

平成22年度診療報酬改定の視点等について

前回までの議論等を踏まえ、平成22年度診療報酬改定について、どのような認識・視点で行うことが適当と考えるのか。例えば、以下のような認識、視点で改定を行うことについてどう考えるのか。

【基本認識・重点課題等】

- ① 前回の診療報酬改定においても、医師不足などの課題が指摘される中で所要の改定が行われたところであるが、これらの課題は必ずしも解消しておらず、我が国の医療は、危機的な状況に置かれている。
- ② このような基本認識に立ち、平成22年度診療報酬改定においては、「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」及び「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」を改定の重点課題として位置付けることとしてはどうか。
- ③ また、診療報酬改定に当たっては、地域特性への配慮や使途の特定といった補助金の役割との分担を十分に踏まえるべきである。
- ④ このような基本認識や重点課題を踏まえた上で、次期診療報酬改定の基本的な方向については、
 - イ 地域医療が危機的な状況にある中、医療費の配分の見直しではなく、医療費の底上げを行うことにより対応すべきとの意見がある一方、
 - ロ 保険財政が極めて厳しい状況の中で、医療費全体を引き上げる状況にはなく、限られた財源の中で、医療費の配分の大幅な見直しを行うことにより対応すべきとの意見があったところ。
- ⑤ このような状況を踏まえ、次期診療報酬改定の基本的な方向について、どのようにあるべきか、ご議論をいただきたい。

【改定の視点】

- ① 「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」、「病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）」といった重点課題以外にも、国民の安心・安全を確保していく観点から充実が求められている領域も存在している。

このため、「充実が求められる領域を適切に評価していく視点」を次回改定の視点の一つとしてはどうか。

- ② 一方、医療は、これを提供する側と受ける側との協働作業であり、患者が必要な情報に基づき納得した上で医療に参加していける環境を整えることや、安全であることはもちろん、生活の質という観点も含め、患者一人一人の心身の状態にあった医療を受けられるようにすることが求められる。

このため、「患者から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点」を次期改定の視点の一つとしてはどうか。

- ③ また、患者の視点に立った場合、質の高い医療をより効率的に受けられるようにすることも求められるところであるが、これを実現するためには、医療だけでなく、介護も含めた機能分化と連携を推進していくことが必要である。

このため、「医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」を次回改定の視点の一つとしてはどうか。

- ④ 次に、医療を支える財源を考えた場合、医療費は公費や保険料を主な財源としており、国民の負担の軽減の観点から、効率化の余地があると思われる領域については、その適正化を図ることが求められる。

このため、「効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点」を次回改定の視点の一つとしてはどうか。

平成22年度診療報酬改定の「視点等」と「方向」について

前回までの議論等を踏まえ、平成22年度診療報酬改定について、具体的にどのような「方向」で改定を行うことが考えられるのか。例えば、以下のような「方向」が考えられるのではないかと。

1. 重点課題関係**(1) 救急、産科、小児、外科等の医療の再建**

- ① 有床診療所も含めた地域連携による救急患者の受入の推進
- ② 小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価
- ③ 新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価
- ④ 急性期後の受け皿としての後方病床・在宅療養の機能強化
- ⑤ 手術の適正評価 等

(2) 病院勤務医の負担の軽減（医療従事者の増員に努める医療機関への支援）

- ① 看護師や薬剤師等医師以外の医療職が担う役割の評価
- ② 看護補助者等医療職以外の職員が担う役割の評価
- ③ 医療クラークの配置の促進など、医師の業務そのものを減少させる取組に対する評価 等

2. 4つの視点関係**(1) 充実が求められる領域を適切に評価していく視点**

- ① 質の高い精神科入院医療の推進
- ② 歯科医療の充実
- ③ イノベーションの評価 等

※ その他以下の項目を位置づけることについてどのように考えるのか、ご議論いただきたい。

- がん医療の推進
- 認知症医療の推進

- 新型インフルエンザ対策等感染症対策の推進
- 肝炎対策の推進

(2) 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点

- ① 医療の透明化・分かりやすさの推進
- ② 医療安全対策の推進
- ③ 心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現
- ④ 重症化の予防 等

(3) 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

- ① 質が高く効率的な急性期入院医療の推進
- ② 回復期リハビリテーション等の機能強化
- ③ 在宅医療・在宅歯科医療の推進
- ④ 医療職種間、医療職種・介護職種間の連携の推進 等

(4) 効率化の余地があると思われる領域を適正化する視点

- ① 後発医薬品の使用促進
- ② 医薬品、医療材料、検査に関する市場実勢価格の反映 等

後期高齢者医療制度に係る診療報酬について

- ① 昭和 58 年 2 月から施行された老人保健法に基づき、一定以上の年齢の方のみに適用される診療報酬として「老人診療報酬点数表」が創設され、包括払いの採用や介護の重視、在宅医療の推進など、高齢者の心身の特性に着目した評価が設けられてきたところ。
- ② しかしながら、平成 18 年 4 月の診療報酬改定において、簡素化の観点から、老人診療報酬点数表にのみ存在する診療報酬項目や、同一の診療行為に対する評価が老人診療報酬点数表と医科診療報酬点数表等とで異なる診療報酬項目については、高齢者の心身の特性を踏まえたものを除き、一本化されたところ。
これに伴い、「老人診療報酬点数表」については、「医科診療報酬点数表等」と別建てとされている取扱を改め、これら 2 つの点数表が一本化されたところ。
- ③ その後、平成 20 年 4 月の後期高齢者医療制度の創設に伴い、改めて高齢者の診療報酬の在り方について検討を行い、ご本人が選んだ高齢者担当医が心と体の全体を診て、外来、入退院、在宅医療まで継続して関わる仕組み（後期高齢者診療料）を創設するなどの取組を進めたところ。
- ④ しかしながら、このような診療報酬点数については、年齢による差別ではないか、必要な医療が受けられなくなるのではないかな等の指摘を受けたところ。
- ⑤ 一方、中央社会保険医療協議会が行った調査によれば、後期高齢者診療料の活用が進んでいない実態等も明らかになったところ。
- ⑥ このような状況を踏まえ、75 歳以上という年齢に着目した診療報酬体系については、後期高齢者医療制度本体の見直しに先行して、廃止することとした上で、具体的な報酬設定については、それぞれの診療報酬項目の趣旨・目的等を考慮しつつ、検討することとすべきと考えるが、この点についてご議論いただきたい。

平成21年11月6日 厚生労働省記者発表資料

「高齢者医療制度改革会議」の開催について

1. 趣旨

三党連立政権合意及び民主党マニフェストを踏まえ、後期高齢者医療制度廃止後の新たな制度の具体的なあり方について検討を行うため、厚生労働大臣の主宰により、関係団体の代表、高齢者の代表、学識経験者からなる「高齢者医療制度改革会議」を開催する。

2. 参集者

- | | |
|--|------------|
| ・日本高齢・退職者団体連合 事務局長 | 阿部 保吉 |
| ・慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室教授 | 池上 直己 |
| ・政治評論家・毎日新聞客員編集委員 | 岩見 隆夫 |
| ・東京大学大学院法学政治学研究科教授 | 岩村 正彦 (座長) |
| ・全国市長会 国民健康保険対策特別委員長 (高知市長) | 岡崎 誠也 |
| ・日本労働組合総連合会 総合政策局長 | 小島 茂 |
| ・諏訪中央病院名誉院長 | 鎌田 實 |
| ・全国知事会 社会文教常任委員会委員長 (愛知県知事) | 神田 真秋 |
| ・全国老人クラブ連合会 相談役・理事 | 見坊 和雄 |
| ・全国健康保険協会 理事長 | 小林 剛 |
| ・日本福祉大学社会福祉学部教授 | 近藤 克則 |
| ・日本経済団体連合会 社会保障委員会医療改革部会長 | 齊藤 正憲 |
| ・健康保険組合連合会 専務理事 | 対馬 忠明 |
| ・前千葉県知事 | 堂本 暁子 |
| ・高齢社会をよくする女性の会 理事長 | 樋口 恵子 |
| ・日本医師会 常任理事 | 三上 裕司 |
| ・目白大学大学院生涯福祉研究科教授 | 宮武 剛 |
| ・全国町村会 会長 (添田町長) | 山本 文男 |
| ・全国後期高齢者医療広域連合協議会 会長
(佐賀県後期高齢者医療広域連合長、多久市長) | 横尾 俊彦 |

3. 検討に当たっての基本的な考え方

新たな制度のあり方の検討に当たっては、以下を基本として進める。

- ① 後期高齢者医療制度は廃止する
- ② マニフェストで掲げている「地域保険としての一元的運用」の第一段階として、高齢者のための新たな制度を構築する
- ③ 後期高齢者医療制度の年齢で区分するという問題を解消する制度とする
- ④ 市町村国保などの負担増に十分配慮する
- ⑤ 高齢者の保険料が急に増加したり、不公平なものにならないようにする
- ⑥ 市町村国保の広域化につながる見直しを行う

※ 11月中に第1回を開催予定。

平成 21 年 11 月 19 日

社会保障審議会医療部会
部会長 齋藤 英彦殿

社会保障審議会医療部会
委員 海辺陽子
(NPO 法人がんと共に生きる会 副理事長)

平成 22 年度診療報酬改定の『視点等』と『方向』について

『平成 22 年度診療報酬改定の「視点等」と「方向』』について、以下の通り意見を提出いたします。

○ 「(1) 充実が求められる領域を適切に評価していく視点」への「がん医療の推進」の追加

2007 年に「がん対策基本法」が施行され、同時に「がん対策推進協議会」が設置され、「がん対策推進基本計画」が策定されたが、財政の裏付けが乏しく、がん対策やがんの医療を推進するための診療報酬上の措置も、不十分であると言わざるを得ない。

第 9 回社会保障審議会医療部会において私が提出した「社会保障審議会医療部会のあり方について」には

「基本方針でとりあげられる各論には、関係する他の評議会や審議会などで検討された内容や提案が盛り込まれあるいは吟味されているかが明らかではなく、その透明性を改善する必要がある。」

と記述し改善を求めたが、現時点で少なくとも「がん対策推進協議会」との整合性を図る措置が取られているとは言い難い。

よって、『平成 22 年度診療報酬改定の「視点」と「方向』』において、「(1) 充実が求められる領域を適切に評価していく視点に」「がん医療の推進」を加え、「がん対策推進協議会」での議論との整合性を図るべきである。

以上

第10回 社会保障審議会医療部会

格差なき医療を提供するために

2009年11月19日
社団法人 日本医師会
竹嶋康弘

国民皆保険制度

だれでも いつでも どこでも
所得格差や地域格差なく良質で
安全な医療を安心して受ける
ことが出来る公的給付制度

医療の安全網守る国策を

昨年、急性骨髄性白血病で入院。医療費は1,000万円近くになったが、自己負担は80万円程度。地方都市でも最先端の治療が受けられ、仕事に復帰できた。

国民皆保険制度の素晴らしさを改めて実感したが、このシステムを当たり前と考えると、無理な医療費削減などでメンテナンスを怠ると、簡単に崩壊してしまう。

経済的格差が広がっても、医療の安全網だけは守るという強い意志を国策として示し、そのために必要な費用を確保すべき。

* 出所: 2009年11月3日 読売新聞朝刊『私のおんしん提言; 常木蓬生(作家・精神科医)』

岩手県

北海道について広い。
四国4県に匹敵する広
大な県土。

9つの2次医療圏

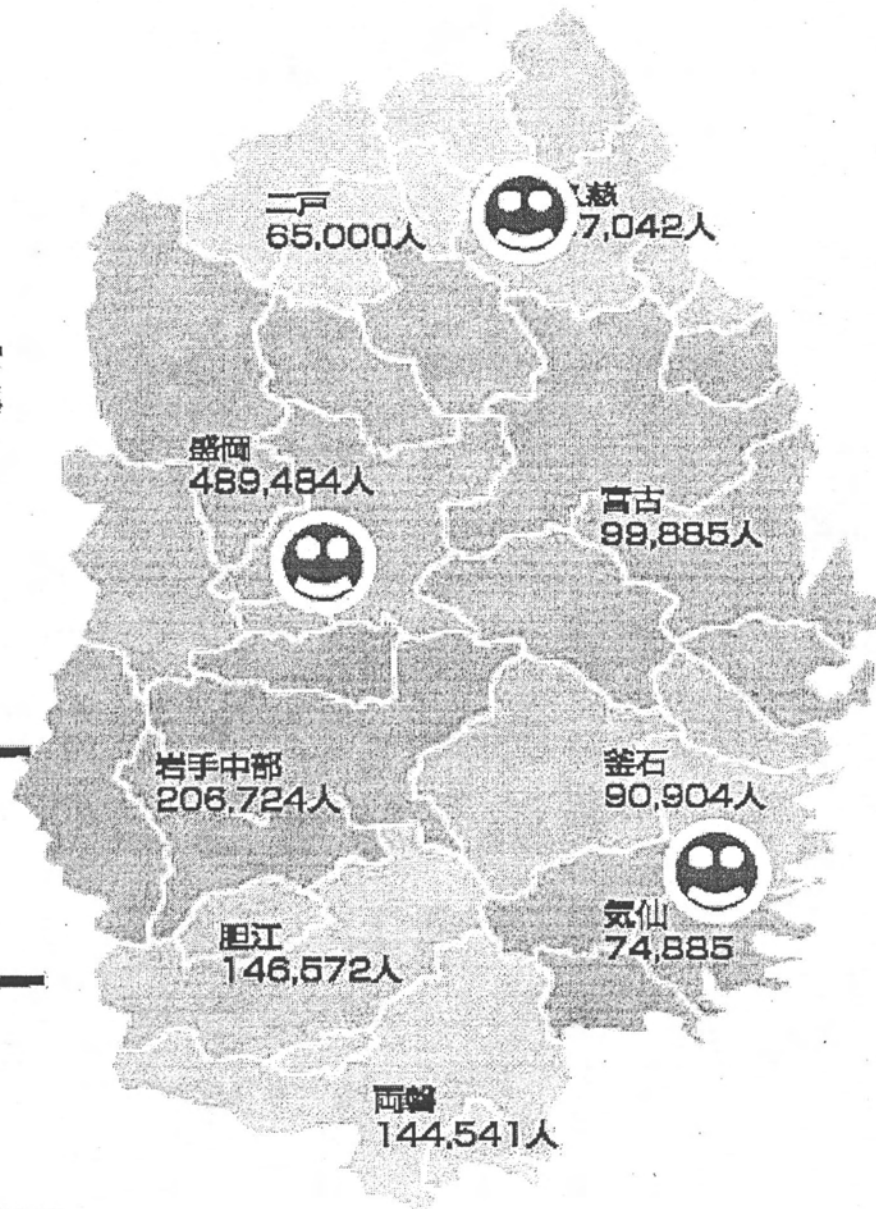
高度救命救急センター

県立久慈病院

高次救命救急センター

県立大船渡病院

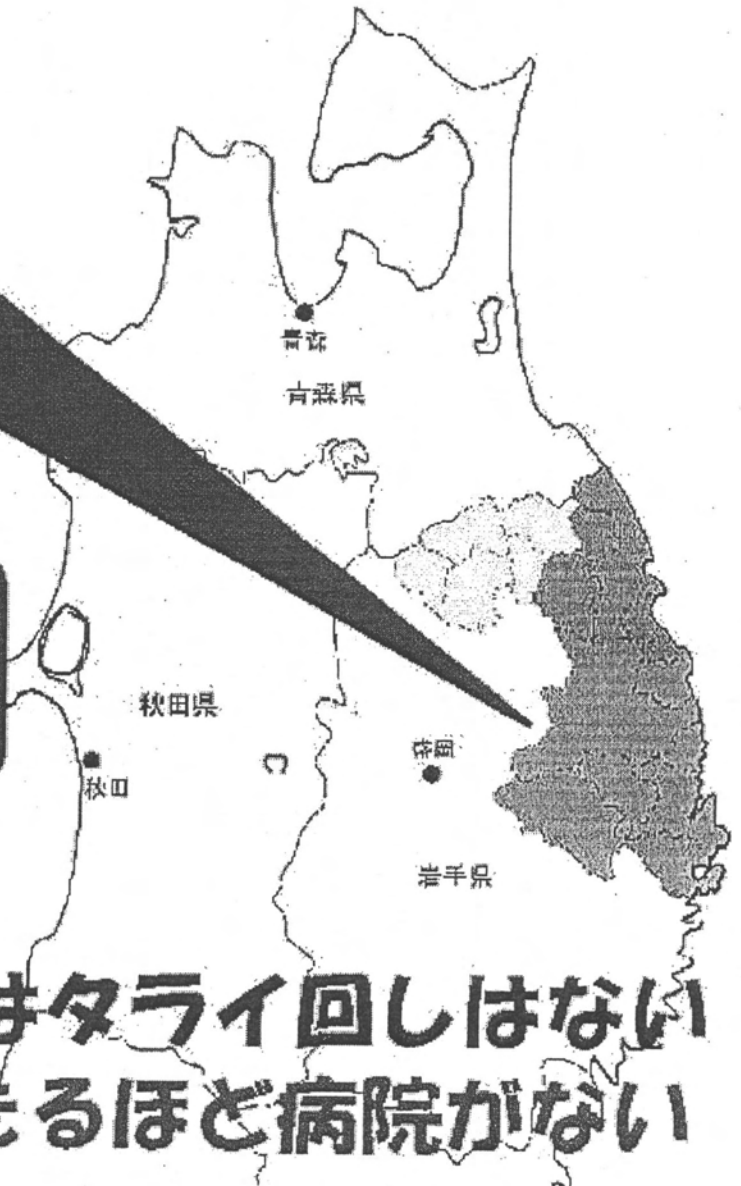
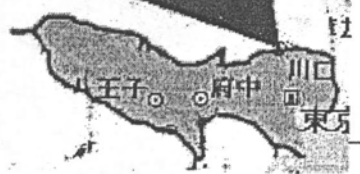
高次救命救急センター



