群馬大学医学部附属病院　第 198 号　平成 24 年 5 月 10 日　（ 担当　総務課　7875 ）

病院便り

病院の理念
患者さん中心の医療を推進する

基本方針
一、先進医療の開発と実践
一、次代を担う医療人の育成
一、地域医療への貢献

病院再々開発計画元年

病院長　野 島　美 久

群馬大学医学部の歴史は，昭和 18 年前橋医学専門学校の創立に始まります。全国初の国立医学専門学校だったので，受験生が殺到したといいます（群馬大学 50 年の歩み：平成 11 年 6 月 1 日発行，群馬大学)。折しも学徒出陣が開始された年であり，国は敗戦に向かって突き進んでいました。終戦後の昭和 23 年，前橋医学専門学校は前橋医科大学に昇格し，さらにその翌年には群馬師範学校および桐生工業専門学校と合体して新制の国立群馬大学が誕生しました。その当時の昭和キャンパスの航空写真がありますのでご覧ください。病院の建物はキャンパスの北半分に広がっています。2 階建の外来棟が正面にあり，その北側に平屋の病棟が並んでいたようです。キャンパス南西の一角は陸上トラック，野球場，テニスコートなどが並ぶ広い運動場でした。現在の昭和キャンパスの航空写真をその下に掲示します。昭和 24 年の写真と比較してみると，キャンパス内は高層化した建物で埋め尽くされていることがわかります。両写真を比較して改めて驚くのは，キャンパスの形状や面積が昔とほとんど変わっていないということです。平成 6 年には正門前の道路拡張工事のために南側のラインは 6m 北に後退したということですので，敷地面積は昔よりむしろ減少しているものと思われます。

さて，このような限られた敷地の中で，医学部および附属病院は，建物の新築や改修を断続的に行ってきました。現在の病院関連の建物は，昭和 62 年に外来棟，平成 2 年に南病棟，平成 13 年に北病棟，平成 18 年に中央診療棟，平成 21 年に重粒子線照射施設，そして平成 22 年にアメニティーモールがそれぞれ竣工しています。これにより一連の病院再開発計画は終了したことになっていますが，この間の医療環境の変化は著しいものがあり，先行した建物の老朽化や狭隘化のため，数年の後には大学病院としての機能を十分に発揮できない状況となることが予想されます。

昭和 24 年当時の昭和キャンパス

これを踏まえ病院の再々開発計画が以前より練られていました。今年度はいよいよそのスタートの年と位置づけられます。まずは計画推進に障害となる駐車スペース不足緩和の目的で，現在の立体駐車場の北側に 2 階建 3 層の立体駐車場を増設し，その上でアメニティーモールの東側にある第 4 駐車場を潰して 2 階建の簡易病棟を新設します。平成 25 年度には，新設された簡易病棟に精神科と医療人能力開発センターが移転，空いた北病棟 2 階へ北病棟 4 階の一般病棟が移転，旧手術棟の取り壊し，ICU の増床工事などが計画されています。ICU は県の地域医療再生基金を財源として 11 床から 17 床に増床され，これにより北病棟 4 階は全面 ICU に改修されて本院の重症患者受け入れや高度集中治療の拠点となります。平成 26 年度以降は，旧手術棟跡地に新病棟を建設し，これを逃げ場として南病棟の改修を漸次進める計画を立てています。

現在の昭和キャンパス

限界にきた敷地スペースの問題や厳しい経営状況の中で計画を推進していくことは容易ではありませんが，次世代により良い医療環境を残していくためにはなんとか工夫してやり遂げていかねばならないことだと考えています。

平成２４年度　経営方針

【経営方針】

中期計画を踏まえて，理念・基本方針を実現するために，平成２４年度経営方針を定める。

1　大規模災害に対応する病院機能整備及び危機管理体制の強化
2　重粒子線がん治療を中心に先進医療等のさらなる開発と推進
3　病院施設再々開発計画の構築
4　医療の質向上と医療安全の推進
5　病院経営の健全化維持及び診療報酬改定への対応
6　医師，コメディカル等の教育・指導体制の充実及び労働環境等の向上

