

表 2 (続き)

年	都道府県	変化前病院名	変化後病院名等	備考欄
2006年	青森県	田子町国民健康保険町立田子病院	田子町国民健康保険町立田子診療所	2007年診療所化, 2009年4月1日一般19床を休止 2009年4月1日一般19床を休止 2007年公立深谷病院組合(石巻市、東松島市)から医療法人啓仁会に移譲 2008年県より新潟県厚生農業協同組合連合会に移譲
		県立伊保内病院	岩手県立二戸病院附属九戸地域診療センター	
	岩手県	金ヶ崎町国民健康保険金ヶ崎病院	金ヶ崎町国民健康保険金ヶ崎診療所	
	岩手県	磐石町立磐石病院	磐石町立磐石診療所	
	岩手県	県立大迫病院	県立大迫地域診療センター	
	宮城県	公立深谷病院	石巻ロイヤル病院	
	新潟県	県立瀬波病院	新潟県厚生農業協同組合連合会瀬波病院	
		県立岡山病院	地方独立行政法人岡山県精神科医療センター	
	岡山県	井原市立美星国保病院	井原市立美星国保診療所	
	香川県	県立津田病院	新白鳥病院	
松山市立中島病院		中島病院	2010年建て替えられる白鳥病院と統合	
南郷村国民健康保険病院		美郷町立国民健康保険南郷診療所	2007年医療法人友朋会に移譲	
県立嘉穂病院		済生会福岡第2病院	2006年南郷村・西郷村・北郷村→美郷町	
県立柳川病院		財団法人医療・介護・教育研究財団柳川病院	2007年済生会に移譲	
福岡県		大成町国保病院	財団法人医療・介護・教育研究財団柳川病院に移譲	
2007 北海道	せたな町立北檜山国保病院	せたな町立国保病院	2003年瀬棚郡瀬棚町、瀬棚郡北檜山町、久遠郡大成町の合併による統合	
	県立リハビリテーション飯坂温泉病院	せたな町立国保病院	2007年財団法人脳神経疾患研究所	

出所) 筆者調べ

表3 廃院になった病院の背景

1日平均患者数(人)

病院	総収益		補助 に占める 金額(億 円)	損益分 岐比率	病床 数	病床利 用率(看護基準 %)	平均在 院日数 (一般 病床の み)	入院	外来	職員総数	平均賃金 (円)	備考		
	総収益 -総収 入(億 円)	補助 金額 (億 円)												
帯広市立 病院	1999	0.4	14.4%	1.4	91.1	56	79.0	7:1	15.0	39	124	43	580,471	旭川医大の撤退に よる医師供給先の 消失
	2000	0.4	13.2%	1.3	90.8	50	62.0	7:1	14.0	31	124	42	595,829	
	2001	-1.5	11.9%	0.9	190.0	50	37.2	7:1	11.8	19	107	41	589,681	
	2002	0.0	56.5%	3.2	99.4	50	15.0	7:1	18.0	7	42	37	565,774	
	2003	-0.5	54.0%	2.3	160.3	50	15.0	7:1	20.0	8	42	9	613,003	
都立母子 保健院	1999	0.0	15.4%	3.8	100.5	116	84.0	7:1	11.0	97	188	159	659,927	国立成育医療セン ターの設置
	2000	0.0	18.2%	4.6	100.2	116	88.0	7:1	11.0	102	184	157	664,883	
	2001	0.0	20.0%	4.9	100.2	116	82.7	7:1	14.1	96	179	157	652,453	
	2002	-0.6	16.2%	2.3	100.3	--	56.0	7:1	10.0	65	123	--	625,271	
京都府立 洛東病院	1999	-0.1	17.3%	4.1	101.0	200	83.0	13:1	47.0	167	142	157	616,260	府立医大の強化
	2000	-0.2	17.0%	4.2	102.9	196	82.0	13:1	47.0	164	151	156	613,064	
	2001	-0.3	16.8%	4.4	102.6	196	85.3	13:1	46.0	167	142	155	625,444	
	2002	-0.6	28.5%	6.9	110.2	196	78.0	13:1	47.0	153	119	154	625,388	
	2003	-0.6	28.7%	5.7	117.5	196	87.0	13:1	56.0	126	97	147	597,879	
2004	-0.4	55.5%	10.4	113.4	196	49.0	13:1	63.0	72	78	138	597,644		
福岡県添 田町立病 院	1999	0.3	14.3%	0.6	83.0	55	63.0	否	95.0	35	87	16	597,391	廃止を決定した町 長は汚職で逮捕
	2000	0.3	13.5%	0.6	82.1	55	57.0	その他	82.0	32	78	16	519,104	
	2001	0.2	14.7%	0.6	87.3	55	56.0	その他	70.0	31	76	16	521,333	
	2002	-0.2	14.1%	0.5	123.3	55	37.0	その他	58.0	20	72	17	531,279	
	2003	-0.7	21.0%	0.6	439.5	55	18.0	その他	33.0	10	62	16	573,849	
2004	0.0	28.2%	0.1	78.0	55	--	その他	--	--	--	2	59,500		