* 出所:日本の医療 光と影—大学病院のなくなる日— 小川 彰(全国医学部長病院長会議 会長)
2009年7月15日 日本医師会医療政策会議 社団法人 日本医師会

宮古医療圏の面積
 東京都区部の4.3倍
 東京都全域の1.2倍
 病院数：4
 うち総合病院：1

東京の病院数：658
 区部のみ：436



**岩手県ではタライ回しはない
 タライ回しできるほど病院がない**

* 出所：日本の医療 光と影—大学病院のなくなる日— 小川 彰(全国医学部長病院長会議 会長)
 2009年7月15日 日本医師会医療政策会議 社団法人 日本医師会

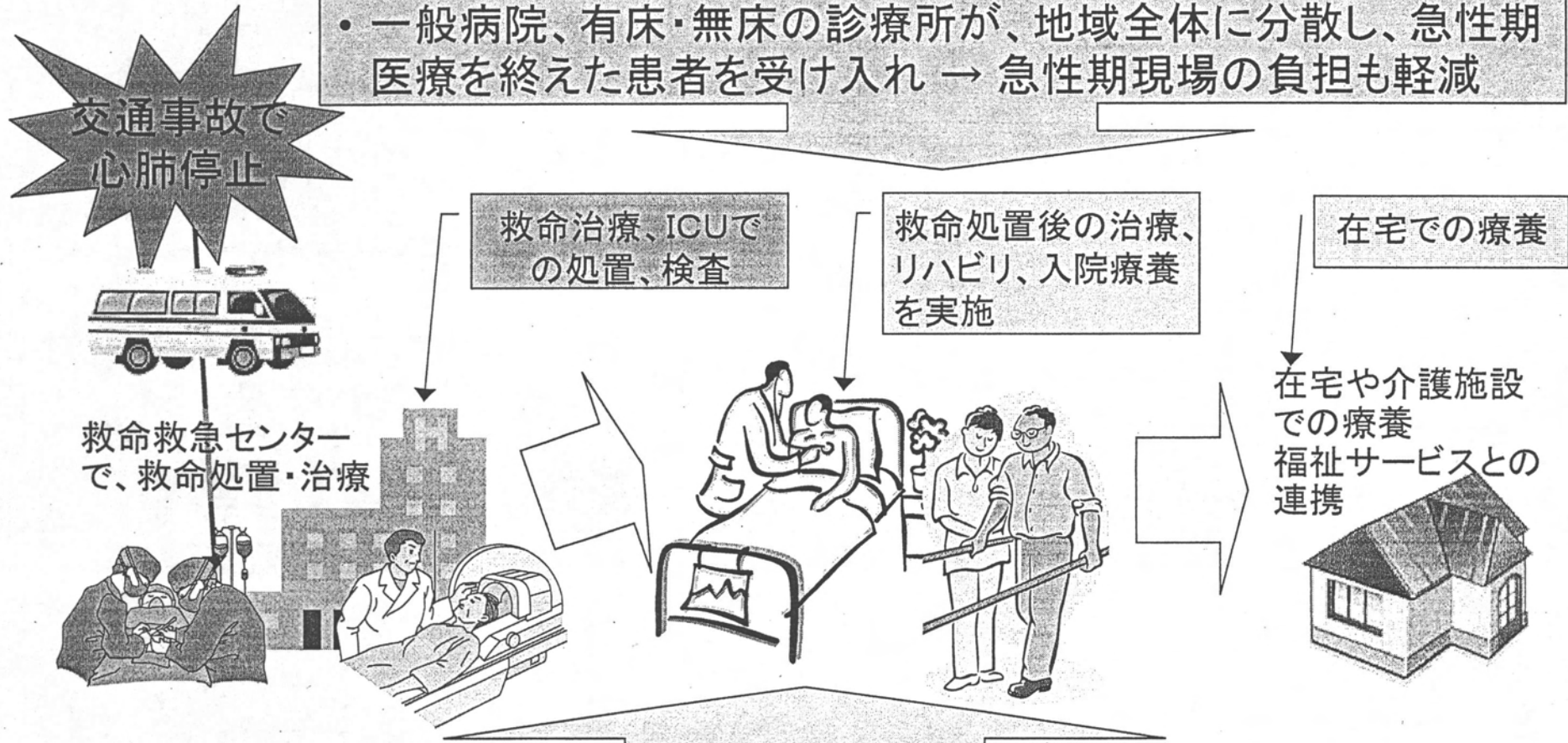
「連携と継続」の地域医療体制の再構築
—地域の医療機能の役割分担と連携—

医療提供体制の充実

1. 施設完結型医療から地域完結型医療へ
 - 1) 四疾病五事業ごとの地域における医療機能の情報提供と共同作業
 - 2) 地域連携クリティカルパスの推進
 - 3) 特定機能病院、救命救急センター、急性期・亜急性期・慢性期病院、有床診療所、無床診療所の機能連係と効果的活用
2. 特に救急医療における医療従事者を含む医療機能の「集約」と「分散」
3. 在宅医療の支援体制の整備
「地域医療支援病院」、「在宅療養支援診療所」の活性化支援策
4. 地域医療システムへの住民参加
「地域医療対策協議会」、「地域医療研修ネットワーク(日本医師会案)」の有効活用

切れ目の無い地域連携の確立

- 急性期・高度専門的医療と、一般医療との役割分担が重要
- 一般病院、有床・無床の診療所が、地域全体に分散し、急性期医療を終えた患者を受け入れ → 急性期現場の負担も軽減

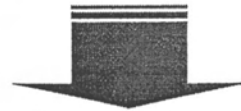


- 医療提供体制を整備し、救急医療から、亜急性期・回復期、慢性期、在宅療養まで切れ目のない医療を提供。
- 福祉サービスとも連携し、退院患者の受け入れ先確保、QOL向上等

社会保障費の削減と地域医療の崩壊

「小さな政府」に偏った政策による地域医療の閉塞

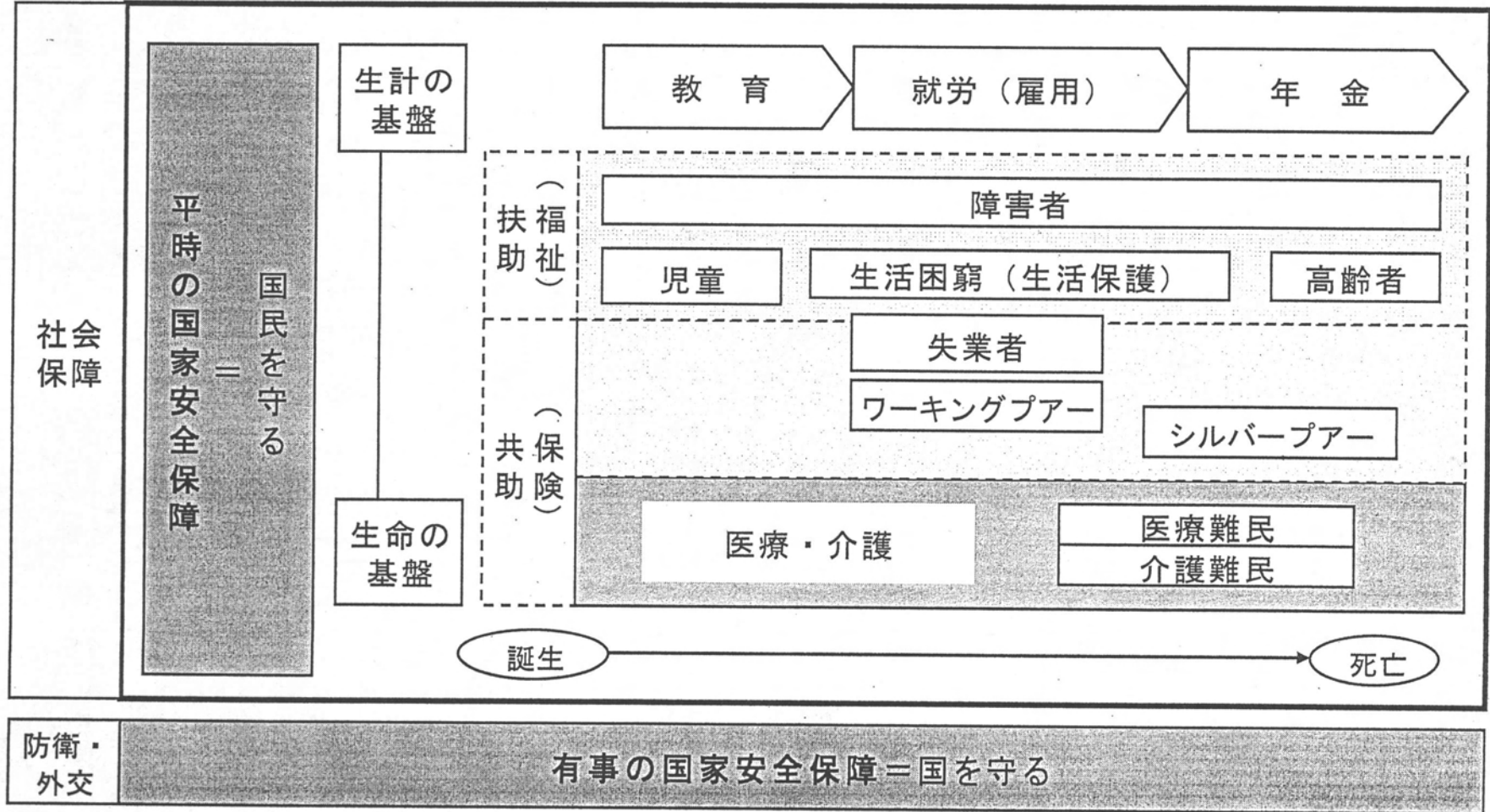
1. 公的医療費の抑制による患者一部負担増による受診抑制
2. 在院日数短縮を目的とした保険診療報酬での誘導
早期退院への患者の“肩たたき”
→不安感、交通不便な地方にあっては患者の通院負担増
(通院時間、交通費)
→高齢者にあっては、いわゆる「医療難民」、「介護難民」の増加
3. 医師不足・看護職等の不足
→労働時間の延長による疲弊
→特に勤務医師の離職、診療科閉鎖等による救急医療や
産科・小児科・内科医師数の減少と地域間格差の顕在化



地域医療の危機的状況および地域によっては崩壊

国民が望む医療

ライフサイクルと安全保障



* 出所: グランドデザイン2007—国民が安心できる最善の医療を目指して—総論 (2007年3月 社団法人 日本医師会)

提出委員
中川 俊男

TKC 医業経営指標に基づく動態分析の概要
—2008年4月～2009年3月期決算—

社会保障審議会医療部会

2009年11月19日

社団法人 日本医師会

資料提供 TKC 全国会

本資料掲載のデータについて

『TKC 医業経営指標 (M-BAST)』の編集に際し、TKC 会員、すなわち職業会計人の守秘義務を完全に擁護するため、調査対象先については、本書の財務データとして収録してよいかどうかの確認が個々のTKC会員に対して行われ、承認を得ることができなかった財務データは収録データから削除します。

また、一切の編集作業は TKC 会員名および病医院の名称等をあらかじめプログラムによって無条件に削除した上で、その複数の平均値を算出して編集しています。

さらに、分類集計したデータが2件以下の場合は、全体のデータには含めていますが個別の表示は省略しています。(出典：「TKC 医業経営指標」)

目 次

1. TKC 医業経営指標とは.....	1
2. 2008 年 4 月～2009 年 3 月期決算の経営状況.....	4
2.1. 医業収益（医業収入）.....	4
2.1.1. 病院および診療所.....	4
2.1.2. 病院の診療系統別.....	6
2.1.3. 診療所の診療科別.....	8
2.2. 法人の損益分岐点比率.....	10
2.2.1. 病院および診療所.....	10
2.2.2. 病院の診療系統別.....	11
2.2.3. 診療所の主たる診療科別.....	12
2.2.4. 損益分岐点比率のまとめ.....	16
2.3. 法人の経常利益率.....	18
2.3.1. 病院および診療所.....	18
2.3.2. 病院の診療系統別.....	20
2.3.3. 診療所の主たる診療科別.....	21
2.4. 法人の医業費用.....	25
2.4.1. 費用構成.....	25
2.4.2. 給与費.....	30
2.5. 個人診療所の利益.....	32
2.5.1. 税引前当期利益の前年比.....	32
2.5.2. 税引前当期利益（2008 年度）.....	36
3. まとめ—診療報酬改定に向けて—.....	42

1. TKC 医業経営指標とは

TKC 全国会は、会員数約 1 万名の税理士、公認会計士のネットワークである。株式会社 TKC の開発した会計システムを利用して集積した関与先医療機関の決算データを『TKC 医業経営指標』として集計している（原則として未公開）。日本医師会では、平成 15 年版以降、『TKC 医業経営指標』の提供を受け、分析を行っている。

『TKC 医業経営指標』には次のような特徴がある。

(1) 定点観測である

同じ医療機関を母集団とした前年との比較を掲載している。

(2) 客体数が多い

病院 823、診療所 6,494（国公立は含まれていない）であり、民間の病院の約 11%、同じく診療所の約 7%をカバーしている¹（表 1.1）。

表 1.1 客体内訳

「TKC医業経営指標」と中医協・医療経済実態調査の有効回答施設数

	病院	一般診療所	備考
TKC医業経営指標	823	6,494	国公立を含まない
中医協・医療経済実態調査 ^{※注)}	917	1,047	国公立を含む

※注)2009年6月調査分(集計2)。定点調査ではないので、前回は客体数が異なる。

(3) 信頼性が高い

会計事務所が月次監査を実施している医療機関が対象であり、財務会計システムと直結した年間データを集計したものである。

なお、中医協の医療経済実態調査は、隔年実施のため前回（2 年前）との比較を掲載しているが、TKC 医業経営指標は前年との比較である。

¹ 分母は、厚生労働省「医療施設動態調査（平成 21 年 3 月末概数）」。国公立、地方独立行政法人を除き、病院 7,478、診療所 95,518。

次頁に、TKC 医業経営指標および医療経済実態調査の損益計算書を示した(図 1.1)。

ここで、注意したのは、個人立の病院および診療所では、給与費に院長報酬が含まれてないことである。個人(いわゆる個人開業医)の場合には、税引前当期利益の中から、事業にかかわる税金を支払い、借入金の返済を行うなどして、その残りが退職金相当額を含む院長所得になる。

このように法人と個人とでは給与費の意味合いが異なるので、給与費を用いて計算する損益分岐点比率、経常利益率、費用構成については、法人間のみの比較を行った。

図 1.1 損益計算書（調査項目）の比較

TKC医業経営指標	中医協・医療経済実態調査 (病院の場合)
① 医業収益(含介護)	I 医業収益
保険分収入	入院診療収益
自由分収入	特別の療養環境収益
	外来診療収益
	その他の医業収益
	II 介護収益
	施設サービス収益
	居宅サービス収益
	その他の介護収益
② 医業費用(含介護)	III 医業・介護費用
材料費・委託費	給与費
材料費	医薬品費
薬品材料仕入高	給食用材料費
給食材料仕入高	診療材料費・医療消耗器具備品費
棚卸高増減	委託費
委託費	減価償却費
給与費	設備関係費
専従者給与(役員報酬)	経費
給与賞与	その他の医業費用
福利厚生費	
退職金	
減価償却費	
経費	
消耗品費	
水道光熱費	
修繕費	
広告宣伝費	
地代家賃・賃借料	
接待交際費	
租税公課	
研究研修費	
その他	
③ 医業利益(①-②)	IV 損益差額(I+II-III)
④ 医業外収益	V その他の医業・介護関連収益
雑収入	
⑤ 医業外費用	VI その他の医業・介護関連費用
支払利息	
⑥ 経常利益(③+④-⑤)	
⑦ 特別損益	
⑧ 税引前当期利益(⑥±⑦)	VII 総損益差額(IV+V-VI)
	VIII 税金
	IX 税引後の総損益差額(VII-VIII)

個人診療所は損益差額以下の項目なし

2. 2008年4月～2009年3月期決算の経営状況

ここでは、2008年4月から2009年3月までの間に決算を行った医療機関の直近1年間の分析を行った。

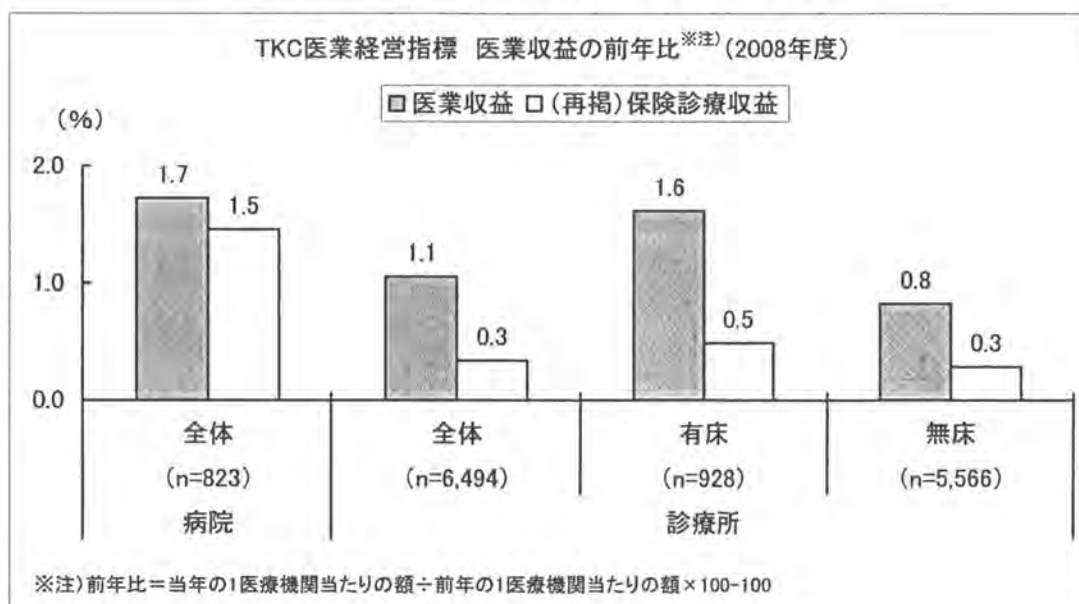
2.1. 医業収益（医業収入）

2.1.1. 病院および診療所

医業収益は、医療機関の収入のことである。利益と混同されやすいので、一般に「医業収入」と呼ばれることがある。医業収益は、法人、個人ともに定義は同じであることから、ここでは合算して分析した。

