

令和 6 年度文部科学省「先導的大  
学改革推進委託事業」  
国立大学病院の経営状況の可視化  
に関する調査研究

# 国立大学病院の経営状況の可視化 に関する調査報告

令和 7 年 3 月

一般社団法人国立大学病院長会議

# 目次

## 第1章 調査概要

1. 調査目的	5
2. 調査体制	5
3. 調査方法	7
4. 調査結果の概要	7

## 第2章 国立大学病院の経営状況の可視化に関する調査研究会議報告

1. 研究会議における概要	12
2. 検討内容詳細	12
3. 課題解決するための具体策の検討	13

## 第3章 DPC データによる地域特性に基づく大学病院（本院）と大学病院以外の症例比較

1. 対象データ	15
2. 医療機関群の設定	15
3. 大学病院（本院）における診療特性の概要	19
4. 大学病院（本院）における診療特性①	19
5. 大学病院（本院）における診療特性②	19
6. 調査結果	20

## 第4章 アンケート調査・実地調査による他病院との比較・既存データの分析

### 第1節 アンケート調査

1. 調査事項における概要	46
2. 調査内容詳細	46
3. 調査結果	49
4. アンケート調査まとめ	63

### 第2節 実地調査による他病院との比較

1. 調査事項における概要	65
2. 調査結果	65
3. 実地調査による他病院との比較まとめ	69

### 第3節 既存データの分析

1. 調査事項における概要	70
2. 現状分析	71
3. 既存データの分析まとめ	74

本報告書は、文部科学省の令和6年度先導的大学改革推進委託費による委託業務として、一般社団法人国立大学病院長会議が実施した令和6年度国立大学病院の経営状況の可視化に関する調査研究の成果を取りまとめたものです。

従って、本報告書の複製、転載、引用等には文部科学省の承認手続きが必要です。

# 第1章 調査概要

## 1. 調査目的

令和5年9月29日に公表された今後の医学教育の在り方に関する検討会の中間取りまとめにおいて、大学病院の老朽化した医療機器等を更新するための財源を捻出できないという状況が、現在公表されている財務情報における附属病院セグメント情報ではわかりづらいとの指摘があり、大学病院の経営状況を単年度ではなく複数年で捉え、かつ資産の状況を把握し、大学病院の財務状況の変化を明確にするため、附属病院の財務情報について、損益計算書（P/L）及び貸借対照表（B/S）を開示すべきとの指摘があった。

現在、国立大学病院の経営は、令和6年4月からの医師の働き方改革による時間外・休日労働の上限規制への対応や物価高騰の影響などにより一層厳しくなることが想定されており、今後の大学病院経営においては、財務状況を適時的確に把握することがより一層求められる。

国立大学病院において資産の状況等を把握することができれば、既存の医療機器等の老朽化の進捗について把握できるだけでなく、将来的な機器整備や病院再開発等に対する投資の必要性を認識できるため、経常利益を将来に向けて積み立てることや、借入金の返済計画を立てることなど、持続的・安定的な計画を立てられることが見込まれる。

これらを踏まえ、持続的・安定的な大学病院経営を行うため、大学病院における経営状況をより可視化することを目的として調査研究を実施する。

## 2. 調査体制

調査体制は以下の体制で取り組み、大学病院関係者の協力のもと、大学病院全体にわたる観点で調査分析を行った。

### 参加組織

一般社団法人国立大学病院長会議  
全国立大学病院（医系）42 大学病院

## 協力機関

国立大学病院以外の病院で同等の機能を有する病院

大学改革支援・学位授与機構

## 国立大学病院の経営状況の可視化に関する調査研究 構成員

荒井 耕 一橋大学大学院経営管理研究科 / 教授

牧 健太郎 牧公認会計士・税理士事務所 / 公認会計士・税理士

石井 知浩 有限責任監査法人トーマツ / 公認会計士

田村 桂一 田村公認会計士事務所 / 公認会計士・税理士

島居 剛志 東京大学医学部附属病院 / 事務部長

小山田 享史 千葉大学医学部附属病院 / 事務部長

塩崎 英司 国立大学病院長会議 / 理事・事務局長

齊藤 憲市 国立大学病院長会議 / 係長

## 調査再委託機関

国立大学病院データベースセンター

## 実施体制と責任者

課題項目	実施場所	調査担当責任者
国立大学病院の経営状況の可視化に関する調査研究会議	国立大学病院長会議事務局	塩崎英司（国立大学病院長会議事務局長）
DPCデータ等を用いた、大学病院（本院）における診療特性に係る分析	国立大学病院データベースセンター	島居 剛志（国立大学病院データベースセンター長）
アンケート調査、実地調査による他病院との比較、既存データの分析	各国立大学病院、協力医療機関、国立大学病院長会議事務局	塩崎英司（国立大学病院長会議事務局長）

### 3. 調査方法

- ・国立大学病院の経営状況の可視化に関する調査研究会議の開催
- ・DPC データによる地域特性に基づく大学病院（本院）と大学病院以外の症例比較として、MDC 分類別患者数、費用構造、難病患者、治験、手術、画像診断、高額薬剤の使用状況について、データベースセンターへ再委託を実施
- ・各国立大学病院における財務情報等の状況把握のためのアンケート調査、実地調査による他病院との比較、既存データの分析を実施

### 4. 調査結果の概要

- 国立大学病院における貸借対照表（B/S）情報等の可視化のためのモデル作成等の検討のため、有識者会議の実施

(1-1) 有識者会議の議論の結果、現在の国立大学病院のセグメント情報開示等に関しては以下の点で、課題がある。

- ① 国立大学病院ではセグメント情報に現在の資産価値を記載しているが、取得価格と減価償却累計額が開示されておらず、資産の老朽化が明らかでない。
- ② 資金管理は大学本部が中心であり、病院単位では、多くの病院が期中の予算ベースに限定され、各病院が資金ショートする可能性のリスク評価は検証ができない状況である。
- ③ 医学部の外部資金と病院との区分が各大学病院で様々で、大学病院の研究活動を維持するための活動資金と医学部の研究活動資金に統一的な区分がないため、医学部と病院の研究活動資金に不足額が明らかになりにくい。
- ④ 国立大学病院は法人化後 2 倍に近い収益を獲得してきた結果、大学全体に対する経営的影響が拡大してきたが、病院経営の動向についての可視化が必要となっている。
- ⑤ 国立大学病院の 1 人あたりの労働生産性は法人化後、大きく伸びているが、今後の働き方改革も踏まえ増収減益での生産性向上の限界から大学病院経営の可視化が必要となっている。

(1-2) そこで有識者会議として検討の結果、以下の改善方法を提案する。

- ① 年度開始時点での病院部分の目的積立金と本部借入金の合計を起点に、当該年度の事業報告書の資金収支の状況から病院の C/F 計算書を試作する。
- ② 資産については財産目録をベースとした簡易 B/S を作成する。  
なお、C/F 計算書も財産目録をベースとした簡易 B/S も事業報告書の資金収支の状況の補完指標として位置づけ、監査対象ではない位置づけで、早期実現を図り病院経営の可視化を進める事を提案する。

●国立大学病院本院（医系）42 大学病院における予算及び決算状況に大きな影響を与える大学病院（本院）と大学病院以外の症例比較の実施

（2）DPC データによる地域特性に基づく大学病院（本院）と大学病院以外の症例比較

① 対象データは厚生労働省「入院医療の評価のための DPC データの活用及びデータベースの活用に関する研究」研究班の DPC データ（2018 年 4 月 1 日～2023 年 3 月 31 日までに退院した患者、様式 1 ファイル、D ファイル、EF ファイル）を患者対象とし、令和 4 年度病床機能報告における高度急性期・急性期病床数が 400 床以上の病院を対象とした。各年度の実績は、一般病棟入院患者および年度内に入退院を完結した患者とした。

② 大学病院（本院）における診療特性

1) MDC 分類別患者数

大学病院（本院）では、眼科系疾患、筋骨格系疾患、女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩が多く、大学病院（本院）以外では、循環器系疾患、消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患、外傷・熱傷・中毒が多い傾向であった。

2) データ区分別・診療報酬請求額

入院基本料や DPC 包括料等を除いて、大学病院（本院）、大学病院（本院）以外、いずれも「50 手術・麻酔科」が最も多く、大学病院（本院）[36.1%]、大学病院（本院）以外[31.1%]と、占める割合が高かった。

また、「20 投薬料」（大学病院（本院）[0.9%]、大学病院（本院）以外[0.6%]）および「30 注射料」（大学病院（本院）[3.4%]、大学病院（本院）以外[2.1%]）では、大学病院（本院）における総費用に占める割合がやや高かった。また、出来高払い換算においても、同様の傾向であった。

3) 難病患者

難病患者は、一県複数医大がある大学病院（本院）で受け入れが多い傾向だった。ただし、希少難病については、地域特性に関わらず、大学病院（本院）で受け入れている傾向であった。

4) 治験

大学病院（本院）が大学病院（本院）以外と比較し多く約 6～8 倍であった。

5) 手術

全手術件数に占める DE 難度手術の割合および E 難度手術の割合は、いずれの区分でも大学病院（本院）が大学病院（本院）以外と比較して多く、とくに一県一医大や人口規模の小さい地域で、両者の差は大きい傾向であった。

6) 画像診断

画像診断件数は大学病院（本院）が大学病院（本院）以外と比較して多いが、CT 件数は差が小さい傾向。PET, PET-CT, PET-MRI については、一県複数医大ならばに人口規模の大きい地域で多く実施されていた。

7) 高額薬剤の使用状況

薬価 10 万円以上の高額薬剤の品目数は年々増加、2020 年からは「ゾルゲンスマ点滴静注」の登場により最高値 167,077,222 円となった。大学病院（本院）および大学病院（本院）以外での使用が多い高額薬剤の上位 10 品目では、共通する薬剤も多くみられており、多くは化学療法に用いられる薬剤であった。

医薬品費に係る高額医薬品（10 万円以上）の占める割合は、大学病院（本院）以外では、概ね横ばいで推移に対し、大学病院（本院）では、増加傾向にあり、2022 年度には 28.5% であった。

## ●国立大学病院本院（医系）42 大学病院における予算及び決算状況の調査・分析及び資産及び負債状況の調査・分析のためのアンケート等の実施

（3）各大学における財務情報の活用方法等を確認するためのアンケート調査と実地調査による大学病院と他病院との比較及び、既存資料からのデータ分析作業を行った。

### ① アンケート調査結果

全国 42 大学 44 附属病院に対して財務情報の活用方法、予算立案方法、執行予算の財務諸表上での附属病院セグメント情報への整理方法、財務諸表の資産及び負債の病院経営への活用の有無及びその方法、期中における現金預金（病院分）把握の有無及びその範囲、期中における現金預金（病院分）の資金ショートの可能についての認識、各年度末時点における現金預金（病院分）把握の有無とその範囲、各年度末時点における現金預金（病院分）の把握の可能性、以上の 8 事項について調査を実施。

#### 1) 財務情報の活用方法

91% の病院で財務データを活用した経営判断を行っていた。

#### 2) 予算立案方法

41 病院が、前年度実績を基に、診療報酬改定等を考慮し予算案を作成していた。

#### 3) 執行予算の財務諸表上での附属病院セグメント情報への整理方法

多くの病院で、執行予算からタイムリーに附属病院セグメント情報を作成することは人件費の計上が決算仕訳による按分が必要な事と、減価償却費の決算仕訳があるため困難としている。

#### 4) 財務諸表の資産及び負債の病院経営への活用の有無及びその方法

24 病院から、「資産（医療機器、現金預金等）及び負債（未払金、長期借入金等）は、大学本部とも情報共有し、経営判断に活用。」との回答。5 病院から、「資産（医療機器、現金預金等）及び負債（未払金、長期借入金等）は、大学本部と情報共有はしていないが、経営判断に活用している。」一方で、10 病院から、「資産（医療機器、現金預金等）及び負債（未払金、長期借入金等）は、経営判断に活用していない。」との回答、いずれも該当しない病院数は 5 であった。

#### 5) 期中における現金預金（病院分）把握の有無及びその範囲

19 病院は、「現金預金を把握している。」との回答。多くの病院で「大学本部にて一括管理しているため把握していない。」と回答。

6) 期中における現金預金（病院分）の資金ショートの可能についての認識

半数以上の病院において、入出金のタイミングで資金ショートの可能性があることの事前認識ができていない、法人全体では把握しているが病院分としての事前認識は難しいと回答。

7) 各年度末時点における現金預金（病院分）の把握の可能性

22 病院から、「現金預金（病院分）は把握している。」との回答。約半数の病院で各年度末時点における自己収入・前中期目標期間積立金（積立金見合い除く）、自己収入・目的積立金（前年度からの繰越分）、自己収入・利益剰余金（目的積立金申請額）、退職手当引当金の項目において把握していると回答。

8) 各年度末時点における現金預金（病院分）の把握の可能性

自己収入・前中期目標期間積立金、自己収入・目的積立金（前年度からの繰越分）、自己収入・利益剰余金（目的積立金申請額）の項目において、それぞれ 7 病院から把握できるとの回答。一方で、大学一括管理となっているため、病院分のみ切り分けることは困難である旨の回答もあった。

以上の調査の結果として、すべての取引に係る現金預金の入出金を把握することは現時点では難しく、病院部分の目的積立金と本部借入金の合計を病院キャッシュと判断する方法により、算出していくことは可能。

## ② 実地調査による他病院との比較

国立大学病院以外の同規模病院について複数の病院へデータ提供依頼を行った結果、協力可能となった地方独立行政法人病院と公立大学病院の 2 病院を対象と、国立大学病院を 1 大学病院を比較分析を行った。

1) 収益と費用の比較

地方独立行政法人病院は利益を計上しており、比較した国立大学病院より材料費（医薬品と材料費）の収益に対する比率が低いものの、人件費の比率は高い。

一方、公立大学病院は国立大学病院より材料費率は高く、人件費率も高いため国立大学病院より赤字が大きい。なお、今回比較した国立大学病院は地方独立行政法人病院よりは利益率は低いが、一定の利益を確保している。

2) 資産の比較

国立大学病院は 1 床あたり固定資産は 6,088 万円であり、地方独立行政法人病院は 2,786 万円、公立大学病院は 6,938 万円である。

また換金性の高い流動資産では国立大学病院は 1 床あたり流動資産は 1,653 万円であり、地方独立行政法人病院は 3,682 万円、公立大学病院は 1,221 万円である。

今回比較した、地方独立行政法人病院は少ない固定資産で、収益を稼ぎ出しており、流動資産も多額になっている。

### 3) 負債及び純資産の比較

国立大学病院と地方独立行政法人病院は再開発後の長期借入金が多く、公立大学病院は再開発前であるため少ない。一方、地方独立行政法人病院は自己資金を確保しつつも借入を行っており、現預金を一定程度確保する事で、キャッシュフローが安定している。

### 4) 経営指標の比較

最も特徴的なのは病床規模に対して地方独立行政法人病院は初診患者数が多く、在院日数は 10 日を切っている。患者が集まっており高回転で診療が行われている。

今回、協力病院への働きかけできた期間が短く、2 病院との比較となったが、国立大学病院と同様の状況が公立大学病院でも起きており、経営の良い地方独立行政法人病院は新しい患者が多く集まる拠点病院となっている。

## ③ 既存データの分析結果

全国 42 大学 44 附属病院における直近 6 年間データを中心に、主な指標である経常利益、医療費率や労働生産性、装備率、稼働率、初診料算定患者数等の推移を可視化。

### 1) 経常利益又は経常損失の推移

R2 からのコロナ対応においてはほとんどの大学病院が補助金により経常損益が回復したが、一部の病院では損失が補填しきれなかった。

### 2) 経常利益又は経常損失（コロナ補助金を除く）の推移

コロナ補助金を除く直近 6 年間の経常損益から、コロナ補助金がなかった場合は各大学病院は損失計上していたことが確認される。

しかし、H22 からの推移を長期的に見た場合、コロナ以前から増収減益傾向が続いており、コロナだけが損失要因ではないことが確認できる。

### 3) 医療費率の推移

その主たる要因が医薬品と材料の費用比率が病院収益に対して増加してきた事が明らかである。

直近 6 年間で平均約 5% 医療費率が上昇しており、増収減益の傾向が強くなっている。

### 4) 労働生産性（医師 1 人あたりの限界利益）の推移

医業収益 - 医療費 = 限界利益として、限界利益を医師数（常勤換算数）にて除して算出した結果、医師 1 人あたりの限界利益は平成 30 年度と比較し令和 5 年度は、約 7% 増加となっている。しかし、固定費はそれ以上伸びており、結果として減益傾向と赤字化は進んでいる。

## 第2章 国立大学病院の経営状況の可視化に関する調査

### 研究会議報告

#### 1. 研究会議における概要

財務会計制度と病院会計に詳しい有識者会議を開催（第1回：2025年1月24日、第2回：2025年3月5日）し、国立大学病院の会計制度について以下の検討を行いつつ、課題解決するための具体策の検討を実施した。

#### 2. 検討内容詳細

課題として以下の点が明らかとなった。

現在の国立大学病院の会計システムは大学の一部局としてのセグメント情報開示に関しては整備されているものの、病院経営に必要な以下の点で、開示データに課題がある。

1. 急性期病院は一般病院と比較して大型機器が多く、特に診療を支援する中央診療部門に多くの資産が投じられており、それらの資産の有効活用が病院経営の持続において重要なテーマとなっている。しかし、国立大学病院ではセグメント情報に現在の資産価値を記載しているが、取得価格と減価償却累計額が開示されておらず、資産の老朽化が明らかでない。国立大学法人のセグメントBSに関しては一部を除いてほぼ記載されていないため、各大学同じ条件で病院BSを作成する場合は会計基準を改訂することが必要である。病院長会議で各大学から病院BSを集めているが、大学経理を通さず病院側の整理のみで判断されている場合もあり、全学との整合性を確保する事が必要である。
2. セグメントBS及びセグメントPLは、共通部門が設定されており、病院BSや病院PLに配賦すべき数値が配賦されていない。したがって、共通部門から各部門に配賦する方法を定める必要がある。
3. 本邦の保険医療機関は、診療報酬請求を主たる収入として運営されている。国立大学病院も同様であり、病院収入は自己負担分と診療報酬請求に基づく保健機関からの収入によって経営が維持されている。この診療報酬請求は診療月の翌月にレセプト審査機関へレセプトを提出し、診療月の翌々月に病院収入が振り込まれる。この制度には請求額の一部が減額される査定と、提出済みのレセプトの返戻及び、レセプトを審査する時間を確保するための保留など、提出時期と入金時期は診療月と常に連動するわけではない。この事から多くの医療機関においては経費や人件費の支払いが多くなる月の資金管理は、詳細な見込み額の計画立案と管理が必要である。

しかし、これまで多くの国立大学病院は、大学本部における資金管理が中心であり、多く

の病院単位での資金管理をしてこなかった。この結果、期中の予算ベースの資金管理は各大学病院でも実施されてきたが、病院のキャッシュフローは全国で統一的な定義はなされておらず、各病院が資金ショートする可能性のリスク評価は検証ができない状況である。

4. 教育研究と高度医療及び地域医療審がミッションとなっている国立大学病院は大学内の他部局同様に研究活動の活性化による外部からの資金獲得に努力してきた。しかし、その活動は医学部の外部資金との区分が各大学病院で様々であり、大学病院の研究活動を維持するため獲得された外部資金は明確ではなかった。医学部の研究活動と病院の研究活動は一体として管理され、明確な区分がきにくいが、管理区分が明確でない事から、医学部の研究活動の資金不足額と、大学病院での研究活動の不足額も明らかになりにくかったため、社会に対する研究費の支援もデータに基づく説明が困難となっている。
  5. 平成19年度の国立大学法人会計基準の改定により臨床系を中心とした医学部と病院のセグメント区分に基づく診療における人件費等の整理は行ってきたが、外部資金の管理は研究活動における医学部と病院の区分は統一的に行われていない。
  6. 国立大学病院は法人化後に法人化メリットを十分活用して、約2倍の収益を獲得できるまでとなった。その結果、大学法人全体としても外部資金獲得等により収益は増加してきたが、国立大学病院の収益増加額はより大きく、大学全体における病院収益の割合は大きく伸びた。この結果、病院経営の動向は大学全体に対する経営的影響が拡大し、病院経営の動向は大学病院関係者だけでなく、大学全体においても重要なテーマとなってきた。
  7. 病院経営における重要な財務指標として、医師1人あたりや、職員1人あたりの医業収益や医業利益、付加価値額という労働生産性の確認が必要である。また、これらの労働生産性に影響を与える1人あたりの有形固定資産や無形固定資産というハード及びソフトの装備率も重要な指標である。医療法人の検証結果から、1人あたりのハード及びソフトの装備率の増加は収益に好影響を与えていている。
- 一方、大学病院は、高度医療だけではなく、教育研究を実施しているため、1人あたりの生産性は診療が中心の急性期病院より、低い数値が算出されると推測している。しかし、経年比較は可能であり、医師数も増えているが、それ以上に収益の増加率が大きくなっていること、労働生産性は伸びてきている事は明らかである。これらの点でも大学病院経営の見える化を検討すべきではないか。

### 3. 課題解決するための具体策の検討

1. 課題の1から4に関しては、機器整備と借入金も含めたキャッシュフローを各大学病院間で統一的に開示し、各大学病院のキャッシュフローを比較する事で、病院経営の状況を可視化できるのではないか。
2. その方法としては、病院部分の目的積立金と本部借入金は把握しているため、その2つの合計で病院のC/F計算書を作成する方法が考えられるのではないか。

