令和６（2024）年度

中長期計画活動報告

Ⅰ．教育
［１］医学部（医学科・看護学科共通項目） 1
［２］医学部医学科 1
［３］医学部看護学科 2
［４］大学院医学研究科（博士課程） 3
［５］大学院医学研究科（修士課程） 5
［６］霞ヶ浦看護専門学校 6
Ⅱ．研究 6
Ⅲ．診療
［１］大学病院 9
［２］茨城医療センター 12
［３］八王子医療センター 16
Ⅳ．社会連携・社会貢献 18
Ⅴ．管理運営 19

学校法人東京医科大学
TOKYO MEDICAL UNIVERSITY FOUNDATION

中長期計画による主な事業の概要

本学は創立 100 周年を迎えた平成 28（2016）年に、次の 100 年に向かう礎として「東京医科大学中長期計画 2016-2025」を策定しました。この中長期計画は、「教育」「研究」「診療」「社会連携・社会貢献」「管理運営」の 5 つの領域を設けて領域ごとにビジョンを定め、具体的な施策を掲げて進捗を管理するとともに、毎年必要な見直しを行っています。

中長期計画は、前半を第Ⅰ期（2016-2020）、後半のうち令和 3（2021）年度を新型コロナウイルス感染症の影響で単年度計画として、令和 4 年度以降を第Ⅱ期（2022-2025）としています。

令和 6 年度の各領域の主な事業実績は次のとおりとなります。

Ⅰ．教育

[１] 医学部（医学科・看護学科共通項目）

（１）教育活動の評価

①教育 IR センターの整備

ⅰ．教育 IR センターの役割、機能、権限等の明確化

❑各所と連携し、成績データおよび在学生アンケート（新入生アンケート、学修行動調査、卒業時アンケート、卒業生アンケート）、卒後の状況調査（卒後 1 年目の研修医および看護職に対する評価）のデータ収集・分析を継続的に行える体制を構築しています。

❑教育 IR センターが収集・分析した客観的データ（成績データ）や主観的データ（アンケート類）から現状に関するエビデンスを作成し、各所に提供して教育改善に活かしています。

（２）教育環境

①教育施設の整備

ⅰ．アクティブ・ラーニングを推進するための必要な施設整備

❑次期キャンパス計画で整備します。

（３）教員・教育組織

①FD の充実

ⅰ．教員と事務職員が連携した効率的に運営できる仕組みの構築

❑医学科は医学教育推進センターFD 委員会が定期的に FD を実施しました。今後は参加率の上昇、テーマの改善を図ります。看護学科は FD 委員会が、定期的に実施し、高い参加率を達成できています。

（４）学生の受入れ

①学生受入れの適切性の検証

ⅰ．学生受入れの適切性の検証

❑入試運営の公正の点検のために、外部監査を継続的に行い、公正な入試が実施されています。

[２] 医学部医学科

（１）学生受入れ

①選抜方式・試験方法・内容の見直し

ⅰ．入試選抜方法の改革

❑多様な受験生を確保するための複数の入学者選抜（一般選抜、共通テスト利用選抜、学士選抜、学校推薦型選抜（一般公募）、学校推薦型選抜（地域枠）、全国ブロック別学校推薦型選抜、学校推薦型選抜（英語検定試験利用））の制度が完成しました。今後は、入試問題と面接方法の改善を図ります。

（２）教育内容（教育課程）

①専門教育の充実

ⅰ．臨床実習による高度な技術の修得

❑医学教育推進センターで、FD を定期的に実施しています。今後は参加人数の増加を図ります。

❑mini-CEX は内科系で実施しました。今後はその質の向上を図ります。CC-EPOC は全診療科で実施し、WBA として活用することができました。

❑診療参加型臨床実習、つまり患者診察、電子カルテ記載、プレゼンテーションの実施は未だ不十分です。

❑総合診療実習は CC1、CC2 の茨城医療センターで実施しています。20%程の選択率であり、今後増加を図ります。

❑CC1 での技能実習は多くの科で実施しています。今後は実施状況を確認します。

❑令和 7 年 4 月実施の長期滞在型臨床実習の導入にあたり、実習内容の準備を行いました。

（3）教育方法

①アクティブ・ラーニング等による教育方法等の改善

ⅰ．能動的学修の定着を促すための新しい教育方法の導入や見直し

❑全学年を通して e ポートフォリオが導入され学修履歴を可視化して、教員からのフィードバックを行い、主体的学修を行う体制を構築しました。(1～4 年人間学系科目、5 年臨床実習日誌、6 年 CC-EPOC) 今後はクリッカーの使用を広めていきます。

❑アドバンストワークショップの中でアクティブ・ラーニングに関するテーマで SD を行いました。

❑自由な学び系科目は 20%の学生が参加し、主体的学修につながっています。

❑オンデマンド教材は 3、4 年で利用されています。今後は対面授業との併用を体系的に実施します。

②ICT 活用教育の推進

ⅰ．e ポートフォリオの活用推進

❑全学年を通して e ポートフォリオが導入され学修履歴を可視化して、教員からのフィードバックを行い、主体的学修を行う体制を構築しました。(1～4 年人間学系科目、5 年臨床実習日誌、6 年 CC-EPOC)

（4）教育活動の評価

①教育の質保証制度への対応

ⅰ．医学教育分野別評価の受審

❑IR の学修成果の指標（教育到達目標自己評価、WBA、臨床研修開始時の能力評価）を基に、カリキュラムを点検・改善する体制は整備し、実行しました。

[3] 医学部看護学科

（1）学生受入れ

①選抜方式の検討

ⅰ．入学試験と学生の成績の評価

❑教育 IR センターが令和 6 年度看護学科入試に関して評定平均と偏差値の関係などの分析を行い、学生の入学後の成績に他学との入試日程の重複が影響する可能性が示唆されました。

ⅱ．入学試験方法の検討

❑入試あり方検討委員会の検討結果に基づき令和 7 年度入試は入試方法を変更し実施しました。結果、入試あり方検討委員会は、学校推薦型選抜入試でアドミッション・ポリシーに該当する入学生を獲得したと評価し、次年度以降の学校推薦型選抜入試の定員増を積極的に検討することとしました。

（2）教育内容（教育課程）

①シラバスの充実

ⅰ．シラバスチェックシステムの導入

❑カリキュラム委員会によりシラバス作成の手引きを見直し、チェックリストを使用してシラバ

スチェックを行いました。チェックリストの使用は 100%です。毎年シラバス作成の手引きを見直します。

②カリキュラム評価の実施

ｉ．カリキュラム評価実施体制の構築と調査の実施

❑令和 6 年度に完成年度を迎えたカリキュラムの評価を総括しカリキュラムの改編を進めるため、教育 IR センターによる調査を実施し、カリキュラム評価委員会が分析を始めています。また、文部科学省医学教育課が看護学教育モデルコアカリキュラム対応の確認のために作成したチェックシートを活用し、各科目のチェックを行いました。年度末にはカリキュラム評価に関するアンケートを実施し課題の抽出を行っています。

将来的な学修成果の評価方法として、OSCE の導入と日本看護系大学協議会の JANPU-CBT 実証事業に参加するためのワーキンググループの活動を開始します。

③一般教育の充実

ｉ．他大学との単位互換制度等の検討

❑カリキュラム委員会で単位互換制度の情報を収集しました。本学に適し学生に有益な制度の可能性を検討します。

（3）教育方法

①アクティブ・ラーニングの推進

ｉ．ICT 教育の推進

❑医学科との一部の合同科目において学生は使用できています。専門科目は実習科目における技術チェックの活用と学年目標のルーブリックによる評価をすすめています。その他の活用を継続して検討します。

（4）教員･教育組織

①必要な人材の活用

ｉ．教員配置数の見直しと偏在の解消

❑欠員が継続している領域の教員をなるべく早く採用できるよう公募と選考に努めました。大学院設置に伴い、令和 7 年度からの各領域の教員配置数を見直し公募計画を検討しました。

（5）研究科等の設置

①大学院看護研究科の開設

ｉ．修士課程の設置

❑看護学研究科修士課程の開設が認可され設置計画に対する付帯事項の指摘はありませんでした。令和 7 年度から研究コースと高度実践看護師コースを設置し、設置計画に沿って運営し完成年度まで文部科学省のアフターケアへ報告します。次期中期計画から、看護学研究科の計画を立案します。令和 6 年 7 月に、高度実践看護師コースに関わる専門看護師教育課程について日本看護系大学協議会の認定審査に申請します。

❑附属病院看護師のニーズは高いですが現在の教員体制では設置が難しく、クリティカル看護学分野と看護管理学分野は設置を見送っています。大学院の完成年度後に設置する準備を進めます。