医業収益（自由診療収益を含む。以下同じ）の前年比は、病院+1.7%、診療所+1.1%であった。（図 2.1.1）。このうち保険診療収益（介護保険収益を含む）の前年比は、病院+1.5%、診療所+0.3%であった。診療所は有床+0.5%、無床+0.3%で、いずれも微増に過ぎなかった。

図 2.1.1 TKC 医業経営指標 医業収益の前年比

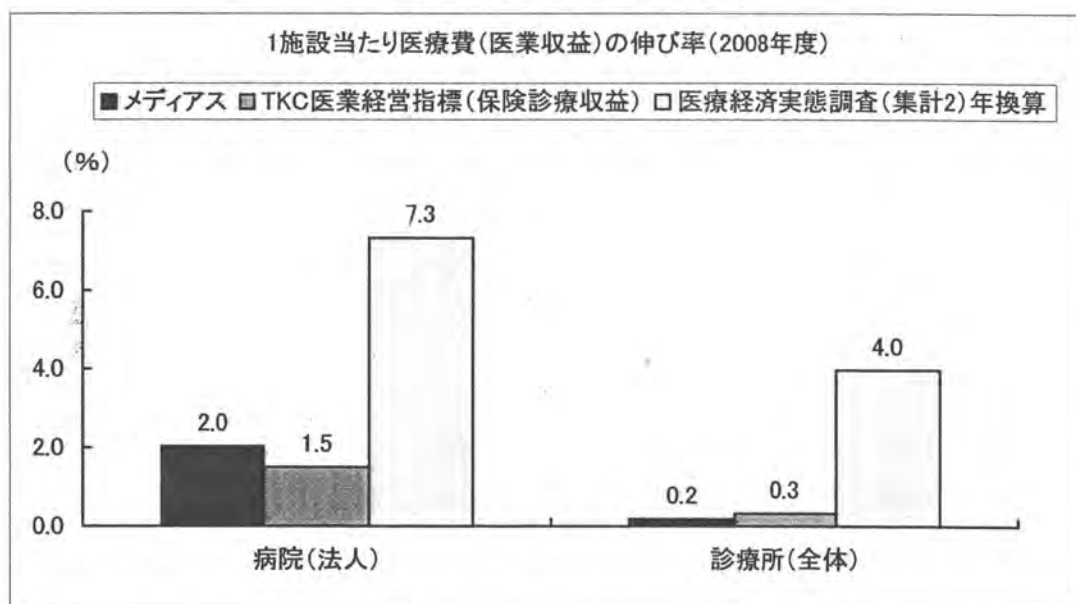


厚生労働省「メディアス」(全国実績)によれば、1施設当たりの医療費の伸び率は、病院(法人) +2.0%、診療所(全体) +0.2%である(図 2.1.2)。

TKC 医業経営指標の保険診療収益には介護保険収益を含むが、病院(法人)の前年比は+1.5%であり、メディアスより 0.5 ポイント低いものの、大きな乖離はなかった。診療所は、TKC 医業経営指標では前年比は+0.3%であり、メディアスとほぼ合致していた。

一方、中医協の医療経済実態調査から医業収益の伸び率を年換算すると、一般病院(医療法人) +7.3%、診療所(全体) +4.0%であり、メディアスを大幅に上回っていた。

図 2.1.2 1施設当たり医療費(医業収益)の比較



メディアス：公害医療、労災保険、自賠責、自費診療等を含まない。病院は医療法人。

TKC 医業経営指標：介護保険収益を含む

中医協医療経済実態調査：病院は一般病院の医療法人

2.1.2. 病院の診療系統別

ここで示すカテゴリは、TKC全国会による区分である。

医業収益（自由診療収益^{※注}を含む）の前年比は、病院全体+1.7%、一般病院+1.8%、精神科病院+1.5%であった（図 2.1.3）。保険診療収益の前年比は、病院全体+1.5%、一般病院+1.5%、精神科+1.3%であった。

病院全体、一般病院、精神科病院では、医業収益、保険診療収益とも、前年比は+1%台に止まった。ただし、医業収益の前年比が保険診療収益をやや上回っている。保険診療収益の抑制を、自由診療収益で補っていることがうかがえる。

一般病院における保険診療収益の前年比は、産婦人科系で+3.3%、外科系で+2.3%と高かったが、総合病院は+1.4%、内科系は+1.1%であった。産科は、保険診療収益の前年比は+3.3%であるが、他の系統に比べて、保険診療収益の構成比が小さいので、医業収益全体の伸びは1%台に止まった（図 2.1.4）。

なお、客体数が少ないので、必ずしも平均的な傾向を表わしていない可能性もある。

※注)「自由診療収益」には、例えば、健診、予防接種、助産報酬、人工妊娠中絶、労災、自賠責、公害補償法、室料差額・特別食差額などの特定療養費、介護療養病床の居住費、人間ドック、その他保険外診療が含まれる。以後同じ。

図 2.1.3 病院の診療系統別 医業収益の前年比

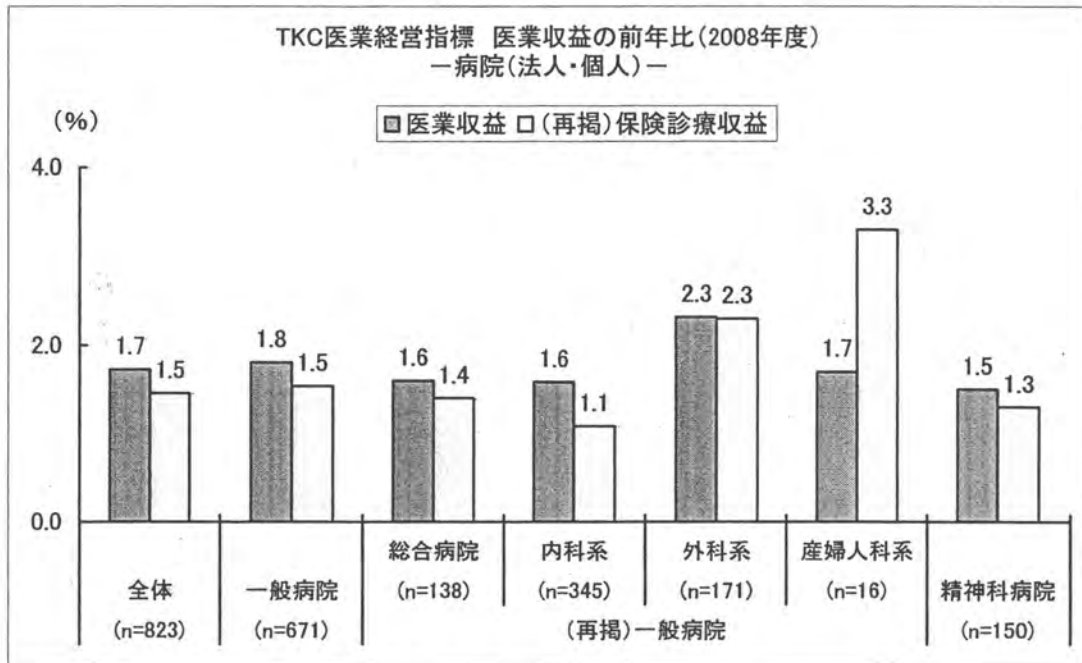
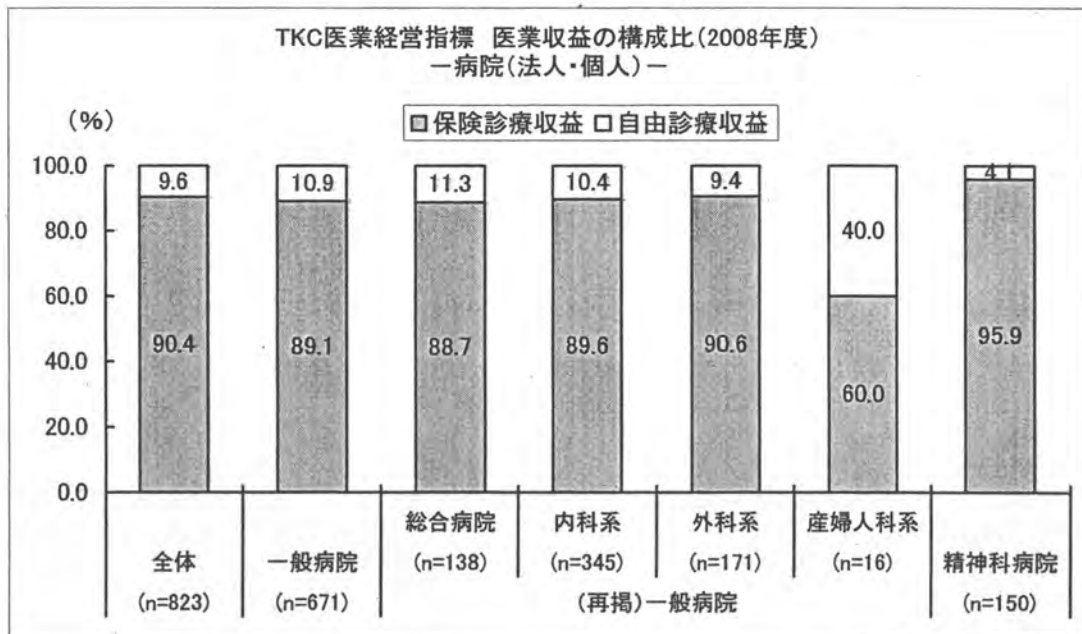


図 2.1.4 病院の診療系統別 医業収益の構成比



2.1.3. 診療所の診療科別

ここで示すカテゴリは、TKC 全国会による区分である。

医業収益の前年比がマイナスであったのは、小児科▲0.8%であった（図 2.1.5）。保険診療収益の前年比がマイナスであったのは、内科、産婦人科、小児科、皮膚科であった。産婦人科は保険診療収益の落ち込みを、医業収益の 61.1%を占める自由診療収益で補っていることがうかがえる（図 2.1.6）。

また、保険診療収益の前年比は、泌尿器科を除いてすべて 3%未満であり、いわゆる自然増（3%程度²）相当の伸びも見られなかった。

² 日本医師会「2008年度の医療費について」2009年7月29日、定例記者会見

図 2.1.5 診療所の主たる診療科別 医業収益の前年比

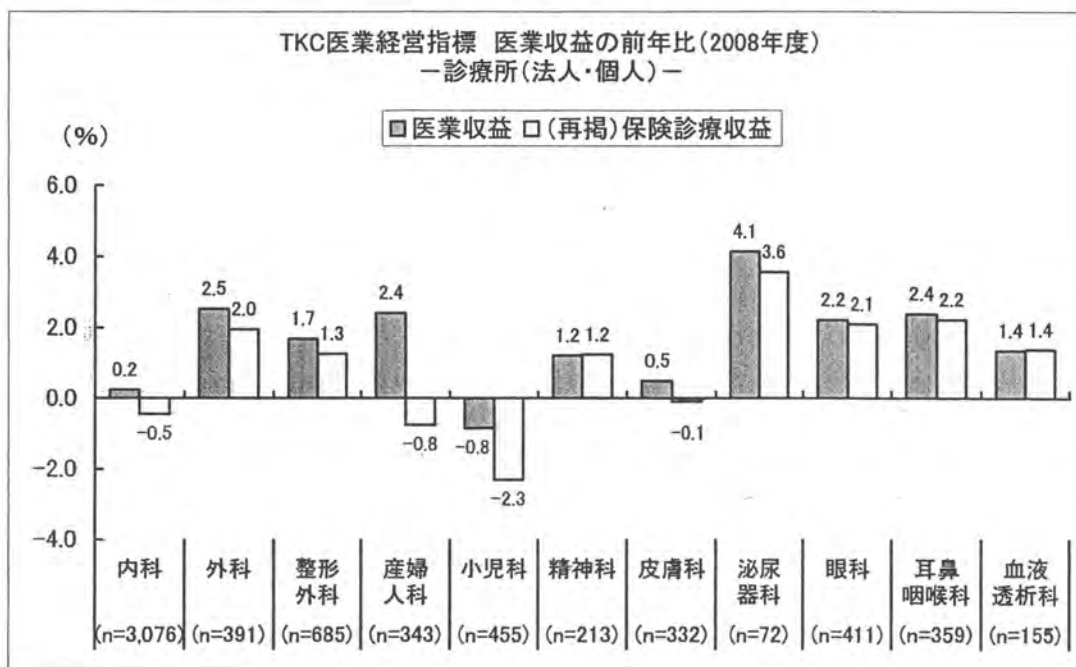
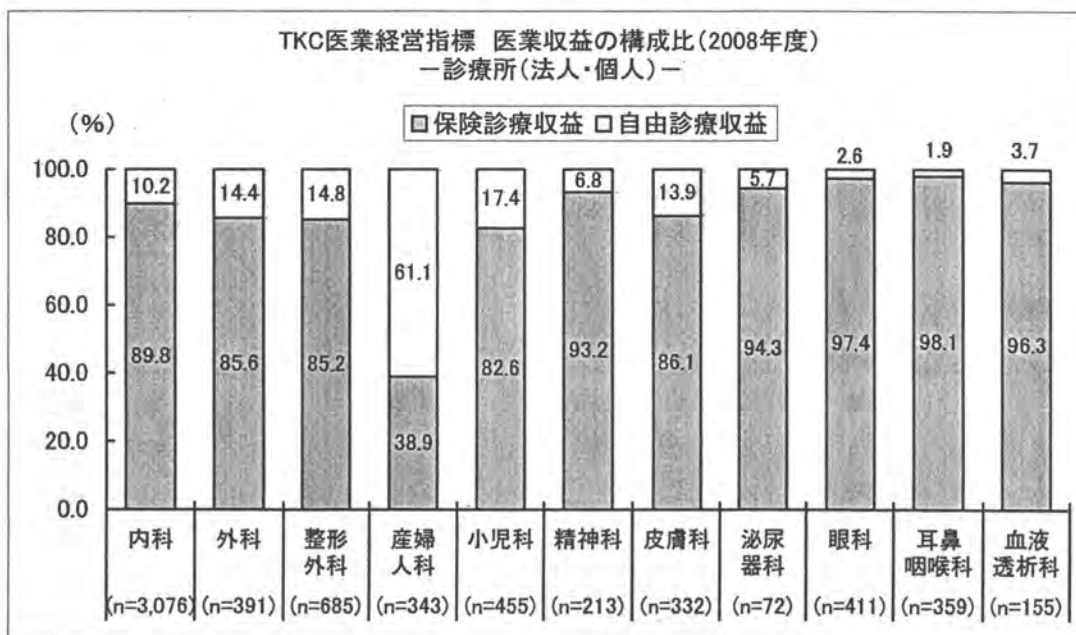


図 2.1.6 診療所の主たる診療科別 医業収益の構成比



2.2. 法人の損益分岐点比率

個人病院と個人診療所は給与費に院長報酬が含まれていないので、法人についてのみ、損益分岐点比率を分析した。

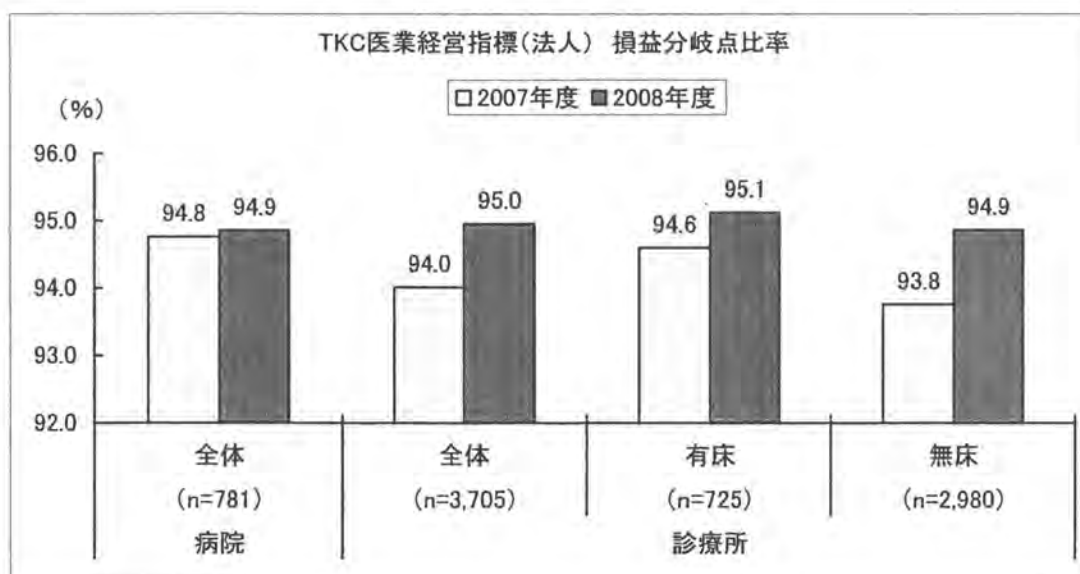
2.2.1. 病院および診療所

損益分岐点比率は、医業収益の変化にどのくらい耐えることができるかを示す指標である^{※注}。損益分岐点比率が95%であれば、5%超の収益減少で赤字に転落する。低いほど良い指標であり、一般に80%以下が優良といわれている。