3. 具体として年度開始時点での病院部分の目的積立金と本部借入金の合計を起点に、当該年度の事業報告書の資金収支の状況から病院の C/F 計算書とする。
4. 医学部と附属病院における外部資金区分については、医学領域の研究費が不足している中で、どの様に必要額を社会に説明し、公的支援と寄附の呼びかけを行うかにおいて重要なテーマとなるため、医学部長会議と病院長会議の中で、検討を開始してはどうか。
5. 大学全体の財政基盤から附属病院の財政的影響度は年々高まっており、借入金による事業継続をする規模自体も拡大しつつある。この中で増収減益と建築単価の高騰も含めた再開発必要額も大学全体で賄いきれないレベルに近づいており、大学病院自体の財政的自律を前提にした病院経営の見える化が必須となっている。この面からも、他の病院開設主体との比較可能性を担保するという観点からは、B/S と P/L を作成して、それらの組替によって C/F 計算書を簡易的に作成するという方法も有用ではないか。また、資産については財産目録をベースとした簡易 B/S を作成した方が良いのではないか。
6. セグメント BS を会計基準上で制度化し、セグメント BS が作成できる仕組みを、会計システムに備えるべきではないか。

以上の具体策の検討から、国立大学法人会計基準の改定は検討を要するため、まずは各国立大学病院で以下の 2 つの方法で経営の見える化を推進する事を有識者会議の提案とする。

- 年度開始時点での病院部分の目的積立金と本部借入金の合計を起点に、当該年度の事業報告書の資金収支の状況から病院の C/F 計算書を試作する。
- 資産については財産目録をベースとした簡易 B/S を作成する。

なお、C/F 計算書は事業報告書の資金収支の状況の補完指標として位置づけ、監査対象ではない現行の取り扱いを継続しつつ、病院経営の見える化を進めてはどうか。また、同じく財産目録をベースとした簡易 B/S による資産の老朽化の推移も、経営の見える化を進める指標になる。

## 第3章 DPC データによる地域特性に基づく大学病院

### (本院) と大学病院以外の症例比較

#### 目的

DPC データを用いて、地域特性に基づく大学病院（本院）と大学病院以外における症例の比較を行い、予算及び決算状況に大きな影響を与える大学病院（本院）の診療特性を明らかにすることにより、経営状況の可視化の詳細分析を実施することを目的とする。

#### 方法

#### 1. 対象データ

厚生労働省「入院医療の評価のための DPC データの活用及びデータベースの活用に関する研究」研究班の DPC データ（2018 年 4 月 1 日～2023 年 3 月 31 日までに退院した患者、様式 1 ファイル、D ファイル、EF ファイル）を対象とした。令和 4 年度病床機能報告における高度急性期・急性期病床数が 400 床以上の病院を対象とする。なお、各年度の実績は、一般病棟入院患者および年度内に入退院を完結した患者とした。

#### 2. 医療機関群の設定

本調査では、大学病院（本院）と大学病院以外を比較するにあたり、地域特性に着目した。地域特性は、①一県一医大の有無（表 1）、②医療機関所在都道府県の人口規模（100 万人未満、100 万人以上 150 万人未満、150 万人以上 200 万人未満、200 万人以上）（表 2）、③所在二次医療圏の人口規模（5 万人未満、5 万人以上 10 万人未満、10 万人以上 20 万人未満、20 万人以上 50 万人未満、50 万人以上）（表 3）とした。人口規模に基づく区分は、令和 4 年度人口動態調査を参考とした。

表 1. 一県一医大グループ

一県一医大	一県複数医大
青森県、岩手県、秋田県	北海道、宮城県、栃木県
山形県、福島県、茨城県	埼玉県、千葉県、東京都
群馬県、新潟県、富山県	神奈川県、石川県、愛知県
福井県、山梨県、長野県	京都府、大阪府、兵庫県
岐阜県、静岡県、三重県	岡山県、福岡県
滋賀県、奈良県、和歌山県	
鳥取県、島根県、広島県	
山口県、徳島県、香川県	

愛媛県、高知県、佐賀県 長崎県、熊本県、大分県 宮崎県、鹿児島県、沖縄県	
--	--

表2. 人口規模別・医療機関所在都道府県グループ

100万人未満	100万人以上 150万人未満	150万人以上 200万人未満	200万人以上
秋田県、福井県 山梨県、和歌山県 鳥取県、島根県 徳島県、香川県 高知県、佐賀県	青森県、岩手県 山形県、富山県 石川県、滋賀県 奈良県、山口県 愛媛県、長崎県 大分県、宮崎県 沖縄県	福島県、栃木県 群馬県、岐阜県 三重県、岡山県 熊本県、鹿児島県	北海道、宮城県 茨城県、埼玉県 千葉県、東京都 神奈川県、新潟県 長野県、静岡県 愛知県、京都府 大阪府、兵庫県 広島県、福岡県

表3. 人口規模別・医療機関所在二次医療圏グループ

5万人未満	5万人以上 10万人未満	10万人以上 20万人未満	20万人以上 50万人未満	50万人以上
南檜山	中空知	南渡島	東胆振	札幌
北渡島檜山	日高	後志	上川中部	仙台
北空知	上川北部	南空知	北網	村山
富良野	宗谷	西胆振	十勝	県中
留萌	遠紋	西北五地域	釧路	宇都宮
釜石	根室	上十三地域	津軽地域	#N/A
北秋田	下北地域	胆江	八戸地域	さいたま
島しょ	気仙	両磐	青森地域	川越比企
峡南	宮古	仙南	盛岡	北部
木曽	久慈	大館・鹿角	岩手中部	南部
湖西	二戸	大仙・仙北	大崎・栗原	利根
隠岐	能代・山本	置賜	石巻・登米・気	西部
真庭	由利本荘・にか	県南	仙沼	東部
萩	ほ	相双	秋田周辺	県央
長門	横手	県西	庄内	南西部
小豆	湯沢・雄勝	県東	県北	千葉
安芸	最上	桐生	いわき	東葛南部
対馬	沼田	渋川	会津・南会津	東葛北部
壱岐	藤岡	安房	水戸	印旛

五島	富岡	下越	日立	区中央部
上五島	吾妻	魚沼	常陸太田・ひた	区西部
芦北	秩父	新川	ちなか	区東部
熊毛	佐渡	砺波	鹿行	区南部
	能登北部	能登中部	土浦	区西南部
	奥越	嶺南	つくば	区西北部
	北信	丹南	取手・竜ヶ崎	区東北部
	大北	富士・東部	筑西・下妻	南多摩
	賀茂	峠東	古河・坂東	北多摩西部
	東三河北部	上小	県北	北多摩南部
	東紀州	諏訪	県南	北多摩北部
	丹後	飯伊	両毛	横浜
	南和	上伊那	南渡島	川崎南部
	橋本	飛驒	前橋	川崎北部
	有田	熱海伊東	高崎・安中	相模原
	御坊	湖東	伊勢崎	横須賀・三浦
	新宮	湖北	太田・館林	湘南西部
	中部	甲賀	香取海匝	湘南東部
	浜田	中丹	君津	県央
	益田	南丹	山武長生夷隅	新潟
	大田	山城南	市原	石川中央
	雲南	淡路	西多摩	長野
	高梁・新見	但馬	県西	岐阜
	備北	丹波	中越	静岡
	柳井	田辺	県央	西部
	西部	那賀	上越	駿東田方
	宇摩	出雲	富山	名古屋・尾張中
	高幡	津山・英田	高岡	部
	幡多	広島西	南加賀	東三河南部
	朝倉	岩国	福井・坂井	尾張西部
	西部	南部	中北	知多半島
	球磨	今治	松本	尾張北部
	鹿本	宇和島	佐久	西三河南部西
	阿蘇	八幡浜・大洲	西濃	北勢
	西部	直方・鞍手	東濃	京都・乙訓
	南部	飯塚	中濃	大阪市
	豊肥	田川	富士	堺市
	日南串間	八女・筑後	志太榛原	泉州

西諸	京築	中東遠	豊能
日向入郷	宗像	西三河南部東	三島
西都児湯	北部	尾張東部	北河内
出水	東部	海部	中河内
	南部	西三河北部	南河内
	県南	中勢伊賀	神戸
	八代	南勢志摩	播磨姫路
	有明	大津	阪神
	菊池	東近江	東播磨
	宇城	湖南	県南東部
	天草	山城北	県南西部
	東部	北播磨	広島
	北部	奈良	福山・府中
都城北諸県		中和	東部
延岡西臼杵		西和	東部
肝属		東和	松山
南薩		和歌山	中央
川薩		東部	北九州
奄美		西部	福岡・糸島
北部		松江	長崎
		吳	熊本・上益城
		広島中央	中部
		尾三	鹿児島
		下関	南部
		宇部・小野田	中部
		山口・防府	
		周南	
		西部	
		新居浜・西条	
		有明	
		久留米	
		筑紫	
		柏屋	
		中部	
		佐世保県北	
		県央	
		宮崎東諸県	
		姶良・伊佐	

### 3. 大学病院（本院）における診療特性の概要

MDC 分類別の患者数およびデータ区分別診療報酬請求額に着目し、医療機関別に集計し、大学病院の診療特性の概観を把握する。対象は 2022 年 4 月 1 日～2023 年 3 月 31 日に入退院を完結した患者とする。

#### （1）MDC 分類別・患者数

診断群分類番号（DPC）コード上位 2 衔（MDC 分類）を D ファイルより抽出し、各医療機関の MDC 分類別患者数を算出する。

#### （2）費用構造

データ区分ごとに診療報酬請求額を集計する。

### 4. 大学病院（本院）における診療特性①

大学病院（本院）の診療特性として考えられる難病患者の受入状況、治験の実施譲状況を検討する。経年推移は、各年度内に入退院を完結した患者を対象とする。

#### （1）難病

様式 1 ファイルより「難病の告示番号 1」または「難病の告示番号 2」に告示番号の入力があるレコードを抽出し、延難病患者数を算出する。複数の難病の入力がある場合は、難病別に患者数を算出する。令和 4 年度特定医療費（指定難病）受給者証所持者数<sup>1</sup>が、50 人未満、100 人未満、1000 人未満の指定難病を希少難病として定義する。

#### （2）治験

様式 1 ファイルより「治験実施の有無」に「1. 有」の入力があるレコードを抽出し、治験患者数を算出する。

### 5. 大学病院（本院）における診療特性②

手術、画像診断、高額薬剤の使用に着目し、各領域の件数を地域特性に基づいて比較する。経年推移は、各年度内に入退院を完結した患者を対象とする。

#### （1）手術

F ファイルより K コードの手技に該当するレコード抽出し、手術件数とした。同一日の複数手術は複数として実施した場合は技術度が高い 1 件として、手術件数を算出する。ただし、除外基準<sup>2</sup>（10,000 円以下の手技、輸血、加算、非観血的手術、気管および消化管に対する内視鏡処置、血管に対する経皮的処置、骨髄移植の場合）のいずれかを満たすレコードは除外する。また、外科系学会社会保険委員会連合（外保連）「手術試案（第 9.3 版）」に基づいた手術技術度を把握し、技術度別の手術件数を算出する。低侵襲医療の提供状況を把握するた

<sup>1</sup> 公益財団法人 難病医学研究財団/難病情報センター

<sup>2</sup> 国立大学病院長会議「令和 4 年度国立大学病院 病院機能指標」pp167

[https://nuhc.jp/wp-content/uploads/2024/05/kinosihyo\\_2022\\_20240517.pdf](https://nuhc.jp/wp-content/uploads/2024/05/kinosihyo_2022_20240517.pdf)

め、「ロボット支援下手術」の実施件数を算出する。

#### （2）画像診断

各画像診断（CT [E200]，MRI [E202]，PET[E101-2]，PET-CT [E101-3]，PET-MRI [E101-4]）について、実施件数を算出する。

#### （3）高額薬剤の使用状況

10万円以上の医薬品について、高額医薬品とする。診療情報提供サービスによる薬剤マスターより高額医薬品の品目数の推移を把握する。大学病院（本院）および大学病院（本院）以外で使用の多い高額薬剤上位10品ならびに大学病院（本院）で使用が多い高額薬剤を一覧化する。高額薬剤使用件数、高額医薬品費、医薬品費（データ区分「20投薬」「30注射」の総計）を医療機関別に算出し、医薬品費における高額医薬品費の占める割合を算出する。

## 6. 調査結果

地域特性に基づいた医療機関群別の医療機関数は表4に示す。③二次医療圏人口規模について、5万人以上10万人未満のグループでは「大学病院（本院）以外」、10万人以上20万人未満のグループでは「大学病院（本院）」の医療機関が特定されるため、本分類での分析では、「20万人以上50万人未満」および「50万人以上」のグループのみ比較した。

表4. 対象医療機関数

		医療機関数	
		大学病院 (本院)	大学病院 (本院)以外
①一県一医大	一県一医大	31	90
	一県複数医大	44	137
②都道府県人口規模	100万人未満	9	13
	100万人以上150万人未満	13	28
	150万人以上200万人未満	10	26
	200万人以上	43	160
③二次医療圏人口規模	5万人未満	0	0
	5万人以上10万人未満	0	1
	10万人以上20万人未満	1	18
	20万人以上50万人未満	22	56
	50万人以上	52	152

### (1) MDC 分類別患者数

入院患者における MDC 分類の構成割合について大学病院（本院）と大学病院（本院）以外を比較した（図 1）。大学病院（本院）では、MDC02 眼科系疾患、MDC07 筋骨格系疾患、MDC12 女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩が多く、大学病院（本院）以外では、MDC05 循環器系疾患、MDC06 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患、MDC16 外傷・熱傷・中毒が多い傾向であった。

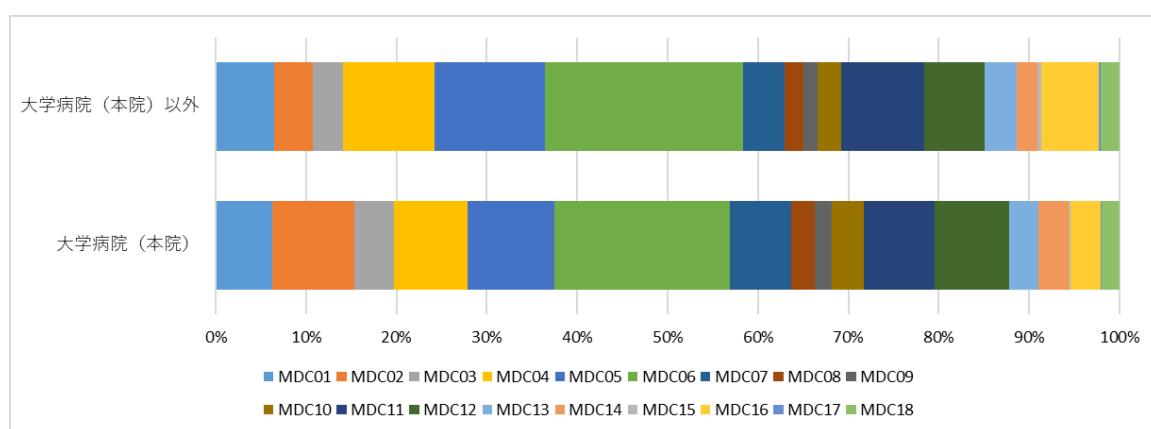


図 1. MDC 分類別

人口規模が小さい地域では、MDC04 呼吸器疾患や MDC06 消化器系疾患が、大学病院（本院）以外で多いもしくは同等であり、MDC02 眼科系疾患、MDC11 腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患、MDC12 女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩は大学病院（本院）で多い傾向であった（表 5-7）。

表5. MDC分類別・平均患者数

Mean [SD] (人)	一県一医大		一県複数医大	
	大学病院 (本院)	大学病院 (本院) 以外	大学病院 (本院)	大学病院 (本院) 以外
MDC01 神経系疾患	858.1 [264.9]	663.7 [276.9]	1132.9 [345.2]	723.4 [368.6]
MDC02 眼科系疾患	1218.8 [268.7]	339.3 [319.0]	1623.8 [638.2]	545.0 [474.6]
MDC03 耳鼻咽喉科系疾患	557.5 [147.0]	338.8 [178.1]	817.1 [312.2]	375.4 [191.5]
MDC04 呼吸器系疾患	1007.4 [242.1]	1013.6 [371.7]	1524.8 [396.3]	1161.8 [469.9]
MDC05 循環器系疾患	1341.0 [345.4]	1169.9 [558.1]	1690.3 [520.1]	1413.6 [1099.9]
MDC06 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	2442.5 [685.3]	2213.7 [730.4]	3631.3 [896.3]	2474.1 [900.9]
MDC07 筋骨格系疾患	883.2 [175.6]	442.8 [234.7]	1228.0 [413.3]	543.1 [295.1]
MDC08 皮膚・皮下組織疾患	354.9 [106.6]	173.6 [115.4]	463.8 [210.8]	251.3 [249.2]
MDC09 乳房の疾患	239.1 [107.5]	151.0 [99.9]	363.9 [177.1]	189.4 [168.1]
MDC10 内分泌・栄養・代謝に関する疾患	444.9 [126.1]	248.0 [107.5]	648.8 [219.7]	314.4 [159.4]
MDC11 腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	1030.2 [186.9]	910.2 [319.9]	1438.8 [342.9]	1048.3 [396.9]
MDC12 女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	1215.2 [347.7]	658.2 [367.3]	1403.0 [497.9]	757.3 [460.5]
MDC13 血液・造血器・免疫臓器の疾患	439.4 [113.5]	379.7 [259.9]	564.1 [160.3]	385.3 [263.0]
MDC14 新生児疾患、先天性奇形	452.7 [173.0]	234.0 [181.5]	624.5 [302.7]	257.0 [262.1]
MDC15 小児疾患	18.2 [14.6]	38.2 [34.0]	45.9 [43.7]	47.8 [45.5]
MDC16 外傷・熱傷・中毒	423.0 [145.6]	711.9 [260.6]	615.0 [243.8]	690.7 [339.6]
MDC17 精神疾患	11.3 [10.2]	11.7 [8.3]	20.9 [16.5]	16.3 [19.9]
MDC18 その他の疾患	241.7 [94.0]	206.3 [139.3]	365.3 [153.8]	244.8 [176.8]

表6. 都道府県人口規模別・MDC分類別患者数

Mean [SD] (人)	100万人未満		100万人以上 150万人未満		150万人以上 200万人未満		200万人以上	
	大学病院 (本院)	大学病院 (本院) 以 外						
MDC01 神経系疾患	764.8 [160.2]	641.4 [165.8]	833.5 [295.5]	644.8 [303.3]	963.6 [574.6]	655.6 [356.7]	1141.7 [339.7]	721.2 [346.6]
MDC02 眼科系疾患	1113.2 [298.1]	340.7 [339.7]	1274.2 [222.0]	340.1 [227.3]	1346.6 [446.2]	306.5 [241.4]	1608.8 [630.6]	520.5 [474.8]
MDC03 耳鼻咽喉科系疾患	529.9 [129.6]	318.2 [162.5]	568.9 [173.2]	336.0 [169.1]	616.2 [187.2]	351.0 [213.7]	811.9 [312.8]	370.3 [186.5]
MDC04 呼吸器系疾患	929.2 [135.2]	1061.2 [322.4]	1016.9 [250.3]	1052.6 [315.8]	1259.4 [412.9]	960.1 [528.3]	1491.7 [404.8]	1138.5 [444.7]
MDC05 循環器系疾患	1219.8 [245.4]	1276.7 [631.7]	1324.5 [361.3]	1018.6 [443.0]	1419.7 [506.0]	1205.1 [820.3]	1710.5 [484.7]	1390.6 [1015.8]
MDC06 消化器系疾患、肝臓・胆 道・膵臓疾患	2136.1 [372.7]	2383.3 [837.8]	2397.5 [689.5]	2190.2 [683.7]	3132.9 [965.0]	2198.1 [869.8]	3576.2 [895.1]	2429.5 [861.6]
MDC07 筋骨格系疾患	790.3 [186.2]	437.2 [116.9]	888.5 [170.7]	428.1 [215.5]	992.1 [191.7]	443.9 [295.7]	1228.5 [412.6]	531.6 [287.8]
MDC08 皮膚・皮下組織の疾患	312.9 [68.9]	157.2 [76.7]	311.6 [68.8]	172.2 [87.7]	441.1 [125.9]	183.0 [168.4]	468.2 [210.3]	240.2 [234.4]
MDC09 乳房の疾患	222.0 [96.8]	169.2 [119.9]	219.9 [108.0]	152.6 [87.4]	342.3 [137.1]	115.1 [65.3]	352.2 [176.3]	187.9 [162.1]
MDC10 内分泌・栄養・代謝に關 する疾患	397.4 [53.9]	276.1 [97.8]	375.8 [76.9]	242.3 [101.7]	596.9 [185.7]	251.3 [139.4]	649.1 [209.7]	303.1 [152.3]
MDC11 腎・尿路系疾患及び男性 生殖器系疾患	1046.4 [191.0]	906.7 [268.1]	1007.6 [193.6]	883.5 [335.2]	1157.1 [351.6]	884.7 [411.5]	1422.2 [333.2]	1037.5 [373.3]
MDC12 女性生殖器系疾患及び産	1013.2	704.8	1078.2	664.1	1454.4	639.8	1435.5	741.2

褥期疾患・異常妊娠分娩	[191.5]	[316.6]	[292.2]	[358.5]	[493.9]	[384.6]	[459.0]	[451.8]
MDC13 血液・造血器・免疫臓器の疾患	384.9 [82.4]	463.7 [209.2]	417.2 [98.6]	379.3 [236.2]	523.3 [126.4]	377.2 [304.1]	565.6 [158.4]	378.1 [261.4]
MDC14 新生児疾患、先天性奇形	392.2 [105.3]	245.0 [175.6]	440.5 [109.3]	226.9 [142.6]	558.9 [277.4]	252.8 [231.2]	620.1 [300.4]	251.0 [250.4]
MDC15 小児疾患	18.1 [15.0]	43.4 [24.5]	21.5 [13.9]	39.7 [22.7]	28.1 [30.9]	49.9 [55.7]	43.3 [43.8]	43.8 [42.5]
MDC16 外傷・熱傷・中毒	367.1 [124.7]	708.9 [202.8]	427.5 [162.1]	649.7 [175.7]	507.2 [146.6]	726.8 [362.6]	610.3 [245.5]	702.5 [326.2]
MDC17 精神疾患	12.9 [14.3].	11.5 [6.4]	6.5 [3.6]	11.0 [7.9]	22.8 [11.6]	10.7 [8.0]	19.5 [16.3]	15.9 [18.8]
MDC18 その他の疾患	221.9 [81.4]	201.4 [93.0]	214.9 [54.4]	191.5 [135.3]	350.0 [170.6]	239.3 [173.0]	355.3 [145.7]	236.9 [170.4]