出所)「公営企業年鑑 各年版」、筆者調べ

表4 診療所になった病院の背景

変化前	年	総収益 - 総収 入 (億 円)	総収益 に占め る補助 金の割 率 (%)	補助金 額 (億 円)	損益分 岐点比 率 (%)	病床数	病床 利用率 (%)	看護 基準 否	平均在 院日数 (一般 病床の み)	1日平均患 者数 (人)		職員 総数	平均賃金 (円)	変化後 診療所
										入院	外来			
北海道 音別町国民健康 保険病院	1999	-0.03	26.1%	1.0	102.0	25	73	否	70	18	97	21	198,723	市立釧路国民健 康保険音別診療 所
広島県 国保音戸町病院		-1.40	65.9%	2.0	-443.7	48		3:1			39	25	223,536	呉市国民健康保 険音戸診療所
岩手県 石鳥谷国民健康 保険病院	2000	-0.39	53.6%	0.4	-114.3	39	13	その他	25	5	55	17	37,275	花巻市国民健康 保険石鳥谷医療 小坂町国民健康 保険診療所
岐阜県 小坂町国民健康 保険病院		-0.24	26.8%	0.5	155.2	36	30.5	1	11	11	114	22	114,450	小坂町国民健康 保険診療所
山形県 川西町立病院		-0.87	12.2%	0.7	318.9	98	55.5	1	24	53	276	77	411,186	公立置賜川西診 療所
京都府 和知町国民健康 保険病院	2003	0.18	35.4%	1.1	85.7	26	35	3:1	27	9	94	22	173,315	京丹波町国民健 康保険和知診療 所
北海道 道立寿都病院	2004	0.00	55.3%	4.1	99.3	60	22	2:1	15	13	66	36	432,425	町立寿都診療所
青森県 国民健康保険大 畑病院		-2.54	7.5%	0.5	324.9	60	38.5	1	13	23	157	40	345,532	国民健康保険大 畑診療所
広島県 神辺町国民健康 保険病院		-0.04	1.6%	0.1	102.0	41	64	2:1	19	26	120	36	319,233	福山市市民病院付 属神辺診療所
福岡県 国民健康保険赤 池町病院		-1.26	8.6%	0.5	211.7 (療12)	75	48	3:1	33	26	141	38	364,856	国民健康保険赤 池町立診療所
岩手県 県立花泉病院	2005	-0.95	12.9%	0.9	214.7	75	44.5	1	20	33	125	45	489,652	県立磐井病院附 属花泉地域診療 所
岩手県 県立紫波病院		-1.37	28.5%	1.8	-487.8	65	48	3:1	25	31	118	45	520,848	県立中央病院附 属紫波地域診療 所
滋賀県 石部医療センタ ー		-0.67	28.6%	1.4	145.7	24	42	4:1	17	10	140	26	245,294	湖南市立石部医 療センター
宮崎県 国民健康保険西 米良病院		-0.6	0.9	0.4	-269.9	26	33.0	3:1	16.0	8	60	18	457,749	国民健康保険西 米良診療所

表 4 (続き)

変化前	年	総収益 - 総収 入 (億 円)	総収益 に占め る補助 金の割 合	補助金 額 (億 円)	損益分 岐比率	病床数	病床 利用 率 (%)	看護 基準	平均在院 日数 (一 般病床の み)	1日平均患 者数 (人)		職員 総数	平均賃金 (円)	変化後
										入院	外来			
青森県 田子町国民健康 保険町立田子病 院	2006	-0.1	1.7	0.2	102.6 (療24)	64.0	13 : 1	20.0	39	126	45	596,020	田子町国民健康 保険町立田子診 療所	
岩手県 県立伊保内病院		-2.3	1.0	0.3	-34.0	45	28.0	10 : 1	36.0	100	35	598,135	県立二戸病院附 属九戸地域診療 センター	
岩手県 金ヶ崎町国民健 康保険金ヶ崎病 院		1.1	2.2	0.9	8.0	65	7.0	15 : 1	28.0	4	122	36	560,375	金ヶ崎町国民 健康保険金ヶ崎 診療所
岩手県 磐石町立磐石病 院		-0.3	1.3	0.2	114.8	55	51.0	15 : 1	37.0	28	28	619,051	磐石町立磐石診 療所	
岩手県 県立大迫病院		-1.3	1.4	0.3	1659.0	52	40.0	10 : 1	22.0	21	110	39	604,263	県立大迫地域診 療センター
岡山県 井原市立美星国 民病院		-1.7	0.0	0.1	-1350.2 (療22)			否			58	8	501,938	井原市立美星国 民診療所
宮崎県 南郷村国民健康 保険病院	2007	-5.6	8.3	0.2	153.0	340	72.5	7 : 1	16.2	247	480	290	573,088	美郷町立国民健 康保険南郷診療 所

出所) 「公営企業年鑑 各年版」、筆者調べ、
注) () 内の療は病床のうち療養病床数を示す

表5 統合された病院の背景

	総収益 -総収 入(億 円)	に占め る補助 金の割 合	補助金 額(億 円)	損益分 岐率	病床 利用率	病床数			1日平均患 者数(人)		平均賃金(円)	総人件費				
						一般 病床	療養 病床	精神 病床	入院 患者	外来 患者						
北海道																
市立函館病院旭 岡分院	1999	-0.1	16.4%	1.7	106.4	94.0	212	212	200	65	81	664,832				
市立函館病院	1999	-3.0	5.6%	6.4	105.9	81.0	604	680	27.0	553	1224	566	647	407,311,034		
市立函館病院	2007	-21.5	6.5%	8.6	167.3	71.9	598	100	734	20.4	582	1199	707	597,937	422,741,459	
岩手県																
県立北陽病院	1999	-3.3	26.3%	4.6	-2631.1	89.0	250	250	222	123	135	692,257				
県立一戸病院	1999	-7.0	8.9%	1.9	174.4	55.0	148	152	28.0	84	625	113	248	659,090	167,931,865	
県立二戸病院	2007	-3.7	24.4%	7.6	300.8	75.1	97	48	225	374	17.2	281	528	221	616,667	136,283,407
福井県																
県立精神病院	1999	1.8	23.3%	5.7	66.3	79.0	380	380	300	197	150	727,948				
県立病院	1999	-2.3	4.6%	5.7	106.5	84.0	665	677	24.0	562	1410	680	830	682,024	572,968,520	
県立病院	2007	-36.9	8.2%	13.6	264.1	79.9	668	400	1082	15.1	865	1350	882	635,786	560,763,252	
石川県																
公立能登第二 病院	2000	0.0	12.1%	0.9	102.9	86.0	100	100	86	94	61	498,973				
公立能登総合 病院	2000	-17.1	4.7%	3.8	137.1	92.0	330	334	20.0	307	1215	399	460	572,870	259,012,483	
公立能登総合 病院	2007	-1.7	7.5%	5.9	107.2	79.5	330	100	434	15.3	345	1031	448	514,569	230,526,912	
兵庫県																
高橋者函機能 研究センター	2001	0.0	70.8%	7.8	99.9	70.9	50	50	43.0	35	35	40	579,238			
姫路循環器病 センター	2001	2.8	13.1%	12.6	92.9	87.5	300	300	19.9	262	406	417	457	613,909	279,169,573	
姫路循環器病 センター	2007	2.6	8.4%	8.8	94.6	69.1	350	350	16.1	242	358	426	618,557	263,505,282		

表5 (続き)