損益分岐点比率は、病院では、2007年度94.8%であったが、2008年度94.9%と改善されなかった。(図 2.2.1)。診療所では、2007年度94.0%、2008年度95.0%であった。

診療所では、2007年度から2008年度にかけて1.0ポイント悪化し、病院よりも高い水準になった。また、診療所では、有床、無床ともに悪化した。特に無床診療所は1.1ポイント悪化した。

図 2.2.1 損益分岐点比率 (法人)



※注) 「損益分岐点比率 = {固定費 ÷ (1 - 変動費率)} ÷ 売上高」で算出すべきであるが、ここでは簡易的に (給与費 + 減価償却費 + 経費) を固定費とし、材料費・委託費を変動費として算出した。

2.2.2. 病院の診療系統別

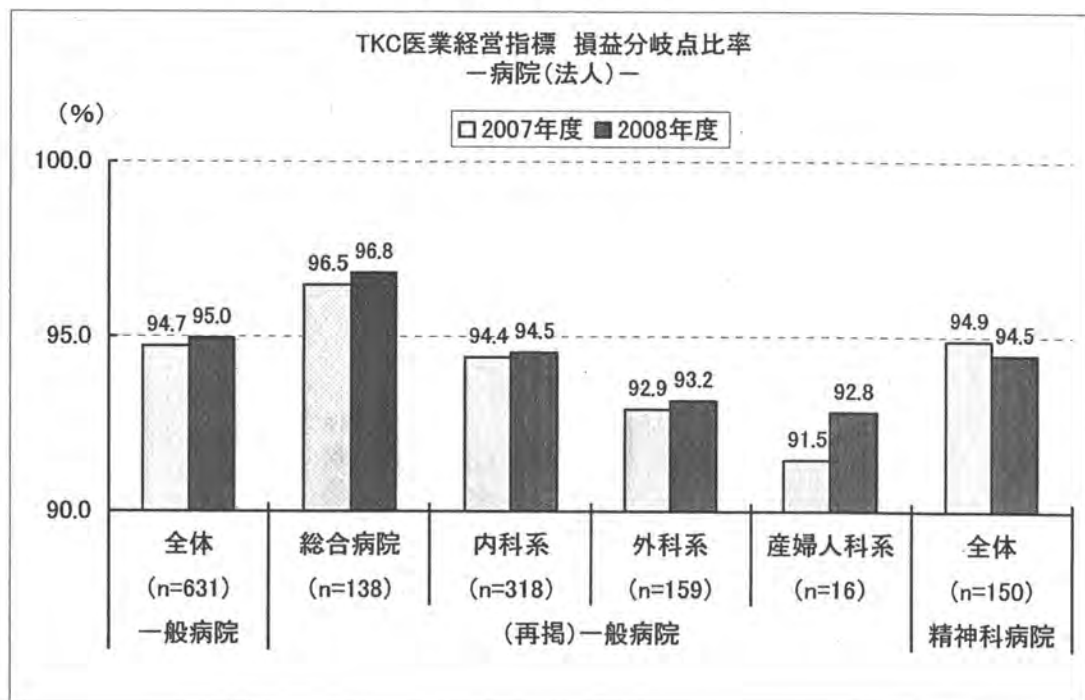
ここで示すカテゴリは、TKC 全国会による区分である。

2008 年度の損益分岐点比率は、一般病院 95.0%、精神科病院 94.5%であった。(図 2.2.2)。

一般病院では、2007 年度から 2008 年度にかけて、すべてのカテゴリで損益分岐点比率が悪化した。総合病院では 2007 年度時点で 96.5%であったが、さらに悪化して 2008 年度には 96.8%になった。

精神科病院の損益分岐点比率は、2007 年度の 94.9%から、2008 年度には 94.5%になった。やや低下しているが、95%近い水準に止まった。

図 2.2.2 病院の損益分岐点比率 (法人)



2.2.3. 診療所の主たる診療科別

ここで示すカテゴリは、TKC 全国会による区分である（以後同じ）。

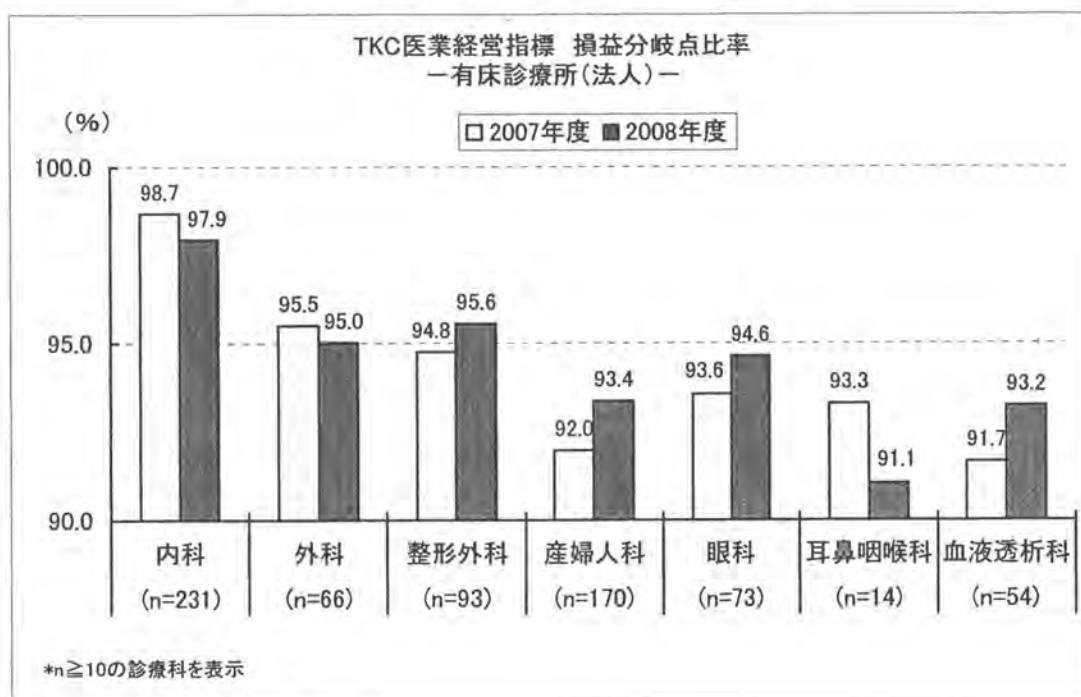
有床診療所

2008 年度の損益分岐点比率が 95%を超えているのは、内科、整形外科であった（図 2.2.3）。内科は、2007 年度 98.7%、2008 年度 97.9%であり、もともとも高い（悪い）。

2007 年度から 2008 年度にかけて損益分岐点比率が悪化したのは、整形外科、産婦人科、眼科、血液透析科であった。

耳鼻咽喉科では、2007 年度から 2008 年度にかけて損益分岐点比率が好転し、かつ 95%未満であるが、客体数が少なく、必ずしも平均的な傾向を示していない可能性がある。

図 2.2.3 有床診療所の損益分岐点比率（法人）

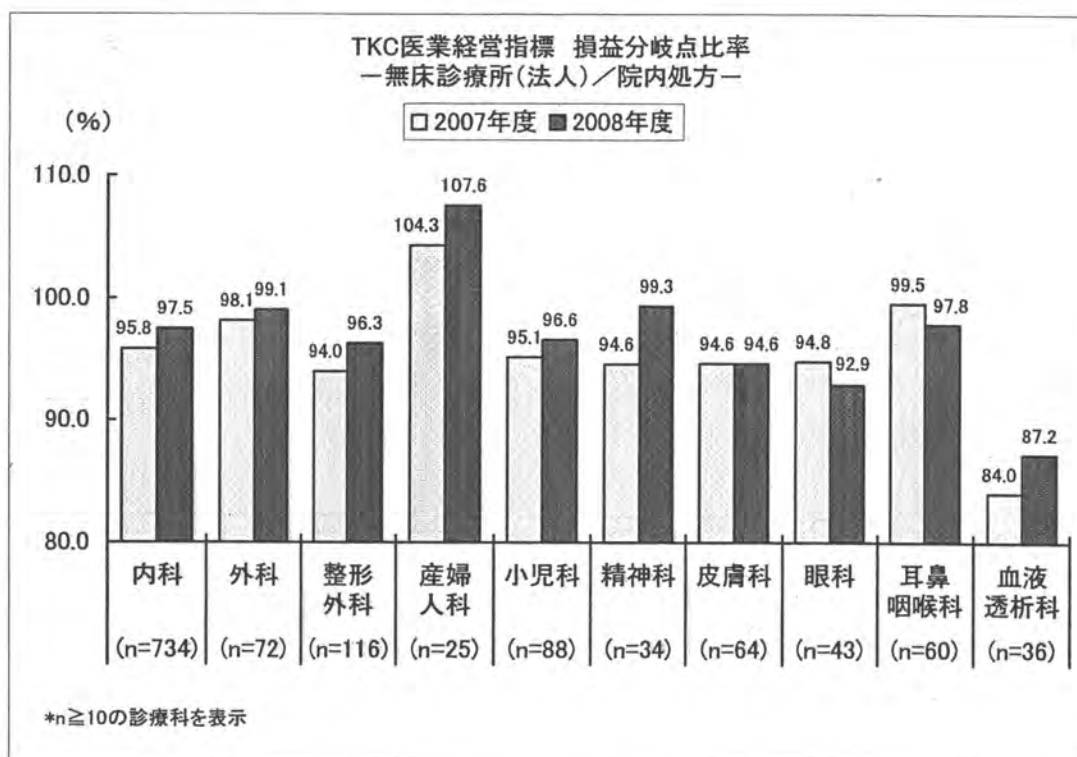


無床診療所・院内処方

2008年度の損益分岐点比率が95%を超えているのは、内科、外科、整形外科、産婦人科、小児科、精神科、耳鼻咽喉科であった(図2.2.4)。産婦人科は2007年度、2008年度とも100%を超えており、赤字の状態であった。

2007年度から2008年度にかけて悪化したのは、内科、外科、整形外科、産婦人科、小児科、精神科、血液透析科であった。ただし血液透析科は2008年度も90%未満の水準であった。

図 2.2.4 無床診療所・院内処方の損益分岐点比率(法人)



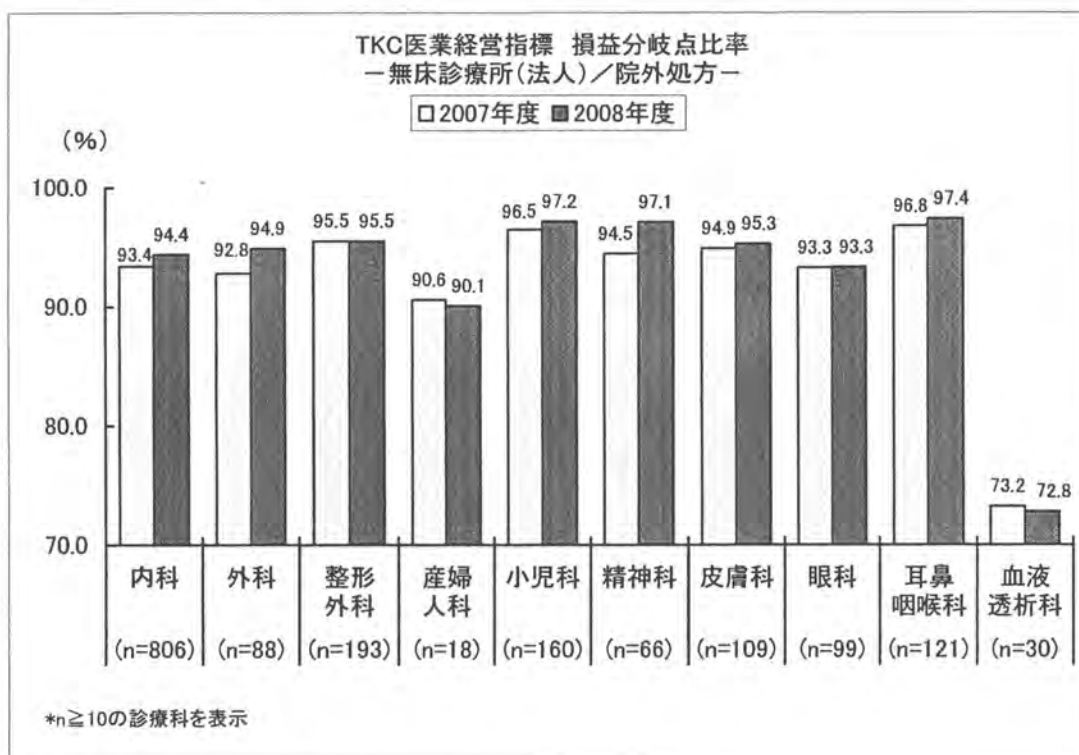
無床診療所・院外処方

2008年度の損益分岐点比率が95%を超えているのは、整形外科、小児科、精神科、皮膚科、耳鼻咽喉科であった(図2.2.5)。

2007年度から2008年度にかけて悪化したのは、内科、外科、小児科、精神科、皮膚科、耳鼻咽喉科であった。

血液透析科は2007年度から2008年度にかけて改善し、かつ70%台の水準であるが、客体数が若干少なく、必ずしも平均的な傾向を示していない可能性がある。

図 2.2.5 無床診療所・院外処方の損益分岐点比率(法人)

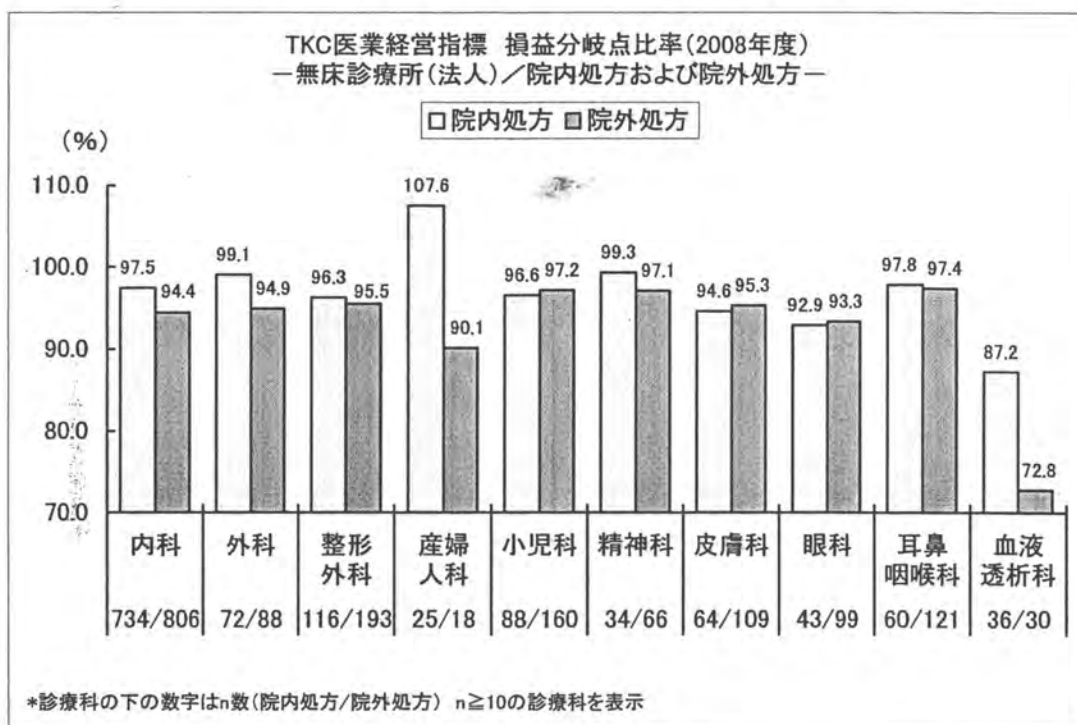


無床診療所の院内・院外処方比較

無床診療所の院内処方と院外処方を比較すると、おおむね院内処方の損益分岐点比率が高い（悪い）傾向にあった（図 2.2.6）。

産婦人科、血液透析科は、院内処方と院外処方の差が大きいが、客体数がやや少ないことも一因と考えられる。

図 2.2.6 無床診療所の損益分岐点比率－院内処方と院外処方の比較－（法人）



2.2.4. 損益分岐点比率のまとめ

病院、診療所の損益分岐点比率は、平均的に90%を超えており、一般的にはかなり危険な状態にある。ここでは、損益分岐点比率95%超を特に危機的状态とした。そして、2008年度の損益分岐点比率が95%を超え、かつ2007年度から2008年度にかけて損益分岐点比率が悪化したカテゴリを抽出した(表2.2.1)。

その結果、特に深刻な状態にあるのは、病院では総合病院であった。診療所では、有床・無床、院内・院外でばらつきがあるが、整形外科、小児科、精神科で危機的状态にあった。

表 2.2.1 TKC 医業経営指標（法人） 損益分岐点比率

(%)