表7. 二次医療圏人口規模別・MDC分類別・平均患者数

Mean [SD] (人)	20万人以上		50万人以上	
	50万人未満		50万人以上	
	大学病院 (本院)	(本院) 以外	大学病院 (本院)	(本院) 以外
MDC01 神経系疾患	981.6 [383.9]	695.8 [273.3]	1041.3 [322.0]	719.8 [364.7]
MDC02 眼科系疾患	1354.7 [372.4]	395.0 [313.0]	1494.5 [615.9]	517.3 [475.2]
MDC03 耳鼻咽喉科系疾患	599.4 [232.5]	336.5 [161.0]	762.7 [293.4]	381.2 [199.3]
MDC04 呼吸器系疾患	1125.4 [427.7]	1080.9 [373.2]	1396.5 [399.6]	1136.1 [463.2]
MDC05 循環器系疾患	1571.6 [467.4]	1152.3 [506.6]	1549.3 [489.4]	1410.7 [1068.4]
MDC06 消化器系疾患、肝臓・胆道・膵臓疾患	2832.1 [1027.5]	2344.1 [704.7]	3285.0 [966.8]	2416.2 [889.2]
MDC07 筋骨格系疾患	937.0 [318.6]	403.5 [155.0]	1154.5 [381.4]	548.0 [297.9]
MDC08 皮膚・皮下組織の疾患	397.1 [115.5]	175.9 [86.1]	430.4 [205.5]	245.6 [245.6]
MDC09 乳房の疾患	262.6 [106.8]	153.3 [92.5]	335.1 [179.8]	183.4 [157.6]
MDC10 内分泌・栄養・代謝に関する疾患	508.2 [220.7]	255.1 [99.9]	591.6 [204.0]	312.2 [156.5]
MDC11 腎・尿路系疾患及び男性生殖器系疾患	1232.5 [382.6]	968.9 [333.0]	1292.5 [336.5]	1020.0 [381.6]
MDC12 女性生殖器系疾患及び産褥期疾患・異常妊娠分娩	1245.7 [401.4]	686.8 [324.5]	1363.5 [470.0]	747.1 [464.0]
MDC13 血液・造血器・免疫臓器の疾患	460.2 [116.1]	367.4 [216.6]	537.8 [163.8]	399.0 [274.5]
MDC14 新生児疾患、先天性奇形	504.1 [217.9]	238.9 [171.7]	576.5 [289.5]	261.7 [262.5]
MDC15 小児疾患	28.6 [26.2]	38.3 [32.1]	37.5 [41.0]	47.1 [45.7]
MDC16 外傷・熱傷・中毒	502.5 [224.2]	749.4 [288.1]	548.9 [232.2]	683.1 [326.7]
MDC17 精神疾患	15.6 [11.7]	13.5 [9.4]	17.7 [16.2]	15.1 [18.9]
MDC18 その他の疾患	275.3 [151.3]	225.1 [168.0]	335.7 [136.1]	234.4 [161.9]

## (2) データ区分別・診療報酬請求額

入院基本料やDPC包括料等を除いて、大学病院（本院）、大学病院（本院）以外、いずれの場合も「50 手術・麻醉料」が最も多く、大学病院（本院）[36.1%]では、大学病院（本院）以外[31.1%]と比較して、占める割合が高かった。また、「20 投薬料」（大学病院（本院）[0.9%]、大学病院（本院）以外[0.6%]）および「30 注射料」（大学病院（本院）[3.4%]、大学病院（本院）以外[2.1%]）では、大学病院（本院）における総費用に占める割合がやや高かった（図2）。また、出来高払い換算においても、同様の傾向であった（図3）

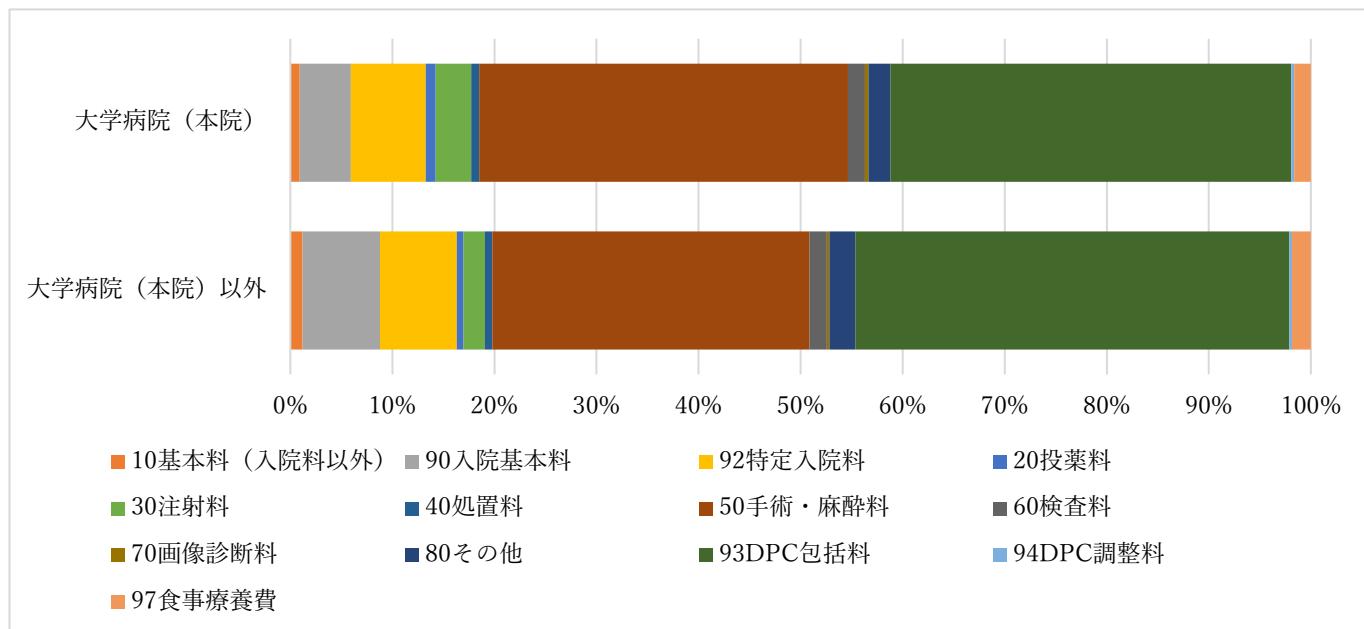


図2. 診療報酬請求額におけるデータ区分別構成割合（包括払い）

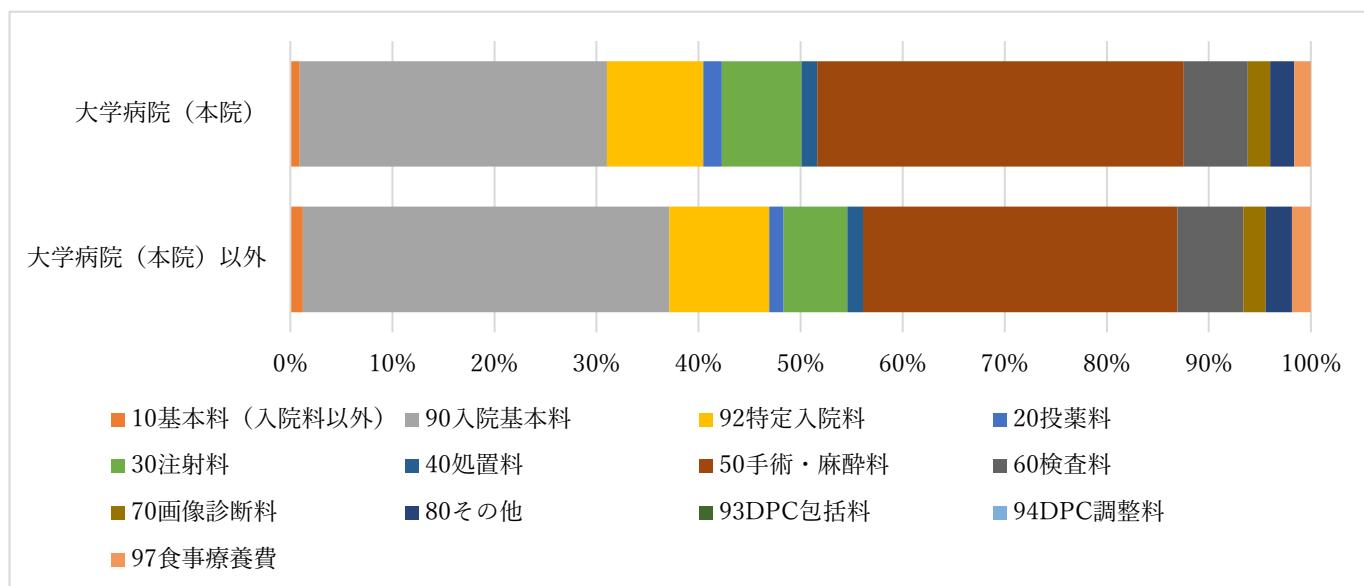


図3. 診療報酬請求額におけるデータ区分別構成割合（包括払い）

### (3) 難病患者

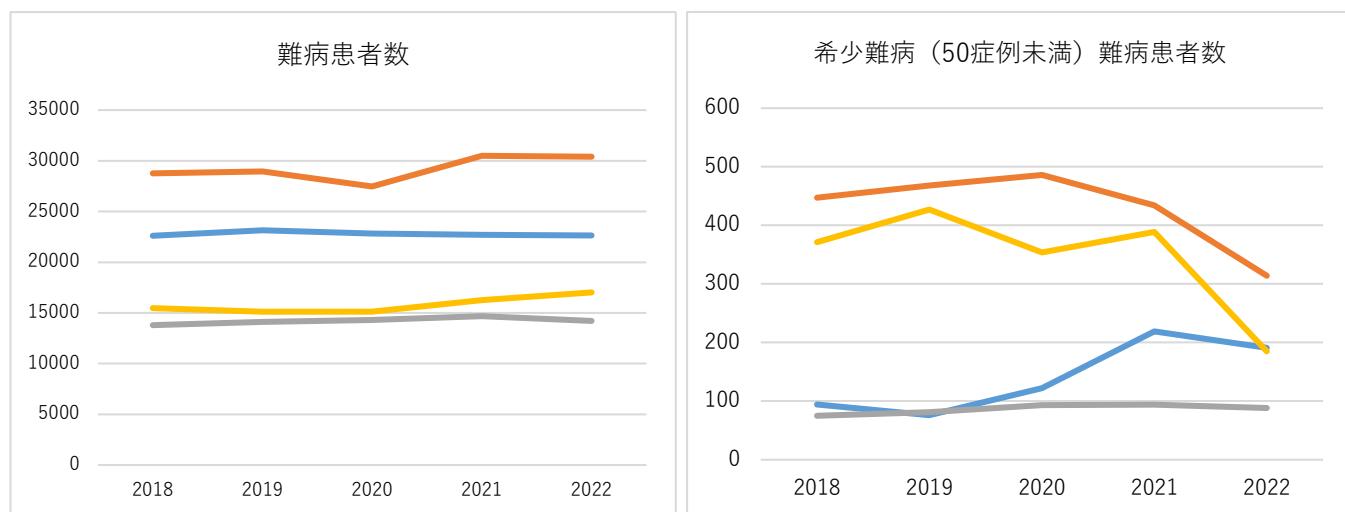
難病患者（延べ数）の受け入れは、とくに一県複数医大がある大学病院（本院）で受け入れが多い傾向だった（図4）。ただし、希少難病については、地域特性に関わらず、大学病院（本院）で受け入れている傾向であった（表8-9、図4-6）。

表8. 難病患者数（延べ）の経年推移

	大学病院（本院）	大学病院（本院）以外
2018	46039	38663
2019	44802	38703
2020	42289	38466
2021	46087	37094
2022	46880	34678

表9. 希少難病患者数（延べ）の経年推移

	希少難病（50症例未満）		希少難病（100症例未満）		希少難病（1000症例未満）	
	大学病院		大学病院		大学病院	
	（本院）	（本院）以外	（本院）	（本院）以外	（本院）	（本院）以外
2018	832	165	1092	312	3249	1483
2019	934	165	1204	284	3364	1402
2020	840	212	1097	335	3268	1590
2021	823	304	1052	434	3513	1672
2022	497	266	703	371	3253	1590



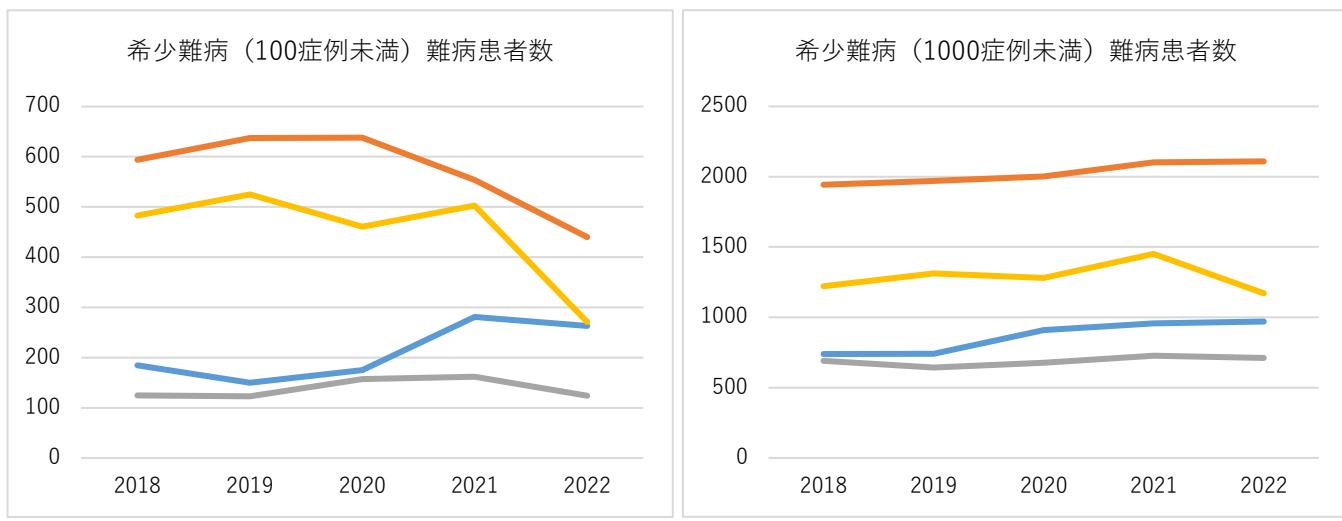


図4. 一県一医大別・難病患者数の経年推移

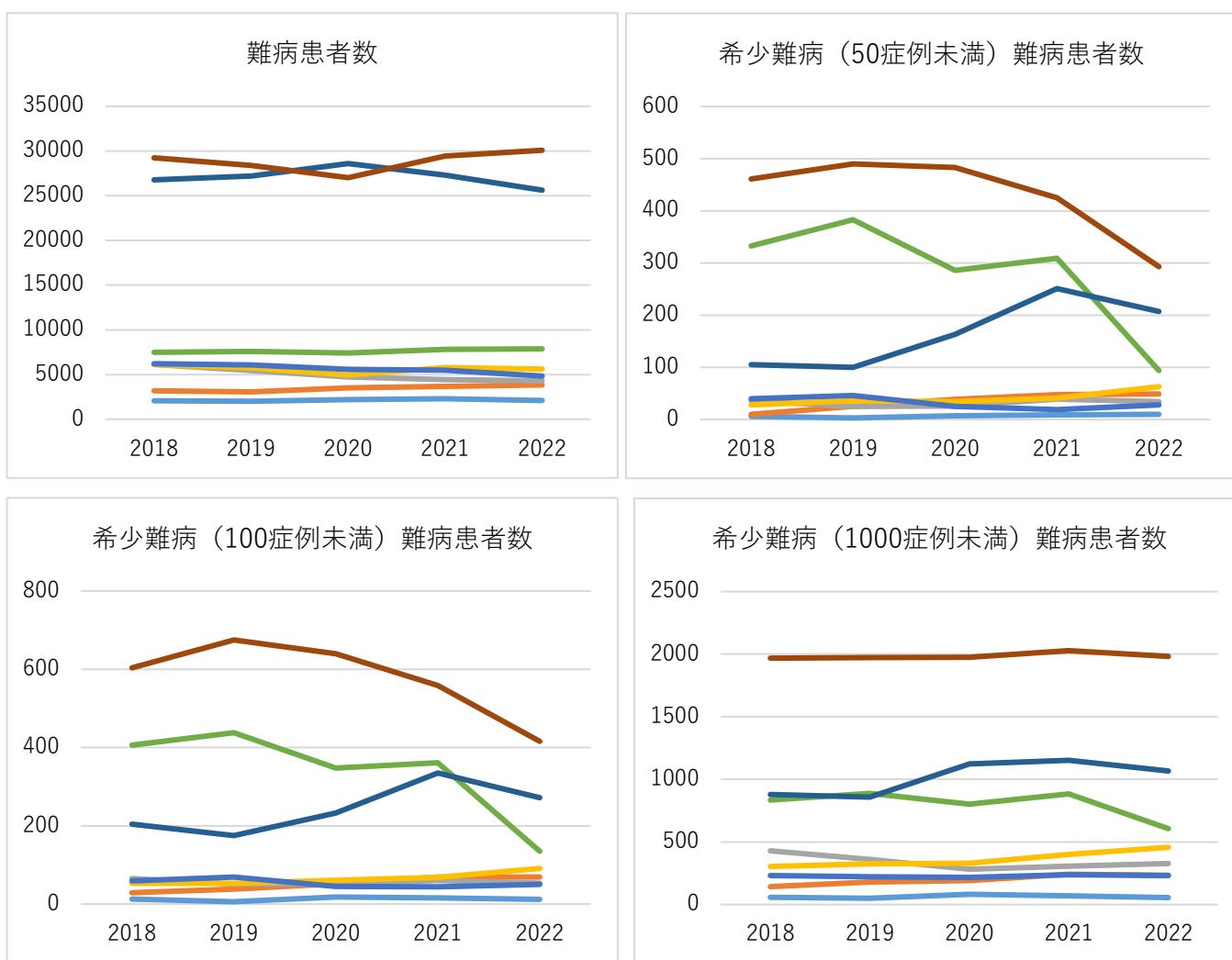
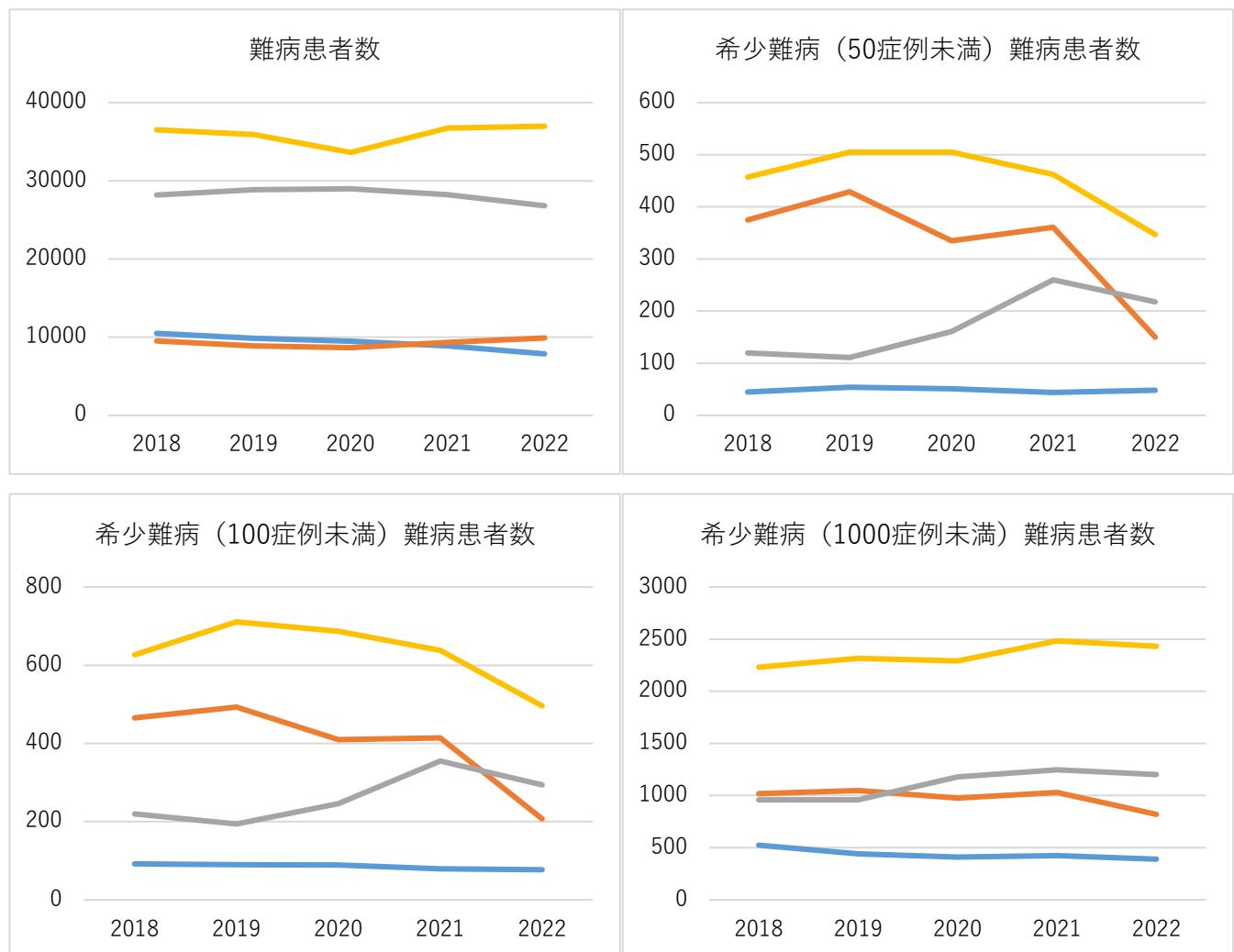


