

# 国立大学の法人化が促す新たな病院経営

川 渕 孝 一

## 目 次

- 1 はじめに
2. 国立大学の法人化が意味するもの
3. 国立大学附属病院の経営実態
4. 「医療の質」と「経営の質」は相関するののか
5. 医業収支率の改善方策
6. 求められる財務体質の改善
7. 「医療機関別包括評価」が意味するもの
8. 病院はどう対処すべきか
9. おわりに

# 国立大学の法人化が促す新たな病院経営

川 淵 孝 一\*

New Wave in Hospital Management as the National Universities  
Turn into Quasi-public Entities

Koichi Kawabuchi

## 1 はじめに

国立大学が平成16年4月から非公務員型の独立行政法人（独法：正式には「国立大学法人」）に移行した。これによって全国に42ある大学・医学部附属病院（以下、医病という）、11の歯学部附属病院（以下、歯病という）にも「真のマネジメント」が求められることになった。

これまで、国立大学附属病院は、文部科学省の庇護の下、「マネジメント」など全く考えないでよかった。それが、平成16年4月からは様相が一変した。さらに、厚生労働省も医療改革の一環として、平成15年4月から特定機能病院に対して医療機関別包括評価をすでに導入している。この支払方式は国立大学のみならず公私立大学附属病院にも導入されているので、その影響力は大きい。まさに大学病院は「待たなしの構造改革」が迫られているのである。

そこで、本稿では、文部科学省及び厚生労働省から公表された報告書・資料を参考にしながら、国立大学の法人化によって、病院経営がどう変わるか、さらに、医療機関別包括評価で特定機能病院の経営スタイルはどう変化するかを述べる。また、これを受けて国立大学附属病院はどう対処すべきか、一定の提言を行う。

## 2 国立大学の法人化が意味するもの

平成16年度から実施された国立大学の法人化を受けて、これまで病院経営など全く意識しなかった国立大学附属病院が大きく変化する可能性が出てきた。

現在、国立大学の歳入歳出規模は、平成16年度予算額で2兆3,381億円となっている。歳入の主な内訳を見ると、運営費交付金が1兆2,416億円、病院収入が5,957億円、授業料及び入学検定料3,479億円、施設整備費補助金等664億円、財政投融资からの借入金が618億円、その他収入が247億円であり、

---

\* 東京医科歯科大学大学院教授

一般会計からの繰入率は55.9%となっている。私立大学に対する経常費補助金を全部足しても3,262億円にしかならないことを考えると、国立大学はすこぶる優遇されてきたと言える。

そもそも国立大学附属病院は、教育機能のみならず、臨床機能、治験・研究開発（R&D）機能を有しており、医師の人事権をめぐって、いまなお強い医局制度が残っている。当該病院が変わらないと医療制度の変革も困難と考える。つまり、教育病院の変革がヘルスケア・リフォームの成功のカギの一端を握っているのである。わが国ではマネジメントが最も遅れている分野として大学病院がよく引き合いに出されるが、これが正しいとすると、国立大学附属病院は前近代的な組織の最たるものと言える。皮肉にも最も“知的な人々”が集まるとされる医科・歯科大学及びその附属・関連病院が長い間の慣習と「密室性」に守られ、相当歪んだ構造を呈しているのである。

そうした中で、文部科学省からたて続けに出てきたのが、新しい「国立大学法人像」、「国立大学法人」会計基準及び「国立大学法人」会計基準注解、「国立大学附属病院の医療提供機能強化を目指したマネジメント改革について（提言）」である。

たとえば、平成14年3月26日に出された「新しい『国立大学法人』像について」によれば、大学法人化以降も「附属病院等の教育研究施設については、従来、大学の教育研究活動と不可分な関係にあるものとして位置付けられてきたことを踏まえ、大学に包括されるものとして位置付ける」としている。また、同報告書では、「大学の施設等のうち、運営の実態や独立採算の可能性等を踏まえ、より柔軟な運営を実現するなどの観点から、特定の施設等を国立大学法人から独立させ、別の種類の法人とするとともに、必要に応じて国立大学法人がこれらの法人に出資できることとする」とも言っている。

他方、資金的には、文部科学省は、附属病院運営交付金を受ける附属病院については、経営の効率化を求めることとして、17年度以降「経営改善係数2%」を課すとしている（但し、病院収入が「一般診療経費＋債務償還経費」を上回る場合は、経営改善係数は課されない）。

さらに、当局は各国立大学に対し、中期目標・中期計画の策定を義務付け、毎年文部科学省にその進捗状況を届け出ることを求めている。中期目標とは基本理念や長期的な目標を実現するための一つのステップで、一定期間内の達成目標をいう。ここでは平成16年度から平成21年度までの6年を「一定期間」としている。

これに対して中期計画とは、中期目標を実現するための具体的な計画である。経営改善係数の中期計画期間中の取り扱い、「16年度附属病院収入予算額の2%の額を、17年度以降、16年度附属病院収入予算額に附属病院運営費交付金が措置される期間の毎年度、累積した額が当該年度の目標病院収入額（なお、経営改善係数の2%のうち「0.5%」分については、新たな病院再開発等を行う大学法人に再配分の経費として使用）」としている。

これは附属病院収入が「一般診療経費＋債務償還経費」を上回らない場合に、経営改善係数は累積され、平成21年度には、10%にも及ぶことを示唆するものである。一方、附属病院収入が「一般診療経費＋債務償還経費」を上回った場合は、超過分は法人自由裁量経費として使用することが可能になる。つまり、“赤字基調”から“黒字基調”に転ずれば、財務的にも自由度が増すのである。

### 3. 国立大学附属病院の経営実態

それでは、国立大学附属病院はどんな経営状態にあるのだろうか。

本稿では、平成13年度の貸借対照表と損益計算書、および平成12年度の「国立大学附属病院経営管理指標」を用いて、病院の順位付けを行った。表1および表2は医業収支率（医業収入を医業費用で除した比率）をベースに医病、歯病をランキングしたものである。

医病では筑波大学がトップで次いで大分大学、山梨大学の順になっている。一方、歯病では大阪大学が一番成績がよく、次いで、東京医歯大、新潟大学の順になっている。といっても、全て100%を下回っており、国立大学附属病院には黒字は存在しないことがわかる。

これは、国立大学附属病院における医療の提供は、教育、研究と一体となって行われているために、診療収入だけではペイしないからだとされる。その結果、国立大学附属病院には多額の一般会計の繰入が行われている。つまり、国立大学附属病院では独立採算制は成立しないのである。表3は、経常収支率に占める補助金収入の割合を示したものだ。医病では、東京大学が42.8%とトップを占め、以下、東京医歯大、大阪大学と続いている。他方、歯病では、長崎大学がトップを占め、以下、広島大学、徳島大学と続いている（表4）。ここで興味深いのは医業収支率の低い大学は経常収益に占める補助金収入の割合が総じて高いということである。つまり、国立大学は医業収入の赤字を「税金」で埋め合わせしている。しかし、こんな論理はいつまで通用するのだろうか。国立大学医学部附属病院長会議常置委員会が平成14年12月に公表した「国立大学法人化後の国立大学附属病院の運営について」によれば、大学附属病院における客観的な指標によるところが困難な事業としては、次のような9点が列挙されている。

医師を育成するという社会的使命を果たしていること。

難病を積極的に診療する等、不採算な医療に関わっ

表1 国立大学医学部附属病院の医業収支率(%)

