

9. 付属病院

(1) 理念・目的

〔現状の説明〕

① 理念・目的

卒前・卒後教育機関として、診療を通じ人間性豊かで質の高い医療従事者の養育を図る。同時に、地域の中核病院として地域医療に貢献するとともに、優れた独創的研究に基づき高度先進医療を積極的に遂行する。

② 設立の経緯・沿革

昭和45年8月1日、杏林大学医学部の設立にともない、地域医療の要であった新川総合病院がその付属病院として開院した。昭和46年4月には外来棟、同年10月には第一病棟が竣工し、また昭和48年1月には第三病棟が竣工した。その後未熟児センター開設、平成5年5月には高度救命救急センター棟が完成し、1・2・3次救急の総合医療体制が整った。

多摩地区唯一の総合周産期母子医療センターも平成9年10月に開設され、大学病院として更に機能が充実した。特に災害に強い病院として免震装置を備えた外来棟が平成11年1月に、第一病棟が12年12月新しく開院され、災害時の拠点病院として地域医療に貢献できる体制となった。

(付属病院の沿革)

昭和45年8月1日	杏林大学医学部付属病院として開院
昭和46年4月1日	外来棟竣工
〃 10月1日	第一病棟竣工
昭和48年1月10日	第三病棟竣工
昭和50年1月15日	放射線棟完成
〃 5月12日	未熟児センター開設
昭和60年5月21日	第二病棟竣工
平成5年3月31日	高度救急救命センター棟竣工
平成6年4月11日	特定機能病院承認
平成9年10月1日	総合周産期母子医療センター開設
平成10年12月2日	外来棟竣工 (更新)
平成12年12月14日	第一病棟竣工 (更新)

〔点検・評価〕〔長所と問題点〕

当院は東京西部にひろがる広大な多摩地域における唯一の大学病院であり、理念は建学の精神である「真、善、美の探究」とその達成である。真の医療は常に病める者の立場に立って人間性豊かな暖かい心の通うものであり、これを目標に職員一同努力しているが未だ満足すべき状態には至っていない。また多摩地域における医療のセンターとしての目的と役割を担っているが、この点では内容のある病診連携、学生のプライマリーケアの実践、近隣医師会との勉強会などを継続しており、評価に耐えうるものである。

長所は多摩地域唯一の特定機能病院としての責任を果たしていることであり、近隣医療施設からの要請も少なくない。

問題は理念に沿った医療の実現が未だ道半ばなことである。

〔将来の改善・改革に向けた方策〕

当院の理念・目的に沿った医療の実現を目指して、事務職員は入職時からこの理念を習得すべく定期的に研修を行なっているが、看護婦、医師は学生時代からの教育を通じて建学の精神を自然と身につけることが期待されている。

(2) 組織

〔現状の説明〕

現状の病院規模としては、入院稼働病床数としては974床、外来患者数は1日平均約2,100名であり、院外処方箋率は86%となっている。

組織としては、病院長はじめ、副院長4名、病院管理部長、看護部長、事務長の体制となっている。又、診療部門の各科長22名、センター部門7施設、中央施設部門9施設があり、その他薬剤部、病院病理部、栄養科、事務部門がある。(別表1)

職員数を別表2に示す。

〔点検・評価〕〔長所と問題点〕

医学生の臨床実習の場である医学部付属病院本院としての組織は、各診療科、センター部門、および中央部門を備え、病院長の下に副院長を4人配置し、副院長は各種委員会の委員長として、病院組織の骨格をなしている。また地域医療の要請に応えるための高度救命救急センターでの1・2・3次救急診療、退院後のサポートとしての在宅療養支援室、訪問看護室が活動している。問題点としては、より一層の地域医療の充実が望まれる点から、地域医療連携室を組織として独立させ、病病(病院・病院)連携、病診(病院・診療所)連携を進展させ外来受診や入院を迅速化し早期治療、早期退院が出来る体制を作ることと考える。また、医療事故を起こさないための安全管理についても組織的な対応として必ずしも万全と云えない点もあると思われる。

職員数については、医師、看護婦等病院業務に必要な人員は確保され、大学病院としての高度の医療を維持することは出来ていると考える。医師数(別表3)においては研修医の確保が将来において重要になってくると考え、卒業生を出来るだけ本学付属病院にて研修させる方向で努力してきた。平成13年度においては卒業生88名の内74名の研修医が入局した。

看護職員については、特に欠員の補充が難しい状況ではなく、必要な人員は確保されている。

事務職員については、財政的な観点から正規職員を増やすことはせず、業務の合理化を図り業務委託業者へ切り替えているが、このことにより窓口業務等での患者への対応が若干行き届かない面がありしばしばクレームが発生している。業務委託するうえでの問題点として、委託業者の社員に対して病院として教育をどのようなか検討する必要がある。

〔将来の改善・改革に向けた方策〕

当大学病院に求められている種々の役割を考えると、救急医療、災害時医療、退院後の在宅医療支援等、社会地域医療に密着した医療体制があげられる。夜間の救急医療としては、現在平日で約70～80名の1・2次救急受診患者を受け入れている。この現状に応じるために1・2次救急外来診療体制を院内の「1・2次救急外来診療責任者会議」で検討をしている。災害時医療体制については、現在、救急医学の医師が中心になり災害時医療救護活動マニュアルの作成を進めている。

地域医療連携については、三鷹市の10の病院の事務長が定期的に会合を行ない病病連携の在り方等の意見交換を行なっている。具体的には病床状況の情報交換を行なうための検討を進めている。

医療事故防止についての安全管理活動の改善としては、リスクマネジメント委員会が各職場の安全管理責任者から情報収集（安全レポート）を精力的に行い、インシデントレポートの蓄積とその内容分析から事故防止に繋げていくことを推進している。

別表2 職員定数の推移

年度		8年度 (1996年度)	9年度 (1997年度)	10年度 (1998年度)	11年度 (1999年度)	12年度 (2000年度)
職員区分	助手以上	310人	317人	316人	318人	325人
	レジデント	151	160	157	129	102
	小計	461	477	473	447	430
看護婦	894	917	953	966	1,016	
医療技術系職員	164	162	163	159	156	
事務系職員	126	123	102	83	82	
合計	1,645	1,679	1,691	1,655	1,684	

別表3 各科別医師数一覧表

H13.4月現在

常勤専攻医：週4日以上勤務

診療科	助手以上	研修医	常勤専攻医	大学院生	合計
第一内科	21	14	16	16	67
第二内科	13	3	15	4	35
第三内科	18	14	32	9	73
高齢医学	6	1	0	0	7
精神神経科	8	3	0	4	15
小児科	18	9	1	11	39
第一外科	16	12	5	4	37
小児外科	5	0	1	0	6
麻酔科	12	3	2	2	19
第二外科	13	8	1	3	25
脳神経外科	11	3	1	3	18
胸部外科	12	0	0	0	12
整形外科	13	9	5	0	27
皮膚科	9	1	5	2	17
形成外科	7	5	0	0	12
泌尿器科	6	2	1	3	12
眼科	12	12	16	0	40
耳鼻咽喉科	7	2	2	4	15

産婦人科	12	3	10	3	28
救急医学	14	5	1	0	20
放射線科	12	3	4	0	19
総合診療科	5	0	1	0	6
計	250	112	119	68	549

