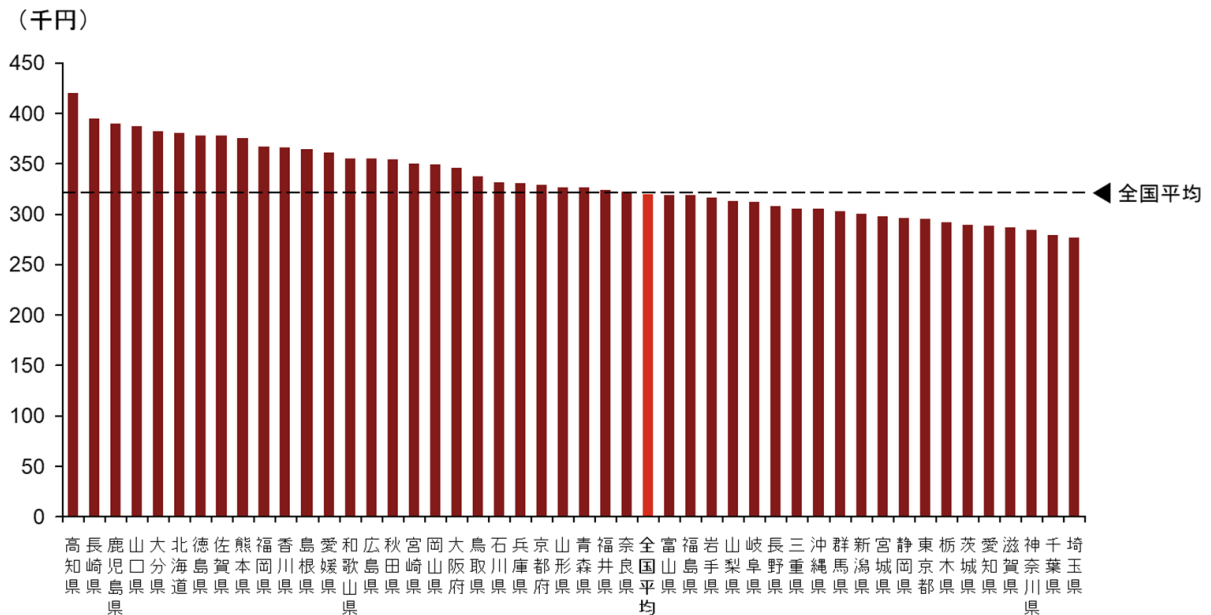
（出所）平成26年度国民医療費の概況（厚生労働省）を基に特定非営利活動法人日本医療政策機構とPwCコンサルティング合同会社、Strategy&で作成

⁴ OECD. 2017. “Health at a Glance 2017: OECD Indicators” <http://www.oecd.org/japan/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-JAPAN-in%20Japanese.pdf>（アクセス日 2018 年 1 月 25 日）

⁵ OECD “Health Statistics 2017” Health Status http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT（アクセス日 2018 年 1 月 25 日）

次に国民医療費の地域差についてみていく。図 7-1-3 にあるように、1 人当たりの国民医療費が最も高い高知県と最も低い埼玉県では約 1.5 倍の差がある。政府はこうした国民医療費の地域差に対して、年齢調整後 1 人当たり国民医療費の地域差半減を目指している。その手段としては、Section4 や 5 で触れた、「地域医療構想」「医療費適正化計画」「健康増進のためのインセンティブ強化」があげられる。

