

国立大学医学部長会議常置委員会からの要望書

自由民主党総裁	麻生 太郎	殿
自由民主党幹事長	細田 博之	殿
自由民主党政務調査会長	保利 耕輔	殿
民主党代表	鳩山 由紀夫	殿
民主党幹事長	岡田 克也	殿
民主党政務調査会長	直嶋 正行	殿
公明党代表	太田 昭宏	殿
公明党幹事長	北側 一雄	殿
公明党政務調査会長	山口 那津男	殿

国立大学医学部長会議常置委員会

委員長	安田 和則	(北海道大学)
副委員長	馬場 忠雄	(滋賀医科大学)
顧問	前川 剛志	(山口大学)
常任幹事	清水 孝雄	(東京大学)
常任幹事	大野 喜久郎	(東京医科歯科大学)
常任幹事	中谷 晴昭	((千葉大学)
委員	嘉山 孝正	(山形大学)
委員	内山 聖	(新潟大学)
委員	宮脇 利男	(富山大学)
委員	玉置 俊晃	(徳島大学)
委員	松山 俊文	(長崎大学)
委員	寺尾 俊彦	(浜松医科大学)
委員	原田 信志	(熊本大学)

国立大学医学部長会議は昭和 29 年に設立され、我が国における医学の教育、研究等に係る諸問題及び関連する重要事項について協議し、政府に対して提言を行ってまいりました。特に近年、厚生労働省が制定した新卒後臨床研修制度の施行を直接的引き金として始まった医療崩壊という国家的大問題に対して、国立大学医学部長会議は平成 20 年 5 月の国立大学医学部長会議総会「医師数削減を決めた閣議決定の見直し」決議、平成 21 年 3 月の「医学部学生定員増と医学教育環境の抜本的改善に関する国立大学医学部長会議常置委員会からの要望書」、平成 21 年 6 月の「財政制度等審議会の答申に関する

国立大学医学部長会議常置委員会からの要望書」などの提言を政府に対して行ってきました。その骨子は、人口当たりの医師数を国際水準に引き上げるために国立大学医学部入学定員を大幅に増員し、同時に医学教育の質を維持するために学部定員増に見合った医学部教職員数を国際水準まで増員し、また教育施設の整備および教育経費の措置を行なうことであります。しかし昨年および今年の政府の施策を見ると、医学部入学者定員増のみが行われる中で教育の質の維持への措置はなされず、地域枠の導入はむしろ問題を複雑化させております。政府は国立大学医学部長会議の提言の本質を理解していないと言わざるをえません。一方、現在、国政選挙に向けて各政党からマニフェストが発表されています。しかしいずれのマニフェストにおいても教育の質を維持するための措置を明記したものはなく（資料1）、ここでも国立大学医学部長会議が行ってきた提言の本質が正しく理解されていないと言わざるをえません。このまま教育の質維持への措置がなされることなく医学部入学者定員増のみが行われることになれば、日本の高い医療レベルを支えてきた質の高い医学教育は一気に瓦解し、本邦の医療崩壊はさらに進むことになります。この状況を国立大学医学部長会議は座視していることはできません。ここに医学部長会議は各政党に対して提言を行い、その理解と実施を要望いたします。

1) 現在、本邦の人口 1, 000 人当たりの医師数は、OECD 加盟 30 か国中 26 位の低水準にあり（資料2、3）、この人口当たりの医師数を国際水準まで引き上げるべきである。そのためには国立大学医学部入学定員を計画的に増員する必要がある。この医学部学生定員の増員に関しては、医学部における医学生教育の質を維持することが絶対的必要条件である。それには学生当たりの医学部教職員数を国際水準まで増員し、また定員増に見合った教育施設の整備、教育経費の措置が必要である。現在、日本の高等教育費はOECD加盟30カ国中28位という低水準にある（資料4）。このまま医学部学生定員の増員のみが行われた場合は、医学生教育の質を維持することは困難であり、近い将来に日本の医学教育および研究、ひいては日本の医療は確実に崩壊すると考えられる（資料5）。これを避けるためには、昭和31年に制定された大学設置基準（資料6）を見直し、高等教育費を国際水準に増額することを要望する。

2) 医学部学生定員の増員方法に関して、メディカルスクールを設置しようとする構想があるが、これも最終的に育成される医師の質を考えるとなく、医師数の増加のみを安易に企図するものであり、質の悪い医師の濫造、医師の二層構造化につながる危険性が高い。国立大学医学部長会議はメディカルスクール構想に反対する。

3) 現在、本邦では基礎医学・社会医学、臨床医学のいずれの領域においても研究医の不足が深刻な問題であり、10年後には基盤的医学研究・教育を行う医系教員を確保できなくなる可能性が高い。医療の質はその国の基盤的医学研究によって支えられて

おり、後者の崩壊はその国の医療の質の低下をもたらす。一度この状況に陥れば、いかなる措置を行ってもその回復には数十年を要する。そのような状況を回避するために、医学部に起点を置く研究医養成のための具体的施策を直ちに進めるべきである。

4) 大学病院の借入金（医学部のある 42 国立大学全体で 1,003,511,324,000 円）を解消し、また大学病院への運営費交付金の増額を要望する。本来、国立大学が法人化された時に解消すべきであった借入金を、現在、国立大学では教職員が働いた大学病院の収入（医療費）から返済しており、国立大学法人経営の大きな足枷となっている（資料 7、8）。また各地域医療において「最後の砦」病院の役割を努める大学病院への運営費交付金はこの 6 年間で 584 億円から 207 億円にまで減額された（資料 9）。これがキャッシュフローでみた場合の国立大学病院の赤字と教員（医師）の過重労働につながっている（資料 10）。この要望が実現すれば各大学病院は経営の健全化、医師の増員と待遇改善、学生・研修医教育の質の向上、地域医療支援機能の拡大が見込まれ、医療崩壊の阻止のみならず、医学教育の質の向上にも貢献できる。

5) 上記の状況の根底にある低医療費政策を改め、医療費を国際水準まで引き上げるべきである。現在の医療崩壊の根底にある原因の一つは、日本の医療費が国際的にみて先進国（OECD 加盟 30 カ国）の中で 21 位と低位にあるという事実であり（資料 11）、この事実を国民に提示し、本質に迫る政策の議論を行うべきである。医療費を先進国並に増額しなければ医療崩壊はさらに進行すると考える。

6) これらの提言は総てが関連を持っており、総てが実施されるべきである。一部のみの実施は効果を持たず、むしろ事態を悪化させる可能性があることを強調したい。

（平成 21 年 8 月 20 日）

	自民党	民主党	公明党
財源	消費税を含む税制の抜本的改革で、「中福祉・中負担」の社会保障制度を構築。	総予算の徹底的効率化、ムダづかい・不要不急な事業の根絶。埋蔵金の活用。租税特別措置などの見直し。	一般歳出のうち社会保障関係費を除く分野において1割(約2兆円)をめどに削減・合理化。“埋蔵金”の有効活用など。
医療費・診療報酬関連	救急や産科をはじめとする地域医療確保のため、来年度はプラス改定実施。	総医療費対GDP比をOECD加盟国平均まで引き上げ。医師・看護師・その他医療従事者の増員に努める医療機関の診療報酬(入院)の増額。外来管理加算の5分要件の撤廃。領収書の発行。	先進国の水準に比較して低い医療費水準の引き上げ。
医療提供体制	救急医療・産科医療などの整備。医学教育の充実と勤務環境の改善など地域医療の砦たる大学病院の医療体制を整備し、医師偏在の解消に向けた臨床研修医制度とする。	国立大学附属病院などの再建のため、病院運営費交付金を従来水準に回復。救急・産科・小児・外科等の医療提供体制再建のため医療計画の抜本的見直し。後期卒後臨床研修は、総合臨床医・へき地医療一度・産科・救急・小児・外科医療などでの研修にインセンティブをつけ、偏在を解消。救急搬送・救急医療の連携強化。	大学病院の充実(医師等勤務環境の改善や救急医療体制の整備)。「救急医療基本法」(仮称)の制定など救急医療の充実。
医療従事者	救急医療・産科・小児科・へき地医療の担い手である勤務医の確保。今年度約700人増員した医学部定員は、今後も医療確保のために増員。	OECD平均の人口当たりの医師数を目指し、医学部定員を1.5倍に。短時間正規勤務制の導入・公的兼業の解禁などにより、現役医師の活用。「医療従事者等確保支援センター」(仮称)設置で医療従事者の確保等を支援。勤務医の就業環境の改善、医療従事者の職能拡大と定員増。	医師等の養成数の充実、研修体制の見直しと医師派遣システムの強化で、医師不足地域の解消。救急・産科・小児科・麻酔科などでの医師不足解消のため、診療報酬の充実や臨床研修における科目ごとの医師養成数の目標設定。女性医師等の復職支援の実施。勤務医等の勤務環境の改善。
医療安全		無過失保障制度を全分野に拡大し、公的制度として設立。「医療対話仲介者(メディエーター)」を一定規模の医療機関に配置。医療機関に、医療事故の調査委員会設置や事故情報の届け出義務化。ADRの導入。	「産科医療補償制度」の円滑な運用、医療事故の原因究明体制の整備、裁判外紛争処理制度の創設。