(3) 活動内容

a. 一般診療（外来、入院診療）

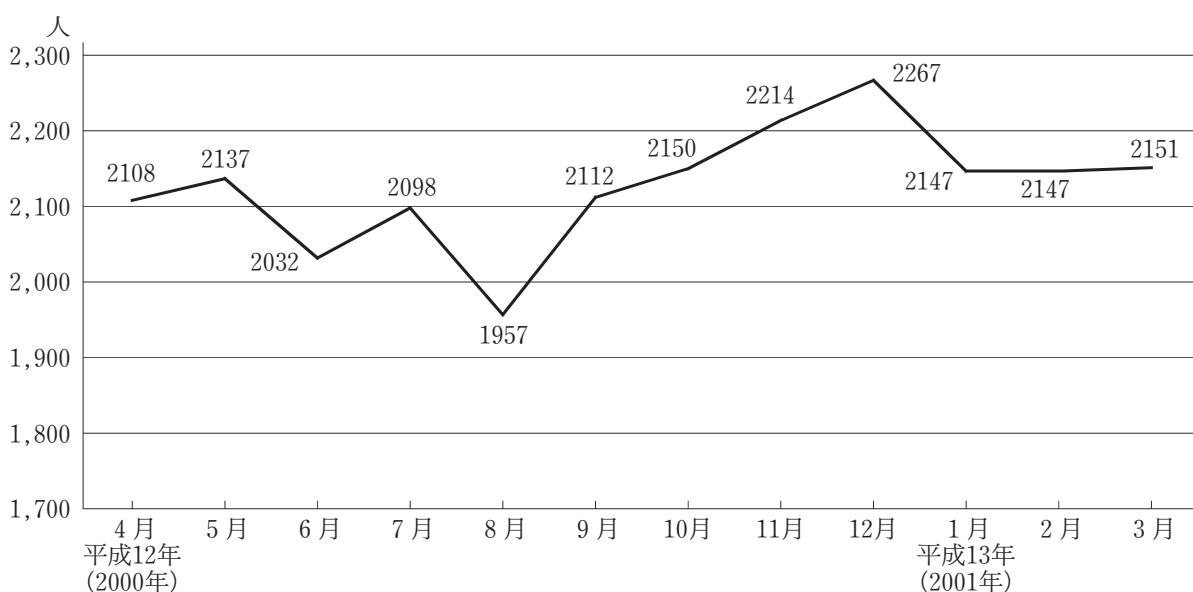
〔現状の説明〕

本院の外来患者数の推移等を別表4、5に、紹介率の状況を別表6に示す。

別表4 外来の状況

区 分	年 度	8年度 (1996年度)	9年度 (1997年度)	10年度 (1998年度)	11年度 (1999年度)	12年度 (2000年度)
診療実日数	(日)	270	269	270	270	272
新来患者数	(人)	68,679	67,176	66,230	62,899	67,667
再来患者数	(人)	532,593	529,888	514,735	500,497	509,856
外来患者延数	(人)	601,272	597,064	580,965	563,396	577,523
1日平均患者数	(人)	2,227	2,220	2,152	2,087	2,123
平均通院回数	(回)	1.64	1.59	1.54	1.48	1.45
新来率	(%)	11.40	11.30	11.40	11.20	11.70

別表5 平成12年度（2000年度）における1日平均外来患者数の推移



別表6 紹介率の状況

(単位：%)

紹介率	8年度	9年度	10年度	11年度	12年度
医療法上紹介率	40.0	40.5	40.7	42.7	45.0
健保法上紹介率	33.1	34.4	34.1	35.2	37.6

〔点検・評価〕〔長所と問題点〕

外来患者数の推移は若干ではあるが年々増えている。また、救急患者数も土曜日・休日は多く混雑を極めている。紹介患者数については、年々増加傾向にあり地域の診療所、病院との連携が軌道に乗ってきた。オーダリングシステムの導入後、予め紹介患者の診療予約、検査予約が出来るようになったことは好評である。今後は、この点を更に充実して手続きの簡素化、予約等の希望に出来るだけ添えるようにする。入院患者数（別表7）については、病床数の大きな変更はないが、若干増加傾向にある。

別表7 入院の状況

区 分	年 度	8年度 (1996年度)	9年度 (1997年度)	10年度 (1998年度)	11年度 (1999年度)	12年度 (2000年度)
診療実日数	(日)	365	365	365	366	365
新入院患者数	(人)	13,098	13,644	14,835	15,231	15,386
退院患者数	(人)	13,077	13,637	14,870	15,215	15,464
死亡退院患者数	(人)	976	972	1,037	1,030	940
在院患者延数	(人)	308,639	313,003	313,338	312,256	310,425
1日平均在院患者数	(人)	846	858	858	853	850
平均在院日数	(日)	22.5	20.6	19.8	19.4	20.1
臨床回転数	(回)	16.2	17.7	18.4	18.9	18.2
実働病床利用率	(%)	84.5	88.7	88.1	88.3	89.0
許可病床利用率	(%)	70.3	74.3	75.0	76.8	77.4
病床稼働率	(%)	88.7	89.1	89.3	87.8	89.2
院内死亡率	(%)	7.1	6.8	6.7	6.5	5.8

問題点の一つは救急診療体制である、患者が集中する土曜日の夜間及び休日の救急外来診療の受入れ体制については、来院者が多すぎて現状のままでは対応しきれない状況である。このことは裏返せば地域医療に貢献している現象とも言えるが、より良い救急医療を目指すためには現救急診療体制の見直しが必要と思われる。

もう一つの問題点としては、病床利用率である。入院患者数もさることながら、病床利用率が90%に達しないことは、急性期医療を扱う大学病院としては低すぎて問題である。利用率アップを図るには、ベッドコントロールの一元化を考える必要があると思われる。

〔将来の改善・改革に向けての方策〕

救急診療体制の見直しについては、現在院内において1・2次救急外来診療責任者会議が月1回開催されている。この会議の中で現在の問題点の解決と今後の体制について検討して行きたい。

病床利用率のアップについては、退院計画等の充実を図り、入退院が効率よく行なわれることを考えていく。

b. 卒前・卒後教育

b-1 卒前教育

〔現状の説明〕

医学部の卒前教育では、豊かな人間性の滋養と医学の発展に対応し得る専門的知識の習得およびこれらの融合による臨床医の総合的判断力の育成にあたることを教育目標としているが、この面で大学付属病院での臨床実習が果たす役割は大きい。

医学部第5年次の4月に臨床実習の開始に先立ち、臨床診断学実習が2週間組まれている。付属病院で実施されている臨床実習については、第5年次から第6年次前半に7名程度のグループに分かれ、約1年4ヶ月に渡り各科を回る形式をとっている。さらに当医学部の特徴でもある高度救命救急センターの臨床実習においては当直を義務づけ、来院時心肺停止や重症多発外傷、重症熱症などの重症救急疾患の初期治療を体験するだけでなく、救急車同乗実習や東京消防庁指令センターの見学など、地域医療、救急医療に関しても経験を積むことができるシステムをとっている。

〔点検・評価〕〔長所と問題点〕

系統講義による知識を基盤とする臨床実習の実施は、大学の付属病院でしか行なうことが出来ないため、いかにして効率よく付属病院において系統講義とともに診断実習を実施できるかが課題である。外来では患者に医学生がついて医師の診察、検査に立ち会うシステムが本学でも稼働しているが、臨床現場の観点からは、十分な活動をしているかは未だ課題が残る。実技については、各科で指導医のもと、血圧測定、採血などを行なっているが系統的には行なわれていない。今後はクラークシップ制の導入なども含めて、到達目標をきめ細かく策定することが重要と思われる。各科の臨床実習では、学生が患者を分担して、最終レポートを作成することを要求してはいるが、今後はクルズスや口頭試問の方式に関して更なる充実を図り、知識や実技の習得が学生各人について確実になされたか否かを確認することが肝要である。さらに全人的医療の観点から、患者が弱い立場にあることの認識を持つことができるような教育もなされる必要がある。

〔将来の改善・改革に向けた方策〕

まず患者を1人の個人として、総合的に診る能力を要請することが必要である。初期の臨床実習では、新たに設置された総合診療科が中心となり、外来診療の場での臨床実習を実施し、医師の診察や検査に立ち会う機会を作る必要がある。特に身体診察の手技については系統的に習得させる機会を作る。幸い、杏林大学医学部付属病院では臓器別外来での診療（別表8）を行っているので、この枠組みを活用して各々の系で内科・外科系のスタッフの協力の下、診療や手技の実習を進める。

別表 8 臓器別外来と関連診療科名

【外来棟】		関連診療科名
6階	(レストラン)	
5階	形成外科	形成外科
	アイセンター (眼科)	眼科
	外来手術室	
4階	糖尿病・内分泌・代謝系	第三内科・第二外科
	消化器系	第三内科・第一外科
	循環器系	第二内科・心臓血管外科
	脳・神経系	脳神経外科・第一内科
	呼吸器系	第一内科・第二外科
	耳鼻咽喉科・頭頸科	耳鼻咽喉科
	顎口腔科	顎口腔外科
3階	腎・泌尿器科	第一内科・泌尿器科
	産科・婦人科・乳腺系	産婦人科・第二外科
	小児系	小児科・小児外科
	麻酔科 (ペインクリニック)	麻酔科
	外来検査室	
2階	救急医学	救急医学
	高齢医学	高齢医学
	総合診療科	総合診療科
	血液・膠原病・リウマチ系	第一内科・第二内科・整形外科・皮膚科
	整形外科	整形外科
	精神神経科	精神神経科
	皮膚科	皮膚科
1階	(初診受付・会計・地域医療連携室・入院予約受付)	
地下1階	放射線科	放射線科
地下2階	内視鏡室	第三内科・第一外科

上記の目的達成のために本学でも平成14年度よりOSCE導入が予定されている。

患者の立場を尊重した医療を行なう能力の養成が今後ますます重要になるので、各科での臨床実習においては指導医に付いて実際の診察のみならず治療方針などの説明の立会いに積極的に参画することや、実際に受け持った患者の悩みや相談に乗る機会を与えて、患者のインフォームドコンセントや医師としての決断能力の重要性に触れさせることも重要である。

また本学では医療福祉相談室が充実していることを生かし、家庭と地域の中で疾患を持ちながら生きる患者像を学習する機会を設けることも必要である。

b-2 卒後教育

〔現状の説明〕

当医学部付属病院では、より良い医師育成のため、厚生省（現・厚生労働省）の発令の「臨床研修の報告の取り扱い」に基づいて実施される「総合診療方式」の先取りの形で、その一部を実施している（当大学医学部付属病院における「スーパーローテーション方式」と呼ぶ）。