1	筑波大学	83.8
2	大分医科大学	82.8
3	山梨医科大学	82.7
4	広島大学	82.6
5	浜松医科大学	82.4
6	香川医科大学	82.1
7	佐賀医科大学	81.3
8	鹿児島大学	81.1
9	福井医科大学	81.0
10	長崎大学	80.3
11	山形大学	79.7
11	宮崎医科大学	79.7
13	千葉大学	79.4
13	信州大学	79.4
15	群馬大学	79.0
16	岡山大学	78.9
16	大阪大学	78.9
18	三重大学	78.6
19	岐阜大学	78.4
20	鳥取大学	77.9
21	徳島大学	77.8
21	神戸大学	77.8
23	高知医科大学	77.7
23	九州大学	77.7
25	名古屋大学	77.1
26	富山医科薬科大学	76.7
26	秋田大学	76.7
28	熊本大学	76.5
29	滋賀医科大学	76.2
30	旭川医科大学	76.0
31	金沢大学	75.9
32	琉球大学	75.3
33	北海道大学	75.0
34	弘前大学	73.2
35	愛媛大学	72.7
36	京都大学	72.3
37	島根医科大学	72.0
38	山口大学	70.4
39	新潟大学	69.9
40	東京医科歯科大	63.9
41	東北大学	63.6
42	東京大学	58.3

表2 国立大学歯学部附属病院の医業収支率(%)

1	大阪大学	55.6
2	東京医科歯科大学	49.8
3	新潟大学	46.2
4	東北大学	44.8
5	北海道大学	44.1
6	岡山大学	42.2
7	徳島大学	41.6
8	鹿児島大学	38.5
9	広島大学	37.9
10	九州大学	37.4
11	長崎大学	37.1

表3 国立大学医学部附属病院の経常収益に占める補助金収入の割合(%)

1	東京大学	42.83
2	東京医科歯科大学	40.72
3	大阪大学	34.53
4	琉球大学	32.45
5	京都大学	32.15
6	東北大学	32.12
7	北海道大学	32.05
8	鳥取大学	30.81
9	九州大学	30.07
10	熊本大学	29.98
11	神戸大学	28.72
12	山口大学	27.14
13	滋賀医科大学	27.03
14	群馬大学	26.74
15	金沢大学	26.69
16	愛媛大学	26.60
17	富山医科薬科大学	26.20
18	新潟大学	25.95
19	福井医科大学	25.77
20	名古屋大学	25.64
21	信州大学	25.53
22	高知医科大学	25.42
23	弘前大学	24.98
24	浜松医科大学	23.53
25	宮崎医科大学	23.29
26	山梨医科大学	22.69
27	千葉大学	22.46
28	秋田大学	22.06
29	岡山大学	21.89
30	香川医科大学	21.88
31	佐賀医科大学	21.72
32	徳島大学	21.35
33	鹿児島大学	21.25
34	広島大学	20.99
35	筑波大学	19.77
36	長崎大学	19.06
37	山形大学	18.60

なお、医病については42病院中5病院は貸借対照表と損益計算書のデータがなかったため、37病院を分析対象とした。

表4 国立大学歯学部附属病院の経常収益に占める補助金収入の割合(%)

1	長崎大学	65.66
2	広島大学	62.17
3	徳島大学	61.12
4	岡山大学	59.48
5	九州大学	56.48
6	新潟大学	56.27
7	鹿児島大学	55.94
8	東北大学	55.73
9	北海道大学	55.69
10	東京医科歯科大学	54.83
11	大阪大学	44.98

ていること。

高度先進医療への積極的な取り組みを行っていること。  
臓器移植や遺伝子治療の中心的役割を果たしていること。

ゲノム医療や再生医療の開発・導入を行っていること。  
ロボットを活用した先端医療の導入を進めていること。

医療事故の防止対策や安全管理に有効な医療機器や材料の開発研究を行っていること。

医師、コメディカル・スタッフの卒前・卒後の教育や生涯学習事業の支援を行っていること。

治験や臨床試験の積極的な受け入れを行っていること。

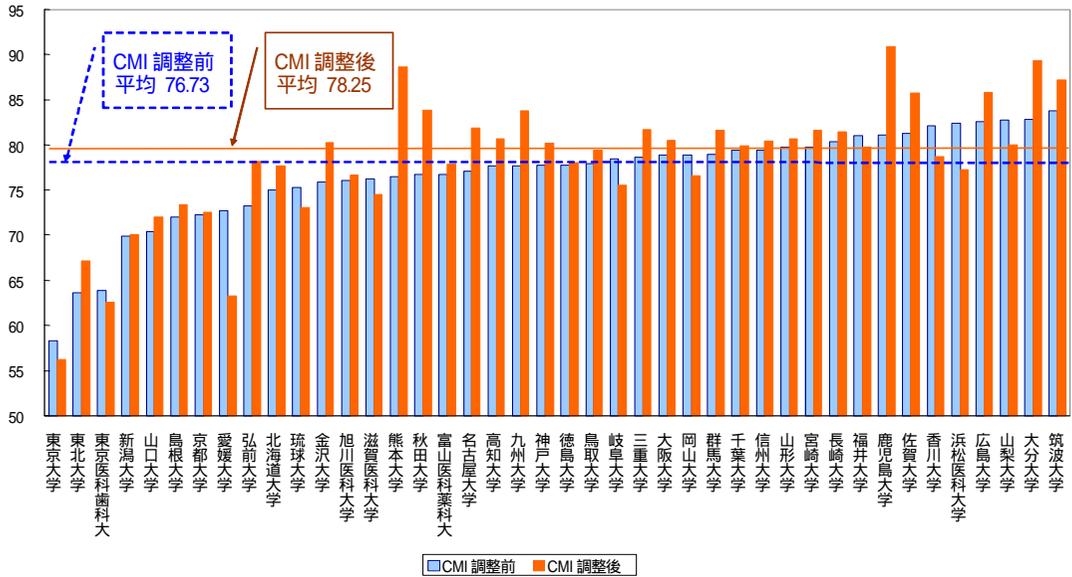
#### 4. 「医療の質」と「経営の質」は相関するのか

しかし、これは国立大学に限った話ではない。かりに、国立大学病院の方が公私立大学病院より重症度が高いということであれば、これを証明する必要がある。幸い、厚生労働省のDPC評価分科会が平成15年11年に在院日数をベースとしたCMIを公表したので、医業収支率にCMIを乗じて一定のリスク調整を行った<sup>1)</sup>。ここでDPCとは、Diagnosis Procedure Combination (=診断群分類別処置・手術分類)の略で、1,727分類から構成され、医療資源を最も投入した傷病名、手術・処置の選択、合併症・重症度に応じた補助的な医療行為の3層の分類基準のことである。厚生労働省はこのDPCを1日当たり定額払い方式として平成15年4月から大学病院の本院らの特定機能病院の支払い方式に導入している。また、CMIとは、医療資源の投入量から見た当該病院の患者重症度のことである。平均的な病院のCMIは1.0で、その値が高ければ高いほど、医療資源の必要度の高い患者(より複雑な患者)が多いと想定される。

図1はリスク調整前後の医業収支率の変化を示したもののだが、最も経営成績がよい医病は筑波大学ではなく、鹿児島大学となることがわかる。

一方、東京大学は、在院日数の短い患者が多いせいか、

図1 CMI 調整前および調整後の医業収支率（42国立大学）



CMI 調整後の医業収支率はますます悪くなる。ここで留意すべきは、医業収支率と経常収益に占める補助金収入の割合には強い相関が見られるが、CMI と医業収支率は全く相関がないことである（表5）。つまり、「重症患者が多いから経営成績が悪い」というわけではないのである。さらに（100床当たりの）医師数と看護師数も CMI と全く相関がなかった（表6）。これは医療資源の配分が適正に行われていないことを示唆するものである。

問題は医療の質だが、残念ながらわが国の国立大学附属病院は、患者の個票データを一切公開していない。

そこで本稿では、厳密な経済分析をあきらめ、医療の質を示す指標として、病院の医療事故率を

表5 CMI と経営成績の相関分析

	医業収支率	補助件収入
CMI	0.058	-0.084
補助金収入経常収益	-0.720*	
医業収支率		

Spearman の (□-) 国立大学医学部附属病院 (n = 37)  
\* (p < 0.05)

