

興 振 學 醫

日本私立医科大学協会

第 89 号

Contents

巻 頭 言 「日本私立医科大学協会会長就任にあたって」	2 ~ 6
座 談 会 「大学病院の教育のあり方」	7 ~ 32
論 壇 「協会会長退任にあたって」	33 ~ 35
施設紹介 「獨協医科大学」	36
「岩手医科大学」	37
「東京医科大学」	38
「埼玉医科大学」	39
「産業医科大学」	40
医大協ニュース	41 ~ 44
協会及び関係団体の動き	45 ~ 49

関西医科大学牧野講堂天井画「双龍鳳凰図」



拡大図



旧・講堂に掲出されていた際の
「双龍鳳凰図」

本学発祥の地である大阪府枚方市宇山東町に建設された牧野講堂の天井は、壮麗な天井画「双龍鳳凰図」に覆われています。これは、法隆寺献納の盤龍鏡（東京国立博物館蔵）模様がモチーフとされ、上田耕冲・櫻井香雲の両画伯が主となって、明治 21 年竣工の大阪博物場美術館（中央館）天井画として制作した作品と伝えられています。その後、昭和 12 年に本学の前身・大阪女子高等医学専門学校が講堂を建築する際、大阪府から譲り受けて移設されました。今でも同地の体育館に掲げられた「飛天」「天馬」「四神」など 22 面の壁画と併せ、大阪近代美術史の記念碑的な文化財です。

なお、現在旧講堂は取り壊され、双龍鳳凰図の原本は取り外して美術品保管施設にて保存されています。また、本学 90 周年記念事業として同地にて新たに牧野講堂を建設し、同図のレプリカを設えました。

巻頭言

「日本私立医科大学協会会長就任にあたって」

日本私立医科大学協会会長
岩手医科大学理事長

小 川 彰 氏



I. はじめに

この度、本年5月23日、一般社団法人日本私立医科大学協会の第111回総会（春季）におきまして、獨協学園理事長寺野 彰前会長の後任として本協会会長に選任されました。前会長の元、総務・経営部会担当副会長として、広報委員会担当、法務委員会担当も兼ね、また、医師偏在対策委員会委員長などを務めてまいりましたが、会員の皆様の温かいご支援あつてのことです。心から感謝申し上げます。

本協会は全国に29（新設医学部を除く）ある私立医科大学・私立大学医学部で構成する教育事業団体です。目的は、私立医科大学の教育、医学研究及び経営に関する研究調査、並びに大学間相互の連携と協力によって、私立医科大学の振興を図り、その使命達成に寄与し、医学及び医学教育の進歩発展に貢献することです。

新たな執行部として、3人の副会長 病院部会担当 炭山嘉伸先生（東邦大学理事長）、教育・研究部会担当 小口勝司先生（昭和大学理事長）、総務・経営部会担当 明石勝也先生（聖マリアンナ医科大学理事長）、相談役に寺野 彰先生（獨協学園名誉理事長、獨協医科大学名誉学長）、顧問、理事に栗原 敏先生（東京慈恵会医科大学理事長）、業務執行理事（総務・経営部会）・広報委員会担当 永田 見生先生（久留米大学理事長・学長）、業務執行理

事（病院部会担当）（会長指名理事） 小山信彌先生（東邦大学医学部特任教授）、業務執行理事（教育・研究部会担当） 新井 一先生（順天堂大学学長）、そして理事会、総会より構成されています。総務・経営部会、教育・研究部会、病院部会のもとに、20以上の委員会があり、多くの先生方にご協力を頂いております。現在私立医科大学・医学部が抱える問題は多く難しいものばかりですが、私立医科大学協会として、私学の教育・研究・診療の多くの問題解決に努力してまいっている所存です。関連の各大学の皆様にはご協力賜りますようお願い申し上げます。

II. 医学部、医科大学を取り巻く経営環境の変化

この10年、医学部、医科大学を取り巻く環境の変化は極めて大きいものがあります。教育・研究のみならず、健全な私立大学の教育・研究・診療を担保する私立大学の財政環境は悪化するばかりです。消費税問題に加え、医師の働き方改革、診療報酬改定、医療安全・感染対策その他、何れも私立大学の経営を圧迫するものばかりです。

これら諸問題解決には各大学とも財政の裏付けが必要です。一方、日本の高等教育費公的負担は対GDP比0.5%でOECD加盟国中最下位です。また、国立大学と私立大学の格差は極めて大きく、また、国立大学学生四十数万人に対し、私立大学学生は

二百数万人と高等教育を私立大学に押し付けておいて、私立大学に対する公的補助は極僅かです。学生 1 人当たりの公的補助には 13 倍の開きがあります。

国から私学への財政的支援は主に「私立大学等経常費補助金」です。国によれば私立大学等経常費補助金（私学助成）の目的は、「私立学校振興助成法」第 1 条に定められており、①私学の教育条件の維持向上、②学生等の修学上の経済的負担の軽減、③私学経営の健全性の向上、にあるとされています。

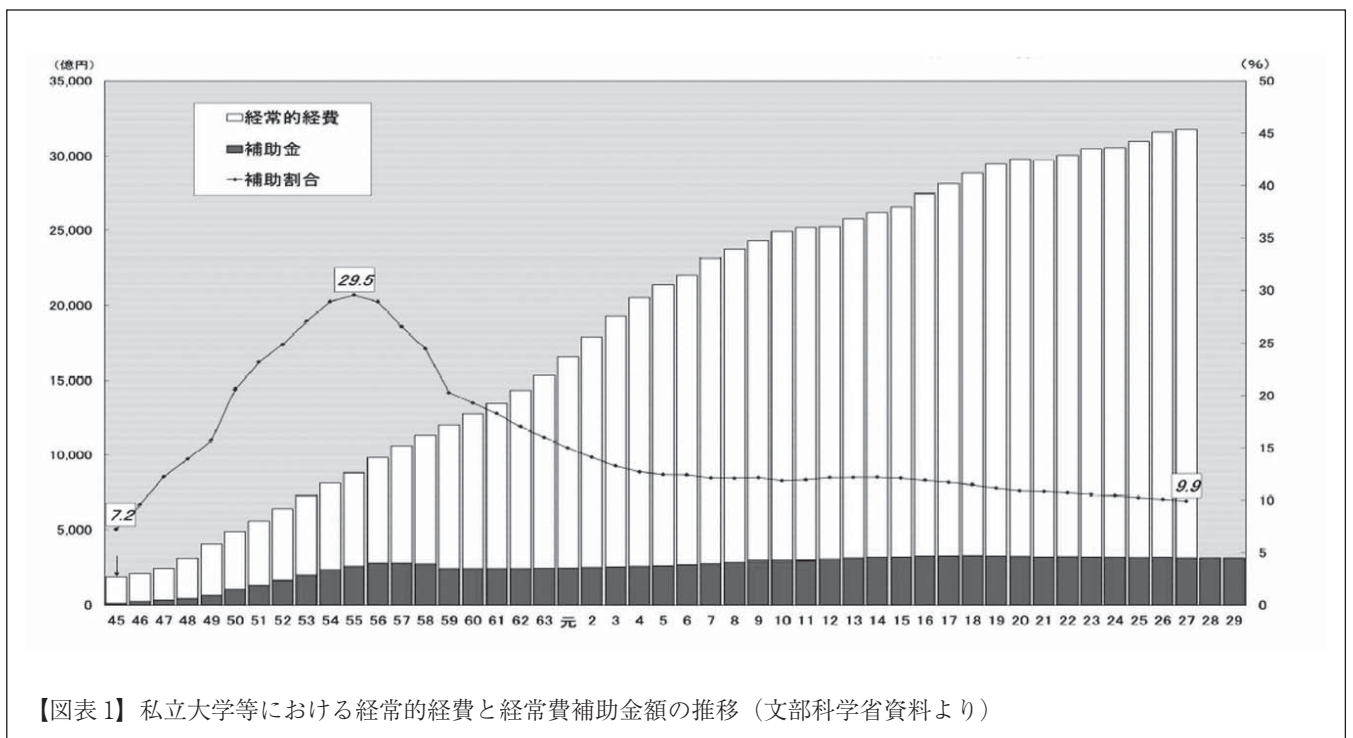
しかし、次項で詳述しますが、私立の医学部・医科大学は、教育設備の充実のみならず、特定機能病院である教育附属病院を有しており、日本の他の医療機関では考えられない程、高額で大型の診断・治療機器を多数備える必要があります。附属病院を持つ私立大学の消費税負担は膨大です。経常費補助金はほぼ消費税の支払いに回り、前述した私立学校振興助成法で定められた三つの目的に回すことは不可能な状況です。

「私立学校振興助成法」は昭和 50 年に成立した法律です。法律草案の段階では「補助は経常的経費の二分の一とする」事が議論されていました。その後、この議論は後退し法律の中に明文化する事は見送ら

れました。しかし、国会附帯決議で「私立大学に対する国の補助は、速やかに経常的経費の二分の一とするよう努めること。」とされました。この付帯決議が功を奏したかは不明ですが、昭和 50 年当時経常的経費の 20% 程度だった補助はその後増加に転じ、昭和 55 年には 29.5% まで増加しました。しかし、その後急激に減少し、平成 27 年にはついに 10% を割り込み 9.9% となりました。（図表 1）

国会で決議されたものが、全く無視され真逆な政策にすり替わっている事に怒りを感じえません。関係諸団体と連携し、国民の負託に答えるためにも、格差是正に取り組み、教育・診療・研究環境の改善に全力を挙げて取り組んで行く事が求められています。私立医科大学の使命である高度な教育・診療・研究を提供し良医を育成するためには各学校法人が健全な経営環境にある事が最低条件です。私立医科大学協会と各学校法人が、知恵を出し合いこの難局を乗り越えて行かなければなりません。

さらに、国民の疾病構造の変化、高齢化社会の到来、医療に対する国民のニーズの多様化など複雑多岐な医療環境の変化にも対応して行かなければなりません。



【図表 1】 私立大学等における経常的経費と経常費補助金額の推移 (文部科学省資料より)

Ⅲ. 消費税問題

消費税は、この 10 月 10% に引き上げられました。1989 年の消費税（3%）導入以来、国は、医療分野の消費税は診療報酬の中で補填されていると説明されてきました。一方、診療報酬は 2 年毎に改定されており、その後改定毎にマイナス改定が相次ぎ、消費税補填分がどこに消えたのか？ 額も含めて不明です。平成 29 年度私立医科大学協会加盟学校法人実質消費税負担額は、878 億 8,000 万円であり、1 大学当たり 30 億 3,000 万円に上ります。この額は、平成 29 年度協会加盟 1 大学当たり交付されている私立大学等経常費補助金 32 億 1,900 万円とほぼ同額です。

また、今回の消費税 10% への引き上げに際し、消費税補填分の点数を上乘せたとされています。しかし、特定機能病院である大学附属病院はこの機能を維持するため、一般病院に比べ高額な大型診断・治療機器を多数用意する必要があることから、他病院に比べ消費税負担がはるかに大きくなります。協会の試算では補填不足が予測されています。特に、消費税率 10% 引き上げにより、協会加盟 1 大学当たりの消費税は 37 億円に上ると試算されています。1 大学当たり交付されている私立大学等経常費補助金をはるかに上回る事になり、医学部を持つ私立大学の経営に対する負担は極めて大きいと言えます。

去る 9 月 25 日の自由民主党「大学病院を支援する議員連盟」の「大学病院の機能充実・強化に関する決議」でも私立医科大学協会の要望に沿って「令和元年 10 月に予定されている診療報酬改定による消費税の補填状況について速やかに検証を行い、補填不足が生じた場合は、必要な措置を講じること。また、過去の補填不足分についても、大学病院の経営に甚大な影響を与えていることから、救済措置を講じること。」とされており、国には、本決議に沿った真摯な対応をお願いするものです。

Ⅳ. 医師の働き方改革

大学医学部・医科大学においては、臨床系教員は医療行為を行っているばかりでなく教育・研究も担当しており、今般論議されている「医師の働き方改

革」においても、一般病院・診療所に勤務する医師とは、その業務内容が大きく異なっております。従って、大学医学部・医科大学の臨床系教員は「医師の働き方改革」という括り方でない論議を進めていただきたいと考えています。大学設置基準を踏まえ、その取扱いには充分慎重な対応を求めるものです。

本協会は現在の法律の枠組みのもとで対応すべく「医学部・医科大学の臨床系教員を対象とする専門業務型裁量労働制の適正な導入にあたって」〔ガイドライン〕を作成し、この導入にあたっては、加盟各大学が労働時間の把握や健康管理など適正な労使協定を策定し、健全な就労環境の整備を行うことが必要と考えております。

大学病院で研究を行う臨床系教員に対しては、診療の他、研究や教育など働き方に特殊性のある臨床系教員の労働時間の在り方を明確にした上で議論を進めるべきと考えております。

更に、依然として診療科間偏在が存在し、救命に直接かかわる過酷な労働環境にある診療科の多くは、医師確保が進まず、結果として時間外勤務時間（年間）が 1,860 時間を超えることもあることから、柔軟な取扱いをお願いするとともに、医師の業務のタスクシフティングを進め医師の労働環境改善を進めるためにも新たな人件費を中心とした財政的支援をいただきたいと思います。

Ⅴ. 国立大学附属病院の運営費交付金と私立医科大学附属病院の補助金について

文部科学省公表資料「国立大学法人等の平成 29 事業年度決算」(平成 31 年 3 月 28 日公表)によると、国立大学においては、国立大学法人運営費交付金とは別に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、平成 29 年度に 1,215 億円が助成されていることが公表されています。

また、会計検査院（国会及び内閣に対する報告平成 28 年報告(随時報告)）の調査報告書(図表 2)では、国立大学附属病院運営費交付金が 22 年度から減少して、25 年度以降は不交付となっています。一方で、特別運営費交付金は 25 年度まで増加しており、26 年度は 250 億円、対 22 年度増加率は 157.7% となっています。この様に、平成 25 年からは「附属病院運営費交付金」は 0 になっています。しかし、不思議なのは、「附属病院運営費交付金」、「特別運営費

(単位：百万円、%)

区分	平成22年度	23年度	24年度	25年度	26年度	対22年度増加率
附属病院運営費交付金	18,623	15,057	6,285	-	-	-
特別運営費交付金	9,717	20,567	22,022	27,453	25,047	157.7
特殊要因運営費交付金	12,548	13,627	14,435	12,599	11,856	△5.5
その他の運営費交付金	95,983	84,823	77,513	77,825	91,340	△4.8
計	136,872	134,075	120,256	117,878	128,244	△6.3

【図表 2】 附属病院に係る運営費交付金収益の内訳（会計検査院資料より）

交付金]、「特殊要因運営費交付金」、「その他の運営費交付金」の合計が、平成 26 年で総額約 1,282 億円に上っており、平成 22 年度に 186 億円交付されていた附属病院運営費交付金が不交付になったことを入れてもその他の附属病院運営費関連交付金は増加しています。

国立大学附属病院の「大学病院運営費交付金」に該当する文部科学省からの補助金が私立医科大学附属病院にはなく、国立大学の特別運営費交付金は 4 年で 1.5 倍以上の伸びを示しています。特別運営費交付金とは「新たな教育研究ニーズに対応し、高度専門職業人の養成等の取組等のプロジェクトを支援する。」となっており、この内容であれば本来、国公私立を問わず研究費あるいは補助金として公平に分配されるべき項目ではないかと思われます。国立大学のみ交付されることの不平等さ、そして、本来の交付金の趣旨を逸脱しているのではないかと危惧するものです。「附属病院」補助金の格差はさらに大きくなることから、教育病院としての立場から見て、私立医科大学附属病院に対しても文部科学省を経由した国立大学附属病院の「大学病院運営費交付金」に相当する助成をお願いするものです。

VI. 救命救急センターの実情

救命救急センターに着目して国立と私立の違いを考えてみます。特に、私立医科大学の救命救急センターに対する補助は、現行では医療機器整備の一部補助のみであり、救急医療人確保の観点からも、救命救急センターに勤務するスタッフの person 費補助の新設をお願いしたいと考えています。

厚生労働省によれば、救命救急センターを設置している国立大学附属病院は、42 校中 22 施設、52% に過ぎません。一方、私立医科大学 29 校では 100% を超え、36 か所の救急センター（分院含む）を運用しています。（日本救急医学会調べ）

さらに、救命救急センター機能に加え広範囲熱傷、指肢切断、急性中毒等の特殊疾患を扱うことが出来る「高度救命救急センター」は全国に 30 施設（救命救急センター 263 施設）（平成 25 年現在、厚生労働省医政局指導課）が整備され、30 施設中、国立大学 9 施設 (21%)、私立大学 9 施設 (31%) に上ります。この様に、国民の命に大きくかかわる救急医療に対し、国立大学に比べ、私立大学の果たしている役割は極めて大きいと言えます。救急センターで扱う極めて重症の患者さんには多くの医療関係者が関わらざるを得ません。また、高額な診断治療機器を駆使しなければなりません。この様に、人件費、医療機器に膨大な支出を要し、中等症、軽症患者に比べ大幅な赤字が見込まれます。この様な、国民の命に係わる公的事業を私立医科大学に任せておいて、国立大学附属病院の様な「大学病院運営費交付金」に該当する国からの補助金もなく、私立医科大学の自身の経営の中で国民の命を守る中核である救命救急センターの運営を実施する事を国が強いている事こそ奇異だと思います。救命救急センターを運営する person 費を含めて私立医科大学が努力している本事業に十分な補助をお願いする次第です。

Ⅶ. 国立大学より国民医療・地域医療を守っている私立医科大学

多くの私立医科大学は、分院を医療過疎地に開設、地域拠点病院として地域医療に貢献しています。平成23年に本協会が実施した「私立医科大学における地域医療体制に関する調査」によれば、北は北海道、南は沖縄、他、全国の多くの離島を含め、協会傘下29大学で、合計5,087病院に17,399名の医師を派遣しています。私立医科大学（医学部）の多くが大都市に偏在しているのは事実ですが、この様に、私立医科大学（医学部）は医師派遣の形で、過疎地を含む全国の地域医療体制の維持向上に貢献してきた事をご理解いただきたいと思います。

また、私立医科大学の卒業生は卒後早期に病院地域医療から離れ、開業しているのではないかとこの疑念がありました。この疑念を払拭するため、平成31年、本協会は10年、20年前の卒業生の動向を調査しました。

卒後10年では、不明を除けば開業した卒業生は、わずか2%に過ぎませんでした。また、同じく不明

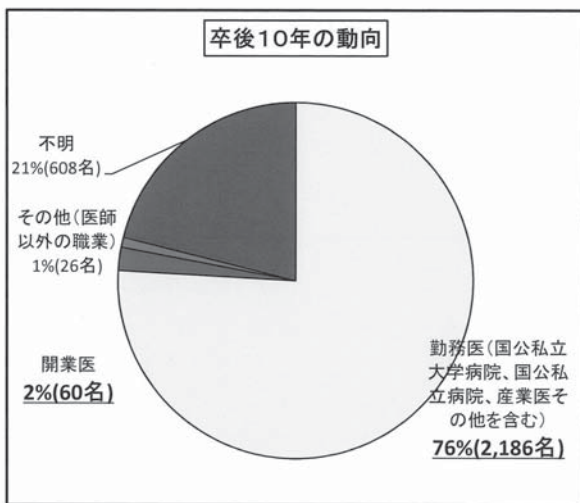
を除けば、卒後20年経っても、勤務医を続け地域医療を中心に努力している卒業生は80%（不明を除く）に上り、私立医科大学卒業生は長期にわたって勤務医として活躍している実態が明らかになりました。私立医科大学卒業生の国民医療に果たしている役割はますます重要となって来ております。

Ⅷ. おわりに

以上述べてきたように、国民医療の中核として私立医科大学が果たしてきた役割は極めて重要です。十分な国庫補助もなく、大学独自の経営努力のみでこの役割を持続する事は、近年の社会構造の変化から不可能になりつつあります。国には、この状況をご理解いただいて、国民医療、地域医療を維持できる十分なお支援をお願いする次第です。

