

第1章

近年の歩みを俯瞰して

- 歴代学長
- 歴代学部長・研究院長
- 歴代附属病院長
- 歴代みのはな同窓会長



135周年記念誌発刊に当たり

磯野 可一

千葉大学医学部百周年記念誌が出来上がってから、35年の月日が流れ、ここに135年誌の発刊が企画され、過去を顧みて、未来に思いを馳せることは極めて意義あることと思います。特にこの20～30年間にける世界の変貌は、100年の歴史の変遷が一度に濃縮発露された如き様相を呈し、政財界、企業界を問わず教育界、医療界にも激変を招来し、多くの分野で崩壊寸前の状態に至っており、抜本的に且つ早急な対応策を打ち出す必要があります。

ここで百年誌を振り返り見るとき、月日の流れはあまりにも早く、数々の出来事も遠いはるか彼方のことの如く静かに立っており、私たちの記憶からは薄れ去りつつあります。しかしその一つ一つの出来事も、過去に起こった時点では思いもよらない大きな出来事であり、過去の歴史という航海は決して平穏なものではなく、繰り返す荒波にもまれたことも多く、これらを乗り切るために多くの先人のたゆまぬ努力により今日の千葉大学があることを痛感させられます。

私が千葉大学にお世話になり、約50数年、半世紀以上の月日が流れており、この百年誌の中においても、その一部に私の存在があったことを思うと不思議な思いがします。このたびの135年誌においては、最近の35年では正規のスタッフとしてこの歴史に参画したことになります。千葉大学第二外科学教授として、そして病院長として、最後は学長として

医学部の、そして大学の航海に皆様と共に真剣な努力を続けたといえます。第二外科の教授としては、日本外科学会の会長を務め、千葉大学に外科学教室ありの名をとどめ、病院長としては常置委員長として文部省の直接相談役として、特定機能病院、高度先進医療、卒後研修問題への取り組みを積極的にこなして来ました。

私が学長となった平成10年には、旧6大学では総合大学創立50周年を向かえ、その準備が開始されておりました。同時に全国的には大学改革に対する動きが見え始めていました。大学審議会で「21世紀の大学像と今後の改革方策について——競争的環境の中で個性輝く大学——」という答申が出されてから、その機運は急速に高まってきました。

そのような最中、平成11年に千葉大学では50周年記念事業が執り行われる事が決定しました。私が学長となり先ず、全学的規模で举行された最初の事業でありました。思えば、財政の緊迫した状況下であり、各企業、先輩、同門の方々のところに募金集めに奔走した事が思い出されます。

顧みますと、千葉大学は昭和24年（1949年）5月31日に新制国立総合大学として出発し、それから数えて50年後の平成11年（1999年）11月5日に50周年記念式典が政財界、社会人、そして当時の教職員の暖かいご支援と情熱により盛大に举行されました。（写真1・2）



写真1



写真2

式典の冒頭の挨拶で私は次のように述べています。「今、私たちが目の当たりにする千葉大学のキャンパスは、半世紀に亘る先人の並々ならぬ努力の賜物であり、第十一代の学長として創立50周年という節目の時を迎える事は身に余る光栄であり、同時に大きな責任を感じている。過去の歴史から真に重要なものを求め、その土台の上に新しいものを築く事が重要である。大学に求められる不易と変改の部分を見つめ、自らの責任において教育、研究の改善と向上を図り、明日に向かって育ちゆく有為の人材を育て、真理を求め、社会に、そして人類の幸せのために大きく貢献するために尽力したい。」との抱負を述べさせていただきました。

当時、国立大学の独立行政法人化の問題は、行政の中でも賛否両論の議論が行われていました。しかし、平成11年4月「国立大学の独立行政法人化については、大学の自主性を尊重しつつ大学改革の一環として検討し、平成15年までに結論を得る。」と閣議決定され、以後、文部省の基に、国立大学協会を中心にして、大学共同利用機関、私立大学、公立大学、経済界、言論界党の関係者間で真剣に討議検討が重ねられました。

其の翌年の平成12年7月には独立行政法人制度のもとで、国立大学ならびに大学共同利用機関を法人化するために、文部省に調査検討会が発足されました。そして、平成13年6月経済財政諮問会議では「今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針」（骨太の方針）のなかで「国際競争力のある大学づくりを目指し、民営化を含め、国立大学に民間的発想の経営手法を導入する。とくに国立大学については、法人化して、自主性を高めると

共に、大学運営に外部運営家の参加を得、民営化を含め民間的発想の経営手法を導入し国際競争力のある大学を目指す。」としてあります。

その間、紆余曲折を重ねながらも、平成14年3月「新しい（国立大学法人）像について」の最終報告が纏められ発刊され、平成16年国立大学法人化が発足されました。

この法人化による大改革は明治の改革、昭和の改革に次ぐ大改革であります。質的にはこれまでに無い全く異質の大変革といえます。

それ以前の平成10年の私の50年誌の「序」を読み返してみますと、次のような文があります。

「— 21世紀を前に現在行われんとしている一大改革の根底には、真の教育の概念よりも、経済改革がより大きな比重を占めている点に憂慮せざるを得ない。そしてクラーク・カーが「アメリカ高等教育試練の時代（1990～2010年）」の中で指摘している問題点を強調しています。

1. 政府からの財源の獲得が益々困難となる。
2. 高等教育機関が国家および産業部門に組み入れられるにつれ知的独立が失われつつある。
3. 政府の姿勢は、項目ごとの統制よりも、全般的な誘導へと変化している。高等教育はますます市場経済化へと進む。
4. 政府は「純粋学術」から応用研究、技術訓練の方向に高等教育を誘導している。等」

さらに続きます。「— 過去の歴史を顧みることは、単に過去を懐かしむ事ではなく、その歴史から真に重要なものを求め、その土台の上に新しいものを築く必要がある。— これまでの大学は、大学の自治のもと学問の自由と真理の探求の精神によっ

て、国の行財政に関する改革によって直裁的影響を受けてはならないとしてきた。この（大学の在り方）は、いまや大きく変わろうとしている。

独立行政法人化の問題まで急浮上しているのが現状である。教育の根幹を揺るがす改革は、国家百年の大計を念頭に置いて展開されなければならない。――」と述べています。

このことは今でも私の頭の中にははっきりと締めくくられており、医学部135年誌の中においても、医学部の真理の探求と将来に私たちが求めるものとして語りたい思いであり、ここに重複する事を敢えてお許しいただきたいとおもいます。

大学が法人化されて一年余分に学長職を引き継ぎましたが、以上の思いから千葉大学独自の改革を進め、これを軌道に乗せ国の財政改革の焔りを出来る

だけ少なくし、千葉大学としてこれまでの不易の部分をしっかり堅持して行きたかったからであります。

歴史はその時点時点で現存する教職員の考えにより、最善が尽くされており、過去があり、現在があり、そして未来があります。

135年誌の中で活躍された方々のご苦勞に感謝し、つぎの歴史に参画される事の重大さと責任をしっかりと認識し、情熱と勇気をもって、千葉大学のそして医学部の発展高揚のために、ご尽力されん事をお祈りします。

135周年記念誌の編纂に携わってこられた方々のご苦勞に感謝申し上げます。

（いその かいち）

（元学長：平成10－17年）

千葉大学に30有余年を過ごして

齋藤 康

135年という長い歴史の中で、その4分の1近くそして今までの自分の生きてきたほぼ半分を過ごさせていただいたこの偉大なる医学部という組織と、それを形づくっている方々にただただ感謝の念で振り返るばかりです。長い間には時には一臨床医として、あるいは研究者として、あるときはスタッフとして、あるときは教室の責任者として、あるときは病院の責任者として、そしていま大学の責任者として、それぞれの時に多くの方々にご指導をいただき、楽しく過ごしてきた道として今振り返ることができますことを大変有難く思っています。その道すがら考えたことなどを述べたいと思います。

医学、医療を実践していくという領域には、いろいろな専門性を軸とした機関や部署が存在します。そのような中で、医学部、医学研究院というところで行われる医療とは何を目的に、何を創造し、そしてどのような価値観を持ち続けなければならないかを私自身考えるときもありました。多くの悩める人々に広く医療を実践していくという使命は、医療を施すことが許されている医師にとって避けて通ることの出来ない使命であることを充分理解できます。それも一つの義務であると信じます。それに加えて、それぞれ大学病院医学部の医師に科せられる役割は、他の医療機関とは異なるのは当然であり、“大学は何が求められているのか”という問いに常に答えていかねばならないものと思います。大学病院の医療といえども、医療制度そのものの影響や経営という視点から、必ずしも単純に割り切れない現場のあることも承知しています。しかし、自らが生み出した新しい医療を実践すること、いち早く世界の医療を導入して実践する医療、長年にわたり実践してきた先進的高度医療など、実に大学でしか行われない医療が常に広く求められているのであり、また先輩は多く実践し、実績を示してきました。それが大学病院において行えるということは、単に施設が完備しているからというだけではなく、そこに集う方々が、そうしなければならない、そうすることによって誰も救えないこの人を救う、そしてその精神を、技術を、次世代に伝え、そこに継承された医療が再び行われなければならない、という使命感が存在していたということであると思います。必ずし

も施設にしても、研究費にしても、そして自らの生活そのものにも恵まれた環境とはいえない中で、ひたすら使命感に燃えて、実践し続けたという偉大な歴史を感じます。このようなことを語るにつけても、その環境は今後改善されなければならないことは当然ですが、その環境の中でそれぞれが会得した診療の意味ということについては、その世代にしか理解されないかもしれない情熱を感じざるを得ません。現在の社会情勢を考えても、医師育成の基本がどこにあるかを常に考えさせられる昨今ですが、過去に行われた医師教育もある意味では医師育成の中で極めて根源的な重要な意味をもっていたと考えます。その優れた意味を若い世代も必ず求めて来る時があることを信じたいと思いますし、どのような研修制度が行われようとも医療における医師としての使命感を忘れてはならないことであると信じます。

大学病院を考えると、教育 研究 診療と念仏のようにその果たすべき義務が語られてきました。目の前の患者を救うという使命も、極めて大切な使命です。次世代の立派な医師を作り出すことも使命です。そして病因の解明、新たな医療の開発などの研究も重要です。診療も教育も社会の要求という作用が大きくあり、大学病院以外の病院がその一部を取って代わるかもしれないということも含めて、今後位置づけが大学病院にどのようになるのかということは不透明といわざるを得ません。それぞれの機能に応じて分担していくということは、当然行われるべきだと思います。一方、研究という視点では、明日の新たな医療を作り出すという機能は、基礎医学臨床医学など多様な領域を持ち、研究成果について検討する世界的なコミュニケーション機能を歴史的にも現在ももつという状況を考えるとき、大学病院が将来にむかって最も大切にしなければならない機能ということがいえると思います。日常診療に使用されている薬の開発という研究も、135年の間には大きく変化をとげたと思います。そこには臨床試験の科学的手法の大切さがより一層求められるようになり、そこには臨床試験に対する医師、患者の理解、医師と患者のコミュニケーションの重要性、試験そのものへの生物統計学の導入、法律的規制に関する扱いなど実に多様な仕組みが求められ、それら

の創成には大学の総合的实力は必須のものであると思います。具体的には、臨床試験をひとつあげても、単に製薬企業からの依頼されている仕事という以上に、新たな治療法を自らの専門性で立証させていくということを実践し、そこで行われる研究の手法の開発のみではなく、医師—患者間でおこなわれる未知なる物質の生体に及ぼす影響を探るといふ、いわゆるトライアルの科学を実践していくということが重要な研究分野になっていると思います。その背景には、この薬が正しいか、そうでないかを立証することは、次世代の同じように悩む患者を救えるかもしれないということについて自らの体をもって実践すると考える、いわば文化の創造であると考えることが必要なのだと思います。トライアルが単にモルモットの実験と同じでないかという誤解

から解放されることが大切なのだと思います。既に本学には「亥鼻イノベーションプラザ」の創設により多くの seeds を生み出す研究があり、基礎から臨床へのトランスレートを探る「未来開拓センター」があり、そして臨床試験を実践することを指導しコーディネートする「臨床試験部」が存在することは上述の思いをまさに実践している姿をみる思いがします。

医学部創立135年という歴史を経ながら、なおかつ未来に向かって飛躍しようとしている姿を拝見するにつけそこに学んで一医師として限りない誇りを覚えるのを禁じえません。更なる発展をお祈りします。

(さいとう やすし)

(学長：平成20—)

医学部長時代の背景（1988～1990年）

村山 智

大学の時間は薄れていた

昨年（2009年）の秋に世を去った作家の庄野潤三が若き日に、その師で詩人の伊東静雄を訪ねたら大学へ行くように勧めてくれて「文学をするには閑暇が大切なんです。ひまな時間がたっぷりあるということが大事なんです。大学へ行けばその閑暇がある、それが大事なんです」と言われて九州大学へ進んだと『文学交友録』に書いている。父は既に亡く長兄夫婦の好意に縋っていた身にも拘らず、出来るならば星の綺麗な、海に近い街で医学生生活が送れば有り難いがなどという生意気な、頼り無い思いで何の縁故もない千葉にやってきて、何時の間にかそのまま居すわったような私には、中国の文化大革命以後、ことに1970年前後からの大学の雰囲気は息苦しかった。いわゆる大学紛争、及びそれ以後の大学には「たっぷりとした時間」が許されるはずが無かった。社会の構造の変転、技術の急速な進歩に伴う医学教育の改良、改変は避けることの出来ないものであった。異例に長い教務委員長担当や、外で仰せつかっていた大学規準協会委員としての責務の当然の帰結として、何度試みてもこれでよしと言う結果に達しない医学部のカリキュラム改変や、入学試験制度の検討の仕事は重荷であった。これまた著しい進歩を遂げはじめた新薬開発の渦を避けることが出来ない薬理学研究という本来の責務は瘦軀に重くのしかかって来た。どうしてその様な運命に落ち込んだのかと回顧もするが、厚生省の新医薬品調査会や薬局法改正の仕事は正に雪崩の如くに押し寄せて、もう大学を辞めて、ヨーロッパの古い静かな国に行くか、ゆっくりと3年間研究に没頭できたアメリカに再び戻りしかないうな気分が襲われはじめた。運悪くか、運よくか、娘も息子も既に日本を離れていて「ゆっくり出来ない日本を出たら……」と言っていた。大学紛争の時代にさんざん嫌な思いをしたらしい子供らは、そのまま大人になっていた。つくづく疲れたなと感じはじめた頃、説明に苦しむ巡りあわせで医学部長に選出される運命となった。昭和63年（1988年）の夏であった。その春には青函トンネルが完成し、80年つづいた連絡船が最後の汽笛を鳴らし、続いて瀬戸大橋が出来て本州

と四国が結ばれた。ソウル・オリンピックの年でもあり、世は活気があると言うか……落ちつかない時代が始まった。

さて私は昭和63年、64年、平成1年、平成2年と医学部長の任にあったが実は1期、丸2年を勤めただけである。任期の半ばに昭和天皇が87歳で崩御し、世が昭和から平成へ変わったので昭和64年は1月7日で終わり後は平成1年となったのである。竹下登総理大臣の時代で、ときの小淵恵三官房長官が「平成」と書いた色紙をテレビで掲げたのを覚えている人もあると思う。医学部長としては珍しい時代経験で、暇が豊富にある大学はまったく消え失せていた。

昭和から平成の時代へ

医学部長に着任して間もない昭和63年（1988年）9月下旬、昭和天皇が病に臥され、やがて見舞いの意を表明するための記名簿が回されて来たがその冒頭に署名することには何故か消極的であった。その年も暮れかかった頃、1987年のノーベル医学・生理学賞受賞者の利根川進博士が来られた。1年間であったか非常勤講師を勤められるとの挨拶であった。お願いしたところ別に深いことも聞かれずに署名して下さった。次の行に私は名を書いて妙に落ちついたが、数分間に他にどの様な話をしたかは記憶に無い。この様な記名簿が何処から発せられ、その後どの様に処理されたかの説明は聞けなかった。

新年を迎えてすぐ昭和が終わり平成の時代が始まった。当時の文部省、千葉大学本部からの命であろうが医学部でも正門の左右に弔旗を掲げるように指示された。弔旗に異論はなかったが7日間継続することは正月にそぐわないように思ったので3日間にするように言ったが事務当局としては困惑顔であった。「後の日時は医学部長の机上に私の誠意を込めてそれなりの大きさの弔旗を置くこと」として了解してもらった。

平成になって最初の医学部教授会を司会することは流石に心重いものがあった。規定や礼儀に外れないようにやや通り一遍の固い言葉を連ねた後に自作の一句を添えさせて貰った。実は医学を学ぶ前に既

に俳句の修行を始めていたが、ささやかな俳人の一人であることを口外することには消極的で、自作の俳句を句会以外の場所で明らかにすることはなかった。その日に口にさせてもらった句は『笹鳴や涙の意味を問ふなかれ(さとし)』であった。季語の笹鳴(ささなき)とは冬の鶯の泣きのようなもの……鶯は冬期は藪や大きな庭の片隅の茂みなどをかい潜り、低く稚拙な声で鳴きながら枝移りをする。昭和天皇の崩御に遇って国の将来を篤く禱った人、戦争ではからずも失った肉親、親友、先輩、後輩……その他数々の悲しみに涙を止めえなかった人々、私自身もそれらの中の一人であると思うと限りなく複雑な気持ちであった。昭和天皇に対する弔意の表し方は各人に任せ、それぞれの涙の背景を問うて掘り起こすことはしない方がよいと厳しく考えた私であった。

医学部長時代のことを書いてほしいという本誌の編集委員長の連絡を受けた時、そしてその後も今日まで体調その他の条件整わず、果してまともに思い出が辿れてそれなりの文章が書けるかと危惧し続けてきた。しかし昭和から平成へ変わった期間の雰囲気は、筆力及ばなくても何か残しておくべきかと思っただけで拙文をしたためた。筆を進める間にあれこれと蘇った記憶もあるが、記念誌に相応しいか否かの吟味も必要であり、今後の何かの機会に備えて備忘録の隅に留めて置くことにした。

沖は青し

昭和45年(1970年)11月25日に私は教授の辞令を受けたが、それは三島由紀夫が悲壮な最期を遂げた日であった。まさに大学紛争の最中であり、教授会は大学外の臨時の会議場を回ごとに移動して開催され、医学部の会議室の教授の椅子に座れたのは年明けてかなり日数が経ってからであった。それから20年近く経過しているのに医学部長の責務を負ってみると、細部にさまざまな不備や回復できないと思われる矛盾も放置されていた。「あれは意味ある空騒ぎであった」と書き残して世を去った評論家がい

た。かつての学生運動の闘士の一人であったが「意味があれば空ではなく、空騒ぎであったなら意味は極めて薄いのではないか」と聞きただしてみなかった。大学が静かに変質したのであれば彼の人々の目的は達成されたのかも知れない。私は作句の仕事もあつたので時間があれば学内を歩いていたが、医学部長としても月に一度は庶務係の人を誘って歩いた。大学としての抒情が消失した感が濃かった。安価な少女趣味でもよい、小さな花咲く小径を通し、昼休みにコーラスが聞こえる丘を作りたい等と思った。荒れた中庭に安いクローバーの種を蒔いて花盛りとしたら、子供たちが集まって白い花の冠を作って喜んでいて。しかし年々衰えてその地には今では立派な医薬系の大学院の研究棟が聳えている。苦心して整えた自然の谷には便利な駐車場が出来、恐らく私しか覚えていないと思われる医科大学第1回卒業生の記念植樹のヒマラヤ杉は毎日自動車の排煙をかぶっている。

