

興 振 學 醫

日本私立医科大学協会

第 93 号

Contents

巻 頭 言 「日本医学教育評価機構 (JACME; Japan Accreditation Council for Medical Education) について」	2 ~ 7
座 談 会 「今般の医師法・医療法改正について」	8 ~ 28
論 壇 「THE Asia Universities Summit 2021 を開催して」	29 ~ 32
施 設 紹 介 「昭和大学」	33
「日本医科大学」	34
「順天堂大学」	35
医大協ニュース	36 ~ 39
協会及び関係団体の動き	40 ~ 45

我慢人形と祈り人形 (藤田医科大学)

— 少しぐらい寒くてもじーっと我慢を、少しぐらい幸せでもじーっと祈る心で —



学校法人藤田学園は創立 (1964 年) 以来 50 余年、開学より卒業生 30,362 名に卒業記念品として贈り続けられているのが、この人形二体である。左が「我慢人形」、右が「祈り人形」と呼ばれている。この人形は一体ずつ轆轤でひかれ、手書きで顔が描かれた唯一無二の人形である。「我慢人形」は口を「へ」の字に結び、厳しい寒さに耐えている。背中には「少しぐらい寒くてもじーっと我慢を」と記されている。そして「祈り人形」は穏やかに微笑み、手を合わせている。同じように背中には「少しぐらい幸せでもじーっと祈る心で」と刻まれている。人形二体のメッセージは人生の教訓として、医療人の心構えとして、創設者藤田啓介博士の教えとして全卒業生に引き継がれている。

巻頭言

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

一般社団法人 日本医学教育評価機構理事長
一般社団法人 日本私立医科大学協会相談役
学校法人 獨協学園名誉理事長

寺野 彰 氏



I. はじめに

この度、先の一般社団法人 日本医学教育評価機構 (JACME) 理事会において高久史磨先生の後任として、理事長に推挙されました。5年間にわたる本機構発足に多大なご苦勞をされた高久前理事長の後を継ぐことは、小生にとって名誉であるとともに、大変なストレスとなっています。さらに本機構が国際機関である WFME (World Federation for Medical Education) の一員として国際的医学教育組織の重要な役割を果たして行くべき組織であるという重大な任務を帯びていることは小生に更なる緊張をもたらしております。本機構発足以来、理事として会議などには参加しておりましたが、まだ本機構の細部のことはよくわかっておらず、今後早急に役員、事務局などのご指導をお願いすることになります。これまでの JACME Newsletter などを読みますと、本機構の意義、我が国の医学教育における国際的位置付けなどがほぼ理解できるようです。その国際的かつ全国的活動のための理事の方々のご苦勞と各大学に出向して審査される先生方の自己犠牲的活動に深い感謝と尊敬の念を覚えるものがあります。

II. 私論

私も、約45年前、学園紛争が一応終息した段階で、米国の外国人医師卒業教育委員会 (Educational

Commission for Foreign Medical Graduate) (以下、ECFMG) を受験し、家族とともに渡米し、3年近く米国に滞在したことがあります。英会話ももちろん初歩段階で、自分の意見も理解されず、こちらも理解できず、結構苦勞したことを思い出します。この時は、ECFMG は日本で受験し医学的な部分は合格しましたが、英語の Listening がどうしてもダメで、結局渡米して受験したものです。米国では1回で合格したので、当時の我が国の語学教育、環境の貧しさを痛感したのを覚えております。しかし、現在では我が国の英語環境は当時とは比較にならないほど恵まれているので、皆さんは私ほどの苦勞はされないようです。ただ、我が国の医学教育と医師国家試験は、日本語主体で行われており、アジア諸国と比較してみても国際的には劣勢にあることは否めません。このことにより、卒業後も国際的観点から見ると不利であることは否定できず、いわゆる外国留学もやや低調になっている原因ではないかと愚考いたします。現時点では、COVID-19 のせいにするのも Excuse にはなるのですが、その後に来る事態を危惧する者は筆者のみではないでしょう。確かに医学的知識に限って見ますと、Harrison の Textbook (ハリソン内科学) (Harrison's Principles of Internal Medicine)、The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE などから国際的な医学情報を入手することは比較的容易になっていることは事実です。しかしながらいわゆる海外への留学というものの意義というものは、単なる知識習得のみでなく医学、医療を始めとする国際的感覚を得るため

には必須と言っても良いかも知れません。アジアだけをとってみても、我が国ほど英語でのコミュニケーションの苦手な国はないわけであり、今後本機構の目指す国際的医学教育の進展のために、医学教育並びに臨床、研究の場における国際性を重視していく流れの構築を本機構に期待するものであり、小生もその責任を痛感している次第であります。

JACMEのこれまでの経緯とその医学教育における重要性については、JACME Newsletters などをお読みいただければ、ほぼ余す所なく記述されています。5年間という短期間のうちに、ここまで本機構を構築し国際的にも認証されるレベルにまで育て上げてこられた高久前理事長およびスタッフの皆様へ感謝と敬意を表したいと思います。これを基盤として、今後本機構を更に高くかつ深い内容を持つ組織に育て上げ、我が国の医学教育を真に国際的なものに高めていくのは、今後の我々の役割だと確信しております。

さて、昨年来のCOVID-19の国際的蔓延とその犠牲者の著増は、人類の歴史に大きな傷跡を残しつつあり、その終焉は未だ予測がつかない状況にあります。昨年春までは、このようなウイルス性疾患はいくら蔓延しても夏には当然のごとく終息するものであるというのが国際的見解でありました。また21世紀の医学がこのような流行性疾患に立ち向かうことができないはずがないとの観念が世界を支配しておりました。ところが、いくら医学が進歩していても現代の医学では立ち向かうことが困難な疾患があり、今後も形を変えて地震の如くほぼ永遠に人類を悩ませるであろうことを痛感させられたのが、COVID-19であったのです。100年前のインフルエンザ以来のことですから、主な感染症はほぼ制圧したと自惚れていた人類にとっては、かなりの衝撃でありました。その渦中にある我々医療者の痛感することは、医学医療の国際性であります。高速飛行機などの交通手段の飛躍的進歩がこのウイルスの国際的蔓延をもたらしたことは言うまでもありませんが、医学医療がそれを凌駕するような国際的展開をすることが今ほど強く認識されたことはありません。

そのような中であって、政治的な要素も大きいのですが、ワクチン開発など我が国の先進国としての医療及びそのシステムのレベルの低さが問われたことも事実であります。本機構もこのような観点も重

視しながら今後の展開を図っていくべきでしょう。

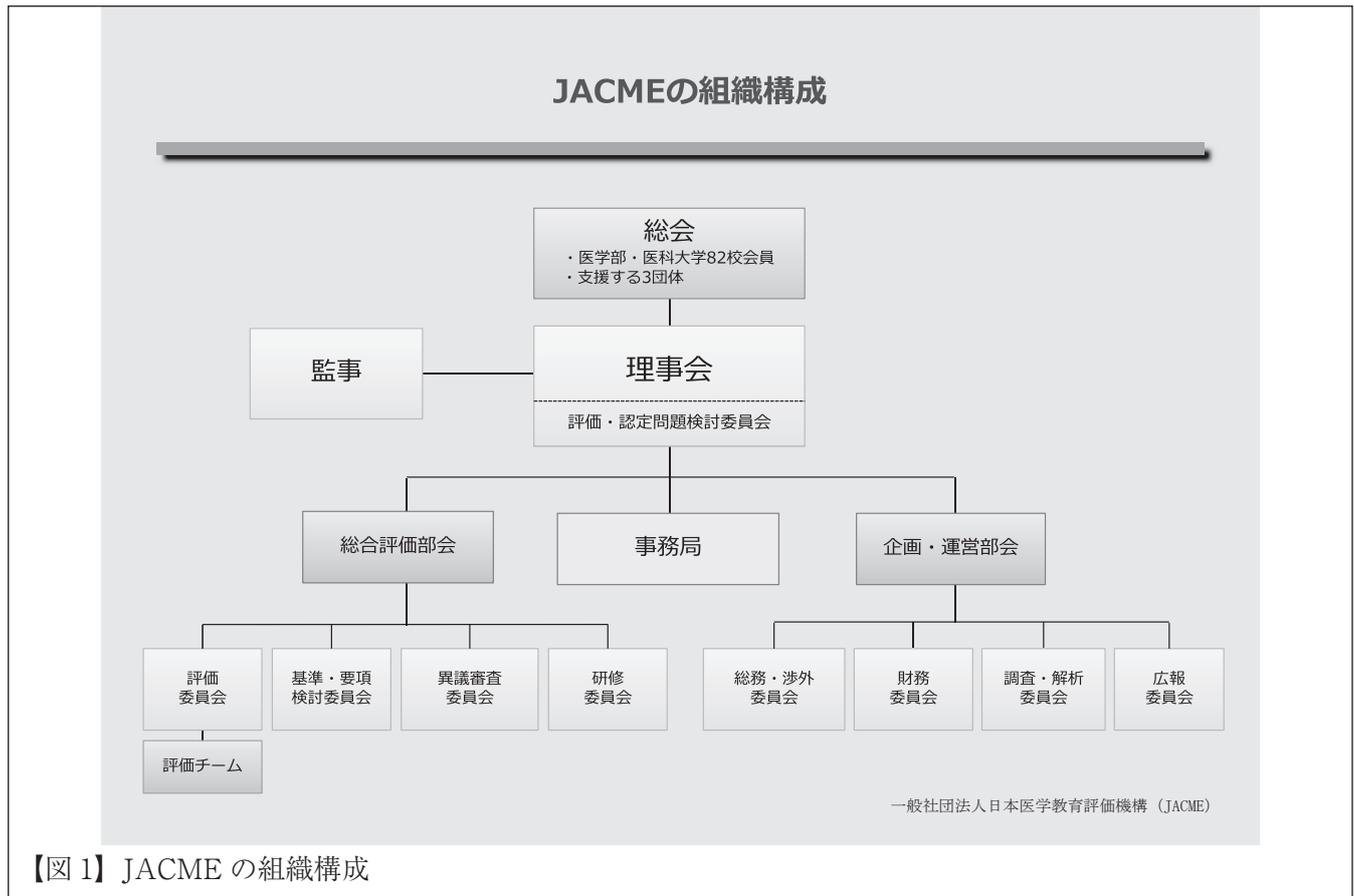
さらに、このような国際的状況の中で、JACMEに与えられているテーマは何かということです。まずは国際性を持った医学の構築を促進することだと思えます。そのためには、現在の医師国家試験のための医学教育ではダメだということです。もちろんこれにパスしなければ医師資格が取れないわけで、軽視はできないのですが、文部科学省及び厚生労働省とも話し合っ、国家試験のあり方及び卒前卒後の医学教育を再検討する必要もあると思えます。医学医療が我が国の患者中心のものであるべきだということは言うまでもありませんが、より大局的に見てその国際性が本質的には人類の健康維持に必須なのだということを理解していただかなければならないでしょう。目先のことのみでなく将来を見据えた医学教育の改善も本機構の重要な役割だと思えます。さらに、医学教育の重要な場面として基礎的教育研究も臨床面に劣らず重視されるべきであり、希薄化しつつあるように見える我が国の基礎医学の評価も視野に入れておくべきでしょう。

以下各論的にJACMEの組織、意義、活動などについて逐一述べていきたいと思えます。

Ⅲ. JACMEの歴史と組織形態について

ECFMGは、2010年、世界に向けて以下の通告をしました。2023年問題と称されるもので、「2023年以降、国際基準に基づいて認定された医学部以外の卒業生には、アメリカで医師になる申請資格を与えない」というものです。私どもが約30年前にECFMGを受験した時も認識としては同様のものでありましたが、今回は正式に組織的に通告されたこととなります。そこで、全国医学部長病院長会議の「医学教育質保証検討委員会」においてその対応を協議することになりました。そして文部科学省大学改革推進等事業を受けて医学教育評価制度を検討することになったのです。

ECFMG通告に適合するためには、世界医学教育連盟(World Federation for Medical Education; WFME)の認定する公的評価機関がWFMEの国際基準に基づいて医学教育を評価認定することが必要になります。そこで、医学教育分野別評価を担当するために、2015年12月、一般社団法人日本医学教育評価機構(JACME)が発足しました。(図1)



JACMEでは、国際的評価機関としての認証を受けるため、医学教育分野別評価体制、評価方法、評価基準、評価者養成システム、認定法などを策定しました。(図2) それに従って、2013年から2017年の間、18医学部を対象として、試行として本評価を施行しました。その結果に対するWFME委員による査察、同委員会による協議を経て、2017年3月、JACMEはWFMEから国際評価機関としての適格性を認証されたのです。ここに至るまでの経過は、国際的に見ても極めて迅速で関係諸氏のご努力に深謝するものであります。本認定は国際的に7番目という迅速さで、これを見ましても関係委員の熱意とご努力は如何程であったかがわかります。JACMEによる評価受審の手続きや結果評価などについては、JACME Newsletterなどが詳しいので参照して下さい。

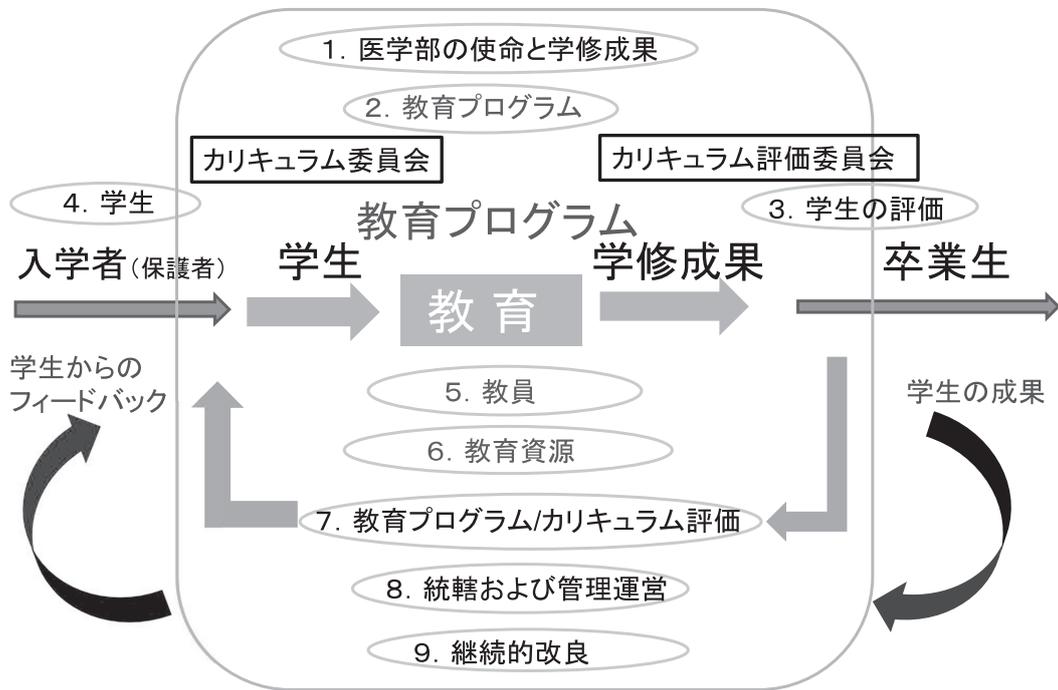
Ⅳ. 医学教育評価の意義

JACMEの設立経過と意義については前述のとおりであります。医学教育評価という観点から見ますと、その存在意義は単にECFMG対策にとどまら

ず、医学部における医学教育の質を担保するという国民的重要性を有するものであります。(図3) これまで高等教育の質保証は、学校教育基本法の下、大学基準協会、大学改革支援・学位授与機構、日本高等教育評価機構のいずれかによる機関別認証評価によって行われてきました。

しかしながら、医師養成のための医学教育においては、国民の健康維持、増進という社会的使命に関するものであり、上記評価のみでは国民の健康を維持するためには十分とは言えず、医学教育の質保証のための医学教育分野別評価が重要となります。この評価が7年ごとに施行されることは、大きく変化する医療界においては医学教育プログラム再評価及び継続的な改善につながり、社会の要請に応えるために必須の作業であります。(図4) さらに本評価を国際的基準に照らしてグローバル化していくことは、わが国の医学を世界的にも最先端に位置させることにもつながるものです。そのような意味においてもJACMEの活動は、単にECFMG必要条件ということ以上に、我が国の医学医療の質を国際的に担保する重要なものなのであるといえるでしょう。

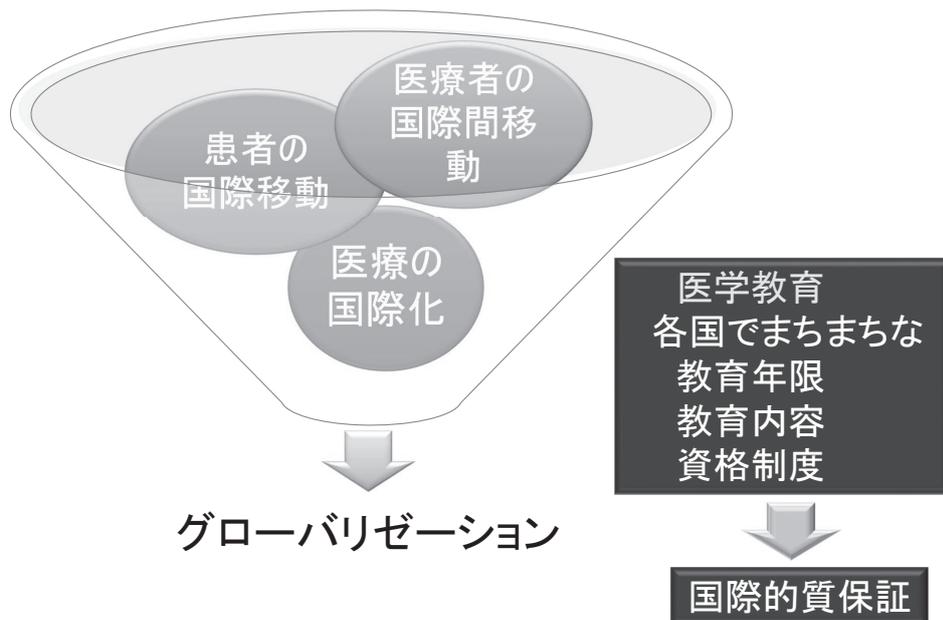
医学部における教育と評価



奈良信雄 原図

【図2】 医学部における教育と評価 (評価基準との関連)

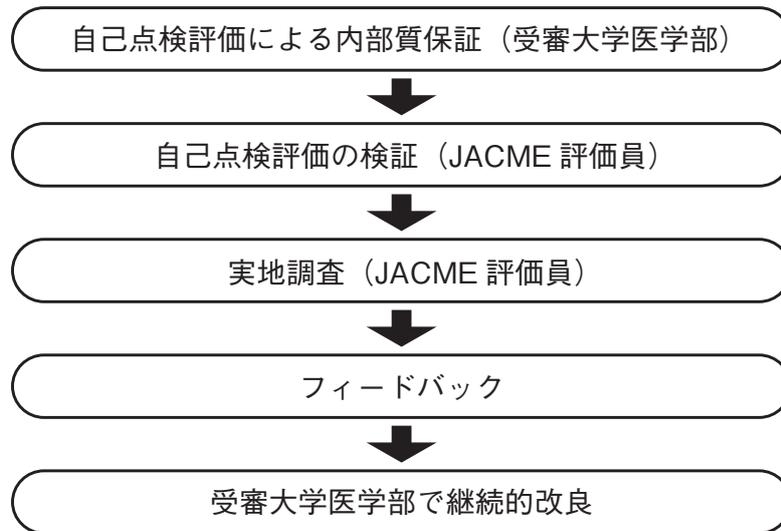
医学部国際認証の必要性



吉岡俊正 原図・奈良信雄 改編

【図3】 医学部国際認証の必要性

■ JACME による評価の流れ



【図4】 JACME による評価の流れ

一般社団法人日本医学教育評価機構 (JACME)