表6 CMI と医師数・看護師数との相関分析

	医師数	看護師数	100床当たり医師数	100床当たり看護師数
CMI	-0.185	0.328	-0.082	-0.101

Spearman の (□-) 国立大学医学部附属病院 (n = 22)  
いずれも統計的な有意なし

採用した。より具体的には、厚生労働省が平成14年4月に医療事故数（インシデント、アクシデント事例数<sup>2)</sup>を発表した。これによると、平成12年4月から、平成14年2月までに全国82の特定機能病院で、平均2,275件のニアミス、183の事故が発生し、そのうち、患者が死亡や重体など重篤な症状に陥ったのは平均4.7件だった。82病院のうち、最も事故が多かったのは2,926件と報告した関東地方の大学病院であり、500件以上の病院は9病院、0件と報告した病院も3病院あった。ここで興味深いことは、医療の質を示す指標（患者1,000人当たりのインシデント事例数、患者1,000人当たりのアクシデント事例数、患者1,000人当たりの重篤な事例数）と経営の質を示す指標（CMI 調整前・後の医業収支率、経常収益に占める補助金収入の割合）にはまったく相関がないことである（表7）。

つまり、経営成績が良いからと言って必ずしも、医療の質が高いというわけではないのである。さらに、100床当たりの医師数・看護師数、さらにはCMIと医療事故率との間にも相関がなかった（表8）。これは、医療スタッフが多いからと言って、医療事故が少なくなるわけではないことを示唆するものである。ただし、この報告は自己申告である。実際、「医療事故」の定義が病院によって異なり、軽微なミスもきちんと報告した病院と、重篤なものだけを報告した病院があったとみられ、単純に2,926件の病院の事故率が高く、0件の病院が安全とは言えない面がある。大学病院における医療事故が増えている昨今、「医療の透明性」を高める上でも一定のデータの公開が求められる。

ちなみに、インシデント発生件数について、本データと平成15年度の報告書を比べると一定の相関は認められなかったが、3病院を除いて発生件数は増加していた。これはインシデントの発生には一定の蓋然性が伴うことと、リスクマネジメントの難しさを示すものである。

表7 医療の質と経営の質との相関分析

医療の質 \ 経営の質	CMI 調整前 医業収支率	CMI 調整後 医業収支率	補助金収入 経常収益
患者 1000 人当たり インシデント事例数	-0.0285	0.0001	-0.0223
患者 1000 人当たり アクシデント事例数	0.2066	0.1918	-0.2026
患者 1000 人当たり 重篤な事例数	-0.0812	0.0760	0.0115

Spearman の（ロー） 国立大学医学部附属病院(n=37)  
いずれの指標間においても医療の質と経営の質に相関はない (  $p < 0.05$  )

表8 医師数・看護師数と医療過誤率との相関分析

	100 床当たりインシデント事例数	100 床当たりアクシデント事例数
100 床当たり医師数	-0.230	-0.059
100 床当たり看護師数	-0.107	0.194
CMI	0.003	-0.132

Spearman の（ロー） 国立大学医学部附属病院 ( n = 22 )

## 5. 医業収支率の改善方策

いずれにしても、公私立医科大学とのイコール・フットイング (Equal Footing = 同じ競争条件) が求められる中で、国立大学附属病院といえども医業収支率を改善する必要がある。

それでは、どうすれば医業収支率を改善させることができるのだろうか。医業収支率 (Y) を被説明変数とし、他の全指標を説明変数とするステップワイズ重回帰分析を行い、決定係数が最も高くなる回帰式を選んだところ、医病では、

$$Y = -3.86 \times 1/10^5 \times \text{百床当年間医業経費} + 5.669 \times 1/10^4 \times \text{職員 1 人 1 日当入院収益} - 0.168 \times \text{固定長期適合率} + 3.447 \times \text{患者 1 人 1 日当放射線撮影入院治療件数} + 0.123 \times \text{看護部門職員 1 人 1 日当外来患者数} + 0.142 \times \text{外来新患率、}$$

歯病では

$$Y = -0.223 \times \text{人件費率} + 0.318 \times \text{院外処方発行率} + 5.373 \times \text{医師 1 人 1 日当外来患者数} + 2.436 \times 1/10^5 \times \text{検査部門職員 1 人 1 日当収益} + 1.131 \times 1/10^3 \times \text{百床当手術件数} + 4.893 \times 1/10^4 \times \text{放射線部門職員 1 人 1 日当収益} - 4.02 \times 1/10^8 \times \text{百床年間医業経費} + 4.465 \times 1/10^3 \times \text{入院患者 1 人 1 日放射線撮影治療件数}$$

という式が導出された。

つまり、医病では、職員 1 人 1 日当たり入院収益、患者 1 人 1 日当たり放射線撮影治療件数 (入院) 看護部門職員 1 人 1 日当たり外来患者数、外来新患率が高ければ高いほど、また、百床当たり年間医業費用 (経費) 固定長期適合率が低ければ低いほど、医業収支率 ( $R^2=0.845$ ) がよくなることがわかる。表 9 は、この六つの指標を一覧表にしたものだが、医業収支率がトップの筑波大学附属病院 (以下、筑波大) と最下位の東京大学附属病院 (以下、東大) とで特に顕著な差が見られるのは、100床当たり年間医業費用 (経費) と固定長期適合率である。

ここで固定長期適合率とは長期資本 (固定負債+資本の部) のうちから固定資産に投下された割合を示す指標のことである。長期にわたって運用される固定資産は、自己資本や長期借入金で賄うことが肝要である。そのため、この比率が100%を超える場合は、固定資産への過大投資を示し、利益による返済が重荷となる。東大の設備投資が旺盛なことはつとに有名だが、これが同院の経費の増大を招いている構図が読み取れる。

また、図 2 は東大と筑波大にスポットをあてて六つの指標をレーダーチャートにしたものである。この図を見ても東大は経費削減が必要ながわかる。

実際、利益ツリーを作成して、東大と筑波大のベンチマーキングを行ったところ、東大は収入面では問題ないことがわかる。より具体的には、東大は筑波大の100床当たり医業収入を入院で26%、外来で33%上回っていることが分かった (図 3)。これに対して東大の100床当たり医業費用は筑波大より58%も高く、その内訳は人件費で47%増、材料費で25%増、経費で63%増となっている。この中で東大の材料費が高いのはその医業収入が高いことによるもので、問題ない。ポイントは人件費と経費の削減だが、短期的には、経費の削減から取り組むことが現実的である。ただし、一言で経費といっても福祉厚生費から雑費まで28項目にわたるので細部に及ぶ検討が望まれる。

