

興 振 學 醫

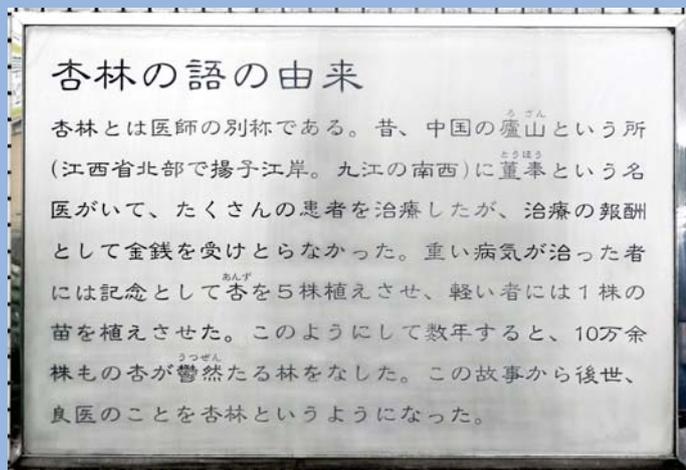
日本私立医科大学協会

第94号

Contents

巻頭言	「医療系大学間共用試験の公的化について」.....	2～7
特集	「大学病院における医療安全管理の取組み」.....	8～23
論壇	「医療現場へのIT/AIの実装の課題とAIホスピタルプロジェクト」...	24～27
施設紹介	「東京女子医科大学」.....	28
	「岩手医科大学」.....	29
	「杏林大学」.....	30
	「関西医科大学」.....	31～33
計報	34～36
医大協ニュース	37～48
協会及び関係団体の動き	49～53

杏林の語の由来（杏林大学）



杏林学園は1966年に創立されました。それ以降、医学部、保健学部、総合政策学部（旧社会科学部）、外国語学部、大学院を設置し、総合大学として発展してきました。

杏林の名は中国の故事に由来します。その昔、中国の廬山に董奉という医師がおり、董奉は病気が治った人達から治療代を受け取らず、その代わりに杏の苗を植えさせました。それがいつしか鬱蒼とした林となったことから、後世、良医のことを杏林と呼ぶようになったと言われています。

杏林大学の建学の精神は「真善美の探究」です。「真」は真実・真理を究めること、「善」は倫理観を持った良き人間性を形成すること、「美」は謙虚に学び、他を尊重し、自分にも厳しい立派な人間に成長することを意味します。「真善美の探究」を通じて、優れた人格を持ち、人のために尽くすことができる国際的な人材を育成することが、杏林大学の教育理念です。

巻頭言

医療系大学間共用試験の公的化について

公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構・理事長
 学校法人慈恵大学・理事長



栗原 敏 氏

I. はじめに

令和3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ものは、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習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1、図2 厚生労働省作成資料）。具体的には、令和5年4月から

改正医師法が施行され、令和5年度からの新共用試験に合格した医学生が診療参加型臨床実習に進み、令和7年度からの医師国家試験の受験要件に新共用試験の合格が加わることとなりました。

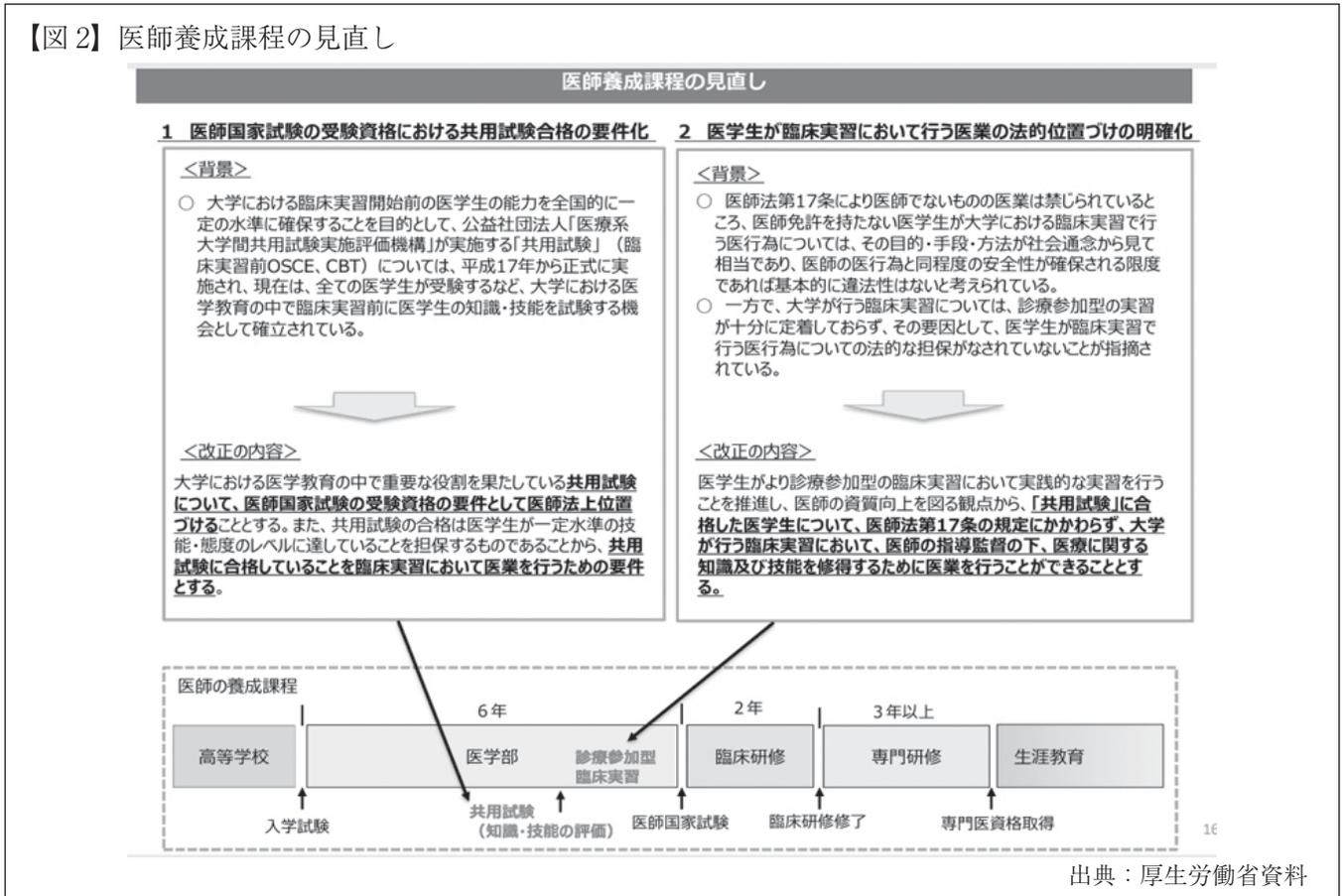
臨床実習における医業が法的に位置付けられ、厚生労働省「医学生が臨床実習で行う医業の範囲に関する検討会」報告書（https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000209695_00003.html）を踏まえ、処方箋の交付が、政令で制限されました。このような共用試験の公的化および医学生の医業の法制化が意図するところについて、これまでの経緯を踏まえて述べてみたいと思います。

【図1】 改正法条文・附帯決議 **改正法条文・附帯決議**

<p>(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)</p> <p>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、当該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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p>

出典：厚生労働省資料

【図2】 医師養成課程の見直し



Ⅱ. 医学教育改善の経緯

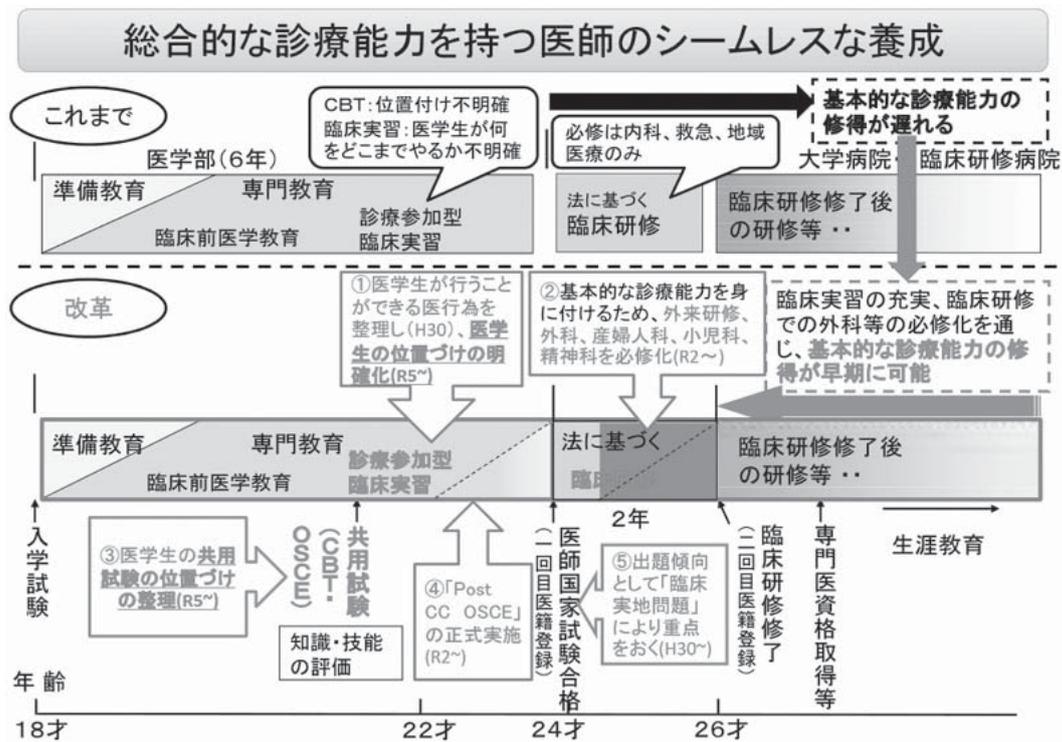
医師になるためには、医師として必要な知識を有していると共に、技能・態度を修得していることが求められます。知識、技能・態度を卒前・卒後の教育課程で、どのように学ぶことが適切かなどに関してはこれまでも検討されており、“医学教育の改善に関する調査研究協力者会議の最終まとめ（昭和62年 https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/029/siryu/07071214/001/016/001.pdf）”などに報告されています。

その後も“21世紀医学・医療者懇談会報告”（第1次から第4次報告）（文部省、平成8年～平成11年 https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/009/）では、モデル・コア・カリキュラムの作成や、一定の水準を設けた全国共通の評価システムの必要性などが指摘され、これらを踏まえて、大学間の共用試験システムの構築に関する議論が行われ、臨床実習開始前に学生の能力を評価するために、共同で質の高い総合試験問題を作成して試験することが検討されました（医学・歯学教育の在り方

に関する調査研究協力者会議最終報告、平成13年3月27日 <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-9e-1.pdf>）。このような医学生の能力を適切に評価することは、社会に対して医学教育の質を示し、医師育成に対する国民の理解を得るためにも必要かつ有効と考えられます。

このような議論が進む中、平成14年4月に共用試験実施機構が設立され、ついで平成17年には社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構（以下、機構）が設立認可され、第1回共用試験が実施されました。機構は平成26年に内閣府認定の公益社団法人に移行し現在に至っており、故高久史磨先生が初代理事長をお務めになり、令和2年から私が後任として理事長に就任しています。機構は、当初、コンピューターを使って多肢選択問題を出题し、解答させて知識を客観的に評価する Computer Based Testing (CBT) の導入、出題時の難易度調整や試験実施後の問題の評価、試験の評価、合格ラインの妥当性の検討に項目反応理論 (IRT (Item Response Theory)) を適用してきました。このIRTの適用は機構の研究部が主体となって行い、テストの専門家からも評価され、他の試験のモデルと

【図3】 総合的な診療能力を持つ医師のシームレスな養成



【図4】 シームレスな医師養成に向けた共用試験の公的化といわゆる StudentDoctor の法的位置づけについて

シームレスな医師養成に向けた共用試験の公的化といわゆるStudent Doctorの法的位置づけについて 医道審議会医師分科会 報告書 概要 (令和2年5月)	
<ul style="list-style-type: none"> ○従来より卒前教育と卒後教育は分断され、連続性が乏しいと評されてきたが、医師が修得すべき知識・技能が増加していることや、プロフェッショナリズム教育の重要性が増していることから、卒前教育においても医学生が診療に参加し、医療現場を中心として一貫して行う必要性が認識されてきた。 ○医学生が診療チームの一員として診療に参加する診療参加型臨床実習の充実のため、医学生の質の担保とその医行為について法的な位置づけが重要。 ○今回は、(1)共用試験CBTの公的化、(2)共用試験臨床実習前OSCEの公的化、(3)いわゆるStudent Doctorの法的位置づけについて検討した。 	
<p>(1) 共用試験CBTの公的化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全大学で実施され、項目反応理論などの問題の精度管理の手法や評価手法が確立している。 ・医学教育でその位置づけは確立されており、医師国家試験の受験要件とする等による公的化に相当する試験である。 <p>(2) 共用試験臨床実習前OSCEの公的化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現状の医学教育の中で臨床実習前に技能と態度を試験する機会として確立している。 ・臨床実習前に一定水準の技能・態度のレベルに達していることを試験することは極めて重要であり、共用試験CBTとともに公的化すべきである。 ・模擬患者が重要な役割を果たしており、全国的に取り組む組織の創設や模擬患者に対する研修体制の整備などの検討が必要。 <p>(3) いわゆるStudent Doctorの法的位置づけ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・臨床実習開始前の共用試験を公的化することで、一定の水準が公的に担保されることから、実習において医行為を行う、いわゆるStudent Doctorを法的に位置づけることが可能となる。 ・実施する行為については、指導する医師が適宜、医学生の能力と患者の状態等を勘案して判断すべき。 	
<p>共用試験の公的化といわゆるStudent Doctorの法的位置づけによる影響</p> <p>(1) 医学教育への影響</p> <ul style="list-style-type: none"> ・臨床実習の診療参加型化の促進につながる。 <p>(2) 医学生(医師)個人への影響</p> <ul style="list-style-type: none"> ・手技等を経験する機会が増加し、手技の比重が高い診療科に対する積極的な効果により、診療科偏在是正に対する効果が期待される。 ・臨床研修における負担が一部軽減され医師の働き方改革にも資することが期待される。 <p>(3) いわゆるStudent Doctorが診療参加型臨床実習を行う際の患者同意等</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同意を患者から得られやすくなることで、診療参加型臨床実習が促進される。 ・将来的に患者理解が進んだ場合、一般的な処置について、特別な同意取得の必要なく、診療参加型実習において行うことが可能となることが望ましい。 <p>(4) 地域における実習と地域医療への影響</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主体性を持って地域医療を体感することで、将来のキャリアに良い影響が与えられる。 ・各養成課程の中で現状よりも地域に貢献することが可能となる。 	<p>他の診療参加型臨床実習の充実のための取組</p> <p>(1) 患者の医育機関等への働きかけ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者自身も共に医師を育てる認識に基づいた、患者の協力が不可欠であり、下記の点を国民に広く周知する取り組みを行う必要がある。 ・いわゆるStudent Doctorが共用試験に合格し、診療参加型の臨床実習を行うに足る学生であること。 ・大学病院はその設置目的に医学生の育成が盛り込まれていること。 ・将来的な地域医療や総合的な診療能力を持つ医師の確保のため、大学病院以外の医療機関で臨床実習が行われること。 <p>(2) 診療参加型臨床実習の指導体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・教員等が十分に学生教育に時間を充てることができ、また評価される必要がある。 ・臨床研修医や専攻医も層根瓦式に医学生への指導を積極的に行うことが望ましい。 <p>(3) 医学生が加入する保険</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医学生を保護する観点から強く推奨されるべき。

出典：厚生労働省資料

なってきました。さらには、共用試験 CBT と医師国家試験の棲み分けにより、第 112 回医師国家試験（平成 30 年 2 月実施）から、一般問題の医学総論、医学各論の出題数を 200 問から 100 問に減らし、総数 500 問、3 日間の実施から総数 400 問、2 日間の実施に変更されています。

医師には知識と共に相応の技能と態度が求められるので、医学生能力を評価するために、知識の評価に加えて実技試験も導入することになりました。ベッドサイドに行って実際に患者を診て学ぶこと（bedside learning）は、臨床教育上、極めて重要で、また、教育効果が高いことが広く認められています。しかし、患者のところに行って医師の指導監督の下で実習を行う診療参加型臨床実習を行うには、医学生が相応の知識と技能・態度を修得していることが求められます。このため、医学生の臨床能力を客観的に評価することが必要になります。客観的臨床技能試験は、Objective Structured Clinical Examination (OSCE) と呼称され、診療参加型臨床実習前に行う臨床技能試験は、Pre-Clinical Clerkship Objective Structured Clinical Examination (Pre-CC OSCE)、臨床実習後の臨床技能試験は Post-Clinical Clerkship Objective Structured Clinical Examination (Post-CC OSCE) と呼ばれています。Post-CC OSCE は診療参加型臨床実習の学修効果を評価し、卒後の臨床研修を行うのに相応しい臨床能力を修得しているか否かを判断して、卒前教育から卒後教育への橋渡しをする役割があります。Post-CC OSCE の改善・充実、CBT の改善と共に、医師国家試験の在り方を検討する上でも極めて重要です。

患者を対象とした学生の医行為については、医師法に抵触するという意見があり、指導者の下で、侵襲性の低い一定の技能については実施可能であるという共通認識の下で実習が行われてきました。しかし、医師でない医学生が医行為を行うことは医師法に抵触するので“違法性の阻却”が、全国医学部長病院長会議などで問題になりました。医学生が行うことが可能な医行為に関しては、“前川レポート”（厚生省臨床実習検討委員会最終報告 平成 3 年 5 月 https://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/iryuu/1329799.htm）、その後の“門田レポート”（医学部の臨床実習において実施可能な医行為の研究 平成 30 年 7 月 https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_00754.html）が発表され、これらを

参考にして、指導者の監督の下で診療参加型臨床実習が行われてきたのであります。

他方、医師育成には卒前・卒後教育の切れ目のない（シームレス）教育システムが必要とされ、前述のように、医師国家試験で試される知識レベルの試験は短縮されましたが、更に、診療参加型臨床実習後 OSCE (Post-CC OSCE) を導入することによって、医学生の技能と態度を適切に評価し、卒後の臨床研修に切れ目なく（シームレス）につなげることができるという考えによるものです。（図 3、図 4 厚生労働省作成資料）

このような経緯を踏まえて、共用試験を法の下で行うこと（公的化）に関して、厚生労働省医道審議会医師分科会報告書「シームレスな医師養成に向けた共用試験の公的化といわゆる Student Doctor の法的位置づけについて」（令和 2 年 5 月 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000200876_00003.html）が発出され、全国医学部長病院長会議（AJMC）、厚生労働省、文部科学省等と機構との間で課題の抽出、検討が行われてきました。また、国家試験ではないものの国の管理・監督が強まることから、国が関与すべき事項を検討する機関として厚生労働省の医道審議会の医師分科会に医学生共用試験部会が設置されました。当初の機構の予定より開始が遅れましたが令和 4 年 3 月 30 日、第一回の部会が開催されました。第一回の部会で議論された事柄について、令和 4 年 4 月 22 日に第二回の部会でさらに検討されました。部会での検討事項になり、委員の合意が得られたと思われる問題について以下に整理してみました（今後、令和 4 年 5 月 25 日に行われる、全国の医科大学・医学部を対象とした全国説明会で、実施に向けた説明が行われることになっています）。

Ⅲ. 共用試験の公的化（法制化）とそれに伴う問題点

共用試験の公的化に向けて問題点が抽出され、全国医学長病院長会議、厚生労働省、文部科学省と機構が意見交換し、予定通りに共用試験が実施できるように準備が進められてきました。その中でも、OSCE を法の下で行う公的試験として実施するには、公平性、透明性、信頼性を確保した試験となるように、以下のようないくつかの問題点が指摘され、

医学生共用試験部会で議論され、意見は一定のところに集約されつつあります。

1. 共用試験を受験する学生の受験資格をどのように判定するのか

大学の独自性を尊重する上でも、共用試験を受験する前までの大学による学生の評価に委ねることが適切であると考えられています。

2. OSCE の課題数は

OSCE の実施課題数は、多ければ試験の精度が上がり好ましいのですが、実務的な負担もあり簡単には決められません。アンケート調査の結果などを踏まえると、当初は8課題から始め、最終的には10課題が必要との結論に達しました。理想的には諸外国と同様12課題という意見がありますが、課題数が多くなると、認定評価者、認定標準模擬患者、試験当日の事務職への負担が大きくなるので、当面は8課題から始め、令和7年から10課題にするのが適当だということに落ち着きつつあります。

3. 統一した評価基準を設定するか

公的な試験としては、統一した合格基準を設定して試験を行うことが望ましいということになっています。統一合格基準は機構が中心となって設定し、定期的に見直していくことが必要と考えられます。

4. 追再試験の実施について

追再試験は1回実施する方向で議論が進められています。また、再試験では、全課題を試験するのではなく、試験の主旨と実務的負担を考えると、不合格になった課題のみを再試験の対象とすることになる方向で検討されています。

5. 認定評価者の育成

全国的な公的試験を実施するためには、多くの認定評価者が必要となります。これまでも機構は講習会を開催して、認定評価者の育成に努めてきました。今後も育成に努めていきますが、各地域で認定評価者を育成することも重要です。その地域の臨床研修病院や基幹病院の診療部長などにも認定評価者になって頂くことは、人材確保および地域で医師を育てるという観点からも重要ですし、医学教育に対する理解を深めていただくことにもつながります。認定評価者の育成を補助する方法として、一部の講習に、e-learning を採り入れることが考えられています。

6. 認定標準模擬患者の育成

公的な試験になると、講習を受けて認定された模

擬患者が多数必要となります。これまで、機構は認定標準模擬患者養成担当者の育成を担ってきましたが、新たな模擬患者養成制度を構築し、一層育成に注力します。また、模擬患者養成団体がありますので、そのような団体の質を検証し認定した上で、認定標準模擬患者養成に協力を求めています。

7. 不正行為への対応

公的試験になれば、不正行為には厳正に対処しなくてはなりません。厳正な対応は、国民に対する責任としても求められるものです。不正の内容はいろいろありますから、今後、不正事案を整理して、それぞれに対応した罰則規定を決めることが必要になるものと思います。

また、実施主体と Student Doctor 証の発行についても課題があると考えています。共用試験はこれまで、機構が試験を実施し、成績を提供してきました。その成績を大学の進級を決めるときの参考にしてきた大学もあります。今後、共用試験が法制化された後、試験を実施し成績を出して、現在の Student Doctor 証を発行するのは機構なのか、あるいはそれ以外の組織・機関なのか不透明でしたが、機構がこれまで実績を積んできましたので、今後も、試験の実施は、厚生労働省から委託された機構が試験を行い、機構が実施する試験を厚生労働省が認めるという形が提案され、そのようになるものと思われます。これまで、全国医学部長病院長会議が Student Doctor 証を発行していましたが、今後の在り方については、受験資格の確認および成績管理を行う機構が発行することを念頭に準備中です。また、Student Doctor という名称が適切かについても議論されており、臨床実習医という呼称も検討しています。

これらの点について、全国医学部長病院長会議、厚生労働省、文部科学省、三者懇談会などで複数回議論を重ねてきました。また、国立大学医学部長会議でも説明の機会があり、説明させて頂きました。機構は試験を実施する組織としての立場で、関係者の意見を聴くとともに会員である各大学の意見を聴きながら関与してきたことをご理解下さい。また、機構の理事には全国医学部長病院長会議の会長、日本医師会・歯科医師会の代表、厚生労働省医道審議会の委員、患者団体の代表も出席していますし、文部科学省は理事会にオブザーバーとして陪席しています。最近では、厚生労働省の方も陪席するようにな

