

国立大学附属病院の今後のあるべき姿を求めて

～その課題と展望～

平成24年3月

国立大学附属病院長会議

目 次

ポイント.....	1
はじめに	19
I 国立大学附属病院の現状	22
II 国立大学附属病院の課題及び将来像（提言）	28
1 教 育.....	28
提言1：知識主体となっている卒前教育及び医師国家試験について医学部及び関係団体 と連携し、臨床現場を重視したものに改革する。	33
提言2：地域特性に根ざした医師臨床研修体制を構築し、各地域の地域医療再生計画と 有機的に連携する。	34
提言3：専門医の認定における質の確保に貢献するとともに、領域ごとの専門医数配分 について、各学会の専門医認定システムに、同一の基準や観点から算出した地域ごと 専門領域ごとの医師需要数を反映させる。	34
提言4：高度先進医療に携わる専門医，幅広い基盤を持った専門医，総合医のスペクト ラムのうち，各国立大学附属病院が得意とするいくつかの医師育成コースを診療科別 に提示する。その上で地域特性も考慮し，関連病院を含めた地域のネットワークと大 学病院間の全国ネットワークを利用したキャリアコースを提示する。	35
提言5：各国立大学附属病院は「キャリア形成支援センター（仮称）」を設置する。同 センターは提言4で述べた若手医師個々のキャリア・デザインやその形成を支援し， 地域の関連施設や大学病院間の連携調整機能を担う。	35
提言6：各国立大学附属病院は「総合臨床教育センター（仮称）」を設置して，あらゆ る職種の卒前，卒後及び生涯教育・研修を一元的に管理する。	36
提言7：国立大学附属病院を基盤とする専門研修の過程から生まれた問題意識を研究に 昇華させるように，大学院教育と密接に連携する。	36
提言8：医師やその他の医療職が働き続けられる，あるいはその再就職・復帰を支援す るシステムを構築する。	37

2 診 療	38
提言1：医療の質に関する指標（クオリティインディケータ）を設定し、ベンチマーキングを行いながら、社会に開示する。	40
提言2：「基盤整備なくして高度医療なし」を掲げ、国立大学附属病院として求められる基盤部門の整備を十分に行う。	40
提言3：高度で最先端の医療技術を速やかに提供できるよう規制の緩和を求める。一方、それらを安全に国民に提供できるような体制を整備する。	41
提言4：国立大学附属病院が患者本位の安心・安全で質の高い医療を提供するため、診療手順書の作成や改定、職種間・部門間・診療科間の連携を推進する。更には新しい医療領域に対応できる診療科の再編・創設を推進する。	41
提言5：国立大学附属病院間での医療情報の共有を図るための具体的な方策を検討する。	42
3 研 究	43
提言1：診療負担の軽減と研究・開発に費やす時間の確保に向け、環境を整備する。	45
提言2：医師、特に若手医師に対する研究マインド向上のためのインセンティブシステムを確立する。	45
提言3：各国立大学附属病院の個性を生かしつつ国際的競争力のある病院とするために、地域ネットワーク化を推進するとともに役割分担を明確にする。	45
提言4：「基盤整備なくして先端医療開発なし」：先端医療を行うための基盤を確立するため、研究費の安定的な確保に取り組む。	46
提言5：医療にかかわる研究・開発の現状と国立大学附属病院の果たすべき役割について国や社会に広く発信する。	46
4 地域貢献・社会貢献	47
提言1：少子高齢化社会と疾病構造の変化に対応する長期的視野に立った新しい地域医療提供体制を推進する。	49
提言2：メディカルICTの充実による新しい医療提供体制を整備する。	50
提言3：地域の医療安全・感染対策や大災害時における危機管理に国立大学附属病院として積極的に参画する。	50
提言4：地域の活性化につながる仕組みづくりに教育・診療・研究を通じて貢献する。	51

5	国際化	52
	提言1：国内外の機関相互のネットワーク化や国際的医療ネットワークの拠点整備を進め、世界をリードする医療を構築する。	53
	提言2：国際的な人材の育成と国際人事交流を推進する。	54
	提言3：国際医療情報発信センターを設置する。	55
	提言4：先端的な医療の導入を促進するとともに、我が国発の高度先進医療の国際競争力を強化する。	56
6	運営（財務・経営，人事労務）	57
	提言1：国立大学附属病院としてのガバナンスを確立する。	64
	提言2：将来における国立大学附属病院の発展を見据えた中長期的な財政計画の立案・実行を可能とする制度を確立する。	64
	提言3：病院独自財源による雇用職員の待遇や権限を承継職員と同等とする運用を統一する。	65
	提言4：国民のニーズにこたえる全人的な医療の実践のために、医療にかかわる職員の人事労務に関する新しいモデルを国立大学附属病院が率先して提案する。	65
	提言5：世界と対等に競争するための、国立大学附属病院のネットワーク化を進める。	66
	提言6：国立大学病院データベースセンターの機能をシンクタンク的に充実・発展させる。	66
	提言7：国立大学附属病院長会議事務局機能を強化・拡充する。	66
	おわりに	68
	要旨	75
	Evidence 集	85
	索引	158

別冊

国立大学附属病院の今後のあるべき姿を求めて（歯学部附属病院等編）

「国立大学附属病院の今後のあるべき姿を求めて」のポイント

「国立大学附属病院の今後のありべき姿を求めて」のポイント

国立大学附属病院の果たしてきた役割

- 国立大学附属病院は、医学部・医科大学とともに整備が進み、現在全国で42の国立大学に設置。
- 教育（医療人材の養成）、診療（高度医療の提供、地域への人材供給）、研究（診断・治療法の研究・開発）を通じて、我が国の経済・社会の発展や、安心・安全な国民生活の実現に貢献。
- 他病院では対応が困難な難治性疾患や、がん・周産期・臓器移植等の社会的要請の強い課題に積極的に対応し、社会に貢献。

国立大学附属病院が直面する課題

新たな臨床研修制度導入（若手医師の流動化）

国立大学の法人化（経営圧力の増加）

「医療の質」への期待（大学病院標準）

グローバル化の加速（国際競争の激化）

医師不足・過重労働
地域医療崩壊の危機
万全でない医療
安全・感染対策
国際競争力の低下
不合理な
管理運営体制
脆弱な研究開発
基盤

現状と課題

国立大学附属病院の将来像

教育

専門医、総合医の育成コースを病院間のネットワークを通じて提供するなど、医師の生涯にわたるキャリア形成を支援。

診療

指標による質の管理、基盤部門の整備、診療科の再編等を通じて、安心・安全で質の高い医療、最先端の医療を提供。

研究

ライフバージョンの担い手として、研究環境・基盤の整備・充実を進め、臨床研究を推進し、先端医療開発を牽引。

地域貢献・社会貢献

地域医療の中核機関として、循環型の医師派遣システムの構築等を通じて、地域医療の水準向上。

国際化

医療ネットワークの構築や、外国との人事交流を推進するとともに、我が国の優れた医療情報を世界に向けて発信。

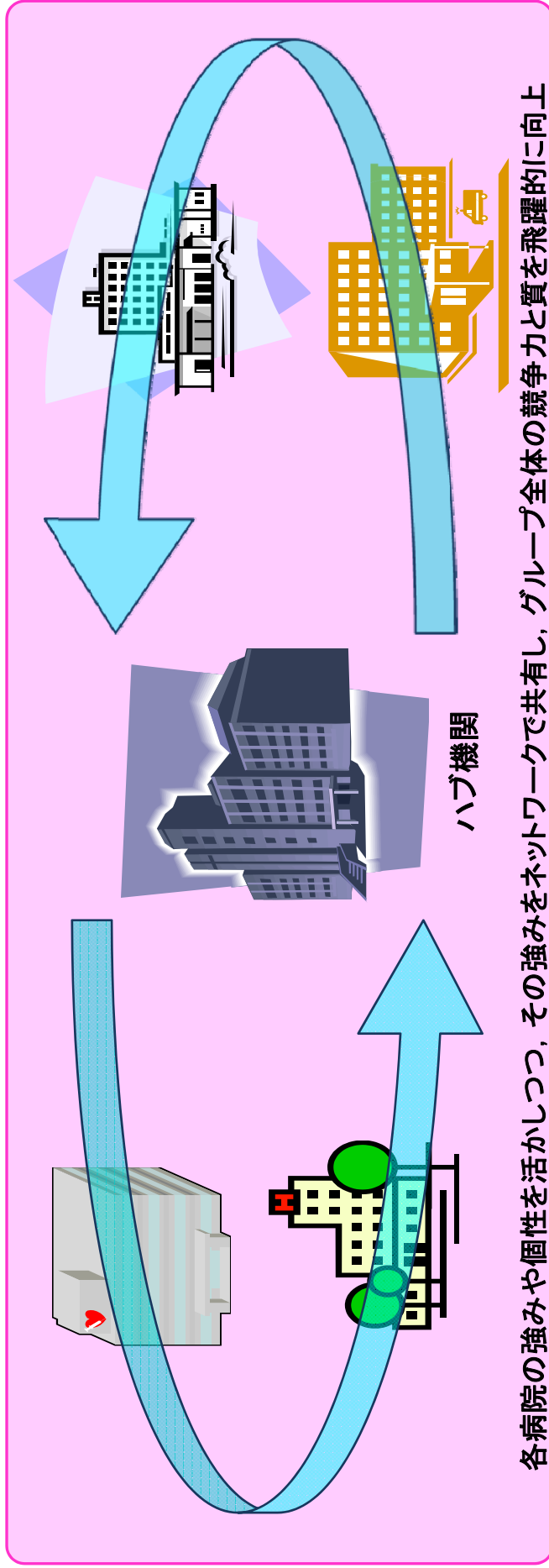
運営

病院としての社会的な役割を果たすため、ガバナンスの確立や、財政・人事制度の改革、病院間連携等を推進。

各課題に共通する問題解決策の1つとして、各病院の強みを活用したネットワーク化を推進(次頁)。

世界をリードする国立大学附属病院を目指して ～拠点化とネットワーク化による競争力強化～

- ◆ 我が国の医療水準及び医療の国際競争力を維持・発展させていくためには、国立大学附属病院が連携してネットワークを形成し、一体となって対応していくことが必要。
- ◆ 国立大学附属病院のネットワーク化は、国立大学附属病院全体のパワーアップにつながり、メディカルイノベーションの推進という我が国における重要政策の中で、地域の経済・産業の振興に大きく貢献。



(主なネットワークの例)

- ・ 専門研修プログラムの実施による高度医療人材の育成
- ・ レギュラトリ・サイエンス部門など先端医療を支える基盤の共有
- ・ 患者情報をネットワーク内で共有し、共通の医療サービスを提供
- ・ 各病院の強みを結集した国際的な先端研究開発拠点の形成
- ・ 医療安全、感染対策等の相互評価による医療の質の向上

教育1 国立大学附属病院における教育分野のミッションと現状

国立大学附属病院のミッション【教育】

- 日本の臨床教育の進歩を牽引
- 臨床医のリサーチマインドの涵養

- 日本の将来を展望した医療人材の育成
- 多様なキャリアデザインの構築と推進

現状

- 過度の専門化による研修ニーズとのかい離
- 医局に依存したキャリア形成支援の限界
- 学術研鑽の場（医局）の崩壊

- 医師の地域間・診療科間偏在の拡大
- 過酷な労働条件がもたらす研修環境の悪化
- 医療専門職育成方針が不明確

結果

- 研修医の国立大学附属病院離れ
- 医局制度崩壊後のキャリア形成支援システム, リサーチマインド涵養の環境が未整備
- 地域における医師不足, 安心・安全な医療体制への影響
- チーム医療の視点からの多様な専門職育成プログラム整備が不十分

我が国の医療, 特に地域医療を担う人材の養成機能が危機的状况に

国立大学附属病院の教育機能の強化が急務

教育2 国立大学附属病院の教育機能強化のための提言



診療1 国立大学附属病院の診療分野のミッションと現状

国立大学附属病院のミッション【診療】

- 日本と世界の医療イノベーションを牽引
- 日本の優れた医療を世界に発信

- 高度で質が高く、安全な医療の提供
- 科学的・客観的な診療評価の実施と公表

現状

- 医療の質と安全性を示す指標の妥当性の検証とこれらを継続的にブラッシュアップ及び公表する体制が不十分である
- ミッションを達成するための基盤部門の整備が不十分

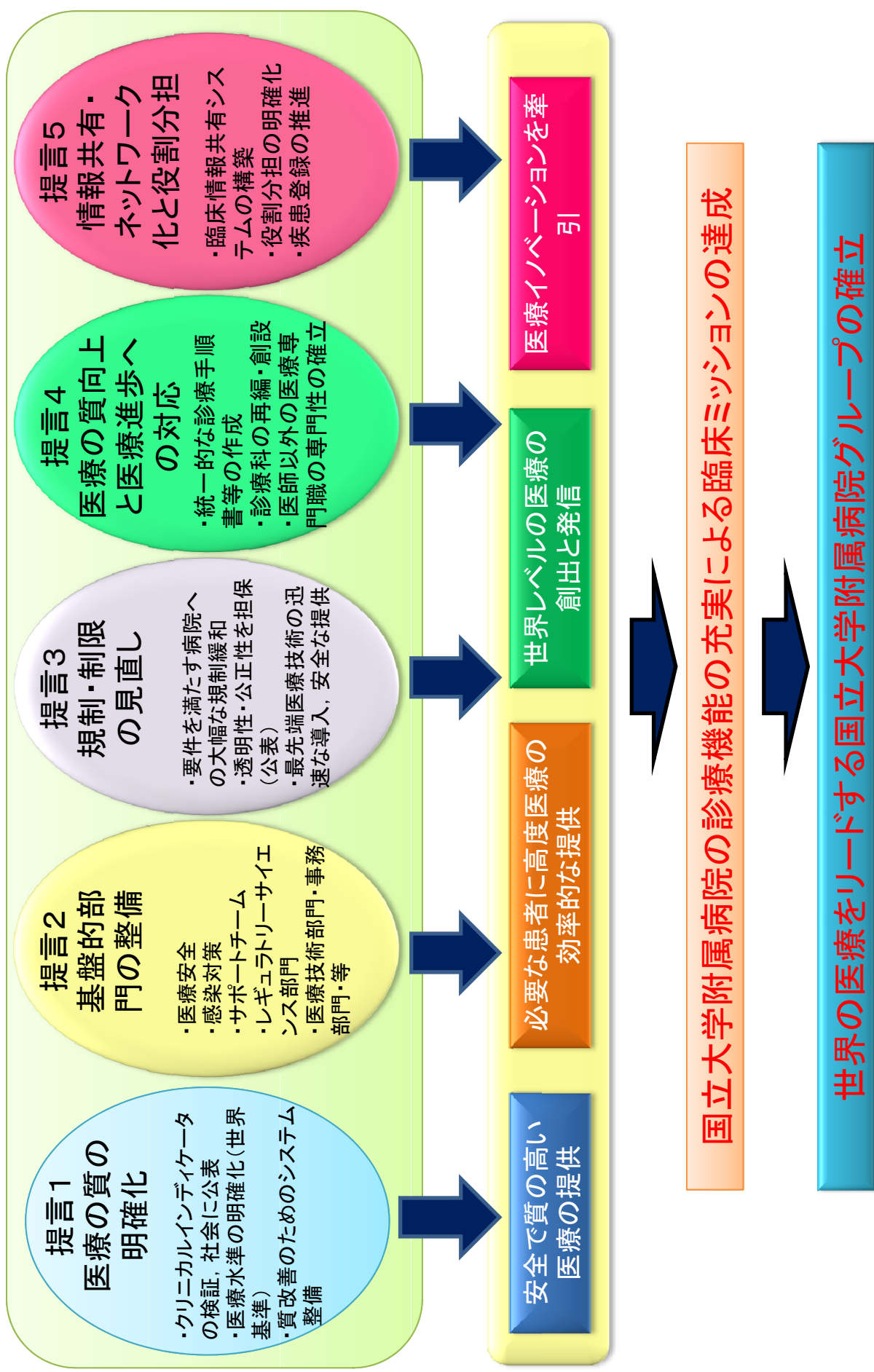
- 基盤整備・高度医療の実施・導入に当たり各種規制・制約により柔軟かつ迅速な対応が困難である
- 情報共有など病院間の連携が不十分

結果

- 国立大学附属病院の改革が、外部規制等により個々の病院内部にとどまり、国立大学附属病院としてのパワーが十分に発揮されていない
- 臨床面での国際的な競争力の低下が懸念される（医療の国際化に迅速に対応できていない＝医療の国内外格差）
- 医療イノベーションの推進のエンジンとして、パワー不足
- 高度で質が高く、安全な医療の提供に時間がかかる（スピード不足）

国立大学附属病院の診療機能の充実が急務

診療2 国立大学附属病院の診療機能強化のための提言



研究1 国立大学附属病院における研究分野のミッションと現状

国立大学附属病院のミッション【研究】

- 日本と世界の次世代医療開発を牽引
- 開発のためのネットワーク形成と役割分担
- 基盤部門の整備と充実
- 研究マインド向上のためのシステム構築

国立大学附属病院の現状



国立大学附属病院の

診療を行う研究者(Physician Scientist)の疲弊

その結果、我が国は・・・

医療関連産業の国際競争力低下

臨床研究の質・量の低下

質の高い臨床研究や先端医療を牽引してきた
国立大学附属病院の研究機能の強化が急務

研究2 国立大学附属病院の研究機能強化のための提言

○国立大学附属病院の研究機能強化のための5つの提言



優秀なPhysician Scientist
の増加

各大学の個性を活かした国際競争力の
向上・地域格差の減少

先端医療の安定的な開発

国、社会への理解の促進
国を挙げての支援体制の構築

臨床研究の質・量の向上

国立大学附属病院の研究機能の強化

地域貢献・社会貢献1

国立大学附属病院の地域貢献・社会貢献のミッションと現状

国立大学附属病院のミッション【地域貢献・社会貢献】

- 地域医療のハブ機関として医師を供給
- 長期的視野から地域医療の再構築支援

- 研究開発・事業化を通じた地域の活性化
- シームレスな地域医療ネットワークの構築

現状

- 疾病構造, 人口動態の変化
- 新臨床研修制度の導入
- 大学間, 地域間の機能的連携が不十分

- 地域医療行政への参画が不十分
- 医療安全・感染対策等の成果が未還元
- 医療情報のデータベース化が進んでいない

結果

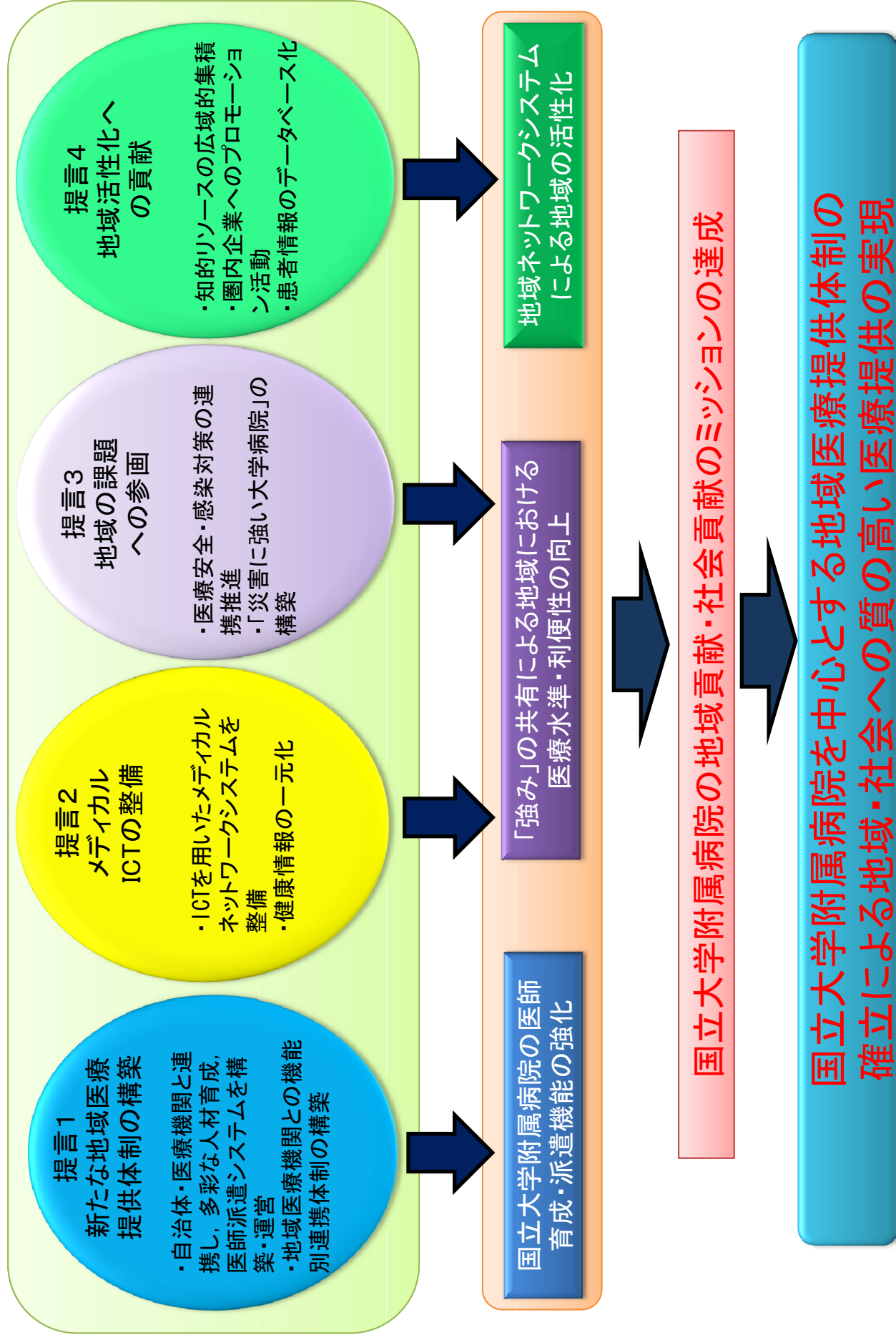
- 国立大学附属病院に定着する医師の減少による地域への医師派遣機能の崩壊
- 大学間を越えた専門職医療人育成プログラムの整備・実施が不十分
- 地域医療に必要な医師の育成と配置に対する地域間連携体制が未整備
- 地域における新たな医療提供システムが未構築

国立大学附属病院の地域貢献機能の低下と地域における医療崩壊の危機

国立大学附属病院を中心とする地域・社会への
新たな医療提供システムの構築が急務

地域貢献・社会貢献2

国立大学附属病院の地域貢献・社会貢献強化のための提言



国際化1 国立大学附属病院の国際化のミッションと現状

国立大学附属病院のミッション【国際化】

- 国際競争力の獲得
- 国際医療人材の育成

- 国際的なリーダーシップの発揮
- 我が国の優れた医療を世界へ発信

現状

- 国際水準の医療の構築が不十分
- 国際交流が可能なスタッフ育成が不十分
- 臨床研究・国際共同治験が伸び悩み

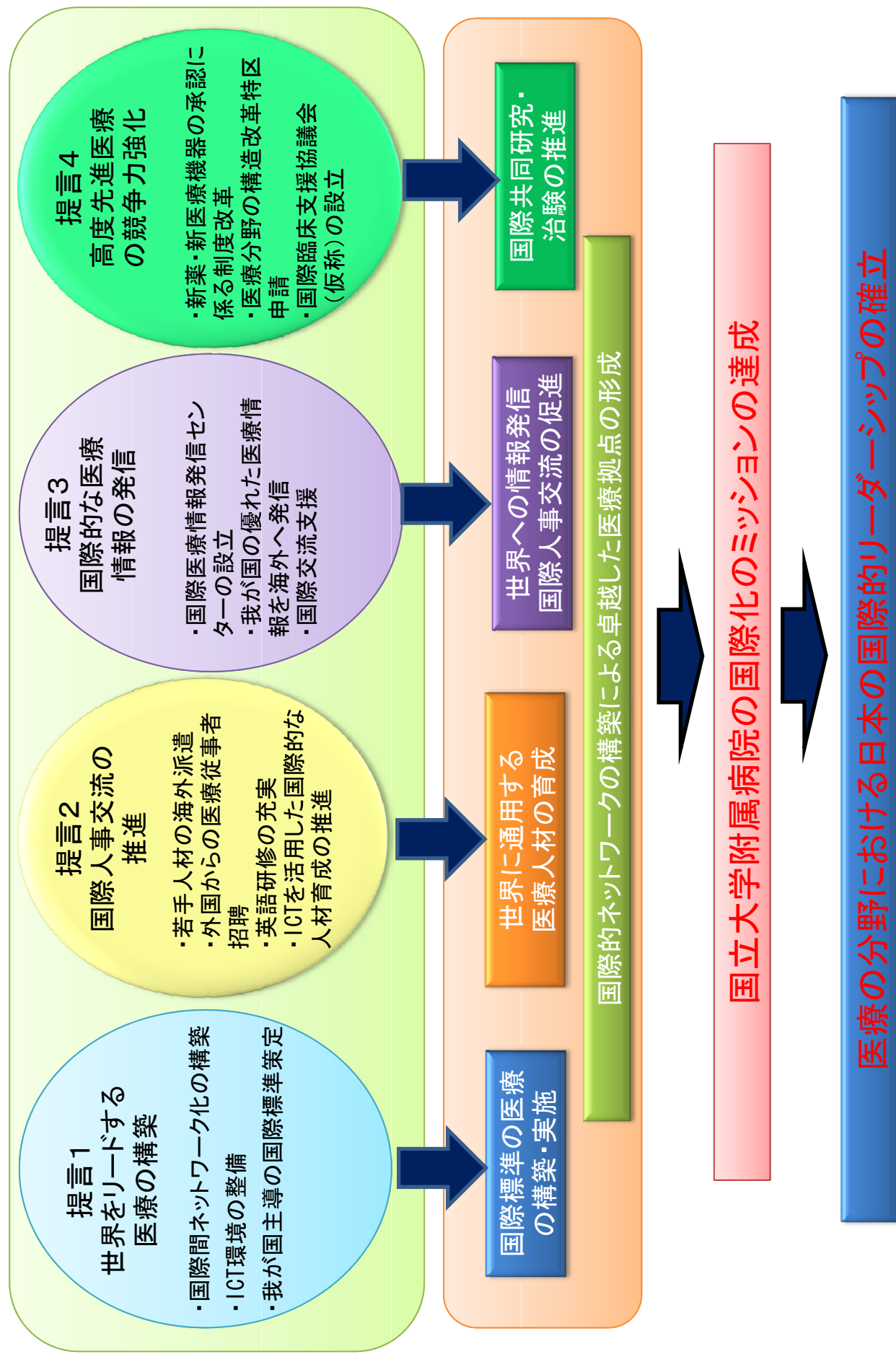
- 我が国の優れた医療の発信が不足
- 国際的なネットワーク形成が不十分

結果

医療・臨床研究・治験・技術開発などで、国際的な
リーダーシップが取れない状態

我が国医療の国際化において重要な役割を担う
国立大学附属病院の国際化の推進が急務

国際化2 国立大学附属病院の国際化推進のための提言



運営1 国立大学附属病院における運営の現状と課題

国立大学附属病院の運営上の目標

- 長期的視点に立った経営計画の策定
- 優れた人材確保の人事労務戦略の確立

- 独自性ある病院マネジメントの確立
- 国立大学附属病院システムの構築

現状

- 本部との関係で経営上の自律性が不十分
- 長期的な財務計画の立案が困難
- 承継職員と病院雇用職員との格差の存在
- 全国統一の人事労務基準構築の遅延

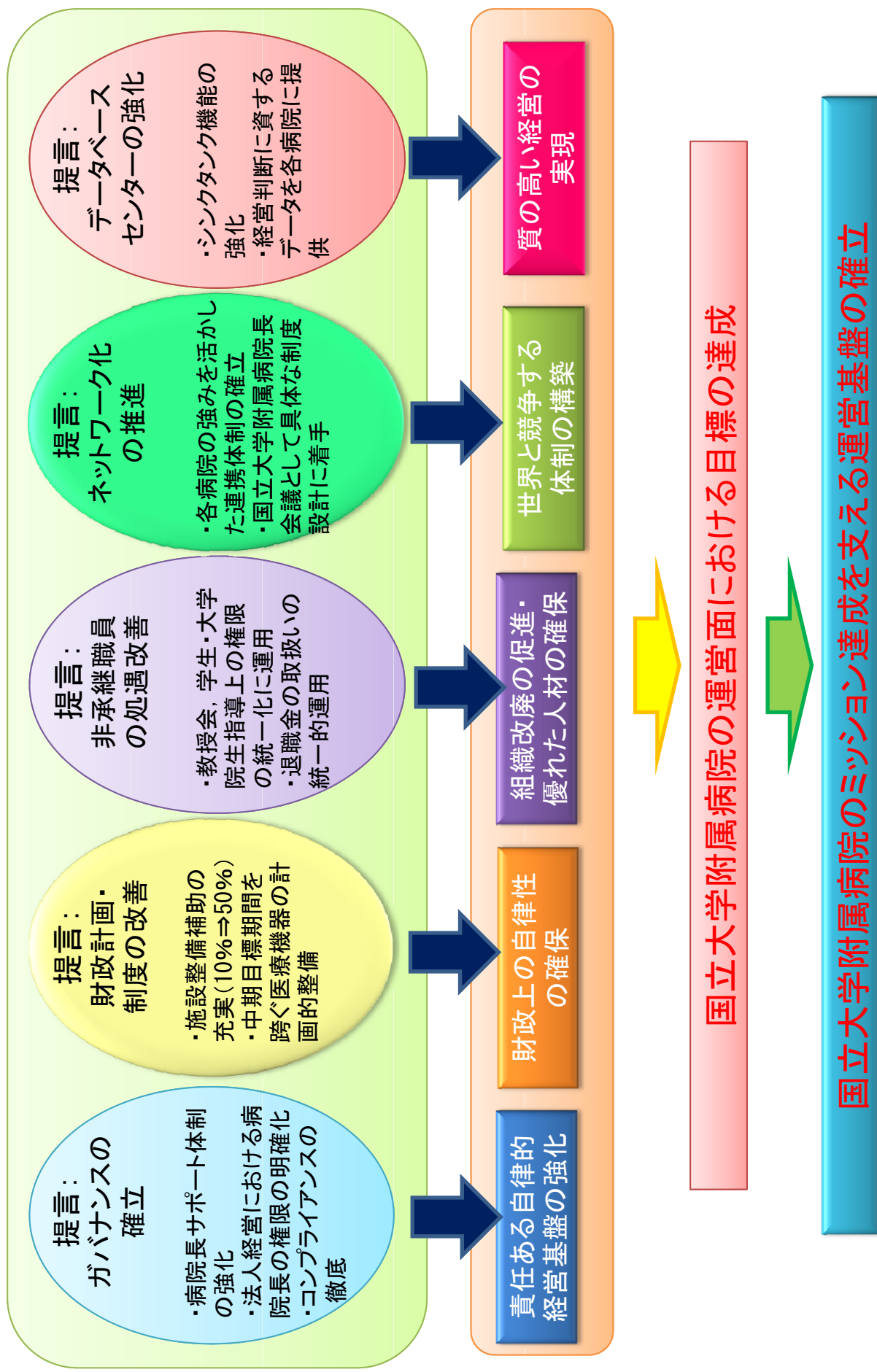
- 病院経営の専門人材が慢性的に不足
- 病院間の情報共有・活用が不十分
- 役割分担と連携の在り方が不明確

結果

国立大学附属病院のミッションを高いレベルで達成
することが困難な状況であり、今後の見通しも不透明

国立大学附属病院のミッションを達成するために、
財務・経営・管理運営体制の整備・充実が急務

運営2 国立大学附属病院の運営体制強化のための提言



はじめに

近年我が国における医学・医療を取り巻く環境は大きく変化しており、優れた医療人材の養成や安心・安全で高度な医療の提供が急務の課題となっている。このため、我が国の医学教育、大学病院に関する諸団体（全国医学部長病院長会議、国立大学医学部長会議、国立大学附属病院長会議）では、それぞれが抱える課題とその改革方策について検討を重ね、全体として体系的かつ統一的な枠組みの下で、広く社会に対し公表することとした。

国立大学附属病院長会議では、全国医学部長病院長会議が示した国公立大学全体に係るグランドデザインの枠組みの中で、国立大学附属病院に特化した課題と展望に関し取りまとめを行った。

国立大学附属病院は、平成16年度から施行された国立大学の法人化と同時期に施行された新医師臨床研修制度の導入により、臨床、教育、研究は勿論のこと、財務・経営・人事・労務管理などの面で大きな影響を受け、その後今日に至るまで各大学の実情に応じて様々な改革がそれぞれの病院で試みられてきている。

国立大学附属病院の使命は「教育」、「診療」、「研究」の3本柱であると永く言われてきたが、昨今の我が国における医療構造の変化や急速に台頭してきている近隣諸国の医療環境を鑑みた場合、この3本柱だけでは国民の期待に応え得ない現状がある。また、世界と我が国の医療を俯瞰する中で、国立大学附属病院が達成すべき「質」のレベルを設定する必要がある。

国立大学附属病院長会議では、このような社会情勢や医療構造の変化の中、国立大学附属病院について、法人化以降の現状と課題の解析と問題点の整理を行い、新しい国立大学附属病院の姿を提示することが、国民から理解と信頼を得るとともに我が国の医療をより良くするために不可欠であると考え、国立大学附属病院の今後のあるべき姿を示した将来像（以下「課題と展望」という。）をまとめるに至った。

今回、国立大学附属病院の使命を、教育、診療、研究、地域貢献・社会貢献及び国際化の5本柱として新たに掲げ、各病院の歴史的背景や地域特性を考慮した上で、各々の自主性と特色を活かした将来像を提示することとした。また、個々の国立大学附属病院の特性を十二分に活かしながら地域連携やネットワーク化を進めて5つのミッションを高いレベルで達成していくことも必要である。国立大学附属病院

全体として目指すものは共通であり、各国立大学附属病院はそれぞれ5本柱の使命を整理して柱の太さや形を変えることで各々の国立大学附属病院の特色が見えてくるとともに、地域医療の中核的機関としての存在の重要性が国民に理解されるものとする。

また、この「課題と展望」の作成作業の経過中に東日本大震災が発生し、大地震とそれに関連した未曾有の大津波及び原発事故により、多くの方々が被災をされ犠牲になられた。国立大学附属病院長会議としては、被災地域に対する積極的な医療支援も含め大災害発生時に国立大学附属病院に求められる役割について検討すべきであることを指摘した。

なお、この「課題と展望」は、我が国全体の医学教育及び附属病院に関するブランドデザインの枠組みの下で、国立大学附属病院の10～20年後の将来像を見据えて作成するものであるが、国立大学附属病院長会議としては初めての試みであり、今後の政治や社会情勢及び医療構造の変化に伴って、不断に見直しを図っていくものとしている。

最後に、この「課題と展望」が、国民や社会・行政及び各国立大学法人本部や関係諸機関等の政策等立案の一助となり、かつ全国医学部長病院長会議の下にある国公私立大学附属病院関係者及びその他の医療機関、医療従事者に対してはこれまで以上の密接な連携の助けになり、我が国の医療が真に充実したものになることを切に願うものである。

平成24年3月

国立大学附属病院長会議

I 国立大学附属病院の現状

- 1 国立大学附属病院の沿革及び果たしてきた役割
- 2 国立大学附属病院を取り巻く環境の変化と現状
- 3 国立大学附属病院の将来像

I 国立大学附属病院の現状

1 国立大学附属病院の沿革及び果たしてきた役割

国立大学附属病院は、その沿革は様々であるが、藩校や私塾による医学所などに端を発し、戦前期における帝国大学、官立医科大学などの高等教育機関の整備と併せて附属施設として整備が進んだ。その後、戦後の学制改革時における旧制医学専門学校の新制大学への移行に伴い、また1970年代における無医大空白県の解消に向けた新設医科大学の設置などを経て、国立大学附属病院の量的な拡大が進み、平成23年度現在で、全国42の国立大学に附属病院が置かれるに至っている。

この間、国立大学附属病院は、「教育」、「診療」及び「研究」の3つを使命とし、高度な医療の提供・開発及び研修の実践に当たる中核的な医療機関として先端医療や地域医療において重要な役割を担ってきた。教育面では、医学部・歯学部学生の臨床教育のみならず、卒業後の初期・専門研修等を通じて、医師・歯科医師のみならず看護師、薬剤師等多岐にわたる医療従事者を養成する機関として重要な役割を果たしてきた。診療面では、高度な医療の提供、地域医療機関への医師の供給等を通じて他の病院や研究機関では対応が困難な課題に取り組み、地域の中核的な高度医療機関としての確固たる位置を確保してきた。研究面では、がんや難治性疾患の克服を目指して新しい診断・治療法の研究・開発を行う中核的な機関として活動してきた。これらの実績を積み重ねた結果、国立大学附属病院は我が国経済・社会の発展や、安心・安全な国民生活の実現に貢献してきた。

特に、我が国の死亡率第1位の疾患であるがんに対しては、国立大学附属病院は、放射線療法や化学療法など複数の治療を組み合わせた高度ながん治療を行っているが、がん患者が持つ様々な合併症に対応できる多様な専門医によるサポートが可能な医療機関として、習熟した医師・歯科医師及び医療技術者の参画により高度ながん医療を推進している。

また、国立大学附属病院は、地域における深刻な医師不足の中で、我が国の周産期医療体制の強化や、周産期医療に関する人材養成の強化に積極的に取り組んでいる。

平成5年には、高度な医療の提供・開発や研修の実践を担う「特定機能病院」が制度化され、平成23年6月現在で国公立を合わせた大学病院がその95%以上を占めている。

2 国立大学附属病院を取り巻く環境の変化と現状

(1) 2つの制度改革

このように、創設以来我が国の医療をリードする中核的な機関として重要な役割を担ってきた国立大学附属病院だが、平成16年度に行われた2つの制度改革により大きな影響を受け、重大な岐路に直面している。

第一は、平成16年度に行われた国立大学の法人化である。法人化は、病院経営の裁量権の拡大をもたらし、より実際に即した病院運営を可能とする一方、国からの運営費交付金が減額される中で、収益性の確保が強く問われるようになり、各国立大学附属病院は独自の経営責任を負うこととなった。各国立大学附属病院では入院稼働率の向上や手術件数の増加等による収入の増加がある一方、老朽設備の更新や必要経費の上昇、法人化以前に病棟の建替等に要した借入金の償還のため、各年度の現金の収支を示すキャッシュフローが赤字となる国立大学附属病院も現れてきている。

また、人事労務面においても、法人化以前であれば難しかった人員配置の自由度が増した一方、厳しい財政事情の中で、限られた人員による高度な医療提供の継続は、医師等の慢性的な過重労働をもたらしている。国の総人件費改革に端を発する人件費抑制の中で、民間病院との給与格差の問題や、専門知識を要する常勤職員が不足するなど、人事・労務上の戦略を再考することが求められている。

第二は、同じく平成16年度に始まった新たな医師臨床研修制度である。研修医が医学部卒業後に多くの診療科を幅広く学べるよう卒後初期臨床研修が必修化されたこと、研修病院決定に係る全国マッチングシステムが導入されたことにより、研修医が出身大学の附属病院に関わりなく、自らの意思で研修先の病院を選択することが可能となった。このため、それまで卒後研修医を確保し、地域への医師配置を中心的に担ってきた国立大学附属病院の医局による人材派遣システムは弱体化し、その結果若手医師の地域間偏在や診療科間偏在が生じ、地域における医師不足の大きな要因となっている。

医師不足の背景としては、これまで続いてきた国の医師抑制政策があり、OECD平均を大きく下回る我が国の医師不足が、大学・医局の影響が薄れると同時に表面化したという事情がある。勤務医不足は、地方の多くの中小病院を機能不全に陥れ、患者の受け入れが困難になるなど、地域医療は崩壊の危機に直面している。

また一方で、臨床研修修了後の若手医師の臨床志向・専門医志向が強まった結果、研究者を志す大学院入学者が減少し、高度な医療研究を担う研究人員の不足

が顕在化してきていることも、我が国の医学研究力の低下という観点から見て、重要な問題である。

(2) 地域医療の拠点として

上記2つの事情により、国立大学附属病院は厳しい環境下に置かれることとなったが、我が国においては国立大学附属病院こそが地域医療人材の養成を担う中核であることも事実であり、現在も依然として各地域における医師派遣機能の中心的な役割を担っている。

国立大学附属病院は、地域における教育病院として、医師・歯科医師だけではなく、看護師や薬剤師、その他の幅広い医療専門職についても生涯教育を担うという大きな役割を果たしている。国立大学附属病院の教育機関としての重要性は、医療職の育成にあたって卒前・卒後を一貫した教育の必要性が認識されていること、それを保障する人的・物的環境が必要であること、からも明らかである。

我が国がこれまで全国的に高い医療水準を維持できているのは、国公私立の別を超えて大学病院が優秀な医師・歯科医師を育成し、継続的に地域へ輩出してきたことが大きく寄与している。特に国立大学附属病院にあつては、優れた地域医療人の養成とともに研究マインドを持った医療人の養成は重要な課題となっている。また、国立大学附属病院は、地域に対する医療人材の供給や、行政との連携による地域医療政策の立案・実行に対する貢献に加え、地域の実情に合わせ、地域医療の拠点として地域医療の再生に積極的な役割を果たしていくことも、国民や社会から期待されている。

さらに、医療安全・院内感染・医療倫理・臨床教育など医療の基盤的な面においてこれまで国立大学附属病院全体で取り組んできた成果を活かして、地域の医療機関に対する普及啓発及び教育活動や緊急時の対応を行うなど、さまざまな側面から社会の安全と安心を支えてきたが、今後の国立大学附属病院のミッションを高いレベルで達成するためには、基盤的機能は十分であるとはいえず、格段の強化が求められる。

(3) 先進的かつ安全な医療の提供

国立大学附属病院は、高度で先進的な医療を積極的に展開し、医療全体の高度化を牽引していくとともに、安心・安全な医療の提供を通じて「医療の質」の規範を明示し、国民に対する情報公開や説明責任を果たしていくことが重要な責務となっている。その上で地域の実情に合わせた質の高い診療、難病の診断・治療、新たな疾患概念の形成、救急拠点・災害拠点としての活動、先端医療の研究・開

発や提供などに取り組むことが期待されている。

また、国立大学附属病院は、一般病院では治療が困難な症例を担当することが求められているが、それらの中には収益上不採算となる分野も多い。収益性を超えて高度で先進的な医療を支えようとする国立大学附属病院の取組は、公的なサポートなくして成り立たないものである。国立大学附属病院は、高度で先進的な医療の担い手として果たしてきた役割と意義、成果を広く国民や政府に積極的に訴えかけ、理解と支援を広げていく努力を継続的に行うことが必要となっている。

(4) 研究力の停滞とグローバル化

国立大学附属病院の診療の基盤には、高度な研究力があり、それはこれまで診療と研究の両方を担う Physician Scientist（診療を行う研究者）によって支えられてきた。しかし、国立大学の法人化や新臨床研修制度の導入、国の財政状況の悪化、地域や歴史的な背景に端を発する大学間格差という問題が大きくなる中で、研究マインドを持った若手医師が減少し、国立大学附属病院の医師・歯科医師が研究に従事できる時間も年々減少してきている。その結果、世界における臨床論文数の増加の流れに反して、国立大学発のものが多くを占める我が国の臨床論文数は増加が停止し、さらには減少に転じ始めている。

近年では、中国や韓国をはじめとする東アジア諸国の臨床研究能力が台頭してきており、我が国の医学研究を牽引する国立大学附属病院の研究力をいかにして維持・発展させていくのかが、我が国の中心的な政策課題であるメディカルイノベーション推進上の大きな課題となっている。また、欧米に比べ、我が国は基礎研究を臨床に応用し、先端医療を行うための体制が十分に整備されているとはいえない状況にある。世界的に進むエビデンスに基づいた標準医療（EBM：Evidence-based Medicine）の導入や個別化治療への流れにも早急に対応することが求められている。

国立大学附属病院は、グローバル化が加速する社会的な状況下において、国際標準の医療提供、国際共同研究の推進、国際的医療人の育成と輩出などに対し主体的かつ中核的な役割を果たしていくことが期待されている。しかしながら、医療の国際化については、グローバル競争が激化している中で、世界はおろかアジアにおいてさえも、先導的役割を失いつつあるのが実情である。

(5) 大災害時の国立大学附属病院の機能

我が国では定期的に大災害が勃発しており、阪神・淡路大震災以降でも、多くの大地震が経験されている。特に今回の東日本大震災は未曾有の被害を我が国にもたらした。震災直後の救助活動とそれに引き続く復旧・復興活動において、医療支援は不可欠な要素であり、国民の共有財産の医療機関である国立大学附属病院も役割を明確にして積極的かつ長期的な視野に立って活動を行う必要がある。現在も、地域ブロックごとに相互に国立大学附属病院を援助しあうシステムは作られてはいるものの、今回のような超大規模災害では、全国規模での連携が必要となる。また、国立大学附属病院が、国・自治体・他の医療組織と密接な連携体制を構築し、大学病院としての役割の明確化を図り、有効に貢献することが必要である。

この度の東日本大震災においては、各国立大学附属病院により医師等の派遣などの医療支援が積極的に行われているほか、国立大学附属病院と自治体が協力して被災県からの患者をトリアージして関連病院へ搬送することも行われた。こうした、大災害の発生時における国立大学附属病院の医療支援の在り方や方法等については、現在のところ十分な検証が行われているとはいえず、国立大学附属病院全体としての医療支援活動をシステム化するには至っていないのが実情である。国立大学附属病院としての災害支援の在り方については、継続的な支援活動の展開と、それらの検証活動を十分に行いつつ、改めて報告にまとめることとし、今回の提言では課題として指摘するにとどめることとする。

3 国立大学附属病院の将来像

国立大学附属病院は、国立大学の法人化や新たな臨床研修制度の導入といった制度改正や、それらがもたらした地域医療を取り巻く環境の変化、安心・安全かつ高度な医療に対する国民からの期待の高まり、国際的な競争環境の変化などの様々な課題に直面し、国立大学附属病院全体として、どのような将来像を描き、それによって社会にどのような価値を提供していくのか、改めて再構築することが問われている。

このため、これまで国立大学附属病院が果たしてきた、「教育」、「診療」、「研究」の3つの使命に加え、「地域貢献・社会貢献」と「国際化」を新たな使命として位置付け、それらの将来像の実現を可能とするための運営の在り方も含め、以下の各章において、1) 教育、2) 診療、3) 研究、4) 地域貢献・社会貢献、5) 国際化、6) 運営、のそれぞれのテーマについて、直面する課題の分析を通じて、10年から20年後を見据えた将来像について提言を行う。

II 国立大学附属病院の課題及び将来像(提言)

- 1 教育
- 2 診療
- 3 研究
- 4 地域貢献・社会貢献
- 5 国際化
- 6 運営（財務・経営, 人事労務）

Ⅱ 国立大学附属病院の課題及び将来像（提言）

1 教育

ここでは「国立大学附属病院を舞台とした臨床教育」という観点から、主に現在の我が国の卒後から生涯教育の現状を中心に国立大学附属病院の抱える課題を抽出し、その解決策を提言する。なお、国立大学医学部における卒前教育については、国立大学医学部長会議において課題と提言をまとめているので、併せてご参照願いたい。

（1）課題

1) 国立大学附属病院が育成すべき臨床医師像に関する課題

国立大学附属病院は、我が国の地域医療を支える人材を育成し、輩出してきたが、一方で、その育成システムが、いわゆる講座単位の医局制度に依存していたために、大学病院が行う高度で先進的な医療の担い手としての人材育成が医局ごとに進められ、地域ニーズに対応できる幅広い能力を有する医師の育成が損なわれ、その結果として、各地の地域医療計画と整合していないという根強い批判がある。さらに、医学部学生や研修医のニーズにも対応できなくなってきた結果、新たな臨床研修制度発足後の大学病院から市中病院への研修医の移動につながったともいえる。卒前教育との連動、シームレスな医師養成という観点から、国立大学附属病院には以下の課題が存在する。

① 高度先進医療に携わる専門医、幅広い基盤を持った専門医、総合医それぞれの育成における大学病院の関与と役割

医師としての基盤となる基本的臨床能力の習得という卒前教育の目標は、医学生を含めた関係者のほぼすべてに共有されているが、卒後臨床研修の目標とすべき医師像において、国立大学附属病院が示しているものと研修医の希望との間にギャップがある。幅広い基本的臨床能力とプライマリ・ケアに対応できる能力の習得を求めている多くの学生は、大学病院を先進的な医療を担う専門医の養成機関とみなし、初期臨床研修の場として敬遠している。初期臨床研修に関しては、臨床研修評価の受審などを積極的に進めつつ、臨床研修環境の改善に努め、地域の医療機関と密接な研修ネットワークを構築するとともに、その成果を広く広報することが必要である。

専門研修においても、極端に細分化された専門領域(サブスペシャリティー)に特化した研修が行われていないか、研修プログラムの検証が必要である。将来地域医療に携わる多くの若手医師には、いわゆる専門領域(内科、外科、小児科などのスペシャリティー)を網羅する程度の基盤は習得されるようなコースワークが提供されなければならない。

一方で、高度先進医療に携わる専門医の育成に関しては、これまでもそうであったように今後も国立大学附属病院が極めて重要な役割を果たしていくことは間違いない。各国立大学附属病院は現在この点で十分な役割を果たしているが、医療がより高度化、先進化する中で、限られた資源と経済的な制約を考えると、今後はより一層効率的で効果的な人材育成が我が国全体で求められているといえる。

また、総合医を「日常的に遭遇することの多い症候や疾病に幅広く対応できる医師(プライマリ・ケア医あるいは家庭医)」と「臓器別専門領域に特化しないで入院患者の診療を担当する医師(病院総合医あるいは総合内科医)」の双方を指すものと定義した上で、国立大学附属病院には診療科横断的に活動する総合医が相当数いることが望ましく、今後は大学関連施設と人事交流を図りながら、最も適正な方法で積極的に総合医育成を図っていくべきである。

