

9. 付属病院

(1) 理念・目的

[現状説明]

1) 理念・目的

杏林大学医学部付属病院の理念は「患者様の立場に立って、暖かい心のかような医療を提供する」ことである。この理念に立脚した本院の基本方針は、①全職員のチームワークによる患者様中心の医療、②人間性豊かな質の高い医療従事者の育成、③地域医療への貢献、④高度先進医療の積極的な遂行、である。

つまり卒前・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と同時に、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く先進医療を積極的に遂行することを目指してしている。

2) 設立の経緯・沿革

昭和28年4月、松田進勇（杏林大学創設者）が現在の地に三鷹新川病院を開設し、その後新川総合病院となった。昭和45年8月1日、杏林大学医学部の設立にともない、新川総合病院は杏林大学に引き継がれ、その付属病院となった。昭和46年4月には外来棟、同年10月には第1病棟が竣工し、また昭和48年1月には第3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。平成6年4月には特定機能病院の承認を受け、高度医療を担当することとなった。また平成16年3月に日本医療機能評価機構より認定病として許可された。平成10年12月に免震構造を持つ新しい外来棟が竣工し、平成12年12月には第1病棟が改築され、平成17年3月に中央病棟、平成19年5月には新外科病棟が竣工し、最新設備を備えた地域最大規模の病院となった。

別表9-1 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1病棟竣工
昭和48年1月10日	第3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2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1病棟竣工（更新）
平成17年3月31日	中央病棟竣工
平成18年5月1日	脳卒中センター開設
平成18年9月1日	腫瘍センター開設
平成18年11月1日	もの忘れセンター開設
平成19年5月31日	外科病棟竣工

[点検・評価（長所と問題点）]

病院の理念は建学の精神である「眞、善、美の探究」に基づいて、病める者の立場に立って人間性豊かな暖かい心の通う医療を提供するものである。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受け、看護師、医師は学生時代からの教育により、一丸となって理念に沿った医療の実現を目指している。

当院は東京都西部地区三多摩の大学病院として地域の高度医療センターの役割を果たしているが、1～3次救急医療を有機的にカバーする高度救命救急センターを持つことから、都下のみならず首都圏の住民にも医療サービスを提供している。

当院は、質の保証された標準的医療を提供することに加えて、特定機能病院として先進的医療を提供するよう努めている。また平成10年以降に建設された病棟施設は免震構造を持ち、オーダリングシステム、近代的な手術室や集中治療室、最新鋭の診断、治療装置を備えて、いつでも患者さんに安心して受診していただけるような安全で質の高い医療を目指している。

[改善方策]：理念・目的

平成20年度11月に日本医療機能評価機構の再評価を受審する予定で、それまでに各診療科ならびに病棟の理念、目的等を整備する。

(2) 組 織

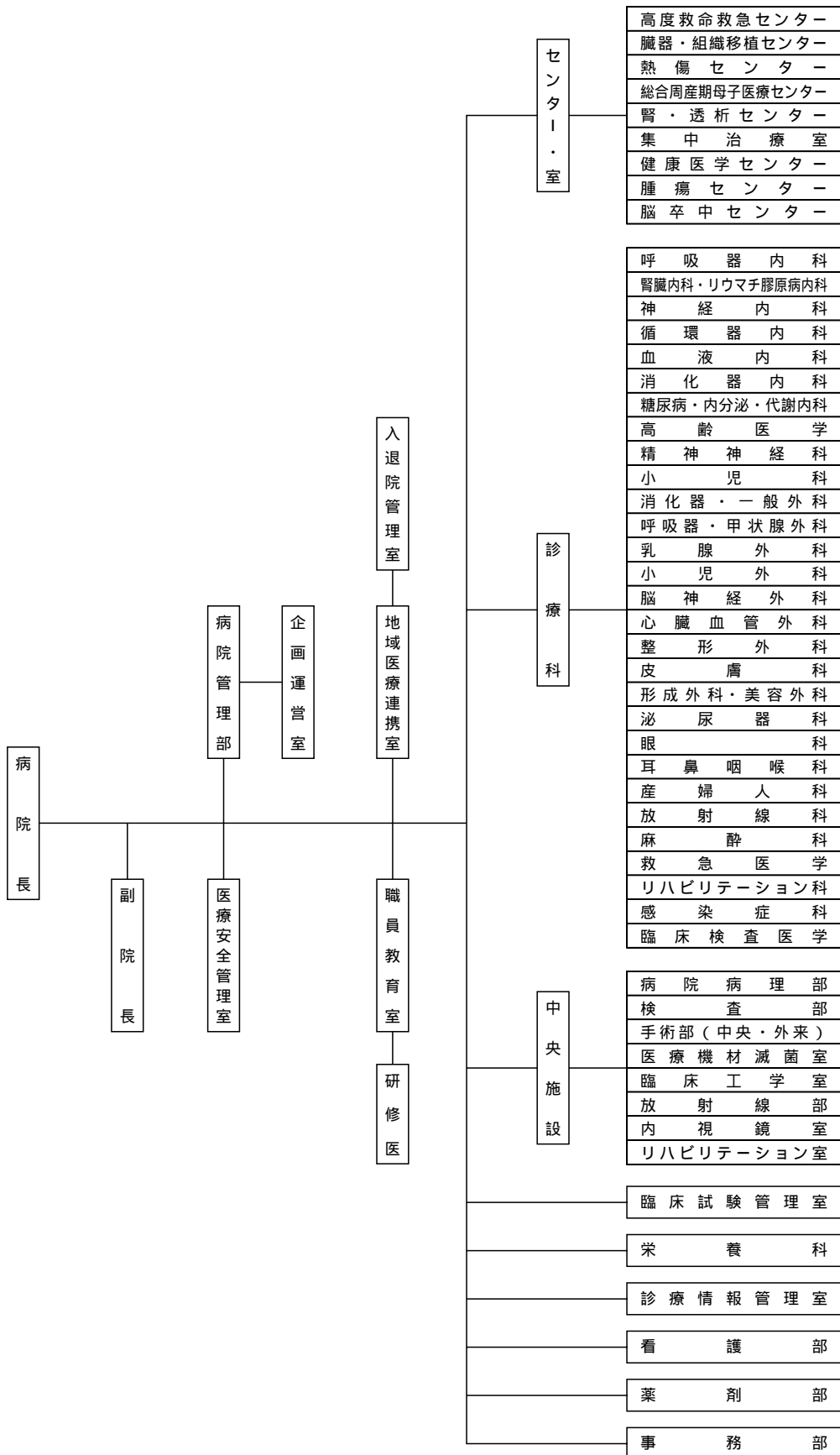
[目標]