V. COVID-19 パンデミック状況下での医学教育評価

2020年冬季からの世界的なCOVID-19の流行は、季節を問わず国際的に社会活動の停滞を必然化させています。我が国もその例外ではあり得ず、オリンピック・パラリンピック東京開催を挟んですでに一年半以上を経過し、さまざまな社会的悪影響を与えてきました。医療の社会はその典型的場となっており、我が国においてもすでに百数十万人の感染者と1万数千人の死者を出しています。国際的に迅速に開発されたワクチンの効果によって少なくとも先進国においては現段階においてようやく終焉の兆しが認められるようですが、全地球規模ではまだまだその蔓延は続きそうです。その中で医療が極めて重要な要素を占めるのはもちろんですが、医学教育もその例外ではなく、日本医学教育評価機構としても、実地の評価を行い得ず、on line 評価を余儀なくされています。このような困難な状況下でも委員の方々は熱心にその評価方法を工夫しながら実行されており(図5)、深い感謝を捧げたいと思う次第です。WFMEの方からは、on siteでの評価も求められているようですが、現状ではとても無理で、ワクチンが行き渡った段階での話となるだろうと思います。奈良信雄常勤理事らのご努力で、ECFMG 通告のdeadlineは、2023年から2024年に延期されたようで、この間のCOVID-19の終息を願うものであり

ます。

我が国ではこれまでの5年間で82校のうち50校以上の審査が完了したようであり、国際的に見ますと驚異的なスピードと言えると思います。

VI. USMLE

アメリカの医師国家試験 United States Medical Licensing Examination (USMLE) を受験しようとする諸君の数もコロナ終息後には再び増加するものと期待されますが、本試験自体もこの世界的蔓延に大きな影響を受けています。詳しい情報はECFMGホームページなどで入手して欲しいのですが、以下簡単に記しておきます。

USMLEは以下に分けられています。

Step1: 医学部教育で習得しておくべき知識を測定する。
Step2CK: 臨床研修で医療を実践するのに要求される知識を測定する。

Step2CS: 技能を評価する。

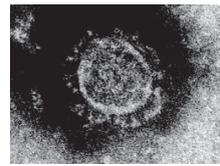
Step3: 研修後の医療技能を総括的に評価する。

問題は、Step2CSであり、アメリカ国内に設置されている試験会場で、標準模擬患者(SPs)を対象に実技試験として実施されます。しかし現在、COVID-19の流行のためこれは廃止され、いくつかの特例処置が講じられています。

特例処置のうち日本人に関するものは、

- 1) 日本の医師免許を保有していること

COVID-19感染拡大下での評価方針
COVID-19 パンデミック



- ・公正かつ公平な医学教育評価の実施
- ・受審校関係者、評価員、JACME職員の
安全性確保

- ① 評価計画の見直し
- ② ECFMG、WFMEとの交渉
- ③ 評価法の検討
(制約下での公正かつ適正な評価)

【図5】 COVID-19 感染拡大下での評価方針

原図：奈良信雄

2) 臨床技能の習得が保証され、the Occupational English Test (OET) Medicine が合格スコアに達していること
などが条件とされていますが、詳細は ECFMG website で確認してほしいと思います。

のあらまししか記述できておりません。筆者もまだ十分に理解できていないところもあり、詳しいことは JACME 事務局に問い合わせしてほしいと思います。

いずれにせよ、日常の教育、研究、臨床に多忙な先生たちや事務局の方々の献身的なご努力によって、この国際的医学評価が可能となっているのであって、心からのお礼を申し上げたいと思います。なお、本誌第 88 号に、座談会「日本医学教育評価機構 (JACME) の現状と課題について」が掲載してありますのでぜひ参考にして下さい。

Ⅶ. 終わりに

以上、JACME について、簡単に私見を混ぜながら記述してみました。その活動範囲は広く、多くの方々のご協力によって実施できているので、ほん

(参考)

- 1) JACME ホームページ：https://www.jacme.or.jp
- 2) 医学振興第 88 号座談会「日本医学教育評価機構 (JACME) の現状と課題について」p8-35
- 3) 医学教育分野別評価基準日本版 Ver.2.33 2020.11.2
- 4) 奈良信雄「JACME 発足の経過と展望」JACME Newsletter No. 1
- 5) 高久史磨「医学教育の質保証」JACME Newsletter No.2
- 6) 奈良信雄「COVID-19 パンデミック下での医学教育分野別評価」JACME Newsletter No.6
- 7) 別所正美「わが国の医師養成に係る関係者の総意によって誕生した JACME」JACME Newsletter No.4
- 8) 伴信太郎「医学教育分野別評価 今後の課題」JACME Newsletter No.3
- 9) 北村 聖「我が国の医学教育改革と国際基準による医学教育分野別評価」 JACME Newsletter No.2
- 10) 岡村吉隆「先生と呼ばれるにふさわしい医師の養成を目指して」JACME Newsletter No.5
- 11) 吉岡俊正「国際分野別認証評価事始め」JACME Newsletter No.4
- 12) 鈴木康之「国の文化と医学教育の多様性」JACME Newsletter No.7
- 13) 小川 彰「機構発足 5 周年を祝す！ - 徳育のススメー」JACME Newsletter No.8
- 14) 寺野 彰「理事長就任にあたって」JACME Newsletter No.9

オンライン座談会 「今般の医師法・医療法改正について」

日時：令和3年9月28日（火）13:00～15:00

自見 はなこ 氏

参議院議員・厚生労働委員会理事

小川 彰 氏

日本私立医科大学協会会長
岩手医科大学理事長

明石 勝也 氏

日本私立医科大学協会総務・経営部会担当副会長
聖マリアンナ医科大学理事長

栗原 敏 氏

日本私立医科大学協会顧問・理事
東京慈恵会医科大学理事長

(司会) **永田 見生 氏**

日本私立医科大学協会広報委員会委員長
久留米大学理事長

(広報委員会) **小栗 典明 氏**

日本私立医科大学協会事務局長



永田 定刻になりましたので『医学振興』第93号の座談会を開催いたします。

本日の出席者は、参議院議員で前厚生労働大臣政務官、現在厚生労働委員会理事の自見はなこ先生、日本私立医科大学協会会長で岩手医科大学理事長の小川彰先生、日本私立医科大学協会副会長、総務・経営部会担当で聖マリアンナ医科大学理事長の明石勝也先生、日本私立医科大学協会顧問・理事で東京慈恵会医科大学理事長の栗原敏先生でございます。私、久留米大学理事長の永田見生です。広報委員会の委員長として司会を担当させていただきます。事務局からは小栗典明事務局長に参加していただいております。

本題に入ります前に、本日の話の進め方をもって話しておきたいと思っております。

レジメで皆さん方に提示しておりますが、まだまだ新型コロナウイルス感染症が続いておりますので、最初に「コロナ禍における医科大学（私立）が現在までに果たした役割について」ということで、出席の先生方から経過を述べていただきたいと思います。その後に、この件に関しまして自見先生にコメントをいただきたいと思っております。

次に、「令和3年（2021年）5月21日に医療法等改正案と関係法案が参議院本会議で可決・成立した今般の医療法改正について」ということでディスカッションをお願いいたしますが、順番として、「共用試験から Student Doctor に関して」と、それにつながる「国家試験改革」を最初にディスカッションしていただき、「医師の働き方改革」をその後にやりたいと思っておりますが、「医師の働き方改革」については非常に多岐にわたりますので、どこかに絞らないと時間的に足りないかもしれませんので、その辺のことをよろしくご了承していただきたいと思います。

それでは、「コロナ禍における私立医科大学が現在までに果たした役割について」から始めます。

1. コロナ禍における私立医科大学が現在までに果たした役割について

小栗 大学に於ける新型コロナウイルス感染症（COVID-19）患者の受入れ状況につきまして説明させていただきます。レジメ資料図1-1を見てい

ただくと、国公私立大学に於ける新型コロナウイルス感染症患者受入れ総数は2021年8月までで36,043名となっております。その内、私立医科大学協会加盟大学が24,143名であり、全体の67%の患者さんを診ています。国立大学が7,495名（20.8%）、公立大学が4,405名（12.2%）の患者さんを受け入れています。

集計の算出にあたっての条件が2項目でございます。まず、患者数を把握した期間であります。本協会加盟大学は、2020年3月1日から2021年8月31日までの期間の患者受入れ数の集計であり、国公立大学は、2020年2月14日から2021年8月25日までの期間の集計となっております。

もう一方の条件は、受入れ患者数の定義であります。本協会加盟大学は、症例別（重症・中等症・軽症）患者を受入れている総数を集計しております。対応した新型コロナウイルス感染症患者について、最も重症化した患者の容態別の実患者数のみを集計しておりますので、例えば軽症で入って中等症になった方は中等症患者として、中等症で入って重症になった方は重症患者でカウントしております。

国公立大学は、新型コロナウイルス感染症のPCR検査陽性の対応患者（重症・中等症・軽症）を集計しております。外来対応のみの患者も含んでおりまして、窓口で受診し、陽性となった方で自宅待機の方も患者数という形でカウントされております。他院への紹介患者も同じくカウントされております。本協会に於いては、そのような患者さんはカウントに入れておりませんので、若干定義が異なって来ておりますので、これらの患者数をカウントに入れると、もう少し私立医科大学の患者数は増えることとなります。

レジメ資料図1-2を見ていただきますと、6月25日現在から7月31日現在までの期間での本協会加盟大学で診た患者数は15,710名から19,779名となっております。対応した患者さんは約4,000名増えております。国立大学は5,882名から6,284名となっております。それが7月31日現在から8月31日現在では、本協会は19,779名から24,143名となっております。約4,400名増えております。国立大学は6,284名から7,495名となっております。約1,200名増えております。

患者受入れ傾向はあまり変化のない状況であり

図 1-1 新型コロナウイルス感染症患者受入れ総数（令和3年8月31日現在）

日本私立医科大学協会調べ

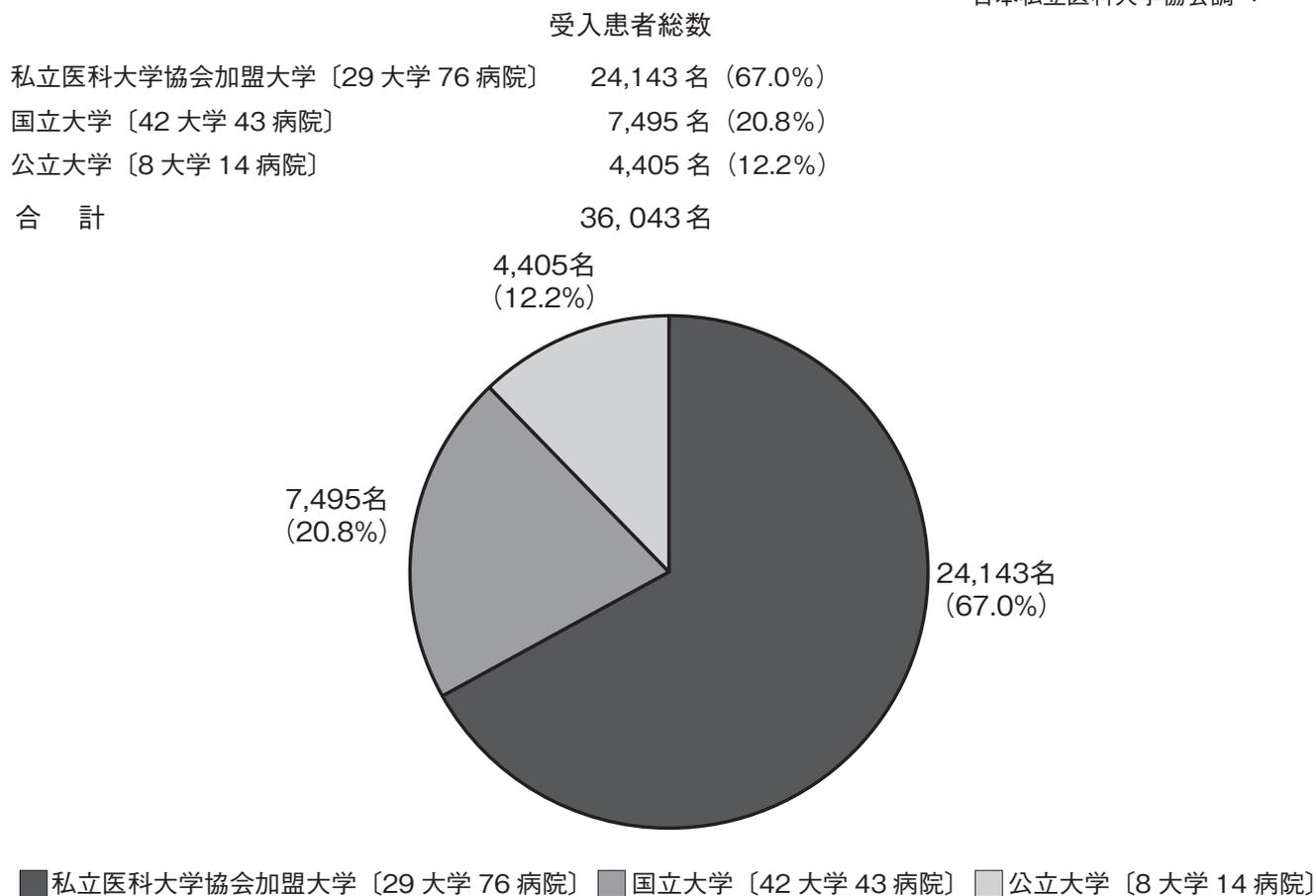
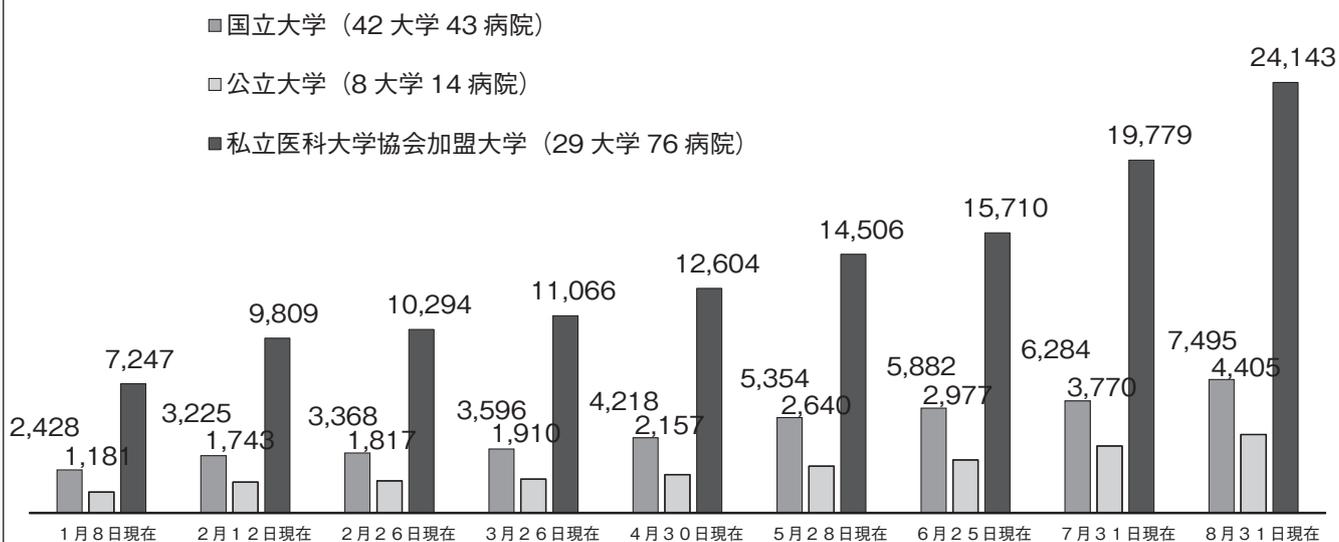


図 1-2 新型コロナウイルス感染症患者受入れ総数の推移について（令和3年）＜累計＞

日本私立医科大学協会調べ



ます。今回が最後の波になればよろしいと思うのですが、波の一番厳しい2カ月間に於いて本協会加盟大学は8,400名以上の患者さんを受けているということが実情でございます。

永田 ありがとうございます。これが全国の国公立医科大学が受け入れているもので、数え方が少し違うということです。国公立は入院患者さんだけではなくて、受診した人までも入れているということで、私立医科大学が担った入院患者数とはもっと差があるということで、我々私立医科大学の方が過大な貢献をしているということになります。

それでは、大学病院としての現況を報告していただきたいと思います。

まずトップバッターで久留米大学ですけれども、現在コロナ病床は、高度救命救急センターを中心に重症が12床で、これはECMOを回せるところです。中等症は2つ病棟があって15床と12床あり、27床で、合わせて39床がコロナ感染症の患者さんを入れているわけです。皆さん方の地域はどうなっているのか知りませんが、この39床は、福岡県から稼働病床の4%をコロナ病床に充ててくれという要請があり、それに従ったわけです。全国的にこういうことが行われたか否かは承知しておりません。

では小川先生、岩手医科大学はどうなっておりますか。

小川 コロナだけでなく会長としてお話しさせていただきますとよろしいでしょうか。

永田 はい。

小川 一昨日ですけれども、東北医師会連合会がございまして、自見はなこ先生からビデオメッセージをいただいて、自見先生が大変ご努力をされていることがよくわかりました。

今日の議題にもございますように、コロナばかりではなくて、私立医科大学協会にとっては、「医師養成制度の在り方に関する提言」を平成29年に出しておりますけれども、政治の場で議論されて、そして法律化されないと、いくら提言を出しても意味がないわけでございます。そういう意味では、自見先生のご活躍で、議連を通じて国会に法制化を働きかけていただいて、私立医科大学協会としてまとめた提言の内容にほぼ沿った形でまとめていただいたことは、大変ありがたいことだ

と思っております。ありがとうございます。

それから、「医師の働き方改革」は今議論されている最中でございますし、そういう意味では結論が出ているものではございませんけれども、まだまだ議論が尽されていないところもございします。ただ、一方で待ったなしで改革が進んでいるところを大変危惧しているところでございます。この辺に関しましても、自見先生のお力を借りたいと思っておりますので、どうぞよろしくお願いいたします。

今日、こういう形で自見先生と私立医科大学協会の『医学振興』の中で座談会を開催させていただくことを、大変嬉しく思っております。どうぞよろしくお願いいたします。

岩手県でございすけれども、岩手県は、数少ない「まん延防止等重点措置」対象区域でもなく、「緊急事態宣言措置」対象区域でもない県でございまして、昨年の9月まで感染者ゼロで来た県でございすので、そんなに多い数の患者さんを抱えているわけではございません。しかしながら、本件では、岩手県と岩手医科大学と県の医師会が協働して、自宅療養は一切させないという方針でやっています。病院とホテルの療養施設だけです。先月パンデミックが起こりまして、岩手県でもかなり多くの患者さんが出ました。その結果、病院のコロナ病床利用率が70%に達しました。岩手県で70%に達するというのは大変なことでございます。

特定機能病院たる大学病院の機能は地方では都会とは違っております。何せ大学病院が1つしかないわけでございます。そして、北東北3県、南北北海道にまで地域医療のお手伝いを出す必要があるという状況でございます。さらに高度医療に関しましても、1つの大学病院だけで頑張っているという状況でございます。昨年の4月頃（未だ岩手県では新型コロナウイルス感染症ゼロの頃）に、県と県の医師会と近隣の病院の院長先生方が集まって、大学にコロナが蔓延すると地域医療が止まる、高度医療が止まるから、岩手県の医療が医療崩壊につながるの、大学病院ではコロナ患者さんを基本的に受け入れるなというご指摘を受けました。そこで大学病院本院では、ECMOあるいは人工呼吸器を使用する重症例しか扱わないことにしました。その代わりに、分院の内丸メディ