❑看護管理学分野の教員を令和 6 年度に採用し、クリティカル看護学分野の教員は令和 7 年度採用が決定しています。

[4] 大学院医学研究科（博士課程）

（1）学生受入れ

①専攻系の一元化

ｉ．大学院博士課程の改組

❑博士課程 7 専攻（形態系、機能系、社会医学系、内科系、外科系、社会人大学院・臨床研究系、社会人大学院・研究系を「医学専攻」に統合・一元化するために「医学専攻」設置申請しました。令和 7 年 1 月 23 日、文部科学省において「医学専攻」設置届出が受理され、令和 7 年度

より開講します。なお、令和7年度より7専攻の募集は停止しますが、現在在籍する学生が修了するまで7専攻は継続します。

（2）教育内容（教育課程）

①シラバスの定期的な見直し

ⅰ．医学の進歩や研究の潮流、社会の要請、学生の要望などの要素を勘案し、定期的なシラバスの見直し実施

❑博士課程カリキュラムマップを作成し、医学研究科ホームページに公開しました。

❑令和5年度に大幅なシラバスの改訂を行ったことを受けて、引き続きシラバスの作成について医学研究科委員会にて周知しました。

②コースワークの推進

ⅰ．全学的指導体制の促進

❑6つのコースワークの指導体制を従来の分野別（研究室別・教室別）から各研究指導教員（主任教授・教授）の専門領域による担当への改革を実施しました。コースワーク担当の研究指導教員を増やしました。

❑大学院カリキュラム委員会が設置されており、分野を横断した議論が行われました。

❑大学院カリキュラム委員会でコースワークの振り返りを行い、問題点の共有と次期の計画を検討しました。

③研究倫理に関する教育の充実

ⅰ．研究倫理教育に関する大学院 FD の定例開催

❑研究倫理に関する教育は、研究推進センターの主催に変更され、研究倫理講習会が合計5回実施されました。

（3）単位認定、進級、修了認定

①単位認定の定期的な総合評価

ⅰ．効率的かつ正確な単位履修認定システムの導入

❑従来の紙媒体からデータ移行し、履修管理や研究指導計画書を含む医学研究科独自のeポートフォリオフォーマットを作成しました。Teams上で学生・教員・事務局とファイルを共有でき、令和7年度より本格運用を開始します。なお、11月の大学院コースワーク全体会では実際に発表する学生と座長間においてテスト運用を実施しました。

（4）教育活動の評価

①教育の質保証制度への対応

ⅰ．個々の教員、学生の研究活動評価の客観的指標の設定

❑教員と大学院生について、研究活動（論文発表、学会発表、競争的研究費獲得）のresearchmapの登録を推奨しました。教員については人事審査時の必須要件とすることと、大学院については令和7年度からのeポートフォリオ運用開始とともに義務化することが決定されました。

（5）教育環境

①教育施設の整備

ⅰ．アクティブ・ラーニングの推進に必要な施設の整備

❑従来の紙媒体からデータ移行し、履修管理や研究指導計画書を一元管理するeポートフォリオフォーマットを作成しました。コースワーク毎のTeams上で学生ファイルを共有・管理し、令和7年度より運用を開始します。

❑学生の研究活動を中心に大学院ホームページを適宜改訂しました。

ⅱ．研究に専念できる時間の確保

❑共通科目についてはオンデマンド配信を推進し、学生の研究時間の確保に貢献しました。

（6）学生支援

①生活支援体制の整備

ⅰ．奨学金の充実による経済的支援の充実

❑現在は社会人大学院生を除く一般の博士課程大学院生を対象とし、年間30万円の奨学金を給

付しており、学納金額を鑑みると十分な支援が行えていると考えられます。

❑TA(ティーチングアシスタント)・RA(リサーチアシスタント)については奨学金の代用となり、また文部科学省経常費補助金対象ですが、学内採用条件に規制があり、多くの分野で活用できておりません。引き続き審議を継続していく予定です。

（7）教員・教育組織

①教育スタッフの確保と充実

ⅰ．教員の役割の見直しによる教育組織の適正化

❑令和 7 年 1 月 17 日開催の大学院 FD 研修会にて「医師が研究することの意味」との演題で講演いただきました。また若手研究者間で科研費申請書をピアレビューし、実際に採択率向上に繋がった実例を紹介した貴重な講演内容でした。

ⅱ．大学院指導教員の資格基準策定

❑大学院教員選考基準の改正により、博士号取得済みの臨床講師・助教が「授業担当教員」として任用されることになりました。これにより、大学院教員が増員されることになりましたが、その効果の検証は今年度以降からになります。

ⅲ．大学院「研究指導教員」「研究補助教員」「授業担当教員」任用規程の明確化

❑大学院教員選考基準の改正により、「研究指導教員」は主任教授・教授、「研究指導補助教員」は准教授・講師、「授業担当教員」は博士号取得済の臨床講師・助教が担当することとなりました。

[5] 大学院医学研究科（修士課程）

（1）教育内容（教育課程）

①シラバスの定期的な見直し

ⅰ．医学の進歩や研究の潮流、社会の要請、学生の要望などの要素を勘案したシラバスの見直し

❑学生へのアンケート、授業アンケート調査を教育 IR センターでの解析をもとに、大学院カリキュラム委員会と大学院運営委員会にてシラバスの見直しを行いました。また、修士課程ポートフォリオの運用に向けた準備を行いました。

②研究倫理に関する教育の充実

ⅰ．研究倫理教育に関する大学院 FD の定例開催

❑研究倫理に関する教育は、研究推進センターの主催に変更され、研究倫理講習会が合計 5 回実施されました。

（2）教育方法の継続的改善

①「修士課程ポートフォリオ」の導入

ⅰ．専攻分野指導教員と学生間の面談により入学時に作成される個人指導計画を「修士課程ポートフォリオ」に反映し、到達度の確認とフィードバックを行い 教育計画の改善、シラバスの見直し等に利用

❑学務システムと連動させ、修士課程ポートフォリオの有効活用を予定しており、総合事務センター管轄で現在準備中です。

（3）教育活動の評価

①教育の質保証制度への対応

ⅰ．個々の教員、学生の研究活動評価の客観的指標の設定

❑教員と大学院生について、研究活動（論文発表、学会発表、競争的研究費獲得）の researchmap の登録を推奨しました。教員については人事審査時の必須要件とすることと、大学院については令和 7 年度からの e ポートフォリオ運用開始とともに義務化することが決定されました。

（4）学生支援

①奨学金等の充実による経済的支援

ⅰ．TA・RA の採用

❑TA・RA については奨学金の代用となり、また文部科学省経常費補助金対象ですが、学内採用条

件に規制があり、多くの分野で活用できておりません。引き続き審議を継続していく予定です。

②生活支援体制の整備

ⅰ．生活相談体制の整備

❑学生・職員健康サポートセンター・カウンセラーによる、個別面談を実施しました。

（5）教員･教育組織

①教育スタッフの確保と充実

ⅰ．教員の役割の見直しによる教育組織の適正化

❑令和 7 年 1 月 17 日開催の大学院 FD 研修会にて「医師が研究することの意味」との演題で講演いただきました。また若手研究者間で科研費申請書をピアレビューし、実際に採択率向上に繋がった実例を紹介した貴重な講演内容でした。

ⅱ．大学院指導教員の資格基準策定

❑大学院教員選考基準の改正により、博士号取得済みの臨床講師・助教が「授業担当教員」として任用されることになりました。これにより、大学院教員が増員されることになりましたが、その効果の検証は今年度以降からになります。

[6] 霞ヶ浦看護専門学校

（1）学事関係

①看護師国家試験合格率の維持

ⅰ．1 学年から計画的な国家試験対策の計画

❑令和 6 年度の看護師国家試験は新卒者 45 名が受験し、44 名が合格しました。合格率は 97.8%で新卒の全国合格率 95.9%を上回りました。既卒者は 3 名が受験し、2 名が合格しました。本校全体の合格率は 95.8%で全国合格率 90.1%を上回ることが出来ました。令和 7 年度は 100%合格を目標として国家試験対策を継続していきます。

②教職員教育の充実

ⅰ．教育の質向上に向けた研修の支援

❑社会人大学院で学ぶ教員が修士課程を終了しました。

（2）教育内容（教育課程）

①優秀な学生確保のための取り組み

❑令和 7 年度入学生募集停止のため、中止しました。

②学修環境の改善

ⅰ．第 1 校舎のインターネット環境の整備

❑第 1 校舎への集約のため、教室のアクセスポイント増設の簡易工事を行いました。

Ⅱ．研究

（1）研究倫理の徹底

ⅰ．研究活動高度化と公正な研究活動推進のための戦略策定機能の充実

❑様々な新規課題に対応するため、研究戦略推進会議規程を改訂し、会議に付随した部会を設置し、部会には個別案件に実質対応する構成員を選抜することとしました。部会での審議内容を会議に上申し承認、追加審議する体制としました。現行、研究インテグリティ推進、安全保障輸出管理、研究データポリシー3 部会を開設し、令和 7 年 3 月に第 1 回研究インテグリティ推進・安全保障貿易管理部会を共同開催しました。

