

附属病院を取り巻く医療環境の変化と本院の活動

—— 平成16年の国立大学法人化を受けて ——

附属病院執行部

国立大学法人化への動き

平成16年4月国立大学は国（文部科学省・国立学校特別会計）の直属の機関から各大学に独立した法人格を付与した国立大学法人（独立行政法人の大学版）へと移行し、国立大学法人千葉大学が誕生した。

法人化前の国の動き

国立大学の法人化について、どのような議論がなされたのか簡単に触れたいと思う。

平成11年4月の閣議において、「国の組織等の減量、効率化等に関する基本計画」が決定した。その中で89の国の事務・事業の独立行政法人化を決定した。その際、国立大学の独立行政法人化については、大学の自主性を尊重しつつ大学改革の一環として検討し、平成15年までに結論を得るとされた。

また、平成13年6月には、経済財政諮問会議において、当時の遠山文部科学大臣から「大学（国立大学）の構造改革の方針」いわゆる「遠山プラン」が示された。

これは、1. 国立大学の再編・統合を大胆に進める。
2. 国立大学に民間的発想の経営手法を導入する。
3. 大学に第三者評価による競争原理を導入する。
の三つの柱からなる。このプランの発表後、山梨大学と山梨医科大学の統合を最初に多くの新設医科大学・単科大学が総合大学と統合した。また、国公私「トップ30」を世界最高水準に育成するというところで、国公私を通じた競争的資金が拡充され現在のCOEに繋がっている。

大学病院に影響を与えた厚生労働省の施策

平成15年度から、大学病院（本院）を主とする特定機能病院の入院にかかる診療報酬に、包括評価制度（DPC）が導入され、術前検査の外来への移行、在院日数の短縮など診療の在り方、病院経営に大きな影響を与えた。

また、国立大学が法人化された平成16年度には、卒後臨床研修制度の必修化が導入され、結果として、研修医の大学病院離れ、医師の過重労働、大学病院の勤務医確保のための一般病院からの医師の引き上げ、医師不足、医学部入学定員の増など現在まで大きな影響・社会的問題を与えている。

国立大学法人化の大学病院への影響

○予算制度

法人化前の国立学校特別会計では、収入・支出が別々に国により管理され、病院収入は全て国へ納付、病院に必要な経費を国に要求し獲得するシステムで在った。そのため自己努力以上に予算を獲得する病院、努力して収入を多く稼いでも経費をもらえない病院が在った。いわゆる護送船団方式であり、腕の良い予算屋さんのいる大学が得をすることもあった。しかし、法人化により大きくシステムが変わり、大学病院は原則、病院収入で診療経費（教員の人件費は除く）病院の施設整備のための借入金の返済を賄うとされた。ただし、これらを病院収入で賄うことのできない大学に対しては、病院運営費交付金が措置されることとし、交付金を受ける病院に対しては病院収入増の努力義務が強制的に課せられ、その結果、病院運営費交付金が減少する仕組みが導入された。このことから、借入金返済の多い病院、稼働の良くない病院は必然的に経営努力を求められることとなった（千葉大病院は平成16・17年度それぞれ9千万円・2千万円の交付金しか受けていない。ほぼ、病院収入で診療経費・借入金返済を賄うことができている）。年度の予算が決まれば、大学本部が面倒を見てくれない限り、病院収入しかないので常に努力を怠ることができない状況となっている。（参考であるが、平成16～21年度にかけて病院は全学運営経費等として約7億4百万円を負担しているが、支援として学長裁量経費8千3百万円を受けたにすぎない。各部局にはこの事実をしっかり理解していただきたいと思う。）

○機構・定員

国の制度のもとでは、全て要求を通じて承認をとる必要が在ったが、法人化後は病院に関して、全ての経費を自己収入で賄うものとして、自己責任のものと組織の新設・改変・人員の確保について自由になった。これで、新しい医療ニーズのために診療科の新設も可能となった。また、看護基準7：1獲得のため、看護師を増員できたのも国の定員管理を外れたことが幸いしている。しかし、平成18年度の国の総人件費改革では承継職員に関して5年間で△5%人件費削減が求められた。また、病院は大学法

