

群馬大学医学部附属病院における医療
の質保証体制の今後の改善に向けて

提言（中間まとめ）

平成 27 年 10 月 26 日

群馬大学医学部附属病院改革委員会

目 次

I	はじめに	・ ・ ・ ・ 1
II	背景と課題	・ ・ ・ ・ 2
	1. 診療体制	・ ・ ・ ・ 2
	2. 医療の質保証・安全管理体制	・ ・ ・ ・ 3
	3. ガバナンス	・ ・ ・ ・ 4
	4. 意識（風土）や文化	・ ・ ・ ・ 4
III	改善に向けて	・ ・ ・ ・ 4
	1. 安全で質の高い医療体制の確保	・ ・ ・ ・ 5
	（1）診療体制	・ ・ ・ ・ 5
	（2）医療の質保証・安全管理体制の強化	・ ・ ・ ・ 5
	①報告システム，チェック機構を含めた体制強化	・ ・ ・ ・ 5
	②医療安全教育，研究体制の充実	・ ・ ・ ・ 6
	（3）医療の質向上に向けてのチーム医療の強化	・ ・ ・ ・ 6
	（4）継続性のある簡素な機能的システム	・ ・ ・ ・ 6
	2. 管理体制，組織改革	・ ・ ・ ・ 7
	（1）講座と診療科の整合性	・ ・ ・ ・ 7
	①医学系研究科と附属病院の体制	・ ・ ・ ・ 7
	②組織体制の見直し	・ ・ ・ ・ 7
	（2）管理体制	・ ・ ・ ・ 8
	①管理能力	・ ・ ・ ・ 8
	②教員選考	・ ・ ・ ・ 8
	（3）コンプライアンス体制	・ ・ ・ ・ 8
	3. 倫理・意識（風土）改革	・ ・ ・ ・ 9
	（1）現場の意識の把握	・ ・ ・ ・ 9
	（2）意識向上	・ ・ ・ ・ 9
IV	おわりに	・ ・ ・ ・ 9

資料

I はじめに

高度で良質な医療を提供する使命を持つ群馬大学医学部附属病院（以下「同院」という。）において、平成22年から26年の短い期間に、同一医師による腹腔鏡下肝切除手術を受けた8名の患者が死亡するという重大事案が発生した。このことはマスコミ等にも大きく取り上げられ、同院の診療体制、医療の質保証体制、並びに医療安全管理体制、さらには、医療倫理の在り方、保険診療の運用等に厳しい批判が寄せられた。同院では当該医師による開腹手術においても複数の術後死亡例が発生したことも判明している。同院は社会から痛烈な批判を浴び、既に特定機能病院の承認を取り消されるに至っている。

何故このような診療体制が長期にわたって放置されたのか、診療科長（※）及び病院長が管理責任者として機能していたのか、何故、周囲からの報告もなく問題が顕在化することがなかったのか、本委員会は、その背景、根底にある問題を徹底的に探らねばならないと判断した。

委員会では同院から提出を受けた資料や関係者に対するヒアリング、現地視察等により、問題点を抽出した上で、問題が起こった背景を追究し、今後、同院がとるべき改善策につき様々な視点から議論を行った。

その結果、この様な重大事案を二度と発生させないために、診療体制や医療の質保証体制並びに医療安全管理体制を抜本的に改善するとともに、同院の全ての職員の意識を改革し、同院の持つ独特の風土を抜本的に改めることが必要であるとの結論に達した。

同院は、重大事案発生後、鋭意改革に取り組みつつあるが、この中間まとめは、委員会での議論を踏まえ、今後のさらなる改善に向けての提言を纏めたものである。

（※）注 診療科長

大学として、発令した消化器外科の診療科長は、旧外科学第一講座（現病態総合外科学）の教授である。

しかし、実態として院内では、「消化器外科」の中に、「消化器外科（一）」と「消化器外科（二）」という2つの診療科が存在し、消化器外科（一）は旧外科学第一講座（現病態総合外科学）の教授が、消化器外科（二）は旧外科学第二講座（現臓器病態外科学）の教授がそれぞれ所掌するという組織となっていた。本文中（I及びIIにおいて）で診療科長と記述しているのは、消化器外科（二）旧外科学第二講座（現臓器病態外科学）の教授の意である。

