

調查研究報告

我が国における大学病院経営の最新動向と課題

石野 利和（筑波大学）

1. はじめに

大学病院は、医師養成を行う大学医学部の教育研究に必要な施設として設置されている病院であるが、高度な医療の提供、地域医療機関への医師の供給なども使命としており、医療及び社会への影響力は大きい。さらに、大学経営に占める大学病院経営のウエイトは後述の通り非常に高まっている。本稿では、大学病院の経営に関する現状について最新のデータを織り込みながら明らかにするとともに、今後の課題について議論を深めていく。

2. 大学病院制度の現状

本節では、大学病院の法令上の位置付け、使命と役割、そして設置状況に関する検討を行う。

大学病院の法令上の位置付けについて論じるにあたり、その二面性について押さえておく必要がある。学校としての側面と、医療機関としての側面である。このため、教育行政と医療行政の両面に注視する必要がある。それぞれの基本的な位置付けについて、まず学校としての側面に着目すると、大学病院は、「医師養成を行う大学医学部の教育研究に必要な施設として設置されている病院」（大学設置基準第39条）とされている。医療機関としての側面からは、ほとんどの大学病院本院¹⁾は、平成5（1993）年に制度化された病院の区分において、高度な医療の提供、高度な医療技術の開発・評価、研修の実施にあたる「特定機能病院」（医療法第4条の2）として承認されている。

大学病院の使命及び役割は、大きく三点にまとめられる。その第一は「教育」に関するものであり、医学部生の臨床教育、卒後の初期・専門研修等を行う医師をはじめとするその他の医療従事者（看護師、薬剤師等）の養成機関としての使命・役割である。このため大学病院では、採算に関係なく、幅広い診療科・部門が設置されていることが必要である。第二は「研究」に関するもので、がんや難治性疾患の克服を目指して新しい診断・治療法の研究・開発を行う中核的な機関としての使命・役割である。このため、様々な疾病治療のための研究に多くの投資を行うことが必要である。第三は「診療」であり、高度な医療の提供、地域医療機関への医師の供給等を行う地域の中核的な高度医療機関としての使命・役割である。このため、採算性の低い分野（小児・産科・精神・重症治療等）への支援や高度医療に対応するための高度な機器や人材の体制整備が必要である。

このような位置付けのもと、重要な社会的役割を果たすべく、我が国では81大学に病院が設置されている（表1）。その組織上の位置付けをみると、大学附属が32病院、学部附属が47病院、そしてその他が2病院となっている。

表2は、病院区分別に病床数、平均患者数、診療科数、稼働率や特色についてみたものである。病床数では、国立病院機構の383床、市町村病院の211床に対して、国立大学附属病院768床、私立大学附属病院（本院）が997床と大規模であることがわかる。患者数や診療科数をみても、大学附

表1 大学病院の設置状況（平成29（2017）年5月1日現在）

区 分	大 学 数	うち医系病院置く大学数
国 立 大 学	86	42（48.8%）
公 立 大 学	90	8（8.9%）
私 立 大 学	604	31（5.1%）
計	780	81（10.4%）

表2 病院区別にみた規模と稼働状況²⁾

病院区分	東京大学病院	順天堂大学 順天堂医院	国立病院機構	市町村病院
開設者	国立大学法人	学校法人	国立病院機構	市町村
同種の病院数 (分院等含む)	国立 42 病院	私立 83 病院	143 病院	649 病院
病床数	1,217 床 (国立平均 768 床)	1,020 床 (私立本院平 均 997 床)	平均 383 床	平均 211 床
1 日平均患者 数	入院 1,041 人 外来 2,940 人	入院 963 人 外来 4,601 人	入院 297 人 外来 342 人	入院 145 人 外来 404 人
診療科数	37 診療科	34 診療科	平均 18.4 診療 科	平均 14.8 診療 科
病床稼働率、 平均在院日数	稼働率 85.5% 在院日数 13.3 日	稼働率 94.4% 在院日数 11.8 日	利用率 77.8% 在院日数 24.1 日	利用率 69.3% 在院日数 15.9 日
特色	教育・研究・ 高度診療	教育・研究・ 高度診療	結核・重度心 身障害者・難 病・精神医療	過疎地・災害

文部科学省高等教育局医学教育課大学病院支援室 2017 をもとに作成

表3 全病院における大学病院（医系，分院含む）の構成比率

区 分	全 病 院	大学病院（医系）
病院数	8,480 病院	137 病院(1.6%)
病床数	1,565,968 床	92,515 床(5.9%)
常勤医師数	173,662 名	35,741 名(20.6%)
常勤看護師数	733,037 名	92,488 名(12.6%)

文部科学省高等教育局医学教育課大学病院支援室 2017 をもとに作成

属病院の規模の大きさが際立っている。稼働率や在院日数については後段で詳しく論じるが、ここでは大学附属病院の稼働率の高さと在院日数の短さについて確認しておこう。全病院に占める大学附属病院の構成比率をみると（表3）、病床数では5.9%に過ぎないのに対して、規模の大きさやその特色を反映して、常勤看護師数は12.6%、常勤医師数では20.6%を占めている。

3 大学病院の設置基準

大学病院の現状と課題を理解する上で、設置基準について確認しておくことが必要である。周知の通り、昭和57（1982）年及び平成9（1997）年の閣議決定に基づき、近年まで約40年間、医学部

の新設が抑制されてきた。抑制前の最後の国立大学医学部（医科大学）新設は琉球大学（昭和54（1979）年）、私立大学医学部（医科大学）新設は産業医科大学（昭和52（1977）年）である。

