

東京医科大学病院 大学病院改革プラン

2024（令和6）年6月策定

目 次

第1章 東京医科大学病院改革プランの策定

- (1) 東京医科大学病院改革プランの策定について…………… 1
- (2) 改革プランの対象期間…………… 1

第2章 東京医科大学病院の概要

- (1) 基本理念・基本方針…………… 1
- (2) 沿革・概要…………… 2

第3章 東京医科大学病院改革プラン

- (1) 運営改革…………… 4
 - ①自院の役割・機能の再確認…………… 4
 - ②病院長のマネジメント機能の強化…………… 4
 - ③大学等本部、医学部等関係部署との連携体制の強化…………… 7
 - ④人材の確保と処遇改善…………… 7
- (2) 教育・研究改革…………… 9
 - 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…………… 9
 - ②臨床研修や専門研修等に係る研修プログラムの充実…………… 9
 - ③企業等や他分野との共同研究等の推進…………… 11
 - ④教育・研究を推進するための体制整備…………… 12
- (3) 診療改革…………… 14
 - ①都道府県等との連携の強化…………… 14
 - ②地域医療機関等との連携の強化…………… 15
 - ③自院における医師の労働時間短縮の推進…………… 16
 - ④医師少数区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）…………… 16
- (4) 財務・経営改革…………… 17
 - ①収入増に係る取組の推進…………… 17
 - 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…………… 23
 - ③医薬品費、診療材料費等に係る支出の削減…………… 24
 - ④改革プランの対象期間中の各年度の収支計画…………… 25

第1章 大学病院改革プラン策定

(1) 大学病院改革プランの策定について

東京医科大学病院（以下「当院」という）は2024(令和6)年3月に文部科学省で策定された「大学病院改革ガイドライン」に基づき、当院が今後の改革を通じ、自院が担うべき教育・研究・診療という役割・機能を改めて明確にし、必要な見直しを図ったうえで、その役割などを果たし続けるために同年6月に策定した。これに基づき将来にわたって安定的な経営基盤と自律的な運営体制を構築する。具体的には(1)運営改革、(2)教育・研究改革、(3)診療改革、(4)財務・経営改革の4つの視点から検討したものである。

(2) 改革プランの対象期間

2024(令和6)年度から2029(令和11)年度までの期間を対象とする。

第2章 東京医科大学病院の概要

(1) 基本理念・基本方針

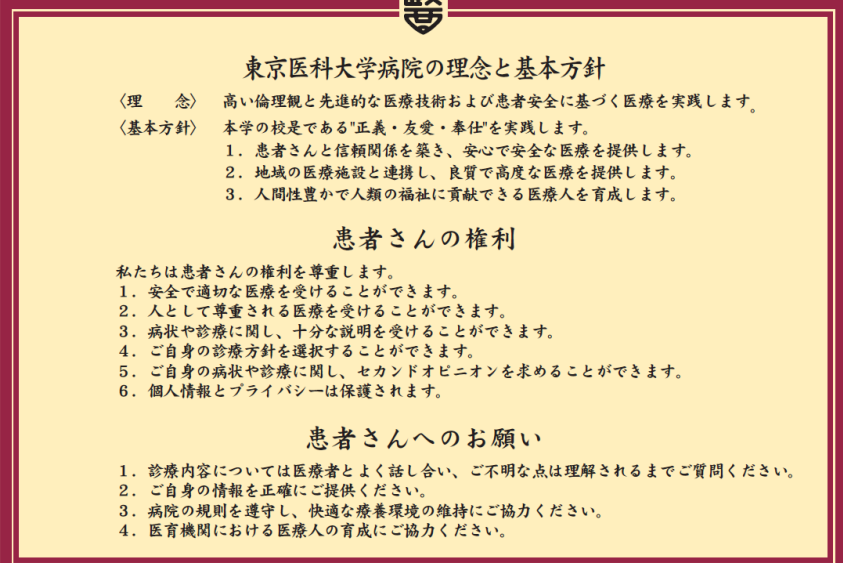
基本理念

高い倫理観と先進的な医療技術および患者安全に基づく医療を実践します。

基本方針

本学の校是である“正義”・“友愛”・“奉仕”を実践します。

1. 患者さんと信頼関係を築き、安心して安全な医療を提供します。
2. 地域の医療施設と連携し、良質で高度な医療を提供します。
3. 人間性豊かで人類の福祉に貢献できる医療人を育成します。



東京医科大学病院の理念と基本方針

〈理 念〉 高い倫理観と先進的な医療技術および患者安全に基づく医療を実践します。

〈基本方針〉 本学の校是である“正義・友愛・奉仕”を実践します。

1. 患者さんと信頼関係を築き、安心して安全な医療を提供します。
2. 地域の医療施設と連携し、良質で高度な医療を提供します。
3. 人間性豊かで人類の福祉に貢献できる医療人を育成します。

患者さんの権利

私たちは患者さんの権利を尊重します。

1. 安全で適切な医療を受けることができます。
2. 人として尊重される医療を受けることができます。
3. 病状や診療に関し、十分な説明を受けることができます。
4. ご自身の診療方針を選択することができます。
5. ご自身の病状や診療に関し、セカンドオピニオンを求めることができます。
6. 個人情報とプライバシーは保護されます。

患者さんへのお願い

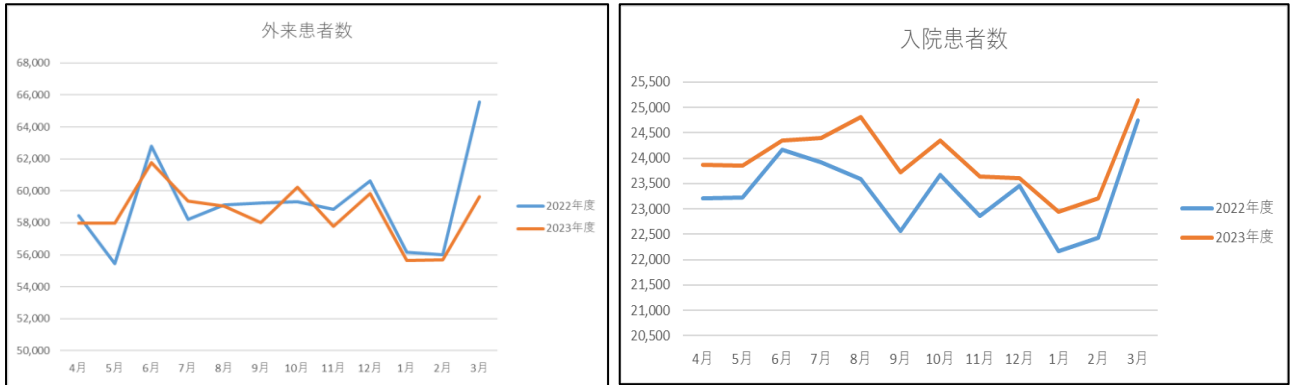
1. 診療内容については医療者とよく話し合い、ご不明な点は理解されるまでご質問ください。
2. ご自身の情報を正確にご提供ください。
3. 病院の規則を遵守し、快適な療養環境の維持にご協力ください。
4. 医療機関における医療人の育成にご協力ください。

(2) 沿革・概要

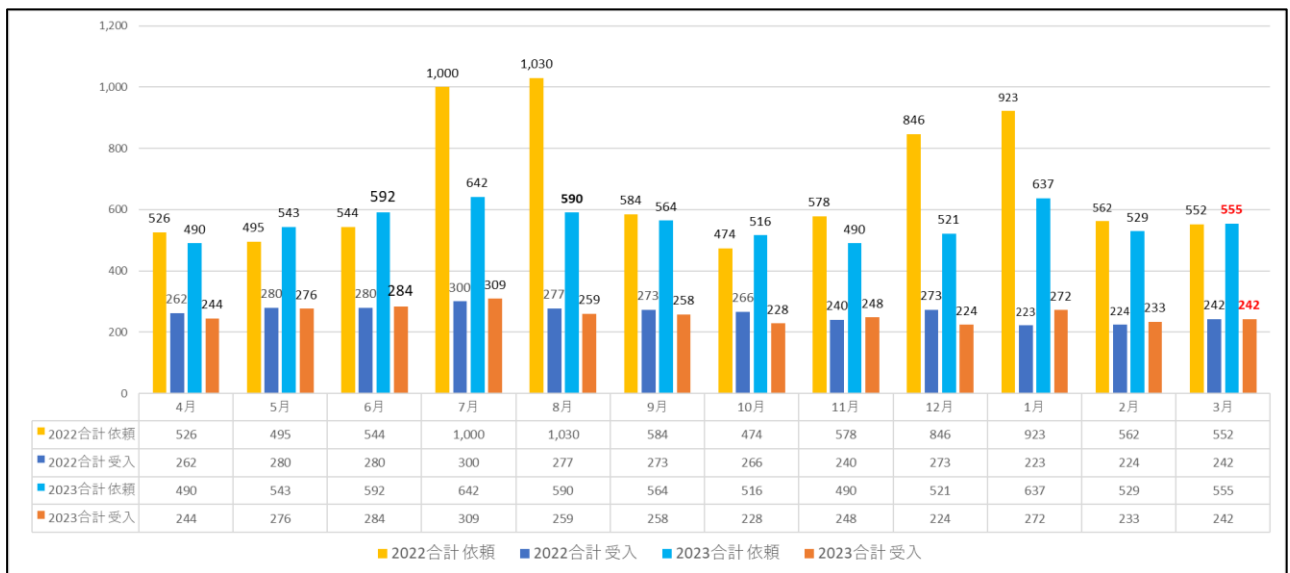
東京医科大学病院の概要 (2024(令和6)年3月1日現在)

開設	1932(昭和7)年11月18日		
病床数	904床(一般病床:885床、精神病床:19床)		
	○一般病棟:	885床	特定機能病院入院基本料
	○精神病棟:	19床	特定機能病院入院基本料
	特殊病床:	※病床数は上記一般病棟に含む	
	EICU	20床	救命救急入院料4
	ICU/CCU	22床	特定集中治療室管理料1
	MFICU	6床	総合周産期特定集中治療室管理料
	NICU	12床	総合周産期特定集中治療室管理料
	小児病棟	40床	小児入院医療管理料1
	GCU	18床	小児入院医療管理料1
標榜診療科	全37科 内科、血液内科、呼吸器内科、循環器内科、糖尿病内分泌内科、 リウマチ科、神経内科、消化器内科、腎臓内科、老年内科、臨床検査科、 精神科、小児科、外科、呼吸器外科、心臓血管外科、消化器外科、 小児外科、乳腺外科、眼科、脳神経外科、耳鼻咽喉科、整形外科、 形成外科、麻酔科、皮膚科、歯科口腔外科、矯正歯科、産科、婦人科、 泌尿器科、放射線科、放射線診断科、放射線治療科、リハビリテーション科 救急科、病理診断科		
職員数	医師 652人 薬剤師 74人 助産師 46人 診療放射線技師 85人 臨床工学技士 27人 作業療法士 6人 言語聴覚士 6人 歯科衛生士 6人 看護補助者 48人 臨床研修歯科医 5人 その他(事務職員含) 323人	歯科医師 20人 看護師 1,068人 管理栄養士 27人 臨床検査技師 133人 理学療法士 20人 視能訓練士 16人 精神保健福祉士 8人 歯科技工士 2人 臨床研修医 81人 救命救急士 2人 (合計 2,655人)	
外来患者数	2021(令和3)年度:57,474名/月 2022(令和4)年度:59,151名/月 2023(令和5)年度:58,576名/月		
入院患者数	2021(令和3)年度:23,116名/月 2022(令和4)年度:23,335名/月 2023(令和5)年度:23,989名/月		
手術件数	全麻 2021(令和3)年度:575件/月 2022(令和4)年度:568件/月 2023(令和5)年度:568件/月 局麻 2021(令和3)年度:361件/月 2022(令和4)年度:391件/月 2023(令和5)年度:427件/月		
救急受入件数	2021(令和3)年度:582件/月 2022(令和4)年度:262件/月 2023(令和5)年度:256件/月		

