

興 張 学 医

日本私立医科大学協会

第81号

Contents

巻頭言「医療事故調査制度発足に当たって —医療法改正とその問題点—」	2~7
座談会「医師偏在対策について」	8~31
論壇「日本医学教育評価機構 (Japan Accreditation Council for Medical Education : JACME) について」	32~37
施設紹介「慶應義塾大学」	38
「大阪医科大学」	39
「埼玉医科大学」	40
「順天堂大学」	41
「獨協医科大学」	42
医大協ニュース	43~49
協会及び関係団体の動き	50~57

教皇パウロ六世から寄贈されたカリスとパテナ (聖マリアンナ医科大学)

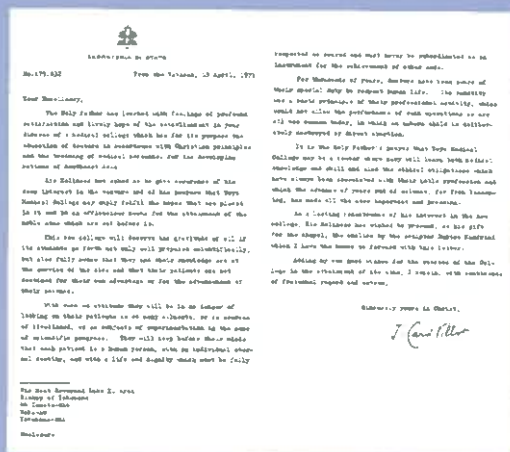
ローマ・カトリック教会を代表する教皇（ローマ法王）パウロ六世（在位 1963～78 年）は、キリスト教の精神に基づく医学生への教育と東南アジアの発展途上国で働く医師の養成を目的とする医科大学が、初めて日本に設立されることを非常に喜び、1971 年 4 月 15 日付で、カリスとパテナを本学に寄贈した。

イエス・キリストの「最後の晩餐」を記念する祭儀（ミサ・聖餐式）の中で、聖別されるワインを入れる杯をカリスと呼び、聖別されるパンを載せる皿をパテナと呼ぶ。カリスとパテナは、ミサにおいて欠くことのできない重要な祭具である。教皇はカリスとパテナに託して、本学で学ぶ医学生たちが「患者の一人ひとりが人間であり、生命と尊厳をもち、神聖にして犯すべからざるもの、決して他の目的のための手段とされてはならない」ことを体得し、崇高な使命を実現する医師となるように祈り続けると約束した。



カリスとパテナ

彫刻家エンリコ・マンフリーニ制作のカリスには、イエスのシンボル「十字架を抱えた小羊」（アニュス・デイ）が彫られている。



教皇庁国務長官 ジャン・ヴィヨ 枢機卿書簡
本学所在地を管轄するカトリック横浜教区長荒井勝三郎司教宛ての書簡には、教皇が本学の聖堂にカリスとパテナを寄贈する意向と教皇の祈りが記されている。

巻頭言

「医療事故調査制度発足に当たって
—医療法改正とその問題点—」

日本私立医科大学協会会長
学校法人獨協学園理事長
獨協医科大学名誉学長
弁護士（東京芝法律事務所；第二東京弁護士会）



寺野 彰 氏

I. 経緯

本年10月1日から、懸案であった「医療事故調査制度」が施行されることになった。平成26年6月25日付けで公布された「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」により、医療法（昭和23年法律第205号）の一部が改正され、本年10月1日施行となり、「医療の安全の確保のための措置（第3章第1節）」として、「医療事故調査制度」が発足した。その結果、新しい医療事故報告制度、第三者機関として「医療事故調査・支援センター」の創設、「医療事故調査等支援団体」などが規定され、今後、省令、通知、ガイドライン策定などにより細目が検討されることになった（表1）。

医療事故は、多くの最高裁判例に見るごとく、わが国でも社会問題として注目を集めてきた。特に、平成11年（1999年）、大学病院で手術患者の取り違え事件が発生して以来、重大な医療事故が多発し、刑事事件化する傾向が強まってきた。

その結果、社会の医療に対する目は厳しくなり、それと同時に、訴訟の多い産科、小児科、外科系を希望する医師が減少し、政府の医師数抑制策も加

わって、医師不足による地域医療崩壊現象が顕著になってきた。

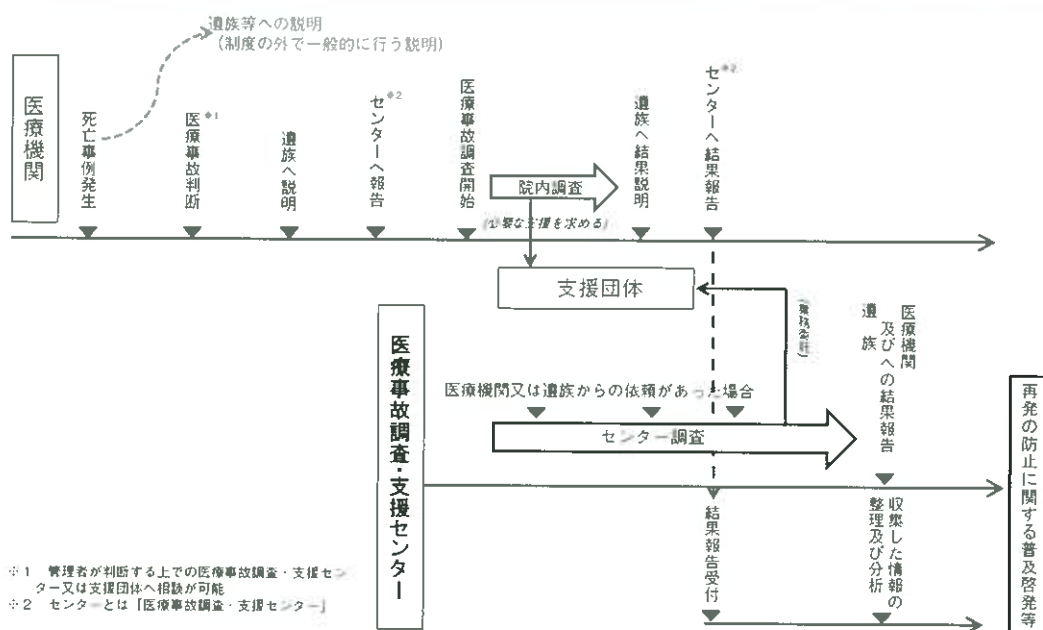
ちょうどその頃、平成18年（2006年）福島県立大野病院において、妊婦を失血死させたとして、産科医が逮捕されたことにより、その傾向はますます強くなった。しかし、2年後の平成20年（2008年）、本件に対して福島地方裁判所において無罪判決が下され、確定したことにより、検察・警察の謙抑性が強くなり、医療事故の刑事事件化はやや下火になった。このような状況下、各医系学会から医療事故を調査する第三者機関の設立が提案され、厚生労働省を中心として、いくつかの試案が作成された。その結果、自由民主党の大綱案が策定され、医療事故調査委員会の発足で、一応の決着を見るかに見えた。しかし、その直後の民主党への政権交代により、本案ではなく、院内調査を主眼とした民主党案が提起された。その後この案はほとんど検討されず、空白の3年後、再び自由民主党政権に戻ってから検討が再開され、ようやく本制度に至ったのである。したがって、その内容は、上記両者の妥協案の性格を有することとなり、院内調査を中心とした基本性格を有することとなった。ただし、このあたりの本当の経過については、不透明であり、医療サイドの意見が強く影響したとされるが、真相は明らかではない。

○ 医療事故の範囲

	医療に起因し、又は起因すると疑われる 死亡又は死産	左記に該当しない死亡又は死産
管理者が 予期しなかった もの	制度の対象事業	
管理者が 予期したもの		

※ 過領の有無は問わない

医療事故に係る調査の流れ



このような状況下、本制度の基本構造は、事故の発生した病院等での院内調査を基本として、第三者機関としての医療事故調査・支援センターにその結果を報告し、必要に応じて、当該センターが調査を行い報告するというシステムをとることになった。その調査の目的はあくまで医療安全の確保、そ

のための原因究明と再発防止であり、個人の責任を追及するものではないとされた。ここに、今回の本制度をめぐる根本的な矛盾点があり、遺族などからの不信感の原点が存することは否定できない。とはいえ、なんらかの形で医療事故調査制度は必要であるから、一応不完全な形ででも形を作り、今後ガイドラインなどの検討によって欠陥を補充していこうという姿勢であるので、以下、制度を整理し、問題点あるいは今後の検討課題となる点を取り上げる。

こととする。

- (1) 調査目的は、原因究明及び再発防止を図り、よって医療安全と質の向上を図ることであり、当事者個人の責任追及を目的とするものではない。
- (2) 調査対象としての「医療事故」は、「当該病院等に勤務する医療従事者が提供した医療に起因し、又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、当該管理者が当該死亡又は死産を予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるもの」と定義される。図1のごとく、医療事故の範囲は、医療に起因し又は起因すると疑われる死亡又は死産であって、管理者が予期しなかったものである。
- (3) 調査の流れ(図2)としては:
 - ① 医療機関は、医療事故が発生した場合、まず遺族に十分な説明を行い、
 - ② 「医療事故調査・支援センター」に届け出、
 - ③ 必要に応じて同センターや「医療事故調査等支援団体」に支援を求めつつ、
 - ④ 速やかに院内調査を行い、
 - ⑤ 調査結果について遺族に説明するとともに、
 - ⑥ 同センターに報告する。
- (4) 院内調査の実施状況や結果に遺族の納得が得られない場合など、医療機関又は遺族から調査の申請があったものについては、同センターが調査を行う。
- (5) 同センターが実施した調査結果は、医療機関管理者及び遺族に報告する。
- (6) 同センターから警察・行政機関へは報告しない。

Ⅲ. 問題点

(1) 概要

「医療事故調査制度」については、本誌第79号(平成26年11月20日)において「特集」として、4名の方々に論文を書いて頂いている。改正医療法施行約1年前の記事であるが、読み直してみると、法施行後の今日(平成27年10月)時点での問題点とほとんど変わらない。制度の目的、組織、施行方法、課題などいずれの論文においても鋭く指摘されている。

本制度は、平成27年10月1日の施行2年後に見直し改正が予定されているし、ガイドライン作成に向けて、日本医師会、全日本病院協会など諸団体、全国医学部長病院長会議、本協会などにおいて、議

論が重ねられている。医療法それ自体には、制度の概要のみが記載されており、具体的方針、方法などは、省令、通知そしてガイドラインなどに任されているので、本稿では、今後のために、筆者の感じた問題点、課題を記載するにとどめる。

(2) 設立経過の重要性

先に述べたごとく、本制度成立の経過は重要である。平成20年(2008)6月には、前年から問題となった第1〜3次試案に基づいて、自由民主党・厚生労働省による大綱案が策定され、第三者機関による事故原因の調査が制度として法制化されようとしていた。しかし、その直後に、政権が民主党に変わり、第三者機関を重視する大綱案から、院内調査を重視する民主党案に急変した。なぜこのような変化が生じたのかは不明であるが、大綱案に対する医療関係者の反発によるものとするのが一般である。その後、本制度の進展は見られず、空白の3年後の自由民主党への政変となる。その後、本制度に向けての進展が見られるようになったが、そのプロセスは不透明であり、結局十分な討議も行われぬまま、なぜか民主党案を基本とした院内調査制度重視の医療事故調査制度が出来上がったのである。患者側からの要望が強く、早々に制度を作らなければならなかったとも言われているが、果たして、その結果は患者側にとって良かったのかどうか疑問を残しているように思われる。以下、「公平性」、「透明性」、「独立性」、「中立性」、「専門性」、「非懲罰性」、「秘匿性」重視などと言われる本制度の問題点を垣間見たい。

(3) 制度の目的

本制度に関しての通知においては、「本制度の目的は医療安全の確保であり、個人の責任を追及するものではない」と記載されている。それ自体は、WHO ガイドラインにも記されており、患者サイドでも異存のないことのように思われる。制度の目的は、中立性・公正性・専門性の担保のもとで、事故の原因追及を行い、個々の事例を集積・分析することによって、事故の再発防止・医療の安全をもたらすことである。しかし、そのためには、医療サイドと患者サイドの真の信頼関係が必須であり、本制度の本質がそれに適合しているのかどうかは冷静に判断される必要がある。すでに、各メディアに於いては、この点が鋭く見抜かれており、制度の出発点から両者の不信感が生じているのではないかと感じられる部分も多々あるのである。

(4) 院内調査の限界

本制度の核となっているのは、院内調査制度であ

る。調査対象を決定するのも、調査を実施するのも、そしてその結果を判断するのも院内である。調査対象は、先述のごとく、医療事故であるが、その定義は院内医療従事者が提供した医療に起因し又は起因したと疑われる死亡又は死産であって、管理者がこれらを予期しなかったものとして厚生労働省令で定めるものという。この定義に合致しないと管理者(院長)が判断すれば調査対象から外れてしまう。そもそも「予期しなかったもの」、「予期したもの」とは何か? 以前は合併症などを含めたくないとの意向が医療サイドにあったが、その意味か? 医療法第6条の10には、別紙としてそれぞれが列挙してあるが、実質的に無内容であり、これで患者サイドが納得するのか? この定義をも含めた調査対象の再考が求められよう。

次に、院内調査については、院内スタッフのみでの判断でいいのだろうか? という疑問が起こる。それには、よほど両者の信頼関係が確固としていなければならないだろう。そもそも、そのような強い信頼関係があれば、医療訴訟など起こり得ないのであるから。この院内調査委員会には、患者サイドとは言わないが、なんらかの客観的判断のできる人物が加わることは、信頼関係確立のためには必須の要件である。次回改正の最低要件であろう。

さらに、調査結果に対しては、患者側から再調査依頼が可能であるが、調査の申請が医療側からのみで、患者側からはできないことに関して、「公平性」の面から反論が出ることは疑いない。この点も次回改正の大きな焦点になると思われる。

(5) 遺族への説明

遺族への説明事項は、医療法第6条の10第2項、省令、通知などに列挙してあるが、これらは言うまでもないことである。ただし、遺族などへの説明も、支援センターへの報告の前提であり、その必要がない場合には、つまり管理者が医療事故ではないと判断した場合には、説明は必要ないことになる。

問題は、院内及び支援センターの「報告書」である。医療サイドからは、報告はすべきだが、報告書は出すべきではない、あるいは報告書は公表すべきではないという見解が多いようである。診療録が公開されるのでそれで十分だという意見である。確かに、これまでの刑事、民事事案でも、報告書の存在が大きな意味を持ってきた。報告書が捜査の端緒となった刑事事案もあるし、民事事案では、報告書の中から多くの証拠を見い出すことができる。患者側弁護にとっては、いわば宝の山であり、これまでのよう

な鑑定人探しのごとき苦勞をしなくても、比較的容易に強力な証拠を提出できることになる。新しい民事事案の発掘すら可能となるかもしれない。ただし、仮に報告書を非公開としても、弁護側にはそれを公開させる方法はいくらでもあるのである。ここで性善説、性悪説を言っても始まらないが、お互い職業であるから仕方がない。特に、解剖所見などは、刑事事件でも、民事事件においても、刑事サイドからうかがい知ることとはほとんど不可能であった。法廷に証拠として出るまで検察は公開しないのである。それが容易に入手できることが、最大の利点であろう。もっとも本来そうあるべきなのであるから、正しい方向に向かっているのかもしれないが。

そのように考えると、医療サイドから見ると、報告書などとんでもないということになるが、果たしてそれで済むのだろうか? 「公開性」、「透明性」と真っ向から対立することになる。難しい課題である。報告書の性格、内容及び公開性に関しては、公平性の観点からも更なる検討が急がれる。

(6) 非懲罰性、秘匿性

本制度の目的は、医療安全の確保であり、個人の責任を追及するためのものではないとされる。個人の責任を追及したのでは、真相は明らかにされず、翻って、医療事故の再発防止に貢献できないというわけである。そこで、本法では関係者の秘匿性ひいては非懲罰性が重要であるとされている。米国などでのいわゆる司法取引、免責制度を彷彿とさせるものであるが、我が国でも導入の動きもあるようで、その場合には、本法の趣旨も理解されよう。ただし、これは患者サイドが、刑事司法に告発しない場合のことである。民事訴訟に訴えれば、もちろん秘匿性は保ち得ない。非懲罰性についても、司法の謙抑性次第であることは認識しておく必要がある。行政処分についても同様である。その趣旨はある程度理解可能であるとしても、患者サイドから医療側の勝手な言い分であると糾弾されないような制度作りが必要である。刑法第211条(業務上過失致死傷罪)の改正も含めた医療事故への対処が望まれるが、かなり困難な道程のように思われる。

(7) 医師法第21条

医療事故に刑事司法が介入するというのは、ほとんど我が国特有の現象である。最終的には刑法第211条が適用されるにしても、捜査の端緒となり得るのは医師法第21条(異状死の届け出)違反である。実際、福島県立大野病院事件は、本条が適用されて医師の逮捕に至ったことは記憶に新しい。もっとも、

表1 改正医療法（事故調）のまとめ

医 療 法			省令、通知など
第6条の10	第1項	医療事故の定義	通知：医療の範囲に含まれるもの：手術、処置、投薬、それに準じる医療行為：医療機関の管理者が判断 省令：予期しなかった死亡など：1)当該医療行為提供前に、当該死亡などが予期されていることを説明していた、2)診療録等の文書に記録していた、3)意見聴取に於いて、死亡などが予期されていたと管理者が認めたもの
		報告	省令：センターへの報告は、書面又はWeb上のシステムによって行う。報告事項は、日時/場所、医療事故の状況など。
第6条の10	第2項	遺族への説明	省令：遺族への説明事項は、医療事故の日時、場所、状況、制度の概要、院内事故調査の実施計画、解剖又はAiの同意取得事項など
第6条の11		医療事故調査	省令：病院等の管理者は、以下の事項を選択し、事故原因を明らかにするために、情報の収集、整理を行う。 1) 診療録その他の診療に関する記録の確認 2) 当該医療従事者その他の者のヒアリング 3) 解剖又はAiの実施 4) 医薬品、医療機器、設備などの確認 5) 血液、尿などの検査
第6条の11	第2項	医療事故調査等支援団体	通知：医療機関の判断により、必要な支援を支援団体に求めるものとする。
第6条の11	第3項		医療事故調査等支援団体は、支援を求められたときは、医療事故調査に必要な支援を行うものとする。
第6条の11	第4項	報告	通知：本制度の目的は、医療安全の確保であり、個人の責任を追及するためのものではないことを、報告書冒頭に記載する。報告書は、センター及び遺族への説明を目的としたものであることを記載することは差し支えないが、それ以外の用途に用いる可能性については、あらかじめ当該医療従事者へ教示することが適当である。
第6条の11	第5項	遺族への説明	省令：センターへの報告事項の内容を説明する。現場医療者などの関係者については匿名化する。 通知：調査の目的・結果については、遺族が希望する方法で説明するように努めなければならない。
第6条の16	第5項		医療事故調査・支援センターは、次に掲げる業務を行うものとする。医療事故調査の実施に関する相談に応じ、必要な情報の提供及び支援を行うこと。
参議院附帯決議			地域間における事故調査の内容及び質の格差が生じないようにする観点からも、中立性・専門性が確保される仕組みの検討を行うこと。また、事故調査が中立性、透明性及び公平性を確保しつつ、迅速かつ適正に行われるよう努めること。

福島地方裁判所は、このような医師法第21条の適用について、検察を糾弾しており、医療事故に適用すべきではないとして無罪とした。しかし、医療の現場では、何らかの医療事故が生じると、過誤と判断しなくても警察に届け出るべきかどうか悩む、診療にも大きな支障を来している。本来医療事故調査制度の検討は、内科学会などからの提案で、医師法第21条を医療事故に適用すべきではなく、中立専門的第三者機関において医学専門家を中心に判断すべきであるという観点からスタートしたのである。ところが、今回の医療法改正では、この点に触れることなく、いわば逃避的に院内調査を基本的なものとした。従って、医師法第21条による異状死届け出は、これまでと何ら変わることなく、本制度設立の主目的がないがしろにされたと言っている。現場の医療者の不安は何ら払拭されていない。結局、医療事故への刑事司法の介入は、法制度的には現状不変であり、刑事司法の謙抑性に頼ることになった。ただし、この謙抑性は、法制度上当然のことであり、実質的にはいつでもその程度を変更出来る。法施行後2年間で、医師法改正を行い、根本的改変又は廃止を実現する必要がある。尚、平成27年3月に改訂された「死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル」において、医師法第21条に関する記載が変更されたことで、同法の解釈の根本的改変がされたとする見解もあるが、今後の検討が必要である。

(8) 司法解剖およびAi

医療事故調査に必須とされるものとして、遺体の解剖ないし画像診断（Ai）が挙げられる。本制度でも、重視しているところである。医療事故において、解剖やAiが実際どれだけの効果を有するのかについては、事案により専門外の者の期待通りには行かないことは認識しておくべきである。ただ、モデル事業でもこの解剖などを重視し、すべての遺体の解剖ないしAiを施行したわけでその努力は高く評価すべきであろう。ここではそれについては触れない。

問題は、厚生労働省などが予定している解剖などの対象が年1,000～2,000件ということである。単純計算でも、1都道府県あたり少なくとも20件を扱う事になり、現状ではほとんど不可能に近い。通常の司法解剖でも実施困難と言われている上に、このような解剖が可能なのであろうか。この問題を回避するためには、法医、解剖医を急速に増やす必要がある。病理医を加える案も出ているようであるが、慎重な対処が必要であろう。この問題も2年後の法改正時には解決しておく必要がある。

(9) 支援団体

本法改正の目玉として、医療事故調査・支援センターの設立と、支援団体の要請がある。特に後者は、大学病院を始めとする大病院、医師会などの団体、各医系学会に幅広く要請し、ほとんどの組織が要請に応じたようで、本制度の将来にとって朗報である。しかし、現状では、どのような支援をするかは不透明であるので、ガイドラインなどが重要な役割を果たすことになる。

IV. おわりに

以上のように、ようやく懸案の医療事故調査制度が発足し、支援センターも日本医療安全調査機構に決定したと聞く。多難な船出ではあるが、本制度の運用如何は我が国の医療状況に大きな影響を及ぼす。地域医療崩壊、その主原因たる医師不足、地域・診療科偏在に対して医療事故は大きな影響を及ぼしている。医師の医療活動が不安なく行えるような我が国独自の国際的リーダーシップを有する組織の設立を期待したい。

しかし、今回の医療法改正は、とりあえず制定したという感をぬぐえず、制度のあるべき本質は見逃されている。この制度によって医療者と患者間の信頼関係が深まるようにも思えない。むしろ、医療側に都合のよい制度として患者サイドの反発を招きかねない制度とも言える。

2年後の医療法再改正に向けて、国民全体を巻き込んだ本当の医療サイド－患者サイド間の信頼関係構築を具体的に検討しなければならない。

なお、本件に関しては、本協会では、法務委員会が検討の場となっており、次回医療法改正に向けて、積極的な議論が重ねられることを期待する。

参考文献

- 1) 特集 医療・介護総合確保推進法における「医療事故調査制度」について：医学振興 第79号 p6～15、2014
- 2) 医療事故調査制度の施行に係る検討について：厚生労働省医療事故調査制度の施行に係る検討会、2015
- 3) 医療事故調査制度における医師会の役割について：日本医師会 医療安全対策委員会、2015
- 4) 平成27年度版「死亡診断書（死体検案書）記入マニュアル」：厚生労働省、2015