以上のように、社会のあらゆるニーズに対応するために、いろいろなタイプの人材育成が求められている国立大学附属病院は、多様な研修プログラムを準備する必要があり、またそのプログラムの妥当性を地域社会の住民や研修を受ける医師の視点から常に検証し、各国立大学附属病院の理念や地域医療計画に整合するよう、地域の医療機関と密接に連携しながら進化させ、改善していくシステムを構築する必要がある。

② 多様で個別的なキャリア・デザイン支援

大学病院で研修を行う者が減っていく中で、いわゆる入局者の総数が全国的に減っている。従来の医局制度は、医局員が一体となって医学知識の習得や技能の向上といった研鑽に励むとともに、それぞれが医局の慣習に従うことを自明の理と捉える医師の世界特有の組織体である。それは結果として、地域医療を支えるシステムとして機能してきた。その一方で、個々の医局員の希望は考慮しながらも、大学医局が個々の医師の生涯キャリアに大きな影響を及ぼしてきたこれまでの在り方には、賛否両論がある。特に平成16年度から開始された新しい卒後臨床研修制度と全国マッチングシステムの導入は、医局制度の弱体化と研修医の流動化を一気に引き起こし、地域医療をはじめ我が国の医療シス

テムに大きな影響を与えることになった。今まさに従来の医局制度を中心とする若手医師のキャリア支援の在り方が問われている。しかしながら、現在のところ大学医局を越えるキャリア支援システムは実質的には存在していないことも事実であり、大学医局に代わる受け皿を準備しないままでの医局制度の崩壊は、地域医療をはじめとした医療分野での混乱を一層助長する可能性がある。

従って、国立大学附属病院の課題は、各地域の医療計画に沿った医師配置を崩壊させずに、一方で各医師の個別のキャリア・アップを保証するような、新たな大学診療科（医局）のキャリア支援体制を構築することであろう。

例えば、(i) 医師配置の仕組みの根幹は維持し（地域医療を守りながらキャリア・パスを登っていけるようなシステムの再構築、大学・医局のキャリア支援の在り方を進化させる）、(ii) より高い知識や技術を習得するための（研修を受ける者がモチベーションを持ち続けることができるような）キャリア・パスシステムを構築する、ことなどが考えられる。

③ 臨床医におけるリサーチ・マインドの涵養

従来の医局講座制による人材育成の優れた点は、臨床医の育成過程に近接して学術研鑽の場があったことである。臨床研究を担う人材育成の必要性はいうに及ばないが、科学的視点を持ち、知的好奇心が旺盛な臨床医は、地域においても望ましい存在である。

従って、どのような勤務形態であっても、臨床医がリサーチ・マインドを持ち続けることができるように考慮されたキャリア・パス（専門研修と臨床研究を両立させ得る社会人大学院制度など）や指導體制を提示していくことが国立大学附属病院の課題といえる。

2) 勤務医不足及び地域医療の危機の問題点と課題

我が国としても医師の絶対数を増加させるために、医学部の定員増を実施しているが、その効果が現れるまで、最低でも10年程度の時間を要する。従って、以下に述べるような現在の我が国の医療が抱える大きな課題に対して、国立大学附属病院はその解決のために積極的に取り組まなければならない。

① 医師の地域間偏在

全体的な医師不足という状況の中で、人口当たり、あるいは居住面積当たりの医師数に地域間偏在が生まれ、特に都市部と過疎地域との間でその較差は拡大している。平成16年度から導入された医師臨床研修制度と研修病院選択のた

めのマッチングシステムの結果、卒業生が都市部へ流出する地方国立大学附属病院では、地域への人材派遣機能が低下している。

国立大学附属病院は、行政や地域の医師会と連携して、我が国全体としてこの偏在の解消に大きな役割を果たさなければならない。

② 医師の診療科間偏在

医師総数が不足する中で、小児科、産婦人科、外科、麻酔科、救急科といった特定の診療科での医師不足が顕著となっている。これらの診療科では業務負担が相対的に大きく、専攻する若手医師の減少がそれを増悪し、さらに専攻者が減少するといった悪循環が形成されている。加えて、医療事故への不安もこれらの診療科における医師不足を助長している。その背景には、専攻診療科の選択が自由であるほか、専門医などの資格認定の在り方に問題があるとされている。各学会の運営に大きな責任を負う国立大学附属病院各診療科にその対応が求められているといえる。

③ 女性医師等に対する支援システムが未整備

女性医師の比率は益々増大しているが、もっとも働き盛りといえる30歳から40歳台に妊娠・出産・育児を経験し、それを機に第一線の医療現場から離れることが現場に大きな影響を与えている。女性としてのライフ・キャリアを全うしつつ、医師としての臨床能力が活用されるシステムの構築が求められている。なお、この問題は女性医師にとどまらず、育児休暇を取得する男性医師や、心身の不調により一時的に医療現場を離れることを余儀なくされた医師などを対象とした復職あるいは再就職支援、そのための再教育システムの構築が求められているといえる。

④ 新医師臨床研修制度の発足と医師不足の状況下での地域医療グランドデザイン策定の必要性

地域における勤務医不足による医療危機の原因は、研修制度のみではなく、様々な要因が挙げられている。勤務医の過酷な労働環境とそれに見合わない待遇がひとつの原因であり、大学・医局の医師派遣機能の低下と相俟って常勤医不足が常態化し、そのことは指導体制の不備となって研修医獲得に跳ね返ってくる。つまり、必要な研修医数が確保できていないのは、研修に適した環境が整備されていないことが原因である。従って、仮に初期研修医を強制的に医師不足地域に配置したとしても、研修指導体制が不十分なままでは、後期研修開

始時に他の医療機関に異動してしまうであろう。

初期研修医が獲得でき、かつその研修医の満足度が高いことは当該医療機関の医療の健全性を示すバロメーターでもある。各大学病院の各診療科，執行部及び職員が一体となって研修病院としての機能維持に努めなければならない。その上で，都道府県単位での医療供給体制のグランドデザイン策定に，各国立大学附属病院が積極的に貢献していくことが求められているといえる。

3) 医師以外の医療職の教育に関する課題

高齢社会の進行や，高度で複雑化する医療においては，医師のみならず看護師等の多様な専門職による医療連携が今後一層重要になる。国立大学附属病院では，高度な医療の研究・開発と，その提供はもとより，その実施を可能にする医師以外の医療スタッフの育成も重要なミッションである。看護師に関しては，すべての大学病院で既に1年間の卒後研修を実施中であるが，専門資格（専門看護師，認定看護師，各種学会認定資格，その他）の取得を支援する病院における教育システムの構築が早急に求められているところである。医師，看護師以外の専門職においても，国立大学附属病院としてどのような人材を育成するのか，これまで明確な方針を国立大学附属病院長会議では示してこなかった。一方で，以前から，国立大学附属病院薬剤部長会議，国立大学病院看護部長会議，全国国立大学法人病院診療支援部（技術部）会議等，全国的に協議が続けられているが，いずれも縦割りの会議であり，国立大学附属病院の人材育成方針に反映されてきたとはいえない。

国立大学附属病院として，どのような能力をもった医療職をどのようなプログラムで育成していくのか，また，チーム医療の視点からの多様な専門職の連携による教育の具体的な方針の策定が必要である。

(2) 将来像 (提言)

人材育成における国立大学附属病院の究極の使命は、「国民にとって最良で最善の医療を担う人材を育成すること」であり、それは「国民の健康に安心と安全を提供すること」である。その目的のために、国立大学附属病院は従来の人材育成システムを現代的課題に対応できるように改革し、関連医療施設とともに地域の医療計画に整合した人材育成と配置に貢献していく必要がある。

国立大学附属病院は、臨床現場でより良い医療を患者に提供するために持つべき知的好奇心や科学的論理性（リサーチ・マインド）を涵養し、生涯にわたる臨床能力向上のための教育を提供するためにも、これまで以上に人材育成システムの中心的役割を果たすべきである。

以下に現在の課題を解決するための提言を、医師のキャリアの時系列に沿って列記する。

提言 1：知識主体となっている卒前教育及び医師国家試験について医学部及び関係団体と連携し、臨床現場を重視したものに改革する。

現行の臨床実習の充実を阻んでいる要素に医師国家試験がある。試験が知識主体で、卒業後の臨床現場で直ちに必要とされる技能や態度を評価していない。さらに、卒業前年のほとんどを試験対策に充てて実習が形骸化している大学がある。この改善のために、全国医学部長病院長会議、国立大学医学部長会議と連携し、医学部卒業時点、臨床研修修了時点での到達目標を設定した上で、臨床実習の法的裏付け及びそれと整合する医師国家試験の在り方に関して提言を行っていく。

一方で、臨床実習をより診療参加型にするなど、これまで以上に充実したものにするために、国立大学附属病院は一層の卒前教育への貢献が求められている。そして、卒前教育の充実は、引き続き行われる卒後教育の充実をもたらすだけでなく、初期研修期間の前倒しにもつながるため、両者の一貫性、順次性を勘案した医師養成プログラムを構築することが重要であり、医学部と病院が一体となって、各人のキャリア・デザイン構築を支援していく必要がある。国立大学病院長会議としては、医師育成は国家及び社会の責務であるという認識に立ち、臨床教育に従事する教員が適切に配置されるよう、予算措置を求めていく。

提言 2：地域特性に根ざした医師臨床研修体制を構築し、各地域の地域医療再生計画と有機的に連携する。

医師養成には長い時間を要することから、少なくとも 20 年後における地域の人口及び年齢構成に配慮した各地域の医師の需要を考慮する必要がある。将来、それぞれの地域で必要とされる医師の育成を検討し、大学病院とその地域の研修病院が、各自治体と共同で臨床研修ネットワークを構築し、研修医にとって魅力ある研修を提供していく必要がある。このような臨床研修体制が実効性を持つためには、まず、そのネットワークの中心をなす国立大学附属病院の研修の質保証と社会に対する説明責任が必須であり、臨床研修に関する外部評価体制（国立大学附属病院間の相互評価を含む）を構築する必要がある。また、地域の関連施設（大学関連病院）と臨床研修ネットワークを構築する際には、その施設の研修環境や指導能力の向上のために国立大学附属病院は指導的役割を果たす。その上で、各地域医療再生計画に積極的にかかわるとともに、地域の行政や医療団体などと有機的に連携して地域ニーズに対応した医師配置への協力と中核機関としての高度な医療を提供していく。

提言 3：専門医の認定における質の確保に貢献するとともに、領域ごとの専門医数配分について、各学会の専門医認定システムに、同一の基準や観点から算出した地域ごと専門領域ごとの医師需要数を反映させる。

我が国における専門医が、国際基準に照らして専門医に必要とされる能力を獲得し、継続・発展させていくことが保証されることにより、我が国の医療の質が世界的に認証されることになる。即ち、学会が認定する専門医の質の保証のための教育及び評価システムが必要であり、国立大学附属病院はこのような観点から相互に連携して、指導体制の確立された専門医養成プログラムの積極的な開発と実践を通じて貢献する。

また、医師の診療科間偏在の背景には、特定診療科の業務負担とリスクによる敬遠がある。このことは一方で、相対的に業務負担が軽い診療科への人材の集中を意味している。現在の専門医認定システムには医師需給の観点はないが、未来社会のニーズに配慮し、各学会の運営に大きな影響力をもつ国立大学附属病院を含む大学病院の各診療科が横断的な連携を深めて、国における専門医の在り方に関する検討を踏まえ、各専門領域における専門医の質の確保や、専門医数及び配置を調整する仕組みの構築に積極的に関与していく。

提言 4：高度先進医療に携わる専門医，幅広い基盤を持った専門医，総合医のスペクトラムのうち，各国立大学附属病院が得意とするいくつかの医師育成コースを診療科別に提示する。その上で地域特性も考慮し，関連病院を含めた地域のネットワークと大学病院間の全国ネットワークを利用したキャリアコースを提示する。

国立大学附属病院は，それぞれがいくつかの使命を持っているが，その比重は病院ごとに少しずつ異なっている。それに対応し，育成するにふさわしい臨床医師像も異なってしかるべきである。専門研修のうち特に高度な医療に係る部分は，必要に応じて他の国立大学附属病院へその研修を委託する。こうして，地域ネットワークと全国ネットワークを利用した診療科ごとのキャリアコースを提示し，それを若手医師が選択できるシステムを構築すれば，各国立大学附属病院は人材の循環においてハブ的機能を有する病院に発展することになり，その結果，国立大学附属病院の魅力が若手医師に一段とアピールされるはずである。

そして，このようなコンセンサスを形成した上で，教育資源の集約化と共有化を展望していく。

提言 5：各国立大学附属病院は「キャリア形成支援センター（仮称）」を設置する。同センターは提言 4 で述べた若手医師個々のキャリア・デザインやその形成を支援し，地域の関連施設や大学病院間の連携調整機能を担う。

従来の医局講座制によるキャリア支援は現在もかなり有効な部分があり，直ちに解体するのは望ましくないが，昨今の入局忌避者の増加を見ると，従来の体制を補完するものが需要である。つまり，若手医師個々の志向性やニーズに配慮したキャリア支援やキャリア・デザイン支援体制が必要であろう。各診療科が主導し，調整機能が欠如していた国立大学附属病院における従来の人事交流の在り方を改革するためにも，病院長に直属するキャリア形成支援センター（仮称）が設置されることが望ましい。このセンターは非入局者を支援するとともに，専攻科の変更を希望する医師を支援するほか，永年地域医療に従事しているが，最新医療を学び直したい医師や，一旦離職した医師の再教育や生涯教育をも支援する。

提言 6：各国立大学附属病院は「総合臨床教育センター（仮称）」を設置して、あらゆる職種の卒前、卒後及び生涯教育・研修を一元的に管理する。

医師と同様に、医師以外の医療職についても、国立大学附属病院薬剤部長会議、国立大学病院看護部長会議、全国国立大学法人病院診療支援部（技術部）会議等と連携の上、国立大学附属病院の人材育成方針の明確化を図り、種々のキャリア・パスを作成するとともに、各職員のキャリア・デザイン支援体制を構築・強化することが必要である。職種ごとに行われ、病院自体は調整機能を有していなかった従来の人事交流の在り方を改革するためにも、すべての職種のキャリア形成支援が機能することが望ましい。ここでは一旦離職した医療職の再教育や生涯教育をも支援する。

そのため、各国立大学附属病院に病院長直属の総合臨床教育センター（仮称）を設置し、病院の持つ教育リソースを一元管理するとともに、職種ごとの教育・研修プログラムを把握し、共通カリキュラム（特に職種間で共通する研修事項や、職種間での連携が必要な項目について）の研修を企画立案し、実施する。この過程では、学部教育を担当する部門と連携し、各医療職の養成に一貫性を持たせる。病院長はこのセンターへの諮問を経て、病院として職員の教育・研修を支援するとともに、大学病院間あるいは関連病院との間で連携・協力を密にして、教育・研修水準の向上を図っていく。

提言 7：国立大学附属病院を基盤とする専門研修の過程から生まれた問題意識を研究に昇華させるように、大学院教育と密接に連携する。

臨床医のキャリア・アップには、専門医取得のみならず医学研究を目的とした大学院教育の充実が不可欠である。従って、臨床医の専門医取得の条件に大学院教育を含めた研究歴を取り入れることが望ましい。さらに、大学院教育が臨床医のキャリアアップにつながる「がんプロフェッショナル養成プラン」のような具体的なスキームが必要と思われる。また、診療科横断的な臨床研究大学院コースを開設するなど、臨床医が医学研究を実践できるように十分な処遇を用意するなどの施策が望まれる。

提言 8 : 医師やその他の医療職が働き続けられる、あるいはその再就職・復帰を支援するシステムを構築する。

離退職した女性医師，育児休暇を取得する男性医師，さらに，心身の不調により一時的に医療現場を離れることを余儀なくされた医師の支援と再教育を行うことは，人的資源の活用に不可欠である。国立大学附属病院の種々の教育資源は他の機関と比べても屈指であり，地域単位で連携を強めれば最強の医師支援体制が構築できるはずである。人事労務管理上の課題などもあるが，国立大学附属病院が一致して取り組んでモデルシステムを構築し，社会に発信していく。また，医師相互の情報交換も重要であり，国立大学附属病院間でも組織的に取り組むことが重要である。このように，離退職した女性医師や医療現場を離れた医師の復職あるいは再就職支援と，その再教育システムを構築していく。

また，提言 6 に掲げた総合臨床教育センター（仮称）を活用するなど，その他の医療職についても，再教育や生涯教育に取り組み，勤務継続と復帰を支援していく。

2 診 療

高度で先端的な診療を推進するとともに、地域医療の中核として国民に安心・安全な医療を提供していくため、診療において国立大学附属病院が直面する課題を踏まえ、それらに対する解決策について提言する。

(1) 課題

1) 国立大学附属病院が目指す医療の質の明確化の課題

国立大学附属病院が達成すべき医療の質に関する指標は、既に国立大学附属病院院長会議で作成され、個々の国立大学附属病院でのデータが蓄積されつつある。今後国立大学附属病院が特に高度医療の提供や、それに必要な研究・開発を通じて我が国の医療を牽引していくためには、臨床指標(クリニカルインディケータ)にとどまらず、医療の質全般に関する指標(クオリティインディケータ)を飛躍的に充実させ、データを収集してベンチマーキングと公表を行う必要がある。このことにより、個々の国立大学附属病院においては病院機能の更なる改善につながることを期待されるとともに、国立大学附属病院総体としては国民や社会からの理解を得ることにつながる。

2) 国立大学附属病院として必要な基盤部門整備の課題

国民の共有資産である国立大学附属病院は、地域医療においては一般の医療機関では対処できない困難な症例に対する中核機関として、最先端の教育・研究に裏打ちされた高度医療や先進医療の提供を通じて国立大学附属病院でなければできない医療・診療を提供してきており、また今後その機能の一層の強化が求められている。国立大学附属病院は、これまでも高度かつ安全な医療を提供するために、一般の病院に比べてはるかに多くのリソースを費やしてきている。

しかし、国立大学附属病院がミッションを高いレベルで実現しようとしたとき、備えておくべき基本的な能力(高度かつ安心・安全な医療を提供する能力=基盤)という点で、予算上の制約や人事労務上の縛りにより、未だ極めて不十分な状態にある。また、このような基盤部門の整備に関する情報は国民に対して十分に提示することができておらず、国民や社会の理解が必ずしも得られていない。

国立大学附属病院が達成すべき基盤部門の整備の基準を明確にし、高度かつ安全で質の高い医療の実現を目指すとともに、我が国の医療の質の向上を牽引すべきである。

3) 国立大学附属病院における先端医療を実施する際の種々の制約を克服するための課題

国立大学附属病院に国民や社会が求めるものは、診断困難な症例の診断、新たな疾患概念の形成、高度な医療技術を用いた先進的な医療の開発や実施であり、これらは国立大学附属病院のもっとも重要な使命の一つである。このようなミッションを達成するには、現実的には多くの規制や障害（保険診療の壁、混合診療の壁、薬事法の壁、など）が存在し、行く手を阻んでいる。

国立大学附属病院を含む大学病院（特定機能病院）が円滑にミッションを達成できるよう、具体的な規制や障害をクリアする方策を広く社会に提言して、政策として実行する道を模索する必要がある。

4) 患者本位の安心・安全で質の高い医療を実現するため、また医療の進歩に対応できる診療業務改善のための課題

国立大学附属病院は、職員数が2,000名を超えるものもあり、診療科も平均で30前後存在し、その他の部門や職種も多様である。このような大組織では、往々にして病院組織全体の目標や運営方針が徹底されず、診療科間、部門間、職種間で連携や統一の取れていない状態にあることが多い。患者の立場に立った安心・安全で質の高い医療を実現するためには、例えば、診療手順の作成と定期的な検証や改定を行うとともに、それに従って職種や診療科、部門を超えた連携がなされるような統一した業務手順書を作成する必要がある。また、近年医療の進歩によって新たな診療領域が出現しているが、他方では、診療科の再編成を困難にする硬直性が国立大学附属病院に存在していることは否定できない。この問題を解決するためには、診療科の統廃合あるいは新設を含む再編成が必要である。全ての病院にとって、多職種の共同作業である医療提供においては、職種間の作業内容の整理が必須であり、これらの整備により医療の質向上を図る必要がある。

5) 国立大学附属病院間において医療情報の共有を強化するための課題

国立大学附属病院間では、医療情報の共有が不十分であるためカルテの相互閲覧や、臨床機能評価データなどの共有及び相互比較ができていない。このため患者が病院間を移動すると不利益を被る可能性があることを否定できない。

さらには、国立大学附属病院は、難病などの多種類の希少性疾患を治療しているが、情報の共有がないため、疫学的データベースの構築ができていない。

医療の質を更に向上させるためには、これらの問題の解決が必要である。

(2) 将来像 (提言)

診療に関しては教育と同様、国立大学附属病院が地域社会における中核的病院としての使命を果たすための機能強化を目指す。国立大学附属病院が国民から信頼される医療・教育機関として継続的に発展を遂げ、地域医療での規範であり続けるために、次のような将来像を提言する。

提言 1：医療の質に関する指標（クオリティインディケータ）を設定し、ベンチマーキングを行いながら、社会に開示する。

国立大学附属病院は、特定機能病院として求められる診療機能に関するデータを、医療の質の指標（クオリティインディケータ）として設定してベンチマーキングを行うとともに、社会に公表して、自身の位置を明確にする。また、この指標は我が国の医療が目指す水準を示すとともに、国際的にも通用するものでなければならない。

クオリティインディケータ：医療の質を表すサロゲートマーカーであり、継続的に見直される必要があるが、現時点では医療安全の確保体制、院内感染防止体制、医療倫理審査体制、医療の質の持続的な向上のための体制、ICT（Information and Communication technology:情報通信技術）による医療情報管理、種々の臨床教育・研修体制、臨床研究推進体制等の整備に関する評価、困難症例、希少症例の治療内容評価など難治、進行例の治療実績、3次救急症例の引き受け実績などが含まれる。

ベンチマーキング：製品、サービス、プロセス、慣行を継続的に測定し、パフォーマンスの良い競合他社やその他の優良企業のパフォーマンスと比較すること。

提言 2：「基盤整備なくして高度医療なし」を掲げ、国立大学附属病院として求められる基盤部門の整備を十分に行う。

国立大学附属病院に求められる基盤部門として、医療安全の確保体制、院内感染防止体制、医療倫理審査体制、医療の質の持続的な向上のための体制、ICTによる医療情報管理、種々の臨床教育・研修体制、臨床研究推進体制、等々があり、多面的な整備が必要である。医療としては困難症例、希少症例の治療・治療法開発が期待されている。これらを系統的・持続的に達成するための戦略と具体的な方策が必要である。

具体的には、医療の質と安全管理分野、院内感染対策分野、臨床研究支援分野、

医療情報管理（メディカル ICT）分野，教育・研修推進分野，臨床倫理などにおいて，専任の専門職員を配置し，そのための部門を構築することが求められる。

「3 研究」の項で述べるように先端医療の研究・開発にはレギュラトリーサイエンス（規制科学）部門の充実も必要で，これも重要な基盤部門の整備として位置づけられる。

また，これらの基盤部門は互いに連携し合うことでより一層病院機能が強化されることから，病院長のリーダーシップのもとで，常に情報の共有と連携を行うという文化の醸成に努める必要がある。

レギュラトリーサイエンス：科学技術の成果を人と社会に役立てることを目的に，根拠に基づいた確かな予測，評価，判断を行い，科学技術の成果を人と社会との調和の上で最も望ましい姿に調整するための科学。

提言 3：高度で最先端の医療技術を速やかに提供できるよう規制の緩和を求める。一方，それらを安全に国民に提供できるような体制を整備する。

国立大学附属病院にとって，高度で最先端の医療技術の開発や早期の導入を行い，これを安全に患者に提供することは，最大の使命の一つである。

それを可能とするために，国立大学附属病院は，各種規制の緩和を求めるほか，情報収集，設備や機器導入の資金調達，関連する職員の教育・研修，安全に導入するための内規の作成（学会や企業などが公表している指針の順守も含む），など個別の病院が対応すべき課題を克服する必要がある。これらを実行してこそ治療を受ける国民に安心を提供できる。更には国立大学附属病院間あるいは他の先進的医療機関との間で情報共有と連携があれば，より一層迅速かつ安全で有効な導入が期待できることから，このような病院横断的な連絡協議会の設置とともに医療技術の教育センター，トレーニングセンターの設置を提言する。

提言 4：国立大学附属病院が患者本位の安心・安全で質の高い医療を提供するため，診療手順書の作成や改定，職種間・部門間・診療科間の連携を推進する。更には新しい医療領域に対応できる診療科の再編・創設を推進する。

国立大学附属病院では，その組織が大きく，歴史的な背景もあるため，診療科ごとに診療手順が異なる場合があり，複数診療科間に跨る場合にはベストの手順に統一されていないことがある。また職種間でも診療業務分担と責任が不明確な場面が数多くある。このような状況は一刻も早く改めなければならない。患者

本位の安心・安全で質の高い医療を提供するため、全病院を挙げて、診療手順書の作成・見直しを行うとともに、職種間、部門間、診療科間の壁をできるだけ低くするような連携の在り方と実施方策について、医療改善委員会（仮称）などを設置して持続的に医療内容の改善を行う。また、医学の進歩に伴った新しい医療領域の出現に対応した診療体制を構築できる可塑性を持つことは時代の要請である。これを実現するためには、国立大学附属病院の現在ある診療科を統合・再編成するか、あるいは必要に応じて創設する必要がある。このような再構築を可能とするためには、①病院長の確固たるガバナビリティの確立、②継続的な設備・医療機器の整備が必要である。後者は外部からの資金を必要とする場合もあるため、国立大学附属病院の再構築を可能とする支援を国に求める。また、職種間での作業内容を整理することは、医療の質向上が期待できるチーム医療を推進する基礎となることから、チーム医療の推進のための医師以外の医療職の専門性確立の必要性を提言する。これらのことは医療の質の更なる向上に必要不可欠である。

提言 5：国立大学附属病院間での医療情報の共有を図るための具体的な方策を検討する。

国立大学附属病院における様々な医療情報が全体として統合され、活用される環境が整えば、医療の質の向上につながるばかりでなく、臨床研究や教育、更には経営的な側面からも容易にデータマイニングとベンチマーキングが行える強力なツールになり得る。現在、国立大学附属病院長会議では国立大学病院データベースセンターで基本的な情報収集と活用を行って先進的な取組を実践しているが、将来的には臨床機能評価データの解析、診療機能の解析、病院資料電子データの解析、教育・研究マネジメントデータの解析を効率的に行っていくような ICT システムの構築が必要である。医療情報の共有は、患者個人の利益として還元されるだけでなく、研究、医療の質向上、ムダの削減など医療全体にも還元されるものであり、このようなシステムを構築することが必要である。

3 研究

我が国の医療関連産業が国際競争力を失いつつある状況に加えて、国立大学附属病院等の公的研究機関における臨床研究の質・量が低下し、国際シェアを急速に失いつつある状況は深刻な問題である。ライフイノベーションの推進のためにも、我が国の質の高い臨床研究や先端的医療を牽引してきた国立大学附属病院の研究機能の強化が急務である。国立大学附属病院が、高い研究力を背景に、我が国における臨床研究を推進し、医療の現場や産業界における開発を牽引した上で直面する課題と、その解決策について提言する。

(1) 課題

1) 医師の診療等の負担軽減と研究従事時間の確保に関する課題

国立大学法人化以降、国立大学附属病院の経営責任は法人（病院）に移り、以後今日に至るまで、診療内容の高度化、質の向上、並びに経営改善のために日常診療業務への資源の投入が重視された結果、医師であり研究者（Physician Scientist）である国立大学附属病院の医師の診療負担が格段に増し、一方で先端医療開発のための研究や臨床研究に費やす時間は大幅に制限されることになった。

これを克服するためには、医師数の増加、医師以外の職種の活用も含めた診療業務の改善、病院としての研究業務への直接支援等が必須である。

国立大学附属病院間で情報を共有するとともに、個々の国立大学附属病院でこれらの課題への対応策を戦略的に検討することが重要である。

2) 医師、特に若手医師に対する研究マインド向上のための課題

国立大学附属病院として、研究・開発が重要な使命であり、病院組織として、職員に直接・間接の支援策を持続的かつ戦略的に講じることが重要である。

特に、国立大学附属病院における研究活動は、研究マインドを有する優秀な臨床医の育成のためにも重要であり、若手の医師に対し、研究の魅力、必要性をどう認識させ動機付けを行うかが課題である。

3) 国立大学附属病院のネットワーク形成による先端医療の研究・開発のための人材と資金の効率的・効果的利用に関する課題

国立大学附属病院には、規模、地域性などにおいて差異が存在するため、全国統一規格での対処ができないという問題がある。また、先端医療開発には多くの人材や資金を要する。従って、個々の国立大学附属病院が先端医療開発の全過程を担当することは、困難であるばかりか非効率である。例えば、各大学に統計やデータマネジメントを行うようなレギュラトリーサイエンス部門を一様に作ることは、人材や資金の確保の点からみても効率が悪い。従って、一定の広がりをもった地域における国立大学附属病院間でのネットワークの構築と、その中における役割分担が必須であろう。昨今のアジア諸国におけるリーディングホスピタルの急速な台頭を考える際には、ネットワークとして国際競争に勝ち抜くという考え方が必要である。ネットワーク化は、ハード面、ソフト面など、様々な分野が候補となりうる。

個々の国立大学附属病院の特性を考慮しながら、有機的かつ機能的なネットワークを構築することが肝要である。

4) 先端医療の研究・開発に必要な基盤部門整備に関する課題

現在、先端医療に係る経費を長期的に支援する仕組みが不十分であり、我が国が政策として推し進めているライフイノベーションの重要な柱の一つである先端医療開発を、国を挙げて推進できる体制になっていない。特に国立大学附属病院はその中核的な医療機関であり、研究・開発の拠点でもあるが、先端医療に必要な多様な人材の確保、老朽化した施設の営繕や新しい施設の新築、あるいは設備の整備に必要な資金を長期的な視点で獲得するための展望が開けていない。

従って、この課題に対する制度設計が早急に求められるとともに、国や社会に対して、必要な支援に関する理解を求め、その政策化を実現させることが課題である。

5) 医療にかかわる研究・開発の現状と国立大学附属病院の果たすべき役割についての国や社会の理解促進に関する課題

医療にかかわる研究は、我が国のサイエンスの高度化、ひいては我が国の産業の高度化を支える上でも極めて重要であるが、国立大学附属病院が果たすべき大きな役割について、必ずしも、国や社会の理解が十分得られていたとはいえない。今後、情報発信や広報体制をどのように構築するかが課題である。

(2) 将来像 (提言)

提言 1 : 診療負担の軽減と研究・開発に費やす時間の確保に向け、環境を整備する。

研究・開発を重要な使命としている国立大学附属病院の医師数の不足を解消するとともに、看護師やその他の職員を増やし、その業務内容を拡大することにより、医師の周辺業務を軽減するほか、組織及び人員配置の見直しが必要である。我が国における国立大学附属病院の職員数は、同規模の欧米の病院と比較して圧倒的に少ない。ただ、現状では、職員数を増やすことは病院の経営努力の範囲内で行う必要がある。そのためには、各国立大学附属病院が一層の経営改善に努力することはいうまでもないが、教育・研究等の公的使命を果たすための経費についてまで、各国立大学附属病院の経営努力によるカバーを求めることは困難であり、適切な公的支援を確保することが不可欠である。例えば、教育研究経費として措置されている運営費交付金については、これ以上の削減を行うべきではなく、公的使命を有するが故に他の医療機関と比較し必然的に高額となる病院再開発費については、適切な公的支援が不可欠である。

提言 2 : 医師、特に若手医師に対する研究マインド向上のためのインセンティブシステムを確立する。

大学院生あるいは Physician Scientist の処遇の改善やキャリア・パスを確保するだけでなく、学会専門医取得の際に一定の研究歴を条件にする一方で、多様な大学院生を受け入れるなど、インセンティブの付与とモチベーションの向上につながるシステムを導入する。

提言 3 : 各国立大学附属病院の個性を生かしつつ国際的競争力のある病院とするために、地域ネットワーク化を推進するとともに役割分担を明確にする。

大学間の規模、地域性などの差異の問題については、大学の個性に応じた研究実施体制の構築や、大学の多様性を逆に利用した方策が重要である。例えば、複数の国立大学附属病院が互いの長所をさらに伸ばしつつ、相補的な協力関係を深めることにより、地域ネットワークを形成する。特に先端医療を支えるレギュラトリーサイエンス部門の充実にはネットワーク化が有効な方策である。既に、次代の革新的な医療を推進するためのトランスレーショナル・リサーチにおいて、

拠点形成が行われているが、今後さらに範囲を広げて活発に推進するための地域ネットワーク形成を通じ、全体として世界の中核的な医療機関に劣らない機能を整備し、ライフイノベーション政策に沿って社会と国民に貢献できる成果を挙げるようにする。ネットワーク化と役割分担のコンセプトを具体化することは、医師配置における地域間格差をなくす上でも有用であると考えられる。

提言 4 : 「基盤整備なくして先端医療開発なし」: 先端医療を行うための基盤を確立するため、研究費の安定的な確保に取り組む。

高度医療の提供、先端医療の研究・開発は一体のものであり、さらにも含めてこれらを推進することは国立大学附属病院の重要な使命である。これを可能にするのは国立大学附属病院の基盤的な機能の充実であり、例えば、臨床研究コーディネーター（CRC : Clinical Research Coordinator）や診療情報管理士といった専門職の配置による組織整備など、多様な部門の整備・充実が必須である。

一方で、基盤部門を整備し先端医療を開発・推進するためには、先端的な医療機器の導入が必要であるが、必ずしも診療報酬でカバーできるわけではないため、診療報酬でカバーできない先端医療開発にかかわる基盤部門の整備については、何らかの公的な支援が不可欠である。基礎的研究を臨床に応用し、先端医療を行うための体制を長期的な視点で確立するために、安定した研究費を確保できる制度設計が必要である。

提言 5 : 医療にかかわる研究・開発の現状と国立大学附属病院の果たすべき役割について国や社会に広く発信する。

ライフイノベーション政策にも見られるように医療にかかわる研究は、我が国のサイエンスの高度化、ひいては我が国の産業の高度化を支える上でも極めて重要である。そして、その機能の重要な部分を今後も国立大学附属病院が担い続ける。

国立大学附属病院が果たすべき役割について、世界の状況や我が国の現状を継続的に国や社会に広く発信していくことは極めて重要であり、国を挙げての支援体制の構築には不可欠の要素である。このため、広報体制・機能の強化による戦略的かつ機動的な情報発信が求められる。

4 地域貢献・社会貢献

国立大学附属病院は全国に設置されているが、その設置の背景や予算規模、地域事情、環境の違いから地域における役割は大きく異なっているのが現状である。従って地域貢献・社会貢献への期待も多様であるが、国立大学附属病院は今までそれぞれの地域医療状況を考慮して医療体制の維持と活性化に大きく貢献してきている。最近の疾病構造の変化や少子高齢化社会を背景に、今後は国立大学附属病院が一層の貢献を果たすため、長期的視野に立って地域や社会への貢献の現状と課題を明らかにし、将来に向けた提言を試みる。

(1) 課題

1) 診療面での地域貢献・社会貢献の課題

① 国立大学附属病院の地域貢献・社会貢献の多様性

一県一大学病院の地域では、自治体等との連携により、長期的視野に立った地域医療の再構築を支援するという使命があるが、具体的検討が未だ不十分であり、国民に広く認識されていない。他方、複数の大学病院が三次医療圏に配置されている場合、「がんプロフェッショナル養成プラン」等の取組はあるものの、地域貢献・社会貢献の目標と、それらを達成するための大学間を越えた専門職医療人育成プログラムの実施や、大学間の機能的連携や融合が不十分である。

各国立大学附属病院の地域性や得意分野を生かしながら、地域医療連携ネットワークを構築し、さらにその質を向上させて、地域貢献・社会貢献に取り組まなければならない。

② 長期的視野に立った地域医療の再生・再構築を含む地域医療グランドデザインづくりへの参画の課題

国の医療政策や医療統計の解析のみならず、地域ごとの医療政策や医療情報の解析などにも積極的に参画して、医療行政へ長期的視野からの積極的な提言を行うことが必要であるが、都道府県単位では不十分である。また、地域医療の再構築において必要な総合診療医の育成と配置を、地域医療機関と国立大学附属大学病院とがどのように連携し、関与していくかについての討議・検討が不十分である。

③ 地域医療における医療安全、感染対策、臨床研修など、医療の共通基盤領域における貢献の課題

国立大学附属病院長会議では、常置委員会の下に協議会を設置し、医療安全、感染対策、臨床研修などに取り組んで一定の成果を挙げているが、一方ではこのような成果は必ずしも地域の医療の現場に還元されていない。

④ 大災害時における国立大学附属病院の果たす役割に関する課題

国立大学附属病院では、防災対策や災害医療に関して、国・自治体・他の医療組織との間で継続的に協議を重ね、緊密な連携体制を構築しておくことが必要であるが、具体的検討が未だ不十分である。また、国立大学附属病院は、大規模災害が発生した際には、被災地域における医療支援の拠点としての役割を担うことが期待されており、「災害に強い国立大学附属病院」の構築が必要である。

2) 研究面での地域貢献・社会貢献の課題

① 地域における産業創出などを視野に置いた研究・開発の課題

国立大学附属病院における先端医療の開発研究活動は、地域社会に対して研究を通じての事業化への貢献という視点から、産官学連携による地域の活性化、大学附属病院主導のプロジェクト事業創生、大学附属病院がコミットメントした地域コンソーシアムの形成などが期待され、それらの推進が必要である。

② 医療情報の統合と管理に関する課題

電子カルテの共通化による患者情報の共有化で、シームレスな地域医療ネットワークの構築と、それによる病診連携及び専門医・専門職医療人養成プログラムの充実が期待されている。医療情報のデータベース化と管理・運用に関して、国立大学附属病院は、どのような方向性と責任を持って関与していくのか検討が不十分である。

(2) 将来像 (提言)

<診療面での地域貢献・社会貢献への提言>

国立大学附属病院は、国及び地域の医療水準を高めるハブの役割を担う医療機関であると同時に、医師を育成し供給してきた医療機関であるが、疾病構造の変化と、人口動態の急激な変化による少子高齢化社会への移行に対応して、新しい医療提供とシステムの構築が課題となっている。さらに新臨床研修制度により、国立大学附属病院に定着する医師数が減少し、今まで担ってきた地域医療状況に配慮した医師派遣機能が崩壊しつつあるといわれている。その中で、長期的視野からどのような地域貢献が望ましいのかを、現在模索している段階であり、今後は、地域への医師派遣は地域医療機関と連携して、卒後研修（前期・後期）から各分野別専門医研修を循環方式で達成できるネットワークづくりを行うことが望ましい。さらに、高度先進医療技術のトレーニングセンターを開設して、地域の専門職医療人の生涯研修の場として地域・社会に貢献することも重要となってくる。

提言 1：少子高齢化社会と疾病構造の変化に対応する長期的視野に立った新しい地域医療提供体制を推進する。

地域社会における疾病構造・人口構造の変化や医療財政等から判断される最適な医療提供体制をデザインする。そのためには、多彩な医療人育成プログラム並びに医師派遣の多彩な循環システムを自治体・地域医療機関と連携して地域の医療環境を考慮しながら構築し、運営する。

国立大学附属病院をも含めて地域医療機関との間で診療科の選択と集中による機能的融合と専門ごとの均てん化による新しい機能別連携体制を提言し、構築する。例えば、地域医療機関における診療科の専門ごとの均てん化により病院群を統括した広域メディカルセンター構想などを提言する。さらに地域における救急医療体制や周産期医療体制の充実を目指した救命救急センター構想や総合周産期母子医療センター構想にも、専門職医師・医療人の養成と派遣の両面から地域医療機関と連携して積極的に参画し支援する。

提言 2：メディカル ICT の充実による新しい医療提供体制を整備する。

地域医療を自治体・地域医療機関と連携して補完し、地域が必要とする医療提供のための多彩な人材を育成し、その活動を最大限に発揮させるために、ICT（情報通信技術：Information and communication technology）を用いたメディカルネットワークシステムを自治体・医師会との協力によりデザインする。そのネットワークシステムを整備して、医療情報の標準化と共有化により地域医療機関と密なる連携を図り、総合診療医・専門職医療人の育成と循環型医療人の派遣を行う。

さらに、生涯健康手帳の作成を目標にして健康情報の一元化に取り掛かり、最終的には国民の健康・福祉のための国家的研究・政策に先導的立場で積極的に関与する。

提言 3：地域の医療安全・感染対策や大災害時における危機管理に国立大学附属病院として積極的に参画する。

医療安全・感染対策に関して地域医療機関と大学病院との相互チェックシステムを構築し、医療安全と感染対策の標準化と充実を図る。さらに、その目的のために国立大学附属病院による医療安全・感染対策の講習会を地域ごとに開催するとともに、指導医の養成を推進する。

大災害時における大学病院間の地域ブロックごとの連携と、全国規模での連携体制を速やかに構築して広く自治体・国民に公表する。同時に、自治体・地域医療機関との連携と役割分担を明らかにして危機管理システムに積極的に参画し、「災害に強い国立大学病院」の構築を目指す。今回の大災害時における問題点を明らかにして、地域ごとに危機管理システムが迅速かつ有効に機能するように広域的シミュレーションを繰り返し、情報の共有化を大学病院医療情報ネットワーク（UMIN：University Hospital Medical Information Network）や遠隔医療ネットワークシステムの活用により積極的に行い、国民の信頼を得る。

<研究面での地域貢献・社会貢献への提言>

長期的視野に立った地域医療のあるべき姿は、国立大学附属病院をコアとしたハブシステムを、地域医療機関とともに構築することにある。その際に重要なことは、限られた医療資源（人とモノを含む）を有効に活用することで、三次医療圏内では国立大学附属病院も含め地域医療機関と機能的分化・融合を積極的に行い、選択と集中による診療科の均てん化を図ることである。さらに、専門職医療人の地域への定着促進が、地域医療の活性化につながることは明らかである。

提言 4：地域の活性化につながる仕組みづくりに教育・診療・研究を通じて貢献する。

大学・大学病院間で知的財産を含む優れた知的ソースを広域的に集積し、さらに、大学間の連携を一元化して圏内企業にむけたプロモーション活動を行い、各大学附属病院の特徴と得意分野を生かしたイノベーション事業を創出する。その際、その事業がより競争的に優位になるように、国立大学附属病院間の地域ネットワークシステムを活用して、量的にも質的にも充実したものとする必要がある。

欧米で行われているよりも大規模なコホート研究や臨床研究が容易に行える環境を構築するために、国策として患者情報をデータベース化して情報の一元化を図るように積極的に関与する。現在、一部の大学病院で実証実験が終わっている遠隔医療ネットワークシステムを利用した薬の副作用情報の共有化や電子処方箋システムを広く推進することにより、調剤薬局と医療機関との間で医療情報が共有でき、一層のコミュニケーションの充実が図られ、広域にわたるチーム医療の構築が期待できる。

5 国際化

医療の国際標準化が進む中で、我が国の医療の国際通用性や国際競争力の維持・向上に向けて、国際的な人材の養成や先端的な医療開発等に重要な役割を果たすべき国立大学附属病院が直面する課題と、その解決方策について提言する。

(1) 課題

医療の国際化の観点から、国立大学附属病院にはどのような問題・課題があるか、そして、それを克服するために今後何をどのようにすべきかが問われている。

国際化の目的は、医療分野において国際的なリーダーシップをとり、国際標準の医療提供を実現することである。そのためには、グローバルスタンダードを満たす医療の構築（医療の質における国際標準の達成）、国際的な人材育成（国際標準で活動できる医療スタッフや事務職員の育成・人材交流）、国際共同研究・国際共同治験の推進が具体的な課題として挙げられ、これらの課題を解決することによって国際化の目的が達成される。

国立大学附属病院は、財政的困難、医療人の教育・供給における相対的役割低下など様々な制限はあるものの、国内の他の医療機関に比べれば、教育や研究に携わる人的資源はなお多く、全般的にみれば教育・研究における総合力は他を圧倒している。従って、国立大学附属病院が率先して医療の国際化のイニシアティブを取ることが、我が国の医療全体の国際化を押し進めるための望ましい方策である。

ただし、これらは最初から全ての国立大学附属病院が行わなければならないものではなく、各々の国立大学附属病院の地域性や実情を踏まえつつ、いくつかの国立大学附属病院が非常に高いレベルで国際化を行い、それに続く大学は国際化された大学をコアにしなが、ネットワークや連携を通じて、国立大学附属病院全体として国際化を達成していくことも有効な方策の一つである。

いずれにしろ、これまで国立大学附属病院は、全体として「国際化」の課題を正面から取り上げることが少なかったが、この度の「課題と展望」の検討を契機に、国立大学附属病院の将来を考える上で必須の要素である「国際化」について、国立大学附属病院総体として推進していくこととしたい。

(2) 将来像 (提言)

提言 1 : 国内外の機関相互のネットワーク化や国際的医療ネットワークの拠点整備を進め、世界をリードする医療を構築する。

① 国際的なネットワーク化の推進

国立大学附属病院が、医療分野における国際的なリーダーシップを発揮していくためには、世界的な医療拠点との間で国際的な医療ネットワークを形成していくことが不可欠である。また、ICT (Information and Communication technology: 情報通信技術) の発達は、国際的な医療情報ネットワークの構築を技術的に促進している。

このため、ICT を活用した国際的なネットワークの構築に向けて、コアとなる国立大学附属病院を設定し、これを通じた世界的な医療拠点の整備を推進することが必要である。

② 医療国際化へ向けた国内における人的及び ICT ネットワークの構築

医療の国際化という課題に対しては、各国立大学附属病院が個別に対応するだけでは限界があり、国立大学附属病院が持てる人的資源を結集し、世界的な競争に対応していくことが求められているが、現状では ICT によるネットワーク化が十分に行われているとはいえない。

また、先端医療開発において国際的な競争力を向上させていくためには、病院だけでなく、医学以外の学問分野との間で学際的な連携体制を強化していくことも不可欠である。

このため、国立大学附属病院間の医療ネットワークを構築し、人的資源の有効活用を図るとともに、学際的な連携協力体制の強化による知の結集に積極的に取り組む必要がある。

このような人材を確保するためには、国立大学附属病院においてふさわしいポストを用意することが必要であり、財源や権限等についての検討が不可欠である。また、このような新設ポストに関する議論は、ICT 分野だけではなく、医療の世界で新たに必要となる分野においても同様に求められる(「6 運営」の項を参照)。

③ 我が国主導の国際医療標準の策定

医療の質を保証し、国際標準の医療を提供していくことは、国立大学附属病院として求められる役割の一つであり、そのような状況の中で、各国立大学附属病院では、我が国の病院機能評価を受審する取組が行われている。

今後は欧米主導の国際医療標準に追随するだけでなく、国際医療標準とは何かなどの調査研究を推進し、我が国主導の国際医療標準の策定を目指す。

そのため、現在国立大学附属病院長会議で推進しているクオリティインディケータに基づく医療の質の評価・改善の取組を一層強化するとともに、国際的なベンチマーキングを行う体制の整備を進める。

提言 2：国際的な人材の育成と国際人事交流を推進する。

① 若手人材の海外留学への意欲低下の阻止と海外での研究・研修の推進

国際的に活躍できる医療人の養成は、国立大学附属病院が直面する課題であるが、近年では日本人学生の留学意欲の低下や、若手医師の診療負担の増大などの問題が顕在化している。優れた Physician Scientist, Clinical Scientist を養成していくためには、若い時期に国際的な環境の中で、研鑽を積むという経験は極めて重要である。

このため、国立大学附属病院としても医学部と連携し、医学部学生に対する英語教育、国際化教育及び海外体験の機会提供等に積極的な役割を果たすとともに、例えば国際学会の招致により、若手研究者に発表の機会を提供するなど、卒業後の医師や医療従事者の海外留学に対するインセンティブや情報の提供を進めていくことが必要である。

② 外国からの医師をはじめとする医療研修者の受入体制の整備

先進国・発展途上国からの医師をはじめとする医療研修者を積極的に受け入れるためには、外国人の我が国での医療行為を特定の病院で承認された期間のみ可能とする環境の整備と制度の改革に努める必要がある。なお、この制度改革は、医師・看護師不足を補うためのものとしてではなく、我が国の医療の発展と、国際社会への貢献の視点から行われるべきものである。

また、研修生の受入れに当たっては、後述の国際医療情報発信センターに窓口を整備し、各病院における研修内容の標準化を図るなど、新たな受入体制を構築する。研修内容については、特定機能病院において実地による診療技術の習得を可能とするなど特例的な規制緩和を政府に求めていく。

③ 国際人材交流と語学研修の推進

国際標準の医療をグローバルな観点から推進していくためには、医師のみならず看護師等の医療従事者に対しても、語学能力の向上に加え、国際的な環境の下で研究・研修する機会を提供していくことが必要である。また、人材を海外へ送り出すだけでなく、海外の機関から人材を積極的に受け入れることは、院内の国際化を加速させるという点で意義がある取組であるといえる。

このため、海外医療機関との協定等を通じた看護師、医療事務職員の派遣・受入れや、海外の大学・大学院への学生、研究生としての派遣などに積極的に取り組むとともに、海外拠点の設置なども含め、海外から優秀な人材を受け入れるための体制を整備することが必要である。

④ 国際的な遠隔医療ネットワークを活用した人材育成の推進

前述のとおり ICT の発達は、国境を越えた医療のネットワーク化を促進し、当該ネットワークによる医療技術の高度化、医療人材の育成に加え、海外在住の日本人に対する医療サービスの提供に対する期待が高まっている。

このため、現在九州大学病院アジア遠隔医療開発センターで行われているような国際間ネットワーク活動に関する先行事例を参考としつつ、ICT を活用した国際間ネットワークの構築により、医療技術の相互交流、医療従事者に対する遠隔教育、患者に対する遠隔相談等の仕組みを整備することが必要である。

提言 3 : 国際医療情報発信センターを設置する。

提言 1，提言 2 を実現するために、新たに国際医療情報発信センターを設立し、我が国の優れた医療情報を積極的に発信する。

この国際医療情報発信センターにおいては、国際標準として発信し得る医療技術等の情報収集・調査・研究を推進するとともに、我が国における優れた臨床研究・医療技術・医療体制に関する情報を海外に発信する。