	総収益 - 総取 入 (億 円)	に占め る補助 金の割 合 (%)	補助金 額 (億 円)	損益分 岐点比 率 (%)	病床 利用 率 (%)	病床数			1日平均患 者数 (人)			平均賃金 (円)	総人件費	
						一般 病床	療養 病床	精神 病床	院日数 (一般 病床の み)	入院 数	外来 数			職員 総数
宮城県 公立築館病院 2002	3.3	2.7%	0.3	35.4	61.0	205	22.0	124	418	163	724,243			
栗原中央病院 2002	-10.7	14.1%	3.3	-187.6	67.0	277	2.0	186	466	213	376	535,454	232,103,311	
栗原中央病院 色麻町国民健 康保険病院 2007	-7.3	11.9%	4.2	349.4	69.4	250	40	290	18.7	201	426	225	524,567	118,027,575
宮城県 公立加美病院 2002	0.0	4.3%	0.1	97.9	70.0	60	37.0	42	127	52	663,891			
公立加美病院 2002	-3.5	5.2%	0.4	-761.9	71.0	90	38.0	64	151	63	115	465,368	63,840,516	
公立加美病院 2007	-1.3	14.1%	1.9	141.8	84.6	40	50	90	21.6	76	144	78	486,739	37,965,642
宮城県 大河原病院 村田町国民健 康保険病院 2002	0.0	3.8%	0.3	77.0	49.0	135	140	23.0	69	424	103	756,017		
みやぎ県南中 核病院 2002	0.2	10.3%	0.3	77.7	56.0	65	65	25.0	37	191	44	589,119		
みやぎ県南中 核病院 2002	0.0	19.8%	0.0	115.7	73.0	272	272	14.0	186	517	263	410	534,028	244,240,351
核病院 2003	-11.4	5.6%	3.2	247.6	74.8	300	300	14.9	224	443	341	519,856	177,270,896	
富山県 城端厚生病院 公立南砺中央 病院 2003	-0.1	4.0%	0.3	102.1	78.0	90	90	28.0	70	244	87	576,552		
公立南砺中央 病院 2003	0.0	30.1%	4.5	100.7	68.0	190	190	20.0	130	338	172	259	482,101	133,081,396
公立南砺中央 病院 2003	-5.9	16.9%	4.3	235.6	58.3	145	45	190	19.6	111	324	146	388,149	56,669,754

表5 (続き)

	総収益 -総収 入(億 円)	に占め る補助 金の割 合	補助金 額(億 円)	損益分 岐比率	病床 利用率	病床数			1日平均患 者数(人)		平均賃金 (円)	総人件費				
						一般 病床	療養 病床	精神 病床	院日教 (一般 病床の み)	入院 外来			職員 総数			
北海道 釧路病院	2004	-0.8	82.9%	9.6	445.5	7.0	122	162	18.0	12	41	69	628,415			
市立釧路総合 病院	2004	-1.0	4.4%	6.3	100.5	88.0	545	102	651	19.0	570	1950	646	715	595,616	428,128,571
市立釧路総合 病院	2007	-8.2	6.7%	9.4	112.8	81.6	535	98	647	16.9	528	1531	670	577,177	386,708,590	
市立高知市民病 院	2004	0.3	18.2%	10.7	98.7	62.0	308	366	17.0	228	563	39	579,140			
県立中央病院	2004	1.3	16.4%	8.9	93.3	62.0	350	400	19.0	247	473	53	92	453,577	46,626,041	
高知医療セ ンター	2007	-18.9	14.7%	23.3	140.1	76.0	574	632	12.5	480	680	717	601,441	431,233,197		
国保水俣市立 湯之児病院	2004	-1.9	15.2%	1.3	-468.4	82.0	120	180	43.0	95	65	51	585,065			
国保水俣市立 総合医療セ ンター	2004	5.0	4.3%	2.8	74.4	97.0	357	357	25.0	346	1135	338	389	596,463	231,442,809	
国保水俣市立 総合医療セ ンター	2007	-1.5	3.0%	1.8	108.1	75.0	413	417	18.2	313	904	156	556,850	86,868,600		
香川県 県立津田病院	2006	-4.2	28.2%	2.4	-72.8	50.0	60	60	24.0	30	196	54	648,609			
白鳥病院	2006	0.7	11.1%	2.4	88.9	66.0	166	166	19.0	109	397	121	175	680,746	117,395,152	
白鳥病院	2007	-0.4	8.6%	2.2	99.9	76.0	150	150	17.8	114	572	132	683,685	90,246,420		
大成町国保病 院	2006	-0.7	14.2%	0.4	233.9	39.0	32	32	42.0	12	75	17	643,921			
せたな町立北 檜山国保病院	2006	-0.3	15.8%	1.7	105.0	42.0	60	99	30.0	48	134	53	70	588,433	42,133,606	
せたな町立国 保病院	2007	-0.3	19.8%	2.7	107.2	38.7	60	99	26.7	44	263	65	622,720	40,476,800		

出所) 「公営企業年鑑 各年版」、筆者調べ、

注) 各欄の総人件費の上側は統合化前の病院の総人件費、下段は統合後の総人件費を表す。

表6 民営化された病院

変化前	総収益 -総収入 (億円)	総収益に 占める補 助金の割 合(%)	補助金 (億円)	損益分 岐点比 率	病床数	病床 利用率 (%)	看護基 準	1日平均患 者数(人)			平均貸金(変化後 円)	職員 総数	入院 総数	外来 総数	平均貸金(変化後 円)
								総収益	入院	外来					
北海道 道立札幌北野病院	2001	-2.4	56.5%	8.3	372.8	130	24.4	2.5:1	30.1	32	112	95	690,500	札幌厚生北野病院	
福岡県 北九州市立戸畑病院	2001	-10.4	2.7%	0.3	-46.9	181	31.9	2:1	24.9	58	227	80	709,075	共愛会戸畑共立病院	
山梨県 石和町国民健康保険峡東病院	2002	0.4	30.7%	1.7	78.3	100	25	2.5:1	20.0	25	89	58	597,365	山梨教映東病院	
徳島県 鳴門市立坂東病院	2003	5.6	67.6%	5.8	16.0	20	58	3:1	37.0	12	77	19	404,320	医療法人坂診療所	
大分県 佐賀岡町国保病院	2004	0.0	2.7%	0.1	95.9	123(療20)	81	3:1	35.0	100	182	63	686,605	佐賀岡病院	
茨城県 国民健康保険茨城町病院	2005	-0.1	65.3%	1.9	145.0	38	20	3:1	35.0	8	35	20	628,796	医療法人桜丘会 桜ヶ丘クリニッ ク	
新潟県 巻町国民健康保険病院	2005	-10.1	19.4%	1.4	37.0	165(療45)	7	2.5:1	31.0	12	55	64	481,486	新潟西蒲メデイ カルセンター病 院	
沖縄県 県立南部病院	2005	-10.1	9.0%	2.5	-354.6	250	68	2:1	20.0	169	326	214	650,456	医療法人友愛会 南部病院	
宮城県 公立深谷病院	2006	7.1	2.8%	0.9	31.1	171	53	10:1	22.0	91	287	169	466,732	石巻ロイヤル病 院	
愛媛県 松山市立中島病院	2006	0.0	27.9%	2.2	88.4	50	57	18:1	28.0	28	143	22	612,587	中島病院	
福岡県 県立柳川病院	2006	-4.5	18.7%	3.5	622.6	210	36	13:1	22.0	75	258	152	614,669	財団法人医療・ 介護・教育研究 財団柳川病院	
福島県 県立八ビリ子一シヨン坂温泉病院	2006	0.0	69.9%	9.6	99.1	191	21	否	87.0	39	166	106	604,898	財団法人脳神経 疾患研究所附属 総合南東北病院	
新潟県 県立瀬波病院	2006	-0.6	33.8%	6.1	114.83	100	64	2.5:1	34	78	119	85	658,383	厚生連瀬波病院	