ⅱ．研究倫理に関する教育の実施

❑研究倫理講習会は新型コロナウイルス感染症対策として e ラーニング方式を導入し継続しています。令和 6 年度は 5 回実施しました。令和 5 年度第 5 回講習会から新しい試みとして講習全体を 3～4 のパートに分けてそれぞれのパートで確認問題を設け、ステップバイステップで講

習を進めています。講演内容は、人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針の基本事項、指針対象研究実施上の疑問点と注意点、指針不適合の事例解説、指針に沿った研究手続きにおけるよくある勘違いなどを扱いました。その他のテーマとして、臨床研究法の改正、医療デジタルデータの AI 研究開発等への利活用に係るガイドライン、ヘルシンキ宣言の改訂について等取り上げました。

❑大学院 FD として外部講師を招き「医師が研究することの意味」と題した講演会を実施しました。講演会の録画は後日オンデマンド配信を行い、大学院生を含む大学院教員が聴講しました。

❑ eAPRIN は 3 年を有効期限として既に義務化しており、令和 6 年度の受講率は 100%でした。オープンアクセス化を踏まえ、公的研究費の申請・実績報告に関り、DMP（データマネジメントプラン）の作成が義務化されたことに対応して、3 月にデータマネジメント研修を対面・Web 併用開催し、年度をまたぎ、オンデマンド受講を促しています。

❑コンプライアンス教育・啓発活動計画を策定し、理事会構成員、新入職員、医学科教授会構成員、看護学科教員および科研費説明会など、研究に係る全ての構成員を対象に実施しました。

❑全ての教職員を対象として、公的研究費レターを 4 回発行しました。また学生を対象として、研究費の不正使用に巻き込まれることに対しての注意喚起および内部通報窓口紹介ポスターを 1 回発行しました。

❑公的研究費レターやポスターにて主に日常業務の中で不正防止計画を実施しましたが、重点項目として、全教職員を対象として研究費不正に関する意識調査を実施し、社会通念と学内の執行ルールについて教職員の意識醸成に繋げました。

（2）学内情報交流の活発化

ⅰ．東京医科大学医学会総会の活性化

❑医学会総会の活性化および東京医科大学の研究力向上を目指し、令和 5 年度より新たな試みとして「ミニシンポジウム」講演を盛り込みました。令和 6 年度は 6 月に国立成育医療研究センターとの包括連携を記念し 4 講演を、11 月には学内の最新研究から「A man is as old as his arteries：東京医大の血管研究」と題して 4 講演を行いました。

ⅱ．東京医科大学雑誌の充実

❑総説は新任教授に、ミニレビューは新任准教授に執筆依頼しており、令和 6 年度発行（82 巻 1 号-4 号）各号には総説 8 編、ミニレビュー9 編を掲載しています。

ⅲ．教員間学術交流の推進

❑分野横断的研究会はコロナ禍により中止となっていましたが、再開の要望もあり、次年度に向けて再開催を検討しています。

❑修士課程院生の就職活動サポートや学内交流の場として「修士課程学生懇談会」を 5 月 11 日に実施しました。博士課程へ進学した修了生や修士 2 年生による就職活動経験を中心に学年問わず教員も加わり情報交換の機会として開催しました。毎年参加学生からは大変好評であり、次年度以降も継続して開催する予定です。

（3）研究を推進する手法の検討と整備

ⅰ．附置研究所の設置

❑令和 6 年度予算として計上した共同利用機器の更新を完了しました。また、引き続き研究戦略推進会議にて使用頻度や劣化度を鑑みて令和 7 年度予算申請機器を選定しました。今後も同様のプロセスを踏み、共同利用研究施設の充実を図ります。

ⅱ．大学間連携の推進

❑第 11 回医薬工 3 大学包括連携推進シンポジウム（東京医科大学、東京薬科大学、工学院大学）は 8 月 31 日に本学で開催を予定していましたが、台風進路情報に翻弄され、開催を断念しました。

❑東京都健康長寿医療センターと包括連携協定を締結しました。また工学院大学と分野横断型研究の推進を目的に共同研究契約を締結、令和 6 年度も同大と協議し 14 の研究課題を採択しました。引き続きこれまでの共同研究を深化させ社会貢献を目指します。

ⅲ．産学連携の推進

❑産学連携講座は継続講座 3 件、寄附講座は継続講座 9 件を設置し共同研究および教育・研究・診療の進展および充実を図りました。

ⅳ．研究機器の共有化

❑新宿キャンパスの一般教育、基礎社会医学系分野、医学総合研究所が所有する共同利用可能な研究機器をホームページ上に公開し、共同利用しています。

ⅴ．国際共同研究の推進

❑アメリカ国立衛生研究所（NIH）の予算を獲得した海外の大学と本学の分野が共同研究を継続するとともに、テキサス州立大学と成果有体物の譲渡について調整を行いました。

ⅵ．東京医科大学 URA(University Research Administrator) 部門の設置

❑研究戦略推進会議において、ARO（Academic Research Organization）の設置に向けた 5 年間のロードマップが提示され、URA の配置を足掛かりに体制整備をしていくことが確認されました。

（4）研究を支援する制度の整備

ⅰ．研究評価と研究費配分の在り方の検討

❑科研費採択者のインセンティブとして所属教室へ間接経費 30%相当額を配分しています。今後、研究戦略推進会議等において研究成果公表へのインセンティブ導入に向けて検討しています。

❑学長裁量経費＜研究活性化支援＞として、17 件に対し、総額 9,000 千円助成しました。また、科研費獲得を目的として整備された学内助成金の科研費フォローアップ助成金は、令和 6 年度の受賞者 29 名のうち、11 名が令和 7 年度の科学研究費助成事業（41,000 千円）に採択されました。

ⅱ．臨床研究支援センターの設置

❑令和 4 年度より再生医療の研究について臨床研究コーディネーター業務を開始しており、令和 5 年度からは症例のエントリーなどの実質的な活動を開始し、継続しています。また令和 5 年度より特定臨床研究のモニタリング業務を新たに開始しましたが、令和 6 年に新たな研究のモニタリングの依頼があり、研究計画の段階から関わりました。

（5）若手研究者、女性研究者の支援

ⅰ．若手研究者への支援

❑科研費フォローアップ助成金として、採択者 29 名に対し、総額 14,350 千円を助成しました。

❑令和 7 年度から URA の登用も決まり、URA および公的研究費の歴代審査経験者で支援制度による若手研究者を対象とする「科研費添削制度」については、研究戦略推進会議において検討のうえ、フロー・報酬額なども確立しました。

ⅱ．学部学生への研究支援

❑医学科リサーチ・コース履修者から社会人大学院「特別枠」制度へ初の出願者があり、2 名が合格しました。令和 7 年度より履修開始となります。

ⅲ．女性研究者への支援

❑ライフイベント中の研究者の支援として「研究補助者配置制度」を実施しました。この制度に基づき、10 名の研究者に補助者を配置し支援を行いました。

❑研究・教育サポート部門において、個別の研究相談に対応し、科研費申請書に関するサポートについて検討を行いました。

❑女性上位職比率を上げるため、新たに女性枠を設け公募により准教授 2 名を採用しました。上位職研究者を増加させるため、キャリアの継続についての講義を実施しました。また離職防止のため、様々な勤務制度について助言を行いました。

❑教育・研究に関する相談に対応するため、10 名の相談員を配置し多様な相談に対応しました。

（6）外部研究資金獲得の支援

ⅰ．科研費等の申請の支援

❑7 月 25 日に Zoom ウェビナーにより、科研費学内説明会をオンライン開催し、100 名弱の参加がありました。

（7）研究成果発信の支援

ⅰ．国際誌への投稿の推進

❑令和 5 年 11 月 1 日付でオープンアクセス出版支援のための「オープンアクセスポリシー」を策定しています。また、令和 6 年度から外国雑誌出版社 2 社と転換契約を締結しました。

ⅱ．東京医科大学雑誌の充実

❑編集委員会は 7 月・12 月と 2 回の開催となりました。

❑Web 目次から各コンテンツへアクセス可能となり利便性が向上しました。医学会雑誌発刊の際、ワンクリックで簡単に医学会雑誌に到達できるよう URL 掲載可能な学内周知方法を選択、配信しています。今後さらなるアクセス数増加を目指し編集委員会にて検討します。

ⅲ．全スタッフの researchmap の掲載・定期的更新・公開の義務化

❑昨年度より学内に業績システム導入し、各研究業績をホームページ公開しています。researchmap とは一部連携としており、全面的な相互連携ついては今後検討が必要となります。

ⅳ．大学ホームページの研究欄の充実

❑ホームページ「患者に優しい医療（低侵襲医療）の実現に向けた研究活動の推進」を開設し、低侵襲医療に関連する各分野の研究活動を集約的に情報発信しブランド化を図りました。また、年 2 回（6 月と 12 月）情報を更新し最新情報を常に発信し続けるシステムを構築しました。最新の更新では新たに 4 つの研究活動を掲載し、現在 12 表題（分類）・46 件の研究を紹介しています。

