

国立大学医学部長会議からの要望書

内閣総理大臣 鳩山 由紀夫 殿
財務大臣 藤井 裕久 殿
厚生労働大臣 長妻 昭 殿
文部科学大臣 川端 達夫 殿
文部科学副大臣 鈴木 寛 殿
厚生労働大臣政務官 足立 信也 殿

国立大学医学部長会議（全国 42 大学）

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 年の設立以来、優れた医師の育成を通して国民に良質な医療を提供するという責任を果たすために、我が国における医学の教育、研究等に係る重要な諸問題について、中立の立場から政府に対して良識と学識に基づく提言を行ってきました。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関しては、これを解決すべく時の政府に対して繰り返し提言を行ってまいりました。しかしこれまで、その政策にいくつかの修正があったものの、本質的な政策の修正や追加は行われませんでした。最近では、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。このまま、教育の質を維持するため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、医療崩壊に加えて本邦の医学教育崩壊が発生することは明らかです。一度、そのような事態になれば、その再建には数十年を要するでありましょう。国立大学医学部長会議はこの事態を座視することはできず、この度の国政選挙においては、我々の提言の本質にご理解いただいた民主党に対して、その更なる深いご理解と実施をお願い致してきたところであります。国政選挙終了後の社会の動きを踏まえ、国立大学医学部長会議は新政府に対してこれまでの要望に加えていくつかの補足を追加した要望書をここに提出し、そのご理解と実施をお願い申し上げる次第です。

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 1、2）、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経費および教育施設整備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 3）。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 4）。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 5）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。

なお医学部入学定員増が緊急かつ暫定的に実施される場合においても、教育経費および教育施設整備等の措置は必須である。緊急暫定措置におけるおおよその目処として、学生 1 名の増に対して教育経費 1000 万円および正規教員 1 名の増、および増加した学生を含む全学生に対して適正な教育を行える教室・実習室・設備の拡充・充実などの措置が挙げられる。なおこれらの暫定措置は、その後に行われる上記の国際的視点からの検討によって適正に補正される必要があることは言うまでもない。

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、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。この構想は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（資料 6）。

3) 近代医学医療が始まって以来、本邦では多くの医師免許証を持つ研究医がその特性を生かした優れた基礎的研究を行い、また質の高い医学教育を行って本邦の進んだ医療を支えてきた。しかるに現在、本邦では基礎医学・社会医学、臨床医学のいずれの

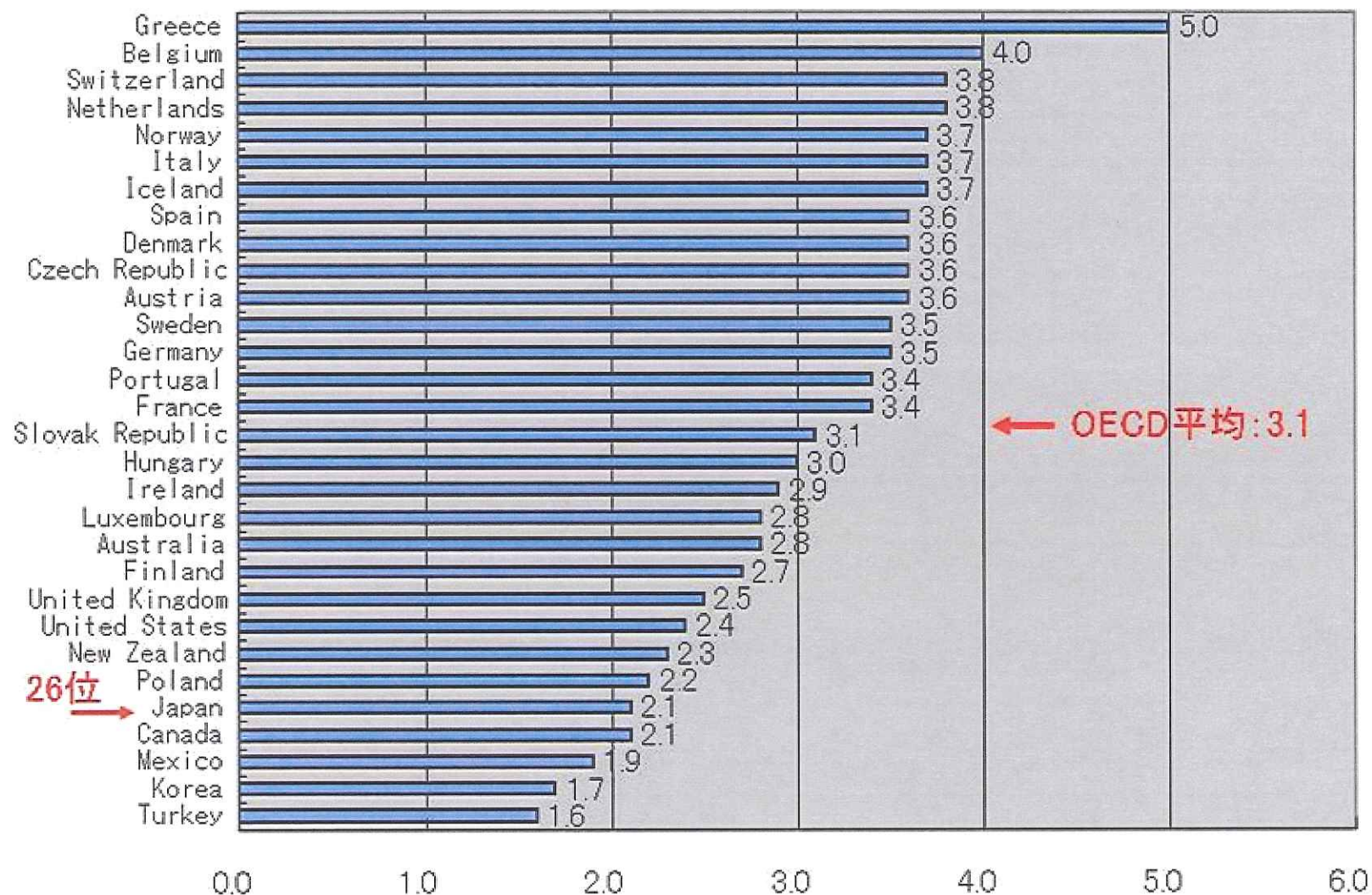
領域においても医師免許証を持つ研究医の不足が深刻な問題であり、10年後には基礎的医学研究・教育を行う医系教員を確保できなくなる可能性が高い。医療の質はこの基礎的医学研究によって支えられており、日本の基礎的医学研究の崩壊は、その後まもなく日本の医療の質の低下をもたらすことになる。一度この状況に陥れば、いかなる措置を行ってもその回復には数十年を要する。そのような状況を回避するために、医学部に起点を置く研究医養成のための具体的施策を直ちに進めるべきである。なお、この施策に係わる奨学金等の財源は、本邦の国民の医療の質を担保するための費用として国費から措置されるべきである。