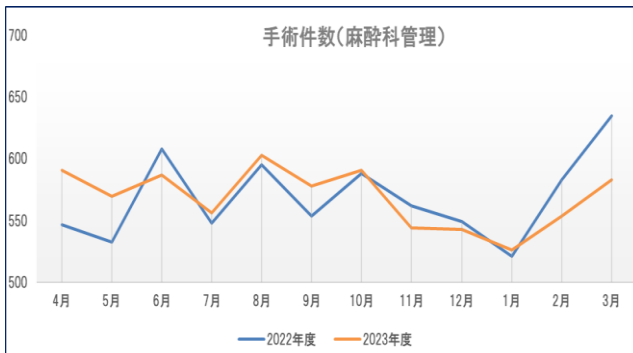
2022(令和4)年度～2023(令和5)年度 外来/入院患者数



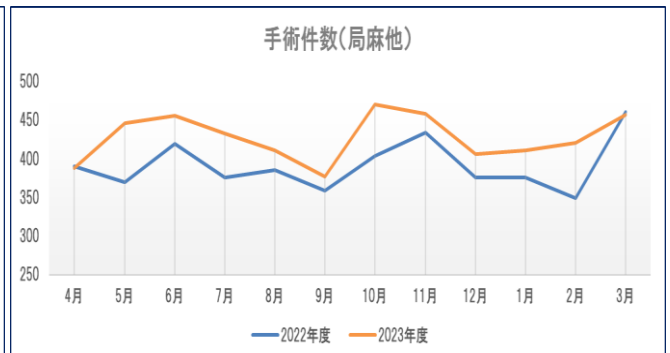
2022(令和4)年度～2023(令和5)年度 救急患者受け入れ件数



2022(令和4)年度～2023(令和5)年度 麻酔科管理手術件数



2022(令和4)年度～2023(令和5)年度 局麻他手術件数



第3章 東京医科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

当院（病床数 904 床）は、大学設置基準第 39 条に定める医学部の教育・研究に必要な附属施設として東京都新宿区に所在している。また、当院は、東京都災害拠点病院に指定され、所在地が属する東京都区西部医療圏（新宿区、中野区、杉並区）だけではなく、区西南部（世田谷区、渋谷区）、区西北部（豊島区、練馬区）を網羅する特定機能病院として、また、地域がん診療連携拠点病院として活動している。2019(令和元)年7月には、新病院を移転し、これまで以上に高度急性期医療の提供体制を整えている。

当院は、本学における建学の精神「自主自学」、校是「正義・友愛・奉仕」、ミッション「患者と歩む医療人を育てる」を掲げる医育機関としての役割をもち、これらは当院の理念と基本方針にも表されている。この理念と基本方針は、毎年担当部署で見直しを行い、変化する社会情勢等に対応し、患者さん、家族、地域社会に親しみやすく満足が得られる病院を目指して見直し作業を毎年継続する。さらに、当院では、専門性の高い高度な医療人を育成する研修機関として「卒後臨床研修センター」を設置し、初期臨床研修、専攻医研修（後期臨床研修）、歯科医師臨床研修を行っている。また、「シミュレーションセンター」、「生涯教育センター」を設置し、卒前・卒後の教育だけでなく、病院職員の多職種シミュレーション教育等を実践しており、これらの活動を継続する。

研究面では、医学研究の中核として、診療・教育のみならず、難治性疾患の先端的治療法の開発・臨床応用を目指して研究を行っており、「西新宿キャンパス共同研究センター」を設置し、研究室単位では調達が困難な大型機器、特殊技法の利用機会を研究者に提供することで、研究活動の支援および活性化が図られており、大学医学部の各分野とさらに連携し、研究成果を社会に還元する。

地域の医療計画等との整合性については、当院は、東京都に所在するため「東京都保険医療計画」に照らし、2050 年には都民のおよそ 3 人に 1 人が 65 歳以上という高齢化社会が予測されるため、本来の役目である高度・急性期治療に注力すると同時に、回復期や慢性期診療に力を入れる医療機関と連携するために、当院の医療連携室をさらに活用し、地域医療に貢献する。また、当院は激甚化する自然災害や、大震災等の自然災害をはじめとする災害の現場に救急・災害医療の知識を持つ専門医療チーム（日本 DMAT=Disaster Medical Assistance Team）にも参画しており、この活動を継続する。さらに、災害拠点中核病院として、自治体、地区医師会との連携を強化するために、新宿区及び新宿区三師会と災害時の緊急医療救護所設置等について協議を開始しており、この活動を引き続き行う。

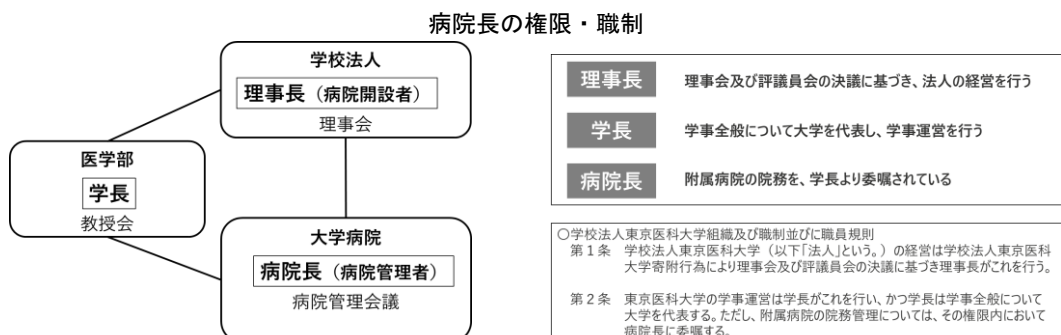
②病院長のマネジメント機能の強化

1) マネジメント体制の構築

・法人における東京医科大学病院長の職責と執行部体制

病院長の権限については下図に示す通り、「病院開設者」である学校法人東京医科大学理事長の下に東京医科大学病院が組織され、病院長は「病院管理者」として各診療科部門、中央診療部門、臨床研究・教育部門、管理部門等を管理する体制となっている。

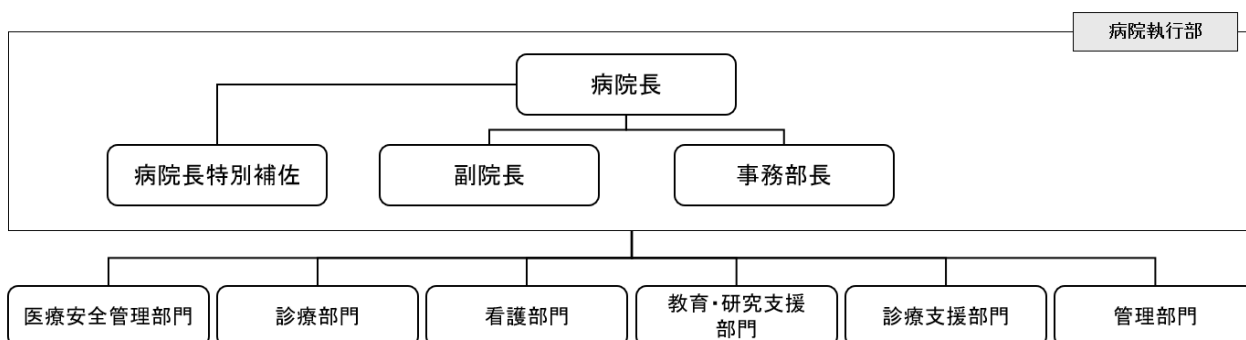
また、病院長は法人の病院担当常務理事を兼務し、理事会および教授会の構成員として、および当院の最高意思決定機関である病院管理会議の議長として、法人・医学部・大学病院の運営全体のマネジメントに関与する職責が定められている。



・当院の執行部体制

病院内の執行部体制は、下図に示す通り病院長を筆頭として副院長および特別補佐、事務部長を配下にそれぞれ診療部、教育部、管理部門、事務部を所管する形で組織横断的な視点から病院長がリーダーシップを十分発揮できる体制を構築している。

病院執行部のマネジメント体制



病院執行部の役割と責任

	役割と責任
病院長	<ul style="list-style-type: none"> ・病院を代表し、院務を掌理する。 ・継続した医療の質の向上に取り組む。 ・医療の質の向上と医療安全に関する教育を継続的に実施する。
副院長	<ul style="list-style-type: none"> ・病院長の補佐し、不在時にその職務を代行する。 〈担当〉①手術室・働き方改革担当 ②診療担当 ③危機管理・医療安全担当 ④多職種連携担当
病院長特別補佐	<ul style="list-style-type: none"> ・病院長の特命事項に係る調査・企画等を担当する。 〈担当〉医療・企業連携担当/感染対策担当する。
看護部長	<ul style="list-style-type: none"> ・看護業務を総括し、看護職員を指導監督する。
事務部長	<ul style="list-style-type: none"> ・事務部の事務を総括し、所属職員を管理監督する。 ・経営責任に関して分析等を行い、病院長を補佐する。

業務執行体制について、法人運営の業務が多様化、複雑化する中、法人の意思決定プロセスの迅速化を図り、効率・効果的に業務を遂行する事務組織を構築し、従来の処理・対応型から企画・立案力を発揮する参加・戦略型の業務執行体制への変革を目指している。

大学のガバナンスを強化する上で、法人運営を支えるマネジメント機能が円滑に回ることが極めて重要であることから、法人運営の基盤である業務執行体制の再構築に向けて次の施策に取り組む。

i 業務の検証・見直し

- ・各事務組織の事務分掌の適切性を検証し業務分担と責任を明確にする。
- ・業務分担と責任を明確にするため、所掌業務の検証・見直しを行う。
- ・各事務組織が所管する会議（委員会）の見直しを行う。

ii 事務組織の再構築

既存組織の改編や新設部署の設置を行い、必要かつ適切な人員を配置し、法人運営の業務を効率・効果的に遂行できる事務組織を再構築する。

iii 業務執行体制を有効に機能させる管理体制を整備し、マネジメントサイクルを廻す。

- ・ 確実な情報の伝達と共有を図るため、施設内および施設を超えた事務連絡会を設置する。
- ・ 業務改善を図るため、業務執行のPDCAサイクルを廻す。

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

当院が大学病院および特定機能病院として教育・研究・診療という役割・機能を将来にわたって維持していくためには、従来の診療科や診療部門等の構成や規模にとらわれず、業務需要に応じて、適切な組織体制を構築することが必要不可欠である。

直近の組織再編例として、これまで手術部には物品管理や派遣スタッフ・業者等の管理、手術データの管理、現状把握や分析等を所掌とする事務が配置されていなかった背景から、手術室の効率的な運用や、特定機能病院として求められる手術の質を考慮した運営を確保するため「手術部支援室」を新たに組織し、手術部の運営に注力する体制を整備したことを挙げる。

このほか、人員配置の適正化と業務の平準化に向けた今後の取り組みについて以下の事項を記す。

i 人員定数の見直しと管理

現状、各部署の人員定数については長期間見直しされておらず、例えば診療報酬上の施設基準として増員した人員数が定数に反映されていないなど、そもそも現状の人員配置が適正であるかどうか不明瞭である。人員定数の見直しと管理について、業務の統廃合および平準化の検討を前提に急務としてこれに取り組む。

ii 人事戦略・企画部門の組織化

少子高齢化を背景に医療分野においても人材不足が急速に進んでいる。医師の働き方改革を推進し大学病院本来の機能を最大限発揮するため人材の確保は喫緊の課題となっていることから、組織の所掌や職員配置数等の人事データベースを管理し、人事登用や人材育成を戦略的に立案～推進していく人事戦略・企画に特化した部門の組織化を検討していく。

3) 病床の在り方をはじめとした事業規模の適正化

医療法における医療計画の「地域医療構想」では、地域における医療資源の最適な配置を実現することと示されている。これによって患者の状態に応じて適切な医療サービスを提供し、地域全体としての医療機能の分化・連携を図ることを目的としている。

当院は、東京都中心部の特定機能病院として高度な医療技術と専門性を有しており、重症患者や高度な医療を必要とする患者の受け皿となる重要な役割を担っていることから、「地域医療構想」の中で、以下の点に留意しながら病床のあり方を検討し変革していく必要がある。

・ 地域の医療需要に応じた病床数の設定

地域の人口動態や疾病構造、患者の受療動向などを踏まえ、高度急性期病床の必要量を適切に見積もる必要がある。例えば、手術種類や件数等医療需要の動向を監視し、必要に応じてICU等の重傷病棟を減らす等の方策を検討していく。

・ 病床機能分化と地域包括医療の実践

当院は高度専門医療に特化し、最先端の治療を提供していく使命を持つ。つまり高度急性期の病床を確保し機能強化していく一方、一般的な入院医療ニーズについては地域の中小病院や診療所との役割分担を明確化し、患者紹介や退院支援等の連携を強化していくことが重要となる。高度急性期治療後も地域で継続的な医療・介護サービスが受けられるよう、病院完結型の医療提供体制から都心部～都西部の医療圏を対象にした地域完結型の医療提供体制を強く推進していく。

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

マネジメント機能の強化に資する情報管理や業務の効率化を図るにあたり、ICTの活用は有効である。当院の取り組み例を挙げると、2023(令和5)年度、病棟看護師の超過勤務を低減し本当に必要な業務に時間を要してもらうことを目的に、「音声入力支援ツール」での看護記録を開始した。ツールの習熟度が上がるまで暫く時間を要するものの、ツール導入開始半年間で病棟看護師の超過勤務時間を4%削減することに寄与している。

このほか、今後取り組むべきICT導入やDX等について以下に示す。

・文書管理システムの導入

病院運営上、診療科や〇〇センター、〇〇チーム、〇〇会議等の新設または統廃合が生じる。組織や会議体の規程、議事録の管理には大きな負担と病院の統制管理上のリスクが生じる。