ⅴ．年度毎の国際誌掲載論文数の把握

❑令和 4 年度導入した学内業績システムに、個々の研究業績を登録することにより、各領域および所属ごとの各種論文数の把握・抽出が可能となりました。

Ⅲ．診療

[1] 東京医科大学病院

（1）3 病院共通の重点施策と目標

①患者接遇の改善

ⅰ．挨拶、笑顔、真心による良質なコミュニケーション

❑新入職員オリエンテーションにおいて、サービス向上委員会事務局が患者接遇の講習を行いました。令和 7 年 2 月 18 日、27 日に外部講師を招聘し、医事課主催で「患者接遇研修会」を実施しました。医事課の他、エスコート係、診療情報管理室、入退院支援センター、患者サポートセンター他外来受付事務員 130 名が受講しました。生涯教育センターとサービス向上委員会共催で、医事課事務対象の接遇研修会を 9 月より 7 回開催しました。今後も継続開催予定です。

ⅱ．患者満足度調査の分析結果や患者相談窓口への意見をもとにした患者接遇の改善

❑ 10～12 月に入院患者満足度調査、令和 7 年 1～2 月に外来患者満足度調査を実施し、現在集計結果を分析中です。次年度のサービス向上委員会で改善できる内容を検討します。

❑毎月 1 回各部門、部署からの代表者が参加するサービス向上委員会を開催し、前月の意見・要望の検証を行い改善策の立案を行っています。

ⅲ．患者目線に立った、患者に寄り添う医療の提供

❑「理念と基本方針」は医療安全マニュアルポケット版への掲載、院内各所への掲示を行っています。毎月の診療合同会議、診療科長・部長会議および新入職員オリエンテーションにおいても「理念と基本方針」を示して、職員への周知を継続して行っています。

❑中途採用者研修のプログラムを見直し、新入職員オリエンテーションにおいて患者接遇講習の他、専攻医のみを対象としたオリエンテーションを令和6年度より実施し「身だしなみ・接遇」の講習を行いました。中途採用者や帰任者、復職者にはeラーニング講習を必須としています。

②医療安全・感染対策・個人情報保護の徹底

ⅰ．医療法に基づく研修の実施と全職員の受講

❑6月、11月に研修を実施しました（6月受講率 100%、11月常勤受講率 94%、非常勤受講率 97%）。次年度以降の100%受講に向けた対策を検討中です。

ⅱ．全職員受講を目指すためのDVD上映やeラーニング整備

❑医療安全に対する教育・指導の一環として、所属責任者に受講管理を依頼しましたが、未受講者に対する所属責任者の受講管理について対応策を検討中です。

❑派遣職員も含め、全職員受講可能なeラーニングが整備されたため、継続的に運用しています。

ⅲ．各職場への責任者配置によるリーダーの育成

❑各職場に職場安全管理者を配置しています。毎年4月の職場安全管理者会議において、職場安全管理者の役割を説明しました。

③コンプライアンスの徹底

ⅰ．保険診療に関する講習会の開催と積極的な参加の支援

❑保険診療に関する講演会を5月2日、10月8日に開催しました。年2回実施する予定でしたが、令和6年度は3月にも保険診療に関する講演会を開催し、院内全体に注意喚起を行いました。また、新研修医向けの保険診療に関する研修は大学病院での講演を茨城医療センターにライブ配信し、八王子医療センターでは後日直接講演を実施しました。

ⅱ．教職員の一体感や意欲を高める環境の整備

❑10月28日～11月22日に職員満足度調査を実施しました。

④医療の質の向上

ⅰ．チーム医療の推進による良質な医療の提供

❑多職種役割分担推進委員会を年4回開催し、多職種の役割分担と連携、チーム医療推進により職員の業務負担軽減と働きやすい環境整備を行っています。多職種による医療行為認定員会では、コメディカルによる医行為の研修、認定制度を確立しています。

ⅱ．cureだけでなくcareやQOLを重視した医療の提供

❑現在院内で運用されるクリニカルパスの総数は367となりました（令和7年2月末日時点）。ニーズに応じて少人数で院内パス相談会を随時開催、集合研修形式では拡大委員・推進委員の情報共有会（年2回）等の委員会活動を積極的に行いました。令和7年1月29日には第15回院内クリニカルパス大会をWeb併用ハイブリッド形式で開催し、動画配信も含めて延べ329名の参加がありました。

ⅲ．医療技術や医の倫理に関する職員研修の定期的な実施

医療技術研修会を以下の通り開催しました。令和6年度は医事課との調整の結果、課員のほとんどが研修を受け終えたため、医療安全シミュレーションを終了し、新たに患者接遇研修を開始しました。 また、ICTC（感染対策シミュレーションコース）では、勤務時間帯に合わせた開催時間を数回設けることで、受講者が参加しやすい環境を整えました。

❑CPR（心肺蘇生法）＋AED（自動体外式除細動器）プロバイダーコース（受講者数；788名）

- 新入職員対象（4回開催）、通常コース（5回開催）、更新コース（8回開催）

❑ICLS（日本救急医学会救命処置コース）（受講者数；143名）

- 臨床研修医対象（3回開催）、一般対象（2回開催）、指導者養成WS（1回開催）

❑JMECC（日本内科学会認定救命処置コース）（受講者数；57名、内科専門医対象2回開催）

❑ICTC（感染対策シミュレーションコース）

- PPE（個人防護具）編 （受講者数；111名、5回開催）
- 手指衛生編 （受講者数；193名、5回開催）
- 外来看護師対象コース（受講者数；33名、2回開催）

➢ 医療技術者対象コース（受講者数；15 名、1 回開催）

❑診療科持ち回りｼﾐｭﾚｰｼｮﾝｺｰｽ「いろいろ学べるﾊﾞﾗｴﾃｨｺｰｽ」（受講者数；188 名、12 回開催）

❑新ヘルスアセスメントコース（受講者数；54 名、20～22 期）

❑RRS（院内迅速対応システム）急変覚知トレーニングコース（受講者数；117 名、6 回開催）

❑医療安全シミュレーション研修（医事課対象）（受講者数；24 名、2 回開催）

❑患者接遇研修（医事課対象）（受講者数；77 名、6 回開催）

❑小児救急コース（受講者数；17 名、2 回開催）

ⅳ．研修医や専攻医の確保と全人的教育の実施

❑2 年に一度、第三者評価機関である卒後臨床研修評価機構（JCEP）より、臨床研修プログラムを始めとした卒後臨床研修に関する様々な取り組みについて審査を受けており、令和 6 年 4 月に機構の定める認定基準を達成していることの評価を得ました。また、令和 6 年度は「指導医のための教育ワークショップ」を年 2 回開催、計 82 名の指導医を育成し、更なる指導体制の充実を推し進めています。

❑指導医・専攻医に対する支援体制強化のため、東京都専門医認定支援事業補助金の申請を行いました。

⑤顔の見える医療連携の構築

ⅰ．診療科レベルでの連携の強化

❑医療連携訪問は病院幹部（病院長、副院長、主任教授、教授、准教授）、診療科幹部クラスの訪問を合計して 33 件、活動全体として 217 件でした（令和 7 年 2 月迄）。最終見込みは約 240 件の訪問予定となります。

ⅱ．救急医療、在宅復帰の推進

❑診療時間外（夜間・祝日・休日）のダイレクトコール運用ルールの再確認、文書化、院内の再周知について委員会で検討しました。既存ルールの再確認を終え、院内に再周知を行う予定としています。

❑医療連携推進センターと医療福祉相談センターが協力し「後方連携」のスムーズな展開が進むよう地域の医療機関と情報共有し、良好な関係維持に努めています。また、救急連携搬送における協定を結ぶ医療機関を選定し、当院が担う 3 次選定の患者受入れが出来る取り組みを実践します。

⑥効率的な医療・業務の実践による医療提供体制の基盤強化

ⅰ．病院長のガバナンス強化による職員の意思統一

❑令和 6 年度に文書管理システムの運用が始まり、会議体名簿、議事要旨、会議資料、手順書・マニュアル、申請書を一元管理できました。また、各部署から申請される文書等を管理する業務文書取扱担当者を選出したことで、部署ごとの管理体制を強化することができました。

ⅱ．事務組織再編による病院長の補佐・支援体制の強化

❑9 月の新執行部体制施行から、病院幹部会～病院管理会議での意思決定プロセスを強化すべく、事務局機能を強化しました。病院経営・運営上の課題に病院幹部が関与・参画していく環境を構築したことで、医療の提供支援体制が強化されました。

ⅲ．種々の会議の再編・効率化による職員の経営参画意識の向上

❑文書管理システムの本格運用を開始したことにより、各種文書類の版管理の最新化、各会議体の課題や検討事項、決定事項の可視化を実現し、院内会議体を把握することができました。特に病院幹部会、病院管理会議の議事録を通じて、病院経営・運営の方向性や決定事項をオープンにしたことで、職員への経営参画意識を高めることができました。