また、国際的人材交流を実施するにあたって生じる諸問題、例えば、医療が発展途上にある国との交流や支援を強化し、国際協力機構（JICA）が行う政府開発援助への参画や、医療従事者の国際的な貢献活動を支援するため、渡航中の身分・待遇の保障や、国際貢献活動に対するインセンティブの付与などの課題について、問題解決の支援を行う。

提言4：先端的な医療の導入を促進するとともに、我が国発の高度先進医療の国際競争力を強化する。

① 国際共同治験、国際臨床研究、先端的医薬品、先端的医療機器、先端的技術の積極的な導入に対する制度障壁の除去

我が国における国際共同治験、国際臨床研究の国際的な競争力を発展・向上させていくためには、個々の国立大学附属病院の努力を超えた制度上の課題に対し政策当事者と連携して取り組むことが必要となる。

そのため、新薬及び新しい医療機器の承認に係る制度改革、医療分野の構造改革特区の申請などに国立大学附属病院として積極的な働きかけを行うほか、国立大学附属病院長会議の下に、「国際臨床支援協議会（仮称）」等を設立し、国際共同治験、国際臨床研究の推進を支援していくことも方策の一つと考えられる。

② 高度先進医療の開発と国際競争力の強化

我が国において高度先進医療をリードしてきた国立大学附属病院には、今後は医療面における国際的なリーダーシップを発揮することが求められている。

一定の基準を満たす病院については、トランスレーショナル・リサーチの施行を加速度的に推進するため、高度先進医療開発にかかわる大胆な規制緩和を求めていく。

また、国際競争力を増強させるためには、提言1の病院間のネットワーク化を推進することが必須である。

6 運 営（財務・経営，人事労務）

国立大学附属病院としての目的の達成を可能とするための新たな病院運営について提言する。

（1）課題

平成 16 年度の国立大学法人化に伴い、国立大学附属病院の運営も大きな影響を受けた。

財務については、法人化以前は国が全ての国立大学附属病院の病院収入並びに人件費、教育・診療・研究に係る経費及び附属病院の再開発に伴う経費の支出を一元的に管理してきたが、法人化以降は、各国立大学法人が個々に収支管理を行っている。その中でも病院収入を経営のベースとしている国立大学附属病院は、診療報酬の影響を強く受けることから、収支の企業的管理が必要になった。その結果、個々の国立大学附属病院が、我が国ないし地域の医療に対して責任を負いながらも、その経営については独自に責任を負っていくこととなった。

また、人事労務についても、職員が公務員から非公務員になったことによって、医師をはじめとする医療スタッフに対して労働基準法が適用となるなど、新たな労務管理の必要性が発生してきた。

このような制度の変更を受けて、各国立大学附属病院は法人化により得た財務や人事労務の自由度を、経営改善や組織体制の充実などに運用してきた。しかし、法人化以前からの部局間の横並びといったような「自主規制」が行われる状況が続き、国立大学附属病院の自由度を損なっている。このため社会情勢に合わせた速やかな組織体制の変更や強化が必ずしも容易ではない。

さらに、複数の国立大学附属病院あるいは国立大学附属病院総体として、人事労務面や財務経営面での改革を連携して進めていくという課題も重要である。例えば、法人化以降病院収入で雇用された正職員の扱いは、法人ごとに異なっている。今後全国規模で人材交流を行う場合にはこれは大きな障壁となる。

1) 財務・経営における課題

① 国立大学附属病院の財務・経営に関する国の制度上の問題

財務・経営については、患者増や在院日数の短縮並びに診療報酬の改定による収入の増加がある一方、必要経費の上昇による支出の増加がある。

教育、診療、研究が、国立大学附属病院の使命の3本の柱であるが、うち診療については、診療報酬の改定や稼働率の向上等による収入の増や、後発医薬品の採用などに代表される経費の抑制等により、経営改善はある程度は可能である。しかし、大学病院としての重要な使命である教育・研究については、病院と一体化した経営改善の考え方とはそもそも馴染まない。

また、国立大学附属病院として期待される日々進歩する医療への対応のための老朽設備の更新や、法人化以前の借入金返済への対応のために、各年度の現金の収支を示すキャッシュフロー計算書上において赤字となる国立大学附属病院が存在する。その一方で、赤字運営と評価されることを避けるため、老朽設備の更新のための投資を抑制した国立大学附属病院もある。

このようなことから国においても、国立大学附属病院に対する予算措置において、財政投融资借入に対する返済について病院収入に対する償還費の多寡により軽減措置が取られるようにはなっていない。しかし、依然として国立大学附属病院全体では多額の借入金があり、戦略的な病院経営を阻害する大きな要因になっている。

さらに、今後も医療の発展や病院施設の老朽化に伴う再開発などの大規模なプロジェクトが必要となるが、国立大学附属病院が果たす役割として診療以外に教育・研究の役割があるにもかかわらず、施設整備において国からの補助金の割合が必要経費の10%にすぎず、90%は病院収入からの返済により負担している。他の公的病院が50%以上の公的援助を受けていることに比べて施設整備費の負担が極めて大きい。

また、中期目標・中期計画の枠組みにおいて、目的積立金の承認制度が設けられているが6年間の中期目標期間の終了時点においては、翌期への目的積立金の繰越に関し承認を受ければ繰越が認められるものの、承認の際に確実に繰越となるかどうか不明確なため、中長期的な財務計画の立案や実行に対する障壁となっている。

② 法人自体の課題

国立大学法人自らの問題として、病院運営についての予算管理の在り方について、病院の責任と権限が明確になるような方向での改革が必要である。即ち、法人本部と病院事務部の関係をみると、国から措置された全ての病院関係予算を病院に示し自己管理させている法人、人件費のみを中央管理しその他の予算について病院に管理させている法人、法人本部が国からの予算全てを管理し病院については運営に必要な経費を法人独自に積算し附属病院に配分している法人など、様々な様態があり、病院の運営に対する法人としての関与・責任体制について違いが生じている。これに法人本部の関与の強弱、理解度の違いが加わって、個別の病院の形ができていく。国立大学附属病院が今後有機的に連携して事業を展開しようとした場合には、このような法人の管理運営体制の相違は円滑な連携にとって大きなマイナス要因になる可能性がある。国立大学附属病院としてのミッション達成を可能にする財務経営システムを全ての国立大学附属病院にわたって統一的に整備していくことが、重要な課題である。

2) 人事労務における課題

① 国立大学法人における附属病院の人事労務権限確保に関する課題

医療の進展や制度の変更に伴う、医師や看護師等のメディカルスタッフの増加や、医師の過重労働軽減のための事務作業補助職員の増加など、国の時代であれば難しかった人員配置が、法人化による国立大学附属病院の独自経営の中で可能となった。

しかしながら、国の総人件費改革に伴う常勤職員の人件費抑制や定員削減を各国立大学法人が行う中で、国立大学附属病院は大学法人本部との関係（病院に対する理解度不足に伴う財務・人事の硬直化）や、病院の教員組織が所属する医学部との関係があるため、実際には自由な人員配置は困難となっている。

なお、国立大学附属病院を大学の1つの部局として見た場合、国立大学附属病院が病院財源を基に、新たな医療に対応するため新規に職員を雇用しようとしても、学内の他の学部等は、ほぼ国からの運営費交付金のみで運営されている中で、病院のみが自己財源でスタッフを増加することに対しては、医療現場の実情ではなく学内のバランス論などから、スムーズに進まない状況もある。

また、国立大学法人が一様に適用されている国の総人件費改革に端を発して、各大学が個々に対策を取っている人件費抑制ないし学内定員削減などについても、常に質の高い医療を行うために必要なスタッフの充実が求められているが、教員組織が所属する医学部においては無視できない問題となっている。

② 専門職の育成（事務部、看護部など）に関する課題

各国立大学附属病院は、医療事務のスキルや大学病院経営に長けた職員の育成に向けて、病院内部での研修のほか、独立行政法人国立大学財務・経営センター（財務・経営センター）の大学病院職員育成機能（平成22年度の事業仕分けにより、残念ながら当該機能は喪失した）を活用しながら、研修及びOJTを基本とした育成を行っている。また、事務職員の採用については、国立大学法人試験とは別に、病院財源を用いて医療事務等の採用枠を設け、病院が求める人材を独自選考により採用するなどして、病院運営に取り組む体制となりつつある。

しかし、国立大学附属病院の常勤事務職員は、法人本部による人事の中で動くため、必ずしも大学病院のプロフェッショナルとしてのキャリア・アップとはなっておらず、医事や病院経営など病院固有の知識が必要である部門では、慢性的な人材不足という状態にある。各国立大学附属病院が、独自の研修・OJTや財務・経営センターの研修などを活用して育成した人材が、病院内で次のミッションに取りかかろうとした矢先に、他の部局へ異動となるため、病院としては素人同然の者を初めから育成しなければならなくなったり、責任を持たせることができない外部委託職員にその大部分の業務を委ねざるを得なくなったり、悪循環に陥っている状況にある。大災害などの非常時には、外部委託している業務が機能しなくなる危険性も伴っている。

また、医師以外の医療職の専門研修も重要な課題である。国立大学附属病院が掲げるミッションを達成するためには、高度の知識と技術をもった多様な医療職の育成は不可欠であり、国立大学附属病院総体としてこれを推進していく必要がある。

③ 国家公務員から移行した承継職員と病院独自財源による雇用職員（教員を含む）との格差解消に関する課題

国立大学附属病院では常に新規医療分野の開拓と最先端の医療の導入を行う必要があり、それに見合う組織整備と人材の確保が必要である。法人化以降、国への概算要求で承継職員の増加を図ることはできず、病院の組織改革（診療科や部門のスクラップアンドビルド）と病院収入により人材確保を行わざるをえない。

もともと少ない病院職員定員では組織改革による新規部門へのポスト確保には限界があり、必要な職員を病院収入で確保する国立大学附属病院が増加した。この場合、新しい分野で活躍する病院雇用職員も承継ポストの職員と同じ権利と義務を与えなければ、その分野の発展は大きく制限される。特に教員組織においては、病院雇用の職員（特に教授）は教授会での投票権や学生指導上の権限等に差を設けられるなど、法人化で想定された本来の体制強化のシステムには未だ至っていない状況である。承継職員か否かによって権限に差を設けるのではなく、その果たすべき機能に見合う権限を付与する必要がある。

さらに、職員の中に国家公務員から移行した職員(承継職員)及びその承継枠により雇用された職員と、病院財源によって雇用された職員が混在し、その待遇や位置付けに差があることで、職員間におけるキャリア・パスが異なっている現状から、同じ学内で同じくらい重要な業務をしているにもかかわらず、この2つのポストを異動した場合退職金の累積年数が切れてしまうなどの問題がある。この結果、両雇用形態にある職員間でのモチベーションの在り方や、法人化以降新たに設けたポストに対し有為な人材が応募しにくい等の弊害がある。

④ 職員の勤務環境等に関する課題

職員の勤務環境として、国立大学の法人化とともに顕著な課題となった職員の過重労働の問題やそのメンタルヘルス対策などがある。これに対応するため、メディカルスタッフや事務作業補助職の雇用体系を新たに創設し、多様な人材の育成に基づく多職種協働を実現していくという新しい課題も生じている。また、昨今の医師や看護師不足の状況の中で、子供を有する女性職員に対する保育所の整備や勤務体系の柔軟化などにより、男女共同参画の推進を図る必要もある。

さらに、職員の心身の安全・安心面では、患者からの暴言・暴力やハラスメントへの対策や、医療訴訟リスクに対する職員の精神的負担対策の必要もある。

3) 国立大学附属病院のガバナンスの確立に関する課題

① 国立大学附属病院としての運営の強化充実

国立大学附属病院は、法人化以前のように国の一機関として、いわば護送船団方式に運営されていた状況とは異なり、自らがその存在意義や、社会における重要性を認識し、我が国や地域の医療の中で何をすべきかを日々考えながら、財務や人事労務も睨みつつ運営する必要が出てきた。

当然のことながら、法人化したとはいえ、「国立」であることの社会的な意義は変わらず、社会から求められているものは日々の医療の進展に伴い、ますます大きくなってきている状況である。

一方で、各国立大学附属病院における意思決定はどうであろうか。法人内の問題としては、国立大学附属病院は国立大学の法人化によって経営面において裁量権が拡大したにもかかわらず、法人本部あるいは附属病院の教員が所属する医学部との関係において、経営上の自律性が十分に確保されているとはいえない状況にある。最終的な責任者である病院長及びそれを支える幹部人材の育成や、国立大学附属病院内の統括機構や事務組織の機能について検証する必要がある。

② 事務機能の強化充実

病院長をはじめとする病院執行部の機能強化が強く求められているところであり、それを支える事務機能は法人化以前とは比べものにならないほどの重要性を増してきている。しかしながら、現状の事務組織体制を見ると、政策的に日々変化していく医療制度や2年ごとの診療報酬改定及びそれに伴う病院経営への対応について、病院内部に適切に対応できる職員が不足しており、国の政策実現を担う病院、かつ、地域の「最後の砦」として求められる十分な働きへの足かせとなっている。

4) 全国の国立大学附属病院を一つの有機体として捉えたときの連携にかかわる課題

① 個々の国立大学附属病院の強みを活かした国立大学附属病院(群)の機能強化

アジア地域をはじめとして、医療を巡る国際的な競争が激化していく中で、国立大学附属病院が世界の医療分野でリーダーシップを発揮していくためには、それぞれの病院が個別に対応していたのでは限界がある。

各国立大学附属病院は、その設置の歴史的な背景や地域の実情から、教育に強い大学、診療に強い大学、先端研究や治験に強い大学、地域医療や社会貢献に強い大学、国際連携が得意な大学など、強みや得意分野が異なっており、こうした個々の国立大学附属病院が有する強みや得意分野をグループ全体もしくはブロック単位で相補的に共有し、活用することによって、国立大学附属病院群全体の機能を強化していくための組織論的な整理が課題である。

国立大学附属病院が世界と伍して競争していくためには、国内における改革・改善だけではなく、今後は、例えば海外の医療経営改革事例に学び、企業等のマ

ネジメント理論を導入し、財務管理や労務管理等につなげることも必要になってくると思われる。

② 国立大学附属病院総体として行っている先進的な事業の社会への発信

国立大学附属病院は、その設置の経緯や性格から、国の新たな施策を医療の現場サイドから検討し、実施するという役割を担ってきた。

具体的には、国立大学附属病院長会議の中に、医療安全や感染対策等に関する協議会を設け、実際に全国の国立大学附属病院の現場の職員による検討や、相互の検証も行いながら、改善につなげるという取組を行ってきた。これは国立大学附属病院のみならず、他の団体である公立大学や私立大学などからも大変優れた取組であるとの評価を受けている。

平成 22 年度にある私立大学病院で発生した院内感染について、国立大学附属病院長会議の下に置かれている国公立大学附属病院感染対策協議会によるサイトビジット形式による相互チェックの方式を利用しながら、その収束に努めたということがあった。その結果、公立大学と防衛医科大学校は国立大学の枠組みにて、私立大学は国立大学と相互協力しつつ独自に、感染対策を行っていくこととなった。

このように、国立大学附属病院が行ってきた取組には、非常に有為なものが多く、これを国立大学附属病院だけにとどめるのではなく、地域や社会に情報やノウハウを発信しつつ、ひいては我が国の医療の底上げを図っていくような取組も必要である。

③ 国立大学附属病院の発展と経営面での緊密な連携の推進

国立大学附属病院は、財務・経営の改善に向けて積極的に取り組んでいる。財務状況について、良い病院、悪い病院を例えば国立大学附属病院長会議において細かく分析し、その情報を共有・利用することは、国立大学附属病院総体としての経営改善に資するものと思われる。

このことから、国立大学病院データベースセンターの機能を充実・発展させていくことは、非常に重要である。

(2) 将来像 (提言)

提言 1 : 国立大学附属病院としてのガバナンスを確立する。

国立大学附属病院が社会に対して果たすべき役割をしっかりと達成できるよう、病院運営上の課題を適切に把握し、問題解決・行動に移すためには、病院長をトップとする国立大学附属病院におけるガバナンスを確立する必要がある。

そのため、人事権を含む病院長のリーダーシップの確立に向けて、病院長のサポート体制を充実・強化することが必要である。例えば、副病院長については明確な職務権限を付すとともに、それに見合った処遇を与える。事務部門においては、計画的な人員配置、キャリア・パスの策定や、研修システムの強化、民間病院等を含めた人事交流などを通じて、組織力の強化を積極的に進めていくことが必要である。また、国立大学法人本部としての意思決定の枠組みの中に、病院長がしっかりと位置付けられ、大学病院経営における病院長の権限と責任を明確化していくことも必要である。このような権限と責任に見合う病院長の待遇についても検討が必要である。

他方、大学病院としての権限を適正かつ公正に行使していくため、自律的な内部統制の仕組みを整備するとともに、職員のコンプライアンスを徹底することも必須である。

提言 2 : 将来における国立大学附属病院の発展を見据えた中長期的な財政計画の立案・実行を可能とする制度を確立する。

病院は他の行政機関とは違い、長期安定的に運営できる制度設計と時代のニーズに応える発展性を考慮した施設及び設備整備が必要とされるが、診療のみならず教育と研究も行う国立大学附属病院には、他の公的病院と同程度あるいはそれ以上の公的支援が必要である (最低 50%以上)。

また、目的積立金の翌中期目標期間への繰越に関して、確実な措置をとることが必要である。特に、医療機器 (法人化に伴い承継した医療機器を含む) 等の老朽化が進む中、中期目標期間を跨ぎ計画的な設備更新が可能となるよう、制度等の改善を含め、国に対して求めていくことが必要である。

提言 3：病院独自財源による雇用職員の待遇や権限を承継職員と同等とする運用を統一する。

病院雇用職員と承継職員との待遇の違いがもたらす人材確保上の課題を解決するためには、個々の国立大学附属病院のみによる対応では不十分であり、全国すべての国立大学において統一された基準により運用が行われる仕組みが不可欠である。特に、新たな医療分野を開拓していくことが求められる国立大学附属病院にあっては、組織を戦略的かつ柔軟に編成していくため、これらの職員間における教授会や学生・大学院生指導上の権限、大学を異動した場合における退職金の取扱い等について、統一的な運用を図り、優秀な人材を確保していくことが重要である。

このため、病院雇用職員の待遇や権限を統一的に運用する体制を全国の附属病院を有する国立大学において構築することが必要である。

提言 4：国民のニーズにこたえる全人的な医療の実践のために、医療にかかわる職員の人事労務に関する新しいモデルを国立大学附属病院が率先して提案する。

国民・患者のニーズにこたえる全人的で質の高い医療の提供には、職員の安全、健康、ワークエンゲージメント（仕事に対する意欲、自己効力感など）を重視して、エンプロイヤーサティスファクション（従業員満足度）を向上させることが必要である。このため、国立大学附属病院の職員すべてが、それぞれの職種として専門性を発揮し、多職種の中で協調的にリーダーシップをとりながら、心身ともに充実感を持って働くための人事労務の新しいモデル「新しい働き方（new way of working）」を提案する。そのために、職員に対するマネジメント・リーダーシップ研修の実施、職員の安全や心身の健康を守るための組織や仕組みの整備、ワークライフバランスや男女共同参画を達成するための制度の整備を行う。また、その基盤として、医師をはじめとした職員の処遇改善や格段の増員、育成が急務である。

提言 5：世界と対等に競争するための、国立大学附属病院のネットワーク化を進める。

国立大学附属病院の国際競争力を強化していくためには、得意分野を持つ病院を中核に、診療や研究面のインフラを共同利用できるようなネットワークを形成し、その中で個々の国立大学附属病院が持つ特徴や優位点を活かし、相互に補完し合う体制を構築していくことが有効であると考えられる。

このため、複数の国立大学附属病院が、それぞれの特徴や強みを活かし、ネットワーク全体として世界の中で競争し得る体制・基盤を整備していくべく、各病院における「大学病院間の相互連携による優れた専門医等の養成プログラム」などの経験を踏まえ、国立大学附属病院長会議において、国立大学附属病院のネットワーク化に関する議論を積極的に行い、早々に具体的な制度を設計し、関係省庁や国立大学協会等との調整を進めることが必要である。

提言 6：国立大学病院データベースセンターの機能をシンクタンク的に充実・発展させる。

大学病院経営における選択と集中を進め、国立大学附属病院としての使命を果たしていくためには、病院の財務・経営状況について他大学の病院との比較を含めた財務・経営上の分析を行い、不断に経営改善に取り組んでいくことが不可欠である。

このため、国立大学附属病院長会議のデータベース管理委員会の下にある国立大学病院データベースセンターを国立大学附属病院全体のシンクタンク的な組織として充実・発展させ、各国立大学附属病院の経営判断に資するデータを提供できる体制とすることが必要である。

それに付随し、各国立大学附属病院の経営判断を支援する国立大学病院管理会計システム（HOMAS）の機能を時代のニーズにあわせて発展・強化させていくとともに、全ての国立大学附属病院が統一的に活用することが必須である。

提言 7：国立大学附属病院長会議事務局機能を強化・拡充する。

この「課題と展望」が示す提言を、国立大学附属病院長会議がその推進主体として実行に移していくためには、同会議の事務局組織を整備し、国立大学病院データベースセンターと連携しながら、政策立案・分析、調査研究などの企画立案・調整機能を強化していくことが不可欠である。

お わ り に

- 1 世界をリードする国立大学附属病院を目指して
- 2 「課題と展望」の社会的認知と実現に向けて

おわりに

1 世界をリードする国立大学附属病院を目指して

この「課題と展望」では、国立大学附属病院の使命を、従来から言われてきた3本柱に、地域貢献・社会貢献、国際化の2本を加え、新たに、「教育」、「診療」、「研究」、「地域貢献・社会貢献」、「国際化」の5本柱を掲げた。これは、地域及び社会に求められる各国立大学附属病院が、特定機能病院としての最低限度の機能を押さえていくのは当然としながらも、我が国の医療の発展に向けて更なる貢献をするために、従来までの使命に新たに加えたものである。

全国に配置されている国立大学附属病院は、その設置の歴史的な背景や地域の実情も各々異なっているため、5本柱の使命の中でも、教育に強い大学、診療に強い大学、先端研究や治験に強い大学、地域医療や社会貢献に強い大学、国際連携が得意な大学など、得意分野が異なっている。国立大学附属病院をグループ全体もしくは全国を5つ程度に分けたブロックごとにみると、特定機能病院や臨床教育病院としての最低限度の資質を持ち、かつ各々の国立大学附属病院が得意分野を持っているという状況がある。

こうした状況を踏まえ、得意分野を持つ大学を中核とする協業体制（以下「ネットワーク」という。）を構成し、相互に連携・協力しあい、個々の国立大学附属病院が持つ特徴や優位点をこのネットワークの中で活かし相互に補完し合うことができれば、我が国有数の医療機関である国立大学附属病院がまとまることでより強固な体制を構築できるものと考えられる。

なお、ネットワーク内の連携を構築・維持するにあたっては、個々の国立大学は、得意分野においてネットワークの核として構成大学間の調整機能を受け持つ必要が生じるほか、ネットワーク内の人的や物的資源についても核となる国立大学附属病院に対して集中的に配置するなどの措置が必要になる。ただし、これは、小規模な体制を各大学に置くよりも核となる国立大学附属病院に集中させ、一元的に実施した方がより効果的かつ効率的な運用が可能であるという考え方に基づくものであり、決して、選択と集中させることにより経費や人材を圧縮させ、個々に特定機能病院及び臨床教育病院としての最低限度の機能を必要とする国立大学附属病院に対する国の支援を削減できるというものではない。

また、国立大学附属病院は各々に目標計画を持っており、かつ地方の国立大

学附属病院においては大学間だけではなく、関連病院、基幹病院また医師会なども、その地域の医療の中核である国立大学附属病院と協力関係にある。このため、ネットワークを考えるにあたっては、地域における国立大学附属病院が地域の基幹病院であり、治験、医療安全や感染対策の中心となっていることも十分に踏まえていくものとする。

このように、この「課題と展望」において、国立大学附属病院が当面掲げる目標を、「各大学病院の地域特性や歴史的なものを活かしながら、地域連携やネットワーク化を進め更なる『質』を高めていく」こととし、これが現在の我が国の現状を鑑みた場合、国立大学附属病院が全体としてより活性化し、我が国全体ないし地域医療に対して貢献できる方法ではないかと考える。

むしろ、台頭めざましいアジア諸国に我が国として互角に戦うためには、国立大学附属病院が立ち上がらねばならず、例えば、上海交通大学病院グループやハーバード大学病院グループなどの海外の数千床を抱える大きな大学病院と治験や先端医療開発などで真っ向から勝負していくためには、国立大学附属病院が連携してネットワーク化し、一体となって対応していけば十分に対応することが可能であり、我が国の財政事情を鑑みた上で、我が国の医療水準及び医療の国際競争力を維持・発展させていくためには、必要な取組であろうと思われる。

さらに、国立大学附属病院においてこのようなネットワーク化が進むことは、各国立大学附属病院の「特徴」となるだけでなく得意分野が活かされることによって、ネットワーク内に恩恵がもたらされる。そのことは、ひいては地域医療の「最後の砦」でもある各国立大学附属病院のパワーアップにつながることから、各地域における医療や教育のみならず、メディカルイノベーションという我が国の政策の中においても、地域の国立大学附属病院の研究力や国際力の活性化は、当然に地域の経済・産業・振興に大きく貢献するものである。

以上の事柄を実現するためには、予算、各種規制や各大学の実情など、様々な問題が想定されるが、既に国立大学附属病院では、「がんプロフェッショナル養成プラン」や「大学病院間の相互連携による優れた専門医等の養成プログラム」などのネットワーク事業を動かしてきた経験もあり、今後のネットワーク化にあたっては、どのような項目や対象又は問題点があるのかなど、国立大学附属病院長会議が主体となって、具体的な検討を進めていくことが必要である。

最後に、財政構造の変化や近隣諸国の台頭、急速な高齢化など、少し元気のない我が国において、医療の世界については国立大学附属病院がこの日本を牽引するくらいの意気込みが必要である。

そのために、財政が逼迫している政府に要望のみ行っていくのではなく、国立大学附属病院全体として何ができるのか、何をしていくのか。10年後20年後を想定しながらの継続的な検討が課題である。

2 「課題と展望」の社会的認知と実現に向けて

本「課題と展望」は10年後20年後の国立大学附属病院の在り方を、現時点における様々な情報分析をもとに、提言を試みたものである。その背景としては、①国際的な視点からは特に急速に台頭するアジア諸国の医療環境の変化により、我が国の国際的な立ち位置が急激に変化していること、②国の政策としてライフイノベーションが重点施策として取り上げられる中で、我が国の先端的な医療開発を牽引してきた国立大学附属病院への期待が一層高まっていること、③国内的には全般的な医師不足と病院勤務医の地域並びに専門領域の局在等による地域医療崩壊が進行する中で、依然地域病院への医師配置に大きな影響力を有する国立大学附属病院の役割が問われていること、④平成16年度に国立大学が法人化されて以降、病院長の権限が拡大した反面、国の運営費交付金が大幅に減額され、財務経営面で大きな困難を抱えていること、など課題が山積していることが挙げられる。こうした中で、国立大学附属病院が果たすべき使命を明確にして、それらを実現するための道筋を明らかにしておくことが、今後における我が国の医学・医療の発展と国民や社会への貢献を考える上で極めて重要な作業であると認識している。換言すれば、我が国の医療の在り方を左右する重要なプロジェクトであるといえる。

国立大学附属病院長会議では、常置委員会の下にグランドデザイン委員会（発足時はグランドデザイン検討ワーキンググループ）を設置して、約2年の歳月を費やし、多くの検討委員の献身的な協力を得ながら、本提言をまとめたものである。この間、国立大学医学部長会議から出された医学教育、研究、人材育成に関する提言などもすり合わせを行い、完成を見た。この「課題と展望」を作成して公表することは、全体の工程でいえば半分にも満たない。即ち、これが社会的に認知され、政策として実行されるところまで行かなければ、作成した意味が半減してしまう。そのためには、内容を不断に社会や国民に向

けて広報することが必要である。一方で各国立大学附属病院は、自ら汗を流して設定した目標に近づくような努力を継続して行わなければならない。達成状況の評価も必要であろう。この「課題と展望」に掲げた将来像はその一部でも実現されなければ、画餅に帰してしまう。

具体的に国の施策として反映されるためには、例えば、この「課題と展望」が国の機関で有識者等を交えて検討され、その内容が社会や国民に広く周知され、具体的な政策に反映されることが望ましい。また個々の病院においても、自ら実施できる改革は先行して推進していくことが重要である。進捗状況のチェックや改革のスピードを促進するために、国立大学附属病院長会議の事務局機能を強化充実させることも必要であろう。

国立大学附属病院の構成員の一人ひとりがミッション達成への高い志を持ち続けること、国立大学附属病院長会議がこのような改革を常に重要事項として掲げてゆるぎない団結を保つこと、社会や国民に常に情報の発信を行っていくこと、が重要である。

この「課題と展望」に掲げた提言が、我が国の医療の一層の進歩を促し、その成果が国民や社会に広く還元されることを期待する。

国立大学附属病院の今後のあるべき姿を求めて（要旨）

- ◆ 国立大学附属病院は、国立大学の法人化と、新医師臨床研修制度の導入により、臨床教育研究のみならず、運営面でも大きな影響を受け、様々な改革がそれぞれの病院で試みられてきている。
- ◆ 国立大学附属病院長会議では、このような社会情勢や医療構造の変化の中、法人化以降の現状と課題の解析と問題点の整理を行い、新しい国立大学附属病院の姿を提示することが、国民から理解と信頼を得るとともに日本の医療をよりよくするために不可欠であると考え、この度「課題と展望」をまとめるに至った。
- ◆ 国立大学附属病院の使命は「教育」「診療」「研究」の3本柱であると永く言われてきたが、昨今の我が国における医療構造の変化や急速に台頭してきている近隣諸国の医療環境に鑑み、今回の「課題と展望」では、「地域貢献・社会貢献」及び「国際化」を加えた5つをミッションとして位置付け、「運営」を含めてそれぞれの将来像を提言した。
- ◆ この「課題と展望」は、10～20年後の将来像を見据えて作成するものであるが、今後の政治や社会情勢及び医療構造の変化に伴って、不断に見直しを図っていくものとしている。

1 教育

(1) 課題

1) 国立大学附属病院が育成すべき臨床医師像に関する課題

- 卒後臨床研修の目的とすべき医師像において、病院と研修医の希望との間にギャップがあり、幅広い基盤を習得できる研修プログラムを提供することが必要。
- 卒後臨床研修制度と全国マッチングシステムの導入は、医局制度の弱体化と研修医の流動化を引き起こし、地域医療をはじめとする医療システムに大きく影響。
- 臨床医のリサーチマインドを涵養するため、医局が担ってきた学術研鑽の場をどのように提供していくかが課題。

2) 勤務医不足及び地域医療の危機の問題点と課題

- 人口当たり、居住面積当たりの医師数に地域間偏在が生じ、特に都市部と過疎地域との格差は拡大。同時に業務負担が相対的に大きい診療科等における医師不足も顕著。
- 女性医師について、妊娠・出産・育児を機に第一線の医療現場を離れることが多く、女性としてのライフキャリアを全うしつつ、医師としての臨床能力が活用されるシステムの構築が必要。
- 臨床研修制度に加え、勤務医の過酷な労働環境とそれに見合わない待遇、医局の医師派遣機能の低下などにより、地域における勤務医不足が常態化。

3) 医師以外の医療職の教育に関する課題

- 高齢社会の進行や、高度で複雑化する医療においては、医師のみならず看護師等多様な専門職による医療連携が一層重要。
- 国立大学附属病院長会議は、医師、看護師以外の専門職の育成について、これまで明確な方針を示してこなかった。また、薬剤部長会議、看護部長会議、診療支援部(技術部)長会議等における議論も、国立大学附属病院の人材育成方針に反映されてきたとはいえない。

(2) 将来像（提言）

- 提言1：知識主体となっている卒前教育及び医師国家試験について医学部及び関係団体と連携し、臨床現場を重視したものに改革する。
- 提言2：地域特性に根ざした医師臨床研修体制を構築し、各地域の地域医療再生計画と有機的に連携する。
- 提言3：専門医の認定における質の確保に貢献するとともに、領域ごとの専門医数配分について、各学会の専門医認定システムに、同一の基準や観点から算出した地域ごと専門領域ごとの医師需要数を反映させる。
- 提言4：高度先進医療に携わる専門医、幅広い基盤を持った専門医、総合医のスペクトラムのうち、各国立大学附属病院が得意とするいくつかの医師育成コースを診療科別に提示する。その上で地域特性も考慮し、関連病院を含めた地域のネットワークと大学病院間の全国ネットワークを利用したキャリアコースを提示する。
- 提言5：各国立大学附属病院は「キャリア形成支援センター（仮称）」を設置する。同センターは提言4で述べた若手医師個々のキャリア・デザインやその形成を支援し、地域の関連施設や大学病院間の連携調整機能を担う。
- 提言6：各国立大学附属病院は「総合臨床教育センター（仮称）」を設置して、あらゆる職種の卒前、卒後及び生涯教育・研修を一元的に管理する。
- 提言7：国立大学附属病院を基盤とする専門研修の過程から生まれた問題意識を研究に昇華させるように、大学院教育と密接に連携する。
- 提言8：医師やその他の医療職が働き続けられる、あるいはその再就職・復帰を支援するシステムを構築する。

2 診療

(1) 課題

1) 国立大学附属病院が目指す診療の質の明確化の課題

- 国立大学附属病院が高度医療の提供や研究開発を通じて日本の医療を牽引していくためには、臨床指標にとどまらず、医療の質全般に関する指標を飛躍的に充実させ、データを収集し、ベンチマーキングと公表を行うことが必要。

2) 国立大学附属病院として必要な基盤部門整備の課題

- 国立大学附属病院は、一般の医療機関では対処できない困難な症例を担当するとともに、最先端の教育研究に裏打ちされた高度医療や先進医療を提供。
- こうしたミッションの実現には、高度かつ安心・安全な医療を提供する能力=基盤が不可欠となるが、予算上の制約や人事労務上の縛りにより、未だ極めて不十分な状態にあり、基盤部門の整備に対する国民や社会の理解が不十分。

3) 国立大学附属病院における先端医療を実施する際の種々の制約を克服するための課題

- 国立大学附属病院が、診断困難な症例の診断、新たな疾患概念の形成、高度な医療技術を用いた先進的な医療の開発や実施に当たっては、診療報酬の壁、混合診療の壁、薬事法の壁など、多くの規制や障害が存在。

4) 安心・安全で質の高い医療を実現するため、また医療の進歩に対応できる診療業務改善のための課題

- 国立大学附属病院は、規模の大きな組織であり、組織全体の目標や運営方針が徹底されず、診療科間、部門間、職種間での連携や統一が不十分。
- 近年の医療の進歩によって、新たな診療領域が出現しているにもかかわらず、診療科の再編成を困難にする硬直性が国立大学附属病院には存在。

5) 国立大学附属病院間において医療情報の共有を強化するための課題

- 国立大学附属病院間における医療情報の共有が十分でなく、カルテの相互閲覧や臨床機能評価データなどの共有・相互比較が不十分。
- 難病などの多種類の希少性疾患についても、情報共有がないため、疫学的データベースが未構築。

(2) 将来像（提言）

提言1：医療の質に関する指標（クオリティインディケータ）を設定し、ベンチマーキングを行いながら、社会に開示する。

提言2：「基盤整備なくして高度医療なし」を掲げ、国立大学附属病院として求められる基盤部門の整備を十分に行う。

提言3：高度で最先端の医療技術を速やかに提供できるよう規制の緩和を求める。一方、それらを安全に国民に提供できるような体制を整備する。

提言4：国立大学附属病院が安心・安全で質の高い医療を提供するため、診療手順書の作成や改定、職種間・部門間・診療科間の連携を推進する。更には新しい医療領域に対応できる診療科の再編・創設を推進する。

提言5：国立大学附属病院間での医療情報の共有を図るための具体的な方策を検討する。

3 研究

(1) 課題

1) 医師の診療等の負担軽減と研究従事時間の増加に関する課題

- 国立大学法人化以降、医師であり、研究者である国立大学附属病院の医師の診療負担が格段に増す一方、先端医療開発のための研究や臨床研究に費やす時間は大幅に制限。

2) 医師、特に若手医師に対する研究マインド向上のための課題

- 国立大学附属病院における研究活動は、優秀な臨床医に必要な研究マインドを有する人材の育成のためにも重要であり、若手の医師等に研究の魅力や必要性をどのように認識させ、動機付けを行うかが課題。

3) 国立大学附属病院のネットワーク形成による先端医療の研究・開発のための人材と資金の効率的・効果的利用に関する課題

- 国立大学附属病院には、規模、地域性等において差異が存在するため、全国统一規格での対応が困難。
- 先端医療開発には、多くの人材や資金を要するため、個々の病院がそれぞれ先端医療開発の全過程を担当することは非効率。
- 昨今のアジア諸国におけるリーディングホスピタルの急速な台頭を踏まえ、ネットワーク化により、国際競争を勝ち抜くことが必要。

4) 先端医療の研究・開発に必要な基盤部門整備に関する課題

- 現在、先端医療にかかる経費を長期的に支援する仕組みが不十分であり、我が国が政策として推し進めているライフイノベーションの重要な柱の一つである先端医療開発を、国を挙げて推進できる体制が未整備。
- 特に国立大学附属病院はその中核拠点であるにもかかわらず、老朽化した施設の営繕や新しい施設の新築、あるいは設備の整備に必要な資金を長期的な視点で獲得するための展望が開けていない。

(2) 将来像（提言）

提言1：診療負担の軽減と研究・開発に費やす時間の確保に向け、環境を整備する。

提言2：医師、特に若手医師に対する研究マインド向上のためのインセンティブシステムを確立する。

提言3：各国立大学附属病院の個性を生かしつつ国際的競争力のある病院とするために、地域ネットワーク化を推進するとともに役割分担を明確にする。

提言4：「基盤整備なくして先端医療開発なし」：先端医療を行うための基盤を確立するため、研究費の安定的な確保に取り組む。

提言5：医療にかかわる研究・開発の現状と国立大学附属病院の果たすべき役割について国や社会に広く発信する。

4 地域貢献・社会貢献

(1) 課題

1) 診療面での地域貢献・社会貢献の課題

- 一県一大学病院の地域においては、長期的視野に立った地域医療の再構築支援について、具体的な検討が不十分。他方、地域に複数の大学病院が配置されている場合、大学間の機能的連携や融合が不十分。
- 地域ごとの医療政策や医療情報の解析への積極的な参画が不十分。地域医療の再構築に不可欠な総合診療医育成と配置に対する地域医療機関と大学病院との連携に係る検討が不十分。
- 国立大学附属病院長会議では、常置委員会の下に協議会を設置し、医療安全、感染対策、臨床教育などに取り組み、一定の成果を挙げているが、必ずしも日本の医療の現場に還元されていない。
- 防災対策や災害医療に関し国・自治体・他の医療組織との間で継続的に協議を重ね、密接な連携体制を構築しておくことが必要であるが、具体的な検討が不十分。

2) 研究面での地域貢献・社会貢献の課題

- 産官学連携や地域特有の活性化，大学病院主導のプロジェクト事業創出，大学病院がコミットメントした地域コンソーシアムの形成などの推進が必要。
- 電子カルテの共通化，患者情報の共有化によるシームレスな地域医療ネットワークの構築や，それによる病診連携，専門医・高度医療人養成プログラムの充実・改善に関し医療情報のデータベース化，管理・運用に関する検討が不十分。

(2) 将来像（提言）

- 提言1：少子高齢化社会と疾病構造の変化に対応する長期的視野に立った新しい地域医療提供体制を推進する。
- 提言2：メディカルICTの充実による新しい医療提供体制を整備する。
- 提言3：地域の医療安全・感染対策や大災害時における危機管理に国立大学附属病院として積極的に参画する。
- 提言4：地域の活性化につながる仕組みづくりに教育・診療・研究を通じて貢献する。

5 国際化

(1) 課題

- 医療分野において国際的なリーダーシップをとり，国際標準の医療提供を実現するためには，グローバルスタンダードを満たす医療を構築し，国際水準の医療を実施することが必要。
- 国際標準で活動できる医療スタッフや事務職員を育成し，人材交流を進めるなど国際的な人材の育成に取り組むことが不可欠。
- 国際共同研究・国際共同治験の推進が課題。

(2) 将来像（提言）

- 提言1：国内外の機関相互のネットワーク化や国際医療標準の認定取得の取組を進め，グローバルスタンダードを満たす医療を構築する。
(国際間のネットワーク化の推進/医療国際化へ向けた国内における人的及びICTネットワークの構築/日本主導の国際医療標準の策定)
- 提言2：国際的な人材の育成と国際人事交流を推進する。
(若手人材の海外留学への意欲低下の阻止と海外での研究・研修の推進/外国からの医師をはじめとする医療従事者の受入体制の整備/国際人材交流と英語研修の推進/国際的な遠隔医療ネットワークを活用した人材育成の推進)
- 提言3：国際医療情報発信センターを設置する。
- 提言4：先端的な医療の導入を促進するとともに，日本発高度先進医療の国際競争力を強化する。
(国際共同治験，国際臨床研究，先端的医薬品，先端的医療機器，先端的技術の積極的な導入に対する制度障壁の除去/高度先進医療の開発と国際競争力の強化)

6 運営（財務・経営・人事労務）

(1) 課題

1) 財務・経営における課題

- 老朽設備の更新や法人化以前の借入金返済のために、キャッシュフローが赤字となる病院や、老朽設備の更新のための投資を抑制せざるをえない病院が存在。
- 施設整備における国からの補助金の割合が10%にすぎず、50%以上の援助を受けている他の公的病院と比べ、施設整備費の負担が極めて大きい。
- 中期目標期間終了時点における翌期への繰り越しが確実でないため、中長期的な財務計画の立案と実行が困難。

2) 人事労務における課題

- 事務職員は法人本部による人事の中で動くため、医事や病院経営など病院固有の知識が必要な部門では、慢性的に人材が不足。
- 新規医療分野の開拓や最先端の医療の導入等を推進するための人員は、ポストの確保に限界があるため、病院収入により行わざるを得ないが、法人化以前から在籍する承継職員との間に権限・待遇において差があるため、有為な人材の確保に支障。

3) 国立大学附属病院のガバナンスの確立に関する課題

- 法人化による経営上の裁量権の拡大にもかかわらず、大学本部、医学部との関係における経営上の自律性の確保は不十分。
- 病院長をはじめとする病院執行部を支える事務機能は、重要性を増しているにもかかわらず、医療制度の変化や病院経営に適切に対応できる職員が不足。

4) 全国の国立大学附属病院を一つの有機体として捉えたときの連携にかかわる課題

- 医療を巡る国際的な競争が激化していく中で、国立大学附属病院が世界の医療分野でリーダーシップを発揮していくためには、それぞれの病院による個別の対応には限界があり、個々の病院が有する強みをグループ全体又はブロック単位で共有、活用するための組織論的な整理が必要。
- 財務・経営の改善に向けて、各病院の財務状況を共有・分析・利用していくため、国立大学病院データベースセンターの機能を充実・発展させることが必要。

(2) 将来像（提言）

- 提言1：国立大学附属病院としてのガバナンスを確立する。
- 提言2：将来における国立大学附属病院の発展を見据えた中長期的な財政計画の立案・実行を可能とする制度を確立する。
- 提言3：病院独自財源による雇用職員の待遇や権限を承継職員と同等とする運用を統一する。
- 提言4：国民のニーズに応える全人的な医療の実践のために、医療にかかわる職員の人事労務に関する新しいモデルを国立大学附属病院が率先して提案する。
- 提言5：世界と対等に競争するための、国立大学附属病院のネットワーク化をすすめる。
- 提言6：国立大学病院データベースセンターの機能をシンクタンク的に充実・発展させる。
- 提言7：国立大学附属病院長会議事務局機能を強化・拡充する。

おわりに

- ◆ 「各大学病院の地域特性や歴史的なものを活かしながら、地域連携やネットワーク化を進め更なる『質』を高めていく」ことを国立大学附属病院の当面の目標に設定。
- ◆ 我が国の医療水準及び医療の国際競争力を維持・発展させていくためには、国立大学附属病院が連携してネットワークを形成し、一体となって対応していくことが必要。
- ◆ 国立大学附属病院のネットワーク化は、各国立大学病院のパワーアップをもたらし、メディカルイノベーションという我が国の政策の中で、地域の経済・産業・振興に大きく貢献。
- ◆ こうしたネットワーク化には、予算、各種規制や各大学のお国実情など、様々な問題が想定されるが、国立大学附属病院長会議が主体となって、具体的な検討を進めていくことが必要。
- ◆ この「課題と展望」は、社会的に認知され、政策として実行されることが必要であり、内容を不断に社会や国民に向けて広報するとともに、各国立大学附属病院自らが設定した目標に近づく努力を継続的に実施することが不可欠。
- ◆ 「課題と展望」の進捗状況のチェックや改革のスピードを促進するため、国立大学附属病院長会議の事務局機能を強化充実させることが必要。
- ◆ 国立大学附属病院の構成員の一人ひとりがミッション達成への高い志を持ち続けること、国立大学附属病院長会議がこのような改革を常に重要事項として掲げてゆるぎない団結を保つこと、社会や国民に常に情報の発信を行っていくこと、が重要。

Evidence 集 目 次

I 総論

I-1 大学病院の特徴.....	87
I-2 大学病院の分布状況.....	88
I-3 全病院に占める大学病院(医系)の占める割合.....	89

II 分野別

1 教育.....	90
II-1-1 医学生や研修医の初期研修プログラムや内容についての希望(厚生労働省のアンケート結果).....	90
II-1-2-1 20年後の地域別人口予測.....	91
II-1-2-2 20年後の地域別 65歳以上推計人口.....	93
II-1-3-1 疾患別患者数.....	94
II-1-3-2 都道府県別患者数.....	95
II-1-3-3 都道府県別医師一人当たり患者数.....	96
II-1-3-4 学会の会員数及び専門医数.....	97
II-1-4 診療科別医師数の推移(小児科,産婦人科の例).....	99
II-1-5-1 都道府県別医師数(人口10万人当たり).....	100
II-1-5-2 都道府県別医師数(可住地面積1,000km ² 当たり).....	101
II-1-6-1 女性医師数と比率の推移.....	102
II-1-6-2 年代別女性医師数の推移.....	103
II-1-6-3 診療科別女性医師数.....	104
II-1-6-4 女性医師の就業率及び就業時間.....	105
II-1-7 都道府県別研修医数(人口10万人当たり).....	106
II-1-8 大学病院における研修医数(100床当たり).....	107
II-1-9 初期研修プログラムにおける必須科目数とマッチ率の推移.....	108
II-1-10 国立大学附属病院別総合医(総合内科医,家庭医を含む)数.....	109
II-1-11 国立大学附属病院が行っている復職支援等教育プログラムの事例.....	110
2 診療.....	111
II-2-1 ドラッグラグ・デバイスラグによる新たな医薬品・医療機器の導入の遅れ.....	111
II-2-2 国立大学病院の先進医療・高度医療への取り組み.....	112
II-2-3 国立大学病院の治験の取り組み状況.....	113
3 研究.....	114
II-3-1 主要国の臨床医学論文数及び主要国の Core Clinical Journal 掲載論文数の変化.....	114
II-3-2-1 医師・看護師等の現員調.....	115
II-3-2-2 大学院学生数及び研修医の人数.....	116
II-3-2-3 医師・看護師等一人当たりの稼働額.....	117

II-3-3	教員の負担及び研究にあてる時間の年代比較.....	118
II-3-4	国立大学附属病院における科学研究費補助金、受託研究費、共同研究費の取得についてのデータ.....	119
II-3-5	大学院生の研究時間の減少について.....	120
II-3-6	国立大学附属病院における先進医療の届出受理数及び取扱い患者数.....	121
II-3-7	医薬品・医療機器開発の国別比較.....	128
II-3-8-1	医薬品に関する貿易収支.....	129
II-3-8-2	医療機器に関する貿易収支.....	130
II-3-9	発明届出願数の年次推移.....	131
4	地域貢献・社会貢献.....	132
II-4-1	大学病院と地域医療機関との連携の実績.....	132
II-4-2	メディカル ICT 網整備の実績(K-MIX、電子処方箋システム).....	134
II-4-3	がんプロフェッショナル養成事業等国公私の壁を越えて国立大学附属病院が中核的な役割を担ってきた実績.....	135
II-4-4	大災害発生時における大学病院による医療支援の実績.....	136
5	国際化.....	138
II-5-1	留学生の推移・留学生総数に対する医学系留学生の割合.....	138
II-5-2	国立大学病院における外国人患者の受入数(入院・外来).....	140
II-5-3	医療従事者の国際的人材交流実績.....	141
II-5-4	高度先進医療による国際貢献数.....	142
II-5-5	国立大学附属病院における外国人医師の医療行為の制限で困った例(数点).....	143
II-5-6	国際共同研究数、国際共同治験数.....	144
II-5-7	九州大学病院アジア遠隔医療開発センター.....	144
6	運営.....	145
II-6-1	患者数の増加.....	146
II-6-2-1	人的リソース 病院職員数の変化.....	147
II-6-2-2	人的リソース 女性医師の増加.....	148
II-6-3	経営努力.....	149
II-6-4	設備更新.....	150
II-6-5	収益と費用及び借入金の推移.....	151
II-6-6	公的支援.....	152

I-1 大学病院の特徴

1. 大学病院の機能と現状

(1) 大学病院とは

- 医師養成を行う大学医学部の教育研究に必要な施設として設置されている病院（大学設置基準第39条）。
- 平成5年に制度化された、高度な医療の提供、高度な医療技術の開発・評価、研修の実践にあたる「特定機能病院」に承認されている病院（医療法第4条の2）。《本院》

