

醫學振興

日本私立医科大学協会

第87号

Contents

巻頭言	「医師臨床研修費補助金の不思議」.....	2～4
座談会	「診療参加型臨床実習を評価するー臨床研修を経験してー」....	5～23
論壇	「慶應義塾大学医学部の研究人材確保と教育について」.....	24～27
施設紹介	「大阪医科大学」.....	28
	「慶應義塾大学」.....	29
	「関西医科大学」.....	30
	「帝京大学」.....	31
	「自治医科大学（附属病院新館南棟竣工）」.....	32
	「自治医科大学（実験医学センター新棟竣工）」.....	33
医大協ニュース	34～38
協会及び関係団体の動き	39～45

東海大学創設者 松前重義博士胸像

東海大学の創立者松前重義は、学園の創立にあたり、「若き日に汝の思想を培え 若き日に汝の体軀を養え 若き日に汝の智能を磨け 若き日に汝の希望を星につなげ」という、四つの言葉を掲げ、身体を鍛え、知能を磨くとともに、幅広い視野をもって人生の基盤となる思想を培い、希望の星に向かって生きていこうと語りかけました。

医学部は、神奈川県伊勢原市に1974年4月に開設しました。これにあたって松前重義は「人間存在の根源にかかわる医学は、高度な科学の成果と人間への愛を融合することによってなし得る領域であり、総合大学において真価を發揮し得る」と考え、当時の日本医師会長の武見太郎先生に医学部設置懇談会の座長をお願いし、その下で設置計画案が練られました。翌年には付属病院を開院し、「病気を診るのではなく患者を診る」という理想を掲げ、東海大学建学の理念である“ヒューマニズムと科学の調和”を具現化しました。

創立者胸像の作者は日本を代表する美術家であり、「長崎平和祈念像」で有名な北村西望氏です。



巻頭言

「医師臨床研修費補助金の不思議」

一般社団法人日本私立医科大学協会
総務・経営部会担当副会長
岩手医科大学理事長



小川 彰 氏

I. はじめに

臨床研修制度は医学部6年間の医学教育では十分な臨床能力が涵養できないとして、卒後更なる研修が必要だとの観点から厚生労働省が法制化し、平成16年から実施したものです。一方で、以前より文部科学省は医学教育大綱を全面的に改訂し6年一貫教育にかじを取り、診療参加型臨床実習を充実・拡充し6年の医学部教育で臨床能力を有する医師を輩出する教育方針を立てていました。(平成4年から)この両省の方針の違いによって、全く正反対な方向の異なる医学教育が国の政策として平気で進められ、混乱を生じたことは明らかです。結果、地域医療が危機的状況に陥ったことは歴史が証明しています。この地域医療の危機を背景に「医師確保総合対策」「緊急医師確保総合対策」として医師養成増に踏み切らざるを得なくなったのです。

現在の、医師不足・地域偏在を顕在化させた根源にあるのは臨床研修制度に他なりません。そして、臨床研修制度発足の根幹にある制度設計上の臨床研修の補助制度に大きな矛盾があることが明らかになってきました。本稿では補助制度の問題点に焦点をあてて論じたいと思います。

II. 私立医科大学協会の立ち位置

私立医科大学協会は、昨年度、「医師養成制度の在り方に関する提言」を公表し、医学生涯教育のグランドデザインを策定しました。医学生涯教育として一貫性のある卒前、卒直後、その後につながる医学生涯教育の拡充・充実を提唱してきました。中でも、臨床研修制度については、本制度の負の影響、また、医学生涯教育の中で充実しつつある卒前学部教育と“初期臨床研修”が重複する事から、一貫して「廃止」を提唱してきました。現在の臨床研修制度を一般に初期臨床研修と称されています。もともと、医師法上臨床研修に「初期」の概念はありません。あくまでも臨床研修なのです。また、「後期」臨床研修も専門医制度との関連で色々言われていますが法的には定義されていないのです。

III. 臨床研修制度の廃止論議と国の補助金

一方、「廃止」を主張すると、全国の国公私立大学関係者から、臨床研修制度に対しては「補助金」が交付されており、臨床研修制度を廃止して補助金を返上する事に対する危惧の声が少なからず寄せら

れてきました。しかし、一方で臨床研修制度に対する補助制度の内容についてはほとんどの方が理解されておらず、各病院で臨床研修の運営を維持するために必要な補助金が十分に交付されていると誰もが信じて疑わなかったのです。