あの「方丈記」のごとく、うつろいゆく時代は止むを得ないと思いはするが、医学部は他の学部と自ずから異なる本質を秘めた教育機関であることを絶えず深く、永く考えなければならないと思う。平成の時代へ変わった年(1989年)の6月に中国では天安門事件が起こり、日本では時代を画した有名な漫画家が、また国民的な女性歌手が他界した。そして秋、ベルリンの壁が消えていわゆる冷戦時代に幕が引かれたが、思えば資本主義経済動揺の始まりでもあった。私事ながら初冬に私は妻を亡くし、次の年に疲労と困惑のうちに医学部長の任期を終えた。それから一年半ほど経た平成4年(1992年)に私は定年により千葉大学を去った。はじめて長年の肩の荷を下ろしたような、また行方知らずの船に乗ったような、呆然とした気持ちで九十九里浜を歩いた春の日を思い出す。しかし、岬の青空の下で鳴く昼蛙を耳にしながら、まだ何かに希望を抱いていた。沖は青かった。『昼蛙水平線のきれいな日(さとし)』(2010年春 記)

(むらやま さとし)

(元医学部長：昭和63—平成2年)

平成の改革

谷口 克

はじめに

平成8（1996）年8月1日から平成12（2000）年7月31日の間の医学部長は、谷口克医学部附属高次機能制御研究センター長・免疫機能分野教授であり、当時としては稀なことに2年任期を連続で二期4年つとめた。それは、江戸幕府老中阿部正弘が行なった「安政の改革」が近代日本を形作る原動力となったように、この時期が千葉大学にとって大きな改革を必要とした転換期にあった事を反映している。

すなわち、千葉大学の歴史の中でも、時代と国民の要請に応えるために、大学院制度改革を伴う教育・研究機構改革、医学教育改革、医学部運営改革など、大きな変革を成し遂げねばならない時代であった。これらの改革の最大の貢献者は、平成9（1997）年の大学院独立専攻の概算要求を担当した事務長剣持允俊、平成10年度の外部評価委員会を指揮した事務長岡本忠光、平成11（1999）年から始まる新しい大学院「学府・研究院」の概算要求を担当した事務長瀧口一夫である。さらに、この二つの概算要求の全てに係わったのが庶務係長木村幹夫（現文・法経学部事務長）と会計係長青木滋（現監査室長）であった。彼らの才覚と努力無くして、この改革はなしえなかった。とくに、木村と青木は新しい大学院制度をはじめ組織改革の整合性を担保し、新組織構築、文部省との交渉資料、設置審調書、概算要求書作成に尽力した。

平成8（1996）年、最初に着手したのは、平成10（1998）年で時限を迎える医学部附属高次機能制御研究センターの改組計画を作り、文部省と交渉して、新しい組織を作る準備を開始することであった。

その経緯を述べる前に、伏線として行われていた高次機能制御研究センター改革の歩みを説明しなければならない。

1. 全国初の外部評価委員会による高次機能制御研究センター運営・業績評価

高次機能制御研究センターは、生体高次機能を遺伝子レベルで解明することを目指して、医学部附属

脳機能研究施設の向神経薬理研究部（萩原弥四郎教授）と神経生理研究部（久我哲郎教授）、それに環境疫学研究施設の農村医学研究部（内田昭夫教授）と免疫研究部（谷口克教授）の4部門と新設された遺伝子情報分野を加えた合計5部門から構成される10年時限の研究センターとして昭和63（1988）年に設立された。しかし、相互に研究上の関係が希薄な部門の寄り合い所帯であったため、センターとしての効率的な運営は困難を極めた。

この状況を打開するため、当時、国立大学で、外部委員による業績・運営を評価する制度を導入している所は皆無であったが、平成3（1991）年全国に先駆けて高次機能制御研究センター（第二代センター長 谷口克）に外部評価委員会を設置し、毎年行われる評価・提言に従ってセンターの大幅な改革を断行した（図1、左）。それは、大学審議会「21世



図1,平成の改革の主要な出来事
医学部附属高次機能センターの設立と外部評価委員会の設置(左),それに続く医学部外部評価委員会(右),その結果として完成した千葉大学学府・研究院(中央2冊)

紀の大学像と今後の改革方策」の中間報告の中で外部評価の導入が求められ、各大学が検討を開始した平成10（1998）年より遡ること8年前に、すでに千葉大学医学部で、一部ではあるが、開始していたことになる。

外部評価委員会は永井克孝東京都臨床医学総合研究所所長を委員長とし、委員には黒木登志夫東京大学医科学研究所教授、丸山工作千葉大学理学部教授、橋正道千葉大学医学部教授および医学部長が就任した。平成3（1991）年の第1回評価委員会には視察をかねて文部省研究機関課長高為重氏も同席す

る中で行われ、国立大学で初めての外部評価委員会が開催された。当時は、大学の自治・独立の精神が強く、大学での研究内容や研究室運営を外部委員が批評し、改善を提言する事は、考えられないことであつたため、文部省の注目を集めた事は言うまでもない。

この外部評価システムのおかげで、世界で活躍している新進気鋭の若手研究者を教授に迎える事ができた。発達生理分野にシカゴ大学からインスリン分泌機構の解明で世界的な業績を挙げつつあつた清野進教授、遺伝子情報分野に米国国立衛生研究所から免疫系受容体研究で優れた業績を挙げていた斎藤隆教授、高次神経分野に筑波大学から生理活性物質エンドセリンの構造研究で世界的に有名な木村定雄教授を招聘し、最後に、農村医学研究分野を改組した生体情報分野には神戸大学医学部から新技術として注目されていた胚工学を専門とする徳久剛史教授を迎え、免疫機能分野を合わせて5部門からなるセンターとなった。客員部門として、ノーベル生理学医学賞を受賞したMITの利根川進教授、大阪大学細胞工学センター谷口維紹教授、東京大学医科学研究所新井賢一教授、九州大学生体防御医学研究所勝木元也教授らを迎える事ができ、文字どおり、全国初の生体高次機能系を総合的に研究するセンターが完成したのである。

高次機能制御研究センターは、先端的な研究と抜きんできた業績で千葉大学のみならず、世界における研究のリーダー的存在になった。このように世界的な業績のある教授陣を整えるためには、単純公募だけではなく、人脈に頼りながら世界中で活躍している研究者をハンティングし、海外まで出かけて候補者を選んだことによる。研究はもちろんだが、組織を作る上でも高レベルのヒューマンネットワークが最も重要である事を物語っている。勿論教授選考は、センター単独ではなく、医学部教授会であつたが、教授会はセンターの意向を良く理解して、最高の人材を選考した。世界でもトップレベルの研究者を集めたことが、センターが時限を迎えるに当たって、大学院医学研究科に独立専攻を設置するきっかけになつた事は言うまでもない。

2. 大学院医学研究科独立専攻高次機能系の設置

千葉大学大学院は、昭和30(1955)年に設置された。学部学科の延長としての大学院で、医学の場合、医学「科」の上に大学院として臨床医学系「内科学専攻・外科学専攻」や基礎医学系「生理学専攻・病理学専攻・社会医学専攻」があり、学科での

学問をより専門的に研究・教育する目的で設置されている。これに対して、既存の学問に関連することなく、独立に設置された大学院を独立専攻といい、学問の枠を越えた研究・教育を実践し、新たな研究教育領域を作り出すことを目的としている。

この趣旨に則り、平成10(1998)年高次機能制御研究センターを改組し、医学研究科に独立専攻高次機能系を設置した。2基幹講座のうち、統合機能学講座は遺伝子制御学(斎藤隆教授)、分子機能制御学(清野進教授)、分子生体機構学(木村定雄教授)、記憶統御学(松本元客員教授)から成り、発生医学講座は分化制御学(徳久剛史教授)、免疫発生学(谷口克教授)と新設された発生生物学から構成された。発生生物学にはドイツマックスプランク研究所でホメオボックス遺伝子の研究に携わっていた新進気鋭の古関明彦教授を迎え、合計7基幹研究分野と2協力講座を構成する12の協力研究分野が参加した。医学部にとっては、実に43年ぶりの大学院改革であつた。

この独立専攻系設置を期に、医学研究科の入学定員を9名増し、81名から90名とただけでなく、教官定員8を純増で増やすことができ、センター時代には不完全講座(教授1, 助教授1, 助手1)であつた定員を、各研究分野とも完全講座(教授1, 助教授1, 助手2)に整備する事ができた。独立専攻教官は学部教官ではなく、大学院教官となり、千葉大学にはじめて大学院専任教官が誕生した事になる。さらに、純増教官定員の一部を期限付き定員として医学部に解放し、持ち回りの定員とし、流動性を上げるための原資にした。また、教官定員増にともなう増えた予算の一部を若手研究者育成のための競争的資金として活用し、多くの若手が応募した。この研究費を取得した若手研究者の中には横手幸太郎教授のように現在の医学部教授に昇進した者が含まれている。このシステムによって、競争しながら自分の研究を磨いていく土壤が育成されたといっても過言ではない。

3. 医学部初めての寄附講座

独立専攻系設置に伴う大学院改革は、多くの新しい潮流を生み出した。その一つが、企業の寄附によって運営され、教育・研究の活性化を目的に設置された寄附講座である。第1号は平成10(1998)年4月にノボノルディスク・ファーマ社からの寄附を受けた清野進教授が設置した遺伝子病態学寄附講座で、糖尿病病態を遺伝子レベルで解析する講座である。さらに、9月には、大正製薬株式会社からの寄附講

第1章 近年の歩みを俯瞰して

座（谷口克教授）である分子免疫学講座が設置され、医学部の教育研究の幅は広がった。寄附者には政府から謝意として紺綬褒章が贈られた。

4. 国立大学に設置された全国初の外部評価委員会による教育・研究・診療評価

高次機能制御研究センターから始まった医学部改革は、平成10（1998）年に出された大学審議会中間答申を受けて討議が開始された国立大学の独立行政法人化問題への対応、大学院重点化構想に必然的に連動していった。すなわち、独立法人化のあとに訪れる大学の自立的な運営に耐える組織構築、先端医学を牽引する医学部、それらを達成する事ができる運営環境を作る事であった。すなわち、これまでの医学生育成教育を旨とする学部主体から、研究者育成のための大学院へシフトさせる構想を検討することが最重要課題であった。そのために為すべき事は、教官個人の教育・研究・診療の業績、さらには学部全体の運営を評価し、その上で、大学院を重点化する組織に作り替える事である。

この目的のために、三つの重点項目を設定した。第一は、平成10（1998）年、教授会の審議事項を見直し、運営方法の簡素化を検討し、総務幹事会を新たに組織し、そこで大方の議題を整理するとともに、重要事項のみを教授会で審議し、十分な時間をかけることによって最終的な意志決定を諮ったことである。第二は、平成11（1999）年、国立大学では初めての大規模な外部評価委員会（国内委員会と国際委員会）を設置し、学部運営、教育・研究・診療に関する業績評価・提言を受けることによって、教官の意識改革と組織改革を成し遂げようとするものであった。また、研究を国際的な観点からも評価を受けるために国際評価委員会も設置した（図1，右）。第三は平成11（1999）年度に提出する平成12（2000）年度概算に医学・薬学系大学院重点化を盛り込むことであった。結論から述べると、第三目標は年度内には達成できず、結局平成13（2001）年度概算で大学院重点化が行われた。

外部評価委員会への諮問事項は、教官の個人評価とともに、千葉大学医学部は国立大学の中でどのような役割を果たすべきか、先端医療・先端研究にどのように取り組んできたか、将来発展させるべき研究領域はなにか、自由な研究環境をどのように担保するか、より良い人材を確保するために教授選考方法をどのように見直すか、医学教育としての医学部から医学研究に重点を置いた機構に変換するために何が必要なのか、どのようにして臨床のセクショナ

リズムを排除し、ボーダレス化を進めるか、これらを保証するための運営は如何に行われるべきかなどが重要事項であった。

委員長には井村裕夫科学技術会議議員が就任し、委員には黒川清東海大学医学部長、武藤輝一前新潟大学長／長岡赤十字病院長、矢崎義男東京大学大学院医学研究科教授、行天良雄元NHK報道担当、青木清上智大学生命科学研究所教授、永井克孝三菱生命科学研究所所長、神津忠彦東京女子医大教授、小澤和恵滋賀医大学長、矢原一郎東京都臨床医学総合研究所副所長、松尾寿之国立循環器病センター研究所名誉所長、菊地浩吉元札幌医大学長、黒木登志夫昭和大学腫瘍分子生物学研究所所長、青山英康岡山大学教授、三澤章吾筑波大学社会医学系教授、齊藤和雄元北大教授、猿田享男慶応大学医学部長、齊藤英彦名古屋大学医学部教授、鎌田武信大阪労災病院長、高倉公朋東京女子医大学長、森岡恭彦日赤医療センター院長、石井昌三順天堂大学理事長、大塚敏文日本医科大学理事長を招聘した。同時に開催した国際評価委員会委員として Donald Steiner 教授（シカゴ大学）、Wolfgang Schneider 教授（ウイーン大学）、Leonore Herzenberg 教授（スタンフォード大学）の外国人研究者と黒川清、武藤輝一、青木清、永井克孝、矢原一郎、黒木登志夫、井村裕夫の諸先生から国際的な観点からの評価をいただいた。井村委員長が挨拶で「千葉大学医学部の試みが、我が国の大学評価の牽引車になることを期待したい」と述べられたように、その後開始された大学評価では千葉大学方式として多くの事が評価の精神として引き継がれた。

5. 新しい大学院組織：学府・研究院

外部評価の主な目的は、税金を投入して運営されている千葉大学がどのような活動成果を得たか、それが国民生活にどのように反映されたかを国民に説明する事であったが、評価結果を反映して、大学が改善努力をし、国際的にも競争力のある研究や医師を育てる仕組みを構築する事も重要であった。そのための大学院重点化構想の検討状況は次のようになる。

外部評価委員会が開催される2年前の平成9（1997）年には、薬学部・薬学研究科と連結した大学院構想を模索し、医学部（谷口克医学部長）と薬学部（今成登志男薬学部長）双方の教授会で、融合大学院を作る事が了承されていた。これを基礎に大学院重点化の本格的な討議が開始されることになったが、この出来事は双方の学部にとっては、画期的

なことであった。これは双方が未来に向かって医学薬学の発展を祈念し、共に進む事に合意した歴史的な出来事であって、現在はこの融合大学院が双方にとって有効に機能している。

その後、平成12（2000）年1月には自然科学研究科を加えて、医学・薬学・自然科学研究科を統合した教育組織である教育院と研究組織である研究院からなる学術院構想が完成した。この構想は成就することは無かった。3学部にまたがる構想を、学部長としてまとめる事には限界があった。また、残念ながら、大学本部が動くことはなかった。理解しないものに理解させる事の困難さを痛感した。しかし、後に完成する学府・研究院構想の先駆けとしての機能を十分に果たした。また、理念としての学術院構想は、千葉大学を高度化する思想としては今でも優れていると思われる。いずれにせよ、大学院重点化構想の構築に、外部評価の果たした役割は大きかった。

大学院重点化とは、これまでの学部学生教育から研究者育成・先端研究育成、すなわち大学院教育に重点を移した機構に切り替える事である。学校教育法第66条には、大学院を置く大学には、研究科を置くことを常例とされていた。研究科は、専門分野に応じて、教育研究上の目的から組織されるものである。ただし、教育研究上の目的を達成するため有益かつ適切である場合においては、文部科学大臣の定めるところにより、研究科以外の基本となる組織を置くことができる事になっている。

研究科以外の組織を置くことができるようになったのは、平成12（2000）年からであるが、その年に九州大学に学府・研究院の設置が認められ、同様の組織として東京大学大学院情報学環・学際情報学府が設置された。九州大学を除く他大学は教育・研究が一体化した従来型の大学院研究科方式を採用したが、平成13（2001）年に設置が認可された千葉大学は、九州大学と東京大学情報学環・学府について、教育組織と研究組織を分離した機構を採用した日本で3番目の新しい大学院組織となった（図1、中央）。

しかし、千葉大学の場合は、九大・東大とも異なり、学生が所属する教育部は、医学研究科と薬学研究科が融合した「医学薬学府（初代学府長千葉胤道教授）」（Graduate School）であり、教員の所属する研究組織である研究院は「医学研究院（初代研究院長福田康一郎医学部長）」と「薬学研究院（初代研究院長五十嵐一衛薬学部長）」（Faculty）とに分かれ、三つの組織の相互の柔軟な連携を図るように

設計されている。この千葉大学方式を、文部省は大学の一部を重点化する拠点重点化方式の一号として、その後続く各大学のモデルにした。

このような構成をとった理由は、旧来の専門分野の枠をこえた課題に対処するためである。学府は、医学・薬学の様々な視角から問題にせまる総合的なアプローチを大学院教育の柱にすえる事によって、学際的な教育が可能になった。さらに研究院は、医学・薬学それぞれ固有の学問領域を推進しながらも、境界領域研究を可能にした。そのため薬学研究院は亥鼻地区に新しい研究棟を建築して集結する事となった。

平成12（2000）年1月にまとめた学術院構想は、単に医学部と薬学部の機構改革に止まらず、全学的にこの方式で機構改革が行われる事を意味していた。同様に、新しい大学院である学府・研究院は一学部の改革ではなく、全学的に展開されてはじめて本格的に機能する制度であり、文部省はこの新大学院構想を大いに歓迎し、積極的であった。しかし、本学本部トップの理解は必ずしも得られず、相当期間店ごらし状態が続き、文部省了解が取れたあとでも概算要求に積極的にならない態度からも、千葉大学の場合、全学への展開は不可能だったのかも知れない。

いずれにせよ、平成12（2000）年4月に着任した貴田文久新経理部長と文部省大学課から出向してきた児島昌樹主計課長の計らいで、概算要求時間切れ間近の平成12（2000）年6月20日に事実上の平成13年度概算最終案が文部省で了承された。文部省側が千葉大構想に理解ある医学教育課松浦・宮田課長補佐（前本学附属病院事務部長）であったことも幸運であった。

大学院重点化に伴って、教員の所属は従来の学部から大学院に移り、さらに、医学研究院と薬学研究院あわせて合計9の振り替え教授・助教授が認められた。これら新設教授・助教授は、従来と異なり7年任期で教育義務を持たず研究に専念する研究教授・研究助教授として、新しい研究領域の開拓の先導的役割を果たすことが期待された。これは、教官の任期制導入の最初でもあった。

結局、大学院重点化後の新組織は6研究部門13講座60研究領域を擁する医学研究院および4年博士課程3専攻、後期3年博士課程1専攻、修士課程2専攻を持つ医学薬学府として、平成13（2001）年度から開始され、現在に至っている。同時に、文部省から遺伝子実験施設設置が認められ、平成13年度から整備された。また医学薬学府に医学系修士課程がで

