

日医総研ワーキングペーパー

DPC という診療報酬政策についての 病院経営面からの分析

No. 196

2009年7月1日

日本医師会総合政策研究機構

前田由美子

DPC という診療報酬政策についての病院経営面からの分析

日本医師会総合政策研究機構 前田由美子

研究協力者 五十嵐和絵

キーワード

- ◆ 自治体病院
- ◆ DPC 対象病院
- ◆ DPC 準備病院
- ◆ 平均在院日数
- ◆ 入院患者 1 人 1 日当たり収益（単価）
- ◆ 給与費率
- ◆ 医師数
- ◆ 医業利益率

ポイント

- ◆ DPC 対象病院は現在 1,283 病院に拡大している。DPC 病院でなければ生き残れないのかを検討するため、自治体病院を例に経営分析を行なった。
- ◆ DPC 対象病院には、入院包括部分について、出来高払いで計算した場合の前年度収益を保証する仕組み（調整係数）があるが、他の病院と比べて、医業収益、入院収益の伸び率は、必ずしも高くなかった。病院の経営効率を示す人件費生産性も、調整係数の影響を除外してみると、「DPC により病院経営が効率化している」とはいえなかった。
- ◆ DPC 対象病院よりも優位にあったのは、H18 準備病院である。まだ調整係数のメリットはないが、収益、利益ともに DPC 対象病院を上回っていた。
- ◆ H18 準備病院は、大規模で平均在院日数が短い。つまり DPC 対象病院になっているかどうかにかかわらず、相対的に急性期の大規模病院の経営状況が良い。このことは最近の診療報酬配分からも裏付けられる。
- ◆ 逆に DPC 対象病院では、調整係数が廃止されることが決まっており、集団で、医療費抑制のターゲットにされかねない。DPC という診療報酬政策は、医療の質を向上させるための長期的政策ではなく、医療費抑制のための短期的手法に過ぎなかったのではないかと考えられる。
- ◆ 現在、DPC の要件に達していない病院は、小規模で、平均在院日数が長く、医師数や看護職員数が少ない。しかし、地理的背景から状況を打開できない。医療は、平時の国家安全保障の要である。自治体の財政力（補助金）に委ねるのではなく、国民が安心して医療を受けられるよう、急性期偏重の診療報酬を見直すべきである。

目 次

1. 分析の目的と方法	1
1-1. 目的.....	1
1-2. DPC という診療報酬の仕組み	1
1-3. DPC 対象病院・準備病院	3
1-4. 分析を行なった病院.....	4
1-5. 分析を行なった指標.....	5
2. 分析の結果	6
2-1. 分析結果の見方.....	6
2-2. 病床規模	8
2-3. 医業収益を構成する指標	10
2-3-1. 100 床当たり医業収益.....	10
2-3-2. 100 床当たり入院収益.....	12
2-3-3. 入院患者 1 人 1 日当たり収益	14
2-3-4. 平均在院日数	16
2-3-5. 病床利用率.....	18
2-3-6. 外来患者 1 人 1 日当たり収益	22
2-3-7. 外来入院患者比率	24
2-4. 医業費用を構成する指標	26
2-4-1. 医業原価率.....	26
2-4-2. 給与費率	28
2-4-3. 職員数.....	30
2-4-4. 1 人当たり給与費	34
2-4-5. 減価償却費率	40
2-4-6. 経費率.....	42
2-5. 利益に関する指標	44
2-5-1. 医業利益率.....	44
2-5-2. 経常利益率.....	46
2-5-3. 医業収益の構成.....	48
2-5-4. 赤字病院の割合.....	49
2-6. 生産性に関する指標.....	50
2-6-1. 人件費生産性	50
2-6-2. 労働分配率.....	52
3. まとめと考察	54

1. 分析の目的と方法

1-1. 目的

2007年5月、厚生労働省が「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」（以下、効率化プログラム）を発表した¹。そして、具体策のひとつとして、2012（平成24）年度までに、DPC 支払い対象病院を1,000にする目標が掲げられた。

「効率化プログラム」は、その趣旨に「効率化等により供給コストを低減させていく」とあるように、医療費抑制を狙ったものである。しかし、DPCにおいては、医療の質が確保され効率化が進む、医療の透明性が高まるといった、質的側面からのメリットが強調されてきた。

DPC（Diagnosis Procedure Combination）とは診断群分類のことである。この分類に基づき診療報酬の一部が包括化されており、これを「DPC（診断群分類）による包括評価」という。DPC 対象病院とは、この評価の下で支払いを受ける病院である。

DPC では、対象病院を拡大するインセンティブとして、入院包括部分について、出来高払いで計算した場合の前年度収益を保証する仕組み（調整係数）がある。さらに、DPC 病院でなければ急性期病院として生き残れないという根拠のない危機感が加わり、DPC 対象病院は、2009（平成21）年には1,283病院に広がっている。

ではDPC 対象病院は、DPC であるがゆえに、生き残ることができているのであろうか。自治体病院を例にこの点を検討したい。

1-2. DPC という診療報酬の仕組み

DPC 対象病院では、入院基本料、検査、画像診断、投薬、注射、医学管理料などが1日当たり包括評価（包括払い）によって一定の点数となっており（表1-2-1）、点数は在院日数が長くなるほど段階的に引き下げられる。

また、DPC 対象病院の包括部分の診療報酬には、調整係数が付与されている（表1-2-2）。調整係数は、DPC 対象病院拡大のため、「前年度並の収入確保」²が可能になるよう設定された指標である（表1-2-3）。ただし、調整係数は、2010

¹ 「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラムについて」2007年5月15日、経済財政諮問会議提出資料

² 中医協基本問題小委員会「調整係数の廃止と新たな機能評価係数の設定について」2008年12月17日

(平成 22) 年度の診療報酬改定から段階的に廃止されることが決まっている。

表 1-2-1 DPC対象病院の包括評価項目

入院基本料、 医学管理等（手術前医学管理料、手術後医学管理料に限る）
検査（心臓カテーテル検査、内視鏡検査、診断穿刺に係る技術料を除く）
画像診断（画像診断管理加算、選択的動脈造影カテーテル手技に係る技術料を除く）
投薬、注射、 リハビリテーション・精神科専門療法に係る薬剤料
処置（1,000 点以上の高額な処置に係る技術料を除く）
病理診断（病理診断・判断料を除く）

※手術料、麻酔料など上記以外の項目は出来高

表 1-2-2 診断群分類ごとの包括点数

包括範囲の点数＝診断群分類ごとの1日当たり点数×医療機関別係数×在院日数 （機能評価係数＋調整係数）

表 1-2-3 調整係数の計算式

調整係数＝ $\frac{\text{前年度に出来高払いで支払った場合の収入}}{\text{今年度の診断群分類に基づいた推計収入}} - \text{入院基本料等から係数化した機能評価係数}^{\text{※注}}$ <p style="text-align: center;">（前年度の医科点数表(出来高)で前年度の患者について計算） （今年度のDPC点数表(包括)で前年度の患者について計算）</p>	入院基本料等から係数化した機能評価係数 ^{※注}
--	-----------------------------------

※注)入院基本料等から係数化した機能評価係数:診療録管理体制加算、臨床研修病院入院診療加算等。

*上記計算式では診療報酬改定率は反映していない。

*調整係数は、個々のDPC対象病院および準備病院のデータから各々算出。

1-3. DPC 対象病院・準備病院

DPC 対象病院に参加することができるのは、看護配置基準 10 対 1 以上などの基準を満たす病院である。DPC に参加を希望する病院は、厚生労働省に参加を申し込み（以下、手挙げ）、2 年間の準備期間中、必要なデータを提出する。その間は、「DPC 準備病院」と呼ばれる（平成 18 年度以降。それ以前は調査協力病院と呼ばれていた）。その後、基準を満たしていれば DPC 対象病院になることができる。現在の DPC 対象病院は 1,283、DPC 準備病院は 343、合計 1,626 であり（表 1-3-1）、一般病院 7,684³の 21%を占めている。

以下、それぞれ次のように省略する。H18 準備病院、H19 準備病院の多くは、平成 20 年度対象病院または平成 21 年度対象病院になっているが、平成 19 年度までのデータで分析しているため、当時の呼称のままとする。

平成 16 年度 DPC 対象病院→H16 対象病院

平成 18 年度 DPC 対象病院→H18 対象病院

平成 18 年度 DPC 準備病院→H18 準備病院

平成 19 年度 DPC 準備病院→H19 準備病院

表 1-3-1 DPC 対象病院・準備病院

	対象病院	準備病院
平成15年度 DPC対象病院	82	
平成16年度 DPC対象病院	62	
平成18年度 DPC対象病院	215	
平成20年度 DPC対象病院	357	
平成21年度 DPC対象病院	567	
DPC対象病院計	1,283	
平成19年度 DPC準備病院 ※1)		137
平成20年度 DPC準備病院		137
平成21年度 DPC準備病院		69
DPC準備病院計		343

※注1) 平成18年度準備病院の多くは平成20年度対象病院または平成21年度対象病院になったが、12病院は、準備病院として継続している。この12病院は表中では平成19年度準備病院に含む。

*出所: 中医協基本問題小委員会「DPC準備病院の募集について」(2009年4月15日)他

³ 厚生労働省「医療施設動態調査」2009年3月末概数

1-4. 分析を行なった病院

総務省『地方公営企業年鑑』によると、平成19年度の自治体病院数は911病院（一般病院のみ）である。ここから、次の条件で病院を抽出し、分析を行なった。

- ① 一般病床の比率が80%以上の病院（リハビリテーション病院を除く）
- ② 平成15年度から平成19年度まで一貫して存続している病院
市町村合併により設置主体や名称が変わった病院については、名寄せを行って、分析対象とした。
- ③ 平成15年度から平成19年度までの間、分析に必要なデータの欠損がない病院

以上の結果、594病院が該当した（表1-4-1）。なお、H16対象病院は1病院のみであるので、カテゴリ別の分析結果を示した図表上には示していない。

表 1-4-1 分析を行なった自治体病院数

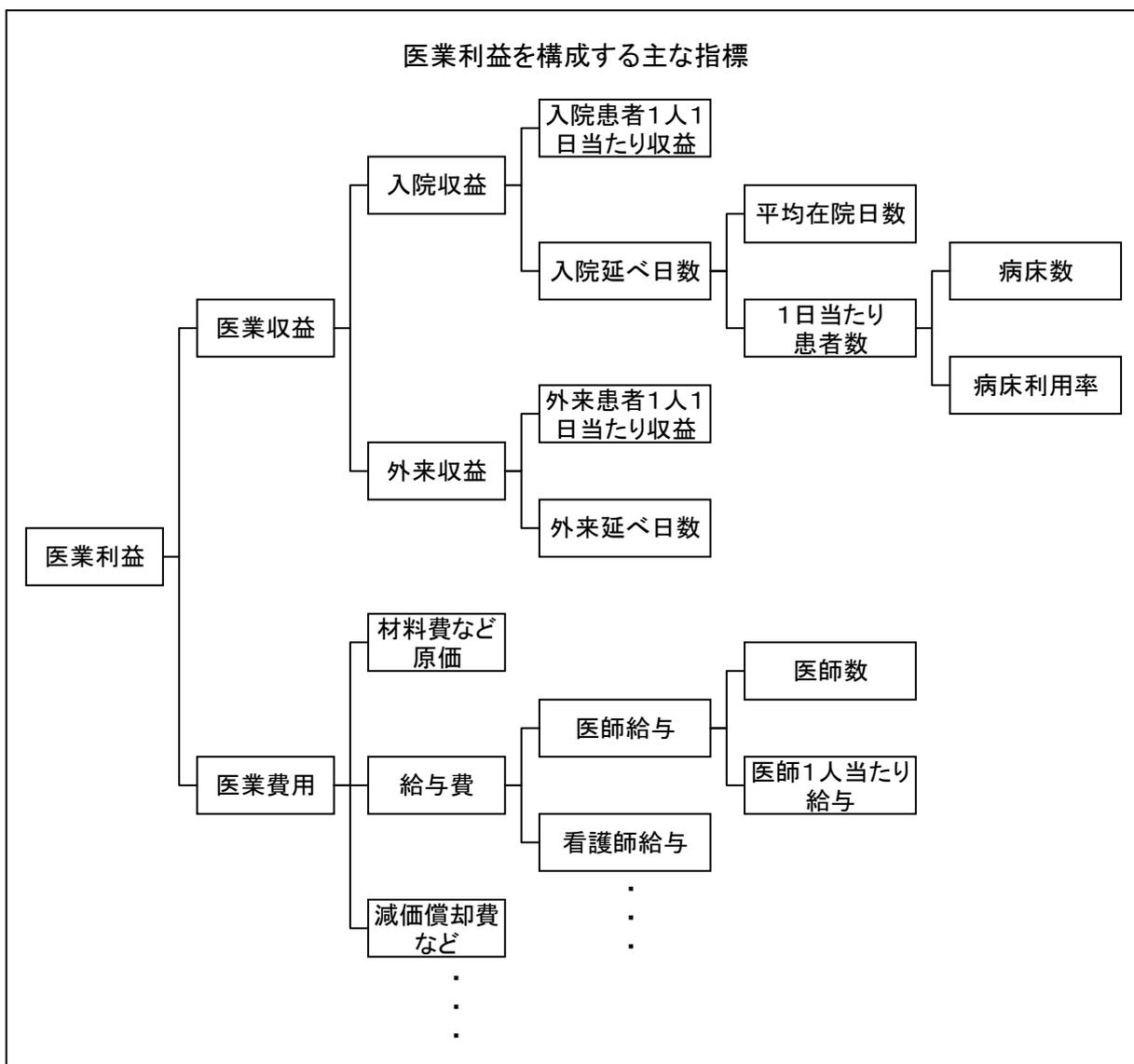
	DPC病院				DPC以外	計
	H16対象	H18対象	H18準備	H19準備		
病院数	1	31	71	148	343	594

1-5. 分析を行なった指標

入院収益は、「患者1人1日当たり収益×入院延べ日数」で決まる。そして入院延べ日数は、「平均在院日数×1日当たり患者数」で決まる。1日当たり患者数は「病床数×病床利用率」で表わされる（図 1-5-1）。

このように医業利益を形成する医業収益、医業費用を分解し、鍵になる指標について分析を行なった。

図 1-5-1 医業利益を構成する主な指標



2. 分析の結果

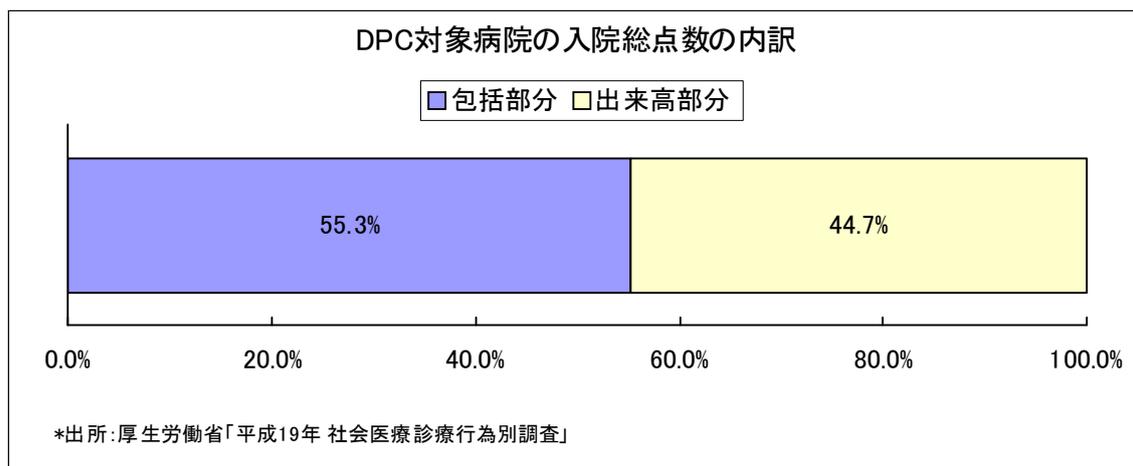
2-1. 分析結果の見方

DPC 対象病院における調整係数の影響

H18 対象病院は、H18 年度に DPC 対象病院になっているので、平成 18 年度以降は、包括部分について「前年度並の収入」が確保されている。H18 準備病院、H19 準備病院は、今回分析を行なった H19 年度までは準備病院（データの提出のみ）であるので、調整係数の影響はない。

なお、DPC 対象病院の入院収益に占める包括部分は 55.3%である（図 2-1-1）。調整係数はこの部分に対する保証なので、入院収益全体が維持されるわけではない。

図 2-1-1 DPC 対象病院の入院総点数の内訳



診療報酬改定の影響

経年変化を見る際には、診療報酬改定の影響にも注意しておく必要がある。特に平成 14 年度、平成 18 年度は医科本体で 1%以上の引き下げになったので（表 2-1-1）、入院単価や外来単価に影響を与える。ただし分析結果を見ると、入院単価、外来単価はマイナス改定年にも低下しておらず、対前年度比横ばいか微増である。収益は、診療報酬が引き下げられても、患者数の増加、患者構成の変化、医療の高度化などによって上昇するからである。

表 2-1-1 最近の診療報酬改定（医療費ベース）

	H14年度 (2002)	H16年度 (2004)	H18年度 (2006)	H20年度 (2008)
本体部分	▲1.30%	±0%	▲1.36%	+0.38%
医科	▲1.30%	±0%	▲1.50%	+0.42%
薬価・材料価格	▲1.40%	▲1.05%	▲1.80%	▲1.20%
診療報酬全体	▲2.70%	▲1.05%	▲3.16%	▲0.82%

2-2. 病床規模

病床規模の平均は、H18対象病院 483.7床、H18準備病院 449.0床、H19準備病院 401.6床であり、「手挙げ」の順に規模が大きい(図 2-2-1)。DPC以外の病院は 166.7床である。DPC対象病院・準備病院では 200床以下の病院がほとんどないのに対し、DPC以外の病院では 200床以下の病院が多い(図 2-2-2)。