【具体的方策】

１　病院全体による方策

（１）大規模災害に対応する病院機能整備及び危機管理体制の強化

①　GunGNIR プランを推進して，自家発電装置の増設等を実施し，昭和キャンパスのエネルギー・情報を強化する。

②　平成２３年度に策定した災害対策マニュアルを教職員に周知・徹底し，これに基づく防災訓練を実施する。

（２）重粒子線がん治療を中心に先進医療等のさらなる開発と推進

①　重粒子線がん治療の広報を充実させて年間 300 人の治療目標を達成するとともに，平成 25 年度以降のさらなる増加に備えて診療体制を整備する。

②　その他の先進医療についても実績を向上させ，新規先進医療項目の取得に努める。

（３）病院施設再々開発計画の構築

①　外来化学療法センターの増床により診療機能の向上を図る。

②　立体駐車場の増設及び簡易病棟の新設を実施し，平成２５年度のＩＣＵ増床及びその後の南病棟等の改修に向け，病院施設再々開発計画を構築する。

（４）医療の質向上と医療安全の推進

①　入退院センターを活用し，地域医療施設との連携を強化し，高度医療機関としての適正な診療体制を構築する。

② 助教（病院）について，現状及び増員要望を精査し，医療の質向上及び医療安全の観点から適正配置を行う。

③ 医療安全管理部，感染制御部，病院長院内巡視等において，医療安全の推進及び感染対策の強化を病院の最重要事項として位置づけた運営を行う。

④ (財)日本医療機能評価機構による病院機能評価（新バージョン）の平成２５年度認定の取得を目差す。

（５）病院経営の健全化維持及び診療報酬改定への対応

① 平成２４年度診療報酬改定を踏まえて，新たな施設基準の取得に向けた施設整備及び人員配置の選択と集中を行い，効率性の高い経営を行う。

② 病院全体及び診療科毎に目標稼働額，目標平均在院日数並びに，目標病床稼働率等を定め，毎月検証を実施するとともに，その結果を診療体制の再構築に反映させる。

（６）職員の教育・指導体制の充実及び労働環境等の向上

① 医療人能力開発センターの充実

臨床研修センター，スキルラボセンター，女性医師等教育・支援部門，地域医療推進研究部門の活動をさらに充実させ，人材確保と育成の面から群馬県の医療に貢献する。

② クラークや看護補助者の増員を行い，医師や看護師が本来の専門業務に専念できる体制を整備する。

③ 医師等処遇改善検討委員会において，医師等に対する労務環境の整備及び負担軽減に関して検討のうえ改善を実行する。

④ 事務職員について，病院職員として必要な知識を得るための研修会へ積極的に参加するなど，事務職員も病院職員として専門的知識（メディエーションなど）の修得に努める。

２ 個別の診療科，中央診療施設等における取り組み方針・計画

（１）診療科，中央診療施設等は，自らの平成２４年度取り組み方針・計画を定め，病院長に報告する。

（２）病院長は，報告内容についてヒアリングを実施し，必要な指導を行う。

（３）診療科，中央診療施設等は，定期的に達成状況を検証のうえ必要な見直し等を行うとともに，年度末に実施状況を自己評価し，病院長に報告する。

「退職するにあたり群大病院へ期待すること」

放射線部　大 竹　英 則

この度，定年を迎えるにあたって担当事務より，原稿の依頼を受けました。平成 18 年に放射線部技師長を背任し，はや 6 年が経過しました。当初は，新中央診療棟（以下，新棟と言う）への移設と重粒子線治療の運用が，私の責務でした。さらに，私自身の目標で放射線部の組織作り（前向きな運用）を行って来ました。お陰様で新棟への移設は，検査を中断することなく完了しました。これは，放射線部の職員のみならず，全職員のご協力があってこそ成り得た事と，感謝しております。後に，他大学から抗議らしきご意見も来ましたが…。組織作りに関しては，現在も，着々と進めております。