			2007年度	2008年度	(1) 2008年度 95%超	(2) 悪化	(1) (2) 両方
病院	一般病院	全体	94.7	95.0		✓	
		総合病院	96.5	96.8	✓	✓	✓
		内科系	94.4	94.5		✓	
		外科系	92.9	93.2		✓	
		産婦人科系	91.5	92.8		✓	
	精神科病院		94.9	94.5			
診療所	内科	有床	98.7	97.9	✓		
		無床院内	95.8	97.5	✓	✓	✓
		無床院外	93.4	94.4		✓	
	外科	有床	95.5	95.0	✓		
		無床院内	98.1	99.1	✓	✓	✓
		無床院外	92.8	94.9		✓	
	整形外科	有床	94.8	95.6	✓	✓	✓
		無床院内	94.0	96.3	✓	✓	✓
		無床院外	95.5	95.5	✓		
	産婦人科	有床	92.0	93.4		✓	
		無床院内	104.3	107.6	✓	✓	✓
		無床院外	90.6	90.1			
	小児科	有床	—	—			
		無床院内	95.1	96.6	✓	✓	✓
		無床院外	96.5	97.2	✓	✓	✓
	精神科	有床	—	—			
		無床院内	94.6	99.3	✓	✓	✓
		無床院外	94.5	97.1	✓	✓	✓
	皮膚科	有床	—	—			
		無床院内	94.6	94.6			
		無床院外	94.9	95.3	✓	✓	✓
	眼科	有床	93.6	94.6		✓	
		無床院内	94.8	92.9			
		無床院外	93.3	93.3		✓	
	耳鼻咽喉科	有床	93.3	91.1			
		無床院内	99.5	97.8	✓		
		無床院外	96.8	97.4	✓	✓	✓
血液透析科	有床	91.7	93.2		✓		
	無床院内	84.0	87.2		✓		
	無床院外	73.2	72.8				

*n≥10の診療科のみ表示

2.3. 法人の経常利益率

個人病院と個人診療所は給与費に院長報酬が含まれていないので、法人についてのみ、経常利益率を分析した。

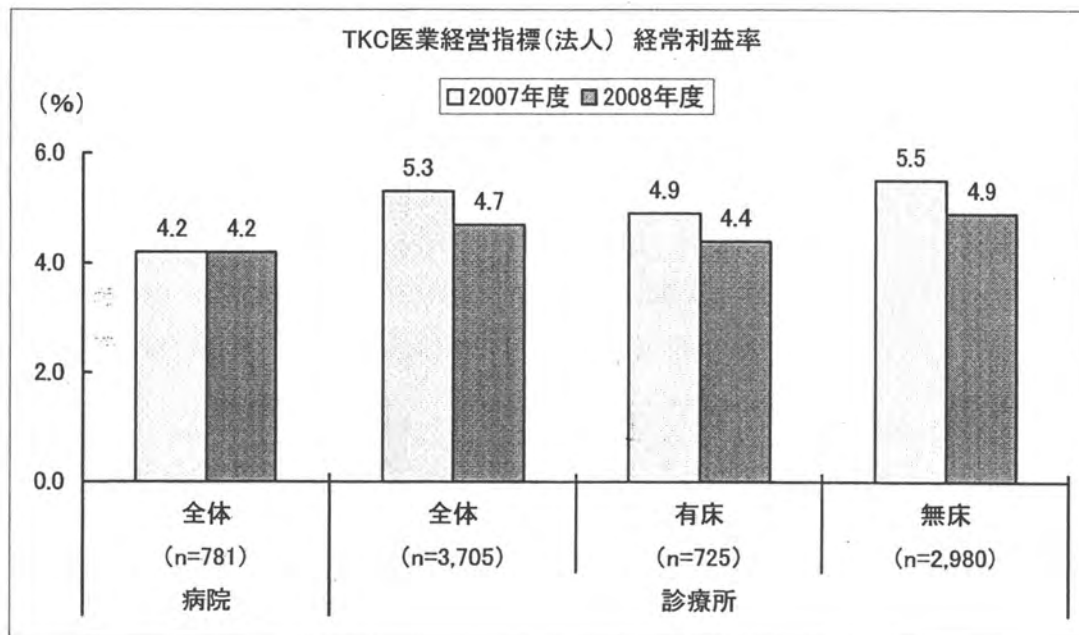
2.3.1. 病院および診療所

経常利益は医業そのものの利益に利息などを加味したものである。これに特別損益を足し引きし、税金を支払った残りが、再投資のための原資になる。すなわち経常利益率は、医業経営を行うための再投資が可能かどうかを示す指標であるともいえる。

経常利益率は、病院では、2007年度4.2%、2008年度4.2%であった(図 2.3.1)。診療所では2007年度5.3%、2008年度4.7%であった。病院では横ばいであったが、診療所では0.6ポイント低下した。

診療所の有床無床別では、有床診療所が2007年度4.9%、2008年度4.4%であった。無床診療所は2007年度5.5%、2008年度4.9%であった。有床診療所は0.5ポイント、無床診療所は0.6ポイント低下した。

図 2.3.1 経常利益率 (法人)



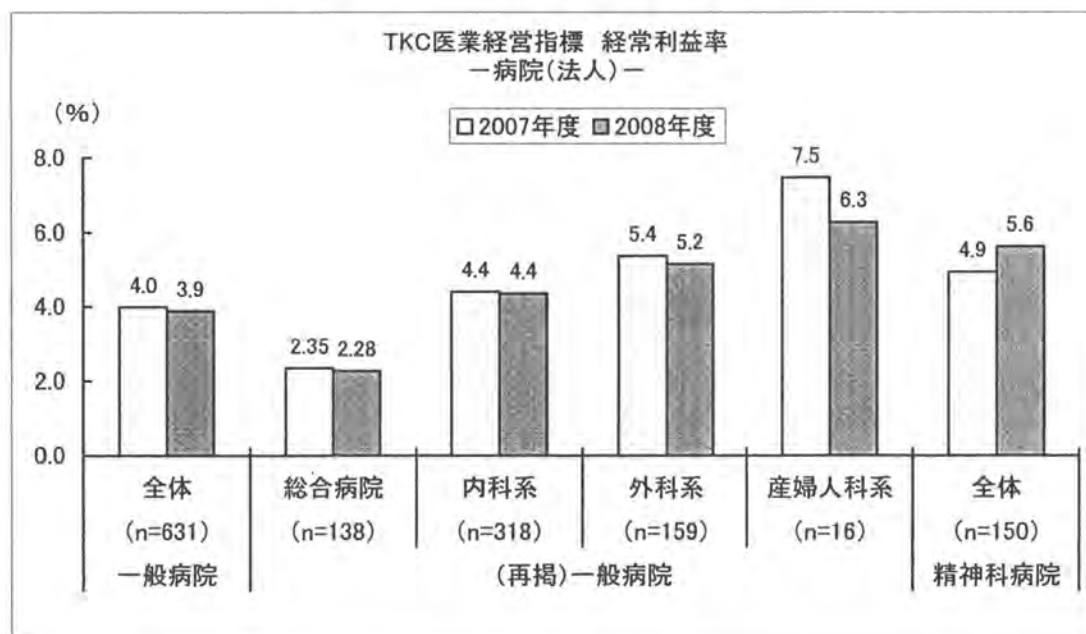
2.3.2. 病院の診療系統別

ここで示すカテゴリは、TKC 全国会による区分である。

2008 年度の経常利益率は、一般病院 3.9%、精神科病院 5.6%であった（図 2.3.2）。

一般病院では、すべてのカテゴリで経常利益率が低下した。総合病院は 2007 年度には 2.35%であり、もっとも低かったが、2008 年度にはさらにやや低下して 2.28%になった。産婦人科系は 2008 年度の経常利益率が 6.3%ともっとも高いが、客体数が少なく、必ずしも平均的な傾向を示していない可能性がある。

図 2.3.2 病院の経常利益率（法人）



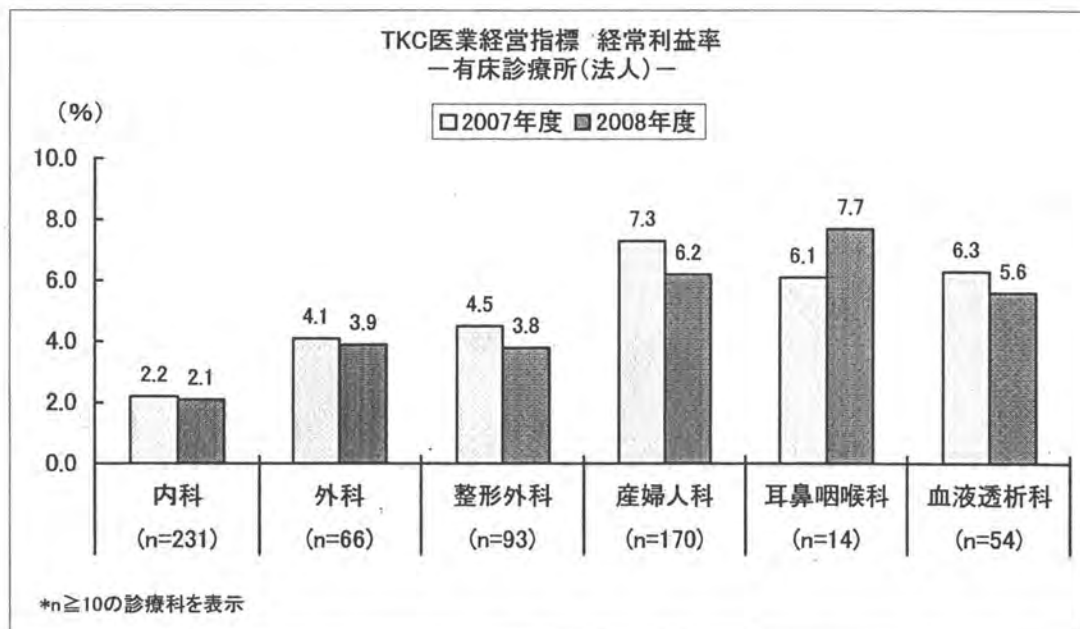
2.3.3. 診療所の主たる診療科別

有床診療所

耳鼻咽喉科以外は、2007年度から2008年度にかけて、経常利益率が低下した（図 2.3.3）。耳鼻咽喉科は客体数が少ないので、必ずしも平均的な傾向を示していない可能性がある。

内科は2007年度には2.2%であり、2008年度にはさらに低下して2.1%になった。

図 2.3.3 有床診療所の経常利益率（法人）



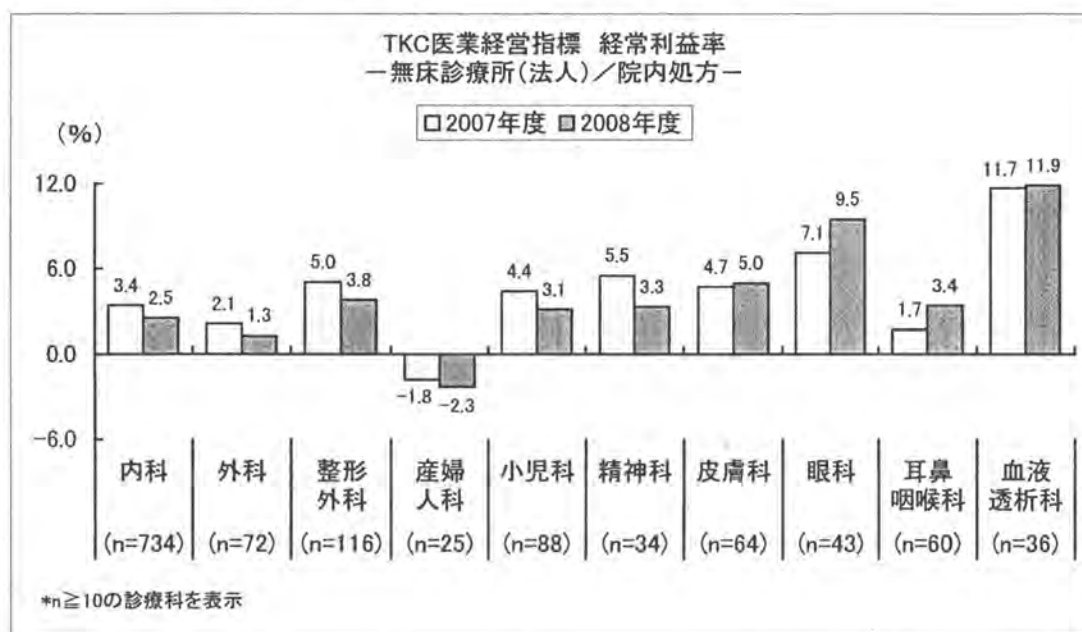
無床診療所・院内処方

2008年度の経常利益率は、産婦人科で▲2.3%であり、内科、外科で3%未満であった（図 2.3.4）。

2007年度から2008年度にかけて経常利益率が低下したのは、内科、外科、整形外科、産婦人科、小児科、精神科であった。産婦人科は2年連続してマイナスであった。

一方、眼科は経常利益率が向上して、2008年度には9.5%になった。血液透析科も11%台であった。

図 2.3.4 無床診療所・院内処方の経常利益率（法人）

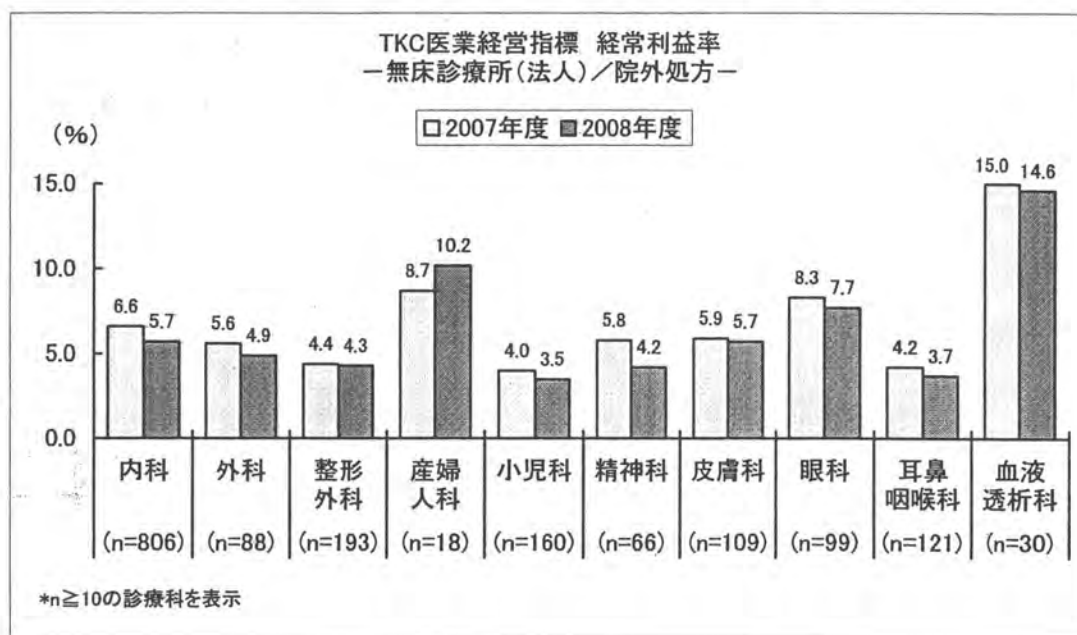


無床診療所・院外処方

2008年度の経常利益率が低いのは、小児科、耳鼻咽喉科であった(図 2.3.5)。

2007年度から2008年度にかけては、産婦人科以外のすべての診療科で経常利益率が低下した。なお、産婦人科は客体数が少ないため、必ずしも平均的な傾向を示していない可能性がある。

図 2.3.5 無床診療所・院外処方の経常利益率(法人)



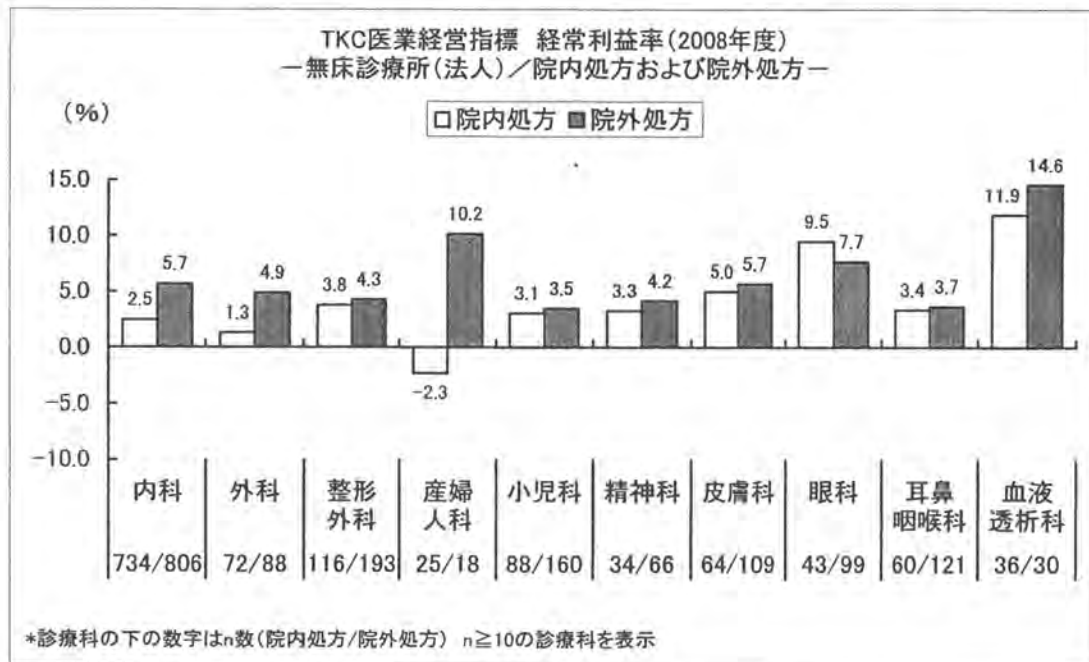
無床診療所の院内・院外処方と比較

経常利益率は、眼科以外の診療科では、院外処方の診療所のほうが高かった(図 2.3.6)。

小児科、耳鼻咽喉科は、院内・院外ともに経常利益率が3%台であった一方、皮膚科、眼科は院内・院外ともに経常利益率が5%以上であった。

なお、産婦人科は、院内処方と院外処方との乖離が大きいが、客体数がやや少ないので、必ずしも平均的な傾向を示していない可能性がある。

図 2.3.6 無床診療所の経常利益率—院内処方と院外処方の比較— (法人)



