

2014年1月15日 全6頁

経済社会研究班レポート - No.18 -

診療報酬プラス改定後、効率化策に期待

持続可能な医療のためには大胆かつ積極的な効率化策が必要となろう

経済調査部 研究員
石橋 未来

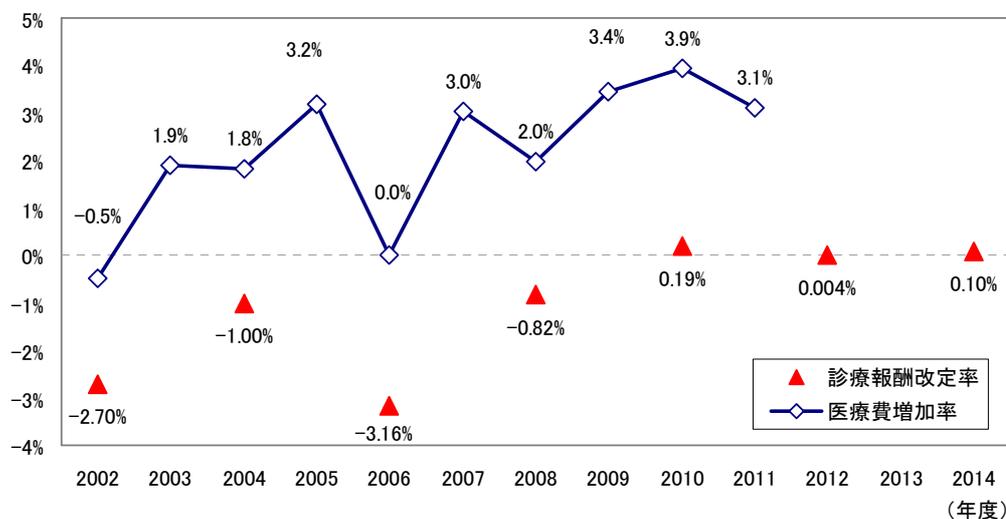
[要約]

- 2013年12月20日、来年度予算編成で焦点になっていた医療機関に支払われる診療報酬の改定について、2014年4月からの消費税増税に伴う医療機関の負担を補填する分を含め、0.1%増と決まった。プラス改定は過去3回連続である。
- 診療報酬の改定は医療費の伸び率に直結している。改定率がマイナスだった年は伸び率が抑制されるが、そうでなければ年率3%超で医療費は増加している。超高齢社会を迎え、ただでさえ高騰している医療費には厳しいプラス改定となった。
- 今回プラス改定とした理由に、医療機関の財政難が挙げられていたが、医療機関の収益状況を確認すると、全国の赤字病院の割合はここ10年間で減少傾向にある。一方、医業利益率は回復しつつある。国内の法人企業（全産業）の営業利益率と比較すると、医療機関の収益率の方がここ数年は高い。また、医業収益に占める人件費（給与費）の割合がかなり高いことも、医療機関の特徴である。
- 救命や救急に携わる医療サービスであるため、質を低下させることなく利益率を高めることは、民間企業より困難で複雑な面も多いだろう。しかし、医業収益に直結する診療報酬の増額を傍観しては、さらなる医療費膨張を招き、医療財政を逼迫させてしまう。
- そのため、早急な歳出抑制策となる医療の効率化が求められる。前期高齢者の医療費自己負担割合の段階的な引き上げ（本来の水準である2割負担に戻す）を待つだけではなく、受診時定額負担や保険免責制の導入、一部の市販品類似薬を保険適用から除外するなど、大胆な策も検討に値しよう。

2013年12月20日、政府は、来年度予算編成で焦点になっていた医療機関に支払われる診療報酬の改定について、2014年4月からの消費税増税に伴う医療機関の負担を補填する分を含め、0.1%増と決めた。増税の補填分を除けば実質マイナス改定だが、ネットではプラス改定となった。プラス改定は過去3回連続である。診療報酬の改定は原則として2年に一度行われている。診療報酬は、医師の技術料である診療報酬本体と、医薬品などの公定価格である薬価からなり、診療報酬本体と薬価の合計で全体の改定率が決まる。今回の改定では、薬価をマイナス1.36%としたが、2014年からの消費税率引き上げに考慮し本体部分をプラス1.36%としたことで相殺。さらに、在宅療養の充実などを理由としたプラス0.1%分が本体部分に加えられたことで、全体の改定率は0.1%増となった。今回のプラス改定で増額する国民負担は420億円と推計される。