II 背景と課題

同院は、県内唯一の大学病院であり、自治体が設置する総合病院の無いこの地区では地域医療における極めて重要な機能を果している。また、多くの地域医療機関には卒業生が数多く勤務するなど医師養成機関としても重要な役割を担っている。しかしながら、競争相手がおらず、医師を派遣して貰う立場にある地域医療機関から絶えず追従を受けるなどの特殊な地域環境の下で、独特のヒエラルキーが構築された結果、当該診療科では、医師が患者視点に立って患者に対応することが出来ていなかったのではないかと考えられる。

患者数が増加する一方という状況下で、ベッド数や医師数に対して手術件数が多いことや診療終了が夜間におよぶ診療科があるなど、職員への負担が増える中、特に今回重大事案を引き起こした診療科の肝胆膵外科チームは所属する医師の人数が少なかったため、担当医師の労働負担が大きかった可能性がある。さらにこれに加えて、病院としての診療実績を上げる意識が強く働いていたことも、状況を悪化させた要因となった可能性がある。

また、群馬大学自体は4学部の小規模な大学であるが、キャンパスが散在しており、それぞれ独自の歴史を持って発展してきた学校が統合して一大学になったという歴史的背景がある。その中で医学部(病院)は部署規模としても大きく、発言力も大きいことから、大学としてのガバナンスが及ばなかったと言う面もあったものと推察される。

1. 診療体制

現在は、同院の外科系診療科には、消化器外科、呼吸器外科、乳腺内分泌外科などが置かれているが、平成27年3月までは、旧講座である外科学第一講座と外科学第二講座に所属する医師が各診療科にそれぞれ分属していた。このため、消化器外科では、実際は旧講座の教授の指揮命令系統のもとに、消化器外科(一)、消化器外科(二)のように、独立した組織として運営され、対応する疾患は重なっているにもかかわらず、協力体制は築けていなかった。これは二つの組織間に確執があったためというよりは、関連する地域病院も異なっていることもあってお互い無干渉という慣行があったためのものである。両者の医療行為においても、治療方針、患者・家族対応方針などに大きな違いがあり、これが安全管理面や運営上の効率性に負の影響を与えた可能性が高く、こうした状況を病院が問題として認識していなかったため、改善を図る動きは起きなかった。

特に消化器外科では、旧第二外科の肝胆膵外科チームは、担当医は2~3人の少人数で運営され、スタッフ数に見合わない数の患者の診療、手術をこなしていた

ことが明らかとなっている。こうした状況が、診療科長の指導力不足（後述）ともあいまってカンファレンスの機能不全やカルテ及び説明同意文書の記載不十分など医療の質の低下を引き起こしたものと考えられる。インフォームド・コンセントを得るまでの諸作業が適切に行われていなかったことの大きな理由は、チーム医療体制が十分に取られていなかったことのほか、説明文書が病院内で統一されていなかったこと、並びにインフォームド・コンセントに関わる作業の結果をチェックする体制が構築されていなかったことである。

また、診療科の運営方針及び診療方針が診療科の合議によらず、担当の教授のみによって決定されていたため、医療行為が、閉鎖的、属人的な医療となっていたことも確かである。今回の重大事案は、肝胆膵部署におけるこれら体制的欠陥と、医療に従事する者として適格性を疑わざるを得ない医師がこの体制の主要な構成員であったことによって起ったものと思われる。加えて、問題はそのような状況を解消できなかった管理体制や指導体制にあった。

さらにもう一つの大きな問題として、診療科とそれを支える医学系研究科の講座構成にねじれがあると言う点があげられる。即ち、講座構成が診療科に対応したものとはなっていないのである。診療科の方は平成27年4月に外科診療センターとして統合されたが、医学系研究科の講座構成はその後全く変わっていない。

2. 医療の質保証・安全管理体制

発生したインシデント、バリエーションについては、合併症のケースを含めて報告しなければならない制度は存在したが、診療科で報告対象と考えなければ把握できないという問題があった。すなわち、医療従事者のインシデント、バリエーションに対する共通認識が不十分であった。また、当該診療科からの報告がなくてもそれを把握できるシステムの構築、把握すべき事例の認識、医療の質保証体制などはいずれも不十分であった。各診療科の状況を把握するため、病院長が自ら現場に足を運ぶこともほとんどなかった。