図 2-2-1 病床規模の平均

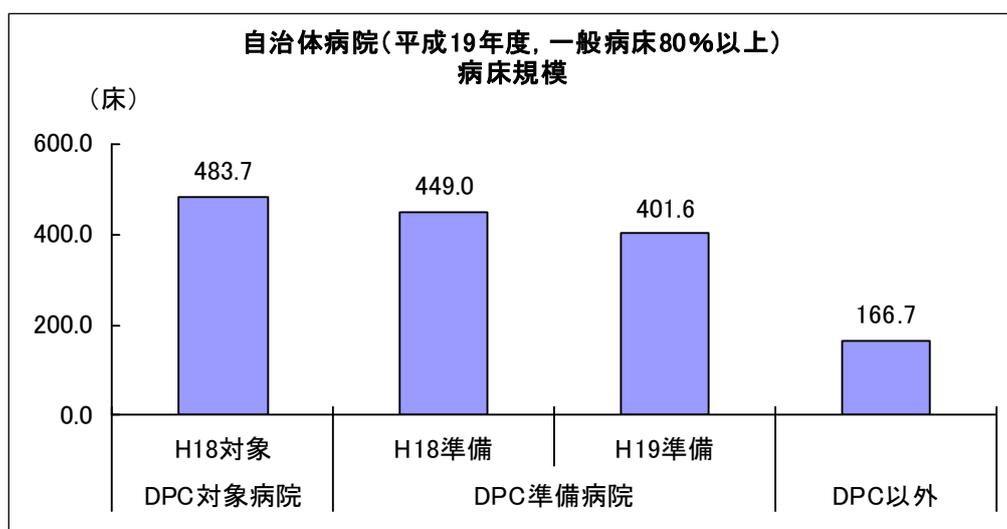
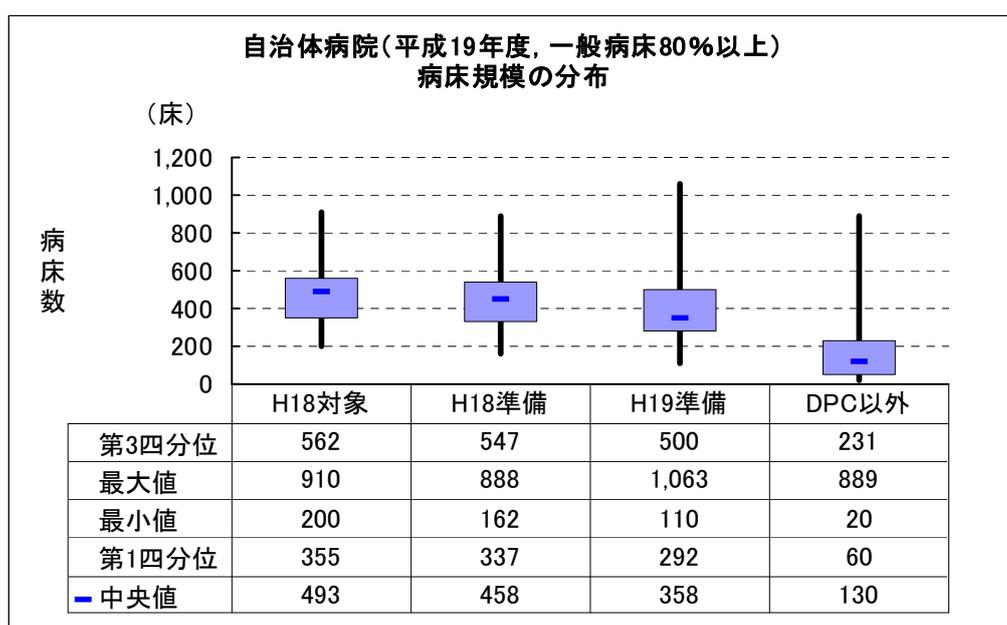


図 2-2-2 病床規模の分布



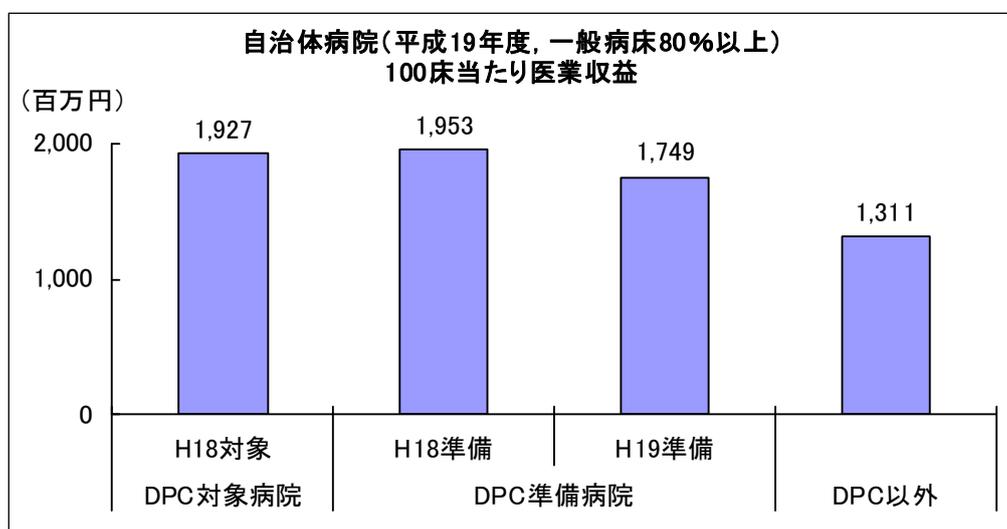
2-3. 医業収益を構成する指標

2-3-1. 100床当たり医業収益

平均（平成19年度）

100床当たり医業収益は、H18対象病院 1,927百万円、H18準備病院 1,953百万円、H19準備病院 1,749百万円であり、H18対象病院とH18準備病院はほぼ同水準であった。DPC以外の病院は1,311百万円であった（図 2-3-1-1）。

図 2-3-1-1 100床当たり医業収益の平均



分布（平成19年度）

H18準備病院・H18対象病院は、2,000百万円前後に分布しているが、H19準備病院は2,000百万円を切る病院も多い。DPC以外の病院は、多いほうから25%（第3四分位）の病院で1,500百万円台である（図 2-3-1-2）。

推移

DPC対象病院・準備病院は、平成15年度時点で1,700～1,800百万円台であり、大きな差はなかった。その後、H18対象病院、H18準備病院は増加傾向にあったが、H19準備病院は、診療報酬マイナス改定年の平成18年度に落ち込み、平成19年度も微増に止まった。この結果、H18対象病院およびH18準備病院と、H19準備病院との差が拡大した。

DPC以外の病院は、平成18年度にH19準備病院以上に落ち込み、さらに平

成 19 年度にも引き続き低下した（図 2-3-1-3）。

図 2-3-1-2 100 床当たり医業収益の分布

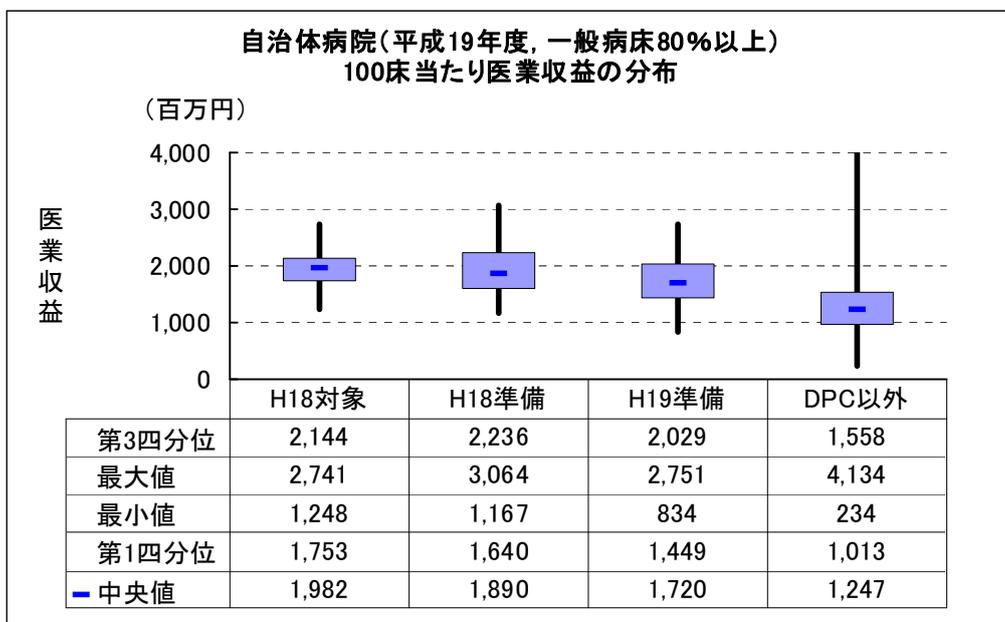
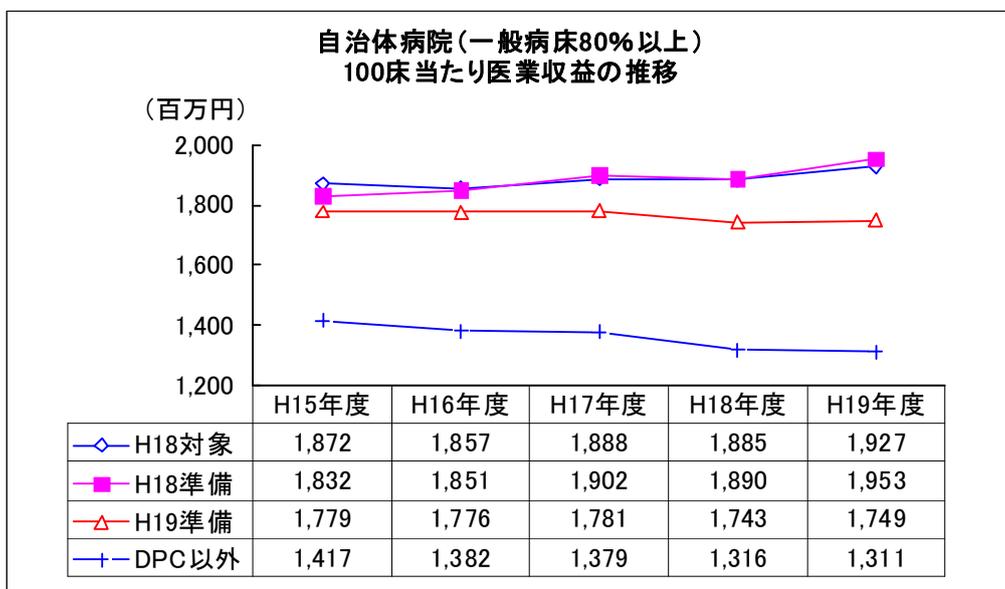


図 2-3-1-3 100 床当たり医業収益の推移

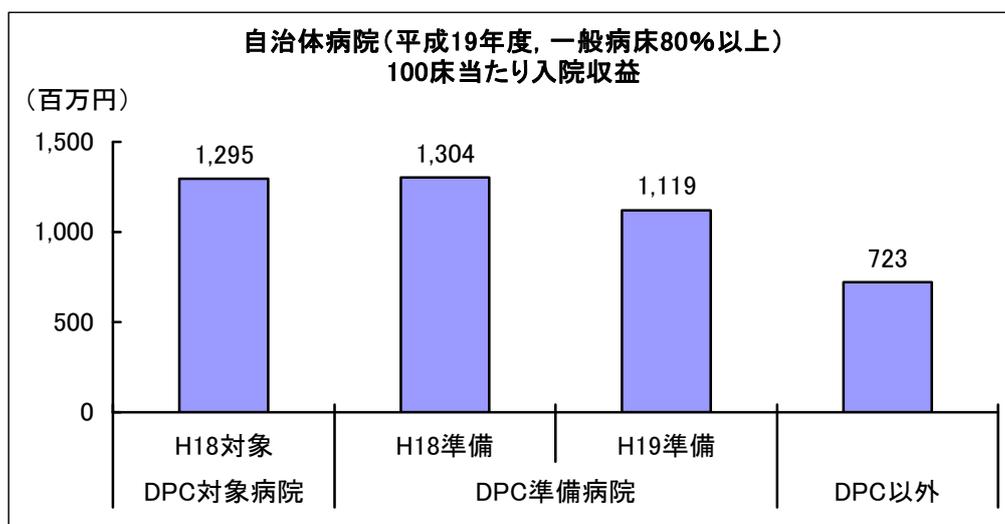


2-3-2. 100床当たり入院収益

平均（平成19年度）

100床当たり入院収益は、H18対象病院 1,295百万円、H18準備病院 1,304百万円、H19準備病院 1,119百万円であった。DPC以外の病院では 723百万円であった（図 2-3-2-1）。

図 2-3-2-1 100床当たり入院収益の平均



分布（平成19年度）

DPC対象病院・準備病院では、100床当たり入院収益が1,000百万円以下の病院は少ないが、DPC以外の病院の多くは1,000百万円未満である（図 2-3-2-2）。

DPC以外の病院で、100床当たり入院収益が非常に高い病院があるが、救急医療センター、ついで粒子線医療センターであった。逆に、100床当たり入院収益が非常に低いのは、平成19年度になってすぐに、入院患者の受け入れを休止した病院である。

推移

H18対象病院およびH18準備病院はやや増加、H19準備病院はほぼ横ばいであった。DPC以外の病院は減少した（図 2-3-2-3）。

H18対象病院は平成18年度にDPC対象病院になり、入院包括部分の前年度収益（出来高払いで計算した場合の収益）が保証されるようになった。H18対象病院の対前年度比は、平成18年度には+0.3%であり、分類したカテゴリーの

中で唯一プラスであったが、平成 19 年度の対前年度比は+2.8%であり、H18 準備病院の+3.4%をやや下回った。

図 2-3-2-2 100 床当たり入院収益の分布

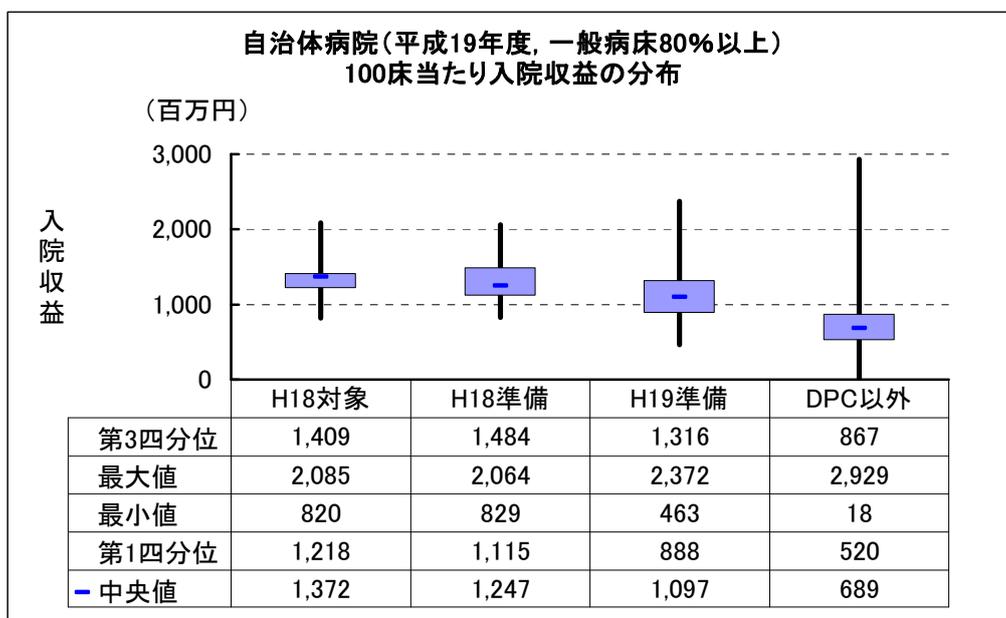
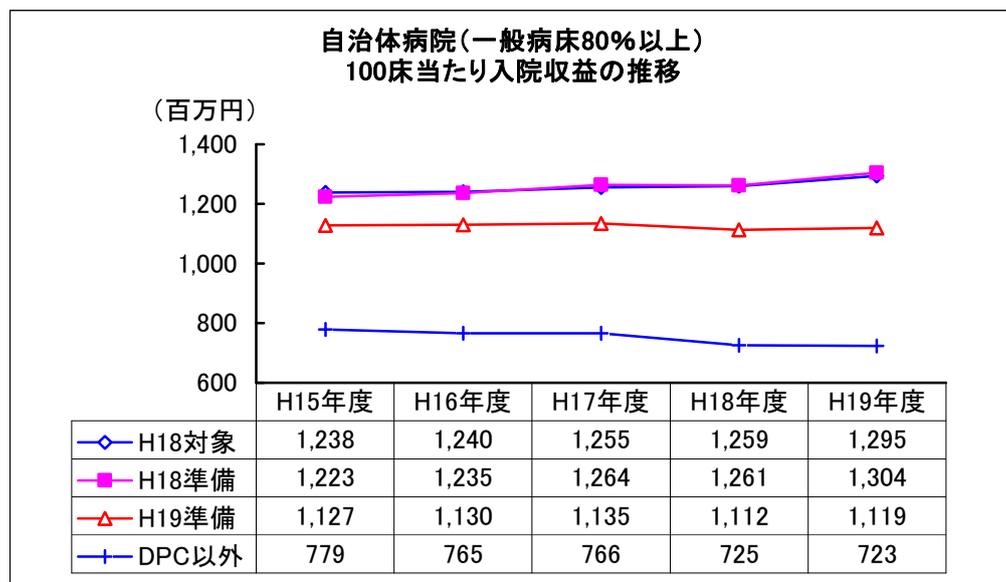


図 2-3-2-3 100 床当たり入院収益の推移

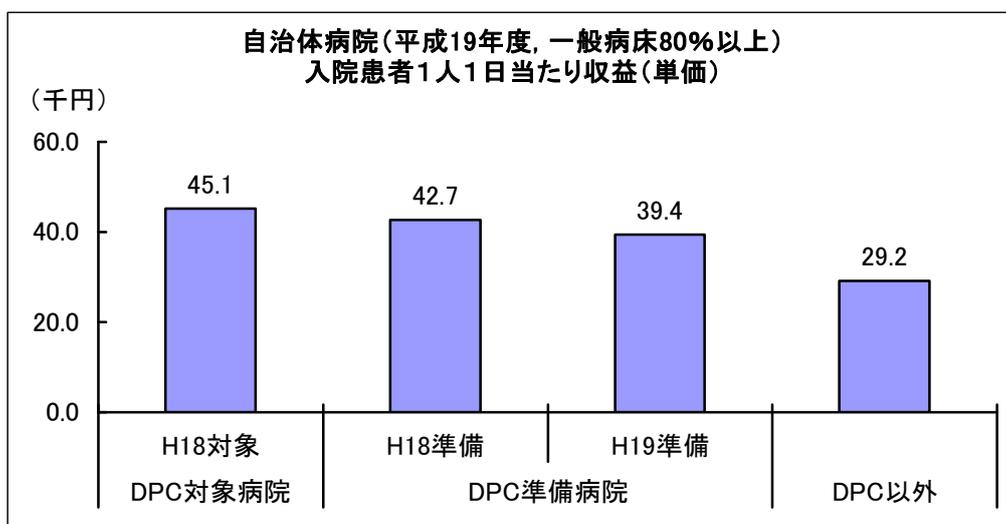


2-3-3. 入院患者1人1日当たり収益

平均（平成19年度）

入院患者1人1日当たり収益（単価）は、H18対象病院 45.1千円、H18準備病院 42.7千円、H19準備病院 39.4千円であった。DPC以外の病院では 29.2千円であった（図 2-3-3-1）。

図 2-3-3-1 入院患者1人1日当たり収益の平均



分布（平成19年度）

H18対象病院、H18準備病院は、すべての病院で入院患者1人1日当たり収益が30千円以上であった。H19準備病院も、ほとんどの病院で30千円以上であった。DPC以外の病院では、多くの病院で30千円以下であった（図 2-3-3-2）。なお、DPC以外の病院で、入院患者1人1日当たり収益が非常に高い病院があるが、救急医療センターである。

推移

H18対象病院は、DPC対象病院になった平成18年度には、他と比べて上昇率がやや大きかった（図 2-3-3-3）。しかし、平成18年度から平成19年度にかけての伸び率は+4.7%であり、H18準備病院の+4.2%と大差なかった。