表9 医業収支率と強い相関が

100床当年間医業費用(経費) (千円)			看護部門職員1人1日当患者数 (外来)		職員1人1日当診療収益(入院) (円)			
1	東京大学	794,288.0	1	山梨大学	89.9	1	山口大学	41,989.0
2	東京医歯大	466,408.0	2	弘前大学	74.1	2	佐賀大学	41,714.0
3	山口大学	421,655.0	3	滋賀大学	74.0	3	鹿児島大学	41,518.0
4	京都大学	383,080.0	4	東京医歯大	65.7	4	信州大学	41,474.0
5	岡山大学	382,363.0	5	筑波大学	65.0	5	秋田大学	41,406.0
6	東北大学	378,960.0	6	北海道大学	64.3	6	岡山大学	41,101.0
7	旭川大学	361,500.0	7	神戸大学	59.1	7	三重大学	41,019.0
8	大阪大学	355,851.0	8	岐阜大学	54.4	8	富山大学	40,908.0
9	弘前大学	351,714.0	9	山口大学	52.3	9	福井大学	40,722.0
10	北海道大学	347,827.0	10	東京大学	50.2	10	弘前大学	40,421.0
11	群馬大学	345,645.0	11	熊本大学	49.5	11	大分大学	40,401.0
12	千葉大学	345,437.0	12	佐賀大学	49.0	12	徳島大学	40,081.0
13	秋田大学	343,960.0	13	大阪大学	47.9	13	名古屋大学	39,762.0
14	金沢大学	343,333.0	14	愛媛大学	47.9	14	香川大学	39,642.0
15	福井大学	323,807.0	15	千葉大学	45.6	15	山形大学	39,460.0
16	鹿児島大学	317,473.0	16	群馬大学	45.0	16	京都大学	38,827.0
17	滋賀大学	315,654.0	17	山形大学	43.5	17	神戸大学	38,681.0
18	徳島大学	315,176.0	18	京都大学	42.6	18	旭川大学	38,465.0
19	琉球大学	314,861.0	19	信州大学	42.3	19	北海道大学	38,346.0
20	山梨大学	311,425.0	20	宮崎大学	40.3	20	長崎大学	38,296.0
21	富山大学	310,958.0	21	金沢大学	39.6	21	岐阜大学	38,219.0
22	信州大学	310,855.0	22	富山大学	38.4	22	鳥取大学	38,183.0
23	大分大学	305,930.0	23	琉球大学	37.4	23	浜松大学	37,726.0
24	名古屋大学	305,371.0	24	大分大学	37.1	24	高知大学	37,527.0
25	高知大学	304,146.0	25	香川大学	36.8	25	山梨大学	37,513.0
26	愛媛大学	300,015.0	26	旭川大学	36.2	26	金沢大学	37,473.0
27	広島大学	300,010.0	27	福井大学	34.8	27	愛媛大学	37,192.0
28	島根大学	298,837.0	28	浜松大学	33.0	28	宮崎大学	37,054.0
29	三重大学	297,860.0	29	九州大学	32.6	29	広島大学	36,972.0
30	新潟大学	296,576.0	30	三重大学	31.4	30	新潟大学	36,906.0
31	九州大学	294,922.0	31	長崎大学	30.7	31	滋賀大学	36,766.0
32	佐賀大学	292,121.0	32	広島大学	30.3	32	九州大学	36,501.0
33	鳥取大学	291,375.0	33	名古屋大学	29.0	33	大阪大学	36,430.0
34	浜松大学	280,332.0	34	島根大学	27.8	34	熊本大学	36,311.0
35	岐阜大学	275,867.0	35	岡山大学	27.5	35	琉球大学	35,496.0
36	筑波大学	265,865.0	36	東北大学	26.9	36	東京医歯大	35,418.0
37	宮崎大学	261,301.0	37	鹿児島大学	26.4	37	島根大学	35,306.0
38	神戸大学	260,978.0	38	徳島大学	25.5	38	群馬大学	35,176.0
39	山形大学	253,478.0	39	高知大学	24.5	39	千葉大学	33,893.0
40	熊本大学	231,232.0	40	秋田大学	24.3	40	筑波大学	33,559.0
41	長崎大学	224,347.0	41	鳥取大学	22.9	41	東北大学	32,739.0
42	香川大学	222,473.0	42	新潟大学	20.9	42	東京大学	30,919.0

注：42病院中5病院については貸借対照表のデータがなかったため、固定長期適合率を算出できなかった

## 見られる六つの指標

患者1人1日当放射線撮影治療件数 (入院)			外来新患率		固定長期適合率			
1	岡山大学	3.5	1	佐賀大学	9.0	1	神戸大学	158.8
2	大阪大学	3.0	2	滋賀大学	7.7	2	熊本大学	96.5
3	広島大学	2.6	3	福井大学	7.6	3	広島大学	95.5
4	神戸大学	2.5	4	鹿児島大学	7.6	4	北海道大学	95.0
5	秋田大学	2.3	5	宮崎大学	7.3	5	徳島大学	94.2
6	滋賀大学	2.3	6	大分大学	7.0	6	京都大学	93.7
7	香川大学	2.2	7	島根大学	6.9	7	東京医歯大	93.5
8	三重大学	2.2	8	山梨大学	6.7	8	群馬大学	93.2
9	群馬大学	2.1	9	香川大学	6.7	9	信州大学	93.2
10	熊本大学	2.1	10	金沢大学	6.6	10	東京大学	93.1
11	千葉大学	2.0	11	浜松大学	6.6	11	滋賀大学	92.7
12	岐阜大学	2.0	12	徳島大学	6.6	12	大阪大学	92.1
13	北海道大学	1.9	13	高知大学	6.6	13	九州大学	91.6
14	東京大学	1.9	14	九州大学	6.3	14	愛媛大学	91.4
15	島根大学	1.9	15	長崎大学	6.3	15	弘前大学	90.7
16	大分大学	1.9	16	琉球大学	6.3	16	岡山大学	90.2
17	山口大学	1.8	17	鳥取大学	6.0	17	香川大学	89.9
18	旭川大学	1.8	18	千葉大学	5.8	18	山梨大学	89.9
19	山形大学	1.7	19	信州大学	5.7	19	鳥取大学	89.7
20	筑波大学	1.7	20	京都大学	5.7	20	富山大学	88.3
21	徳島大学	1.7	21	大阪大学	5.7	21	東北大学	87.9
22	佐賀大学	1.6	22	東京医歯大	5.6	22	新潟大学	87.8
23	鹿児島大学	1.6	23	東京大学	5.6	23	佐賀大学	87.7
24	東北大学	1.5	24	山口大学	5.6	24	宮崎大学	87.6
25	富山大学	1.5	25	岐阜大学	5.6	25	浜松大学	87.6
26	浜松大学	1.5	26	名古屋大学	5.5	26	千葉大学	86.9
27	京都大学	1.5	27	神戸大学	5.5	27	長崎大学	86.9
28	宮崎大学	1.5	28	広島大学	5.4	28	琉球大学	85.7
29	東京医歯大	1.4	29	熊本大学	5.4	29	福井大学	85.6
30	新潟大学	1.4	30	群馬大学	5.3	30	山口大学	85.5
31	福井大学	1.4	31	岡山大学	5.2	31	山形大学	85.2
32	信州大学	1.4	32	愛媛大学	5.2	32	鹿児島大学	85.0
33	愛媛大学	1.4	33	秋田大学	5.1	33	高知大学	81.1
34	長崎大学	1.4	34	山形大学	5.1	34	秋田大学	81.1
35	琉球大学	1.4	35	筑波大学	5.1	35	名古屋大学	80.4
36	高知大学	1.3	36	旭川大学	5.1	36	金沢大学	79.8
37	名古屋大学	1.1	37	三重大学	4.7	37	筑波大学	76.7
38	鳥取大学	1.1	38	北海道大学	4.4			
39	九州大学	0.9	39	東北大学	4.4			
40	弘前大学	0.6	40	新潟大学	4.1			
41	金沢大学	0.5	41	富山大学	4.1			
42	山梨大学	0.3	42	弘前大学	3.6			