看護部や集中治療部では、当該診療科の術後の対応に課題があったことは認識していたものの、改善を申し入れる部署が設定されていなかった。このようにチーム医療体制が構築されておらず、他部署から報告や指摘がなされず、問題が顕在化しないという体制は、病院全体の風土から来るものと考えられる。

医療安全管理部門が十分に機能できていなかった背景にある体制を抜本的に変えなければならない。これまで、体制はあってもそれが十分に機能しなかった背景には、診療科に対して医療の質保証の面からの介入ができなかったこと、医療安全に関わる医師が兼任で定期的に交代する体制であったため十分な対応ができ

ていなかったこと、管理責任者を含め病院関係者全体に、医療の質の問題に関与すべきであるという認識が不足していたこと等の状況があった。

3. ガバナンス

診療科長は、今回の重大事案に関わる死亡事例については個別の報告は受けていたが、短期間に死亡例が重なっているという認識が低く、診療科内で問題として取り上げなかった。また、乏しいカルテ記載については、看護部や事務部からたびたび指摘がなされていたが、診療科長が指導力を発揮しなかったため、状況が改善されることはなかった。

以上の様なカルテ記載に関する診療科の問題は、時には病院長に報告されることはあったが、これを受けた病院長は診療科長に注意するにとどまり、改善に向けて動き出すことはなかった。この様な診療科長の管理能力の不足が指摘されるという風土はなく、個人の判断に任せるのが常態化していた。要するに、診療科の独自性が非常に強かったため病院全体のガバナンスが機能せず、提供される医療に関する組織的な保証の取り組みが構築されなかったのである。

4. 意識（風土）や文化

同院では、医師の多くが群馬大学出身者で占められており、先輩後輩関係、恩師と弟子関係の中で、群馬大学特異の文化が濃縮、構築され、先輩、恩師に対して発言しにくい風土が出来上がっていた。また、病院運営や教授選考もこの様な風土の中で行われていたものと考えられる。一般に、こうした風土が一旦組織内に定着すると、構成員はそれからくる弊害に気が付き難い。そのような状況が同院では常態化していたものと考えてよい。

この結果、他の部署には口を出しにくい、従前からの慣行の踏襲が基本とされ改革ができない、といった状況が固定化し、チーム医療や患者本位の医療、説明できる医療など、時代が要請する流れに取り残される結果となってしまったものと推測される。

III 改善に向けて

群馬大学医学部附属病院における問題点は、低質な医療が提供され続けたにも拘わらず、その実態を病院が問題として認識せず、対策が講じられなかったことである。その背景には、前述したような風土の問題があり、結果として、最も重

要な患者視点での医療が提供されていなかったのである。

同院では既に診療体制の改善や統一説明同意文書に基づいたインフォームド・コンセントの充実、高度で良質な医療を提供するための医療安全管理体制の構築、医療の質保証体制の充実等様々な改善を行いつつある。しかしながら、これが応急処置的な対応に終始しては、現場の疲弊を招くばかりであり、継続性を保つことは難しい。今後は、これまで築いてきた体制を検証し、安全性の確保と効率化を図った上で、継続的なシステムとする必要がある。これを群馬大学医学部附属病院の文化として定着させ、高度で良質な医療を提供するための確固たる体制を構築する特段の努力がなされなければならない。

1. 安全で質の高い医療体制の確保

(1) 診療体制

平成27年4月に、外科診療センターとして、これまであった旧第一外科、旧第二外科のグループ制を廃止し、各専門分野に診療科長を置く新たな診療体制が構築された。同センターでは病院長が指名するセンター長のもとで、全体カンファレンスの体制を整え、合併症や死亡症例の検証も充実した体制で行われている。しかしながら、これらの改善策は、医学系研究科の体制を変えない状態で実行されたため、病院全体の組織体制の根本的問題は積み残しとなっている。本委員会は、この体制で同院が今後十分な機能を発揮できるか否かについて、大きな疑義を持っている。特に医学系研究科と附属病院との今後の体制の在り方について、徹底的な検討が必要である。

(2) 医療の質保証・安全管理体制の強化

① 報告システム、チェック機構を含めた体制強化

既に、報告システムの具体化、各部署への積極的な参画や働きかけ、集中治療部や手術部と連携した報告体制などとともに、全死亡症例の検証など能動的な問題事例把握体制を構築し、今回のような事例を漏れなく把握する体制は整えられている。また、事前の問題事例把握のためのハイリスク手術の検討体制や説明同意文書の承認体制も構築し、これらを運用しはじめている。その定着、継続が今後の課題である。