また、DPC以外の病院は、診療報酬改定年の平成18年度には横ばいであり、増加したDPC対象病院・準備病院と対照的であった。

図 2-3-3-2 入院患者1人1日当たり収益の分布

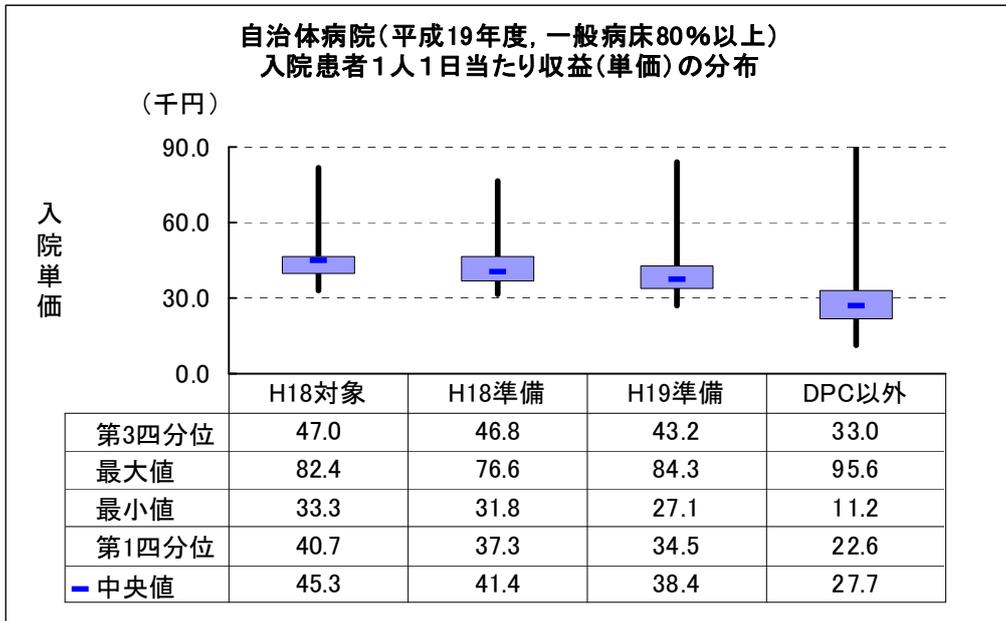
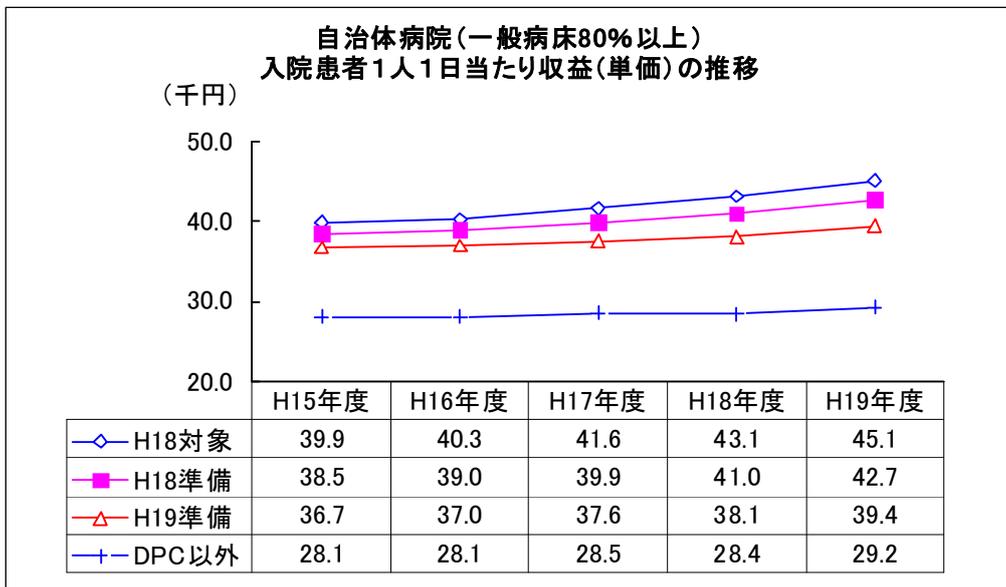


図 2-3-3-3 入院患者1人1日当たり収益の推移

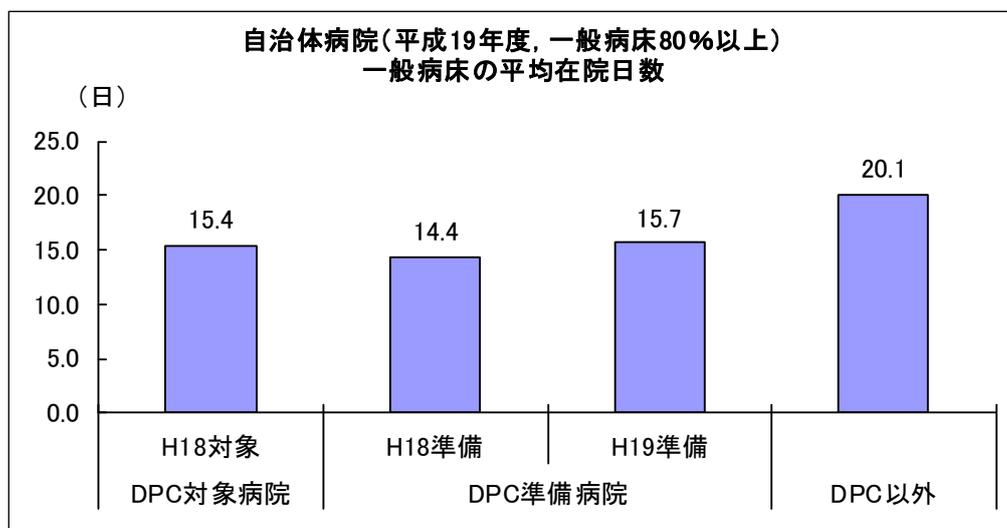


2-3-4. 平均在院日数

平均（平成 19 年度）

一般病床の平均在院日数は、H18 対象病院 15.4 日、H18 準備病院 14.4 日、H19 準備病院 15.7 日であり、おおむね 15 日前後であった。DPC 以外の病院では 20.1 日であった（図 2-3-4-1）。

図 2-3-4-1 平均在院日数



分布（平成 19 年度）

DPC 以外の病院の平均在院日数は 20.1 日であるが、短いほうから 25%（第 1 四分位）の病院は 15.9 日であり、DPC 対象病院・準備病院の水準に近い（図 2-3-4-2）。

DPC 以外の病院で、平均在院日数が非常に長いところがあるが、慢性期の役割を兼ねていると推察される地方の小規模病院であり、この 1 病院のみ 70 日を超えている。逆に、医師不足等により新年度が始まってすぐに入院の受け入れを休止した病院では、平均在院日数が非常に短くなっている。

推移

平均在院日数は、DPC 対象病院・準備病院では、いずれも平成 15 年度時点で 17 日台である（図 2-3-4-3）。さらに、「手挙げ」の年までに 15 日台に短縮している。たとえば H18 準備病院は、平成 18 年度に 15 日台になった。ただし、H18 対象病院では、平成 18 年度 15.2 日、平成 19 年度 15.4 日とほぼ横ばいで

あり、これ以上の短縮化が困難になっていることを示唆している。

DPC 以外の病院の平均在院日数は、平成 15 年度の 22.3 日から、平成 19 年度には 20.1 日になり、2.2 日短くなった。もともと平均在院日数の短い DPC 対象病院・準備病院も、この間に約 2 日短くなっているため、DPC 対象病院・準備病院と DPC 以外の病院との差は約 5 日のままである。

図 2-3-4-2 平均在院日数の分布

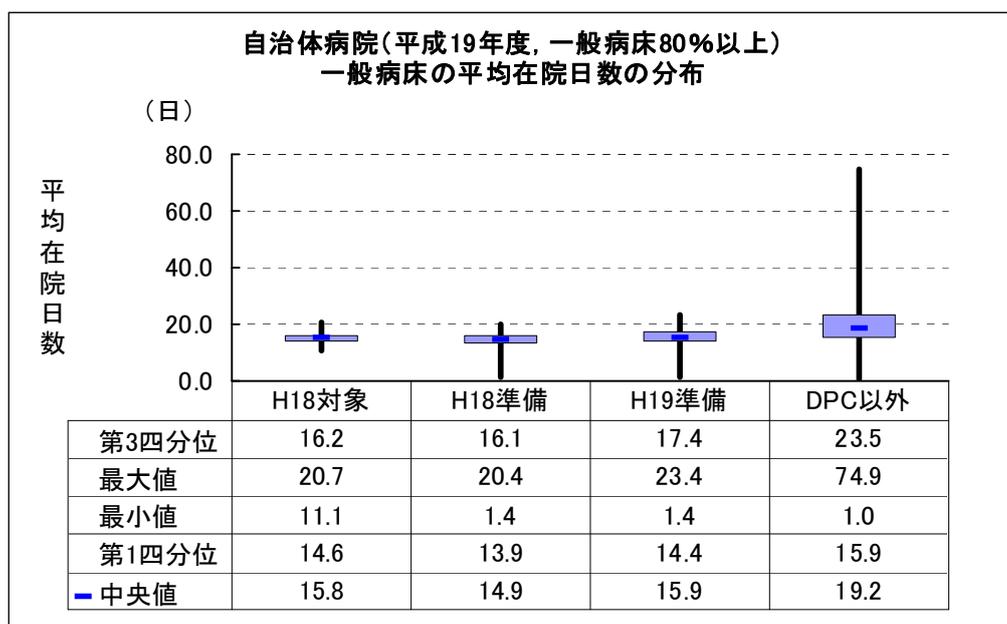
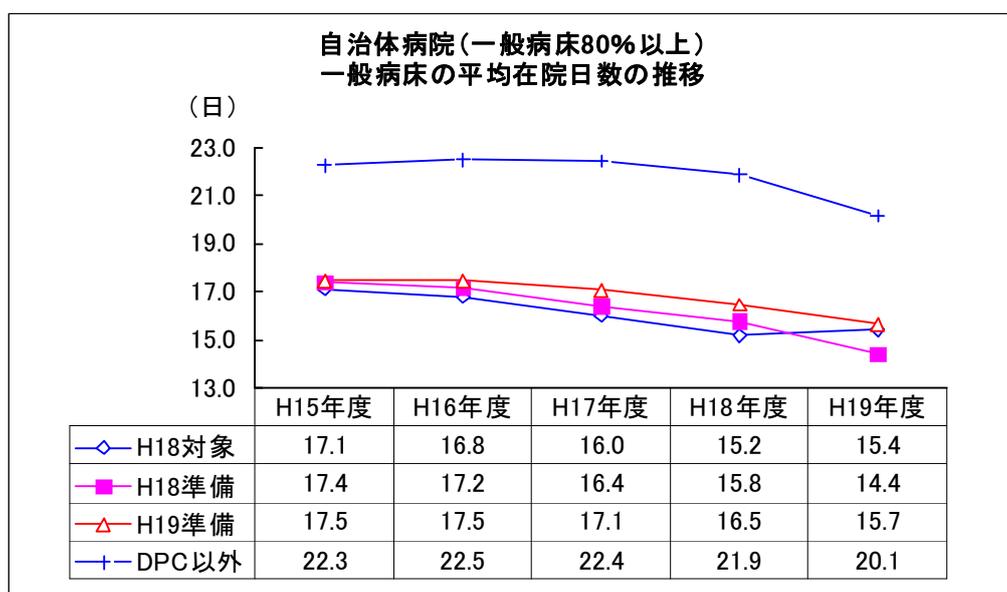


図 2-3-4-3 平均在院日数の推移

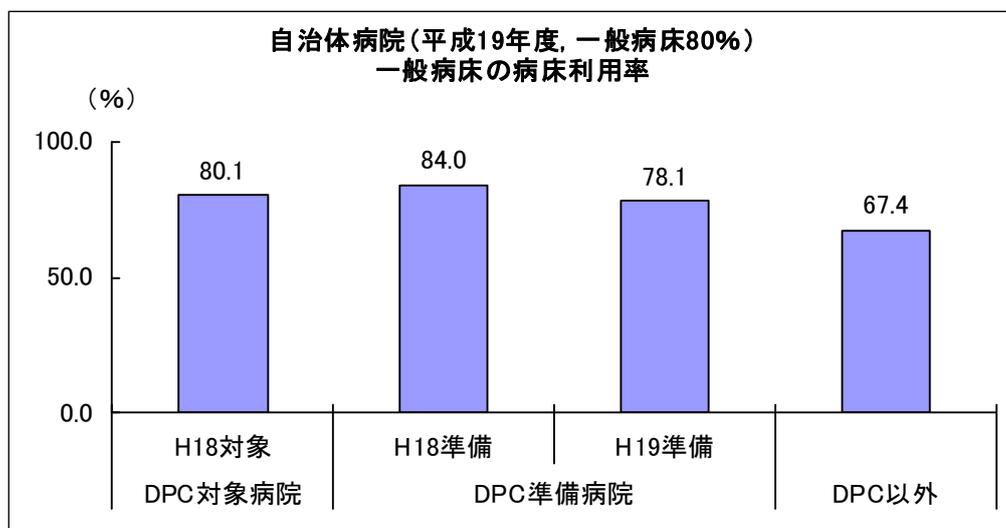


2-3-5. 病床利用率

平均（平成 19 年度）

病床利用率は、H18 対象病院 80.1%、H18 準備病院 84.0%、H19 準備病院 78.1%であり、80%前後であった。DPC 以外の病院では 67.4%であった（図 2-3-5-1）。

図 2-3-5-1 病床利用率の平均



分布（平成 19 年度）

DPC 対象病院・準備病院では 80%前後かそれ以上であるが、DPC 以外の病院の多くは 80%以下である。また、DPC 以外の病院では、343 病院中 63 病院（18.4%）が 50%未満であった（図 2-3-5-2）。DPC 以外の病院には、新年度が始まった直後に入院の受け入れを休止したため、病床利用率が非常に低い病院もある。

推移

平成 15 年度時点では、DPC 対象病院・準備病院が 80%台、DPC 以外の病院が 70%台半ばであった。その後、すべてのカテゴリで病床利用率が低下したが、DPC 以外の病院でもっとも低下し、DPC 対象病院・準備病院と DPC 以外の病院との差が拡大した（図 2-3-5-3）。

図 2-3-5-2 病床利用率の分布

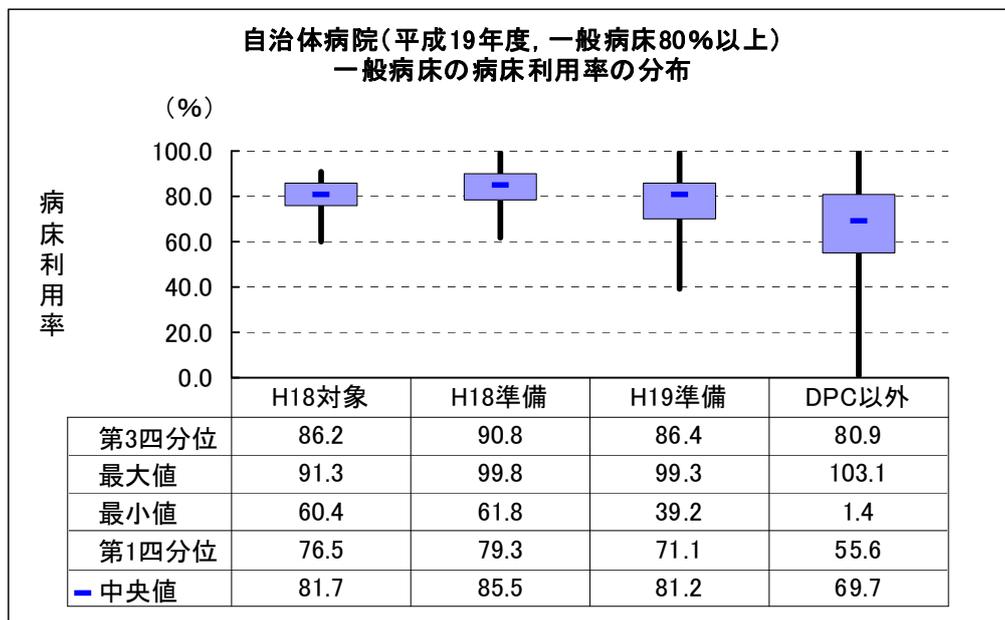
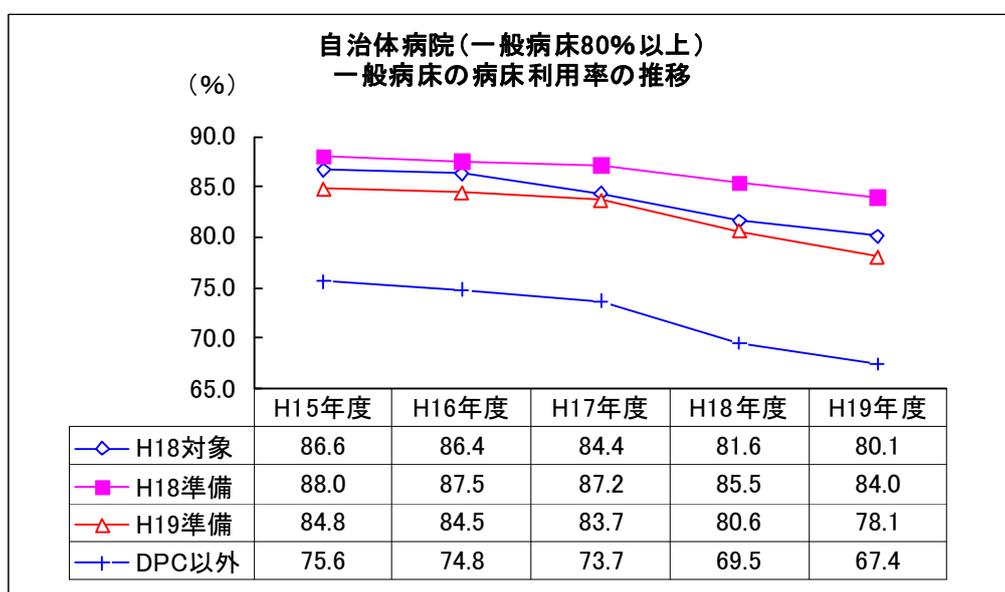


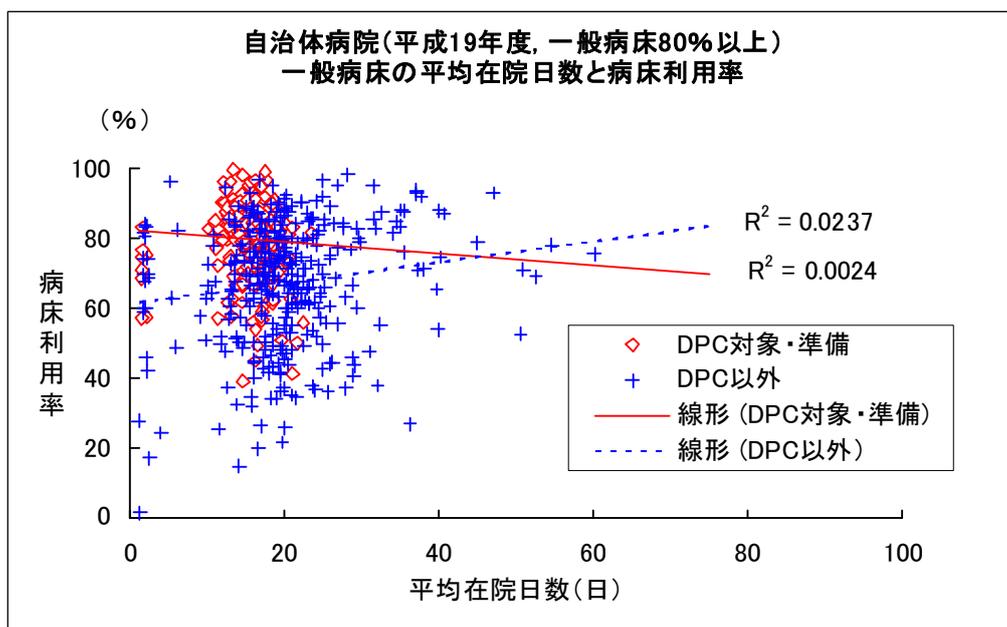
図 2-3-5-3 病床利用率の推移



平均在院日数と病床利用率

平均在院日数と病床利用率との間には、ほとんど相関は見られなかった（図 2-3-5-4）。強いていえば、DPC 以外の病院の中に、平均在院日数が短く、かつ病床利用率が低い病院が見られた。平均在院日数を短縮しても、入院待機患者がいるほどの環境にないため、空床が増加している可能性がある。