座談会

医師偏在対策について

日時：平成 27 年 9 月 17 日（木）13 時～15 時 20 分

場所：東京ガーデンパレス 会議室

釜薙 敏 氏

日本医師会常任理事

北波 孝 氏

厚生労働省医政局地域医療計画課長

杉浦 哲朗 氏

高知大学医学部長、国立大学医学部長会議常置委員長

小川 彰 氏

岩手医科大学理事長・学長

松崎 淳人 氏

東邦大学医学部教学 IR センター長

（司会・広報委員会）**炭山 嘉伸 氏**

東邦大学理事長、協会医師偏在対策委員会委員長、協会広報委員会委員長

（広報委員会）**小栗 典明 氏**

日本私立医科大学協会事務局長



はじめに

炭 山 「医学振興」の座談会に、お忙しい中お集まりいただきましてありがとうございます。
今回は、医師偏在対策についてというテーマで座談会を開催させていただくこととなりました。

そこで、日本医師会より釜沼先生、厚生労働省医政局地域医療計画課 北波課長、高知大学医学部より杉浦先生、岩手医科大学より小川先生、そして、私どもの大学より教学 IR センター長の松崎先生に同席いただき、レジュメにありますように、厚生労働省の地域医療政策に関すること、日本医師会と AJMC の医師偏在解消合同委員会提言に関することと国との連携について、シームレスな長期医師育成制度における新医師臨床研修制度の在り方などを中心として座談会を進めたいと思います。

早速ですが、「厚生労働省の地域医療政策」について北波先生、お願いできますでしょうか。

厚生労働省の地域医療政策について

北 波 座長からのアドバイスもございまして、経済財政諮問会議で塩崎厚生労働大臣が中長期的な視点に立ってどのように社会保障政策を展開していくのかを、今年 5 月に説明し、また「社会保障に関する主な論点について」という形で 6 月にも説明しております。

そういう中で重点的な改革の事項として、地域包括ケアシステムの構築というものがあります。私たちは省内で 3 局連携と申していますが、医政局、保険局、老健局が連携をしている形をとっています。その中で地域包括ケアシステムを構築するための基盤（インフラ）として大きな柱が 2 つあります。1 つが、ICT、情報化。そしてもう一方の柱が医療と介護での人材の確保と育成。これを 2025 年の超高齢化社会を目指して過不足なくどう取り組んでいくかということが課題になっております。

昨年 6 月に医療法が改正され、その中で「地域医療支援センター」という仕組みを盛り込みました。現在は 44 の都道府県が設置をし、運営をしております。平成 23 年から徐々に拡充をしてきて、昨年の 6 月に法制化されたということですが、

現在までに 2,000 名近くの斡旋実績があります。ただ、真の意味で医療人材の地域でのコントロールタワーとして存在するためには、さらにいろいろな知恵を出していかなければならないと考えております。

もう 1 つは「地域枠」の仕組みです。厚生労働省では地域医療再生基金で奨学金の貸与について支援してきました。これについては平成 22 年度から始めており、ようやく来年、平成 28 年度から地域枠の学生さんが社会に出ていただけるということです。

このようなことで地域での医師の定着方策を多面的に進めるとともに、不足している医療機関にきちんと医師を派遣できるような体制にしようと思っております。地域枠につきましても、来年度から本格的にこれらの効果がわかってまいりますので、そこら辺はきちんとフォローしていかなければならないと考えております。

加えて現在の地域医療につきましても、ご案内のとおり「地域医療構想」として、2025 年に必要となる病床数、すなわち 10 年後の医療需要に対し、どのように医療提供側が医療の供給をマッチさせていくのが非常に大きな課題です。将来の医療需要を地域でまかなうために、今回のメインの話題であります「医師の偏在」というものについて実効的な取り組みを進めていく必要があると考えています。

炭 山 「地域医療構想」の中に病床機能報告制度というのが現実に今動いていますよね。これは昨年度でしたが、宇都宮課長にご登壇いただいて、そのときにもそのことをディスカッションさせていただきました。そのときも座長が私だったので、早急な話ではないのかということですが、宇都宮課長は、これは実現せざるを得ないのだということで、ガイドライン作りをやって、かつ実行に移すのだということ。現実にはそのようなタイムスケジュールで動いていますよね。

病床機能報告制度で 2025 年に向けて、今 36 万床ある高度急性期病床は 18 万に減らすと言っていたのですが、最近では 13 万ぐらいまで減っているんですね。さらに厳しく高度急性期は制限する。そのかわり急性期の方が前よりも少し大きくなったという感じがするのですが、そのあたりの変化というのは何かございますでしょうか。

北 波 医療法での病床機能報告により報告された病床（病棟）の機能というのは、言ってみれば

病棟に入院している患者像そのものではなく、各医療機関が地域においてどういう機能を果たすべきか、果たしたいかということを考えて報告されています。一方、2025年の必要病床数の推計値というのは、地域の医療の需要ですので、若干肌合いは異なります。そういうことから言いますと、今回の病床機能報告で急性期病棟であると報告されていても、その中には状態が安定された方もいます。その部分は、必要病床数の推計値では回復期の需要という形で表現される感じになります。

私たちは、基本的にはそういう将来の地域住民の医療需要をどのような形で地域の医療機関が対応していくのか。これは地域ごとにいろいろと詰めていただく話だと思えます。1つだけ言えるのは、後期高齢者数が大きく増えていく中で全体として疾病の構造が変わってまいります。それに対応した医療機関、人員の体制を構築し、また専門的な知見を持たれている医師を重点的に育てていく必要があるのではないかと考えております。

炭 山 これに関しては、まさしく需要と供給のバランスを考えた配分だろうと思うのです。私どもの実際の特定機能病院でも、高度急性期はわずか30%弱なんです。急性期のほうが圧倒的に多い。だから病床機能を報告されたときには、おそらくそういうものが厚生労働省としても数字が見えてきているのではないかとということで、18万とか16万と言っていたのが13万になったのだらうと思ったのですが、このことについて需要と供給のバランス、これは地域医療については大きいと思うのです。構想どおり病床機能だけ報告して、本当にうまくいくのかどうか。タイムスケジュールも含めて、日本医師会としてはそのあたりのことはどうでしょうか。

病床機能報告制度に関する日本医師会の考え

釜 范 ご指名いただきましてありがとうございます。日本医師会の釜范でございます。

炭山先生が今ご指摘くださったように、病床機能の報告というのが昨年の10月から始まりました。

また今年も10月の1カ月間に病院・有床診療所から報告をいただくわけですが、この報告につい

ては、先ほど北波課長からお話があったように、それぞれの医療機関が現状において自分のところの医療機関はどのような機能を担っているかという認識を報告する。それと2025年の、今から10年後の様子についても、またどのような機能を担うかという覚悟を報告してもらうように求めています。

例えば高度急性期の病床数を削減というような形が取り沙汰されておりますけれども、日本医師会としては、この仕組みは病床を削減するということではなく、それぞれの地域において将来、特に2025年、また2025年だけではなく、その先も見なければならぬわけですが、これらのことを踏まえて地域にあるべき医療供給体制の皆さんの合意ですね。共通認識を持っていただくことが、今回の制度の根幹、一番大事なところだと思っております。

ガイドラインの計算式をあてはめた数字が出てくると、何か削減ということが危惧されるわけですが、厚生労働省の話でも決してそのような方向で考えているわけではない。ただ、人口の構成が変わりますので、受診動向がかなり変わってくると思いますから、それを見越して、それぞれの医療機関で体制を整えていかなければならないと思います。

各医療機関がどの医療機能を担うとしても、病院がつぶれてしまうということがあっては国民に適切な医療を提供できませんので、それぞれがしっかりと地域で役割を果たせる形にしなければならないということで、その点は北波課長とも認識が一致していると思っております。以上です。

炭 山 今のお話にもありましたし、北波課長からもあったように、人口動態ですね。特に地域の過疎が進んでいる状況の中でどうあるべきか。それと同時に、少子高齢化がピークになる2025年に向けて、疾病動態そのものが大きく変わっているということもあるので、医療から介護とか、あるいは病院完結型から地域完結型というような言葉が使われておりますけれども、そういうことも踏まえて病床機能報告制度から構築されていく地域医療支援というのがどうかというのは、いろいろな変化をとりながら厚生労働省も考えていってくださるということでよろしいのでしょうか。臨機応変にそういうところを見ながらということで。

病床機能報告制度から構築されていく地域医療支援

北 波 はい。今回、病床機能報告は4つの機能分類で始めています。どの病床機能であっても報告するということは、医療機関の経営者、そこに勤めている医師が、自分の医療機関が地域においてどういう位置付けにあるのかということをしかり認識をしていただくために不可欠なものだと思います。そういう中で医療機関に入院している患者像もきちっと把握をしていただき、今後はどういう形で地域での役割を果たしていくのかを考えていただく必要があります。地域の医療需要(ニーズ)の内容・構成は徐々に変わってまいります。その変化に対応するために、地域の複数の医療機関が自主的に話し合っていて、そして医療機能を変えるなどにより、医療需要に合わせていく。さらに地域の人口規模の変化にも合わせるといことも含めて考えていただく。臨機応変にやっていただくようなところだということに思っております。

炭 山 地域医療調整会議という名前がございますが、そういうところを利用してということですね。

北 波 そういうことです。何か上から、こういうものだから地域の病床を削減しなければならないという類いではなくて、まさに地域における医療需要の変化を客観的に見ていただいて話し合っていていただくということです。

炭 山 一方で、病床機能に偏在があったりする場合、例えば都道府県と医師会あるいは地域の医療機関がうまくいかないような場合には、知事の命で病床機能の変更も可ということも一方ではあるわけですが、小川先生、何かそのあたりございすか。

小 川 今のお話は非常に理想的ではあるのですが、一方で、病院単体で地域医療を担うことはできないわけです。そういう意味から病々連携あるいは病診連携が一番の基本になるのだと思います。そのときに地方と東京や大阪などのメトロポリタンのような大都市では、かなり温度差があるように思っています。地方では医療資源が限られていて、医師も看護師もコメディカルも不足しているので、病院に関しましてもある程度の統合が進んでおり、病々連携あるいは病診連携がとれ



北波 孝氏

厚生労働省医政局地域医療計画課長

ています。問題は大都市です。病々連携も病診連携もほとんど形成されていない中で、今のお話をどのようにに大都市で具現化していくかということが非常に重要なのではないかと思います。

炭 山 逆に大都市のほうが問題なんだと。

小 川 そうです。

炭 山 いかがですか。

北 波 都道府県の、これから地域医療構想をつくって具体的に調整会議を編成し話をしていくという立場の担当者から話を聞いていても、地域(二次医療圏：地域医療構想区域)で医療機関の数が少ないところや、大きな病院があって中小規模の病院や診療所があるようなところは、比較的絵が描きやすいというのはございます。

都市部の問題をご指摘いただきましたが、まさにそういうことで、例えば高度急性期を担当されている大学病院や大きな病院がたくさんあるところでは、どうやってやればいいのか。高度急性の機能自体はその医療圏だけにとどまらず、もうちょっと広い範囲をカバーされている面もありますから、それをどう反映するのか。実は、決まったプロセスとか処方箋のようなものが予め用意されているわけではありません。まさに今、医療需要の推計が行われている状況ですから、これから試行錯誤しながら、これについては私たちも都道

府県に寄り添ってアドバイスができる場所はしていくということ、だんだんとその値ごろ感みたいなものをつくっていく。こういうことだろうと思います。是非ともそういうところから経営されている大学病院の方々は積極的に参加されて、絵をどう描くかという提案をしていただければということです。

炭 山 杉浦先生、地域医療構想の高知県の現状をお話し下さい。

地域医療構想における高知県の現状

杉 浦 1県1大学という多くの地方大学の医学部は同じような問題を抱えていると思います。今小川先生がおっしゃったように、高知で言いますと、高知全体の人口は70数万で、県庁所在地の高知市、南国市周辺に人口の半分がかたまっているわけです。その中に三次救急が3つあり、郡部には三次救急施設がない状況です。このように、地方の県になりますと、中央部と周辺地域では医療供給状況が全然違うということになります。高知の場合は高齢先進県であるとともに日本の縮図というのがあるわけですから、行政と医師会、大学が三者一体となって全体構想を示していかなければなりません。

炭 山 ありがとうございます。ここで配付しています資料のご説明をさせていただきます。資料1は、日本医師会・全国医学部長病院長会議、私立医科大学協会も全国医学部長病院長会議のメンバーとして、医師偏在解消策検討合同委員会が出した提言「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言—求められているのは医学部新設ではない—」に加盟させていただいておりますが、これについて後で釜谷先生にご説明いただきたいと思います。

予めお配りしていた資料2は、前回の80号の『医学振興』で小川先生が使われた資料です。初期研修に入ったとき、修了したときにどれだけ地方に戻るか、戻らないか。この格差が非常に大きい。こういう資料を付けさせていただきました。

3番目の資料としては、「海外の専門医制度」の現状をわかる限り調べたというものです。本日、お手元に「ドイツにおける専門医研修・認定医制度」という、田中日医総研研究員の書かれた冊子をお配りしております。参考にいただければと思います。

4番は、これは話題にしているテーマの1つですが、「シームレスな長期医師育成制度における新医師臨床研修制度のあり方」ということで、「卒前・卒後医学教育を巡る近年の動き」という表を1枚入れさせていただきました。医師国家試験と

医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言

—求められているのは医学部新設ではない—

骨 子

2015年8月19日

日本医師会・全国医学部長病院長会議
医師偏在解消策検討合同委員会

日本医師会・全国医学部長病院長会議 医師偏在解消策検討合同委員会

虎岡 恒男 (全国医学部長病院長会議会長/大阪医科大学医学部長)
小川 聖 (全国医学部長病院長会議顧問/宮内庁大学理事長・学長)
森田 寛 (全国医学部長病院長会議顧問/東京慈恵会医科大学名誉教授)
河野 昭一 (全国医学部長病院長会議副総裁/独立行政法人労働者健康安全機構
障子療育医療研究センター/国立大学附属病院医事課副課長兼委員会委員長)
杉浦 哲郎 (全国医学部長病院長会議/私立大学医学部長会議常任委員会委員長/高知大学医学部長)
炭山 藤伸 (東洋大学理事長)
中川 隆男 (日本医師会副会長)
釜谷 敏 (日本医師会常任理事)
石川 正巳 (日本医師会常任理事)
遠水 幹男 (日本医師会常任理事)
朝島 敏 (日本医師会常任理事)
佐藤 敏信 (O医総研主席研究員)

というのは、4 年毎でしょうか見直しをやって、そして 2 年後に実行ということをやっています。ここでは、OSCE、CBT が導入されて 4 年次でやって、しかし国家試験の中では OSCE はやらない。じゃ将来 OSCE はどうするのかという問題も含めてご議論いただければと思います。

5 番目の資料は「専門医制度」です。ここでもしっかり質の一層の向上とともに医療供給体制、すなわち地域医療との関係を強くうたっていますので、これを本当に考えている専門医制度なのかどうかということをご議論いただければと思います。

日本医師会・全国医学部長病院長会議 医師偏在解消策検討合同委員会提言「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言—求められているのは医学部新設ではない—」〔骨子〕について

炭 山 それでは資料 1 の提言について、日本医師会常任理事であり、かつこの会の主なメンバーである釜池先生並びに小川先生からご説明いただければと思います。

釜 池 それでは 1 の資料をご覧ください。「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言—求められているのは医学部新設ではない—」、全国医学部長



炭山 嘉伸 氏

東邦大学理事長
協会広報委員会委員長

病院長会議と日本医師会の合同委員会でこれを発表させていただきました。表紙の裏にメンバーの一覧が出ておりますが、本日ご出席の小川先生、杉浦先生、炭山先生に大変お世話になりました。

「趣旨」でありますけれども、「2004 年度に新医師臨床研修制度が創設され、臨床研修医が大学病

趣旨

2004 年度に新医師臨床研修制度が創設され、臨床研修医が大学病院以外の病院を卒業コースが多くなった。医師が不足した大学病院では、地域の医療機関への医師の派遣に困難を生じるようになった。そのため地域の医療機関では、新たな医師を確保することができず、医師不足が顕在化した。

このような状況を踏まえ、医学部入学生数は、2008 年度から着実な増加が見られ、2010 年度以降は地域枠を中心に増え続けている。この結果、医学部入学生数は 2007 年度には 2,025 人であったが、2013 年度には 3,031 人となり、506 人増えた。これは、医学部 15 校の新設にも相当する増減である。このように、医師の絶対数の不足に対して一定の手立てがなされており、漸次、医学部定員枠の増設が見えてくるものと期待される。

こうした中、一部にはさらに医学部を新設し、医師養成数の増減を図るべきだとの意見もあるが、現状の医師不足の本質は、医師の地域・診療科偏在であり、これらの解消こそ増減の課題であると考えられる。この課題解決のためには、医師会が果たした役割をさらに果たさなければならぬ。また、生涯教育の充実もまた重要なこと。それにつづく生涯教育の充実のためには現行の医師臨床研修制度の抜本的な見直しと適切な専門医制度の設けが必要である。

日本医師会・全国医学部長病院長会議は、現状に対する強い危機感の下、前記の提言をもって本提言をとりまとめた。

提言

日本医師会・全国医学部長病院長会議は、医師の地域・診療科偏在の解消に向けて、大きな柱として、1. 医師キャリア支援センター構想、2. 出身大学がある地域での臨床研修、3. 病院・診療所の管理者要件への医師不足地域での新規医師の導入、4. 地域ごと診療科（基本領域）ごとの医療要員の把握、5. 医学部入学生数の削減と新たな医学部設置認可の見直しを提言する。

医師の配置と養成についての提言（大きな柱）

医師キャリア支援センター構想

1 医師キャリア支援センターの設置

2 出身大学がある地域での臨床研修の実施

医師の地域・診療科偏在の解消

3 病院・診療所の管理者要件への医師不足地域での新規医師の導入

4 地域ごと診療科（基本領域）ごとの医療要員の把握

5 医学部入学生数の削減と新たな医学部設置認可の見直し

院以外の病院を選ぶケースが多くなった。医師が不足した大学病院では、地域の医療機関への医師の派遣に困難を生ずるようになった。そのため地域の医療機関では、新たな医師を確保することができず、医師不足が顕在化した」。このような背景がありまして、その後、医学部の定員が2008年度から少しずつ増員され、2010年度から、先ほど北波課長からお話にもありましたが、地域枠を中心に引き上げられていて、その人たちがこれから出ていくということですが、定員がずっと抑えられていた時期に比べて今年度（2015年度）において1,509名増えております。それは医学部15校の新設にも相当する増員で、このような絶対数を増やしても、なかなか地域の医師の偏在あるいは診療科の偏在を大きく改善できないという見通しの中で、では一番困っている地域・診療科の偏在をどのようにして解消するかということのために提言を行うということでもあります。現状に対する強い危機感の下、相当の覚悟をもって本提言をまとめたということでございます。

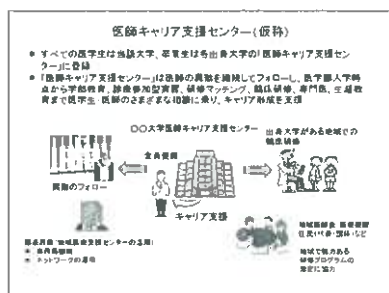
大きく分けますと、「医師キャリア支援センター」構想、医師の地域・診療科偏在の解消、現状での医学部入学定員の削減と新たな医学部設置許可の必要はないということで、そのあたりの提言をしております。

3頁でございますが、「医師キャリア支援センター」という名称は、今回の合同委員会で皆様とご相談をして、この名称を提言したわけです。今まで医学部に入りました学生が、医学部の生活を6年間過ごして、その後臨床研修に進み、またその後もずっと医師としてのキャリアを積んでいくということが行われていたわけですが、出身大学というのは、現状においても一人ひとりの医師にとっては生涯かかわりがあって、いろいろお世話になるし、出身大学との関係は生涯切れないものでありますけれども、さらに出身大学との結びつきを強めて、そのことによって出身地における役割、あるいはその地域に対する愛着を何とか高めていくことが必要であろう。そういう思いの中で「医師キャリア支援センター」というのを構想いたしました。それぞれの大学にこのようなセンターを設置する。すべての医学生および卒業生は、出身大学の「医師キャリア支援センター」に登録をし、センターは学生に対して、医学部入学から卒業後、あるいは生涯にわたってしっかりと連絡をとり合うこと。そして、医師がどのようなキャリアを積んでいるかということについてセンターが把握する役割を担うことを考えております。

卒業後、医師がどこで働いて、どのようなになっているのかというのが、必ずしもわからない部分

1. 医師キャリア支援センター

- (1) 各大学に「〇〇大学医師キャリア支援センター（仮称）」（以下「医師キャリア支援センター」）を設置する。
- (2) すべての医学生は当該大学、卒業生は各出身大学の「医師キャリア支援センター」に登録する。「医師キャリア支援センター」は医学部入学から、卒業後も、生涯にわたって医師の拠動を把握する。そして、学部教育、診療参加型実習、研修医マッチング、臨床研修、専門医、生涯教育にわたって医学生・医師のさまざまな相談に乗り、キャリア形成を支援する。医師の拠動を把握するため、現在の医療登録番号を有効に活用する仕組みを検討する。
- (3) 各都道府県の「地域医療支援センター」は、「医師キャリア支援センター」と情報を共有し、地域の医師会及び医療機関と緊密に連携する。都道府県内に複数校がある場合には、「地域医療支援センター」はそれらの調整機能を担う。
- (4) さらに、全国ネットワーク組織として、「全国医師キャリア支援センター連絡協議会（仮称）」（以下、仮称とる）を設置する。



2. 出身大学がある地域での臨床研修

- (1) 「医師キャリア支援センター」は臨床研修希望者と相談し、研修先の相談に乗る。臨床研修は原則、出身大学の地域（出身大学の関連病院のある範囲を含む）で行う。臨床研修医の供給が均衡しない地域では、「全国医師キャリア支援センター連絡協議会」で各地域の情報を共有し、供給調整を支援する。
- (2) 各大学の「医師キャリア支援センター」は、医学生に対して、大学の理念、歴史、研究成果などを伝えるいわゆる自校教育を行い、スクールアイデンティティと地域への愛着を育み、地域での臨床研修の意欲につなげる。
- (3) 「医師キャリア支援センター」は、地域の実情に応じ、地域行政、医師会、医療機関、住民（代表・団体）と協力して、地域で魅力ある研修プログラムを作成する。

療支援センター」はそれらの調整機能を担うということでもありますので、その役割は非常に大きい。

さらに、全国ネットワーク組織として、「全国医師キャリア支援センター連絡協議会」が、全国にわたっての状況についてしっかり情報を収集し、調整の役割を担わなければならないと考えております。