- 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 10 月 22 日）



人口1,000人当たりの医師数国際比較(2006年)

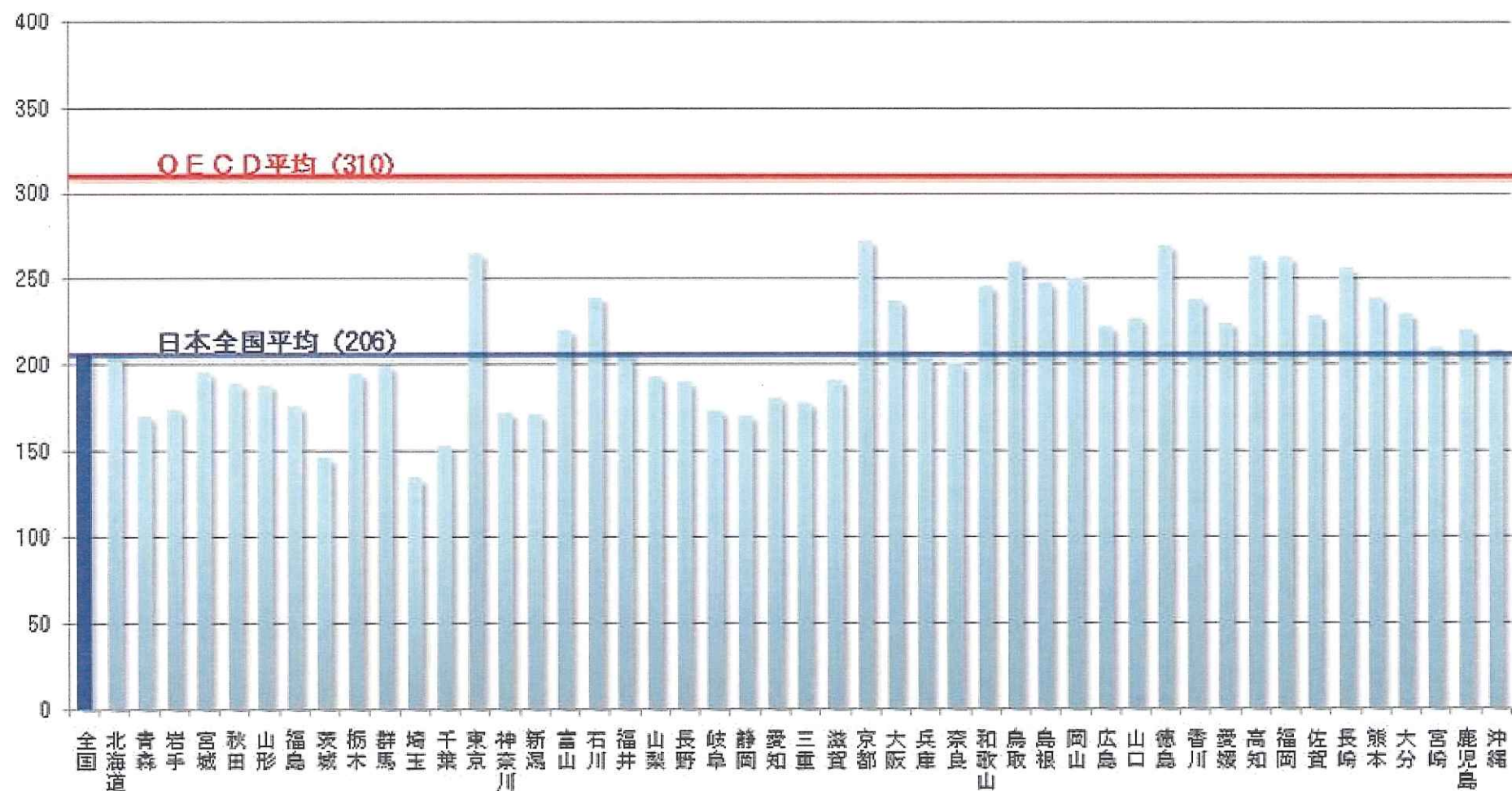


(注) Australia, Greece, Portugal, Swedenは2005年／Denmark, Slovak Re.は2004年のデータ。

(資料) OECD Health Data 2008.