医療の質保証や医療安全に対する意識の啓発活動を行っていく体制は既

に出来上がっているが、報告制度を根付かせるためには、同じ事案について複数の部署からインシデント報告が上がってくる仕組みの構築、合併症・偶発症も積極的に報告するという意識付け、医師からの報告が上がりやすくする工夫等が必要である。また、診療科・診療部門など組織を越え、職種を越えた多職種によるチーム医療の体制を構築し、医療安全管理者の権限を確保するとともに、医療安全管理部門が組織横断的に活動できるような病院長直下の組織体制とする等の工夫が必要である。その際、新たに設けたコンプライアンス推進室との機能重複を避け、効率的な運営が行われるよう留意すべきである。

② 医療安全教育，研修体制の充実

医療安全教育については、国立大学附属病院長会議医療安全管理協議会においても論議がなされているが、カリキュラムや時間数など統一されたものがなく、その内容は大学によって異なっている。医療安全管理担当者が必要性を訴えても履修時間に限度がある中では、時間の確保が非常に難しい状況にある。

しかし、今後の医療安全管理体制を考えた場合、学生の時代から一貫して教育を行う体制の構築は必須である。今回発生した重大事案を踏まえ、全国のモデルケースとなるような、若手医師、職員へと切れ目なく教育、研修を継続していく一貫した医療安全教育、研修体制を整えることが望まれる。そのためには、時間数の確保など、病院、医学部を挙げての体制構築、中でも実際に教育を担当する医療安全管理部門をバックアップする体制の構築が必要である。

(3) 医療の質向上に向けてのチーム医療の強化

既に、院内で承認された基本となる説明同意文書は作成され、患者への説明の際の看護師のかかわり方などの見直しもなされている。

良質な医療の提供には、チーム医療が必須であることは、再三指摘したとおりである。これまでの体制を振り返り、患者視点を重視した最適な方策を誰もが提案し、それを共有できる風土を創り上げなければならない。他部署、他職種が意見の言えない風土を払拭し、病院全体でチーム医療を推進していく必要がある。

(4) 継続性のある簡素な機能的システム

同院は、重大事案発生後に、十分な機能を発揮し得る新たな体制構築を

行い、表出された問題点への対処を行ってきた。今後は、これを点検し、体制の整理、統合など、簡素化を図ることが必要である。既に定着し機能し始めている部分もあるように見受けられるが、体制の整理、統合等に当たっては、医療関係者の負担軽減を考えての再構築の検討が必要であろう。

2. 管理体制，組織改革

(1) 講座と診療科の整合性

① 医学系研究科と附属病院の体制

今回の改善以前は、同じ診療科の同じ領域であるにもかかわらず、旧来の講座制下での各々の教授の権限の下、別個の指揮命令システムにより診療が行われていた。医学系研究科をわかりやすいシンプルな構成にして、教育と研究の質を上げ、診療科と一体になって質の高い医療行為が行えるよう、医学系研究科の在り方を検討すべきである。

② 組織体制の見直し

専門医療への特化、縦割り体制の進行等により、大学病院では、マンパワーの不足が慢性化している。しかしながら、ハイリスクな医療に対する国民の要求は増加する一方であり、これらの現場は専ら、少数の意識の高い医師が中心となった医療チームによって支えられている。今回の診療科の統合により、肝胆膵外科は人数が増えたが、循環器外科など一部の診療科は、新たな人材が確保しにくいいため、少ない人数での診療体制が現在も続いており、その結果、医師の業務負担の度合いに著しい差異が生じることが懸念される。ハイリスクな医療を提供する部門に対して、病院としての対策の検討が望まれる。

今回、准教授、講師の職にある医師が診療科長として専門領域の責任を担うことになったことは、実質的な診療体制面での進歩である。しかし、既に指摘したように、外科診療センターという形はとったものの研究科の講座構成は従前どおりであり、教育・研究面と医療面でのねじれは残っている。外科診療センターという組織の中に旧外科学第一講座、旧外科学第二講座の人員を包括したにとどまり、実質的な体制改革に至っていない。