4頁にまいりまして「出身大学がある地域での臨床研修」ということでもあります。臨床研修制度が平成16年に創設されるまでは出身大学で卒後の研修をする医師が多かったわけですが、それが制度の改正によってあちこちに散らばったということがあります。その大学を自分が選んで入学を許可されたということは、大変大事な縁でありますので、そのことを大切に、それぞれの大学がある地域で研修を積んでいただく。これは何か強制力を持たせるとか、罰則規定を持たせるという発想ではないのでありますけれども、卒業までのしっかりした「医師キャリア支援センター」と学生との信頼関係の中で、このようなことが実現していけばよろしいというように考えております。

特に卒後の研修場所を決めるマッチングという制度は、まだいろいろ改善の余地があると思いますが、この制度をどういうように変えていくかと

いうのは難しい面もございますので、本人の意向も踏まえながら、しかしこの地域でしっかり研修をしてもらうという中で、そのマッチング制度にうまくすり合わせていくことがよろしいのではないかと考えております。

(2)のところはとても大事な部分でありまして、「大学の理念、歴史、研究成果などを伝えるいわゆる自校教育を行い、スクールアイデンティティと地域への愛着を育み、地域での臨床研修の意欲につなげる」と記載をいたしました。この点については、高知の杉浦先生からいろいろご指導を賜りましたが、高知県においてAO入試が非常に良い制度で、これが大きく今後全国で役に立つであろうというようなご示唆もいただく中で、このような記載をいたしました。それぞれ地域における研修が実のあるものになるように、私ども協力してやっていこうということです。

5頁の3番目「病院・診療所の管理者要件への医師不足地域での勤務経験の導入」ですけれども、これはこれまでに比べて医師の自由度を縛る要素のある部分でありまして、賛否両論があることは十分予想しております。現状においては、病院・診療所の管理者になる要件というのは、2年間の臨床研修を修了していることになっている。それが修了していなくても、管理者になる道はあるのですけれども、基本的にはそのような要件になっております。これを一定期間、医師不足地域で勤務した経験があることを管理者の要件とするということを提言しております。

地域行政を中心に医師不足地域を設定し、卒後、例えば10年ぐらいの期間の中で医師不足地域に一定期間勤務する。医師は、私学卒業も含め多くの国費を投入していただいて一人前になるわけので、今後より多くの共通認識を醸成していくことを前提に、このような制度を提言することになりました。これまでの議論の中で、多くの方がこの方向については賛同していただけたというように、私ども判断できましたので、そのように申し上げているところです。

5行目からですが、医師不足地域、あるいはどのくらい勤務するかという期間、あるいは卒後何年の間にやるかということについては、「地域医療支援センター」と都道府県行政が調整をして、

5. 医学部入学生員の新規と新たな医学部設置認可の差し止め

医学部入学生員は、2018年度以降の増員によって相当数削減されている。またこれまでの増員が順次実現されていけば、医師の偏在が解消することも期待される。現在の暫定的な医学部定員制については、2019年度（一律は2017年度）に見直しを行うことになっているが、情勢の変化を踏まえて、早急に定員削減を行うことを促す。医学部定員増分の配分に応じて、増減枠を再評価する場合は一層枠を削減する。

日本医師会、日本医学士会、全国医学部医学生協会は、2019年3月31日に医学部新設（増員）の緊急声明を出した。現在、国家戦略特区で検討されている医学部を含め、新たな医学部設置を認めることはできない。

都道府県ごとにそれを決めるということです。医師不足地域は、へき地等に限定せず、地域・診療科偏在の実態を踏まえて、その時々で判断するという事です。

これを実現するためにも、「医師キャリア支援センター」が大事な役割を担うであろうということでございます。このことによって、それぞれの都道府県の医師不足地域での医師の確保ということは、今よりも大きく改善するであろうと予想されます。

4 番の「地域ごと診療科（基本領域）ごとの医療需給の把握」でありますけれども、これまで申し上げたところでは、診療科の偏在について、なかなか有効な手立てがないということがございます。これについては、いろいろ全国での違いがあるということを厚生労働省でもデータを持っておられるわけですが、リアルタイムでデータがみんなに共有されて役立っているとはいえませんでした。これまで医療側はこのようなデータの利用について、従来あまり賛成をしてこなかったということがあります。しかし、今後の全国の医療体制をしっかりと確保するためには、あえてそのようなデータをとること、そしてそれをしっかりと活用することについては、しなければいけないというように判断をしておりまして、厚生労働省がそういう施策を今後行っていくとすれば、それには全面的にご協力をし、しっかりとしたデータを出していかなければいけないと判断して、これを出しました。

それを学生がきちんと利用して、ここにはこういう医師が足りないのだから、自分はそこ役割を担おうという人は必ず出てくると思うので、あくまでも強制ではなく自主的に足りないところに医師を手当てしていくような方法をまず模索する。それで、どうしてもうまく改善しない場合には、また次の手立てをとということでございます。

「提言」については、その4つが今回の大きな点で、そのことを踏まえて5番目に、医学部を新設し全体の数を増やすだけでは決して問題は解決しないので、医師の数をこれ以上増やす必要はないということも申し上げてございます。

大変長くなりましたが、以上でございます。

炭 山 ありがとうございます。小川先生、これについて付け加えることがあればお願いします。



杉浦 哲朗 氏

高知大学医学部長
国立大学医学部長会議常置委員長

小 川 今言われたとおりでございます。

炭 山 杉浦先生は何かございますか。

杉 浦 十分に説明していただきました。

炭 山 ありがとうございます。

それでは、1 番目の「医師キャリア支援センター」構想ですが、今「地域医療支援センター」というのが実際に動いておりまして、そこに「キャリア」という名前をさらに付け加えたような提言であります。これについて北波課長、何かご意見ございますでしょうか。

提言：医師キャリア支援センター構想について

北 波 医師が、どういう診療科でどういうことを経験されたということをずっと追いかけていくようなデータベースということだろうと思います。私たちも、基本的には、研修の状況であるとかそういうものを把握するデータベースについては、すでに補助をしているところがございます。こういう方向性はあって良く、そういう形で皆さんがどういうキャリアを積んでいかれるのかというのがきちっとわかって、それを地域で共有していくというのは非常に良いことではないかと思います。

炭 山 各大学にそういう機能を持たせ、事務局も

大学に置きたいというのが、この提言の骨子ですよ。

釜 范 はい。

炭 山 調整機能は、複数校ある場合には大学の複数校が調整しながらやる。それはまた大きな括りで考えていくというご提言でございました。これは法的なバックアップ云々ではないと思うので、提言として、北波課長からも大変ありがたいご意見をいただいたと思うのですが、これについて何か。

杉 浦 地域医療支援センターは、それぞれの県によってまちまちで、大学に設置しているところと、県庁にあるところとがあります。大学に設置しますと医師主導となり、結構うまくいっていると思われま。我々の大学でも「地域医療支援センター」は医学部内にあって、学生の将来も含めてフォローしたいと考えています。しかし、我々の努力が足りないのか、学生によっては、縛られてしまうと考え、登録してくれる学生が少ない。我々としては、今まで各医局が管理していたのを、医学部として「フォローしましょう、登録してください」ということですが、それでも、「縛られるのはいやだ」という学生もいます。これはあくまでもサポートするもので、縛り付けて、それでその人の運命を決めるというものではないということをいかに学生に示すかというのがポイントになってくると思います。

炭 山 厚生労働省も、これをもしお認めいただくとしたら、縛りではないので是非登録しなさいということをオーソライズするべく手立てはあるものではないでしょうか。

北 波 医師というのは専門性が高い、また独立性も高い存在ですので、そういう点から言うと、行政が一律に網を掛けるというのが本当に良いのか、これは当然あるかと思います。ただ、一方で、地域における医師の偏在であるとか、医療提供体制にアンバランスが出てきているのを何とかしなければならぬというのは喫緊の話です。そこは地域医療の趣旨を理解していただき、医療というものの地域での存在意義はどうあるべきか、地域のためにはどうすれば良いのか考えていただく必要があります。それを進める雰囲気、または土壌をつくるというのは、おそらく行政の役割だと思います。

「地域医療支援センター」も、今、杉浦先生から

ご指摘ありましたように、県庁に置いている場合と大学病院に置かれている場合と、それぞれ特色はあろうかと思います。ただ、いずれにしても同じ目的でやっていただいていると考えておりますので、それぞれの利点をもう少し分析をさせていただいて活かすというのが大事だと思っております。

杉 浦 もう1つ、注意しなければならないのは、医学教育認証評価制度が始まりますと、出身校は卒業後も学生をフォローすることが必要となるように聞いていますので、早く取り組んでいった方が良いと思います。

炭 山 次の「出身大学がある地域での臨床研修」はいかがでしょうか。もともとは70～80%は地元で研修を受けていたのが、現在は40～50%くらいまで落ちています。特に地方ではそういう傾向が強いのですが、このご提言は、地域での臨床研修を義務づけるということでしょうか。

提言：出身大学がある地域での臨床研修

釜 范 義務づけということは現実にはかなりハードルが高いということもよくわかっておりますので、義務とか罰則ということは全くうたっていないのですが、少なくとも出身大学の地域で研修をしていただくことをみんなで取り組んでいくことによって、その実を上げていこうというのが狙いでありま。

それから、先ほどもすこし申しましたが、「医師キャリア支援センター」のところの(3)ですが、これも、「地域医療支援センター」へのお願いとして、情報の共有もそうですが、「地域の医師会及び医療機関と緊密に連携する」、ここが非常に大事でありまして、今回の提言は、従来大学が担っておられた地域における医師を適性に配置するという機能を、一時期非常に低下したその機能を、またしっかり拡充していただきたいという思いが背景にございますが、一方それは、それぞれの病院で臨床研修医を既に平成16年からたくさん集めて、自分のところで大学以外の病院で臨床研修の成果を上げてきたと考えておられる病院にとっては、むしろ医師を取り上げられてしまうのかという話が出て、非常にこの点は反対意見が出てくるであろうと予想されます。あくまでも公的

な医療法に基づく「地域医療支援センター」が全体をしっかりとコントロールして、それぞれの病院の意向をきちっと踏まえ、大学との関係を調整するという大きな役割を担っていただかないと、これは合意が得られないだろうと思っています。ですから、この「地域医療支援センター」という医療法に基づく公的な仕組みをいかにしっかりと機能させていくかということが、今回の提言が活きるかどうかにとって非常に大きな課題であると思っています。

提言：病院・診療所の管理者要件への医師不足地域での勤務経験の導入

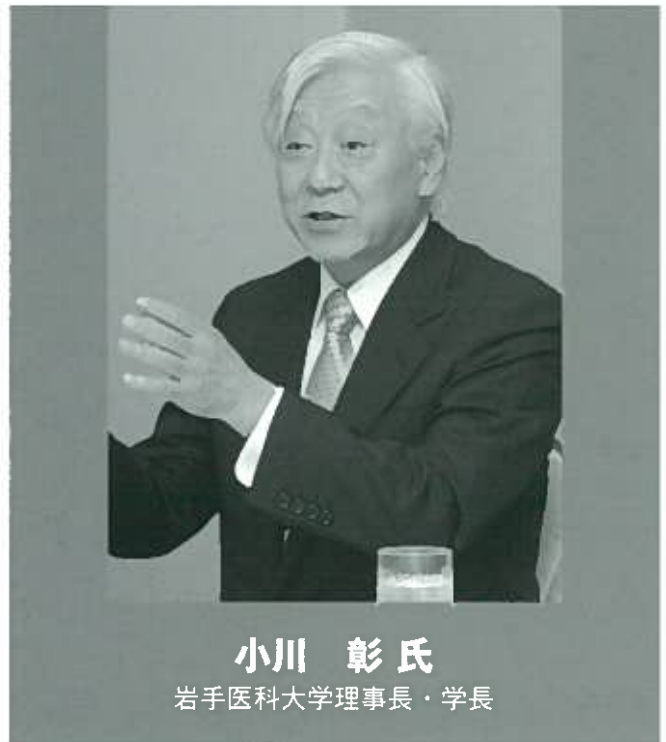
炭 山 そのことは、次の「病院・診療所の管理者要件への医師不足地域での勤務経験の導入」も同じような視点ですね。これを機能させるためには、「地域医療支援センター」の中でどのようにうまく指導体制を、あるいは法的なことをやっていただけるのか。今の時点では、先ほど北波課長がおっしゃったように、厳しい罰則があるわけではない。ただ指導は知事の命令で出ることであっても、病床機能そのものもそうですし、こういうことに対して義務づけているファクターはございませんよね。

北 波 ございませぬ。

炭 山 それを今回このような提言の中に、本来医師会は、こういうことに非常に悲観的な意見を出していたと思うのです。次の「診療科ごとの医療需給の把握」とともに、それを分離してバランスを整えてほしいというような提言は、私自身は、非常に画期的な提言を医師会が、そして全国医学部長病院長会議はやったのではないかと考えているのです。それは法的なオーソライズされたもののバックアップがない限り、2番・3番・4番に関しては、なかなか難しいというのが、いまの釜谷先生のお話だったと思うのですけれども、いかがでございましょうか。

北 波 管理者の要件にするというご提言は非常に効果が出る可能性があると思っていますし、地域の医師不足・偏在に対する強い危機感を持っておられるところが、私たちとも思いを1つにするものだと思っています。

また、単純に（地方勤務を）義務づければ良い



小川 彰氏

岩手医科大学理事長・学長

という話ではなくて、キャリアの中で絶対にこういう経験を積んでいただくことが必要であるということは非常に大切な話だと思います。それを1つの要件として取り扱うというのも、1つの手法であると思っています。

もう1つは、制度的にそういうようなことで対応する側面とともに、医師一人ひとりの立場からみても、長いキャリアの中で欠かすことのできない部分であるという意識を持っていただくこと。それから、全体としてバランスを持った人材を育てていくということからもご提言の方向性は思いを同じにするといいです。

炭 山 ありがとうございます。今の北波課長のお話で、制度化も大事だし、もう1つは各医師が地域偏在とかそういうことに対して義務感というか、そういうモラルをなかなか持ってもらえないということが、1つあるかと思っています。初期臨床研修制度が始まって一番の問題はそこではないかと思うのです。例えば基礎に行っていた医師が初期臨床研修を終わらなければ全てだめだと。将来開設か何かのときには、これがハザードになる。それと同時に、もっと簡単なところで終わるようなところを経験した人間と、救急領域と産婦人科みたいな、私、外科医ですが、そういうところというのは、従来そういうことを知らないままスッ

と入局していた者が、初期臨床研修制度を義務づけて2年間のうちに、そういう本来の医師が持つべきモラルといいますか、目標ですね、私などは入学のときから外科ということしか頭になかったのですが、それがどうも崩れやすい土壌ができてしまっている。今北波課長がおっしゃったように、医師一人ひとりに、そういう意識を植え付けるような教育というのは非常に重要だと思うのです。小川先生、こういう過程を提言するときに、そういう話がきっとディスカッションの中にあっただと思うのですが、いかがですか。

医師は生涯学習が必須、プロフェッショナルオートノミーとして自主的に自分たちがやらざるを得ない

小川 今の話は全部連動しているのです。臨床研修制度の発足とも連動しています。臨床研修制度以前は、地方の大学でも卒業生のかなりの部分が大学に残って、大学の中で学位や専門医など卒後のさまざまなキャリアパスをすべてクリアしてきたわけです。そういう意味では、先ほどの「医師キャリア支援センター」のところで話が合ったように、医籍登録番号を持っている医師が、生涯の中でどういうキャリアを持って、どこで研修をして、何をして、現在こうあるのだということが未だに把握されていないということに、この提言をまとめるときに愕然としたわけです。

先ほど炭山座長からもお話ありましたように、医師というのは生涯学習が必須です。医学・医療・生命科学の世界は5年・10年経てば、今の常識が非常識になる時代でありますから、生涯にわたって学習をしていかなければ、国民の負託に応えられるような医師になれないわけです。そのために必須な生涯学習ですが、どこで学習をして、どこで仕事をして、どこで専門医を取ってということすら、個々の医師に関しては把握されていなかったということが極めて問題なのです。そういうことをベースにして「医師キャリア支援センター」構想というのが出てきたわけです。

もう1つは、医師の意識を高めることによって自分できちんとやっていただきましょうと言っても、それはなかなか難しい。ところが、一方で、これを行政に任せるということになると、プロ

フェッショナルオートノミーが崩れてしまう。やはりこれはプロフェッショナルオートノミーとして自主的に自分たちがやらざるを得ないのです。この悲劇は実は明治時代まで戻るのです。要するに、医師会法という医師法が帝国議会に出されたのが明治32年だったと思うのです。そのときに当初は、医師会は必ず設立をすることというのが義務としてあって、医師会員であることが医師としての医業を成すための条件であるというのが、最初に出ていたわけですが、それすら崩れてしまった。

これを比較してみますと、法曹会ではきちんとしたプロフェッショナルオートノミーが維持されているのです。法曹会では、弁護士会に入らなければ弁護士はできない。そういう意味では、行政が強制的に何かをさせるということではなくて、自らが自らを律して、そういうようなシステムができ上がっている。それが医師の中にはなかったということが極めて問題です。臨床研修制度前は、実は地方の大学をも含めて大学がその任を担っていたわけです。卒業した学生が医師になって、どのようなプログラムでキャリアパスを獲得していくのかというのは、医局が大体把握をしていた。それが臨床研修制度以降全く崩れてしまって、結果的には根無し草医者と言いますか、どこで何をしてきたのかも全然わからないような医師がお給料だけで釣られてあちこちの病院を転々として歩いているというような事例が極めて多くなっているということが問題になっているわけです。

これは卒前医学教育から卒後の生涯学習の在り方を含め、臨床研修をどこでやるかとかそういうことも含めた全部の問題に関わっているのだろーと思っています。

炭山 シームレスな医師養成教育ですね。これは最後のほうでお話し合いしていただきたいと思っているのですが、今小川先生が言われたように、どこで医師としての自覚というか、そういうものを持たせるか。これは卒前教育から始まりますよね。国家試験のあり方も問われるでしょうし、かつその後の研修制度も問われて、そして専門医も問われる。こういうようなところで行くわけですが、今のお話で考えれば、やはり卒前教育の中ですね。今のような歴史問題も含めたいきちんとした教育をして、本来医師が持つべき道徳観というか、



倫理観というか、あるいは義務感というか、そういうようなものがどのように教育に活かせるかということは非常に大きいのではないかと、今思ったんです。そのあたりのことについては、先生は現在医学部長でいらっしゃいますが、どうですか。

地域の期待に応えられる倫理観、使命感の必要性

杉 浦 おっしゃるように医学教育を通じて、地域に対する愛を持たせ、医師としての倫理観をどう教育するかということは大事だと思いますけれども、もう1つ、入口のところでどういう学生を採るかということです。入試ですよ。地方大学というのは、中央から見ればあまり魅力がないのかもしれませんが、多くの受験生は、親、予備校や高校の先生から言われた、あるいは偏差値で受験してくるわけです。そのような学生の多い後期試験をなくして、AO入試を始めました。地域の期待に応えられるような倫理観、使命感があるかを、2日間かけて、グループワークと面接で態度・習慣領域を評価しています。AO入試合格者にはセンター試験を課しませんが、入学後の追跡調査でもAO入試学生の留年率や国家試験の成績は一般入試学生と比し、決して劣るものではないです。

炭 山 AO入試はいつから取り入れたのですか。卒業生は出ていますか。

杉 浦 平成21年からAO入試の卒業生が出てい

ます。

炭 山 その卒業生は、しっかりとした、今のよう
な意識を持っておられますか。

杉 浦 持っていると思います。AO入試出願の
資格は全国の現役と一浪です。AO入試を始めた理
由は、偏差値によって高知大学に入学してきた学
生の中には、医師となるモチベーションが続かず
ドロップアウトする、あるいは指導教員にすごく
手を掛ける留年者や退学者がいたので、AO入試で
30名を確保する方向に持っていったのです。

もう1つは、学生は入学時には「私は地域の小
児科医になりたい」、「婦人科医になりたい」と言
いますが、卒業時はそうとは限らないのです。そ
こで、卒業後も地域での臨床研修という面から、
地域医療に対するモチベーションを続けさせるた
めに、学生時代に地域の基幹病院で働いている婦
人科の先生や小児科の先生の姿を見せ、モチベ
ーションを持続させることもやっています。

炭 山 入学者の選抜におきましても、そういう意
識の高い人間を選ぶ。どこの大学でも、そういう
学生を採りたいと思っているし、採っているつも
りなんですよ。面接を必ず私どもの大学も取り
入れているのですけれども、言うことは、まさしく
先生言われたように、将来私はへき地へ行きま
してとか。

杉 浦 面白いデータがあります。2日間かけて行
う2次選抜で、教員5名による個人面接点とその
前日に、テーマを与えて調べさせ、発表させるグ

ループワークの点数が相関しない。

炭 山 それはどういうことですか。

杉 浦 面接とテーマを与えて自分たちで調べ発表する過程で、そのグループの中での位置関係やコミュニケーション能力をチェックするグループワークとは異なります。面接とあわせてグループワーク実施が重要と考えます。受験生は面接の訓練をしてきます。高校でも、予備校でもそうです。

炭 山 松崎先生、何か意見ありますか。

松 崎 「学校に制度があれば、学生側には対策がある。」わけです。次の年からは対策が生まれます。同じ選考を課しても、得られる結果が変容してしまうというのは、受験戦争でもあったと思いますし、イタチごっこです。だからこそより良い入試改革に医学教育関係者が今現在従事していると認識しています。

炭 山 学生時代にそういうような教育をしても、最終的には国家試験に受かって、自分は資格を持った。それで初期臨床研修に入って、いろんな場面を全部見て回る。そうすると、入学前の意識と、学生時代の意識と、国家試験が終わった後の意識と、初期研修が終わった後の意識というのは、だんだんとすごい変化をしているのだと思います。それが実態ですよ。ですから、医師としてのそういう意識を持たせながら、へき地へ行くというようなことを思って、そのまま頑張るような医師というのは、期待はしますけれども、なかなか難しい。地域卒の卒業生が現実には地域卒に残っているかという、やはりこれは一般入試で入ったのとは全然違います。一般入試が、その地域に残る学生は50%台です。ところが地域卒で入った子は80～90%ぐらいが残っているのです。ですから、何かそういうインセンティブを付けて、そういう卒を付けて送り出してくれない限り、なかなか難しい。したがって、今回の提言であるように、出身大学あるいは地域で臨床研修をすれば、医師不足地域での勤務経験の導入とか、あるいは診療科ですね。この需要供給のバランスを考えてやるかという提言はすごく理想的だと思うのですが、これが実現化すれば、今の地域卒の卒業生がきちんとそういうところの地域に根付いているということと同じように、これがきちっとオーソライズされた法的なバックアップがあれば、相当地域偏在の解消につながっていくだろうと思う

のです。

医師の数ですとか総論的なことはもう語り尽くされていて、結局はそれが奏功しない。いくら医師数を増やしても意味がなかった。各論にしても、机上の各論的な話で終わっていて、現実味がなかった。しかし、そんな時でないだろうと思います。したがって、今回のように提言を出して、それに対してオーソライズしてもらおうべく法的なバックアップを厚生労働省がしてくれるということはすごく大きいと思うのです。まさしく北波課長がおっしゃったように、制度だけではなくて、医師の意識改革も大事だということはすごくわかるんです。我々もそれに賭けたいのですけれども、なかなかそれだけでは難しいということです。

