

日医総研ワーキングペーパー

2012 年度診療報酬改定後の医療費の分析
ー長期処方による診療所の外来受診日数減少と
中小病院の現状などー

No. 300

2013 年 10 月 23 日

日本医師会総合政策研究機構

前田 由美子

2012 年度診療報酬改定後の医療費の分析

ー長期処方による診療所の外来受診日数減少と中小病院の現状などー

日本医師会総合政策研究機構 前田 由美子

公益社団法人 日本医師会 医療保険課・総合医療政策課

キーワード

- ◆ 医療保険医療費
- ◆ 診療報酬改定
- ◆ 総日数
- ◆ 総件数
- ◆ 1日当たり医療費
- ◆ 1件当たり日数
- ◆ 新規入院件数
- ◆ 平均在院日数
- ◆ 処方日数
- ◆ 長期処方

ポイント

- ◆ 厚生労働省「概算医療費データベース」等を活用して、2012年度の医療保険医療費を診療報酬改定率と対比して分析した。
- ◆ 2012年度診療報酬改定は、入院、入院外の区分はなく医科全体で+1.55%であったが、医療費の伸びは入院+2.5%、入院外+1.0%と差が開いた。また最近では、診療報酬改定があるたびに入院医療費の伸びが、入院外を上回っている。
- ◆ 大病院では平均在院日数を短縮したことにより総日数が減少したものの、1日当たり入院医療費が上昇し、かつ患者数も増加して入院医療費が増加した。1日当たり入院外医療費も上昇している。
- ◆ 中小病院は、入院患者数の伸びが見られず、1日当たり入院医療費もあまり上昇していない。特に2012年度は100~199床の1日当たり入院医療費が伸びていない。中小病院は診療報酬単価の高い7対1を算定しているところも少ない。立地的な条件から、より高い入院基本料等を確保しようとしても看護職員配置などの体制が整わないのではないかと推察される。しかしながら、最近の診療報酬改定では、大規模急性期病院で平均在院日数を短縮化でき、より高い看護配置ができることが評価される傾向にあり、地域で幅広い機能を担っている中小病院への評価はやや薄い結果になっている。

- ◆ 診療所の入院外は、1日当たり医療費がほとんど上昇しなかったうえ、1件当たり日数が減少して、医療費がほとんど伸びなかった。2012年度は、在宅医療を中心に診療所の外来を評価する診療報酬改定も行われたが、診療所全体の医療費を押し上げるにはいたらなかった。1件当たり日数が減少しているひとつの要因は長期処方である。長期処方については服薬を忘れて病状が改善しないこと、処方期間中に急性増悪すること等の問題点が報告されている。これらの問題は、さらなる高齢化や認知症患者の増加によって、より深刻になるのではないかと推察される。長期処方のあり方を見直すべき時期に来ているのではないかと考える。

目 次

1. 分析の概要と用語の定義	1
2. 診療種類別医療費	2
2.1. 診療種類別医療費の推移.....	2
2.2. 診療報酬改定率との比較.....	6
3. 病院・診療所医療費	10
3.1. 医療費の伸び.....	10
3.2. 医療費の伸びの要因.....	12
3.3. 外来受診日数と長期処方の関係.....	16
3.4. まとめ.....	25
4. 病院病床規模別医療費	26
4.1. 病床規模別病院数など.....	26
4.2. 医療費とその伸びの要因.....	30
4.3. まとめ.....	43

1. 分析の概要と用語の定義

本稿は、厚生労働省「概算医療費データベース」等を活用して、2012年度の医療費（公費負担医療費を含むが、「国民医療費」と区別するために、以下、医療保険医療費と呼ぶ）を診療報酬改定率と対比して分析したものである。

医療保険医療費は審査支払機関経由で処理される医療費である。一方、国民医療費は、はり・きゅう、労災なども含む保険診療対象医療費の推計値である。2010年度（国民医療費の2011年度以降はまだ公表されていない）は、医療保険医療費（概算医療費データベース）36.6兆円、国民医療費37.4兆円（差0.8兆円、2.2%）であった。

【用語の定義】

● 医療保険医療費

審査支払機関（社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会）で処理される診療報酬等の計数（入院時食事療養および入院時生活療養の費用額を含む）。医療保険及び公費負担医療費で支給の対象となる患者負担分を含めた医療費。現物給付でない分（はり・きゅう、保険証忘れ等による全額自費による支払い分等）は含まない¹。

医療保険医療費は、厚生労働省の「概算医療費データベース」および「医療保険医療費データベース」等で公開されている。「概算医療費データベース」は再審査分等調整前の算定ベースの計数を集計したもの、「医療保険医療費データベース」は再審査分等調整後の確定ベースの計数を医療保険分のみについて集計したものである。

● 国民医療費

医療機関等における保険診療の対象となり得る傷病の治療に要した費用の推計値。柔道整復師・はり師等による治療費、原因者負担（公害健康被害の補償等に関する法律及び健康被害救済制度による救済給付等）を含む。評価療養、

¹ 厚生労働省「概算医療費データベース」ホームページより
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken03/01.htm>

選定療養及び不妊治療における生殖補助医療などに要した費用は含まない。傷病の治療費に限っているため、正常な妊娠・分娩に要する費用、健康の維持・増進を目的とした健康診断・予防接種等に要する費用、固定した身体障害のために必要とする義眼や義肢等の費用も含まない²。

2. 診療種類別医療費

2.1. 診療種類別医療費の推移

2012年度の医療保険医療費は38.4兆円、うち医科入院15.6兆円、医科入院外13.4兆円、歯科2.7兆円、調剤6.6兆円、訪問看護0.1兆円であった。前年度と比べて医科入院+0.4兆円、医科入院外+0.1兆円、歯科および調剤は横ばいであった(図2.1.1)。

2012年度の構成比は、医科入院40.6%、医科入院外34.8%、歯科7.0%、調剤17.3%、訪問看護0.3%であった。10年前(2002年度)と比べて、医科入院外が▲3.8ポイント、調剤が+5.5ポイントであった(図2.1.2)。

² 厚生労働省「国民医療費」のホームページより, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/37-21.html>

図 2.1.1 医療保険医療費の推移

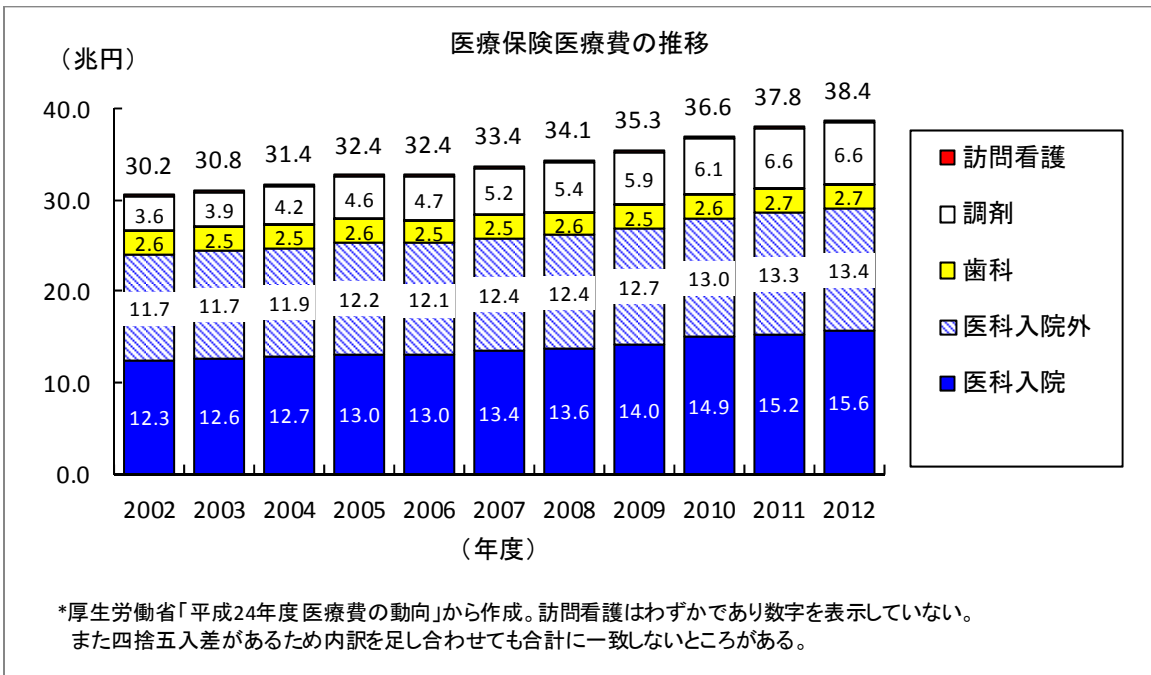
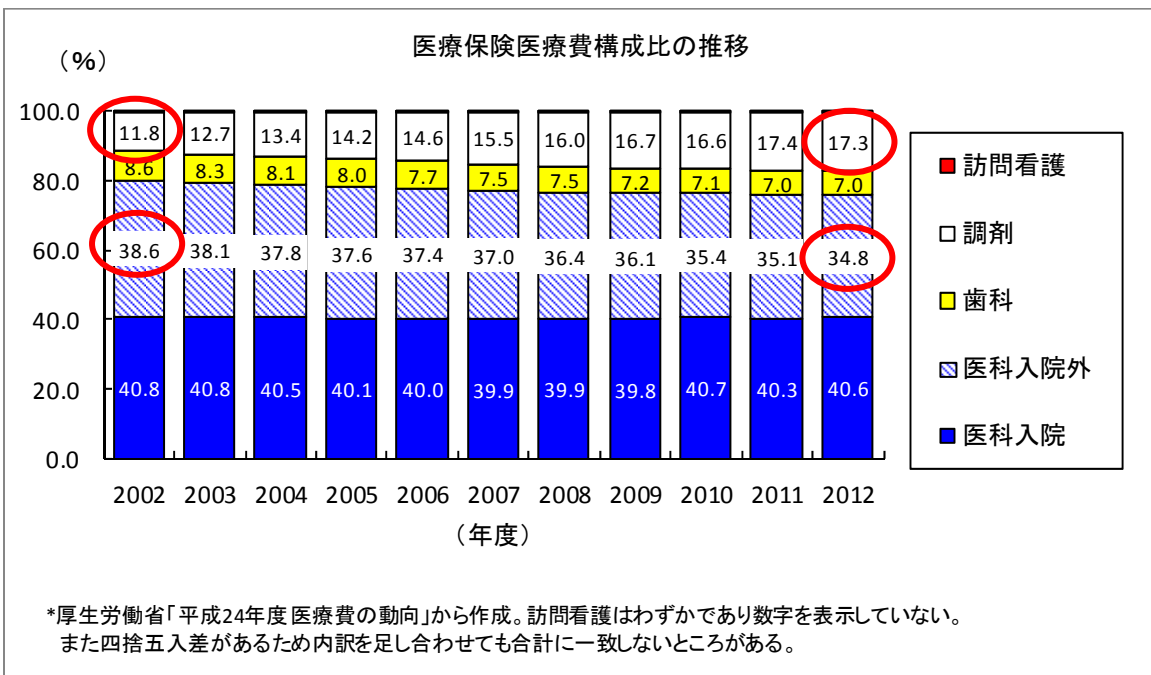


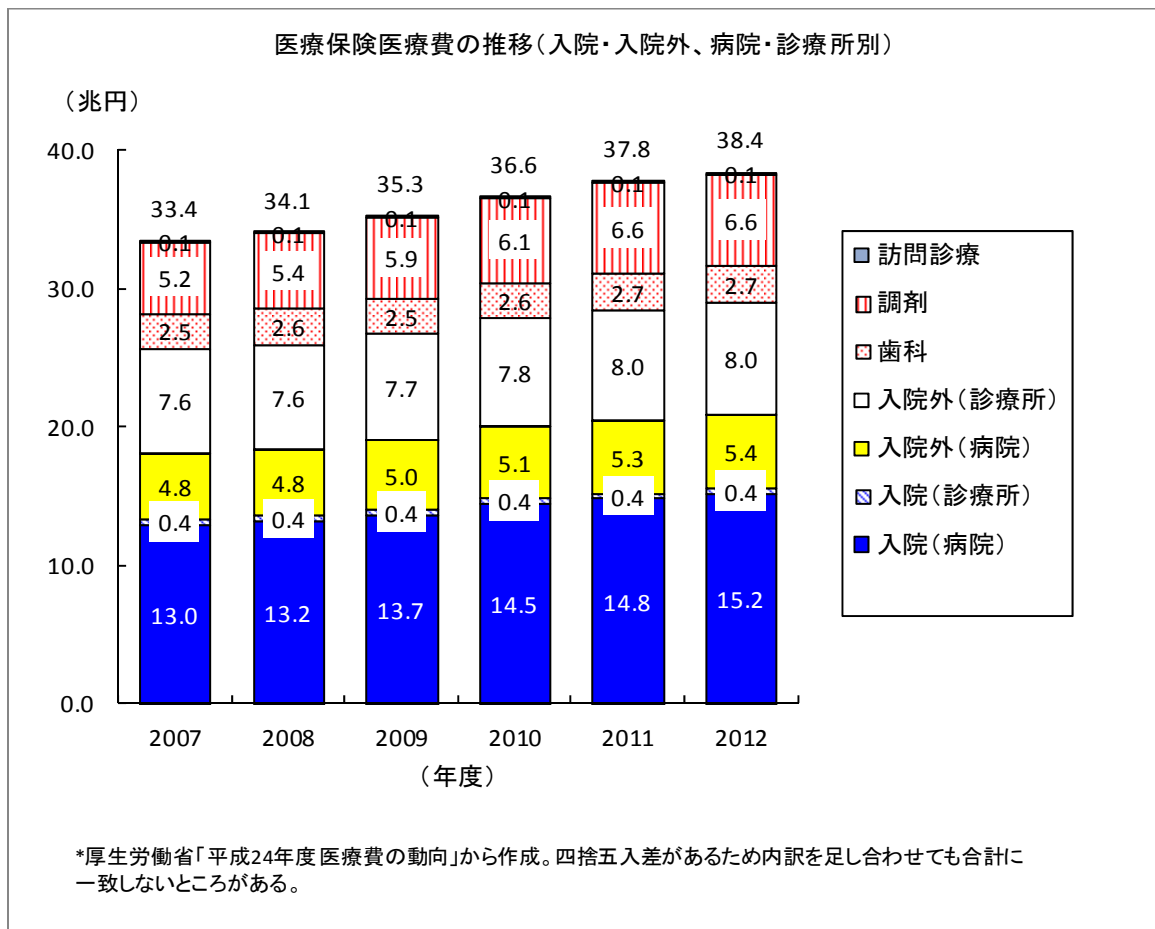
図 2.1.2 医療保険医療費構成比の推移



医科入院・入院外を病院・診療所別に区分して示した。

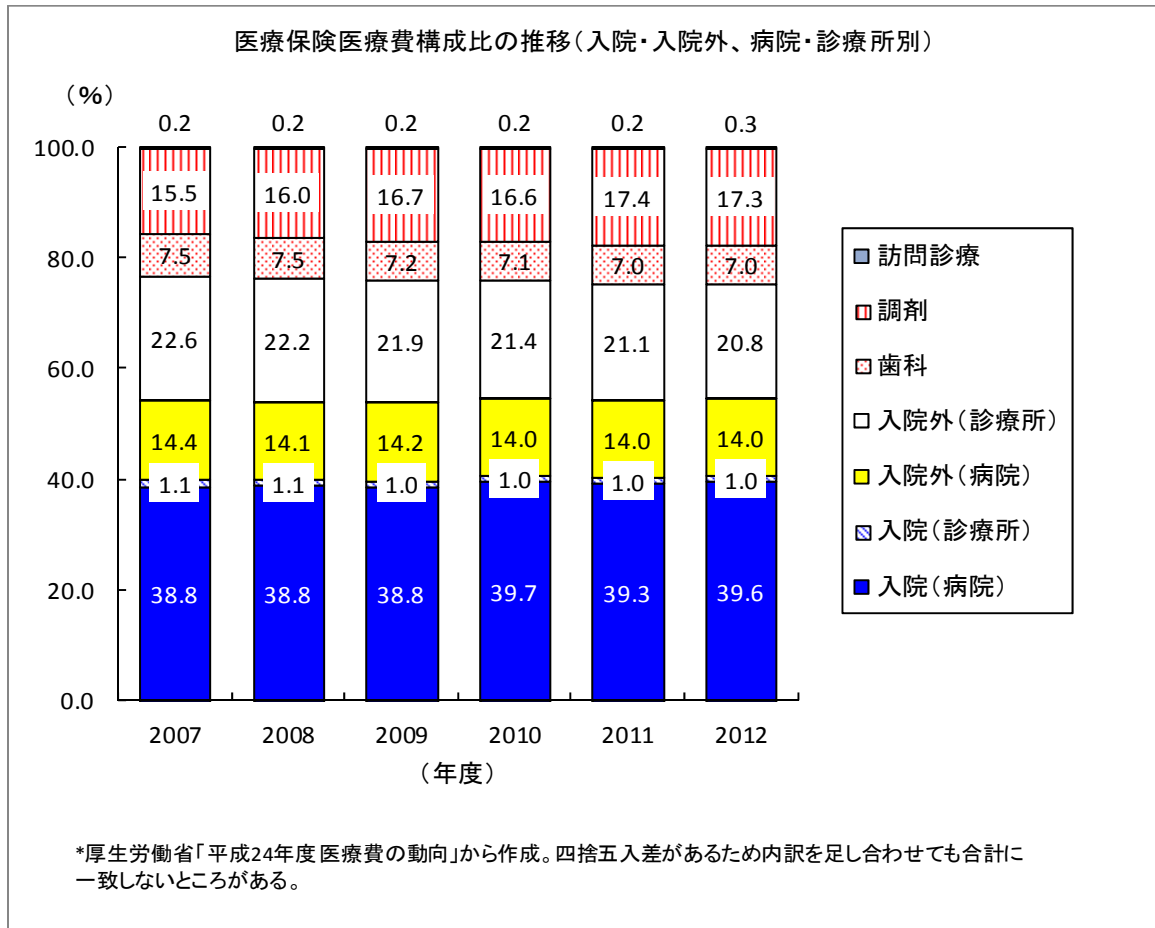
金額では、5年前の2007年度と比べて入院（病院）が+2.2兆円、調剤が+1.5兆円であった。また入院外は病院+0.6兆円、診療所+0.4兆円であり、病院の増加が大きかった（図 2.1.3）。