カルセンターでは14床の、軽症・中等症の患者さんを受け入れているという状況でございます。

実は、大学病院で重症例を受けますと、一応6床とってあることはあるのですが、もともとICUというのはオープンスペースですから、感染症に一番弱い病棟なわけです。3例以上重症例を受け入れますと、全てのICU機能がストップいたしますので、コロナ以外の重症の患者さんの手術が滞ってしまいます。先月初め頃に感染爆発が起こった時に、県知事と大学とで協議をいたしまして、国の補助金を使って、来年の3月末を目途に、大学病院の敷地の中で、大学病院とは一線を画した独立した建物として、1階建ての6床のECMOを含む重症例を管理できる病棟を、現在つくっている最中でございます。来年の4月からオープンさせる予定でございます。そういったしますと、一般医療である高度医療、手術をする患者さんの管理にも影響しないということで、地方における大学病院の役割を果たせるようになるのではないかと期待をしているところでございます。

岩手県は、そういう状況でございます。

永田 ありがとうございます。それでは、明石先生、お願いいたします。

明石 私どもは神奈川県にございますので、スタートは、ダイヤモンドプリンセス号でございました。ですから、あまり考えている時間がないうちに重症例を引き受けざるを得ない状況に陥りましたので、今日に至るまで1年半ぐらいつと戦闘状態になっています。

病床に関しては、とにかく受け入れざるを得ない。症例数が首都圏と地方でだいぶ違いますので、東京・神奈川・千葉・埼玉あたりは症例数が大変多いまま推移をしましたので、最初に設定した17床の重症病棟はどんどん拡大をして、最後は30床ぐらいまで重症を入れて、9月初めぐらいのピークの時には、人工呼吸器が30台回って、ECMOが同時に7例回るといような日が続いていました。ですから、人工呼吸器が取れば、抜管ができてなくても他病棟へ移す。他病棟も隔壁をつくってという形で、おそらく症例数に関してはトップクラスを引き受けたと思っております。

私立医科大学協会ですべての大学の受入れ症例数をま

とめておりますが、国公立と私立とに大分開きがある。おそらく中の重症度を見ると、もっと開きが見えるのではないかと思います。そのせいかわかりませんが、相当程度私立医科大学病院が貢献をしたと、私は思っておりますが、あまりそういう評価をされにくい。評価をいただきにくいのかなという印象は持っております。

それから、病床の増床とか、ポストコロナを見据えた余剰病床をどこに確保するか。あるいは余剰の医療人材をどう確保していくかという話題に関しても、これから議論されるのかもしれませんが、なかなか「大学病院」という言葉が出てこないのが、ちょっと不思議な感じすらする次第です。

従前から大学病院には医師数が多いですから、いろんな形で少し余剰人員をストックする役割も我々が担っていくのがスムーズではないかと思うところもありますので、是非とも大学病院のプレゼンスというか、私たちのためではなくて、社会にもっと私たちが役立てる環境をつくっていただけるとありがたいと思います。

永田 ありがとうございます。それでは、東京慈恵会医科大学の栗原先生をお願いします。

栗原 2021年9月時点で、本院には39名の患者がいます。受け入れた患者数935名、そのうち、重症例は78名、中等症例が162名です。7月の入院患者数は92名で、8月は116名が入院しています。しかし、9月になって全体的に患者数が減少しており、現在、重症でECMOから離脱できない患者さんは1名だけで、重症例は減少しています。これまで、コロナ患者受け入れのための病床確保に努めてきました。また、疑い症例を一時期入院できるようにして、経過を見てからコロナ病棟に入院させるなどして、適切に対応してきました。

現在、東京都あるいは港区と連携して、病床確保などの協力をしております。また、ワクチン接種にも積極的に協力しています。特に、東京都の大規模接種会場や文京区、新宿区、港区の3行政区が合同でワクチン接種を行うという事業が、東京ドームを会場として行われていますが、医師、看護師を派遣して協力しています。また、酸素ステーションへの医師派遣要請が東京都からありましたので、これにも医師を派遣して協力しています。

港区および港区医師会がワクチン接種をする会場を借用したいというので、本院の旧外来棟を接種会場として提供して、そこで港区医師会の方がワクチンを接種しています。

私どもの病院でも、ピーク時は病床の逼迫が顕著でしたが、ここにきて患者数が激減しています。

永田 ありがとうございます。

久留米大学では、昨年、県の方から、コロナが蔓延していろいろ話があった時に、こちらから提案して、久留米大学は昔、隔離病棟がございました。他の大学もあったかもしれませんが、最後にそこが稼働したのは赤痢が福岡県で蔓延した時で、その時につくった病棟があって、そこで働いた経験がある看護師さんが今もおられますが、経済的な問題で閉鎖しました。建物自体は残っていましたが、そこで50床ぐらいで、設備によって費用は違いますけれど、最低で20億円ぐらい、いろんな設備までしたら、おそらく最高に見積もっても50億円あれば、50床の完全な隔離病棟ができますから、福岡県にそれを提案しましたが、何の返事もなく、そのまま続いております。そうしておけば、民間の病院などにはあまり迷惑をかけなくて済んだのではないかと思います。現在もなおそういう施設をつくった方が良いのではないかと考えております。

東京は新しい何かをいろいろしていますよね。設備というか施設を。

栗原 私どもの分院である第三病院には結核病棟がありますので、ここに、地域のCOVID-19患者さんを収容しています。また、本院には母子医療センターがありますので、ここで、母子入院ができるようにして協力しています。設備・施設の整備に努めて、地域医療に貢献しているということをご理解ください。

永田 自見先生、今までの皆さんのご意見を聞いて何かコメントがございましたらお願いします。

自見 日頃から日本私立医科大学協会の先生方に大変お世話になっております。今日、小川会長、明石先生、栗原先生、永田先生、貴重な機会をありがとうございます。また、事務局の小栗さんをはじめ皆様にも感謝申し上げたいと思います。

5年半前に参議院全国比例区に医師連盟推薦で国会に送っていただいて以来、医師養成の過程や



小川 彰氏
日本私立医科大学協会会長
岩手医科大学理事長

医師偏在の分野、昨年からは新型コロナウイルス感染症対策におきましても、私立医科大学協会の先生方には多大なご指導をいただきながら、お仕事をさせていただいておりますこと、私立医科大学の卒業生の1人として、大変ありがたく思っております。

今日、前段でお話がありました新型コロナウイルス感染症対策の受入れ総数の推移でございます。特に国立大学、公立大学、私立医科大学協会加盟大学を比較した表を見ても明らかな通り、しかも数値の前提が違うという中では、さらに開いてくるのだらうと思っておりますが、私立医科大学協会所属の医療機関に診ていただいた患者様のポジションが圧倒的に多いということは自明だと思っております。

世の中一般的には、確かに明石先生おっしゃるとおり、この話は知られていないのだらうと思っておりますので、私自身もここはしっかりと世の中に対してPRしていく必要があると思っております。

去年2020年9月に退任するまでの1年間、厚生労働大臣政務官を務めさせていただき中で、ちょうど2020年1月からコロナが始まりました時に、当時の加藤勝信厚生労働大臣のご指示で、私は着任当初は労働担当の政務官でしたけれど、その時から医療も担当するようになるということで、「担務にかかわらず事に当たれ」と明確なご指示

をいただきました。それが1月の下旬であります。当時、PCR検査がまだ1日100件ぐらいしかできないという国内の状況でありました。その中でダイヤモンドプリンセス号を迎えて、何百件あるいは何千件のPCR検査を急遽、国として用意しなければいけないという時に、真っ先に伺ったのが東京慈恵会医科大学でありまして、2月7日に熱帯医学講座の嘉糠教授の教室にお邪魔させていただきました。PCR検査が大学病院でどのような手順で、どのような試薬を使って行われているのかというのを視察させていただきました。本当にありがとうございました。あの時に勉強させていただいたPCRの作業工程が、その後、大変役に立ちました。試薬が輸入しなければいけないものがあるとか、物品の調達にも役立ちましたし、研究ではなく、臨床目的で大学病院の先生方にやっていただくPCR検査の診療報酬にもつながりました。2月7日に栗原理事長はじめ東京慈恵会医科大学の先生方に受け入れていただいたことに、本当に感謝しております。

その直後のダイヤモンドプリンセス号では、神奈川県私立医科大学の先生方に大変お世話になりました。先ほど明石先生おっしゃったように、もう2年になろうかというところですが、休みなくこの対応に当たっていただいているのですが、特に神奈川県は、一番初めの3,700人のうち700名の陽性者を出して、多くの部分を神奈川県内の病院で受け入れていただきましたので、当初に相当な負荷がかかったということでもあります。

ただ、これを別の角度から見ればでありますけれども、おそらく日本の重症からの治療成績が大変良いのは、ここにも起因するのではないかと考えております。すなわち、まだ国内で大幅な感染拡大が起こる前に、ある意味で言えば、落ち着いた環境の中で、ダイヤモンドプリンセス号という局所的な流行から発生した患者様を全国に700人受け入れていただいて、感染症の専門家の先生方に診ていただいたということは、おそらく呼吸器内科あるいは感染症、あるいはDMATの先生方を含めた医師、医療従事者の間で、先に専門的な知見を積んでいただくことにつながったのではないかと想像しております。一人の感染者を診るにあたり、医療人材は通常のICUの重症者を診るより約3倍の人手を必要とすることも、この時

期に学びました。

特に治療について言えば、日本の場合は、ECMOの離脱率は世界で最高であります。ECMOや人工呼吸器においてもICUの医師のみならず臨床工学技士も大変頑張ってください、圧の調整ですとか、体位の変換も含めて、大変きめ細かく患者様を診ていただいております。

こういったことに、聖マリアンナ医科大学、北里大学、東海大学をはじめとした神奈川県を代表する全国の大学病院が関わってくださっていることに、とても感謝しております。また、藤田医科大学においては、当初4月に開院予定であった岡崎医療センターを延期し、PCR陽性者並びに同室の濃厚接触者の患者様を128名お引き受けくださいました。自衛隊に搬送してもらい大規模な搬送となりました。当時は近隣住民からも反対があり、急遽自治体との会合を開催していただいたり難しい状況もありましたが、「ここで引き受けなければ、大学の存在意義自体がなくなる」という星長理事長の言葉を船内で聞いたことは、忘れることができません。

その後、現在までの第5波で、更に大きな負荷が大学病院をはじめとした大きな病院にかかりました。私自身は、担当政務官のときから懸念しておりましたのは、いわゆる医療崩壊をどのように起こさせなくするののかという手立てはもとより、そこでノンコロナとコロナ、両方の医療現場であたってくださいしている医療従事者に対する給与の支払いでした。急激な減収に見舞われる中で、とにかくボーナスの支払いがきちんとできることが大変重要だと思いました。先生方もご経験のとおりで、私立医科大学協会が調べていただきましたときにも、夏期のボーナスがもらえなかった病院も幾つか数を出していただいておりますけれども、そういうことが今年の冬にはないように、二次補正などの予算を組ませていただいたつもりですが、都道府県によっては執行状況が遅延しているところもありまして、大変なご苦労をおかけしました。

岩手医科大学もそうでありまして、久留米大学もそうでありまして、大学病院が中心となって地域医療を支えているという構造が、特に地方にはございますので、そういった中で先生方が果たす大きな公的な役割、公の器としての役割

というものが、ますますこれから評価されていくことだと信じております。

永 田 どうもありがとうございました。

この件で何か一言で言っておきたいという方がおられましたらお願いします。

明 石 最近、先生方にお会いするといつも同じことを申し上げているのですが、医療法の中に「大学病院」という位置付けがないということが、様々な弊害を呼んでいるように思えるのです。今回、特にコロナ診療に関しては、国が指針を大きく決めても、実行しているのは自治体を取り仕切っているのです。例えば小川先生の岩手医科大学のような1県に1医大だと、それは自治体の意向が大学にきちっと伝わって、位置付けが明確になるのかもしれないませんが、私たち神奈川県には4大学の本院がありますが、県から大学に対して、あるいは4大学に対して、こういうことをという話は、今もって一度もないのです。おそらく自治体のフィルターを通すと、特定機能病院という意識はあるかもしれませんが、県立病院も大学病院も、おそらく同じ急性期高次医療の提供病院ということになってしまうのではないかと思います。

それはリソースの活用としては大変もったいないと僕らは思いまして、神奈川4大学で協議会をつくって、1回だけ県とミーティングをやりました。それは1年ぐらい前です。是非、この協議会を通して、大学にはもっと注文を付けてくれという申し出をしたのですが、そのあと1回も開催されないのです。ですから、これは県の意向というよりは、県から見えにくいのかなという感じがするのです。ですから、是非、医療法の中に「大学病院」というのが入ってくると良いと思っております。

自 見 ありがとうございます。明石先生から、このお話を以前も伺ったことがあって、私もその直後に神奈川県の出向者には直接大学病院との連携を強くお願いしましたが、今聞くとあまり十分なものではなかったんだと思います。

行政から見ると、まず県立などの公立病院がバーンと目に入って、大学病院というのは文部科学省所管になっているので、見えづらくなっています。実際のPCRで東京慈恵会医科大学に見せていただいた後に、大学病院と自治体が連携してPCR検査体制を整備する通達を厚生労働省と文



自見 はなこ 氏
参議院議員・厚生労働委員会理事

部科学省から出しましたが、内部調整でひと苦労でありました。こんなに省庁の壁があるんだというのは、その時にも痛感いたしておりますので、今の明石先生のご意見をしっかりと受け止めてまいりたいと思います。小川先生が寄稿された文書も読んでおりますので、しっかりと受け止めていきたいと思います。

明 石 誤解のないように言いますが、県の方から補助などは非常に手厚くしていただいております。ただ、もっと頼ってもらってよかったんですよ、という趣旨です。

自 見 わかりました。

永 田 ありがとうございます。

コロナに関する話はこれぐらいにしておきまして、次に、共用試験から Student Doctor、その先には国家試験改革につながるという話をしたいと思います。

その前に、医療法・医師法改革というのがございますけれども、医療法・医師法改革の全貌を見てもみますと、半分以上が「働き方改革」ですから、それは後回しにしまして、資料3と4に、共用試験、卒前・卒後の医師養成等の問題のレジメがございますので、2番目として、そこをやりたいと思います。

2. 共用試験と Student Doctor について

レジメ資料3の厚生労働省から出されている全国医学部長病院長会議、文部科学省、厚生労働省三者懇談会の「今回の医師法改正の狙いについて」という資料が、なかなかまとまっているかなと思いましたが、それを今回の座談会では提示させていただきます。

栗原先生、突然でございますが、医師養成のシームレスな教育については、先生がお詳しいので、まずは現在の共用試験はこれで良いのかどうかというあたりから。そして、Student Doctor はどこまで医療行為が認められ、法的な担保がなされるのかなど、いろいろ問題があると思います。その辺の話を、栗原先生、よろしいですか。

栗原 私が特別詳しいということではありませんが、これまでの経緯を申し上げます。良い医師を養成するためには、カリキュラムの改善・充実に加えて、医学生や歯学生在が数多くの臨床経験を積むことが必要不可欠で、臨床実習を通して患者さんから臨床の実際を学ぶことが重要です。医学

生は学生ですので、医師法第17条の規定により、診療に参加して臨床経験を積むことは不可能でした。学生として医業を行うためには、医師法に係る違法性の阻却を行うことが必要であることが分かり、医師としての資格のない学生が患者に接して医行為を行いうる不可欠な要件（違法性の阻却）として、患者への侵襲性や患者の羞恥心に十分配慮した一定の行為に限定して、指導医の指導・監督下で、患者の同意を得て行うこと、実習前に学生の能力と適性を評価して学生の質を保證することが必要となりました。このため、臨床実習開始前に学生の能力と適性を適切に評価するための標準評価試験として、全医学・歯学部が参加して行う共用試験制度が創設されました。

診療参加型臨床実習前に必要とされる知識・技能・態度の評価をするために、全国医学部長病院長会議などの支援を得て、公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構（以下、機構）が設立されました。知識の評価は、医師国家試験が多肢選択式（MCQ）の問題形式であることから、コンピューターを使った多肢選択式問題で行うこ

【図2】

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律の概要(令和3年5月28日公布)

改正の趣旨

良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進する観点から、医師の働き方改革、各医療関係職種の専門性の活用、地域の実情に応じた医療提供体制の確保を進めるため、長時間労働の医師に対し医療機関が講ずべき健康確保措置等の整備や地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組に対する支援の強化等の措置を講ずる。

改正の概要

< I. 医師の働き方改革 >

長時間労働の医師の労働時間短縮及び健康確保のための措置の整備等（医療法）【令和6年4月1日に向け段階的に施行】

医師に対する時間外労働の上限規制の適用開始(令和6年4月1日)に向け、次の措置を講じる。

- ・勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成
- ・地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設
- ・当該医療機関における健康確保措置(面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等)の実施 等

< II. 各医療関係職種の専門性の活用 >

1. 医療関係職種の業務範囲の見直し（診療放射線技師法、臨床検査技師等に関する法律、臨床工学技士法、救急救命士法）【令和3年10月1日施行】

タスクシフト/シェアを推進し、医師の負担を軽減しつつ、医療関係職種がより専門性を活かせるよう、各職種の業務範囲の拡大等を行う。

2. 医師養成課程の見直し（医師法、歯科医師法）【①は令和7年4月1日/②は令和5年4月1日施行等】※歯科医師も同様の措置

①共用試験合格を医師国家試験の受験資格要件とし、②同試験に合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができる旨を明確化。

< III. 地域の実情に応じた医療提供体制の確保 >

1. 新興感染症等の感染拡大時における医療提供体制の確保に関する事項の医療計画への位置付け（医療法）【令和6年4月1日施行】

医療計画の記載事項に新興感染症等への対応に関する事項を追加する。

2. 地域医療構想の実現に向けた医療機関の取組の支援（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律）【令和3年4月1日施行】

令和2年度に創設した「病床機能再編支援事業」を地域医療介護総合確保基金に位置付け、当該事業については国が全額を負担することとするほか、再編を行う医療機関に対する税制優遇措置を講じる。

3. 外来医療の機能の明確化・連携（医療法）【令和4年4月1日施行】

医療機関に対し、医療資源を重点的に活用する外来等について報告を求める外来機能報告制度の創設等を行う。

< IV. その他 > 持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長【公布日施行】

10

第27回文部科学省・厚生労働省・全国医学部長病院長会議三者懇談会（令和3年8月17日）資料より

とになりました (Computer Based Testing, CBT と呼称されています)。申し添えますと、この試験の原型は、東京慈恵会医科大学で行われており、当時の文部科学省医学教育課長の目に止まり、導入されたという経緯があります。技能と態度を評価する試験としては、客観的臨床能力試験 (Objective Structured Clinical Examination, OSCE) が導入されています。機構の組織として研究部があり、CBT の成績を分析して、成績を各大学にお返しするとともに、共用試験の信頼性・妥当性などの担保のために専門委員会を設けて議論しています。

一方、診療参加型臨床実習では、学生の医行為が法的に担保されることによって、患者さんから同意を取りやすくなること、学生も指導者も安心して臨床実習が行えること、国民の理解を得やすくなることから、診療参加型臨床実習における学生の医業の法制化は、厚生労働省医道審議会医師分科会等でも検討事項になっていました。

また、医師国家試験の在り方も問題になり、学生は医師国家試験の準備に多くの時間を費やしていること、診療参加型臨床実習に費やす時間が圧迫されていること、診療参加型臨床実習後に医師国家試験対策に多くの時間を割いていることが問題になりました。結果として医師国家試験が、卒前と卒後の間に行われており、大きな障壁になっているので、診療参加型臨床実習前の CBT、OSCE を充実させることによって、医師国家試験の負担、特に知識に関する試験の負担を軽減して、技能・態度教育を充実させて、卒前・卒後教育が分断されることなく、シームレスにつながることを望ましいという提言が、日本私立医科大学協会と全国医学部長病院長会議から出され、議論が進んできました。