	共産党	社民党	国民新党
財源	消費税増税に反対。軍事費や大型開発などのムダの排除、大企業・大資産家への行きすぎた減税を見直し。社会保障などの財源を確保。	不公平税制の是正、財政支出の抜本的見直し。医療・介護の国の負担割合の引き上げ、保険料・利用料の減免。	消費税は上げず、全額、社会保障のための目的税(年金は除く)。特別会計・一般会計の一体的運用とムダの排除。
医療費・診療報酬関連	総額削減・保険外診療の拡大の廃止。	-	医療費を OECD 先進国並みに引き上げ。
医療提供体制	外来・入院、医科・歯科のいずれでも、安全・安心で質の高い医療が受けられる医療提供体制を確立。	療養病床の削減計画・リハビリ制限の中止。病院との連携、救急搬送システムの整備と連携強化。	救急病院のたらいまわしの改善についても緊急に対応。
医療従事者	医学部定員を 1.5 倍。看護師の増員と労働条件の改善で看護師 200 万人体制。	医師数の増加、総合医の育成。看護師等の待遇改善。	医師、看護師、介護士の不足の解消。高齢化社会に対応。
医療安全	-	-	-

国立大学医学部長会議

大学医学部の教育病院のあり方に関する検討委員会

大学医学部の教育病院の在り方に関する検討委員会委員長 嘉山 孝正

平成21年8月21日

自民党マニフェストおよび民主党マニフェストへの評価

「評価の基本的考え方」

マニフェストとは、施策実行の柱と考える。従って細かい記載はいらないが、その政策の方針が具体的に明記されていなければマニフェスト；契約、約束にはなっていないものと判断する。たとえば、某省庁が、「福祉のために本資金（年金）を施設をすることができる」と記載したが、この記載に基づいて、多くの建物を創設し、また人件費は特別会計から外し一般会計へ組み入れた事が良い例である。キイは「施設」と「することができる」である。従って、いくら一般論でよいといっても、マニフェストにはキイとなる語が入っていなければ意味をなさないと考え評価した。

評価の基本方針は、国民の要求する医療に対応するために必要な事物へ焦点をあて、

- 1, 医療、教育を対象として評価する。
- 2, 国立大学医学部長会議が従来から主張してきた事物を基準に評価する。（資料1）

とした。

評価基準

1, 医療崩壊の原因

- 医療費の削減を先進国とは逆行して行ってきたこと。
- 医師数の制限が社会情勢（国民の高齢化、高度医療化、国民の求める医療の質の向上）を勘案せずに行われたこと。

- 医療を取り巻くインフラの整備が不足していること。事務職、看護師、医療関係技師等の絶対数の不足に対応しなかったこと。（そのため大学を含む勤務医の職場環境の劣悪化が生じ、職場立ち去りが生じた。）
- 先進国ではあり得ない医療問題の刑事事件化等、患者と医療の不信感が無為に増加したこと。（双方に問題があることだが、現実には、国民のためにならない医療の萎縮が起きている。）

2、教育；大学医学部の崩壊の原因

- 先進国と比較して、教育費が極端に低いこと。
- 大学病院での高度先進医療開発実施に対して十分な処遇を行ってこなかったこと。
- 卒後研修制度が原因で基礎研究が大きく崩壊していること。
- 大学病院での業務内容が増加したにもかかわらず、法人化に伴う種々の運営費交付金の削減が起きたこと。
- 病院施設、機器を国への借入金としたこと。（高度先進医療を行っているにもかかわらず、大学へその負担を負わせたこと。）
- 医学部定員増で学生が増えているにもかかわらず、公務員定員削減政策の影響で反対に教員、職員の定員が減少していること。

評価結果

1、自民党マニフェストへの評価

【医療】

- ①産科や救急へのプラス改訂実施とは謳っているが、医療費に対する根本的な考え方が見えない。医療費削減方針の閣議決定を外す等の記載がなされなければ、益々医療の崩壊が起きることになる。
- ②医師確保では、700 人の増加を実施したとしている。もとより国民の納得する医療の質を担保する医師数を予測することは困難ではあるが、ある基準をもとに目標数を明記しなければマニフェストとはいえない。舛添ビジョンの数値目標をなぜ入れなかったのか、疑問が残る。
- ③医療を取り巻くインフラ整備が何も語られていない。
- ④医療安全に関する記載が全くない。

【教育】

- ①高等教育費が先進国で最下位に近い事物を認識していない。
- ②医学教育の充実を謳ってはいるが、具体性が見えない。たとえば、教官定員の増加等が記載されていれば医学教育の充実につながると考える。
- ③臨床研修制度の見直しを謳っていることは、評価できる。しかし、何を持って見直すかを記載しなければ、適切な見直しができないと考える。
- ④大学病院の医療体制整備を謳っていることは評価できる。しかし、そこに働く教員、事務職員、看護師等の職場環境改善こそが最も大切な事物であり、何ををもって医療体制の整備をするのかを明記すべきである。
- ⑤国立大学病院の国への借入金が健全な大学病院の運営を妨げていることは周知であるにもかかわらず、その記載がない。マニフェストとは政策の具体化の工程であるべきである。

「まとめ」

具体的政策が明記されておらず、また、従来からの国立大学医学部長会議の意見が全く反映されていない。特に、医療に関しては医療崩壊を止める施策が見えない事は、残念である。医学教育に関しても、医学研究の崩壊への危機感が感じられない事は大変遺憾である。

2. 民主党マニフェストへの評価

【医療】

- ①医療費の根本的な考えである「骨太の方針 2006」を撤回するとの記載があり、医療崩壊の原因を把握していることが見える。総医療費を決めるのに国際基準を使用して目標値を記載しており、さらに、社会保障費 2,200 億円削減を撤回するとしていることは、大いに評価できる。
- ②医師の確保に関して、国際基準を使用したうえで増員数を明記してあり評価できる。
- ③医療を取り巻くインフラ整備についても重点政策として位置づけられており評価できる。
- ④医療安全に関しては医療メディエーターの設置を謳っており評価できるが、現在医療の現場での最も律速の問題は、法律である。医師法 21 条と刑法 211 条についてまで細かく記載する必要はないが、少なくとも法的な問題を視野に入れた文言は必要と考える。