海外における専門医制度

資料の3番に「海外の専門医制度」が5カ国出ているのですが、実質どれを見てもハッキリしたものは出ておりません。ドイツに関しては、日医総研の田中先生が出してくれているように、各州の医師会が専門医の研修病院、指導医、教育カリキュラムに関する認定、専門医の受験資格、試験、資格更新に関する認定の権限を有している。一番下に「専門医配置の調整」というのがありますが、保険組合が遠隔地への医師誘導のインセンティブをとる。ベルリンのような大都会では開業希望者が多いため、保険組合が制限を設けている場合もある。ということがあります。イギリスは、ジェネラルフィジシャンに対してのみもこういう規制をかけていて、GPの配置は国の基準で決められている。ポストは全国に満遍なく作られている。これはGPにだけ特化している話です。

アメリカは、私も留学経験していたのですが、当時から地域によって、例えばハワイとかフロリダとか、カリフォルニアとか、気候温暖で風光明媚なところは人気がある。私、30数年前の留学ですが、そこは当時からそういう制限をかけておりました。ドイツと同じように州が強い権限が持っていてやっていたのだと思いますが、そこでは、外科医はここまでしか入れませんよとか、そういう卒を設けております。

ただ現実、息子はまだメイヨークリニックから



帰ってきてそんなに長くないのですけれども、話を聞きますと、ACGME（アメリカの医師卒後臨床研修プログラムを評価・認証する団体）の研修制度を使いながらやっているけれども、そんなに厳しい規制はない。だからあまり大きな変化がなくて、むしろ経済的インセンティブを付与することによって対応している。これは保険会社も入っているようです。それである程度の効果を上げる。あそこは保険が全部カバーできていませんので、医療制度そのものが日本とは根本的に違うということもありますけれども、各国がいろんな取り組みをやっているの、なかなかオーソライズするのが難しい。

ドイツのあり方というのは、別に冊子がありますけれども、この中に結構詳しく書かれています。医師会が、しかも連邦医師会ではなくて各州の医師会が強い権限を持ってやっているというのは画期的なことではないかと思いました。しかし、逆に医師会がそういうことをやろうとしても、国が各地の医師会あるいは日本医師会がやろうとすることに「ノー」と言われれば、これはできない話です。そのあたりはドイツではどうなのかというのは、この冊子の中に出てきません。国とどういように連携プレーをもってやっているのかというのはわかりませんが、いずれにしても州の医師会が、いろいろな専門医研修に関して規則の作成、専門医試験の実施・認定、そういうことをやっている。連邦医師会はどうするか。唯

一やっている事は、全てここが最終的には協議を行って、全国統一のルール作りをしているというのが、この中に書いてありました。

別冊の5頁を見ていただきますと、表のちょっと上ですけれども、「医師には、医業を行うもしくは居住する州の医師会への強制加入が義務付けられ、加入した医師の会費・手数料で州医師会が運営されている」。これは強制加入です。したがって、国もこれは認めているのだと思います。ただし、懲戒する云々というようなことは州の医師会には持ってないです。連邦医師会も懲戒権というのは有していないということが書かれております。だから、そのあたりのコントロールはどうしているのかというのは非常に難しいのですけれども、次の6頁の半ばぐらいです。「医師免許取得後の専門医研修（卒後研修）をめぐるのは、州医療職法に基づき、州医師会が研修と専門医認定の権限を有していることが大きな特徴である。ただし、医師会は専門医の配置の決定や数の規制などは行っていない」。一方ではこういうことも書いてある。「専門医研修を受ける研修医の定員を法的に規制もしていない。専門医研修医規則（卒後研修規則）は、州医師会の作業共同体としての性格を有する連邦医師会によってモデルが作られる」。したがって、全国統一のものがあろうことがうたっています。

ですから、文言を理解していこうとしたときに矛盾するような言葉で括られているのですけれど

も、最終的に要約した中であるように、ある程度インセンティブをつけながら、特に大都会では保険医組合が関わっているというので、わかりづらいのですけれども、そういうコントロールタワーになっているということがわかりました。

ですから、何かどこかで、医師会なり、あるいは日本で厚生労働省が、そういうコントロールをする権限を持っていないと、各国で苦勞していると同じように、なかなか難しいのではないかと思います。

したがって、今回の提言であるキャリア支援センター構想、あるいは地域での臨床研修、勤務経験の導入、診療科その他の医療需給の把握に伴う配置、そういうことを実行に移すためには、どうしても法的な格好が必要だということになってしまっているのですが、いかがでしょうか。

国による制度的対応は？

北 波 制度的対応にはいろいろなレベルがあります。直接的に義務付ける方法もありましょうし、そういう環境づくりをするための組織を制度的にきちんと担保していく。「地域医療支援センター」を少し発展させるような形かもしれませんが、いろいろな形が考えられると思います。

もう1つ重要なのは、個々の医師のモチベーションが下がらないようにすることが大事です。そうでありながらも、地域や診療科で不足しているところに行っていただくための手立てを実効性のある形でやる。幾つかのアプローチがあると考ええるとともに、まさに職の独立性（プロフェッショナルオートノミー）との関係もあります。そういうところを全部整理していかなければならないと思います。

炭 山 このことについて小川先生。

小 川 なぜ国によってこれだけ大きな違いがあるかということですが、大本には医療制度の違いがあるからです。お金の出され方が違うからです。米国の例えば脳外科などはすごい高収入ですからギルドになっています。脳外科医を多くつくらない。それは自分たちの利権を守るためにそうなっているわけです。

炭 山 心臓血管外科医もそうですね。

小 川 そうです。ギルドなのです。自分たちの収

入を守るためには、専門医数を増やさない方が得策だということで、そういうようになっているわけです。イギリスは逆に、国の管理がものすごく強く出すぎてしまって、結果的には非常に有能な医師はイギリス本国からみんな逃げてしまうわけです。「大英帝国」ですから、例えばカナダとかオーストラリアだとか、さまざまところにイギリス出身の有能な医師は流出してしまっています。現在のイギリスの医療を支えているのはインドなど国外の医師です。ちょっとおかしいわけです。

ドイツあたりが一番理想的だと思います。プロフェッショナルオートノミーとして医師会が機能しています。そういう意味では、医師自らが自主的にやろうとするのであれば、医師会に強制加入をするというのが、本当は一番理想的な姿であり、法曹会でやっているような形になってしまえば非常に良いのですけれども、それは法律改正が必要ですから、非常に長い時間がかかると思います。

そうすると、すぐには医師の地域や診療科偏在解消にはなりません。緊急的な対策にはならないのだけれども、先ほどの資料1の一番目の「医師のキャリア支援センター」というところで、卒業生というか医師になった方々が、どういう形でキャリアを蓄積しているのかというのを、まず把握をするところから始めなければなりません。今後、最も重要なことは医師になって医籍登録番号を持っている方々が、どこでどういうキャリアを持って、どういう勉強をして現在あるのかということ把握するところから始めないと解決しないのだらうなと強く思います。

小 栗 本協会が平成21年に全私立医科大学卒業生に対して実施した卒業後動向の調査結果では、卒業後10年で7割以上の方が勤務医として働いておられ、卒業20年でも約6割の方が勤務医として働いておられる実態が現れています。このような調査はキャリア支援ではないけれども、把握の一旦ではないかと思っています。

小 川 私立大学を卒業した医師は、開業して地域医療にあまり貢献していないのではないかとというような批判がありました。私立医科大学協会が調査をしてみたら、国立大学よりもはるかに私立大学のほうが地域の病院に勤めていて、地域医療に貢献をしているというエビデンスが出てきました。

炭 山 私学は分院を持っていますからね。国立は1校ですけれども、私学の場合は分院がそれぞれの地域に貢献をしているということですね。

釜 范 今、プロフェッショナルオートノミーの中で法曹会と同じように医師全員が加入する形の医師会ということのお話をいただきまして、医師会として出てまいりました立場としては、その方向は大変心強いお話なのですが、小川先生が指摘されたように、それがすぐに実現するわけでもないと考えております。

医師全員の加入する組織というのは、医師の将来を決めるためにさまざまな意見を活発に出し合えるような仕組みが作れないかなということですね。その中で、もちろん日本医師会がしっかり役割を担いたいと思っておりますけれども、医師全体が加入する組織が、今後の医師のあり方について自主的に考えて、方向を決めていくということが望ましいと思っております。

それから、キャリアのフォローについては、医籍登録を行った後で、厚生労働省が、個々の医師の動向を毎年チェックするという方法があります。今はインターネットも使えるから、郵送によるよりコストが下がるかもしれません。例えば2年間、厚生労働省へのレスポンスがなければ、とりあえず医籍をそこで止める。止められた場合には、その後きちっと解除の手続を踏むことによって、また医師として働けるというような、そんなことも考えました。それよりは、むしろ「医師キャリア支援センター」の出身大学における調査のほうが効率が良いのではないかなと考えます。その場合には、登録拒否という人が出てくる可能性がありますので、出身大学の「医師キャリア支援センター」に登録することが義務付けられるということについて、早く同意の形成が得られていくようにしなければいけないと思います。

炭 山 希望でもあるわけですね。

釜 范 そうです。希望ですね。是非そうすべきだとは、なかなか言えないですけれども、そういう方向でやっていくのが、一番コストもかからないし、効率がよいのではないかなと思います。

小 川 これからのことを考えれば、各大学の卒業生を各大学がきちんと最後まで把握をしていくということやっていけば良いわけで、それはできると思うのです。ただ、それではデータが集まっ



松崎 淳人氏

東邦大学医学部教学 IR センター長

てくるためには、かなりの時間がかかります。卒業後20年後の方をチェックするためには、これから20年後にしかできないことになります。そこで、2年毎に実施されている医師・歯科医師・薬剤師調査（以下、三師調査）を医籍登録番号と紐付けをして、実際にどこでどのようなキャリアを現在やっているのかということ調査するのが、効率が良いのではないかと思います。

炭 山 課長からお答えいただく前に、釜范先生。

釜 范 日本医師会としては、これまで決してそのことに容認はしてなかったのです。きちんと管理されることに対しては非常に反発が強く、それを「やってください」と厚生労働省にお願いすれば、たぶんすぐやってくださると思います。

炭 山 医師会会員そのものが反対していたということですね。

釜 范 そうです。そういう管理の体制はいやだということがあって、三師調査も、そういう形では利用されてこなかったということがありますが、今回の提言にそのあたりの合意形成を目指しております。

炭 山 今「マイナンバー制」が取り沙汰されていますが、それも含めて、課長いかがでしょうか。

北 波 直接的にお答えするのは難しいと思うのです。結局、調査ものは統計データとして処理され

ますが、その目的がございます。今のご提言というのは、まさに当初の目的とは別のことに使うことになりますので、相当議論が必要になってくると思います。こういうものをやるべきだという方もおられれば、懸念を持たれる方もおられる。行政というのは、そういうところをきちんと整理をしないとなかなか踏み出せないのですが、方向として、そういう活用方法もあるのだというところは当然ありますので、もし具体的な提言としてあるのであれば、それは何らかの対応をする話になると思います。

炭 山 今回の場合は、「医師キャリア支援センター」の場所が各大学に付託するということですよ。事務局をそこに持っていくということからすれば、小川先生言われたように、あるいは釜范先生言われたように、そんな大変なハードルではないのではないかと思います。従来、例えば医師会なら医師会とかそういうところに強制的に入会させて、あなた方のキャリアパスを全部把握するのだという、何となくいやな感じで取られるかもわかりませんが、生涯にわたってあなた方の面倒を大学がみるのだ、そのためのキャリア支援センターですよ、ということをやうまく説明して登録させるというのは、そんな大変なことではないのではないかと思います。ただ、それを厚生労働省が、政府が、国が、「それはどうか」と言われたらできないけれども、そうでなくて、今のよう「それは良いことではないですか」というように受け入れていただけたらしたら、各大学に登録するということは、そんなにハードルが高いものではないのではないかと。そこへの持って行き方は、各大学の努力で十分に行けるのではないかと、私は思いますけれども、いかがでしょうか。

杉 浦 次の入学生から、入学式の時に登録を始めるのが一番手っ取り早いと思います。診療科の選択ですけれども、炭山先生が先ほど言われたように、我々の時代では入学の頃から「外科医になろう」などと決めていた人も多かったのですが、最近の若者気質というのはなかなか決めない。臨床研修をして、最後にポツと決めるから、なかなか我々には予測できない。あれが、今の若者の気質なんですかね。いかがです？

松 崎 私は、過去に7年ほど臨床研修センターの業務に従事しておりました。最後の最後のギリギ

りまで決まりません。時には一度後期研修で入局決定が済んでから、やっぱり変えていただきたいという事例を100名に1～2名程度の頻度で経験したことがあります。

炭 山 今もそれは変わらないと思います。三師調査制度を医籍登録番号とともにうまく使おうといっても、そこに反対するのを、国としては、完全なコンセンサスが得られないと、うまくそれを使うということも難しいということもあるということですね。

北 波 どういうように議論を進めるかということにかかると思います。方向として、要するにキャリアをきちんとフォローしていくと、それが個々の医師の活動に資するものであれば、当然ながらその方向に持っていくということは正しいと思っております。

炭 山 先ほど言ったように、各大学が登録制を導入して、「医師キャリア支援センター」を機能させようという動きに対しては、国、厚生労働省は、特に反対ではなくて、むしろ応援していただいているという感覚でよろしいでしょうか。

北 波 はい。

炭 山 そこは異論のないところだと思うのですが、何かもっとこうしてほしいということございいますか。

釜 范 先ほど炭山先生のご指摘の中にマイナンバーとの関係というのがありました。既に文書で書かれている中に、数年後に医師免許とマイナンバーを結びつけるというのが載っています。一方、日本医師会が提唱しております医師認証制度がありますので、今後整合を図る必要があります。

シームレスな長期医師育成制度における新医師臨床研修制度のあり方

炭 山 北波課長、お答えいただく問題ではないかもわかりませんが、ぜひお含みをいただきたいということです。よろしくお願いいたします。

6番のところでマイナンバー制も含めてお話しいただきたいと思っていたのですが、大きなテーマとしては5番「シームレスな長期医師育成制度における新医師臨床研修制度のあり方」です。今のものを大きく改善してもらいたいとか、あるいは廃止をしてもらいたいという動きの中で、もう

一度、卒前教育、国家試験のあり方、そして臨床研修制度、専門医制度のあり方についてご議論いただければと思います。

資料4を見ていただけますでしょうか。左側に「医学部教育（6年間）」、「医師国家試験」、「卒後臨床研修（2年間）」、「専門教育」、「生涯教育」と縦の列がありまして、横に平成12年～25年までに亘る今までのいろいろな、「モデル・コアカリキュラム策定」、「共用試験の試行・実施」、4年ごとに見直されておられる「医師国家試験改善検討部会」、「出題基準改定」、そういうことが網羅されていて、そしていちばん下に「卒後臨床研修」が2004年から現在11年目に入っているということでもあります。

一度は、平成21年に「卒後臨床練習制度の見直し」がありました。この中で卒前教育の果たす役割ですけれども、4年のときに現在はCBTとOSCEを実施して、これを全国統一のものでやっているということです。残りの5年・6年が臨床実習という形で2年間経過するのですが、現実には5年はしっかりと臨床実習をやっているようですけれども、しかし実習のあり方は各大学でまちまちであって、それぞれの力量に応じた、実情に応じた臨床研修を5年でやる。5年から6年というのは、本学のように知識力だけを試す進級試験があるのですが、一切OSCE等はやっていない状況です。国家試験でももちろんOSCEは取り入れられておりません。平成30年の国家試験に向けての出題基準改定、医師国家試験の問題のあり方を検討されたようでして、直近の話ですと、平成30年の国試からは、今の3日間を2日間にして、問題数も500題から400題にする。それはわかるのですが、もう1つ大事なOSCEですね。そういうもののテストは国家試験に入れるのかというと、それは国試の中に入れる予定がない。したがって、CBTとOSCEを4年のときにやって、それでやりっ放しで6年の国家試験まで来てしまう。しかも、こと臨床実習、これは技能を養い、態度をしっかりと養っていく。さっきの医師のモラルですね。大事な部分なのですが、そこに関しては各大学に6年のときはお任せで、ほとんど形骸化しているという実態がわかりました。本学でも、臨床実習を6年のときは数カ月しかやらない。2カ月のところもあれば、全くやってないところ



小栗 典明氏

日本私立医科大学協会事務局長

もあれば、一番長いところでは6カ月ぐらい6年のときにやっているという実態がわかりました。

したがって、ある程度形骸化している中で臨床実習のあり方というのは、まさしく医師のモラル、技能、態度に大きく影響しますので、ここをどうしていくかということ。そしてOSCEを6年のどこかできちっと国家試験並みの統一基準をもってやっていけるのかということは、やはり大きいと思うのですけれども、このあたりについて先生方のご意見があれば。卒前教育がしっかりとできれば、卒後臨床研修はむしろ軽くて、あるいはなくてもよろしいというような意見もあるやに思います。

小川 全国共用試験の位置づけは4年生までの座学である知識が5・6年生の臨床実習実施に十分かをチェックしています。一方、この全国共用試験の到達目標と国家試験の合格基準と、さらに初期臨床研修制度の2年間の到達目標がほとんど変わらないのです。

これに関しては資料4の平成21年度から「卒後臨床研修制度の見直しに関する検討会」が行われて、5年目の見直しに関して提言が行われたわけです。これは当時の外添厚生労働大臣の強いイニシアティブで初めて厚生労働省と文部科学省が合同委員会をつくって実施した委員会です。実は

このときに、5年でさまざまな臨床研修制度の社会的問題点が見つかり、報告されました。しかし、このときには、制度発足5年しか経っていないので臨床研修制度の抜本的見直しまでは行かなかったのです。一方、これを受けて、文部科学省では医学教育カリキュラム検討会が立ち上がり医学教育の改善(『医学振興』第80号の4頁～5頁「IV. 文部科学省医学教育カリキュラム検討会における医学教育の改善」)【資料1】*文部科学省より出典)の意見の取りまとめで幾つかの有効な改善方策が提言されました。しかし、残念ながら行政の中ではこれが5年間全く動きませんでした。これを動かしたのが全国医学部長病院長会議で、全国共用試験を全国80大学が同じ基準で評価し、「スチューデント・ドクター」という称号を出しました。称号授与は国あるいは共用試験実施機構でやってもらいたかったのですが、どちらからも断られ、全国医学部長病院長会議が出すことになり、来年から本格実施されることになりました。合わせて卒前の臨床実習における学生が実施できる医行為も整備されました。

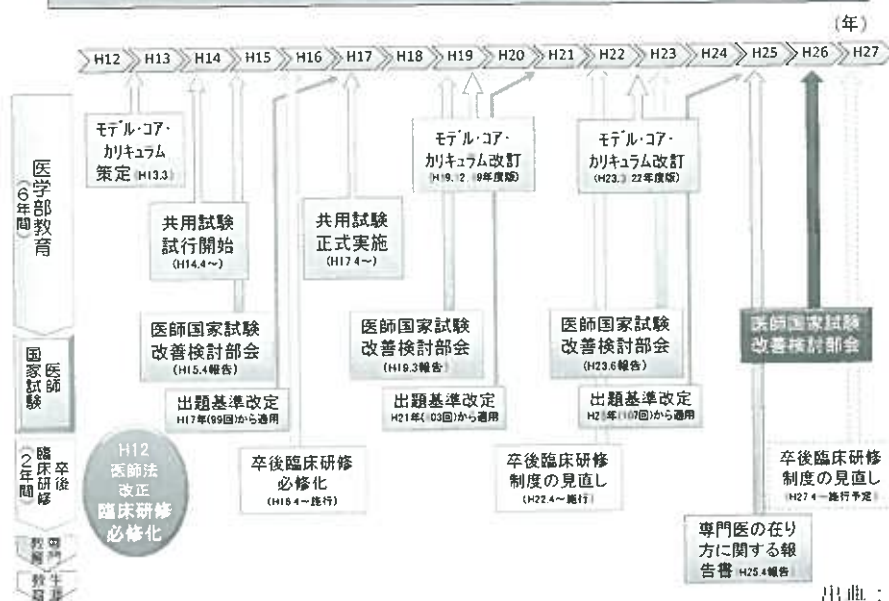
見学型臨床実習ではなくて診療参加型臨床実習にしようという掛け声は長らくありました。しかし、医療安全とか、学生の医行為で事故があったとき誰が責任をとるかなどの問題から、後退を余儀なくされたという不幸な現状があります。臨床実習でできる学生の医行為を整理し、スチュー

デント・ドクターという称号を与えて臨床実習をさせることによって質の高い実習が可能となりました。これに関しましては、医学教育も国際水準での評価が求められ、日本医学教育評価機構ができ、今年度中にスタートします。国際標準からすれば、そのような臨床実習を実施するのは当たり前で、臨床実習を充実する流れになっています。卒前の臨床実習の充実によって、初期臨床研修はほとんど必要なくなってしまうのです。

実は、「初期臨床研修の廃止を含めた抜本的見直し」において法律を変えろと言っているわけではないのです。医師法の中で「初期臨床研修」とは言っていないのです。「臨床研修」と言っているのです。「臨床研修をしなければならない」。だとすれば、その臨床研修が初期でなくて後期のレベルの研修で良いのではないかと主張しているのです。すなわち、初期臨床研修を発展的に解消して後期臨床研修に組み変えてしまえば、現在より早く国民の求める「良いお医者さん」を養成できることになります。その結果、医師不足にも、医師偏在にも寄与出来るのではないかとということなのです。

炭 山 研修制度をなくすというのではなくて、初期臨床研修制度そのものの期間を前倒しにして、卒前教育の中に何とか入れ込んでしまえないか。そこはスチューデント・ドクター制が既に認められているから、今でも50項目中39ぐらい医療行

卒前・卒後の医師養成過程を巡る近年の動き



出典：厚生労働省 HP より

為が認められているのですけれども、問題は残りの部分なのですね。例えばステントを入れるとか、極めてリスクを伴うような医療行為をどうするかということが残るのですが、医学部長である杉浦先生は、卒前教育に初期臨床研修内容をうまく実態として組み込めるかどうかということに関しては、基本的にどうですか。

杉 浦 卒前教育にどこまでの医療行為を取り入れるかは別として、Post Clinical Clerkship OSCEは、これから臨床研修医になる準備ができていますかということを見ているわけですから、診療参加型の実習終了後に必要だと思います。知識・技術だけでなく、医療人としての態度を含めてチェックすることが必要です。また、各大学で行っている卒業試験が、科目ごとの知識を問う問題から医師として必要な能力を総合的に組み込むことが重要です。学生からすれば、6年生のうち卒業試験で2〜3ヵ月、国試対策で半年以上取られてしまう。それでは、診療参加型実習から離れてしまいます。また、国家試験の内容によっても、前倒しできるかが決まってくると思います。