(2) 大学病院の特徴

教育 医学部生の臨床教育、卒後の初期・専門研修等を行う医師やその他の医療従事者の養成機関
→ 採算に関係なく、幅広い診療科・部門が必要。

研究 新しい診断・治療法の開発、難治性疾患の研究等を行う高度な研究機関
→ 様々な疾病治療のための研究に多くの投資が必要。

診療 高度医療の提供、地域医療機関への医師の供給等を行う地域の中核的な高度医療機関
→ 採算性の低い分野（小児・産科・精神・重症治療等）への支援や高度医療に対応するための高度な機器や人材の体制整備が必要。

(参考1) 大学病院を持つ大学の割合

(平成22年6月1日現在)

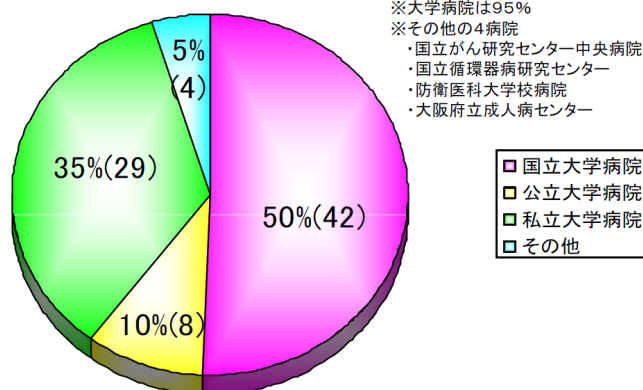
区分	大学数	うち医系病院を置く大学数
国立大学	86	42(48.8%)
公立大学	80	8(10.0%)
私立大学	592	29(4.9%)
計	758	79(10.4%)

(参考2) 特定機能病院について

(平成22年6月1日現在)

○医療法第4条の2(抜粋)

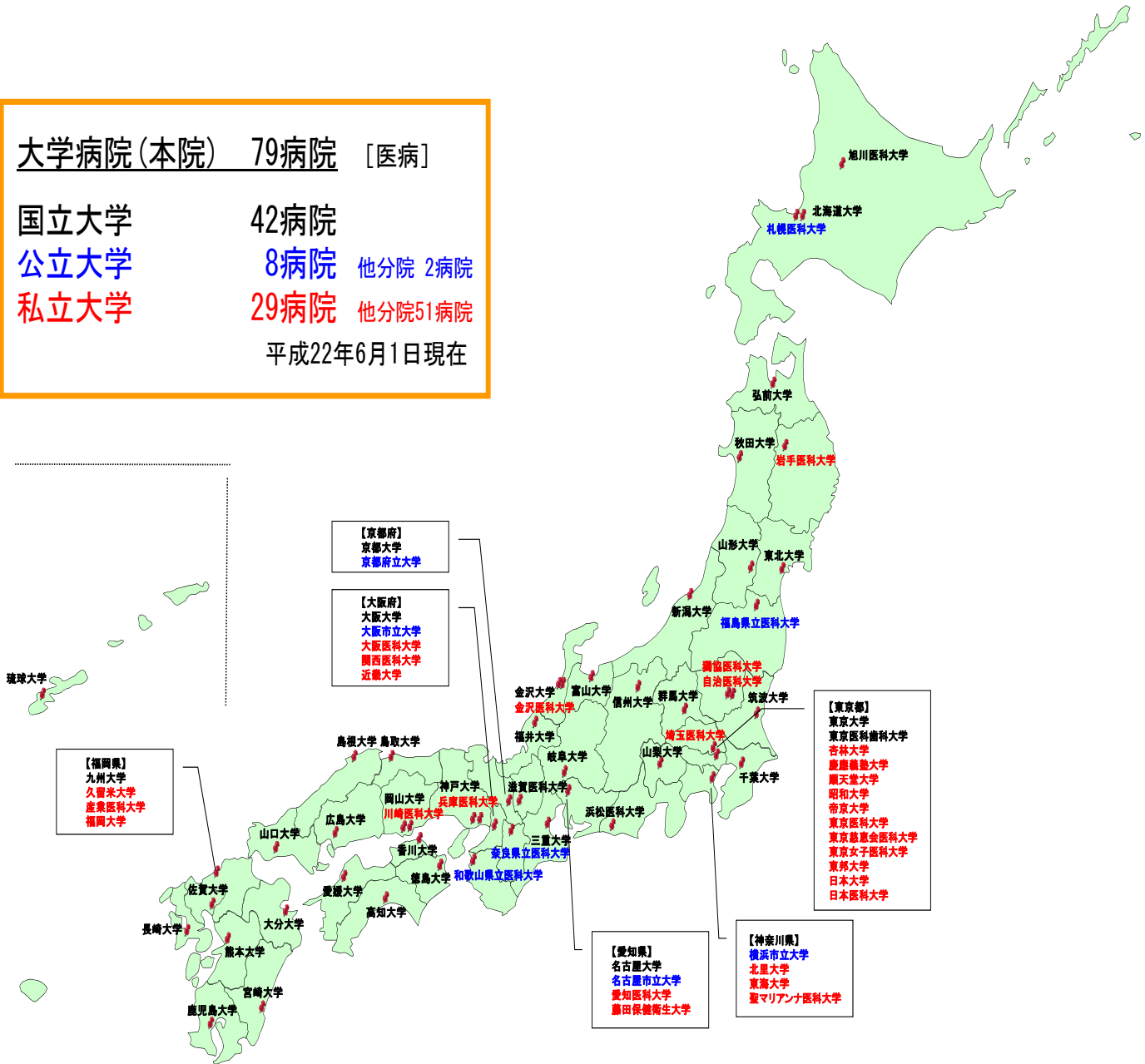
- ・高度の医療を提供する能力を有すること。
- ・高度の医療技術の開発及び評価を行う能力を有すること。
- ・高度の医療に関する研修を行わせる能力を有すること。 など



(出典) 文部科学省高等教育局医学教育課作成
「大学病院の現状」から抜粋。

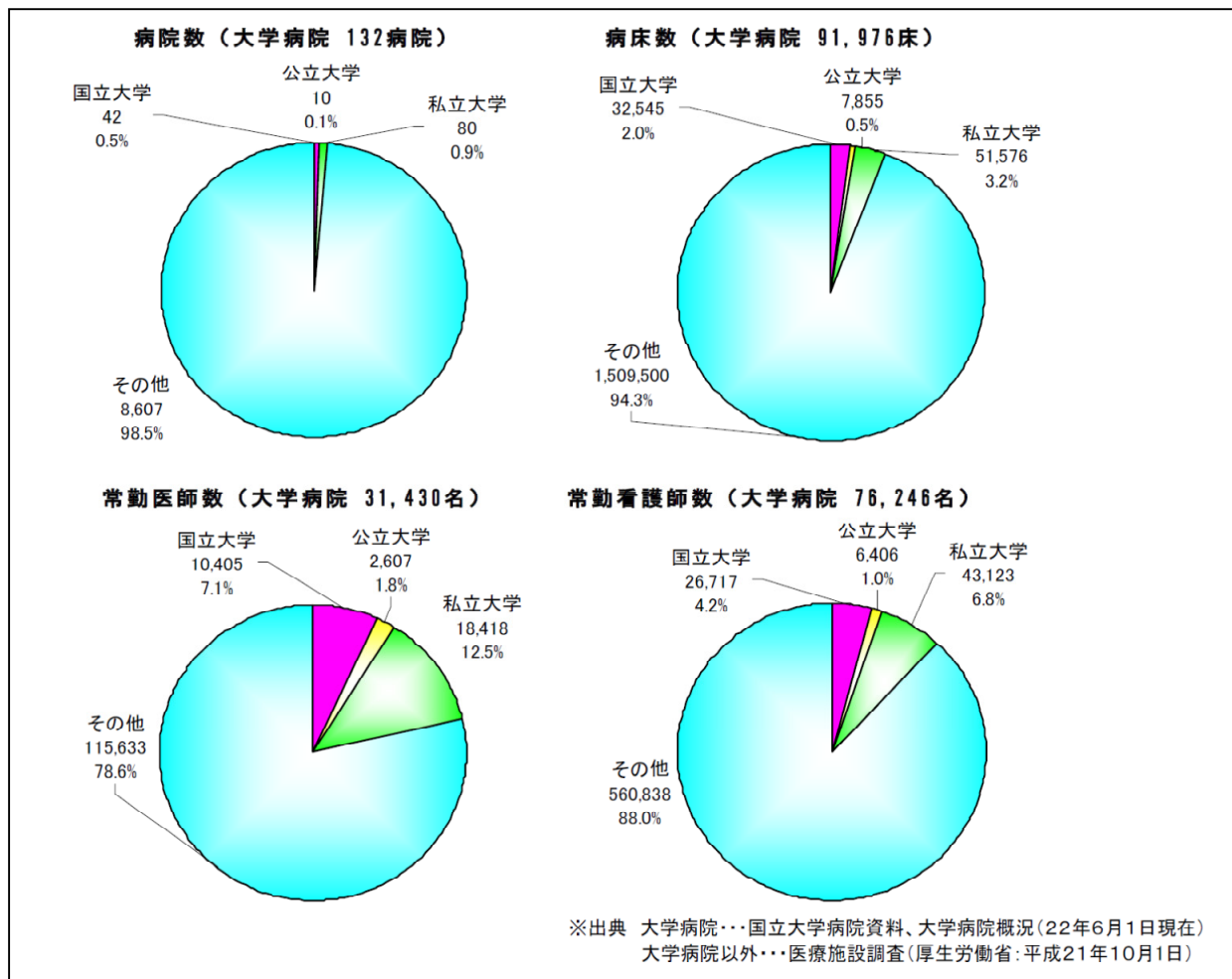
I-2 大学病院の分布状況

大学病院(本院)	79病院	[医病]
国立大学	42病院	
公立大学	8病院	他分院 2病院
私立大学	29病院	他分院51病院
平成22年6月1日現在		



(出典) 文部科学省高等教育局医学教育課作成
「大学病院の現状」から抜粋。

I-3 全病院に占める大学病院（医系）の占める割合



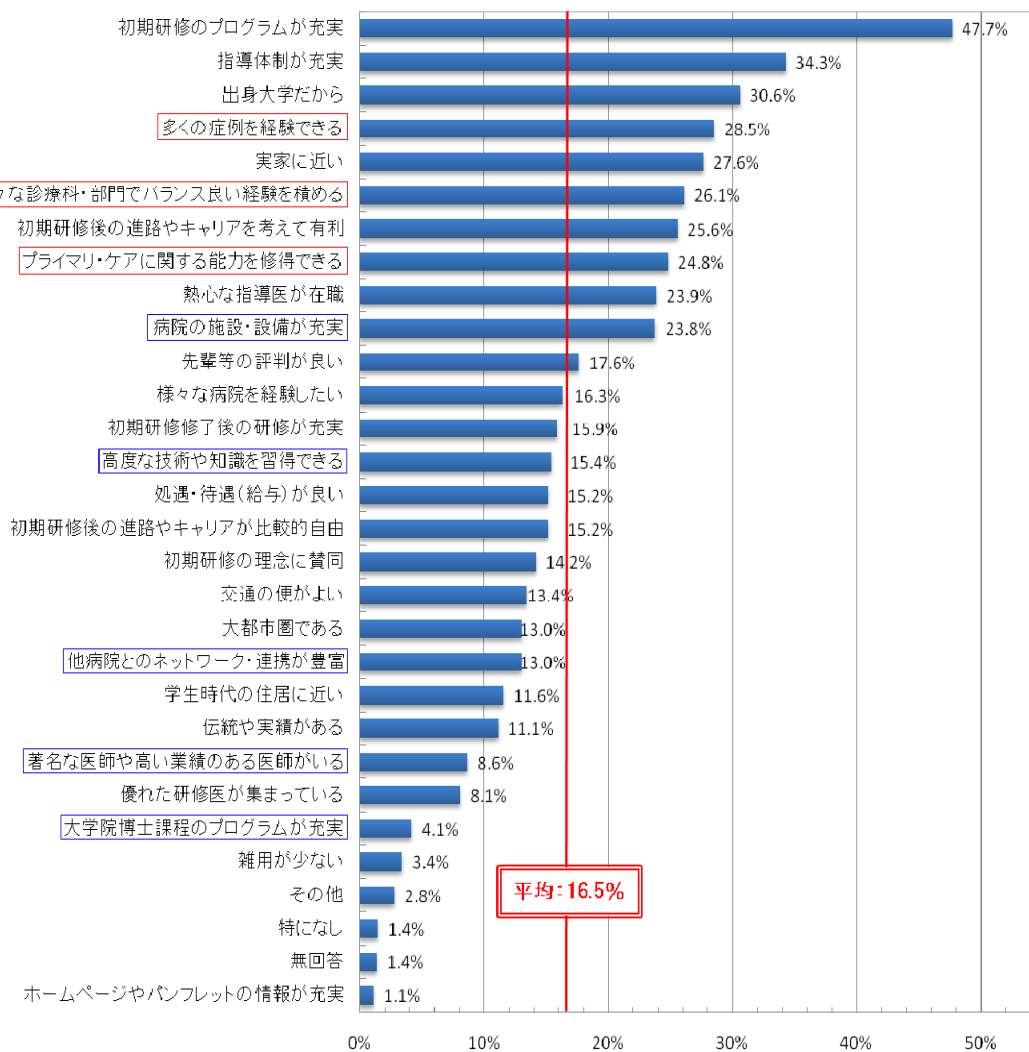
（出典）文部科学省高等教育局医学教育課作成
 「大学病院の現状」から抜粋。

1 教育

II-1-1 医学生や研修医の初期研修プログラムや内容についての希望（厚生労働省のアンケート結果）

初期研修を行う（行った）病院を選んだ理由として、医学生と初期研修医の約 4 人に 1 人は「基本的臨床能力とプライマリケア対応能力の習得に関する項目」を挙げている。

初期研修を行う(行った)病院を選んだ理由



基本的臨床能力とプライマリケア対応能力の習得に関する項目
 大学病院に優位性がある項目（大学病院＞市中病院）

（出典）厚生労働省医政局「第 5 回臨床研修制度のあり方等に関する検討会（平成 21 年 2 月 2 日）」の資料を基に GD 事務局で作成

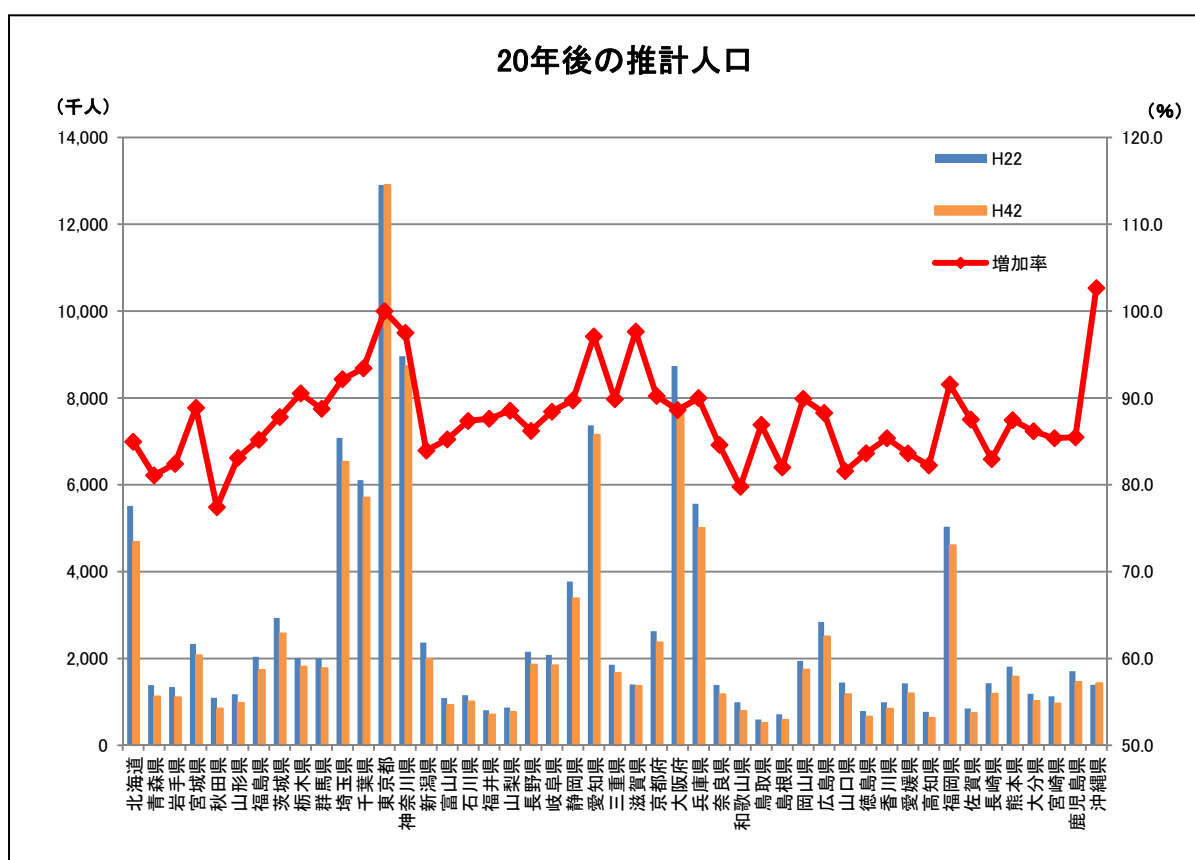
II-1-2-1 20年後の地域別人口予測

現在在学中の医学生(主として2006年から2011年の入学生)が、第一線で独立した臨床医として活躍し始める時期は2020-30年と考えられる。その時期に、首都圏と沖縄を除くほとんどの地域で10-20%人口が減ることを医師養成計画に組み入れる必要がある。

都道府県	人 口 (1,000 人)						人口増加率(%)	
	2005年 ₁₎	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2030年 /2005年 比	2030年 /2010 年比
全国	127,768	127,176	125,430	122,735	119,270	115,224	-9.8%	-9.4%
北海道	5,628	5,513	5,360	5,166	4,937	4,684	-16.8%	-15.0%
青森	1,437	1,386	1,330	1,266	1,196	1,124	-21.8%	-18.9%
岩手	1,385	1,342	1,292	1,234	1,171	1,106	-20.1%	-17.6%
宮城	2,360	2,334	2,291	2,231	2,158	2,074	-12.1%	-11.1%
秋田	1,146	1,094	1,037	975	911	847	-26.1%	-22.6%
山形	1,216	1,178	1,134	1,084	1,032	979	-19.5%	-16.9%
福島	2,091	2,039	1,976	1,902	1,821	1,737	-16.9%	-14.8%
茨城	2,975	2,935	2,873	2,790	2,690	2,577	-13.4%	-12.2%
栃木	2,017	2,006	1,978	1,934	1,879	1,816	-10.0%	-9.5%
群馬	2,024	2,001	1,961	1,908	1,845	1,776	-12.3%	-11.2%
埼玉	7,054	7,082	7,035	6,923	6,752	6,527	-7.5%	-7.8%
千葉	6,056	6,108	6,087	6,008	5,879	5,706	-5.8%	-6.6%
東京	12,577	12,906	13,059	13,104	13,047	12,905	2.6%	0.0%
神奈川	8,792	8,962	9,018	8,993	8,896	8,737	-0.6%	-2.5%
新潟	2,431	2,366	2,286	2,193	2,092	1,986	-18.3%	-16.1%
富山	1,112	1,090	1,058	1,019	975	929	-16.5%	-14.8%
石川	1,174	1,155	1,128	1,093	1,053	1,009	-14.1%	-12.6%
福井	822	807	788	763	736	707	-14.0%	-12.4%
山梨	885	872	853	829	802	772	-12.8%	-11.5%
長野	2,196	2,155	2,095	2,021	1,941	1,858	-15.4%	-13.8%
岐阜	2,107	2,083	2,041	1,984	1,917	1,842	-12.6%	-11.6%
静岡	3,792	3,771	3,712	3,623	3,511	3,384	-10.8%	-10.3%
愛知	7,255	7,367	7,392	7,359	7,276	7,152	-1.4%	-2.9%
三重	1,867	1,854	1,823	1,779	1,725	1,666	-10.8%	-10.1%
滋賀	1,380	1,401	1,406	1,401	1,388	1,368	-0.9%	-2.4%
京都	2,648	2,629	2,590	2,533	2,459	2,372	-10.4%	-9.8%
大阪	8,817	8,736	8,582	8,358	8,072	7,741	-12.2%	-11.4%
兵庫	5,591	5,564	5,482	5,355	5,193	5,007	-10.4%	-10.0%
奈良	1,421	1,389	1,349	1,298	1,240	1,175	-17.3%	-15.4%
和歌山	1,036	994	949	898	846	793	-23.5%	-20.2%
鳥取	607	596	580	561	540	518	-14.7%	-13.1%
島根	742	717	688	656	622	588	-20.8%	-18.0%

都道府県	人 口 (1,000 人)						人口増加率(%)	
	2005年 ¹⁾	2010年	2015年	2020年	2025年	2030年	2030年/2005年比	2030年/2010年比
岡山	1,957	1,942	1,910	1,864	1,808	1,746	-10.8%	-10.1%
広島	2,877	2,842	2,784	2,706	2,613	2,509	-12.8%	-11.7%
山口	1,493	1,444	1,387	1,321	1,250	1,178	-21.1%	-18.4%
徳島	810	788	762	730	696	659	-18.6%	-16.4%
香川	1,012	991	963	927	887	846	-16.4%	-14.6%
愛媛	1,468	1,429	1,380	1,323	1,260	1,195	-18.6%	-16.4%
高知	796	771	742	708	671	634	-20.4%	-17.8%
福岡	5,050	5,034	4,977	4,884	4,759	4,609	-8.7%	-8.4%
佐賀	866	850	829	804	775	744	-14.1%	-12.5%
長崎	1,479	1,431	1,379	1,319	1,255	1,187	-19.7%	-17.1%
熊本	1,842	1,809	1,766	1,712	1,649	1,582	-14.1%	-12.5%
大分	1,210	1,186	1,154	1,115	1,070	1,022	-15.5%	-13.8%
宮崎	1,153	1,127	1,095	1,055	1,010	962	-16.6%	-14.6%
鹿児島	1,753	1,708	1,656	1,595	1,529	1,460	-16.7%	-14.5%
沖縄	1,362	1,394	1,416	1,429	1,433	1,431	5.1%	2.7%

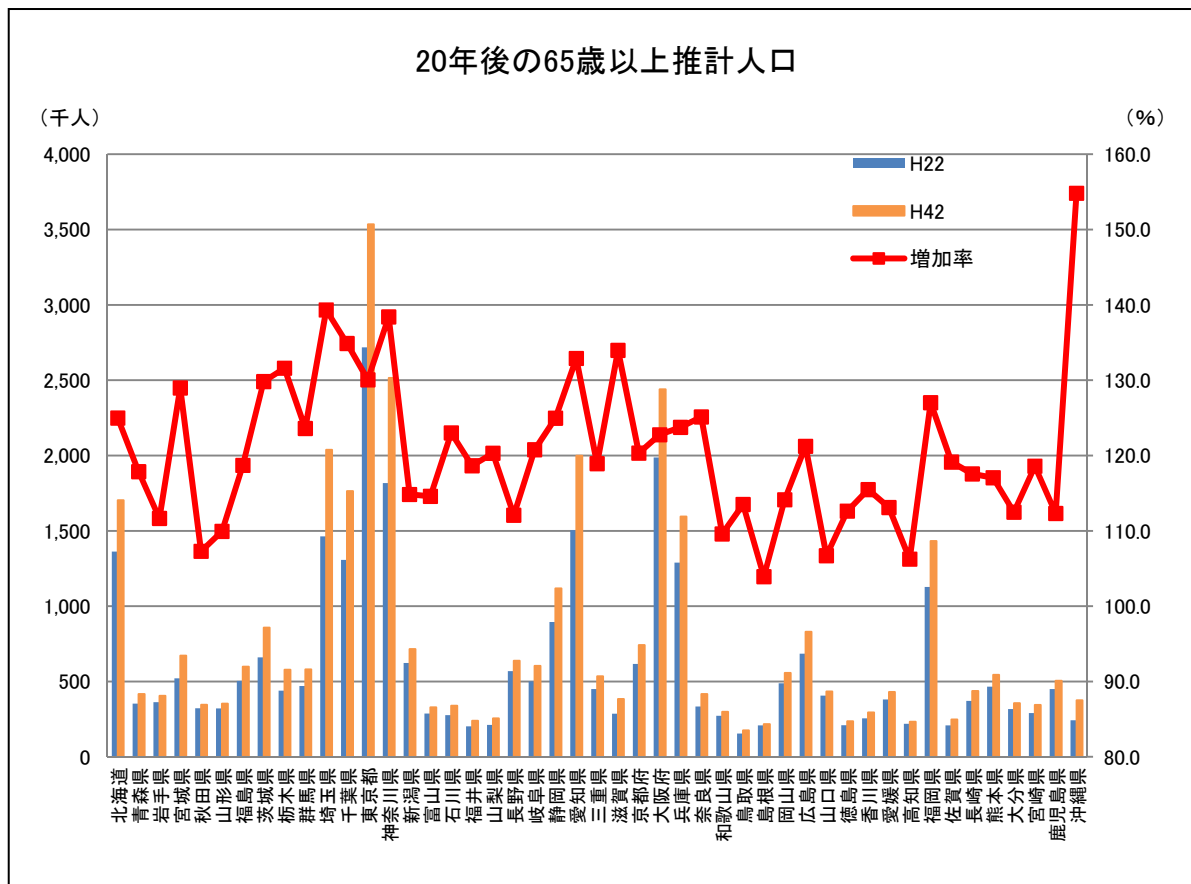
(出典) 国立社会保障・人口問題研究所『都道府県別将来推計人口(平成19年5月推計)』による。
 1) 総務省統計局『国勢調査報告』による。



(出典) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の都道府県別将来推計人口」を基に
 GD事務局で作成

II-1-2-2 20年後の地域別 65歳以上推計人口

沖縄県で1.5倍以上に増加するのをはじめ、すべての都道府県において増加することになる。



(出典) 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ「日本の都道府県別将来推計人口」を基に GD 事務局で作成

II-1-3-1 疾患別患者数

全国における主な傷病別患者数は、以下のとおりであり、循環器系の疾患で1118万人以上となっている。

主な疾患別患者数

傷病	総数
循環器系の疾患	11188
消化器系の疾患	8373
筋骨格系及び結合組織の疾患	5039
内分泌、栄養及び代謝疾患	4401
健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	3559
呼吸器系の疾患	3258
精神及び行動の障害	2815
眼及び付属器の疾患	2787
新生物	1949
皮膚及び皮下組織の疾患	1726
腎尿路生殖器系の疾患	1574
神経系の疾患	1354
損傷、中毒及びその他の外因の影響	1212
感染症及び寄生虫症	1202
耳及び乳様突起の疾患	636
症状、徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	557
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	200
妊娠、分娩及び産じょく	150
先天奇形、変形及び染色体異常	115
周産期に発生した病態	28

単位：千人

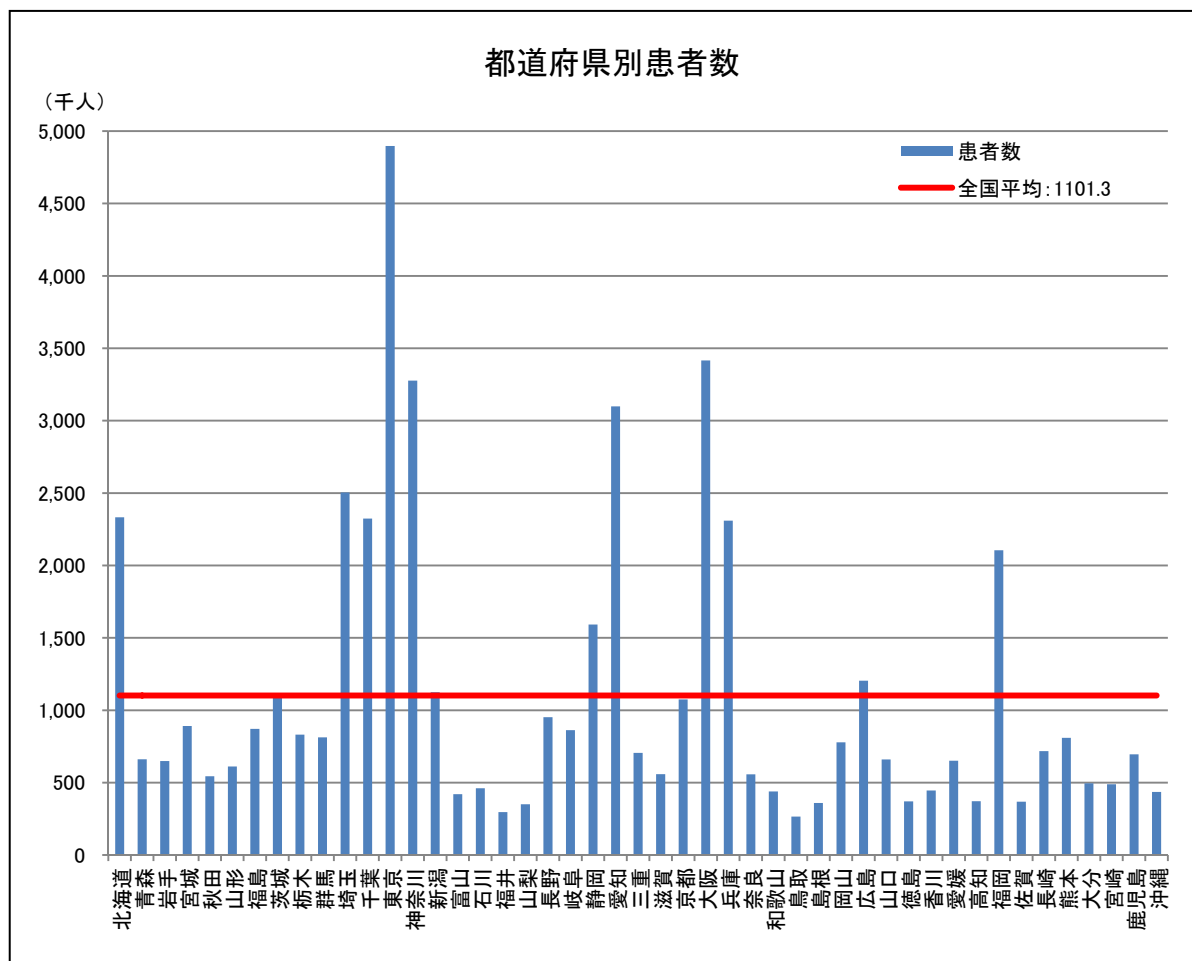
(注) 患者住所地における患者数

患者数＝入院患者数＋初診外来患者数＋再来外来患者数×平均診療間隔×調整係数(6/7)

(出典) 厚生労働省平成20年患者調査を基にGD事務局で作成

II-1-3-2 都道府県別患者数

人口の多い都市部において、患者数が多くなっている。



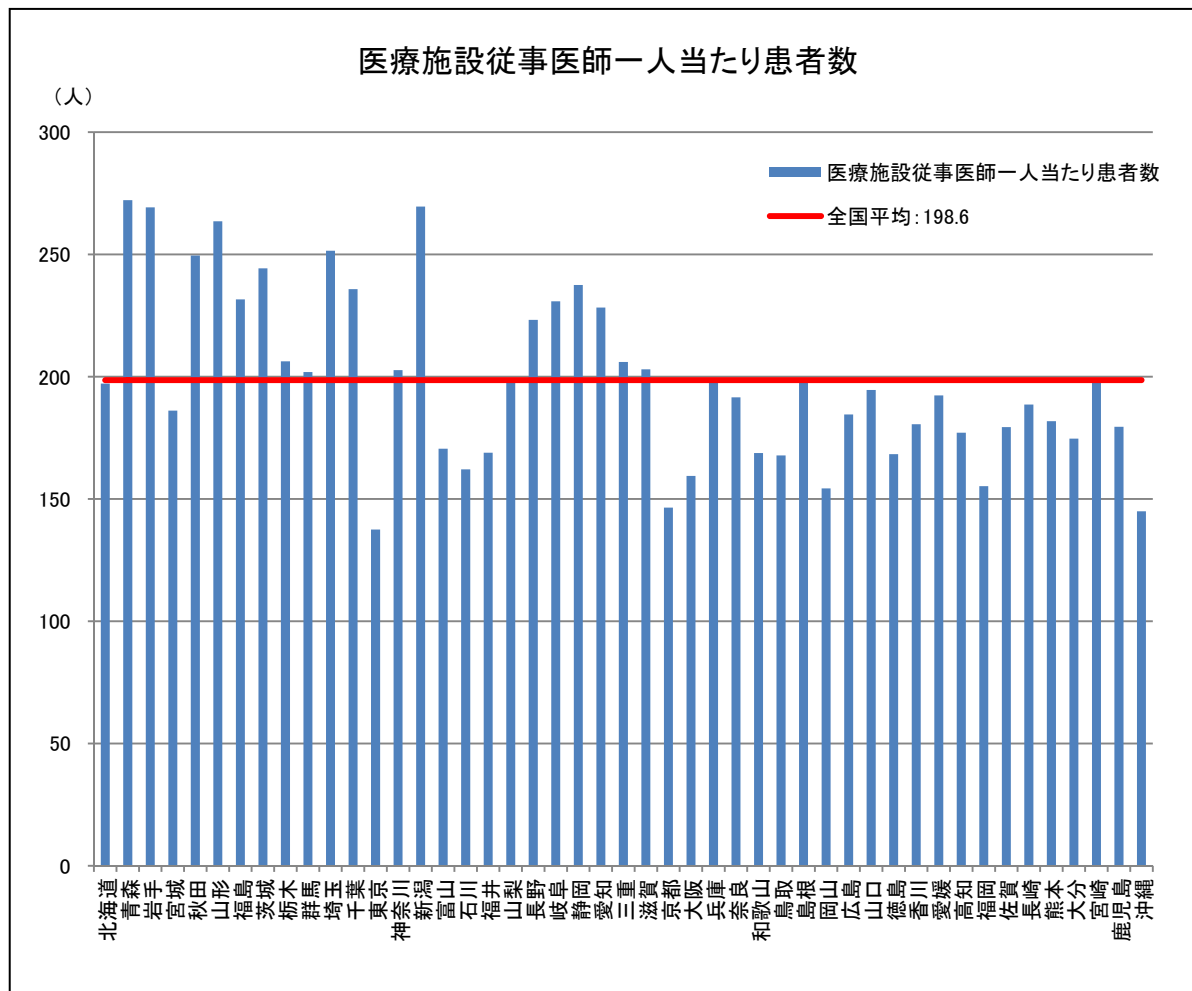
(注) 患者住所地における患者数

$$\text{患者数} = \text{入院患者数} + \text{初診外来患者数} + \text{再来外来患者数} \times \text{平均診療間隔} \times \text{調整係数 (6/7)}$$

(出典) 厚生労働省平成 20 年患者調査を基に GD 事務局で作成

II-1-3-3 都道府県別医師一人当たり患者数

東北地方、東海地方において、全国平均を上回る患者数となっている県が多くみられる。



(注) 患者住所地における患者数で算出

$$\text{患者数} = \text{入院患者数} + \text{初診外来患者数} + \text{再来外来患者数} \times \text{平均診療間隔} \times \text{調整係数 (6/7)}$$

(出典) 厚生労働省平成20年患者調査及び厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査(平成20年)を基にGD事務局で作成

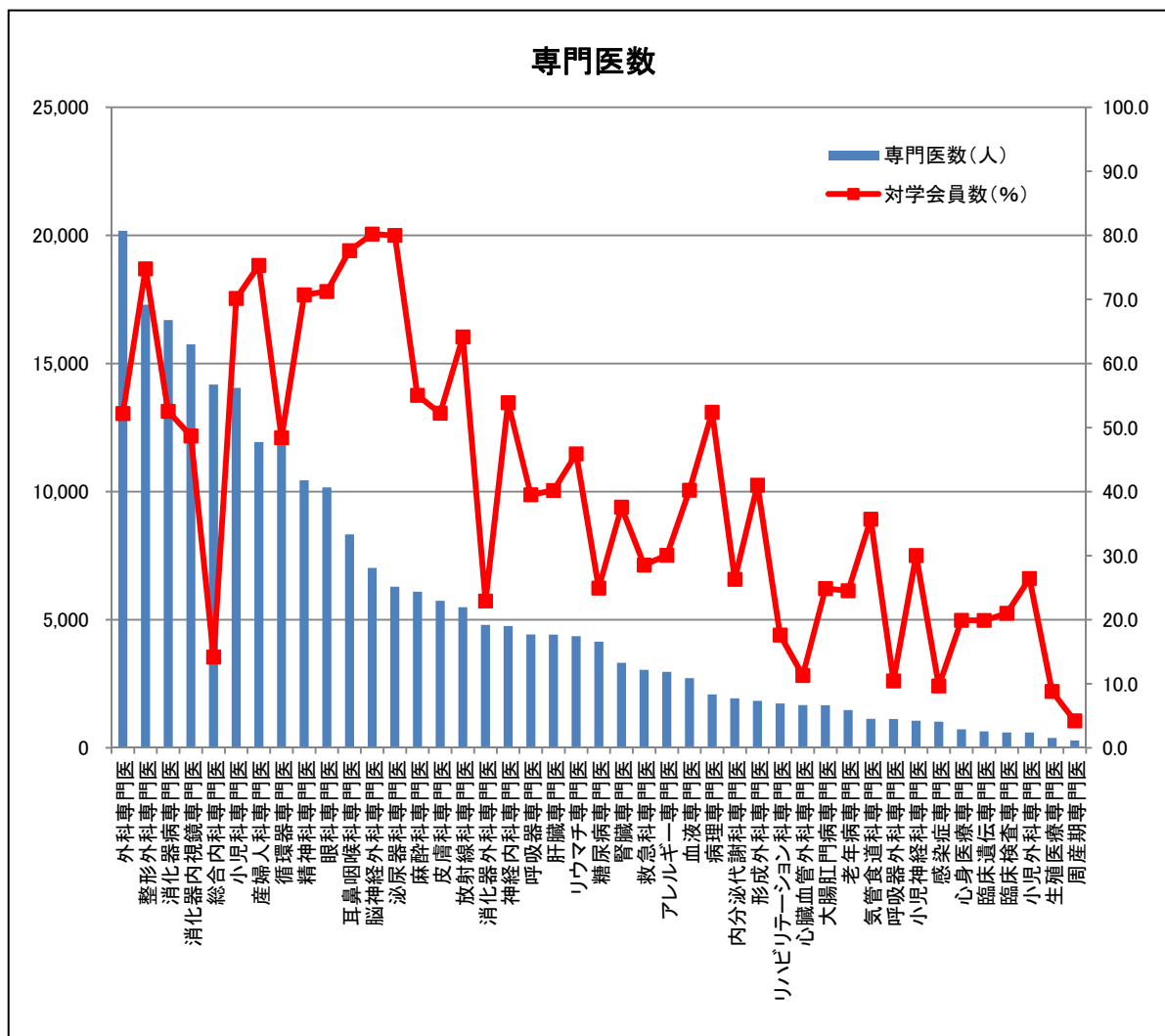
II-1-3-4 学会の会員数及び専門医数

外科専門医について、20,000人以上となっている。

学会の会員数及び専門医数			
学会名	学会員数	専門医名称	専門医数
日本内科学会	99,989	総合内科専門医	14,179
日本小児科学会	20,029	小児科専門医	14,052
日本皮膚科学会	10,980	皮膚科専門医	5,736
日本精神神経学会	14,766	精神科専門医	10,443
日本外科学会	38,668	外科専門医	20,181
日本整形外科学会	23,123	整形外科専門医	17,294
日本産科婦人科学会	15,848	産婦人科専門医	11,938
日本眼科学会	14,261	眼科専門医	10,161
日本耳鼻咽喉科学会	10,736	耳鼻咽喉科専門医	8,333
日本泌尿器科学会	7,863	泌尿器科専門医	6,291
日本脳神経外科学会	8,756	脳神経外科専門医	7,024
日本医学放射線学会	8,560	放射線科専門医	5,491
日本麻酔科学会	11,075	麻酔科専門医	6,095
日本病理学会	3,980	病理専門医	2,085
日本臨床検査医学会	2,862	臨床検査専門医	601
日本救急医学会	10,662	救急科専門医	3,043
日本形成外科学会	4,465	形成外科専門医	1,831
日本リハビリテーション医学会	9,822	リハビリテーション科専門医	1,729
日本消化器病学会	31,773	消化器病専門医	16,696
日本循環器学会	24,468	循環器専門医	11,848
日本呼吸器学会	11,208	呼吸器専門医	4,428
日本血液学会	6,764	血液専門医	2,720
日本内分泌学会	7,330	内分泌代謝科専門医	1,929
日本糖尿病学会	16,607	糖尿病専門医	4,144
日本腎臓学会	8,831	腎臓専門医	3,318
日本肝臓学会	10,997	肝臓専門医	4,419
日本アレルギー学会	9,855	アレルギー専門医	2,963
日本感染症学会	10,551	感染症専門医	1,019
日本老年医学会	6,014	老年病専門医	1,475
日本神経学会	8,823	神経内科専門医	4,755
日本消化器外科学会	20,915	消化器外科専門医	4,795
日本胸部外科学会	7,610	呼吸器外科専門医	1,127
日本呼吸器外科学会	3,167		
日本胸部外科学会	7,610	心臓血管外科専門医	1,669
日本心臓血管外科学会	4,119		
日本血管外科学会	3,040		
日本小児外科学会	2,261	小児外科専門医	598
日本小児神経学会	3,530	小児神経科専門医	1,060
日本心身医学会	3,627	心身医療専門医	722
日本リウマチ学会	9,492	リウマチ専門医	4,356
日本消化器内視鏡学会	32,333	消化器内視鏡専門医	15,748
日本大腸肛門病学会	6,673	大腸肛門病専門医	1,660
日本気管食道科学会	3,174	気管食道科専門医	1,133
日本周産期・新生児医学会	6,800	周産期専門医	286
日本生殖医学会	4,381	生殖医療専門医	386
日本人類遺伝学会	3,217	臨床遺伝専門医	640

(出典) 社団法人日本専門医制評価・認定機構「日本専門医制度概報【平成22年(2010年)度版】を基にGD事務局で作成

主な分野別専門医数，学会における専門医取得率については，以下のとおりであり，脳神経外科専門医，泌尿器科専門医において取得率が80%以上となっている。

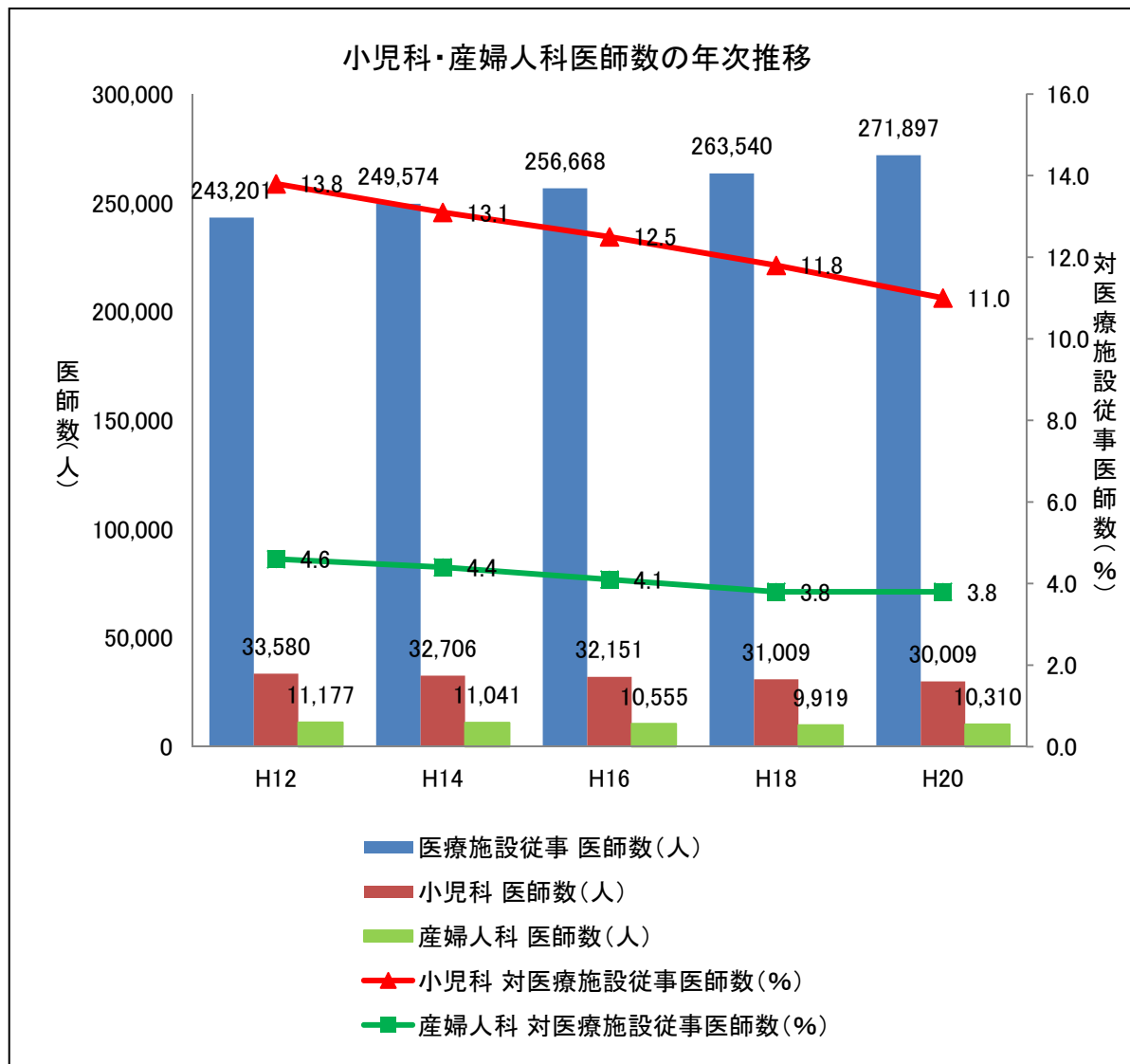


(注) 複数学会が認定している呼吸器外科専門医及び心臓血管外科専門医の学会員数については，各学会員数の合計を基に割合を計算

(出典) 社団法人日本専門医制評価・認定機構「日本専門医制度概報【平成22年(2010年)度版】」を基にGD事務局で作成

II-1-4 診療科別医師数の推移(小児科, 産婦人科の例)

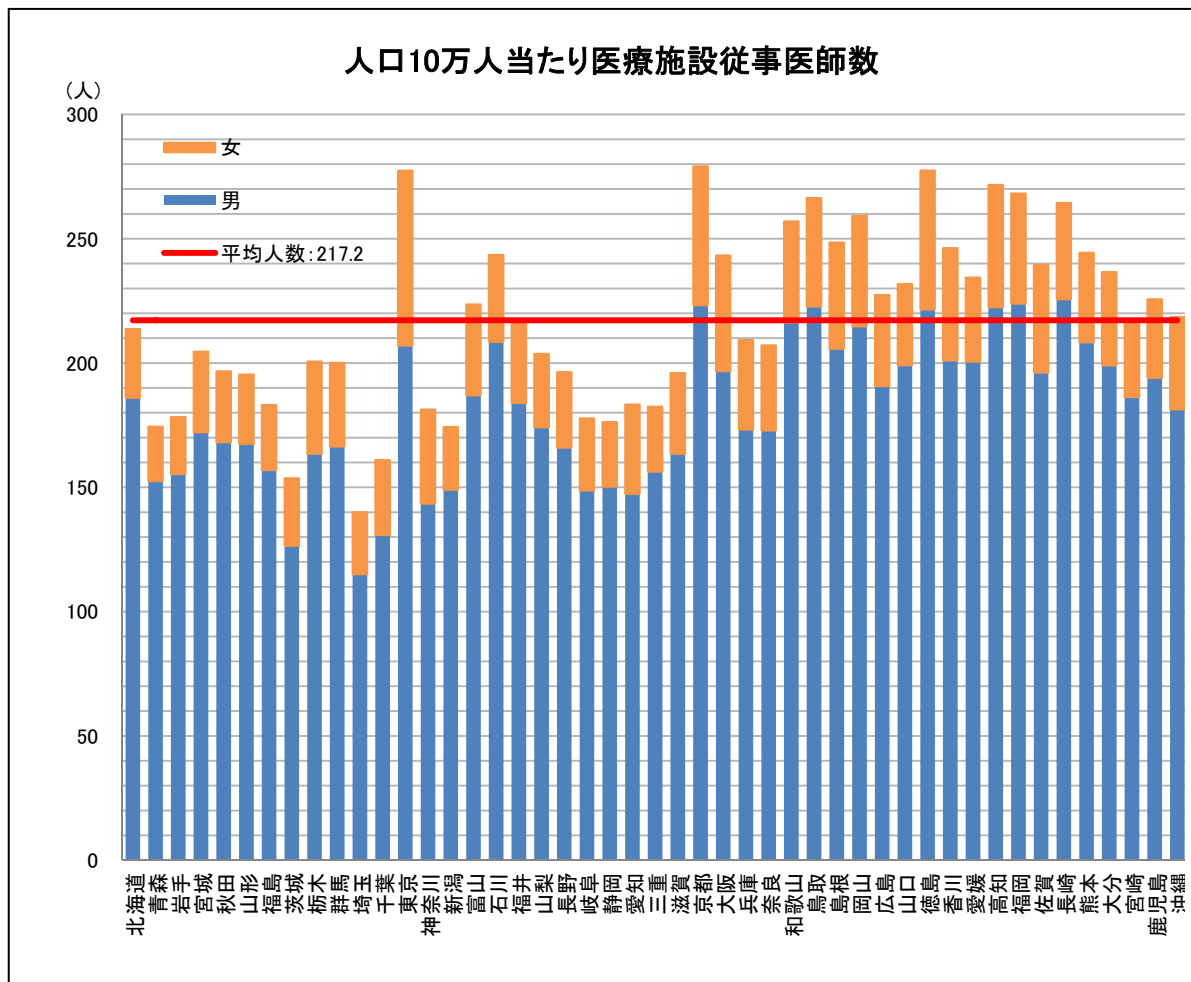
医療施設従事医師数全体が増加しているにもかかわらず、小児科及び産婦人科の医師が占める割合は低下傾向にある。