「総合診療方式」とは、より幅広い知識・臨床能力を修得させるための研修方式であり、研修プログラム等に基づいて2年間の臨床研修期間中に内科系および外科系の両者の診療科について、各々1科以上の研修を行うと共に、小児科及び救急診療部門の一定期間の研修を必修とする方式とされている。

当医学部付属病院ではこの通知に基づき、当大学独自の「スーパーローテーション方式」として外科系研修においては、救急医学（高度救命救急センター）、小児科及び内科系の内1診療科に加え、麻酔科、小児外科を含めた合計5診療科を必須とし、また内科系研修の場合は、救急医学（高度救命救急センター）、小児科及び外科系の内1診療科の3診療科を必須としている。このスーパーローテーションとしての研修はそれぞれ最低2ヶ月以上行うことを義務づけ、さらに内科系・外科系以外の科の研修では救急医学を最低2ヶ月研修することを義務づけている。

これにより卒前教育から一貫して、プライマリケアおよび地域救急医療の臨床を修得することが出来ると考えている。

〔点検・評価〕〔長所と問題点〕

社会の高齢化・小児化に伴い医療に対するニーズの多様化に対応するため、単に専門診療科目の研修（別表9、10）だけでなく、基本総合診療能力の修得を目標とした「スーパーローテーション方式」を取り入れた。幸い当大学付属病院では、我が国でも屈指の設備と内容を誇る高度救命救急センターを擁しており、将来どの科を専門とするにしろ、初期の2年間でプライマリケアに必要不可欠な臨床技能を修得することができ、また地域医療としてなすべき臨床医としての自覚を芽生えさせることが出来るシステムであると考えている。

今後は、専門診療を目指すに当たり、このスーパーローテーションの期間をどれくらいにするかが課題と思われる。

〔将来の改善・改革に向けた方策〕

スーパーローテーション実施によって卒後教育における以下の3つの基本的改善・改革を目指している。①大学として統一的な研修プログラムを作成し、研修の充実度を高める。②臨床医としての基本的知識の中に、プライマリケアや救急医療能力を含め、その修得・向上を目指す。③卒後臨床研修プログラムとして、関連病院・診療所等の研修までを含む十分な指導体制を取る。

別表9 学会認定医制度の研修施設認定状況一覧表（平成13年4月1日現在）

学 会 名	認定・研修施設名	対 象 診 療 科
日本内科学会	教育病院、教育関連病院	総合 1内 2内 3内 高齢 2外
日本小児科学会	研修施設	小児
日本循環器学会	研修施設	総合 2内
日本神経学会	教育施設	1内
日本外科学会	認定施設	1外 児外 2外 胸外 救急
日本整形外科学会	認定研修施設	整形 救急
日本眼科学会	研修施設	眼科
日本耳鼻咽喉科学会	研修施設	耳鼻科
日本形成外科学会	研修施設	形成
日本脳神経外科学会	訓練施設	脳外
日本胸部外科学会	指定施設	2外 胸外
日本呼吸器外科学会	認定施設	2外
日本小児外科学会	指定施設	児外
日本医学放射線学会	修練機関	放射線
日本麻酔科学会	研修指導病院	麻酔 救急
日本リハビリテーション医学会	認定病院	総合 整形
日本病理学会	認定病院	病院病理
日本臨床病理学会	認定病院	臨床病理
日本皮膚科学会	研修施設	皮膚 形成
日本泌尿器科学会	教育施設	泌尿器
日本産婦人科学会	研修指導施設	産婦人科
日本消化器病学会	認定施設	3内 高齢 1外
日本消化器内視鏡学会	指導施設	3内 1外 2外 救急
日本消化器外学会	認定施設	1外 2外 救急
日本救急医学会	指導医指定施設・認定医指定施設	救急
日本リウマチ学会	教育施設	整形
日本アレルギー学会		1内
日本肝臓学会	認定施設	3内
日本老年医学会	認定施設	総合 高齢
日本血液学会	認定施設	2内
日本呼吸器学会	認定施設	1内
日本糖尿病学会	認定教育施設	3内
日本大腸肛門病学会	修練施設	1外
日本腎臓学会	研修施設	総合 1内 泌尿器
日本輸血学会		
日本超音波医学会	研修施設	3内 1外 放射線
日本集中医療学会		
日本口腔外科学会		
日本気管食道科学会	認定施設	1内 耳鼻科
日本透析医学会		
日本東洋医学会	指定研修施設	総合 1内 2外
日本精神神経学会		精神
日本内分泌学会		3内 産婦人科
日本小児神経学会		小児
日本心臓血管外科学会		
日本核医学会	認定医教育機関	放射線
日本感染症学会		1内

別表10 認定医等の取得状況（平成13年4月1日現在）

内科系医師				外科系医師			
学会名	認定医	専門医	指導医	学会名	認定医	専門医	指導医
日本内科学会	47		11	日本リハビリテーション医学会	1	1	
日本循環器学会		15		日本外科学会	41		11
日本老年医学会	1	1	1	日本小児外科学会	2		2
日本糖尿病学会		3	1	日本胸部外科学会	8		2
日本腎臓学会	10		4	日本消化器外科学会	11	2	5
日本東洋医学会	3			日本呼吸器外科学会	2		
日本血液学会		3		日本脳神経外科学会		11	
日本消化器病学会	12		2	日本整形外科学会	15		
日本消化器内視鏡学会	11	4	2	日本形成外科学会	6		
日本内分泌学会		3		日本救急医学会	8		5
日本肝臓学会	3						
日本超音波医学会		5	2				
日本小児科学会	8						
日本小児神経学会	1						
日本リウマチ学会	4						
日本皮膚科学会		8					
日本泌尿器科学会		6	4				
日本眼科学会		12					
日本耳鼻咽喉学会		5					
日本気管食道科学会	3						
日本産婦人科学会	13						
日本医学放射線学会		14					
日本核医学会	1						
日本麻酔科学会			11				
日本病理学会	11						
日本臨床病理学会	1						
日本神経学会	4						
日本呼吸器学会	4						
日本アレルギー学会		1					
日本感染症学会	4						
日本大腸肛門病学会	1	1					
内科系医師合計	142	81	37	外科医師合計	94	14	25
				合計	236	95	62
				総合計	393		

c. 臨床研究

c-1 大学院の教育研究のなかでの付属病院の位置付けについて

〔現状の説明〕

臨床医にとって、卒後臨床研修は技能を修得する上で欠かせないものである。その結果として大学付属病院は臨床研修を重視する体制が構築されてきた。臨床系大学院に籍を置く者に対しても臨床研修に重点がおかれ、残念ながら臨床研究を遂行する場を十分に提供できていないのが現状である。

〔点検・評価〕〔長所と問題点〕

付属病院のこのような体制は、研修医の大学院を志向する意欲を阻害し、結果として臨床系大学院へ入学する者の数を大幅に減らしている。また、従来から指摘されてきたように、大学付属病院と基礎研究部門の連携が十分でなく、お互いの利点を生かすことなく独立の研究体制が敷かれていることも、臨床系大学院の発展を阻む大きな要因となっている。

〔将来の改善・改革に向けた方策〕

臨床系大学院はそのend pointを種々の疾患の病態解明とそれに対応した治療法の確立におくべきと考える。この観点から見ると、大学付属病院は研究対象とすべき様々なclinical evidenceを与えてくれる貴重な場であり、このclinical evidenceから問題点を抽出し独創的な研究へと向かわせる思考過程を養う研修体制を構築すべきである。すなわち、臨床研修において、従来の既知の知識供与に重点をおいた研修から、各疾患の病態の未解明な部分や治療法の欠点を提示し、将来の問題解決を志向する研修体制の確立が望まれる。このような体制を敷くことにより、研修医は問題の根源により注目することになり、それを解決するための臨床系大学院の意義がさらに高まると期待される。病態解明や新しい治療法の確立のためには、問題点の抽出と共にそれを解決するための基礎研究手技の修得が必須となる。大学付属病院では併設の基礎研究部門から高度な研究手技を受けられる立場にあり、大学の基礎研究部門と付属病院の緊密な連携を仲介する組織を確立することが、時間的、経済的、また、人的交流の面からこのclinical evidenceを踏まえた研究を発展させる大きな原動力となる。

付属病院ではこのような研究体制から得られた成果をフィードバックする場としての機能も持たなければならない。病態解明から生まれた新知見は新しい治療法に結びつく。大学付属病院では、いまだ確立されてないが将来の発展性が期待される治療について、それを実行できる体制が必要である。新しい治療法を実行する部門を設立し、その中に倫理委員会やボランティア制度を運用する機能を持たせ、さらに、新しい治療の評価と基礎研究の間にフィードバックサイクルを形成させることにより、新しい治療法が加速度的に確立されると考える。このような部門が存続することにより、付属病院に新しい機能が加わるだけでなく、臨床系大学院の発展にも大きく寄与するものと思われる。

c-2 臨床研修と研究との両立について

〔現状の説明〕

臨床医としての初期臨床研修の重要性から、臨床研修に重点が置かれてきた。その結果、初期研修が終了するころには研究に対する意欲が消えうせ、大学院に進む者が極端に減少している現状がある。