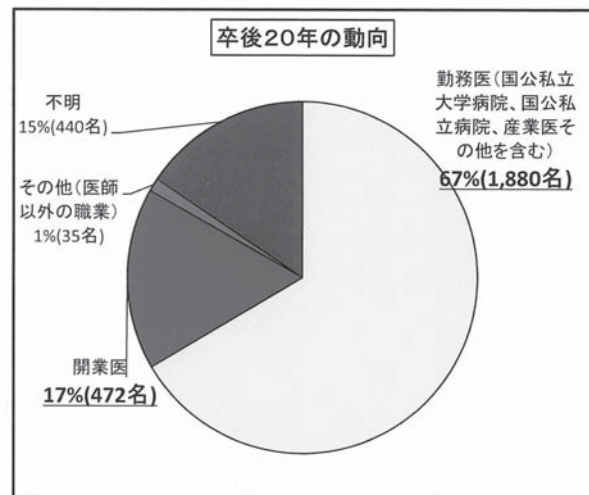
協会加盟29大学医学部卒業10年後・20年後の動向に関する調査集計結果(グラフ)
 <平成31年3月調査>

令和元年5月23日
 一般社団法人 日本私立医科大学協会



【卒後10年】について

勤務医は2,186名で76%を占め、開業医は60名でわずか2%となっている。また、その他(医師以外の職業)は26名で1%、不明は608名で21%等となっている。



【卒後20年】について

勤務医は1,880名で67%を占め、開業医は472名で17%である。その他(医師以外の職業)は35名で1%、不明は440名で15%等となっている。

【図表3】 卒後10年、卒後20年の動向

座談会

「大学病院の教育のあり方」

日時：令和元年 9 月 12 日（木）10:00～12:15

場所：アルカディア市ヶ谷（私学会館）5 階会議室

門田 守人氏

一般社団法人日本医学会連合会長

羽鳥 裕氏

公益社団法人日本医師会常任理事

荒木 裕人氏

文部科学省高等教育局医学教育課企画官

加藤 琢真氏

厚生労働省医政局医事課医師養成等企画調整室長

明石 勝也氏

聖マリアンナ医科大学理事長

（司会）**小口 勝司氏**

昭和大学理事長

（広報委員会）**永田 見生氏**

久留米大学理事長・学長

（広報委員会）**小栗 典明氏**

一般社団法人日本私立医科大学協会事務局長



はじめに

永田 広報委員長の久留米大学理事長・学長の永田見生と申します。

本日は、『医学振興』第 89 号の座談会「大学病院の教育のあり方」ということで、皆さん方にお集まりいただきました。朝早くから、どうもありがとうございます。

趣旨は、日本私立医科大学協会の医学教育グランドデザインを基に卒前・卒後のシームレスな教育制度について、大学病院のあり方としてディスカッションをするということで、小口先生の司会のもとにこの会を進行したいと思えます。小口先生、どうぞよろしく願いいたします。

小口 ご紹介いただきました小口でございます。今日はよろしく願いいたします。

それでは、自己紹介からお願いいたします。

明石 聖マリアンナ医科大学の明石と申します。私は、この協会の副会長を小口先生と務めておりますが、担当は、教育ではなくて総務・経営の方でございます。最近の課題は、消費税であるとか、働き方改革であるとか、そのあたりでありますので、主に卒後教育機能を持つ大学のあり方といったような点から座談会に参加させていただければと思っております。よろしく願いいたします。

荒木 文部科学省高等教育局医学教育課の荒木でございます。医学教育課では、大学における医療従事者養成課程のカリキュラムなどを所掌しております。また、課の中に大学病院支援室というのがございまして、そこで大学病院に関係する仕事をさせていただいております。

大学病院あるいは大学の学部には所属されているファカルティの先生方には、教育・研究・診療ということで多大なるご尽力をいただいております。医学教育課でございますので教育が主というところで、今般「大学病院の教育のあり方」ということをテーマとして座談会を開いていただいたことは、大変時宜に適していることだと思いますので、積極的に参加させていただきたいと思っております。よろしく願いいたします。

門田 門田でございます。ここでの肩書は日本医学会連合会長ということでお招きいただいていると理解しておりますが、なってまだ 2 年とちょっとで、医学会のテーマとしていることは非常に幅

広い領域で、医学教育の問題から専門医、あるいは働き方改革とおっしゃっていただきましたけれども、ありとあらゆるものが絡んできているということで、面食らっているというのが正直なところです。

そういう状況の中でお話をさせていただくことになりますけれども、最初にお断りしたいのは、医学会として意見をまとめているわけでもありませんので、今日は個人の意見をお話しさせていただくということにさせていただきたいと思えます。

私、もともと消化器外科医としてやってきております。大阪大学で外科教授、その後大学の理事・副学長をやって、がん研究会有明病院院長を経て、今のポジションに就いております。よろしく願いいたします。

羽鳥 日本医師会常任理事の羽鳥と申します。担当は学術と生涯教育、公衆衛生、がん対策、医師の倫理、終末期医療、医療と A. I. などです。厚生労働省、文部科学省の委員会で、加藤先生、荒木先生にいつもお世話になっております。生涯教育の中だけでなく、医学生の方の医行為と初期研修医を含めて医学教育のあり方を検討する委員会にも関わっています。さらに、専門医では専門研修部会、専門医機構の方では専門医機構の理事で、総合診療専門医検討委員会の委員長をやっています。

自分は循環器内科医でしたが、救命救急やカテーテルで、現在はかかりつけ医をしています。聖マリアンナ医科大学の明石先生、昭和大学の小口先生には医学生の地域医療研修などでお世話になっております。ありがとうございます。

加藤 厚生労働省医政局医事課の医師養成等企画調整室長を拝命しております加藤と申します。どうぞよろしく願いいたします。

所掌としては医師養成で、今、共用試験の公的化の話もございましてけれども、臨床研修、専門研修等を担当しております。また、医師の需給に関するマクロ需給推計や昨今注目されています「医師の働き方改革」を担当させていただいております。よろしく願いいたします。

小口 ありがとうございます。それでは先に進めさせていただきたいと思えます。

お手元の“医学振興第 89 号座談会「大学病院

の教育のあり方” というレジユメにあります 8 つの項目について幅広く皆さんのご意見をいただきたいと思います。

趣旨

はじめに、資料を見ていただきたいのです。これは平成 29 年に日本私立医科大学協会が提案した「医学教育グランドデザイン」です。後で厚生労働省のグランドデザインも見ていただきたいのですが、改革をしようとしているポイントは同じでございます。4 年生のところの右端に「第一次医師国家試験」とありまして、これを入れましょうというのが提案ですが、ここの CBT と OSCE の取り扱いをどういう定義づけをするのかということが 1 つ問題です。

そして、5 学年、6 学年のところにあります「診療参加型臨床実習教育」、スチューデント・ドクターの立ち位置でございます。これは学生がドクターとして認める医行為をすることになるので、これをどういうふうにするのか。あとで門田先生に、医行為の問題とスチューデント・ドクターの考え方、もしくは問題点についてご披露していただきたいと思います。

学部教育の最後のところに国家試験があります。そこに今 Post CC OSCE をすることになっておりますが、この Post CC OSCE の意味合いづけです。これを国家試験制度に組み入れるのか入れないのか。シームレスにするためには、どうしても卒前と卒後の間をなめらかにしない限りはシームレスにならないということでもあります。本協会のグランドデザインでは「初期臨床研修制度廃止」としてありますが、廃止するのが良いのかは別として、改革をすべきだと考えています。おそらく 2 つの考えがあって、臨床研修 2 年間の時期を短くするのか、もしくは 2 年間の「間」のあり方を変えるのかです。シームレスにするのであれば、卒前臨床実習と臨床研修と後期専門医研修を楔型に打ち込むのが良いと考えられます。そうすると全体に前倒しになるので、医師の養成期間が短縮できるのではないかとこの考え方があると思うのです。

そこで、こういう考え方で会を進めたいのですが、このグランドデザインと厚生労働省の「シ-

ムレスな医師養成に向けた改革全体案」は基本的には同じだと思うのですが、加藤室長、いかがでしょうか。

加藤 資料「シームレスな医師養成に向けた取り組みの現状と課題」の最後の頁をご覧くださいと思います。

ご存じの方も多いかと思いますが、医道審議会の医師分科会で現在、シームレスな医師養成について議論させていただいております。これは平成 30 年に日本医師会と AJMC(全国医学部長病院長会議)から要望書をいただきまして、共用試験とスチューデント・ドクターの公的化を検討してほしいということで、ご意見をいただいたのと、平成 30 年に医師法・医療法を改正しまして、その附則に同様の措置をするようにとされており、今回このように検討させていただいております。

グランドデザインということですが、我々も幾つかの点は、今ご説明いただいた点と類似しておりまして、ご指摘のとおり、シームレスな医師養成は非常に重要ということに関しては、もちろん同じですし、クリニカル・クラークシップ、医学部 5 年生、6 年生と、そして臨床研修のところに関して、一定の重複があるのではないかと、そういったご意見があるのは十分承知しております。

シームレスな医師養成に向けて、まずはどういう医師を養成すべきかというところで、卒前と卒後に関して異なる目標というのは望ましくないため、この点に関しましては、文部科学省とも協力させていただきながら、到達目標などに関しては、ほぼ同じものになってきました。

目標はそういった形での調整がだいぶつき始めてはいるのですが、ご指摘のとおり医師国家試験がこれを分断しているのではないかとこのご指摘は、繰り返しいたいております。

医師国家試験をどうするかという問題もございまして、まずは今回の医師分科会では、この共用試験、CBT・OSCE と、それに伴ういわゆるスチューデント・ドクターの公的化を議論させていただいております。

中身に入ってしまうかもしれませんが、共用試験とスチューデント・ドクターですが、日本医師会と AJMC(全国医学部長病院長会議)が、そのようにご希望されているということで、我々も多くの

方がこれに賛同しているという予測のもと分科会を開始したのですが、実際に会議を開いてみると、それに対する懸念の声も、実は非常に大きいということもわかりました。一般教養が脅かされるのではないかと、という意見もございましたし、ある方からは、侵襲的な医行為をどんどん進めることで教育に偏りが出てしまうのではないかと、というような懸念がありました。

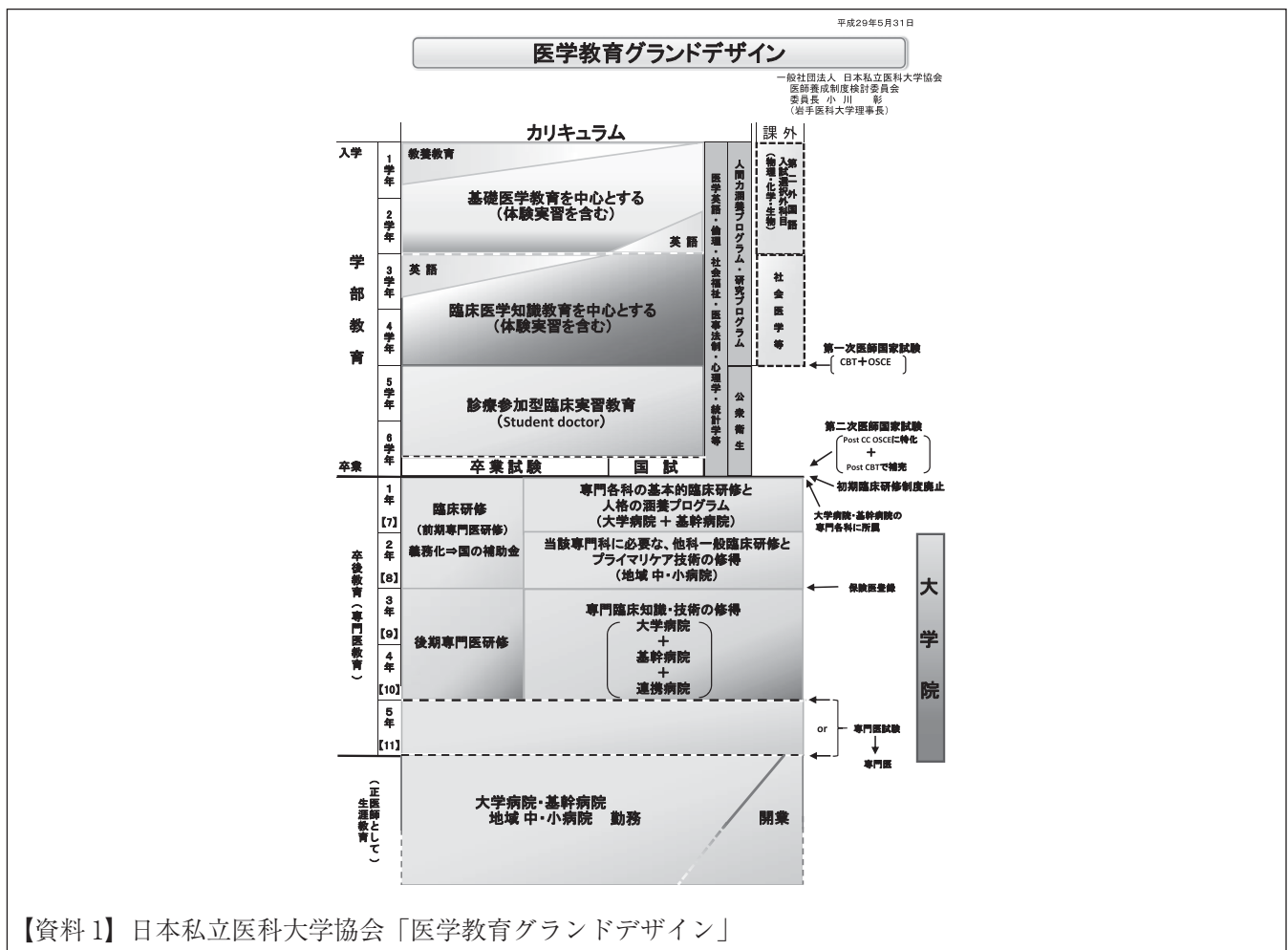
そういった懸念に対して、我々もどのように対処すべきか。厚生労働省だけではもちろん対処できませんので、大学の先生方、あるいは文部科学省の方たちと協議しながら、そういった懸念に関しても一定の回答を、我々としても持ちながら、より良いシームレスな医師養成に向けてどうすればいいのか、現時点では、共用試験とスチューデント・ドクターの公的化に関して議論させていただいております。

小 口 ありがとうございます。文部科学省の立場から荒木企画官からご意見をいただきたいのですが、資料「21世紀に向けた大学病院の在

り方について（文部省 21 世紀医学・医療懇談会 第 3 次報告）（平成 9 年 7 月公表）」は、平成 9 年に出されたもので、このとき既に、今お話があったような進め方の話をしているんです。平成 9 年ですから、ずいぶん前の話なんですけれども、なかなか進んできませんでした。これも参考にさせていただければ良いと思いますが、シームレスな医学教育ということに関して、意見をお聞かせ下さい。

荒 木 今、加藤室長からもシームレスな医学教育の動きについてご説明をいただきましたけれども、小口先生からもお話のあった報告書、20 年以上前の弊省の報告書ですが、目次だけを見ただけでも、今と通ずるといえるか、当時からある程度問題意識として持っていたものが、その実現がなかなかできてないのではないかと、という指摘かと思えます。

我々は、常に大学あるいは大学病院の方々とのお話の中でも、「医師の働き方改革」という流れの中で、大学病院の先生方は 3 本柱でやっている



のだということですが、特に教育については、医師を養成することができるのは大学だけでございますので、その大学の能力・実力が遺憾なく発揮できるような体制、あるいはそれに対するコンテンツ支援も必要かなということで、いろいろな施策を進めてきております。

直接のご質問のシームレスの部分でございますが、先ほど加藤室長からお話がありましたのは出口側から見た厚生労働省の医師臨床研修制度、あるいはその先の専門医研修制度も含め、どういう医師を養成するのか、ということだと思います。世間のニーズに合わせて医師の養成をするということは大学としての責任なのかなと思いますので、それに合わせた医師像になるような形で教育を進めていくという意味で、基本的に大学の教育の内容については教育の自由でございますけれども、専門医療職のようなものについては、コア・カリキュラムを作成しております。実は、コア・カリキュラムが全学部にあるというわけではなくて、保健医療従事者を中心に、獣医とか、教員養成の一部というようなものしかございません。

医学については、本当に早く、ちょうど医師臨床研修制度が義務化されるということに合わせてつくられたのですが、直近で医学のコア・カリキュラムを改訂したのは平成 28 年度です。その際に、まさに臨床研修の到達目標としっかりパラレルになるように合わせまして、その評価の手法も合わせということで、いわゆるクリニカル・クラークシップ 5・6 年と、臨床研修で実施する内容、あるいはその到達目標については、当然臨床研修のほうがグレードは上になるのですけれども、合わせたということで、シームレスについては、文部科学省としては賛同というか、各大学にも一緒に協力してやっていただけることをお願いしているところでございます。

小 口 ありがとうございます。我々と同様に厚生労働省も文部科学省も、形はいろいろであるかもしれないけれどもシームレスを目指していると理解できます。

かつて皆さんが学生だった頃とはずいぶん様変わりしてしまったのですけれども、シームレス教育ということ、日本医師会は、羽鳥先生、どの様に考えていらっしゃるのでしょうか。

羽 鳥 平成 30 年の 5 月に、日本医師会の横倉会



小口 勝司氏

昭和大学理事長

長と全国医学部長病院長会議会長の新井先生の方で「卒前卒後のシームレスの医学教育を実現するための提言」とか、今年 9 月にも「卒前卒後の一貫した医師養成に関する日本医師会の考え方」というのを提出しています。基本的には、皆さんと共同歩調をとって実現に向けて頑張っています。

ただ、国の医道審議会医師分科会で、先ほど加藤室長がお示しになったグラフのところで、ある委員から医師養成に関して、そんなに焦って演技にばかり走って、倫理、哲学など心の涵養がまず必要ではないかという主張もあり最もだと思いました。昨今、倫理面で外れた方々がマスコミにぎわすのは、その辺の教育が足りないのか、おごりが目立ち社会経験が足りない。テクニカルなことよりも倫理の面の患者さんの診察の仕方、患者さんに接する態度をより深く学ぶべきという意見もありました。

例えば、倫理教育で言えば、入学時に 1 回だけやるのではなくて、毎年、あるいは臨床実習、チューデント・ドクターを始める前などあらゆるところで学ぶ場をつくるのが大事です。もちろん日本医師会の中でも生涯教育の中で『医師の職業倫理』というブルーの冊子をまとめて毎年発行して事例を集めています。それを学生さんとか初

期臨床研修の方に学んでほしいなということがあります。

もう1つ、CATO（医療系大学間共用試験実施評価機構）という共用試験の委員会の方にも末席で携わらせてもらっているのですが、OSCE・CBTを見ていると、CBTはかなり完成度が高くなっている。要するに、プール問題とか、かなり公平性のある問題が出てきているから、これは仕組みとしては完成度が高いのではないかなと思うのですが、OSCEに関しては、初期のOSCEが6つのブースに分かれてじっくり見ていくというのは良いと思うんですけど、Post CC OSCEが医師国家試験の代理になるとすると、まだちょっとモデルの患者さんとかも含めて、大学によって、あるいは試験の雰囲気によって、試験の公平性が保たれるのかなというのがテーマです。医道から外れている人を落とすことだけが目的でやるのだったらできるかもしれないですけども、その中で点数をつけていくとか何かあるのだとすると、Post CC OSCEについては、まだちょっと工夫が必要なかなと思います。例えば、1か所にまとめて試験をして、同じ条件でやっていくとか、あるいはモデルになる患者さんを教育して育てていくとか、そういう幾つかの仕組みが必要になるのではないかなという気がします。

