

# 大学病院改革プラン

令和6（2024）年6月策定

国立大学法人筑波大学

# 目 次

1. 大学病院改革プランの策定	3/26
(1) 大学病院改革ガイドライン策定の趣旨	
(2) 大学病院改革の基本的な考え方	
(3) 大学病院改革プランの期間	
(4) 大学病院改革プランの進捗管理	
2. 大学病院改革プラン	4/26
(1) 運営改革	
① 自院の役割・機能の再確認	
② 病院長のマネジメント機能の強化	
③ 大学本部及び医学部等関係部署との連携体制の強化	
④ 人材の確保と処遇改善	
(2) 教育・研究改革	12/26
① 臨床実習に係る臨床実習協力機関との役割分担と連携の強化	
② 臨床研修や専門研修等に係る研修プログラムの充実	
③ 企業等や他分野との共同研究等の推進	
④ 教育・研究を推進するための体制整備	
⑤ 診療参加型臨床実習の充実	
(3) 診療改革	16/26
① 都道府県等との連携の強化	
② 地域医療機関等との連携の強化	
③ 医師の労働時間短縮の推進	
④ 医師少数地域を含む地域医療機関に対する医師派遣（常勤医師、副業・兼業）	
(4) 財務・経営改革	21/26
① 収入増に係る取り組みの推進	
② 施設・設備及び機器等の整備計画の適正化と費用の抑制	
③ 医薬品費、診療材料費等に係る支出の削減	
④ 改革プラン期間中の各年度収支計画	

## 1. 大学病院改革プランの策定

### (1) 大学病院改革ガイドライン策定の趣旨

文部科学省は、令和5（2023）年5月に、将来における我が国の医学・医療需要に対応し、今後の医学教育の在り方に関する専門的事項について調査研究を行う有識者会議として、「今後の医学教育の在り方に関する検討会」を設置し、同検討会は大学病院を取り巻く現状と課題等に鑑み、各大学病院が、都道府県等の自治体や地域医療機関とも連携し、自院の運営、人員、教育・研究・診療、財務など、既に開始している取り組みも含め、その実情に応じた計画（以下「大学病院改革プラン」という。）を立てて改革を推進し、持続可能な大学病院経営に取り組む必要があることを示した。

大学病院改革ガイドラインは、地域医療確保暫定特例水準（B水準、連携B水準）の解消が見込まれる令和17（2035）年度末に向けて、国公私立大学病院に対して、令和11（2029）年度までの6年間に取り組む内容を大学病院改革プランとして策定することを促す指針とされている。

### (2) 大学病院改革の基本的な考え方

大学病院が自院の役割・機能について、置かれている実情等を踏まえた分析に基づいて再確認を行い、医師の働き方改革に伴う医師の労働時間適正化の推進と、大学病院における教育・研究・診療という役割・機能の維持を両立するとともに、地域社会のステークホルダーの理解の下で協働していく環境を構築することにある。

### (3) 大学病院改革プランの期間

令和6（2024）年度から令和11（2029）年度までの6年間

### (4) 大学病院改革プランの進捗管理

#### ① 実施状況の評価

実施状況を毎年度評価し、その結果を踏まえた取り組みの更なる推進に努める。  
なお、進捗状況については、策定から4年目の令和9（2027）年度及び期間終了後の令和12（2030）年度に、文部科学省に報告する。

#### ② 見直し

社会情勢の変化、茨城県保健医療計画の変更や新たな地域医療構想の策定等により、記載内容と齟齬が生じた場合には、適宜見直しを行う。

## 2. 大学病院改革プラン

### (1) 運営改革

#### ① 自院の役割・機能の再確認

##### 1) 医学部の教育研究に必要な附属施設としての役割・機能

ア 本学医学類では「優れた臨床医、医学研究者、医学教育者あるいは保健・医療・福祉の専門家として、それぞれの分野でグローバルな活躍をもって地球規模課題の解決に挑み、社会に奉仕し貢献するために、基本的な臨床能力と医学研究能力を備え、高い問題解決能力と良好なコミュニケーション力をもって、患者の立場に配慮した医療及び医学研究を生涯にわたり推進する人間性豊かな医師」を育成することを目標にカリキュラムが組み立てられており、6領域の卒業時コンピテンシーが制定されている（プロフェッショナリズム、科学的思考、コミュニケーション、診療の実践、医療の社会性、未来開拓力）。

イ この人材育成目標を実現するためには、本格的な参加型臨床実習の充実が必要不可欠である。その実現には、幅広い診療領域において十分な症例や手技を経験できる「場」と、学生が自らの能力に合わせてチームの一員として診療に積極的に参加できる診療体制及び多職種を含む指導体制の充実を図る必要があり、附属病院はその中心的な役割を担う。

ウ さらに、今後は高度な臨床教育・研究能力を有する医師の養成を一層強化するために、診療科が主導する研究プロジェクトへの学生の参画を促し、先進的研究手法の習得支援に取り組むとともに、英語による研究発表・論文作成スキルの向上、海外研修の機会提供、国際学会発表・海外ジャーナル投稿の奨励により、国際的に通用する研究マインドとリーダーシップを備えた医学研究者を養成する。

エ 高い研究能力を有する優れた専門医の養成と地域医療への貢献の両立を図ることを目的とし、令和6年度前期入試から「アカデミア・コース」の募集を開始している。このコースでは卒前6年+初期臨床研修2年+後期専攻医研修3～5年を一貫した医学教育と捉え、初期臨床研修及び後期専攻医研修を筑波大学附属病院や関連病院群で行い、かつ大学院への進学や海外留学を積極的に推奨する。

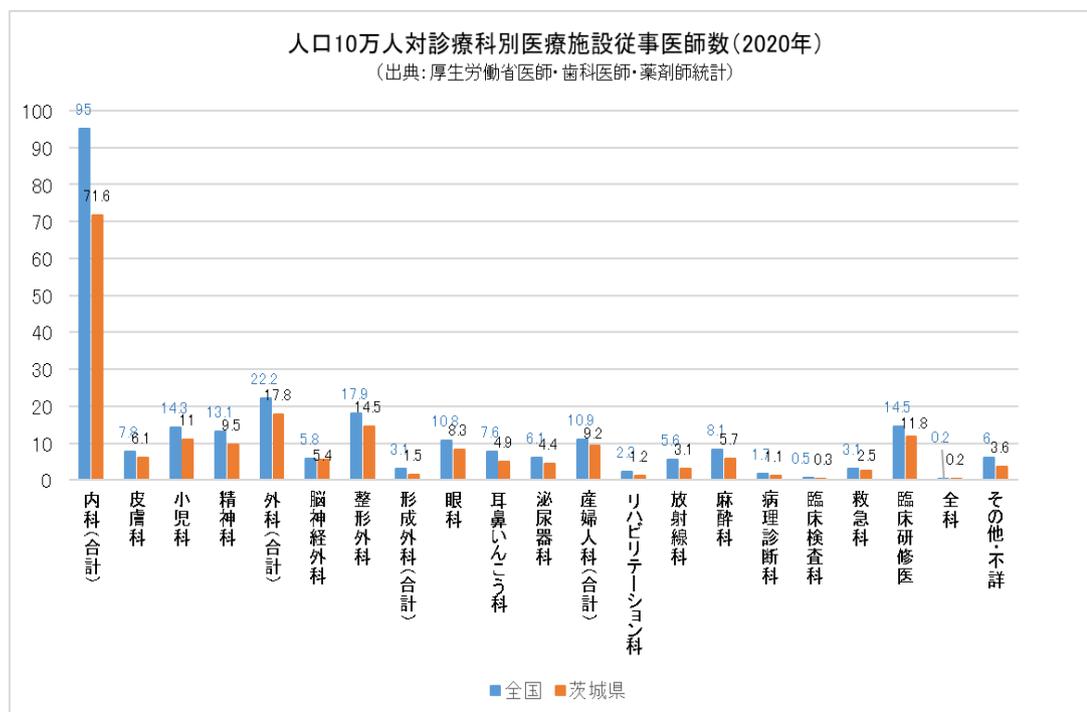
##### 2) 専門性の高い高度な医療人を養成する研修機関としての役割・機能

本学は、数々の研究機関が集まる研究学園都市に位置する指定国立大学であり、本院も研究大学病院として臨床研究をはじめとした国際競争力のある研究を実施する使命がある。それと相対するように人口10万人当たりの医師数が全国46位、医師偏在指標でも43位の医師少数県である茨城県において、県内唯一の医師養成高等教育機関及び特定機能病院としての役割も担っている。これらの命題を高いレベルで両立させるために、(1)臨床研修、専門研修プログラムにおける研究医特別プログラム、アカデミックレジデント制の充実、(2)地域卒医師のキャリア形成プログラムの充実、(3)地域医療教育センター等の教育・研究機能及び連携の強化、(4)高度な専門性を有する医師を育成する専門医プログラムの充実などを含めた戦略的な研修プログラムの作成、運営に努める。

医師偏在解消に向けては、茨城県と連携した医師不足地域における地域医療構想を推進して医療機関間の機能の分化・集約等による研修環境の充実に取り組むなどして、医師不足地域の医療機関が専攻医にとって魅力あるソフト・ハード両面での環境整備に取り組むと同時に、医師不足が顕著である診療領域の医師養成を重点的に行い、医師の診療科偏在の解消に貢献する。

- 診療科別に人口10万人対医療施設従事医師数をみると、茨城県は、ほぼ全ての診療科で全国平均を下回り、特に内科（合計）、皮膚科、小児科、精神科、外科（合計）、形成外科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、リハビリテーション科、放射線科、麻酔科、病理診断科、臨床検査科が全国平均の80%を下回っている。【図1参照】