(出典) 厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査(平成12年～平成20年)を基に作成

II-1-5-1 都道府県別医師数(人口10万人当たり)

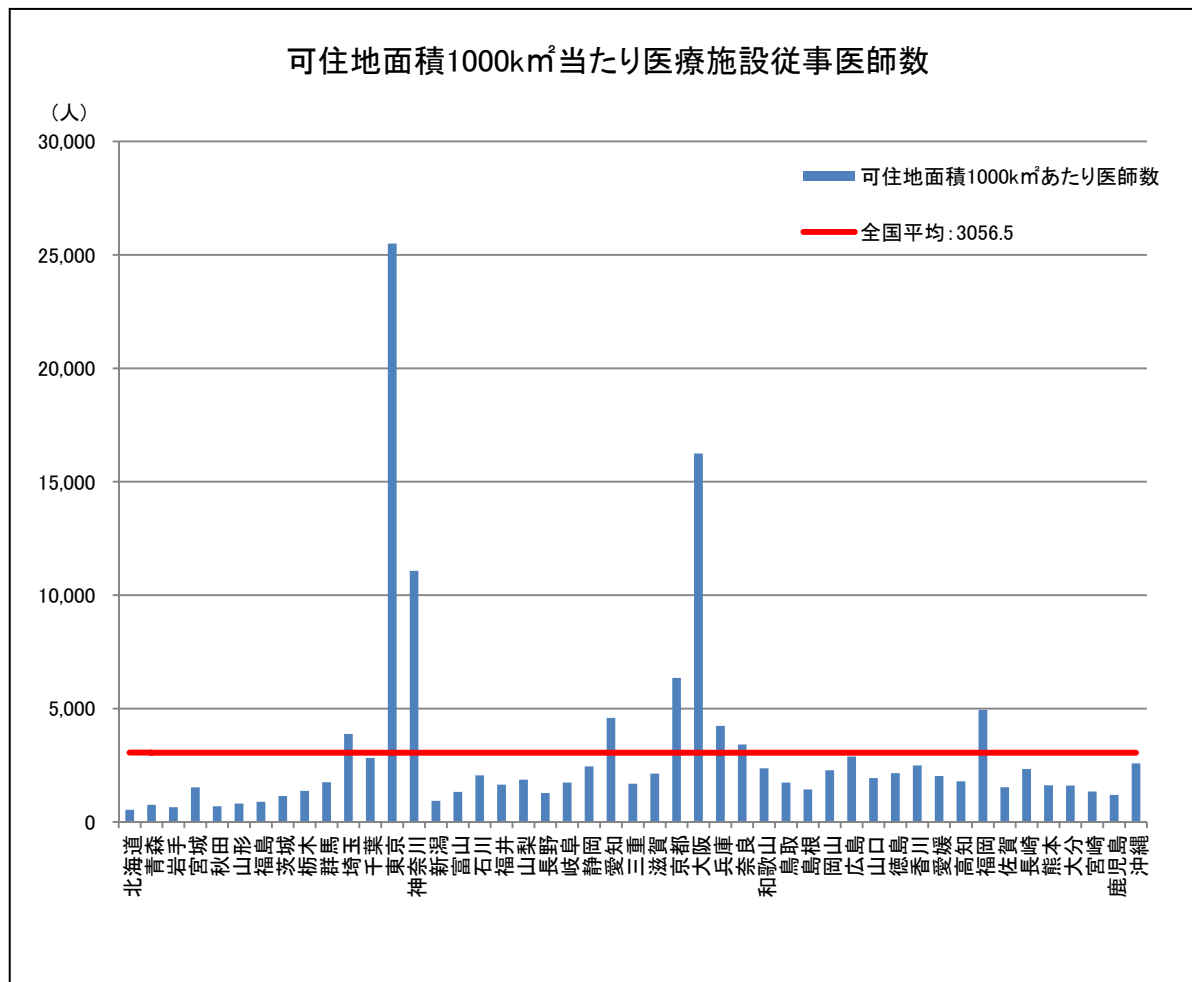
京都、東京、徳島、高知については、人口10万人当たりの医療従事医師数が270人を超えている一方、埼玉、茨城、千葉では平均を大きく下回っている。



(出典) 厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査(平成20年)を基にGD事務局で作成

II-1-5-2 都道府県別医師数(可住地面積 1,000km²あたり)

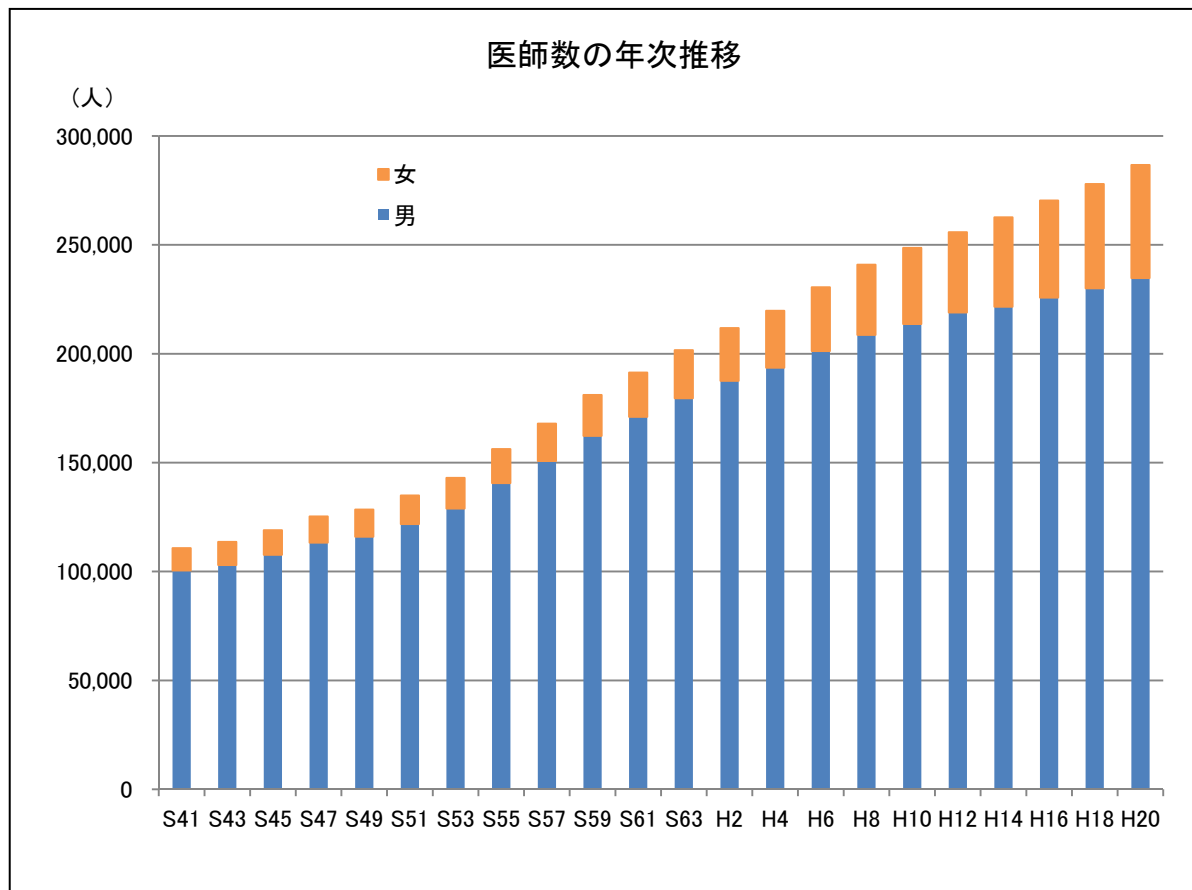
東京で 25,000 人を超えているほか、大阪、神奈川では 10,000 人を超えている。



(出典) 厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査(平成 20 年)及び総務省統計局社会生活統計指標—都道府県の指標 2011 を基に GD 事務局で作成

II-1-6-1 女性医師数と比率の推移

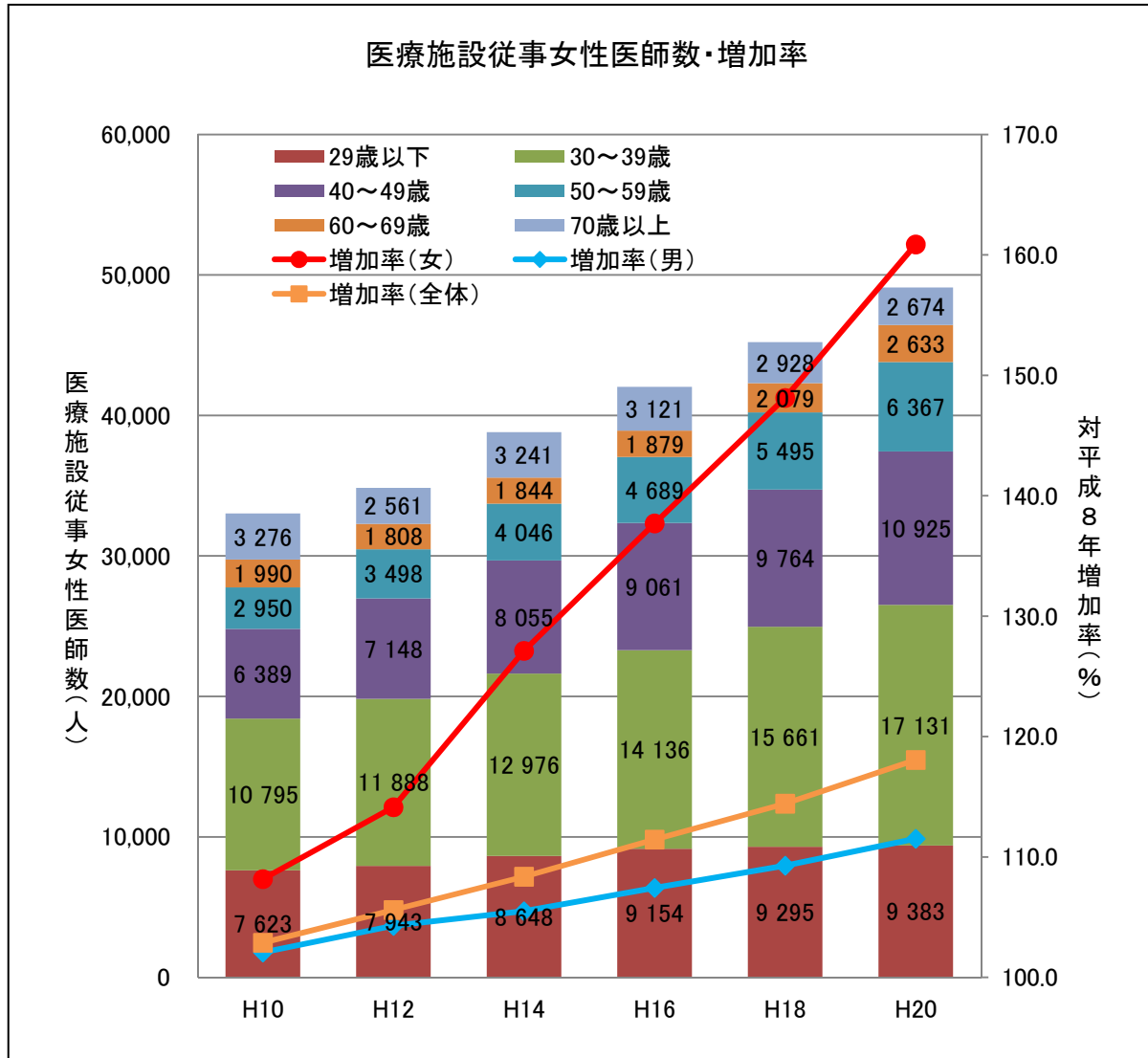
平成 20 年時点では、昭和 41 年に比べて、医師数全体で約 2.6 倍（男性約 2.4 倍、女性約 5.1 倍）となっている。



（出典）厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査（平成 20 年）を基に GD 事務局で作成

II-1-6-2 年代別女性医師数の推移

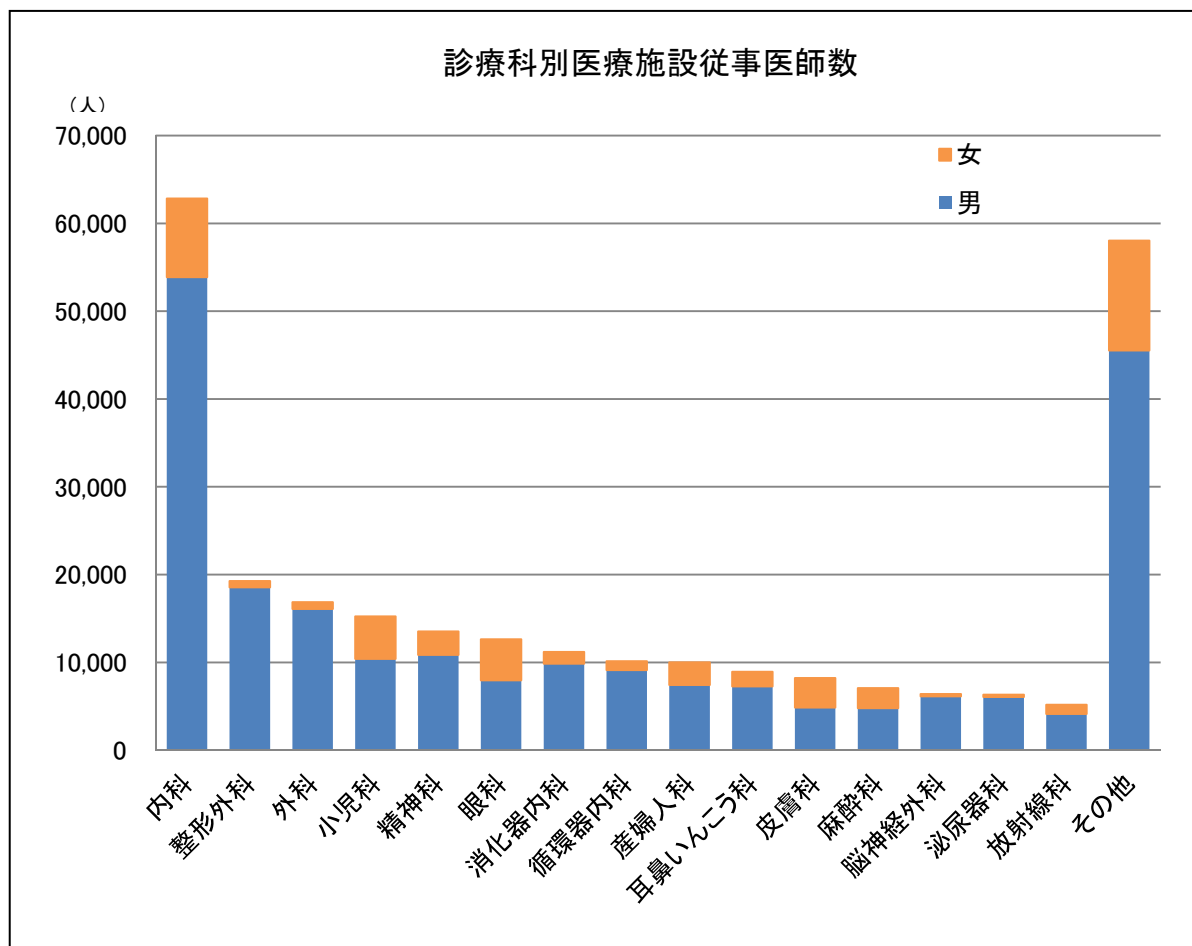
全体医師数及び男性医師数の増加率に比べて、女性医師数の増加率が非常に高くなっている。



(出典) 厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査(平成20年)を基にGD事務局で作成

Ⅱ-1-6-3 診療科別女性医師数

外科系の診療科では、女性医師の占める割合が低い傾向にある。

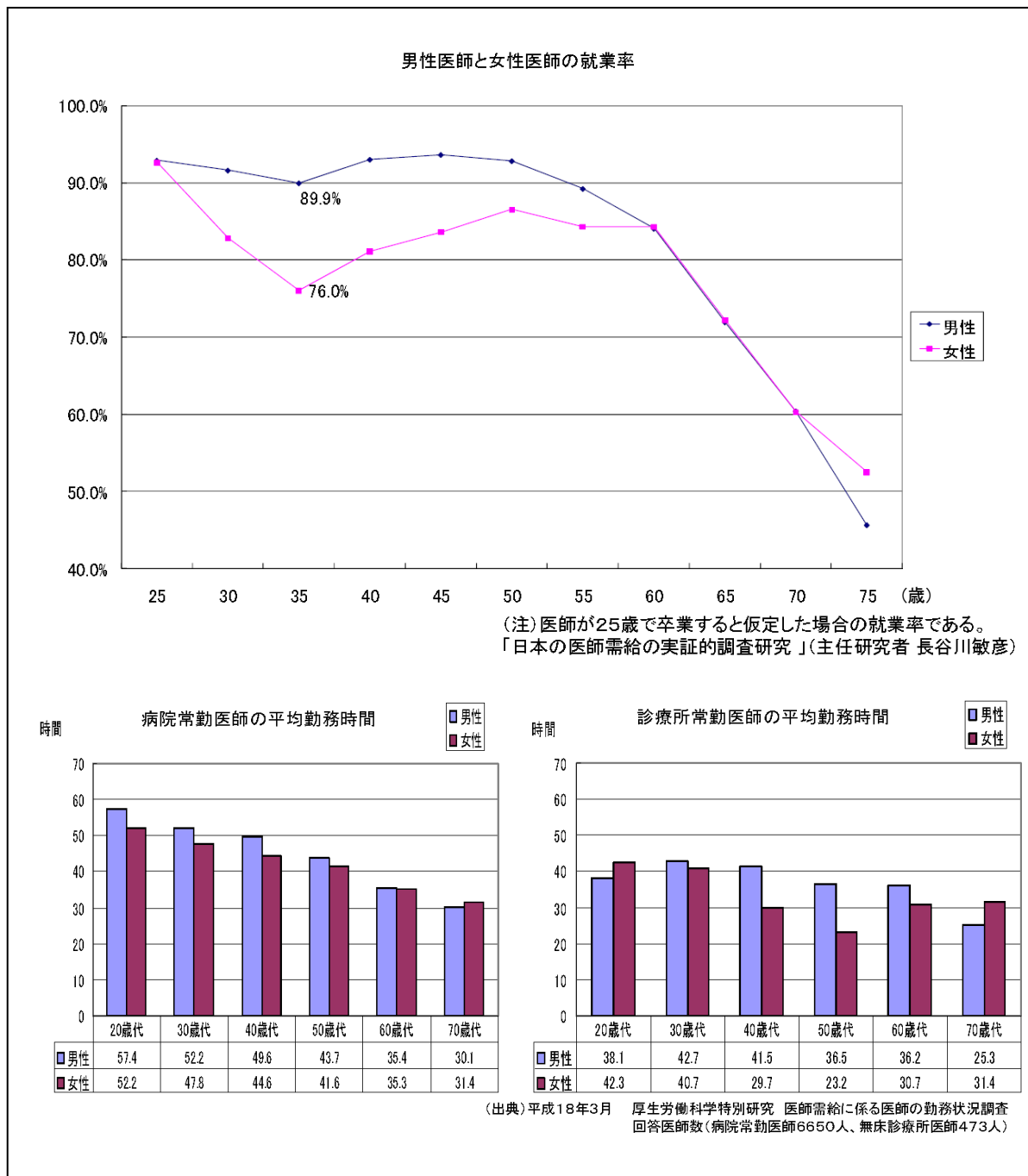


(注) 医師数が5,000人未満の診療科(呼吸器内科, 消化器外科, 神経内科, 心臓血管外科, 腎臓内科, 形成外科など)については、「その他」とした。

(出典) 厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査(平成20年)を基にGD事務局で作成

II-1-6-4 女性医師の就業率及び就業時間

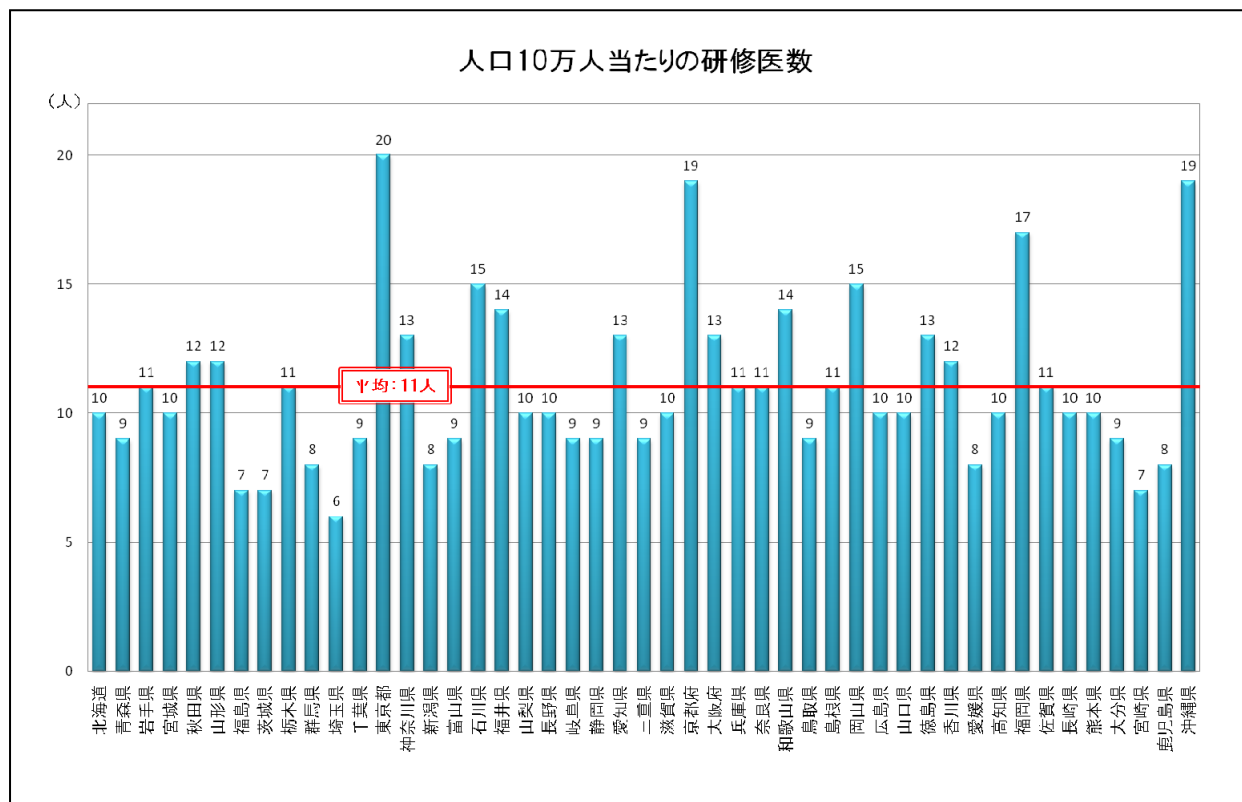
女性医師の就業率は、医学部卒業後に減少傾向をたどった後、再び増加している。
また、常勤勤務医師の平均勤務時間は男女に大きな差は見られない。



(出典) 文部科学省「第1回今後の医学部入学定員のあり方等に関する検討会」における厚生労働省作成資料より抜粋

II-1-7 都道府県別研修医数（人口10万人当たり）

東京都、京都府、福岡県、沖縄県については、人口10万人当たりの研修医数が17人を超えている。また、埼玉県については平均を大きく下回る6人となっている。



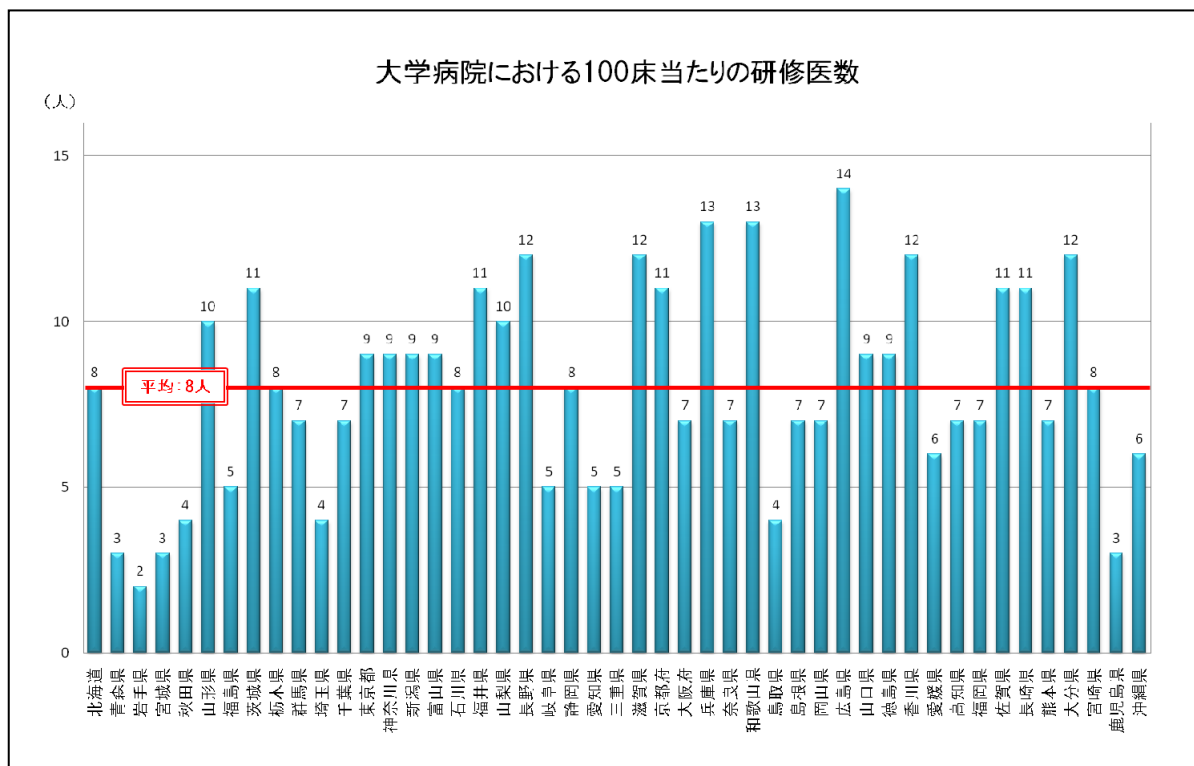
(注1) 人口は平成22年国勢調査によるものであり、調査時に調査の地域に常住している者。

(注2) 研修医数は厚生労働省が毎年4月に行っている調査によるもので、平成21年度及び平成22年度の採用実績の合計を平成22年度の研修医数とした。

(出典) 総務省統計局「平成22年度国勢調査人口速報集計結果」、厚生労働省医政局「H22年度の研修医の採用実績」を基にGD事務局で作成

II-1-8 大学病院における研修医数(100床当たり)

東北地域については、山形県を除き、大学病院における100床当たりの研修医数が全国平均を大きく下回っている。

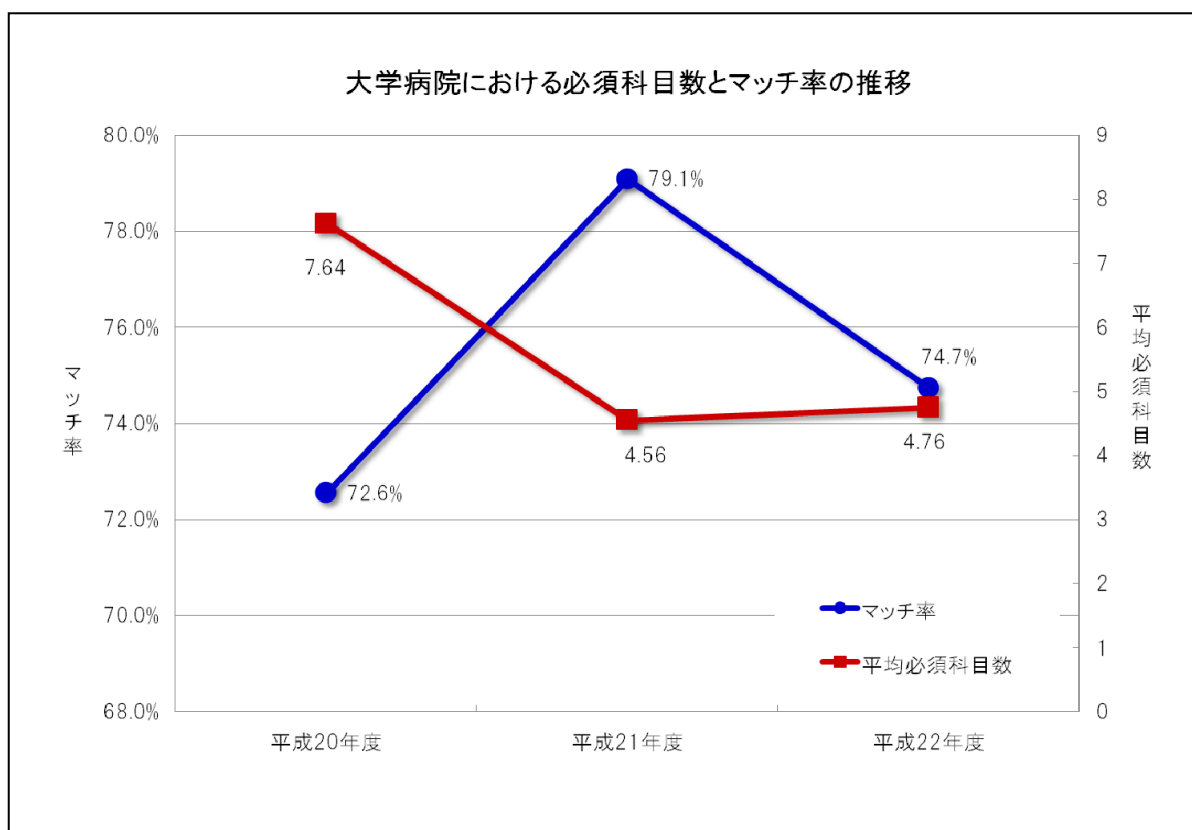


(注) 分院については、分院所在地の都道府県に属する病院として数えた。

(出典) 厚生労働省「臨床研修プログラム検索サイト(REIS)」
を基にGD事務局で作成

II-1-9 初期研修プログラムにおける必須科目数とマッチ率の推移

必須科目数が大幅に減少した平成 21 年度にマッチ率は上昇したが、平成 22 年度は必須科目数が微増でマッチ率が減少しており、必須科目数が減少したからといって必ずしもマッチ率が上がったとは言えない。

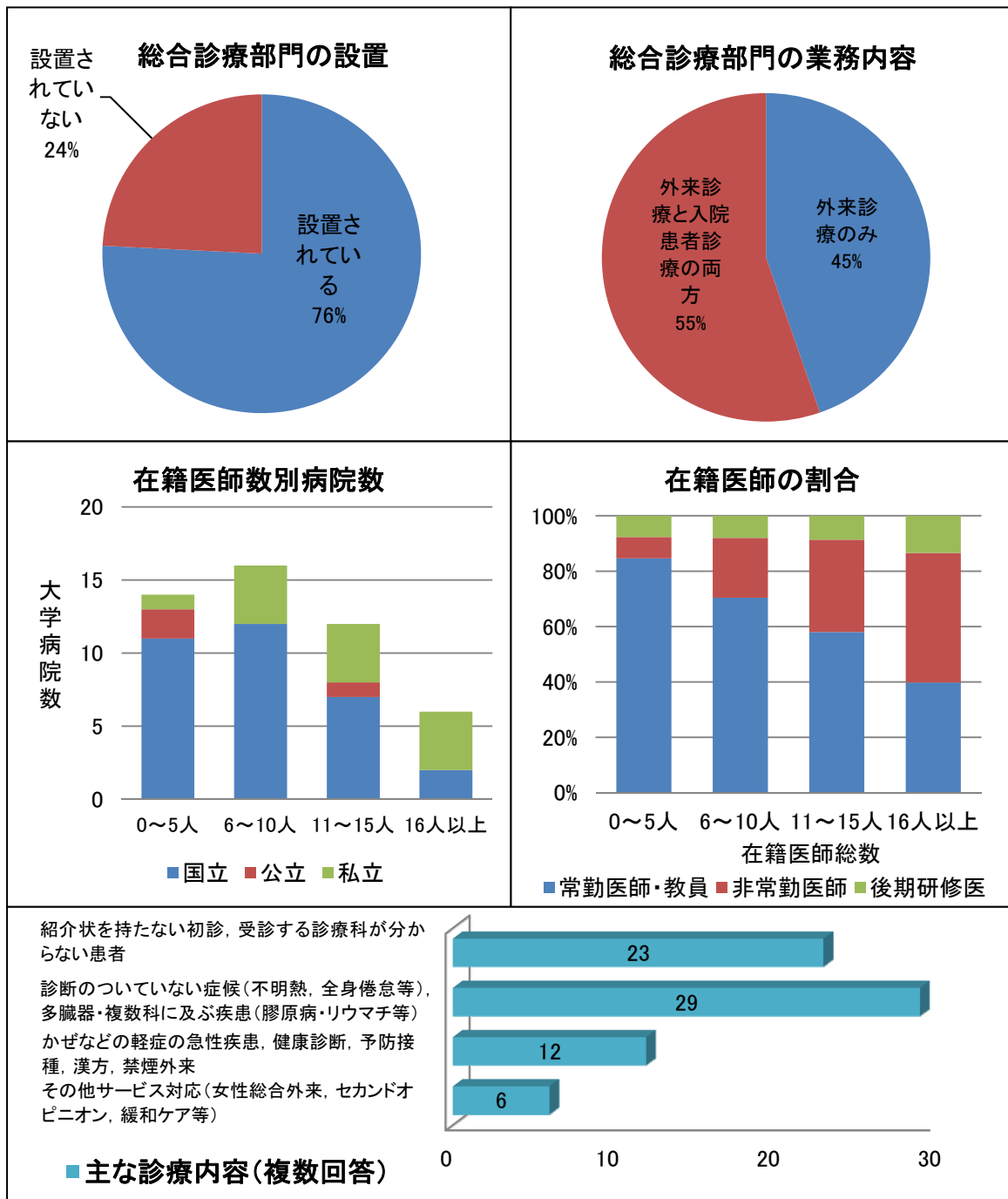


(注) 必須科目数について、内科、救急、外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科、地域医療の 8 つの研修科目以外を必須科目としている場合、この 8 つの研修科目のいずれかに分類して数えた。(例：NICU→小児科、脳神経外科→外科)

(出典) 医師臨床研修マッチング協議会「プログラム毎マッチ結果及び応募者数」、厚生労働省「臨床研修プログラム検索サイト (REIS)」を基に GD 事務局で作成

II-1-10 国立大学附属病院別総合医（総合内科医，家庭医を含む）数

大学病院の4分の3において総合診療部門が設置されており，そのうち半数以上において外来診療と入院患者診療の両方が行われている。



(注)・無回答の大学病院については，計上していない。
 ・公立，私立を含む。

(出典) 各大学病院に対して実施したアンケート結果を基に GD 事務局で作成

II-1-11 国立大学附属病院が行っている復職支援等教育プログラムの事例

国立大学病院 42 施設のうち、復職支援等教育プログラムを実施している病院は 19 施設であり半数に満たない。

No.	大学名	プログラム等名称	プログラム内容	対象者
1	北海道大学	女性医師等支援事業	①女性医師等就労相談窓口 ②病後児保育を含む保育支援 ③復職支援	自院職員
2	旭川医科大学	復職支援研修	①就業情報の提供 ②5段階の具体的な復職支援教育プログラムの提供 ③多様な勤務形態の提供 等	休業中または休業予定の医師、看護師
		子育て・介護支援 病後児保育	①バックアップナースシステム、病児一時預かり室 ②悩み相談カウンセリング室 ③旭川市の子育て支援制度・介護施設との連携窓口 等	子育て・介護中の医師・看護師
3	秋田大学	女性医師支援	①短時間正職員制度・ワークシェアリング ②病児保育室 ③女性研修医の副メンター制度 等	自学の教職員
4	山形大学	リフレッシュ医学教育	①リフレッシュ医学教育研修カリキュラムでの研修 ②再就職の相談・支援	①定年退職した専門医 ②基礎医学・社会医学の研修者として働いて来た医師
		看護師リフレッシュ研修	①リフレッシュ医学教育研修カリキュラムでの研修 ②再就職の相談・支援 ③On the Job Training（実務をとおしたトレーニング） ④就業支援 ⑤専門看護師・認定看護師取得に対応した研修の提供	①出産・子育てを終えた女性医師・看護師等看護職 ②高齢者の介護等を終え、復職を希望する医師及び看護職 ③Uターンを希望する医師 等 復職希望のある潜在看護師 キャリアアップを開発を目指す現職の看護師
5	筑波大学	女性医師看護師キャリアアップ支援システム	①診療・研修コーディネート ②キャリアカウンセリング ③パートタイム常勤制度（医師・看護師）等	出産・育児等の利用でフルタイムでの勤務が不可能な女性医師・看護師
6	群馬大学	女性医師支援プログラム	①再教育プログラムの提供 ②短時間勤務制度 ③院内保育園	離職中で再就職の希望を持つ女性医師
7	東京医科歯科大学	女性医師復職支援プログラム	内科・小児科・産婦人科の復職支援プログラムの提供	女性医師
8	信州大学	看護師復帰支援講習会プログラム	復職支援講習会の開催	看護師免許を持っており原則講習会の全日程に参加出来る者
9	岐阜大学	女性医師のキャリア形成支援	①学内保育園、病児・病後児保育、学童保育 ②メンター制度の導入 ③女性研究者の研修支援補助者制度、短時間勤務制度 等	自院の女性医師
10	神戸大学	ブラッシュアッププログラム	①ネットプログラムの提供 ②キャッチアッププログラムの提供	①妊娠・育児中、介護休後、すでに離職・退職した自院ならびにその連携病院の医師 ②妊娠・育児中、介護休後の看護師等（自院に復職希望の者）
11	鳥取大学	医師キャリア継続プログラム	①育休産休の取得 ②待機・当直免除といった勤務体制の提供	鳥取大学医学部附属病院で採用された医員
12	島根大学	ワークライフバランス支援	①情報発信・キャリア教育 ②カウンセラーによる相談窓口 ③病児病後児保育室の設置	島根大学医学部の全職員
13	岡山大学	MUSCAT プロジェクト	①サポーターネットワークの整備 ②復職支援 ③院内保育・病児保育	女性医師 内容によっては、男性医師、全大学職員等も可）
14	香川大学	香川県医師育成キャリア支援プログラム	①専門医コース・総合医コースでの研修 ②県内医療機関への就職斡旋・支援	①若手医師 ②Uターン・ターンの医師 ③子育て後の女性医師
15	愛媛大学	看護現場復職への支援プログラム	看護現場復職への支援プログラムの提供 （民間企業との共催）	現場復帰を目指す看護師
16	徳島大学	女性医師復職支援	①eラーニング形式による教育研修と評価 ②就業・復職支援	①妊娠・出産・育児等で休職を予定している女性医師 ②休職、離職中の女性医師
17	長崎大学	女性医師麻酔科復職支援プロジェクト	①再教育プログラムに沿った再教育・研修と支援 ②麻酔科認定病院への斡旋	出産・育児等による休職後に復職後に復職支援を必要とする ①女性麻酔科医 ②麻酔科への転向を希望する他分野女性医師
18	九州大学	きらめきプロジェクト	①教育学修支援、eラーニング ②ステップアップ外来の設置（ワーキングコース） ③復帰前研修・再教育、再就職支援（復職支援コース）	医師・歯科医師
19	琉球大学	再教育プログラム	①再教育プログラムの提供 ②シミュレーターによるトレーニングセミナーの開催 ③eラーニング	復職希望の医師

（注）平成 23 年 6 月に各国立大学病院ホームページに掲載されている復職支援等教育プログラム。

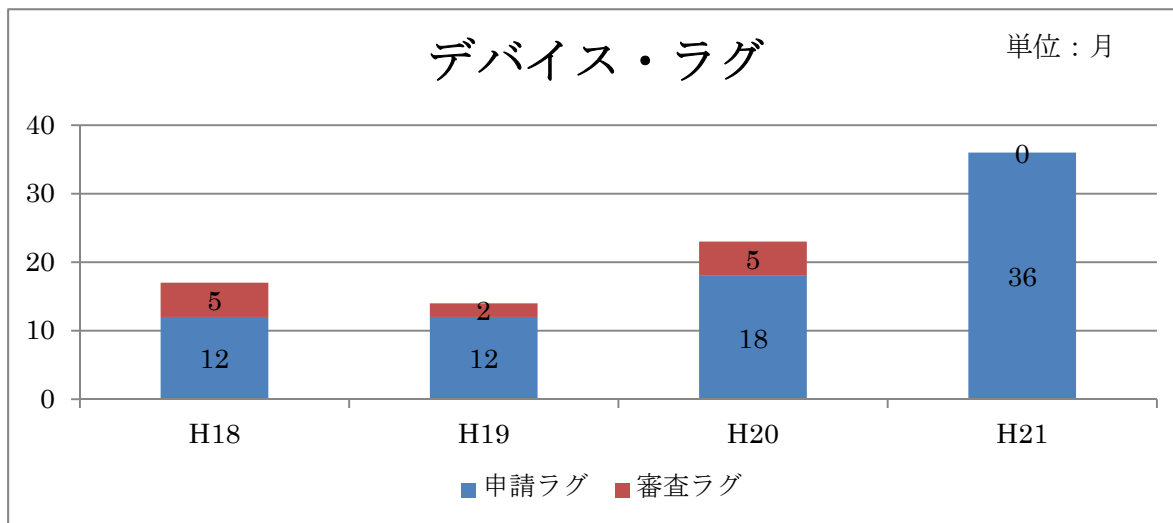
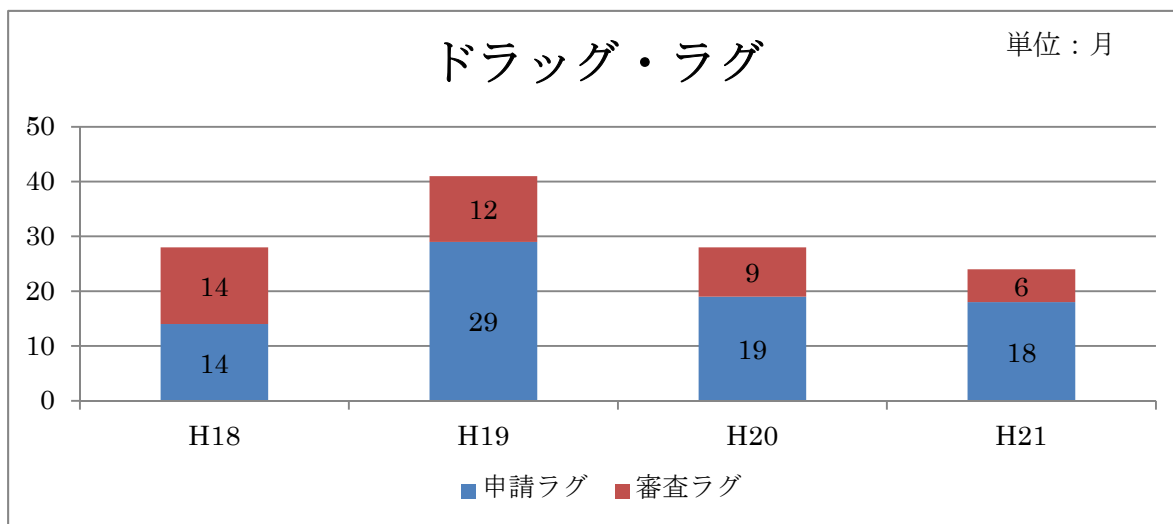
（出典）各国立大学病院 HP を基に GD 事務局で作成

2 診療

II-2-1 ドラッグラグ・デバイスラグによる新たな医薬品・医療機器の導入の遅れ

日本における新たな医薬品・医療機器の導入の遅れを、薬事申請の準備から承認までの時間を米国と比較して表す。

H21 年度においても医薬品で 2 年、医療機器で 3 年も長く時間を要している。



(注) 申請ラグ：薬事申請までに要する時間 審査ラグ：薬事審査に要する時間

※米国の平成 18 年度以降の総審査機関のデータが公表されていないため、平成 17 年度 (14.5 月) と同等と仮定して比較

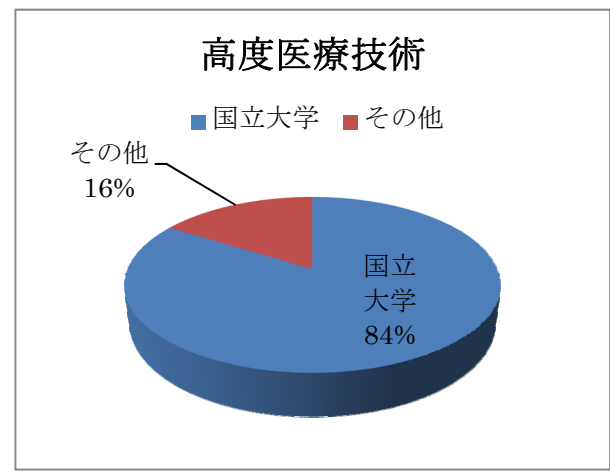
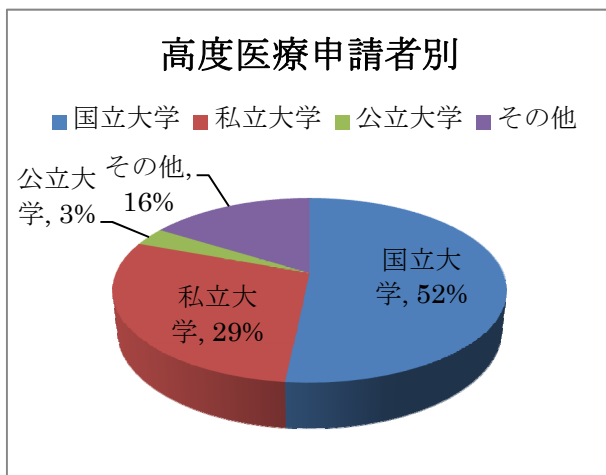
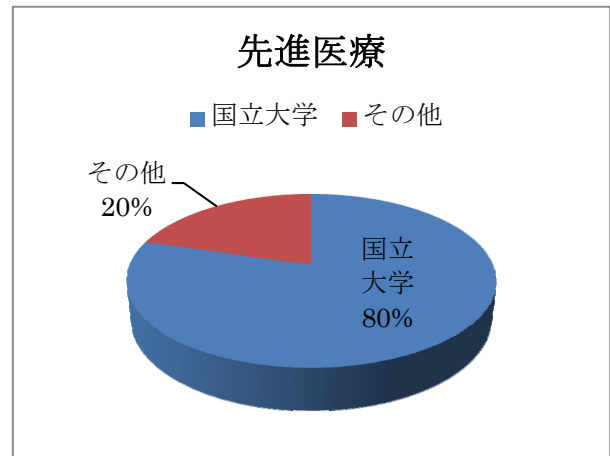
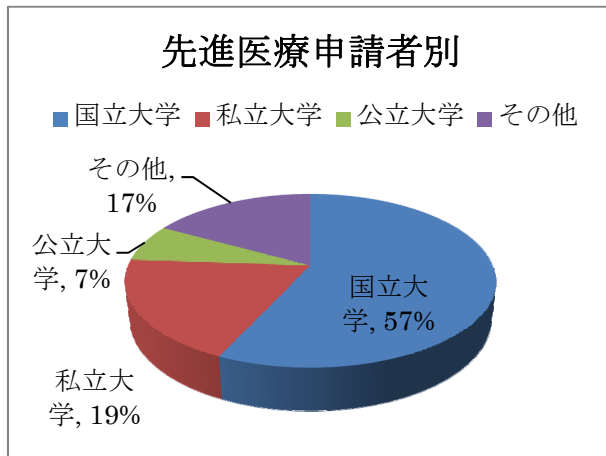
※デバイス・ラグの数値については、新医薬品と比較して新医療機器として承認される品目数が少なく増減が多くなること、また、世界で先行して承認されている未承認医療機器の掘り起こし (申請の促進) による申請ラグの顕在化 (長期化する傾向があること) に留意が必要

(出典)