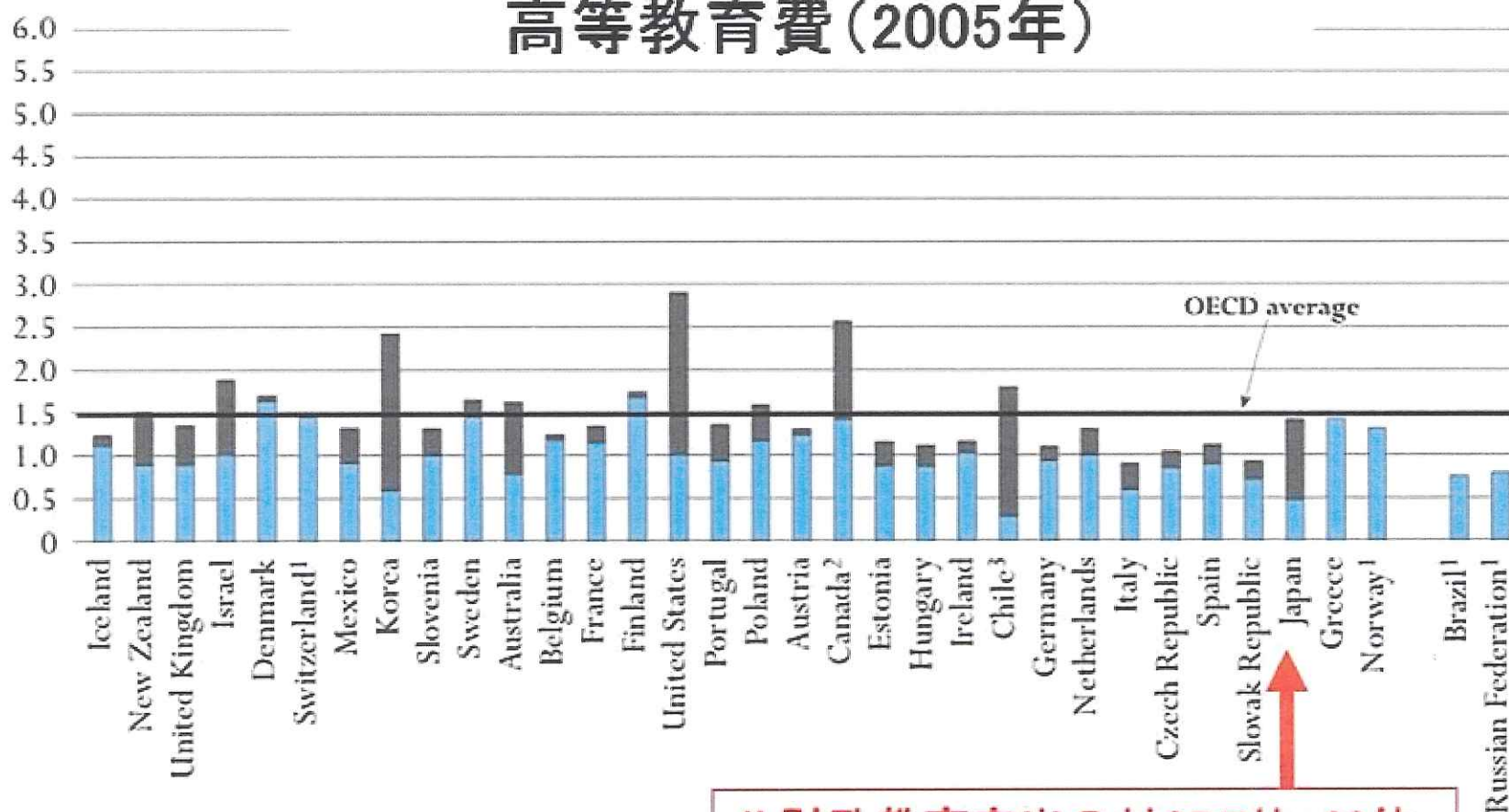
人口10万人对医師数（2006年）



（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応じ定める教授、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	専任教員数	学部の種類	収容定員	専任教員数
医学関係	一三〇	一四〇	歯学関係	七五	八五
	一四〇	一四〇		九二	九九
	一四〇	一四〇		一〇六	一一三

全国医学部・医科大学へのアンケートに基づく

「メディカルスクール構想」に対する

国立大学医学部長会議常置委員会の見解

平成 21 年 10 月 22 日

国立大学医学部長会議常置委員会

I. はじめに

これまでの日本の医師養成制度のあり方を見直し、米国流の4年間の医学教育を行う「メディカルスクール制」を導入すべきとする構想があり、医師不足との関連から積極的な推進を望む声があがっている。しかし、日本におけるメディカルスクール制度の導入に関しては、多くの課題があることが指摘されている。まず、日本の社会構造の問題、例えば、奨学金制度がほとんど返却制になっていること、今日問題となっている大学医学部の教員や資金の充実が先決事項と考えられること、日本の医学部以外の大学教育における米国との相違等は考慮されるべき問題であり、医師の診療科間の偏在を自然是正させる米国の医療業務内容に伴うインセンティブやドクターズフィーなどの欠落はメディカルスクール制が導入されても解決されない課題である。さらに、現在の医学部以外にメディカルスクール制度を考えると、2種類の医師が生まれることになる。それゆえ、これらの課題が解決できて初めて日本への現実的な導入が可能ということもできる。

また、学士編入学についても、本入試制度を取り入れている大学の中では、高い評価がある一方、本制度そのものの有効性に関する疑問から本制度の見直しを図っているとの声も聞かれる。さらに、本制度は、「メディカルスクール制」の一変法としての日本的な制度と捉えることもでき、いまだ流動的な入試制度であると言える。

そこで、国立大学医学部長会議常置委員会「教育制度・カリキュラムに関する小委員会」から防衛医科大学校を除く、全国79国公立大学医学部・医科大学へ「メディカルスクール構想」および「学士編入学制度」に関するアンケートを依頼した。医学部長および医科大学にあっては医学部長もしくは学長宛にアンケートを依頼し、79施設全て（回収率100%）から回答を得た。調査は平成21年5月から7月にかけて行われた。本アンケートの調査結果に基づき、メディカルスクール構想に対する小委員会の見解をまとめた。

II. アンケート調査結果

（1）メディカルスクール構想に関するアンケート結果

メディカルスクール構想については、賛成1大学、条件付き賛成5大学、現状での導入反対30大学、反対39大学、どちらでもない4大学であり、賛成は条件付きを入れても8%で、現状での導入反対は87%と、圧倒的に反対が多い。賛成の1大学は、個別調査により条件付き賛成に近いことがわかった。また、各大学からメディカルスクール構想に関する多数の意見が寄せられた。

（2）学士編入学制度に関するアンケート結果

学士編入学制度に関しては、現在あるいは最近まで学士編入学制度を行っている（いた）大学が 35 大学（44%）あった。編入時の学年は、12 大学で 3 年次、21 大学で 2 年次で、1 年次が 1 大学であった。2 年次入学への変更を予定している大学が 4 大学ある。大勢は 2 年次編入学と思われる。定員は、5 名もしくはそれ以下が最も多く、22 大学であった。40 名の大学が 1 大学あったが、ここでは学士に限らず、編入学制度として実施している。

本制度を実施している大学は 35 大学であったにもかかわらず、今回賛成として回答があったのは 10 大学のみで、条件付き賛成は 13 大学、反対は 44 大学、どちらでもないは 12 大学であった。特に、13 大学は本制度を実施しているにもかかわらず、反対の立場であった。これは医科大学長・医学部長の個人的意見であることによると考えられた。1 私立医科大学は募集停止中、1 国立大学は 2008 年度から廃止、1 私立大学は平成 22 年度から募集停止予定である。

学士編入学制度を実施している、あるいは実施していた 26 大学から、学士編入学で入学した学生の卒業時の成績と卒後の活躍について回答があった。実施していない 1 大学からも回答があった。卒業時の成績に関してのおおよその回答結果は、良好あるいは概ね良好 7 大学、良い学生と不良の学生がいてばらついている 9 大学、一般選抜の学生と差はない 4 大学、不良 4 大学、評価困難 2 大学、であった。5 大学からは、本制度導入時は、成績良好であったが、徐々に低下しているとの指摘があった。卒後の活躍に関する回答では、地域医療への貢献度は低く、基礎医学に進んだ学生はいないという結果であった。分析できるだけの卒業生がいなかったために回答困難あるいは不明が 5 大学あった。