特定機能病院として、また地域医療の中核病院としての役割を果たすため、医師、看護師、パラメディカル、事務職員がチームとなって診療に当たる。

[現状説明]

病院組織は、病院長の下に、副院長4名がおり、病院長の直轄部門として病院管理部・企画運営室、医療安全管理室、地域医療連携室・入退院管理室、職員教育室がある。又、それらの下にはセンター・室部門9施設、29診療部門29科、中央施設部門8施設、看護部、薬剤部、事務部、臨床試験管理室、栄養科、診療情報管理室が配置されている（別表9-2）。

別表 9-2 病院組織図 平成19年 4月 1日現在



[点検・評価（長所と問題点）]

医学生の実習の場である医学部付属病院としての組織は、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1・2・3次救急要請に応えるための高度救命救急センター、退院後のサポート活動を行う地域医療連携室の在宅療養医療係、訪問看護係、そして地域の病病（病院・病院）連携、病診（病院・診療所）連携を円滑に行うための地域連携係等がある。

地域連携室の整備によって、外来受診や入院を迅速化し、早期治療、早期退院を促進する体制とした。地域医療連携は、三鷹市をはじめとする近隣医師会と定期的に会合を行ない、病診ならびに病病連携の在り方等について意見を交換するとともに、具体的には病床利用状況の情報交換を行なっている。

夜間の救急患者受け入れは特に地域の要望が強いため、平成18年度に1・2次救急トリアージチーム（A T T : advanced triage team）が組織された。現在平日で約100名の1・2次救急受診患者を受け入れており、研修医にとってプライマリケアを学修する格好の場となっている。

医療安全管理室は、医療事故を予防するため、リスクマネジメント委員が各職場の安全管理責任者から情報（安全レポート）の収集を精力的に行い、情報の蓄積とその内容分析から医療事故防止に繋げる活動を行っている。

職員数については、現在のところ医師、看護師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医療を維持することは出来ている。しかし研修医はマッチング方式の導入によって確保しづらくなっている。平成19年度は卒業生93名の内38名が研修医として入職したが、定員に満たなかった。今後は、より多くの卒業生が本学付属病院での研修を希望するよう、研修医の待遇を改善し、魅力ある教育研修プログラムを用意したい。

看護職員については、入院基本料の7：1看護体制を維持するための必要な人員が確保されている。事務職員については、財政的な観点から正規職員を削減し、業務の合理化を図り、業務委託へ切り替えたが、このことにより窓口業務等で患者への対応が行き届かず、しばしばクレームが発生している。派遣職員に対する接遇教育は喫緊の課題である。

[改善方策]：組織

- 1) 医療事故によるトラブルは増加傾向にある。それぞれの事例を検証しながら病院の医療安全対策マニュアルを整備していく。職員に対する接遇講習会やB L S（basic life support）講習会は定期的に実施されているが、派遣職員も受講するよう指導する。
- 2) 研修医減少対策として、本学医学部の学生や他大学の情報を卒後教育委員会等で検証し、平成20年度より月額5万円の給与増額を行う。

(3) 活動内容

[目標]

患者さんに満足いただける医療を提供し、地域に根ざした特定機能病院として、患者数の増加をはかる。また研修施設として大学病院の役割を果たす。

現状の病院規模は、入院稼働病床数としては1,021床、外来患者数は1日平均約2,000名であり、院外処方箋率は約90%となっている。

(一) 一般診療（外来、入院診療）

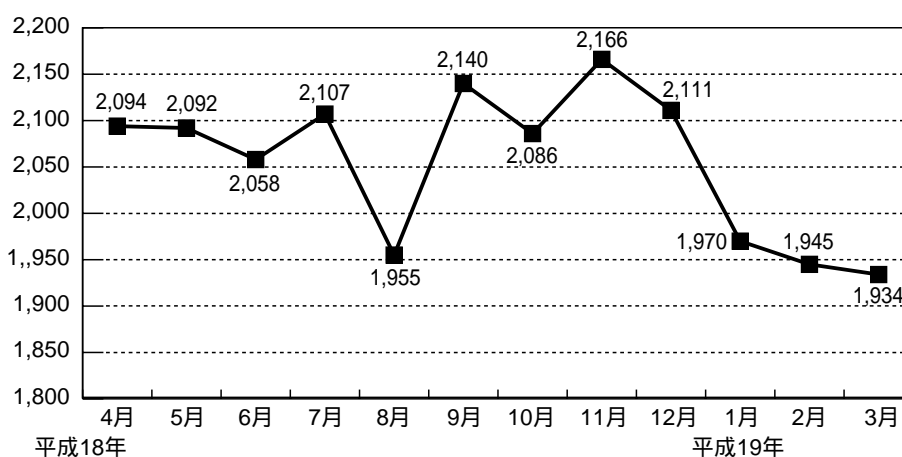
[現状説明]

本院の外来患者数の推移等を別表9-3、4に、紹介率の状況を別表9-5に示す。

別表9-3 外来の状況

区分	年度	14年度 (2002年度)	15年度 (2003年度)	16年度 (2004年度)	17年度 (2005年度)	18年度 (2006年度)
診療実日数	(日)	271	283	294	294	294
新来患者数	(人)	48,720	52,920	49,109	36,662	60,875
再来患者数	(人)	488,497	503,474	512,849	575,343	542,695
外来患者延数	(人)	537,217	556,394	561,958	612,005	603,570
1日平均患者数	(人)	1,982	1,966	1,911	2,082	2,053
平均通院回数	(回)	4.2	4.1	3.8	3.9	3.8
新来率	(%)	9.1	9.5	8.7	6.0	10.0

別表9-4 平成18年度における1日平均外来患者数の推移



別表9-5 紹介率の状況 (単位：%)

(単位：%)

紹介率	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度
医療法上紹介率	41.7	43.2	43.9	46.6	47.0
健保法上紹介率	39.2	40.5	41.8	43.9	42.0

