醫學振興
日本私立医科大学協会
第 98 号

Contents

巻　頭　言　「能登半島地震から南海トラフ地震を考察する
～特に急性期の医療対応について～」 ..... 2～9
特　　集　「医学教育モデル・コア・カリキュラム
（令和４年度改訂）について」 ..... 10～17
施設紹介　「杏林大学」 18
「昭和大学」 19
「福岡大学」 20
「自治医科大学」 21
訃　　報 22
医大協ニュース ..... 23～34
協会及び関係団体の動き ..... 35～41

日本海側唯一の私立医科大学【金沢医科大学】

昭和 47（1972）年に医師不足と無医地区解消の施策のもと、北陸・石川県金沢市近郊の内灘町に金沢医科大学が開学し、昭和 49（1974）年に金沢医科大学病院が開院しました。本学は、日本海側唯一の私立医科大学であり、「良医を育てる」「知識と技術をきわめる」「社会に貢献する」の三つを建学の精神に掲げ、よき医療人を世に送り社会に貢献すべく、教育・研究・診療に取り組んでいます。

①（橘井園）：昭和 60（1985）年に橘井（きっせい）園が完成。神仙伝の故事を参考にして橘の葉が校章に採用されています。

②（病院外観）：平成 15（2003）年には病院 1 号棟が竣工し（左手奥）、平成 29（2017）年には病院中央棟が竣工しました（左手前）。

③（近年の内灘町）：令和 4（2022）年に開学 50 周年を迎えました。令和 6（2024）年 1 月に発生した能登半島地震に対して、全学を挙げて医療支援活動を実施しています。

②病院外観

①橘井園

③近年の内灘町

巻頭言
能登半島地震から南海トラフ地震を考察する
～特に急性期の医療対応について～

久留米大学病院
高度救命救急センター副センター長
災害・危機管理担当教授
山下　典雄 氏

はじめに

今年の元日の夕方、能登半島地震の第一報を耳にしたものは、新年の祝賀ムードから一気に冷酷な現実へと引き戻され、震撼としたのではないでしょうか。

そういえば近年能登半島付近で地震がよく発生していたようだが・・と思い、調べてみると 2020 年から地震活動が活発化していました。（図 1 参照）

また図 2 に示される様に、最近 100 年の間に国内で発生した震度 6 弱以上の地震の発生回数は、ここ 20 ～ 30 年で増加していることが伺え、国が公表した南海トラフ地震や首都直下地震が 30 年以内に 70 ～ 80％の高い確率で発生するという情報も納得できます。

地震だけに限っても日本及び日本周辺の地震活動が活発化しており地震災害の多発時代に突入したのではないかと思われますが、地震だけでなく近年毎年のように発生している水害も大きな問題です。今後も温暖化などが影響して水害は発生し続けると思われます（図 3 参照）。

しかし、本邦において今後最も深刻な災害は海溝型地震災害と考えられるため、地震を題材に急性期の医療対応について考察したいと思います。

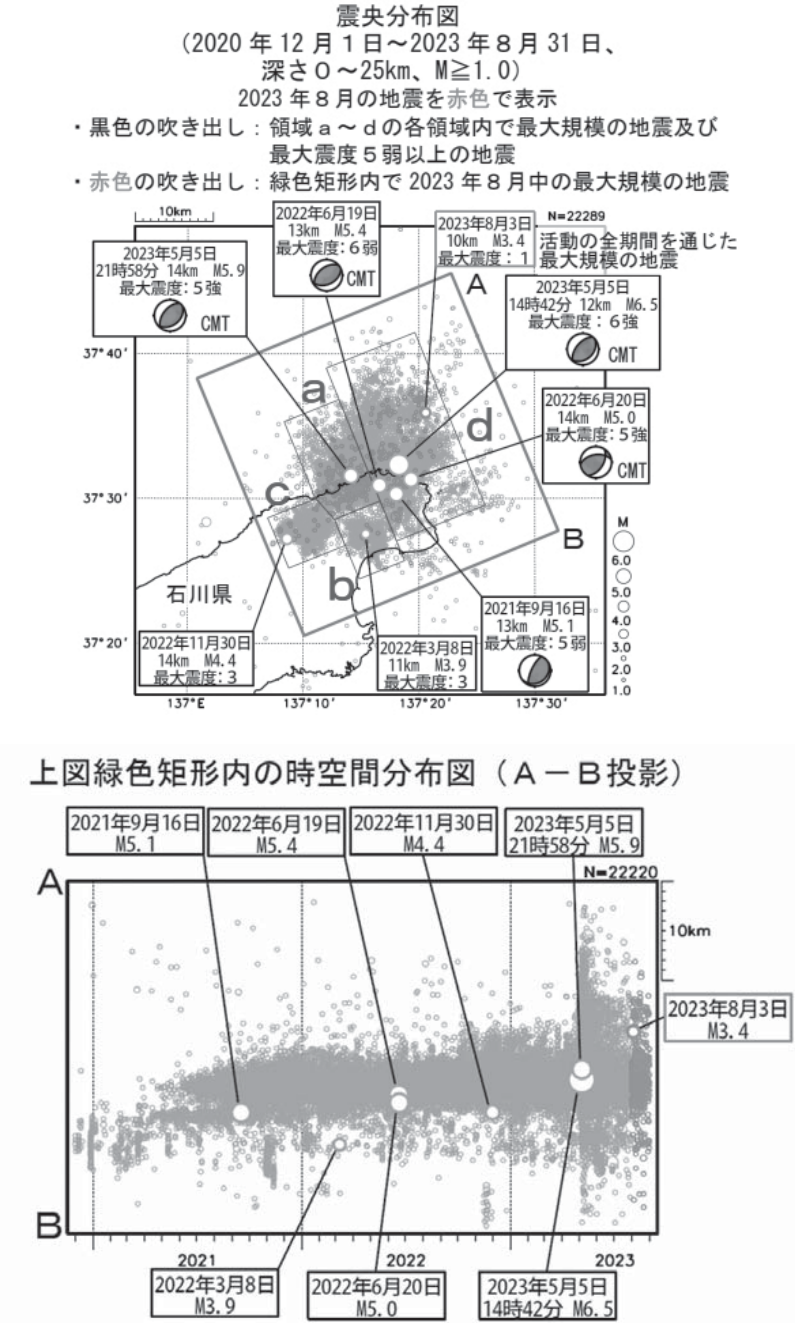
1. 能登半島地震の特徴と教訓

石川県庁によると 4 月 5 日時点で、能登半島地震による死者 245 人、負傷者 1,434 人、全壊 8,316 棟、半壊 15,337 棟と発表されています（第 118 報）。また、避難者数は 1 月 4 日の 34,173 人（第 10 報）をピークに、漸減しているものの 4 月 5 日現在でも 6,356 人が避難しています。

この能登半島地震に対して、自衛隊は当初から災害支援活動を開始し、ピーク時約 7,000 人を被災地へ投入し、全体としては約 1 万人体制で災害派遣活動を行い、人命救助 1,040 人、診療 670 人、患者輸送 720 人の実績が報告されています（表 1 参照）。消防では、緊急消防援助隊が約 2,000 人体制で救助・救急活動を実施し、地元消防機関と緊急消防援助隊等を合わせて 435 名を救助し、3,500 人の搬送を実施したと報告されています（表 2 参照）。

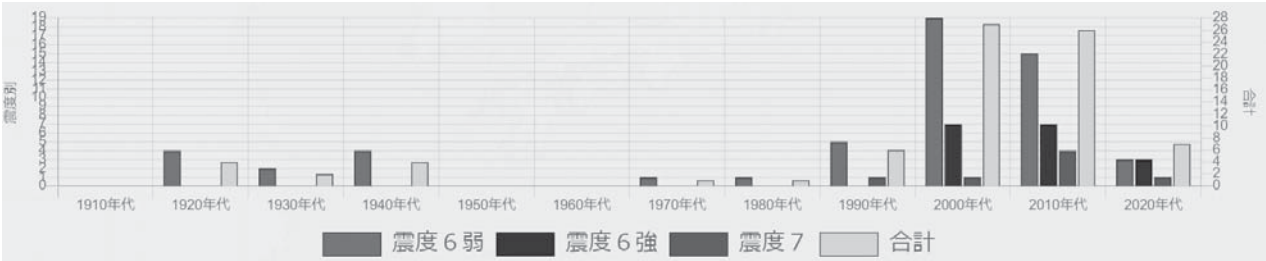
医療・保健領域では 3 月 19 日現在まで、DMAT1,139 チーム、JMAT924 チーム、DHEAT34 自治体による活動などが行われています（令和 6 年能登半島地震の概要と自治体支援の状況：内閣府：令和 6 年能登半島地震に係る検証チーム（第 2 回）：3/28）。なお、石川県内で一日に活動した DMAT 数は 1 月 12 日に 249 チーム、13 日に 221 チームとピークを迎え、以後漸減していますが 3 月 31 日時点でも 20 チーム前後活動しています（図 4 参照）。（厚労省 HP：令和 6 年石川県能登地方を震源とする地