図 2-3-5-4 平均在院日数と病床利用率の相関

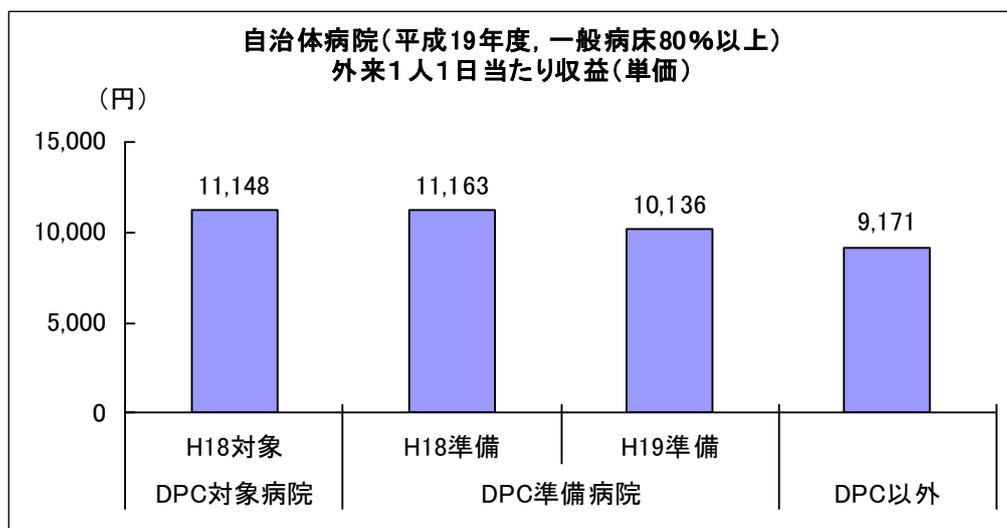


2-3-6. 外来患者1人1日当たり収益

平均（平成19年度）

外来患者1人1日当たり収益（単価）は、H18対象病院11,148円、H18準備病院11,163円、H19準備病院10,136円であった。DPC以外の病院では9,171円であった（図2-3-6-1）。

図 2-3-6-1 外来1人1日当たり収益の平均



分布（平成19年度）

DPC対象病院・準備病院の平均値はすべて1万円を超えているが、分布を見ると、H19準備病院の中央値は1万円を切っている（図2-3-6-2）。なお、DPC以外の病院に、外来患者1人1日当たり収益が突出して高いところがあるが、粒子線医療センターである。

推移

外来患者1人1日当たり収益は、すべて増加傾向にあった（図2-3-6-3）。平成15年度から平成19年度にかけての年平均伸び率は、H18対象病院+4.4%、H18準備病院+4.4%、H19準備病院+2.9%であった。DPC以外の病院では+2.2%であった。

図 2-3-6-2 外来患者1人1日当たり収益の分布

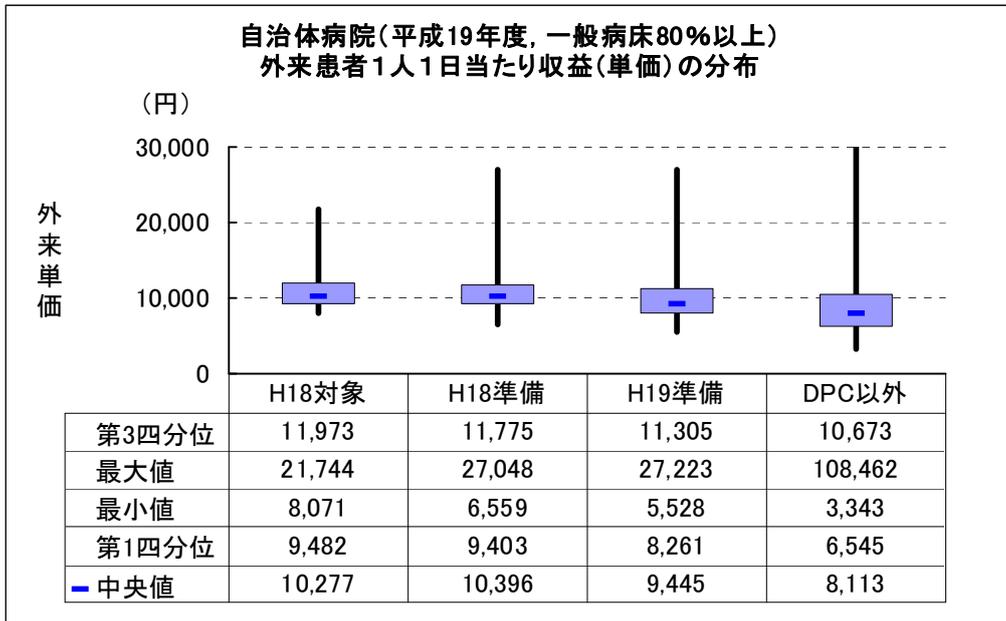
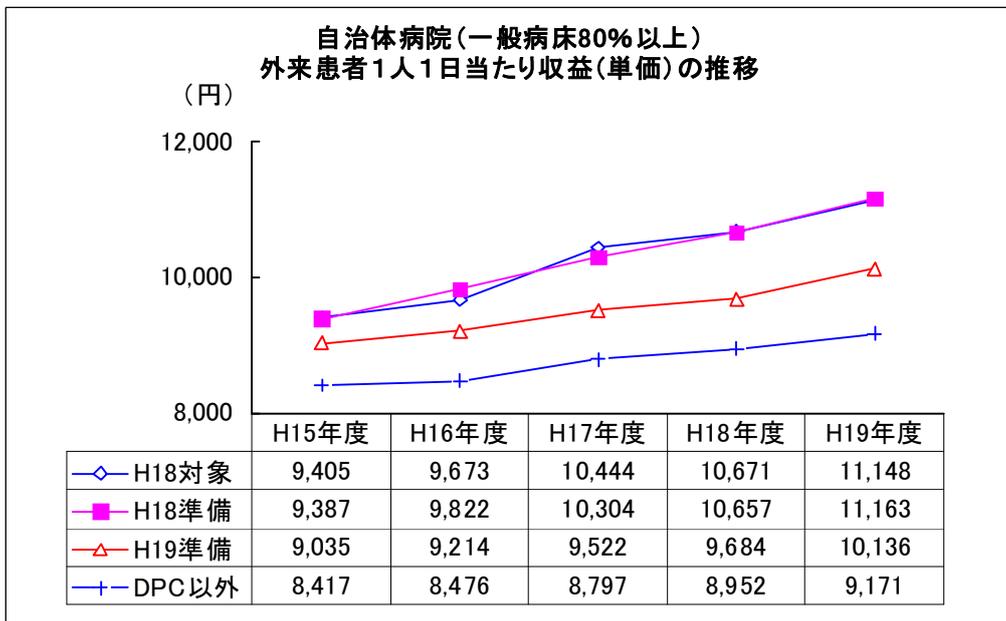


図 2-3-6-3 外来患者1人1日当たり収益の推移



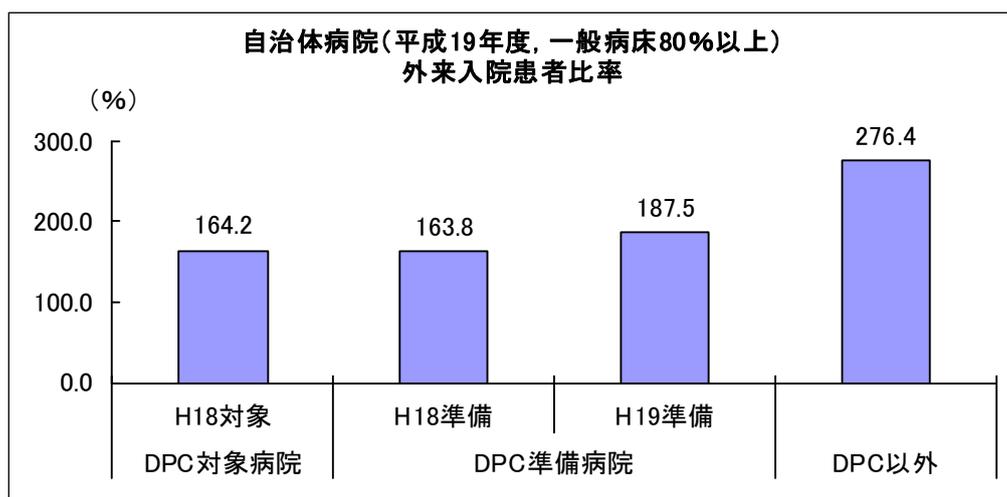
2-3-7. 外来入院患者比率

外来患者数は病院規模、職員数などさまざまな要因によって異なり、一律に比較できないので、ここでは外来入院患者比率（外来患者数÷入院患者数）によって外来患者数の多さを把握した。

平均（平成19年度）

外来入院患者比率は、H18対象病院 164.2%、H18準備病院 163.8%、H19準備病院 187.5%であり、いずれも200%未満（2倍未満）であった。DPC以外の病院では276.4%であり、DPC対象病院・準備病院の約1.5倍～1.7倍であった（図2-3-7-1）。

図 2-3-7-1 外来入院患者比率の平均



分布（平成19年度）

DPC対象病院・準備病院の多くは、外来入院患者比率が200%未満であるが、DPC以外の病院では中央値で226%である（図2-3-7-2）。

なお、DPC以外の病院で外来入院患者比率が非常に高い病院があるが、年度初に入院の受け入れを休止した病院である。また、外来入院患者比率が非常に低い病院は、入院専門病院で原則として外来診療を行っていない病院である。

推移

DPC対象病院・準備病院では、平成15年度から平成19年度にかけて15～

17ポイント減少した（図 2-3-7-3）。

DPC 以外の病院では、同時期に 20 ポイント上昇した。平成 19 年度には入院を休止した病院もあり、さらに外来入院患者比率が上昇している。

図 2-3-7-2 外来入院患者比率の分布

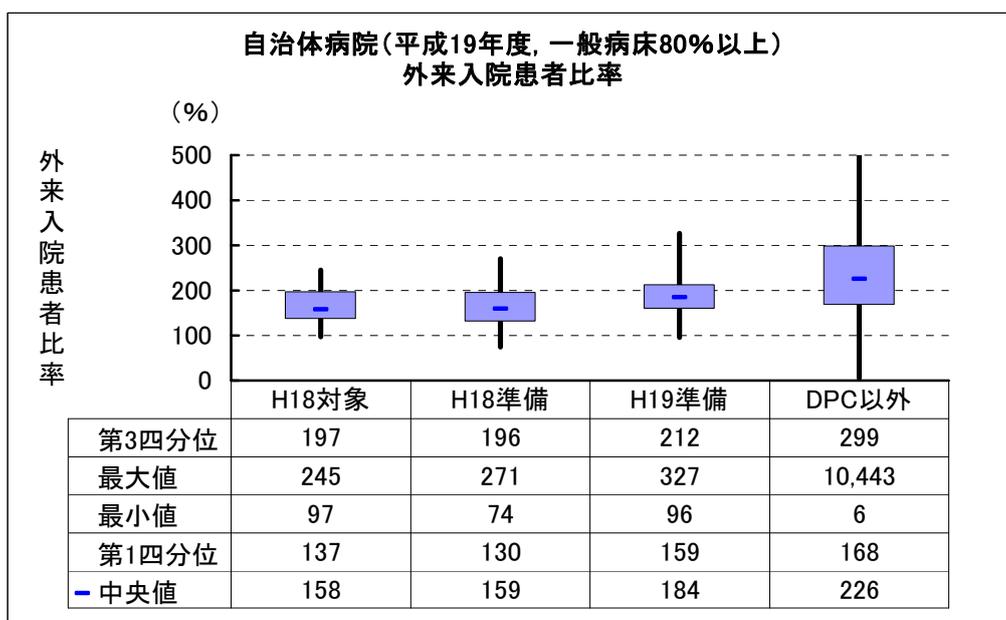
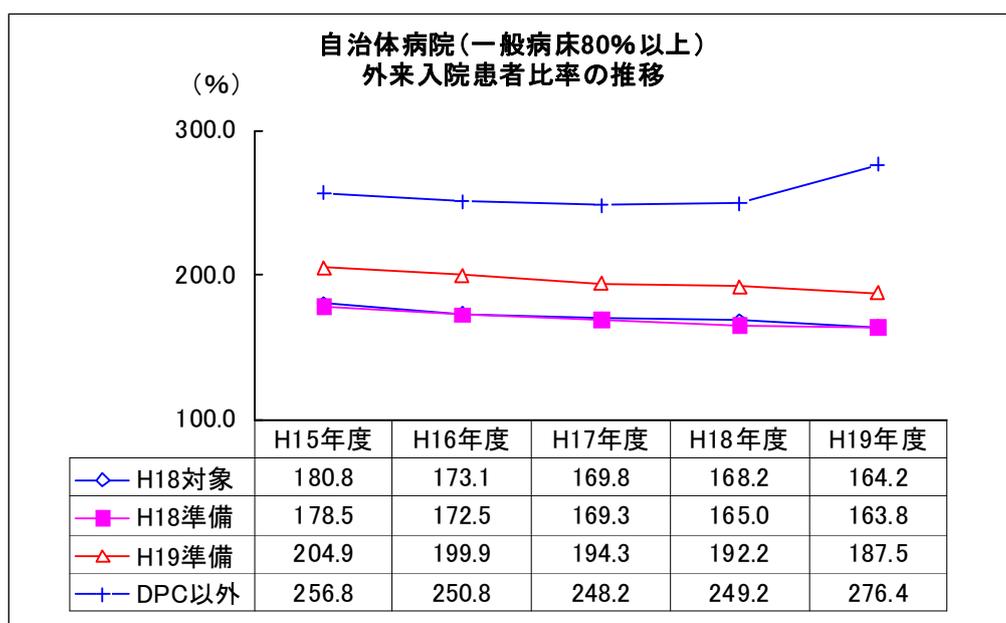


図 2-3-7-3 外来入院患者比率の推移



2-4. 医業費用を構成する指標

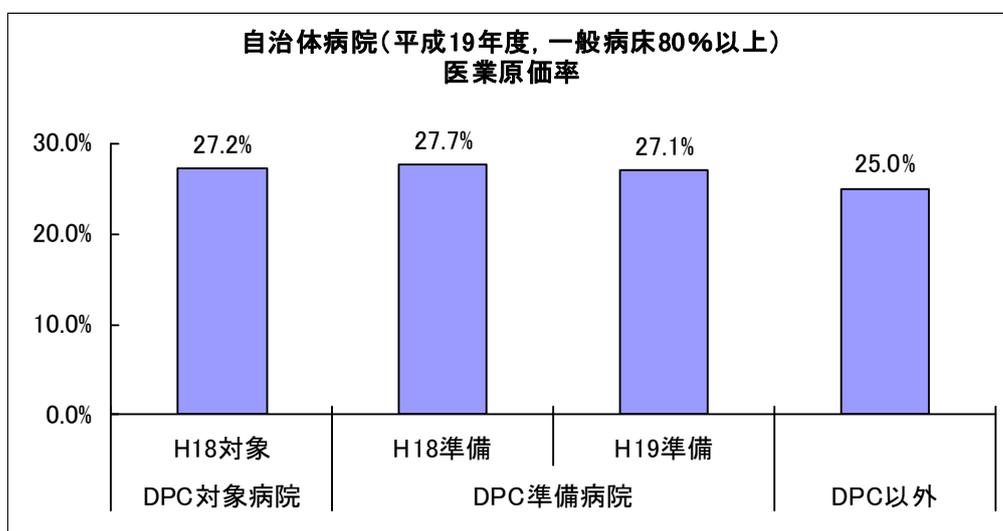
2-4-1. 医業原価率

医業原価率＝材料費÷医業収益

平均（平成19年度）

医業原価率は、H18対象病院 27.2%、H18準備病院 27.7%、H19準備病院 27.1%であった。DPC以外の病院では 25.0%であった（図 2-4-1-1）。

図 2-4-1-1 医業原価率の平均



推移

DPC以外の病院は、平成15年度には医業原価率が 27.7%あったが、その後、急速に低下している（図 2-4-1-2）。一方で、後述するように、給与費率の上昇が顕著である。

平均在院日数と医業原価率

医業原価率は、一般に急性期病院で高く、慢性期型の病院で低い傾向にあるが、今回の分析からは相関は見出せなかった（図 2-4-1-3）。本来、病院全体の平均在院日数と医業原価率の相関をとるべきであるが、『地方公営企業年鑑』が一般病床の平均在院日数しか示しておらず、これと比較したことも傾向が出なかった一因である。

なお、DPC 以外の病院の中に、平均在院日数が長く、かつ医業原価率も高いという病院が散見された。その平均在院日数から得られる医業収益に比してコストが高いためである。

図 2-4-1-2 医業原価率の推移

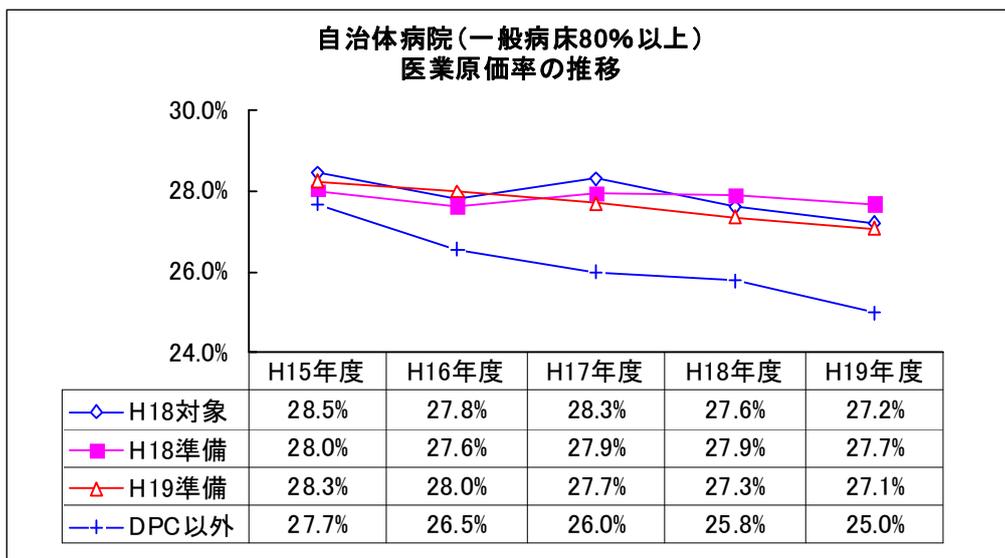
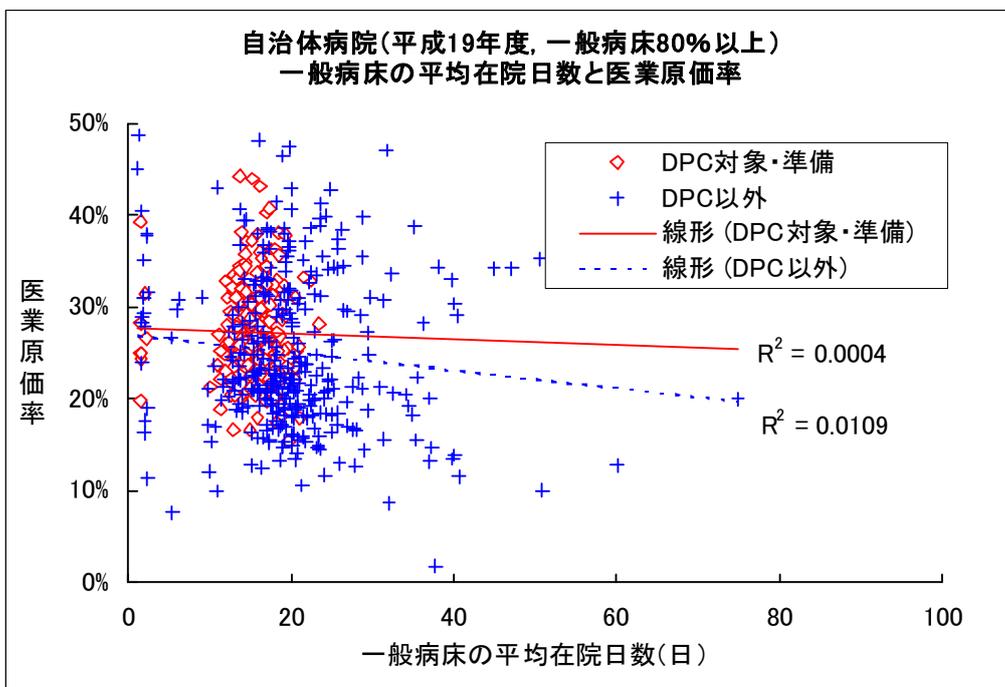