図2 レーダーチャートで見た2病院の得失

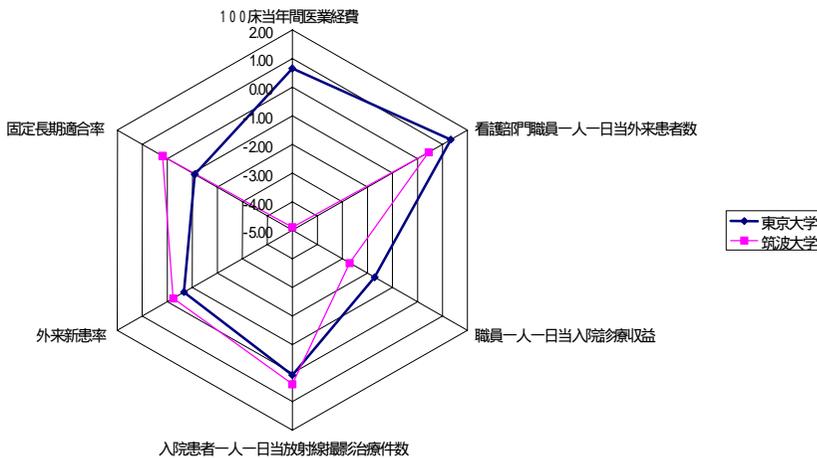
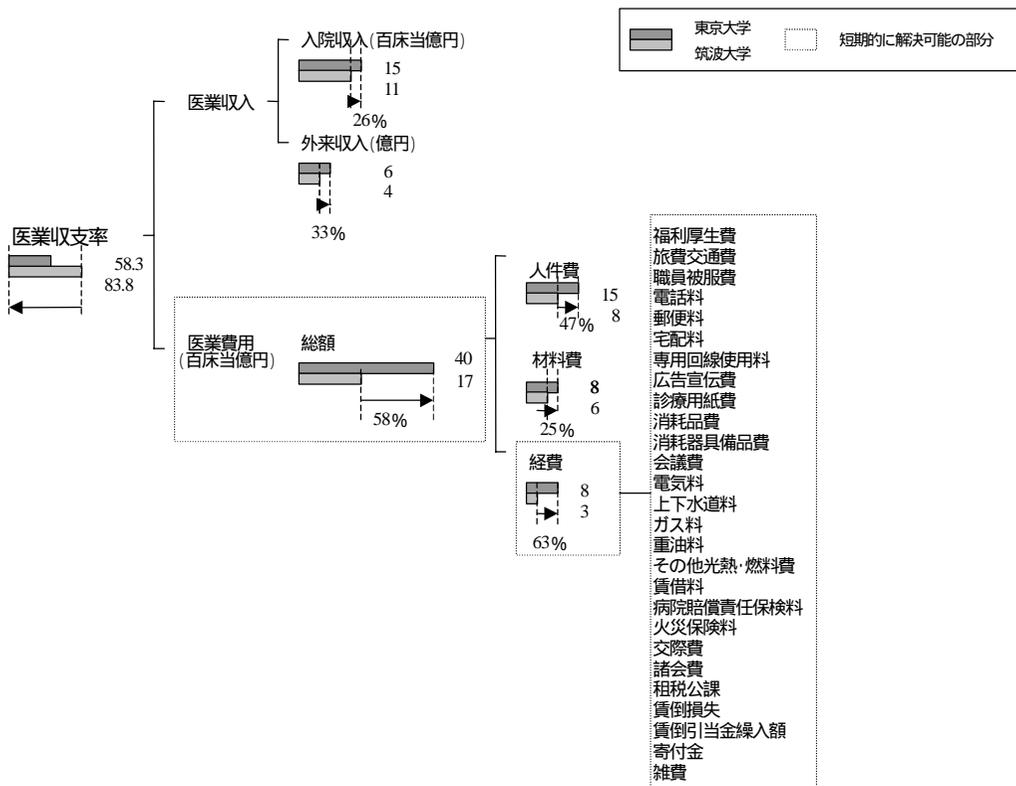


図3 2病院のベンチマーキング



## 6. 求められる財務体質の改善

なお、先出の「新しい『国立大学法人』像について」によれば、「現在、国立学校特別会計が有している長期借入金債務については、『システム』に承継させることとし、同『システム』が附属病院を有する大学からの拠出金をとりまとめ、確実に償還する仕組みを検討する」としている。

従来、国立大学附属病院の再開発や高度医療機器の購入は国の施策として行われてきており、本来、国の予算で賄われるべき資金が、施設等の整備に伴う病院収入贈を担保に財政投融資資金から借入金によって賄われてきた。現在の財政投融資資金の償還については、文部科学省において、附属病院を有する42大学それぞれの借入額に応じた償還額を算出し、償還に当たっては42大学の合計額を病院収入の中から、文部科学省が一括償還を行ってきた。

法人化後において、個々の国立大学附属病院に今までの債務の償還を求めることとなるのであれば、平成15年6月に国有化した「りそな銀行」の例を見ても分かるように自己資本比率を高める必要がある。ここで、自己資本比率とは総資本に占める自己資本の割合という。

総資本は、自己資本と他人資本（流動負債＋固定負債）で構成されているが、他人資本は利息も含めて返済しなければならない。そのため、自己資本比率が高いほど財政上の安定性が高いとされる。医療法上、この比率は20%以上が望ましいとされるが、37病院中で20%を超えるのは、広島大学附属病院ほか、16大学である（表10）。他方、いわゆる「債務超過」に陥っている病院は9病院もある。なかでも、自己資本比率がマイナス35%を上回っている大阪大学医学部附属病院は財務的には「危機的狀態」にある。大阪大学は医病と歯病では対照的な状況にあると言える。現在、全国的に医病と歯病を統合する動きがあるが、財務面だけで判断する限りでは、大阪大学歯学部附属病院にとって医病との統合は必ずしも得策ではないと言える。

表10 国立大学医学部附属病院の自己資本比率（%）

1	広島大学	47.58	14	金沢大学	23.76	27	香川医科大学	0.79
2	東京大学	42.75	15	佐賀医科大学	21.06	28	北海道大学	0.26
3	九州大学	42.55	16	岡山大学	20.97	29	名古屋大学	3.88
4	徳島大学	42.01	17	群馬大学	19.94	30	琉球大学	5.05
5	長崎大学	38.38	18	東北大学	19.54	31	神戸大学	9.46
6	新潟大学	32.92	19	弘前大学	17.48	32	信州大学	11.20
7	筑波大学	32.32	20	山形大学	17.21	33	高知医科大学	18.52
8	愛媛大学	30.66	21	東京医科歯科大学	11.70	34	鳥取大学	20.47
9	千葉大学	29.32	22	秋田大学	11.60	35	福井医科大学	22.61
10	鹿児島大学	27.44	23	山梨医科大学	8.05	36	富山医科薬科大学	23.15
11	京都大学	25.93	24	滋賀医科大学	4.19	37	大阪大学	35.26
13	熊本大学	25.12	26	山口大学	1.88			

## 7. 「医療機関別包括評価」が意味するもの

他方、国立大学附属病院は、厚生労働省による医療改革の影響も受けている。より具体的には、平成15年4月1日より現行の特定機能病院入院基本料が廃止された。その代わりに、3ヶ月の猶予期間を設けて医療機関別包括支払方式が導入された。「日本版 DRG ( Diagnosis Related Group )」である DPC がわが国の特定機能病院の支払い方式に導入されたわけである。DPC とは、先出の厚生労働省が作成した診断群分類のことをいう。臨床現場における診療の「思考過程」を反映させるため、分類の基準を、医療資源を最も投入した傷病名、手術・処置の選択、合併症・重症度に応じた補助的な医療行為の3構造としている。主要疾患群は、従来の15分類に「その他の疾患」が加わり、計16分類となっている。

今のところ、入院にのみ適用されている同支払方式は、疾患別に定められた1日当たりの報酬金額を入院日数によって変動させるものである。具体的には、平均的な入院日数よりも25%以上短い場合には保険点数が15%加算されるが、逆に25%以上長い場合には1日当たりの点数が15%減算される。いわゆる“アメとムチ”がこの方式の柱と言える。

現在、対象となる科は一般病棟に限られ、精神科や結核病棟は除外されている。さらに治験対象や臓器移植など高度先進医療を受けた新生児が対象外とされている。また DPC 導入施設においても、手術料や麻酔といった一部の診療行為には出来高払いが適用されている。

### 7.1 どうして日医は DPC を認めたのか

どうしてこんな支払方式を中央社会保険医療協議会(中医協)で医療提供側代表の日本医師会(日医)が認めたかと言えば、日医の前執行部が「特定系統」という診療報酬体系を提案したからである。以前、日医が発表した「診療報酬体系の提案」によれば、国立病院および大学病院を念頭に置いた特定系統には患者1人1日当たり包括払い、さらには前年度実績に基づく病院別総枠予算制を導入することを主張している。つまり、国立病院および大学病院には包括払いを導入しても構わないというわけである。