組織規程の改廃や業務文書の承認履歴を可視化し業務透明性を高め、ガバナンスやコンプライアンス強化を目的とし2024(令和6)年度の「文書管理システム」導入を推進している。

・医療情報の一元管理と可視化

2026(令和8)年1月に病院情報システムの更新を計画している。オンライン資格確認の機能拡張や電子処方箋等、電子カルテ共有サービスと連携した仕組みを取り入れることで病院内に蓄積された医療情報(EHR)のほか、患者のヘルスケア情報(PHR)を含めた幅広い情報の可視化と一元管理を実現する。

・DWH(Data Warehouse)を利用した医療ビッグデータの活用

大学病院の使命である診療・教育・研究およびマネジメントに資する仕組みを目的として、DWHの導入を推進する。DWHでは病院情報システムに蓄積された膨大な医療データを抽出し、疾病の予防や治療の最適化、経営状態の可視化、業務改善に資する分析を行うことができる。現在のシステム環境下では電子カルテDB、医事システムDB、部門システムDBとそれぞれ独立してデータを抽出する必要があるが、オペレーションが煩雑となり精度の高いデータをタイムリーに利用できない。複数のDBを横断的に検索できる統合型DWHを構築する。

・RPA(Robotic Process Automation)を利用した業務効率化

パソコンで行う事務作業を自動化できるソフトウェアロボット技術(RPA)を用いて主に医事課業務や会計業務、資材、在庫管理業務、入退院手続きなどの定型的な業務を自動化し業務省力化を目指す。これにより医師をはじめとする医療従事者の業務を事務職にタスクシフトし、本来業務に注力できる環境整備を目的とするものである。RPA導入にあたっては、業務プロセスの見直しと標準化が必要になることから病院のマネジメント機能の強化にも通ずるものとして推進していく。

・ICT推進センター(ICT企画推進部門)の設置

大学病院規模の施設で上記ICT導入をする際の導入コストは安価ではない。単一部門が提案し導入したICTはいみじくも部分最適となり類似システムの乱立や結果として多額のコストが発生してしまうリスクを抱える。病院マネジメントに資するICTやDXの導入を病院全体最適の観点で戦略的に企画～推進する組織を設置する等の検討を行う。

③大学等本部、医学部等関係部署との連携体制の強化

学校法人(大学等本部)と附属病院である当院とは、緊密な連携を取る体制が整えられている。学校法人東京医科大学常任役員会では、病院長、看護部長、事務部長が構成員として出席し、当院内の取り組みの報告、財務情報や課題等の共有を行っている。また、東京医科大学医学部医学科教授会では、主に医学部医学科の教育・研究について審議が行われるが、病院長が構成員として出席することで、当院内での教育・研究についても審議が行われ、大学医学部等との連携体制の強化が図られていることから、この体制を継続する。

④人材の確保と処遇改善

1) 医療従事者の処遇改善

医療従事者に対する処遇改善策に関しては、国をあげての政策課題となっている。当院でも看護職員や医療技術職員、40歳未満の医師及び事務職員を対象として2024(令和6)年度診療報酬改定を利用した定額手当による賃上げを実施する。

2) 医療従事者の人材確保

医療従事者の人材の確保に関する課題として、やはり育児・介護による離職、休業が挙げられる。育児・介護が必要な医師には、当院独自の短時間正規雇用制度を整備、その他の医療従事者を含む職員には、育児短時間制度を就学前まで取得可能と、法令を超えた対象期間に拡大している。

医師や看護師などの職員が安心して仕事に専念できるようにすることを目的に、病院敷地内に院内保育園を設置し、新たな医療従事者の確保と職員の離職防止及び育児休業者の早期復職を推進している。

3) 長時間労働の抑制

当院では、ビーコンを用いた勤務管理システムを導入しており、正確な労働時間把握に努めている。また、長時間労働が見込まれる医師に対しては、産業医・面接指導実施医師等による個別面接を行い、勤務の状況・睡眠の状況・疲労の蓄積の状況・心身の状況等を確認し、必要に応じて休息や環境調整に関する助言及び保健指導を実施、必要に応じて産業医、主治医、上司等と連携し状況の改善を実施していく。

(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

1) 臨床実習協力機関における臨床実習概要

本学医学部医学科の臨床実習協力機関における臨床実習概要は、以下のとおりである。

・第4・5学年 地域医療実習

1～11月の期間中に、第4・5学年の学生が80箇所の臨床実習協力機関（主に診療所）にて、4日間の地域医療実習と称する臨床実習を実施している。地域医療実習では、患者さんと接する外来診療、訪問診療、多職種の業務の見学・補助を各臨床実習協力機関に依頼している。さらに、学生が身体診察を行うことや診察および検査補助を行うような、診療参加型臨床実習指導を依頼している。

・第5・6学年 学外病院実習

1～7月の期間中に、第5・6学年の学生が18箇所の臨床実習協力機関（主に総合病院）にて、1か月間の臨床実習を実施している。

当臨床実習の目的は、学生が将来の専門領域に関わらず全ての医師が身に付けておくべきプライマリ・ケアに関する基本的教育を、地域医療機関での診療参加型臨床実習の中で培うことである。

2) 臨床実習協力機関との役割分担

2022(令和4)年度医学教育モデル・コア・カリキュラムでは、全人的に患者さんを診る能力や、多職種と協働しプライマリ・ケアを実践する能力の涵養を目指しているため、地域医療実習の重要性がよりいっそう高まっている。学生が症例を偏りなく経験するためには、先進的な医療を必要とする症例が多い大学病院での実習以外に、一次・二次救急あるいは一般レベルの検査治療などが経験できる地域医療実習が推奨されている。

以上のことから、大学病院と地域の臨床実習協力機関での役割分担がなされている。また、2024(令和6)年7月より新宿区の行政機関（保健所）医師と連携し、本学で地域の医療課題および在宅医療を学ぶ授業とアクティブ・ラーニングを実施する。将来的には当授業をモデルケースとして、臨床実習協力機関の指導医に本学の臨床実習指導や授業へ参加いただき、本学教員の教育負担軽減につなげていく。

3) 臨床実習協力機関との連携強化

臨床実習協力機関との連携強化を図るために、以下の取り組みを実施している。

・「地域医療ミニ・シンポジウム」の開催

本学医学教育推進センター主催により、年1回開催している。臨床実習協力機関の医師・本学教員・本学学生の講演および意見交換を行い、連携強化を図っている。開催報告は医学教育推進センターHPに掲載している。

・臨床実習協力機関との連携維持

本学医学教育学分野の教員が、臨床実習協力機関と随時コミュニケーションを取りながら連携を図っている。具体的には、①臨床実習方針の説明・調整・擦り合わせ ②指導医の意見聴取 などである。必要に応じて、電話およびeメールでの連絡や臨床実習協力機関への訪問を行っている。

・「学外病院実習における目標設定・フィードバック面談」の実施

2024(令和6)年4月より、第5・6学年 学外病院実習において実施している。オンラインによる、実習先指導医・本学担当教員・本学学生の3者面談である。

実施目的は、①実習先指導医の状況把握、②学生の実習期間中の目標設定、③学生への第3者的アドバイスである。

これらを継続し、診療所、学外病院の指導医からのフィードバックを密にとることで、連携をより強化していく。

②臨床研修や専門研修等に係る研修プログラムの充実

1) 医師臨床研修（卒後2年間）

i 大学全体の統一的な理念、また、病院、研修センターとしての理念に基づく研修目標やプログラムを策定するとともに、必修科目や選択科目ごとに到達目標を明示し、その下でローテート方式の臨床研修を実施する体制を構築。

・大学、病院、研修センターの理念・基本方針、医師法に規定された臨床研修の基本理念を基に、基本的な診療能力に関する評価を踏まえた臨床研修医への十分な指導や支援、専門分野に偏ることのない基本的な診療能力の育成を目的とした研修プログラムの策定・充実等に取り組むことで、研修体制の充実を図り、研修医に魅力あるプログラムを提供する。

・各診療科の指導医の下、地域の協力病院と連携した教育など、教育環境・体制を充実し、専門研修に繋がるプログラムの策定・実施。

・協力型病院としては、都内5病院・都外6病院 全11病院。協力施設としては、へき地・離島の医療機関、許可病床数が200床未満の病院又は診療所から、都内15施設・都外7施設 全22施設と連携し、地域医療研修の到達目標でもある「地域医療の特性及び地域包括ケアの概念と枠組みを理解し、医療・介護・保健・福祉に関わる種々の施設や組織と連携できる」を踏まえ、患者が営む日常生活や居住する地域の特性に即した医療について理解し、実践する。

2) 医師専門研修（卒後3年～）

i 専門医資格取得のための高度な知識・技術を教育

・高い指導力と養成力を持つ専門医が揃った大学病院ならではの環境で、先進医療、高度医療、高度医療技術を修得。また、複数科による診断と治療を必要とする症例、科を横断して対処が必要な合併症症例など、高度な臨床判断を要する事例を経験し、広い意味でのチーム医療を実践。さらに、各種カンファレンス、セミナー、講演会等、多彩な教育プログラムを用意し、幅広く知識を深める環境を構築し、将来のキャリアデザインの実現のため、柔軟性に富んだ研修プログラムを提供する。

ii 地域の医療機関での研修機会の提供などにより必要な症例経験を支援

・専門研修に係る協力医療機関、連携施設との役割分担と連携の強化をはかり、専門研修等に係るプログラムの充実、教育・研究支援・体制を整備する。

・連携施設において地域医療を経験し、病診連携・病病連携を理解し実践する。また、地域で進展している高齢化または都市部での高齢者急増に向けた地域包括ケアシステムを理解し、介護と連携して診療を実践する。

3) 臨床研修指導医資格（卒後7年～）

i 指導医資格を取得し、将来の医療を担う臨床研修医を養成・指導

・指導医の育成に注力し、年2回の指導医養成講習会を開催。2024年4月時点で在席指導医は384名となっており、全国でもトップレベルの指導体制を構築。また、指導医資格取得者に対して病院長からの辞令に基づいて任命し、任命された指導医には指導医手当を支給する。

ii 臨床研修医メンターの選出と、ベスト指導医の選出。

・毎年、指導医資格取得者の中から、臨床研修医メンターを選出し、診療科に関わらず研修全般にわたり、研修医の相談・サポート役となる。また、毎年、優れた良質の指導を実施した指導医を研修医が選び、ベスト指導医として表彰する。

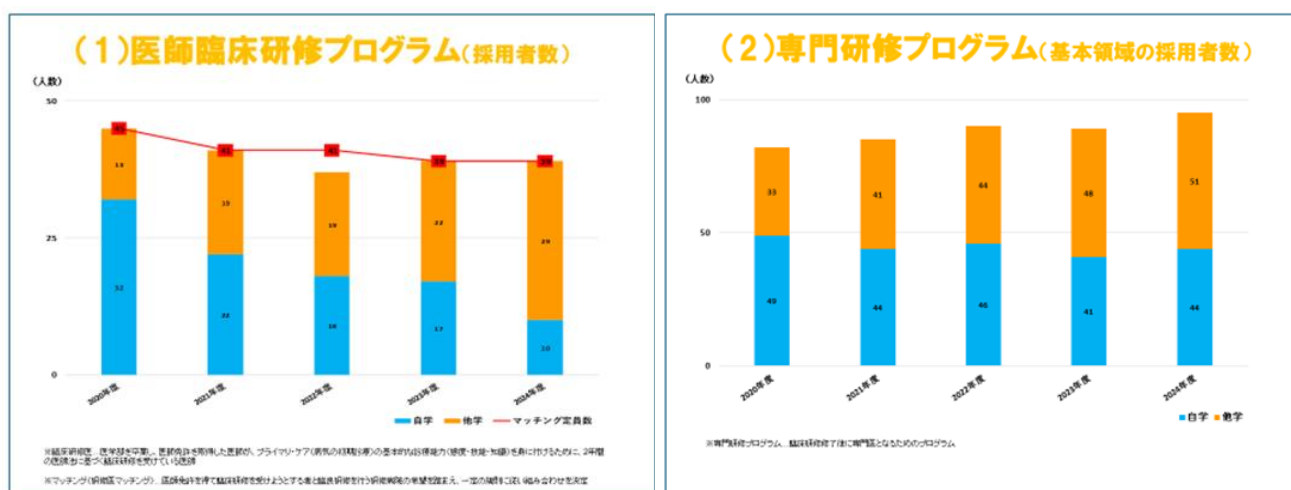
4) 診療に従事する若手医師の確保

i 臨床研修医・専攻医の採用状況

・臨床研修医の募集定員、専攻医のシーリングについて東京都は臨床研修医や専攻医は国の地域的な適正配置を促す観点から、東京都の募集定員に厳しい制限を受けているが、与えられた募集定員の確保に努めることで、大学病院で診療に従事する若手医師の確保だけでなく、大学病院から地域医療機関への医師派遣を通じた地域の医療提供体制の確保に繋げる。