卒前教育に初期臨床研修の内容を組み込む場合は、患者さんに対する説明や事故があったときの補償、スチューデント・ドクターで良いのですかというような問題が出てくると思います。これから国際認証で診療参加型臨床実習が増えて変わってくると思いますが、医師国家試験の負担軽減策とあわせて、6年生をどう過ごすかということが決まってくると思います。

炭 山 国家試験のあり方と同時に OSCE の取り入れ方をどうするかというのは、先ほど申しましたとおり、卒前教育の中に初期臨床研修を移行するというプロセスの中にも絶対検討が必要だということのご意見だったと思うのです。すぐにそういうように変えていくというのは難しいかもしれませんが、そういうことが我々の間では話し合われているということとはご認識いただければと思います。

釜 范 医師臨床研修、卒後2年の研修が必要ないのだというようなことが誤って伝わっていますね。それで、現在の医師臨床研修制度がいらぬというようなメッセージになって伝わるようでは、ちょっと困るなということがあります。既にこの合同委員会でもその件が小川先生からお話があって、小川先生のおっしゃるとおり、その点

については了解をしています。

ただ、今現在、卒後2年間に身分保障があつて、しっかり研修に専念できるというこの制度は、これが確立されるまでに非常に難しかった経緯もあつて、これは決してやめるべきではなく継続する必要があります。ただし内容について、前倒しで前にやったことをまた同じように繰り返すことは必要ないということについては了解をしております。

北 波 卒前教育や、試験の問題とか、それぞれのところで検討が行われており、私たちもオブザーバーという資格で文部科学省と一緒に参加することもいたしております。

臨床研修についても、結局どのような到達目標を設定し、どう評価するのか。こういうことについて、現在、厚生労働省の中でワーキンググループを編成して検討しておりますし、まさにどういう目的で、どういうところを到達目標にすれば良いのかというのを、次の見直しに向けて検討していることだけはお伝えしておきます。

炭 山 ありがとうございます。

小 川 先日の医道審議会医師臨床研修部会でも話題になりまして、どうやって抜本的な見直しをやっていくのかと。そのプロセスをどうにかしてほしいということをお願いをしているところです。

北 波 基礎的な研究も進められていますので、そういう結果も踏まえて制度的にどう対応するかということを考えていくということです。

小 川 全国医学部長病院長会議では、臨床研修制度ができてすぐに「地域医療に関する専門委員会」を立ち上げ、臨床研修修了後の帰学率を調査してきました。

〔『医学振興』第80号3頁【図1】〕臨床研修制度の影響は小都市圏域で顕著に表れています。小都市圏域とは50万人未満の都市が県庁所在地になっている県です。制度発足前は74.2%の卒業生が大学に残っていた。制度発足後は30%台に落ちてしまつて、それが回復していないというのが、右側のグラフから見て取れるわけです。現在でも36.6%で回復は見られていないのです。したがって、地域医療が崩壊するのは当然なわけです。この点、今後、臨床研修制度をどういように改革するのが極めて重要です。

炭 山 これは、今、課長も言われたように取り組んでくださっているということです。

次に専門医制度です。これについては皆さん注目をしていると思うのです。資料5を見ていただくとわかるのですが、「地域医療との関係」というのが、「新たな専門医に関する仕組みについて」というところでも検討会報告書概要でこんなに大きく取り上げているのです。

新たな専門医に関する仕組みについて—地域医療との関係—

(地域医療との関係)

- 専門医の養成は、第三者機関に認定された養成プログラムに基づき、大学病院等の基幹病院と地域の協力病院等（診療所を含む）が病院群を構成して実施。
- 研修施設が養成プログラムを作成するにあたり、地域医療に配慮した病院群の設定や養成プログラムの作成等に対する公的な支援を検討。
- 専門医の養成数は、患者数や研修体制等を踏まえ、地域の実情を総合的に勘案して設定。
- 少なくとも、現在以上に医師が偏在することのないよう、地域医療に十分配慮。

このうたい文句は非常に地域医療に対する肩入れをした制度になったのです。でも、一番上（専門医の養成・認定・更新）に書いてあるように、「いずれか1つの専門医を取得することが基本」であって、「専門医の認定は、経験症例数等の活動実績を要件とし、また、生涯にわたって標準的な医療を提供するめ、専門医取得後の更新の際にも、各領域の活動実績を要件とする」としているのです。

とすると、地域、地方において本当に専門医に必要な経験症例数を重ねることができなのか。更新にもこれが必要であるといった場合に、専門医制度をしっかりとやった挙句には、地域偏在がさらに拡大するのではないかという恐れを持っているのです。この文章からすれば、持たざるを得ないと思うのです。下には「地域医療との関係」と強くうたってはくれているのに、上を見ると、実態はここだと思ふんです。現在の専門医制度がそうですから。したがって、実績があるところの中央に集まるという傾向が強いです。

ここについて松崎先生、参考資料もあるかもわ

かりませんが、専門医制度の仕組みについて何か意見がありますか。

松崎 専門医制度については、過去には厚生労働省医政局医事課に在籍時代は所掌として関わり、現在は一大学人として専門医機構の総合診療専門医WGの委員として、私は協力しております。

例えば基本領域の内科の領域ですと、今までは協力病院と連携病院というところから、特別連携施設といったところが新たに整備基準の中で出てきました。総合診療専門医につきましても、地域医療の配慮といったことは極めて密接に関係いたしますので、今なお活発に議論しているところです。

また、今日の話の「医師偏在」につきましては、合同委員会のように、文部科学省、厚生労働省、医師会、AJMC（全国医学部長病院長会議）などの関係者が適切に協力して、より良いものになって頂くことが非常に重要だと思います。

炭山 地域医療との関係で専門医がどうかということ、松崎先生は話を聞いてないかということですが、そこはどうですか。

松崎 特殊な領域は別として、基幹施設の診療に従事するだけではなくて、違う医療施設での診療にも従事して、つまり病院群を構成していきながら専攻医研修がなされるようになっていきます。

炭山 基幹病院だけではなくて、病院群を形成する。そうすると、地方と都市部というのは、研修医が受ける場所によってもずいぶん違ってくると思うのですけれども、例えば地方の人が、それだけの症例数を重ねられないといったときに、ある程度のアクセスで近距離でなければならぬのか、幾つかのまた条件が付いてくると思うのだけれども、そのあたりはどうですか。

松崎 領域毎に多少の差があります。あえて申し上げれば、原則は都道府県単位ですが、手術症例数の確保とか受け持ち患者の経験数等を確保し、所定の研修の到達目標を達成する上で患者や指導医の往来等の密接に関連するような施設であれば、隣県等々や一部は地域医療に配慮した遠隔地の医療施設での研修もあり得るのではないかと思います。

杉浦 よろしいですか。小川先生のさっきの専門医がどれだけ残るかということなのですからけれども、地方の大学においては、大学が地域の中心になるということに関しては良いのですけれども、

19の基本領域によっては、大学しか専門医がおらず県内だけで解決できない領域も多いわけです。

隣の県や、高知で言えば症例数が当然多い関西、岡山、あるいは関東でも関連病院となっていたければよいのですが。もう一つの問題は、高知に残っている人の多くは、地域枠で奨学金をもらっている人で、県との交渉が必要となります。高知県の奨学金受給者は、卒後9年間地域医療に従事しなければなりません。高知市近郊におれば0.5年、地方に行くと1年とカウントされます。

地域医療をしながら専門医を取れるというようにするには、地域での研修を途中で中断し、専門医を取ってから、また地域に戻り貢献するシステムの構築が必要となります。地域にとっては、専門医が来てもらった方が嬉しいわけですから、専門医を取ってから更に地域に貢献するという、返済期間の一時期の中断を可能とするプログラムもできれば願っています。来年より高知大学では地域枠が30人ぐらい卒業してきますが、その人たちが地域に貢献しながら専門医が取れる、更には学位も取れるプログラムができれば一番良いと思います。

炭 山 専門医制度がそこまで考えてくれているかどうか分かりませんが、何かご意見ございませんか。

北 波 専門医制度でも、ある程度症例数を経験する必要がある、地域医療との関係で言うと、二律背反的なところがあったりして、どうやって調整するかというのは難しいところがあります。

最初に立ち戻りますけれども、8月19日の日本医師会、全国医学部長病院長会議で提言をされたこの総合的な取り組みですね。こういうものを全部あわせて、いかにキャリアをつくり出していかかというところを総合的に考える必要があるのだらうと思います。厚生労働省としても、こういう提言を出されたということを、私たちも思いをひとつにして取り組んでいきたいと思っています。

もう1つは、地域に定着するためには、地域の魅力のようなものも当然必要になってきます。今回は、教育の話、研修の話のところに重点が置かれていたけれども、まさに地方に医師というか、1人の人間として居たいと思うかどうかというのがあります。そこは地域医療を考えると、常

に「まちづくり」との関連が必要になってくるのだらうというところはございます。

炭 山 根本のところをおっしゃっていただいたと思います。

釜 范 そうですね。地域に魅力を感じて居てもらわなければいけないので、それはいろいろな面から手当されなければいけないと思います。

先ほどの専門医の件で一言申しますと、ここ(資料5)に「期待される効果」とありまして、「専門医の一層の向上(良質な医療の提供)」、これは患者さんが専門医にかかりやすくなるということも含めて大事な視点でありますので、それが大きく期待されるのですけれども、「医療提供体制の改善」というのは、もともと専門医制度を洗い直すことによって、これが期待されるというよりも、専門医制度がしっかり確立しないと、これはとても無理な話なので、むしろ専門医制度の導入によって、医療提供体制が乱されないということがとても大事なので、そここのところに注視をしております。

小 川 日本専門医機構が進めている制度設計では、一部の診療科で地方における専門医養成が難しくなるのではないかと懸念が指摘されています。結果、一部の診療科で地方から都会への医師流出が起きることになり、地域・診療科偏在が更に悪化する可能性が指摘されています。新専門医制度では地域や診療科間偏在に考慮した制度設計が極めて重要であることを強調したいと思います。

おわりに

炭 山 わかりました。

医師会が、釜范先生おっしゃってくださったように、今までは禁句としていたようなことを、堂々と今回、全国医学部長病院長会議とともにこの提言に盛り込んでくれた。すなわち、診療科の標榜とか、あるいはそこで義務付けした医師の登録だとか、そういうことというのは、今までは医師会がネックになってできないというところの話だったので、これは大きな提言だと思います。

今日は、北波課長に行政側からも入っていただいて、とても良い座談会になったと思います。本日は、長時間ありがとうございました。(了)

論

壇

『日本医学教育評価機構 (Japan Accreditation Council for Medical Education; JACME) について』

JACME 設立準備委員会委員長
埼玉医科大学学長

別 所 正 美 氏

1 はじめに

29の私立医科大学を始めとして、わが国にある80の医学部・医科大学は、国民に良質の医療を提供することのできる医師を育成するため、日夜、質の高い医学教育の実践に務めている。そのため、各大学では絶えず自己点検評価を行うとともに外部からの第三者評価も受け、更なる改善のための努力を継続している。外部評価として、わが国では学校教育法に基づき、2004年から大学基準協会、大学評価・学位授与機構、高等教育評価機構の3団体のいずれかによる大学機関別認証評価が義務化されている。この評価は、あくまで大学という「機関」が評価の対象であり、医学部で行われている医学教育の評価については、その一部分に過ぎない。医学教育の質を保証し、その改善を図るためには、教育プログラムやその成果（アウトカム）など医学教育全般を対象に、自己点検評価ならびに専門家による peer review を基本とした、医学教育に特化したきめ細かな評価が必要である。このような、教育の中身に特化した評価制度は、わが国では工学系（日本技術者教育認定）、法律系（法科大学院認証評価）、薬学系（薬学教育評価）の分野で既に実施されているが、医学教育においては未だ行われていない。

一方、イギリス、アメリカ、カナダ、オーストラ

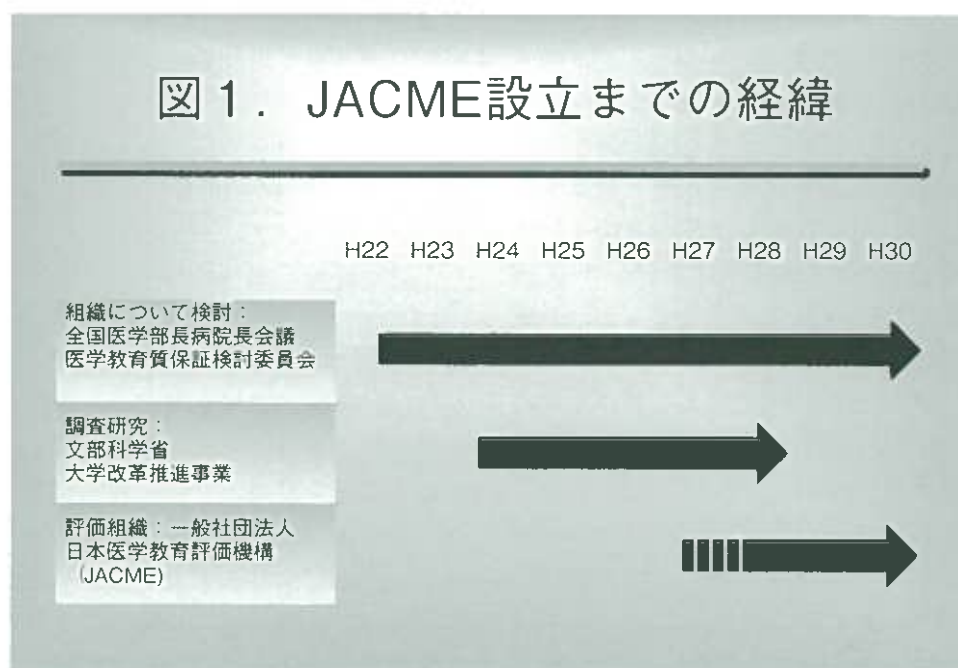
リア等の欧米諸国では、Medical Council や医学校協会等を中心に、医学教育の分野別評価が10年以上前から実施されている。近隣の韓国、台湾、タイ、マレーシアなどのアジア諸国においても、自主的に医学教育の分野別評価が実施されている。このような医学教育の分野別評価制度が広がりを見せている背景と意義については、東京慈恵会医科大学の福島統教授により、本協会誌79号巻頭言「医学教育分野別質保証とは」¹⁾に詳述されているので是非ご覧いただきたい。

本稿では医学教育の分野別評価を実施する組織として今年中に発足予定の一般社団法人日本医学教育評価機構（Japan Accreditation Council for Medical Education, JACME）について紹介したい。

2 JACME 設立までの経緯

上に紹介した「医学教育分野別質保証とは」¹⁾にもあるように、わが国で医学教育の分野別評価制度を確立する機運が高まる契機になったのは、2010年9月の米国 ECFMG (Educational Commission for Foreign Medical Graduate) からの通告である。その内容は「2023年以降は、アメリカ医科大学協会 (American Association of Medical Colleges, AAMC) の医学教育連絡会議 (Liaison Committee

【図 1】 JACME 設立までの経緯



on Medical Education, LCME) が決めた評価基準あるいは世界医学教育連盟 (World Federation for Medical Education, WFME) の Standards for Basic Medical Education の基準で認証を受けた医学部の卒業生以外は、ECFMG の certification を出さない」というものである。

この通知は平成 23 年 5 月に開催された全国医学部長病院長会議の理事会ならびに定例総会でも紹介され、わが国においても医学教育の分野別評価の必要性が認識されるに至った。総会に來賓として出席していた文部科学省の新木一弘医学教育課長 (当時) からは、全国医学部長病院長会議が中心となって評価組織を立ち上げることへの期待が述べられた。これを受けて、全国医学部長病院長会議では、奈良信雄東京医科歯科大学教授 (当時) を委員長とする「医学教育の質保証に係る検討委員会 (後に「医学教育の質保証検討委員会」へ名称変更)」を設置し、検討を開始することになった (図 1)。

翌平成 24 年 5 月の定例総会においても、この話題は取り上げられ、文部科学省の村田善則医学教育課長 (当時) から、全国医学部長病院長会議が中心となって評価組織を立ち上げることへの期待が改めて述べられた。会議の中では、利益相反の問題もあることから、評価組織は全国医学部長病院長会議と

は切り離した第三者組織として設立することが確認された。そして、同年 11 月の理事会において評価組織の名称を Japan Accreditation Council for Medical Education (JACME) とすること、さらに翌年 5 月の定例総会では全医学部の総意として設立することが承認された²⁾。その際、JACME の目的とするところは、単に全国の医学部・医科大学が ECFMG の受験資格を得ることではなく、この機会に、国際的な基準からみても諸外国に遜色ない医学教育が、わが国においても実施されていることを広く世界に示すと同時に、医学部・医科大学の使命である、良質な医療を提供することのできる医師を育成するため、各大学が継続的に医学教育の質を高め、改善に取り組むことにあるとされた。

このような全国医学部長病院長会議の動きと並行し、平成 24 年度には文部科学省大学改革推進事業として、「基礎・臨床を両輪とした医学教育改革によるグローバルな医師養成 (国際基準に対応した医学教育認証制度の確立)」が、事業推進責任校を東京医科歯科大学、事業連携校を東京大学、千葉大学、新潟大学、東京慈恵会医科大学、東京女子医科大学として設置され、WFME グローバルスタンダード 2012 年版に準拠した「医学教育分野別評価基準日本版」に基づく分野別認証評価トライアルが調査・研

究として開始された。平成25年2月に開催された同事業の公開シンポジウムの挨拶で、村田善則医学教育課長（当時）は、支援事業の目的は「日本の医学部が国際標準の教育を実施していることを証明するとともに、国際標準を超えるグローバルかつ優れた医師を養成するため、日本における国際標準の医学教育の分野別評価・認証制度等の基盤を構築すること」であると述べ、国としても大きな期待を抱いていることが示された¹⁾。この支援事業は、平成28年度まで通算5年間継続される予定であるが、平成26年度までに責任校および連携校のトライアル評価が終了している。平成27年2月に実施された東京大学におけるトライアルの際には、日本が所属するWFME西太平洋地区（AMEWPR）の会長であるMichael Field名誉教授（University of Sydney Medical School）も視察にこられ、日本のトライアル評価について高い評価を下された。同支援事業では、平成27年度および28年度には評価者の養成とともに、受審を希望する医学部・医科大学のトライアル評価が継続して行われ、平成29年度以降のJACMEによる正式な評価事業に引き継がれる予定となっている（図1）。

3 JACME の設立に向けて

文部科学省支援事業によるトライアル評価の積み重ねを通じて、評価者の養成、実際の評価の方法や手順、評価の実施に必要な組織や経費、等が明確になり、JACMEを実体のある評価組織として立ち上げる準備が進められた。

全国医学部長病院長会議では、平成26年8月にJACMEの設立に向けて文部科学省と協議を行い、その結果を踏まえ、文部科学省・厚生労働省・全国医学部長病院長会議による3者懇談会において、設立までの手順を決定した。この決定に基づき、平成26年9月に第1回、同年12月に第2回のJACME設立準備調整ワーキンググループが開催され、JACME設立の具体的な準備に取り組むための設立準備委員会を設置すること、およびその委員構成が決定された。この決定に基づき、平成27年3月に第1回JACME設立準備委員会が開催され、同年7月までに計3回の会議が開催され、JACMEを一般社団法人として設立することが決定された。これと並行してJACMEの定款、規則類などについては、

全国医学部長病院長会議の会員大学や私立医科大学協会を始めとする関係団体に意見を求め、最終案を策定した。以下、この最終案に基づき、JACMEの組織、事業などの概要について述べたい。

4 JACME について

1. 組織構成（図2）

JACMEは、全国80大学の医学部長（医学群長、医学類長等を含む）、医科大学長、医科大学校長、ならびに医師の育成を支援する3団体（日本医師会、日本医学会連合、日本医学教育学会）の代表者からなる正会員を社員とする一般社団法人として設立する。職務執行は理事会を中心に行うが、理事会のもとに、評価に関する部会、企画・運営に関する部会を置き、各部会のもとに各種委員会を置く。実質的な評価活動の中心となるのは、評価委員会に所属する12の評価チームであり、全国の医学部・医科大学の教職員の積極的な参加と協力をお願いしたい。

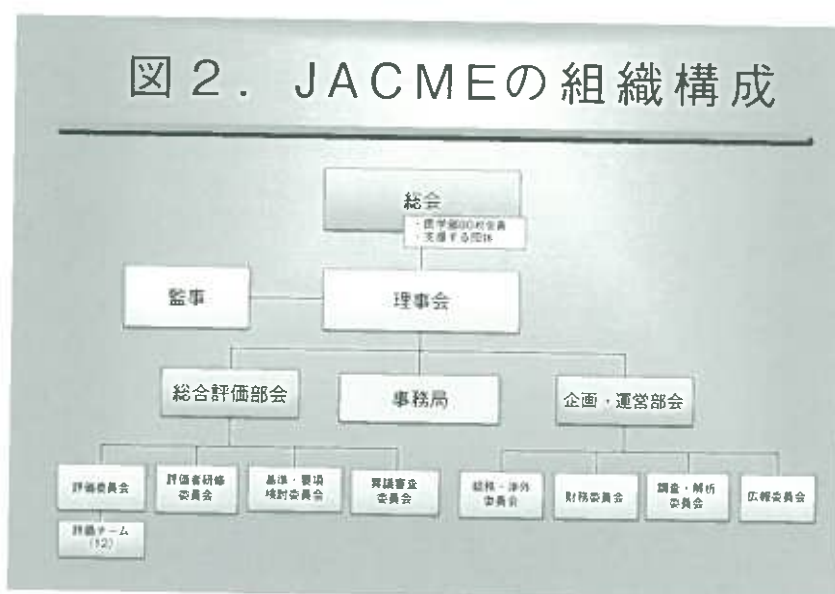
2. 目的および事業

先に述べたように、JACMEの目的は、単に各大学がECFMGの受験資格を得ることではなく、わが国の医学教育の質を国際的見地から保証することによって、医学教育の充実・向上を図り、わが国の保健、医療、福祉、衛生、並びに国際保健に貢献するため、医学部・医科大学等における建学の理念を確認するとともに、WFMEの国際基準をふまえて医学教育プログラムを公正かつ適正に評価することであり、そのために様々な事業を行う。