表 6 (続き)

変化前	総収益に占める補助 入(億円の割合)		損益分岐点 比率	病床 結核 精神		計	看護 基準	平均在 院日数 (一般 病床の み)	1日平均 患者数(人)	外来 総数	職員 総数	平均賃金 (円)	変化後			
	2004	2004		一般	精神									170	47.5:1	19.0
長崎県成人病センター 多良見病院	2004	-14.8	17.4%	2.7	348.3	120	50	170	47.5:1	19.0	81	138	87	637,491	日本赤十字社長 崎原爆諫早病院	
福岡県速賀病院	2004	49.9	4.3%	3.2	8.7	200	50	50	300	35.3:1	28.0	105	91	126	607,332	速賀中間医師会 速賀病院
福岡県朝倉病院	2004	13.9	7.4%	2.7	28.3	150	150	150	46.2:1	21.0	69	148	115	625,966	朝倉医師会病院	
岡山県岡山市吉備病院	2004	-1.6	1.7%	0.1	268.5	60	60	60	72.3:1	69.0	43	98	34	709,828	岡山済生会総合 病院	
福岡県立嘉穂病院	2006	-5.5	18.4%	2.9	-19611.5	200	50	250	37.0:1	23	92	97	138	616,443	済生会福岡第2 病院	

出所) 「公営企業年鑑 各年版」、筆者調べ、

表7 公社化された病院

変化前	総収 益(億 円)	総収 入(億 円)	補助 金額(億 円)	損益分 岐比率	病床 計	病床 利用 率(%)	看護 基準	平均在院 日数(一 般病床の み)	1日平均患 者数(人)	外来 入院	職員 総数	平均賃金(変 化後 円)	
東京都 都立大久保 病院	2003 -0.8	21.5%	23.1	102.8	304	80	2:1	16.0	242	570	343	657,731	財団法人東京都保健 医療公社大久保病院
長崎県 江迎町立北 松中央病院	2004 -0.7	4.6%	1.1	106.7	278	60	3:1	25.0	166	271			地方独立行政法人北 松中央病院
東京都 都立荏原病 院	2005 -7.0	21.3%	25.2	128.3	506	84	2:1	17.0	426	994	522	676,763	財団法人東京都保健 医療公社荏原病院
大阪府 羽曳野病院	2005 -8.0	24.4%	23.2	156.4	640	78	2.5:1	21.0	496	703	595	661,521	地方独立行政法人大 阪府立病院機構呼吸吸 器・アレルギー医療セ ンター
大阪府 中宮病院	2005 0.0	45.9%	24.7	99.6	592	69	3:1	--	406	233	372	666,983	地方独立行政法人大 阪府立病院機構精神 医療センター
大阪府 府立病院	2005 -17.8	13.5%	21.8	140.4	734	44	778	73	2.5:1	565	1468	647,848	地方独立行政法人大 阪府立病院機構急性 期・総合医療センター
大阪府 成人病セ ンター	2005 -8.2	19.4%	28.7	119.2	500	95	2:1	19.0	475	1163	654	651,703	地方独立行政法人大 阪府立病院機構成人 病センター
大阪府 母子保健総 合医療セ ンター	2005 -0.3	23.7%	25.9	100.8	363	84	2:1	15.0	306	581	610	609,283	地方独立行政法人大 阪府立病院機構母子 保健総合医療センター
岡山県 県立岡山病 院	2006 0.1	26.9%	5.3	95.3	200	200	91	15:1	--	178	199	550,024	地方独立行政法人岡 山県精神科医療セ ンター

出所:「公営企業年鑑 各年版」、筆者調べ

表8 東京都保健医療公社 公社病院活性化プラン

戦略的目 標

－ 経営ビジョンの実現に向けた9つの戦略 －

<p>ビジョン1 患者中心の医療の提供</p> <p>地域の核となる病院、住民から信頼される病院として、患者の視点に立った患者中心の安心で安全な質の高い医療サービスを提供する。</p>	<p>地域ニーズに即した魅力ある医療の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域診断の実施等11事項 <p>安全で信頼される医療の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 安全管理体制充実等10事項 <p>質の高い医療サービスの提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ クリニカルパスの適用拡大等24事項
<p>ビジョン2 地域医療連携の推進</p> <p>住民が身近な地域で症状に応じた適切な医療を受けられるよう地域医療機関と密接な地域医療連携を図り、地域医療のシステム化を推進する。</p>	<p>地域医療連携システムの確立</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 紹介・逆紹介・返送患者の増等10事項 <p>多様な地域医療連携の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 福祉施設との連携推進等12事項
<p>ビジョン3 志の高い医療人の育成</p> <p>患者の視点に立った質の高い医療サービスを提供する医療人を育成する。</p>	<p>育成主義・成果主義に基づく人事給与制度の適用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 導入済の人事給与制度の改善等3事項 <p>質の高い医療人の育成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ シニア制度の拡充等13事項
<p>ビジョン4 経営基盤の強化</p> <p>質の高い医療を安定的継続的に提供するため、効率的な病院運営を行い、強固な経営基盤の確立を図る。</p>	<p>効率的・安定的な財務運営</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 診療報酬制度改正への対応等30事項 <p>効率的・弾力的な組織・職員配置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 固有職員化等14事項