医学部の新設が長く抑制されていたため、平成3（1991）年に「医学部設置審査基準要項」（以下「旧医学部要項」）が廃止された。その後「東北地方における医学部設置認可に関する基本方針」（平成25（2013）年12月）に基づき、特例として、東北地方において1校に限り医学部新設が可能とされた。そこでは同医学部設置に係る構想の応募要領（平成26（2014）年4月28日³⁾）の中で「別添2：大学設置・医学部設置に係る現行基準及び参考基準等について」が公表され、大学病院についても現行基準等と参考基準等が示された。

附属病院の設置に関しては、大学設置基準第39条のなかで「医学部を置く大学は、教育研究に必要な施設として、附属病院を置かなければならない」と定められている。面積及び病床数については、大学設置基準第37条の2の別表において、収容定員に応じて表4に示す通り定められている。整備に係る標準経費については、学校法人の寄附行為及び寄附行為の変更の認可に係る審査基準の別表において、収容定員の規模に応じて定められている（表5）。

附属病院に係る人員の配置に関しては、医学部の必要専任教員数（130～140人）のほか、附属病院における教育、研究、診療に従事する相当数の専任教員を置くことが定められている（大学設置基準別表第1の口備考3）。ただし、附属病院における専任教員数を含めた医師数に関する基準は存在しない。その実態をみると、各大学附属病院は、例えば600床規模（700床未満）の附属病院（23病院）の場合、平均357人（常勤換算した非常勤医師数を含む。）の医師を擁している（平成25（2013）年6月時点）。

附属病院に必要な診療科についても、具体的に定めた基準は存在しない。参考として、医学部に臨床系の講座として置かなければならないものとして、旧医学部要綱に規定されていた12分野は、内科、精神科、小児科、外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、産科婦人科、放射線科、麻酔科（部）である。これらに加えて現在の附属病院では、各診療科の他に、中央診療部

表4 附属病院の面積（大学設置基準第37条の2、別表3の口）及び病床数（旧医学部要項）

収容定員（入学定員）	附属病院面積（㎡）	附属病院病床数（参考基準）
360人まで(60人まで)	28,050	600床
480人まで(61~80人)	31,100	700床
600人まで(81~100人)	33,100	800床
720人まで(101~120人)	35,100	900床

*附属病院の他に、学生の教育に十分使用可能な関連教育病院を有する場合には、600床を超える部分については、関連教育病院の教育に使用される病床をもって充てることできる。（旧医学部要項）

表5 附属病院の施設・設備の整備に係る標準設置経費等
（学校法人の寄附行為及び寄附行為の変更の認可に係る審査基準別表第一（標準設置経費額））

経費の区分（百万円）	収容定員 480人	収容定員 720人
施設整備経費	10,595	11,959
設備整備経費	5,123	6,587
合計	15,718	18,546

門等（感染制御部，医療安全部，医療情報部，リハビリテーション部等）の機能が教育上重要なものとして設置されている。

本節の最後に，関連教育病院に関する基準等について確認しておく。大学病院は，「医学部設置審査基準について」（昭和43（1968）年9月19日，大学設置審議会医学専門委員会設定）において，「7. 附属病院」として「医学部には，附属施設として附属病院を置くものとする」と規定されており，さらに病床数と学生入学定員についても「60名の場合は600床以上，80名の場合700床以上，100名の場合800床以上，120名の場合900床以上」と明示されている。この規定に対して文部省では，「審査基準の改定」（昭和47（1972）年5月，大学設置審議会医学専門委員会）により，600床を超える部分について，市中の国公立病院などの「関連教育病院」で補充できるよう措置している。なお，大学病院に加えて臨床実習に活用する「関連教育病院の具備条件等」は，「関連教育病院について」第一次報告（昭和48（1973）年3月文部省関連教育病院調査研究会）により，概ね以下のとおりとされている。

- ・ 卒前の臨床実習のうち総実習時間の1/3程度まで関連教育病院に委ねうること
- ・ 実働一般病床300床以上，内科，外科，小児科，産婦人科，眼科，耳鼻咽喉科，皮膚科，泌尿器科，整形外科，精神科，放射線科及び麻酔科（部門）及び救急部門を置くこと
- ・ 各科2人以上の指導医を有すること，指導医は，10年以上の臨床経験を有し，相応の研究業績があり，教育上の能力があると認められる者であること
- ・ 大学との間を1時間以内に移動できる距離にあるものであること

4 特定機能病院制度の成立をめぐる政策動向

機能に応じて医療提供施設を体系化するという趣旨のもとに行われた平成4（1992）年の医療法改正により，我が国の病院は，長期慢性疾患を取り扱う療養型病床群，高度の医療水準を要する疾患の診療にあたる一般病院，そして高度の専門的な医療の開発と実践にあたる特定機能病院からなる三分類に区分された。このうち特定機能病院は，医療施設機能の体系化の一環として，高度の医療の提供，高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について，厚生労働大臣が個別に承認するものである。その位置付けを反映して，診療報酬上の優遇措置が講じられている。ただし，大学病院の特性に対応した診療報酬制度上の評価が十分であるかどうかについては，疑問との指摘もある⁴⁾。平成29（2017）年6月1日現在，特定機能病院の承認を受けているのは85病院であり，そのうち77院は大学附属病院の本院である。参考までに，その他の8病院は以下の通りである。

防衛医科大学校病院，国立がん研究センター中央病院，同センター東病院，
国立国際医療研究センター病院，国立循環器病研究センター，がん研究会有明病院
大阪府立病院機構大阪国際がんセンター，静岡県立静岡がんセンター