このような経過の中で、本年5月、医師法の一部が改正され、医師法第17条“医師でなければ医業をなしてはならない”、の第二項に“大学において医学を専攻する学生であって、共用試験に合格した者は、前条の規定に関わらず、当該大学が行う臨床実習において、医師の指導監督の下に、医師として具有すべき知識及び技能の修得のために医業をすることができる”、が追加され、監督者の指導の下で、医学生が医業を行うことができるようになりました。〈図2、図3〉処方箋交付



明石 勝也 氏

日本私立医科大学協会総務・経営部会担当副会長
聖マリアンナ医科大学理事長

は、今後、政令で制限されますが、診療参加型臨床実習における医学生の医業の法制化に伴って、実施可能な医行為の範囲が拡大します。このことによって、診療参加型臨床実習がより一層、改善・充実されて、技能と態度の涵養が進み、臨床研修にシームレスに繋げられるのではないかとこのころまで来たということです。今度の医師法の一部改正は、学生の診療参加型臨床実習の充実には好ましいことだと思います。

また、医師法改正においては、医学部教育と臨床研修を切れ目なく繋ぐ観点から、医学部における共用試験の公的化を踏まえ、診療参加型臨床実習に則した技能修得状況を確認するための試験の公的化を含め、医師国家試験の在り方を速やかに検討することも付帯決議されています。

診療参加型臨床実習前の共用試験は4年生で行っている大学が多いのですが、この試験を第一次国家試験と位置付けてはという意見があります。しかし、この試験を厳しくすると、学生は試験を受けるために時間を費やすようになり、試験の負担軽減にはならなくなるので、この共用試験の在り方をよく議論して、学生の負担が増えないようにすることが肝要だと思います。今後、このような問題を含めて、医道審議会の中に、仮称共用試験部会が設置されると聞いていますので、そこで十分検討されることを願っています。機構と

しては、厚生労働省令で規定される共用試験の実施主体として、その審議結果を踏まえて、試験の詳細について検討したいと思います。概略は以上です。

永田 ありがとうございます。

次に Student Doctor の問題ですけれども、これが果たしてうまくいくのか。Student Doctor とは何なのか、というようなところから、どこまでどうするのか。あるいは、Student Doctor を指導する医師が、全国同じレベルだったら良いんでしょうけれど、指導する医師の資格とか、そういうものも検討されているのでしょうか。

栗原 ご指摘のように評価者の質を高めて評価を平準化することは重要です。機構では、各大学の先生方に講習を受けて頂き、認定評価者を育成しています。現在まで、臨床実習前の OSCE でおよそ1万人位の評価者を育成してきました。公的化に向けて新たな評価者認定制度を構築中で、これらの方々には更新時には講習を受講していただきます。全国では大学教員が少ないところもありますので、そういうところは、現時点では、臨床

実習後 OSCE 向けですが研修指定病院の診療部長などにも評価者になって頂くようお願いして、全国で講習会を開催して認定評価者の育成に努めていることをご理解下さい。このような認定評価者を育成することによって、OSCE の評価の標準化と均てん化が図られるものと思います。この点がこれからの重要な課題になってきます。

また、これまでは Student Doctor 証を各大学の認定に基づいて全国医学部長病院長会議が発行してきましたが、今後、法的に定められた試験を行い、それに合格した学生に出す Student Doctor 証は、国または公的な機関が出すべきだという意見がありますので、この点についてもこれから検討されるものと考えています。

診療参加型臨床実習を修了した後に、診療参加型臨床実習後 OSCE (Post-clinical clerkship OSCE ; Post cc OSCE) を行うことが決まりました。2020 年度より正式実施を開始しています。

この OSCE によって診療参加型臨床実習の習熟度を測定することになりますので、ここでの評価の精度を上げることによって、医師国家試験にお

【図3】

改正法条文

(医師法の一部改正)

第十一条 医師国家試験は次の各号のいずれかに該当する者でなければ、これを受けることができない。

一 大学において、医学の正規の課程を修めて卒業した者（大学において医学を専攻する学生が臨床実習を開始する前に修得すべき知識及び技能を具有しているかどうかを評価するために大学が共用する試験として厚生労働省令で定めるもの（第十七条の二において「共用試験」という。）に合格した者に限る。）

二・三 (略)

第十七条の二 大学において医学を専攻する学生であつて、共用試験に合格したものは、前条の規定にかかわらず、当該大学が行う臨床実習において、医師の指導監督の下に、医師として具有すべき知識及び技能の修得のために医業（政令で定めるものを除く。次条において同じ。）をすることができる。

附帯決議

(附帯決議：衆議院)

六、医学部教育と臨床研修を切れ目なくつなぐ観点から、医学部における共用試験の公的化を踏まえ、診療参加型臨床実習に則した技能修得状況を確認するための試験の公的化を含め、医師国家試験の在り方を速やかに検討すること。

(附帯決議：参議院)

十四、医学部教育と臨床研修を切れ目なくつなぐ観点から、医学部における共用試験の公的化を踏まえ、診療参加型臨床実習に則した技能修得状況を確認するための試験の公的化を含め、医師国家試験の在り方を速やかに検討すること。

11

第27回文部科学省・厚生労働省・全国医学部長病院長会議三者懇談会（令和3年8月17日）資料より

ける技能・態度試験に代わって、診療参加型臨床実習後 OSCE を活用することも考えられますが、今後の検討課題です。また、臨床研修への橋渡しを行う試験としても重要になると思います。

永田 ありがとうございます。小川先生、明石先生、何かコメントございますか。

3. 今後の医師養成のあり方

小川 臨床実習のあり方については、そして今後の医師養成のあり方については、厚生労働省の委員会でも議論されてまいりましたし、私立医科大学協会のグランドデザインの中でも議論がなされてきております。そしてまた、日本医師会からも同様な提言がなされておまして、今回医師法の一部改正で、自見先生が大変ご努力されて、共用試験の位置づけをはっきりさせていただいたわけです。

そしてまた、その後に行う臨床実習において、医師として持つべき知識・技能の修得のために医療をすることができるということ、医療法上明確にされたということは、大変素晴らしいことだと思います。

ただ、我々が提言をしてきたこと、それに厚生労働省「今後の医師の養成の在り方と地域医療に関する検討会」で議論をされてきたこと、あるいは日本医師会で提言をされてきたことが、十分に今回の医師法の中に入れられているかということ、そうではございませんので、やはり今回の医師法改正というのは、一丁目一番地だと、私は思っております。

そういう意味では、自見先生が今回すばらしく頑張って改正していただいた医師法に命を吹き込む意味でも、これからの医療系団体、そして機構も含めて皆が連携して取り組む必要があるのだらうと思います。また、まだまだ国家試験のあり方に関しましても、旧来どおりのところも残っているということでもございまして、是非その辺につきまして、また一丁目一番地ではなくて、今度はその次のステップに進むような医師法の改正ができれば、ありがたいと思っております。それができるのは自見先生しかいませんから、是非よろしくをお願いします。

自見 ありがとうございます。



栗原 敏氏
日本私立医科大学協会顧問・理事
東京慈恵会医科大学理事長

栗原 ちょっとよろしいでしょうか。機構の理事会には日本医師会の代表、日本歯科医師会の代表、全国医学部長病院長会議の会長、全国医学部長病院長会議の医学教育委員会の委員長、文部科学省の課長補佐、厚生労働省の代表の方、法曹界の方（弁護士）、患者代表、その他、学長等の有識者も出席していますし、機構は内閣府の公益認定等委員会による審査を受け、内閣総理大臣による公益認定を受けており、機構が独走することはありませんので、この点はご理解いただきたいとお願いたします。

小川 機構が独走しているとは誰も思っておりませんから。

栗原 仕組みとしていろいろな立場の方、ステークホルダーの意見を聞く体制になっていることをご理解いただきたくお願いいたします。

小川 わかりました。

自見 ありがとうございます。私が当選したのは平成28年（2016年）ですが、ごく初期に小川先生や栗原先生や明石先生と、「シームレス化」について話し合う機会を持たせていただいたのが記憶に鮮明に残っております。

私自身は、平成16年の臨床研修の初年度の人間で、まさに制度の狭間で分断されている最中の当事者でした。医学部の6年生の時に、4月になってもマッチングが発表されなくて、我々6年生は、

卒業試験もあるし、マッチングのための試験も受けに行かなければいけないし、相当のストレスがあって、大変だった学年でしたので、国会に送っていただいて、医学部教育と臨床研修をつなげるというのは、私に与えられた非常に大きなミッションだと、ずっと思っております。

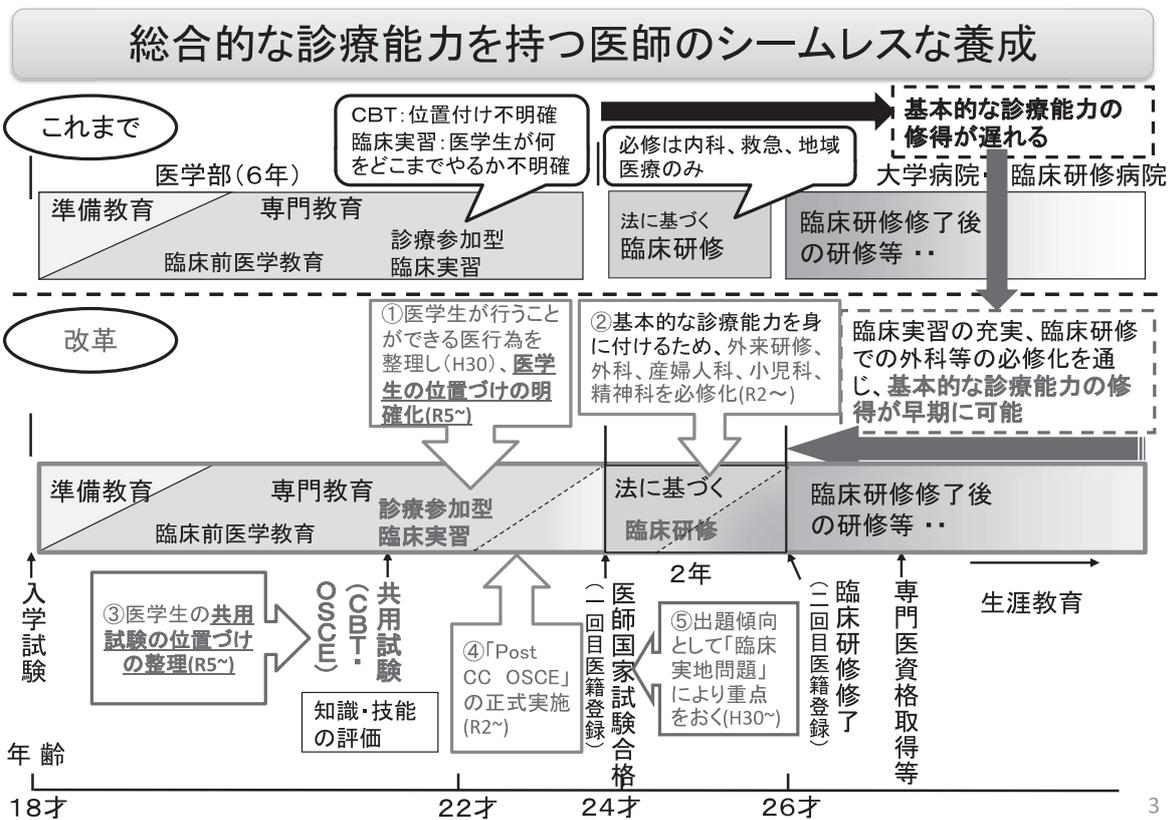
先生方から当選直後にレクチャーを受けて、私自身も大変驚きましたのは、文部科学省と厚生労働省が全く連携がとれていないという残念な実情でありました。私の一番初めの参議院の厚生労働委員会の質問1問目は、医学部教育と臨床研修をシームレスに結ぶために、文部科学省と厚生労働省の合同の委員会を設置すべきではないかというのでありました。その後から合同会議が発足をし、今も続いているというのは、本当にありがたいと思います。

また、その時に、この話は議員連盟をつくらなければいけないと思いましたが、2017年11月に「医師養成の過程から医師偏在是正を求める議員連盟」という議連を立ち上げさせていただいています。

ここで小川先生に Student Doctor の話を初回にさせていただいております。あと CBT についても発表していただいております。これを何とか法律に乗せることが非常に重要だという認識をしました。同時に25年間運用しておりました前川レポートでは医学生の実行為について刑法上の違法性の阻却が担保されていないという事実にも気が付きましたので、門田レポートが新しく誕生してからは、すぐさま厚生労働省医道審議会にかけていただきました。今回の医師法・医療法の改正の中では、Student Doctor が正式に法律の中に書き込まれましたので、今では刑法上の違法性の阻却ができた状態に、ようやくになりました。医学部生が侵襲的行為をしても、それが刑法上の罪にならないというのが、ようやく実現したわけでありませう。前川レポートから数えますと、実に30年近く経っておりますので、医学教育は本来は30年前に法改正をすべきであったと思いますが、進まなかった問題をどんどん進めていきたいと思っています。

また、「医師養成の過程から医師偏在是正を求

【図4】



第27回文部科学省・厚生労働省・全国医学部長病院長会議三者懇談会 (令和3年8月17日) 資料より

める議員連盟」という議連の名前に思いが込められておりまして、よく、医師偏在の過程の「過程」が、大学の教養課程の「課程」の間違いではないかと言われるのですけれど、実はプロセスの方の「過程」にしておりますのは、我々の手にプロセスも含めて返してほしいと。要するに、これは文部科学省だ、これは厚生労働省だというボールの投げ合いの中ではなくて、そのプロセスすら我々のもとに返してほしいという意味で、「医師養成の過程から」というネーミングに、私たちの議連はしております。

この議連は、ありがたいことに素晴らしい成果を出している議連であります。先生方のCBT研究班において、栗原理事長が奮闘していただいた時に、我々議連から、それを全面サポートし、二人三脚で先生方と活動を共にし、今回の医師法・医療法の改正につながったと思います。

小川先生おっしゃっていただいたように、次の法改正が非常に重要です。それは我々がいただいた宿題、すなわち医師国家試験の見直しの部分、ここに対してしっかりと歩みを進めていくことです。医学部教育と臨床研修のシームレス化を図るために筆記だけの現在の医師国家試験から、より医学生が病棟実習に集中できるように Post-CC OSCE を国家試験化する方法があると考えています。そこに至るまでの論点整理をしていくことが必要です。ツープラスツーのシームレス化がもう一歩先に進むためには、次の法改正が非常に重要であるというのは、私も同じ認識であります。頑張っていきます。ご指導ください。

永田 ありがとうございます。

明石 栗原先生もおっしゃっていた Student Doctor の期間の評価はとても難しいと思うのですが、これからおそらく検討されるのだと思いますが、学生の立場からすると、やはり国家試験は非常に大きなハードルで、腰を落ち着けて Student Doctor でいられるかというところが問題なんだろうと思うのです。ですから、Student Doctor に一生懸命取り組んだ学生は、それだけのメリットが十分あるという仕組みがあると良いんだろうと思うのです。

ICT などのテクノロジーもありますから、例えば Student Doctor の時代の実習経験を 1. デジタル・ポートフォリオにして、クラウドに乗せて、



永田 見生 氏
日本私立医科大学協会広報委員会委員長
久留米大学理事長

本学の学生を本学の教員だけが見るのではなくて、機構が評価をするとか、何かそういう仕組みをつくって、実習に精を出した人が医師国家試験でも有利になるのだと。そういう仕組みを誘導してあげるのが良いのかなと思っておりまして、是非良い検討をされることを祈っております。

自見 すごく良いご提案だと思います。実習でのコミットメントを国家試験のポジションに入れるということですね。それは大学の先生たちにとっても良いことだと思いますし、学生さんたちにとっても矛盾なくエネルギーを向けられるので、とても良いことだと思います。

栗原 臨床研修指導医は、厚生労働省の医師の臨床研修に係る指導医講習会の開催指針に基づいて開催される指導医講習会を受講しなければなりませんので、診療参加型臨床実習の現場でも、学生の指導に加わっていただけると、卒前の診療参加型臨床実習と臨床研修を繋げることができるのではないかと思います。何れにしろ、良い指導者と評価者を育成することが今後の大きな課題と考えています。

これには時間がかかりますので、落ち着いてゆっくり取り組み、学生側に立った時、試験に縛られる制度ではなく、臨床実習を楽しめるような制度になることを願っています。

4. OSCEにおける問題点について

永田 以前に聞いたことがあるのですが、CBTの問題は良いけれど、OSCEの方が、模擬患者さんが足りないとか、CBTも含めて、OSCEで問題点はないのでしょうか。

栗原 先生のご指摘になったのは模擬患者さんのことだと思いますが、法的に担保される診療参加型臨床実習やOSCEでは、認定標準模擬患者が必要となります。これまでボランティアとして模擬患者になって頂いた方にも、講習を受けて頂き、認定標準模擬患者として参加していただければと願っていますが、講習会には出席できないなどという声も聞こえており、これから人材の発掘が大変だと思います。全国的に人が少ないので、難しくなります。模擬患者養成団体がありますが、そういう方たちの協力を得ながら質の高い模擬患者さんを育成していくことが、ますます必要になると思います。また、機構としては機構直轄の講習会も開催し、認定標準模擬患者の新規のリクルートにも努めてまいります。先生のご指摘の通りです。

小川 レジメ資料3「今回の医師法改正の狙いについて」の3頁<図4>ですけれども、⑤で「医師国家試験合格」とございまして、「出題傾向として「臨床実地問題」により重点をおく」ということですけれども、これと同じで、OSCEという試験をすることによって、試験ということではなくて、先ほど明石先生がおっしゃったように、2年間毎日やっている臨床実習を評価するという方が、評価としてはフェアだと思います。例えば、1日・2日で、あるいは何時間でOSCEをやって、その人の人生を決めてしまうのではなくて、2年間かけて診療参加型の臨床実習をやっている中のスキルを評価してあげた方が良いのではないかと。試験ということになると、すごく短期間でやらざるを得ないし、先ほど栗原先生もおっしゃったように、評価者は足りるのかとか、一時期に100人の試験をするということになりますと大変なことになると思いますので、明石先生がおっしゃったような、2年間にわたって臨床実習をやっている期間全体を評価するというようなスキームの方が、より効率が良いのではないかと思います。

自見 同じ感覚で、繰り返しになりますけれど、

例えばイギリスとかオーストラリアとか幾つかの外国は、大学の卒業をもって医師免許を付与しています。私自身は、医師の養成過程を考えると、最後の最後まで医学部の卒業だけをもって国家試験を与えるということも、正直考えていました。が、日本の場合は、国が行った試験で医師免許を取ったということが、おそらく質の担保というところでは、今の段階では必要なのかなと思いますが、先生方のご意見を聞いて、改めて外国でも卒業をもって医師免許を与えたところがあるということは、とりもなおさず医学部教育を非常に尊重しているということであり、また質の担保については、新しいPost-CC OSCEを医師国家試験に入れるような時代が来ることを願って活動しておりますけれども、そのときには、例えば半分が2年間の病棟実習の成績で、半分がいわゆる国家試験のPost-CC OSCEということも、正直あるのかもしれない。その方が学生さんのストレスが、もしかして減るのかもしれない。どっちに転ぶかわかりませんが、それぞれが厳しくし過ぎてしまうと、今度は毎日国家試験みたいな気持ちで、生きた心地がしないかもしれませんけれど、やりようによっては、両方の実が取れる仕組みが、ブレンドミックス型の方があるのかなと、今強く思いましたので、今後ディスカッションの材料とさせていただきます。ありがとうございます。