〔点検・評価〕〔長所と問題点〕

多くの臨床科では大学院進学者にも臨床義務を負わせるため、研究に割く時間が制約される結果、研究成果が上がらず、大学院の意義が見出せないままになっている。

初期臨床研修中に研究に対する情熱を失っていくのは、臨床研修カリキュラムが研究に対する興味を掻き立てるような視点にたって作成されておらず、単に知識と手技の習得に

力点がおかれているためと思われる。臨床研修においてもその後の研究に必要な、独創性や知的興味を養う、いわゆる“research mind”を育むカリキュラムを作成する必要がある。臨床研修においては、知識と手技の習得以外に、その疾患の病態生理や、なぜそのような治療法が必要かなど、背景を含んだ理解が必要である。研修医を指導する者はこれらにつき一方的に知識を供与するのではなく、課題として与えて、研修医が自己疑問提起を行い、それに対する知識を自ら習得して理解する態度を身につけさせることが、将来の研究に反映されると期待される。

〔将来の改善・改革に向けた方策〕

将来にわたって優れた臨床医を育てていく人材を育成することが、医育機関の大学に課せられた大きな使命の1つであり、そのためには臨床研修と研究との両立がされなくてはならない。そのための方策の1つとして大学院医学研究科の機構を改組して、臨床系と基礎系の枠を取り払った組織を作ることも必要と考えられる。

d. 地域医療協力

〔現状の説明〕

① 地域医療連携室

平成9年6月病院事務部医事課内に設置された地域医療連携室は、下記の医療連携業務を行ってきた。

- 1) 近隣地域（世田谷区、杉並区、練馬区、調布市、武蔵野市、三鷹市、府中市、小金井市、狛江市、立川市、八王子市の11区市）を中心に約3,000件の医療機関に案内状、診療内容、外来担当表、紹介状(指定)、医療機関情報を送付し、当院の医療連携活動に協力をお願いした。
- 2) 紹介システムによる紹介患者と逆紹介患者の情報登録と患者紹介を行なった（別表11、12）。また医療機関情報登録と医療機関の紹介を行なった。
- 3) 紹介患者、逆紹介患者一覧表の作成し、紹介、逆紹介の経過（紹介元、受入れ先、人数等）を調査した。
- 4) 月平均約1,304件の紹介患者（内FAXによる予約紹介患者534件）を受け付けた。
- 5) 登録医師制度に伴う協定の締結と登録（世田谷区、武蔵野市、三鷹市、調布市、小金井市、立川市、八王子市の登録）を実施した。
- 6) 近隣病院との連携状況に関しては、三鷹市医師会病院委員会との病院連携を推進し、近隣病院からの患者の受入れ（専門外来、検査依頼、入院依頼）と患者の紹介を実施した。

② その他の機能分担

当院は平成7年11月HIV拠点病院、また平成9年10月総合周産期母子医療センターの指定を受けている。高度医療機器についても共同利用（MRI、CT、核医学の検査受託）を実施している。

〔点検・評価〕〔長所と問題点〕

地域医療連携室の整備により予約紹介患者、紹介患者（逆紹介患者）の受入れ体制は充

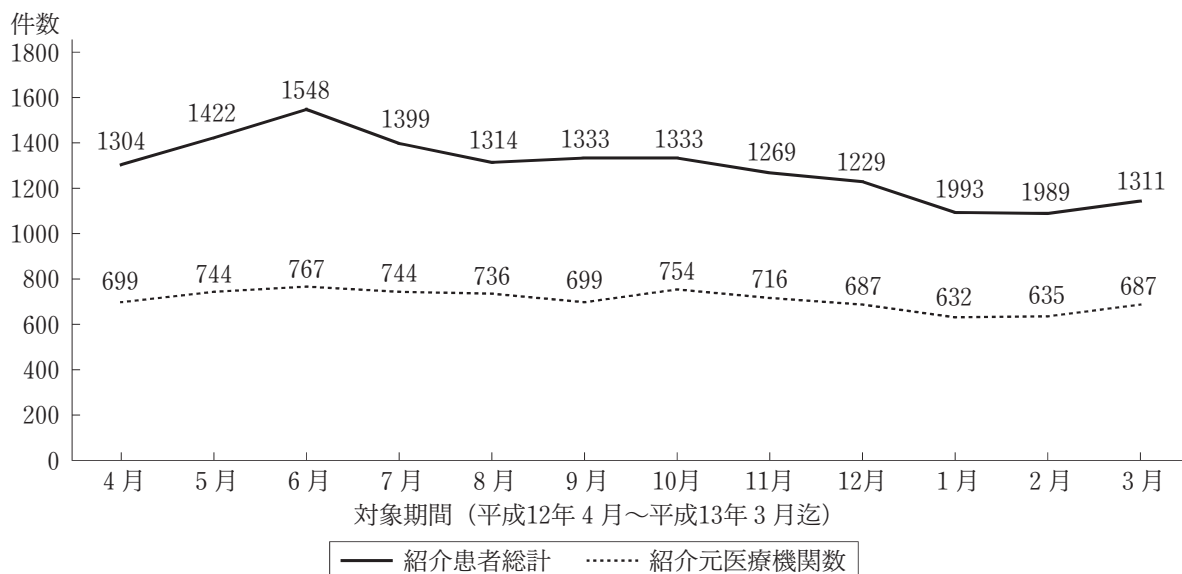
実した。

近隣を中心とした病院、診療所との機能分担も順調に進められており、評価できる。

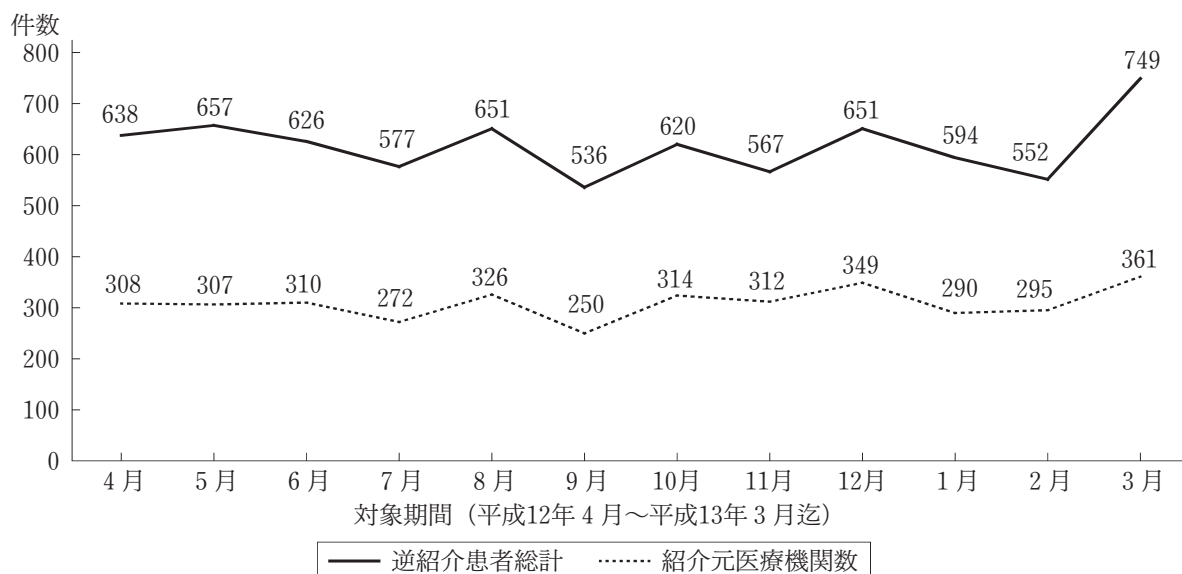
〔将来の改善・改革に向けた方策〕

平成12年度地域医療情報化推進事業における三鷹市医師会の情報ネットワーク構築に参加する。一方、三鷹市病院会における病病連携を推進する。また今後は、近隣を中心とした医療機関と、急性期から慢性期への治療計画作成に関する診療ネットワークを推進する予定である。

別表11 紹介件数／紹介元数の推移



別表12 逆紹介件数／紹介元数の推移



e. 特定機能病院

〔現状の説明〕

当院は医療法に定める特定機能病院の要件を満たす医療機関として、平成6年4月1日より特定機能病院の名称使用の承認を受けている。

当院で承認を受けている高度先進医療と平成12年度の取り扱い患者数は、完全埋込式頭蓋内圧計による頭蓋内圧測定（昭和63年12月1日承認）患者数0名と、経皮的レーザー椎間板切除術（内視鏡下を含む）（平成9年2月1日承認）患者数14名である。