（3）小委員会によるまとめ

本邦を含めて世界各国の医師養成の医学教育システムは、大きく 3 種類に分けられる。この医学教育システムの国際比較については、文部科学省先導的大学改革推進委託事業「日本におけるメディカルスクール制度の導入課題の検討も含めた医師養成制度の国際比較と学士編入学の評価に関する調査研究」報告書（事業推進責任者 奈良 信雄）が詳しい。それによると、一つは、高校卒業と同時に大学医学部に入学する日本とほぼ同じシステムである。5 年から 7 年の医学部教育であり、6 年間のドイツ、オランダ、スペイン、7 年間のベルギー、5 年間のマレーシアがある。二番目は、米国型で、大学カレッジを卒業した学士を対象に 4 年間医学部で教育するシステムである。三番目は、高卒者と学士の両者を医学部で教育するシステムである。オーストラリア、イギリス、アイルランド、韓国が該当する。大学によりどちらかを行っているところと、両者を併存させているところもある。日本の学士編入学は、定員は少なく小規模ながら第 3 のシステムに近いものといえることができる。

学士編入学制度については、一部は肯定的な意見であったが、導入された頃は良好であった学生の学業成績が最近では低下傾向を示すこと、地域医療への貢献度は低く、ほとんど基礎

医学に進んだ学生はいない等、多くは学士編入学生により目的に見合った貢献がなされていないという結果であり、今後も本制度の存続に関しては議論が必要である。さらに、本制度による卒業生を詳しく調査し、メディカルスクール構想の是非の判断に生かすことも重要であろう。

メディカルスクール構想の導入にはいろいろな課題が山積しており、全国医科大学長・医学部長からの回答では、現状では導入反対という意見が大勢を占めた。これらの回答の多くは大学あるいは教授会での基本方針として出されたものではないと考えられるが、本邦の医科大学および大学医学部の本構想に対する意見の現況を反映していると思われる。今回のアンケート調査結果では、条件をつけることなく現状のままで賛成とする意見は皆無と考えられる。以下は、各大学から寄せられた反対の理由をまとめたものである。

○米国とは社会基盤・構造が異なる

- ・米国とは社会的・文化的基盤が異なり、医療システムの異なる米国の制度のみを導入しても、適切に機能せず解決すべき問題が多くなるだけである。
- ・臨床医の養成には問題はないとしても、physician scientist の減少など問題の多い米国の教育システムの弱点をそのまま導入することの愚を犯してはならない。また、米国の医療がわが国の医療より優っているとは言えない。
- ・日本の教育システムは米国と異なっており、メディカルスクール制度のみを導入しても混乱を招くのみで、4年生大学の予備校化も懸念される。奨学金制度も充実していない。米国の制度を何の疑いもなく、工夫することもせず、導入することは問題である。
- ・メディカルスクールが病院を母体として成立した場合、医療と社会を結び付ける学問領域についての系統的知識が欠如する懸念がある。また、質の高い生命科学教育の機会が失われるであろう。さらに、「明日の医療」を開拓する人材の育成も損なわれるであろう。

○現行制度で何ら問題ない

- ・現行の制度自体には何ら問題はなく、これまで WHO の評価で世界 1 を作り上げてきた。問題となっているのは制度ではなく、教員不足や新臨床研修制度の方である。
- ・必要性に迫られた改革ならばよいが、単なる制度の変更に終われば、新臨床研修制度の二の舞であり、被害をこうむるのは学生であり、国民である。制度の変更によって蒙る被害の方が甚大であり、そもそも制度そのものが現状の医学・医療の問題となっているわけではない。
- ・現行制度の改革が進む中、その効果や結果が出ないところで、そのコンセプトも有効性も不明な制度を導入する意義が見当たらない。
- ・米国の真似をしてもよいことばかりとは限らない。日本には優れた医療制度があり、これを支えてきたのは現行の医師教育制度である。なんら変更の意味はない。

・18 歳入学の場合の動機づけの問題を重視することによって、メディカルスクール構想の理由にするのには無理がある。現行の制度でも学士や19 歳以上での入学は可能であり、何ら問題はない。

○高齢化と経済的問題

・学費、受験期間の長期化、卒業年齢の高齢化は日本の現状を考えると好ましくない。進路決定の際、経済的理由が最優先されることが懸念される。

・卒業生の高齢化は、10 年間の学費返済等のため臨床医および開業医志向を加速する。その結果、大学離れを加速し、日本の医学レベルの停滞を招く。また、外科系臨床科への希望者がさらに減少し、基礎系に進むものがいなくなる恐れがある。

○二重構造化の問題

・医師養成システムおよび医師資格の二重構造化となる。

・医師の階層化を懸念する。

○その前にすることがある

・その前に医学部の充実化が先決事項である。その問題の解決なければ、むしろ混乱を増幅するのみとなろう。

・制度変更の前に、日本の社会補償制度構築の方針が議論される必要がある。

・教育制度改善の検証を行ってからでも遅くはない。

・卒前・卒後医学教育には問題が山積している状態であり、この改善に制度変更はなんの役にも立たず、むしろ混乱を招くのみである。現状の問題を解決することが先決事項である。

・メディカルスクール構想は現状の医療環境の改善にはつながらない。

○学士が優れているということに根拠があるか

・学士が社会的に成熟しているという説に根拠はないし、学士編入学で見るとかぎり、学士あるいは修士・博士が特に優秀であるという知見は得られていない。メディカルスクールでは成熟した学生を教育でき、優れた臨床医を作ることが出きるという主張は、何ら根拠がない。むしろ、現行制度では24 歳卒業であるので、十分精神的にも肉体的にも成熟している。

・学士編入学の顕著な効果が得られていない。その結果を見る必要がある。すなわち、学士編入学は一つの検証データとなるので、しっかりした検証を行ってから議論すべきである。

・学士の受験勉強は、4 年生大学の就職活動の現状を考えると、4 年生で受験勉強をすることになる。医学の荒廃を招く。ゆえに、高卒からの一貫教育とはあまり変わらないのではないか。