り、意思疎通を図る仕組みは構築されていると思います。

IV. 今後の課題

1. 各大学の教育環境の整備

CBTは各大学が環境整備して対応し試験が実施されていますが、OSCEに対しては、教育・学習環境が不十分だという声があります。今後、録画装置等の施設整備を支援することも必要かもしれません。また、診療参加型臨床実習の充実に向けて、病棟等で不足する電子カルテ端末の整備や地域医療実習推進のための経費なども必要になってくると考えられます。これらは財政支援が必要であり、予算獲得に向けた準備が必要です。問題点を抽出して、文部科学省、厚生労働省に予算要求する必要がある、機構はその動きを支援していきます。

2. シミュレーターなどの不足により教育が十分行えない

シミュレーターは各大学に具備されていますが、数が不足していたり、修理費が不足していて、修理できないシミュレーターがあるという声を聞きます。機構ではこの問題を解決するために、文部科学省から予算要求して頂き、機構が支援して39億円の令和3年度補正予算を認めていただきました。文部科学省から全国公募があり申請できることになっていましたが、公募に応じた大学の約半分が認められなかったとのことで令和4年度も引き続き財政措置をしていただけるよう働きかけます。このように機構としても努力しているをご理解頂きたいと思えます。

3. 認定評価者、認定標準模擬患者が不足している

認定評価者、認定標準模擬患者は機構が養成しており、前述のように数を増やす努力をしています。また、認定標準模擬患者は、模擬患者養成団体を認定した上で、模擬患者の育成に努めてもらっています。

4. 教職員の不足

この問題は、共用試験だけの問題ではないと思います。教員・職員の増員を文部科学省などに働きかけることが必要となりますが、国公立大学で事情が異なりますので、各大学などから働きかけることが必要だと思います。

5. OSCEセンターの設置について

OSCEの実施に関しては、施設、シミュレーター、管理者などが必要となるので、OSCEセンターを設立してはどうかという意見があります。OSCEセンターは試験だけでなく、普段は、トレーニング場としても利用可能で、看護師の復職支援、カリキュラム開発なども行えるように試験以外の機能も付加したのものとして、全国に複数か所設置して、そこで試験や他の事業を実施するというものです。大学の負担は軽減されますが、センター設置の予算と、運営費が必要になります。国がそのような経費について予算措置をしてくれるのか、現状では不透明ですが、機構では必要な機能や規模等に専門WGを設けて検討しており、機が熟したときに要求することを考えています。

V. 終わりに

以上のように、共用試験が法の下で行われることが決まり、この共用試験に合格しないと診療参加型臨床実習を行うことができなくなり、医師国家試験の受験資格を得ることができなくなりました。卒前・卒後教育が切れ目なく行われることを目指して改善に向けて検討されてきたことが実現することになりましたが、解決すべき問題は山積しており、今後、一つ一つの問題の解決に向けて取り組み、本邦における医師・歯科医師の育成が、国民の理解を得て行われ、常に改善され、より良い試験システムとなることを願っています。

ここでは医学生を対象とした共用試験の公的化と診療参加型臨床実習における医業の法制化について述べましたが、歯科医師についても同様な仕組みで試験が実施され、正式実施は医学生よりも1年遅れて行われることになっています。

最後に、私見ですが、学生は評価によって行動変容します。卒前に法の下で行われる共用試験が新たな切れ目を創らないか心配しています。その意味からも、この試験の意図するところをよく説明した、試験が過度に難しくならないように配慮することが肝要と考えています。

謝辞：本稿を執筆するにあたり、医療系大学間共用試験実施評価機構の石田達樹事業部長に補足して頂いたことを付記します。

特集

大学病院における医療安全管理の取り組み

私立医科大学病院の医療安全管理における日本私立医科大学協会の役割

日本私立医科大学協会医療安全連絡会議委員長、
埼玉医科大学総合医療センター医療安全管理学教授 中島 勸氏

久留米大学病院における医療安全管理の取り組み

久留米大学特命教授、久留米大学病院医療安全管理部 田中 芳明氏

大学病院における医療安全管理の取り組み

順天堂大学医学部附属順天堂医院
医療安全機能管理室副室長 山本 宗孝氏
医療安全機能管理室室長 川崎志保理氏
医療安全推進部部长 小林 弘幸氏

私立医科大学病院の医療安全管理における 日本私立医科大学協会の役割

日本私立医科大学協会医療安全連絡会議委員長
埼玉医科大学総合医療センター医療安全管理学教授
中島 勸氏



はじめに

医療安全管理はすべての病院において最優先の事項であることから、各大学病院では最優先の課題として医療安全管理に取り組んできた。しかし医療安全管理に必要な情報は、自施設の経験や学習から得られるものだけでは十分ではなく、社会全体で得られた知見を取り込み、自施設のものにしていく過程が必要である。とは言え、大学病院に限らず、大抵の医療機関におけるエフォートは現在目の前にいる

患者に対する治療に向けられており、様々な媒体から知りうる医療安全管理に資する情報を欠かさず取り入れることは困難である。

日本私立医科大学協会（以下、医大協）は、会員相互の提携と協力によって、私立医科大学の振興を図ることを目的としており、加盟大学附属の大学病院（特定機能病院である大学病院本院 29 施設、施設ごとに様々な役割や機能を持つ分院 56 施設）に対して、本院・分院の区別なく医療安全の情報や経験を伝える役割を果たしてきた。会員施設間の情報共有手段の一つとして、平成 18 年度から、私立医

科大学附属病院間で、相互に訪問し合っ安全管理体制の整備状況を確認する「相互ラウンド」を開始し、年を追うごとに必要な改善を加えながら継続されてきた。それとは無関係に、平成30年施行の医療法施行規則改正の際に、特定機能病院の承認要件として多数の規定が導入され、特定機能病院である大学病院本院に従来と異なる規定が適用されることになり、結果的に分院と異なる基準による安全管理が必要になった。

本稿は大学病院の医療安全管理の歩みの中で、医大協が果たしてきた役割を振り返り、今後の医療安全の発展に役立てることを目指している。医療安全管理に参画する職員の皆様には、ぜひ目を通していただきたい。

大学病院の医療安全管理の沿革

わが国の医療政策としての医療安全のルールは、平成11年初頭に起きた社会を揺るがすような2件の医療事故を契機に強い注目を集め、以後定期的に改訂されるようになった。同年1月に首都圏の大学病院で、心臓の手術を受ける患者と肺の手術を受ける患者が取り違えて手術され、2月に都内の基幹病院で、ヘパリン入り生理的食塩水と間違えて消毒液を静脈内に注入された患者が亡くなった。これらの事例に共通するのは、表面的には現場スタッフの単純ミスのように見えるが、実は医療における日常業務での安全管理について、個々の医療関係者の認識の問題以外に、組織としての認識・対応が欠落していたこととされ、その是正を目指して国家規模での医療安全対策が始まった。

厚生労働省では、平成13年4月に医政局に医療安全推進室が設置され、同年5月に、医療安全対策の目指すべき方向性を示すため、「医療安全対策検討会議」が設置された。同会議では、医療事故を未然に防止するためにはどのような対策を講じるべきかという観点で検討が行われ、平成14年4月17日に「医療安全推進総合対策～医療事故を未然に防止するために～」が公表された。医大協加盟大学附属病院からは堺秀人東海大学医学部附属病院副病院長（肩書は当時、以下同様）が委員として参加していた。

医大協では、それに先立つ平成14年3月14日に開催された第167回理事会において、平成14年度事業計画の新規事業として、病院部会の中に新たに医

師・看護部・薬剤部・事務部門の代表者で構成する「医療安全対策委員会」を発足させることが承認された。初代委員長は東京医科大学病院の小柳泰久病院長が務めた。同年8月6日に開催された第1回委員会では、上記の「医療安全推進総合対策」報告書の内容が紹介され、医療事故への対応として、誤りに対する個人の責任追及よりも、原因究明と防止対策が極めて重要であること、そのために管理者は強い指導力をもって安全管理の理念や指針を定め、安全管理委員会や安全管理部門を設置する必要があることなどが紹介された。

医療安全対策委員会が設置されて以来、各大学病院において医療安全対策の積極的な取り組みが行われるようになった。平成18年に大学病院本院に対して行われた医療安全体制の現状に関するアンケート調査では、29大学全てにおいて看護師が専任の医療安全管理者となっており、2名以上専任者がいる場合に、医師・薬剤師・臨床検査技師・事務職員が加わっていた。医療安全管理部門の長は29大学全てで医師が務めており、うち16大学において副院長であったが、専任は1大学のみで、28大学では兼任であった。

平成18年7月開催の第5回委員会で、国立大学附属病院で平成12年から実施されている「医療事故防止のための相互チェック」が紹介された。それを参考に医大協加盟大学附属病院間で、相互に職員が訪問し合っ医療安全上の確認を行う相互チェックについて提案され、理事会で承認された。相互チェックの前に各施設で作成される自己評価票は、日本医療機能評価機構「病院機能評価 機能種別版評価項目」、厚生労働省「特定機能病院の立入検査 現場検査チェックリスト」、東京都福祉保健局「病院自主管理チェックリスト」等を参考に作成された。

平成18年11月に特定機能病院である私立医科大学病院本院間で、第1回相互チェックが行われた。その結果は、平成19年1月開催の「私立医科大学附属病院による相互チェックについての報告会」で報告され、大部分の施設で当時の基準で良好な医療安全管理体制が整備されていた。実施後のアンケートでは、9割を超える施設で相互チェックの必要性が賛同されたことから、2回目以降も相互チェックが継続して行われることになった。なお第2回目から、名称が相互ラウンドに変更され、現在に至っている。

平成19年7月開催の第7回委員会で、次年度実施の第2回相互ラウンドの実施要領が決定され、実

施時期、訪問時間、訪問人数及び受入対応人数、調査方法が示された。実施時期は厚生労働省の医療安全推進週間の前後2週間のうちの1日(3時間)とし、訪問する側はメイン校とサブ校の2校で1施設を訪問することとされた。訪問人数は2校合わせて6人が標準とされ、各校の人数は協議で決めることとされた。受け入れる側は、医療安全推進室室長、医療安全担当者を含む3名以上6名以内とし、副院長又は準ずる医師・看護師・担当事務職員などが対応することとされた。自己評価票は毎年必要な改訂を行うこととなった。第2回相互ラウンドでは分院についても一部地域で施設を抽出して試行的に実施することが決められたが、第3回以降については、協会加盟のすべての私立医科大学附属病院分院に対し、相互ラウンド参加の募集を行うこととなった。また新規項目として「感染防止対策」について項目を設けられた。

平成21年度までに実施された4回の相互ラウンドでは、全国を6ブロックに分けて実施されていたが、施設数の少ない地域ブロックにおいて、訪問校2校と被訪問校1校が、例年同じ組み合わせになるなど、組み合わせの限界が指摘されるようになった。そこで平成22年度より、全国を東西2ブロックに分けることで各ブロックに含まれる施設数を増やすと共に、訪問校が2校から1校に変更された。そうすることで毎回同じ施設同士の訪問となるのを避けられるようになった。平成22年度のラウンド日程・時間は、10月から翌年3月までの期間のうち1日とし、時間は13:00～16:00までの3時間を目安とすることとなった。

平成23年度より、感染予防と感染対策の向上を図るため、医療安全対策委員会の下部組織に私立医科大学病院感染対策協議会が設置された。そして医療安全と同様に感染対策においても、施設間で創意工夫を学び合い、相互に発展と改善につなげることが必要であることから、医療安全相互ラウンドと連携して相互ラウンドを実施することとなった。

なお平成24年度診療報酬改定で新設された感染防止対策加算1・2、地域連携加算は、本院と分院の区別なく届出が行われたことから、原則として、分院を含むすべての協会加盟大学附属病院が相互ラウンドを実施することになった。医療安全部門と感染対策(制御)部門の相互ラウンドは、同一日の実施が原則とされ、訪問時間と相互ラウンドの所要

時間は病院間で決定された。なお感染と医療安全ではチェック項目数が異なるため、例えば平成25・26年度は訪問時間の目安として医療安全は13:00～17:00、感染は10:00～17:00とされていた。

特定機能病院で相次いだ医療事故を受けて

平成26年に3つの特定機能病院で、提供された医療に関連して生じた死亡事故が相次いで報告された。北関東の大学病院では、平成22年から平成26年の間に、腹腔鏡による肝臓切除手術を受けた患者8人が相次いで死亡したことが報道された。都内の大学病院では頸部リンパ管腫の摘出手術を受けた男児が、3日後に急性循環不全で死亡し、術後投与されたプロポフォールが原因だった可能性があると考えられた。また都内の大学病院以外の特定機能病院では研修中の外科系医師が、脊髄造影には禁忌薬であるウログラフィンを誤投与し、高齢女性が亡くなった。

特定機能病院から相次いで報告された重大死亡事故の反省から、特定機能病院における医療安全管理対策の強化を目的に、多くの医療安全のルールが追加された。具体的には、平成28年6月に厚生労働省令第110号にもとづき医療法施行規則の改正が行われ、特定機能病院の承認要件が見直された。その中で、安全管理の現場による確認方法として、医療法施行規則第9条の23第1項第11号によりピアレビューの規定が新設された。これは特定機能病院の管理者の義務として、他の特定機能病院と連携し、年に1回以上、職員を相互に訪問させ、必要に応じ、医療に係る安全管理の改善のための技術的助言を行わせるというものであり、平成29年度から毎年実施することが定められた。これにより、医大協の相互ラウンドのうち、本院間の相互訪問だけが義務付けられることとなった。

国立大学附属病院では相互チェック、私立医科大学病院では相互ラウンドと呼んでいた従来の相互訪問によるチェックでは、私立・国立の各グループ内でその時点で必要と考える独自の項目の確認が行われていた。これに対して特定機能病院間で実施することが義務付けられたピアレビューでは、以下の技術的助言を行うことが定められた。

- (ア) インシデントやアクシデントの報告等の状況(報告、分析、改善策の立案及び実施等)
- (イ) 医療安全管理委員会の業務の状況

- (ウ) 医薬品等の安全使用体制の状況（医薬品安全管理責任者の業務等）
- (エ) 高難度新規医療技術又は未承認新規医薬品等を用いた医療の提供の適否等を決定する部門の運用状況
- (オ) 監査委員会の業務の結果及び監査委員会からの指摘への対応状況

〔「医療法の一部を改正する法律の一部の施行について」平成5年2月15日健政発第98号厚生省健康政策局長通知〕

なおピアレビューは、従来から独自に実施されてきた相互ラウンドと別に実施することも可能であったが、訪問回数増加は大きな負担となることから、医大協では相互ラウンドとピアレビューを同日に実施することとした。

国立及び私立の大学病院本院では、従来から相互訪問を実施してきたことから、公立大学病院本院およびナショナルセンター等も、私立および国立のグループに所属して相互訪問を行うことになった。義務化後初回となる平成29年度の相互ラウンドは、私立医科大学病院本院29施設に公立大学病院4施設とナショナルセンター等5施設が加わり、計38施設で実施された。初回は、内容や形式のみならず相互ラウンド参加校も暫定的なもので、制度変更に伴う本格的な内容の更新は平成30年度に入ってから行われた。

現在の医療安全の仕組みへ

相互ラウンドが現在の形になったのは平成30年度からである。平成29年度の暫定的な実施を経て、医大協では相互ラウンドのみならず医療安全体制の充実を図るために、医療安全対策委員会の小山信彌委員長（東邦大学医学部特任教授）を中心に、新たな体制作りの検討が始まった。平成30年6月より、医大協加盟大学の附属病院を会員とする体制の設立に向けた実務者間での話し合いが始まり、平成30年9月開催の第19回医療安全対策委員会で、医療安全連絡会議の設立が正式に決定された。医療安全連絡会議運営委員会（以下、運営委員会）も設置され、委員は医療安全を担当する実務者である医師、看護師、薬剤師、事務の各職種から選出された。委員の中から東邦大学医療センター大森病院の渡邊正志教授が委員長に選出された。体制の設立と並行して平

成30年度の相互ラウンドで用いる「医療安全相互ラウンド自己評価票」が作成されたが、これは従来の自己評価表に特定機能病院に必須の項目を加えて暫定的に作成されたものであった。

なお平成30年度から医大協が実施する相互ラウンドには、私立医科大学附属病院本院29施設に加えて、ナショナルセンター等7施設が含まれることになった。

平成31年3月23日に第1回医療安全連絡会議が、アルカディア市ヶ谷（私学会館）で開催された。総合司会は委員長の渡邊教授が務めた。プログラムは、文部科学省高等教育局医学教育課及び厚生労働省医療安全推進室所属の専門官からの講演で開始された。次いで平成30年度医療安全相互ラウンド実施報告として、①訪問時に優れた取組・参考となった事例、②受入時の技術的助言とその対応、③相互ラウンドの今後の在り方について、4施設から報告された。また同会議の今後の運営や、次年度のラウンドに向けての意見交換が行われた。

平成31年度（令和元年度）に入り、前年度に暫定的に作成された自己評価票について、運営委員で分担して検討することとなった。運営委員会は前記のように医療安全を直接担当する多職種の委員から構成されているため、運営委員の専門領域を優先して担当領域が決定された。各運営委員は自ら担当する領域について、特定機能病院の立入検査に先立って作成を命じられる「安全管理体制の確保状況調書」を参考に改訂を行った。改訂された自己評価票を用いた令和元年度相互ラウンドは、予定通り令和元年9月から令和2年1月までの1日で行われた。第2回医療安全連絡会議の開催に備えた第5回運営委員会は、令和元年12月にアルカディア市ヶ谷で開催されたが、その時点では相互ラウンドの報告書は集まっておらず、自己評価票及び実施報告書の分析結果は、令和2年3月14日に東京ガーデンパレスで開催が予定されていた第2回医療安全連絡会議で公表予定となった。

新型コロナウイルス感染症による足止めの影響

令和元年12月に中華人民共和国で原因不明肺炎として確認された新型コロナウイルス感染症は、令和2年1月16日に国内第1例目の患者が発見され、同月30日、世界保健機関（WHO）により「国際的

に懸念される公衆衛生上の緊急事態（PHEIC）」を宣言された。2月に入り多数の患者が国内で発生したことなどから、医大協では各病院への影響や対応を考慮して、2月20日付で第2回医療安全連絡会議の中止が公表された。連絡会議と同日に開催が予定されていた第6回運営委員会も延期となり、令和元年度の相互ラウンドで集められた各施設の自己評価票及び実施報告書のデータは、概要が厚生労働省へ報告されるにとどまった。

令和2年度に入って新型コロナウイルス感染症はますます猛威を振るった。私立医科大学病院は、本院分院共に地域の基幹病院として重症患者への最後の砦となっている場合も多く、新型コロナウイルス感染症により逼迫した重症患者の受入に忙殺されていた。例年実施されてきた「医療法第25条第3項に基づく特定機能病院への立入検査」さえ87病院のうち8病院に対しての実施にとどまり、他の病院に対しては、書面などによる確認となった。医大協で前年度の相互ラウンド結果の分析や自己評価票の改訂が行われる機会はなく、私立医科大学病院の相互ラウンドは前年の自己評価票を用いて、書面（自己評価票）又はオンラインによる実施となった。

令和2年度の医大協の相互ラウンドの結果報告を行う第3回医療安全連絡会議は、当初からWeb会議としての実施が予定された。それに先立って1年3か月ぶりとなる令和3年2月12日に第7回運営委員会が開催され、報告会の実施形式について検討された。その結果、運営委員が担当する領域の自己評価結果を分析し、医療安全連絡会議で報告することになった。結果として運営委員により自己評価票の全てのデータが分析され、私立医科大学病院本院の医療安全に関する現状が全ての大学病院本院間で共有される最初の機会となった。

相互ラウンドの新たな展開

令和3年度より、医療安全連絡会議委員長に筆者が就任し、伝統ある医大協の医療安全管理に携わらせていただくことになった。当面の目標として、相互ラウンドにより医大協へ報告されるデータを、適切に集計して会員施設へフィードバックし、今後の医療安全管理に役立てていただくこと、さらに国公立大学の安全管理体制を学ぶ機会を作り、すべての特定機能病院が必要な情報を共有し合うことを掲げた。

まず令和2年に聖路加国際病院が特定機能病院に認定され、令和3年度から医大協の相互ラウンドに加わるようになった。結果として私立医科大学病院本院29施設を加えた37施設での相互ラウンド体制となっている。

令和元年度に項目が改訂された自己評価票の報告結果が、第3回医療安全連絡会議を契機に詳細に分析されたことで、自己評価票の課題が明らかになった。平成18年度に相互ラウンドを開始して以来、自己評価票は必要に応じて修正が行われてきたが、「私立医科大学病院として何をすべきか」という観点での検討はなされてこなかった。そこで令和3年度は、私立医科大学病院として達成すべき評価項目を意識して、運営委員会で自己評価票を改訂することになった。具体的には、私立医科大学病院が法令や診療報酬制度とは別に独自に行ってきた安全管理上の取り組みを評価し、相互ラウンド参加施設で共有することを目指した。得られたデータは分析を行った後に、すべての私立医科大学病院へフィードバックすることとした。またこれまで収集だけを行ってきた分院のデータについても分析を行い、フィードバックすることとした。

また医療安全活動は私立や国公立と言った運営体制によらず、良い点を学び合うことが必要である。そこで国立大学附属病院医療安全管理協議会と医大協医療安全連絡会議へ相互にオブザーバー参加し合うことで、情報共有を図ることを目指した。令和3年11月19日開催の「第35回国立大学附属病院医療安全管理協議会総会」へ、医大協より運営委員を中心とした7名が、逆に令和4年3月14日開催の「第4回医療安全連絡会議」へ10国公立大学から23名が、相互にオブザーバー参加した。この取り組みは今後も続けて行く予定である。

おわりに

以上のように、私立医科大学病院では、大学病院が通常必要とされる安全管理に加えて、独自色のある医療安全管理が行われ、それを医大協が総括して情報共有を図るという体制がとられてきた。今後も医大協の相互ラウンドや、国公立大学病院との報告会の相互オブザーバー参加を通じて、全ての病院が互いにより優れた安全管理を学び合い、医療安全管理が日々前進することを願っている。

久留米大学病院における医療安全管理の取り組み

久留米大学特命教授
久留米大学病院医療安全管理部
田中 芳明 氏



久留米大学病院医療安全管理部

田中芳明¹⁾、横山晋二^{1,2)}、高瀬谷徹^{1,3)}、西尾真^{1,4)}、早川晴美¹⁾、富田康裕¹⁾、林ゆかり¹⁾、
二田水裕子¹⁾、合原則隆¹⁾

Yoshiaki Tanaka, MD, PhD¹⁾, Shinji Yokoyama, MD, PhD^{1,2)}, Tohru Takaseya, MD, PhD^{1,3)}, Shin Nishio, MD, PhD^{1,4)}, Harumi Hayakawa¹⁾, Yasuhiro Tomita¹⁾, Yukari Hayashi¹⁾, Yuko Nitamizu¹⁾, Noritaka Goubaru¹⁾

1) 久留米大学病院医療安全管理部

Division of Medical Safety Management, Kurume University Hospital

2) 久留米大学医学部内科学講座心臓・血管内科部門

Department of Internal Medicine, Division of Cardiovascular Medicine,
Kurume University School of Medicine

3) 久留米大学医学部外科学講座心臓・血管外科部門

Department of Surgery, Kurume University School of Medicine

4) 久留米大学医学部産婦人科学講座

Department of Obstetrics and Gynecology, Kurume University School of
Medicine

はじめに

診療技術や医療機器、医薬品が日々高度に進化する医療環境において、我々医療従事者は安全で良質なチーム医療を実践する責務がある。しかしながら、医療システムは多職種による協働で成り立つため、数多くの連携作業で発生し得るヒューマンエラーのすべてを回避することはできない。エラー誘発要因は種類、数ともに多く、エラーを未然に防ぐ予防策の策定のみならず、エラー発生後の被害の拡大防止にも努めなければならない¹⁾。

著者は全科型の Nutrition support team でチーム医療を実践する中、不十分なインフォームド・コンセント (IC ; informed consent) により信頼関係の破綻が危惧される事例や診療録記載の不十分な症例