⑦働き方改革の推進

ⅰ．ワークライフバランスを考慮した勤務体制の構築

❑勤務体制の見直しにあたり、ビーコンシステムによる超過勤務申請および外勤実績登録が可能となりました。また、令和 7 年 3 月から夜間保育を開始し、育児短時間勤務制度の対象年齢上限を 3 歳から 6 歳へ拡大しました。

ⅱ．業務の効率化と生産性の向上

❑職場代表者会議において 36 協定の周知を図り、長時間労働の抑制を意識づけています。また、衛生委員会において長時間労働者の公表および当該所属長からの長時間労働抑制策を提出することで抑制を図っています。なお、長時間労働となった者には、遅滞なく産業医または長時間労働面接医による面談を行い、心身の健康状態をチェックしています。

❑所属長ヒアリングによる人材の適正配置に向け、理学療法士、臨床工学技士を増員します。

ⅲ．適正な人員配置の推進

❑看護師については地方大学の推薦枠の活用や、看護学生就職説明会への積極的な参加が功を奏し、5 月末には 150 名の内定者を確保できました。また、看護部における定期的な面談、異動希望調査などにより、退職者が減少傾向にあり、人材確保は順調に行われています。

❑経営企画室が主体となり、会議体の見直しや各種内規等の整備を行い、ガバナンスを強化しています。

❑地域限定職員の転用を引き続き行っています。（令和 5 年度は 2 名、令和 6 年度は 3 名）

（２）大学病院の重点施策と目標

①予防医学の更なる推進

ⅰ．大学附属病院としての特性を活かした健康診断の充実

❑令和 6 年度は新規オプション検査の追加はありませんが、次年度に向けて人間ドックの基本検査の見直しを行いました。蛋白分画や喀痰細胞診検査を令和 7 年度からオプション検査に移行し、年間 400 万円の経費削減が見込めます。令和 7 年度から眼科領域の OCT 検査も実施となり、オプション検査は 26 個となります。また、令和 7 年 4 月から上部消化管内視鏡検査を人間ドック当日に実施することになりました。これにより、受診者獲得が期待できます。基本検査の見直しや内視鏡検査の運用変更を実施し、令和 7 年度に向けた準備が整いました。

②災害拠点中核病院としての連携強化

ⅰ．災害拠点中核病院かつ二次保健医療圏医療対策拠点としての充実

❑消防計画に基づき、防火・防災管理委員会を開催し、年度内に 2 回の訓練を実施しました。また、10 部署 115 名が参加した部署別個別訓練を実施しました。さらに、夜間火災発生時を想定した警備員訓練を 18 回実施しました。自治体と連携し、新宿駅周辺防災対策協議会の総会、セミナーおよび地震発生時の帰宅困難者訓練に参加しました。

❑医療対策拠点訓練の実施として、令和 7 年 1 月 23 日に区西部地域災害医療連携会議行政担当者会（東京都・新宿区・中野区・杉並区）を対面方式で開催しました。さらに、2 月 17 日に区西部地域災害医療連携会議（東京都・新宿区・中野区・杉並区・災害拠点病院・連携病院・支援病院・3 師会等）をオンライン会議方式で開催しました。

[２] 東京医科大学茨城医療センター

（１）３病院共通の重点施策と目標

①患者接遇の改善

ⅰ．挨拶、笑顔、真心による良質なコミュニケーション

❑新入職員オリエンテーションにおいてロールプレイを取り入れた接遇マナー研修を実施しました。

ⅱ．患者満足度調査の分析結果や患者相談窓口への意見をもとにした患者接遇の改善

❑10～12 月に外来患者・入院患者を対象に患者満足度調査を実施しました。

ⅲ．患者目線に立った、患者に寄り添う医療の提供

❑病院運営会議、診療連絡会議、朝礼等で診療に関する理念と基本方針を明示して、科長等へ周知徹底しています。また、新入職員オリエンテーションにおいても理念と基本方針を周知し、それらが記載されているカードを配布しました。

ⅳ．新入職員オリエンテーションや職員研修会での接遇教育の実施

❑新入職員についてはオリエンテーション内で実施しました。中途採用者については、医療安全、

感染対策の講習とともに職員心得等の配布および接遇教育を実施しました。また全職員対象としたグランドカンファレンスで接遇研修を実施しました。

②医療安全・感染対策・個人情報保護の徹底

ⅰ．定期的なラウンドの実施

＜医療安全管理室＞

❑院内医療安全ラウンドを各部署のジェネラルリスクマネジャー・リスクマネジャー、医療安全管理室スタッフにより毎月 2 部署、全 17 部署に対して院内ラウンドを計画・実施しました。またインシデント報告事例に対して部署ラウンドを実施し、情報共有および必要に応じて指導・助言を行い、ラウンド結果内容を記録しました。ラウンドにより改善すべき項目についてはタイムリーにフィードバックを行い、改善を促しました。

＜感染制御部＞

❑毎週の病棟・外来の院内定期ラウンドと院内感染事例に対して重点ラウンドを実施しました。適宜現場指導を行い、院内感染防止に努めました。アウトブレイクの発生時など必要に応じて当該部署で医師・看護師・コメディカル含めた多職種でのミーティングを開催し、現場との情報共有を図りました。定期ラウンドの他、手指衛生ラウンドを新規に開始しました。直接観察を感染制御部と時に当該病棟スタッフと行い、現場への即時フィードバックを行い、手指衛生の向上に努めました。

ⅱ．報告書内容の迅速な情報収集と早期対応

＜医療安全管理室＞

❑インシデントレポート入力、有害事象・合併症・感染症報告書、医師・看護師・技師・事務の視点、急変時記録、死亡例報告書等の速やかな提出を促し、情報収集をもとに状況に応じた早期介入・対応を実施しました。重大な有害事象発生時は、24 時間の連絡対応、病院長への報告をタイムリーに行い、患者・家族・医療スタッフの対応を実施しました。病院幹部が出席する毎朝の危機管理部会においては、迅速な情報共有と早期対応について協議を行いました。

＜感染制御部＞

❑病院幹部へ毎日の報告メールを行い、毎朝の危機管理部会で病院幹部が確認できる体制を継続しました。また、感染制御部が毎朝の診療科長会議に参加し、現場責任者との共有に努めました。さらに毎朝、感染制御部医師・看護師・薬剤師・検査技師の 4 職種で情報共有を行うミーティングを実施し、迅速な情報共有に努めました。院内感染対策に係る重大な決定事項に関しては、感染症対策委員会で諮問し、決議をとり対策へと繋げました。

ⅲ．規程・マニュアルの随時見直しと周知徹底

＜医療安全管理室＞

❑年 1 回が義務付けられている規程の見直し確認を行うとともに、医療監視での監査委員の意見を反映し医療安全管理委員会規程の修正および名称変更、安全管理マニュアル内の危機・安全管理に関連する会議等の修正を行いました。規程の改訂時は、医療安全管理委員会で発信し承認後、各診療科・各部署へ配布し、内容確認後に確認名簿にサインし医療安全管理室へ提出としました。安全管理マニュアルポケット版第 4 版については、大幅に内容を刷新し、9 月 30 日に発行し、各部署へ配布を行いました。

＜感染制御部＞

❑院内感染対策指針、感染症対策委員会内規、感染制御部内規、感染対策リンクチーム内規、感染対策組織図に関して、現状の病院に則した改定を行い、マニュアルの差し替えを行い、HIS 端末や文書双方での閲覧体制を整えました。次年度は全面改訂を予定しており、現在進行形で全マニュアルの見直しを行っています。

ⅳ．研修会や講習会への自主参加の支援

＜医療安全管理室＞

❑医療安全に関する研修会を年間計画に基づいて実施しました。研修会前には開催のお知らせを配布、会議や掲示板で案内し、自主的参加を促しました。

安全管理に関する義務研修（グランドカンファレンス）を前期7月、後期12月に実施し、eラーニングによる受講方法としました。視聴後テストを実施し、実施率を随時確認、視聴期間延長などの対応を行い7月の受講率は98.6%、12月の受講率は93.5%でした。医療安全に対する教育・指導の一環として、所属責任者に受講管理を依頼し、100%受講という目標達成に向け退職者を除く全職員の受講が終了するまで未実施の職員には連絡し、受講を促していきます。

＜感染制御部＞

❑全職員向けのグランドカンファレンスを2回実施し、毎月の感染対策リンクチームミーティング（ICLTミーティング）を継続して行い、現場への感染対策に係る情報周知を行いました。義務研修は、研修への参加が出来なかった職員へDVD貸出と確認テストを行い、履修率100%となるように対応しました。ICLTミーティングへの医師の出席率が低いことから、当日の出席の他、ナレッジデリバー（学習管理システム）で受講体制の構築、出席率のフィードバック、診療科長への問題点共有、感染症対策委員会での諮問を行い、病院としての改善に努めています。また、希望者を対象に診療・感染対策・微生物検査・抗菌薬適正使用を網羅した感染制御セミナーを年3回実施しました。そのうち1回は手指衛生のシミュレーション教育を含め理解向上に努めました。さらに中途採用者研修は8回、委託業者研修は1回実施しました。