[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ものの平成14年度より年々増えていたが、平成18年度はやや減少傾向した（別表9-3、9-4）。救急患者数は土曜日・休日に多く、救急外来は混雑を極めている。新来率は平成16年度から17年度にかけて一旦減少に転じたが、平成18年度には回復した。紹介患者数については、この5年間、年々増加傾向にあり、後述の地域医療連携室の機能強化とともに地域の診療所、病院との病診ならびに病病連携が順調に軌道に乗ってきた（別表9-5）。オーダーリングシステムの導入により、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。また予約の変更についても、随時対応することが可能となっている。今後は、これらの点を更に充実させ、手続きの簡素化や予約数の増大に出来るだけ応じることが可能となるようにする。入院患者数については、平成14年度以降、新入院ならびに退院患者数がともに増加しているものの、平均在院日数の短縮により病床利用率が低下した（別表9-6）。

別表9-6 入院の状況

区分	年度	14年度 (2002年度)	15年度 (2003年度)	16年度 (2004年度)	17年度 (2005年度)	18年度 (2006年度)
診療実日数	(日)	365	366	365	365	365
新入院患者数	(人)	14,865	16,342	17,152	18,090	19,432
退院患者数	(人)	14,991	16,346	17,159	18,146	19,484
死亡退院患者数	(人)	901	921	1,034	1,087	1,088
在院患者延数	(人)	308,508	297,966	302,068	298,341	291,550
1日平均在院患者数	(人)	845.2	814.1	827.6	817.4	798.0
平均在院日数	(日)	20.7	18.2	17.6	16.5	15.0
実働病床利用率	(%)	90.6	87.8	88.3	87.2	84.6
許可病床利用率	(%)	76.3	73.9	75.3	74.6	73.9
病床稼働率	(%)	86.4	83.2	83.5	82.2	79.3
院内死亡率	(%)	6.0	5.6	6.0	6.0	5.6

外来診療の問題点の一つに、救急診療体制がある。とくに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、以前より来院者が多く、対応しきれない状況であった。そこで平成18年度に救急診療体制の強化を図るために、新たな専門チームA T Tが組織され、あらゆる領域の1・2次救急患者の受け入れが円滑に行なわれる様になった。

もう一つの解決すべき問題点として、懸案の病床利用率が挙げられる。平均在院日数の短縮という側面があるものの、実働病床利用率がこの数年間にわたり80%台に止まっていることから、利用率の上昇を図るために、ベッドコントロールの一元化のための方策を立てる必要がある。

(二) 卒前教育

[現状説明]

大学付属病院は、医学生の実習の場として大きな役割を果たしている。臨床実習は5年

次に39週間にわたって付属病院で行われる。学年全体を13のグループに分け（1グループは7～8名）、全診療科をローテートする。できるだけ診療参加型実習とするように各科で工夫をしているが、診療科の性格や実習期間により模擬診療型や見学型にせざるを得ない科もある。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、救急車同乗実習を行い、地域の救急医療体制に関しても理解と経験を積むことができるようになってきている。

6年次には、8週間（4週間×2診療科）の参加型臨床実習（クリニカルクラークシップ）を行っている。実習を行う診療科は学生の希望により選択できる。実習を行うのに適した施設であれば学外での実習も許可している。実習後の評価としては、いわゆるadvanced OSCEを行い、実技試験に合格することを卒業の要件としている。

〔点検・評価（長所と問題点）〕

卒業後の臨床研修にスムーズに移行するためには、卒業までに十分な医学的知識（当然ながら、国家試験に合格できるレベル以上）と、基本的な診療技能および態度を修得する必要がある。臨床実習は、それまでに身につけた知識を個々の患者に応用して臨床的意志決定を行えるようになるためと、基本的な診療技能および態度を修得するために極めて重要なカリキュラムである。本学学生の卒業時点でのアウトカムから判断すると、6年次学生の大部分が卒業試験と国家試験をクリアしており、知識の修得に関しては、おおむね満足できる結果と思われる。しかし、6年次のOSCEの結果から判断すると、知識の応用や臨床技能については、学生間のばらつきが大きい。例えば、医療面接の技能においては、研修医よりも上のレベルであると判定されるような学生から、医療面接の基本的な手順が十分理解できていないのではないかと思われる学生までいる。

この問題解決のためには、臨床実習をできるだけ参加型とし、医療面接－身体診察－問題点と鑑別診断のリストアップ－検査・治療計画の策定－診療録の記載－カンファレンスにおける発表という診療のプロセスを何度も体験させることにより、実際に行動として示すことができる「コンピテンシー」として身につけさせる必要がある。現状では、実際に臨床現場で学生と接して指導する助教クラスの教員に、参加型臨床実習の概念やノウハウが十分理解されていないことと、医師が診療や事務的雑務に忙殺されて、教育に対して十分な時間と精力をかけられないことが問題である。また、各診療科における実習の到達目標が、現場の教員と学生に理解できるように十分具体的に表現されていないことと、臨床実習全体としての目標と各科の目標との整合性がとれていないことから、明確な目的意識をもった指導がなされにくいという問題点がある。個々の診療科における学生の評価も、到達目標設定のあいまいさを反映して、不十分であると言わざるを得ない。多くの科では、実習の最後に責任者（診療科長）による口頭試験が行われ、その結果と出席点とで成績がつけられるため、技能や態度の修得度が成績に十分反映されず、それが学生の実習への意欲をそぐ結果となっている。

6年次のOSCEは、技能・態度の最終的評価として重要であるが、時間と人員（評価者）の制限から、3課題を実施するに留まっている。信頼に足る評価結果を得るためには十数個の課題が必要であると言われているが、現状ではその余裕がない。

昨今の医学教育には、望ましいアウトカムを得るための様々な手法が導入されているが、その多くは従来よりも多くの人員と時間を必要とするものであり、大学病院の現場は、行政、経