第1章 近年の歩みを俯瞰して

きたことにより、将来激減する事が予想される医学研究者を医学部出身者以外から確保する狙いもあった。大学院重点化に伴って、医学研究科を廃止し、附属肺がん研究施設も廃止した。さらに、放射線技師学校、看護学校、助産婦学校など医学部附属3学校もその役目を終え、平成14年で閉校とすることを決定した。ここに、数々の業績を残した医学部附属施設・附属研究施設は全て姿を消した。

余談であるが、文部省は大学組織改革を極めて重要視していた。それは、平成16（2004）年度から始まる国立大学の独立法人化への第一歩でもあったからである。すなわち、組織の改編は大学の自主性に任せ、国が関与する比率を極力減らす独立法人化は、それまで文部省の指導だけで成り立っていた国立大学に、自立を促す第一段階であったのである。さらに、少子化のために必ずやらねばならない問題、大学数の縮小、統合を見据えての生き残り戦略でもあった。

6. 医学部の新しい教育制度：学士入学及びMD・PhDコースと教育カリキュラム改革

平成9（1997）年に行われたもう一つの医学部改革は、医学教育改革である。医学は、ライフサイエンスの著しい発展にともない、教育・研究内容が大きく変った。このため、医学部長会議は、従来の医師養成教育だけでなく、多様性のある医師養成を目的とした学士入学制度の導入を各大学に要請した。当時すでに大阪大学、筑波大学で開始されていた学士入学を手本として、多くの国立大学は学士入学制度の検討に入ったが、千葉大学では、独自の制度設計を行った。

それは、単なる学士入学ではなく、研究者育成を含めた多様な人材の育成を目指す全く新しい制度を導入することであった。すなわち、理系学部の卒業生を医学部三年次に編入学させて、医学部卒業後そのまま大学院への進学を義務付けて、医学部4年と大学院3年（1年短縮）の計7年でMDとPhDを取得できるMD・PhDコースとした。このプログラムは医学部以外の卒業生ばかりでなく企業人も応募可能で、広く門戸を開放した新しい大学院コースであった。MD・PhDコースは5名の募集定員で、少数精鋭主義をとり、国際的に活躍する第一級の若い研究者や教育者を育成するため、若いうちに研究環境になじみつつ高度な研究・教育を行い、21世紀の世界の医科学研究を担うのにふさわしい卓越した人材養成を目指した。

平成12（2000）年には全国の医学部でMD・PhD

プログラムが開始されたが、全国第1号は、本学のMD・PhDコースに入学した千葉大学医学部学生高橋恵美であった。彼女は、現在、米国マサチューセッツ州ボストンのハーバード大学メディカルスクールで記憶と認識を研究する脳研究者として活躍している。将来、臨床医になりたい場合は、医学部学生に戻ることができ、残りの教科単位を取得し、臨床研修をすれば臨床医として働くことが出来る制度である。

一方、医学教育では平成12年度から研究・教育の質の向上を目指し、課題探求能力の育成に重点をおいたカリキュラムの大幅改訂が福田康一郎教育改革委員長のもとですすめられた。この改革により、はじめて医学コアカリキュラムとアドバンストカリキュラムを区別し、基礎生命科学カリキュラムを体系化し、教育の効率化を図ると共に、研究室での長期自主研究制度を導入し、学生の研究意欲を高めるプログラムが開始された。臨床教育ではチュートリアル教育、ベッドサイドティーチング方式を導入し、少人数・ディベート方式を取り入れ、昭和初期から変わることがなかった医学教育の大幅な改訂を断行したのである。また、単位互換性を導入し、他の教育施設における学習を自大学の単位と見なす柔軟な教育研究システムを取り入れた。

7. 入学試験改革

平成10（1998）年度の医学部入学試験から、それまでは後期入学試験だけで行っていた面接試験を、一次試験合格者全員に対して行う事を決定した。1名の受験者を3名の教官が別々に合計30分かけて面接し、自分が育てたいと思う学生を選別した。3名の評価が分かれた場合は、医学部長らの再面接を行って面接点を決めた。この方式は、学生の多様化に伴って学力だけでなく、人物像を加味し、総合的に学生を選抜する方針に転換し、面接試験を重視したもので、その後全国の大学に波及し、殆どの医学部で面接が導入された。

8. 教授選考方法の改革

平成8（1996）年、教授選考に関して大きな改革が行われた。これまでは書類選考だけで選考されていたが、書類選考と共に最終候補者がセミナーを行い自分の持っている教育理念、これまで行ってきた研究、臨床系の場合は診療に関する具体的な数字や、時にはデモ手術まで行って候補者の真の実力と人柄を吟味する事にした。このような教授選考方法は、選考の透明性を確保し、真の実力者を招聘した

いとする時代背景が大きく影響したもので、その後、全国の医学部に導入された。

9. その他の出来事

明るいニュースばかりではなかった。平成12(2000)年度入学面接試験において、虚偽記載が判明し、入学取り消しを行った。その前年、他大学医学部で準強姦事件を起こし、退学処分になった学生が本学医学部を受験し、合格していたが入試時の虚偽記載を理由に入学を取り消したものである。奇しくも、前述の新しい入学試験時面接制度が医学部の体面を保つことに貢献した。

一方、学生自治を重んじ、学生が運営していた勝山寮及び山中寮は平成10(1998)年度に廃止され、学部の管理から、本部管理に移管された。現在、山中寮は木造モルタルのモダンな建物に作り替えられた。これは、時代を反映した措置でもあった。

この稿を終えるに当たって、資料を提供下さった医学部総務グループ専門員園部和男氏、瀧口一夫氏、木村幹夫氏、五十嵐一衛氏、徳久剛史氏のご協力に感謝する。

(たにぐち まさる)

(元学部長：平成8-12年)

千葉大学医学部最近35年間（1974年～2009年）の歩み

徳久 剛史

千葉大学医学部は、明治7年（1874年）千葉町に設立された共立病院に始まり、明治20年（1887年）には官立第一高等学校医学部及び附属病院となった。その後、千葉医学専門学校を経て、大正12年（1923年）には千葉医科大学に昇格している。昭和24年（1949年）に新制の千葉大学医学部となり、平成13年（2001年）には、医学部が大学院部局化されて研究組織としての大学院医学研究院と教育組織としての大学院医学薬学府に改組された。さらに平成16年（2004年）には、国立大学の法人化政策により国立大学法人千葉大学の医学部と大学院医学研究院として新たに出発し、平成21年（2009年）に創立135周年を迎えた。ここでは135年に及ぶ医学部の歩みのなかから「千葉大学医学部百周年記念誌」に記載された内容以降の最近35年間の歩みをまとめる。

創立100周年を迎えた昭和49年には、インターン闘争を発端として始まった学園紛争（昭和43～45年）はすでに終結し、大学組織が再編成されて教育研究が再開していた。この世界的規模の学園紛争では、若者の体制に反対する凄まじいエネルギーが政府や大学当局に向けられたが、ほとんど何の改革も成し遂げられずに挫折した。全国の医学部ではこの学園紛争がインターン闘争として発生した経緯もあり、結果としてインターン制度に代わる新しい臨床研修制度が創設され、昭和47年から施行された。しかし、この新しい臨床研修制度の下でも、無給であったインターンよりは多少ましな程度の給与しか保障されなかった。そのため、この学園紛争時代に大学を卒業した世代（昭和43～45年卒）の多くは、医師としての人生が敗北感とともに始まったといっても過言ではないであろう。

このような大学における教育分野や管理運営分野の混乱とは裏腹に、医学・医療に関する研究分野は1970年代に開発された遺伝子操作法によって遺伝子レベルでの研究が可能となり、大きく発展していった。さらに、1980年代のコンピュータの開発と改良により生まれたパソコンの普及により、ヒトの遺伝情報が全て解析されるなど遺伝子レベルでの研究が著しく進展した。そして情報革命から生まれたインターネットの普及により、あらゆる情報が世界中どこでもいち早く取り込めるようになり、研究分野ば

かりでなく教育分野においても発展が著しく加速されている。このような20世紀後半における二大技術革命により、本学においても以下に記載するような面で大きく発展してきている。

1) 教室の新設ラッシュ

最近35年間で、学問分野の細分化も進み、新しく17教室（現在名、設置年）が新設された。その内訳は、内科学第三講座（循環病態医科学、昭和49年）、免疫研究部（免疫発生学、昭和49年）、小児外科学（昭和51年）、神経内科研究部（神経内科学、昭和53年）、救急医学（救急集中治療医学、昭和54年）、微生物学第二講座（病原分子制御学、昭和56年）、医療情報部（企画情報部、昭和56年）、神経生理研究部（分子生体制御学、昭和62年）、遺伝子制御学（昭和63年）、形成外科学（平成5年）、発生生物学（平成10年）、和漢診療学（平成17年）、心臓血管外科学（平成21年）などである。医学部附属病院の診療科等としては、理学療法部（リハビリテーション部、昭和51年）、輸血部（昭和60年）、冠動脈疾患治療部（昭和62年）、卒後・生涯医学臨床研修部（総合医療教育研修センター、平成元年）、病理部（平成7年）、光学医療診療部（平成8年）、総合診療部（平成13年）、感染症管理治療部（平成14年）、こどものこころ診療部（平成15年）、地域医療連携部（平成16年）、臨床試験部（平成17年）、臨床栄養部（平成18年）、臨床腫瘍部（平成19年）、遺伝子診療部（平成20年）、未来開拓センター（平成20年）などである。

その他、医学研究院が関与した全学の教育研究センターとしては、遺伝子実験施設（バイオメディカル研究センター、平成13年）、フロンティアメディカル工学研究開発センター（平成15年）、環境健康都市園芸フィールド科学教育研究センター（平成15年）、社会精神保健教育研究センター（平成17年）、予防医学センター（平成19年）などが新設された。

2) 研究施設の変遷と大学院重点化

医学部には附属研究施設として、脳機能研究施設（昭和41年～）と免疫研究部が所属する環境疫学研究施設（昭和39年～）が設置されていた。昭和63年

には、この二つの研究施設を改組して、脳神経機能と免疫機能という生体の高次機能を遺伝子レベルで解析研究するための附属高次機能制御研究センター（5分野、10年時限付き）が設置された。この時の改組により新たに遺伝子制御学分野の新設と農村医学研究部の改組により生体情報学（分化制御学）分野が設置された。さらに平成10年の時限による改組時には、10年間の多大な研究業績を基に、発生生物学の新設と大学院医学研究科に独立専攻系（専攻系の教員の所属が大学院籍になる）として高次機能系専攻が新設された。

平成12年に文部科学省は13国立大学を基幹大学として大学院重点化の仕上げを行った。大学院重点化とは、通常は学部にも所属していた教員を全て大学院の所属に変えることである。すなわち、大学院重点化された大学では、医学部籍の教員を大学院医学研究科籍の教員にして大学院教育を専任として、医学部教育を兼任で教えることになった。大学院籍の教員の方が学部籍の教員よりも給与体系が高いことから、大学院重点化された大学では、教員はこれまでと同じような教育をしているにもかかわらず給与面で優遇されることとなり、大学の差別化につながった。また教員の待遇面ばかりでなく、文部科学省高等教育局における高等教育の位置づけとしては、大学院医学研究科というのは医学・医療研究者を養成するところであり、医学部は医師を養成するところなので、わかり易く言うと大学院医学研究科が昔の医科大学で医学部は昔の医学専門学校という位置づけになる。大正時代から医科大学の伝統をもつ千葉大学医学部としては、この大学院重点化は決してゆずれない線だと考えていたが、千葉大学は大学院重点化された大学（基幹13大学）にはなれなかった。そこで早速、文部科学省と交渉して千葉大学の中で医学部と薬学部の教員だけが大学院籍の教員となる大学院部局化の概算要求を行い、翌年の平成13年には医学研究院と薬学研究院として2部局の大学院重点化（部局化）を勝ち取った。その結果、現在の研究教育体制である人事・研究組織としての大学院医学研究院と教育組織として薬学部と一緒にになった大学院医学薬学府に改組された。当時としては、基幹13大学以外の大学の中では最も早く部局単位での大学院重点化が出来たことになる。

3) 国立大学法人化

これまで頑張っただ大学院部局化を勝ち取ってきた努力がすべてご破算にちかくなったのが平成16年の国立大学法人化である。それまでは国立大学医学部

の教員籍を大学院にするのか医学部のままにするのかは文部科学省が決めるのであって、私たちは業績を基に文部科学省と交渉して、大学院化を勝ち取ってきた。ところが国立大学が法人化されると、各大学は一法人として自由に組織を変更して良いことになった。すなわち文部科学省は「お金は出すが後は大学が自由にやりなさい。ただし自由にやった代わりとして、評価をします。」ということになった。それまでの大学では、何かにつけて文部科学省の許可が必要だったが、許可さえ得られれば、私たち教員の価値観に従って自由に研究、教育が出来た。しかし、法人化になってからは文部科学省の許可が要らなくなった代わりに、6年ごとに外部評価（法人評価）を受けることになった。文部科学省は、この法人評価の結果を基に各国立大学の運営費交付金の額を変えると明言しているのだから、各国立大学は独自の中期目標と中期計画を立てて忠実に実行することにより、文部科学省からより良い評価を受けるための努力を強いられることになった。

4) 競争的大型教育研究経費

文部科学省は国立大学の法人化と平行して平成15年から大型の教育研究予算を競争的に重点配分することにした。その代表が「21世紀COE（Center of Excellence）」という大型の教育研究経費である。千葉大学は3分野で合計4課題（医学、看護、自然科学、人文科学）の21世紀COEを勝ち取った。21世紀COEを4課題以上勝ち取った大学は、科学研究費補助金の獲得ランクでいうと12位以上の大学であった。千葉大学は科学研究費補助金の獲得ランクでは14-15位なので、順当に学問の最先端をいく大型教育研究予算を勝ち取ってきたことになる。しかし、医学系（医学・歯学・獣医学・看護学）だけで34課題も採択されたこともあり、ばら撒き予算であるという評価を受けて、文部科学省は5年後の平成20年から「21世紀COE」の後継として「グローバルCOE」という、より大型の教育研究経費の配分を始めた。「グローバルCOE」では、一課題あたりの補助金額を「21世紀COE」の二倍にして、採択課題数を半分に以下にすることにした。その結果、医学系では14課題が採択され、医学研究院も「免疫を用いた治療研究」という課題内容で獲得することができた（写真1）。基幹13大学の医学研究科でも5大学が獲得できなかったことをみれば、本学が医学系では基幹13大学に伍して研究教育の最先端にいたことが証明された。

第1章 近年の歩みを俯瞰して

科学研究費補助金

(単位：円)

科 目	18年度		19年度		20年度	
	件数	金額	件数	金額	件数	金額
特定領域研究	57	358,400,000	48	328,500,000	36	310,000,000
	16	164,100,000	12	137,100,000	9	142,400,000
基盤研究 (S)	2	25,100,000	3	29,300,000	2	80,800,000
	0	0	0	0	0	0
基盤研究 (A)	17	127,400,000	15	150,400,000	15	183,400,000
	5	48,200,000	3	28,800,000	3	54,100,000
基盤研究 (B)	102	447,700,000	101	449,900,000	109	442,900,000
	18	92,000,000	17	116,800,000	19	88,700,000
基盤研究 (C)	237	313,600,000	246	357,600,000	258	324,100,000
	61	93,800,000	53	93,300,000	59	83,800,000
萌芽研究	46	62,500,000	45	63,100,000	39	51,900,000
	12	18,800,000	9	17,300,000	6	9,000,000
若手研究 (A)	12	84,600,000	11	58,500,000	10	48,800,000
	0	0	0	0	0	0
若手研究 (B)	106	142,000,000	103	127,200,000	114	154,500,000
	15	28,200,000	11	15,700,000	15	25,800,000
特別研究促進費	40	39,600,000	44	40,810,000	1	1,800,000
	2	2,100,000	4	4,500,000	0	0
若手(スタートアップ)	3	4,180,000	14	18,360,000	17	18,380,000
	1	1,420,000	6	7,950,000	7	8,160,000
特別研究員奨励費	0	0	2	3,900,000	44	33,600,000
	0	0	0	0	3	2,000,000
奨励研究					6	2,650,000
					0	0
合 計	622	1,605,080,000	632	1,627,570,000	645	1,652,830,000
	130	448,620,000	115	421,450,000	121	413,960,000

※上段は大学全体の採択実績数、下段は大学院医学研究院の採択実績数を示す。

写真1

5) 医学部教育、初期研修必修化と大学院教育の変遷

【医学部教育 (図1)】

医学部の学生定員数も世の中の経済事情により、著しく変遷してきている。1970年代には、戦後のベビーブームによる人口増加が著しく、その結果として医師不足が叫ばれて一県一医科大学の方針のもとに10年間で19校の国立医科大学が設置された。本学も医師不足の流れの中で、昭和49年には学生定員が100名から120名に増員された。しかし、1980年代の後半から国家予算の大幅な赤字により医療費の抑制が叫ばれ、その一環として医師数の削減政策が行われ、昭和62年には本学の学生定員が120名から100名に減員された。ところが平成16年から始まった初期臨床研修必修化の改革により、研修医の大都市への

集中をきっかけとして地域における医師不足が顕在化し、地域病院の閉鎖や病棟閉鎖などが顕著となった。そのため厚生労働省と文部科学省は急遽医師の増員政策に転換して、平成21年には100名の学生定員が110名に増員された。このように、文部科学省と厚生労働省による医師養成計画は、この35年間で増員から減員へ、そして再び増員へと、めまぐるしく変遷した。

また入学制度の多様化とアメリカ型のメディカル・スクール構想の実現に向けて、平成12年から学士入学制度(定員5名)が導入された。本学としては、この制度を「3年次編入学・MD-PhDコース」として、医学部卒業後には大学院に進学することを義務付けた。すなわち大学の理系学部を卒業した学生が新たに医師を目指して医学部の3年次に編入学する。この学生は放課後などに各研究室で医学研究を行い、医学部卒業後は大学院へ進学して、1年の短縮(4年間のところを3年間)で修了するので、医学部入学から7年間で医師免許と医学博士の学位を取得するコースである。このMD-PhDコースがスタートしてすでに10年が経過しているが、初めての医学部卒業生が出た平成16年度から2年間の初期臨床研修が必修化になったため、MD-PhDコースで医学部を卒業した者のほとんどが引き続き入学した大学院を2年間休学して臨床研修を行った後に、大学院へ復学している。このMD-PhDコースの修了生が、最先端の生命科学研究者や先進医療を行なう専門医として医学界に雄飛することが期待されている。

医学部での教育内容も大きく変わってきている。平成17年には附属病院の総合医療教育研修センターの支援の基に医学部に医学教育研究室を設置して、学部教育の組織的な改善を行なってきている。平成18年からは、ベッドサイド教育を始める前(4年生の終わり)に全国共通の「共用試験」(コンピュー