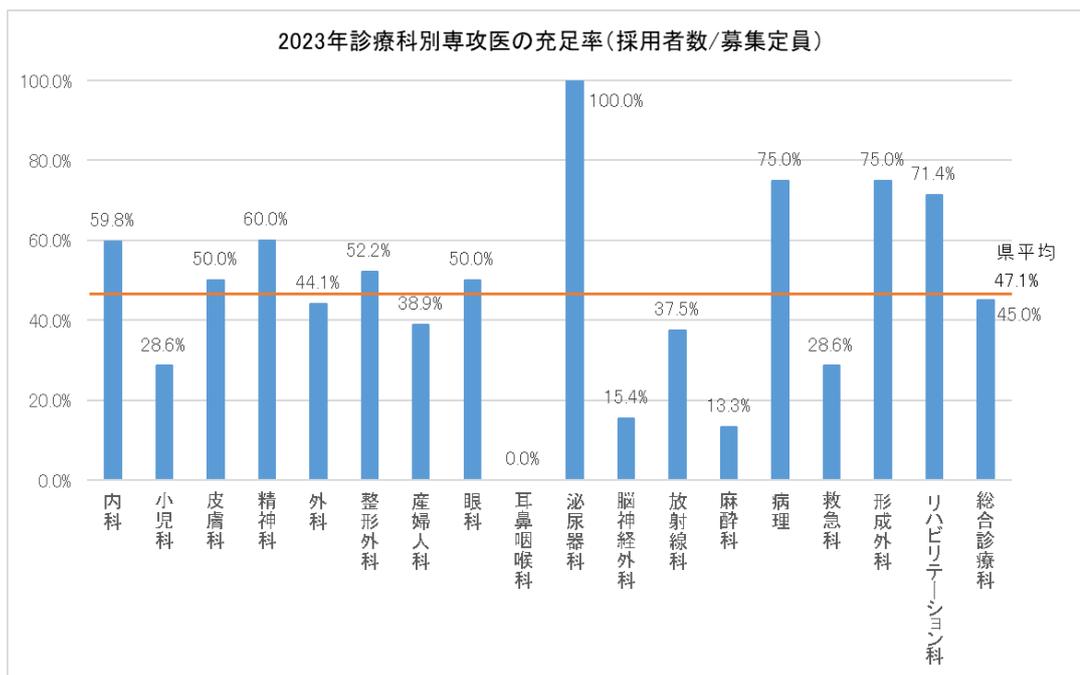
【図1】



【出典：第8次（前期）茨城県医師確保計画】

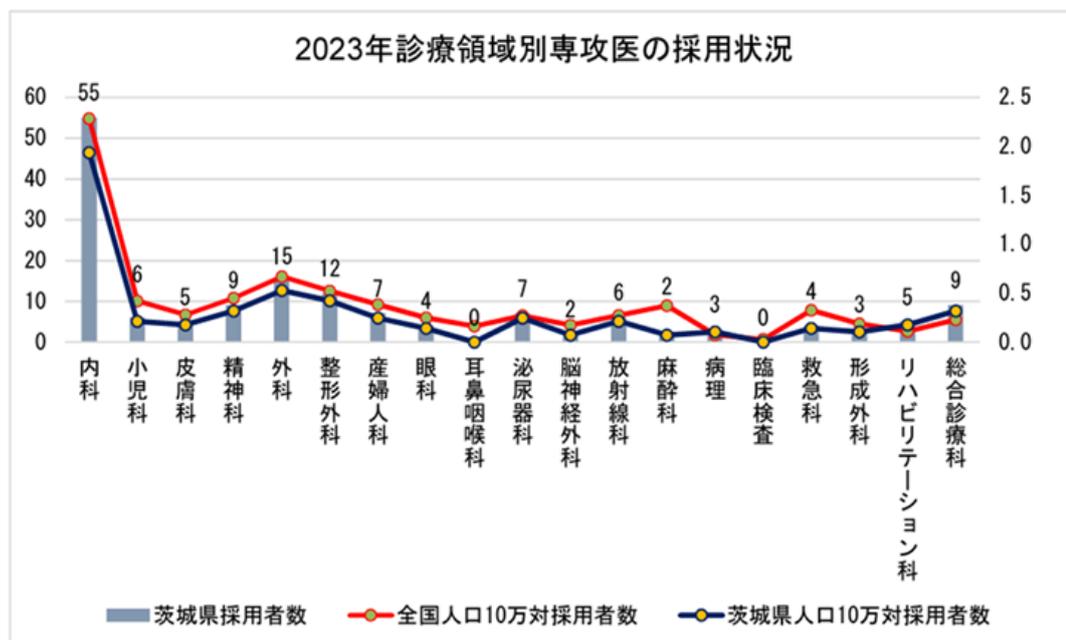
- 茨城県では、令和5（2023）年度は県内の19医療機関を基幹施設として、19基本領域の内、臨床検査科を除く18基本領域の専門研修プログラムが認定されており、募集定員数327人に対して154人が採用（充足率：47.1%）されたが診療領域によって差が大きい状況である。【図2及び図3参照】

【図 2】



【出典：第 8 次（前期）茨城県医師確保計画】

【図 3】



【出典：第 8 次（前期）茨城県医師確保計画】

### 3) 医学研究の中核としての役割・機能

筑波大学は「真の総合大学」として、分野横断的な協働による持続可能な人類社会の形成に貢献することを目指している。この大学方針の中において、研究大学病院と

して臨床医学と基礎医学の協働にとどまらず、情報学・工学分野やつくば地区に集積する国立研究開発法人・企業との協働を通して、医療現場の課題を医学・情報学・工学分野が協働して解決する医学研究を中核的に推進する場を提供する必要がある。

具体的には、①本院が保有する、未病期を研究する予防医学研究センター、情報学・工学との協働を推進するサイバーメディシン研究センター、細胞再生医療の社会実装化を推進する細胞再生推進室、ヒトの組織を研究活用する為のヒト組織バイオバンクセンター、次世代型の放射線治療を開発する陽子線治療センター等の研究機能の強化、②県内の主要医療機関に開設している地域医療教育センターとの連携下における地域との医療情報の連携体制を活用した臨床研究の推進、③先端医療の研究・診療を推進する為の臨床研究中核病院の承認取得と、研究者である医師の研究時間の確保のため、臨床研究コーディネーター(CRC)等の支援人員配置の強化を通じた支援機能の強化に努める。

また、最先端研究についても、次世代がん治療である BNCT（ホウ素中性子捕捉療法）の実用化及び新薬・新規医療技術の開発や適用・効能の拡大等の治験・臨床研究を推進し、地域住民に最先端の医薬品や医療機器による治療機会の提供に努める。

#### 4) 医療計画及び地域医療構想等と整合した医療機関としての役割・機能

令和6（2024）年度から始まる第8次茨城県保健医療計画は、「活力があり、県民が日本一幸せな県」を基本理念とし、基本理念の実現に向けた3つの基本方向（1 県民の命を守る地域医療の充実、2 健康でいきいきと生活し、活躍できる環境づくり、3 健康で安全な生活を支える取組の推進）が掲げられた。

当該計画において、「筑波大学の役割（筑波大学と県との連携）」を項立てして、

(1) 医師の養成・確保等、(2) 最先端医療の研究等の推進、(3) 地域医療の連携に向けた支援に取組むこととされている。

また、茨城県地域医療構想においても「特定機能病院である筑波大学附属病院を中心に高度急性期病床が少ない近隣構想区域からの流入を受け入れ、医療資源の不足する周辺の構想区域のために高度急性期医療機能を提供する機能を相応の水準で維持していきます」と医療提供体制の方向性が示されている。

本院は、県内唯一の特定機能・大学附属病院として、へき地医療以外の5疾病・5事業について、都道府県がん診療連携拠点病院に準じた地域がん診療連携拠点病院、県と連携した茨城県脳卒中・心臓病等総合支援センター、認知症等県連携拠点医療機関、高度救命救急センター、地域災害拠点病院、総合周産期母子医療センター、小児救命救急センター、第一種協定指定医療機関などに指定されており、県内の中心的な役割を担う医療機関として地域医療提供体制の高度化に努める。

また、県内唯一の医育養成高等教育機関として、医師偏在解消に向けて国内で2番目に多い地域卒生については本院に茨城県地域医療支援センター分室を設け、茨城県と連携して若手医師のキャリア形成支援と地域間の偏在解消に取り組むとともに、茨城県医療審議会、茨城県地域医療構想調整会議及び茨城県地域医療対策協議会と連携して、令和22(2040)年の三位一体改革（働き方改革、地域医療構想、医師偏在解消）

の実現に向けて医師の適正配置、医療機能の分化・集約等に関する提案をする。

## ② 病院長のマネジメント機能の強化

### 1) マネジメント体制の構築

ア 本院の最高意思決定機関である病院執行部会議において（特に病院の経営に関する重要事項等については、病院経営協議会（病院執行部、本部財務・施設担当理事に加えて茨城県（保健医療部長）、茨城県医師会長、茨城県看護協会会長、つくば市（保健部長）、近隣公的医療機関病院長、民間医療施設の長及び私立大学病院関係者の外部有識者で構成）の意見も踏まえて審議・決定し、当該結果は院内全ての組織の長で構成する病院運営協議会で報告している。

イ 病院執行部会議は、病院長の指揮のもと病院の管理運営に係る重要事項を審議・決定していることから、本会議に出席している副病院長や病院長補佐においても病院運営のマネジメントに係る知識等を深める機会となっている。

ウ 病院経営協議会、病院執行部会議及び病院運営協議会では、各診療科等の状況も含め、経営及び運営管理に関する報告も行っており、出席者はこれらの状況を遅滞なく把握できる体制となっている。