無過失保証制度を全分野に拡大するとしていることは、医療の不確実性を理解

していることが分かり大いに評価できる。

【教育】

- ①高等教育費を含む教育費の基準を国際基準（OECD の基準 GDP の 3.4%から 5.0%以上に増額——約 2 兆円）で算定していることは大いに評価できる。
- ②医師増員で最も問題なことは、医学教育の質の保証である。「医師養成・協力機関等」を財政的支援の対象としているとしているが、この表現は曖昧で、私学を含む現存 80 大学医学部の財政支援；教員数、事務職員数の増員；と明記すべきである。この協力機関をメディカルスクールとしているならば、医療崩壊が必ず起きることは、戦前に医学専門学校を創設しその後、種々の問題を起こした歴史に学んでいないといえる。メディカルスクールは現在の日本の社会構造では、医療の質を担保した教育はできない（米国の社会基盤なら良いが）。
- ③医学基礎研究の崩壊を起こしている原因は、一般医のみで成り立っていない医学医療が、新診療研修医制度によって一般医養成が強制された結果、ゆがめられたためであり、同制度の見直しを記載してあることは評価できる。
- ④大学病院の医療体制整備を謳っていることは評価できる。しかも、そこに働く教員、事務職員、看護師等の職場環境改善が最も大切な事物として位置付けられており、さらに、運営費交付金の増額も健全な大学病院運営に必須なものであり、大いに評価できる。更に、特定機能病院の医療費を、1 点を 12 円にする等の具体策があれば更に評価できる。
- ⑤国立大学病院の国への借入金に関する問題対応への記載がないことは、大いに遺憾である。

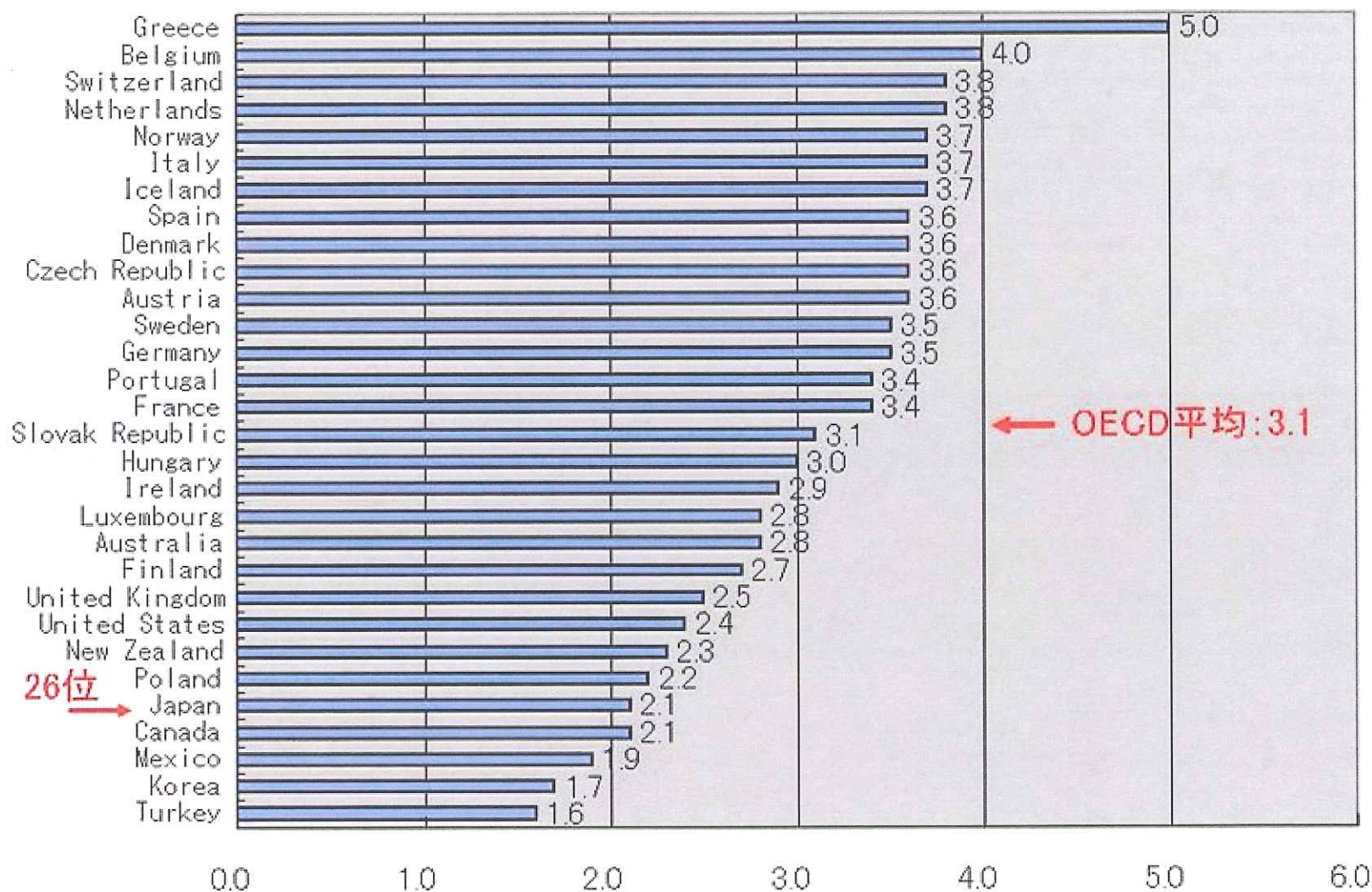
「まとめ」

医療に関しては、かなり現場の問題点を把握しており、具体的な政策が盛り込まれている。国民が納得する医療が実現できる可能性を感じさせるマニフェストになっている。

教育に関しては、現場の問題、すなわち基礎研究の崩壊や高度先進医療の衰退傾向といった問題が理解される。さらに、運営費交付金や教育費の問題を、国際基準をもとに具体的に提言しており、大いに評価できる。



人口1,000人当たりの医師数国際比較(2006年)



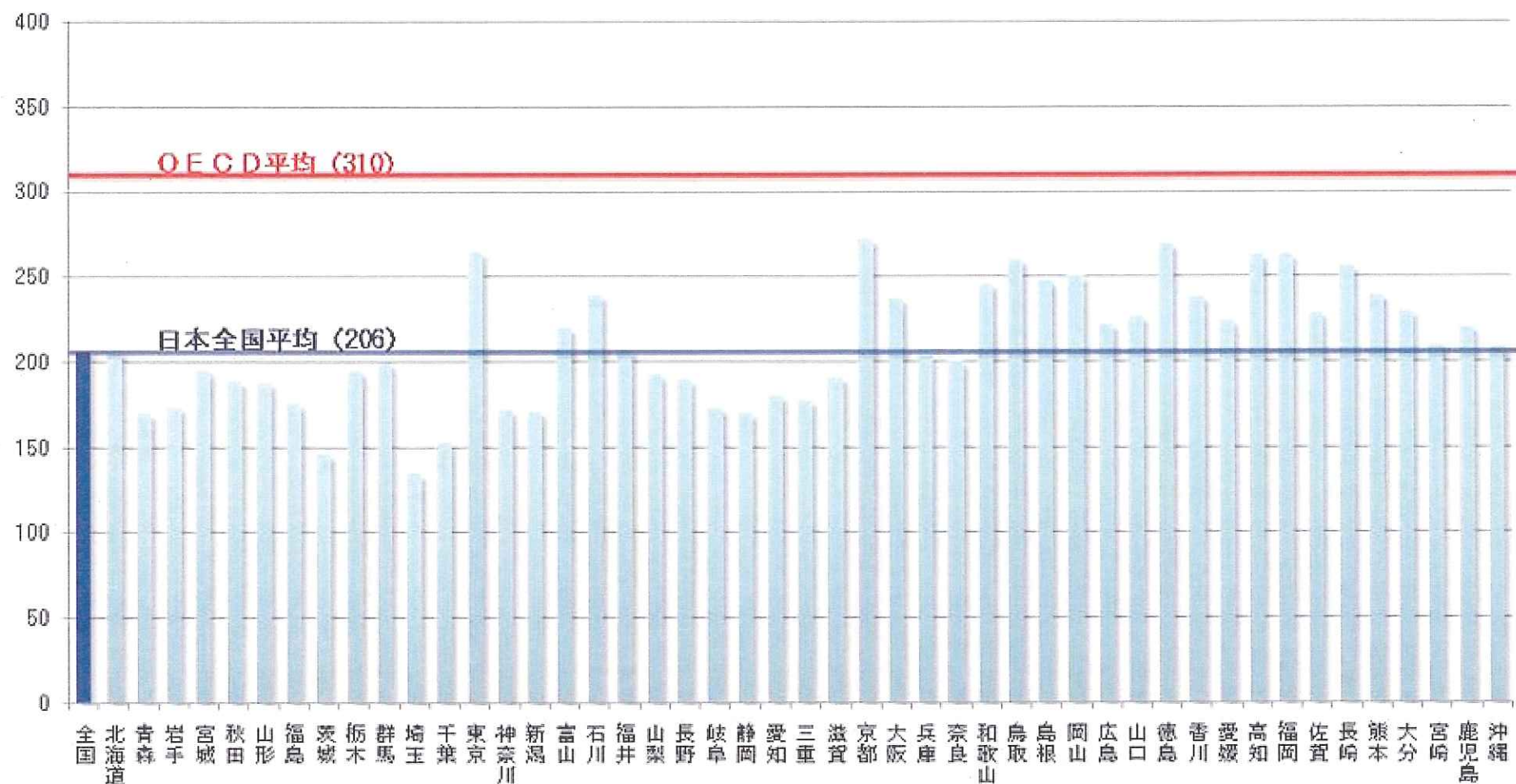
(注) Australia, Greece, Portugal, Swedenは2005年／Denmark, Slovak Re.は2004年のデータ。

