

# 国立大学法人の借入金（教育ではなく医療；財務省）

㊦ 42国立大学法人(医学部のある大学)

**1兆0,035億1,132万4,000円**

北大：244億5,861万4,000円

東北：526億4,034万9,000円

東大：679億2,483万9,000円

名大：500億2,582万9,000円

京大：288億0,576万9,000円

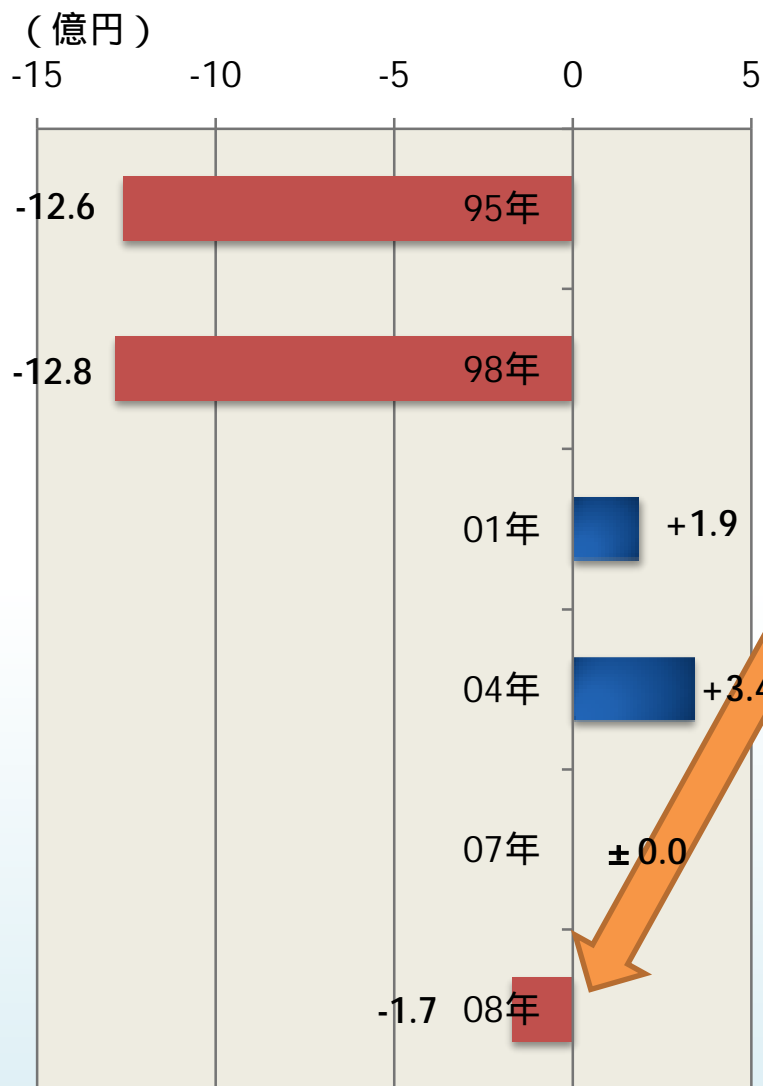
阪大：368億5,182万4,000円

九大：627億3,905万6,000円

(山形大学：126億7,228万7,000円) 2007年度



# 山形大学病院の単年度収支の推移 ～ 経営改善取り組みと限界～



■ 附属病院の経営改善が進む大学

順位	大学名	附属病院収益力
1	山形大学	99.7%
2	高知大学	102.1%
3	佐賀大学	102.2%
4	滋賀医科大学	103.7%
5	香川大学	104.4%
6	秋田大学	104.5%
7	宮崎大学	105.4%
8	旭川医科大学 大分大学	106.1%
10	三重大学	106.8%
11	鳥取大学	107.2%
12	浜松医科大学	108.4%
13	山梨大学	109.2%
14	岡山大学	109.3%
15	福井大学	109.5%
16	群馬大学	110.4%
17	山口大学	110.8%
18	名古屋大学	111.3%
19	筑波大学	111.6%
20	千葉大学	111.7%

(注) 附属病院収益力(=附属病院運営費交付金を除く経常費用÷経常収益)