人の1部局にすぎないことから、法人本部の理解なくして勝手ができないのが現実である。

○その他

国の管理、言い換えれば、保護された国立大学病院であったが、法人化に伴い病院の情報を発信し、国民にその活動を広く周知・理解していただくことが大切で重要になった。そのことから本院は千葉県をはじめとする行政、医師会等と会合を持ち、情報交換を頻回に行うことや地域医療システムへの参画や、国立大学病院長会議常置委員長として政府与党や各行政機関に対する陳情・日本病院団体協議会に参加するなど、情報発信に務めるようになった。

千葉県の地域医療の現状と展望

現在千葉県の地域医療は、全国の多くの都道府県と同様に未曾有の危機の中にある。これは医療に対する政治の無策、無関心から、医師数の不足の結果として引き起こされたものではあるが、千葉県唯一の大学病院（本院）として当然傍観することはできない。しかし、600万の県民に対する医療施設を本学医学部卒業者だけで充足することは当然不可能で、東京と比べても、人口比からすれば本県の方が遙かに医師数が不足することになる。こうした現況で医師数の充足のためには、本学医学部の定員を増やすくらいのことでは到底賄えず、他府県からの医師の誘致を進める、仕事についていない医師の再雇用を促進することなどが挙げられる。こうした中で偏在する医師数の適正配置を行うために、千葉大学と県、県医師会の3者が協同して各医療圏の再生を図るべく計画を進めている。このような連携、そして地域医療に深く関わる本院の姿勢は135年の歴史の中でも特筆すべきものであろう。これまで各診療科マターとして、それぞれの病院への医師派遣が各教授の人事権で決まる時代から、県や医師会、関連病院で検討された地域再生計画に基づき、各病院の機能分担を明確にした上で、本院全体での合議により方向づけるように変わりつつあるし、そうでなければならない時代となった。欧州ではすでに実践されているこうした計画医療のもと、今後は本学を含めた県全体がオーガナイズされた一つの組織の中で、個々の医師の希望により適正配置が決められる方式に変わることができれば理想的である。また大学病院が本学研修医や大学院生だけでなく、県内で働く医師にとっても、高い自由度をもった再教育施設として提供できる場となることが、全国から医師を集められる魅力的な千葉県の研修体制を作ること

に貢献できると考えている。さらに医療ITネットを構築し、県内の医療機関同士が連携できる仕組みをつくることで循環型医療を活性化し、中核病院医師に集中する患者の分散化を図ることに積極的に取り組んでいる。

地域医療における大学病院の役割と活動

山武長生夷隅医療圏における東金九十九里地域医療センター設立の経緯について

東金、成東地域を含む、山武長生夷隅地域の医療圏には、昭和28年前後に県立東金病院、国保成東病院、国保山武郡南病院（現大網病院）などが設立され、これらの公立病院を中心とする医療提供体制が行われてきた。しかしながら、近年の医療技術の進歩と高度化のなかで、このままの医療提供体制では、地域の医療ニーズに適切に対応することが困難な状況になってきた。県の統計によると、この地域の医師・看護師をはじめとする医療従事者は全県と比較して少ない状況にあり、主要疾病の死亡数は県全体に比して高い状況にある。特に、救急医療を中心とした医療体制の整備が遅れており、圏外への救急患者の搬送が多いことから、その整備が不可欠と考えられる。このような現状を踏まえ、これらの公立病院の機能分担と連携を図り、限られた医療資源を効率的に運用するために、東金市、山武市、九十九里町、大網白里町、光町、横芝町（現横芝光町）など二市四町による、新しい医療センターを設立する構想が平成15年度から模索されてきた。平成18年に千葉県から千葉大学医学部に、九十九里地域の医療センターを統括するセンター長を推薦して欲しい旨の要望があり、周辺の病院長・医師会長から、ご意見を伺い、センター長の適任候補として、救急部・集中治療部の教授であった平澤博之名誉教授にお願いしては如何かという結論に達し、平澤名誉教授からもご承諾をいただくことが出来た。

しかしながら、この二市四町による新しいセンターの構想は、平成20年2月に最終段階に至るも、最後の最後で関係市町の意見の統一が得られず、断念するに至った。しかしながら、その後、東金市九十九里町の一市一町のみによる医療センター設立の構想がなされ、引き続き平澤名誉教授をセンター長候補として、東金市九十九里町に一市一町医療センターを設立するための検討協議会がもたれた。その結果、東金市丘山台に1) 病床数を314床とし、2) 救急医療・急性期医療に軸足を置く、3) 4疾病4事業に対応可能な、地域の中核となる、4) 千