図5. 都道府県人口規模別・難病患者数の経年推移

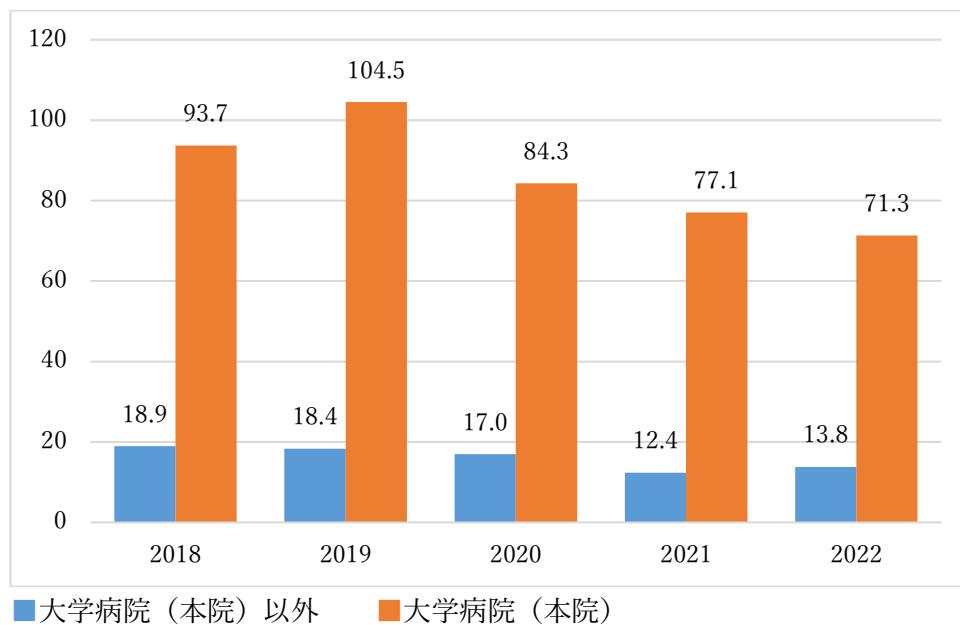


■20万人以上 50万人未満・大学病院(本院)以外 ■20万人以上 50万人未満・大学病院(本院)  
 ■50万人以上・大学病院(本院)以外 ■50万人以上・大学病院(本院)

図6. 二次医療圏人口規模別・難病患者数の経年推移

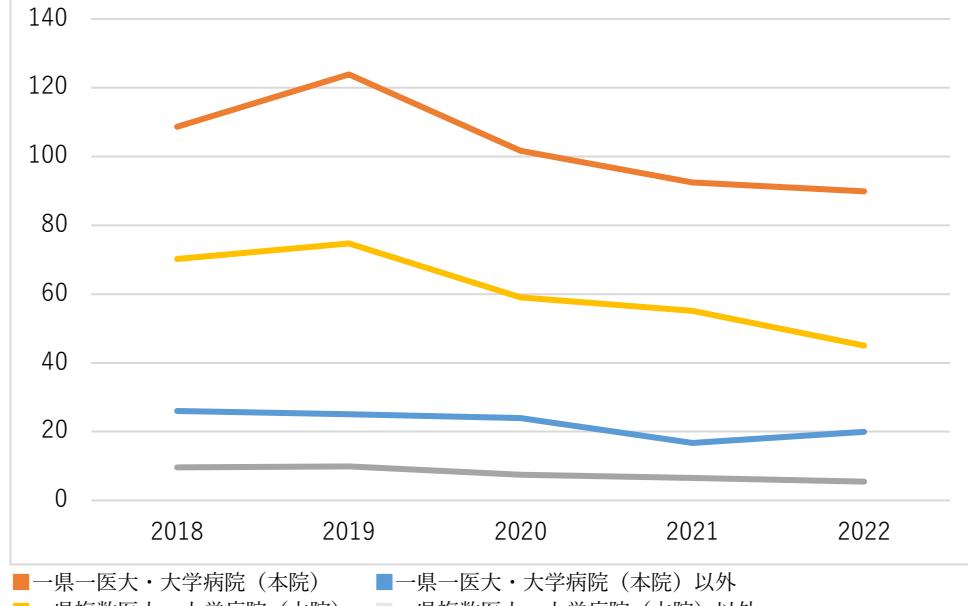
#### (4) 治験

治験患者数は、いずれの年度、地域においても大学病院（本院）が大学病院（本院）以外と比較して多く、約6～8倍であった。ただし、大学病院（本院）以外では横ばいであるのに対し、大学病院（本院）での治験患者数はやや減少傾向にある（図7-10）。



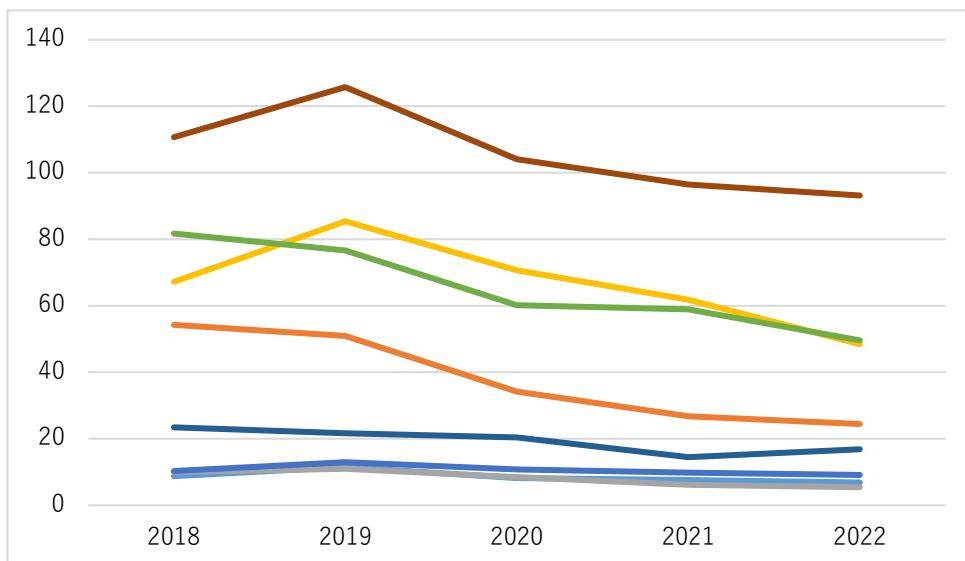
■大学病院（本院）以外 ■大学病院（本院）

図7. 治験患者数（平均）の推移



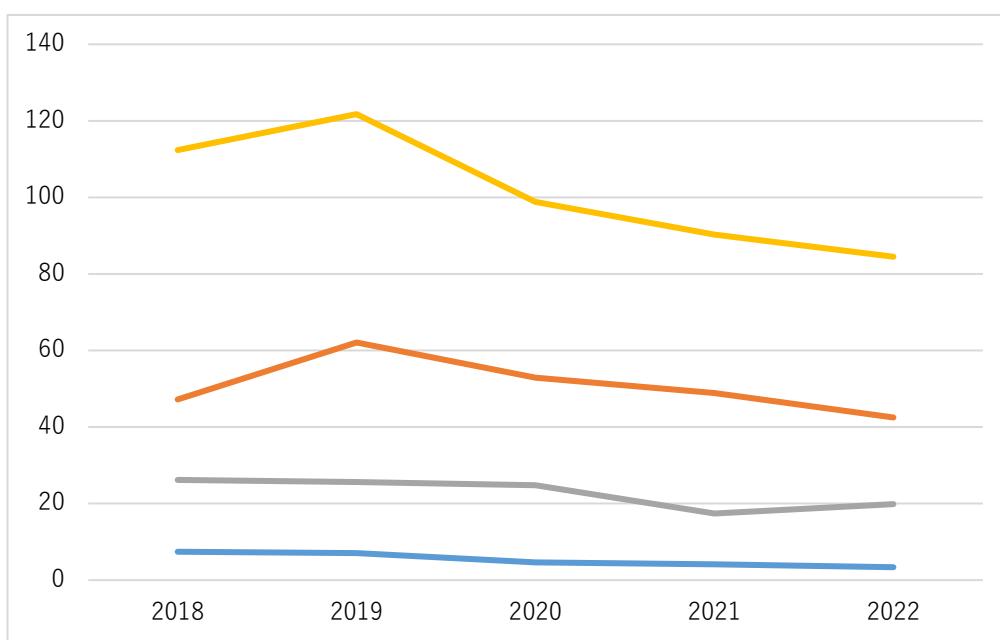
■一県一医大・大学病院（本院） ■一県一医大・大学病院（本院）以外  
■一県複数医大・大学病院（本院） ■一県複数医大・大学病院（本院）以外

図8. 一県一医大別・治験患者数の経年推移



■100万人未満・大学病院(本院)以外 ■100万人未満・大学病院(本院)  
■100万人以上150万人未満・大学病院(本院)以外 ■100万人以上150万人未満・大学病院(本院)  
■150万人以上200万人未満・大学病院(本院)以外 ■150万人以上200万人未満・大学病院(本院)  
■200万人以上・大学病院(本院)以外 ■200万人以上・大学病院(本院)

図9. 都道府県人口規模別・治験患者数(平均)の経年推移



■20万人以上50万人未満・大学病院(本院)以外 ■20万人以上50万人未満・大学病院(本院)  
■50万人以上・大学病院(本院)以外 ■50万人以上・大学病院(本院)

図10. 二次医療圏人口規模別・治験患者数(平均)の経年推移

## (5) 手術

手術件数のうち、全手術件数に占める DE 難度手術の割合および E 難度手術の割合は、いずれの区分でも大学病院（本院）が大学病院（本院）以外と比較して多く、とくに一県一医大や人口規模の小さい地域で、両者の差は大きい傾向にあった（表 10-12）。手術件数は、新型コロナウイルス感染症が感染拡大した 2020 年に現象しているが、いずれの区分でも増加し、従前の件数と同程度となっている傾向がみられた。とくに E 難度手術は、大学病院（本院）で多く実施され、経年推移でもその傾向に変化はみられなかった（表 10-12、図 11-13）。

表 10. 一県一医大別・手術件数

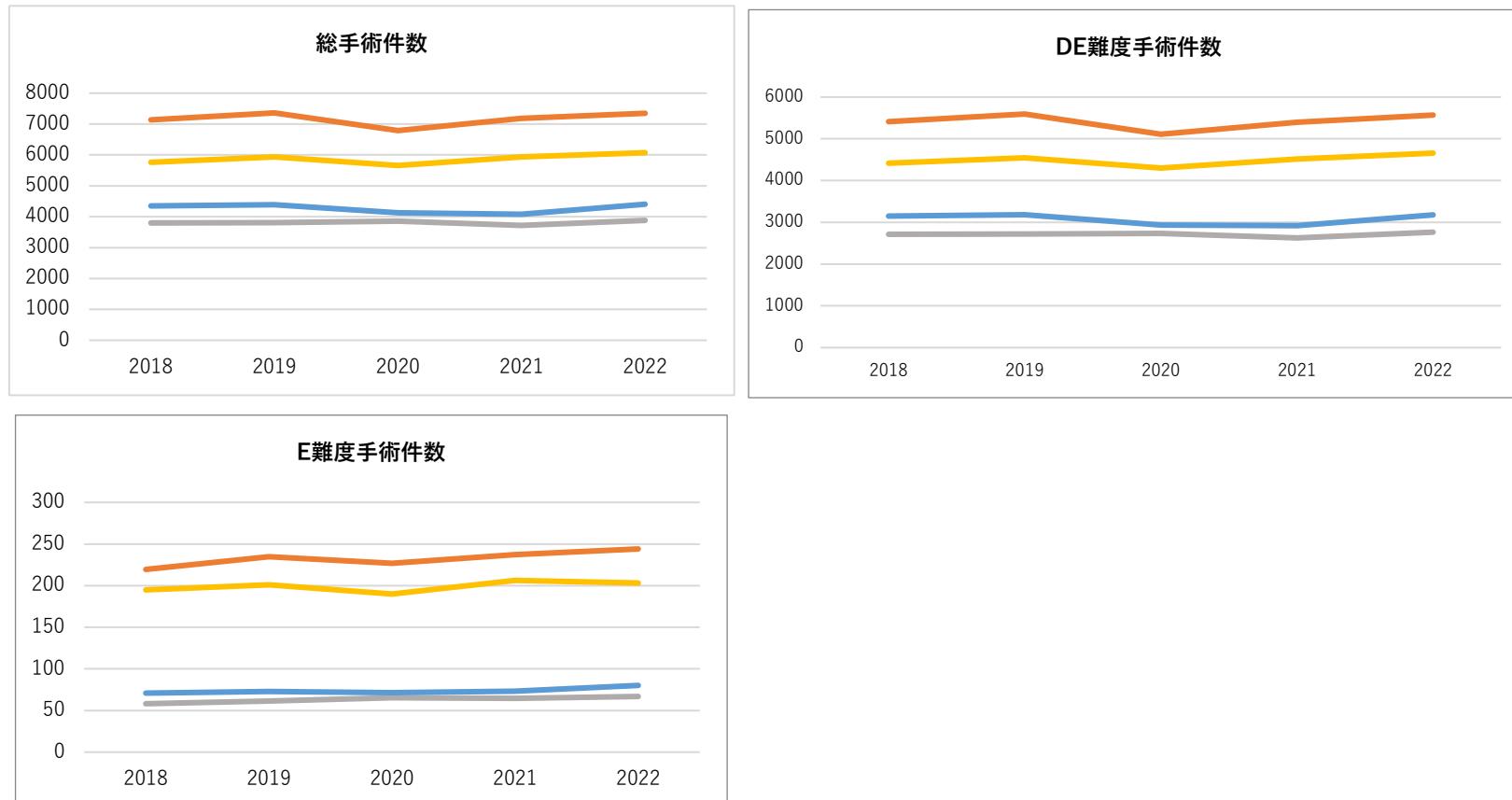
Mean [SD] (件)	一県一医大		一県複数医大	
	大学病院 (本院)	大学病院 (本院) 以外	大学病院 (本院)	大学病院 (本院) 以外
手術件数	6073.0 [1183.5]	3882.2 [1413.0]	7345.2 [2413.8]	4405.4 [1604.6]
DE 難度手術件数	4657.1 [913.1]	2765.0 [1090.1]	5569.7 [1959.5]	3179.5 [1203.5]
E 難度手術件数	203.3 [94.5]	66.9 [48.6]	244.1 [146.2]	80.2 [73.9]
DE 難度手術割合	76.7 [2.5]	70.6 [3.9]	75.2 [3.2]	71.9 [4.7]
E 難度手術割合	3.2 [1.1]	1.6 [0.9]	3.2 [1.6]	1.7 [1.2]

表 11. 都道府県人口規模別・手術件数

Mean [SD] (件)	100万人未満		100万人以上 150万人未満		150万人以上 200万人未満		200万人以上	
	大学病院 (本院)	大学病院 (本院) 以外	大学病院 (本院)	大学病院 (本院) 以外	大学病院 (本院)	大学病院 (本院) 以外	大学病院 (本院)	大学病院 (本院) 以外
手術件数	5617.0 [542.0]	4118.4 [1289.3]	6027.3 [1174.0]	3689.3 [1324.6]	6616.5 [1692.7]	3925.9 [1864.1]	7327.3 [2390.1]	4327.3 [1517.4]
DE 難度手術件数	4279.7 [475.0]	2968.5 [1023.4]	4644.0 [883.7]	2627.3 [1026.9]	5107.5 [1373.5]	2749.3 [1371.5]	5549.7 [1935.7]	3122.4 [1151.2]
E 難度手術件数	152.6 [28.9]	67.8 [30.5]	181.3 [64.9]	61.8 [30.5]	250.2 [129.9]	68.1 [59.3]	247.8 [145.0]	78.7 [70.6]
DE 難度手術割合	76.1 [2.3]	71.7 [3.9]	77.1 [2.2]	70.6 [3.7]	76.9 [2.7]	69.6 [4.4]	75.2 [3.2]	71.8 [4.5]
E 難度手術割合	2.7 [0.5]	1.7 [0.7]	2.9 [0.8]	1.5 [0.8]	3.7 [1.6]	1.6 [0.8]	3.3 [1.5]	1.7 [1.2]

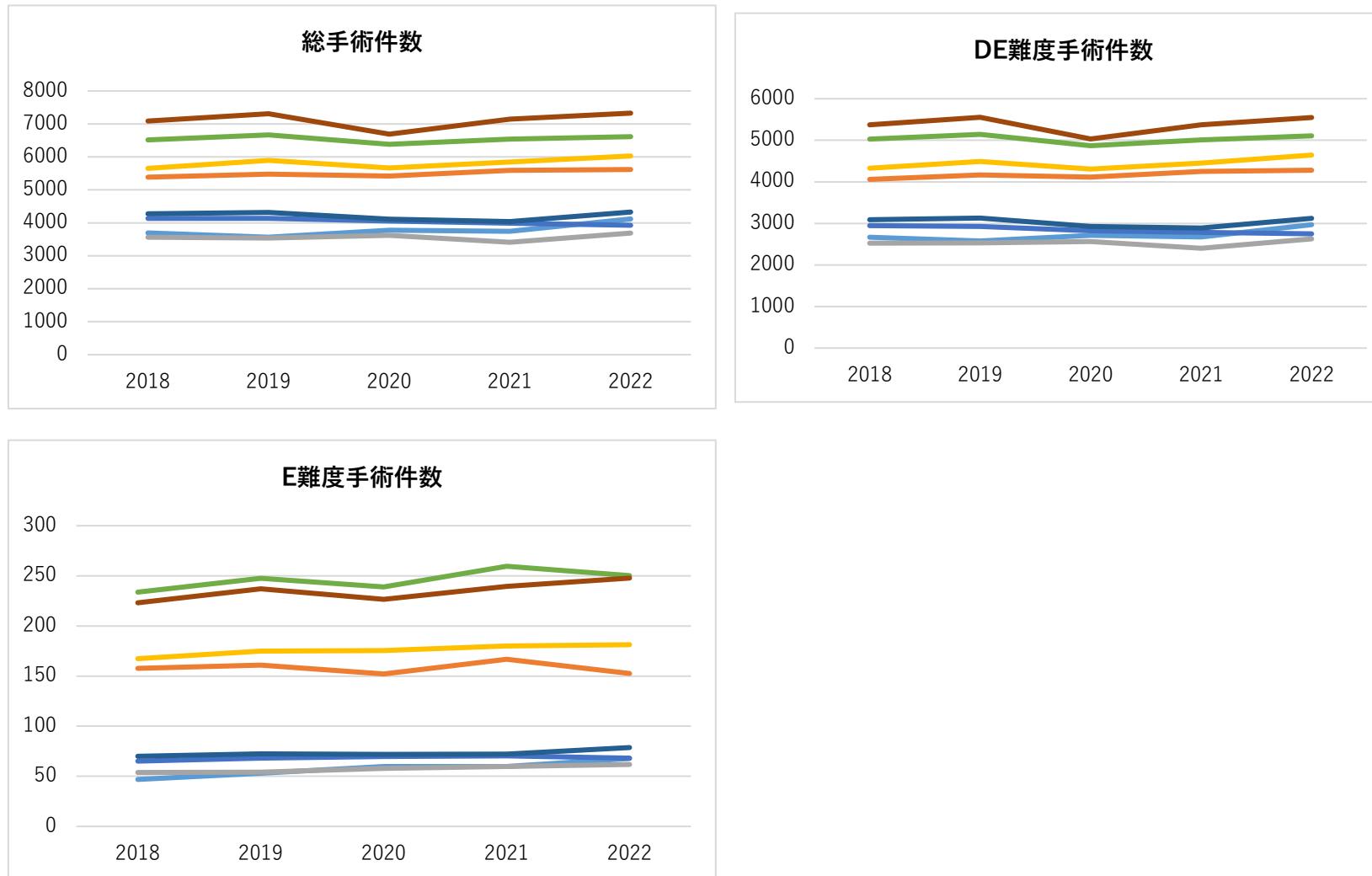
表 12. 二次医療圏人口規模別・手術件数

Mean [SD] (件)	20万人以上 50万人未満		50万人以上	
	大学病院 (本院)	大学病院 (本 院) 以外	大学病院 (本院)	大学病院 (本 院) 以外
手術件数	6159.7 [2003.0]	4040.5 [6459.7]	7077.2 [2218.6]	4348.9 [1622.5]
DE 難度手術件数	4921.3 [1602.3]	2855.3 [912.6]	5378.3 [1780.4]	3151.6 [1228.8]
E 難度手術件数	194.3 [81.7]	66.5 [33.9]	244.3 [143.4]	82.1 [75.2]
DE 難度手術割合	75.9 [2.9]	70.4 [3.3]	75.6 [3.1]	72.1 [4.5]
E 難度手術割合	2.9 [0.9]	1.6 [0.6]	3.3 [1.5]	1.8 [1.2]