【図１】近年の石川県能登地方の地震活動（気象庁）



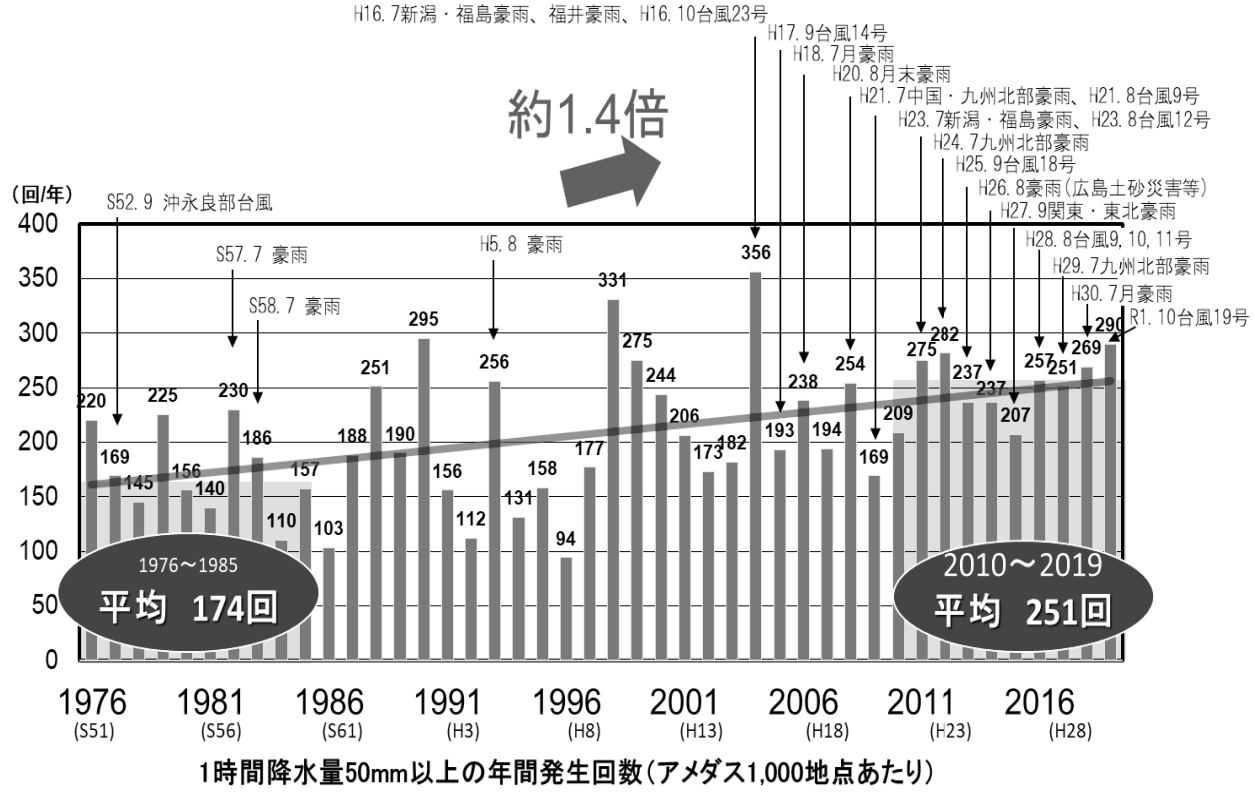
【図２】日本における震度６弱以上の地震回数（気象庁）

震度6弱以上の地震回数
期間：1919/01/01～2024/04/05



https://www.data.jma.go.jp/svd/eqdb/data/shindo/

【図 3】近年の水災害発生状況（国土交通省）



https://www.mlit.go.jp/river/kawanavi/prepare/pdf/vol11-card.pdf

震による被害状況等について：https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_37198.html）

一方、JMAT は 1/20 の 70 チームをピークに漸減しているものの、2 月の半ばまでは毎日 40 ～ 50 チームが活動しています（図 5：日本医師会【第 7 回】令和 6 年能登半島地震災害対策本部会議資料）。

また、日本赤十字社も発災からこれまで救護班 342 班や災害医療コーディネートチーム 119 チームなど派遣していますし（令和 6 年能登半島地震にかかる日本赤十字社の対応等について：第 40 報）、その他、色々な組織・団体からの医療班が被災地へ入り支援活動を行っています（石川県健康福祉部：第 114 報 3 月 26 日現在）。

当院からは DMAT ロジスティックチームやＪＭＡＴを派遣しましたが、そのうち筆者も 1 月 15 日から 20 日までの間、DMAT ロジスティックチームとして石川県庁へ入りました。チームとしての任務はドクターヘリ本部支援、ドクターヘリ調整部支援、および陸路を含む搬送調整業務を行いました。

活動の中で能登地震の特徴を感じましたので以下に述べます。

1）空路搬送の重要性

能登半島地震の最大の特徴は、唯一の主要道路である国道 249 号線が諸所で崖崩れや道路の損壊で通行止めになり、能登半島沿岸部に点在する市や町に陸路で移動するのが極めて困難になったことです。したがって非常に多くの孤立集落も認められました。生活物資も届けるのに時間がかかり、移動困難な状況の中での供給となりました。電気と水の供給も広範囲にストップされました。

この様な状況の中でまず必要に迫られたのが、病院避難でした。入院患者の移動は医療搬送になるのですが、陸路搬送に大きな制限がある以上、空路を選択するしかありませんが、これまでの本邦の災害時の医療搬送の中で能登半島地震ほど多数の空路による医療搬送を行った事例はありません。また、病院避難に続き高齢者施設入所者の避難も空路が多く選択されました。

全体的には陸路で 800 人弱（うち医療搬送 350 人程度）、空路で約 700 人が搬送されています。

この空路による医療搬送を行うに当たっては、ドクターヘリや消防ヘリを主体に、自衛隊ヘリ、海上

【表1】自衛隊の令和６年能登半島地震に係る災害派遣について（4月１日発表）

３１日 までの 活動実績 （延べ）	**人命救助：**救　　助・・・・・約１，０４０名 **衛生支援：**診　　療・・・・・・・約６７０名 患者輸送・・・・・・・約７２０名 **輸送支援：**糧　　食・約４，２６６，０００食 飲料水・約２，３３４，０００本 毛　　布・・・・約１９，０００枚 燃　　料・・・約２３４，０００Ｌ　等 **給食支援**・・・・・・・・約２５３，０００食 **給水支援**・・・・・・・・・・約６，０００ｔ **入浴支援**・・・・・・・・約３７０，０００名 **「はくおう」利用者**・・・・・約２，６００名 **道路啓開：**県道１号、６号、５２号、５７号、２６６号、 ２８５号及び国道２４９号　等の一部区間

【表2】令和６年能登半島地震による被害及び消防機関等の対応状況（第90報）
（令和６年４月５日14時：消防庁災害対策本部による）

対応機関	救助人数 （人）	搬送人数 （人）
① 地元消防機関	１４０	１，９２３
② 緊急消防援助隊等	２９５	１，５７７
合計	４３５	３，５００

※令和６年１月１日の地震発生後から同年３月５日までの累計
※①の救助人数・搬送人数については、地元消防機関が緊急消防援助隊等と共同して対応したものが含まれており、一部②との重複計上がある

保安庁ヘリ、警察ヘリなど多機関のヘリコプターが活動しました。そしてこの活動を円滑に行うには、ニーズの集約化とヘリコプターを所有する機関が一堂に会して（いわゆる航空運用調整班で）行う運用調整が非常に重要でありました。これほど多くの空路搬送調整は初めて行われたにも関わらず、大きな事故もなく任務を遂行できたのは、関係機関の皆様の高い志と目的が共有されていたからこその賜物と言えます。

また、能登半島地震は地域の広がりとしては限局されていたこと、発災の時点で他の災害対応などに迫られてなかったことから、国の持つ多くの力を能登半島地震へ集中することが可能であったことも不幸中の幸いと思われます。

いずれにしても、空路搬送の重要性が再認識され、わが国で初めての大規模な空路医療搬送を行った歴史的な実績を残したと言えます。

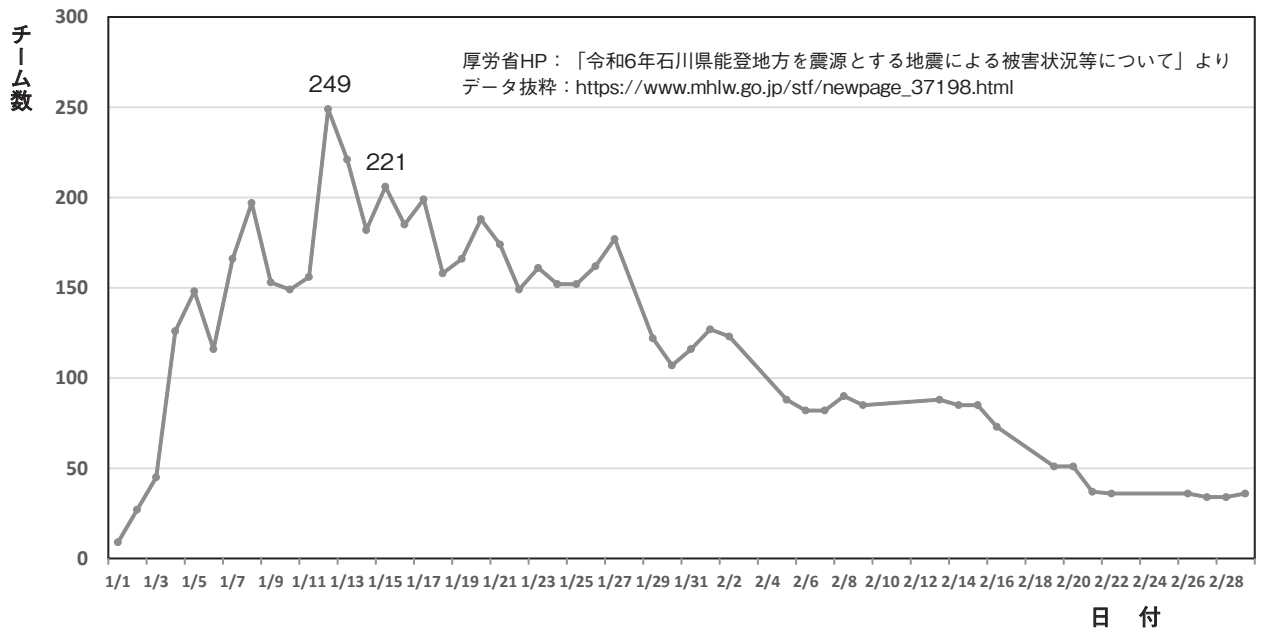
２）ドクターヘリへの期待と限界

日常の救急医療で多大な貢献を果たしているドクターヘリは2001年から導入されはじめ、今や全国に57機配備されています。通常の救急患者よりも重症で緊急性も高い患者が良い適応となっております。2022年度は約2万3,000人を診療しています。この能力は災害時でも発揮されうるもので、災害医療領域では医療搬送の一つの柱として大きく期待されています。