永田 ありがとうございます。

5. Student Doctor は保険に加入すべきか

Student Doctorの課題に入っていきます。私は、レジメに書いておりましたが、もしもStudent Doctorが患者さんに不都合なことを起こした場合には、賠償保険があった方が良いのではないかと。ということが書かれているものがありますが、医学生が加入する保険というのは可能なのか。そして、それを担保するのは大学ですか？誰が負担するのかという問題がございまして、自見先生、その辺は何かご意見がございましてか。

自見 これは基本的に臨床研修医と同じような枠組を学生バージョンに作り替えるということだと思うのですが、結論から言うと、医賠責には入っておく必要があると思います。適切な整理をした上で侵襲行為に関わることにはなりますが、当然医

賠償に入っておくことが求められますし、それを担保しなければ安心して病棟実習ができないと思います。

とはいえ、医学部生でありますし、医師ではございませんので、その責任は、その指導医がとることになるのかなとは考えておりますので、新しい類型の医学部生用の医賠償を開発していただく必要があると思っています。それは、おそらくは大学単位で加入していただくことになるのかなと想像しています。大学病院全体ごとに入るか、全国医学部長病院長会議で大きな保険を1個契約するのか。そのあたりの細かいところは制度設計が必要かと思いますが、いずれにしても大学が窓口となって、きちんと医学部生全員が医賠償に入る体制が、私は必要だと思っています。

栗原 機構でもその点は問題だと考えています。自見先生ご指摘のように、医学部に入学した時点で、医学生には傷害保険に入るように指導していますが、任意です。今後、医行為が法の下で行われるようになった時、保険会社はどのような保険を提供できるのか考えると思います。

保険料はだれが負担するのかということも問題になるかもしれません。この点は今後、新たな診療参加型臨床実習ガイドラインの策定とセットで議論していく必要があるかと思っています。

永田 ありがとうございます。

これでいよいよ共用試験をクリアすれば医師国家試験ということになるのですけれども、医師国家試験を受けるということについては何か問題がありますでしょうか。

6. 医師国家試験のあり方

現在、外国の医学部を卒業した人も医師国家試験は受けられますよね。ただ、日本語の試験か何かをクリアすれば受けられたんじゃないですか。その辺も変えなければいけないようになるのではないかと思っていたんですけど、その辺はどうでしょうか。日本人で外国の医学部に行っている人もいるし、外国人で日本の医師になりたいという人は、CBTとかは受けてないわけで、医師国家試験の受験資格という時にどうなるのかなと思ったんですけど。

栗原 医師国家試験の改善検討部会があります

ので、そこで検討していただくことになるものと考えております。

明石 間違っていたら申し訳ないのですが、今の制度は、たしか医師国家試験の予備試験を受けていただいて、合格されても、1年間の実習、研修期間を経ないと、正規の国家試験が受けられないとか、けっこうハードルが高くて、外国籍あるいは外国医学部を出た方の日本の医師免許取得までは、おそらく日本の医学生より厳しい条件が付与されていると思いましたが。

永田 そういう過程で、そのあと国家試験に合格したら、臨床研修が2年間あるわけですけども、2年間の臨床研修はこのままで良いのか。短縮できないかというご意見もあるようですが、その辺どうでしょうか。

自見 そこについて私の考えを述べたいと思います。ツープラスツーのシームレス化の目的は、4年間で臨床能力の高い医師を養成することにもあると思っていますので、当然ながらCBTの改革や国家試験の改革が実現した暁にはということになりますが、前提とした上では、クリニカルクラークシップも当然変わってくる必要が出てくると思っています。

どんなふうが変わってくるのかということだと思いますけれども、今は1か月毎に各科をローテーションするというのが、割と当たり前になっているかと思いますが、昔のインターンを思い出していただくと、たぶん3か月単位ぐらいで、血液内科を回ったり、循環器内科を回ったりということで、ある程度落ち着いた環境の中で回っていたと思います。これはまだ先の議論になりますが、ツープラスツーのシームレス化を行う目途が立つタイミングに合わせて、医学部の時代に回る、いわゆる卒前の医学教育を、例えばですけれども、内科を中心に3か月毎にゆっくり回って、外科のような実際的な手技が関わるものについて、あるいは救急とかは、研修の期間、実際に医師免許を取ってから集中的に行う。それも3か月間ずつ行うとか、そういうふうにツープラスツーをシームレス化して、ローテーションも改革していく必要があるのではないかと考えております。

そういう意味で言えば、2年間の初期研修が法律で定められておりますが、この研修期間を短くするというよりも、中身を充実させる必要がある

と思っております。

また、これは私の持論ですけれども、これら改革が実際に実施できる年限というのは、正直10年かかると思います。その10年後というのは、今よりも過疎化がいつそう進展する時代でございますので、岩手県など、先生も感じておられると思いますけれども、私は、この2年間の研修の枠で、自由に地域に行ける時期を、ある一定確保する。それが、いわゆるへき地ではなくて、地域の中核病院ということでも良いんだと思いますが、今のたすき掛けの部分、少し地域に比重を増やすという形で、地域医療とのマッチングもやっていく必要があるのではないかと考えています。

今でいう医師3年目ぐらいまでの腕前になったという前提で、より研鑽を積めるステージになるという全体がトータルパッケージでありまして、今の研修医の2年目の先生方に、それを求めるのは、ちょっと難しいと思います。

永田 ちょっと元に戻りますけれども、大事な点で、Student Doctorでの医行為で、前川レポートとか、門田レポートとかというのは、レジメ資料4の後半部分に載っていますけれども、この内容は、水準Ⅰ、水準Ⅱ、水準Ⅲとかがあるのですが、これはそのまま使えるというか、これがどの程度なされていたかというような調査もされておるのですけれども、Student Doctorは、医学生が行う医行為ということで、このままで良いのかという点については、いかがでしょうか。

自見 私もその理解でおります。基本的には、今回の医師法・医療法の法改正にける準備として、門田先生の研究班がとりまとめたレポートが存在していたという認識でありまして、この門田レポートの中で整理をしていただいた、例えばアンケートとか、医行為の類型化とか、あるいは医学部生ができる医行為の明確化というのを、この研究班で明らかにしていただいたものをもって、我々は法改正をしたという理解でありますので、この内容で基本的にはStudent Doctorのひな型になっているという理解であります。

永田 それはそれでよろしいでしょうか。

また戻りますけれども、医師国家試験のあり方、内容は、現行のままで良いのか、という一番大事な点が通り抜けてしまったのですが、これは変えるべきだとか、ご意見はございませんでしょうか。

小川 これはまだまだ一丁目一番地といいますが、途中経過だと、私は思っています。

いろいろな考え方がございまして、4年生から5年生、要するに診療参加型の実習に行く前のCBT、OSCEを、私立医科大学協会のグランドデザインでは、第一次国家試験にしようとかいう考えであったわけでございますし、今度は普通の卒業した後の国家試験は全く違ったものになって、できればPost-CC OSCEに特化してやってもらいたいという意見でございました。ですから、今のよう、またペーパー試験になると、確かに臨床実習に即した問題は出すといっても、学生はそのための予習をしなければならなくなって、結局、せっかく実質化したStudent Doctorである診療参加型臨床実習が疎かになってしまうおそれがあるわけですから、そういう意味では、ゼロベースで国家試験のあり方は考え直すべきだと思います。

先ほど自見先生がおっしゃったように、海外では大学卒業をもって医師とするという国もあるわけですね。日本の医師養成は、明治7年制定の医政で医術開業試験を実施するということから始まってきてしまったものですから、日本ではこういう流れがずっと定着しているのだと思います。そういう意味では、やはりゼロベースで医師国家試験のあり方を議論するべきだろうと思っております。

永田 ありがとうございます。

栗原先生、何かございませんか。

栗原 共用試験の公的化と新臨床参加型臨床実習で医学生が行う医業の法制化によって、診療参加型臨床実習は大きく変わると考えられますので、学生の教育環境の改善が必要です。例えば、教育担当者の増員、実践的な医業を行う前のシミュレーターを用いたシミュレーション教育のためのシミュレーターの更新、あるいは、購入費や管理費用などの予算が必要となります。また、コロナの影響で、密にならない試験会場を準備する、あるいは、換気装置を購入する、また、試験を2日に分けてやるなど、実施に係るインフラ整備の負担が増えていますので、そのための経費が必要だということについてもご理解いただきたいと思っております。更に、共用試験の公的化にあたっては、派遣する外部評価者の大幅な増員も予定されてお



り、基盤整備とともに実施支援についてもお願いしたいと考えております。また、OSCEセンターの設置要望も出ており、試験の実施会場という意味だけでなく、訓練センターとしての機能を具備したOSCEセンターを整備していくことが必須になるものと思います。自見先生がいらっしゃいますから、現場の声をよく聴いていただきたいとお願いいたします。大学によっては、外来が終わってから外来ブースを使ってOSCEを実施しているところもあります。施設整備に予算が必要だという声が全国から届いています。様々な予算が必要ですのでお考えいただきたいと思います。

永田 自見先生、よろしいですか。

自見 はい。予算獲得頑張ります。

永田 根本的な問題として、文部科学省と厚生労働省が分かれて最後の国家試験だけ厚生労働省がやるというのは、これはおかしいんじゃないかなと、みんな思っていると思うんですけど、この辺はあまり大きな話題にならないのでしょうか。

栗原 卒前教育の充実には、文部科学省から予算請求していただき、卒後教育の改善・充実と機構の活動に関しては、厚生労働省から予算請求していただくのが良いのかと考えていますが、私見ですのでより良い考えのもとに、予算の上でもご配慮いただきたいとお願いします。

自見 さっき先生方がおっしゃっていた、例え

ば国家試験の半分の要件を医学部教育での参加と加味するというようにすれば、国家試験が半分、文部科学省側になるわけですよね。文部科学省のプログラムの中でやっている卒前教育を国家試験の半分のモーションにする。これはもしかするととても画期的な話で、厚生労働省は抵抗しそうですけれど、それこそシームレスな医師養成過程、両省庁の連携ということを考えると、ここは考え方を変えていく必要があるのでは、そのご提案、すごく良いんじゃないかなと、あらためて永田先生の質問を聞いて確認しました。

永田 この件の根幹は、良い医師を育てるということで、大変大事なことですので、今後も続けていただきたいと思います。

それでは、残りの時間を使って、医療法改正のところで「医師の働き方改革」の問題で、これを全部議論するのは大変でしょうから、今具体的に困ったなと思っているのは、宿直・当直の問題が大きいのではないかと、大学の先生方あるいは関連病院の方々からもよく聞きます。この辺は明石先生がお詳しいと思いますので、ご意見をお願いします。

7. 医師の働き方改革について

明石 今、厚生労働省の検討会でも、私どもの協会から東海大学の森 正樹先生が出ていただい

ていますし、我々も小山信彌先生と一緒に全国医学部長病院長会議で厚生労働省・文部科学省の担当者たちと、大学病院はどうすべきか、あるいは大学病院はこういうことで困っているのだという話を、かなり真摯に聞いていただいて、改善策を見出そうという中で、自見先生も大変貢献してくださって、宿日直の問題はだいぶ解決の糸口が見えてきましたので、今のところあまり心配しなくて良いかなというところまで来ていると思います。

ただ、先ほどの医学教育の話につながってしまいますけれど、厚生労働省・文部科学省両方出てきていただいて話をしていると、これから教育に割かれる時間も増えてくる中で、文部科学省にとっても、医師の働き方改革は大きな課題だと思うんですが、厚生労働省の方と、文部科学省の方だと、ずいぶん感じ方に温度差がありましてね。もう少し文部科学省にも財源も含めてシリアスに考えてほしいという感じは、常々しているところでもあります。

各論は、まだ課題がないことはないのですが、この準備期間の間に詰めていくので、私は、全体としては、きつとうまく始まるのだろうと思うのですが、準備がけっこう大変です。何より自由業だと思っていた医師たちに、あなたたちは労働者なんだと、時間管理をきちんと行うというのは、既にやっつけいらっしゃる大学もほんの少しありますけれども、全国の医学部がやるというのは、大変な作業だし、みんな待っているのは、たぶんこれを容易にしてくれるシステムがだんだん出来上がってくるだろうということで、そういうものを並行で横を見ながら、みんな準備をしている段階だと思います。

自見 今回の「医師の働き方改革」は、大学病院がどう対応できるかが、医師の地域での供給のカギを握っておりますので、非常に大切だと考えております。

とはいえ、「医師の働き改革」の議論は厚生労働省主導で今まで進んできましたので、文部科学省は、どちらかというと厚生労働省主導の「医師の働き方改革」に陪席してお付き合いをするという、ある意味でいえば、今までは主体性のない関わり方が主だったと私は認識しています。適切に残業時間代が支払われることや労働環境の整備

には費用がかかります。財源がなく、困ってしまうのは大学の現場でありますし、地域医療の受け手の住民です。国会では、参議院決算委員会という委員会がありまして、普通は厚生労働委員会であれば厚生労働大臣だけですが、決算委員会では全閣僚に質問ができます。私から萩生田文部科学大臣に質問をさせていただいた1問は、「働き方改革に関して、文部科学省として必要な調査と財源の措置が必要ではないか」という、大変踏み込んだ質問をいたしましたところ、ありがたいことに萩生田大臣から「調査を行い、必要であれば財政措置を講ずる」というご答弁を頂戴いたしました。

結果として、令和4年度の概算要求の中に、2,000万円の調査研究が組み込まれています。「大学病院における医師の働き方に関する調査研究」が、予算が成立すれば始まることとなります。令和4年度(2022年度)に調査を行い、令和5年度(2023年度)の予算に反映できるように、なるべく持っていきたいと考えています。そうしなければ、2024年度に間に合いませんので、何とか実現させたいと思っております。特に大学病院で労働時間を短縮したときの教育研究活動にも影響が出ること等、影響をしっかりと客観的に把握するための研究でありますので、この研究に、私は大きく期待をしております。

明石 この問題に関わるようになってから、最近強く思っているのは、労働法制が医師にも適用されると、それは困るという声が多いんです。それは、医師としての権利、あるいは教員・研究者としての権利が、これで自由でなくなる。私は、もっと手術をしたい、もっと研究室に籠って実験をしたい。そういう自由が奪われるのではないかという懸念が強いので、ちょっと騒がしいんです。

ところが、おそらく数年経つと、これは労働者の権利に変わってくるんだと思うんです。今色々な委員会に出ていくと、連合の方々から「医師も労働者なんですよ」と言われて、みんなびっくりしているんですが、実際にルールができると、若い人から順に、私たちも労働者なんだという権利の主張が始まってくるだろう。そうすると、今組んでいる労働法制に則った時間をきちっと働くと、残業はなるべくしないと、そうなった時に、

今つくり上げているルールが、我々が今思っているように読んでもらえるか。もうちょっと厳しい目で読まれるかもしれない。例えば宿日直の問題なども、今は電話番ぐらいが宿直ですよと言っているわけですが、実際に患者を診たら、これは業務じゃないかと、医師自ら言い出す人が増えてくるかもしれないです。だから、けっこう大きなパラダイムシフトが、医師の働き方改革で起きてくるだろうと、私は予測しているんです。

先日、本協会理事会で、昭和大学が既に変形労働制を導入されているので小口先生に講演をお願いしましたら、やはり若い医師から順にそういう意識が強い、とおっしゃっていましたから、世代間の考え方の相違というのは、だんだん色々な形で医療界を変えてくるのだろうなという感じがいたします。

永田 レジメにも書いてありますけれども、「医師の労働とは何か」ということは定義づけられていないと思うんです。それで働いて、長時間労働で体がきついというので、いろいろ変えていかなければならないという意見が、若い人から労働基準監督署とかに投書があったり、マスコミに投書があったりする。そういうことから、どんどんこういう話になっていったと思いますから、「医師の労働とは何か」ということをきっちり決めていただいて、それから話を進めていくべきだろうと、私は思っております。

先ほど「大学の問題」と言われたけれども、それよりも地方の救急医療を担っている病院は、今のこのままで行くと、宿日直が2人必要になるんです。今まで1人で何の不都合もなかったところに、2人雇用しないといけなくなると、経費的に困るという非常に大きな問題があって、救急医療を返上しようかという声も聞きます。いろんな問題をはらんでいるので、しっかり議論していただきたいと思っております。

小川 今先生がおっしゃった意見に賛成ですけれども、「医師の働き方改革」を議論されるようになった時に、「医師の労働とは何か」ということを議論して始まったわけではない。そしてまた、先ほど、変形労働制という話が出ましたけれども、過去の労働法制の中に規定されている、例えばフレックス制だとか、変形労働制だとか、裁量労働制だとかいうような、今までの働き方の中で規定

をされていたものの中に、無理やり医師の働き方を合体させてしまえというような形に見えるんですね。さらに総理大臣主導で平成28年9月から働き方改革実現会議が始まりました。平成29年3月に開催した第10回（最終回）で働き方改革実行計画がまとめられ、計10回の働き方改革実現会議で全く議論されてこなかった「医師の働き方」について、厚生労働省医師の働き方改革に関する検討会で議論することが決められたという経緯があったのです。そしたら、やはりその間、高度プロフェッショナル制度というのが出ました。これは医師の労働とは関係ないという見解が生まれて、結局、医師の労働とは何か、医師の働き方とは何かということは、議論の底に置いておいて、今までの労働法制の中に無理やり突っ込もうとするから、おかしいことになってしまうのではないかなと、私は思っております。いかがでしょうか。

自見 おっしゃるとおりで、当初の働き改革全体を議論する時に、安倍政権のもとで一億総活躍担当大臣、当時は加藤勝信先生でしたけれども、例外なく働き方改革を実施するのだという掛け声の下で始まったのが、もともとの議論であります。その際に、特殊な働き方をしている3職種については、検討の時間を4年いただきました。その中に医師が入っていたわけです。実は、安倍総理の手元の一億総活躍から厚生労働省にご下問が来た時点で、労働者としての枠がはめられていた整理になっています。

当初から私も反発していました。特に私たちの世代が分岐点かなと思いますが、私も含めて、おそらく自分のことを労働者だと考えた人、感じている医師は極めて少ないのではないかと思います。私も、「労働者」という言葉にすら違和感がありました。

とはいえ、一般社会を見ると大企業も含めて、働き方改革が相当に進んできています。更に、女性の医師が4割になろうとしています。これらの時代の流れを考えると、いわゆる労働者としての保護を受けつつも、プロフェッショナルティーを高くしていく道を今のところは選ばざるを得ない状況なのかなとは思っています。

とはいえ、根っこの労働者として整理をされたところに、実は違和感を感じている労働法制のプロの方々もいて、「医師って労働者なんだっけ、

高度プロフェッショナル人材じゃないの」という意見もありました。私達の職業倫理や在り方の特殊性などと労働法制の整合性は、私は、一回見直したいなと思っています。

永田 ありがとうございます。ちらっと出た話で、また厚生省と労働省と分けた方が良くないかという話。私自身は、分かれた方が、昔の方が良かったんじゃないかと思っているんですけど、自見先生、どうですか。

自見 両論ありますが、実は、厚生労働行政が一緒になったことで、開業医の活躍とか、労働衛生業界は、かなり進歩したと思いますので、基本的には一緒にした意味はあったと思います。

一例として、私が労働担当政務官として取り組んだ、妊娠している女性看護師や女性医師が休みをとれるための制度。これは、助産師さんや産婦人科の先生のところ、コロナにかかるかもしれない不安だと言えば発行してもらえるカード（母性健康管理指導事項連絡カード）があって、それを事業主に見せると、お休みを与えなければいけないんです。そこに対して今回は、無給でもよかったです。国から予算を90億円いただいて、そのカードを持ってきて休んだ人に対しては、ひと月15万から20万ぐらいと結構な金額を、国が払うというのを去年から開始しました。今も金額を減らして続行しており、90億円の予算のうち30億使われて、7,000件以上の方々が使っています。これは、たぶん厚生労働省が一緒になったから、いわゆる母子保健のところと労働法制のところのできたことかなと思います。