❑職員番号を取得した派遣職員も含め、全職員受講可能なeラーニングを整備し運用開始となりました。

③コンプライアンスの徹底

ⅰ．講演会受講の全職員への徹底

❑グランドカンファレンスで安全、感染、個人情報、接遇、倫理、禁煙、医療保険の内容で開催しました。

ⅱ．医療安全管理委員会における全症例の検証

❑有害事象・合併症・感染症報告書として報告された事象内容およびに死亡症例は、すべて医療の質検証委員会内で検証を行いました。医療の質検証委員会で検証した事象から、報告・周知が必要な症例をピックアップし医療安全管理委員会内で報告を行いました。検証率は100%でした。また、令和6年度途中より速報事象についても医療の質検証委員会内で検証する取り組みを行っています。

ⅲ．研修会等の参加率の向上

❑安全管理に関する義務研修（グランドカンファレンス）を7月と12月に実施しました。(受講率 7月98.6%、12月93.5%) 全職員の受講を目指し、未実施者には連絡して受講を促します。

④医療の質の向上

ⅰ．保険制度を順守するための規則および法規の教育

＜多職種点検チームによる診療録点検＞

❑令和6年2月より点検を開始し、11月に終了しました。点検終了後は、診療連絡会議において、点検結果を報告しました。点検方法は以下のとおりです。

◇多職種点検チーム構成；医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士または作業療法士、診療情報管理士、医事課、医療保険室

◇対象診療科；22診療科

◇点検件数；入院3件、外来(入院一連3件)

◇点検当該科担当医師および多職種点検チームの合同による診療録点検

＜査定対策の実施＞

❑1,000点以上の査定項目に対して、A～D査定を全て抽出し、担当医に査定された原因を分析してもらい、その結果に基づいて医療・保険対策委員長、医事課を含めて協議を行い、再発防止や再請求等を行いました。

❑点数が低い項目でも繰り返し査定されている項目や件数が多い項目に対し、医療・保険対策委員会で報告し対策を取りました。また、診療連絡会議等でも委員会報告として注意を促しました。

❑査定率は 4 月から 1 月診療分までの 10 ヵ月間の累計で 0.13%（目標 0.18%）と低値となっています。

ⅱ．情報共有、科の連携を図るため積極的な参加の支援

❑委員の欠席時には代理出席を認め情報共有を図っています。また、配布資料、議事要旨等は定期的に院内ホームページに掲載し情報共有に努めました。TeamSTEPPS については令和 6 年度チームを立ち上げたため、次年度より e ラーニング、実技研修を計画としています。

ⅲ．研修医や専攻医の確保と全人的教育の実施

❑令和 7 年度採用臨床研修医は定員 10 名のところ 10 名がフルマッチとなりました。その後、卒業試験にて 1 名が不合格となり、2 次募集で 1 名補填し、最終的に合計 10 名を採用しました。また、金沢医科大学病院より 1 年間たすき掛け研修として 1 名採用しました。

❑令和 5 年度採用研修医 8 名が初期臨床研修を修了しました。

❑茨城県臨床研修病院合同説明会への出展、積極的な病院見学の受け入れなど、採用活動を行いました。

❑令和 6 年度は「東京医科大学茨城医療センター内科専門医プログラム」として 3 名採用、「東京医科大学茨城医療センター総合診療科専門医プログラム」として 5 名採用、「 東京医科大学茨城医療センター皮膚科研修プログラム」として 1 名採用となり計 9 名が採用となりました。

⑤顔の見える医療連携の構築

ⅰ．病院幹部および診療科での連携の強化

❑診療科長による医療機関訪問（69 施設）した他、医療連携担当者による医療機関訪問（54 施設）をしました。

ⅱ．後方病院の連携数の増加

❑診療科長による医療機関訪問（10 施設）した他、医療連携担当者による医療機関訪問（6 施設）をしました。

ⅲ．近隣市町村との連携強化

❑市民公開講座は YouTube で 4 回実施しました。（4 月:アトピー性皮膚炎、8 月:眼科、9 月:肺癌治療、3 月:膵癌治療）

❑阿見町で街の保健室を 5 回開催しました。（6 月:骨粗しょう症、8 月:熱中症予防、10 月:生活習慣病、12 月:心筋梗塞、2 月:感染症胃腸炎）

⑥効率的な医療・業務の実践による医療提供体制の基盤強化

ⅰ．救急患者受入れの強化

❑救急受入れ要請を出来る限り断らない事を周知するとともに、毎朝診療科長ミーティングにて前日の救急車搬送分析を行い、不応需の原因を共有しました。1 週間ごとの各診療科における応需、不応需率を可視化し、「断らない医療」を周知しています。

ⅱ．地域包括ケア病棟の有効活用の促進

❑茨城県立医療大学付属病院と転院患者の情報交換会を 11 月と 2 月に開催しました。後方 4 病院（美浦中央病院・宮本病院・牛尾病院・県南病院）の看護部長・退院調整看護師との情報交換会を 1 月に開催しました。

⑦働き方改革の推進

ⅰ．ワークライフバランスを考慮した勤務体制の構築

❑医師は宿日直体制、オンコール体制を見直し、一部の所属で交替制勤務へ移行しました。令和 5 年 2 月より全部署移行の予定でしたが、令和 5 年 4 月より全部署移行となりました。医療技術職員、事務職員は時差勤務を推奨し、働きやすい環境を整えました。

ⅱ．業務の効率化と生産性の向上

❑衛生委員会にて毎月、長時間労働者の報告を行い、該当所属長へ長時間労働となる原因の究明および改善策を報告するよう依頼し、対象者本人へは産業医の面談を促しました。

❑時間外勤務が特に多い部署は所属長にヒアリングを実施しました。

ⅲ．適正な人員配置の推進

❑看護師、医療技術職、事務職、全ての職種で採用予定者数を採用することが出来ました。
❑事務部に関しては、事務分掌規程を原則とし、人員等を考慮して、業務分担を検討しました。
❑現在、労働組合との間で協議が難航している人事評価制度の早期導入を目指しています。

（２）茨城医療センターの重点施策と目標

①地域医療支援病院、地域がん診療連携拠点病院の体制強化

ⅰ．地域医療支援病院としての体制強化

❑令和元年７月 31 日、茨城県知事より地域医療支援病院に承認されました。
- 紹介率；82.8%、逆紹介率；86.7%
- 医療機関訪問件数；123 施設

❑医療連携懇談会を令和７年３月 28 日に開催しました。

ⅱ．地域がん診療連携拠点病院としての体制の充実

❑キャンサーボードは毎月第２週月曜日に開催しました。がんサロンについては、新型コロナウイルス感染症感染拡大のため未開催でしたが、令和５年 10 月より開催しました。

②地域診療部構想の実施

ⅰ．救急応需体制の整備のため、既存の救急外来の対応体制に加え、地域診療部から１名増員して対応を行う

❑呼吸器内科、耳鼻咽喉科、麻酔科等、医師が不在の診療科が複数あり、さらに育児休業中または予定の医師が常時５名以上いるため、進んでおりません。

ⅱ．麻酔科医不足の対策として、ICU の管理医師を地域診療部で役割を担い、麻酔科医は手術等の対応を行う

❑内科系、外科系等、休日夜勤の体制に入っていないベテランの医師を中心に地域医療部の役割として ICU の夜勤を行っています。

ⅲ．平日・休日夜間の一般・地ケア病棟に宿日直として勤務し、患者の急変対応を行う要員として対応を行う

❑麻酔科医の不在、ICU 医師の減少により、内科系、外科系医師で休日夜勤の体制に入っていないベテランの医師を中心に地域医療部の役割として ICU の夜勤を行っています。

[３] 東京医科大学八王子医療センター

（１）３病院共通の重点施策

①患者接遇の改善

ⅰ．挨拶、笑顔、真心による良質なコミュニケーション

❑令和７年３月 19 日に外部講師を招き、多職種を対象とした接遇研修および組織のチーム力を最大限に生かす内容の研修を実施しました。

ⅱ．患者満足度調査の分析結果や患者相談窓口への意見をもとにした患者接遇の改善

❑令和７年２月 17 日から３月 15 日に外来・入院患者満足度調査を実施しました。

ⅲ．新入職員オリエンテーションや職員研修会での接遇教育の実施

❑令和６年４月に新入職者を対象に実施しました。さらに月初には、新規採用者に向けたオリエンテーションを実施しました。

②医療安全・感染対策・個人情報保護の徹底

ⅰ．医療法に基づく研修の実施と全職員の受講

❑医療法に基づき年２回の職員研修を e ラーニングにて実施しました。受講実態は医療安全管理者が把握し、各所属長に所属者の受講進捗状況をフィードバックした結果、受講対象となるすべての教職員が受講しました。