エ 病院執行部会議及び病院運営協議会での決定事項・報告事項については、附属病院職員専用サイト内に会議資料・議事要旨を掲載し、全職員が確認可能となっている。

オ 毎年度当初に、病院執行部から病院教職員に向けて、その年度の運営方針を説明する機会を設けている（附属病院運営方針説明会）。

カ 茨城県からの医師配置要請に対しては、従来の診療科単位ごとの対応から脱却して、病院長のガバナンスの下での大学（附属病院）としての対応窓口を一本化し、能動的かつ戦略的に対応している。

### 2) 診療科等における人員配置の適正化等を通じた業務の平準化

ア 令和6(2024)年度から開始した医師の客観的労務管理による業務実績等に加えて将来的な人員需要増減も考慮しながら、令和17(2035)年度のA水準に向けて段階的に時間外労働時間を削減できるよう人員配置を適正化していく。

イ 病院長と診療科長との意見交換及び病院長、関係副病院長及び関係者で構成する「医療従事者の負担軽減及び処遇改善委員会」において効果等を見極めながら、人員配置を実施していく。

ウ 県内唯一の特定機能病院として、当院で行うべき疾患の診断、治療を優先し、それ以外の疾患は地域連携病院へ紹介することを推進する。このことは診療科内における診療疾患の選択にとどまらず、診療科単位での選択と集中も検討する。

### 3) 病床の在り方をはじめとした事業規模の適正化

ア 本院の位置するつくば医療圏は、将来人口推計において県内で唯一人口が減少しない地域であること、また疾病別将来推計でも周産期領域以外はほぼ全ての疾病が20%~50%の増加が見込まれていること、さらに本院の患者将来推計でも新生児領域以外は10%~40%の増加が見込まれており、これらに対応した各種機能の強化

が必要となる。なお、人口減少が見込まれる領域においても公的病院以外の医療機関の後継者不足等による医療資源の減少が見込まれており、拠点形成の観点からも本院の現有機能の強化が必要となる。【図4、図5及び図6参照】

イ 本院の承認病床数 809 床（一般 779 床、精神 30 床）は、全体稼働として 89%前後（令和元(2019)年度以前実績、直近の令和 6(2024)年 2 月実績 88.6%）という高稼働で推移していること、さらに居住地別に見ると、地元二次医療圏は 30%、他二次医療圏は 70%（うち 10%は県外）であり、県内唯一の特定機能病院、高度救命救急センター及び小児救命救急センターであること、及び総合周産期母子医療センター等の政策医療における拠点病院でもあることから流入が多いことが要因である。つくば医療圏においては、将来的にも人口は減少しないこと、疾病別及び患者将来推計からも現有病床数を維持して地域医療提供体制を確保し続けていく必要がある。また、中長期的には、臨床研究機能の拡充等に応じた病床数の増床も検討していく。【図7参照】

【図4】

つくば医療圏	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
0～14歳	100.0%	99.7%	93.9%	90.4%	90.2%	88.6%	85.1%
15～64歳	100.0%	104.0%	104.3%	102.7%	97.8%	93.5%	90.1%
65歳以上	100.0%	105.3%	110.6%	117.7%	129.1%	137.2%	142.6%
総数	100.0%	103.7%	104.3%	104.4%	103.9%	102.7%	101.3%

【出典：「国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）」を基に集計】

【図5】

つくば医療圏	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
総数	100.0%	107.5%	113.9%	119.6%	121.7%	121.3%	122.5%
I 感染症	100.0%	111.6%	120.3%	126.4%	128.2%	128.3%	132.0%
II 新生物	100.0%	105.6%	109.3%	111.2%	113.0%	113.9%	115.1%
III 血液及び造血器	100.0%	107.9%	117.1%	126.9%	129.8%	128.2%	128.6%
IV 内分泌、代謝疾患	100.0%	111.8%	122.8%	132.2%	134.9%	134.1%	137.1%
V 精神	100.0%	101.9%	103.3%	103.7%	103.4%	102.3%	100.3%
VI 神経系の疾患	100.0%	108.8%	115.3%	119.4%	120.3%	120.2%	122.6%
VII 眼の疾患	100.0%	106.3%	110.7%	111.0%	112.2%	113.7%	115.7%
VIII 耳の疾患	100.0%	106.6%	107.9%	103.1%	98.0%	97.4%	101.6%
IX 循環器系の疾患	100.0%	111.5%	122.0%	132.1%	136.1%	136.2%	139.5%
X 呼吸器系の疾患	100.0%	114.2%	128.7%	145.5%	151.7%	150.7%	154.3%
XI 消化器系の疾患	100.0%	109.2%	116.8%	122.3%	123.8%	123.5%	125.6%
XII 皮膚の疾患	100.0%	110.5%	122.8%	136.7%	141.6%	140.2%	141.5%
XIII 筋骨格系の疾患	100.0%	107.1%	112.2%	115.2%	117.3%	118.2%	120.1%
XIV 腎尿路の疾患	100.0%	110.0%	119.3%	128.2%	132.2%	132.4%	135.0%
XV 妊娠、分娩	100.0%	99.8%	96.1%	92.4%	89.3%	84.0%	77.5%
XVI 周産期	100.0%	91.4%	89.8%	89.9%	87.3%	82.5%	76.9%
XVII 先天奇形、変形	100.0%	95.1%	92.1%	90.7%	88.8%	85.3%	81.0%
XVIII 他に分類されないもの	100.0%	109.0%	119.6%	134.3%	141.6%	140.9%	141.9%
XXIX 損傷、中毒	100.0%	110.6%	119.2%	127.0%	130.0%	130.2%	133.4%
XXXI 健康状態に影響	100.0%	102.1%	101.8%	101.4%	101.2%	98.9%	95.8%
XXXII 特殊目的用コード	100.0%	99.1%	101.3%	106.6%	110.7%	109.9%	106.7%

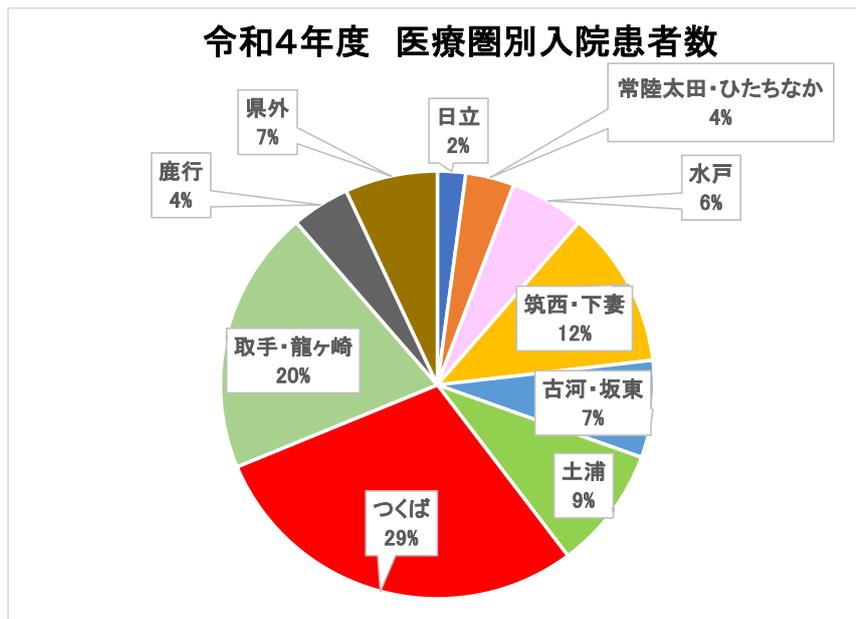
【出典：「国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）、厚生労働省令和2（2020）年患者調査を基に集計】

【図 6】

筑波大学附属病院	2020年	2025年	2030年	2035年	2040年	2045年	2050年
MDC01(神経)	100.0%	107.3%	112.5%	116.4%	117.9%	118.2%	120.5%
MDC02(眼科)	100.0%	104.8%	107.8%	107.1%	107.5%	108.7%	110.4%
MDC03(耳鼻)	100.0%	103.7%	105.0%	105.6%	106.0%	106.2%	107.1%
MDC04(呼吸器)	100.0%	107.2%	113.5%	119.1%	122.9%	124.2%	126.7%
MDC05(循環器)	100.0%	111.7%	122.8%	135.3%	140.4%	140.2%	143.9%
MDC06(消化器)	100.0%	106.0%	110.4%	113.4%	115.3%	116.1%	118.1%
MDC07(筋骨格)	100.0%	105.9%	110.1%	112.8%	114.6%	115.4%	117.1%
MDC08(皮膚)	100.0%	107.8%	115.5%	123.8%	127.1%	126.5%	128.0%
MDC09(乳房)	100.0%	105.0%	107.6%	108.3%	109.1%	109.9%	111.6%
MDC10(内分泌)	100.0%	108.2%	114.9%	119.6%	120.7%	120.5%	122.7%
MDC11(腎尿路)	100.0%	106.2%	110.5%	113.7%	115.6%	116.4%	118.4%
MDC12(女性)	100.0%	103.8%	105.2%	105.8%	106.1%	105.7%	105.6%
MDC13(血液)	100.0%	105.1%	107.7%	108.6%	109.5%	110.3%	111.9%
MDC14(新生児)	100.0%	92.2%	89.5%	88.8%	86.5%	82.3%	77.4%
MDC15(小児)	-	-	-	-	-	-	-
MDC16(外傷)	100.0%	107.6%	113.4%	118.9%	121.3%	121.5%	123.9%
MDC18(その他)	100.0%	105.9%	109.7%	112.9%	114.3%	114.4%	115.9%
全体	100.0%	105.8%	110.4%	114.0%	115.8%	116.0%	117.7%