特定機能病院に対しては，高度の医療の提供，高度の医療技術の開発・評価，そして高度の医療に関する研修という3つの役割が与えられている。これらの機能を果たすため，特定機能病院として承認を受けるための要件が，医療法，医療法施行令，医療法施行規則等において表6に示す通り定められている。

表6 特定機能病院の承認要件

<p>病床数 400 床以上を有すること</p> <p>定められた 16 診療科を標榜していること</p> <p>外来患者紹介率が 50%以上であること</p> <p>逆患者紹介率が 40%以上であること</p> <p>人員配置</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師：通常の病院の 2 倍程度の配置が最低基準。配置基準の半数以上が専門医 ・薬剤師：入院患者数÷30 が最低基準（一般は入院患者数÷70） ・看護師等：入院患者数÷2 が最低基準（一般は入院患者数÷3） ・管理栄養士 1 名以上配置 <p>構造設備</p> <p>集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室が必要</p> <p>医療安全管理体制の整備（平成 28(2016)年 6 月に追加）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療安全責任者の配置 ・専従の医師、薬剤師及び看護師の医療安全管理部門への配置 ・監査委員会による外部監査 ・高難度新規医療技術及び未承認新規医薬品等を用いた医療の提供の適否を決定する部門の設置 <p>査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年 70 件以上あること</p>

次に、大学附属病院を中心として構成されている特定機能病院制度の設立の経緯についてみていこう⁵⁾。昭和62（1987）年6月26日、厚生省から「国民総合医療対策本部」（本部長：厚生省事務次官）の中間報告が出された。同報告書では、大学病院等における医療と研修の見直し、という論点がとりあげられ、まず、1. 我が国の医師の教育、研修は現状では大半が大学病院で行われており、20歳代の医師の5割、30歳代前半の医師の4割が大学病院に所属している。そして、2. 大学病院における研修や医療は、研究、教育、診療が渾然一体となって実施されており、ややもすると研究優位の姿勢からくる過度の専門指向や検査指向型の診療傾向がみられる、という現状整理がなされる。そして良質で効率的な医療を確保するため、大学病院における医療や研修の在り方を見直し、具体的な対策を講ずることが必要とされた。そこで指摘されたのは、1. 卒後研修を改善し、計画的な研修プログラムを確立する。2. 専門指向の行き過ぎを是正し、総合研修方式の普及を推進する。3. 大学病院など高度専門病院に対する診療報酬の在り方を見直す。研究、教育、診療が渾然一体となって実施されているが、それぞれの機能を区分し、医療保険としては診療部分を評価すべきであり、検査料などについて大学病院等の実態に即した診療報酬の在り方を検討する。4. 大学病院など高度専門病院における外来診療を見直す。本来の機能が発揮できるよう、外来診療について紹介外来制や医療費の支払い方法の在り方など幅広く検討を行う、などの具体的内容であった。

この中間報告に対し昭和63（1988）年1月20日、国公立大学病院関係3団体（全国国立大学病院長会議、全国公立大学附属病院長事務長会議及び社団法人日本私立医科大学協会）が、厚生省等に対して意見の申し入れを行った。そこではまず、1. 大学病院における医療はあくまでも患者のために行われており、その結果が教育・研究に役立てられているものであること。そして、2. 大学病院は地域における最終医療機関の役割を果たしており、重症・難病・原因不明の患者が多く、

その診断、治療に全力を傾注せざるを得ないことから、一般病院に比べて検査が多くなっていることは十分理由のあるところである、という現状確認がなされた。そしてその上で、具体的方策に関して、1. 総合研修方式の普及は有意義であるが、具体的な研修内容は慎重に検討すべきであること。2. 大学病院は地域の最終医療機関であるために、真に必要な医療は自己負担になることも承知の上で実施していること。そして、3. 学生に対する卒前教育及び卒後の臨床研修は、軽度から重症に至る変化に富んだ症例を対象にして行う必要がある。特に、プライマリ・ケアに関する教育・研修では、紹介等のない患者に対する初期診断の技法を修得させることが極めて重要である。大学病院での外来診療を紹介患者に限定することは、医師の教育、養成に重大な支障となり断固として反対する、という意見表明がなされた。

この意見表明を受けて昭和63（1988）年2月18日、厚生省と国公立大学病院長代表者協議会との間で「大学病院等高度専門病院における医療の取扱いについて」が合意され、1. 外来問題に関しては、大学病院その他の高度専門病院のうち希望するものについて、厚生大臣の指定により紹介外来制を導入すること⁶⁾、2. 検査に関しては、検査全般にわたる適正化を実施する。生体検査及び画像診断に関し、2回目以降所定点数の90/100を算定することが定められた。

一連の制度変更に関する議論を受けて、国公立大学病院長代表者協議会は、長期的視野に立って大学病院の在り方を研究するために大学病院問題懇談会プロジェクトチームを昭和63（1988）年8月に設置した。同プロジェクトチームは、平成元年（1989）年4月に「中間報告」を提示し、そこで「大学病院及び公私の高度医療並びに教育研修を行う病院の一部を、一般病院から医療法及び健康保険法の取扱いの上で区分する方法を確立すべきである。これらの病院を『高度医療病院』及び『教育研修病院』と呼ぶ。」ことが提案された。