また、例えばであります。今回の新型コロナウイルスのワクチンを受けられない人、あるいは受けていない人が、病院の中で働いている場合に、その病院の院内感染の原因になって、病院の経営者の先生方、実は大変困っておられます。その時に、アナフィラキシーがあるから打てないとか、個人の思想信条として打たないという方々に、配置転換を促すことは個別契約や就業規則に、転勤ですとか配置転換を命ずることができる、と書いてあれば、基本的には命令ができるということになるのです。

こういったことも厚生労働省が、あるいは私自身が厚生と労働と両方を経験したからかもしれませんが、出てくる発想でありますので、一緒になっ

たことは意味があるのかなと思います。ただ子供関連施策は、厚生労働省から切り離すべきだと思います。厚生労働大臣がコロナ対策をやりつつ待機児童や虐待に対応するのは、2040年までを見据えた場合には、限界に達していると思います。そのことが「こども庁」の議論の根っこにあります。

永田 あと10分ぐらいございますので、何か短時間で済むような話題がございましたら。

小川 冒頭で明石先生がお話になったことですが、医療法上、一般病院、特定機能病院、地域医療支援病院、精神病院、結核病院と5つに分類されているんです。一番最後に特定機能病院という病院が規定されたんですけども、これは厚生労働省が、文部科学省管轄だった大学病院を自分の厚生労働省側のコントロール下に引き寄せるためにつくった特定機能病院なんです。それでも良いかと、私は初めは思ったんです。特定機能病院として、これは大学病院を規定する名前だと、私は理解をしたんですが、その時に、がんセンターとか、循環器病センターとか、精神・神経医療センターとか、国のナショナルセンターが特定機能病院の中に入ってきてしまった。さらに最近では、私立病院の、例えば、がん研有明だとか、さまざまな病院が特定機能病院の中に入ってしまいました。そうすると、先ほど申し上げた病院の類型の中に、教育を主だった業とする病院が、どこにも規定されていないんです。これは何をしなければならぬかということ、医療法で規定されている病院の類型ですから、医療法の改正がなければ、それはできないわけです。是非自見先生には、大変だと思いますけれども、医療法を改正して、一般病院、特定機能病院、地域医療支援病院、精神病院、結核病院の中に加えて「大学病院」というクライテリアを、是非入れていただければありがたいと思っております。

永田 ちょうど時間になりました。本日は、実のある話だったと思っております。まだまだ全てが解決したわけではございませんので、教育の問題、働き方改革の問題等を、皆さんとともに議論して、最初に書いてある「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保」を、皆さんとともに進めていけたら良いと思っております。

本日は、ありがとうございました。(了)

論

THE Asia Universities Summit 2021 を開催して

学校法人藤田学園常務理事
藤田医科大学副学長・医学部長

岩田 仲生 氏

壇

1 はじめに

藤田医科大学は、教育・研究・診療の各分野、特にがんゲノム研究や精神・神経病態解明、ロボット手術など、国内最大規模の大学病院の臨床と自治体との地域包括ケアシステムの構築により、様々な臨床・研究を展開しています。その結果、2018年から参加したTHE世界大学ランキングでは被引用論文数・産業界との連携が評価され、高い評価を頂きました。

2019年、タイムズ・ハイアー・エデュケーション (THE) としては、開催実績のない日本でホスト校を検討しており、その候補校として本学がノミネートされました。最終ホスト校を決めるにあたり、「サミット招致によって達成したいゴール」「世界的にレピュテーションを確立したい」という強い意思表示「迅速な組織の意思決定」「産業界などのサポート」などが考慮されました。本学としても、国際的な大学の認知度・ブランディングという点はもちろん、日本の高等教育の国際的な評価を高める契機として本サミットは重要なイベントであると認識していました。日本の大学は、意思決定の時間を要してしまうことが往々にしてありますが、本学は、私立大学ということで意思決定が速いだけでなく、「藤田学園ビジョン」により、グローバル化に関する方針が明確になっていること、また執行部の判断が的確で迅速であることも本サミット誘致に至る重要な要素だったことは言うまでもありません。

2 THE アジア大学サミットと THE 大学ランキングについて

THE アジア大学サミットは、タイムズ・ハイアー・エデュケーション (THE) が主催する国際サミットの1つです。アジア大学サミットのほか、世界の大学が集う World Academic Summit、Emerging Economies Summit、Leadership & Management

Summit、Teaching Excellence Summit、Innovation & Impact Summit、Latin America Universities Summit の計7つのサミットが毎年ホスト校を変えて開催されています。サミットではその年の大学ランキングも発表されており、World Academic Summit で発表される THE 世界大学ランキングは、世界で最も利用されている大学ランキングと言われており、「教育・研究・論文引用・国際性・産業界からの収入」の5つの評価項目で成り立ちます。

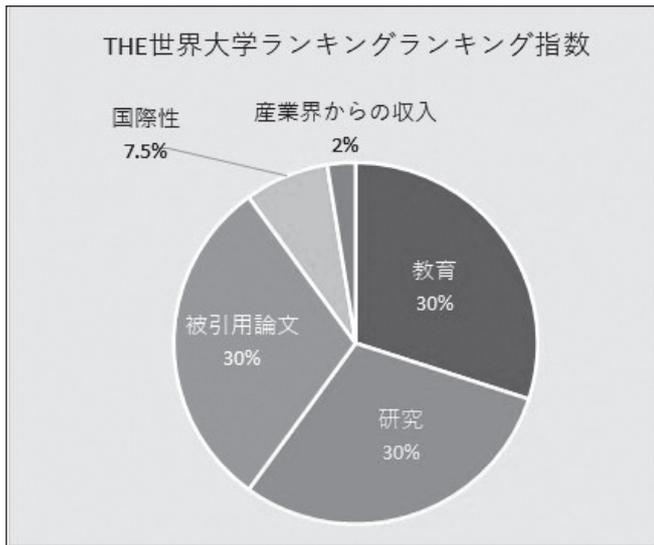
アジア大学サミットで発表された「THE アジア大学ランキング」は、アジア圏の大学のみを取り上げて世界大学ランキングを編成したもので、教育の割合が5%低く、その代わりに「産業界からの収入」が重視されています。(図1、図2、表1)

3 THE 世界大学ランキング発表と日本の大学の状況

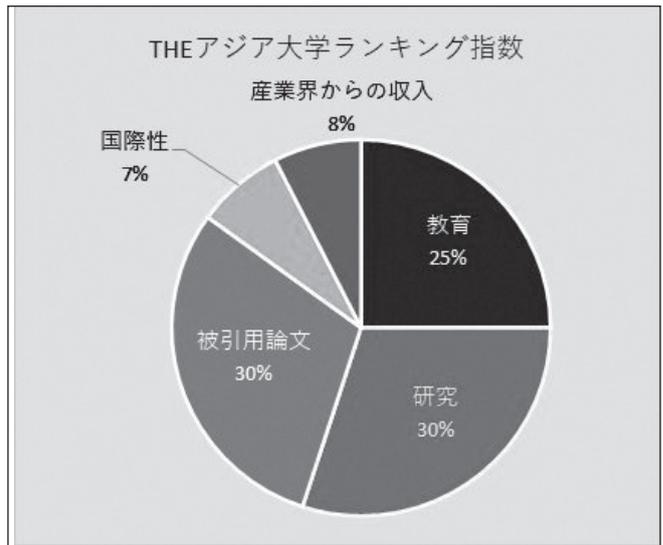
アジア圏の大学は、中国の大学を中心に世界大学ランキングトップ200位内にランクインする大学が増えており、特に中国は、200位以内のランクイン校が、2017年には4校だったものが、2022年には10校まで増え、世界での存在感を高めています。反対に、日本の大学は、2017年から2022年まで、東京大学、京都大学の2校のみがランクインという状況が続いています。また、国別のランキング平均では、2017年には平均721位だった日本の平均順位は、2022年には平均1204位となり、400位近く順位を落としています。(図3)

これは、世界の新興国からのエントリーが増えたこと、日本の大学のスコア上昇率が他国に比べて緩やかなことが要因と考えられ、世界の大学を牽引する米国にも同様の傾向が見られます。(2017年平均279位→2022年457位)

評価項目の内訳としては、日本の大学は、2017年と2022年との比較において、教育・研究の分野



【図1】 THE 世界大学ランキング 2019 ランキング指数



【図2】 THE アジア大学ランキング 2019 ランキング指数

分野	項目	割合
教育 (Teaching)	評判調査 (Reputation survey)	15%
	職員と学生の比率 (Staff-to-student ratio)	4.50%
	博士号と学士号の比率 (Doctorates-awarded-to-academic-staff ratio)	2.25%
	博士号取得者と教員の比率 (Doctorates-awarded-to-academic-staff ratio)	6%
	機関収入 (Institutional income)	2.25%
研究 (Research)	評判調査 (Reputation survey)	18%
	研究収入 (Research income)	6%
	研究生産性 (Research productivity)	6%
論文被引用 (Citations)		30%
国際性 (International outlook)	留学生比率 (Proportion of international students)	2.25%
	国際スタッフの比率 (Proportion of international staff)	2.50%
	国際連携 (International collaboration)	2.50%
産業界からの収入 (Industry income)		2.50%

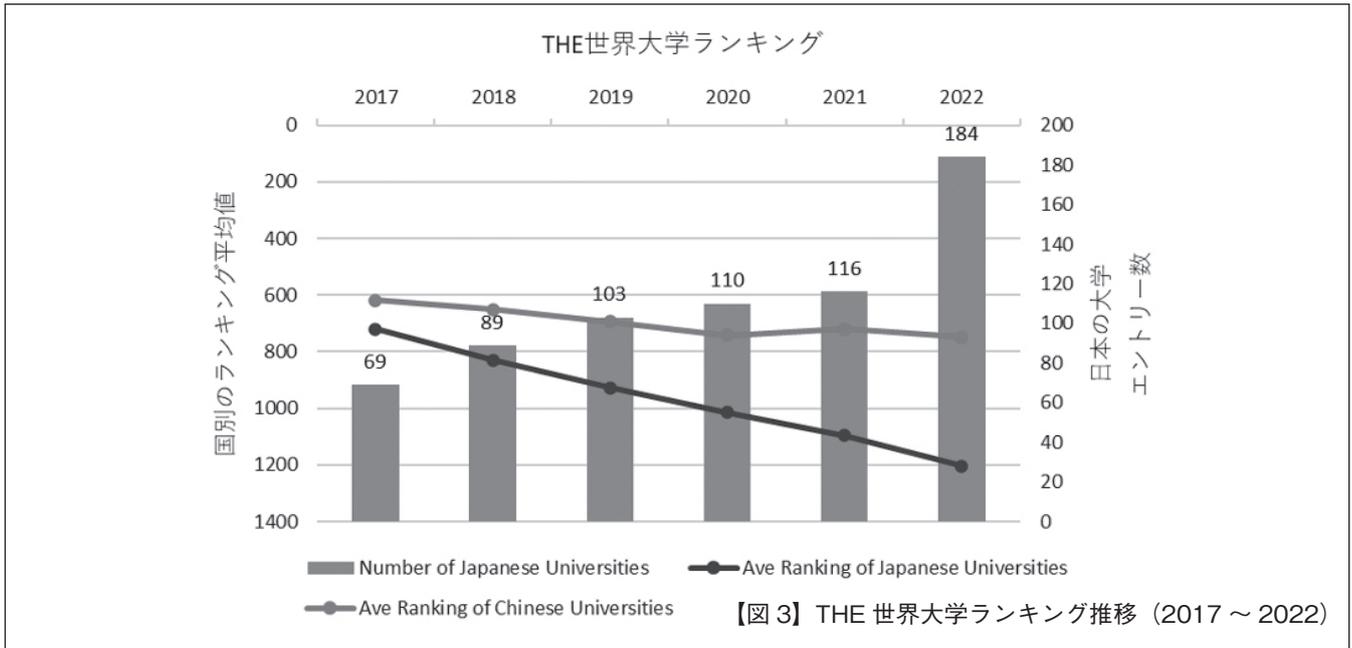
【表1】 THE 世界大学ランキング ※5つの評価項目と小項目

で平均スコアが低下しており、特にレピュテーション（外部からの評価）のスコアが伸び悩んでいます。これは、アジア圏の大学全てに見られる点ということで、北米・欧州の大学に比べ、外部への広報戦略がまだまだ未熟という可能性を示唆しているのかもしれませんが。また、日本の大学は、論文引用においても、2017年には24.1ポイントだったものが、2022年には25.9ポイントとなりわずか1.8ポイントの増加となっています。これに比べ、中国の大学は2017年に31.2だったものが2022年には52.7と21.5ポイント増となり、その差がランキング平均の差として表れていることが明確となっています。(表2,3)

4 アジア大学サミットで議論された日本の大学の課題

本学が2019年から開催準備を進めてきたアジア

大学サミットは、新型コロナウイルスの感染拡大によりオンラインに切り替えて開催されました。今回のサミットは、本学の建学理念「独創一理 (Creativity for the people)」で示している「創造力」と、大学の垣根を超えた連携の重要性をメッセージに込め、「Crossing boundaries, unlocking creativity」をメインテーマに掲げました。サミットでは、大学が垣根を越えて連携することでどのように創造性を高めることができるのか、またアジアの大学が抱える課題と、社会を支える存在としての大学の在り方などをセッションテーマとして、4つの基調講演と24のパネルディスカッションを通して議論を行いました。日本の主要な大学の学長らだけでなく、シンガポール・中国・韓国・マレーシアなどから計68名の登壇者がオンライン上で熱い議論を交わし、3日間で30か国244機関から612名がイベントに参加しまし



【図3】 THE 世界大学ランキング推移 (2017～2022)

	エントリー 大学数	教育	研究	論文引用	産業からの 収入	国際化	合計
中国	52	28.8	23.7	31.2	62.8	23.8	27.6
日本	69	26.5	17.2	24.1	42.8	22.6	22.5
米国	148	43	38.2	72.9	44.7	44.9	50.6

【表2】 THE 世界大学ランキング評価項目ごとの点数 (2017年)

	エントリー 大学数	教育	研究	論文引用	産業からの 収入	国際化	合計
中国	97	28	25.3	52.7	60.5	32.5	35.7
日本	118	25	16.3	25.9	44.4	27.3	23.3
米国	183	40.5	35.1	69.2	45.5	49.1	48.3

【表3】 THE 世界大学ランキング評価項目ごとの点数 (2022年)

た。今回のサミットは、アジア大学サミットの歴史の中でも最大の参加者数を記録するなど、国際的にも注目を集めたイベントとなりました。

サミットでは、日本の大学が直面している実際の課題を、様々なスピーカーが提起しました。

すでに周知の事実である資金の課題は、他のアジア諸国と比較して、科学研究を進める上での重大な問題の1つであり、国際的な架け橋を強化することは、将来の危機に備え、次世代により良い未来を提供するために不可欠であると沖縄科学技術大学院大学のGruss学長は基調講演で説明されました。資金が短期の競争的資金に大きく依存している研究システムは、全体的に競争力が低い傾向があるとも述べられました。

また、大学の予算立ての方法にも課題がある、と九州大学のローレンス教授は指摘しています。日本の大学は通常、単年度予算の制度が多く見られます

が、研究は5年、10年といった長期的な期間が多く、予算制度との乖離が見られます。1年で結果を出すような小さい研究を重ねるのではなく、社会課題を解決できるような重要な研究を長期的に行うことが大学にとって必要となります。そのためには、大学が各研究を正しく評価する指数を持ち、長期的な経営計画を立てることが重要です。

登壇者からは、日本の大学の国際化の遅れについてもいくつかの原因が指摘されました。ランキングの評価点数では2017年に比べ国際化の数値は上昇しているものの、中国の伸び率に比べて大きく劣る点が見られます。日本では、どの大学も国際化の視点が教育上必要である点については理解しているものの、運用の面でバイリンガル環境を作ることが難しい状況にある、と九州大学のローレンス教授は言及しています。実際、大学内の書類はほとんど全て

が日本語で、外国語対応の可能な事務職員の数も十分とは言えません。その中で海外からの学生獲得の仕組みや英語での授業提供を行うことは、一部のメンバーに過剰な負荷を与えることとなります。

また、日本の研究力低下について、名古屋大学の天野浩教授から、大学院の仕組みに課題があることが提示されました。海外では博士号取得者の割合が増えているのに対し、日本では減少の一途をたどっています。また、企業における博士号取得者の人数も他国に比べて少なく、これは企業や産業界での博士号取得者の評価が低いことが一因になっている、と天野教授は指摘しています。企業では専門分野が合わない博士号取得者より一般の新卒学生を雇って自社で育てた方がいいという判断になると言います。

5 今後の医学教育と高等教育の在り方について

博士号取得者数を増加させるため、名古屋大学ではこれまでドクターのカリキュラムになかった問題解決型の協働プロジェクトを立ち上げています。その中で、学生は外部の一般企業などのメンターから指導を受け、専攻の違う人たちが集まり1年をかけて社会課題の解決に取り組んでいます。本学でも、医療人材を輩出する医科系大学として、多面的・包括的な医療人の育成を目指しており、早くから導入しているアセンブリ教育＝チーム基盤型学修（TBL: Team-Based Learning）では、将来、自分が従事する専門職を理解し、他の専門職となる学生を尊重して共に学ぶ仕組みを作っています。本プログラムでは、連携校である名城大学・日本福祉大学・愛知学院大学の学生も薬学・福祉・歯学の専門職としてTBLに参加し、より横断的な学びを構築しています。また、コロナ禍によるオンラインコミュニケーションの定着で、医学医療の国際化はますます加速していきます。日本にいても海外とやり取りする仕事が増えると見込まれていることから、文化的な知識としての英語だけでなく、「オンラインなどのツールを使いこなし、他国のメンバーと仕事ができる」力を持つ人材の育成が大学に求められることとなります。

留学を単体で捉えるのではなく、キャリアに向けたプロセスの一環としてプログラムを組み込み、学位取得のプロセスの中で、どのようなオプションとなるプログラムが存在するのか、またどのタイミングで受けるのが良いかなど一連の学びに対しキャリア活用をイメージさせる支援が必要となっていきます。

QS アジアランキングで2年連続トップのシンガポール国立大学（NUS）のタン・エン・チー学長は、

高等教育が Covid-19 パンデミックによって加速する経済的課題に取り組むためには、大学における生涯学習の「精神」を構築することが重要であり、大学のアプローチには「完全な変革」が必要であると述べられました。NUSでは、生涯学習を教育フレームワークの重要な中心部分としており、学士号は学生の教育機関との関係の始まりに過ぎないと捉えています。生涯学習プログラムは、すでに何万人もの労働者が産業界のニーズに合わせてモジュール式の学位取得コースや非学位コースを受講できるようになっていますが、「さらに規模を拡大する必要がある」と述べられました。また、NUSは卒業生に生涯教育のためのより良いプラットフォームを提供するために、学際的な教育とコース構成を可能にする学部課程の変更も行っていると言います。タン教授は、「時代遅れのアプローチに手を加えるのではなく、完全な変革が必要」と語られ、「4年間の学部教育だけでは不十分であり、生涯学習の精神を身につけることが重要。大学が生涯教育に軸足を移すためには、私たちの運営モデルや考え方を大きく変える必要がある。学習はもはや固定された軌跡ではない」と付け加えられました。

6 2022年 THE アジアサミット連続ホスト校として

パンデミックがもたらす経済的な影響や、パンデミックが加速させた「混乱」は、今後学生たちに影響を与えることは明確です。また、日本私立学校振興・共済事業団の「学校法人基礎調査」では、定員割れの私立大学は前年度から93校増えて277校で、半数近い46.4%に上ったという調査結果が明らかになり、我々大学にはより早い対応が求められています。日本を含め、多くの国では、人口減少が進み、将来の知識と産業の成長に必要な人材パイプライン提供に混乱を引き起こす恐れがあります。また、アジアは洪水、台風、地震などが多発する地域でもあり、人々を守るために地域社会のレジリエンスを強化することが大きな課題の一つとなっています。このような状況の中、大学はどのように社会を支える人材を育成し、明日の課題を解決することができるのか。本学が2年連続でホスト校を務める2022年のTHEアジア大学サミットでは、Facing the future, creating academic talentをテーマに、レジリエンスのある社会を作るため、大学が取るべきアクションについて議論したいと思います。