【出典：「国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（令和5（2023）年推計）、厚生労働省令和2（2020）年患者調査を基に集計】

【図 7】



ウ 病床機能（一般病床：779床）については、高度急性期（730床）、急性期（49床）に区分し、地元地域医療構想調整区域における高度急性期必要病床数を超過するが隣接する3構想調整区域の不足病床数をカバーすることの合意を経て、茨城県地域医療構想調整会議で承認されており、今後も本病床機能を維持していく。

【図 8 参照】

【図 8】

## 二次医療圏別医療機能(県南地区抜粋)

		【単位:床】		
二次医療圏	医療機能	2021(R03) 病床機能報告	2025 病床必要数	差引過不足
つくば	高度急性期	742	436	306
	急性期	1,604	1,209	395
	回復期	319	895	▲ 576
	慢性期	686	949	▲ 263
	休棟中等	19		
	合計	3,370	3,489	▲ 119
筑西・下妻	高度急性期	15	54	▲ 39
	急性期	851	337	514
	回復期	201	515	▲ 314
	慢性期	909	552	357
	休棟中等	94		
	合計	2,070	1,458	612
取手・竜ヶ崎	高度急性期	44	307	▲ 263
	急性期	2,093	1,278	815
	回復期	694	1,242	▲ 548
	慢性期	756	877	▲ 121
	休棟中等	151		
	合計	3,738	3,704	34
古河・坂東	高度急性期	25	133	▲ 108
	急性期	1,130	643	487
	回復期	182	419	▲ 237
	慢性期	299	274	25
	休棟中等	4		
	合計	1,640	1,469	171

本院	684
A病院	40
B病院	10
C病院	8
合計	742

●つくば医療圏における「高度急性期」の過剰病床(306床)については、本院が隣接する医療圏(筑西・下妻、取手・竜ヶ崎、古河・坂東医療圏)の不足病床数(▲410床)をカバーすることで、茨城県地域医療構想調整会議で承認されています。

●第8次茨城県保健医療計画にも、その旨、明記されています。

【出典：令和3(2021)年度病床機能報告を基に集計】

## 4) マネジメント機能の強化に資する運営に係る ICT や DX 等の活用

紙媒体資料やメールによる情報管理については、ペーパーレス化やタイムリーな情報伝達を推進するため、プライベートクラウド及びコミュニケーションツールを有効活用し、セキュリティを保ちつつ、シームレスな情報管理を構築していく。

## ③ 大学等本部、医学部等関係部署との連携体制の強化

ア 本学医学医療系との緊密な連携に向けては、病院の最高意思決定機関である「病院執行部会議」に医学医療系長及び医学群長がオブザーバーとして参加し、一方で医学医療系の最高意思決定機関である「医学医療系運営委員会」には附属病院長が委員として参加しており、財務情報に限らず病院全体の管理運営に関して恒常的な情報共有環境を構築している。

イ 大学本部との緊密な連携に向けては、附属病院長は医療担当の理事・副学長として定期的な財務情報の報告に限らず、課題等の共有、必要に応じて財政支援の協議が行える環境を構築している。

ウ 病院経営に関しては、財務・施設担当及び医療担当副学長の下に設置した、財務部・病院総務部で構成し、監事もオブザーバーとして参加する「附属病院の財務経営に関する連絡協議会」を原則毎月開催し、直近の月次決算を踏まえた病院経営全般に関する連絡・協議を行い、協議内容は定期的に大学本部の経営協議会及び役員会に報告している。

## ④ 人材の確保と処遇改善

ア 教育・研究時間を確保するためには、1人当たりの医師が担う診療時間の割合を減らすべく医師の増員が必要であるが、特に若手医師については本院に比して他院の給与水

準が高いため当該格差の解消に向けた給与や各種手当の引き上げを検討し、十分な人員を確保していく。併せて、教育・研究時間の割合を増やすためには、医師の働き方改革に伴うタスク・シフト/シェアをより一層進める必要があり、事務的な業務をサポートする医師事務作業補助者などタスク・シフト/シェアを担う職種の給与水準を上げるなどの処遇改善を推進して人材確保に努める。

イ CRC（臨床研究コーディネーター）等を増員するなど、研究に係る支援人材を確保し、その他、コメディカル向けの人材育成支援助成制度を医師に拡充すること、また、現在育児のみ認められている短時間勤務について、育児以外の理由でも短時間勤務をできるようにすることや短時間の勤務パターンをより柔軟に設定することで、様々な家庭環境を抱える職員が本院で働きやすい環境を整え、人材の確保及び定着を図る。

ウ 令和6(2024)年度から、医員の給与を平均7%増額、看護補助者手当を新設しているが、引き続き、既存手当の増額や支給対象者の拡大に努める。

エ 手術等に係る医業粗利（診療保険点数-経費）に応じたドクターフィーの充実拡大、臨床研究実績に応じた手当、公的医療機関との給与格差の是正等の処遇改善に取り組む。

## （2）教育・研究改革

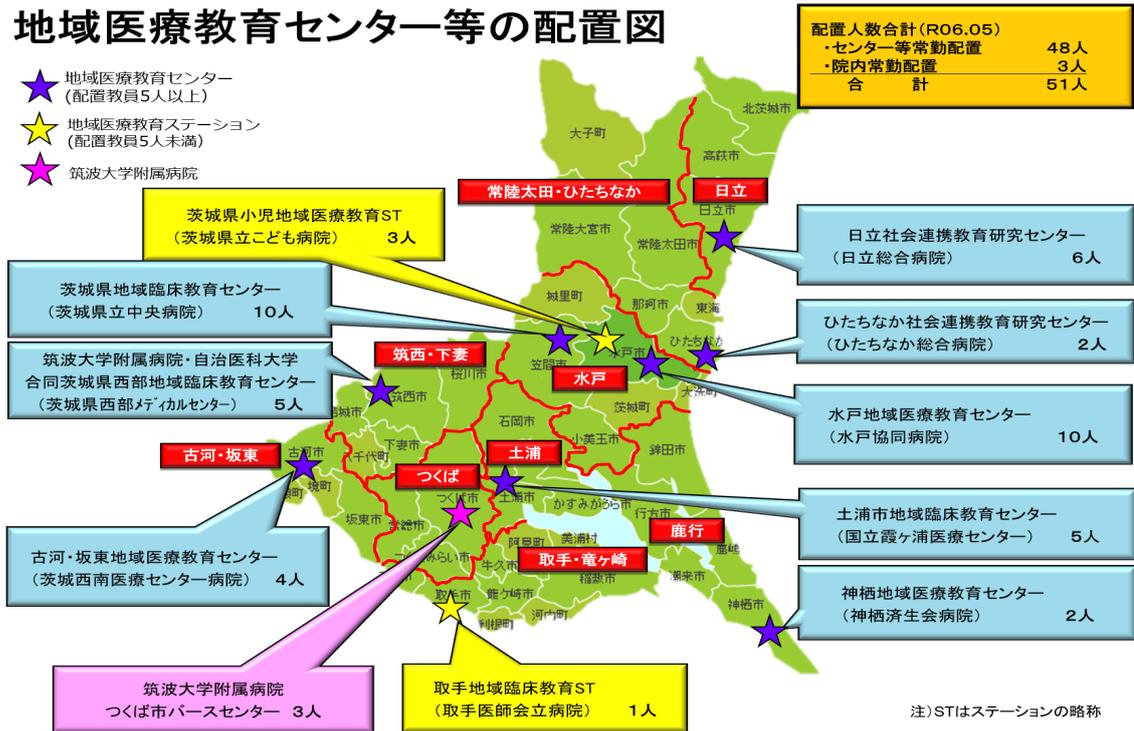
### ① 臨床実習に係る臨床実習協力機関との役割分担と連携の強化

ア 臨床実習においては、医学生は全員が日常よく遭遇する疾患・病態をバランスよく経験することが求められており、そのためには特定機能病院である附属病院以外の医療機関における臨床実習の充実も重要である。今後、十分な数の臨床実習協力機関を確保するとともに、当該医療機関における実習環境の整備や、指導者に対するFDなどを推進する必要がある。

イ 附属病院では、大学教員を地域医療機関に派遣して教育・研究・診療を行う寄附研究部門として、県内のすべての二次医療圏に地域医療教育センター・ステーション制度を導入している。本制度を最大限に活用し、附属病院が積極的に関与して臨床実習協力機関との連携を強化して教育環境の充実に努めることで、院内実習・院外実習のいずれであっても、本格的な診療参加型臨床実習が実施できる体制を構築する。これにより、令和4年度版医学教育モデル・コア・カリキュラムで提示されている主要症候を踏まえた臨床推論、身体診察や基本的臨床手技をより確実に経験・修得できる環境の実現を目指す。【図9参照】

【図 9】

## 地域医療教育センター等の配置図



ウ 令和4(2022)年度版医学教育モデル・コア・カリキュラムでは、資質・能力として新しく「総合的に患者・生活者をみる姿勢」が追加された。上記の附属病院と臨床実習協力機関との連携体制を活用して、医師不足地域を含む地域医療や、病診連携、在宅医療、予防と健康増進、地域包括ケア等に関する教育の充実を図る。