図表1が示すように、診療報酬の改定は医療費の伸び率に直結している。改定率がマイナスだった年は伸び率が抑制されるが、そうでなければ年率3%超で医療費は増加している。医療費が高額化しがちな高齢者の割合の増加などを主な理由に、高騰を続けている医療費は、2011年度には38.6兆円に達している。国民医療費がGDPに占める割合も、8.2%（2011年度）にまで上昇した。2014年度の診療報酬も医療費約42兆円（2013年度予算ベース）を基準に調整されるなど、今後も医療費の増加が見込まれている。

図表1 診療報酬改定率と医療費増加率



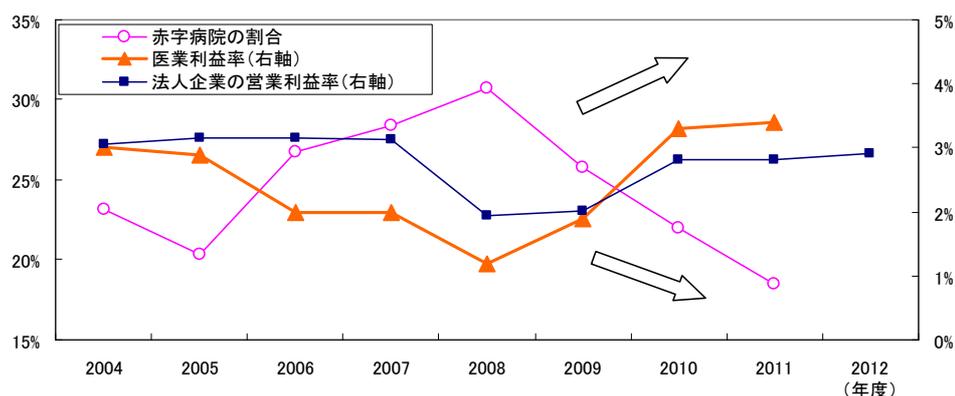
(出所) 厚生労働省ウェブサイトより大和総研作成

今回プラス改定とした理由に、医療機関の財政難が挙げられていた。保険診療の医療サービスは非課税である一方¹、医療機器の購入や施設の建て替えにかかる費用には消費税が課税される。そのため、診療代として請求できない仕入れ分の消費税負担は、医療機関にそのまま転嫁されている。医療サービスの費用は診療報酬という公定価格が設定されているため、消費税相当分を上乗せして請求することもできない。それが医療機関の財政を圧迫しているという。そのため、今回の改定では、増税分を上乗せしている。

¹ 自由診療は課税対象となる。

しかし、図表 2 で医療機関の収益状況を確認すると、全国の病院のうち（医療法人が開設する一般病院²が対象）、経常利益³が赤字の病院の割合はここ 10 年間で 2008 年度の 31% をピークに減少傾向にあり、足元では全体の 19% にまで下がっている。一方、医業利益率は同 2008 年度を底に回復しつつある。単純に比較することは難しいかもしれないが、国内の法人企業（全産業）の営業利益率と比べると、医療機関の収益率の方がここ数年は高いようだ。

図表 2 赤字病院の割合と医業利益率、法人企業の営業利益率



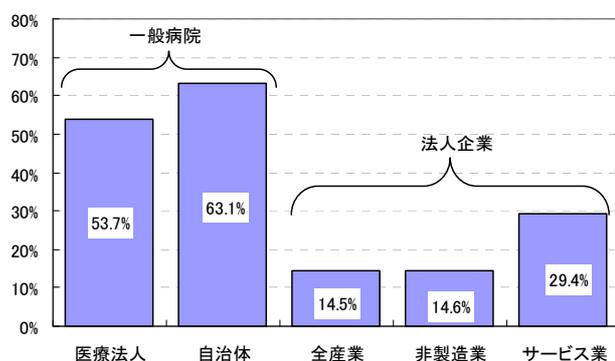
(注) 医業利益率は、①医業利益/②医業収益×100 (%)

①医業利益：医業収益から材料費、給与費、経費等の医業費用を控除したもの（医業収益-医業費用）

②医業収益：診療に関わる収益、また保健予防活動や医療相談による収益など医業サービスの提供によって得た収益（出所）厚生労働省「平成 23 年度病院経営管理指標」、財務省「法人企業統計年報」より大和総研作成