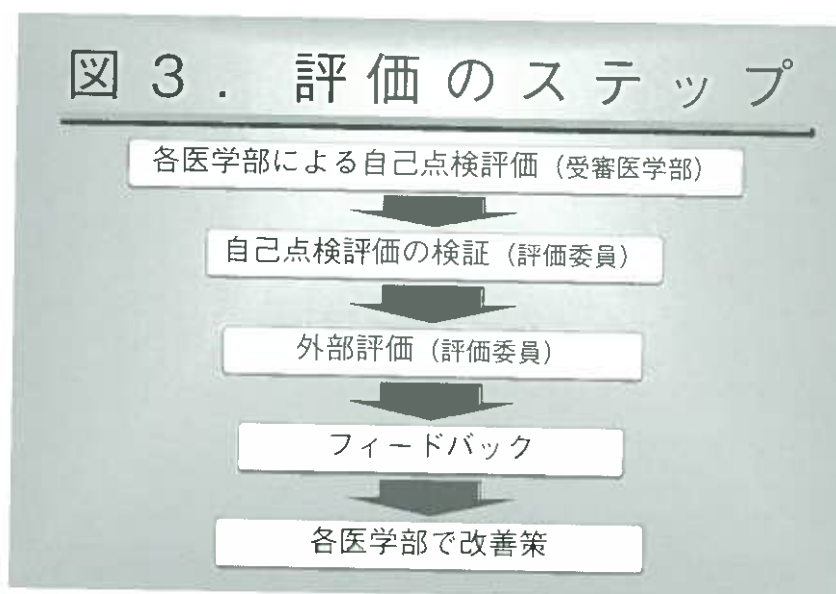
第1の事業は、評価を行うための基準の策定である。冒頭で紹介した「医学教育分野別質保証とは」²⁾にも記されているように、WFMEのPosition Paper³⁾では「評価基準はその国（地域）の医療ニーズ、文化・価値観に立脚したものでなければならない」とされている。すなわち、医学教育は、その国の国民のためにあるのであって、医学教育の評価基準は、その国の特性を含んでいなければならない。

わが国では、まず2012年に文部科学省の支援事業を受け、WFMEの提案する「医学教育の国際基準2003年版」に基づき、AMEWPR委員による国際外部評価が東京女子医科大学において実施された。その後、WFMEはグローバルスタンダードを改訂し、「医学教育の国際基準2012年版」を公表し

【図2】 JACME の組織構成



【図3】 評価のステップ



た。そこで、日本医学教育学会は、この2012年版に準拠した新たな「医学教育分野別評価基準日本版 Ver.1.30」を作成し、平成27年4月24日に公表し、「自己点検報告書フォーマット Ver.1.30」とともにホームページに掲載している¹⁰⁾。この日本版評価基準は、WFMEのホームページにも転載されている¹¹⁾。なお、評価基準の改定や公表は、JACMEが設立された後は日本医学教育学会からJACMEに移管されることになる。

JACMEの事業で中心的になるものは、日本版評

価基準を用いての、全国80大学で行われている医学教育の評価である。この評価は、国際的に認められた手順によって行われる必要があり、このことによって医学教育の質が国際的にも保証されることになる。国際的に認められた手順を踏まえたJACMEによる評価のステップを図3に例示する。すなわち、(1) 受審医学部による自己点検評価、(2) 評価委員による自己点検評価の検証、(3) 評価委員による外部評価（実地調査）、(4) 評価のフィードバック、(5) 各医学部での改善策の実施、である。文部科学省の

【図4】 実地調査スケジュール (例)

図4. 実地調査スケジュール (例)

	1日め	2日め	3日め	4日め	5日め
9:00		開 場	開 場	開 場	開 場
10:00		評価委員会委員と外部評価委員との打合せ	図書館見学 スキルスラボ見学	Area7 受審	外部評価者による打合せ
11:00	事前審査の回答確認	設 営 開会式	臨床実習視察	講義視察2 講義視察3	外部評価者による打合せ
12:00		Area1 受審	Area3 受審 Area4 受審	Area8 受審 Area9 受審	講義・閉会式
13:00		昼休み	昼休み	昼休み	昼休み
14:00	設 営	面 談1 (研修医)	Area5 受審	面 談3 (教 員)	外部評価者による打合せ
15:00		Area2 受審	講義視察1 面 談2 (若手教員)	実習視察1 実習視察2 面 談4 (大学院生)	
16:00					
17:00	外部評価委員による事前審査の回答確認	Area6 受審	視 研 察 究 1 室 視 研 察 究 2 室	面 談5 (学部学生)	

【図5】 Accreditation Agencies for Medical Schools Recognised in the WFME Programme (May2014)

図5. Accreditation Agencies for Medical Schools Recognised in the WFME Programme (May 2014)

Agency	Date of Recognition	Term of Recognition
Caribbean Accreditation Authority for Education in Medicine and other Health Professions	5 May, 2012	Ten years
Association for Evaluation and Accreditation of Medical Education Programs, Turkey	31 July, 2013	Ten years
Liaison Committee on Medical Education (LCME, USA) and the Committee on Accreditation of Canadian Medical Schools(CACMS)	5 April, 2014	Ten years

<http://wfme.org/accreditation/agencies/recognizededitors> アクセス日 2015/08/13

支援事業のトライアル評価では、実地調査は5日間かけて行われており、そのスケジュールの一例を図4に示す。

この他のJACMEの事業のうち重要なものとして、JACMEという組織自体がWFMEから評価団体として認定を受け、これを10年ごとに更新していく、という作業がある。2005年にWHOとWFMEは「WHO/WFME Guideline for Accreditation of Basic Medical Education」⁸⁾を発表し、分野別評価はWHOやWFMEが行うのではな

く、その国にある組織が行うのであり、WHOとWFMEは、その組織を支援するだけである、という立場を明確に示した。この立場は、その後も堅持されており、2011年からWFMEはFAIMER (Foundation for Advancement of International Medical Education and Research) と連携して、各国(地域)における分野別評価を行う組織を国際的な認証評価団体として認定する取り組みをパイロットとしてスタートさせた。そして、その成果に基づき、2013年には申請のための書式⁹⁾を定め、各国(地

域)の評価組織の認定作業を本格的に開始した。2015年2月、ECFMGはWFMEの活動をホームページに紹介し、各国(地域)の評価組織に対して、WFMEの認定を受けるよう呼びかけを開始した¹⁰⁾。現在までにWFMEの認定を受けている評価組織を図5に示した¹¹⁾が、このほか幾つかの組織が認定を申請中あるいは申請準備中とのことである。JACMEもできるだけ早い時期に認定を受けることを計画している。

5 今後の予定

第3回設立準備委員会で決定されたJACMEの組織構成、定款を始めとする規則類、会員および役員人事などについて、全国80大学の下承を得た後、一般社団法人としてJACMEの登記手続を行う予定となっており、本年12月にJACMEが設立される見込みである。その後、WFMEに認証評価団体としての申請を行い、平成28年度中にはJACMEを国際的に認められた医学教育の分野別認証評価団体として認定を受け、文部科学省の支援事業から引

き継ぐ形で全国80の医学部・医科大学の評価作業を継続していく予定である。また、JACMEには、WFMEだけではなく、ECFMGやFAIMERとも連携しながら、国際的に認知された団体として活動を続けることが期待されている。

なお、JACMEの設立に関して寄せられた様々なご意見の中に、機関別認証評価と分野別認証評価の重複を避けてほしい、というものがあつた。この点については、JACME設立後に、既存の評価団体と協議し、医学部の教職員が「評価疲れ」に陥らないよう工夫するよう努めていきたい。

謝辞

本稿の校閲ならびに図表の使用を許可いただいた東京医科歯科大学奈良信雄特命教授に深謝いたします。

引用文献

- 1) 福島統：巻頭言「医学教育分野別認証評価とは」。医学振興 2015;79:2-5.
- 2) ECFMG: Requiring medical school accreditation for ECFMG certification-moving accreditation forward. <http://www.ecfm.org/forms/rationale.pdf> (アクセス日:2015年9月5日)
- 3) 全国医学部長病院長会議広報: 2013;62:106-109
- 4) 平成24年度大学改革推進事業「基礎・臨床を両輪とした医学教育改革によるグローバルな医師養成」プログラム「国際基準に対応した医学教育認証制度の確立」公開シンポジウム記録集(東京医科歯科大学医歯学教育システム研究センター、平成25年3月15日)
- 5) The executive Council, WFME: International standards in medical education: assessment and accreditation of medical schools - educational programmes. A WFME positioning paper. Med Edu 1998;32:549-558
- 6) http://jsme.umin.ac.jp/ann/WFME-GS-JAPAN_2012_v1_3.pdf (アクセス日:2015年9月5日)
- 7) <http://wfme.org/standards/bme/88-new-version-2012-quality-improvement-in-basic-medical-education-japanese/file> (アクセス日:2015年9月5日)
- 8) <http://wfme.org/accreditation/whowfme-policy/28-2-who-wfme-guidelines-for-accreditation-of-basic-medical-education-english/file> (アクセス日:2015年9月5日)
- 9) <http://wfme.org/accreditation/accrediting-accreditors> (アクセス日:2015年9月5日)
- 10) <http://www.ecfm.org/news/2015/02/13/process-recognition-medical-school-accrediting-agencies-now-available/#sthash.eTqJnU0hdpbs> (アクセス日:2015年9月7日)
- 11) <http://wfme.org/accreditation/accrediting-accreditors/recognition-process/87-8-recognition-of-accreditation-agencies-agencies-that-are-recognised/file> (アクセス日:2015年9月5日)

施設紹介

医科大学が果たす役割・使命は、医療の中核的病院としての地域社会の要請、医療技術の進歩等に伴い、社会的重要性は一層高まりつつある。なかでも、高度医療機関かつ医育機関として、充実した機能を備えた大学施設等が、新時代を担うものとして強く望まれている。本誌では、新・増築された協会加盟各大学施設を順次紹介している。

慶應義塾大学

大学病院 1 期棟竣工



新病院棟 1 期棟外観

慶應義塾大学医学部は 2017 年に創立 100 年を迎えます。この 100 周年を目指し、「世界に冠たる総合医学府の構築」を合言葉に現在新病院棟建設プロジェクトが進行中です。病院設計のポリシーには、1) クラスター診療を实践するための機能的外来・病棟フロア構成、2) 再生医療実施のためのセルブrocessingセンターを臨床現場に直結、3) 病棟フロアなどに医療系 3 学部向け卒前教育用スペースの配置、4) 大災害に備えた免震構造の採用、コジェネレーションシステム、災害用井戸の設置、などが組み込まれ実行されています。

必ずしも十分とは言えない広さの医学部・病院キャンパスで現状の診療を維持しながら新病院棟を建設するには複雑な施設のローリングを行う必要があります。その第 1 段階としてこの 2015 年秋に新病院 1 期棟（地上 6 階、地下 1 階）がオープンしました。そして 2018 年春には 1 期棟と一体化する形で本丸である 2 期棟（地上 10 階、地下 1 階）が竣工し、その後は旧棟の解体、エントランス棟の建設、



「慶應の杜」をイメージした外来エリア



小児系病棟移転風景

外構の整備などが行われ、2020 年春には本プロジェクトの完了が予定されています。2020 年 7 月には信濃町キャンパスすぐ隣の新国立競技場を中心に東京オリンピックが開催されますが、その支援も視野に入れています。

この秋にオープンした 1 号館 1 期棟は慶應義塾らしい重厚な外観を備え、放射線治療部門、放射線診断部門、内視鏡センター、生理検査部門、消化器クラスター病棟、小児系病棟、一部の外来などが設置されています。

大阪医科大学

大阪医科大学三島南病院（ケアミックス型）開院



大阪医科大学三島南病院 外観

学校法人大阪医科大学は、地域住民や地元行政の要望に沿って、急性期 93 床・回復期リハ 32 床・医療療養 89 床・血液浄化 24 床・11 診療科（内科・外科・脳神経外科・整形外科・循環器外科・眼科・リハビリテーション科・皮膚科・泌尿器科・麻酔科・放射線科）に加え、高度な医療を行うサイバーナイフセンターなどを有するケアミックス型病院と訪問看護ステーション及びデイケアセンター等を地元の社会医療法人から譲受し、平成 27 年 7 月 1 日に「大阪医科大学三島南病院」を開院しました。当院は、本大学病院が創立当初から戦後までしばらく「三島病院」と称されていたこと、そして大阪府三島医療圏の南部を広くカバーすることからその名が命名されました。

医療系大学、特に医学部には、超少子高齢化時代に対応する地域包括ケアを視野に、今後の医学・看護学教育において、疾病予防から高度急性期・急性期・回復期・長期療養・在宅各医療の一貫した教育を行うことが強く求められます。そこで、「良質な医療の実践を通じた良き医療人の育成」という本学法人の目的に沿って、社会の要請に応えるために、



サイバーナイフⅡ（放射線治療機器）

大学病院と並ぶ附設病院として当院を設置しました。今後、医療機関連携のモデルを創出し、本学法人が設置する各施設間の人事交流を行うなどして、地域の医療機関と競合することなく、より良質な医療を効率的に提供し、大学生・研修医などの教育にも役立てていきたいと考えています。

埼玉医科大学

総合医療センター管理棟竣工 「健康レストラン鴨田」がオープン



管理棟外観



健康レストラン鴨田



研修医室

埼玉医科大学では、総合医療センター（川越市）の本館東側に建設を進めて参りました管理棟がこのたび完成致しました。この管理棟は、病院機能の充実を図るため、また、職員の連携や患者サービスの向上を目的として、平成26年2月に着工し、平成27年7月10日に竣工しました。

建物は地上7階建てで、1階に「健康レストラン鴨田」やコンビニエンスストア、喫茶コーナーを配し、2階に研修医室、3・4階に事務・管理部門を集約させ、5～7階に医師執務室を整備しました。2階の研修医室が整備されたことにより、研修医の受け入れ環境が大幅に向上するものと期待されています。

1階の「健康レストラン鴨田」では、女子栄養大学との連携で「健康ランチ」が販売されています。この試みは、本学と女子栄養大学、株式会社ウエルフェア3者の連携協力に関する包括協定によるもので、女子栄養大学から提供されたヘルシーメニューを、株式会社ウエルフェアがアレンジして提供しています。患者さんや職員はもとより、お見舞いに見えた方や、さらには近隣にお住まいの方など、連日大勢のお客様で賑わっています。

埼玉医科大学総合医療センターは、埼玉医科大学2番目の附属病院として、昭和60年6月14日に開院しました。診療科目は36診療科からなり、ベッ

ド数は991床。外来患者数は1日約2,100人と埼玉県有数の総合病院となっています。平成11年3月31日には厚生省より高度救命救急センターの指定を受け、平成12年4月1日、総合周産期母子医療センターを開設、平成19年8月6日には埼玉県よりドクターヘリ基地病院の指定も受け、地域の基幹病院として大きく貢献しています。

この度管理棟が竣工し、また来春には救命救急センターの増築が完了する予定で、その後には現在の本館のリニューアルが予定されています。埼玉医科大学総合医療センターは、このようにますます多様化する患者さんへ、より高度な医療を提供すべく、施設の充実、優れた医療人の育成を図って参ります。

順天堂大学

教職員寮（レスポワール湯島）完成



レスポワール湯島外観（撮影：㈱エスエス東京支店）



洗練されたデザインのエントランス
（撮影：㈱エスエス東京支店）

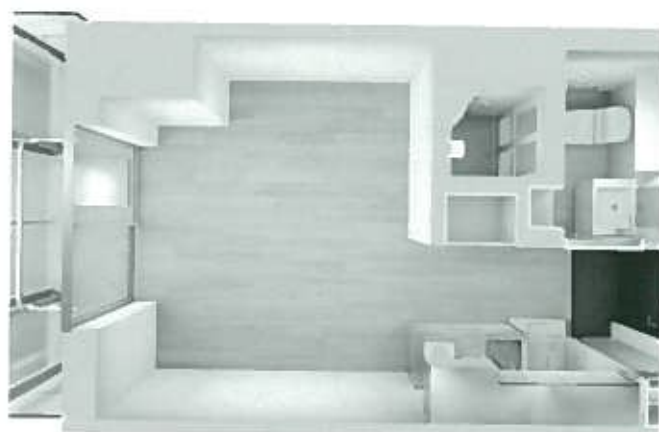
平成 27 年 7 月末、順天堂大学医学部附属順天堂医院から徒歩 10 分の距離にあった湯島寮を建替え、新しい職員寮が完成しました。建物はシルバーを基調とした地下 1 階地上 12 階、ワンルームタイプ 176 室のモダンな建物に仕上がりました。

寮からは東にスカイツリー、南西に富士山と建設が進む順天堂医院が眺望できます。

また、通勤の利便性が良く、災害時でも徒歩で本学・本院に出勤することができ、帰宅困難な教職員の宿泊施設としても利用可能となりました。

若者のニーズに応え各室内に IT 家電、机、椅子、ベッド、冷蔵庫、洗濯機等の備品とトイレ・洗面室、シャワー室を備えた快適な空間にしました。

1 階ラウンジには、会議やくつろぎのスペースも配置しています。

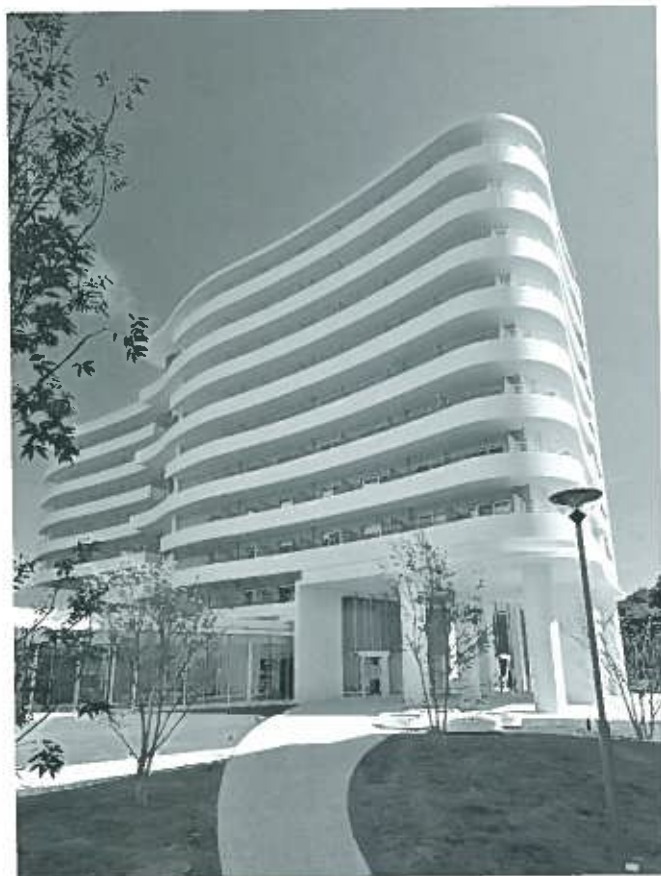


室内イメージバース

【建築概要】		敷地面積	1,110.10㎡
構造	RC 造	建築面積	673.91㎡
地下 1 階地上 12 階建		延べ面積	6,785.24㎡

獨協医科大学

「Dormitory さくら・いちょう」竣工



Dormitory いちょう外観

獨協医科大学では、看護師を中心とした教職員及び看護学生の快適な生活環境を確保するため、完全個室で500室の寮機能を擁した新宿舍2棟を本学キャンパス内に建設することとし、平成25年11月に「Dormitory さくら（296室）」、平成27年9月に「Dormitory いちょう（204室）」が竣工しました。

外観は白を基調とし、曲線を配した柔らかな造りとなっており、周囲の緑豊かな環境と調和しています。

室内は、清潔感のあるシンプルな部屋と、明るさを抑えた落ち着いた色のある部屋を用意し、入居者の嗜好を加味できるようにしました。

後者の部屋は、橙色を基調とした柔らかな照明となっており、偏頭痛を和らげる効果があると言われています。



室内

また、CEREB（次世代化学材料評価技術研究組合）と本学との共同研究として、太陽光に近く人体に優しいと言われる有機EL照明を用いた8部屋を設置しています。

加えて、福利厚生の一環として、15部屋のゲストルームを備えました。1階には癒しと交流の場となるロビー空間を確保、また病児保育室を併設し、子育て世代が安心して就業できる環境を整えました。1Cチップ内蔵鍵を使用したセキュリティ機能を有するなど、安全対策も万全の態勢をとっています。

【建物概要】

鉄筋コンクリート造

建築面積：3,146.57㎡

延床面積：25,058.84㎡

さくら棟：14,471.40㎡ 地上12階 地下2階

いちょう棟：9,291.64㎡ 地上10階 地下1階

ロビー棟：1,126.60㎡ 地上1階 地下1階

駐車場など 169.20㎡

工事期間：平成24年4月～平成27年9月

1期工事（さくら）

平成24年4月～平成25年11月

2期工事（いちょう）

平成26年5月～平成27年9月

医大協ニュース

岩手医科大学

《教授の人事》

◎教授就任

板持広明（産婦人科学講座）

平成27年7月1日付

佐々木章（外科学講座）

平成27年8月1日付

日本医科大学

《法人役員》

◎理事

清野精彦（新任）

平成27年5月1日付

《人事》

◎学長

弦間昭彦（新任）

平成27年10月1日付

◎教授

安齋眞一（皮膚科学）

藤倉輝道（医学教育センター）

以上、平成27年10月1日付

◎特任教授

海原純子

平成27年6月1日付

土屋眞一

平成27年7月1日付

竹田晋浩

平成27年9月1日付

米田 稔

清水一雄

南 砂

以上、平成27年10月1日付

《訃報》

井上哲夫常任理事・名誉教授は、平成27年4月19日（日）に逝去されました。享年67。

東邦大学

《法人役員》

◎理事長就任

炭山嘉伸（再任）

平成27年9月1日付

◎常務理事就任

佐藤信一（再任）

所 常明（新任）

以上、平成27年9月1日付

◎理事就任

山崎純一（再任）

小原 明（再任）

以上、平成27年7月1日付

平野 勲（新任）

渡邊善則（再任）

石井敏浩（新任）

吉田寿昭（新任）

舩松 洋（再任）

塚原英基（再任）

森田啓子（新任）

大島範子（新任）

以上、平成27年9月1日付

◎監事就任

西込明彦（再任）

望月正芳（再任）

以上、平成27年9月1日付

《役職者人事》

◎学長就任

山崎純一（再任）

平成27年7月1日付

《教授人事》

◎教授就任

片田夏也（外科学講座（一般・消化器））

平成27年8月1日付

東京医科大学

《法人役員》

◎常務理事就任

土田明彦

平成27年9月1日付

◎常務理事退任

坪井良治

平成27年8月31日付

《人事》

◎名誉教授称号授与

水口純一郎

勝村俊仁

鈴木 衛

田淵崇文

城 眞一

宮岡正明

以上、平成27年4月1日付

石井脩夫

平成27年6月8日付

学校法人東邦大学創立 90 周年記念式典・祝賀会を開催

関東大震災から1年半後の大正14年(1925)、学祖である額田豊・管兄弟は、それまでになかった女性に対する自然科学教育が今後の日本に必要であると考え、現在の大森キャンパスの地に本学の前身である帝国女子医学専門学校を創設いたしました。その後も薬学・理学の専門学校、看護学校、さらには日本の将来を担う若者の育成のための中学・高等学校を創設し、現在の医学部・薬学部・理学部・看護学部からなる自然科学系の総合大学、付属東邦および駒場東邦の二つの中学・高等学校、佐倉看護専門学校、大森、大橋および佐倉の三つの付属病院、羽田空港に国内線および国際線の二つのクリニックを擁する学校法人へと発展してまいりました。

このたび、創立90周年を迎え、平成27年6月14日(日)、グランドプリンスホテル新高輪・国際館パミールにおいて、学校法人東邦大学創立90周年記念式典・祝賀会を開催いたしました。当日は式典に先立ち、国際ジャーナリストの櫻井よしこ氏による記念講演会も行われ、ご来賓、同窓会および学内関係者など、1,450人もの出席者にて会場は満席となりました。記念式典では、本法人理事長の炭山嘉伸より式辞を述べた後、下村博文文部科学大臣から貴重な御祝辞を頂戴いたしました。さらに、福宮賢一日本私立大学連盟常務理事(明治大学長)、寺野彰日本私立医科大学協会会長(学校法人獨協学園理事長)からも丁重な御祝辞を頂戴いたしました。

