

新医薬品の薬価算定について

整理番号	11-11-注-4		
薬効分類	399 他に分類されない代謝性医薬品(注射薬)		
成分名	カナキヌマブ(遺伝子組換え)		
新薬収載希望者	ノバルティス ファーマ(株)		
販売名 (規格単位)	イラリス皮下注用150mg (150mg1瓶)		
効能・効果	以下のクリオピリン関連周期性症候群 ・家族性寒冷自己炎症症候群 ・マックル・ウェルズ症候群 ・新生児期発症多臓器系炎症性疾患		
主な用法・用量	通常、体重40kg以下の患者には1回2mg/kgを、体重40kgを超える患者には1回150mgを8週毎に皮下投与。 十分な臨床的効果(皮疹及び炎症症状の寛解)がみられない場合には適宜漸増。 1回最高用量は体重40kg以下の患者では8mg/kg、体重40kgを超える患者では600mg。最高用量まで増量し、8週以内に再燃がみられた場合には、投与間隔を4週間まで短縮。なお、症状に応じて1回投与量の増減。		
算定	算定方式	原価計算方式	
	原価計算	製品総原価	947,681円
		営業利益	315,894円 (流通経費を除く価格の25.0%)
		流通経費	103,930円 (消費税を除く価格の7.6%) 出典:「医薬品産業実態調査報告書」(厚生労働省医政局経済課)
		消費税	68,375円
	外国調整	なし	
算定薬価	150mg1瓶	1,435,880円	
外国価格		新薬収載希望者による市場規模予測	
150mg1バイアル 米国 19,001.01ドル 1,558,001円 英国 9,927.80ポンド 1,310,470円 独国 13,465.24ユーロ 1,521,572円 仏国 11,930.94ユーロ 1,348,196円 外国平均価格 1,434,560円 (注)為替レートは平成22年10月~平成23年9月の平均) 最初に承認された国(年月):米国(2009年6月)		予測年度 予測本剤投与患者数 予測販売金額 (ピーク時) 3年度 30人 4.8億円	
製造販売承認日	平成23年 9月26日	薬価基準収載予定	平成23年11月25日

薬価算定組織における検討結果のまとめ

算定方式	原価計算方式	第一回算定組織	平成23年10月27日
原価計算方式を採用する妥当性		新薬	類似薬がない根拠
	成分名	カナキヌマブ（遺伝子組換え）	これまで有効な治療法がないなど、類似の効能・効果、薬理作用等を持つ新薬算定最類似薬はないと判断した。
	イ．効能・効果	以下のクリオピリン関連周期性症候群 ・家族性寒冷自己炎症症候群 ・マックル・ウェルズ症候群 ・新生児期発症多臓器系炎症性疾患	
	ロ．薬理作用	IL-1 阻害作用	
	ハ．組成及び化学構造	448個のアミノ酸残基からなるH鎖（1鎖）2分子及び214個のアミノ酸残基からなるL鎖（1鎖）2分子で構成される糖タンパク質（分子量：約148,000）	
ニ．投与形態 剤形 用法	注射 注射剤（キット製品でないもの） 8週毎に投与		
営業利益率	<p>平均的な営業利益率（19.2%）^{（注）} × 130% = 25.0% （注）出典：「産業別財務データハンドブック」（日本政策投資銀行）</p> <p>本剤については、クリオピリン関連周期性症候群に対する十分に有効な治療法がない現状において、日本人全19症例を対象に国内臨床試験を実施し、一定の有用性を有することが認められた。 ただし、長期使用時の安全性に関する情報は乏しいため、限定的な評価とした。</p>		
当初算定案に対する新薬収載希望者の不服意見の要点			
上記不服意見に対する見解	第二回算定組織	平成 年 月 日	

(参考)クリオピリン関連周期性症候群(CAPS)の病態と イラリス皮下注用150mgの主な臨床試験結果

CAPS について

- 本疾患は、炎症の制御に関与する遺伝子の異常を背景とする全身性慢性炎症疾患であり、炎症性サイトカイン(特に IL-1 β)の血清中濃度の高値が続くことを特徴とし、出生直後より、あるいは乳幼児期より発症し、発熱、無菌性髄膜炎等の炎症症状があらわれる。
- 無治療の場合、乳児期に関節変形が進んで歩行困難となるほか、聴力障害、視力障害も進み、アミロイドーシスや感染症のため成人に達することなく死亡することもあり予後不良である(アミロイドーシス発症から通常5年から10年で死亡するとされている。)
- 国内で確認されている患者数は約30名程度であり、海外では約6,500名程度の患者が存在すると推測されている。



既存治療について

- 従来の治療薬としては、抗炎症薬や高用量ステロイド、免疫抑制剤、抗リウマチ剤、抗TNF α 製剤等による対症療法が試みられたが、いずれも無効又は効果不十分である。

イラリス皮下注用150mgの有効性について

(1)国内臨床試験

主要評価項目:24週までに寛解した患者

- 19例を対象とした非盲検非対照試験の結果、投与24週以内に寛解した患者の割合は、94.7%(18/19例)であった。

(2) 海外第Ⅲ相比較臨床試験

主要評価項目：再燃した被験者の割合

- 本試験は、最初に本剤を投与して寛解導入された31例に対し、本剤又はプラセボを24週投与し再燃の有無を確認する、プラセボ対照二重盲検試験である。
- 試験結果は、次表のとおりであり、本剤群では、プラセボ群に対する有意差が認められた。

再燃した被験者の割合と群間比較(ITT)

	本剤 N = 15	プラセボ N = 16	投与群間比較(本剤 vs プラセボ)	
			共通オッズ比 [95%信頼区間]	p-value
再燃した被験者数(%)	0(0.0)	13(81.3)	0.00 [0.00, 0.14]	< 0.001

- (3) 本剤による治療の予後に関しては臨床経験が短いためまだ明らかになっていないが、患者の QOL が改善することが明らかになっている。

<参考：再燃及び寛解の評価基準>

寛解(以下の1~3をすべて満たす場合)

【臨床的寛解】

1. 医師による自己炎症性疾患活動性の総合評価※(評価基準：なし、軽微、軽度、中等度、重度の5段階)が軽微以下
2. 皮膚疾患の評価が軽微以下

【血清学的寛解】

3. CRP が 10 mg/L (= 1 mg/dL) 未満又は SAA が 10 mg/L (= 10 μg/mL) 未満

再燃(以下の1~2をすべて満たす場合)

【臨床的再燃】

1. 医師による自己炎症性疾患活動性の総合評価※が軽度以上、又は医師による自己炎症性疾患活動性の総合評価※が軽微かつ皮膚疾患の評価が軽度以上

【血清学的再燃】

2. CRP が 30 mg/L (= 3 mg/dL) 超又は SAA が 30 mg/L (= 30 μg/mL) 超

※ 皮膚疾患の評価、関節痛の評価、筋痛の評価、頭痛/片頭痛の評価、結膜炎の評価、疲労/倦怠感の評価等を総合して評価

DPC 制度（DPC/PDPS）に係るこれまでの検討状況について （中間報告・その2）

平成 23 年 11 月 18 日

診療報酬調査専門組織 DPC 評価分科会

分科会長 小山 信彌

概要

- 平成 24 年改定に向けた DPC 制度（DPC/PDPS）の対応については、平成 23 年 9 月 7 日の中医協総会です承された検討事項とスケジュールに基づき、引き続き DPC 評価分科会において検討を進めることとされた。
- 以降、計 3 回（平成 23 年 9 月 21 日、同年 10 月 14 日、同年 11 月 7 日）の同分科会での検討を経て、平成 24 年改定での調整係数見直しに係る以下の事項に関する「今後の対応方針」について、一定の検討結果が取りまとめられたので、今回、中医協総会に報告する。

1. 基礎係数設定のための医療機関群の具体化
2. 機能評価係数 の具体化（見直しや追加を含む）

検討結果

1. 「基礎係数設定のための医療機関群の具体化」に関する今後の対応方針

（1）前回報告（平成 23 年 9 月 7 日）時点での中医協での検討結果のまとめ（概要）

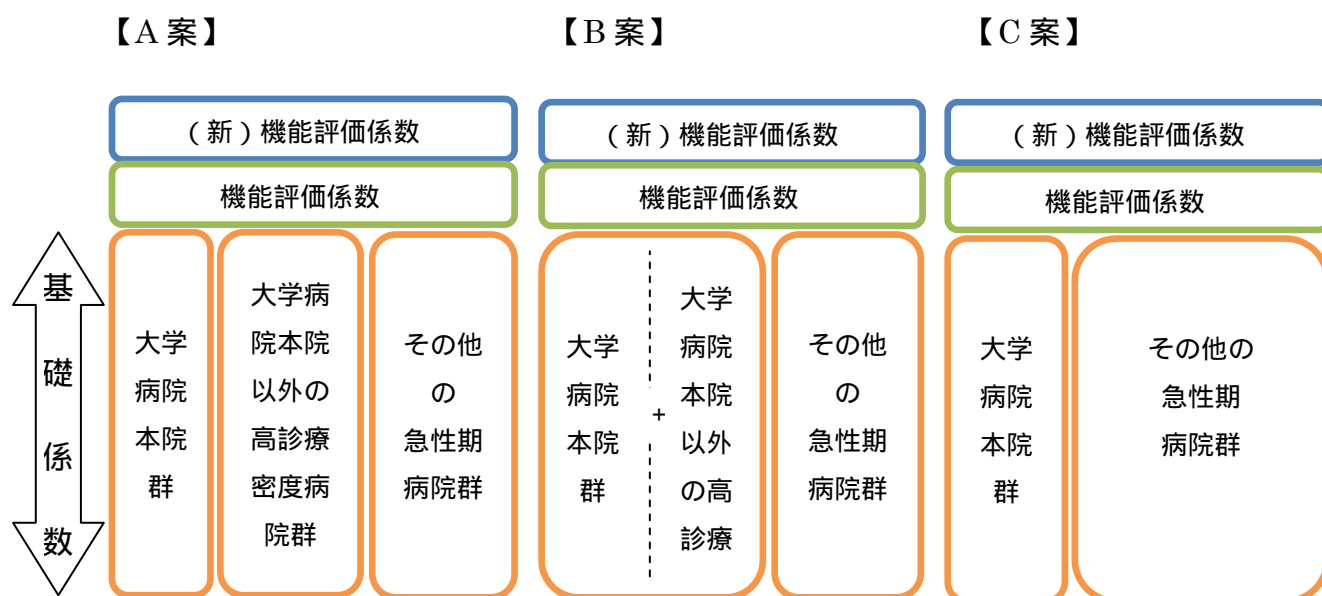
調整係数の見直しにより設定する基礎係数（包括範囲・平均出来高点数に相当）については、診療密度（一日当たり出来高平均点数）等の分析結果から、機能や役割に応じた医療機関群別に設定することが適切。

設定する医療機関群として、「大学病院本院」及びそれ以外の病院について大学病院本院に相当するような一定以上の医師密度・診療密度を有する「（仮）高診療密度病院群」と「それ以外の病院」に分け、最終的に 2 群または 3 群とすることを検討。

「（仮）高診療密度病院群」の要件として、一定以上の医師密度・診療密度の前提となる機能や役割、すなわち「医師研修の実施」、「高度な医療技術の実施」、「重症患者に対する診療の実施」についても一定の実績要件を設定する方向で検討。

最終的な医療機関群の要件設定において、特に、医師密度要件の設定に伴う医師獲得競争惹起の懸念に配慮し、その取扱いについて適切に対処できるような要件の具体化を検討。

<平成 23 年 9 月 7 日・中医協総会で了承された検討案及び同年 9 月 28 日・同総会での指摘を踏まえた検討案の概要>



【平成 23 年 9 月 7 日・中医協総会で提案された要件案】

大学病院本院以外の高診療密度病院群（仮称）の要件
（以下の A 及び B の両方を満たす病院）

A 医師密度・診療密度の要件

- 大学病院本院 80 施設を参考に設定（具体的には今後検討）

B 一定の機能や実績の要件：以下のいずれかを満たす医療機関

- 一定以上の医師研修の実施（具体的な要件は今後検討）
- 一定以上の高度な医療技術の実施（具体的な要件は今後検討）
- 一定以上の重症患者に対する診療の実施（具体的な要件は今後検討）

（ 2 ）論点と対応の考え方

「医師密度」要件に関する適切な配慮

【これまでの指摘】

- 病床当たり医師配置（医師密度）を要件化することで、医師獲得競争が惹起されるとの指摘がある。
- 一方で、医師配置を前提としない診療密度（一日当たり包括範囲出来高点数）だけの要件では、単なる濃厚診療との区別が困難であり、一定の医師配置（医師密度）の裏付けは必要。

【対応の考え方】

- 他の要件で実質的に一定の医師配置（医師密度）を前提とできるのであれば、明示的な要件から除外することも考慮すべきではないか。
- 具体的には、実績3要件それぞれについて、以下のような修正を検討してはどうか。

医師研修の実施	<u>臨床研修（いわゆる初期臨床研修）に限定するとともに、研修施設の類型を加味（より詳細な評価）</u>
高度な医療技術の実施	外保連手術指数について、 <u>医師配置を重点的に評価</u> するよう補正
重症患者に対する診療の実施	複雑性指数について、 <u>医師配置がより適切に反映されるよう</u> に補正

実績3要件についての配慮

【これまでの指摘】

- 大学病院本院に相当する医療機関群の設定という趣旨から、求められる機能や役割については、大学病院との比較から相当程度、充実した水準とすべきではないか。

【対応の考え方】

- 実績3要件を「いずれか」ではなく「全て満たす」としてはどうか。

（3）最終的な大学病院本院以外の高診療密度病院群（仮称）の要件案

（2）の整理を踏まえ、最終的な大学病院本院以外の高診療密度病院群（仮称）の具体的な要件を、下記のように整理してはどうか。

概要

大学病院本院以外の高診療密度病院群（仮称）の要件

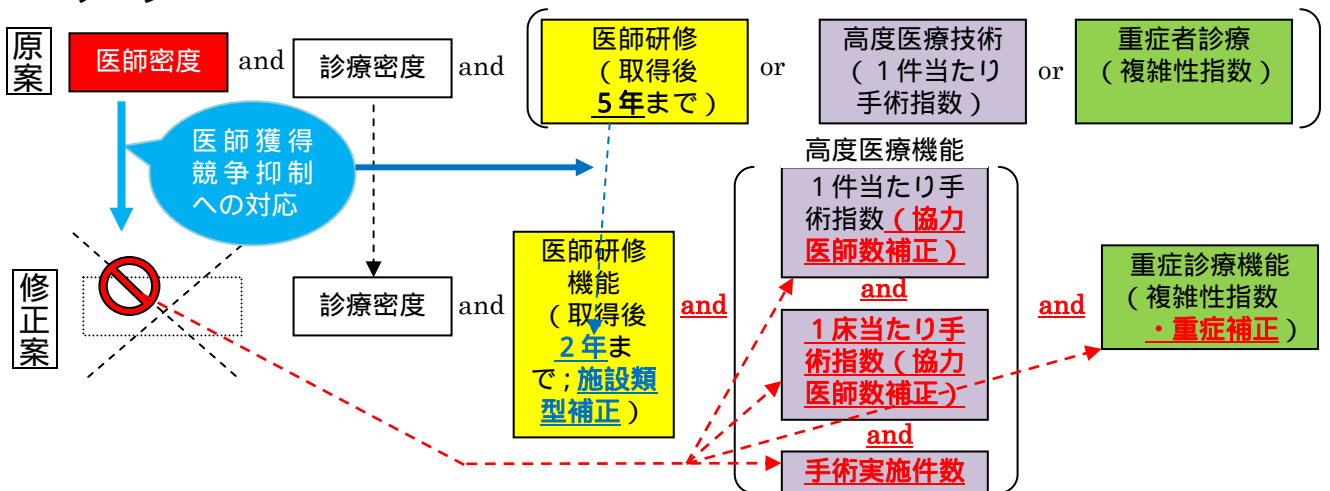
【最終案】以下のC-1～C-4の全ての実績要件を満たす病院

- C-1 一定以上の診療密度
- C-2 一定以上の医師研修の実施
- C-3 一定以上の高度な医療技術の実施
- C-4 一定以上の重症患者に対する診療の実施

各要件の基準値（カットオフ値）は大学病院本院群の最低値や5%タイル値等により設定（実際に使用するデータベースが確定した後の分析・検討により算出）

	【原案】(平成 23 年 9 月 7 日時点での考え方)		【最終案】
診療密度・ 医師密度要件	以下の 全て を満たす	実績要件	以下の 全て を満たす
医師密度	[A-1] DPC 算定病床当たりの医師数	診療密度	[C-1] 1日当たり包括範囲出来高平均点数(患者数補正後)
診療密度	[A-2] 1日当たり包括範囲出来高平均点数(患者数補正後)	医師研修 (同左)	[C-2] 届出病床当たりの医師数 (免許取得後 2年目 まで)
実績要件	以下の いずれか を満たす	高度医療技術 (同左)	[C-3a] 手術 1 件あたりの外保連手術指数(協力医師数補正後)
医師研修 (医師研修の実施)	[B-1] DPC 算定病床当たりの医師数 (免許取得後 5年目 まで)	右の3つを全て満たす	[C-3b] DPC 算定病床当たりの外保連手術指数 (協力医師数補正後)
高度医療技術 (高度な医療技術の実施)	[B-2] 手術 1 件あたりの外保連手術指数	重症者診療 (同左)	[C-3c] 手術実施件数
重症者診療 (重症患者に対する診療の実施)	[B-3] 複雑性指数		[C-4] 複雑性指数 (重症DPC補正後)

<イメージ>



各要件の具体的指標と考え方

【実績要件 1 (C-1)】：診療密度

= [1日当たり包括範囲出来高平均点数(全病院患者構成で補正;外的要因補正)]

【実績要件 2 (C-2)】：医師研修の実施

= [届出病床1床あたりの臨床研修医師数(免許取得後2年目まで;基幹型施設と協力型施設の施設類型に応じて補正)]

「届出病床1床あたり」

DPC算定病床の入院診療だけに従事する医師の特定は困難。

なお、医師数は、入院医療に従事する医師について常勤換算で調査

「臨床研修医師数(免許取得後2年目まで)」

単一指標で医師研修機能を表現するものとしては、臨床研修医(医師免許取得後1~2年目)といわゆる後期臨床研修医(医師免許取得後3~5年目)を合わせた、専門医取得前までの5年間の研修で評価することが妥当。

その上で、過剰な医師獲得競争を抑制するため、施設単独の判断では採用できない臨床研修医に限定(マッチングシステムによる適正制御)。

免許取得後5年以内の医師密度と免許取得後2年以内の医師密度には高い相関あり(代替可能)。

免許取得後2年以内の医師を採用していない施設は、免許取得後5年以内の医師密度についても一定水準をクリアすることは困難。

「基幹型施設と協力型施設の施設類型に応じて補正」

医政局医事課が把握する実績値(基幹型臨床研修指定病院の「採用数」)だけでは協力型臨床研修指定病院での研修実績が評価されない。

【実績要件 3 (C-3)】：高度な医療技術の実施

= [次の3つを全て満たす;

(C-3a): 手術1件あたりの外保連手術指数(協力医師数補正後)

(C-3b): DPC算定病床当たりの同指数(協力医師数補正後)

(C-3c): 手術実施件数]

「外保連手術指数(協力医師数補正後)」

協力医師数を加味することで、より多くの医師配置が必要な手術を高く評価(実質的な医師配置の代替)。

「DPC 算定病床当たりの同指数（補正後）(C-3b)」及び「手術実施件数(C-3c)」

手術 1 件あたりの指数は当該施設の平均的な手術難易度が反映されるものの、当該施設における実施頻度の要素が反映できていない（少数の高難易度手術を実施すれば高い評価となる恐れ）。

医師配置（医師密度）の要素を補完するためにも、「病床当たり」の実施頻度を併せた要件が不可欠。（手術内容のデータは DPC 算定病床に係るものしか把握できないため、DPC 算定病床当たりとする）

更に、これらの医師配置に係る代替補正の反映も含めた適切な手術難易度の評価には、一定数以上の手術件数の実施が前提となる（手術件数が少ないと、一部の極端な事例が過大に反映される恐れがある）。

【実績要件 4 (C-4)】：重症患者に対する診療の実施

= [複雑性指数（重症 DPC 補正後）]

「複雑性指数（重症 DPC 補正後）」

複雑性指数は DPC 毎の 1 入院あたり包括範囲出来高平均点数の多寡を反映する指標であることから、医師配置を前提とするような重症患者を重点的に評価するため、検査や薬剤等の診療密度（1 日当たり出来高点数）がより高く、かつ、より長期に及ぶ加療（在院日数が長い）が必要な患者（DPC）を重点的に評価するような補正（ ）を実施。

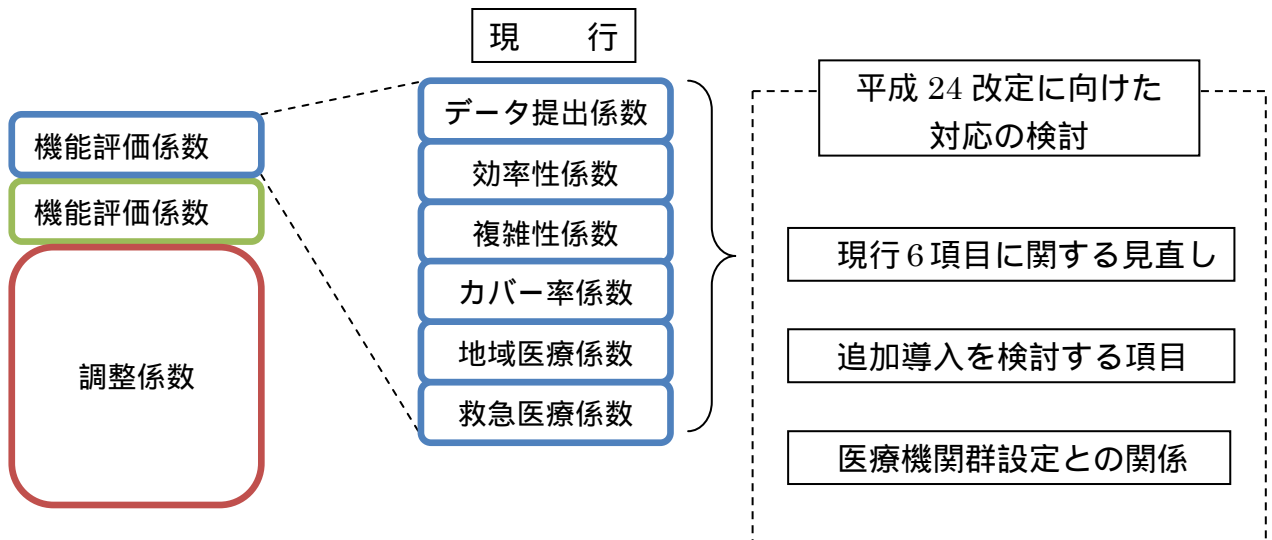
具体的には、全 DPC データの平均在院日数より長い平均在院日数を持つ DPC で、かつ、1 日あたり平均出来高点数が全 DPC データの平均値より高い DPC に限定して（それ以外の DPC は 0 で補正して）算出。

（ 4 ）基礎係数に係る医療機関群の最終案

（ 3 ）の要件案に基づき設定する医療機関群は、大学病院本院とそれ以外の医療機関との機能や役割の違い等を踏まえ、最終的に「大学病院本院群」、「大学病院本院以外の高診療密度病院群（名称は別途検討）」、「その他の急性期病院群」の 3 群（（ 1 ）の A 案）としてはどうか。

2. 「機能評価係数 の具体化（見直しや追加を含む）」に関する今後の対応方針

平成 22 年改定で導入された機能評価係数（現行 6 項目）について、次回改定でどのような見直しを検討すべきかについて、現行 6 項目に関する見直し、追加導入を検討する項目、医療機関群設定との関係、の 3 つの視点から整理した「今後の対応方針」は以下の通り。なお、各項目の詳細な算出方法等については引き続き検討を行うものとする。



現行 6 項目に関する見直し

- 1) 地域医療指数、救急医療係数、データ提出指数については、以下のような必要な見直しを行ってはどうか。

地域医療指数

- i) 地域で発生する患者に対する各病院のシェアを中心に、退院患者調査データを活用した地域医療への貢献の定量的評価を導入する（定量的な評価指標の追加）。
- ii) 地域医療計画等における一定の役割を評価する現行のポイント制についても現状を踏まえ必要な見直しを行う。

< 評価のイメージ >

現行	平成 24 改定での対応
地域医療への貢献に係る体制評価 (現行 7 項目のポイント制)	地域医療への貢献に係る体制評価 (現行 7 項目の 必要な見直し)
	(新設) 1) 小児 定量評価 2) 上記以外

それぞれの重みづけについては、最終的に中医協総会で議論

救急医療係数

- i) 包括評価だけでは適正な評価が困難とされる救急医療提供への取組みを阻害しないためのメッセージとして、救急医療へのインセンティブを引き続き明示するという観点から、これまでの「救急医療係数」を「救急医療指数」()として引き続き評価する。

救急医療指数については、各医療機関における救急医療の診療実績を反映する「指数」とし、報酬額を直接算出する「係数」としての取扱いは廃止する（「指数」の係数化については、各項目の重み付けの議論を含め、最終的に中医協総会において決定）。

- ii) 救急医療の体制に係る評価は地域医療指数の体制評価項目において対応する。

データ提出指数

- i) 提出データの質的指標（評価指標）について、コーディングの実態や臨床的な視点から更なる精緻化を行う。
- 2) 効率性指数、複雑性指数、カバー率指数については現行の評価方法を基本としてはどうか。

追加導入を検討すべき項目

- 1) 「診療情報活用の評価」の導入について今後、検討してはどうか。

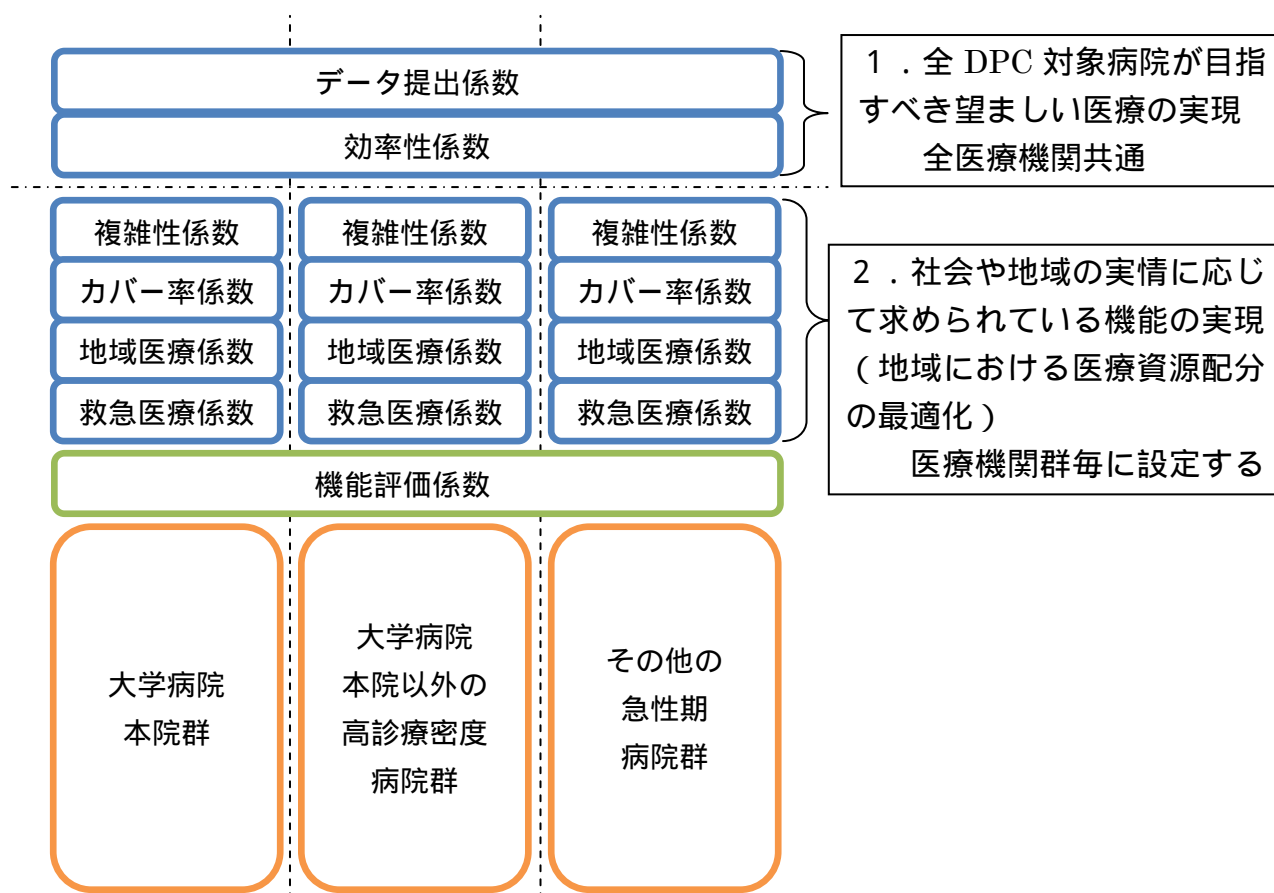
退院患者調査等のデータを活用し、病院自らが患者や住民に対して積極的に自施設の診療に関する追加的な情報も含めて情報を提供することにより、診療内容の透明化や改善の促進が期待できることから、これらの取組みをインセンティブとして評価することを検討してはどうか。

なお、単に公表されているデータ等を一方的に提示するだけでは評価に値しないとの指摘や、公表の様式（フォーマット）も含めた適切な評価対象の設定が重要との指摘もあることから、平成24年改定では対応せず、今後継続して導入の是非や具体的な方法等も含めて検討を継続してはどうか。

医療機関群設定との関係

- 1) 機能評価係数 各指数の評価手法や評価基準の設定について、今後設定する医療機関群の特性を踏まえつつ、それぞれの指数に応じて、全医療機関共通とするものと医療機関群毎に設定するものに分けて設定してはどうか。

< 医療機関群との関係に係るイメージ（3群の場合） >



・ 検討事項と今後の対応

- (1) の 1 . 及び 2 . に整理した「今後の対応方針」について、どう考えるか。
- (2) 上記(1)に関する中医協総会での検討結果を踏まえた上で、引き続き、DPC/PDPS に係る平成 24 年改定での対応に向け、DPC 評価分科会において、必要な検討作業（機能評価係数 の個別項目、医療機関群毎の機能評価係数 の設定等）を進めてはどうか。

医療機関群の具体的な要件について（２）

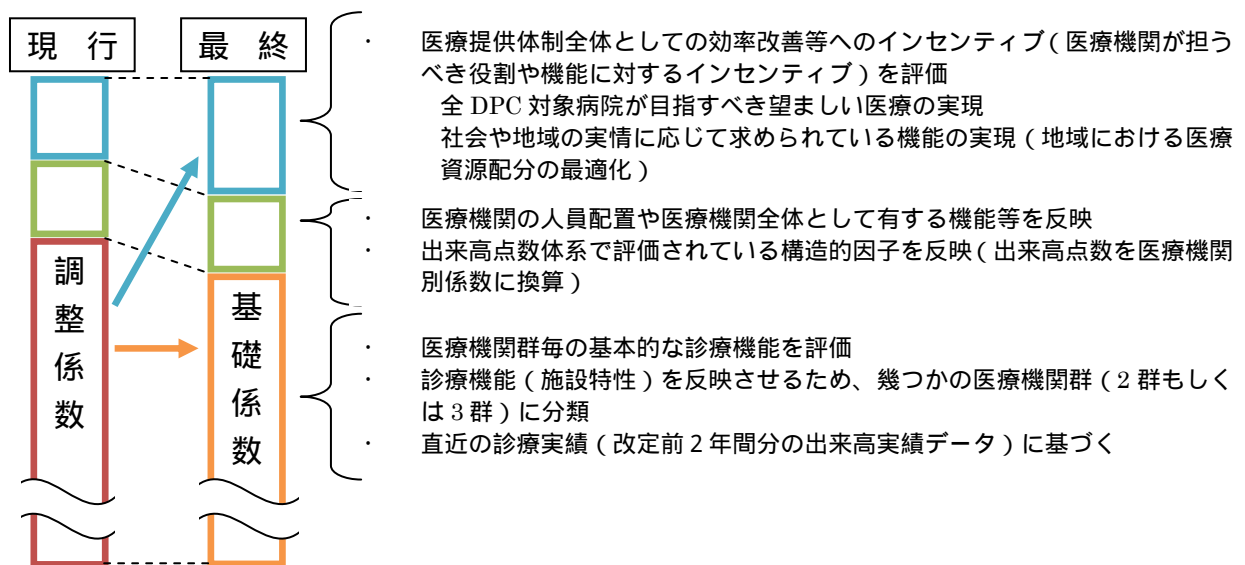
参考資料

・基礎係数（医療機関群別）設定の基本的考え方 [平成 23 年 10 月 14 日・DPC 評価分科
会資料 D-3 及び平成 23 年 9 月 7 日中医協総会資料総-3-2 より抜粋・一部修正]

1. 調整係数見直し（基礎係数への置換え）の概要

DPC/PDPS の定額報酬の算定における現行の調整係数について、今後の段階的な経過措置を経て、最終的に基礎係数と機能評価係数 に置き換える。この場合の基礎係数は、基本的な診療機能を評価した係数部分であり、直近の診療実績に基づき、1 件当たりの平均出来高相当点数を算出評価する。

<最終像のイメージ>



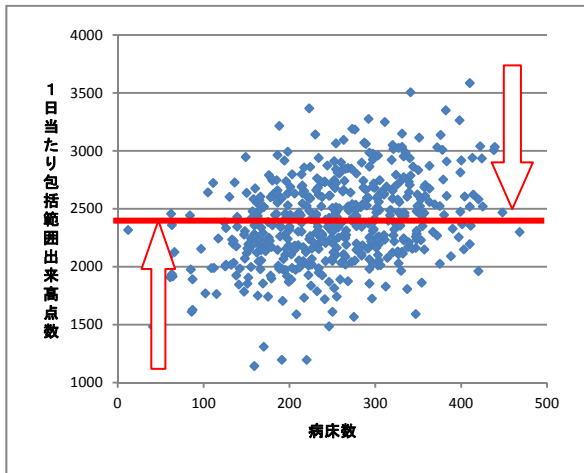
基礎係数の設定については、DPC/PDPS 参加病院の診療機能（施設特性）を適切に反映させるため、幾つかの医療機関群別に算出する定数値（当該医療機関群全体に係る 1 件あたり平均出来高点数に相当）とする。

2. 医療機関群別に基礎係数を設定する理由

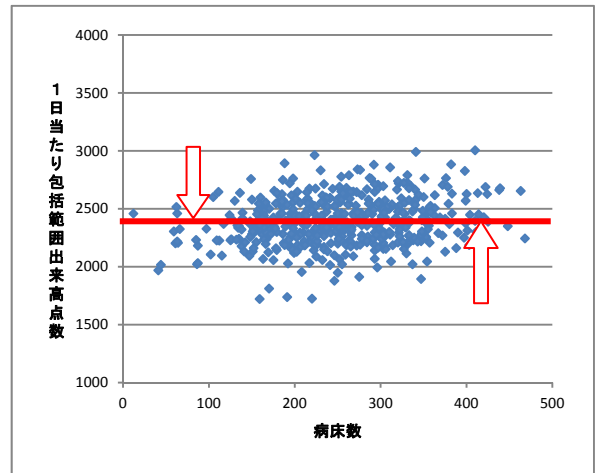
同一の基礎係数が設定される医療機関に対しては、同程度の効率化・標準化が促進され、中長期的には同一基礎係数の対象機関について、一定の診療機能や診療密度等に収斂していくことが期待されることになる。

< 効率化・標準化の進展のイメージ >

【現状】



【一定期間経過後】

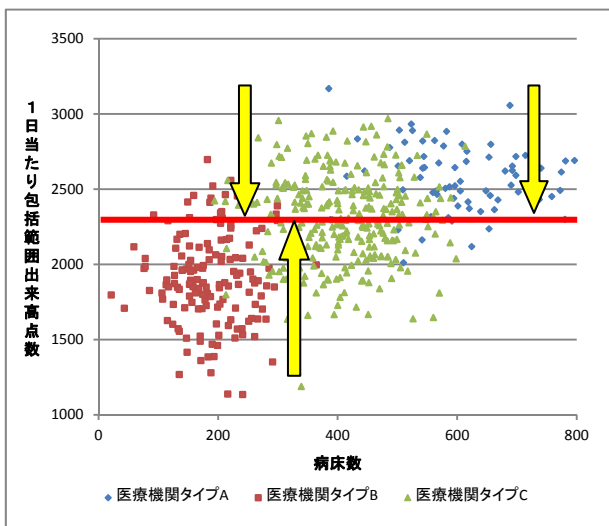


例えば、より重症な患者への対応やより先進的な技術の実践といった、他の施設とは異なる機能や役割を担う医療機関に、他と同程度の効率化・標準化を求めることは、これらの役割や機能を担うインセンティブがなくなってしまう懸念がある。

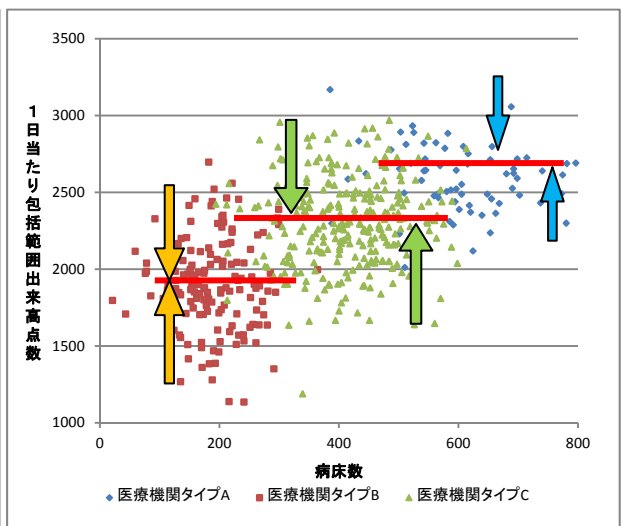
このような弊害に対応するため、一定の合理的な役割や機能の差が認められる医療機関について、基礎係数を分けて設定することが妥当と考えられる（医療機関群に対応した基礎係数の設定）。

< 基礎係数設定のイメージ >

【単一医療機関群】

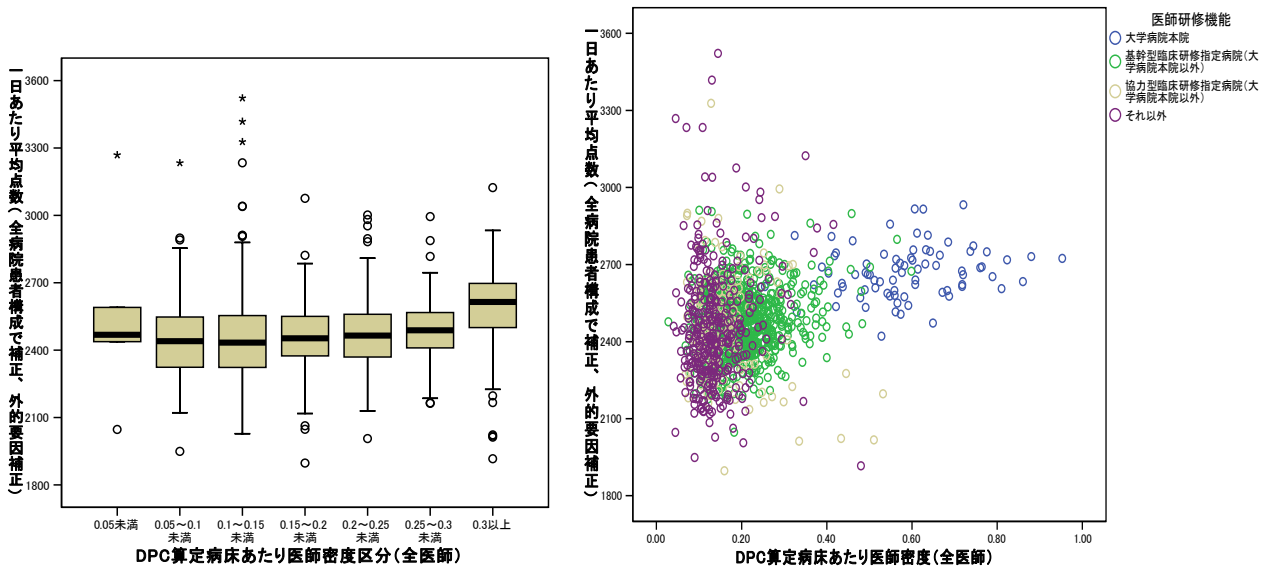


【医療機関群ごと】



3. 医療機関群の要件

基礎係数に係る医療機関群の設定の前提として、1日当たり平均点数（診療密度に相当）に影響する要因について検討した結果、病床当たりの医師数（医師密度）が関連することが一定程度示された。



一方、医師密度による医療機関群設定の検討に際して、医師密度や診療密度（1日当たり点数）を単独で評価することについては、単に医師が配置されていることや、単に診療密度が異なること（濃厚診療）の評価につながる懸念が指摘され、更に、それらの要因や前提となる機能や役割について整理することが求められた。

このような検討を経て、医師密度及び診療密度の要件とともに、これらの要件が必要とされるような合理的かつ明確な役割や機能、具体的には、医師研修、高度な医療技術、重症患者に対する診療、といった医師密度や診療密度とも一定の関係が示唆される実績要件による医療機関群の設定を検討することとされた。

一連の検討から、具体的な医療機関群の要件として、医師密度・診療密度が一定以上の医療機関について、これらの医師密度や診療密度が必要とされるような一定以上の医師研修の実施、一定以上の高度な医療技術の実施、一定以上の重症患者に対する診療の実施、といった役割や機能が実績として認められるものを1つの医療機関として設定することが適切とされた。

(白紙)

各指標の集計結果

[集計条件等]

本集計で使用したデータ(退院患者調査結果)は平成22年改定時に使用したデータ等を活用した試みの集計であり、平成24年改定で実際に使用するデータに基づく最終確定値ではない。

医師数(医師免許取得後経験年数別)

- 各医療機関に平成23年5月の勤務実績を元に各医師の免許取得年、所定労働時間等を照会。回答率はDPC対象病院(平成21年10月時点)につき98.6%(1,370/1,390)、DPC対象病院及びDPC準備病院で98.2%(1,617/1,646)。
- 医師数について全医師数、医師免許取得後2年以下、5年以下及び10年以下の4区分で集計。なお、各医師の所定労働時間を40で割り、常勤換算医師数とした。
- 医師免許取得後2年以下医師数については、臨床研修指定病院の初期臨床研修医採用実績(平成22年度及び平成23年度、医政局医事課集計)を使用。協力型臨床研修指定病院については上記調査の結果を使用。

外保連手術指数：外保連試案(第8版)暫定版に基づき、技術度指数(下記)を用いて各手術に重み付けを実施(平成22年7月～10月データで計算)。

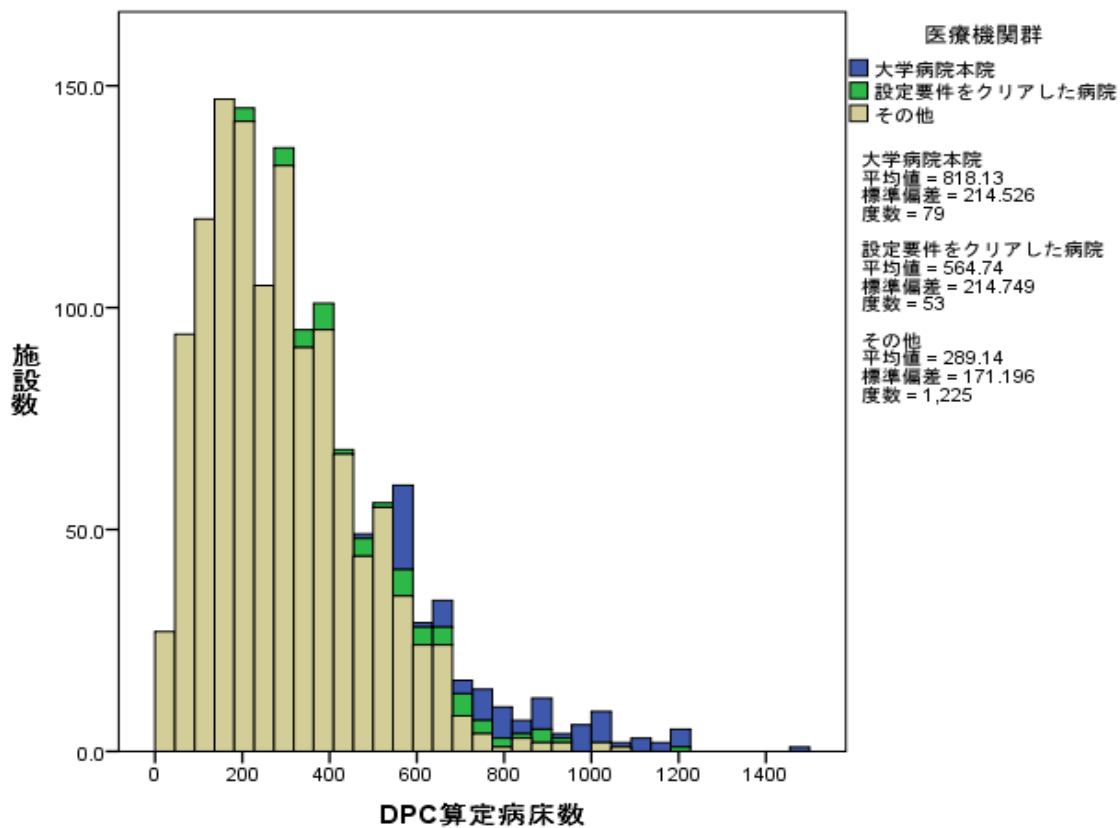
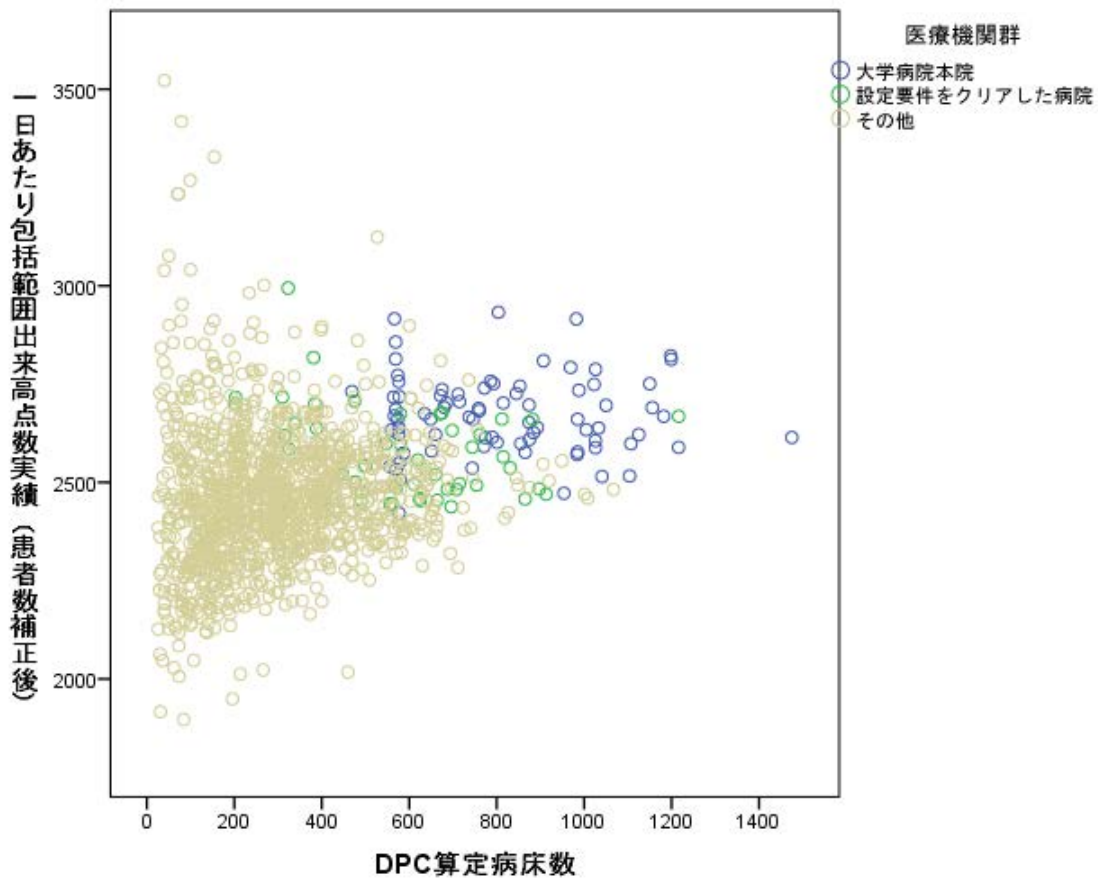
技術度区分	A	B	C	D	E
技術度指数	1.0	3.0	5.5	8.0	12.0

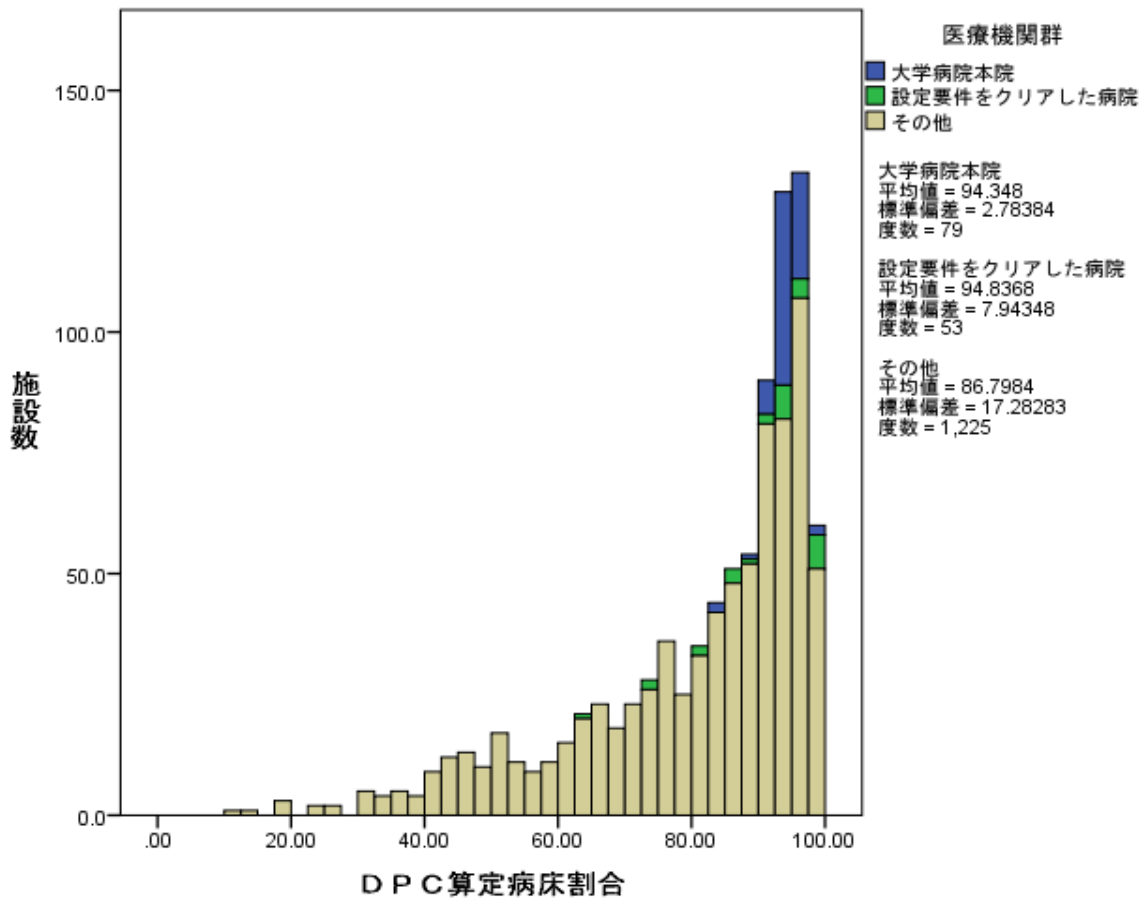
外保連手術指数(協力医師数加味)：外保連試案(第8版)暫定版に基づき、協力医師数を含めた時給の相対額(下記)を用いて各手術に重み付けを実施(平成22年7月～10月データで計算)。

協力医師数	0	1	2	3	4	5	6
B	1.00	1.27	1.54	1.81			
C	2.36	3.36	3.63	3.90	4.17		
D	4.07	6.43	7.43	7.70	7.97	8.24	
E	6.11	10.18	12.54	13.54	13.81	14.08	14.35

1. 具体的要件案の比較に係る集計

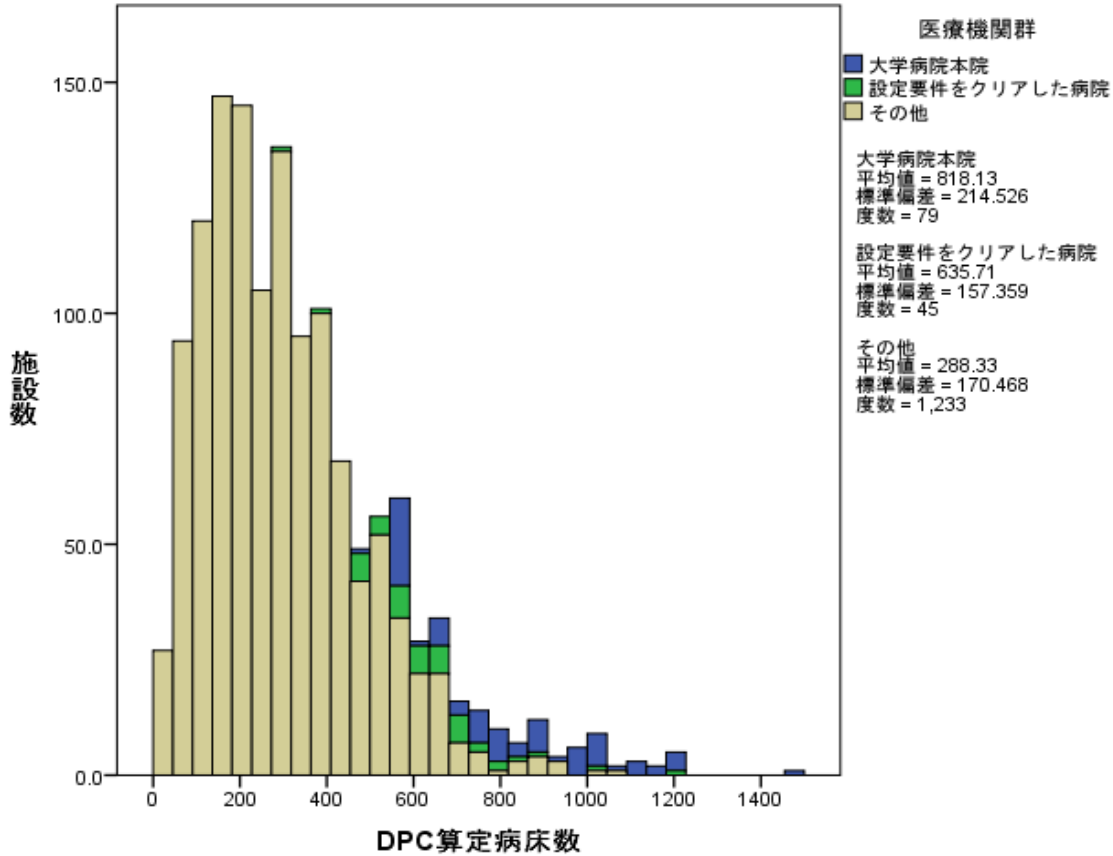
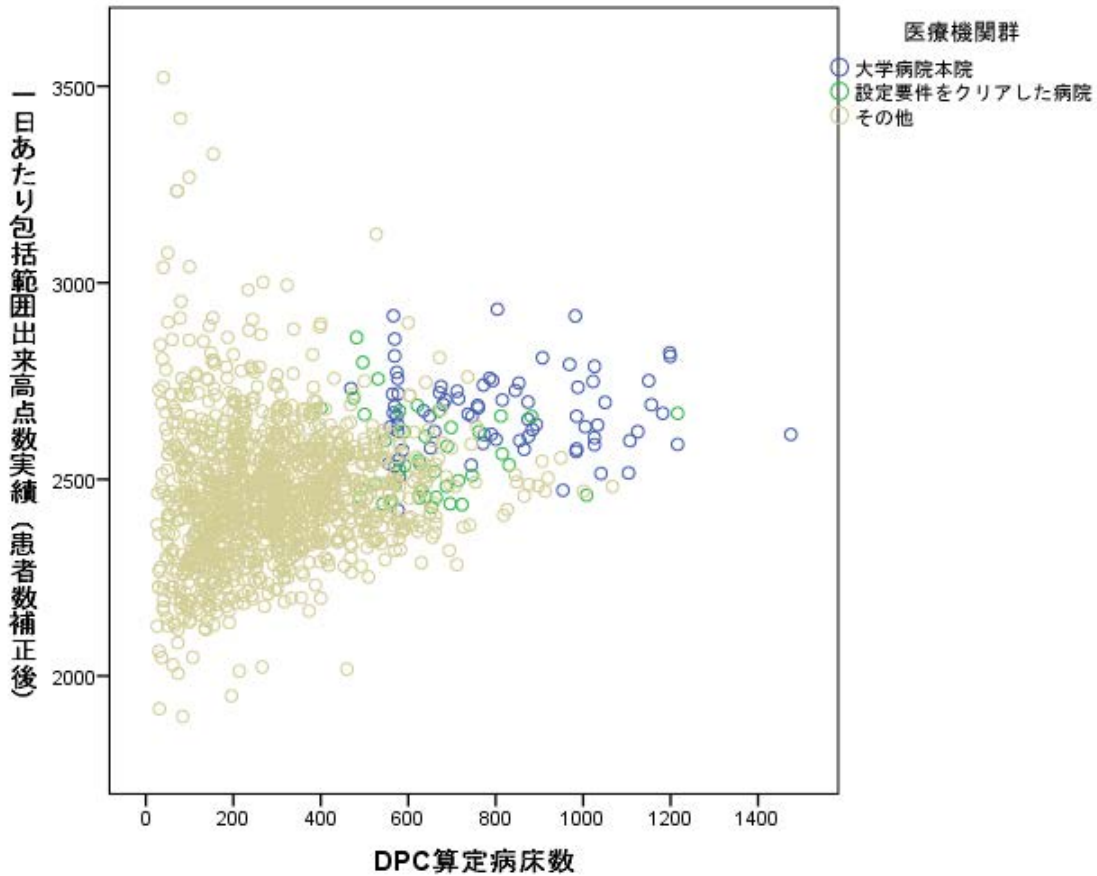
(1) 【原案】について、「一定の機能や実績の要件」を全て満たすとした場合
 (基準値は仮に大学病院本院の最低値として集計)

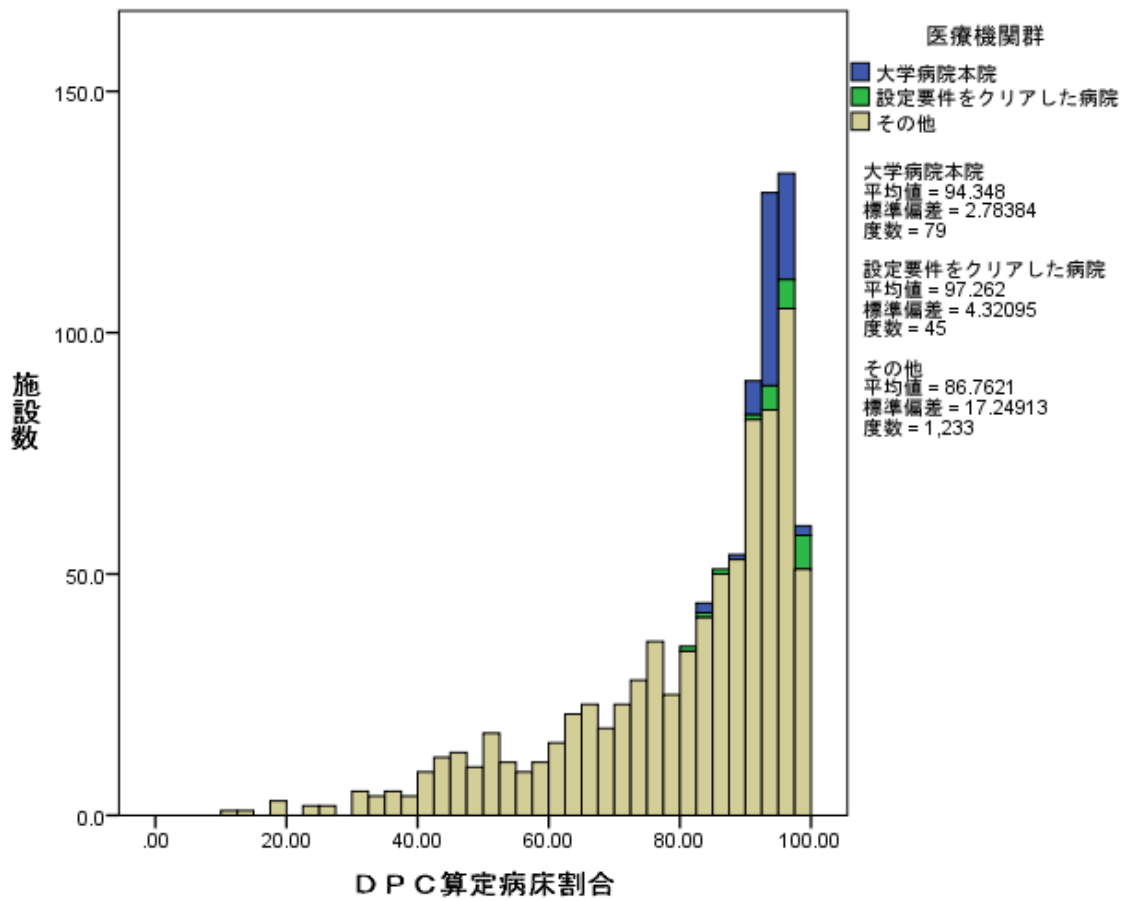




(2) 【修正案】を満した医療機関を別の群とした場合

(実績要件の基準値について、【原案】に近い形となるように設定。)