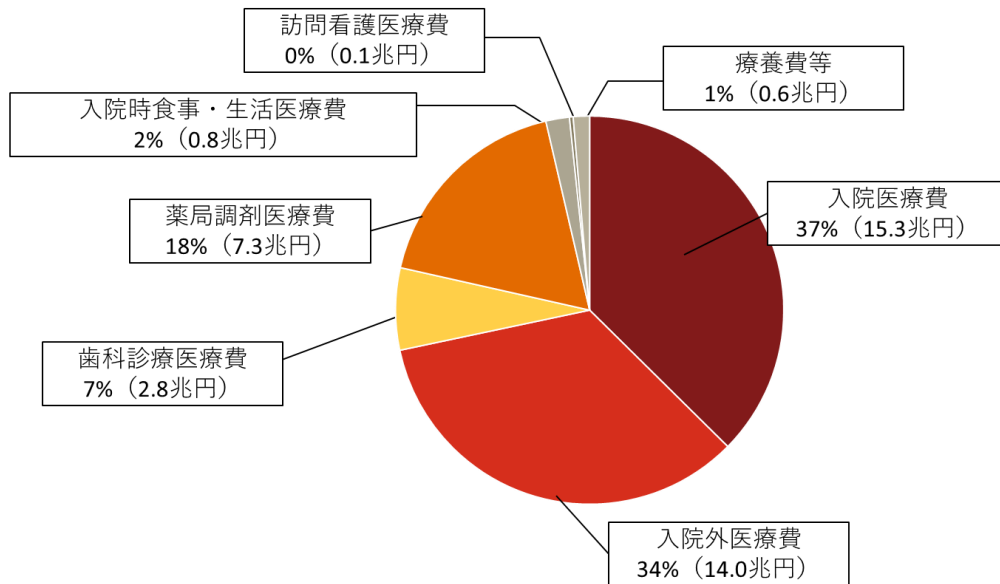
図7-1-3: 2014年度 都道府県別 人口一人当たり国民医療費



(出所) 平成26年度 国民医療費の概況_統計 (厚生労働省) を基に特定非営利活動法人 日本医療政策機構とPwCコンサルティング合同会社、Strategy&で作成

さらに図 7-1-4 のように診療種別国民医療費でみると、入院医療費が国民医療費全体の 37% と最も多く、次いで入院外医療費が 34%、薬局調剤医療費が 18% となっている。Section4 も指摘したように、諸外国と比較して長い平均在院日数は、入院医療費を増やしている 1 つの要因として指摘されている。

図7-1-4: 2014年度 診療種別国民医療費



(出所) 平成26年度 国民医療費の概況 (厚生労働省) を基に特定非営利活動法人 日本医療政策機構とPwCコンサルティング合同会社、Strategy&で作成

7.2 ファイナンス | 診療報酬制度

診療報酬とは、医療機関や薬局が医療保険の適用範囲内の医療サービスや医薬品を提供した際に、対価として受け取る料金を指す。診療報酬は点数化されており、1点10円として評価されている。厚生労働省は医療サービス、医療機器及び医薬品に対する診療報酬点数と算定要件を定めており、国内における全ての医療提供者がその決定を遵守しなければならない。また、診療報酬点数として定められているよりも高額な医療費を請求することは禁止されており、保険診療と保険外診療の併用（混合診療）も原則として認められない。ただし、保険外併用療養費制度として、既に一部保険診療との併用が認められているものもある。保険外併用療養費制度には、保険導入のための評価を行う評価療養と患者申出療養があり、保険導入を前提としていないものとして選定療養がある⁶。

診療報酬の仕組み（出来高払い、DPC）

診療報酬制度には出来高払い方式と、診断群分類包括支払い方式（DPC）方式がある。

1961年に現在の医療保険制度の基盤が確立して以降、診療報酬制度は出来高払い方式を基本としてきた。保険適用内の医療サービス・医薬品・医療機器に個別に設定された点数に基づいて各医療機関が実際に行った医療行為に対する診療報酬を算出し、診療報酬点数を元に保険者から払い戻しを受ける仕組みが診療報酬制度である。