ドクターヘリの本格的な被災地への派遣がなされたのは東日本大震災からです。当時ドクターヘリは全国に26機配備されていましたが、そのうち18機が被災地内で活動しました。

その後は熊本地震での派遣でした。東日本大震災では、4日間で約140人以上を搬送しました（HEM-Netシンポジウム2012年）が、熊本地震では延べ13機のドクターヘリが活動し、発災後5日間で76

【図 4】石川県内における一日の活動 DMAT 数推移



人の患者を搬送しています（ＨＥＭ－Ｎｅｔグラフ 40）。

今回の能登地震では、空路搬送調整を行った担当者からの情報によると、延べ 10 機のドクターヘリで 1 か月間に約 90 人弱の患者を搬送しています。このように、全国展開とともにドクターヘリは災害時における地域医療搬送の大きな柱になってきている現状でありますが、ドクターヘリが 1 日にフル稼働したとしても 1 機当たり 4 ～ 6 人の搬送と考えられます。したがって、仮に全国のドクターヘリ 57 機が全て医療搬送を行ったとしても、1 日に 300 人台の搬送が上限となります。

一方、南海トラフ地震では負傷者が最大 52 万人発生すると想定されており、その 100 分の 1 が急を要する重症患者としても、約 5,000 人となります。しかし、ドクターヘリの被災地への派遣は、派遣によって不在となった地域を近隣ドクターヘリによって補完することが可能な場合に成立するのが一般的と考えられます。また、悪天候により運航不能や制限がかかる可能性もあります。したがって、重症救急患者に対する医療搬送の需給バランスは圧倒的に供給不足となることが予想されます。現在、ドクターヘリについて南海トラフ地震のような大規模災害時にどのような運用体制を構築すれば最大限に貢献できるかが厚生労働省科学特別研究事業でも研究されています。

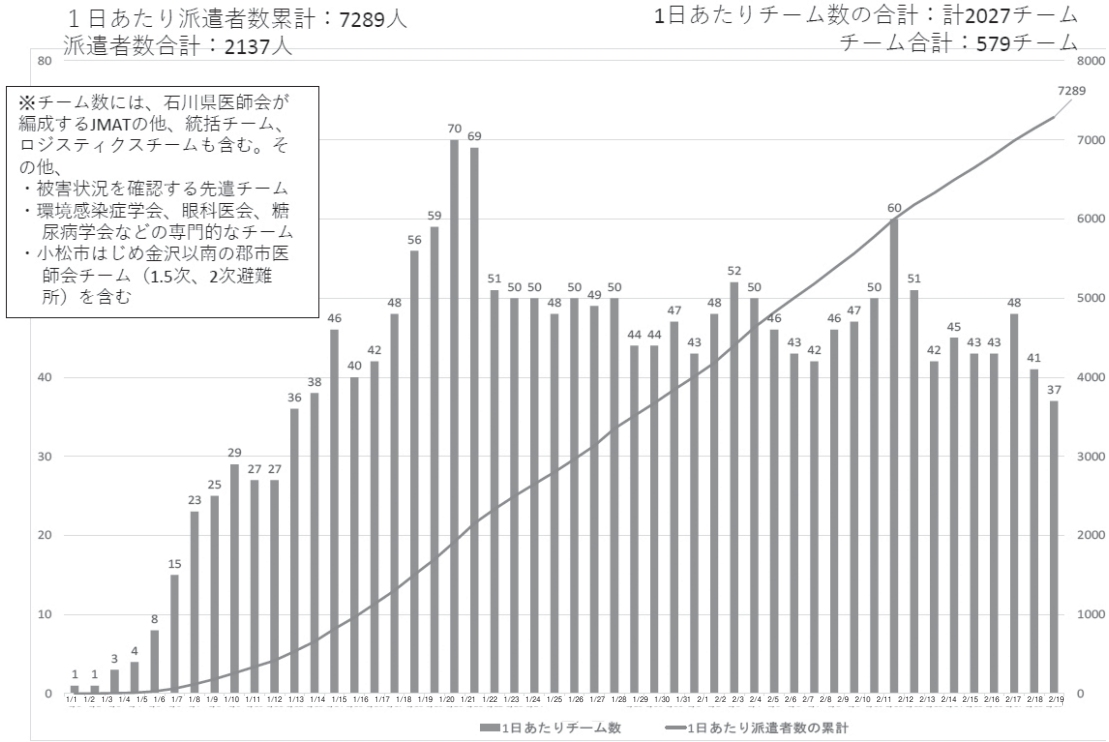
3）空路搬送の総合的な運用調整

能登半島地震における患者や高齢者の空輸は重症度や緊急度、護送か担送か、酸素が必要か不要かなどによって搬送するヘリが使い分けられ、発災から約 1 ヶ月で 700 人以上が搬送されましたが、その搬送手段の内訳は自衛隊ヘリが約 6 割強、消防ヘリが約 2 割、1 割強がドクターヘリでした。熊本地震後に「大規模災害時におけるドクターヘリの運用体制構築に係る指針」が厚生労働省から発簡されましたが、それ以降初めての災害派遣でした。しかし、これほどの実績を成し得たのは関係諸機関の平時からの訓練と被災者を救おうとする強い意志が一致したからこその成果と考えられます。そのキーステーションとなったのは、航空機（ヘリ）を所有する各機関のリエゾンが一堂に会してヘリ運用の調整を行う航空運用調整班でありました。災害時の空路搬送 700 人という大きな実績も初めてのことですが、それを安全かつ円滑に実施するための関係機関との調整と連携が今回ほど大規模に行われたのも初めてのことでした。

例えば、病院避難を考えた場合に、個々の患者の状態による収容先や搬送方法を検討する必要がありますが、患者状態の情報収集だけでも大きな労力を要します。更にどの機関のヘリを使用すべきか、またそのヘリは使用可能か、使用可能であればどの時間帯か、使用可能なヘリポートはどこで、その安全

【図 5】令和 6 年能登半島地震における JMAT 派遣チーム数（2024 年 2 月 20 日 17 時現在）

【第 7 回】令和 6 年能登半島地震　災害対策本部会議資料
日時：令和 6 年 2 月 20 日（火）午後 1 時 15 分～ 2 時 15 分
場所：日本医師会館 507-508 会議室（WEB 会議）



確保は誰が行うか、搬送元からヘリポートおよびヘリポートから収容先までの搬送は誰が行うか、などなど調整事項は多数にのぼり、また調整後はその情報共有も必要になり、業務量は膨大です。しかし、この関係機関との調整と情報共有がしっかりできていなければ重大な事故やミッションの遂行に支障が発生しますので、今後の災害時における空路搬送においては非常に重要な部署となります。

4）高齢者避難のニーズ

高齢者施設では水や電気の制限が入所者の生活環境に大きな悪影響を及ぼし、もともと衰弱した、あるいは介護が必要な入所者の状態悪化の危険性が高まったため、多数の高齢者避難が陸路・空路で行われましたが、搬送手段の確保とともに搬送先の決定にも課題を抱えていました。避難にあたり高齢者の介護度など状態に適した避難先施設をマッチングさせるには時間を要します。しかし、被災地域での悪化した施設環境の中ではマッチングまで待つ余裕もない状態となると、最終的な収容施設が未定でも、とりあえず一時的に収容する施設（いわゆる一時待機ステーション）が立ち上げられました。この一時待機ステーションもすぐに飽和状態となったため、マッチングが成立して退所した分だけ入所が可能になるという自転車操業の様相を呈していました。もともと高齢者施設は空きが少ない状況であったこともあり、急ぐ場合は一部では医療機関に収容された高齢者もいたようです。いずれにしても高齢者避難が今回の様に大規模に行われたのも初めてのことでありました。

しかし、高齢化の進んだ本邦において南海トラフ地震の様な激震災害では、膨大な数の高齢者避難のニーズが発生するものと考えられます。激震災害でなくても災害時の高齢者避難は今後も大きな課題であり続けるものと思われます。その搬送手段の確保や搬送先をどのような手順で決めるかなど、どの地域でも発生しうる事態ですので各施設レベルから県や国など全てのレベルで予め検討し、対応計画を策定しておく必要があると思われます。

2. これからの本邦における大災害・・南海トラフ地震への対応

さて、これからの日本における自然災害の最大の被害が予想される南海トラフ地震を考えた場合に、

その特徴は太平洋側の広範囲にわたる強い揺れと、津波による被害です。

能登半島地震程ではないにしろ陸路移動の困難な地域が多発すること、停電や断水地域、津波による浸水地域も広範囲となります。

病院避難にしても高齢者施設避難にしても能登半島地震と同様に空路搬送の需要が高まりますが、その被災地域が非常に広範囲であるがゆえに、各被災地域へ投入する様々な戦力が大幅に分散されてしまい、空路搬送にしても能登半島地震の様に多数の機関のヘリを使用することが困難になると予想されます。前述したとおりに空路医療搬送のニーズは搬送能力に比べ圧倒的に大きい状況です。