(資料) OECD Health Data 2008.

資料2



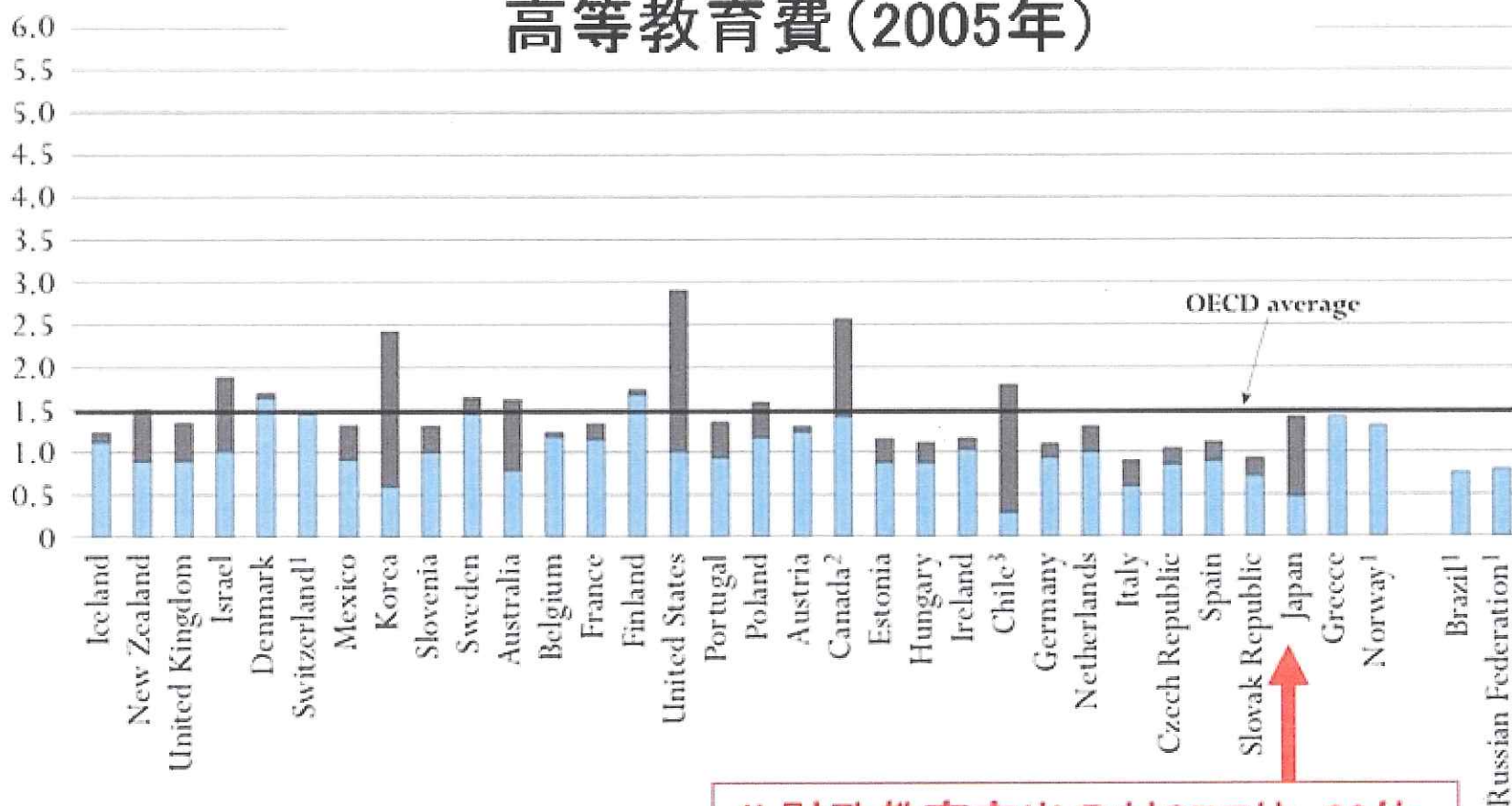
人口10万人对医師数（2006年）



（資料）「2006年医師・歯科医師・薬剤師調査」、OECD Health Data 2008.

% of GDP

高等教育費(2005年)



(OECD Education at a Glance 2008)

公財政教育支出の対GDP比: 28位
(データの存在する28カ国中)

参考: 図表で見る教育2008. 日本に関するブリーフィングノート. (OECD
教育局指標分析課)

第二章 大学設置基準等

第一節 大学関係

○ 大学設置基準

(昭和三十一年十月二三日)
文部省令第二八号

最終改正 平二〇・三・一〇文科令二

目次

第一章 総則(第一条―第二条の三)
第二章 教育研究上の基本組織(第三条―第六条)
第三章 教員組織(第七条―第十三条)
第四章 教員の資格(第十三条の二―第十七条)
第五章 収容定員(第十八条)
第六章 教育課程(第十九条―第二十六条)
第七章 卒業の要件等(第二十七条―第三十三条)
第八章 校地、校舎等の施設及び設備等(第三十四条―第四十条の四)
第九章 事務組織等(第四十一条・第四十二条)
第十章 雑則(第四十三条―第四十六条)
附則

(専任教員数)

第十三条 大学における専任教員の数は、別表第一により当該大学に置く学部の種類及び規模に応じ定める教授、准教授、講師又は助教の数と別表第二により大学全体の収容定員に应じ定める教授、准教授、講師又は助教の数を合計した数以上とする。

ロ 医学又は歯学に関する学部に係るもの

学部の種類	収容定員				
	三六〇人までの場合の専任教員数	四八〇人までの場合の専任教員数	六〇〇人までの場合の専任教員数	七二〇人までの場合の専任教員数	八四〇人までの場合の専任教員数
医学関係	一三〇	一四〇	一四〇	一四〇	―
歯学関係	七五	八五	九二	九九	一〇六
					一一三

国立大学の借入金

42国立大学(医学部のある大学)

1,003,511,324,000円

北大: 24,458,614,000円

東北: 52,640,349,000円

東大: 67,924,839,000円

名大: 50,025,829,000円

京大: 28,805,769,000円

阪大: 36,851,824,000円

九大: 62,739,056,000円

大分大学: 5,394,598,000円

(山形大学: 12,672,287,000円)