2.4. 法人の医業費用

個人病院と個人診療所は給与費に院長報酬が含まれていないので、法人についてのみ、費用構成、給与費を分析した。

2.4.1. 費用構成

病院

病院の医業利益率は、2007年度4.1%、2008年度4.1%と横ばいであった(図2.4.1)。内訳を見ると材料費(医薬品費等)^{※注1)}率が0.4ポイント低下し、従事者給与等^{※注2)}の比率が0.4ポイント上昇した。役員報酬は微減であった。

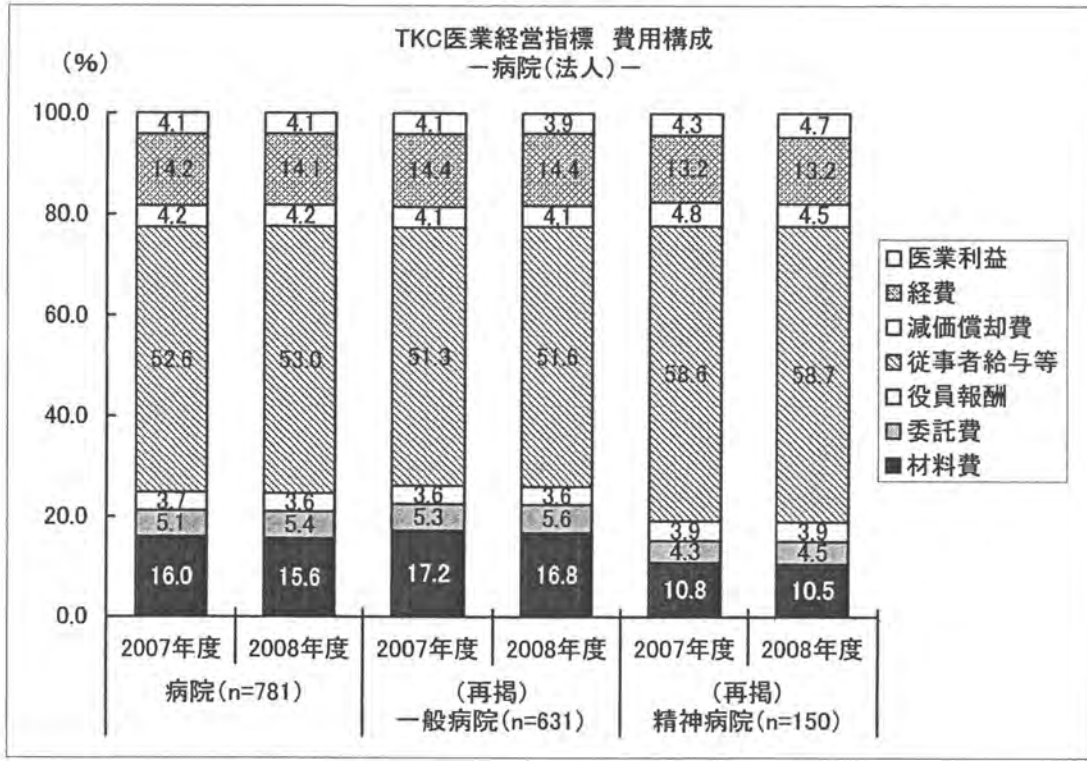
一般病院の医業利益率は、2007年度4.1%、2008年度3.9%であった。材料費率は0.4ポイント低下したが、委託費率が0.3ポイント、従事者給与等の比率が0.3ポイント上昇した。

精神科病院は、材料費率が0.3ポイント、減価償却費率が0.3ポイント低下するなどして、医業利益率が2007年度の4.3%から、2008年度には4.7%に上昇した。

※注1) 材料費：医薬品費、医療材料費、給食材料費

※注2) 従事者給与等：給与賞与、福利厚生費、退職金

図 2.4.1 病院の費用構成 (法人)



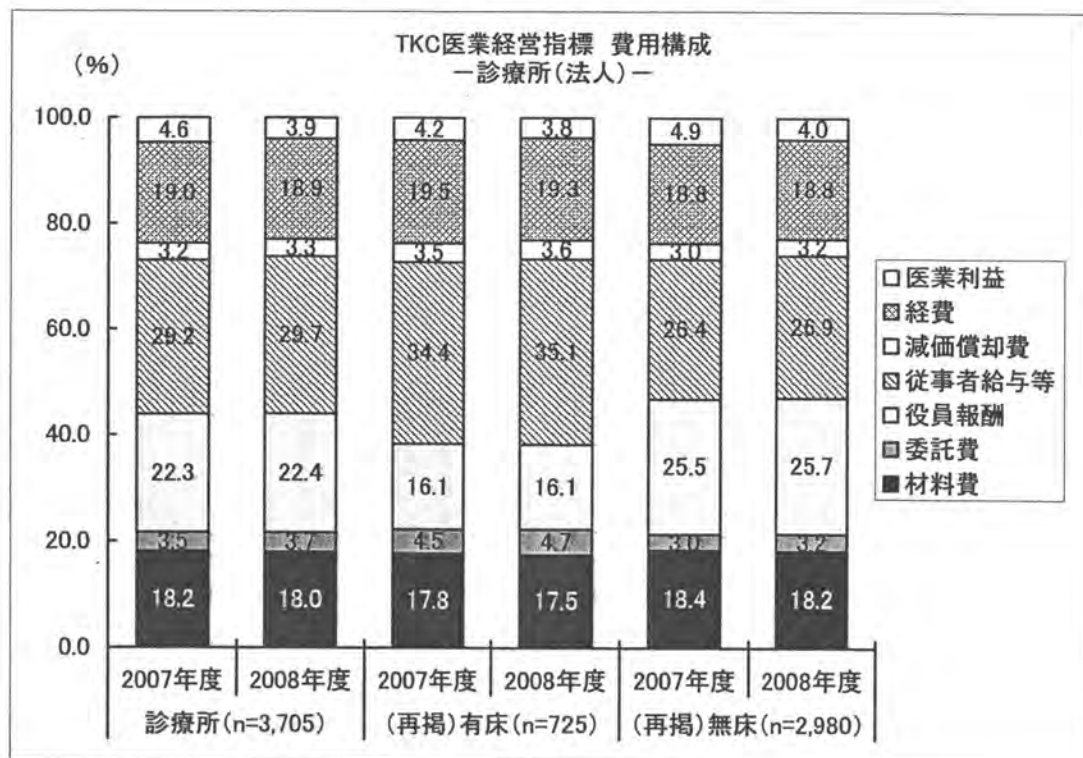
診療所

診療所の医業利益率は、2007年度4.6%、2008年度3.9%であった(図 2.4.2)。主として従事者給与等の比率が0.5ポイント上昇したためである。

有床診療所の医業利益率は、2007年度4.2%、2008年度3.8%であった。材料費(医薬品費等)率は0.3ポイント低下したが、従事者給与等の比率が0.7ポイント上昇した。

無床診療所の医業利益率は、2007年度4.9%、2008年度4.0%であった。従事者給与等の比率が0.5ポイント上昇した。

図 2.4.2 診療所の費用構成(法人)

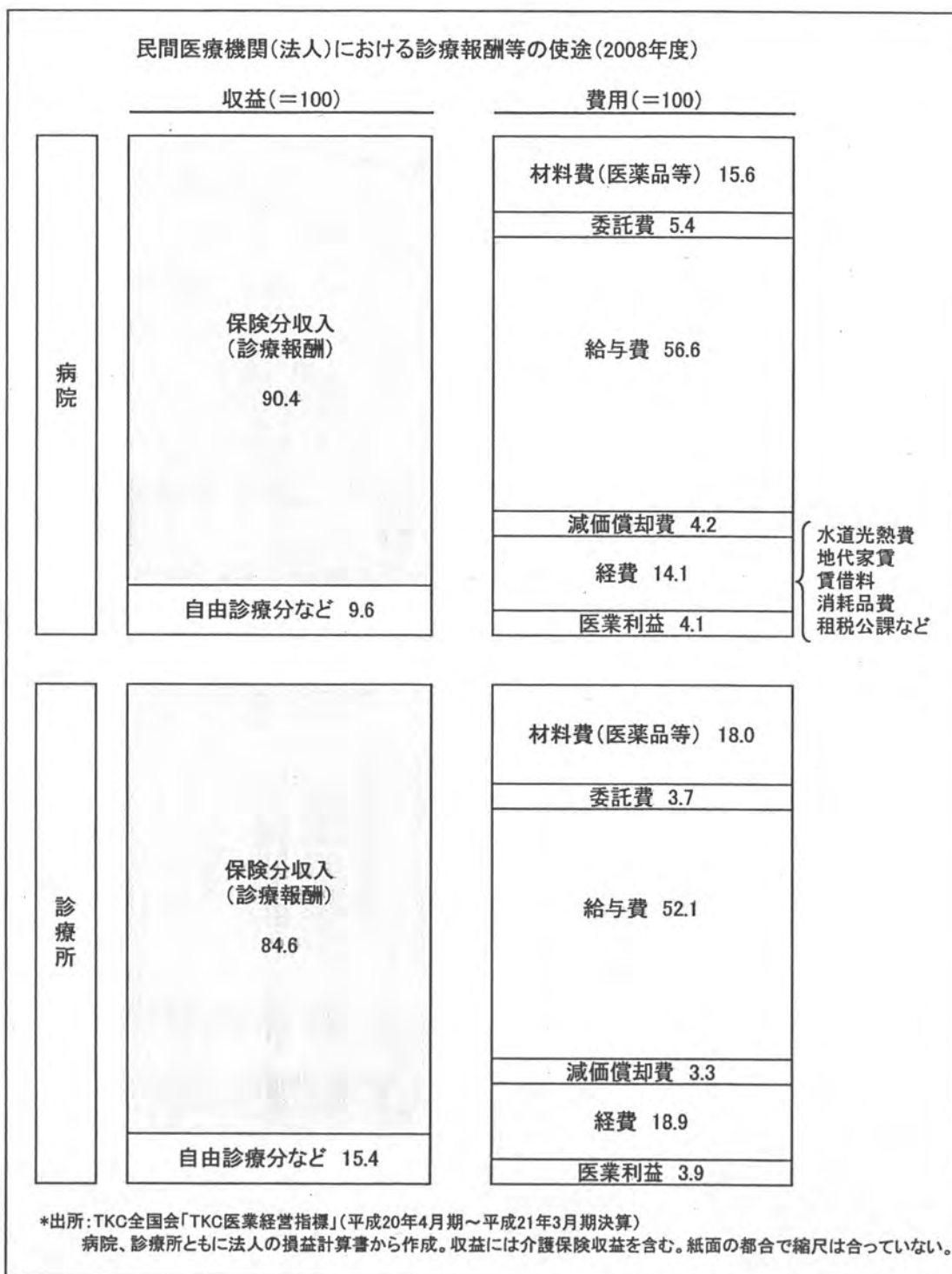


費用構成のまとめ

一般に、「診療報酬イコール医師の給与」といった認識が示されることがあるが、診療報酬は、給与費以外に、医薬品費や委託費、水道光熱費の支払いなどに充てられる。医業利益が黒字である場合にも、借入金がある場合には利息を支払い、さらに税金も支払う。

民間の医療機関における給与費の比率は、病院で56.6%、診療所52.1%である(図 2.4.3)。

図 2.4.3 民間医療機関（法人）における診療報酬等の使途（2008年度）



2.4.2. 給与費

給与費^{※注)}

給与費の前年比は、病院+2.3%、診療所+2.0%であった(図 2.4.4)。

病院では、一般病院が+2.6%、精神科病院が+1.5%であった。診療所では有床診療所が+2.8%、無床診療所が+1.6%であった。

役員報酬(給与費のうち再掲)

役員報酬の前年比は、病院+1.1%、診療所+1.1%で、微増であった(図 2.4.5)。

病院では、一般病院が+1.3%、精神科病院が+0.4%であった。診療所では、有床診療所が+1.2%、無床診療所が+1.1%であり、いずれも1%台であった。

従事者給与賞与(給与費のうち再掲)

従事者給与賞与の前年比は、病院+2.5%、診療所+2.5%であった(図 2.4.5)。

病院では、一般病院が+2.8%、精神科病院が+1.3%であり、一般病院の前年比が高かった。診療所では、有床診療所が+3.8%、無床診療所が+1.6%であり、有床診療所の前年比が高かった。

※注) 給与費：役員報酬、従事者給与賞与、福利厚生費、退職金

図 2.4.4 給与費の前年比

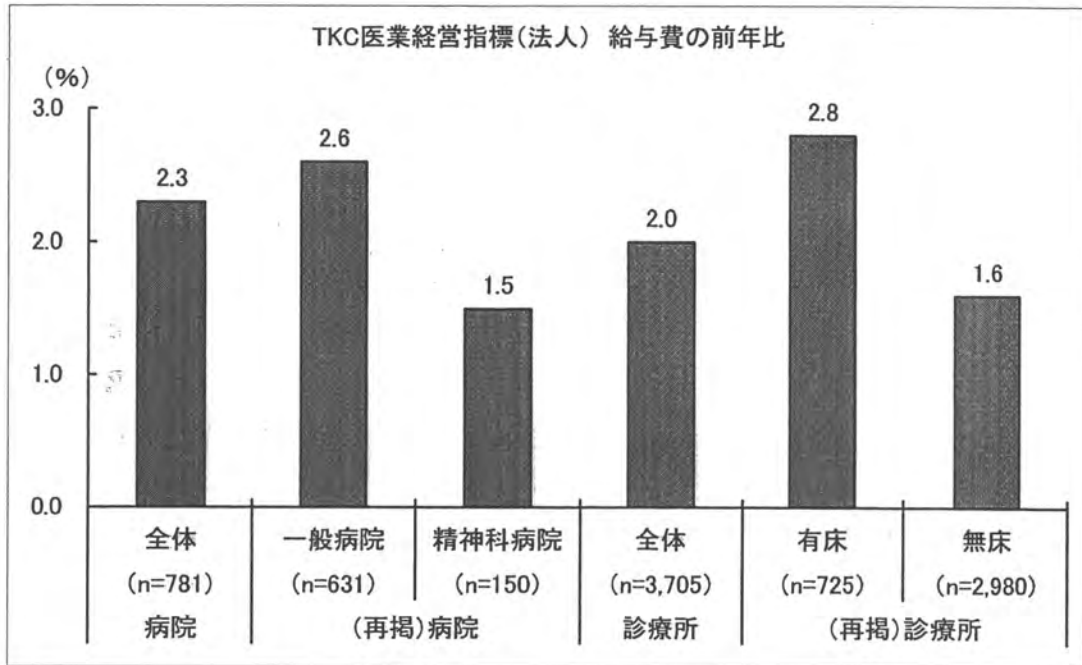
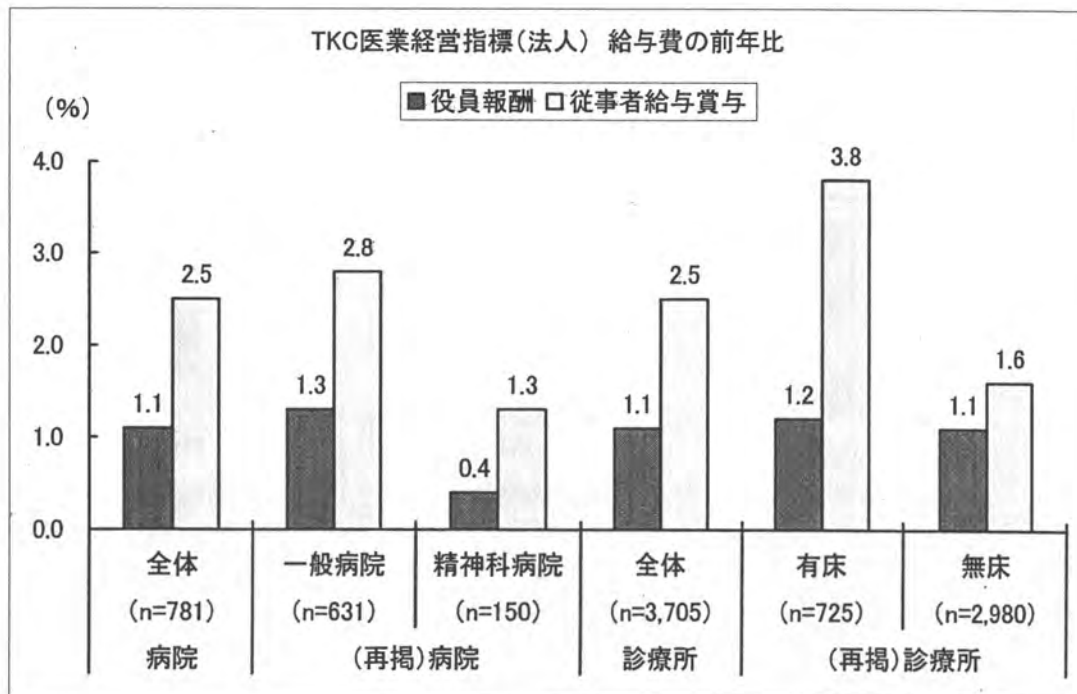