つまり非常に不利な戦いを迫られることになります。

3. 災害支援における２つの方向性

１）被災地外での医療提供をめざす方向

標準的な考え方として、被災した地域では建物の損壊から電気水道などのインフラまで地域社会が大きなダメージを受け、医療として被災地の中で実施できる範囲は極めて制限されてしまうため、被災地内で完結できない傷病者は被災地外へ搬出して十分な医療提供を行うという方針です。

この方針に沿って被災地外へ搬出する能力をさらに高める方策を以下に列挙してみました。

(1) 地域ブロックごとに重点受援県から支援県への傷病者搬送フローを事前に策定
(2) 急性期対応の中心になる DMAT の増員、関係機関との協力体制の強化
(3) 搬送手段の強化
陸路搬送：人員や物資の輸送道路の耐性強化・拡充
空路搬送：ドクターヘリの有効活用、関係機関の連携強化（調整機能の充実）、
臨時ヘリポートの整備、空港などにおける給油体制充実
海路搬送：海上保安庁や自衛隊艦船などの活用

(1) 搬送フロー策定には、地域ブロック内での自治体間の協議が必須になります。各ブロックの知事会などでの協議と合意に基づき、傷病者搬送フローが定まれば、各都道府県ごとに傷病者受け入れ体制も構築しやすくなります。
(2) DMAT は急性期から活動を開始し、被災地における災害医療体制を支える骨格となりますが、南海トラフ地震を想定した場合、県庁レベルから各地域の活動拠点本部、あるいは被災病院の指揮所レベルまでを配置するだけでも DMAT が不足すると言われています。まず、指揮命令系統の確立が重要なのですが、加えて被災地からの傷病者の搬出を担える十分な数の DMAT を投入するには、更に多くの DMAT を養成する必要があります。
(3) 人員や物資輸送の中心となる道路が発災後も維持されていなければ、災害対応上、非常に大きな障害となることを能登半島地震から教訓として得られました。したがって、主要道路のがけ崩れや損壊防止を強化する必要があります。

また、前述の通り空路による搬送は医療搬送の大きな柱になるのですが、搬送可能人数が限られているため、各機関の協力・連携体制による航空機の最大限の能力発揮が追求されます。また、ヘリポートや給油体制の充実も重要になります。

国内の災害時に、海路による多数傷病者の搬送実績はまだありませんが、自衛隊艦船などを活用した救護や患者搬送、あるいは海上の搬送拠点としての機能が期待されています。

２）被災地内での医療提供をめざす方向

南海トラフ地震を考えた場合、その被害規模は東日本大震災の 10 倍から 20 倍に及ぶと想定されています。最大想定で死者 23 万人、負傷者 52 万人と恐ろしい数字となっていますが、例えば中部圏（静岡・愛知・三重・岐阜）4 県で考えたとき、重症者は約 7 万人と見積もられています。しかし、その 4 県には病床利用率 8 割としても約 12 万人の入院患者が既に存在していることになり、既入院患者に対しての医療継続も並行しなければなりません。太平洋沿岸地域の広範囲にわたる甚大な物理的なダメージによって急性期に救助救援の手が直ぐに入る可能性は極めて低いと考えるべきでしょう。また DMAT などの派遣チームが入ったとしても、被災地外への搬出は、需給バランスからすると極一部に限られます。

つまり、多くの地域では支援の手が入って来ないという事態になります。そうであれば、これまでの災害医療の考え方、つまり傷病者は被災地外で十分な医療を提供するという考え方から、可能な限り被災地内で災害医療を提供するという考え方で、これを追及することも必要ではないかと思料いたしま

す。
そのために必要と考えられることを以下に列挙してみます。
(1) 病院における籠城機能の強化
自家発電機の整備・長期間の燃料備蓄、飲食料の十分な備蓄
建物の耐震/免震化、浸水域にある病院の発電機やポンプの高所への移設
津波による浸水地域からの移転
被災時の院内体制の確立
(2) 物資やマンパワーの投入計画
燃料や飲食料、医療資器材の確保と供給方法の確立
派遣医療従事者の確保と派遣計画
必要な物資やマンパワーの情報共有体制

被災地内で医療機関が存続し、機能を維持するには施設や物資の備えが必須です。令和2年の東京都病院協会による調査報告では、災害拠点病院の要件でもある「通常時の60%以上の発電容量」かつ「燃料備蓄3日分以上」を満たす非常用発電設備を保有している病院の率は30%でしかなかったという結果でした。南海トラフ地震による大きな被害が予想される地域では危機意識が高いことも考えられ、その分発電容量と燃料備蓄の確保率は高まっているかもしれませんが、あまり大きな差がないのが実際ではないかと思います。これではとても籠城策はとれません。施設整備には莫大な費用が必要となりますが、個々の病院に全て任せるには無理があるため、国や地方自治体など行政による一層の促進策が必要と思われます。同様に耐震/免震構造の強化、津波による浸水域にある病院の発電機や動力源の高所移設なども行政による促進策が必要です。

また、被災地内での医療の提供を行うには、医薬品や医療資材を含めた病院機能維持に必須の物資を如何に効率的にかつ迅速に病院へ届けるかが重要になります。そのための情報共有体制の確立と関係機関の協力による物資投入手段の確保が必要です。

以上、2つの考え方は、一方を否定するものではありません。南海トラフ地震が発生しても広範囲な被災地の中では、その状況は個々に異なるものがあると考えられます。いずれにしても予想被災地内では如何に長く自力で耐えるか、あるいは医療機能を維持できるかを追求するために備えが必要なのですが、支援する側は、傷病者を被災地外へ搬出して医療提供を行うのが良いか、むしろ医療資源を被災地に投入した方が良いのか、総合的な判断を迫られます。被害が大きくなればなるほど、望成目標の達成は難しくなり、必成目標の達成を目指すことになります。被災地内での災害医療提供の考え方は、外からの支援が極めて困難な場合の次善の策ともいえるでしょう。

まとめ

近未来に発生すると言われている南海トラフ地震は、けた外れの被害をもたらすと考えられますが、医療従事者として我々は予想被災地内での備えを可能な限り強化することと、被災地支援としての被災地外および被災地内での医療提供について、その両面から実現を目指すことが重要になってくるものと思われます。

＜文章内の用語解説＞
DMAT（D isaster M edical A ssistance T eam）：災害派遣医療チーム
JMAT（Japan Medical Association Team）：日本医師会災害医療チーム
DHEAT（Disaster Health Emergency Assistance Team）：災害時健康危機管理支援チーム
HEM-Net（Helicopter Emergency Medical Service Network）：認定NPO法人救急ヘリ病院ネットワーク
＜その他の用語解説＞
DPAT（Disaster Psychiatric Assistance Team）：災害派遣精神医療チーム
JRAT（Japan Disaster Rehabilitation Assistance Team）：日本災害リハビリテーション支援協会チーム
DWAT（Disaster Welfare Assistance Team）：災害派遣福祉チーム
JDA-DAT（The Japan Dietetic Association-Disaster Assistance Team）：日本栄養士会災害支援チーム
JDAT（Japan Dental Alliance Team）：日本災害歯科支援チーム

特　集

医学教育モデル・コア・カリキュラム（令和４年度改訂）について

医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂：概要

文部科学省令和４年度医学／歯学教育モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会座長
自治医科大学学長　　永井　良三 氏

医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂

令和４年度医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂等に関する調査・研究チーム座長
順天堂大学医学教育研究室特任教授（日本医学教育学会理事長）
小西　靖彦 氏

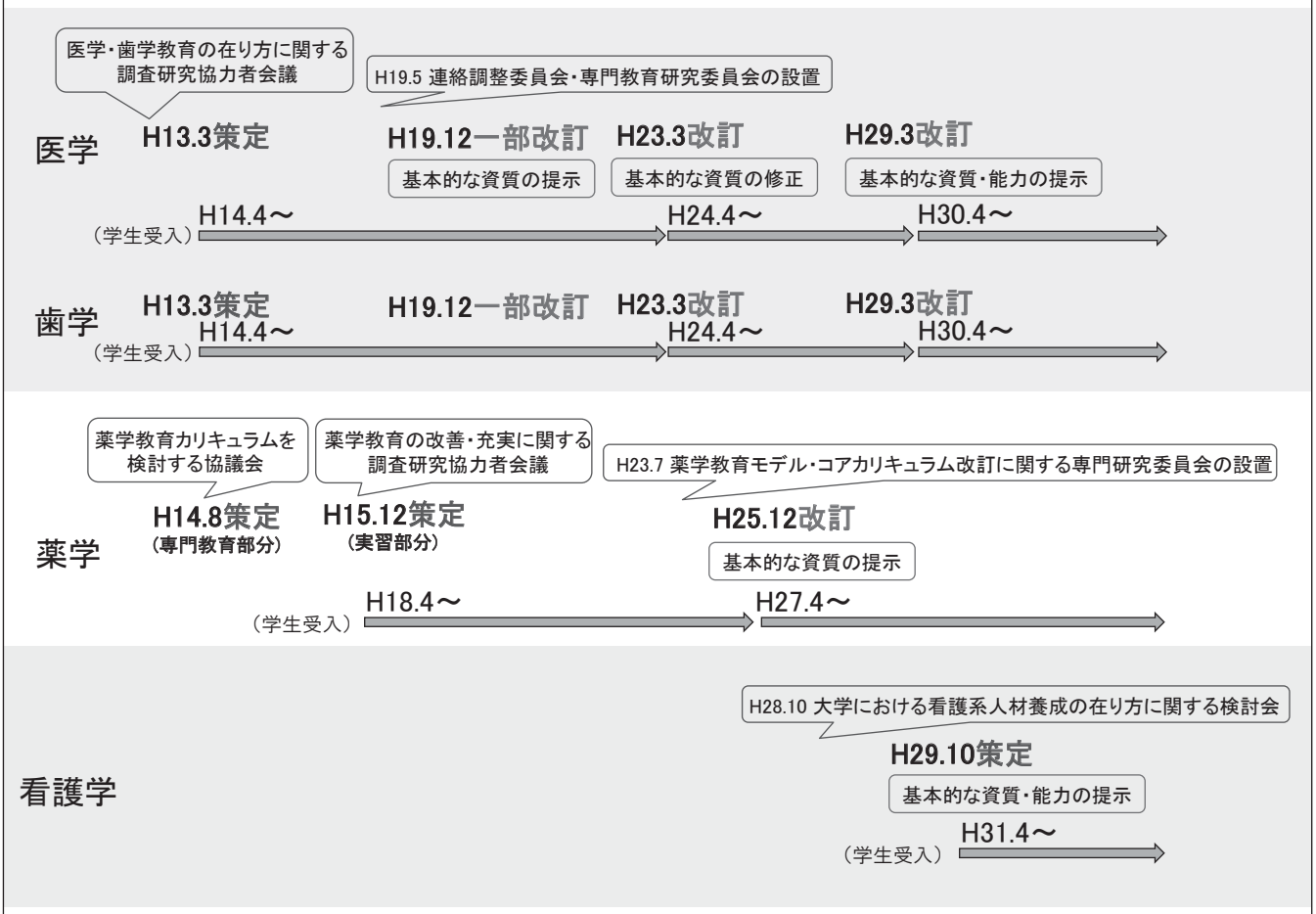
医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂：概要