など様々な経験から、リスクマネジメントの観点で2010年より医療安全管理に関わるようになった。当時の当院の医療安全管理は、医師、看護師それぞれ1名の最低限の体制で稼働しており、著者はまず兼務の立場で参画し、学内のインシデント報告等の情報収集や再発防止策の立案方法などを学び、また全職員の医療安全に対する意識向上の目的で学外講師を積極的に招聘した。自身も各種医療安全講習、医療安全管理者・推進者養成課程をそれぞれ修了して、医療安全管理に関する見識を深めた。

2012年に医師2名、看護師2名、事務職3名の7名体制で初代の医療安全管理部専任部長に就任し、現在は専従7名(医師1名、看護師3名、薬剤師1名、事務職2名)、専任1名、兼任6名の14名体制で活動している。

医療安全管理部の業務

医療安全管理部のスタッフは、診療環境を注視しながら安全で良質な医療システムの確立と職員の養成を主導し、医療安全活動を実践していくことが重要な職務となる。安全管理体制の確保に向けて、年度当初に安全管理業務を企画立案し、年間を通してその評価を行う。また医療安全管理部カンファランスを毎週実施し、また多職種協働のインシデント小委員会、医療安全推進委員会、救急蘇生小委員会、医療安全管理対策委員会などを月1回定期的に開催して、医療安全のツールとして最も重要なインシデント報告を分析し、再発防止策や改善策を策定する。再発防止策は各部門・部署と連携し、特にヒューマンエラーに焦点をあて、様々に複雑な状況へ柔軟に対応して調整を行い、現場が抱える問題に対し職種横断的に策定する。策定後は前述の各種委員会で情報を共有するが、これらが現場で周知徹底され安全活動を推進することが再発防止に重要となる²⁾。セーフティコントロールチーム委員会は、多職種メンバーで各部署を巡回して安全対策の実施状況を把握、分析し、業務改善等の具体策を計画、推進する。2010年からの2022年1月までの約12年間に実施した業務改善項目は376項目にも及ぶ。一方、教育面では、安全で質の高い医療を提供できる医師・医療スタッフの養成を目的に、卒前教育としては医学部医学科、大学院医学研究科、医学部看護学科、臨床検査専門学校、職員採用時オリエンテーションなどで医療安全管理学教育を実践し、加えて卒後教育として定期的に職員研修を企画・実施し、医療者同士や患者とのコミュニケーションエラーの防止を図り、ノンテクニカルスキルの高い医療者の育成を目指している。

2010年以降の数年間で、特定機能病院において相次いで重大な医療事故が発生したことを受け、2015年、厚生労働省は「チーム医療やガバナンスなどの医療安全管理体制に重大な不備が存在する」として、大学病院等の医療安全確保に関するタスクフォースを立ち上げ、特定機能病院を対象とした集中立ち入り検査を実施し、後に医療事故調査制度が施行された。翌年、特定機能病院の承認要件の見直しについて改正省令が施行され、医療法施行規則が一部改正された。

以下に、承認要件の見直しに関する改正省令に対

応した当院の取り組み、殊に診療内容のモニタリング状況について概説する。

診療内容のモニタリング

病院における医療安全は、医療安全体制の整備とガバナンス（内部統制）の確保が重要で、これらは健康保険法の療養担当規則に則った適時調査と、医療法施行規則による立ち入り検査で整備状況が評価、指導される。承認要件の見直しでは、1. ガバナンスの確保・医療安全管理体制について、2. IC及び診療録等、3. 高難度新規医療技術の導入プロセス、4. 職員研修の必須項目の追加と効果測定の実施の4項目についてとりまとめられた。ガバナンスの確保・医療安全管理体制は内部統制と外部監査に言及され、内部統制では、医療安全管理責任者の配置や医師、薬剤師及び看護師の医療安全管理部門への専従など7項目が定められ、中でも医療安全管理部門の体制強化としての医療安全に資する診療内容のモニタリングの実施が求められている。現在、当院では①高難度新規医療技術全実施例の説明書、同意書の取得状況および診療記録内容、IC同席率、②重要な説明の場でのIC同席率・患者反応記録率、③画像診断および病理診断報告書の目的外診断発生時の対応状況、④IC記録全般に関する監査、⑤転倒・転落発生率、⑥検査結果報告書見落とし防止策（患者への説明と記録）の実施状況、⑦静脈麻酔下で行う処置・検査時のモニタリング実施状況、⑧全入院患者に対する深部静脈血栓塞栓症予防策実施状況（リスク評価、予防計画立案および説明状況、予防策実施状況など）、⑨院内急変事例、⑩全死亡症例の診療録確認（入院時、侵襲的処置・検査時、退院時のIC記録）の10項目について診療内容のモニタリングを実施し、モニタリング結果は定期的に医療安全管理対策委員会、診療部長会、看護師長会、医局長会などを通じて全職員に周知している。これらの中で①～④の4項目について概説する。

（高難度新規医療技術全実施例の説明書、同意書の取得状況および診療記録内容、IC同席率）

当院では、重要な説明の場への医療チームメンバー立ち合いに関する病院の方針を医療安全管理マニュアルに定め、院内統一を図っている（図1）。患者・家族・医療チームで情報を共有し、継続的に合

意に向けての役割分担および説明における同一性を確保し、患者・家族の精神的支援に努めるために他の医療メンバーの立ち合いを必須とした。具体的には、患者影響度レベル3b以上の医療事故や高難度新規医療技術に該当する治療を行う際など、図1に示す7項目で他職種（主に看護師）の立ち合いを明記している。やむを得ず立ち合いができなかった場合も、説明後に患者・家族の精神的ケアを実施し、患者の反応や理解度を診療諸記録に記載する。

高難度新規医療技術全実施例の説明書、同意書の取得状況および診療記録内容、IC同席率について2019年5月から2021年7月までモニタリングした結果、説明書、同意書の取得は100%で診療記録内容に不備はなく、IC同席率はコロナ禍においてもほぼ100%で推移した。その後、第6波で電話でのICが主となり同席が困難な場合も、医師の電話IC後に看護師による再度の電話でのIC後の聞き取りが実施された事例もあり、精神的ケアにおける立ち合いの重要性の認識が向上してきている。

(重要な説明の場でのIC同席率・患者反応記録率)

高難度新規医療技術を除く重要な説明の場でのIC同席率・患者反応記録率は図2に示すように、IC同席率は概ね90%前後で推移し、IC後の看護師による患者反応の記録率も、電話でのICの時期で85%以上、それ以外はほぼ95%を超え、年度別にみても向上してきている。医療安全管理部では、IC記録、反応記録等の不備な症例がある際は当該部署に連絡し、改善を促している。

(画像診断および病理診断報告書の目的外診断発生時の対応状況)

全国で検査結果報告書の見落としに起因する死亡

図1：重要な説明の場への医療チームメンバー立ち合いに関する病院の方針

関係する職種が重要な説明の場に立ち合い、患者・家族・医療チームで情報を共有し、継続的に合意に向けての役割分担および説明における同一性を確保すること

やむを得ず立ち合いができなかった場合は特に、説明後に患者・家族の精神的ケアを実施する。医療チームで情報を共有し、患者・家族の精神的支援に努めるために、説明内容、立ち会い時や立ち会いできなかった場合の説明後の患者・家族の反応を診療記録に記載する。

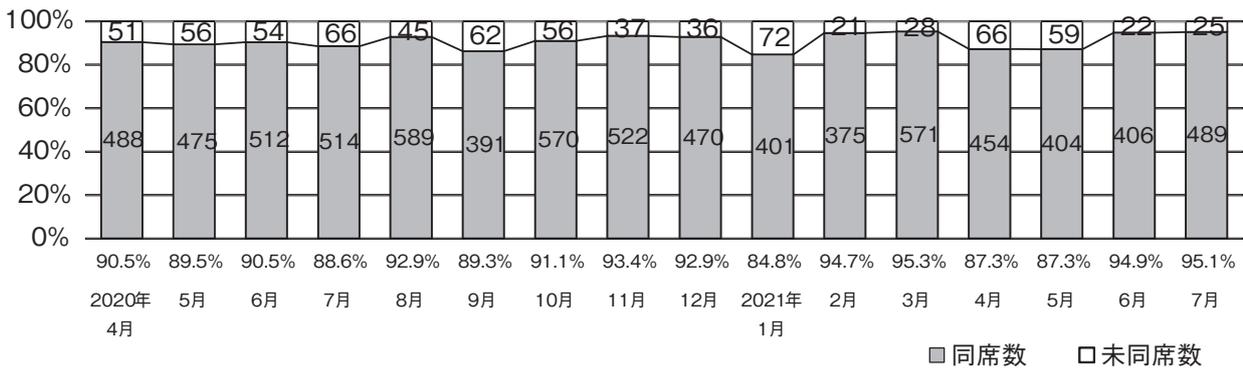
「重要な説明の場に医療チームメンバーの立ち合いを要するケース」

- 1) 医療安全に関すること
 - ① 患者影響度レベル3b以上の医療事故
 - ② 療養上の世話に関するものなど、患者影響度レベル3a以下でも患者への影響が大きいと判断した場合
- 2) クレーム、暴言・暴力行為、無断離院など
- 3) 入院診療計画書の治療方針を変更する時
 - ① 治療の中断もしくは中止、終末期の治療等の意思決定時
 - ② 療養の場所を決める時（治療を受ける医療機関、転院先、緩和ケア、在宅療養の選択等）
- 4) 高難度新規医療技術に該当する治療を行う時
- 5) 告知（特に予後不良の病名の場合）を行う時や急変または症状悪化時
- 6) 外来を通らない緊急入院の重症患者
- 7) 一人で説明を受ける患者
（患者側、医療者側ともに一人の場合であって、理解力等に問題があると考えられる場合）

事例が後を絶たないことから、2017年11月、2012年に医政局から発出されていた「画像診断報告書の確認不足」に関する医療安全情報の再確認の周知徹底が通知された。さらに2018年にも、文部科学省からも同年に出された医療安全情報第2報の再確認と、報告書の未読に気付ける仕組み等を早急に構築するよう通達された。目的外診断が発生した場合、単に、画像診断や病理診断を依頼した医師が報告書に目を通したか把握する既読・未読管理システムを導入しても、依頼医が報告書の内容を正しく理解したかどうかは明確でない。さらに、目的外診断に対する検査計画や治療方針などの患者説明を含めて確認するシステムでなければ、治療の遅れなど、重大なインシデントに繋がる可能性がある^{3,4,5)}。

当院では2018年7月から検査部門と医療安全管理部が協力し、「検査結果報告書確認依頼書」を用いた運用により確実な情報の共有が可能となる「検査結果報告書未読および説明漏れ対応策」を導入し、この対応策のモニタリングを開始した。画像検査などで目的臓器以外に病変が見つかり目的外診断がなされた際は、検査依頼医の見落としを防ぐため画像診断センターから依頼医に必ず確認の電話をする。連絡がつかない場合も数度は電話されるが、時間経過とともに連絡が失念され見落としに繋がる場合もあり得る。そこで今回の対策では、電話連絡がつか

図2：重要な説明の場におけるIC同席率、IC後の患者の反応の記録率



重要な説明の場におけるIC看護師同席率 (高難度新規医療技術を除く)

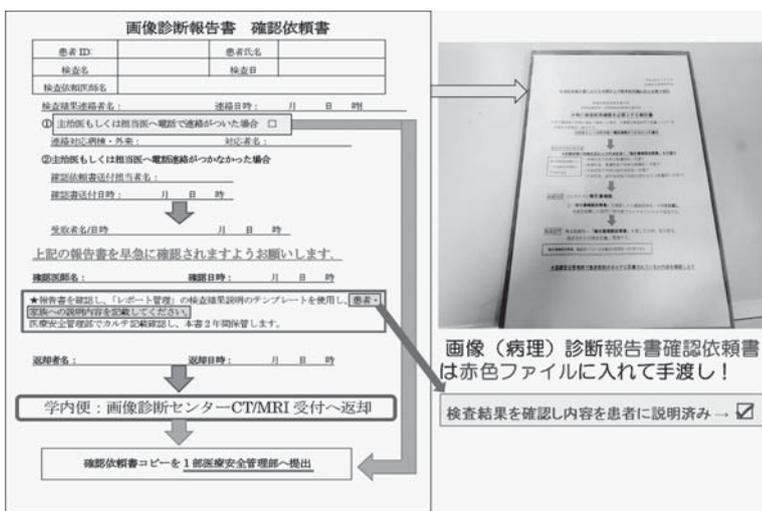
(年度)	(IC同席率)	(IC後の患者反応記録率)
2019.4~2019.9	81.2%	モニタリング未実施
2019.10~2020.3	88.3%	90.0%
2020.4~2021.3	91.0%	94.2%
2021.4~2022.1	94.4%	94.2%

ない場合、「検査結果報告書確認依頼書」を警告色の赤い封筒に入れ、直接、病棟医長あるいは外来医長に手渡し、同封の「検査報告書確認依頼書」に内

容を確認した依頼医がサインと日時を記入し、検査部門へ戻す仕組みとした(図3)。記載済みの「検査結果報告書確認依頼書」は同時に医療安全管理部に送付され2年間保管する(電話

連絡がついたものも依頼書上部にチェックのみ入れ、検査部門から医療安全管理部に送付)。その後、医療安全管理部で診療録記載をモニタリングし、報告書に関する患者説明内容がカルテに未記載の場合や他科紹介などを含めた検査計画が立案されていない場合は、医療安全管理部から直接依頼医に電話連絡し確認をとる。2022年3月時点で確認した目的外診断は76件(画像診断69件、病理診断7件)で、見落としや未対応は発生していない。

図3：検査結果報告書確認依頼書を用いた運用(2018年7月~)



画像：目的外診断報告件数	病理：目的外診断報告件数
69件	7件

- ・患者、家族への説明後は、患者・家族の反応を必ず記載
- ・全例で見落としなく報告書が確認され、患者への説明とカルテ記載が実施済み(令和4年3月)

(IC記録全般に関する監査)

当院では、IC記録はリスクマネージャー(診療部長)が管理責任者となり、患者、家族の理解度を含めIC記録を行うよう指導し、サブリスクマネージャー(病棟医長)は監査シートに沿ってインフォームド・コ

ンセント内容を監査する（図4）。具体的には7項目について定期的に、また事故発生時にも監査するが、特に、患者家族の反応（理解度）や、患者の個性に合わせた説明（説明書に下線、○印チェック等の記載）、頻度の低い合併症でも生命危機など有害事象が発生する可能性、などは重要項目と捉え十分に説明されているか確認する。事故発生時には事故報告書とともに監査シートも医療安全管理部に提出することとしている。医療安全管理部ではサブリスクマネジャーの協力のもと2017年以降にICに関する監査実施状況の定点調査を行っている。図5は2017年7月～2019年10月ならびに2021年6月～8月入院中の患者、それぞれ1,795名と425名（診療科数29）の監査実施状況をまとめたものであるが、上記重要項目のうち患者家族の反応（理解度）や患者の個性に合わせた説明に関してはいずれも10%強の記載不備が指摘されており、引き続きIC記録の重要性について周知していく必要がある。

その他の取り組み

その他の取り組みとして、機器の誤操作やデータ誤記による重大事故の防止策を行っている。フリーフロー事故防止を目的にアンチフリーフローの輸液、経腸ポンプを導入した。また、誤入力、未入力、タイムラグのリスクの軽減、患者誤認やデータ転記ミス予防、および測定業務の効率化を目的として、NFC（near field communication）通信による通信機能付きバイタル測定器（HR ジョイント[®]）を導入してすでに数か所の病棟で電子カルテとの連携を開始し、初回のアンケート調査で入力エラーの防止や業務効率の向上など医療安全面で高評価を得ている。今後全病棟で運用予定である。

また昨今、医療で特に重要視されていることの一つに積極的に患者さんに医療に参加して頂く“患者

図4：ICに関する監査シート

令和4年4月1日改訂
医療安全管理部

インフォームド・コンセントに関する監査シート

***医療法施行規則ではインフォームド・コンセントの適切な実施の確認が求められています。**
管理責任者（リスクマネジャー）は、定期的に診療録を確認し指導をお願いします。

***運用について**

- サブリスクマネジャーは次の場合に監査を実施する。
①インフォームド・コンセントに関する規則に則り、毎月5事例程度監査を実施する。対象患者はリスクマネジャーが選択する。
②事故発生時（患者影響度レベル3b以上）
- 監査シートは院内統一ファイル（緑色）に綴じ、病棟で2年間保存する。
- 事故発生時は監査シートのコピーをCLIPの報告書と共に医療安全管理部へ提出する。

診療科：	患者名：	患者ID：
サブリスクマネジャー署名：		
監査日：西暦 年 月 日		
監 査 項 目		「O」、「x」を記入する
1	院内統一のインフォームド・コンセント記録文書を使用している。	
2	年月日、時刻（何時～何時まで）、説明場所を記載している。	
3	説明者、同席者（医療スタッフ）、説明を受けた人（病棟）を記載している。	
4	医療チームメンバーが同席している。	
5	説明を受けた人（患者/同席者）の反応を客観的に記載している。	
6	説明書を用いる場合は患者の個性に合わせて説明し、その内容に下線や○印等を入れている。	
7	頻度の低い合併症でも生命の危機など有害事象が発生する可能性がある場合は説明している。	

*監査シートは、電子カルテポータルサイト → 各部室ページ → 医療安全管理部 → インフォームド・コンセント監査関連よりダウンロードできます。

参加型医療”の実践がある。当院は“患者の権利”として、1. 良質の医療を平等に継続して受ける権利、2. 医師、医療機関を自由に選択、変更する権利、他の医師（医療機関）の意見を求める権利、3. 自由意思に基づき医療行為を選択、決定する権利、4. 自分の診療に関し十分な情報を得る権利、機密を保持される権利、5. 尊厳とプライバシーに関する権利などが、医療、医学教育のあらゆる場面で尊重されていることを明示している。同時に、自分自身の健康状態等についての正確な情報提供、実践される医療についての十分な理解と医療への積極的な参加、定められた院内ルールや医療者の指示の遵守をお願いしている。患者参加型医療としては具体的には、安全確保のために“フルネームで名乗って頂くこと”のポスター掲示や院内放送（3回/日）の実施、また検査結果未説明防止に対して、患者さんご自身からも積極的に検査結果を聞いて頂く“患者さんへのお願い”のポスター掲示やカード配布（図6）も行っている。

図 5：IC に関する監査実施状況 定点調査

2017年7月～2019年10月入院中の患者1795名（診療科数29）

監査項目	不備件数	%
1 院内統一のインフォームド・コンセント記録文書を使用している。	113	6.3
2 年月日、時刻（何時～何時まで）、説明場所を記載している。	106	5.9
3 説明者、同席医療スタッフ、説明を受けた人（続柄）を記載している。	130	7.2
4 医療チームメンバーが同席している。		
5 説明を受けた人（患者/同席者）の反応を客観的に記載している。	211	11.8
6 説明書を用いる場合は患者の個性に合わせて説明し、その内容に下線や○印等を入れている。	323	18.0
7 頻度の低い合併症でも生命の危機など有害事象が発生する可能性がある場合は説明している。		

2021年6月～8月入院中の患者425名（診療科数29）

監査項目	不備件数	%
1 院内統一のインフォームド・コンセント記録文書を使用している。	32	7.5
2 年月日、時刻（何時～何時まで）、説明場所を記載している。	51	12.0
3 説明者、同席医療スタッフ、説明を受けた人（続柄）を記載している。	38	8.9
4 医療チームメンバーが同席している。	130	30.6
5 説明を受けた人（患者/同席者）の反応を客観的に記載している。	53	12.5
6 説明書を用いる場合は患者の個性に合わせて説明し、その内容に下線や○印等を入れている。	71	16.7
7 頻度の低い合併症でも生命の危機など有害事象が発生する可能性がある場合は説明している。	36	8.5

不備件数：「×：できていない」項目の数（評価が△の項目は×としてカウント）

おわりに

近年、高度で侵襲的な検査や処置を実施する症例は多くなり、医療行為のリスクはますます大きくなっている反面、医療スタッフには大きな期待感も発生している。したがって、医療の実施に当たっては十分なICの実施と、医療者間の適切なコミュニケーションの実施が、エラーの防止や患者さんとの信頼関係の構築の上で有用となる。さらに、説明内容を含め、患者さんがどのような反応をしたかということまでの双方向のプロセスの記録が、医療訴訟を含めたその後の対応に重要といえる。これらのためには、卒前後の医療安全教育の実践、定期的な医療安全管理研修会の実施、安全管理マニュアルの整備と見直し、リアルタイムな医療安全情報の院内配信⁹⁾、さらに、外部監査委員会や特定機能病院間の

図 6：患者参加型の検査結果未確認防止カード

- ・画像検査終了後、センター受付で手渡し
- ・組織検査終了後、医師が手渡し

相互ピアレビューの実績運用などに真摯に取り組み、医療の質、安全性の向上を目指していくことが肝要と考えている。

【文 献】

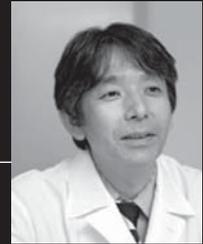
- 1] 河野龍太郎：医療安全におけるヒューマンエラー 第2版. 医学書院, 2014
- 2] 遠山信幸：インシデント報告とその活用 JOHNS 34 (10) :1404-1406, 2018.
- 3] Hardeep Singh, MD, MPH; Eric J. Thomas, MD, MPH; Shrinidi Mani, BA, et al: Timely Follow-up of Abnormal Diagnostic Imaging Test Results in an Outpatient Setting Are Electronic Medical Records Achieving Their Potential? Arch Intern Med.169 (17) :1578-1586, 2009
- 4] 桜井直樹：【画像診断レポートの見落としを防げ！医療安全に寄与するシステム導入・運用のポイント】画像診断レポート見落とし対策のためのシステム導入事例 患者説明状況を含めた未読既読管理. INNERVISION 35 巻7付録: 16-17, 2020
- 5] 武田理宏：【レポート未読が起こる理由、なくす方法】この方法で既読システムを安全に導くレポート見落とし対策として病院情報システムが持つべき機能、新医療 47: 60-65, 2020
- 6] PMDA 医療安全情報：独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA; Pharmaceuticals and Medical Devices Agency）安全対策業務、情報提供業務、医療安全情報 2020

大学病院における医療安全管理の取り組み

順天堂大学医学部附属順天堂医院

医療安全機能管理室副室長
医療安全機能管理室室長
医療安全推進部部长

山本 宗孝氏
川崎志保理氏
小林 弘幸氏



はじめに

本邦の医療安全元年は、患者取り違え事故のあった1999年といわれている。その後医療安全を取り巻く社会情勢は大きく変化し、2004年に日本医療機能評価機構への事故報告が義務化され、2006年には国立大学病院における医療上の事故等の公表に関する指針が発表される一方、医師法21条に関する異状死体の届出が問題となった。2015年10月には「提供した医療に起因する予期せぬ死亡事故」に対する医療事故調査制度の法令が施行された。さらに2018年6月には特定機能病院のガバナンス体制の強化および高度な医療安全管理体制の確立等を目的とした改正法が施行され、管理者の責務として医療の高度の安全を確保することが規定された。

順天堂大学医学部附属順天堂医院ではこういった社会の動きに先駆け、1997年に医療安全（リスクマネジメント）活動を開始し、2000年に「医療安全対策室」が設置され、2004年に「医療安全管理室」と名称を変更した。2007年には、医療安全管理室・感染対策室・健康管理室（現安全衛生管理室）をまとめた医療安全推進部を設立して、実践的にも組織的にも万全の医療安全管理体制を構築してきた。

2019年4月からは、医師・看護師・薬剤師のみならず、診療放射線技師・臨床検査技師・臨床工学技士の医療専門職を兼任室員として医療安全管理室に迎え入れ、より一層強固な医療安全管理体制を整えた。2020年度からは、医療安全を担う医療安全管理室と医療の質を担う病院機能管理室を統合し、医療安全機能管理室を新たに設置して、医療の質・安全の維持と向上を主業務とし、Joint Commission International (JCI)・日本医療機能評価機構の病院機能評価の2つの外部評価への対応整備から学び得