高度医療の提供の実績としては、特定疾患治療研究事業対象疾患（全身性エリテマトーデス、広範脊柱管狭窄症等）の33疾患1,639名に対し診療を実施した。

その他の高度医療技術では、レーザー鼻内手術、モノクロナール抗体による検査等231の医療技術を実施し、取り扱い患者数は11,239名に及んだ。

高度の医療技術の開発に関する研究補助は、日本学術振興会科学研究費補助金、厚生省科学研究費補助金等の20研究で、総額は58,599千円であった。またこれらの研究成果は国内外の学会誌へ36論文として発表された。

〔点検・評価〕〔長所と問題点〕

当院の高度医療に関連する施設・設備は、下記の通り改善・拡充されている。

	平成6年4月	平成12年12月
集中治療室	16床 444.31m ²	42床 914.09m ²
無菌病室等	固定式 なし 移動式 4台	固定式 1床 18.77m ² 移動式 8台

高度医療の提供実績も年々増加傾向にある。

剖検率は、15.9%と低く、厚生労働省からも努力を求められている。現在、診療科長会議、医長医局長会議で剖検率向上を要請している。

〔将来の改善・改革に向けた方策〕

危機管理、安全管理、救急医療、災害医療対策、情報化の推進、情報提供の推進等について課題別の専門部会を院内に設け、逐次対応を開始している。

f. 高度救命救急センター

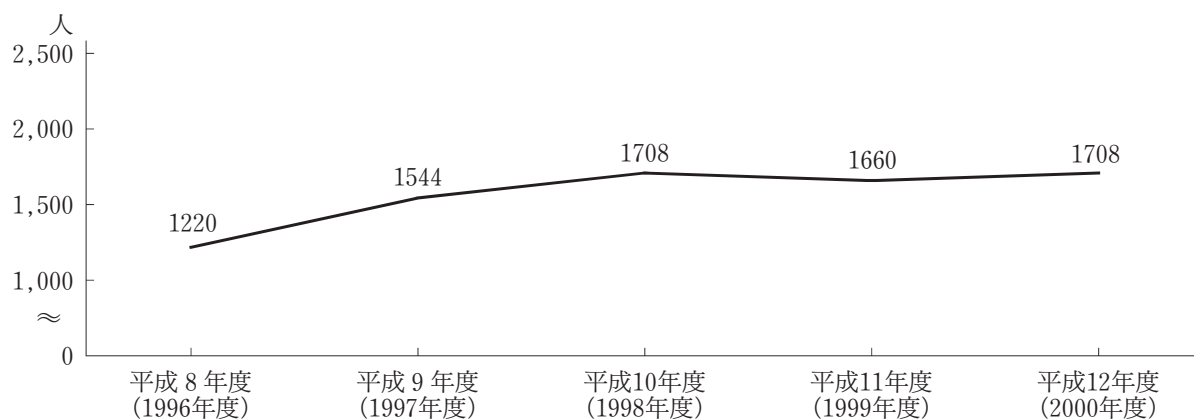
〔現状の説明〕

① 3次救急

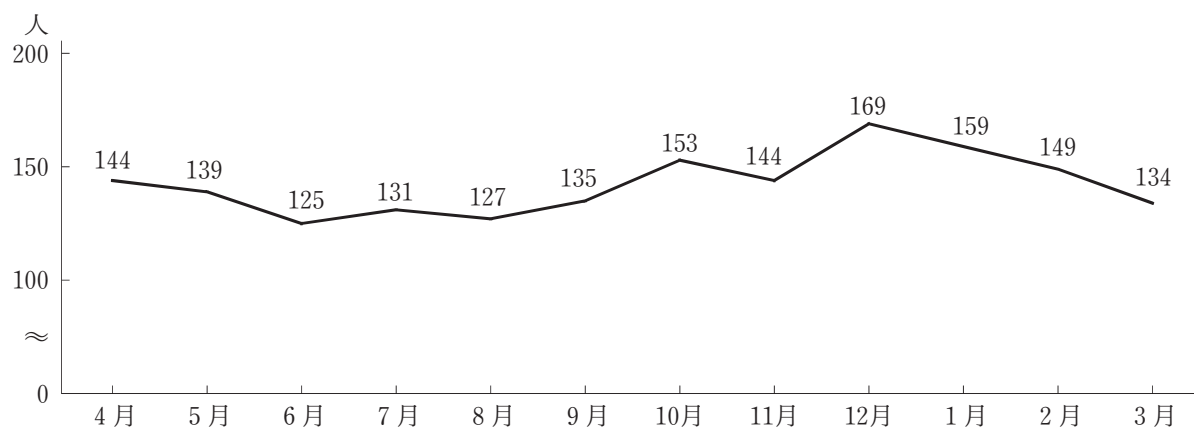
昭和54年（1979年）に救命救急センターとして開始した3次救急医療は、平成5年（1993年）4月に現在の高度救命救急センターの建物に移り、平成6年（1994年）12月全国で6番目の高度救命救急センターの認定を受けている。受入れ患者数も毎年増加し、最近では年間1,500から1,800人の3次救急患者総数となっている（別表13、14）。高度救命救急センターとしての使命である脳血管障害、循環器救急疾患、重症熱傷、四肢切断患者はもちろん、来院時心肺停止や多発外傷、急性薬物中毒、原因不明の意識障害、消化器系重症救急疾患、呼吸不全などの呼吸器系救急疾患、重症感染症

などのあらゆる分野の3次救急医療を行っており、地域医療だけでなく、広域搬送を含めて我が国の3次救急医療に貢献し続けている。また救急救命士教育（短期、長期を含む）や、更に充実した3次救急医療体制の確立・維持に努力を行っている。

別表13 3次救急患者受入れ状況



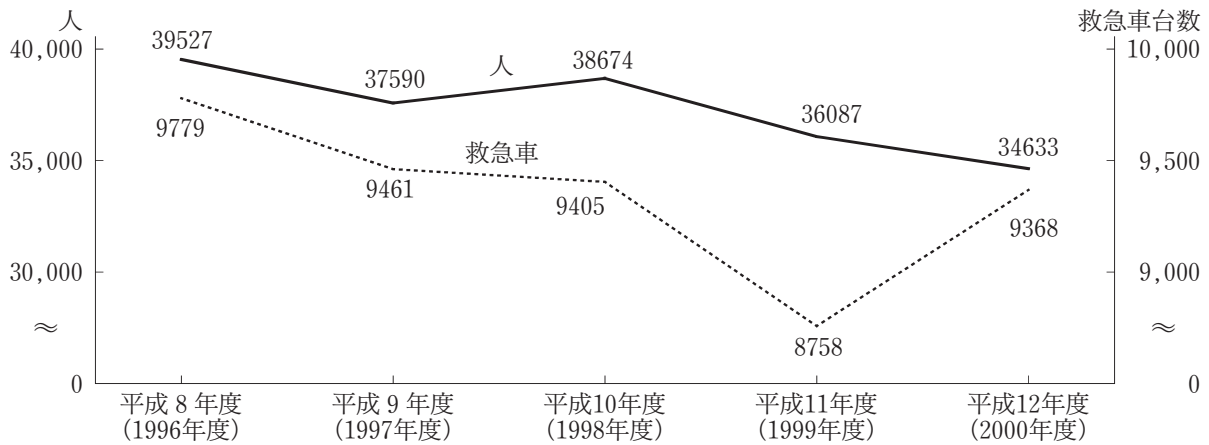
別表14 救命救急センター病棟入院患者数 (平成12年度実績)