出所) <http://www.tokyo-hmt.jp/plan/index.html>

表9 主要事業指標の実績（東京都保健医療公社 公社病院活性化プラン）

公社病院活性化プランにおける主要事業指標の実績					
事 項	指 標 名	平成19年度		平成20年度	
		目 標	実 績	目 標	実 績
ビジョン1					
患者中心の医療の提供	救急患者数(1日当)	181.4人	174.5人	180.5人	147.5人
	クリニカルパス適用件数	15,555件	15,567件	15,579件	17,343件
ビジョン2					
地域医療連携の推進	紹介率	69.3%	67.0%	71.0%	69.2%
	連携医数（年度末現在）	4,972人	4,821人	4,912人	4,840人
ビジョン3					
志の高い医療人の育成	学会・研究会の発表数	400件	405件	417件	475件
	病床利用率	85.4%	80.2%	83.2%	75.0%
ビジョン4					
経営基盤の強化	外来患者数（1日当）	2,638.2人	2,414.9人	2,568.4人	2,328.0人
※クリニカルパス適用件数、連携医数は4月～9月実績					
出所) http://www.tokyo-hmt.jp/plan/index.html					

表10 分析結果

	診療所化	民営化	統合化	公社化
公債費比率	-	-	+	--
財政力指数	+ * welch	+ *** welch	- ***welch	--
地方債残高	-	-	-	--
損益分岐点比率	-	-	-	+
病床数	- ***	- ** welch	- *** welch	- *** welch
病床利用率	- ***	- ***	- *** welch	- *** welch
平均在院日数	-	+ **	+ *** welch	- *** welch

出所) 筆者計算

注) ***1%、**2.5%、*5%有意水準、welchは等分散性の仮定が満たされない場合
+は〇〇された病院の数値が大きい場合、-は逆

厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））

「所得・資産・消費と社会保険料・税の関係に着目した

社会保障の給付と負担の在り方に関する研究」

分担研究報告書

「我が国の医療保険財政を改善する医薬品産業政策（ジェネリック医薬品の使用促進等）について」

－研究開発促進税制等の税制等による産業政策（新薬開発）にも着目して－

研究分担者 米山正敏 国立社会保障・人口問題研究所企画部第一室長

研究要旨

今後も続く人口の急速な高齢化により、年金や介護保険と同様、医療保険の財政的逼迫が深刻になりつつある。この医療保険財政の改善策として、現在政府が力を入れて推進しているのが、ジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用促進である。ジェネリックは、新薬の特許が切れた後に、その新薬と効能等が同等であるものとして、厚生労働省の承認を受け上市される医薬品であり、新薬と比べて開発費用が低くて済むため、ジェネリックの薬価は新薬より安く、患者の自己負担を低減させるのみではなく医療保険財政改善への寄与が期待できるものである。しかしながら、肝心の品質面で新薬との同等性に疑問があるなどの理由により、ジェネリックのシェアは政府目標よりかなり低水準にとどまっている。そこで、品質面での信頼性の獲得、安定供給の確保、ジェネリックメーカーから処方医への情報提供の推進等により、今後のジェネリックの一層の普及を図る必要がある。なお、このジェネリック医薬品の使用促進は、医療保険財政を改善させるのみならず、ジェネリックのメーカーや業界全体の振興にもなるため、広義の産業政策と言ってもよいものと考えられる。一方で、医療の質的向上をもたらすものは、画期的新薬の開発である。したがって、画期的新薬の開発をもたらす産業政策は、医療の質的向上（例えば、日本人の死因の一位を占めるがんに対する画期的治療に結びつく新薬の開発）という医療政策上の要請に応えるものであると言える。ただ、現状では我が国の新薬開発が海外流出を起こしつつあるという憂慮すべき事態にある。そのような状況を改善する策の一つは、日本国内での治験環境の向上である。また、新薬開発に係る産業政策では、税制措置が果たす役割も大きい。例えば、平成20年度に研究開発促進税制の改正があった。その改正では、法人税額から試験研究費を控除する割合が最大20%から最大30%に引き上げられた。これにより、試験研究費のウェイトが全製造業中で最高であるという産業特性をもつ医薬品産業のイノベーションを加速し、新薬の開発に結びつけるものである。また、先述したように今後も急速な人口の高齢化が見込まれるため、社会保障の給付が大きく膨らんでいくことが予想される。しかし、これは裏を返せば医療や介護等への需要が急速に拡大していくことを意味しており、それらを支える「産業育成」が、社会保障政策の観点からも必要であると言える。「医療」を根底から支える「医薬品産業」は、そうした産業育成を必要とする産業の代表格とも言えよう。最後に、一部繰り返しになるが、医薬品産業の産業政策と言った場合、医療保険財政の改善に資するジェネリック医薬品の使用促進という広義の産業政策と、研究開発促進税制等の税制措置等により新薬の開発を促す産業政策の二つに分けて検討する必要があることに留意したい。

A. 研究目的

人口の高齢化が進行する中での医療保険財政の逼迫化に着目し、これを改善するものとして政府が推進しているジェネリック医薬品の普及について、それを妨げているものは何か、普及を進めるには何が必要かを探った。また、医療の質的向上という医療政策上の意義の大きい画期的新薬の開発に係る産業政策について、研究開発促進税制等の税制等の観点から、考察を行った。

B. 研究方法

文献サーベイ

(倫理面への配慮)

実証分析を行っていないので、倫理面への配慮は必要ない。

C. 研究結果/ D. 考察

人口の急速な高齢化の進行により、医療・介護・年金の各社会保険制度は財政的逼迫の度合いが強まってきており、これらは我が国の国家財政全体にとって、大きな圧迫要因となっている。本稿ではこの3制度のうち、医薬品産業政策との関連が非常に大きい医療保険に着目した。介護も、介護保険制度の施行により在宅介護に民間企業が参入するなど、介護産業の育成という観点も、やはり必要である。年金制度にしても、100兆円をはるかに超える公的年金積立金の運用実績が、年金財政に大きな影響を与えるため、積立金の運