図 2.1.3 医療保険医療費の推移（入院・入院外、病院・診療所別）



構成比では5年前の2007年度と比べて、入院外（診療所）▲1.8ポイント、調剤+1.8ポイントであった（図 2.1.4）。

図 2.1.4 医療保険医療費構成比の推移（入院・入院外、病院・診療所別）

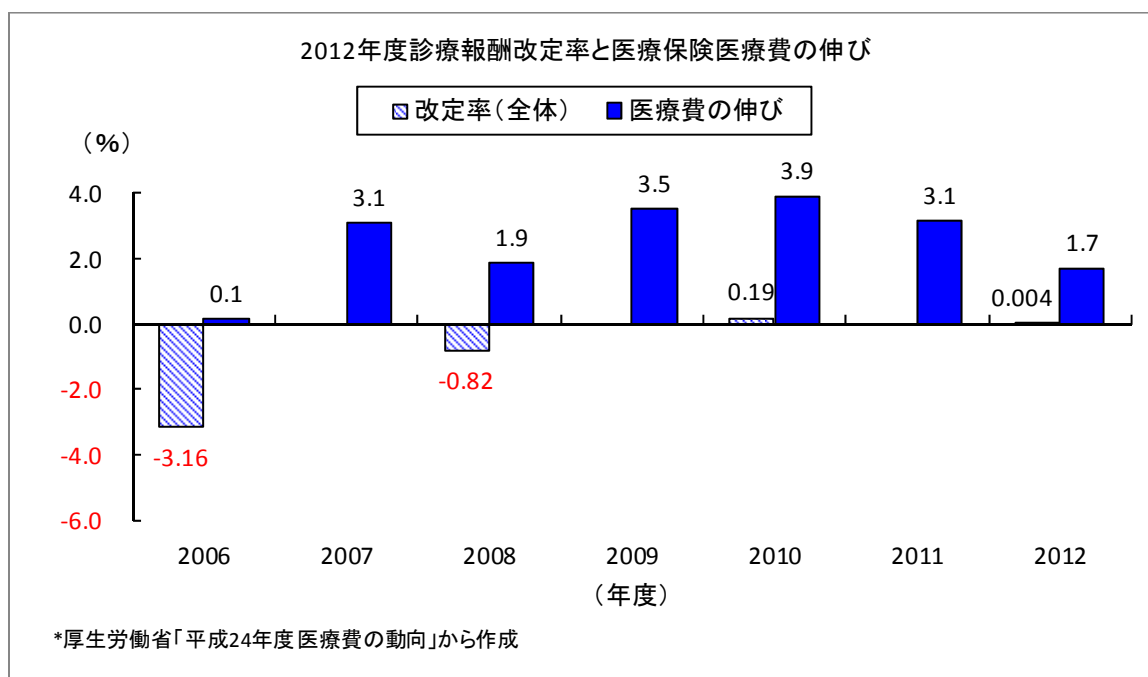


2.2. 診療報酬改定率との比較

診療報酬改定がない年（奇数年）には医療費は3%台の伸びを示している。2012年度は、診療報酬はプラス改定であったが、医療費の伸びは+1.7%に止まった（図 2.2.1）。

厚生労働省はかつて医療費の自然増は年3~4%としていたが³、2012年度の医療費の自然増はかなり小さいものであった。

図 2.2.1 2012年度診療報酬改定率と医療保険医療費の伸び

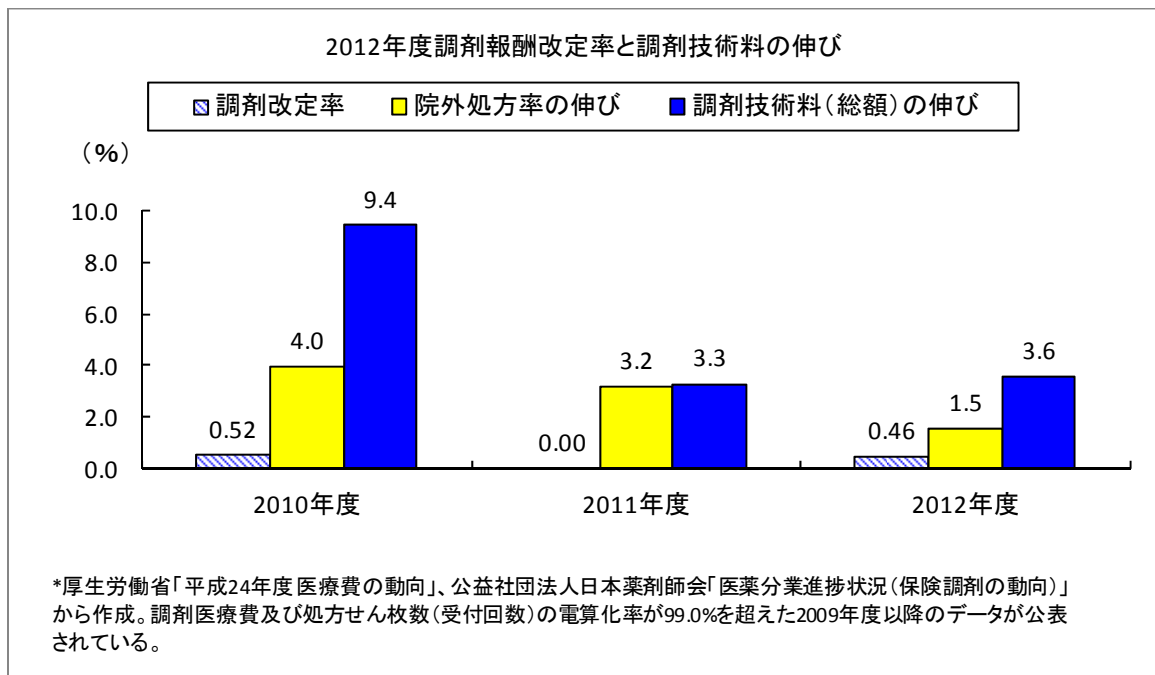


³ 厚生労働省保険局は2005年頃まで「制度改革、診療報酬改定等による影響を除いた、人口の高齢化による増及び医療の高度化等の自然増が、経済成長に因らず3~4%程度」と述べている。
[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/6e9d670787af408c4925703d00051ef6/\\$FILE/3-1,2.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb05Kaig.nsf/0/6e9d670787af408c4925703d00051ef6/$FILE/3-1,2.pdf)

昨年（2012年）も、診療報酬改定の影響がなければ、「医療費の伸び率は3.1%であり、概ね従来と同程度の水準（3%前後）であった」としている。厚生労働省「平成23年度医療費の動向」2012年8月24日、http://www.mhlw.go.jp/topics/medias/year/11/dl/iryouhi_data.pdf

調剤（薬価・材料を含まない）は2012年度の改定率+0.46%に対し、調剤技術料の伸びは+3.6%であった（図 2.2.2）。院外処方拡大の影響もあるが、院外処方の伸び率は+1.5%であった。

図 2.2.2 2012年度調剤報酬改定率と調剤技術料の伸び



医科入院・入院外の伸びと診療報酬改定

医科入院・入院外医療費について、特に 2008 年以降の推移に着目した（図 2.2.3）。

2008 年度は診療報酬改定があり、医療費の伸びは、入院+1.9%、入院外+0.2%、差 1.7 ポイントである。

2009 年度には診療報酬改定はなく、入院、入院外の伸び率の差はほとんどない（0.3%）。

2010 年度には、診療報酬改定率が入院、入院外で異なる決定がされ、入院と入院外とで大きな差が開いた。入院、入院外の伸び率の差は 4.4 ポイントである。

2011 年度には診療報酬改定はなく、入院、入院外の伸び率の差はほとんどない（▲0.2%）。

2012 年度の診療報酬改定では、入院、入院外は同じ改定率であったが、医療費の伸びは入院+2.5%、入院外+1.0%で、差は 1.5 ポイントであった。

このように最近は、入院、入院外で異なる改定率であるかどうかにかかわらず、診療報酬改定があった年には入院医療費の伸びが入院外医療費の伸びを上回っている。

図 2.2.3 医科入院・入院外医療費の対前年度比の推移

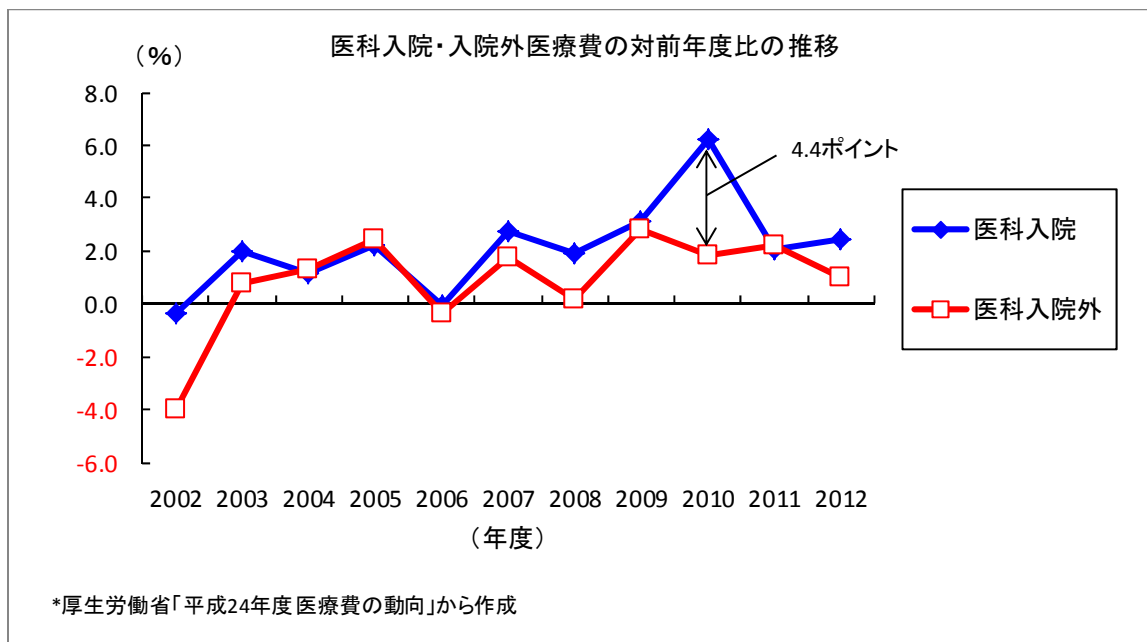


表 2.2.1 医療保険医療費の対前年度比と診療報酬改定率

医療保険医療費対前年度比(それぞれ薬価・材料を含む) (%)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
医科入院	-0.0	2.8	1.9	3.1	6.2	2.1	2.5
医科入院外	-0.3	1.8	0.2	2.8	1.8	2.2	1.0
差	0.3	1.0	1.7	0.3	4.4	-0.2	1.5

*厚生労働省「平成24年度医療費の動向」から作成。四捨五入差があるので差引が「差」に一致しないところがある。

診療報酬改定率

	2006	2008	2010	2012
入院	区分なし	区分なし	+3.03%	区分なし
入院外	区分なし	区分なし	+0.31%	区分なし
医科	▲1.50%	+0.42%	+1.74%	+1.55%
歯科	▲1.50%	+0.42%	+2.09%	+1.70%
調剤	▲0.60%	+0.17%	+0.52%	+0.46%
本体	▲1.36%	+0.38%	+1.55%	+1.379%
薬価・材料	▲1.80%	▲1.20%	▲1.36%	▲1.375%
全体	▲3.16%	▲0.82%	+0.19%	+0.004%

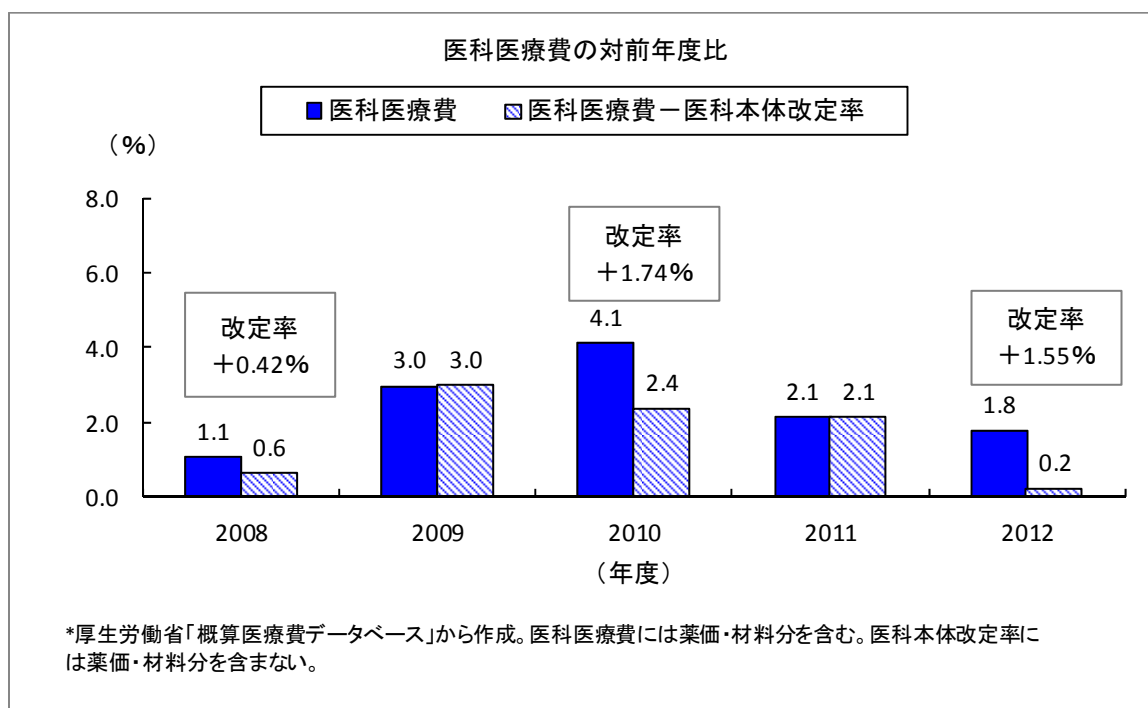
3. 病院・診療所医療費

3.1. 医療費の伸び

医療費の伸びは、2008年度は+1.1%であったが⁴、2009年度から2011年度にかけては診療報酬改定率を差し引いて2~3%台の伸びである(図 3.1.1)。2012年度は診療報酬改定率を差し引くと+0.2%であり、過去5年間で最低であった。