その後、平成2（1990）年1月19日、厚生省から「21世紀をめざした今後の医療供給体制の在り方」が発表された。同発表において、地域医療において病院の機能の体系化、具体的には、一般病院、高次機能病院及び長期療養病院に分ける考え方が示された。そして平成4（1992）年6月、医療法の一部を改正する法律が成立した。改正後の医療法において、医療施設機能の体系化を図るため、特定機能病院及び長期療養病床群の制度が設けられた。特定機能病院制度に関しては、①紹介患者制度（紹介患者率の区分による診療報酬の格差）、及び②紹介なし初診に関する特定療養費制度が導入された。

5 特定機能病院と医療安全

大きな期待を受けて発足した特定機能病院制度は、その多くを占める大学病院において、二度にわたる医療安全重大事案が発生し、医療安全管理体制等について見直しが行われることになった。東京女子医科大学病院（平成26（2014）年2月）及び群馬大学医学部附属病院（平成22（2010）～26（2014）年）において発生した事案であり、平成27（2015）年6月1日付けで、医療安全管理体制が不十分であったなどにより、両病院の特定機能病院の承認が取消された。

東京女子医科大学病院の事案は、小児の集中治療における人工呼吸中の鎮静に使用することは禁忌とされていたプロポフォールを継続投与された小児が死亡したというものである⁷⁾。事案発生時に指摘された医療安全管理体制の課題は、以下の4点であった。

1. 中央ICUにおいて、一部の医師以外はプロポフォールの禁忌情報を認識していない。
2. プロポフォールを投与中の患者に発生した異常（心電図変化、血液検査結果の異常等）に対する管理体制が不適切である。
3. 本事案について多職種カンファレンスは開催されず、診療科内の症例検討会が行われたのみ。チーム医療における連携体制が不十分である。
4. 病院長である管理者への権限の集中についての取組みが不十分であったため、管理者が病院の医療安全管理を図ることが困難な状況であった。

群馬大学医学部附属病院の事案では、特定の医師による肝臓への腹腔鏡手術について、当該手術を受けた患者93名のうち8名が死亡した⁸⁾。事案発生時に指摘された医療安全管理体制の課題は、以下の3点である。

1. 7例については死亡症例検討会を実施した資料や記録を確認できず、診療科として腹腔鏡手術後の死亡が問題であるという認識が不十分である。
2. 本事案について院内のインシデント等の報告制度による報告はなされず、他事案を契機に発覚するまで、病院長や医療安全管理部長は死亡事案が続いていることを把握できなかった。
3. インフォームドコンセントや診療過程についての診療録記載や手術説明同意書への記載が乏しい。

大学病院等において、上述のような医療安全に関する重大な事案が相次いで発生したことを踏まえ、平成27（2015）年4月、厚生労働省内に「大学附属病院等の医療安全確保に関するタスクフォース」が設置された。平成27（2015）年6～9月に特定機能病院に対する集中検査が実施され、同年11月に報告「特定機能病院に対する集中検査の結果及び当該結果を踏まえた対応について」がとりまとめられた。その後議論を経て、平成28（2016）年2月に「特定機能病院及び地域医療支援病院のあり方に関する検討会」において、承認要件の見直し内容が具体化された。社会保障審議会医療部会においてその見直し案が審議され、平成28（2016）年6月に改正省令等が公布された。

この改正により、まず管理者（病院長）関係では、1. 管理者に医療安全業務の経験を必須化すること、2. 医療安全管理責任者を配置すること（副院長を想定）、が定められた。医療安全管理部門関係では、1. 専従の医師、薬剤師、看護師の配置の原則義務化、2. 内部通報窓口機能の義務化、3. 事故等の報告の義務化（全ての死亡事例の医療安全管理部門・管理者への報告を義務化）が行われた。高難度新規医療技術関係では、高難度新規医療技術等による医療を行う場合に、実施の適否等を確認する部門を設置することが定められた。そして外部監査関係では、1. 監査委員会の設置と、2. 特定機能病院間の相互チェック（ピアレビュー）制度の導入が行われた。

6 大学病院のガバナンス改革

特定機能病院で起きた医療安全重大事案は、大学病院のガバナンスに問題があることを露わにするものであった。厚生労働省・大学附属病院等の医療安全確保に関するタスクフォース報告書「特定機能病院に対する集中検査の結果及び当該結果を踏まえた対応について」（平成27（2015）年11月）において、「大学附属病院等のガバナンス改革に関して検討の場を設け、可及的速やかに結論を得ること」とされ、厚生労働省は有識者による「大学附属病院等のガバナンスに関する検討会」

を発足させた。同検討会では、平成28（2016）年2月から、「病院としての適切な意思決定を行うための体制」及び「管理者の資質や選任方法」等について検討し、同年12月にとりまとめを公表した。

検討会のとりまとめではまず、大学病院は大学の一部門として、教育・研究・診療の3つのミッションを有し、複雑なガバナンス構造を有している。その中で患者の安全を第一とする高度な医療安全管理体制の確保が何よりも優先されるべきことが、全ての議論の出発点、大前提であることが確認された。そしてこの観点から、①高度かつ先端的医療を提供する特定機能病院においては、高度な医療安全管理体制の確保が必要であること、②管理者（病院長）が病院の管理運営権限を有すること、③開設者は、管理者の適切な選任等、管理者が医療安全管理等を適切に行うことを担保するための体制確保に責任を負うべきこと、からなる3点について医療法上に明記することが提言された。

とりまとめではさらに、ガバナンス改革に向けて3つの観点から今後のあるべき姿について論じられている。第一に、病院としての適切な意思決定を行うための体制について、1. 管理者が病院の管理運営に係る職務権限を有することを明確化する。併せて、医学部との権限・運営上の関係等を含め、病院の管理運営のために必要な一定の人事・予算執行権限を有することを明確化すべきである。2. 病院運営に関する重要事項が審議・決定される際は、管理者が法人の理事会・執行委員会等の会議に参画すべきである。3. 病院内のガバナンス確保のために、管理者をサポートする体制の充実及び病院運営に関する会議（合議機関）を設置すべきである、ことなどが論じられた。