られたことを念頭に、次世代の医療の質・安全の構築を目標として活動している。また、特定機能病院としての関東信越厚生局および東京都福祉保健局による年に1回の立入検査や外部委員による外部監査委員会など、法的に定められているチェック機構への対応も重要な業務として位置付けられている。

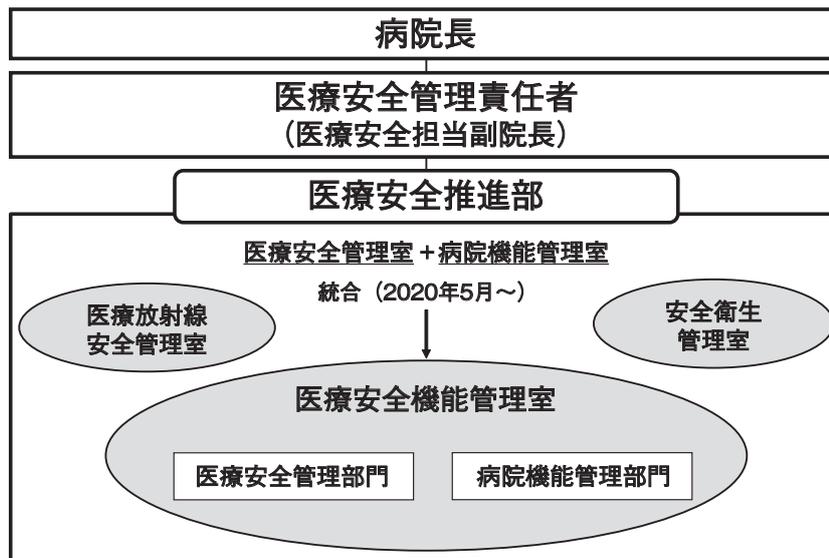
本稿では、①当院の医療安全管理体制、②外部評価の一つであるJCI受審への医療安全管理部門の対応、③医療法施行規則に基づく高難度新規医療技術・未承認新規医薬品等に関する取扱いへの医療安全管理部門の対応に関して紹介する。

当院の医療安全管理体制

当院の医療安全管理体制は、病院長のもと、医療安全担当副院長が医療安全管理責任者を務め、その下に医療安全推進部が配置されている（図1）。医療安全推進部は安全衛生管理室と医療放射線安全管理室に加えて、医療安全機能管理室で形成される。医療安全機能管理室は、もともと独立した組織であった医療安全管理室と病院機能管理室が、2020年5月に統合して誕生した。現在、実質的に医療安全管理については医療安全管理部門が担当している状況にある。医療安全管理部門は、専従は医師1名、看護師3名、薬剤師1名、事務2名、専任医師が2名、兼任は医師7名、診療放射線技師1名、臨床検査技師1名、臨床工学技士1名で構成されており、院内のいずれの診療科、部署とも連携をとりやすい体制が整っている。

医療安全管理部門では、提出されるインシデントレポートの全てを確認し、毎週の部内ミーティングでインシデントレベル3b以上の事例については全例検証を行う。また死亡事例についても全例検証を行い、これらの検証結果は毎週病院長および医療安

図1：医療安全管理組織図



全管理責任者へ週報として報告される。毎月開催される医療安全管理委員会において、委員全員にインシデントレベル 3b 以上の事例および死亡事例について確認を依頼し、委員より疑義のあった事例については委員会で再度検討される。また、特に重大なインシデントが発生した場合は 24 時間 365 日体制で対応する SE (Sentinel Event) 対策チームへ連絡が入り、必要時は関連部署で事例の検討会を実施し、その後の対応方針を決定していく。患者家族とコンフリクトが発生する可能性がある事例については、顧問弁護士との綿密な連携をとることも役割の一つである。

全部署に配置されているリスクマネージャーが、医療安全に関する双方向性の役割を担っている。現場で日々提出されるインシデントレポートの内容確認と修正を行い、部署責任者と連携して原因分析と再発防止策の立案の活動を展開する。また、月に 1 回のリスクマネージャー全体会において共有される病院全体および他部署の各種情報や指示を、自身の部署へ周知する。医療安全に関する各種レクチャー開催の情報を共有するとともに受講状況を把握し年に 1 回の報告を行う。さらに、リスクマネージャーは数名のグループ単位で年間を通じて医療安全に関するテーマを定めて取り組みを立案実行し、年度末に報告する。医療安全管理部門では、各グループからの報告を年報に掲載し全部署へフィードバックすると共に、一部は正式な院内ルールへと発展させている。

医療安全管理部門は、院内の医療安全活動を各方向へ発展させるハブ役を担っているといえる。

Joint Commission International (JCI) がもたらしたもの

2015 年 12 月に JCI 初回審査を受審し、本邦における大学附属病院本院として初めての JCI 認証病院となり、2018 年 12 月には初回の更新審査を受審した。初期の 2 回の受審においては、審査をパスすることを目的として対応を展開せざるを得ない状況もあった結果、本質的な理解や対応が不十分な領域も散見されていた。特に米国と本邦の医療システムの違いによるギャップが大きな原因の指摘事項に対して、審査をパスするために過剰な手順や記録を実施しなければならないような場面は、JCI に対する現場のアレルギーともいえる反応を引き起こすことすらあった。一方で、重要な項目についてはポリシーという対応方針や手順を明確に文書化するというスタイルは、院内の様々な慣習で行われていた対応について整理するという文化が確立されるきっかけとなった。また、各部署でリスクアセスメントを行って問題点を明確化（数値化）し、改善の方策を立案してその効果を Quality Indicator としてモニタリングしていくという体制は、現場ごとの具体的な改善活動の主体的な実施につながっている。また、医療安全の観点で最も重視される項目は、国際患者安全目標 (International Patient Safety Goals : IPSG) と呼ばれるものであり、6 個の目標から構成されて

表1：国際患者安全目標
(International Patient Safety Goals : IPSG)

IPSG 1	患者を正確に識別する
IPSG 2	効果的なコミュニケーションの改善を図る
IPSG 3	ハイアラート薬の安全性を高める
IPSG 4	安全に外科手術を行う
IPSG 5	医療関連感染のリスクを低減する
IPSG 6	転倒転落による患者のリスクを低減する

いる(表1)。これらは一つでも対応が不十分と判定されると認証が保留される最重要項目である。

◇IPSG 1：患者を正確に識別する

当院では2個の識別子として、フルネームと誕生日(生月日)を用いている。正しい患者識別のためには、特定と照合の2段階が必要であることを強調している。特定とは、その患者が間違いなく本人であることの確認であり、2個の識別子を名乗ってもらうことが基本となるが、装着時に特定を行っているリストバンドは、以降はそのリストバンドの確認(印字されているフルネームと誕生日の目視確認もしくはバーコードリーダーでの認証)をもって特定実施と定義している。照合とは、提供する医療の内容を示す病院側の媒体と患者が一致しているかを確認する行為であり、例えば外来診察時であれば展開している電子カルテ画面、採血時は検体スピッツに貼付されたラベル、放射線検査時は検査オーダー画面、服薬時は薬袋などが、病院側の媒体として定義されている。つまり、患者識別とはただ単に患者に名前などを名乗ってもらうという受け身の姿勢だけでなく、その場面に応じた照合という行為を医療者側も行うことで完結する行動であるということを強調している。現在、院内で継続的に実施している患者識別実施率調査においても、特定と照合の2段階の行動が適切に行われているかを調査し、フィードバックしている。最近では、医師の中から外部の医療機関での診療においても患者確認の行動を条件反射的に行なっている、行わないとなんだか安心できないという意見さえ聞かれるようになってきた。全職員がこのような感覚を有するようになることが本質的な目標である。

◇IPSG 2：効果的なコミュニケーションの改善を図る

この目標では、診断検査の重大な所見、いわゆるパニック値発生時の報告プロセスの定義が求められる。放射線検査や病理診断検査のレポート内容確認の管理に加えて、検体検査や生理機能検査時など迅速な対応が求められる場合の報告プロセスが必要であるが、Point of Care Testing (POCT) と呼ばれるベッドサイド等で行われる血糖値や血液ガス分析検査機器での電解質の迅速検査においても同様の対応を行う必要がある。

また、部署間やスタッフ間の申し送りに関してもプロセスの定義が求められている。この点について一部の診療科医師からは、どのような報告も自身もしくは自身のチームに行なわれて常に自分達で対応している現状では、特に申し送りというプロセスは明確には定義していないという意見が聞かれる。しかし、2024年に導入がひかえている医師の働き方改革に際しては物理的にもそのような対応の継続は困難であり、今後、適切な医師—医師間の申し送りのプロセスの構築に取り組む必要があると認識している。

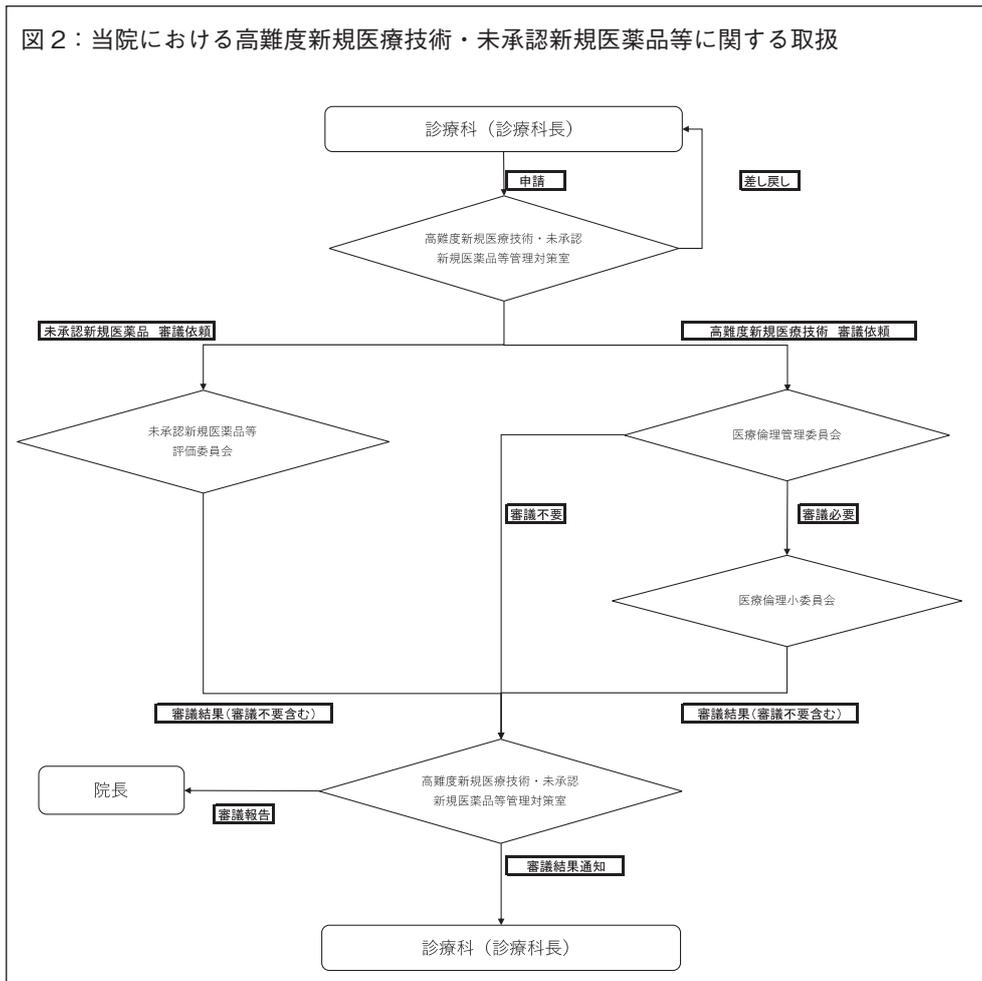
◇IPSG 3：ハイアラート薬の安全性を高める

ハイアラート薬、つまり取り扱いに様々な理由で注意すべき薬剤、また高濃度電解質製剤については、定義管理および周知により使用者への意識づけを促すとともに、例えばオーダーリングシステム上でのエラー回避の設定が重要であると考え、可能な範囲で実現しているが十分とはいえないのが現状である。

◇IPSG 4：安全に外科手術を行う

手術部位のマーキング、実施前のタイムアウト、実施後のサインアウトというプロセスは、すでに多くの医療機関で導入されている。JCIで定義されている様々な項目は、一部米国と本邦の医療システムの違いにより達成のために工夫を要する。当院でも初期には外科手術および侵襲的処置に対して共通の認識を医療者が有する必要があると考え、ある程度過剰な手順も含んだ統一した取り組みを展開してきた。現在では手技の内容や実施場所ごとのバリエーションを考慮したスタイルへの移行を進めているが、必ず実施すべき項目がカバーされているかどうかは厳重に確認している。例えば正しい患者、術式、手術部位の確認は、術前確認のプロセスで直前に実

図 2：当院における高難度新規医療技術・未承認新規医薬品等に関する取扱



施しているためにタイムアウトでの同項目の確認を省きたいというような提案が生じることがある。しかし、正しい患者、術式、手術部位についてエラーが発生した際の患者影響度の大きさを鑑み、これらは常に特定するという目標を達成するために複数の戦略を用いるという原則が示されている。効率化の視点が決して安全の視点を揺るがすことのないようにという、象徴的な取り組みの場面であると認識している。

◇ IPSPG 5：医療関連感染のリスクを低減する

当院では、病院長直轄の組織である感染対策室が中心となって展開している。特にコロナ禍の現在、手指衛生の概念が JCI 受審を契機に根付いていたことで、職員が共通の理解のもとに新規感染症に対する日々刻々と変化していく感染対策行動に関する指示に迷うことなく対応できた。

◇ IPSPG 6：転倒転落による患者のリスクを低減する

医療機関において、転倒転落による医療事故は永遠の課題である。当院では入院患者の転倒転落リスクの可視化（リストバンドによる）とその対策の立案と、全外来患者に対するリスク評価（目視によ

る）を全体の目標として定めつつ、リスクアセスメントに基づいた場面ごとの対策を展開している。例えば入院患者が病棟で使用する履物に対するエビデンスに基づいた指導（スリッパ使用による歩行の不安定さのデータを示して使用を禁止した）や、外来患者のリスク低減のために、患者年齢に応じたモニタリングの結果をフィードバックして各部署での対策につなげるなどの対策を進めている。現在は、特に外来患者において付き添い者がいるにも関わらず高頻度に発生する転倒事故に対して、付き添い者用の転倒リスク軽減の教育プログラムの展開を始めている。また、コロナ禍での外出自

粛に伴う運動機能低下に対する改善プログラムを、診療科や講座単位で作成し、院内でも啓蒙活動を展開している。

このように、IPSPG に限らず様々なルールに対してモニタリングを適切に行い、結果を分析して既存のルールの問題点を抽出し、改善活動を継続する。さらにリスクアセスメントに基づいて根拠をもって新しい取り組みに着手していく。そしてそれらの取り組みによって変更、作成されたルールは適宜明文化していくという基本姿勢が、JCI の 3 回の受審により院内に定着しつつあるのが現在の当院の状況である。

高難度新規医療技術・未承認新規医薬品等に関する取扱

2016 年に医療法施行規則に基づき、特定機能病院に対して高難度新規医療技術・未承認新規医薬品等に関する取扱を整備することが求められ、当院でもその対応を行なった。ポイントは各施設における高難度新規医療技術の実施や未承認新規医薬品の使用

に関して、適切な審議と承認がなされているか、実施後のフォローアップの体制が確立されているか、これらの対応を管理する部門（委員会ではなく）が設置されているかという3点である。

当院では、高難度新規医療技術・未承認新規医薬品等を用いた医療提供に関して、組織横断的に適正かつ一元的に管理統轄を担う部門である高難度新規医療技術・未承認新規医薬品等管理対策室を設置し、未承認新規医薬品等評価委員会、医療倫理管理委員会、医療倫理小委員会を新設し対応している（図2）。
◇未承認新規医薬品等の取扱について

未承認新規医薬品等の使用に関する申請を受けた管理対策室長は、未承認新規医薬品等評価委員会に審議を依頼する。管理室長は評価委員会での審議の結果を踏まえ、当該未承認新規医薬品等の使用の適否及び使用条件について決定し、申請を行った診療科の長に対しその結果を通知する。当該未承認新規医薬品等が適正な手続きに基づいて使用されていたかどうかに関し、評価委員会が定期的に、及び使用後に患者に健康被害が発生した場合など必要なタイミングで診療録等の記載内容を確認し、管理対策室長へ報告し、管理対策室長が病院長へ報告する。

◇高難度新規医療技術等の取扱について

高難度新規医療技術等の実施に関する申請を受けた管理対策室長は、医療倫理管理委員会に対して、当該高難度新規医療技術等を用いた医療の提供の適否等について意見を求める。医療倫理管理委員会は申請内容を確認し、必要に応じて下部に設置する医療倫理小委員会へ、その適否、実施を認める条件等を検討し管理対策室長へ報告するよう求める。管理対策室長は、医療倫理管理委員会、医療倫理小委員会からの報告を踏まえ、当該高難度新規医療技術等を用いた医療の提供の適否等について決定し、申請を行った診療科の長に対しその結果を通知する。医療倫理管理委員会は、当該治療実施後3ヶ月の情報を収集し、それらの情報に基づき3ヶ月以上経過した患者について追加情報収集の可否を協議し、また、規定された審議必要回数（5回）以降の実施における審議の可否について協議した上で、管理対策室長へ報告する。管理対策室長は病院長へ順守状況を報告する。

医療安全管理部門は、未承認新規医薬品等評価委員会および医療倫理小委員会の必須メンバーとして審議に参加し、実施の際の患者説明内容も必要があれば承認条件として提案するなどの役割を担ってい

る。また、高難度新規医療技術・未承認新規医薬品等が必要となる患者は重篤な状態であることが多く、その実施が医療コンフリクトの原因とならないように、開始の時点から注視して適宜サポートを行うようにしている。

おわりに

当院で医療安全管理対策が開始されて、今年は四半世紀が経過する節目の年である。本邦の医療安全管理に関する指針も成熟しつつあり毎年の立入検査や外部監査への対応も系統だっで行えるようになってきた。JCIや病院機能評価機構の監査への対応は、いわゆるPDCAサイクルに乗せることで継続した確認改善活動が定着しつつあり、今後は室として統合された病院機能管理の視点での対応をサポートしていく形となっていくであろう。もちろん今後も法に基づく医療機関への新たな要請は継続することが予測されるため、確実な情報収集と遅滞のない対応開始に、医療安全管理部門が果たすべき役割は大きい。さらに、昨今は医療コンフリクトの内容が、医療内容に起因するものだけではなく医療者と患者および患者家族との関係性に起因するものが増加してきている印象があり、医療事故への対応も複雑化の一途をたどっている。医療安全対策は患者安全を確保するものである一方で、医療者の安全も守らなければならない。しかし、コンフリクトの先にある係争を考慮しつつの対応が、時に患者感情をいたずらに刺激することもある。医療者を守ろうとしてもルールの逸脱に起因する医療事故の場合は、医療者の感情への配慮も重要となる。

大学附属病院の医療安全管理部門とは、新しい時代の医療の質と安全のあり方を目指して、エビデンスに基づく対策の発信や、IT、AIを利用した新しい病院管理のシステムの構築が求められており、今後の発展が期待されている分野である。一方、医療事故対策という点では、人対人のデリケートな調整は決して無くなることはなく、誰かが担わなければいけない領域として医療安全管理部門の重要な役割として今後も変わらず存在していくことを、あらためて認識している次第である。

論

医療現場へのIT/AIの実装の課題と AIホスピタルプロジェクト

慶應義塾大学病院 副病院長 医学部放射線科学教授	陣 崎 雅 弘 氏
慶應義塾大学医学部 拡張知能講座特任教授	洪 繁 氏
慶應義塾大学医学部 放射線科学特任助教	橋 本 正 弘 氏
慶應義塾大学病院 病院長 医学部整形外科学教授	松 本 守 雄 氏
慶應義塾常任理事 医学部外科学教授	北 川 雄 光 氏

壇

1 はじめに

近年、人工知能（AI）は第3次ブームを迎えたと言われ、産業界では徐々にAIが活用されるようになってきている。一方、医療業界においても、人工知能に関する論文報告が着実に増えてきており、臨床現場でのAI活用への期待が高まっている。その様な中で、医薬品医療機器総合機構（PMDA）で認可されたAIソフトは少しずつ増えつつあるが、思ったほど多くない様にも思える。更に認可されたAIソフトも、実際には医療現場ではそれほど導入されていない。

認可されているAIがそれほど多くない理由としては、医療においては、質の高いデータ収集の難しさ、ディープラーニングのもつ課題、医療AIをめぐる法規制の厳しさ、生命を預かることへの責任の所在、医療情報が時代と共に変化していくこと、など開発レベルの課題が挙げられる。

一方で、臨床現場で思ったほど導入されていないのは、保険収載されておらずコスト面からの懸念があること、高度な専門家の判断を対象にしたAIにばかり大きな期待が持たれていること、医療用AIソフトを現場のワークフローへ組み込むことが思いのほか難しいこと、などが挙げられると思う。

AIが医療で役立つためには、開発とは別に“実装”ということのひとつの大きなテーマとして考えていく必要があると思っている。当院では、そのような視点からIT/AIの病院への実装を目標として、AIホスピタルプロジェクトを進めている。本稿では、開発レベルの課題、実装レベルの課題を述べたのち、我々のAIホスピタルプロジェクトを紹介したい。

2 AIの医療への導入の課題

1) AI開発の課題

AIが臨床現場で活用されるようになるまでには、

①データ収集、②モデル生成、③PMDAによる承認、という過程を経ることになるが、各ステップにそれぞれ課題がある。

最初のデータ収集については、AIの診断能は教師データの質と量に依存するので最も重要である。しかし、2017年の個人情報保護に関する法律の改正で、医療情報は要配慮個人情報とみなされるようになり、ほぼ全ての医療情報は本人同意を得ない第三者提供は行えなくなってしまった。このため、質の高いデータを大量に集めるのは容易ではない。

2つ目のモデル生成においては、2つのことがよく知られている。1つは、コンピューター中間の「隠れ層」での処理がブラックボックス化されて判断根拠が明示されないことである。使用する側からは使いづらい一因になる。2つめは、過学習の問題である。AIモデルが最初の学習データにあまりに適合しすぎて、学習データとは異なるデータで稼働させると正解率が低くなってしまう。

3つ目の承認は、2014年に薬事法が改正され『医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律』に基づいて行われている。薬事法ではハードウェアにインストールすることで医療機器となっていたプログラムなども、それ自体単体で『医療機器プログラム』として規制対象となっている。また、AIソフトは、再学習することで更に精度が向上することが期待できるが、再学習後のAIソフトも再認可が必要になる。この点に関しては、PMDAでも柔軟な対応をすることが検討され、2021年に医療機器の特性に応じた変更計画の事前確認制度（IDATEN制度）が導入された。この制度は、製造販売承認取得後に性能向上等が予定されている場合に、その性能等に関する変更計画について、PMDAが事前に承認しておくことで、その計画の範囲内であれば「製造販売承認事項軽微変更届出」を提出するだけで改良を認めるというものである。従

来は、再認可に対し、数か月の審査機関と手数料もかかっていたので、製造販売業者にとって良い制度である。しかし、事前に提出する変更計画自体も大変な労力がかかるものであるという課題は残る。

2) AI 実装の課題

医療用 AI 実装にあたっての課題は、現場サイドから見ると、大きく3つあるように思う。

1つ目は、人工知能のソフトが保険収載されていないために、医療機関からすると、購入は持ち出しになってしまい、導入コストに見合うか否かを見極める必要がある。これについては、この4月から医学放射線学会の主導で、人工知能管理加算というのが承認された。しかし、これは、画像管理加算3を取得している施設において、人工知能ソフトの管理体制がきちんと行われていれば、画像管理加算が300点から340点にあがるというもので、限定した施設が対象になる。また、人工知能ソフトの個々に対して使用加算がついているわけではない。しかし、加算の方向に向かう様になったことは画期的である。

2つ目は、医療業界では高度な専門的判断を対象にしたものばかりに期待が持たれていることであろう。前述した開発の課題は、いずれも高度な判断を要する課題を対象とした場合の話であり、産業界では、より単純な作業にAIを導入している。医療従事者の負担軽減の視点からも、単純作業を担うAIを導入していくことにもう少し注力してもよいと思われる。