・広報活動を強化することで、臨床研修医は自大学以外からも、全国の大学から多種多様なバックグラウンドを持った人材が集まり、多様性のある研修が可能となっている。専攻医の自大学出身率は、約50%となっており、即戦力としてすぐに現場で活躍できる自大学出身者の回帰についても取り組んでいく。

研修プログラムにおける採用者数



5) 診療看護師の導入

2024(令和6)年4月より医療の質向上を目的とした診療看護師(以下、NP)の採用を開始した。病院長直轄の組織に診療看護師管理室を位置付けし、他施設に類を見ないシステムを構築している。管理室には1名のNP統括管理者を配置(統括者自身もNPであり、シミュレーションセンターで勤務する助教が兼務)し、NPのローテーション計画・実践管理、診療科指導医との調整等を行うとともに、NPの勤怠管理をはじめとして時間外勤務などの労務管理業務も担っている。NPの人事採用は看護部門となるが、特定の診療科や看護部門に配属するのではなく、NPとして期待される役割が十分に発揮できるよう診療看護師管理室での支援体制となっている。2024(令和6)年度は導入初年度となるため、NP活動の確固たる基盤形成には至っていない。そのため2名のNPから院内活動を開始しているが、徐々に人材を増やす方針である。NPメンバーが主導となり実践を通してその役割の基盤を確立させ、一層の充実化を図っていく計画である。

6) 看護師の院内特定行為研修体制整備

上記NP導入に加えて2025(令和7)年4月より、看護師による特定行為研修指定研修機関として認定を受けることを目指し、始動したところである。専任の看護管理者を配置し、病院長をはじめとした関係各職種で運用検討を進め、現在、特定行為研修委員会設立や認定に必要な書類準備にあたっている。開講の構想計画としては、まずは「術中麻酔管理領域」から開始し、つぎに「集中治療領域」「救命救急領域」の分野に拡充していく予定である。

NPの人材確保を積極的に促進し実践活動支援を行ない、さらにより多くの院内特定行為修了の人材を育成することで医療の質向上が現実化すると考えている。また、彼らの実践行動が自施設で勤務するジェネラリスト看護師のロールモデルとなり、看護師個々のキャリアデザインの選択肢が増えたことに大きな期待を寄せているところである。

また、先に述べたNPと特定行為認定看護師が協働し活動をすることで、医師をはじめとした多職種間のタスクシフト/シェアに大きく関与するため、働き方改革の観点からも組織に大きく貢献できるものと考えている。

③企業等や他分野との共同研究等の推進

産学連携や共同研究の推進には、専門性を有する人材が必要である。新たに設置する研究支援組織(ARO)のリサーチア・ドミニストレーター(URA)等と連携して基礎医学研究、橋渡し研究、共同研究を推進していく。

1) 臨床医学研究のシーズの発掘とその公開

病院職員、医師、看護師等の研究成果を共同研究へと発展させていくためには、まず研究シーズの発掘が重要である。そこで、URAを中心とした研究支援組織が、科研費の応募状況の確認や職員

向けアンケート調査を行い、東京医科大学病院の研究シーズリストを作成する。このシーズリストは、病院の貴重な財産となる。このシーズリストは、公開可能か否かの内容に分類し、公開可能なもの（既に知的財産権獲得済み）に関しては、AMED プラットや本学ホームページへの掲載を検討する。

2) 研究シーズに基づく企業や異分野との共同研究の推進

臨床医学関連の研究シーズをどのような形で発展させて行くかは、様々な研究機関が抱える問題である。研究力のあるトップ大学は、それぞれの ARO 部門が企業とのマッチング活動を行っているが、本学のような単科の私立医科大学には単独では難しい。そのような背景の中で、文部科学省の拠点育成事業として、橋渡し研究拠点が整備された。本学はその一つである MARC（首都圏 AR コンソーシアム）に加入しており、この ARO を利用して研究のマッチング、共同研究推進をはかる。具体的には、MARC として、日本最大の世界のバイオ企業が参加する BIOJapan や製薬企業やバイオベンチャーが集積した湘南アイパーク等でのシーズ発表会に参加することで、研究のマッチングをはかり共同研究推進に向けた取り組みを行う。

3) 知的財産権の獲得・活用

研究シーズを知的財産として活用していく為には、知的財産に関する知識が必要である。そこで、院内の職員に向けた知的財産に関する FD/SD を行い、研究シーズの知財化を積極的に行っていく。現在、AMED を中心に、特許化される初期の研究シーズに対する研究助成が多い。URA による、これらの知識情報の収集・分析は、今後研究費の申請、獲得に大きな力になると考える。

④教育・研究を推進するための体制整備

1) 人的・物的支援

i 教育に関わる人的支援

「医学教育推進センター」、「医学教育学分野」の教員が、目的とする実践能力のコンピテンシーの修得を確実にするために、各診療科の臨床実習の計画、実施内容、評価方法の策定を支援する体制を構築する。また、臨床実習中に学生からも達成状況をヒアリングして、学生が主体的に実習に参加する状況を作り、各診療科の指導教員の負担を軽減する。

また、「シミュレーションセンター」が従来通り、臨床実習中のシミュレーション実習の支援を行い、さらに、VR 等の教材を用いて、より円滑にシミュレーション実習が行われるように調整する。

ii 専門的な知識と経験を持つ研究支援専門員の育成と充実

臨床研究支援にはコーディネーター業務のみならずモニタリングやデータマネジメントなど多様なニーズが求められている。コーディネーター、モニター、データマネージャーなどは専門的な知識と経験が欠かせないが、まずは臨床研究支援センターのスタッフの支援経験を積み重ね専門性を高めてゆくと共に、生物統計の専門家が所属する医療データサイエンス分野と密に連携し、シームレスな臨床研究の支援につなげる。

iii 研究支援専門員以外の職員を活用した研究補助体制の構築

研究支援専門員は限られていることから、主な支援対象は介入研究や前向き観察研究などに集中することとなり、すべての臨床研究を網羅することはできない。そこで後方視的研究等については簡素化した支援を充実することが実務的である。このような補助業務を行うには高度な専門知識は必要ないが、ある程度の研修が必要である。そこで当院の現有職員の中で研究補助業務を行うことができる者の育成を進める。複数の研究支援補助者を養成できれば、研究の裾野の拡大につながる。さらに、個々の医師の負担も軽くなり働き方改革につながる。そこで、スキルアッププログラムの構築を行うが、プログラムの対象者には研究者自身も含めることとし、研究者の自主的な学びをサポートする。いつでも受講が可能な e-learning での学びを中心としとするが、インタラクティブな活動（意見交換や相談）の場も設ける。

スキルアッププログラム受講対象者：

- 1) 臨床研究を行う医師
- 2) 研究者として意欲のあるコ・メディカルスタッフ
- 3) 臨床研究の補助業務を行う者（事務職や一部の医療職を想定）

また、ティーチングアシスタント(TA)を配置することで、医師の教育業務の負担を軽減し、研究時間を確保する。研究の効率化を諮る目的で、大学院生や学部生をリサーチアシスタント(RA)として活用するとともに、学生の研究活動の視野を広げる。

iv 研究進捗状況や研究計画書のバージョン管理のためのシステム構築

臨床研究の数が増えると研究の進捗管理や計画書のバージョン管理が煩雑になり、医師が多くの時間を割く必要があるだけでなく、倫理指針不適合が発生するリスクも高まる。このような問題の解決するために、クラウドを活用した臨床研究進捗管理システムを構築する。このシステムは診療の合間にもアクセスできるようにし、医師の働き方改革への貢献も目指す。

v 本学に特徴的な医学研究への重点的支援

本学の特色を生かした独創的な医学研究への支援に重点を置くことで支援業務の有効化を図る。すでに先進医療となっている再生医療研究に対してコーディネーター業務を開始している。臨床研究支援に関する相談を受ける際には研究の独創性も加味して優先的に研究支援体制の構築を行う。

vi 研究推進体制の構築

研究支援専門員、研究支援補助者、TA、RA等の活用による研究補助体制を構築しつつ、今後URA、臨床研究コーディネーター(CRC)、生物統計の専任者、知財担当の職員等を配置した研究統合支援センター(仮称)を整備する予定である。近年、医学研究は高度化し、専門性が高くなり、それに伴い“最先端”の機器や“大型”の装置が必要になる。これらは共有機器とし医学総合研究所の共同研究センターを充実させる。研究に不可欠な、次世代シークエンサー、セルソーター、電子顕微鏡、質量分析器などは、維持管理や操作にも専門性が必要になるため、これらの機器に対応できる専門職員を配置する。また、博士課程の学生や若手の研究者に対して、実験データをもとにディスカッションやアドバイスができる研究アドバイザーも配置していく。研究アドバイザーは、医学総合研究所の研究者が対応する。

2) 制度の整備と活用

- ・医学科リサーチコース(医学科学部生による基礎社会医学系分野での研究推進)から大学院博士課程特別枠(本学大学病院での初期研修医からの基礎社会医学研究の継続)へのシームレスな入学を推進する。
- ・社会人大学院生への共通講義および研究倫理講習のオンデマンド化により研究時間を確保する。
- ・社会人大学院生の単位履修システムのデジタル化により諸手続きを簡易化する。
- ・大学院コースワーク(基礎社会医学系と臨床系が融合した研究領域別指導システム)により共同研究支援体制の定期的な整備を行う。
- ・教育IRセンターにおける社会人大学院生のアンケート・ヒアリングの解析とフィードバックにより大学院における教育環境の定期的な改善を行う。
- ・ライフイベント中の研究医への研究補助員配置制度および保育環境の充実により若手研究者・女性研究者の研究継続支援を行う。
- ・科研費申請支援制度と科研費フォローアップ助成金(科研費不採択だった研究医への助成金給付制度)により若手研究者・女性研究者の研究支援を行う。
- ・大学ホームページの研究サイトの充実により学内の研究志向風土を醸成する。

(3) 診療改革

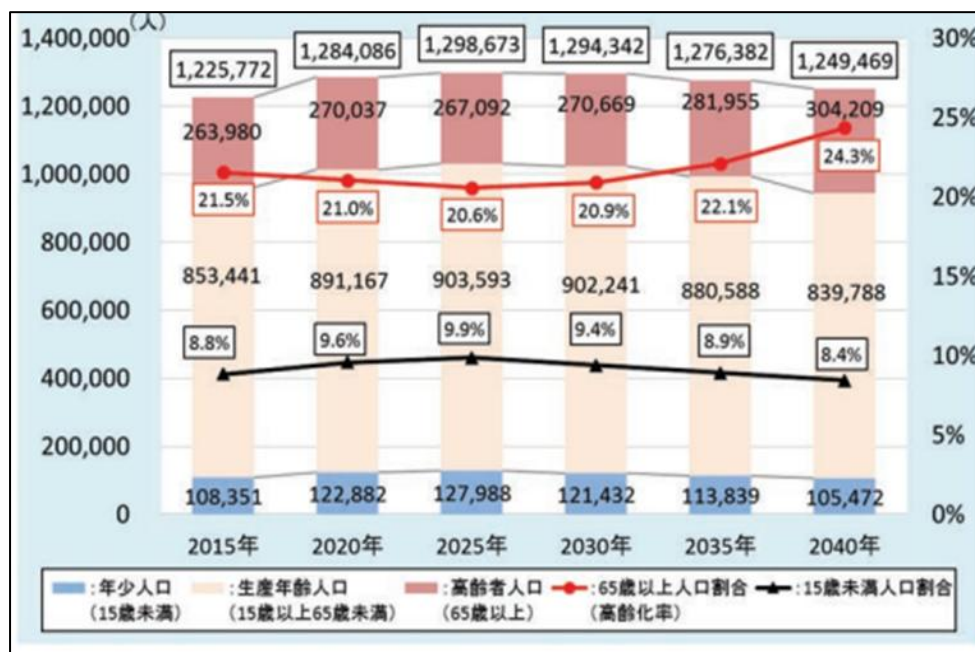
①都道府県等との連携の強化

当院は、東京都区西部保健医療圏（新宿区、中野区、杉並区）に3つある大学病院本院の1つであり、教育・研究機関/臨床病院の性格を併せ持つ。また、特定機能病院、災害拠点病院、3次救急を担う救命救急センターを擁し、地域がん診療連携拠点病院、エイズ拠点病院、地域周産期母子医療センター、地域連携型認知症疾患医療センターとしての機能を担っている。これらに関する定期的な報告を都に提出し、都の主催する会議へも参加し、常時、連携を取っている。