第1章 近年の歩みを俯瞰して

葉大学医学部・附属病院と密接な関連を有し、5) 医療従事者の教育・研修に努めるという医療センター病院を、26年4月を目標に開設する構想が策定された。運営形態は一般独立行政法人とすることが決められ、県からは設立の認可が得られ、経済的な援助が予定されている。また、医療従事者の一部は、千葉大学に寄付講座を設置し、当医療センターに教育研修センターをおき、千葉大学の教官としての身分を有しつつ診療にあたるという構想が進んでいる。

近い将来、この東金九十九里地域医療センターが、山武長生夷隅医療圏における牽引的な医療機関として活動する日が来る事が待たれる。

千葉県との定期的な地域医療についての懇談会、 千葉県医師会との懇談会

平成16年に導入された新医師臨床研修制度により、若手医師の医局離れと都市部への集中が生じ、従来の医局を中心とした医師派遣が困難となり、多くの地域に医師不足をきたした。さらに、平成18年のいわゆる「福島県立大野病院事件」により、訴訟リスクの高い産科、外科などの医師不足が深刻化し、診療報酬引き下げにより、多くの病院の経営が悪化した。現在、全国で医師不足や医師偏在化による地域医療の崩壊が大きな社会問題となっている。

このような情勢を踏まえて、千葉大学医学部附属病院（以下大学病院）では、平成21年6月10日に千葉県との懇談会を開いた。千葉県健康福祉部からは、山本尚子理事、野村隆司技監他4名、千葉大学からは、齋藤康千葉大学学長、河野陽一病院長他11名が出席し、地域医療再生計画についての話し合いを行った。さらに、平成21年6月23日には、千葉県健康福祉部の山本尚子理事、野村隆司技監他2名、千葉大学からは齋藤康千葉大学学長、河野陽一病院長他14名が出席し、千葉県地域医療再生プログラム等についての話し合いを行った。平成21年7月21日には、河野陽一病院長より、森田健作千葉県知事宛に「「地域医療再生計画」の実施にあたっての連携・協力について」という千葉県と千葉大学との連携・協力の呼びかけを行った。これらと並行して、大学病院と千葉県との間では、「九十九里地域医療センター」についての頻繁な意見交換が行われている。

千葉県医師会とは、平成21年4月3日、藤森千葉県医師会会長他医師会のメンバー、河野陽一病院長をはじめとする、大学病院執行部会のメンバーによる懇談会を開催し、大学病院の将来構想等についての話し合いを行った。さらに、平成21年8月24日には、森田健作千葉県知事が大学病院を訪問し、屋上

ヘリポートなど病院施設の視察を行い、その後、知事の出席のもと、千葉県、千葉県医師会、千葉大学の3者による懇談会が開催された。出席者は千葉県から、森田健作千葉県知事、戸谷久子健康福祉部長他4名、千葉県医師会から、藤森宗徳千葉県医師会会長他11名、千葉大学からは齋藤康千葉大学学長、河野陽一病院長、中谷晴昭研究院長他8名であり、山本修一副病院長による、「地域医療を見据えた千葉大学病院の再開発計画」、高林克日己病院長補佐による「地域医療の課題と千葉大学の役割」のプレゼンテーションの後、3者による活発な意見交換を行った。

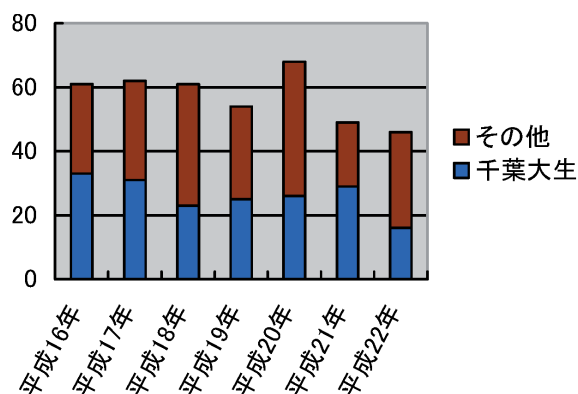
千葉県における地域医療の構築には、千葉大学、千葉県、千葉県医師会、関連教育施設（地域の拠点病院）との密接な協力が不可欠であり、今後とも相互に定期的な会合を開催する予定である。