3つ目は、高度な専門的判断を担うAIのワークフローへの組み込みの難しさである。画像診断領

域を例に挙げると、現法では使用できる Picture Archiving and Communication Systems (PACS: 医療用画像管理システム) やビューアなどの読影環境がAIソフト毎に異なっており、大変不便である。PACS やビューアのベンダーが異なっても共通のAIソフトが稼働できるようなプラットフォームが提案されているが、まだ実用的なものが乏しい。

3 AI ホスピタルプロジェクト

1) AI の病院導入を目指して

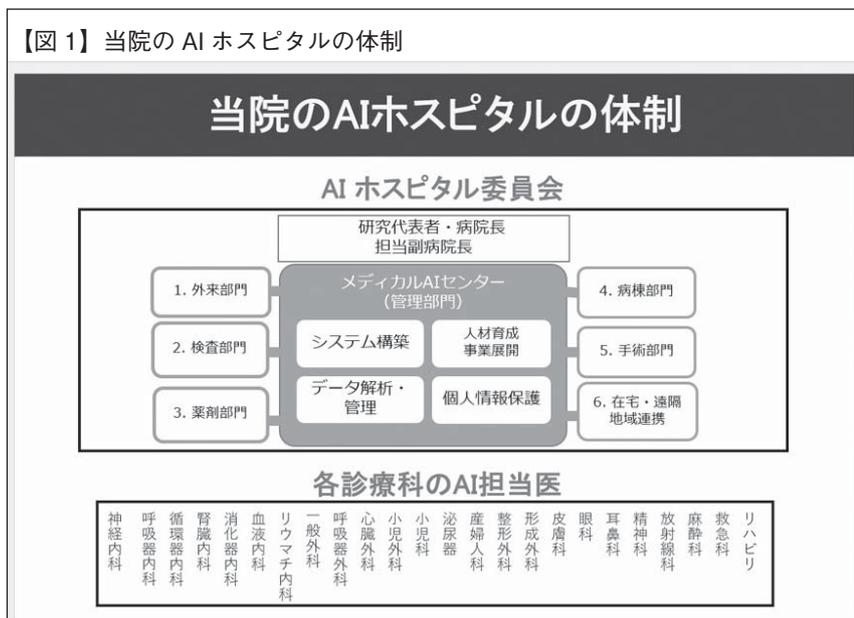
当院では、2017年に慶應メディカルAIセンターを設立し、AI技術の開発及び病院システムへの導入に着手した。この少し前に、内閣府より、AIの実装を目指す社会として、Society 5.0というコンセプトが提唱された¹⁾。これは、仮想空間と現実空間を高度に融合させたシステムにより、経済発展と社会的課題の解決を両立する人間中心の社会と定義されている。ちなみに、Society 1.0は狩猟社会、Society 2.0は農耕社会、Society 3.0は工業社会、Society 4.0は情報社会である。

内閣府は、2018年に医療領域における Society 5.0の実現をめざして「AIホスピタルによる高度診療・治療システム」事業を公募し、当院は全国4つのモデル病院の一つに採択された²⁾。我々は、内部に萌芽するICT・AI技術と外部企業で開発されつつある技術を体系的に導入し、既存システムと新たなシステムを連動させ、未来型医療システムの基盤となるAIホスピタルのモデルを構築することを目標にしている。それにより、患者に安心・安全な医療の提供、患者に高度で先進的な医療サービスの提供、医師・医療スタッフの負担軽減、地域・在宅の高度なサポートを達成することを目指している。

2) 体制づくり

AIホスピタルのような病院全体のプロジェクトにおいては、体制作りが最も重要になる。我々は、慶應メディカルAIセンターのメンバーを中核として、AIホスピタル委員会を立ち上げ、外来部門、検査部門、薬剤部門、病棟部門、手術部門、遠隔部門にそれぞれ責任者を配置した(図1)。そして、AIに関心を持っている人にAI担当医として各診療科に配置した。これ

【図1】 当院のAIホスピタルの体制



により、各診療科がバラバラに行っていた似たような試みも、病院全体が一体化してIT、AI化に取り組む体制を作ることができた。さらに、院内AIホスピタル委員会には病院執行部も参加し、この会議体の中で個別のプロジェクトについて議論し、その場で決議でき、迅速な意思決定のできる体制になった。

3) 具体的な取り組み

慶應義塾大学病院では、現在、30を超える研究課題が進行中で、以下に示す5つに分類している。

- ①セキュリティの高い医療情報データベースの構築
- ②自動音声口述筆記によるコミュニケーション支援
- ③患者との効率的情報共有
- ④院内データの可視化
- ⑤ロボットによる医療従事者の負担軽減

以下、代表的な取り組みを紹介する。

①セキュリティの高い医療情報データベースの構築

遺伝子解析、画像、病理検査情報などのAIを用いた解析を行うには、適切な医療情報データベースが必要になる。医療情報データベースの構築は、電子カルテ系と画像系に分けて、何十とある部門システムを1カ所に集約して見られるような仕組みを構築している。そして、データを一元管理できるような検索システムを導入し、仮名化した上で、研究用データベースを構築しクラウド上で運用するようにしている。また、電子カルテ自体はデータを一元的には見にくいので、統合Viewerを導入し患者情報を一括して見ることができるシステムを開発しつつある。各診療科のカンファレンスなどに便利である。

通常、AIホスピタルというこのデータベースから様々な医師と同等の高度な判断を担うことができるAIソフトを構築することが主眼であるように思われがちである。しかし、我々は医師と同等のことができるAIはあってもなくてもよいので、普及は容易ではないと考えている。このため、以下のどちらかという単純作業を担うAIの導入を積極的に行っており、この点が当院の特徴と考えている。

②自動音声口述筆記によるコミュニケーション支援

目を見て患者と話ができる温かみのある診療の提供を目指し、AI会話音声自動口述筆記の開発を行っている。対話を音声認識して項目別に主訴・既往歴・家族歴・身体所見に分類されるようになり、意味のない単語は全部省かれて重要情報だけを抽出してデータを構造化することを目指している。課題としては、診察室では通常はマイクやヘッドセットを用

いないので、雑音が入り、音声認識の精度がやや落ちることがある。この技術は、看護師が自分の業務内容をスマホに入力することに活用しており、スキマ時間を活用して音声を電子カルテに移行させることで看護記録の業務効率化を行うことができる。この他にも問診のデジタル化・AI化も進めている。

③患者との効率的情報共有

患者さん自身が自分の医療データを持つ仕組みも導入している。患者さんのスマホに処方箋やお薬情報、妊婦さんには超音波検査画像の結果などをデジタル情報で提供している。患者さんが自分の医療データを管理することによって、ヘルスリテラシーが高まることも期待できる。また、Apple Watchを用いて、どのような時に心電図を記録すれば心臓の異常を検出できる可能性が高いかを明らかにすることを目指した研究も行っており、日常生活・家庭での病気の早期発見につなげることを目指している³⁾。

遠隔診療にも力を入れており、妊婦健診は、遠隔妊婦バイタル監視システムを用いることで、体重、血圧、胎児心拍などを自動で取得して、病院に来なくても診られるようになった⁴⁾。また、糖尿病・肥満症外来において、血糖のクラウド管理システムを用いた遠隔診療も開始した⁵⁾。更に、産後うつスクリーニングのための遠隔助産婦面談、外来栄養食事指導や妊婦糖尿病の患者さんの血糖コントロールなどの遠隔栄養相談にも活用している⁶⁾。

④院内データの可視化

病床を如何に管理するかは病院の大きな経営的課題であるが、当院では病床全体の稼働状況をリアルタイムで可視化したり、病床ごとに対応する医療従事者の配置を可視化したり、入院・退院・転入情報の一覧を表示するコマンドセンターを導入した。これからその有効性を検証するが、病床稼働率が1%でも上昇すればその効果は大きい。

また、院内には多数の超音波装置が外来や病棟に置かれて稼働している。これらの中にはほとんど活用されていないものもあり、センサーをつけて稼働状況を可視化した。その結果、1割の台数がほとんど活用されていないことがわかり、それらを中央管理として貸し出し方式にすると共に、何台かは破棄することで不要な保守管理費を軽減させた。

⑤ロボットによる医療従事者の負担軽減

医療従事者の負担軽減を目的として、様々なロボットを導入している。例えば、モノ自動配送ロボットを、全病棟との薬剤や検体の自動搬送に用いてい

る(図2a)。夜間も緊急外来に来られた患者さんが薬剤部まで薬を取りに行く必要がなくなるという利点がある。

また、長距離歩行に不安のある患者さんや足腰に障害がある患者さんの為に、患者搬送用AI自動車いすも導入している⁷⁾(図2b)。自動運転車いすに広告を掲載して広告収入で車いすのレンタル料を支払う様にしており、どこの病院でも導入することができる。さらに、調剤業務を行うピッキングロボットも導入している。正確な調剤による医療安全面の向上と薬剤師の負担軽減ができ、現時点では扱える医薬品の数量・種類に限界はあるが、ほぼ1人分の仕事量に相当する導入効果がある。

この他にも、患者案内ロボットも模索しており、感染した患者さんや放射線医薬品を投与された患者さんなどに医療従事者が直接接することなく、問診や患者誘導に活用することも可能である。

4) 画像診断のAI

画像診断に関してはAIとの相性が良いとされ、多くの研究や開発が行われてきた。実際に、眼底や内視鏡などの画像についてはPMDAの承認も行われている。しかし、放射線領域の読影支援ソフトは、20年も前から機械学習を使って高精度をうたったものが多くありながら、実臨床でそれほど普及していない。深層学習になって、診断精度は更に向上しても、放射線科の現場ではAIを活用した診断はほとんど行われていない。数多くの放射線画像診断のAIソフトが認可されているアメリカにおいても、先進的な主要大学ですら使用状況を尋ねると、ほとんど使っていないという答が返ってくる。

これは、放射線画像には多くの臓器が映っており、多くの疾患が対象となり、読影作業は様々な病態に対応する必要があるマルチタスクな作業である点が

大きい。AIは1つのことしかできないモノタスクなので、どれだけの数のAIソフトを動かせば人と同じレベルの読影ができるかが想定できない。特に放射線画像は、事前に想定していない偶発所見が実は重大な病気であったということはしばしば経験し、偶発所見の見逃しが社会問題や訴訟になっている。1つの疾患を診断できるAIがあっても結局は残りの大部分は人がカバーすることになるので、そのAIはあっても無くてもよいレベルのものになる。また、1つの疾患を診断できるAIも、教師データと疾患分布の異なる施設で使用された場合、偽陽性・偽陰性が意外に多いという過学習が起き、それらを除外していくことが読影者の負担増になっていることも課題の1つである。また、前述したように、数あるAIソフトがそれぞれ異なるPACSやビューア上でしか動かないことも重要な要因である。しかし、読影の際に1つの仕事として入ってくる、臨床的意義の少ない微小な肺結節の拾い上げの様に、重要性は低いのに大変な労力がかかる部分を任せるとするのはAIの有用な活用法であると考えられる。

これまで述べてきた様に、AIホスピタルプロジェクトはどちらかというと単純作業の置換に主眼を置いているが、今後、放射線画像の様な高度の専門家の判断の領域にどのようにAIを取り入れて活用していくかも大きな検討課題である。

4 まとめ

医療へのAIの導入には、開発レベルでも実装レベルでも多くの課題がある。AIホスピタルプロジェクトでは、30以上の研究課題について院内で実証実験が進行している。安全性、有用性を検証し、現在の技術を結集したAIホスピタルのモデルを構築したいと思っている。

【図2】 院内で動いている搬送ロボット



【a】 薬剤・検体搬送ロボット

【b】 人搬送ロボット

参考文献

- 1) https://www8.cao.go.jp/cstp/society5_0/index.html
- 2) <https://www.nibiohn.go.jp/nibio/part/promote/files/SIP-AI-hospital.pdf#search='AI%E3%83%9B%E3%82%B9%E3%83%94%E3%82%BF%E3%83%AB'>
- 3) <https://www.keio.ac.jp/ja/press-releases/2021/2/1/28-77724/>
- 4) <https://www.keio.ac.jp/ja/press-releases/2020/7/15/28-71224/>
- 5) <https://www.keio.ac.jp/ja/press-releases/2020/12/22/28-77042/>
- 6) <https://www.keio.ac.jp/ja/press-releases/2020/10/9/28-75629/>
- 7) <https://www.keio.ac.jp/en/press-releases/2020/Aug/31/49-74338/>

施設紹介

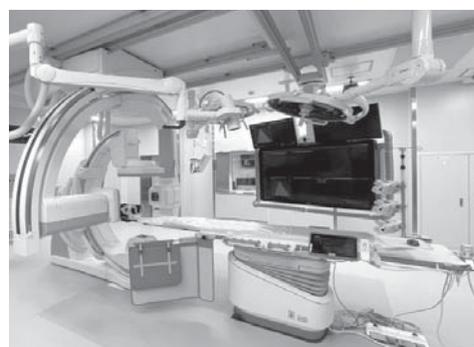
医科大学が果たす役割・使命は、医療の中核的病院としての地域社会の要請、医療技術の進歩等に伴い、社会的重要性は一層高まりつつある。なかでも、高度医療機関かつ医育機関として、充実した機能を備えた大学施設等が、新時代を担うものとして強く望まれている。本誌では、新・増築された協会加盟各大学施設を順次紹介している。

東京女子医科大学

附属足立医療センター開院



北西からの外観



ハイブリッド手術室

地下1階・地上10階建て
敷地面積：27,644.94㎡
延床面積：48,791.65㎡
許可病床数：450床

東京女子医科大学東医療センターは、令和4年1月1日に荒川区から足立区江北へ移転し、名称を東京女子医科大学附属足立医療センターに変更しました。

当院は荒川区に昭和9年の開院から87年に亘り地域の医療ニーズに合わせ発展してまいりました。一方で施設の老朽化と敷地の狭隘化から建替えが難しく移転用地を模索してたところ、同じ2次医療圏の足立区から病院誘致を受けて病院移転を進めてまいりました。また、旧病院と同一エリアにあった看護専門学校、研修医と看護師の寮を合築して整備しました。

病院規模は、地下1階・地上10階建て、敷地面積27,644.94㎡、延床面積約48,791.65㎡、許可病床数450床となっております。病床数は旧病院と同数ではありますが、高度急性期医療を拡充するため、特定集中治療室等を30床増床しました。手術室はハ

イブリッド手術室を含め12室を整備し、救命救急センターにはハイブリッドER（IVR-CT）を導入しております。

また、災害に強い病院を目指すべく病院棟は免震構造となっております。更に、当地は近くを流れる荒川が氾濫した際には5m浸水区域になっていることから、地盤面に盛土を行い1階フロアレベルを周囲より2.5mかさ上げするとともに、防潮壁・防潮扉を設置することで、浸水時においても病院機能を維持します。

今後、附属足立医療センターは、大学病院として高度急性期医療を更に進展することにより、これまで以上に地域の医療機関と連携・協力関係を推進し、最適な医療の提供に邁進していきます。

岩手医科大学

感染症対策センター竣工



外観

2022年3月、岩手医科大学は、新型コロナウイルス感染症重症患者受け入れ専用施設として附属病院敷地内に感染症対策センターを整備しました。

岩手医科大学附属病院では従来、コロナ重症患者をICU内の陰圧個室2室を中心に受け入れを行っていましたが、当該個室以外の病室は開放的に創られていることから、2名以上のコロナ重症患者を収容すると、ICU全体が使用できなくなり、がん、脳卒中、心臓病その他のコロナ以外の高度医療を要する手術がストップし、高度医療の提供に支障が出ておりました。そのため、附属病院とは別棟に本施設を整備することで、附属病院が担う高度医療の提供とコロナ重症患者治療の両立を図りました。

本施設は、コロナ重症患者の集中治療を念頭に、陰圧管理される病床6床に、人工呼吸器やECMO(人工心肺装置)といった生命維持管理装置を整備した他、CT撮影装置を設置することにより、的確な診断の下、コロナ重症患者への迅速かつ万全な治療を提供することを可能としています。また、新型コロナウイルス感染症が終息した後も、新興感染症対応の他、広範な感染症対策に資する施設として継続的に活用することとしています。

新型コロナウイルス感染症第6波の収束が見えない中、今後新たな変異株の発生も懸念されるため、第7波以降の感染拡大や重症化といった脅威に対して、予断を持たず最悪の事態を想定した備えをし、県内唯一の特定機能病院として、そして北東北にお

ける医療の最後の砦として、今後も地域医療を堅持してまいりたいと考えております。

構造： 軽量鉄骨造 1階建

面積： 579.96㎡

機能： 病室6床、CT撮影室、衛生処理室、
感染症廃棄物室、スタッフステーション



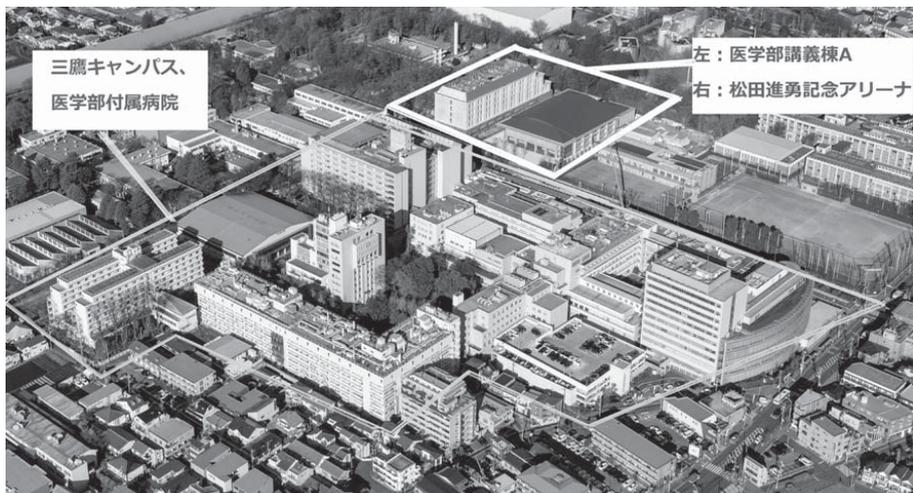
病室



CT撮影室

杏林大学

医学部新講義棟竣工



設備：地上6階建て免震構造
延べ床面積 約11,000㎡

フロア構成	
6F	講義室 小講義室 自習室 演習室
5F	講義室 小講義室 演習室
4F	講義室 自習室 学生ラウンジ
3F	講義室 自習室 講師控室
2F	ラーニングcommons 情報演習室
1F	事務室 ラーニングcommons・カフェテリア

2016年に創立50周年を迎えた杏林大学では、次の50年を見据えて、三鷹キャンパスのグランドデザイン計画を推進しています。その一環として、昨年3月には高度救命救急センターの北側に松田進勇記念アリーナが竣工しました。

そして、学生の教育環境の整備を目的として2020年11月に着工した医学部新講義棟が2022年3月に竣工しました。

この「医学部講義棟A」には、学生や教員のニーズを取り入れ、創造的な学習活動を促進し、知的探究の場となることを目指したラーニングcommonsや併設のカフェ、少人数で学ぶチュートリアルルームや150人規模の講義室などが配置されています。



医学部講義棟A 外観



様々な交流の場となるラーニングcommons。
カフェが併設された1階



3階フロア

関西医科大学

関医タワー竣工



関医タワー全景

関医タワーは令和2年3月に起工し、令和3年12月に竣工。最高部の高さは約116メートルあり、枚方市内はもとより淀川をはさんだ高槻市などの北摂地域や東海道新幹線の車窓からもご覧いただける高層建築物です。

本学の新たなランドマークとなる関医タワーは主に3つの機能を有しています。

一つ目は、本学の国際交流の拠点となる国際化推進センターです。当センターはこれまでの国際交流センターを発展改組し、本学の国際化を推進する組織として令和4年4月に発足、その拠点を関医タワーに設けました。タワー内には国際学会や各種講演会の開催が可能な会議室やセミナー室も設けており、本学は国際交流を更に発展させていきます。

二つ目は、本学に留学する外国人学生のための留学生宿舎です。本学に在籍する世界各国からの留学

生や研究生などに滞在してもらうことを目的としており、本年9月に開設予定の「国際大学院」生が在学する際の滞在拠点ともなります。

三つ目は、患者さんやそのご家族の休憩・宿泊施設「関医タワーホテル」です。枚方キャンパス周辺には本学附属病院に来院される患者さんやそのご家族が安心して滞在できる宿泊・休憩施設がほとんどなく、そういった施設の設置について要望をいただき、今回実現することができました。

この関医タワーは本来の教育・研究の国際化と患者サービス向上に資する、名実ともに本学のシンボルタワーとなります。本タワー開設を機に本学は、日本のみならず世界の医学教育・研究・医療に貢献できる大学として更なる発展を遂げていきたいと考えています。

関西医科大学

関医慈仁館竣工



関医慈仁館全景（上部後方は関医タワー）

令和4年3月、関西医科大学枚方キャンパスに「関医慈仁館（かんいじじんかん）」が竣工しました。

当館は令和4年3月に竣工した本学のシンボルタワーである「関医タワー」および平成30年に竣工した「看護学部棟」の隣接地に位置する地上5階建て鉄筋コンクリート造りの建物で、元々NPO（特定非営利活動）法人が総合介護事業所として使用していた土地・建物を本学が取得し、改修したものです。

本学の「中期計画2022～2027」における施設整備計画に基づき、現在附属病院隣接地にある既存の学生のクラブハウスの改修整備を主目的として整備したもので、1階と4～5階には本学の体育会・文化会クラブの部室、男女別の更衣室・シャワー室、用具保管スペース、ミーティングルーム、防音設備

を備えた音楽練習室といったクラブ活動のために必要な施設の他、2階には本学独自の潜在看護師復職支援の取り組みである「関医・看護師リカレントスクール」で使用する研修室・会議室・ミーティングルームなどの研修施設、3階には看護学部学生の自習室、倉庫などを設置しています。

建物名は関西医科大学の建学の精神「慈仁心鏡」に由来する名称として「関医慈仁館」と命名しました。

当館の整備により、学生厚生補導環境の改善、看護学部生のための自習スペース追加確保など学生サービスの向上および看護師復職支援のための教育研修環境の向上に引き続き努めていきます。

関西医科大学

附属光免疫医学研究所開所



研究所のある枚方キャンパス医学部棟（左；北棟4階、右；中央棟7階、11階に研究所は所在）

令和4年4月、関西医科大学は附属光免疫医学研究所を開所しました。

がん細胞に結び付きやすい薬の投与後、人体に無害な近赤外線を照射することにより、薬と近赤外線が化学反応を起こし、がん細胞を破壊するという最新のがん根治療法である「光免疫療法」を研究する本邦初の研究所で、手術療法・化学療法・放射線療法・免疫療法に続く、第5のがん治療法として様々ながんに適応されるよう、臨床応用に向けた研究を推進していきます。

本研究所は枚方キャンパス医学部棟4階に本キャンパス開設時から確保していた将来スペースに加え、7階、11階も含め合計約1,660㎡の規模を有し、光免疫療法用の新規薬剤開発を中心に基礎研究を行う「基盤開発部門」、光免疫療法後に起こる免疫反応について詳細な解析を行う「免疫部門」、光免疫

療法後の実験動物および患者の組織を比較しながら検討する病理学の研究を行う「腫瘍病理学部門」の3部門を設置しています。

所長には光免疫療法の生みの親である小林久隆特別教授（米国NIH国立衛生研究所主任研究員）が就任。発足当初は限られた人数でスタートしますが、今後、適切な人材の確保を進め、最終的には全体として総勢30名程度の規模とする予定です。設備及び機器についてもさらなる拡充を行い、光免疫療法の研究拠点としてふさわしい環境を構築し、国内外の研究者と共同研究を積極的に行っていくことで、大学や研究所だけでなく民間企業との共同研究も行い、光免疫療法に関連する機器や器具の開発にも貢献できればと考えています。