文部科学省令和４年度医学／歯学教育モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会座長
自治医科大学学長
永井　良三 氏

医学教育モデル・コア・カリキュラムは、学生が卒業時までに身に付けておくべき必須の実践的診療能力（知識・技能・態度）に関する学修目標を明確化するために、平成 13 年（2001）に初めて制定された。平成 19 年（2007）には、連絡調整委員会と専門教育研究委員会のもとで一部改訂された。その後、社会状況の変化に応じて、平成 23 年（2011）と同 29 年（2017）に改訂が行われた。今回の改訂では、調査研究チーム（小西靖彦座長）が国内外の調査を行い、連絡調整委員会（永井良三座長）と意見交換を行い、パブリックコメントを経て、令和４年（2022）11 月の第５回連絡調整委員会で決定、文部科学省のホームページに公開された。このコア・カリキュラムが適用されるのは本年度（令和６年度）の入学生からである。

医学と歯学教育のモデル・コア・カリキュラムはこれまでも同時改訂を続けてきたが、今回は薬学教育も同時期に改訂された。この機会を活かして、医学、歯学、薬学教育共通のキャッチフレーズを掲げることとした。これは単に教育のためのカリキュラムの要点を紹介するにとどまらず、これからの日本の地域社会や科学技術の変化を踏まえて、医療のあ

【図１】医学、歯学、薬学、看護学のコアカリ策定・改訂の変遷



出典：文部科学省　モデル・コア・カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会資料

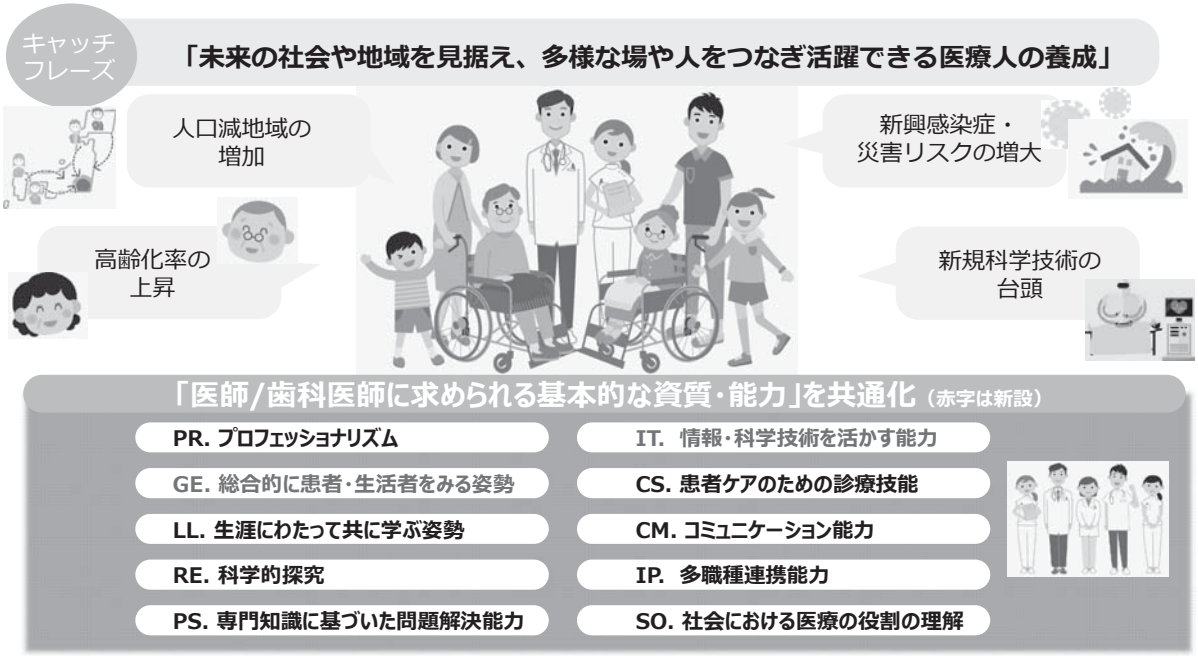
り方を考える視点を現場で理解してもらうことを意図したものである。【図１】

わが国で急速に進む少子高齢化は医療のあり方にも大きな影響をもたらしている。高齢者は複数の疾患を抱え、様々な社会的背景をもつ患者が増加する。このため患者の背景を考え、身心全体を診察できる総合的な診療の重要性が高まる。高齢者の絶対数自体は2040年頃には減少するが、少子化は止まらない。少子化によって地域社会が衰退するだけでなく、健康保険制度全体の持続性が危うくなる。国民皆保険制度が、就業世代の税と保険料によって支えられているためである。このため医療者は、限られた医療資源をどのように活用するかをよく考えて、医療に従事しなければならない。一方で在留外国人は増え続け、すでに地域によっては国際医療の面が強まっている。さらに地球の温暖化、自然災害、新興感染症なども身近な問題となってきた。すなわち現在の医学生が医師として活躍する時代は、医療、健康、介護の在り方が大きなうねりの中にあり、その中で地域医療、地域社会、医学、教育すべてのあり方を考えることのできる人材育成が重要である。そこでキャッチフレーズは、「未来の社会や地域を見据え、多様な場や人をつなぎ活躍できる医療人の養成」とした。

医学教育モデル・コア・カリキュラムは、各大学が策定する「カリキュラム」のうち、全大学で共通して取り組むべき「コア」の部分を抽出し、「モデル」として体系的に整理している。学生が卒業時までに身に付けておくべき必須の実践的診療能力（知識・技能・態度）に関する学修目標を明確化しており、カバーする学修時間は約３分の２を目安とし、残りは各大学の特色ある独自のカリキュラムを実施

【図 2】医学 / 歯学教育モデル・コア・カリキュラム（令和 4 年度改訂版）概要

- 各大学が策定する「カリキュラム」のうち、全大学で共通して取り組むべき「コア」の部分を抽出し、「モデル」として体系的に整理したもの。
- 初版は平成13年に策定。医療を取り囲む環境変化に伴い改訂（平成19年度、22年度、28年度）。
- 学生が**卒業時までに身に付けておくべき必須の実践的診療能力（知識・技能・態度）**に関する学習目標を**明確化**。
- 学生の学修時間数の**医学:3分の2程度、歯学:6割程度**を目安としたもの（残りは各大学の特色ある独自のカリキュラムを実施）。



出典：文部科学省　モデル・コア・カリキュラム（令和 4 年度改訂版）より

する。

今回改訂のモデル・コア・カリキュラムでは、医師と歯科医師の両方に共通して求められる基本的な資質・能力として、以下の 10 項目が掲げられた。プロフェッショナリズム（PR）、総合的に患者・生活者をみる姿勢（GE）、生涯にわたって共に学ぶ姿勢（LL）、科学的探究（RE）、専門知識に基づいた問題解決能力（PS）、情報・科学技術を活かす能力（IT）、患者ケアのための診療技能（CS）、コミュニケーション能力（CM）、多職種連携能力（IP）、社会における医療の役割の理解（SO）である（括弧内は略号）。多くは従前から取り上げられていたが、総合的に患者・生活者をみる姿勢（GE）と情報・科学技術を活かす能力（IT）は、新たに加えられた。【図 2】

なお令和 5 年（2023）施行の改正医師法により、医学生の医業の範囲の法的位置付けが明確化された。これに伴って診療参加型臨床実習も変化する。まず共用試験に合格し臨床実習に参加する学生には守秘義務が課せられることになった。学生が診療に参加することについては、患者等から少なくとも包括同意が必要である。各大学の実習統括部門が定めた医学生が臨床実習で行う医行為の範囲にない医行為や、範囲にあっても侵襲性の高いものや羞恥的と判断される医行為については、包括同意に加えて、個別に説明し同意を得ることが望ましいとされる。個人情報保護に関しても、個人情報保護法に基づいて各病院で定めた規則を学生にも遵守させる必要がある。

医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂

令和４年度医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂に
関する調査・研究チーム座長
順天堂大学医学教育研究室特任教授（日本医学教育学会理事長）
小西　靖彦 氏

はじめに

医学教育モデル・コア・カリキュラム（以下、コアカリと略する）は、2001年に初版が著され、その後5、6年ごとに改訂が行われている。初版から続けられてきた構造は、一般目標と到達目標の記載であり、一部で臨床実習前共用試験の学修目標の羅列という表現もなされてきた面があった。