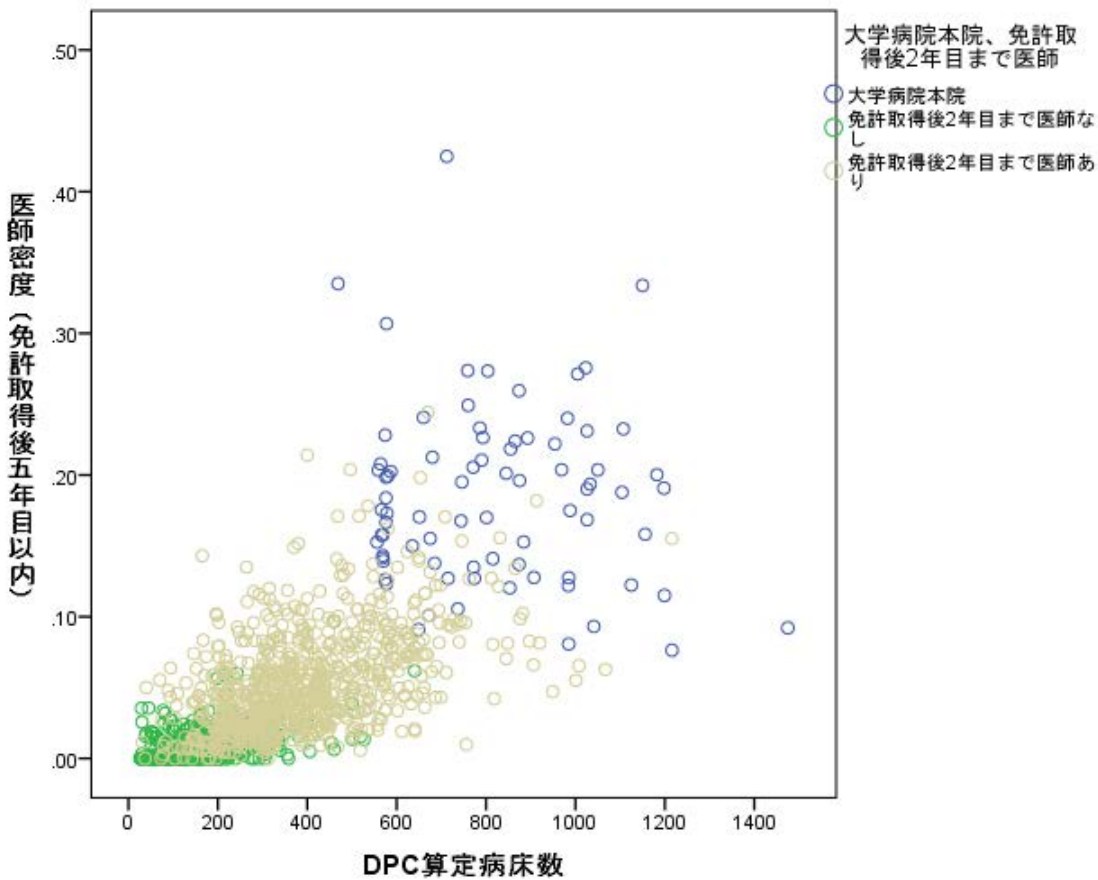
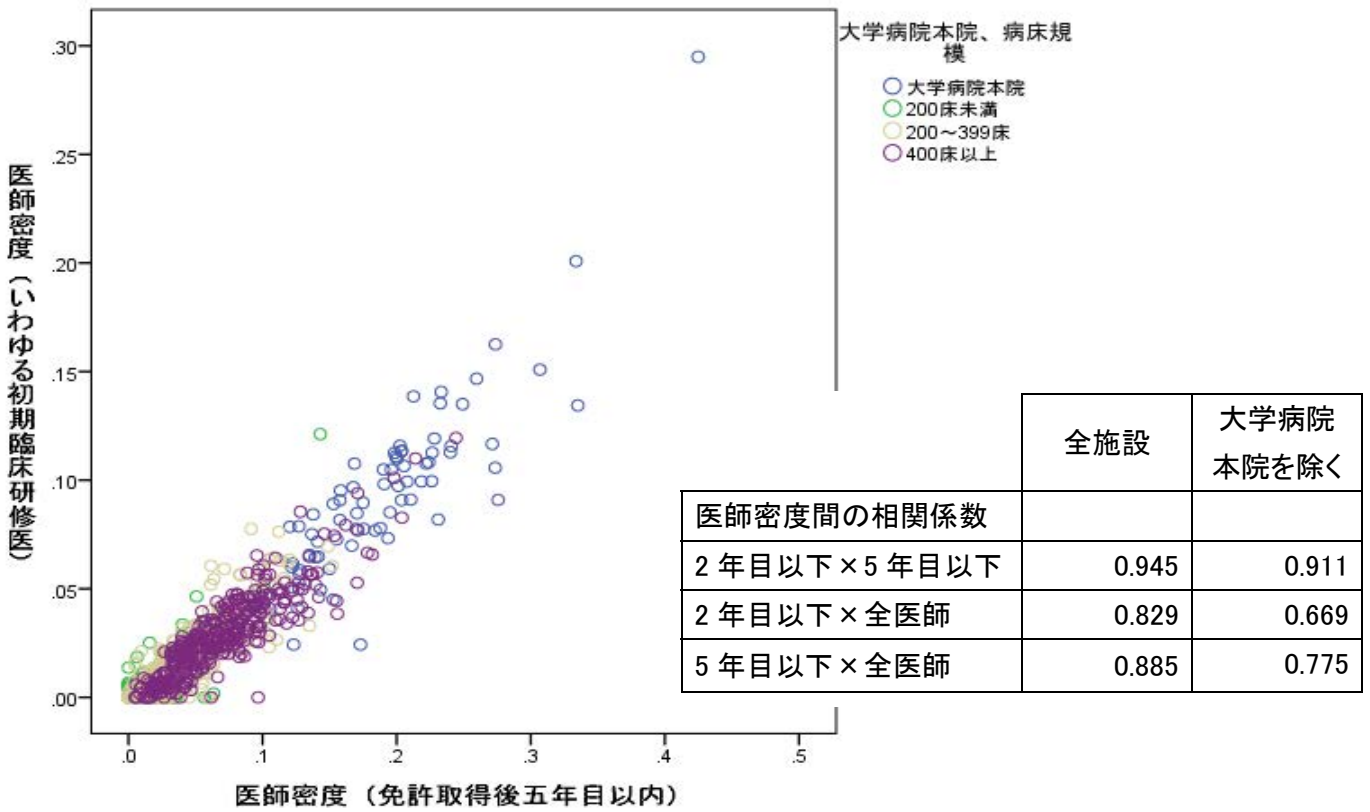


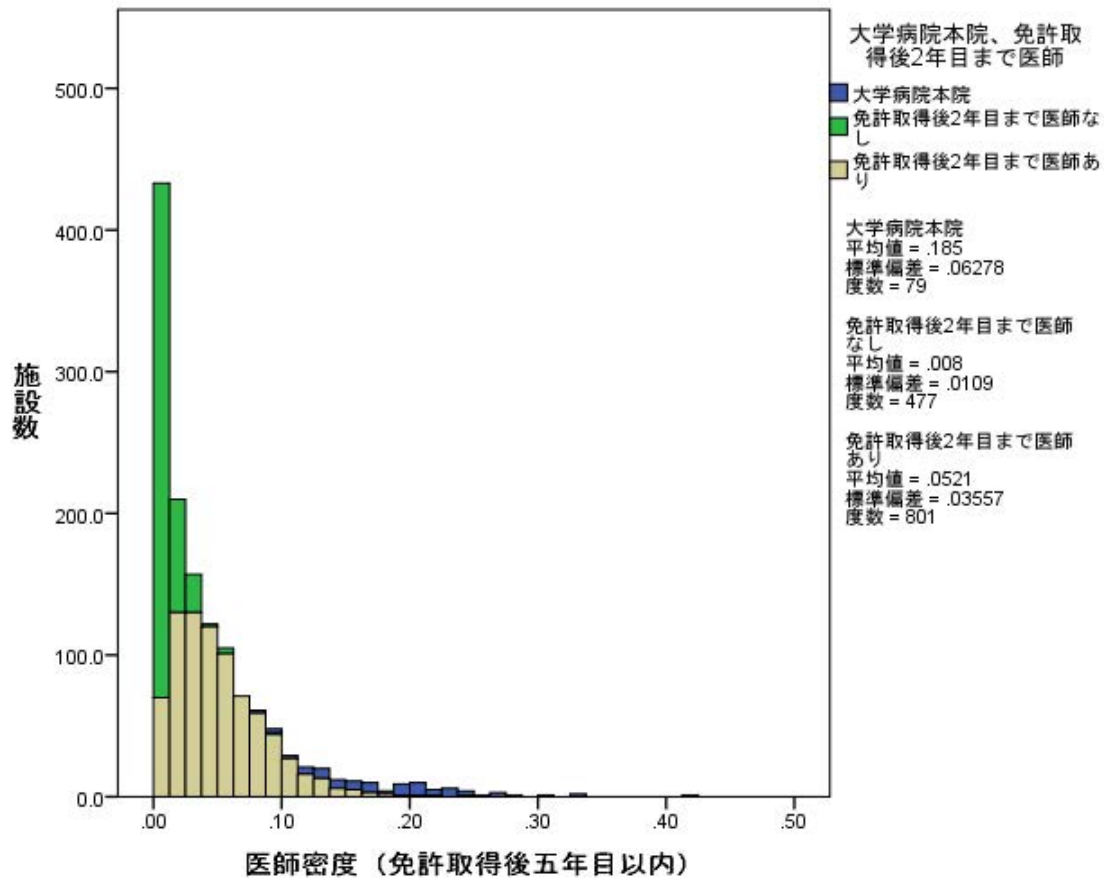
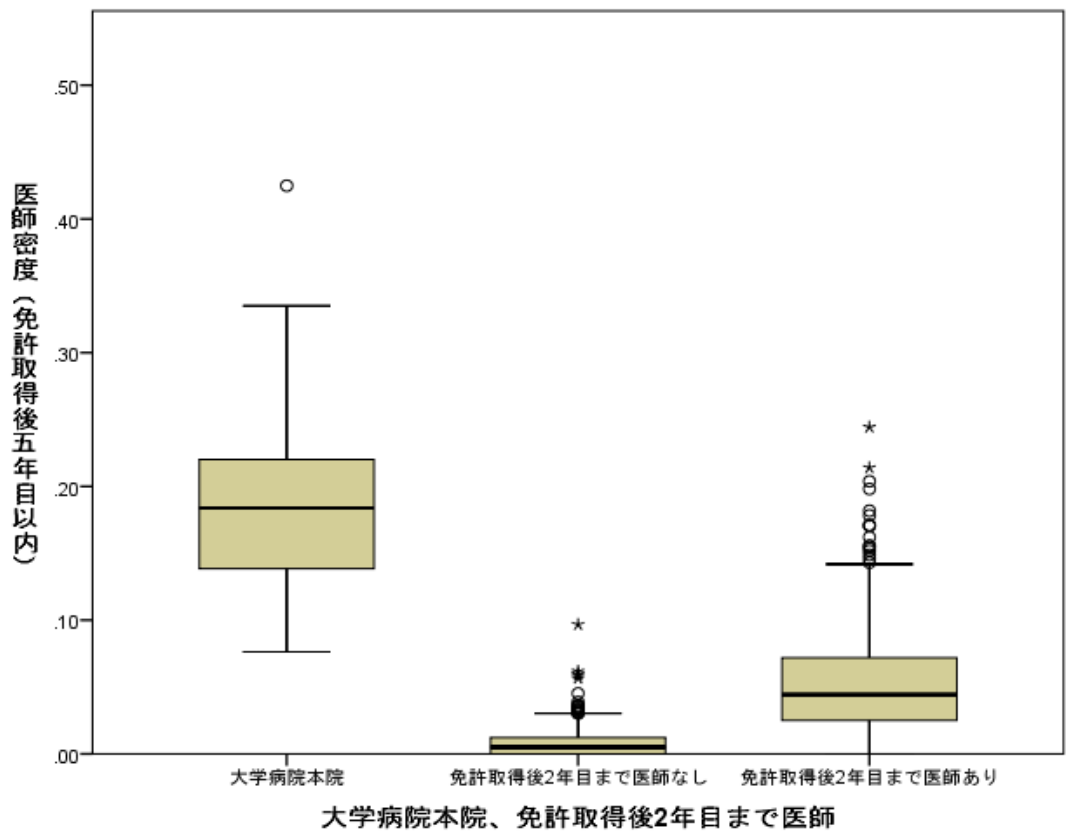


2. 実績要件の修正に係る集計

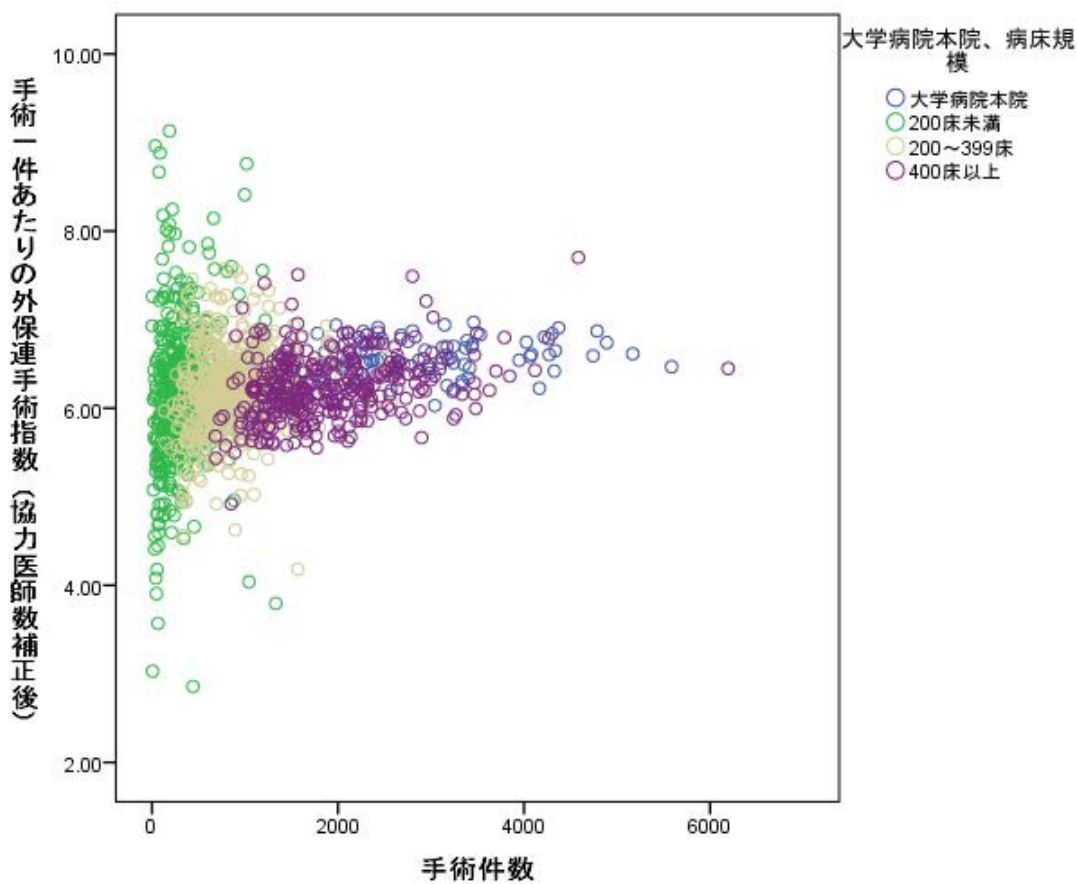
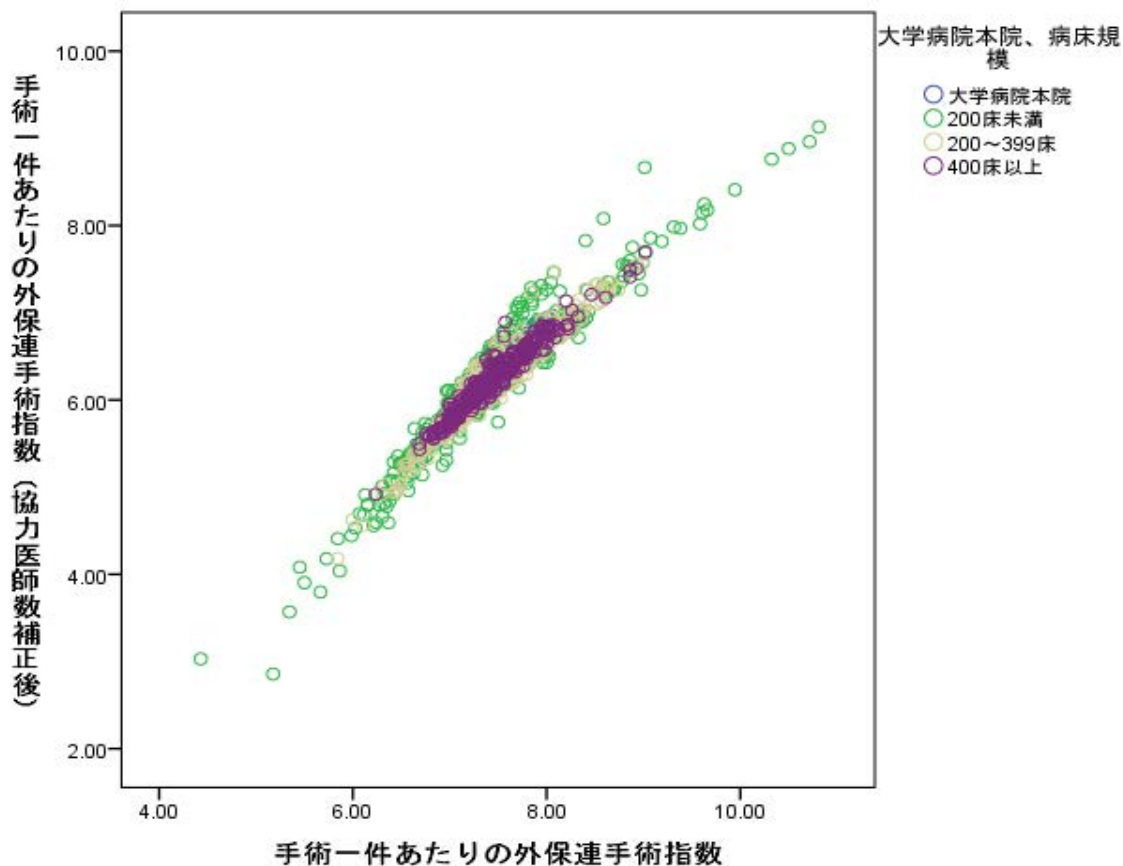
(1) 「医師研修の実施」要件

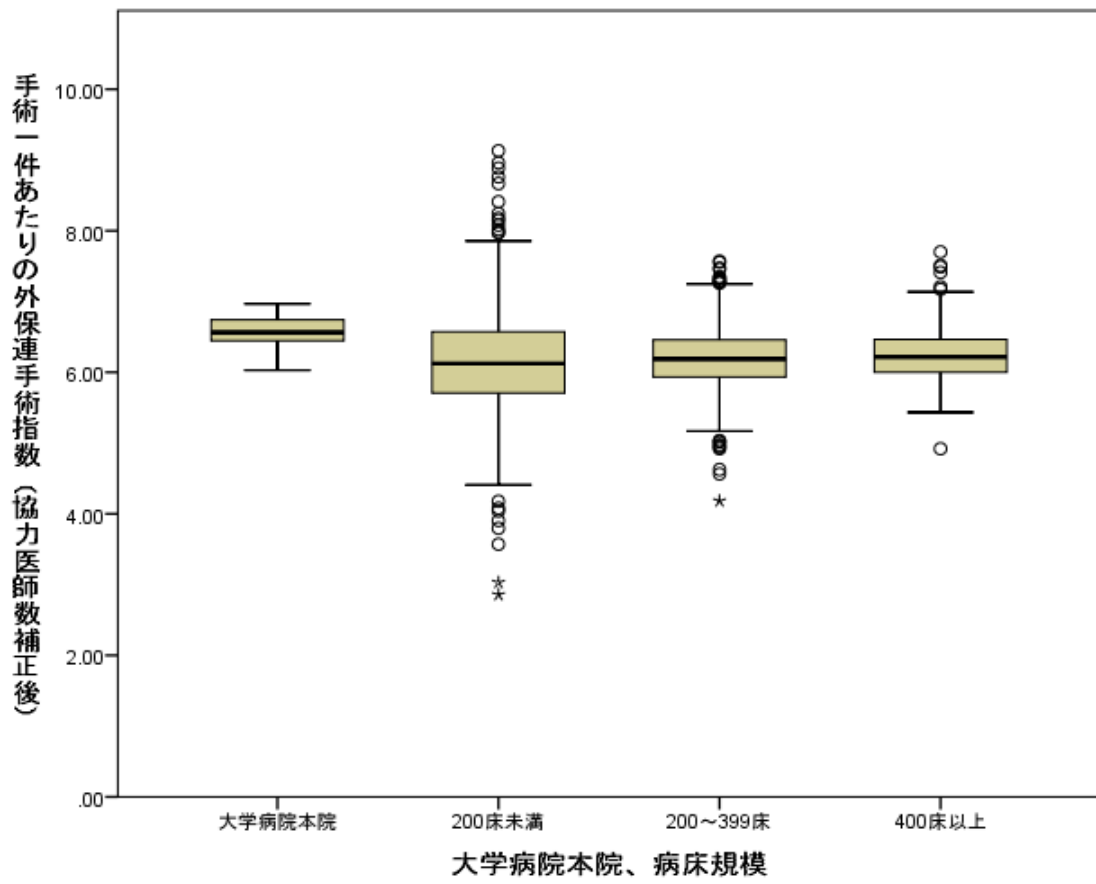
医師密度（免許取得後5年目以内）と医師密度（免許取得後2年目以内）の関係



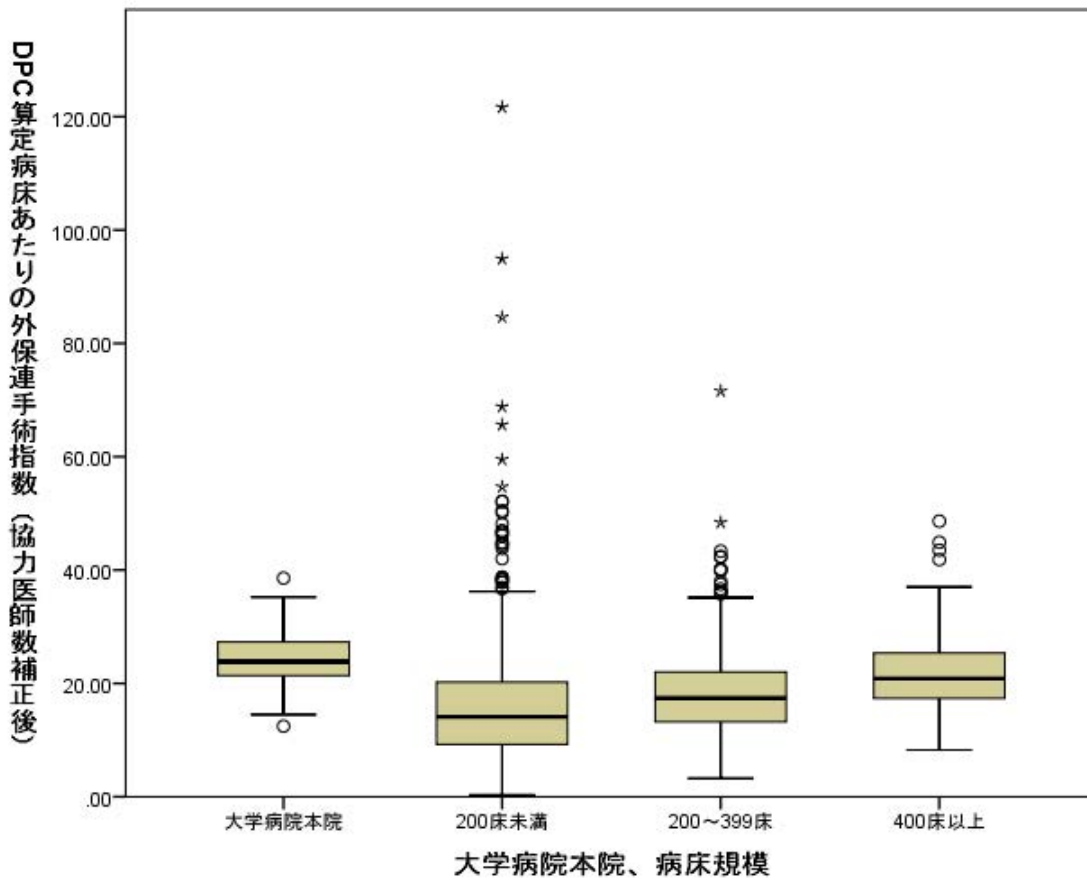
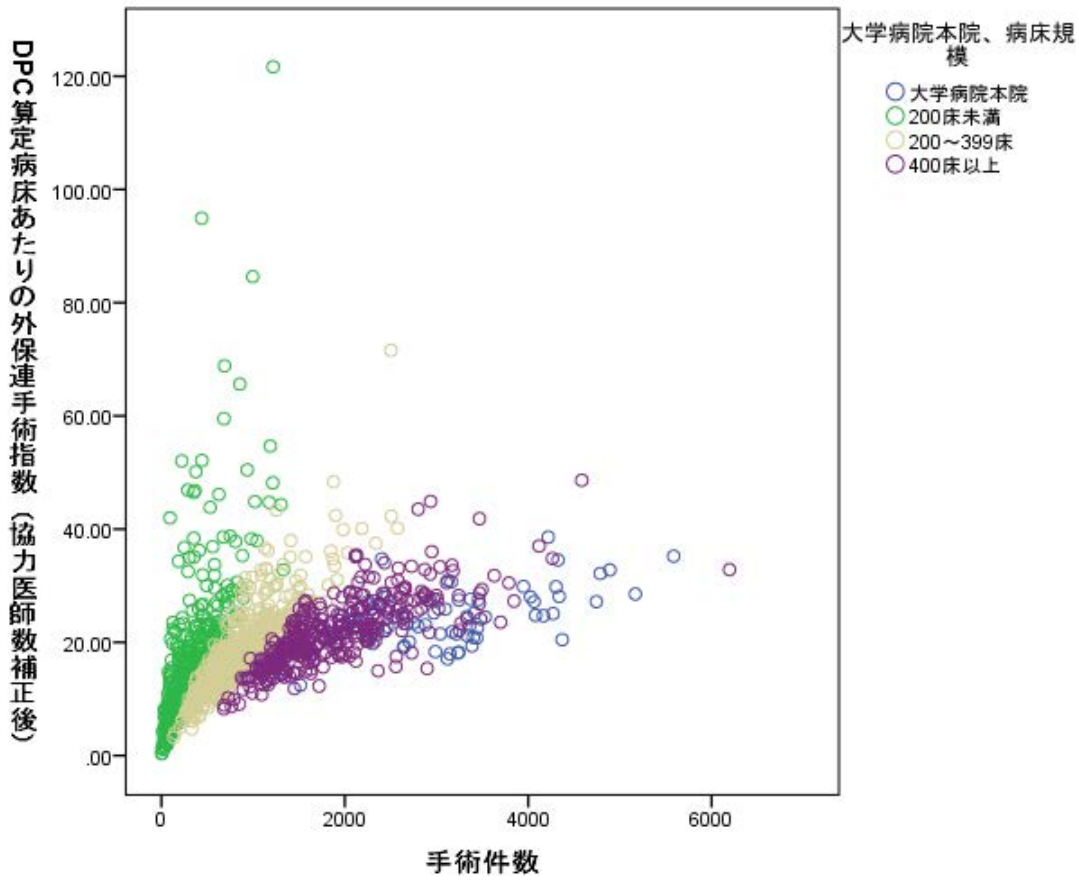


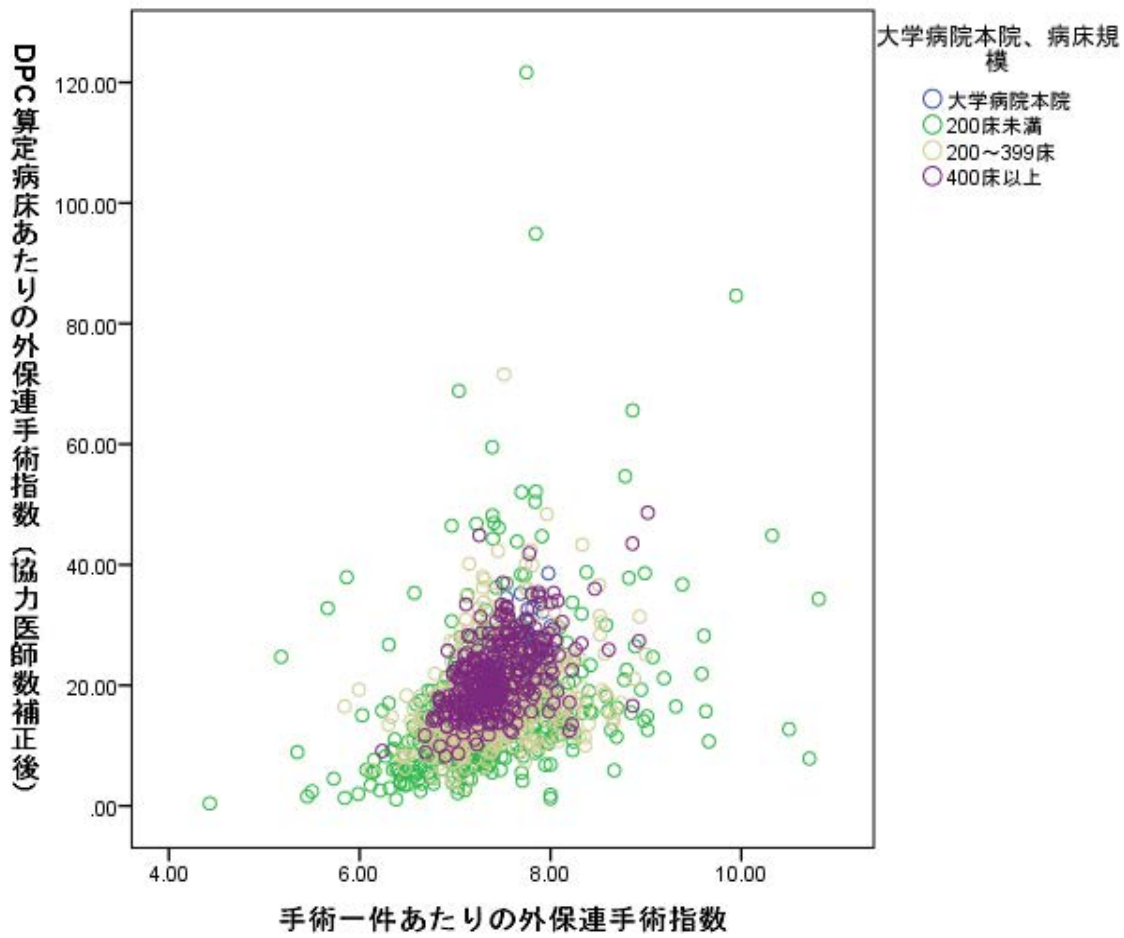
(2) 「高度な医療技術の実施」要件
協力医師数による補正





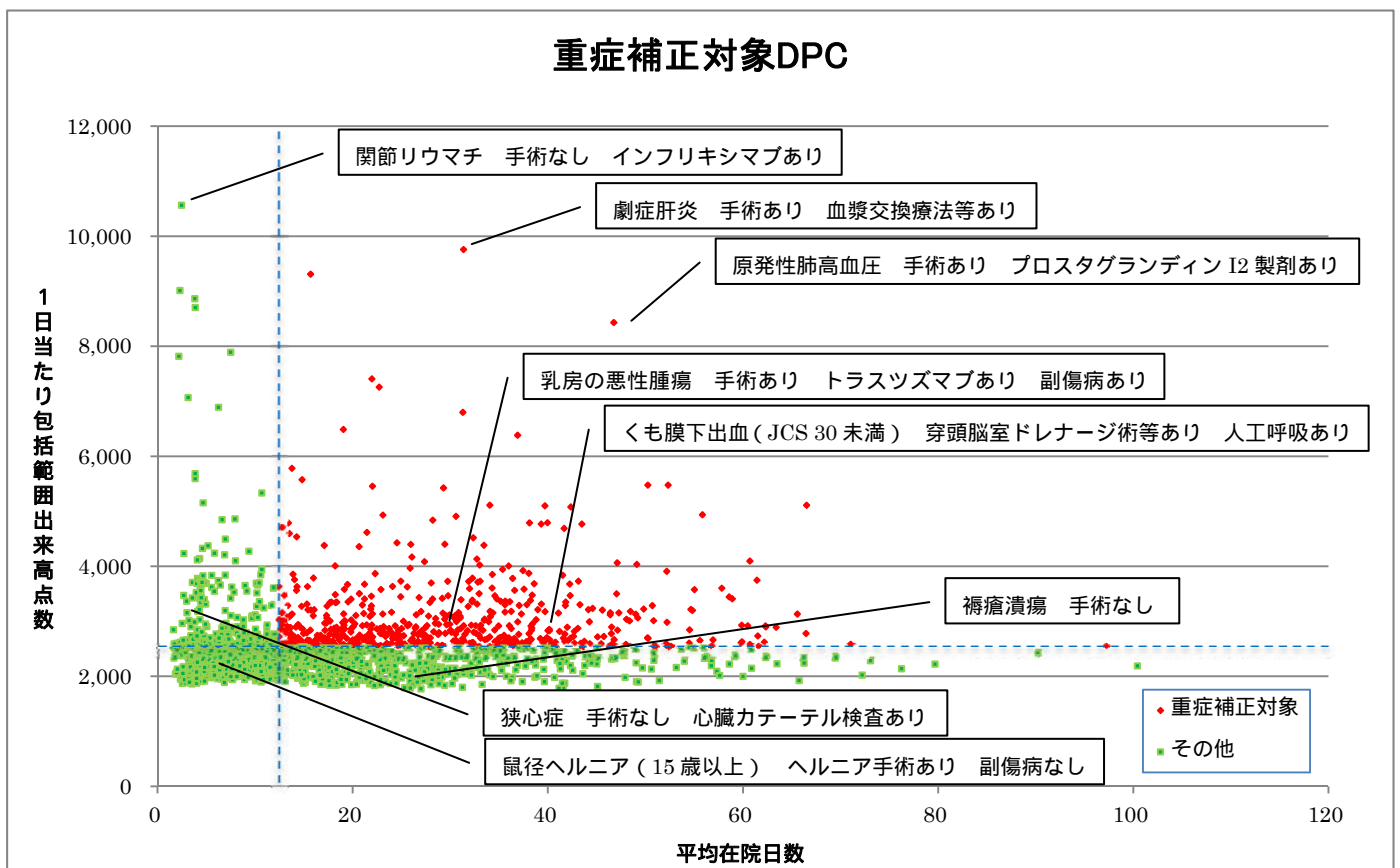
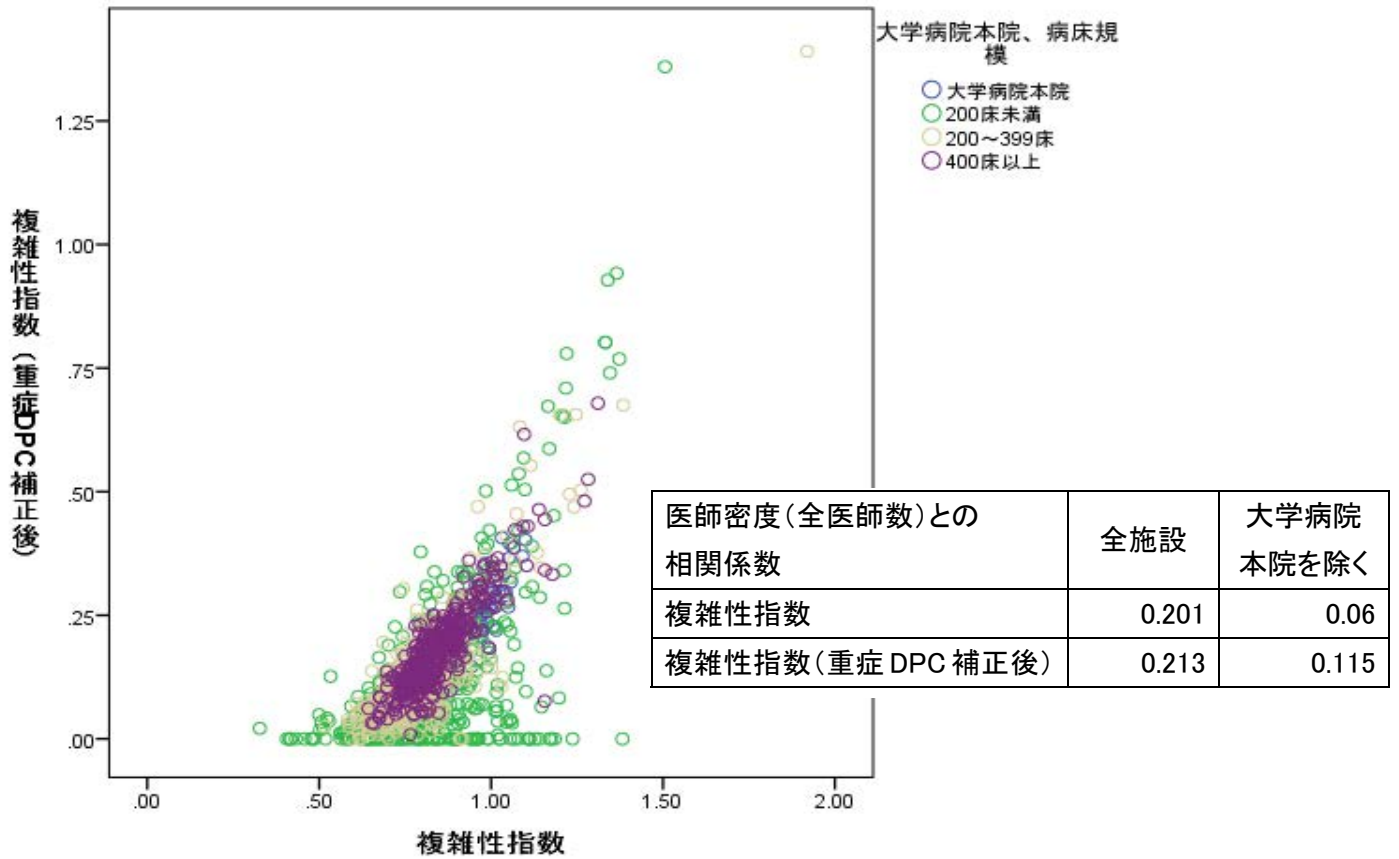
DPC 算定病床当たりの外保連手術指数（協力医師数補正後）



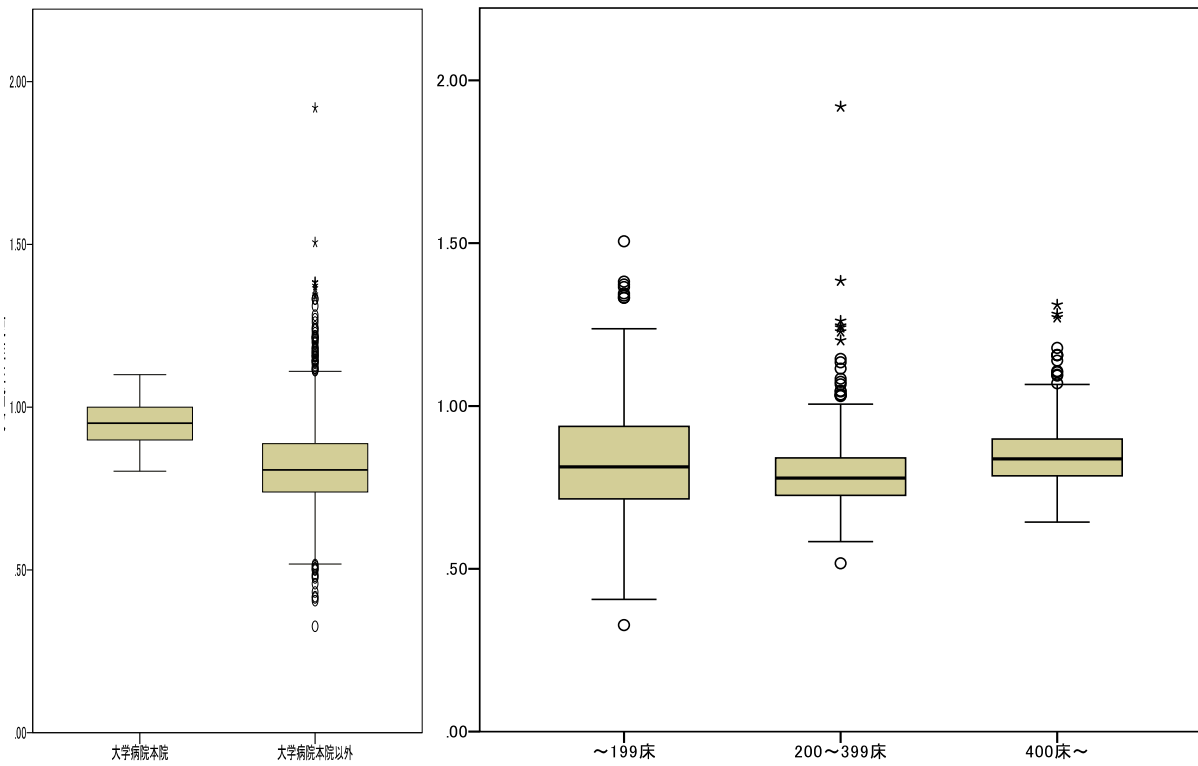


医師密度(全医師数)との相関係数	全施設	大学病院 本院を除く
<高度な医療技術>		
手術1件あたり外保連指数	0.138	0.088
手術1件あたり外保連指数(協力医師数補正後)	0.184	0.113
DPC算定病床あたり外保連指数	0.377	0.466
DPC算定病床あたり外保連指数(協力医師数補正後)	0.389	0.459

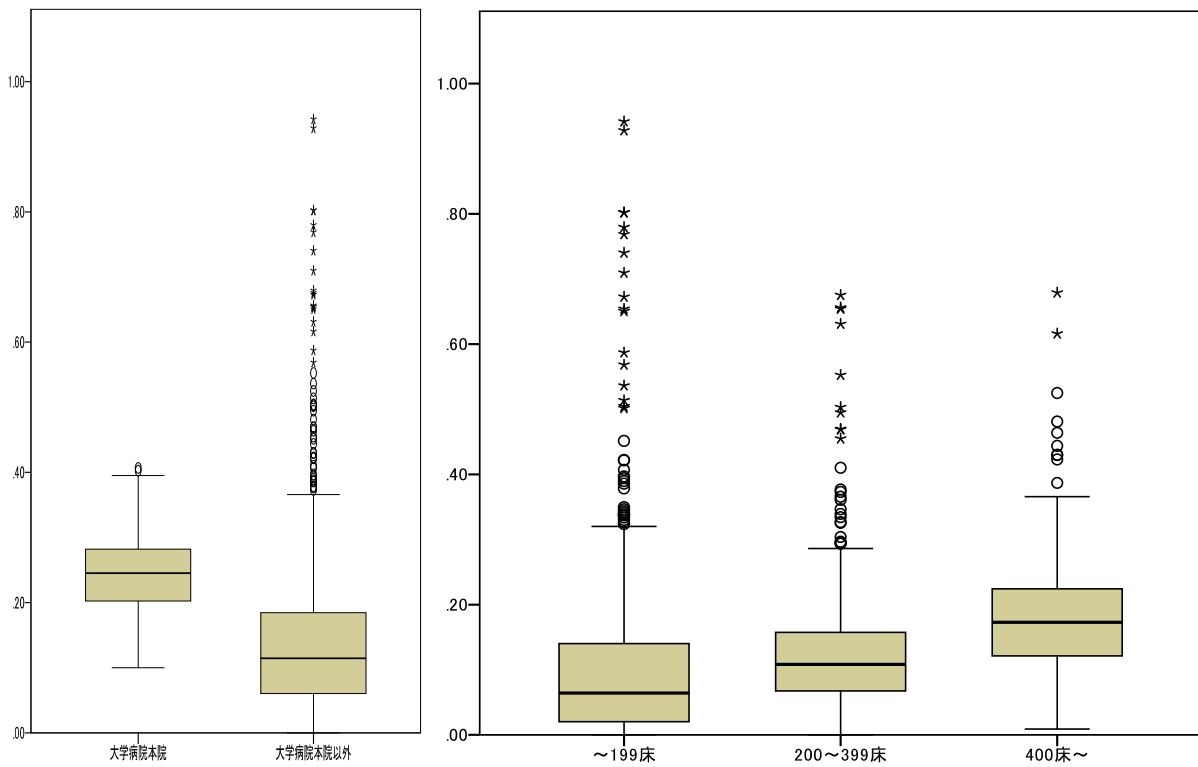
(3) 「重症患者に対する診療の実施」要件
 複雑性指数の重症 DPC 補正



複雑性指数

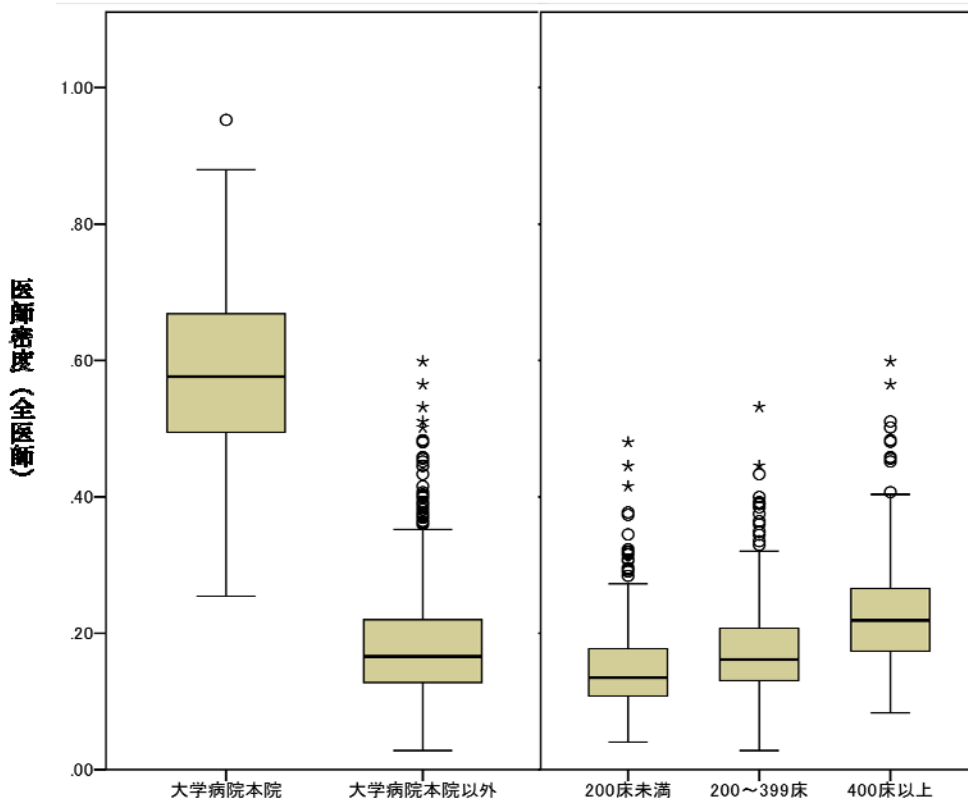
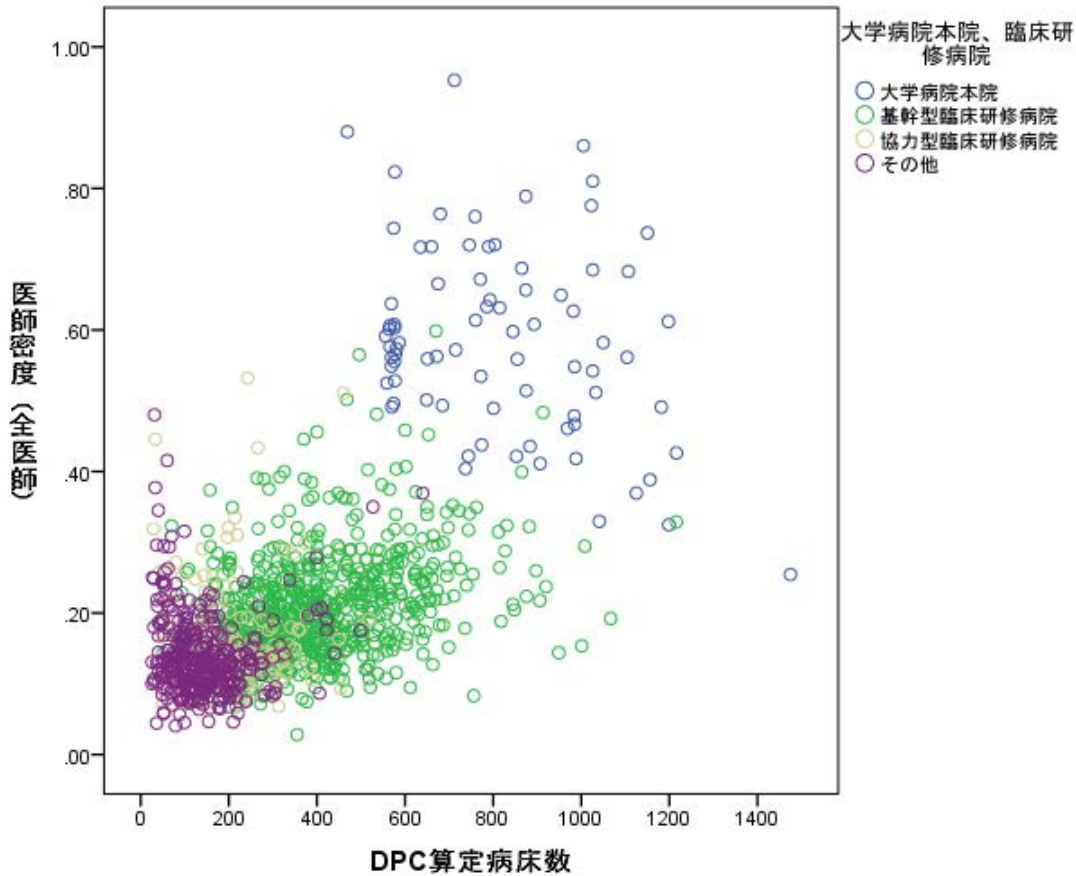


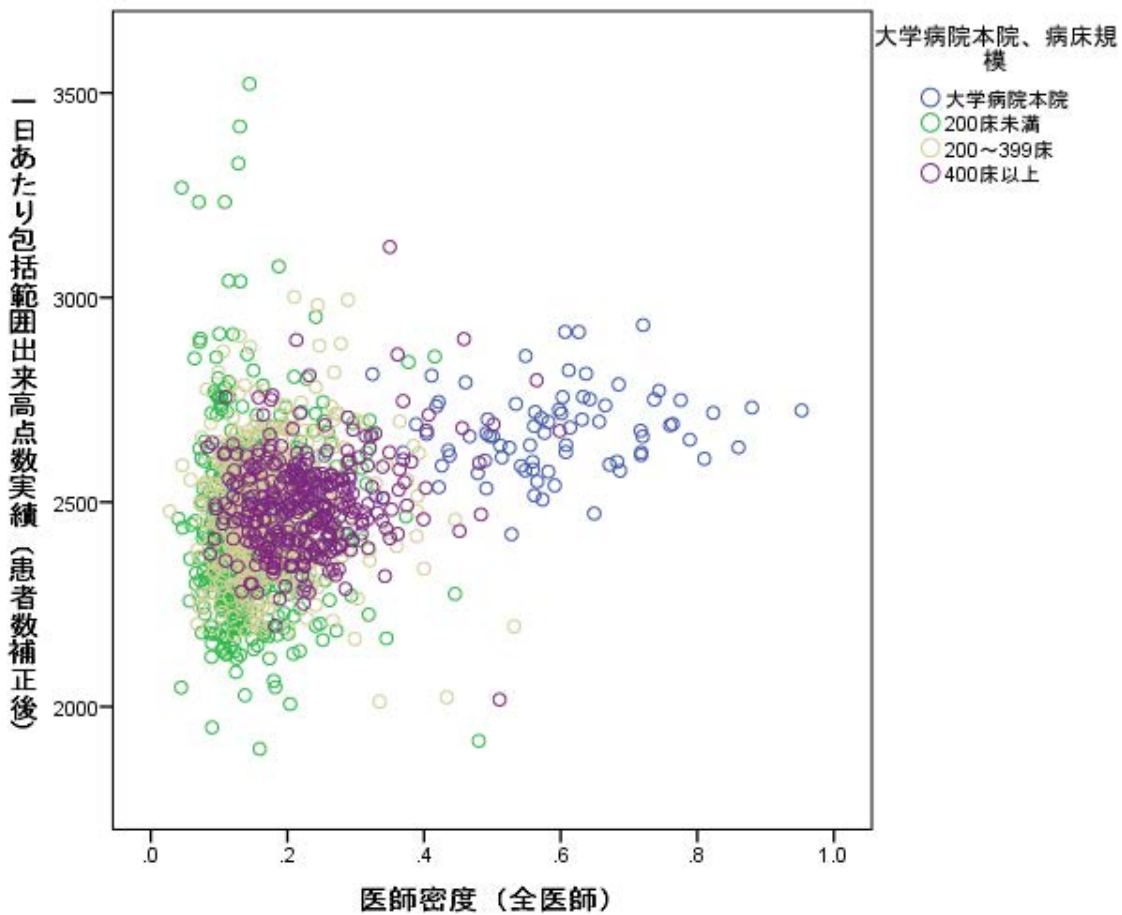
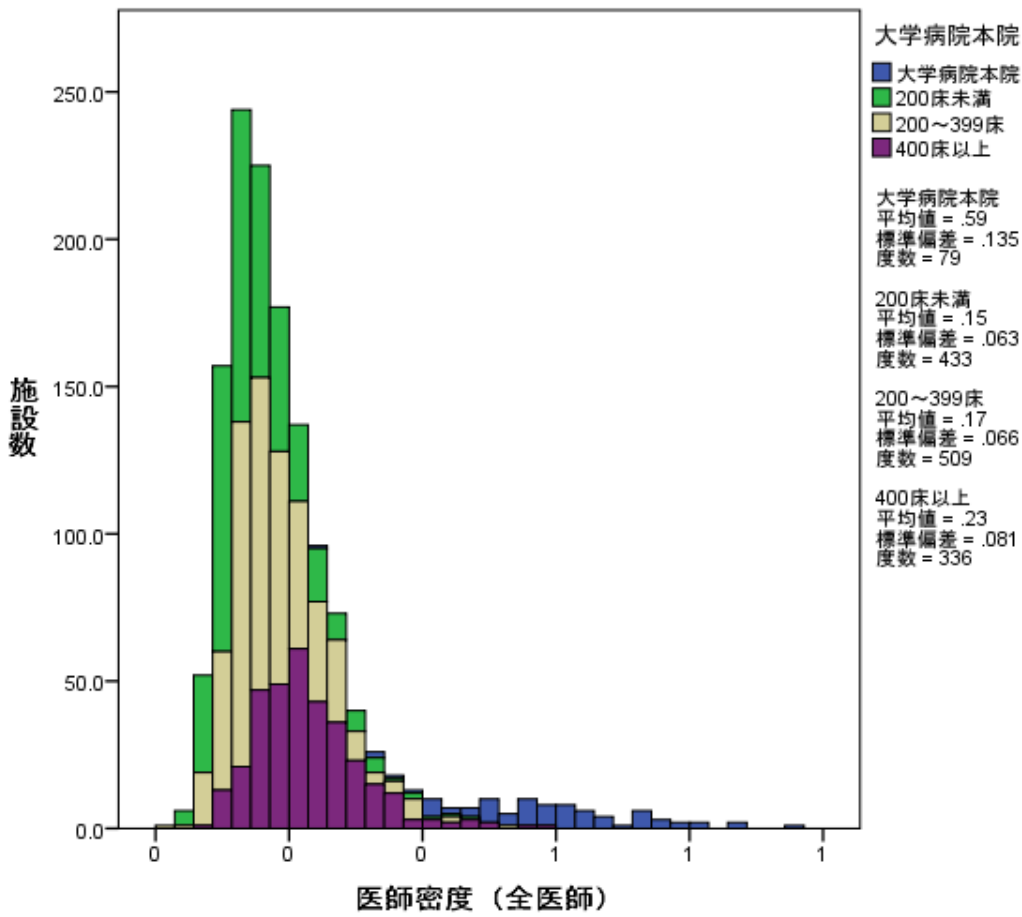
複雑性指数 (重症 DCC 補正後)



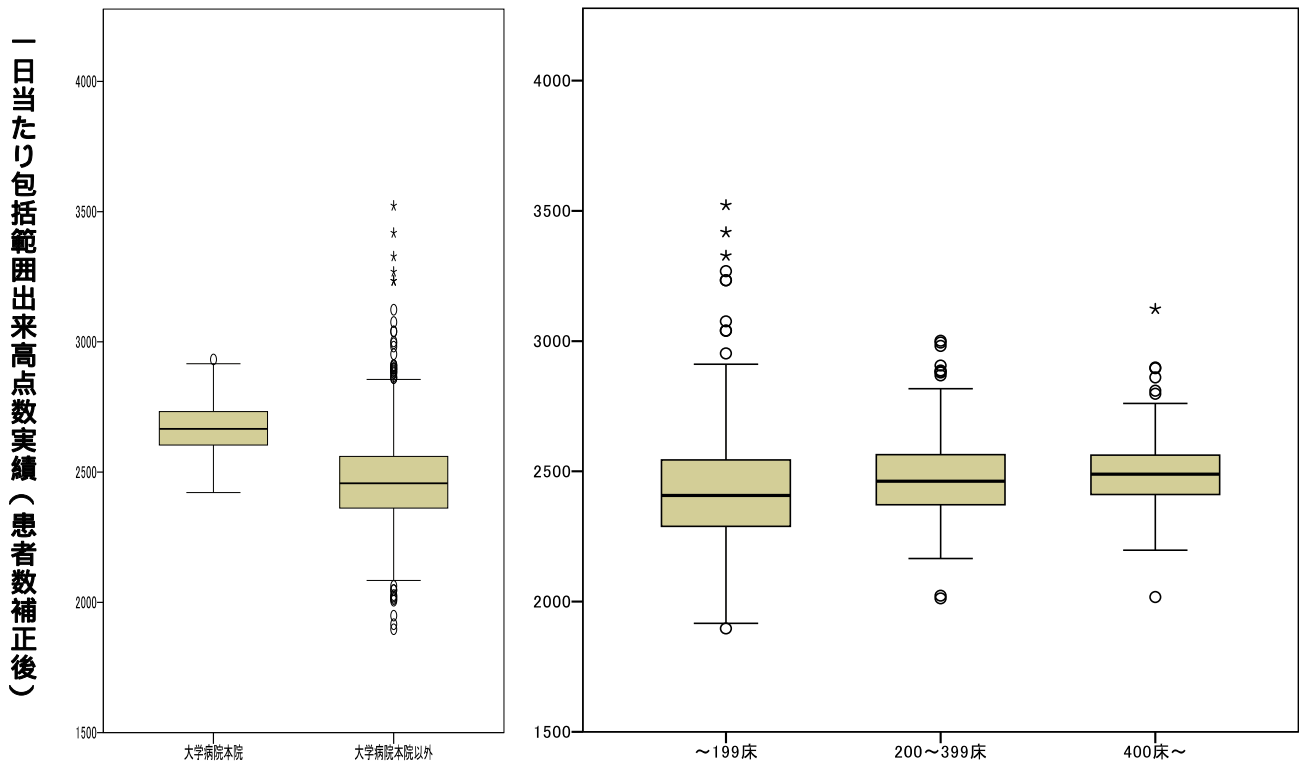
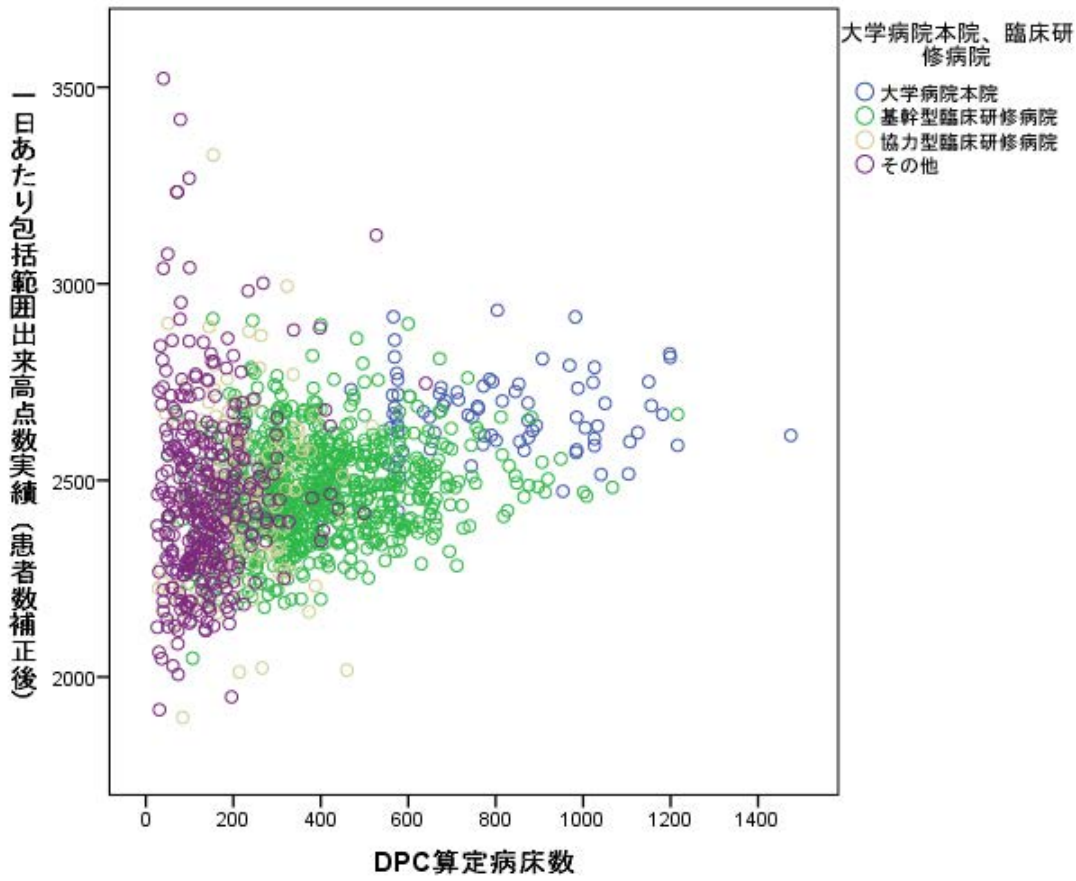
3. 各指標の分布 (参考)