ただ、基本的には、日本医師会は賛成のメッセージを出しているのですが、是非協力していきたいと思っています。

小口 ありがとうございます。方法案は様々ですが、シームレスにもっていくということで意見をまとめないと、先に進まないということだと思います。

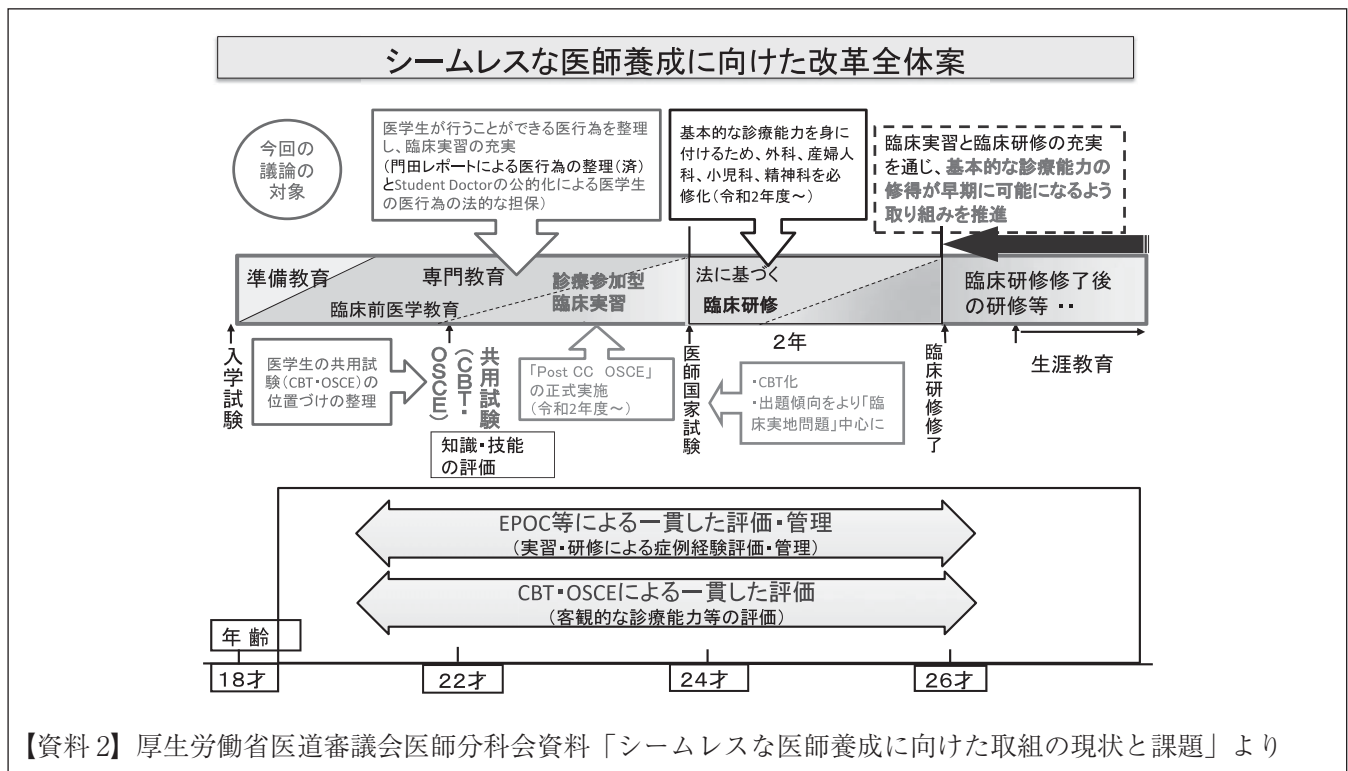
羽鳥 賛成です。

CBT + OSCE のあり方

小口 それでは各論に移させていただきます。今出ました臨床教育の前のCBTとOSCEのあり方ですが、明石先生、今現場の方では、CBT、OSCEは国家試験となり得るのでしょうか。そういう状態にあるのでしょうか。

明石 今実際に学んでいる学生がどう評価しているかという、もちろん学生はCBTをクリアしないと実習に入れないという意味では、年々シリアスに考えるようになってきているとは思いますが、このCBTに合格した結果、将来の医師国家試験により臨床重視の学習をした者が有利になるというふうには、あまり信じてないのではないかなという感じがいたします。

羽鳥 ペーパーテストを受けているのみで臨床能



力の評価にはつながらないという意味ですか。

明石 ええ。ですから、本当にCBTと2回目の国家試験が階層化してくるのかというところは、まだそういう信頼を得ていないという感じがいたします。

小口 OSCEはいかがですか。

明石 だいぶ初期に比べるとOSCEもかなり進化をしましたし、標準化が達成できていると思いますけれど、羽鳥先生のおっしゃるとおり、果たしてPost CC OSCEでこの標準化が保てるかというのは、本当に大きな問題だろうと思います。イギリス式にクリニックで実際にやらせてみて、本当の患者さんたちから評価をさせるというようなやりの方が、もしかしたら近道なのかなと思ったりいたします。

小口 永田先生、いかがですか。

永田 CBTも今学生は一生懸命目の色変えて頑張っているのですけれど、その後のOSCE等が各大学によって違ったりとか、模擬患者さんになれる方をどうやって確保するかとか、いろいろな問題があって、その後の臨床実習になって国家試験を受ける半年ぐらい前になると、もう国家試験の勉強ばかりになってしまって、臨床実習、OSCEに近いようなことがないがしろになっていく。それでは一生懸命OSCEをやっても通らないということになるんですね。その辺に非常に問題がある。だから、国家試験のあり方が大きな問題ではないか。間に合わないんですね。半年前から本気でやらないと、医師国家試験に落ちるといような状況になっているので、その方が問題ではないかと思えます。

「医学部の臨床実習において実施可能な医行為の研究」報告

小口 次のスチューデント・ドクターの方に移行したいのですが、CBTを通らないとスチューデント・ドクターになれませんが、今は全国医学部長病院長会議からスチューデント・ドクターのサーティフィケート（履修証明）を出しています。このサーティフィケート（履修証明）が国民に納得できているものかどうかというのがよくわかりません。スチューデント・ドクターのあり方も含めていろいろ問題があります。このCBT・



羽鳥 裕氏

公益社団法人日本医師会常任理事

OSCEの評価を公的なものにするかどうかということが、少し話題になっています。門田先生、後の医行為のことにも関係してくるのですけれども、学生が臨床実習をして良いですよ、患者さんを診て良いですよ、というサーティフィケート（履修証明）であれば、何らかのディグリー（学位）的なものがあるのかなという声もありますよね。

門田 だと思います。後のことにもつながりますけれども、医行為をどうするかということ考えたときに、結局今は何もないわけですよ。何も保証するわけでもない。ただ、大学がそうだとしたらそうしている。考えてみたら無責任なことをやっている。それを何らかの形で制度化することは必要だと思います。それが十分か不十分かという問題もありますけれども、何もないよりは始めた方がましではないかと思うのです。それもやりながら改善改革をしていくのだという姿勢をとるべきだと思います。

それをしない限り、あそこで違法が阻却されるとか、されないとかいうディスカッションを、今回もしましたけれども、阻却されるのだと文書で書いたところで根拠がないです。ですから、これをやりとりしても、結果的に前の前川レポートのときから、結局みんながどんどん後退していった。今回、我々が出したものでも、なかなか踏み切れ

ないのは、現場の人たちにしてみれば、法的根拠が全くない。これほど患者さんの権利意識が強くなってきている今、そういうことをサポートするということが、今のところ、言葉で言っているだけというのでは乗り切れないだろう。そういう意味からすると、何らかの形でそれをしなければいけない。そこをどうするのが良いのか。しかし、国民に対して、そういうものであるということをお納得してもらおう努力が必要であると思います。

小 口 そのとおりだと思いますけれども、制度云々ということは、加藤室長、基本的な考え方としては、今の門田先生の考え方でよろしいのでしょうか。

加 藤 そうですね。CBT・OSCEを公的化するのであれば、最終的にそれがスチューデント・ドクターにつながるものになると思いますので、どういふようにCBT・OSCEそれぞれを評価するのか。そこをどういふ基準で判断するのかということも、公的化ということに関して言うと、しっかりした基準を、公的な場でも議論されないといけないと思います。

小 口 CBTは、もともと臨床に行けるかどうかの1つのバリアになっているわけで、その根幹をなしているのが、1年生から臨床実習に入るまでのコア・カリキュラムだと思うんです。そういう面から考えて、CBTの公的な認証化というのが可能なんではないでしょうか。

荒 木 教育の内容として、まさに医学教育のコア・カリキュラムがあり、この中でもシームレスというのは意識して、診療参加型の臨床実習については、実はかなり前から言われていますが、今回の平成28年の改訂でも大きく位置付けたところがございます。

今おっしゃられましたように、診療参加型にするためには、臨床実習に入る学生さんの能力、技能、態度の質の担保が必要で、CBT・OSCEがしっかりとした位置付けにされるという点については、各大学からのお声を聞きますと、大学病院に高度な医療を期待して来た患者さんが、学生さんの臨床実習の協力をという話になると、協力的な患者さんもたくさんいらっしゃるのですけれど、昔に比べて同意を取るのが難しいという話も伺いますので、そういう位置づけがしっかりすれば良いのかなというふうなことを考えております。

小 口 ありがとうございます。何らかの形でCBTとOSCEのあり方を、全国標準化も含めて考えなければいけないと思います。CBT、OSCEをクリアすると臨床実習に入りますが、医行為をどうするかというのは、法律的な問題がいろいろあります。実習でありますので、知識の習得ではなく、技術、態度の習得ということだと思っておりますが、ここで侵襲的なものができるかどうかということは、後のシームレスを考えると非常に重要になります。どこのレベルまでやるかというのは、時代によって少しずつ進化していくものだと思いますが、学生が医行為をするという考え方は、医学教育上必要です。これをシームレスに卒業教育につなげるためにも必要と考えられるのですけれども、門田先生、その辺を踏まえていかがでしょうか。

門 田 おっしゃられるとおりで、学生から医師になるその中間があるわけですから、そのところを何もなしにできるわけではない。例えば車の運転も、教習所で運転しているところまではさせてくれるけれども、仮免で本当の運転を外でやる。そういう流れに類似するものではないのか。運転と一緒にしたらだめかもわかりませんが、しかし、そういう手順は必ずあるはずで、それはしなければならないものだと思います。

我々が今大学の中で、あるいは医師教育の過程の中で、結局臨床家をどう育てるかということをやっているわけですから、良い臨床家を育てていくのに、そのところにギャップがあったままではできっこないわけですから、そこはどうしてもやらなければならない。難しいものもあれば簡単なものもあるということで、医師になってからもいろんな段階でやっているわけですよ。それも医師のオートノミーというのか、ある程度順番にやっていって、それとどこがどう違うのか。制度的なものだから違うような形になっている。ですから、ある段階で云々というふうな段階的な変化というよりも、これこそシームレスの中で徐々に上がっていくというのをどう制度化しておくのかということが問題だと思います。それはしなければならない。しかし、難しい。医師でもできないものがたくさんあるわけですから、医師になる前にも、その段階のものがあるだろう。それを今回ちょっと見直させていただいたというのが、レ

ポートになっていますけれども、そういうふうなことを委員の皆さんとやっていく。

基本は、今話題になっているように、医師育成がどんどん遅れていっている。臨床実習というところが後退していっているという感じを何とかしなければならぬという意味では、基本的な路線は、皆さんが考えていらっしゃるのと全く同じでございましたので、どういう形にするか。先ほど申し上げたように、違法性がどうこうという話にどうしてもつながってしまうということから、次のステップで公的な CBT・OSCE ということを考えていかざるを得ないというふうになっていってしまいます。ですから、我々とすれば、早く育てるとか何とかというのではなく、良い医師をつくるのだという観点から進めるべきだと思います。

小 口 明石先生、どうですか。

明 石 知識に関しては、ほんとにシームレスな教育にしていくことが、だんだん可能になってきたと思うのですが、技能に関しては、国家資格があるかないかというハードルがかなり高く、全くシームレスになってない可能性があるわけです。臨床実習で身につけられている技能と、研修医、免許を持ってからできる技能と、ここに大きな谷があって、ちっともシームレスになっていかないのではないかと。それはとてももったいないと思うところがあります。

ただ、それは医師もそうですが、いろいろな技能に関する教育が、いろいろなシミュレーターが開発され、そういった時代がもっと進んでくると、卒前に身につける技能というのは、かなりのレベルがシミュレーションで解決できてくるものも増えるという気はしています。今各大学が持っているようなシミュレーション教育とは次元の異なるものが、AI や IT 技術を使ったものが広まってくるという予感はいたします。

門 田 確かにこの間の調査でも、シミュレーターの方についてはどんどん伸びていっている感じは出てきていたと思います。実際、学生たちは、なかなか進んでないというのが改めてわかったというところがあります。

クリニカル・クラークシップのあり方

小 口 医行為がどんどん進むということと同時



門田 守人氏

一般社団法人日本医学会連合会長

に、クラークシップが進まなければいけないと考えています。医療チームの一員として学生を迎えるということは、今までは見学型、見て習うということから、一緒に行くということまでになると、当然教育の仕方、質の変化が起こるわけです。その教育にかかる人的資源もたくさん必要となるということで、明日からやれと言っても難しいのはあります。クリニカル・クラークシップ型ということはイコール医行為をもっと広げますよということです。ということは、チームの一員ですので、何らかの国のサーティフィケート（履修証明）がないと、周りもしにくいし、患者さんも納得しにくいというところがあると思うのです。

クリニカル・クラークシップは、言葉では、どの学校も「やっています」と言えるのですが、どこまでの深さでやるかというのは、大学間によってすごく違う。施設、設備、人的な資源の違いが大学間でありますので、なかなか難しい。また、クラークシップに対する考え方も違うので、一律にはなかなかできない。

昔、私たちが学生の頃の臨床実習は見学型だったし、クルズス（少人数の勉強会）と称する講義を聞いたり、説明を聞いたりするのがあった。それをそうではなくて、臨床チームの一員として同じ職場にいろということになりますと、その教

育の仕方の変化をつけないといけない。大学の教員が変わらなければいけないのですが、そこはまた難しいところでもあります。いろいろな研修を、厚生労働省、文部科学省が協力して指導医の育成をやっていただいておりますけれども、学生教育に対する指導医師の研修は進むのでしょうか。荒木企画官、ご存じのところありますか。

荒木 毎年、文部科学省主催で医学教育指導者のワークショップをさせていただいています。今年も7月に行わせていただいたのですが、その際に、まさにこの2、3年は診療参加型の臨床実習をどうしていくかということで、各大学のクリニカル・クラークシップでどういうふうなカリキュラムをされていますかということを見て、それを基にいろいろ議論するのですが、当然ひと頃と比べると週数は、JACME（日本医学教育評価機構）による分野別評価の関係もあって増えています。さらにコア・カリキュラムを改訂したことによって、外来診療とか地域医療とか、そういう形で、大学病院だけではなくて、分院とか、外の診療所等も含めて広い場で臨床実習をしていただいているというふうには考えています。

もう1つ、チーム医療ということでありまして、医学生だけではなくて、看護とか、歯学とか、薬学とか、特に小口先生のところのような

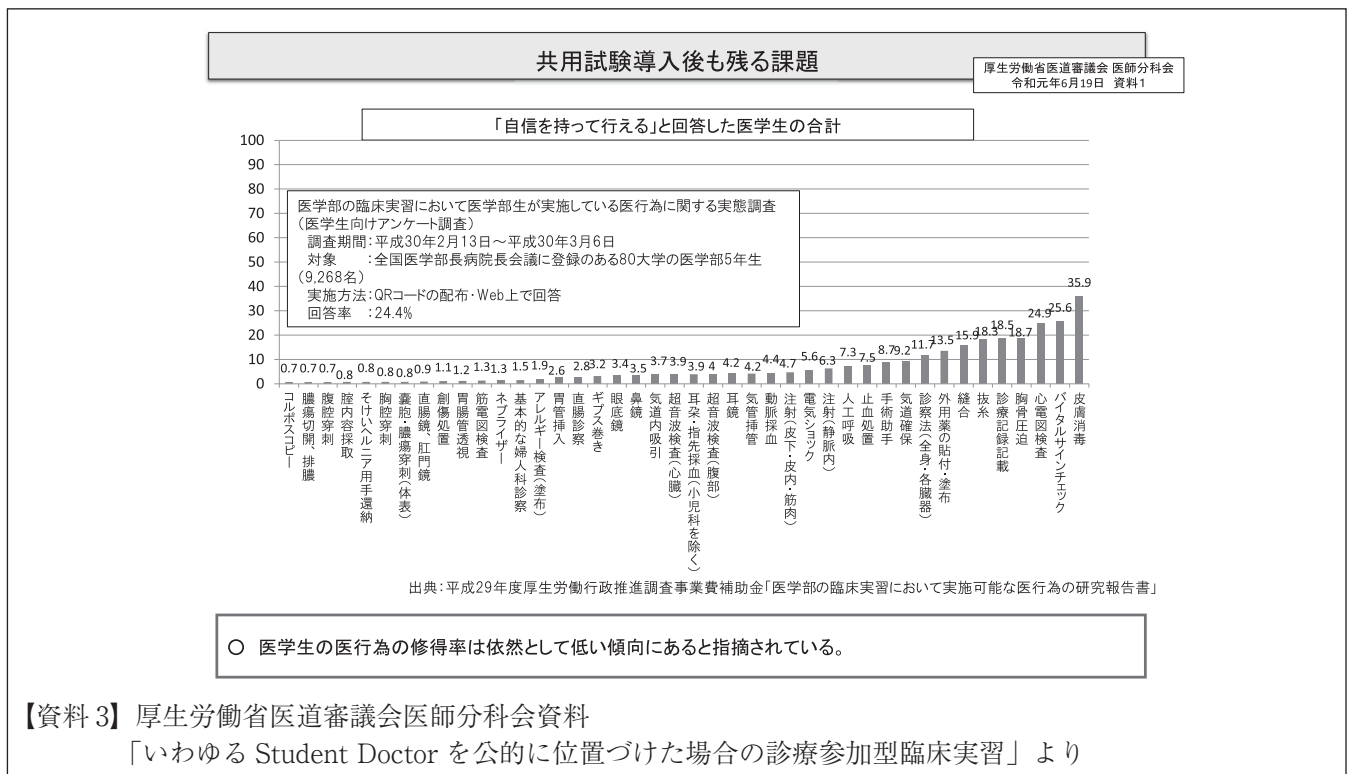
TBL(チーム基盤型学習法)をしっかりやっているような大学も、我々視察をさせていただいたりしておりますし、意識としては、大学のファカルティとしてもかなり変わってきていらっしゃると思います。先生おっしゃるように、ファカルティは教育だけではなくて、診療も研究もあるのだということのご苦労という声もいろいろ伺ってきておりますので、それをどうしていくのか、さらに働き方改革が進展していく際に、それら三つの柱をどういうふうに分けられるかというのは、大きな課題かなとは思っています。

小口 加藤室長、大学病院の医師は、かつてと違って教育に時間を割かなければいけなくなってきて、それは責務だとは思っています。大学病院の医師の特殊性というのは認めていただいているのでしょうか。

加藤 教育や研究に大学病院の医師の特殊性自体をどう捉えるかということについては、厚生労働省よりも文部科学省が所管ですので、より検討されるべきかと考えております。

小口 働き方改革も関連しますね。

加藤 いわゆる無給医等でも注目されている大学病院における業務量負荷ですね。診療以外の教育や研究のエフォートの大きさも話題の1つの中心になっているかとは思いますが、それに対



して働き方改革の中でどう対処していくかは非常に重要なことだと思っております。

医学教育、卒前教育を充実させるためには、ご指摘のとおり、見学型ではなくてチームの一員として他の医師と同じようなことができるということが重要ですので、そのためには法的に医行為を担保することが重要なとともに、教員の方たちのコミット、そして国民の方たちの理解や協力を得るということも、幅広く取り組まないと、診療参加型臨床実習が進んでいかないということは、今回の医師分科会の中でも議論がされているところでございます。資料にもございますけれども、患者の同意をどう取るかというところもあわせて、我々は今回議論させていただいておりますけれども、それに加えて大学の先生方の働き方、教育へのコミットの仕方というのは、これまた非常に大きな論点だと思いますので、この点は引き続きいろんな場でご議論いただければと思っております。

明 石 今日はその議論ではないのですが、加藤室長、荒木企画官にいらしていただいているので。医科大学あるいは大学病院での教員の働き方というか、教育コミットとか、これはとてもわかりにくくて、深く知らない人には何もわかってもらえない。ですから、働き方改革も当初、病院にいる間は大学病院の先生方は診療しているのでしょうか。「いやいや、教育やっているんですよ」と言っても、なかなか理解をしていただけない。それから、医学部教員は講義の担当時間数がすごく少ないから経常費補助金を削るぞとか財務省に言われたりする。これは講義時間でしか割ってなかったりするからです。しかし、実際に2年間も臨床実習をやっているのに、臨床系教員は病院の中にいる間、相当教育に時間を割かれているので、働き方改革にしろ、教員の補助に関しても、他学部と比較するのは極めて難しいと思います。そのご理解を、ぜひ周りに広めていただきたいというのが、切なる願いです。

小 口 そうですね。病院の方は研修医もいますので、同じ人たちがチームを組んで教育しています。研修医のやったことはアテストしなければいけないし、学生が医行為をしたら、それをまた見てやらなければいけないということがあって、その責任が助教以上の教員に課せられる。か