※注) 医科医療費には薬価・材料分を含むが、医科本体改定率には薬価・材料分を含まないので、単純には比較できない。

図 3.1.1 医科医療費の対前年度比

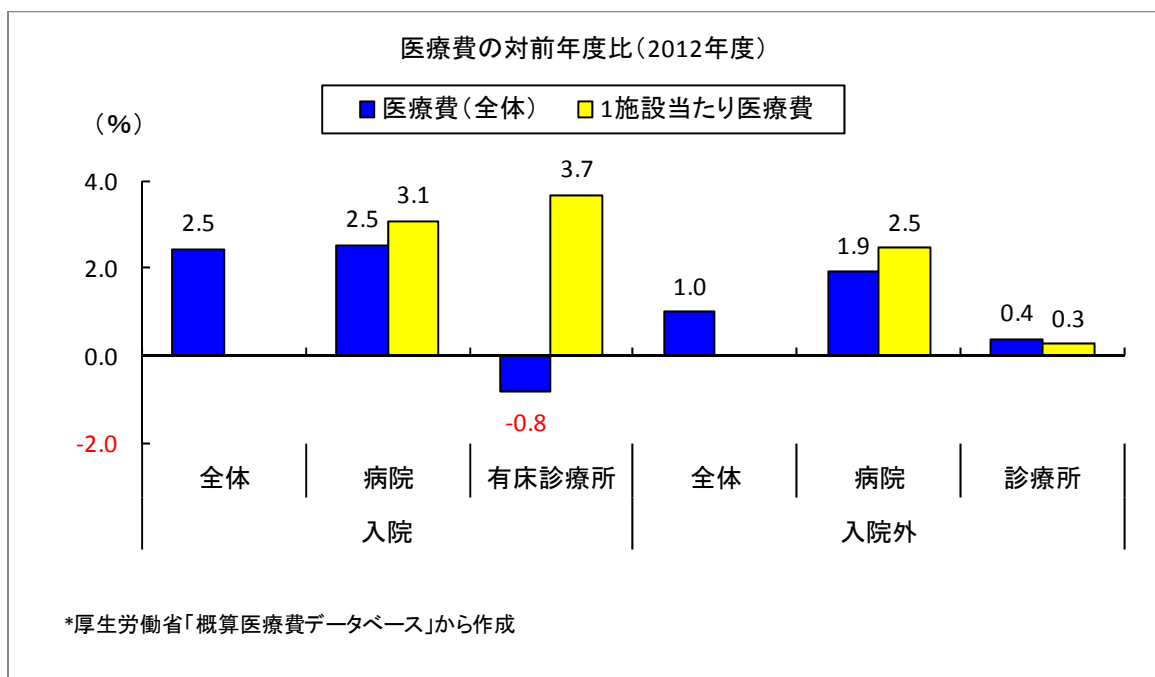


⁴ 2008年度は後期高齢者医療制度が創設された年である。この年は受診日数の対前年度比が入院▲1.1%、入院外▲1.6%であり、入院外では70歳以上も▲1.2%であった。70歳以上の入院外受診日数が減少したのは、2008年度以降では2010年度のみである(▲0.4%)。

入院では病院+2.5%、有床診療所▲0.8%であった。有床診療所は特に施設数減少の影響も受けている。1施設当たり医療費の伸びは、入院では病院+3.1%、有床診療所+3.7%である。

入院外では病院+1.9%、診療所+0.4%であった。1施設当たりでは病院は+2.5%であったが、診療所は+0.3%でほぼ横ばいであった（図 3.1.2）。

図 3.1.2 医療費の対前年度比（2012年度）



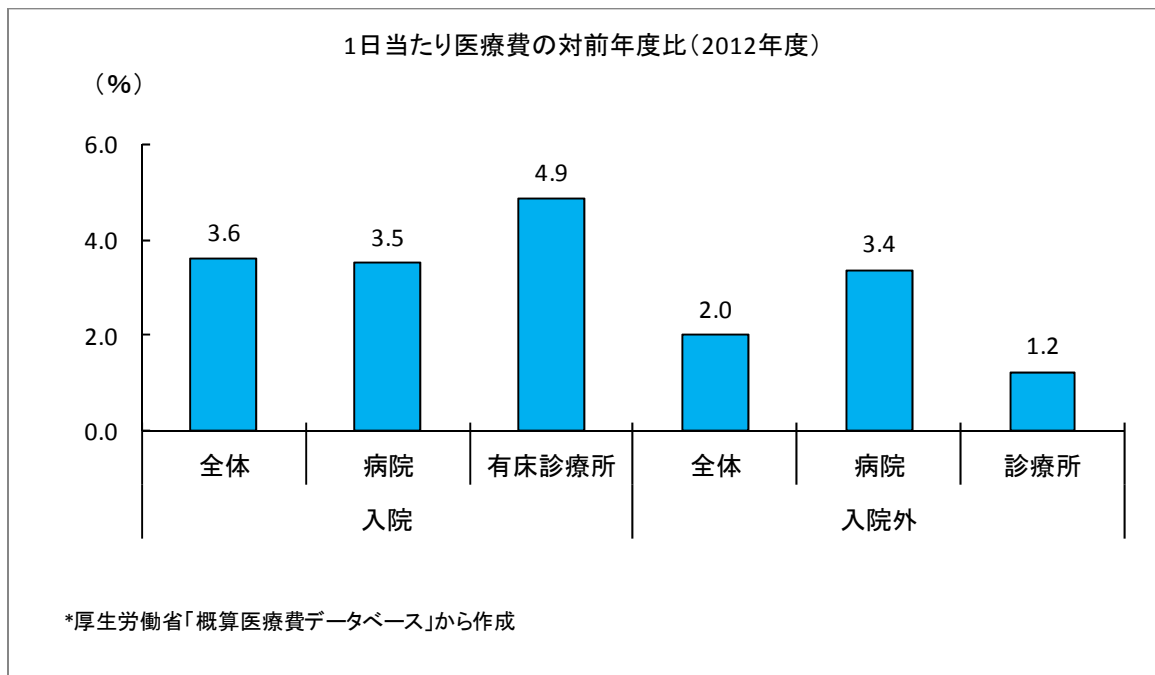
3.2. 医療費の伸びの要因

医療費は、「1日あたり費用（患者1人1日あたり単価）×総日数」で示される。

1日あたり医療費

1日あたり医療費の伸びは入院+3.6%、入院外+2.0%であり、一定の単価アップはあった（図3.2.1）。しかし前述したように医療費総額の伸びにはつながっていない。入院外では病院+3.4%、診療所+1.2%と2.1ポイント（四捨五入差があるため差し引きと一致しない）の差があった。

図 3.2.1 1日あたり医療費の対前年度比（2012年度）

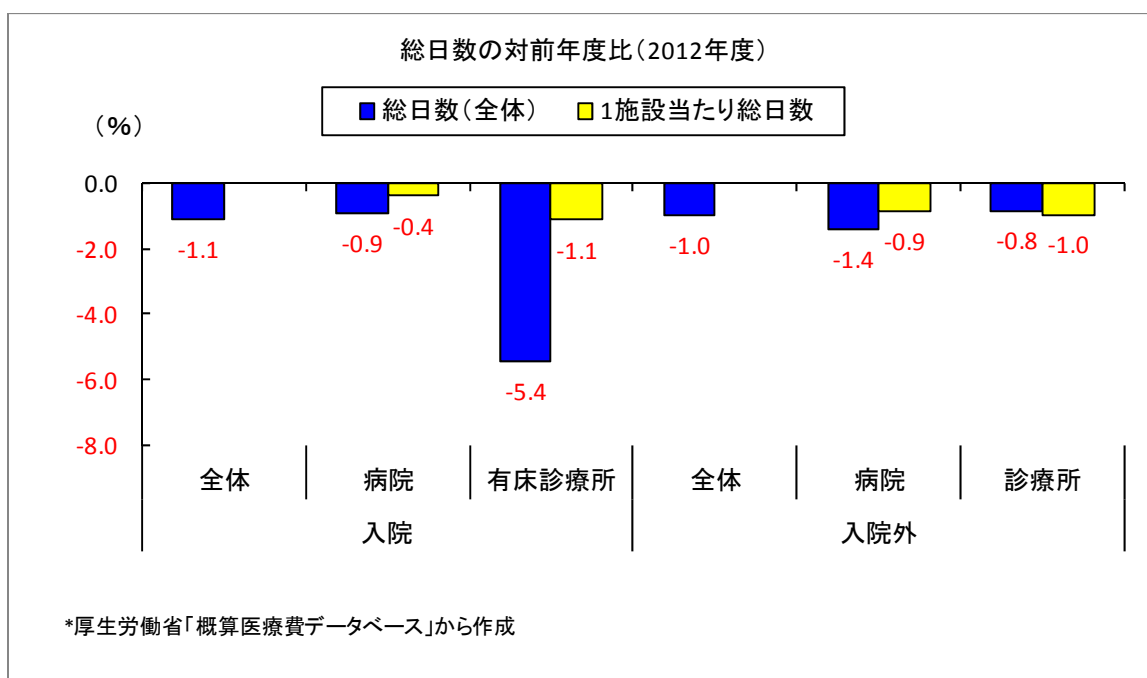


総日数

総日数の伸びは入院▲1.1%、入院外▲1.0%であった（図 3.2.2）。入院では有床診療所は施設数が減ったため▲5.4%と大きく減少しているが、1施設当たりで見ても▲1.1%である。入院外では診療所が1施設当たり▲1.0%である。

総日数は、「総件数×1件当たり日数」である。次頁以降、それぞれ分解して示す。

図 3.2.2 総日数の対前年度比（2012年度）



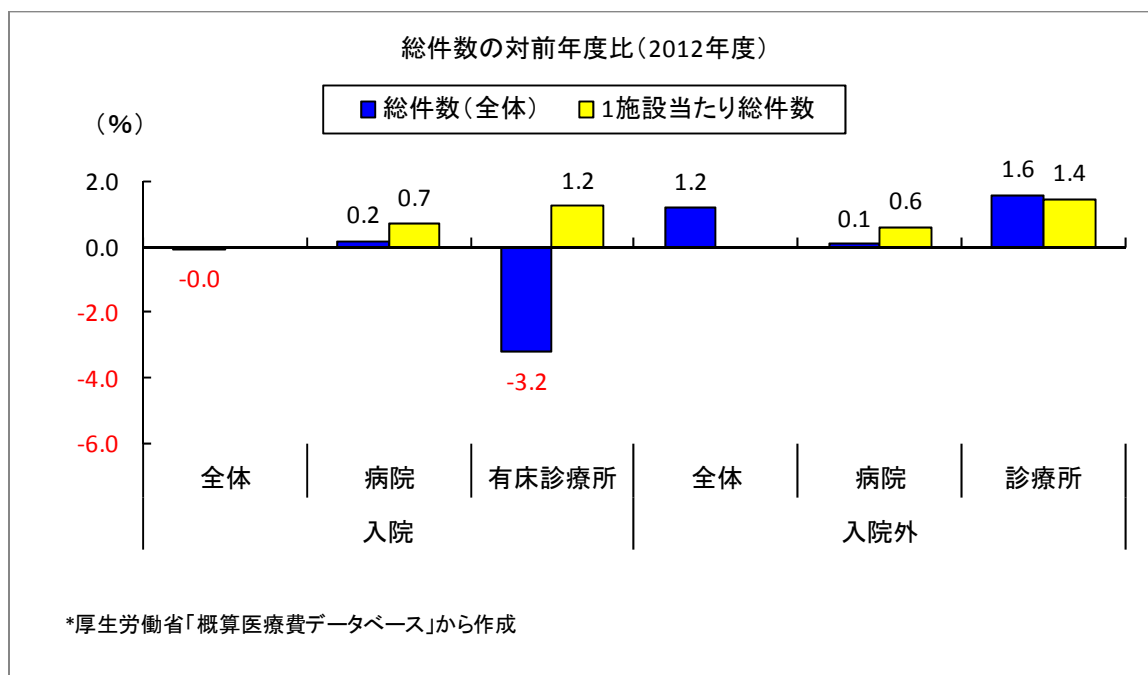
総件数

件数は、診療報酬明細書の枚数を指す。診療報酬明細書は月ごとに各医療機関で1人の患者に対し1枚作成される。つまり月ごとにリセットされるわけだが、総件数の伸びは、おおよそ延べ患者数の伸びを表している。

総件数の伸びは、入院では病院+0.2%、有床診療所▲3.2%であった（図3.2.3）。有床診療所のマイナスは施設数自体が減少していることも要因のひとつであり、1施設当たりでは+1.2%である。

入院外では病院+0.1%、診療所+1.6%であり、病院の外来患者数が伸びていないことがうかがえる。

図 3.2.3 総件数の対前年度比（2012年度）



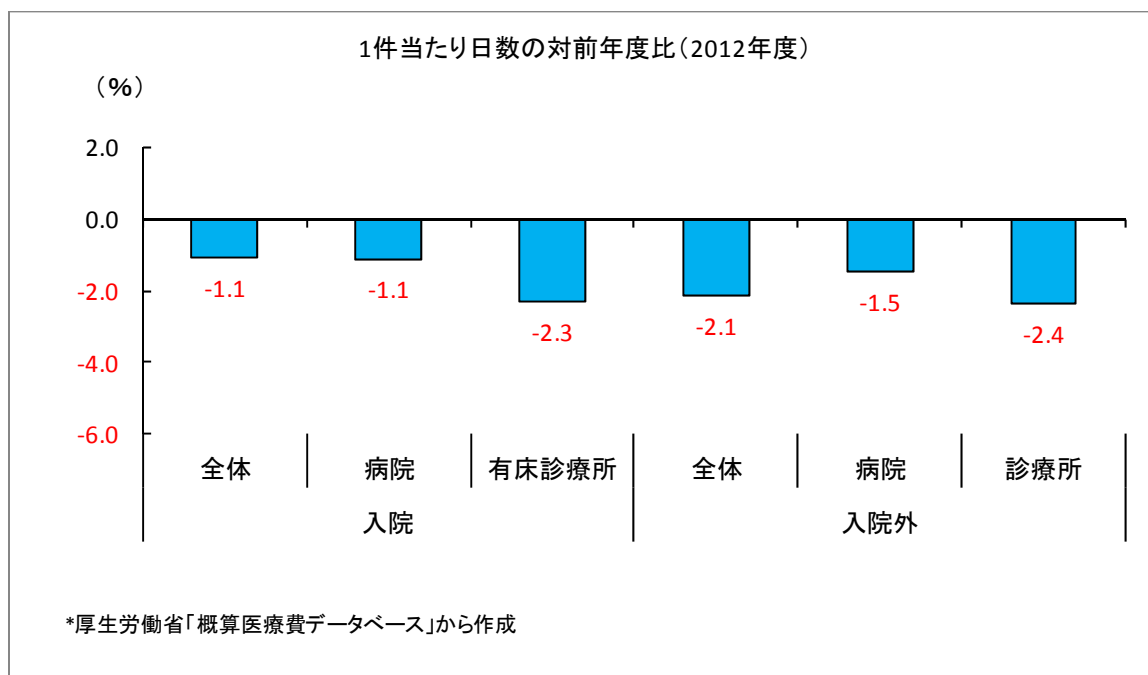
1 件当たり日数

診療報酬明細書は月ごとに作成されるので、1 件当たり日数も 1 か月当たりの日数であり、月ごとにリセットされているが、入院ではおおむね平均在院日数の伸びに連動する。入院外 1 件当たり日数は月の通院回数に相当する。

1 件当たり日数の伸びは、入院では病院▲1.1%、有床診療所▲2.3%であり、平均在院日数短縮化の影響が出ている（図 3.2.4）。

入院外では病院▲1.5%、診療所▲2.4%であった。診療所では、1 件当たり日数の減少が総件数の伸びを打ち消したことにより医療費がほとんど伸びなかった。

図 3.2.4 1 件当たり日数の対前年度比（2012 年度）

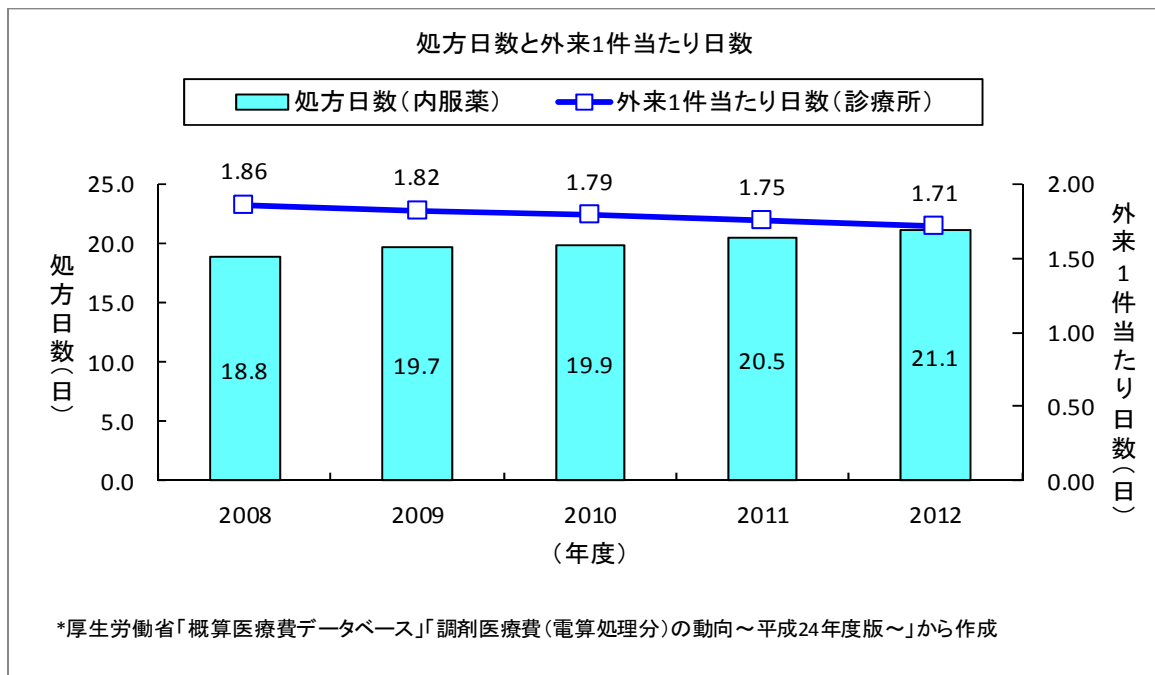


3.3. 外来受診日数と長期処方の関係

診療所の入院外（以下、外来）は、医療費がほとんど伸びていない。その要因は、2010年度の診療報酬改定で再診料が引き下げられたこと、外来1件当たり日数の減少していることなどである。件数は月ごとに数えるので、外来1件当たり日数は1か月の通院回数を表している。