このような体制は、既に多くの大学病院で見直されているところであり、地域の病院との関連性を含めて、早急に改善すべきである。

(2) 管理体制

① 管理能力

医療を提供するにあたって、特に医学生や医師の養成、教育を大きな責務とする大学病院において、診療科長並びに教授の能力、資質を適切に評価することは重要である。問題がある場合には、病院内で自発的に指摘がなされ、改善を図ることが出来る体制が必要である。トップが、管理能力を備えており、病院としての体制が整っていれば、このような問題は生じない。

特に、診療科長の管理能力が大切であるが、診療科長に問題がある場合には、それに対して病院長が正しく対応できる力を発揮できる体制を備えておく必要がある。

また、診療科長や教授などは、臨床医として一流であっても、管理能力を備えているとは限らない。管理能力はトップの資質として欠かせないものであるので、これを自ら学んで身に付けようとする不断の努力が必要である。

② 教員選考

教授の選出は選考過程から検討し直すべきであり、採用後もチェックするシステムが必要である。教授の選考においては、これまでのような研究・教育業績主体の評価では不十分であり、手術などの診療面、研究倫理や安全管理に関する活動実績等も十分に考慮すべきである。ハイリスクな診療を率いるトップは、秀でた臨床能力とともに組織を管理する能力が必要であり、そのような人材を確保できるような選考方法・体制を構築すべきである。

(3) コンプライアンス体制

病院各部門の業務のチェックは、医療安全、保険診療、システム統合、臨床試験などの各部門を所掌する委員会で行われていたが、近年の改善により、全ての委員会の上部組織としてコンプライアンス推進室を設け、二重のチェックを行う体制が構築された。今後、現場や各部門の負担も考慮し、これを効率的に運営することが望ましい。

また、学長のもとに病院コンプライアンス委員会を設置し、外部の専門家が中心となって、大学全体としてのPDCAサイクルをチェックする体制も

整えられている。

これを機能させるためには、自己点検・評価が適切に行われなければならないことを理解した上で、今後は、これらの体制が継続的に機能するよう努力していくことが肝要である。

3. 倫理・意識（風土）改革

（1）現場の意識の把握

トップダウンの体制も必要であるが、現場の声、特に若手の意見を取り入れつつ改善を進めるべきである。他部署、他職種に口を出せない、言えないという文化は払拭しなければならない。病院長が管理責任者として職員の見解に真摯に耳を傾ける意識の構築が必要である。

（2）意識向上

意識や風土の改革に向けては、病院の理念を病院長と現場の職員全員が共有し、自発的に問題を指摘する体制を構築しなければならない。これなくしては、今回発生したような重大事案の再発防止は不可能である。また、現場レベルに至るまで意識改革の必要性を浸透させるために、あらゆる視点からの検討が必要である。

IV おわりに

同院では、殆どの医療関係者は真摯に医療業務に従事しており、今回の重大事案につながる院内の問題点を認識していなかったわけではない。しかし、本文中でも何度か触れた如く、同院には物を言い難い風土があり、問題をシステムとして拾い上げ、有機的に改善に結び付ける体制が構築されていなかった。重大事案発生後、問題点を抽出し、改善策を進めているが、医療関係者に新たに過度の負担を強いることなく、まずは、現存する体制を見直すとともに、これまで行ってきた改善策の成果を評価し、安全性を確保した上で病院のシステム全体の徹底的な効率化を図るべきである。

高度で良質な医療を提供する体制を整え、大学病院の使命を果たすためには、

診療の根幹に係る医療の質保証体制や安全管理体制の整備，意識（風土）・文化を継続的に改革するためのトップダウン体制の構築と，現場の声をくみ上げられる体制作りが必要である。医学系研究科の講座構成を，診療科のそれに対応するように改革することも喫緊の課題である。

本委員会の提言した改善に向けた具体的取組を真摯に実行し、その進捗状況を、外部の専門家が中心となって構成された病院コンプライアンス委員会によって定期的に精査し、その結果を速やかに社会に公表することが求められる。

今回の重大事案を教訓として全職員が危機感と緊張感を持って改善の努力を重ね、失われた信頼を回復し、地域に大きく貢献できる体制が一日も早く築かれることを強く望むものである。

なお、現在、今回の問題の発端となった医療事故の原因究明や再発防止策について、医療事故調査委員会により分析が行われている。本委員会では同調査委員会による調査を踏まえつつ、引き続き必要な検討を行っていく所存である。