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。

昭和大学

富士吉田キャンパス「百合寮」・旗の台キャンパス「教育研修棟」



↑ 百合寮から見た富士山

← 百合寮 全景



↑ 新たに配置された高機能シミュレーター

← 教育研修棟 外観

昭和大学の大きな特徴のひとつが、山梨県富士吉田キャンパスでの1年次全寮制生活です。学生寮は医学部、歯学部、薬学部、保健医療学部混合の4人1部屋で、全学部の学生が寝食を共にしながら学んでいます。この富士吉田キャンパス整備計画の一環として、令和3年3月26日、新たな女子学生寮「百合寮」が竣工しました。旧寮に代わる新寮として建築された同寮は地上6階建てで、他の学生寮（赤松寮、白樺寮、すみれ寮）と同様、学生4人につき、学習用・寝室用にそれぞれ1部屋が配置されているほか、共同スペースとして、学習スペース、ラウンジ、浴室などがあります。浴室には昭和大学温泉が引き

込まれ、毎日、温泉入浴を楽しむことができます。

また令和3年6月30日には、旗の台キャンパスに新校舎「教育研修棟」が竣工しました。同研修棟は、地上3階建てで、シミュレーターなどの最新設備を配備したスキルラボや研修室のほか、昭和大学リカレントカレッジで使用する講義室があります。これらの最新設備は、学生の実習・演習、卒業研修などにおける基本的手技や専門的な技術の修練の場、チーム医療の総合的な学修を行うシミュレーション教育の場、そして社会人の新たな学びの場として最大限に活用していきます。

日本医科大学

武蔵小杉病院 新病院開院



武蔵小杉病院外観



4F 産科病棟スタッフステーション



2階ユニバーサル外来

1926（大正15）年の東京横浜電鉄開通までは農村地帯であった土地に、日本医科大学武蔵小杉病院（当時：日本医科大学附属丸子病院）が1937（昭和12）年6月に開院。以来80余年、増築、新築、修繕を繰り返し、神奈川県川崎南部医療圏の中核病院として地域住民等の健康管理のお手伝いをしてまいりました。建物老朽化が進んだこと、また武蔵小杉地区の大規模再開発事業が活発に展開され、急激な人口増加が進んでいることなどから、旧病院の北側、日本医科大学グラウンド跡地に周産期・小児・救急・周術期の医療を重点強化した新病院を整備、2021年9月1日に開院いたしました。

『武蔵小杉キャンパス再開発計画』の着手は約15年前、具体的な新病院基本計画・設計に取り掛かってからは約5年、当時COVID-19は発生しておらず、多摩川氾濫の危険性も低かった頃です。着工してからも適宜時代に合わせた設計変更を加え、患者・家

族に信頼され、安全で高品質の医療を提供できる大学病院を整備することができました。

日本医科大学の建学の精神「済生救民」と学是「克己殉公」そして病院の理念のもと、教職員一丸となって地域医療を支え、愛される病院を目指してまいります。

【病院の理念】

大学病院そして地域の中核的病院として、全職員が和、思いやり、責任感、探求心、向上心をもって安全で良質な医療を提供する

【新病院概要】

病床数 372床
敷地面積 13,891.19㎡
建築面積 約4,600㎡
延床面積 約32,000㎡
階数 地上9階 建物高さ 約41m
構造 免震構造鉄筋コンクリート造

順天堂大学

医学部附属静岡病院新棟Ⅰ期工事竣工



順天堂大学医学部附属静岡病院近景

地域医療の基幹病院として静岡県東部の医療に貢献してきた静岡病院は、医療ニーズの拡大による診療機能の充実化、施設老朽化対策及び災害対策が急がれたことから、最先端の設備と医療機器を備えた新棟建設を計画し、2019年2月に着工後、2021年6月にⅠ期竣工を迎えました。

建物はRC造（免震構造）地下1階地上7階で災害に配慮した構造です。延べ床面積はⅠ期工事で130%に拡大、2024年には最終的に143%となり病院全体の高機能化が完成します。

工事中、①地下岩盤が傾斜し杭打ちの工期延長、②大量の地下水の湧出、③水害・地震を想定した対策、④新型コロナウイルス感染症の影響で建築資材の納期遅延と感染症対策への設計変更等、想定外の障害対策に悩まされましたが、計画変更・代替措置等で工期遅延を回避、同時に感染対策を付加し、新たに現状に即した改善が盛り込まれました。

今回刷新された機能・設備・機器は、手術室拡張（Ⅰ期8室＋Ⅱ期3室＋既存9室）によりロボット手術室2室と静岡県東部初のハイブリッド手術室1室を備え、設備

に天井懸垂式のディスプレイとシーリングペンダント及び映像切替装置を新規導入し、安全・感染症・防犯等対策を講じ、情報共有に配慮するとともに、CT・アンギオ等医療機器を増設しました。

新棟には、救急・周産期病棟等の重要機能を集約配置し、非常に効率的に医療資源を投入できる構造となりました。現在、このハードを利用した地域医療連携を行う枠組み造りを推進しており、新棟竣工を機に、躍動する静岡病院を目標に職員一同、勇往邁進しています。



ハイブリッド手術室

医大協ニュース

岩手医科大学

《教授の人事》

◎小児科学講座

石川 健

令和3年7月1日付

日本医科大学

《人事》

◎大学院教授

山口博樹（血液内科学分野）

令和3年5月1日付

◎特任教授

土佐眞美子

令和3年4月1日付

海原純子

令和3年6月1日付

松本 尚

令和3年7月1日付

◎健診医療センター長

村上隆介（新任）

令和3年4月1日付

東邦大学

《法人役員》

◎理事長就任

炭山嘉伸（再任）

◎常務理事就任

白井久己（再任）

中村俊一郎（再任）

以上、令和3年9月1日付

◎理事就任

高松 研（再任）

瓜田純久（再任）

以上、令和3年7月1日付

小家一彦（新任）

岩渕 聡（新任）

多田周右（新任）

酒井康弘（新任）

額田 均（再任）

加藤裕芳（新任）

吉田茂雄（再任）

大鳥範子（再任）

以上、令和3年9月1日付

◎監事就任

西込明彦（再任）

山田眞之助（再任）

以上、令和3年9月1日付

《役職者人事》

◎学長就任

高松 研（再任）

令和3年7月1日付

◎病院長就任

瓜田純久（再任・医療センター

大森病院）

岩渕 聡（再任・医療センター

大橋病院）

吉田友英（新任・医療センター

佐倉病院）

《教授人事》

◎教授就任

根本隆洋（精神神経医学講座）

令和3年6月1日付

松田尚久（内科学講座消化器内

科学分野）

令和3年7月1日付

◎教授退任

長尾建樹（脳神経外科学講座）

令和3年6月30日付

◎名誉教授称号授与

長尾建樹

令和3年7月1日付

東京医科大学

《法人》

◎常務理事（再任）

林由起子（学長）

◎常務理事（就任）

山本謙吾（大学病院病院長／整

形外科）

以上、令和3年9月1日付

◎常務理事（退任）

三木 保（大学病院病院長／医

療の質・安全管理学分野）

令和3年8月31日付

《大学》

◎主任教授（就任）

高橋宗春（組織・神経解剖学分野）

令和3年7月1日付

◎教授（就任）

中井資貴（放射線医学分野）

令和3年8月1日付

《名誉教授稱號授與》

大岩 潔（自然科学領域物理学

教室）

石 龍徳（組織・神経解剖学分

野）

高橋秀暢（八王子医療センター

外科系分野呼吸器外科）

以上、令和3年4月1日付

東京女子医科大学

《教授就任》

高木敏男（泌尿器科学）
令和3年4月29日付
大月道夫（内分泌内科学）
令和3年6月15日付
本田五郎（肝胆膵外科学）
令和3年7月29日付

《教授退任》

千葉純司（東医療センター整形外科）
令和3年3月22日付
濱田洋通（八千代医療センター小児科）
鈴木 滋（東医療センター放射線科）
以上、令和3年3月31日付

《人事》

肥塚直美（事務局長・兼務）
令和3年6月24日付

東京慈恵会医科大学

《人事異動》

◎理事

古田 希（就任）
令和3年4月1日付

◎教授

下田将之（病理学講座）
衛藤 謙（外科学講座消化管外科分野）
大橋十也（特命教授）
柳澤裕之（特命教授）
福島 統（特命教授）
井田博幸（特命教授）
吉田和彦（特命教授）
秋葉直志（特命教授）
武山 浩（臨床専任教授）
田崎哲典（臨床専任教授）
久保健一郎（解剖学講座）
草刈洋一郎（教育センター）
齋藤 健（内科学講座腫瘍・血

液内科）

延山嘉真（皮膚科学講座）
鹿瀬陽一（麻酔科学講座）
中野 敦（特任教授／細胞生理学講座）
高木正道（特任教授／内科学講座呼吸器内科）
中澤 靖（特任教授／感染制御科）
吉川晃司（特任教授／感染制御科）
以上、令和3年4月1日付
大石公彦（小児科学講座）
小宮成義（自然科学教室化学研究室）
村橋睦了（悪性腫瘍治療研究）
以上、令和3年8月1日付

昭和大学

《就任関係》

◎昭和大学名誉教授（授与）

三田村圭二
令和3年6月1日付

◎教授（就任）

猪又直子（医学部皮膚科学講座）
（昭和大学病院勤務）
令和3年10月1日付

順天堂大学

《人事異動》

◎教授就任

日置寛之（医学研究科神経機能構造学）
令和3年5月1日付
渡邊純一郎（医学研究科乳腺腫瘍学）
就任日変更：令和3年6月1日付
石黒芳紀（医学研究科麻酔科学）
令和3年7月1日付

《訃報》

山内裕雄名誉教授（整形外科）は令和3年6月26日に、高橋俊哉名誉教授（精神科学）は令和3年7月5日に逝去されました。

関西医科大学

◎副理事長就任

澤田 敏（新任）

◎理事就任

齋藤貴徳（新任）

◎評議員就任

齋藤貴徳（新任）

以上、令和3年6月1日付

◎教授就任

幸原伸夫（学長特任教授：整形外科外科学講座（附属病院整形外科担当））

令和3年5月1日付

坂本毅治（学長特命教授：附属生命医学研究所がん生物学部門）

令和3年7月1日付

《役職員人事》

◎物流センター長

齋藤貴徳（新任）

令和3年6月1日付

◎臨床解剖教育研究センターセンター長

北田容章（新任）

令和3年6月8日付

大阪医科薬科大学

◎理事

門田雅人（退任）

令和3年5月31日付

門田雅人（就任）

令和3年6月1日付

谷村慎哉（退任）

令和3年6月2日付

内山和久（就任）

谷村慎哉（就任）

令和3年6月3日付

久留米大学

《教授の就任》

小曾根基裕（医学部医学科神経精神医学講座）

唐 宇飛（医学部医学科外科学講座）

以上、令和2年11月1日付

安川秀雄（保健管理センター）
令和3年6月1日付

渡邊順子（医学部質量分析医学応用研究施設）

令和3年8月1日付

嶋 雄一（医学部医学科解剖学講座（顕微解剖・生体形成部門））

令和3年10月1日付

北里大学

◎教授採用

加藤一喜（産婦人科学（婦人科学））
令和3年6月1日付

草野 央（消化器内科学）

宮塚 健（内分泌代謝内科学）

以上、令和3年8月1日付

◎教授昇任

天野英樹（薬理学）

令和2年8月1日付

内山勝文（医学教育研究開発センター医療安全・管理学研究部門）

令和2年11月1日付

宮本隆司（心臓血管外科学）

令和2年12月1日付

藤田哲夫（泌尿器科学）

令和3年3月1日付

長堀俊史（医学教育研究開発センター学習支援研究部門）

吉田 功（新世紀医療開発センター（横断的医療領域開発部門））

以上、令和3年5月1日付

佐藤武郎（医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門）

令和3年7月1日付

◎教授退職

宮本隆司（心臓血管外科学）

菊池史郎（医学教育研究開発センター病院連携教育研究部門）

以上、令和2年12月31日付

猪又孝元（循環器内科学）

令和3年3月31日付

◎教授定年退職

七里眞義（内分泌代謝内科学）

宮下俊之（分子遺伝学）

坂本尚登（医学教育研究開発センター医療技術教育研究部門）

宮岡 等（精神科学）

小泉和三郎（消化器内科学）

以上、令和3年3月31日付

杏林大学

《人事異動》

◎臨床教授（就任）

倉井大輔（総合医療学教室）
令和3年6月1日付

川崎医科大学

《就任》

◎教授

中村丈洋（生理学2）

令和3年5月1日付

聖マリアンナ医科大学

《教授の異動》

◎教授（任命）

橋口さおり（緩和医療学）

令和3年7月1日付

帝京大学

《人事異動》

◎主任教授

辛 正廣（医学部脳神経外科学講座）（昇任）

令和3年6月1日付

◎教授

辛 正廣（医学部脳神経外科学講座）（採用）

令和3年5月1日付

齊藤史明（医学部神経内科学講座）（昇任）

岡田昌彦（ちば総合医療センター救命救急センター）（採用）

以上、令和3年8月1日付

藤田医科大学

《役員人事》

◎専務理事

湯澤由紀夫（就任）

令和3年7月1日付

◎理事

才藤栄一（退任）

令和3年6月30日付

《役職者人事》

◎大学長

湯澤由紀夫（就任）

令和3年7月1日付

◎副学長

岩田仲生（重任）

廣瀬雄一（重任）

吉川哲史（重任）

金田嘉清（重任）

以上、令和3年8月1日付

◎大学・病院群統括病院長

湯澤由紀夫（就任）

令和3年9月1日付

◎藤田医科大学病院長

白木良一（就任）

令和3年9月1日付

◎岡崎医療センター病院長

鈴木克侍（就任）
 令和3年8月1日付
 《教授の就任》
 加藤悠太郎（先端ロボット・内視鏡手術学）
 令和3年5月1日付
 大宮直木（先端光学診療学）
 令和3年6月1日付
 山下千鶴（麻酔・侵襲制御医学）
 令和3年7月1日付
 小松本悟（大学）
 吉田光由（歯科・口腔外科学）
 以上、令和3年8月1日付
 飯塚勝美（臨床栄養学）
 令和3年9月1日付

兵庫医科大学

《役員的人事》
 ◎理事
 西 信一（重任）
 令和3年6月1日付
 難波光義（退任）
 令和3年6月30日付
 《教授の人事》
 ◎教授就任
 内野 基（消化器外科学）
 令和3年8月1日付
 ◎主任教授退任
 西 信一（集中治療医学）
 令和3年6月30日付

愛知医科大学

《理事・監事の異動》
 ◎理事
 磯部和男（辞任）
 令和3年5月31日付
 山口 力（就任）
 令和3年6月1日付
 《教員人事》
 ◎教授・特命教授
 福井高幸（外科学講座（呼吸器

外科）（採用）
 令和3年5月1日付
 藤田義人（麻酔科学講座）（昇任）
 令和3年8月16日付
 木村伸也（リハビリテーション医学講座）（配置換）
 令和3年7月1日付
 藤原祥裕（麻酔科学講座）（退職）
 令和3年7月31日付
 ◎教授（特任）・特務教授
 山岸由佳（感染症科（特任））（退職）
 令和3年6月30日付

福岡大学

《医学部医学科人事》
 ◎教授定年退職
 竹下盛重（病理学）
 大慈弥裕之（総合医学研究センター）
 田代 忠（総合医学研究センター）
 以上、令和3年3月31日付
 ◎教授就任
 永光信一郎（小児科学）
 佐藤寿彦（呼吸器・乳腺内分泌・小児外科学）
 小川正浩（臨床検査医学）
 以上、令和3年4月1日付
 高木誠司（形成外科学）
 令和3年10月1日付

自治医科大学

《役員の異動》
 ◎学校法人自治医科大学会長
 飯泉嘉門（退任）
 令和3年9月2日付
 平井伸治（就任）
 令和3年9月3日付
 ◎理事
 長谷川彰一（退任）
 令和3年6月24日付

田谷 聡（就任）
 令和3年7月6日付
 飯泉嘉門（退任）
 令和3年9月2日付
 《大学の人事》
 ◎事務局長
 的井宏樹（退任）
 令和3年6月29日付
 志田文毅（就任）
 令和3年7月1日付

金沢医科大学

《人事異動》
 ◎大学院医学研究科長
 米倉秀人（就任）
 ◎医学部長
 宮澤克人（就任）
 ◎一般教育機構長
 公地宗弘（就任）
 以上、令和3年9月1日付
 ◎教授／講座主任
 古家大祐（糖尿病・内分泌内科学）（退職）
 令和3年6月30日付

獨協医科大学

《教授の就任》
 阿久津博義（脳神経外科学）
 令和3年7月1日付

産業医科大学

《役員就任》
 ◎理事
 津田純嗣（新任）
 ◎監事
 野原正道（新任）
 以上、令和3年6月1日付

協会及び関係団体の動き

I. 自由民主党「第16回大学病院を支援する議員連盟総会」(会長：河村建夫衆議院議員) (令和3年5月25日開催)について

令和3年5月25日、自由民主党「第16回大学病院を支援する議員連盟」(以下、議連)総会が、衆議院第一議員会館大会議室にて開催された。当日は国会議員が30名、文部科学省・厚生労働省より、各担当官10名の出席があった。

新型コロナウイルス感染症に関する現状と課題について、国立大学病院長会議(会長：横手幸太郎千葉大学医学部附属病院長)並びに本協会から現状と課題を述べた後、文部科学省並びに厚生労働省による大学病院に対する新型コロナウイルス感染症への対応状況の報告があった。

その後、国会議員からの質問に答える形で討議が行われ、本協会は要望書を提出した。議連は「大学病院における新型コロナウイルス感染症対策の強化に関する決議」を取りまとめ、関係各方面に対して働き掛けを行うこととした。

【決議の主な内容は以下の通り】

○新型コロナウイルス感染症患者の受入れ体制の確立

医療崩壊を防止し、大学病院が果たすべき役割を維持するためにも、地域が主導して機能分化・医療提供体制を構築すること。さらに、都道府県を越えて患者の受入れができるよう体制の構築に向けて検討すること。

○新型コロナウイルス感染症対応に伴う大学病院に対する支援

令和3年度においても、引き続き新型コロナウイルス感染症緊急包括交付金による支援を行うとともに、都道府県による早期執行を促すこと。大学病院が継続的に新型コロナウイルス感染症に対応できるよう必要な支援を行うこと。

○アフターコロナ時代に対応していくための大学・大学病院に対する支援

柔軟かつ機動的な医療提供体制を構築するとともに、医療人材養成のための教育環境の整備等に必要となる支援を行うことにより大学病院の機能強化を図ること。

令和3年5月25日

自由民主党

「大学病院を支援する議員連盟」

会長 河村建夫 殿

一般社団法人 日本私立医科大学協会

会長 小川 彰

副会長 炭山 嘉伸

副会長 小口 勝司

副会長 明石 勝也

顧問・理事 栗原 敏

要 望 書

我が国の医学教育・研究の振興と医療の改善・充実にご理解、ご指導を賜っておりますことを厚く御礼申し上げます。

新型コロナウイルス感染症が発生以降、本協会加盟大学附属病院は1万2千名以上の患者を受入れ、その内重症者は2,801名(協会加盟大学29大学84病院:令和3年4月30日時点)となっております。

また一方、本協会加盟大学附属病院は、国民医療安定のため高度先進医療を行う本来の使命を維持しつつ、外来診療や手術の抑制、一般入院患者数の調整を行いながらも救急医療を維持し、誠意をもって最大限の努力を注いで参りましたことはご承知の通りであります。