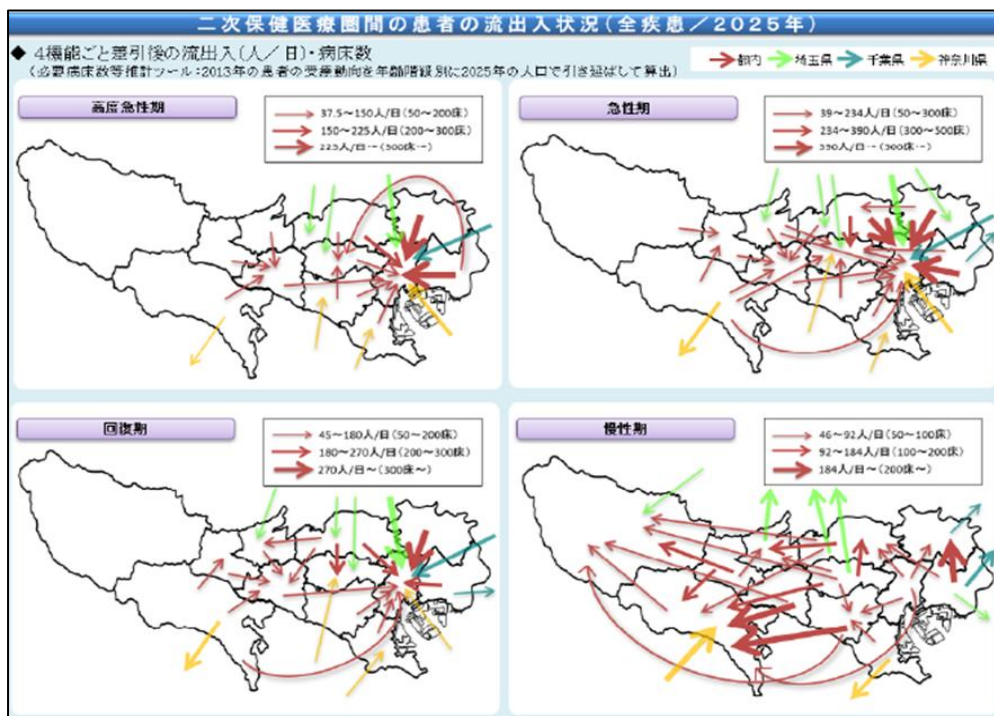
東京都外来医療計画（2020(令和2)年3月策定）によると、東京都区西部保健医療圏の人口は、2025(令和7)年にピークが見込まれ約130万人となる。高齢者人口は、2040(令和22)年には、30万人を超えると予測されている。（高齢化率：24.3%）

東京都保健医療計画（2024(令和6)年3月改訂）による地域（東京都区西部保健医療圏）の状況は、2025(令和7)年度の推計患者数で、高度急性期、急性期ともに周辺地域からの患者流入が見込まれている。

東京都区西部保健医療圏の高齢化は、今後も増加を続けるが、高度急性期機能、急性期機能を提供することが、当院に求められるものと想定され、引続き現在の取組みを深化させながら推進していく。



出典：東京都外来医療計画（2020(令和2)年3月策定）



出典：東京都保健医療計画（2024(令和6)年3月改訂）

②地域医療機関等との連携の強化

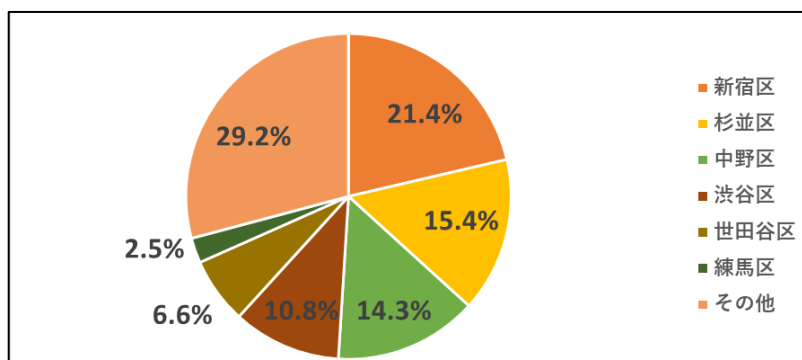
当院は、所在する東京都西部保健医療圏だけでなく、全国からも紹介患者を受け入れてはいるが、所在地である新宿区と隣接する中野区、杉並区、渋谷区、世田谷区、練馬区の医療機関からの連携が7割を超えている。よって、これらの近隣行政区の医療機関とは、紹介・逆紹介を通して密な連携を構築している。また、これら行政区にある医師会にも、総合相談・支援センターの医療連携担当者が定期的に訪問し、在宅医療支援担当および医療福祉担当とその地域に関する医療機関特性や医療ニーズを共有しながら地域連携の在り方を模索している。

新宿区内の8施設の基幹病院と、新宿区医師会、新宿区は定期的に「新宿区基幹病院医療連携の会」を通して、情報共有もできている。

当院のトピックスや各診療科の情報をいち早く丁寧に伝えるため、医療機関向けの広報誌2種類の発行や、近隣の医療機関を招いての院内講演会の実施。医療連携の促進を目的とし、連携している多くの医療機関に参加頂く病院全体の行事としての「医療連携の会」を開催し、顔の見える医療連携を実践している。

今後、さらなる地域医療推進の取り組みを強化しながら、地域機関の中心的役割として連携協働を図る。

2022(令和4)年度地域別紹介患者割合



紹介患者報告書作成件数より算出

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

医師の負担軽減策に関しては「患者さんにとっての利益」を目標とし、各職種の協力・分担が、患者さんにとって安全・安心な医療提供につながるかという視点で、多職種から構成される多職種役割分担推進委員会にてタスク・シフト/シェアの検討を行い、院内外に活動状況を周知している。当院の特色として、全病棟に薬剤師、管理栄養士を配置し、持参薬の鑑別や情報収集、栄養指導を直接患者さんに速やかに実施することによる医師・看護師の負担軽減が、患者さんの利益や満足度向上につながっている。

また、看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、診療放射線技師、臨床工学士による医療行為（吸引、抜針、バスキュラーアクセス等）は、当院独自の研修・認定制度を設け、43人（2024（令和5）年3月現在）の認定者が院内で活躍中であり、引き続き育成することで、タスク・シフト/シェアにつなげていく。

現在は外来、入院担当あわせて29名の医師事務作業補助者が活躍中で、医師からのニーズもあり更なる増員に向け採用を強化していく。なお、医師事務作業補助体制加算に必要な32時間講習に関しては、勤務時間内に受講し、その講習費用は当院が負担するなど、受講しやすい環境を整備している。

当院のリソースナース数は以下の通りとなっており、各部門で専門性を生かし活躍中である。なお、診療看護師管理室を2024（令和6）年度に新設し、診療看護師として入職後1年間は各診療科をラウンドしながら、研鑽を積む研修期間とし、技術向上を図っている。また、新たな資格取得のための研修費等に関しては、本学規程により研修中の給与保証、研修費用補助制度を整備している。

リソースナース数（名）

認定看護師	専門看護師	特定行為看護師	診療看護師
39	6	6	2

2) ICTや医療DXの活用による業務の効率化等

職員の業務効率化・コミュニケーションの円滑化などを目的に、当院ではMicrosoft365アカウントの配布を全職員へ対して行った。また、患者さん向けの取組として、オンライン資格確認、患者さんスマホでの診察待ち表示や後払い会計などのICT化を推進してきた。今後は新たな医師の働き方改革として、AI読影(SAI Viewer)の活用、紹介状情報の文字認識による省力化、診療記録の音声入力などを検討していく予定である。

近年の病院を対象としたサイバー攻撃・ランサムウェアへの対策として、バックアップの二重化、オフラインバックアップの拡張、メンテナンス回線の統一化を進める予定である。また、従前から行っていた標的型攻撃メールの訓練・研修によりITリテラシー向上を図ってきたが、更なるセキュリティ研修実施を検討し、院内全職員の情報セキュリティ力向上を進める予定である。

④医師少数区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）

当院は、診療科ごとに職掌別の定数を設けており、常にその状況の把握に努めているところである。医師派遣については、医師派遣に関する内規、教員の派遣病院に関する規程等に基づき、本学の発展と教育研究の向上に役立つ場や医師不足地域など、必要かつ妥当と認定した医療機関へ行っている。また、医師不足地域等の都道府県等関係機関からの医師派遣要請に関しては、本学の人事審査会・教授会を通じて周知している。実際には東京都からの要請により、東京都大島町の大島医療センター等への医師派遣、その他、例年離島地域（青ヶ島、小笠原村、御蔵島村）への医師派遣を行い、島しょ地域住民の健康管理を行っている。

なお、兼業に関しては、各診療科の申請に基づき病院長が精査の上承認する許可制としており、そうした派遣状況は人事システム、兼業状況は勤怠システムにより最新状況の確認が可能であり、将来にわたる医師派遣の情報として活用していく。

(4) 財務・経営改革

①収入増に係る取組の推進

1) 保険診療収入増に係る取組等の更なる推進

i 施設基準の戦略的適用

施設基準の適用に当たっては、当院の人材及び資機材を有効に活用し、的確な診療報酬を得られるように努める。

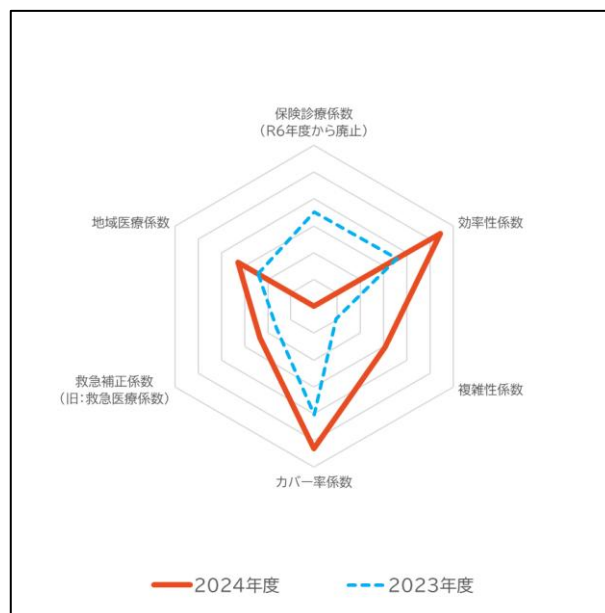
今後は、画像診断管理加算4の取得を目指す。画像診断管理加算4を取得することにより、加算点数を得られるだけでなく、これまで減算となっていた64列以上マルチスライスCT、3テスラ以上のMRIの撮影料の満額算定や、画像診断管理加算4を算定することが施設基準となっている検査等が実施できるようになることで増収を目指す。

引き続き、診療報酬改定等に的確に対処することにより増収を目指す。

ii DPC 医療機関別係数の向上

当院の現時点(2024(令和6)年度)における機能評価係数Ⅱ・救急補正係数(旧救急医療係数)の内訳は以下のとおりである。当院の特徴として、カバー率係数の高さが挙げられる。また大学病院本院群・DPC 特定病院群となる高度急性期病院が多くひしめく東京都に所在しており、地域医療係数が医療機関少数地域に比べ、低くなる傾向にある。ここでは特に医療機関の改善努力余地が高いとされる効率性係数と高度医療提供の指標となる複雑性係数の向上に向けた当院の状況や課題について述べる。

東京医科大学病院 機能評価係数Ⅱの状況

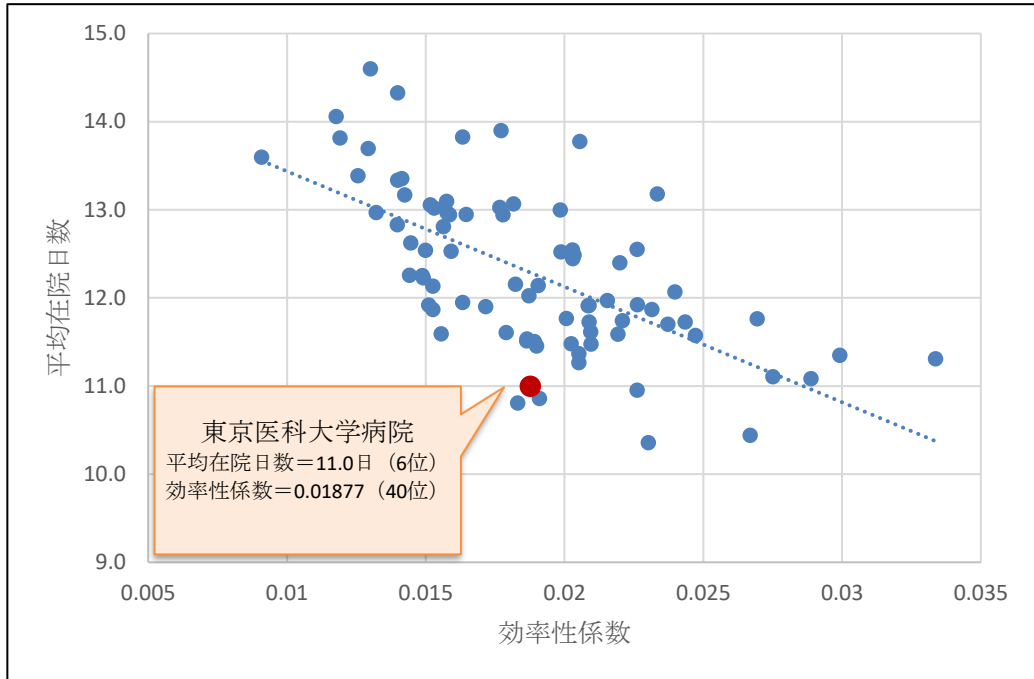


・効率性係数の状況と課題

当院は新病院移転以降、在院日数の短縮化および病床の高回転化が進み、効率性係数は上昇傾向である。DPC 制度下では継続的な効率化が求められており、今後も在院日数適正化を推進していく。以下に2022(令和4)年度のDPC 公開データから作成した大学病院本院群の平均在院日数と効率性係数の状況を示す。在院日数短縮を評価した効率性係数は平均在院日数と負の相関($r=0.636$, Pearson 相関係数)があり、基本的に平均在院日数が短いほど効率性係数は高くなる。当院の平均在院日数は11.0日と大学病院本院群のなかで6番目に短い。しかし、効率性係数は40番目と中位にある。在院日数が本院群トップクラスに短縮されているにもかかわらず、効率性係数は中位となっ