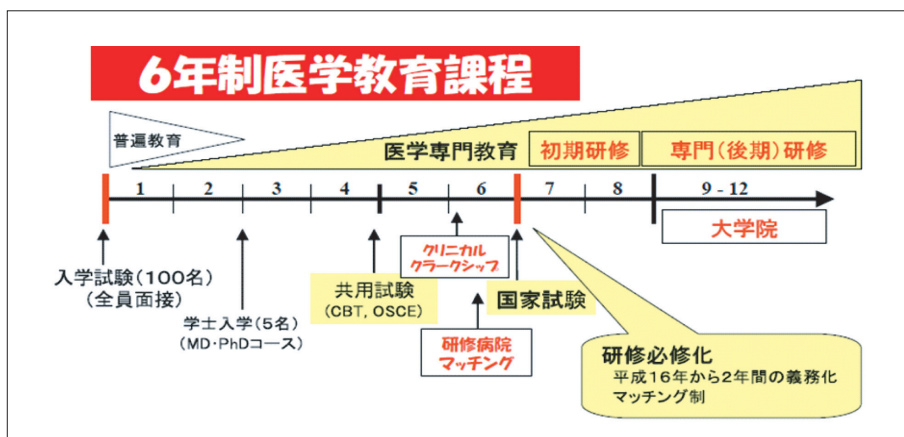


図1

タテストとオスキーという実技試験)を受験し、合格した学生のみがベッドサイドでの診療実習を受けることができるようにした。そして6年生のはじめに学外の関連病院(提携病院)での臨床実習(クリニカルクラークシップ)を行なう。平成20年からは米国イリノイ大学シカゴ校医学部と提携して、クリニカルクラークシップを米国シカゴでも行なえるようになった。そして、夏季休暇の前に卒業後の研修病院とのマッチングを行う。マッチングとは、卒後に行きたい研修病院に自分の成績表と申請書をそえて出願し、研修病院が面接試験などをして採用(マッチング)を決める方式のことである。さらに、卒業後には国家試験を経てマッチングで研修を認められた病院で2年間の初期臨床研修を行い、その後は専門医になるための専門(後期)研修(3-4年間)をおこなって、専門医として独立していくことになる。

【初期臨床研修必修化】

平成16年からの初期臨床研修の制度改革により、全国の病院が医師不足による未曾有の危機に陥っている。初期臨床研修必修化は、厚生労働省が①研修医の待遇改善、②プライマリケアの重視、③大学病院への研修医の集中を防ぐ、ということを狙いとして施行した。ところが結果として大都市への研修医の集中が起こり、地域での急激な医師不足を誘発した。地域病院への医師派遣は、これまで100年かけて培ってきた大学病院を中心とした医師配置システムで、何とか医師の適正配置を維持してきた。しかし平成16年に何の前触れもなく一気に、この医師配置システムを崩してしまった結果が、今日の地域における医療崩壊を引き起こしたといっても過言でない。教育や医療制度の改革は、徐々に行なうようにしないと、取り返しのつかない負の遺産となると

いう実例を作ってしまった。平成20年から厚生労働省も初期臨床研修制度の見直しを行っているので、地域の医療崩壊も早晚改善されてくると思われる。

【大学院教育】

千葉大学医学部では、昭和30年に大学院医学研究科(博士課程)を設置した後、昭和44年を頂点とする大学紛争により臨床系大学院のボイコットが起こり、課程博士が激減した。しかし、平成12年に国立13大学が大学院重点化されたことを契機として大学院教育への感心が高まり、本学でも平成13年に医学研究科と薬学研究科を大学院部局化し、教育組織として「医学薬学府」を新設して、薬学研究科と一緒に大学院教育をスタートさせた。医学薬学府では、新たに4年制コースとして医学と薬学の両方を修得したことを示す新しい学位(医薬学)を取得できるコースを創設した。さらに平成17年には、医学系の修士課程(医科学専攻)を新設して、広く医学部以外の学部出身者の大学院教育を始めた。

6) むのはなキャンパスにおける建築ラッシュ

【医学部附属病院(写真2)】

昭和53年に現在の附属病院が新築された。その移転に伴い空きスペースとなった旧病院(医学部本館)を改修して、医学部が昭和55年に現在看護学部が使用している建物から移転した。その結果、医学部本館には、基礎系教室と臨床系教室が一つの建物の中に混在するという共同研究等にとって理想的な研究環境が整った。さらに平成20年には、附属病院に併設して新病棟(ひがし棟)が建てられ、6人部屋などの病室が無くなり、患者へのアメニティーが著しく改善された。この間の詳細は、附属病院の項を参照されたい。



写真2



写真3

【医学部附属動物実験施設（写真3）】

昭和53年に、医学研究における動物実験の必要性が高まり、動物を用いた組み換えDNA研究や感染症研究などのためのP3レベルの実験室を備えた当時としては最新鋭の動物実験施設が新設された。しかし平成20年には、建築後30年を経過して建物や実験室設備の老朽化が進み、大改修や新築が模索されている。



写真4

【医薬系総合研究棟（写真4）】

平成13年に「医学薬学府」を新設して、薬学研究院と一緒に大学院教育をスタートさせた。そのため昭和42年にゐのはなキャンパスから西千葉キャンパスに移転した薬学部が、平成16年に新築された医薬系総合研究棟に大学院薬学研究院として

戻ってきた。現在薬学研究院の半数の教室がゐのはなキャンパスに移転してきているが、平成23年度中に医薬系総合研究棟の第二棟（融合型ライフサイエンス研究棟）が新築されて、薬学研究院の全教室がゐのはなキャンパスに戻ってくるのが決まっており、医・薬・看と三つそろった医療系の3学部がゐのはなキャンパスに揃うことになる。

【バイオメディカル研究センター】

胚工学センターとしてのバイオメディカル研究センターは、平成13年に大学院部局化と同時に遺伝子実験施設として設置が認められた。平成16年には、遺伝子実験施設の建物が医薬系総合研究棟の8-9階に合築され、研究支援設備も配備されて本格的に研究支援活動が始まった。このセンターは、胚工学を応用した遺伝子改変動物や疾患モデル動物の作製ばかりでなく、ES細胞を用いた再生医療研究などを専門に行うセンターとして、広く研究支援を行っている。



写真5

【千葉大学亥鼻イノベーションプラザ（写真5）】

平成19年に経済産業省の支援によりベンチャー企業を育成するためのイノベーションプラザがバイオ系としては全国に先駆けてゐのはなキャンパスに設置された。これは国立大学が法人化されたために、国立大学のキャンパス内に他の省庁が支援する建物ができるようになった結果である。20年前には禁止されていた産学協同を積極的に推進するための施設であり、千葉市や千葉県支援を受けて医学研究院と薬学研究院で行なわれている研究成果（シーズ）を基にした医療系ベンチャー企業の育成を行なっている。

（とくひさ たけし）

（元学部長・研究院長：平成17-21年）

大学病院問題懇談会——厚生省との攻防

(昭和62年4月～平成3年3月まで)

高見澤 裕吉

はじめに

我国の医療は明治以降ドイツ医学により発達、戦前から戦後にかけて大学と附属病院は日本医療の中心であり、診療、教育、研究上で常に最高の権威であった。

昭和36年国民皆保険の実現にともない大学病院の診療もこの制度の中で運用されるようになったが、大学病院は一般診療、地域医療に加えて、次代を担う医学教育、卒後研修及び医療の質的向上を支える研究をも使命としており、必ずしも健康保険制度にすべて適合した医療機関とは云い難い所があった。

厚生省は、昭和32年7月29日付、保険局長から文部省大学学術局長宛の文書で「国立大学附属病院の組織、機能、設備の特殊性により、重症患者の多いことにかんがみ社会保険診療報酬請求審査においてはその特殊性を十分認識し、尊重したうえで審査を行う」との確認をしている。国民皆保険は重要政策であり、国民の健康維持、向上に必須のシステムである事から大学病院は全面的に協力、特に問題もなく運用されてきた。

昭和50年代後半になり、世界一のスピードで進む高齢化、老人医療費の伸び、医療の質的向上等により、国民医療費はうなぎ登り、毎年1兆円ずつ増加、昭和62年度には18兆円を突破、診療報酬査定強化のみでは限界、国家財政にも影響を及ぼす見込みとなった。

厚生省は今回医療費抑制に「抜本的改革」を旨とし、国民医療対策本部（本部長は厚生事務次官）を設置して、以後厚生省と大学病院側の折衝が長く行われるようになった。この時私は病院長に就任、全国国立大学病院長会議常置委員長となり否応なく大学病院を代表として厚生省と対峙しなければならなくなった。以下、その経過、成果について記す。

1. 国民医療総合対策本部の設置

昭和62年1月14日厚生省は上記対策本部を設置、1月22日本部長の厚生事務次官は自治体病院長ゼミナールにて「今の医療教育が医療のよくない面を拡大、再生産している」と大学病院非難の口火をきった。

3月10日、本部長から文部省に「中間報告の概要」が内示された。

中間報告の概要（昭和62年3月10日）

第1部 我が国医療の現状と今後の基本的方向

(1) 我が国医療の現状

- 日本の高い健康水準は医学技術の進歩、医師を中心とする医療関係者の長年の努力の成果。
- 医療システムの基本は堅持しつつ、本格的高齢化社会に耐えうるものにするため全般にわたる構造的検討が必要。

(2) 今後の基本方針

- 「質のよい」サービスを「効率的」に供給するシステムづくり。
- 出来高払いは堅持しつつ医療の質と効率性を重視した改革。
- 医療サービスは社会保険に基づく給付を原則とする。

第2部 良質で効率的な医療を目指して

(1) 良質な老人医療の確保

(2) 長期入院の是正

(3) 大学病院における医療と研修の見直し

① 大学病院における医療、研修の在り方

② 保険医登録制度の見直しと医事生涯教育体制の確立

大学病院の問題については現状として「やゝともすると研究優位の姿勢からくる過度の専門指向や検査指向型の傾向」

「高齢化、老年医学や効率的医療の在り方に関する研修は十分でない」

「計画的な研修プログラムに基づく研修が少ない」

「大学病院における研修が、人を診ずに病気を診る。病気を診ずに臓器を診る傾向を生み出しているのではないか」等攻撃的な文言が並べてあった。

具体的な対策

- 卒後研修改善として地域医療、老年医療、医療経済を研修プログラムに加える。
- 総合研修方式の普及。
- 医師国家試験の改善として医療経済の項目を加える。

第1章 近年の歩みを俯瞰して

- 検査料の逓減。
- 外来診療については開業医等からの紹介を基本とし、初期の医療は地域で対応する。
- 保険医登録制度要件の見直し。
- 保険医登録の更新制。
- 生涯教育システム。
- 大学病院の診療報酬の見直し。

この概要は文部省より直ちに大学病院側に通知された。

大学病院側の対応

国公立の大学病院代表が文部省に集合、協議会をつくり対応を検討、とりあえず「中間報告概要」の第2第3項について協議、「この中間報告概要は、大学病院の使命等についての認識欠除によるものである。」として厚生省と折衝することになった。

6月26日厚生省は文言を訂正した中間報告を公表。これに対し、文部省から厚生省健康政策局総務課長宛（7月17日）、更に同審議官宛（7月22日）に意見を申し入れた。そして、厚生省と全国大学病院代表との協議会を開催することとなった。

7月23日第1回厚生省と国公立大学病院代表者（通称6人会）協議会を開催。

出席者

大学側：千葉大学、東北大学、横浜市立大学、北里大学、順天堂大学、東京医大各病院長、文部省医学教育課長

厚生省側：大臣官房審議官、健康政策局長、保険医療局長、保険局長

協議内容は、中間報告「大学病院等における医療と研修の見直し」についてである。

第2回を10月21日、第3回を12月24日にも開催したが平行線のままであった。

昭和63年1月12日、全国医学部長、病院長会議会長より、厚生省に意見書を提示した。

内容は、「その提言を真摯に受け止め自省すべき部分もあるが、大学病院に関する現状認識については、大学病院の使命に対する理解が十分なされていない。」とするもので、以下のような内容であった。

- (1) 「研究優位の姿勢からの過度の専門指向、検査指向の診療傾向がみられる。」「教育、研究、診療が渾然一体となって実施されている。」と非難しているが、大学病院は使命として一次的医療及び地域における最終的医療機関として多くの重症、原因不明の患者に高度の集学的診断

や治療に全力を注いでおり、診療内容が専門的になり、検査も多くなるのは当然である。その結果が教育、研究にも役立てられている。教育、研究に必要な経費は別途大学病院の負担である。

- (2) 卒後研修の改善は、中間報告のとおりであるが、「医師国家試験に医療経済を配慮する」ことは当を得たものではない。

- (3) 「外来診療の見直し」における「紹介外来制」は患者の自由選択権を否定するものであり、医育機関として大学病院が果たさねばならぬプライマリケア、家庭医教育に重大な支障を及ぼす恐れがあるため取り上げるべきでない。

- (4) 卒後研修制度終了後の保険医登録制度、保険医の更新制に反対である。

1月20日、国公立大学病院代表者会議（6人会）にて紹介外来制、検査料の問題を協議、全面的に反対する事を全国の関係機関に配布した。

2月3日、第4回6人会と厚生省が協議、大学病院側は厚生省よりの資料「大学病院等高度専門病院に対する医療保険の当面の対応」について全面的に反対であることを表明した。

厚生省との対応進まぬ中、政治的解決として、2月5日自民党文教部会（13名中12名出席）と国公立大学病院代表、学長代表、文部省保険局長ほかと懇談会を持った。

2月8日、橋本龍太郎（元厚生大臣）と折衝（6人会、及び厚生省保険局長ほか）橋本氏よりさらに継続した協議をするよう調整案が出された。

2月10日、第5回厚生省と6人会協議。大学病院側は、「紹介外来制」「検査料逓減制」についてはあくまで反対である旨を申し入れた。

2月17日、第6回厚生省と6人会協議

資料「大学病院等高度専門病院における医療の取り扱い（案）」について、厚生省は紹介外来制の実施については、病院の選択制とすること及び検査料の逓減制については全ての医療機関同様とするなど2月3日の厚生省案が大幅に修正されたため、前向きに協議を行った。

翌18日、厚生省より17日案に一部修正を加えた「大学病院等高度専門病院における医療の取り扱いについて」提示された。大学病院側は、厚生省に合意することを申し入れ、全国大学病院にも通知した。

3月19日、上記について官報に告示された。

2. 大学病院問題懇談会の設置及び「大学病院のあり方に関する調査研究」

—— 対厚生省戦略と理論武装 ——

4月20日、6人会（吉永東北大学病院長に代わり、鈴木章夫東京医科歯科大学病院長出席）開催

これからの厚生省との折衝及び中長期的視野に立って、大学病院のあり方を検討する必要性を確認し、上記懇談会設置を決定した。文部省は、この調査研究に全面的援助をすることとなり、科学研究費補助金（総会研究A）3年間の決定をした。

5月18日、第7回厚生省と6人協議会開催。大学病院問題懇談会の設置及び今後厚生省との対応にあたることを通知した。

5月27日 6人協議会

- 議題1. 厚生省との協議会代表のバックボーンとなるプロジェクトチームの設置、メンバー選出
2. 専門委員会の設置、メンバー選出
 3. 厚生省との協議項目について
 4. その他

6月22日、大学病院問題懇談会（仮称）とプロジェクトチーム（国立大学）合同会議。今後の進め方について協議した。

8月1日、第1回大学病院問題懇談会及び第1回プロジェクトチーム研究会開催（於私学会館）

代表幹事 高見澤裕吉（千葉大）

幹事 鈴木 章夫（東京医歯大）

〃 坂上 正道（北里大）

委員 本田 西男（浜松医大）

〃 武内 俊彦（名古屋市大）

〃 石井 昌三（順天堂大）

〃 三宅 史郎（日本大）

〃 牧野 惟男（東京医大）

〃 五島雄一郎（東海大）

〃 西園 昌久（福岡大）

（厚生省との協議会委員には幹事及び在京委員3名とする）

プロジェクトチーム

代表幹事 開原 成充（東京大）

幹事 紀伊国献三（筑波大）

〃 大道 久（日本大）

〃 久保 弘晃（聖マリアンナ医大）

委員 里村 洋一（千葉大）

〃 桜井 靖久（東京女子医大）

〃 宮治 眞（名古屋市大）

委員 大学病院事務部より6名

プロジェクトチームの役割は、大学病院問題懇談会の下部組織であり、資料収集、理論構成を担当することとした。

懇談会の検討事項

- 1) 日本の医療の現状を大学人はどう考えているか
- 2) 大学病院の役割
- 3) 医療経済からみた基本的な大学病院のあり方
- 4) 大学病院の臨床研究
- 5) その他の各論的事項
- 6) 組織並びに方法論

この検討事項に基づき事項別に担当者を決定。

8月24日、第1回プロジェクトチーム幹事会

今後の運営方針を協議、厚生省にも連絡、以後厚生省の担当技官2～3名を常に同席、意見を交換した。

9月1日、第2回上記研究会を開催、以後平均月1回の協議を重ねた。

協議内容は主として下記であった。

- 1) 大学病院のあり方
- 2) 大学病院の運用の実務上の問題
- 3) 大学病院における教育、研修
- 4) 大学病院における研究
- 5) 大学病院における医療
- 6) その他

11月4日、第4回大学病院問題懇談会プロジェクトチーム研究会開催

議題1. 大学病院のあり方について

2. 大学病院における研究について
3. 懇談会の勉強会について

これは懇談会自身の理論武装を目的とした第1回厚生省と大学病院問題懇談会代表者協議会

議題1. 大学病院における教育、研修

2. 大学病院における研究について

懇談会での勉強会は以下のごとくである。

第1回 大阪大学 川島康生教授「最近の米国における医学教育の現状」（12月3日）

第2回 福岡大学 西園昌久教授「医学教育発展、充実の立場から大学病院医療の将来について」（平成元年2月15日）

第3回 日本大学 大道久委員「医療費構造から見た大学病院における診療特性の比較」（平

第1章 近年の歩みを俯瞰して

成元年5月29日)

第4回 筑波大学 紀伊国献三委員「大学附属病院における医療の構造的な研究」(6月28日)

第5回 厚生省病院管理研究所, 針ヶ谷達志先生「一般病院における財務状況及び病院会計準則の概要」(12月6日)の講演会もつた。

平成元年1月30日, 第3回大学病院問題懇談会及びプロジェクトチーム幹事会

議題. 厚生省との懇談会について打ち合わせ

2月1日, 第1回厚生省と大学病院問題懇談会協議。

議題1. 日本の将来の医療に対する厚生行政視点について

2. 大学病院の医療法上, 健康保険法上での位置づけ

3. 医師の教育, 研修のあり方について

4. 医学研究のあり方について

5. 大学病院における医療費負担のあり方について

3月10日, 第2回厚生省と懇談会の協議

議題1. 高機能病院を医療法上で一般病院と区別することの是非

2. 医療保険と自由診療との併用の拡大はできないか

3. 卒後研修の改善について

4月14日, 第3回上記協議続行

大学病院側の意見をまとめ提示することとした。

3. 大学病院問題懇談会の研究成果

(1) 大学病院のあり方(中間報告)

平成元年4月20日「大学病院のあり方」(中間報告)を提示した。第1部と第2部に分かれている。

第1部においては, 日本の医療の中での大学病院の役割, ヘルス manpower 養成における役割, 医学部学生, コメディカル教育, 医師の生涯研修及び医学研究における役割について記述した。

第2部では, 病院の機能による区分, 教育研修と高度医療を行う病院を一般病院と異なるカテゴリーにし, 医療制度の上でも健康保険制度の上でも別に扱えるような法的根拠を作るのが妥当であるとした。現在の医療法では精神病院を除き病院に機能区分はされていない。

(2) 大学病院のあり方(中間報告)に対するアン

ケート調査

上記の「大学病院のあり方」(中間報告)の内容について全国国公立大学病院の意見を聴取するため, アンケート調査を行った。その結果, 大多数の大学病院がこの中間報告に賛同していることが明らかとなった。