第二に、病院の管理運営に対するチェック・牽制等に関しては、1. 外部有識者を含む理事会・監事等によるモニタリング制度の導入、2. コンプライアンスに係る体制の整備、そして3. 内部規程の公表や業務報告書を通じた情報開示の推進、などの必要性が指摘された。

第三に、管理者（病院長）の資質や選任方法等について、医療安全確保の最終責任者たる管理者については、選挙等によるのではなく、透明性が確保され、出身等を問わず最もふさわしい管理者が選考されるプロセスによるべきであることが確認された。そしてその上で、1. 管理者に求められる資質・能力（医療安全確保のために必要な資質・能力、組織管理能力など、病院の管理運営上必要な資質・能力）に関する基準を要件として予め定めて公表する。2. 広く候補者を募った上で、候補者が上記の基準に照らして適任かを、外部有識者も含めた選考委員会といった合議体で厳正に審査する。そして、3. 合議体での審査を踏まえ、任命権者が自らの責任において選考を行い、その結果については、選考の過程、基準に照らした選考の理由とともに遅滞なく公表することなどが提案された。

7 臨床研究中核病院の発足

病院の臨床研究機能にフォーカスし、日本発の革新的医薬品・医療機器の開発などに必要となる質の高い臨床研究や治験を推進することを目的として、国際水準の臨床研究や医師主導治験の中心的な役割を担うのが臨床研究中核病院である。平成27（2015）年に4月施行された医療法の改正により、厳しい基準を満たした病院について、厚生労働大臣が社会保障審議会の意見を聴いた上で承認される。平成29（2017）年3月時点で11病院が承認されており、そのうち9病院（東北大学病院、

東京大学医学部附属病院，千葉大薬学部附属病院，名古屋大学医学部附属病院，京都大学医学部附属病院，大阪大学医学部附属病院，岡山大学病院，九州大学病院，慶應義塾大学病院）が大学病院である。その他の2病院は，国立がん研究センター中央病院と同東病院である。

医療法に基づく「臨床研究中核病院」の名称を掲げることにより，国際水準の臨床研究等の中心的役割を担う病院として認知され，より質の高い最先端の臨床研究・治験を実施することが可能となる。そのため，1. 臨床研究・治験に参加したい被験者が集まり，症例が蓄積される，2. 臨床研究・治験を実施するための優れた研究者等の人材が集まる，3. 他の施設からの相談や研究の依頼が集まる，などの効果が期待されている。

マネジメントの観点からまずおさえておくべきは，その承認要件である。医療法及び医療法施行規則等において，能力要件では，1. 不適正事案の防止等のための管理体制を整備すること，2. 臨床研究支援体制，データ管理体制，安全管理体制，倫理審査体制，利益相反管理体制，知的財産管理・技術移転体制，国民への普及・啓発及び研究対象者への相談体制について，担当部門・責任者を設置するとともに手順書の整備等についての規定を整備すること，3. 医療安全管理体制を整備すること（平成28（2017）年6月に特定機能病院の承認要件に追加），などが定められている。

施設要件では，診療科10以上，病床数400以上，そして技術能力について外部評価を受けた臨床検査室を設置することとされている。人員要件（臨床研究支援・管理部門に所属する人員数）では，医師・歯科医師5人，薬剤師10人，看護師15人，臨床研究コーディネーター12人，データマネージャー3人，生物統計家2人，そして薬事承認審査機関経験者1人となっている。

8 筑波大学附属病院の経営状況

大学病院をめぐる政策の動向を踏まえた上で，特定機能病院としての承認を受けている筑波大学附属病院を具体的事例として取り上げ，経営状況の変遷について検討を行う。平成28年度事業費⁹⁾をみると，筑波大学全体の事業費収入101,715百万円のうち附属病院収入は30,516百万円（30%），事業費支出96,925百万円のうち診療経費28,563百万円（29%）といずれも大きな割合を占めている。病院の規模をみると，37診療科，病床数は800床（うち，一般病棟759床，精神病棟41床）であり，平成28年度の外来患者数（243日）は延数414,156人，1日平均数1,705人，入院患者数（365日）は延数260,590人，1日平均数714人である。スタッフ（常勤職員）は1,933名おり，その内訳は表7の通りとなっている。

表7 筑波大学附属病院の常勤職員の内訳

教員(316)、レジデント(研修医)(302)、病院講師(72)、 看護師(809)、助産師(36)、薬剤師(50)、 診療放射線技師(43)、臨床検査技師(52)、臨床工学技士(27)、 理学療法士(34)、作業療法士(11)、言語聴覚士(6)、視能訓練士(3) 歯科技工士(1)、歯科衛生士(2)、内視鏡技師(1)、 栄養士(8)、調理師(9)、 臨床心理士(4)、精神保健福祉士(1)、社会福祉士(6)、診療情報管理士(6)、 医療技術補助員(11)、看護師助手(3)、技術職員(13)、保育士(3)、 事務職員(104)
--