平成19年度末債務負担金及び長期借入金(元本)の残高一覧

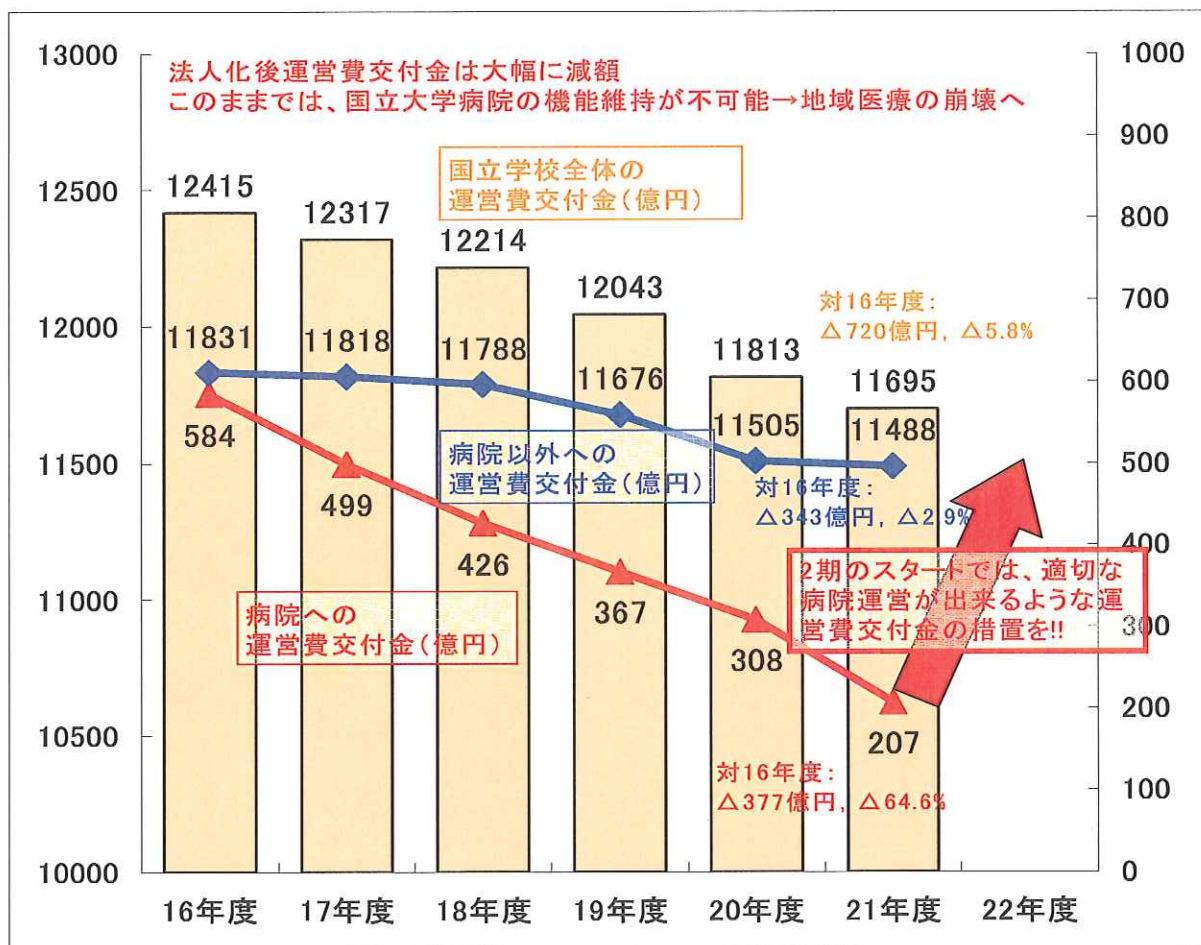
(単位:千円 単位未満切り捨てのため、計が一致しない場合がある。)

	北海道大学	旭川医科大学	弘前大学	東北大学	秋田大学	山形大学	筑波大学	群馬大学	千葉大学	東京大学	東京医科歯科大学	新潟大学	富山大学	金沢大学	福井大学
国立大学財務・経営センター 債務負担金	21,135,353	14,036,444	11,314,461	30,510,182	6,395,631	4,653,424	5,713,813	16,315,948	6,424,809	50,997,117	38,036,842	17,082,194	6,346,169	21,524,797	4,102,413
長期借入金	169,260	2,777,544	7,343,509	18,139,015	2,595,742	7,319,295	44,804,200	13,920,568	9,708,237	11,206,291	0	10,357,119	1,587,307	15,034,761	1,672,701
一年以内返済予定国立大学 財務・経営センター債務負担金	3,126,791	1,301,656	1,703,468	3,409,301	725,876	653,358	834,358	2,120,856	941,372	5,235,009	3,866,457	1,657,907	819,517	1,965,586	738,297
一年以内返済予定長期借入金	28,210	0	66,942	581,851	41,952	46,210	6,712,850	402,873	18,666	488,422	0	235,110	90,582	765,898	67,777
計	24,458,614	18,117,644	20,428,380	52,640,349	9,769,201	12,672,287	58,065,321	32,760,245	17,093,084	67,926,839	41,903,299	29,332,330	8,842,575	39,291,042	6,581,188

	山梨大学	信州大学	岐阜大学	浜松医科大学	名古屋大学	三重大学	滋賀医科大学	京都大学	大阪大学	神戸大学	鳥取大学	島根大学	岡山大学	広島大学	山口大学
国立大学財務・経営センター 債務負担金	4,320,512	21,637,886	44,002,162	5,555,836	26,562,930	5,309,727	5,156,987	24,291,365	28,482,354	19,031,071	13,464,355	4,770,166	16,011,753	16,616,331	10,817,002
長期借入金	956,003	4,467,159	118,125	4,812,082	19,647,918	1,861,559	6,505,277	950,023	4,122,963	1,129,114	1,249,072	1,895,719	11,923,885	824,310	876,771
一年以内返済予定国立大学 財務・経営センター債務負担金	798,494	2,585,045	3,236,575	734,769	2,863,079	799,662	727,224	3,505,735	4,100,011	2,562,384	1,693,414	663,184	1,719,355	1,777,261	1,582,360
一年以内返済予定長期借入金	100,186	87,720	0	12,168	951,904	91,594	49,860	58,646	166,496	125,392	25,036	64,864	76,532	26,540	0
計	6,175,195	28,777,810	47,956,802	11,114,655	50,025,829	8,062,542	12,439,148	28,805,769	36,851,824	22,847,971	16,431,877	7,393,933	29,731,525	19,244,442	13,276,133