(3) 医療法改正と特定機能病院

アンケート結果を見て, 大学病院問題懇談会は, 大学病院のあるべき姿の実現に向け, その法制化を求め, 厚生省と意見交換に入った。

厚生省は, 平成2年1月9日第二次医療法改正の一環として高次機能病院要件案(後に特定機能病院に変更)を提示し, 大学病院の位置づけについては大学病院問題懇談会と接触をもつこととなった。

大学病院側の主張は前述のごとく「病院の中に高度医療を行う病院と教育研修を行う病院を一般の病院と異なったカテゴリーにし医療制度の上でも財政的にもこれらの病院を別に扱えるための法的根拠を制定すべきである。」というものである。これに対し, 厚生省側は医療法の改正案に「特定機能病院」という新しい病院のカテゴリーを設け, 大学病院とこれに相当する機能をもつ病院を当てはめたいと提案した。

しかし, 特定機能病院は診療機能を定義した区分であり, 「教育・研修・医学研究の機能」を区分したのではない。このことが吾々としては極めて不満足, 受け入れ難いものであったが, 医療法改正では, 医師法に定められた教育, 研修の機能について触れることは困難であるとの理由でやむをえないものとして理解した。臨床研修については委員会等で検討中であり, 今後の検討課題として残すことにしてその時点では特定機能病院の区分構想には多くは盛り込まないことを了承した。

また, 教育, 研修に関する総合的な検討の場を設け, 医師法の改正までも含めて研修制度や財政負担の問題を論議することとした。

中間報告提示後厚生省側とその実現に向け討議を重ねた。厚生省からは医療法改正上の問題, 財政についても意見が提示された。

7月26日, 厚生省から懇談会に「末期医療に関するケアの在り方の検討報告書」及び「患者サービスの在り方の懇談会報告書」について提示, 意見を求められた。以後「医療関係者審議会臨床研修部意見書」及び「在宅医療環境整備に関する検討会報告書」についても提示, 意見を求められた。その後

「医療関係者審議会臨床研修部会意見書」及び「在宅医療環境整備に関する検討会報告書」（8月30日）。「医療関連ビジネス検討委員会報告書」及び「入退院のあり方に関する検討報告書」（9月26日）についても意見の交換を行った。

また「高次機能病院その要件案」「高次機能病院の法律上の規定として考えられること」医療法改正における特定機能総合病院の位置づけについてもその骨子は一応合意されたが、省令等制定にあたっては今後とも大学病院関係者との協議を継続していくこととなった。

7月28日、「医療法の一部改正する法律案の概要」について説明を厚生省からうけた。

9月以降は、医療法改正案の政省令等事項を主体に毎月協議を重ねた。

平成3年3月3日までに厚生省、大学病院問題懇談会プロジェクトチーム幹事懇談会が20回、大学病院問題懇談会及び同プロジェクトチーム研究会議4回、大学病院問題懇談会プロジェクトチーム幹事会10回、厚生省、大学病院問題懇談会代表者協議会2回が行われた。

おわりに

日本の大学病院は欧米に比し著しく貧弱である。「病院はその国の文化の反影」と云われているが、事実とすれば日本の文化は欧米に比し貧弱ということになる。経済大国と云われる日本を考えれば不可解のことである。この現状を改善することは一朝一夕には無理であろうが、少なくとも貧弱な医療環境条件の中で、吾々医療関係者の「使命感、努力」にのみ頼り運営されている実態を国民の前に明らかにすることは医療に関与する大学人の責務であろう。

特定機能病院という病院カテゴリーが成立した過程を、その渦中に居た者として客観的に紹介した。思えば、その後次々と登場した医療改革政策の端緒であった。筆者は其中で、それまで無関心でいた日本の医療制度という大問題に取り組んで、混乱

しながらなんとか、とりあえずの結論にこぎ着けた。しかし、その結論は苦いものであった。大学病院が、単なる高度医療を提供する場ではなく、医療の再生産とも言うべき医師の教育と研修の場であり、新しい医学と医療技術の開発の場である、と言う主張は見事にはぐらかされた。その後の大学病院は研修制度の変革で主役の座から追われ、医療報酬制度の改革ではその実験場として扱われてきた。かつて我々が自負してきた、ヒポクラテス以来の真に誠実な医療と最高の技術の提供の場は医療経済の効率化という名分に勝てなかった。これからもこの路線が変わらず、財政上及び人員上の締め付けで大学病院が新しい医療を行っていく力を失っていくとすれば、それは我が国の国民にとり不幸なことであり、国民全体として考えてゆかねばならない。

国立大学が法人化され6年になる。戦後の混乱期から急速な高度医療を支え、発展させ人材を輩出し、「智の拠点」を標榜してきた大学病院が、目の前の経済効果だけに注目して将来のビジョンを失ってはならない。今後の医療行政は日本の医療のあるべき姿を科学的なデータを基にして施策を行っていく必要がある。

大学病院問題懇談会、同プロジェクトチームの一員として、対厚生省、日本の医療の明日に向かって夢と苦勞をともした皆様に心から感謝している。千葉大学医学部附属病院事務部の皆様のご協力に御礼申し上げます。

プロジェクトチーム委員として協力、また本文作成にあたり、ご助言いただいた里村洋一名誉教授（当時、医療情報部長）に厚く御礼申し上げます。

本文は、「大学病院のあり方に関する調査研究」昭和63年～平成2年度、文部省科学研究費補助金（総会研究A）研究業績報告書、研究代表者 高見澤裕吉（千葉大学医学部教授）研究課題番号01102004を参考、引用した。

（たかみざわ ゆうきち）

（元附属病院長：昭和62～平成元年）

大学病院と特定機能病院

—— 第2次医療法改正をめぐる厚労省との攻防の回顧と反省 ——

金子 敏郎

まえがき

千葉大学医学部創立135周年記念誌の発刊にあたり、伊藤晴夫先生、瀧口正樹先生から附属病院長時代前後の歴史的事項を書くよう依頼があった。そこで手持ちの資料を中心に特定機能病院発足前後の厚労省との攻防について記しておくことも今後何らかの参考となろうかと考えた。

平成4年医療施設機能の体系化を目的として第2次医療法の改正が検討され、大学病院が医療法上では特定機能病院として機能する方向で議論が展開されるようになった。その攻防の矢面に立たされたのが、国立大学医学部附属病院長会議の常置委員長であった。

その常置委員長には代々、千葉大学医学部の附属病院長が選ばれていた。

この特定機能病院（初期には高次機能病院などと呼称）の問題は昭和62年稲垣義明病院長の任期終了間際に浮上し、次いで高見澤祐吉病院長、岡本昭二病院長時代にかけて、法の準備を進める当時の厚生省と激しい遣り取りが繰り返されていた。しかし大学病院が持つ教育と研究という本質的使命は一貫して固守されていた。

平成3年4月から附属病院長を拝命した私は、法の成立に向け最終段階の攻めに突進してきた厚生省と激突を繰返すことになった。

大学病院にとって、この第2次医療法の改正は昭和36年の国民皆保険制度の導入に匹敵する重大な事件であった。当時のことについて恩師の北村武教授から“厚生省の局長連が正に土下座せんばかりの姿勢で、皆保険制度を是非受け入れてくれるよう嘆願しにきた”という話を度々聞かされたことを思い出し、奇しき縁を感じつつ交渉に臨むこととなった。

I) 大学病院の使命と期待される医師像

国立学校設置法によれば「国立大学の医学部に附属の教育・研究施設として附属病院を置く」ことが定められている。すなわち大学病院は診療だけではなく、教育・研究を行うことが重大な責務となっているのである。

川喜田愛郎先生は昭和24年伝染病研究所から千葉

医科大学に移ってこられたが、その時の気持ちを「医学史と数学史との対話—— 試練の中の科学と医学 ——」の中で以下のように述べておられる。「千葉大学医学部に移って大病院の隣り合わせに研究室をもつようになり、学生時代には知らなかった基礎と臨床の対立という難しい日本の問題が大学の周辺にくすぶり続けていることに初めて気づきました。それは双方の学問的プレスティジの競合にかかっている問題であると解していますが、本質的には“医学とは何か”という問題に帰します（中略）。馬齢を重ねて多少は科学研究者の集団の空気を吸った上で、病床の病人や外来診療の現場を見ているうちに、いつとはなしに医師と患者の接触面、つまり臨床医学こそ医学のアルファであり、オメガである筈だと強く思うようになりました」。その上で「医学とは医師と患者という2つの人格の間に成立する技術的・倫理的な営みであると見ています。」との結論を出され、臨床医学の重要性を強調された。川喜田先生にこのような結論を出させた背景には、当時の千葉医科大学の臨床系教授には各学会の第一人者であると同時に、名医の評判の高い方々が多数おられたことに基因するものと思われた。

ここで初心に戻って、医学部に入学し立派な医師となる覚悟を強めた瞬間は何時であったかを振り返ってみると、それは名医といわれる教授の臨床実習の場であったことが甞ってくるのである。憧れの名医が示す思い遣りに満ちた問診、自信あふれる診察姿勢、予想される疾患の適切な説明、患者に勇気を与える癒しの言葉などを見聞きして、この瞬間こそが川喜田先生の説く—— 2つの人格の間に成立する技術的・倫理的営み——のアルファであって、ヒポクラテスの誓や、ジュネーブ宣言に謳われている“期待される医師像”そのものを実感として体得する第1歩となった。

このような場面に最適な患者とは紹介状なしに来院された方が望ましい。即ち大学病院に高い紹介率を求めることは卒前教育上好ましくないのである。

「日本の医療を治療する」の著者であり、アトランタ在住の武井義雄氏も「人間性豊かな医師の育成をめざす教育の中で、最大で唯一のチャンスは上級生になって臨床実習が始まり、患者に問診を行うこ

とが人間性の間口を広げる契機となる。」ことを強調し、「その大役を担っているのが臨床実習を監督する教授陣である。」と述べている。

一方臨床講義は難度の高い医療を必要とするために紹介されてきた患者を対象として行われる。その理由は確定診断をするための検査法の選択や判定法、先端技術を含めた診断法や治療法などを国内外の最新の研究状況や情報を集めて講義する必要があるからである。

すなわち患者が出席して行われる臨床講義は立派な医師のみならず、将来の秀れた教育者、研究者の育成に貴重な萌芽の機会を与えるものであるとも云えよう。

II) 特定機能病院の導入をめぐる攻防

昭和58年3月当時の厚生省保険局長の吉村仁氏は「医療費亡国論」を展開した。しかも医療費受給過剰論を強調し、1県1医大制度では医師が過剰となり、必要以上の医療が提供されるとして大学病院を非難した。

昭和62年1月厚生省に国民医療総合対策本部が設置され、幸田事務次官が「今日の医学教育が医師の良くない面を拡大再生産している」と述べた。6月には中間報告を発表し、「大学病院には他の医療機関に比べ、重症、難病、原因不明の患者に対するウエイトが大きい、ややもすれば研究優位の姿勢からくる過度の専門指向や検査指向型の診療傾向がみられる。したがって医療保険としては診療部分のみを評価すべきで、外来診療のあり方を見直し、紹介外来制や医療費支払い方法など幅広く検討して行く必要がある。」とし、特定機能病院の導入を暗示した。

これに対し高見澤祐吉常置委員長は全国国立大学病院長会議、公立大学医学部長・病院長会議、日本私立医科大学協会との連名で厚生省健康政策局長に対し、「大学病院の使命等に対する認識が欠如している。研究、教育、診療のそれぞれの機能を明確に区分した上で、診療部分のみを評価することは適当でない。外来診療の見直しに関して紹介制の導入や、紹介のない患者の療養費払いの導入などは、医学教育本来の目的達成が不可能となるから実施すべきではない。」という強い反対意見を表明した。

また新たに大学病院問題懇談会（国立大学医学部附属病院長、公立医科大学病院長、私立医科大学理事長の代表者にオブザーバーとして文部省高等教育局医学教育課長、大学病院指導室長が参加）という組織を作って、厚生省との交渉団体として位置づけた。

平成元年4月から岡本昭二病院長が常置委員長となり、数次にわたる大学病院懇談会を開催し今後の対応が検討された。

平成2年4月に2回目の厚生省との協議では、医療法改正の骨子については一応の合意がなされたが、省令制定に当たっては今後の継続審議を行うことが決定された。

平成2年5月には医療法改正の要綱が医療審議会、社会保障審議会に諮問され、正式に「特定機能病院」と「療養型病院群」という名称を使用すべきであるという意見が厚生大臣に提出され、5月25日の閣議で了承された後、国会に提出された。

平成3年4月から岡本病院長の後任となった私は、以後文部省と密な連繫を保ちながら、厚生省と激しい対決を繰り返すこととなった。

7月に入って特定機能病院の厚生省案が提示され、病床数は500床以上、内科・外科を始め10以上の診療科をもつこと、高度医療の提供、開発評価の実績や研修の実績をもつこと、紹介率は50%以上とすることなどの内容が盛り込まれていた。

平成3年11月14日厚生省健康政策局長、保険医療局長、保険局長と大学病院問題懇談会の代表者との会合が開かれたが、紹介率は50%とし、当初は30%から出発し、徐々に上げて行くことではいかがとし、是非特定機能病院になることに手を挙げて頂きたい旨の懇願があった。

それに対して11月26日大学病院問題懇談会側から「紹介患者の割合を定めることには問題があり、内容次第で教育、研究、診療に及ぼす影響が極めて大きいため、十分に時間をかけて慎重に検討すべきである。したがって厚生省令で紹介患者の割合を50%と定めるという提案は受け入れることができない」という意見書を健康政策局長に提出した。

平成4年4月12日第123回国会の衆議院厚生委員会で改正案の審議が開始された。その議事録をみると「高度な医療とは何か」という質問に健康政策局長は“説明がファジーで申し訳がないが、例えば頭蓋底手術とか、大動脈の血管置換術のようなものである。”と答えるのが精一杯のようであって、医学・医療の本質的討論をした形跡は全く見られなかった。

しかし第2次医療法改正案は平成4年4月に衆議院で趣旨説明が始まり、5月に可決されて参議院に送付され、6月に可決されて7月1日公布された。

次いで法令の細目を決めるため、7月16日に8ヶ月ぶりにわれわれとの協議を再開したが、紹介外来の問題で物別れとなった。

第1章 近年の歩みを俯瞰して

9月5日大学病院の4団体は健康政策局長に「特定機能病院についての見解」を提出した。内容は「大学病院は医療のみならず、教育・研究施設として設置されたものであり、次代の医学・医療の形成に大きな役割を果たしている。その使命が適切に評価されることにより、わが国の医学・医療に一層の貢献をなし得るものと考えている。このことを前提として高度な医療を提供する病院を特定機能病院として制度化する趣旨については理解した所である。しかし高度な医療を提供することが本質であって、一定の比率の紹介患者を義務づける紹介制の導入は本質ではない。紹介率を設定して義務づけることは国民に良質な医療を提供することに繋がらないし、医学教育や地域医療における大学病院の役割に支障をきたす恐れがあって、時期尚早と云わざるを得ない」とする内容であった。

9月22日医療審議会は小委員会を設置して大学病院側との最終的交渉を行うことを決めた。

10月5日医療審議会第1回小委員会（医療審議会委員8名、大学病院側7名、厚生省5名、文部省2名）が開催された。審議会側から「医療法改正が教育・研究・診療にどのような支障をきたすのか」などの問があったが、大学病院側は「医学・医療の進歩なくして国民に良質な医療の提供は不可能であること、大学病院は高度な医療を提供するだけでなく、明日の医師あるいは指導者を育成する場であり、改正医療法が医学・医療の進歩を抑制するようなシステムであってはならない」ことなどを繰り返して強調した。

10月14日第2回小委員会が開催され、審議会委員から高度医療について大学病院の見解が求められた。大学病院側は「高度の医療とは概念として難度の高い診療を指す。難度とは技術力だけでなく、判断力を含む。難度が高いとは技術的に危険度が高い、特殊性が高いという意味だけではなく、技術の適格性の判断が難しいという意味を含む。具体的分野ではハイレベルの総合的医療技術の集積を必要とする医療、未開拓分野の医療、地域によって他の施設では実施できない医療などである。」と返答した。しかし他の実務的問題の論議には入れず、時間切れとなった。

中間報告の発表以来、実に5年以上にわたった大学病院と現在の厚労省との交渉は最後まで議論が噛み合わず、日本医事新報（平成4年10月24日号No3574）の言葉を借りるなら、大学病院側の面子を立てた恰好で終らせたと云えよう。

平成4年10月21日医療審議会は改正医療法の基準

を定めた政省令事項を厚生労働大臣に答申して攻防の幕を閉じた。

Ⅲ) 回顧的反省

現在の厚労省が頑なに高い紹介率にこだわったのは以下の理由によるものと思われる。昭和58年吉村局長の「医療費亡国論」に始まり、62年の幸田事務次官の大学病院に対する非難は当初から医療費抑制を狙ったものと解される。つまり医療も教育も聖域ではなく、構造改革上では市場原理主義的に経費削減を行うことが急務であって、高い紹介率の設定も結果的には医療費の削減を意図したものであったと云わざるを得ない。

さらに平成15年から特定機能病院にDPC（Diagnosis Procedure Combination）による疾患別包括評価を行うことを導入し、病院の経営に大きな危機を与える結果となった。

加えて平成16年から国立大学が独立行政法人化されたことは、大学病院の運営を一層苦しめることとなった。

黒木登志夫氏も著書「落下傘学長奮闘記」の中で「大学病院は今や単なる大病院に過ぎない。研究もできないし、高度医療に必要な機器の購入もできない。このような大学病院から医師が離れて行くのは当然であって、すでに破綻のスパイラルに入っている。」と警告している。

いづれにしても現在大学病院に勤務されている先生方が病院経営に腐心されるあまり、教育や研究の時間を奪われつつあることは事実と思われる。この状態が長期化すれば当然日本の医学・医療の衰退に繋がることは明白であって、困るのは国民なのである。

大学病院にこのような窮状をもたらした最大の原因は、特定機能病院がもつ機能にふさわしい診療報酬体系が検討されずに制度のみが先行実施されたことにある。したがって瀕死の大学病院を救う唯一の途は、従来の姑息的手法にしばられない学術的根拠に基づいた報酬体系を設定することであろう。つまり医療の難易度、技術度、必要医師数、必要時間などを科学的に考慮した診療報酬体系を確立することが急務と思われる。

あとがき

以上第2次医療法改正、特定機能病院の成立をめぐる大学病院と厚労省との攻防の歩みを概説した。

日本の医療の質を維持・発展させるためには大学

病院がもつ教育・研究・診療の3機能がバランスよく推進されることが絶対不可欠な必要条件である。

経済学者宇沢弘文氏は「医療と教育は社会的共通資本であって、いたづらに市場主義的取り扱いをしてはならない。」と説いている。大学病院こそ医療と教育が共存する典型的な場であるから、その法改正にあたっては医学・医療の本質を熟慮した慎重な姿勢が望まれるのである。