また、医業収益に占める人件費（給与費）の割合が高いことも、医療機関の特徴である。図表 3 は病院（医療法人・自治体）と法人企業（全産業・非製造業・サービス業）の人件費比率であるが、病院の人件費の割合の高さが突出している。医療と同様、主に人の技術や付加価値を提供するサービス業との比較でも、医療機関の人件費比率の水準の高さが目立つ。

図表 3 病院と法人企業の人件費比率の比較（2011 年度）



(注) 人件費比率は、給与費/医業収益×100 (%)、人件費/売上高×100 (%)

(出所) 厚生労働省「平成 23 年度病院経営管理指標」、財務省「法人企業統計年報（平成 23 年度）」より大和総研作成

² 一般病床が全体の 80%以上を占める病院

³ 医業利益+医業外収益（受取利息及び配当金や有価証券売却益など医業サービスの提供以外によって生じる利益）-医業外費用（支払利息や有価証券売却損など医業サービスの提供以外によって生じる損失）

医師や看護師を中心とした専門職員の持つ医療技術や知識・経験、それ自体がメインの収益源であると言えるかもしれない。医療従事者の過酷な労働条件もよく知られている。対価として支払われる給与費の割合が高くなるのは当然かもしれない。医業支出（医業費用）中の給与費の割合が50%を超える病院の割合は、全体の86%（2013年）⁴である。

救命や救急に携わる医療サービスであるため、質を低下させることなく利益率を高めることは、民間企業より困難で複雑な面も多いだろう。しかし、だからといって医業収益に直結する診療報酬の増額を傍観しては、さらなる医療費膨張を招き、医療財政を逼迫させてしまう。

診療報酬のプラス改定が決まった今、医療財政を健全化させるためには、早急な歳出抑制策が求められる。70歳から74歳の前期高齢者の医療費自己負担割合の段階的な引き上げ（本来の水準である2割負担に戻す）を待っているだけではなく、医療のIT化による重複検査・処方の回避や予防医療の充実、かかりつけ医による過度な受診を抑制するようゲートキーパーの役割の導入を着実に実施するほか、受診時定額負担⁵や保険免責制⁶など大胆な策も検討に値しよう。

そのほか、医療機関でうがい薬のみを処方する場合、保険適用の対象から除外することが議論されているが、うがい薬だけでなく、その他の市販品類似薬にも範囲を拡大して検討できるだろう。市販品と成分や効果が同じであるうがい薬が医療機関を通じて処方された場合、患者は1～3割の自己負担で購入することができ、市販品より安価で手に入れることができる。初期診療の重要性の高さは言うまでもないが、保険適用の範囲が広すぎれば、医療費のみならず、医療従事者の負担にも結びつく。

実際にうがい薬のみの処方が保険適用外となったとしても、他の薬剤と共に処方される場合はこれまで通り保険が適用されるというので、医療費抑制や医療従事者の負担軽減の効果がどの程度あるのかは疑問であるが、有効成分が市販品と変わらない湿布まで保険適用となっている現況に一石を投じた効果は大きい。

診療報酬は、税金、企業や個人の保険料、患者の窓口負担などからなる。そのため診療報酬のプラス改定は、つまり国民負担が増える、ということである。2014年度は消費税増税だけでも国民負担は約5兆円増加する。0.1%のプラス改定によって増加する診療報酬は420億円にすぎないが、超高齢社会を突き進むわが国において、曖昧な政治判断は持続可能性を揺るがしかねない。医療の効率化に向けた政府の積極的な取り組みに、今後期待したい。