引き続き、会場を移して行われた祝賀会では、本法人理事長の炭山嘉伸の挨拶にて、ご出席いただいた多数の国会議員の方々を紹介し、御子息が駒場東邦中高の卒業生でおられる公明党代表の山口那津男参議院議員から代表して御祝辞を頂戴いたしました。その後、同窓会を代表して舩松洋東邦大学医学部東邦会会長より挨拶の後、横倉義武日本医師会会長、小川秀興医学教育振興財団理事長(学校法人順天堂理事長)、坂本すが日本看護協会会長から御祝辞を頂戴し、そして河田第一日本私立学校振興・共済事業団理事長のご発声によって乾杯が行われました。そして名残惜しい雰囲気の中、予定時間となり、本学学長の山崎純一より閉会の辞が述べられ、閉会となりました。

当日は多数のご臨席を賜りましたことを本誌面をお借りして深く御礼申し上げます。



満席となった記念講演会・記念式典会場



式辞：学校法人東邦大学理事長 炭山嘉伸
(左は下村文部科学大臣と福宮日本私立大学連盟常務理事)



御祝辞：下村文部科学大臣



御祝辞：寺野日本私立医科大学協会会長

東京女子医科大学

◎学長

鈴木 衛 (再任)
平成27年9月1日付

◎副学長

池田徳彦 (呼吸器・甲状腺外科学分野主任教授) (再任)
宮澤啓介 (生化学分野主任教授) (新任)
岡谷恵子 (看護学科教授) (再任)
以上、平成27年9月1日付

◎副学長補

黒田雅彦 (分子病理学分野主任教授) (再任)
山本謙吾 (整形外科学分野主任教授) (新任)
徳植公一 (放射線医学分野主任教授) (新任)
竹内千恵子 (看護学科教授) (再任)
以上、平成27年9月1日付

◎学生部長

内野博之 (麻醉科学分野主任教授) (新任)
平成27年9月1日付

◎副学生部長

石 龍徳 (組織・神経解剖学分野主任教授) (再任)
竹内千恵子 (看護学科教授) (再任)
以上、平成27年9月1日付

◎図書館長

山科 章 (循環器内科学分野主任教授) (再任)
平成27年9月1日付

◎副図書館長

林山起子 (病態生理学分野主任教授) (新任)
平成27年9月1日付

◎大学病院長

土田明彦 (消化器・小児外科学分野主任教授) (新任)
平成27年9月1日付

◎大学病院副院長

羽生春夫 (高齢総合医学分野主任教授) (新任)
河島尚志 (小児科学分野主任教授) (新任)
三木 保 (医療の質・安全管理学分野主任教授) (新任)
中野八重美 (大学病院看護部長) (再任)
以上、平成27年9月1日付

◎主任教授

井上 猛 (精神医学分野)
平成27年5月1日付
鈴木修司 (茨城医療センター消化器外科学分野)
平成27年6月1日付
瀨岡隆文 (健康増進スポーツ医学分野)
平成27年7月1日付
塚原清彰 (耳鼻咽喉科学分野)
平成27年8月1日付

◎教授

今井康晴 (八王子医療センター内科系分野消化器内科)
小川恭生 (八王子医療センター外科関連分野耳鼻咽喉科・頭頸部外科)
以上、平成27年5月1日付
松尾 朗 (茨城医療センター外科関連分野歯科口腔外科)
平成27年6月1日付
齋藤 彰 (先端がん免疫病理画像研究講座)
平成27年7月1日付
真村端子 (医師・学生・研究者支援センター)
平成27年8月1日付

◎教授 (退任)

高石官成 (硬組織分化制御学寄附講座)
平成27年5月31日付
赤田壮市 (放射線医学分野)
平成27年7月11日付

《就任関係》

◎副理事長

岩本組子
平成26年12月1日付

◎医学部長

新田孝作
平成27年3月1日付

◎本院病院長

田邊一成
平成27年5月28日付

◎学長

吉岡俊正
平成27年6月25日付

《法人役員の就任》

◎理事就任

田邊一成
平成27年5月28日付
肥塚直美
平成27年6月1日付

《法人役員の退任》

◎理事退任

永井厚志
平成27年6月30日付

《教授就任》

渡辺尚彦 (東医療センター内科教授)
平成27年5月1日付
岡本高宏 (外科学 (第二) 教授・講座主任)
平成27年7月1日付
高梨潤一 (八千代医療センター小児科教授)
平成27年8月1日付

《教授退任》

寺井 勝 (八千代医療センター小児科教授)
平成27年6月30日付

東京慈恵会医科大学

《人事異動》

◎教授

横山昌幸（総合医科学研究センター医用エンジニアリング研究部）（昇任）

岩本武夫（総合医科学研究センター基盤研究施設（分子細胞生物学））（昇任）

三森教雄（外科学講座（消化器外科））（昇任）

以上、平成27年6月1日付

西川正子（大学直属）（昇任）

平成27年7月1日

和田靖之（小児科学講座）（昇任）

古田 希（泌尿器科学講座）（昇任）

郡司久人（眼科学講座）（昇任）

以上、平成27年8月1日

昭和大学

《就任関係》

◎学校法人昭和大学事務局長

赤堀明人（就任）

平成27年4月1日付

◎医学部外科学講座教授（消化器・一般外科学部門）（昭和大学横浜市北部病院勤務）

福成信博（就任）

平成27年4月1日付

◎医学部外科学講座教授（消化器・一般外科学部門）（昭和大学横浜市北部病院勤務）

石田文生（就任）

平成27年4月1日付

◎医学部内科学講座教授（腫瘍内科学部門）（昭和大学藤が丘病院勤務）

市川 度（就任）

平成27年4月1日付

◎医学部放射線医学講座教授（放射線科学部門）（昭和大学藤が丘病院勤務）

橋本東見（就任）

平成27年4月1日付

◎医学部解剖学講座教授（顕微解剖学部門）

本田一穂（就任）

平成27年8月1日付

◎医学部内科学講座教授（消化器内科学部門）（昭和大学病院勤務）

吉田 仁（就任）

平成27年8月4日付

◎医学部内科学講座教授（員外）（呼吸器アレルギー内科学部門）（昭和大学藤が丘病院勤務）

國分二三男（就任）

平成27年4月1日付

◎医学部皮膚科学講座教授（員外）（昭和大学藤が丘病院勤務）

中田土起丈（就任）

平成27年4月1日付

◎医学部眼科学講座教授（員外）（昭和大学藤が丘リハビリテーション病院勤務）

西村栄一（就任）

平成27年4月1日付

◎医学部臨床病理診断学講座教授（員外）

植 玄秀（就任）

平成27年5月28日付

◎医学部内科学講座教授（員外）（神経内科学部門）（昭和大学病院附属東病院勤務）

小野賢二郎（就任）

平成27年7月1日付

◎医学部内科学講座教授（員外）（糖尿病・代謝・内分泌内科学部門）（昭和大学藤が丘病院勤務）

長坂昌一郎（就任）

平成27年7月1日付

◎医学部整形外科学講座教授（員外）（昭和大学病院勤務）

豊根知明（就任）

平成27年7月14日付

《退任関係》

◎医学部内科学講座教授（消化器内科学部門）（昭和大学江東豊洲病院勤務）

松川正明（退職）

平成27年9月30日付

順天堂大学

《人事異動》

◎教授就任

福永 哲（大学院医学研究科消化器・低侵襲外科学／医学部消化器・低侵襲外科学研究室）

岩神真一郎（大学院医学研究科呼吸器内科学／医学部内科学教室・呼吸器内科学講座（静岡病院））

以上、平成27年5月1日付

内藤俊夫（大学院医学研究科総合診療科学／医学部総合診療科研究室）

平成27年10月1日付

《訃報》

山下辰久名誉教授、平成27年4月12日逝去

河村正三名誉教授、平成27年8月14日逝去

関西医科大学

《役員人事》

◎理事長就任

山下敏夫（重任）

平成27年6月1日付

◎常務理事就任

岩坂壽二（重任）

澤田 敏 (重任)
 神崎秀陽 (重任)
 以上、平成27年6月1日付

◎理事就任

秋田光彦 (重任)
 井植 敏 (重任)
 井関隆正 (重任)
 山岡義生 (重任)
 山下敏夫 (重任)
 伊藤誠二 (重任)
 木下利彦 (重任)
 權 雅憲 (重任)
 松田公志 (重任)
 神崎秀陽 (重任)
 新宮 興 (重任)
 安田照美 (再任)
 鯨島美子 (重任)

以上、平成27年6月1日付

《教授人事》

◎教授就任

薦 幸治 (病態検査学講座教授)
 平成27年4月16日付

大阪医科大学

《法人役員》

◎理事

竹中 洋 (退任)
 平成27年5月31日付
 大槻勝紀 (就任)
 平成27年6月1日付

《人事》

◎学長退任

竹中 洋
 平成27年5月31日付

◎教授退任

大槻勝紀 (解剖学)
 平成27年5月31日付

◎学長就任

大槻勝紀
 平成27年6月1日付

久留米大学

《教授の就任》

◎医学教育研究センター

安達洋祐

◎医学部医学科内科学講座 (腎臓
内科部門)

深水 圭

◎医学部医学科外科学講座

奥田康司

以上、平成27年5月1日付

◎医学部医学科内科学講座 (消化
器内科部門)

古賀浩徳

◎医学部医学科内科学講座 (心臓・
血管内科部門)

甲斐久史

以上、平成27年8月1日付

北里大学

《教授人事》

◎教授採用

鈴木 滋 (医学部附属新世紀医
療開発センター (先端医療領域
開発部門))

平成27年6月1日付

◎教授昇任

小川元之 (解剖学)

平成27年4月1日付

菊池史郎 (医学部附属医学教育
開発研究センター (4 病院連携
教育研究部門))

平成27年8月1日付

◎教授退職

上條吉人 (救命救急医学)

平成27年6月30日付

《人事》

◎事務長就任

岩本孝一 (医学部事務室)

平成27年4月1日付

聖マリアンナ医科大学

《法人役員》

◎理事の異動

大久保吉修 (辞任)

平成27年7月31日付

古谷正博 (選任)

平成27年8月1日付

《教授の異動》

◎病院教授

福永 哲 (外科学 (消化器・一
般外科)) (大学病院) (退任)

平成27年4月30日付

相原正記 (形成外科学) (大学
病院) (就任)

川瀬弘一 (外科学 (小児外科))
(大学病院) (就任)

太田明雄 (内科学 (代謝・内分
泌内科)) (東横病院) (就任)

以上、平成27年8月1日付

◎特任教授

五味弘道 (放射線医学) (任命)

平成27年7月1日付

帝京大学

《人事異動》

◎主任教授

三牧正和 (医学部小児科学講座)
(昇任)

平成27年7月1日付

藤田保健衛生大学

《役員人事》

◎理事

岩田伸生 (新任)

平成27年6月1日付

《役職者人事》

◎大学長

星長清隆 (再任)

埼玉医科大学 大学病院内助産施設オープン

埼玉医科大学病院では、陣痛分娩回復室（LDR室）の増設と院内助産施設工事が竣工し、平成27年5月中旬より院内助産施設としてオープンしました。

近年、全国的な産科医不足が叫ばれていますが、埼玉県でも近隣地域のお産を扱う医療施設の減少は深刻な問題となっております。当院産科部門は、当初よりハイリスクを含め多くの母体搬送患者さんの受け入れを行っており、地域周産期医療センターとして重要な役割を担っておりますが、このような助産施設を大学病院内に設置するのは全国的にもあまり例がありません。

この院内助産施設は、助産師が妊婦さんに寄り添い自然でアットホームな良さを取り入れたお産システムです。順調な妊娠経過の経産婦さんを対象に、妊婦さんが望むスタイルでお母さんが持つ「産む力」と赤ちゃんが持つ「産まれる力」を引き出し安全なお産が行えるよう、医師の協力のもと担当助産師がお手伝いします。

院内助産室は個室となっており、授乳などが他に気兼ねなくスムーズに安心してでき、何よりお産から退院まで赤ちゃんと一緒に過ごすことができます。また、ご家族も退院まで同じ部屋で過ごすことができます。

当院では、今後助産師の活躍の場を多く作り、医師は母体搬送やハイリスクの妊婦さんを今まで以上に対応できるようなより良い環境づくりを行って参ります。



広く明るい助産室



助産師が寄り添いサポート（イメージ）

平成27年5月1日付

◎統括副学長

才藤栄一（再任）

平成27年6月1日付

◎副学長

松永佳世子（再任）

金田嘉清（再任）

杉岡 篤（新任）

以上、平成27年6月1日付

◎大学院医学研究科長

岩田伸生（新任）

平成27年6月1日付

◎医学部長

岩田伸生（新任）

平成27年6月1日付

◎副医学部長

松井俊和（教育担当）（再任）

平成27年6月1日付

◎総合医科学研究所長

倉橋浩樹（新任）

平成27年6月1日付

◎藤田記念七葉研究所長

園田 茂（再任）

平成27年6月1日付

◎総合救命救急センター長

武山直志（新任）

平成27年4月1日付

《教授の就任》

柴田知行（消化管内科学）

平成27年7月1日付

愛知医科大学

《人事異動》

◎理事

細川秀一（辞任）

平成27年5月31日付

土井清孝（就任）
平成27年6月1日付

◎教授

小林孝彰（外科学講座（腎移植外科））（採用）

今非常夫（医療安全管理室）（昇任）

以上、平成27年4月1日付

出家正隆（整形外科講座）（採用）

小出直樹（感染・免疫学講座）（昇任）

以上、平成27年8月1日付

◎教授（特任）

三浦直人（内科学講座（腎臓・リウマチ膠原病内科））（昇任）

花村一朗（内科学講座（血液内科））（昇任）

今村 明（プライマリケアセンター）（昇任）

西原真理（学際的痛みセンター）（昇任）

以上、平成27年4月1日付

自治医科大学

《役員の変動》

◎理事

佐田尚宏（就任）

平成27年5月28日付

木内喜美男（退任）

平成27年6月30日付

長谷川彰一（就任）

平成27年7月1日付

◎監事

三浦 勉（退任）

平成27年7月31日付

濱崎 孝（就任）

平成27年8月1日付

《大学の人事》

◎附属病院副病院長

渡辺英寿（退任）

平成27年6月30日付

金沢医科大学

《役職教員》

◎副院長

三輪高喜（耳鼻咽喉科学教授）

（就任）

任期：平成27年5月1日～平成29年3月31日

◎大学院医学研究科長

芝本利重（生理学Ⅱ教授）（再任）

任期：平成27年9月1日～平成29年8月31日

◎医学部長

横山 仁（腎臓内科学教授）（再任）

任期：平成27年9月1日～平成29年8月31日

◎一般教育機構長

澁谷良穂（一般教育機構特任教授）（就任）

任期：平成27年9月1日～平成28年8月31日

《教授》

◎講座主任

水上 創（法医学）（就任）

平成27年7月1日付

◎特任教授

福島俊洋（血液免疫内科学）（就任）

平成27年7月1日付

川平洋一（心臓血管外科学）（退職）

平成27年6月30日付

《金沢医科大学氷見市民病院》

◎副院長

小島ひとみ（看護部長）（再任）

上端雅則（事務部長）（就任）

以上、任期：平成27年4月1日～平成29年3月31日

神田享勉（地域医療学教授）（就任）

任期：平成27年6月1日～平成29年3月31日

獨協医科大学

《教授の就任》

杉山公美弥（越谷病院呼吸器・アレルギー内科）

松村輔二（越谷病院心臓血管外科・呼吸器外科）

以上、平成27年8月1日付

《学校法人獨協学園の人事》

◎理事の就任

寺野 彰（理事長）（再任）

桶葉憲之（学長）（再任）

吉田謙一郎（副学長）（再任）

福田 健（副学長）（再任）

平石秀幸（大学病院長）（再任）

林 雅敏（越谷病院長）（再任）

大塚 寛（事務局長）（再任）

以上、任期：平成27年8月2日～平成31年8月1日（4年間）

東海大学

前号（第80号）の訂正

一部表記に誤りがございました。

《臨床教授就任》

誤）◎付属東京病院

小林一郎（内科学系（呼吸器内科学））

◎付属大磯病院

白石光一（内科学系（消化器内科学））

正）◎付属大磯病院

小林一郎（内科学系（呼吸器内科学））

白石光一（内科学系（消化器内科学））

以上、平成27年4月1日付

訂正の上、お詫び申し上げます。

協会及び関係団体の動き

I. 医学部新設問題、医師不足問題に関する対応について

新医師臨床研修制度の創設（2004年度）により、初期臨床研修医を受け入れる枠の制限ができたことで医師不足となった大学病院では、地域の医療機関への医師の派遣に困難を生じるようになり、そのため、地域の医療機関では新たな医師を確保できず、医師不足が顕在化した。このような状況を踏まえ、医学部入学定員の暫定的増員が行われ、2015年度では9,134人となった。2008年度と比較して1,509人の増員であり、医学部15校の新設にも相当する。これにより、医師の絶対数の不足に対する一定の手当てがなされたことになり、医学部定員増の効果が現れてくるものと期待される。

現状の医師不足の本質は、医師の地域・診療科偏在であり、これらの解消こそ喫緊の課題である。そこで、日本医師会と全国医学部長病院長会議は、合同で「医師偏在解消策検討合同委員会」を設置した。

また、本協会は、医師不足の原因たる地域偏在・診療科偏在の具体的解決策等を検討する「医師偏在対策委員会（委員長：炭山嘉伸東邦大学理事長）」並びに医師臨床研修制度の廃止を含めた抜本的見直しを検討する「医師臨床研修対策委員会（委員長：小川 彰岩手医科大学理事長・学長）」を新設したところであり、全国医学部長病院長会議と協働し、具体的解決策をまとめていくこととした。

【協会、関係団体の動き】

■平成27年4月23日（木）

本協会は「第285回理事会」を開催し、「医師偏在対策委員会」、「医師臨床研修対策委員会」を新たに設置することを提案し、承認された。

■平成27年6月3日（水）

全国医学部長病院長会議、日本医師会、日本医学会は、自由民主党の二階俊博総務会長と面談を行い、「国家戦略特別区域による医学部新設反対」に理解を求めた。

■平成27年6月11日（木）

全国医学部長病院長会議・日本医師会第4回医師偏在解消検討合同委員会を開催した。
医師の地域偏在・診療科間偏在の解消に向けて「医師の養成と配置についての提言」の検討を行った。

※全国医学部長病院長会議：全国の国公私立大学医学部長・病院長が所属する団体で本協会執行部が当該団体の顧問、相談役の任を負っている。

【政府、関係省庁等の主な動き】

■平成27年5月20日（水）

文部科学省「大学設置・学校法人審議会」大学設置分科会が開催された。

■平成27年6月11日（木）

東北医科薬科大学医学部教育運営協議会（以下、教育運営協議会）の委員有志（6県の大学・医師会関係者13名）は、文部科学省「東北地方における医学部設置に係る構想審査会（以下、構想審査会）」並びに教育運営協議会に対して、構想審査会が報告した「検証結果（平成27年3月17日）」における指摘に従い、下記の通り要望書を提出した。

- ・教育運営協議会の開催を強く要求するものであること
- ・大学設置審議会の設置認可の結論が出る前に構想審査会を開催し審議すべきであること
- ・文部科学省が平成27年5月20日に開催した「大学設置・学校法人審議会」における議論の内容が明らかになっていないことから、東北薬科大学に対する指摘事項を教育運営協議会に開示すること

■平成27年6月18日(木)

全国医学部長病院長会議、日本医師会、日本医学会は、政権与党である公明党の井上義久幹事長と面談し、国家戦略特別区域における医学部新設については、国民に広く周知し十分な議論を尽くすことの陳情を行い、一定の理解を得た。

■平成27年6月26日(金)

全国医学部長病院長会議・日本医師会第5回医師偏在解消検討合同委員会を開催した。

医師の地域偏在・診療科間偏在の解消に向けた「医師の養成と配置についての提言」の検討を行った。

■平成27年7月29日(水)

全国医学部長病院長会議、日本医師会、日本医学会は、合同記者会見を行った。

「国家戦略特別区域における医学部新設に改めて反対する」と共に、医学部新設よりも医師の地域偏在・診療科偏在解消に優先的に取り組むべきである、との意見を表明した。

■平成27年8月4日(火)

本協会は第1回医師偏在対策委員会・第1回医師臨床研修対策委員会合同委員会を開催した。

医師の地域偏在・診療科偏在解消に対応した具体策の検討については、全国医学部長病院長会議・日本医師会「医師偏在解消策検討合同委員会」で検討されており、具体策となる「医師の養成と配置についての提言」の内容について、情報共有並びに意見交換を行った。

今後は、「医師の地域・診療科偏在」に関する具体的な解消策を取りまとめるべく検討を行っていくこととした。

■平成27年8月19日(水)

日本医師会、全国医学部長病院長会議は、「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言」を公表した。

■平成27年6月11日(木)

内閣府「東京圏国家戦略特別区域会議」第3回成田市分科会が開催された。

報道によると、「制度改正を含めた方針や進め方について一定の前進が見られた」とした。具体的な議論の内容については出席者の合意で「非公開」とした。

■平成27年7月27日(月)

第7回教育運営協議会が開催された。

・教員採用予定者のうち、東北大学出身者が64名であり、医師不足が著しい東北各県の地域医療を担っていた医師が64名マイナスになることから、この結果として地域医療に支障をきたさないことがどのような根拠に基づき説明ができるのかという指摘があった。

■平成27年7月31日(金)

内閣府「東京圏国家戦略特別区域会議」第4回成田市分科会が開催された。

「国家戦略特別区域による医学部新設」に関しては、医育・医学・医療界の総意として反対を表明しているにも関わらず、内閣府・文部科学省・厚生労働省が示した「国家戦略特別区域における医学部新設に関する方針(案)」を了承した。

■平成27年8月12日(水)

教育運営協議会の委員有志(5県の大学・医師会関係者12名)は、構想審査会に対して、下記のとおり要望書を提出した。

・東北薬科大学が実施する予定の「地域医療に影響しない教員等の確保」及び「修学資金制度を核とした地域定着策」の不十分な対応を検証し、厳正な対応を求める。

■平成27年8月20日(木)

第7回構想審査会が開催された。

東北薬科大学に対して医学部新設に向けた対応状況についてのヒアリングを実施した。

■平成27年9月16日(水)

全国医学部長病院長会議は記者会見を行い、内閣府・文部科学省・厚生労働省が示した「国家戦略特別区域における医学部新設に関する方針」についての見解を関係府省に提出することを明らかにした。

■平成27年9月28日(月)

全国医学部長病院長会議は、石破 茂内閣府特命担当大臣、下村博文文部科学大臣、塩崎恭久厚生労働大臣宛に「国家戦略特別区域における医学部新設に関する方針」に対する疑問と見解を提出した。