表8 筑波大学附属病院財務状況の経年推移

年 度		H23	H24	H25	H26	H27	H28
業務 収益	病院収益	22,122	22,700	26,185	28,103	29,410	30,544
	運営費交 付金収益	1,564	3,012	3,278	3,065	2,610	2,926
	その他	1,177	1,756	2,281	2,594	2,099	2,236
	計	24,863	27,468	31,744	33,762	34,119	35,706
業務 費用	診療経費	13,909	16,408	18,755	19,238	20,032	19,818
	人件費	9,257	10,181	11,231	12,037	12,487	13,046
	その他	1,223	1,889	2,748	2,819	2,025	1,913
	計	24,389	28,478	32,734	34,094	34,554	34,777
業務損益		474	▲1,009	▲990	▲332	▲435	929

(単位：百万円)

表9 筑波大学附属病院の主要経営指標の推移

区分	23年度	24年度	25年度	26年度	27年度	28年度
1日当外 来患者数	1,515人	1,530人	1,616人	1,655人	1,703人	1,686人
病床稼働 率	86.3%	82.7%	87.6%	89.3%	88.7%	89.2%
平均在院 日数	15.9日	15.1日	14.3日	15.3日 (注12)	13.8日	13.1日
手術人数	6,695人	6,648人	7,635人	7,992人	8,251人	8,708人
病床当収 益	27,652 千円	28,374 千円	32,730 千円	35,129 千円	36,761 千円	38,180 千円
診療経費 比率	62.9%	72.3%	71.6%	68.5%	68.1%	64.9%

*病床当収益＝附属病院収益÷病床数

*診療経費比率＝診療経費÷附属病院収益

次に、財務状況の経年推移¹⁰⁾についてみていこう。最も大きな変化は病院収益の拡大であり、平成23年度の221億円から平成28年度には305億円へと大幅な伸びを示している。平成24年度は10億円の計上損失を計上していたが、その後経営改善が進み、平成28年度には9.3億円の経常利益へと転換した。なお、平成24(2012)年12月に国立大学初のPFI事業として整備を進めてきた新病棟「けやき棟」が開院している。

財務状況の改善理由を探るため、主要な経営指標の時系列推移を見たものが表9である¹¹⁾。この表から、収益増加をもたらした要因として、外来患者数の増加、病床稼働率の上昇、平均在院日数の短縮、手術人数の増加などを読み取ることができる。例えば病床稼働率をみると、国立大学附属病院の平均値(表2)よりも3.7ポイント高いスコアを示している。その結果、病床あたり収益は平成23年度の2,765万円から平成28年度には3,818万円へと大幅に増加した。これと並行してコスト削減が進められた結果、診療経費比率についても大きな改善がみられる。

9 大学病院の経営環境と課題

次に、大学病院の経営環境や直面している問題等についてみていこう¹³⁾。平成26(2014)年度の病院収支(医業収支差額)についてみたものが表10である¹⁴⁾。大学全体では、医療収支総額は23億円の赤字、その内訳をみると、国立大学は37億円、公立大学も40億円弱の赤字となっている。これに対して私立大学では3億円の黒字となっている。

一年前と比べた時の現在の経営状態に関する病院長の意識についてみたものが表11である¹⁵⁾。経営状況がよくなっている病院は全体の28%にすぎず、過半数を超える66%が悪化していると回答し

表10 平成26年度の大学病院の収支(本院平均)

	医療収入	－(人件費	＋ 医業支出)	＝医療収支総額
大学全体	26,873	12,491	16,657	▲2,274
国立大学	23,364	10,818	16,292	▲3,746
公立大学	25,185	13,573	15,563	▲3,951
私立大学	33,241	15,308	17,599	334

(単位：百万円)

表11 1年前と比べたときの経営状況

	回答(80)	理由(複数選択)	回答
1. よくなっている	6	・内部努力	21
2. 少しよくなっている	16 (計 22)	・処遇改善	6
		・診療報酬改定による収入増	4
		・人員増	4
3. 変わらない	5		
4. 少し悪くなっている	39	・消費税増税	50
5. 悪くなっている	14 (計 53)	・人件費の伸び	32
		・診療報酬改定による収入減	31
		・設備投資圧力	29
		・勤務医の負担増	18
		・人員不足	16

表12 大学病院の抱えている問題(N=80)

<u>短期的問題点</u>		
1. 収入増が必要(60)	2. 医療経費増(55)	3. 設備投資関連(49)
4. 医師不足(45)	5. 処遇改善・負担軽減(45)	6. 看護師等専門職人材不足(33)
7. 大学病院・特定機能病院の機能強化(25)	8. 制度問題(13)	
<u>中期的問題点</u>		
1. 設備・機器更新(65)	2. 人材確保(59)	3. 収入の不安定さ・経営改善(44)
4. 臨床研究・先進医療(44)	5. 地域医療貢献・連携(41)	
6. 勤務環境・処遇改善(39)	7. リスク管理(24)	8. 教育研修体制改革(24)
9. 病院機構改革(18)		
<u>長期的問題点</u>		
1. 施設・設備投資(58)	2. 財務基盤(55)	3. 人材養成・医師不足対応(41)
4. 地域医療貢献(38)	5. 大学病院のあり方(34)	6. 高度先進医療(28)
7. 大学での大学病院のあり方(28)	8. 人事枠を含む人事システム(26)	

() 内の数字は、回答のあった80病院のうち該当する病院の比率

ている。経営悪化の理由についてみると、消費税増税（94%）、診療報酬の改定（58%）などの環境要因が多く指摘されている。経営が好転している病院についてみると、経営環境が悪化するなかで、内部努力による成果であることがわかる。