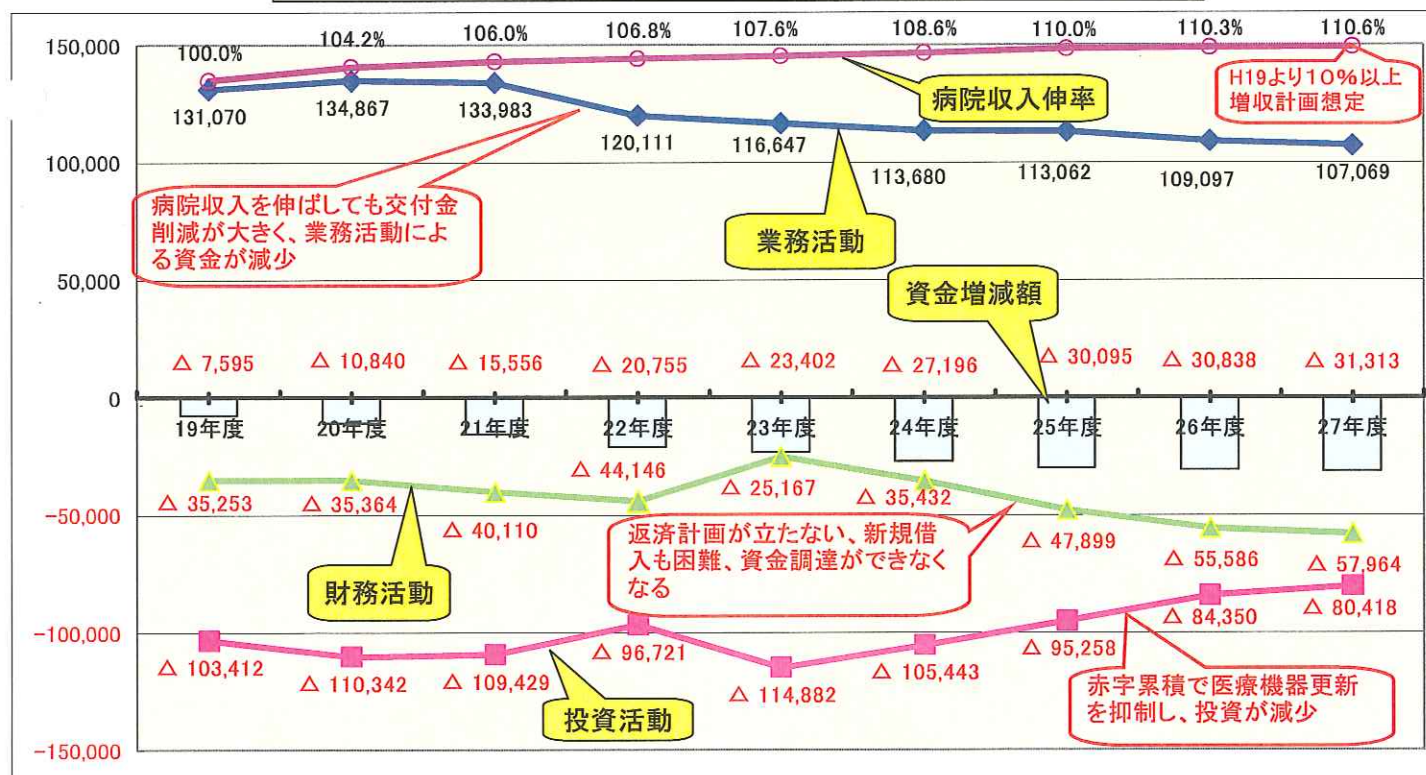
	徳島大学	香川大学	愛媛大学	高知大学	九州大学	佐賀大学	長崎大学	熊本大学	大分大学	宮崎大学	鹿児島大学	琉球大学	合計
国立大学財務・経営センター 債務負担金	19,993,813	4,241,524	12,786,327	4,947,880	35,283,591	4,888,436	5,952,043	15,226,212	3,690,284	5,402,453	6,533,636	4,777,835	624,904,746
長期借入金	4,511,241	1,867,001	3,880,852	2,884,177	22,815,007	723,450	20,567,077	16,128,712	1,662,564	4,250,877	2,589,836	1,627,689	291,063,910
一年以内返済予定国立大学 財務・経営センター債務負担金	2,207,009	771,587	1,396,600	695,731	3,961,470	643,559	914,765	1,736,397	532,308	673,418	853,466	963,055	73,796,732
一年以内返済予定長期借入金	274,176	26,722	117,802	64,605	678,988	49,000	11,164	913,138	59,444	109,750	57,064	0	13,745,934
計	26,986,239	6,906,834	17,981,981	8,392,173	62,739,056	6,284,445	27,435,049	34,004,459	5,934,598	10,436,496	10,034,102	7,368,579	1,003,511,324

運営費交付金の推移(億円)

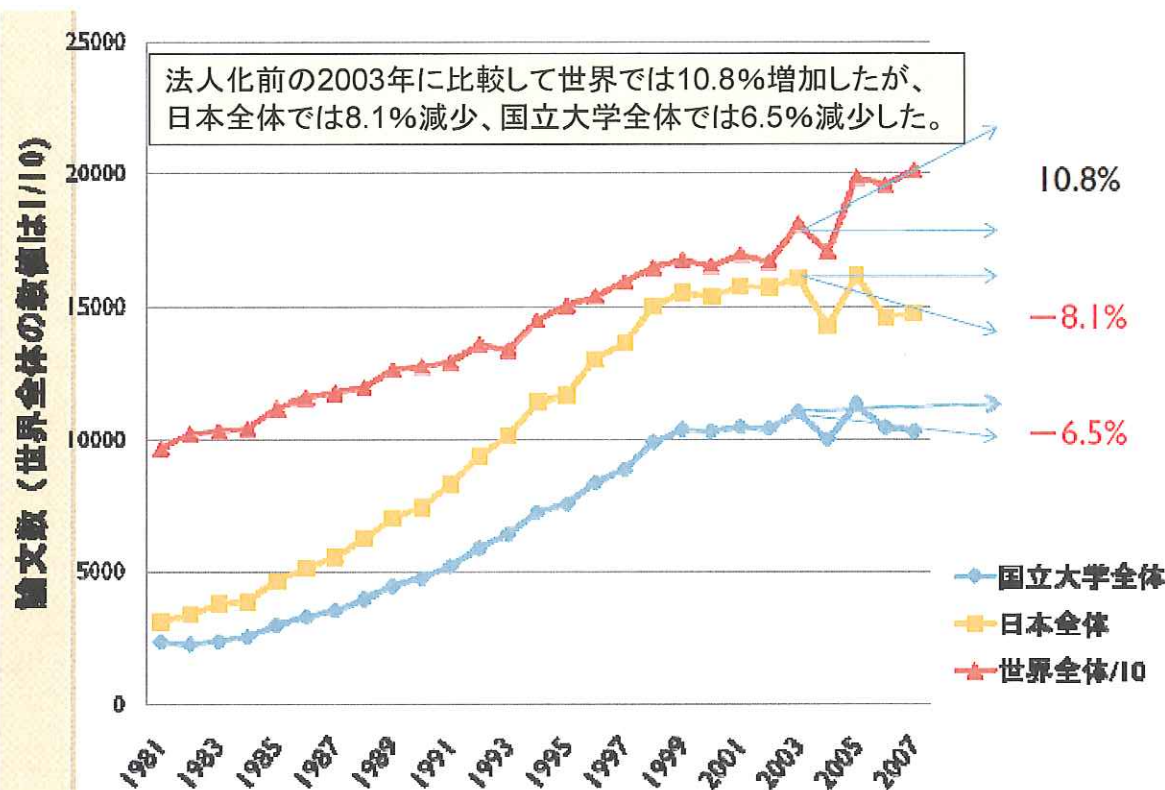


病院キャッシュ・フロー計算書(簡易版)