卒後臨床研修必修化と大学病院における医師不足

卒後臨床研修必修化とその影響

プライマリ・ケアの基本的診療能力を身に付け、医師としての人格を涵養することを目的とする、2年間の新医師臨床研修制度が平成16年度からスタートした。内科（6ヶ月）、外科（3ヶ月）、救急・麻酔（3ヶ月）、小児科、産婦人科、精神科、地域保健・医療研修（いずれも1ヶ月以上）など研修すべき診療科と期間が指定された。従来のストレート研修とは異なるローテイト研修が基本である。学生は自分の研修したいプログラムを、研修病院は採用したい学生を順位付けして、それをコンピュータで自動的にマッチさせるシステムが導入された。このマッチングにより研修医は自分の研修したいプログラム（研修病院）を自由に選択できるようになった。その結果、研修医の地域偏在が促進され、人気のない地域病院での研修医の減少が顕著となり、それが地域医療崩壊の引き金になったとされている。

図 千葉大研修プログラムで研修した研修医数の推移



本院は千葉県内外の中核的な関連病院と、たすき掛けで1年間ごとにローテイトする研修プログラムを作成した。このプログラムによって研修医は関連病院において主にプライマリ・ケア、救急医療を、本院において高度先進医療を研修することができる。1年目に本院で研修するプログラムをAプログラム、2年目に本院で研修するプログラムをBプログラムとした。更に地域ごとに関連病院をグループ分けしてA1、A2プログラム等と細分し、できるだけ研修医が希望する関連病院で研修が受けられるように配慮した。本院では、必修化前は140～50名程度の研修医をストレート研修で受け入れていた。従来の実績から100名以上の学生がマッチすると予測し、平成16年度の千葉大研修プログラムの定員は106名（Aプログラム53名、Bプログラム53名）に設定した。しかし、マッチした学生数は73名、実際の研修医数は61名であった。その後の研修医数と千葉大生の推移を図に示した。平成22年の時点で減少傾向に歯止めがかかっておらず、本院における教育・研修システムの抜本的な改革が必要である。

医師不足に対する活動

平成16年の新医師臨床研修制度の導入により、従来の医局制度がゆらぎ、大学病院にて研修する医師数が減少した。このような中で千葉大学医学部は、千葉県における最大の医師の教育施設であり、千葉大学医学部における医師数の変動は、直接千葉県の地域医療に影響を及ぼす。

千葉大学医学部附属病院では、医師不足に対応するため、「医師確保対策ワーキング・グループ」を組織し、定期的な会合により、さまざまな医師確保対策を行っている。以下にその取り組みを述べる。

- 1) 初期臨床研修医数を確保するため、田邊政裕総合医療教育研修センター長を中心に、千葉大学における医師臨床研修制度（カリキュラム）の一層の改善を図っている。
- 2) 平成21年6月15日に、医学部の6年生を対象として、千葉大学における初期臨床研修の内容・魅力について周知するための説明会を開催した。講演を行ったのは、河野陽一病院長、横須賀収、宮崎勝、山本修一の各副病院長、および下条直樹准教授であった。さらに、6月24日に初期研修医やシニアレジデントによる説明会を開催した。
- 3) 他大学の医学部出身者を含めて、千葉大学でのシニアレジデント（後期研修医）を増やすため、インターネットのホームページの改善、パンフレッ

トの作成、配布を行っている。

- 4) 診療科を超えた、シニアレジデントの確保を目的として、千葉大学医学部全体としての取り組み（他施設での説明会など）を行っている。
- 5) 千葉大学出身者を大学病院に残すため、医学部学生の頃から、千葉大学での研修の魅力を伝える努力を行っている。

附属病院の戦略的運営

経営戦略会議

大学の独立行政法人化とともに、経営の改善を図るために病院執行部の下に経営戦略会議がもたれることとなった。経営を改善するための様々な施策を立案する組織であるが、しかしこれは企画情報部、経営企画課の定例的な会合の下に自然発生的に当初金曜会として発足したものであり、どの国立大学病院にも存在するものではない。その名の通り毎週金曜日午前に開催され、そこでは機器の新規あるいは再購入、稼働率の問題から病院機能評価、SPD導入、看護師の7：1体制、人員やシステムの採用、さらには将来計画とその試算など、扱われた内容は枚挙に暇がない。こうしたさまざまなことが毎週議論され、執行部会に上程、提言され、本病院の経営管理の活性化に寄与してきた。医療者と事務方が一緒になり、外来病床委員会、再開発委員会、保険委員会など各種委員会と連絡をとりながら執行部の直下で動く組織として活躍してきたが、最近はいままでに領域が広がり過ぎて、その職務を経営に特化する意味もあり、人員問題などを運営審議会議に移譲することとなった。またこの会議だけでは議論する時間的余裕もないことから、ベッドマネージャー会議、マネジメントオフィサーチーム、などを下部組織として設けて、稼働率の推移に常に注目し、また各部署からの経営に関するアイデアを集め実践を図っている。