さて，振り返ってみますと，この新中央診療棟移設を機会に放射線部では，様々な課題と重責を担うことになりました。特に，技師数が増員されたことによる業績（年間稼働目標額）の向上は，私にとって大きな課題でした。技師長になったときの大きな思いは，『組織化を図る』ことでしたので，この『組織化』に向け，増員と新しい装置への更新は必須と考えておりました。当時の病院長・事務部長には，この『目標額達成』に向け大変ご迷惑をお掛けし，我が儘を聞いて頂いたことを思い出します。実は，『目標額達成』についても，3 年間の猶予を頂き懸命に努力しました。結果，病院には約束を果たせ，感謝と安堵をしております。

放射線部での『組織化』は，大きな課題でした。何かに付け，奥に引きこもってしまう診療放射線技師をどのようにして表に引きずり出すか，試行錯誤で改革を行ってきたように思います。その1つの方法が『マネージメント』でした。読んだことのない経済学の雑誌をあさり，『組織作り』について学びました。この中で，放射線部は企業と同様であることに気づき，『マーケティング』つまり，各診療科の先生方を顧客にみたて，顧客のニーズに答えると言う事と，『イノベーション』（：放射線部の改革）を目標として組織作りをして来ました。結果，現在の放射線部が構築され，現在も目標に向け改革半ばの状況です。

放射線部は，重粒子線治療に係るだけでなく，高額な装置と高額な薬剤を使用しております。これは，病院にとって大きな負担であると思われます。このような状況から，これからの放射線部は重粒子線治療施設としての気構えと，病院経営に携われるような組織作りをし，より発展しなければなりません。従いまして，新しい放射線部には，この改革を推し進める事を期待しています。さらに，群大病院においては，我々，コメディカルスタッフを大いに活用し，邁進することを期待いたします。

入退院センターの設置

医療情報部　酒 巻　哲 夫

二年前から準備してきた入退院センターが，病院西の入り口と旧売店跡地を改装し，4月16日に開所しました。事務職，メディカル・ソーシャル・ワーカー(MSW)，看護師，薬剤師，栄養士など各職種がチームとなって，入院前から患者さんを支援します。開設にあたっては入退院センター担当として看護師2名と事務職(外注)1名の増員をしました。患者支援センター内の機能として入退院を支援しますので，兼任ですが私を含めて 3 人の医師がかかわっています。

入退院センター設置の主な目的は，Ⅰ．入退院支援(入院前から看護師の面談により，入院中・退院後に発生しうる問題に早期介入)，Ⅱ．患者満足度の向上(患者さんに安心・安全な医療環境を提供)，Ⅲ．診療・看護に集中できる環境の提供(各診療科が行っていた入院案内業務を一括集約し，合理化する)です。このように多職種が総合的な入退院支援をすることは国立大学病院の中でも先陣を切った取り組みと自負しています。おりしも，24年度の診療報酬で入退院に関する患者支援が新たな評価対象となったことは私たちの追い風でもあります。

ここでの業務フローはおおよそ次のようなものです。

(1)外来で入院が必要となった患者を，入退院センターに連絡

(2)入退院センターでの支援開始

＊事務的手続き開始

＊入院に関する注意事項の説明

＊看護師による病状把握・問題抽出

＊がん相談等各種相談業務へつなぎ，療養支援をする

＊必要があれば MSW が関与して，介護・福祉など支援

＊必要があれば薬剤師による持参薬整理，服薬中止薬のチェックなど

(3)退院困難者の支援

＊従来，患者支援センターとして行ってきた支援

(4)入退院支援カンファランス

なお，外来1F の窓口 2 番での入退院受付は，医療サービス課に在籍した入院担当の事務職(外注)が当センター受付の廊下を挟む向かい側の部屋に移ったことに伴い，全て入退院センターで行うこととなりました。これまでの 2 番窓口は，5月から各種保険の診断書などを発行する業務に変更されます。また，入院案内など患者さんへの配布冊子も一新されたことをお知らせします。これらの変更については随時アナウンスがありますので，宜しくご注意願います。