【参考文献】

1. 川喜田愛郎／佐々木力 著

「医学史と数学史の対話・試練の中の科学と医学」

中公新書 1992年

2. 武井義雄 著

「日本の医療を治療する」

日経プレミアシリーズ 2009年

3. 黒木登志夫 著

「落下傘学長奮闘記・大学法人化の現場から」

中公新書ラクレ 2009年

4. 宇沢弘文 著

i) 「社会的共通資本」

岩波新書 2000年

ii) 出月康夫氏との対談

「医療崩壊をくい止める ― 社会的共通資本としての医療をどうするか」

「世界」2月号 岩波書店 2008年

(かねこ としお)

(元附属病院長：平成3－5年)

病院長時代を振り返って

新美 仁男

私は平成7年4月から平成9年3月まで附属病院長を務めた。この間には色々な出来事があったが、まったく新しく始めたことなどを含めて、印象に残っていることがいくつかある。

1. 卒後臨床研修

大学紛争の頃から千葉大学の附属病院長は、全国国立大学附属病院長会議で文部省と各国立大学附属病院からの要望をまとめたり、意見などの調整をする常置委員会の委員長を務めてきたので、なんとしてもこれを継続することが求められた。

幸いにして、私が常置委員長を引き受けることとなったが、任期中の最大の議題は、厚生省が打ち出した卒後臨床研修の義務化であった。

厚生省ペースで制度化が進められていることに対処するため、文部省医学教育課は平成7年度、8年度に科学研究費「大学附属病院における卒後臨床研修の在り方に関する調査研究会」を措置し、国公私立大学の代表者の意見を聞きながら詰めていく場を作った。

インターン制度が廃止されてから、大学附属病院における卒後臨床研修の在り方については、各大学でも、各地区の病院長会議でも、また国立大学医学部附属病院長会議でも常に討議されてきた。

そこで将来にわたって卒後臨床研修制度が厚生省の一存で変えられることのないように、平成7年7月21日国立大学医学部附属病院長会議として、厚生省健康政策局長に「卒後臨床研修の義務化について」申し入れ書を提出した。

平成7年11月20日には、厚生省の医療関係者審議会臨床研修部会臨床研修検討小委員会から「臨床研修制度改善に関する現時点での考え方——今後の検討に向けて——」が公表された。

これを読むと、義務化の法制化、研修プログラムの内容とその内容を誰が決めるのか、どのような方法で実施するのか、責任体制、評価、財源の確保などについて、文部省側と厚生省側との考え方かなりの隔たりのあることが明確となった。

卒後研修に関して、文部省側からは再三大学関係者の意見を十分尊重する形でなければ合意できないと伝えていた。さらに厚生省側からも健康政策局長

が、一部の研修医、医学部長クラスの方々と意見交換したいという申し入れもあったようだった。また常置委員会としても、積極的に健康政策局長らとの意見交換の場をもったが、両者の一致点はなかなか見出せなかった。

財源確保の問題や大学関係者（国立大学、私立大学）とのコンセンサスが得られないことなどから、卒後臨床研修必修化をめざした医師法改正法案は、平成7年度の国会提出が見送られた。

しかし、政治情勢、財政状況によって、いつこれが提出されるかわからないので、文部省としては、確固たる卒後研修の在り方を提示できるように準備することが求められた。

卒後臨床研修は大きな問題であり、残念なことに私の常置委員長在任中に結論を得ることはできなかった。

2. 看護婦宿舎の新築

近年、われわれが附属看護学校で看護婦を一生懸命に養成しても、本院への就職希望者は少なく、看護婦不足を補うために、毎年度末に附属病院では看護婦獲得に多大の努力を拂わざるを得なかった。

これには種々の原因が推定されたが、次の新しい病院の建築が話題となるような時期になってきて、どんな新しいすばらしい病院を建てても、看護婦が充足していなければ、病院の機能を十分に発揮することはできない。

この解決には、まず看護婦の生活環境を整えることが急務であると私は考えた。

今までの看護婦宿舎は個室ではなく、プライバシーが保てるような状態ではなかった。少し立派すぎるかと思ったが、バルコニーを有し、入口もそれぞれ独立したワンルームマンション形式の看護婦宿舎の新築を平成7年度病院からの概算要求の第1位とした。

これが認められて亥鼻の敷地内に、今でも見学に来られた方が羨むような5階建45室を有する現在の晴暉寮B棟が、平成9年3月26日に完成し、丸山工作学長も落成式にこられて驚きの目で見学された。

その後、従来の晴暉寮の2室を1室に、同時に耐震化を施す改修工事を行ない、個室68室を有する現

在の晴暉寮Bが出来上がった。

このような看護婦宿舎の整備が、その後の看護婦の就職・定着に少しでも役立っていれば幸いである。

3. 看護部長の公募

まだどこの国立大学附属病院でも看護部長の公募は行なわれていなかったが、たまたま平成9年3月31日で看護部長が定年となるので、この際今まであまりはっきりとした決まりがなかった看護部長の選考も、ちゃんとした規約を作って選考すべきではないかと考えて、これを病院の科長会議に諮った。

科長会議の賛同を得て平成8年10月21日に選考委員会が発足した。選考要領に基づいて学内外に公募することが決定し、関東地区の国公立大学病院(23)、山梨医大、看護系大学(7)および本学看護学部の計32機関に公募し、本院内は掲示により周知することとした。

選考の結果、濱野孝子看護婦長を看護部長とすることが決定し、平成9年1月20日の科長会議で報告した。これが国立大学医学部附属病院で最初の看護部長の公募、選考となった。

4. 中央検査部の機能拡充

本院の中央検査部は昭和41年に新設された。その際、それまで第一内科、第二内科と小児科が共同で細々と運営していたものが吸収改組されて、部長には第一生化学の降矢震が就任した。

基礎の方が部長となったこともあって、その運営は臨床が要望するものにはほど遠いものであった。時と共にこれらのことは徐々に改善されてきたが、

まだ他大学の中央検査部に比べればかなり見劣りするものであった。

本院は全国の大学附属病院の中でも外来患者数が多く、それに伴って検体検査処理件数は年々増加傾向にあったが、検体の受付、前処置、仕分け、搬送などの大部分を手作業で行なうなど非能率的なものであった。

これでは時代遅れもはなはだしく、私は2年計画で血液・凝固・尿検体検査自動化システム、血液検査室内分析装置、一般検査室用分析装置、情報制御装置からなる検体検査自動測定システムを導入することにした。

このような中央検査部の充実、処理件数の増加に対応すると共に、検査結果の待ち時間短縮、院内感染の危険性の軽減、外部委託検査の院内取込み、正確な検体処理による診断・治療方針の精度向上に寄与することとなった。

5. 附属看護学校、助産婦学校について

看護学校、助産婦学校は、ともに長い歴史を有し、多くのすぐれた看護婦、助産婦を育ててきたが、そのままの形で存続することには色々と問題があった。

そこで両校を廃校とせず、できれば看護学部の中に吸収するような形にしてもらいたいと、高橋英世医学部長と一っしょに看護学部と再三話し合った。また丸山工作学長も間に入って下さったが、これらが全て不調に終り、その後両校が廃校となってしまったことは、非常に残念なことであった。

(にいみ ひろお)

(元附属病院長：平成7－9年)

千葉大学医学部135周年記念誌

伊藤 晴夫

私が附属病院長を務めさせて頂きましたのは平成13年4月から15年3月まででした。この時期は、国立大学が法人化する直前にあたり、各大学および文部科学省は慌ただしく準備に追われていたという状況でした。このため、国立大学附属病院長会議（以下、国立大学病院長会議あるいは病院長会議）はてんでこ舞いの忙しさでした。なお、同会議の常置委員長（本会議代表）は千葉大学病院長が務めています。副委員長は東大病院長と医科歯科大学病院長です。千葉大学が大きな位置を占めていることが分かると思います。一時、大学の法人化を迎えて、これを変える動きもあったようですが、その後もこの体制が続いていることは、病院長は大変ですが、千葉大学にとっては良いことだと思います。

この時期にあたり、今後進むべき方向がはっきりしないために全国の国立大学病院が困らないようにということで、各大学がどのように対処するべきかを示す指針ないしガイドラインを病院長会議で纏めることになりました。これが3冊になったと思いますが、私は常置委員長を務めておりましたので、この点でも大変でした。それぞれは、病院長会議内の各委員会で作成したわけですが、常置委員長はすべての会議に参加しなければならず多忙を極めました。

国立大学病院長会議で作成した最初の指針ないしガイドラインは、平成13年12月に発行した「国立大学附属病院卒後臨床研修必修化へ向けての指針」でした。臨床研修の必修化に伴う諸問題について検討し、各大学病院において研修を充実するために今後取り組んでいただきたい事項を提示しました。次は、平成14年3月に出版した「国立大学附属病院の医療提供機能強化を目指したマネジメント改革について」でした。これは、国立大学附属病院のマネジメントシステム、特に医療提供機能に関するマネジメント改革について検討したもので、真に国民のためになる医療提供機能を充実・発展させるための改善方法を提言しております。3冊目は、「国立大学法人化後の国立大学附属病院の運営について」でした。ここでは、法人化後の国立大学附属病院がその役割と使命を果たすために配すべき財務会計制度及び人事制度上の諸課題について、国及び各大学に対

する要望事項としてとりまとめました。これらの指針ないしガイドラインは各大学が法人化に対処するに当たり大いに参考になったと聞いております。

病院長会議の常置委員長として、全国の大学の代表として陳情に行ったことも思い出されます。平成13年7月には文部科学省、財務省、総務省、人事院に行きました。陳情項目は、教職員の増員（医系教官、看護職員、医療技術職員、医員及び医員（研修医）の定数増、教職員の待遇改善について（医系教官（臨床系）、看護職員、医療技術職員）、中央診療施設の新設・整備（リハビリテーション部、光学医療診療部、病理部、周産母子センター、医療情報部、血液浄化療法部）、施設・設備等の充実（建物整備の推進、医療機器等の整備・充実）でした。14年7月には、再び文部科学省、厚生労働省、財務省、総務省、人事院に陳情しています。このときの陳情項目は、卒後臨床研修の必修化について、社会精神医学教育研究センター（千葉大学では社会精神保健教育研究センターとして実現）の設立について、医療保険制度改革について、医歯系教官（臨床系）の増員と待遇改善について、医員の定数増について、中央診療施設の新設・整備について、施設・設備等の充実についてでした。昨今議論の多い官僚支配について、はだで実感したことを思い出します。どっしりした建物、見事なピラミット様の組織、完璧に理論付けされているように見える答弁・説明などでした。

病院長会議の常置委員会の下の広報問題検討小委員会（委員長は大阪大学病院長）で「フォーラム国立大学病院」を発行することになりました。これは、国立大学病院は経営がなっていない、医療事故が多発しているなどの芳しくない印象を持たれていることが多いので、国立大学病院もその存在価値をアピールしてゆくために年2-3回の発行をしてゆこうという趣旨でした。創刊号が平成14年7月15日に発刊されました。その第1、2面に千葉大学、京都大学、東京医科歯科大学の病院長による鼎談が掲載されました。このフォーラムは現在でもさらに充実して続けているものと思います。

上記と同じ趣旨の下に開催した、「国立大学病院長会議常置委員会と論説委員等との懇談会」は記憶

に残るものでした。平成14年8月9日に、都市センターホテルで常置委員会と各新聞社・NHKの論説委員・解説委員との懇談がおこなわれました。国立大学病院は、国立大学法人化問題、医療制度改革、卒後臨床研修必修化問題などのほか、マネジメント改革の推進という大きな問題を抱え、各大学とも鋭意努力していることを説明しました。論説委員・解説委員からは種々の意見を頂くとともに、数々の問題点を討議でき有意義な会でありました。

千葉大学病院関係では、皆様のご協力により多くの改革を成し遂げることが出来たことは幸いでした。平成13年4月には、総合診療部が設置されました。これは、全人的医療としての初期診療・総合診療とその臨床教育の推進を図ることを目的に設置されたものです。平成14年2月には、院内措置で安全管理室を設置することが出来ました。この設置の目的は、医療事故防止及び医療の安全管理に関する諸問題を具体的に検討し、医療の安全性の向上を図ることでした。これは現在の医療安全管理部です。同年3月には、地域医療連携室を設置することが出来ました。これは、現在の地域医療連携部です。患者及び家族等に対する医療相談等の医療サービスを行うとともに、地域の医療機関との密接な連携を図り、患者に専門的かつ質の高い医療を提供することを目的に設置されました。私ごとですが、姉が千葉大学病院に入院させていただき、その後他院へ転院したときには、ここの社会福祉士のかたには大変お世話になりました。

平成14年4月には、感染症管理治療部を設置いたしました。設置の目的は、院内感染予防対策、難治性感染症の治療、新興・再興・輸入感染症動向の把握及び地域への情報発信、生物テロへの対応、等感染症に関することに対応することでした。感染症管理治療部は、新型インフルエンザをはじめ積極的に活躍していることは皆様ご承知のとおりです。また、成田国際空港も近いので、感染症領域における千葉大学の役割は大きいと思います。また、同年同月には、企画情報部を設置することも出来ました。この目的は、病院運営における基本戦略及び経営改善についての立案並びに病院情報の収集と分析及び病院情報システムの開発・運用等を行うことでした。

同窓の方などから患者の紹介をしたくとも病院内のことが良く分からないというご意見がゐるのはな同窓会等に寄せられたこともあり、附属病院各科の診療体制、専門、高度医療などを載せた冊子を発刊しました。第1回目は平成14年4月1日に配布しまし

たが、最近の冊子は大分充実してきているようです。開業された先生が大学へ患者を紹介した場合に、対応が必ずしも良くないというご意見を時に聞きます。これだけ大きな千葉県に医学部附属病院の本院が一つしかないということで気の緩みがあるのかもしれませんが。東京におけるように競争が激しくないことは有難いことですが、お山の大将的な考えは抱かないようにお願いしたいと思います。

やや寂しい感があったのが附属3学校の閉校でした。千葉大学医学部附属看護学校、同助産婦学校、同診療放射線技師学校の附属3学校は、平成13年度限りで閉校となり、平成14年3月8日に附属3学校の閉校式が記念講堂で挙行されました。附属3学校は、それぞれ輝かしい歴史を有し、多くの有為な人材を医療および教育を中心とする分野に輩出し、わが国の医療に貢献してきましたが、長年にわたる使命を終え閉校となった次第です。当日は磯野千葉大学長をはじめ多数のご来賓、卒業生など400名を超えるご臨席をいただきました。なお、記念すべき最後の卒業生として、看護学校37名、放射線技師学校25名、助産婦学校12名が目出度く卒業されました。また、これに関連して、閉校となった附属看護学校より附属病院にグランドピアノが寄贈されました。現在でも、外来ホールに置かれ、コンサートのときやBGM用に使われているものと思います。

なお、平成15年4月1日には、院内保育施設（さつき保育園）の開設にこぎつけました。これは、旧看護学校寄宿舎の改修に伴うものでしたが、看護部の強い要望があり実現したものです。現在大いに役立っていると聞き嬉しく思います。

私は附属病院長の一時期、椎間板ヘルニアを患い自分もつらい思いをしましたが、周りの方々にも迷惑を掛けてしまったことは申し訳なく思っています。附属病院長の他に、日本不妊学会（現在の日本生殖医学会）理事長、およびアンドロロジー学会の理事長を務めていたのに活動が制限されたことは残念でした。大学関係者・学会関係者にも申し訳ないことをしてしまいました。後で分かったことですが、運動不足が椎間板ヘルニアを誘発するそうです。それで大学を辞する前後から運動を始め特にテニスをするようにしました。あの当時は、東京あるいは地方、さらには大学での会議の連続、通勤には自動車ということで全く運動をしていませんでした。確かに運動すると腰痛も治ることを実感しました。学生時代には一応は軟式テニス部員でしたが、もともとの技術レベルは低かったので練習により上達は割合早

第1章 近年の歩みを俯瞰して

かったように思います。高齢でも少しずつ上手になることは嬉しいことです。ただし、軟式テニスと硬式テニスではバックハンドの打ち方が180度異なるので今でも戸惑っています。脱線してしまいますが、テニス界のことを少し勉強してみても興味あることに気付きました。フェデラーやナダルといった傑出したプレイヤーは人間的にも優れていることです。忙しい彼らが特に勉強をしているとは思われないのですが、敗者への配慮、社会貢献、優勝会見での哲学的ともいえる話など素晴らしいものがあります。絶え間ない努力が人間的な成長を促すのでしょうか。

千葉大学医学部附属病院は新棟も完成しました。これに関しては、文部科学省に何度もお願いに行ったことが思い出されます。また、他の部分の改築も進んでいるようです。附属病院は首都圏に位置し、千葉県の人口も日本の1/20強を占めるというように極めて有利な立地にあります。千葉県は人口当たりの医師数が全国でも特に少ない県であり、困難も多いかわりに、大学病院に対する期待も強いものがあります。地方の大学を卒業して故郷の千葉県に戻ることを希望する医師も多いと思われま

す。特に、臨床日本一を目指して進んで頂きたいと思えます。OBの目からもますます頼もしい、日本全国といわず世界から患者を引き付けられる病院になって頂きたいと考えます。

最後に、附属病院事務部に大変お世話になりました。轟木長紘事務部長（平成13年度）、山田久仁夫事務部長（平成14年度）；藤原定夫総務課長、長塚正明管理課長（平成13年度）、千葉正勝管理課長（平成14年度）、山崎賢司医事課長；伊藤信幸総務課長補佐、川畑健志管理課長補佐（平成13年度）、菱木一夫管理課長補佐（平成14年度）、長牛義実医事課長補佐；渡邊栄人総務課総務係長、その他事務部の方々に御礼申し上げます。

看護部では、濱野孝子看護部長、赤井ユキ子副看護部長（総務担当）、花鳥具子副看護部長（教育担当）、吉田千文副看護部長（業務担当）をはじめ多くの方々のお世話になりました。また、院長秘書の戸村萬喜様には特にお世話様になりました。この場をお借りして感謝申し上げます。有難うございました。

（いとう はるお）

（元附属病院長：平成13-15年）

大学病院法人化——実像と虚像

藤澤 武彦

はじめに

千葉大学にとって法人化は昭和24年の国立大学発令に次ぐ2度目の大改革であった。このような変革のとき、組織も人も可能性を求めるポジティブな反応と未知なるものに対する不安からのネガティブな反応がある。大学病院は法人化の時点で130年の歴史を刻んでいた。その輝かしい伝統の中にあっても時代の趨勢と共に変えていかなければならないものもあった。

千葉大学医学部附属病院は平成16年4月に千葉大学の法人化とともに法人化された。法人化に向けた検討は平成13年4月に始まった。伊藤病院長の下で、病院改革担当副院長として、法人化に向けた法人化対応ワーキング委員会を主催した。包括的に運営、経営、診療、研究、教育、地域医療、サービスについて課題を炙り出し、細かく詰めていった。特に、患者に分かりにくいナンバー外科、内科を臓器別に編成しなおすことには大きな議論と労苦が伴った。引き続いて法人化を挟んで2年間病院長として法人化の対応を行った。また病院再開発計画が若い力を集結して練り上げられた。病院長に引き続いて2年間病院・環境担当理事・副学長として病院の経営や再開発にも携わることとなった。

以下に記載することは法人化前後6年間における病院での副院長、病院長並びに本部における病院・環境担当理事・副学長として行った多くの検討会および委員会の資料を基に、法人化後にそれまでとどのように変わったかを纏めたものである。