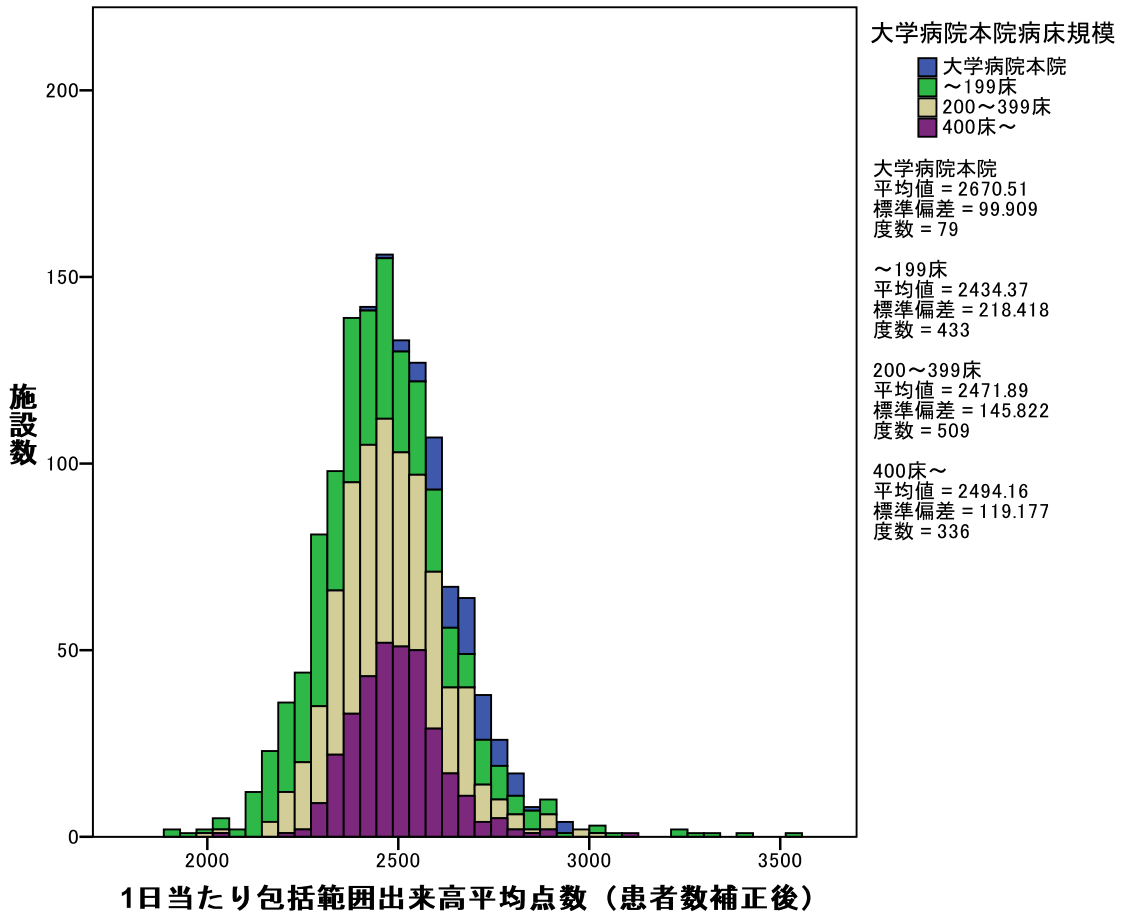
「医師密度(全医師)」



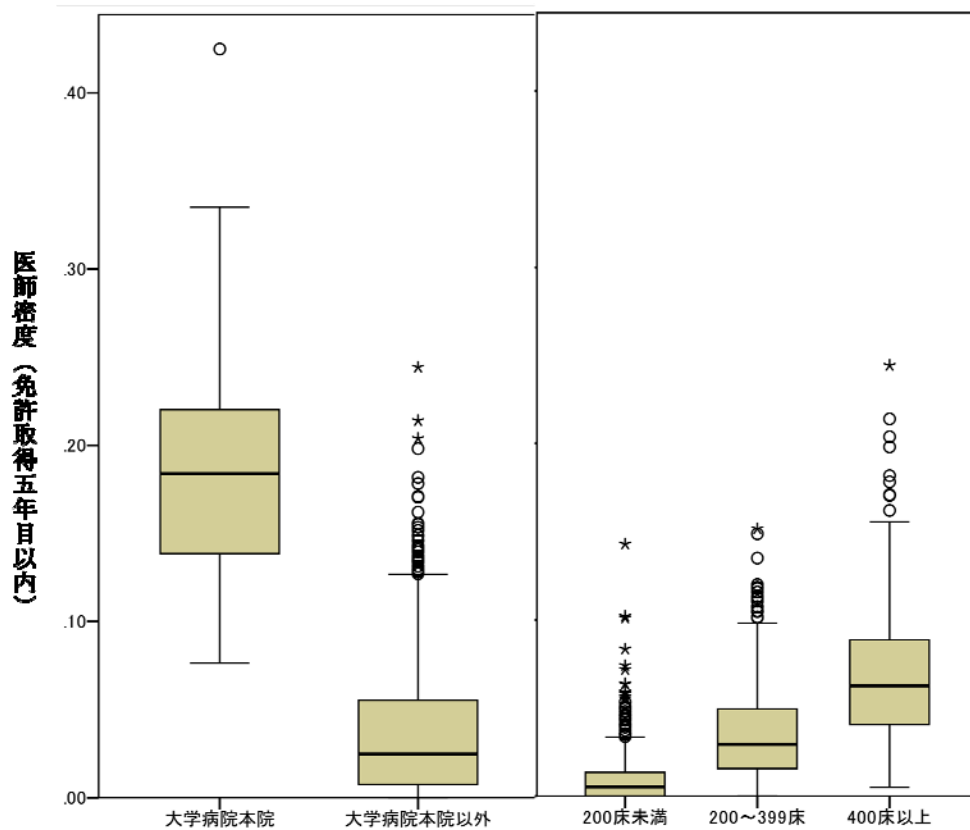
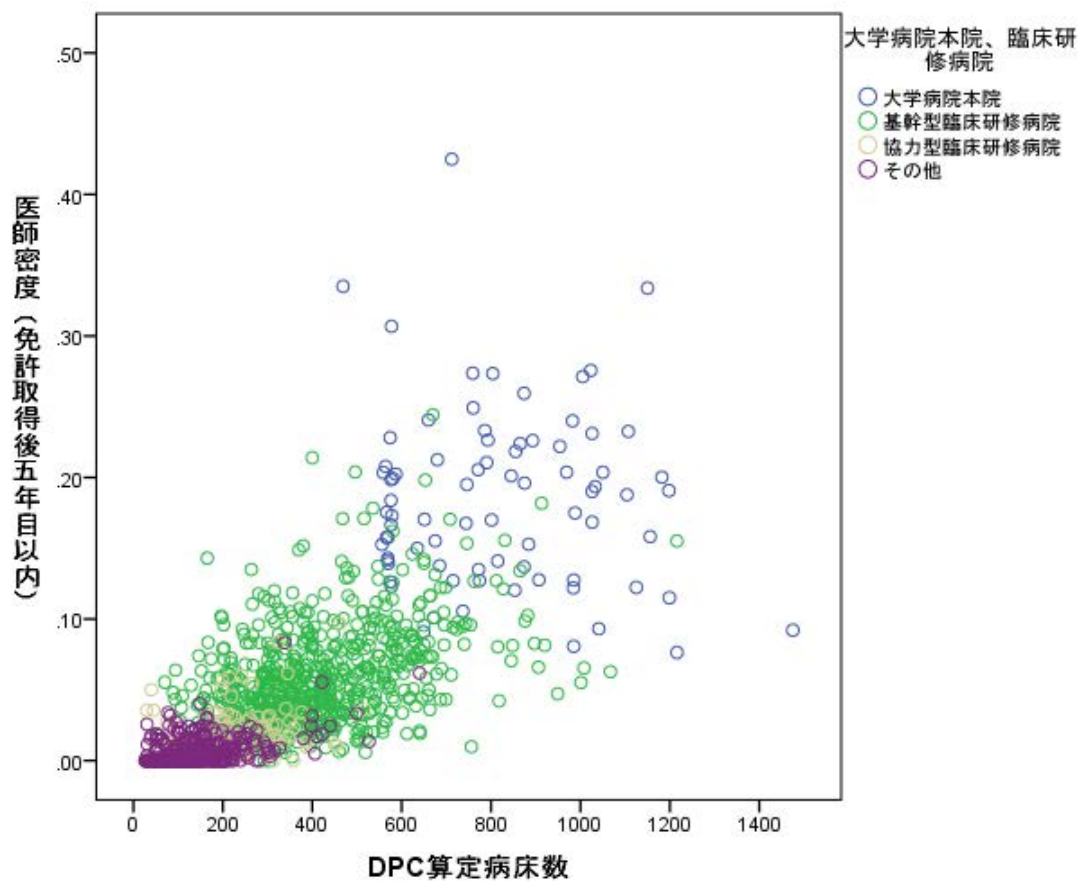


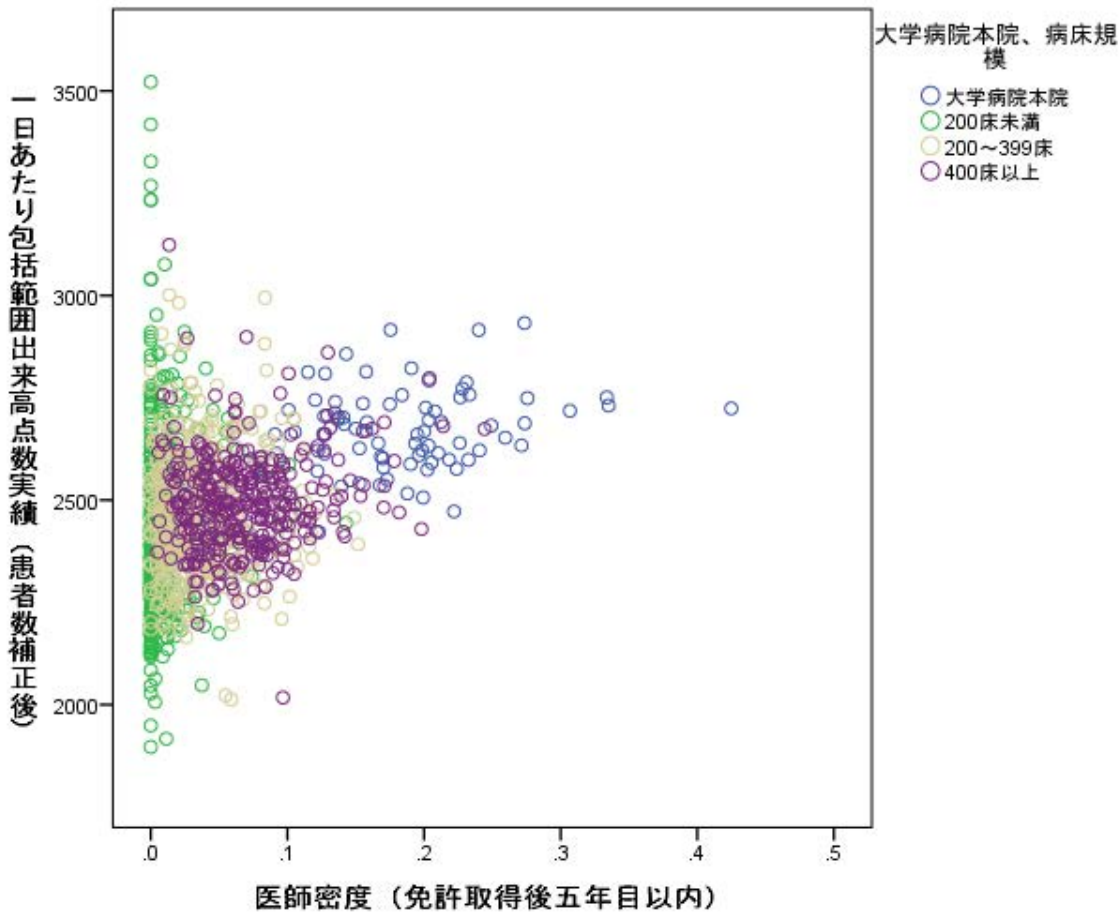
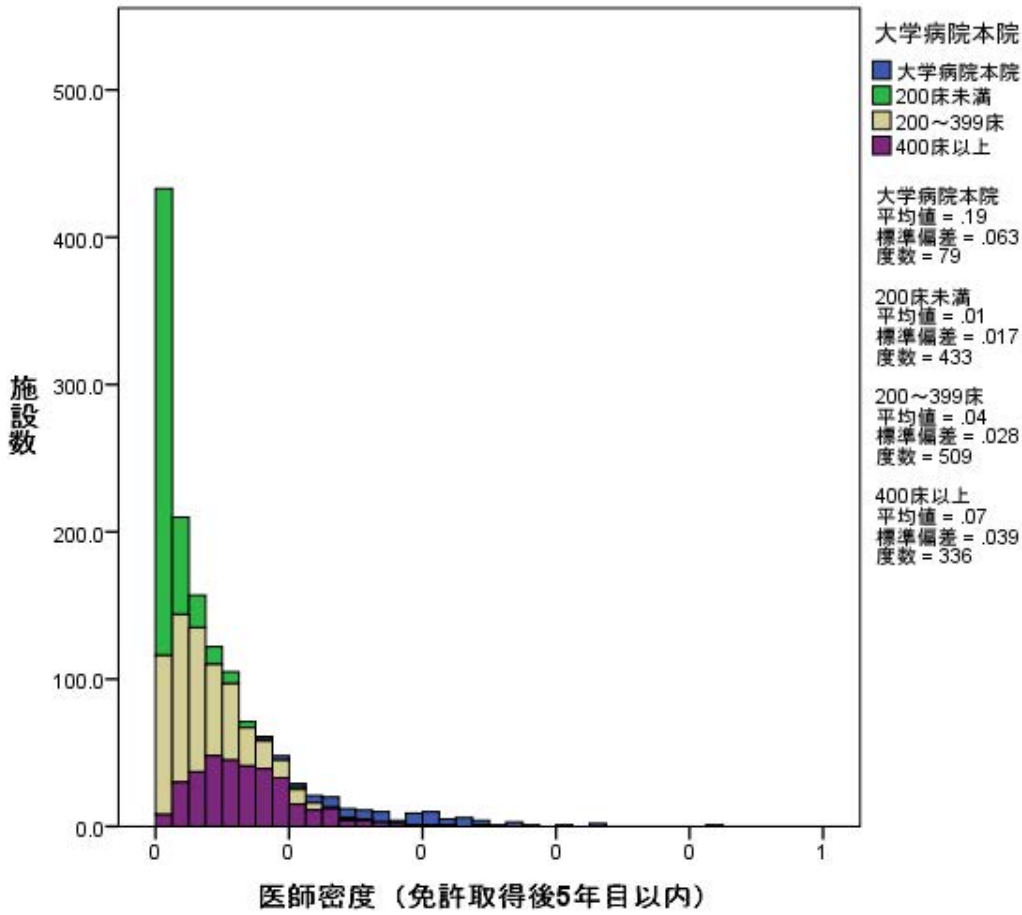
「1日当たり包括範囲出来高平均点数（患者数補正後）」



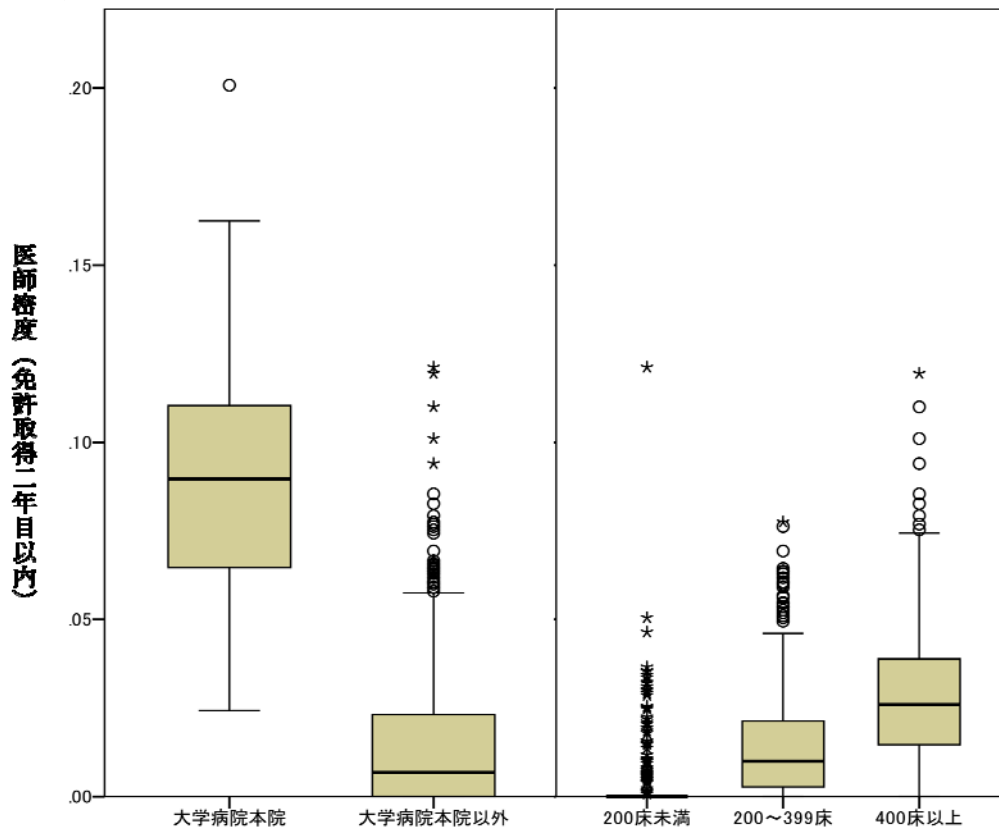
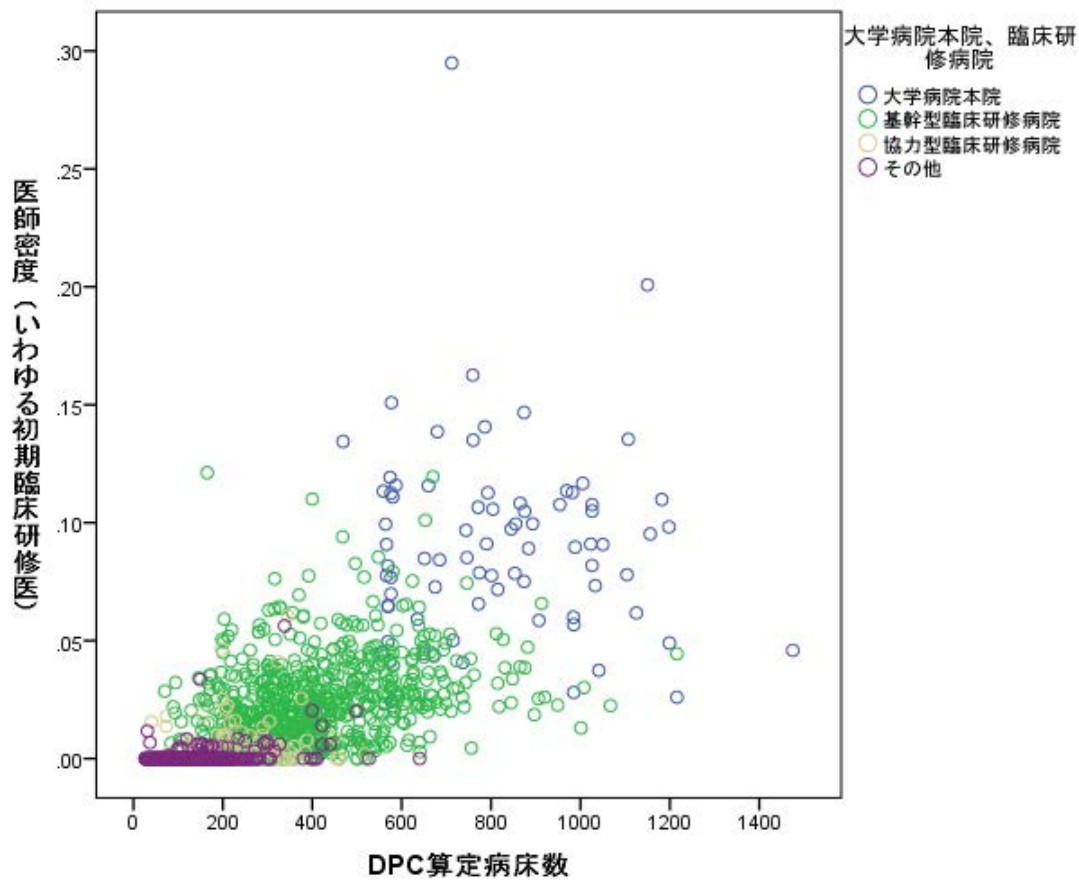


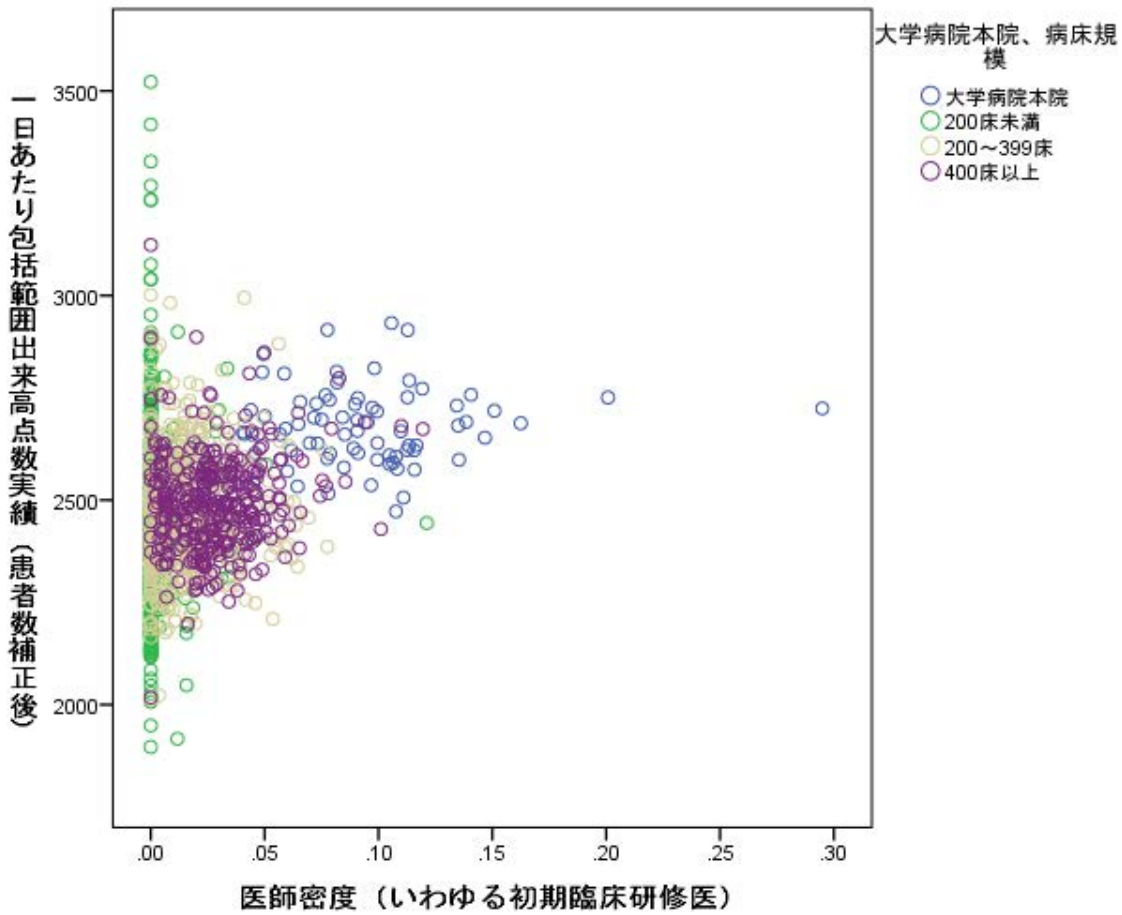
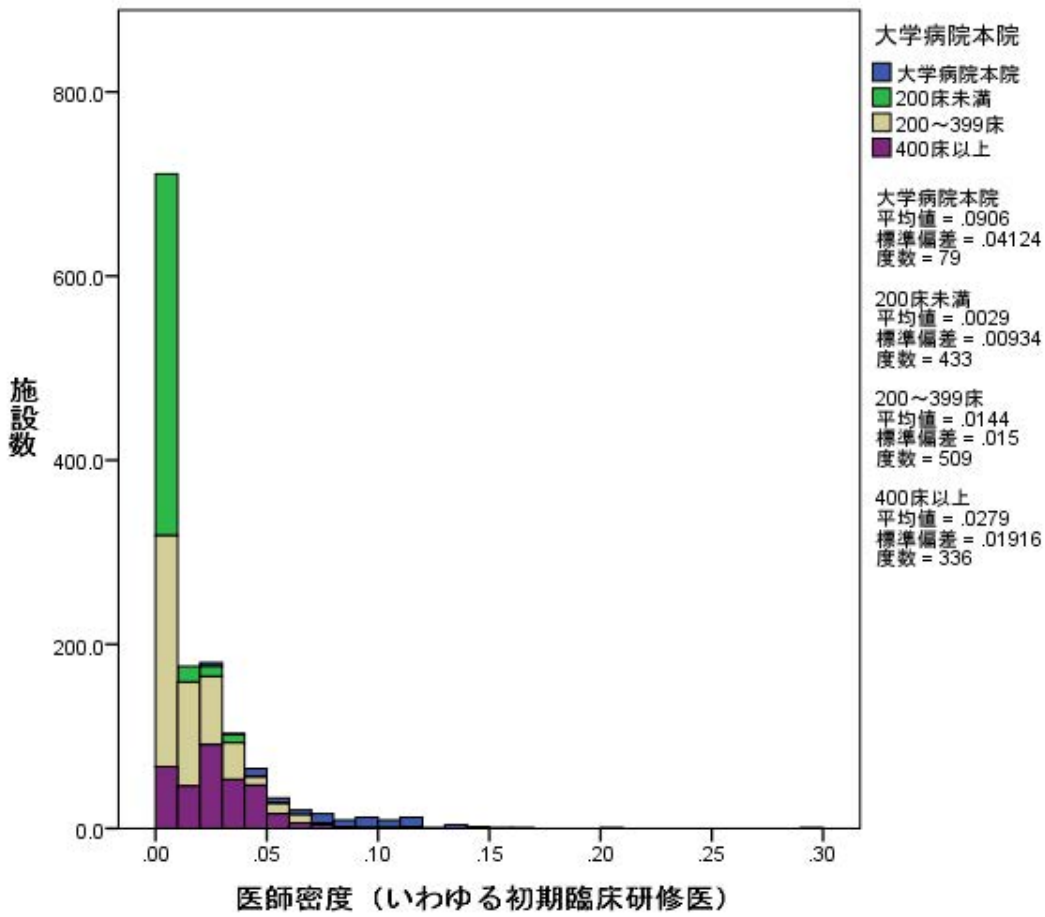
「医師密度（免許取得後5年目以内）」



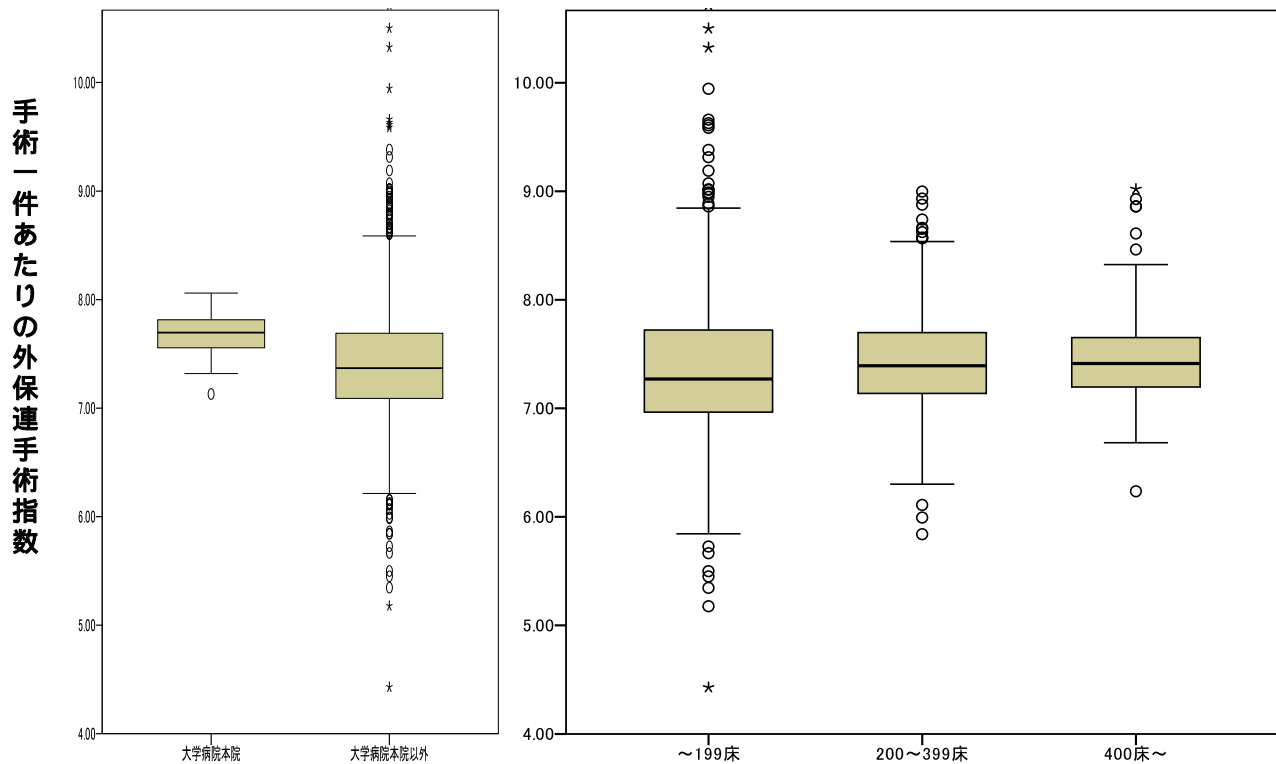
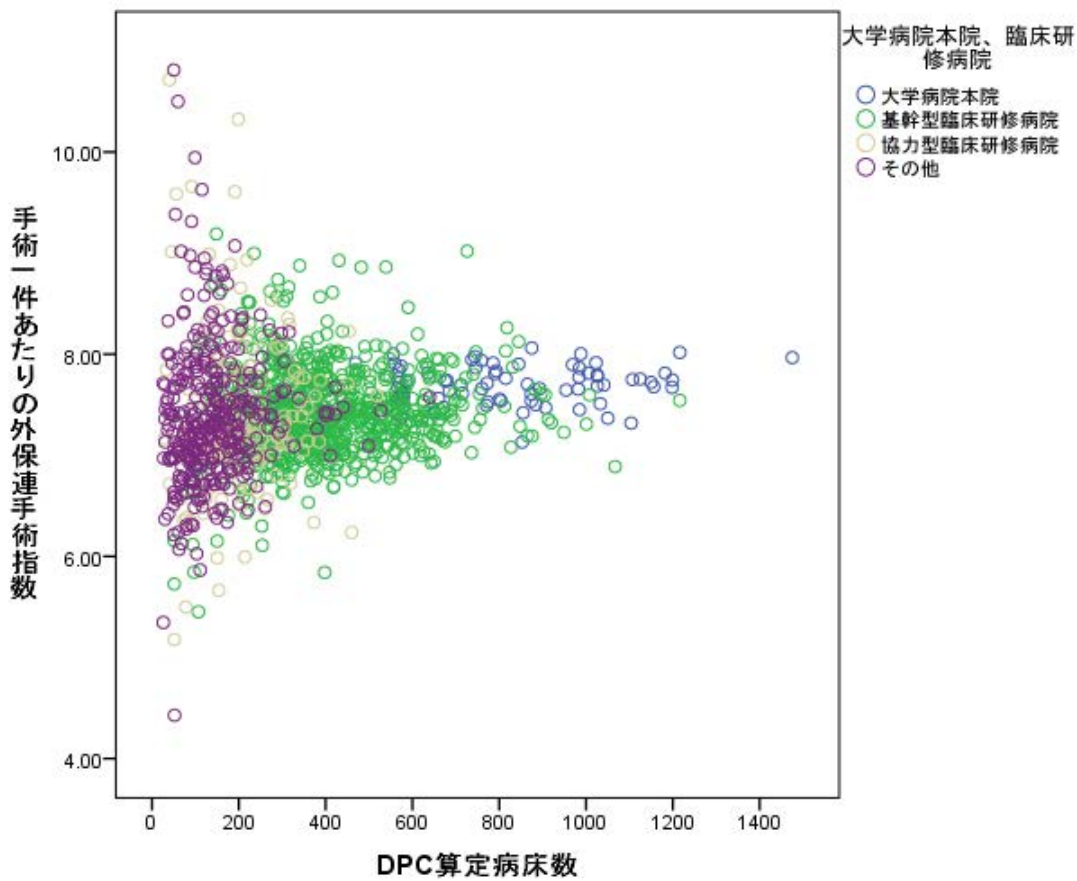


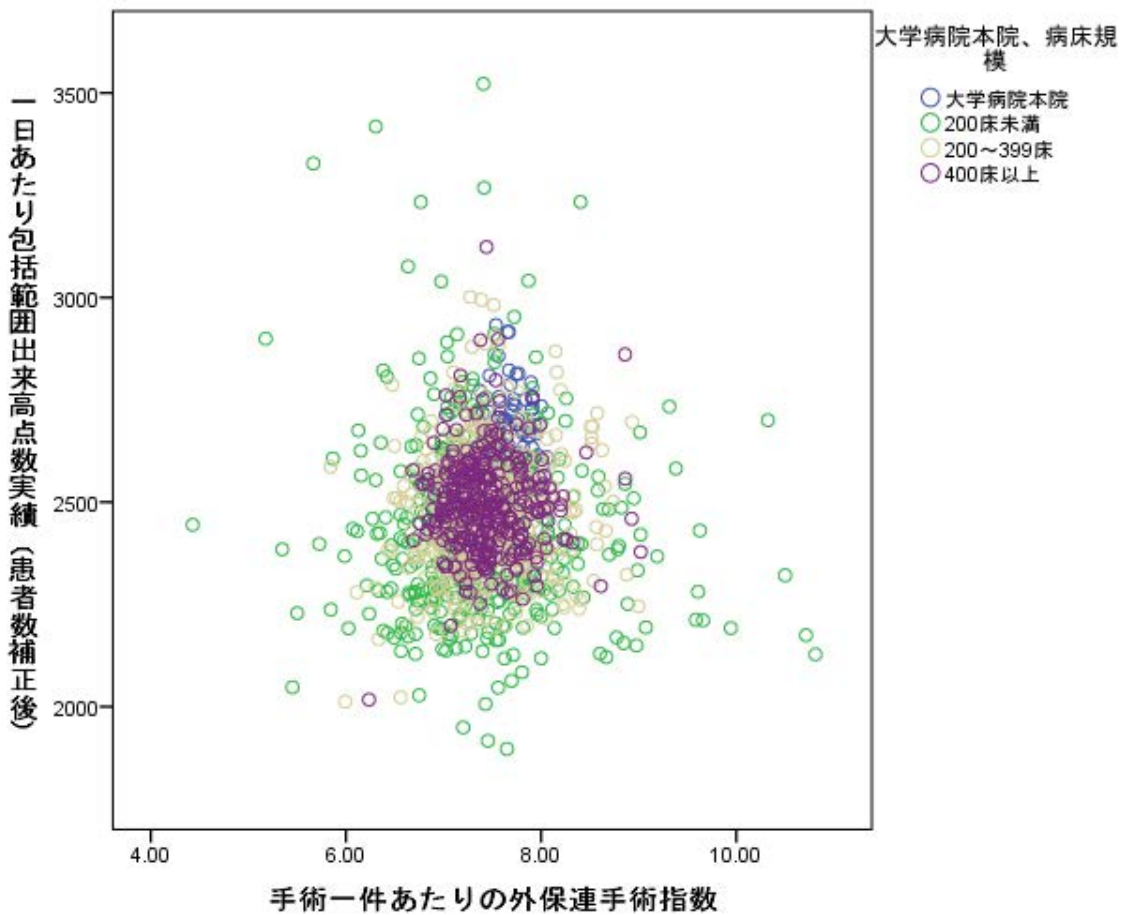
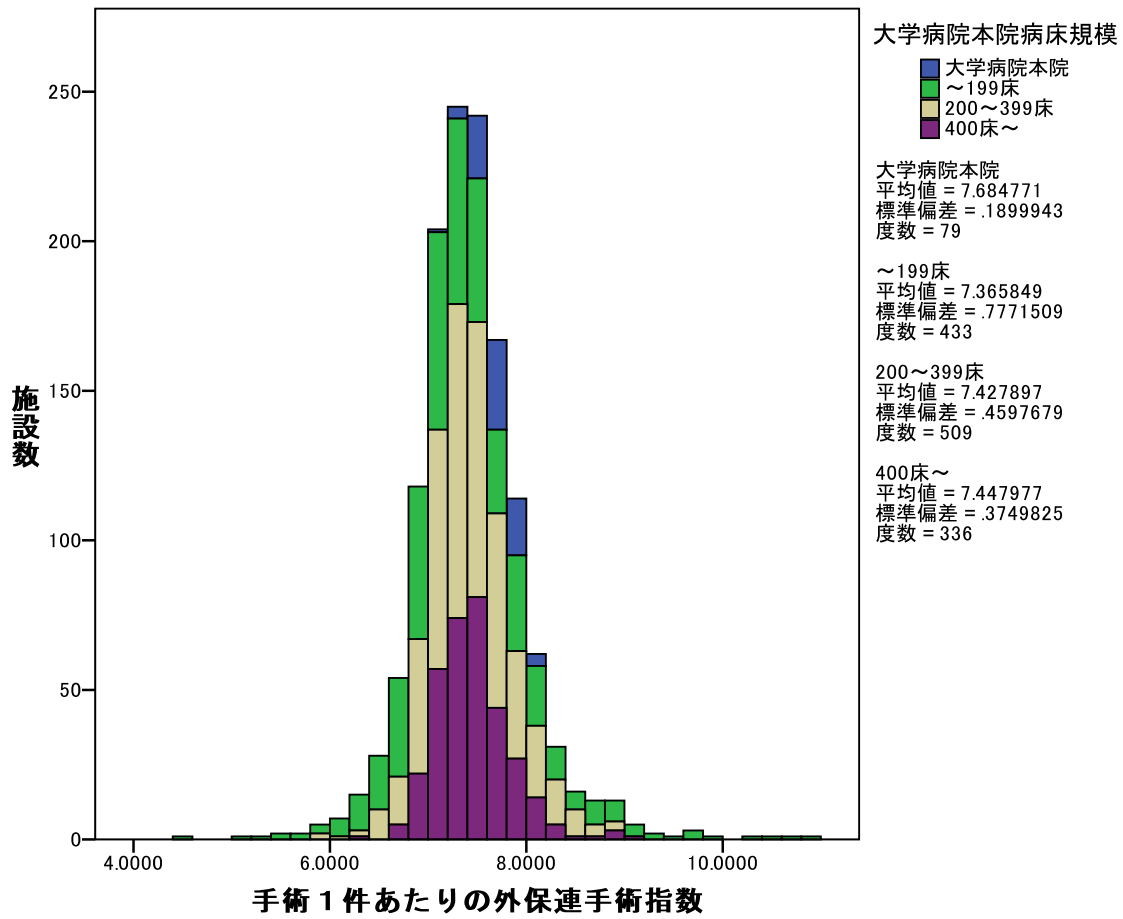
「医師密度（免許取得後2年目以内）」

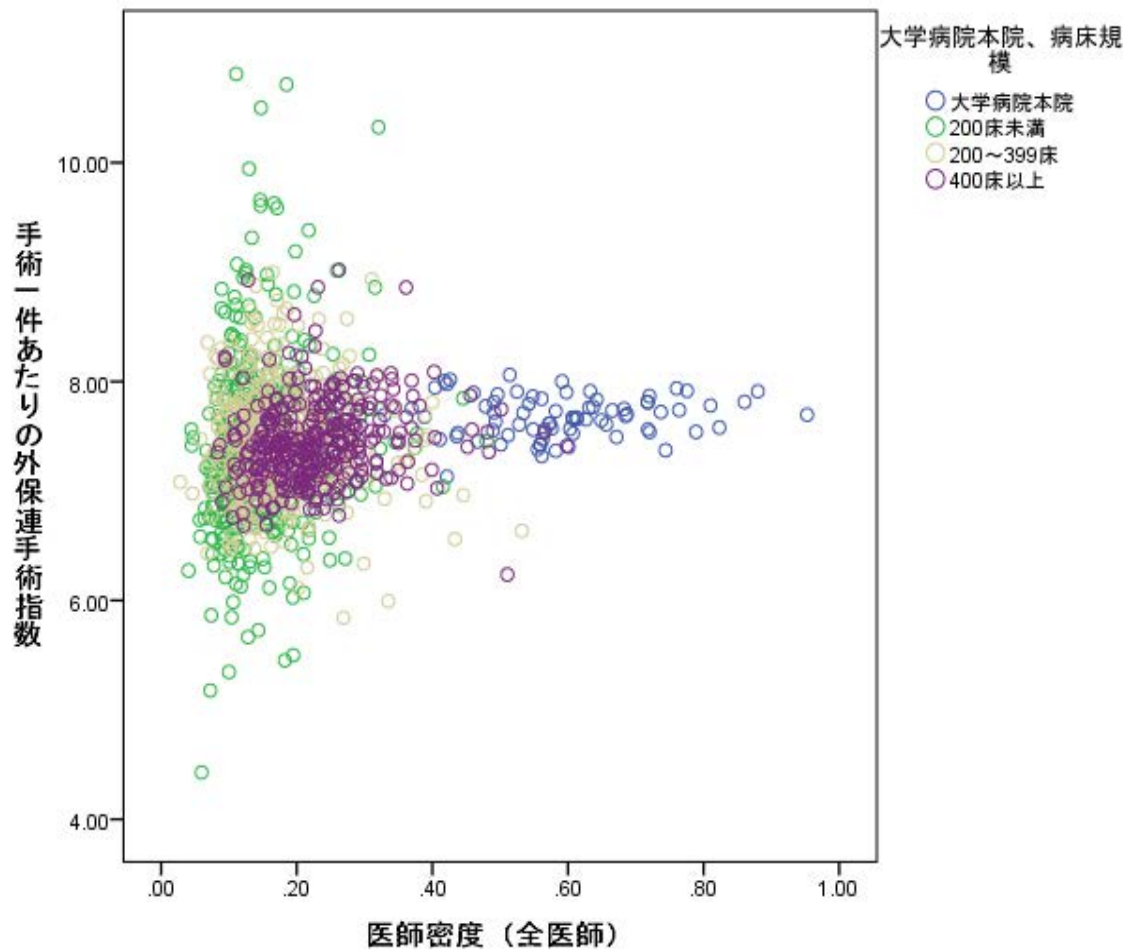




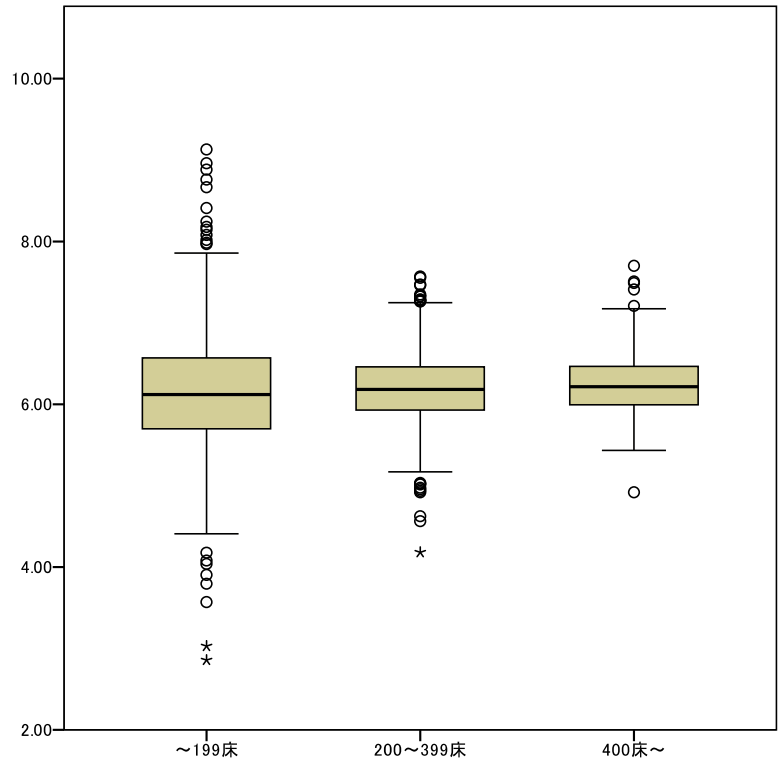
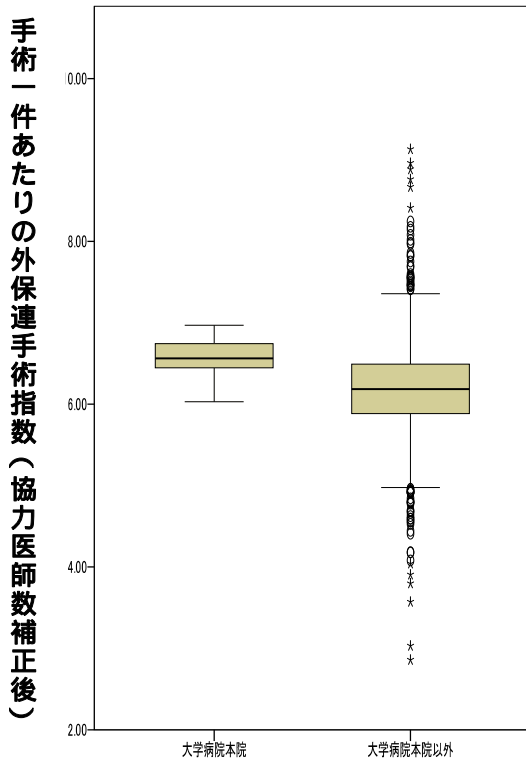
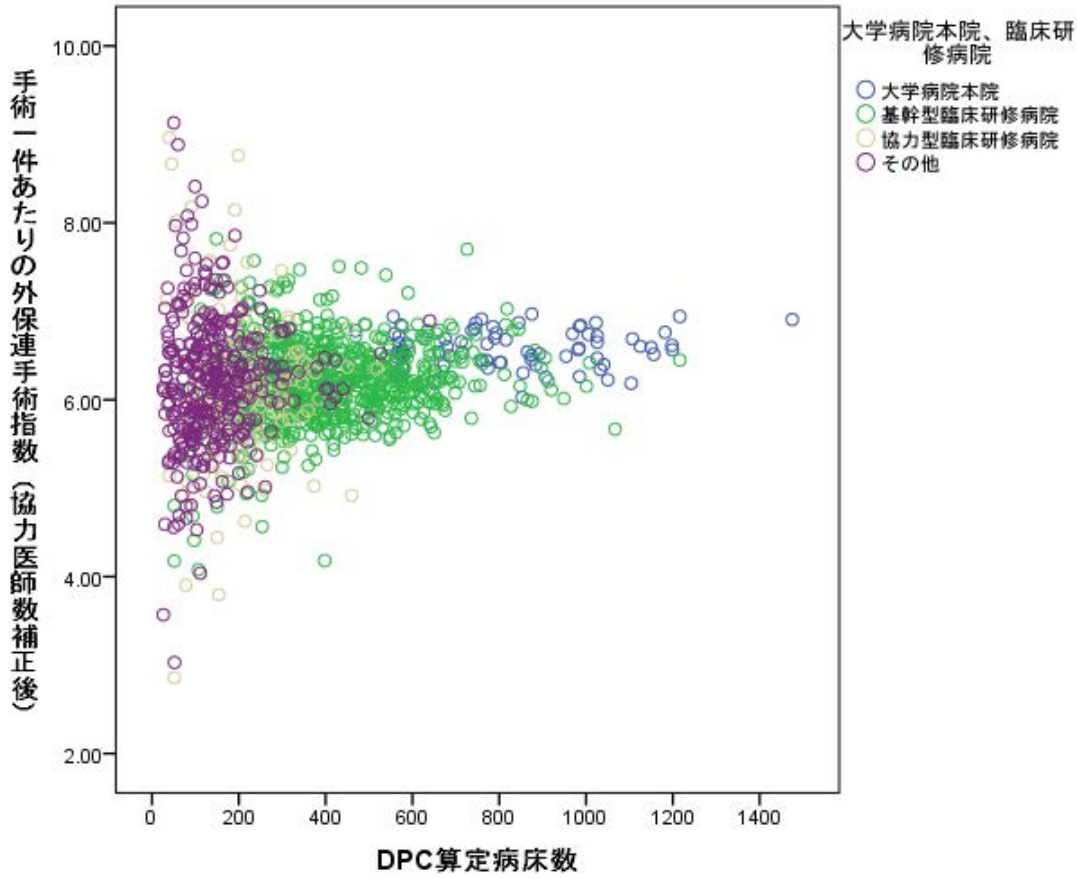
「手術 1 件当たりの外保連手術指数」

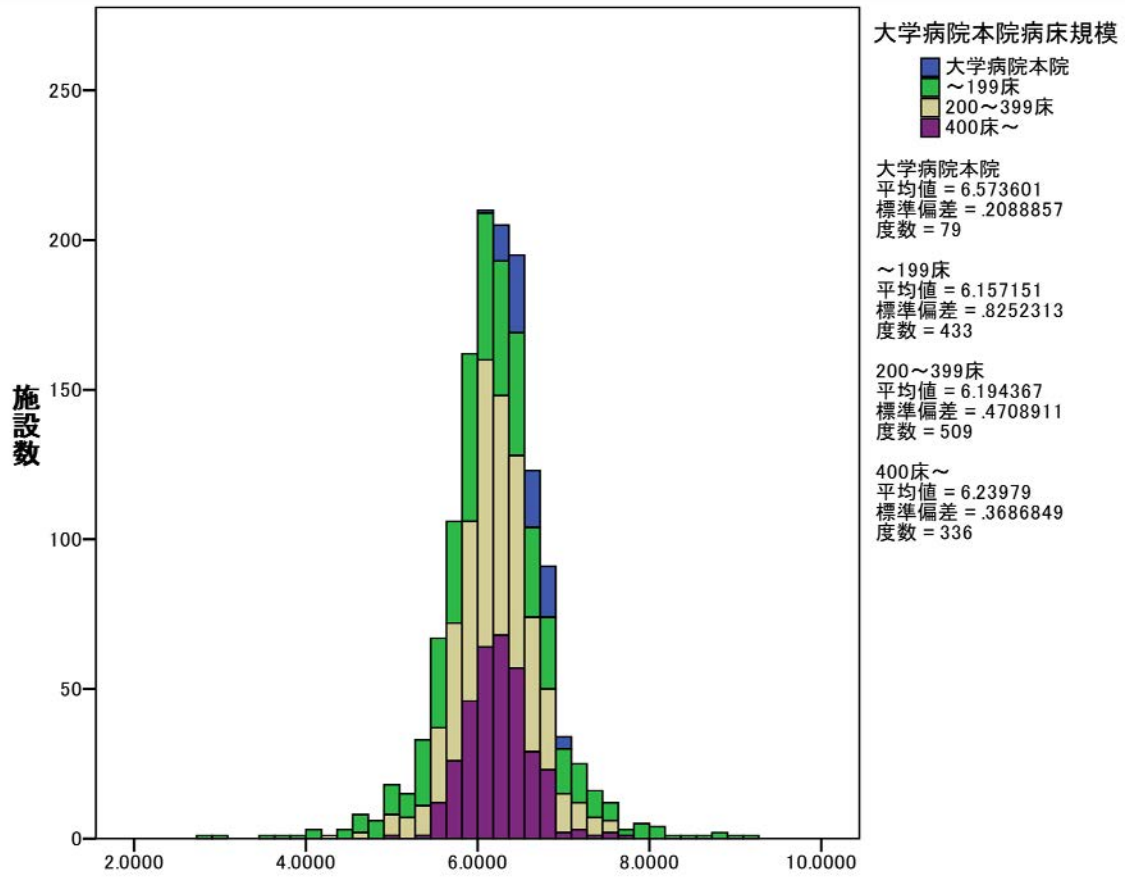




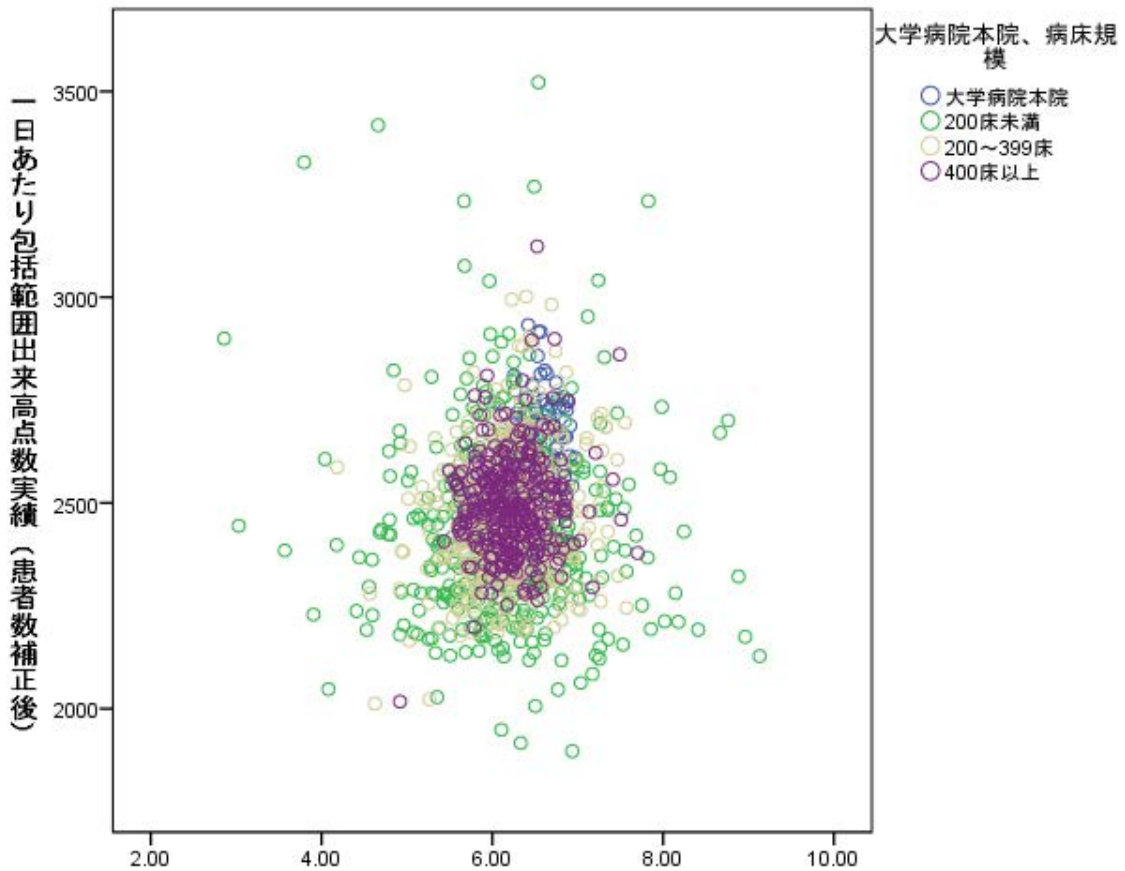


「手術 1 件当たりの外保連手術指数（協力医師数補正後）」

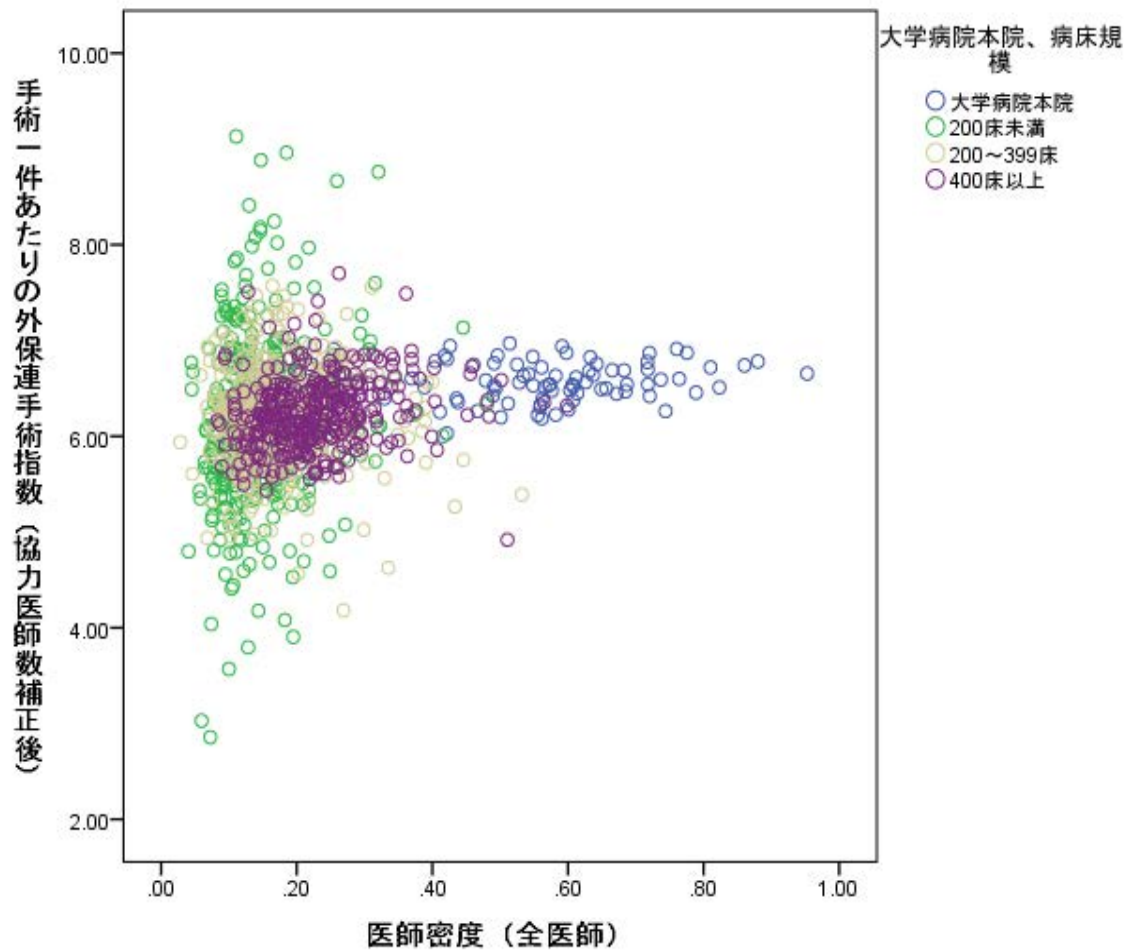




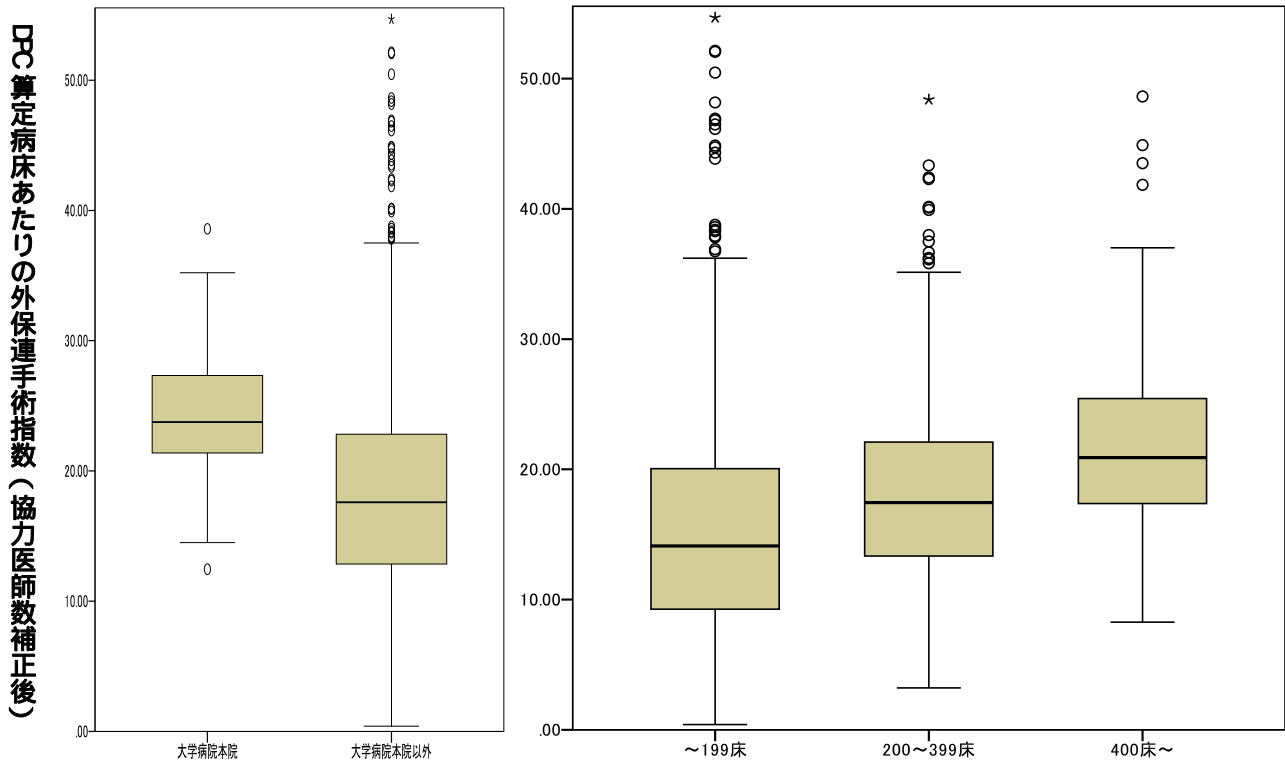
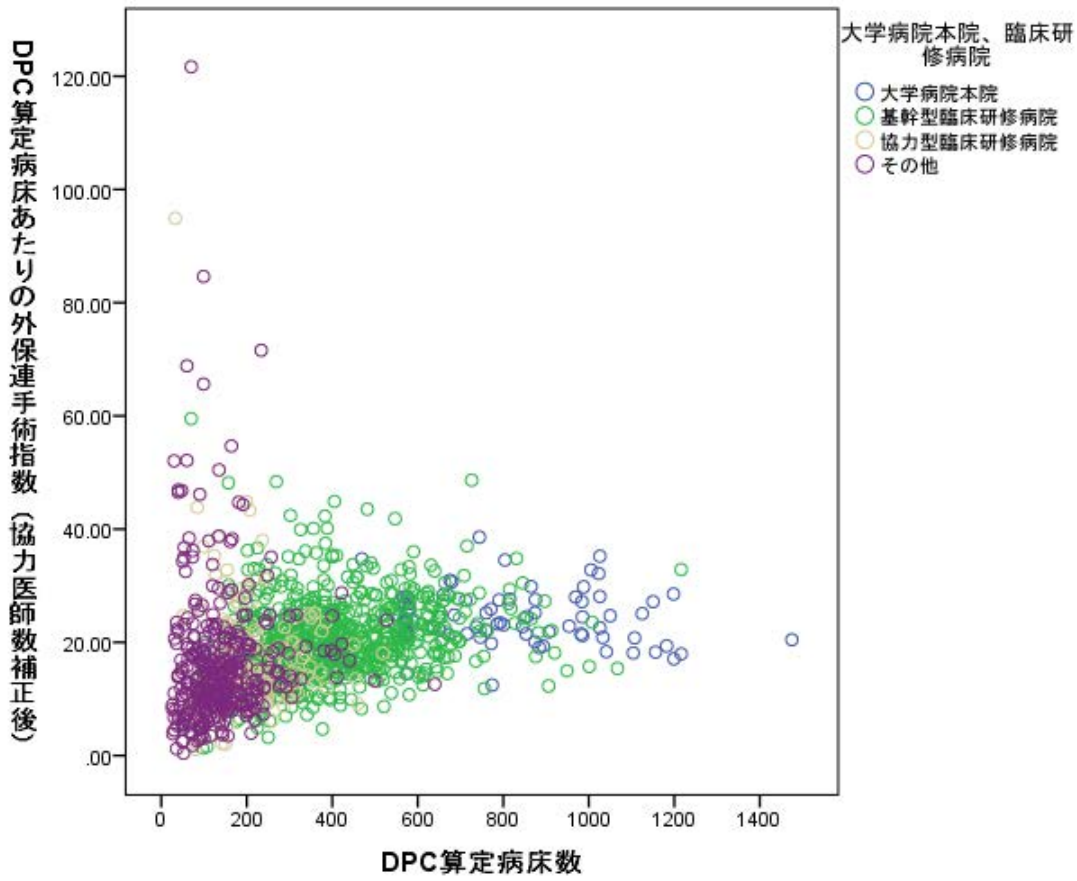
手術1件あたりの外保連手術指数(協力医師数補正後)