荒木 裕人氏

文部科学省高等教育局医学教育課企画官

つてほど余裕がないといえますか、教育に時間を使う。それが良い臨床医を育てるための法則であるという大義名分のもとにやっているということなんです。

羽鳥先生、大学病院から離れた先生方は、その辺の急激な変化というのは認識してもらえているのでしょうか。

羽 鳥 私も関わっているので、こういう委員会を通して知ったことがたくさんあります。例えば、資料「いわゆる Student Doctor を公的に位置づけた場合の診療参加型臨床実習」の5頁にあるように、「共用試験導入後も残る課題」で、医行為の数のあまりに少なさというのでしょうか、5年生でまだこれしかできてないとなると、果たしてどうなのかなということがあります。

それから、もう1つ気になるのは、大学病院にかかる患者さんに対する教育というのも少しきちんとしていかないと、医学生を育てる、医師を育てるということも、患者さんの1つの目的なんです。学生に何回も何回も静脈穿刺されて、怒り狂ったような患者さんがいますけれど、それはちょっとということもあるので、その辺の教育も日本医師会としては大事かなと思います。大学とか教育機関は、中堅病院で医師を育てているようなところでは、あなた方も次の世代の医師を育てている

のだから、というつもりで受診してほしいと思います。

もちろん、どうしても大学でなければ診れない特殊な治療、あるいは最先端の治療とか、それはまた考えていかなければいけないことでもありましようけれども、おそらく9割ぐらいの患者さんは、医行為の対象になるようなことだと思います。その中でも非侵襲的な行為は積極的にどんどんやっていくべきだと思います。それから、患者さんに医行為のために障害が残るようなことは、応援の先生とか一緒にやっていかなければいけないことだと思います。

もう1つ言われていたことは保険ですよ。日本医師会もいろんな保険をつくっています。最近ですと3億円まで補償の保険をつくっていて、もしかしたら学会がつくる保険よりも割安ですよというようなこともしているのですけれど、残念ながら学生に対しては対象になってないということもありますし、学生さんに差し上げることはできない。指導の先生にもちょっと難しいようなところもある。その辺の医行為を、法的にも、補償的にも担保するとか、それは最低限クリアしていかなければいけないのだろうと思います。

私たちも聖マリアンナ医科大学の学生さんを扱って地域の実習をするのですけれど、そういうときにも相当気を遣います。昔は何でもさせちゃったのだけれど、最近は、何かさせようとすると、それは許されていないような気がしますとか言われて、やってくれないこともあるので、ちょっと違うんだと思います。

小 口 大学の中だけのコンセンサスではなくて、社会の皆さんのコンセンサスがうまくいかないと、良い医学教育ができないという時代が来たかなというふうには思います。

永 田 学生を教育するとなると時間がかかるので、自分で外来診療する場合は、この日は学生教育に重点を置くとかしないと、患者さんがいっぱいになって回らない。特に私学の場合は、どうしても収入というのを義務付けられますので、そうになったら困るわけです。

後、臨床研修医の1年目とかが来たら、どっちがどっちかよくわからなくなって、「あれっ、君どっちだったかな」とか、両方をやらなければいけないというのも問題があるし、評価をするとき

に、CBTとかペーパーはものすごく良くできても、患者さんに針を刺すことだけで手が震えてできないという人もいます。そういう人たちをどう育てていくか。シミュレーションが一番良いのか、実際に臨床の教育というのは、そういう難しいところもあります。

Post CC SOCE のあり方

小 口 次の話題に移りたいと思います。一般社会の中には、医師の国家試験を通過して医師になったら何でもできるのではないかと、医師になったのだから一人前なんですよという考えの人もいらっしゃるんです。実際は医師の国家試験というのは、一人前に診ても良いよという資格だけであって、スキルが十分にあるかどうかという問題ではなくて、そこからまた研修をしなければいけないことになる。6年間だけでは、とても一人前にはできません。その6年間の集大成が医師国家試験で、そこでやっと初めて患者さんを一人で診ても良いよというお墨付きをいただくわけけれども、先ほどから、国家試験がシームレスの中ではかなりハードルになっているのではないかとのご意見がありました。改めて明石先生、国家試験はシームレスのハードルでしょうか。

明 石 国家試験の量はちょっと減りましたけれども、質に関しては、まだ学生にかなりストレスを与えていて、各大学その期間を短くしてはいますけれども、国家試験準備の期間が大きなエアポケットのようになって、シームレスな教育を疎外しているという批判は否めないものだと思います。だからといって軽くしたら、勉強してない学生が医師になっても困るというのは確かですから、どう実効性がある国家試験に変えていくか。それから、2年間の臨床実習を一生懸命頑張った学生は通りやすいというようにしていかないと、2年間の実習を適当に手を抜いて知識を増やしていましたという学生が有利になるような試験をやっていると、変わらないのだろうという気がします。だから、中身を変えるということも大事だろうと思います。

小 口 たまに病棟に行って、学生が一生懸命何かをしているので見ると、国家試験の問題をやっていた。「これはもったいないよ、本当に教わるの

は患者さんから教わるんでしょ、国家試験のために大切な臨床実習の時間を使っちゃダメだよ。」という話をするのですけれど、学生にとっては国家試験が大きなハードルであることは間違いない。そこで知識等を問われる。それも、かなり基礎的なもの、非臨床的なものを問われると不安になってしまう。それで臨床実習に身が入らないということが起こる可能性がある。

医師国家試験の問題の質を変えていただいたり、だいぶ改善はされてきましたけれども、まだその風習は消えてないような気もしないでもない。門田先生、どうでしょうか。クラークシップを完全なものにするためには、学生にとってのハードルを低くしないと、実習に身が入らないということがあるのじゃないでしょうか。

門田 実習に身が入らないということと、その内容ということともう1つ、その次に控えている医師国家試験の対策をどうするかということで、どちらかという、ほとんどの時間を国家試験・国家試験というような形の国家試験をつくってしまっている。明石先生言われるように、そこで頑張っている者が評価されるのだったら、若い子たちは絶対すると思うんです。だけれども、今は残念ながら、その逆の方に行ってしまうということに対して、案はないのですけれど、改善していかないと、学生の行動パターンは変わらないだろうと思うんです。クラークシップの中でどこまでどうこうという話よりも、一番大きいのはそっちじゃないのかという気がします。

小口 どんなに良い形をつくっても、精神が入らなかつたらできないですね。加藤室長、どうですか。

加藤 まさしく門田先生おっしゃるとおりで、ベッドサイドでの臨床実習がどれだけ注力していても評価されないのであれば、国家試験の勉強時間に使おうという発想になってしまうのは自然なことなのかもしれません。

国家試験を500問から400問にして、3日間から2日間にしたものに対して、これを評価しなければいけないわけですが、今のところは、あまり変わっていないという声もございますので、国家試験のボリュームを単に小さくしても、今の分断していると言われる6年生のときの国家試験対策というのが、実体としてそんなに変わらない



永田 見生 氏

久留米大学理事長・学長

のではないかというのが印象です。

なので、門田先生おっしゃったとおり、クリニカル・クラークシップをどう評価して、学生を評価して、医師になるにあたっての準備ができていくのかどうかというのに直結するような評価体系をしっかりとつくっていただいて、それがPost CC OSCE等で画一的に評価を行っていくことが、次の新たな国家試験のあり方につながっていくのだと思っています。

小口 今すぐにとというのは難しいのかもしれないけれども、Post CC OSCEを国家試験の一部にする、もしくは全部にするということは可能なんではないでしょうか。

加藤 国家試験改善検討委員会を本年もやっていますけれども、前回の5年前の議論でも、その点は既に触れられておりまして、もちろん常に議題になってくるものだと思います。ご指摘ありましたとおり、本格実習はこれからということで、そのSP（模擬患者）さんのクオリティのコントロールと、評価を均一的にできるかというところが、既に指摘されているポイントですので、少なくともその2つをしっかりとやっていかなければならないと思っています。

小口 同じ時期にSP（模擬患者）さんをそれだけ揃えるのは大変なことです、急にはできな

いですね。

加藤 そうですね。いろいろ課題はあると思いますが、コンセプトとして、医師になるにあたって、知識だけを見れば良いのかということに関しては、もちろん誰もがそれだけで良いということはないと思いますので、技能や態度もあわせて見て、医師になるべき人かどうかというのを判断するというのが、正しいやり方だと思いますので、そこは Post CC OSCE の今後の発展の仕方を見ながら、我々としても注視して、国家試験になり得るかどうかというようなところは適宜議論させていただきたいと思っています。

門田 クリニカル・クラークシップのタイミングが、なかなか実際できないような制度に今なっているということは、見方を変えると、今の国家試験の体制が、逆にそういう実習を抑えているのだと。意図的にやっていることが、そういう結果になっているのだという認識をもって見直す必要があるのだらうと思います。

小口 そうですね。今加藤室長がおっしゃったように、厚生労働省も認識をしていると思うのですが、すごく大きなハードルなので、その大きなハードルに向かっていく途中に一生懸命実習しろと言っても、見えるのはハードルばかりだということになってはいませんか。

門田 自分たちのことを思い出すと、我々は口頭試問だけで筆記試験など何もなくて、X線写真をポツンと1枚見せられて、何かべらべらとしゃべったのを覚えていますけれど、ああいう時代に、その前に国家試験のための勉強というのは一切しなかったですよ。

小口 そうでしたね。それで医師になって困った人はあまりいないので(笑)、時代が変わったといえますか、今と違うんでしょうね。

永田 きちんと上から教えてもらっていますからね。指導医が勝手なことはさせなかった。

門田 今の知識を問うだけの試験の方向に、世の中全体がなっている。入学試験もそうかもわからないですけども、だんだんそういうふうなことに国全体が大きな流れとしてなっている。そして、ものの本質を問うているかと言われると、形式は追いかけているけれども、言い切れないかもわかりませんが、本質は問うてない。そういう状況を全部でつくっていったらという動き

があるともとれるのじゃないでしょうか。大きな問題を、単に医療だけではなくて、我々社会が抱えているという認識が必要じゃないかと思います。

小口 大きなハードルを小さくするためには、半分に分けて、臨床実習に入る前の CBT をきちっとしたものにして、卒業のときのハードルを少し下げたあげないと、臨床実習がうまくいかない。

4年生まで臨床の座学を教えるとして、実習に入るのが5年生からだとする、初めて入ったときはチームの一員にはなれないです。なれるまでに半年ぐらひはかかるので、そこからクリニカル・クラークシップを始めようと思ったら、もうハードルが見えてきてしまうんですね。ということは、やはり何か変えないと、形だけつくってもだめなんじゃないかという気はしないでもないのですが、どうですか。

明石 そう思います。これは後段の話になるかもしれませんが、医学教育がシームレスになっていくということは、臨床研修の2年間もシームレスの中の非常に大きな意味をもってくるわけです。そうすると、我々大学側が言うとお叱りを受けるかもしれませんが、臨床研修病院の施設の見直しとか、そういったことももう1回必要なんじゃないか。

つまり、我々大学のメリットというのは、専任教員が卒後教育に関しても結構抱えているということですが、臨床研修病院の中には、研修に専任できるような医師まで抱えているところは非常に少ないと思いますし、そういった環境もシームレスなものに変えていってあげないと、若い医師たちは戸惑うのではないかと思うところがあります。

それから、羽鳥先生が冒頭におっしゃっていましたが倫理教育みたいなことを考えたときに、シームレスであるとともに、シームレスの中にメンターのような教員が彼らについていることがとても大事だと思います。分断をしていくと、誰にもメンターがついていない。あるいはメンターなどついたことがないという医師が育っていくということが、現実には起きていると思います。本当に良い医師を育てるというためには、クオリティを上げるためのシームレスな教育環境も必要ですが、倫理的にも優れた医師を育てていくことも必要で

す。あらゆる意味で、いろいろなものをシームレスにできるように、作り直す必要があるように感じてしょうがないのです。

小口 クリニカル・クラークシップがきちっとできないと、その次の臨床研修とのシームレスはできない。このシームレスの保証をしなくてはいけないのですが、これは現在あまりできてない。臨床研修は臨床研修、卒前の実習は卒前の実習になっている可能性がある。それを阻害しているのが国家試験でありましょうということなので、これはすごく大きな問題ですね。荒木企画官、どうですか。

荒木 そもそも知識重視の教育。それだけ基本知識の量が増えているというところはあるのですが、教育を受ける者として、今後はICTあるいはAIが進んでいく中で、人間あるいは医師としてどういう能力が必要なのかということをよく見極めないといけない。例えば、学力の三要素を重視して高大接続やりましょうということで文部科学省は進めさせていただいていますが、知識だけではなくて、それをもっと応用する力、あるには皆と協調してやる力、そういう態度、技能をどうやって習得させるかということだと思います。

そういう中で、おっしゃられるように国家試験が分断しているという、先ほど明石先生おっしゃられたクリニカル・クラークシップと臨床研修の場が違くと、物理的にも分断されるでしょという意味合いもあるかもしれませんが、まずはコンテンツとして臨床研修、実習の到達目標を合わせてはいますので、その中で人的にずっと見られるメンターがいらっしゃるというのは、1つのアイデアとして良いのかなと思っています。

医師国家試験がハードルかどうかということですが、まさにそれが今回のテーマかもしれませんが、ハードルをちょっと動かすのか、高さをどうするのかということの検討を、厚生労働省の方でもされておりますし、そこについては文部科学省も連携してまいりたいと思います。

絶対忘れてはいけないのは、医師というのは、国民から信頼される職業のずっと上位ということですので、その質の保証がしっかりなされているということは大事だと思います。

羽鳥 明石先生おっしゃった国家試験後の初期臨床研修とスチューデント・ドクターを一体として



明石 勝也 氏
聖マリアンナ医科大学理事長

見るというのはとても大事で、それができて初めて医学教育の改革になります。例えば、今やっている初期臨床研修をどこで受けるかのマッチングもシームレスを分断している大きな要素だと思います。今まで大学で学んできた医学生が、さあ患者数が多い東京の病院へ行こう、さあ大阪へ行ったら腕を磨こうということで、自分の学んできた大学をまるで無視するかのように臨床研修病院へ行きますよね。そうではなくて、4年間でしっかり育てて、専攻医をどこがどう選ぶかをマッチングして専門研修を選ぶような仕組みに変えていったら、大学での一貫性、4年間しっかり育てるという発想もできるのではないかと思いますので、そういう観点も考えてみたらどうなんでしょうか。

今、卒業時に国家試験があって、初期臨床研修病院を選ぶために、大学での教育が寸断されてしまっています。マッチングがあるから、半分ぐらしか大学に残らない、別のところで学ぶ場になったら一貫性はちょっと難しいような気がするんですが。

医師臨床研修制度のあり方

小口 6年生になりまして、マッチングのテスト

といいますか、就職活動を始めますね。そうすると、自分はどこに行きたいかというのがるので、そっちの方に意識が行ってしまって、実習どころではないという人も出てきちゃう。だいたい8月終わりぐらいまでには採用試験を受けて、10月ぐらいまで発表を待っているわけです。そうすると、その間の身分がどうなのかというので、今度は何かするにも身が入らないということも出てくる可能性があります。今羽鳥先生おっしゃったように、マッチングも1つのハードルになっているのかもしれないね。明石先生のところはどうか。

明石 今全国平均で5割を切っています。大学で研修を受ける人は激減しているのは事実です。優れた臨床研修病院はたくさんありますし、他の大学で研修を受ける諸君もいて、そこはコア・カリキュラムも含めてコンテンツは同じことをやっているの、あまり支障はないかと思って見えますけれども、中には、とても高い処遇に惹かれて行く学生がいたり、指導医の数が少ないと思われるようなところに入って行く学生もいる。そういうのは、我々手塩にかけた学生たちですから、心配だなという思いは完全には払拭できていません。

羽鳥 初期研修は国からかなりな給料がもらえますよね。これ、ほんとに良くないと思うんです。(笑)

加藤 国は出してないですよ。臨床研修補助金は、給与を補助しているわけではないので、そのご指摘は違うと思います。

明石 大学も支給はしていますが、かなりな高額を支給されている病院もあるので、そこに惹かれる学生がいても、致し方ないとは思いますがね。

加藤 そういう課題がありましたので、我々は臨床研修制度としても、高すぎる給与設定は自制してもらうように、高すぎるものは臨床研修補助金をカットするというようなことで対応しております。

門田 30万とか何とかと言っていた時代じゃなかったですかね。

小栗 国は平成16年の「臨床研修制度」発足に当たり、義務付けるのであれば無給はありえないとして、臨床研修医1人1ヵ月当たり約30万円

程度の給与を保証し、補助すると言っていました。しかし、その後、国立大学附属病院に在職する臨床研修医以外には国庫から給与の支給は法律上許されないことから、現在の厚生労働省からの臨床研修医補助金となっています。研修制度発足当初は220億円を確保出来たのですが、現在は半分ぐらいになっています。

加藤 だいぶ減っています。

小栗 研修医にとっては、給与のウエイトも大きいものですから、北海道道南地区に於いては制度開始当初は、初期臨床研修の1年目で1,080万、2年目で1,300万円という事例があったわけです。それが是正されているかどうかは存じませんが、そういうのにひかれる人がいるということです。ただ、その研修病院に行っても本当に研修が出来るかどうかというのは、また別な問題ですから。

小口 それは労働力が欲しいから、そういうことになるのでしょうかね。

小栗 数として欲しいということですよ。

羽鳥 専攻医になったら、また無給になってしまうわけですね。

加藤 専攻医で無給である医師は把握していませんが、保証はしてないですから。

小口 でも、学生たちの考え方は、私たちの時とは全然違いますね。私たちの時、卒業したら幾らくれるのかという質問はしたことないですね。だけど、今の学生は「幾らですか」と聞いて、それを参考に選んでいます。それだけがもちろん選択の基準ではありませんけれど、発想が、もらえて当たり前という時代が来ておりますので。

小栗 初期の時は35万というのがずっと流れていましたので、そこに大学は追いつかない。20万がぎりぎりというところで来ていましたから。

明石 出せたら出したいですよ。

加藤 医師の働き方改革としては、一定の給与は出さないといけなくなりますので。労働時間が臨床研修医も非常に長いですから、そういう意味では、時間外労働をしっかりとつけば、それぐらいの給与になるのも、今後はより当たり前になっていくかもしれません。もちろん、専攻医の働き方改革も行い、極力時間外労働を減らす努力は各医療機関に行ってもらわなければなりません。

小口 名前がどうだったかは別にしても、研修医というのは研修生なんですよ。大体は時間外勤務

もあまりしないですよ。5時になったら帰るとか、一般の研修生と同じようでありませぬ。それが良いかどうか知りませんが。私たちが卒業後すぐ医局に入って、三日三晩寝ずに患者の前に座っていたというようなことは、今はない。かなり一般の労働者になってきましたね。ですから、研修医が終わってからの方が労働時間が長くなっている。研修医は当直の回数が制限されていますので、範囲の中でやっていますので、昔のようなことは全然ないです。

門田 変わってしまいましたよね。我々は、卒業したら無給が当たり前ですからね。無給で研修をして、消化器外科でやっていて、あの当時、食道がんの症例に当たったら、1週間分の下着を持ってね。そういうのが当たり前だった。

小口 それは昔の話なので、今は通じないですけどね。だけど、そのかわりちゃんとしたプログラムを組んでいるということなので、定められた課程・プログラムを行っています。それから、必修診療科もプライマリ・ケアに即したように少しずつ変えています。今度また変わるんですよ。必修が増える。

そういうような研修制度なんですけれども、シームレスの話に戻していただくと、卒前の臨床実習が上手にできたとして、シームレスになった場合、初期臨床研修の期間の短縮もしくはプログラムの変更をすることが可能かどうか。ここで卒前・卒後のシームレスの話が出てくると思いますが、明石先生、いかがでしょうか。

明石 理想はそうだと思います。医学教育は、最初から6年制でしたけれど、昔は、2年間は教養といってリベラルアーツを主に学んでいたのですけれども、今は医学の情報量が増えたために、どんどんそれが圧縮されて、リベラルアーツに割く時間がほとんど取れない。つまり、専門医学は4年教育だったのです。それが6年教育になってきた。それが、今私たちが議論しているのは、8年教育でないと取まらないというのが、シームレスの医学教育。そのかわり、8年後にはそこそこの形に仕上がるというようにしておかないといけないのだらうと思います。

そうだとすると、国家試験も含めてですけれども、6年教育を8年教育にする意識で、6年目と7年目が上手くつながっていないと効果が薄いと



加藤 琢真 氏

厚生労働省医政局医事課医師養成等企画調整室長

思います。

門田 最近は、メディカルスクール構想はどうなっているんですか。

明石 もう我々は耳にしなくなりましたね。医学はその頃6年教育だから、4年でできるわけじゃないかというのが、我々専門家というか、学校を運営している人たちは、みんなそう思っていました。