今後の新型コロナウイルス感染症の拡大に対応するためには、国に依る喫緊の施策が必要であると思料しております。

つきましては、新型コロナウイルス感染症に対応した諸施策の充実として本協会の要望事項を取りまとめましたので、以下の通り提出させていただきます。

何卒宜しくご高配を賜りますようお願い申し上げます。

記

本協会加盟大学附属病院は、国が進める新型コロナウイルス感染症に対応した病床の充実(増床)に積極的に協力して来たことにより経営が逼迫しており、医療収支は令和2年4月から令和3年1月までの累計でみた場合、対前年同期間比約667億円の赤字となっております。

更に、現状に於いては新型コロナウイルス感染症患者の急増により、一層厳しい経営状況となることが予測されます。

現在提示しております加盟大学附属病院の医療収支は、令和3年1月までのデータとなっており、新型コロナウイルス感染症第4波の影響は集計データに表れておりません。

以上の状況に鑑みて、令和3年度に於いても、国が進める国民医療の安定を目的とした医療施策に対応し、継続して努力を尽くしている本協会加盟大学附属病院に対して、令和2年度補正予算に於ける「新型コロナウイルス感染症に係る緊急包括支援交付金」と同様の支援交付を切にお願いいたします。



大学病院を支援する議員連盟総会における河村会長挨拶



議員連盟執行部へ要望書提出

【大学病院を支援する議員連盟決議文】

大学病院における新型コロナウイルス感染症対策の強化に関する決議

我が国において新型コロナウイルス感染症患者が急増する中、大学病院は高度医療を提供する地域の中核的医療機関として、昼夜を問わず新型コロナウイルス感染症の重症患者をはじめ、多くの患者の治療にあたっている。新型コロナウイルス感染症の終息時期がまだ見通せない中で、新型コロナウイルス感染症の克服に向けて、大学病院が今後もその機能を果たしていくためには、患者はもとより医療従事者の安心・安全の確保や、長期化にも対応できるような大学病院の機能強化を図ることが急務である。この困難を乗り越えるため、政府においては左記の事項について具体的対応を講ずべきである。

一 新型コロナウイルス感染症患者の受け入れ体制の確立

医療崩壊を防止し、大学病院が果たすべき役割を維持するためにも、医療機関の役割をさらに明確化し、重症患者の容体が安定した場合には滞りなく中等症受入病院へ搬送転院できるような、地域が主導して機能分化・医療提供体制を構築すること。さらに、都道府県境を越えて患者の受入ができるような体制の構築に向けて検討すること。

一 新型コロナウイルス感染症対応に伴う大学病院に対する支援

大学病院が新型コロナウイルス感染症に積極的に対応でき、医療従事者に対して十分な処遇ができるよう、令和三年度においても、引き続き新型コロナウイルス感染症緊急包括支援交付金による支援を行うとともに、都道府県による早期執行を促すこと。また、診療報酬改定においても適切な評価を行うなど、大学病院が継続的に新型コロナウイルス感染症に対応できるように必要な支援を行うこと。

一 アフターコロナ時代に対応していくための大学・大学病院に対する支援

アフターコロナ時代も見据え、将来の医療緊急事態の発生に備えることができるよう柔軟かつ機動的な医療提供体制を構築するとともに、求められる資質や能力を備えた医療人材を養成するための教育環境の整備等に必要支援を行うことにより大学病院の機能強化を図ること。

右、決議する。

令和三年五月二十五日

大学病院を支援する議員連盟

II. 自由民主党「医師養成の過程から医師偏在是正を求める議員連盟」(会長：河村建夫衆議院議員)(令和3年6月15日開催)について

令和3年6月15日、自由民主党「医師養成の過程から医師偏在是正を求める議員連盟」(会長：河村建夫衆議院議員)が開催され、厚生労働省から「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」(令和3年5月28日成立)(以下、改正医師法・医療法)を踏まえたシームレスな医師養成に向けた改革案が示された。

改正医師法・医療法では「医師国家試験の受験資格における共用試験合格の要件化」並びに「医学生が臨床実習において行う医業の法的位置づけの明確化」が行われることとなっている。これらの方針に

伴い、厚生労働省は医道審議会医師分科会(分科会長：中谷晴昭千葉大学理事・副学長)のもとに「共用試験部会」(仮称)を立ち上げることとなった。今後、同部会に於いて共用試験の実施時期、出題基準、合格基準等の具体的な実施方法が検討される予定である。

医療系大学間共用試験実施評価機構(CATO)(理事長：栗原 敏東京慈恵会医科大学理事長)は、同部会の動向を注視しつつ、適正・公正な試験を実施するため臨床技能を評価するOSCEに関連する「認定評価者の養成」、「認定標準模擬患者の育成」のための体制整備を進めていく方針を示している。

Ⅲ. 新型コロナウイルス感染症による影響度調査結果について

本協会は、加盟大学附属病院84病院（本院29病院・分院55病院）に対して継続して実施している「新型コロナウイルス感染症による影響度調査」について、令和2年度（令和2年4月～令和3年3月）調査結果をとりまとめた。回答率は100%である。

令和2年4月から令和3年3月までの本院29病院の外来患者延人数は1,553万7,852名となり、前年度の1,746万2,379名と比較すると、192万4,527名減（▲11.0%）であり、また、本院29病院の入院患者延人数でみると787万6,284名となり、前年度の880万7,445名と比較すると、93万1,161名減（▲10.6%）であった。

同様に本院29病院の手術件数は46万4,203件となり、前年度の51万8,491件と比較すると5万4,288件減（▲10.5%）であった。また、本院29病院の救急受入件数は34万4,636件となり、前年度の47万7,456件と比較すると13万2,820件減（▲27.8%）であった。

令和2年4月から令和3年3月までの分院55病院の外来患者延人数は1,143万1,475名となり、前年度の1,269万5,778名と比較すると、126万4,303名減（▲10.0%）であり、また、入院患者延人数でみると612万5,460名となり、前年度の677万2,572

名と比較すると、64万7,112名減（▲9.6%）であった。手術件数は30万6,460件となり、前年度の33万8,850件と比較すると3万2,390件減（▲9.6%）であった。また、救急受入件数は32万4,555件となり、前年度の40万1,598件と比較すると7万7,043件減（▲19.2%）であった。

本院29病院と分院55病院を合わせた84病院の医業収支の総額について、令和2年4月から令和3年3月までの期間（令和2年度）に於ける医業収入は約1兆7,730億円となり、前年同期間約1兆8,426億円と比較して約696億円の減収（前年同期間比-3.8%）であった。医業費用は約1兆7,909億円となり、前年同期間約1兆7,879億円と比較して約30億円の増額（前年同期間比+0.2%）であった。従って、令和2年4月から令和3年3月までの期間（令和2年度）に於ける医業収支は約179億円の赤字となっており、前年同期間の約547億円の黒字と比較した場合は、医業収支差は約726億円のマイナスであり、現時点に於いても厳しい経営状況にある。

令和2年度は、新型コロナウイルス感染症に係る緊急包括支援交付金による支援が行われたが、大学病院に於いては、従前より国民が求めている本来の使命である高度医療の提供並びに地域医療の中核病

【図1】新型コロナウイルス感染症患者の受入れ総数の推移（累計）

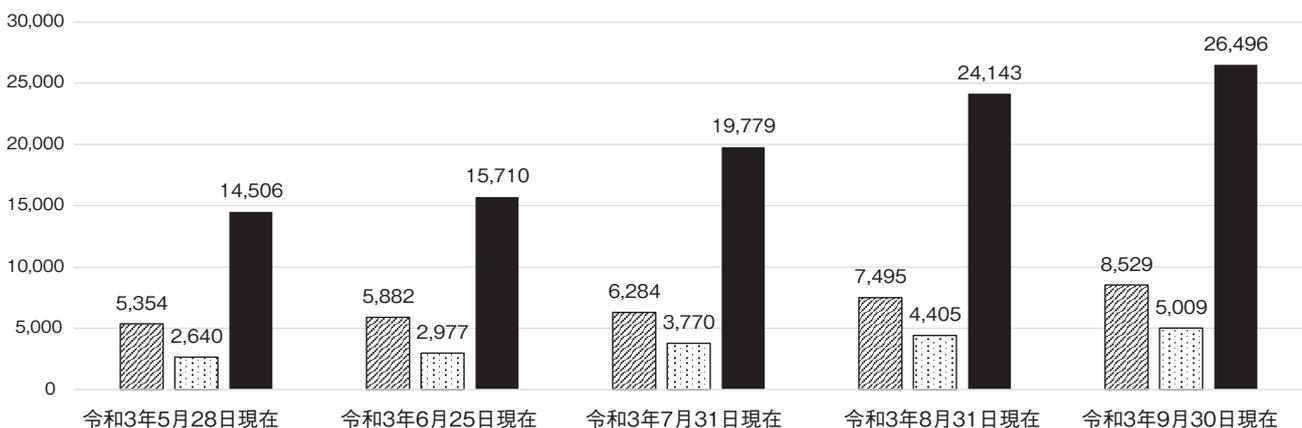
【調査対象期間】

協会加盟大学：令和2年3月1日～令和3年9月30日

国公立大学：令和2年2月14日～令和3年9月22日

日本私立医科大学協会調べ

■ 国立大学（42大学43病院） □ 公立大学（8大学14病院） ■ 私立医科大学協会加盟大学（29大学76病院）



院としての役割を維持していくため、更なる医療設備・医療用消耗品及び必要とされる経費の補填並びに過去1年半余に亘って医療に従事して来た医療スタッフへの心身ケアのため、物心両面に対する保障が必要となっている。

また、感染患者の受入れに伴う診療制限による遺失利益（手術件数の削減、病棟閉鎖等）並びに現在

に至るまで継続している医療体制整備の拡充（設備投資または施設改修経費）、感染患者に対応して来た職員のみならず逼迫した状況の中病院の医療体制を支え続けた病院スタッフに対する人件費、危険・特殊勤務手当等を大学病院が負担して来ているため、これら実質的に負担となっている経費の補填が必要である。

【表1】協会加盟大学附属病院本院29病院の外来患者延数、入院患者延数、手術件数、救急受入件数

日本私立医科大学協会調べ

	2019年4月～2020年3月	2020年4月～2021年3月	前年同期間との比較	前年同期間比
外来患者延数（名）	17,462,379	15,537,852	-1,924,527	-11.0%
入院患者延数（名）	8,807,445	7,876,284	-931,161	-10.6%
手術件数（件）	518,491	464,203	-54,288	-10.5%
救急受入件数（件）	477,456	344,636	-132,820	-27.8%

【表2】協会加盟大学附属病院分院55病院の外来患者延数、入院患者延数、手術件数、救急受入件数

日本私立医科大学協会調べ

	2019年4月～2020年3月	2020年4月～2021年3月	前年同期間との比較	前年同期間比
外来患者延数（名）	12,695,778	11,431,475	-1,264,303	-10.0%
入院患者延数（名）	6,772,572	6,125,460	-647,112	-9.6%
手術件数（件）	338,850	306,460	-32,390	-9.6%
救急受入件数（件）	401,598	324,555	-77,043	-19.2%

【表3】協会加盟大学附属病院（本院・分院84病院）における医業収支年度比較について

日本私立医科大学協会調べ

単位：千円

	2019年4月～2020年3月	2020年4月～2021年3月	差額	前年比（%）
医業収入	1,842,574,773	1,772,966,613	-69,608,159	-3.8%
医業費用	1,787,915,954	1,790,915,816	2,999,862	0.2%
医業収支	54,658,819	-17,949,203	-72,608,021	

国の動き

令和3年4月23日	新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言発出 (対象区域：東京都、京都府、大阪府、兵庫県) (期間：令和3年4月25日～5月11日) 国内感染者数：551,898名(4月23日付)
令和3年5月7日	新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言の期間延長及び区域変更(対象区域：東京都、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県、福岡県) (期間：令和3年4月25日～5月31日) 国内感染症数：620,994名(5月7日付)
令和3年5月14日	新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言の区域変更(対象区域：北海道、東京都、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県、岡山県、広島県、福岡県) 国内感染者数：665,547名(5月14日付)
令和3年5月21日	新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言の期間延長と区域変更(対象区域：北海道、東京都、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県、岡山県、広島県、福岡県、沖縄県) (期間：沖縄県以外は5月31日まで、沖縄県は6月20日まで) 国内感染者数：704,159名(5月21日付)
令和3年5月28日	新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言の期間延長(対象区域：北海道、東京都、愛知県、京都府、大阪府、兵庫県、岡山県、広島県、福岡県) (期間：6月20日まで) 国内感染者数：733,887名(5月28日付)
令和3年6月17日	新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言の期間延長及び区域変更 (期間：7月11日まで) 6月21日から緊急事態実施区域を沖縄県の1県とした。 国内感染者数：779,338名(6月17日付)
令和3年7月8日	新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言の期間延長及び区域変更 (期間：8月22日まで) 7月12日から緊急事態実施区域を東京都及び沖縄県とした。 国内感染者数：811,712名(7月8日付)
令和3年7月30日	新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言の期間延長及び区域変更 (期間：8月31日まで) 8月2日から、埼玉県、千葉県、神奈川県、大阪府を追加した。(対象区域：埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、大阪府、沖縄県) 国内感染者数：902,718名(7月30日付)
令和3年8月17日	新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言の期間延長及び区域変更 (期間：9月12日まで) 8月20日から、茨城県、栃木県、群馬県、静岡県、京都府、兵庫県、福岡県を追加した。 (対象区域：茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、静岡県、京都府、大阪府、兵庫県、福岡県、沖縄県) 国内感染者数：1,159,945名(8月17日付)
令和3年8月25日	新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言の区域変更 8月27日から、北海道、宮城県、岐阜県、愛知県、三重県、滋賀県、岡山県、広島県を追加した。 (対象区域：北海道、宮城県、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、岡山県、広島県、福岡県、沖縄県) 国内感染者数：1,339,115名(8月25日付)
令和3年9月9日	新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言の期間延長及び区域変更(期間：9月30日まで)(対象区域：北海道、茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、千葉県、東京都、神奈川県、岐阜県、静岡県、愛知県、三重県、滋賀県、京都府、大阪府、兵庫県、広島県、福岡県、沖縄県) 国内感染者数：1,603,112名(9月9日付)
令和3年9月28日	新型コロナウイルス感染症緊急事態の終了宣言 9月30日をもって、緊急事態終了とした。国内感染者数：1,696,061名(9月28日付)

IV. 医師の働き方改革に関する対応について

本協会は医師の働き方改革の議論が始まって以降、平成30年4月に「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」を作成し、専門業務型裁量労働制の推進を図ってきた。

これと並行して、厚生労働省は医師の労働時間に関する議論を継続して進めた結果、A水準（時間外労働の上限：年960時間）、連携B水準（時間外労働の上限：年1,860時間）、B水準、C-1水準、C-2水準といった「医師の特例則」を規定した。

厚生労働省医政局医事課医師・看護師等働き方改革推進室より、専門業務型裁量労働制は、例えば、教授、准教授、講師、助教など、雇用契約上、研究が本来業務とされている者「研究を本来的な業務とする医師」については、一定の要件を満たす場合には、裁量労働制の適用が可能である（裁量労働制が適用される場合は、医業に従事する医師ではないため、医師の特例的な上限規制の適用外）が、例えば、初期研修医、後期研修医、専攻医、医員、非常勤助手、など、雇用契約上、研究が本来業務とされていない者「研究が本来的な業務でない医師」については、医師の特例的な上限規制である「医師の特例則」が適用されることの説明があった。更に、専門業務型裁量労働制で適用されている時間外労働年720時間の規制は改正できない旨の説明があった。

今後、「研究を本来的な業務とする医師」は専門業務型裁量労働制の対象とし、「研究が本来的な業務ではない医師」は変形労働時間制にて労使協定を締結することが議論の主流となることが予測される。専門業務型裁量労働制あるいは変形労働時間制を採用するにあたっては、いずれにしても現行以上に医師の増員を始め、事務職員など多くの人員配置が必須であり、人件費に充当するための財源確保が課題である。

医師の働き方改革に関して、厚生労働省、文部科学省、全国医学部長病院長会議の三者による打合せを適宜行ってきた。令和3年6月14日、「医師の働き方改革検討委員会」を設置し、精力的に検討を進めることとなっているが、本協会からは小山信彌参与、明石勝也総務・経営部会担当副会長（聖マリアンナ医科大学理事長）、森 正樹理事（東海大学医学部長）が参画している。同委員会では、大学病院で勤務する医師の長時間労働の是正並びに働きやすい環境整備などの医師の働き方改革の実現を目指し、参画している厚生労働省並びに文部科学省と協働して制度面、財政面、地域医療対策面から具体的な検討を進めている。

国公立大学医学部・医科大学の各医師に医師の働き方改革について認識を深めることを目的に、これまで2回のセミナーを開催してきたが、継続して開催していくこととして、令和3年7月27日に、全国医学部長病院長会議「第3回医師の働き方改革セミナー」を開催した。

なお、第4回セミナーは令和4年2月8日に開催を予定している。

【第3回セミナーの内容は以下の通り】

【第3回セミナーの内容は以下の通り】

1. 昭和大学における各附属病院での勤務制度変更への取組みについて
2. 医師の働き方改革に向けた熊本大学病院の取組みについて
3. 厚生労働省医政局「2024年4月に向けたスケジュールと各種労働時間制度等の紹介」について
4. 厚生労働省労働基準局「全国医学部長病院長会議働き方改革検討委員会からの質問に対する回答」について
5. 厚生労働省労働基準局「医療機関における宿日直許可」について
6. 全国医学部長病院長会議働き方改革検討委員会「医師の働き方改革に関するアンケート調査結果」について
7. 総合討論・質疑応答

令和3年10月8日、全国医学部長病院長会議は、令和3年度第3回医師の働き方改革に関する検討委員会を開催した。厚生労働省からは「これまでの医師の働き方改革の推進に関する検討会での議論内容」に関して、追加的健康確保措置の運用、医師の労働時間短縮等に関する大臣指針、医師の日直義務の例外、C-2水準の対象分野と技能の考え方についての説明があった。

また、文部科学省からは令和4年度予算概算要求において、「大学病院の医師の働き方改革に関する調査研究」として、令和4年度1件、2,000万円を新規として概算要求した旨の説明があった。

以上の説明を受け、全国医学部長病院長会議より大学病院医師の労働と研鑽に関する考え方と取りまとめ（案）の報告があり、今後も継続して審議を行っていくこととした。

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>

一般社団法人日本私立医科大学協会 賛助会員一覧（※順不同）

中外製薬株式会社	株式会社スズケン	大塚製薬株式会社
田辺三菱製薬株式会社	株式会社メディセオ	株式会社 LIXIL
エーザイ株式会社	武田薬品工業株式会社	近藤工業株式会社
アステラス製薬株式会社	大鵬薬品工業株式会社	株式会社メディカルファーマシー
アルフレッサ株式会社	パラマウントベッド株式会社	メディアスホールディングス株式会社
第一三共株式会社	協和キリン株式会社	パラテクノ株式会社
塩野義製薬株式会社	株式会社 LSI メディエンス	株式会社エイチ・イー・エルシステムズ
大日本住友製薬株式会社	株式会社アルメックス	株式会社 EPARK
東邦薬品株式会社	株式会社ホスピタルヘルスケア	株式会社日経サービス
Meiji Seika ファルマ株式会社	テルモ株式会社	グリーンホスピタルサプライ株式会社
今井印刷株式会社	株式会社日建設計	

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.tohayk.co.jp/>

断熱性も、デザインも。
ビルサッシはここまで進化しました。

LIXIL



PRESEA-H

株式会社 LIXIL LHT-J ビル事業本部 〒136-8535 東京都江東区大島 2-1-1 Tel. 03-6706-7345



広報誌 **医学振興**

第 93 号

令和 3 年 11 月 18 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	田尻孝子
委員	冲永寛子