当院の戦略的な姿勢として特筆すべきことは、千葉銀行から特任准教授を迎え経営に関してのアドバイスを受けてはいるが、いわゆる経営コンサルタントとして民間の手を借りることは最小限とし、現場主義を旨として国立大学病院としての経営姿勢を貫いてきたことである。この結果数年前には考えられなかった増収と節減が円滑に進んだ。経営セミナーを年2～3回行って多くの医療スタッフを動員したほか、経営に関する資料を毎月経営広報としてインターネット上で配信している。このような方法で、病院長のもとで以前にないような病院内の統一性が

第1章 近年の歩みを俯瞰して

でてきたことが、困難な医療経営の中で、とにもかくにも昨年度まで常に黒字で進めることができた理由であろう。

今後本院が進めるべきものは、グローバルゼーションの中で国際競争力を持った病院になることであり、そのためには国内の病院との比較ではなく、広く世界に目を向けて今後の再開発計画を進める必要がある。このためさらに多くの財政的な頑張りが必要で、従来であれば入院で診るような重装備の外來新棟も、新しい手術設備を備えた新中央診療部棟も本院には不可欠である。これらを計画し実践するためには、地域医療連携を進めて先進医療に特化するとともに、欧米の国立大学、公立大学のような医業外収益を考えない限り実現は不可能であり、臨床研究における産学共同を進めることが重要であると考えられる。

医療安全

近年医療の安全がクローズアップされ、国立大学病院においての医療安全管理の問題は、最重要課題の一つとして多くの病院で取り組まれてきている。その中で、千葉大学医学部附属病院において安全管理室（現医療安全管理部）が設置されたのは平成13年度であり、初代部長は当時救急部・集中治療部教授であった平澤博之先生が担当された。この当時には看護師 General Risk Manager（GRM）はまだ存在せず、初代の看護師GRMとして倉山富久子看護師長（平成17年より副看護部長）が就任したのが平成13年4月よりである。この段階で初めて医療安全管理部の体制が整った事になるのであろう。その後平成14年4月よりは、麻酔科の西野卓教授が平澤教授の後任として部長に就任した。平成17年4月よりは外科の宮崎勝教授が、西野教授の後任として部長に就任し現在に至っている。一方看護師GRMは、初代倉山富久子副看護部長の後任に平成17年より金澤薫看護師長（平成19年度より副看護部長）が就任し、5年間務められた。平成20年1月からは金澤GRMと共に齋藤洋子看護師長がGRMに就任し、看護師GRMが二人体制となり充実された。更に平成22年4月から金澤GRMに代わって久保悦子副看護部長がGRMに就任し、齋藤洋子GRMと現在に至っている。この間医療安全管理部の業務として院内リスクマネジメント体制の確立のため様々な取り組みがなされてきた。リスクマネジメント部員は現在20名の各職種からの構成となり、月に一度のリスクマネジメント会議が行われ、院内の医療安全管

理に関しての方向性が討議されている。またリスクマネジメント会議の下に、隔月で各部署の90名のリスクマネージャーとも討議および連絡を主目的に、その連絡会議を主宰している。また院内で常に発生するインシデント報告を医療安全管理部に報告してもらい、そのデータ集計および解析を行い、必要がある場合に診療経過審議委員会、医療事故防止・病院倫理委員会にその内容を議題として挙げて、病院全体の対応を検討している。その他に国立大学病院の安全管理業務として他大学との相互チェックを実施しており、年に一度の割で他大学訪問および千葉大学医学部附属病院の訪問を行っている。このように医療安全管理部は現在病院運営上なくてはならない機能を担っており、その業務内容および期待される役割が年々増大している所である。今後その業務の更なる拡大のためには、専任医師GRMの配置などが必要となってくることとも考慮せざるを得ない状況になってくると思われる。いずれにせよ千葉大学医学部附属病院においては様々な医療安全上の出来事は有ったものの重大な医療上の事故を起こさずにこれまでやってこれたのは、今までに医療安全管理部の業務に携わって来られた多くの医師および看護師、さらにはその他の事務系を含めた様々の職種の方々の努力によるものであることをここに申し述べて改めて感謝の意を表したい。