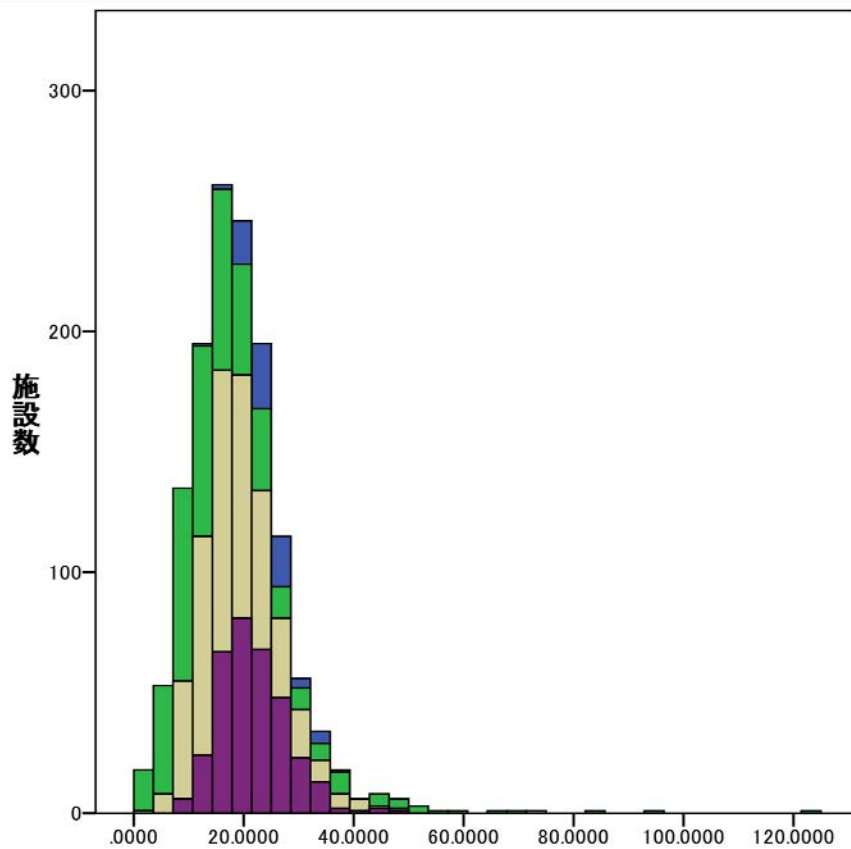


手術1件あたりの外保連手術指数 (協力医師数補正後)



「DPC 算定病床当たりの外保連手術指数（協力医師数補正後）」





大学病院本院病床規模

- 大学病院本院
- ~199床
- 200~399床
- 400床~

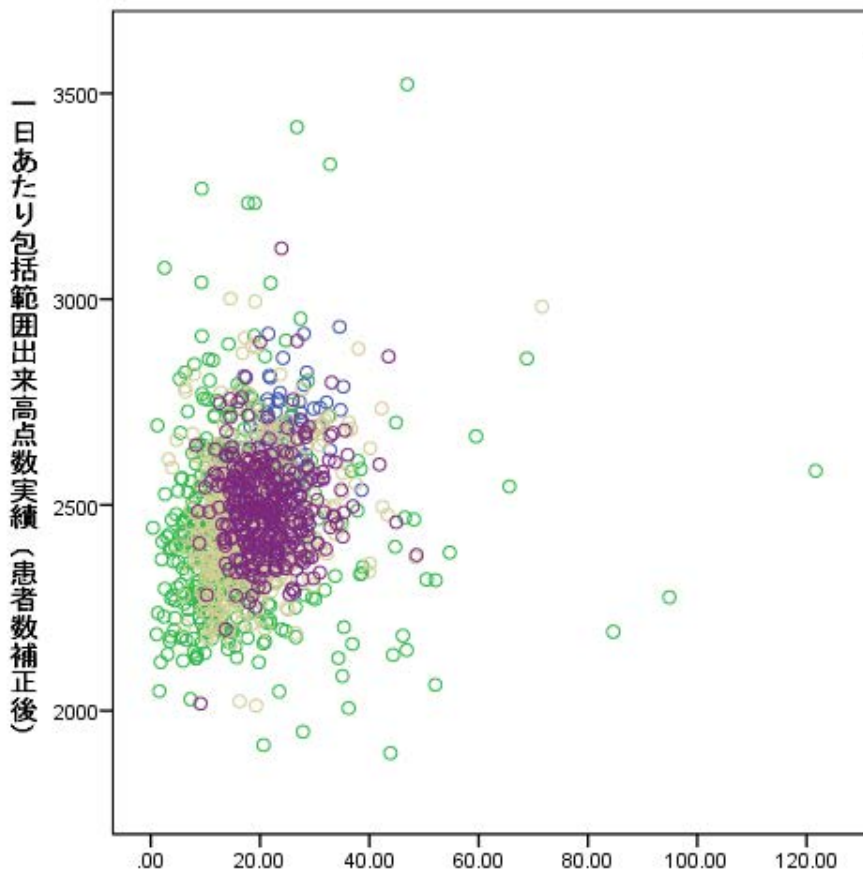
大学病院本院
 平均値 = 24.362142
 標準偏差 = 4.6946491
 度数 = 79

~199床
 平均値 = 16.629576
 標準偏差 = 12.5273222
 度数 = 433

200~399床
 平均値 = 18.40542
 標準偏差 = 7.3786604
 度数 = 509

400床~
 平均値 = 21.614578
 標準偏差 = 6.1923186
 度数 = 336

DPC算定病床あたりの外保連手術指数(協力医師数補正後)

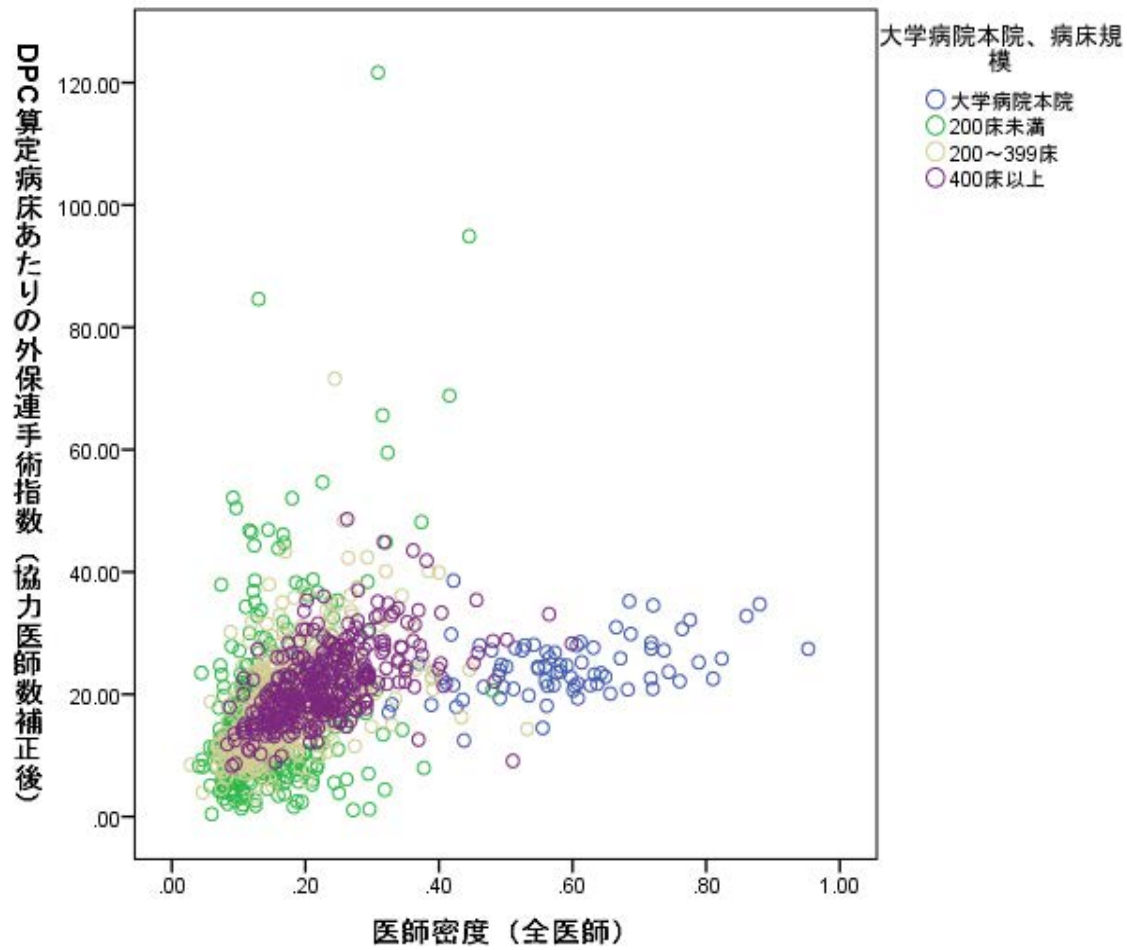


大学病院本院、病床規模

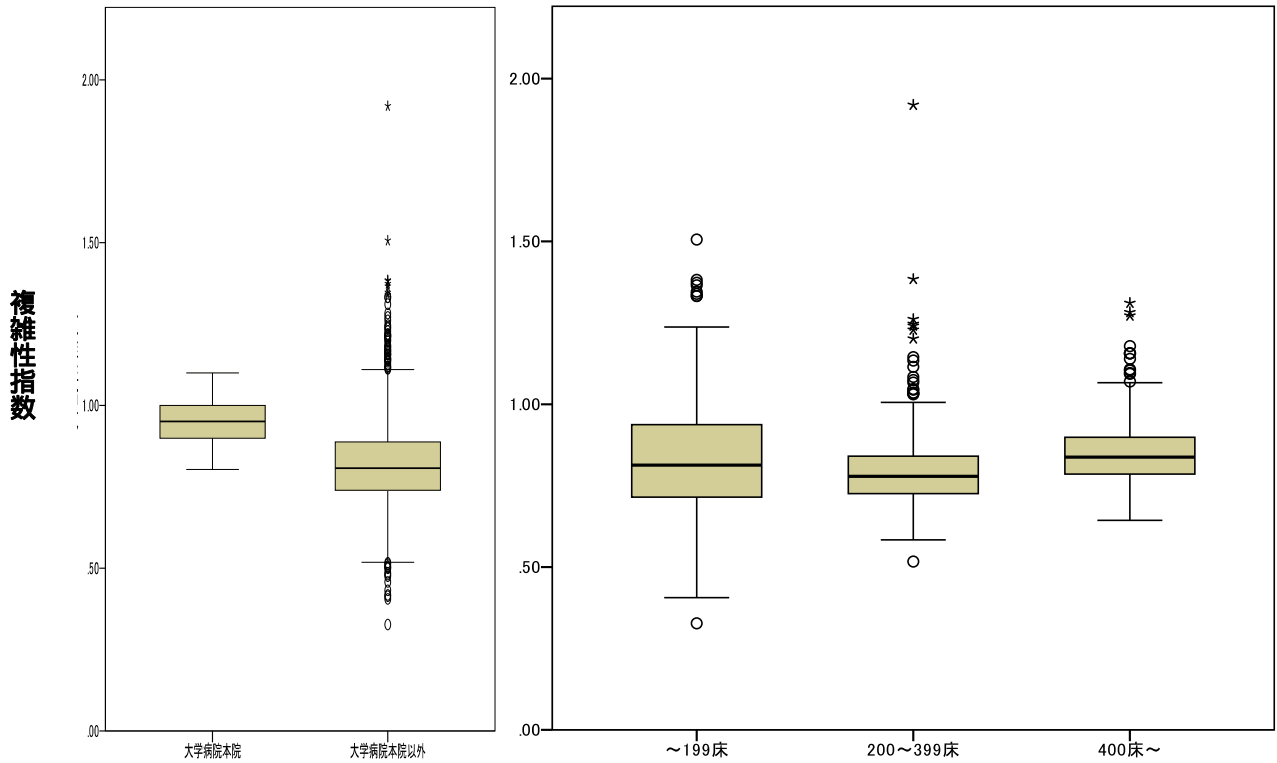
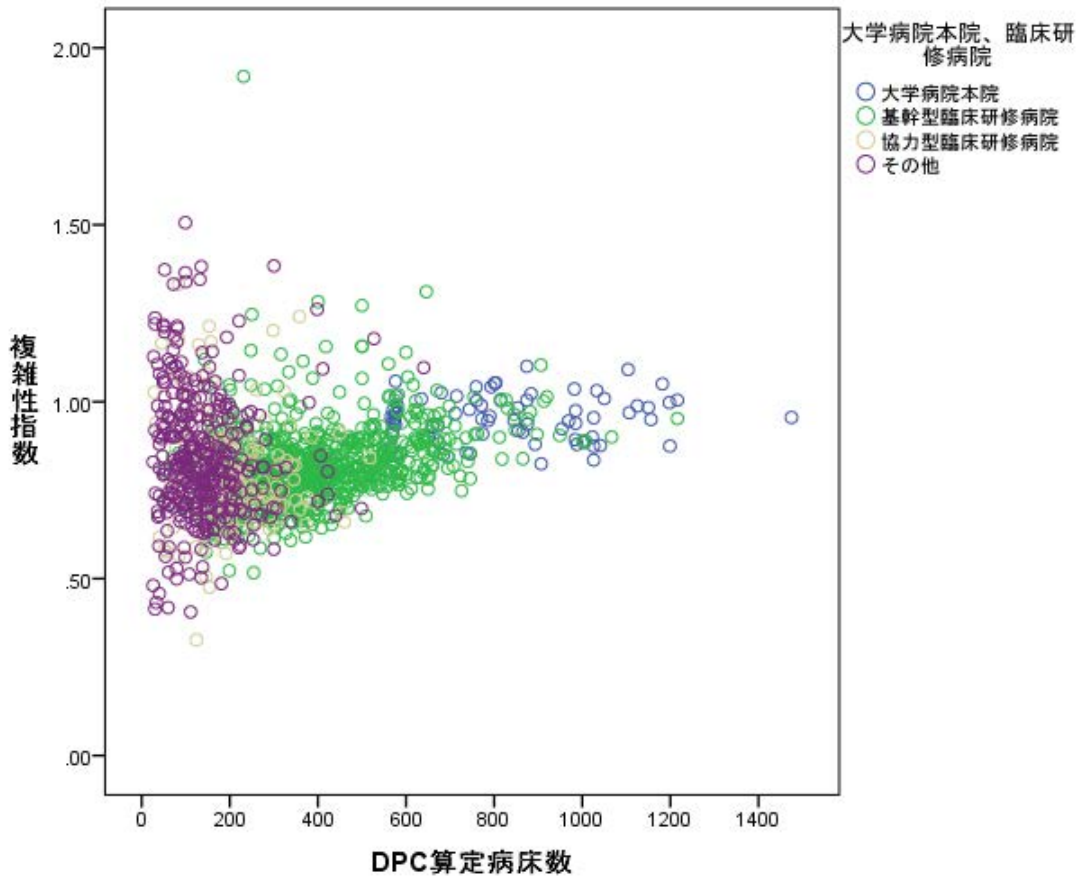
- 大学病院本院
- 200床未満
- 200~399床
- 400床以上

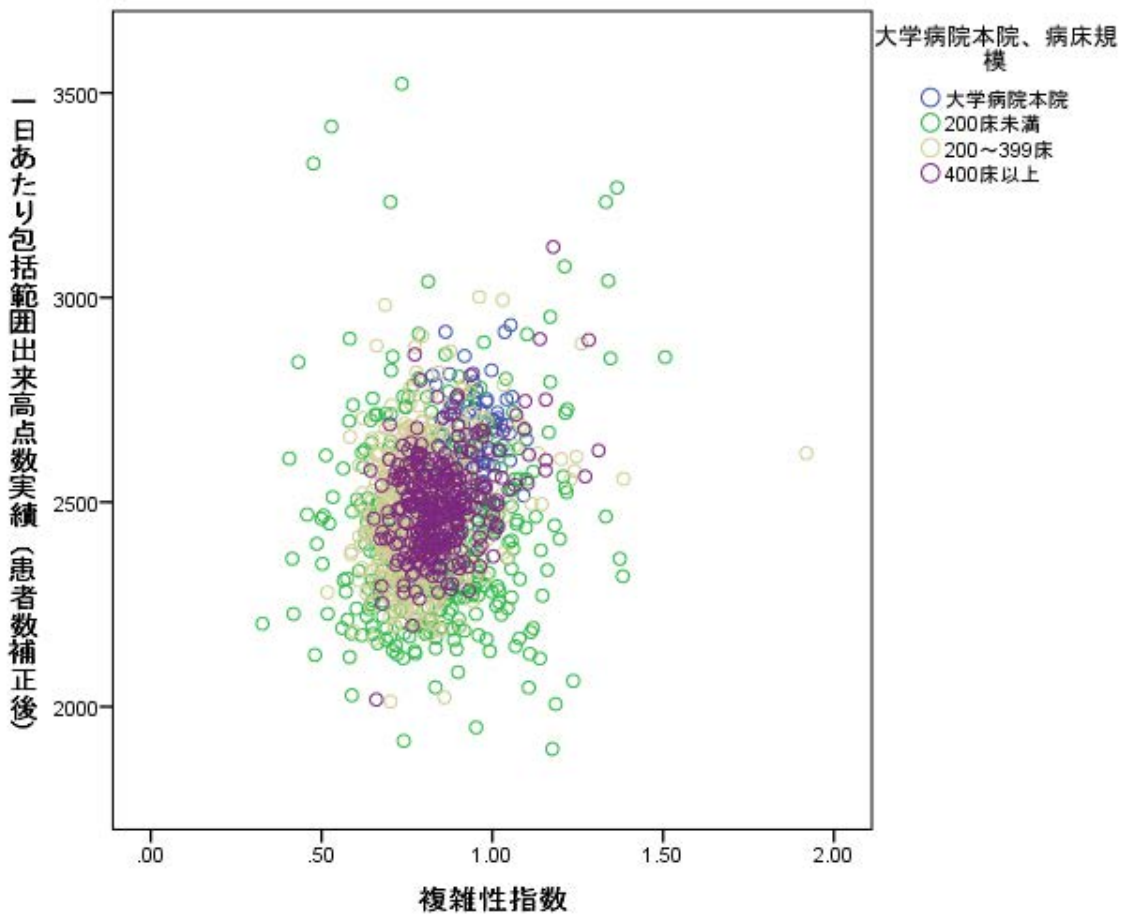
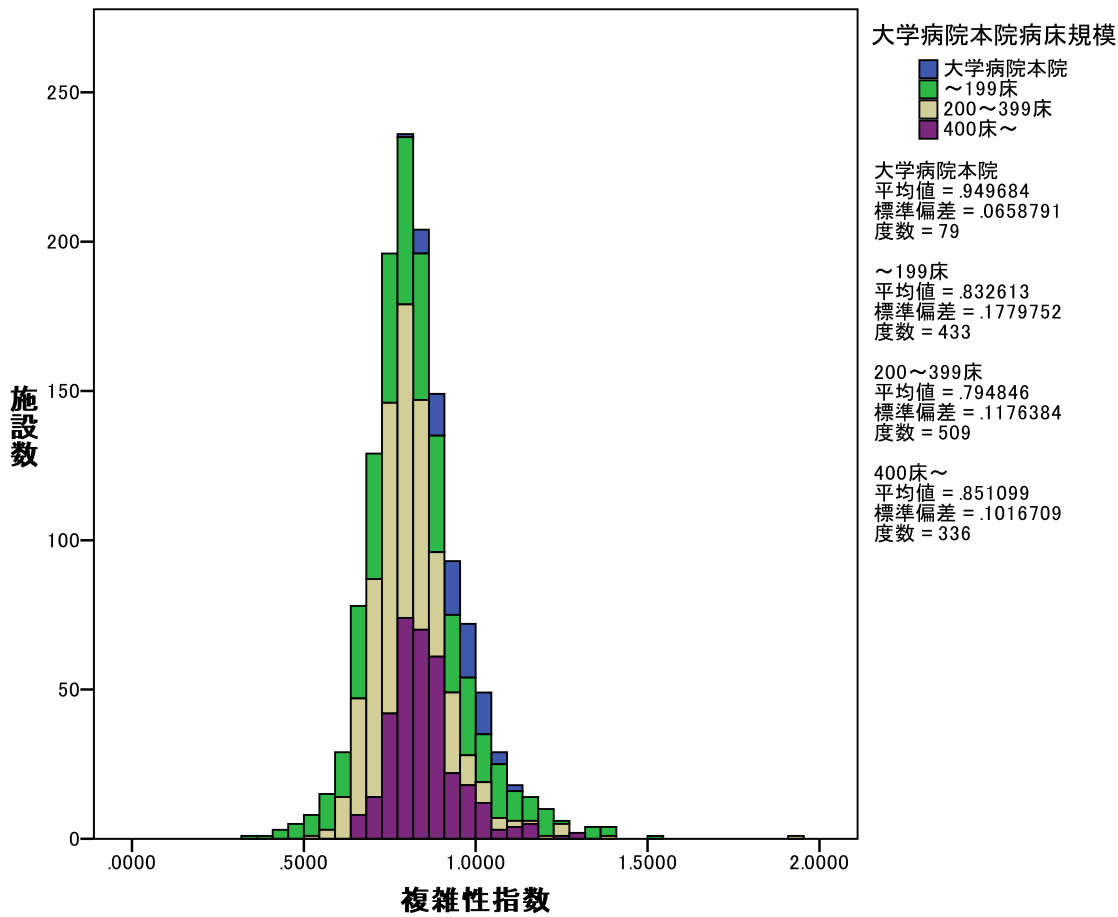
一日あたり包括範囲出来高点数実績(患者数補正後)

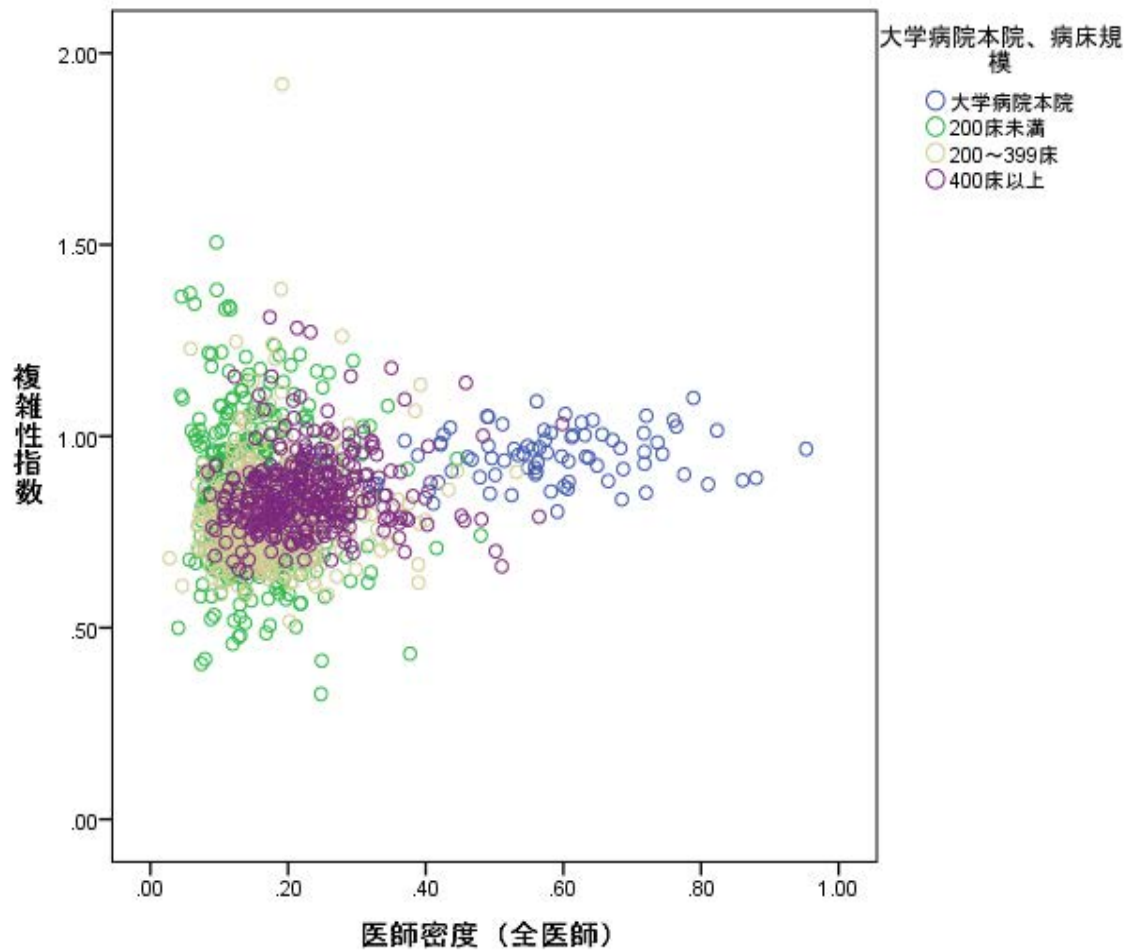
DPC算定病床あたりの外保連手術指数(協力医師数補正後)



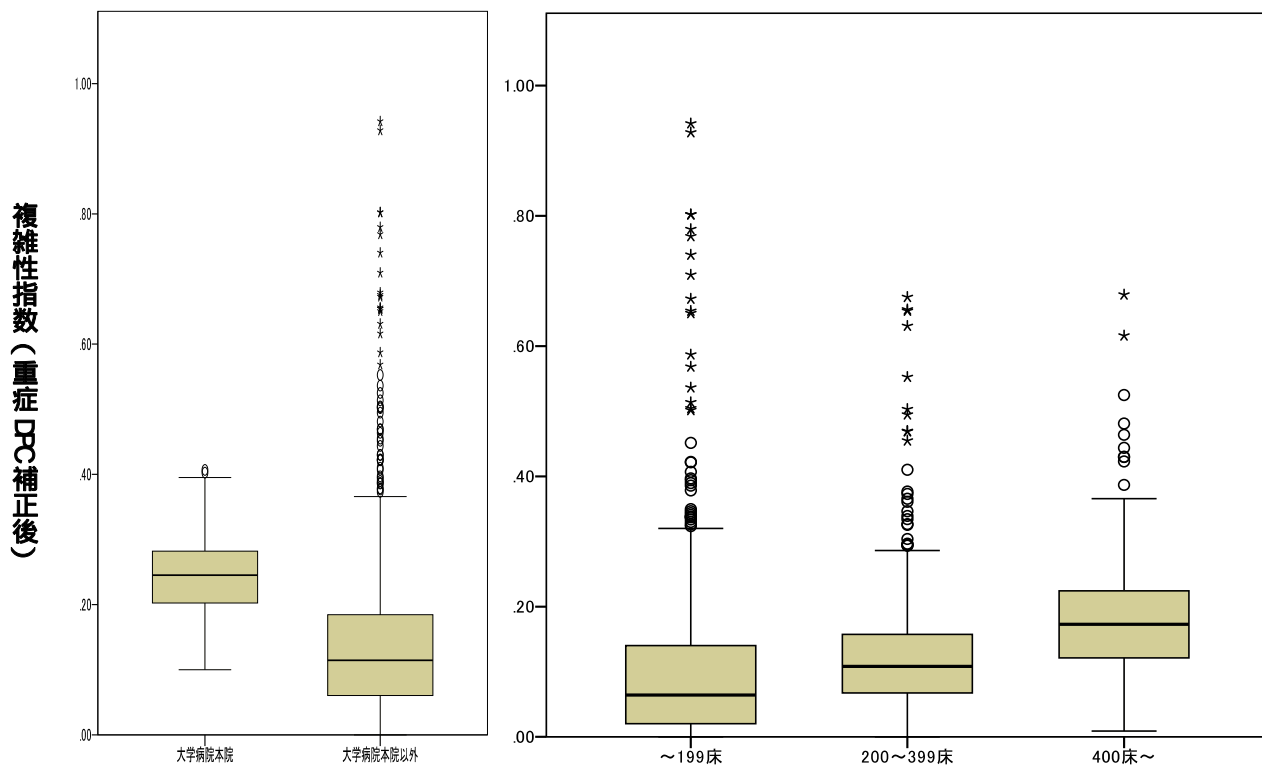
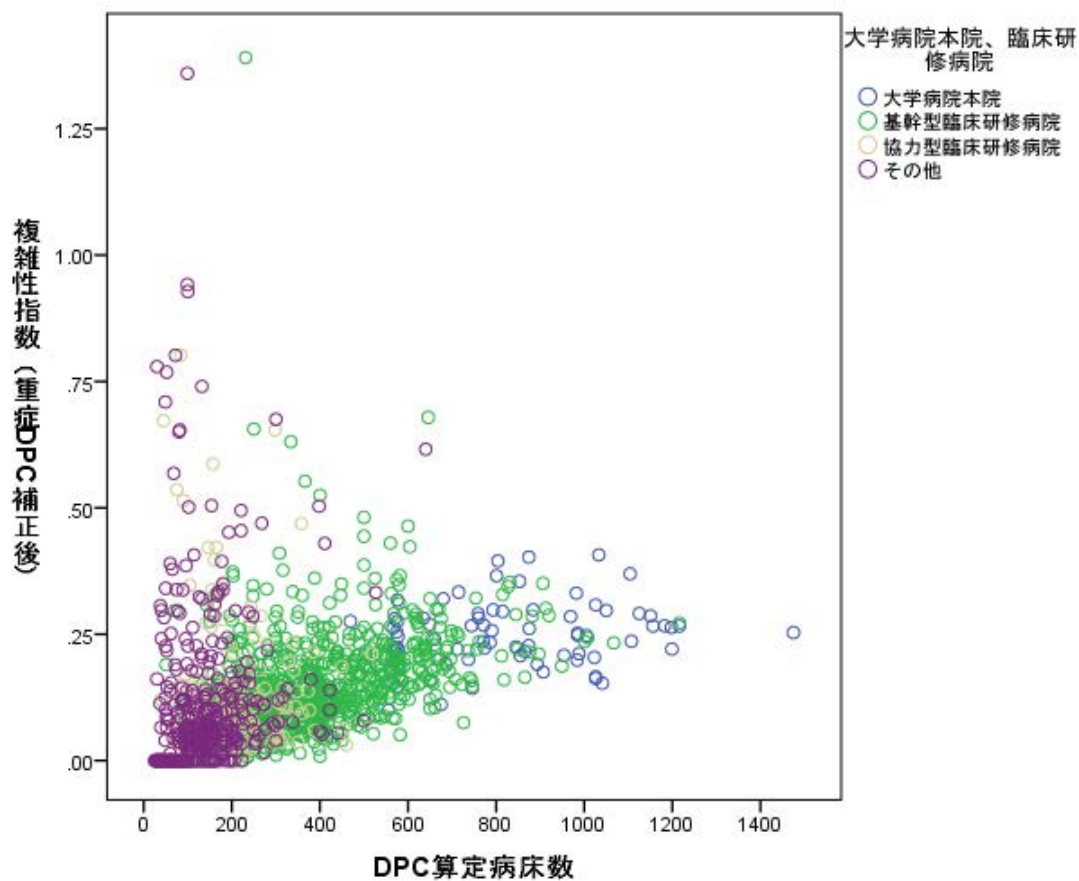
複雑性指数

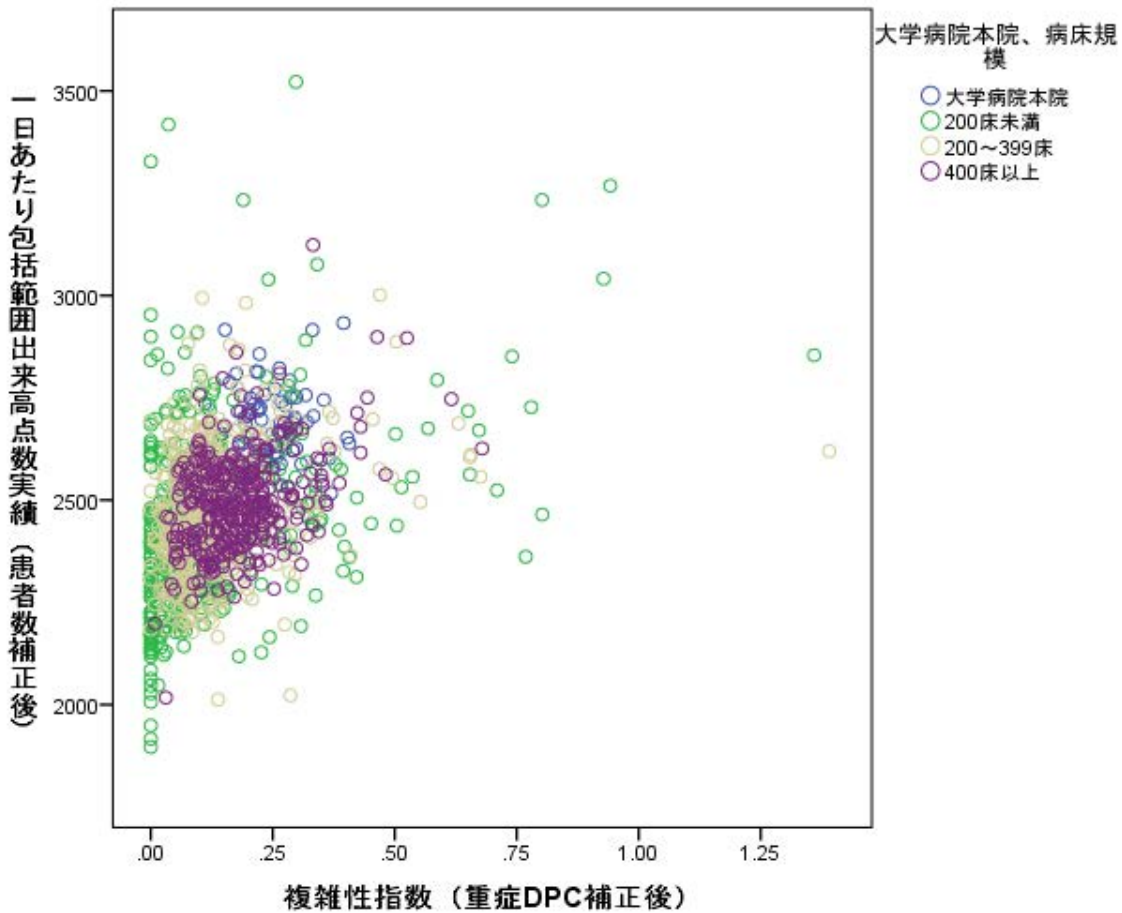
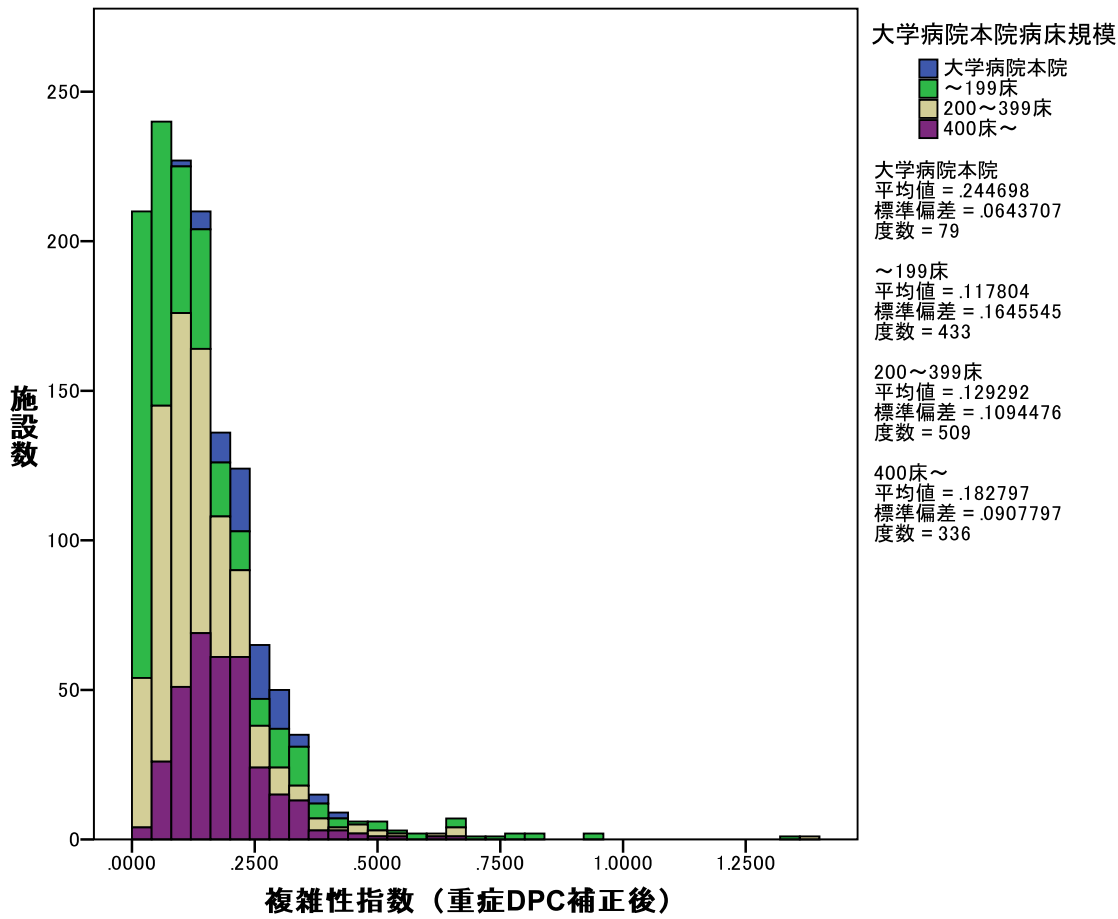


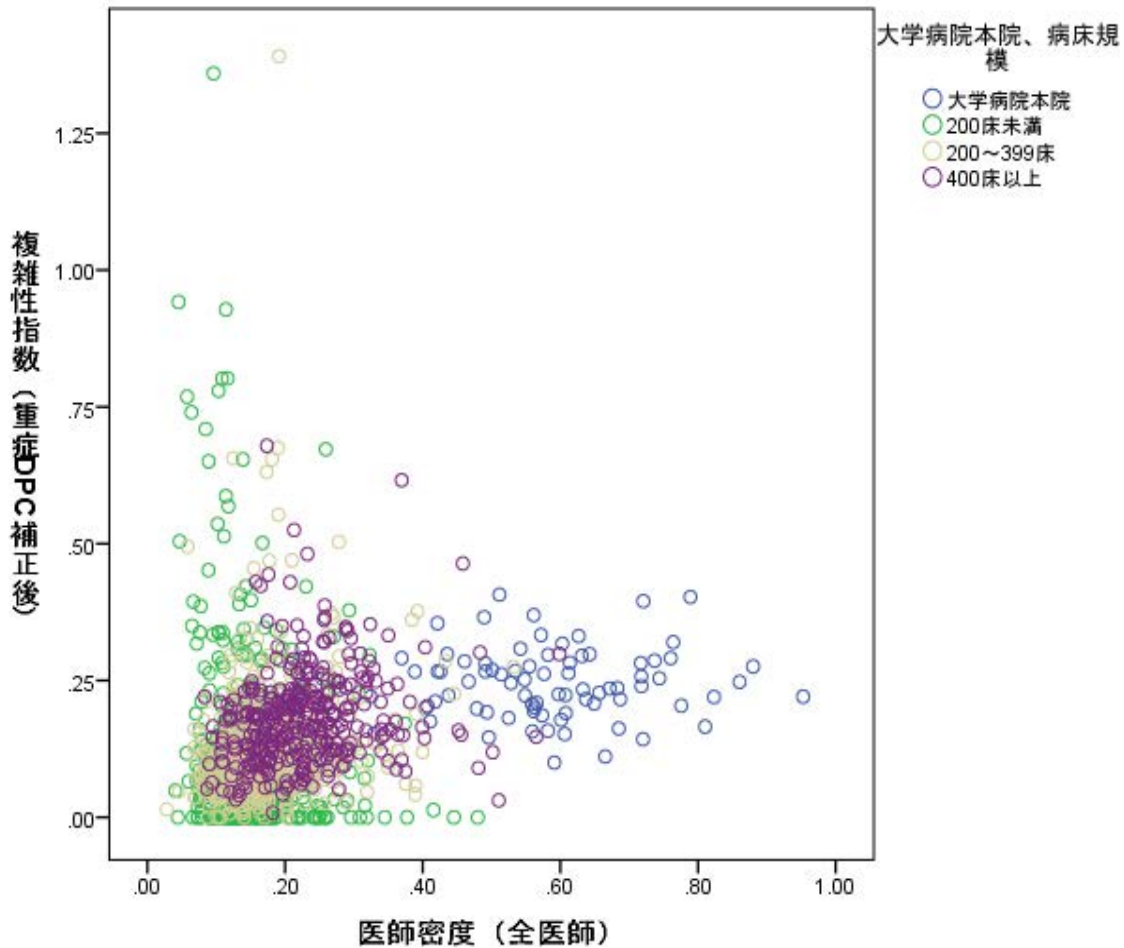




複雑性指数（重症 DPC 補正後）







< 指標間の相関係数（再掲） >

医師密度(全医師数)との相関係数	全施設	大学病院 本院を除く
< 高度な医療技術 >		
手術 1 件あたり外保連指数	0.138	0.088
手術 1 件あたり外保連指数(協力医師数補正後)	0.184	0.113
DPC 算定病床あたり外保連指数	0.377	0.466
DPC 算定病床あたり外保連指数(協力医師数補正後)	0.389	0.459
< 重症者診療機能 >		
複雑性指数	0.201	0.06
複雑性指数(重症 DPC 補正後)	0.213	0.115

	全施設	大学病院 本院を除く
医師密度間の相関係数		
2 年目以下 × 5 年目以下	0.945	0.911
2 年目以下 × 全医師	0.829	0.669
5 年目以下 × 全医師	0.885	0.775

平成 24 年改定に向けた DPC 制度に係る当面の対応について

1. 要旨

平成 24 年改定に向けた DPC 制度（DPC/PDPS）の対応については、平成 23 年 9 月 7 日の中医協総会で了承された検討事項とスケジュールに基づき、引き続き DPC 評価分科会において検討を進めているところ【平成 23 年 9 月 7 日中医協 総-3-1】。

上記の検討や、平成 24 年の年明けに実施する具体的な報酬設定に必要なデータ等の範囲や補足の調査について、現時点で明確にした上で作業を継続する必要がある。

2. 具体的な対応手順（審議事項）

- (1) 平成 24 年診療報酬改定で使用する退院患者調査データの範囲（期間）
DPC/PDPS の改定対応では、退院患者調査の集計に基づき、診断群分類点数表や医療機関別係数等（暫定基礎（調整）係数、機能評価係数、機能評価係数）の改定を行っている。これらに活用するデータベースの構築には、医療機関からのデータ提出を得て、データ・クリーニングや集計等の統計処理、更にその後の告示事務処理等に一定期間を要することから、平成 24 年改定において使用する退院患者調査データは平成 22 年 10 月 1 日から平成 23 年 9 月末日までの退院患者分としてはどうか。
- (2) 東日本大震災被災地に係るデータの取扱い
改定で使用するデータにおける東日本大震災の影響については、病院所在地情報等の活用による適切な評価を中医協総会にて行い、その結果を踏まえて最終的な DPC/PDPS 改定データにおける被災地の取扱を決定してはどうか。

< 診療報酬改定に活用するデータのイメージ >



(3) 各施設の医療機関別係数設定に必要な実績等の調査（届出）

基礎係数（医療機関群）設定や、機能評価係数 改定の対応について、平成 24 年改定での対応方針（総-1-1）を前提とすれば、上記(1)の退院患者調査データに加え、平成 23 年の 12 月末までには各医療機関・各都道府県・各厚生局に実績状況等の照会を行い回答を得る必要があることから、最終的な一連の見直しに対応できるよう、DPC 評価分科会での項目の検討の進捗を踏まえながら、確定している（又は想定されている）項目から順次調査に着手することとしてはどうか。

平成22年度診療報酬改定以降の賃金・物価の動向

賃金の動向

(人事院勧告)

	平成22年度	平成23年度	2年間の増減率
平成22年度 }	▲0.2%	▲0.2%	▲1.7%
平成23年度	(賞与▲1.3%)	(賞与 0.0%)	

[参考]

	平成20年度	平成21年度	2年間の増減率
平成20年度 }	0.0%	▲0.2%	▲2.4%
平成21年度	(賞与0.0%)	(賞与▲2.2%)	

(注) 各年度の数値は、上段が人事院勧告の全俸給表の平均改定率、下段(カッコ書き)が賞与の支給月数の変更による影響率(別掲)であり、「2年間の増減率」はこれらを合計したものである。

物価の動向

(消費者物価)

	平成22年度	平成23年度	2年間の増減率
平成22年度 }	▲0.4%	▲0.1%	▲0.5%
平成23年度			

[参考]

	平成20年度	平成21年度	2年間の増減率
平成20年度 }	1.1%	▲1.7%	▲0.6%
平成21年度			

(注1) 各年度(平成23年度を除く)の数値は、平成17年を100とした場合の指数による増減率である。

(注2) 平成23年度の数値は、総務省統計局が発表した平成23年度4月から9月までの全国消費者物価指数(前年同月比(平成22年を100とした場合の指数による増減率))の平均値である。

給与勧告の実施状況等

「人事院HP」

(昭和35年以降)

年	勧告				国会決定		備考
	勧告月日	内容(較差)	実施時期(月例給)	期末・勤勉手当支給月数	内容	実施時期(月例給)	
35	8. 8(月)	12.4 %	5.1	3.0	勧告どおり	10.1	39.4 池田・太田会談(公労委企業規模100人以上民間給与準拠)
36	8. 8(火)	7.3	〃	3.4	〃	〃	
37	8.10(金)	9.3	〃	3.7	〃	〃	
38	8.10(土)	7.5	〃	3.9	〃	〃	
39	8.12(水)	8.5	〃	4.2	〃	9.1	
40	8.13(金)	7.2	〃	4.3	〃	〃	40.5 LL087号条約批准、国公法改正、人事局設置
41	8.12(金)	6.9	〃	(4.3)	〃	〃	48.4 全農林事件最高裁判決
42	8.15(火)	7.9	〃	4.4	〃	8.1	
43	8.16(金)	8.0	〃	(4.4)	〃	7.1	
44	8.15(金)	10.2	〃	4.5	〃	6.1	
45	8.14(金)	12.67	〃	4.7	〃	勧告どおり	
46	8.13(金)	11.74	〃	4.8	〃	〃	
47	8.15(火)	10.68	4.1	(4.8)	〃	〃	
48	8. 9(木)	15.39	〃	(4.8)	〃	〃	
49	7.26(金)	29.64	〃	5.2	〃	〃	57.7 臨時行政調査会第三次答申 58.3 〃 最終答申 59.7 総務庁新設 60.7 11級制へ移行
50	8.13(水)	10.85	〃	(5.2)	〃	〃	
51	8.10(火)	6.94	〃	5.0	〃	〃	
52	8. 9(火)	6.92	〃	(5.0)	〃	〃	
53	8.11(金)	3.84	〃	4.9	〃	〃	
54	8.10(金)	3.70	〃	(4.9)	〃	〃	
55	8. 8(金)	4.61	〃	(4.9)	〃	〃	
56	8. 7(金)	5.23	〃	(4.9)	〃	〃	
57	8. 6(金)	4.58	〃	(4.9)	〃	〃	
58	8. 5(金)	6.47	〃	(4.9)	〃	〃	
59	8.10(金)	6.44	〃	(4.9)	〃	〃	
60	8. 7(水)	5.74	〃	(4.9)	〃	〃	
61	8.12(火)	2.31	〃	(4.9)	〃	〃	
62	8. 6(木)	1.47	〃	(4.9)	〃	〃	
63	8. 4(木)	2.35	〃	(4.9)	〃	〃	
平成元	8. 4(金)	3.11	〃	5.1	〃	〃	4.5 完全週休2日制 6.9 勤務時間法施行 9.6 任期付研究員法施行
2	8. 7(火)	3.67	〃	5.35	〃	〃	
3	8. 7(水)	3.71	〃	5.45	〃	〃	
4	8. 7(金)	2.87	〃	(5.45)	〃	〃	
5	8. 3(火)	1.92	〃	5.30	〃	〃	
6	8. 2(火)	1.18	〃	5.20	〃	〃	
7	8. 1(火)	0.90	〃	(5.20)	〃	〃	
8	8. 1(木)	0.95	〃	(5.20)	〃	〃	
9	8. 4(月)	1.02	〃	5.25	〃	〃	
10	8.12(水)	0.76	〃	(5.25)	〃	〃	11.3 公務員制度調査会基本答申 12.3 官民人事交流法施行 12.4 国家公務員倫理法施行
11	8.11(水)	0.28	〃	4.95	〃	〃	
12	8.15(火)	0.12	〃	4.75	〃	〃	13.1 中央省庁等再編
13	8. 8(水)	0.08 (子等に係る扶養手当引上げ) (特例一時金)	〃	4.70	〃	〃	
14	8. 8(木)	Δ2.03	(注2)	4.65	〃	〃	18.4 給与構造改革の実施(平成18年度～)
15	8. 8(金)	Δ1.07	(注2)	4.40	〃	(12.1)	
16	8. 6(金)	水準改定の勧告なし(注3)	—	(4.40)	—	(11.1)	19.7 国家公務員法改正(能力・実績主義の人事管理の徹底等)
17	8.15(月)	Δ0.36	(注2)	4.45	〃	(12.1)	
18	8. 8(火)	水準改定の勧告なし(注4)	—	(4.45)	—	—	20.6 国家公務員制度改革基本法成立
19	8. 8(水)	0.35	4.1	4.50	〃	〃	
20	8.11(月)	水準改定の勧告なし(注5)	—	(4.50)	—	—	21 〃
21	8.11(火)	Δ0.22	(注2)	4.15	〃	(12.1)	
22	8.10(火)	Δ0.19	(注2)	3.95	〃	〃	

(注) 1 期末・勤勉手当支給月数の「()」は、勧告を行っていない(前年と同月数)。
 2 勧告を実施するための法律の公布日の属する月の翌月の初日(公布日が月の初日であるときは、その日)(4月から実施日の前日までの期間に係る較差相当分を解消するため、12月期の期末手当で減額調整)
 3 平成16年の較差は、0.01%。水準改定以外の勧告(寒冷地手当の引下げ改定等)あり。
 4 平成18年の較差は、0.00%。水準改定以外の勧告(給与構造改革に関する改定)あり。
 5 平成20年の較差は、0.04%。水準改定以外の勧告(給与構造改革に関する改定等)あり。

第4 - 1表

総合・前年同月比の推移

（％）

		1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	年	年度	
昭和46年	1971	6.5	6.0	5.3	5.8	6.4	6.9	6.9	7.0	8.0	6.5	5.5	4.8	6.3	5.9	
	47	1972	4.1	4.5	5.3	5.0	5.2	4.8	5.0	5.9	3.9	4.4	5.1	5.7	4.9	5.7
	48	1973	6.7	7.0	8.7	9.4	10.8	11.0	11.7	11.9	14.2	13.9	15.2	18.3	11.7	15.6
	49	1974	21.9	24.9	22.8	23.7	22.0	22.3	23.8	23.9	22.5	24.8	24.5	21.0	23.2	20.9
	50	1975	16.8	13.6	13.9	13.4	14.0	13.4	11.4	10.2	10.4	9.7	8.3	7.8	11.7	10.4
	51	1976	8.7	9.3	8.7	9.4	9.2	9.6	9.9	9.4	9.8	8.7	9.2	10.5	9.4	9.5
	52	1977	9.4	9.3	9.5	8.8	9.4	8.6	7.7	8.6	7.7	7.6	6.5	5.0	8.1	6.9
	53	1978	4.5	4.5	4.8	4.2	3.9	3.9	4.6	4.6	4.1	3.7	3.8	3.9	4.2	3.8
	54	1979	3.6	2.8	2.7	2.9	3.2	3.8	4.3	3.1	3.2	4.2	5.0	5.6	3.7	4.8
	55	1980	6.4	7.7	7.7	8.1	8.0	8.2	7.5	8.4	8.7	7.5	8.0	6.9	7.7	7.6
	56	1981	7.2	6.3	6.1	5.0	5.0	4.8	4.4	4.2	4.0	4.2	3.8	4.3	4.9	4.0
	57	1982	3.3	3.2	3.0	3.0	2.5	2.3	1.9	3.2	3.2	3.1	2.3	2.0	2.8	2.6
	58	1983	2.1	2.0	2.3	2.1	2.7	2.0	2.3	1.3	0.9	1.5	1.9	1.7	1.9	1.9
	59	1984	1.9	2.9	2.5	2.3	2.0	1.9	2.5	1.9	2.3	2.2	2.2	2.6	2.3	2.2
	60	1985	2.9	1.5	1.8	2.0	1.8	2.5	2.4	2.3	1.7	2.3	1.9	1.9	2.0	1.9
	61	1986	1.5	1.8	1.3	1.0	1.1	0.6	0.1	0.1	0.5	-0.3	0.0	-0.3	0.6	0.0
	62	1987	-1.1	-1.0	-0.5	0.1	0.0	0.3	0.1	0.4	0.8	0.7	0.7	0.8	0.1	0.5
	63	1988	0.9	0.7	0.7	0.3	0.2	0.2	0.5	0.7	0.6	1.1	1.2	1.0	0.7	0.8
平成元年	1989	1.1	1.0	1.1	2.4	2.9	3.0	3.0	2.6	2.6	2.9	2.3	2.6	2.3	2.9	
	2	1990	3.0	3.6	3.5	2.5	2.7	2.2	2.3	2.9	3.0	3.5	4.2	3.8	3.1	3.3
	3	1991	4.0	3.6	3.6	3.4	3.4	3.4	3.5	3.3	2.7	2.7	3.1	2.7	3.3	2.8
	4	1992	1.8	2.0	2.0	2.4	2.0	2.3	1.7	1.7	2.0	1.1	0.7	1.2	1.6	1.6
	5	1993	1.3	1.4	1.2	0.9	0.9	0.9	1.9	1.9	1.5	1.3	0.9	1.0	1.3	1.2
	6	1994	1.2	1.1	1.3	0.8	0.8	0.6	-0.2	0.0	0.2	0.7	1.0	0.7	0.7	0.4
	7	1995	0.6	0.2	-0.4	-0.2	0.0	0.3	0.1	-0.2	0.2	-0.6	-0.7	-0.3	-0.1	-0.1
	8	1996	-0.5	-0.4	-0.1	0.2	0.2	0.0	0.4	0.2	0.0	0.5	0.5	0.6	0.1	0.4
	9	1997	0.6	0.6	0.5	1.9	1.9	2.2	1.9	2.1	2.4	2.5	2.1	1.8	1.8	2.0
	10	1998	1.8	1.9	2.2	0.4	0.5	0.1	-0.1	-0.3	-0.2	0.2	0.8	0.6	0.6	0.2
	11	1999	0.2	-0.1	-0.4	-0.1	-0.4	-0.3	-0.1	0.3	-0.2	-0.7	-1.2	-1.1	-0.3	-0.5
	12	2000	-0.9	-0.6	-0.5	-0.8	-0.7	-0.7	-0.5	-0.8	-0.8	-0.9	-0.5	-0.2	-0.7	-0.5
	13	2001	-0.3	-0.3	-0.7	-0.7	-0.7	-0.8	-0.8	-0.7	-0.8	-0.8	-1.0	-1.2	-0.7	-1.0
	14	2002	-1.4	-1.6	-1.2	-1.1	-0.9	-0.7	-0.8	-0.9	-0.7	-0.9	-0.4	-0.3	-0.9	-0.6
	15	2003	-0.4	-0.2	-0.1	-0.1	-0.2	-0.4	-0.2	-0.3	-0.2	0.0	-0.5	-0.4	-0.3	-0.2
	16	2004	-0.3	0.0	-0.1	-0.4	-0.5	0.0	-0.1	-0.2	0.0	0.5	0.8	0.2	0.0	-0.1
	17	2005	-0.1	-0.3	-0.2	0.0	0.2	-0.5	-0.3	-0.3	-0.3	-0.7	-0.8	-0.1	-0.3	-0.1
	18	2006	-0.1	-0.1	-0.2	-0.1	0.1	0.5	0.3	0.9	0.6	0.4	0.3	0.3	0.3	0.2
	19	2007	0.0	-0.2	-0.1	0.0	0.0	-0.2	0.0	-0.2	-0.2	0.3	0.6	0.7	0.0	0.4
	20	2008	0.7	1.0	1.2	0.8	1.3	2.0	2.3	2.1	2.1	1.7	1.0	0.4	1.4	1.1
	21	2009	0.0	-0.1	-0.3	-0.1	-1.1	-1.8	-2.2	-2.2	-2.2	-2.5	-1.9	-1.7	-1.4	-1.7
	22	2010	-1.3	-1.1	-1.1	-1.2	-0.9	-0.7	-0.9	-0.9	-0.6	0.2	0.1	0.0	-0.7	-0.4
	23	2011	-0.6	-0.5	-0.5	-0.4	-0.4	-0.4	0.2	0.2	0.0					

注) 前年同月比, 前年比及び前年度比は各基準年の公表値による。

第18回医療経済実態調査 結果報告に関する分析

平成23年11月18日

健康保険組合連合会

目次

主な分析結果.....	1
-------------	---

I 損益差額率の経年比較

(1)医療機関別損益差額率の経年変化(平成 20~22 年 年度データ・開設者別).....	2
(2)医療機関別損益差額率の経年変化(平成 19・21・23 年 単月データ・開設者別).....	3
(3)医療機関別損益差額率の経年変化(平成 21~22 年 年度データ・機能別).....	4
(4)医療機関別の分析	
1)一般病院	
1)－1 病床規模別損益差額率の経年変化(平成 21~22 年 年度データ).....	5
1)－2 入院基本料別・療養病床有無別損益差額率の経年変化(平成 19・21・23 年 単月データ).....	6
1)－3 開設者別	
① 開設者別損益差額率の経年変化(平成 20~22 年 年度データ).....	7
② 開設者別医業・介護費用の構成比率と損益差額率(平成 22 年度データ).....	8
1)－4 療養病棟入院基本料別病院の収益・費用構成比率(平成 23 年 6 月データ).....	9
2)一般診療所	
2)－1 開設者別・有床無床別損益差額率の経年変化(平成 20~22 年 年度データ).....	10
2)－2 主たる診療科別損益差額率の経年変化(平成 21~22 年 年度データ).....	11

3) 歯科診療所	
3) - 1 損益差額率の経年変化(平成 20~22 年 年度データ)	12
(5) 保険薬局の分析	
(5) - 1 損益差額率の経年変化(平成 20~22 年 年度データ)	13
(5) - 2 後発医薬品の調剤割合別・備蓄割合別施設割合の経年変化(平成 19・21・23 年 単月データ)	14
(5) - 3 後発医薬品の調剤割合別・備蓄割合別損益差額率の経年変化(平成 19・21・23 年 単月データ)	15
II 医師平均年収の比較	
(1) 一般病院医師と一般診療所院長(医療法人)の平均年収の経年変化(平成 20~22 年 年度データ)	16
(2) 一般病院病院長と一般診療所院長の平均年収の比較(平成 20~22 年 年度データ・開設者別)	17
III 療養費等の経年変化(保険者調査・平成 21~22 年 年度データ)	18
IV 次回調査に向けた意見	19
V 注釈	20