<DPC 導入の経緯>

DPCとは、人口の急速な高齢化に伴い、医療費・入院治療の期間・医療サービスの需要に対する関心が高まる中で2000年代前半に始まった日本独自の診療報酬制度である。

1998年から2004年には試行として、国立病院等10病院において急性期入院医療包括支払い制度が導入された。この試行において、同じ疾患であっても患者によって入院期間のばらつきが大きかったものの、1入院当たりの包括評価制度と比較して1日当たりの包括評価制度の方が、包括範囲点数と実際に治療にかかった点数との差が小さかったことや1日単価を下げるインセンティブが存在すること等が分かり、在院日数に応じた1日当たり定額報酬を算定する現行のDPCが導入された。

<コラム> 包括払いでコストは下がったか？

日本型の包括払いであるDPC導入は、その導入の際には、コスト抑制効果も期待されていた。ではそれは達成されているのだろうか？実は、DPCによりむしろ医療支出が増えた可能性もある。DPC導入により平均在院日数は短縮されたが、1日あたりの入院料は上昇、病院にとっては入院患者数を増やすことで増収を図るような動きも観察されている。また、「DPCコンサルティング」といったサービスも登場しており、いわゆるアップコーディング（より報酬が高い分類でコーディングして請求を行う）が行われている可能性もある。

⁶ 厚生労働省「保険外併用療養費制度について」 <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/20170925.pdf>（アクセス日 2018年1月25日）

<DPC について>

DPC の主な目的は、医療の標準化・透明化の促進である。客観的な診療情報データベースの構築により、医療の成果や改善点が明確になり、医療の質の病院間格差が是正され、全体的な質が向上する狙いがある。同時に患者にとっては、客観的なデータで標準的な治療や価格情報を参照できるという利点がある。また、平均在院期間の短縮も期待される。2016 年 4 月 1 日見込みで、1,667 病院・約 49 万床、国内の一般病床の約 55%が DPC の運用対象である⁷。これはアメリカで導入されている DRG (Diagnosis Related Groups) / PPS (Prospective Payment System) 制度と同様に定額払い方式であり、主に疾患コードと処置に基づいて構成されている DPC コードを採用している (2016 年 4 月の時点で全 4,244 分類)⁸。DPC 制度の特徴としては、1 日当たりの包括評価であることや、出来高払い方式を一部組み込んでいることがあげられる。診療報酬の算出は、DPC 施行診断群に該当する入院治療に対しては定額、非該当の場合には出来高払い方式で行われる。

<DPC における具体的な報酬算定方法>

入院基本料、検査 (画像診断を含む)、注射、投薬及び診療報酬 1,000 点未満の処置等を包括評価部分の対象とし、DPC 分類別の 1 日当たりの点数、在院日数及び予め定められた医療機関別の係数に基づいて算出する。

手術、放射線治療、麻酔及び 1,000 点以上の処置は包括評価の対象外であり、診療報酬は出来高払い方式で算定される。

現在、同レベルの診療機能を持つ医療施設間の係数のバラつきをなくすため、全国規模で医療機関別係数の見直しが行われている。医療機関別係数には、基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱ、暫定調整係数がある。医療機関別係数については、従来は調整係数と機能評価係数Ⅰ・Ⅱの3種類の係数の合計であったが、2012 年度改定より基礎係数を導入し、調整係数を段階的に基礎係数と機能評価係数Ⅱに置き換えることとなった。2018 年度改定で調整係数は廃止される⁹。

基礎係数:機能評価係数では評価できない医療機関の基本的な機能を評価した係数

機能評価係数Ⅰ:病院の人員配置や施設全体として有する体制など、ストラクチャー (構造的因子) を評価した係数

機能評価係数Ⅱ:DPC/PDPS 参加による医療提供体制全体としての効率改善等へのインセンティブ (医療機関が担うべき役割や機能に対するインセンティブ) を評価した係数

入院段階により算出方法が異なり、3 つの入院期間が設定されている。入院期間Ⅰにおける 1 日当たりの定額報酬は入院期間Ⅱ及びⅢよりも高く設定されている。入院期間Ⅱとは、入院期間Ⅱにおける第 1

⁷ 厚生労働省「平成 28 年度診療報酬改定の概要 (DPC 制度関連部分)」<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000115023.pdf> (アクセス日 2017 年 10 月 27 日)