附属病院の将来構想

～世界水準の医療と地域医療を見据えて～

附属病院は再開発の真っ只中にある。現在は、にし棟（既設病棟）の改修が進んでおり、その後、新外來棟の新築、現外來棟の改修、中央診療棟の改築が予定され、今後10年は槌音響く中での診療が続く。

平成20年5月にひがし棟がオープンし、内科系各科および眼科、呼吸器外科が移転した。引き続いて、小児科、小児外科、周産期母性科のみなみ棟、外科系および循環器内科の残るにし棟の改修が、入院患者を抱えたまま3期の工事期間に分けて進められている。従来は6床室が主体であったが、これを4床室に改めるとともに個室も大幅に増やし、差額病床を病院全体で211床とする。

さらに、ICUを中央診療B棟からにし棟4階に移し、8床から22床（CCU4床を含む）に増床する。また、東西に分かれていた看護単位を、1フロア46床程度を一つの看護単位に統一し、効率的な看護配置とより質の高い看護の実践を目指している。



みなみ棟NICU



にし棟4階CU



にし棟重症個室

ところで、小児科、小児外科、周産期母性科の入るみなみ棟は、平成21年7月に改修が終了しているが、改修プラン確定間際にNICU設置が決まり、新生児室のスペースが急遽NICUに転用された。当初は健康な新生児は母児同室とし、入院新生児はNICUに収容することが考えられたが、仮オープンしてみるとNICUの稼働率は常に100%を超える状態となった。また、より軽症な病児を収容するGCUの必要性も表面化してきた。このため、周産期母性科病棟内の新生児室を新設、NICUの隣にGCU専用

のスペースも確保することとなり、平成22年11月までに改修を行った。必要に迫られてやむを得ないとはいえ、改修から1年で再び工事が必要となる事態に直面し、しっかりした中長期的展望のもとに、一貫性のある再開発計画を進めることの必要性を実感した。

にし棟改修が終了すると、外来棟の新築に取り掛かることとなる。平成22年10月の段階で外来棟新営の概算要求を出しており、平成23年度中には着工予定でいる。

第1章 近年の歩みを俯瞰して

現在の外来棟の建設当時、一日の外来患者数は800名であり、その1.5倍の1200名を想定したと聞いている。しかしそれから30年後、外来患者は連日2000名を超えており、どこも患者で溢れ返っている。また診療の外来化が進んでいるが、内視鏡治療や通院治療部門に十分なスペースが割けず、診療の高度化や効率化の妨げとなっている。

現外来棟の南側、患者用駐車場の場所に、地下1階地上5階、延べ面積18,000㎡の規模で建設する。新外来棟完成に引き続いて現外来棟を改修し、一体として外来棟として使用する。最終的に外来面積は現在の3倍に拡張される。

千葉大学医学部附属病院 拡充整備計画基本構想

新外来棟構想に先立って、今後の再開発計画の柱となる「千葉大学医学部附属病院 拡充整備計画基本構想」を策定した。これは再開発を場当たりのものでなく、長期的展望に立脚して行うためのものであり、これまでに前例のないものである。

医療やそれを取り巻く環境が急速に変化している状況では、10年後の正確な予測すら困難である。しかし構想策定に参加した将来計画・再開発検討委員会のメンバーは、入念な現状分析をもとに最大限の想像力を発揮して、10年後、20年後の千葉大学病院のあるべき姿、我々が夢見る病院の姿を構想に盛り込んだ。この基本構想は、附属病院運営会議、医学