修業年限の延長は、現状と比べて何も長所は認められず、日本の現状にそぐはない。

・学士編入学卒業生は、成績も並みとなり、地域貢献もなく、開業医志向が強く、基礎志向もない。

○医学教育には6年を必要とする

・基礎・臨床系統教育には6年が必要である。医学の知識や情報量の飛躍的増加ゆえに、すでに過密になっている教育内容では、4年間で質の高い教育は困難である。これは学士編入学生の編入時学年が多くの場合2年次となってきたことからわかることである。

・4年間で専門教育を行うことは困難になってきており、促成栽培的にこれを行うことは、医学・医療の質の低下を生じ、安上がりのレベルの低い臨床医の輩出につながる恐れがある。

III. 「メディカルスクール有識者検討会報告書」の答申についての見解

平成21年8月5日「メディカルスクール有識者検討会報告書」の答申がなされた。これは、東京都の諮問により平成19年8月から発足し、12名の委員により「メディカルスクール」実現に向けて検討され、今回上梓されたものである。現在のわが国の医学教育における問題、わが国の医学教育改善の取り組み、医学教育機関のあり方、諸外国での教育システムの現状などについて検討されている。概ね適切に現状の分析を行っており、的を射たものと考えられる。そして、新しい二つの医学教育システムとして、「アメリカ型メディカルスクール」および「3年次選抜型の4年制医学部」構想を提唱し、その検討を行っているが、どちらのシステム実現にも解決すべき多くの課題があり、多岐にわたる領域において十分な議論が必要であると結論している。「アメリカ型メディカルスクール」については、米国と日本の社会基盤と医療システムの違いに言及し、無批判に導入することのないように注意が必要としている。本検討会は、「メディカルスクール」実現に向けての検討会として発足したが、詳細に現状分析を行い、むしろ拙速に新しい医学教育制度を導入しようとする考えに警鐘を鳴らす結論となっているように思われる。

IV. 「メディカルスクール構想」に対する見解

昨今のメディカルスクール構想には、なぜ現状の課題を解決しようとするのではなく、同じ問題を抱える新制度の導入を考えるのかについての疑問が生じる。新制度導入は、むしろ、現行の6年制医学教育システムの改善課題に加えて、新たな解決すべき問題を抱えることになると思われる。なぜならば、現行の医学教育が抱えている諸問題、すなわちリベラルアーツ教育の問題、医学生の実践的教育の不足の問題、教員数が少なく不十分な指導体制、医行為の制約に代表される実践教育における問題等は「メディカルスクール制」となっても解決される問題ではなく、本制度の導入は、本邦においては上述の小委員会に寄せられた各大学からの意見

のように、さらに困難な問題を生じることになると考えられるからである。また、現在実施されている学士編入学制度についても目覚ましい効果が見られていない状況を考えると、メディカルスクール制の利点として推進しようとする一つの根拠が失われることになる。新制度導入を考える前に、現在問題となっている諸課題を解決すべきであり、医学教育の改革は、単に「メディカルスクール制」のような医学教育制度の変更のみでなされるものではない。わが国の社会的・文化的な基盤を考慮して十分な検討を行い、現状の医学教育における課題の解決や教育体制の整備等を進めた上ではじめて組上にのせることが可能となろう。

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

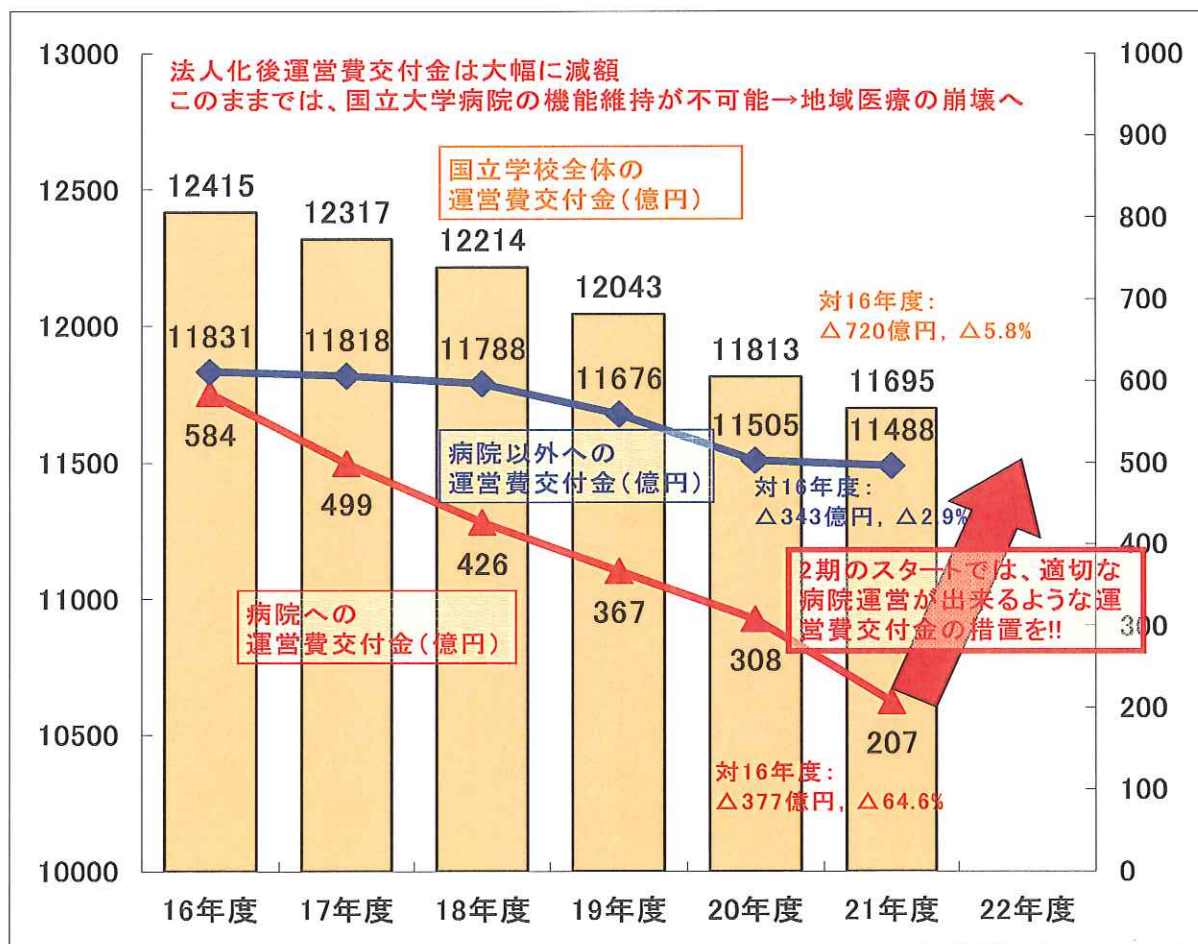
(単位:千円 単位未満切り捨てのため、計が一致しない場合がある。)