⁸ 厚生労働省「平成 28 年度診療報酬改定の概要 (DPC 制度関連部分)」<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000115023.pdf> (アクセス日 2017 年 10 月 27 日)

⁹ 厚生労働省「DPC 制度に係る医療機関別係数の今後の検討の考え方 (案)」<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000151103.pdf> (アクセス日 2018 年 2 月 2 日)

日以降平均在院日数までを指し、この期間における定額報酬は診断群分類に応じて異なるものの、1 日当たりの医療資源の平均投入量を加味した上で入院期間Ⅰよりも低く設定されている。入院期間Ⅲは特定入院期間として計算される最後の期間であり、1 日当たりの定額報酬は入院期間Ⅱより低く設定されている¹⁰。例外的に入院期間Ⅲよりも入院が長期化する患者の診療報酬については、出来高払い方式で算出される。

DPC 制度が本来の目的に沿う成果を出しているかという点に関しては、様々な角度から議論が行われている。DPC 制度はアメリカの PPS 制度と出来高払い方式を独自の方法で組み合わせたものであるために、いまだに医療コスト削減には繋がっていないとする分析も多い一方、PPS 制度を今後さらに統合していくことに対しては否定的な見方も多いとされている。

¹⁰ 厚生労働省「平成 30 年度診療報酬改定に向けた DPC 制度（DPC/PDPS）の対応について（案）」<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000186975.pdf>（アクセス日 2018 年 2 月 2 日）

診療報酬改定のプロセス（中医協、社会保障審議会、改定率の決定までの流れ）

診療報酬については現在2年に1度見直しが行われており、見直しにあたっては様々な場で議論が交わされている。診療報酬改定については、図 7-2-1 にあるように社会保障審議会、内閣、厚生労働大臣、中医協が議論や方向性の決定等を行っている。例えば中医協では、診療報酬、保険医療機関及び保険医療養担当規則並びに訪問看護療養費に関する事項等について厚生労働大臣の諮問に応じて審議、答申するほか、自ら建議することができる。中医協は、保険者、被保険者、事業主を代表する委員（支払側）と医師、歯科医師、薬剤師を代表する委員（診療側）、公益を代表する委員によって構成されている。

図7-2-1: 診療報酬改定のスケジュール

診療報酬改定前年

社会保障審議会(医療保険部会、医療部会)
 秋以降 平成30年度診療報酬改定の基本方針の議論
 12月頃 平成30年度診療報酬改定の基本方針の策定



内閣

12月中下旬 予算編成過程で、診療報酬の改定率を決定



診療報酬改定同年

厚生労働大臣

1月頃
 中医協に対し、
 ・ 予算編成過程を通じて内閣が決定した「改定率」
 ・ 社会保障審議会で策定された「基本方針」
 に基づき改定案の調査・審議を行うように諮問



厚生労働大臣

3月上旬頃 診療報酬改定に係る告示・通知の発出



中央社会保険医療協議会

1月以降 入院医療、外来医療、在宅医療等のあり方について議論

前回改定の検証結果も含め、個別項目について集中的に議論

11月頃 医療経済実態調査の結果報告

12月頃 薬価調査・材料価格調査の結果報告

1月以降 厚生労働大臣の諮問を受け、具体的な診療報酬点数の設定に係る調査・審議（公聴会、パブリックコメントの実施）

2月上旬頃
 厚生労働大臣に対し、改定案を答申

4月1日 施行

（出所）平成30年度診療報酬改定のスケジュール（案）（厚生労働省）を基に特定非営利活動法人日本医療政策機構とPwCコンサルティング合同会社、Strategy&で作成