ⅱ．未受講者をゼロにするための DVD 上映

❑e ラーニングシステムを活用し、受講者の受講進捗管理、知識習得度向上が図れています。

ⅲ．各職場への責任者配置によるリーダーの育成

❑各部署にリスクマネージャーを配置しており、医療安全に関する取り組みについて日々監督指

導しています。また、リスクマネージャーによる医療安全ラウンドも行っており、他部署スタッフに対する教育・指導を実施しました。

③コンプライアンスの徹底

ⅰ．講演会受講の全職員への徹底

❑保険診療に関する講演会（義務研修）を年 2 回実施しています。

ⅱ．医学倫理委員会・病院倫理委員会における IC（インフォームド・コンセント）の重要性再確認の指導

❑倫理審査の際、内容を十分に審査・検討し、適切な実施方法や説明時間など必要に応じて委員会から指導・指示を行っています。

ⅲ．医療安全管理委員会における全症例の検証

❑検証率の向上のため、カンファレンスや医療安全管理委員会において、有害事象の検討件数および死亡症例評価件数の検証を全て行いました。

④医療の質の向上

ⅰ．チーム医療の推進による良質な医療の提供

❑現場レベルでの疑問、要望、伝達の周知徹底を図り、良質な医療を提供することを目的に、チーム医療連携会議（医師、看護師、コメディカル、事務他）を隔月で開催しています。

ⅱ．cure だけでなく care や QOL を重視した医療の提供

❑定期的にクリニカルパスの指示や看護ケア、日数、患者用パスの見直しを行っています。

ⅲ．医療技術や医の倫理に関する職員研修の定期的な実施

❑看護部の 1 年目職員に技術研修を開催しました。看護部の 2 年目以上の職員にはクリニカルラダーⅡ以上の研修を実施しました。全看護師対象に向けて専門・認定看護師による動画講義、対面講義を行い、学習機会を提供しています。

ⅳ．研修医や専攻医の確保と全人的教育の実施

❑臨床研修プログラムで、各プログラムの段階的な目標設定、適切な指導体制、柔軟な研修プランと個別対応、研修環境のサポート体制を行っています。

❑令和 7 年度の専攻医募集では、内科専攻医 7 名、外科専攻医 1 名、救急科専攻医 4 名、3 プログラム全てに応募がありました。内科では募集人数が 3 名のところ 7 名の応募があり、特別連携枠を申請し 7 名全員を採用できました。また、専門研修プログラム終了までの必要要件などの確認や専門医取得後の進路計画等をインタビューし、八王子医療センターに残り研修を継続できるよう、指導医も交え指導しました。3 プログラムともにプログラム内容のブラッシュアップを図りました。

⑤顔の見える医療連携の構築

ⅰ．診療科レベルでの連携の強化

❑地域の医療機関へ 109 件（うち診療科長による訪問 52 件）の訪問を実施しました。

ⅱ．救急医療、在宅復帰の推進

❑二次救急の応需率は 50%程度ですが、三次救急の応需率は 90%を超えています。他院紹介の二次救急のお断りをしないよう連携を強化し、自家用救急車やドクターカーを配備して救急応需態勢の整備を図ります。

❑退院調整担当者が、連携する病院（城山病院、永生病院、仁和会総合病院、平川病院）と定期的なカンファレンスを継続的に実施し、連携を図りました。

⑥効率的な医療・業務の実践による医療提供体制の基盤強化

ⅰ．病院長のガバナンス強化による職員の意思統一

❑病院長通達として文書管理を徹底し掲示、その他診療合同会議等で周知徹底しています。

ⅱ．事務組織再編による病院長補佐・支援体制の強化

❑毎週、部課長連絡会議を開催しています。また、毎月、事務部連絡会議を開催し、情報の共有や業務の効率化に向けた協議を行っています。

ⅲ．種々の会議の再編・効率化による職員の経営参画意識の向上

❑メール会議や Web 会議を継続し、効率化を図っています。

⑦働き方改革の推進

ⅰ．ワークライフバランスを考慮した勤務体制の構築

❑宿日直許可を一部診療部門で運用開始し、勤務体制として当直と明確に区分しました。また、時間外労働の申請方法等を見直しました。

ⅱ．業務の効率化と生産性の向上

❑衛生委員会で時間外労働を把握・検証し、月中の時間外労働が 100 時間を超えそうな職員には面接指導を実施しました。所属長には改善案を報告してもらい、36 条協定に基づいた特別条項の遵守に努めています。改正医療法施行に伴い、日本医師会・医療機関勤務環境評価センターを受審し、その結果に基づき東京都知事へ特例水準の申請を行い承認されました。今後、勤務間インターバルと代償休息の管理を行います。

❑看護部において業務量調査を実施し、分析して業務改善に繋げています。

ⅲ．適正な人員配置の推進

❑病院機能・施設基準を維持するため、幹部会で速やかに検討し、適宜必要な人材を確保しています。

（２）八王子医療センターの重点施策と目標

①感染症指定医療機関、地域がん診療連携拠点病院の体制強化

ⅰ．二種感染症指定医療機関としての体制の整備

❑感染症指定医療機関として、新型コロナウイルス感染症診療体制を継続し、地域医療機関との連携により令和 7 年 2 月までに 2,766 名を受け入れました。ワクチン接種後や罹患後後遺症の紹介も受け入れ、近隣医療機関へ訪問し指導・レクチャーを行いました。また、デング熱等の輸入感染症も行政を介して受け入れました。

ⅱ．地域がん診療連携拠点病院としての体制の充実

❑キャンサーボードは毎月開催し、多職種での活発な議論を行っています。臨床倫理的、社会的問題を解決するため、院内外の多職種連携も視野に患者支援の充実を図っています。緩和医療については、がんと診断されたときからの緩和ケアを実施するため、外来でのがん患者スクリーニング、ACP（アドバンス・ケア・プランニング）に取り組んでいます。入院患者については、診療科と協働し非がんも含めた心身の症状緩和を積極的に行っています。がんサロンは月 1 回、院内多職種が月替わりでファシリテーターを務めています。

②災害拠点中核病院としての連携強化

ⅰ．災害拠点中核病院の機能整備

❑大規模地震時医療活動訓練（政府訓練）に災害拠点中核病院として参加し、院内震災訓練も実施しました（9 月 27 日、28 日）。毎月の自衛消防本部隊訓練をはじめ、各部門・病棟で防火・防災訓練を実施しました。八王子市等による緊急医療救護所の設置・運営訓練を実施しました（2 月 16 日）。東京都南多摩医療圏通信訓練に災害拠点中核病院として参加しました。

Ⅳ．社会連携・社会貢献

（１）社会に開かれた大学として、知の還元ならびに社会と連携した貢献活動の推進

①大学における知の還元や社会との協働活動の推進

ⅰ．医科大学の特色を生かした知の還元

❑市民公開講座を、大学病院は対面（終了後 YouTube による動画配信）で 10 回、茨城医療センターは YouTube による動画配信で 4 回、八王子医療センターは対面方式で 5 回実施しました。

❑一般の方を対象とした医療講習会など様々な活動による社会貢献活動の推進として、大学は、健康イベント「シニアの活力アップ！フレイル予防と骨・体の健康測定イベント」を開催しました。大学病院では、糖尿病予防の啓蒙活動として「第 10 回東医ブルーサークルフェスタ 2024」

を開催、茨城医療センターでは、「第 37 回肝臓病教室」、「第 38 回肝臓病教室」開催、八王子医療センターでは、がん相談支援として「やまゆりサロン」を 12 回開催しました。

❑児童・生徒を対象とした医療体験講座等や医療従事者等のサポートによる社会貢献活動として、大学病院で「第 21 回こども医学講座」、茨城医療センターで「中学生就業体験・高校生の一日看護体験」を開催しました。

❑小・中・高等学校等への出前講座について、大学病院では小・中学校で「がん教育」の授業、茨城医療センターでは小学校で「性に関する講演会」を実施、八王子医療センターでは中学校で「がん教育」の授業を実施しました。

❑高等学校（3 校）、中学校（8 校）の職場訪問（総合学習）の受け入れを実施しました。

❑医療従事者を対象とした研修会・勉強会などの社会貢献活動の推進として、大学病院は「看護師勉強会」を計 9 回開催しました。八王子医療センターは「専門看護師・認定看護師による勉強会」を動画配信で計 23 回開催しました。

②社会と連携し、課題解決に向けた貢献活動の推進

ⅰ．社会との連携

❑国、自治体、医療機関等との連携の推進について、大学病院では東京都がん診療連携協議会、東京都新宿区自殺総合対策会議、新宿子ども虐待防止医療支援ネットワーク委員会等に参加し連携を推進しました。八王子医療センターでは、八王子市救急業務連絡協議会、八王子市感染症予防計画推進会議等に参加し連携を推進しました。