大学病院の抱えている問題は、表12に示す通りである¹⁶⁾。短期的問題の中心は財政に関するものであり、「収入増が必要」が最も多く60%、医療経費増が55%、設備投資関連が49%などとなっている。これら以外にも、医師不足（45%）、処遇改善・負担軽減（45%）という人的資源管理上の問題が指摘されている。中長期的にみたときの最大の問題が、設備投資である。その他の中期的問題として、人材確保（59%）、収入の不安定さ・経営改善（44%）に加えて、臨床研究・先進医療（44%）、地域医療貢献・連携（41%）など活動内容に関わる項目が上位にきている。長期的問題の中心となっているのは、施設・設備投資（58%）と財務基盤（55%）である。

10 大学病院に対する財政支援の枠組み

国公立大学病院に対する財政支援の枠組みについてまとめたものが表13である。ここでは、財政支援の方式について大きく5つに分類した。第1は政策経費・診療経費および運営費であり、都

表13 国公立大学病院に対する財政支援の枠組み

財政支援	国立大学	私立大学	公立大学
政策経費 診療経費 運営費	○感染症指定医療機関、 ○診療報酬請求による収入 ○運営費交付金(医学部所属教員分の給与等) ○特別経費	○がん診療拠点病院に関する補助金等 ○診療報酬請求による収入 ○私学助成(医学部所属教員分の給与への助成等)	○がん診療拠点病院に関する補助金等 ○診療報酬請求による収入 ○地方交付税交付金の算定の際に考慮
各大学の取組に対する支援	○我が国の医療の状況により、大学病院に求められる取組への支援 ・課題解決型高度医療人材養成プログラム ・未来医療研究人材養成拠点形成事業 ・がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン 等		
施設整備	○施設整備費補助金(総事業費の10%)	○病院施設を対象とした補助金なし	○病院事業費の元利償還金に対して普通交付税を考慮
(参考) 貸付制度	○大学改革支援・学位授与機構の貸付事業 ・施設整備 90% ・設備整備 100%	○日本私立学校振興・共済事業団の融資事業 ・大学病院の建替整備に係る利子を助成	○地方公共団体の起債による措置等
税制	○非課税(法人税、事業税等)	○非課税(法人税、事業税等) ○課税(法人税:医療保険業を除く収益事業)	○非課税(法人税、事業税等)

文部科学省医学教育課大学病院支援室 2017 をもとに作成

道府県による特定病院への財政支援、診療報酬請求、運営費交付金や私学助成などがこれに該当する。第2が各大学の取り組みに対する政策誘導型の補助金支援である。第3は施設整備を目的とする補助金、第4が大学改革支援・学位授与機構や日本私立学校振興・共済事業団による貸付事業である。そして第5が、税制上の優遇措置（非課税）である。なお、第1の診療報酬請求による収入に関して、診療報酬には教育研究や施設整備への投資的経費の概念は存在しない。

11 大学病院の経営上の問題

最後に、大学病院が現在直面している3つの経営上の問題について論じる。その第一が、消費税導入がもたらした大学の負担増である。消費税の非課税措置（医療・教育・福祉）により、事業者である学校法人等が消費税を負担しなければならない状況にある。これを学納金に転嫁することは困難であり、また診療報酬は国が定める公定価額であり転嫁することができない状況にある¹⁷⁾。また全国医学部長病院長会（2015, p.30）によれば、診療報酬本体改定による消費税増税補填率は表15のとおりであり、大学病院側の負担が発生していることがわかる。

第二は、アンケート調査の結果（表12）にも強く反映されている、診療機器等の更新に係る投資不足である¹⁹⁾。国立大学病院では、平成26年度末に約7千億円の診療機器等を保有している。耐用年数を踏まえ6年で更新する場合、約1,170億円の投資が必要となる。しかし実際には、経常利益の減少により毎年度500～750億円程度の投資不足が生じている。さらに平成26年度からの消費税の引き上げにより、補填不足額が増加している（表14）。診療機器等の設備投資が滞ることにより、

表14 日本私立医科大学協会加盟大学による消費税実質負担総額

	平成 2(1990)年 (税率は 3%)	平成 9(1997)年 (税率は 5%)	平成 28(2016)年度 (税率は 8%)
消費税実質負担総額 (29 大学)	142 億 3 千万円	324 億 2 千万円	859 億 3 千万円
消費税実質負担額 (1 大学平均)	4 億 9 千万円	11 億 2 千万円	29 億 6 千万円

出典；日本私立医科大学協会 2017

表15 診療報酬本体改定による消費税増税補填率（国公私立大学病院本院平均）

消費税増税額(a)	357 百万円
薬価・材料価格改定による増税対応額(b)	188 百万円
診療報酬本体改定による増税対応額(c)	100 百万円
補填率 (c÷(a-b))	59.2%

表16 国立大学附属病院における教育・研究時間の減少

<教育の時間が減少したと答えた割合>	
平成 17(2005)年：11.1%	⇒ 平成 27(2015)年：17.8%
<研究の時間が減少したと答えた割合>	
平成 17(2005)年：48.9%	⇒ 平成 27(2015)年：71.1%
<診療の時間が増加したと答えた割合>	
平成 17(2005)年：48.0%	⇒ 平成 27(2015)年：60.0%

大学病院の機能低下が危惧されている。

第三が、診療時間増加による教育・研究時間の減少である。例えば国立大学病院の現状をみると、附属病院収益は年々増加しているが、そのために診療時間が増加し、教育・研究時間が減少していることがわかる²⁰⁾(表16)。大学病院は、財政状況を改善するために着実に経営改善が進められている。この成果は高く評価されるべきだが、その一方で、特に時間資源という観点から本来業務である教育・研究活動に支障をきたしつつある。大学病院の経営をめぐる問題は、このように山積している。