現在の運営費交付金ルールによる
第2期までのシミュレーション結果



日本と世界の臨床医学論文数の推移



University Science Indicators Japan 1981-2007(トムソン・ロイター社)をもとに国立大学協会が分析

臨床研究論文数

主要3誌(New England Journal of Medicine、Lancet、JAMA)への掲載数

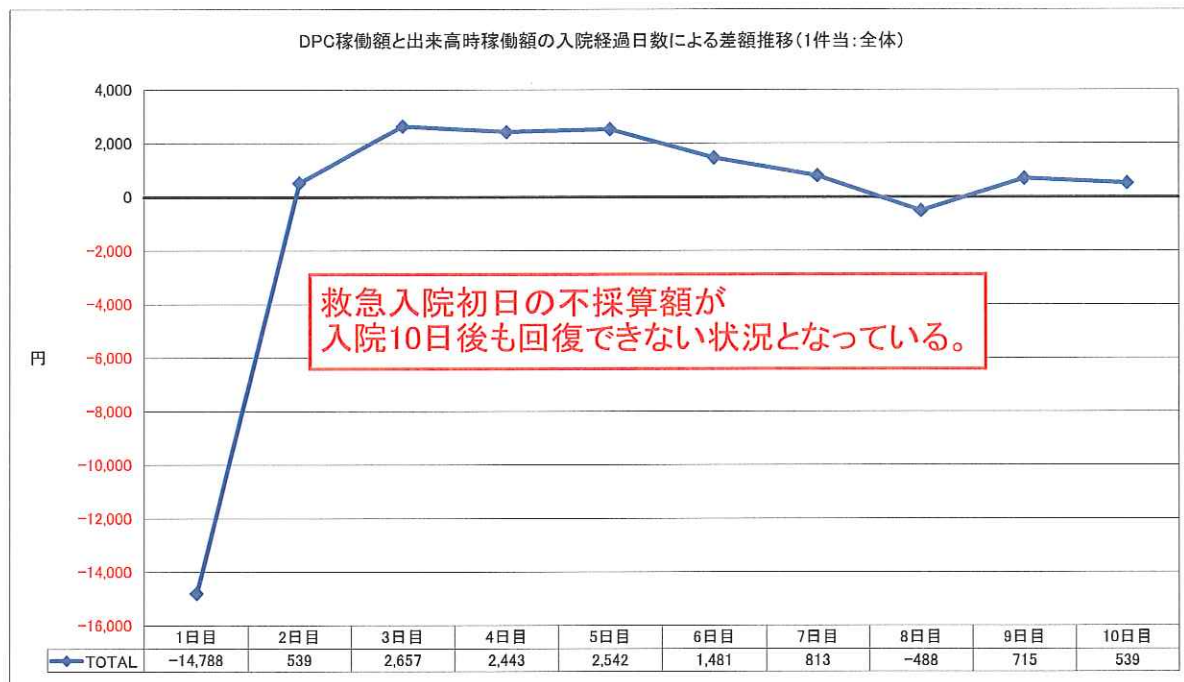
順位	1993-1997		1998-2002		2003-2007	
	国名	論文数	国名	論文数	国名	論文数
1	米国	3314	米国	3695	米国	2677
2	イギリス	920	イギリス	1484	イギリス	873
3	カナダ	377	カナダ	511	カナダ	462
4	オランダ	277	オランダ	502	ドイツ	343
5	フランス	274	フランス	432	フランス	300
6	ドイツ	253	ドイツ	410	オランダ	294
7	イタリア	236	イタリア	374	イタリア	279
8	スイス	166	スイス	282	オーストラリア	260
9	オーストラリア	155	オーストラリア	261	スイス	252
10	スウェーデン	155	スウェーデン	224	ベルギー	177
11	スコットランド	151	スコットランド	216	スウェーデン	166
12	日本	122	日本	183	スコットランド	145
13	ベルギー	110	デンマーク	158	スペイン	141
14	デンマーク	98	ベルギー	152	デンマーク	135
15	スペイン	90	スペイン	136	中国	102
16	フィンランド	88	フィンランド	121	ノルウェー	86
17	イスラエル	53	オーストリア	88	フィンランド	79
18	オーストリア	50	ノルウェー	83	日本	74
19	ウェールズ	48	イスラエル	75	ブラジル	67
20	ノルウェー	40	ニュージーランド	60	ニュージーランド	67

高鳥登志郎ら 製薬協政策研ニュースNo.25 (2008.7)

DPC稼働額と出来高稼働額の入院経過日数による差額推移 調査結果

■調査対象データ

- 平成20年、21年度における、任意の3ヶ月間に入退院している(3ヶ月間の選択は自由)。
(例:平成21年4月1日～6月30日の3ヶ月間を対象とする場合、平成21年3月31日以前に入院した患者、年7月1日以降に退院する患者は調査に含めない)
- 様式1「予定・緊急入院区分」、「救急車による搬送の有無」について、以下の条件を満たす。
 - 「予定入院」かつ「救急車による搬送有」
 - 「緊急入院」かつ「救急車による搬送有」
 - 「緊急入院」かつ「救急車による搬送無」



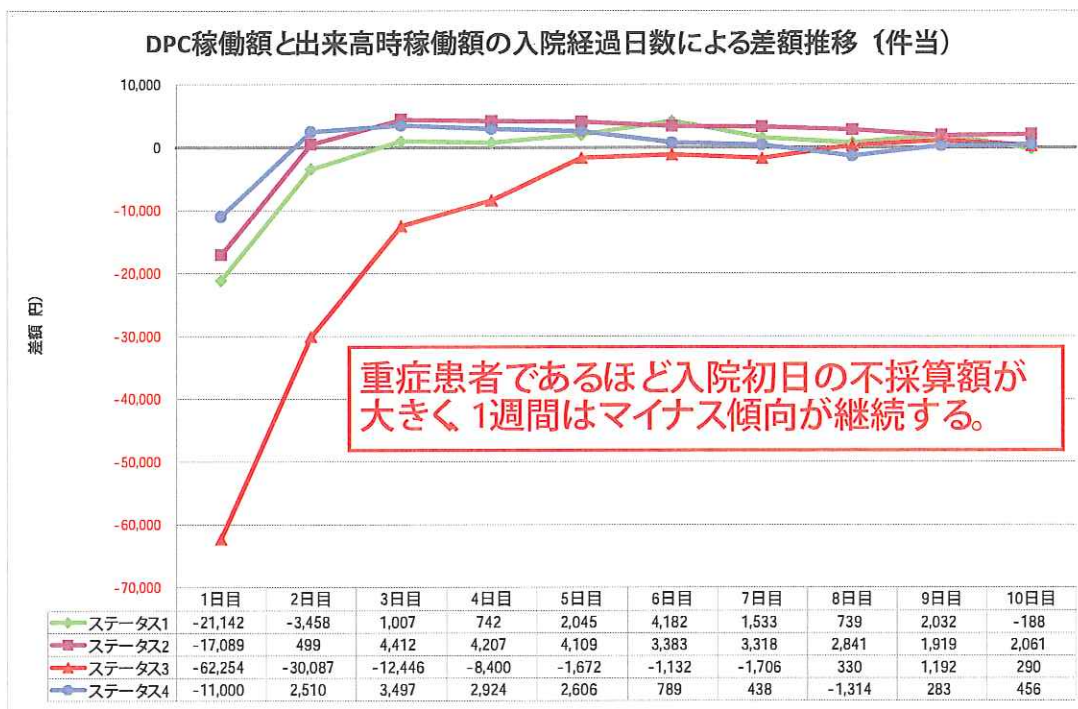
件数	16,453	16,152	14,994	14,071	13,185	12,142	11,049	10,090	9,117	8,220
金額	-243,304,349	8,707,498	39,832,619	34,380,090	33,521,305	17,977,606	8,984,710	-4,928,449	6,522,623	4,427,611
差増累計	-243,304,349	-234,596,852	-194,764,232	-160,384,142	-126,862,837	-108,885,231	-99,900,521	-104,828,970	-98,306,346	-93,878,735

DPC稼働額と出来高稼働額の入院経過日数による差額推移 調査結果

■調査対象データ

- 平成20年、21年度における、任意の3ヶ月間に入退院している(3ヶ月間の選択は自由)。
(例:平成21年4月1日～6月30日の3ヶ月間を対象とする場合、平成21年3月31日以前に入院した患者、年7月1日以降に退院する患者は調査に含めない)
- 様式1「予定・緊急入院区分」、「救急車による搬送の有無」について、以下の条件を満たす。
 - 「予定入院」かつ「救急車による搬送有」
 - 「緊急入院」かつ「救急車による搬送有」
 - 「緊急入院」かつ「救急車による搬送無」

- ※ ステータス1 … 入院日にICU等集中治療病棟に入院
ステータス2 … 入院日に手術を実施
ステータス3 … 上記1,2をいずれも満たす
ステータス4 … 該当無し