### ② 臨床研修や専門研修等に係る研修プログラムの充実

ア 臨床研修における大学病院離れが進む中、当院は例年、一学年あたり60～70名程度の研修医を確保している。これは全国でも上位の結果である。様々な外科系診療科、放射線科、病理、法医学など大学病院でしか研修が出来ない診療科での研修や、地域・診療科、期間を調整できる市中病院とのハイブリット研修、在宅医療を含む地域医療、保健所などの行政での研修など、研修医の将来の志望に合わせて幅広く選択出来るプログラムを実施している取り組みの成果であると考えている。令和4(2022)年度からは研究医特別プログラムも開始して研修医を確保している。専門研修については、高度で専門性の高い18の基本領域プログラムの他、全てのサブスペシャリティ領域の専攻医プログラムを設置しており、また、専門研修と研究を並行して行えるアカデミックレジデント制度を整備して、診療・研究ともに効率的にキャリアを重ねていける環境を構築している。今後もこれらの取り組みを引き続き実施していくとともに、働き方改革と学びの両立を図り、研修医・専攻医が自らの成長を実感できる研修環境の実現を目指す。学習者の支援体制としては、レジデント担任制度(メンター制度)を整備し、少なくとも年2回の面談を実施、女性医師支援制度、パパ育休の推進など、様々なキャリア志向、ライフステージに合わせた支援も行っていく。若手医師がプログラムから離脱する大きな要

因の一つにメンタルの不調があるため、入職前からの希望者への面談、入職時に CES-D や SOC などのストレス調査を実施して、抑うつ傾向がある場合やストレス耐性の低い医師には重点的に総合臨床教育センターの教員（医師）及び産業医が面談を行うなどの対応をしている。

イ タスク・シフト/シェアについては、看護師特定行為研修講座を開設し、全領域別パッケージ（6 領域）の研修を実施しており、受講者数等では全国有数の実績を上げている。医師事務作業補助者についても院内で研修を実施して確保に努めている。また働き方改革により研修時間が減少することが危惧されるが、学びの時間を確保するために隙間時間に受講できる e-learning やオンデマンド研修を活用するために、IT 関連の技術職員を今年度より増員して対応する予定である。

ウ 茨城県は人口 10 万人当たりの医師数が全国 46 位、医師偏在指標でも 43 位の医師少数県であり、最大 70 名/学年の地域枠学生を有している。これら地域枠医師に対するキャリア形成支援を強化するとともに、医師確保計画に基づく効率的な医師派遣事務を行うため、本院に茨城県地域医療支援センター分室を設置し、県、茨城県地域医療対策協議会と協力してキャリア形成プログラムの充実及び地域枠医師のキャリアサポートを行っている。今後は、医師不足地域への指導医の派遣、地域枠医師が高度な研修を行える大学病院等でも研修出来る認定専門研修期間や、大学院や海外留学を行える猶予制度の利用を推進し、目先の専門医取得のみではなく、より多様で高度な医療人として成長できる機会の確保に更に努める。

エ 茨城県には薬剤師を養成する薬学部がないため、特に病院薬剤師の確保が困難である。本院は薬剤師レジデントプログラムを有しており、薬剤師の卒後臨床研修を提供しているため、本プログラムの充実により、本院に勤務する薬剤師の資質向上を図るとともに、茨城県の薬剤師確保対策事業と連携して、県内の病院薬剤師確保に努める。

### ③ 企業等や他分野との共同研究等の推進

ア 橋渡し研究支援機関として、筑波研究学園都市を中心とする研究機関の医療技術に関する研究成果（シーズ）の臨床開発等実用化に向けた支援を行っている。その活動の一環として、つくば市内の研究所（産総研、物材研等）へ出向き、出張相談会を行うことで医療ニーズを発掘し、連携強化・共同研究の推進を行っている。

イ また、これら研究所や製薬会社等により、つくば異分野融合医学協会を設立し、つくば異分野融合医学セミナーを年 3~4 回程度開催して、異分野交流の促進・共同研究の推進を図っている。

ウ さらに、つくば臨床医学研究開発機構 (T-CReDO : Tsukuba Clinical Research & Development Organization) 未来医工融合研究センター (CIME) の体制強化を図り、実証研究ラボやシェアオフィス等の交流の場の整備を行い、産学連携・医工連携による革新的医療機器の開発と医療機器開発人材育成に努める。

### ④ 教育・研究を推進するための体制整備

#### 1) 人的・物的支援

ア 医学教育企画評価室 (PCME : Department of Planning and Coordination for

Medical Education)は、医学類の教育全般についてカリキュラムの企画・実施・評価を担当する部門で、教員、技術職員、実習支援者が配置されている。クリニカルクラークシップ (CC) において、通常の実習の他に、選択 CC、県内の地域医療現場における地域 CC など、個々の学生ニーズに対応するローテーションスケジュールを立てる必要があり、PCME はその細かな調整も行っている。また、臨床試験の実施の支援を目的とした T-CReDO が設置されている。

イ RA (リサーチ・アシスタント) や TA (ティーチング・アシスタント) は従前より適切な人数を配置し、基礎医学及び臨床医学の教育・研究現場での補助業務を担っている。なお令和 5 年度の配置人数は、RA (64 人)、TA (120 人) であるが、今後補助金等の獲得により、本学の強みである「がん研究、睡眠研究、データサイエンス」の 3 分野に更に RA・TA を手厚く配置し、国際レベルの臨床研究を強化するとともに、SA (スチューデント・アシスタント) の制度を確立し、教育支援者の配置や指導医向け研修、医行為マニュアルの整備等を行い、医学生が多様な症例を安全かつ効果的に経験できる体制の構築に努める。

ウ これにより、医学生の医行為経験を増加させ、質の高い診療参加型臨床実習を実現することを目標とするとともに、高い臨床能力を持った医師を養成し、医療の質と患者安全の向上に努める。また、指導医の負担軽減にもつながり、働き方改革の推進にも資するものである。医学系大学院 (博士 4 年課程) については、基礎医学を含めた過去 3 年間の充足率が 112% と十分な実績を有しており、附属病院との連携・協力が図られていることから、附属病院の教育・研究を推進するための人的支援について引き続き充実を図っていく。

エ また、臨床研究 (特に特定臨床研究) の更なる推進に向けて、全ての特定臨床研究の進捗管理を行いながら論文化促進を支援する組織として、医学医療系内に外国人を含む 3 名の専任教員で構成する CReME (Clinical Research Manuscript Elevation Initiatives) を整備し、CReME と T-CReDO を介してさらなる臨床研究の推進と、特定臨床研究の進捗管理、研究マインドの醸成を図っていく。

## 2) 研究推進制度の活用と整備

ア 世界最高水準の研究拠点形成と新たな研究領域の開拓を通じ、国際的かつ多様なフィールドで活躍できる人材の育成と高度な学術的成果の持続的創出を促進する「研究戦略イニシアティブ推進機構」、知的財産に関する業務を一体的に行うとともに、国際的に産学連携を推進するための諸活動を行う「国際産学連携本部」による研究費や助成金の獲得支援を活用し、教育研究を実施する際に必要となる財源の獲得支援を行う。また、本学では既に整備している PI 人件費制度やオープンファシリティーの活用などにより、研究環境の充実に努める。

イ 併せて、T-CReDO の有する機能・組織体制を最大限活用し、本学及び筑波研究学園都市を中心とする研究機関の英知を結集し、医療技術に関する研究成果 (シーズ) の育成と臨床開発等実用化に向けた支援及び臨床上有用な知見を得るために行う臨床試験の実施の支援、医療技術の開発を目指す若手研究者の育成や、臨床研究

に関わる研究者の生涯教育・研修を推進している。これらにより、革新的医薬品・医療機器・再生医療等製品の創出を加速し、国民の健康福祉に貢献するとともに、持続成長可能で国際的な臨床開発拠点の形成に取り組んでいく。

ウ また、大型プロジェクト等外部資金の獲得による特に若手研究者のための研究環境の改善、RA・TAの雇用を増加することによる研究者の業務軽減及び研究時間の確保、本学の情報・工学系分野のRA等の雇用による医・情報・工学の更なる連携強化、医療情報システム等の活用による業務効率化にもそれぞれ取り組んでいく。

### ⑤ 診療参加型臨床実習の充実

ア 医学類では、4～6年次に合計78週のクリニカルクラークシップ(CC)を実施し、このうち44週間は本院の内科、外科、産婦人科、小児科、精神科などを4週間ずつローテートしている。これにより、「診療参加型臨床実習実施ガイドライン」の水準を担保する。その後30週間は総合診療科、地域実習、興味のある診療科を大学病院内外の医療施設から選択させてCCを行う。残り4週間は海外を含めて自由選択臨床実習を行い、大学病院や日本国内とは異なる医療形態を幅広く経験させる。今後も学外の臨床実習協力医師に対するFD等を通じ学外での臨床実習の効率化と連携協力の強化に努める。

イ 実臨床において画像診断の発達には目を瞠るものがあり、学生はまず解剖学コースで人体の構造を学び、その後、高度医療人材養成事業補助金（教育環境整備）により更新した最先端高機能のコンピュータ断層撮影装置（CT）を用いて、2年次に画像解剖の基礎をTBL（Team-Based Learning）形式の演習で修得する。2年次～3年次にかけては水平・垂直的統合型カリキュラムであるPBL（Problem-Based Learning）チュートリアルに、画像診断はほぼすべてのコースで取り入れられ臨床上基本的な知識を修得する。学生は、この一連の教育の最終段階としてCCでは、診療チームの一員として主体的に診療に関わり画像診断をDX化されたマルチモーダルデータとして実践的に学ぶ。また、診療で撮像されたCT画像データをiPadに取り込み、実際の診療に即した画像診断演習を取り入れた学習に努める。

## （3）診療改革

### ① 都道府県等との連携の強化

ア 医師少数県における県内唯一の医育養成高等教育機関、特定機能・大学附属病院として、県と連携した国内2番目に多い地域枠の設定、地域枠医師のキャリア支援を目的とした「茨城県地域医療支援センター分室」を本院に開設して義務年限内のオーダーメイドプログラム管理を行っている。