図 2-4-1-3 平均在院日数と医業原価率の相関



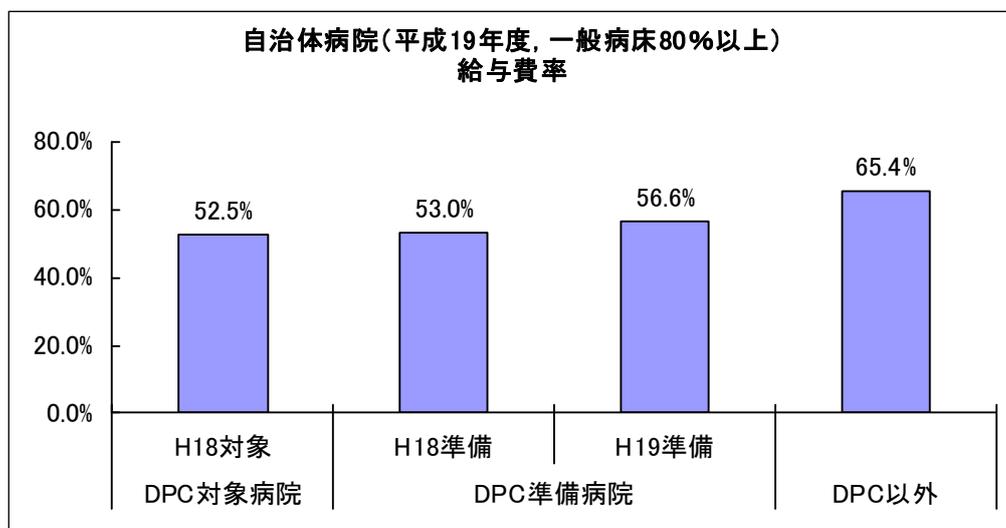
2-4-2. 給与費率

給与費率＝給与費÷医業収益

平均（平成19年度）

給与費率は、H18対象病院 52.5%、H18準備病院 53.0%、H19準備病院 56.6%であった。DPC以外の病院では 65.4%であった（図 2-4-2-1）。

図 2-4-2-1 給与費率の平均



推移

H18対象病院およびH18準備病院では横ばい、H19準備病院では上昇傾向にあった（図 2-4-2-2）。後述するように、H18対象病院、H18準備病院では医師数、看護師数を増加させているが、医業収益も増加しているので、給与費率は増加していない。

一方、DPC以外の病院では、医業収益が減少しているにもかかわらず、医師、看護師給与が上昇しており、給与費率の大幅な上昇を招いている。

平均在院日数と給与費率

給与費率は、一般に急性期病院で低く、慢性期型の病院で高い傾向にある。慢性期型の病院のほうが労働集約的であるからである。しかし、分析した自治体病院では、平均在院日数（急性期病院では短く、慢性期型の病院では長い）と給与費率の間に相関は見られなかった（図 2-4-2-3）。

図 2-4-2-2 給与費率の推移

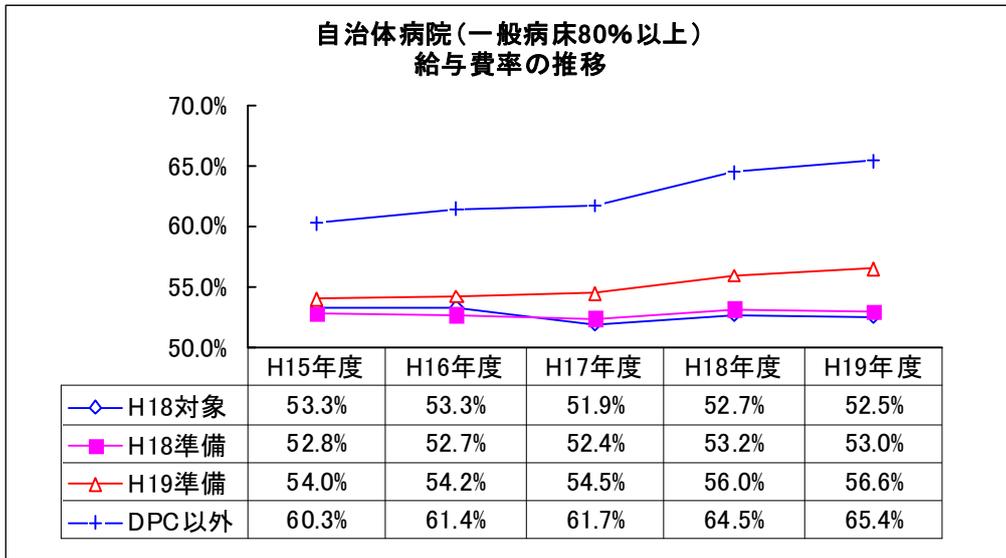
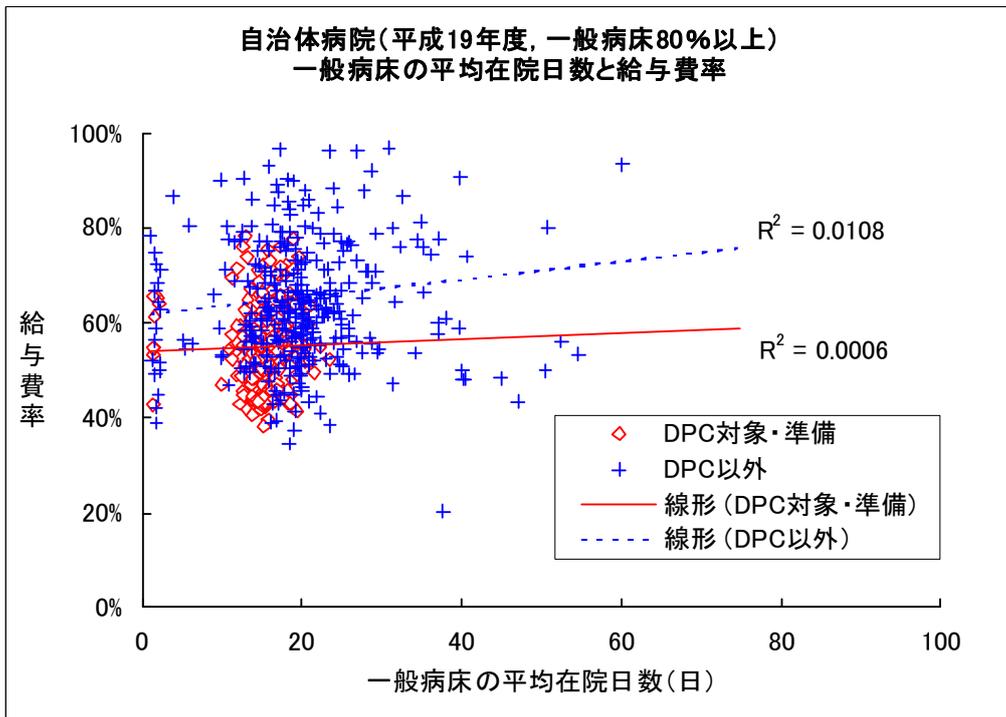


図 2-4-2-3 平均在院日数と給与費率の相関



2-4-3. 職員数

100床当たり医師数

平均（平成19年度）

100床当たり医師数は、H18対象病院17.5人、H18準備病院17.6人、H19準備病院15.3人であった。DPC以外の病院では10.1人であった(図 2-4-3-1)。

推移

DPC対象病院・準備病院では平成15年度時点で、100床当たり医師数が14～15人であった(図 2-4-3-2)。この後、H18対象病院およびH18準備病院では増加、H19準備病院では微増であった。DPC以外の病院では、平成15年度時点で10.7人であり、その後、やや減少した。

図 2-4-3-1 100 床当たり医師数の平均

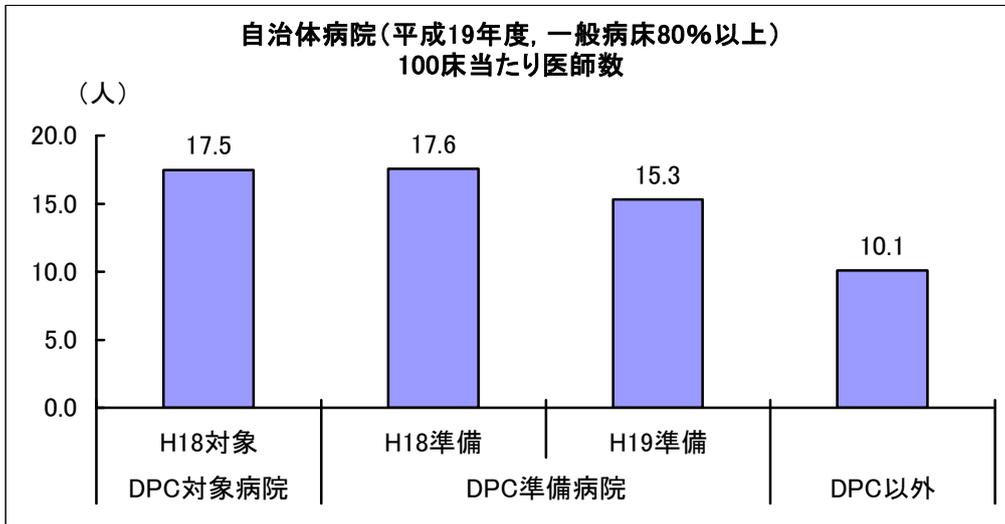
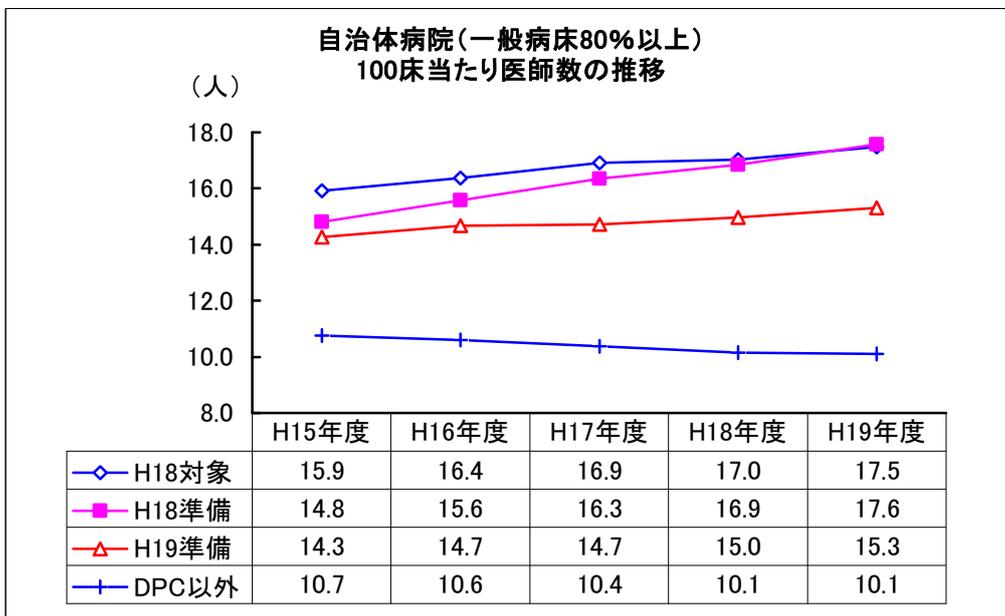


図 2-4-3-2 100 床当たり医師数の推移



100床当たり看護部門職員数

平均（平成19年度）

100床当たり看護部門職員数は、H18対象病院 77.0人、H18準備病院 77.7人、H19準備病院 74.7人であった。DPC以外の病院では63.7人であり、DPC対象病院・準備病院を10人以上下回った（図 2-4-3-3）。

推移

DPC対象病院・準備病院では、平成15年度の100床当たり看護部門職員数は71～73人台でほぼ同水準であった（図 2-4-3-4）。平成19年度には、H18準備病院が77.7人、H19準備病院が74.7人になり、3人以上の差が開いた。またDPC対象病院・準備病院では増加傾向にあるが、DPC以外の病院では、ほぼ横ばいに止まった。

図 2-4-3-3 100床当たり看護部門職員数の平均

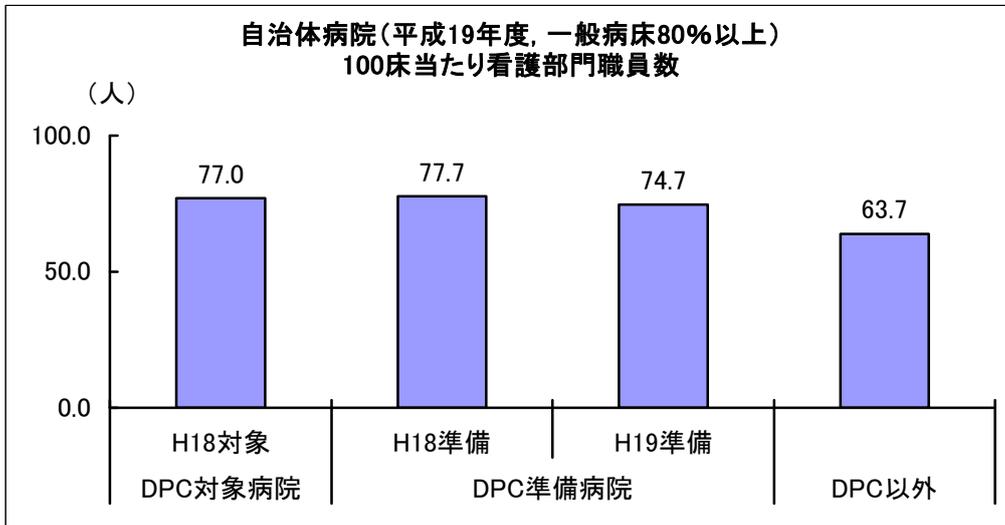
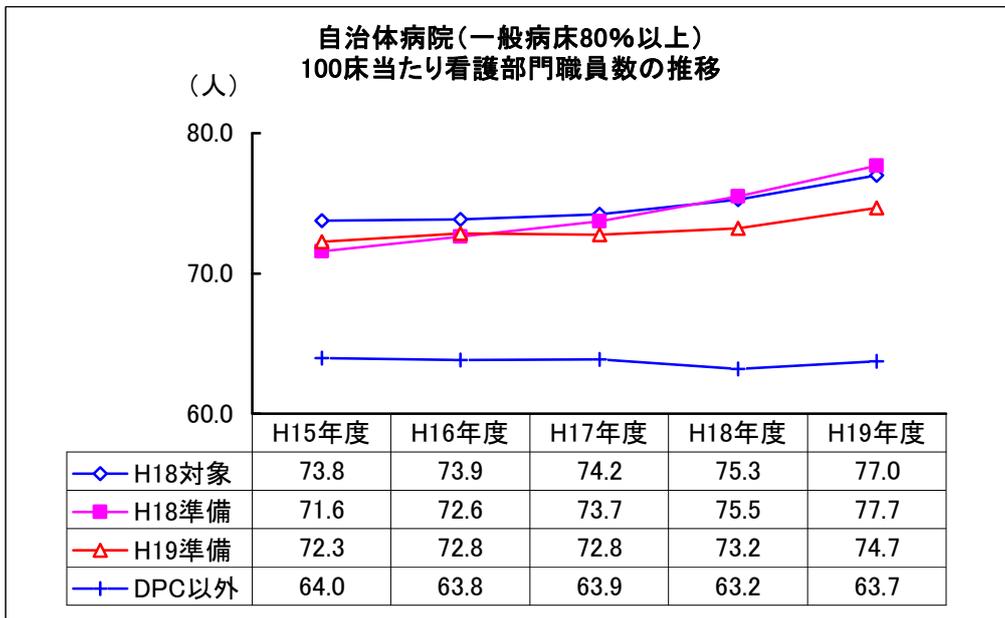


図 2-4-3-4 100床当たり看護部門職員数の推移



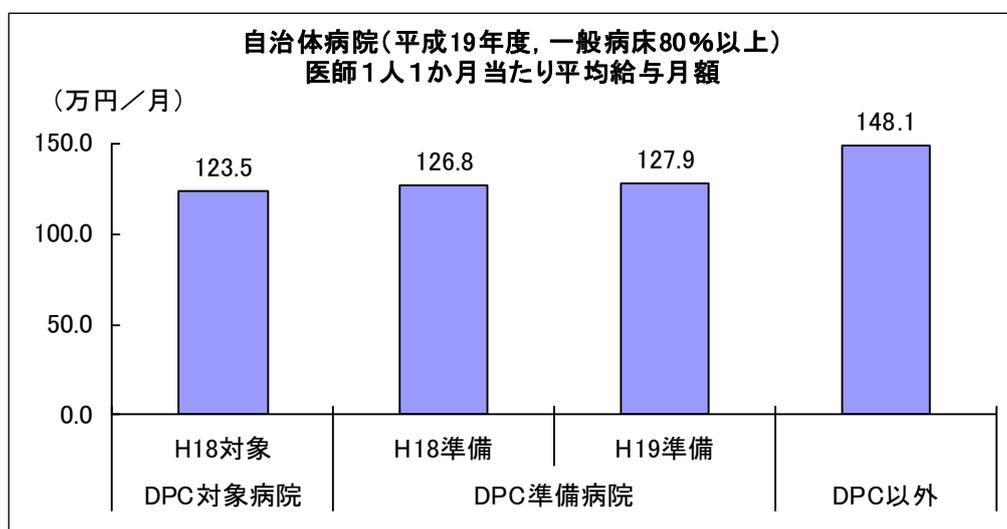
2-4-4. 1人当たり給与費

医師1人当たり平均給与月額

平均（平成19年度）

医師1人当たり平均給与月額（賞与に相当する期末勤勉手当を含む）は、H18対象病院123.5万円、H18準備病院126.8万円、H19準備病院127.9万円であった。DPC以外の病院では148.1万円であった（図2-4-4-1）。

図 2-4-4-1 医師1人当たり平均給与月額



推移

医師1人当たり平均給与月額は、すべてのカテゴリで上昇している（図2-4-4-2）。平成15年度から平成19年度にかけての伸び率は、H18対象病院2.4%、H18準備病院4.3%、H19準備病院5.2%であった。DPC以外の病院では3.6%であった。

医師1人当たり平均給与月額が高くなる一要因

DPC以外の病院では、医師1人当たり平均給与月額が高い（図2-4-4-3）。これはDPC以外の病院は小規模で医師数が少ないため、平均給与を算出すると、給与費の高い院長給与の影響を強く受けてしまうことも一因である。