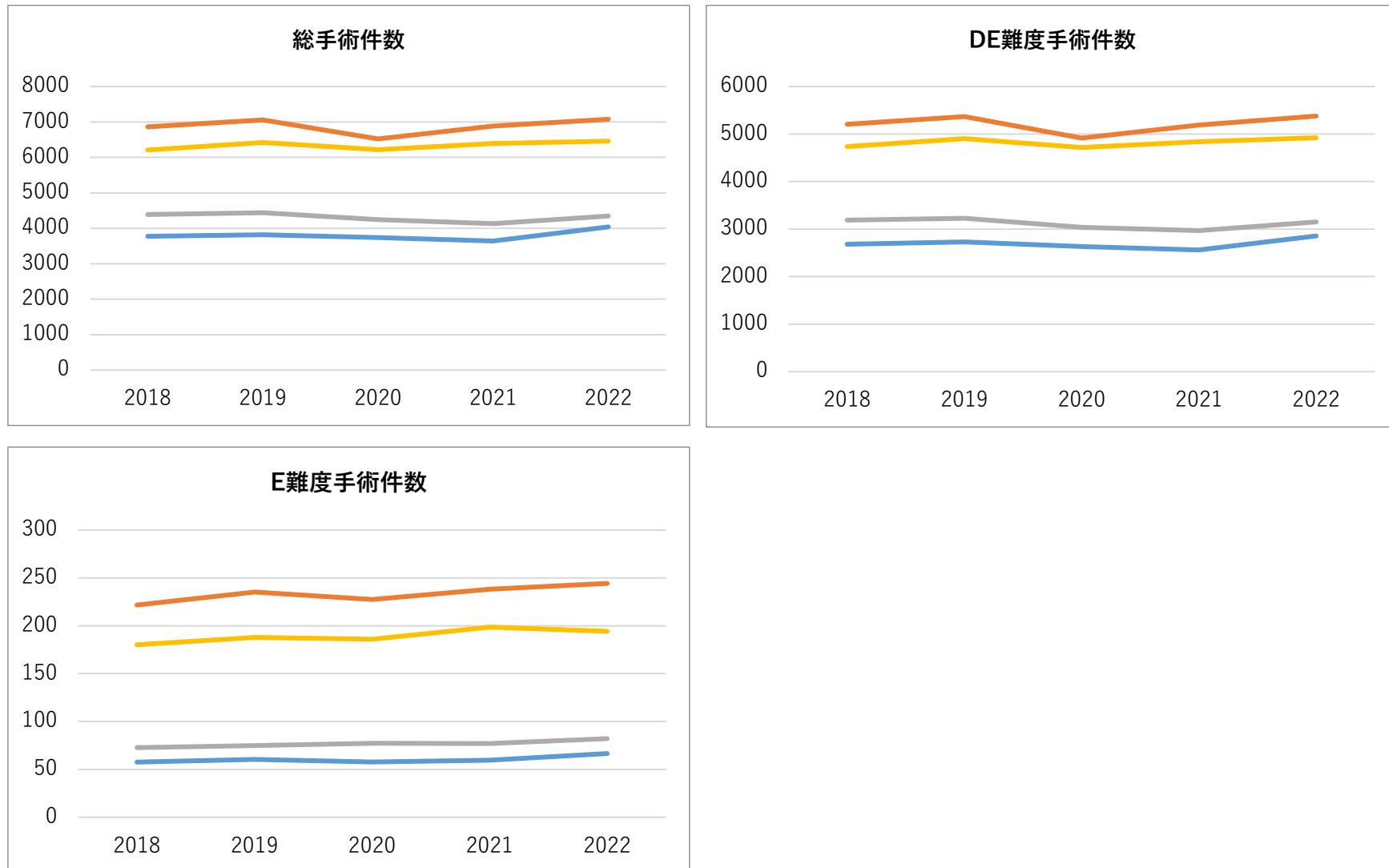
■一県一医大・大学病院（本院） ■一県一医大・大学病院（本院）以外  
 □一県複数医大・大学病院（本院） □一県複数医大・大学病院（本院）以外

図 11. 一県一医大別・手術件数（平均）の経年推移



- 100万人未満・大学病院（本院）以外 ■ 100万人未満・大学病院（本院）
- 100万人以上 150万人未満・大学病院（本院）以外 ■ 100万人以上 150万人未満・大学病院（本院）
- 150万人以上 200万人未満・大学病院（本院）以外 ■ 150万人以上 200万人未満・大学病院（本院）
- 200万人以上・大学病院（本院）以外 ■ 200万人以上・大学病院（本院）

図 12. 都道府県人口規模別・手術件数（平均）の経年推移



■20万人以上50万人未満・大学病院(本院)以外 ■20万人以上50万人未満・大学病院(本院)  
■50万人以上・大学病院(本院)以外 ■50万人以上・大学病院(本院)

図 13. 二次医療圏人口規模別・手術件数(平均)の経年推移

表 13. ロボット手術件数の経年推移

Mean [SD]	大学病院（本院）	大学病院（本院）以外
2018	129.7 [79.7]	66.1 [58.1]
2019	166.5 [99.8]	83.7 [68.7]
2020	203.7 [116.6]	104.7 [79.3]
2021	231.1 [120.8]	120.6 [76.7]
2022	293.0 [150.3]	144.5 [96.7]

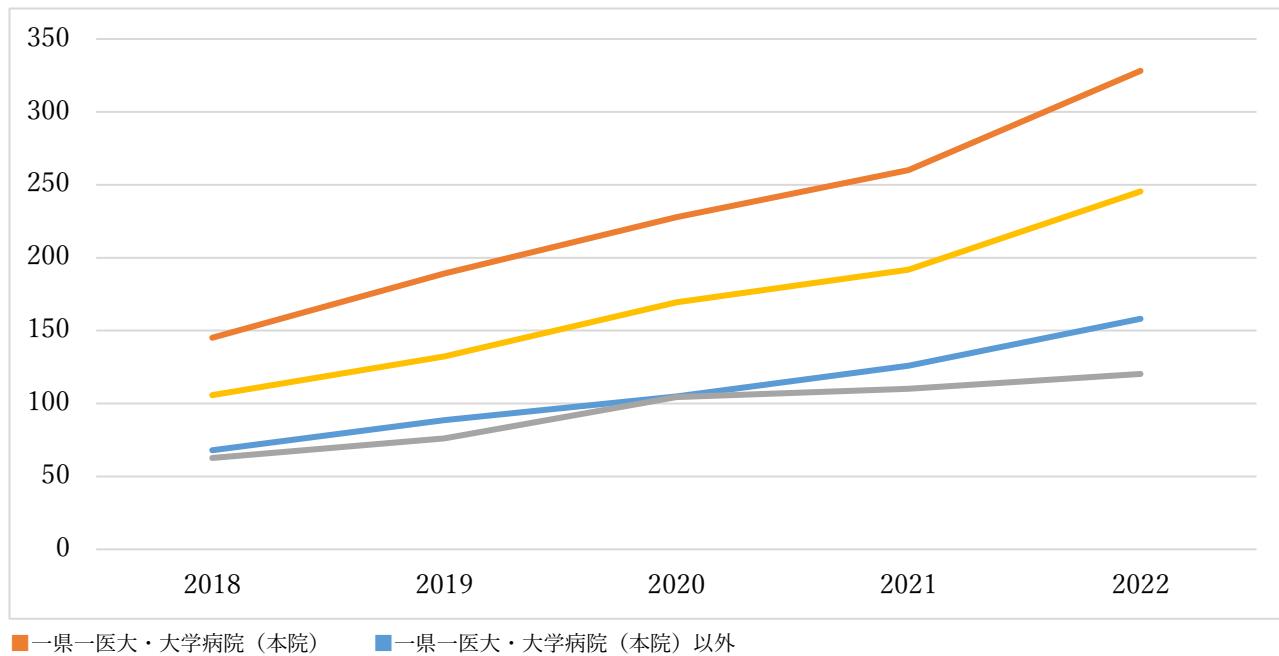
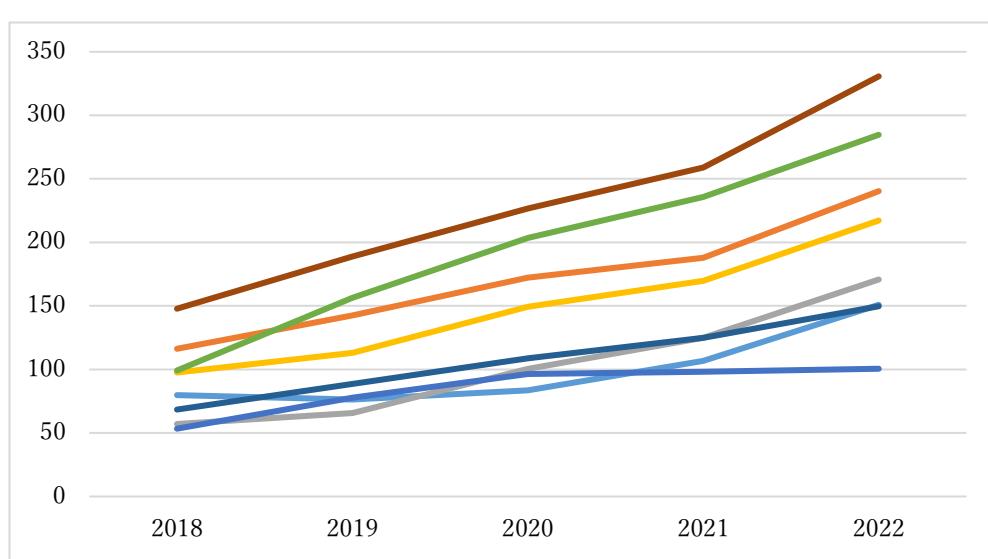


図 14. 一県一医大別・ロボット手術件数の経年推移



■100万人未満・大学病院（本院）以外 ■100万人未満・大学病院（本院）  
■100万人以上150万人未満・大学病院（本院）以外 ■100万人以上150万人未満・大学病院（本院）  
■150万人以上200万人未満・大学病院（本院）以外 ■150万人以上200万人未満・大学病院（本院）  
■200万人以上・大学病院（本院）以外 ■200万人以上・大学病院（本院）

図 15. 都道府県人口規模別・ロボット手術件数の経年推移

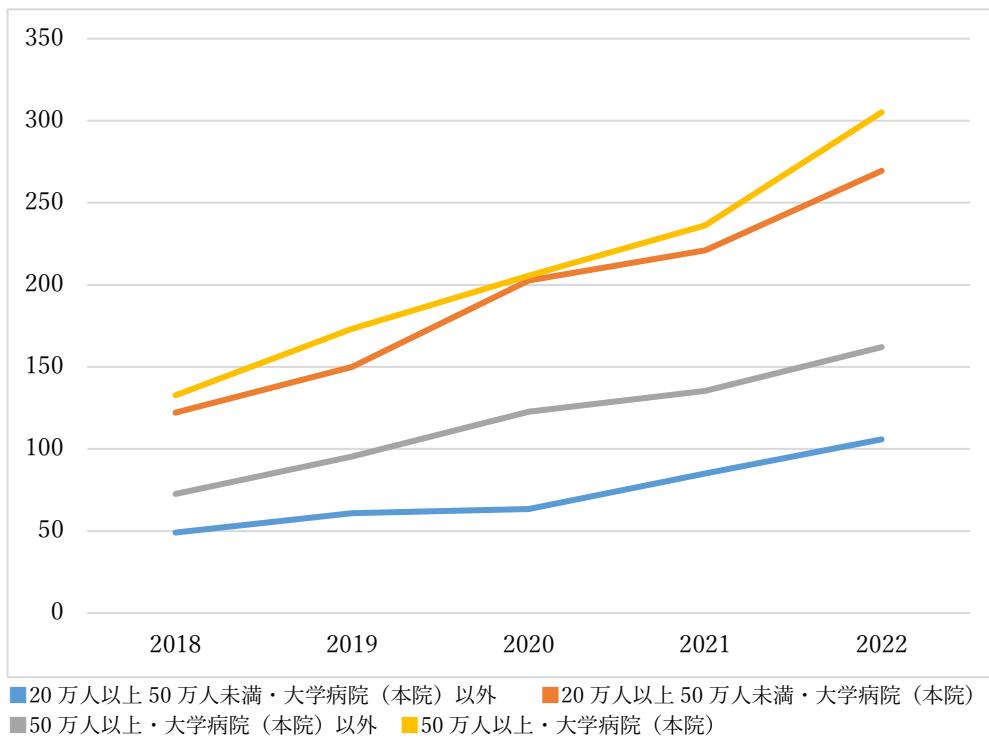


図 16. 二次医療圏人口規模別・難病患者数の経年推移

## (6) 画像診断

画像診断件数はいずれも大学病院（本院）が大学病院（本院）以外と比較して多いが、CT 件数は差が小さい傾向にあった。PET,PET-CT,PET-MRI については、一県複数医大ならびに人口規模の大きい地域で多く実施されていた。（表 14-16）。ただし、本分析では、入院患者のみを対象としているため、画像診断を外来にて実施している場合は

表 14. 画像診断件数

Mean [SD] (件)	一県一医大		一県複数医大	
	大学病院 (本院)	大学病院 (本院) 以 外	大学病院 (本院)	大学病院 (本院) 以 外
CT 件数	7979.7 [1514.8]	7212.7 [2452.5]	12379.7 [2616.5]	8513.3 [3342.6]
MRI 件数	2573.1 [632.4]	1582.3 [596.8]	3392.7 [997.1]	1882.6 [876.8]
PET 件数	45.8 [62.7]	19.7 [30.9]	75.5 [142.4]	14.5 [24.4]
PETCT 件数	36.0 [39.1]	10.4 [13.0]	60.9 [103.2]	12.3 [22.5]
PETMRI 件数	1.0 [0.0]	-	51.0 [26.0]	7.0 [6.0]

表 15. 都道府県人口規模別・画像診断件数

	100万人未満		100万人以上 150万人未満		150万人以上 200万人未満		200万人以上	
	大学病院 (本院)	大学病院 (本院) 以 外	大学病院 (本院)	大学病院 (本院) 以 外	大学病院 (本院)	大学病院 (本院) 以 外	大学病院 (本院)	大学病院 (本院) 以 外
CT 件数	7090.2 [1070.9]	6718.1 [1743.3]	8296.5 [1787.2]	6883.6 [2210.1]	9948.7 [2361.4]	7843.8 [3528.7]	12114.5 [2788.0]	8321.6 [3152.9]
MRI 件数	2298.3 [379.4]	1687.2 [447.2]	2486.0 [699.0]	1453.0 [566.8]	3232.6 [719.3]	1779.2 [878.9]	3342.2 [992.0]	1821.6 [818.9]
PET 件数	40.1 [50.4]	11.9 [12.9]	44.8 [58.0]	16.7 [17.7]	46.9 [69.0]	27.8 [41.7]	78.4 [146.0]	14.0 [23.4]
PETCT 件数	28.7 [45.4]	6.6 [6.7]	33.6 [27.1]	9.8 [7.6]	38.7 [40.2]	17.0 [17.2]	65.1 [106.7]	11.0 [21.1]
PETMRI 件数	—	—	—	—	1.0 [0.0]	—	51.0 [26.0]	7.0 [6.0]

表 16. 二次医療圏人口規模別・画像診断件数

	20万人以上 50万人未満		50万人以上	
	大学病院 (本院)	大学病院 (本院) 以 外	大学病院 (本院)	大学病院 (本院) 以 外
CT 件数	9633.1 [3234.0]	7742.3 [2456.6]	11009.7 [2962.7]	8241.2 [3256.0]
MRI 件数	2960.1 [906.6]	1784.0 [703.4]	3108.3 [974.2]	1792.9 [818.8]
PET 件数	30.5 [56.4]	15.0 [21.0]	80.0 [134.9]	16.5 [28.9]
PETCT 件数	27.9 [33.0]	10.5 [10.4]	60.5 [95.5]	10.6 [19.9]
PETMRI 件数	1.0 [0.0]	—	51.0 [26.0]	7.0 [6.0]

## （7）高額薬剤の使用状況

薬価 10 万円以上の高額薬剤の品目数は年々増加の一途をたどっており、2020 年からは「ゾルゲンスマ点滴静注」の登場により最高値 167,077,222 円となっている（表 17）。大学病院（本院）および大学病院（本院）以外での使用が多い高額薬剤の上位 10 品目では、共通する薬剤も多くみられており、多くは化学療法に用いられる薬剤であった（表 18-19）。医薬品費に係る高額医薬品（10 万円以上）の占める割合は、大学病院（本院）以外では、概ね横ばいで推移しているのに対し、大学病院（本院）では、増加傾向にあり、2022 年度には 28.5% であった（表 20-21）。

表 17. 高額医薬品（10 万円以上）数の推移

年度	品目数	最大値	最小値
2018	188	9,320,424	101,273
2019	215	9,493,024	100,461
2020	229	167,077,222	101,325
2021	252	167,077,222	101,325
2022	271	167,077,222	100,454
2023	299	167,077,222	101,240
2024	306	167,077,222	100,026

表 18. 大学病院本院で使用の多い高額薬剤（TOP10）（2018-2022 年度実績）

No	薬剤名	件数	金額 (2022 年度薬価)
1	キイトルーダ点滴静注 100 mg 4 mL	379	214,498
2	テセントリク点滴静注 1200 mg 1, 200 mg 20 mL	376	563,917
3	ジーラスタ皮下注 3. 6 mg 0. 36 mL	374	108,558
4	ヤーボイ点滴静注液 50 mg 10 mL	370	419,578
5	アバスチン点滴静注用 400 mg / 16 mL	362	121,608
6	アドセトリス点滴静注用 50 mg	360	474,325
7	オプジーボ点滴静注 240 mg 24 mL	359	155,072
8	サイラムザ点滴静注液 500 mg 50 mL	357	362,032
9	モゾビル皮下注 24 mg 1. 2 mL	357	592,749
10	リツキサン点滴静注 500 mg 50 mL	355	118,714

表 19. 大学病院（本院）以外で使用の多い高額薬剤（TOP10）（2018-2022 年度実績）

No	薬剤名	件数	金額 (2022 年度薬価)
1	キイトルーダ点滴静注 100 mg 4 mL	1401	214,498
2	アバスチン点滴静注用 400 mg / 16 mL	1395	121,608
3	ジーラスタ皮下注 3.6 mg 0.36 mL	1377	108,558
4	サイラムザ点滴静注液 500 mg 50 mL	1355	362,032
5	テセントリク点滴静注 1200 mg 1,200 mg 20 mL	1313	563,917
6	オプジー ボ点滴静注 240 mg 24 mL	1312	155,072
7	アリムタ注射用 500 mg	1179	123,462
8	ジェブタナ点滴静注 60 mg 1.5 mL (溶解液付)	995	511,456
9	リツキサン点滴静注 500 mg 50 mL	976	118,714
10	バージェタ点滴静注 420 mg / 14 mL	969	206,472

表 20. 高額医薬品（10 万円以上）の使用状況

	Mean [SD]	大学病院（本院）	大学病院（本院）以外
使用件数（件）			
2018		1351 [604]	547 [377]
2019		1477 [659]	587 [403]
2020		1553 [677]	645 [442]
2021		1543 [638]	561 [404]
2022		1528 [672]	529 [397]
高額医薬品（10 万円以上）_総費用（円）			
2018		353,550,320 [171,468,991]	112,343,113 [80,995,615]
2019		415,154,423 [192,502,701]	130,593,962 [91,280,911]
2020		511,628,791 [329,922,774]	145,438,389 [108,657,221]
2021		564,759,915 [365,704,569]	143,023,596 [111,788,297]
2022		629,896,180 [427,775,275]	147,383,678 [149,229,925]
20 投薬+30 注射_総費用（円）			
2018		1,950,270,652 [594,011,774]	784,680,547 [384,607,657]
2019		2,076,076,097 [624,876,286]	811,329,192 [401,585,451]
2020		1,980,708,054 [635,908,829]	777,268,858 [389,862,490]
2021		2,031,482,605 [620,387,438]	786,403,414 [418,765,524]
2022		2,077,654,293 [622,733,663]	862,468,765 [456,803,059]

表 21. 医薬品費に係る高額医薬品（10万円以上）の占める割合の推移

Mean [SD]	大学病院（本院）	大学病院（本院） 以外
2018	17.7 [5.2]	13.4 [5.7]
2019	19.6 [5.4]	15.0 [5.9]
2020	24.5 [9.4]	17.2 [7.0]
2021	26.3 [9.5]	16.5 [6.5]
2022	28.5 [11.8]	15.2 [6.6]

別表1. 手術支援用機器使用

150406210	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（頸部、胸部、腹部の操作によるもの）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150418410	腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術（脾温存の場合）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150441510	腹腔鏡下肝切除術（1区域切除（外側区域切除を除く。））（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150407010	腹腔鏡下胃全摘術（単純全摘術）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150407110	腹腔鏡下胃全摘術（悪性腫瘍手術）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150441210	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（切除）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150441610	腹腔鏡下肝切除術（2区域切除）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150442410	腹腔鏡下肝切除術（亜区域切除）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150442510	有茎腸管移植加算（胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150405910	胸腔鏡下縦隔悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150406010	胸腔鏡下良性縦隔腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150406110	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（肺葉切除又は1肺葉を超えるもの）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150407710	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘（代用膀胱を利用して尿路変更を行うもの））（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150414810	縦隔鏡下食道悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150441710	腹腔鏡下肝切除術（3区域切除以上のもの）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150406710	腹腔鏡下胃切除術（悪性腫瘍手術）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150406910	腹腔鏡下噴門側胃切除術（悪性腫瘍手術）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150407210	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切除術）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150407410	腹腔鏡下直腸切除・切断術（切断術）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150409710	腹腔鏡下腔式子宮全摘術（性同一性障害の患者に内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150414410	胸腔鏡下肺悪性腫瘍手術（区域切除）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150418610	腹腔鏡下脾頭部腫瘍切除術（脾頭十二指腸切除術の場合）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150418810	腹腔鏡下脾頭部腫瘍切除術（リンパ節・神経叢郭清等を伴う腫瘍切除術の場合）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150420810	腹腔鏡下腎盂形成手術（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150421210	腹腔鏡下仙骨腔固定術（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150390310	腹腔鏡下前立腺悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）