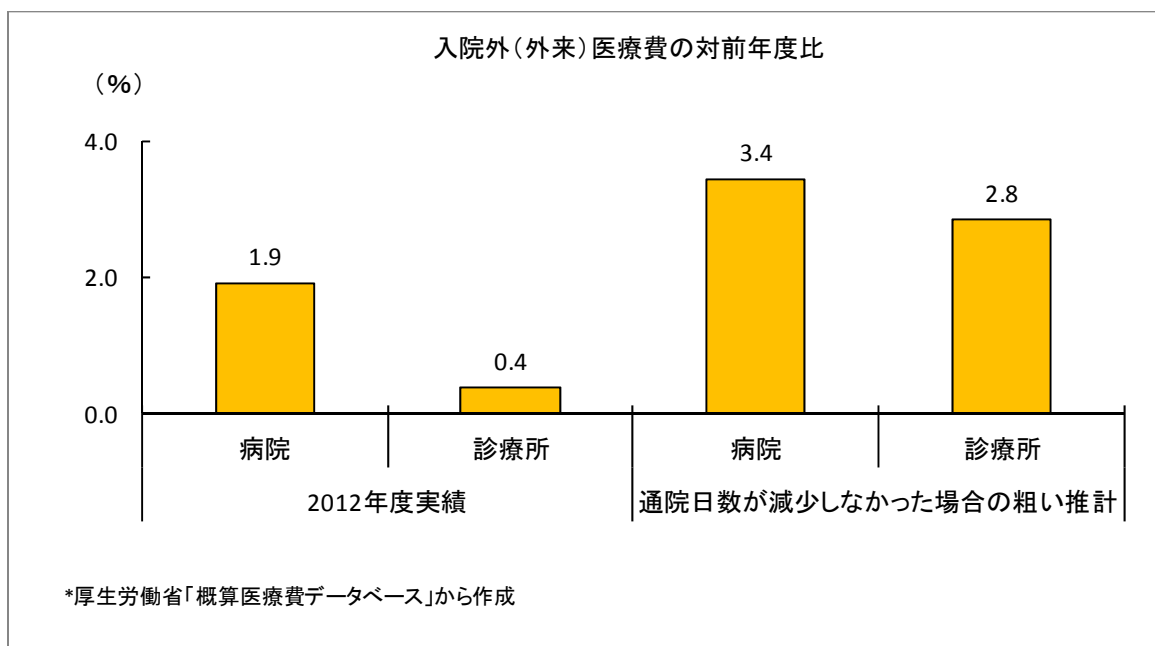
通院回数が減少しているのは、処方日数が長期化しているためではないかと推察される。内服薬の処方日数は2012年度には21.1日と、平均で3週間を超えている（図3.3.1）。

図 3.3.1 処方日数と外来1件当たり日数



仮に外来1件当たり日数が変わらなかったとした場合、外来医療費の伸びは病院+3.4%、診療所+2.8%になり、いわゆる従来の自然増に相当する伸びを確保できた計算になる（図 3.3.2）。

図 3.3.2 入院外（外来）医療費の対前年度比



処方日数長期化の背景には、高齢化が進み、慢性期疾患の患者など病状が安定している患者が増加していることもあるが、処方日数制限を緩和してきた経緯もある（表 3.3.1）。

処方日数は、現在の診療報酬体系が創設された 1958 年時点では、内服薬 2 日、外用薬 5 日であったが、この制限は 2002 年に原則廃止された。

2006 年度の診療報酬改定では「適切な長期投薬を推進する」⁵観点から、長期投薬に係る評価が引き上げられた。このように処方日数は自然に伸びたわけではなく、国の施策として長期処方が進められてきたのである。

2010 年度の診療報酬改定では、新医薬品は薬価基準に掲載されてから 1 年間は 14 日処方であるが、一部についてこの制限が解除された。

現在は、特に定めのあるもの以外は医師の裁量権に基づいて処方日数を定めることができるようになっている⁶。

保険医療機関及び保険医療養担当規則（療担規則）

第 20 条二 投薬

へ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならないこととし、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに一回十四日分、三十日分又は九十日分を限度とする。

⁵ 厚生労働省「平成 18 年度診療報酬改定の概要について」29 頁

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/02/dl/s0215-3u.pdf>

⁶ 制限があるもの

14 日：麻薬及び向精神薬取締法（昭和 28 年法律第 14 号）第 2 条第 1 号に規定する麻薬（コカイン、ジアセチルモルヒネ（別名ヘロイン）等）、第 2 条第 6 号に規定する向精神薬、新医薬品で薬価収載日の翌月初日から起算して 1 年を経過していないもの。

30 日：塩酸モルヒネ等

90 日：ジアゼパム（抗不安薬）、ニトラゼパム（抗てんかん薬）等

表 3.3.1 処方日数制限緩和の経緯

1958	S33	現行診療報酬体系創設 内服薬は1回2日分を標準とし、外用薬は1回5日分を限度とする。
1981 改定	S56	厚生大臣の定める内服薬及び疾患のリストに記載されているものに限定して1回30日分投与できるようになった。
1994 改定	H6	内服薬は1回14日分、外用薬は1回7日分を限度とする。
2000	H12	診療報酬改定 内服薬および外用薬は、1回14日分を限度として投与する。
2002 改定	H14	長期投薬に係る規制が原則廃止された(麻薬及び向精神薬、薬価基準収載後1年以内の医薬品は制限)。
2004 改定	H16	生活習慣病の増加や投薬期間の長期化に伴い、処方時における病態分析と処方管理の評価を充実するため、特定疾患処方管理加算(処方期間が28日以上の場合 月1回45点)が新設された。
2006 改定	H18	適切な長期投薬を推進し、再診の適正化を図る観点から、長期投薬に係る評価が引き上げられるとともに、併せて処方せん料が引き下げられた。 <ul style="list-style-type: none"> ・ 特定疾患処方管理長期投薬加算 45点 → 65点 ・ 処方せん料1 内服7種以上 <ul style="list-style-type: none"> イ 含後発 43点 → 42点 ロ イ以外 41点 → 40点 ・ 処方料せん2 1以外 <ul style="list-style-type: none"> イ 含後発 71点 → 70点 ロ イ以外 69点 → 68点
2008 改定	H20	精神疾患患者等の社会復帰の観点から、経過を予測できる安定した患者に対し、一部の必要な薬剤(麻薬、向精神薬)について30日間の処方が可能になった。
2010	H22	中医協了承 新医薬品については、薬価基準収載の翌月の初日から1年間は、原則、1回14日分を限度として投与することとされているが、以下の場合には処方日数が合理的でないとして解除することになった。 ① 同様の効能・効果、用法・用量の既収載品の組合せと考えられる新医療用配合剤など、有効成分にかかる効能・効果、用法・用量について、実質的に、既収載品によって1年以上の臨床使用経験があると認められる場合 ② 疾患の特性や、含有量が14日分を超える製剤のみが存在しているといった製剤上の特性から、1回の投薬期間が14日を超えることに合理性があり、かつ、投与初期から14日を超える投薬における安全性が確認されている新医薬品である場合
2012 改定	H24	医療用麻薬の処方については、基本的に一度に14日分が限度とされているが、緩和医療のさらなる推進の観点から、現場のニーズを踏まえて、以下の4製剤について、30日分処方に改められた。 <ul style="list-style-type: none"> ・ コデインリン酸塩(内用) ・ ジヒドロコデインリン酸塩(内用) ・ フェンタニルクエン酸塩の注射剤(注射) ・ フェンタニルクエン酸塩の経皮吸収型製剤(外用)

内服薬の調剤料は処方日数ごとに設定されている。2010 年度の診療報酬改定で処方日数 15 日分以上の場合の評価が引き上げられ、31 日以上の区分が新設された（表 3.3.2）。2012 年度には処方日数 22 日以上の算定回数の割合は 8.9%になっている（図 3.3.3）。

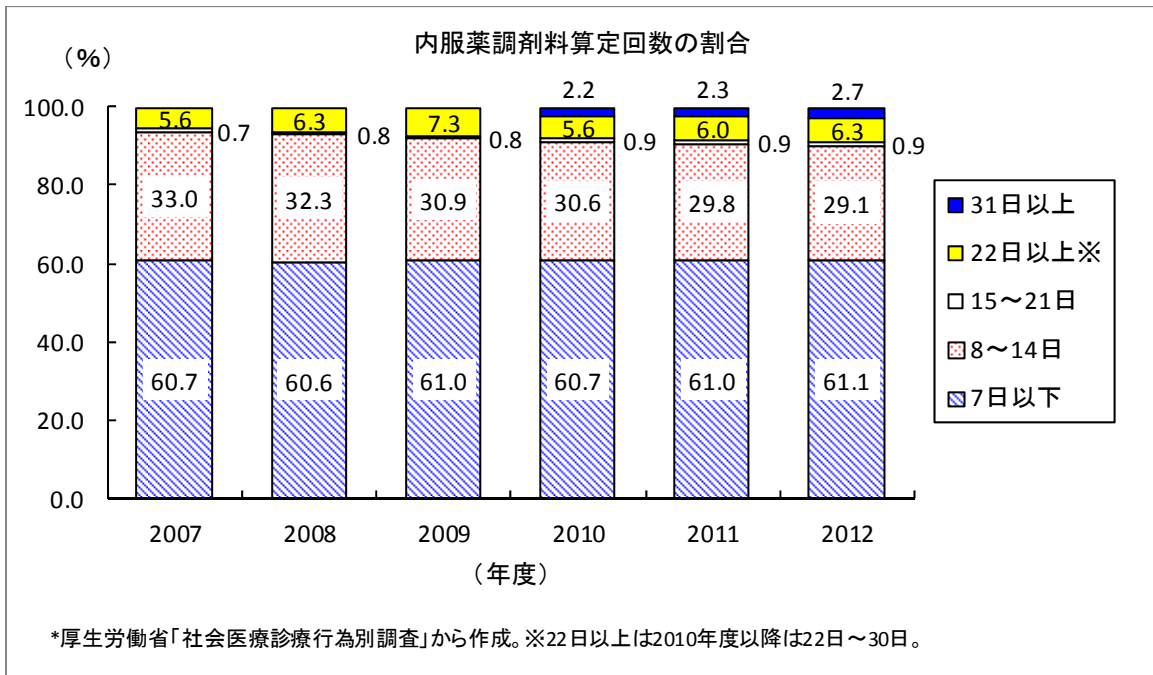
調剤料は処方期間が長いほど、1 日あたりに換算した調剤料は薄まる（安くなる）ので、長期処方、患者の通院負担と経済的負担を軽減する。薬局にとっては、長期処方によって処方 1 日分の単価は下がるが、長期間一括して調剤することで作業効率は向上する。たとえば処方日数が 7 日から 28 日に変更されれば、会計業務は 4 回から 1 回に減る。患者（顧客）を一定期間固定できるというメリットもある（7 日処方の患者が 7 日後に再来するとは限らないが、14 日処方であれば 14 日間固定できる）。

表 3.3.2 内服薬調剤料

処方日数		2008年度	2010年度～
14日分以下	7日目以下(1日分につき)	5点	5点
	8日目以上(1日分につき)	4点	4点
15日分以上	21日分以下	68点	71点
	22日分以上30日分以下	77点	81点
	31日分以上		89点

※14日分以下は1日当たり点数、15日分以上は当該期間あたりの点数

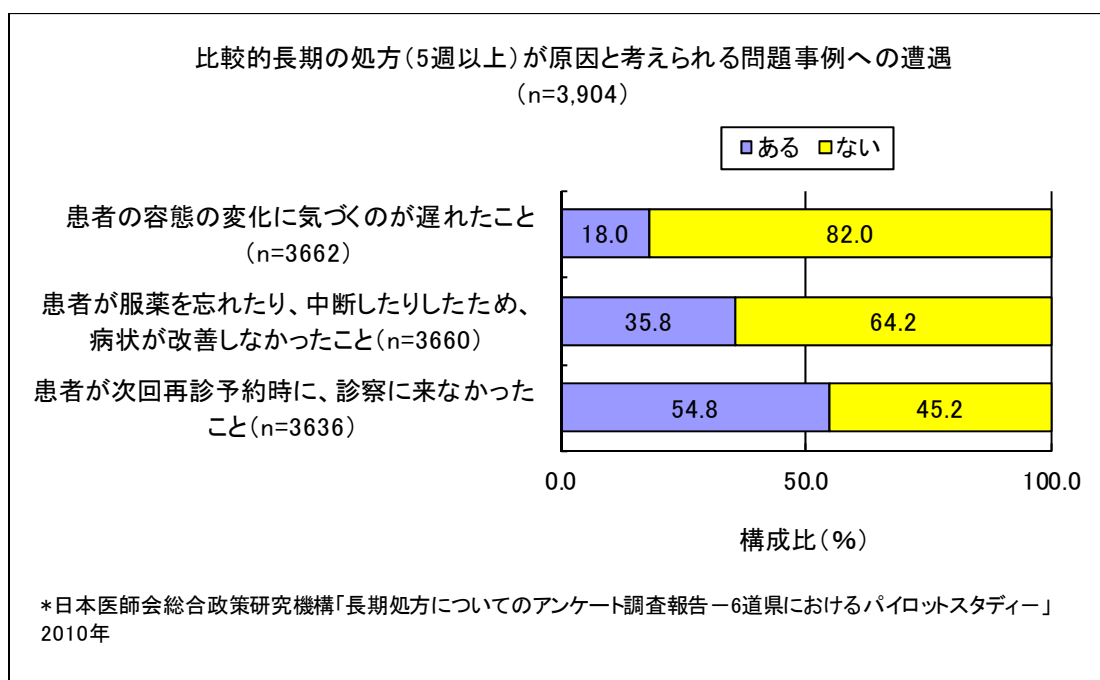
図 3.3.3 内服薬調剤料算定回数の割合



長期処方については安全面からの課題もある。2010年、日本医師会は、長期処方の問題点について病院・診療所医師に対してアンケート調査を行った⁷。

その結果、比較的長期（5週以上）の処方を原因として、「患者の容態の変化に気づくのが遅れたこと」がある医師が18.0%、「患者が服薬を忘れてたり、中断したりしたため、病状が改善しなかったこと」がある医師が35.8%、「患者が次回再診予約時に、診察に来なかったこと」がある医師が54.8%あった（図3.3.4）⁸。またこのほか急性増悪し、重篤化した深刻なケースも報告された。

図 3.3.4 比較的長期の処方（5週以上）が原因と考えられる問題事例への遭遇



⁷ 前田由美子「長期処方についてのアンケート調査報告—6道県におけるパイロットスタディー」日医総研ワーキングペーパーNo.225, 2010年12月20日

⁸ 「過去1年ぐらいの間に、比較的長期（5週以上）の処方が原因と考えられる以下の事例にあわれたことがありますか」という質問である。「他院で長期処方を受けていたと思われる患者を含みます」との注釈をつけ、自己責任によるものかどうかは問うていない。

日医総研「長期処方についてのアンケート調査報告－6 道県におけるパイロットスタ
ディー」(2010年)から抜粋

比較的長期の処方を原因とする問題事例(次のもの以外:患者の容態の変化に気づく
のが遅れたこと、患者が服薬を忘れてたり中断したりしたため病状が改善しなかつたこ
と、患者が次回再診予約時に診察に来なかつたこと)