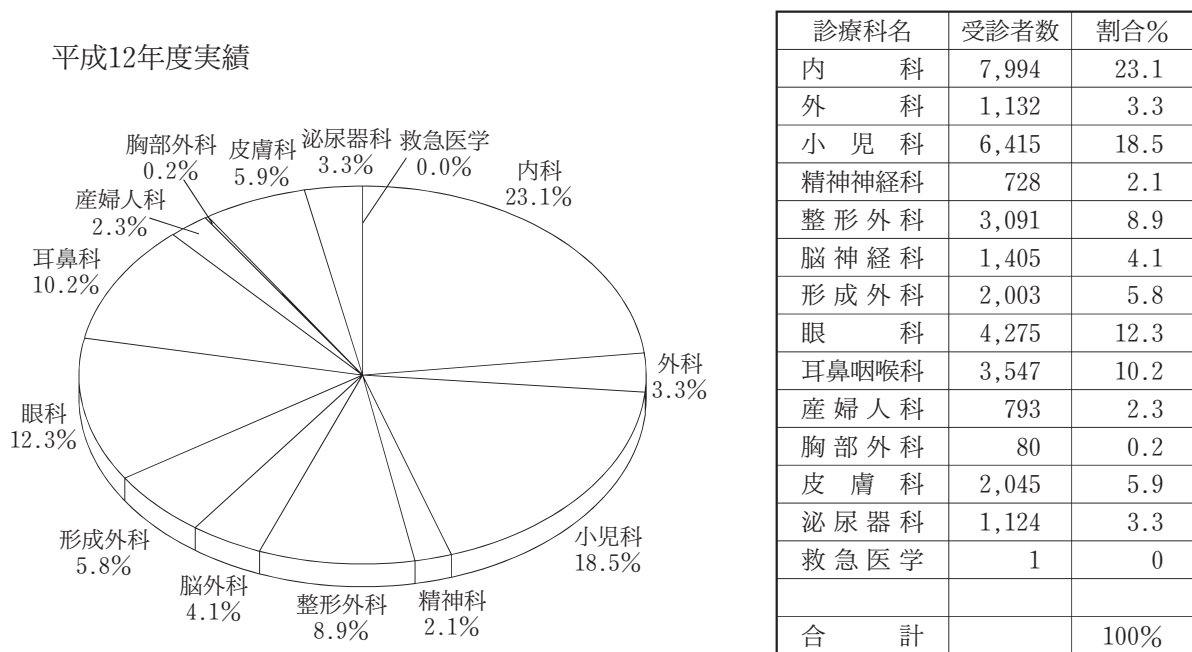
② 1・2次救急

夜間・休日の救急医療としての1・2次救急医療は、高度救命救急センターの建物が新設されて以来、三次救急施設と直結したより、ハイレベルの医療を行っており、年間の時間外救急患者は3万人を越えている(別表14)。3次救急と合わせて、地域救急医療への貢献は高いものと評価できる。特に近隣地域にはない小児科、眼科、耳鼻咽喉科領域の1・2次救急には、各科医師が日夜奮闘している(別表15)。

別表14 1・2次救急外来患者受入れ状況



別表15 1・2次救急外来患者診療科別受入れ状況



〔点検・評価〕〔長所と問題点〕

重症救急患者の多くは三次救急医療機関に収容、治療されているが、その大部分を救命救急センターが担っている。平成13年現在救命救急センターは全国に150ヶ所あるが、その活動内容をみると診療実績に差がありすぎると指摘されている。厚生労働省から救命救急センターへの補助金は従来から実績に関係なく交付されており、この点が問題になっていた。そこで救命センターの全般的な質の向上を図るため、まず救命センターの質の評価方法を診療体制、実績等から検討する必要が生じ、厚生労働省指導により全国救命救急センターの質の評価が行われた。すなわち、評価項目として、医師等の専属スタッフ数、常時稼働可能な空床数、地域消防との連携の有無などである。この評価法を参考にした行政のランク付においても、当救命救急センターはAランクの内でもトップを維持している。

〔将来の改善・改革に向けた方策〕

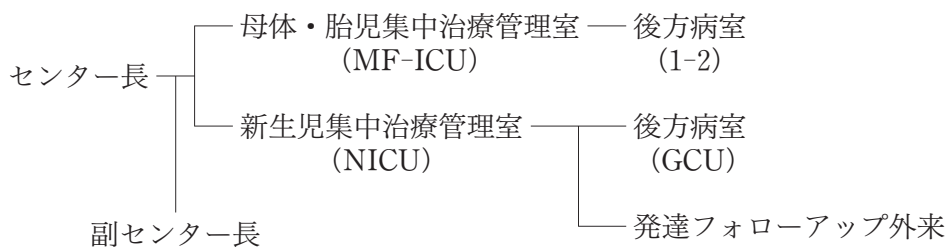
今後は、初期・2次救急医療機関の質の評価検討も行政指導により行われる予定であり、

より一層の自助努力（医療技術の向上、地域救急医療への貢献度の増加など）に基づいた質の向上が必要である。また救急医学教室だけでなく、一・二次救急医療を担当する各科の協力体制も重要である。1次・2次救急患者は年間3万5千～4万人来院するが、今後、これら患者の取り扱いに関し、例えばER（急患室）構想等含めて考えていきたい。

g. 総合周産期母子医療センター

〔現状の説明〕

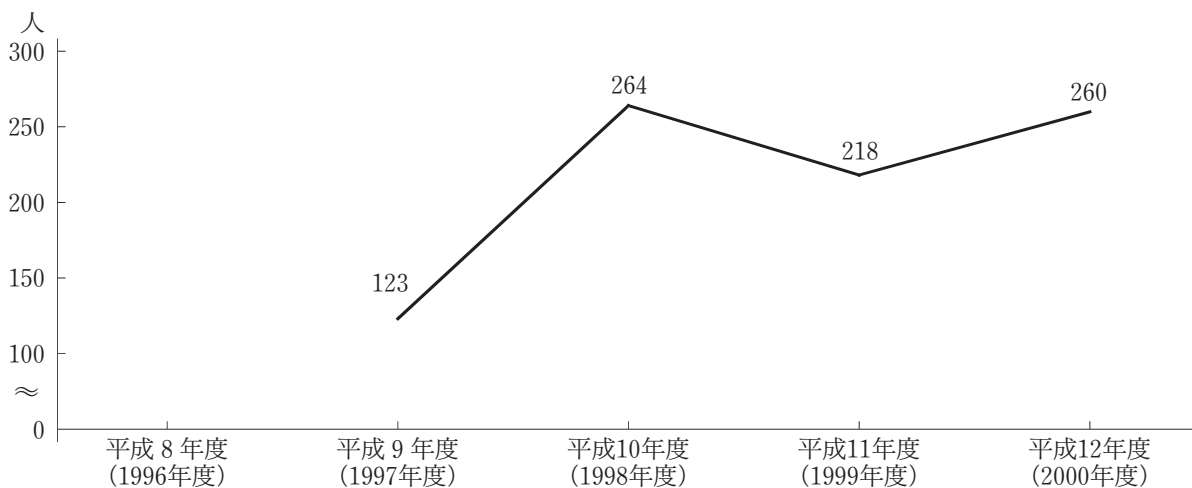
総合周産期母子医療センターの組織は下図の通り、新生児集中管理室（NICU）と母体・胎児集中治療管理室（MF-ICU）から成る。



① 新生児集中治療管理室 NICU

NICUは平成9年10月に開設以来院内出生児を中心に収容し、9床の病床は常にほぼ満床の状態である(別表16)。MF-ICUへのハイリスク症例の入院の増加とともに、超低出生体重児を中心に重篤な症例が増加し、また、双胎、品胎の収容数も増加してきており、NICUの病床が満床のため母体搬送を十分に受けることができないような状況が続いている。また新生児搬送の以来も同様にかかりの部分は収容できない状況にある。平成12年12月に新しくNICUが完成し、平成13年4月から12床に増床の予定であるが、多摩地区のMF-ICU、NICUの数の絶対数の不足を考えると増床してもまだ収容不能のケースが多く存在すると考えられる。

別表16 NICU及び後方病床（GCU）の受入れ状況



② 母体・胎児集中治療管理室 MF－ICU

杏林大学総合周産期母子医療センターは、平成9年10月より開設された。平成12年12月より新病棟となり、最新の医療設備を備え、母体・胎児集中治療管理室12床と後方病室24床となった。母体および胎児・新生児の一貫した管理を24時間体制で行う施設として、最新で高度の技術を駆使した周産期治療を行っている。また、東京都その中でも多摩地区を中心とした地域における、周産期医療に必要な専門的・基礎的知識、技術を習得させるための研修に協力している。

〔点検・評価〕〔長所と問題点〕

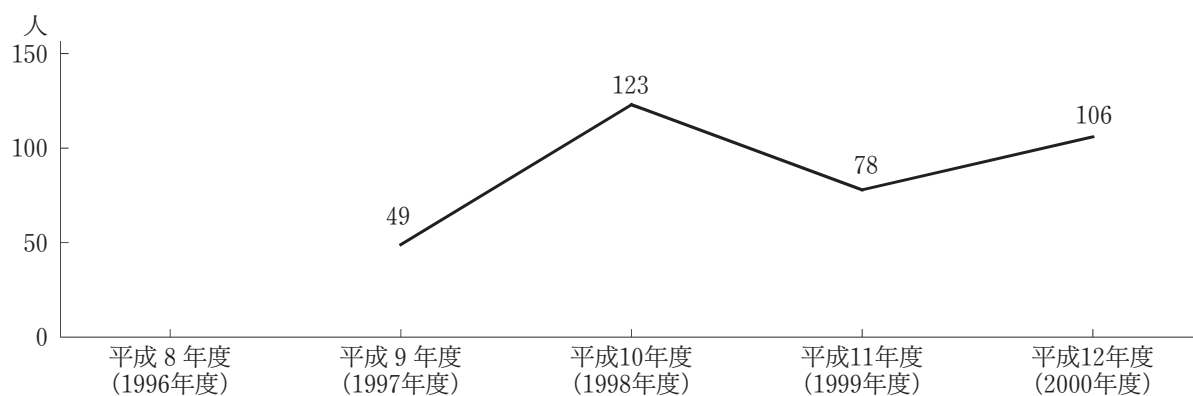
1) NICU

母体搬送の依頼が多いにもかかわらずNICUの病床数の制限から収容しきれないのが現状である（別表17）。

2) MF－ICU

周産期医療における東京多摩地域の中核病院として、周辺関連病院・施設との情報交換を密接に行いつつ、病診連携体制を作り上げ多くの症例を受け入れてきた。しかし、東京多摩地区における周産期施設の数は一時的に不足している。