150414010	胸腔鏡下拡大胸腺摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150430510	腹腔鏡下尿管悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）
150436510	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）（原発病巣が7センチメートル以下のもの）
150442310	腹腔鏡下副腎髓質腫瘍摘出術（褐色細胞腫）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150406410	胸腔鏡下弁形成術（1弁のもの）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150406510	胸腔鏡下弁形成術（2弁のもの）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150406610	腹腔鏡下胃切除術（単純切除術）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150407610	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘（回腸又は結腸導管を利用して尿路変更を行うもの））（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150430410	腹腔鏡下腎悪性腫瘍手術（内視鏡手術用支援機器を用いるもの）（その他のもの）
150441110	鏡視下咽頭悪性腫瘍手術（軟口蓋悪性腫瘍手術を含む。）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150441310	鏡視下喉頭悪性腫瘍手術（全摘）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150441810	腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（単回の切除によるもの）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150441910	腹腔鏡下肝切除術（部分切除）（複数回の切除を要するもの）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150442110	腹腔鏡下結腸悪性腫瘍切除術（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150406810	腹腔鏡下噴門側胃切除術（単純切除術）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150442010	腹腔鏡下肝切除術（外側区域切除）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150442210	腹腔鏡下副腎摘出術（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150406310	胸腔鏡下食道悪性腫瘍手術（胸部、腹部の操作によるもの）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150407310	腹腔鏡下直腸切除・切断術（低位前方切除術）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150407510	腹腔鏡下膀胱悪性腫瘍手術（全摘（腸管等を利用して尿路変更を行わないもの））（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150409210	腹腔鏡下腔式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150409310	腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに限る。）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150418310	腹腔鏡下脾体尾部腫瘍切除術（脾同時切除の場合）（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）
150441410	腹腔鏡下総胆管拡張症手術（内視鏡手術用支援機器を用いて行った場合）

# 第4章 アンケート調査・実地調査による他病院との比較・既存データの分析結果

## 第1節 アンケート調査

### 1. 調査事項における概要

全国42大学44附属病院に対して、「1. 財務情報の活用方法」、「2. 予算立案方法」、「3. 執行予算の財務諸表上での附属病院セグメント情報への整理方法等」、「4. 医療機器や未払金等のような財務諸表の資産（医療機器、現金預金等）及び負債（未払金、長期借入金等）の病院経営への活用の有無及びその方法」、「5. 期中における現金預金（病院分）把握の有無及びその範囲」、「6. 期中における現金預金（病院分）を管理するにあたり、入出金のタイミングで資金ショートの可能性があることの事前認識の可否」、「7. 各年度末時点における現金預金（病院分）把握の有無及びその範囲」、「8. 各年度末時点における現金預金（病院分）を把握していない場合において、現在は把握していないなくても、本部との調整等により、把握できる項目」の8事項について調査を実施した。

### 2. 調査内容詳細

#### （1）財務情報の活用方法

各大学への質問事項については、「貴院における財務情報の活用方法をご記載（選択）ください。（複数回答可）」としており、各大学からの回答項目については、「財務会計システムから出力された財務データを対前月、対前年比較等を行い、経営判断に活かしている。」、「財務データ以外のデータ（管理会計上のデータや医事データ等）を利用して、対前月、対前年比較等を行い、経営判断に活かしている。」、「その他」を設定した。

#### （2）予算立案方法

各大学への質問事項については、「予算立案方法（収入）をご記載（選択）ください。（複数回答可）」としており、各大学からの回答項目については、「各診療科管理者にヒアリングを行っている。」、「各診療科の次年度達成見込みの積み上げにより予算案を作成している。」、「前年度実績を基に、当該年度の特殊要因（診療報酬改定等）を考慮し予算案を作成してい

る。」、「各種会議にて承認を得ている。」、「その他」を設定した。

### （3）執行予算の財務諸表上での附属病院セグメント情報への整理方法等

各大学への質問事項については、「執行予算の財務諸表上での附属病院セグメント情報への整理方法等がございましたら、ご記載（選択）ください。（複数回答可）」としており、各大学からの回答項目については、「全ての項目について、仕証単位でセグメントを区分しており、執行予算からタイムリーに附属病院セグメント情報が作成されている。（タイムリーに月別の決算数値を算出可能。）」、「光熱水費については、年に1度の決算整理にて按分して算出しているため、執行予算からタイムリーには附属病院セグメント情報が作成されていない。」、「人件費の一部については、年に1度の決算整理にて按分して算出しているため、執行予算からタイムリーには附属病院セグメント情報が作成されていない。」、「減価償却費については、年に1度の決算整理にて按分して算出しているため、執行予算からタイムリーには附属病院セグメント情報が作成されていない。」、「その他」を設定した。

### （4）医療機器や未払金等のような財務諸表の資産（医療機器、現金預金等）及び負債（未払金、長期借入金等）の病院経営への活用の有無及びその方法

各大学への質問事項については、「医療機器や未払金等のような財務諸表の資産（医療機器、現金預金等）及び負債（未払金、長期借入金等）の項目を病院経営に活用していますか？活用している場合、どのような財務指標をどのように活用していますか？」としており、各大学からの回答項目については、「資産（医療機器、現金預金等）及び負債（未払金、長期借入金等）は、経営判断に活用していない。」、「資産（医療機器、現金預金等）及び負債（未払金、長期借入金等）は、大学本部とも情報共有しつつ、経営判断に活用している。（その他欄に、活用している勘定科目や活用方法をご記載ください。）」、「資産（医療機器、現金預金等）及び負債（未払金、長期借入金等）は、大学本部と情報共有はしていないが、経営判断に活用している。（その他欄に、活用している勘定科目や活用方法をご記載ください。）」、「その他」を設定した。

### （5）期中における現金預金（病院分）把握の有無及びその範囲

各大学への質問事項については、「5. 期中における現金預金（病院分）を把握していますか？把握している場合は、どの範囲まで把握されているかご教示ください。※期中において資金ショートの可能性を事前に推測できるか確認するための質問です。」としており、各大学からの回答項目については、「システム上の予算管理はしているが、現金預金（病院分）は把握していない。その他欄に、把握が難しい要因があればご記載ください。」、「診療報酬における収入分の現金預金を把握している。」、「運営費交付金における収入分の現金預金を把握している。」、「その他収入（雑収入、学内予算振替等）における収入分の現金預金を把握している。」、「病院負担分人件費分の現金預金を把握している。」、「教育研究経費分の現金預

金を把握している。」、「医療費（医薬品費、診療材料費等）分の現金預金を把握している。」、「業務委託費分の現金預金を把握している。」、「リース・割賦・保守経費分の現金預金を把握している。」、「その他管理運営経費等（水道光熱費、施設維持経費等）分の現金預金を把握している。」、「債務償還経費分の現金預金を把握している。」、「その他」を設定した。

**（6）期中における現金預金（病院分）を管理するにあたり、入出金のタイミングで資金ショートの可能性があることの事前認識の可否**

各大学への質問事項については、「期中における現金預金（病院分）を管理するにあたり、月次ベースだけでなく、入出金のタイミングで資金ショートの可能性があることを事前に認識できているでしょうか？」としており、各大学からの回答項目については、「入出金のタイミングで資金ショートの可能性があることを事前に認識できている。」、「入出金のタイミングで資金ショートの可能性があることを事前に認識できていない。」、「その他」を設定した。

**（7）各年度末時点における現金預金（病院分）把握の有無及びその範囲**

各大学への質問事項については、「各年度末時点における現金預金（病院分）を把握していますか？把握している場合は、どの範囲まで把握されているかご教示ください。※貸借対照表の「現金及び預金」を作成するにあたり、どの項目まで網羅できるかを確認するための質問です。」としており、各大学からの回答項目については、「現金預金（病院分）は把握していない。その他欄に、把握が難しい要因があればご記載ください。」、「自己収入・前中期目標期間積立金（積立金見合い除く）を把握している。」、「自己収入・目的積立金（前年度からの繰越分）を把握している。」、「自己収入・利益剰余金（目的積立金申請額）を把握している。」、「自己収入・減価償却引当特定資産を把握している。」、「自己収入・運営費交付金（業務達成基準による繰越を想定）を把握している。」、「外部資金・寄附金（病院共通として使用できるものに限定）を把握している。」、「外部資金・受託研究（共同研究含む）（病院共通として使用できるものに限定）を把握している。」、「外部資金・受託事業（共同事業含む）（病院共通として使用できるものに限定）を把握している。」、「外部資金・補助金（病院共通として使用できるものに限定）を把握している。」、「退職手当引当金を把握している。」、「本部からの借入などを把握している。」、「その他」を設定した。

**（8）各年度末時点における現金預金（病院分）を把握していない場合において、現在は把握していないくとも、本部との調整等により、把握できる項目**

各大学への質問事項については、「7 の質問で、「現金預金（病院分）は把握していない。」を選択した場合のみ、本質問にもお答えください。現在は把握していないくとも、本部との調整等により、把握できる項目がありましたらご教示ください。」としており、各大学からの回答項目については、「自己収入・前中期目標期間積立金（積立金見合い除く）を把握可能

である。」、「自己収入・目的積立金（前年度からの繰越分）を把握可能である。」、「自己収入・利益剰余金（目的積立金申請額）を把握可能である。」、「自己収入・減価償却引当特定資産を把握可能である。」、「自己収入・運営費交付金（業務達成基準による繰越を想定）を把握可能である。」、「外部資金・寄附金（病院共通として使用できるものに限定）を把握可能である。」、「外部資金・受託研究（共同研究含む）（病院共通として使用できるものに限定）を把握可能である。」、「外部資金・受託事業（共同事業含む）（病院共通として使用できるものに限定）を把握可能である。」、「外部資金・補助金（病院共通として使用できるものに限定）を把握可能である。」、「退職手当引当金を把握可能である。」、「本部からの借入を把握可能である。」、「その他」を設定した。

### 3. 調査結果

#### （1）財務情報の活用方法

40 病院から、「財務会計システムから出力された財務データを対前月、対前年比較等を行い、経営判断に活かしている。」との回答があり、残りの 4 病院についても「財務データ以外のデータ（管理会計上のデータや医事データ等）を利用して、対前月、対前年比較等を行い、経営判断に活かしている。」として回答があった。つまり、全病院が財務データもしくは財務データ以外のデータ（管理会計上のデータや医事データ等）から、経営判断を行っており、約 91% の病院で財務データを活用した経営判断を行っていた。

なお、「年に 1 度の決算において作成される財務諸表とは別に、病院独自の月次損益集計によりキャッシュの動きを含めた経営状況を把握している。」、「総勘定元帳データを BI 化し、PL, BS の勘定科目ごとの年次比較を可能としている。また、ROA や ROE 等の収益性指標、流動比率や固定資産長期適合率、自己資本比率、医療機器と建物の老朽化度等の継続性指標についても経年変化を確認できる状態としている。」との取り組みを実施している病院もあった。（表 22 参照）

(表 22 財務情報の活用方法)

項目	病院数
財務会計システムから出力された財務データを対前月、対前年比較等を行い、経営判断に活かしている。財務データ以外のデータ（管理会計上のデータや医事データ等）を利用して、対前月、対前年比較等を行い、経営判断に活かしている。	36
財務会計システムから出力された財務データを対前月、対前年比較等を行い、経営判断に活かしている。財務データ以外のデータ（管理会計上のデータや医事データ等）を利用して、対前月、対前年比較等を行い、経営判断に活かしている。年に1度の決算において作成される財務諸表とは別に、病院独自の月次損益集計によりキャッシュの動きを含めた経営状況を把握している。	1
財務会計システムから出力された財務データを対前月、対前年比較等を行い、経営判断に活かしている。総勘定元帳データをBI化し、PL,BSの勘定科目ごとの年次比較を可能としている。また、ROAやROE等の収益性指標、流動比率や固定資産長期適合率、自己資本比率、医療機器と建物の老朽化度等の継続性指標についても経年変化を確認できる状態としている。	1
財務会計システムから出力された財務データを対前月、対前年比較等を行い、経営判断に活かしている。	2
財務データ以外のデータ（管理会計上のデータや医事データ等）を利用して、対前月、対前年比較等を行い、経営判断に活かしている。	4
総計	44

## (2) 予算立案方法

41 病院が、前年度実績を基に、当該年度の特殊要因（診療報酬改定等）を考慮し予算案を作成していた。また、6病院が一部の部署もしくは各診療科の次年度達成見込みの積み上げにより予算案を作成しており、その内訳は、「手術部等一部の部署にはヒアリングを行い、予算案に反映している。(1病院)」、「各診療科の次年度達成見込みの積み上げにより予算案を作成している。(5病院)」であった。(表 23 参照)

(表 23 予算立案方法)

項目	病院数
前年度実績を基に、当該年度の特殊要因（診療報酬改定等）を考慮し予算案を作成している。各種会議にて承認を得ている。	29
前年度実績を基に、当該年度の特殊要因（診療報酬改定等）を考慮し予算案を作成している。	3
前年度実績を基に、当該年度の特殊要因（診療報酬改定等）を考慮し予算案を作成している。各種会議にて承認を得ている。各年度の支出見込み及び目標利益を考慮して設定している。	1
前年度実績を基に、当該年度の特殊要因（診療報酬改定等）を考慮し予算案を作成している。各種会議にて承認を得ている。手術部等一部の部署にはヒアリングを行い、予算案に反映している。	1
各診療科管理者にヒアリングを行っている。前年度実績を基に、当該年度の特殊要因（診療報酬改定等）を考慮し予算案を作成している。各種会議にて承認を得ている。	2
各診療科管理者にヒアリングを行っている。各診療科の次年度達成見込みの積み上げにより予算案を作成している。前年度実績を基に、当該年度の特殊要因（診療報酬改定等）を考慮し予算案を作成している。各種会議にて承認を得ている。	3
各診療科の次年度達成見込みの積み上げにより予算案を作成している。前年度実績を基に、当該年度の特殊要因（診療報酬改定等）を考慮し予算案を作成している。各種会議にて承認を得ている。	2
各種会議にて承認を得ている。CVPシミュレータなどを活用し、患者数、診療単価、診療報酬請求額などを見込み、保留レセの状況も勘案し収入額を算出している。	1
各種会議にて承認を得ている。直近3年度の実績を基に、当該年度の特殊要因（診療報酬改定等）を考慮して予算案（収入）を作成している。	1
各種会議にて承認を得ている。病院収入の当初予算額は、例年、文部科学省の概算要求額と同額で役員会にて審議決定されている。補正予算額は、当該年度の診療実績等に応じて附属病院において見込を作成し、役員会にて審議決定されている。	1
総計	44

### （3）執行予算の財務諸表上での附属病院セグメント情報への整理方法等

4 病院から、「全ての項目について、仕訳単位でセグメントを区分しており、執行予算からタイムリーに附属病院セグメント情報が作成されている。（タイムリーに月別の決算数値を算出可能。）」との回答があり、38 病院から、「執行予算からタイムリーには附属病院セグメント情報が作成されていない。」との回答があった。また、2 病院から、「全ての項目について、仕訳単位でセグメントを区分しており、執行予算からタイムリーに附属病院セグメント情報が作成されている。（タイムリーに月別の決算数値を算出可能。）」と「執行予算からタイムリーには附属病院セグメント情報が作成されていない。」の両方該当として回答された。（表 24 参照）

つまり、多くの病院で、執行予算からタイムリーに附属病院セグメント情報を作成することは困難であり、その理由は「人件費の一部については、年に1度の決算整理にて按分して算出している。（33 病院）」、「減価償却費については、年に1度の決算整理にて按分して算出している。（30 病院）」が多く回答された。（表 25 参照）

(表 24 附属病院セグメント情報への整理方法)

項目	大学病院数
全ての項目について、仕訳単位でセグメントを区分しており、執行予算からタイムリーに附属病院セグメント情報が作成されている。（タイムリーに月別の決算数値を算出可能。）	4
執行予算からタイムリーには附属病院セグメント情報が作成されていない。	38
その他	2
総計	44

(表 25 執行予算からタイムリーに附属病院セグメント情報を作成することが困難な理由)

光熱水費については、年に1度の決算整理にて按分して算出しているため、執行予算からタイムリーには附属病院セグメント情報が作成されていない。	9
人件費の一部については、年に1度の決算整理にて按分して算出しているため、執行予算からタイムリーには附属病院セグメント情報が作成されていない。	33
減価償却費については、年に1度の決算整理にて按分して算出しているため、執行予算からタイムリーには附属病院セグメント情報が作成されていない。	30
運営費交付金、外部資金等の収益については、年に1度の決算処理にて附属病院セグメントに計上されるため、タイムリーには附属病院セグメント情報が作成されていない。	2
人件費は決算期に調整を行っています。また、減価償却費の計上は年1回、個別案件ごとに算出しており、タイムリーに月別の決算数値は算出できません。	1
運営費交付金・外部資金の収益化（債務から収益への振替）については、半年に1度の決算整理にて算出しているため、執行予算からタイムリーには附属病院セグメント情報が作成されていない。	1
年度末に算出する項目（減価償却費等）が一部あるが、ほぼ全ての項目についてタイムリーに月別の決算数値を算出可能。	1

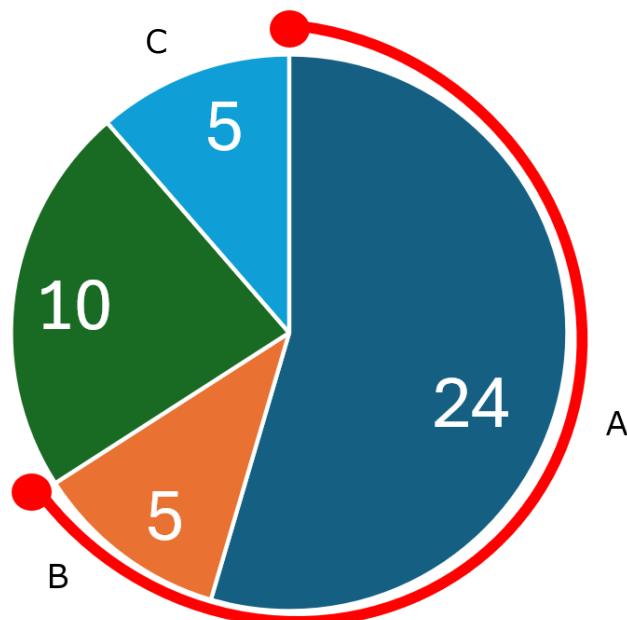
#### （4）医療機器や未払金等のような財務諸表の資産（医療機器、現金預金等）及び負債（未払金、長期借入金等）の病院経営への活用の有無及びその方法

24 病院から、「資産（医療機器、現金預金等）及び負債（未払金、長期借入金等）は、大学本部とも情報共有しつつ、経営判断に活用している。」との回答があり、5 病院から、「資産（医療機器、現金預金等）及び負債（未払金、長期借入金等）は、大学本部と情報共有はしていないが、経営判断に活用している。」との回答があった。

一方で、10 病院から、「資産（医療機器、現金預金等）及び負債（未払金、長期借入金等）は、経営判断に活用していない。」との回答があり、いずれも該当しない病院数は 5 であった。（図 17、表 26 参照）

なお、病院経営への活用方法としては、主に機器更新計画の策定や長期的な収支計画であった。（表 27、表 28 参照）

(図 17 資産及び負債の病院経営への活用の有無)



(表 26 資産及び負債の病院経営への活用の有無)

項目	病院数
資産（医療機器、現金預金等）及び負債（未払金、長期借入金等）は、大学本部とも情報共有しつつ、経営判断に活用している。	24
資産（医療機器、現金預金等）及び負債（未払金、長期借入金等）は、大学本部と情報共有はしていないが、経営判断に活用している。	5
資産（医療機器、現金預金等）及び負債（未払金、長期借入金等）は、経営判断に活用していない。	10
その他	5
総計	44

(表 27 【A】病院経営への活用方法)

項目(A内訳)	病院数
「資産取得精算」（資産投資）、「外来診療収益・入院診療収益」（収益・収入）、「一年以内返済予定長期借入金」「一年内返済予定大学改革支援機構債務負担金」「リース債務」（負債）を勘案のうえ、 <b>今後の資産投資を計画</b> している。また、「減価償却費」と「一年以内返済予定長期借入金」「一年内返済予定大学改革支援機構債務負担金」「リース債務」を、損益と収支のバランスの基準にしている。	1
医療機器：価値残存率等を活用した <b>設備投資状況の共有</b> 等に活用、長期借入金：今後の債務償還計画等の共有に活用	1
医療機器の老朽化度の算出や <b>機器更新計画の策定</b> に活用している	1
建物、建物附帯設備、構築物、機械装置、工具器具備品、医療用機器とそれらの減価償却累計額。建物老朽化度、医療機器等老朽化度、100床当たり取得原価（医療機器等）を同規模大学でグラフ化して活用している。	1
資金を借入れる際には、病院収入に対する長期借入金の比率を参考にしている。建物及び医療機器等の価値残存率の目標値を参考にしながら、 <b>施設・設備の最適化</b> を進めている。	1
資産：工具器具備品 負債：長期借入金、長期リース債務 等	1
資産額（医療機器）や減価償却費から医療機器の老朽化率を算出し、当院の <b>機器更新状況を認識</b> 。	1
資産及び負債の保有状況、特に長期借入金が占める割合等を、経営状況の認識に活用している。	2
借入金等（借入状況を踏まえ今後の <b>借入計画に活用</b> ）	1
長期借入金（今後の経営判断についての基礎データとして）	1
長期借入金、リース債務については病院の <b>長期的な収支計画</b> に活用	1
長期借入金について、 <b>中長期的な返済計画</b> に活用している。	1
長期借入金の残高は、適宜大学本部と共有し、将来支払いが必要な経費として当初予算などの <b>将来計画</b> に反映させている。	1
長期借入金は病院経営に活用しているが資産は共有に留まる	1
毎月、キャッシュベースによる収支状況を集計し経営に活用している。	1
未収入金等は情報共有しつつ、次年度以降の <b>予算編成に活用</b> している。	1
有形固定資産の工具器具備品における取得価格と減価償却累計額から、医療機器の老朽化度を算出し、 <b>中長期経営計画の医療機器整備の更新予定の参考</b> としている。	1
有利子負債依存度、医療機器・建物老朽化比率	1
未記載	5
総計	24

(表 28 【B 及びその他】 病院経営への活用方法)