営、患者、教育サービスの受給者（医学生、研修医）など様々な方面からの過大な要求に苦悩を深めているのが現状である。

（三）卒後教育

〔現状説明〕

新臨床研修制度の施行に伴い、当医学部付属病院では、より良い卒後教育の実践のために以下の改革を行ってきた。

- ① 現在の（初期）臨床研修のプログラムは1つで、研修領域の配分は別表9-7の如くである。また、年度ごとの研修医入職および修了数は以下の通りである。
 平成16年度：66名入職（全員修了）
 平成17年度：44名入職（1名中断、2名未修了）
 平成18年度：55名入職（全員研修中）
 平成19年度：49名入職（全員研修中）
- ② 新臨床研修制度施行に先立ち、組織を整備した。名称を「初期臨床研修委員会」とし、副院長の一人を委員長、医学教育専任の教授をプログラム責任者とした。看護部長・副部長、事務部長、庶務課長も委員に加え、病院全体として取り組む体制とした。また、近隣の医師会の医師会長にも外部委員として委員会に加わっていただいた。また、診療各科に臨床研修担当責任者をおき、初期臨床研修委員会と連絡を取りながら、研修の実施に当たっている。
 なお、初期臨床研修委員会は、平成19年度より、初期臨床研修だけでなくその後のいわゆる後期臨床研修についてもプログラムのとりまとめや広報活動の責を負うことが決められ、卒後教育委員会と改称した。
- ③ 施設面では、研修医の居室、ロッカー室、当直室、講義室を新設した。研修医には、狭いながら個人の机とロッカーとが与えられている。
- ④ 指導医の新臨床研修制度に対する理解と教育能力の向上を目的として、平成16年11月から年に2回（初年度は1回）、1泊2日の指導医養成ワークショップを行っている。修了者数はこれまでに約170名を数える。
- ⑤ 新臨床研修制度1期生（平成16年入職）の研修修了に伴い、「杏林大学医学部人材育成プロジェクト」を設置して、各診療科で初期臨床研修終了後の受け入れ体制を整備した。単に3～4年のいわゆる後期臨床研修に留まらず、若手医師のキャリア形成をサポートするという意味で、「人材育成プロジェクト」と銘打った。平成19年度よりレジデントが医学部長から病院長管轄のポストに変更され、卒後教育委員会が人材育成プロジェクトに関する業務も担当するようになった。
- ⑥ 平成19年度から、診療技能のトレーニングのために、院内にクリニカル・シミュレーション・ラボラトリーを開設した。
- ⑦ 初期臨床研修に関する研修医や学生のアンケート調査をもとに、平成20年度から、主として内科系の領域に進みたい人のためのAプログラムと、主として外科系の領域に進みたい人のためのBプログラムとの二本立てにすることとした。研修領域の配分は別表9-8の如くである。

別表 9-7 現在の研修プログラム

1 年目					
内科（6 か月）		外科（4 か月）			麻酔科 （2 か月）
2 年目					
救 急 （3 か月）	小児科 （2 か月）	精 神 神経科	産婦人科	地域医療	選択（4か月）

別表 9-8 平成20年度からの研修プログラム

【Aプログラム】

1 年目					
内科（7 か月）		外科（3 か月）			麻酔科 （2 か月）
2 年目					
救 急 （3 か月）	小児科 （2 か月）	精 神 神経科	産婦人科	地域医療	選択（4か月）

【Bプログラム】

1 年目						
内科（6 か月）		外科（4 か月）			麻酔科 （2 か月）	
2 年目						
救 急 （2 か月）	小児科 （3 か月）	小児科	精 神 神経科	産婦人科	地域医療	選択（4か月）

【点検・評価（長所と問題点）】

厚生労働省の規程では「救急部門＋麻酔科で3か月以上」のところを、当院の研修では麻酔科に2か月、救急に3か月ローテートさせて、全身管理と気管挿管をはじめとする基本的な手技の修得に力を入れているが、学生からも研修医からも一定程度評価されている。平成18年度からは、救急研修を1・2次救急チーム（ATT）での研修（1か月）と高度救命救急センターにおける3次救急の研修（2か月）に分け、一般病院に比べて大学病院ではやや修得しにくい、診断と初期治療の能力の修得にも配慮している。

問題点としては、特定機能病院という病院の性格や病院の規模に由来すると考えられる以下の点が挙げられる。

- ① ほぼ1か月ごとに研修する科を移っていくので、研修医の心理的負担が大きい。また、受け入れ側も親身になって指導する意欲を保ちにくい。
- ② 医療安全との兼ね合いで、リスクを伴う手技を研修医に修得させる機会が少なくなりがちである。
- ③ 卒後教育委員会からの情報が、指導医にも研修医にも届きにくく、研修改善の阻害要因となっている。
- ④ プログラム責任者・副責任者が個々の研修医の研修進行状況を把握しにくいいため、適切な指導やアドバイスが行えない。
- ⑤ 初期臨床研修終了後に大学に残る医師が、新臨床研修制度施行前よりも減少し、また診

療科の偏在もますます顕著になってきているため、将来病院を支える人材確保が喫緊の課題である。そのためには大学病院が魅力ある職場であり、よい教育が行われることが重要であるが、現場スタッフの疲弊は年々ひどくなっており、これをみて学生や研修医が大学に残ることを敬遠するという悪循環が生じている。

[改善方策]：活動内容

1. 一般診療（外来、入院診療）

- 1) ATTを円滑に運用するためには、指導的な役割を果たす専門医師が必要であり、今後その育成に取り組む。
- 2) 入退院管理室が一元的にベッドコントロールを行い、病床利用率をアップさせる。

2. 卒前教育

- 1) 臨床実習をできるだけ参加型とすることが重要かつ喫緊の課題である。まず、参加型臨床実習とはどういうものか、どのような教育体制を構築し、個々の医師や学生はどのように行動すべきか、ということが関係者に十分理解されなければならない。この目的で、平成19年度に外部講師を招いて講演会を開催したが、参加者は少なかった。今後もくりかえし講演会や勉強会を行う必要がある。
- 2) 実習後の学生のアウトカムを適切に評価して実習の改善につなげることが重要であるが、それとは別に、各科の実習が学生にどう受けとめられているかを知ること、問題点の把握とその解決のために有用であろう。今年度末に、現5年生を対象に臨床実習全般に関するアンケート調査を行い、次年度からは、各科の実習終了毎に学生による実習評価を行うことにしている。

3. 卒後教育

若手医師が自由に職場を選ぶ時代にあっては、評価と情報提供が重要である。すなわち、「杏林大学医学部付属病院で研修した人は優秀である」といわれるような医師を多く育てることによって病院の実力を高く評価されることを目指し、また我々の行っている教育について各方面に正確に情報提供していく必要がある。このための対策として、以下の方策をとる。

- 1) 卒後教育委員会と指導医や研修医とのコミュニケーションを密にして、プログラムに書かれている内容が着実に実施され、成果を挙げられるように一層の努力をする。
- 2) 指導医養成ワークショップを毎年実施し、指導医の指導能力を高めていく。
- 3) 病院における業務全般を見直して、無駄をなくし、適切な業務分担を行い、研修医、指導医をできるだけ「雑用」から解放する。
- 4) 学園の広報・企画調査室の協力も得て、これまで以上に積極的な広報活動を行う。