センター開設に二年の準備期間を設けたとはいえ，業務開始に当たって十分に体制を整備できているわけではありません。人員も十分ではないかもしれません。現在は婦人科，血液・腎リウマチ内科入院予定患者の入院支援を行って，業務フローと役割分担の整理を行っています。それ以外の診療科の入院については，当面窓口の場所が変わるのみですが，今後は暫時に支援する診療科を増やす予定です。

これまでは診療科ごとに入院窓口業務が異なっていましたが，これらを入退院センター業務という一連のものに再構築するために，今後も業務改善を行いながら取り組んで参ります。

群馬県認知症疾患講演会
第 7 回群大病院認知症疾患センター研修会

神経内科　池 田　将 樹

平成 24 年 3 月 18 日，群馬県社会福祉総合センターにて認知症疾患講演会を行いました。

岡本センター長の開会の挨拶の後，一般演題三題と，特別講演として認知症介護研究・研修東京センターの本間　昭先生から「認知症の人を支える：地域の役割」という演題の発表がありました。

一般演題では池田（筆者）が認知症疾患の一般的な説明と当院認知症疾患医療センターの現状を報告しました。群馬県介護高齢課の尾池さんからは，群馬県における認知症疾患医療センターの報告があり，県内の各地域拠点型病院の活動状況についての説明がありました。当院精神科神経科の米村先生からは精神科からみた認知症の対応，特に介護者に大きな負担となる BPSD（認知症の行動・心理症状：Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）について分かりやすい説明がありました。

特別講演の本間　昭先生の発表では，本人・家族・地域の理解が乏しいために受診の遅れの発生，かかりつけ医のスキル不足，専門医療機関における診断後の対応の問題，認知症があるために利用者を断るという介護保険事業所の問題，医療と介護とのコミュニケーション不足を挙げられていました。これらの点について自らの事例を取り上げ，認知症患者と患者を取り巻く様々な問題点を指摘し，その解決のための方向性を提示されました。身体合併症や生活習慣病についても日頃から注意が必要であり，これらの疾患の治療については，大病院に通院するよりも，かかりつけ医での診療の方が効率的である点から地域医療の重要性を指摘されました。締めくくりの挨拶として，こころの健康センターの浅見隆康所長から，一人暮らし高齢者や，夫婦とも高齢である世帯についての医療・介護についての対応が今後も重要であり，地域の視点からのコミュニケーションや介入が重要であると述べられました。認知症に対する理解は 10 年前に比べると広がりを見せているものの，個々の事例においては未だ不十分な場合が多々あります。今後も認知症疾患センターとして，疾患の啓発活動，病院間連携の促進，介護ケアとの連携や情報交換，かかりつけ医のスキルアップが重要な役割と考えます。群大病院認知症疾患医療センターのホームページは，附属病院のホームページ内にありますので，是非ご覧になって下さい。(http://gunma-ninchi.dept.med.gunma-u.ac.jp/)

平成23年度　稼働額･収入額及び稼働率等確認表

【稼働額】

（単位:億円）

区　分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	当月まで
23年度 実績	18.29	17.33	19.49	17.99	19.11	17.98	18.50	18.19	18.57	18.51	18.26	18.86	221.06	221.06
23年度 目標	18.94	18.22	18.38	19.00	18.37	17.97	18.41	17.49	18.15	17.38	16.89	19.06	218.25	218.25
22年度 実績	17.45	16.20	17.99	17.87	18.17	17.82	17.74	17.68	18.23	17.30	16.87	18.82	212.14	212.14
目 標 比 較	−0.65	−0.89	1.11	−1.01	0.74	0.01	0.09	0.70	0.42	1.13	1.37	−0.20		2.81
前年度比較	0.84	1.13	1.50	0.12	0.94	0.16	0.76	0.51	0.34	1.21	1.39	0.04		8.92