そこで、厚生労働省はこの「特定系統」を DPC に置き換え、医療機関別包括評価を導入したと解釈される。したがって、DRG/PPS ( Prospective Payment System = 1件当たり包括払い方式 ) の導入にかたくなに反対していた日医も、DPC の導入にはむしろ“援護派”に回ったという感がある。さらに興味深いことに、日医は特定系統については、外来診療にも患者1人1日包括制を導入することを主張しており、早晚、外来診療にも DPC が導入されるかもしれない。

### 7.2 DPC における2つの矛盾

このようにわが国の“急性期”病院に拡大し続ける DPC だが、依然として二つの矛盾を抱えている。

一つは包括的部分に限定しての話だが「処置なし」「手術なし」が「処置あり」「手術あり」の DPC より累積点数が高いケースが散見されるということである。もちろんこれに手術料や麻酔料が加わ

るので全体の医療費がどうなるかわからないが、かりに出来高部分を入れても逆転現象が解消しなければ、なるべく重症患者を避け、軽い患者を取り扱おうとするインセンティブが高まってしまう。診断群分類の妥当性については現在、作業班が検討しているところだが、高額な検査や化学療法などの評価については、可及的速やかに是正すべきである。

いま一つは、前年7～10月の入院医療費は保証するという形で、調整係数が決められているが、その決定方法が、不透明なことである。こうした“裁量”がいつまで続くかわからないため、大学関係者は中・長期的なビジョンを立てられない。つまり、いつ「はしごを外される」か、ビクビクしながら病院経営にあたらざるをえないのである。DPC対象病院の2002年の入院医療費は出来高を含んで約1兆円というから、その影響も大きい。

国立大学附属病院の調整係数がかりに「1」になった時のインパクトをラフに推計すると、42国立大学法人で223億円(平均約5億3,100万円)の減収が発生することが判明した。なかでも北海道大学や金沢大学にとってはそのインパクトは絶大で、10億円を超える。

### 7.3 DPC導入で大学病院はどう変化したか

このように矛盾の多い支払方式だが、大学病院は、これにどう対応しているのだろうか。厚生労働省が公開したデータによると、次の4点がわかった(表11参照)。

平均在院日数は、私立よりも国立が長い(02年は公立も私立より長かった)。ただし、DPCの導入後、公立は国立・私立よりも有意に平均在院日数を短縮した。

調整係数は、国立よりも私立の方が大きい。全病院で04年度の調整係数は、03年度より大きくなった。

国立と私立とを比較すると、平均在院日数の短縮傾向には差がないが、調整係数の変化率は私立のほうが大きい。すなわち、私立はDPCの導入後、平均在院日数以外の部分で国立よりも収益増の努力をしたことがうかがわれる。

DPC別在院日数をベースにCMI(Case Mix Index = 重症度係数)を求めると、国立が一番高く、次いで公立、私立となった。以上から、重症患者は、私立よりも国立の方が多いと推測される。

表11 国公私立の平均在院日数・調整係数・CMI

	国立	公立	私立	有意差
施設数	45	8	29	
CMI(重症度係数)	1.0220	1.0154	0.9752	国と私**
平均在院日数(02年)	21.61	23.13	18.92	国と私**、公と私**
平均在院日数(03年)	20.02	19.56	17.57	国と公**
平均在院日数の変化率(03年/02年)	0.9261	0.8456	0.9287	国と公**、公と私**
調整係数(03年度)	1.0230	1.0448	1.0498	国と私*
調整係数(04年度)	1.0553	1.0779	1.0890	国と私**
調整係数の変化率(04年度/03年度)	1.0317	1.0314	1.0374	国と私**

\*p<5%, \*\* p<1%

さらに、DPC実施後の医療費の動向をみると、DPC対象病院は入院、外来ともに、医科病院全体より高い伸び率を示している。これを1項目当たり日数と1日当たり医療費に分解して見てみると、

DPC 対象病院において、入院では1項目当たり日数が3.8%減少したが、1日当たり医療費は5.8%増加したことがわかった。一方、外来では、1項目当たり日数が1.1%減少したが、1日当たり医療費が5.9%増加した。これから、いわゆる「外来シフト」が起きていることが推察される。早晚、外科診療にも包括払いが導入されるのも想像に難くない。

### 8. 病院はどう対処すべきか

それでは、こうした外部環境の変化に対して国立大学附属病院はどう取り組めばよいのだろうか。

#### 8.1 求められる管理会計の導入

ここで提案したいのが管理会計の導入である。管理会計とは意思決定に有用な情報を経営内部の管理者に提供するための会計のことである。財務会計と異なり書式は自由となっている。図4は管理会計の体系を示したものである。

管理会計は、計画（プラン）と統制（コントロール）に分けられる。さらに、計画は個別計画と期間計画とに区分され、統制は、利益統制と原価管理に分けられる。

図4 管理会計の体系

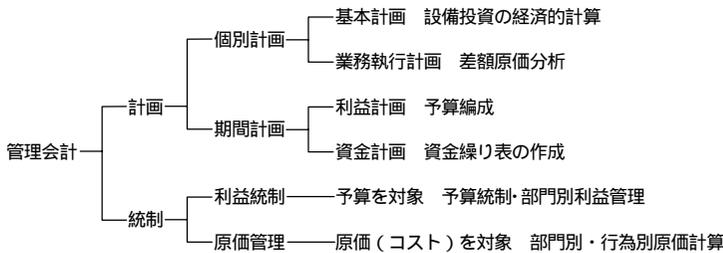


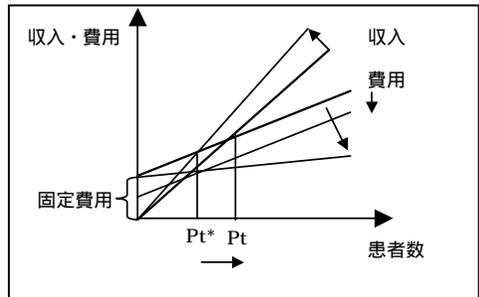
図5 損益分岐点（東京医科歯科大学歯学部附属病院の例）

・現状（2001年9月）

1日あたり患者数：入院 49人 外来 1,644人  
 必要医療収入：4,471百万円/年  
 損益分岐点：1日あたり患者数  
 入院 82人 外来2,417人  
 損益分岐点：医療収支差額が0になる患者数

・赤字解消のために必要な方策

- 患者数を増やす  
 病床数が60床であるため、入院患者数82人は実現不可能。  
 外来患者数のみ変動すると仮定すると、  
 必要外来患者数：1日あたり2,787人（現状の1.7倍）
- 患者1人当たりの収入単価を上げる  
 必要単価：入院 - 現状の1.7倍 外来 - 現状の1.5倍
- 固定費を下げる  
 固定費12.4億円の削減が必要（現状の0.5倍）
- 変動費率を下げる



たとえば期間計画を策定する際には、損益分岐点分析が不可欠である。

図5は、筆者が関与する東京医科歯科大学歯学部附属病院の損益分岐点分析の結果を示したものである。

現在、本院の1日当たり入院患者数は49名、外来患者数は1,644名で約十数億円の赤字となっているが、これを収支トントンとするためには、約44.7億円の医業収入、1日当たり82名の入院患者数、2,417名の外来患者数が必要となる。実際、本院の許可病床数は60床しかないため、入院患者数を1日82名確保することは不可能である。そこで、1日当たりの外来患者数のみ増やして損益分岐点を達成しようとする、1日当たり2,787名の外来患者数が必要となる。これは現状の1.7倍に相当する患者数である。