	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	14,038,444	11,314,461	30,510,182	6,395,631	4,653,424	5,713,913	16,315,948	6,424,809	50,997,117	38,036,842	17,082,194	6,345,169	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	3,125,791	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	9,759,201	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	44,602,162	5,555,836	26,562,930	5,309,727	5,156,937	24,291,365	28,462,354	19,031,071	13,434,355	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	19,647,916	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	799,682	727,224	3,505,735	4,100,011	2,582,394	1,693,414	663,184	1,719,355	1,777,261	1,582,360
一年内返済予定長期借入金	100,186	87,720	0	12,168	951,904	91,594	49,660	58,646	166,496	125,392	25,036	64,864	76,532	26,540	0
計	6,175,195	28,777,810	47,956,862	11,114,855	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

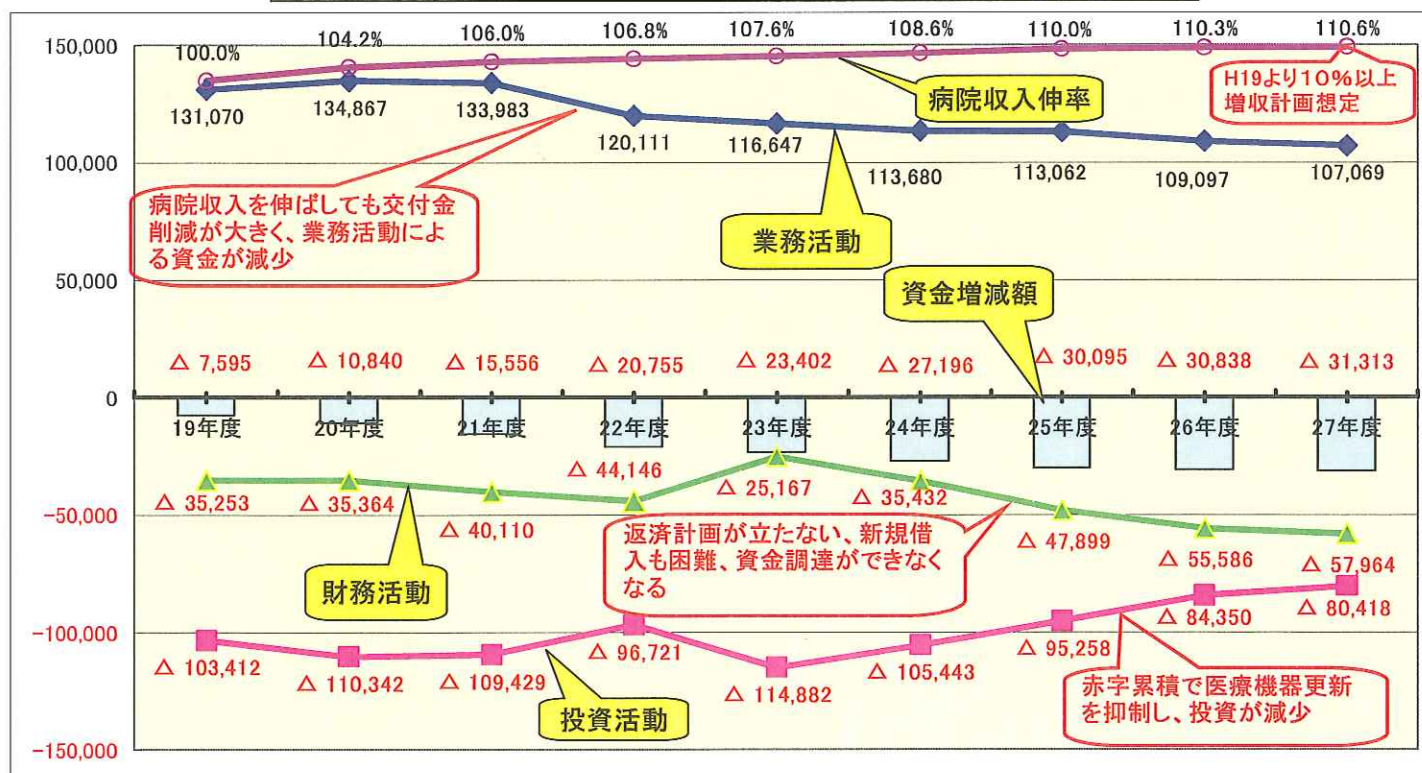
	徳島大学	香川大学	愛媛大学	高知大学	九州大学	佐賀大学	長崎大学	熊本大学	大分大学	宮崎大学	鹿児島大学	琉球大学	合計
国立大学財務・経営センター 債務負担金	19,993,813	4,241,524	12,786,327	4,947,660	35,283,591	4,868,436	5,952,043	15,226,212	3,690,284	5,402,453	6,533,636	4,777,835	624,904,748
長期借入金	4,511,241	1,867,001	3,680,652	2,684,177	22,815,007	723,450	20,557,077	16,128,712	1,652,564	4,250,877	2,589,936	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	532,306	673,416	853,466	963,055	73,796,732
一年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	17,981,381	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)