イ 医師確保及び偏在解消に向けては「茨城県地域医療対策協議会」の会長として、保健医療計画及び地域医療構想に関しては、「茨城県医療審議会」及び「茨城県地域医療構想調整会議」の委員として参加し、検討段階から協議に関与する関係を構築している。

ウ 「茨城県保健医療計画」において、「筑波大学の役割（筑波大学と県との連携）」を項立てして、(1) 医師の養成・確保等、(2) 最先端医療の研究等の推進、(3) 地域医療の連携に向けた支援に取り組むこと、とされている。

エ 茨城県地域医療構想においても「特定機能病院である筑波大学附属病院を中心に高度急性期病床が少ない近隣構想区域からの流入を受け入れ、医療資源の不足する周辺の構想区域のために高度急性期医療機能を提供する機能を相応の水準で維持していきます」と医療提供体制の方向性が示されている。

## ② 地域医療機関等との連携の強化

県内唯一の特定機能病院である本院における診断・治療する疾患・病態・重症度を明確にし、地域の医療機関及び医師会と協力・連携して適切なタイミングで本院を受診できるシステムを構築する。また、紹介を受けるというフロー（地域連携パス）を各医療機関と検討し、実行することで、地域の医療提供体制の持続可能性を高めていくとともに、当院の逆紹介基準の策定に取り組む。

## ③ 自院における医師の労働時間短縮の推進

### 1) 多職種連携によるタスク・シフト/シェア

ア タスク・シフト/シェアについては、看護師、助産師、薬剤師、臨床検査技師、診療放射線技師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、臨床工学技士、医師事務作業補助者及び視能訓練士等で実施を進めており、課題点などを挙げている。また、厚生労働省医政局医事課の指導の下、タスク・シフト/シェアについての意見交換会を開催している。

イ 今後、医師を含む全ての職員を対象に長時間労働の削減等に向けて、勤務実態の把握・管理の強化を進めながら、働き方改革の適用に必要な対策を推進していく。具体的には、医師が行う業務のうち、事務的な業務をサポートする医師事務作業補助者の配置については、人件費を確保しつつ、処遇を改善するなど安定した定着率を意識したうえでの雇用強化に努める。

ウ 本院では、平成 27（2015）年 10 月の看護師特定行為研修制度の発足に伴い、国立大学病院では 3 番目、県内では最初に看護師特定行為研修医療機関として本研修講座を開講し、本院の多くの医師や看護師が参画して、専門性の高い魅力あるカリキュラムを作成し、現在 20 区分の特定行為研修と 6 つの領域別パッケージを開講しており、院内はもとより、院外や県外からも広く受講生を迎え入れ、すでに多くの修了生がその成果を医療現場に還元している。

### 2) ICT や医療 DX の活用による業務の効率化等

ア 院内での紙媒体文書の洗い出しを行い、ペーパーレス化を推進するため、コミュニケーションツールやプライベートクラウドを有効活用し、セキュリティを保ちつつ、シームレスな情報管理を構築する。また、AI などを用いて退院サマリを含む電子カルテの情報から診療情報提供書を生成する取り組みや予約確認等の患者専用 WEB サービスの構築を検討するとともに、すでに実装している単純胸部 X 線撮影の読影補助に加えて画像診断分野でのさらなる拡大（CT/MRI 画像、内視鏡画像、病理画像等）も検討し、医師及びその他職員のタスク・シフト/シェアや業務の効率化並びに患者利便性の向上を図る。さらに、マイナ保険証の利用促進や電子処方箋の導入を検討し、患者の他院における処方状況や検査等の医療情報を把握し、より適切な医療

の提供に努める。令和6(2024)年5月から稼働した新病院情報システムでは、医療DXの基盤としての、標準マスタを採用し、HL7FHIR交換規格を実装している。

イ また、サイバー攻撃対策については、院内のサーバの保護及びネットワーク通信の監視のほか、部門ごとのリモート回線の設置を原則禁止し、本院で用意した回線1つでリモートメンテナンスできるようにしている。

ウ このことから、病院のセキュリティの強化はもちろんのこと、メンテナンスする職員の負担も減少している。加えて、医療情報端末からのネット接続は仮想化している。また、全職員を対象としたサイバー攻撃に対応した情報セキュリティ講習を実施し、情報セキュリティ知識の向上に努める。

### 3) その他医師の働き方改革に資する取り組み

ア 勤怠管理システムを活用し、令和6(2024)年4月から医師の働き方改革に資する客観的な勤怠管理に基づき、医師の勤務時間等を客観的に把握している。また、ホームページ上に「医師の働き方改革」に係る専用ページを設け、院内外に周知している。

イ 若手医師の様々なキャリアを支援するため、女性医師支援として短時間雇用制度や病児保育、専用仮眠室などを設置している他、大学院進学や短期留学支援も行っている。

ウ 今後は、勤怠管理システムを有効活用し、大学病院で勤務する医師に対して、自らの働き方とキャリア形成に関する意識を醸成するための取り組みを引き続き検討していく。

### ④ 医師少数地域を含む地域医療機関に対する医師派遣（常勤医師、副業・兼業）

ア 地域医療再生プランの策定

- ・ 茨城県の人口10万人当たり医師数は全国46位の医師少数県となっており、医師不足・偏在等を要因とする地域医療の崩壊という喫緊の課題に対応すべく、平成23(2011)年度に地域医療再生プランを作成した。
- ・ 医師不足改善に向けては、国内2番目となる139人（うち、地域枠36人）まで入学定員を増やし、地域医療を担う人材の養成を加速するため、「地域定着プログラム」を導入し、実際の地域で学習する機会を大幅に増やした教育プログラムを実施している。
- ・ 学習する場の教育指導体制の構築、また卒前-卒後-生涯にわたる教育・研修の環境づくりと地域に根ざした医師を養成するとともに、診療支援を通じた地域医療への貢献を行うため、行政（県・市）、医師会、茨城県厚生連（JA）、（独）国立病院機構、企業と連携して、寄附研究部門等の多様な手法を用いて地域医療の再生に取り組んでいる。

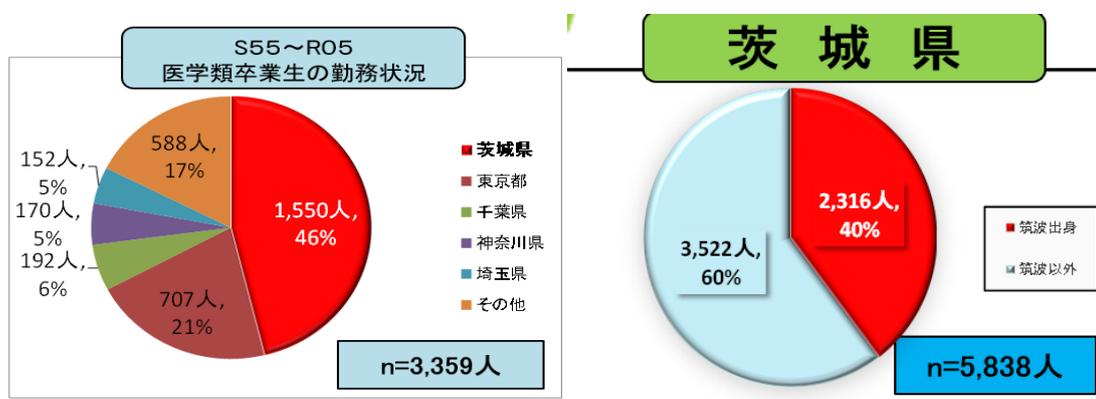
イ 県内全ての二次医療圏に地域医療教育センター等を設置

- ・ 県内に9箇所ある二次医療圏に各々立地する中核的医療機関を本院の教育及び研究の拠点病院と位置づけ、当該医療機関内に「筑波大学附属病院地域医療教育センター・ステーション」を開設し、常勤教員を配置している。医師不足地域における地域

医療の確保及び自立可能な地域医療提供体制の整備に関する研究を行い、新たな医師循環システムの構築と地域医療の窮状改善という成果の普及等を行うことで、県全体の地域医療の向上に寄与するものである。

- ・ 令和 6(2024)年 5 月時点で、県内全ての二次医療圏に 11 センターを開設し、常勤教員も 50 人配置して大学病院の教育的資源やノウハウを集中的に投下し、学生等の教育拠点の場、臨床医・臨床研究者の人材育成など地域医療を担う人材育成の場として地域医療提供体制の構築に貢献している。【図 9 参照】
- ・ 今後も引き続き各センター等の機能拡充・強化を図るため配置教員数を 100 人程度まで毎年度計画的に増員していく予定である。
- ・ このような取り組みにより、医学類卒業生の 46%は県内に勤務し、当該人数は茨城県医師数の約 40%を占めるまでに増加してきている。【図 10 参照】

【図 10】



【出典：筑波大学桐医会名簿を基に集計】

#### ウ 茨城県からの要請を考慮した医師の配置

- ・ 茨城県医師確保計画の策定に伴い、令和 3(2021)年度より医師の派遣については、従来の診療科単位ごとの対応から脱却して、病院長のガバナンスの下での大学（附属病院）としての対応窓口を一本化し、能動的かつ戦略的に対応するよう変更した。
- ・ 茨城県地域医療対策協議会からの配置要望に対しては、病院長及び担当副病院長が全ての診療科長と意見交換を行い、令和 4(2022)年度は 12.2 人、令和 5(2023)年度は 15.4 人の医師を新たに増員配置して地域医療の支援に取り組んでいる。
- ・ また、茨城県地域医療対策協議会からは要望がなかった医療機関に対しても、地域の医療機能維持等の必要性から、筑波大学の判断で令和 4(2022)年度は 30.0 人、令和 5(2023)年度は 54.6 人の医師を新たに増員配置している。【図 11 参照】