7.3 ファイナンス | 医療機関の経営状況

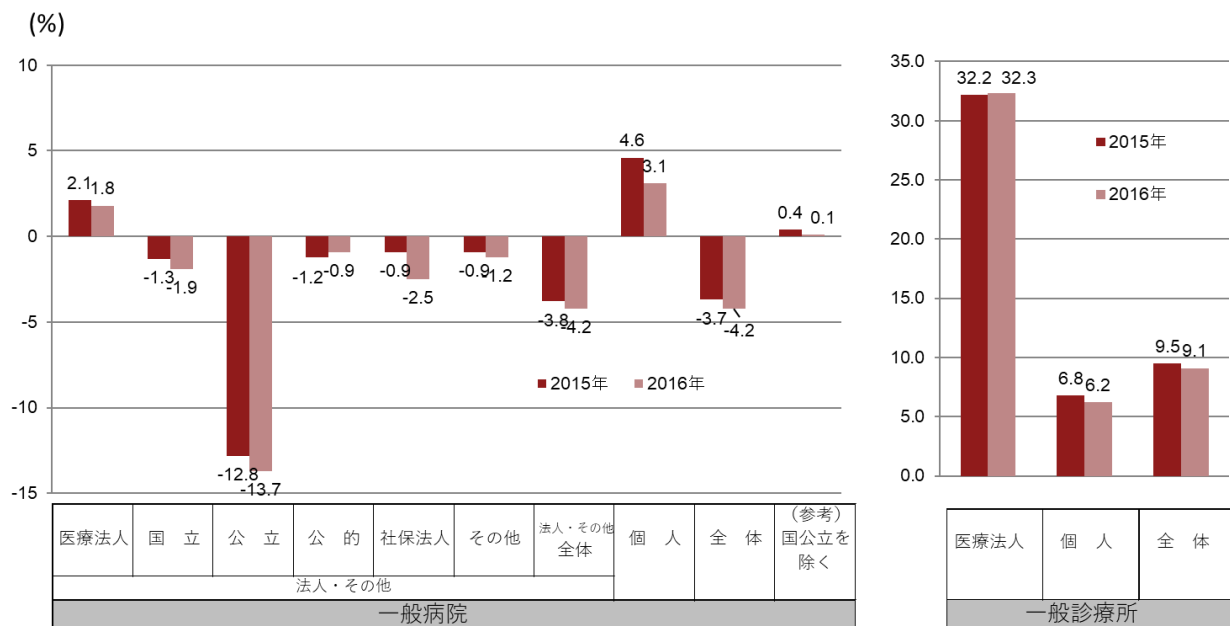
医療機関が徴収した患者の一部負担金や、審査支払機関に請求して支払われる一部負担金を除いた残り額は、医療機関の収入となる。診療報酬がそのまま医師の収入になるのではなく、診療所や病院においては医師・看護師などの人件費、医薬品、医療材料の購入費、施設の維持する費用などが診療報酬で賄われている。

医療機関の各種数値データ

病院、一般診療所、歯科診療所及び保険薬局における医業経営等の実態を明らかにする調査として、厚生労働省が実施する医療経済実態調査がある。この調査は、2年に1回実施され、次期診療報酬改定の基礎資料となる¹¹。

医療機関の経営状況について、医療機関別・開設者別の損益差額率の比較は図 7-3-1 の通りである。2016 年度の一般病院の損益差額率は、全体で -4.2% 、国公立を除くと $+0.1\%$ であった。一般病院では個人病院と医療法人を除き赤字であるが、特に公立病院の収益率が低い。

図7-3-1: 医療機関別・開設者別の損益差額率の比較（2015年、2016年）



(出所) 厚生労働省第21回医療経済実態調査を基に特定非営利活動法人日本医療政策機構とPwCコンサルティング合同会社、Strategy&で作成

¹¹ 厚生労働省「医療経済実態調査（医療機関等調査）」<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/database/zenpan/iryokikan01.html>（アクセス日 2017 年 12 月 14 日）