損益分岐点を達成する方法としては、この他、患者1人1日当たりの診療単価を引き上げる、給与や経費等の固定費を引き下げる、薬剤費や診療材料費等の変動費率を引き下げることも検討に値する。ちなみに、診療単価のアップだけで収支をトントンにしようとするれば、入院単価および外来単価はそれぞれ現状の1.7倍、1.5倍に引き上げる必要がある。

一方、固定費の引き下げのみで損益分岐点を達成しようとするれば、固定費を12.4億円引き下げる必要がある。換言すれば、看護師や医師等病院職員の定員を半分にするか、給与を半分にするかによって、収支はトントンになるわけである。

## 8.2 責任会計と業績評価

しかしながら、実際のところ損益分岐点分析だけでは病院職員への動機付けは不十分である。部門別責任会計の導入もあわせて検討すべきである。

表12はその一例を示したもののだが、ケース1、ケース2、ケース3と進むにつれて管理の程度が高まることがわかる。まずケース1は、最も単純なケースで、変動費は各部門の責任であるが、固定費は全額管理不能費とするものである。この場合には、各部門(長)には、医業収益から変動費のみを控除した利益、すなわち限界利益に対して責任を持たせよということになる。最近、オーダリングシステムの普及により、ケース1に示されるような形で予算編成を行う病院が増えている。

これに対して、ケース2は、ケース1の中の固定費を個別固定費と共通固定費に分けて各部門の業績評価をより適切に行おうとするものである。個別固定費は、各部門に直接跡づけることのできる固定費である。具体的には特定の診療科に帰属する人件費、経費、減価償却費などが挙げられる。また、共通固定費は、各部門に共通して発生する固定費であり、たとえば病院の管理部門・サービス部門の人件費、材料費、経費、減価償却費などが挙げられる。

このように、固定費を部門別に個別固定費と共通固定費に区分するならば、部門別の損益計算においても、固定費を一括的に差し引かず、段階的に差し引く方法が考えられる。すなわち、各部門の限界利益から個別固定費を差し引いて貢献利益を計算し、これから共通固定費を差し引いて医業利益を計算するのである。

そして、ケース3は大きな権限を各部門の長に与えようとするものである。そのため、必然的に与えられた大きな権限をコントロールするために、各部門の業績を測定・評価することが不可欠で

ある。このため、各部門で固有に発生する原価のうちその部門長にとって管理可能なものの範囲を定め、管理可能な利益はいくらかを明確にすることが必要になる。

ここで言う管理可能な利益とは、各部門に跡づけうる固定費のうち、部門長にとって短期的に管理可能なものである。具体的には、その部門における常勤・非常勤職員給与、研究研修費、旅費交通費、職員被服費、光熱水費、会議費、消耗品費、通信費、修繕費、委託費などに含まれる固定費が挙げられる。これらは固定費でありながら、部門長にとって短期的に利益管理の対象となりうるものである。

表12 責任会計と業績評価

		口腔外科	保存科	補てつ科	矯正科	合 計
ケース 1	医業収益	× × ×	× ×	× × ×	× ×	× × × ×
	変動費	× × ×	× ×	× × ×	× ×	× × × ×
	限界利益	× × ×	× ×	× × ×	× ×	× × × ×
	固定費					× × × ×
	医業利益					× × × ×
		口腔外科	保存科	補てつ科	矯正科	合 計
ケース 2	医業収益	× × ×	× ×	× × ×	× ×	× × × ×
	変動費	× × ×	× ×	× × ×	× ×	× × × ×
	限界利益	× × ×	× ×	× × ×	× ×	× × × ×
	個別固定費	× × ×	× ×	× × ×	× ×	× × × ×
	貢献利益	× × ×	× ×	× × ×	× ×	× × × ×
	共通固定費					× × × ×
	医業利益					× × × ×
		口腔外科	保存科	補てつ科	矯正科	合 計
ケース 3	医業収益	× × ×	× ×	× × ×	× ×	× × × ×
	変動費	× × ×	× ×	× × ×	× ×	× × × ×
	限界利益	× × ×	× ×	× × ×	× ×	× × × ×
	管理可能個別固定費	× × ×	× ×	× × ×	× ×	× × × ×
	管理可能利益	× × ×	× ×	× × ×	× ×	× × × ×
	管理不能個別固定費	× × ×	× ×	× × ×	× ×	× × × ×
	部門利益	× × ×	× ×	× × ×	× ×	× × × ×
	共通固定費配賦額	× × ×	× ×	× × ×	× ×	× × × ×
	部門純利益	× × ×	× ×	× × ×	× ×	× × × ×

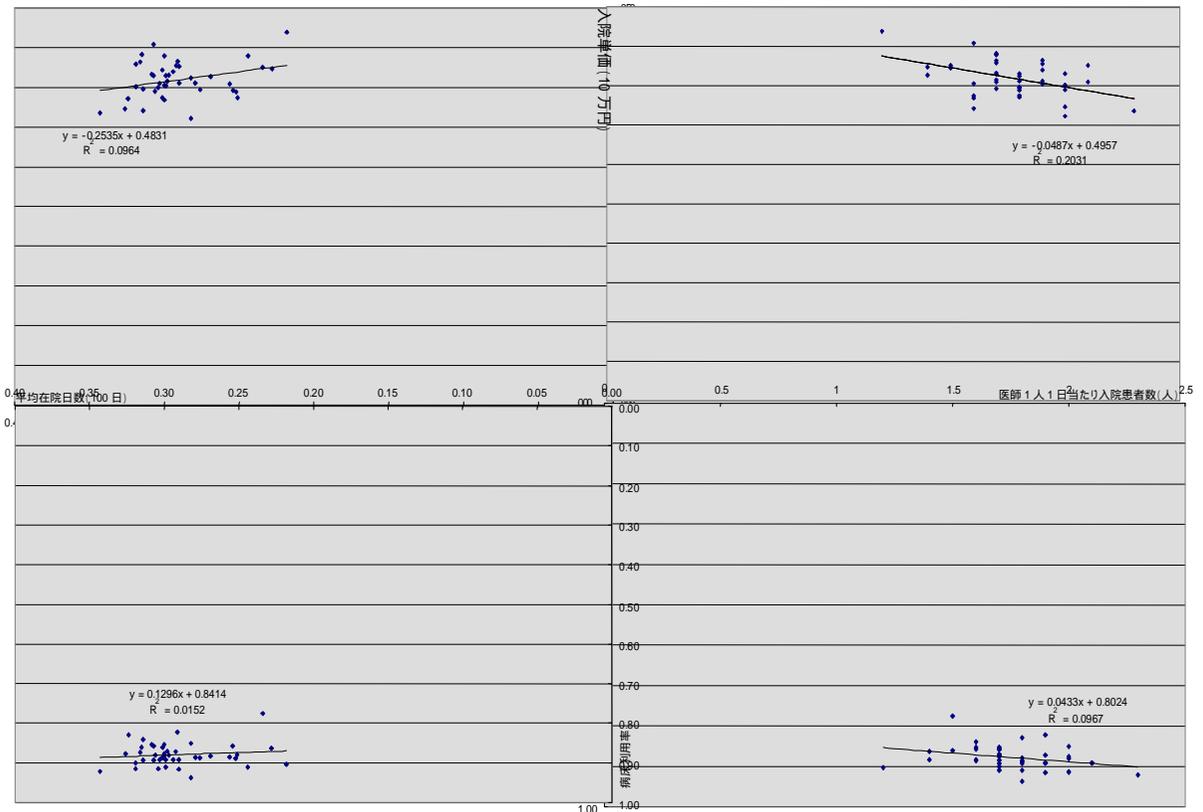
また、管理不能個別固定費は、その部門に跡づける固定費のうち、部門長にとって短期的に管理不能なものである。具体的には、その部門に帰属する建物・設備の減価償却費、賃貸料、保険料、固定資産税、その部門の長の給料などが含まれる。これらの固定費は、過年度においてすでに意思決定済みの設備計画および組織計画の、その後の成り行きあるいは業績を示すものであって、利益管理の見地からは、短期的には管理不能が原価項目とされる。この点については、拙著「進化する病院マネジメント」(川淵：2004)で詳しく説明したので興味のある方は参照されたい。