図 2.4.5 役員報酬および従事者給与賞与の前年比



2.5. 個人診療所の利益

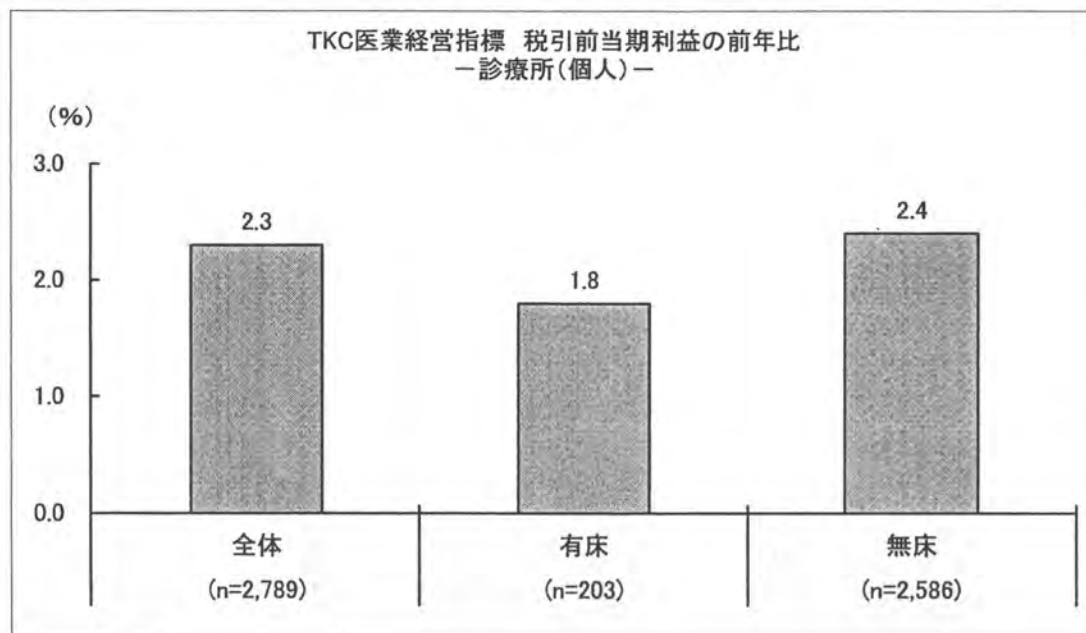
2.5.1. 税引前当期利益の前年比

ここでは、個人診療所の税引前当期利益を示した。税引前当期利益は、ほぼ事業所得、損益差額に相当する。個人開業医の場合には、税引前当期利益（医療経済実態調査の損益差額に相当）の中から、事業にかかわる税金を支払い、借入金の返済を行うなどして、その残りが退職金相当額を含む院長所得になる。

有床無床別

税引前当期利益の前年比は、診療所全体+2.3%、有床診療所+1.8%、無床診療所+2.4%であった（図 2.5.1）。

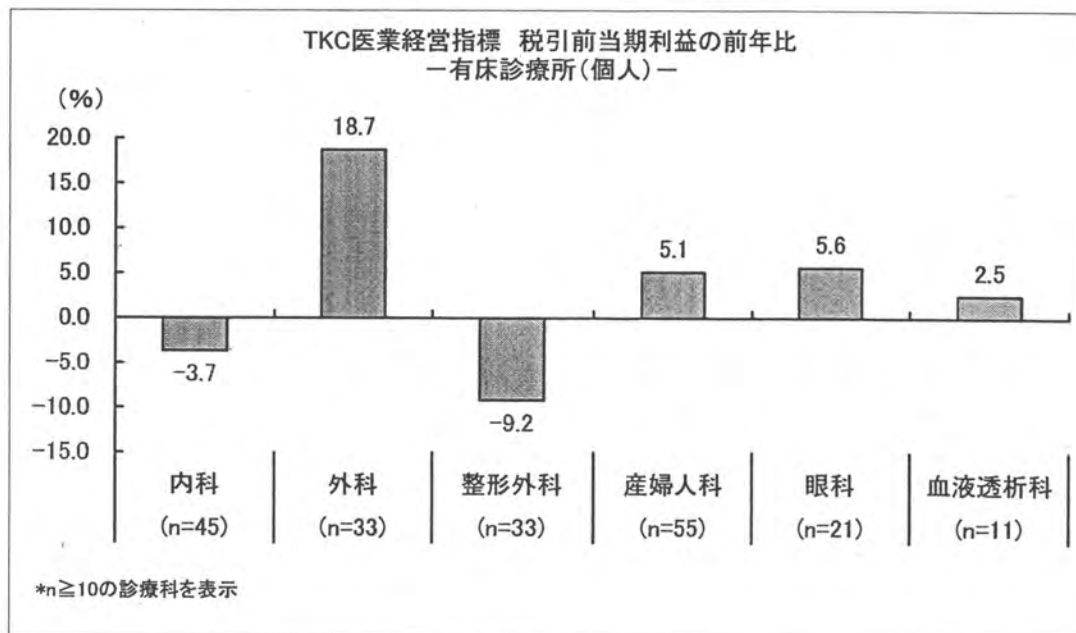
図 2.5.1 個人診療所の税引前当期利益の前年比



有床診療所

診療科ごとのばらつきが大きかったが、前年比がマイナスであったのは、内科、整形外科であった（図 2.5.2）。

図 2.5.2 個人有床診療所の税引前当期利益の前年比



無床診療所・院内処方

前年比は、内科、外科、整形外科、産婦人科、小児科でマイナスであった(図 2.5.3)。なお、精神科、泌尿器科、血液透析科は前年比プラスであるが、客体数がやや少ない。

無床診療所・院外処方

すべての診療科で、前年比がプラスであった(図 2.5.4)。泌尿器科は+13.5%であるが、客体数がやや少ない。

図 2.5.3 個人無床診療所（院内処方）の税引前当期利益の前年比

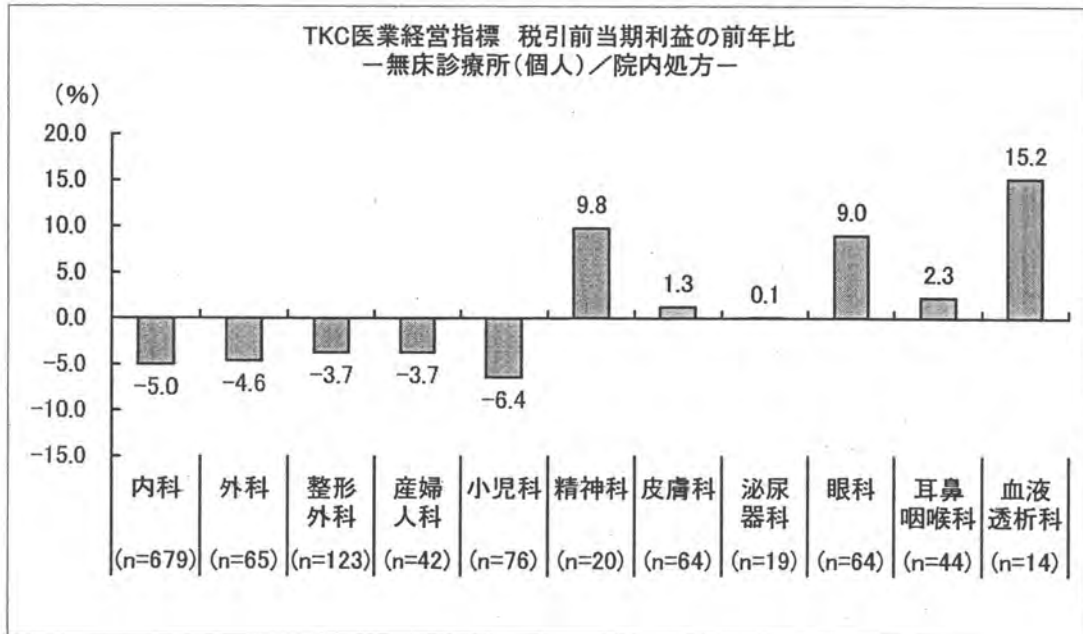
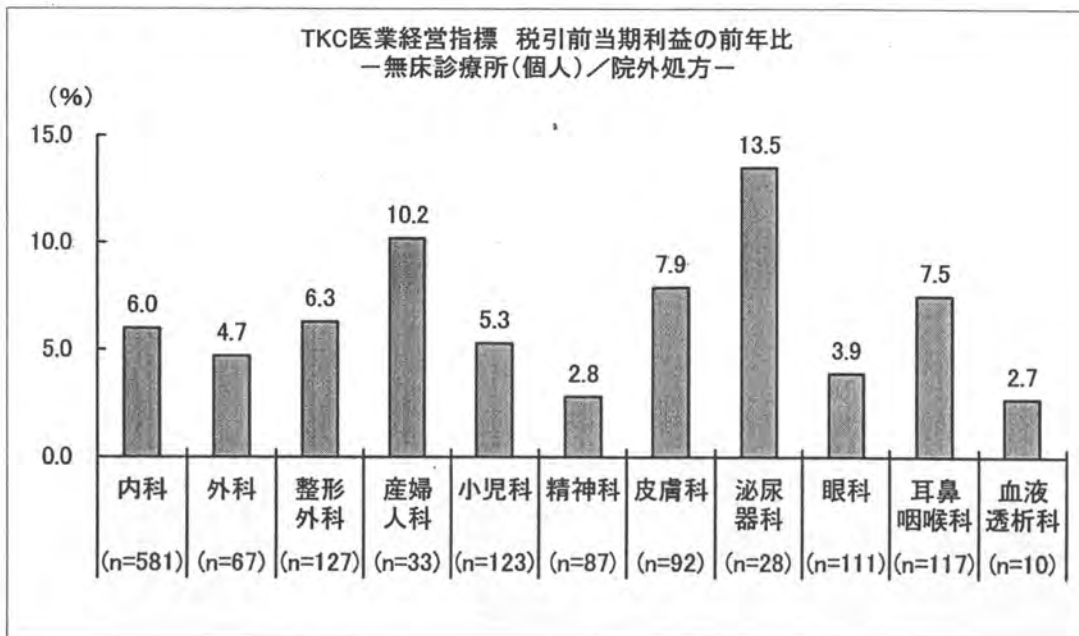


図 2.5.4 個人無床診療所（院外処方）の税引前当期利益の前年比



2.5.2. 税引前当期利益（2008年度）

ここでは個人診療所の税引前当期利益の金額を示した。税引前当期利益は、ほぼ事業所得、損益差額に相当する。

有床無床別

2008年度の税引前当期利益は、診療所全体 2,676 万円、有床診療所 3,956 万円、無床診療所 2,576 万円であった（図 2.5.5）。有床診療所と無床診療所では水準がまったく異なっており、区分して見ていく必要がある。

なお、中医協の医療経済実態調査では、個人診療所全体の損益差額³は 2,458 万円であり、TKC 医業経営指標の税引前当期利益とほぼ同じである（図 2.5.6）。しかし、医療経済実態調査は、TKC 医業経営指標に比べて、有床診療所の損益差額が大幅に小さい。

これは、医療経済実態調査の客体数が少ないことも一因である。また、1 か月分の数字を年換算していることにも問題があるが、今般、予算編成部局（財務省）から行政刷新会議に提出された資料⁴も、同様に年換算した数字であり、かつ有床無床も区別されていない。

³ 2009年6月1か月の調査であるので、12倍して年換算した（以降、同じ）。

⁴ 出所:行政刷新会議・第2ワーキンググループ「事業番号2-4 診療報酬の配分（勤務医対策等）論点等説明シート（予算担当部局用）」, 2009年11月11日

図 2.5.5 個人診療所の税引前当期利益

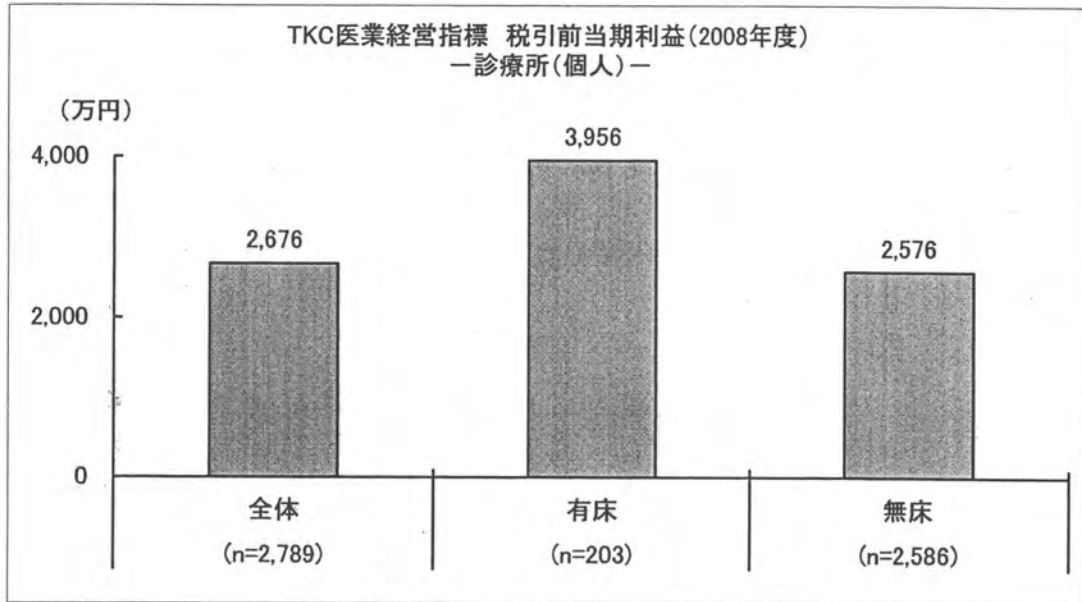
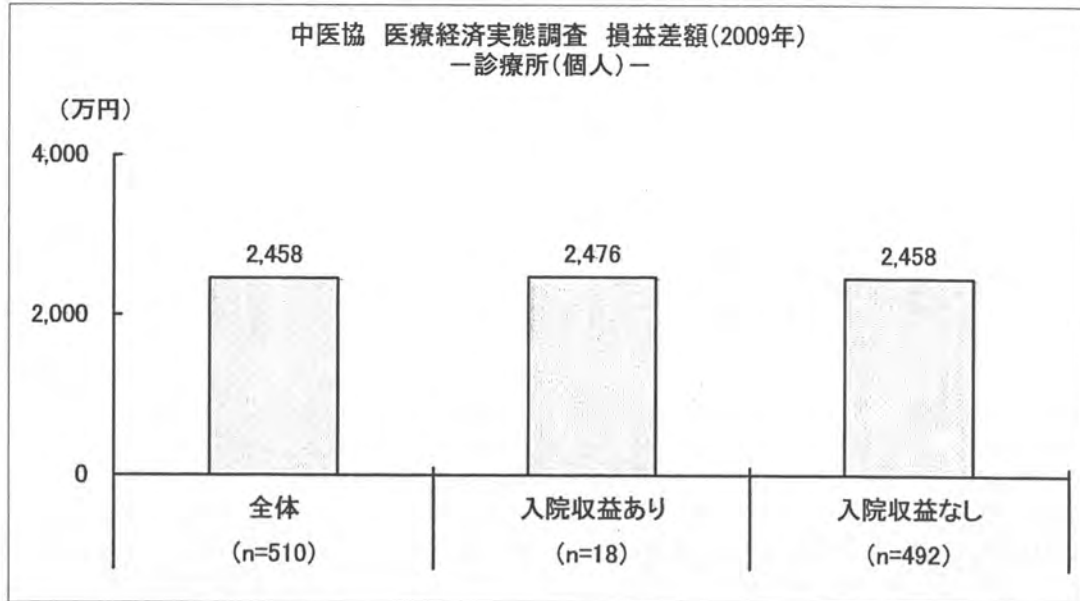


図 2.5.6 医療経済実態調査 個人診療所の損益差額



有床診療所

内科、外科が2,000万円台、整形外科、産婦人科、眼科が4,000万円台であった(図 2.5.7)。血液透析科は突出しているが、客体数が少ないため、実態を表わしていない可能性がある。

なお、医療経済実態調査は、有床無床別ではなく、入院診療収益の有無別で集計されている。客体数が少ないことも一因と考えられるが、入院診療収益ありの個人診療所の損益差額は、内科では449万円であった(図 2.5.8)。