別表17 母体搬送の受入れ状況



〔将来の改善・改革に向けた方策〕

NICUの病床数を平成13年4月より9床から12床に増床したことにより、今後受入れについては改善されてくると思われる。また、母体搬送を受け入れられない件数が増加しているが、MF－ICUについても平成13年4月より病床数が現在の9床から12床に増床したことにより受入れが改善されると思われる。新生児管理が想定される症例の受入れ体制の見直しが行われているので検討して行きたい。

h. 患者サービス

〔現状の説明〕

1) 1998年厚生省健康政策局の患者サービスのあり方に関する懇談会が「患者サービスガイドライン」を作成した。これを契機に当院でも「患者サービス向上委員会」を設置し、患者に対するサービス向上の取組みを始めた。

委員会は副院長を委員長とし、医師（外科系、内科系）、副看護部長、看護婦長（外来、病棟）薬剤部長、技師長、事務長、庶務課長、医事課長他など計13名の委員により構成され、月1回定期的に開催されている。活動としては、院内3ヶ所に設置されている投書箱に寄せられる意見、苦情を中心に検討し、改善出来る点については出来ることから即時実施するようにしている。また、各職域の委員の方よりの情報、改善提案等を審議し、患者サービスの向上につながる提案は取り上げ実施している。

- 2) 全国の大学病院で多発する事故を契機に、本院でも患者の安全と医療の質向上に向けた対策を立てる気運がたかまり、平成10年6月に全病院職員対象の第1回のリスクマネジメント研修会を開催し、以降年2回定期的に研修会又は外部講師による講演会を行ってきた。

リスクマネジメント委員会は、副院長を委員長とし医師、看護部、薬剤師部、臨床検査部、放射線科、ME室（臨床工学士）など計14名の委員で構成され、月1回定期的に開催されている。活動としては、院内より収集した安全レポート（インシデントレポート）を中心に検討し、対策を立てている。

- 3) 社会的な情報公開ニーズに応え、さらに医療情報を患者と共有することにより患者と医師が共同で疾病に対応する目的を持って、本大学病院においても平成13年4月より患者に関する情報開示を行なうこととした。情報開示請求にあたっては適正な対応を行う「診療情報開示委員会」（副院長が委員長、院内各診療部門、事務部門より各1名ずつの委員計29名）を設置している。これまでのところ1件の情報開示を行った。

〔点検・評価〕〔長所と問題点〕

① サービス向上委員会

現在の苦情の収集方法や検討方法に明らかな欠点はないと考えられるが、サービス改善に財政的裏付けを必要とする対策案を実施する場合は、ある程度の時間的猶予が必要であるのは止むを得ない。

最近の大きな改善点としては、外来棟の新築および予約診療制度の導入により、病院のアメニティーと待ち時間に関する苦情がそれ以前に比較して大幅に減少した。

一方、患者に対する事務、医療従事者の対応（態度、ことば使いなど）に問題があるとする苦情が相対的に増加している。

② リスクマネジメント委員会

定期的な会合を通し、院内教育に努めてはいるものの特に医師からの安全レポート提出が増えていない。この点に関しては、安全レポートの書式を簡略化し収集方法を改善して、より提出しやすい環境作りを行う予定である。

③ 情報開示委員会

これまでに情報開示請求は1件であり、本大学病院で策定された手順に従って適正に開示され、問題はなかった。

〔将来の改善・改革に向けた方策〕

① サービス向上に関して：

- 1) 他人によい体験をしてもらうというサービス本来の意義を、本大学病院内で、医療に係るすべての人々に周知させる教育が必要である。

- 2) 院内業務を委託した人々に対して、本大学のサービスの理念を十分に理解させた上で、患者対応の態度、ことば使い、手順などについては出来る限りマニュアル化する。
- ② リスクマネジメントに関して：
- 1) 医療従事者と患者の安全を確保し、医療の質を向上するという意識向上教育を、永続的に行なう。特に卒前教育から重要項目として取り扱う必要がある。(本大学には総合医療学講座に医療科学という科目がありすでに実施している。)
 - 2) 現在の医療システムの構造的な欠陥（大学病院における講座制など）についての検討も必要と考えられる。
 - 3) 医療事故は単独の医療従事者でおこされるよりも幾つかの部門が関連し合っているにも拘らず、情報伝達の不備から事故に至っている場合が多い。部門間、スタッフ間の情報伝達、コミュニケーションの改善を図る必要がある。
- ③ 情報開示に関して：
- 情報開示そのものに特別な障害はないが、開示される可能性のある情報記録（特にカルテの記載など）に関しては、適正な記録を行なうよう卒前および卒後教育（特に研修期間中）で指導する必要がある。

(4) 施設・設備等

〔現状の説明〕

① 本院の施設の概要

本院の施設については、入院病棟が3棟、外来棟、高度救命救急センター棟により構成されている。中央手術室、透析センター等の中央部門の施設は入院棟内に設置され、放射線施設及び外来手術室は外来棟に設置されている(別表18)。総病床数は1,175床である(別表19)。建物設備としては、電気、給水・給湯、寝台用エレベーター、医療ガス及び医療廃棄物保管、管理、処理などの設備がある。また、三鷹キャンパス全体として空調設備、防災センター、電話、院内ポケットベル等があり、大学病院としての機能が整い、診療が継続的に行える状況である。

特に、病院施設の外来棟、第一病棟についてはそれぞれ平成10年12月、平成12年11月にリニューアルされ、いずれも免震構造を取り入れている。

別表19 病床一覧

病床区分	病床数	病棟数	病室数	手術室
一般病棟	1,143	27	個室 156	中央手術室 16室
精神病棟	32	1	2人室 31	
結核病棟		0	3人室 21	外来手術室 4室
伝染病棟		0	4人室 71 5人室 0	
計	1,175		計 279	

② 本院の設備の概要

本院の医療設備、特に放射線関係の設備については平成10年12月から新外来棟の完

成に伴い、外来棟地下にMRI（磁気共鳴断層撮影装置）3台、CT装置、血管連続撮影装置が機能的に配置された（別表20）。

別表20 診療機器の保有・使用状況（平成12年度）

診断機器名	保有台数	年間延取扱件数
画像診断用超音波装置（中央検査部）	10台	23,050人
血管連続撮影装置	4台	1,594人
全身用X線CT装置（頭部CT含）	5台	27,460人
磁気共鳴断層撮影装置（MRI）	3台	10,909人
体外衝撃波結石破碎装置	1台	
リニアック	2台	7,325人

〔点検・評価〕〔長所と問題点〕

外来棟、第一病棟は、いずれも免震構造であり災害に強い地域の拠点病院として整備された。また、放射線の大型機器であるMRI、リニアック等が整備され、いずれも免震構造の建物内に設置した。

入院病棟3つの内第一病棟は新築され、病室の広さ、トイレ等の住居環境がいままで以上に向上されている。また、特徴としては病棟内に食堂スペースが設けられ、病室のベッド上で食事をとることなくお見舞の家族と一緒に食事ができるので好評である。

問題点としては、諸施設の建物がそれぞれ別々の時期に造られ、病棟の格差による患者の不満等が考えられる。また、病棟の案内が分かりにくい等の不備がある。

設備面、特に医療機器についてはほぼ整備されたが、今後の維持管理面での経費の削減と更新のための資金計画を考える必要がある。

〔将来の改善・改革に向けた方策〕

病院建物および設備については、免震構造による建物に一部更新され整備されたが、他の建物についての今後の整備を考える必要がある。病院機能を有機的つなぐ無駄のない総合的な観点に立った建物、諸設備の配置を考え、コスト抑制と同時に、ランニングコストの低減を図りたい。