《訃報》

日本私立医科大学協会の理事を歴任され、日本の医学界の発展に多大な貢献をされました先生方が相次いでご逝去されました。ここに生前のご功績を偲び、謹んで哀悼の意を表します。



杏林大学 竹内一夫名誉学長が逝去 ～脳死判定基準をまとめる～



杏林大学元学長で名誉学長の竹内一夫先生は、令和3年12月8日に逝去されました（98歳）。

竹内名誉学長は、昭和21年に東京帝国大学（当時）医学部を卒業した後、東京大学講師、虎の門病院脳神経外科部長などを経て、昭和48年に教授として本学に着任し、医学部に脳神経外科学教室を開設しました。昭和58年から医学部長、昭和63年から平成10年までは学長を務めました。また、日本私立医科大学協会では、平成7年6月から平成9年5月まで、教育・研究部会担当副会長を務めました。

特筆すべき功績として、厚生省（当時）の特別研究事業「脳死に関する研究班」の班長として昭和60年に脳死判定基準をまとめました。いわゆる「竹内基準」と呼ばれるこの判定基準では、深い昏睡や自発呼吸の消失、脳波が30分以上平坦になるなどの項目を、必要な知識と経験を持つ臓器移植に無関係な2人以上の医師で確認するといった基準が設けられました。また、6歳未満の小児は対象外とされました。その後国内では、平成9年に臓器移植法が施行され、脳死からの臓器移植が行われるようになり、竹内基準は、日本の脳死臓器移植の確立に道筋をつけるものとなりました。さらに、平成12年には6歳未満の小児の脳死判定基準も策定しました。

竹内一夫先生
〔略歴〕

大正12年 生誕
昭和21年 東京帝国大学医学部卒業
昭和32年 東京大学講師
昭和33年 虎の門病院脳神経外科部長
昭和48年 杏林大学医学部教授
昭和58年 杏林大学医学部長
昭和63年－平成10年 杏林大学学長
平成23年 杏林大学名誉学長
他 平成3年 紫綬褒章受章

その他、現在は「もやもや病」として知られ、難病に指定されている、原因不明の脳血管の病気の症例を昭和30年の段階で報告しました。

このような長年にわたる医学、医療への多大な貢献に対して、平成3年には紫綬褒章を受章しています。

ここに生前の多大なる先生の功績を称え、謹んでご冥福をお祈りいたします。

学校法人慈恵大学顧問 岡村哲夫先生ご逝去



学校法人慈恵大学顧問、前理事長、東京慈恵会医科大学第9代学長、名誉教授の岡村哲夫先生は、令和3年8月3日（火）に逝去されました。享年91でした。

先生は、昭和4年9月7日神奈川県横浜市に生まれ、昭和30年東京慈恵会医科大学を卒業されました。その後は、循環器内科医師として研鑽された後、聖マリアンナ医科大学に異動され多くの後進を指導されました。

昭和61年に東京慈恵会医科大学の循環器内科教授に着任してからは、内科学教授、附属病院長、学長、学校法人慈恵大学理事長として、本学学祖の高木兼寛先生の建学の精神を尊重した大学改革を先導されました。医学教育研究室を開設し、医学教育の改善に努められ、教育改革の大きな力になりました。病院と大学を組織図上明確に分け、患者中心の医学・医療のための改革も推進されました。大学と附属病院の建築計画においても、患者と学生や教職員の交錯を避けるという原則に立って建築計画を見直し、先ず入院棟建築に着手され、現在の中央棟が平成12年に竣工、大学1号館が平成14年に竣工しました。

また、一般社団法人日本私立医科大学協会では、広報委員長や教育・研究部会の副会長を担当されました。とりわけ、教育・研究部会は、国の医師数適正化対策として行われた医学部入学定員削減の要請に対する綿密な対応、医師国家試験出題基準の改善に関する対応、初期臨床研修必修化に向けて研修医が研修に専念できる環境整備を求める折衝など、様々な問題に取り組みされました。

ここに生前の功績を偲び、謹んでご報告いたします。



「岡村哲夫先生を偲ぶ会」
令和3年11月27日（土）
東京慈恵会医科大学1号館講堂

地域医療振興協会会長・前日本医学会会長・自治医科大学名誉学長・
国立国際研究センター名誉総長・元東京大学医学部長・東京大学
名誉教授 高久史磨先生ご逝去



地域医療振興協会会長・前日本医学会会長・自治医科大学名誉学長・国立国際研究センター名誉総長・元東京大学医学部長・東京大学名誉教授 高久史磨先生におかれましては、令和4年3月24日（木）にご逝去されました。91歳でした。

高久先生は、昭和6年2月11日に東京に生まれ、昭和29年3月東京大学医学部医学科を卒業されました。その後、東京大学医学部第三内科教授として、内科学全般の研究に分子生物学及び分子遺伝学の研究手法をいち早く導入し、臨床的テーマに対して基礎的アプローチによる研究を精力的に行い、数々の優れた研究成果を上げられました。また、多くの優秀な若手研究者の育成とその指導で卓越した手腕を発揮し、その後の我が国における内科学研究の大きな潮流を引き起こす源流になったものとして高く評価されました。

平成8年4月からは、自治医科大学の第2代学長に就任され、同大学のさらなる発展に努め、地域の医療・福祉に挺身する気概と高度な臨床能力を身に付けた優秀な卒業生を各都道府県に送り出すことによって、我が国の地域医療の発展に大きく寄与されました。同大学では地域医療と並行して先端医学にも取り組み、大学全体の活性化をもたらし、高久先生のリーダーシップにより平成15年に21世紀COEプログラムに採択され、「先端医科学の地域医療への展開」をテーマに、研究活動を展開されました。さらに、分子病態治療研究センターの研究からは、肺癌の原因遺伝子の発見、パーキンソン病に対する遺伝子治療など、トランスレーショナル・リサーチの大きな研究成果が生み出されました。

また、学会活動面では、日本内科学会理事長、日本内科学会会頭、日本血液学会理事長、日本血液学会会長、日本癌学会会長などを歴任し、平成11年には、第25回日本医学会総会会頭として、同学会創立100周年記念の総会を成功させました。さらに、平成16年からは日本医学会会長として、日本医学会全体の発展に尽力されました。

これらの業績により、平成6年4月に紫綬褒章を受章され、平成24年11月に瑞宝大綬章の栄誉に浴されました。

ここに生前の多大なる先生の功績を称え、謹んでご冥福をお祈り申し上げます。

医大協ニュース

岩手医科大学

《役職者の人事》

- ◎副学長
酒井明夫（再任）
- ◎医学部長
佐々木真理（再任）
- ◎附属病院長
小笠原邦昭（再任）
- ◎附属内丸メディカルセンター長
下沖 収（再任）
- ◎医歯薬総合研究所長
平 英一（再任）
- ◎図書館長
古山和道（新任）
- ◎いわて東北メディカル・メガバンク機構機構長
佐々木真理（再任）
以上、令和4年4月1日付

《教授の人事》

- ◎医学部臨床腫瘍学講座
岩谷 岳
令和4年3月1日付
- ◎統合基礎講座衛生学公衆衛生学講座
丹野高三
- ◎医学部呼吸器外科学講座
出口博之
以上、令和4年4月1日付

《事務局の人事》

- ◎事務局長
山本和博
令和4年4月1日付
- 《名誉教授の称号授与》

- ◎医学部耳鼻咽喉科学講座
佐藤宏昭
- ◎統合基礎講座衛生学公衆衛生学講座
坂田清美
- ◎医学部救急・災害・総合医学講座救急医学分野
井上義博
以上、令和4年4月1日付

日本大学

《人事異動》

- ◎教授就任
木暮宏史（消化器肝臓内科学分野）
令和4年4月1日付
- ◎教授退任
森山光彦（消化器肝臓内科学分野）
根東義明（医療管理学分野）
以上、令和4年3月31日付

日本医科大学

《人事》

- ◎基礎科学主任
中村成夫（再任）
令和4年4月1日付
- ◎大学院教授
清家正博（呼吸器内科学分野）
石井寛高（解剖学・神経生物学分野）
令和4年4月1日付
岩部真人（内分泌代謝・腎臓内科学分野）

令和4年5月1日付

- ◎教授
福田いずみ（内分泌糖尿病代謝内科学分野）
令和3年10月1日付
長谷部孝（生物学分野）
令和4年4月1日付
- ◎臨床教授
井上潤一（武蔵小杉病院救命救急科）
令和4年4月1日付
- ◎特任教授
松山琴音
Deshpande Gautam
南 砂
以上、令和3年10月1日付
貝瀬 満
土佐眞美子
北村義浩
以上、令和4年4月1日付
- ◎付属病院院長
汲田伸一郎（再任）
- ◎武蔵小杉病院院長
谷合信彦（再任）
- ◎多摩永山病院院長
中井章人（再任）
- ◎千葉北総病院院長
別所竜蔵（再任）
以上、令和4年4月1日付
- ◎知的財産推進センター長
桑名正隆（再任）
令和3年12月1日付
- ◎健診医療センター長
村上隆介（再任）
令和4年1月1日付

- ◎研究統括センター長
弦間昭彦（再任）
令和4年2月1日付
- ◎国際交流センター長
小川 令（再任）
- ◎ICT推進センター長
林 宏光（再任）
- ◎先端医学研究所所長
福原茂朋（新任）
- ◎呼吸ケアクリニック所長
日野光紀（再任）
- ◎成田国際空港クリニック所長
赤沼雅彦（再任）
- ◎ワクチン療法研究施設所長
廣田 薫（再任）
以上、令和4年4月1日付
- 《定年退職》
- ◎大学院教授
杉原 仁（内分泌糖尿病代謝内科学分野）
弦間昭彦（呼吸器内科学分野）
田中信之（遺伝子制御学部門）
小澤一史（解剖学・神経生物学分野）
- ◎教授
岡 敦子（生物学）
明樂重夫（女性診療科・産科）
以上、令和4年3月31日付
- 《称号授与》
- ◎名誉教授
田中信之
杉原 仁
弦間昭彦
小澤一史
明樂重夫
岡 敦子
以上、令和4年4月1日付
- 《訃報》
野村武夫名誉教授は、令和3年9月25日に逝去されました。享年92
庄司佑名誉教授は、令和4年1月22日に逝去されました。享年93
野村俊明名誉教授は、令和4年1月25日に逝去されました。享年67

東邦大学

- 《教授人事》
- ◎教授就任
大橋 靖（腎臓学講座）
令和4年2月1日付
- ◎教授退任
赤坂喜清（病理学講座）
五十嵐良典（内科学講座消化器内科学分野）
海老原覚（リハビリテーション医学研究室）
関口隆三（放射線医学講座）
與田仁志（新生児学講座）
渡邊善則（外科学講座心臓血管外科学分野）
以上、令和4年3月31日付
- ◎名誉教授称号授与
赤坂喜清
五十嵐良典
渡邊善則
以上、令和4年4月1日付

東京医科大学

- 《法人》
- ◎常務理事（退任）
河島尚志（大学病院小児科・思春期科学分野主任教授）
令和4年3月31日付
- ◎理事（就任）
福井次矢（茨城医療センター病院長）
令和3年10月1日付
御手洗征子（八王子医療センター副看護部長）
令和4年1月1日付
- ◎理事（退任）
清田朝子（大学病院看護部長）
令和3年12月31日付
河島尚志（大学病院小児科・思春期科学分野主任教授）
令和4年3月31日付

《大学》

- ◎病院長（就任）
福井次矢（茨城医療センター）
令和3年10月1日付
- ◎主任教授（就任）
本間 宙（救急・災害医学分野）
令和4年1月1日付
沢田哲治（リウマチ・膠原病内科学分野）
令和4年2月1日付
田栗正隆（医療ケア・サイエンス分野）
赫 寛雄（神経学分野）
山中 岳（小児科・思春期科学分野）
永川裕一（消化器・小児外科学分野）
以上、令和4年4月1日付
- ◎教授（就任）
平本正樹（生化学分野）
令和4年2月1日付
小林大輝（茨城医療センター内科系分野総合診療科）
加藤雪彦（八王子医療センター内科関連分野皮膚科）
中津川宗秀（八王子医療センター病院機能関連領域病理診断科）
本田彰子（大学医学部看護学科）
以上、令和4年4月1日付
- ◎臨床教授（就任）
萩原幸彦（麻酔科学分野）
令和4年1月1日付
三輪 隆（糖尿病・代謝・内分泌内科学分野）
令和4年4月1日付
- ◎病院長（退任）
小林正貴（茨城医療センター内科系分野腎臓内科）
令和3年9月30日付
- ◎主任教授（退任）
織田 順（救急・災害医学分野）
令和3年9月30日付
相澤仁志（神経学分野）
河島尚志（小児科・思春期科学分野）
土田明彦（消化器・小児外科学

分野)

以上、令和4年3月31日付

◎教授(退任)

小林正貴(茨城医療センター内科系分野腎臓内科)

令和3年9月30日付

Williams Jeremy David(国際医学情報学分野)

沼部博直(小児科・思春期科学分野)

河野 淳(耳鼻咽喉科・頭頸部外科学分野)

以上、令和4年3月31日付

◎臨床教授(退任)

荻原幸彦(麻酔科学分野)

令和4年3月31日付

《名誉教授稱號授與》

三木 保(医療の質・安全管理学分野)

令和3年9月1日付

小林正貴(茨城医療センター内科系分野腎臓内科)

令和3年10月1日付

東京女子医科大学

《法人役員就任》

浜田健一郎

令和3年11月25日付

《教授就任》

水主川純(母子総合医療センター教授)

令和3年9月30日付

大坪天平(東医療センター精神科教授)

令和3年11月25日付

高木 博(東医療センター整形外科教授)

令和3年12月1日付

黒川 智(麻酔科学教授)

久保田有一(附属足立医療センター脳神経外科教授)

星野純一(腎臓内科学分野教授)

以上、令和4年4月1日付

《教授退任》

柴田亮行(病理学(人体病理学・病態神経科学分野)教授)

寺崎 仁(医療安全科教授)

清水京子(消化器内科学分野教授)

佐倉 宏(附属足立医療センター内科教授)

糟谷英俊(附属足立医療センター脳神経外科教授)

船津英陽(附属八千代医療センター眼科教授)

杉下智彦(国際環境・熱帯医学教授)

内田啓子(腎臓内科学分野教授)

以上、令和4年3月31日付

東京慈恵会医科大学

《人事異動》

◎理事

小島博己(就任)

飯田 誠(就任)

吉田 博(就任)

竹森 重(就任)

北 素子(就任)

以上、令和4年4月1日付

◎教授

山寺 亘(精神医学講座)

橋口正行(特任教授/臨床薬理学)

以上、令和3年11月1日付

石田祐一(特任教授/大学直属)

令和4年1月1日付

須永 宏(麻酔科学講座)

令和4年2月1日付

林 孝彰(眼科学講座)

令和4年3月1日付

木村高弘(泌尿器科学講座)

越智小枝(臨床検査医学講座)

須江洋成(臨床専任教授)

藤井智子(麻酔科学講座)

以上、令和4年4月1日付

昭和大学

《就任関係》

◎医学部内科学講座(消化器内科学部門)(昭和大学江東豊洲病院勤務)教授(員外)(就任)

伊藤敬義

令和3年11月1日付

◎医学部眼科学講座(昭和大学江東豊洲病院勤務)教授(就任)

岩渕成祐

令和3年12月1日付

◎医学部外科学講座(心臓血管外科学部門)(昭和大学横浜市北部病院勤務)教授(就任)

奥山 浩

◎医学部外科学講座(消化器・一般外科学部門)(昭和大学病院勤務)教授(員外)(就任)

大塚耕司

以上、令和4年1月1日付

◎医学部外科学講座(小児外科学部門)(昭和大学江東豊洲病院勤務)教授(就任)

吉澤穰治

令和4年2月8日付

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

村上秀友

◎医学部皮膚科学講座(昭和大学横浜市北部病院勤務)教授(員外)(就任)

渡辺秀晃

◎医学部内科学講座(血液内科学部門)(昭和大学病院勤務)教授(就任)

服部憲路

◎医学部皮膚科学講座(昭和大学藤が丘病院勤務)教授(就任)

中田土起丈

◎医学部内科学講座(消化器内科学部門)(昭和大学横浜市北部病院勤務)教授(員外)(就任)

馬場俊之

◎医学部リハビリテーション医学講座（昭和大学横浜市北部病院勤務）教授（員外）（就任）

依田光正

◎昭和大学名誉教授（授与）

加藤進昌

◎昭和大学名誉教授（授与）

鈴木 隆

◎昭和大学名誉教授（授与）

高橋浩二

◎昭和大学名誉教授（授与）

田中一正

以上、令和4年4月1日付

《退任関係》

◎医学部麻酔科学講座（昭和大学藤が丘病院勤務）教授（定年退職）

桑迫勇登

（客員教授に就任：昭和大学藤が丘病院麻酔科勤務）

◎医学部内科学講座（血液内科学部門）（昭和大学病院勤務）教授（定年退職）

中牧 剛

（特任教授に就任：昭和大学横浜市北部病院脳神経外科勤務）

◎医学部総合診療医学講座（昭和大学江東豊洲病院勤務）教授（定年退職）

弘重壽一

◎医学部麻酔科学講座（昭和大学江東豊洲病院勤務）教授（定年退職）

原田浩史

（特任教授に就任：昭和大学江東豊洲病院麻酔科勤務）

◎医学部外科学講座（消化器一般外科学部門）（昭和大学横浜市北部病院勤務）教授（定年退職）

福成信博

（特任教授に就任：昭和大学横浜市北部病院消化器外科勤務）

◎医学部外科学講座（乳腺外科学部門）（昭和大学病院勤務）教

授（定年退職）

中村清吾

（特任教授に就任：昭和大学病院乳腺外科勤務）

◎医学部泌尿器学講座（昭和大学横浜市北部病院勤務）教授（定年退職）

嘉村康邦

（特任教授に就任：昭和大学横浜市北部病院泌尿器科勤務）

以上、令和4年3月31日付

順天堂大学

《人事異動》

◎学長

新井 一（再任）

令和4年4月1日～令和6年3月31日

◎大学院医学研究科長、医学部長 服部信孝（再任）

令和4年4月1日～令和6年3月31日

◎大学院医学研究科副研究科長、医学部副学部長

横溝岳彦

綿田裕孝

以上、令和4年4月1日～令和6年3月31日

◎医学部附属順天堂医院院長

高橋和久（再任）

令和4年4月1日～令和6年3月31日

◎医学部附属静岡病院院長

佐藤浩一（再任）

令和4年4月1日～令和6年3月31日

◎医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター院長

宮嶋雅一（再任）

令和4年4月1日～令和6年3月31日

◎医学部附属練馬病院院長

児島邦明（再任）

令和4年4月1日～令和6年3

月31日

◎教授就任

和田裕雄（公衆衛生学）

安藤美樹（血液内科学）

松本文彦（耳鼻咽喉科学）

以上、令和3年10月1日付
ニヨンサバ フランソワ（アトピー疾患研究センター、医療通訳）

令和3年11月1日付

鈴木 仁（腎臓内科学（浦安病院））

井尾浩章（腎臓内科学（練馬病院））

森本真司（膠原病・リウマチ内科学（浦安病院））

田端 実（心臓血管外科学）

以上、令和3年12月1日付

加藤洋一（循環器内科学）

岩渕和久（環境医学研究所）

以上、令和4年2月1日付

八木田秀雄（免疫診断学講座）

令和4年3月1日付

大林 治（整形外科・運動器医学（静岡病院））

武藤 智（泌尿器外科学（練馬病院））

河村和弘（産婦人科学）

長島道生（麻酔科学）

以上、令和4年4月1日付

◎教授定年退職

切替照雄（微生物学）

宮内克己（循環器内科学（高齢者医療センター））

椎名秀一朗（消化器画像診断・治療学）

瀬山邦明（呼吸器内科学）

大日方薫（小児思春期発達・病態学（浦安病院））

坂本善郎（泌尿器外科学（練馬病院））

村上 晶（眼科学）

太田俊彦（眼科学（静岡病院））

笹井啓資（放射線治療学）

直居 豊（放射線治療学（練馬病院））

林田真和（麻酔科学）

佐藤大三（麻酔科学）

田中 裕 (救急・災害医学 (浦安病院))
 林 明人 (リハビリテーション医学 (浦安病院))
 以上、令和4年3月31日付

◎特任教授就任
 松本征仁 (ダイレクトリプログラミング再生医療学講座)
 令和3年10月1日～令和4年3月31日
 宮内克己 (循環器内科学 (高齢者医療センター))
 椎名秀一朗 (消化器画像診断・治療学)
 坂本善郎 (泌尿器外科学 (練馬病院))
 村上 晶 (眼科学)
 太田俊彦 (眼科学 (静岡病院))
 直居 豊 (放射線治療学 (練馬病院))
 林田眞和 (麻酔科学)
 田中 裕 (救急・災害医学 (浦安病院))
 伊藤澄信 (革新的医療技術開発研究センター)
 切替照雄 (マイクロバイオーム研究講座)
 大日方薫 (集団感染予防学講座)
 林 明人 (次世代ビューティ&ウェルネス医療研究講座)
 以上、令和4年4月1日～令和5年3月31日

◎名誉教授就任
 村上 晶
 笹井啓資
 林 明人
 以上、令和4年4月1日付

以上、令和4年3月31日付

◎評議員就任
 中森 靖
 大宮美香
 今村知明
 坂部一夫
 以上、令和4年4月1日付

◎教授就任
 石丸裕康 (理事長特命教授：総合診療医学講座 (地域医療学))
 令和3年10月1日付
 井上健太郎 (診療教授：外科学講座 (上部消化管外科担当))
 令和3年12月1日付
 伊藤量基 (教授：内科学第一講座)
 倉田宝保 (教授：呼吸器腫瘍内科学講座)
 蓮尾英明 (教授：心療内科学講座)
 小林久隆 (特別教授：附属光免疫医学研究所)
 福山英啓 (研究所教授：附属光免疫医学研究所免疫部門担当)
 日笠幸一郎 (研究所教授：附属生命医学研究所ゲノム解析部門担当)
 善甫宣哉 (理事長特命教授：附属病院心臓血管外科血管外科担当)
 天神博志 (理事長特命教授：附属病院脳神経外科脳血管内治療科担当)
 高橋延行 (理事長特命教授：香里病院腎臓病センター)
 浦上昌也 (理事長特命教授：くずは駅中健康・健診センター (仮称))
 野村昌作 (理事長特任教授：総合医療センター血栓止血センター)
 植村芳子 (学長特命教授：病理学講座／総合医療センター病理診断科)
 兒島由佳 (センター教授：附属病院歯科・口腔外科・口腔ケアセンター担当)
 石崎優子 (診療教授：小児科学講座小児科 (総合医療センター) 担当)

以上、令和4年4月1日付

◎教授退任
 鈴鹿有子 (学長特任教授：国際交流センター)
 令和3年12月17日付
 福永幹彦 (教授：心療内科学講座)
 金本真也 (診療教授：心臓血管外科学講座)
 中嶋康文 (診療教授：麻酔科学講座)
 以上、令和4年3月31日付

《役職員人事》

◎総合医療センター病院長
 杉浦哲朗 (再任)

◎香里病院病院長
 岡崎和一 (再任)

◎くずは病院病院長
 高山康夫 (再任)

◎天満橋総合クリニック院長
 大宮美香 (新任)

◎総合医療センター病院長付特別顧問
 川副浩平 (再任)

◎香里病院顧問
 神崎秀陽 (再任)

◎くずは病院顧問
 今村洋二 (新任)

◎医学部教務部長
 岡田英孝 (新任)

◎学生部長
 西山利正 (再任)

◎大学院医学研究科教務部長
 人見浩史 (再任)

◎国際化推進センター長
 友田幸一 (新任)

◎倫理審査センター長
 蔦 幸治 (再任)

◎附属光免疫医学研究所長
 小林久隆 (新任)

◎附属生命医学研究所長
 木梨達雄 (再任)

◎卒後臨床研修センター長
 岡田英孝 (新任)

◎地域医療センター長
 木下秀文 (新任)