【図 11】

茨城県地域医療対策協議会からの要請等に基づく医師配置数の推移

区分	3師調査 (勤務医)	地域医療対策協議会										医療機能維持等の必要性から筑波大学の判断による配置	筑波大学 配置合計
		対前比	医療機関(地域医療構想調整会議)当初要望	配置要請	追加配置要請	要請合計	派遣実績						
							筑波大学			自治医大	茨城県人事		
							配置要請	配置実績	充足率				
平成28年度	5,513												
平成30年度	5,682	169											
令和2年度	5,838	156	201.7	14.2		14.2	6.4	45.1%	0.0	0.0	3.2	9.6	
令和3年度			181.8	27.0	6.0	33.0	22.6	12.3	54.4%	0.0	0.0	16.0	28.3
令和4年度	6,029	191	147.4	33.0	5.0	38.0	35.0	12.2	34.9%	1.0	0.0	30.0	42.2
令和5年度			40.2	32.2	4.4	36.6	34.6	15.4	44.5%	0.0	1.0	54.6	70.0
							医師少数	9.4				26.8	36.2
							標準	0.0			1.0	1.8	1.8
							医師多数	6.0				26.0	32.0

【出典：茨城県地域医療対策協議会資料を基に集計】

エ 医師派遣状況の把握

- 平成 28(2016)年度より診療科別・医療機関別の常勤医師派遣調査を開始して二次医療圏別の配置状況を把握し、当該調査は隔年実施することで各種変動を把握可能とした。
- 令和 2(2020)年度からは毎年度調査に変更、令和 5(2023)年度からは、常勤医師に加えて非常勤医師（兼業・副業）も調査して二次医療圏別の詳細な配置状況を把握可能とした。【図 12 及び図 13 参照】
- 今後も継続して調査することで、派遣による効果等の測定に努める。

【図 12】

令和5年度 常勤医師の派遣状況

区分	派遣状況					合計
	1年未満	1年以上3年未満	3年以上4年未満	4年以上5年未満	5年以上	
医師少数区域	100	93	50	62	82	387
医師多数区域	168	159	94	172	167	760
合計	268	252	144	234	249	1,147

(注1) 本院に3年以上在職していた医師数で記載

【図 13】

令和5年度 非常勤(兼業・副業)医師派遣状況

区分	派遣延人数	派遣状況			
		うち、日勤	うち、日直	うち、夜勤	うち、宿直
医師少数区域	5,006	4,538	144	116	208
医師多数区域	6,451	6,063	108	156	124
合計	11,457	10,601	252	272	332

【出典：筑波大学附属病院地域医療調整委員会資料を基に集計】

## (4) 財務・経営改革

### ① 収入増に係る取り組みの推進

#### 1) 保険診療収入増に係る取り組み等の更なる推進

ア 有する資源を最大限活用した入院収益の確実な確保に取り組む。

i 病床の安定稼働

※毎年度、利用実績等を踏まえて年3回責任病床数の見直しを実施する。

ii 黒字の根幹をなす手術件数の増加に取り組む。

※特定機能病院で行うべき手術術式の優先施行

※将来需要推計を踏まえて、現在、1室増室整備中（24室←23室（令和6（2024）年8月供用開始予定））

iii 高難度手術（診療報酬2万点以上）の占有率の上昇による診療単価の上昇に取り組む。

※単位時間当たりの収益・コストも考慮した手術部運営

イ DPC機能評価係数Ⅱの上昇に取り組む。

※効率化・複雑性・カバー率・地域医療・救急補正の各係数の上昇

※原則、高度急性期段階のみとし、急性期段階に回復した時点で、紹介元、若しくは地域の急性期医療機関への転院を前提とした紹介受け入れを前提とする

ウ 外来化学療法の適正ベッド数への見直し、また容体等に配慮した入院診療へのシフトに取り組む。

エ 陽子線治療患者数の増加に取り組む。

※現在、建屋及び最先端治療器を更新（令和7（2025）年8月頃供用開始予定）

オ 将来需要推計等を踏まえて、小児重症病床（NICU（15床←9床）・GCU（24床←18床））及び周産期病床（36床←26床）を増床し、新生児集中治療機能や分娩機能を強化して県南西地域における小児・周産期医療体制の更なる強化を図る。（令和6（2024）年8月供用開始予定）

カ 高度救命救急センター（ER）専用病棟（病床）を整備し、高度急性期治療を必要とする患者を積極的に受け入れ、既存のICU・HCU等の重症病棟との相互補完によるより効果的・効率的な救急集中医療提供体制の確立に取り組む。（令和9（2027）年度整備予定）

キ 医師の働き方改革を推進するため医師事務作業補助体制加算を最上位（15：1）の施設基準取得を目指し、安定的な人材確保による加算の維持と、タスク・シフト/シェアの推進を図り医師の負担軽減に寄与する。（令和6（2024）年6月算定開始）

#### 2) 保険診療外収入の獲得

ア 人間ドック受診者の要望調査等を行い、新たなオプション検査を実施し収入増加を目指す。また、単独受診要望の多いオプション検査については、単独受診料金設定及び受診体制の構築を検討する。

イ 患者需要も見極めた上で、療養環境を充実させ、差額病床の増床及び料金の見直しを検討する。

ウ 先進医療（特に陽子線治療）の増加に向けた、関連病院及び県外からの集患及びセミナー等を通じた集患活動を積極的に行うとともに、インバウンドを一層推進する。

エ 自由診療（外国人患者の受け入れ、スポーツ医学・健康科学センターの機能強化）の拡大を図る。

オ 選定療養費について、昨今のエネルギー・物価上昇及び給与上昇等のコストを反映した金額への見直しを検討する。

カ 保険適応外のがんゲノムや遺伝子関連検査、不妊治療等について、各領域の専門医を配置する大学病院としてより積極的に関連病院へアピールし、更なる紹介患者の獲得に取り組む。

キ 予防医学研究センターの特色を活かしたがん検診等から得る臨床データをこれまで以上に活用し、さらなる臨床研究及び民間との共同研究を推進して外部資金の増加に取り組む。

### 3) 寄附金収入の拡充

ア 本学では、学生の視点から見て、若者たちが安心して学習・研究に専念できる環境整備を目指し、留学生を主な対象として創設された「つくばスカラシップ」に続いて、大学ブランディングの一環として、筑波大学学生や附属学校児童・生徒への支援の拡充と、教育・研究及び社会貢献活動の推進に貢献することを目的とし、平成 22 年(2010 年)4 月に「筑波大学基金 TSUKUBA FUTURESHIP」を創設している。

イ 本基金には「一般基金」(4 事業)と「特定基金」(6 事業)とがあり、「特定基金」の事業の一つに「病院寄附支援事業(病院寄附金)」を設け、「患者環境の整備、医療従事者の育成、教育研究・病院運営の充実」のために活用している。また、クラウドファンディングを活用した寄附金事業も実施している。

ウ 寄附の方法については、「現金による寄附」、「古本による寄附 FUTURESHIP with BOOK DONATION」、「遺言による寄附(遺贈)」、「現物による寄附」、「給与からの寄附(本学教職員に限る)」と多様な方法を用意している。特に、「現金による寄附」については、金融機関からの振り込み、オンライン決済(クレジットカード、ペイジー、コンビニ)、クレジットカード決済による継続寄附制度にも対応している。

エ 平成 29(2017)年度から基金の受け入れを強化するためにファンドレイザーを雇用し体制強化を行っている。また、令和 5(2023)年度の開学 50 周年を見据えた「創基 151 年筑波大学 50 周年記念基金」をはじめとする基金の渉外活動を実施するとともに、継続した取り組みとしては、学内 17 か所あるバス停のベンチの更新に合わせて寄附を募る「(フューチャーシップシートプロジェクト(FSP: Futureship Seat Project))」を継続募集している。

オ 広報活動の充実については、本学が 50 年後に目指す姿、目指す過程や人材育成を通じて、どのように社会へ貢献(変革)していくのかを明確に示すとともに、社会から有形無形の支援を得るためには、大学との様々なステークホルダーとの信頼関係(エンゲージメント)の構築体制の整備等について継続的に取り組んでいく。

② 施設・設備及び機器等の整備計画の適正化と費用の抑制

1) 自院の役割・機能等に応じた施設・設備・機器等の整備計画の適正化

【設備】

- ア 特定機能病院としての機能を維持、発展させるために必要な設備を整備するとともに、新たな医療技術・治療法の開発に資することが可能となる設備を整備する。ただし、整備に際してはその収益性を十分に検証することとし、ランニングコストも含めた全ての費用をもって純利益が確保されることを原則とする。
- イ 整備に要する財源は病院収入を基本とし、例外として高額な大型治療機器の更新・導入については財政投融资の活用、収入を伴わない機器については文部科学省等への運営費交付金及び各種補助金での要求等を検討する。
- ウ 後年度負担の軽減を図るため、医療機器の整備手法は原則現金一括払購入とするが、高額な医療機器や技術進歩が著しい機器の陳腐化を防ぐため、割賦払いやリース契約等の手法についても必要に応じて検討し、最適な手法による整備を行う。
- エ 予算額は、附属病院の経営状況を鑑み、毎年度見直しを行うこととし、病院執行部会議において審議して決定する。

毎年度の設備整備予算額

[単位：億円]

令和5年度(実績)	令和6年度(計画)	令和7年度(計画)	令和8年度(計画)	令和9年度(計画)	令和10年度(計画)	令和11年度(計画)
18	15	15	15	15	15	15

医療機器の価値残存率

令和5年度(実績)	令和6年度(計画)	令和7年度(計画)	令和8年度(計画)	令和9年度(計画)	令和10年度(計画)	令和11年度(計画)
22%	20%	21%	22%	23%	24%	25%