項目（B内訳）	大学病院数
【活用している勘定科目】長期借入金 【活用方法】特別高圧受変電設備更新などの大規模な施設整備を行うにあたり、学位授与機構からの長期借入を行うか、あるいは自己資金のみで整備するかを判断する際に、 <b>今後の長期借入金の償還予定を示す</b> などの活用をしている。	1
医療機器の <b>更新計画</b> や <b>病院再整備</b> に活用	1
医療用工具器具備品：医療機器等老朽化度、借入金：借入金比率（有利子負債依存度）など	1
資産全体や長期借入金、長期リース債務等を前年度と比較し、 <b>増減要因を把握</b> するようにしている。	1
未記載	1
項目（C内訳）	大学病院数
資産及び負債のうち、特に医療機器等の固定資産や長期借入金については、設備マスタープランの策定等を通じて借入金額及び償還見込額を経営マネジメントにおいて活用している。	1
長期借入金等については、大学本部と情報共有をしつつ、年度及び複数年の <b>病院収支計画</b> に活用している。	1
医療機器老朽化度（医療機器等老朽化比率）については、経営判断に活用している。	1
建物老朽化度、医療機器等老朽化度、借入金比率等	1
特になし	1
総計	10

### （5）期中における現金預金（病院分）把握の有無及びその範囲

19 病院から、「現金預金を把握している。」との回答があり、18 病院から、「システム上の予算管理はしているが、現金預金（病院分）は把握していない。」との回答があった。

「現金預金を把握している。」と「システム上の予算管理はしているが、現金預金（病院分）は把握していない。」の両方該当として回答された 4 病院及びいずれも該当がなかった 3 病院の合計 7 病院については、その他へ計上を行った。（表 29 参照）

なお、「現金預金を把握している。」の内訳としては、「全病院で診療報酬における収入分の現金預金を把握（23 病院）」が最も多く、「その他収入（雑収入、学内予算振替等）における収入分の現金預金（20 病院）」、「債務償還経費分の現金預金（19 病院）」等の項目について、把握されている旨、回答があった。（表 30 参照）

また、把握が難しい理由については、「システム上の予算管理はしているが、現金預金（病院分）は把握していない。」と回答された 22 病院のうち、把握が難しい理由未記載の 3 病院を除き、「システム上の予算管理はしているが、現金預金（病院分）は把握していない。」を回答されていないが把握が難しい理由を回答された 2 病院を加え、合計 21 病院について集計を

行ったところ、多くの病院で「大学本部にて一括管理しているため。」との回答があった。  
 (表 31 参照)

(表 29 期中における現金預金（病院分）把握の有無)

項目	病院数
現金預金を把握している。	19
システム上の予算管理はしているが、現金預金（病院分）は把握していない。	18
その他	7
総計	44

(表 30 現金預金を把握している内容)

項目	病院数
診療報酬における収入分の現金預金を把握している。	23
運営費交付金における収入分の現金預金を把握している。	14
その他収入（雑収入、学内予算振替等）における収入分の現金預金を把握している。	20
病院負担分人件費分の現金預金を把握している。	13
教育研究経費分の現金預金を把握している。	15
医療費（医薬品費、診療材料費等）分の現金預金を把握している。	16
業務委託費分の現金預金を把握している。	16
リース・割賦・保守経費分の現金預金を把握している。	16
その他管理運営経費等（水道光熱費、施設維持経費等）分の現金預金を把握している。	16
債務償還経費分の現金預金を把握している。	19
総計	168

(表 31 現金預金の把握が難しい理由)

項目	病院数
収支に関する現金管理については、 <b>基本的に発生ベース管理</b> で行っており、 <b>出納ベースでの把握</b> は行つていません。但し、病院セグメントの管理下にある資金（積立金、引当金等）が現状、コンスタントに20億円程度あり、所謂「発生」と「出納」の「ずれ」による資金ショートのリスクは殆どないと考えている。	1
【現金預金（病院分）の把握が難しい理由】病院収入の口座は専用の通帳が存在するが、本部が毎月大学全体の通帳に資金移動させている。 <b>支出は病院分も大学分も大学全体の通帳から一括して支払う</b> ため、病院分の現金預金を銀行残高で確認することができない。	1
銀行口座が <b>大学本部と統合されている</b> ため。現預金のセグメント情報が、財務会計システム上、病院と設定されていないため。	1
医科単科大学のため、 <b>法人全体で現金預金を管理・把握</b> しており、資金ショートの対応は法人全体の問題であることから、病院分のみを把握することは意味をなさない。	1
現金預金については <b>大学全体として管理</b> しており、セグメントごとの管理は財務会計システム上の管理のみとなっている。	1
現金預金は資金運用を含め <b>本部一括管理</b> となっているため、病院分の把握は行っていない。	1
現金預金は <b>大学一括管理</b> となっており、「病院分」の現金預金はありません。（病院も含めた大学全体が資金ショートしないよう大学本部の財務部において現金預金を管理）	1
現金預金は <b>大学全体で管理</b> しているため	1
現金預金は <b>法人全体で一括管理</b> している。	1
仕訳上、病院と病院以外で <b>現預金のセグメント分けていないため</b> 現預金勘定での把握が困難。ただし、大学本部において大学全体の現預金残高を把握している。	1
資金の管理は、業務効率性や経済性、学内での資金融通などの支払余力確保の観点等から <b>法人共通として一元管理することが重要</b> であるため。	1
一部の収入については把握可能であるが、その他すべての取引に係る現預金の入出金を把握することは <b>事務作業量が膨大になるため現実的に困難</b> である。また、正確な把握には入出金以外の取引であっても、病院と病院以外(本部等)との間での予算配分や予算・費用振替等に伴い現預金の振替を行う必要があるが、事務作業量が膨大になり現実的に対応は困難である。	1
支払（出金）の管理は <b>本部で一括</b> して行っている。おおまかな支払予定は毎月の納品ベースでは把握しているが、人件費については支払前の把握は行っていない。収入（入金）については、診療報酬についてのみ毎月把握しており、運営費交付金は入金済が配分されたものとして取扱っている。	1
現金預金は <b>法人全体で管理</b> しているため、例えば、期中で病院分の支出に係る現金預金の減少を把握できない。	1
大学セグメントと病院セグメントの現金は不可分と認識している。	1
<b>大学と一体して管理</b> しており、資金ショートは想定されていない	1
<b>大学全体で一括で現金管理</b> しているため。	1
<b>大学全体で一元管理</b> しているため。	1
病院の現金預金は、月末時点残高を毎月大学本部の口座に移動しており、 <b>大学本部にて一括管理</b> している。支払は、病院を含む大学全体について大学本部にておこなっている。	1
<b>本部が全セグメントの現金預金を一括管理</b> しており、セグメント単位（病院分）の現金預金は把握できない。	1
<b>現金預金の管理は本部</b> にて行っている	1
総計	21

(6) 期中における現金預金（病院分）を管理するにあたり、入出金のタイミングで資金ショートの可能性があることの事前認識の可否

12 病院から、「入出金のタイミングで資金ショートの可能性があることを事前に認識できている。」との回答があり、15 病院から、「入出金のタイミングで資金ショートの可能性があることを事前に認識できていない。」との回答があった。（表 32 参照）

つまり、半数以上の病院において、入出金のタイミングで資金ショートの可能性があることの事前認識ができておらず、その他を選択された 17 病院においても、法人全体では把握しているが病院分としての事前認識は難しいと回答された病院が多かった。（表 33 参照）

（表 32 資金ショートの可能性があることの事前認識）

項目	病院数
入出金のタイミングで資金ショートの可能性があることを事前に認識できている。	12
入出金のタイミングで資金ショートの可能性があることを事前に認識できていない。	15
その他	17
総計	44

(表 33 その他を選択された 17 病院の内訳)

項目	病院数
期中において現金預金（病院分）は把握していない。	1
月次損益集計によりキャッシュの動きを含めて確認しているため、月次でのおまかなか状況は事前に認識できている。	1
現金預金の管理は本部にて行っている	1
現金預金は病院分も含め法人で一括管理しているため、確認していない。	1
資金の管理は、法人共通として行っており病院個別では行っていない。	1
資金運用は本部一括管理を行っており、病院単体での資金ショートという考え方がない。	1
大学全体で現金管理しているため、病院単体でのショートは想定していない。	1
大学全体としては資金ショートの可能性があることを事前に認識できる体制となっているが、病院個別の管理は行っていない。	1
大学全体としては把握している。病院単独では起こりえない。	1
大学本部（財務部）において資金状況を確認している。	1
大学本部において入出金の見込みを立て現金預金を管理しているため、事前に認識できると考えている。	1
大学本部の出納担当が資金ショートしないよう注視している。	1
病院を含めた大学全体として資金ショートの可能性を事前に把握できている	1
法人全体では、入出金のタイミングで資金ショートの可能性があることを事前に認識できている。	1
法人全体では認識できている。	1
本部が全セグメントの現金預金を一括管理しており、資金ショートしないように運用している。附属病院としては、本部より配分された予算内でやり繰りをしており、予算超過が生じるおそれがある場合は、速やかに本部に連絡している。	1
5.に記載のとおり(病院の現金預金は、月末時点残高を毎月大学本部の口座に移動しており、大学本部にて一括管理している。支払は、病院を含む大学全体について大学本部にておこなっている。)	1
総計	17

#### (7) 各年度末時点における現金預金（病院分）把握の有無及びその範囲

22 病院から、「現金預金（病院分）は把握している。」との回答があり、18 病院から、「現金預金（病院分）は把握していない。」との回答があった。

「現金預金（病院分）は把握している。」と「現金預金（病院分）は把握していない。」の両方該当として回答された 2 病院及びいずれも該当がなかった 2 病院の合計 4 病院については、その他へ計上を行った。(表 34 参照)

約半数の病院で各年度末時点における現金預金（病院分）を把握しており、その内訳としては、自己収入・前中期目標期間積立金（積立金見合い除く）、自己収入・目的積立金（前年度からの繰越分）、自己収入・利益剰余金（目的積立金申請額）、退職手当引当金の項目において最も多い 22 病院が把握している旨の回答があった。(表 35 参照)

なお、「現金預金（病院分）は把握していない。」と「その他」に計上した 22 病院のうち、未記載の 5 病院を除き 17 病院の理由を確認したところ、多くの病院で「大学本部にて一括管理しているため。」との回答があった。(表 36 参照)

(表34 各年度末時点における現金預金（病院分）把握の有無)

項目	病院数
現金預金（病院分）は把握している。	22
現金預金（病院分）は把握してない。	18
その他	4
総計	44

(表35 現金預金（病院分）把握の内訳)

項目	病院数
自己収入・前中期目標期間積立金（積立金見合い除く）を把握している。	22
自己収入・目的積立金（前年度からの繰越分）を把握している。	22
自己収入・利益剰余金（目的積立金申請額）を把握している。	22
自己収入・減価償却引当特定資産を把握している。	20
自己収入・運営費交付金（業務達成基準による繰越を想定）を把握している。	21
外部資金・寄附金（病院共通として使用できるものに限定）を把握している。	18
外部資金・受託研究（共同研究含む）（病院共通として使用できるものに限定）を把握している。	18
外部資金・受託事業（共同事業含む）（病院共通として使用できるものに限定）を把握している。	18
外部資金・補助金（病院共通として使用できるものに限定）を把握している。	21
退職手当引当金を把握している。	22
本部からの借入などを把握している。	17
総計	221

(表 36 現金預金（病院分）は把握していない。及びその他の理由)

項目	病院数
【現金預金（病院分）の把握が難しい理由】病院収入の口座は専用の通帳が存在するが、本部が毎月大学全体の通帳に資金移動させている。支出は病院分も大学分も大学全体の通帳から一括して支払うため、病院分の現金預金を銀行残高で確認することができない。	1
銀行口座が大学本部と統合されているため。現預金のセグメント情報が、財務会計システム上、病院と設定されていないため。	1
5.に記載のとおり(病院の現金預金は、月末時点残高を毎月大学本部の口座に移動しており、大学本部にて一括管理している。支払は、病院を含む大学全体について大学本部にておこなっている。)	1
医科単科大学のため、法人全体で現金預金を管理・把握しており、資金ショートの対応は法人全体の問題であることから、病院分のみを把握することは意味をなさない。	1
一部の収入については把握可能であるが、その他すべての取引に係る現預金の入出金を把握することは事務作業量が膨大になるため現実的に困難である。また、正確な把握には入出金以外の取引であっても、病院と病院以外(本部等)との間での予算配分や予算・費用振替等に伴い現預金の振替を行う必要があるが、事務作業量が膨大になり現実的に対応は困難である。	1
基本的に病院長会議で毎年行っている決算額調査における貸借対照表に計上している金額が病院セグメントの現預金であると、病院・事務局ともに理解しているが、入出金管理における通帳が全学共通のため金額の突号が難しい	1
現金預金については大学全体として管理しており、セグメントごとの管理は財務会計システム上の管理のみとなっている。	1
現金預金は大学一括管理となっており、「病院分」の現金預金はありません。(病院も含めた大学全体が資金ショートしないよう大学本部の財務部において現金預金を管理)	1
現金預金は本部一括管理となっているため、病院分の把握は難しい。	1
資金の管理は、業務効率性や経済性、学内での資金融通などの支払余力確保の観点等から法人共通として一元管理することが重要であるため。なお、現在は「決算関連調査及び貸借対照表」の作成において、一定のルールに基づいた「現金預金」を把握している。	1
大学全体で一括で現金管理しているため。	1
大学全体で一元管理しているため。	1
平成29年度から作成している貸借対照表の現金預金算出シートを基に貸借対照表を作成している。	1
本部が全セグメントの現金預金を一括管理しており、セグメント単位（病院分）の現金預金は把握できない。	1
予算決算上の現金は把握しているが、病院セグメントの正味の現金は把握していない。	1
現金預金の管理は本部にて行っている	1
財務会計システム等の情報を元に毎月の附属病院収入をキャッシュベースで把握している。	1
総計	17

(8) 各年度末時点における現金預金（病院分）を把握していない場合において、現在は把握していないくとも、本部との調整等により、把握できる項目

自己収入・前中期目標期間積立金（積立金見合い除く）、自己収入・目的積立金（前年度からの繰越分）、自己収入・利益剰余金（目的積立金申請額）の項目において、それぞれ 7 病院から把握できるとの回答があった。なお、調査 11 項目において延 66 項目を把握できる（表 37 参照）と回答された一方で、大学一括管理となっているため、病院分のみ切り分けることは困難である旨の回答があった。（表 38 参照）

（表 37 本部との調整等により、把握できる項目）

項目	病院数
自己収入・前中期目標期間積立金（積立金見合い除く）を把握可能である。	7
自己収入・目的積立金（前年度からの繰越分）を把握可能である。	7
自己収入・利益剰余金（目的積立金申請額）を把握可能である。	7
自己収入・減価償却引当特定資産を把握可能である。	5
自己収入・運営費交付金（業務達成基準による繰越を想定）を把握可能である。	5
外部資金・寄附金（病院共通として使用できるものに限定）を把握可能である。	6
外部資金・受託研究（共同研究含む）（病院共通として使用できるものに限定）を把握可能である。	6
外部資金・受託事業（共同事業含む）（病院共通として使用できるものに限定）を把握可能である。	6
外部資金・補助金（病院共通として使用できるものに限定）を把握可能である。	6
退職手当引当金を把握可能である。	6
本部からの借入を把握可能である。	5
総計	66

(表38 その他の理由)

項目	病院数
「把握」の定義として、按分などの手法を用いて算出するといった手法によることを「可」とする場合になります。	1
本部との調整等には、会計処理方法の見直しやシステム改修などについて協議が必要となり、相当の時間を要するものと思われます。	1
大学セグメントと病院セグメントの現金は不可分と認識している。	1
システム上、各収支は確認可能である。現金預金としては、大学一括管理となっているため、特定は難しい。	1
各事項について金額の把握は難しくないが、入金のタイミング（例：窓口収入におけるクレジットカード払い分について3月下旬分は未収金計上）など、細かい管理が必要と考えられ病院・事務局ともに作業負担が大きいと考えられる	1
財務会計システム上の金額であれば把握可能。	1
大学全体で一括管理しており、現金を病院分のみ切り分けることは困難である。	1
病院個別の現金預金を把握するためには、大学本部との調整等に課題もあるため、一定の算定ルールに基づいた算出としてはどうかと考えております。	1
病院分で通帳を分けていないので現金預金を確認することは困難。	1
病院分の現預金を把握可能な項目は無いと考えている。	1
本部が全セグメントの現金預金を一括管理しており、セグメント単位（病院分）の現金預金は把握できない（本部がセグメント単位で現金預金の管理を行うことは非常に困難であるため、調整等も難しい。）。	1
例示にあるような算出に当たっての条件を決めれば、年度末に現金預金を病院セグメントに割り当てることは可能である。	1
総計	12

## 4. アンケート調査まとめ

多くの病院で財務データを活用して経営判断を実施するとともに、一部の病院ではROAやROE等の収益性指標、流動比率や固定資産長期適合率、自己資本比率、医療機器と建物の老朽化度等の継続性指標についても有効活用を行っていた。また、予算立案方法においては、各診療科管理者にヒアリングを行い、各診療科の次年度達成見込みの積み上げにより予算案を作成している回答も得られた。このような先駆的な取り組みについて、各大学へ波及することにより、各診療科の経営に対する意識付けにも繋がり、病院経営に好影響を与えるのではないか。

財務諸表の資産及び負債については、66%に該当する 29 病院が経営への活用を実施しており、その主な活用方法は機器更新計画の策定や長期的な収支計画となっていた。一方で、86%に該当する 38 病院で、執行予算からタイムリーには附属病院セグメント情報が作成されていない状況となっており、タイムスタディを実施することにより人件費を按分する等、大学病院特有のリアルタイムなセグメント情報作成の難しさも再認識できた。また、現金預金の把握については、多くの病院で「法人全体で現金預金を管理・把握している」状況のため、病院分の把握は難しく、入出金のタイミングにおける資金ショートの可能性を認識できている病院は少数となっていた。

最後に、各年度末時点における現金預金（病院分）を把握していない理由としては、大学一括管理がその要因となっており、すべての取引に係る現金預金の入出金を把握することは現時点では難しく、B/S における現金預金を定義付けする場合には、国立大学病院の経営状況の可視化に関する調査研究検討会で議論された「病院部分の目的積立金と本部借入金の合計で病院の C/F 計算書を作成する。」ことが可能であった。

## 第2節 実地調査による他病院との比較

### 1. 調査事項における概要

5病院に対面形式で財務分析に関する打ち合わせを行うとともに、国立大学病院以外の同規模病院と入院・外来収益における割合等各種指標を比較することにより、経営状況を好転させる方法を模索した。国立大学病院以外の同規模病院については複数の病院へデータ提供依頼を行った結果、本調査に協力をいただいた2病院を対象として、国立大学病院を1大学選定し、比較分析を行った。国立大学病院の選定方法については、協力をいただいた2病院が400～500床規模及び800～900床規模であったことから、その中間である600～700床規模とし、さらに、1協力病院と同一県内に所在していることによって選定とした。1大学選定した国立大学病院をA病院、協力をいただいた400～500床規模の地方独立行政法人をB病院、協力をいただいた800～900床規模の公立大学病院をC病院として分析を行う。

### 2. 調査結果

#### （1）収益と費用の比較

収益については、入院収益、外来収益、その他医業収益、保険等査定減、その他収益の5項目を分類とし、各分類の総収益に対する割合を算出した。国立大学病院では、入院収益割合が低く、その他収益割合が高くなっている。

費用については、人件費、材料費、減価償却費、その他経費の4項目を分類とし、各分類の総収益に対する割合を算出した。国立大学病院では、人件費割合が低く、材料費割合が高くなっている。

つまり、地方独立行政法人、公立大学病院と同様の収益構造を目指すならば、材料費を抑制しつつ、入院診療へのシフトが必要である。（表39 参照）

(表 39 収益と費用の比較)

項目	A病院 (600～700床規模)	B病院 (400～500床規模)	C病院 (800～900床規模)	A - B	A - C
医業収益（入院収益）	52.66%	65.95%	63.04%	-13.29%	-10.38%
医業収益（外来収益）	26.39%	21.38%	28.49%	5.02%	-2.10%
医業収益（その他医業収益）	0.80%	1.27%	0.25%	-0.47%	0.55%
医業収益（保険等査定減）	-0.33%	-0.24%	0.00%	-0.09%	-0.33%
その他収益	20.47%	11.64%	8.21%	8.83%	12.26%
収益合計	100.00%	100.00%	100.00%	0.00%	0.00%
人件費	31.15%	46.09%	37.63%	-14.94%	-6.49%
材料費	37.61%	27.84%	43.86%	9.77%	-6.24%
減価償却費	9.38%	7.82%	6.22%	1.56%	3.16%
その他経費	16.35%	17.53%	19.31%	-1.18%	-2.96%
費用合計	94.49%	99.28%	107.02%	-4.79%	-12.53%

## (2) 資産の比較

資産については、有形固定資産（土地、建物、構築物、建設仮勘定、機械装置、工具器具備品、その他）、無形固定資産（ソフトウェア、その他）、投資その他の資産（投資有価証券長期貸付金、長期前払費用、長期前払消費税等）、流動資産（現金及び預金、有価証券、未収入金（貸倒引当金除く）、棚卸資産、前渡金、前払費用、未収収益、その他）の4項目を分類とし、1床あたりの金額として各分類の比較を行った。国立大学病院では、固定資産は6,088万円であり、地方独立行政法人病院は2,786万円、公立大学病院は6,938万円である。

また換金性の高い流動資産では、国立大学病院は1,653万円であり、地方独立行政法人は3,682万円、公立大学病院は1,221万円である。

今回比較した、地方独立行政法人病院は少ない固定資産で、収益を稼ぎ出しており、流動資産も多額になっている。つまり、高度先進医療を実施するにあたり工具器具備品への投資は必要ではあるものの、複数診療科による共同利用を徹底するなど効率的な運用を再検討することにより、費用の抑制に繋がるのではないか。また、診療報酬に見合わない高額な機器の購入については、隨時慎重な検討が繰り返し必要ではないか。（表 40 参照）

(表40 資産の比較)