(四) 地域医療協力

[目標]

- ① 地域医療機関から紹介された患者さんの診療枠への予約登録、外来カルテ作成等の事前準備、診察日当日の患者受付、および紹介元医療機関への経過報告書の発送管理が円滑に行われるようにする。

- ② 医療機関等からの診療に関する問合せ、各種相談・情報提供依頼の窓口として、迅速・確実に地域医療連携室の各係で連絡・対応できるようにする。
- ③ 当院での診療が終了した紹介患者を紹介元医療機関へ戻すこと、新たな患者についても希望に添った地域の医療機関等へ紹介できるように情報収集と病診連携内容の拡大に努める。

[現状説明]

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、平成15年11月より医事課から分離し病院長直属となった。

平成18年9月より従来の地域医療連携室、医療福祉相談室、訪問看護室、在宅療養指導室を統合し、全体名称を地域医療連携室として今までの各室を係に変更した。また、平成19年4月より新たに総合支援相談係を追加した。

地域医療連携室の平成18年度の主な活動は以下の通りである。

- 1) 近隣地域（世田谷区、杉並区、練馬区、中野区、調布市、武蔵野市、三鷹市、府中市、小金井市、狛江市、国立市、立川市、八王子市の13区市）を中心に約3,000件以上の医療機関に診療案内、外来担当医表を配布し、当院の医療連携活動に協力をお願いした。ホームページに掲載した外来担当医表も毎月更新している。

また、紹介患者件数の多い医療機関等には直接訪問しご意見を伺い、診察予約申込書（指定紹介状）や病院ニュースを送付している。

- 2) 他医療機関からは、月平均793件（平成18年度の紹介状持参件数は月平均1,960件）のFAXによる診療予約申込を受付けている（別表9-9）。それに伴い、紹介患者経過報告書等の発送と管理（初回未報告分）を行った。
- 3) 医療連携システムへの紹介患者・逆紹介患者の登録（別表9-10）と紹介元医療機関、紹介先医療機関の登録、および当院受診患者が他医療機関に緊急受診した際の診療情報提供を行っている。
- 4) 登録医制度に伴う協定の締結・更新を近隣12区市（世田谷区、杉並区、練馬区、中野区、調布市、武蔵野市、三鷹市、府中市、小金井市、国立市、立川市、八王子市）の医師と行っている。
- 5) 医師会との連携については、三鷹市医師会病院委員会以外の各種健診（検診）推進委員会に当院医師を委員として選出している。また、武蔵野市医師会等を含めた地域連携についても推進している。
- 6) 地域連携パス（現在は大腿骨頸部骨折）についても活動を開始した。また、事務連携に関しては多摩メディカルマネジメント研究会（医事課）や北多摩南部連携ネットワーク（地域医療連携室）を立ち上げた。

地域医療連携室以外でも、各診療科・看護部が近隣（北多摩南部地域）の医療機関等と研究・研修会を開催している。

[点検・評価（長所と問題点）]

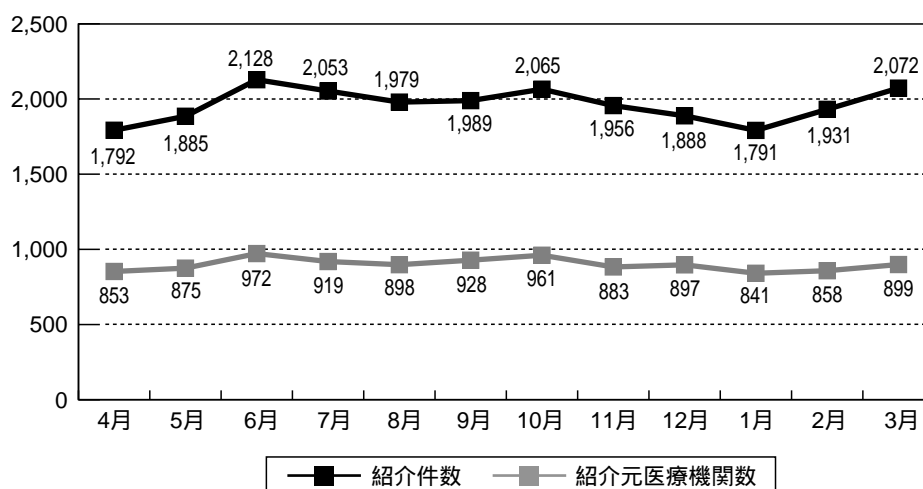
地域医療連携室の整備により他医療機関からのFAXによる外来診療予約申込の受付、紹介状を直接持参した患者を含めた紹介患者初回報告書の管理（未報告分の報告書作成依頼）と逆

紹介状作成患者の把握も充実してきた。

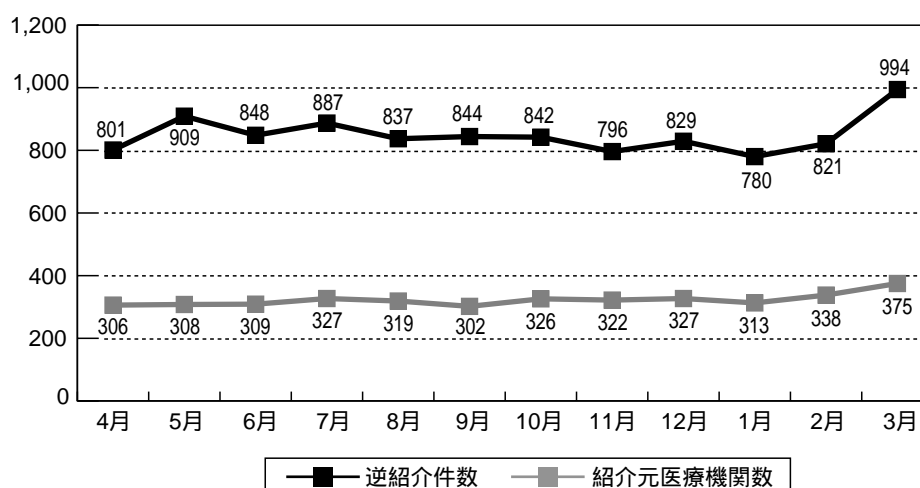
近隣の医療機関との緊急時の情報提供をはじめとする地域連携も順調に進められており、評価できる。