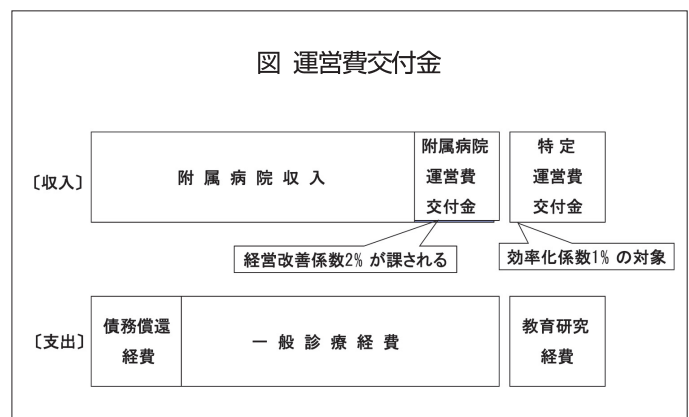
1. 法人化による大学病院の変化

平成16年4月から国立大学は法人化された。国立大学の法人化は自主自律性の増強、民間的手法を含む競争原理の導入、透明性の確保により、以前に比べて学長権限が大幅に拡大され、学長のリーダーシップが発揮できるシステムとなった。附属病院の運営形態も大きく変わり、学長が最終責任を負う制度となった。従って、国立大学法人の最高意思決定機関である学長と理事・副学長で構成される役員会で決定される大学全体としての方針が附属病院にも大きく影響することとなった。大学全体の予算から

みても附属病院が約3割を占め、附属病院における収支が大学全体の経営に大きな影響を及ぼすからであった。

法人化後の附属病院の収入は保険診療費収入と国からの運営費交付金により賄われ、また教育研究用として特定運営費交付金が措置された。支出に関しては一般診療経費と債務償還経費は病院収入と病院運営費交付金でまかなわれ、また教育研究経費は特定運営費交付金でまかなわれることとなった。しかし、大きな課題は病院運営費交付金に対する2%の経営改善係数と教育研究の特定運営費交付金に対する1%の効率化係数であった(図)。これは全国42国立大附属病院共通の課題で、病院運営に国から運営費交付金が交付されていれば、病院総収入の2%ずつ運営費交付金が毎年削減され、2009年度まで継続されることが決まったからである。このため各大学病院は今後、減額される2%分を自力で捻出しなければならず、増収や効率化といった経営面での強化が不可欠となった。

図 運営費交付金



国立大学病院の使命と役割は、先端医療の開発と推進を行う研究開発機能および将来の医療を担う優秀な医療人の育成を行う教育研修機能に加え、地域の中核病院として専門性を有した質の高い医療の提供を行う医療提供機能は法人化されたからといって、従来と全く変わっていない。病院長の運営・経営面におけるリーダーシップが不可欠であり、運営・経営においては、実効ある的確・迅速な対応が求められることとなった。病院の大学全体に及ぼす影響の大きさから、法人化の時点で大学本部に病院担当理事がおかれることとなった。

2. 診療科再編

組織改革としては診療科の再編を最重要課題として進められた。平成13年4月より検討が開始され、平成16年4月からは病院全てのシステムおよび標示が臓器別あるいは疾患別に移行した。移行に都合3年を要した。これにより、従来より患者さんに分かりやすくなるとともに、効率のよい診療を行うことが可能になった。

診療科は大きく6診療部門制となり、内科診療部門には消化器内科、血液内科、腎臓内科、アレルギー・膠原病内科、糖尿病・代謝・内分泌内科、循環器内科、呼吸器内科が、外科診療部門には心臓血管外科、食道・胃腸外科、肝胆膵外科、乳腺・甲状腺外科、呼吸器外科、麻酔・疼痛・緩和医療科、腎・泌尿器・男性科が、感覚・運動機能診療部門には眼科、整形外科、皮膚科、耳鼻咽喉・頭頸部外科、形成・美容外科、歯科・顎・口腔外科が、脳神経精神診療部門には脳神経外科、精神神経科、神経内科が、小児・母性・女性診療部門には婦人科、周産期母性科、小児科、小児外科が、放射線診療部門には放射線科がそれぞれ所属することになった。

このような診療科の再編は大学病院始まって以来の大変革であった。当然当該の長い歴史と伝統を誇り、それまで大学病院の中心として位置してきたナンバー外科、内科では痛みを伴う部分もあったが、患者さんのサイドにたって再編の作業が進み、病院科長会議の承認を経て、医学研究院教授会に諮られ正式決定された。

3. 病院再開発計画

附属病院は昭和53年4月に開設され、26年を経過し、施設、機能ともに老朽化し、診療、教育、研究の目的を達成するために支障がでていた。現在の東病棟は山浦病院長時代に策定され、伊藤病院長により練り上げられ、平成17年3月から新病棟の建設が開始され、平成19年に完成した。総合的な病院再開発計画は平成15年より開始された。既に決定していた新しい東病棟に引き続いて、西病棟の再整備、外来棟の再開発、中央診療施設棟の再開発を行い、21世紀における新しい患者の視点に立ったものとする事が決定された。

現在改修中の西病棟の再整備の基本的コンセプトは、新病棟である東病棟と同等の患者の居住性・快適性を確保するとともに、教育・研修のための十分なスペースを確保し、医療安全、災害対策を考慮した構造とすることとした。西病棟は既存の手術室に近く、また画像診断やリハビリテーションなどの中

央診療部門も近いため、主として外科系各診療科の病室として整備するが、循環器内科は循環器外科との同一フロアーに配置するとともに、HCU、CCUを新設することとした。

外来棟の再開発については、患者様本位の安全な医療を行うために、受診しやすい設備と外来診療体制の整備を行い、また先端的・先進的な外来医療を推進するため外来手術などに対応した設備と体制を整えることとした。さらに、医育機関として、学生・医師・看護師・技師等の教育スペースと設備を整え、地域医療連携を強化するとともに、救急外来を大幅に拡充し、地域医療に貢献するための新外来棟を新設することになった。

中央診療施設棟の再開発を進めるコンセプトは最新の診療機器を用いて、患者様の満足度が高く、最先端の医療を提供することとした。特に悪性腫瘍治療に関しては、CT-PETによる病巣の把握と高精度の放射線治療体制を構築することになった。

以上が病院長時代作成した大学病院再開発計画の骨子である。現在までに既に新棟である東病棟が完成し、現在それまでの西病棟の再整備が始まっている。その後外来棟の再開発が行われる予定となって進んでいるとの連絡を受けている。10年後、20年後をイメージした外来棟が完成し、中央診療棟が竣工すれば再開発が一段落することになる。

病院再開発はほぼ30年サイクルである。そして計画に10年、開発に10年以上の長い時間と多大な経費が必要となる。今行われている病院の再開発が完了するのは5・6年後だろう。完了した暁には大学病院の教育、研究、診療のレベルが格段に強化され、国内はもとより国外にも誇れる業績を期待したい。しかし、物事の終結は次への開始であることも忘れるべきでないと思う。そのときには、若い教官を中心とする次期大学病院構想を検討していかなければならないものとする。場所の設定、規模と機能、アクセス等々検討には長い年月が必要であり、練りに練られた計画の中に未来の千葉大学病院の夢を盛り込んでもらいたいと心から願うものである。

おわりに

法人化は自主自律性の増強、民間的手法を含む競争原理の導入、透明性の確保を錦の御旗としている。従来の国立大学では乏しいものであった。しかし、一見新しそうに見える錦の御旗も旧来の考えから抜けきれないのでは大きく翻らないし、輝かない。将来の大きな発展、進化はない。

病院再開発には大きな財政負担を伴う。しかし、病院は大きな可能性を秘めているところである。収益を生み出すことのできる場所である。再開発にかかる債務償還が本格的に始まるのは中央診療棟竣工後5年、今から10年後くらいであろう。それに対する対応を今からしていけば対応できるだろう。もしできないときは大学全体の運営に大きな悪影響が出ることになる。オブラートに包んだような議論ではなく、論理的に一つひとつ議論しはっきりさせていくことが大切であろう。

大きな夢を実現しようとするれば、相当のリスクを伴うことは当然である。だからこそチャレンジする意味があるともいえる。今大学病院はそのリスクを乗り越えて大きく成長、進化するチャンスの上に立っている。法人化とは期待はずれの虚像なのか、それとも実像なのかははっきりしない。しかし、それを虚像とするも実像とするも職員1人ひとりの意識と行動によるのではないか。文部科学省の指導に期

待しているようでは法人化の本来の目的は達成されないだろう。

病院再開発の膨大な経費は千葉大学が借入し、病院の収入から長期にわたって自力で債務を償還していくのである。自分の金で自分の病院の再開発を行っている覚悟が必要である。大学病院135年の歴史と伝統の松明を次代に向けて継いでいく役目が一人ひとりにある。法人化という荒波の前後で、ある役割を与えられたことに深く感謝したい。そして現職の皆様には、まだ漠としている法人化像を自らの手で一つひとつ実像としてはっきりと目に見えるものにしていてもらいたいと心より思っている。

【資 料】

国立大学病院の経営に関する第1次提言 国立大学
附属病院長会議 2005年2月

(ふじさわ たけひこ)

(元附属病院長：平成15-17年)

附属病院の動き——平成19年から平成21年

河野 陽一

「千葉大学医学部100周年記念誌」は昭和53年1月に発刊されているが、新病院が竣工したのが昭和52年12月であり、千葉大学医学部100周年は偶然とはいえ新病院建設と時期が重なっている。この度、35年を経て千葉大学医学部135周年を迎えることとなった。建設当時は最新の設備を誇った現病院だが建物は老朽化し、この間に病院機能に対する世の中の考え方も変化してきた。そこで、附属病院の整備が重要課題として検討され、現在病院再開発がまさに進行しているところである。奇しくも100周年、135周年と、それぞれの記念誌が病院建設あるいは再開発と病院の歴史の節目にあたっている。この病院再開発は多くの先輩たちのご努力により推進されてきたことは言うまでもなく、新病棟の建設、既設病棟の全面的な改修工事に至った詳細は、それぞれの時期を担った諸先輩のご紹介をお読みいただきたい。私は平成19年4月より附属病院長を務めているので、平成21年までの病院での出来事をまとめる。

平成19年度は、日本医療機能評価機構からの病院機能評価（Ver. 5.0）の「認定証」を4月23日付けで受領したことから始まった。病院機能評価の受審は、齋藤康病院長の時代に進められたものであり、書類と実地の審査により高い評価を受け認定された。

続いて9月には平成17年2月より工事が始められた新病棟が竣工し、平成20年4月17日に新病棟開院

記念式典を、来賓として土屋定之文部科学大臣官房審議官、小林万里子文部科学省高等教育局医学教育課大学病院支援室長、堂本暁子千葉県知事、武谷雄二東京大学医学部附属病院長らをお迎えし、220名余りの方々のご出席の下に市内のホテルで挙行了した。新病棟のスタートに際し既設病棟を含めて病棟の名称が整理され、既設病棟は「にし棟」、母子棟は「みなみ棟」そして新病棟は「ひがし棟」となった。

ひがし棟は、地上11階、地下1階建て、延べ総面積2万766㎡で、既設病棟（にし棟）よりもやや大きく、既設病棟の東、母子棟（みなみ棟）と精神科病棟（精神科は既にひがし棟に移っており、精神科病棟には今後総合医療教育研修センターなど医学教育関連施設が整備される予定になっている）との間に位置し、主に内科系の病棟が既設病棟より移動した。新たな施設としては、ドクターヘリによる重症患者の病院間の移送や臓器移植のための臓器搬送を目的としたヘリポートを屋上に整備し、最上階である11階には展望レストランとインターネットも利用できる図書閲覧コーナーを配置した。10階は、緩和ケア病棟と特別室（差額病床20床、13～45㎡/病床）とした。すべての病棟の廊下には絵画や彫刻などを展示し、1階にはコーヒーショップ、そしてコンビニエンスストアを導入した。各病棟に数多く展示した絵画は、工学部と教育学部の学生および職員

の作品であり、今後も定期的な作品の入れ替えを予定している。コーヒーショップ前の建物の狭間には木を植え小さな庭にしたが、作庭には園芸学部に参加をいただいた。総合大学としての千葉大学が持つ潜在的なパワーを活用し、他にない病院造りを行うというのは、本院の改修工事における基本的なコンセプトの一つである。

新病棟建設という大き

新病棟開院記念式典



新病棟開院記念式典で齋藤康学長挨拶

な事業とともに病院機能の充実も進められ、その一つとして平成19年11月に臨床腫瘍部が設置された。臨床腫瘍部は、各診療科で行われているがん医療を統括し、またがん治療に精通した専門医の育成を担当する部署である。文部科学省は平成19年に、がん医療の担い手となる専門医療人の養成や先端のがん研究の強化を目指したプロジェクトである「がんプロフェッショナル養成プラン」を立ち上げ、千葉大学大学院医学研究院は筑波大学、埼玉医科大学との共同グループとして、全国19グループの一つに選定された。臨床腫瘍部は、このプランと関係し「包括

的がんセンター」としての機能を果たしている。平成20年2月には遺伝子診療部を設置し、遺伝性疾患などに対するカウンセリングや遺伝性疾患に関わる診断・治療などを目的とした活動を開始した。また、基礎医学研究（前臨床試験）で得られた成果を迅速かつ的確に臨床応用するとともに、再生医療、細胞治療および遺伝子治療などの先進的な医療技術に基づいた診断・治療の開発を支援する施設として「未来開拓センター」を平成20年5月にひがし棟1階に配置した。さらに、平成20年10月にはAiセンターが設置された。Ai（autopsy imaging）センターは、



ひがし棟(右)とし棟(左)



ひがし棟屋上ヘリポート

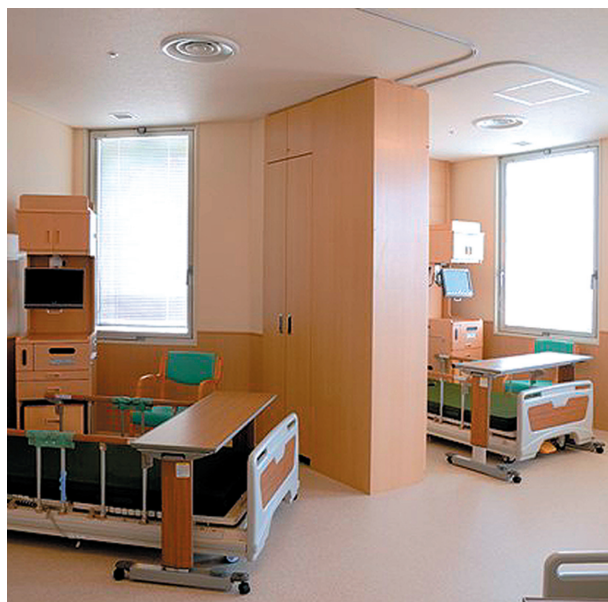


ひがし棟10階特別室

第1章 近年の歩みを俯瞰して



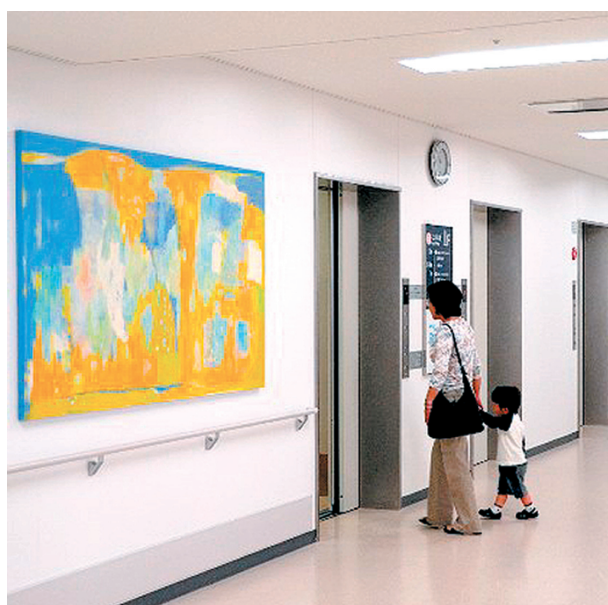
ひがし棟11階展望レストラン



ひがし棟4床室



ひがし棟緩和ケア病棟



ひがし棟廊下の絵画



みなみ棟廊下の童話の絵

死亡時に非侵襲的に画像検査を行うことで死亡に関わる要因を明らかにし、死因解明に寄与することのできる施設である。

ひがし棟の開院に続いて、みなみ棟とし棟の改修工事が進められた。この改修工事は補修的な工事ではなく、全面的な内部施設の見直しを基にした大規模な改修である。みなみ棟の改修工事は平成20年11月に開始され、平成21年7月に終了した。なお、周産期母性科と婦人科の病棟は分離され、婦人科はひがし棟2階、周産期母性科はみなみ棟2階に配置された。みなみ棟は、産科・新生児医療の充実を一つの課題としてあげており、2階に新生児特別集中治療室（NICU）を整備した。新生児科として独立した組織ではなく、小児科を中心として周産期母性科と小児外科との協力体制により、平成21年9月に

稼働を開始した。なお、にし棟の改修工事は平成21年10月から開始し、平成23年2月末に完成の予定である。

当院の拡充整備に当たっては、患者および診療・研究に従事するスタッフ、さらに社会にとっても、安心かつ安全な環境を構築することに重点を置いてきた。環境負荷の少ない病院であるとともに、大規模な自然災害に遭遇しても緊急医療の中核として十分機能しえる病院であることも再開発のテーマの1つである。一方、病院の臨床研究施設整備には課題が残されている。国際競争力にも資するイノベーションを創出する臨床研究機能を病院に持たせる必要があるが、千葉大学医学部は附属病院から500m以上離れており、診療と研究の有機的連携に支障をきたしている。このため臨床研究については、その大半が病院で行えるよう施設を整え、世界水準の新たな医療技術や医療機器の開発のためには、国内外の企業との共同研究や国外のトップレベルの研究者を招請することも検討すべきである。

最後に千葉県の地域医療における本院の役割と活動について触れたい。本院には千葉県の地域医療を担ってきた長い歴史がある。一方において、医師臨床研修制度が平成16年に始まり、大学病院に残る医師数が減少し、大学病院の医師派遣能力は大幅に低下した。全国的にも医師の診療科および勤務地域の偏在により地域医療が大きな打撃を受け、医療崩壊とも言われている。特に千葉県は人口の高齢化の早さが全国でも有数であり、医療機関および医療者のニーズはますます増加することが予測されている。このような状況下で本院への千葉県住民からの期待は今まで以上に大きなものになっているが、診療能力には限界がある。そこで、地域の中核病院との協力態勢に加えて開業医との連携による在宅医療の推進も重要な選択肢の1つである。適正な地域医療は、大学病院のみで行える問題ではなく、千葉県の医療行政機関そして医師会との密接な協力体制の基にプランを考えなくてはならない。平成21年より千葉県庁の健康福祉部を中心に県の医療行政機関とは定期的な検討会を開催し、千葉県医師会とも懇談会を行うなど、互いの関係を深めている。例を示すと、平成21年8月に森田県知事が本院を視察し、引き続き千葉県医師会との話し合いに出席された。また10月には熊谷千葉市長も視察に来院され、モノレールの延伸事業の再開などについて意見交換を行った。このような医師会そして医療行政機関との話し合いを基にした連携は今後も重要であり、本院が地域医療ネットワークの中心となり、千葉県の新