図 2.5.7 個人有床診療所の税引前当期利益

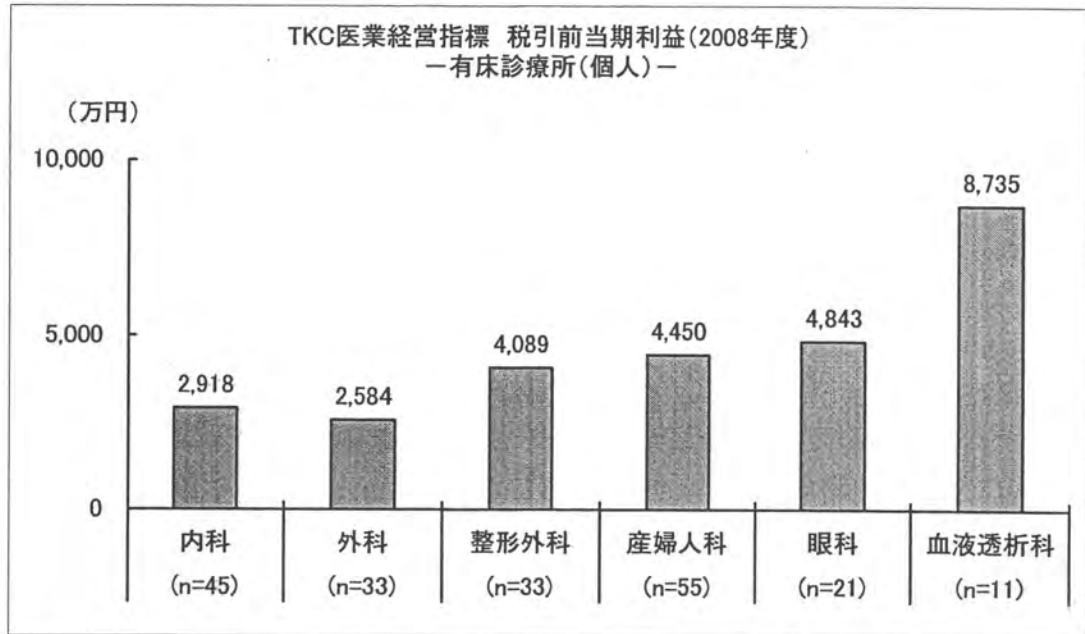
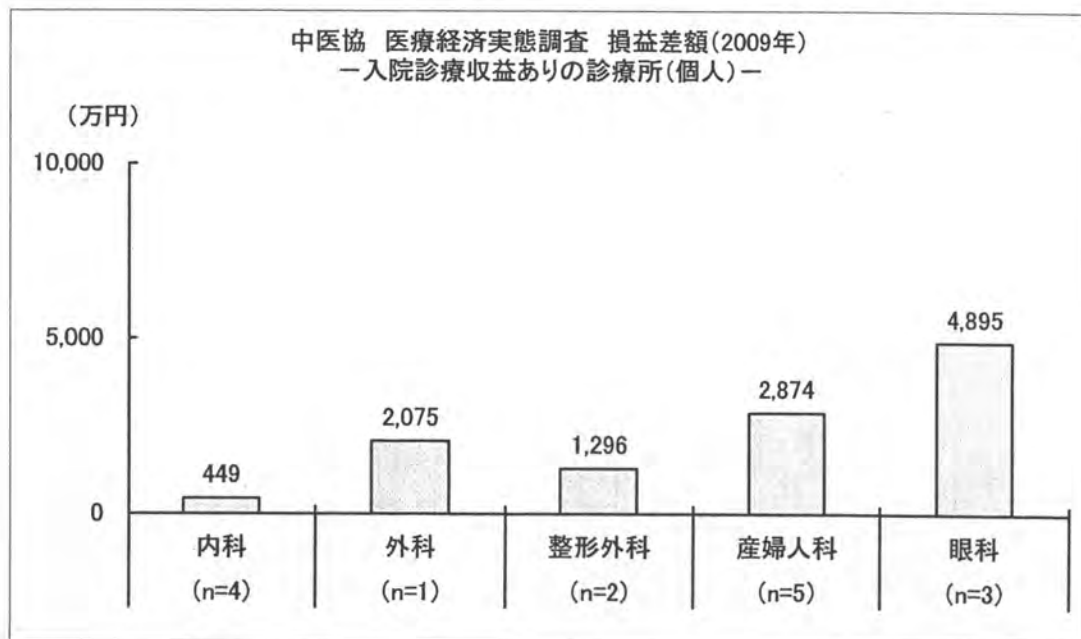


図 2.5.8 医療経済実態調査 入院収益ありの個人診療所の損益差額



無床診療所・院内処方

おおむね2,000万円台であったが、産婦人科が929万円、外科が1,710万円、泌尿器科が1,949万円であった（図 2.5.9）。

無床診療所・院外処方

血液透析科を除き、整形外科、小児科、眼科が3,000万円台、それ以外が2,000万円台であった（図 2.5.10）。精神科以外の診療科では、院内処方よりも院外処方が高かった。

中医協の医療経済実態調査では、院内院外別のデータはない。ここでは、入院診療収益なしの個人診療所全体のデータを示した（図 2.5.11、有床無床の区分はない。有床診療所の入院診療収益なしも含まれる）。しかし、整形外科の損益差額が突出しており、解釈不能であった。

図 2.5.9 個人無床診療所（院内処方）の税引前当期利益

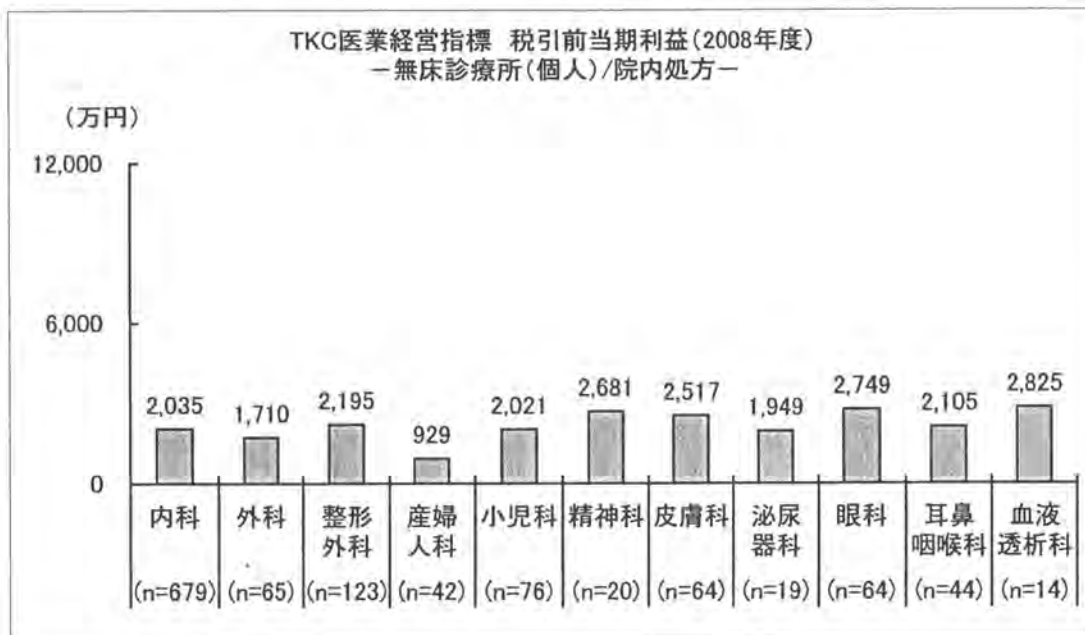


図 2.5.10 個人無床診療所（院外処方）の税引前当期利益

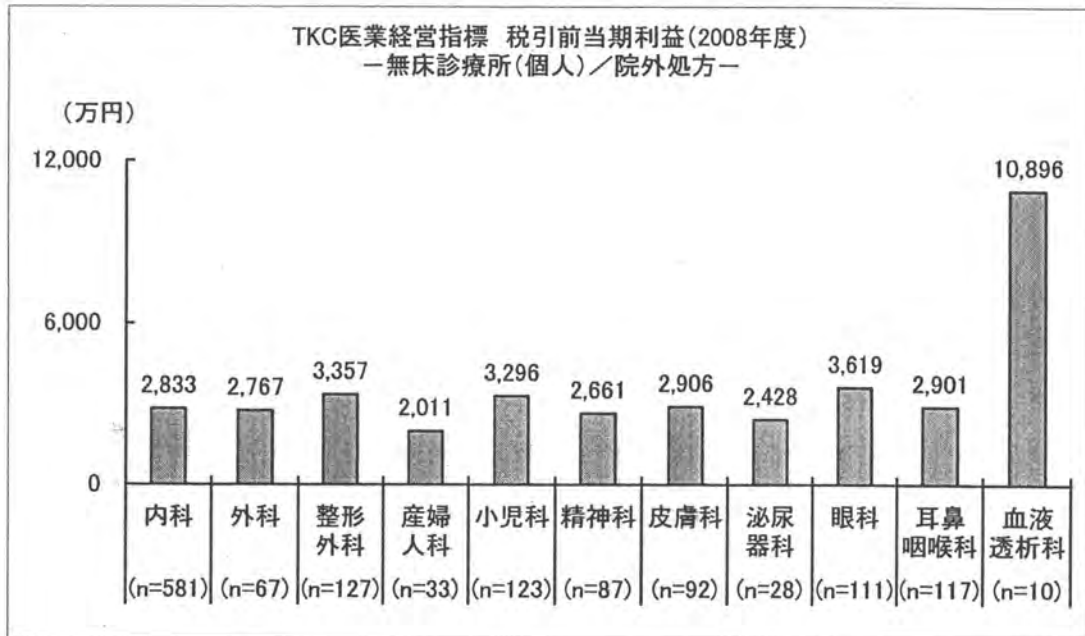
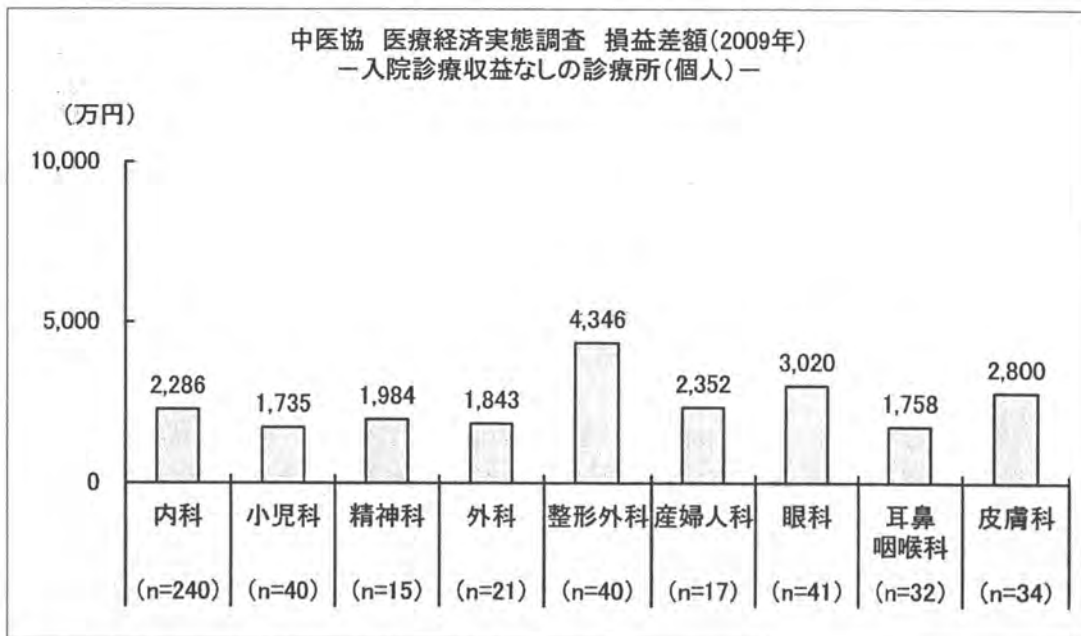


図 2.5.11 医療経済実態調査 入院診療収益なしの個人診療所の損益差額



3. まとめ—診療報酬改定に向けて—

1. 受療行動の変化を踏まえた診療報酬の見直しが求められる

2008年度の保険診療収益の前年比は、病院+1.5%、診療所+0.3%であった。これまで医療費は年3%伸びるとされてきたが⁵、診療報酬プラス改定分が重点投入された病院ですら1.5%の伸びに止まった。

これは、厚生労働省「メディアス」等の分析を通じて⁶、受診日数が減少しているためであることが明らかになっている。診療報酬は、受療行動に変化がない前提で財源が配分されるが、今日のように受診日数が大幅に減少すれば、たとえ診療報酬が引き上げられても、医業収益は減少し得る。受診日数の変化や、平均在院日数の短縮化など、診療報酬改定以外の制度改革の進捗状況も踏まえて診療報酬を検討すべきである。

2. 小児科の再生は引き続き重要課題である

小児科の診療所は、保険診療収益が減少しており、小児科は損益分岐点比率から見ても危機的状態にある。2008年4月改定では、小児の外来医療が評価されたが、少子化の影響などで受診日数が減少していることもあり、収益増に寄与していない。引き続き診療報酬改定上の重点課題とするとともに、補助金などの政策的な支援も必要である。

3. 病院も診療所も危機的状況であり、全体的な底上げが必要である

損益分岐点比率は、病院94.9%、診療所95.0%である。医業収益が5%超減少すれば赤字に転落するが、患者数が5%程度減少することは十分あり得る。病院も、診療所も、事業環境の変化にきわめて弱い経営実態になっている。

損益分岐点比率の悪化については、固定費を見直すべきだとの指摘もある。医療機関においては、固定費の大部分を給与費が占めるが、役員報酬はほとんど伸びていない。その一方で、従事者給与賞与の前年比は、病院で+2.5%、診

⁵ 「医療費の伸び率は、概ね従来と同程度の水準（3%台）である」2009年7月29日、中医協総会提出資料

⁶ 日本医師会「2008年度の医療費について（その2）」2009年8月5日、定例記者会見

療所でも+2.5%であった。医師不足、看護師不足等により、給与費を上げざるを得ない実態があるものと推察される。

日本医師会の調査でも、従業員の給与を「引き上げた」（「かなり引き上げた」「やや引き上げた」）というところが、診療所、病院ともに、いずれも約4割あった（図3.1）。一方で、院長給与（または所得）は、診療所では半数以上で減少していた（図3.2）。病院でも4割強で減少していた。

図 3.1 1年前（平成20年7月頃）と比べて従業員の給与の変化

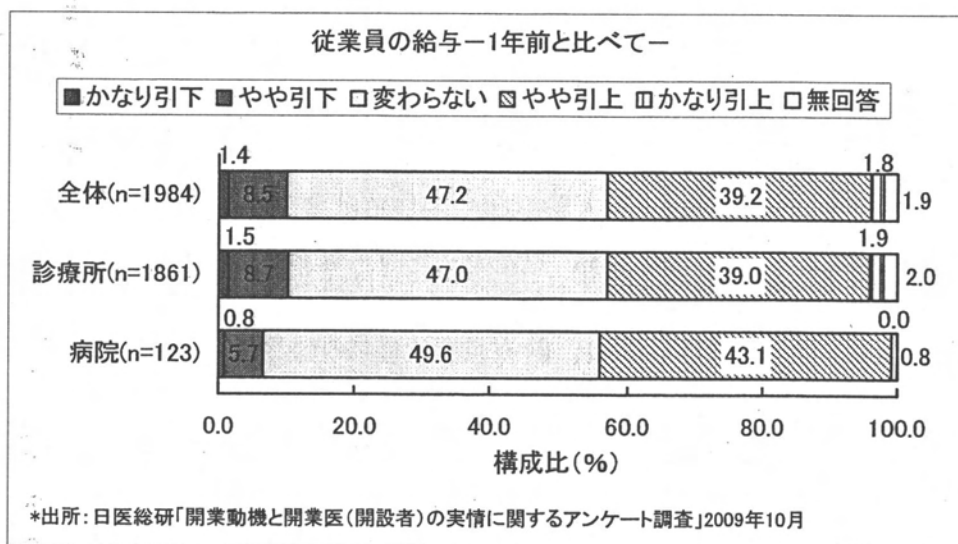
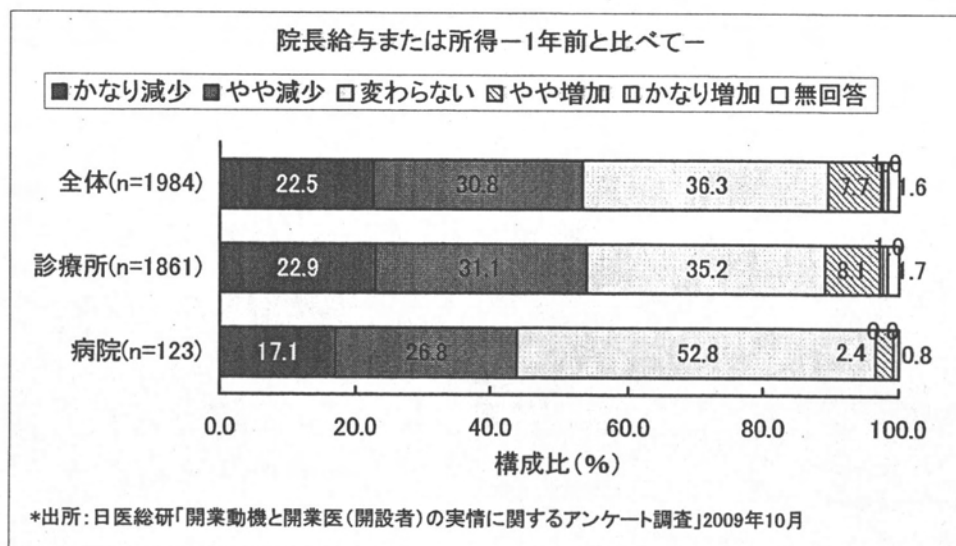


図 3.2 1年前（平成20年7月頃）と比べて院長給与（所得）の変化



4. 医療経済実態調査の結果の取り扱いには注意が必要である

中医協の医療経済実態調査が、一部の医療施設を対象にした非定点調査であり、経年比較に耐えられないものであることは、日本医師会がこれまで指摘してきたとおりである⁷。

2009年11月11日に行われた行政刷新会議ワーキンググループの「事業仕分け」に、財務省が「眼科・耳鼻科⁸等は診療所の平均よりも2割以上高い収支差額（＝医師の給与）」との資料を提示したが、個人診療所の損益差額は、そのまま院長給与に相当するものではない。

さらに、医療経済実態調査を用いて診療科間の比較を行うことにも問題がある。同調査の個人診療所の客体数は、全体で510、診療科別では眼科44、耳鼻咽喉科32、整形外科42などと少ない。

TKC 医業経営指標における個人診療所の客体数は2,789であるが。それでも診療科別にカテゴライズした場合、客体数が少ないために、必ずしも平均像とはいえない結果を示したものがあつた。

医療経済実態調査は、経年比較、診療科間比較のいずれにも適切とはいいがたく、取り扱いには注意が必要である。

⁷ 日本医師会「中医協・医療経済実態調査の分析」2009年11月5日、定例記者会見

⁸ 整形外科の間違いであろうと推察される。耳鼻咽喉科は平均以下である。