しかし、外来患者数全体の増加による紹介予約患者の診療待ち時間増加と初回報告以降の経過報告書作成や慢性期となった患者様の承諾に基づいた紹介元医療機関への逆紹介についての改善、紹介先となる地域医療機関等の患者受入情報を随時収集することに関してはまだ問題がある。

別表 9-9 平成18年度 紹介件数/紹介元数の推移



別表 9-10 平成18年度 逆紹介件数/紹介元数の推移表



(五) 特定機能病院

[現状説明]

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

付属病院

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先進医療と平成18年度の取り扱い患者数は、平成9年2月1日承認の経皮的レーザー椎間板切除術（内視鏡下を含む）患者数17名である。

高度な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38疾患4,038名に対し診療を実施した。

高度な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36研究であった。またこれらの研究成果は国内外の学会誌へ109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12年12月	平成19年9月
集中治療室	42床 914.09㎡	103床 1,935.61㎡
無菌病室等	固定式 1床 18.77㎡ 移動式 8台	固定式 8床 2,011.87㎡ 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、6.9%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。

[改善方策]：

1. 地域医療協力

- 1) 三鷹市医師会、武蔵野市医師会だけでなく他の近隣医師会との情報ネットワークを構築する。
- 2) 地域連携診療計画管理料・地域連携医療計画退院時指導料の新たな設定に伴い、その診療に関係した地域の医療機関が集まり、協力して地域連携パスやフォローアップシート等について検討していく。

2. 特定機能病院

診療科長会議等を通じて、各診療科に先進医療の推進を求めていく。

(六) 高度救命救急センター

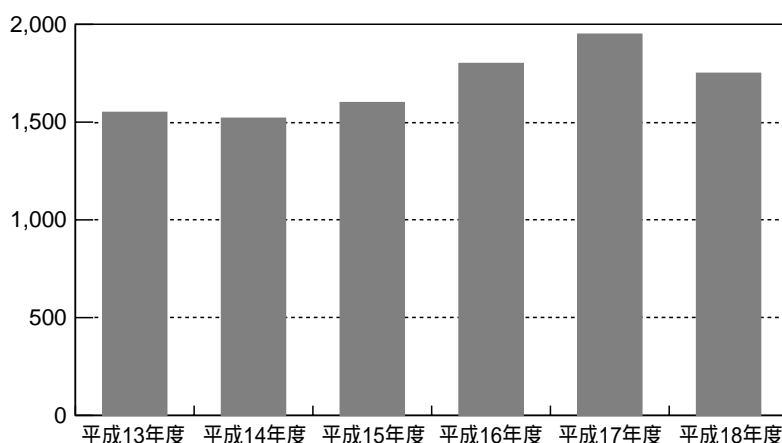
[目標]

1・2次救急との有機的な連携を図りながら、地域救急医療の中心施設としての役割、我が国の救急医療の最重要拠点としての役割を充実させる。また、大学病院としての立場を利用し、最先端医療にも取り組んでいく。

[現状説明]

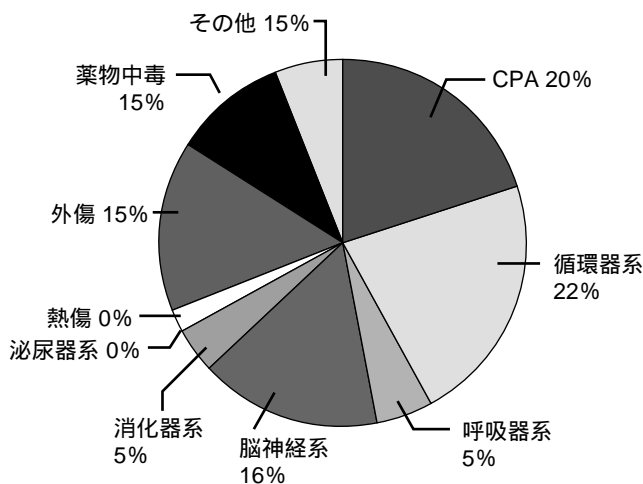
昭和54年（1979年）10月に救命救急センターとして開始した3次救急医療は、平成5年（1993年）に現在の救命救急センターの建物に移り、平成6年（1994年）12月全国で6番目の高度救命救急センター（現在、全国に10箇所）の認定を受けた。受入れ患者数も毎年増加し、最近では年間1,800人から2,000人の3次救急患者総数となっている（別表9-11）。高度救命救急センターとしての使命である脳血管障害、循環器救急疾患、重症熱傷、四肢切断患者はもちろん、来院時心肺停止や多発外傷、急性薬物中毒、原因不明の意識障害、消化器系重症救急疾患、呼吸不全などの呼吸器系救急疾患、重症感染症などのあらゆる分野の3次救急医療を行っている（別表9-12）。多摩東部5市と23区西部3区の人口200万人をカバーする地域医療の中心施設としての役割のみならず、日本各地の救命センターからも超重症患者（広範囲熱傷など）も受け入れ、我が国の救急医療の最重要拠点としての役割も担っている。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。平成18度には1・2次救急トリアージチーム（A T T：advanced triage team）を発足させ、1次から3次まで、効率的でより高度な救急医療を展開している。

別表9-11 3次救急患者受入れ状況



別表9-12 疾患別分類（平成18年）

患者内訳		患者数
C	P A	359名
循環器系		395名
呼吸器系		90名
脳神経系		303名
消化器系		79名
泌尿器系		9名
熱傷		41名
外傷		271名
薬物中毒		192名
その他		106名
合計		1,845名



[点検・評価（長所と問題点）]

平成18度に発足した1・2次救急トリアージチーム（A T T：advanced triage team）と協力して、1次から3次まで、重症度の区別なく、救急患者の受け入れ数、診療内容ともに強化している。また、新しい卒後臨床研修システムの中で、効率的な救急医療教育を実践している。今後の問題点としては、地域内の他の医療機関との連携をより強化していく必要があると考えている。

[改善方策]

救命センター運用システム整備・改善により救急患者のさらなる受け入れ強化を図り、治療成績を向上させていく。また、地域医療の枠組みの中で他の医療機関との連携を深め、引き続き最先端医療を実践していく。