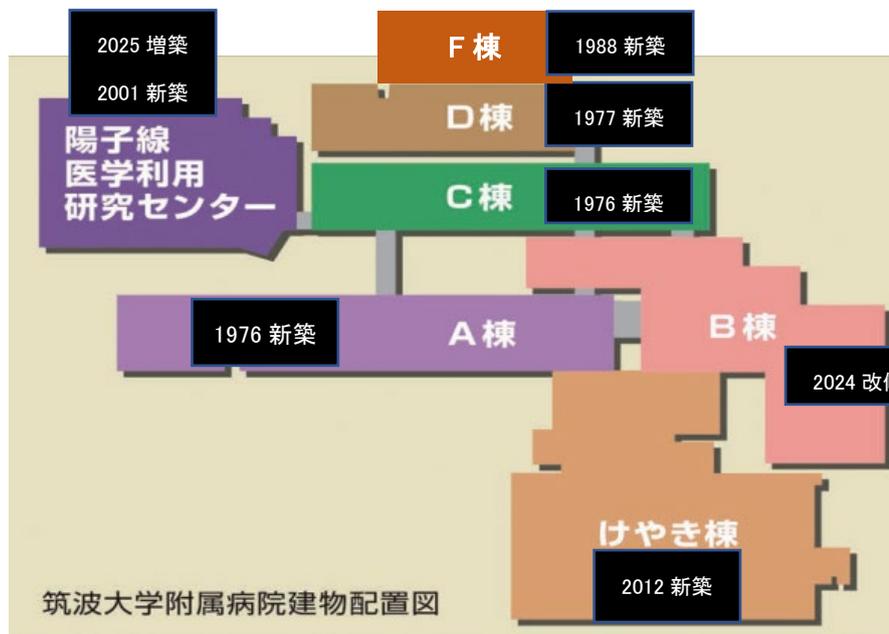
【施設】

- ア 昭和 51(1976)年に茨城県初の国立大学病院として開院 (A 棟、B 棟、C 棟) し、翌 52(1977)年に D 棟が完成、63 (1988) 年に F 棟が完成して高度急性期医療を提供。【図 14 参照】
- イ 医療制度の変化、医科学・医療技術の急速な進歩、診療現場重視の新しい医学教育改革、患者アメニティの実現等に対して建物の狭隘・老朽化により最先端の診療の展開に大きな制限が生じる。
- ウ 第一次病院施設再開発により平成 24(2012)年に重症病床の増床、手術室の増室、救急部門の拡充、教育機能の充実など病院施設の一層の高度化・機能強化を図り、さらなる地域医療への貢献を目的に高度急性期入院病棟(けやき棟)を新築。
- エ 第二次病院施設再開発整備により、令和 6(2024)年に B 棟の診療継続と並行した免震改修を行うとともに、小児重症病床及び周産期病床の増床、つくば臨床医学研究開発機構(T-CReDO)の拡充等更なる病院機能の強化及び患者アメニティ向上を目的に改修。
- オ 残る A・C・D 棟については築後 50 年、F 棟についても築後 40 年を迎えようとし

ていることから、早期に第三次病院施設再開発整備を含む中長期のグランドデザインを策定する。

カ 再開発整備手法については、昨今の建築資材の高騰等による影響も甚大であること、他方で償還計画の確実性を担保することも必要であることから、規模も含めて最適な方法を検討し施設計画委員会で決定する。

【図 14】



建物の価値残存率

令和5年度(実績)	令和6年度(計画)	令和7年度(計画)	令和8年度(計画)	令和9年度(計画)	令和10年度(計画)	令和11年度(計画)
38%	53%	50%	46%	44%	41%	39%

## 2) 費用対効果を踏まえた業務効率化・省エネルギーに資する設備等の導入

電気料金の高額性を全職員で認識共有し、照明やエアコンなど、部屋未使用時の切断を徹底し、既存エネルギーの節約を全職員で意識的に行う。またソーラー発電システムなど、既存の代替エネルギー装置の積極的な利用に努める。また、診療現場におけるペーパーレス化を徹底し、不要な書類の自動印刷を制限するとともに、各種同意書の電子署名化にも努める。

## 3) 導入後の維持管理・保守・修繕等も見据えた調達と管理費用の抑制

各種システム・整備の保守点検について、メーカー推奨のパッケージングを丁寧な詮索により、必要不可欠かつ適切なタイミングでの定期メンテナンスに見直す。

特にベッド・ストレッチャー、モニター、など、経年劣化が不可避な医療機器について、耐用年数を意識した計画的な定数購入と、効率的なリサイクル払出しに関する計画策定に取り組む。

## ③ 医薬品費、診療材料費等に係る支出の削減

### 1) 医薬品費の削減

#### ア 採用品目の厳格な選定

薬事委員会において医薬品の採用・削除について、以下の方針で審査する。

- (ア) 後発医薬品使用体制加算 2 (カットオフ値 50%、置換率 85%以上) を算定できるよう、積極的な後発品の採用に努める。
- (イ) 同種同果の採用品を見直し、必要最低限の品目とする。
- (ウ) バイオ後続品 (BS) 使用体制加算の算定要件を目指して、BS 製剤の採用を推進する。

#### イ 医薬品の適正な管理と使用

過去の実績に基づいた在庫数の適正化 (安全在庫、補充点、発注点の見直し)、医薬品の発注管理 (不用・不急の緊急発注回避) の見直しを図り、医薬品の適正管理をより強固なものとする。

特に、高額医薬品の使用期限切れ防止対策及び適正温度管理を目的として、個別化医薬品流通管理プラットフォームの導入を検討する。

#### ウ 効果的かつ継続的な価格交渉

ベンチマークや他大学実績を活用し、取引条件を考慮した単品単価交渉により適正価格での契約を目指します。また、国内最大規模を誇る日本ホスピタルアライアンス (NHA) 等、民間医療機関を含めた共同交渉の拡大に努める。

### 2) 診療材料費の削減

#### ア 採用品目の厳格な選定

医療材料選定委員会において、診療材料の採用・削除について、以下の方針で審査する。

- (ア) 同委員会を多職種で構成し、採用審議には原則、申請者が参加することを義務付け、価格の妥当性、収支への影響、医療安全性について議論し採用の可否を決定する。
- (イ) 本採用、緊急購入、採用削除に関する規定を周知する。
- (ウ) SPD 委託業者による積極的な価格交渉及び安価な商品への切替提案を実施する。

#### イ 診療材料の適正な管理と使用

(ア) 消化払い方式を採用し、SPD 委託業者が保有する外部倉庫を活用する。

(イ) 院内全体の定数見直し、棚卸を年 2 回実施し、購入ロスの削減に努める。

#### ウ 効果的かつ継続的な価格交渉

SPD 委託業者が保有するベンチマークデータを活用した価格交渉及び国内最大規模を誇る日本ホスピタルアライアンス (NHA) の共同購入組織への加盟、SPD 委託業者による地域共同購入の導入を検討する。

### 3) その他支出の削減

#### 【給食材料費】

必要となる給食材料の数量算出方法について、複数ある食種 (常食・軟食 等) 毎の計算から、献立毎に合算して計算する仕入れ食材発注プロセスの最適化を行

って食材ロスの低減及び食材費の逡減に努める。

【業務委託費】

業務委託契約の更新に際しては、原契約の仕様が必要十分であることを良く検証し、費用対効果を含め適正な契約内容となるように必要に応じて見直しを行う。

また、継続的な委託業務のうち、経年的に仕様変更の見込みが低いものについては、複数年にわたって一括した契約を行うことにより経費の削減を図ることができないか検討し、係る経費の逡減に努める。

④ その他財務・経営改革に資する取り組み等

大学病院の経営改善は、診療報酬、働き方改革、医薬品・医療材料等の診療経費、光熱水料等の管理運営費等多岐に渡るため、個人単位ではなく組織単位で取り組む必要があるため各組織にエキスパートを育成・配置して、病院全体で取り組む。

⑤ 改革プランの対象期間中の各年度の収支計画

令和6（2024）年度からの医師の働き方改革に伴う客観的労務管理による時間外手当、常勤・非常勤全職種の給与引き上げ及びタスク・シフト/シェアによる人件費の増、高額医薬品の使用増及びB棟施設改修に伴う償還経費の増により期間中に渡り大変厳しい収支が見込まれることから、有する資源を最大限利活用して得られる収益の確保、他方で各種経費削減に取り組むとともに補助金等の獲得にも努めて財務・経営改革に取り組んでいく。

【図 15 参照】

【図 15】

令和5(2023)年度～令和11(2029)年度 附属病院収支推計

【単位：百万円】

①令和5年度は実績額 ②令和6年度以降は、令和5年度実績(4～11月)に基づく推計	第4期 中期計画・目標期間					第5期 中期計画・目標期間	
	令和5年度	令和6年度	令和7年度	令和8年度	令和9年度	令和10年度	令和11年度
	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
[A]診療報酬請求金額	39,733	42,415	43,581	43,781	43,781	43,781	43,781
[B]附属病院収入(診療収入+雑収入)	40,095	42,108	43,484	43,684	43,684	43,684	43,684
[C]医業外収入(補助金及び運営費交付金等)	1,699	2,275	158	158	158	158	158
[D]支出(E+F)	41,795	44,683	43,990	43,737	43,645	43,729	43,750
[E]診療経費	40,156	42,997	41,918	41,508	41,243	41,088	40,933
[F]償還経費(財投+PFI)	1,638	1,686	2,072	2,229	2,401	2,641	2,816
[K]収支差(B+C-D)	0	▲ 300	▲ 348	105	197	113	92