ている。様々な背景・要因が考えられるが、大きな要因の一つは当院の「全国での症例数が多い診断群分類」のなかに効率化が進んでいないDPCが多数存在しているためと考えられる。

2022(令和4)年度大学病院本院群(82病院)平均在院日数と効率性係数の状況



効率性 SIM 係数を用いて当院の効率性係数に大きなインパクトを与える疾患を以下のようにシミュレートした。これは、該当のDPCの平均在院日数を入院期間Ⅱまで短縮させた場合に、効率性係数がどの程度増減するか試算した値で、既に入院期間Ⅱより短い場合は0となる。当院において在院日数適正化によって効率性係数に大きなインパクトをもたらす疾患は、160800：股関節・大腿近位の骨折、060100：小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。)、140020：妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害(2500g以上)などが挙げられる。今後新規パスの作成と同時に、入院期間Ⅱを意識した既存パスの見直し(在院日数設定適正化)も進めていく。

効率性係数アップのカギを握るDPCコード

No.	DPC	DPC名	症例数/月	当院平均在院日数	入院期間Ⅱ	当院入院期間Ⅱ以内退院率	効率性係数SIM	パスの有無
1	160800xx01xxxx	股関節・大腿近位の骨折 人工骨頭挿入術 肩、股等	5.2	35.9	22	11.1%	0.000898	○
2	060100xx01xxxx	小腸大腸の良性疾患(良性腫瘍を含む。) 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術	17.4	3.5	2	7.2%	0.000147	○
3	140010x199x0xx	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害(2500g以上) なし 手術・処置等2なし	17.8	9.6	6	20.7%	0.000132	○
4	070343xx01x0xx	脊柱管狭窄(脊椎症を含む。) 腰部骨盤、不安定椎 椎椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。) 前方椎体固定等 手術・処置等2なし	3.2	32.5	18	21.1%	0.000132	○
5	070230xx01xxxx	膝関節症(変形性を含む。) 人工関節再置換術等	7.9	25.5	20	11.6%	0.000124	○
6	070341xx020xxx	脊柱管狭窄(脊椎症を含む。) 頸部 椎椎固定術、椎弓切除術、椎弓形成術(多椎間又は多椎弓の場合を含む。) 前方椎体固定等 手術・処置等1なし	2.8	32.5	18	27.3%	0.000109	○
7	070343xx97x0xx	脊柱管狭窄(脊椎症を含む。) 腰部骨盤、不安定椎 その他の手術あり 手術・処置等2なし	2.6	23.4	15	32.3%	0.000097	○
8	060340xx03x00x	胆管(肝内外) 結石、胆管炎 限局性腹腔膿瘍手術等 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	19.9	9.3	8	60.7%	0.000076	○
9	080010xxx0xxx	膿皮症 手術・処置等1なし	5.2	14.6	11	54.0%	0.000075	○
10	120170x199xxxx	早産、切迫早産(妊娠週数34週未満) なし	3.5	27.5	19	57.1%	0.000074	○
11	160690xx99xxxx	胸椎、腰椎以下骨折損傷(胸・腰髄損傷を含む。) なし	1.5	18.2	15	50.0%	0.000068	○
12	040081xx99x0xx	誤嚥性肺炎なし 手術・処置等2なし	4.2	19.1	18	66.0%	0.000066	○
13	040090xxxxxxxx	急性気管支炎、急性細気管支炎、下気道感染症(その他)	4.2	7.5	5	42.0%	0.000063	×
14	140010x299x0xx	妊娠期間短縮、低出生体重に関連する障害(1500g以上2500g未満) なし 手術・処置等2なし	6.5	16.2	10	25.6%	0.00006	○
15	07040xxx01xxxx	股関節骨頭壊死、股関節症(変形性を含む。) 人工関節再置換術等	8.8	21.6	19	46.7%	0.000056	○
16	110070xx99x20x	膀胱腫瘍 なし 手術・処置等2あり 定義副傷病なし	3.6	16.1	9	25.6%	0.000052	○
17	110070xx03x0xx	膀胱腫瘍 膀胱悪性腫瘍手術 経尿道的手術 手術・処置等2なし	13	7.6	6	41.0%	0.000049	○
18	060210xx9700xx	ヘルニアの記載のない腸閉塞あり 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし	1.3	18.5	13	43.7%	0.00004	○
19	060210xx99000x	ヘルニアの記載のない腸閉塞なし 手術・処置等1なし 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	2.3	9.5	8	60.7%	0.000039	○
20	11012xxx97xx0x	上部尿路疾患 その他の手術あり 定義副傷病なし	1.2	13.8	6	14.3%	0.000039	○

・複雑性係数向上について

DPCデータを用いて「該当DPCの症例数が年1症例増えた場合に、係数がどの程度増加するか試算し、これを『複雑性係数インパクト』と設定した。症例数が多いほど複雑性係数への影響は大きい。この症例数と複雑性係数インパクトを乗じた数値の絶対値が大きい＝当院への影響が大きい順に表示したものが以下に示した複雑性係数分析結果である。

当院において複雑性係数にプラスのインパクトをもたらす疾患は03001x：頭頸部悪性腫瘍や010010：脳腫瘍等の悪性新生物を中心に自己免疫疾患や造血器腫瘍等である。全国的に症例数が多いものは係数への影響度も大きい。

一般的に複雑性係数はケースミックス（患者構成）で決まるため、改善は難しいとされているが、検査入院や化学療法、侵襲度の低い手術等を入院診療から外来診療へシフトさせることにより、入院患者構成を変化させ、係数向上を目指す。

複雑性係数にプラスのインパクトを持つDPC

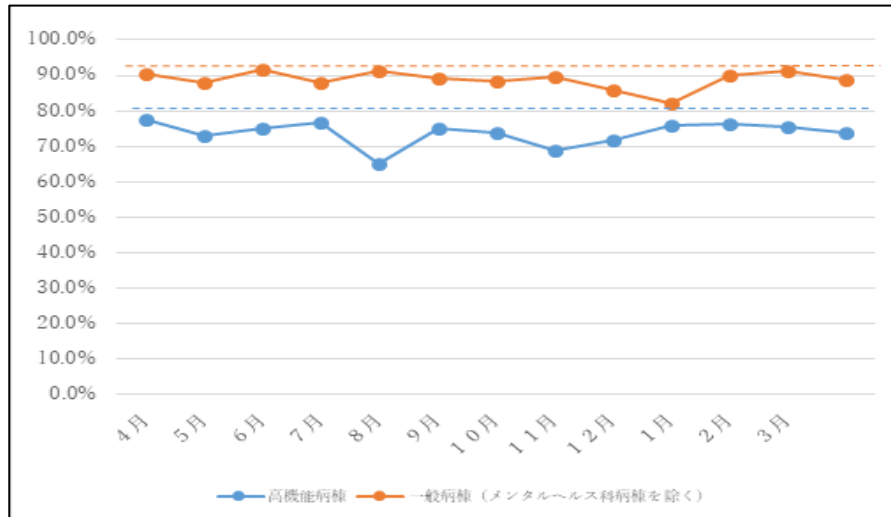
No.	DPC	DPC名	2020年度			2021年度		
			症例数/月	複雑性係数インパクト	症例数×複雑性係数インパクト	症例数/月	複雑性係数インパクト	症例数×複雑性係数インパクト
1	03001xxx99x60x	頭頸部悪性腫瘍 なし 手術・処置等26あり 定義副傷病なし	8.4	0.000008	0.0000672	15.4	0.000007	0.0001078
2	010010xx02x00x	脳腫瘍 頭蓋内腫瘍摘出術等 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	13.5	0.000006	0.0000810	12.7	0.000006	0.0000762
3	010310xx97x1xx	脳の障害（その他）あり 手術・処置等2あり	1.7	0.000026	0.0000442	3.3	0.000023	0.0000759
4	03001xxx99x31x	頭頸部悪性腫瘍 なし 手術・処置等23あり 定義副傷病あり	2.9	0.000017	0.0000493	4.5	0.000015	0.0000675
5	180010x0xxx3xx	敗血症（1歳以上） 手術・処置等23あり	1.9	0.000043	0.0000817	1.8	0.000037	0.0000666
6	070560xx97xxxx	重篤な臓器病変を伴う全身性自己免疫疾患 あり	2.8	0.00002	0.0000560	3	0.000018	0.0000540
7	06007xxx010x0x	膵臓、脾臓の腫瘍 膵頭部腫瘍切除術 血行再建を伴う腫瘍切除術の場合等 手術・処置等1なし 定義副傷病なし	5	0.000009	0.0000450	6.3	0.000008	0.0000504
8	03001xxx0111xx	頭頸部悪性腫瘍 頭部悪性腫瘍手術等 手術・処置等1あり 手術・処置等21あり	3	0.000016	0.0000480	3.2	0.000014	0.0000448
9	040040xx99080x	肺の悪性腫瘍 なし 手術・処置等1なし 手術・処置等28あり 定義副傷病なし	3.8	0.000011	0.0000418	4.2	0.00001	0.0000420
10	130010xx97x2xx	急性白血病 あり 手術・処置等22あり	2.9	0.000023	0.0000667	2.1	0.00002	0.0000420
11	130030xx99x4xx	非ホジキンリンパ腫 なし 手術・処置等24あり	9.4	0.000005	0.0000470	10	0.000004	0.0000400
12	110080xx9905xx	前立腺の悪性腫瘍 なし 手術・処置等1なし 手術・処置等25あり	3.2	0.000013	0.0000416	3.5	0.000011	0.0000385
13	130100xxxx40x	播種性血管内凝固症候群 手術・処置等24あり 定義副傷病なし	1.5	0.00002	0.0000300	1.8	0.000017	0.0000306
14	010130xx99x4xx	重症筋無力症 なし 手術・処置等24あり	0.8	0.000022	0.0000000	1.6	0.000019	0.0000304
15	130030xx97x50x	非ホジキンリンパ腫 あり 手術・処置等25あり 定義副傷病なし	1.8	0.00002	0.0000360	1.7	0.000017	0.0000289
16	050130xx97020x	心不全 その他の手術あり 手術・処置等1なし、1あり 手術・処置等22あり 定義副傷病なし	1.7	0.000018	0.0000306	1.7	0.000016	0.0000272
17	03001xxx97x3xx	頭頸部悪性腫瘍 その他の手術あり 手術・処置等23あり			0.0000000	1.2	0.000022	0.0000264
18	070560xx99x00x	重篤な臓器病変を伴う全身性自己免疫疾患 なし 手術・処置等2なし 定義副傷病なし	9.4	0.000002	0.0000188	13	0.000002	0.0000260
19	040110xxxx0xx	間質性肺炎 手術・処置等2なし	6.3	0.000004	0.0000252	6.4	0.000004	0.0000256
20	040040xx9905xx	肺の悪性腫瘍 なし 手術・処置等1なし 手術・処置等25あり	8.2	0.000006	0.0000492	4.2	0.000006	0.0000252

iii 病床稼働率・在院日数マネジメント

病床稼働率の向上について、稼働率が下がる土曜日、日曜日の入院患者増加が必須である。まず手始めに、SAS（Sleep Apnea Syndrome）個室の休日土曜日、日曜日の稼働がほぼ0であったため、全日稼働できるよう運用を変更した。当該例のように週末1泊2日または2泊3日で管理が可能な検査や化学療法目的の短期入院患者の集患を行い、今年度目標として一般病棟稼働率 91.8%を目指す。また、高機能病棟（ICU、CCU等）においては一般病棟に比べて病床稼働率が不安定であり、昨年度メンタルへ病棟を除く一般病棟平均稼働率が 88.7%であるのに対し、高機能病棟は 73.8%である。入室患者のほとんどが緊急入院であり、安定した入室患者の供給が難しいが、今年度の病院目標 80.9%達成のためには、安定した高機能病棟への患者入室が必要となる。他病棟と違い、ICU、CCUでは手術後患者の入室が一定数確保できることから、昨年度から病床稼働率向上の取り組みを開始した。ICUとCCUの敷居を低くしてCCUでもICU入室予定の患者を柔軟に受け入れる体制を整えた。また、ICUでも週末に行う手術の関係で入院管理する患者が減少する傾向があることから、手術室と連携し、従来週末に実施しなかったICU入室予定患者の手術を週末手術枠に変更して土日の稼働率の上昇を図った。今後はさらに週末ICUでの管理を必要とする手術について、木曜日、金曜日枠への変更