群馬大学医学部附属病院改革委員会名簿

平成27年5月1日現在

氏名	職名	備考
味木 徹夫	神戸大学医学部附属病院特命教授(医療の質・安全管理部)	
伊藤 鉄男	弁護士, 元最高検察庁次長検事	
川崎 誠治	順天堂大学医学部附属順天堂医院肝・胆・膵外科教授	
木村 孟	大学評価・学位授与機構顧問, 元東工大学長, 元大学評価・学位授与機構長	委員長
小松原 明哲	早稲田大学理工学術院創造理工学部経営システム工学科教授	
宮坂 信之	千葉大学監事, 前東京医科歯科大学医学部附属病院長	
山口 育子	NPO法人ささえあい医療人権センター COML 理事長	

(敬称略・五十音順)

国立大学法人群馬大学医学部附属病院改革委員会規程

平成 27. 4. 22 制定

(設 置)

第 1 条 国立大学法人群馬大学に、医学部附属病院改革委員会（以下「委員会」という。）を置く。

(任 務)

第 2 条 委員会は、医学部附属病院における腹腔鏡下肝切除術等の事故に関連した諸問題を踏まえ、再発防止のために病院の体制、規定、運用等について検証し、改善策の提言を行う。

(構 成)

第 3 条 委員会委員は、学長が委嘱する外部有識者 8 人以内をもって構成する。

2 委員会に委員長を置き、委員の互選により決定する。

3 委員長は、委員会を招集し、その議長となる。

4 委員長に事故があるときは、委員長があらかじめ指名する委員がその職務を代行する。

(会 議)

第 4 条 委員会は、委員の過半数の出席がなければ会議を開くことができない。

2 委員長が必要と認めたときは、委員以外の者を会議に出席させ、その意見を聴くことができる。

(事 務)

第 5 条 委員会の事務は、総務部総務課において処理する。

(規程の改廃)

第 6 条 この規程の改廃は、役員会の議を経て、学長が行う。

(雑 則)

第 7 条 この規程に定めるもののほか、委員会に関し必要な事項は、別に定める。

附 則

この規程は、平成 27 年 4 月 22 日から施行する。

群馬大学医学部附属病院改革委員会の審議経過

[委員会]

第1回 5月25日（月）

- 群馬大学からの状況聴取及び課題整理について
 - ・ 大学から、腹腔鏡下肝切除術の事故報告及び改善状況等について聴取し、今後の課題等について意見交換を行った。
 - ・ 本日の開催概要を記者発表することとし、議事概要を群馬大学ホームページで公表することとし、次回以降は、会見せず同様にホームページに公表することとした。

第2回 6月24日（水）

- 問題の検証について
 - ・ 第1回で意見のあった医療事故の疑問点について大学から、説明を聴取した。
 - ・ 病院視察を行った委員から、報告があった。
 - ・ 問題の検証について意見交換を行った。

第3回 7月 7日（火）

- 問題点と対応策について
 - ・ 大学から、医療事故の問題点とこれまで行われた対応策について説明を聴取した。
 - ・ 大学から、各委員からの問題を検証した質問事項について、説明を聴取し、意見交換を行った。

第4回 7月28日（火）

- 対応策の整理について
 - ・ 大学から、委員からの質問事項に対する回答について、説明を聴取した。
 - ・ 病院視察を行った委員から報告があった。
 - ・ 大学から、医療事故に関する今後実施すべき対応策の説明を聴取し、意見交換を行った。
 - ・ 委員長から提言骨子（案）が示され、検討を行った。

第5回 8月27日(木)

○ 中間まとめの検討について

- ・ 大学から、これまでの意見をまとめた内容について説明を聴取し、意見交換を行った。

第6回 9月25日(金)

○ 中間まとめの検討について

- ・ 大学から、これまでの意見をまとめた内容について説明を聴取し、意見交換を行った。

第7回 10月26日(月)

○ 中間まとめの確認

- ・ これまでの各委員からの意見をまとめた内容について、意見交換を行い、確認した。
- ・ 中間まとめを公表することとした。

[病院視察]

5月20日(水) 附属病院視察(ヒアリング) 山口委員

6月12日(金) 附属病院視察(ヒアリング) 小松原委員

7月10日(金) 附属病院視察(ヒアリング) 伊藤委員

7月24日(金) 附属病院視察(ヒアリング) 木村委員長, 小松原委員

《 診 療 科 長 の 変 遷 》

— 消化器外科関係 —