用に係る金融・経済政策的な観点は欠かせない。このように、社会保障制度の各分野で、産業・金融・経済といった分野との関連が強まっている。繰り返しになるが、本稿では、社会保障制度の中でも「産業育成」の観点から特に重要な医療と医薬品産業との関連に着目したのである。まず、医療保険財政の改善に資するジェネリック医薬品の使用促進については、政府の目標水準まで普及させるためには、とにかくジェネリックの品質を確保することが必要である。臨床現場では、ジェネリックが新薬にはなかった副作用をもたらすこともあるという。もともと、ジェネリックは先発品との生物学的同等性が確認されているはずであり、厚生労働省も、ジェネリックは先発品と「同じもの」ということを国民（患者）に啓発している。しかし、現場の医師や薬剤師は、患者に堂々とジェネリックは先発品と「同じ」であるとは言えない、という不信感を持っている。したがって、この問題をクリアしないことには、ジェネリックの普及促進は、まずあり得ないと考えられる。次に、新薬の開発については、医療の質的向上をもたらすという医療政策上の意義が極めて大きい。がん、認知症、その他の精神疾患、HIVその他の難病など、人類が克服しなければならない疾病に対しては、革新的な新薬・医療機器・医療技術の開発が必須である。新薬開発を担う製薬企業に経済的インセンティブを与えるには、薬価基準制度上の措置、産業政

策の一環としての研究開発促進税制等の税制措置などがある。平成 22 年度薬価制度改革では、新薬創出・適応外薬解消等促進加算が誕生することになっている。研究開発促進税制は、試験研究費の一部を法人税額から控除することにより、イノベーションを加速させ成長力・競争力の強化を図るといふ、産業政策、とりわけ研究のウェートの高い医薬品産業の産業政策に適した税制措置である。

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1.特許取得

なし

2.実用新案登録

なし

3.その他

なし

E. 結論

新薬の開発は医療の質的向上をもたらす一方、薬価基準制度を通じて医療保険財政に負荷を与え、ひいては我が国の社会保障の負担を大きくする。画期的新薬の開発については、そのイノベーションを高く評価する必要があるからである。このような新薬の開発等の医療技術の進歩と同様、人口高齢化が医療保険財政に大きな負荷を与える。今後、これらの要因で一層財政的負荷が大きくなるであろう医療保険財政の改善を図るため、政府はジェネリック医薬品の使用促進に力を入れている。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1.論文発表

なし

2.学会発表

我が国の医療保険財政を改善する医薬品産業政策（ジェネリック医薬品の使用促進等） について¹ —研究開発促進税制等の税制等による産業政策（新薬開発）にも着目して—

国立社会保障・人口問題研究所企画部第一室長 米山正敏

I. はじめに

周知のとおり、我が国では急速に人口の高齢化が進行しており、それに伴う医療需要の増大によって、我が国の医療保険財政は逼迫してきている。これを打開する有力な策がジェネリック医薬品（後発医薬品）の使用促進である。ジェネリック医薬品の使用促進は、医療保険財政の改善を通じて、社会保障財政ひいては国家財政の改善に資するものである。本稿ではまず、薬価の問題と関連づけて、ジェネリック医薬品の普及に関する現状・問題点、厚生労働省による使用促進について述べる。次に、内閣府総合科学技術会議による「平成 22 年度の科学技術に関する予算等の資源配分の方針」によると、「重点的に推進すべき課題」として「人の命を大切にす健康長寿社会の実現」が挙げられている。この「資源配分の方針」は、平成 21 年の政権交代により成立した民主党政権の下では初めて策定された方針であり、同党の基本的な政策(予算配分) 指針である「コンクリートから人へ」が反映されているものと考えられる。いずれにせよ、この「人の命を大切にす健康長寿社会の実現」の項目の説明は、「人の命を大切にす健康長寿社会のニーズに応えるため、革新的医薬品・医療機器等の開発を促進するとともに、革新的シーズの発掘に向けた基盤整備、レギュラトリーサイエンス等により質の高い医療サービスの提供に資するべく推進」とある。本稿では、このうち「医薬品（産業）」に着目し、革新的新薬の開発促進が上述の項目説明にあるとおり、質の高い医療サービスの提供に資するものであることから、わが国医療の質的発展に不可欠であることに留意する。この「医療の質的発展」は、社会保障政策の重要な一部分である「医療」政策上の大きな課題であり、革新的新薬の開発促進は社会保障政策上、大きな意義を持つことになる。本稿では、上述のジェネリック医薬品の使用促進等の議論の次に、医薬品産業の産業特性について述べる。そして、新薬開発に係る医薬品産業政策について、研究開発促進税制等の税制の観点等から述べる。さらに、現在のわが国の新薬開発の現状に触れ、特に「治験」の問題が新薬開発の海外流出につながっていることなどについて述べ、そして、医薬品の安全性確保とそれに係る職能を有する薬剤師等の任務等について触れ、最後に「結語」でまとめを総括する。なお、医薬品産業政策と言った場合、医療保険財政の改善に資するジェネリック医薬品の使用促進という広義の産業政策と、研究開発促進税制等の税制措置等により新薬の開発を促す産業政策の二つがあることに十分な注意が必要である。

II. 医療保険財政と平成 22 年度薬価制度改革—ジェネリック医薬品の使用促進を中心に— (1) 医療保険財政と平成 22 年度診療報酬改定について

現在、報道でも明らかのように、「医療崩壊」が全国各地で進行中と言われている。その原因の一つに、診療報酬の相次ぐ引き下げがあることは明らかである。2年に1度の診療報酬改定が平成 22 年度に行われるが、医療崩壊を防止するため診療報酬の引き上げを主張する厚生労働省と国家財政規律の面からそれを認めない財務省との厳しい折衝の結果、全体改定率+0.19%と10年ぶりにプラス改定となった。これに対する評価は、各医療団体等によりまちまちだが、筆

者の個人的見解としては、とりあえずプラス改定を「勝ち得た」と評価してよいものとする。なお、全体改定率の内訳を見ると、「診療報酬改定(本体)」は、改定率+1.55%、「薬価改定等」は、改定率▲1.36%で、うち「薬価改定」に絞ると▲1.23%（薬価ベース▲5.75%）となっている。したがって、薬価改定については相変わらずマイナス改定が続いている（表1）。