容態悪化

- ・ 高血圧管理中に腎障害を発症した。
- ・ 高齢者で、症状が悪化しても次回再診時まで受診を控えてしまい、慢性心不全の急性増悪を起こしたケースがある。
- ・ 腎機能障害の患者が、数か月後、腎不全になったことが判明した。
- ・ 心不全により退院で3か月の処方を受けた後、浮腫などの症状が増悪した。
- ・ 他院で90日処方を受けており、糖尿病が悪化して、入院にいたった。
- ・ 他院にて高血圧症90日処方を受け、利尿剤が処方されており、当院で補液等の処置を行なった。
- ・ 他の病院で、降圧剤を3か月処方され、低血圧状態となった例を経験した。
- ・ 多量服薬により急性薬物中毒になった。
- ・ 内服薬(顆粒)が湿ってしまい、血中濃度が低下してけいれん発作を起こした。
- ・ 服用中断期間が長く、脳梗塞を発症したケースがある。
- ・ ワーファリン投与中の方で、自己判断で中止され、血栓弁となり心不全症状となり来院。そのまま、再手術となった。
- ・ 患者の降圧剤の内服が不規則になり、血圧が不安定となり、脳出血を生じた。
- ・ 甲状腺術後長期投与により、夏期に脱水を起こし高カルシウム血症から急性腎不全(一過性)になった。
- ・ 症候性てんかんで抗けいれん剤を服用中、自己判断で中止し、けいれん発作で搬送された。
- ・ 服薬を停止後、下血があり、本人は痔病と判断していたが、来院にて直腸癌と診断された。

受診抑制

- ・ 長期処方であっても症状に変化があれば受診するように指導しているが、患者が遠慮して次の診療時まで我慢するケースがある。
- ・ 別の病気を発症しても、処方された薬がある期間は、その薬を服用していた。
- ・ 高血圧症の患者、心不全があり、苦しくなったが、予約が先のためその間我慢してしまった。
- ・ 症状があっても次回予約日まで受診しなかったため閉塞性動脈硬化症が増悪した。

家族・知人間の服用

- ・ 家族1人が受診して、長期処方を希望し、家族間で服用している。
- ・ 薬が多くあるため、家族、知人と分けていたことがある。
- ・ 睡眠導入剤を知人に譲っていた。

重複投与

- ・ 薬をなくしたとして、別の医師に長期処方をしてもらうということを繰り返していた患者があった。

処方変更

- ・ 処方を変更した際に、それ以前に処方していた薬が無駄になる。
- ・ 長期処方を行なった薬で副作用が起きた場合、大量に破棄することになる。

自殺

- ・ 本人、家族の大量服薬による自殺に使用された。

診療上の弊害

- ・ (長期間来院しないので) 患者さんの背景を思い出すのに時間がかかる。

その他

- ・ 長期処方を行なった後、被保険者証が失効していたことがわかった。
- ・ 処方期間中に副作用が出て服用を中止し、残薬の代金の返納を求められた。
- ・ 副作用により服用を中止し、不要薬剤の返品を希望する患者がある。

3.4. まとめ

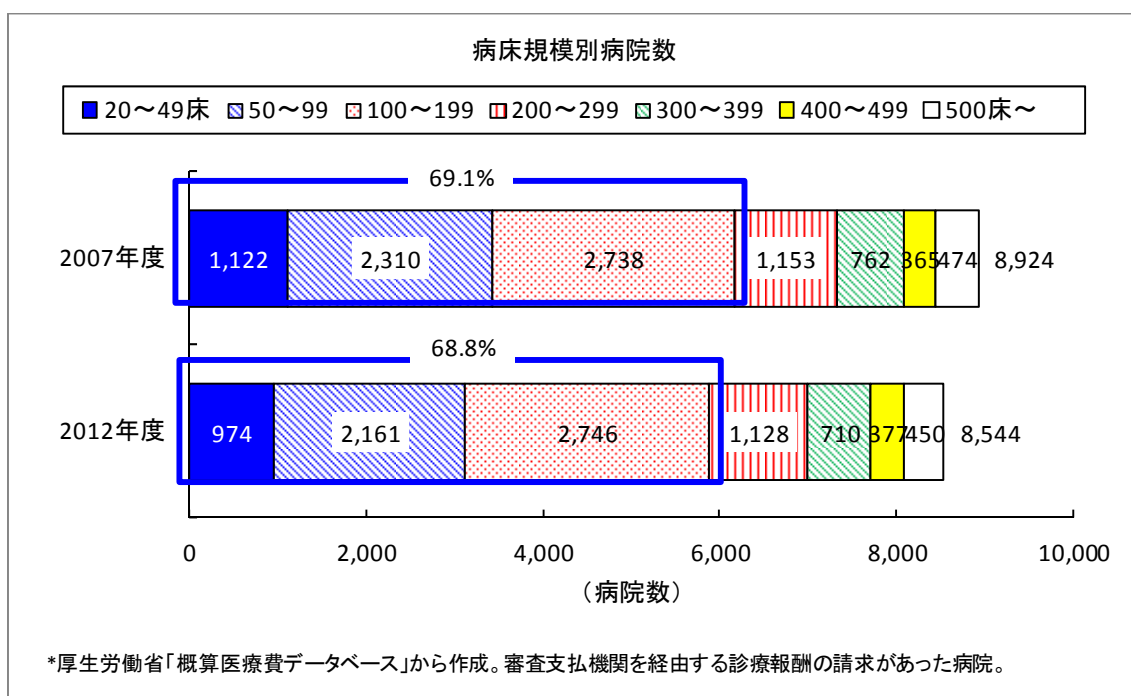
- 2012 年度診療報酬改定は、入院、入院外の区分はなく医科全体で+1.55%であったが、医療費の伸びは入院+2.5%、入院外+1.0%と差が開いた。また最近では、診療報酬改定があるたびに入院医療費の伸びが、入院外を上回っている。
- 病院の入院では、1 件当たり日数は減少したが、1 日当たり医療費（単価）が上昇したことが寄与して医療費が増加した。病院では平均在院日数を短縮して、より高い診療報酬を確保しているものと推察される。
- 有床診療所の入院医療費は、施設数が減少していることもあり総額としては減少しているが、1 日当たり医療費（単価）の上昇が寄与して 1 施設当たり医療費は増加した。ただし 1 件当たり入院日数は病院以上に減少しており、有床診療所も平均在院日数の短縮化が進んでいることがうかがえる。
- 診療所の入院外は、1 日当たり医療費がほとんど上昇しなかったうえ、1 件当たり日数が減少して、医療費がほとんど伸びなかった 2012 年度は、在宅医療を中心に診療所の外来を評価する診療報酬改定も行われたが、診療所全体の医療費を押し上げるにはいたらなかった。1 件当たり日数が減少しているひとつの要因は長期処方である。長期処方は服薬を忘れて病状が改善しないこと、処方期間中に急性増悪すること等が報告されている。これらの問題は、さらなる高齢化や認知症患者の増加によって、より深刻になるのではないかと推察される。長期処方のあり方を見直すべき時期に来ているのではないかと考える。

4. 病院病床規模別医療費

4.1. 病床規模別病院数など

2012年度の病院数は8,544施設（審査支払機関を経由する診療報酬の請求があった病院。以下同じ）である。うち200床未満の病院（以下、中小病院）が68.8%である（図4.1.1）。5年前の2007年度と比べると、中小病院の割合はやや減少している。

図 4.1.1 病床規模別病院数



中小病院では療養病床が多い。また100～199床、200～299床の病院では、精神病床と療養病床が病床全体の半数を超えている（図4.1.2）。以下に示す医療費の動向は病床種類別の内訳の影響もかなり受ける。

中小病院のうち特に病床数が少ない病院では、他に比べて入院外医療費（外来診療収入に相当）の割合が多い（図4.1.3）。また500床以上の病院も比較的入院外医療費の割合が高い。

図 4.1.2 病床規模別病床内訳 (2012年)

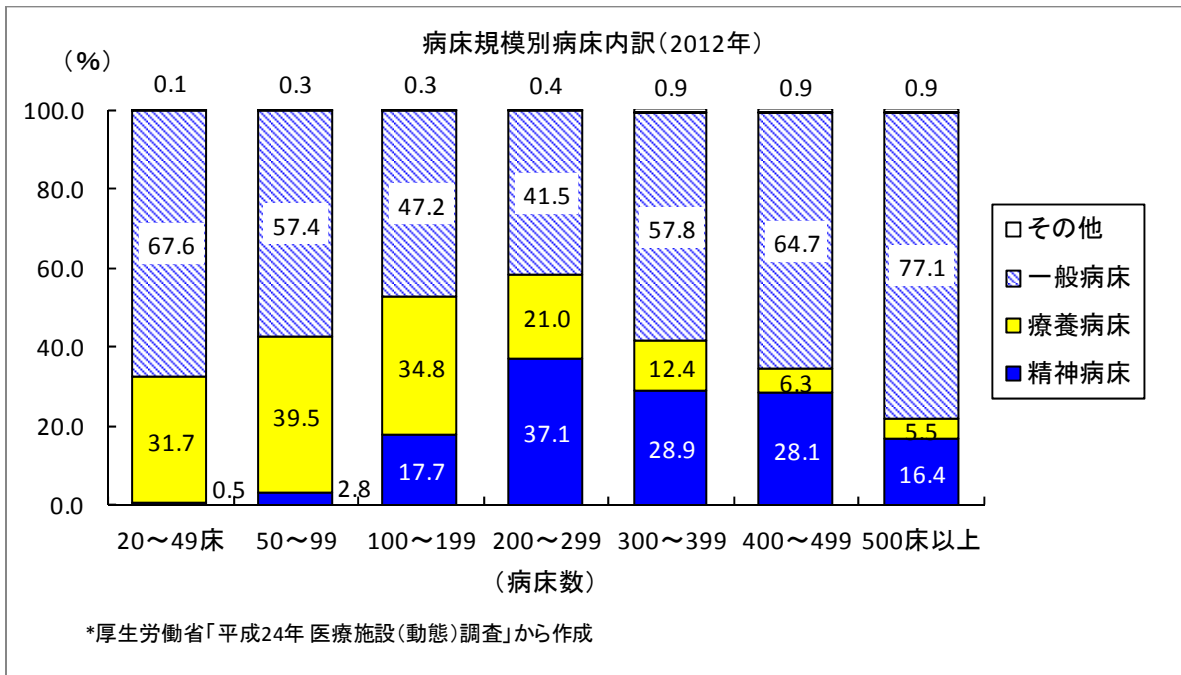
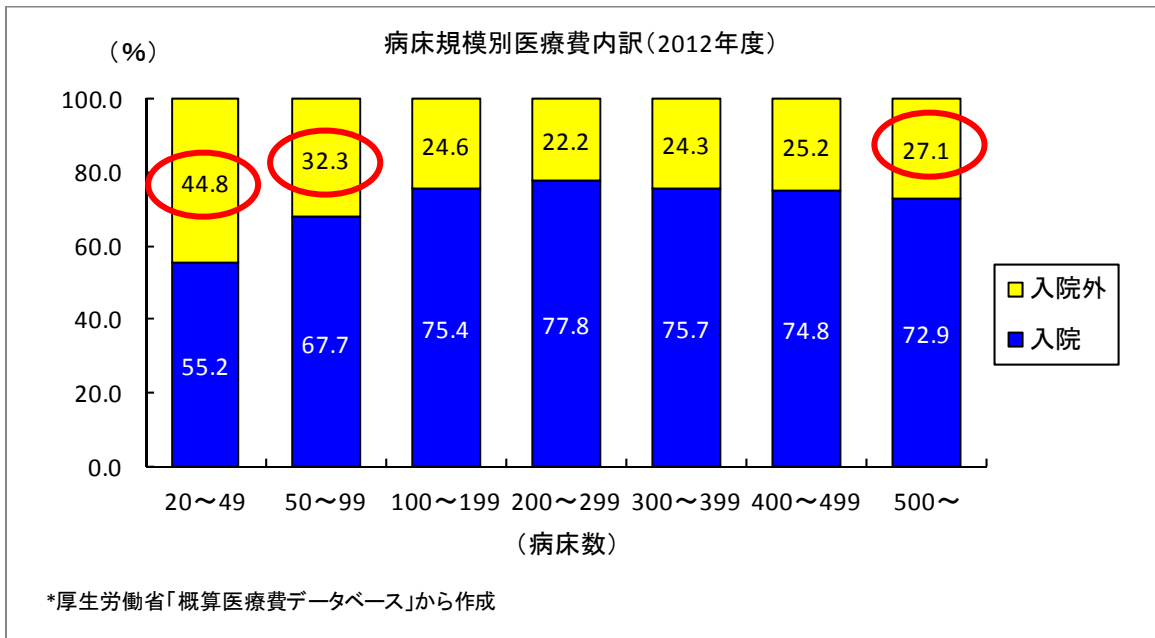


図 4.1.3 病床規模別医療費内訳 (2012年度)



また、最近の診療報酬改定では、急性期医療を重視した評価が行われているが、中小病院では急性期とされる「7対1」を算定する病院は少ない(図 4.1.4)。

中小病院ではDPC/PDPS対象病院も少ない。DPC/PDPS対象病院の割合は、100床未満 5.8%、100～199床 14.4%である(図 4.1.5)

さらに中小病院は都市部ではなく地方に多い。20～49床は都市部にもあるが、単科専門病院などではないかと推察される。政令指定都市および中核市では、100～399床の病院が6割近くを占めている(図 4.1.6)。