主な分析結果

※分析を実施するにあたり、年度データと単月データを比較すると損益差額率に差異がみられた。医療機関の経営状況を正確に把握するためには、年度データを指標とすることが妥当と考えられることから、今回の分析では年度データ(ただし、年度データがない場合は単月データを使用。年度、単月とも被災地を含むデータ)を使用した。

【全体】

- 一般診療所、歯科診療所、保険薬局は黒字が続いており、安定した経営を維持している(P2)。
- 一般病院は、経営が改善しており、公立を除いて黒字を計上している(P2)。
- 機能区分別にみると、療養病床60%以上の一般病院が黒字、そのほかの一般病院は、経営が改善したものの赤字となっている(P4)。

【病院】

- 病床規模別では、300床未満の中小規模の病院が黒字に転じたものの、300床以上は赤字が続いている(P5)。
- 開設者別では、公立を除いて黒字となった。公立の赤字は、給与費や委託費の構成割合が高いことが要因と考えられる(P7、P8)。

【一般診療所】

- 診療所は、個人・法人、有床・無床とも黒字が続いており、黒字幅も若干拡大している(P10)。
- 診療科別にみても、すべての診療科で黒字となっている(P11)。

【歯科診療所・保険薬局】

- 歯科診療所、保険薬局は、個人、法人とも黒字が続いている(P12、P13)。

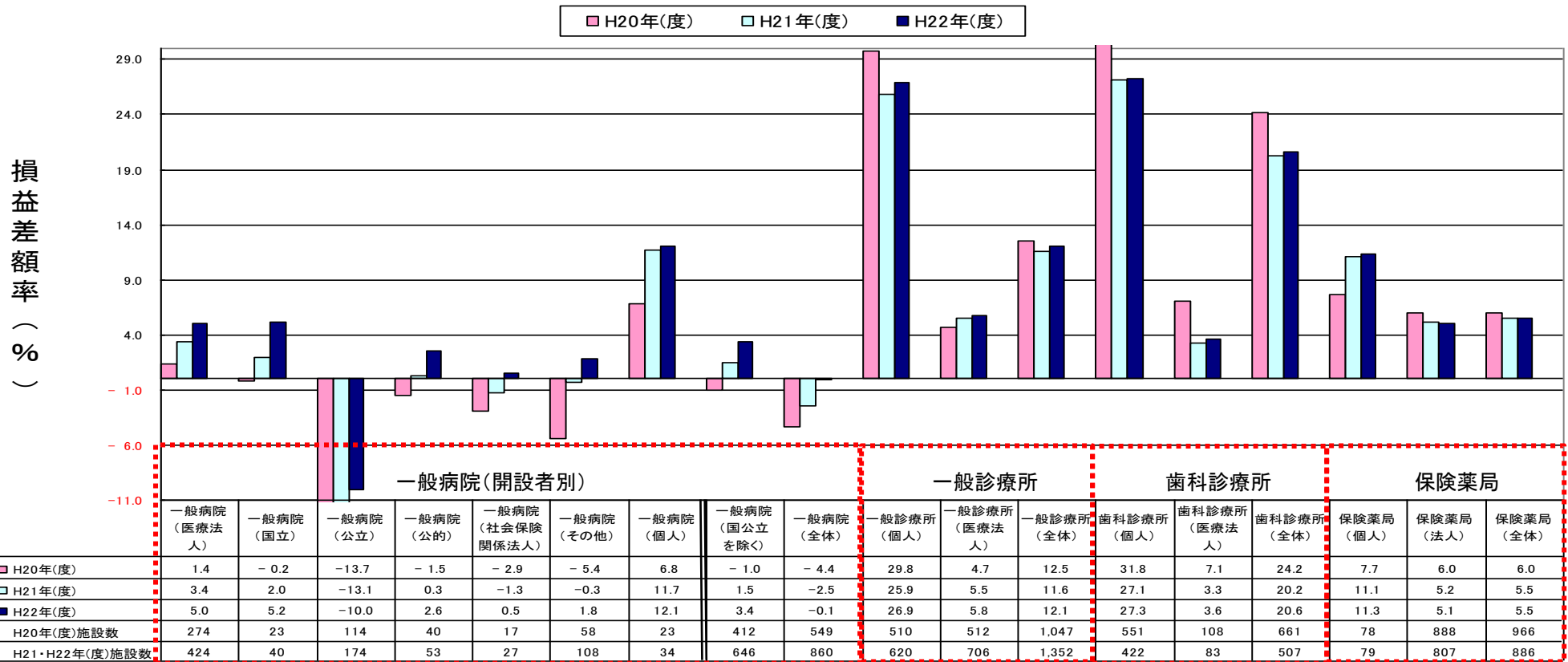
【医師の給与】

- 病院勤務医の給与は横ばいに推移している。一般診療所(医療法人)院長の年収は、国立、公立、公的、社会保険関係法人の院長の約1.4倍となっている(P16、P17)。

I 損益差額率の経年比較

(1) 医療機関別損益差額率の経年変化(平成20~22年 年度データ・開設者別)

図1 医療機関別損益差額率の経年変化(H20~22年(度))



一般病院	年度	医療法人	国立	公立	公的	社会保険関係法人	その他	個人	国公立を除く	全体
その他の医業・介護関連収益(補助金・負担金含む)の構成比率(%)	H21年(度)	2.2	2.6	14.4	3.5	5.1	3.4	1.2	3.0	6.1
	H22年(度)	2.3	2.2	14.7	3.2	3.5	2.9	1.3	2.7	6.0
総損益差額の構成比率(%)	H21年(度)	3.1	1.8	-4.1	1.2	0.9	0.7	11.3	2.0	0.3
	H22年(度)	4.6	4.7	-1.1	3.2	1.7	2.2	11.5	3.6	2.4

年度データ=平成23年3月末までに終了する直近の3事業年(度)間の数値である。

損益差額率=損益差額/(医業収益+介護収益)×100

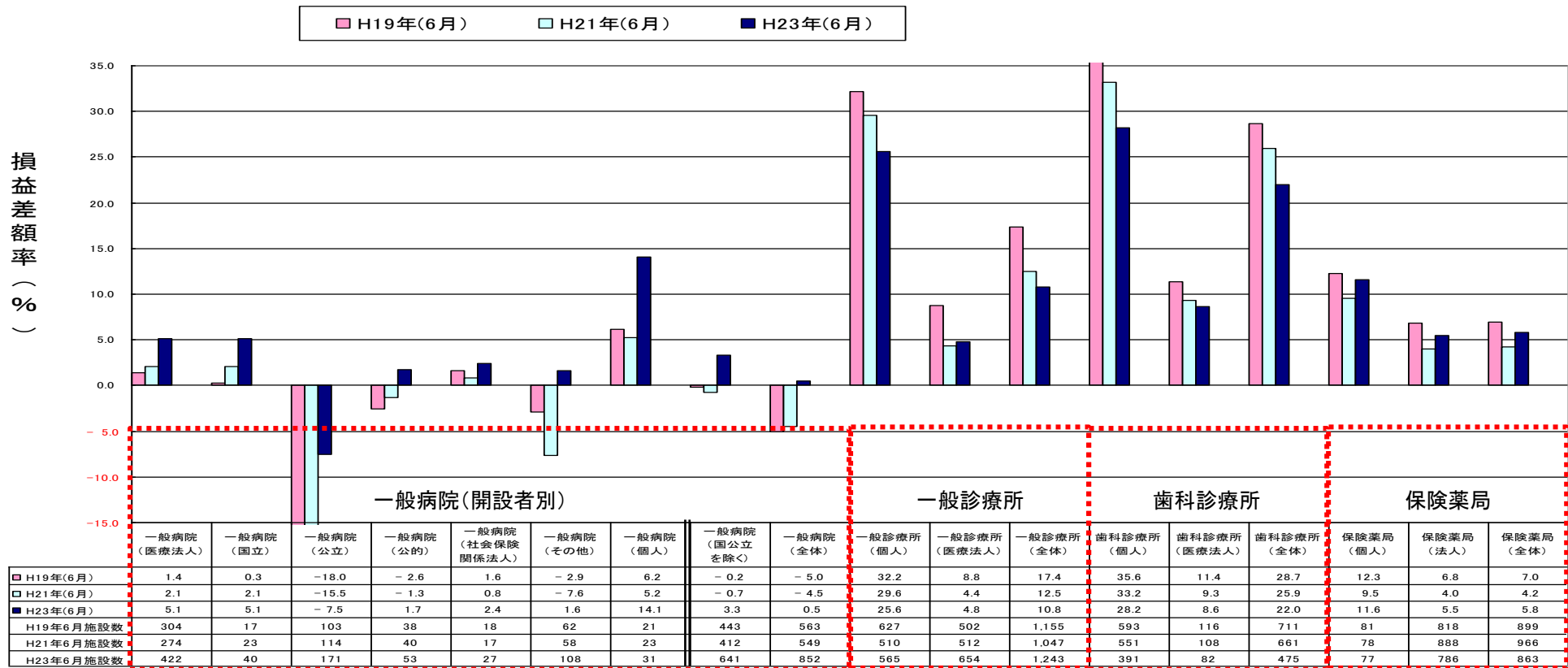
H21・22年(度)施設数は同じである。

H20年度から22年度の経年変化を年度データで見ると、一般診療所、歯科診療所、保険薬局とも黒字が続いている。病院は損益差額率が改善してきており、22年度は公立病院を除いて黒字となった。ただし、公立病院は補助金・負担金を含む「その他の医業・介護関連収益」を加えた総損益差額率で見ると、赤字幅は▲1.1%と大幅に縮小する。

注)1. 一般病院は、医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の医療機関等を集計(集計1)したものである。
 2. 一般診療所、歯科診療所及び保険薬局は、調査に回答した全ての医療機関等の集計(有効回答施設の集計)(集計2)である。
 3. その他の医業介護収益は、受取利息・配当金、補助金・負担金等の収益である。

(2) 医療機関別損益差額率の経年変化(平成19・21・23年 単月データ・開設者別)

図2 医療機関別損益差額率の経年変化(H19・21・23年6月)



一般病院H23年6月・その他の医業・介護関連収益(補助金・負担金含む)の構成比率(%)	医療法人	国立	公立	公的	社会保険関係法人	その他	個人	国公立を除く	全体
		2.1	2.0	13.3	3.0	2.6	3.8	0.8	2.7

単月データ=平成19・21・23年6月の数値である。
 損益差額率=損益差額/(医業収益+介護収益)×100

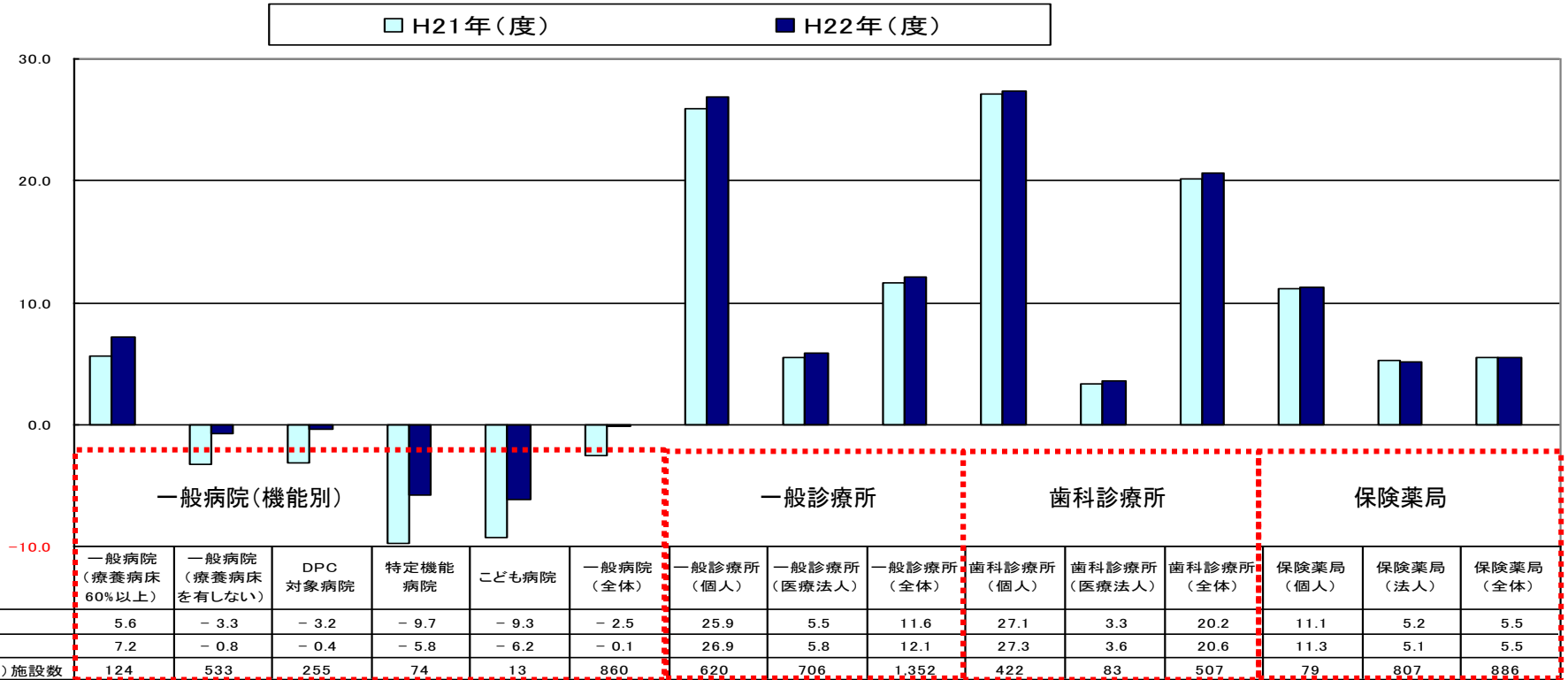
H19年から23年の経年変化を6月の単月データでみると、一般診療所等の黒字が続き、病院の損益差額率が改善している。しかし、年度データと比較すると、一般診療所等の損益差額率が総じて低下しているなど、数値に差異がみられた。

注) 1. 一般病院は、医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の医療機関等を集計(集計1)したものである。
 2. 一般診療所、歯科診療所及び保険薬局は、調査に回答した全ての医療機関等の集計(有効回答施設の集計)(集計2)である。
 3. その他の医業介護収益は、受取利息・配当金、補助金・負担金等の収益である。

(3) 医療機関別損益差額率の経年変化(平成21~22年 年度データ・機能別)

図3 医療機関別損益差額率の経年変化(H21~22年(度))

損益差額率(%)



年度データ=平成23年3月末までに終了する直近の2事業年(度)間の数値である。

損益差額率=損益差額/(医業収益+介護収益)×100

H21・22年(度)施設数は同じである。

機能区分別では、療養病床60%以上の一般病院や一般診療所、歯科診療所が黒字、療養病床60%以上の病院を除く一般病院は、損益差額率が改善したものの赤字となっており、とくに特定機能病院とこども病院の赤字幅が大きい。

注)1. 一般病院は、医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の医療機関等を集計(集計1)したものである。

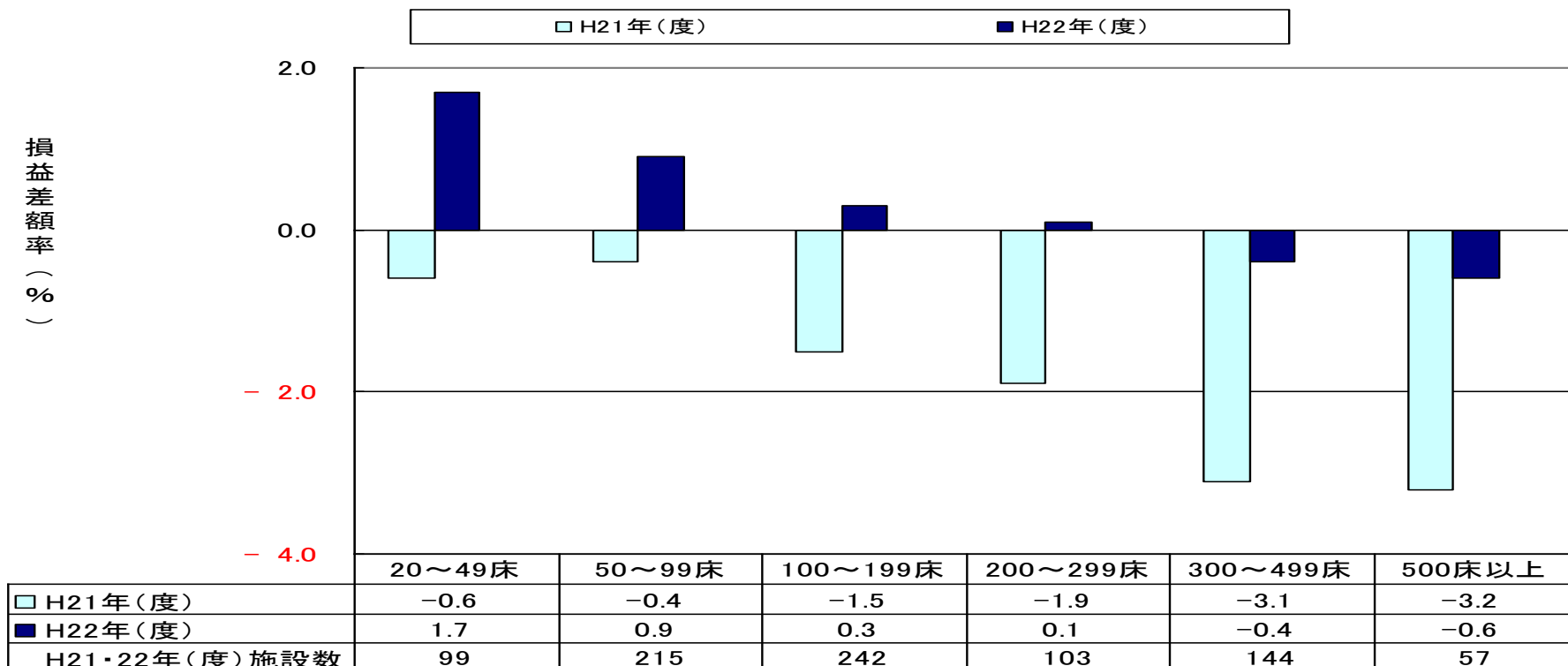
2. 機能別データのH20年度データは集計していない。

(4) 医療機関別の分析

1) 一般病院

1)-1 病床規模別損益差額率の経年変化(平成21~22年 年度データ)

図4 病床規模別損益差額率の経年変化(平成21~22年(度))



年度データ=平成23年3月末までに終了する直近の2事業年(度)間の数値である。

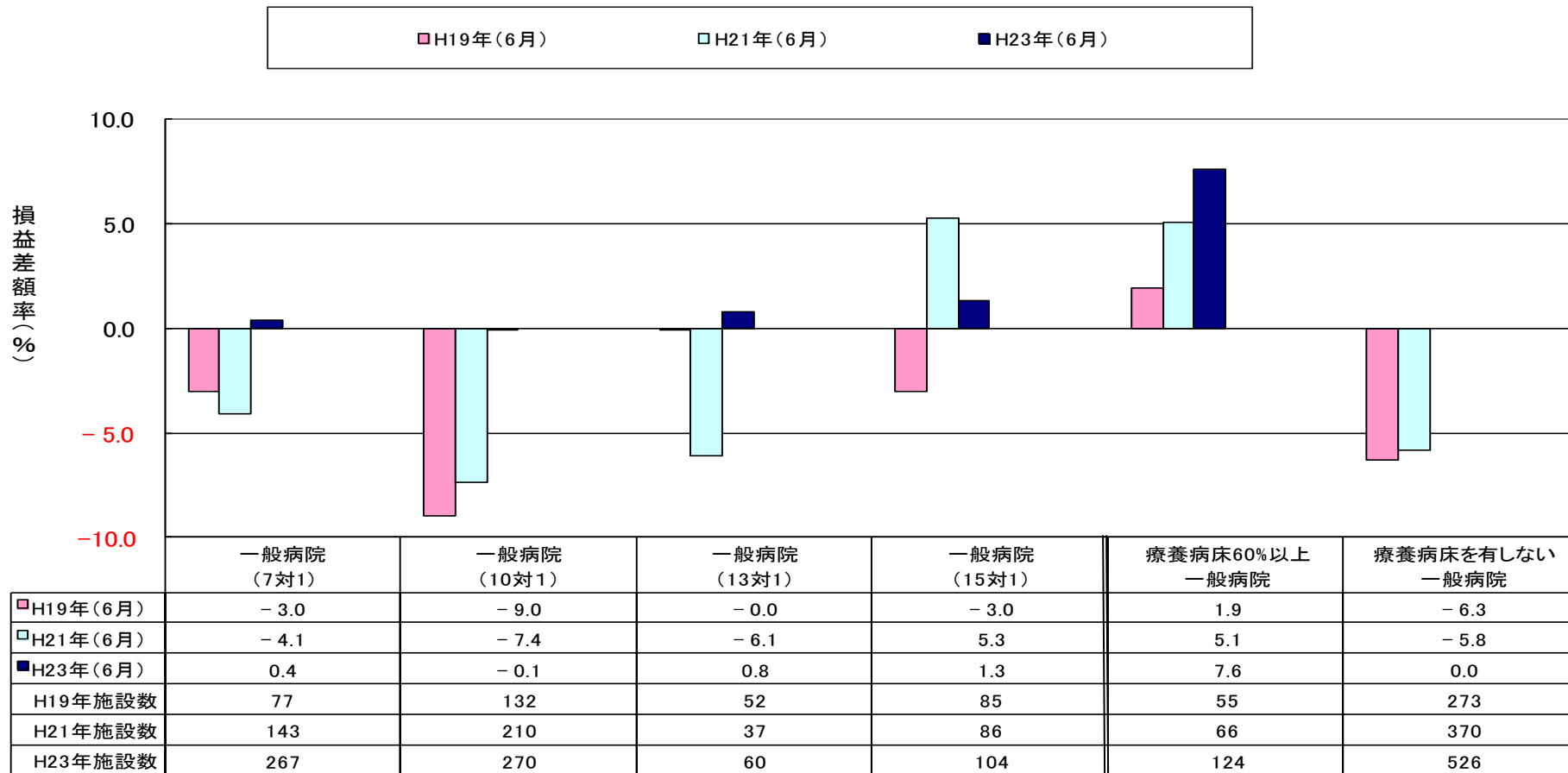
損益差額率=損益差額/(医業収益+介護収益)×100

H21・22年(度)施設数は同じである。

病床規模別では、300床未満の中小規模の病院が黒字に転換している。300床以上では損益差額率の改善幅は大きいものの、依然として赤字となっている。

注)1. 数値は、医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の医療機関等を集計(集計1)したものである。

図5 入院基本料別・療養病床有無別の損益差額率の経年変化(H19・21・23年6月)



単月データ=平成19・21・23年6月の数値である。

損益差額率=損益差額/(医業収益+介護収益)×100

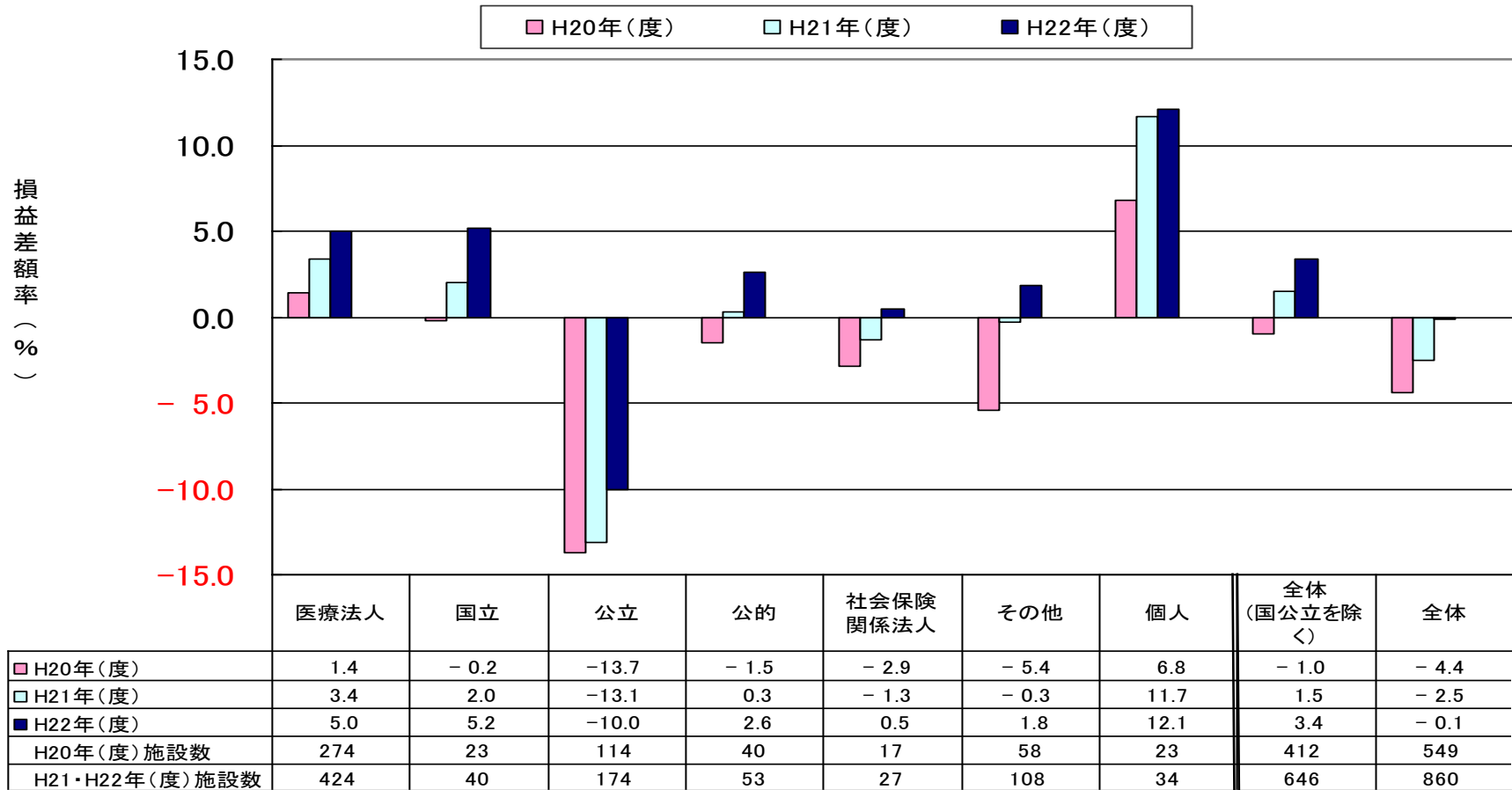
入院基本料別では、7対1、13対1、15対1は黒字で、赤字の10対1もH21年と比較すると大きな改善がみられる。また、療養病床60%以上の病院と療養病床を有していない病院を比較すると、損益差額率に大きな格差がある。

注)1. H19年(6月)の数値は、介護保険事業に係わる収入のない医療機関の集計である。H21年(6月)以降の数値は、医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の医療機関等を集計(集計1)したものである。

1)-3開設者別

①開設者別損益差額率の経年変化(平成20~22年 年度データ)

図6 開設者別損益差額率の経年変化(平成20~22年(度))



年度データ=平成23年3月末までに終了する直近の3事業年(度)間の数値である。

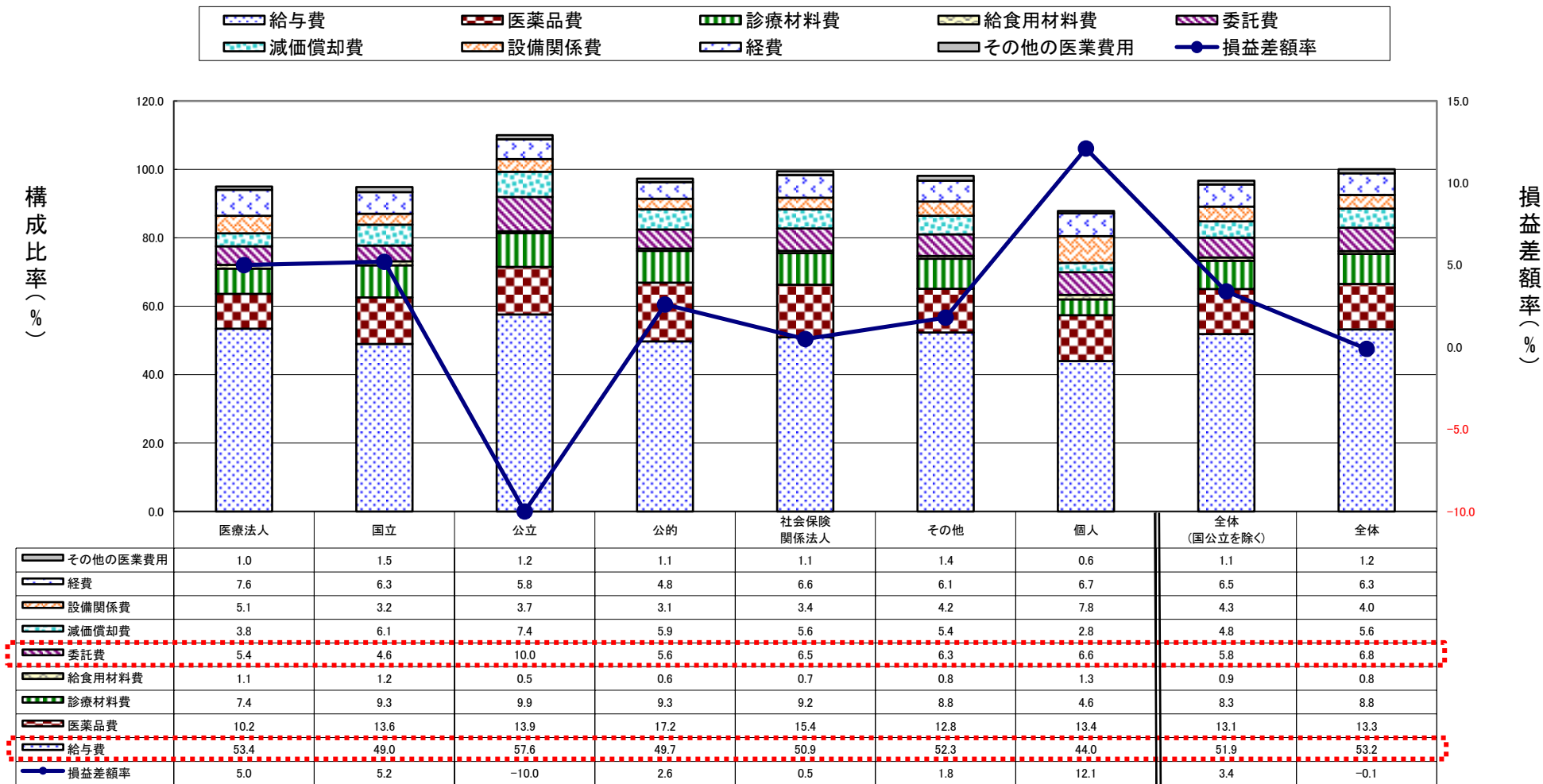
損益差額率=損益差額/(医業収益+介護収益)×100

開設者別では、すべての開設者で損益差額率が改善している。公立のみが赤字であるが、その赤字幅は縮小している。全体の損益差額率はマイナス0.1%であるが、国公立を除くと3.4%となっている。

注)1. 数値は、医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の医療機関等を集計(集計1)したものである。

②開設者別医業・介護費用の構成比率と損益差額率(平成22年度データ)

図7 開設者別医業・介護費用の構成比率と損益差額率(H22年(度))



損益差額率＝損益差額/(医業収益＋介護収益)×100

診療材料費＝診療材料費＋医療消耗器具備品費

委託費は検査、給食、寝具、洗濯、医療用廃棄物、歯科技工、医療事務、清掃、経理、警備などを委託した業務の対価である。

公立は、給与費の構成比率が57.6%と全体(53.2%)と比較して高く、固定費が損益を圧迫していることがうかがえる。また、委託費も10.0%と全体(6.8%)より高い構成比率を示している。

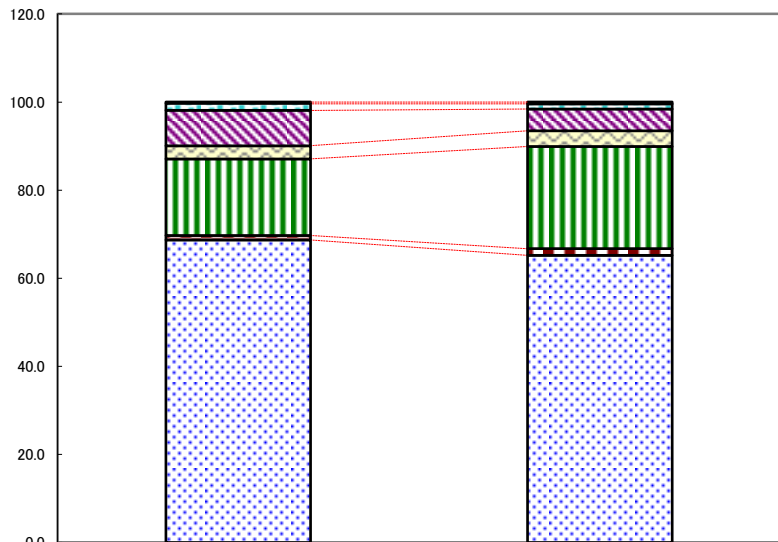
注) 1. 数値は、医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の医療機関等を集計(集計1)したものである。

図8 療養病棟入院基本料別病院の医業・介護の収益と費用の構成比率(H23年6月)

医業・介護収益

- 入院収益
- 外来収益
- 施設サービス収益
- その他の介護収益
- 特別の療養環境収益
- その他の医業収益
- 居宅サービス収益

医業・介護収益構成比率(%)



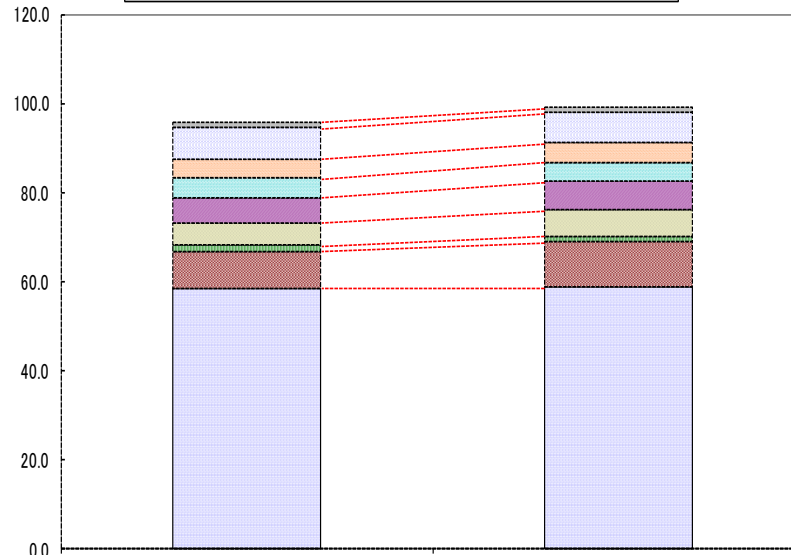
	療養病棟入院基本料1	療養病棟入院基本料2
□その他の介護収益	0.3	0.4
■居宅サービス収益	1.6	1.2
■施設サービス収益	8.0	4.9
□その他の医業収益	3.0	3.6
□外来収益	17.4	23.2
■特別の療養環境収益	1.0	1.5
■入院収益	68.7	65.2
損益差額率	4.3	1.2

損益差額率 = 損益差額 / (医業収益 + 介護収益) × 100

医業・介護費用

- 給与費
- 給食用材料費
- 委託費
- 設備関係費
- その他の医業費用
- 医薬品費
- 診療材料費・医療消耗器具備品費
- 減価償却費
- 経費

医業・介護費用構成比率(%)



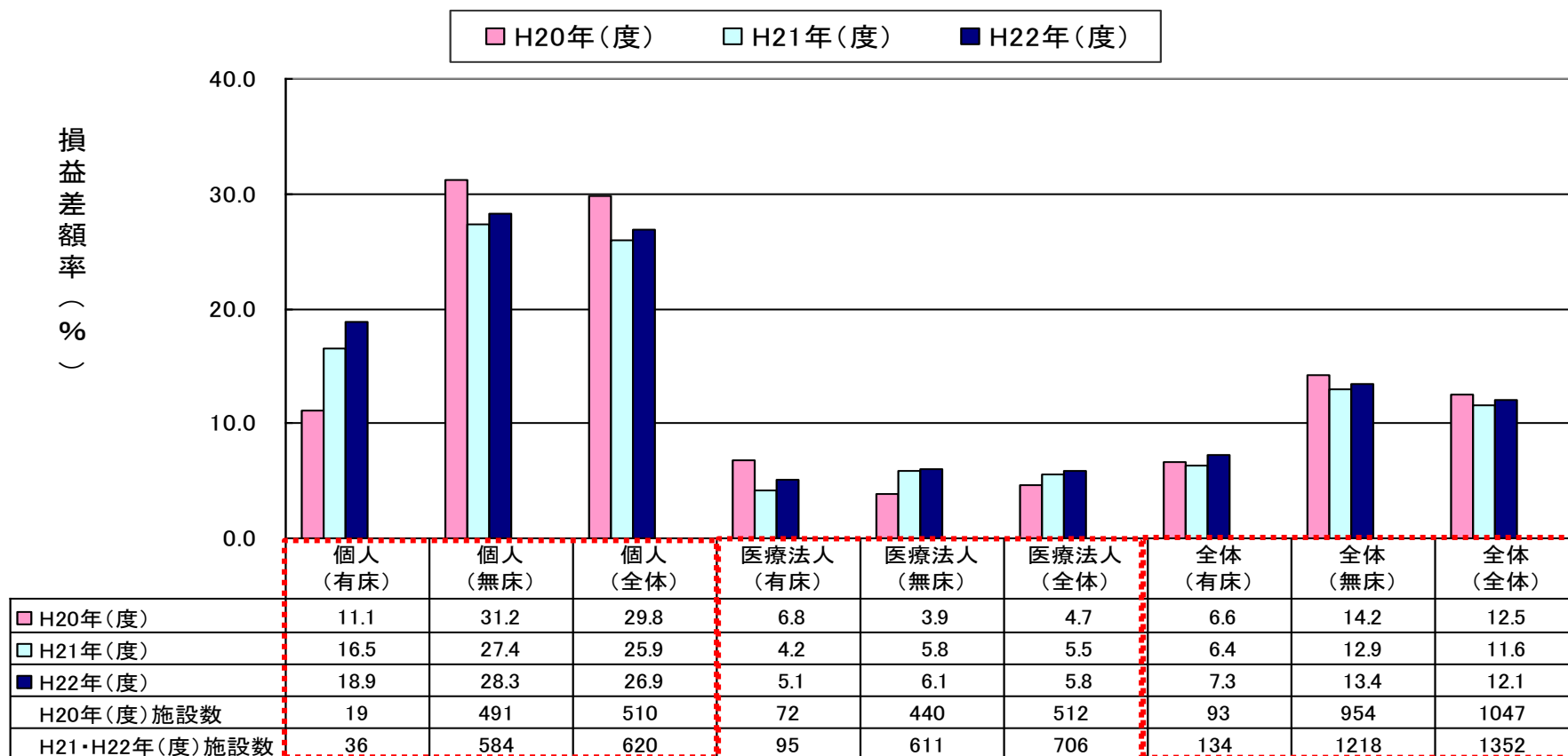
	療養病棟入院基本料1	療養病棟入院基本料2
□その他の医業費用	1.4	1.1
□経費	7.0	6.9
□設備関係費	4.2	4.2
□減価償却費	4.4	4.5
■委託費	5.7	6.3
■診療材料費・医療消耗器具備品費	5.1	5.9
■給食用材料費	1.3	1.3
■医薬品費	8.2	10.0
□給与費	58.5	58.8

療養病棟を入院基本料別にみると、「1」及び「2」を算定している病院とも黒字で、損益差額率は、「1」が4.3%と「2」の1.2%を上回った。今後も両基本料の経年的なデータを把握していくことが必要といえる。

2) 一般診療所

2)-1 開設者別・有床無床別損益差額率の経年変化(平成20~22年 年度データ)

図9 開設者別・有床無床別損益差額率の経年変化(H20~22年(度))



年度データ=平成23年3月末までに終了する直近の3事業年(度)間の数値である。

損益差額率=損益差額/(医業収益+介護収益)×100

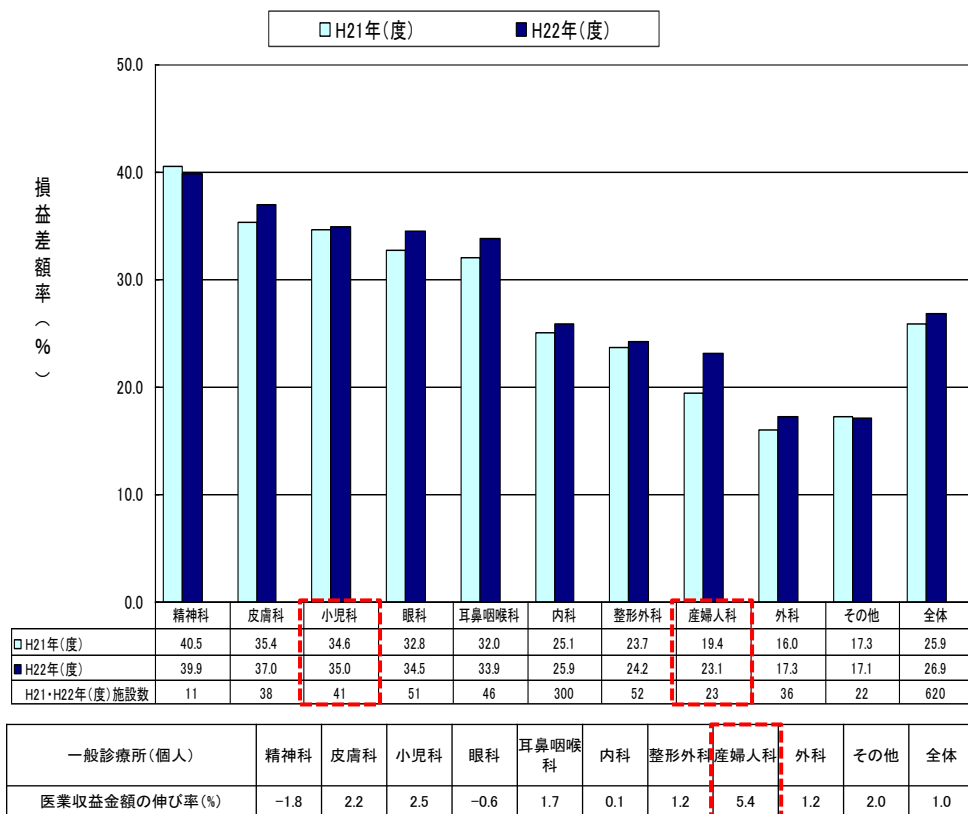
H21・22年(度)施設数は同じである。

一般診療所は、開設者別、有床・無床別とも黒字が続いており、損益差額率は21年度より改善している。有床・無床別では、黒字幅は無床が大きく、損益差額率の伸びは有床が大きい。

注)1. 数値は、調査に回答した全ての医療機関等の集計(有効回答施設の集計)(集計2)である。

2)-2主たる診療科別損益差額率の経年変化(平成21~22年 年度データ)

図10 一般診療所(個人)損益差額率の経年変化(H21~22年(度))



年度データ=平成23年3月末までに終了する直近の2事業年(度)間の数値である。

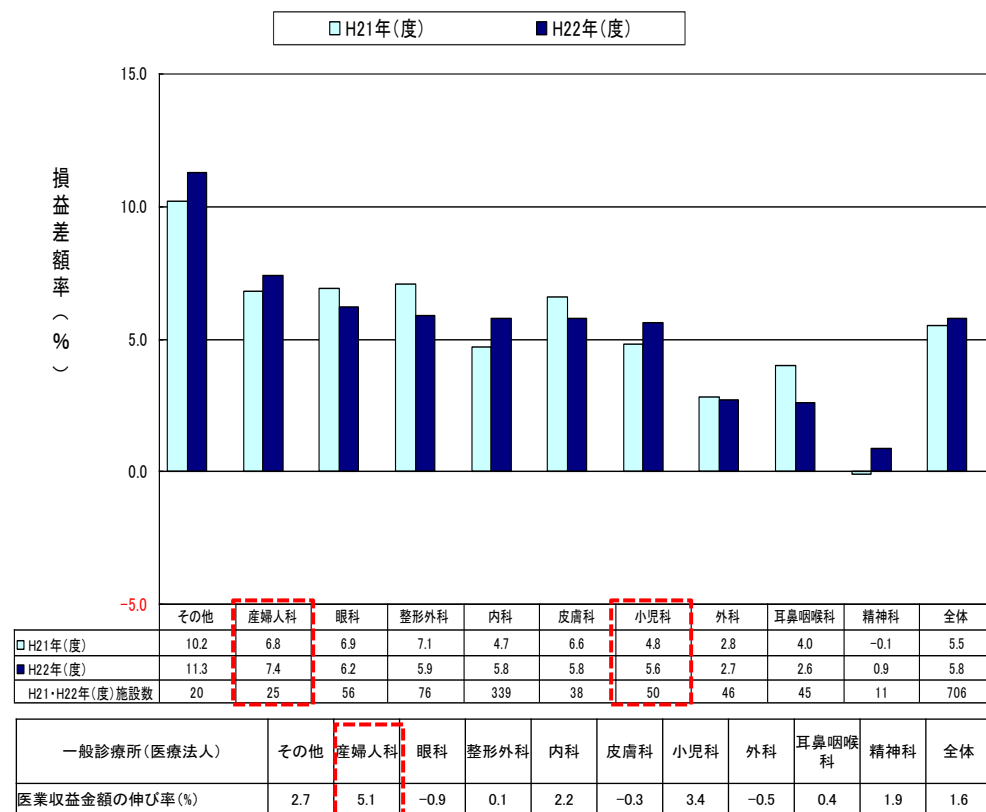
損益差額率=損益差額/(医業収益+介護収益)×100

H21・22年(度)施設数は同じである。

個人・法人とも、すべての診療科で黒字となった。

個人の損益差額率は概ね改善しており、医業収益金額は産婦人科の伸びが最も大きく、精神科、眼科は減少した(図10)。医療法人は、産婦人科、小児科等の損益差額率が改善しており、精神科は黒字に転じた。医業収益金額は個人と同じく、産婦人科が最も大きく伸びている(図11)。

図11 一般診療所(医療法人)損益差額率の経年変化(H21~22年(度))



注)1. 一般診療所の「(個人)、(医療法人)」は、個人、その他、医療法人及び全体の開設者別を、「全体」は、入院診療収益ありと入院診療収益なしの層別を意味する。

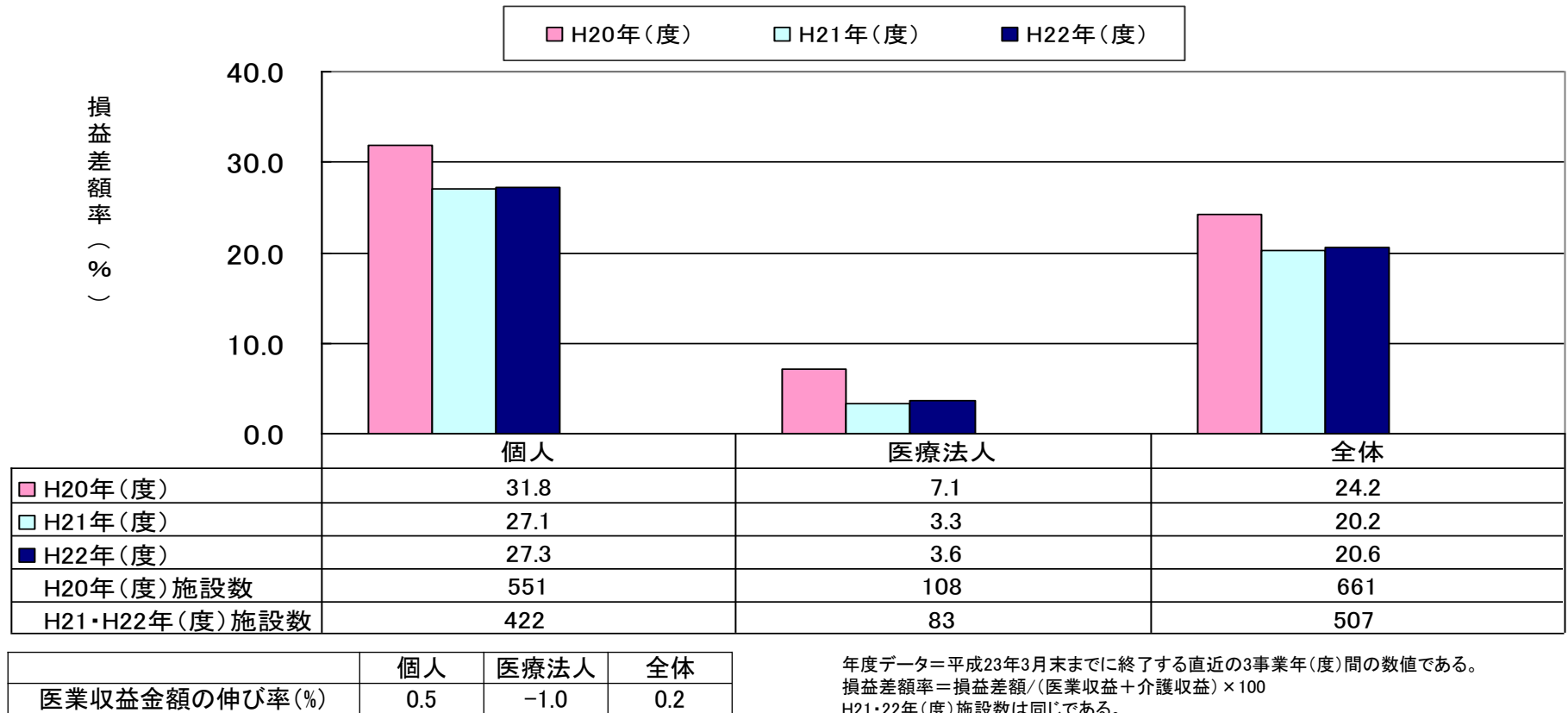
2. 数値は、調査に回答した全ての医療機関等の集計(有効回答施設集計)(集計2)である。

3. 医業収益金額の伸び率=(H22医業収益金額-H21医業収益金額)/H21医業収益金額×100

3) 歯科診療所

3)-1 損益差額率の経年変化(平成20~22年 年度データ)

図12 歯科診療所損益差額率の経年変化(H20~22年(度))



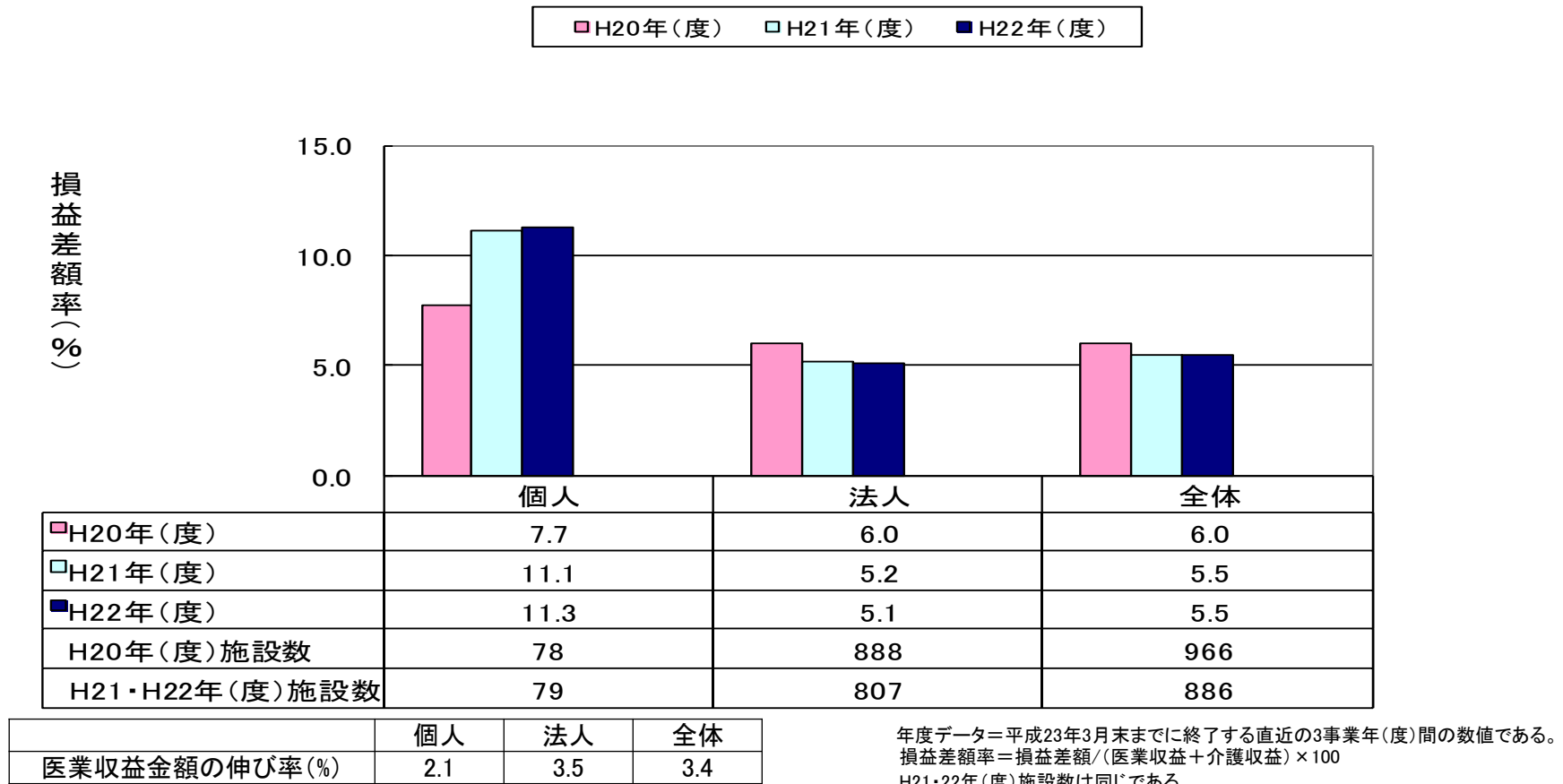
歯科診療所は、個人、法人とも黒字が続いており、損益差額率も僅かながら改善している。医療収益金額は個人が伸び、法人は減少した。

注)1. 数値は、調査に回答した全ての医療機関等の集計(有効回答施設の集計)(集計2)である。
 2. 医療収益金額の伸び率=(H22医療収益金額-H21医療収益金額)/H21医療収益金額×100

(5) 保険薬局の分析

(5)-1 損益差額率の経年変化(平成20~22年 年度データ)

図13 損益差額率の経年変化(H20~22年(度))

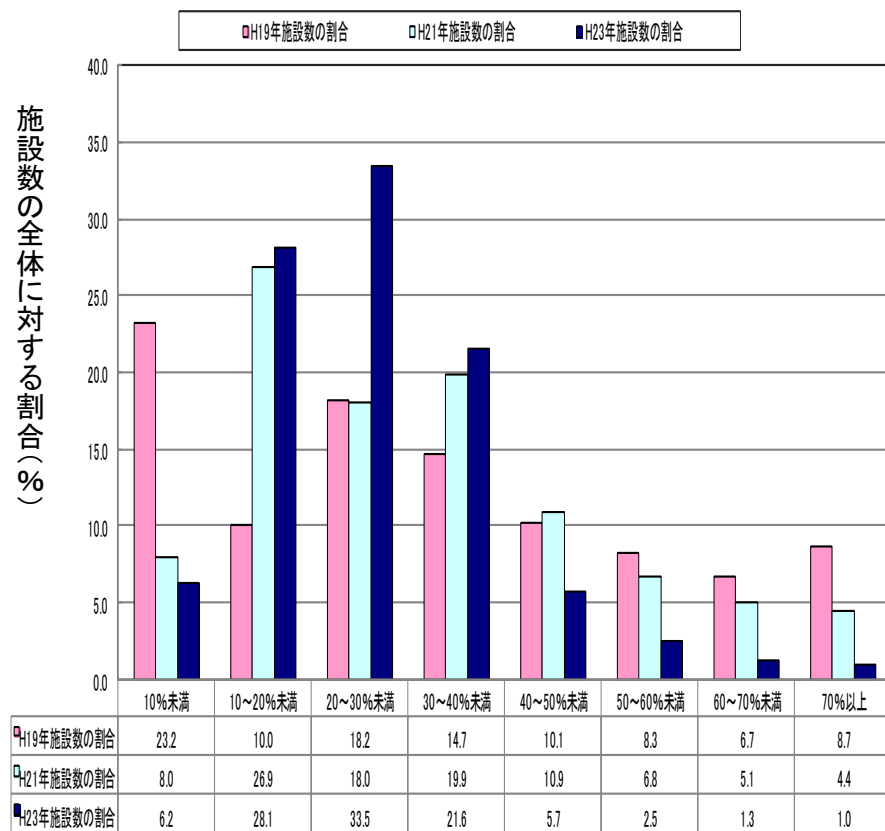


保険薬局は個人、法人とも黒字が続いている。損益差額率は個人が微増で、法人が微減となり、全体では横ばいとなった。業業収益金額は個人、法人とも増加した。

注) 1. 数値は、調査に回答した全ての医療機関等の集計(有効回答施設の集計)(集計2)である。
 2. 業業収益金額の伸び率=(H22業業収益金額-H21業業収益金額)/H21業業収益金額×100

(平成19・21・23年 単月データ)

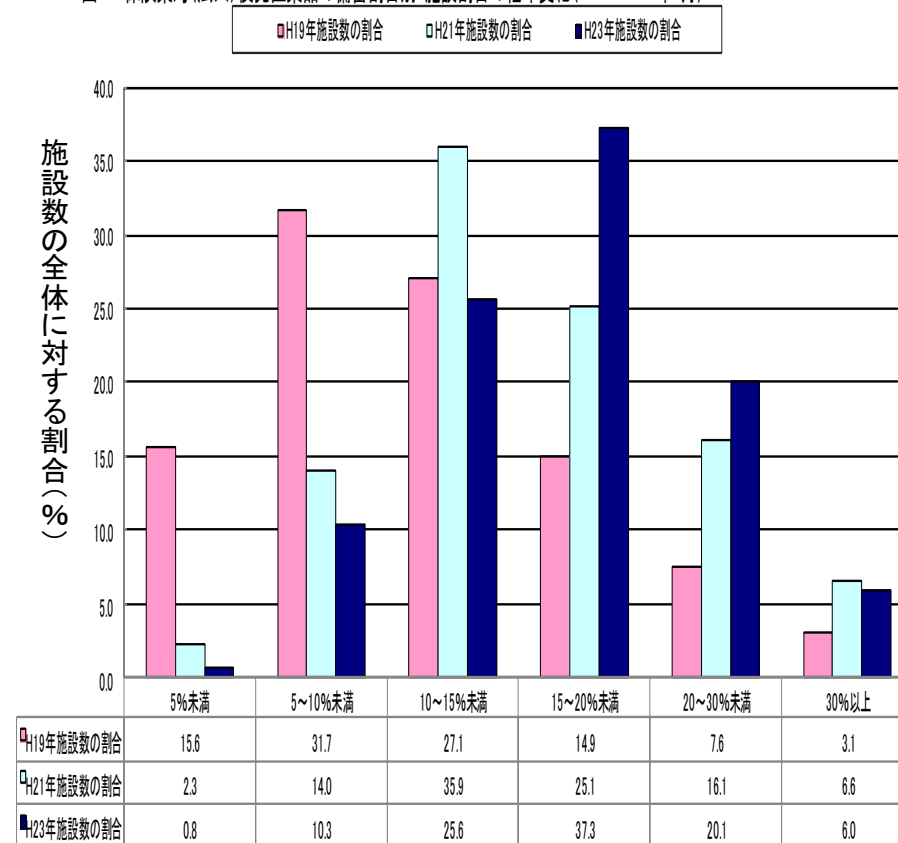
図14 保険薬局(法人)後発医薬品の調剤割合別・施設割合の経年変化(H19・21・23年6月)



単月データ=平成19・21・23年6月の数値である。

施設数割合=割合別の施設数/全施設数×100

図15 保険薬局(法人)後発医薬品の備蓄割合別・施設割合の経年変化(H19・21・23年6月)



後発医薬品の調剤割合別にみると、H19年からH23年にかけて「10%未満」が減少し、H21年からH23年にかけて「20%～30%未満」が大幅に増加している。備蓄割合については、H19年からH23年にかけて「10%未満」が減少し、「15%～30%未満」が増加している(図14、図15)。

注) 1. 数値は、調査に回答した全ての医療機関等の集計(有効回答施設の集計)(集計2)である。

(5)-3後発医薬品の調剤割合別・備蓄割合別損益差額率の経年変化

単月

(平成19・21・23年 単月データ)

図16 保険薬局(法人)後発医薬品調剤割合の違いによる損益差額率(H19・21・23年6月)