社会保障改革に関する集中検討会議 (第七回) 配布資料 (資料 2) 医療イノベーションに関する資料から抜粋

II-2-2 国立大学病院の先進医療・高度医療への取り組み

現在、承認を受けている先進医療・高度医療技術の 5 割以上を、国立大学病院が申請している。
 更に、それらの技術の 8 割以上は、国立大学病院で実施している。

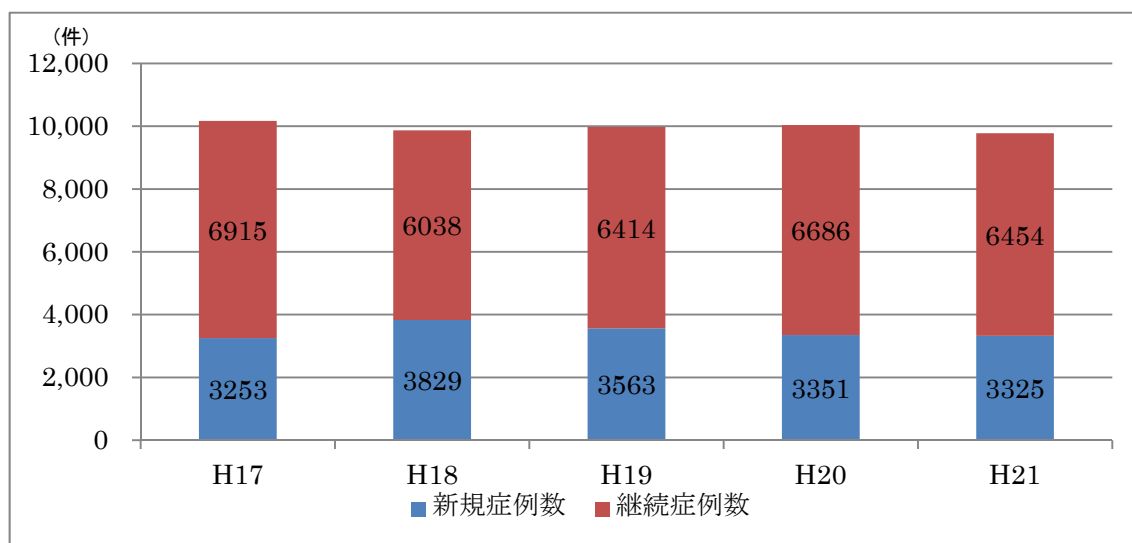
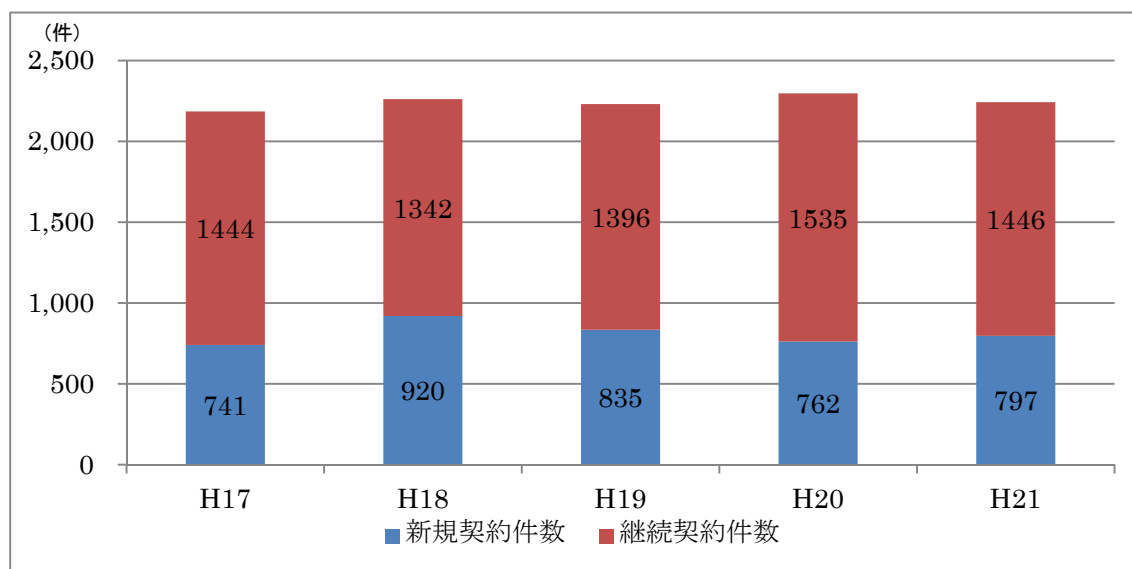


(注) 先進医療は全 89 技術、高医療は全 31 技術 (2011. 6. 14 現在 HP 掲載)
 申請者別は、各技術の申請医療機関を種類分けした
 一方は、各技術を 42 国立大学病院のいずれかで実施可能か調査したもの

(出典) 厚生労働省ホームページ 先進医療を実施している医療機関の一覧より抜粋
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/sensiniryu/kan02.html>

II-2-3 国立大学病院の治験の取り組み状況

高度な医療技術を用いた先進的な医療の開発や実施状況のひとつとして、国立大学病院における治験実施件数の推移をみる。



(出典) 全国国立大学病院薬剤部長会議資料から抜粋

3 研究

II-3-1 主要国の臨床医学論文数及び主要国の Core Clinical Journal 掲載論文数の変化

図1は、主要国の臨床医学論文数の推移を示すグラフであり、図2は主要国の Core Clinical Journal 掲載論文数の変化を示すグラフである。図1においては、他の主要国が増加している中で日本の臨床医学の論文数及びインパクトの高い論文数は減少している。

図2においても、臨床医学の著名な雑誌に掲載される論文数（≒インパクトの高い論文数）は主要国に比べ激減している。

図1 主要国の臨床医学論文数(右図:被引用数 Top10%論文)
(分数カウント法、3年平均値)

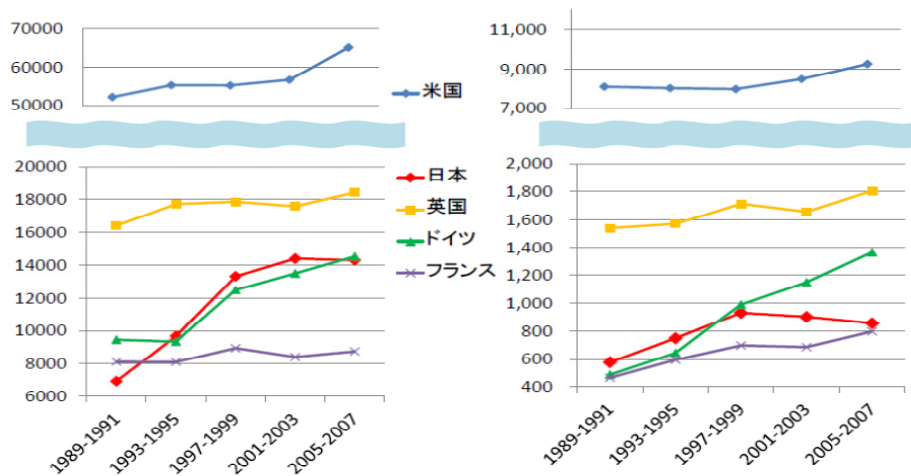
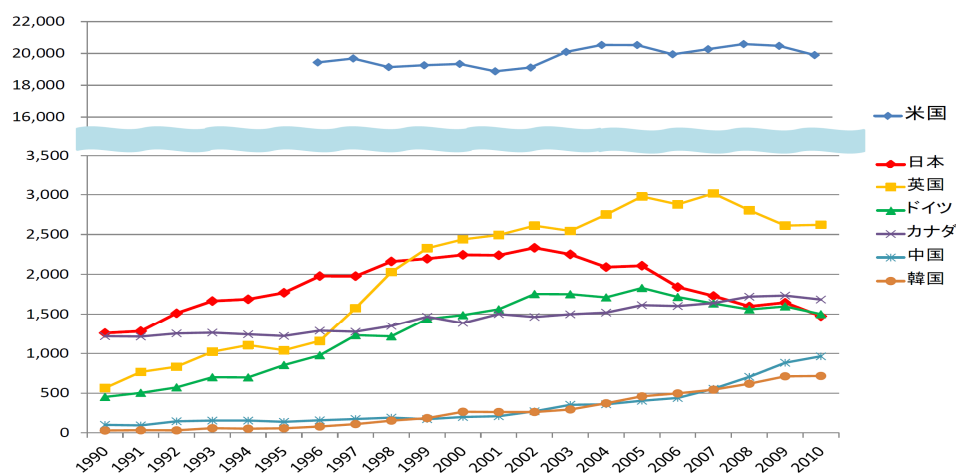


図2 主要国の臨床医学著名誌掲載論文数
(PubMed, Core Clinical Journals 119 誌掲載論文数)



(注) 論文数の増減については、調査対象雑誌数の増など、調査段階での要因による変化もありうる。

(出典)

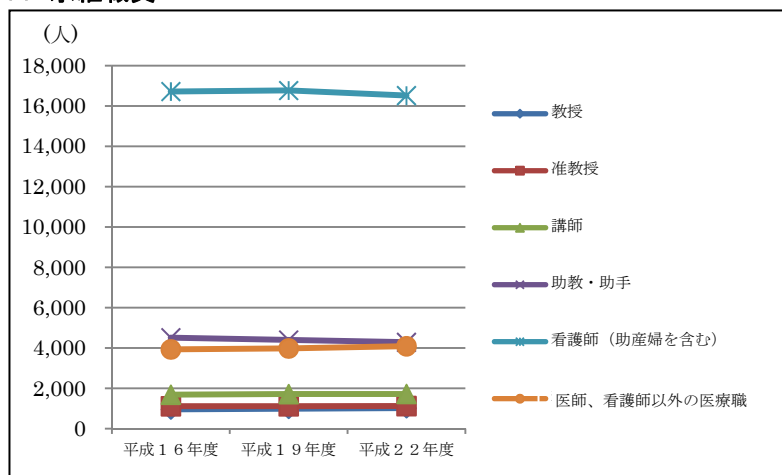
図1：文部科学省科学技術政策研究所 調査資料192 科学研究のベンチマーキング（トムソン・ロイター社 Web of Science データベースに基く）

図2：(独) 国立大学財務・経営センター理事長 豊田長康氏、北海道大学医学研究科内科学講座呼吸器内科学分野教授 西村正治氏による分析

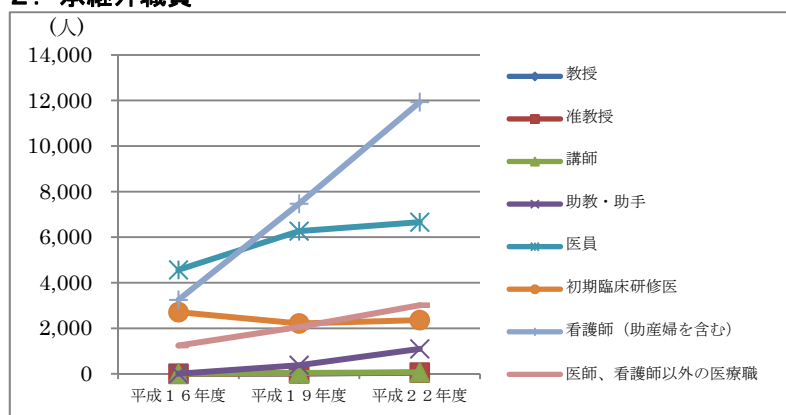
II-3-2-1 医師・看護師等の現員調

平成16年度から3年毎の職員数の推移を示したもの。
 有期雇用等の承継外職員は増加している。

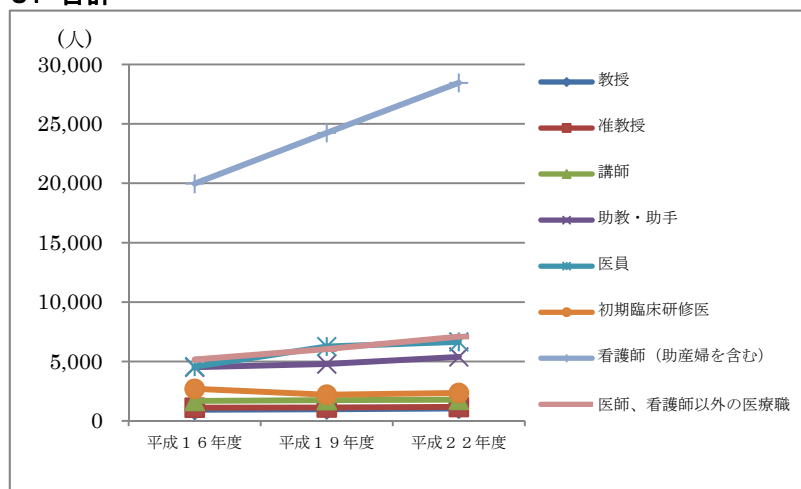
1. 承継職員



2. 承継外職員



3. 合計



(出典) 国大協第7次アンケート

II-3-2-2 大学院学生数及び研修医の人数

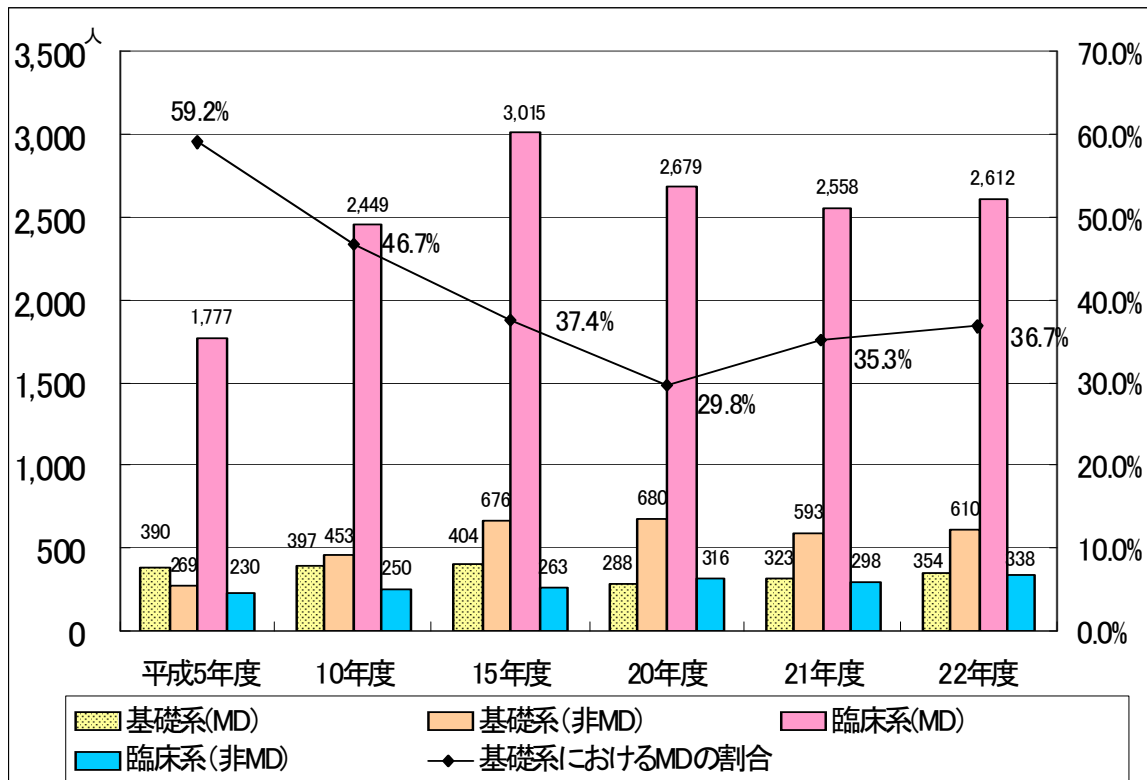
(1) 臨床系の大学院生数

臨床系MDの入学者数は、平成15年度を境に減少傾向にある。

(2) 研修医数の推移

平成15年度から平成16年度にかけ大幅に減少し、その後も年々減少している。

(1) 医学系大学院(博士課程(4年制))入学者数の推移



(2) 研修医数の推移

年 度	人 数
平成15年度	5,923
平成16年度	4,110
平成17年度	3,702
平成18年度	3,451
平成19年度	3,423
平成20年度	3,591
平成21年度	3,575
平成22年度	3,545

(注) (1) MD: 医師免許を持つ者、非MD: 医師免許を持たない者

(2) 研修医数: 1年目の臨床研修医数

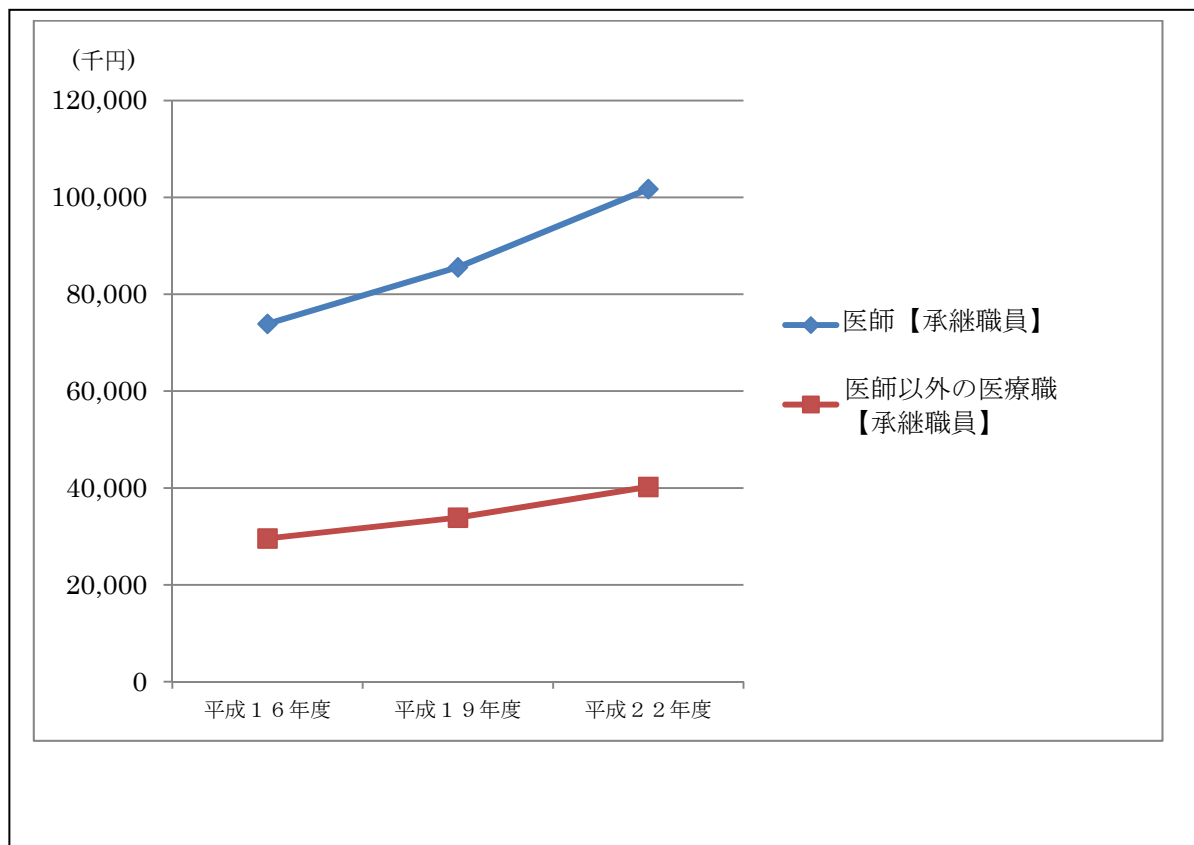
(出典)

(1) 文部科学省医学教育課調べ

(2) これまでの医学部入学定員増等の取組について (文部科学省作成)

Ⅱ-3-2-3 医師・看護師等一人当たりの稼働額

医師（承継職員）及び看護師等（承継職員）一人当たりの稼働額の3年ごとの推移である。一人当たりの稼働額が増加していることから、特に医師一人当たりの負担が年々増加していることがわかる。



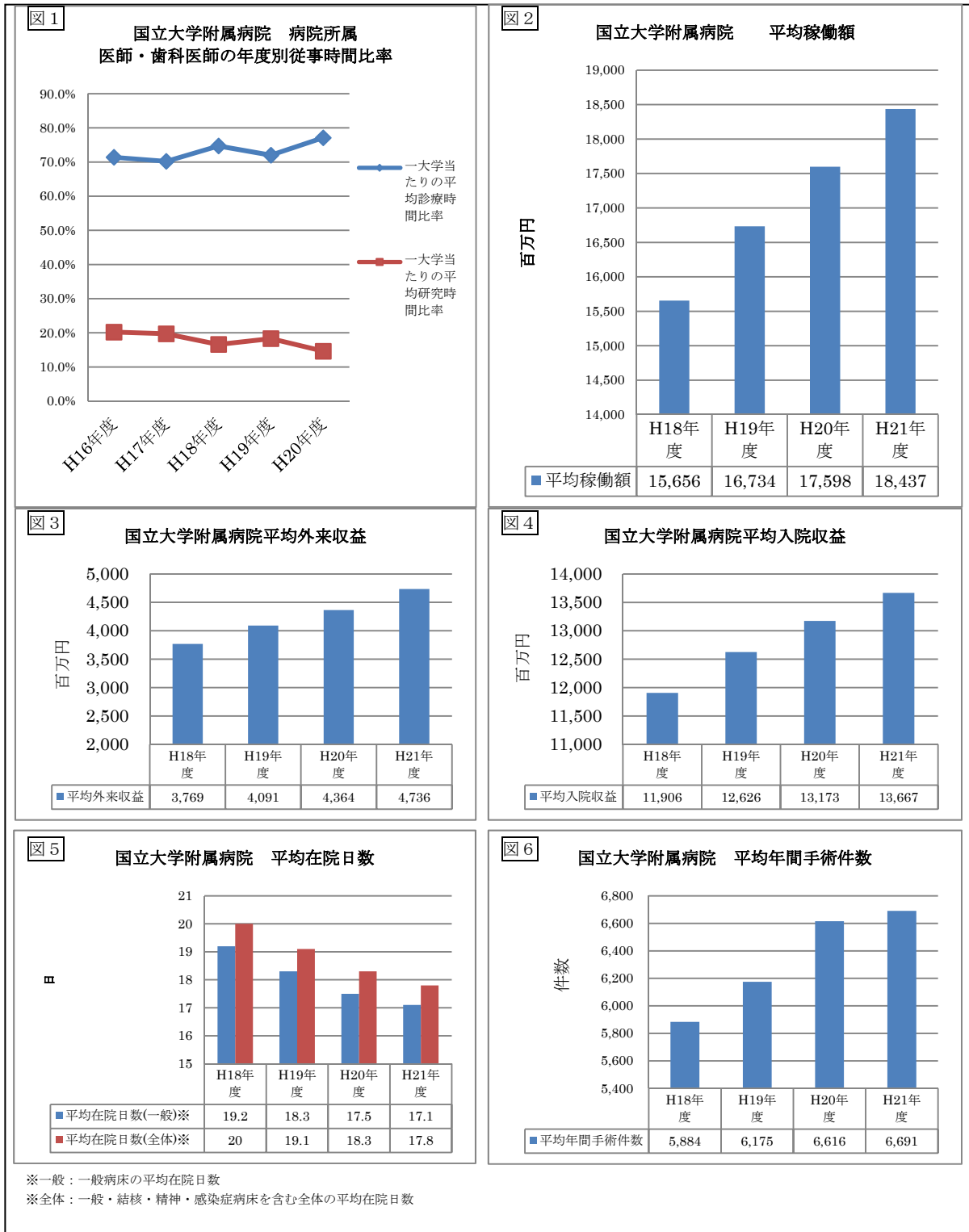
(注) 稼働額を医師及び看護師等の承継職員数で除した金額

(出典) 国大協第7次アンケート

II-3-3 教員の負担及び研究にあてる時間の年代比較

図1は国立大学附属病院における一大学当たりの平均診療・研究時間比率の年代比較である。

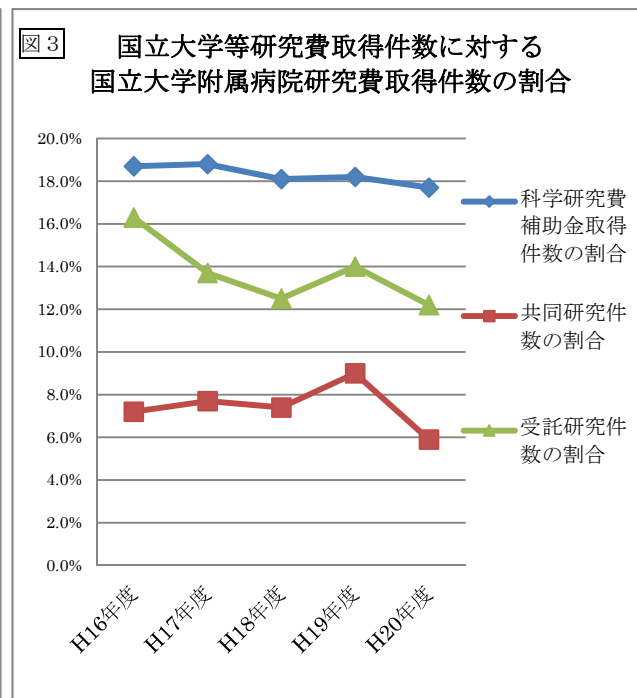
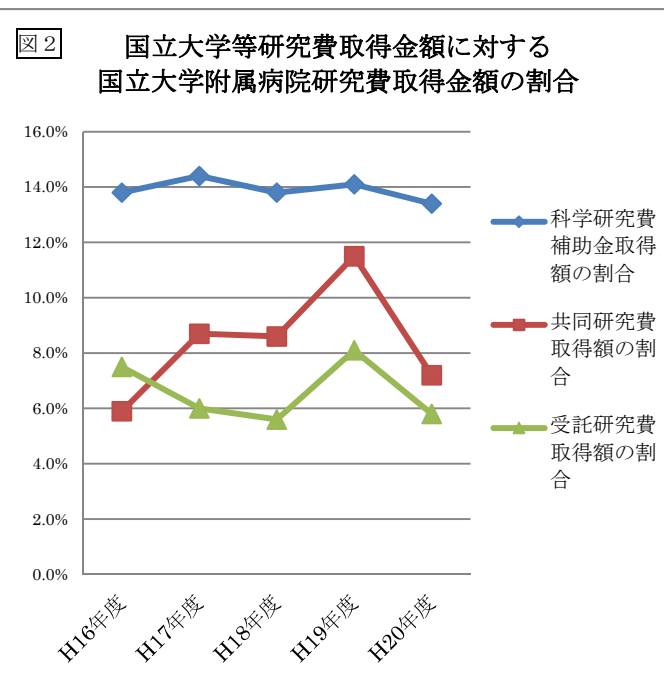
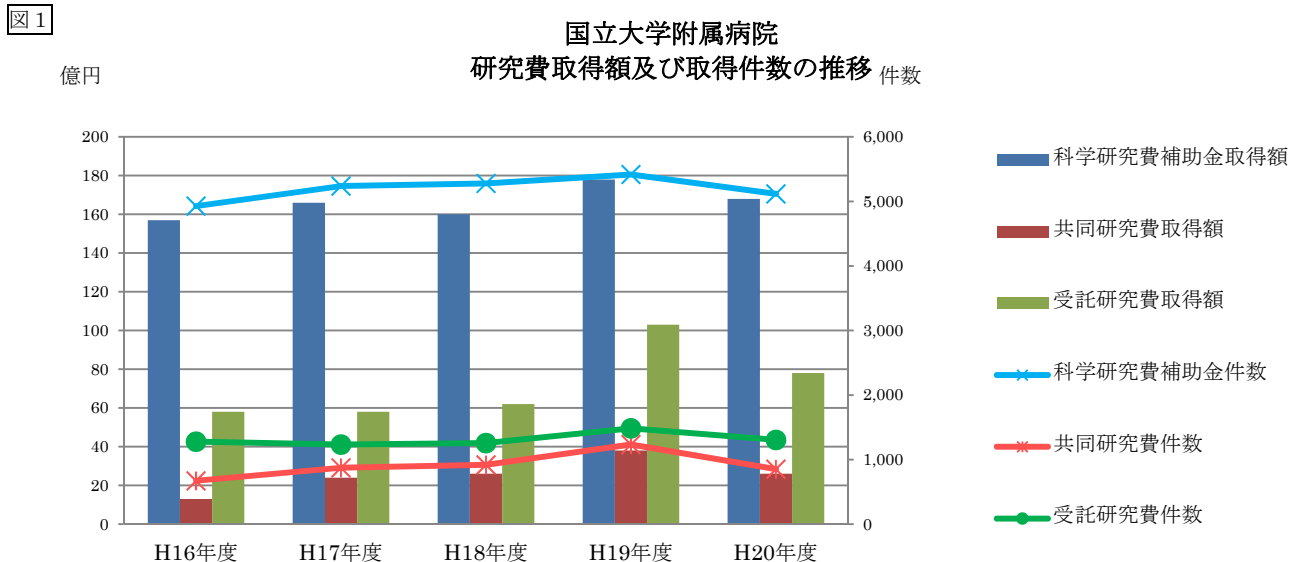
法人化以降収益を上げることが求められ、図2～6のとおり稼働額・診療収益等は年々増加し、医師・歯科医師の診療に従事する時間比率が増加、研究に費やす時間が年々減少している。



(出典) 図1：第6次大学附属病院経営問題アンケート
 図2～6：平成18～21年度運営改善のためのデータ集

II-3-4 国立大学附属病院における科学研究費補助金、受託研究費、共同研究費の取得についてのデータ

図1は平成16年度～平成20年度の国立大学附属病院の科学研究費補助金、共同研究費、受託研究費の取得金額・件数の推移である。また、図2に、国立大学等研究費取得金額に対する国立大学附属病院研究費取得金額の割合を、図3に、国立大学等研究費取得件数に対する国立大学附属病院研究費取得件数の割合を示している。科学研究費補助金・共同研究費・受託研究費共に、国立大学等に占める国立大学附属病院の割合が減少している。



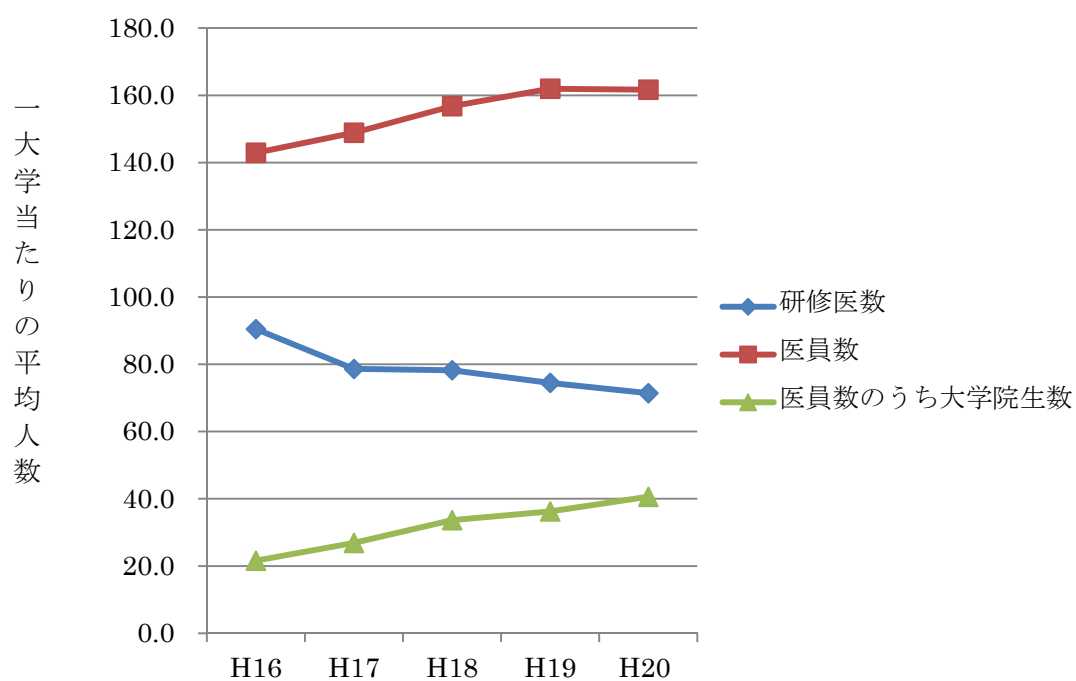
(注) 国立大学等には、国立大学、国立高等専門学校、大学共同利用機関が含まれる。

(出典) 文部科学省 平成20年度大学等における産学連携等実施状況について
 文部科学省 平成17年度～20年度科学研究費補助金の配分について
 国立大学附属病院の経営問題に関する第6次アンケート

II-3-5 大学院生の研究時間の減少について

グラフによると、医員数は一見増加しているように見えるが、大学院生を医員として雇用することにより診療に従事させ人数を保っていることが見てとれる。これにより、大学院生の研究時間の減少につながっている。

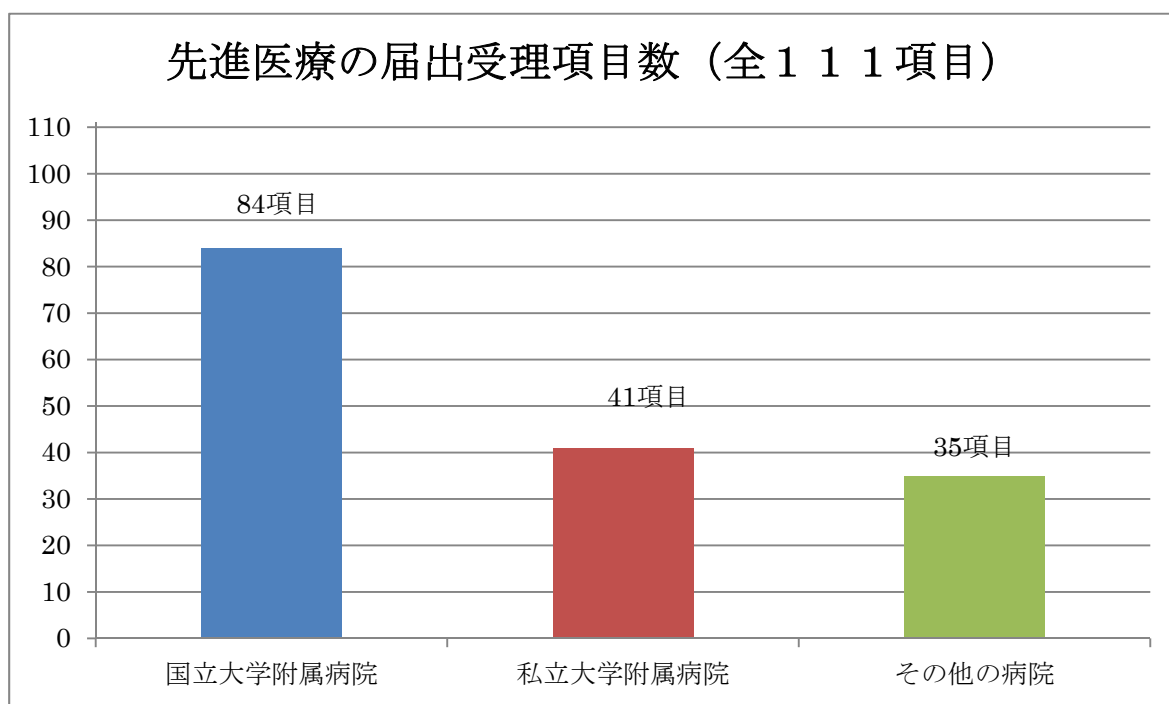
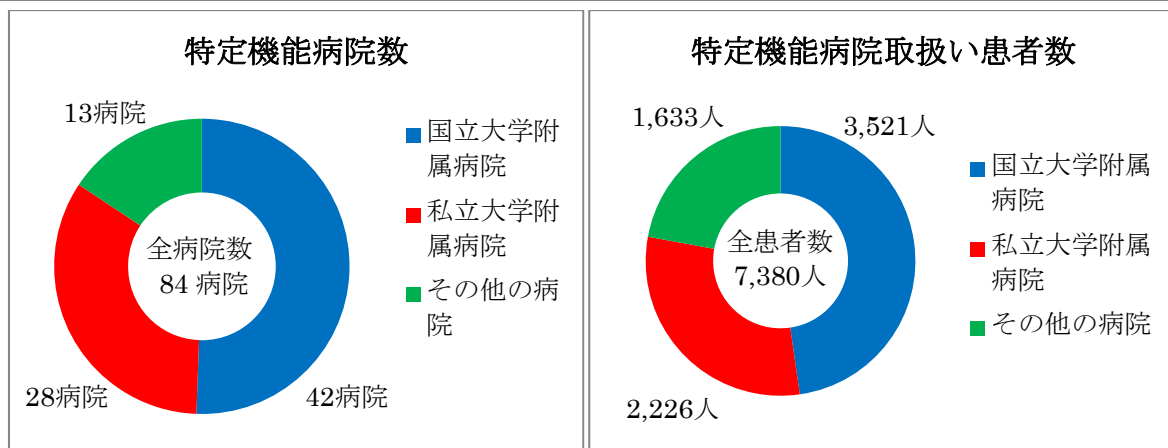
研修医数、医員数の推移



(出典) 大学附属病院経営問題アンケート
総務委員会アンケート

II-3-6 国立大学附属病院における先進医療の届出受理数及び取扱い患者数

平成20年度の特定機能病院における厚生労働省で規定されている先進医療の届出受理数及び取扱い患者数を示すものである。取扱い患者数にあまり差はないが、先進医療の届出受理数は国立大学附属病院が私立大学附属病院及びその他の特定機能病院と比較して大きく上回っており、多くの先進医療について対応している。



(注) 平成20年度の特定機能病院における先進医療の届出受理数及び取扱い患者数
各先進医療の届け出受理状況および取扱患者数は別紙参照

(出典) 厚生労働省ホームページに掲載されている特定機能病院に係る業務報告書を基に作成

(3-6 別紙)

先進医療の種類	届出 受理	取扱い 患者数
高周波切除器を用いた子宮腺筋症核出術		人
膝靭帯再建手術における画像支援ナビゲーション(前十字靭帯損傷又は後十字靭帯損傷に係るものに限る。)	○	20人
凍結保存同種組織を用いた外科治療(心臓弁又は血管を用いるものであって、組織の凍結保存及び外科治療を同一施設内で行うものに限る。)	○	21人
胎児心超音波検査(産科スクリーニング胎児超音波検査において心疾患が強く疑われる症例に係るものに限る。)	○	121人
インプラント義歯(顎骨の過度の吸収により、従来の可撤性義歯では咀嚼機能の回復が困難なものに限る。)	○	410人
顎顔面補綴(腫瘍手術、外傷及び炎症その他の原因により顔面領域に生じた広範囲の実質欠損に係るものに限る。)	○	2人
顎関節症の補綴学的治療(顎関節症(顎関節内障、下顎頭の著しい変形及び顎関節円板の断裂を除く。)に係るものに限る。)	○	4人
経皮的埋め込み電極を用いた機能的電子刺激療法(神経の障害による運動麻痺又は骨・関節手術後の筋萎縮に係るものに限る。)	○	0人
人工括約筋を用いた尿失禁の治療		人
光学印象採得による陶材歯冠修復法(歯冠部齲蝕の修復に係るものに限る。)	○	26人
経皮的レーザー椎間板減圧術(内視鏡下によるものを含み、椎間板ヘルニアに係るものに限る。)		人
造血器腫瘍細胞における薬剤耐性遺伝子産物P糖蛋白の測定(白血病、悪性リンパ腫又は多発性骨髄腫その他の造血器悪性腫瘍に係るものに限る。)		人
スキンドファイバー法による悪性高熱症診断法(手術が予定されている者で、悪性高熱症が強く疑われる者に係るものに限る。)	○	0人
CTガイド下気管支鏡検査(肺腫瘍に係るものに限る。)	○	17人
先天性血液凝固異常症の遺伝子診断(アンチトロンビン欠乏症、第Ⅶ因子欠乏症、先天性アンチトロンビンⅢ欠乏症、先天性ヘパリンコファクターⅡ欠乏症又は先天性プラスミノゲン欠乏症に係るものに限る。)	○	1人
筋強直性又は筋緊張性ジストロフィーのDNA診断	○	0人
SDI法による抗悪性腫瘍感受性試験(消化器がん、頭頸部がん、乳がん、肺がん、がん性胸・腹膜炎、子宮頸がん、子宮体がん又は卵巣がんに係るものに限る。)		人
三次元形状解析による顔面の形態的診断(頭蓋、顔面又は頸部の変形性疾患に係るものに限る。)	○	4人
HDRA法又はCD-DST法による抗悪性腫瘍感受性試験(消化器がん(根治度Cの胃がんを除く。)、頭頸部がん、乳がん、肺がん、がん性胸・腹膜炎、子宮頸がん、子宮体がん又は卵巣がんに係るものに限る。)	○	253人
子宮頸部前がん病変のHPV-DNA診断(子宮頸部軽度異形成に係るものに限る。)	○	73人
腹腔鏡下肝部分切除術(肝外側区域切除術を含み、肝腫瘍に係るものに限る。)	○	13人
悪性腫瘍に対する陽子線治療(固形がんに係るものに限る。)	○	67人
エキシマレーザーによる治療的角膜切除術(角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。)	○	6人
成長障害のDNA診断(特発性低身長症に係るものに限る。)	○	0人
門脈圧亢進症に対する経頸静脈肝内門脈大循環短絡術(内視鏡的治療若しくは薬物治療抵抗性の食道静脈瘤又は胃静脈瘤、門脈圧亢進症性胃腸症、難治性腹水又は難治性肝性胸水に係るものに限る。)	○	0人

先進医療の種類	届出 受理	取扱い 患者数
乳房温存療法における鏡視下腋窩郭清術(主に乳房温存手術が可能なステージⅠ又はⅡの乳がんに係るものに限る。)	○	0人
声帯内自家側頭筋膜移植術(一側性反回神経麻痺又は声帯溝症に係るものに限る。)		人
骨髄細胞移植による血管新生療法(閉塞性動脈硬化症又はバージャー病(従来の治療法に抵抗性のもので、フォンタン分類Ⅲ度又は同分類Ⅳ度のものに限る。))に係るものに限る。)	○	4人
ミトコンドリア病のDNA診断(高乳酸血症その他のミトコンドリア機能低下が疑われる疾患に係るものに限る。)	○	9人
鏡視下肩峰下腔徐圧術(透析アミロイド肩関節症又は腱板断裂、五十肩若しくは関節リウマチその他の原因による肩インピンジメント症候群に係るものに限る。)	○	0人
神経変性疾患のDNA診断(ハンチントン舞踏病、脊髄小脳変性症、球脊髄性筋萎縮症、家族性筋萎縮性側索硬化症、家族性低カリウム血症性周期性四肢麻痺又はマックリード症候群その他の神経変性疾患に係るものに限る。)	○	44人
難治性眼疾患に対する羊膜移植術(再発翼状片、角膜上皮欠損(角膜移植によるものを含む。)、角膜穿孔、角膜化学腐食、角膜癒着(スティーブンス・ジョンソン症候群、眼類天疱瘡、熱・化学外傷癒着その他の重症の癒着性角結膜疾患を含む。)、結膜上皮内過形成又は結膜腫瘍その他の眼表面疾患に係るものに限る。)	○	49人
重粒子線治療(固形がんに係るものに限る。)		人
脊椎腫瘍に対する腫瘍脊椎骨全摘術(原発性脊椎腫瘍又は転移性脊椎腫瘍に係るものに限る。)	○	16人
31燐—磁気共鳴スペクトロスコピーとケミカルシフト画像による糖尿病性足病変の非侵襲的診断(糖尿病性足病変危険群と考えられる糖尿病患者に係るものに限る。)	○	1人
神経芽腫のRNA診断	○	0人
硬膜外腔内視鏡による難治性腰下肢痛の治療(腰椎椎間板ヘルニア、腰部脊椎管狭窄症又は腰椎手術の実施後の腰下肢痛(保存治療に抵抗性のものに限る。))に係るものに限る。)	○	14人
重症BCG副反応症例における遺伝子診断(BCG副反応症例又は非定形抗酸菌感染で重症、反復若しくは難治である場合に係るものに限る。)	○	0人
骨軟部腫瘍切除後骨欠損に対する自家液体窒素処理骨移植	○	6人
脾腫瘍に対する腹腔鏡補助下脾切除術(インスリノーマ、脾動脈瘤、粘液性嚢胞腫瘍、脾管内腫瘍その他の脾良性腫瘍に係る脾体尾部切除又は核出術に限る。)	○	15人
低悪性度非ホジキンリンパ腫の遺伝子診断(マントル細胞リンパ腫の補助診断として用いるものに限る。)	○	2人
悪性脳腫瘍に対する抗悪性腫瘍剤治療における薬剤耐性遺伝子解析	○	0人
Q熱診断における血清抗体価測定及び病原体遺伝子診断(急性期又は慢性期のQ熱に係るものに限る。)		人
エキシマレーザー冠動脈形成術(経皮的冠動脈形成術(エキシマレーザー冠動脈形成術を除く。))による治療が困難なもの、慢性完全閉塞のもの又はこれに準ずるものに係るものに限る。)	○	2人
活性化Tリンパ球移入療法(原発性若しくは続発性の免疫不全症の難治性日和見感染症又は慢性活動性EBウイルス感染症に係るものに限る。)	○	1人
家族性アルツハイマー病の遺伝子診断	○	1人
膀胱尿管逆流症に対する腹腔鏡下逆流防止術(膀胱尿管逆流症(国際分類グレードVの高度逆流症を除く。))に係るものに限る。)		人
三次元再構築画像による股関節疾患の診断及び治療	○	114人
泌尿生殖器腫瘍の後腹膜リンパ節転移に対する腹腔鏡下リンパ節郭清術(泌尿生殖器腫瘍のリンパ節転移例又は画像上リンパ節転移が疑われるものに係るものに限る。)	○	9人

先進医療の種類	届出 受理	取扱い 患者数
HLA抗原不一致血縁ドナーからのCD34陽性造血幹細胞移植(HLA適合ドナーがないために造血幹細胞移植が受けられない小児のがん、難治性造血障害又は免疫不全症に係るものに限る。)	○	人
頸椎椎間板ヘルニアに対するヤグレーザーによるCT透視下の経皮的椎間板減圧術(頸椎椎間板ヘルニア(画像診断上椎間板繊維輪の破綻していないヘルニアであって、神経根症が明らかであり保存治療に抵抗性のもの(後縦靭帯骨化症、脊椎管狭窄状態又は脊椎症状のあるものを除く。))に係るものに限る。)		人
ケラチン病の遺伝子診断(水疱型魚鱗癬様紅皮症又は単純型表皮水疱症その他の遺伝子異常に係るものに限る。)	○	0人
隆起性皮膚線維肉腫の遺伝子診断	○	14人
末梢血単核球移植による血管再生治療(慢性閉塞性動脈硬化症又はバージャー病(従来の内科的治療又は外科的治療が無効であるもの)に限り、三年以内の悪性新生物の既往又は未治療の糖尿病性網膜症のあるものを除く。))に係るものに限る。)	○	12人
末梢血単核球移植による血管再生治療(慢性閉塞性動脈硬化症又はバージャー病(従来の内科的治療又は外科的治療が無効であるもの)に限り、三年以内の悪性新生物の既往又は未治療の糖尿病性網膜症のあるものを除く。))に係るものに限る。)		人
一絨毛膜性双胎妊娠において発症した双胎間輸血症候群に対する内視鏡的胎盤吻合血管レーザー焼灼術(双胎間輸血症候群に罹患した一絨毛膜性双胎妊娠の症例(妊娠十六週から二十六週に限る。))に係るものに限る。)	○	24人
カラー蛍光観察システム下気管支鏡検査及び光線力学療法(肺がん又は気管支前がん病変に係るものに限る。)	○	5人
先天性銅代謝異常症の遺伝子診断(ウィルソン病、メンケス病又はオクシピタルホーン症候群に係るものに限る。)		人
超音波骨折治療法(四肢の骨折(治療のために手術中に行われるものを除く。))のうち、観血的手術を実施したもの(開放骨折又は粉碎骨折に係るものを除く。))に係るものに限る。)	○	2人
CYP2C19遺伝子多型検査に基づくテラーメイドのヘリコバクター・ピロリ除菌療法(ヘリコバクター・ピロリ感染を伴う胃潰瘍又は十二指腸潰瘍に係るものに限る。)	○	65人
非生体ドナーから採取された同種骨・靭帯組織の凍結保存(骨又は靭帯の再建術であって、先天性疾患、外傷性(欠損性又は感染性偽関節に係るものに限る。)、骨腫瘍切除後、関節固定術時若しくは人工関節置換術時(初回又は再置換術時に限る。))の広範囲骨欠損、脊椎固定術時の骨融合促進又は靭帯断裂による関節不安定性に係るものに限る。)		人
X線CT画像診断に基づく手術用顕微鏡を用いた歯根端切除手術(難治性根尖性歯周炎であって、通常の根管治療では効果が認められないもの)に係るものに限る。)		人
定量的CTを用いた有限要素法による骨強度予測評価(骨粗鬆症、骨変形若しくは骨腫瘍又は骨腫瘍掻爬術後若しくは骨髄炎掻爬術後の症状に係るものに限る。)	○	20人
膀胱水圧拡張術(間質性膀胱炎に係るものに限る。)	○	83人
色素性乾皮症に係る遺伝子診断	○	7人
先天性高インスリン血症に係る遺伝子診断		人
歯周外科治療におけるバイオ・リジェネレーション法(歯周炎による重度垂直性骨欠損に係るものに限る。)	○	13人
セメント固定人工股関節再置換術におけるコンピュータ支援フルオロナビゲーションを用いたセメント除去術(人工股関節のたるみに係るものに限る。)	○	6人
腹腔鏡下直腸固定術(直腸脱に係るものに限る。)	○	1人
骨移動術による関節温存型再建(骨軟部腫瘍切除後の骨欠損に係るものに限る。)	○	1人
肝切除手術における画像支援ナビゲーション(原発性肝がん、肝内胆管がん、転移性肝がん又は生体肝移植ドナーに係るものに限る。)	○	126人
樹状細胞及び腫瘍抗原ペプチドを用いたがんワクチン療法(腫瘍抗原を発現する消化管悪性腫瘍(食道がん、胃がん又は大腸がん)、進行再発乳がん又は原発性若しくは転移性肺がん)に係るものに限る。)	○	12人