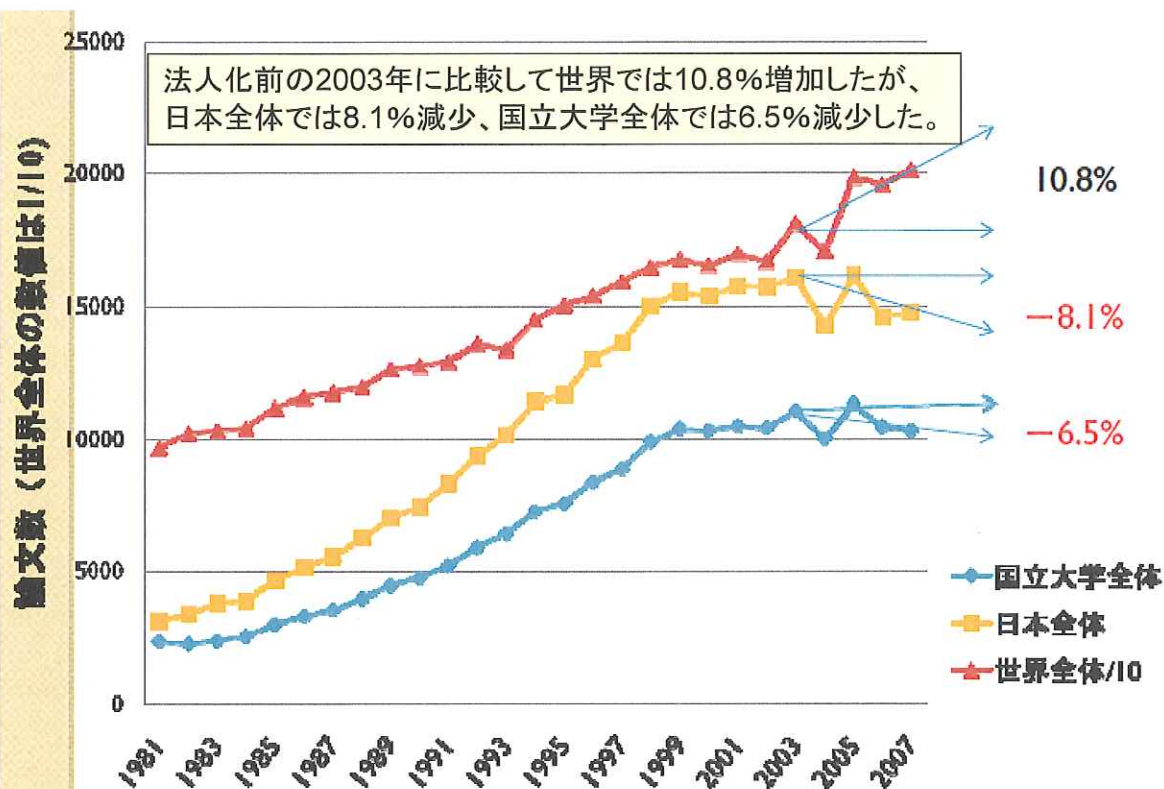


病院キャッシュ・フロー計算書(簡易版)

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

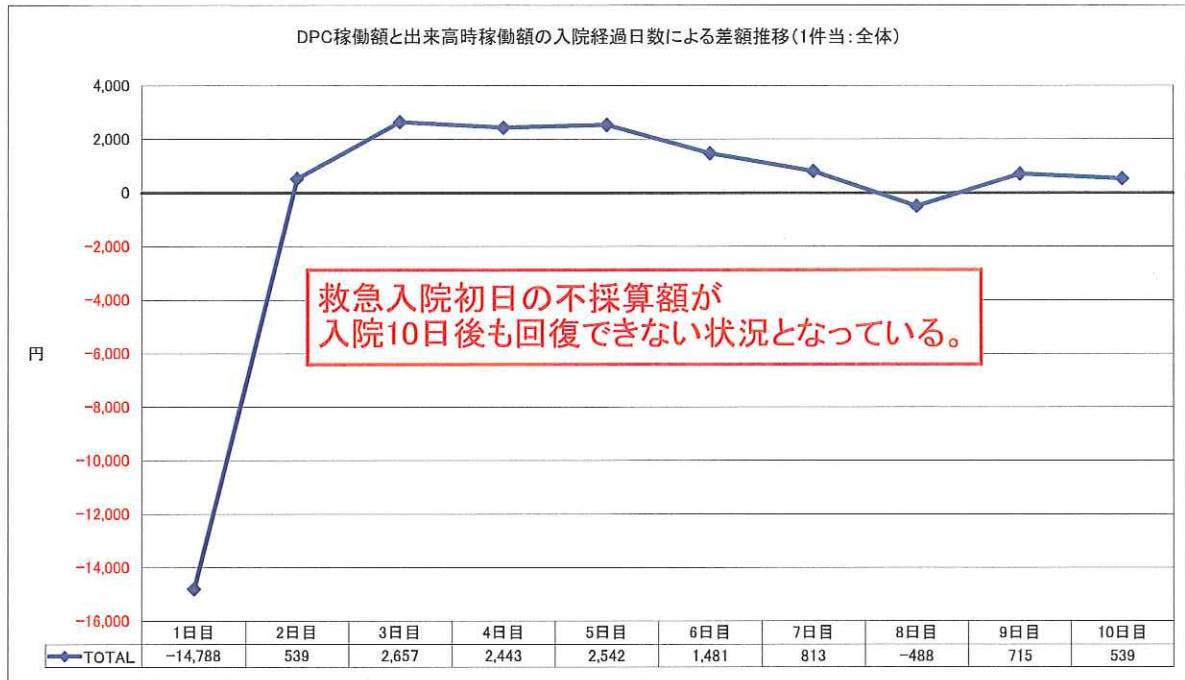
順位	1993-1997		1998-2002		2003-2007	
	国名	論文数	国名	論文数	国名	論文数
1	米国	3314	米国	3695	米国	2677
2	イギリス	920	イギリス	1484	イギリス	873
3	カナダ	377	カナダ	511	カナダ	462
4	オランダ	277	オランダ	502	ドイツ	343
5	フランス	274	フランス	432	フランス	300
6	ドイツ	253	ドイツ	410	オランダ	294
7	イタリア	236	イタリア	374	イタリア	279
8	スイス	166	スイス	282	オーストラリア	260
9	オーストラリア	155	オーストラリア	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」