平成29年（2017）の第４回改訂では「医師として求められる資質と能力」が記載され、卒後との整合がとられた。臨床推論の重要性と診療参加型臨床実習の充実が強調され、当時進められていたJACMEの基準にある「行動科学・社会科学」はこの版から記載された流れがある。

５回目の改訂は日本医学教育学会が受託することになった。医学教育の研究･実践と人材育成を行なっている日本医学教育学会が今改訂の調査・研究の任を得たことは、大きな名誉であるとともに重積を担うこととなった。学会では「医学教育モデル･コア･カリキュラム調査・研究特別委員会」を設置し、理事、代議員、会員から年次を問わず能力のある者をメンバー・協力者に任じた。永井良三先生が座長を務められる“医学／歯学教育モデル･コア･カリキュラム改訂に関する連絡調整委員会”と密にコミュニケーションをとりご指導を受けながら改訂作業を進めた。令和２年度は「コアカリ改訂が学修者へ及ぼす効果」、「コアカリが各大学のカリキュラムに与えた影響」、「卒前教育での感染症教育のあり方」について調査・研究を行なった。令和３年度の６プロジェクトチーム（臨床教育PT、基礎医学PT、社会PT、海外PT、肥大化対応PT、IR-PT）によるコアカリ改訂に向けた事前研究を経て、令和４年度は10のチーム（知識、社会、技能、総合、情報、研究、方略、評価、スリム化、診療参加型臨床実習実施ガイドライン）による改訂本文の作成を行い、令和５年１月に第５版を文部科学省のホームページに公表した。後述するように、コアカリの電子化とともに、英訳版を公表し並行してMedical Teacher誌に特集号を組んで投稿する国際発信を令和５年度に取り組んだ。

第５回の改訂は、これまでのコアカリと比較して大きな変更がなされている。改訂作業では、厚生労働省（卒後研修）、全国医学部長病院長会議、日本私立医科大学協会、それぞれの医育機関（大学医学部）、医療系大学間共用試験実施評価機構（CATO）、日本医学教育評価機構（JACME）、日本医師会等との対話を行なってきた。改訂コアカリの概要と考え方についてお伝えするとともに、改めて関係各位のご協力に感謝したい。

Ⅰ．コアカリの改訂の基本方針

コアカリの改訂の基本方針は､次に示す７点である。

①20年後以降の社会も想定した資質・能力の改訂
②アウトカム基盤型教育のさらなる展開
（学修目標の再編成と方略・評価の整理）
③医師養成をめぐる制度改正等との整合性の担保に向けた方策の検討
（国家試験、共用試験の公的化と医学生の医業の法的位置付けを踏まえたシームレスな参加型臨床実習の推進、国際標準への対応等）
④コアカリのスリム化の徹底と読み手や利用方法を想定した電子化
⑤研究者育成の視点の充実
⑥根拠に基づいたコアカリ内容
⑦歯学・薬学教育コアカリとの一部共通化

以下、それぞれについて述べる。

【図1】

資質・能力の改訂

医学・医療をとりまく社会の変革や科学技術の進歩などを考慮にいれた「医師として求められる基本的な資質・能力」は、生涯にわたり研鑽して獲得する、医療人としての資質・能力と位置付けて、将来の医師像を明確に示した

- プロフェッショナリズム
- 総合的に患者・生活者をみる姿勢
- 生涯にわたって共に学ぶ姿勢
- 科学的探究
- 専門知識に基づいた問題解決能力
- 情報・科学技術を活かす能力
- 患者ケアのための診療技能
- コミュニケーション能力
- 多職種連携能力
- 社会における医療の役割の理解

①20年後以降の社会も想定した資質・能力の改訂（【図1】参照）

▷「医師として求められる資質･能力」（以下､「資質･能力」と省略する）は、生涯にわたり研鑽して獲得する医療人としての資質・能力と位置づけて、将来の医師像を明確に示し、第1章に記載した。

・改訂コアカリが適用された学生が卒業し、一人前の医師として活動するころである2040年に求められる､患者の心理及び社会文化的背景や家族･地域社会との関係性を踏まえることのできる「総合的な」能力の重要性を考慮するとともに、20年先の情報・科学技術の進歩を踏まえ、人工知能（AI）などを含めた科学技術を適正に活用して医療と医学研究を行っていく能力を追加した。

②アウトカム基盤型教育のさらなる展開は今回の最大の改訂点である。（【図2】参照）

▷第2章「学修目標」、第3章「学修方略・評価」はカリキュラムの重要な構成である。初めて章を立てて記載し、資質・能力に紐づけて記載した。

▷従来､科目･教科の順次性に沿ったコアカリであったものを、アウトカム基盤型教育の考え方に則った資質・能力ごとの記載へと改変した。旧版でのA～Gの構造は発展的に解消した。資質・能力ごとの記載はすべて4層構造に統一し、第4層に文章化した学修目標を記載した。（【図3】に例を示す）

③医師養成をめぐる制度改正等との整合性の担保に向けた方策の検討（【図4】参照）

▷共用試験の公的化と診療参加型臨床実習における

【図2】

アウトカム基盤型教育のさらなる展開
（学修目標の再編成と方略・評価の整理）

平成28年度版コアカリでのA～Gの構造を発展的に解消し、10の資質・能力に学修目標を紐づける構成とした

- 医学教育モデル・コア・カリキュラムの考え方
- 医学教育モデル・コア・カリキュラム改訂の概要
- 第1章　医師として求められる基本的な資質・能力
- 第2章　学修目標　（別表を含む）
- 第3章　学修方略・評価　（事例を含む）
- 診療参加型臨床実習実施ガイドライン

参考資料１　「医学教育モデル・コア・カリキュラム」今回の改訂までの経緯
参考資料２　医学教育モデル・コア・カリキュラム及び歯学教育モデル・コア・カリキュラム改訂に関する恒常的な組織の設置について
参考資料３　医師・歯科医師・薬剤師が関わる法令一覧
参考資料４　略語集

医行為との整合
・診療参加型臨床実習実施ガイドラインに記載を加えた。
▷国際標準への対応
・JACMEによる領域2の教育プログラム、領域3の学修者評価に対する評価は、コアカリに基づく各大学のカリキュラムへの認証評価の構造となっているため、JACMEとの対話を通じ、整合をとった記載に努めた。
▷CATOとの調整
・旧版との学修目標の対照表を作成した。
▷診療参加型臨床実習実施ガイドラインにおいて、臨床実習と臨床研修の一貫性をもった記載とした。
▷「医師国家試験改善検討部会 報告書」（令和2年11月）との整合を行った。
・学修すべき疾患の適正化について、厚生労働省の研究成果「医師国家試験出題基準の改訂に向けた提言のための研究」を基盤に整合をとった。
・令和5年3月に行われた国家試験出題基準改訂と協働し、整合を図った。

④コアカリのスリム化の徹底と読み手や利用方法を想定した電子化
▷スリム化
・専門医レベルでない「大学卒業時」のアウトカムとして医師国家試験の出題基準を含めた包括的な検討を加えるとともに、主な疾患、身体診察、主要症候、主要な臨床・画像検査、基本的臨床手技等を“別表化”して見やすく整理した。
▷電子化
・文部科学省のホームページから日本医学教育学会の専用ページ「コアカリナビ https://core-curriculum.jp/」にリンクを貼り、誰でもコアカリをデータとして使用できるようにした。
・汎用性のあるデータとし、他の電子システムとの連携のためにユーザーや場面に合わせた複数の出力（PDFのタグ機能や検索機能だけでないCSV、Markdown形式、e-book(Kindle)）としている。

⑤研究者育成の視点の充実
▷医学研究の重要性とリサーチマインドの醸成、基礎医学・臨床医学・社会医学の研究が医療の実践の基盤にあることを重視した。
▷「医学・医療の発展のための医学研究の重要性を理解し、科学的思考を身に付けながら、学術・研究活動に関与して医学を創造する」という目的を掲げ、研究者を目指す学生だけでなく全学生が修得すべき目標とした。
・方略の章に、研究室配属のGood Practiceを記載している。
▷第2層の一つに「研究倫理」を置き、その重要性を強調した。

⑥根拠に基づいたコアカリ内容
▷資質・能力の改訂では、調査研究チーム、有意抽出された医学生および一般国民を対象に修正Delphi法による評価を実施した（計2回、平均40名参加）。
▷学習目標にかかる動詞や診療参加型臨床実習の実施等について、医学教育学会における調査結果を根拠とした。
▷主要症候については、H28年度版の鑑別疾患候補一覧に対して修正Delphi法による妥当性検証を実施し、一般国民における自覚症状の訴えの多さ（2019年国民生活基礎調査）により重み付けを行った。

⑦歯学・薬学教育コアカリとの一部共通化
▷「求められる基本的な資質・能力」に関して原則として医学・歯学・薬学の3領域で共通化した。

Ⅱ．改訂の各論

1.改訂された 資質・能力
①プロフェッショナリズム（Professionalism : PR）
・学修目標として「信頼」「思いやり」「社会正義」「教養」「医の倫理」を挙げ、アウトカムを示している。
②総合的に患者・生活者をみる姿勢（General Attitude: GE）
・今回の改訂で新たに追記した資質・能力である。
・専門・細分化に進む傾向にある医学・医療の中で、医学生及び医師にとって重要な資質・能力であると考えた。「患者の抱える問題を臓器横断的に捉えた上で、心理社会的背景も踏まえ、ニーズに応じて柔軟に自身の専門領域にとどまらずに診療を行い、個人と社会のウェルビーイングを実現する。」と、「総合的」の意味するところを目標に明示した。
③生涯にわたって共に学ぶ姿勢（Lifelong Learning : LL）
・新たな医学情報へのアクセスと省察する姿勢、学修者のキャリア構築に触れ、自身が学び続け、同僚や後進等へ医学教育を実践する重要性を述べ