図 2-4-4-2 医師 1 人当たり平均給与月額推移

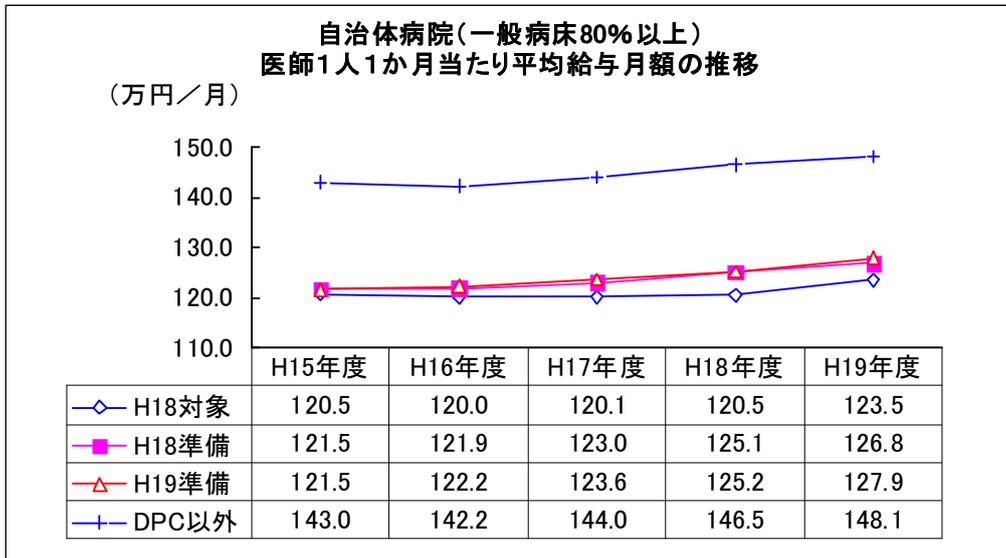
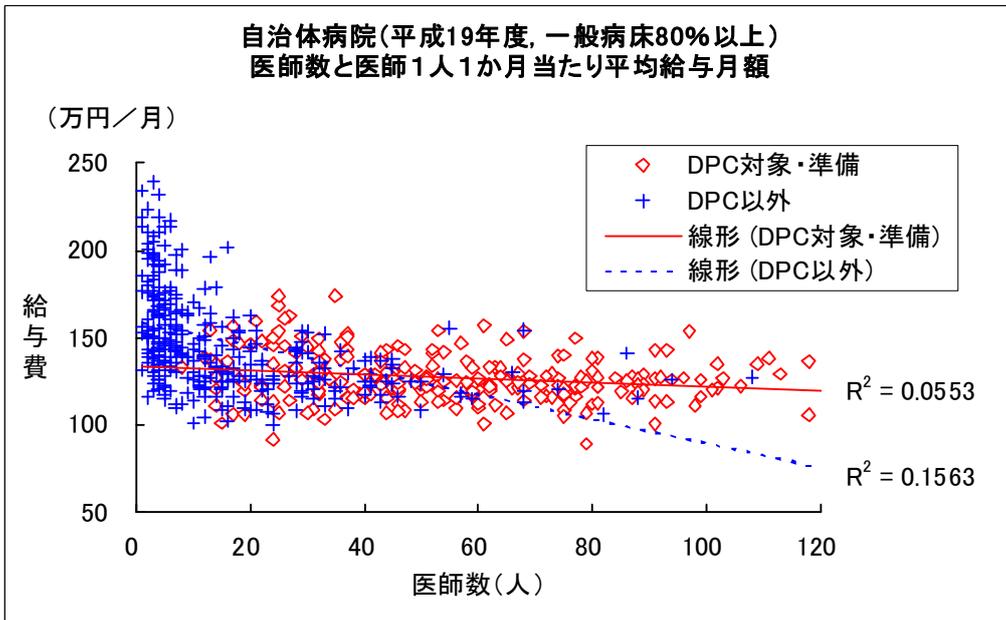


図 2-4-4-3 医師数と医師 1 人当たり平均給与月額との相関



看護師 1 人当たり平均給与月額

平均（平成 19 年度）

看護師 1 人当たり平均給与月額は、H18 対象病院 48.0 万円、H18 準備病院 48.2 万円、H19 準備病院 48.2 万円、DPC 以外の病院 48.2 万円であり、ほぼ同じ水準であった（図 2-4-4-4）。

推移

看護師 1 人当たり平均給与月額は、DPC 対象病院・準備病院では減少傾向にあるが、DPC 以外の病院では横ばいであり、平成 19 年度にすべてのカテゴリで同水準になった（図 2-4-4-5）。

図 2-4-4-4 看護師 1 人当たり平均給与月額

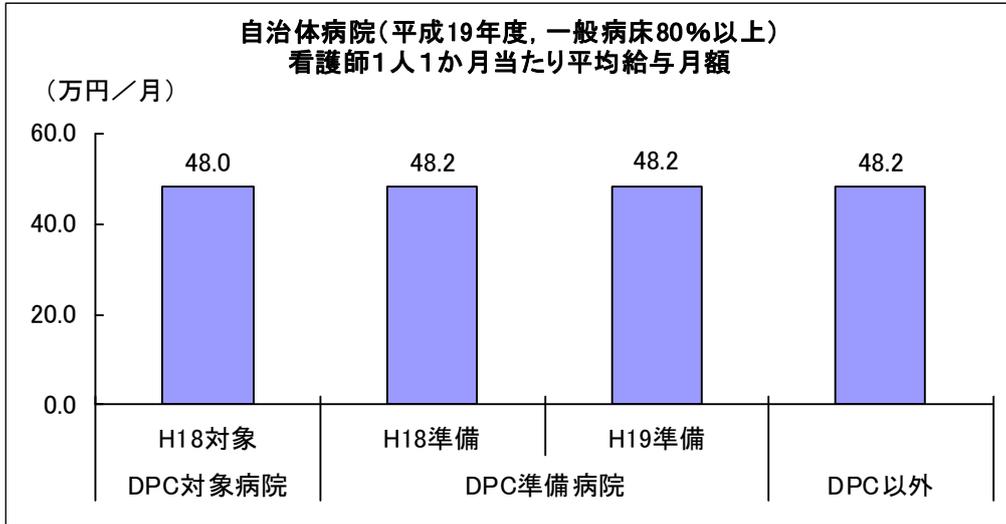
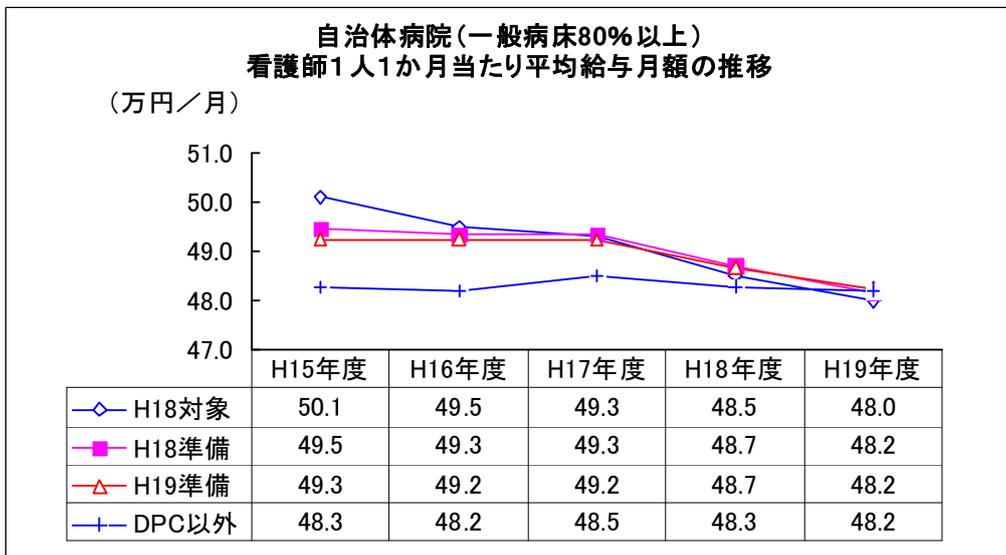


図 2-4-4-5 看護師 1 人当たり平均給与月額の推移



看護師 1 人当たり平均給与月額が高くなる一要因

自治体病院では、年功序列型給与体系の病院が多いため、平均年齢が高い病院ほど、看護師 1 人当たり平均給与月額も高い（図 2-4-4-6）。

前述したように、看護師 1 人当たり平均給与月額は、DPC 対象病院・準備病院では低下傾向、DPC 以外の病院では横ばいであった。DPC 以外の病院では、看護師の平均年齢が着実に上昇しており（図 2-4-4-7）、たとえ給与テーブルを引き下げても、年齢給が上がるため全体の平均給与が下がらなくなっているものと推察される。

また、DPC 以外の病院では、平均年齢が上昇している点から、新卒や中途採用が困難であるなど、看護師が流動化していない状況にあることも推察される。

図 2-4-4-6 看護師の平均年齢と1人当たり平均給与月額の間関

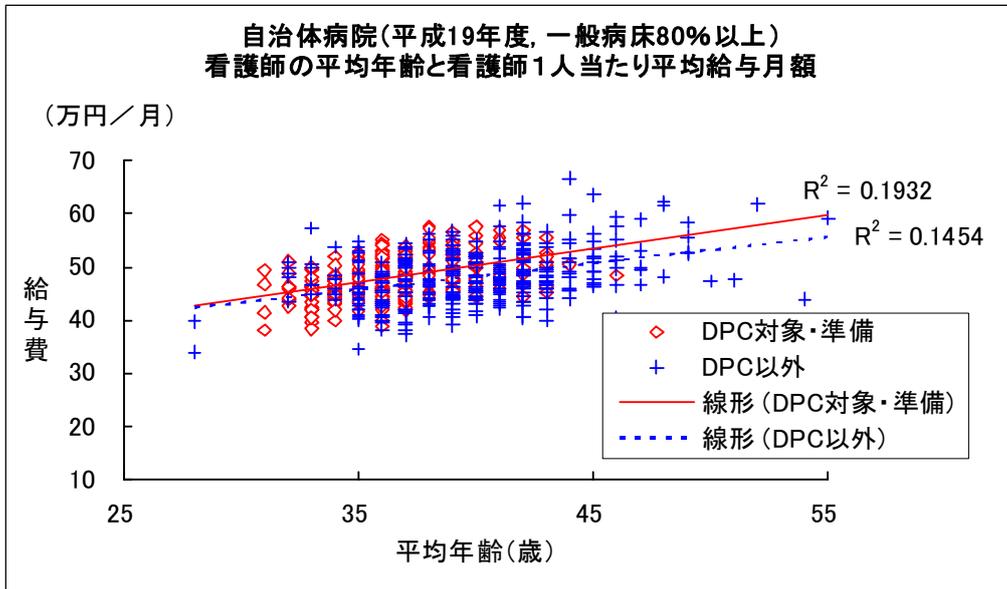
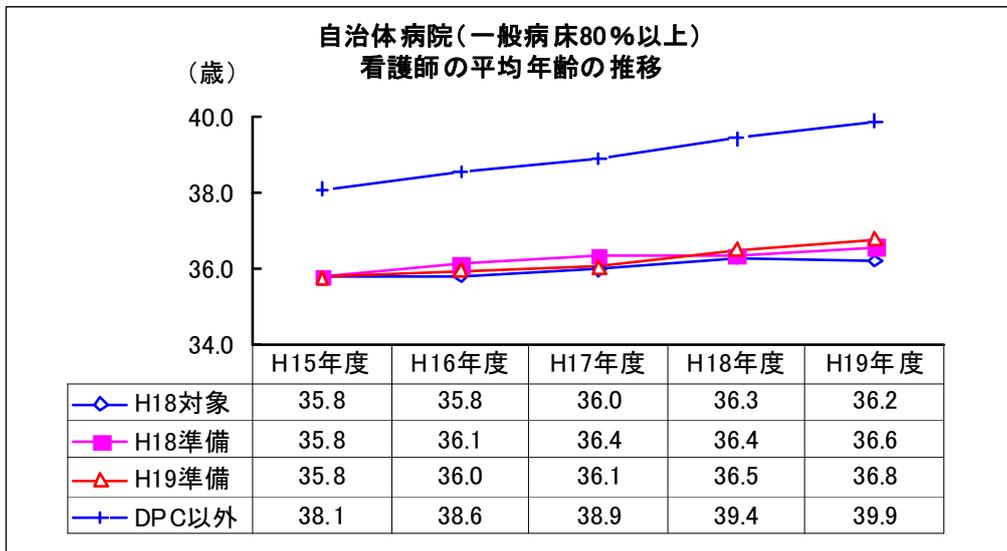


図 2-4-4-7 看護師の平均年齢の推移



2-4-5. 減価償却費率

減価償却費率＝減価償却費÷医業収益

平均（平成 19 年度）

減価償却費率は、H18 対象病院 9.3%、H18 準備病院 7.6%、H19 準備病院 8.0%であった。DPC 以外の病院では 7.3%であった（図 2-4-5-1）。

推移

H18 対象病院は、平成 15 年度以降、継続して 10%近くあり（図 2-4-5-2）、他の病院に比べると、積極的な投資が行われていることがうかがえる。

図 2-4-5-1 減価償却費率の平均

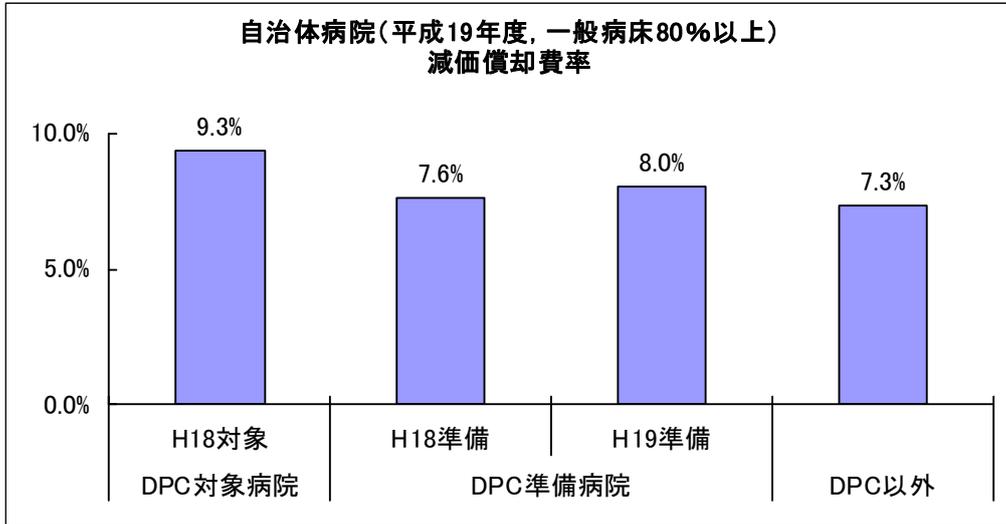
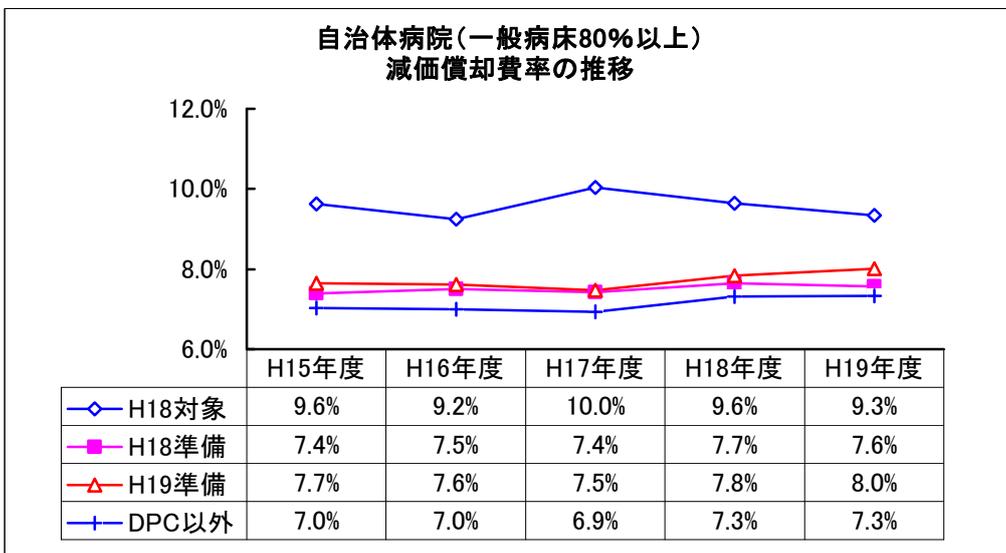


図 2-4-5-2 減価償却費率の推移



2-4-6. 経費率

$$\text{経費率} = \text{経費} \div \text{医業収益}$$

平均（平成 19 年度）

医業収益に占める経費の割合は、H18 対象病院 20.2%、H18 準備病院 19.7%、H19 準備病院 20.3%、DPC 以外の病院 22.8%であった（図 2-4-6-1）。DPC 以外の病院は、DPC 対象病院・準備病院に比べて、経費の割合が 2～3 ポイント高かった。

推移

平成 15 年度時点では、すべてのカテゴリで 20%未満であったが、平成 19 年度には、H18 準備病院を除いて 20%以上になった（図 2-4-6-2）。なかでも DPC 以外の病院でやや増加幅が大きく、DPC 対象病院・準備病院との差が拡大した。

図 2-4-6-1 経費率の平均

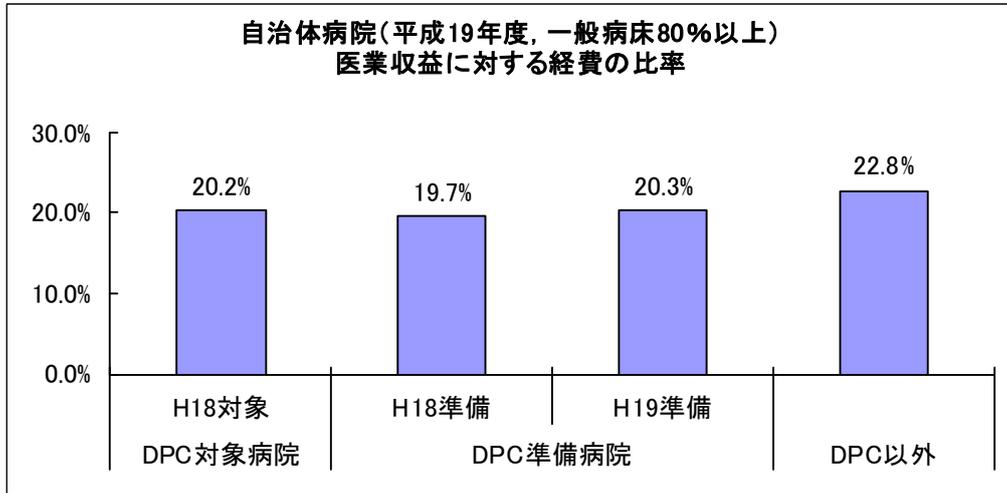
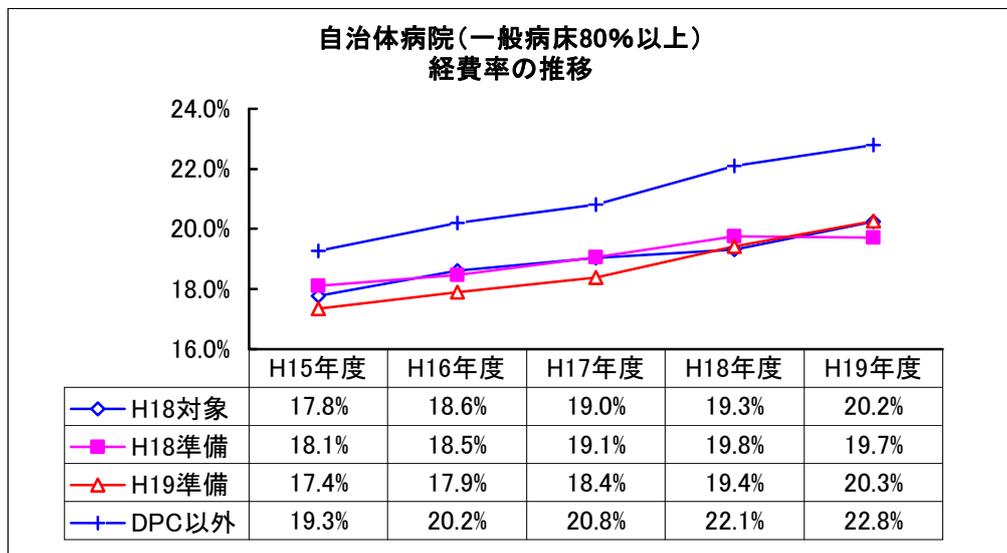