を推進する。在院日数のマネジメントについて、前述の「・効率性係数の状況と課題」で示した通り、在院日数の短縮および病床稼働の高回転化を継続して推進しており、大学病院本院群の中で6番目の平均在院日数となっている。今後もDPC制度における全国の平均在院日数を鑑みて平均在院日数の適正化を図る。具体的な施策としては、クリニカルパス適用率拡充、後方連携先拡大による患者の状態に応じた転院、在宅復帰の推進を強化する。

2023(令和5)年度 病床稼働率推移

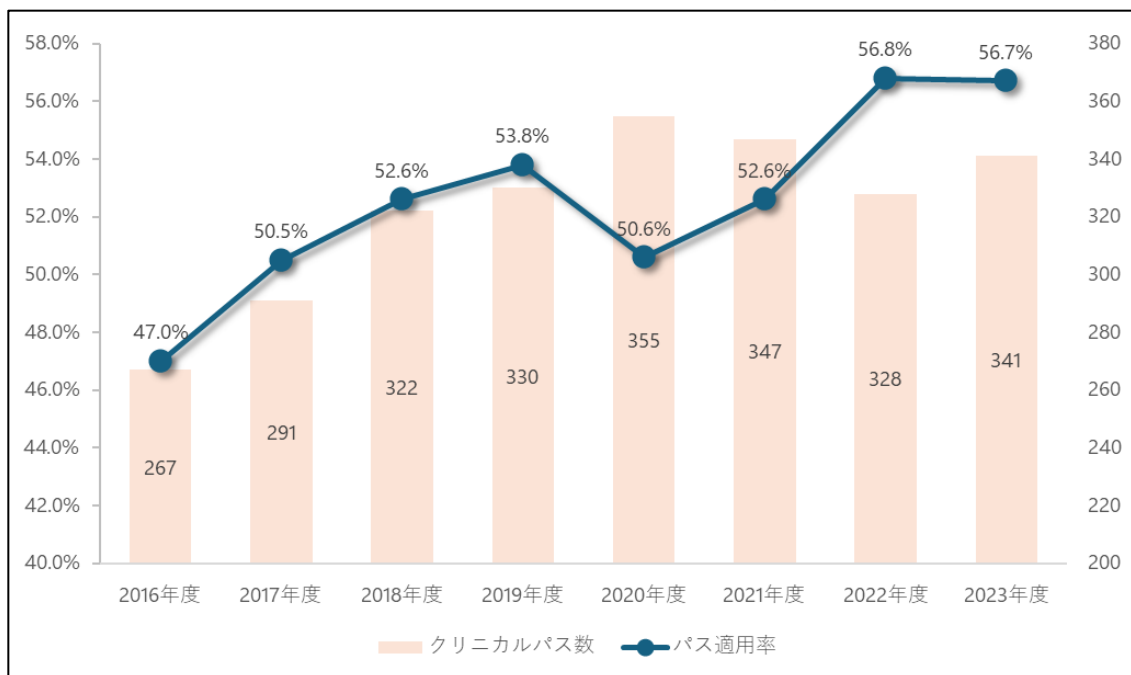


iv クリニカルパスの活用

クリニカルパスは医療の質の向上と標準化を推進するとされている。また入院期間2以内退院率を向上させ、DPC病院における在院日数の適正化に有効なマネジメントツールでもある。当院は多職種でクリニカルパス推進委員会を組織し、病院全体で積極的にパス化を推進している。

2023(令和5)年度のクリニカルパス適用率は56.7%、採用パス総数は341となっている。

当院のクリニカルパス適用率と採用パス総数の年次推移



課題としては、一部診療科のクリニカルパス適用率が低い等、診療科ごとにバラツキがあることが挙げられる。以下に示すように、特に内科系診療科のパス適用率が低値となっている。これら診療科における新規パスの作成や既存パスの見直しにより、医療の標準化および質の向上を担保しつつ、効率的な経営資源の活用を目指す。現在、クリニカルパス推進委員会を中心に院内クリニカルパス大会やパス相談会等による作成支援の取り組みを行っており、今後も更なる拡充を目指す。

2023(令和5)年度診療科別クリニカルパス適用率

診療科	適用率
循環器内科	75.6%
消化器内科	25.3%
高齢診療科	3.5%
メンタルヘルス科	3.6%
脳神経内科	3.2%
呼吸器・甲状腺外科	73.7%
心臓血管外科	28.5%
消化器外科・小児外科	67.6%
脳神経外科	50.3%
整形外科	76.1%
形成外科	50.3%
小児科・思春期科	9.9%
産科・婦人科	75.6%
眼科	89.2%
耳鼻咽喉科頭頸部外科	79.2%
皮膚科	66.5%
泌尿器科	80.4%
歯科口腔外科矯正歯科	43.5%
臨床検査医学科	1.2%
腎臓内科	26.1%
救急医学科	0.9%
乳腺科	89.9%
総合診療科	20.0%
血液内科	3.2%
呼吸器内科	22.9%
糖尿病代謝内分泌内科	25.0%
リウマチ・膠原病内科	43.0%
感染症科	8.6%

2) 保険診療外収入の獲得

本学中長期計画（2016(平成 28)年度～2025(令和 7)年度）の当院重点施策として、予防医学のさらなる推進を掲げている。健診予防医学センターは、事業計画に則り、大学病院の特性を活かした健康診断の充実に取り組んでいる。

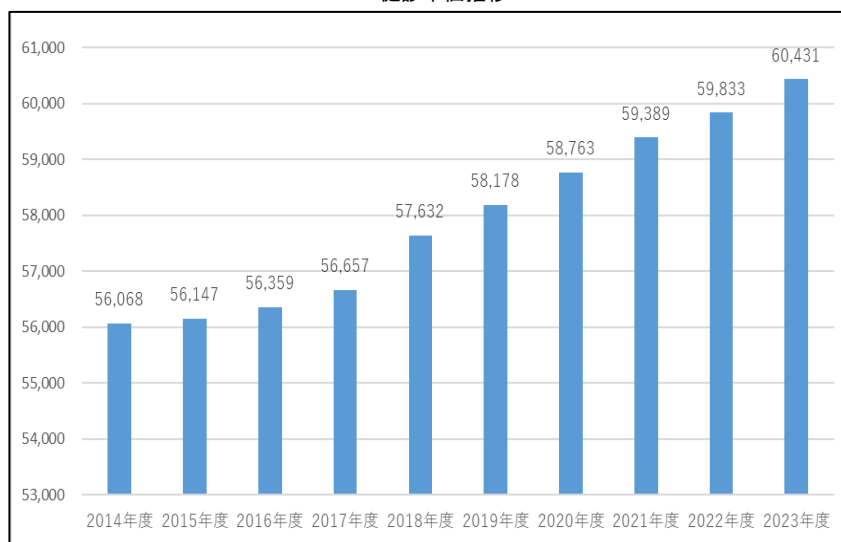
受診者の8割は、40代～60代の働き世代であり、メタボリックシンドロームや生活習慣病の早期発見のためにも、毎年受診して検査数値を経年比較できることが重要である。そのために、受診者と健康保険組合のニーズを満たす検査メニューの充実と安心安全な健診環境を提供し、継続受診の維持及び向上を目指している。

大学病院の特性を活かすべく、がん疾患や脳血管疾患などの発症リスクの高いとされる疾患を詳しく調べるオプション検査を中心に導入してきた。2015(平成 27)年以前は11項目だったオプション検査が2024(令和 6)年現在（以下の「オプション検査推移」）まで増え、オプション検査の増加と共に健診単価が上昇（以下「健診単価推移」）している。

オプション検査推移

オプション検査 検査数			
年月	検査名	料金(税込)	オプション検査数
2015年以前	子宮頸がん検診	3,300	11
	骨密度検査	3,300	
	ヘリコバクターピロリ・ヘブシシノーゲン検査	4,400	
	前立腺腫瘍マーカー	2,200	
	卵巣腫瘍マーカー	2,200	
	消化器腫瘍マーカー	5,500	
	BNP検査	2,860	
	胸部CT検査	22,000	
	マンモグラフィ検診	6,600	
	腎機能精密検査	4,400	
C型肝炎ウイルス抗体検査	2,200		
2016年 2月	血圧脈波検査	5,500	12
2016年 7月	頸動脈超音波検査	11,000	13
2016年 9月	脳ドック(MRI・MRA・頸動脈エコー)	48,400	14
2018年 5月	乳房超音波検査	12,100	15
2019年 5月	ロコモ健診	8,800	16
2022年 8月	PET-CT検査	132,000	17
2022年 8月	アレルギー検査	17,600	18
2022年 8月	リウマチ検査	5,500	19
2022年 8月	新型コロナウイルス抗体検査	6,600	20
2022年 8月	ウイルス抗体検査	9,900	21
2023年 7月	簡易的睡眠時無呼吸症候群検査	13,200	22
2023年 10月	上部消化管内視鏡検査	22,000	23

健診単価推移



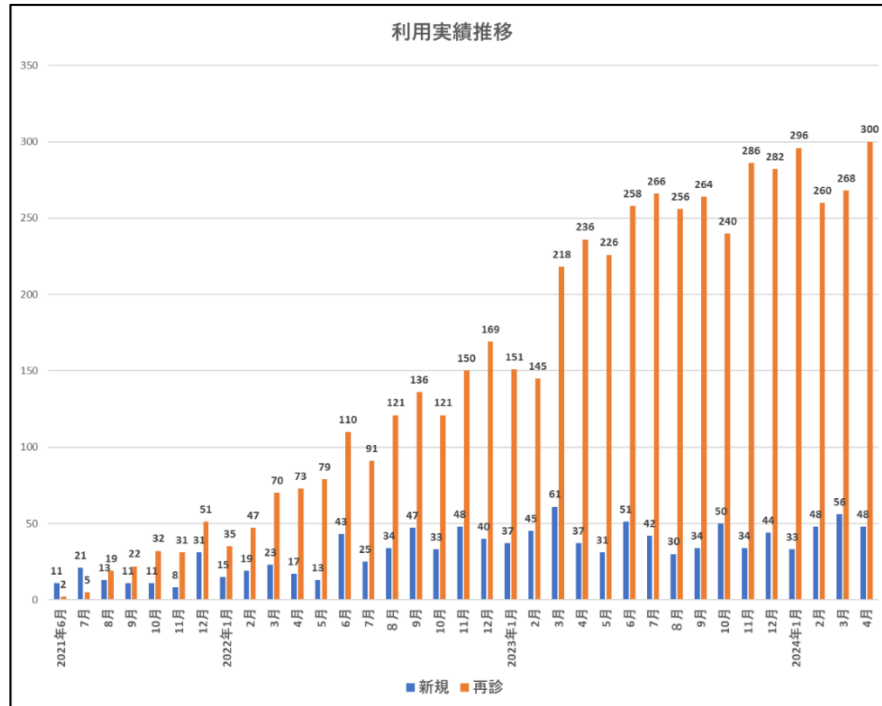
今後も有能性が高く、ニーズもある経腔超音波検査、心臓超音波検査、腹部CTなどの導入を検討予定。脳ドックやPET-CT検査など人間ドックのオプション検査としてだけでなく、単体メニューで受診可能になるよう運用体制を構築するなど、受診機会の向上を図り、健診料増収を目指していく。

施設面では、人間ドックは静かで、ゆったりリラックスした環境が重要である。開設から28年し、レトロとなった施設を、医療安全、感染対策、プライバシーに配慮した、快適な環境にリノベーションする予定である。ソフトとハード両面から受診者のニーズに応え、選ばれる健診施設を今後も目指していく。

また、2021(令和3)年6月に開設となったメディカーサは、おもてなしの心を持って「安心・安全」と「わかりやすい医療」を提供する当院のシンボルの一つとして、また「東京医科大学病院」のブランド価値向上に貢献するために活動をしている。

診療費とは別に、厚生労働大臣の定める特定療養費にかかる「予約に基づく診療に関する基準」に沿って予約料を戴き、プライバシーに配慮した空間で、院内の移動や滞在時間を短縮し、受付から会計まで当センター内で完結とし、患者さんや地域の先生方から選らんでいただける病院を目指している。また、利用患者が入院となる場合は、19階特別病棟とのコラボレーションを強化し、相乗効果を目指している。2024(令和6)年7月から「メディカーサ プレミアム画像検診」を予定し、検診への積極的な取り組みも行なっている。

メディカーサ利用実績



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

当院は、建替移転により 2019(令和元)年 7月 1 日から運用を開始し、築 5 年の新しい病院である。地域災害拠点中核病院として、震災時の機能維持のため免震構造を採用しているほか、LED 照明器具・インバーター制御・節水型トイレの導入等により省エネに配慮した建物となっている。患者エリアには非接触型自動ドアが多数配置されるなど、感染対策にも配慮がなされている。当面は、現有施設の維持保全が主体となる。