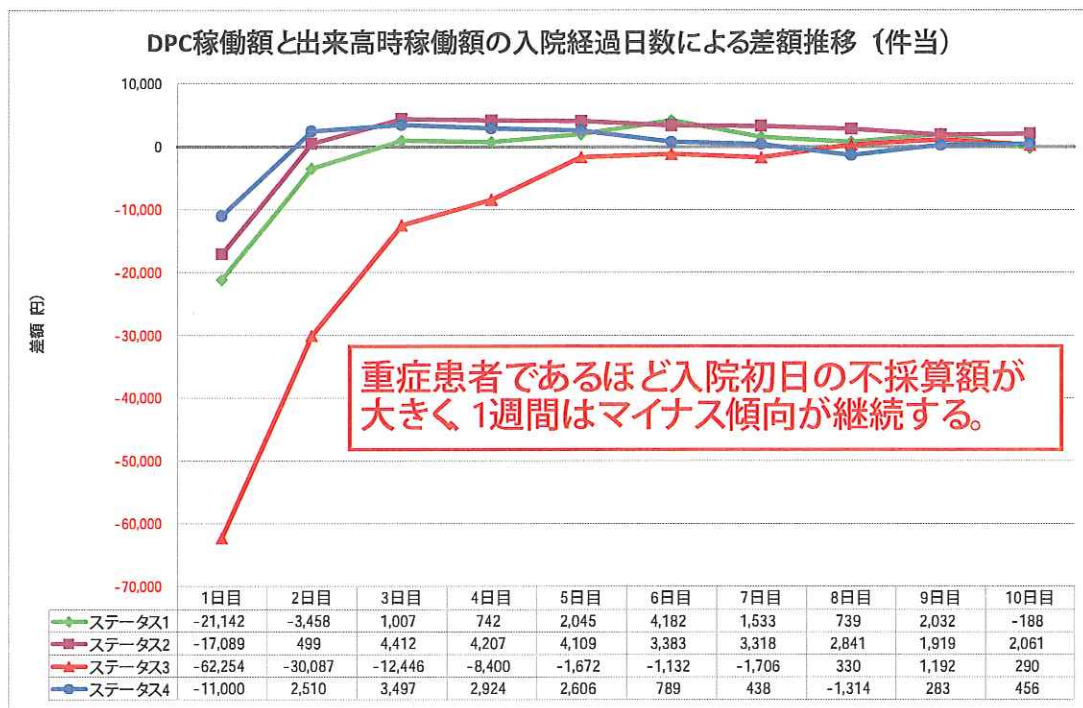
件数	16,453	16,152	14,994	14,071	13,185	12,142	11,049	10,090	9,117	8,220
金額	-243,304,349	8,707,498	39,832,619	34,380,090	33,521,305	17,977,606	8,984,710	-4,928,449	6,522,623	4,427,611
差増累計	-243,304,349	-234,596,852	-194,764,232	-160,384,142	-126,862,837	-108,885,231	-99,900,521	-104,828,970	-98,306,346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

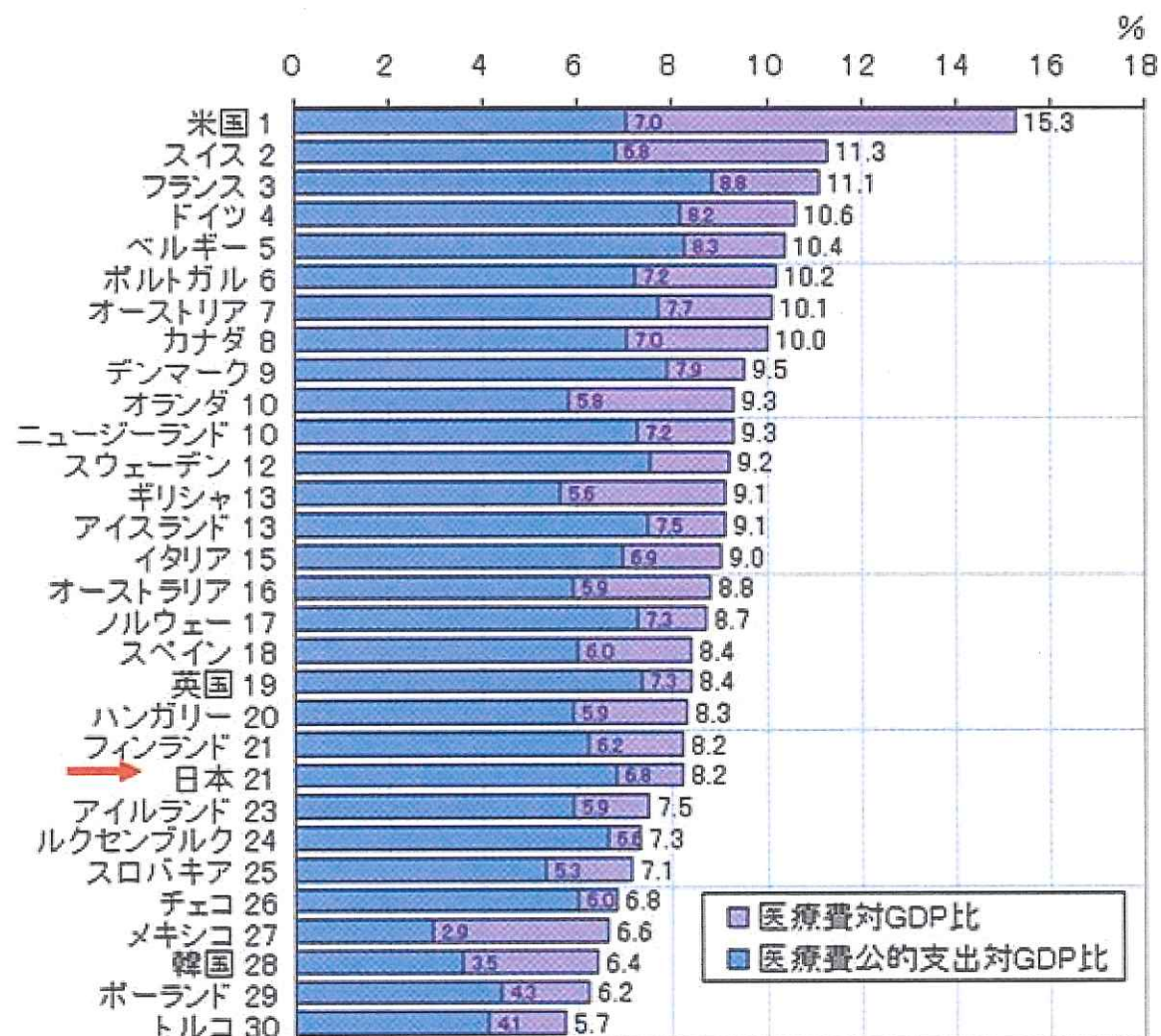
平成 16 年度から国立大学が法人化されました。このときに各大学は6年計画の中期計画を出させられました。同時に、大学の運営費交付金の1%が毎年減額されることが決められました。更に大学病院の運営費交付金は2%相当分が減額になったのです。平成16年度に大学病院の運営費交付金が全体で584億円だった物がこの6年間で207億円にまで減額されました(資料A)。実に6年間で運営費が三分の一になったのです。一般企業では倒産の事態です。これを何とか持たせたのは、各大学病院の教員(医師)の献身的努力によるもので、労働基準法に抵触するほどの診療労働によって手術件数を増加させ在院日数を減らし、営利中心の運営を行ったからです。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、教職員が働かなかつ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で、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)