門田 今時間がないから、教養部が全てのところなくなっていく。そうなったときに、質の高い医師とか、人間的に完成した人間が医師をしているかどうかとなった時に、教養教育がほとんどできなくなっている医師を世に結果的に出す格好になっている。それが直接関係あるかどうかは別として、いろんな問題があるとなったときに、この教育システムそのものが果たしてどうなんだろう。話を大きくする気はないのですが、そういう見方は、今どうなっているのかなという気がします。

小口 全体の医学教育6年間の中で、カリキュラムポリシーというのがありまして、医学部の多くでは、リベラルアーツの部分は、専門教育の前にプロフェッショナルリズムというのを置いているのが多くて、医療人としてのプロフェッショナルリズムを涵養するというのがあります。それを1、2

年間だけではなくて、6年間通して行うという名目になっているところが多いです。医師のプロフェッショナルリズムの「い」の一番は何かというと倫理観です。医療人はどうあるべきかということが、カリキュラムの中に入っている。もしくは入らなければいけないというような風潮になっています。それがうまくいっているかどうかは、カリキュラムポリシーの中にそれを入れてからまだ間がありませんので、わかりませんが、プロフェッショナルリズムと呼んでいるということがあります。

荒木 はい。おっしゃるとおりです。貴協会が作成された「医学教育グランドデザイン」の中にも、「人間力涵養プログラム・研究プログラム」とか、「医事法制・倫理」ということで、臨床も含めた基礎の医学についても、アーリー・エクスポージャーで1年から入るとともに、まさに人間力の涵養、プロフェッショナルリズムの養成という部分については、各大学でカリキュラムポリシーの中で早め早めだけでなく、継続的に高学年までやられると伺っております。それが本当に効果が出てくるのは、まだこれからだと思います。

羽鳥 さっき明石先生、メディカルスクール構想はないと。6年かけないととても無理だと。でも、アメリカは4年間でメディカルスクールですね。他の学校を出て、ある意味で人格形成ができた人だけを医学部に採用するということがありますよね。それは道としては残しておいても良いような気もするんです。実際に医学教育+スチューデント・ドクターを4年で圧縮するというのも全く無理なんですか。

小口 臨床研修の部分まで入れると、全く無理ですね。たぶん足りないと思います。日本のやり方にアメリカのやり方を入れてきたので、今実習期間がすごく長くなって、72週になってしまったので、それだけでも…。

羽鳥 アメリカの場合は、4年間でどのように修めてるのですか。

明石 我々はコア・カリキュラムに則って、各教員も極めて真面目に取り組んでいます。だからきちんと教え切らないとだめだという前提でやっていますけれど、アメリカはエッセンスだけ教えて、あとは自分でやれと言って、一晩で1冊本を読むぐらいの努力をしないと、4年間で医学部は乗り

切れない学習量ですから、相当な力のある学生たちが、4年制の他学部を出て医学部に入っているという印象を、私は持っています。

羽鳥 この2年間で、日本で言ったら3年半かその部分はやってきてしまうということですね。

明石 ええ。それからレジデンシーがだいぶ違います。レジデントの期間が日本よりはるかに労働時間も厳しさも違うので、そのレジデンシーを過ぎて一人前になる。とすると、4年の医学教育かもしれないけれど、その後4年間のレジデンシーで、結局アメリカも8年ぐらいかけて一人前の医師にしているというのが実態だと思います。

小口 日本も昔はレジデントをしてましたけれどね。それが根つきませんでした。結局、卒前の見学型と変わらなくなってしまって、意味がなくなり、制度廃止となってしまったということがありますね。

アメリカでは、大学によっては、初めから生化学は一般大学で単位を取ってきなさいとか、生物学で必要な知識はアンダーグラデュエイト（学部課程）で取って、そしてメディカルスクールの方に来なさいというのがあるので、完全に基礎医学教育をゼロから始めているわけではないけれど、日本では、そういう議論はなかったもので、ゼロからやりなさいと言われると、すごく厳しいですよ。生物学や生化学を何もしていない人が、急に専門教育に入っても追いつかないだろうなというのはあります。

羽鳥 そうすると生物系でない人は、物理系とか、政治学とか、そういうので出てきた人は、もしかしたら1年間ぐらいアンダーグラデュエイト（学部課程）で。

小口 アンダーグラデュエイト（学部課程）のときに、そういうのを取るという制度があれば良いんです。

明石 私の大学ではやっていませんけれど、今でも学士入学制度が残っている医学部があるので。

羽鳥 大阪大学とかありますね。

明石 私、国立大学はよく知りませんが、私学では、やっているところは四大卒で学士入学を認めて2年生から入った学生は、土曜日に必ず講義があります。つまり、その学生たちに補習をしないと学士がついてこれないぐらいカリキュラムが下

に落ちてきているんです。1年のタイムラグも実は埋められないというぐらい、かなり6年間は密になっています。

羽 鳥 東海大学も学士入学は以前に、2年生から編入されましたが、2年前からは、1年の9月からですね、6年かかるのでは学士入学の意味がないように思います。

小 栗 東海大学は、2年次編入と3年次編入の学士入学制度がありましたが、今は、1年時の後期編入となっています。学士入学制度を行っている大学は10校程度あったのですが、今は3校になっております。カリキュラム全体が変わってきたことにより、入学制度自体も変わってきております。

明 石 メディカルスクール構想からは現実には乖離してきていると思います。

ですから、当協会でグランドデザインを描いたのですけれど、我々私学はリベラルアーツに代わるものとか、倫理教育を到達するためにというので、なるべくクラブ活動をやりなさいと。大変忙しい学生に対して、クラブに入れと。つまり、そういうところでいろいろな人と接することが大事なんだというふうに書いたりしているのです。

門 田 今日は医学教育が中心ですけど、大学に入ってくるまでの教育の過程の中で、人間性そのものの、いわゆる人間教育がどこかで行われているのかというと、医学部に来た子が特殊ではなくて、他もずっと、文部科学省に対して文句言うわけではないのだけれど（笑）、世の中全体をそうつくってきて、そういう人間が徐々に増えてきて、最近いろいろな事件を起こしているのを見ても、変なのがたくさん出てきている。それは、彼らが悪いのではなく、ひょっとすると我々がそういう世の中をつくってきている結果ではないかという観点で、全体の教育が医学教育の中においても重要だということが、ずっと軽視されているのかなという気がするんです。

小 口 カリキュラムをつくっている方からすると、その部分が一番重要なところで、文学や芸術の科目も入れるのがもっと重要なのかもしれません。でも実際は、もっと幅広いものが、いわゆるリベラルアーツとして必要なんだろうなと思います。

門 田 それがどんどんなくなっていつている。

小 口 どんどん技術者集団になりつつある。医師



小栗 典明 氏

一般社団法人日本私立医科大学協会事務局長

は哲学者かなと思っていましたが、だんだん技術者になって、職人になってきつつある。大変寂しい話です。

門 田 日本って“イノベーション”という単語が好きじゃないですか。いろいろな意味でイノベーションがあると思うんです。だけれど、イノベーションと日本人が言っている場合は、テクノロジーのイノベーションしか頭に入っていないんです。世の中のシステムそのものをイノベートする、あるいは制度そのものをイノベートするというのはどこかへ行ってしまっている。技術だけに追いかけていっているような、先ほどの教育の不安も、いろんな場にあるような気がするんです。

小 口 そのとおりだと思います。加藤室長、どうですか。

加 藤 まさしくイノベーションという意味では、シームレスも医学教育のイノベーションだと思うんです。今臨床研修のことにしても触れていたいただきましたけれど、シームレスが進むにあたって、CBTやOSCEが公的化され、スチューデント・ドクターが公的化されるようなことになると、その後のこともいろいろと改革しなければいけないということは当然だと思います。臨床研修も5年に1回見直しておりますので、その都度卒前教育がどれぐらいの成果をあげているのかということ

に合わせて、臨床研修の中身も変えていかないといけないと思います。

最近、臨床研修部会でも取り上げさせていただきましたが、この改革によって、どれぐらい効果があったのかということに関しては、一定の評価をしなければいけません。これまで臨床研修制度については主観的であったり、あるいは指導医だけが評価するのが評価の中心でしたが、臨床研修制度でどれぐらい2年間で身につけたのかということに関しては、一定の客観的な評価が必要なのではないかというような議論をしています。

大学病院はあまり参加されていないのですけれど、JAMEP（基本的臨床能力評価試験）で、臨床研修病院が中心になってその試験も普及していますけれども、それで2年間でどれぐらい伸びているのかというものも見えてきますし、臨床研修制度としてそれぞれのプログラムがどれぐらい効果があるのかということもわかるようになってきていますので、ぜひ大学病院も参加して頂きたい。その上で、横並びでどうなのか評価することが今後の改善につながると思っています。先生から、大学でそのまま卒前・卒後同じ場が良いのではないかというご意見もありましたけれども、そういったところもちゃんと評価して、学生に比べていただけて選んでいただけるような制度設計にしていくのがいいのではないかと、今我々は進めさせていただいております。

プライマリ・ケア能力が十分ついているかどうかというのも、客観的な評価に基づいて、卒前でどれぐらいできて、卒後2年間でどれぐらい身につけているのかということ、しっかり評価していくことが、さらなるイノベーションにつながると思いますので、そのような制度改革を我々としてもしていきたいと思っています。

小 口 臨床研修の評価というのは、今までもいろいろなものがあるのだと思うのですけれども、ポートフォリオを使って症例を集めていくというのを、ずいぶんやったと思うんです。それが卒前からの引継ぎみたいなのができれば、すごく良いと思うんです。今の専門医制度が始まる前は、内科認定医は、研修医のときの症例も含めてもよろしいとなっていましたね。それと同じように、卒前でこなしたことの証明ができれば、それを研修

医のほうの評価にも加えることができるようにすると、かなり期間が短縮できるのではないかと、思うんですけれども、そういう議論はあるのでしょうか。

加 藤 卒後の臨床研修においては、どのような症例を経験したのかというのは、普及率は4～5割ぐらいですけれども、EPOC（オンライン卒後臨床研修評価システム）というインターネット上での経験を蓄積するシステムがございまして、我々もこれを推奨させていただいていますが、これは、EPOC2という形で卒前の経験も含めるような形で、今改修していただいているところがございます。

なので、まさしくおっしゃるとおり、知識だけをシームレスで評価するだけではなくて、卒前・卒後をつなげて、症例としてどのような経験をしてきているかということを見ることができる。具体的には、たとえ研修する場を変えたとしても、卒前にどのような症例を経験してきて、その医師がどれぐらいできるのかということ、臨床研修の場で教育してくださる医師の方が見てわかるというような状況が望ましいと思いますので、そのような活用はしてもらえるように制度設計をこれからもしていきたいと思っています。

小 口 学生時代にやったものを評価していただけるとすれば、それを自分のものにすれば、卒後他の病院だとか他の大学に行っても、それが継続できるというシステムだと思うんです。それができると、少しハードルが低くなったというか、シームレスに近くなると思いますけれども、それはどうでしょうか。

荒 木 まさにおっしゃられるとおりで、資料「シームレスな医師養成に向けた取り組みの現状と課題」の19頁「シームレスな医師養成に向けた改革全体案」の下に書いてありますが、「EPOC等による一貫した評価・管理」ということで、これでは、その方が他者から評価をされた結果というだけではなくて、自分がどう評価されたのか、あるいは、自分がここまでできるようになったという、たぶん学生さん、あるいは臨床研修医自身にとっても、自分の足跡をしっかりと記すことができるのであれば、今後の臨床医として働く際にも自信になるのかなということ、大学の学部段階、クリニカル・クラークシップの状況についても、

文部科学省としても各大学に協力要請しながら、こういうシステムを厚生労働省と一緒にできればと思います。

小 口 うまくいけば、学生が実習に身が入る1つの刺激になりますね。

荒 木 そうですね。1個1個到達度がわかるという意味合いでは。

加 藤 ずっと残るものになりますので、そういう意味では真剣度合いが増すのではないかと思います。

小 口 エンドポイントが決まっていれば、それまでにしなさいということが決まっていれば、かなり学生実習の改革ができると思うんですが、門田先生、いかがですか。

門 田 そういうものがあって、それを見て、もう知識を問う試験なんかなくても良いんじゃないですか(笑)。我々がそう受けてきたからそう思うのかもしれませんが、その症例を見ながら、しかるべき試験官とのやりとりで、口頭試問で、それぐらいのことで十分なのではないか。

永 田 8年間の医学教育を考えた場合、やはり医師国家試験が問題です。CBTに合格し学生・ドクターの資格を取ったとしても、現行の特別な勉強をやらないと合格できない医師国家試験では、特に、6年生ではクリニカル・クラークシップがおろそかになるのが現状です。また、国家試験後の給与を支給されながらの臨床研修では真面目に所属施設に行っておけば、2年後には専門医の教育を受けられます。そして、この卒業臨床研修でどれだけ医師としての実力がついたかは評価されないまま、勤務地に赴任することになっています。ですから、今言われたEPOC(オンライン卒業臨床研修評価システム)を活用し、CBT後の学生時代からの臨床研修での経験をきちんとした評価を受けないと(国家試験)、専門医教育には、進めないということにすれば、教育を受ける側、すなわち学生は一生懸命に臨床研修に励み、まさにシームレスな医学教育になると思います。そして、EPOC評価があるレベルに達するのに、CBT後4年必要な人、真面目で優秀であれば、1年で済む人もあると思います。

明 石 文部科学省で、小学校でもプログラミング教育が始まりますから、だんだん知識偏重型から思考力評価になってくるでしょう。いずれ医師も、

知識は検索すれば済むんだという時代になるのだろうと思います。その方が正しいとか。

羽 鳥 「医師臨床研修制度の期間を短縮できるか?」というのは、まさに初期臨床の1年度分が、ここに入るということも考えてということですね。

永 田 そこで、ただ1年にするのではなくて、加藤室長がおっしゃったように、あるレベルに達すれば1年でも良いですよ。

加 藤 「1年で良いですよ」ということは申し上げてないですよ。(笑)

小 口 2年目が変わってくるかもしれませんね。

加 藤 基本的には、まずこの制度設計を変えることによって、どれぐらい医師が充実したクリニカル・クラークシップができて、そして力が伸びてきているのかというのを客観的に評価ができたところで、制度として次の2年間をどのような目標設定をするのかということ、また改めて議論するのかと思います。

小 口 そうですね。質の変化もしなければいけないと思うんです。今は重複している部分が多いと学生も言うわけですよ。また同じことをやっている。

羽 鳥 指導医がすべて責任を取るのも、逆に責任感がなくなって自分では何もできないと。

加 藤 我々としては2年目も、今回、外来の研修を必修化してますけれども、基本的には外来研修のゴールも、1人で診断が外来でできるということに目標設定していますけれども、5年生、6年生のときは完全に指導下、監督下でしか医行為できませんでしたが、臨床研修においては、一人前になるためのかなりの部分を占めるわけですので、ゴール設定をより高いところにしていくことも考えられますし、2年終わったら1人である一定のプライマリ・ケアはできるということを目標にしておりますので、そこにつなげていけるような改革を、これからも進めていきたいと思っています。

専門医制度と大学病院

小 口 次に、臨床研修医が終わって専門医制度です。ここまで来ないと完結しません。今学会主導型でやっているところではありますけれども、専

門医制度のあり方というのは難しいところであり、何が難しいかというところ、社会問題とこれがリンクしているところでもあります。単なる専門医の技術が上がる、専門性が上がるだけではなく、社会の医療制度といいますか、平たく言えば医師の偏在をなくするための道具になりはしないかということをお心配するところです。専門医制度が始まってまだ間もありませんから、まだ評価には至っていませんが、大学病院としては一生懸命やっているつもりですし、専門医制度の中で関連した病院への研修への配属等がありますので、地域医療にも何かしらの貢献をしつつありと思っています。羽鳥先生、ここはどういう評価なんでしょうか。

羽鳥 ここは、ずっと3年間悩まされてきています。大学の先生が本当によくやってくださっているのは十分承知していますし、各基本領域の学会の先生、これから出てくるサブスペシャリティの学会の先生たちも本気でやっていることもよくわかります。ただ、地域の都道府県医師会とかそういうところへ行きますと、どうしても自分の病院を見ている。去年は6人来たのに、今年は3人しか来ない。さらにその上に定員がアッパーリミットを引かれてしまうために、せっかく6人来たいと言っているのに、3人しか採れない。シーリングがかかったために、大変苦労しているというところがあります。

昨日の専門研修部会で、相当緩められたので、ある意味でそんなにきついシーリングがかかっていないはずですよ（笑）。だと思えます。実際問題として。ただ、見方によっては、ただでさえ医師が少ないのに、またこんなところでもシーリングをかけるのかという意見もあります。

それは別にしても、長い目で見て、いわゆる西高東低とか、東北の先生は、どうしてあんなに医師が少ないのに誰も文句言わないのだろうという感じもするんです。埼玉県のように病院が2つ。それも1つは防衛医大ですから、大学が1つしかないにもかかわらず、総合医局みたいな考え方で、県庁と医師会と各病院が本気になって研修医を育て、そして専攻医を育てている。そのために、あまり医師不足感がない。東京に近いということで、そういうこともあるのかもしれないけれど、やり方はたくさんあるし、みんながそれぞれ努力しな

ければいけないということはあるのだろうなと思います。

ただ、2年前よりは、はるかに専門医化も進んでいるので、言いたいことがたくさんあったときには、ダイレクトに日本専門医機構の寺本理事長にもつながりますので、もっともっと意見を言うてくださった方が良いのではないかと思います。

小口 明石先生、いかがですか。

明石 専門医もそうですが、資料「21世紀に向けた大学病院の在り方について（文部省21世紀医学・医療懇談会第3次報告）（平成9年7月公表）」を最近発見したのです。生涯教育とかもう少し大きなスケールで見ても、医療界だけではなく、社会における大学病院の教育病院としての役割とか期待はあると思うのですが、実は制度はないんです。臨床研修病院の指定や特定機能病院という括りもありますが、これも大学だけではないです。文部科学省は、大学病院というのは医学部に設置義務があるとして認めてくれていますが、厚生労働省に行くと、大学病院というのは何の裏付けもないのですよね。例えば、地域医療構想の中に大学病院の位置づけは全くないです。

加藤 まあ、そうですね。そういう観点ではないですね。

明石 それから、多くの医師会の先生方も、大学病院へちょっとだけこれを勉強しに来るとか、新しい技術をちょっとだけ勉強に来るとかいうのを、無給医という問題にされたりすることがあります。それは我々大学病院のいわゆるティーチングホスピタルという位置づけが、制度的に全くないということに根ざした問題が結構あるように思います。

今度、働き方改革は、裁量労働制を認めてもらえるのだろうと期待はしているのですが、いろいろな意味で大学病院の果たしている役割を何か裏打ちするものを見方を、特に厚生労働省ですが、してもらえると、もう少しやりやすいのかなと思うところがあります。

市中の中核病院などと同様の病院というような見方をされがちです。でも、実際には教員をたくさん抱え、それは卒業教育、専門医も含めて、いろいろな人の教育に必要な人材を抱えていますので、これをもっと役に立ててもらうためにも、別に経営的に有利にしてくれとは言いませんが、役

割の明確化みたいなものがどこかに出てくるとありがたいと思っています。

小 口 社会から見ると、専門医制度が始まって、大学病院が昔の医局制度に戻ったかというような声も聞かれますけれど、実際、大学病院は、前の初期臨床研修の制度が始まったときは2年間、それぞれの医局には誰も入れなかった。ですから、退職していく人たちの後任を入れられませんでした。大学病院で全体の人数、医師の人数はいても、中堅以上的人数はどんどん減っていった。今回もそれと同じことが起こっています。講師、准教授、助教の人数はどんどん減ってきますけれど、研修医を後任の講師にするわけにはいきません。人数的には増えていますが、苦しい状態にあります。

明 石 この資料は、そういう中で調べていたら、偶然巡り合ったのですけれど、これは20年前の医療界の中核のすごいメンバーで、すごい議論がされていて、素晴らしい答申が出ている、方向が出ているのだと思って読んでみたら、私たちが今「お願いします」と言いたいことが全部書いてある。つまり、20年間塩漬けになってしまっている。こういう議論は前からあって、結論まで出ているのだけれど、変わってないのだということは、驚きでもあります。