■平成27年8月27日(木)

文部科学省「大学設置・学校法人審議会」大学設置分科会が開催された。

東北薬科大学の医学部設置に関する審議を行い、平成28年度開設予定の大学の学部等の設置等に係る答申について、判定を「可」とする答申を行った。

答申にあたって、佐藤東洋士分科会長より、下記の通りの分科会長報告が公表された。

・「大学設置・学校法人審議会」から設置者(東北薬科大学)に対して求めた改善事項やその対応状況を確実に追跡し、加えてその後に行われる認証評価との連携を図り、継続的に改善が図られるようなシステムの構築を要望する。

II. 医療における控除対象外消費税(損税)問題に対する対応について

医療に係る消費税のあり方については、平成27年度税制改正大綱(平成27年1月14日閣議決定)において、『消費税率が10%に引き上げられることが予定される中、医療機関の仕入れ税額の負担及び患者等の負担に十分に配慮し、関係者の負担の公平性、透明性を確保しつつ抜本的な解決に向けて適切な措置を講ずることができるよう、個々の診療報酬項目に含まれる仕入れ税額相当額分を「見える化」することなどにより実態の正確な把握を行う』としている。それにより、日本医師会は「医療機関等の消費税問題に関する検討会」を設置し、「見える化」を議論するため協議を行っている。

平成26年度診療報酬改定時に、消費税率3%増分

の損税補填率として1.36%(診療報酬全体に係る約5,600億円分)が新たに配分された。本協会は直近の平成26年度決算により病院部門における消費税負担額を算出したところ、控除対象外消費税総額は602億円(29大学82病院)であり、平成元年の消費税導入時の補填率0.76%、平成9年の消費税率3%→5%引き上げ時の0.77%、今回の1.36%を合計した2.89%(420億円)が計算上補填されているとしても、補填後消費税負担額は182億円となっている。

設備投資部分の消費税補填は現行の制度の中では行われておらず、高額な設備投資が必要な大学病院や大規模病院ほど十分な補填がされていないことが明確となっている。

【協会、関係団体の動き】

■平成27年5月20日(水)

日本医師会「第3回医療機関等の消費税問題に関する検討会」が開催された。

■平成27年6月10日(水)

日本医師会「第4回医療機関等の消費税問題に関する検討会」が開催された。

■平成27年6月29日(月)

日本医師会「第5回医療機関等の消費税問題に関する検討会」が開催された。

【政府、関係省庁等主な動き】

■平成 27 年 7 月 3 日（金）

日本医師会「第 5 回医療税制検討委員会」が開催された。

■平成 27 年 8 月 5 日（水）

日本医師会「第 6 回医療機関等の消費税問題に関する検討会」が開催された。

■平成 27 年 8 月 4 日（火）

自由民主党「第 6 回大学病院を支援する議員連盟」が開催された。

本協会は「私立医科大学附属病院における控除対象外消費税（損税）の負担解消」、その他 4 項目の要望を行った。

■平成 27 年 8 月 7 日（金）

厚生労働省中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織「第 11 回医療機関等における消費税負担に関する分科会」が開催された。

■平成 27 年 9 月 9 日（水）

日本医師会「第 7 回医療機関等の消費税問題に関する検討会」が開催された。

■平成 27 年 9 月 29 日（火）

日本医師会「第 8 回医療機関等の消費税問題に関する検討会」が開催された。

控除対象外消費税の抜本的な解決に向けては、国から国立大学附属病院に対して大学病院運営費交付金として約 1,201 億円が助成されている（「国立大学法人等の平成 25 事業年度決算について」：文部科学省ホームページ参照）ことから、私立医科大学附属病院に対しても「大学病院を擁する国立大学法人における大学病院運営費交付金に相当する助成」を勘案いただくよう、栗原 敏教育・研究部会担当副会長、明石勝也総務・経営部会担当理事は、関係各方面への陳情を行うこととした。

平成 27 年 8 月より現在に至るまで、財務省大臣官房長、同大臣官房審議官、同主計局次長、同大臣官房文書課長、同主計局厚生労働第三係主査、文部科学省大臣官房長、同高等教育局長、同高等教育局私学部長、厚生労働省事務次官、同医政局長、同保険局長、同老健局長と面談し、私立医科大学病院における医療をめぐる控除対象外消費税負担の現状に理解を求めた。

■平成 27 年 10 月 6 日（火）

政府は「医療に関する適切な税制の質問主意書に対する答弁書」を公表した。

■平成 27 年 10 月 15 日（木）

厚生労働省中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織「第 12 回医療機関等における消費税負担に関する分科会」が開催された。

■平成 27 年 10 月 30 日（金）

財務省財政制度等審議会財政制度分科会が開催され、平成 28 年度診療報酬改定に関する議論が行われた。

Ⅲ. 自由民主党「大学病院を支援する議員連盟」に関する対応について

平成27年8月4日(火)、自由民主党「第6回大学病院を支援する議員連盟」(会長:河村建夫衆議院議員)が開催され、大学病院の現状について、寺野 彰本協会会長と山本修一国立大学附属病院長会議常置委員長がそれぞれ説明を行い、要望書を提出した。

本協会は下記5項目の要望を行った。

1. 私立医科大学附属病院における控除対象外消費税(損税)の負担解消

大学附属病院における控除対象外消費税負担は、消費税率8%時代を迎え大学経営に深刻な影響を及ぼしており、国が学校法人に対する消費税実質負担軽減の施策を行わない限り、極めて深刻な財政状況に陥ることとなります。

健全な医師養成、医学研究の進展のため、医療費の課税化あるいは大学病院を擁する国立大学法人における大学病院運営費交付金に相当する助成を要望いたします。

2. 大学病院に対する診療報酬上の評価の充実

高度急性期医療と教育・研修機能を担う大学病院に対する診療報酬上の評価を次回診療報酬改定(平成28年4月改定予定)において、充実していただくよう強く要望いたします。

3. 医師臨床研修制度の抜本的な見直し

医師臨床研修制度発足前は、医師養成削減政策による医師不足の状況にもかかわらず、大学の調整機能によって、地域の医師不足も、診療科間偏在も顕在化していませんでした。

今後も私立医科大学附属病院における研修医の減少が続くのであれば、更なる人材育成・供給機能の低下が懸念されると共に、医師の地域偏在化が顕著となるため、同制度の継続を前提とした議論や見直しではなく、廃止といった選択肢を含めた検討を進めていただくことを要望いたします。

4. 基礎研究推進のための環境整備

医師臨床研修制度等の影響により、基礎医学研究の志望者が激減し、医学研究・教育に与える影響が危惧されています。優れた基礎研究者の育成・確保は不可欠であり、基礎研究の活性化に向け、更なる環境整備を求めます。

5. 医学部新設については慎重な対応を求める

医学部新設につきましては、既に医療界・医学界・医育界を代表して、日本医師会、日本医学会、全国の

国公立大学すなわち医療に関係する団体全てが「国家戦略特区による医学部新設」に反対しております。

平成27年7月31日に国家戦略特別区域における医学部新設に関する方針(案)が公表されましたが、医学部新設に対しては国民に広く周知し十分な議論を尽くすことが必要と考え、強く要望します。

更に、将来予測される医師の過剰を十分に考慮し、診療科における医師偏在の是正並びに地域医療を担う医師の養成と確保にどう対応すべきか協議しつつ、慎重な対応を求めます。



挨拶する河村建夫衆議院議員・議連会長、
左は松野博一衆議院議員・議連事務局長



大学病院を支援する議員連盟



要望書提出(左:山本修一千葉大学病院長、
中央:寺野彰本協会会長、右:河村建夫衆議院議員・議連会長)

IV. 東日本被災地への医師支援について

被災地への医師等派遣状況（国公立大学別）

平成27年9月30日現在

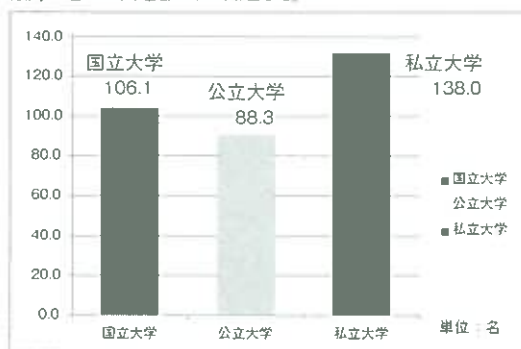
表1：DMAT含む医師等派遣状況

	大学数	病院数	チーム数	派遣人数	派遣延べ人数
国立大学	41大学	44病院	1,934チーム	4,351名	20,934名
公立大学	7大学	8病院	260チーム	618名	3,311名
私立大学	29大学	68病院	2,006チーム	4,002名	15,713名
					39,958名

表2：1大学当たりの医師等派遣人数（単位：名）

国立大学	106.1
公立大学	88.3
私立大学	138.0

国立公立大学の派遣延べ人数については、文部科学省医学教育課から提供された資料より、下記「派遣延べ人数のカウント方法」に基づいて本協会において算出した。



「派遣人数のカウント方法」

医師5名、看護師1名、臨床心理士1名、事務1名のチーム構成で支援を行った場合、計8名を派遣人数としてカウントした。

「派遣延べ人数のカウント方法」

医師5名、看護師1名、臨床心理士1名、事務1名が4月23日から26日（4日間）まで支援を行った場合、4日間×計8名＝32名を派遣延べ人数としてカウントした。

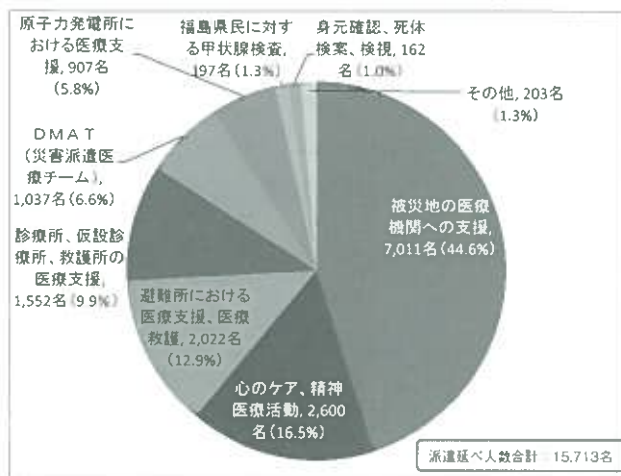
一般社団法人 日本私立医科大学協会

私立医科大学における被災地への医師等派遣状況【目的別分類】（平成27年9月30日現在）

（私立医科大学附属病院本院29病院、分院39病院（計68病院）による対応）

No.	目的	派遣延べ人数（名）	
1	被災地の医療機関への支援	7,011	44.6%
2	心のケア、精神医療活動	2,600	16.5%
3	避難所における医療支援、医療救護	2,022	12.9%
4	診療所、仮設診療所、救護所の医療支援	1,552	9.9%
5	DMAT（災害派遣医療チーム）	1,037	6.6%
6	原子力発電所における医療支援	907	5.8%
7	福島県民に対する甲状腺検査	197	1.3%
8	身元確認、死体検案、検視	162	1.0%
9	その他	203	1.3%
	合 計	15,713	100.0%

「9. その他」には、被災3県以外の医療活動、避難所における感染予防指導、SCU（広域搬送拠点臨時医療施設）本部への派遣、薬剤業務支援活動、災害支援ナース、在宅被災者の診察、仮設住宅の巡回、被災地ニーズの調査・訪問、現状視察等を含む。



被災地への医師等派遣状況

平成 27 年 9 月 30 日

【平成 27 年 9 月 30 日現在】

一般社団法人 日本私立医科大学協会

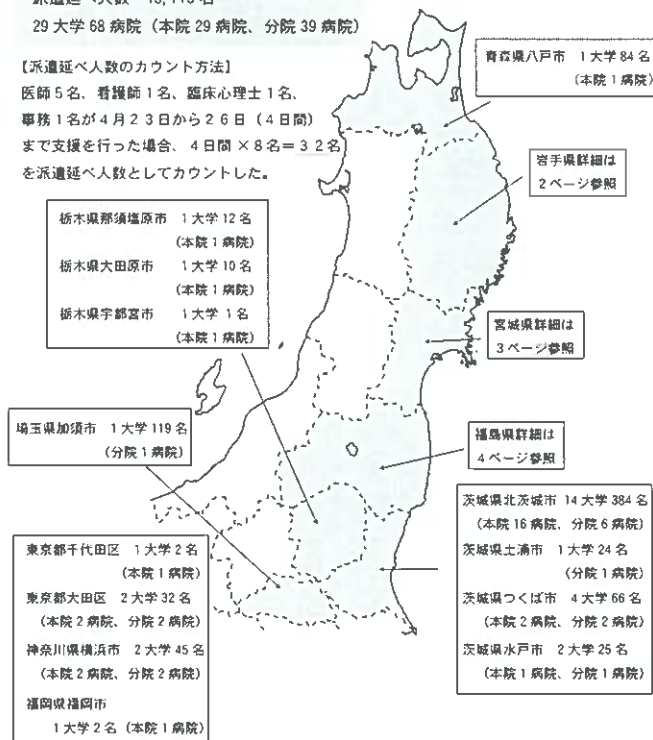
チーム数 2,006 チーム

派遣延べ人数 15,713 名

29 大学 68 病院 (本院 29 病院、分院 39 病院)

【派遣延べ人数のカウント方法】

医師 5 名、看護師 1 名、臨床心理士 1 名、
事務 1 名が 4 月 23 日から 26 日 (4 日間)
まで支援を行った場合、4 日間 × 8 名 = 32 名
を派遣延べ人数としてカウントした。



私立医科大学附属病院の被災地への医師等派遣状況 (岩手県)

【平成 27 年 9 月 30 日現在】

平成 27 年 9 月 30 日

※ 特定の市町村ではなく

岩手県全域に 8 大学 99 名

(本院 8 病院、分院 1 病院)

一般社団法人 日本私立医科大学協会



私立医科大学附属病院の被災地への医師等派遣状況（宮城県）

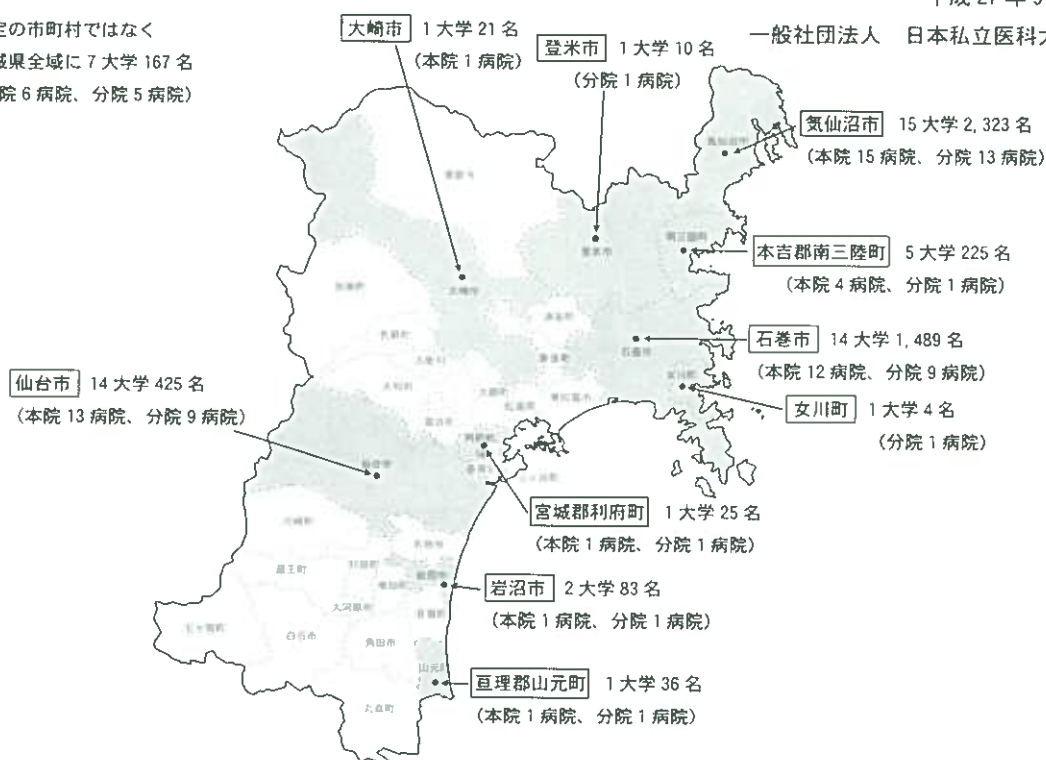
【平成 27 年 9 月 30 日現在】

平成 27 年 9 月 30 日

※ 特定の市町村ではなく

宮城県全域に 7 大学 167 名
(本院 6 病院、分院 5 病院)

一般社団法人 日本私立医科大学協会



私立医科大学附属病院の被災地への医師等派遣状況（福島県）

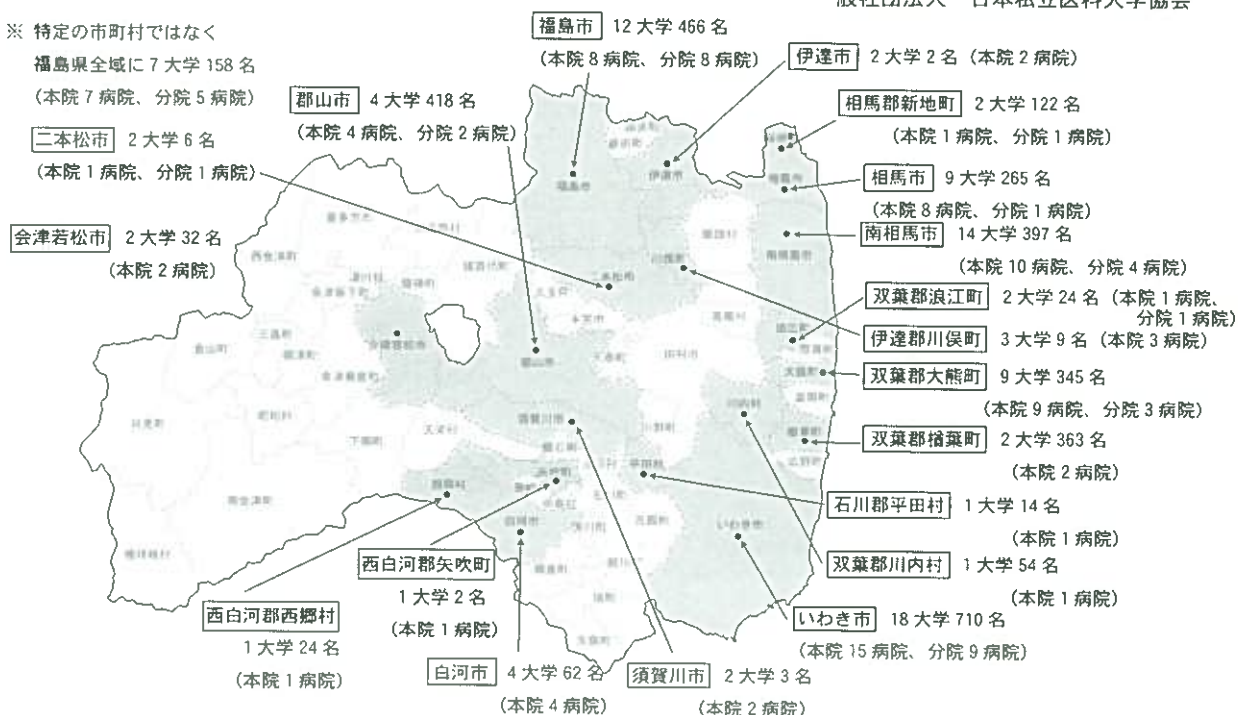
【平成 27 年 9 月 30 日現在】

平成 27 年 9 月 30 日

※ 特定の市町村ではなく

福島県全域に 7 大学 158 名
(本院 7 病院、分院 5 病院)

一般社団法人 日本私立医科大学協会



地球の健康とすべての人々の
健康で豊かな生活に貢献したい。
それが私たちスズケンの
壮大なテーマです。

 **SUZUKEN**
<http://www.suzuken.co.jp>



Design
Your
Smile
健康創造の
スズケングループ



すべての人に、いきいきとした生活を
創造お届けします。

alfresa

アルフレッサ株式会社

〒101-8512 東京都千代田区神田美土代7番地 住友不動産神田ビル13F-14F TEL 03-3292-3331 (代)



広く、そして深く…。
アウトソーシングの専門企業として
レベルの高い、新しいサービスを追及しています。

中材業務・看護補助業務・手術部環境保全業務／
人材派遣・病院清掃／その他

株式会社 日経サービス

本社 〒542-0081 大阪市中央区南船場1丁目17番10号 南船場NSビル
TEL: 06-6268-6788 (代表) FAX: 06-6268-0388

東京支店 〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台2丁目3番13号 鈴木ビル
TEL: 03-5283-0061 FAX: 03-5283-0062

<http://www.nikkei-service.co.jp>

安全・快適な療養環境づくりのお手伝い。



■ベッド調査



■修理・点検・清掃



■報告・提案

保守・点検・修理などを中心とした多様なサービスを通じて、医療・介護施設さまのニーズにお応えします。

パラテクノ株式会社

本社 〒273-0024 千葉県船橋市海神町南1-1648-7 ☎047(431)0552(代)
サービス拠点 札幌・仙台・さいたま・船橋・横浜・名古屋・大阪・広島・高松・福岡

全ては健康を願う人々のために



わたしたちは社会・顧客と共生し、
独創的なサービスの提供を通じて
新しい価値を共創し、世界の人々の
医療と健康に貢献します。

共創未来グループ
東邦薬品株式会社

〒155-8655
東京都世田谷区代沢 5-2-1
TEL.03-3419-7811
<http://www.tohoyk.co.jp/>

平成 27 年度私立医科大学合同入試説明会・相談会の実施について

「私立医科大学合同入試説明会・相談会」では、ローテーション方式による各大学の説明並びにブースを設けての個別相談形式により、各大学の入試担当者から直接、受験生や保護者の方々に私立医科大学の特色や入試制度などをお伝えしております。

今年度は下記のとおり、4 回開催し、多くの方々にご来場いただきました。

《開催スケジュール》

◇ 北 里 大 学	平成 27 年 7 月 25 日 (土)	来場者 約 560 名
◇ 帝 京 大 学	平成 27 年 8 月 8 日 (土)	来場者 約 910 名
◇ 兵庫医科大学	平成 27 年 8 月 29 日 (土)	来場者 約 300 名
◇ 久 留 米 大 学	平成 27 年 9 月 12 日 (土)	来場者 約 120 名

医大協

広報誌 医学振興

第 81 号

平成 27 年 11 月 19 日発行

発行人 寺 野 彰
編 集 一般社団法人 日本私立医科大学協会
広報委員会
〒 102-0073 東京都千代田区九段北 4-2-25
私学会館別館 1 階
TEL(03)3234-6691 FAX(03)3234-0550
印 刷 今井印刷株式会社

＜広報委員会＞

担当副会長	小川 彰
担当理事	明石 勝也
委員長	炭山 嘉伸
委員	栗原 敏孝
委員	田尻 勝司
委員	小口 裕子
委員	跡見 永寛
委員	冲永 寛子