先進医療の種類	届出 受理	取扱い 患者数
自己腫瘍・組織を用いた活性化自己リンパ球移入療法(がん性の胸水、腹水又は進行がんに係るものに限る。)	○	0人
自己腫瘍・組織及び樹状細胞を用いた活性化自己リンパ球移入療法(がん性の胸水、腹水又は進行がんに係るものに限る。)	○	18人
リアルタイムPCRを用いた迅速診断(EBウイルス感染症に係るものに限る。)	○	0人
内視鏡下小切開泌尿器腫瘍手術(尿管腫瘍、膀胱腫瘍、後腹膜腫瘍、後腹膜リンパ節腫瘍(精巣がんから転移したものに限る。))又は骨盤リンパ節腫瘍(泌尿器がんから転移したものに限る。))に係るものに限る。)	○	47人
多焦点眼内レンズを用いた水晶体再建術(白内障に係るものに限る。)		人
先天性難聴の遺伝子診断(遺伝性による先天性難聴が疑われるものに係るものに限る。)	○	21人
フェニルケトン尿症の遺伝子診断(フェニルケトン尿症、高フェニルアラニン血症又はビオプテリン反応性フェニルアラニン水酸化酵素欠損症に係るものに限る。)		人
培養細胞による先天性代謝異常診断(先天性代謝異常(ライソゾーム病に限る。))に罹患する可能性の高い胎児もしくは新生児又は先天性代謝異常(ライソゾーム病に限る。))が疑われる小児に係るものであって、酵素補充療法による治療が出来ないものに限る。)		人
腹腔鏡下子宮体がん根治手術(手術進行期分類 I b期までの子宮体がんに係るものに限る。)	○	2人
培養細胞による脂肪酸代謝異常症又は有機酸代謝異常症の診断	○	0人
RET遺伝子診断(甲状腺髄様癌に係るものに限る。)		人
角膜ジストロフィの遺伝子解析(角膜ジストロフィと診断された症例に係るものに限る。)	○	0人
強度変調放射線治療(限局性の固形悪性腫瘍(頭頸部腫瘍、前立腺腫瘍又は中枢神経腫瘍であって、原発性のものを除く。))に係るものに限る。)	○	2人
マイクロ波子宮内膜アブレーション(機能性及び器質性過多月経(ただし、妊孕性の温存が必要な場合又は子宮内膜がん、異型内膜増殖症その他の悪性疾患又はその疑いがある場合を除く。))であって、子宮壁厚十ミリメートル以上の症例に係るものに限る。)	○	0人
抗EGFR抗体薬投与前におけるKRAS遺伝子変異検査(EGFR陽性の治癒切除不能な進行又は再発の結腸又は直腸がんに係るものに限る。)		人
光トポグラフィー検査を用いたうつ症状の鑑別診断補助(ICD-10(統計法第二十八条及び附則第三条の規定に基づき、疾病、傷害及び死因に関する分類の名称及び分類表を定める件(平成二十一年総務省告示第百七十六号)の「(1) 疾病、傷害及び死因の統計分類基本分類表」に規定する分類をいう。))においてF2(統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害)に分類される疾病及びF3(気分(感情)障害)に分類される疾病のいずれかの疾病の患者であることが強く疑われるうつ症状の者(器質的疾患に起因するうつ症状の者を除く。))に係るものに限る。)	○	0人
内視鏡下筋膜下不全穿通枝切離術(下肢慢性静脈不全症(下腿の広範囲の皮膚に色素沈着、硬化若しくは萎縮が起こり、又は潰瘍を有するとともに、超音波検査により穿通枝の血液が逆流していることが確認され、かつ、従来の外科的治療法の実施により根治性が期待できないものに限る。))に係るものに限る。)		人
歯科用CAD・CAMシステムを用いたハイブリッドレジンによる歯冠補綴(小白歯の重度の齶蝕に対して全部被覆冠による歯冠補綴が必要な場合に限る。)		人
大腸腫瘍に対する内視鏡的粘膜下層剥離術(早期大腸がん(EMR(内視鏡的粘膜切除術をいう。以下同じ。))では一括切除が困難な二センチメートル以上の病変であって、拡大内視鏡診断又は超音波内視鏡診断による十分な術前評価の結果、根治性が期待できるものに限る。))又は腺腫(EMRを実施した際の病変の挙上不良なもの又はEMRを実施した後に遺残又は再発したものであってEMRでは切除が困難な一センチメートル以上の病変のものに限る。))に係るものに限る。)	○	0人
実物大臓器立体モデルによる手術支援(骨盤、四肢骨又は関節に著しい変形又は欠損を伴う疾患又は外傷に係るものに限る。)	○	0人
無拘束型多点感圧シートセンサを用いた検査(閉塞性睡眠時無呼吸症候群が強く疑われる症状(習慣性がある激しいいびき、日中の傾眠等をいう。))及び所見(肥満、薬物療法に対して抵抗性を有する高血圧等をいう。))が認められる者又は中枢性睡眠時無呼吸症候群が強く疑われる慢性心不全の者に係るものに限る。)		人

先進医療の種類	届出 受理	取扱い 患者数
内視鏡下頸部良性腫瘍摘出術(頸部良性腫瘍に係るものに限る。)	○	11人
悪性黒色腫におけるセンチネルリンパ節の遺伝子診断	○	38人
腫瘍性骨病変及び骨粗鬆症に伴う骨脆弱性病変に対する経皮的骨形成術(転移性脊椎骨腫瘍、骨粗鬆症による脊椎骨折又は難治性疼痛を伴う椎体圧迫骨折若しくは臼蓋骨折に係るものに限る。)	○	28人
悪性黒色腫又は乳がんにおけるセンチネルリンパ節の同定と転移の検索	○	1191人
カフェイン併用化学療法(骨肉腫、悪性線維性組織球腫、滑膜肉腫又は明細胞肉腫その他の骨軟部悪性腫瘍に係るものに限る。)	○	35人
胎児尿路・羊水腔シャント術(プルーン・ベリー症候群その他の胎児閉塞性尿路疾患に係るものに限る。)	○	1人
筋過緊張に対するmuscle afferent block(MAB)治療(ジストニア、痙性麻痺その他の局所の筋過緊張を呈する病態に係るものに限る。)	○	6人
胸部悪性腫瘍に対するラジオ波焼灼療法(胸部悪性腫瘍(従来の外科的治療法の実施が困難なもの又は外科的治療法の実施により根治性が期待できないものに限る。)に係るものに限る。)	○	279人
腎悪性腫瘍に対するラジオ波焼灼療法(腎悪性腫瘍(従来の外科的治療法の実施が困難なもの又は外科的治療法の実施により根治性が期待できないものに限る。)に係るものに限る。)	○	64人
内視鏡下甲状腺がん手術(手術の実施後、予後の良い甲状腺乳頭がんに係るものに限る。)	○	3人
骨腫瘍のCT透視ガイド下経皮的ラジオ波焼灼療法(転移性骨腫瘍で既存の治療法により制御不良なもの又は類骨腫(診断の確実なものに限る。)に係るものに限る。)	○	46人
下肢静脈瘤に対する血管内レーザー治療法(一次性下肢静脈瘤に係るものに限る。)	○	6人
胎児胸腔・羊水腔シャントチューブ留置術(特発性又は既知の胎児先天性感染による胸水を主たる徴候とする非免疫性胎児水腫症(NIHF)例であって、胸腔穿刺後一週間以降に胸水の再貯留が認められるもの(妊娠二十週から三十四週未満に限る。)に係るものに限る。)	○	5人
早期胃がんに対する腹腔鏡下センチネルリンパ節検索	○	1人
副甲状腺内活性化型ビタミンD(アナログ)直接注入療法(二次性副甲状腺機能亢進症に係るものに限る。)		人
腹腔鏡補助下肝切除術(部分切除及び外側区域切除を除く。)		1人
根治的前立腺全摘除術における内視鏡下手術用ロボット支援(前立腺がんに係るものに限る。)	○	0人
内視鏡下手術用ロボットを用いた冠動脈バイパス手術(虚血性心疾患に係るものであって、一箇所を吻合するものに限る。)	○	0人

※ の項目は、国立大学附属病院のみ届出受理されている項目

2 国立大学附属病院における特定疾患治療研究事業対象疾患についての診療

疾患名	取扱い患者数	疾患名	取扱い患者数
・ベーチェット病	3512人	・モヤモヤ病(ウイリス動脈輪閉塞症)	1732人
・多発性硬化症	2612人	・ウェゲナー肉芽腫症	432人
・重症筋無力症	3608人	・特発性拡張型(うっ血型)心筋症	2041人
・全身性エリテマトーデス	11754人	・多系統萎縮症	1055人
・スモン	268人	・表皮水疱症(接合部型及び栄養障害型)	141人
・再生不良性貧血	1641人	・膿疱性乾癬	271人
・サルコイドーシス	4240人	・広範脊柱管狭窄症	228人
・筋萎縮性側索硬化症	1297人	・原発性胆汁性肝硬変	2426人
・強皮症, 皮膚筋炎及び多発性筋炎	7749人	・重症急性膵炎	209人
・特発性血小板減少性紫斑病	2722人	・特発性大腿骨頭壊死症	2439人
・結節性動脈周囲炎	1124人	・混合性結合組織病	1381人
・潰瘍性大腸炎	6580人	・原発性免疫不全症候群	457人
・大動脈炎症候群	1347人	・特発性間質性肺炎	734人
・ビュルガー病	871人	・網膜色素変性症	1708人
・天疱瘡	1174人	・プリオン病	54人
・脊髄小脳変性症	2138人	・原発性肺高血圧症	466人
・クローン病	3863人	・神経線維腫症	759人
・難治性の肝炎のうち劇症肝炎	256人	・亜急性硬化性全脳炎	30人
・悪性関節リウマチ	677人	・バッド・キアリ(Budd-Chiari)症候群	137人
・パーキンソン病関連疾患	6133人	・特発性慢性肺血栓栓症(肺高血圧型)	168人
・アミロイドーシス	561人	・ライソゾーム病(ファブリー[Fabry]病)含む	168人
・後縦靭帯骨化症	2852人	・副腎白質ジストロフィー	54人
・ハンチントン病	92人		

取扱い患者総数

84161人

II-3-7 医薬品・医療機器開発の国別比較

(1) 新薬開発品目数の推移

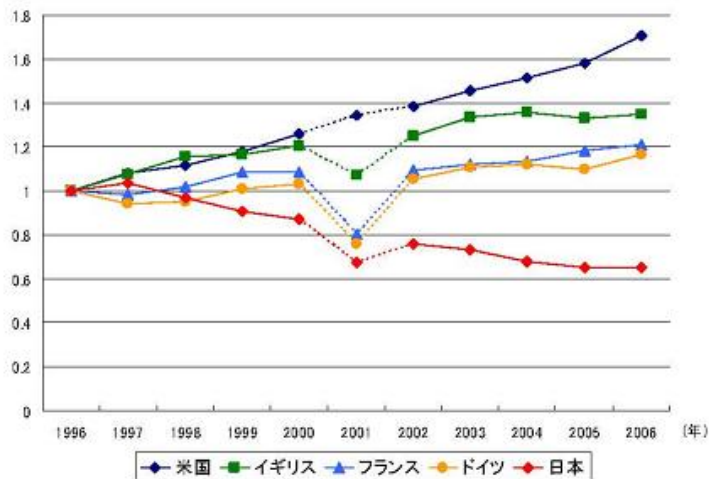
全世界における開発品目の総数は2006年で3,325品目であり、1996年の2,314と比べて約1.4倍に増加している。米国、イギリス、フランス、ドイツでは開発品目数が着実に増加しているのに対し、日本では減少の一途をたどっている。

(2) 2010年問題

多くの大手の製薬企業は、大型医薬品の収益に占める比率が高いが、それらの医薬品の特許切れが2010年前後に集中（いわゆる「2010年問題」）しており、新薬の開発が急務になっている。

(1) 日米欧5か国における開発品目数の推移

日米欧5か国における開発品目数の推移



(2) 2010年問題

特許切れブロックバスター製品の例

特許期限	製品名	製造企業	2008年度の売上高 (億円)	
			製品売上高 (億円)	企業内の売上高全体に占める割合 (%)
2010	アルツハイマー治療剤「アリセプト」	エーザイ	782	10.0
2010	合成抗菌剤「クラビット」	第一三共	940	11.2
2011	糖尿病治療剤「アクトス」	武田薬品	3870	25.2
2012	高血圧症治療剤「プロプレス」	武田薬品	2303	15.0
2013	抗潰瘍剤「バリエット」	エーザイ	445	5.7

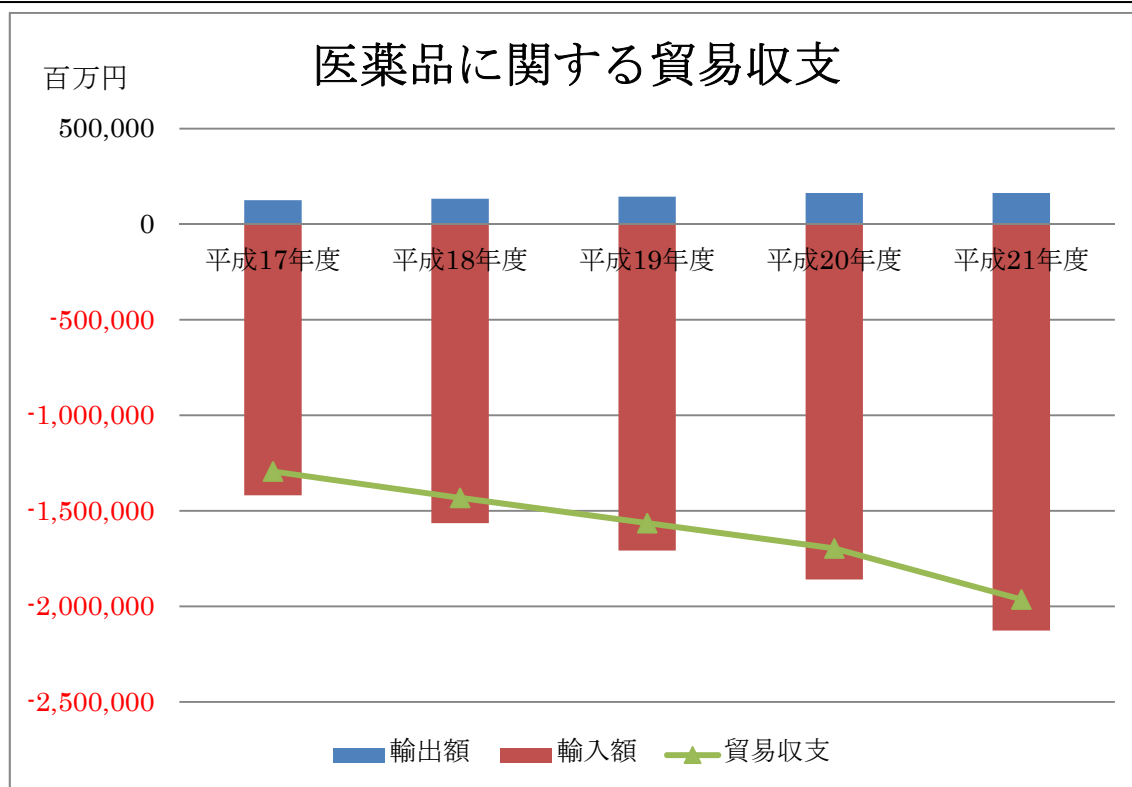
出典：各社決算資料等（売上高の一部は推定値）

(注) (1) 5か国における開発品目数の1996年を起点とした推移

(出典)・製薬産業の将来像 (医薬産業政策研究所)
・バイオ・イノベーション研究会報告書 (経済産業省製造産業局)

Ⅱ-3-8-1 医薬品に関する貿易収支

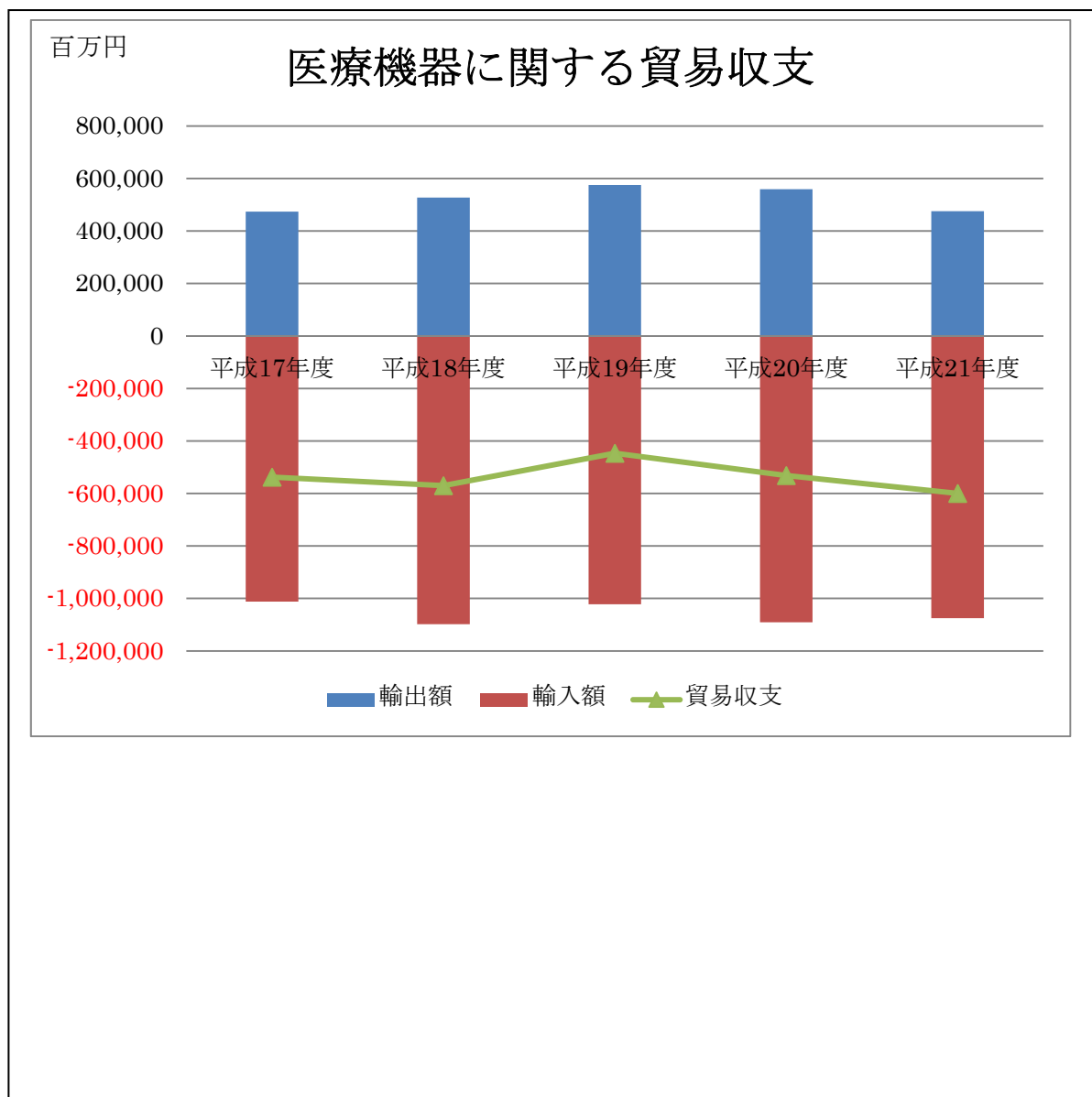
下表は、平成17年度から21年度までの医薬品の貿易収支の推移である。輸入金額が輸出金額を大きく超えており、輸入主体型となっている。



(出典) 厚生労働省「平成21年度薬事工事生産動態統計年報」

II-3-8-2 医療機器に関する貿易収支

下表は、平成17年度から21年度までの医療機器の貿易収支の推移である。輸入金額が輸出金額を大きく超えており、輸入主体型となっている。



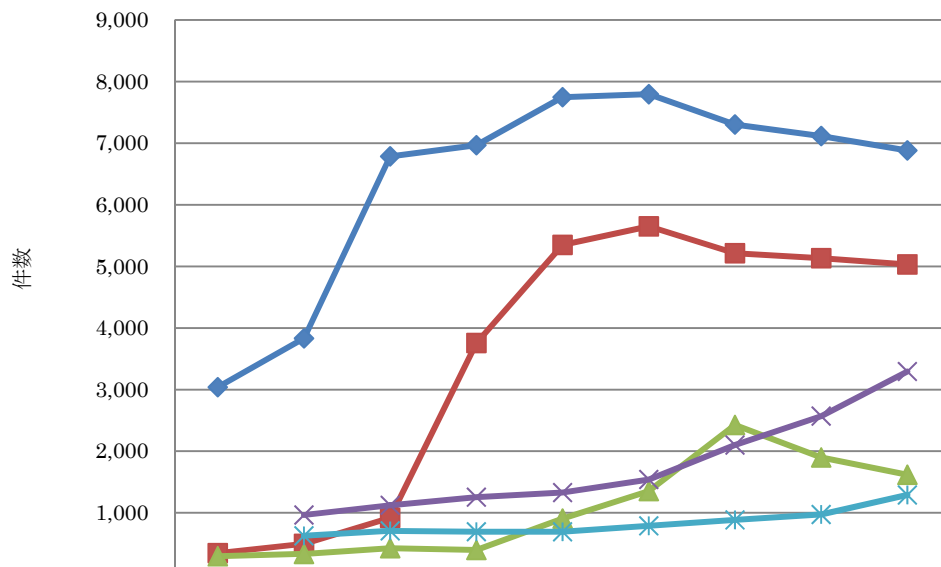
(出典) 厚生労働省「平成21年度薬事工事生産動態統計年報」

II-3-9 発明届出願数の年次推移

国立大学等の発明届出願数及び特許出願件数等の年次推移である。

発明届出願数、特許出願件数共に、法人化を契機に急増したが、その後伸び悩みがみられる。

国立大学等 発明届出願数及び特許出願件数の年次推移



件数	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度	H17年度	H18年度	H19年度	H20年度	H21年度
発明届出件数	3,040	3,832	6,787	6,968	7,748	7,796	7,304	7,117	6,883
特許出願件数 (国内出願)	346	496	918	3,756	5,349	5,650	5,215	5,134	5,033
特許出願件数 (海外出願)	295	333	426	396	906	1,353	2,427	1,898	1,619
特許権保有件数 (国内)		965	1,122	1,254	1,329	1,541	2,100	2,570	3,294
特許権保有件数 (海外)		627	707	693	692	789	885	973	1,290

(注) 国立大学等には、国立大学、国立高等専門学校、大学共同利用機関が含まれる。

(出典) 科学技術振興機構 産官学連携データブック 2010～2011

4 地域貢献・社会貢献

II-4-1 大学病院と地域医療機関との連携の実績

大学病院が中核となり地域医療機関と連携して卒後臨床研修修了者を対象とした高度医療人育成センターあるいは地域に根ざす医師育成キャリアセンターを構築している。

<香川県医師育成キャリア支援センター>

香川県医師育成キャリア支援プログラム

- 県、医師会、香川大学、県内の中核病院が協力して、若手医師、Uターン・Iターンの医師、子育て後の女性医師等を対象とした研修プログラムを整備。緊急又は中長期的に必要な専門医及び総合医を育成。県内への就職を支援。
- 21年度前期にプログラムの研修施設の要件等を検討。22年度からプログラムを実施。

若手医師、U・Iターンの医師、育児後の女性医師等

- ※ 本県の修学資金貸与者と自治医卒業者、香川大学の地域枠卒業生は、優先的に参加可
- ※ 医局の所属を問わない

- 専門医コースと総合医コースを創設
- 県内の複数の中核病院等を経験しながら、専門医・総合医の資格取得
- 各研修施設の指導医が対象者をチームで指導・支援
- おおむね6～10年の期間(専門医からの転向は4年)
- 育児後の女性医師が参加しやすい運用

専門医、総合医の資格取得。本県で次世代の医師を育成する指導医としてキャリアアップ

- ※ 県内中核病院への就職をあっせん
- ※ プログラム修了者には県が修了証を交付
- ※ 県が一定の奨励金を補助。県内外の教育施設等への留学を希望する場合、一定の研究費を補助

香川県医師育成キャリア支援センター

- ・ 県、医師会、香川大学医学部及び県内中核病院の代表者により構成。継続的な枠組みとして機能。
- ・ プログラムの実施、プログラムでの就労、プログラム修了者の県内中核病院への就職、キャリアパス等の支援。
- ・ 修了者にプログラム修了証を交付。へき地診療所など地域医療を経験した場合、これも証するものを交付。
- ・ 修了者が県内の中核病院等に就職し、次世代の医師を育成する指導医としてキャリアアップすることを支援。

<山形大学蔵王協議会>

山形大学医学部



○ 専門医・認定医の認定訓練施設 (2010年10月現在、55の認定済)

○ 大学院医学系研究科
・ 医学専攻
・ 生命環境医科学専攻

○ 新しい診療技術の獲得



地域医療機関



○ 専門医として復帰

○ 研究マインドをもった高度医療人として、臨床に従事

○ リフレッシュして職場復帰

高度医療人 研修センター

- 1) 専門医・認定医取得
- 2) 博士号取得
- 3) 市中病院と大学病院の連携生涯教育

(出典)

香川県医師育成キャリア支援センター

(<http://www.pref.kagawa.lg.jp/imu/resident/>)

山形大学医学部地域医療システム

(http://www.id.yamagata-u.ac.jp/Chiki_iryu/index.html)

(北海道大学病院における地域中核病院循環型医師出向制度)

北海道大学病院における地域中核病院循環型医師出向制度

北海道等と連携



任期5年
の助教として採用



【1年目】出向準備

- ・指導医としての研修期間
- ・北大在職中は北海道が給与を負担

【2～3年目】

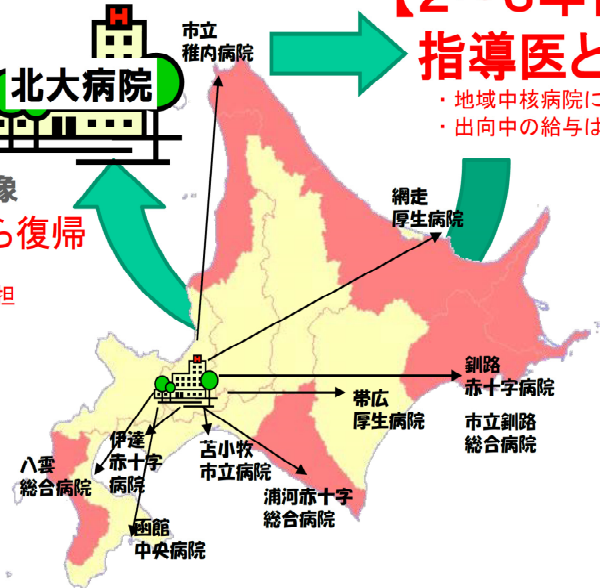
指導医として地域へ

- ・地域中核病院において指導医として活躍
- ・出向中の給与は出向先で負担

卒後10年以上の専門医等が対象

【4～5年目】出向から復帰

- ・中核的な指導医として活躍
- ・北大在職中は北海道が給与を負担



地域病院の医師不足解消と医師のキャリアアップ構築

<北海道の医師事情>
医師の札幌集中



原因

- ・医師不足スパイラル (激務→疲弊→退職→更なる激務)
- ・医師の希望と不一致 (地方ではキャリアアップが困難、地域勤務のインセンティブが不足)



対策

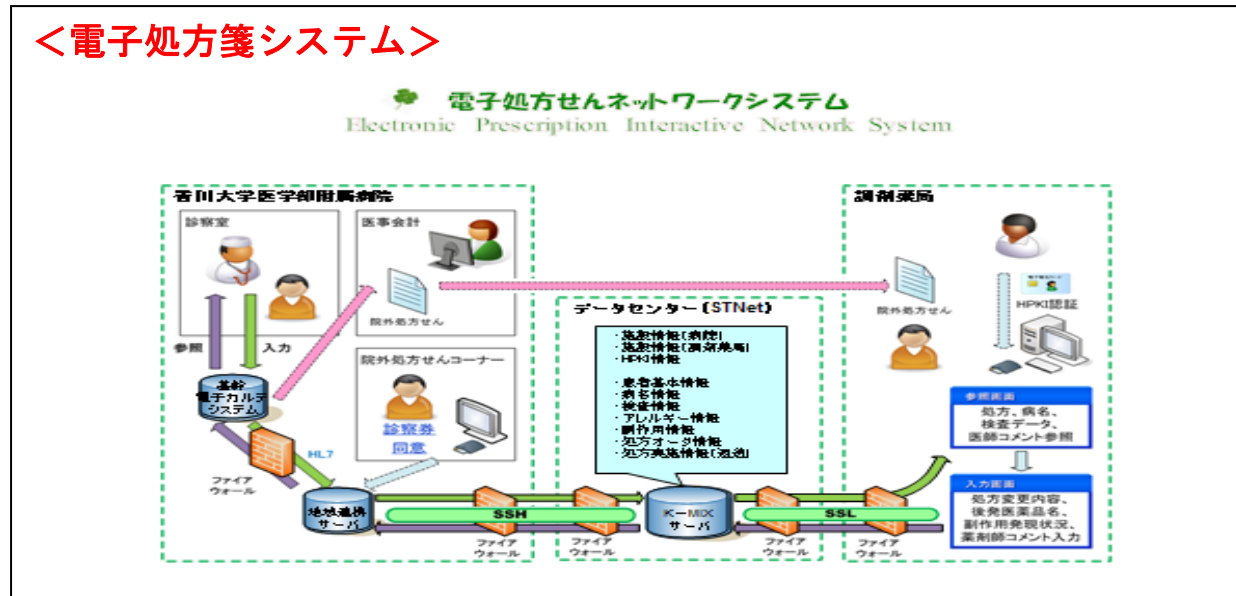
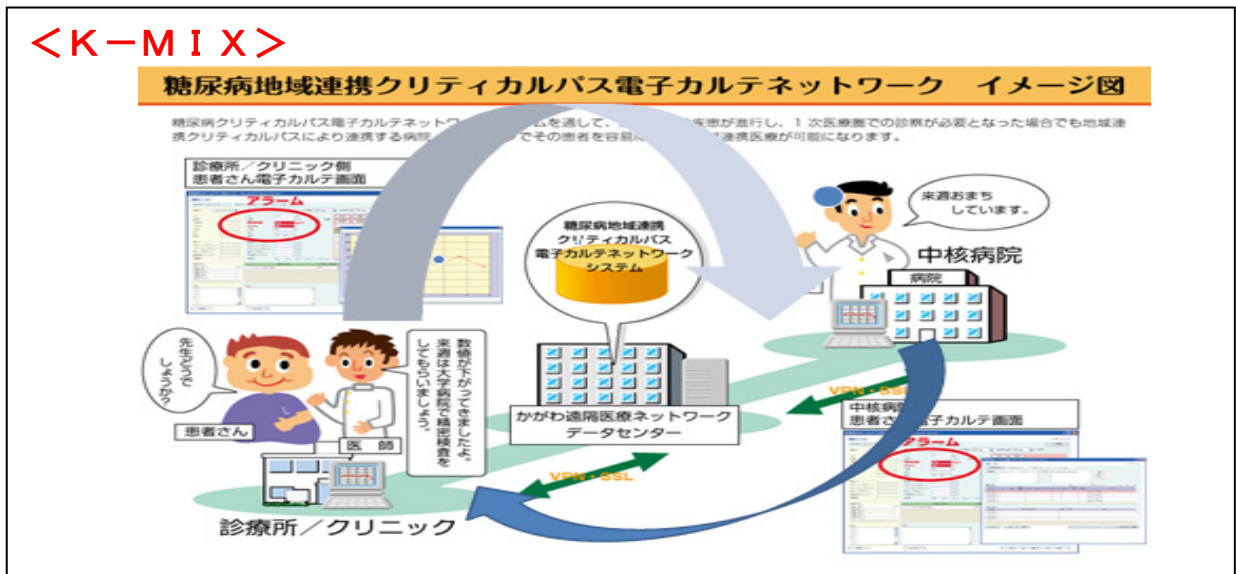
- ・大学病院からの安定的な医師派遣システムの構築
- ・キャリアアップの道筋を明確化、地方勤務インセンティブ

(出典) 北海道大学病院作成。

II-4-2 メディカル ICT 網整備の実績(K-MIX、電子処方箋システム)

大学病院を拠点とした医療ネットワークシステムが構築されていて、地域医療機関の多くが参加して遠隔医療や画像解析などで実績がある。香川大学で実証した電子処方箋と検査データ、病名の共有を調剤薬局と行い有効な服薬指導が実践された。

名古屋市立大学を拠点とした医療ネットワークシステムを用いて脳卒中連携システムが機能していることが報告されている。



(出典)

- K-MIX (かがわ遠隔医療ネットワーク) (<http://www.m-ix.jp/>)
電子処方箋
(<http://www.watarase.ne.jp/aponet/blog/101201.html>)
(<http://bunri-u.mitla.co.jp/renkei/>)
(<http://bunri-u.mitla.co.jp/renkei/syohousen/index.html>)

脳卒中地域連クリティカルパス

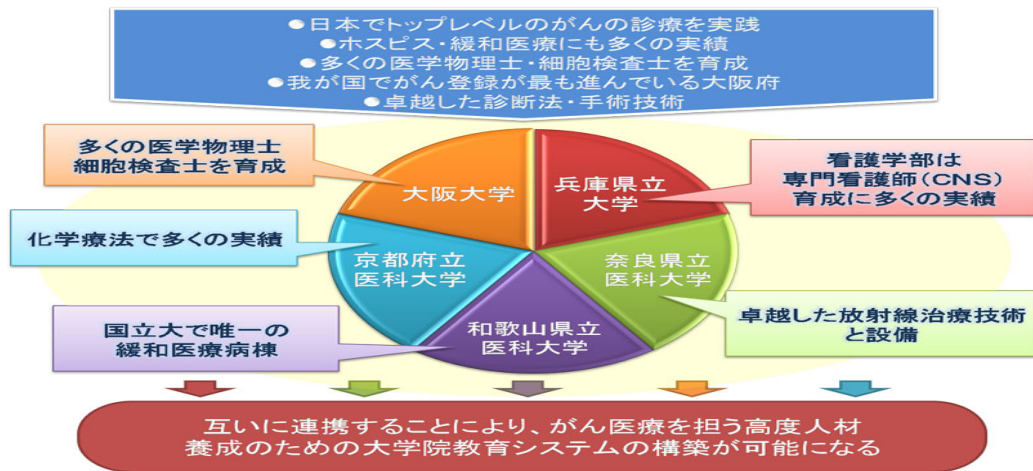
(<http://www.medinet-tokai.com/npo/top.html>)

II-4-3 がんプロフェッショナル養成事業等国公私の壁を越えて国立大学附属病院が中核的な役割を担ってきた実績

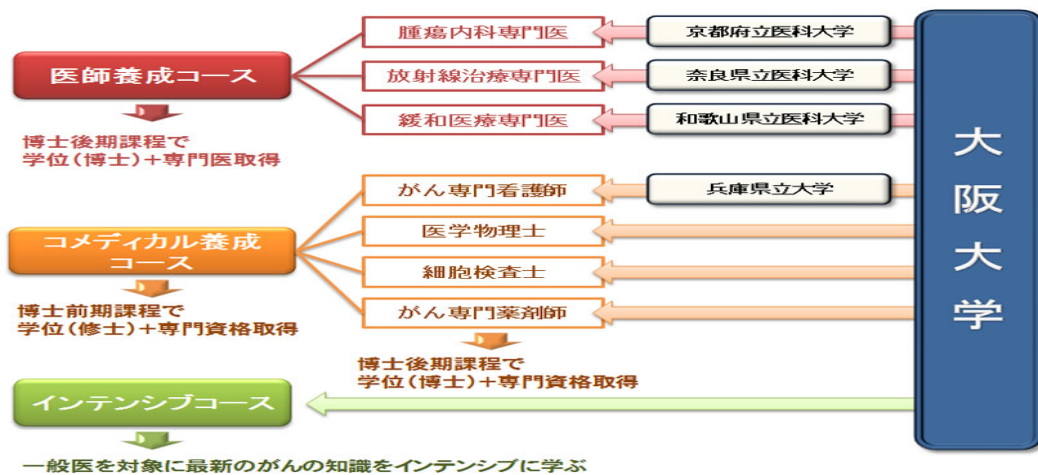
平成 19 年にがんに関わる人材育成・研究推進と大学院教育に充実化を目標とした 18 個のプログラムが選定されている。選定された大学が拠点となり連携する大学・大学病院等との緊密なネットワーク体制を構築することによって、放射線治療・化学療法等を専門的に行う優れた専門家の育成と、がん医療水準の向上を目的としている。

<大阪大学 がんプロフェッショナル養成プラン>

○がんプロフェッショナル養成コースの役割



○がんプロフェッショナル養成コースの詳細



(出典)

文部科学省のがんプロフェッショナル養成プランを開くと平成 19 年度の取組状況、中間評価が掲載されている。(それぞれの申請大学の取組をクリックすると詳細な内容が記載されている。)

(http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kaikaku/gan.htm)

(http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/kaikaku/gan/1305652.htm)

II-4-4 大災害発生時における大学病院による医療支援の実績

平成9年に「災害時等における国立大学病院相互支援に関する協定」が結ばれており、平成20年4月1日に、再度「災害時等における大学病院間の相互支援に関する協定」が結ばれている。<http://plaza.umin.ac.jp/~GHDNet/98/h117koku.html>

東日本大震災への各国公私立大学病院の医療支援の実績は、文部科学省高等教育局医学教育課大学病院支援室作成「大学病院の現状」にまとめられている。

大学病院による被災地域への医療支援等

(1) 医薬品等の物的支援

東北地方6大学病院(弘前、岩手医科、東北、秋田、山形、福島県立医科)の要望に基づき、全国の大学病院が医薬品、食糧、燃料等を支援。

(2) 医師派遣等の人的支援

①被災地への医師等派遣(DMATを除く)

(7月11日現在 延べ数)

	大学数	病院数	チーム数	派遣人数	医師	看護師	その他
国立	41	44	845	2,819	1,259	700	860
公立	7	8	153	458	188	132	138
私立	34	63	650	2,218	1,064	560	594
合計	82	115	1,648	5,495	2,511	1,392	1,592

・東北大学及び福島県立医科大学については未集計。

・各国公私立大学病院の医師・看護師・薬剤師等からなる医療チームが被災地の救護所等において医療支援を実施。

②災害派遣医療チーム(DMAT)の派遣

地震発生日(3月11日)19時、国公立の全大学病院に対し、災害派遣医療チームの派遣を文部科学省より要請。

派遣数が最大である3月13日には、**57大学から、延べ346名(医師133名、看護師137名、業務調整員76名)の人員を被災地に派遣し**、急性期の傷病等に対応。

※災害派遣医療チーム(DMAT:ディーマット、Disaster Medical Assistance Team)

阪神・淡路大震災の教訓から整備された、厚生労働省による専門的な研修・訓練を受けた医療チーム。

医療機関に所属する通常4～5名の医師・看護師等からなり、国公立大学病院には現在177チームある。

被災地の都道府県・国等からの要請に基づいて派遣される。

(3) 福島第一原子力発電所関連

放射線サーベイランス実施者の派遣

原子力災害対策本部から地域の住民に対して放射線測定を行う医療関係者の派遣要請があり、国公立大学病院に対して、派遣要請。

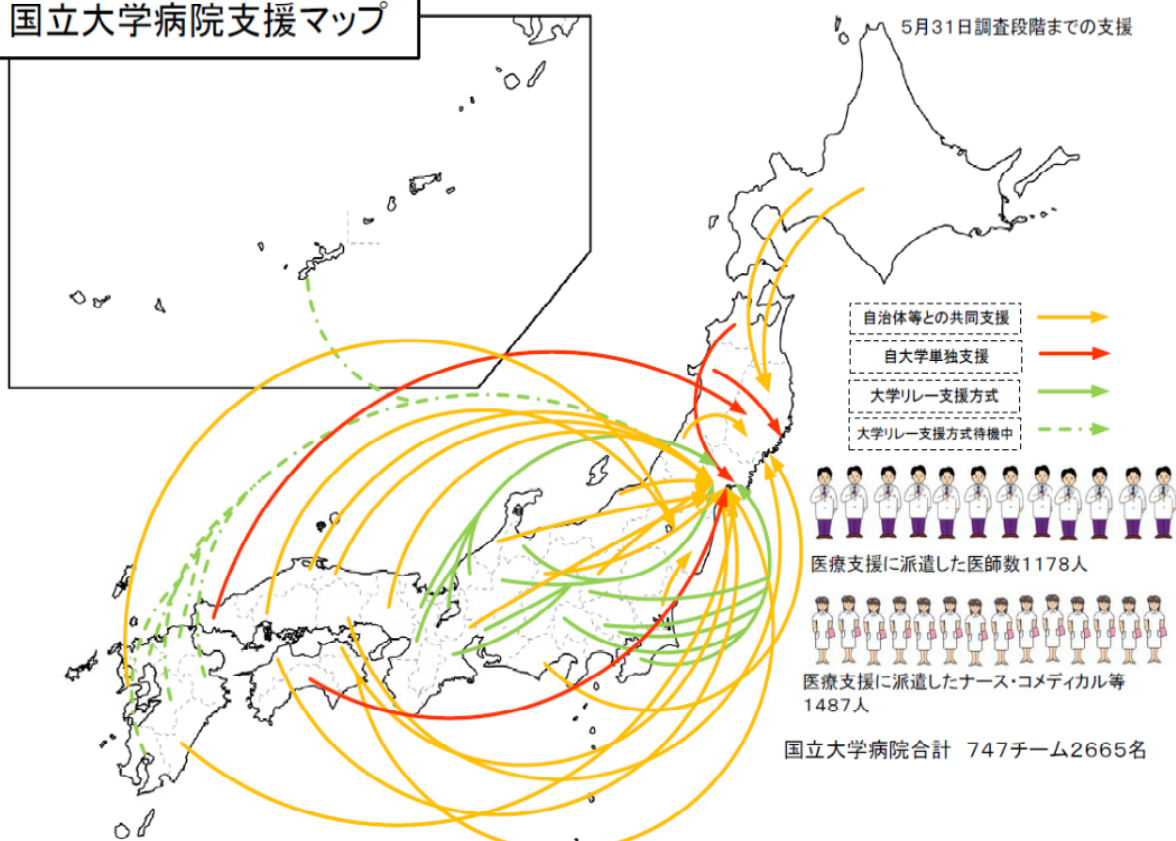
7月8日までに、延べ60大学、635人(医師67人、看護師36人、放射線技師等475人、事務職等57人)が放射線サーベイランスに従事。

(7月8日現在 延べ数)

	医師	看護師	放射線技師等	事務職等	計
60大学	67	36	475	57	635

	医師	看護師	放射線技師等	事務職等	計
国立大学	45	32	442	54	573
公立大学	6	0	6	0	12
私立大学	16	4	27	3	50

国立大学病院支援マップ



(出典)

文部科学省高等教育局医学教育課大学病院支援室作成「大学病院の現状」P18・P19 抜粋
平成23年7月6日付け国立大学附属病院長会議「被災地医療支援に関する声明文」添付資料

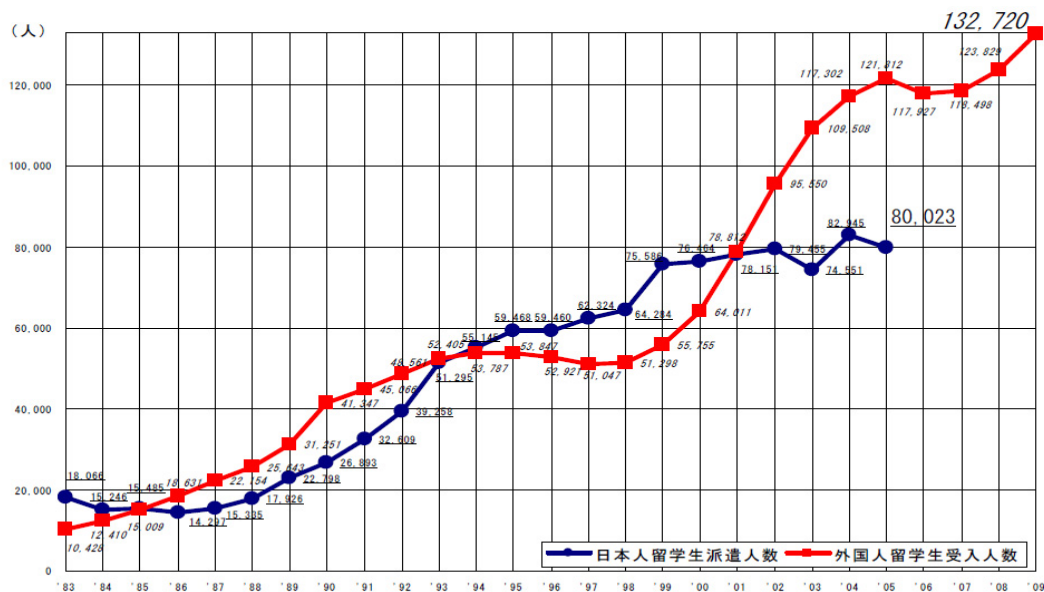
5 国際化

II-5-1 留学生の推移・留学生総数に対する医学系留学生の割合

外国人留学生の受入人数は年々増加傾向にあるが、日本人留学生派遣人数は、2000年からほぼ横這い傾向である。

留学生数に対する医学系留学生の割合については、平成18年度から大きな変化はなく、例年全体の2%程度で推移している。

(H18 : 2,852人、H19 : 2,692人、H20 : 2,768人、H21 : 2,877人、H22 : 2,920人)

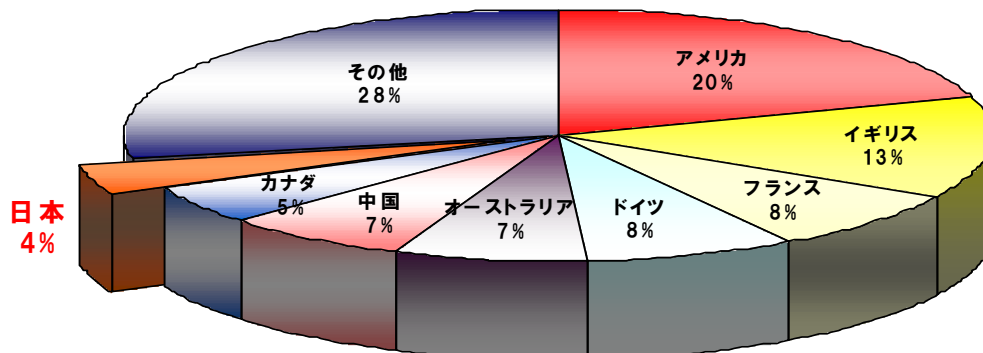


(注) 受入れ : 文部科学省, 日本学生支援機構調べ

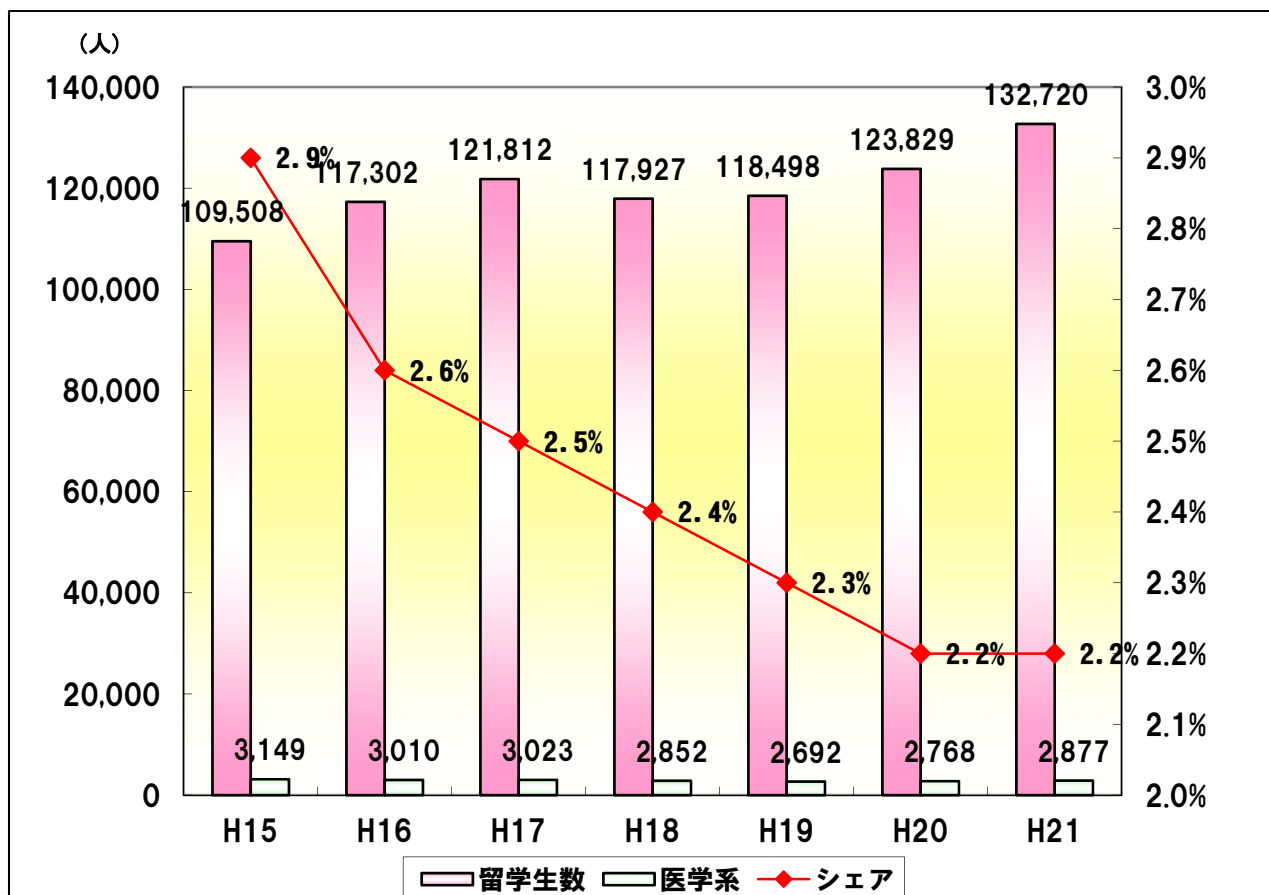
派遣 : OECD, IIE, ユネスコ文化統計年鑑等調べ

2008年

主要国の留学生受入割合



留学生総数に対する医学系留学生の割合



(出典)

- ・我が国における留学生の推移
文部科学省作成 「大学のグローバル化について」より
- ・主要国の留学生受入割合
Atlas of International Student Mobility: Global Destinations for International Students at the Post-Secondary (Tertiary) Level, 2008.
- ・留学生総数に対する医学系留学生の割合
独立行政法人 日本学生支援機構 「外国人留学生在籍状況調査結果」を基に九州大学にて作成

II-5-2 国立大学病院における外国人患者の受入数（入院・外来）

国立大学病院における外国人患者の受入数について、日本在住の外国人の受診については、入院、外来ともに大きな変化は見られないが、海外からの外国人患者の受診については、入院、外来ともに微増であるが増加傾向である。

【入院】

	外国人(日本在住者の受診)			外国人(海外からの受診)		
	男性(人)	女性(人)	合計(人)	男性(人)	女性(人)	合計(人)
平成 20 年度	265	449	714	5	4	9
平成 21 年度	271	461	732	5	0	5
平成 22 年度	270	468	738	5	7	12

【外来】

	外国人(日本在住者の受診)			外国人(海外からの受診)		
	男性(人)	女性(人)	合計(人)	男性(人)	女性(人)	合計(人)
平成 20 年度	2,873	2,961	5834	7	14	21
平成 21 年度	2,586	3,023	5609	17	19	36
平成 22 年度	2,409	3,096	5505	21	33	54