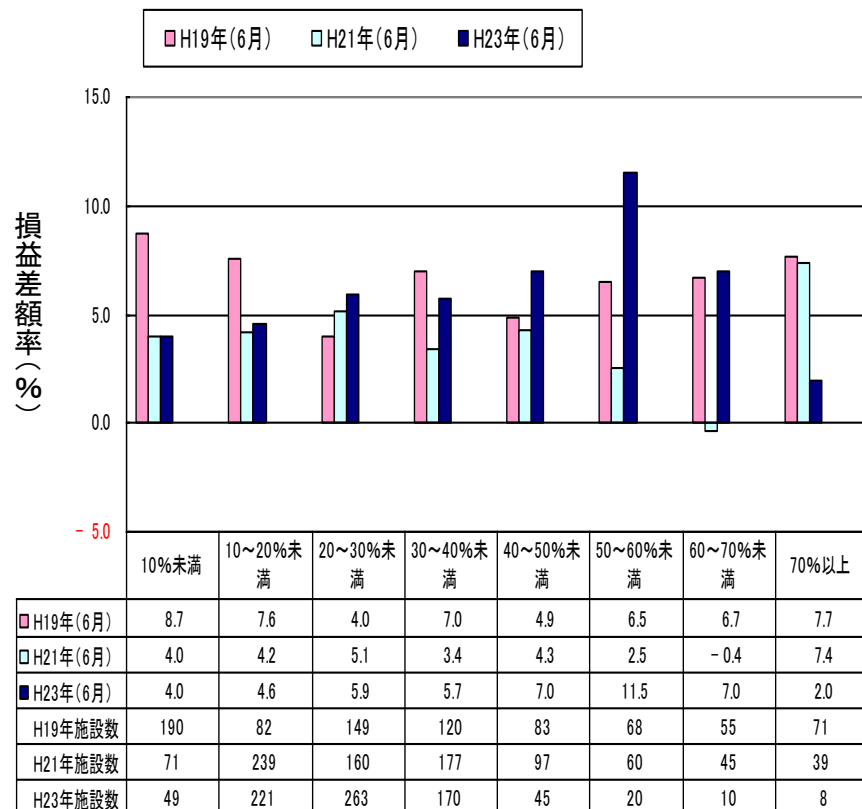
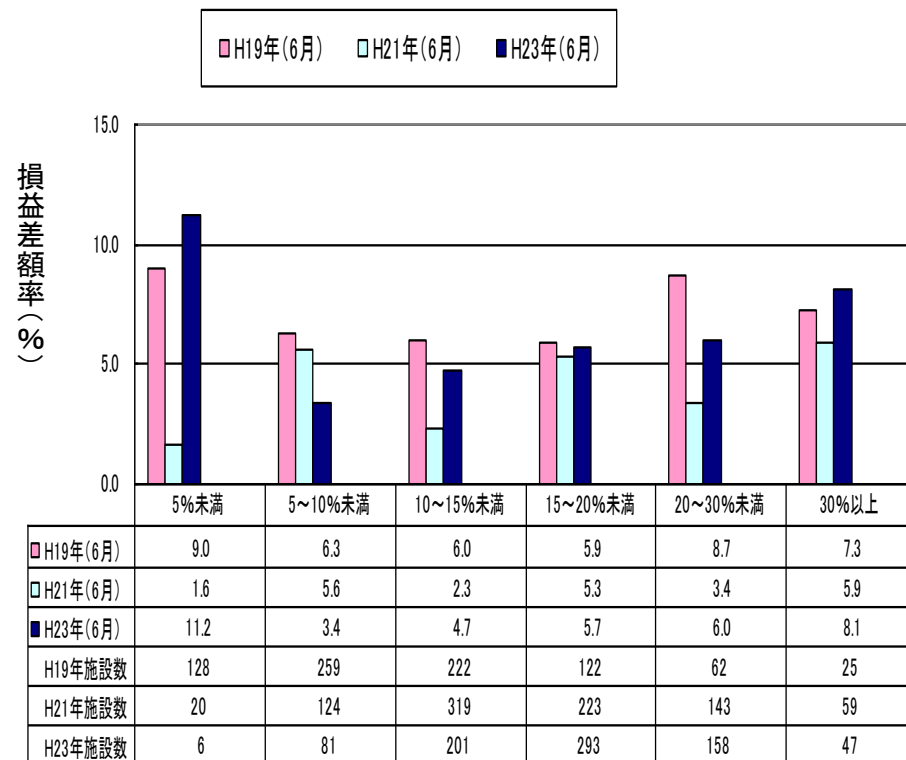


図17 保険薬局(法人)後発医薬品備蓄割合の違いによる損益差額率(H19・21・23年6月)



単月データ=平成19・21・23年6月の数値である。

損益差額率=損益差額/(医薬収益+介護収益)×100

後発医薬品の調剤割合及び備蓄割合と損益差額率に相関関係がないことがうかがえる(図16、図17)。

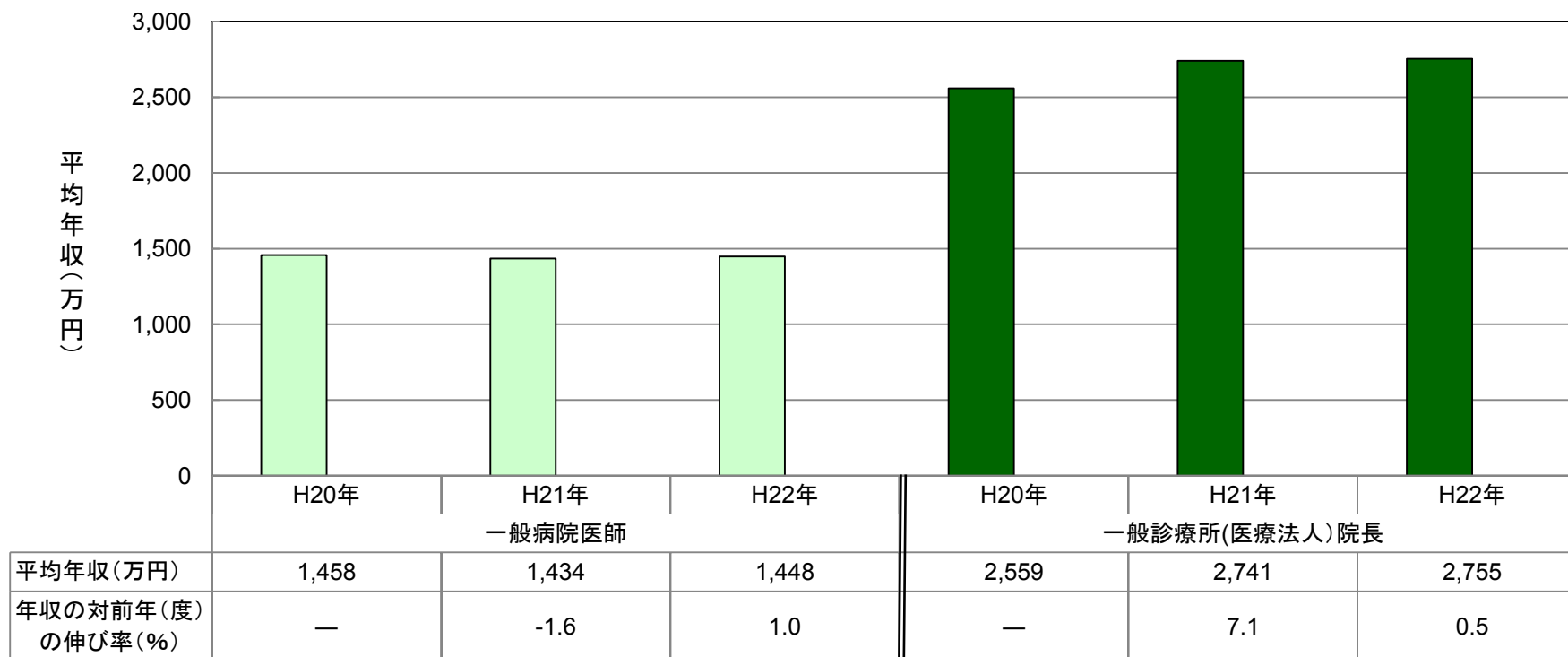
注) 1. 数値は、調査に回答した全ての医療機関等の集計(有効回答施設の集計)(集計2)である。

Ⅱ 医師平均年収の比較

(1) 一般病院医師と一般診療所院長(医療法人)の平均年収の経年変化

(平成20～22年 年度データ)

図18 一般病院医師と一般診療所(医療法人)院長の平均年収の経年変化(H20～22年(度))



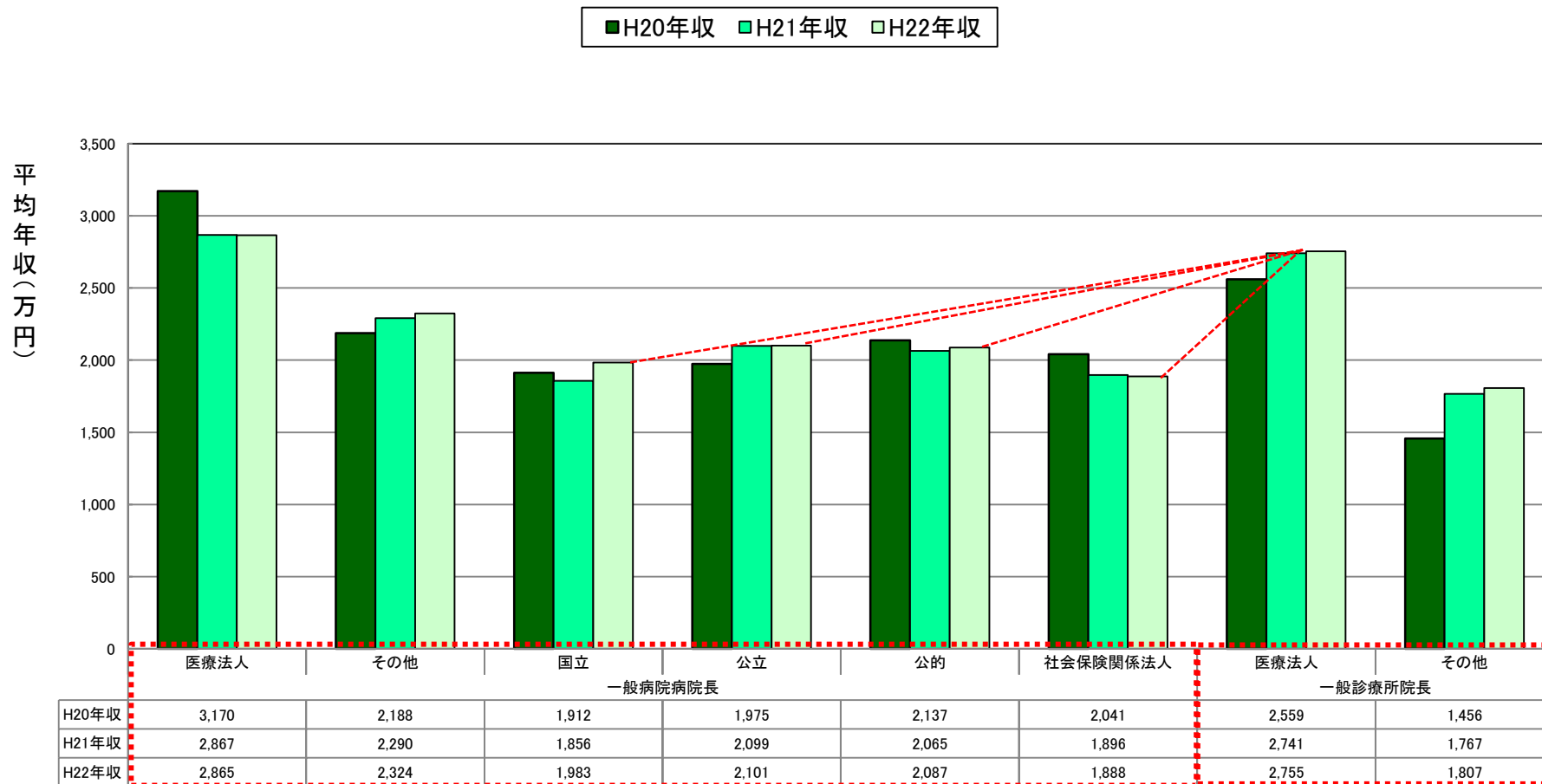
年度データ=平成23年3月末までに終了する直近の3事業年(度)間の数値である。

H20年から一般病院医師の年収はほぼ横ばいで推移している。

注) 1. 一般病院医師の年収は、医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の医療機関等を集計(集計1)したものである。
2. 一般診療所(医療法人)院長年収は、調査に回答した全ての医療機関等の集計(有効回答施設の集計)(集計2)である。

(2) 一般病院病院長と一般診療所院長の平均年収の比較(平成20～22年 年度データ・開設者別)

図19 一般病院病院長と一般診療所院長の平均年収の比較(H20～22年(度))



年度データ=平成23年3月末までに終了する直近の3事業年(度)間の数値である。

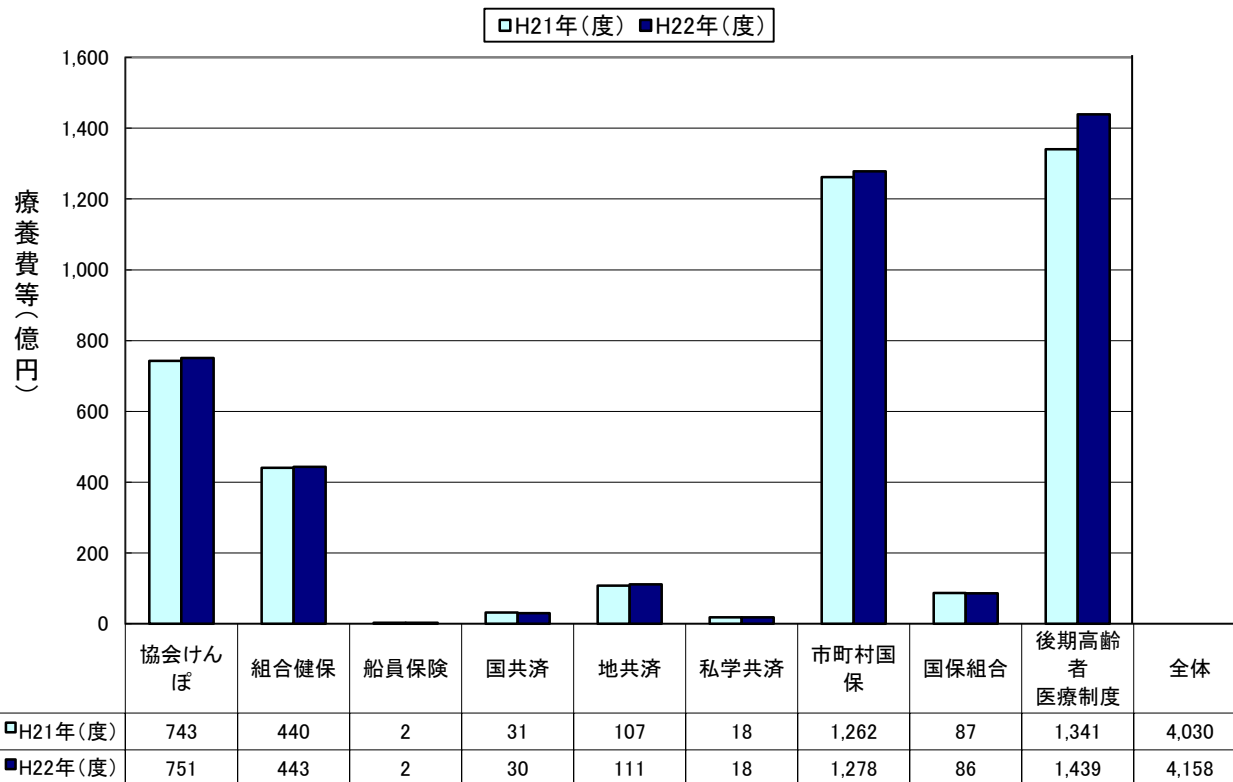
一般診療所(医療法人)院長と国立、公立、公的、社会保険関係法人の院長の年収を比較すると、約1.4倍程度の格差がある。

注) 1. 一般病院病院長の年収は、医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の医療機関等を集計(集計1)したものである。

2. 一般診療所(医療法人)院長年収は、調査に回答した全ての医療機関等の集計(有効回答施設の集計)(集計2)である。

Ⅲ 療養費等の経年変化(保険者調査・平成21～22年 年度データ)

図20 保険者別療養費等給付の経年変化(H21～22年(度))



	協会けんぽ	健保組合	船員保険	国共済	地共済	私学共済	市町村国保	国保組合	後期高齢者医療制度	合計
療養費等の伸び率(%)	1.1	0.7	0.0	-3.2	3.7	0.0	1.3	-1.1	7.3	3.2

年度データ=平成23年3月末までに終了する直近の2事業年(度)間の数値である。

図21 H21年(度)療養費内訳

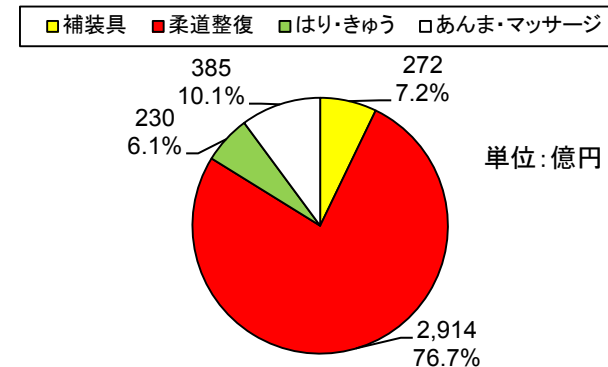
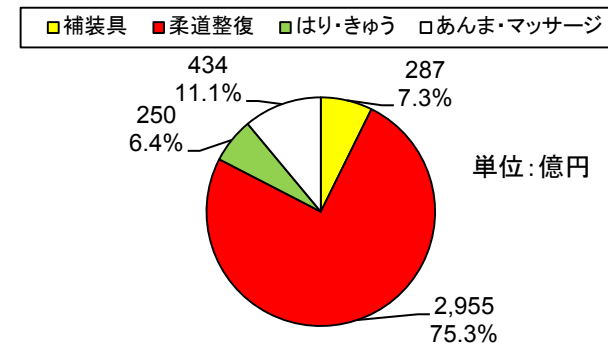


図22 H22年(度)療養費内訳



補装具、柔道整復などの療養費は、H21年度からH22年度で3%以上伸びている。内訳をみると、H21・H22年度ともに柔道整復が全体の4分の3を占めている。

注) 1. 数値は、医業・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の医療機関等を集計(集計1)したものである。
 2. 療養費等の伸び率=(H22療養費-H21療養費)/H21療養費×100
 3. 療養費等は「入院時食事・生活療養」の差額支給分及び移送費が含まれる。
 4. 図21、22の療養費内訳は「国共済」、「地共済」を除いた各保険者の「補装具」、「柔道整復」、「はり・きゆう」、「あんま・マッサージ」の合計である。

IV 次回調査に向けた意見

- 年度データは、季節的な影響を受けないことや2事業年度を定点で把握することができるため、サンプリング誤差等が排除された有益なデータといえる。このため、今後は、年度データを基本に調査すべきである。ただし、その際には、単月データでしか確認できないデータの取扱いについて配慮が必要である。
- 今回の調査は、年度及び単月の両データを提出することに手間がかかったことなどが影響し、有効回答率が低い傾向にあった。今後も有効回答率の向上に向け、回答医療機関等のデータ提出の負荷軽減を図る等、調査手法に創意工夫が必要と考える。また、将来的にはIT等の活用、調査内容の簡略化など、調査全体の方法論の検討もしていく必要がある。

V 注釈

○一般病院(病床規模別)

- H19年(6月)の数値は、介護保険事業に係わる収入のない医療機関の集計である。
- H21年(6月)とH23年(6月)の数値は、医療・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の医療機関等の集計(集計1)である。
- 構成比率は、「医業収益」と「介護収益」を合算した金額に対する各収益科目又は費用科目の割合である。

○一般病院(開設者別)

- H19年(6月)の数値は、医業・介護収益において介護収益の割合が2%未満の病院について再集計したものである(集計1)。
- H21年(6月)とH23年(6月)の数値は、医業・介護収益において介護収益の割合が2%未満の病院について集計(集計1)したものである。
- 構成比率は、「医業収益」と「介護収益」を合算した金額に対する各収益科目又は費用科目の割合である。
- 「国立」とは、厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、独立行政法人労働者健康福祉機構、その他(国の機関)が開設する病院である。
- 「公立」とは、都道府県立、市町村立、地方独立行政法人立病院である。
- 「公的」とは、日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会などである。
- 「社会保険関係法人」とは、全国社会保険協会連合会、厚生年金事業振興団、船員保険会、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合などである。
- 「その他」とは、公益法人、社会福祉法人、医療生協、その他の法人などである。
- 個人立の病院の総損益差額からは、開設者の報酬となる部分以外に、建物、設備について現存物の価値以上の改善を行うための内部資金に充てられることが考えられる。

○機能別

- DPC対象病院から特定機能病院を除いている。
- こども病院(小児総合医療施設)とは、診療科目中に小児内科の他に小児外科を含む複数の外来系診療科を有する施設で、総合的に小児医療が行える医療施設として、日本小児医療施設協議会が認めた施設をいう。
- こども病院から特定機能病院を除いている。
- 「特定機能病院」とは、医療法第4条の2の規定により、特定機能病院として厚生労働大臣の承認を得ている病院である。
- 「入院基本料別」、「療養病床60%以上と療養病床を有しない一般病院」におけるH19年(6月)の数値は、介護保険事業に係わる収入のない医療機関の集計である。
- 「DPC対象病院」、「特定機能病院」、「こども病院」、「入院基本料別」、「療養病床60%以上と療養病床を有しない一般病院」におけるH21年(6月)とH23年(6月)の数値は、医療・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の医療機関等の集計(集計1)である。

○一般診療所(入院診療収益あり・なし別)

- 構成比率は「医業収益」と「介護収益」を合算した金額に対する各収益科目又は費用科目の割合である。
- 個人立の一般診療所の損益差額からは、開設者の報酬となる部分以外に、建物、設備について現存物の価値以上の改善を行うための内部資金に充てられることが考えられる。
- 「一般診療所(その他)」とは、市町村立、国民健康保険組合、社会福祉法人、医療生協などの一般診療所である。
- 一般診療所の全体の施設数は個人と法人の合計に加え、その他(市町村立等)を含めた数となっている。

○一般診療所(診療科別)

- 構成比率は「医業収益」と「介護収益」を合算した金額に対する各収益科目又は費用科目の割合である。
- 主たる診療科別:内科は内科、呼吸器内科、循環器内科、消化器内科(胃腸内科)、腎臓内科、神経内科、糖尿病内科(代謝内科)、血液内科、感染症内科及び心療内科である。外科は外科、呼吸器外科、循環器外科(心臓・血管外科)、乳腺外科、消化器外科(胃腸外科)、気管食道外科、形成外科、美容外科、脳神経外科及び小児外科である。産婦人科は産婦人科、産科及び婦人科である。その他は泌尿器科、肛門外科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、アレルギー科、リウマチ科、病理診断科、臨床検査科及び救急科である。

○歯科診療所

- 構成比率は「医業収益」と「介護収益」を合算した金額に対する各収益科目又は費用科目の割合である。
- 「その他」とは、市町村立などの歯科診療所である。
- 個人立の歯科診療所の損益差額からは、開設者の報酬となる部分以外に、建物、設備について現存物の価値以上の改善を行うための内部資金に充てられることが考えられる。
- 歯科の全体の施設数は個人と法人の合計に加え、その他(市町村立等)を含めた数となっている。

○保険薬局

- 構成比率は「収益」と「介護収益」を合算した金額に対する各収益科目又は費用科目の割合である。
- 個人立の保険薬局の損益差額からは、開設者の報酬となる部分以外に、建物、設備について現存物の価値以上の改善を行うための内部資金に充てられることが考えられる。
- 「後発医薬品調剤割合」とは、調剤した全ての医薬品の数量(薬価基準の規格単位ベース)のうち後発医薬品の割合である。
- 「後発医薬品備蓄割合」とは、全調剤用備蓄医薬品品目数に占める後発医薬品品目数の割合である。

平成 2 3 年 1 1 月 1 8 日

第 1 8 回 医 療 経 済 実 態 調 査 (医 療 機 関 等 調 査) 結 果 報 告 に 対 す る 見 解

中央社会保険医療協議会

二 号 委 員

安 達 秀 樹

嘉 山 孝 正

鈴 木 邦 彦

西 澤 寛 俊

万 代 恭 嗣

堀 憲 郎

三 浦 洋 嗣

第 1 8 回 医 療 経 済 実 態 調 査 で は、二 号 委 員 が か ね て よ り 指 摘 し て き た、6 月 単 月 調 査 (非 定 点) デ ー タ の 正 確 性 に 対 す る 疑 義 か ら、直 近 2 事 業 年 度 の 決 算 デ ー タ の 調 査 (定 点) が 追 加 さ れ る こ と に な っ た。今 回 の 結 果 を 見 る と、や は り 6 月 単 月 デ ー タ と 年 間 決 算 デ ー タ の 乖 離 を 確 認 す る こ と が で き、こ れ ま で の 6 月 単 月 ・ 非 定 点 調 査 の 信 頼 性 が 否 定 さ れ た と 言 え る。

今 回 の 年 間 決 算 デ ー タ (定 点) の 結 果 か ら、医 療 機 関 の 経 営 状 態 を 示 す 損 益 率 を 見 る と、一 般 病 院 の 場 合、全 体 的 に 損 益 率 は 好 転 し て い る も の の、病 床 規 模 が 大 き い ほ ど 厳 しい。特 に 国 民 に 対 す る 医 療 の 「最 後 の 砦」で あ る 特 定 機 能 病 院 の 損 益 率 は - 5. 8 % と な っ て お り、依 然 と し て 大 幅 な 赤 字 が 続 い て い る。精 神 科 病 院 も 損 益 率 は - 0. 3 % で あ り、赤 字 が 続 い て い る。更 に、損 益 分 岐 点 比 率 を 計 算 す る と、黒 字 化 し た 中 小 病 院 で も 9 7. 8 % ~ 9 9. 6 % と、一 般 に 「危 険」と さ れ る 9 0 % を は る か に 超 え て い る。国 民 生 活 の セ ー フ テ ィ ネ ッ ト 機 能 を 果 た し て い る 医 療 機 関 の 経 営 は 総 じ て、依 然 と し て 非 常 に 不 安 定 な 状 態 に あ る こ と が 明 ら か に な っ た。

な お、一 般 病 棟 入 院 基 本 料 別 に つ い て は、6 月 単 月 デ ー タ の 非 定 点 で の 比 較 し か で き な い な ど の 問 題 が あ り、上 述 の 通 り、デ ー タ の 信 頼 性 に 欠 け る が、便 宜 上、そ の 損 益 率 を 見 る な ら ば、7 対 1、1 0 対 1、1 3 対 1 で は 好 転 し、7 対 1、1 3 対 1、1 5 対 1 は 黒 字 で は あ る が、わ ず か に 水 面 上 に 出 た に 過 ぎ な い。ま た、国 公 立 病 院 と い う 同 じ 土 俵 で 見 れ ば、1 3 対 1、1 5 対 1 が 著 し く 苦 戦 し て い る。国 公 立 病 院 の う ち 特 に 自 治 体 病 院 で は 不 採 算 地 区 に 1 3 対 1、1 5 対 1 が 多 い こ と か ら、地 方 の 自 治 体 病 院 が 成 り 立 た な く な っ て い る お そ れ が 高 い と 考 え ら れ る。

一 般 診 療 所 の 場 合、入 院 収 益 あ り の 診 療 所 で は、前 回 診 療 報 酬 改 定 の 成 果 が 一 定 程 度 見 ら れ た が、入 院 収 益 な し の 診 療 所 で は あ ま り 改 善 が 見 ら れ ず、一 般 診 療 所 (医 療 法 人) 全 体 の 損 益 分 岐 点 比 率 も 9 2. 6 % と 9 0 % を 超 え て い る。ま た、青 色 申 告 を 行 っ た 個 人 診 療 所 の 省 略 形 式 に よ る 調 査 が 今 回 新 た に 採 用 さ れ た が、こ れ ら の 小 規 模 な 診 療 所 の 非 常 に 厳 しい 実 態 を 示 す 結 果 で あ っ た。極 め て 複 雑 な 様 式 を 採 る 本 調 査 に 回 答 で き る 医 療 機 関 は、経 営 的 に 安 定 し て い る 機 関 が 多 い こ と を 示 す も の

であり、本調査の結果は十分な代表性が担保されておらず、実態よりも経営状態が良いデータが出ていることを裏付けている。

歯科診療所については、平成22年度の損益差額は、平成21年度から微増しているものの、平成20年度と比べ約17%減少している。これは、収入増が困難な中、国民のための医療安全向上に向けた新たな設備や最新の歯科医療技術提供のための医療機器等への投資が必要になっていること等を反映していると思われる。

歯科診療所に限らず、全ての医療機関にとって、既に経営努力や経費削減努力が限界に達している中で、損益差額の大きな落ち込みは、将来の設備投資等に係る資金の問題にも影響を与え、安心・安全を前提とした医療供給体制の根幹を揺るがしかねないことに注意する必要がある。

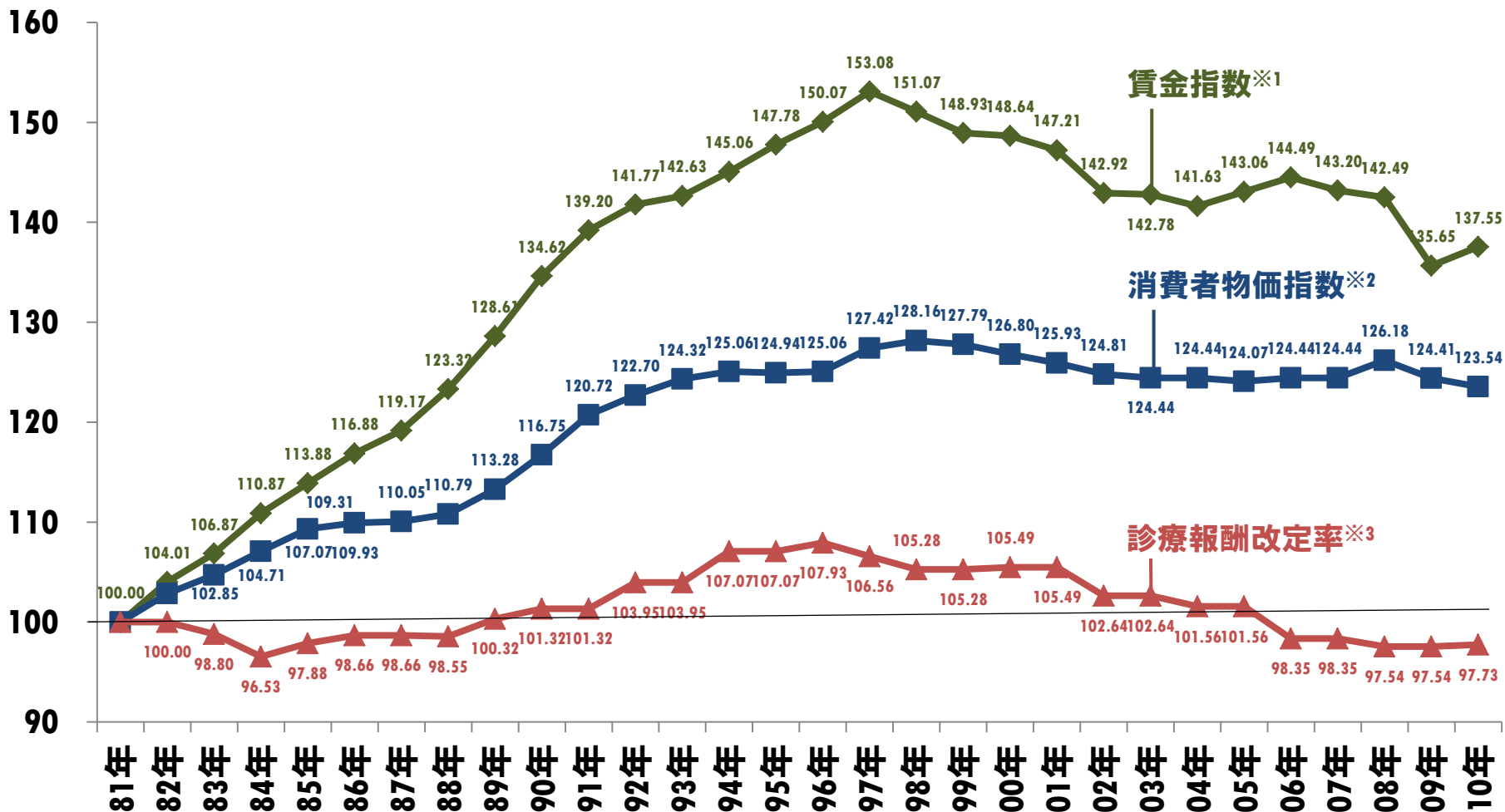
保険薬局については、費用の7割以上を医薬品費が占めるという特有の収支構造に加え、処方日数の長期化傾向の影響を受けて、医薬品費等の伸び率が収益の伸びを上回ってしまっているために、損益率は若干悪化もしくは横ばいの状況が続いており、依然として改善している様子は見えていない。

ところで、職種別の給与年(度)額を見ると、特に民間病院で医師の平均給与年額が減少していることが目を引く。これは、民間病院の原資のほとんどが診療報酬であることを考えれば、前回診療報酬改定によってもなお勤務医の給与を削減せざるを得ない状況にあり、勤務医の処遇改善どころか、更に悪化していることを示唆している。また、今回も各種報道機関は、信頼性に欠ける従来型の6月単月データを採用した報道(例えば、医療法人の一般診療所院長給与は、6月(非定点)データでは+9.9%であるが、年間(定点)データでは+0.5%で横ばいであることを無視した報道)や開業医と勤務医の給与を単純比較した報道を行うなど、依然として恣意的な報道を繰り返しており、極めて遺憾である。

以上見てきたように、今回の医療経済実態調査からは、10年振りのプラス改定となった前回診療報酬改定を受けて医業収益(保険薬局は収益)にある程度の伸びが見られたものの、これまでの相次ぐ診療報酬のマイナス改定によって経営状態が大きく悪化したところから少しばかりの改善を見せたに過ぎない。しかも、国民のための質の高い医療の提供にとって不可欠な設備投資等を行い、さらに勤務医の処遇改善等を進めるためには、一定の黒字幅を持続的に確保することが必要であること等も考えると、経営は依然として不安定であることが示されたと考える。

賃金・物価指数を大きく下回ってきた診療報酬改定率

1981年比(%)



※1 厚生労働省「毎月勤労統計調査」賃金指数(現金給与総額、事業所規模30人以上)による。

※2 総務省統計局「消費者物価指数年報」による。

※3 厚生労働省発表全体改定率。

- 余 白 -

「第 18 回医療経済実態調査（医療機関
等調査）報告－平成 23 年 6 月実施－」
について（速報）

定例記者会見

2011 年 11 月 9 日

社団法人 日本医師会

本資料は、2011年11月2日に発表された中央社会保険医療協議会（以下、中医協）「第18回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告－平成23年6月実施－」について、日本医師会の見解を示したものです。詳細な分析は、11月下旬から12月初旬にかけて、日本医師会総合政策研究機構（日医総研）のホームページで発表する予定です。

日医総研 <http://www.jmari.med.or.jp/>

目 次

1.	中医協・医療経済実態調査について	1
1.1.	調査方法の変遷	1
1.2.	調査方法の見直しの結果	4
1.2.1.	非定点調査と定点調査	4
1.2.2.	青色申告を行なった個人立診療所	7
1.3.	集計結果の見方	8
2.	「医療経済実態調査報告－平成23年6月実施－」の分析	12
2.1.	一般病院の損益状況	12
2.1.1.	病床規模別	12
2.1.2.	一般病棟入院基本料別	20
2.1.3.	DPC対象病院	24
2.1.4.	特定機能病院	26
2.2.	一般診療所の損益状況	30
2.2.1.	入院収益の有無別	30
2.2.2.	青色申告（省略形式）の個人診療所	34
2.3.	常勤職員1人当たり平均給与	38
2.3.1.	医師の給与	38
3.	まとめ	42

1. 中医協・医療経済実態調査について

1.1. 調査方法の変遷

2011年11月2日、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）「第18回医療経済実態調査（医療機関等調査）報告－平成23年6月実施－」（以下、「医療経済実態調査」）が発表された。

日本医師会は、「医療経済実態調査」について、これまで、定点調査ではないこと、6月単月調査であること、客体数が少ないこと、隔年調査であり2年前との比較しかできないこと、などの問題を指摘してきた。これまでの経緯は以下のとおりである（表1.1.1）。

表 1.1.1 「医療経済実態調査」に対する日本医師会の指摘と調査手法の改良

2005.11.14	日本医師会総合政策研究機構（日医総研）が、「第15回医療経済実態調査－平成17年6月実施－」の分析を行ない、同調査は定点調査ではなく、調査年によって対象施設のタイプが異なるため結果にばらつきがあることを、具体的なデータの対比を示して指摘。しかし、次回第16回調査も従来の手法で実施されることになった。
2007.10.26	「第16回医療経済実態調査－平成19年6月実施－」発表
2007.10.31	日本医師会が中医協総会に資料「医療経済実態調査の問題点と医療経営の実態について」 ¹ を提出。定点調査ではないため、調査年によって1施設当たりの従事者数や病床数が異なり、これを前回と比較すると、それだけで医業収益（収入）などが増減すること、また、6月単月分だけの調査であること、小規模の診療所などでは記入が困難であることなどを指摘した。

¹ 社団法人 日本医師会「医療経済実態調査の問題点と医療経営の実態について」2007年10月31日、中医協総会提出資料

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/10/dl/s1031-6e.pdf>

2008.10.22	日本医師会が中医協総会に、資料「医療経済実態調査の問題点」を提出。医療経営を把握するための調査の改善案①「医療経済実態調査」を決算ベースで把握すること、②「医療経済実態調査」、「TKC医業経営指標」 ² 等を、同じ土俵で議論すること、③定點調査を基本とするものの3点を調査手法改良の具体策として提案した ³ 。
2008.11.19	中医協調査実施小委員会で、「医療経済実態調査」の方法について、ワーキンググループを設置して検討してはどうかという提案があり、決算データの活用に関する懇談会が設置されることになった。
2009.1.22	決算データの活用に関する懇談会が、単月データよりも、年間（決算）データのほうが会計情報としての信頼性が高いとのとりまとめを行なった ⁴ 。
2009.3.25	中医協総会で「第17回医療経済実態調査－平成21年6月実施－」では、直近事業年度の年間データも調査することが決定 ⁵ 。しかし、日本医師会が主張していた改定をはさんだ前後1年間、あわせて2年間の年間（決算）データの調査は、「予算の制約」 ⁶ から見送られた。
2009. 10. 30	「第17回医療経済実態調査－平成21年6月実施－」発表

² TKC全国会（会員数約1万名を超える税理士、公認会計士のネットワーク）による編纂。第三者による信頼性の高いデータとして日本医師会が提供を受け、分析している。

³ 社団法人 日本医師会「医療経済実態調査の問題点」2008年10月22日、中医協総会提出資料
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/10/dl/s1022-8g.pdf>

⁴ 「医療経済実態調査」（医療機関等調査）における決算データの活用に関する懇談会「医療経済実態調査（医療機関等調査）における年間（決算）データの活用について－これまでの議論のとりまとめ－」2009年1月22日

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/01/dl/s0128-4a.pdf>

⁵ 中医協総会議事録 2009年3月25日

⁶ 中医協調査実施小委員会議事録 2009年1月28日

2009.11.11	<p>中医協診療報酬基本問題小委員会に、日本医師会資料「中医協・医療経済実態調査の分析」⁷を提出。日本医師会は、「第17回医療経済実態調査」では直近事業年度の年間データも調査されたものの、経年比較を行なうことができないため、診療報酬改定前年と改定年の2年分の決算データを調査すべきであることを主張した。</p>															
2011.1.12	<p>中医協調査実施小委員会で、「医療経済実態調査」は、診療所にとっては記入が複雑で回答が難しいため、青色申告決算書等を活用した簡素化を検討してはどうかという提案があった。</p>															
2011.6.1 ~ 6.30	<p>「第18回医療経済実態調査－平成23年6月実施－」実施</p> <p>これまでの懸案事項であった2事業年度分の決算データの調査も含め、主に次のような改良が行なわれた⁸。</p> <p>① 連続した2年間の決算データ調査の追加</p> <p>平成23年6月の1か月分および、改定をはさんだ2事業年度の決算データ。調査票の損益状況記入欄は縦3列に分かれており、平成23年6月分、平成23年3月末までの事業年度、平成22年3月末までの事業年度の数値をそれぞれ記入する。</p> <p>② 病院、一般診療所の抽出率の引き上げ</p> <table border="1" data-bbox="464 1491 1334 1796"> <thead> <tr> <th></th> <th>平成21年6月調査</th> <th>平成23年6月調査</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>病院</td> <td>1 / 5</td> <td>1 / 3</td> </tr> <tr> <td>一般診療所</td> <td>1 / 25</td> <td>1 / 20</td> </tr> <tr> <td>歯科診療所</td> <td>1 / 50</td> <td>1 / 50</td> </tr> <tr> <td>保険薬局</td> <td>1 / 25</td> <td>1 / 25</td> </tr> </tbody> </table>		平成21年6月調査	平成23年6月調査	病院	1 / 5	1 / 3	一般診療所	1 / 25	1 / 20	歯科診療所	1 / 50	1 / 50	保険薬局	1 / 25	1 / 25
	平成21年6月調査	平成23年6月調査														
病院	1 / 5	1 / 3														
一般診療所	1 / 25	1 / 20														
歯科診療所	1 / 50	1 / 50														
保険薬局	1 / 25	1 / 25														

⁷ 社団法人 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、日本医師会定例記者会見資料、<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/11/dl/s1111-5k.pdf>

⁸ 「第18回医療経済実態調査（医療機関等調査）の実施案」2011年3月2日、中医協総会提出資料 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000136yg-att/2r9852000001373i.pdf>

	<p>*特定機能病院、歯科大学病院、こども病院はすべて対象</p> <p>③ 青色申告診療所の記載の簡素化</p> <p>平成 22 年度および平成 23 年度に青色申告を行なった個人立診療所については、税務申告上の数字を転記すれば良く、調査項目の一部を記入しないで良いことになった。</p>
2011.11.2	「第 18 回医療経済実態調査－平成 23 年 6 月実施－」発表

1.2. 調査方法の見直しの結果

1.2.1. 非定点調査と定点調査

施設特性の変化

今回の「医療経済実態調査」では、平成 23 (2011) 年 6 月単月調査 (非定点) に、直近 2 事業年度の決算データの調査 (定点) が追加された。

非定点調査について、一般病院の社会保険関係法人に着目すると、施設数は平成 21 年 17 施設、平成 23 年 28 施設と、抽出率の引き上げにともなって増加した (表 1.2.1)。一方、平均病床数は平成 21 年 324 床、平成 23 年 285 床であり、大幅に減少した。その結果、医業収益の伸び率は、6 月単月 (非定点) では▲14.2%、直近 2 事業年度の年間データ (定点) では+5.2%と逆転している。

「医療経済実態調査」は、基本的に「1 施設当たり」の集計を行なっているが、平均病床数が小さくなった場合、1 施設当たりの医業収益が減少するのは当然のことであり、施設特性の変化に配慮できていない。

また、精神科病院は 6 月単月 (非定点) の平均病床数に大きな変化はないが、損益率は、6 月単月 (非定点) では黒字、直近 2 事業年度の年間データ (定点) では赤字と逆転している。これまでは非定点調査だけであったが、今回もそのままであれば、精神科病院は「黒字」として扱われたことになる。

直近2事業年度の年間データは定点調査であるので、もちろん施設数、平均病床数ともに変化はない⁹。

表 1.2.1 一般病院 有効回答数・平均病床数・医業収益の伸び・損益率

6月単月・非定点調査

			有効回答施設数		平均病床数		医業収益の 伸び(%)	損益率 (%)
			H21.6	H23.6	H21.6	H23.6		
一般病院	法人・ その他	医療法人	465	696	143	137	▲ 0.5	4.8
		国立	23	40	419	401	11.4	5.1
		公立	135	190	241	232	13.6	▲ 7.6
		公的	44	64	355	352	0.6	1.9
		社会保険関係法人	17	28	324	285	▲ 14.2	2.2
		その他	73	137	216	231	5.4	1.9
		全体	757	1,155	192	188	4.6	0.8
	個人	33	39	138	63	▲ 19.1	14.2	
	全体	790	1,194	190	184	4.9	1.0	
精神科 病院	法人・その他全体		125	191	258	254	3.8	1.8
	個人		—	4	—	169	—	2.8
	全体		127	195	255	252	4.0	1.8

直近2事業年度 年間決算データ(定点調査)

			有効回答施設数		平均病床数		医業収益の 伸び(%)	損益率 (%)
			前々年度	前年度	前々年度	前年度		
一般病院	法人・ その他	医療法人	700	700	137	137	4.7	4.8
		国立	40	40	401	401	6.4	5.2
		公立	193	193	233	233	6.1	▲ 9.5
		公的	64	64	352	352	5.1	2.5
		社会保険関係法人	28	28	285	285	5.2	0.4
		その他	137	137	231	231	5.1	2.1
	全体	1,162	1,162	188	188	5.3	0.4	
	個人	42	42	80	80	2.7	12.3	
	全体	1,204	1,204	185	185	5.3	0.5	
精神科 病院	法人・その他全体		193	193	253	193	1.3	▲ 0.1
	個人		4	4	169	169	4.0	▲ 4.3
	全体		197	197	197	197	1.4	▲ 0.1

—は施設数が2未満であるため表示されていないもの

*出所: 中央社会保険医療協議会「第18回医療経済実態調査(医療機関等調査)報告—平成23年6月実施—」2011年11月集計2 調査に回答した全ての医療機関等の集計

⁹ 厳密に言えば、同じ施設で増床、減床することがあるが、「医療経済実態調査」は直近の病床数しか調査しておらず今後の課題である。ただし、非定点調査に比べれば、病床増減の影響ははるかに小さい。

有効回答施設数は、特に一般診療所において、直近2事業年度の年間データのほうが6月単月よりも多い(表1.2.2)。決算データに対応している事業年度単位の調査のほうが、年間データの按分推計等を行なわなければならない1か月分のアンケート調査よりも、正確に記載できることを示唆している。

表 1.2.2 有効回答施設数

			6月単月 非定点		直近2事業年度 定点	
			H21.6	H23.6	前々年度	前年度
一般病院	法人・ その他	医療法人	465	696	700	700
		国立	23	40	40	40
		公立	135	190	193	193
		公的	44	64	64	64
		社会保険関係法人	17	28	28	28
		その他	73	137	137	137
		全体	757	1,155	1,162	1,162
	個人	33	39	42	42	
	全体	790	1,194	1,204	1,204	
精神科 病院	法人・その他全体		125	191	193	193
	個人		—	4	4	4
	全体		127	195	197	197
一般 診療所	個人	入院収益あり	18	28	36	36
		入院収益なし	492	537	584	584
		全体	510	565	620	620
	医療 法人	入院収益あり	69	88	95	95
		入院収益なし	443	566	611	611
		全体	512	654	706	706
	その他	入院収益あり	—	3	3	3
		入院収益なし	23	21	23	23
		全体	25	24	26	26
	全体	入院収益あり	89	119	134	134
		入院収益なし	958	1,124	1,218	1,218
		全体	1,047	1,243	1,352	1,352

*出所: 中央社会保険医療協議会「第18回医療経済実態調査(医療機関等調査)報告—平成23年6月実施—」
2011年11月 集計2 調査に回答した全ての医療機関等の集計

1.2.2. 青色申告を行なった個人立診療所

今回「平成23年6月調査」では、青色申告を行なった個人立の一般診療所、歯科診療所は、税務申告上の数字を転記すれば良く、調査項目の一部を記入しなくて良いことになった。

有効回答率は、前回調査と比べて一般診療所では上昇、歯科診療所では低下した。一般診療所以外では有効回答率が低下していることから、一般診療所では、記載の簡素化が、ある程度、有効回答率の上昇に寄与したのではないかと推察される（表 1.2.3）。

表 1.2.3 「医療経済実態調査」の有効回答率

	有効回答率	
	H21.6調査	H23.6調査
病院	56.6%	52.4%
一般診療所	44.0%	46.2%
歯科診療所	60.1%	53.6%
保険薬局	62.8%	57.5%

*出所：中央社会保険医療協議会「第18回医療経済実態調査(医療機関等調査)報告—平成23年6月実施—」2011年11月

1.3. 集計結果の見方

「医療経済実態調査」の結果は、病院については集計 1 と集計 2、診療所については集計 2 のみで公表されている。集計 1 は、医療・介護収益に占める介護収益の割合が 2%未満の医療機関の集計、集計 2 は調査に回答した全ての医療機関等の集計である（表 1.3.1）。

「医療経済実態調査」は、診療報酬検討のための基礎資料である。診療報酬改定の影響をダイレクトに把握するためには、介護報酬などの影響を少なくした「集計 1」のほうが参考になるが、診療所については「集計 1」がないため、病院と診療所の比較を行なう場合には、「集計 2」を使用するしかない。

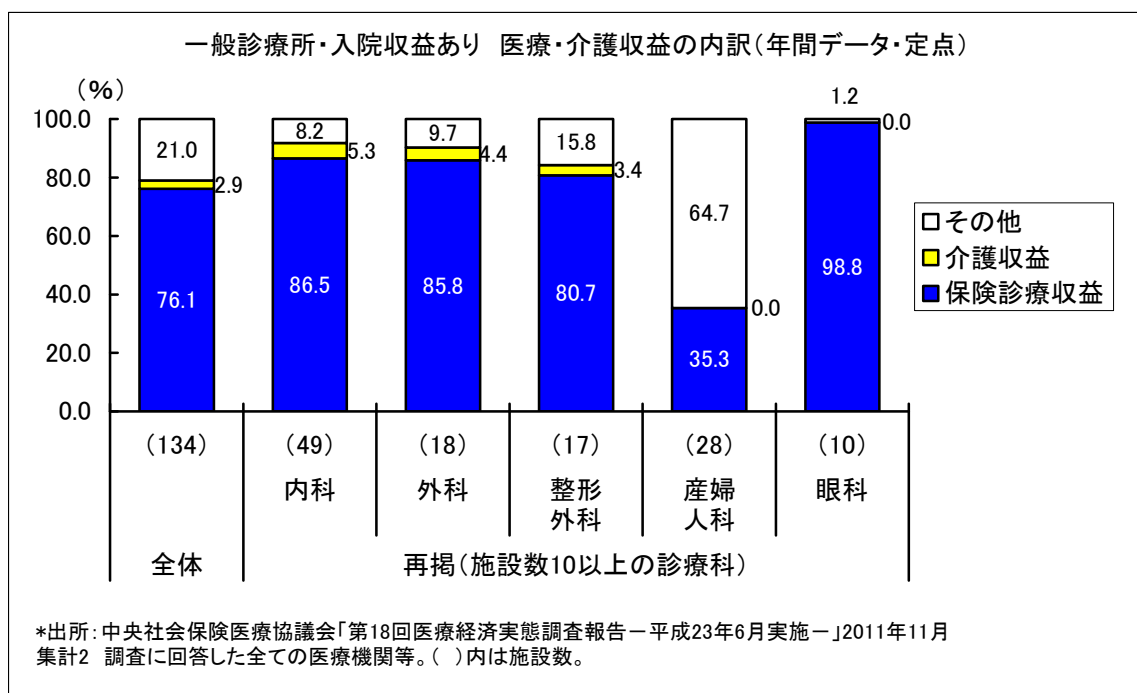
表 1.3.1 「医療経済実態調査」の集計区分

病院	集計1 医療・介護収益に占める介護収益の割合が2%未満の医療機関等の集計	集計2 調査に回答した全ての医療機関等の集計 (有効回答施設の集計)
一般診療所	/	
歯科診療所		
保険薬局		

また、黒字か赤字かを見るためには、損益差額（病院会計準則の医業利益に相当）に着目することになるが、収益（収入）に自費診療収益が多く含まれている医療機関もある。

たとえば入院収益ありの診療所（有床診療所）は、有効回答数 134 施設のうち産婦人科が 28 施設（20.9%）ある。産婦人科は、医療・介護収益のうちその他収益（公害等診療収益¹⁰、自費診療、特別メニューの食事、特別の療養環境収益など）が 64.7%を占める（図 1.3.1）。したがって、有床診療所全体の数字は、診療報酬以外の影響を少なからず受けていることに留意する必要がある。

図 1.3.1 一般診療所・入院収益あり 医療・介護収益の内訳（年間データ・定点）



¹⁰ 公害医療、労災保険、自動車損害賠償責任保険など

また、「医療経済実態調査」は、診療科別等の集計結果も示されているが、施設数が少ないカテゴリについては、極端な動きを示すことがある。たとえば、A病院とB病院という病院があったとする。損益率はA病院 6.7%、B病院 10.0%でこれを単純平均すると 8.3%であるが、「医療経済実態調査」では全体平均から損益率を求めるので 9.2%になる（表 1.3.2）。

表 1.3.2 平均の計算方法の例

1施設当たり損益状況

	A病院	B病院	全体平均
① 医業・介護収益	300	1,000	650
② 医業費用	280	900	590
③ 損益差額 (①-②)	20	100	60
④ 損益率 (%) (③÷①×100)	6.7	10.0	9.2

A病院・B病院の損益率の平均 (%)	8.3
--------------------	-----

2. 「医療経済実態調査報告—平成 23 年 6 月実施—」の分析

以下、基本的に年間決算データ（定点調査）を用いて分析を行なう。いずれも 1 施設当たりの平均である。

前々年度：平成 22（2010）年 3 月末までに終了した事業年（度）

前年度：平成 23（2011）年 3 月末までに終了した事業年（度）

2.1. 一般病院の損益状況

2.1.1. 病床規模別

医業収益の伸び率は、全体で+5.4%であり、病床規模に比例して伸び率が高かった（図 2.1.1）。

また、参考までにメディアス（最近の医療費の動向）から、医療保険医療費の伸び率を示した。メディアスは審査支払機関で処理された医療費を対象としている。比較した時期が異なることもあり、医療経済実態調査の伸び率とは差があるが¹¹、20～49 床を除いて、おおむね病床規模に比例して医療費の伸び率が高いという傾向は似通っている（図 2.1.2）。

¹¹ メディアスは平成 21 年度（平成 21 年 4 月～平成 22 年 3 月）と平成 22 年度（平成 22 年 4 月～平成 23 年 3 月）の医療費。医療経済実態調査は、平成 22 年 3 月末までの事業年度と平成 23 年 3 月末までの事業年度。「平成 23 年 3 月末まで」の場合、決算期が平成 22 年 5 月～平成 23 年 4 月の場合も含まれる。この場合医業収益はかなり平成 22 年度データに近い。

図 2.1.1 一般病院・病床規模別 1施設当たり医業収益の伸び率
(年間データ・定点)

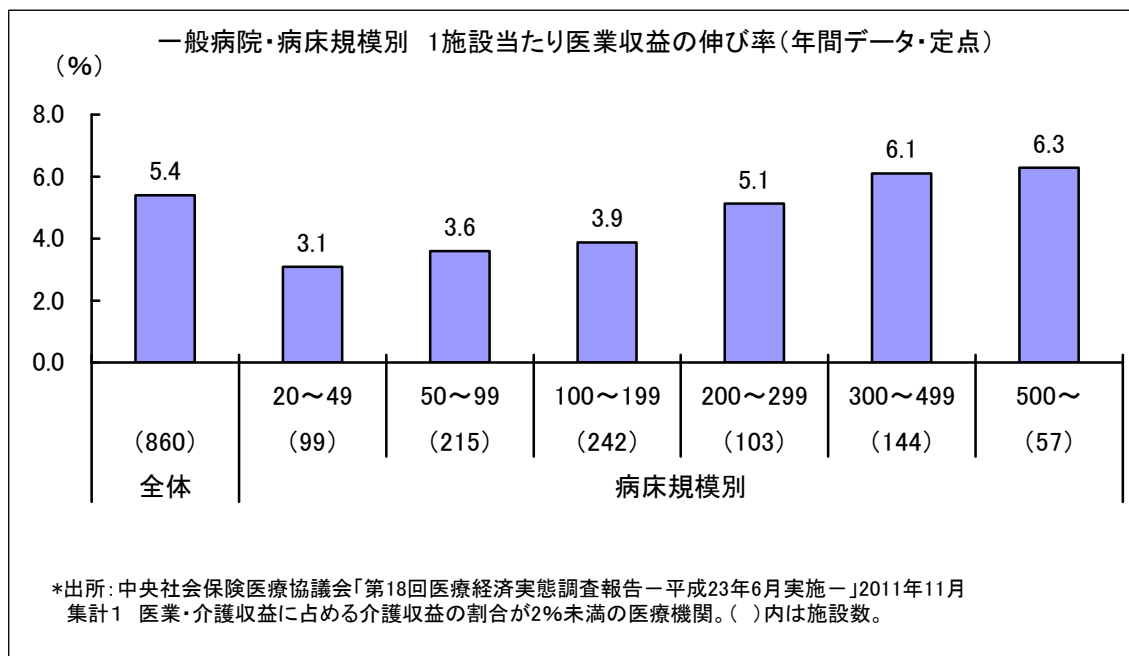
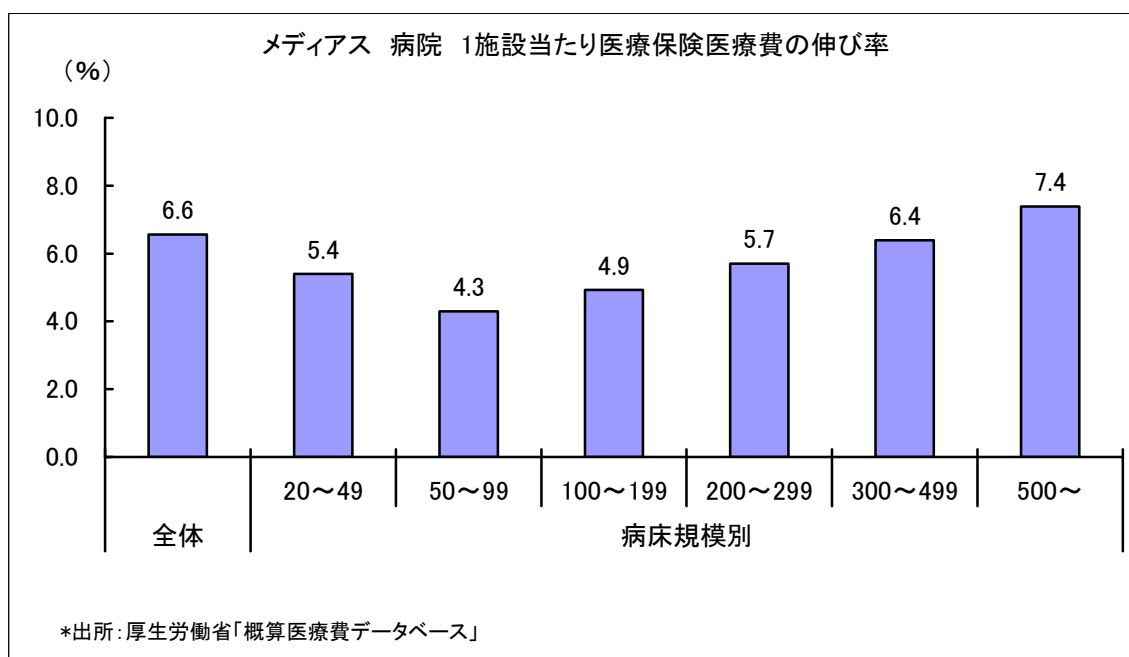


図 2.1.2 メディアス 病院 1施設当たり医療保険医療費の伸び率



損益率¹²は、一般病院全体を見れば、病床規模が大きいほど赤字が大きい（図 2.1.3）。しかし、病床規模が大きい病院には、国公立病院が多く含まれている。国公立病院は給与費率が高いことなどから赤字が大きく、一般病院全体ではその影響を受けることに考慮する必要がある。

また、損益率は全体的には好転した。しかし、国公立病院が多い大規模病院では赤字であり、かつ黒字化した中小病院でも、損益分岐点比率¹³は一般に「危険」とされる 90%をはるかに超えている（図 2.1.4）。依然として、経営が非常に不安定であることに変わりはない。

¹² 損益差額 ÷ (医業収益 + 介護収益) × 100

¹³ 本稿では、以下の簡便法によって計算した。

損益分岐点比率 (%) = [(給与費 + 減価償却費 + 経費 + その他の医業介護費用) ÷ { 1 - (医薬品費 + 給食用材料費 + 診療材料費・医療消耗器具備品費 + 委託費) }] ÷ (医業収益 + 介護収益)

図 2.1.3 一般病院・病床規模別 損益率（年間データ・定点）

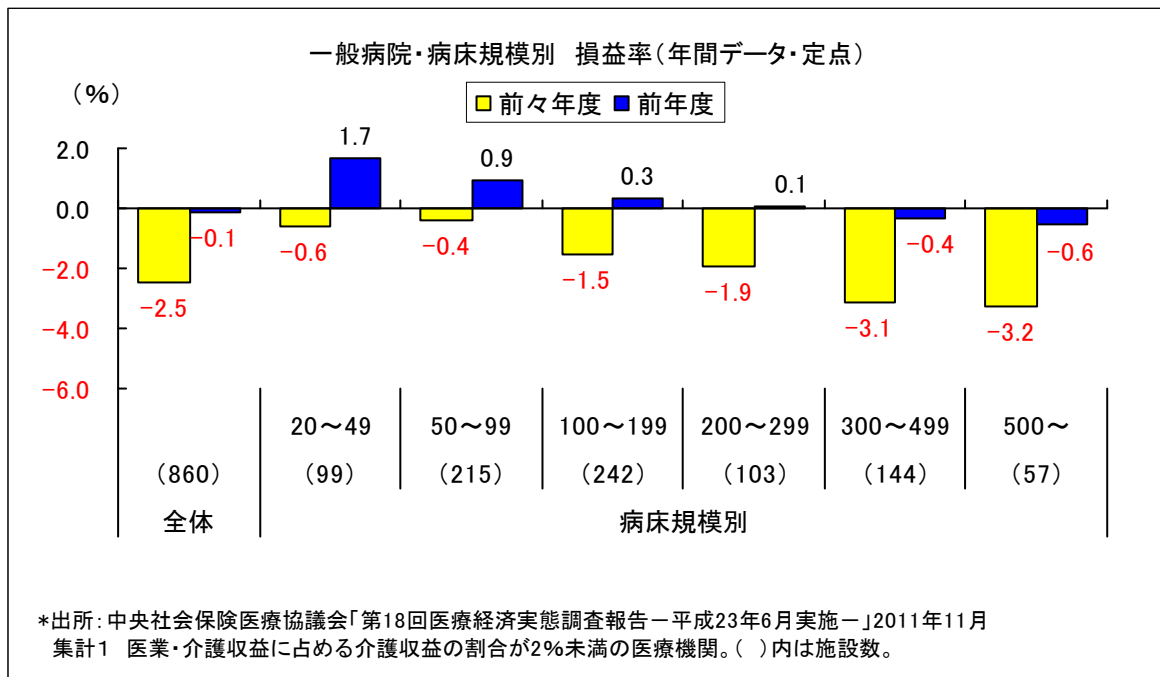
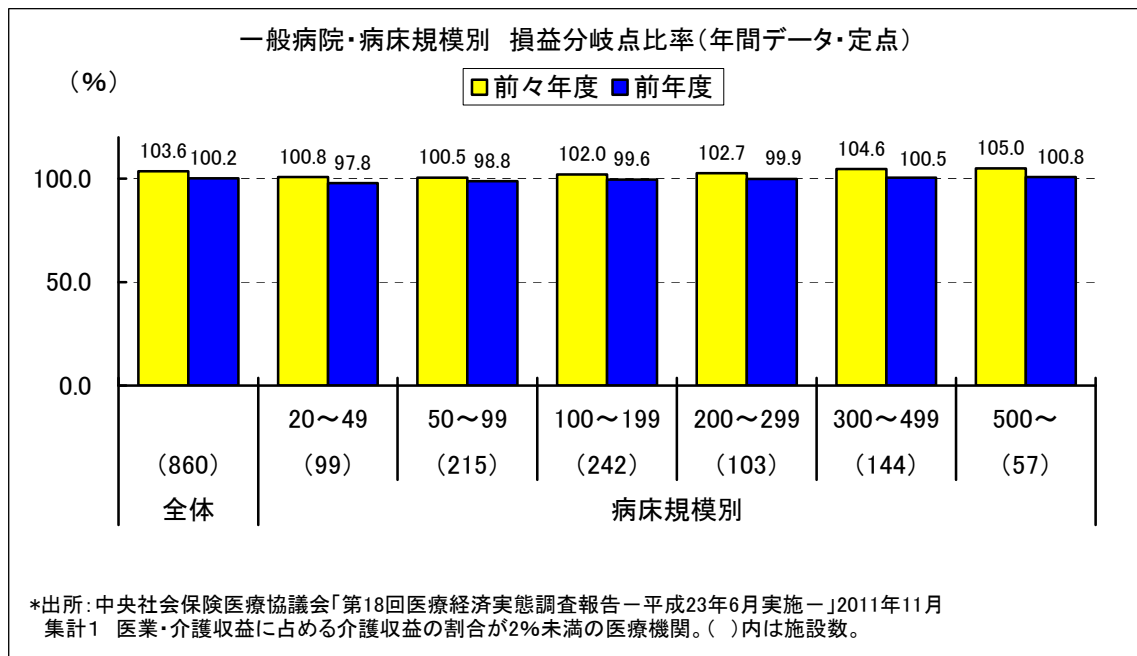