2024(令和 6)年 3月 31 日現在の建物価値残存率は 81.05%であるが、10 年後には空調設備や衛生設備などの建物付属設備が老朽化による更新時期を迎え、これらの更新にあたっては自己資金の状況、長期借入金の返済状況、医療機器の更新計画等を含め、資金・収支の両面から総合的に検討し、計画を策定する。

医療機器については、高度・急性期治療に対応することを念頭に整備を継続する。2024(令和 6)年 3月 31 日現在の機器価値残存率は 30.8%であり、現状では現有機器の更新が購入機器の割合のほとんどを占めているが、新たな治療を実施するために必要な機器の購入についても当院の役割としては欠かすことができないため、直近の購入計画に組み込んでいる。高額な医療機器の購入にあたっては法人内 3 病院とメーカーを統一し、共同購入を行うことで価格交渉を実施し、より安価に調達することを実践している。また、中・長期的な医療機器の更新計画については機器の種類ごとにより現実的な耐用年数を設定し、現有機器の更新年度を予測して各年度に発生するであろう機器の更新を踏まえ予算計画を作成している。

医療機器の管理について一部の機器については ME センターで一元管理しており、それ以外の医療機器についても機器管理システムを導入することにより管理している。

各科それぞれが同じ機器を持つことで、院内に同種の機器が複数台設置されることのないように医療機器の購入申請時に共同で申請することで、単科での申請よりも採用されやすくするなどの工夫をすることで、共同使用を推進している。

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

看護師の超過勤務削減を目的として音声入力ソフトを導入し、業務効率化を図った。運用を拡張し、院内会議の議事録作成にも使用することで、事務職員の業務時間削減を図っている。

文書管理について、今まではアナログで管理していたものをシステム導入することで効率化を図った。院内で使用している申請様式等を一元管理し、会議・委員会の開催記録等も一元管理することが可能になり、業務効率化がなされた。

ペースメーカーを管理するためのシステムも導入し、複数メーカーのペースメーカーを個別に管理していたものを一括で管理できるようになり、業務効率化が図られた。麻薬注射箋を今までは手書きで運用していたため、手間と時間が掛かっていたがシステムを導入したことで業務効率化が図られたほか、ヒューマンエラーも削減することができた。

電気設備、空調設備、衛生設備などの建物付属設備及び機器備品等の老朽化に伴う更新にあたっては、必要な性能を満たしつつ省エネ性能に優れた機種選定を行うなど、更新後のランニングコスト削減に努める。

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

機器・施設・設備等の導入にあたっては、調達費用のみを念頭に置くのではなく、保守契約等が必要なものはそのコストを加えて比較検討し、トータルコストの削減を図る。

医療機器の購入選定時に既存機器の更新の場合には購入後の経過年数・修理可能であるか・保守期間内であるか・複数診療科共同使用が可能であるかを評価項目として設定し評価している。これにより購入からの経過年数が浅く、まだ使用できる機器を更新してしまうことがなくなり、逆に修理不能の機器や修理履歴の多い機器の更新を優先することにより無駄な支出を削減している。

医療機器管理システムを活用して購入情報と修理履歴、保守内容を管理・確認しながら効率的に修理・保守を行う。保守では複数年契約や最低限のプランにすることで費用の抑制に努める。正しい機器の取り扱い方を現場に周知し、経年劣化の機器は更新をすることで修繕費の抑制に努める。

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

医薬品の採否の審議は薬事委員会にて決定している。採用薬は従来の医薬品と比較し、有用性、安全性、経済性に優れていることを原則とする。臨床上、同一性が高い医薬品（同系統医薬品）については特に慎重に検討し、原則5品目以上は採用しない。また申請品目に関しては、原則一増一減としている。医療費および患者負担軽減のため、積極的に後発品およびバイオ後発品の採用を促進している。

イ 医薬品の適正な管理と使用

医薬品使用管理のための業務手順に従いチェックシートも用いて医薬品管理を実施している。医薬品の在庫数に関しては、使用量に基づいて定期的に行っており、常に適正在庫になるよう努めている。そのため、不在庫品で使用頻度が増えたものは在庫品に変更するなど卸からの緊急搬送を減少させる対応を行っている。また、検品不要な運用を導入し検品時間の短縮に繋がっている。医薬品の期限チェックを定期的実施しており、有効期限の近いものは注意喚起シールを貼付している。冷所保存薬は冷蔵庫の温度チェックを実施し、温度を記録し確認している。

ウ 効果的かつ継続的な価格交渉

法人内3病院の統一品目への切替を推進するために同種同効品の比較を行い統一品目数を増やしている。後発品への切替も積極的に行っている。価格交渉は「医療用医薬品の流通改善に向けて流通関係者が遵守すべきガイドライン」を遵守し行っている。

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は採用ルールとして、①原則一増一減、②従来品より安価なものへ

の切替えを軸として審議を行っている。自院の医療機関としての役割・機能を踏まえ、症例においての選択肢を担保する面での必要性も審議事項として行っている。保管・管理においては整形外科インプラントやカテーテル類などのサイズが多岐にわたる材料は症例ごとに短期貸し出しを行い、有用な使用が出来るよう取り組んでいる。

イ 診療材料の適正な管理と使用

切迫品（使用期限が近付いている材料）においては各現場に優先して使用を行っている。毎月の定数見直しを行い、適正な配置数を提案し各現場に適正使用を意識づけしている。さらに各現場で余裕を持った発注をお願いし、緊急の配送を依頼しないような体制整備を行っている。

ウ 効果的かつ継続的な価格交渉

法人内3病院との共同購入強化の一環として定期的に合同会議を開き、統一商品の選定や統一価格交渉の実施などを行っている。また他院との意見交換を行い、各病院での現状や診療材料の価格交渉方法などを共有し共同購入も併せて検討している。今後は共同購入の拡大に取り組み、さらなる経費削減に貢献できるよう近隣病院との連携を図る。

3) その他支出の削減

業務委託については、委託業務の見直しや複数年契約の締結などによる経費の削減を引き続き行う。また、当院内に業務委託連絡調整会議を設け、委託業者の選定、委託業務従事者への教育、委託業務の実施状況の把握と質の検討を定期的に協議しており、円滑な運営を行うため、この体制を継続する。

④改革プランの対象期間中の各年度の収支計画

本学においては、各キャンパスの将来に向けての整備計画を着実に実行していくために、学内に設置した将来構想統括会議にて今後約20年間の長期収支・資金計画を策定し、毎年度見直す体制を構築している。

大学病院に関しては、以上の（1）から（4）の各改革を実行することで、医療収入を中心に教育活動収入の増収を想定する。（2023(令和5)年度実績657億円→2029(令和11)年度692億円）

一方、教育活動支出は、医療経費、人件費の増加及び設備支出に伴う減価償却費が増加するものの、収入増加によりカバーすることで、事業活動収支差額の拡大傾向を見込む。

また、今後計画期間内に想定される電子カルテシステムの更新、各種医療機器の更新投資への対応も基本的には自己資金で賄うことを想定。このため、現在保有している金融資産(現預金+特定資産)の残高は、2026(令和8)年度に向けて減少していくが、その後は、将来の大規模改修、更には次期病院建設にも備えるために着実な金融資産の積み上げを目指していく。

改革プランの対象期間(2024(令和6)年度～2029(令和11)年度)の収支計画は、以下の前提条件で作成した。

- | | | | | | |
|------------|--|-------------|-------------|---------------|--------|
| (1) 医療収入 | 2024(令和6)年度予算を前提に | 2025(令和7)年度 | 2% | 2026(令和8)年度以降 | 0.5%上昇 |
| (月平均) | 2024(令和6)年度 | 2025(令和7)年度 | 2026(令和8)年度 | 2027(令和9)年度 | |
| | 53.0億円 | → 54.1億円 | → 54.4億円 | → 54.6億円 | |
| (2) その他収入 | 2024(令和6)年度予算を前提に横ばい、2027(令和9)年度より共同ビル職員宿舍収入が増加 | | | | |
| (3) 変動費 | 薬品費：2023(令和5)年度4～9月実績率より0.06%上昇
医療材料費：2023(令和5)年度4～9月実績率 | | | | |
| (4) 人件費 | 2024(令和6)年度予算を前提に昇給0.8%上昇(働き方改革を反映) | | | | |
| (5) その他固定費 | 2024(令和6)年度予算を前提に物価0.1%上昇 | | | | |
| (6) 施設関係支出 | 2025(令和7)年度～令和8年度 教育研究棟改修工事
2026(令和8)年度 健診センター改修工事 | | | | |
| (7) 設備関係支出 | 2025(令和7)年度 電子カルテ更新、別途データ移行費用
2026(令和8)年度 新病院情報機器(電話・セキュリティ等) | | | | |

【東京医科大学病院・長期収支】

(単位：千円)

科目		長期収支						
		2024年度	2025年度	2026年度	2027年度	2028年度	2029年度	
		R6年度	R7年度	R8年度	R9年度	R10年度	R11年度	
教育活動収支	収入の部	1. 教育活動収入計	66,601,901	67,874,967	68,199,599	68,585,854	68,913,740	69,243,266
		(1) 学生生徒等納付金	795,790	795,790	795,790	795,790	795,790	795,790
		(2) 手数料	-	-	-	-	-	-
		(3) 寄付金（施設設備を除く）	340,307	340,307	340,307	340,307	340,307	340,307
		(4) 経常費等補助金（施設設備を除く）	219,848	219,848	219,848	219,848	219,848	219,848
		(5) 付随事業収入	753,328	753,328	753,328	753,328	753,328	753,328
		(6) 医療収入	63,653,313	64,926,379	65,251,011	65,577,266	65,905,152	66,234,678
	(7) 雑収入	839,315	839,315	839,315	899,315	899,315	899,315	
	支出の部	2. 教育活動支出計	65,411,424	67,451,311	67,750,490	68,509,501	68,826,012	68,552,070
		(8) 人件費	20,250,895	20,403,667	20,557,661	20,712,887	20,869,355	21,027,074
		(人件費/医療収支差額)	74.6%	74.5%	74.7%	74.9%	75.2%	75.4%
		(9) 教育研究経費	3,776,223	3,979,999	3,783,779	3,787,563	3,791,351	3,795,142
		(10) 医療経費	36,491,019	37,529,965	37,734,836	37,940,905	38,148,180	38,356,667
(医療原価率)		57.3%	57.8%	57.8%	57.9%	57.9%	57.9%	
(医療収支差額)	27,162,294	27,396,414	27,516,175	27,636,361	27,756,972	27,878,011		
(11) 管理経費	1,034,150	1,035,184	1,036,219	1,037,255	1,038,292	1,039,330		
(12) 徴収不能額等	17,432	17,432	17,432	17,432	17,432	17,432		
(13) 減価償却費	3,841,705	4,485,064	4,620,563	5,013,459	4,961,402	4,316,425		
A 教育活動収支差額		1,190,477	423,656	449,109	76,353	87,728	691,196	
教育活動外収支	収入の活動	3. 教育活動外収入系	29,938	34,408	12,720	13,929	17,580	20,080
		(14) 受取利息・配当金	29,938	34,408	12,720	13,929	17,580	20,080
		(15) その他の教育活動外収入	-	-	-	-	-	-
	支出の活動	4. 教育活動外支出計	102,770	96,139	90,243	81,655	73,326	64,937
		(16) 借入金等利息	102,770	96,139	90,243	81,655	73,326	64,937
(17) その他の教育活動外支出	-	-	-	-	-	-		
B 教育活動外収支差額		-72,832	-61,731	-77,523	-67,726	-55,746	-44,857	
特別収支	収入の活動	5. 特別収入計	103,376	102,266	101,155	100,044	88,697	88,377
		(18) 資産売却差額	-	-	-	-	-	-
		(19) 施設設備寄付金	-	-	-	-	-	-
		(20) 現物寄付金	10,911	10,911	10,911	10,911	10,911	10,911
		(21) 施設設備補助金	92,465	91,355	90,244	89,133	77,786	77,466
	(22) 過年度修正額	-	-	-	-	-	-	
支出の活動	6. 特別支出計	20,982	204,001	4,001	4,001	100,285	4,001	
	(23) 資産処分差額	20,982	204,001	4,001	4,001	100,285	4,001	
(24) その他の特別支出	-	-	-	-	-	-		
C 特別収支差額		82,394	-101,735	97,154	96,043	-11,588	84,376	
A+B+C 事業活動収支差額 - 予備費		1,000,039	260,190	468,740	104,670	20,394	730,715	
累計事業活動収支差額		1,000,039	1,260,229	1,728,969	1,833,639	1,854,033	2,584,748	

改版履歴

2026. 4. 1 東京医科大学中期計画更新に伴う理念と基本方針の変更、病院執行部の変更