【収入額】

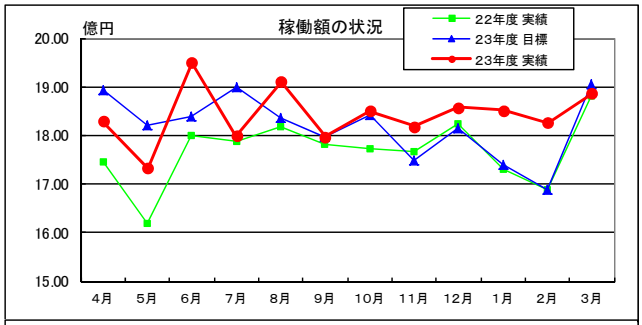
（単位:億円）

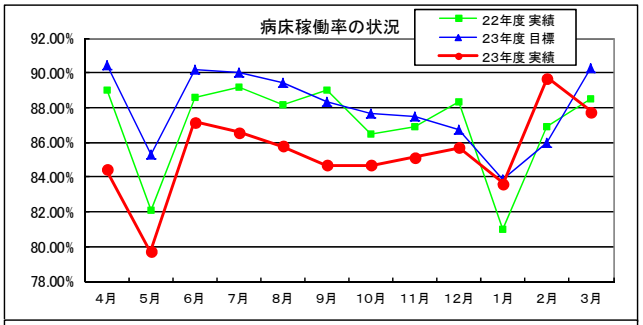
区　分	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	当月まで
23年度 実績	18.52	20.63	18.89	19.19	18.68	18.22	19.46	17.81	18.04	18.58	17.35	17.29	222.67	222.67
23年度 見込	18.20	19.51	19.06	18.15	18.20	18.60	18.28	17.89	18.15	17.49	17.80	17.45	218.79	218.79
22年度 実績	19.33	16.75	17.14	16.48	17.93	17.09	18.69	17.53	17.25	15.52	17.20	16.05	206.96	206.96
見込比較	0.32	1.12	−0.17	1.04	0.48	−0.38	1.18	−0.08	−0.11	1.09	−0.45	−0.16		3.88
前年度比較	−0.81	3.88	1.75	2.71	0.75	1.13	0.77	0.28	0.79	3.06	0.15	1.24		15.70