<表1> 薬価改定率の推移

改正年月日	引き下げ率	
	薬剤費ベース(%)	医療費ベース(%)
昭和42 10.1	10.2	-
44 1.1	5.6	2.4
45 8.1	3.0	1.3
47 2.1	3.9	1.7
49 2.1	3.4	1.5
50 1.1	1.55	0.4
53 2.1	5.8	2.0
56 6.1	18.6	6.1
58 1.1	4.9	1.5
59 3.1	16.6	5.1
60 3.1	6.0	1.9
61.4.1	5.1	1.5
63 4.1	10.2	2.9
平成元 4.1	プラス2.7	プラス0.65
2 4.1	9.2	2.7
4 4.1	8.1	2.4
6 4.1	6.6	2.0
8 4.1	6.8	2.6
9 4.1	4.4	1.27
10 4.1	9.7	2.7
12 4.1	7.0	1.6
14 4.1	6.3	1.3
16 4.1	4.2	0.9
18 4.1	6.7	1.6
20 4.1	5.2	1.1
22 4.1	5.75	1.23

出所：新医薬品産業ビジョン<資料> 厚生労働省（2007）

<表2> 主要4カ国における GDP と薬剤費の伸び（1993～2003年）

1993～1998		
	薬剤費 年平均成長率(%)	GDP 年平均成長率(%)
米国	9.3	5.7
フランス	4.4	3.5
ドイツ	4.8	3.0
日本	-0.1	1.2

1998～2003		
	薬剤費 年平均成長率(%)	GDP 年平均成長率(%)
米国	12.0	4.7
フランス	6.6	3.7
ドイツ	4.5	1.9
日本	1.6	-0.7

出所：

製薬産業の将来像～2015年に向けた産業の使命と課題～（2007 医薬産業政策研究所）図表 3-3-16 を筆者が一部改変。（もともとの図表 3-3-16 の出所は、OECD HEALTH DATA 2006）

このことが、わが国医薬品市場の停滞を招き、新薬開発の海外流出の一因と言われている。しかし、医療保険財政の改善の面から見ると、このような薬価マイナス改定が大きく貢献していることは明らかである。つまり、このようなわが国における厳しい薬価抑制策が、詰まるところは医療費の抑制のためであることは言うまでもない。ここで、薬剤費の国際比較を行ったのが、表2である。国際的に見ても、わが国における薬剤費の抑制ぶりが際だっていることが理解できよう。ところで、平成22年度薬価制度改革の骨子²の「基本的考え方」では、「平成20年度薬価制度改革と同様、特許期間中の革新的新薬の適切な評価に重点を置き、特許の切れた新薬については、後発医薬品への置き換えが着実に進むような薬価制度としていくこととする。」と書かれている。これは、革新的新薬の開発の推進を図る一方で、後発医薬品の使用促進により、医療保険財政の健全性を強化するという意図のものである。そこで、まず、「特許期間中又は再審査期間中の新薬の薬価改定」に係る平成22年度薬価制度改革について、先の骨子から引用して示す。その次の(2)で、後発医薬品についてその使用促進を中心に論及することとする。「特許期間中又は再審査期間中の新薬の薬価改定」については、上記骨子に以下のように述べられている。「現行の薬価改定ルールの下では、市場実勢価格に基づき2年ごとにほぼ全ての新薬の薬価が下がる仕組みとなっているため、製薬企業にとっては開発コスト等の回収に時間がかかり、結果的に革新的な新薬の創出や適応外薬³の問題などへの対応が遅れ、「ドラッグ・ラグ⁴」の問題に繋がっているとの指摘がある。このような状況にかんがみ、喫緊の課題となっている適応外薬等の問題の解消を促進させるとともに、革新的な新薬の創出を加速させることを目的に、後発医薬品が上市されていない新薬のうちその乖離率が全既収載医薬品の加重平均乖離率の範囲内の新薬について、「市場実勢価格加重平均値+調整幅2%で算定される薬価」(以下「市場実勢価格に基づく算定値」という。)に対して、「加重平均乖離率-2%」×0.8を加算(以下「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」という。)することとする。なお、改定前薬価を上限とする。」この骨子中に、今述べた「新薬創出・適応外薬解消等促進加算」の目的として、「後発医薬品が上市されていない新薬のうち一定の要件を満たすものについて、後発医薬品が上市されるまでの間、市場実勢価格に基づく薬価の引下げを一時的に緩和することにより、喫緊の課題となっている適応外薬等の問題の解消を促進させるとともに、革新的な新薬の創出を加速させる。」と述べられている。

(2) ジェネリック医薬品(後発医薬品)の使用促進等について

日本国政府は、ジェネリック医薬品の使用促進による医療保険財政、ひいては社会保障財政・国家財政の改善のために、「平成24年度までに、後発医薬品の数量シェアを30%(現状から倍増)以上」⁵にするという目標を立てている。因みに、近年のジェネリック医薬品の数量ベースの国内シェアの年次推移を示したのが、表3である。

<表3>ジェネリック医薬品の国内シェアの年次推移

年度	15年度	16年度	17年度	18年度	19年度
数量	16.40%	16.80%	17.10%	16.90%	17.20%

出所：日本ジェネリック製薬協会調べ

ところで、ジェネリック医薬品が新たに上市された場合のその薬価は、先発品の0.7倍とするのが基本である。したがって、ジェネリック医薬品は患者負担を軽減できる一方、医療保険財政をも改善させるのである。そこで、実際のところ、ジェネリック医薬品の数量シェアの拡大