関西医科大学

《人事》

◎評議員辞任
 野村昌作
 浦上昌也
 磯 彰格

- ◎大学情報センター長
谷川 昇 (再任)
- ◎オール女性医師キャリアセンター長
植村芳子 (再任)
以上、令和4年4月1日付

大阪医科薬科大学

《法人》

◎常務理事

- 岩井 一 (退任)
令和4年3月31日付
- 岩井 一 (就任)
令和4年4月1日付

◎理事

- 假野隆司 (退任)
- 木田 稔 (退任)
- 以上、令和3年10月31日付
- 假野隆司 (就任)
- 木田 稔 (就任)
- 以上、令和3年11月1日付
- 佐々木茂夫 (退任)
令和3年12月31日付
- 岩井 一 (退任)
令和4年3月31日付
- 岩井 一 (就任)
- 田中和子 (就任)
- 以上、令和4年4月1日付

◎監事

- 櫻井謙次 (退任)
令和4年3月31日付
- 櫻井謙次 (就任)
令和4年4月1日付

《人事》

◎教授 (退任)

- 内山和久 (一般・消化器外科学)
- 樋口和秀 (内科学Ⅱ)
- 以上、令和4年3月31日付

◎専門教授 (退任)

- 寺崎文生 (医学教育センター)
- 令和4年3月31日付

◎特別職務担当教員(教授)(退任)

- 奥田準二(がん医療総合センター)
- 令和3年12月31日付

◎教授 (就任)

- 李 相雄 (一般・消化器外科学)
令和4年4月1日付
- ◎専門教授 (就任)
武内 徹 (内科学Ⅳ)
令和3年11月1日付
- ◎特別職務担当教員(教授)(就任)
斯波真理子 (循環器センター)
令和4年4月1日付
- ◎事務局長 (就任)
小河 宏
令和4年4月1日付

久留米大学

《副学長退任》

- 志波直人
令和4年3月31日付

《役職者の退任》

- ◎先端癌治療研究センター所長
山田 亮
令和4年3月31日付

《役職者の就任》

- ◎先端癌治療研究センター所長
古賀浩徳
- ◎高次脳疾患研究所長 (再任)
山下裕史朗
- ◎バイオ統計センター所長(再任)
古川恭治
- ◎認定看護師教育センター長(再任)
三橋睦子
以上、令和4年4月1日付

《教授の退任》

- ◎医学部医学科内科学講座 (消化器内科部門)
鳥村拓司 (定年)
- 光山慶一 (定年)

- ◎医学部附属病院医療安全管理部
田中芳明 (定年)

◎医学部附属病院臨床検査部

- 中島 収 (定年)

- ◎先端癌治療研究センター (がんワクチン分子部門)

- 山田 亮 (定年)

- 以上、令和4年3月31日付

《教授の就任》

- ◎医学部医学科外科学講座 (小児外科部門)

- 加治 建

- 令和3年11月1日付

- ◎医学部医学科免疫学講座

- 溝口恵美子

- 令和4年1月1日付

- ◎医学部医学科整形外科学講座

- 平岡弘二

- ◎医学部医学科内科学講座 (消化器内科部門)

- 川口 巧

- 以上、令和4年4月1日付

《特命教授の就任》

◎学長直属

- 田中芳明

- 山田 亮

- 以上、令和4年4月1日付

聖マリアンナ医科大学

《教授定年退職》

- 成田早苗 (医学教育文化部門 (語学系))

- 鈴木 登 (免疫学・病害動物学)

- 向井敏二 (法医学)

- 伊東文生 (内科学 (消化器・肝臓内科))

- 田中雄一郎 (脳神経外科学)

- 肥塚 泉 (耳鼻咽喉科学)

- 以上、令和3年3月31日付

《退職》

- 山田隆之 (病院教授) (放射線医学 (画像診断・IVR)) (西部病院)

- 永納和子 (特任教授) (麻醉学) (西部病院)

- 松下和彦 (特任教授) (整形外科学) (多摩病院)

- 井上 肇 (特任教授) (形成外科・再生医療学 (アンファー(株))) (寄附講座)

- 以上、令和3年3月31日付

《任命》

- 宮部斉重 (主任教授) (免疫学・

杏林大学医学部附属病院 「当院を基地病院として、東京都ドクターヘリが運用を開始」

杏林大学医学部附属病院を基地病院として、東京都は救急医療体制のさらなる充実を図るため、ドクターヘリの運用を3月31日から開始しました。

これまで東京都は東京消防庁と連携して、東京型ドクターヘリを多摩や島しょ地域において運用してきましたが、新たに導入した小型の専用ドクターヘリは、短時間での離陸などの機動力が高く、特に多摩地域で救急医療体制を充実させることができます。

普段は、当院と協力病院2施設のいずれかの医師・看護師がドクターヘリの駐機する立川市内の基地に待機し、状況に応じて都内に約100カ所指定されたランデブーポイントから患者を搬入し、機内で治療を行いながら、当院や協力病院等の救命救急センターへ搬送します。これにより、一段と迅速な救命処置に努めていきます。



当院第3病棟屋上ヘリポート



患者受入れ訓練の様子

病害動物学)
 呂 彩子 (主任教授) (法医学)
 大池信之(主任教授)(病理学(分子病理))
 大平善之(主任教授)(内科学(総合診療内科))
 立石敬介(主任教授)(内科学(消化器内科))
 古田繁行(主任教授)(外科学(小児外科))
 村田英俊 (主任教授) (脳神経外科学)
 小森 学 (主任教授) (耳鼻咽喉科学)
 小島宏司 (教授) (外科学 (呼吸器外科)) (大学病院)
 中川敦夫(教授)(神経精神科学)(大学病院)
 岩崎俊之 (教授) (小児科学 (小児科)) (多摩病院)
 以上、令和4年4月1日付
 ※令和4年4月1日より、現病院教授の名称を「教授」とする。

杏林大学

《役員人事》
 ◎理事長 松田剛明
 ◎学長 渡邊 卓
 以上、令和4年4月1日付
 《医学部人事》
 ◎学部長 平形明人
 ◎教授 (就任)
 井上 真 (眼科学)
 森井健司 (整形外科学)
 吉野 浩(臨床教授)(小児科学)
 以上、令和4年4月1日付
 安樂真樹(呼吸器・甲状腺外科学)
 長谷川浩 (総合医療学)
 以上、令和4年1月1日付
 《病院人事》
 ◎病院長 近藤晴彦

◎副院長 久松理一
 ◎診療科長
 長島文夫 (腫瘍内科)
 中富浩文 (脳神経外科)
 安樂真樹 (呼吸器・甲状腺外科)
 長谷川浩 (救急総合診療科)
 以上、令和4年4月1日付
 《名誉教授称号授与》
 渡邊 卓 (学長)
 令和4年4月1日付
 《退任》
 ◎理事長 松田博青 (4月理事就任)
 ◎学長 大瀧純一 (4月特任教授就任)
 ◎教授 (定年退任)
 古瀬純司 (腫瘍内科学)
 森 秀明 (消化器内科学、4月特任教授就任)
 木崎節子 (衛生学公衆衛生学、4月客員教授就任)
 以上、令和4年3月31日付

川崎医科大学

《教授就任》

椎野泰和 (救急医学)
 黒川勝己 (神経内科学)
 以上、令和3年10月1日付
 上原慎也 (泌尿器科学)
 令和3年11月1日付
 中野貴司 (小児科学)
 令和4年2月1日付
 平 成人 (乳腺甲状腺外科学)
 大石智洋 (臨床感染症学)
 以上、令和4年4月1日付

《教授退任》

嶋 雄一 (解剖学)
 令和3年9月30日付
 石原克彦 (免疫学)
 永井 敦 (泌尿器科学)
 川本 豊 (新生児科学)
 塩田 充 (婦人科腫瘍学)
 紅林淳一 (乳腺甲状腺外科学)
 日野啓輔 (肝胆膵内科学)
 以上、令和4年3月31日付

帝京大学

《人事異動》

- ◎医学部長
川村雅文 (医学部外科学講座主任教授)
- ◎医学部附属病院病院長
坂本哲也 (医学部救急医学講座教授)
- ◎医学部附属溝口病院病院長
原 眞純 (医学部附属溝口病院第四内科学講座主任教授)
- ◎ちば総合医療センター病院長
井上大輔 (ちば総合医療センター第三内科学講座教授) (新規)
- ◎大学院医学研究科長
園生雅弘 (医学部神経内科学講座主任教授)
以上、令和4年4月1日付
- ◎教授

竹田 扇 (医学部解剖学講座)
 (採用)

令和3年11月1日付

小林俊輔 (医学部神経内科学講座) (昇任)

今水流智浩 (医学部心臓血管外科学講座) (昇任)

庄島正明 (医学部脳神経外科学講座) (採用)

以上、令和3年12月1日付

◎主任教授

竹田 扇 (医学部解剖学講座)
 (昇任)

令和4年4月1日付

◎教授

浅山 敬 (医学部衛生学公衆衛生学講座) (昇任)

金子一郎 (医学部救急医学講座)
 (昇任)

鈴木 卓 (医学部救急医学講座)
 (昇任)

以上、令和4年4月1日付

藤田医科大学

《役員人事》

◎理事長

星長清隆 (重任)
 令和3年10月2日付

◎学園長

小野雄一郎 (重任)
 令和3年10月2日付

◎常務理事

野田憲一 (重任)
 岩田仲生 (就任)
 以上、令和3年10月2日付

◎理事

小野雄一郎 (重任)
 野田憲一 (重任)
 堀口明彦 (重任)
 白木良一 (重任)
 星長清隆 (重任)
 齋藤邦明 (重任)
 金田嘉清 (重任)
 岩田仲生 (重任)

近松 均 (重任)

以上、令和3年10月2日付

齋藤英彦 (重任)

渡辺捷昭 (重任)

以上、令和3年10月10日付

眞野恵子 (重任)

令和4年1月1日付

眞田弘美 (就任)

令和4年4月1日付

◎監事

村上文男 (就任)

稲垣 靖 (就任)

以上、令和4年4月1日付

《役員の退任》

◎監事

塚田弘志

令和4年3月31日付

《役職者人事》

◎大学事務局長

久保田信 (就任)

令和3年11月1日付

◎高度救命救急センター長

船曳知弘 (就任)

令和4年2月1日付

《教授の就任》

金治有彦 (整形外科機能再建学)

令和3年10月1日付

島田佳明 (眼科学)

令和3年12月1日付

酒井尚雄 (病理診断学)

令和3年12月21日付

吉本潤一郎 (医用データ科学)

高原武志 (総合消化器外科学)

以上、令和4年1月1日付

勝野秀稔 (外科学 (岡崎医療センター))

令和4年3月1日付

上原由紀 (感染症科)

野村隆士 (生命科学)

大塚幸喜 (先端ロボット・内視鏡手術学)

廣瀬正裕 (内科学 (ばんだね病院))

以上、令和4年4月1日付

《教授の退職》

平川昭彦 (総合消化器外科学)

令和3年12月31日付
佐藤美信（総合消化器外科学）
令和4年2月20日付
谷澤貞子（循環器内科学）
内海俊明（消化器外科学）
加賀谷齊（リハビリテーション医学Ⅰ）
平野耕治（眼科）
以上、令和4年3月31日付
《名誉教授称号授与》
橋本修二
令和4年4月1日付

愛知医科大学

《理事・監事の異動》

◎理事長

祖父江元（再任）
令和4年1月28日付

◎理事

浅井富成（退任）
令和3年9月30日付
福澤嘉孝（新任）
令和3年10月1日付
坂井克彦（退任）
那須國宏（退任）
山内一征（退任）
以上、令和4年1月27日付
若槻明彦（再任）
道勇 学（再任）
羽生田正行（再任）
坂本真理子（再任）
島田孝一（再任）
羽根田雅巳（再任）
伊藤恭彦（新任）
岩船徹雄（再任）
福澤嘉孝（再任）
内海 真（再任）
齋藤 勉（新任）
柵木充明（再任）
真能秀久（新任）
山口 力（再任）
以上、令和4年1月28日付
若槻明彦（退任）
令和4年3月31日付
笠井謙次（新任）

令和4年4月1日付

◎監事

岡田 忠（再任）
令和4年1月28日付
《役職者人事》

◎医学部長

若槻明彦（産婦人科学講座）（退任）
令和4年3月31日付
笠井謙次（病理学講座）（就任）
令和4年4月1日付

◎看護学部長

坂本真理子（看護学部教授）（再任）
令和4年4月1日付

《教授人事》

◎教授・特命教授

【採用】

伊藤恭彦（経営戦略推進本部・特命教授）

山口悦郎（大学・特命教授）

山田純生（内科学講座（循環器内科）・特命教授）

馬場研二（メディカルセンター兼呼吸器・アレルギー内科・特命教授）

以上、令和4年4月1日付

【昇任配置換】

久保昭仁（臨床腫瘍センター（腫瘍内科部門）・教授）

矢野智紀（臨床腫瘍センター（腫瘍外科部門）・教授）

以上、令和3年10月1日付

石本卓嗣（内科学講座（腎臓・リウマチ膠原病内科）・教授）

令和4年4月1日付

【配置換】

前川正人（総合診療医学講座・教授）

古川洋志（形成外科学講座・教授）

三嶋廣繁（臨床感染症学講座・教授）

都築豊徳（病理診断学講座・教授）

風岡宜暁（歯科口腔外科学講座・教授）

以上、令和4年4月1日付

【退職】

中野 隆（解剖学講座・教授）

上田龍三（腫瘍免疫寄附講座・教授）

伊藤恭彦（内科学講座（腎臓・リウマチ膠原病内科）・教授）

出家正隆（整形外科学講座・教授）

木村伸也（リハビリテーション医学講座・教授）

馬場研二（メディカルクリニック・教授）

以上、令和4年3月31日付

◎教授（特任）

【採用】

各務秀明（歯科口腔外科・教授）（特任）

令和4年1月1日付

高橋伸典（整形外科学講座・教授）（特任）

令和4年2月1日付

尾川貴洋（リハビリテーション医学講座・教授）（特任）

令和4年3月1日付

三木篤也（近視進行抑制寄附講座・教授）（特任）

令和4年4月1日付

【昇任】

渡邊 督（脳神経外科学講座・教授）（特任）

大嶋雄一郎（皮膚科学講座・教授）（特任）

内田育恵（耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座・教授）（特任）

勝野敬之（メディカルセンター・教授）（特任）

以上、令和4年4月1日付

【配置換】

脇田嘉登（総合診療医学講座・教授）（特任）

各務秀明（歯科口腔外科学講座・教授）（特任）

以上、令和4年4月1日付

【退職】

畠山 登（麻酔科学講座・教授）（特任）

令和4年3月31日付

福岡大学

《医学部医学科人事》

◎教授定年退職

鍋島一樹（病理学）
井上 亨（脳神経外科学）
以上、令和4年3月31日付

◎教授就任

濱崎 慎（病理学）
安部 洋（脳神経外科学）
以上、令和4年4月1日付

金沢医科大学

◎教授／講座主任

熊代尚記（糖尿病・内分泌内科

学）（就任）

令和4年1月1日付
北村守正（頭頸部外科学）（就任）
令和4年4月1日付
上田善道（病理学Ⅱ）（退職）
令和4年3月31日付

兵庫医科大学

《役員の人事》

◎常務理事

松村昭夫（新任）
令和4年4月1日付
西岡 清（退任）
令和4年3月31日付

◎理事

西岡 清（重任）

阪上雅史（重任）
鈴木敬一郎（重任）
片山 覚（重任）
空地顕一（重任）
藤岡宏幸（重任）
池内浩基（新任）
田中稔之（新任）
石藏礼一（新任）
大江与喜子（新任）
以上、令和4年4月1日付
三輪洋人（退任）
前田初男（退任）
清水聡一郎（退任）
夏莉千晶（退任）
以上、令和4年3月31日付

◎監事

森田泰夫（重任）

金沢医科大学 「図書館リニューアル」



図書館入口



図書館内

金沢医科大学では、施設の経年劣化、老朽化に対応するため、図書館の閲覧エリアを医学教育棟の1階に移設し、令和4年4月1日に、新しく開館しました。

新しい図書館の基本コンセプトは、『学生のための図書館』、『静かな学習環境』、『学生・研究者のためのハイブリッドライブラリー』の3つです。図書館の閲覧エリアは、学生自習室を改修した図書室（座席数24席）と、従来の講義室を運用変更した閲覧室（座席数210席）から構成されます。

閲覧室は、図書室に隣接し、学生の自学自習の場として運用すると共に、講義、セミナー、ワークショップ、勉強会、学会等においても、利用できます。図書室には、利用頻度の高い学生用指定図書を中心に、医学・看護学およびその周辺領域の図書館資料（約3万冊）を配架し、コンパクトで利用しやすく、明るいオープンな環境となっています。

施設面でのセキュリティが改善されたことから、日曜・祝日等の休館日を除き、7時から24時までの開館が可能となりました。早朝・夜間は無人開館です。

医学教育棟1階を俯瞰すると、玄関→エントランス→学生ラウンジ→グループ学習室→閲覧室→図書室と、奥まるにしたがい静かな空間となるゾーニングです。図書室は、最も静かなエリアです。医学教育棟1階はWi-Fi

環境が整っており、図書室の各席には電源と照明が装備され、ノートPCやモバイル端末による電子リソースの利用に配慮されています。

新しい図書館は、病院に隣接し、廊下でつながっており、病院からの動線から、今後は、医師、研修医、スチューデント・ドクター、看護師、メディカル・スタッフの利用が想定され、図書館にとっては、新規利用者の開拓が期待できます。

一方、図書館機能が含まれたことにより、医学教育棟は、大学・病院の接点に位置する複合施設として、様々な人が出会い、様々な情報と接する場になることが期待されます。

令和4年4月1日付
《学長の人事》

野口光一（重任）

令和4年4月1日付
《医学部長の人事》

辻村 亨（新任）

令和4年4月1日付
《教授の人事》

◎主任教授就任

廣野誠子（消化器外科学）

令和4年1月1日付

中込隆之（先端医学研究所神経再生研究部門）

古江秀昌（生理学神経生理部門）

以上、令和4年4月1日付

◎主任教授退任

野口光一（解剖学神経科学部門）
（定年退職）

三輪洋人（消化器内科学）（定年退職）

以上、令和4年3月31日付

◎名誉教授称号授与

野口光一（解剖学神経科学部門）

三輪洋人（消化器内科学）

阪上雅史（耳鼻・頭頸部外科学）

西 信一（集中治療医学）

以上、令和4年4月1日付

自治医科大学

《役員の変動》

◎理事

内堀雅雄（就任）

令和4年1月19日付

古尾谷光男（退任）

令和4年3月31日付

《大学の人事》

◎病院長

佐田尚宏（退任）

令和4年3月31日付

川合謙介（就任）

令和4年4月1日付

◎副病院長

山本博徳（退任）

山形崇倫（退任）

竹内 護（退任）

川合謙介（退任）

長田太助（退任）

以上、令和4年3月31日付

竹下克志（就任）

松村正巳（就任）

西野 宏（就任）

藤原寛行（就任）

新保昌久（就任）

今井 靖（就任）

以上、令和4年4月1日付

◎卒業指導部長

高本和彦（退任）

令和4年3月30日付

岩崎容子（就任）

令和4年4月1日付

獨協医科大学

《学校法人獨協学園の人事》

◎理事の就任（新任）

種市 洋（副学長・医学部長）

任期：令和4年4月1日～令和5年8月1日

麻生好正（大学病院長）

任期：令和4年4月1日～令和5年8月1日

坂本悦男（事務局長）

任期：令和4年4月1日～令和5年8月1日

◎評議員の就任（新任）

小橋 元（副学長）

任期：令和4年4月1日～令和5年8月1日

《役職者の就任》

◎副学長

種市 洋（新任）

任期：令和4年4月1日～令和6年3月31日

◎医学部長

種市 洋（新任）

任期：令和4年4月1日～令和6年3月31日

◎大学院医学研究科長

杉本博之（新任）

任期：令和4年4月1日～令和6年3月31日

◎教務部長

楫 靖（再任）

任期：令和4年4月1日～令和6年3月31日

◎大学病院長

麻生好正（新任）

任期：令和4年4月1日～令和7年3月31日

◎大学病院副院長

入澤篤志（新任）

任期：令和4年4月1日～令和7年3月31日

吉原重美（再任）

任期：令和4年4月1日～令和6年3月31日

福田宏嗣（新任）

任期：令和4年4月1日～令和7年3月31日

釜井隆男（再任）

任期：令和4年4月1日～令和7年3月31日

◎日光医療センター病院長

安 隆則（再任）

任期：令和4年4月1日～令和6年3月31日

◎日光医療センター副院長

長田伝重（再任）

任期：令和4年4月1日～令和6年3月31日

山口 悟（再任）

任期：令和4年4月1日～令和6年3月31日

杉村浩之（新任）

任期：令和4年4月1日～令和6年3月31日

◎事務局長

坂本悦男（新任）

令和4年4月1日付

《教授の就任》

稲見 聡（整形外科）

川本進也（日光医療センター心臓・血管・腎臓内科）

以上、令和3年10月1日付

飯田拓也 (形成外科学)
 令和3年12月1日付
 今井陽一 (内科学(血液・腫瘍))
 令和4年3月1日付
 頼 建光 (内科学(腎臓・高血圧))
 青木 琢 (外科学(肝・胆・膵))
 小飼貴彦 (ゲノム診断・臨床検査医学)
 成瀬勝彦 (産科婦人科学)
 以上、令和4年4月1日付

東海大学

《役職者就任》

- ◎常務理事、病院部門部門長、病院本部本部長
飯田政弘
- ◎副学長 (医系担当)、医学部長、*カウンスラー*・プロフェッサー、病院本部副本部長 (教育研究担当)
森 正樹
- ◎病院本部副本部長 (診療担当)、医学部附属病院長、医学部副学部長
渡辺雅彦
- ◎常務理事、病院本部副本部長 (経営担当)
八木憲司
- ◎病院本部 *ネラル*マネージャー (情報システム

- 担当)、医学部附属病院副院長
小川吉明
- ◎病院本部病院運営企画室 *ネラル*マネージャー、医学部附属病院事務部長 *ネラル*マネージャー
原 義徳
- ◎大学院医学研究科長
小林広幸
- ◎医学部副学部長、医学部医学科長
川田浩志
- ◎医学部副学部長、医学部附属病院副院長
大上研二
- ◎医学部副学部長
秦野伸二
中村直哉
深川雅史
小澤秀樹
- ◎医学部附属病院副院長
吉岡公一郎
浅野浩一郎
岩崎正之
- ◎医学部附属東京病院長
西崎泰弘
- ◎医学部附属東京病院副院長
千野 修
白石光一
- ◎医学部附属大磯病院長
島田英雄

- ◎医学部附属大磯病院副院長
豊倉 穰
島田 恵
- ◎医学部附属八王子病院長
向井正哉
- ◎医学部附属八王子病院副院長
野川 茂
鈴木孝良
鈴木育宏
- 《教授就任》
水野勝宏 (専門診療学系リハビリテーション科学)
徳原 真 (専門診療学系緩和医療学)
- 《臨床教授就任》
吉町文暢 (内科学系循環器内科学)
護山健悟 (総合診療学系健康管理学)
以上、令和4年4月1日付

産業医科大学

《役員就任》

- ◎理事
竹越 徹 (新任)
令和4年3月8日付
- 《教授の就任》
蒲地正幸 (救急医学) (就任)
令和4年4月1日付

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 | ケンブリッジフィルターコーポレーション株式会社 |
| 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 |
| 住友ファーマ株式会社 | 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 | 株式会社教育広報社 |
| アイティーアイ株式会社 | | |

協会及び関係団体の動き

I. 自由民主党「社会保障制度調査会医療委員会 医師の働き方改革の施行に関するPT」への対応について

本協会三役会は、令和4年3月24日に緊急三役会を開催し、医師の働き方改革と医師確保策に関する議論を行った。

当日は、厚生労働省の坪井宏徳医政局医事課医師・看護師等働き方改革推進官から「医師の働き方改革」についての進捗状況と、同省の山本英紀医政局医事課長から「医師確保策」に関する説明があった。