門 田 せっかく専門医制度の話になっているので、少しだけ思いをしゃべらせてもらおうと、専門医制度を立ち上げたときの厚生労働省の「専門医のあり方に関する検討会」では、高久先生が座長で、あのときの大きなテーマは何だったかということ、これまでにやっていた学会単位でやる専門医制度の問題点が出てきて、あの段階で、学会というのではなくて、日本の医療制度の根幹となる専門医というんですか、診療科と言ってもいいかもしれませんが、基本があるのだったら、サブスペシャリティに段階的になるのが良いのか、何が本当に必要なのか。学会の名称が果たしてそれに担当するかどうかということ、必ずしもそうではない。だから基本領域のものがダブルことなく比較的それに近い状態。だけれども、あの中に病理学会とか患者さんを診るところとは違うところもある。そのあたりを整理する必要があるのではないかというようなところから始まりましたけれども、一応あの基本領域でスタートした。

その次のサブスペシャリティの話になって重複

する領域があって、サブスペシャリティとして認めるべきか、あるいはまだ3階、4階に上がるべきかというようなところが全然整理されていない。というようなことから、学会を離れて、本来、日本の医療制度の中にあるべき姿をディスカッションし、そういう領域の専門医をのせていくことによって、専門性を高めていく診療科を整理していく。

そういった意味で、この問題は、専門医とはスペシャリストの概念ではなく、プロフェッショナルだという点が理解されていないことである。ところが、大学というのか、学会などがやるのは、学会特有のスペシャリズムを頭に入れられて、プロフェッショナルとスペシャリストがごちゃ混ぜになって、結果的に整理されていないのが、未だに続いているという状態だと思うんです。

そうなってくると、学会のエゴも出てくるし、地域のエゴも出てくる。だけど、我々が今しなければならないのは、良い診療のシステムを考え、それに見合うような専門医、プロフェッショナルを据えて、そして国民にとってプラスになる、最も効率的に質の高い医療ができるということをしませうという形でスタートしたと、私は理解していたんです。

ところが、始ってみると、いろいろなところがいろいろなことを言っています。先ほどの地域医療の偏在の話も確かにそうですけど、専門医制度というのは、偏在を解決するべきなのか。そうではなくて、良い医師をつくるのがまず第一にあって、それをやっていく上で、あまり偏在とか何とかにならないようにしましょうというふうなことが、ディスカッションの中に出てきたのです。あるいは、未だにサブスペシャルティの話が出てくると、古い学会の名前が出てきて、その専門制度というようなことで、結局あの当時厚生労働省の検討会で決まった方向性が乱れてきているという状態が、今来ているのではないかと思うんです。

ですから、我々とすれば、原点に戻ったものをしてしない限り、こういう状態を続けていたら、でき上がったけれども、果たして本当に将来があるのかということになっては困るわけです。そのあたりのことを、是非、専門医機構の方でしっかりとしてほしい。あまりそれぞれを、学会であった

り、どこかの地域であったりという人のエゴの追求の仕方ではない形でやっていただきたいと、すごく思うんです。そうしないと、将来につながるものがないのではないかと。

小 口 もとの専門医機構の精神から言うはずいぶん違いますけれども、専門医機構を構成している方々のご意見を入れると、どこかで妥協しないと前に進めなかったというのが現実なんでしょうね。苦労しましたね。特に初年次はなかなか前に進まなかったということがあるので、どこに落としどころをもってくるかということは、よく考えたほうが良いと、私も思います。

門 田 そういった意味で、私は、原点にといいましたけれども、改革のスタートの原点は、それをきちっと取り入れなければならないだろうという気がします。

小 口 どうしても偏在の問題だとか、声の大きい人が出てくると、そちらに議論が集中してしまいますね。

門 田 だから、それもあるんです。一番大きな問題になったのはシーリングですよ。都道府県のシーリングをやるということは、ある専門家になったのが、都合によって俺は東京に行く、あるいは大阪に行く。日本国全体で見べきものが、全体の医師数でどうだということの中で、たかが3年間医療行為をする人間でもって、医師全体の偏在を修正して、それを入れるという考え方の問題点。そういう問題が影に隠れているということです。

小 口 専攻医の数で偏在をなくそうというのは間違っているということですか。

門 田 論理的におかしいと思います。

小 口 筋違いなんだけれど、実際は地域の方々は、そう考えない方もいらっしゃる。

門 田 それは間違いなんですよ。

小 口 間違っていないと思っている人もいます。

門 田 だから、そこを科学的に示す必要があるんだと。今の2年に1回調べている人数と、これから先卒業していく人と、それが連動するはずがないじゃないですか。そういうふうなことを言ったときには、少なくともアカデミアの立場として、おかしいものはおかしいと。厚生労働省も、それに乗ってほしい。

加 藤 解説させていただきますと、基本的に平成

30年に成立した医師法の改正で、医師養成課程のあらゆるステージで基本的には偏在対策を行っています。新専門医制度だけで偏在是正をするというつもりはありません。なので、現在、新入学の医学生約18%が地域枠学生ですし、臨床研修における定員の配置も、より偏在対策に資するような形にしています。そして、新専門医制度もそうですけれども、その後も、認定医師制度とかを創設しておりますので、あらゆるところで偏在対策をしないとイケない。

地域的な偏在に関しましては、人口対比の医師数に、考慮すべき要因を加味した偏在指標を公表しましたが、東京と福島ではおよそ2倍程度の差があります。ほぼ同じ保険料を払っていて、それは明らかに不公平だというのは明らかですので、いまのところ、我々が分析したところによると、過去2年の新専門医制度は、偏在を助長する方向に働いている。これは検証して明らかですので、一定の偏在対策を新たに講じないといけません。

診療科偏在に関しましては、新専門医制度しかできないので、より今後も我々としても何かしらの対策を講じていただけるように、お願いさせていただきたいと思っておりますし、日本専門医機構でも、診療科偏在に関しては、積極的に取り組んでいただけると聞いておりますので、その辺は日本専門医機構とも十分に協議しながら、我々としても専門研修部会を通じて、地域の意見を集約して、これからも意見をさせていただきたいと思っています。

小 口 ありがとうございます。羽鳥先生、何かありますか。

羽 鳥 いいえ。最初に厳しいお言葉をいただきましたけれども、さっきも言いましたように、それらの意見を踏まえて専門医機構の中で幾つかの委員会をつくって対応しているところでありまして、私の立場から言うと、医師会で各都道府県で回ってくると、それとはずいぶん違う意見が出てくるんです。ただ、門田先生おっしゃるような、あくまでも専門医の方は、一定のレベルをクリアした医師を育てるというのが根本にあったと思いますので、学会の力をたくさん借りながら、国民が納得する専門医を育てていかなければいけない。ただ、専門医機構ができることは専攻医の3年、4年のみながら、卒後10年ぐ

らの先生方にへき地など地域で活躍していただき、それを評価できる仕組みが必要だと思えます。

今は、医師少数区域に勤めた一部の先生たちが、幾つかの病院の病院長になれるとか、そういう仕組みですけれど、もう少し範囲を広げて、公的な病院、場合によっては大学病院の教授を目指していらっしゃるような先生も、そういう経験をしていただければ、学生の教育とかそういうときにも、きっと役に立つのかと思います。引き続きよろしくお願いいたします。

生涯教育と大学病院

小 口 私は大学病院が生涯教育の場となったら良いなと思っています。今まで大学病院は生涯教育をあまり打ち出しておりませんでした。先ほど明石先生がおっしゃったように、学びの場、もしくはリカレントの場というものに大学病院がなっていけるのかどうか。明石先生、いかがでしょうか。

明 石 まさに 21 世紀医学・医療懇談会で言われていたことが、今読んでみて、今も同じ課題で残されていると思いますので、是非お目通しをいただいて、もし本当に実現すべきだと思われる課題があれば、各分野で 4 人の先生方、少し意識を注いでいただけると、いろいろなことが良くなるのではないかと思います。

特に厚生労働省と文部科学省で、大学病院がシームレスでないというのは困るので、今研修医教育とか国家試験とか、とてもシームレスな課題がいっぱい出てきましたけれども、この資料が文部科学省のホームページから出てきたので、実はびっくりしたのです。文部科学省は大学病院のことに細かく関心を持っていただけないのかなと思っていただけけれど、20 年前に、これを文部科学省がやっていらしたというのは驚きであり、やっぱり文部科学省はやってくださるのだということの喜びでもありますので、是非もう一度ご議論していただくとありがたいと思います。

小 口 荒木企画官、大学病院が生涯学習やリカレントの場になるということに対して、どうでしょう。

荒 木 まさに明石先生からご紹介いただいたこの資料で、「大学病院に期待されるもの」という中に、1 番の「教育・研修について」でございすけれ

ども、“医療人の生涯学習についてもその機会と内容を充実すべきである。”と、この当時から言われているということで、おっしゃるように、大学病院だけではなく、大学全体として、今後少子化の中で、地域に必要とされる、愛される大学でなければいけない。さらに、ある程度の人員確保のためにもリカレント教育を充実することによって、さらに地域との一体性を増やしていくということも、中央教育審議会の答申でも言われています。そういう観点で、まさに生涯学習について、実際にそれをできる能力の高い先生方が揃っているところは大学病院であると思っておりますので、例えば課題解決高度医療人材養成プログラムなど、いろいろな形での事業を文部科学省としても、小さいながら展開させていただいておりますが、できれば、引き続き後押しできるようなことを考えたいと思います。法律上の大学病院については、おっしゃられるように医学部に付属するような、大学設置基準として医学部には大学病院をつくらなければいけないというところのみなんです。特定機能病院という別の顔、厚生労働省と文部科学省の、分断しているわけではないのですが、1 つの病院で 2 つの顔があるということもありますので、そこを何とかシームレスにしていってというのは、今後必要かなと思っています。

門 田 よろしいですか。お願いとして申し上げたいのですが、この資料、文部科学省でも「21 世紀に向けた大学病院の基本的な考え方」ということで、今はまさに大きく医療そのものが変わってきている。少子高齢化という大きな課題があって、それに伴って財政的な問題とか、大きく変わりつつある。この頃よりもはるかに変わってきていますよね。そうすると、「生涯教育」と書いていらっしゃるのですけれども、果たしてこれからの 5 年、10 年、あるいは 20 年、2045 年が 1 つのポイントに考えられていますけれども、そういうふうに向かって、逆に言うと、大学病院のあるべき姿をどう考えるかということを考えていただくということが、あるのではないかと。

私、自分の母校のことしかわかりませんが、非常に古くから、ほとんど講座が変わらないんです。名前は変わっていますが。診療の場もそれほど大きく変わっていない。だけれども、あれができた頃から今、そしてこれから先という

ふうなときに、このままで行くはずがない。これをどう考えていくのか。

診療科1つにしても、1人の患者が複数の病気を持って大学へ来たら、それぞれのところの専門家はおるけれども、その専門家が何人か集まれば、どんな症例でも診れる医師がいるわけですが、しかし、それは地域の方に行くとはできない。

総合診療医というのが今話題にはなっていますが、はっきりとしたそういうものができているわけではない。総合診療部というのが、各大学にたくさんできましたけれども、しっかりと働いているところがあるとは思えない。というふうな、今の状況に対して、相当強い改革をやりたい、ただきたいということを、是非お願いしたい。

明石 私学は、かなりチャレンジャーが出てきています。私学で総合診療にはかなり思い切ったことをやっているところが出てきています。国公立は制約があってなかなか変わりにくいということは、私たち同業ですからよくわかりますけれども、私学はかなり自由度をもって、それこそイノベーションに取り組んでいる大学がだいぶ出てきましたので、だんだん変わると思っています。

高齢者医療の教育などは、私学はみんな取り組んでいます。それから、在宅医療に適應できる医学教育もしなければとか、私学はかなり柔軟に取り組んできています。

羽鳥 総合診療については先生のおっしゃるとおりですが、私は日本医師会の生涯教育担当なんですけれど、いわゆる生活習慣病薬はほとんど先発品がなくなったので、メーカーが一切宣伝しない。高血圧2019ガイドラインが高血圧学会から発表されても、現場の先生がみられる場がない。糖尿病も、もうじきメインの薬SGLT2が後発品にとって変わる。高脂血症もレパーサが終わったら後発品になる。とすると、生活習慣病を学ぶ場が、メーカーを通してでは得られなくなる。昔のアスピリンもそうでした。アスピリンはあんなに有用な薬だけれど、まともに勉強して知識を得たのは、学生の時以外ないんです。そういうようなことがこれから起きてくるとしたら、日本医師会もそれに応じてきちんと学習する場を提供しなければいけないと思っています。そして、生涯教育のあり方も、eラーニングも含めてアクティブラーニングも積極的にやっというので、これか

らトライして、あと1年ぐらいで、いろいろできます。

そういうのを提供していこうと思うのですけれど、先ほど、大学での生涯教育のあり方という話がありましたけど、できたら大学の先生にも出前をしてほしいと思います。神奈川県も4つの大学で、内科系に関しては1年に1度ぐるぐる回りながらやっていますけれど、僕のところと先生のところは比較的近いとはいっても、気持ちにかなりギアをアップしないと聖マリアンナ医科大学まで行けないので、そういう意味では、場を提供してほしいなと思います。

小口 生涯教育がどうあるべきか。まだ道半ばどころではないですね、始まったばかりです。医学部や大学病院が生涯教育を考えてきたかという、そうでもありません。だけど医師会の皆さんのところには、ずいぶん講師として招いていただいて、講演をさせていただいたりはしています。しかしながら、それが大学病院としての生涯教育システムになってないというところに問題があるかなと思います。できれば単位取得までできるとすごいですね。

ということで時間がきました。楽しいディスカッションができてよかったです。

最後に永田先生、締めくくっていただければと思います。

永田 本日は、文部科学省、厚生労働省からもお見えいただいて、大変貴重なご意見を賜りまして、ありがとうございました。

厚生労働省、文部科学省の話を伺って、全国82の医科大学がありますが、全部回っていただいて、病院の医師と学生、合同でお話を年に1回ぐらい聞いたら良いかなと思いました。というのは、学校教育法が変わったときに、文部科学省の方にかなり活躍していただいたんです。教員たちが変革された学校教育法の理解が不十分でしたので、立場上非常に助かりました。そういう意味でも、医学教育に関しても国の方針をみんなが共有して知っておくことは非常に重要だと思いますので、どうぞよろしくお願ひしたいと思っています。

本日は、皆様にはシームレスな医学教育について、真摯に討議を賜り、誠にありがとうございました。(了)

論

協会会長退任にあたって

日本私立医科大学協会前会長、相談役
学校法人獨協学園名誉理事長
獨協医科大学名誉学長

寺野彰氏

壇

1 はじめに

私が、私立医科大学協会会長を拝命したのは、6年前のことでした。前会長の小川秀興順天堂大学理事長からのご指名で、その後、理事会、総会のご承認を得てこの重責を担うことになりました。その時、獨協学園理事長職にありましたので、躊躇もありました。しかし併任していた学長職は稲葉憲之先生に交替していましたので、まあ大丈夫かと考えお引き受けしたわけでありました。小川秀興先生が6年の長期に及ぶ期間、協会会長をお務めされたので、大変だったろうなと感じていたのですが、まさか自分も同じ期間この重職を担うことになるとは思っていませんでした。ようやく今年5月、岩手医科大学の小川彰先生が後を継ぐこととなり、ほっとするとともに彼なら問題なくこの重職を引き継いでいただくと安心したところであります。

6年前私が本職を引き継いだ当時は、新設医科大学問題、財務問題などを中心とした私立医科大学をめぐる重大な課題が山積しており、どこから手をつけていいのか茫然とする状況でありました。小川前会長や小栗事務局長のアドバイスを受け、問題を整理しながら後に述べる課題に対処していったわけでありました。

2 この間の問題点と改善点

そこで、まず私の考えましたことは、事務局の重要性和改革でありました。事務局長をはじめとする職員は、6人の少人数で、全国29医科大学（医学部を含めてこのように呼ばさせていただきます）に関する事務を処理していました。全国を飛び回りながら、多くの会議や委員会、研究会を開催し、膨大な書類を処理していかなければならなかったのです。

各医科大学からお預かりしている会費の範囲内では職員人数を増やすことは困難ですので仕方ないとしても、働く環境の劣悪さには驚いてしまいました。

そこでまず、事務局内の改装を計画し、使用しておらず倉庫になっている部屋を会議室とし、職員の働く環境も改善しました。膨大な書類もほとんどを電子化して、スペースを確保するとともに、事務処理の能率化を図りました。その結果、10人程度の委員会は事務局で開催でき、協会会員の先生方も気楽に事務局に来訪され、事務局費の節減にも貢献し、協会会員のコミュニケーションも各段に改善されたのです。これは本協会の運営上非常に重要なことで、協会会員同士のコミュニケーションの向上、さらには国会議員をはじめ来訪者数も増加し、協会との協議などにも重要な役割を果たしました。できれば、協会のこれまでの発展の歴史を知る上で、各会長の写真を小さくていいので掛けたらどうかと提案しておりますが、これはまだ実現しておりません。事務局員のモチベーションも上がり、この状態は継続していただきたいと思っています。

会議は、年3回の総会と各月に開催される理事会、三役会、さらには多くの委員会、研究会などが開かれて、協会内の多くの課題に対処して頂いています。忙しい委員会は、ほぼ毎月開かれており、これらの委員会に出席していただく協会会員をはじめ外部の方々には深くお礼申し上げます。

この6年間、多くの問題が発生し、その解決のため各医科大学は大変なご苦勞をされました。我々協会としても政府をはじめとする各関係機関との交渉、医科大学間の調整、全国医学部長病院長会議との連絡などに全力を尽くしてまいりました。文部科学省、厚生労働省をはじめとする政府各機関との交渉には各委員の先生方にご努力いただきました。特に財務問題、入学試験や医師国家試験などをめぐる

教育問題、病院経営や医療トラブルなどに関する課題などに関しては多くの政府機関との交渉が重要であり、各委員の先生方にはご苦勞をおかけしました。

3 東日本大震災と原発事故

今年10月に発生した台風19号による被害は、予想を遥かに上回るもので、多くの貴重な生命が奪われ、ご冥福をお祈り申し上げます。2011年3月に発生した東日本大震災および原子力発電所事故は、我が国に大きな被害をもたらしましたが、その対処に本協会構成校は大きな役割を果たしていただきました。その影響は現在も続いており、今後数十年の重大課題ですが、各校に置かれては、大変なご努力、ご負担をお願いすることになりました。心から感謝するところであります。

4 新設医科大学問題

話は変わるのですが、この6年間に生じた重大問題の一つは、新設医科大学問題でありました。本問題は、現在も持続しており、今後長く医学界に重大な影響をもたらすものと考えますが、すでに在学している学生のことを考えますと、本欄に詳細を書くのは控えたいと思います。これまでの本誌の特集などをご覧になれば、その医学界そして国民に及ぼす影響がどのようなものであるかをご理解いただけるはずです。ともかく医療界そして国民の意に反した新設医科大学設立が、将来に亘り、どのような影響をわが国の医療に与えるかは今後の歴史が証明してくれるでしょう。

5 医学教育のあり方

今、医学教育のあり方が問われています。一つには、遺伝子工学をはじめとする医学の進歩と臨床医学の問題です。山中伸弥教授を始めとする日本の最先端の医学者が世界的に注目されています。山中教授は例外ではありますが、ノーベル賞候補に上がっている研究は当然のことながら過去の研究であり、現在および将来のわが国の医学研究が世界に抜きんでられるかという大きな疑問にぶつかります。その大きな原因の一つが若い医師たちの価値観であろうと思います。政府の医学に対する基本方針が、臨床医学に偏っており、基礎研究を軽視していること

が重大であります。医師の地域偏在や専門科の偏りはもちろん重大であります。臨床研修制度をはじめとした医師養成制度のあり方が、わが国の基礎医学研究を崩壊に向かわせているのです。卒後2年間の臨床研修や専門医制度のあり方が、ノーベル賞級の研究を完全に阻害しています。基礎医学を目指す若手医師は、絶滅危惧種になろうとしています。もちろん基礎的医学研究は理学部、薬学部あるいは工学部の範疇でもあるのですが、本当に人類の健康に役立つ研究の発想は医学者ではないのか、またそうあるべきではないのかと考えるのは筆者のみではないでしょう。

紙面の余裕もないのでこれくらいにしておきますが、医学全体のあり方を考える時、このような感想は当然でしょう。昔と違って、現在では高校で優秀な学生は人物を問わず、またその将来を問わず医学部に行けと勧められているようです。いつまで高く評価される職業であるかわからない医師を目指す医学部進学を進める教育にはもっと慎重であるべきだと思います。医学部は本当に医学の価値を評価する学生の集まりであるべきだというのが筆者の考えですが、誤っているのでしょうか。