図 2.1.4 一般病院・病床規模別 損益分岐点比率（年間データ・定点）



国公立は、病床規模が小さいほど赤字が大きい（図 2.1.5）。一方で、国公立以外は、病床規模と損益率とには関係は見られない（図 2.1.6）。

図 2.1.5 一般病院（国公立）・病床規模別 損益率（年間データ・定点）

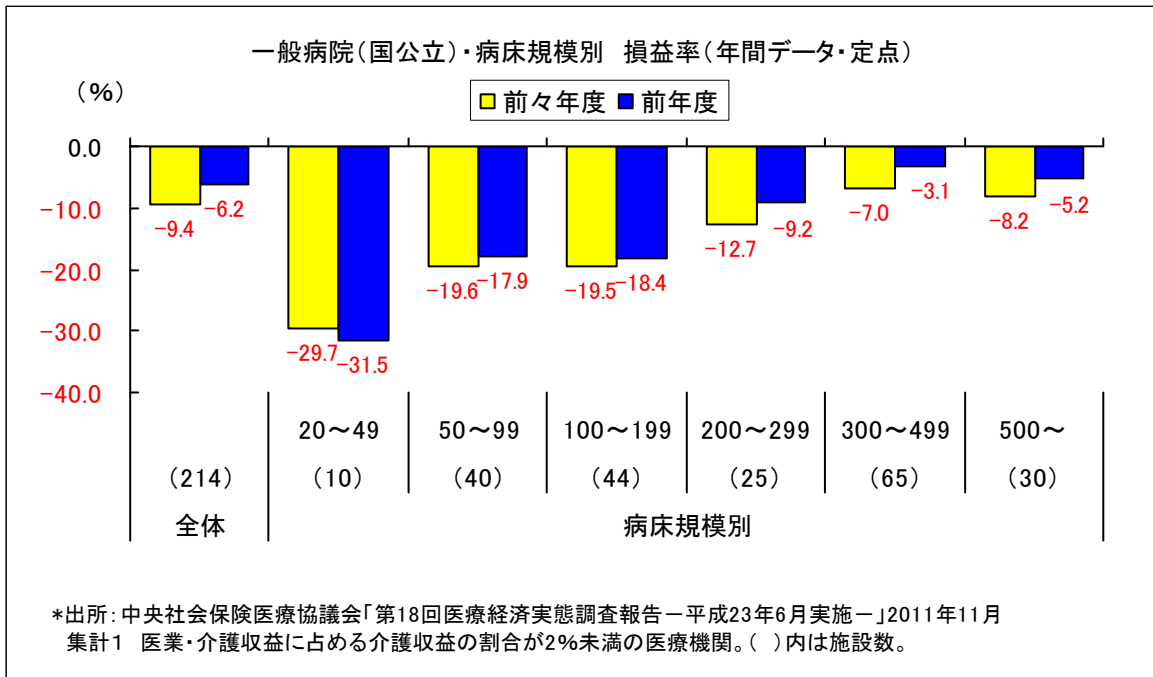
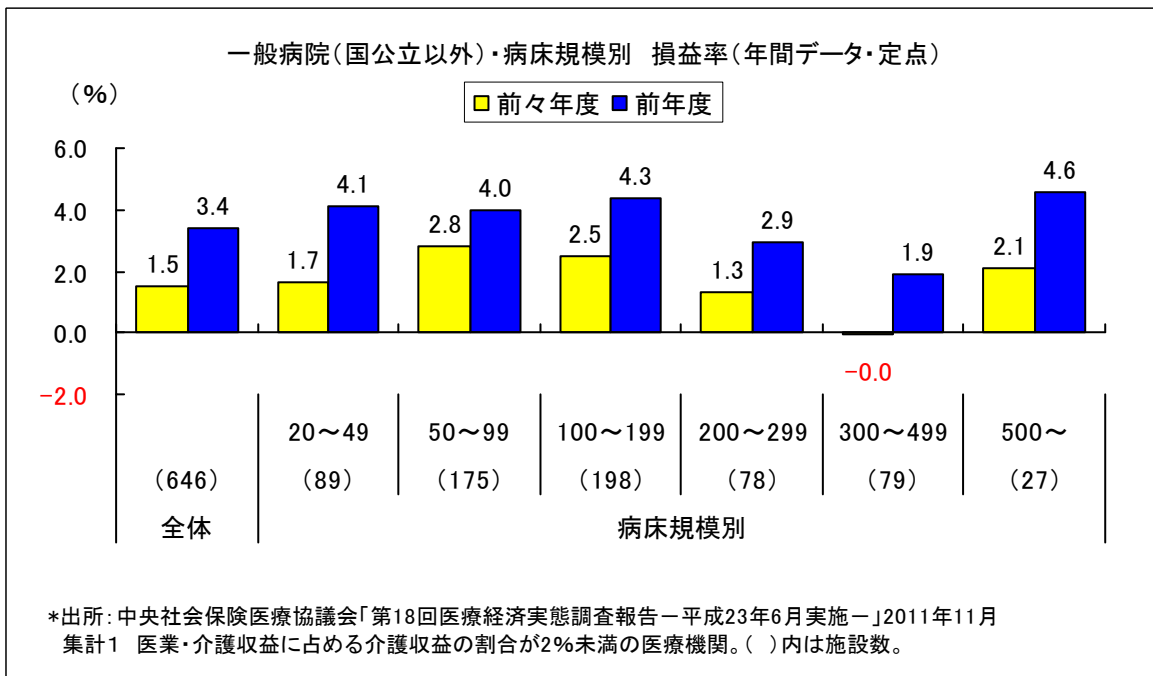


図 2.1.6 一般病院（国公立以外）・病床規模別 損益率（年間データ・定点）



今回の「医療経済実態調査」では、一般病院の損益率が改善し、国公立以外で黒字が拡大した。しかし、このことをもって単純に病院経営が安定化したと断定することはできない。

第一に、国公立以外は黒字であり、さらに黒字が拡大している。経営努力があったであろうことにも考慮する必要がある。一般病院の費用構成を見ると、国公立以外の給与費率は、国公立に比べてはるかに低い（図 2.1.7, 図 2.1.8）。

第二に、国公立は大幅な赤字である。これは給与費率が高いことなどが要因であるが、逆に人事院勧告にもとづく国公立病院の給与のほうが適切な水準であるとも考えられる。そして、現状の収入（診療報酬）では、その適切な水準の給与をまかなえないともいえる。

図 2.1.7 一般病院（国公立）・病床規模別 費用構成比（年間データ・定点）

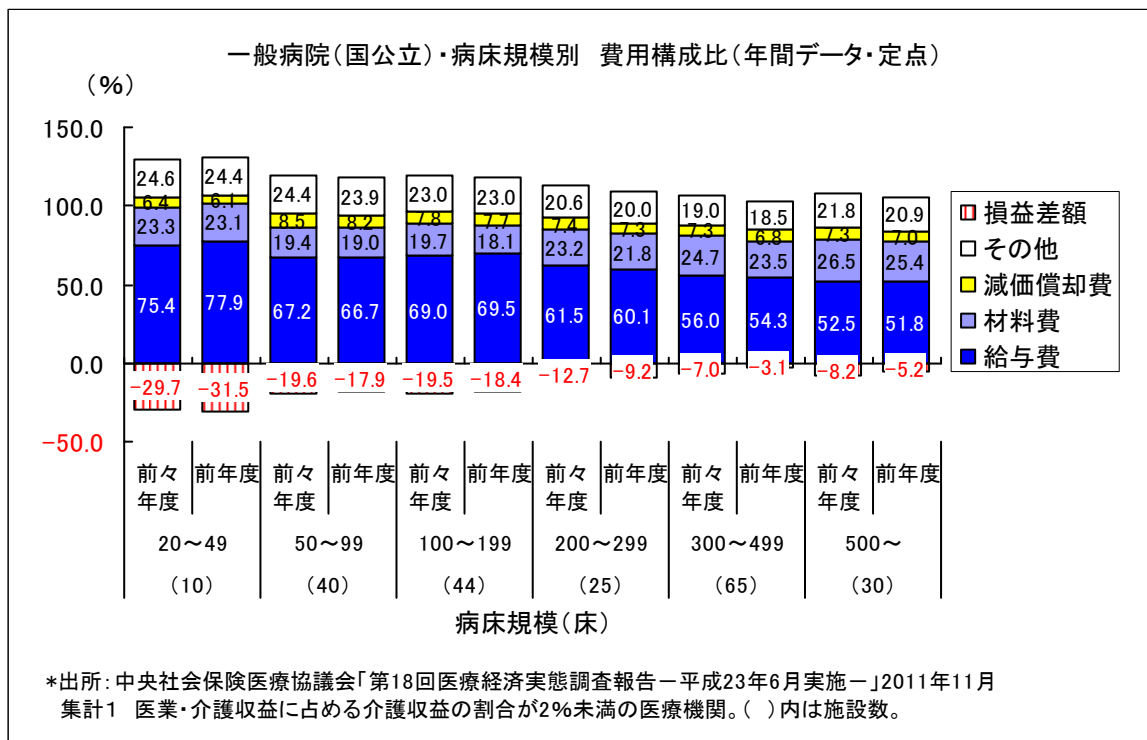
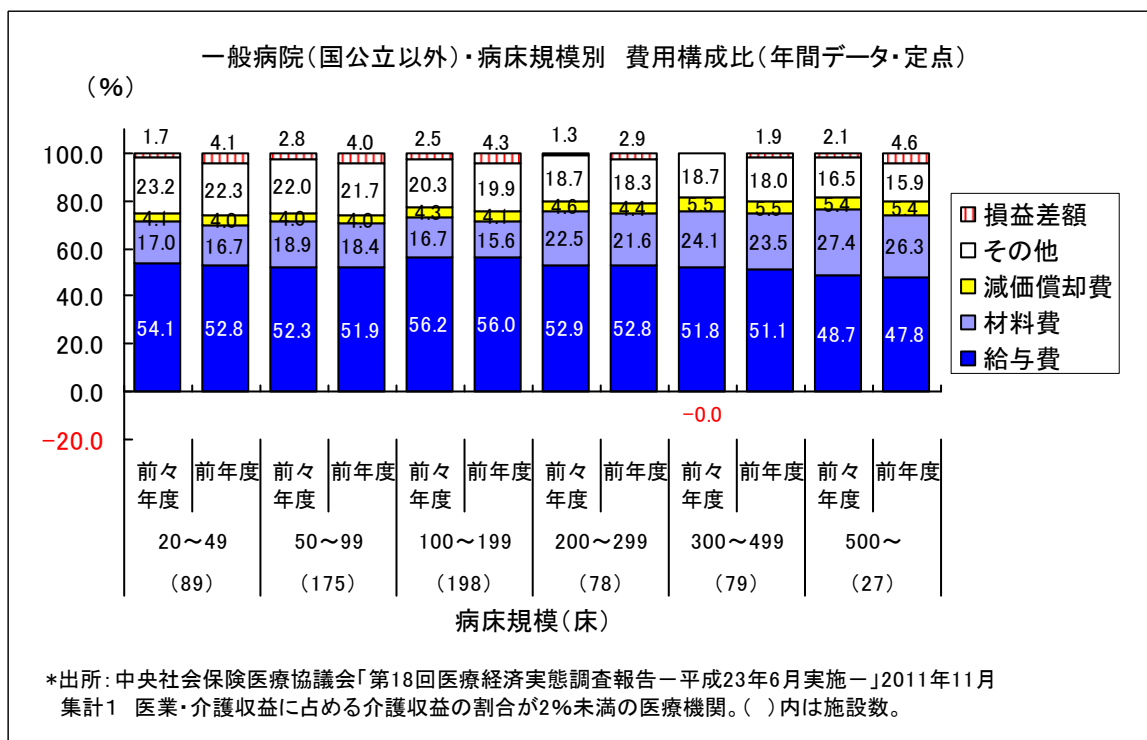


図 2.1.8 一般病院（国公立以外）・病床規模別 費用構成比（年間データ・定点）



2.1.2. 一般病棟入院基本料別

一般病棟入院基本料別について、調査票で質問しているのは、平成 23 年 6 月の一般病棟入院基本料のみである。したがって、集計は、6 月単月データの非定点での比較で行なわれている。

今後は、決算期ごとに一般病棟入院基本料を質問し、一般病棟入院基本料を変更したカテゴリ（例えば、前々年度 10 対 1→前年度 7 対 1）でも区分して集計を行なうことが課題である。

また、「医療経済実態調査」では、一般病棟入院基本料別など病院機能別集計に個人立の病院が含まれている。個人と法人とでは損益計算書の性格が異なるので、会計上、統合して示すことは間違いであるが、「医療経済実態調査」がそのような集計になっていること、一般病院に占める個人病院の割合が 4.0%に止まっていることから、原本どおりの数値を使用した。ただし非定点であり、1 施設当たりの平均病床数が変化していることから 100 床当たりに換算した。

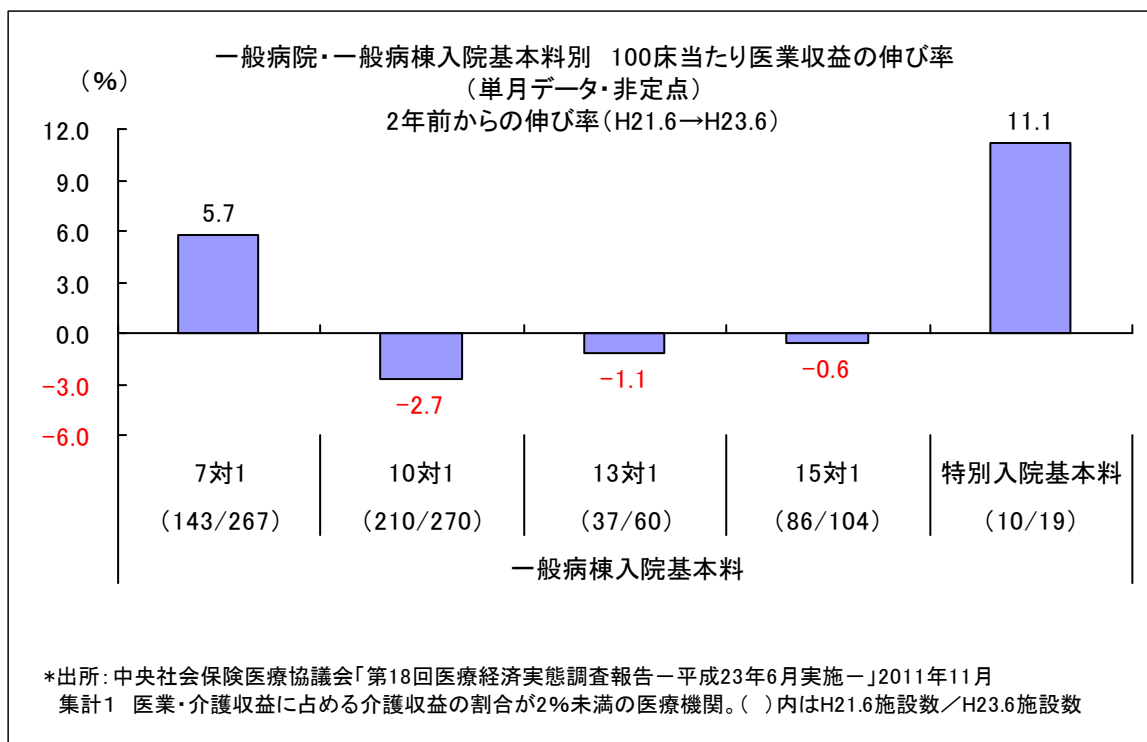
医業収益の伸び率は 7 対 1 では+5.7%とプラスであったが、特別入院基本料を除く他の入院基本料のカテゴリではマイナスであった（図 2.1.9）。

特別入院基本料は医業収益が大幅に増加したが、その内訳は入院診療収益▲10.2%、特別の療養環境収益+67.1%、外来診療収益+29.5%、その他の医業収益¹⁴+409.7%であり¹⁵、その他の医業収入が大幅に増加していた。非定点での比較であり、施設数も少ないので、このように大きく変動することがある。

¹⁴ その他の医業収益：保健予防活動収益、医療相談収益、受託検査・施設利用収益、その他（文書料）など。

¹⁵ 1 施設当たりの金額（6 月分）は、入院 41,062 千円→38,025 千円（▲7.4%）、特別の療養環境収益 339 千円→584 千円（+72.3%）、外来診療収益 14,861 千円→19,844 千円（+33.5%）、その他の医業収益 1,460 千円→7,670 千円（+425.3%）、医業収益計 57,722 千円→66,123 千円（+14.6%）

図 2.1.9 一般病院・一般病棟入院基本料別 100床当たり医業収益の伸び率
(単月データ・非定点)



損益率は7対1、10対1、13対1では好転した。7対1、13対1、15対1は黒字であるが、わずかに水面上に出たに過ぎない（図 2.1.10）。

定点調査ではなく、カテゴリごとの施設数も少ないということを断った上で、述べると、以下のような傾向が見られた。

国公立は、13対1を除いて損益率が改善した（図 2.1.11）。また、損益率は7対1および10対1では▲3%～▲4%台であるのに対し、13対1および15対1では▲14%～▲20%台と大きな差があった。

一般病棟入院基本料は、地域の患者特性、立地条件から13対1、15対1を算定するしかないといった場合がある。特に自治体病院については不採算地区で13対1、15対1を算定している病院が多く¹⁶、このため赤字が拡大している可能性もある。

¹⁶ 日本医師会総合政策研究機構「地方の中小病院の現状について－入院基本料15対1に注目した分析－（自治体病院の例）」日医総研ワーキングペーパーNo.235, 2011年6月9日

図 2.1.10 一般病院・一般病棟入院基本料別 損益率（単月データ・非定点）

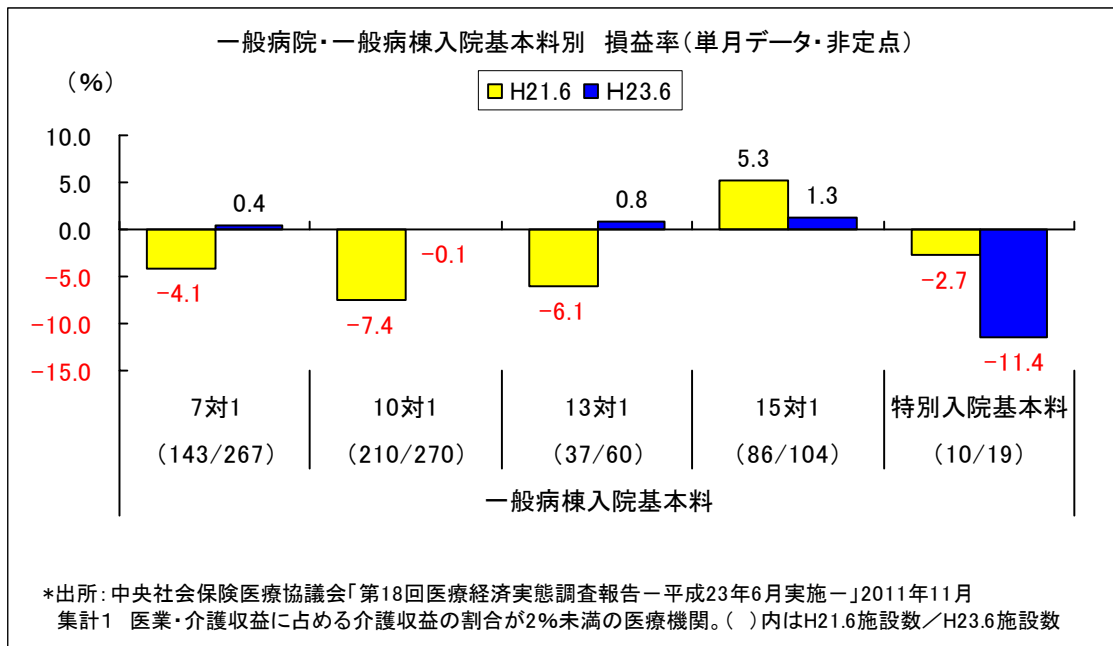
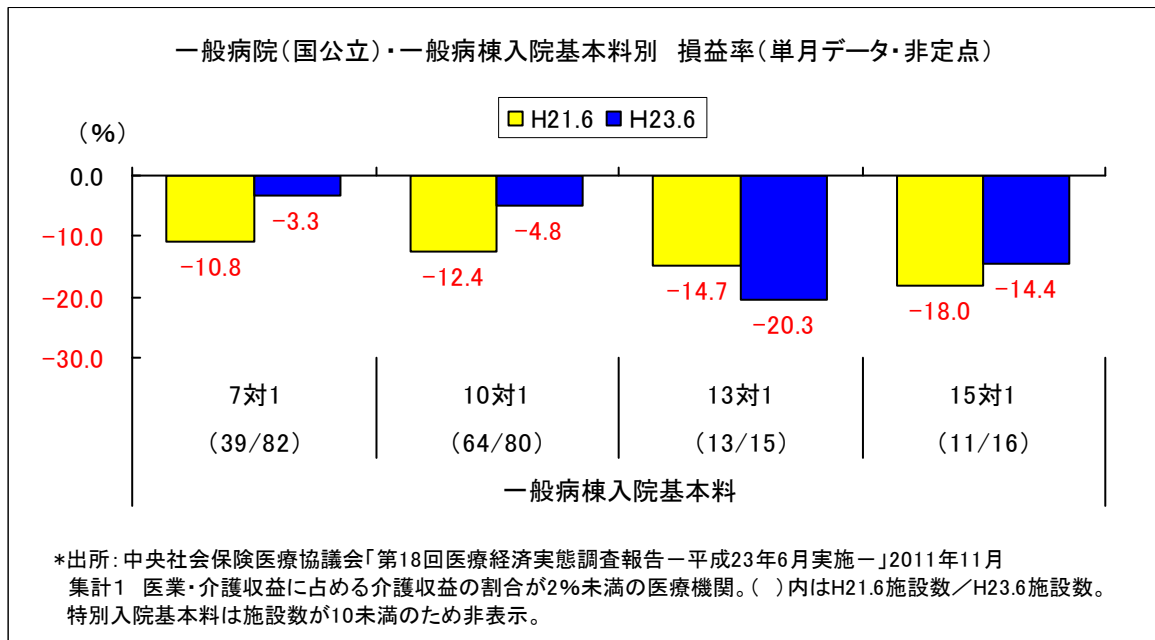


図 2.1.11 一般病院（国公立）・一般病棟入院基本料別 損益率
（単月データ・非定点）



2.1.3. DPC対象病院

「医療経済実態調査」報告には、DPC対象病院の結果が掲載されているだけで、DPC対象病院以外という独立した区分はない。そのため、ここでは全体からDPC対象病院分を除いて、粗い推計を行なった¹⁷。

医業収益（収入）の伸び率

DPC対象病院で+6.3%、それ以外で+3.5%であり、DPC対象病院とそれ以外の出来高算定病院とで大きな差があった（図 2.1.12）。

日本医師会は、2008年10月の中医協総会において、DPC、出来高払いを採用する急性期病院それぞれについて、適切に評価していくことを主張したが、DPC対象病院に医療費が集中する一方、出来高を算定する病院の評価が十分ではない可能性がある。

2008年10月22日 中医協診療報酬基本問題小委員会 二号側提出資料

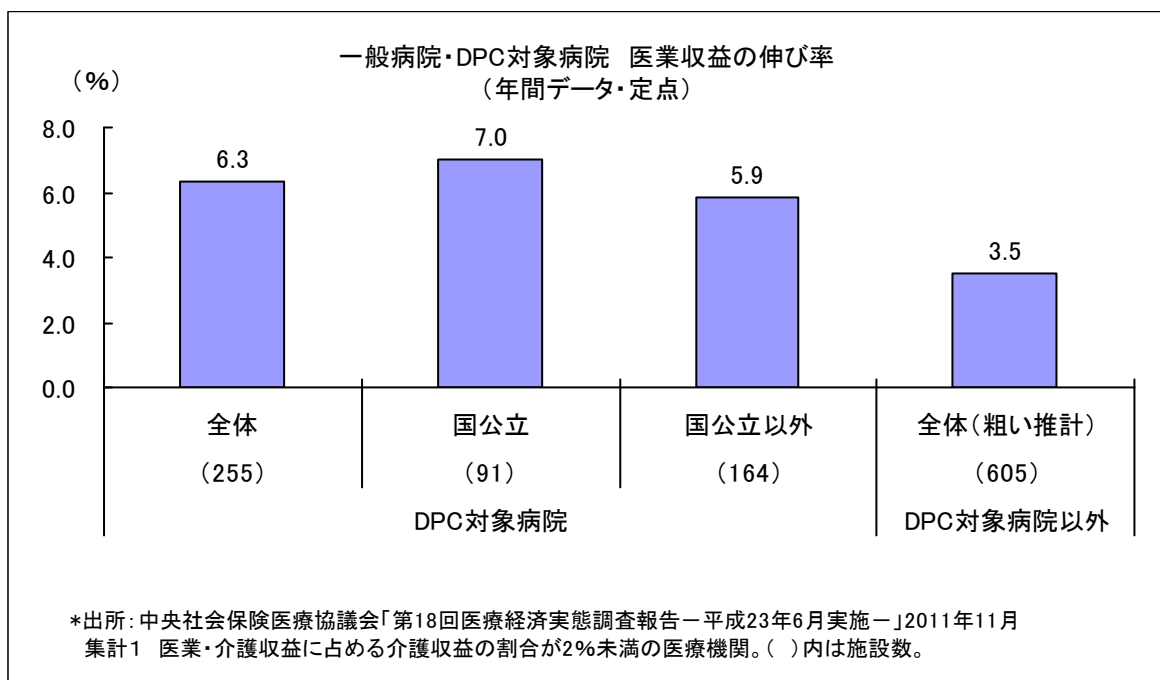
「DPCに関する方向性について」（抜粋）

1. 急性期病院に対する診療報酬上の評価は、DPC、出来高払いの二本の柱である。
2. 急性期病院に対するコストを適切に反映した診療報酬のあり方について、検討する。
3. DPC、出来高払いを採用する急性期病院それぞれについて、適切に評価していく。
4. DPC準備病院、DPC対象病院ともに、個々の医療機関が、一定のルールの下に、自主的にDPCを辞退することができるようにする。

¹⁷ DPC対象病院以外の病院の平均

= (一般病院全体の平均×一般病院全体の施設数 - DPC対象病院の平均×DPC対象病院の施設数) ÷ (一般病院全体の施設数 - DPC対象病院の施設数)

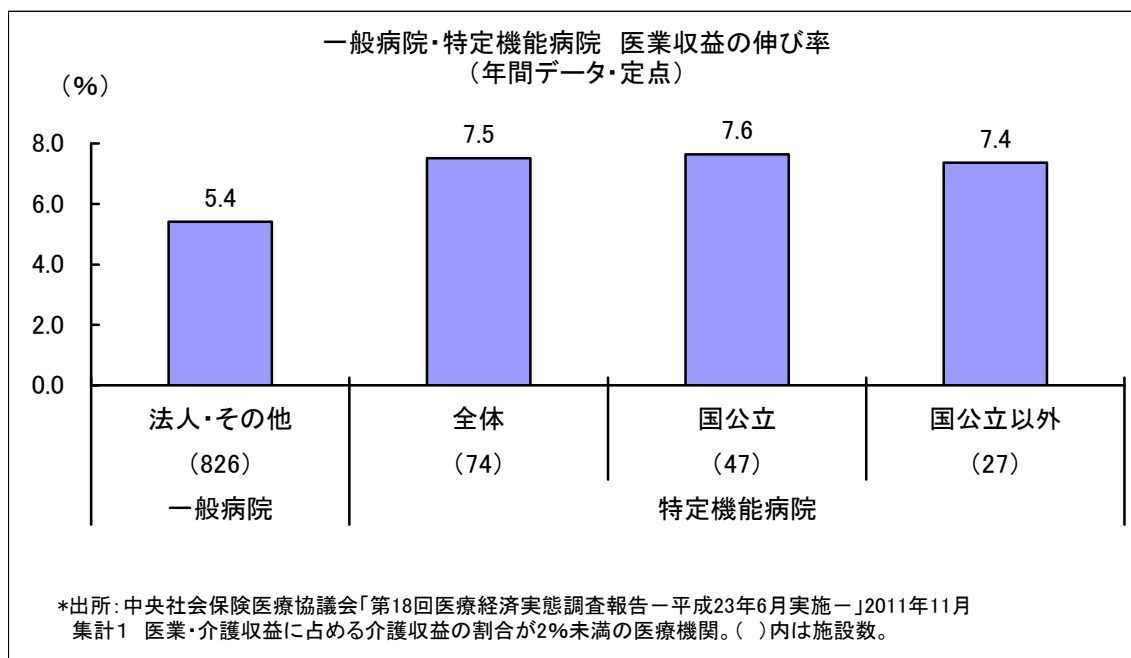
図 2.1.12 一般病院・DPC 対象病院 医業収益の伸び率（年間データ・定点）



2.1.4. 特定機能病院

医業収益の伸び率は、一般病院（法人・その他）では+5.4%であった。これに対して特定機能病院全体では+7.5%であり、一般病院の伸び率を1.9ポイント上回る大幅な伸びであった（図 2.1.13）。

図 2.1.13 一般病院・特定機能病院 医業収益の伸び率（年間データ・定点）



特定機能病院は、医業収益は大幅に伸び、赤字も縮小したが、依然として赤字である（図 2.1.14）。特定機能病院の「国公立」は主として国公立大学医学部附属病院である。「国公立以外」は主として私立大学医学部附属病院である。こうした大学病院からなる特定機能病院は、費用構成が一般の病院とまったく異なり、材料費率がきわめて高い（図 2.1.15）。

図 2.1.14 一般病院・特定機能病院 損益率（年間データ・定点）

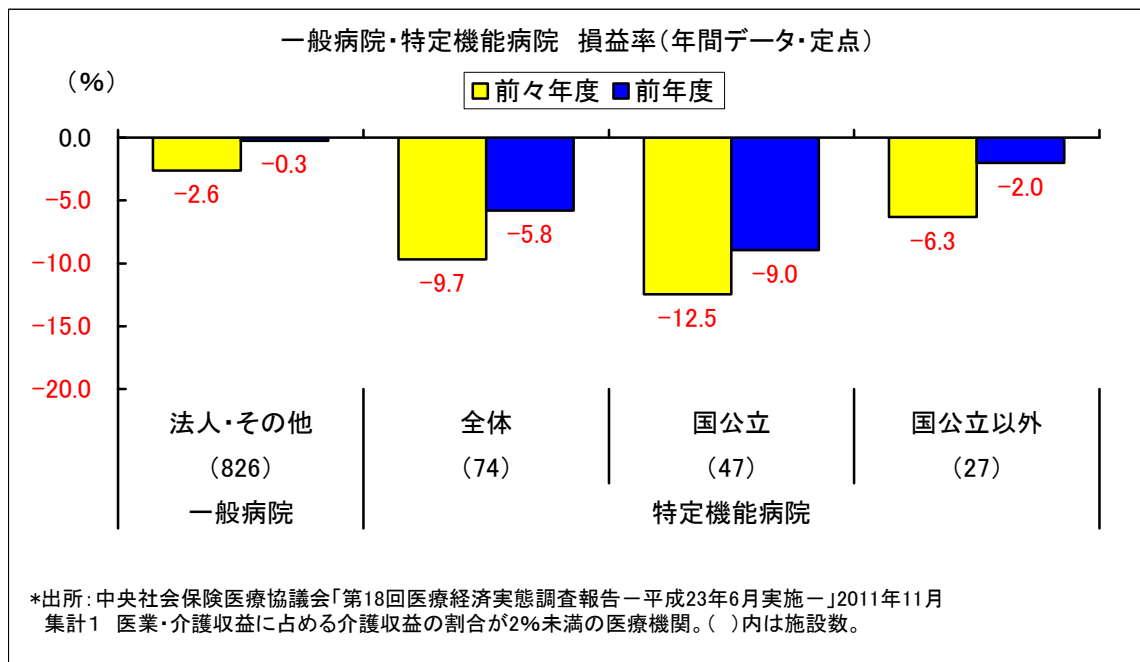
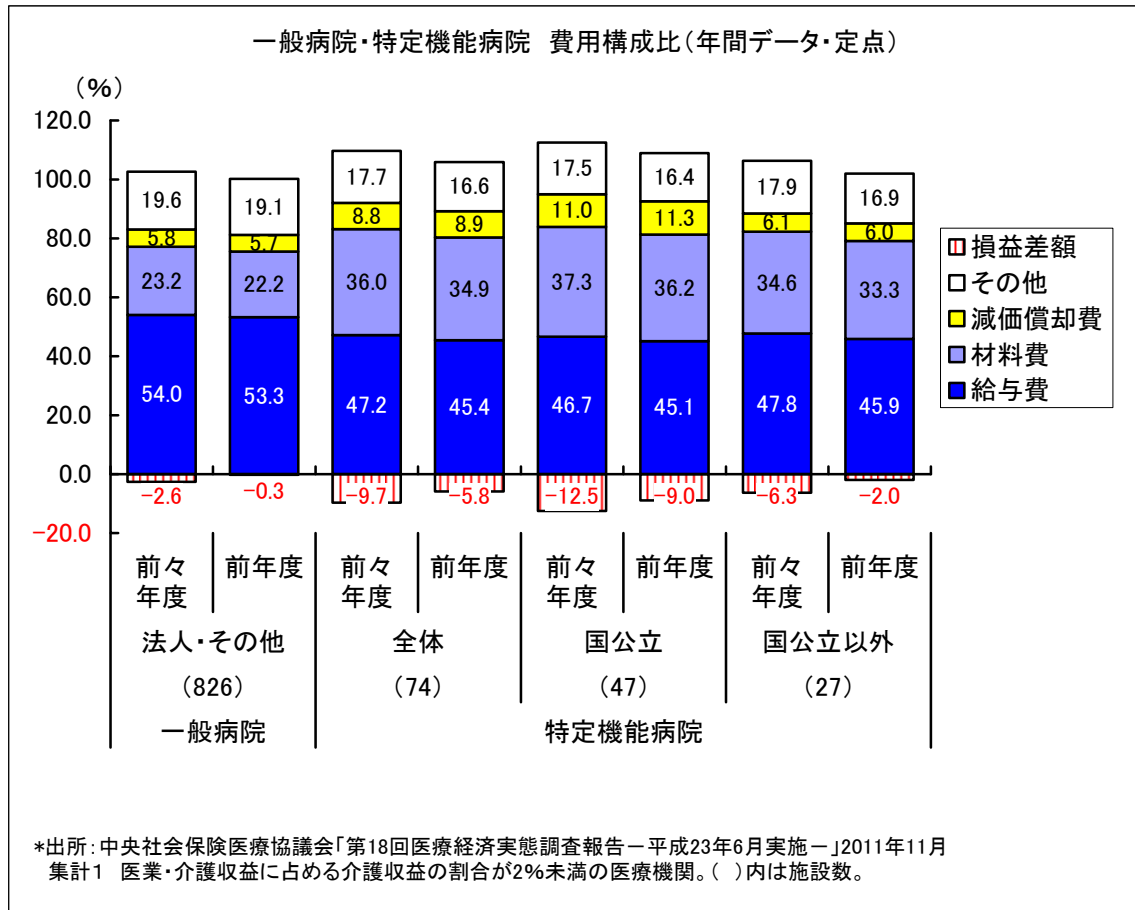


図 2.1.15 一般病院・特定機能病院 費用構成比（年間データ・定点）



2.2. 一般診療所の損益状況

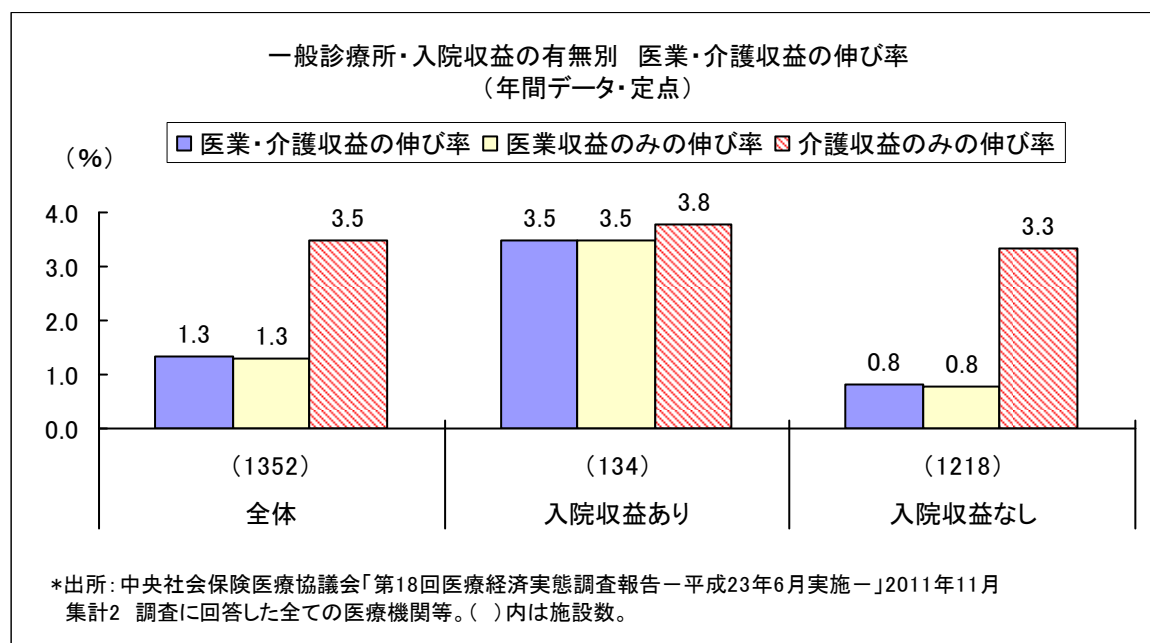
2.2.1. 入院収益の有無別

医業収益の伸び率は一般診療所全体で+1.3%であった。入院収益あり（すべて有床診療所）は+3.5%であったが、入院収益なし（ほとんど無床診療所）では+0.8%であり、ほぼ横ばいであった（図 2.2.1）。

また、医業収益よりも、介護収益の伸び率が高い。医療費が伸びない中、介護分野に活路を開こうとしている診療所がある可能性もある。

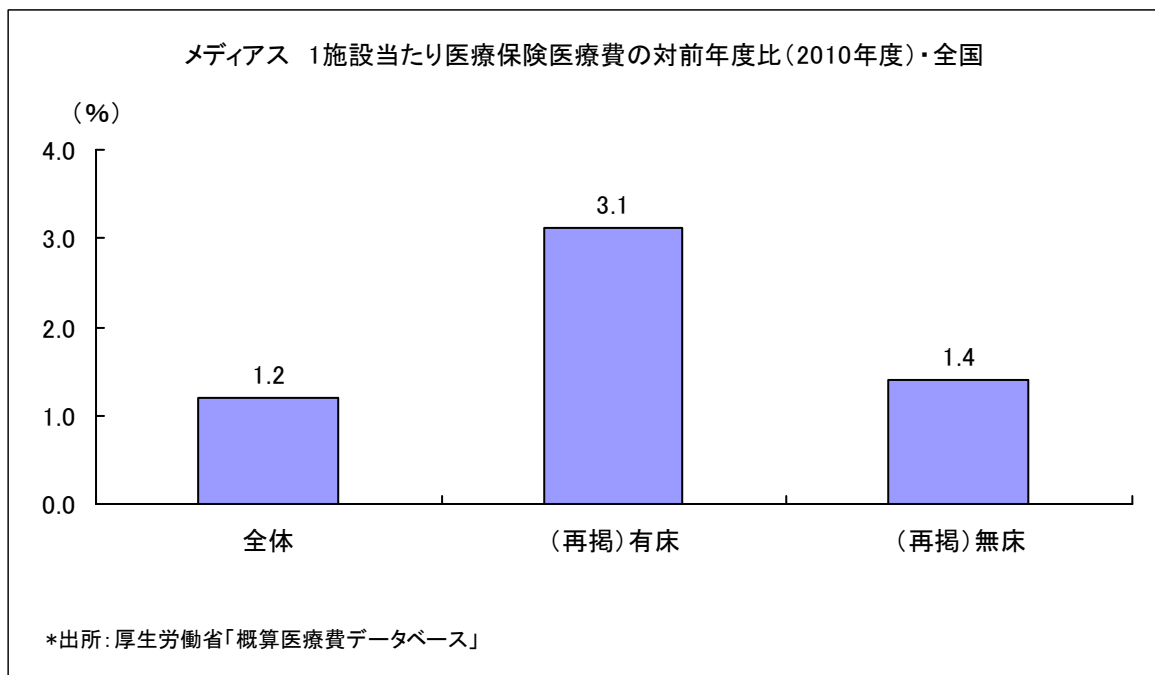
※注）入院収益ありの診療所 134 施設、入院収益なしの診療所のうち有床診療所が 53 施設。有床診療所は全体で 187 施設（入院収益あり 71.7%、入院収益なし 28.3%）。

図 2.2.1 一般診療所・入院収益の有無別 医業・介護収益の伸び率
（年間データ・定点）



参考までに、1施設当たりの医療保険医療費の伸び率を示す。医療経済実態調査とは対象期間が一致していないこと、また、カテゴリが入院収益の有無ではなく有床・無床区分であることから、完全な一致は見られなかったが、おおよその傾向は似通っていた（図 2.2.2）。

図 2.2.2 メディアス 1施設当たり医療保険医療費の対前年度比（2010年度）・全国



損益率は、個人と医療法人とで意味が異なるので、別々に示す。なお、「医療経済実態調査」報告には、個人、医療法人等をあわせた「全体」の集計結果が示されているが、会計上、意味が異なるものを統合することは間違いである。

個人の損益差額 = (医業収益 + 介護収益) - 医業費用 (院長給与を含まない)

医療法人の損益差額 = (医業収益 + 介護収益) - 医業費用 (院長給与を含む)

医療法人全体では、損益率は微増であった。入院収益ありのほうが、入院収益なしに比べてやや上昇の幅が大きかった (図 2.2.3)。個人では、損益率は全体的に増加し、入院収益ありのほうが上昇の幅が大きかった。

損益分岐点比率は「危険水域」といわれる 90%を超えている (図 2.2.4)。損益率が改善したといっても、もともとの損益率が低かったためであり、経営的には非常に不安定な状態にある。

図 2.2.3 一般診療所・入院収益の有無別 損益率（年間データ・定点）

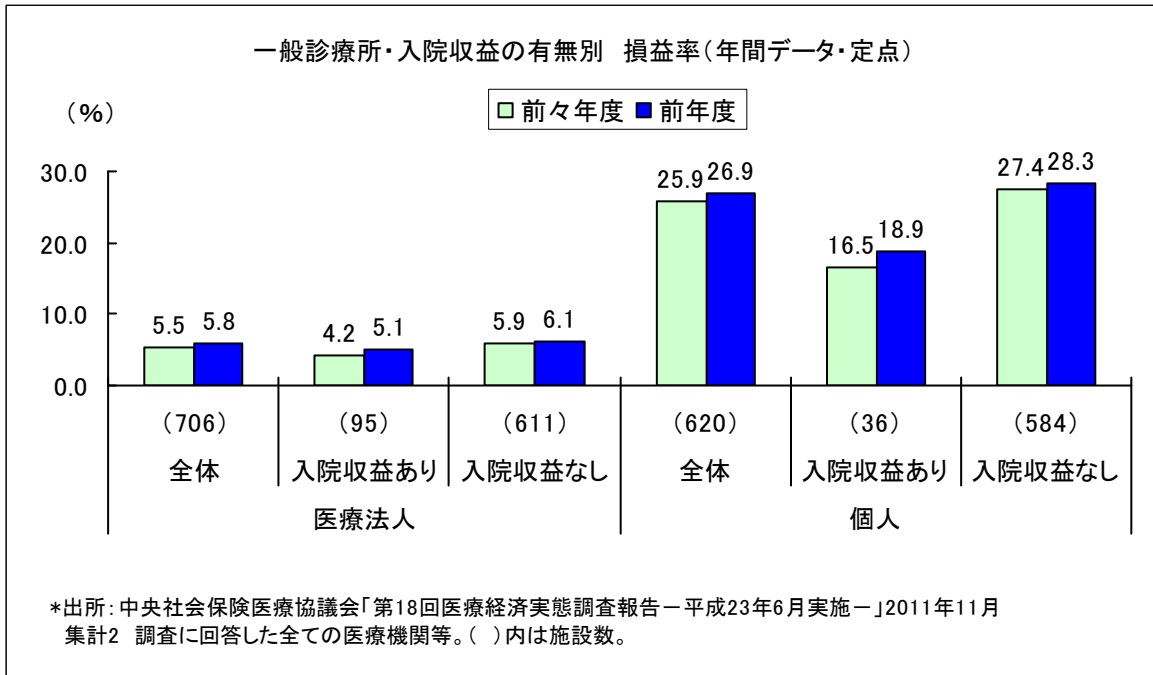
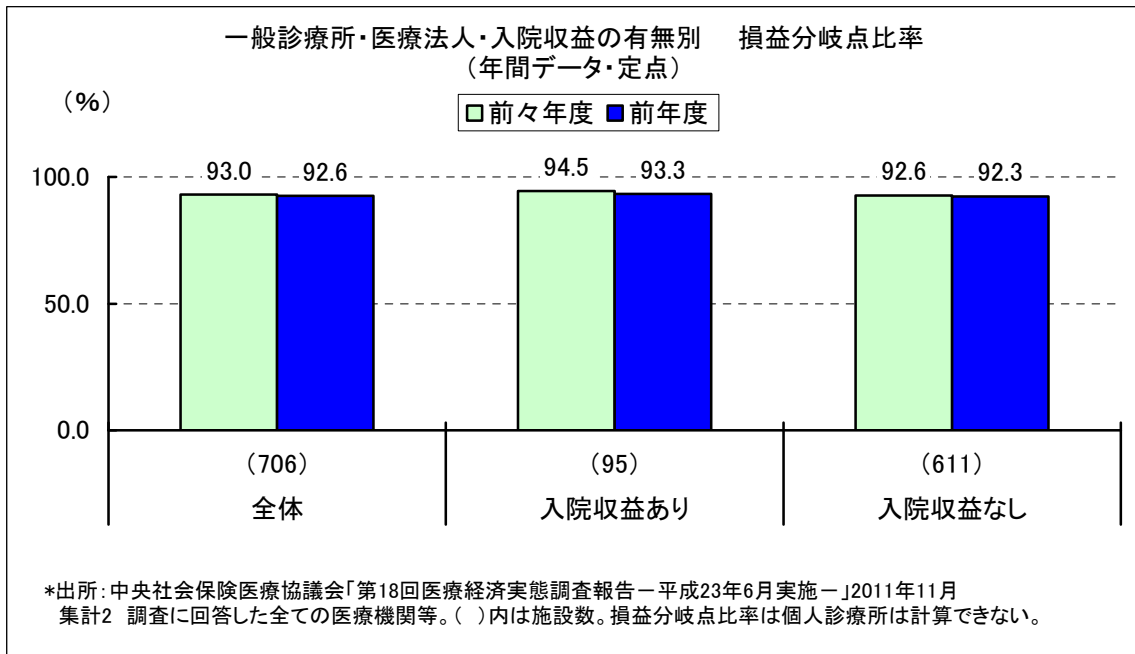


図 2.2.4 一般診療所・医療法人・入院収益の有無別（年間データ・定点）

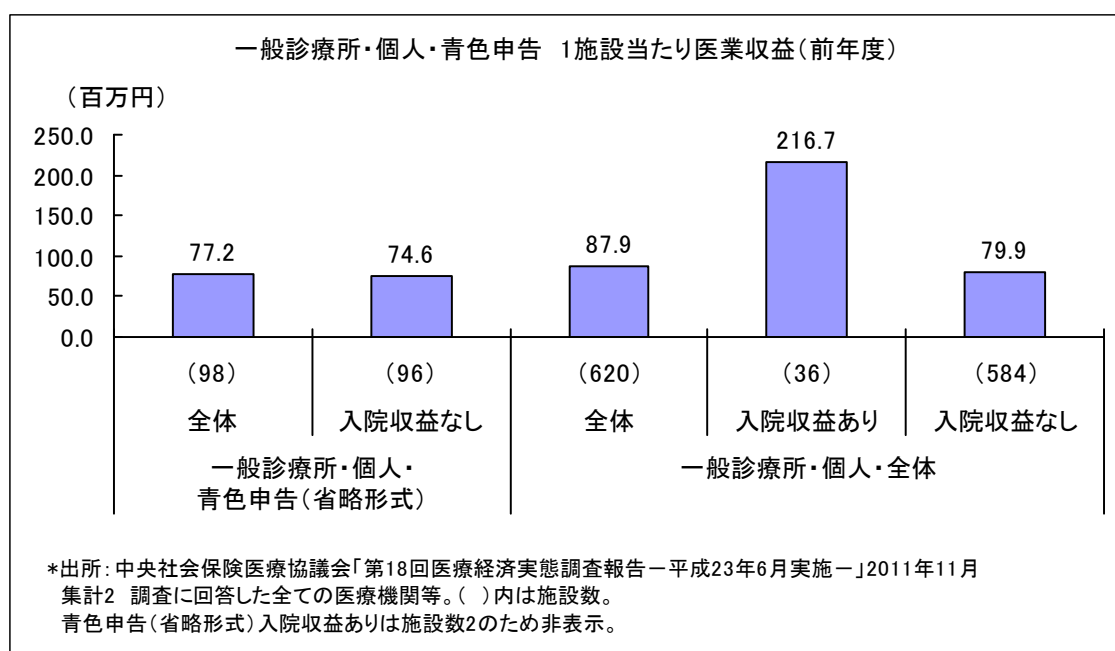


2.2.2. 青色申告（省略形式）の個人診療所

今回の「医療経済実態調査」から、青色申告を行なった個人立の診療所については、調査項目を一部省略しても良いことになった。以下、この方法で回答した診療所を「青色申告（省略形式）の個人診療所」と呼ぶ。

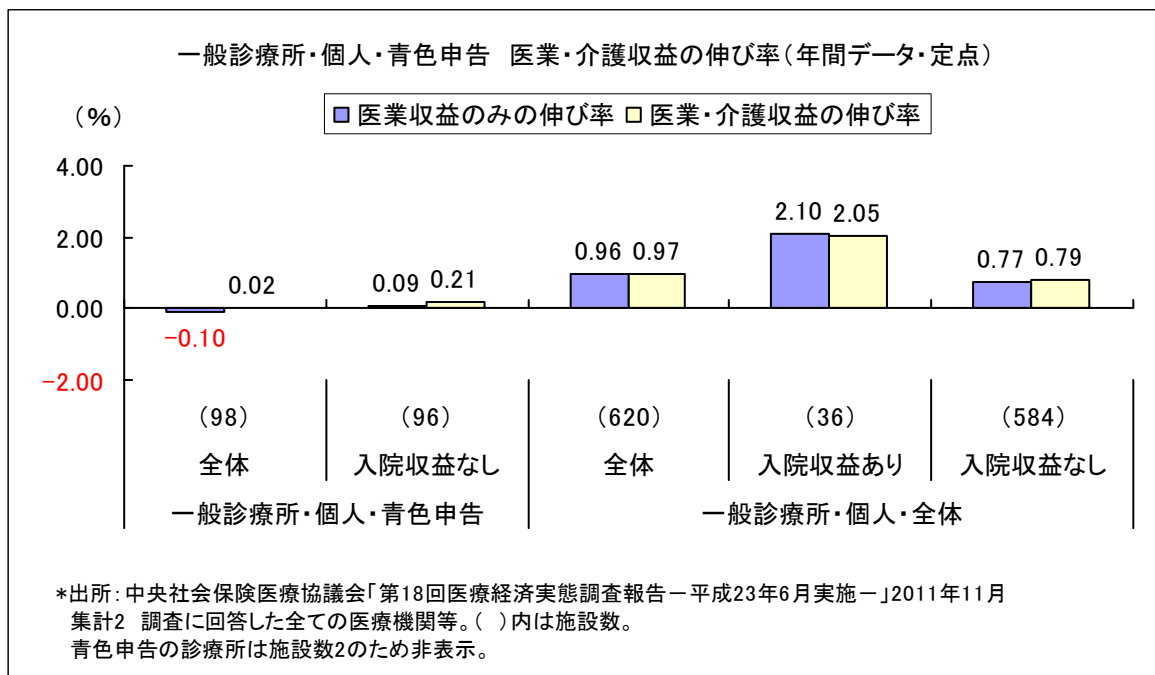
青色申告（省略形式）の個人診療所の医業収益は、個人診療所全体と比べてかなり小さい。ここでは平均値のみしかわからないが、青色申告（省略形式）の個人診療所には小規模な診療所が多く、今回の調査手法の改良で、それらの診療所をカバーできた可能性がある（図 2.2.5）。

図 2.2.5 一般診療所・個人・青色申告 1施設当たり医業収益（前年度）



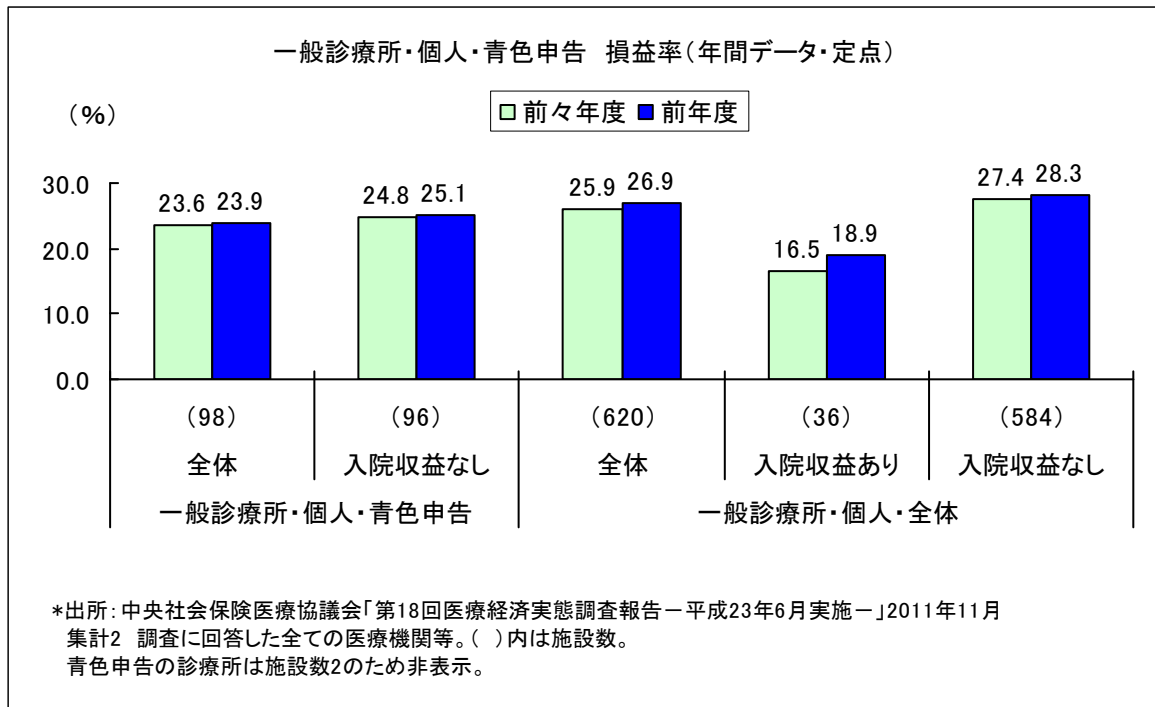
個人診療所全体では、医業収益等の伸び率は増加したが、青色申告（省略形式）の個人診療所では、医業・介護収益の伸び率は微増にとどまり、医業収益のみの伸び率はマイナスであった（図 2.2.6）。

図 2.2.6 一般診療所・個人・青色申告 医業・介護収益の伸び率
（年間データ・定点）



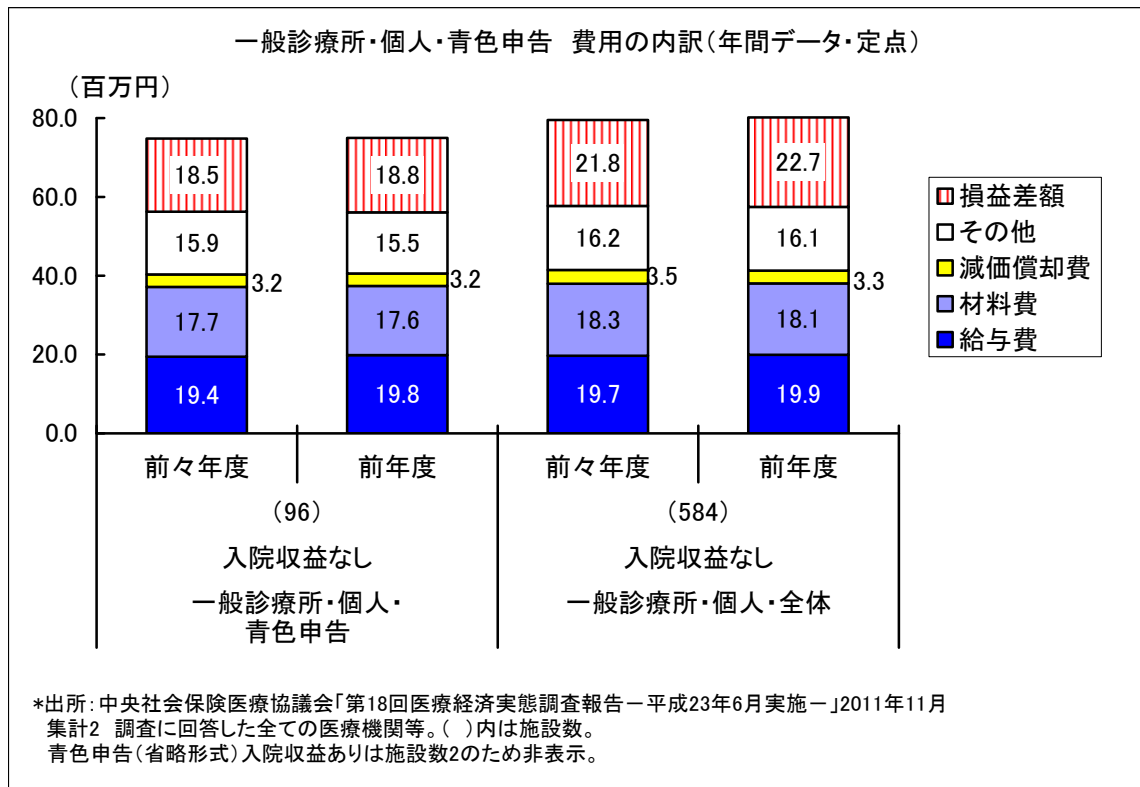
損益率は、青色申告（省略形式）の個人診療所では微増であったが、個人診療所全体に比べて増加幅がかなり小さかった（図 2.2.7）。

図 2.2.7 一般診療所・個人・青色申告 損益率（年間データ・定点）



青色申告（省略形式）の個人診療所は、個人診療所全体と比べると、給与費は同水準ながら、損益差額が大幅に小さい（図 2.2.8）。

図 2.2.8 一般診療所・個人・青色申告 費用の内訳（年間データ・定点）



2.3. 常勤職員 1 人当たり平均給与

2.3.1. 医師の給与

医師給与の伸び率の概観

「医療経済実態調査」では、給与費¹⁸についても平成 23 年 6 月分（非定点）と直近 2 事業年度の年間データ（定点）の調査が行なわれた。ただし、平成 23 年 6 月分は給料のみを調査し、平成 23 年 6 月分の賞与は、発生時期が異なる直近事業年度の 12 分の 1 の金額を使って集計している。

1 人当たり給与は、平成 23 年 6 月分（非定点）と直近 2 事業年度（定点）とでは、かなり異なる。たとえば、今年 6 月の月収は、開業医で 9.9%伸びたという報道があったが¹⁹、これは医療法人の一般診療所院長給与について、平成 23 年 6 月分を非定点の 2 年前の調査と比較したものである。直近 2 事業年度の年間データでは+0.5%で横ばいである（表 2.3.1）。