医師の働き方改革と医師確保策については、医師数の地域間格差並びに診療科間偏在問題があり、この状況に対応することなく医師の働き方改革を進めると医療崩壊を招く懸念があることから、小川会長が医師の働き方改革に関する問題点を提示して地域医療への影響を中心とした考えを述べた。

これを受けて、本緊急三役会に於いて協議・意見交換を行い、本協会の取るべき方向性に関する意見を集約し、自由民主党政務調査会「社会保障制度調査会医療委員会医師の働き方改革の施行に関するPT」（座長：田村憲久衆議院議員）（令和4年4月7日開催）のヒアリングで発言することの了承を得た。

自由民主党政務調査会「社会保障制度調査会医療委員会 医師の働き方改革の施行に関するPT」のヒアリングと国会議員との質疑応答について現在までに下記の通り3回に亘って開催された。

■令和4年4月7日開催について

小川会長が医師の働き方改革の施行に向けた進捗状況に関するヒアリングを受けた。地域医療への影響を中心とした「医師の働き方改革」の問題点を基に意見を述べた。

【主な意見は以下の通り。】

- ①全国都道府県の人口当たりの医師数には約2倍の開きがあり、医師の働き方改革を全国一律の法律・ルールで縛ることについては疑義があること。
このような状況の中、改革を進めれば地域医療の崩壊を招くと考えられること。
- ②大学病院は極めて特殊なミッション（診療・教育・研究）を持っているにも関わらず、大学病院が医

療法上に規定されていないことから、大学病院を医療法上独立したものと位置付ける必要があること。

- ③大学病院勤務医の処遇改善なしの兼業・副業制限は、世界一とされる日本の医療レベルを低下させること。また、研究領域の低下が危惧されること。

■令和4年4月12日開催について

四病院団体協議会（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会）から取組状況や課題の報告があった。

■令和4年4月20日開催について

(1) 炭山嘉伸本協会病院部会担当副会長（東邦大学理事長）が医師の働き方改革に伴う財源措置の要望並びに首都圏の大学病院における医師派遣機能への影響に関して説明を行った。

同PTにおける意見と質疑応答は下記のとおり。

- ①大学病院は能動的に診療・教育・研究の役割を果たすと共に医師の派遣機能を発揮していること。
- ②今般の診療科偏在問題に関連して、首都圏の大学病院においても救急医療に従事する外科系医師の不足は深刻であり、地域の救急医療に影響することを懸念していること。
- ③東京都においては専門医制度の中で19基本領域13領域にシーリングがかかっており、特に中央診療部門である放射線科・麻酔科のシーリングは医師確保の面で問題となること。
- ④今後、シーリングのかかっていない外科・産婦人科等の救急医療に直接影響する診療科において、もし連続勤務時間制限や9時間のインターバルが義務化された場合、救急医療に差し障りがあること。
- ⑤人口密度の高い首都圏の加盟大学附属病院は、高度急性期医療の中核病院としての機能と地域医療への医師派遣の機能を果たすため、大学人としての自覚と誇りの矜持を胸に懸命に頑張っているが、ほぼ限界に達していること。

医師の働き方改革の運用の動向次第では、大学病院から医師が消えることも考えられ、医師の処遇改善を強くお願いするものであること。

⑥ 主な質疑応答について

- a. 自己研鑽の問題について、研究（自己研鑽）は労働時間外になるのではないかとこの質問に対しては、自己研鑽を指示の有無により労働と判断することは困難であること。特に黙示による命令が労働であると決めることは望ましくないとの回答を行ったこと。
- b. 大学病院の本来業務に地域医療があるのかということに関しての議論を行い明確にする必要があるのではないかとこの質問に対しては、地域医療は大学の職務として派遣している訳ではないが、現状を考えると大学が医師の派遣を行わない場合、地域医療が成り立たなくなること。そのため医療法上の位置付けをお願いしている旨の回答を行ったこと。
- c. 大学病院からの派遣を前提にしたシステムを構築していることが問題ではないかとこの質問に対しては、全国自治体病院協議会より、大学病院並びに基幹病院からの医師派遣がないと2次救急医療が提供できなくなること。医師派遣のためには宿日直許可が必要であり許可の弾力化をお願いしたいとの回答があったこと。
- d. 大学病院の医療法上の位置付けについては、厚生労働省医政局長より、医師の確保の観点で位置付けられているが、地域に派遣している大学病院の位置付けをどうするか考えなければならないとの意見が出されたこと。

また、文部科学省高等教育局医学教育課長より、大学病院を医療法上どのように位置付けるのかについては、医療法が文部科学省管轄ではないため意見は差し控えたいこと。地域の医療をどのように支えるかについては地域枠定員の充実で人材育成に取り組んでおり、引き続き協議していきたい

との意見が出されたこと。

(2) 更に同PTに出席した全国医学部長病院長会議の会長である湯澤由紀夫理事（藤田医科大学学長・統括病院長）から「大学病院における医師の働き方改革の施行に向けた取り組み」に関して、アンケート調査結果を基に具体的な説明・報告があった。

- ① 同会議が実施した「医師の働き方改革施行に向けた大学病院の取り組みに関する調査」結果を報告したこと。
- ② 同調査結果を基に、全国医学部長病院長会議として財政支援並びに大学病院特有の医師の働き方に沿った制度の整備などを求めたこと。
- ③ 地域医療の維持に向けては、大学病院の医師派遣による取り組みのみでは限界があるため、「三位一体改革」〔「地域医療構想の実現」、「医療従事者の働き方改革の推進」、「実効性のある医師偏在対策の着実な推進」〕の実行が不可欠だと主張した

《田村憲久座長のまとめ並びに意見について》

- ① 宿日直許可については、医師を派遣する側と派遣される側の双方で重点問題となっているが、医療の実態に即して考える必要があること。
- ② 医師の給与を上げると大学病院の医師が派遣先に行かないのではないかと危惧していること。そのため医師が勤務して給与が正当に支給されることも踏まえて、今後の医師需給推計を行っていくべきであること。
- ③ 大学病院勤務医師における処遇改善に対する財政支援については継続して議論していきたいこと。

医師の働き方改革と医師確保策については、医師数の地域間格差並びに診療科間偏在問題があり、この状況に対応することなく医師の働き方改革を進めれば医療崩壊を招く懸念がある。



大学病院に勤務する医師の特殊な働き方（診療・教育・研究）を規定する制度がないため、労働基準法上の整備・明確化が必要である。

大学病院の特殊性に鑑み、現行では一般病院、特定機能病院、精神病院、結核病院と医療法で規定されている類型ではなく、医療法上に於いて新たに大学病院を医育機関（診療、教育、研究）として独立

した位置づけとすべきである。しかしながら、本来の使命ではない医師派遣機能を盛り込むことについては反対の立場である。

また、臨床研修制度において、実務を経験させるために、地域医療研修は現在1ヶ月となっているが、具体的な研修期間を半年程度に義務化し、臨床研修により地域医療を賄うことには疑義がある。

Ⅱ. 学校法人ガバナンス改革に関する動向について

文部科学省「学校法人ガバナンス改革会議」（座長：増田宏一日本公認会計士協会相談役）は令和3年12月3日に学校法人ガバナンスの抜本的改革と強化の具体策を公表した。

これを受け、末松信介文部科学大臣は令和4年1月7日、私立学校ガバナンス改革に関する対応方針の1つとして、文部科学省大学設置・学校法人審議会内に「学校法人制度改革特別委員会」を新たに設置し、評議員会、評議員の在り方等について丁寧な合意形成を進めることとした。

同特別委員会は、第1回（令和4年1月7日）から第6回（令和4年3月22日開催）までの議論を経て、「学校法人制度改革の具体的方策」（令和4年3月29日）を公表した。

①学校法人改革の具体的方策として、学校法人における理事会・評議員会の地位に関しては、「学校法人における理事会と評議員会の意思決定権限」

の中で『大臣所轄学校法人においては、法人の基礎的変更（任意解散・合併、それに準じる程度の寄附行為の変更）について、理事会の決定とともに評議員会の決議を要する。基礎的変更に関わらない業務に関する事項については、現行制度を維持する。』としたこと。

②これにより大きな懸念事項であった「評議員会を最高監督・議決機関」と位置付けるとの提案が見直されたこと。

文部科学省は、令和4年4月4日付にて、私立大学などを運営する学校法人のガバナンス（組織統治）を強化する私立学校法改正案の骨子案を公表し、令和4年5月3日までを期限としてパブリックコメント（意見公募手続）を実施した。

私立学校法改正案については、条文の検討におお時間を要することから、当面、令和4年6月15日に会期末となる今国会での提出を見送ることとした。

Ⅲ. 新型コロナウイルス感染症への対応について

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）が我が国に発生以降、本協会加盟大学附属病院は、新型コロナウイルス感染症患者を受入れながら高度先進医療を行う本来の使命を維持しつつ、一般外来・入院診療の調整を行っている。更に救急医療も維持し、国民医療の充実に誠意をもって最大限の努力を注いで来ている。

これまで、国公私立大学附属病院は新型コロナウイルス感染症患者 56,762 名の受入れを行って来ており、令和4年3月31日現在、患者受入れ数は国立大学 12,285 名、公立大学 7,218 名、日本私立医科大学協会加盟 29 大学 37,259 名となっている。（図1）

その内、日本私立医科大学協会加盟大学附属病院（29 大学 80 病院）に於ける重症患者受入総数（令和2年3月～令和4年2月）は 6,861 名となっている。

延べ患者数で見ると、新型コロナウイルス感染症患者の在院日数は国公私立大学病院平均で 23 日であることから、本協会加盟大学附属病院に於いては 85 万 7 千名余の患者を診てきていることとなる。

《新型コロナウイルス感染症による影響度調査について》

本協会は新型コロナウイルス感染症発生前の 2019 年 4 月～11 月と、発生後の 2021 年 4 月～11 月を比較した影響度調査結果をとりまとめた。

本協会加盟大学附属病院（本院 29 病院・分院 55 病院）の 84 病院から回答があり、回答率は 100% である。

外来患者延数（本院 29 病院平均）（図2）、入院患者延数（本院 29 病院平均）（図3）ともに 2019 年同

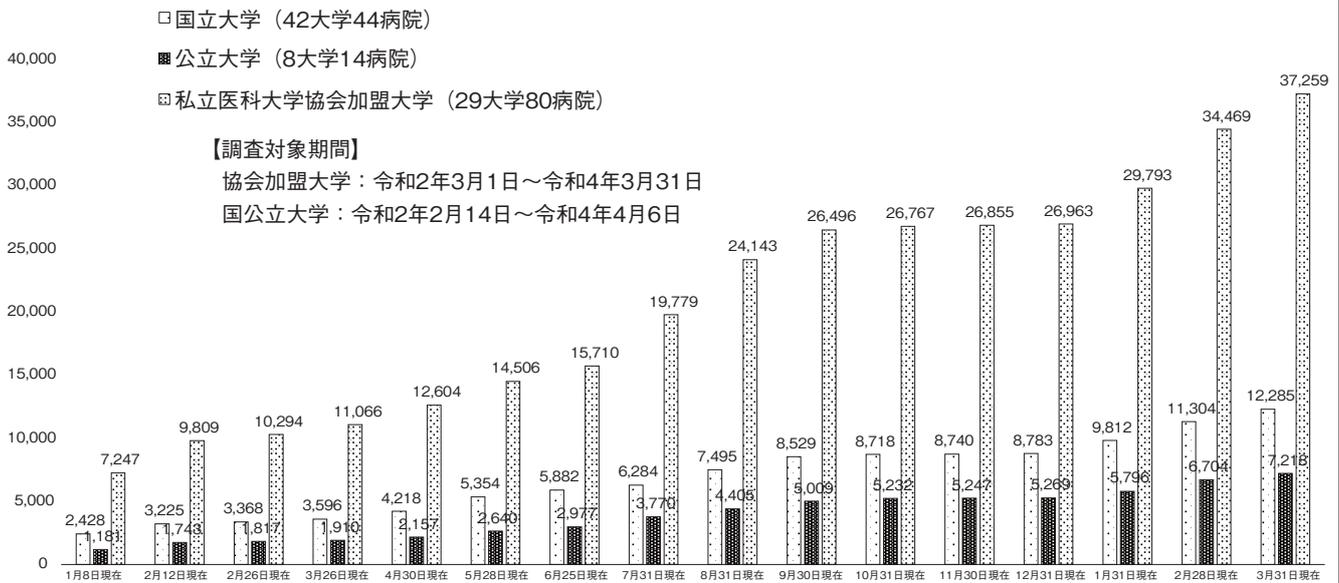
期間と比較して減少している。手術件数（本院 29 病院平均）（図 4）は回復傾向にあるが、救急受入件数（本院 29 病院平均）（図 5）は減少したままである。

2020 年度は、新型コロナウイルス感染症への対応により、医業収支は▲ 179 億円となり大幅な赤字で

あった。2021 年度に入ると統計数値では改善が見られ、医業収入は回復傾向となっているが、医業費用はそれを上回る増額となっており、依然として本協会加盟大学附属病院は厳しい経営状況にある。

【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）

日本私立医科大学協会調べ



新型コロナウイルス感染症患者受入れ総数

(令和 4 年 3 月 31 日現在)
 <日本私立医科大学協会調べ>

受入患者総数

【調査対象期間】

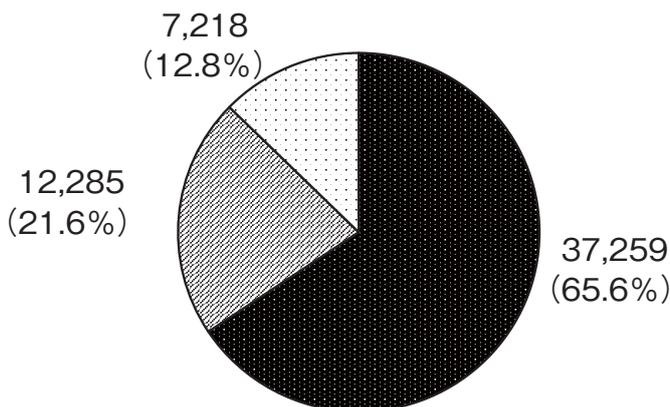
私立医科大学協会加盟大学 〔29大学80病院〕	37,259名 (65.6%)
国立大学〔42大学44病院〕	12,285名 (21.6%)
公立大学〔8大学14病院〕	7,218名 (12.8%)
合計	56,762名

協会加盟大学

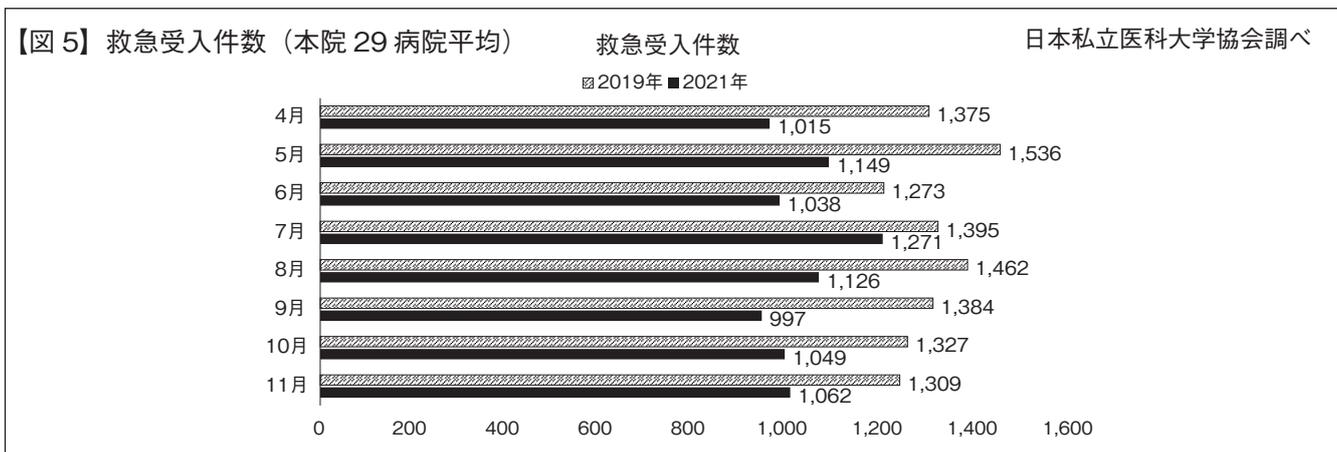
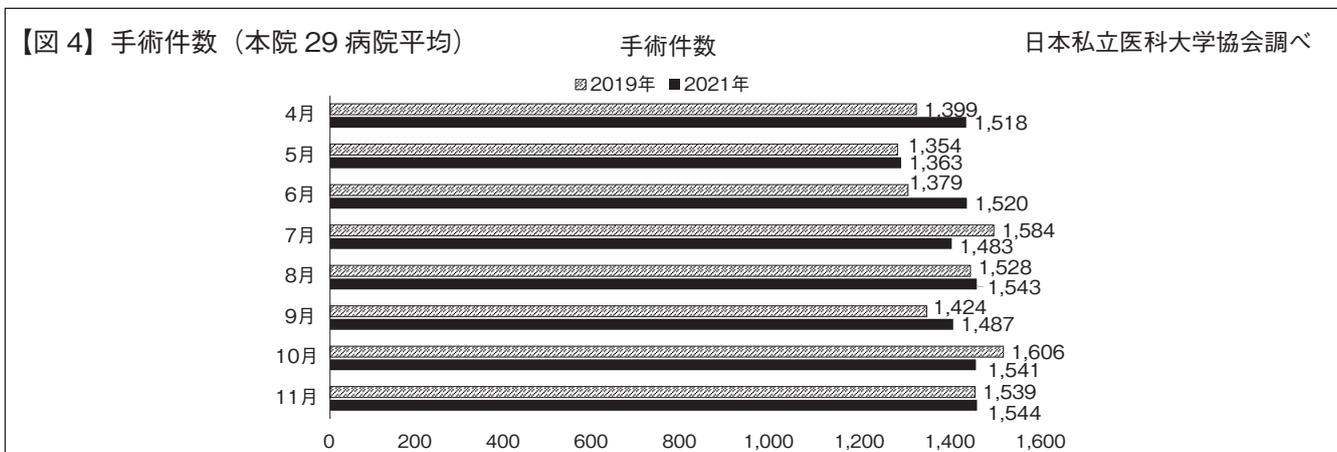
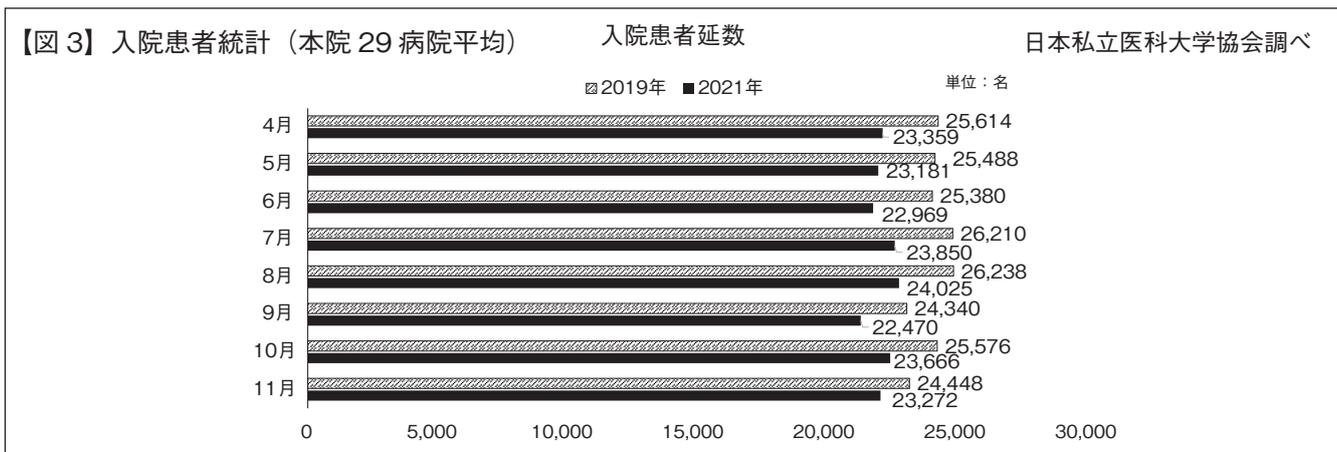
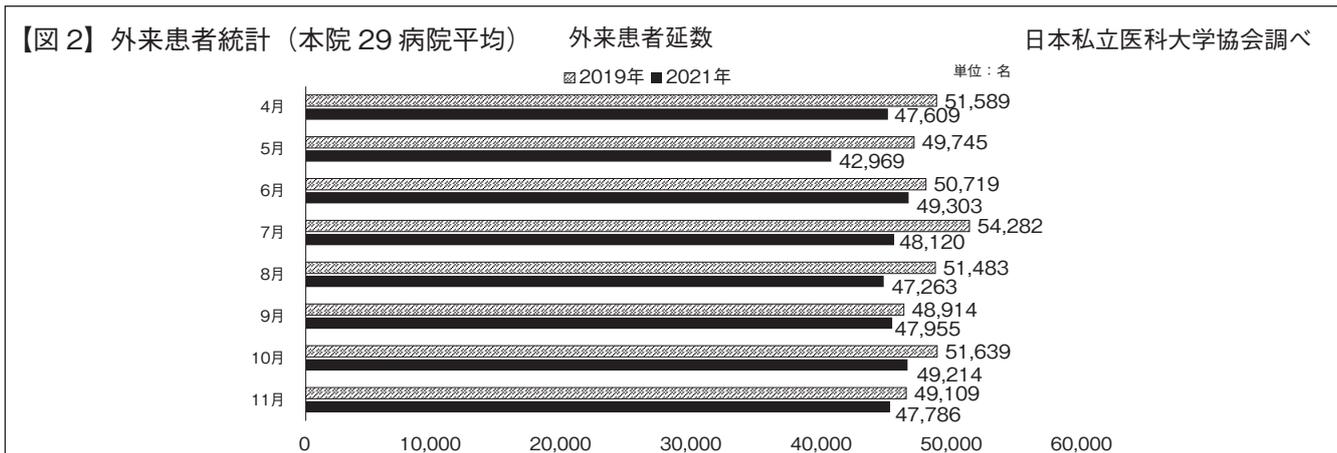
：令和2年3月1日～令和4年3月31日

国公立大学

：令和2年2月14日～令和4年4月6日



- 私立医科大学協会加盟大学
〔29大学80病院〕
- ▨ 国立大学〔42大学44病院〕
- 公立大学〔8大学14病院〕



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



Amenity Scape Creation 快適空間の創造

みとりのこどもみ

日比谷アメニス、ここにやさしい環境を求めて快適空間を創造し
ゆとりある社会の実現に向けて努めます。



株式会社 日比谷アメニス

東京都港区三田4-7-27 〒108-0073
TEL.03-3453-2401 FAX.03-3453-2426
URL <http://www.amenis.co.jp>

東関東支店：千葉県千葉市稲毛区轟町 5-7-32 Tel：043-254-1122
仙台支店：宮城県仙台市青葉区二日町 13-18-605 Tel：022-217-0252
名古屋支店：愛知県名古屋市中区錦 2-10-13 SC 錦 ANNEX6F Tel：052-229-0137
大阪支店：大阪府大阪市西区江戸堀 1-8-14 Tel：06-6441-6041
九州支店：福岡県福岡市博多区住吉 1-2-25 Tel：092-282-2881



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>



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)

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/>

アイティーアイ株式会社

生きるの支えになること

One Heart One ITI

本 社 / 〒850-0032 長崎市興善町6番7号 TEL 095-821-2111
東京本社 / 〒101-0044 東京都千代田区鍛冶町2-9-12 神田徳カビル4階 TEL 03-3254-7061
営業本部 / 〒812-0013 福岡市博多区博多駅東3-1-26 博多駅イーストプレイス4階 TEL 092-472-1881



アイティーアイ 検索



広報誌 **医学振興**

第 94 号

令和 4 年 5 月 19 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	栗原敏司
委員	小口勝孝
委員	田尻孝子
委員	冲永寛子