項目		A病院 (600~700床規模)	B病院 (400~500床規模)	C病院 (800~900床規模)	A-B	A-C
資産	有形固定資産	土地	19,842,764	3,236,100	13,927,972	16,606,664
		建物・取得価格	52,695,325	31,799,991	68,977,625	20,895,334
		建物・減価償却累計額	21,861,985	14,860,889	21,685,412	7,001,096
		建物・残存価格	30,833,339	16,939,102	47,292,213	13,894,237
		構築物・取得価格	3,507,113	2,682,081	2,025,042	825,032
		構築物・減価償却累計額	1,296,545	1,650,017	709,558	-353,472
		構築物・残存価格	2,210,568	1,032,064	1,315,485	1,178,504
		建設仮勘定	622	440,797	2,128	-440,175
		機械装置・取得価格	0	4,409,306	0	-4,409,306
		機械装置・減価償却累計額	0	1,932,306	0	-1,932,306
		機械装置・残存価格	0	2,477,000	0	-2,477,000
		工具器具備品・取得価格	28,173,586	17,390,163	26,297,170	10,783,423
	無形固定資産	工具器具備品・減価償却累計額	20,550,294	14,455,494	20,470,210	6,094,800
		工具器具備品・残存価格	7,623,292	2,934,669	5,826,960	4,688,623
		その他・取得価格	300,654	138,542	934,545	162,111
		その他・減価償却累計額	37,148	57,988	16,315	-20,840
		その他・残存価格	263,505	80,554	918,230	182,951
	投資その他の資産	ソフトウェア	102,948	642,207	28,781	-539,260
		その他	65	81,610	68,416	-81,545
	固定資産小計		60,877,102	27,864,103	69,380,184	33,012,999
投資その他の資産	投資その他の資産	投資有価証券	0	8,888,889	0	-8,888,889
		長期貸付金	0	104,556	30,481	-104,556
		長期前払費用	0	964	0	-964
		長期前払消費税等	0	1,456,200	0	-1,456,200
	投資その他の資産小計		0	10,450,608	30,481	-10,450,608
流動資産	流動資産	現金及び預金	7,334,944	26,787,548	4,751,345	-19,452,604
		有価証券	0	1,111,111	0	-1,111,111
		未収入金（貸倒引当金除く）	8,429,965	8,610,417	6,063,261	-180,452
		棚卸資産	762,988	284,456	754,945	478,532
		前渡金	731	0	0	731
		前払費用	0	7,034	14,692	-7,034
		未収収益	0	21,969	0	-21,969
		その他	6,319	0	628,197	6,319
		流動資産小計	16,534,946	36,822,535	12,212,439	-20,287,589
		合計	77,412,049	75,137,247	81,623,104	2,274,802
						-4,211,055

### (3) 負債及び純資産の比較

負債については、固定負債（長期繰延補助金等（旧：資産見返負債）、長期借入金、引当金、その他債務）、流動負債（寄附金等債務、短期借入金、一年内返済予定長期借入金、未払金、未払費用、未払消費税等、前受金、預り金、預り科学研究費補助金等、職員等預り金、引当金、リース債務）の2項目を分類とし、各分類の比較を行った。純資産については、資本金、資本剰余金、利益剰余金（前中期目標期間繰越積立金、積立金、目的積立金、当期末処分利益）の3項目を分類とし、各分類の比較を行った。

国立大学病院と地方独立行政法人は再開発後の長期借入金が多く、公立大学病院は再開発前であるため少ない。一方、地方独立行政法人は自己資金を確保しつつも借入を行っており、現預金を一定程度確保する事で、キャッシュフローが安定している。（表41 参照）

(表41 負債及び純資産の比較)

項目		A病院 (600~700床規模)	B病院 (400~500床規模)	C病院 (800~900床規模)	A-B	A-C
負債	固定負債	長期経営補助金等（旧：資産見返負債）	3,216,724	3,277,422	1,209,002	-60,698
		長期借入金	17,143,677	25,911,763	1,679,340	-8,768,085
		引当金	0	6,917,007	9,132	-6,917,007
		その他債務	317,928	0	954,323	317,928
		固定負債小計	20,678,329	36,106,192	3,851,798	-15,427,863
	流動負債	寄附金等債務	1,681,432	93,180	1,781,303	1,588,253
		短期借入金	0	0	0	0
		一年内返済予定長期借入金	979,280	3,259,271	696,644	-2,279,991
		未払金	5,044,634	6,149,849	5,677,210	-1,105,215
		未払費用	55,653	506,414	25	-450,761
	未払消費税等		0	7,737	0	-7,737
	前受金		0	148	70	-148
	預り金		94,769	16,794	225,630	77,975
	預り科学研究費補助金等		54,845	5,816	243,752	49,029
	職員等預り金		0	125,591	0	-125,591
	引当金		318,507	960,031	5,562	-641,524
	リース債務		378,058	0	1,035,511	378,058
	流動負債小計		8,607,178	11,124,831	9,665,707	-2,517,653
	合計		29,285,507	47,231,023	13,517,506	-17,945,516
純資産	資本金	資本金合計	12,312,246	5,148,842	71,537,151	7,163,404
	資本剰余金	資本剰余金合計	30,735,974	17,845,632	-10,017,662	12,890,341
	利益剰余金	前中期目標期間経過積立金	0	3,210,222	2,419,544	-3,210,222
		積立金	0	1,337,208	1,173,577	-1,337,208
		目的積立金	1,920,462	0	1,702,484	1,920,462
	当期末処分利益		3,212,704	364,319	1,290,503	2,848,385
	利益剰余金合計		5,133,167	4,911,749	6,586,109	221,418
合計		48,181,386	27,906,223	68,105,598	20,275,163	-19,924,212

## (4) 経営指標の比較

経営指標については、入院診療単価、手術室における手術件数（100床あたり）、平均在院日数、外来診療単価、外来延べ患者数（100床あたり）、初診患者数（100床あたり）についての比較を行った。（公立大学病院の病床稼働率は令和4年度病床利用率を記載）

いかに入院診療を増加させるかが、病院経営に大きな影響を与えると推測しているが、入院患者を増加させるためには、外来の初診患者数を増加させることが必須となってくる。しかし、地方独立行政法人、公立大学病院と比較し、初診患者数が少ないので現状である。なお、A病院の初診患者数2,490人は、国立大学病院の中では平均的な数値（国立大学病院の平均値は2,429人）であり、多くの国立大学病院に初診患者数の増加が必要と言えるのではないか。（表42 参照）

(表42 経営指標の比較)

科目	A病院 (600~700床規模)	B病院 (400~500床規模)	C病院 (800~900床規模)	A-B	A-C
入院診療単価	95,158	92,746	95,992	2,412	-834
手術室における手術件数	1,118	1,310	1,260	-192	-142
平均在院日数	11.6	9.6	10.0	2.0	1.6
病床稼働率	76.6%	86.9%	80.8%	-10.3%	-4.2%
外来診療単価	34,061	24,572	22,142	9,489	11,919
外来延べ患者数	39,313	38,286	59,925	1,027	-20,612
初診患者数	2,490	3,722	3,593	-1,232	-1,103

### 3. 実地調査による他病院との比較まとめ

病床稼働率を向上させるためには、初診患者数の増加が必要である。紹介された患者への早期対応を徹底することにより初診患者数の増加を目指し、初診患者が増加することによって、新規入院患者数は必然的に増加していく。また、病床稼働率は向上しつつ、さらに新規入院患者数が増加する場合は、必然的に平均在院日数の短縮及び診療単価の向上に繋がっていくのではないか。なお、病床稼働率の向上と同時に、症例ごとの分析を行うことにより、利益率の高い症例の確保に努めていき、持続可能な病院経営を目指すことができるのではないか。

## 第3節 既存データの分析

### 1. 調査事項における概要

全国42大学44附属病院における直近6年間データを中心に、主な指標である経常利益、医療費率や労働生産性、装備率、稼働率、初診料算定患者数等の推移を可視化した。折れ線グラフにおける各推移は各大学病院を表し、赤く太い折れ線グラフは全国平均を表している。なお、44附属病院を42大学病院に集約して算出している。また、5つのグルーピングを行っており、グルーピングの構成については表43のとおり。

(表43 グルーピングの構成)

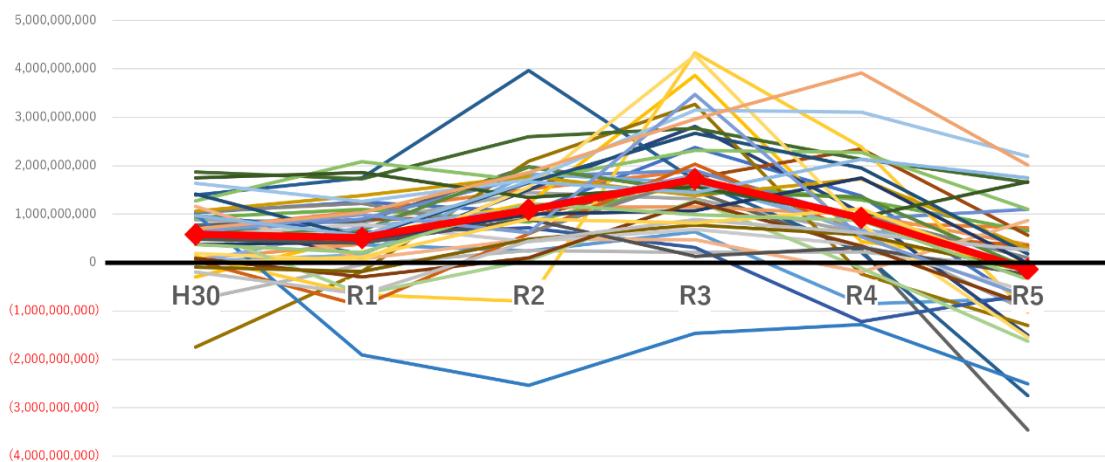
グループ	該当大学
旧帝大	北海道大学、東北大学、東京大学、名古屋大学、京都大学、大阪大学、九州大学
旧六	千葉大学、新潟大学、金沢大学、岡山大学、長崎大学、熊本大学
新八	弘前大学、群馬大学、東京医歯大学、信州大学、鳥取大学、広島大学、徳島大学、鹿児島大学
新設医大	旭川大学、秋田大学、山形大学、筑波大学、富山大学、福井大学、山梨大学、浜松大学、滋賀大学、島根大学、香川大学、愛媛大学、高知大学、佐賀大学、大分大学、宮崎大学、琉球大学
国立移管	岐阜大学、三重大学、神戸大学、山口大学

## 2. 調査結果

### (1) 経常利益又は経常損失の推移

病院セグメントから、直近6年間（平成30年度から令和5年度）の実績を可視化した。大学により差異はあるが、国立大学病院平均は令和4年度まで黒字経営が続いている。しかし、令和5年度について赤字経営となっている。（図18 参照）

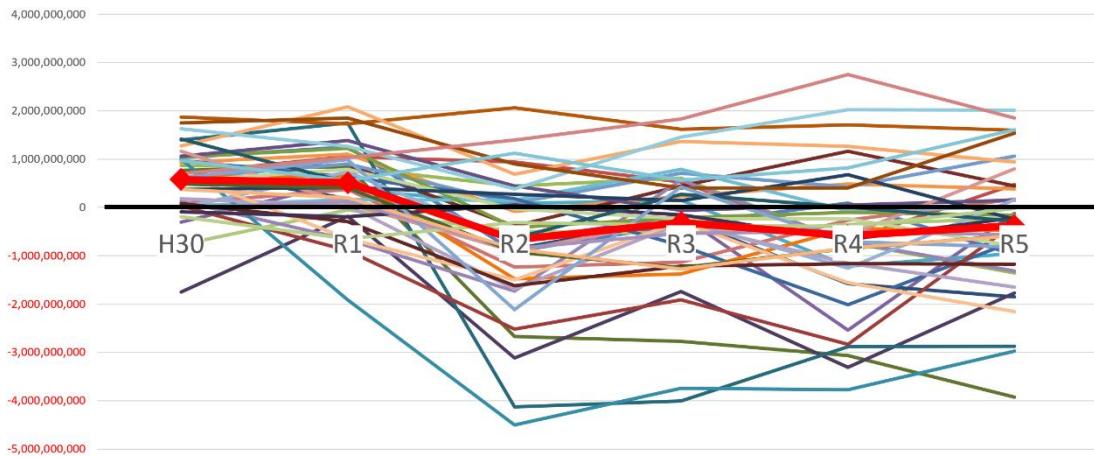
（図18 経常利益又は経常損失の推移）



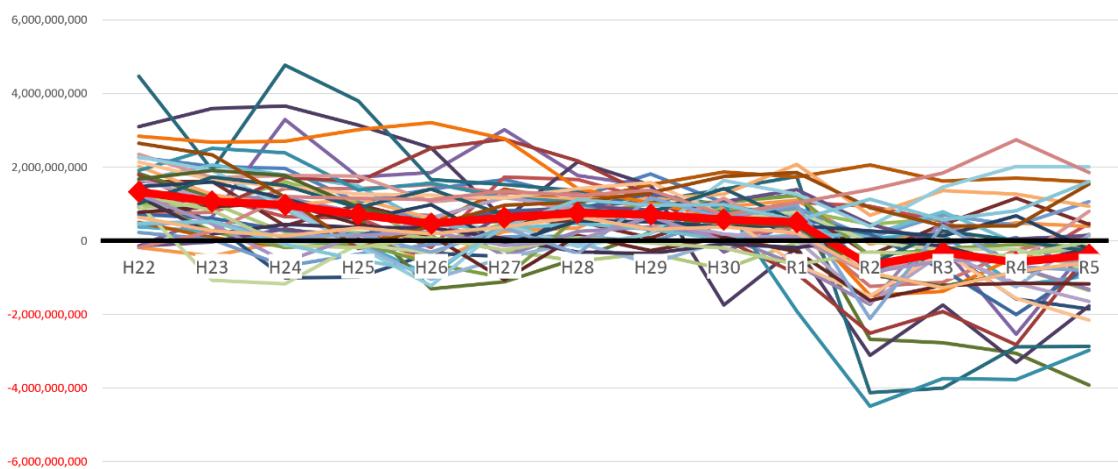
### (2) 経常利益又は経常損失（コロナ補助金を除く）の推移

病院セグメントから、直近6年間（平成30年度から令和5年度）の実績を可視化した。コロナ補助金を除くと令和2年度時点で既に赤字経営となっている。（図19 参照）なお、令和2年度から新型コロナウイルス感染症の影響により急激に経営悪化となっているが、令和元年度以前（平成22年度から確認）においても、経常利益は徐々に低減しており、厳しい経営状況が予測されていた。（図20 参照）

(図 19 経常利益又は経常損失（コロナ補助金を除く）の推移（平成 30 年度から令和 5 年度）)



(図 20 経常利益又は経常損失（コロナ補助金を除く）の推移（平成 22 年度から令和 5 年度）)

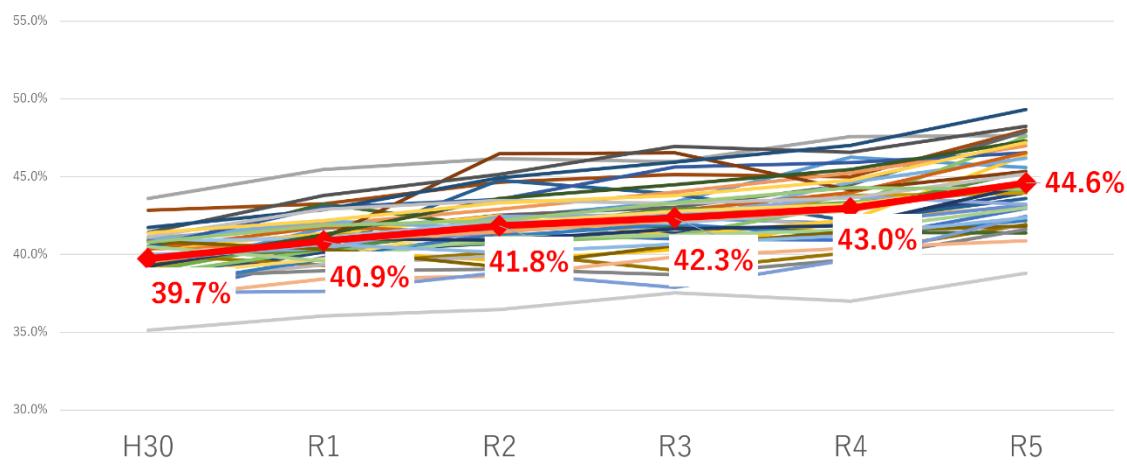


### （3）医療費率の推移

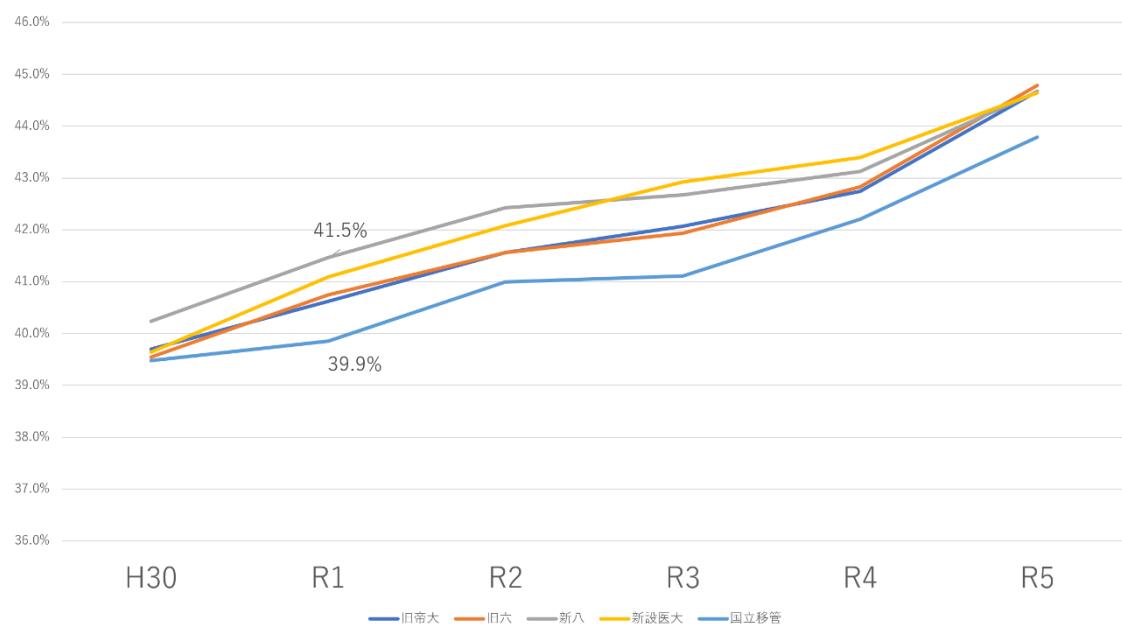
病院セグメントから、直近 6 年間（平成 30 年度から令和 5 年度）の実績を可視化した。令和元年度までは黒字経営となっていたが、その時の医療費率は 40.9% であった。（図 21 参照）

なお、5 つのグルーピングを行った時に、令和元年度時点における医療比率は、最も低いグループで 39.9% であり、最も高いグループで 41.5% であった。（図 22 参照）つまり、結果として、医療費率が 39.9%～41.5% の時点においては、黒字経営を維持できていたが、令和 5 年度時点では 44.6% まで増加しており、経営悪化の大きな要因となっている。

(図 21 医療費率の推移)



(図 22 医療費率の推移 (グルーピング))

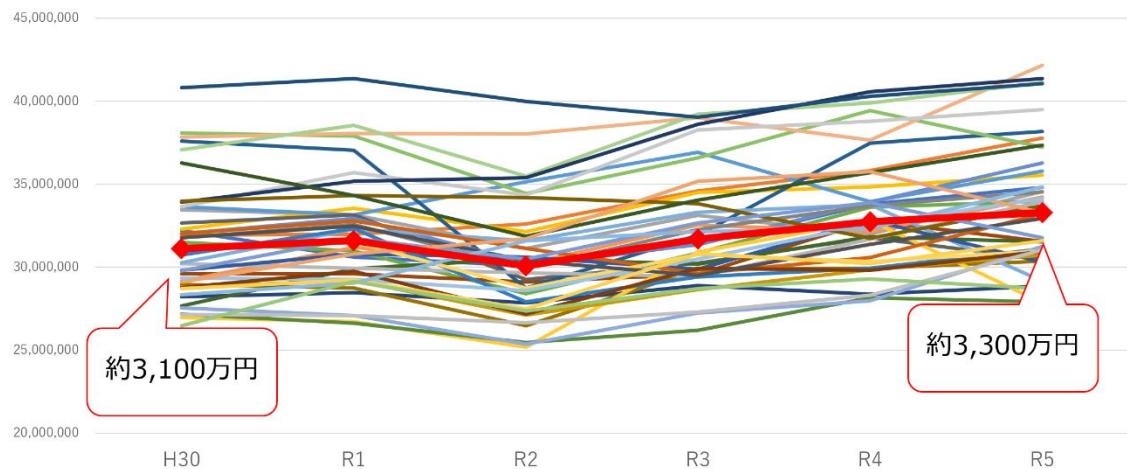


#### (4) 労働生産性（医師 1 人あたりの限界利益）の推移

病院セグメント及び病院資料（組織データ）から、直近6年間（平成30年度から令和5年度）の実績を可視化した。「医業収益 - 医療費 = 限界利益」として、限界利益を医師数（非常勤者については常勤換算数）にて除して算出した結果、医師1人あたりの限界利益は微増となっている。（図23参照）

平成 30 年度と比較し令和 5 年度は、約 7%増加となっており、この要因としては、数年前から進めてきたタスクシフトによる影響や、研究に費やす時間から診療に費やす割合を増加し手術件数が増加している可能性がある。

(図 23 労働生産性 (医師 1 人あたりの限界利益) の推移)



### 3. 既存データの分析まとめ

令和 5 年度に経常利益はついに赤字となり、コロナ補助金を除けば令和 2 年度から赤字となっていたが、平成 22 年度以降において、既に減益傾向は続いており、いずれ赤字転落となる兆候はみられていた。経営悪化の要因の一つに、医療費率の増加があり、医療費率が 39.9%～41.5% の時点においては、黒字経営を維持できていたが、令和 5 年度時点では 44.6%まで増加しており、労働生産性の向上に努めているものの、限界利益から固定費を確保できていない状況となっている。