現在の臨床重視の傾向の中で、医学教育も臨床医学に偏ってきており、医学教育プログラムも教養や基礎医学軽視の傾向にあります。問題の本質はおそらく医師国家試験のあり方にあるのでしょうか。もっと柔軟な考え方で、結局はほぼ100%合格する医師国家試験の本質を考え直すべき時期に来ているのではないかと愚考します。臨床研修制度とこの国家試験のあり方を根本的に再考しない限り、わが国からのノーベル賞級の医学者は払底することになるでしょう。さらに、医師の将来像を見ましても、外科系を志望する若手医師が激減している状況です。いくら医師数を増やしても、このままではこの現象は加速すると思います。卒業までは外科系志望の学生は多いのです。2年間の空虚な臨床研修を経験する中で外科系志望が激減しているという実態をもっと真剣に見つめ対策を講じるべきでしょう。現在の厚生労働省、文部科学省の方針のもとでは、医師からのノーベル賞級の医学研究者の出現は全く期待できないと筆者は感じます。この点においても、私立医科大学協会並びに全国医学部長病院長会議の皆さんは十分な議論をして政府に対すべきでしょう。

6 専門医制度について

紙数も残り少なくなってきましたのですが、専門医制度についても若干述べてみたいと思います。わが国の専門医が、多数の各学会で勝手に認定され、その評価が極めて低いことは周知の通りです。そこで本当の実力を持った者のみに専門医の資格を与えるというのが、本制度改革の発端でした。筆者も委員の一人となって色々発言してまいりましたが、その発言が強すぎたのか現在は委員を外されております。ついでかどうか知りませんが、本協会からのメンバーも監査役を除いてゼロになっており、私立医科大学の見解は開陳しようがありません。文部科学省、厚生労働省にとっては好都合となったようで、その思う方向に事態は進んでいるようであります。この状況を見ていますと、わが国の医学研究は先ほど述べました筆者の希望とは逆方向に向くのではないかと危惧している今日この頃なのです。日本の医学が再び世界に羽ばたくことのできる時代は来るのだろうかと不安に思っているのは筆者のみでないことを祈ります。

7 医科大学（医学部）の経営

私立医科大学の経営についても、本協会はかなり重点を置いてきました。しかし、私立医科大学の重要な特徴は、その自立性にあり、自由な発想で医学教育、研究、診療が行われることであります。したがって、本協会は、各大学の経営については個々には指摘してきませんでした。時には、世間を騒がすような不祥事が見られたことは確かですが、その個々の内容には立ち入らないというのが基本方針なのです。この辺りが国公立大学との重要な相違点であり、私立医科大学の存在基盤であります。その故に、国からの経常費補助金は国立大学の十分の一という少額であります。その反面当然のことながら授業料は比較的高いと思われませんが、最近ではこれを下げるのが流行のようです。しかし、現在、わが国の医学教育のどこに私立医科大学の特徴あるいは独創性を重視する点があるのか筆者には理解できません。文部科学省をはじめとする国家機関が私立医科大学を監督するやり方は、国立とほとんど差がないでしょう。もちろん時に問題の生じる私立医科大学各校も自ら反省する必要はあると考えます。何れにせよ、国家の私立医科大学軽視策は、我が国医学の将来にとって大きな禍となるように筆者には思えます。

8 医療事故

筆者が弁護士でもある点から、医療事故に関する問題もかなり重視してきたつもりです。この問題は、20年程前には、重大事故が多発し、臨床医学の危機とさえ見られる事態に至りました。しかしその後は、医学界の反省もあり、医療事故はかなり減ってきています。しかしながらあの時代を知らない世代が中心となる近未来において、あのような事態が繰り返される恐れは拭えません。また別の形で世間を震撼させる事故が生じる恐れは常にあります。過去の過ちを冷静に受け止め後輩たちに忠告するのも我々の世代であろうと思います。

9 終わりに

これまで述べてきましたように、日本私立医科大学協会は、自律性を有しながらも協調していかなければならない私立医科大学のまとまりとしての立ち位置を重視してきました。今後もその基本方針は不変であると思いますが、それ故にこそ各大学は責任を持って自分の大学が万人に見られても恥じることのないような運営をすることを肝に銘じる必要があると考えます。

最後に、色々批判はしてきましたが、国会および政府機関との関係は常に密に保つような努力は重要です。国会議員の方々もそして省庁の役人の方々も、医学の正しい発展を望んでおられることは、定期的に関わっている色々な懇談会で十分理解しております。今後も力を合わせて、わが国の医療を真に国民のためになるように導いていくことが我々の役目であると認識しています。よろしくお願いします。この6年間、私立医科大学出身でもない筆者が、出過ぎたことも含め色々申し上げて、誤解を受けることもなかったわけではありません。6年間の任期遂行にあたり、多くの方にご協力頂きました。特に小川 彰現会長、山下敏夫、栗原 敏、炭山嘉伸各副会長、三役会の先生方、各委員会委員長他の皆さま、そして小栗事務局長他事務局の諸君に心から御礼申し上げます。紙数の関係で、申し足りなかったことも多々あるのですが、協会会長の機会を与えていただいたことに感謝しつつ筆を置きます。小川 彰新会長のご指導のもと、本協会がますます発展されることを祈っています。本当にありがとうございました。

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。

獨協医科大学

研修会議棟竣工



研修会議棟外観



獨協医科大学では、これまで、教育、医療、研究、福祉、文化活動を通じて、人材の育成を図りつつ、社会的・国際的貢献に取り組んでいるところであり、更に地元の壬生町とも協働して地域交流事業を実施しているところであります。

昨年1月には、「医学振興」第85号でご紹介いただきました「ホスピタルイン獨協医科大学」が、国内で初めてとなる医科大学・病院敷地内に、宿泊施設を開業したところであり、本学といたしましても、新たな飛躍の礎となる都市基盤が整うこととなりました。

このような地域環境の中で、本学の教育理念である教育・医療に資する研究交流、国際交流や地域交流の拡大に向けまして、これまで本学内で開催できなかった、宿泊を伴った同一敷地内での学会、セミナー、会議等、様々な形態の行事や催し物が展開で

きるよう、学生、教職員の新たな研修環境の場として、「ホスピタルイン獨協医科大学」に隣接する場所に獨協医科大学研修会議棟を建設し、平成31年4月に竣工いたしました。

【建物の概要】

名称	獨協医科大学研修会議棟
所在地	栃木県下都賀郡壬生町大字北小林字上新田 1075-14
建物構造	鉄骨造 2階建
床面積	1,054㎡ (1階：514㎡ 2階：540㎡)
主要施設	1階 レストラン・談話室 2階 コンベンションホール (最大400名収容)
設備	プロジェクター、スクリーン、音響機器、ホワイトボード等

岩手医科大学

附属病院新築移転～世界に冠たる医療拠点を目指して～



岩手医科大学附属病院外観

岩手医科大学附属病院は県都盛岡にある内丸キャンパスから南に9km離れた矢巾キャンパスに新築移転し、9月21日に開院しました。新附属病院は病床数1,000床、手術室20室を備える県内唯一の特定機能病院です。「患者さんにやさしい病院」「医師・医療人は常に患者さんのそばに」というコンセプトのもと、患者さんの病状の変化にも即応できるよう医局を病棟と同じフロアに設置。外来は超高齢化社会における複数診療科の受診を意識し、なるべく患者さんを歩かせずに済むよう、フリーアドレス制の診察室とし、周囲に各種検査室を配置する設計としました。

また、同院では高度救命救急センター、総合周産期母子医療センターなど救急医療の充実や特定集中治療室などの重症系病床の増床、小児医療の機能拡充の他、子どものこころ病棟や緩和ケア病棟、回復期リハビリテーション病棟を新設し、より高度で先進的な医療体制を構築します。さらに東日本大震災を教訓として、外部からのエネルギー供給が途絶えても、自力で病院機能を維持できるリスク分散型のエネルギー供給システムも完備しています。

病院敷地内にはフードコート、カフェ、コンビニ、ベーカリーなどが入る商業施設（トクタヴェール）や調剤薬局・健康増進施設が入るコスモス館、県内最大300室を備えるホテルの他、教職員が安心して働けるよう保育園も整備しています。

今後も「厚生済民」「誠の人間の育成」の理念に



1階総合受付



ハイブリッド手術室

基づき、地域医療の中核としての責任を果たすとともに、学生や医療者の教育・研究の場としてより充実した環境を整備し、地域医療を担う人材の育成に取り組んで参ります。

東京医科大学

新大学病院棟開院



新病院外観

東京医科大学病院の新大学病院棟は、平成20年5月に策定した西新宿キャンパス再開発整備事業の基本方針に基づき、本学創立100周年記念事業の中核をなすプロジェクトとして建築計画が進められてきました。平成28年4月に着工し平成31年3月に竣工、令和の幕開けと共に令和元年7月1日に開院いたしました。

建物概要は、建築面積6,700㎡、延床面積約98,000㎡、鉄筋造（CFT柱）・一部SRC造・RC造、中間免震構造、階数は地下2階、地上20階で、主要な構成は地下1階にPETやリニアックなどの放射線部門、1～4階が外来部門、5～7階が手術部門や高機能病棟、11～19階が病棟フロアとなっています。最新の免震構造の建物は、災害発生時においても地域災害拠点中核病院として診療継続を可能とする他、1階に救命救急センターとプライマリーケアエリアを隣接する形で配置し、二次・三次救急を一元的に受け入れる窓口を設けるなど、地域における災害医療や救急医療の包括的な担い手としての機能を果たすことが可能な構造となっています。

病床数は旧病院から111床減少し904床となりましたが、広さ1.3倍となった床面積を手術部門や高機能病棟、総合腫瘍センターなどに割り当て、高難



9階屋上庭園

度医療や高度急性期医療を担う特定機能病院としての機能特化を図りつつも、9階に設置した緑豊かな屋上庭園やそれを眺めながら寛げる開放的なホワイエ、外来フロア3層吹抜けの「ひかりの回廊」など、西新宿の超高層ビル街にありながら快適でゆったりとした療養環境の病院となっています。

埼玉医科大学

新教育実習棟「カタロスタワー」竣工



教育実習棟「カタロスタワー (καθαρος tower)」

埼玉医科大学では、令和元年7月、毛呂山キャンパスにおいて新教育実習棟「カタロスタワー」が竣工致しました。地上7階地下1階建であり、B1は組織学・病理学実習室、2-3Fは生理・生化・微生物学等の wet lab work を中心とする実習室、4Fはスキルスラボ・シミュレーション医学のトレーニング室と OSCE 管理室、5-6Fは少人数用の演習室も兼ねる OSCE ルームを32室備えています。7Fは可動性の高い机を200人分設け、アクティブラーニング、プレゼンテーション等、教育上の様々な局面に利用するほか、オープンキャンパス、小学会などにも対応します。1Fは300人収容の階段教室で授業、セミナー、特別の集会に利用します。つい先日は柿落しとして大村智・本学特別栄誉教授の特別講演を頂きました。

本棟は2022年に迎える創立50周年記念事業として計画され、準備と建築に足掛け4年を要しました。建物の名称「カタロス」は校歌にも唱われる「清浄」を意味するギリシア語であり、「誓い」(ヒポクラテスの誓い)を意味するギリシア語名の講義棟「オルコスホール」(2011年竣工)に対応しています。そのほか、1F講堂は「クロード・ベルナルドホール」、また随所に設けられたラーニングコモン、ラーニングスタジオには、主役である学生諸君からニックネームを募集して命名しました。今後、学生諸君に



1階ラーニングコモン1「シリウス (Sirius)」



7階プレゼンテーション室
「コンシリウムホール (Concilium Hall)」

は高邁な志のもと、自らを磨き高める学習の場として活用してほしいと願っております。

【建物概要】

階数：地上7階、地下1階
 建築面積：1,053.66 m²
 延床面積：8,304.16 m²
 高さ：32.69 m
 構造：鉄骨造、一部 鉄骨鉄筋コンクリート造

産業医科大学

大学病院南別館（リニアックセンター棟）診療開始



大学病院南別館外観

産業医科大学病院は、開院以来約 40 年、福岡県北九州地区唯一の大学病院及び特定機能病院として、質の高い医療・教育を提供してまいりました。

医療の進歩、医療制度改革に積極的に対応し、将来にわたって、北九州医療圏において高度急性期医療の中核を担い、指導的な役割を果たす基幹病院として更なる機能強化を図るため、医療環境を整備し、機器の拡充、高度化に取り組んでいます。

この度、大学病院南別館（リニアックセンター棟）が完成し、令和元年 7 月 1 日に全面診療を開始いたしました。南別館では、最新の放射線治療機器を増設し、がん医療における幅広い治療の提供が可能となりました。

今後、病院本館耐震化工事をはじめ、急性期医療に特化し最高水準の手術設備と最適な医療機器を配し、急性期の安全・安心の療養環境を整備する急性期診療棟の建設を予定しています。

産業医科大学病院は、地域の医療機関とも連携を取りながら、北九州市医療圏の高度急性期医療を担う中核病院として、引き続き安全・安心な医療を提供してまいります。

名称：大学病院南別館（リニアックセンター棟）
 構造：鉄筋コンクリート造 地下 1 階地上 4 階建て
 延べ 6,521.07㎡

4階	学生実習・試験室	
3階	3S病棟（整形外科）	
2階	2S病棟（耳鼻咽喉科・頭頸部外科、 歯科・口腔外科、放射線科、形成外科、共同利用）	
1階	外来診療科（心臓血管外科、麻酔科、 歯科・口腔外科、両立支援科）	ピロティ
地下1階	放射線治療科	

フロア構成



放射線治療機器：Versa HD（エレクタ社）

医大協ニュース

岩手医科大学

《役職者の人事》

- ◎附属内丸メディカルセンター長
下沖 収（新任）
令和元年 9 月 21 日付

《教授の人事》

- ◎臨床腫瘍学講座
板持広明
- ◎整形外科学講座
村上秀樹
- ◎睡眠医療学科
西島嗣生
以上、令和元年 5 月 1 日付
- ◎内科学講座神経内科・老年科分野
板橋 亮
令和元年 7 月 1 日付

日本医科大学

《人事》

- ◎大学院教授
森田林平（微生物学・免疫学分野）
令和元年 7 月 1 日付
 - ◎特任教授
海原純子
令和元年 6 月 1 日付
 - ◎先端医学研究所所長
田中信之（新任）
 - ◎しあわせキャリア支援センター長
土佐眞美子（新任）
以上、平成 31 年 4 月 1 日付
- 《称号授与》

- ◎名誉教授
高橋秀実
大野曜吉
宮下正夫
以上、平成 31 年 4 月 1 日付
- 《訃報》
- 荒牧琢己名誉教授は、令和元年 8 月 30 日に逝去されました。享年 80。
- 伊藤雅治理事は、令和元年 9 月 1 日に逝去されました。享年 76。

東邦大学

《教授人事》

- ◎教授就任
堀 正明（放射線医学講座）
令和元年 5 月 1 日付
- 金村英秋（小児科学講座）
令和元年 8 月 1 日付

東京医科大学

《法人役員》

- ◎理事長就任（再任）
矢崎義雄
令和元年 7 月 1 日付
- ◎常務理事就任
河島尚志
齋藤英秋
以上、令和元年 7 月 1 日付
- ◎理事就任
代田常道

- 令和元年 7 月 1 日付
 - ◎理事就任（再任）
清田朝子
市原克彦
尾形直三郎
菊地威史
木口英子
五十嵐則夫
児玉安司
堀田知光
桃井眞里子
以上、令和元年 7 月 1 日付
 - ◎常任監事就任（再任）
小野高史
令和元年 7 月 1 日付
 - ◎監事就任（再任）
神保好夫
仙波憲一
高木佳子
以上、令和元年 7 月 1 日付
- 《就任》
- ◎主任教授
横山詩子（細胞生理学分野）
後藤明彦（血液内科学分野）
木内 英（臨床検査医学分野）
以上、平成 31 年 4 月 1 日付
 - 中村茂樹（微生物学分野）
令和元年 7 月 1 日付
 - ◎教授
東 晋二（茨城医療センター内科関連分野メンタルヘルス科）
蒲原英伸（八王子医療センター病院機能関連領域特定集中治療部）
以上、平成 31 年 4 月 1 日付

◎事務局長

市原克彦

平成30年10月1日付

《退任》

◎主任教授

小西真人（細胞生理学分野）

吉田謙一（法医学分野）

大屋敷一馬（血液内科学分野）

福武勝幸（臨床検査医学分野）

以上、平成31年3月31日付

◎臨床教授

瀬下明良（消化器・小児外科学分野）

柳生久永（茨城医療センター内科系分野総合診療科）

以上、平成31年3月31日付

《定年退職》

◎事務局長

小林寿久

平成30年9月30日付

《退職》

◎教授

大堀 理（泌尿器科学分野）

平成30年9月30日付

松崎靖司（茨城医療センター内科系分野消化器内科）

平成30年12月9日付

中村郁夫（八王子医療センター内科系分野消化器内科）

令和元年5月9日付

寺内文敏（産科婦人科学分野）

令和元年7月31日付

《名誉教授稱號授與》

松崎靖司

平成30年12月25日付

小西真人

大屋敷一馬

福武勝幸

以上、平成31年4月1日付

東京女子医科大学

《法人役員就任》

◎理事就任

川島弘子

令和元年6月1日付

《法人役員退任》

◎理事退任

長柄光子

平成31年4月17日付

《教授就任》

中澤匡男（附属八千代医療センター病理診断科教授）

針谷正祥（膠原病リウマチ内科講座教授・講座主任）

以上、令和元年5月1日付

時田大輔（臨床研究推進センター教授）

令和元年5月16日付

降矢芳子（東医療センターリハビリテーション科教授）

令和元年6月1日付

石津綾子（解剖学講座（顕微解剖学・形態形成学分野）教授）

令和元年6月24日付

西野隆義（附属八千代医療センター消化器内科教授）

木村容子（附属東洋医学研究所教授）

以上、令和元年7月25日付

《教授退任》

山中 寿（膠原病リウマチ内科教授・講座主任）

平成31年4月30日付

東京慈恵会医科大学

《人事異動》

◎理事

柳澤裕之（新任）

山本裕康（新任）

以上、平成31年4月1日付

武石昌則（新任）

令和元年6月1日付

◎教授

飯田 誠（昇任 / 耳鼻咽喉科学講座）

瀧浪將典（昇任 / 大学直属）

以上、令和元年6月1日付

芝田貴裕（昇任 / 内科学講座循環器内科）

令和元年8月1日付

昭和大学

《就任関係》

◎医学部産婦人科学講座教授（昭和大学江東豊洲病院勤務）

大槻克文（就任）

令和元年5月14日付

◎医学部麻酔科学講座教授（昭和大学横浜市北部病院勤務）

信太賢治（就任）

◎医学部小児科学講座（小児内科学部門）教授（昭和大学藤が丘病院勤務）

池田裕一（就任）

◎医学部内科学講座（腎臓内科学部門）教授（昭和大学病院勤務）

本田浩一（就任）

以上、令和元年6月11日付

◎医学部外科学講座（乳腺外科学部門）教授（員外）（昭和大学病院勤務）

明石定子（就任）

令和元年7月9日付

◎医学部小児科学講座（小児内科学部門）教授（員外）（昭和大学病院勤務）

今井孝成（就任）

令和元年8月6日付

順天堂大学

《人事異動》

◎教授就任

長谷川敏男（医学研究科皮膚科学・アレルギー学（静岡病院））

令和元年7月1日付

赤澤智宏（医学研究科難病の診断と治療研究センター）

菱井誠人（医学研究科脳神経外科学）

令和元年8月1日付

◎特任教授就任

千葉敏雄（超高精細画像医療応

用講座)
令和元年 6 月 1 日付

大阪医科大学

《学校法人大阪医科大学》

- ◎常務理事（就任）
岩井 一
令和元年 6 月 1 日付
- ◎理事（重任）
大槻勝紀
令和元年 6 月 1 日付

《人事》

- ◎教授就任
鰐淵昌彦（脳神経外科学）
大須賀慶悟（放射線診断学）
以上、令和元年 7 月 1 日付
二瓶圭二（放射線腫瘍学）
令和元年 8 月 16 日付
- ◎専門教授就任
山本和宏（放射線診断学）
森 龍彦（医学教育センター）
以上、令和元年 6 月 16 日付