『週刊東洋経済』  
2005年10月15日号  
Yamagata University  
T. Kayama



私立大学病院

思い切った人材とマネジメント力の強化が必要

こみや きよし 小宮 清 (聖マリアンナ医科大学常任理事)

私立大学病院でも、医師の量的不足が生じ、医療の質の低下をいかにとめるかが大変な問題になってきている。特にこの2〜3年は、大学病院間の明暗が明らかになり、格差が拡大している。

その理由の1つは、大学病院のロケーションにあり、やはり東京都内に立地する大学病院が圧倒的に優位である。これは、2004年度から開始された臨床研修制度の影響が大きい。研修医が自分で研修先を選ぶようになり、ロケーションや待遇のいい病院に研修医が集まるようになった。それでもう1つが、大学病院間の収益性の差である。数年前、私立医科大学協会のデータを基に大学病院（本院、分院合計）の収益性を分析したところ、病床1床当たりの年間帰属収支差額（利益額、減価償却前）において、マイナス735万円からプラス365万円まで、実に1100万円の差が認められた。格差要因の1つは前述のロケーションにあり、病床1床当たりの年間室料差額収入は、16万円から290万円まで20倍近い開きがあった。高い差額ベッドが設定できるか否かは、立地環境によるものである。それ以上に大きい要素が、03年度から導入されたDPC（入院費包括払い）制度に対応する医療資源とマネジメント力の格差である。DPC下での医療では、高速、高回転の運営が求められるため、手術室、集中治療などの施設・設備はもとより、それを支える医師、看護師などの人的資源が従来以上に必要となった。

また、国公立大学と私立大学の大きな違いとして、国公立が多くの場合、本院1病院しか持たないのに対して、私立大学の場合は地方自治体の進出要請などもあり、大半が複数の付属病院を設置し、運営してきたことが挙げられる。前述のように臨床研修制度が導入され、医師が分散すると、多くの病床を抱える私立大学病院は経営の維持が難しくなった。看護職についても06年度から導入された7対1看護制度により、看護師の争奪戦が全国的に発生した。その結果、看護師を十分に確保できなかった大学病院は、病棟の閉鎖を余儀なくされた。7対1看護とは、看護師1人に対する患者の人数を7人とすれば、診療報酬が増えるという制度である。

優れた人材に患者はついてくる

ロケーションや歴史、ブランドにハンディキャップを持つ私立大学病院は、なす術がないのであろうか。その答えとして、医学・医療の原点に返って技術力・指導力を重視し思い切った人材確保を行った大学は確実に発展している、ということを示さべし。多くの私立大学は、ともすれば自学の同窓から指導者を出す慣習があった。しかし、その考えを捨て、最適な人材が実際に見当たらない場合、外部の優秀な人材を積極的に獲得している大学は強い。

情報化により国民の医療を見る目が肥えてきた昨今、こうした人材には患者も着実についてくる。患者の増加はは例の増加につながり、医局に人が戻ってくる。また、優れた指導者は今後伸びる技術を先取りする力があるから、部下を研修に出し、先端技術を取り入れることにより医局全体のレベルを上げることができ。その結果プラスの循環ができていく。

病院長への権限と責任の付与も重要である。従来、診療分野ごと各医局の人事で決定されてきた医師の配置について、病院長が関与できる体制が必要である。医師に限らず大学・病院全体として、外部の人材やノウハウを貪欲に取り込むことが必要な時代となってきている。これを企画・実行するには病院組織や教員組織だけではなく、積極的に関与することが不可欠である。確固たる方針と戦略の下に、マネジメントサイドと診療サイドがスクラムを組んで上記の強化を行うことが、これからの私立大学病院に求められている。

基礎・臨床研究の衰え

医学研究、高度先進医療の開拓実施

従来、医学教育については、文部科学省が認可したカリキュラムに則って行われていた。しかし、その内容の詳細に関しては、実習がほとんどである。

ど行われなかったり、教授の興味と少なさからず行われていた。そうしたなかで、ゆとり教育を経た学生が入学し、教員が学生に合わせて教育し



さまざまな問題を抱える臨床研修制度

04年度の国立大学病院の運営費交付金は、42病院全体で584億円だったが、この6年間で3分の1の2である。従来、医学教育については、文部科学省が認可したカリキュラムに則って行われていた。しかし、その内容の詳細に関しては、実習がほとんどである。