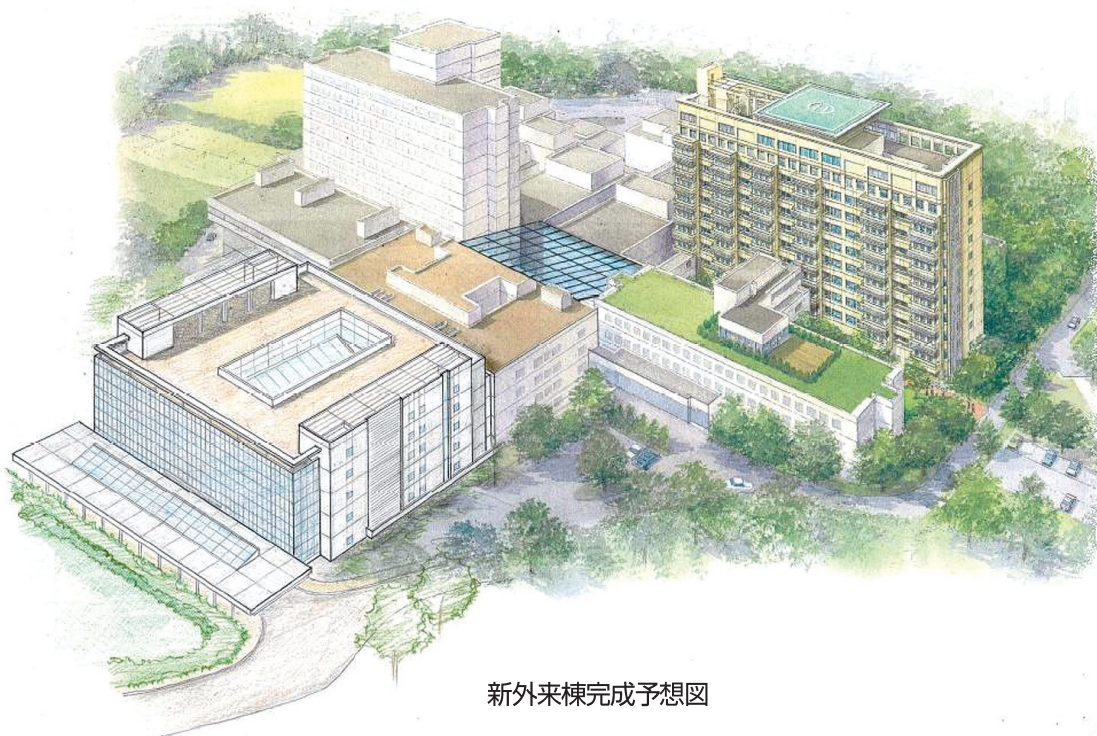
部教授会、千葉大学経営評議会などで承認され、今後の再開発事業の基礎となる。

基本構想の中では、附属病院の機能充実にかかわる基本方針とし、以下の10項目を掲げている。

1. 患者中心の医療
2. 外来機能の充実
3. 集学的医療と拠点形成
4. 高度医療人の育成
5. 臨床研究と産学共同体制
6. 計画医療による地域連携と病床管理
7. 電子カルテと県内医療情報ネットワーク
8. 医療スタッフとチーム医療の拡充
9. 病院経営の強化
10. 総合大学にふさわしい病院環境づくり

さらに、より具体的には以下のような重点項目を策定している。

1. 世界をリードするがん対策の推進
2. 救命救急医療の充実
3. 手術部の拡充
4. 高齢者医療センターと老年医学教育の確立
5. 周産期・小児医療の充実
6. 糖尿病コンプリケーションセンターの創設
7. アレルギーセンターの創設
8. ポストゲノム診療センターの創設
9. 移植・再生医療の推進



新外来棟完成予想図

10. 臨床試験の推進
11. 先端研究の推進
12. 患者への健康情報サービスの充実
13. 地域医療連携部の拡充
14. 就業環境の改善
15. 国際病棟の開設

外来棟の新築・改修に引き続いて、手術部や放射線部などの入る中央診療棟の改築に取り掛かる。現在は北側にたこ足状態で延びている低層の建物を地下1階地上5階の新棟に集約し、手術部などの面積を倍増する構想である。さらには、その上層階に臨床研究棟を積み上げ、病院と医学部本館が500mも離れているというきわめて異常な状況をも改善しようと目論んでいる。

あくまでも夢を大きくではあるが、「絵に描いた餅」に終わらぬよう、そして時代の変化にも柔軟に対応できるよう、常に広い視野を持ちつつ再開発を進める必要性を痛感している。少なくとも、20年後の後輩たちに「何を考えて再開発していたんだ!」と呆れられるような事業にはしたくない。

国立大学附属病院長会議常置委員会における活動

国立大学附属病院における診療・教育・研究に関わる諸問題および関連する重要事項を協議する組織として、国立大学附属病院長会議（42大学）がある。国立大学附属病院長会議には15大学により構成される常置委員会が置かれ、具体的な懸案事項については年5回開催される常置委員会で討議される。この常置委員会の委員長は千葉大学医学部附属病院長が務めており、全国の国立大学附属病院の取りまとめ役として重要な役割を担ってきた。