図 4.1.4 病床規模別7対1算定病院の割合

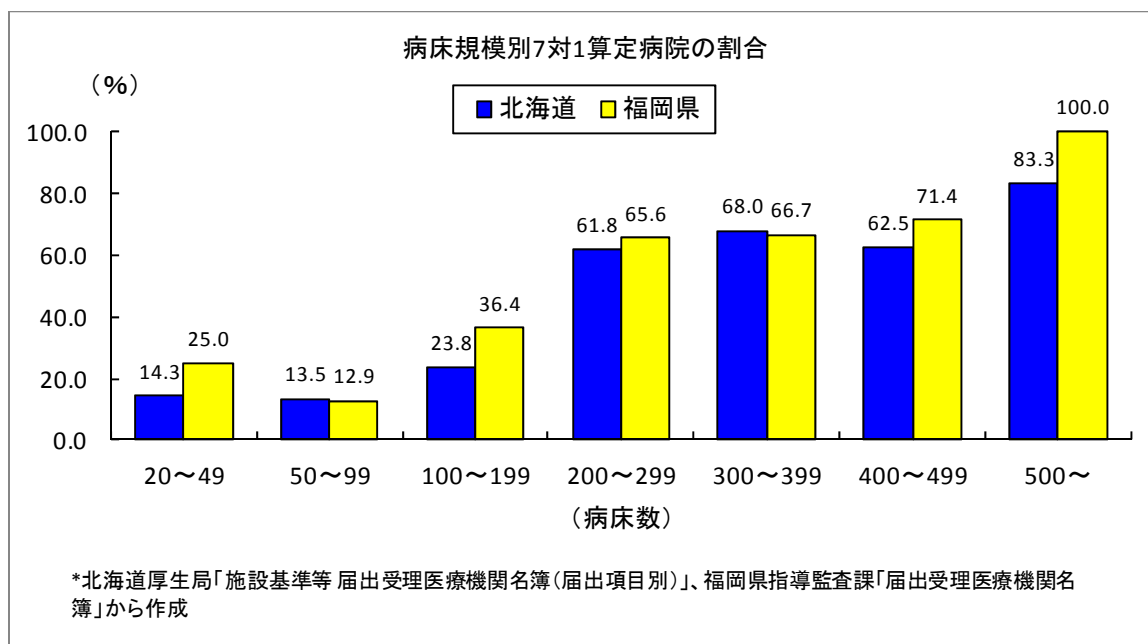


図 4.1.5 病床規模別 DPC/PDPS 対象病院の割合

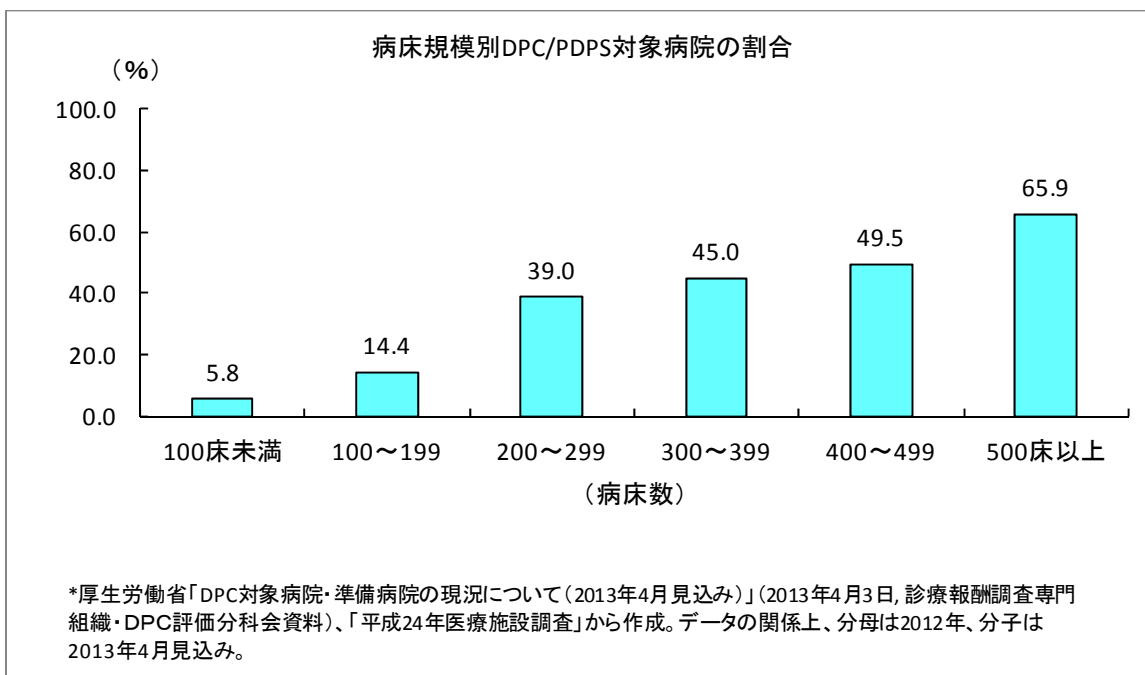
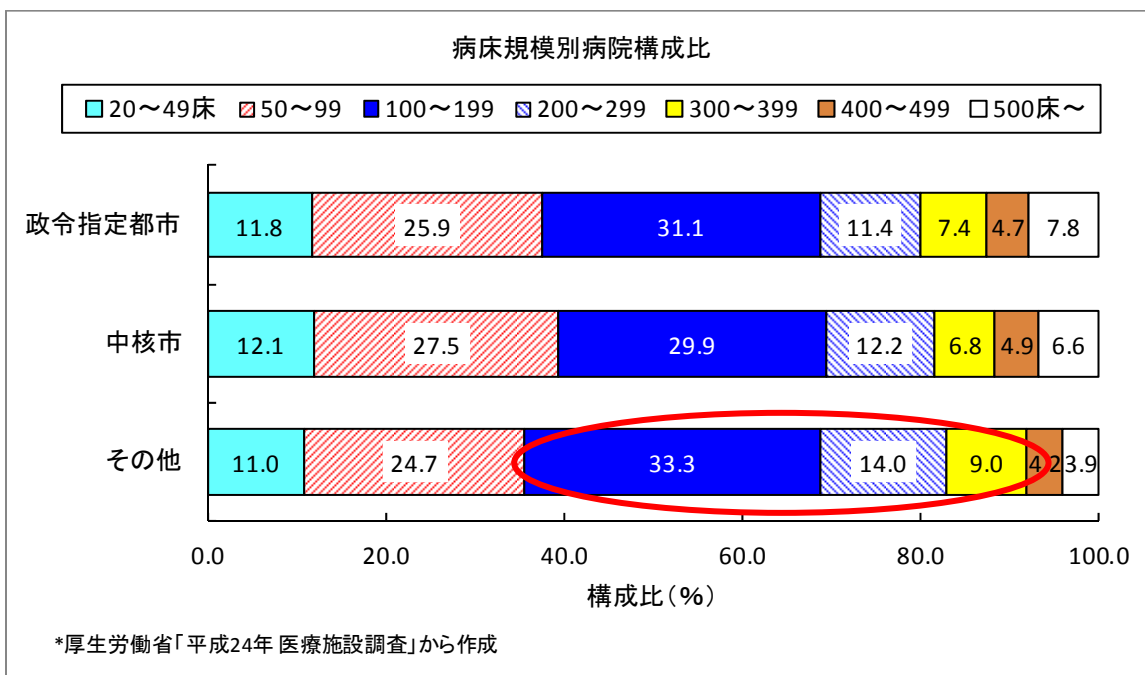


図 4.1.6 病床規模別病院構成比



4.2. 医療費とその伸びの要因

2012年度の病院医療費は20.6兆円である。うち病床規模500床以上の病院が6.3兆円であり、5年前の2007年度と比べて+1.1兆円である（図4.2.1）。

構成比（シェア）は5年前の2007年度と比べて、400床以上ではプラス、400床未満ではマイナスである（図4.2.2）。

1医療機関当たり医療費の伸びは、中小病院（200床未満）では、20～49床が+2.2%であり、200床までは病床規模が大きくなるにつれ伸び率が低くなる。200床以上になると、病床規模が大きいほど伸び率が高くなる（図4.2.3）。

中小病院のうち、病床規模が特に小さいところでは単科専門病院が少なくな
いものと推察され、これらの病院を除けば、おおむね大病院のほうが医療費の
伸びが高かったと言える。

図4.2.1 病院病床規模別医療費の推移

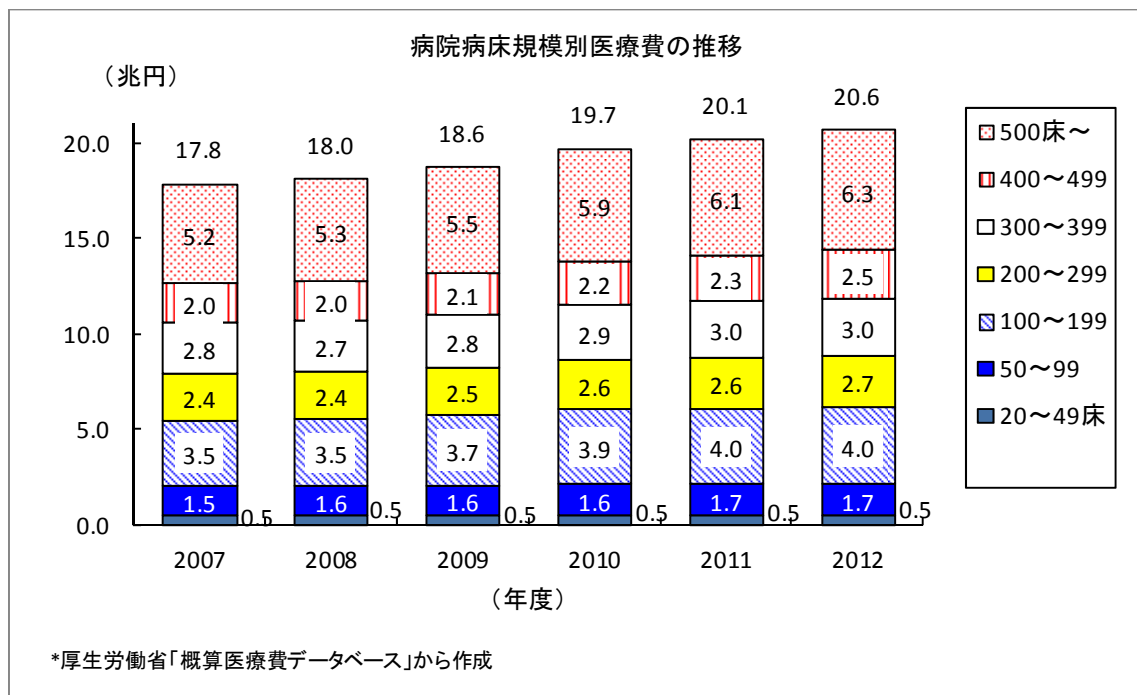


図 4.2.2 病院病床規模別医療費構成比の推移

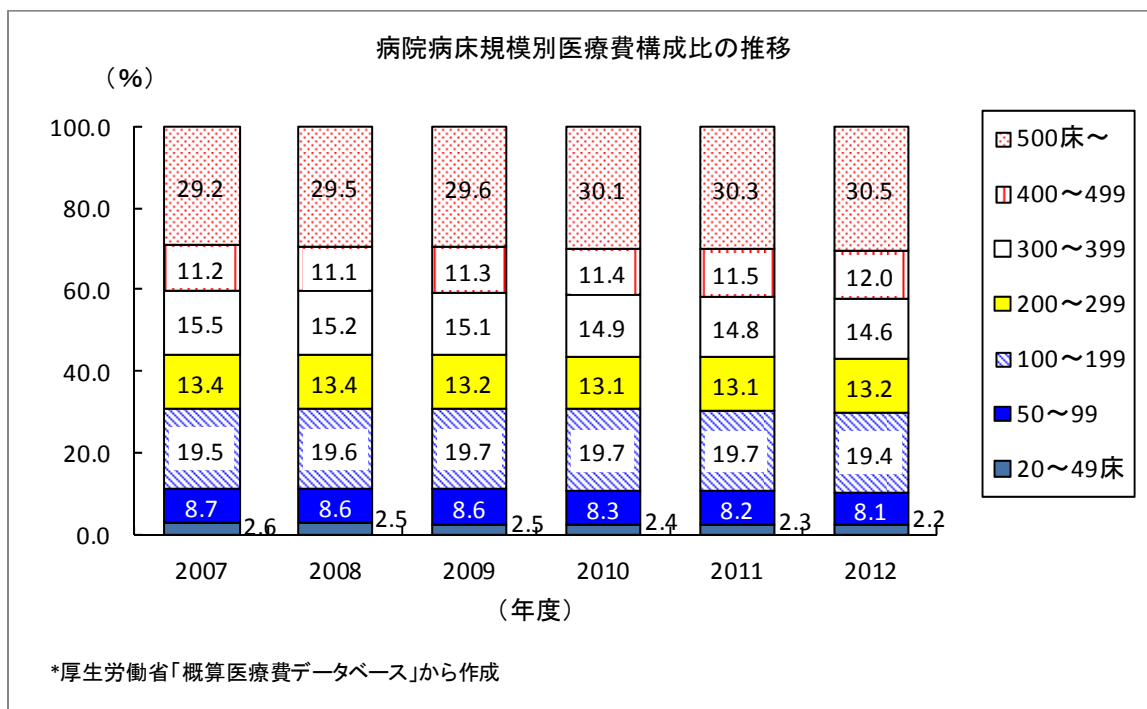
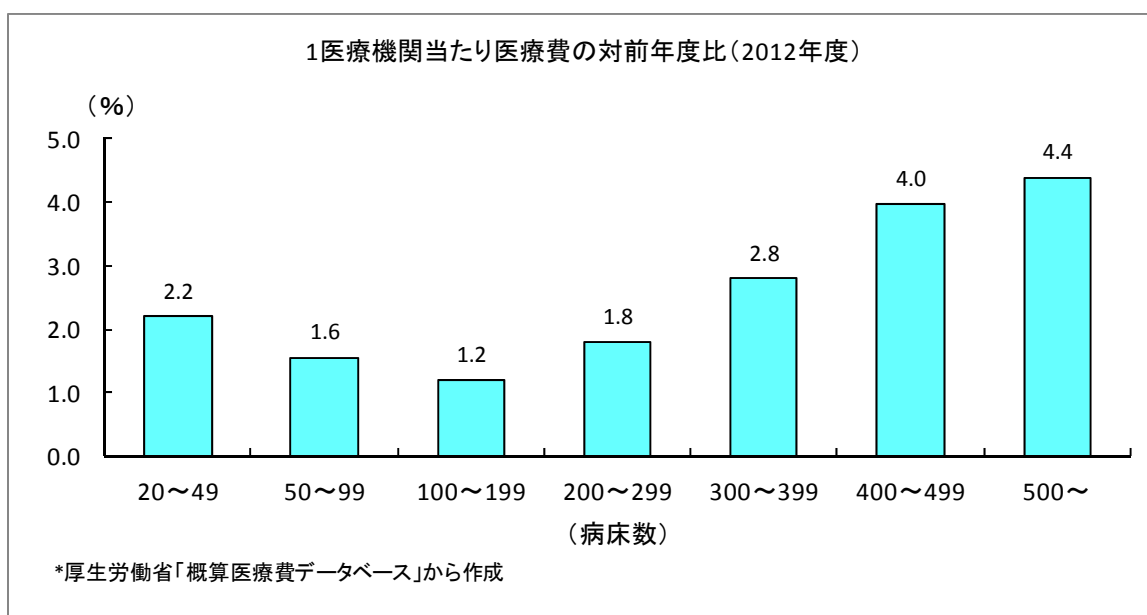


図 4.2.3 1医療機関当たり医療費の対前年度比（2012年度）

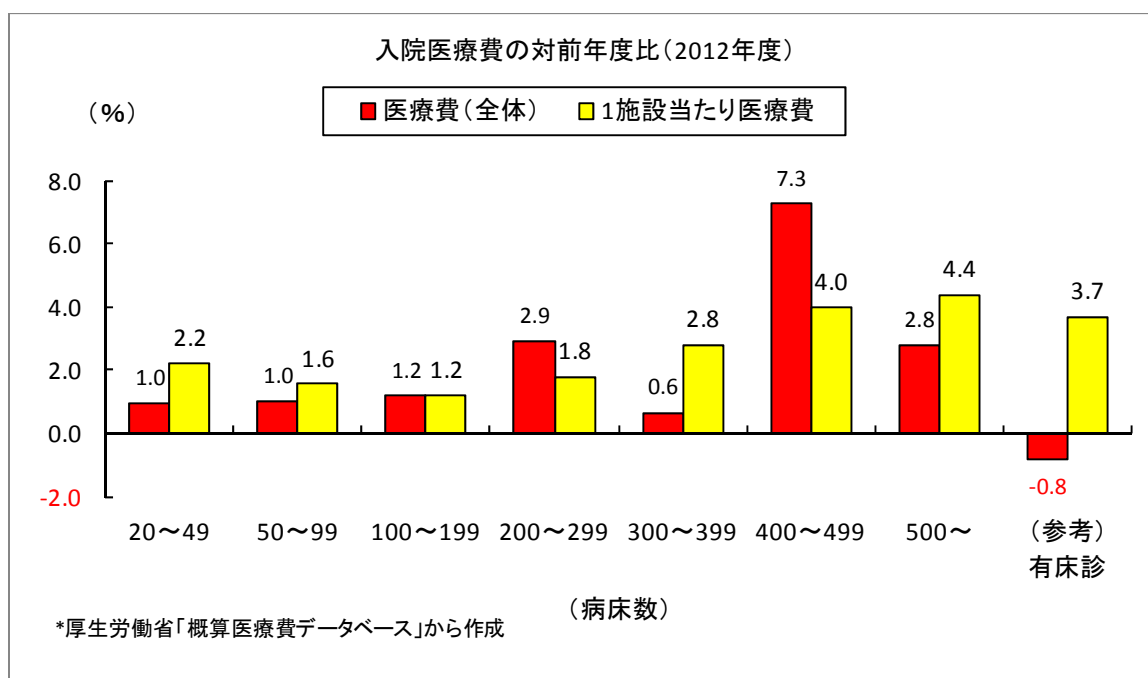


厚生労働省の推計をもとに⁹、入院医療費とそれを構成する「推計新規入院件数」（入院発生）、「推計平均在院日数」（入院期間）及び「入院の1日当たり医療費」（入院単価）等について示した。

入院医療費

1施設当たりで見ると、入院医療費の伸びは400床未満と400床以上とで差があった。特に伸びが低いのは100～199床であり+1.2%であった(図 4.2.4)。

図 4.2.4 入院医療費の対前年度比（2012年度）

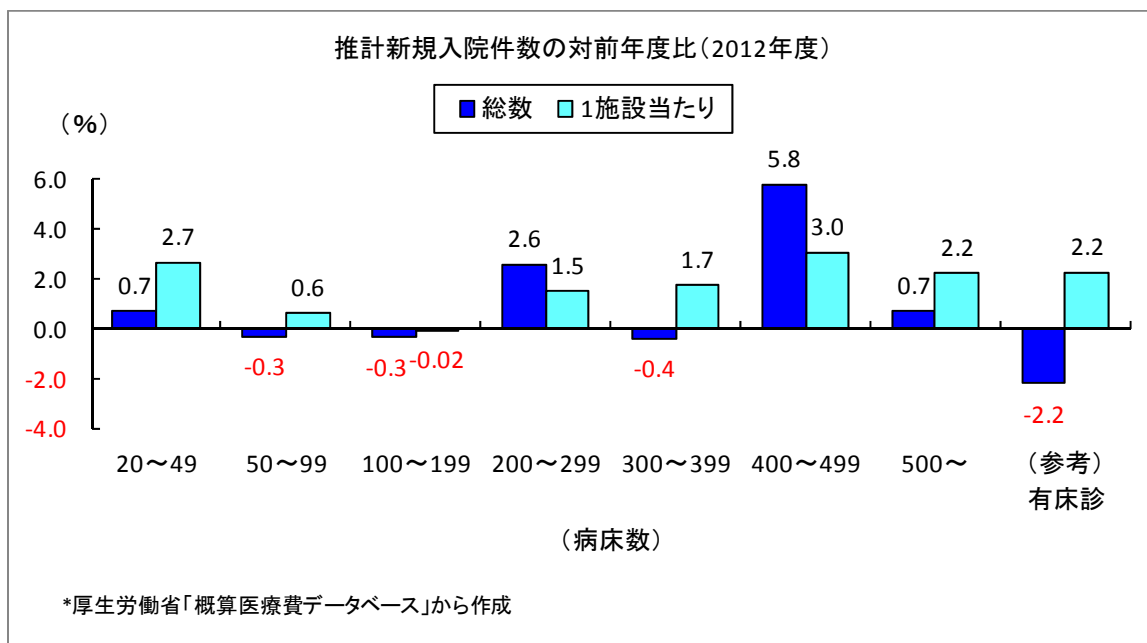


⁹ 厚生労働省「推計新規入院件数、推計平均在院日数及び推計1入院当たり医療費～入院医療費の3要素分解～」 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken03/06.html>