大学病院経営の現状に関する報告書

国立大学医学部長会議
大学病院の在り方委員会

大学病院の医療の使命は高度先進医療を施行することで、各地域の医療における「最後の砦」病院の役割を担っています。国立大学協会が調査した結果でも、難易度を5段階に分けた医療困難例の殆どを大学病院が行っています。この中には救急や新しい抗がん剤や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ります。そのために国立大学病院では、運営費交付金が文部科学省から概算要求として配分されております。しかし大学諸学部での教育の建物や機材は国家事業として国が経費を賄ってくれますが、奇妙な事に病院での施設や機材は借金として位置づけられ、一割を国が九割を各国立大学の教員、看護師、事務職員が働いた医療費の中から返済しています。そのため各国立大学病院は毎年 50 億円から 10 億円の幅で病院医療費の収入から支払っているのです。法人化前は、このような仕組みでも何とか年度末の補正予算で所謂キャッシュフローは問題ありませんでした。私学や公立大学病院は、経営の仕方がまちまちで、授業料や入学金が異なり、また、大都会にあることが多いのでここでは、地方医療の最後の砦である国立大学病院について記します。

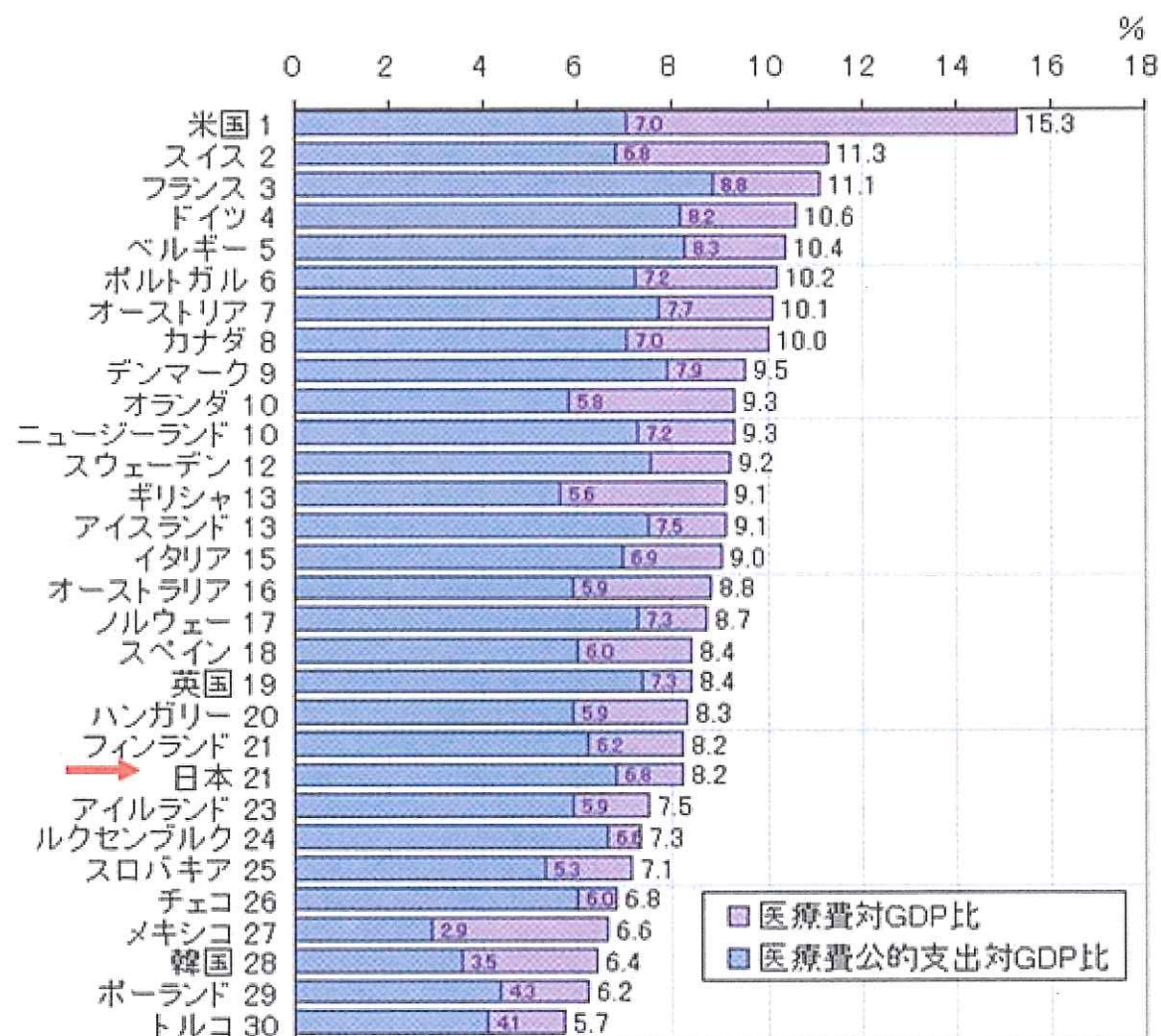
平成 16 年度から国立大学が法人化されました。このときに各大学は6年計画の中期計画を出させられました。同時に、大学の運営費交付金の1%が毎年減額されることが決められました。更に大学病院の運営費交付金は2%相当分が減額になったのです。平成 16 年度に大学病院の運営費交付金が全体で 584 億円だった物がこの6年間で 207 億円にまで減額されました（資料 A）。実に6年間で運営費が三分の一になったのです。一般企業では倒産の事態です。これを何とか持たせたのは、各大学病院の教員（医師）の献身的努力によるもので、労働基準法に抵触するほどの診療労働によって手術件数を増加させ在院日数を減らし、営利中心の運営を行ったからです。その結果は教員（医師）の疲弊につながりました。加えて国立大学医学部や病院の教員（医師）の処遇は高等学校の先生より低く、全ての医師の中で最も低い事も教員（医師）の疲弊に拍車をかけました。その結果、各大学での研究力が大幅に低下し、研究論文数の減少となって現れました。医療の質はその国の研究力によって支えられており、後者の崩壊はその国の医療の質の低下をもたらします。一度この状況に陥れば、いかなる措置を行ってもその回復には数十年を要します。このままでは、日本の医療は世界から取り残された物になりかねません。

加えて、国民に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の借金の問題があります。42 国立大学病院全体では最大借金の東京大学の約 600 億円をはじめ計一兆円の借金になっています（資料 B、C）。この借金は、教職員が働かなかったからできたのではなく、前述のように構造上できた借金です。これは法人化時点で、ゼロにしてスタートすべき性質のものでした。しかし現実には、前述したようにそれを教職員が働いて毎年数十億円を返済しているのです。その上、毎年 2200 億円の医療費の減額は病院収入を圧迫し、大学病院教職員の過重労働となって現れているのです。分かっているだけでも 3 大学が労働基準法違反として勧告を受けている状態です。実際、国立大学病院のキャッシュフローでみた場合、平成 19 年度は 42 国立大学病院中 28 大学、平成 20 年度は 30 病院が赤字です。平成 21 年度は 33 病院、赤字総額は 150 億円強になる見込みです。42 国立大学病院全体での病院収入は平成 19 年度で 7392 億円ですから、150 億円は極めて大きな額といえます。

さらに、国が医師不足を認めて昨年からはまった医学部学生定員増は、国家公務員総定員削減策と同時に行われました。学生数が増えているのにもかかわらず、教員や事務職員数はかえって減員されており、もはや大学医学部および附属病院は崩壊を起こしています。

このように法人化後の 6 年間で、運営費交付金が三分の一に減額され、数十億円の借金の返済はそのまま、教員、事務職員が減員され、医療費抑制策が続き、医学部学生定員増となりました。そして現実の問題として約 8 割の国立大学病院が赤字になっているのです。これまで一県一医科大学構想によって地方の医療レベルは高く保たれてきました。その国立大学が旨く機能しなければ、日本の医療は医学教育、研究も含め破綻します。そして一度そのような状況に陥れば、いかなる措置を行ってもその回復には数十年を要すると考えられます。

OECD諸国の医療費対GDP比率(2006年)



(注) オーストラリア、日本、スロバキア、トルコは2005年データ。公的支出対GDPは公的割合から算出。ただしデンマーク、オランダは2002年、ベルギーは1996年の割合による。

(資料) OECD Health Data 2008 (Data last updated: June 08, 2008)