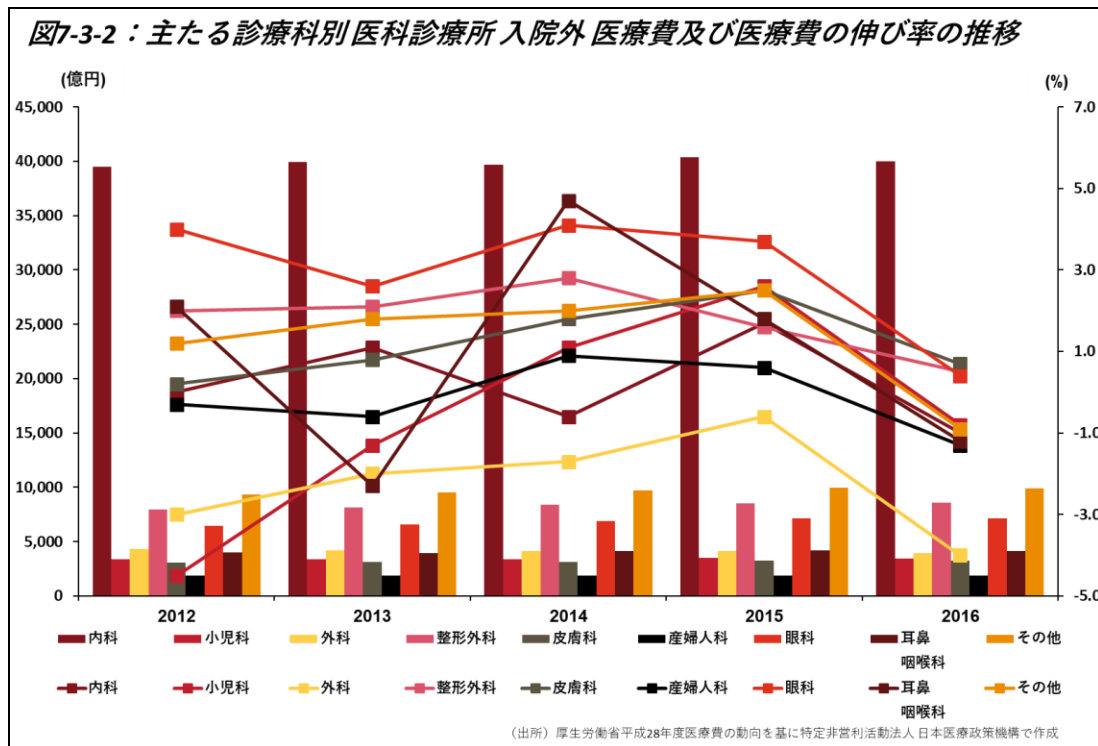
公立病院は不採算医療やへき地医療を担っており、一定の赤字は税財源などにより補填されている。赤字の要因としては、患者減少や費用面の問題が指摘されている。特に小規模の公立病院を中心に、平均単価は増加したものの、患者数の減少により収益が減少している¹²。

また、給与比率、医薬品比率、減価償却費率等が他の一般病院と比較して高くなっている。このような状況を踏まえ、「新公立病院改革ガイドライン」に沿って、公立病院の経営改善、地域の医療ニーズを踏まえた必要な病床機能の転換やダウンサイジングが推進されている。

一方診療所は、前年に引き続き黒字となっている。前回改定時の 2014 年度は 15.5%であったが、2016 年度は 9.1%であった。

医療経済実態調査は、調査対象が異なるため前回の診療報酬改定前の状況と今回の改定前の状況を直接比較できない点や、サンプル調査であるため実際の医療機関の構成比と異なる点に留意が必要である。

次に診療科別の医療費の推移についてみていく。図 7-3-2 から分かるように、全ての診療科において医療費の実額としては大幅な変化はみえないものの、伸び率で比較すると内科と耳鼻咽喉科が他の診療科とは異なる推移を示している。また、小児科、外科、産婦人科は、マイナスの伸び率を示していることが多い。医療費の実額でみると、昨今のかかりつけ医の推進等の施策もあり、最大の患者数を診察することから内科が一番高くなっている。次に医療費の高い整形外科と比べ、その差は4倍以上となっている。