【図 3】

学修目標における４層構造（例）

CS: 患者ケアのための診療技能

安全で質の高い医療を実践するために、匠としての技（診療技能）を磨き、それを遺憾無く発揮して診療を実践する。

第２層 →

CS-05：医療の質と患者安全

医療の質と患者安全の観点で自己の行動を省察し、組織改善と患者中心の視点を獲得する。

第３層 →

CS-05-01：医療の質向上

- CS-05-01-01 品質改善の手法を用いて医療を改善する重要性を理解し、繰り返し評価する姿勢を身に着ける。

第４層 →

CS-05-02：医療従事者の健康管理

- CS-05-02-01 医療従事者に求められる健康管理（生活習慣改善、予防接種、被ばく低減策）、職業感染対策（結核スクリーニング、ワクチン接種）を実践する。
- CS-05-02-02 自身を含む医療者の労働環境の改善の必要性を理解し、実際の医療現場において改善に努めることができる。

CS-05-03：安全管理体制

- CS-05-03-01 患者安全のための管理体制と各々の役割（リスクマネージャー、医療安全管理委員会等）を概要を理解している。

✓各資質・能力に、第２層 ～ 第４層の学修目標を置くことに統一

【図 4】

医師養成をめぐる制度改正等との整合性
（共用試験の公的化、医学生の医業、国家試験等）

- 共用試験の公的化と診療参加型臨床実習での医行為
  - 医学生が臨床実習において行う医業に関する政令に沿ったコアカリの記載→診療参加型臨床実習実施ガイドラインへ
- 国家試験との整合
  - 学修すべき疾患の適正化
    （「医師国家試験出題基準の改訂に向けた提言のための研究」を基盤に）
  - 国家試験出題基準改訂との協働の必要性

ている。

④科学的探究（Research : RE）

・科学的探究心をもった臨床医の養成も視野に、研究者育成の視点を充実化し、医学研究の重要性およびリサーチマインドの醸成という観点を重視した。

⑤専門知識に基づいた問題解決能力（Problem Solving : PS）

・「基礎医学」を第２層に明示し、今の時代に必要な点を再構成した。

・「臓器毎及び全身におよぶ疾患」と「人体各器官の正常構造と機能、病態、診断、治療」を別表化して理解しやすくするとともに、基本となる疾患に「●」を付して明示した。

⑥情報･科学技術を活かす能力（Information Technology : IT）

・今後ますます必要となるものとして新設された医学生の資質・能力である。

・「発展し続ける情報化社会を理解し、人工知能等の情報・科学技術を活用しながら、医療・医学研究を実践する。」と学修の目的を設定した。

⑦患者ケアのための診療技能（Clinical Skill : CS）

・「患者の情報収集」、「患者情報の統合、分析と評価、診療計画」、「治療を含む対応の実施」、「診

療経過の振り返りと改善」の4つに学修目標を整理し、「身体診察」、「基本診療科」、「主要症候」、「主要な臨床・画像検査」、「基本的臨床手技」を別表化した。

・「医療の質と患者安全」の項目はこの資質・能力に配置した。

⑧コミュニケーション能力（Communication : CM）

・目標は第一義的に「患者とのコミュニケーション」とし、「言葉遣い・態度・身だしなみ・配慮」、「患者の意思決定支援とわかりやすい説明」、および「患者・家族のニーズ把握と配慮」を3つの柱としている。

⑨多職種連携能力（Interprofessional : IP）

・医療者間のコミュニケーションは本項に移動し、「保健、医療、福祉、介護」及び「患者・家族・地域」の2点をキーワードとしている。

⑩社会における医療の役割の理解（Society : SO）

・旧版の「B社会と医学・医療」の多くを本項に移動し、社会の中の医療という視点を重視して5つの項目（社会保障、疫学・医学統計、法医学、社会の構造や変化から捉える医療、国内外の視点から捉える医療）を立てた。

2. 診療参加型臨床実習ガイドラインは、1. 序章、2. 実施体制・実施環境、3. 学修目標、4. 方略、5. 評価、6. 学修と評価の記録、7.EPAの章立てとした。

▷実習統括部門が定める指針、患者同意取得の指針を改訂した。患者相談窓口の設置を追加し、医学生の守秘義務が発生すること、放射線被ばく管理の指針を追加した。

▷学修目標・方略・評価では、旧版コアカリのG臨床実習に記述されていたものをこのガイドラインに移した。

・臨床実習における「基本診療科」については、JACMEと協議の場を持ち、領域2.5の日本版注釈記載との整合を図った。日本専門医機構が基本にあげている19の診療科を「基本診療科」として記載し、内科、外科、小児科、産婦人科、精神科、総合診療科の6診療科を「原則1診療科あたり連続3週間以上」、救急科を「原則3週間以上」とした。「ただし、全人的な診療能力・態度を涵養する目的で、4週間以上連続して配属する診療科を1診療科以上確保することが重要」と推奨を加えている。

3. 感染症に関する記載について

▷新型コロナウイルス感染症の蔓延を背景に、実臨床に沿った記載に改訂した。

・患者の訴え（症状またはプロブレム）を聴取し、病態を想定し、感染症が鑑別診断に挙がる場合には主たる「臓器」と「原因微生物」を想定する流れとした。

・重要な感染症疾患を体系的に学べるように、包括的に「市中感染症」、「医療関連感染」と記載し、それに含まれる個別疾患で高頻度、重要なものを厳選した。

終わりに

今回の改訂では、20名の調査研究メンバーと40数名の協力者を学会の内外から選び、24回の全体会議、10を超えるプロジェクトチーム・ワーキンググループによる数百回の会議がもたれた。「電子会議の威力」そのものである。医学教育を学ぶ30代を含めた多様なメンバーによる大きな改訂がなされた。今回のコアカリ改訂は、コンセプトから変更となっていて、包括的で多岐におよぶため誌面の限界から詳細をお伝えすることは難しい。「医学教育」54巻第2号（令和5年4月発行）に特集を組んでいるのでご覧いただけると幸いである。

コアカリは作っただけでは絵に描いた餅に終わる。令和5年度には各大学への実装について次の整備事業を行なった。

▷各大学で行われるファカルティ・ディベロップメント（FD）に必要な資料・コンテンツの開発を通じたFD普及のためのインフラ整備事業

▷各大学との対話を通じて、改訂コアカリの実装に関する現場からの声、ニーズ調査、意見交換などを行う事業

▷全ての医学部において共通した教育が実施できるe-Learning用コンテンツ開発事業

▷令和4年度から継続しての、電子化事業と論文化事業

我が国の医師・医療の質を保証するために、医師としての備えるべき資質・能力を基盤とした医学部6年間で学修すべき内容と方略・評価を記載したコアカリの意義は高い。高い質の医学教育を提供できるように、それぞれの大学とこれからも協働していきたい。

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。

杏林大学
医学部付属杉並病院開院

病院外観

4 月 1 日に、院内の多目的ホールで開催された開院式

エントランスホール

2024 年 4 月 1 日、杏林大学の新しい付属病院として、杏林大学医学部付属杉並病院が東京都杉並区和田に開院しました。当院は、これまで宗教法人立正佼成会により立正佼成会附属佼成病院として運営されてきましたが、2023 年 5 月 31 日に立正佼成会と事業譲渡契約を締結し、杏林学園に譲受されたものです。

内科・外科等 29 の診療科を有し、東京都指定二次救急医療機関として、24 時間 365 日、小児科をはじめ各科で救急診療に対応しています。また、予防医学センターでは、質の高い医療システムを導入し、病気の発生を防ぐ予防医学に力を入れるとともに、杉並区の健診施設として区民の健康管理にも寄与します。

さらに近隣医療圏に所在する杏林大学医学部付属病院（三鷹市新川）と緊密な連携を取りながら、患者さんの受入れ・紹介や研究および人材の育成などを行うことで、より一層、地域社会に貢献することを目指して参ります。

【概要】
所　在　地：東京都杉並区和田 2 丁目 25 番 1 号
許可病床数：340 床
診 療 科 数 ：29 診療科、2 部門
敷 地 面 積 ：約 13,800㎡
延べ床面積：約 35,400㎡
階　　数：地上 10 階、地下 1 階　免震構造

昭和大学

横浜自然教育園開園

園内の様子

園内の梅林

開園式後の見学の様子

見頃を迎えたウメ

2024年２月26日、昭和大学横浜自然教育園の開園式を挙行しました。

この度開園した横浜自然教育園は、昭和大学横浜自然教育園整備事業として、2020年度から４か年計画で整備されたものです。本学学生が自然環境の下で自然と触れ合うことにより豊かな人間性を育むための教育を実践するとともに、地域に開かれたキャンパスとして一般の方にも開放し、大学と地域の交流の場とすることを目的としています。