森田健作千葉県知事(中央)と藤森宗徳千葉県医師会長(左)の病院視察

しい地域医療を構築していかなくてはならない。

以上述べたように附属病院は現在重要な節目を迎え、附属病院を取り囲む医療環境も大きく変化している。このような内外の状況に対して附属病院は新しいコンセプトによる舵取りを必要としており、医学部のみならず看護学部、薬学部の優れた人材ともしっかりと手を組み、国民の健康福祉向上に貢献できる最高の医療機関として機能し発展することを祈念している。

追記：平成21年度につづき平成22年度の病院再開発の状況について少し触れておきたい。平成22年10月の時点で新外来棟の建設を概算要求しており、予算決定後平成24年2月に着工を予定している。この新外来棟の建設により現外来棟前の患者向けの駐車場約120台分が失われる。そこで、約430台の車を収容出来る立体駐車場を硬式テニスコートの敷地に新たに建設する手続きが進んでいる。硬式テニスコートは、軟式テニスコートの隣に移設し整備する計画になっている。

(この ようい)

附属病院を取り巻く医療環境の変化と本院の活動

——平成16年の国立大学法人化を受けて——

附属病院執行部

国立大学法人化への動き

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

法人化前の国の動き

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

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

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

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

大学病院に影響を与えた厚生労働省の施策

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

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

国立大学法人化の大学病院への影響

○予算制度

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

○機構・定員

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

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

○その他

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

千葉県の地域医療の現状と展望

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

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

地域医療における大学病院の役割と活動

山武長生夷隅医療圏における東金九十九里地域医療センター設立の経緯について

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

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

第1章 近年の歩みを俯瞰して

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

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

千葉県との定期的な地域医療についての懇談会、千葉県医師会との懇談会

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

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

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

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

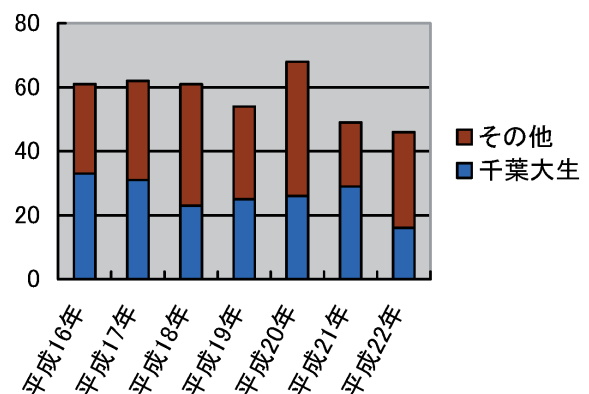
千葉県における地域医療の構築には、千葉大学、千葉県、千葉県医師会、関連教育施設（地域の拠点病院）との密接な協力が不可欠であり、今後とも相互に定期的な会合を開催する予定である。

卒後臨床研修必修化と大学病院における医師不足

卒後臨床研修必修化とその影響

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

図 千葉大研修プログラムで研修した研修医数の推移



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

医師不足に対する活動

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

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

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

トの作成、配布を行っている。

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

附属病院の戦略的運営

経営戦略会議

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

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

第1章 近年の歩みを俯瞰して

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

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

医療安全

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

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

附属病院の将来構想

～世界水準の医療と地域医療を見据えて～

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

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

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



みなみ棟NICU



にし棟4階CU



にし棟重症個室

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

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

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

第1章 近年の歩みを俯瞰して

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

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

千葉大学医学部附属病院 拡充整備計画基本構想

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

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

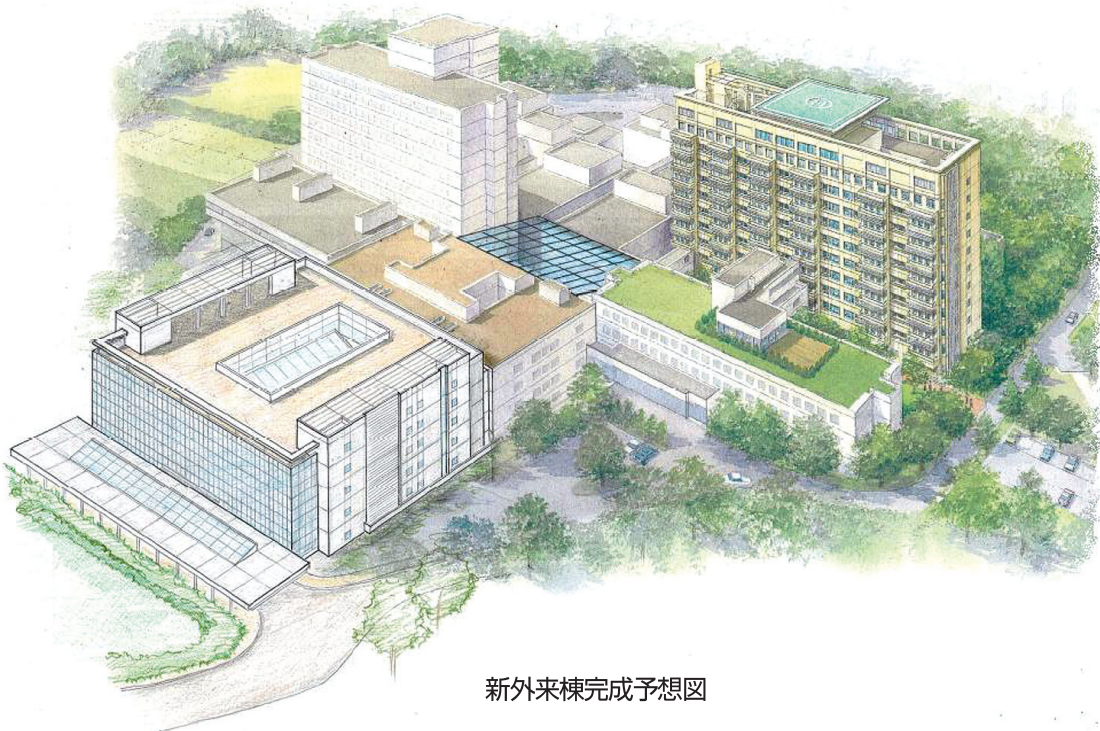
部教授会、千葉大学経営評議会などで承認され、今後の再開発事業の基礎となる。

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

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

さらに、より具体的には以下のような重点項目を策定している。

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



新外来棟完成予想図

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

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

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

国立大学附属病院長会議常置委員会における活動

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

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

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

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

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

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

（ふぞくびょういん しっこうぶ）

医学部附属病院執行部

平成19・20年度

平成21・22年度

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

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



2010年度(平成22年度)医学部附属病院執行部

千葉医大昭和20年代の思い出

長澤 仁一

1. 「都クラブ」のこと

20年代の中頃だったと思いますが、生化学の降矢震講師の呼びかけで、「都クラブ」を復活させないか、と言う気運が盛り上がりまして、各教室がそれぞれ趣向をこらしてやることになりました。「都クラブ」とは、基礎教室のあった場所が元は都村があった所だと言う事らしいのです。薬理は、小林教授をはじめ、萩原さん、小杉君などが演劇をやったと思います。われわれ細菌学教室は、安村君の脚本でやはり演劇をやり、セットを作るのに苦労しました。次の年は、川喜田教授がピアノ・寺島君がセロ・バイオリンは習い始めた私と橋爪君で一応四重奏をやりました。会場は、本館講堂です。この翌年は、私の知り合いの寿司屋から、使わなくなった、付け台を借りてきて、ネタは河岸から仕入れてきてもらい、皆で寿司を握りましたが、私以外は握り方をしらないので、おにぎりの上にネタが乗っているようになり、とても人に食べさせられない、自分で食べる、と言う事になりました。第一生理も何かやったように思います。なお、他所の教室へ飲みに行くのも恒例でした。

2. 「ダンス」のこと

昭和22年頃は、社交ダンスが盛んになった時代でした。東京には、有名ホールが10ヶ所位あり、それぞれ一流バンドが出ていました。われわれもダンスを始めようではないか、と話し合い、私・野上一・あと一人（名前を忘れました）の3人が、お茶の水のハンターと言うダンス教習所に習いに行きました。なにしろ、お金がありません。そこで、一人がタンゴ・私はブルース・もう一人がワルツをとワン・レッスンづつ習い、自分の番でない時は、一生懸命見て覚える。これを、4～5回通い、一応踊れることに決めて、大学で講習会を開こうと話し合い。学生食堂の広い部屋で行いました。だんだん人数も増え、学生ばかりでなく、臨床の教室員も加わってきましたので、パーティーを開こう、女性はどうか、大学の女性職員だけじゃ少ない、そこで目をつけたのは、当時新聞で「桃色学区」と言われた津田沼の女子学生でした。誰が呼んだのかは覚えていませんが、東邦女子理専・東洋デンタルの女子

学生が毎回20人以上来てくれました。本館講堂の床は、木が緻密に張ってあったので滑石を撒くと、上等のダンスホールに変わりました。この盛大なダンスパーティーが2年位続きましたが、講堂の使用が禁止されたため、終焉しました。

私と同級生の関俊之君は、血尿がでるほど練習して、全日本学生舞踏競技会のワルツで学生No. 3になりました。

3. 「基礎の自動車学校」

私は、昭和28年に自動車免許を取りました。そうすると、乗りたくなるのですが、車はありません。基礎の連中で免許を持っている者は誰もおりませんでした。私が取ったと言うので、自分も欲しいと言う人がでてきました。そこで、「私が教えるから、皆で金を出し合って一台手に入れようじゃないか、それで、練習して免許をとれば、教習所通いでお金を使わないで済む。」と誘ったところ、10人位集まり、5万円で1933年型のフォードを手にいれました。4気筒のオンボロフォードです。でも、故障せずによく動いてくれました。大学の構内は、道路ではないので、免許はいりません。自由に乗り回すことができます。構内の花壇の間をクラック前進・バック、また車庫入れ等、何でもできます。後は学科、これはお手の物です。千葉の試験場で免許をとるだけでした。しかし、本当の路上運転はしていません。そこで、免許をとった人を連れて、無事故祈願を兼ねて成田山にお参りに行ってくるのです。当時の千葉から成田への道は舗装でなく、ひどい道でした。帰りは、成田街道を東京の方へ向かい、（これもひどい道でした）途中から千葉街道（当時は、横はすぐ海でした）に出て大学坂を上り、帰着します。この往復で路上運転は完了です。そのうち、もう一台欲しいと、言いだす人がいて、しかしお金は無い。そこで、現在、杏林大名譽教授の渡部士郎君に（電気生理とも言われた第一生理に居た）頼み、秋葉原でカラーテレビのキットを安く買ってもらい、お手のものの電気の知識で組み立ててもらい、私の知り合いの自動車会社の社長の所へ持って行き、（当時カラーは、少なかった）ハイヤーあがりの中古の1935年型のパッカーと交換してもらっ

第1章 近年の歩みを俯瞰して

た。しかし、古くなった6ボルトのバッテリーでは、7,000ccのエンジンはかからず、2つのバッテリーを直列につないで12ボルトにして始動し、エンジンをふかしている間に、1個をはずすといった苦勞をして乗っていました。薬理学会では、送迎や連

絡に役立ち、小林教授に感謝されました。

まだまだ、話したい事は沢山ありますが、長くなりますので、今回は、この辺で筆を置きます。

(ながさわ じんいち)

(元あのはな同窓会長：平成12-15年)

ゐのはな同窓会の発展に向けて

渡辺 武

この度、千葉大学医学部創立135周年事業の一環として、ゐのはな同窓会会長を勤めた時期の事業の一端を寄稿するように依頼がありました。

私の担当した時期は、平成15年（2003年）6月から平成19年（2007年）6月までの2期4年間でした。

15年6月総会の日、折悪しく欠席。というのは直前まで日本プライマリ・ケア学会会長を4年勤め、当日は札幌での学会総会と重なっていました。

諸般の事情から、唐突に私のゐのはな同窓会会長が決定したため総会出席の調節が出来ませんでした。

さて当時を振り返ってみますと、母校は国立大学の独立法人化という大きな問題がありました。大変な事業です。また新しい研修医制度もはじまりました。大学病院へ戻ってくる研修医が、半分にも達せず、医局員の不足から派遣も出来ず、出張先病院も混乱、日本の医療そのものも崩壊の連続でした。

卒業式では、また母校へかえってこい！と懇願さえする教師たち。異様な現場も。

もっとも小泉政治の4年間……安倍、福田政権のあと自民、民主ともにまともな党首なく、加えて100年に一度のアメリカ発の世界恐慌とつづきます。

会長をやめてから、少し時間が出来、ゐのはな同窓会報を読み直しています。

いろいろな事を回想しています。それにしても会報の編集作業には、関係理事鈴木信夫先生はじめ多くの方々、支部からの協力により毎号特色のある内容には感謝あるのみです。

一方同窓会事務局の10畳間にも満たない狭い所で、しかも千葉医学会とも同居しながらの大変な雑務を我慢していただいていることに対して、早く解決の道と思うばかりです。

さて総合大学としての千葉大学の在り方については、9学部（文学部、教育学部、法経学部、理学部、医学部、薬学部、看護学部、工学部、園芸学部）からなる校友会（同窓会）があり、年一回の西千葉で親睦をかねたミーティング・校友会がありますが、相互の同窓会の交流はこれからの状況です。

詳細は「千葉大学。進化する総合力2007～2008年版日経BP企画」に譲りますが、キャンパスには西千葉、亥鼻、松戸、柏の葉とあり、学生数11011人、大学院生3595人、留学生832人、教職員数は教授453人はじめ、2074人の合計2527人の大世帯です。

留学生支援をはじめとしての千葉大学基金の募集が行われていますが、一方、医学部135周年記念事業の募金も始まる時でした。100年に一度の世界大不況の嵐のなかでの船出でした。協力は当然のこととして当面の着地点を何処にするか、規模など頭の痛いことが続きます。

いうまでもありませんが、ゐのはな同窓会会員の結束、懇親の場としての同窓会の在り方、運営が、同窓会長としての最大の課題です。会則にのっとり、事を進めるには、会則そのものの問題点をさぐる事が、まず課題となりました。

年3回の理事会のほかに庶務、会計、事業の3会務の融合、フリーターキングの場として総務会という協議の会を新しくつくり、9回任期中に活用しました。

この中で会則を改正しました。主な点を取りあげてみます。

第1章 名称、第2章 事務所、第3章 目的は不変として第4章 組織から改正しました。

従来は正会員を甲、乙に分け、甲は千葉大学卒のもの、乙はその他とし、ほかに特別会員と名誉会員としていました。今回は会員を4種とし、甲・乙は統合して正会員とし、ほかに新たに学生会員を入れました。特別・名誉会員は存続です。続いて、要点として、

第5章 支部 地方支部のほかに、本学に在籍中の会員は学内支部を組織することが出来る。

第6章 役員等 役員任期は2年とする。

第7章 会議 常任理事会は原則として年3回開催する（従来は随時）。

第8章 会務 新設された総務会の運営。

第9章 財務 従来の資産および会計は財務としてまとめました。

第10章 付則 別表に学生会員会費 年1000円

第1章 近年の歩みを俯瞰して

入会金5000円（なお正会員は会費年5000円）。

第1回の理事会を15年11月に控えて、論点の整理のために9月5日に同窓会の活性化問題検討委員会（大藤副会長・その後、将来検討委員会と改称）が開催されました。それに基づき9月27日に第1回首都圏のみのはな支部連合会が開催されました。記念講演として独立法人化を前にして落合教授の“COE計画（Center of excellence）”についての感銘深いお話しがありました。

また東京支部からもIT教室の開催の提案があり、研修医の施設受け入れ機関としての広報活動にも利用されるチャンスに発展しました。医局崩壊の危機に対する対策としても大学のみならず千葉大学関連病院の参加・広報にも役立つことになりました。

一方同窓会の法人化問題については、活性化委員会のもと識者のご意見、他大学の実情をみながら検討を重ねることとしました。

同窓会の事業展開には、3会務（庶務、会計、事業）の密接な連携が必須となり、前にも述べましたが新しく総務会を創設することにしました。

また学生からは、同窓会館についての要望がよせられました（会報140号）。冷房設備が無いため夏は窓を開放し、そのための会話騒音の苦情や夜9時過ぎには消灯、さらには男女共用トイレしかなかったり、老朽化した設備では耐震上も使用の限界にきているので、何とかサークル会館も含めて同窓会館の新設をとというものです。

これには異論は無く、さらに学生にも学生会員（新設）として広い視野からも積極的に会報の編集にもあたってもらうことにしました。特に11月のみのはな祭は毎年盛大におこなわれております。

全国支部活動の様子は会報をつうじ、また駅前ミーティングなる特色ある記事が好評をえております。なお、支部は平成18年6月で15支部〔平成22年には22支部（秋田、山形、栃木、群馬、茨木、埼玉、千葉、君津木更津、安房、東京、江戸川、多摩、神奈川、静岡、山梨、信州、北陸、中京、阪奈和、四国、九州、沖縄）〕を数えます。

さて平成17年8月に千葉大学医学部創立135周年記念事業会についての協力を要請されました。

それは本学創立85周年を記念した記念講堂の建設から50年が経過する平成21年（2009年）に創立135周年を迎えるので、同窓会として協力してほしい

と、徳久医学部長（当時）からお話がありました。

理事会でも検討されたのは、現記念講堂のことです。85周年記念では、記念講堂の建設が第一目標でした。当時から学会をはじめとして、いろいろな行事に集会場はなく市民のためにも公会堂のような使用の出来るものとして利便に供するようにと千葉市にも寄付をお願いすべく、当時の谷川医学部長は、少なくとも1500人程度は収容できるようにしたいと会報にのべられています。しかし実際の利用状況は、ご存知のとおり年間10回程度の現状です。利用しづらい点が多々あるようです。

その一方で学生の使用が主になった同窓会館は、木造で築後55年を経て、土台の劣化は、危険さえも覚えます。19年総会でも写真で説明した通りです。そこで記念事業の優先順位として、校門入口の駐車場に集会施設と宿泊施設の建物をまずつくる、その後記念講堂などを……という案を検討しました。

そしてさらに新しい趣意書が、伊藤晴夫千葉大学医学部創立135周年記念事業会長より、19年9月にだされました。

以上が記念事業の経過です。一番の懸案事項は、2007年9月のアメリカ発のサブプライムローン問題からおきた怒涛のような世界恐慌です。100年に一度の嵐は、誰も予想できませんでした。

問題は、それでも頭初目標の募金活動に邁進するかです。

優先順位を決め、さし迫った事業である同窓会館建設だけに当面しぼるか……大変な時代となりました。

雑感

20年1月16日の新聞によれば大学寄付集め競争激化。早大の200億円の目標に証券会社が大学担当部門を設置したり、一方では東大の調査でも、各大学の卒業生で寄付に参加した比率は「10%未満」が40%と低いのが実情と一部紙上で報じ、教職員や新入生の保護者、取り引き企業など集めやすいところから集める形になりがちとのべています。ましてやその後9月からの予想もしなかった世界恐慌への対応には、呆然としている現在です。

医師不足をはじめとする医療荒廃、官僚国家の無責任体制の数々、無能な政治ごっこ。

よほど慎重に計画を重ねて、一步一步と進むことが大切でしょう。目標を延ばすことも恐れてはならないと日々思っています。

（わたなべ たけし）

（元のみのはな同窓会長：平成15-19年）