加えて、医学部以外の学部の建物や機材は国が国家事業として経費を賄うのに、大学病院の施設や機材は借入金として位置づけられ、国は1割を負担するが、残り9割は国立大学病院が収入のなかから負担することになっている。このため、国立大学病院は毎年10億〜50億円を支払っているのだ。高度先進医療を提供している国立大学病院の施設費や機材費という国に対する「借金は、法人化した時点でゼロとしてスタートすべきだったのに、前述したように

国立大学病院 今年度8割が赤字の見込み 研究体制も崩壊に瀕している

独立行政法人化により交付金が減った国立大学病院、高度先進医療の「最後の砦」が苦境に陥っている。

大学病院の医療は、高度先進医療を行うことで、各地域の医療の「最後の砦」の役割を担っている。国立大学協会が調査した結果からも、難易度を5段階に分けた医療困難例のほとんどを大学病院が行っている。このなかには、救急や新しい抗がん剤、先進医療機器を用いた医療があり、現在の医療費の仕組みでは不採算になる。そのため国立大学病院には、医薬収入（売上高）を補う病院運営費交付金が、文部科学省から交付されてきた。

しかし、2004年度から国立大学が独立行政法人に移行したことによって国立大学病院も事態が変わった。国立大学病院は6年の中期計画の提出を求められ、これに則った運営が求められた。と同時に、交付金の削減も定められ、国費支援の1%と病院運営費交付金の2%相当分が削減されることになったのだ。特に運営費交付金削減の影響は大きく、例えば、医療収入が200億円の病院では、4億円の運営費交付金が削減される。これを補填しようと努力して翌年、210億円の医療収入を上げると、運営費交付金は4億2000万円減らされることになる。250億円なら5億円だ。

07億円まで減少している。一般企業なら、倒産の事態に匹敵する。こうしたなかで病院経営を何とか維持することができたのは、各大学病院が手術件数を増やしたり、患者の在院日数を減らしたりと、営利中心の運営を行ったからである。その結果が、後述する各大学の研究力の低下に表れている。このままでは日本の医療は世界から取り残されかねない状態にある。

加えて、医学部以外の学部の建物や機材は国が国家事業として経費を賄うのに、大学病院の施設や機材は借入金として位置づけられ、国は1割を負担するが、残り9割は国立大学病院が収入のなかから負担することになっている。このため、国立大学病院は毎年10億〜50億円を支払っているのだ。高度先進医療を提供している国立大学病院の施設費や機材費という国に対する「借金は、法人化した時点でゼロとしてスタートすべきだったのに、前述したように

加山 孝正 (山形大学医学部研究科長、医学部長)

毎年数十億円を返済している。借金の額は、最大の東京大学の約600億円をはじめ、42病院で計1兆円に上る。そのうえ、毎年2200億円の医療費の減額が医療収入を圧迫し、大学病院教員、職員の過重労働ともなっている。わかつて、ただでさえ、3大学が労働基準法違反として動告を受けている状態である。08年から始まった医学部定員増は、国が医師不足を認め増員することになったものだ。しかし、国家公務員給与削減減額が重なり、国立大学病院では学生数が増えているにもかかわらず、教員や事務職員数は減員しているのが現状だ。