注

- 1) 平成29(2017)年6月1日現在で、大学病院本院81病院中、77病院が承認されている。
- 2) 病床稼働率、病床利用率および平均在院日数の計算方法は以下の通りである。
 - ・病床稼働率(%) = 年間入院患者延数(退院患者数計+毎日24時の在院患者延数) ÷ (病床数×歴日数) × 100
 - ・病床利用率(%) = 在院患者延数 ÷ (病床数×歴日数) × 100
 - ・平均在院日数(日) = 在院患者延数 ÷ ((新入院患者数+退院患者数) × 0.5)
- 3) 文部科学省 HP (URL : <http://www.mext.go.jp/a.menu/koutou/iryuu/1347495.htm>)
- 4) 全国医学長病院長会議 2015『平成27年度 大学病院経営実態調査』, pp.21-23.
- 5) 沼田忠義 1998『国立大学医学部附属病院に関する資料集』 pp.101-142
- 6) 昭和63(1988)年4月診療報酬改定で制度化されたが、承認申請する大学病院はなかった。
- 7) 厚生労働省社会保障審議会医療分科会 2015「東京女子医科大学病院の特定機能病院としての取扱い等について」平成27年4月30日
- 8) 厚生労働省社会保障審議会医療分科会 2015「群馬大学医学部附属病院の特定機能病院としての取扱い等について」平成27年4月30日
- 9) 筑波大学 2016「筑波大学平成28年度財務経営レポート」(以下「28財務経営レポート」) p.29.
- 10) 前掲書, p.13
- 11) 「筑波大学財務経営レポート(平成25, 27, 28年度)」, 「平成27年度筑波大学附属病院年報」及び「筑波大学平成28事業年度事業報告書」をもとに作成。
- 12) 診療報酬改定に伴う計算方法の変更による。(「平成27年度筑波大学附属病院年報」p190)
- 13) データは、全国医学部長病院長会議 2015による。
- 14) 全国医学部長病院長会議 2015, p.30. 回答数は本院国立(42), 本院公立(7), 本院私立(22)。
- 15) 前掲書, pp.1-2.
- 16) 前掲書, pp.3-4.
- 17) 詳細については、日本私立医科大学協会 2017を参照。
- 18) 全国医学部長病院長会議 2015, p.30. データは68本院の回答平均。医薬品・特定治療材料は薬価・材料価格改定により補填されたとして整理されている。
- 19) 文部科学省医学教育課大学病院支援室 2017を参照。
- 20) 国立大学協会 2016, p.101を参照。

参考文献

- 厚生労働省社会保障審議会医療分科会（平成27（2015））「東京女子医科大学病院の特定機能病院としての取扱い等について」
- 厚生労働省社会保障審議会医療分科会（平成27（2015））「群馬大学医学部附属病院の特定機能病院としての取扱い等について」
- 厚生労働省大学附属病院等の医療安全確保に関するタスクフォース報告書 2015「特定機能病院に対する集中検査の結果及び当該結果を踏まえた対応について」
- 厚生労働省大学附属病院等のガバナンスに関する検討会 2016「とりまとめ～患者の安全を第一に～」
- 国立大学協会 2016『国立大学法人職員必携（平成28年版）』
- 全国医学部長病院長会議 2015「平成27年度大学病院経営実態調査」
- 全国医学部長病院長会議 2017『わが国の大学医学部・医科大学白書2016』
- 高崎眞弓 2010『稼ぐ大学病院：教育研究と経営とのほごまで』真興交易（株）医書出版部
- 筑波大学 2014「平成25年度財務経営レポート」
- 筑波大学 2016「平成27年度財務経営レポート」
- 筑波大学 2017「平成28年度財務経営レポート」
- 筑波大学 2017「平成27年度筑波大学附属病院年報」
- 筑波大学 2017「平成28事業年度事業報告書」
- 東京大学病院企画室編 2005『これからの医療と病院のあり方』金原出版
- 日本私立医科大学協会 2017「医学教育経費の理解のために」
- 沼田忠義 1998『国立大学医学部附属病院に関する資料集』
- 文教協会 2016『大学設置審査要覧《平成28年改訂》』
- 文部科学省医学教育課大学病院支援室 2017「大学病院を取り巻く状況」
- 文部省関連教育病院調査研究会 1973「関連教育病院について」第一次報告

Current Trends and Issues of the Management of the University Hospital in Japan

Toshikazu ISHINO (University of TSUKUBA)

This paper aims to report the system and management issues of the University Hospital.

The University Hospital has two aspects such as an educational aspect and a medical aspect. The medical department of university needs to attach a hospital for its education and research. For the sake of executing qualified clinical education and innovative clinical research, the University Hospital is required to cover the wide clinical fields and enrich human and financial resources.

Most of University Hospitals are approved as Special Functioning Hospitals by the Minister of Health, Labor and Welfare. The Special Functioning Hospital system was created, as part of efforts to systematize medical facility functions, to approve individual hospitals having capabilities of providing advanced medical care, development medical technologies, and conducting medical care training. As of June 1, 2017, the number of approved hospitals is 85, including 77 University Hospitals. The most critical issues concerning Special Functioning Hospitals are to strengthen the medical security conditions and the governance of the hospital.

From the viewpoint of the management of university, the sound financial management of the University Hospital is one of the most important issues.

Under the decrease of national financial support to universities, the University Hospital has to increase clinical revenues through more patients, more operations and shorter hospitalization, and at the same time, to cut medical expenses, so that the financial conditions may be improved.

However, in the University Hospital, since more efforts are made for clinical activities, the professional staff cannot spare enough time to, in particular, research activities.