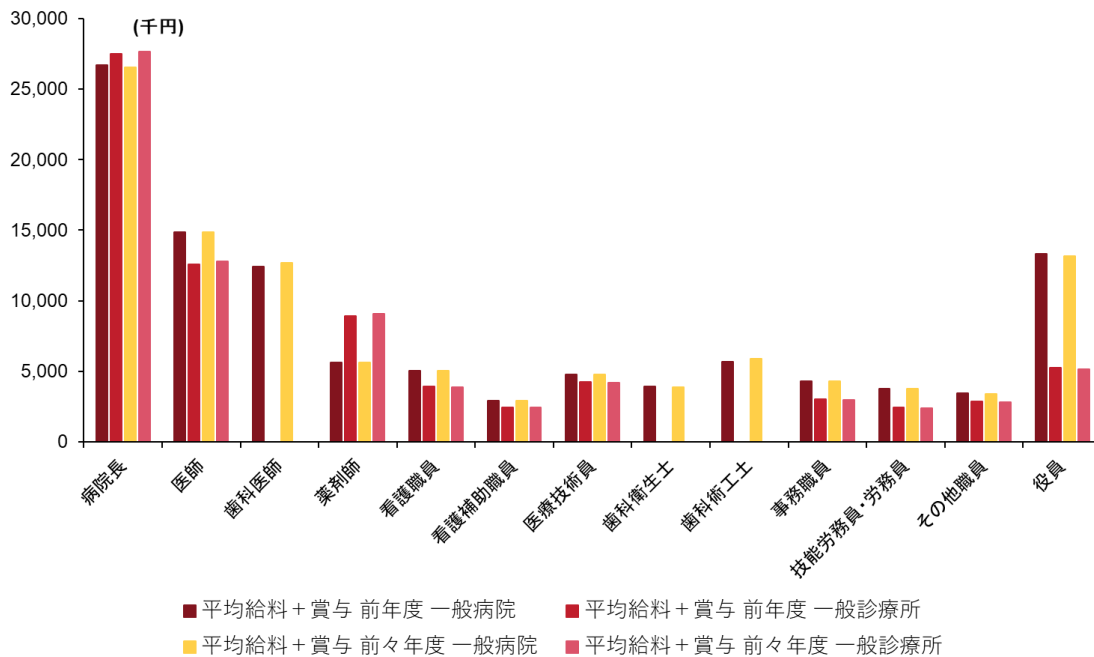


¹² 財務省「補足説明資料（30 年度診療報酬改定関係 第 21 回医療経済実態調査）」

http://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia291108/01.pdf（アクセス日 2017 年 12 月 14 日）

さらに、医療機関で働く常勤職員の平均給料額と賞与の合計を比較すると、図 7-3-3 から分かるように一般病院、一般診療所とも、病院長、医師の平均給与額の合計が他の常勤職員と比較して高くなっている。また、常勤の薬剤師と役員以外では、一般病院と一般診療所の違いにかかわらず、平均給与額の合計は同じ職種間で大きな差はみられなかった。また一般病院、一般診療所ともに前年度、前々年度とそれぞれ比較しても大きな差はみられなかった。

**図7-3-3：職種別常勤職員の1人平均給料（度）額と賞与の合計比較
（2016年度、2015年度）**



(出所) 厚生労働省第21回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告を基に特定非営利活動法人日本医療政策機構で作成

図 7-3-4 から、施設の種類の別みた推計患者数の年次推移をみると、入院患者数より外来患者数のほうが多くなっている。外来だけで足りる疾患に比べて、入院が必要となる重篤な疾患は頻度が低いので、想定通りの結果と言える。傾向に関しては、入院と外来の患者数は 1984 年から 1999 年頃までわずかに増加したが、その後は外来の患者数は横ばいである。一方、入院の患者数は 2011 年以降、1984 年とほぼ同様の水準に戻っている。