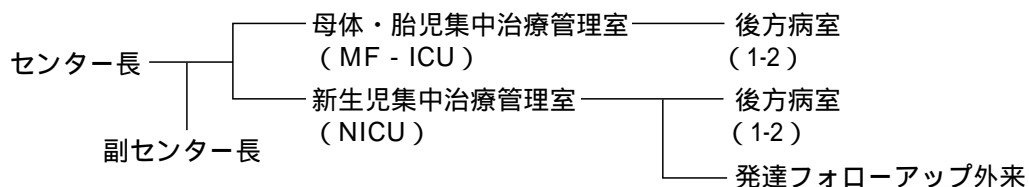
（七）総合周産期母子医療センター

[目標]

- ① 病診連携体制を発展させ、できるだけ多くの母体搬送を受け入れる。
- ② 後方ベッド、後方施設を確保し、できるだけ多くの重症新生児を受け入れる。

[現状説明]

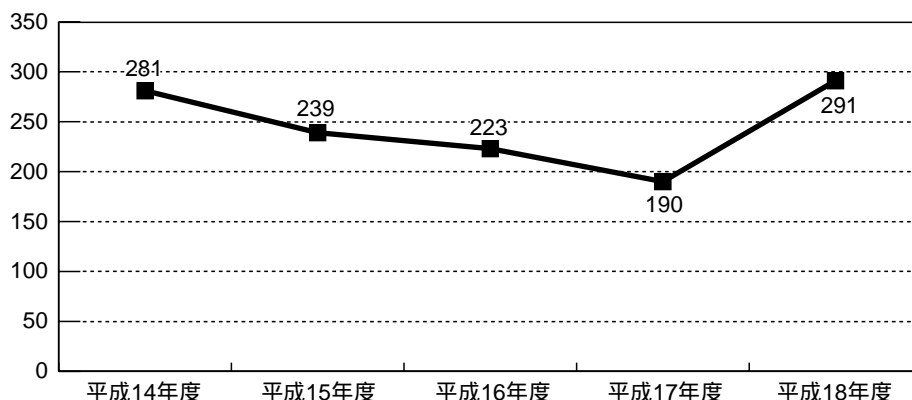
総合周産期母子医療センターの組織は下図の通り、新生児集中管理室（N I C U）と母体・胎児集中治療管理室（M F - I C U）から成る。



1) 新生児集中治療管理室 N I C U

N I C Uは平成9年10月に開設以来院内出生児を中心に収容し、現状の15床の病床は常にほぼ満床の状態である（別表9-13）。M F - I C U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、N I C U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。また新生児搬送の依頼も同様にかかな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N I C Uが完成し、平成13年4月から12床に、さらに平成15年3月からは15床に増床された。このような急速な拡張にもかかわらず、多摩地区のM F - I C U、N I C Uの絶対数が不足しているため、収容不能となる場合がしばしば生じている。

別表9-13 N I C U及び後方病床（G C U）の受入れ状況



2) 母体・胎児集中治療管理室MF－I C U

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・基礎的知識や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) N I C U

母体搬送の依頼が多いにもかかわらずN I C U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9-14）

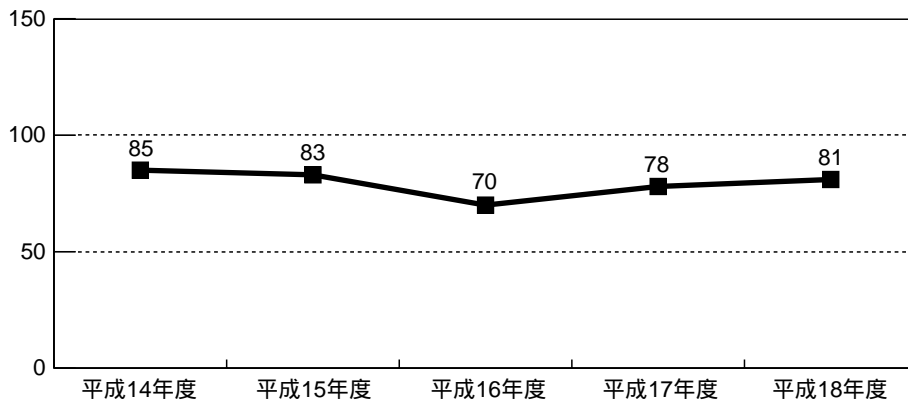
地域におけるN I C U病床数の絶対的不足に加え、近年の生殖医療の普及を反映して、極端な多胎妊娠は減少しているものの、双胎妊娠が増加（NICUに入院した多胎妊娠は平成15年度15組が平成18年には33組）していることによりICUへの負荷が増加している。このため、1妊娠が必要とするNICU病数が多くなり、MF-ICUに収容する母体数に制限を加えざるを得ない状況となっている。

さらに、重度の障害を持って生まれた児の生存率が高くなったものの、呼吸、循環管理から抜け出すことができずに長期にNICUにとどまらざるを得ない児も増加していることも新規患者のNICUの収容力が常に飽和状態にある原因となっている。

2) M F － I C U

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いくらも不足している。

別表 9-14 母体搬送の受入れ状況



[改善方策]：総合周産期母子医療センター

- 1) 高度周産期医療を放棄できない本院として可能な解決方法は、本院のみの対応では不可能な状態に達している。地域における役割分担の見直し、即ち地域の施設における比較的軽度の管理で済む児の受け入れができるNICUの設置、増床、急性期管理の時期を経過した児を受け入れることができる後方施設の充実など、いずれにしても地域全体での周産期医療の見直しが必要である。
- 2) 数の問題と共に、妊娠葛藤、出産後の母児・父児葛藤など、専門職の配置により、困難な妊娠と困難が予想される児の養育などによる両親の心の問題への対処も今後考えていく必要がある。
- 3) 周辺地域の産科施設はますます減少し、母体搬送の受け入れを困難にしている。このため、病診連携を発展させセミオープンシステムの導入や病病連携による重症母体搬送の受け入れの効率化を検討している。

(八) 患者サービス

[目標]

良質な医療を提供するために、患者のニーズに応えるべく努力する。

[現状説明]

平成10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。これを契機に本院でも「患者サービス向上委員会」（後に「医療サービス委員会」と改名）を設置し、患者に対するサービス向上の取組みを始めた。

委員会は委員長に医師を置き、委員は医師（外科系、内科系）、看護師、薬剤師、検査技師、放射線技師、病院事務部、施設課などで構成されており、月1回定期的に開催されている。

[点検・評価（長所と問題点）]