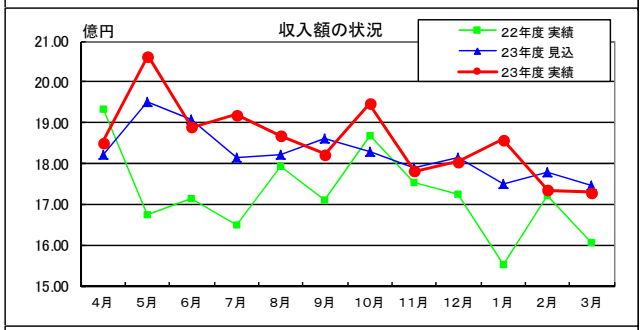
【患者数等】

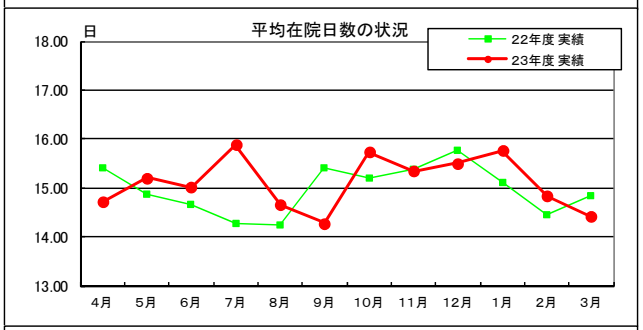
（単位:%,日,人）

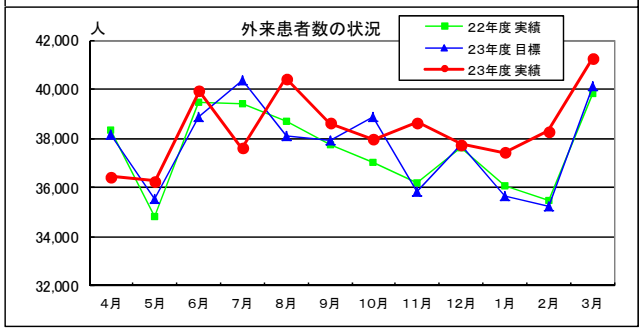
区　分			4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	計	当月まで
入院	稼働率	23年度 実績	84.43%	79.71%	87.18%	86.60%	85.80%	84.70%	84.67%	85.15%	85.70%	83.63%	89.69%	87.77%	85.40%	85.40%
		23年度 目標	90.40%	85.32%	90.23%	90.02%	89.41%	88.30%	87.68%	87.53%	86.72%	83.86%	86.00%	90.30%	87.98%	87.98%
		22年度 実績	88.97%	82.09%	88.58%	89.14%	88.19%	89.00%	86.47%	86.92%	88.33%	80.99%	86.86%	88.50%	86.99%	86.99%
	平均在院日数	23年度 実績	14.71	15.21	15.01	15.87	14.66	14.28	15.73	15.34	15.51	15.76	14.83	14.41	15.09	15.09
		22年度 実績	15.40	14.88	14.66	14.28	14.24	15.42	15.20	15.38	15.77	15.12	14.46	14.85	14.96	14.96
外来	患者数	23年度 実績	36,460	36,259	39,934	37,601	40,434	38,630	37,954	38,652	37,753	37,441	38,297	41,227	460,642	460,642
		23年度 目標	38,174	35,561	38,860	40,360	38,098	37,947	38,865	35,846	37,755	35,679	35,267	40,112	452,523	452,523
		22年度 実績	38,327	34,822	39,448	39,406	38,711	37,743	37,018	36,211	37,618	36,098	35,468	39,802	454,521	450,672
	一日平均患者	23年度 実績	1,823.0	1,908.4	1,815.2	1,880.1	1,758.0	1,931.5	1,897.7	1,932.6	1,987.0	1,970.6	1,823.7	1,963.2	1,887.88	1,887.88
		22年度 実績	1,825.1	1,934.6	1,793.1	1,876.5	1,759.6	1,887.2	1,850.9	1,810.6	1,979.9	1,899.9	1,866.7	1,809.2	1,878.19	1,809.18

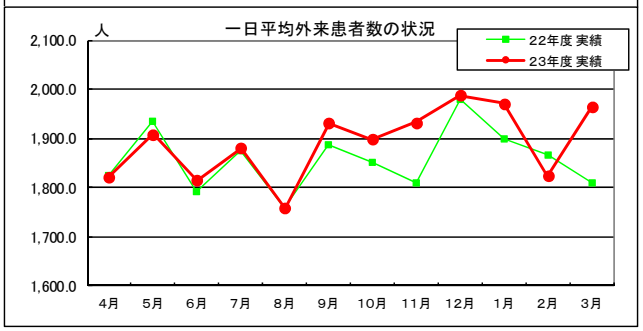












～裏 拍 子～

似て非なるもの

群馬大学理事（教育・国際交流担当）　皮膚科学教授　石 川　治

輿論（よろん）と世論（せろん）

戦前までは「世論」ではなく「輿論」と記載していた。「輿」は音で「ヨ」，訓で「こし」と読む。漢語林には，「輿」とは①荷車の人や物を載せる部分，②ものを載せ支えるもの，転じて基礎，③多い（衆），④大地，地球などを意味すると説明されている。すなわち，「輿」とは社会を支える一般の人々に共通する基本的考え方・感じ方を意味していたと言えよう。共通する基本的考え方・感じ方は人々が家庭・職場・地域の生活の中で代々育み，過去から脈々と継承してきたものである。これらは歴史という器の中で精製された結晶であり，常識・良識と言い換えることができる。戦前の「輿論」は国民の良識・常識であった。