8.3 医療機関別包括評価の対処方法

一方、医療機関別包括評価の対処方法だが、米国の DRG/PPS と異なり、患者 1 人 1 日当たりの定額払いなので、収入を増やすには一定の感度分析が求められる。というのは、収入を上げるためには在院日数の短縮が求められるが、これを過度に推し進めると、病床利用率の低下を招くからである。

そこで、主要な経営指標を使って4次元マトリックスを作成する必要がある(図6)。この相関関係図を見ると、入院単価と医師 1 人 1 日当たり患者数および入院単価と平均在院日数は負の相関関係があるのに対して、平均在院日数(一般)と病床利用率は正の相関関係がある。つまり、国の政

図5 医病における主要な経営指標4次元関係図



策に従って、平均在院日数を短くすると、入院単価はアップするが、病床利用率はダウンしてしまうのである。問題はどちらの効果が強いのだが、これは病院によって事情が異なる。

かりに、この4次元マトリックスで導出した関数が正しいとすると、平均在院日数(一般)が1日短くすると入院単価は253.48円も高くなるが、病床利用率は0.1296%減ることがわかる。ちなみに、この機械的試算では、筑波大と東大で平均在院日数を1日短くすると、入院収入はそれぞれ0.62、0.44ポイント上昇すると推計された。

## 9. おわりに

以上、本稿では、国立大学附属病院を取り巻く外部環境の変化と、それにどう対処すべきかについて述べた。

キーワードは「親方日の丸からの脱却」である。実際、国立大学が法人化されたことで、「自主性・自立性」が高まったのは事実である。より具体的には、予算、組織、給与等は一定の自由度が増した。これまで国立大学附属病院は、定員のみならず給与もすべて法律で定められてきたが、これが法人の裁量に委ねられたわけである。従来、「歳入」と「歳出」が別会計だったため、経営管理など全く念頭になかったが、今後は国立大学附属病院にも民間病院と同様、一定のマネジメントが求められる。

もちろん大学附属病院の使命として不採算医療及び臨床教育並びに研究を担う必要があるので、即刻、独立採算にもっていくことは難しい。事実、米国では、メディケア入院患者を受け入れた病院を対象にした包括支払方式(PPS)が1983年に導入されて以来、政府(メディケア)は、大学病院に対し、医学教育に要する「直接的」費用(例えば、研修医や教員の給料)と「間接的」費用に充てるための支払いを別々に行ってきた。間接的な医学教育費用に対する支払いを規定したメディケアの方針は、医大附属病院における医業費用が割高であることを考慮して決められたものである。1999年に、ケースミックスの差を調整した患者一人当たりの平均医業費用を比較したところ、医大附属病院が27%~39%の幅で非医大附属病院を上回ったことが、先行研究で明らかにされている。

わが国の国立大学附属病院にもこうした加算は必要と考えるが、そうであればなおさらこそ、法人化後国立大学は「何が不採算医療か」「教育コストはいくらか」「研究コストはいくらか」を明らかにする必要がある。特に、直接的な医学教育費用とは異なり、間接的な医学教育(IME)の費用は財務記録や会計記録から直接入手できないため、統計的手法を使って推計する必要がある。この間接費を推計するため、米国政府は以前から、病院の病床数に占められるインターン/研修医の割合(IRB)という尺度を用い、これを加算要因としてきた<sup>3)</sup>。この尺度は、診断サービスまたは付帯的サービスの増加、および「最先端」治療テクノロジーの利用可能性などといった研究活動と関連しているとみなされている。

公私立大学病院とのイコール・フットイングが求められている中で、まさに国立大学附属病院の説明責任が問われる時代がやって来たといえる。

## 注

- 1 「診療報酬調査専門組織・DPC 評価分科会（第4回）」（平成15年11月12日）は、全国82の特定機能病院の平均在院日数を公表した。同資料には、各病院の平均在院日数を当該病院の疾患構成（DPC 別患者数）言い換えれば患者重症度で補正した数値が記されている。本研究では、同補正值を基に次の式で各病院の CMI を算出した。

$$CMI_k = LOS_k \div 18.79 \text{ (全病院の平均在院日数)}$$

ここで、 $CMI_k$  は病院  $k$  の CMI、 $LOS_k$  は病院  $k$  の補正された平均在院日数である。すなわち、同 CMI を乗じた医業収支率とは当該病院の患者重症度を加味した経営成績である。

- 2 全国の特定機能病院のインシデント、アクシデント事例数をまとめた「衆議院議員阿部知子君提出特定機能病院における医療事故多発に関する質問に対する答弁書」（平成14年4月23日）には、「アクシデント事例とは、各特定機能病院が安全管理の体制確保を目的とした医療事故等の院内報告制度において医療事故として取り上げたものであり、インシデント事例とは、各特定機能病院が事故には至らなかったがひやりとしたりはつとした事例を取り上げたものである。」と記されている。すなわち、アクシデントとは、実際に生じた医療事故のことであり、インシデントとは、「ヒヤリ・ハット事例」または「ニアミス」とも呼ばれ、医療事故には至らなかったが事故につながったおそれのある失敗のことである。
- 3 DRG/PPS を策定するために行われた最初の研究で、ケースミックス、地域の賃金、病床数、および病院が所在する立地条件を調整した後に、入院患者一人当たりのメディケア入院患者費用は、IRB 比率が10%上昇するごとに5.7%上昇することが示された。しかし、直近の研究では、メディケア支払諮問委員会（MedPAC）が発表した IME 費用推計によると、患者1人当たりのメディケア費用に対する教育指導の限界寄与率は約2.7%まで低下したことが明らかになった。

2003年1月に開かれた MedPAC の会議で、IME 調整を経験的なレベルの2.7%に引き下げるべきか否かという問題が取り上げられた。2003会計年度の IME 調整は、費用に対する GME 寄与率の経験的推計値より2倍高い15.5%に設定されていた。このような大幅な差があるものの、委員たちは IME 調整を減額する議案を小差で否決した。この決定は、少なくとも部分的には、IME 調整の減額が医大附属病院の財政状態と使命遂行能力に悪影響を及ぼすという懸念に根ざしたものである。

## 参考文献

- 文部科学省 2002, 「国立大学附属病院財務諸表（試算）作成マニュアル」, 平成14年5月 .
- 国立大学医学部附属病院長会議常置委員会 2002, 「国立大学法人化後の国立大学附属病院の運営について」(平成14年12月) .
- 川淵孝一 2002, 『医療改革 痛みを感じない制度設計を』東洋経済新報社 .
- 川淵孝一 2002, 「国立大学の独立法人化が促す新たな病院経営」『看護管理』医学書院 .
- 川淵孝一 2004, 『進化する病院マネジメント 医療と経営の質がわかる人材育成を目指して』医学書院 .
- 川淵孝一・侯妹 2003, 「国立大学附属病院の現状と課題」『病院』医学書院 .
- 川淵孝一・侯妹 2003, 「医療版バランス・スコアカードの開発に向けた一研究」日本品質管理学会第71回研究発表会(2003.5.31) .
- 川淵孝一研究室 2003, 『病院機能再編経営戦略マニュアル』日本医療企画 .
- メディカルクリエイト・遠山峰輝・田中伸明・堤達朗 2003, 『病院運営を科学する!』日本医療企画 .
- Lane Koenig, Allen Dobson, Silver Ho, Jonathan M. Sigel, David Blumental, and Joel S. Weissman 2003, "Estimating The Mission-Related Costs of Teaching Hospital," *Health Affairs*, Volume 22, Number 6, November/December, pp.112-122.