(5) 管理・運営

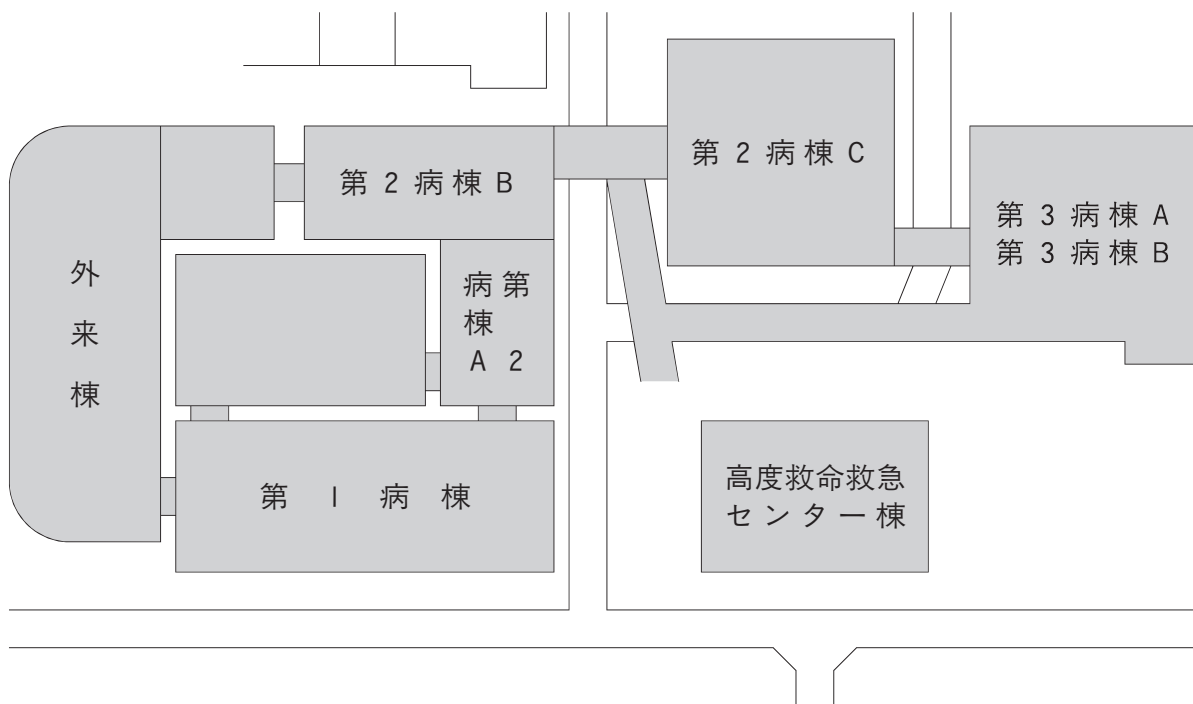
〔現状の説明〕

本院の管理運営体制としては、別表21に示すように各種会議及び各委員会があり、基本的な病院の事業計画等の重要事項については、毎月定期的で開催される病院長主催の副院長会議で審議され方針が打ち出される。方針はその後診療科長会議に提案され承認後、医長・医局長会議にて具体的な実施について検討される。各委員会の委員長には副院長が就任し、毎月定期的にはまたは、必要に応じて委員会が開催されている。各委員会の内容については、副院長会議、診療科長会議に報告される。

〔点検・評価〕〔長所と問題点〕

当院は外来、病棟のほかに全国有数の救命救急センターをはじめアイセンター、総合周

別表18 付属病院施設の配置



第1病棟	
5階	婦人科 眼科
4階	耳鼻咽喉科 頭頸科 眼科
3階	小児科 小児外科
2階	産科 新生児
1階	総合周産期母子医療センター
地下1階	看護部 庶務科 治験事務局 栄養相談室 売店 銀行キャッシュコーナー ボランティア室 喫煙コーナー

高度救命救急センター棟	
3階	
2階	集中治療室
1階	時間外 救急外科
地下1階	手術室
地下2階	

第3病棟A	
5階	第1外科
4階	第2外科
3階	泌尿器科 救急医学
2階	整形外科
1階	ME室 滅菌室 高気圧酸素治療室 放射線科 (CT)
地下1階	手術室
地下2階	

第2病棟B		第2病棟A		第2病棟C	
3階	第1内科	6階	内科系特別	4階	臨床講堂
2階	精神神経科	5階	第3内科	3階	第2内科
1階	腎透析センター	4階	第3内科	2階	第2内科 GCU
地下1階	入院調剤室 薬剤部 調剤室 薬品管理室	3階	第1内科	1階	検査部(1)
地下2階		2階	高齢医学	地下1階	検査部(2) 製剤室
		1階	健康医学センター (人間ドック) 医事課 (入退院)	地下2階	職員食堂
		地下1階	検査部(3) 医薬品情報室		
		地下2階			

第3病棟B	
5階	第1外科 皮膚科
4階	第2外科 胸部外科
3階	脳神経外科 麻酔科
2階	整形外科 形成外科 面会ロビー 理容室
1階	総合リハビリテーション室 集中治療室 HCU (全科)
地下1階	手術室
地下2階	栄養科

※検査部 (1) 生化学検査、免疫学的検査、微生物学的検査
 (2) 輸血、血液、救急、一般検査室
 (3) 脳神経機能、循環機能、呼吸機能、超音波検査室

産期母子医療センター、熱傷センターを有し、近年外来棟、周産期センターは全国初の免震構造に衣替えた。これらの建造物は公共施設に囲まれ幹線道路に面した超近代的な構造とアメニティが特徴的である。業務はすべてコンピュータ化されオーダーリングシステムで動いており、大むね順調に作動している。各種医療機関との連絡も地域医療連携室を通じて密接に行われており、地域医療におけるセンターとしての役割を果たしている。外来患者数は順調に伸びているが入院患者数は病棟の取り壊しと新築の繰り返しの最中でもあり伸び悩んでいる。

長所は幹線道路が外来棟に面して開通し、路線バスが新設されたことによって中央線と京王線へのアクセスが著しく良好になった。免震構造のため患者は快適なアメニティの中でいつも安心して医療を受けられる。また先進医療も実施されており質の高い医療を提供している。

問題は医療収入であり、莫大な設備費を投入して快適な空間と質の高い医療を提供しているが予想を超える維持費、保守点検費を必要とし、現行の保険制度ではマイナスである。また研修医の入職数は在京の病院としては少なく、慢性的マンパワー不足に悩んでいる。

〔将来の改善・改革に向けた方策〕

情報センターの設置と業務の簡略化、迅速化によって各職員の能力を最大限引き出すと共に職員数の減少とアウトソーシングのさらなる活用を目指す。研修医については平成16年4月からスタートするスーパーローテーションの受入れ体制の整備が急務である。方策としてはこのための準備委員会を発足させることにした。また3年前より研修医の宿舎を少しずつ確保し、費用の一部を病院が負担している。

別表21 各種会議・委員会の状況

名 称	開催方法	構成員又は審議事項
副院長会議	定 期	病院長、副院長、管理部長、看護部長、副看護部長、事務長、事務次長
診療科長会議	定 期	病院長、各診療科長、看護部長、管理部長、各センター長、各施設長、事務長、事務次長
医長・医局長会議	定 期	病院長、看護部長、各科医長・医局長、事務長、事務次長、庶務課長、医事課長
病院管理職・監督職会議	定 期	事務長、事務次長、各科（課）長、監督職
婦長会	定 期	看護部長、副看護部長、各婦長
看護監督職会議	定 期	看護部長、副看護部長、各監督職
保険委員会	定 期	レセプトに関する事。 (減点内容の検討等)
薬事委員会	定 期	医薬品の採用、取消しについて
医療材料委員会	定 期	医療材料の採用等について
院内感染防止委員会	定 期	伝染病及び院内感染対策について
診療情報管理委員会	定 期	診療録の保管・管理の取り扱いについて
栄養委員会	定 期	栄養科の運営について
患者サービス向上委員会	定 期	投書箱による患者の苦情、提言等の検討について
放射線委員会	定 期	患者サービス向上について

治験審査委員会	定 期	治験実施について
集中治療室運営委員会	定 期	集中治療室の管理運営について
リスクマネジメント委員会	定 期	医療事故防止について
児童虐待防止委員会	定 期	虐待を受けた児童の安全と、発生防止に付いて
1・2次救急外来責任者会議	定 期	1・2次救急外来患者の受入れ対応について
医療ガス安全・管理委員会	定 期	医療ガスの安全な管理・運営について
輸血療法委員会	不定期	輸血療法の適正化について
診療情報管理開示委員会	不定期	診療情報開示の実施について
臓器・組織移植センター運営委員会	不定期	臓器・組織移植の実施と運営管理について

(6) 自己点検・評価の組織体制

〔現状の説明〕

自己点検・評価委員会は附属病院、副院長、病院管理部長、看護部長で構成され、1ヶ月に一度定期的に開催している。院内に設置された各種委員会でも定期的に各部門での点検・評価を行なっている。さらに、平成16年より新しい研修医制度の導入が決定したことを受けて、研修に関する点検・評価のための研修委員会を立ち上げた。

〔点検・評価〕〔長所と問題点〕

医療の急速な進歩のみならず、医療を取り巻く社会状況の急激な変化により、病院のあり方にも従来にまして大きな変革が要求されている。本院は比較的新しい大学附属病院であり、一つ一つの問題点に柔軟な対応が可能となっている。新たに設置した研修に関する委員会もその一つである。自己点検・評価委員会も病院長が主催し、各種委員会と密接な協力体制が敷かれ、幅広い検討が可能となっている。

ただし、自己点検・評価委員会の構成が病院の管理職に偏っており、幅広い検討がなされていない可能性がある。また委員会は定期的で開催されているが、他の委員会との重複などで十分な時間がとれていないことが問題点である。

〔将来の改善・改革に向けた方策〕

各種委員会と自己点検・評価委員会との連携をより深め、適切かつ迅速な点検・評価を可能としたい。そのためには各診療部門の講師、助手、研修医や、看護婦長、事務部門の代表者を委員として加え、より幅広い検討をする必要がある。