図 2-4-6-2 経費率の推移



2-5. 利益に関する指標

2-5-1. 医業利益率

平均（平成19年度）

自治体病院は、その多くが高コスト体質で、赤字幅が非常に大きい。したがって、医業利益率については、その大小ではなく相対比較に止めたい。

医業利益率は、H18 対象病院▲10.0%、H18 準備病院▲8.7%、H19 準備病院▲12.5%であった。DPC 以外の病院では▲21.2%であった（図 2-5-1-1）。

推移

H18 対象病院は、医業利益は赤字ではあるが横ばいである（図 2-5-1-2）。

H18 準備病院は、分析対象期間中は「準備」段階であり、DPC による前年度収益（出来高払いで計算した場合の収益）の保証は受けていない。しかし、平成18年度から平成19年度にかけては、H18 対象病院以上に医業収益が増加し、医業利益率がやや好転した。

一方、H19 準備病院と DPC 以外の病院は特に診療報酬マイナス改定年の平成18年度に、医業利益率が落ち込み、その後も減少している。

図 2-5-1-1 医業利益率の平均

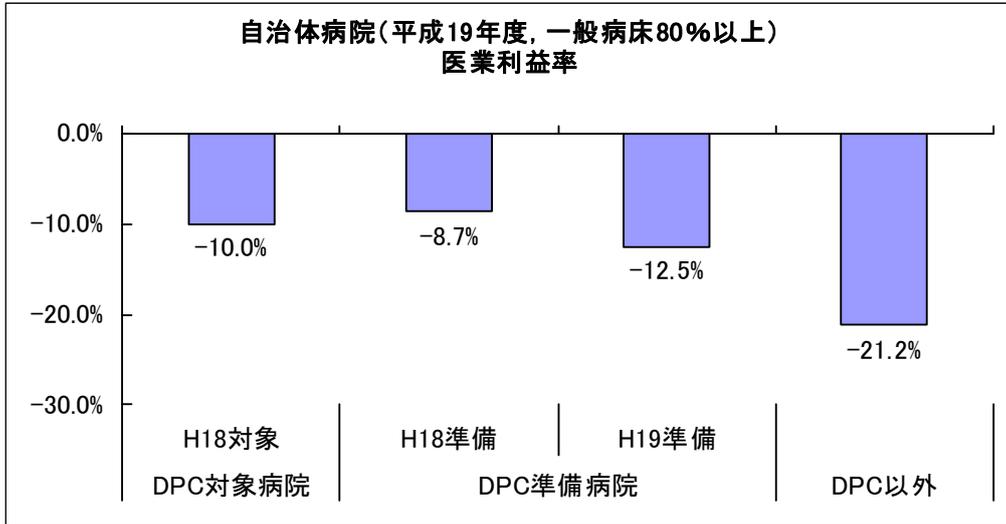
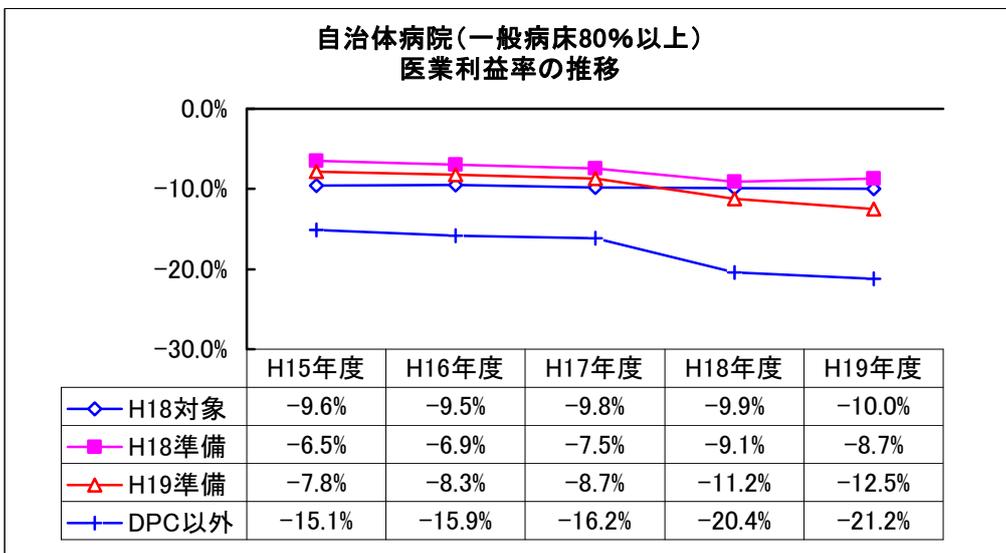


図 2-5-1-2 医業利益率の推移



2-5-2. 経常利益率

経常利益は「医業利益＋医業外収益－医業外費用」である。自治体病院の場合、医業外収益に、国および当該自治体（都道府県、市町村）からの補助金が含まれる。自治体の補助金の大きさは、財政力や政策によってまちまちである。このため、自治体病院の経常利益率は一律には比較できないことを断っておく。

医業外収益：国庫補助金、都道府県補助金、市町村負担金・補助金、受取利息、看護学院収益、その他

平均（平成 19 年度）

経常利益率は、H18 対象病院▲4.8%、H18 準備病院▲5.1%、H19 準備病院▲6.9%であった。DPC 以外の病院では▲9.1%であった（図 2-5-2-1）。補助金が投入されているので、前頁に示した医業利益率よりも赤字幅は縮小しているが、依然として赤字である。

推移

H18 対象病院は、平成 15 年度から平成 18 年度にかけてやや悪化傾向にあったが、平成 18 年度から平成 19 年度にかけて好転した（図 2-5-2-2）。

H18 準備病院は、平成 15 年度から平成 18 年度にかけて落ち込み、平成 18 年度から平成 19 年度にかけてやや好転した。

H19 準備病院は、平成 18 年度まで、H18 準備病院と同じように低下した上、平成 18 年度から平成 19 年度にかけても低下した。

DPC 以外の病院は、平成 18 年度に大きく落ち込み、さらに平成 19 年度にかけてやや悪化した。

図 2-5-2-1 経常利益率の平均

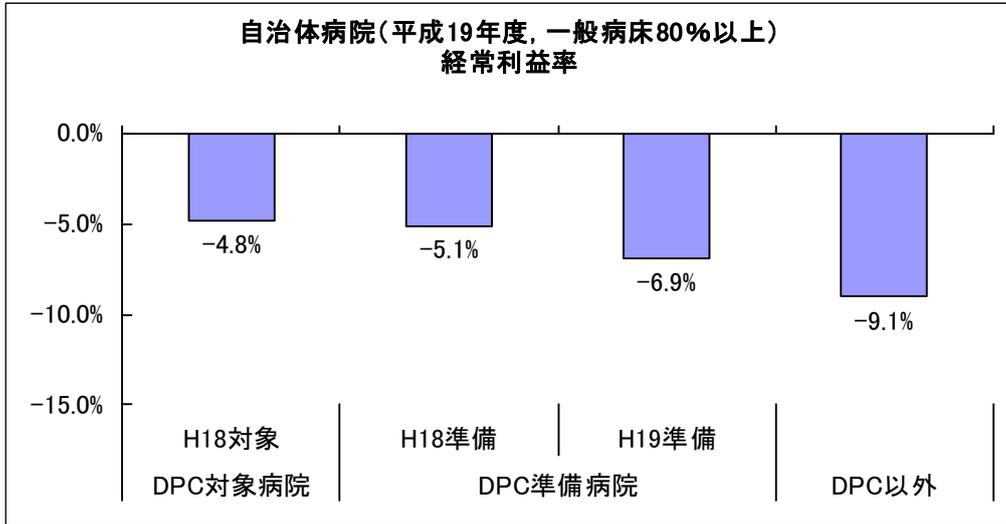
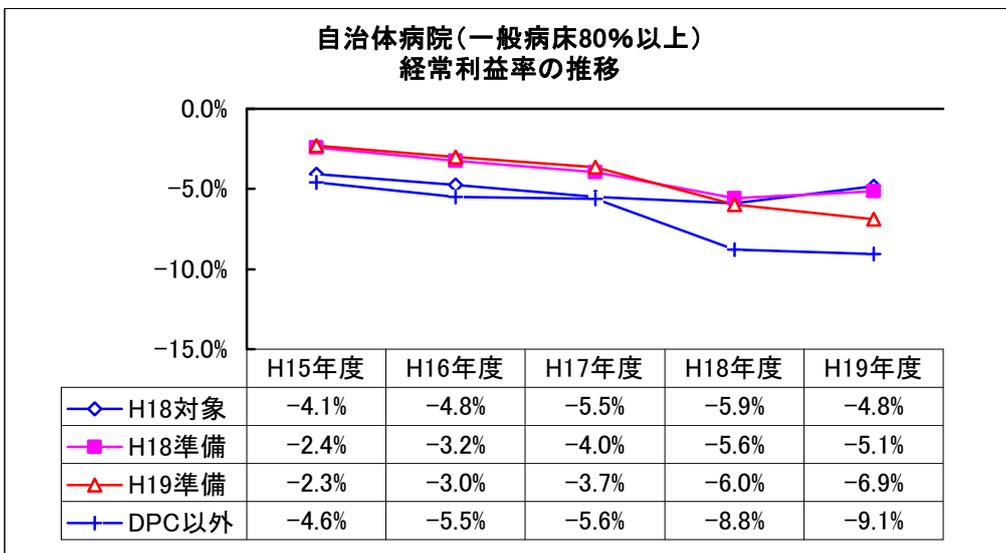


図 2-5-2-2 経常利益率の推移



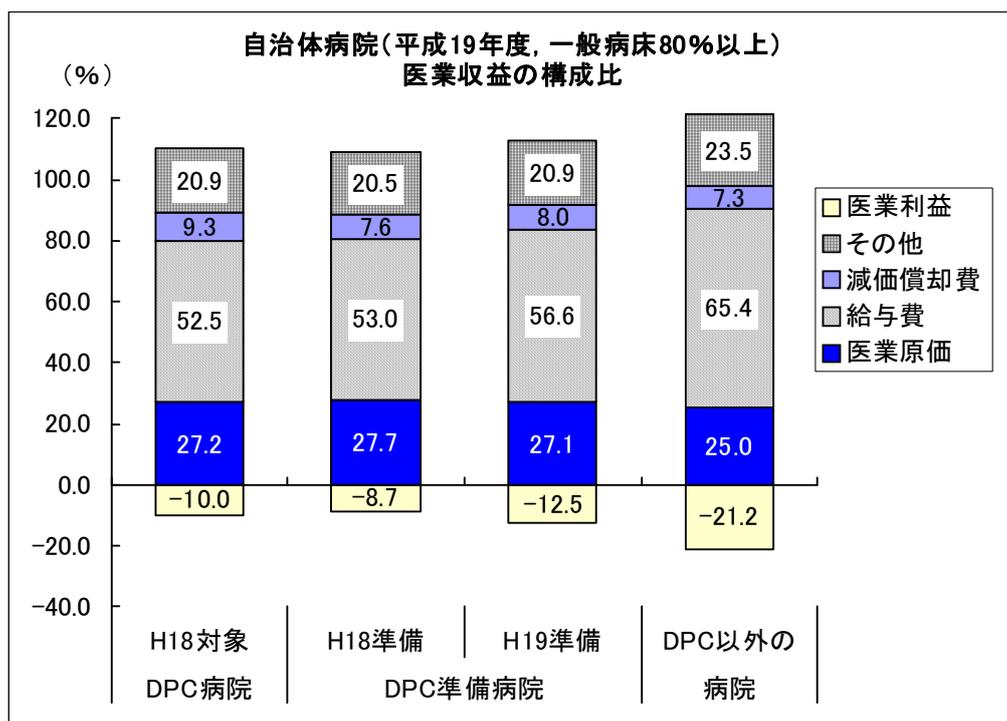
2-5-3. 医業収益の構成

DPC以外の病院は、医業利益率が▲21.2%でもっとも低い（図 2-5-3-1）。主として給与費率が高いためである。また、給与費率が高い要因としては、労働集約型の慢性期病院に近いという特性のほか、分母である医業収益が小さいこと、1人当たり平均給与月額が高いことなどが挙げられる。

H19準備病院も、H18対象病院やH18準備病院に比べると、医業利益率は低い。給与費率が若干高いためである。

H18準備病院は、H18対象病院よりも減価償却費率がやや低く、その分、赤字幅が小さい。減価償却費率の低さは、投資抑制の結果を示しているが、逆に必要な投資が行なわれていない可能性もある。

図 2-5-3-1 医業収益の構成比



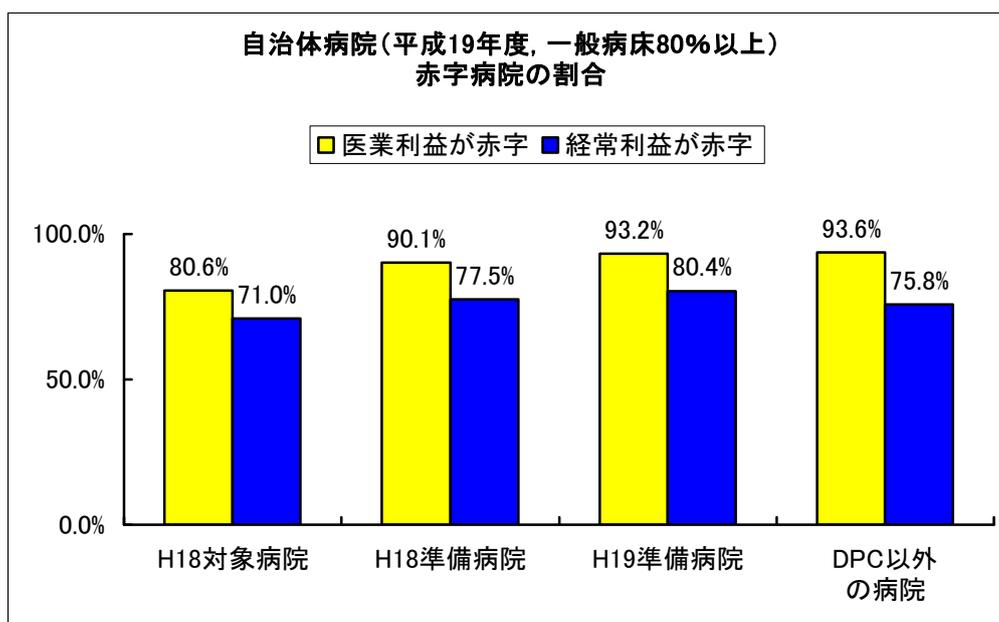
2-5-4. 赤字病院の割合

医業利益が赤字の病院の割合は、H18 対象病院 80.6%、H18 準備病院 90.1%、H19 準備病院 93.2%であった。DPC 以外の病院では 93.6%であった（図 2-5-4-1）。

経常利益が赤字の病院の割合は、H18 対象病院 71.0%、H18 準備病院 77.5%、H19 準備病院 80.4%であった。DPC 以外の病院では 75.8%であった。

経常利益が赤字の病院が、医業利益が赤字の病院よりも少ないのは、補助金によって黒字になった病院があるからである。特に DPC 以外の病院でより多くの補助金が投入されている。

図 2-5-4-1 赤字病院の割合



2-6. 生産性に関する指標

2-6-1. 人件費生産性

人件費生産性＝粗利益（付加価値）÷給与費

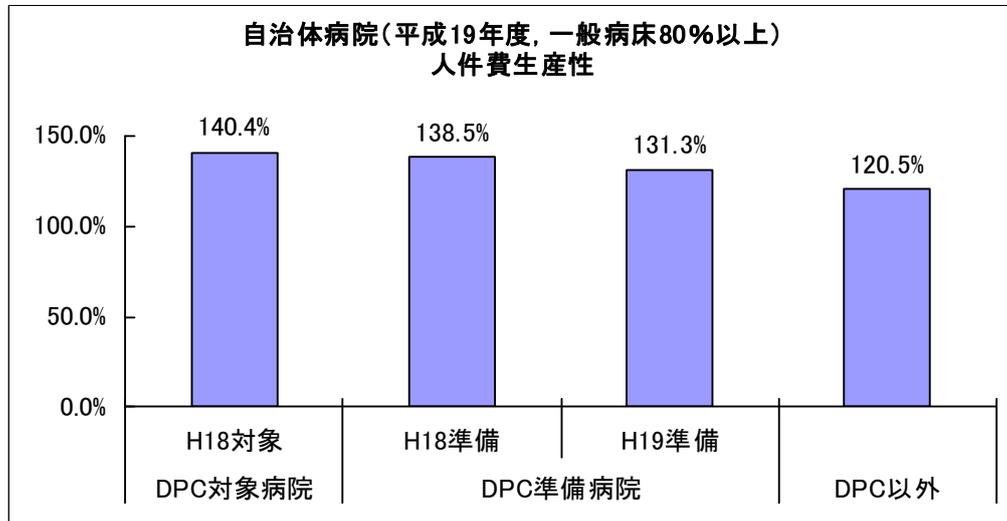
粗利益＝医業収益－医業原価

人件費生産性は、投入された人件費がしかるべき付加価値を生み出しているかどうかを判断する指標である。人件費の伸びに付加価値が追いつかない場合には、人件費生産性は低下する。人件費生産性が上昇していれば、経営効率が良いといえる。

平均（平成 19 年度）

人件費生産性は、H18 対象病院 140.4%、H18 準備病院 138.5%、H19 準備病院 131.3%であった（図 2-6-1-1）。DPC 以外の病院は 120.5%であり、DPC 以外の病院は、DPC 対象病院・準備病院に比べて人件費高についている。

図 2-6-1-1 人件費生産性の平均



推移

H18 対象病院は横ばいに近い微増、H18 準備病院は横ばい、H19 準備病院は低下していた（図 2-6-1-2）。DPC 以外の病院は、平成 15 年度時点で 124.7% ともっとも低かったが、その後、H19 準備病院と同じような傾向で低下した。

給与費率と粗利益率

人件費生産性を構成するのは、給与費率と粗利益率である。DPC 対象病院・準備病院では、給与費率が高い病院ほど、粗利益率が高かった（図 2-6-1-3）。ある程度の人件費をかけてもそれを取り戻すことができている。DPC 以外の病院では、給与費率の高低にかかわらず、粗利益率に大きな差はなかった。