「世」は音で「セ・セイ」，訓で「よ」と読む。漢語林には，①30 年間，②人の一生，③王朝の時代，④その時代，趨勢，⑤世の中，世の人々と説明されている。現在の「世論」が真に「世の人々」の論であるかは問うまでもないだろう。現在の「世論」は「マスコミ」の論である。戦後から現在にいたる「世論」とは，日本の歴史の中で淘汰されてきた文化・伝統，良識・常識を軽視するようになった国民とそのような国民を煽動する（あるいは迎合する）マスコミの合作である。現在の日本は，noisy minority と silent majority とが同化している危うい事態である。

政治家と政治屋

政治家は国民の安全・安心・幸福を，政治屋は自己の保身と利益を追求する。O 氏は「私は国家のことしか考えていない」と政治家らしく答えたそうだが，これまでの行動は政治屋そのものではないのか。言行不一致もここまでくると呆れるほかない。政治の世界に限らず，このような人種はあらゆる組織に存在する。自分では「誰も気づかないだろう」と思っても，天網恢恢疎にして漏らさずである。

国会答弁で漢字を正しく読めない首相がいたことは記憶に新しい。日本のリーダーもここまで地に落ちたかという好個の例である。外交とは，自国の利益を最大限にしようとするもの同士の武器を用いない戦争と言われる。そのような場では，政治家が相手の器（教養，度量）の大きさを見抜くことも重要である。それゆえ，真の政治家は日本の歴史・文化に精通していなければならない。長い年月を経て堆積した自国の歴史・文化の事実をありのままに摂取し，それらを消化して自分自身の血肉とすることが政治に携わる者ばかりでなく，等しく国民にも求められる。首相も日本国民の 1 人である。日本の首相も世界と自国の関係を高所・大所から多角的に分析し，緻密な戦略を立てるよう指示できなければ，まさしく「落日の日本」となるだろう。

右肩上がりの経済成長を期待できる時代が終焉し，少子高齢化に直面している日本である。今後 100 年の日本の進むべき方向とそのために成すべきことを国民に示し，これを実行するリーダーが求められている。そのようなリーダーを選ぶためには，我々国民も自国の歴史・文化の事実をありのままに摂取し，それらを消化して自分自身の血肉とすることが求められる。それは，教養ある国民となるためである。そうしない限り，合理主義，市場主義，個人主義の濁流からは抜け出せない。

EBM　～Evidence-based medicine と Experience-based medicine～

医療の分野では evidence（過去の文献）に基づいた診療ガイドラインが広く認知されるようになっている。ガイドラインは医療者が過去の evidence（文献）を渉猟し，その質を評価して，治療の選択肢を列挙する手間を省かせてくれる便利なツールである。しかし，医療者も患者もガイドラインを金科玉条のごとく崇めるのは誤りである。

診療ガイドラインとは一般に「特定の臨床状況において，適切な判断を行うために，医療者と患者を支援する目的で系統的に作成された文書」とされている。ガイドラインに載せられたエビデンスレベルの高い選択肢が当該患者の治療に有効であれば問題はない。しかし，選択した治療がいずれも無効であったらどうするのか。担当医師は，エビデンスレベルが低くとも次の治療を選択して患者に提案するであろう。ガイドラインとは，「従うもの」ではなく「使いこなす」ものである。

evidence-based medicine は決して experience-based medicine を排除するものではない。evidence（過去）ばかりに縛られていたのでは新しい薬，治療法，検査法は決して創出されない。医学・医療が，experience（経験）に立脚して未来を切り拓こうとする強固な意志を持った人々によって進歩してきたことは歴史が証明している。