推計新規入院件数

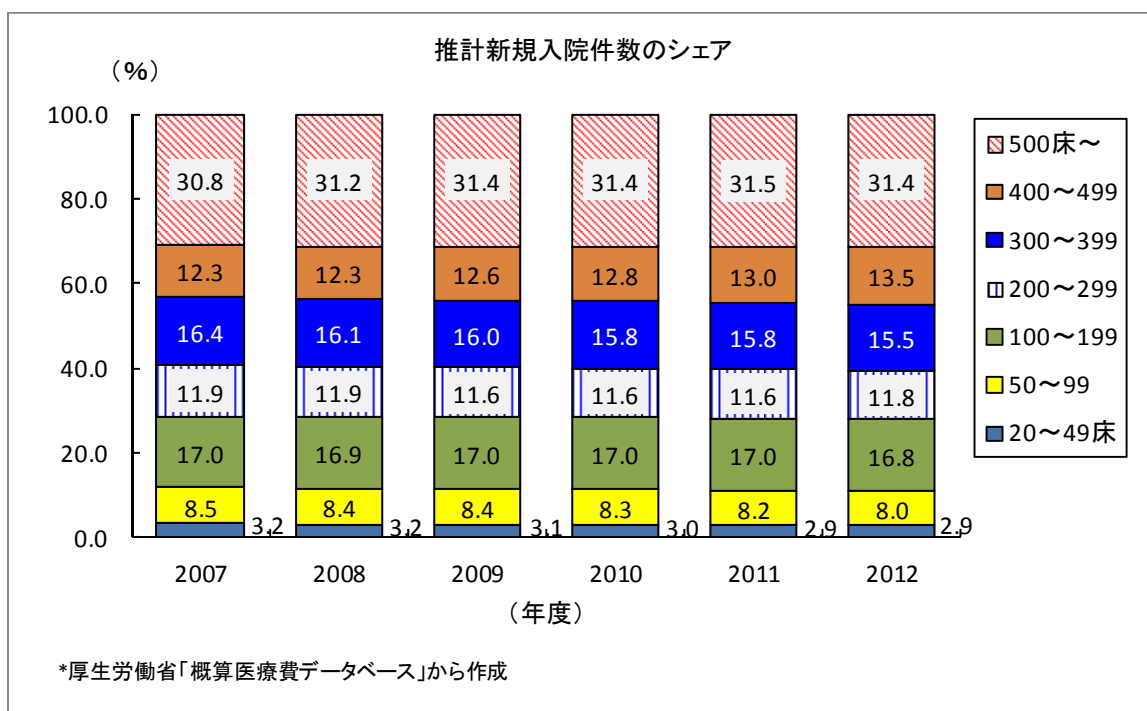
推計新規入院件数の伸びは20～49床と400床以上では1施設当たりで2%以上であった。しかし、50～99床、100～199床は総数でマイナス、さらに100～199床では1施設当たりでもマイナスであった（図4.2.5）。

図 4.2.5 推計新規入院件数の対前年度比（2012年度）



中小病院では、2012 年度の新規入院件数（患者数）の伸びが小さいが（前頁）、中期的に見ても、中小病院（300～399 床を含む）は新規入院件数のシェアを落としている（図 4.2.6）。

図 4.2.6 推計新規入院件数のシェア



1施設当たりの新規入院件数は、2008年度を100としたとき、400～499床、500床以上では2012年度には1割以上増加しているが、中小病院のうち特に100～199床では頭打ちになっている（図4.2.7、表4.2.1）。

図 4.2.7 1施設当たり推計新規入院件数（2008年度=100）

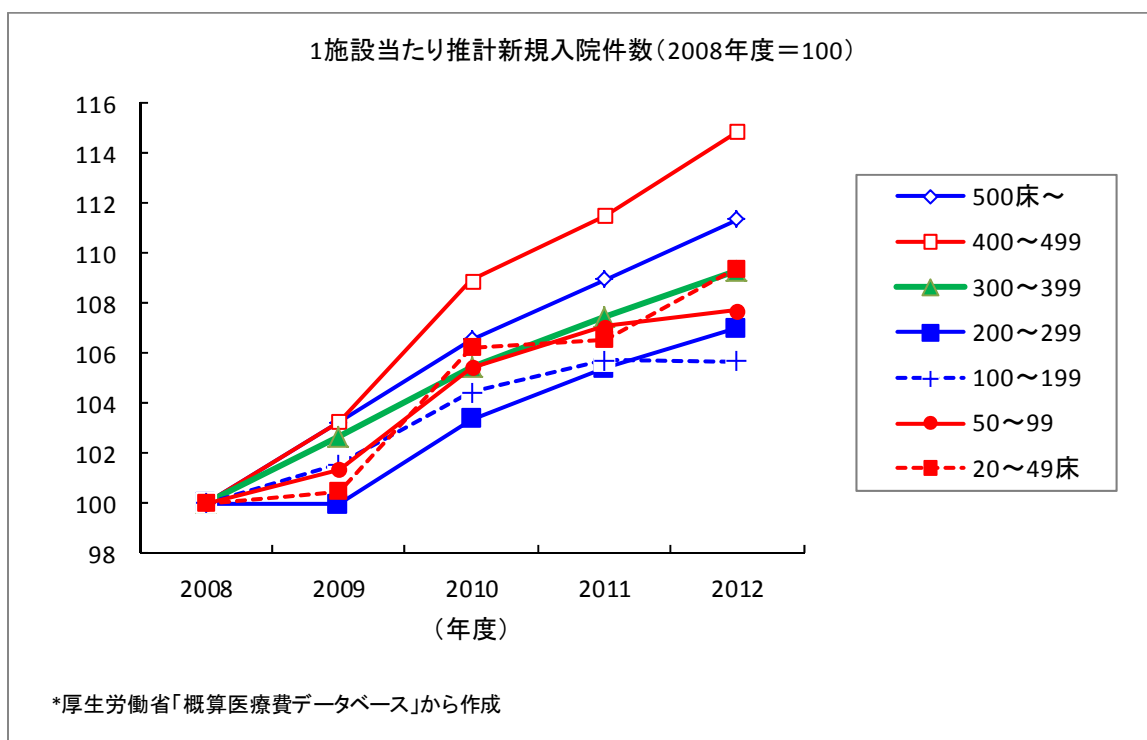


表 4.2.1 1施設当たり推計新規入院件数

	(件/年)					
	2007	2008	2009	2010	2011	2012
20～49床	361	371	372	394	395	406
50～99	466	466	472	491	498	501
100～199	783	778	790	813	823	822
200～299	1,305	1,311	1,311	1,355	1,382	1,403
300～399	2,716	2,698	2,770	2,845	2,899	2,949
400～499	4,260	4,214	4,353	4,591	4,700	4,842
500床～	8,219	8,429	8,703	8,984	9,186	9,388

*厚生労働省「概算医療費データベース」から作成

平均在院日数と1入院当たり医療費

推計平均在院日数は100～199床、200～299床では50日超である。20～49床は400床以上の大病院と同じぐらい短い（図4.2.8）。

推計1入院当たり医療費は、100～199床、200～299床では平均在院日数が長いこともあり130万円台と他に比べて高く、1入院当たり医療費も伸びている（図4.2.9）。しかし100～199床の病院では、新規入院件数が減少している（前述）。すなわち病床が回転していないものと推察され、このため医療費が伸びていない。

20～49床は、平均在院日数は400床以上の病院と同じぐらい短い、1入院当たり医療費は400床以上の病院に比べて大幅に低い。後述するように1日当たり医療費が低いためである。

平均在院日数の伸びは、20～49床および200床以上の病院で▲2%～▲3%台である（図4.2.10）。特に200床以上ではDPC病院が多く、より平均在院日数の短縮化が進んでいるのではないかと推察される。

図4.2.8 推計平均在院日数

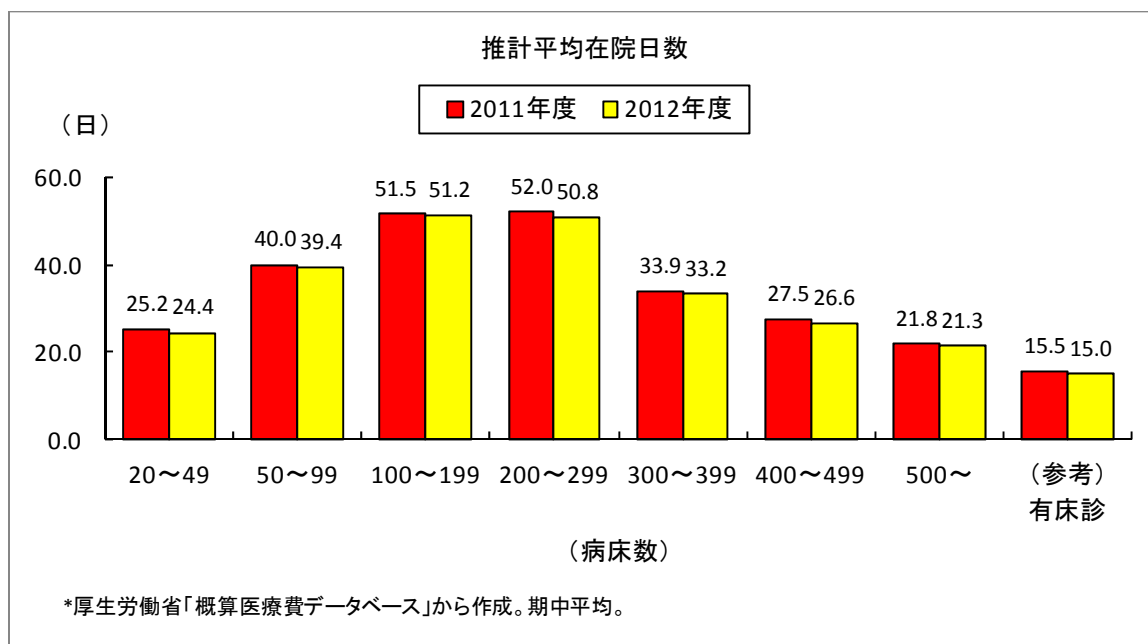


図 4.2.9 推計1入院当たり医療費

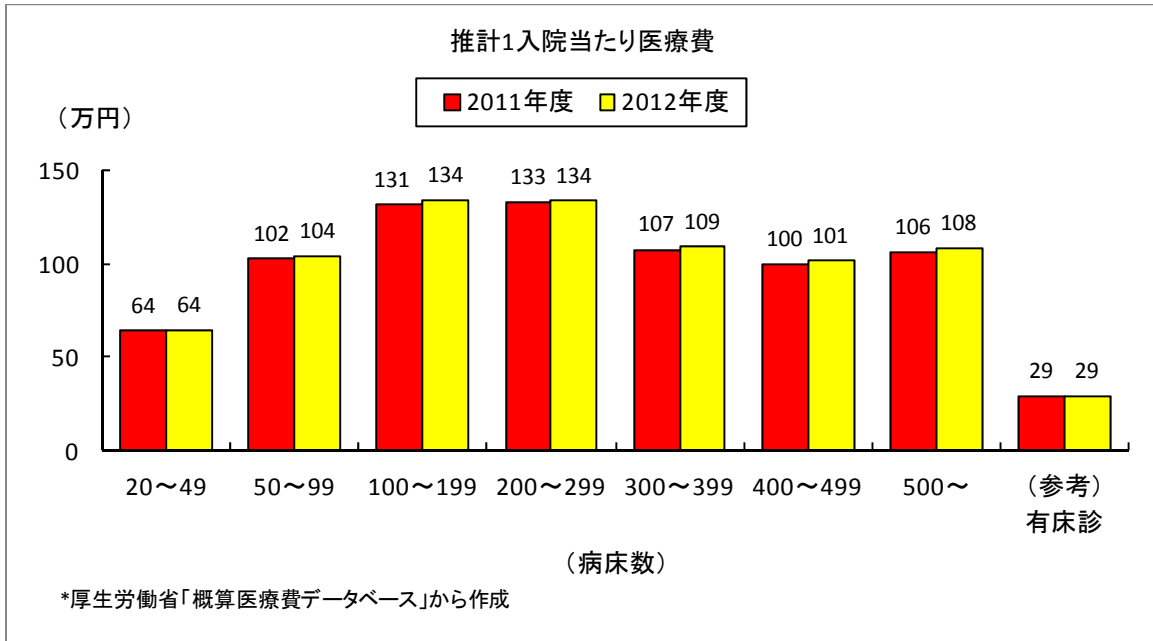
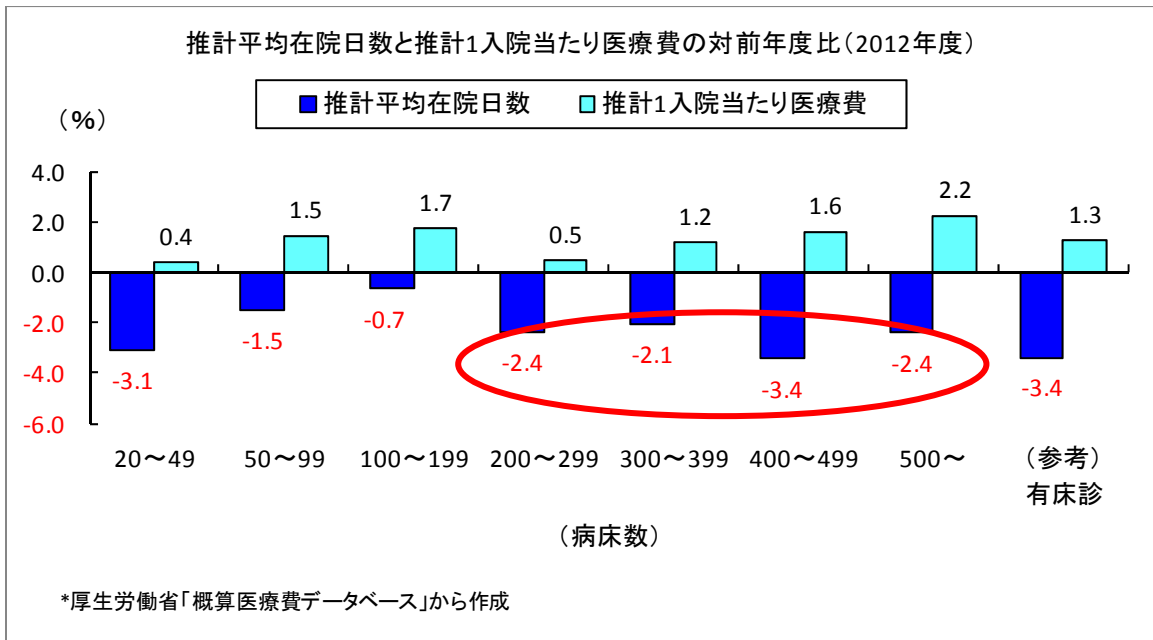


図 4.2.10 推計平均在院日数と推計1入院当たり医療費の対前年度比(2012年度)



1日当たり入院医療費

1日当たり入院医療費の伸びは400床以上では+5%前後であった。100～199床は+2.2%ともっとも低かった（図 4.2.11）。

1日当たり入院医療費は2010年度に400～499床、500床以上での伸びが大きく、400床未満との差が広がった。2010年度は入院改定率が+3.03%と最近ではもっとも高い引き上げであった年である。2012年度の診療報酬改定でも、中小病院と大病院の差はさらに拡大した（図 4.2.12,表 4.2.2）。