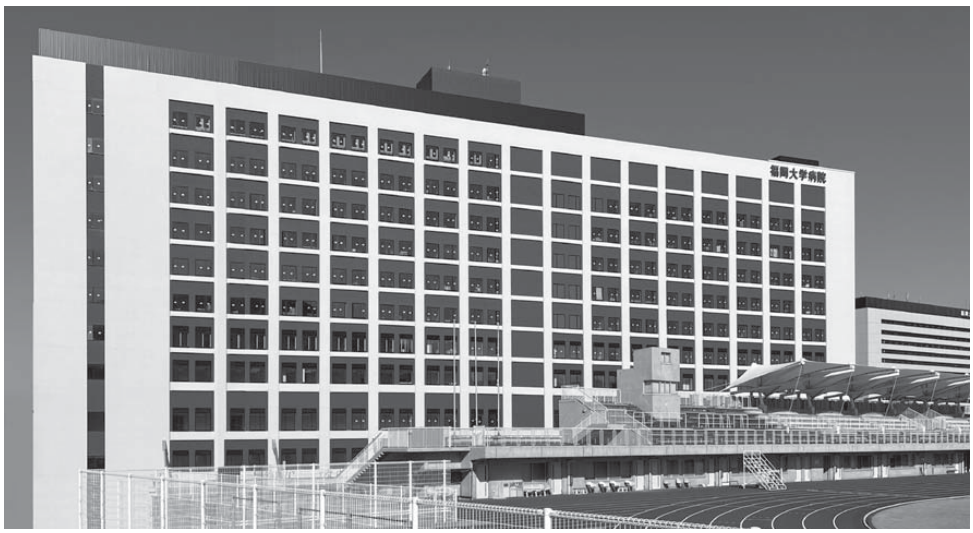
横浜自然教育園は、富士吉田自然教育園（山梨県富士吉田市）に次ぐ昭和大学２つ目の自然教育園として整備され、昭和大学横浜キャンパス（横浜市緑区）の西側に隣接する敷地面積約14,000㎡の中には、「八重寒紅」や「雲の曙」など100種類を超えるウメが植栽されています。

開園式当日は、青く澄み渡った空に白く美しい白梅や鮮やかなピンク色の紅梅が豊かな香りとともに見頃を迎えていました。

ウメのほか、敷地内にはバラ園やベリー園も設けられ、これからは四季折々の風景を楽しむことができます。

福岡大学

福岡大学病院新本館開院



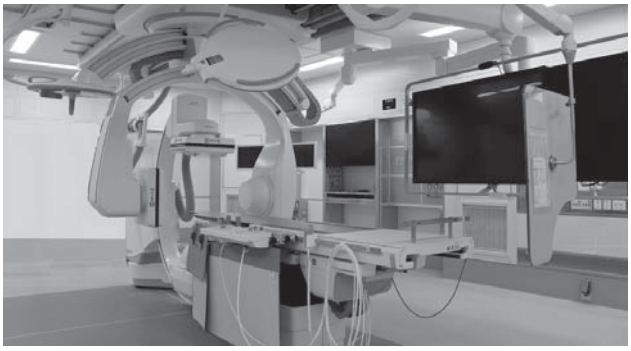
新本館外観

学校法人福岡大学は 2024 年 5 月 7 日に福岡大学病院新本館を開院いたしました。

2021 年 10 月に着工し、5 万 1,000㎡を超える延床面積、地下 1 階、地上 12 階建てで屋上にはヘリポートを備え、病床数 618 床を擁する建物です。中央棟と合わせると総病床数は 771 床を有し、24 診療科と 13 診療部および 20 診療支援部門を中心に約 1,900 名の職員が理念である「あたたかい医療」を届けています。

本館 3 階に設置した手術室はこれまでの 14 室から 18 室になり、低侵襲手術を可能にするハイブリッド手術室とロボット手術室を増室しました。また GICU も 4 床から 10 床、EICU も 10 床から 12 床に増やすなど大学病院としての機能を充実させました。今後、感染症患者に対応できるよう新興感染症への対策として随所に陰圧切り替えが可能な病室を配置し、また感染拡大時には 1 つの病棟を陰圧区画にできる機能も備えています。当院の強みでもある「総合周産期母子医療センター」の NICU は 15 床から 24 床に増やし、地域医療機関の中核を担うとともに更なる拡充を図ります。

本館 1 階中央ロビーにツリーをイメージした広いホールを設けました。医療情報等を発信し、こちらで過ごす時間が「豊かな時間」になるよう期待しています。また入院中も快適に過ごせるよう病室の窓の高さを低くすることでベッドに横になったまま外の景色が眺められるようレイアウトしており、食事もニュークックチル方式を取り入れることで温かいまま提供できるようになりました。



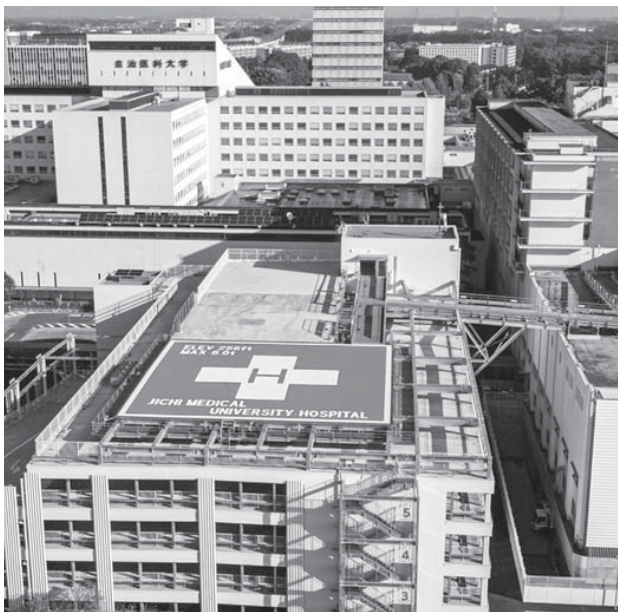
ハイブリッド手術室

本館 1 階中央ロビー

今後も地域の医療機関を下支えできるよう努めてまいりますのでご支援・ご協力を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

自治医科大学

附属病院立体駐車場棟及び放射線治療棟竣工



立体駐車場棟外観と屋上ヘリポート

放射線治療棟（外観西面）

自治医科大学附属病院では、付帯施設整備事業として整備を進めていた立体駐車場棟及び放射線治療棟が竣工し、運用を開始しました。

立体駐車場棟は2023年９月に竣工、６階建て、建築面積2,755.27㎡、延床面積12,634.81㎡、駐車台数291台で、旧平面駐車場より約160台多くの駐車が可能となり、駐車場不足の解消や荒天時の移動など患者の利便性が向上しました。１階には会議室や防災備蓄倉庫の他に飲食店等が店舗を開設し、患者のみならず地域の方々の利用が可能となります。さらに、屋上にヘリポートを整備したことにより、搬送時間の短縮、ドクターヘリの受入件数増のほか、重症患者の救命率や社会復帰率の向上に寄与することで、更なる地域医療の充実と救急医療体制の強化が図られます。

放射線治療棟は同年11月に竣工、３階建て、建築面積1,647.65㎡、延床面積3,129.01㎡で、最先端の高精度放射線治療を提供するため、新たな放射線治療機器を２台導入しました。うち１台はVarian社製次世代型マシンETHOS therapy-HyperSightで、日々の病変の形状変化に合わせて照射の当て方を調整できる「即時適応放射線治療」が可能な治療装置です。これにより、多くの患者のニーズに素早く対応できるようになります。また、患者が安心かつ穏やかに放射線治療を受けることが出来る心地よい空間の提供をコンセプトにゆとりある待合いスペースや、治療中の症状相談が出来る説明室等を設け、安心して治療に専念できる施設となっています。

放射線治療装置

これからも特定機能病院として安全で質の高い医療を提供し、地域の医療に貢献してまいりたいと考えております。

【訃報】

岩手医科大学理事長
日本私立医科大学協会会長
小川　彰先生ご逝去

岩手医科大学理事長であり、日本私立医科大学協会会長であられた小川　彰先生が去る令和 6 年 3 月 3 日（日）、享年 76 歳でご逝去されました。

先生は昭和 49 年岩手医科大学医学部医学科をご卒業後、東北大学医学部附属脳疾患研究施設脳神経外科に入局されました。その後、国立仙台病院脳神経外科医長、同病院の臨床研究部脳神経研究室長、東北大学医学部助教授を経て、平成 3 年に米国バロー神経研究所（アリゾナ大学）へ留学されました。そして帰国後、岩手医科大学脳神経外科学講座教授に就任され、脳神経外科学の教育・研究・診療に心血を注がれました。

平成 15 年には、岩手医科大学医学部長、平成 20 年に岩手医科大学学長、更に平成 24 年には学校法人岩手医科大学理事長に就任され、岩手県を中心に地域医療に貢献されました。平成 23 年 3 月 11 日に発生した東日本大震災の折には、北東北の高度医療を守るため、暗中模索されながらも、あらゆる危機に備える地域医療の拠点としての礎を築かれました。

岩手医科大学では平成 17 年、岩手県矢巾町に新キャンパス第 1 次工事が着工、平成 19 年 3 月に各学部共通校舎や図書館が竣工し、学生が学部の垣根を超えて同一の建物内で一緒に学べるよう「多職種連携教育」を取り入れられました。その後平成 29 年 4 月の看護学部開設に伴い、医・歯・薬・看護学部を設置する医療系総合大学となった岩手医科大学では現在も総合的な医療人の育成を継続しています。

小川先生は医学教育、医師養成、医師偏在・診療科間偏在問題などにかかる文部科学省、厚生労働省などの検討会委員や医学関係団体役員等も歴任されました。平成 20 年 5 月から平成 22 年 5 月まで全国の国公私立医科大学・医学部から成る全国医学部長病院長会議の会長をお務めになり、また、私立医科大学協会においては、令和元年 5 月より寺野　彰現相談役の後任として会長に選任され、本協会加盟大学のために、日々ご活躍いただいておりました。最近では、文部科学省「今後の医学教育の在り方に関する検討会」委員、厚生労働省「医師養成過程を通じた医師偏在対策等に関する検討会」委員に就任し、今後の我が国の教育･研究･国民医療の充実・発展に関して活動されて来られました。

このように、我が国の医学教育・研究・診療のため、岩手医科大学のため、東北地方における地域医療のため、多年にわたるご活躍をされてこられました先生のご功績が高く評価され、今般、叙位従四位ならびに叙勲旭日重光章受章の栄に浴されました。

小川彰先生のご逝去に対し、謹んで哀悼の意を表します。