図 2-6-1-2 人件費生産性の推移

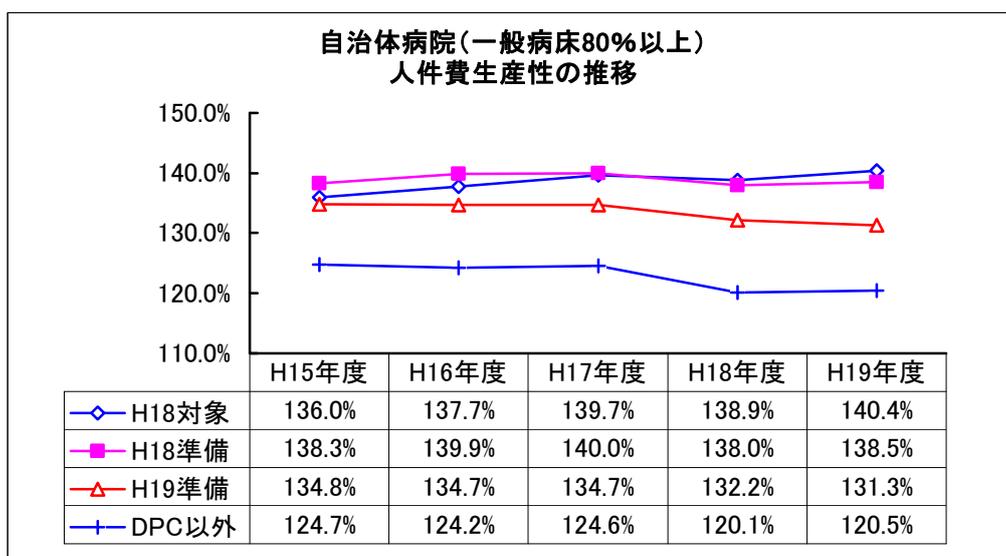
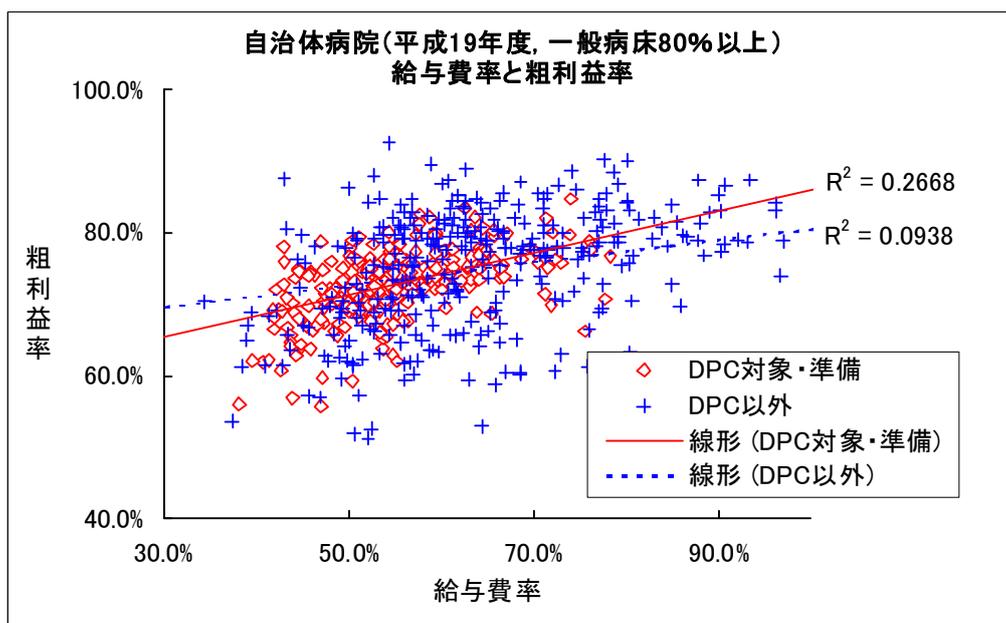


図 2-6-1-3 給与費率と粗利益率の相関



2-6-2. 労働分配率

$$\text{労働分配率} = \text{給与費} \div \text{粗利益（付加価値）}$$

労働分配率は、生み出した付加価値に占める人件費の割合を示している。前述の人件費生産性と逆の概念である。

平均（平成 19 年度）

労働分配率は、H18 対象病院 72.0%、H18 準備病院 73.2%、H19 準備病院 77.5%であった（図 2-6-2-1）。DPC 以外の病院は 87.7%であり、付加価値の 9 割近くを給与費で費消していた。

推移

H18 対象病院は微減、H18 準備病院はほぼ横ばい、H19 準備病院は平成 18 年度以降やや増加している（図 2-6-2-2）。DPC 以外の病院は平成 18 年度に上昇し、その後平成 19 年度にかけては横ばいである。

図 2-6-2-1 労働分配率の平均値

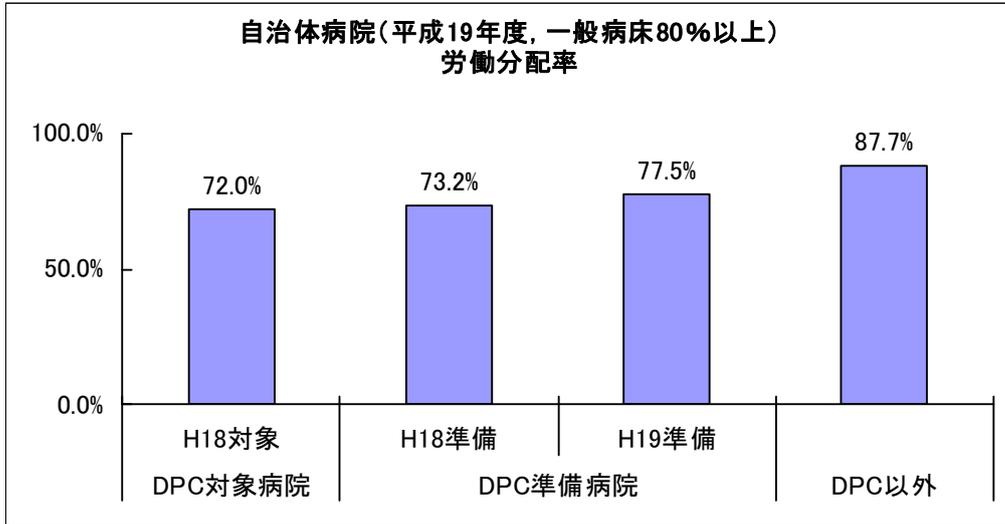
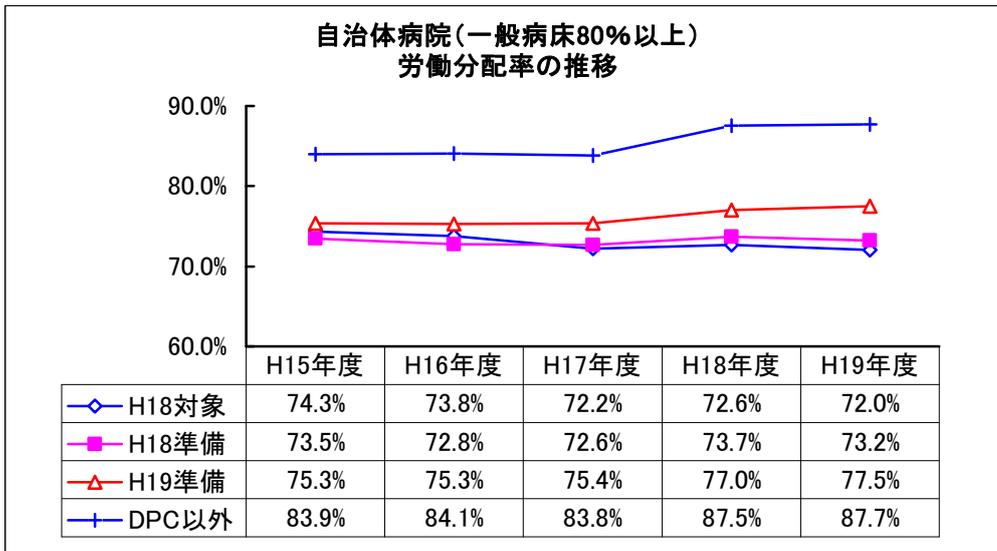


図 2-6-2-2 労働分配率の推移



3. まとめと考察

DPCにより病院経営は効率化したか

DPCにより医療の質が確保され、医療の効率化が進むといわれてきた⁴。医療の効率化は供給コストの低減を指すが、その結果、病院経営の効率化も実現したといえるのだろうか。

今回分析したカテゴリの中で、DPCによる支払いを受けているのは、H18対象病院である。

経営効率を表す指標として、人件費生産性を見ると、H18対象病院はもともと人件費生産性が高く、それをどうにか維持したというレベルであった。DPCを契機に、つまり平成18年度以降、明らかに改善したとはいえなかった。

さらに、医業収益や医業利益を見ると、まだDPC対象病院になっていないH18準備病院のほうが優位であった。

H18対象病院は、入院収益の前年度保証の影響もあり、平成18年度は診療報酬マイナス改定年であったが、100床当たり入院収益が0.3%伸びた。しかし、つづく平成19年度の対前年度比は+2.8%であり、DPC準備期間中のH18準備病院の伸び3.4%を下回った。医業利益率も悪化は免れているものの、平成19年度は▲10.0%であり、H18準備病院の▲8.7%よりも低かった（表3）。

医業収益や医業利益は、入院包括部分以外の影響も大きく、今後の推移にも注目する必要があるが、今回のデータに限っていえば、DPC対象病院は、調整係数の恩恵があっても、経営指標が、他の病院に比べて明らかに優位になったとはいえなかった。

またH18対象病院では、平均在院日数が下げ止まっており、平均在院日数の引き下げが困難になりつつあることがうかがえる。

DPC準備病院間の差の要因は何か

H18準備病院、H19準備病院は、「手挙げ」の時期は異なるが、同じ準備病院である。平成15年度時点の経営指標に大きな差はなかったが、その後、医業収益、利益、医師数などで格差が広がり、H18準備病院が優位に立った。

⁴ たとえば中医協診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会『平成19年度「DPCの導入の影響評価に関する調査結果および評価」最終報告概要』（2008年5月9日）には、「DPCにより、質の確保はされつつ医療の効率化が進んでいるものと考えられる。」

両者の決定的な違いは病床規模であり、H18 準備病院は平均 449.0 床、H19 準備病院は平均 401.6 床である。

また、平均在院日数は H18 準備病院が 14.4 日、H19 準備病院が 15.7 日である。H18 準備病院は、H18 対象病院と比べても平均在院日数が短く、前年度収益の保証はされていないが、医業収益、医業利益ともに、H18 対象病院よりも優位である。

したがって、DPC 対象病院であるかどうかにかかわらず、より急性期の大規模病院に強みがあると考えられる。社会保障国民会議は、医療・介護費のシミュレーションを示したが⁵、これも急性期医療への資源の集中投入を前提としていることから、急性期の大規模病院が、今後も優位性を確立していく可能性がある。

表 3 主な経営指標の推移

指標	単位	病院区分	H15	H16	H17	H18	H19
平均在院日数 (一般病床のみ)	日	H18対象	17.1	16.8	16.0	15.2	15.4
		H18準備	17.4	17.2	16.4	15.8	14.4
		H19準備	17.5	17.5	17.1	16.5	15.7
		DPC以外	22.3	22.5	22.4	21.9	20.1
病床利用率 (一般病床のみ)	%	H18対象	86.6	86.4	84.4	81.6	80.1
		H18準備	88.0	87.5	87.2	85.5	84.0
		H19準備	84.8	84.5	83.7	80.6	78.1
		DPC以外	75.6	74.8	73.7	69.5	67.4
外来入院患者比率	%	H18対象	180.8	173.1	169.8	168.2	164.2
		H18準備	178.5	172.5	169.3	165.0	163.8
		H19準備	204.9	199.9	194.3	192.2	187.5
		DPC以外	256.8	250.8	248.2	249.2	276.4
100床当たり医業収益	百万円	H18対象	1,872	1,857	1,888	1,885	1,927
		H18準備	1,832	1,851	1,902	1,890	1,953
		H19準備	1,779	1,776	1,781	1,743	1,749
		DPC以外	1,417	1,382	1,379	1,316	1,311
100床当たり入院収益	百万円	H18対象	1,238	1,240	1,255	1,259	1,295
		H18準備	1,223	1,235	1,264	1,261	1,304
		H19準備	1,127	1,130	1,135	1,112	1,119
		DPC以外	779	765	766	725	723

⁵ 社会保障国民会議「医療・介護費用のシミュレーション」2008年10月23日

指標	単位	病院区分	H15	H16	H17	H18	H19
100床当たり入院収益 の対前年同期比	%	H18対象	/	0.2	1.2	0.3	2.8
		H18準備	/	1.0	2.3	-0.3	3.4
		H19準備	/	0.3	0.4	-2.0	0.7
		DPC以外	/	-1.7	0.1	-5.3	-0.2
入院患者1人1日 当たり収益(単価)	千円	H18対象	39.9	40.3	41.6	43.1	45.1
		H18準備	38.5	39.0	39.9	41.0	42.7
		H19準備	36.7	37.0	37.6	38.1	39.4
		DPC以外	28.1	28.1	28.5	28.4	29.2
医業利益率	%	H18対象	-9.6	-9.5	-9.8	-9.9	-10.0
		H18準備	-6.5	-6.9	-7.5	-9.1	-8.7
		H19準備	-7.8	-8.3	-8.7	-11.2	-12.5
		DPC以外	-15.1	-15.9	-16.2	-20.4	-21.2
100床当たり医師数	人	H18対象	15.9	16.4	16.9	17.0	17.5
		H18準備	14.8	15.6	16.3	16.9	17.6
		H19準備	14.3	14.7	14.7	15.0	15.3
		DPC以外	10.7	10.6	10.4	10.1	10.1
100床当たり看護部門 職員数	人	H18対象	73.8	73.9	74.2	75.3	77.0
		H18準備	71.6	72.6	73.7	75.5	77.7
		H19準備	72.3	72.8	72.8	73.2	74.7
		DPC以外	64.0	63.8	63.9	63.2	63.7
人件費生産性	%	H18対象	136.0	137.7	139.7	138.9	140.4
		H18準備	138.3	139.9	140.0	138.0	138.5
		H19準備	134.8	134.7	134.7	132.2	131.3
		DPC以外	124.7	124.2	124.6	120.1	120.5
労働分配率	%	H18対象	74.3	73.8	72.2	72.6	72.0
		H18準備	73.5	72.8	72.6	73.7	73.2
		H19準備	75.3	75.3	75.4	77.0	77.5
		DPC以外	83.9	84.1	83.8	87.5	87.7

DPCに「手挙げ」をしていない病院はなぜ苦戦をしているのか

DPC 以外の病院は、今回分析したカテゴリの中では、医業利益率がもっとも低い。しかし、前述したように、H18 準備病院と H19 準備病院の間にも格差がある。とにかく DPC への参加を目指せば道が開けるというわけではない（それ以前に看護職員を確保し、要件を満たすことが困難であるが）。

DPC 以外の病院は、病床規模が小さく、平均在院日数が長く、外来入院患者比率が高い。収益構造面では給与費率が高い。給与費率が高いのは、分母である医業収益が小さいことも一因であるが、医師 1 人当たり平均給与月額が高いことも原因である。医師 1 人当たり平均給与月額は、病床規模が小さく、医師数が少ないと高くなりやすい。医師が 10 人でも、医師が 100 人でも院長は 1 人であり、医師数が少ない場合には、院長や役職者の給与が、平均値に色濃く反映されてしまうためである。

では、病床規模を大きく、平均在院日数を短く、外来入院患者比率を低くすることはできるのだろうか。無理やりできなくはないかもしれないが、現実には不可能である。地域的背景がそれを認めていないからである。

自治体病院のうち、DPC 対象病院・準備病院の比率は、東京・神奈川、近畿地方などで高い（図 3）。北海道、東北、四国・九州の一部では、自治体病院数そのものは多いが、DPC 対象病院・準備病院は少ない（図 4）。おそらく後者の地域では、一般病床主体の病院であっても、慢性期に近い役割や外来機能も担っており、それを放棄することは地域医療の崩壊に直結するのではないかとと思われる。病床規模の拡大も、経営が困難だから拡充できないという以前に、過疎地であるなどの地域的背景から非現実的であると推察される。

根源的な問題は DPC かどうかではない

DPC 対象病院は、入院包括部分の前年度収益が保証されるインセンティブもあり、その数が拡大してきた。その結果、ひとまず DPC 対象病院かどうかで線引きされた。

しかし、今回の分析結果を見ると、DPC 対象病院は、経営面で必ずしも抜きん出ているわけではない。優位にあったのは H18 準備病院のような大規模急性期病院であった。逆に DPC 対象病院は、調整係数の廃止が決まっていることから、DPC 対象病院固有のメリットは期待できなくなる。むしろ、ひとつの集団

として管理しやすいので、医療費抑制のターゲット集団にされかねない。

問題は、地方の小規模である。立地も病床規模も、地理的特性からの不可抗力である。病院の閉鎖、入院の受け入れ休止などは、高齢化が進み、かつ交通の便も良くない地方にあっては非常に深刻化している。

医療は、平時の国家安全保障の要である。もちろん、自治体病院には給与費率が高いなど自助努力で改善すべき問題も多いが自治体の財政力（補助金）に委ねるのではなく、国民が安心して医療を受けられるよう、急性期偏重の診療報酬配分を見直すべきである。

図 3 自治体病院に占める DPC 対象病院・準備病院の割合

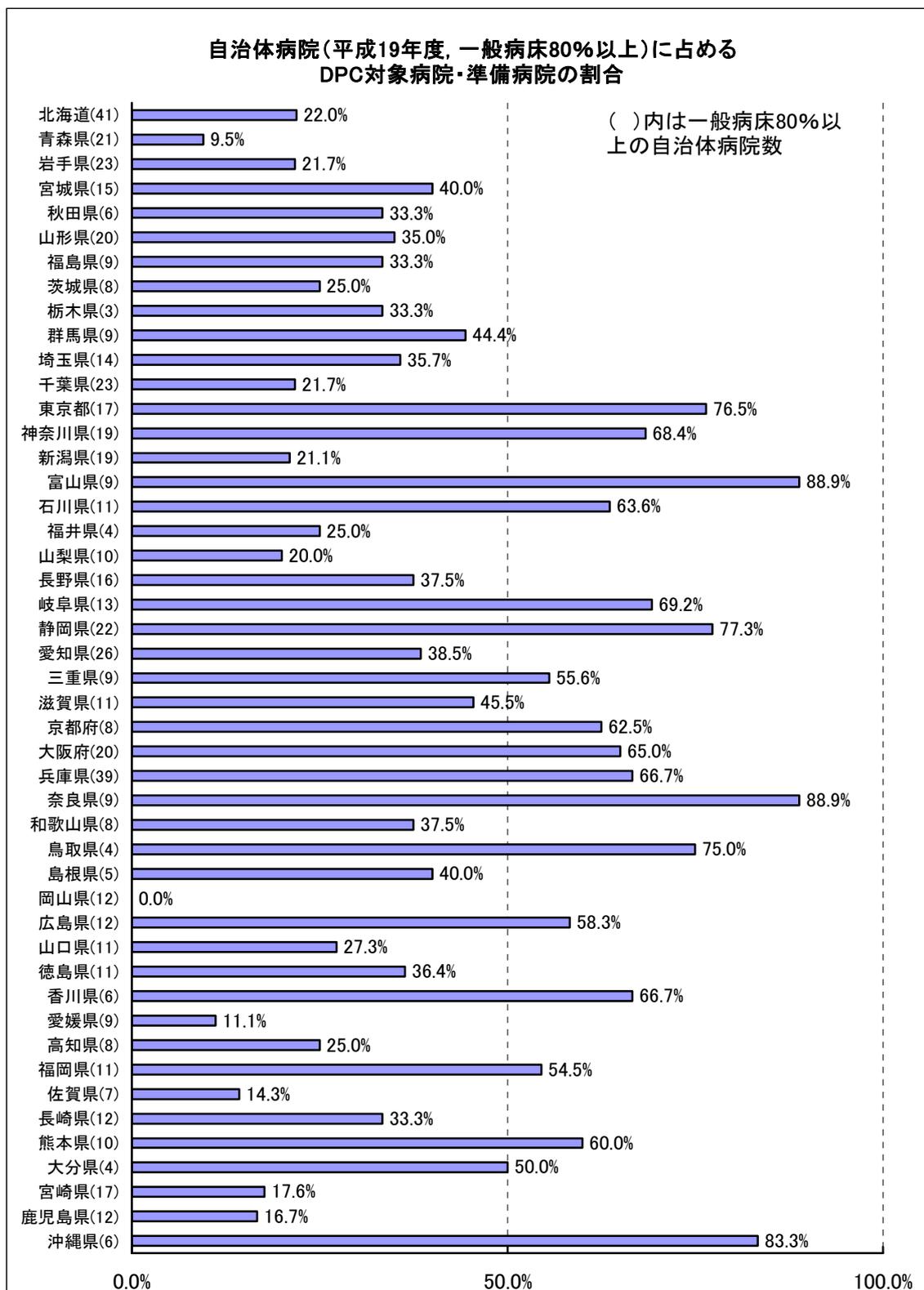


図 4 一般病床 80%以上の自治体病院の分布