図 4.2.11 1日当たり入院医療費の対前年度比（2012年度）

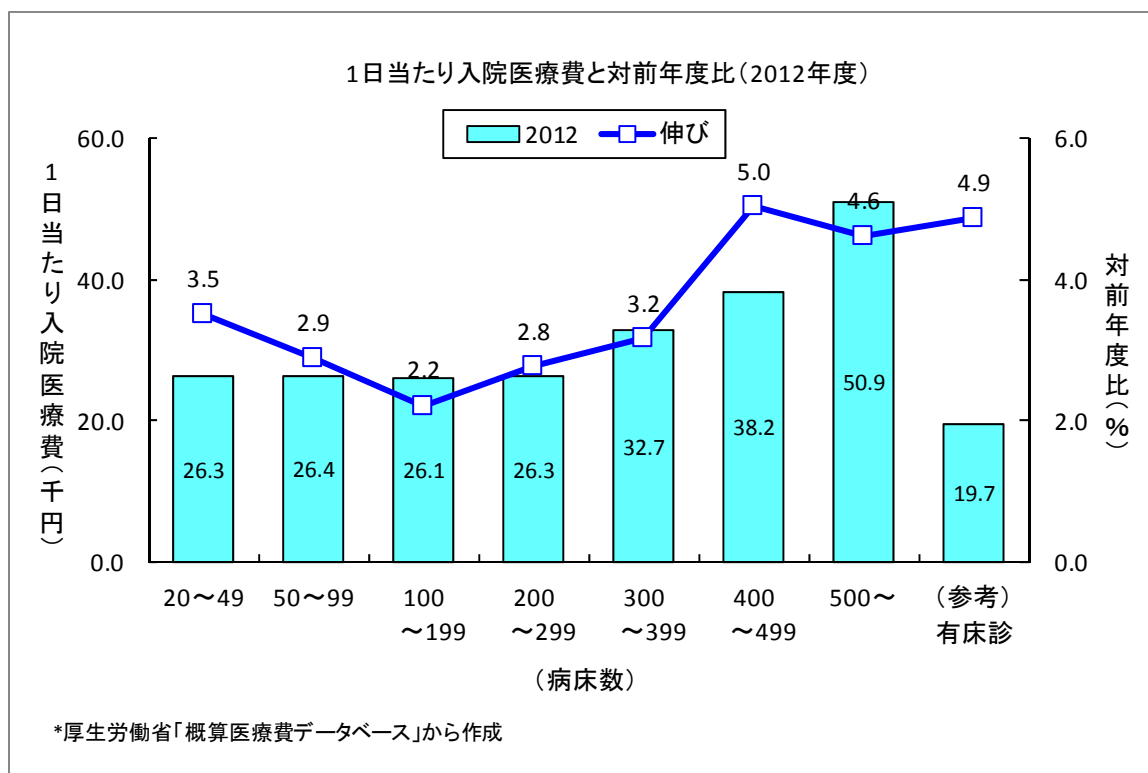


図 4.2.12 1日当たり入院医療費

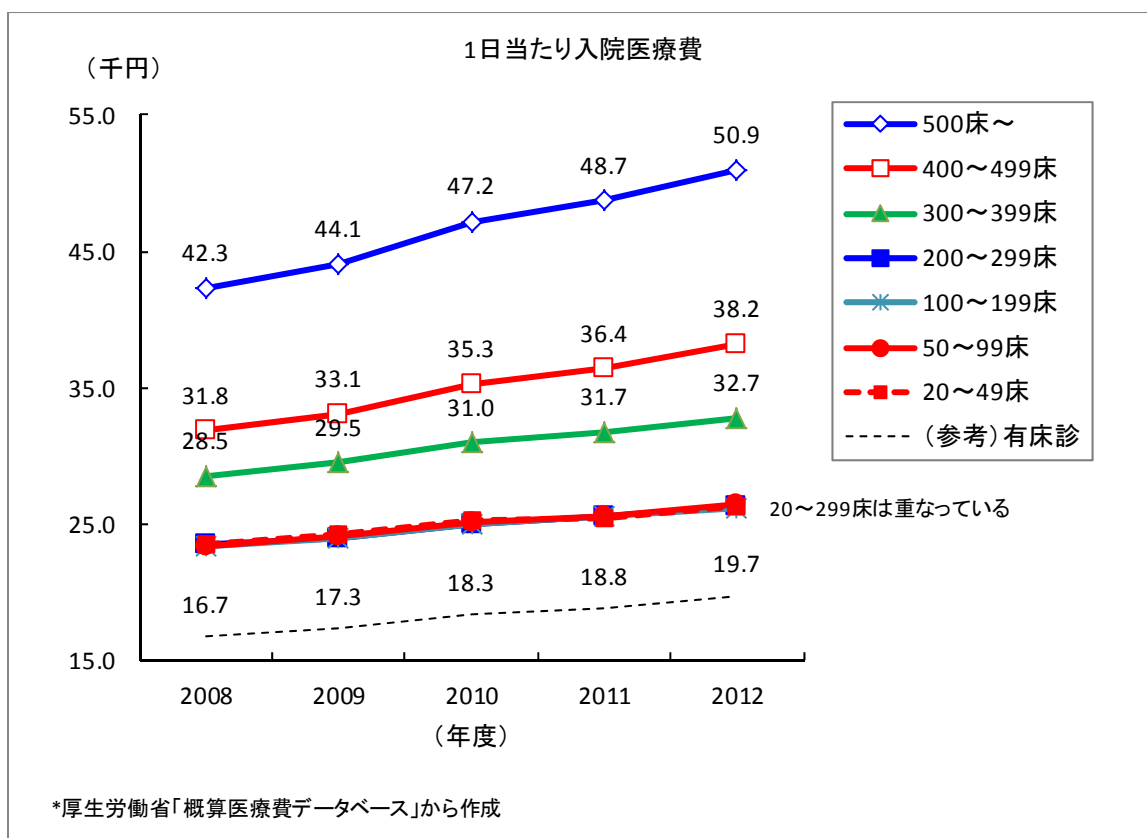


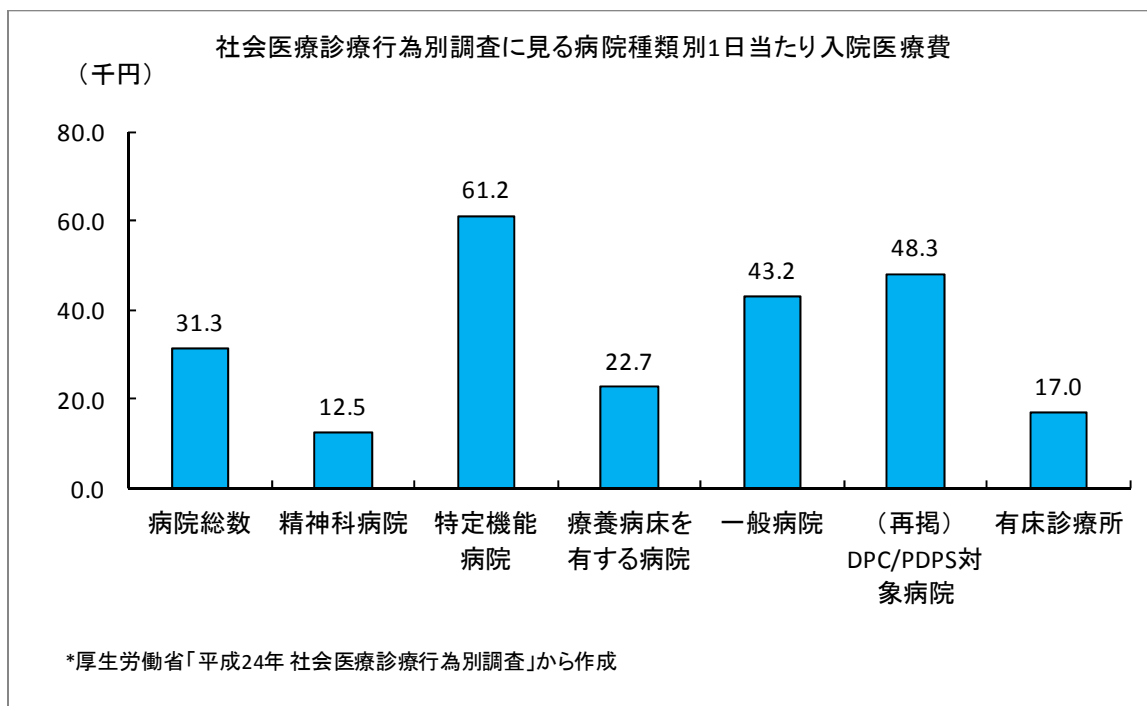
表 4.2.2 1日当たり入院医療費の推移

病床数		2008	2009	2010	2011	2012
金額(千円)	20～49	23.5	24.2	25.3	25.4	26.3
	50～99	23.4	24.1	25.1	25.6	26.4
	100～199	23.4	24.0	25.0	25.6	26.1
	200～299	23.5	24.0	25.0	25.6	26.3
	300～399	28.5	29.5	31.0	31.7	32.7
	400～499	31.8	33.1	35.3	36.4	38.2
	500～	42.3	44.1	47.2	48.7	50.9
	(参考)有床診	16.7	17.3	18.3	18.8	19.7
2008年度=100	20～49	100	103	108	108	112
	50～99	100	103	107	109	113
	100～199	100	103	107	109	112
	200～299	100	102	106	109	112
	300～399	100	103	108	111	115
	400～499	100	104	111	114	120
	500～	100	104	112	115	120
	(参考)有床診	100	103	110	112	118

厚生労働省「概算医療費データベース」から作成

参考までに、「社会医療診療行為別調査」（2012年6月分）から集計した病院種類別の入院医療費等についても示す（図 4.2.13）。

図 4.2.13 社会医療診療行為別調査に見る病院種類別1日当たり入院医療費



1日当たり入院外医療費

1日当たり入院外医療費は、2010年度に500床以上で大幅に上昇するなど、おおむね病床規模が大きいほど伸び率が高い（表 4.2.3、図 4.2.14）。外来化学療法など診療報酬上の評価の高い治療が実施されているのではないかと推察される。

厚生労働省「社会医療診療行為別調査」によると、大規模病院は入院外医療費に占める「注射」（外来化学療法を含む）の割合が高い（図 4.2.15）。

また、2010年度改定では、200床未満の病院の再診料が60点から69点に引き上げられた。一方、診療所は同改定で再診料は71点から69点に引き下げられたこともあって前年を下回り、その後もほとんど上昇していない。

表 4.2.3 1日当たり入院外医療費の推移

	病床数	2008	2009	2010	2011	2012
金額(千円)	20～49	7.9	8.2	8.4	8.5	8.7
	50～99	8.0	8.3	8.4	8.7	8.9
	100～199	8.9	9.2	9.6	9.8	10.1
	200～299	9.9	10.3	11.0	11.3	11.6
	300～399	11.0	11.6	12.5	12.9	13.2
	400～499	11.7	12.4	13.6	14.0	14.4
	500～	13.1	14.0	15.8	16.7	17.5
	(参考)診療所	5.9	6.1	6.1	6.2	6.3
2008年度=100	20～49	100	104	106	108	110
	50～99	100	104	106	109	111
	100～199	100	104	108	111	113
	200～299	100	105	111	114	117
	300～399	100	105	113	117	120
	400～499	100	105	116	120	123
	500～	100	107	121	128	134
	(参考)診療所	100	103	102	104	106

*厚生労働省「概算医療費データベース」から作成

図 4.2.14 1日当たり入院外医療費

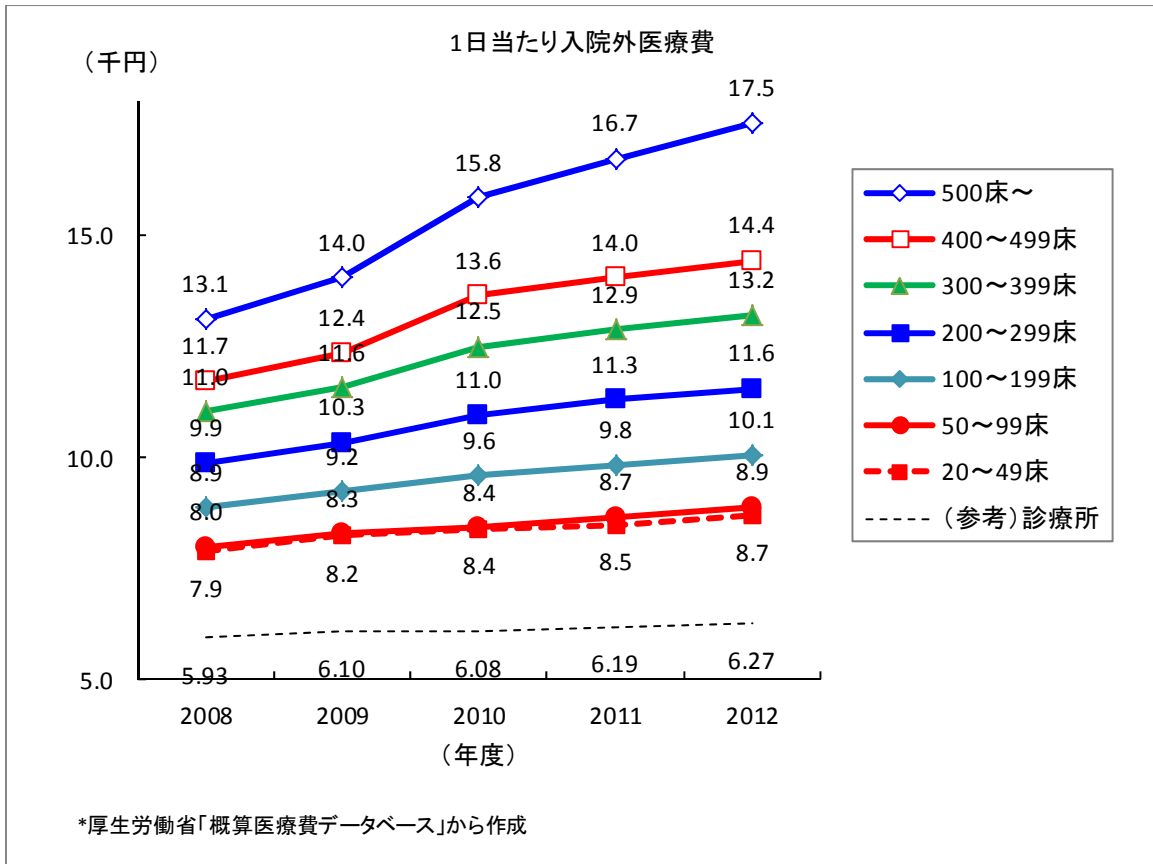
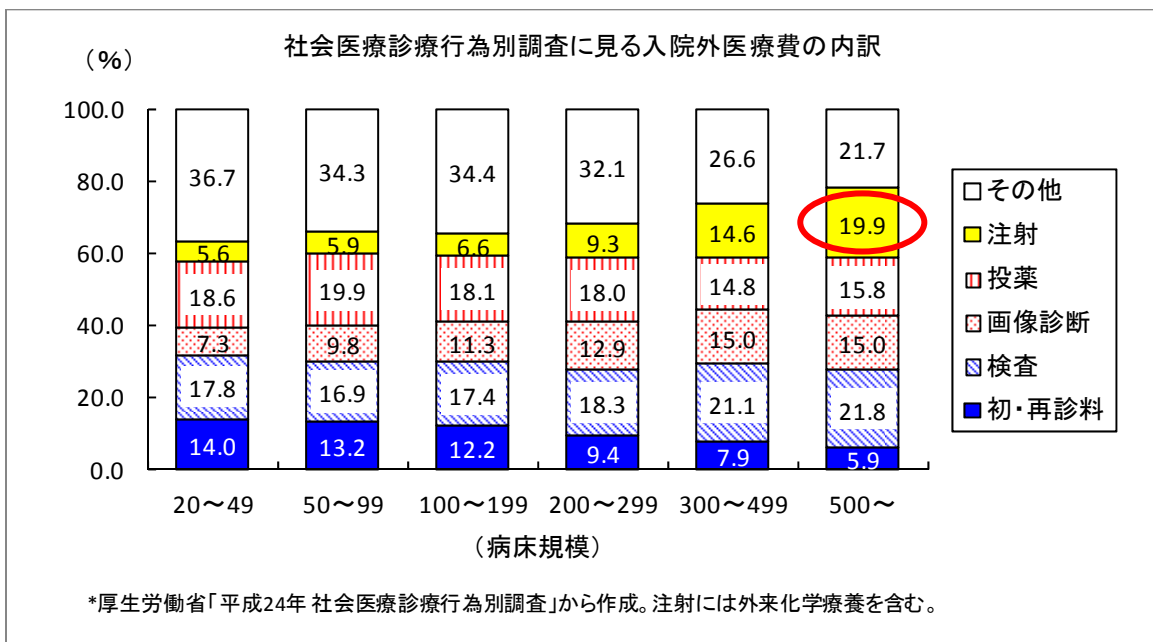


図 4.2.15 社会医療診療行為別調査に見る入院外医療費の内訳



4.3. まとめ

- 1 医療機関当たりの入院医療費は、20～49 床および 400 床以上で伸びが大きく、中小病院では小さかった。
- 大病院では平均在院日数を短縮したことにより総日数が減少したものの、1 日当たり入院医療費が上昇し、かつ患者数も増加して入院医療費（入院診療収入に相当）が増加した。1 日当たり 入院外医療費も伸びている。
- 中小病院は、入院患者数の伸びが見られず、1 日当たり入院医療費もあまり上昇していない。特に 2012 年度は 100～199 床の 1 日当たり入院医療費が伸びていない。中小病院は診療報酬単価の高い 7 対 1 を算定しているところも少ない。立地的な条件から、より高い入院基本料等を確保しようとしても看護職員配置などの体制が整わないのではないかと推察される。しかしながら、最近の診療報酬改定では、大規模急性期病院で平均在院日数を短縮化でき、より高い看護配置ができることが評価される傾向にあり、地域で幅広い機能を担っている中小病院への評価はやや薄い結果になっている。