主な活動内容として、院内に設置されている意見箱に寄せられる意見、苦情等に対して対応、

対策を審議することや、年1回患者満足度のアンケート調査を行い集計し分析している。また、各種イベント（七夕、クリスマス、院内コンサート等）の企画運営に関することも行っている。これらの活動に対し特に問題はないと考えるが、多種多様の改善要望事項にすべて応えることは財政的、時間的余裕がなければ困難である。また最近、苦情内容の傾向として接遇に関するものが増加しているが、患者の権利意識、モラルを問う内容も増加している。

医療サービスについては委員会委員だけでなく、すべての職員が共通の認識をもち病院の理念に沿ったサービスの提供を心がけることが大切である。そのためには、各職場における基本的な教育と情報の共有化等が必要である。

[改善方策]：患者サービス

職員教育室の主催で、定期的に接遇講習会を開催する。

(4) 施設・設備等

[目標]

大学病院としての医療環境の水準を維持するため一層の施設整備の充実を図る。

[現状説明]

1) 施設

本院の施設は、入院病棟が4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。総病床数は1,153床である（別表9-15）。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る。又、院内PHSの配布により、大学病院としての機能が整い、診療が有機的に行える状況である。

特に、病院施設の外来棟、第1病棟についてはそれぞれ平成10年12月、平成12年11月に新築改装され、平成17年3月には、中央病棟が、平成19年8月には新外科病棟が竣工し、いずれも免震構造を取り入れている。

別表 9-15 病床一覧

病床区分	病床数	病棟数	差額病室	数
一般病棟	1,131	32	個室	117
精神病棟	32	1	2人室	32
結核病棟		0	3人室	78
伝染病棟		0	4人室	0
			5人室	0
計	1,153	1,153	計	227

2) 設備

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MR I（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 9-16）

別表 9-16 診療機器の保有・使用状況（平成18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）	9台	26,141人
血管連続撮影装置	4台	4,949人
全身用X線CT装置（頭部CT含）	6台	35,680人
磁気共鳴断層撮影装置（MR I）	3台	15,433人
リニアック	2台	455人

[点検・評価（長所と問題点）]

病院建物のうち外来棟、第1病棟、中央病棟、外科病棟は、免震構造とな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MR I、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。

入院病棟のうち、第2病棟、第3病棟以外は新築され、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。

また、中央病棟、外科病棟の出入りには職員の身分証明書で認証し通行できるシステムを取り入れ、セキュリティの面でも万全となった。

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、病室の格差による患者の不満等が考えられる。また、病棟への案内が分かりにくい等の指摘があり、院内サインの再検討をおこなっている。設備面、特に医療機器についてはほぼ整備されたが、今後維持管理面での経費の削減と更新のための資金計画が必要である。

[改善方策]：施設・設備等

病院建物および設備については、一部を除き免震構造による建物に更新されたが、今後残りの建物についても順次整備する必要がある。病院機能を有機的に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

[目標]

病院長、診療科長を中心に綿密な長・中期計画に基づき管理・運営する。

[現状説明]

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病院運営会議、病院経営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、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、病院運営会議、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、総合周産期母子医療センター、熱傷センターを有し、外来棟、周産期センター、中央病棟、外科病棟は免震構造に衣替えした。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、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、また入院患者数は病棟の取り壊しと新築の繰り返しの中で一時的に伸び悩んだが平成19年度は順調に増加している。

長所として幹線道路が外来棟に面し、杏林大学病院発着の路線バスが運行していること、市バスが新設されたことで中央線と京王線へのアクセスが著しく良好になったことが挙げられる。免震構造のため患者は快適なアメニティの中で安心して医療を受けられる環境が整った。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。

問題は財政面であるが、莫大な設備投資で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収支は赤字である。ただしクリニカルパスの積極的な導入と委託費の削減、医療材料の見直し等の努力の結果、収・支バランスが顕著に改善してきている。また研修医の入職数は在京の病院としては少ないため、平成20年度から待遇改善を行う予定である。

事務系は、平成19年度の目標管理システムの導入により、収入の増加、支出の削減、医療サービスの充実を上位目標とし、全職員が取り組んだ。また大学事務局が設置されたことで事務職員の意識改革が促進され、事務全体のレベルの向上が期待される。今後は業務の簡略化、迅速化と的確な人事評価の実施により、各職員の能力を最大限に引き出すことが重要である。

[改善方策]：管理・運営

財政面では各診療科の努力と診療材料や薬品費の見直し、クリニカルパスの導入等の効果で収支の改善がみられた。但し赤字解消とまではいかず、各診療科において一層の努力を必要とする。

(6) 自己点検・評価の組織体制

[目標]

点検・評価した事項を迅速に関係各部署・委員会等へ伝達する。

[現状説明]

自己点検・自己評価は病院運営会議（旧副院長会議）において実施し、点検評価項目は診療活動統計委員会より各診療部門に依頼し、診療活動報告書としてまとめている。病院運営会議のメンバーは当初、副院長、病院管理部長、看護部長で構成されていたが現在は新たに医療安全管理室長、地域医療連携室長、職員教育室長、入退院管理室長などを加え、月1回定期的実施している。また各種委員会でも定期的に各部門の点検・評価を行なっている。さらに、平成16年度から導入された新しい研修医制度に対応して、初期臨床研修委員会を立ち上げ、平成19年度には名称を卒後教育委員会と改め、初期研修医終了後の後期研修をも含む全ての卒後教育の点検・評価を行なっている。

[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付属病院であり、一つ一つの問題点に柔軟に対応している。平成19年度に名称を改めた卒後教育委員会もその一つである。

当初副院長会議として設置された病院運営会議は病院長が主宰し、病院内に設置された各種委員会と密接に協力して、病院の諸問題を幅広く検討している。各種委員会は定期的開催されているが、殆どの管理職は一人でいくつもの委員を兼務しており、委員会開催時刻などの重複により事前に十分な検証ができないまま出席しなければならないことがある。また運営会議の構成員が病院の管理職に偏っているため、現場の生の声が直接反映されない問題もある。

当院は平成21年度に日本医療機能評価機構による定期的な病院機能評価を受審する予定であり、現在、診療科を含む各部署で、評価機構の点検・評価項目に則って自己点検・自己評価を行っている。

[改善方策]：自己点検・評価の組織体制

病院運営会議を効率よく運用するために、各種委員会を構成する部門の協力に加えて、委員会の事務担当との密接な協力体制を構築する。各種委員会委員の選任の際には、次世代を担う若手を登用する。