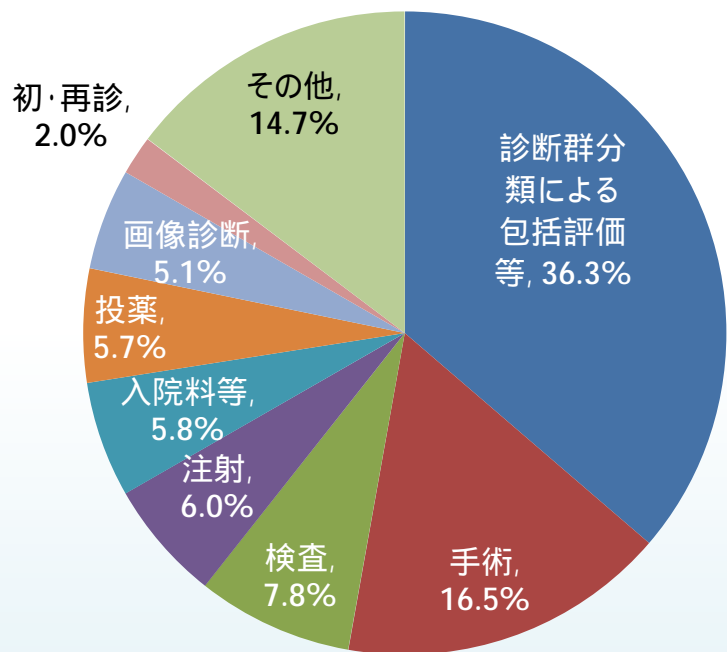
国立大学病院全体をキャッシュフローで見た場合、07年度は28病院08年度は30病院が赤字に陥っており、09年度は33病院とまだ約8割が、総額1500億円強の赤字になる見込みである。国立大学病院全体の病院収入は、07年度で739.2億円である。

1973年の1単一医科大学構想により、国立大学病院が地方の医療レベルも高く維持してきた。しかし、もはや国立大学医学部と付属病院は、崩壊を起し始めている。国立大学がうまく機能しなければ、日本の医療は医学教育、研究も含め破綻するといえる。

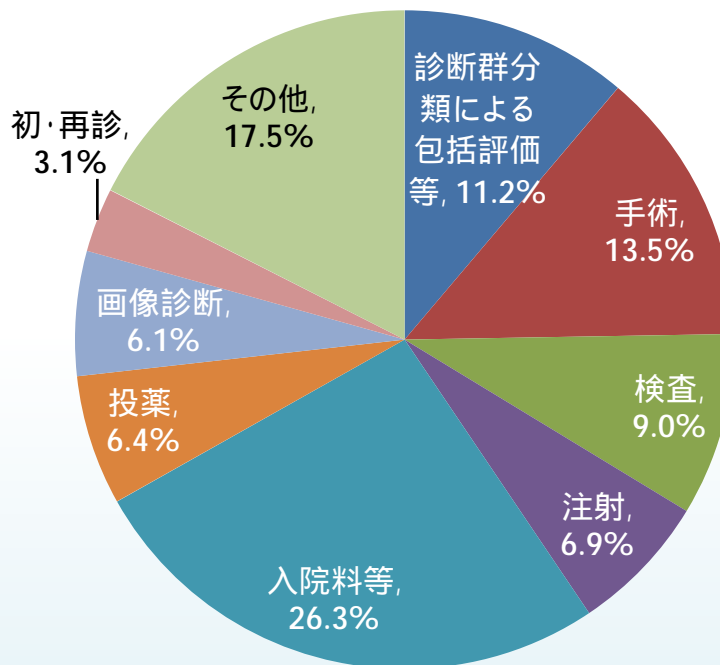
なければ従来の教育結果が出ないという状況が起り始めた。そこで、03年ごろから医学教育のモデル創設の動きが始まり、コアとなるカリキュラムが創成された。医師として最低限の教育に加え医学研究、最先端医学も教えており、現在、私立を含め全国80の医科大学で実施され、完全ではないが均質化しつつある。研究に関しては、04年度から臨床研修制度が行われるようになって、基礎研究分野へ進む学生がほとんどいなくなっている。優秀な研究者を輩出している東京大学医学部でさえ、基礎研究者となった卒業生は、07年はゼロ、08年は1人である。臨床研究の分野でも、一昨年は世界でもっとも評価が高い医学雑誌の一つのPLOS [The New England Journal of Medicine]に、日本のがん研究の臨床論文が1篇も採択されなかったことが、医学界を震撼させた。基礎研究の崩壊は、臨床研修制度でプライマリケア医師（一般医、家庭医）としての医学士を員に強制したことが原因だ。臨床研究は国家の研究費が原因で問題である。すぐに産業になると考えられる研究分野に対して主に配分されているからだ。高リスクの高度先進医療は医療訴訟の増加が医療の委縮を呼んでいる。一刻も早く患者と医療者の信頼関係を築くことが大切だ。

# 特定機能病院の医療費の内訳

## 特定機能病院



## 一般病院



入院料等=入院基本料, 特定入院料, 入院料等加算, 短期滞在手術基本料