❑教育・研究機関との連携および学術交流の推進について、本学医学科生および看護学科生と、姉妹校である東京薬科大学薬の薬学部学生とが合同で「多職種連携教育（専門職連携教育 IPE: Interprofessional Education）の授業」を実施しました。また、高大連携プログラムを巣鴨中学校・高等学校、新潟県の高等学校、吉祥女子中学・高等学校と開催しました。

ⅱ．課題解決に向けた貢献活動

❑教育・研究機関との連携による課題解決に向けた貢献活動として、大学では独立行政法人国立青少年教育振興機構と包括連携協定を締結しました。

❑国、自治体との連携による課題解決に向けた貢献活動として、大学では国立研究開発法人国立成育医療研究センターと包括連携協定を締結しました。大学病院は、東京都大島町、御蔵島村、青ヶ島村、小笠原村と連携し離島におけるへき地医療に協力し、医師・看護師等の派遣を実施しました。茨城医療センターでは、母子保健事業へ毎月言語聴覚士を派遣しました。

❑国、自治体との連携による課題解決に向けた貢献活動について、大学は沖縄県立中部病院と包括連携協定を締結しました。大学病院では、脳卒中医療連携事業・区西部連携協議会に参加、八王子医療センターでは、外来感染対策向上加算合同カンファレンスに参加しました。

❑地域との連携による課題解決に向けた貢献活動の推進のため、大学では小学生向けの車いす体験イベントを開催しました。大学病院では、上高地診療所において、松本市と連携し、登山や観光で訪れる人々の救急処置はもとより、地域の診療所としての役割も果たし、地域の医療に貢献しました。茨城医療センターは、小・中学校の健診診断への医師派遣、八王子医療センターでは、八王子市や大学コンソーシアム八王子加盟の 25 大学等との協働により、八王子学園都市大学いちょう塾で「タバコと関連する呼吸器の病気について」を講演しました。

Ⅴ．管理運営

（1）法人運営

①ガバナンスの強化

ⅰ．理事会の機能の充実

❑改正私立学校法の施行（令和 7 年 4 月）を踏まえ、本学寄付行為、関連規程の変更（改正）および内部統制システムの整備を行いました。今後は新たな寄付行為、関連規程等に基づき、透

明性・公正性が担保された役員・評議員の選出を行うとともに、このたび整備した内部統制システムの検証を行い、随時改定することによるガバナンス強化を図ります。

ⅱ．法人幹部の支援体制の強化

❑本学の医学科および看護学科の教学を統括する部門として、教学マネジメント統括本部の設置を検討し、令和7年4月1日より稼働となりました。なお、この統括本部は、昨年、機関別認証評価において指摘を受けた「内部質保証が有効に機能するための仕組みの構築」に対応することとなり、改善が期待されています。

②コンプライアンスの体制強化と推進

ⅰ．内部通報制度の維持・強化

❑新入職員に対してはオリエンテーション、新入生に対してはパンフレットを配付して周知しました。

（2）業務執行体制

①業務の検証・見直し

ⅰ．所管会議（委員会）の整理

❑全ての委員会を一覧表にまとめ、検討資料を作成しました。各委員会については、役割が重複する委員会がないかをチェックし、統一することができる委員会がないか検討を行います。

②中長期計画の見直し

ⅰ．中長期計画の検証と必要に応じた改訂

❑令和6年度も、次年度以降の計画について、法改正、認証関係の指摘事項、事業計画の変更等に対応するよう、領域毎に見直しを行い改訂しました。

（3）資材･設備管理

①医療機器の標準化・効率化の推進

ⅰ．機器購入後の稼働状況検証による予算編成資料の作成

❑機器の稼働状況は、3病院の資材課で令和2年度以降に購入した1,000万円以上の事業計画申請機器と、新型コロナウイルス感染症関連の補助金で購入した機器を対象に稼働状況の調査を行う体制を整えました。新型コロナウイルス感染症用の機器以外は、目標数を超過する稼働となっています。

（4）施設整備計画

①西新宿キャンパスの整備

ⅰ．西新宿キャンパス再開発整備事業基本方針をベースとした施設整備計画の推進

❑共同ビル（仮称）の着工を予定していましたが、建設業界の受注抑制や資材価格高騰等の影響を受け、着工を延期しました。

❑看護宿舎は共同ビル（仮称）へ移転予定のため、現看護宿舎であるコスモハウス跡地の有効利用について検討を重ね、定期地上権設定契約を締結しました。

②新宿キャンパスの整備

ⅰ．基本構想委員会の検討に基づくキャンパス再整備計画の推進

❑新総合棟建設を中心とした実施設計の着手を予定していましたが、業者選定に時間を要したことと、コスト縮減を目指し基本設計の見直しを行ったことで当初の予定より遅れて実施設計を進めております。

③八王子キャンパスの整備

ⅰ．既存施設を恒常的に維持するための整備計画の策定

❑B館電気室変圧器更新、および看護師宿舎キュービクル更新を行いました。

ⅱ．基本構想委員会の検討に基づくキャンパス再整備計画の推進

❑令和6年度は建設委員会を全9回開催し、令和5年度に策定した基本設計を更に検討、ブロックプランをブラッシュアップし、令和7年度の実施設計に向けて協議を進めました。今後は建築資材の高騰による建築単価の上昇を見据え、策定した長期収支計画をモニタリングしながら、財政基盤等の安定を図るとともに、建設計画を推進していきます。

（5）情報通信環境

①情報通信技術の再構築

ⅰ．4 キャンパス情報通信インフラ整備

❑業務の Dx を目指して導入した「電子決裁システム」は、全キャンパスでの運用展開し利用されるようになりました。令和 6 年度は物品請求伝票等へ運用範囲を拡大し、現在月 2,500 件程度の決裁が利用されております。また健康保険組合でも運用を開始し、業務の効率化に貢献することができました。また、研究業績システムの運用も開始され、researchmap とのデータ連係（ダウンロード）が可能となりました。

ⅱ．大学病院診療情報システム更新

❑老朽化した電子カルテシステムの更新について令和 8 年 1 月稼働予定で更新プロジェクトを開始しました。今回のシステム更新では、4 つのコンセプト（①セキュリティ対策、②データの利活用、③中長期的な費用抑制、④医療 Dx の推進）を掲げ、セキュリティ対策強化と部門システム統合によるコスト削減を目指しています。

②IT ガバナンス強化策の実施

ⅰ．サイバーセキュリティ対策

❑標的型攻撃に対応するため、「標的型攻撃メールシミュレーション訓練」を実施し、メールの取り扱いや危険な Web サイトの対処方法などの講演会を開催しました。令和 6 年度はランサムウエア被害を想定した「パソコンの完全ウイルススキャン」を定期実施する設定を行い、ウイルス対策を強化しました。

（6）内部の質保証

①自己点検・自己評価

ⅰ．自己点検・評価の結果に基づく改善・改革と次年度の事業計画・予算への反映

❑昨年度より検討している中期計画と内部質保証制度の一元管理について、内部質保証制度を大学全体の PDCA における「C」と「A」に位置づけることとし、認証評価、医学教育分野別評価および自己点検評価から抽出された課題を中期計画に反映させ、進捗管理を行うことにします。

②外部評価

ⅰ．認証評価機関からの評価に基づく改善・改革

❑10 月 25 日、26 日に機関別認証評価の実地調査を受審し、指摘事項が二つありましたが、評価の結果「適合」をいただくことができました。

ⅱ．定期的な第三者評価に基づく改善・改革

❑大学基準協会による機関別認証評価における適合の評価を受けました。入試監査委員会により、本学の入試制度が適正であるかが検証され、報告書を受領しました。また、外部委員を中心とした契約監視委員会は計 9 回開催され、12 案件の審議をしました。

③情報公開

ⅰ．大学の状況の公表と情報の提供

❑内部質保証制度に基づき、各領域において自己点検・評価報告書を作成し、内部質保証推進委員会および内部質保証外部評価委員会にて検証を行い、ホームページにて公表しました。

④監事監査および内部監査

ⅰ．法人監事による業務監査および財務監査の充実

❑分野別の重点点検事項の監査内容の見直し・確定およびレビューを行いました。

❑ガバナンス・コードの運用状況に関する自己点検を確認し、レビューを行いました。

ⅱ．内部監査室による内部監査の充実

❑監査後に執行部門から監査実施内容等に関する情報収集を行い、リスク分析に基づいた監査方法の質的向上に努めました。

ⅲ．法人監事・内部監査室・公認会計士の密接な連携の推進

❑三様監査においては、効果的・効率的な監査となるよう監査計画および監査結果等について意見交換を行うとともに、私学法改正等の情報共有を図りました。

ⅳ．過去の監査における指摘事項の改善確認

❑前年度の監査において指摘した事項は、令和 6 年度においても留意して監査を実施しました。

⑤内部統制

ⅰ．内部統制の有効性の評価

❑執行部門により実施する自己点検および内部統制について、整備、運用の状況から確認しました。