(注) 無回答の大学病院については、計上していない。

出典：九州大学調べ。
 調査方法：全国の国立大学附属病院に調査票を送付し集計
 (42 大学中 33 大学から回答：回収率 78.5%)

II-5-3 医療従事者の国際的人材交流実績

受入については、医師看護師においては、平成21年にやや上昇したものの平成22年度においては、僅かながら減少している。その他のコメディカルスタッフについては、増加傾向を示している。

派遣においては、看護師については、横這い傾向であるが、医師及びその他のコメディカルスタッフにおいて増加傾向となっている。

【受入】

	平成20年度		平成21年度		平成22年度	
	男性(人)	女性(人)	男性(人)	女性(人)	男性(人)	女性(人)
医師	168	70	190	60	182	82
看護師	6	38	10	53	10	48
その他のコメディカルスタッフ	35	47	33	34	60	49

【派遣】

	平成20年度		平成21年度		平成22年度	
	男性(人)	女性(人)	男性(人)	女性(人)	男性(人)	女性(人)
医師	691	49	644	51	742	72
看護師	2	36	2	28	2	33
その他のコメディカルスタッフ	42	8	32	15	63	25

(注) 無回答の大学病院については、計上していない。

出典：九州大学調べ。
 調査方法：全国の国立大学附属病院に調査票を送付し集計
 (42大学中33大学から回答：回収率78.5%)

II-5-4 高度先進医療による国際貢献数

海外からの外国人患者への実績数が無いことから、国際間のネットワークの推進は不可欠である。

海外からの外国人患者への高度先進医療の実績数

平成 20 年度(件)	平成 21 年度(件)	平成 22 年度(件)
0	0	0

(注) 無回答の大学病院については、計上していない。

出 典：九州大学調べ。
調査方法：全国の国立大学附属病院に調査票を送付し集計
(42 大学中 33 大学から回答：回収率 78.5%)

II-5-5 国立大学附属病院における外国人医師の医療行為の制限で困った例（数点）

外国人医師の医療行為への制限や言葉の壁といった事例が顕著である。
外国からの医師等の受入体制の整備、国際人材交流と英語研修等の国際的な人材育成と国際人事交流を推進する必要がある。

- 外国人医師の受入の際、診療行為が出来ない。
- 厚生労働省が認めている外国人医師臨床修練制度は許可期間が2年であり、許可期間終了後、延長は認められず、また、一度、本国に帰国しなければならないが、文部科学省が実施している国費外国人留学生制度により4年の大学院在籍期間が認められた場合、2年は医療行為が出来ない事例。
- 外国人医師の医療行為の制限があるため、外国人医師を受け入れる環境の整備が難しくなっており、外国人医師の受け入れが少ない状況となっている。
- 厚生労働省の臨床修練外国人医師制度の許可までに時間がかかる（3ヶ月以上）ため、短期の外国人医師の受入の場合、診療行為ができない。
- 言葉の壁。 国により診療レベルが異なること。
- 外国人の医師、看護師等が研修を希望しても、日本の医師免許、看護師免許等を持たないため、施設見学等、診療に関与しない範囲での受入しかできない。
- 今までは診断学を学びに来ていたが、今後、施術を学びに来た場合、診療行為ができないことは、支障が出る。
- 中国人留学生（医師）が手術の助手としても参加出来ない。

出典：九州大学調べ。

調査方法：全国の国立大学附属病院に調査票を送付し集計
(42大学中33大学から回答：回収率78.5%)

II-5-6 国際共同研究数、国際共同治験数

国際共同研究数は、平成 20 年度から低下傾向にある。
国際共同治験数については、平成 20 年度から増加傾向にある。

①国際共同研究数

平成 20 年度(本)	平成 21 年度(本)	平成 22 年度(本)
529	494	339

②国際共同治験数

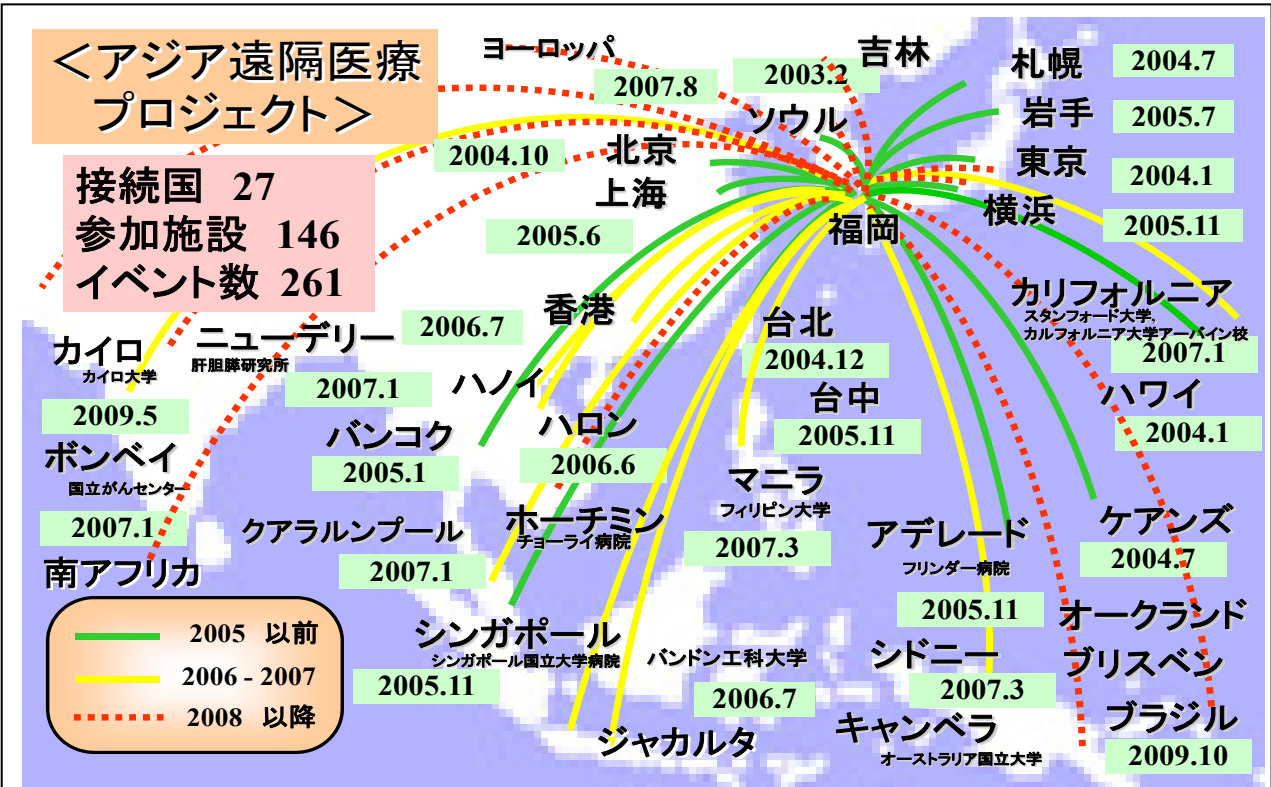
平成 20 年度(件)	平成 21 年度(件)	平成 22 年度(件)
160	300	422

(注) 無回答の大学病院については、計上していない。

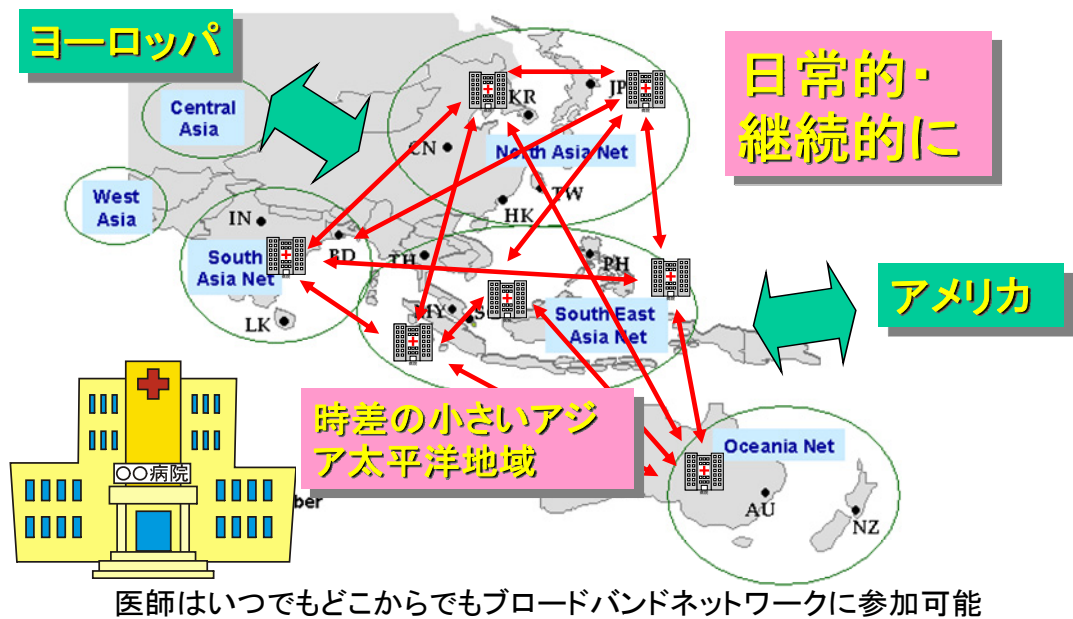
出典：九州大学調べ。
調査方法：全国の国立大学附属病院に調査票を送付し集計
(42 大学中 33 大学から回答：回収率 78.5%)

II-5-7 九州大学病院アジア遠隔医療開発センター

九州大病院アジア遠隔医療開発センターにおいては、学術用のネットワーク技術を駆使して、アジアの各拠点との協力関係を強化することにより、日本・アジア・世界に開かれた高度先端技術医療拠点の形成を目指しており、ネットワークの接続地域を年々増やしている。



医療ネットワークの将来像

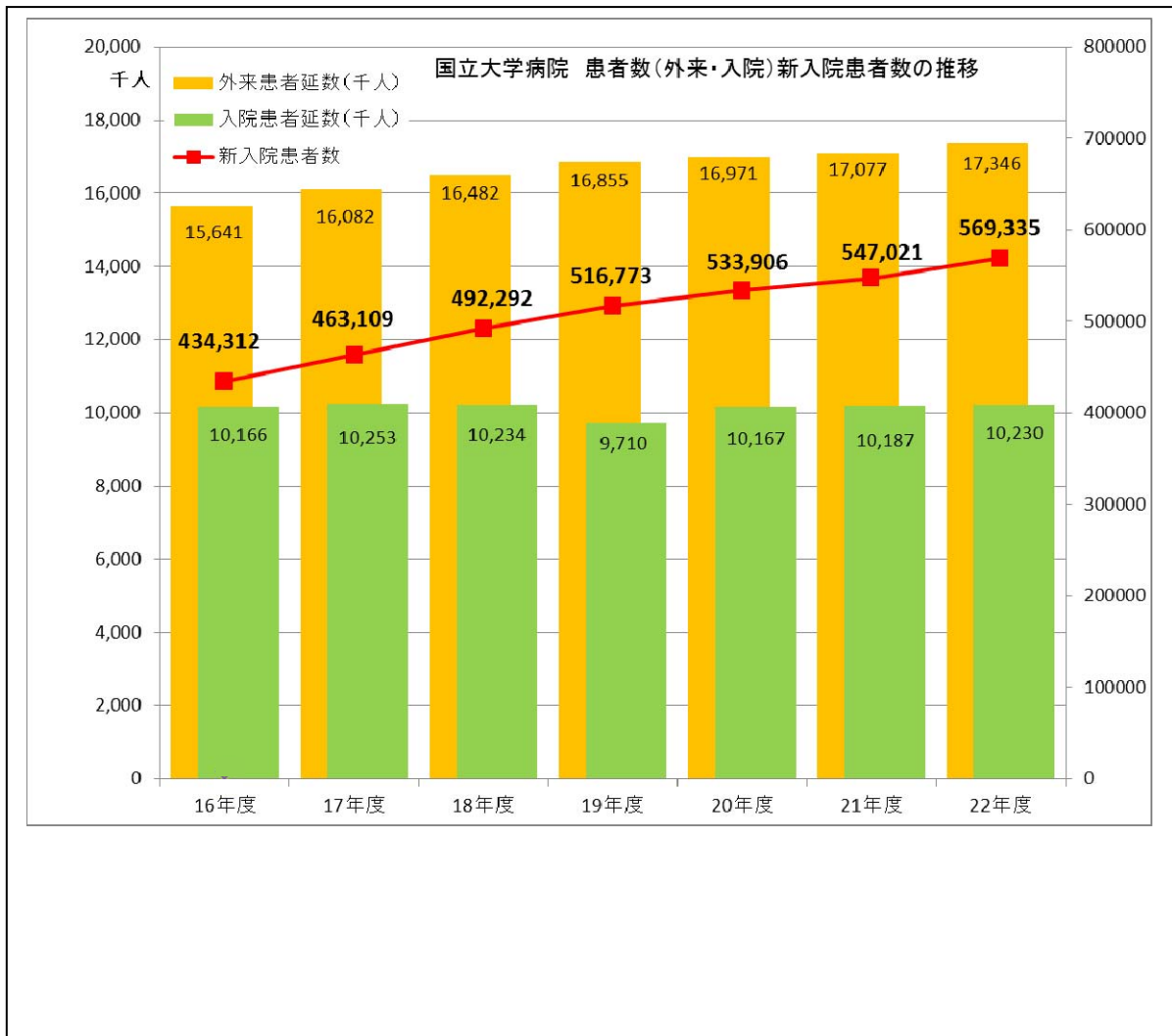


(出典) 九州大学病院作成：アジア遠隔医療開発センターの取組

6 運営

II-6-1 患者数の増加

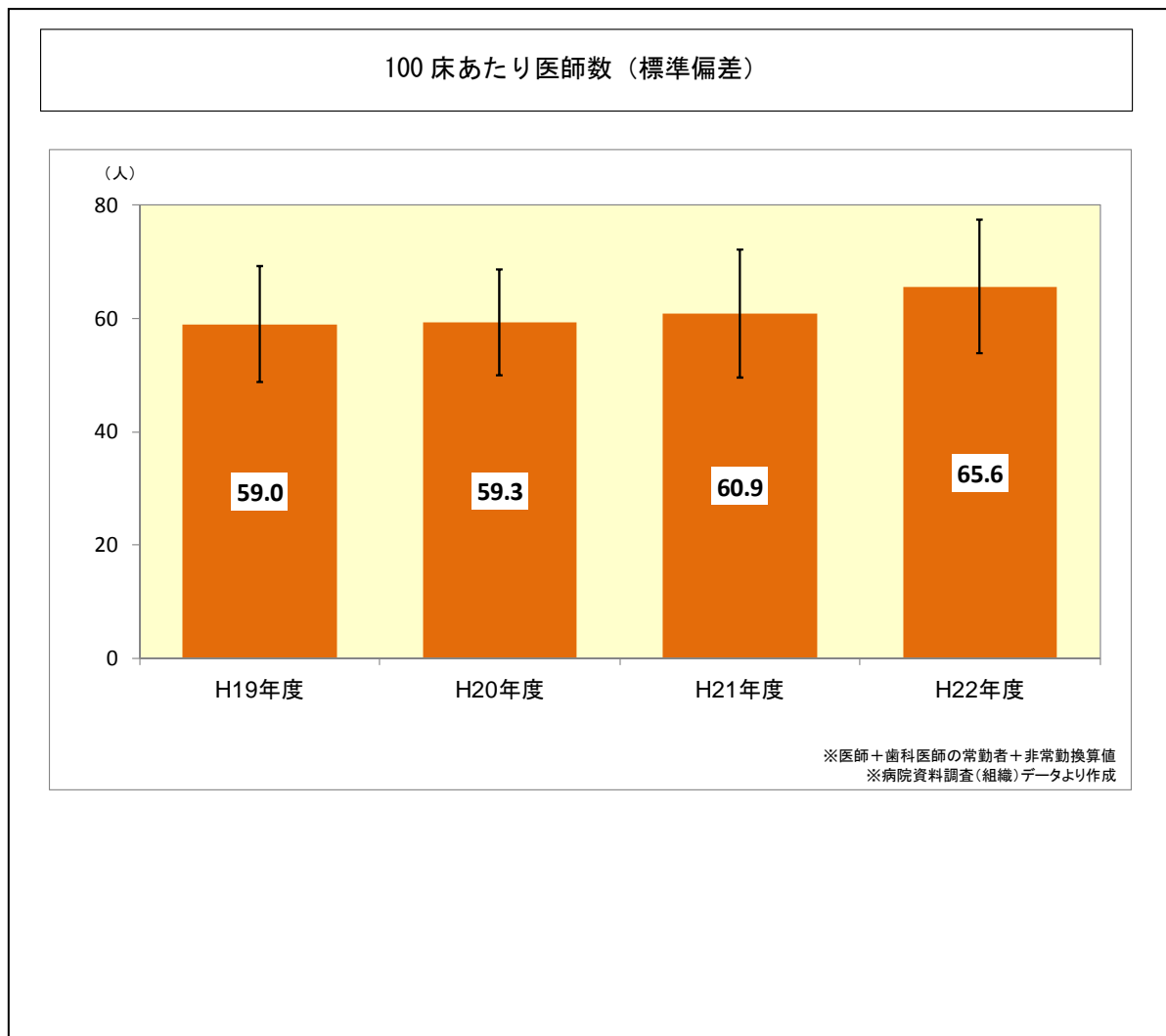
国立大学附属病院は社会の医療ニーズに応え、外来患者及び新入院患者を増加させてきた。



出典：国立大学病院データベースセンターのデータを基に千葉大学で作成。

II-6-2-1 人的リソース 病院職員数の変化

医療の進展や制度の変更に伴う、医師等のメディカルスタッフの増加や、医師の過重労働軽減のための、国の時代であれば難しかった人員配置が、法人化により国立大学附属病院の独自経営の中で可能となった。

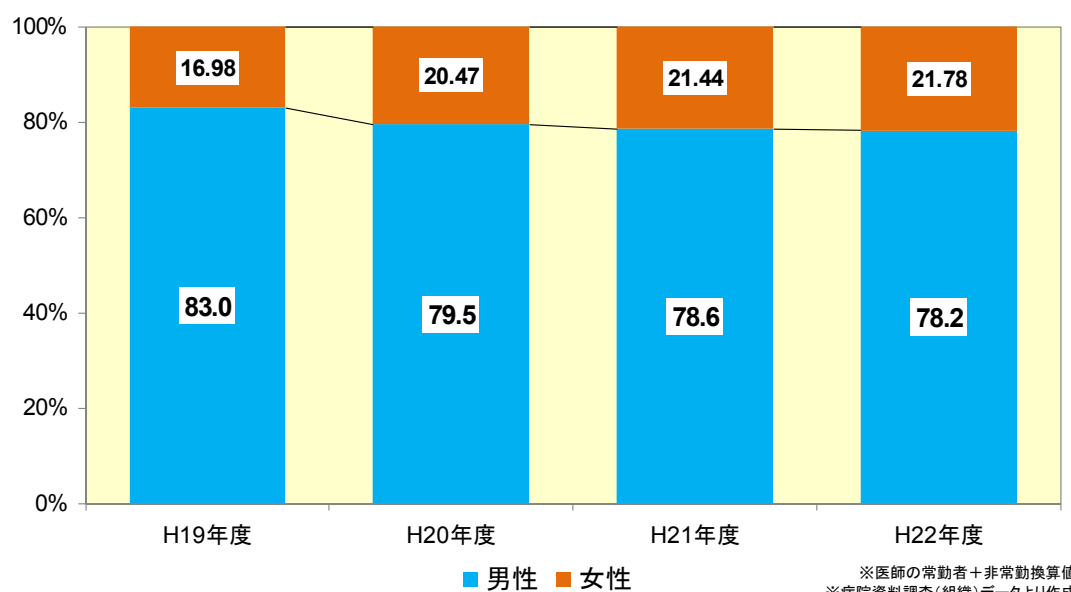


※職種ごとの職員数の推移については、115頁「医師・看護師等の現員調」参照。

Ⅱ-6-2-2 人的リソース 女性医師の増加

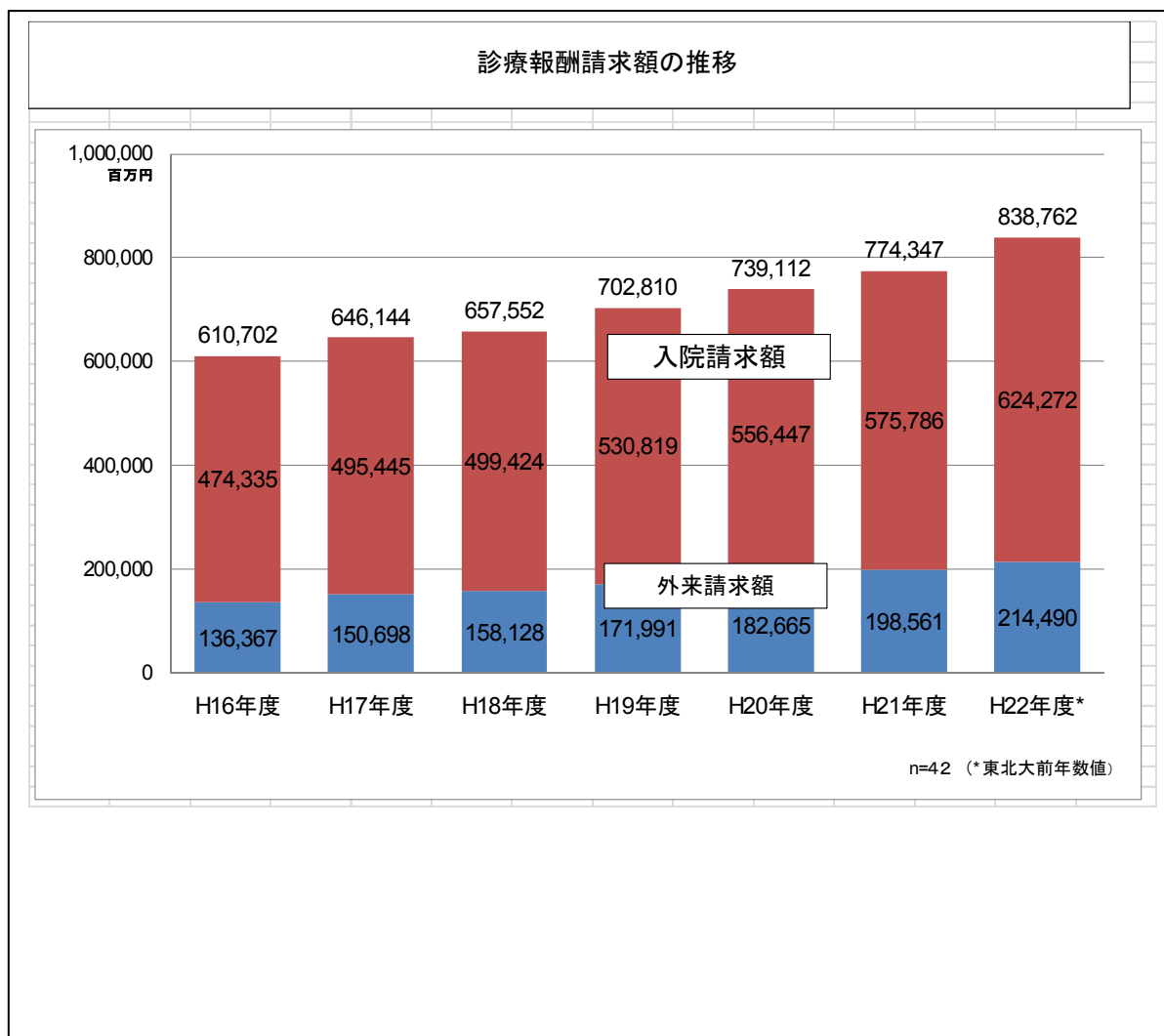
女子医学生の増加に伴い、子育て支援・育児休業の医療現場への復帰支援等様々な取り組みの結果、多くの女性医師が勤務できる環境も整えてきた。

医師の男女比



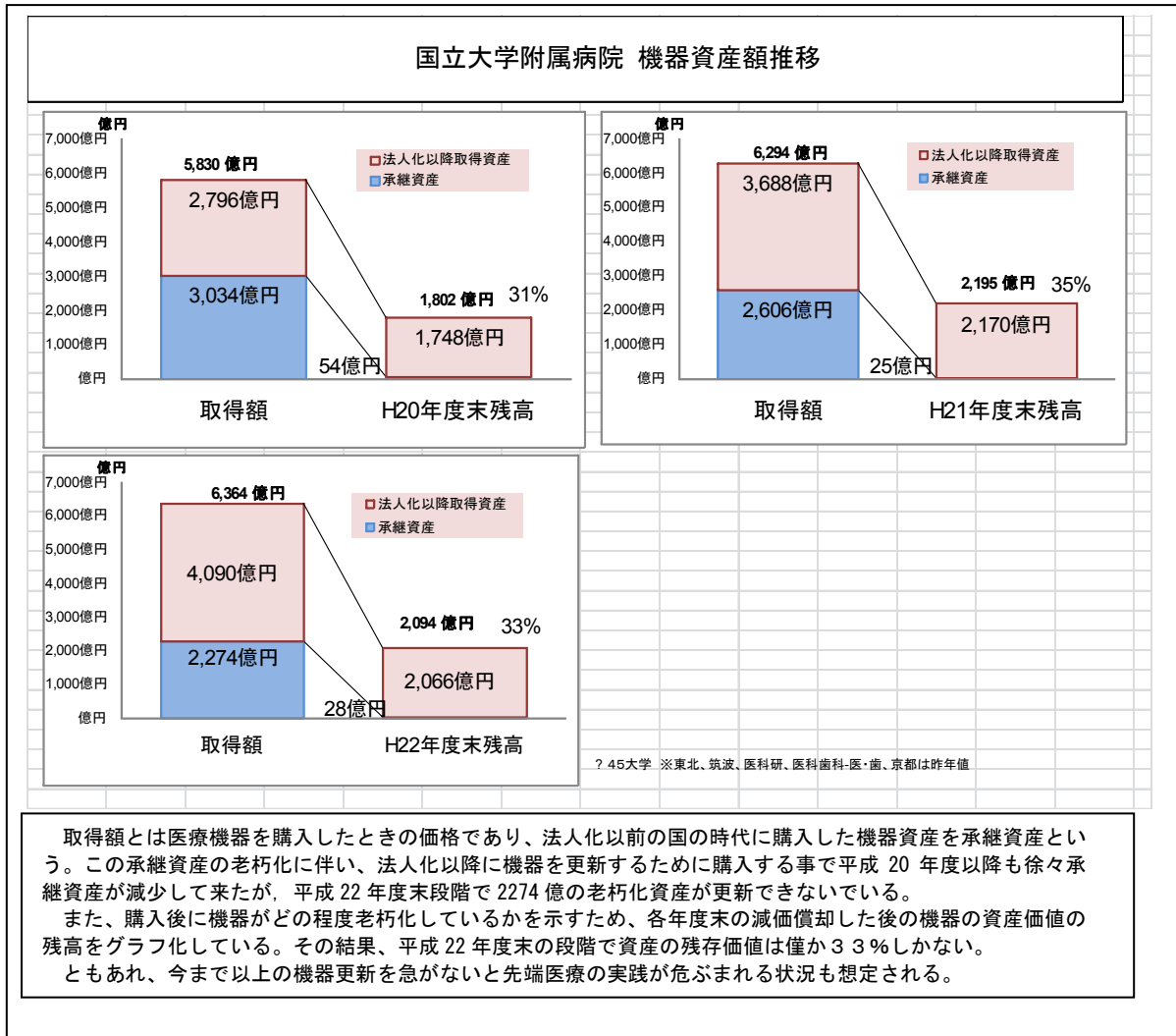
II-6-3 経営努力

社会からの要請に応える事と様々な経営努力の結果、診療報酬請求額を大幅に伸ばしてきた。



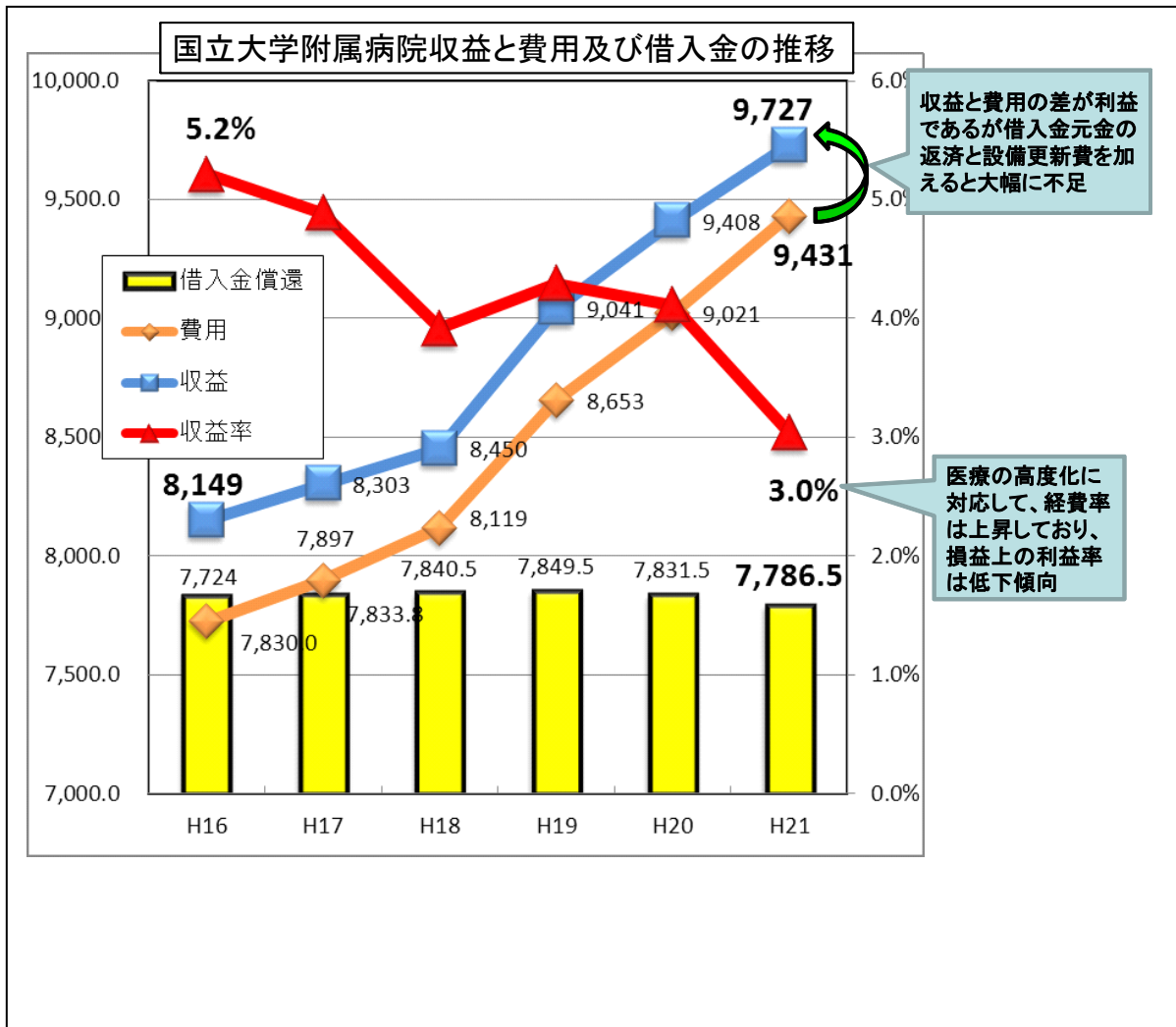
II-6-4 設備更新

経営努力を重ねてきた結果、法人化以前に購入した老朽化した医療機器も一部更新ができたものの、まだ多くの機器が更新できていない状況である。



II-6-5 収益と費用及び借入金の推移

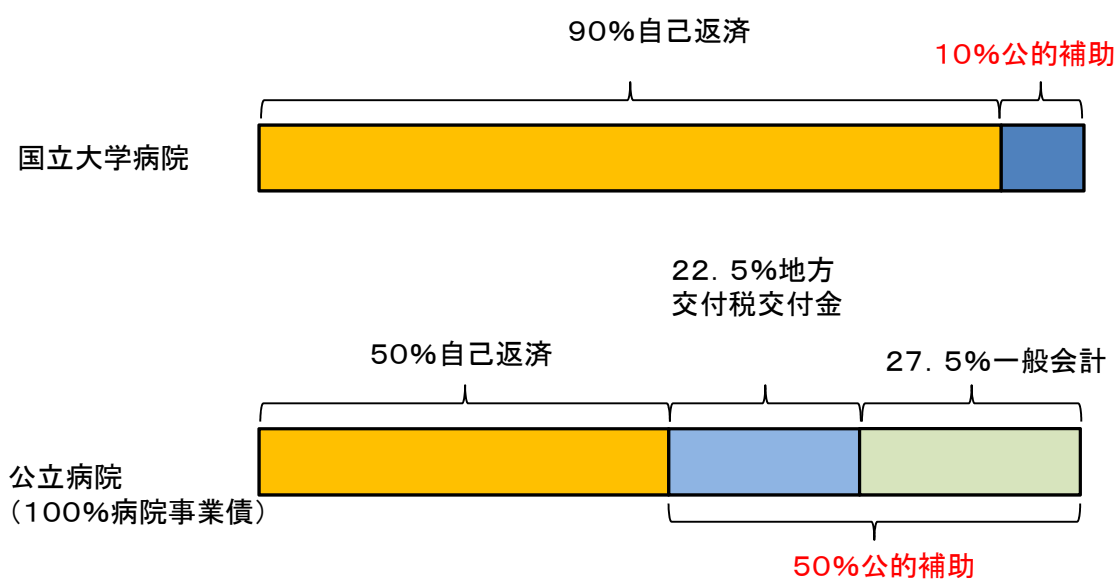
病院収益は増加してきたが、高難度医療の占める比率が高く、高額な医薬品や医療器材が必要となり収益率は低下し、借入金の返済に必要な財源を確保するためには機器更新が遅れている。



II-6-6 公的支援

公的医療を支える公立病院に対しては、再開発等の資金の内、実質50%の公的補助が行われているが、公的病院の最後の砦として機能している国立大学病院は、診療以外に教育・研究も行いつつ、10%の公的補助しか受けていない。この結果、機器更新等の将来の医療につながる投資ができず、医療イノベーションの推進が図れていない。

借入金による病院再開発時の自己返済と公的補助比率



国立大学附属病院長会議グランドデザイン委員会委員

◎委員長, ○主査

(委員) 33名

◎	松尾清一	名古屋大学医学部附属病院長
○	松野丈夫	旭川医科大学病院長
○	宮崎勝	千葉大学医学部附属病院長
○	五十嵐徹也	筑波大学附属病院長
○	門脇孝	東京大学医学部附属病院長
○	宮坂信之	東京医科歯科大学医学部附属病院長
○	千田彰一	香川大学医学部附属病院長
○	豊田長康	独立行政法人国立大学財務・経営センター理事長
○	嶋田昌彦	東京医科歯科大学歯学部附属病院長
	西村正治	北海道大学病院副病院長
	下瀬川徹	東北大学病院副病院長
	久保田功	山形大学医学部附属病院長
	山本修一	千葉大学医学部附属病院副病院長
	笠井清登	東京大学医学部附属病院執行部
	田中雄二郎	東京医科歯科大学医学部附属病院副病院長
	木村友厚	富山大学附属病院病院長補佐
	稲垣暢也	京都大学医学部附属病院副病院長
	石黒直樹	名古屋大学医学部附属病院副病院長
	植村和正	名古屋大学医学部附属病院病院長補佐
	茶山一彰	広島大学病院長
	石井榮一	愛媛大学大学院医学系研究科副研究科長
	横見瀬裕保	香川大学医学部教授
	原寿郎	九州大学病院副病院長
	谷原秀信	熊本大学大学院生命科学研究部教授
	高橋昭二	旭川医科大学病院事務部長
	手島英雄	千葉大学医学部附属病院事務部長
	坂口広志	筑波大学附属病院総務部長
	竹田幸博	東京大学医学部附属病院事務部長
	谷田弘	東京医科歯科大学医学部・医学部附属病院事務部長
	青山正晴	名古屋大学医学部・医学系研究科事務部長
	日出充一	香川大学医学部事務部長
	兼山精次	国立大学附属病院長会議事務局長
	石田達樹	国立大学附属病院長会議参与

(顧問) 4名

	河野陽一	千葉大学医学部附属病院前病院長
	武谷雄二	東京大学医学部附属病院前病院長
	坂本徹	東京医科歯科大学医学部附属病院前病院長
	石田俊彦	香川大学医学部附属病院前病院長

※顧問は、平成23年3月31日まで委員。

○執筆責任者

(教育担当)

- | | | |
|---|-------|---------------------|
| | 松尾清一 | 名古屋大学医学部附属病院長 |
| | 久保田功 | 山形大学医学部附属病院長 |
| | 田中雄二郎 | 東京医科歯科大学医学部附属病院副病院長 |
| ○ | 植村和正 | 名古屋大学医学部附属病院病院長補佐 |
| | 石井榮一 | 愛媛大学大学院医学系研究科副研究科長 |
| | 石田俊彦 | 香川大学医学部附属病院前病院長 |
| | 千田彰一 | 香川大学医学部附属病院長 |

(診療担当)

- | | | |
|---|------|------------------------|
| | 門脇孝 | 東京大学医学部附属病院長 |
| | 宮坂信之 | 東京医科歯科大学医学部附属病院長 |
| | 豊田長康 | 独立行政法人国立大学財務・経営センター理事長 |
| ○ | 石黒直樹 | 名古屋大学医学部附属病院副病院長 |
| | 茶山一彰 | 広島大学病院長 |
| | 武谷雄二 | 東京大学医学部附属病院前病院長 |
| | 坂本徹 | 東京医科歯科大学医学部附属病院前病院長 |

(研究担当)

- | | | |
|---|------|------------------------|
| | 門脇孝 | 東京大学医学部附属病院長 |
| | 宮坂信之 | 東京医科歯科大学医学部附属病院長 |
| | 豊田長康 | 独立行政法人国立大学財務・経営センター理事長 |
| ○ | 稲垣暢也 | 京都大学医学部附属病院副病院長 |
| | 谷原秀信 | 熊本大学大学院生命科学研究部教授 |
| | 武谷雄二 | 東京大学医学部附属病院前病院長 |
| | 坂本徹 | 東京医科歯科大学医学部附属病院前病院長 |

(地域貢献・社会貢献担当)

- | | | |
|---|-------|-----------------|
| | 五十嵐徹也 | 筑波大学附属病院長 |
| | 千田彰一 | 香川大学医学部附属病院長 |
| | 下瀬川徹 | 東北大学附属病院副病院長 |
| | 木村友厚 | 富山大学附属病院病院長補佐 |
| ○ | 横見瀬裕保 | 香川大学医学部教授 |
| | 石田俊彦 | 香川大学医学部附属病院前病院長 |

(国際化担当)

- | | | |
|---|------|---------------|
| | 松野丈夫 | 旭川医科大学病院長 |
| | 松尾清一 | 名古屋大学医学部附属病院長 |
| | 西村正治 | 北海道大学附属病院副病院長 |
| ○ | 原寿郎 | 九州大学病院副病院長 |

(運営担当)

- | | | |
|---|------|------------------------|
| | 宮崎勝 | 千葉大学医学部附属病院長 |
| | 豊田長康 | 独立行政法人国立大学財務・経営センター理事長 |
| ○ | 山本修一 | 千葉大学医学部附属病院副病院長 |
| | 笠井清登 | 東京大学医学部附属病院執行部 |
| | 河野陽一 | 千葉大学医学部附属病院前病院長 |

(歯科担当)

○	嶋田昌彦	東京医科歯科大学歯学部附属病院長
	森崎市治郎	大阪大学歯学部附属病院長
	中村太保	北海道大学病院副病院長
	島内英俊	東北大学病院副病院長
	興地隆史	新潟大学医歯学総合病院副病院長
	森田学	岡山大学病院副病院長
	栗原英見	広島大学病院副病院長
	河野文昭	徳島大学病院副病院長
	前田勝正	九州大学病院副病院長
	澤瀬隆	長崎大学病院副病院長
	田中卓男	鹿児島大学附属病院副病院長
	丹沢秀樹	千葉大学大学院医学研究院教授
	俣木志朗	東京医科歯科大学歯学部附属病院副病院長
	倉林亨	東京医科歯科大学歯学部附属病院副病院長
	水口俊介	東京医科歯科大学歯学部附属病院病院長補佐

(ランドデザイン委員会事務局)

	青山正晴	名古屋大学医学部・医学系研究科事務部長
	川村篤	名古屋大学医学部・医学系研究科総務課長
	廣川光之	名古屋大学医学部・医学系研究科総務課総務企画室長
	伊奈経雄	名古屋大学医学部・医学系研究科総務課総務企画掛長
	若原静映	名古屋大学医学部・医学系研究科総務課総務企画掛主任

委員は平成 24 年 1 月現在。

索引

あ

安心・安全な医療	24, 38
医学研究	24, 25, 36
医学部	22, 23, 28, 30, 33, 54, 59, 60, 62
医局	23, 28, 29, 30, 31, 35
育児休暇	31, 37
医師会	31, 50, 69
医師国家試験	33
医師配置	23, 30, 34, 46, 70
医師派遣機能	24, 31, 49
医師不足	23, 31
医師養成	28, 33, 34
医師抑制政策	23
イノベーション	51
医療安全	24, 40, 48, 50, 63, 69
医療改善委員会(仮称)	42
医療関連産業	43
医療機器	42, 46, 56, 64
医療技術者	22
医療支援	20, 26, 48
医療事故	31
医療事務	55, 60
医療従事者	20, 22
医療情報	39, 40, 41, 42, 47, 48, 50, 51, 53, 54, 55
医療情報管理	40, 41
医療情報ネットワーク	50, 53
医療専門職	24
医療訴訟リスク	61
医療の質	24, 34, 38, 39, 40, 42, 52, 54
医療倫理	24, 40
医療連携	32, 47
インセンティブ	45, 54, 55
院内感染	24, 40, 63
運営費交付金	23, 45, 59, 70
遠隔医療ネットワーク	50, 51, 55
遠隔教育	55

か

外国人	54
外部評価	34
化学療法	22
学生	22, 28, 54, 55, 61, 65
学会	31, 32, 34, 41, 45, 54
合併症	22
家庭医	29
稼働率	23, 58
ガバナンス	61, 64
借入金	23, 58
がん医療	22
看護師	22, 24, 32, 45
看護師不足	54, 61
患者情報の共有化	48
感染対策	40, 48, 50, 63, 69
がんプロフェッショナル養成プラン	36, 47, 69
官立医科大学	22
関連病院	26, 34, 36, 69
基幹病院	69
危機管理	50
規制	39, 41, 54, 56, 57, 69
基礎研究	25
基盤的機能	24
基盤部門	38, 40, 41, 44, 46
キャッシュフロー	23, 58
キャリア・デザイン	29, 33, 35, 36
キャリア・パス	30, 45, 61, 64
キャリア形成支援センター(仮称)	35
キャリアコース	35
キャリア支援	30, 35
救急医療	49
九州大学病院アジア遠隔医療開発センター	55
救命救急センター	49
給与格差	23
教員組織	59, 60, 61
行政	20, 24, 31, 34, 47, 60, 64

業務手順書	39
拠点整備	53
勤務医不足	23, 30, 31
勤務継続	37
クオリティインディケータ	38, 40, 54
クリニカルインディケータ	38
研究マインド	24, 25, 43, 45
研修医	23, 28, 29, 31, 32, 34
研修病院	23, 30, 32, 34
広域メディカルセンター構想	49
講座	28, 30, 35
構造改革特区	56
公的援助	58
公的支援	45, 64
高度医療	22, 38, 40, 46
後発医薬品	58
公立大学	63
コースワーク	29
語学	55
国公立大学附属病院感染対策協議会	63
国際医療情報発信センター	55
国際医療標準	54
国際競争	43, 44, 52, 56, 66, 69
国際共同研究	25, 52
国際共同治験	52, 56
国際協力機構(JICA)	55
国際標準	25, 52, 54, 55
国際臨床研究	56
国際臨床支援協議会(仮称)	56
国立大学医学部長会議	19, 28, 33
国立大学の法人化	19, 23, 25, 26, 61, 62
国立大学病院看護部長会議	32, 36
国立大学病院管理会計システム(HOMAS)	66
国立大学病院データベースセンター	42, 63, 66
国立大学附属病院薬剤部長会議	32, 36
護送船団方式	61
個別化治療	25
コホート研究	51
混合診療	39
コンプライアンス	64

さ

災害医療	48
災害に強い国立大学病院	50
再開発	45, 57, 58
再教育	31, 35, 36, 37
最後の砦	62, 69
再就職	31, 37
財政投融资	58
最先端	38, 41, 60
サイトビジット形式	63
財務管理	63
産官学連携	48
三次医療圏	47, 51
自己財源	59
施設	22, 29, 33, 34, 35, 44, 58, 64
施設整備費	58
自治体	26, 34, 47, 48, 49, 50
事務機能	62
上海交通大学病院グループ	69
収益	23, 25
従業員満足度	65
周産期医療	22, 49
手術件数	23
生涯教育	24, 28, 35, 36, 37
承継職員	60, 61, 65
少子高齢化	47, 49
承認	54, 56, 58
初期臨床研修	23, 28
女性医師	31, 37
私立大学	63
新医師臨床研修制度	19, 31
シンクタンク	66
人件費	23, 57, 59, 60
人件費抑制	23, 59, 60
人口	30, 34, 49
新設医科大学	22
新薬	56
診療科	23, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 39
診療科間偏在	23
診療情報管理士	46

診療手順書	41, 42
診療報酬	46, 57
スクラップアンドビルド	60
政策	20, 24, 25, 39, 44, 46, 47, 50, 56, 62, 66, 69, 70, 71
政府	25, 54, 55, 70
全国医学部長病院長会議	19, 20, 33
全国国立大学法人病院診療支援部(技術部)会議	32, 36
全国ネットワーク	35
先進医療	28, 29, 35, 38
先端医療	22, 24, 25, 39, 41, 43, 44, 45, 46, 48, 53, 69
先端医療開発	43, 44, 46, 53, 69
専門医	22, 23, 28, 29, 31, 34, 36, 45
専門看護師	32
専門資格	32
専門職医療人	47, 48, 49, 50, 51
専門職医療人育成プログラム	47
専門領域	29, 34, 70
総合医	28, 29
総合周産期母子医療センター	49
総合臨床教育センター	36
総合臨床教育センター(仮称)	36, 37
総人件費改革	23, 59, 60
総体	38, 52, 57, 60, 63
組織改革	60
卒後教育	33
卒後研修	23, 32, 49
卒後臨床研修	28, 29
卒前教育	28, 33

た

大学院	23, 30, 36, 45, 55, 65
大災害	20, 26, 48, 50, 60
多職種	39, 61, 65
多職種協働	61
男女共同参画	61, 65
地域医療	24, 28, 29, 30, 38, 40, 47, 48
地域医療グランドデザイン	47

地域医療計画	28, 29
地域医療再生計画	34
地域医療ネットワーク	48
地域医療連携ネットワーク	47
地域間偏在	23, 30
地域貢献	26, 47, 48, 49, 51, 68
地域ネットワーク	35, 45
地域連携	19, 69
チーム医療	32, 42, 51
知的財産	51
中核機関	34, 38
中期目標・中期計画	58
定員削減	59, 60
帝国大学	22
データマイニング	42
電子カルテ	48
電子処方箋システム	51
特定機能病院	22, 39, 40, 54, 68
独立行政法人国立大学財務・経営センター	60
都道府県	32, 47
トランスレーショナル・リサーチ	45, 56
トリアージ	26
トレーニングセンター	41, 49

な

難治性疾患	22
認定看護師	32
ネットワーク化	19, 44, 45, 53, 55, 56, 66, 69
ネットワーク形成	44, 46

は

ハーバード大学病院グループ	69
ハブ	35, 49, 51
阪神・淡路大震災	26
東日本大震災	20, 26
病院機能評価	54
病院雇用職員	61, 65
病院再開発費	45
病院収入	57, 58, 60
病院長	32, 35, 36, 41, 42, 62, 64, 70

不採算	25
復帰	37
プライマリ・ケア	28, 29
ベンチマーキング	38, 40, 42, 54
保育所	61
防衛医科大学校	63
防災対策	48
放射線療法	22
法人本部	20, 59, 60, 62, 64
保険診療	39
補助金	58

ま

マッチングシステム	23, 29, 31
メディカル ICT	41, 50
メディカルイノベーション	25, 69
メディカルスタッフ	59, 61
メディカルネットワークシステム	50
メンタルヘルス	61
目的積立金	58, 64

や

薬剤師	22, 24
薬事法	39
予算	33, 38, 47, 58, 69
予算管理	59

ら

ライフイノベーション	43, 44, 46, 70
リーディングホスピタル	44
リサーチ・マインド	30, 33
留学	54
臨床医	28, 30, 35, 36, 43

臨床教育	22, 24, 28, 33, 40
臨床教育病院	68
臨床研究	25, 30, 40, 42, 43, 46
臨床研究支援	40
臨床研修制度	23, 25, 26, 28, 49
臨床研修ネットワーク	34
臨床実習	33
臨床指標	38
レギュラトリーサイエンス	41, 44, 45
労務管理	19, 37, 57, 63

わ

ワークエンゲージメント	65
ワークライフバランス	65

C

Clinical Scientist	54
CRC: Clinical Research Coordinator	46

E

Evidence-based Medicine	25
-------------------------	----

I

ICT: Information and Communication Technology	40, 42, 50, 53, 55
--	--------------------

P

Physician Scientist	25, 43, 45, 54
---------------------	----------------

U

UMIN: University Hospital Medical Information Network	50
--	----

国立大学附属病院の今後のあるべき姿を求めて
～その課題と展望～

平成 24 年 3 月 発行

編集・発行

国立大学附属病院長会議事務局

TEL 03-5684-1601

FAX 03-5684-1602