平成16年に国立大学が法人化され、大学附属病院は国立大学法人の1部局として責任ある運営を任されることになったが、法人化後はそれぞれの附属病院の状況が必ずしも同じでなく、問題を統括することが難しいことから、国立大学附属病院長会議としての社会への情報発信や政府への要望などまとめた活動は中断された。一方、法人化に伴い国立大学附属病院に経営上の自立が強く求められるようになり、その一環として法人化後に定められた病院運営費交付金は平成16年から平成21年の5年間で約1/3にまで削減された。また、国立大学時代の負債を法人化後もそのまま引き継いでおり、これらの財務構造が国立大学附属病院の経営を強く圧迫している。

国立大学附属病院は、診療のみならず教育、研究を担当し、また地域医療の最後の砦として不採算医

療をも担ってきた。そこで、国立大学附属病院の本来の機能を十分に果たすための環境整備を目的に、国立大学附属病院長会議に戦略検討ワーキンググループ（WG）が平成20年に立ち上げられ、常置委員長である千葉大学の附属病院長がワーキンググループの取りまとめを担当することになった。戦略検討WGは、国立大学附属病院の喫緊の課題に対して要望書を作成し、文部科学省、厚生労働省、財務省などの関係省庁や国会議員による「大学病院を考える議員連盟」に提出した。同時に国会議員には、国立大学附属病院の機能・役割および経営上の問題について出来るだけ多くの機会を設けて説明を行った。その結果、平成20年末の国会で国立大学附属病院の経営問題が討議され、また平成22年度の文部科学省の概算要求には国立大学附属病院長会議の要望がほぼ取り入れられるなど、戦略検討WGは一定の成果を上げることができた。一方、平成21年夏の衆議院選挙においては自民党から民主党への政権交代があり、民主党による新政府の国立大学附属病院に対する政策には今までの流れから変化がみられた。民主党政府は、医療問題を積極的に取り上げ、国立大学附属病院の病院運営費交付金については経営改善係数（毎年収入額の2%相当の削減）が撤廃された。しかし、補助がほとんどない設備の更新のための経費や目的積立金の扱いについては据え置かれ、国立大学附属病院は経営上の多くの課題を今も抱えている。

政府や関係諸団体に要望活動を展開する過程で、国立大学附属病院のあり方あるいは存在意義が議論され、国立大学附属病院のミッションを推進するための軸となるグランドデザインの作成が平成22年にスタートした。まず国立大学附属病院グランドデザイン検討スモールワーキンググループ（SWG）が戦略検討WGの下におかれ、第1回会議が鈴木寛文部科学副大臣らの参加も得て平成22年8月25日、26日の2日間にわたって名古屋で開催された。国立大学附属病院グランドデザインは、平成23年春頃に中間報告をまとめ、平成24年の国立大学附属病院長会議総会を目処に完成の予定である。

人口構成における老年人口の急激な増大など医療状況が大きく推移する中で、地域医療を担う国立大学附属病院の役割はますます重要なものとなっている。常置委員会の活動により国立大学附属病院の機能が充実し、わが国の医療がさらに向上することが期待される。

（ふぞくびょういん しっこうぶ）

医学部附属病院執行部

平成19・20年度

平成21・22年度

病院長 河野 陽一
副病院長 宮崎 勝 (医療安全担当)
山本 修一 (医療開発・将来計画担当)
市川 智彦 (総務担当)
田邊 政裕 (臨床医学教育・研修医対策担当)
濱野 孝子 (看護教育・看護師確保対策担当
平成19年度)
吉川 淳子 (看護教育・看護師確保対策担当
平成20年度)
病院長補佐 高林克日巳 (経営担当)
宮田 裕州 (事務統括担当)
副病院長補佐 中島 裕史 (臨床研究担当)

病院長 河野 陽一
副病院長 横須賀 収 (総務担当)
宮崎 勝 (医療安全担当)
高橋 和久 (地域医療・医師確保対策担当)
山本 修一 (医療開発・将来計画担当)
市川 智彦 (医療業務標準化担当)
吉川 淳子 (看護教育・看護師確保対策担当)
病院長補佐 高林克日巳 (経営・医療情報担当)
田邊 政裕 (医学教育・医師研修担当)
竹田 幸博 (事務統括担当)
リサーチプロジェクトオフィサー
中島 裕史 (在外派遣研修支援事業担当)



2010年度(平成22年度)医学部附属病院執行部