⁴ 公益社団法人全日本病院協会「平成25年度病院経営調査報告（平成25年5月状況調査）」

⁵ 外来患者が受診したときに従来の窓口負担とは別に、一定金額（例えば1回100円）を上乗せする制度。「社会保障と税の一体改革」で導入が検討された。

⁶ 医療費の一定額を保険給付の対象から除外して患者負担とする制度。医療費抑制の検討項目として「骨太の方針2006」への明記が検討された。

【経済社会研究班レポート】

- ・ No.1 神田慶司・鈴木準「「実質実効為替レートなら円安」の意味—コスト削減の企業努力は円高・内需低迷・デフレを生んだ」2010年11月10日
- ・ No.2 鈴木準・原田泰「財政を維持するには社会保障の抑制が必要—社会保障の抑制幅が増税幅を決める」2010年12月29日
- ・ 鈴木準・溝端幹雄・神田慶司「日本経済中期予測（2011年6月）—大震災を乗り越え、実感ある成長をめざす日本経済」2011年6月16日
- ・ No.3 溝端幹雄・神田慶司・鈴木準「電力供給不足問題と日本経済—悲観シナリオでは年率平均14兆円超のGDP損失」2011年7月13日
- ・ No.4 神田慶司・溝端幹雄・鈴木準「再生可能エネルギー法と電力料金への影響—電力料金の上昇は再生可能エネルギーの導入量と買取価格次第」2011年9月2日
- ・ 溝端幹雄・神田慶司・真鍋裕子・小黒由貴子・鈴木準「電力不足解消のカギは家計部門にある—価格メカニズムとスマートグリッドの活用で需要をコントロール」2011年11月2日
- ・ No.5 鈴木準「欧州財政危機からの教訓—静かな財政危機に覆われた日本は何を学ぶべきか」2011年12月2日
- ・ No.6 神田慶司・鈴木準「ドル基軸通貨体制の中で円高を解消していくには—ドル基軸通貨体制は変わらない。長い目で見た円高対策が必要」2011年12月13日
- ・ 鈴木準・溝端幹雄・神田慶司「日本経済中期予測（2012年1月）—シンクロする世界経済の中で円高・電力・増税問題を乗り切る日本経済」2012年1月23日
- ・ No.7 溝端幹雄・鈴木準「高齢社会で増える電力コスト—効率的な電力需給システムの構築が急務」2012年4月9日
- ・ 鈴木準「医療保険制度の持続可能性を高めるために—コスト意識の共有を進めながら、国民の健康を増進させよう」2012年4月13日
- ・ 近藤智也・溝端幹雄・神田慶司「日本経済中期予測（2012年7月）—グローバル化・高齢化の中で岐路に立つ日本経済」2012年7月27日
- ・ No.8 神田慶司「失業リスクが偏在する脆弱な雇用構造—雇用構造がもたらす必需的品目の需要増加と不要不急品目の需要減少」2012年8月10日
- ・ No.9 溝端幹雄「超高齢社会で変容していく消費—キーワードは「在宅・余暇」「メンテナンス」「安心・安全」」2012年8月10日
- ・ 近藤智也・溝端幹雄・神田慶司「日本経済中期予測（2013年2月）—成長力の底上げに向けて実行力が問われる日本経済」2013年2月4日

- ・ No. 10 神田慶司「転換点を迎えた金融政策と円安が物価に与える影響—円安だけでインフレ目標を達成することは困難」2012年2月5日
- ・ No. 11 溝端幹雄「エネルギー政策と成長戦略—生産性を高める環境整備でエネルギー利用の効率化と多様化を」2013年2月6日
- ・ 鈴木準・近藤智也・溝端幹雄・神田慶司「超高齢日本の30年展望—持続可能な社会保障システムを目指し挑戦する日本—未来への責任」2013年5月14日
- ・ No. 12 溝端幹雄「成長戦略と骨太の方針をどう評価するか—新陳代謝と痛みを緩和する「質の高い市場制度」へ」2013年7月25日
- ・ No. 13 小林俊介「量的緩和・円安でデフレから脱却できるのか?—拡張ドーンブッシュモデルに基づいた構造VAR分析」2013年8月15日
- ・ No. 14 石橋未来「超高齢社会医療の効率化を考える—IT化を推進し予防・健診・相談を中心とした包括的な医療サービスへ」2013年8月15日
- ・ No. 15-1 小林俊介「QE3縮小後の金利・為替・世界経済（前編）—シミュレーションに基づく定量的分析」2013年9月9日
- ・ No. 15-2 小林俊介「QE3縮小後の金利・為替・世界経済（後編）—グローバルマネーフローを中心とした定性的検証」2013年9月9日
- ・ 神田慶司「来春の消費税増税後の焦点—逆進性の問題にどう対処すべきか」2013年9月20日
- ・ 神田慶司「これで社会保障制度改革は十分か—「木を見て森を見ず」とならないよう財政健全化と統合的な改革を」2013年10月11日
- ・ No. 16 小林俊介「「日本は投資過小、中国は投資過剰」の落とし穴—事業活動の国際化に伴う空洞化が進む中「いざなぎ越え」は困難か」2013年10月16日
- ・ No. 17 石橋未来「米国の医療保険制度について—国民皆保険制度の導入と、民間保険会社を活用した医療費抑制の試み」2013年12月16日
- ・ No. 18 石橋未来「診療報酬プラス改定後、効率化策に期待—持続可能な医療のためには大胆かつ積極的な効率化策が必要となろう」2014年1月15日