久留米大学

《教授の就任》

- ◎医学部先端イメージング研究センター
太田啓介
令和元年 7 月 1 日付

【訂正箇所】

「医学振興」第 88 号 48 ページ
左行《役職者の就任》

- ◎医学部附属医療センター病院長
誤) 廣松雄治
正) 大川孝浩

※訂正しおわびいたします。

北里大学

- ◎教授採用
山岡邦宏（膠原病・感染内科学）
平成 30 年 10 月 1 日付

比企直樹（上部消化管外科学）
平成 31 年 1 月 1 日付
石倉健司（小児科学）
平成 31 年 3 月 1 日付
前田一郎（病理学（三枝単位）
※北里研究所病院）
令和元年 8 月 1 日付

- ◎教授昇任
石山博條（放射線科学「放射線腫瘍学」）
平成 31 年 3 月 1 日付
- ◎特任教授委嘱
土肥直樹（相模原市寄附講座「地域総合医療学」）
令和元年 8 月 1 日付

- ◎教授退職
入江 啓（泌尿器科学）
平成 30 年 12 月 31 日付
木村琢磨（新世紀医療開発センター（横断的医療領域開発部門））
平成 31 年 3 月 31 日付

- ◎教授定年退職
渡邊昌彦（下部消化管外科学）
竹内昭博（医学教育研究開発センター（医療情報教育研究部門））
大木幹文（耳鼻咽喉科・頭頸部外科学）
以上、平成 30 年 3 月 31 日付

川崎医科大学

《就任》

- ◎教授
大友孝信（分子遺伝医学）
令和元年 6 月 1 日付

聖マリアンナ医科大学

《教授の異動》

- ◎任命
北岡康史（大学院教授）（分子神経科学）
令和元年 6 月 1 日付
荒川 明（病院教授）（眼科学）

（西部病院）
令和元年 8 月 1 日付

帝京大学

◎教授

金城謙太郎（医学部救急医学講座）（総合診療科）（採用）
令和元年 5 月 1 日付
関 順彦（医学部内科学講座）（昇任）
令和元年 7 月 1 日付

藤田医科大学

《教授の就任》

高橋和男（解剖学Ⅱ）
令和元年 5 月 1 日付
金子慎二郎（脊椎・脊髄科）
楯谷一郎（耳鼻咽喉科学Ⅰ）
以上、令和元年 7 月 1 日付
大高洋平（リハビリテーション医学Ⅰ）
以上、令和元年 9 月 1 日付

《教授の退職》

辻 崇（脊椎・脊髄科）
令和元年 5 月 31 日付

兵庫医科大学

《役員の人事》

- ◎理事
山本光昭（辞任）
令和元年 5 月 31 日付
味木和喜子（就任）
令和元年 6 月 1 日付

《教授の人事》

- ◎主任教授就任
橘 俊哉（整形外科）
令和元年 8 月 1 日付
- ◎教授就任
栗林康造（内科学呼吸器科）
令和元年 7 月 1 日付

愛知医科大学

《役員的人事》

◎理事

加藤政隆（辞任）
令和元年5月31日付
宮良 肇（就任）
令和元年6月1日付

《人事異動》

◎教授

小出直樹（退職）（感染・免疫学講座）
令和元年7月2日付

◎教授（特任）

三原英嗣（退職）（臨床腫瘍センター）
令和元年7月23日付

◎学長

神田享勉（再任）
令和元年9月1日付

◎副学長

宮澤克人（就任）
令和元年6月1日付
岩淵邦芳（再任）
三輪高喜（再任）
宮澤克人（再任）
以上、令和元年9月1日付

◎学長補佐

堤 幹宏（再任）
令和元年9月1日付
宮澤克人（退任）
令和元年5月31日付

◎医学部長

川原範夫（再任）
令和元年9月1日付

◎特任教授

松本剛一（顎口腔外科学）（就任）
令和元年7月1日付

◎臨床教授

中川 淳（糖尿病・内分泌内科学）（就任）
令和元年7月1日付

《金沢医科大学氷見市民病院》

◎副院長

廣瀬信雄（就任）
令和元年8月1日付
上端雅則（退任）
令和元年7月31日付

◎臨床教授

伊藤智彦（内分泌・代謝科）（就任）
令和元年7月1日付

獨協医科大学

《学校法人獨協学園の人事》

◎理事長の就任（新任）

吉田謙一郎（学長）
任期：令和元年8月2日～令和5年8月1日

◎理事の就任（再任）

増田道明（副学長）
平田幸一（大学病院病院長）

岡田 弘（埼玉医療センター病院長）

若松昭豊（大学事務局長）
以上、任期：令和元年8月2日～令和5年8月1日

◎評議員の就任（再任）

窪田敬一（大学病院副院長）
中元隆明（日光医療センター統括管理者）
安 隆則（日光医療センター病院長）

以上、任期：令和元年8月2日～令和5年8月1日

《教授の就任》

前田寿美子（呼吸器外科学）
齋藤 登（埼玉医療センター総合診療科）
以上、令和元年6月1日付

近畿大学

◎教授昇格

中居卓也（医学部臨床教授）（医学部外科学教室（肝胆膵部門））
上田和毅（医学部臨床教授）（医学部外科学教室（内視鏡外科部門））
以上、令和元年10月1日付

産業医科大学

《役員の就退任》

◎理事

日高 明（退任）
令和元年6月30日付
古野年裕（就任）
令和元年7月1日付

《教授の就任》

森 誠之（生体物質化学）
令和元年6月1日付

金沢医科大学

◎理事

勝田省吾（退職）
令和元年8月31日付

協会及び関係団体の動き

I. 医師の働き方改革に関する動向について

平成 31 年 3 月 29 日、厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」は、報告書を取りまとめ公表した。2024 年度から適用される時間外労働の上限について、原則を年 960 時間（A 水準）とし、地域医療確保の暫定特例水準（B 水準）や集中的技能向上水準（C 水準）は、特例として年 1860 時間を認めることとした。

令和元年 7 月 5 日、厚生労働省は 3 月に取りまと

められた報告書において、法制面で引き続き検討が必要と言及された課題の検討を行うため、「医師の働き方改革の推進に関する検討会」を設置し、第 1 回を開催した。検討を要する論点としては、①「医師の時間外労働の上限規制に関して、医事法制・医療政策における措置を要する事項」、②「医師の時間外労働の実態把握」、③「医師労働時間短縮計画、評価機能にかかる枠組み」が提示された。

【協会、関係団体の動き】

■令和元年 5 月 8 日（水）

本協会は、加盟各大学の医師の労働時間管理の適正化に向けた取組状況並びに 36 協定の締結状況等を把握するため、「医師の労働時間短縮に向けた取組に関するアンケート調査」を実施した。

■令和元年 5 月 31 日（金）

全国医学部長病院長会議は、「医師需給と臨床系教員の働き方」等をテーマとして、定例記者会見を行った。

■令和元年 6 月 11 日（火）

全国医学部長病院長会議は、「大学医学部・大学病院に勤務する臨床系教員の働き方改革に関する提言（骨子）」を全国知事会、日本医師会、日本医学会連合、日本病院会等に提出した。

【政府、関係省庁等の主な動き】

■令和元年 7 月 1 日（月）

厚生労働省は、「医師、看護師等の宿日直許可基準」、「医師の研鑽に係る労働時間に関する考え方」についての労働基準局長通知、労働基準局監督課長通知を発出した。

■令和元年 7 月 5 日（金）

厚生労働省は「第 1 回医師の働き方改革の推進に関する検討会」を開催した。

■令和元年 7 月 17 日（水）

厚生労働省は医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフティングに関するヒアリング」の第 2 回を開催した。

■令和元年 7 月 18 日（木）

厚生労働省は、社会保障審議会医療部会を開催した。残業上限特例である「1,860 時間」に関する議論が交わされた。

■令和元年 9 月 2 日（月）

厚生労働省は「第 2 回医師の働き方改革の推進に関する検討会」を開催した。

■令和元年 10 月 2 日（水）

厚生労働省は「第 3 回医師の働き方改革の推進に関する検討会」を開催した。

■令和元年 10 月 4 日（金）

国立大学附属病院長会議常置委員会は、大学教員向けの新たな裁量労働制の必要性について記者会見を行った。

■令和元年 10 月 18 日（金）

全国自治体病院協議会は、薬剤管理研修会を開催した。「タスクシフティング」に関する議論を行った。

■令和元年 10 月 28 日（月）

メインテーマを「待たなしの働き方改革 勤務医の立場から」とする全国医師会勤務医部会連絡協議会（日本医師会の都道府県持ち回り）が開催された。

■令和元年 10 月 21 日（月）

厚生労働省は、社会保障審議会医療部会を開催した。2020 年度診療報酬改定の基本的視点にかかる 4 項目を提示した。「医療従事者の負担を軽減し、医師等の働き方改革を推進」を重点課題とすることについて議論が交わされた。

■令和元年 10 月 23 日（水）

厚生労働省は「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト／シェアの推進に関する検討会」を設置し、第 1 回を開催した。
①現行制度でも医師への移管が実施可能な業務、②明確に示されていない業務、③現行制度では実施できないが、法改正等を行えば十分実施可能となる業務に 3 分類し、議論を進め、今年 12 月には一定の取りまとめを行う予定である。

II. 自由民主党「大学病院を支援する議員連盟」（会長：河村建夫衆議院議員）（以下、議連）について

令和元年 9 月 25 日（水）、第 13 回大学病院を支援する議員連盟が開催された。大学病院の現状について、国立大学附属病院長会議常置委員会委員長山本修一氏（千葉大学医学部附属病院長）と本協会小川 彰会長より、現状の説明を行った。

本協会からの説明内容は以下の通り。

- 1) 控除対象外消費税（損税）の負担解消について
 - ①加盟大学における控除対象外消費税負担は、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ること。
 - ②平成 26 年 4 月から消費税率が 8% に引き上げられたことにより、国の施策で診療報酬改定により補填されているにもかかわらず、負担額が増加して来ていること。平成 29 年度決算における法人実質消費税負担額は、878 億 8,000 万円となり、協会加盟大学の 1 大学あたりでは 30 億 3,000 万円となっていること。また、加盟大学附属病院（82 病院）における平成 29 年度控除対象外消費税総額は 701 億 4,000 万円となり、1 大学あたり 24 億 1,800 万円となっていること。
 - ③これは、加盟 28 大学が交付を受けている私立大学等経常費補助金〔平成 29 年度：1 大学あたり

32 億 1,900 万円〕とほぼ同額を消費税により負担しているということであり、大学経営を非常に圧迫している要因となっていること。

- ④なお、本年 10 月 1 日より消費税率が 10% に引き上げられた場合、協会加盟大学 1 大学あたりの法人実質消費税負担額は 37 億 8,750 万円（平成 29 年度比 7 億 5,750 万円増）、加盟大学附属病院（82 病院）における 1 大学あたりの控除対象外消費税額は 30 億 2,250 万円（平成 29 年度比 6 億 450 万円増）であることが推計されていること。
- ⑤令和元年 10 月、診療報酬改定が告示（令和元年 8 月 19 日）されたところであり、消費税率 10% への引き上げに伴う消費税負担に見合う補填点数を決定したとしているものの、加盟大学附属病院の試算では補填不足が予測されることから、改定後、早急な検証を行い、補填不足が生じていた場合は早急な対応をお願いするものであること。
- 2) 働き方改革について
 - ①医学部・医科大学臨床系教員の働き方について
大学医学部・医科大学においては、臨床系教員は教育・研究・診療を行っており、今般論議されている「医師の働き方改革」においても、一般病院・診療所に勤務する医師とは、その業務内容が大き

く異なっていることに着目して、大学医学部・医科大学の臨床系教員は「医師の働き方改革」という括り方でない論議を進めていただき、大学設置基準を踏まえ、その取扱いには充分慎重な対応を求めるものであること。

- ②診療・研究・教育について、教授研究目的の診療行為とそれ以外を分別することは事実上困難であること。本協会は「臨床系教員」として採用した教員について、最も自由度が高い労働法制に関する観点から検討を行って来ており、専門業務型裁量労働制を適切に導入することにより、教員の裁量に任せて診療・研究・教育を行うことが理にかなっているとの結論に至ったところであること。
- ③これを受け、本協会は現在の法律の枠組みのもとで対応すべく「医学部・医科大学の臨床系教員を対象とする専門業務型裁量労働制の適正な導入にあたって」〔ガイドライン〕を作成し、この導入にあたっては、加盟各大学が労働時間の把握や健康管理など適正な労使協定を策定し、健全な就労環境の整備を行うことが必要と考えていること。
- ④大学病院で研究を行う臨床系教員に対しては、診療の他、研究や教育など働き方に特殊性のある臨床系教員の労働時間の在り方を明確にした上で議論を進めるべきであると考えており、これらのことを十分に考慮していただきたいものであること。
- ⑤更に、心臓血管外科、救急医学科等の一部診療科において、医師確保が進まず、結果として時間外勤務時間（年間）が960時間を超えることもあることから、「960時間」をある程度超えても認められるような柔軟な取扱いをお願いするとともに医師の業務のタスクシフティングを行う場合の新たな財政的支援を求めるものであること。
- ⑥また、医師の地域偏在等を考慮した時間設定は理解できるが、一方において設定時間の格差が、救急患者対応の制限等の患者サービスの低下を招く恐れもあるのではないかと懸念されることから、

勤務時間の上限を設けることと診療の質を担保することの両立を果たせるように考慮していただきたいこと。

- ⑦特に救命救急センターに対する補助は、現行では物件費補助のみであり、人材確保の観点からも、救命救急センターに勤務する医師の人件費補助の新設をお願いしたいこと。
- 3) 国立大学附属病院の運営費交付金と私立医科大学附属病院の補助金について
 - ①文部科学省公表資料「国立大学法人等の平成29事業年度決算」(平成31年3月28日公表)によると、国立大学においては、国立大学法人運営費交付金とは別に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、平成29年度に1,215億円が助成されていることが公表されていること。
 - ②国立大学附属病院「大学病院運営費交付金」に該当する文部科学省からの補助金が私立医科大学附属病院にはなく、国立大学と私立医科大学の補助の格差はさらに大きくなることから、教育病院という立場から見て、私立医科大学附属病院に対しても、等しく文部科学省を経由した国立大学附属病院「大学病院運営費交付金」に相当する助成をお願いするものであること。

文部科学省、厚生労働省より令和2年度予算概算要求に関する内容の説明が行われ、出席された国会議員との意見交換が行われた。その後、決議文が読み上げられ、決議された。

決議文の主な内容は以下の通り。

- 一、大学病院における医師をはじめとする働き方改革の推進に当たっては、現在、鋭意検討されているところであるが、今後、大学病院の努力だけで対応するには困難なことが生じることも想定されるため、適宜、国における適切な制度設計や経費措置の検討を行うこと。その際、教育、研究、診療を一体的に行う大学病院の特性に配慮すること。



議連で説明する小川 彰協会会長



河村議連会長に要望書を提出

- 一、大学病院で勤務する医師について、働き方改革の推進等と共に待遇改善を進めること。
- 一、令和元年十月に予定されている診療報酬改定による消費税の補填状況について速やかに検証を行い、補填不足が生じた場合は、必要な措置を講じること。また、過去の補填不足分についても、大学病院の経営に甚大な影響を与えていることから、救済措置を講じること。
- 一、地域医療機関への医師派遣や医療従事者の人材育成等、地域医療構想の実現に向けて積極的に取り組む大学病院に対する支援ができるよう、地域医療介護総合確保基金等の充実を図るとともに、診療報酬を適切に措置すること。

- 一、優れた医療人材の養成や臨床研究の推進のために必要な大学改革推進等補助金・研究拠点形成費補助金等の確保・充実を図ること。
- 一、国立大学附属病院の機能強化を加速するため、国立大学法人運営費交付金の確保・充実を図ること。
- 一、医学部を設置する私立大学等の教育研究活動を支援するため、私立大学等経常費補助金の確保・充実を図ること。
- 一、国際水準の質の高い臨床研究を推進するため、臨床研究法への対応に必要な経費に対し、国からの財政支援を行うとともに、臨床研究を一層活性化させるための必要な施策を実施すること。

Ⅲ. 厚生労働省への「令和 2 年度診療報酬改定に関する要望書提出」について

令和元年 7 月 22 日、本協会は厚生労働省保険局長宛に「令和 2 年度診療報酬改定に関する要望事項」を提出し、要望内容について説明を行った。

対応した厚生労働省保険局医療課担当官より、本要望内容に関しての理解をいただいたこと、今後は中央社会保険医療協議会や厚生労働省関係部署とも課題を整理して検討していきたいとの回答をいただいた。

本協会要望項目は以下の通り。

- Ⅰ. 診療報酬請求に関する効率化・簡素化の項目
 - 1. CPA 加算への名称変更及び請求区分の変更について
 - 2. 診療報酬明細書の記載事項について
 - 3. DPC での請求制度の見直しについて
- Ⅱ. 大学病院における栄養部門の基盤整備に関する項目
 - 1. 入院患者の栄養補給と安全な食事提供のための食事療養の評価の拡大

- 2. 急性期病院における病棟管理栄養士の評価の充実について
- 3. 栄養サポートチーム加算の評価の拡大

Ⅲ. 働き方改革に関連した項目

- 1. 医師の配置基準について
- 2. 医師事務作業補助体制加算について
- 3. 急性期看護補助体制加算について

Ⅳ. その他

- 1. 医療 ICT 化について
- 2. 特定機能病院における精神保健福祉士配置加算の適用について
- 3. 認知療法・認知行動療法について
- 4. 入院集団精神療法（1 日につき）について
- 5. 医療安全対策地域連携加算について
- 6. 民法改正に伴う入院誓約書等の保障契約書について

Ⅳ. 本協会加盟大学附属病院における地域医療体制について

本協会は、私立医科大学（医学部）が社会的に医師派遣の形をもって、地域医療体制の維持・向上に積極的に活動し、努力していることを広く認識してもらうため、加盟 29 大学の「教育・診療連携病院に派遣（勤務、出向）している医師数」を調査し、とりまとめた。

加盟各大学が医師を派遣している教育・診療連携病院数は、29 大学 4,279 病院となっている。また、都道府県別に教育・診療連携病院に派遣している医師数は、29 大学 15,685 名となっている。

特に、人口 10 万対医師数が少ない県【青森県、

岩手県、福島県、埼玉県、千葉県、神奈川県、新潟県、静岡県、愛知県】（厚生労働省大臣官房統計情報部「平成 28 年医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」（平成 28 年 12 月 31 日現在）にも医師を多く派遣している。

地域医療拠点として不可欠である加盟大学附属病院は主に医療過疎地域に分布しており、地域医療への貢献と同時に複合的疾患に対応できる各診療科の連携体制を確立している。また、診療だけでなく「教育研究」、「卒前・卒後教育」、「生涯教育」の拠点として、本院と分院で連帯し、分院を含めた「大学病院群」として高次機能の役割を果たしている。

加盟大学における地域医療体制に関する調査

都道府県別医師を派遣している教育・診療連携病院数
および教育・診療連携病院に派遣している医師数について（総数）

（平成31年1月現在）

〈日本私立医科大学協会調査〉



地域医療拠点として不可欠である加盟大学附属病院は主に医療過疎地域に分布しており、地域医療への貢献と同時に複合的疾患に対応できる各診療科の連携体制を確立している。

また、診療だけでなく「教育研究」、「卒前・卒後教育」、「生涯教育」の拠点として、本院と分院で連携し、分院を含めた「大学病院群」として高次機能の役割を果たしている。

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。

Design
Your
Smile
健康創造の
スズケングループ

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



すべての人に、いきいきとした生活を
創造しお届けします。

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町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>

LIXIL

Link to Good Living

株式会社 LIXIL

LIXIL BUILDING TECHNOLOGY JAPAN

〒136-8535 東京都江東区大島2-1-1
TEL 03-6706-7345 FAX 03-6706-7339
<http://www.lixil.co.jp/>



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/>

協会加盟大学 2019 年度合同入試説明会・相談会の実施について

「日本私立医科大学協会加盟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、1 回開催いたしました。

詳細は日本私立医科大学協会ホームページ【<https://www.idaikyo.or.jp/>】にて公表しております。

《開催スケジュール》

◇ 昭 和 大 学

2019 年 8 月 17 日 (土) 637 組 1,170 名



広報誌 **医学振興**

第 89 号

令和元年 11 月 21 日発行

発行人 小 川 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	明石勝也
担当理事	永田見生
委員長	永田見生
委員	栗原敏
委員	小口勝司
委員	高山忠利
委員	田尻孝子
委員	冲永寛子