また病院勤務医師についても、おおむね待遇が改善されたという報道があった²⁰。しかし、医療法人の病院勤務医師の給与は、直近 2 事業年度の定点調査では▲1.0%である。

¹⁸ 給与費：給料（給料（本俸）、扶養手当、時間外勤務手当、役付手当、通勤手当等）および賞与

¹⁹ 日本経済新聞夕刊,2011 年 11 月 2 日

²⁰ 毎日新聞夕刊, 2011 年 11 月 2 日

表 2.3.1 医師1人当たり給与

			6月・非定点			直近2事業年度・定点		
			H21.6 (万円)	H23.6 (万円)	増減 (%)	前々年度 (万円)	前年度 (万円)	増減 (%)
病院長 (院長)	一般病院	法人・その他全体	218.8	211.3	▲ 3.4	2,497	2,509	0.5
		国立	161.1	160.5	▲ 0.4	1,856	1,983	6.9
		公立	165.1	173.8	5.3	2,099	2,101	0.1
		公的	178.6	177.2	▲ 0.7	2,065	2,087	1.0
		社会保険関係法人	153.7	156.5	1.9	1,896	1,888	▲ 0.5
		医療法人	262.7	242.7	▲ 7.6	2,867	2,865	▲ 0.1
		その他	183.0	197.8	8.1	2,290	2,324	1.5
	一般診療所	医療法人	210.9	231.8	9.9	2,741	2,755	0.5
勤務医師	一般病院	法人・その他全体	123.1	124.1	0.8	1,436	1,449	0.9
		国立	125.3	124.8	▲ 0.4	1,451	1,469	1.2
		公立	131.2	130.3	▲ 0.7	1,527	1,540	0.9
		公的	114.4	116.1	1.5	1,326	1,350	1.9
		社会保険関係法人	109.9	112.4	2.3	1,324	1,339	1.1
		医療法人	128.8	135.1	4.9	1,565	1,550	▲ 1.0
		その他	114.4	112.5	▲ 1.7	1,278	1,303	2.0
	一般診療所	医療法人	116.0	121.4	4.6	1,332	1,349	1.3

*出所：中央社会保険医療協議会「第18回医療経済実態調査報告－平成23年6月実施－」2011年11月

1人当たり年間給与

1 人当たり年間給与はおおむね増加しているが、医療法人（民間病院）では病院長、勤務医師ともに減少した（図 2.3.1,図 2.3.2）。医療法人は、診療報酬以外の収益（収入）がほとんどないので、このことは重く受け止めるべきである。

これまで財務省などは、開業医（医療法人）と病院勤務医師の給与を比較してきたが、そもそも経営リスクを負う経営者とサラリーマンとの比較はできない。病院と診療所の対立構造に持ち込むのではなく、むしろ病院勤務医師の年収が低すぎることを、さらに、今回は民間病院の医師給与が低下したことをしっかりと認識すべきである。

図 2.3.1 一般病院・開設者別 病院長1人当たり年間給与額(年間データ・定点)

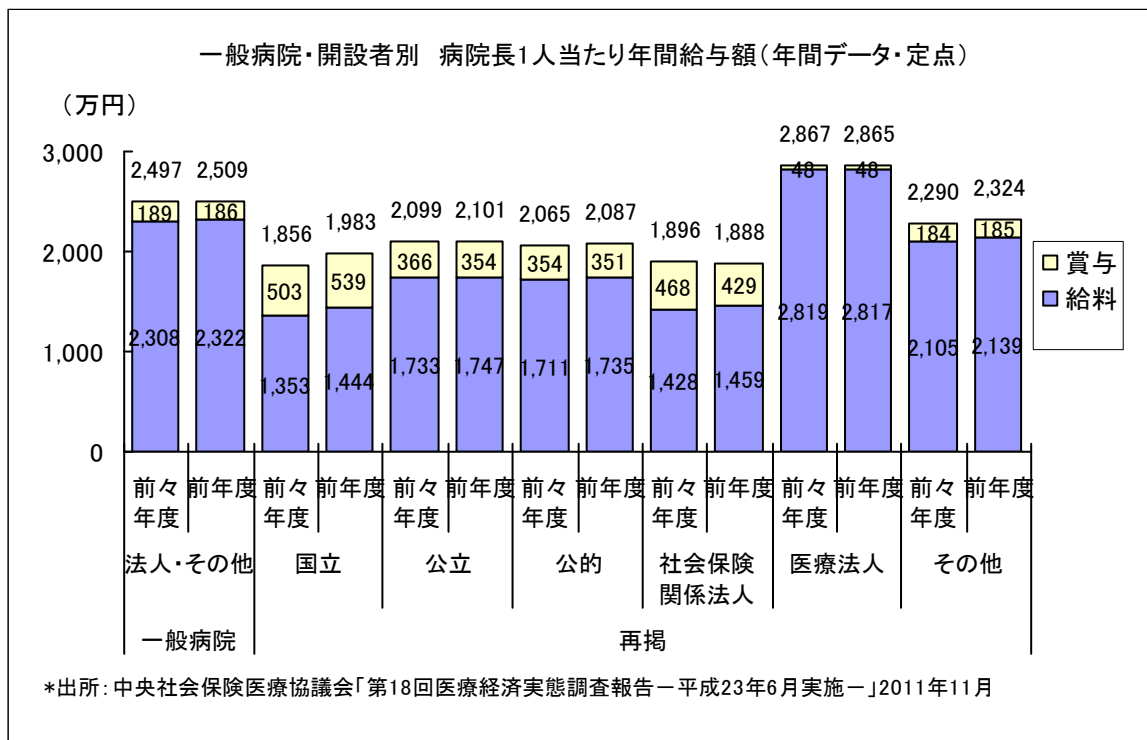
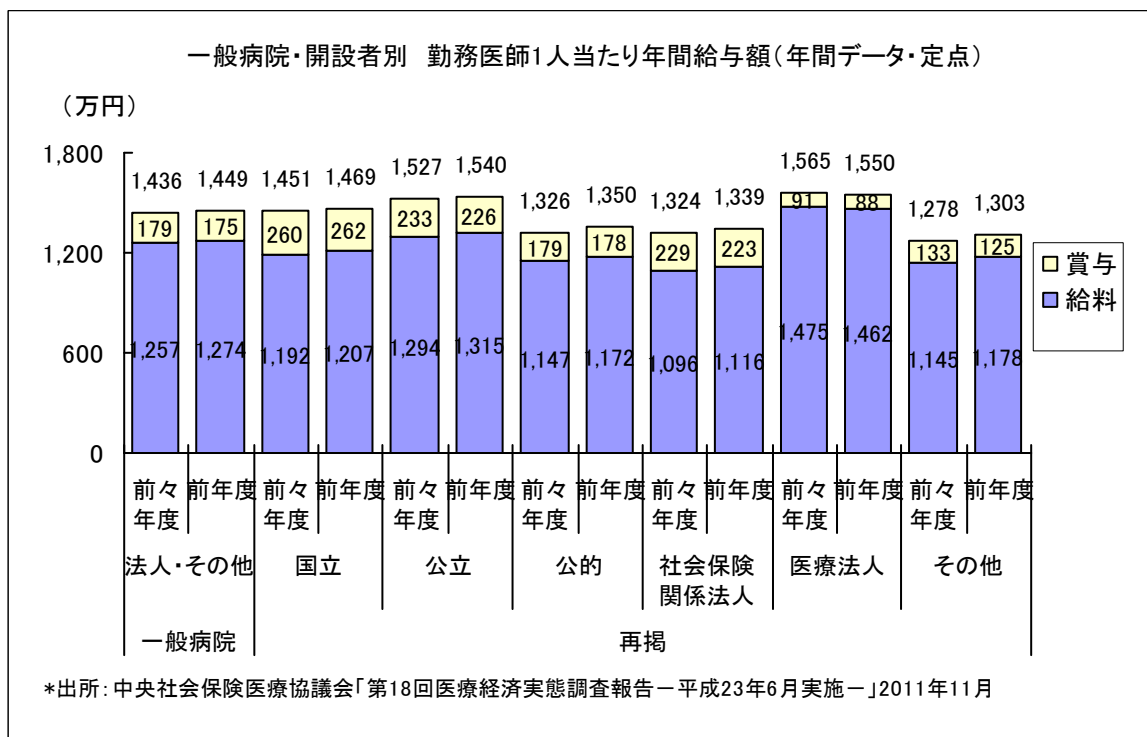


図 2.3.2 一般病院・開設者別 勤務医師1人当たり年間給与額(年間データ・定点)



3. まとめ

今回の調査そのものについて

- 今回の「医療経済実態調査」から、直近 2 事業年度（年間データ）の定点調査が追加された。その結果、これまでの 6 月単月・非定点調査の信頼性が否定された。今回の調査手法を決める際、中医協では、継続性の観点から 6 月単月調査も必要という意見があったが²¹、同調査では経年比較を行なえないことは明らかである。今後は、予算を年間データによる定点調査に集中し、対象施設数の拡大を図るべきである。
- また、対象施設数が多い「TKC 医業経営指標」など、民間データを中医協の場で公式資料として活用することを提案する。
- 「医療経済実態調査」の結果を公表する際には、結果の見方についてのさまざまな留意点、たとえば、産婦人科は保険診療収益よりも自費診療収益が多く、診療報酬改定の影響をダイレクトに反映しないことなどを、あわせて説明すべきである。

「第 18 回 医療経済実態調査」の分析結果から

- DPC 対象病院、特定機能病院、入院収益ありの診療所では、前回診療報酬改定の成果が一定程度見られた。入院収益なしの診療所では、あまり改善は見られず、特に青色申告（省略形式）の個人診療所では非常に厳しい実態であった。
- 特定機能病院は、医業収益は大幅に伸びたが、多くが大学附属病院で、もともと損益構造が異なることもあり、依然として赤字である。診療報酬体系における特定機能病院のあり方、大学病院に対する診療報酬以外の財源（国立大学附属病院の運営費交付金など）のあり方の検討も課題かと考える。
- 給与費も今回調査から直近 2 事業年度の年間データの調査が行なわれたが、信頼性に欠ける従来型の 6 月単月データが報道されていることは残念であ

²¹ 中医協調査実施小委員会,2009 年 1 月 28 日

る。また、病院勤務医師について、おおむね待遇が改善されたと受け止められているようであるが、医療法人では、病院長、勤務医師いずれも給与が減少している。民間病院の原資は、ほとんどが診療報酬であるので、この中で、給与費を削減した（せざるを得なかった）ということは深刻に受け止めるべきである。

診療所開設者の年収に関する調査結果 (2006年分)

2007年10月10日

社団法人 日本医師会

調査の目的と方法

目的

従来、中医協の医療経済実態調査の個人立診療所の収支差額を根拠として、個人立診療所開設者の所得が不相当に高い、といった論調がある。そのような中、診療所医師の本来の診療の収益源を減じる動きもある。

そこで、個人立診療所開設者の所得を勤務医師と適切に比較し、上記の論調を検証するため、本調査を実施した。

方法および対象

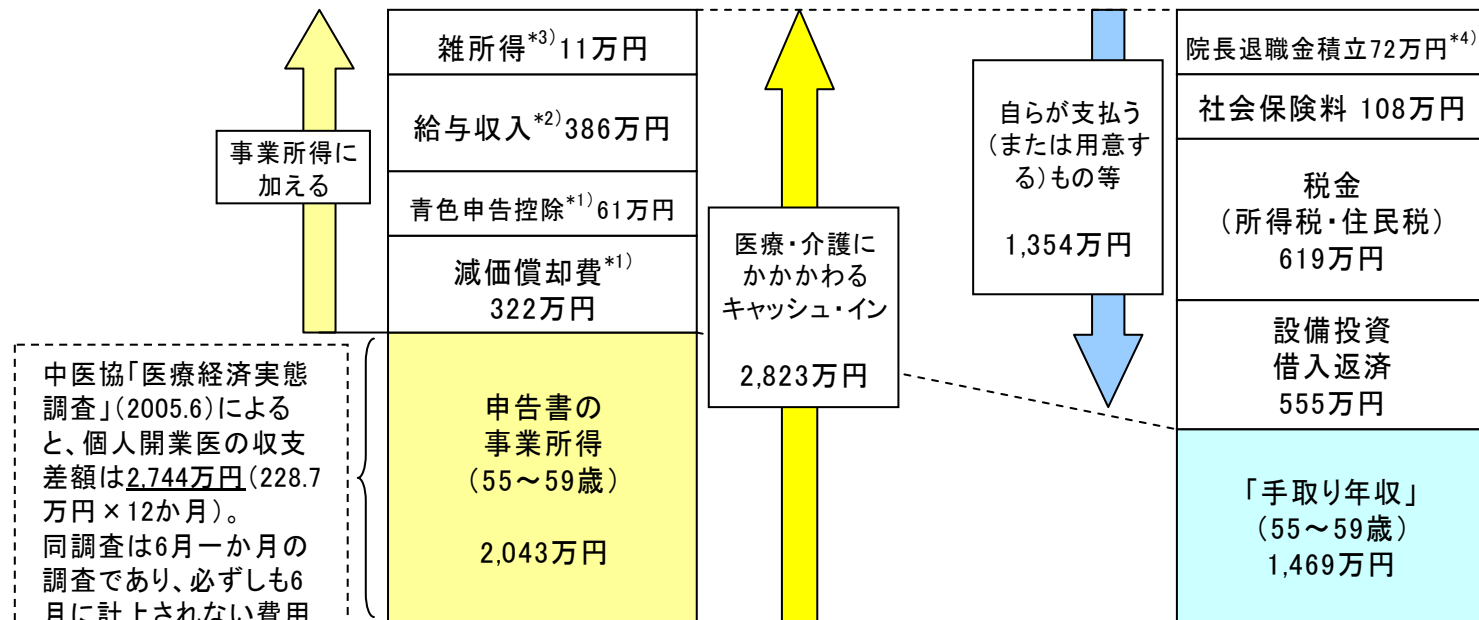
対象地域	対象者	対象所得	配布数	有効回答数	有効回答率
北海道札幌市 東京都板橋区 山口県 鹿児島県	個人立診療所の開設者*	2006年分	1,528	537	35.1%

*個人事業者である診療所開設者の所得を、勤務医師等と適切に比較することが調査の目的であり、また、法人の理事長報酬は診療所の経営状況を直ちに反映しているとは限らないため、診療所を開設する医療法人の理事長は調査対象としていない。

個人立診療所開設者の手取り年収

診療所開設者の平均年齢は59.4歳*であったので、以下、55～59歳のデータで示すと、個人立診療所開設者は事業所得としては2,043万円あるが、いわゆる「手取り年収」といえる部分は1,469万円であった。

個人立診療所開設者の「手取り年収」－55～59歳－

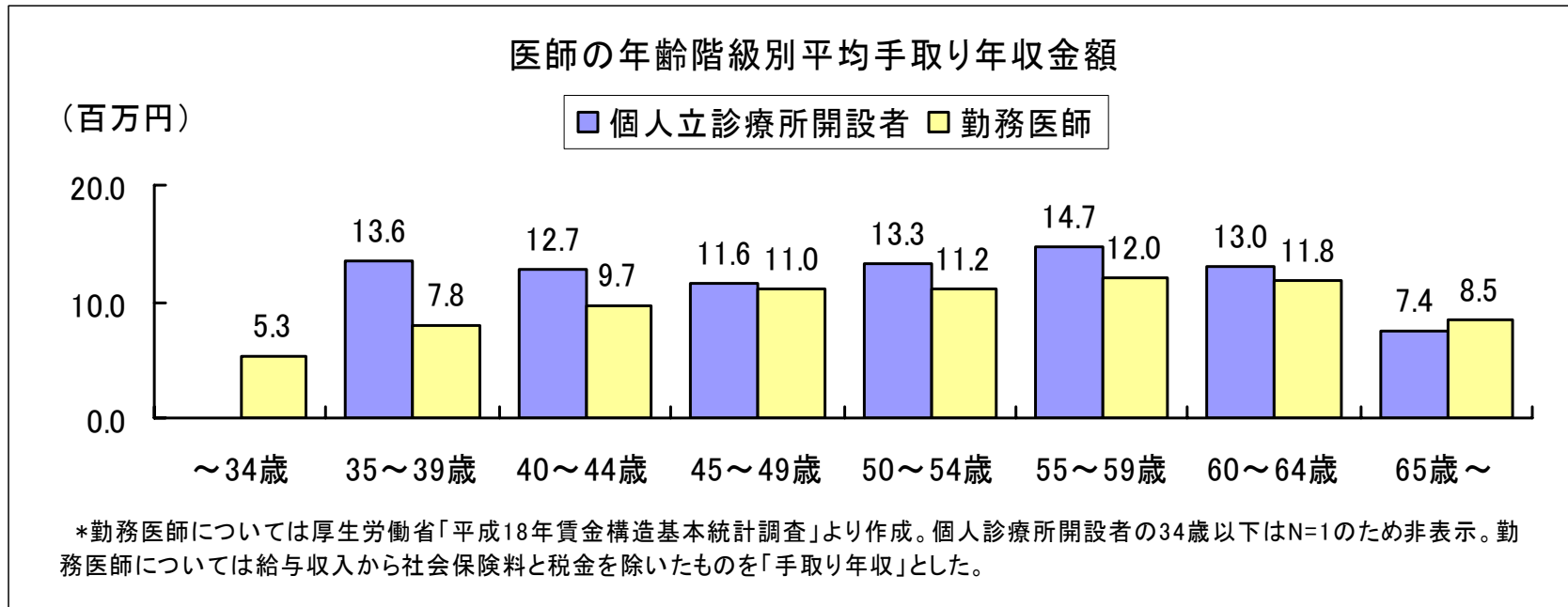


*1) 減価償却費、青色申告控除は税務上は控除されるが実際に支払いを伴うものではないので足し戻す。
 *2) 事業以外に、給与として得る収入。ただし医療・介護関連の活動から生じるもののみ(産業医など)。
 *3) 医療・介護関連の活動から生じるもののみ(講演料など)。
 *4) 全国病院経営管理学会「病院給与・労働条件実態調査(1999年実施)」をもとに30年で2,700万円を積み立てる前提。
 ※紙面の都合により縮尺は合っていない

* 厚生労働省「平成16年医師・歯科医師・薬剤師調査」より、診療所の開設者(法人立も含む)の平均年齢。本調査は個人開業医のみ。

手取り年収の比較 一年齢階級別

個人立診療所開設者の「手取り年収」は、勤務医師に比べて50歳代で2百万円以上、40～44歳でも3百万円高かったが、45～49歳ではほぼ同じであった。



医師数・・・本調査は60歳代以上の比率がやや高かった

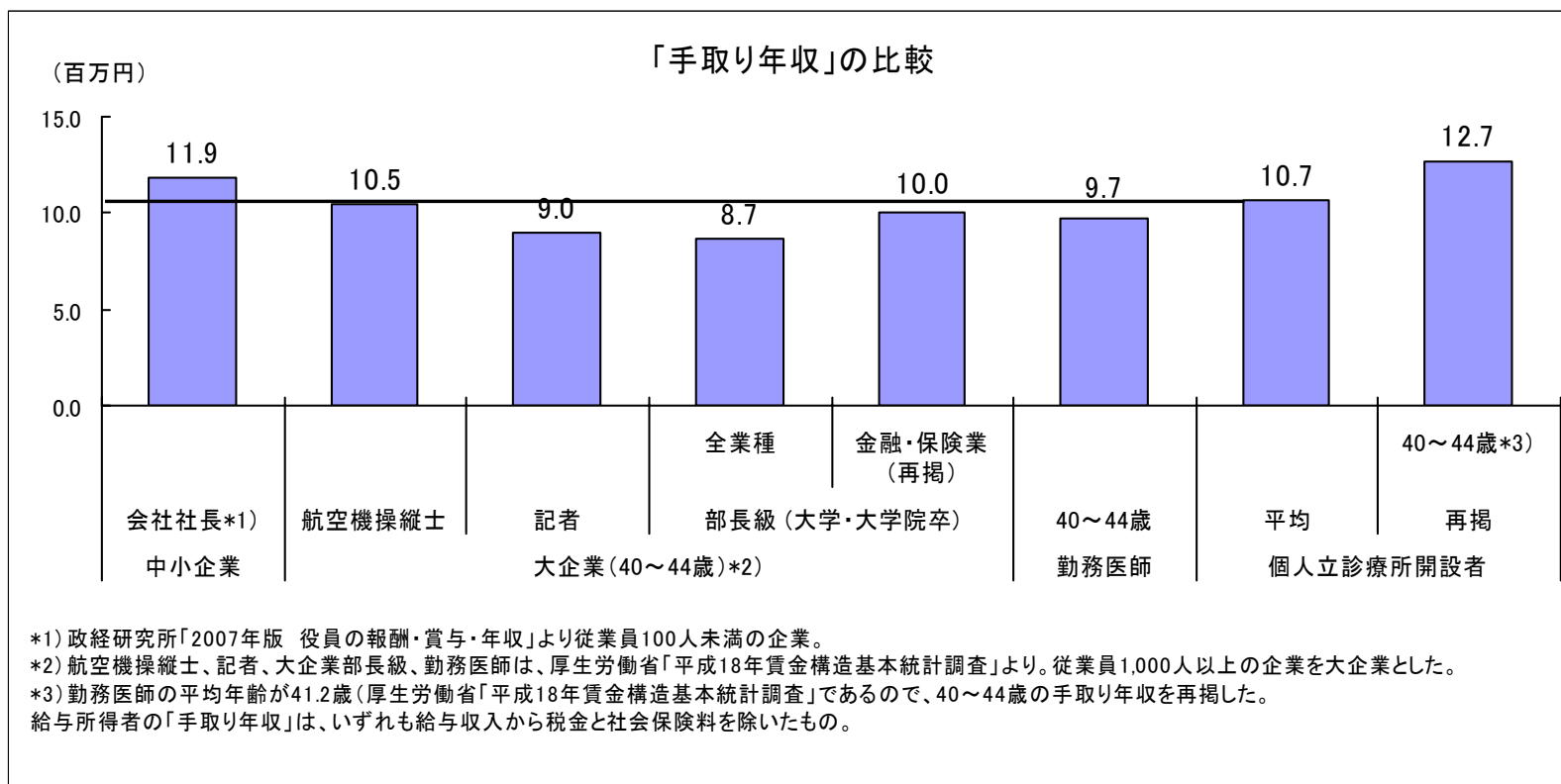
			29歳以下	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60歳以上	(再掲) 70歳以上	総数
診療所医師 (開設者)	本調査のN数	(人)	-	7	89	147	294	200	537
	(個人立のみ)	構成比	-	1.3%	16.6%	27.4%	54.7%	37.2%	100.0%
	全国の医師数*1)	(人)	66	2,777	16,357	20,916	30,712	17,855	70,828
	(法人立も含む)	構成比	0.1%	3.9%	23.1%	29.5%	43.4%	25.2%	100.0%
勤務医師	賃金基本統計調査の客体数*2)	(千人)	12.1	21.5	16.3	7.0	5.3	-	62.2
		構成比	19.4%	34.6%	26.2%	11.2%	8.6%	-	100.0%

*1) 厚生労働省「平成16年医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成。診療所の開設者又は法人の代表者数。

*2) 厚生労働省「平成18年賃金構造基本統計調査」より全事業所規模の集計値から作成。

他職種等との比較

個人立診療所開設者の手取り年収の平均は、中小企業の経営者や、金融・保険業の部長クラスとほぼ同じ水準であった。

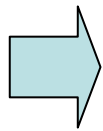


まとめ

中医協の「医療経済実態調査」では、個人立診療所開設者の年収は2,000万円以上と発表される。しかし、勤務医師やサラリーマンと比較可能なように「手取り年収」を試算した結果、平均10.7百万円、もっとも高い55～59歳でも14.7百万円であった。

個人立診療所開設者の平均手取り年収10.7百万円は、中小企業の経営者等とほぼ同じであった。

また、45～49歳で比較すると、個人立診療所開設者と勤務医師の「手取り年収」はほぼ同じであった。



個人立診療所開設者は、地域におけるさまざまな社会的役割を担っている上、経営責任をはじめとした事業者としての様々なリスクを抱えている。このような点を考慮すれば、個人立診療所開設者の所得がかなり高いという評価は適切ではない。

第 18 回医療経済実態調査
(精神科病院の経営状況)について

日本精神科病院協会

ポイント

直近の 2 事業年度における精神科病院全体の経営状況は、連続して損益差額（病院会計準則の医業損失）となり経営は悪化していた。

平成 21 年度 6 月の集計結果と前々年度（21 年度）で比較した場合には、単月の総損益差額（病院会計準則の税引前当期利益）は約 390 万円であるが、通年の月平均では約 200 万円と約 190 万円の大きな開きがあった。（表 6）

○平成 23 年 6 月の総損益差額 4,037 千円の信憑性は低い。

○平成 21 年度 6 月集計結果においては、実際は赤字（損益差額）であったのが黒字と表示され、経営状況は正しい判断がなされていない。（表 6）

I. はじめに

平成 23 年 11 月 2 日の中医協で提出された報告書の集計結果は、21・22 年度に終了する数値を集計したため、必ずしも年度が 1 年間になっていない数値も含まれている。

平成 21 年度 6 月の集計結果と今回の前々年度（平成 21 年度の数値を 12 ヶ月で割る）の数値を比較することにより、従来の実態調査の信憑性を確認することとした。

II. 直近の 2 事業年度の集計結果

表 1 直近の 2 事業年度の集計結果/12 ヶ月 1 施設当たり損益 千円:単位

①介護収益 2%未満 の医療機関の集計	法人・その他全体			個人		
	前々年(度)	前年(度)	差額	前々年(度)	前年(度)	差額
I 医業収益	119,129	120,662	1,533	64,220	66,799	2,579
II 介護収益	47	54	7	0	0	0
III 医療・介護費用	119,262	121,027	1,765	68,368	69,700	1,332
IV 損益差額	-85	-311	-226	-4,147	-2,902	1,245
VII 総損益差額	2,098	3,007	909	-3,783	-2,501	1,282
IX 税引後総損益差額	454	1,423	969	-	-	-
施設数	179	179	0	4	4	0
平均病床数	252	252	0	169	169	0

(中医協報告書 P.198)

介護収益 2%未満の医療機関の集計の法人・その他全体では、前年比較で損益差額（事業損失）は、226 千円減少し▲311 千円となった（表 1）。

個人では、前年比較で損益差額が+1,245 千円、総損益差額（経常利益）が+1,282 千円と共に回復してはいるが、それぞれ▲2,902 千円、▲2,501 千円と赤字が続いている（表 1）。

全体においては、損益差額は、194 千円マイナスで▲368 千円の赤字となっている（表 2）。これらの要因は、医業収益の増加よりも医療・介護費用の増加が大きいことが要因で、特に給与費の増加が大きいことが影響している（表 2, 3）。

表2 直近の2事業年度の集計結果/12ヵ月 1施設当たり損益 千円:単位

①介護収益2%未満 の医療機関の集計1		全体			国公立除く		
		前々年(度)	前年(度)	差額	前々年(度)	前年(度)	差額
I	医業収益	117,929	119,484	1,555	117,085	118,705	1,620
II	介護収益	46	53	7	49	55	6
III	医療・介護費用	118,149	119,905	1,756	114,707	116,749	2,042
IV	損益差額	-174	-368	-194	2,426	2,011	-415
VII	総損益差額	1,970	2,887	917	2,789	3,460	671
IX	税引後総損益差額	-	-	-	-	-	-
施設数		183	183	0	175	175	0
平均病床数		250	250	0	248	248	0

(中医協報告書 P.198~199)

表3 給与費比率前年比較

①介護収益2% 未満の医療機 関の集計	法人・その他全体		個人	
	前々年(度)	前年(度)	前々年(度)	前年(度)
給与費比率	65.4%	65.5%	59.5%	57.6%
	全体		国公立除く	
	65.3%	65.4%	63.3%	63.6%

(中医協報告書 P.198~199)

回答したすべての医療機関の集計においては、法人・その他全体では、損益差額が赤字となっている。個人も前述同様、損益差額、総損益差額ともに赤字が継続している。(表4)

表4 直近の2事業年度の集計結果/12ヵ月 1施設当たり損益 千円:単位

②回答したすべて の医療機関の集計2		法人・その他全体			個人		
		前々年(度)	前年(度)	差額	前々年(度)	前年(度)	差額
I	医業収益	119,493	121,081	1,588	64,220	66,799	2,579
II	介護収益	1,641	1,666	25	0	0	0
III	医療・介護費用	120,981	122,870	1,889	68,368	69,700	1,332
IV	損益差額	153	-123	-276	-4,147	-2,902	1,245
VII	総損益差額	2,430	3,097	667	-3,783	-2,501	1,282
IX	税引後総損益差額	658	1,421	763	-	-	-
施設数		193	193	0	4	4	0
平均病床数		253	253	0	169	169	0

(中医協報告書 P.206)

全体でも、前年度で損益差額は赤字となっている(表5)。

表5 直近の2事業年度の集計結果/12ヵ月 1施設当たり損益 千円:単位

②回答したすべての医療機関の集計2		全体			国公立除く		
		前々年(度)	前年(度)	差額	前々年(度)	前年(度)	差額
I	医業収益	118,370	119,978	1,608	117,607	119,278	1,671
II	介護収益	1,607	1,632	25	1,675	1701	26
III	医療・介護費用	119,912	121,790	1,878	116,800	118,948	2,148
IV	損益差額	65	-180	-245	2,483	2,031	-452
VII	総損益差額	2,303	2,983	680	3,076	3517	441
IX	税引後総損益差額	-	-	-	-	-	-
施設数		197	197	0	189	189	0
平均病床数		252	252	0	250	250	0

(中医協報告書 P.206~207)

II. 平成21年度6月集計結果と前々年度比較(単月と通年比較)

介護収益2%未満の医療機関の集計において、法人・その他全体での医業収益は866千円、医療・介護費用で1,002千円のプラス差額であったが、損益差額は差額▲165千円と、通年では赤字であった。しかし、平成21年6月の報告では、本来、赤字である損益差額が、黒字結果と正反対の経営状況を示されていた。(表6)

全体においても、損益差額は平成21年6月では163千円、通年では▲174千円と同様の値を示していた。(表6)

表6 精神科病院 集計結果と実績比較

1施設当たり損益 千円:単位

①介護収益2%未満の医療機関の集計1		法人・その他全体			個人		
		H21.6	前々年(度)/12	差額	H21.6	前々年(度)/12	差額
I	医業収益	118,263	119,129	866	*	64,220	*
II	介護収益	77	47	-30	*	0	*
III	医療・介護費用	118,260	119,262	1,002	*	68,368	*
IV	損益差額	80	-85	-165	*	-4,147	*
VII	総損益差額	3,900	2,098	-1,802	*	-3,783	
施設数		123	179	56	*	4	*
平均病床数		259	252	-7	*	169	*
		全体			国公立除く		
I	医業収益	116,895	117,929	1,034	115,625	117,085	1,460
II	介護収益	75	46	-29	81	49	-32
III	医療・介護費用	116,807	118,149	1,342	112,836	114,707	1,871
IV	損益差額	163	-174	-337	2,870	2,426	-444
VII	総損益差額	3,913	1,970	-1,943	3,733	2,789	-944
施設数		125	183	58	116	175	59
平均病床数		256	250	-6	251	248	-3

(中医協報告書 P.16~17、198~199)

表7 精神科病院 集計結果と実績比較

1施設当たり損益 千円:単位

②回答したすべての医療機関の集計2		法人・その他全体			個人		
		H21.6	前々年(度)/12	差額	H21.6	前々年(度)/12	差額
I	医業収益	117,287	119,493	2,206	*	64,220	*
II	介護収益	144	1,641	1,497	*	0	*
III	医療・介護費用	117,608	120,981	3,373	*	68,368	*
IV	損益差額	-177	153	330	*	-4,147	*
VII	総損益差額	3,572	2,430	-1,142	*	-3,783	*
	施設数	125	193	68	*	4	*
	平均病床数	258	253	-5	*	169	*
		全体			国公立除く		
I	医業収益	115,956	118,370	2,414	114,636	117,607	-2,971
II	介護収益	141	1,607	1,466	152	1,675	-1,523
III	医療・介護費用	116,189	119,912	3,723	112,238	116,800	-4,562
IV	損益差額	-92	65	157	2,550	2,483	-67
VII	総損益差額	3,590	2,303	-1,287	3,388	3,076	-312
	施設数	127	197	70	118	189	71
	平均病床数	255	252	-3	250	250	0

(中医協報告書 P.24~25、206~207)

Ⅲ. 平成23年6月の集計結果について

平成23年6月の集計結果では、H21.6 全体(集計1)で損益差額は、163千円と表示され本来▲337千円で、H23.6は、1,537千円と利益が大きく出ている数値となっているが、信ぴょう性が低い結果となっている。

表8 精神科病院 平成23年6月の集計結果 1施設当たり損益 千円:単位

①介護収益2%未満の医療機関の集計1		法人その他全体		個人		全体		国公立除く	
		H21.6	H23.6	H21.6	H23.6	H21.6	H23.6	H21.6	H23.6
I	医業収益	118,263	121,032	*	66,882	116,895	119,835	115,625	118,706
II	介護収益	77	58	*	0	75	57	81	59
III	医療・介護費用	118,260	119,561	*	64,989	116,807	118,355	112,836	114,885
IV	損益差額	80	1,529	*	1,894	163	1,537	2,870	3,879
	総損益差額	3,900	4,076	*	2,327	3,913	4,037	3,733	4,648
	施設数	123	177	*	4	125	181	116	174
	平均病床数	259	253	*	169	256	251	251	248

集計2の回答したすべての医療機関の集計結果でも、総損益差額は、3,590千円は、1,970千円に留まり、H23.6に4,651千円まで伸びたとは、言い難い結果となっている。

表9 精神科病院 平成 23 年 6 月の集計結果 1 施設当たり損益 千円:単位

②回答したすべての 医療機関の集計 2		法人その他全体		個人		全体		国公立除く	
		H21.6	H23.6	H21.6	H23.6	H21.6	H23.6	H21.6	H23.6
I	医業収益	117,287	121,759	*	66,882	115,956	120,633	114,636	119,617
II	介護収益	144	1,719	*	0	141	1,683	152	1,746
III	医療・介護費用	117,608	121,250	*	64,989	116,189	120,096	112,238	116,949
IV	損益差額	-177	2,227	*	1,894	-92	2,221	2,550	4,414
	総損益差額	3,572	4,700	*	2,327	3,590	4,651	3,388	5,239
	施設数	125	191	*	4	127	195	118	188
	平均病床数	258	254	*	169	255	252	250	250

IV. 結論

直近の 2 年事業において、2 年連続で損益差額が赤字となっている。

また、平成 21 年 6 月の単月集計と前々年事業年(平成 21 年度)の数値を比較すると、本来赤字状態の損益差額が、黒字と発表されていた。

今後、医療経済実態調査における病院の経営状況を判断するときは、通年の事業年度データを基本に、6 月単月のデータを参考にするべきである。

- 余 白 -

第 18 回 中医協・医療経済実態調査結果

(個人歯科診療所) に対する見解

個人歯科診療所は平成 22 年時点で、歯科診療所の 84% を占めており、これまで我が国の歯科医療の中心的役割を担ってきた。その個人歯科診療所における平成 23 年 6 月の損益差額は遂に 100 万円を下回り、前回 (21 年 6 月) と比較し、17.2% 減少した。年度調査でも、平成 22 年度の損益差額は 21 年度に比べ微増しているものの、平成 20 年度 (第 17 回調査) と比べ 16.7% 減少している。

調査結果では、医業費用や減価償却費の増加が認められるが、これは医療安全向上のための新たな設備や最新の歯科医療技術提供の医療機器等への投資が必要になっている結果と考えられ、それらのことが損益差額に反映していると思われる。

既に経営努力や経費削減努力が明らかに限界に達している中で、損益差額の大きな落ち込みは、将来の設備投資等に係る資金の問題にも影響を与え、安心安全を前提とした歯科医療供給体制の根幹を揺るがしかねない喫緊の課題として速やかな対応が求められる。

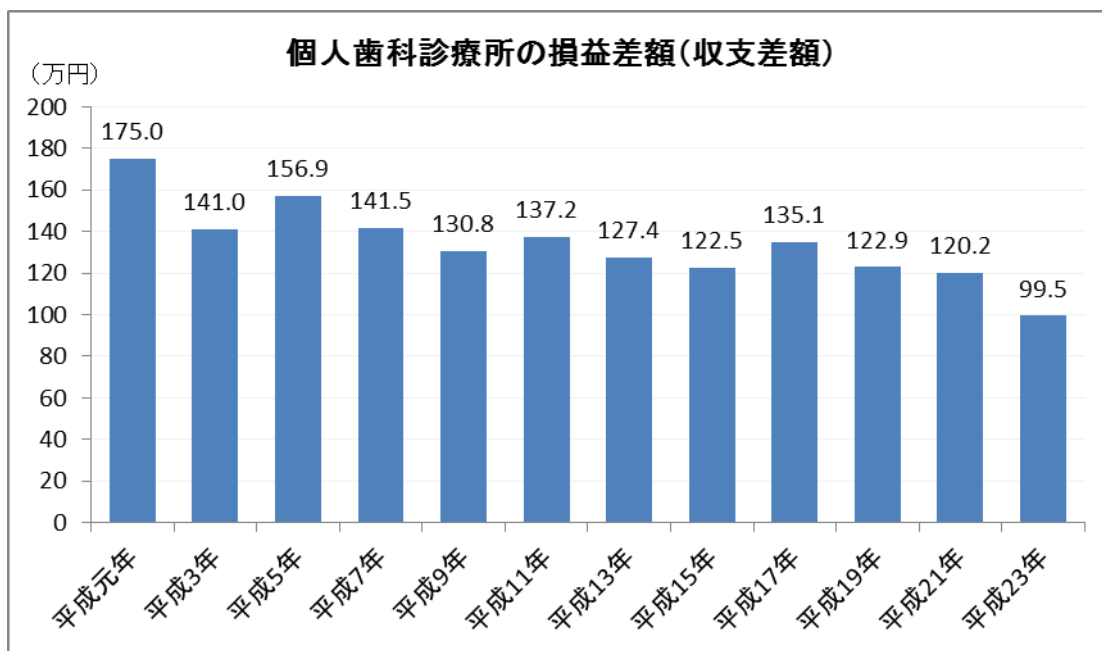
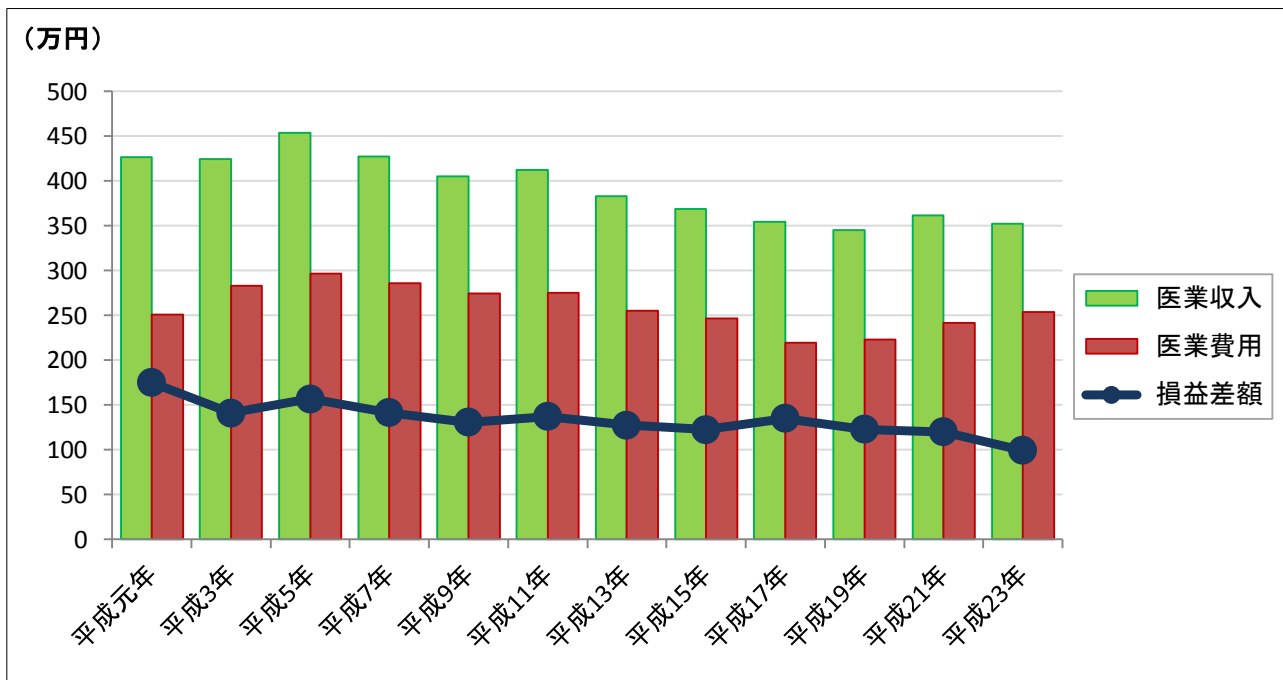
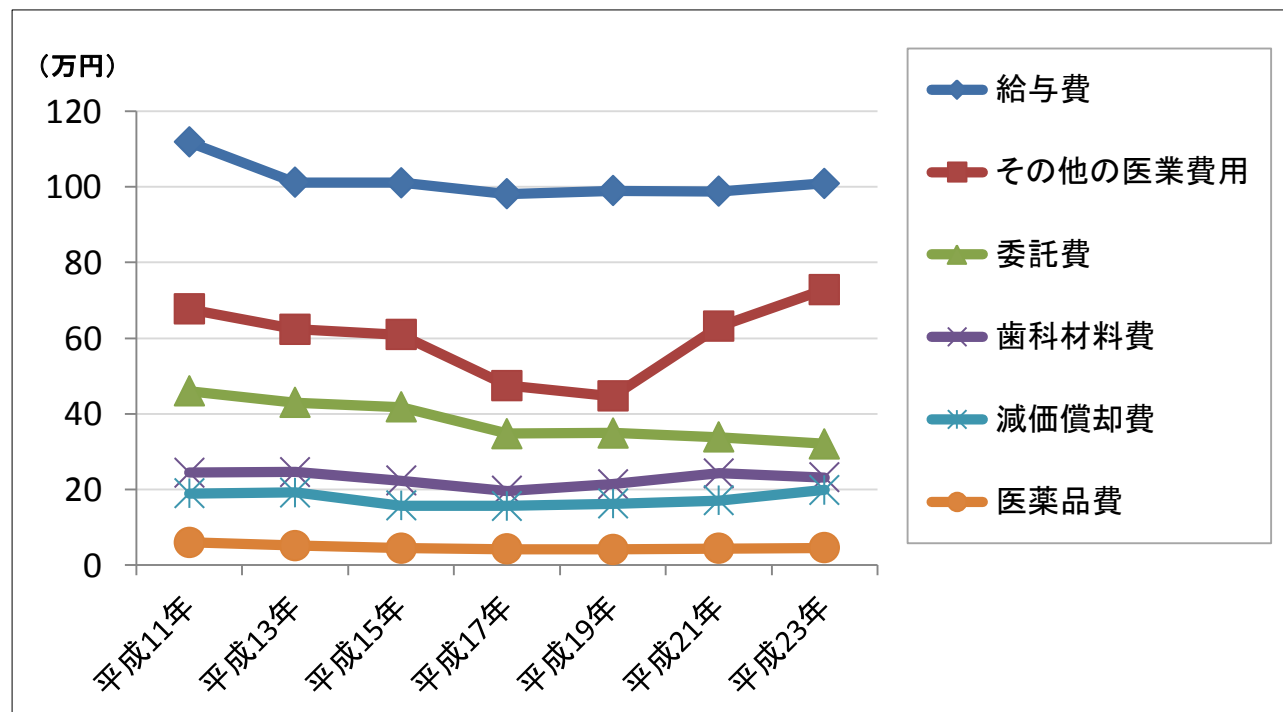


図1. 個人歯科診療所における医業収入・医業費用・損益差額の経年推移(単月調査)



* 損益差額は減少しており、今回は、平成元年との比較で43%減少し、100万円を下回った。平成19年以降医業費用が増加している。

図2. 医業費用内訳の推移



* 平成21年以降その他の医業費用の増加が顕著である。

表1. 個人歯科診療所(6月調査)平成21年と23年の比較

	H21	H23	金額の伸び率
	(千円)	(千円)	(%)
医業収益	3,616	3,526	▲ 2.5
保険診療収入	3,115	3,133	0.6
労災等診療収益	11	0	
その他の診療収益	442	359	▲ 18.8
その他の医業収益	48	34	▲ 29.2
介護収益	1	4	300.0
医業・介護費用	2,415	2,535	5.0
給与費	988	1,009	2.1
医薬品費	44	46	4.5
歯科材料費	243	232	▲ 4.5
委託費	338	321	▲ 5.0
減価償却費	171	199	16.4
その他の医業費用	631	728	15.4
損益差額	1,202	995	▲ 17.2
施設数	551	391	▲ 29.0

表2. 個人歯科診療所(年度調査)平成20年と22年の比較

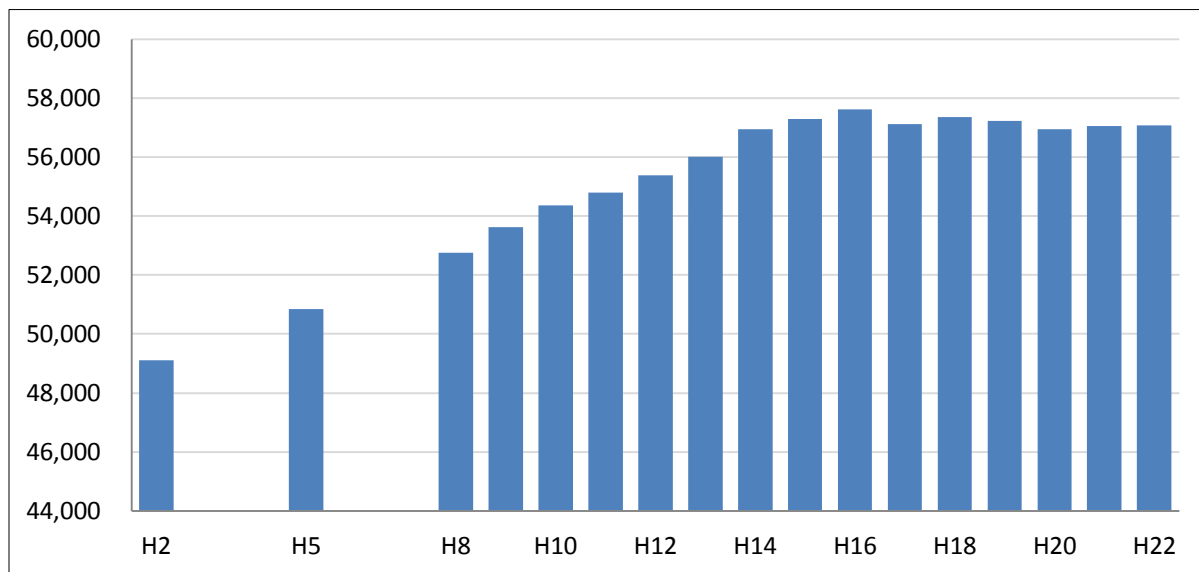
	H20年4月－21年3月	H22年4月－23年3月	金額の伸び率
	H20	H22	(%)
	(千円)	(千円)	(%)
医業収益	42,004	40,655	▲ 3.2
保険診療収入	35,613	35,599	0.0
労災等診療収益	106	14	▲ 86.8
その他の診療収益	5,668	4,526	▲ 20.1
その他の医業収益	617	516	▲ 16.4
介護収益	11	61	454.5
医業・介護費用	28,661	29,585	3.2
給与費	11,713	11,657	▲ 0.5
医薬品費	531	531	0.0
歯科材料費	2,866	2,710	▲ 5.4
委託費	3,961	3,718	▲ 6.1
減価償却費	2,056	2,337	13.7
その他の医業費用	7,535	8,632	14.6
損益差額	13,355	11,131	▲ 16.7
施設数	551	422	▲ 23.4

表3. 個人歯科診療所における単月調査結果と年度調査結果の比較(平成21年)

	H21年6月単月 ①	①×12か月 ②	H21年年間 ③	③を100とした時の ②の増減割合
	(千円)	(千円)	(千円)	(%)
医業収益	3,616	43,392	40,444	7.3
保険診療収入	3,115	37,380	35,360	5.7
労災等診療収益	11	132	8	1550.0
その他の診療収益	442	5,304	4,629	14.6
その他の医業収益	48	576	446	29.1
介護収益	1	12	52	▲ 76.9
医業・介護費用	2,415	28,980	29,503	▲ 1.8
給与費	988	11,856	11,598	2.2
医薬品費	44	528	551	▲ 4.2
歯科材料費	243	2,916	2,783	4.8
委託費	338	4,056	3,691	9.9
減価償却費	171	2,052	2,270	▲ 9.6
その他の医業費用	631	7,572	8,611	▲ 12.1
損益差額	1,202	14,424	10,993	31.2

* 単月調査では医業収益・収支差額は多く、医業費用は少なく見積もられている。

図3. 個人歯科診療所数推移(医療施設静態・動態調査より)



* 個人歯科診療所数は平成16年以降増加していない。

図4. 入院収益のない一般診療所(個人)主たる診療科別および個人歯科診療所の損益差額と医業・介護費用(平成23年6月)

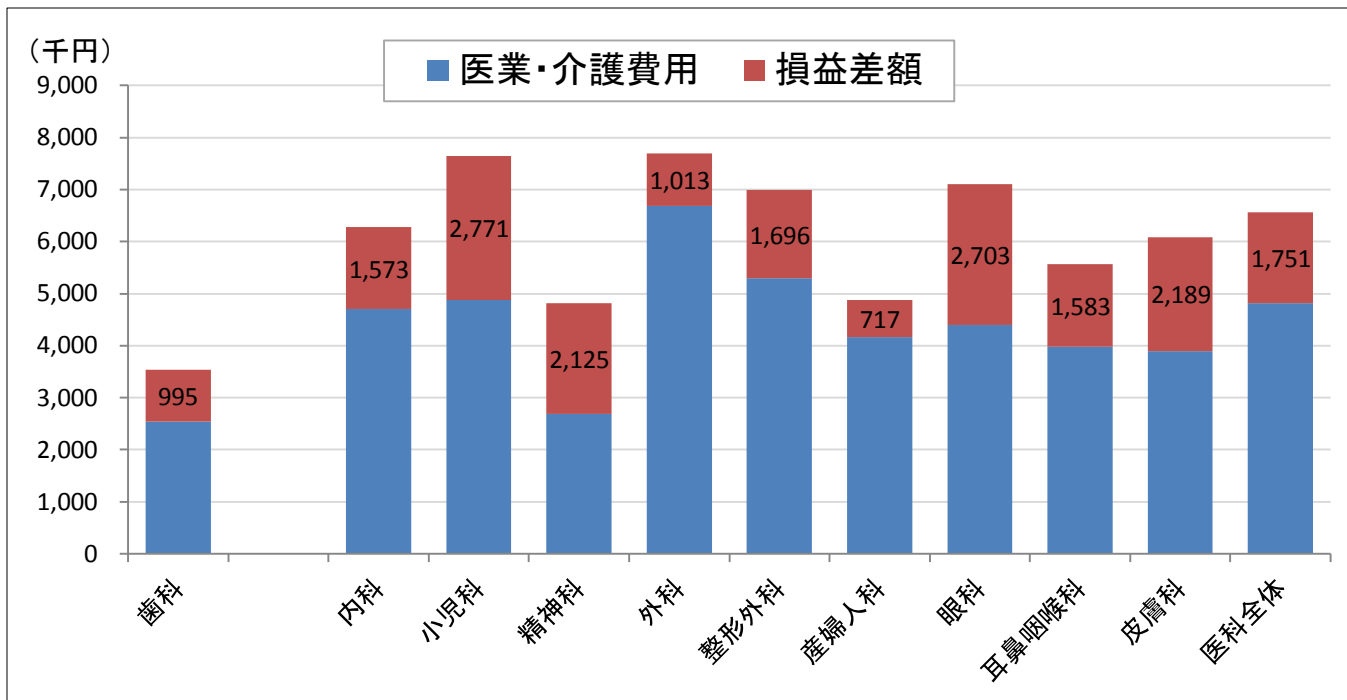
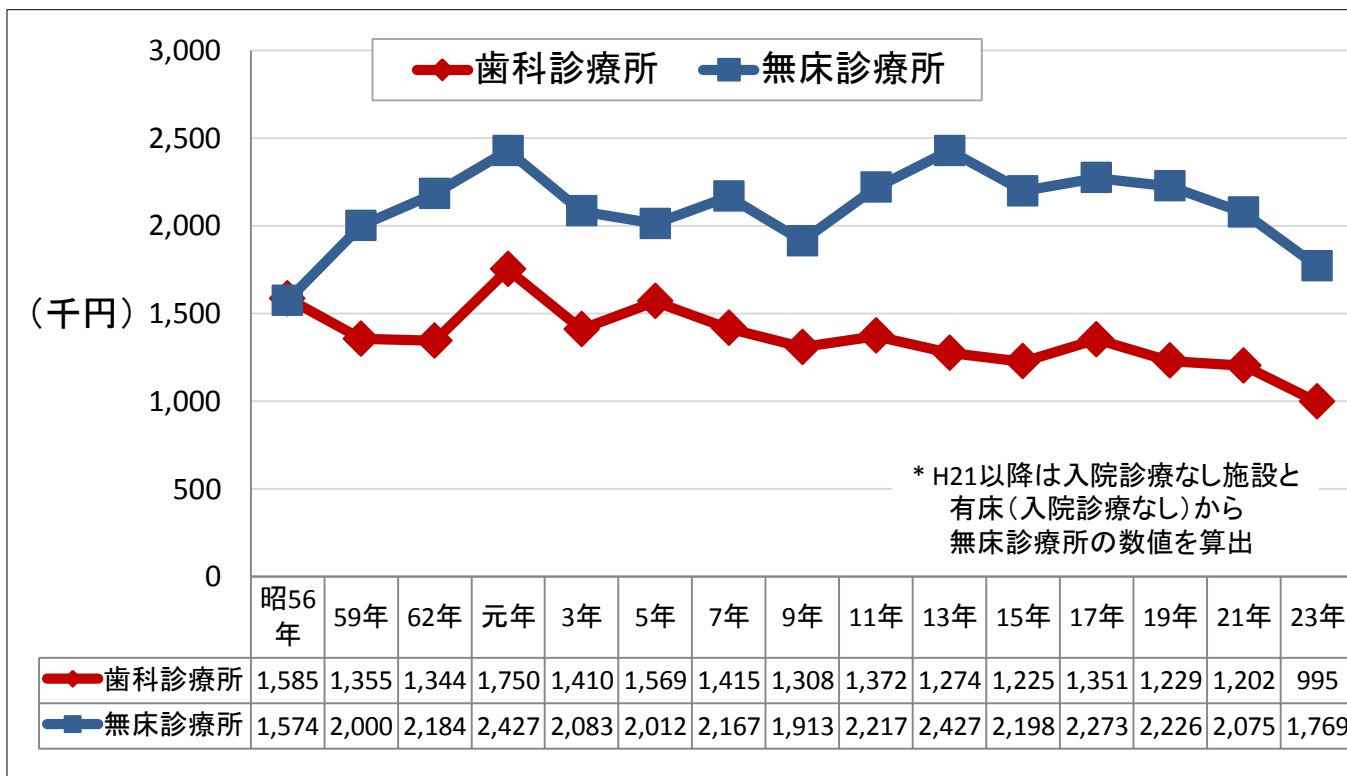


図5. 損益差額の推移(個人歯科診療所と医科個人無床診療所)



* 昭和56年調査において、損益差額は医科の無床個人診療所と個人歯科診療所はほぼ同額であった。本調査(H23)において、昭和56年当時と比較した場合、医科の無床個人診療所は、111.2%の水準であるが、歯科診療所の損益差額は62.8%にまで減少した。

- 余 白 -

第 18 回医療経済実態調査報告における保険薬局の状況について

平成 23 年 11 月 18 日
日本薬剤師会

- ・ 保険薬局の組織形態は、回答施設数の内訳からも明らかなように 9 割以上が会社法人であることから、保険薬局の経営状況の把握にあたっては「法人」の集計結果を用いるのが妥当であると考えます。
- ・ また、単月分の集計結果では、同一施設における収支状況の推移を把握することは不可能であるため、保険薬局の収支状況の推移については、年間データ（直近の 2 事業年（度））を用いる必要がある。
- ・ 保険薬局（法人）の収支に関する年間データにおいて、収益（収入）の推移をみると、その伸び率は+3.5%となっているが、介護収益における伸び率は▲5.9%と悪化している。
- ・ 一方、費用（支出）については、その 7 割以上を医薬品費が占めるという保険薬局特有の収支構造が大きな影響を与えている。ジェネリック医薬品の普及促進に伴い、医薬品費の効率化が図られつつあるものの、処方日数の長期化傾向の影響を受けて、「医薬品費等」の伸び率は+3.7%となり、収益の伸び率を上回ってしまっている。
- ・ また、ジェネリック医薬品の普及促進に伴い、医薬品の備蓄品目数も増加を続けており（全体平均で+5.7%、うちジェネリック医薬品は+15.0%）、在庫管理に伴う人件費（給与費）の伸び率も+3.9%と増加傾向にある。
- ・ その結果、損益差額の推移については、その構成比率は税引前 5.2%→5.1%、税引後 4.1%→4.0%となり、若干悪化もしくは横這いの状況が続いており、依然として改善している様子は見えていない。

第 18 回医療経済実態調査報告より（法人薬局、直近の 2 事業年（度））

収支項目		構成比率（%）		金額の 伸び率（%）
		前々年（度）	前年（度）	
収益	保険調剤等	99.7	99.8	+3.5
	介護	0.3	0.2	▲5.9
費用	給与費	16.8	16.8	+3.9
	医薬品費	68.0	68.1	+3.7
	その他	10.0	10.0	+2.4
損益	税引前	5.2	5.1	—
	税引後	4.1	4.0	—

公知申請とされた適応外薬の保険適用について

1. 適応外薬の保険適用を迅速に行う観点から、薬事・食品衛生審議会の事前評価が終了した適応外薬については、当該評価が終了した段階で、薬事承認を待たずに保険適用することとしているところ(別添)。
2. 先般、以下の適応外薬の適応については、事前評価が終了し、公知申請して差し支えないとされたところ、各々の保険適用について以下のとおり。

(1) 10月31日開催の薬食審医薬品第二部会における事前評価が終了し、同日付で保険適用されたもの

一般的名称	販売名【会社名】	新たに保険適用が認められた適応等
イホスファミド	注射用イホマイド 1g 【塩野義製薬(株)】	< 適応の追加 > 悪性リンパ腫
パクリタキセル	タキソール注射液 30mg タキソール注射液 100mg 【 Bristol・マイヤーズ(株)】	< 適応の追加 > 血管肉腫 < 適応の追加 > 再発又は遠隔転移を有する食道癌 < 適応の追加 > 再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌 < 適応の追加 > 進行又は再発の子宮頸癌 < 用法・用量の変更 > (下線部追加部分) 卵巣癌には A 法又はカルボプラチンとの併用で C 法を使用する。 <u>C 法：通常、成人にはパクリタキセルとして、1日1回 80mg/m² (体表面積) を1時間かけて点滴静注し、週1回投与を3週連続する。これを1クールとして、投与を繰り返す。</u>

アンピシリンナトリウム	ビクシリン注射用 0.25g ビクシリン注射用 0.5g ビクシリン注射用 1g ビクシリン注射用 2g 【Meiji Seika ファルマ(株)】	< 小児適応の追加 > (適応菌種) アンピシリンに感性のブドウ球菌属、レンサ球菌属、肺炎球菌、腸球菌属、淋菌、髄膜炎菌、炭疽菌、放線菌、大腸菌、赤痢菌、プロテウス・ミラビリス、インフルエンザ菌、リステリア・モノサイトゲネス (適応症) 敗血症、感染性心内膜炎、表在性皮膚感染症、深在性皮膚感染症、リンパ管・リンパ節炎、慢性膿皮症、外傷・熱傷及び手術創等の二次感染、乳腺炎、骨髄炎、咽頭・喉頭炎、扁桃炎、急性気管支炎、肺炎、肺膿瘍、膿胸、慢性呼吸器病変の二次感染、膀胱炎、腎盂腎炎、淋菌感染症、腹膜炎、肝膿瘍、感染性腸炎、子宮内感染、化膿性髄膜炎、眼瞼膿瘍、角膜炎(角膜潰瘍を含む)、中耳炎、副鼻腔炎、歯周組織炎、歯冠周囲炎、顎炎、抜歯創・口腔手術創の二次感染、猩紅熱、炭疽、放線菌症
-------------	--	--

(2) 1 1 月 7 日開催の薬食審医薬品第一部会における事前評価が終了し、同日付で保険適用されたもの

一般的名称	販売名【会社名】	新たに保険適用が認められた適応等
プロプラノロール塩酸塩	インデラル錠 10mg インデラル錠 20mg 【アストラゼネカ(株)】	< 小児適応の追加 > 期外収縮(上室性、心室性)、発作性頻拍の予防、頻拍性心房細動(徐脈効果)、洞性頻脈、新鮮心房細動、発作性心房細動の予防

(参考)

適応外薬の「公知申請への該当性に係る報告書」等については、厚生労働省及び医薬品医療機器総合機構(P M D A)のホームページに公表されている。

http://www.info.pmda.go.jp/kouchishinsei/kouchishinsei_index.html
 上記資料に基づいて各患者の症状に応じ適切に使用されることが必要。

(別添)

公知申請とされた適応外薬の保険上の取扱いについて

〔平成22年8月25日〕
中 医 協 了 承

適応外薬のうち、以下の医学薬学的評価のプロセスを経たものについては、薬事・食品衛生審議会の事前評価が終了した時点で、適応外薬に係る有効性・安全性について公知であることが確認されたといえる。

検討会議¹⁾において、医療上の必要性が高いと判断

検討会議のワーキンググループが、有効性や安全性が医学薬学上公知であるかどうかを検討し、報告書を作成

検討会議は報告書に基づき公知申請の該当性を検討・判断

検討会議で公知申請が可能と判断された医薬品について、薬食審医薬品部会が事前評価を実施

¹⁾「医療上の必要性の高い未承認薬・適応外薬検討会議」

このため、適応外薬の保険適用を迅速に行う観点から、上記スキームを経た適応外薬については、事前評価が終了した段階で、薬事承認を待たずに保険適用とする。