と医療保険財政の改善との関連はどうなっているのだろうか。薬事ハンドブック 2009(じほう)によると、2008年度から2012年度(平成24年度)までの5年間で、上述のように後発医薬品の数量シェアを30%以上に拡大するという目標を達成した場合、その医療費削減効果は国庫負担ベースで約1,000億円とされる。また、経済財政諮問会議では、ジェネリック医薬品の数量シェアを40%に引き上げれば、医療費の国庫負担を3年で2,200億円削減できるとの試算を平成20年の段階で公表している⁶。このように、財政的効果がかなりあるジェネリック医薬品であるが、19年度の数量ベースでのシェアは17.2%と、上述の政府の目標とは程遠い。ジェネリック医薬品が思うように普及しない理由は、いかなるところにあるのだろうか。まず、①ジェネリック医薬品の品質に対する、医師・薬剤師(医療側)と患者側の双方からの不信感、が挙げられよう。特に、医療側は「先発品と後発品が同等ではない」(例えば、微量な副生成物が違っていたり、添加剤も違う等)ということを疑っているし、実際の臨床現場で後発品のみ副作用が出ることがあることも知っているのだ。次に、②先述したように、後発品の薬価が先発品の0.7倍に基本的には設定されるため、先発品とジェネリックの患者負担額の差がそれほど大きくない⁷(患者が後発品を用いようとする経済的インセンティブが余り大きくない)、③安定供給への不安、④ジェネリックメーカーから処方医への情報提供の不足(ジェネリックメーカーから医師のところにはMRが殆ど来ないなど)、⑤ジェネリック医薬品に対する国民の認知度の不足、といったことが挙げられよう。最後の⑤については、普段、病気をしていない健常者が、たまに病気にかかって薬局で「ジェネリックがあるのですが、いかがですか?」と聞かれたとしても、「ジェネリックって、一体何だ?」と思うのがオチであろう。筆者の個人的感想としては、健常者はそもそも薬などに関心はなく、したがってジェネリックを知らなくてもおかしくはない、という感がするのである。さて、このような現状に対し、政府(厚生労働省)はいかなる対策を取ろうとしているのか。平成19年の「後発医薬品の安心使用促進アクションプログラム」(厚生労働省)や平成22年度診療報酬改定に関する「後発医薬品の使用促進のための環境整備の骨子」⁸がある。まず、「アクションプログラム」について説明する。このプログラムには、後発医薬品メーカーにおいて達成すべき目標が定められている。安定供給(納品までの時間短縮、在庫の確保など)、品質確保(品質試験の実施等、品質再評価時の溶出性の確保など)、情報提供(添付文書の充実、医療関係者への情報提供など)の3本柱に対しての数値的なものも含めての目標設定である。次に、「骨子」を見てみよう。ここで一番効果があると考えられるのは、「薬局の調剤基本料における後発医薬品調剤体制加算の見直し」であろう。これは、後発医薬品の薬局での調剤に経済的なインセンティブを与えるものであるが、平成22年度における当該見直しの核心部は、従来の後発医薬品調剤体制加算の要件が、「処方せんベースでの後発医薬品の調剤率 30%以上」であったのを「数量ベースでの後発医薬品の使用割合が20%以上、25%以上及び30%以上の場合に段階的な加算を適用することとし、特に25%以上及び30%以上の場合を重点的に評価する」に改めることである。なお、平成20年度診療報酬改定においては、処方せん様式の変更が行われた。すなわち、処方医が後発医薬品への変更を不可と認めるとき、所定の欄に署名を行うこととしたものである。これにより、処方医の後発医薬品への変更の可否についての処方せんへの記載にかかる負担の軽減が図られたものである。その他に、全く別の観点からジェネリック医薬品の使用促進が期待できる策について述べる。それは、医療機関におけるDPC(診断群分類包括評価)の導入の推進である。DPCは医療費の定額支払制度に使われる評価方法であり、これを用いると出来高払制とは逆に、行う医療行為が少なければ少ない程利益になるので、入院調剤は医療機関の経営上、ジェネリック医薬品にシフトしていく⁹ことが考えられるのである。

Ⅲ. 医薬品産業の産業特性

この節では、最初に我が国医薬品産業の産業実態についてごく簡単に触れた後、「医薬品産業と産業政策」¹⁰での議論等を参照して同産業の産業特性について詳論する。

まず始めに、わが国医薬品産業の市場規模と雇用規模について触れる。平成19年度における国内売上高は7.96兆円、海外売上高は2.06兆円であり、合計で10.02兆円となっている¹¹。日本の医薬品産業は、10兆円産業の仲間入りをしているのだ。次に雇用規模については、平成19年度において医薬品関係従業者数は15.9万人となっている¹²。次に、医薬品産業の産業特性を列挙する。まず、①医薬品産業はソフト産業であるということである。同産業は、産業分類では化学工業に属するが、石油化学工業が素材産業であるのに対して、高度の知識・情報を内蔵する「クスリ」という製品を生産する医薬品産業は、創造的知識融合型のソフト産業であるといえる。「製薬産業の将来像～2015年に向けた産業の使命と課題～」（医薬産業政策研究所、2007年。以下「本レポート」という。）の言い方では、知識集約型・高付加価値型産業であるということである。②制度依存型産業であることである。薬剤費が薬価基準で公的に定められ、公的医療保険制度の枠組みに乗っかっている産業だからである。新医薬品産業ビジョン（2007、厚生労働省）の表現を使えば、「医療保険が適用される医療用医薬品の価格は公定されており、企業が自由に設定できない」ということになる。③消費者能力が欠如していることである。このことは、医薬品産業の最大の産業特性であり、医薬品市場での情報の非対称性をもたらすものである。したがって、医薬品市場では消費者主権が成立せず、製造者側に厳しい薬事規制が行われているのである。なお、この薬事制度は、「情報提供」ということのほかに、新医薬品産業ビジョンの中に出てくるように、医薬品が国民の生命・健康に重大な影響を与えるという性格から、その品質、有効性及び安全性の確保を目的として医薬品産業に規制を課すものでもある。④研究開発がリスクであることである。巨大な研究開発費と、リードタイムの長さ（医薬品の研究開発に要する期間は10年から20年もかかる）にも拘わらず、必ずしも有効な新薬を生み出すわけではなく、非常にリスクである。なお、本レポートによると、売上高に占める研究開発費の占める割合が高いことは、医薬品産業の大きな特徴である。2005年度において、医薬品におけるそれは14.5%と全製造業の中でずば抜けて高い（電気機器5.6%、精密機器5.0%、自動車3.8%、製造業全体で3.6%。本レポートより）。⑤内需依存型産業であることである。表4は、わが国の医薬品輸出入額を示したものであるが、輸出入比率（輸出÷輸入）は2000年の

<表4>わが国の医薬品輸出入額

(単位:百万円、%)

年	輸出		輸入		入超	
	金額(A)	対前年伸び率	金額(B)	対前年伸び率	金額	A/B倍※
2000	294,398	7.4	513,636	△1.6	219,238	0.57
2001	331,628	12.6	611,895	19.1	280,267	0.54
2002	351,825	6.1	677,236	10.7	325,411	0.52
2003	368,768	4.8	716,502	5.8	347,734	0.51
2004	383,028	3.9	769,196	7.4	386,168	0.5
2005	367,664	△4.0	905,966	17.8	538,302	0.41
2006	372,115	1.2	991,234	9.4	619,119	0.38
2007	374,417	0.6	1,078,431	8.8	704,014	0.35

※輸出入比率

出所：日本製薬工業協会 DATA BOOK 2009 より、筆者が一部改変。

同 DATA BOOK 2009 における元々の出所は、財務省「貿易統計」