Ⅳ. 厚生労働省の補助の実態

臨床研修費補助金のルールや、どの程度の補助金が交付されているのか等について、私立医科大学協会ではその内容を調査することにしました。過去に遡りますが、国は平成 16 年の「臨床研修制度」発足に当たり、「臨床研修を義務付けるのであれば、無給はありえない。」とし、制度発足に当たって、研修医一人一月あたり約 30 万円程度の給与を保証し、補助する。」としました。しかし、その後、補助金運用上の信じられない法的間違いが明らかになりました。それは、国立大学附属病院に在職する臨床研修医以外には国庫から給料の支給は法律上許されないということです。

現在の、厚生労働省からの臨床研修費補助金のルールは臨床研修医の給与ではなく「研修医の指導経費等についての財政支援」となっています。主な対象例として例示されているのは、「指導医経費」、「プログラム責任者等経費」、「産婦人科・小児科宿日直研修事業経費」等です。

一方、文部科学省高等教育局医学教育課の調査では、大学病院の初期研修医の給与月額、国立大学附属病院で平均約 32 万円（最大 50 万円、最小 25 万円）、私立大学附属病院で約 31 万円（最大 46 万円、最小 25 万円）との結果が出ています。国立、私立で初期研修医の処遇には大きな差はありませんでした。

Ⅴ. 臨床研修費等補助金額調査

一方、私立医科大学協会は、加盟 29 私立大学に臨床研修費等補助金額調査（平成 28 年度分）を行いました。結果、厚生労働省からの「臨床研修費補助金」すなわち、指導医経費、プログラム責任者等

経費、産婦人科・小児科宿日直研修事業経費等として私立大学に交付されている臨床研修費は月額換算で、1 大学、研修医一人当たりわずか平均 3 万 9 千円（最大 5 万 9 千円、最小 3 万 2 千円）にすぎないことが明らかとなりました。制度発足当初国が約束した約 30 万円に比べ約 1/10 しか補助されていないことになります。そして、前述の管理経費などの補助金の交付を受けても、臨床研修制度維持のために、研修医への給与等一人、一か月あたり約 30 万円を各大学が自主的に拠出させられていることとなります。有能な官僚が制度設計するわけですから制度設計の段階で給与としての補助は出来ないことは事前に了解していたとも考えられます。いずれ臨床研修制度発足当初の補助の約束が全く果たされていないことは明らかです。

Ⅵ. 国立大学の場合

前述した厚生労働省からの臨床研修費補助金として交付されている指導医経費、プログラム責任者等経費、産婦人科・小児科宿日直研修事業経費等「研修医の指導経費等についての財政支援」のルールの補助先は「公私立大学附属病院等」となっており、国立大学は含まれておりません。では国立大学附属病院に所属する臨床研修医費用はどこから拠出されているのでしょうか。複数の国立大学事務局に問い合わせしてみました。何れも現場の大学事務局でははっきりと判らないとの回答でした。しかし、国立大学附属病院に所属する臨床研修医の給与、研修費用は厚生労働省からは拠出されていないにもかかわらず支払われております。厚生労働省からの補助対象になっていないとなれば、文部科学省からの運営費交付金の中に含まれていることは明白です。

国立大学に交付されている運営費交付金には 2 種類あります。「国立大学法人運営費交付金」と「附属病院運営費交付金」です。後者は国立大学附属病院の経営努力で平成 25 年には 0 となり交付金に頼らない病院運営になったと胸を張っています（国立大学協会）。しかし、附属病院運営費関連交付金には、交付されなくなった「附属病院運営費交付金」の他、「特別運営費交付金」、「特殊要因運営費交付金」、「その他の運営費交付金」もあり、実態は良く解りませ

図表1-10 附属病院に係る運営費交付金収益の内訳

(単位：百万円、%)

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

【表】 会計検査院（国会及び内閣に対する報告平成 28 年報告（随時報告））

ん。(上段の表参照)

確かに附属病院運営費交付金が22年度から24年度まで減少して、25年度以降は不交付となっています。一方で、特別運営費交付金は25年度まで増加しており、26年度は250億円、対22年度増加率は157.7%となっています。この様に、平成25年からは「附属病院運営費交付金」は0になっています。しかし、不思議なのは、「附属病院運営費交付金」、「特別運営費交付金」、「特殊要因運営費交付金」、「その他の運営費交付金」の合計が、平成26年で総額約1,282億円に上っており、平成22年度に186億円交付されていた附属病院運営費交付金が不交付になったことを入れてもその他の附属病院運営費関連交付金は増加しています。特に、特別運営費交付金は1.5倍以上の伸びを示しています。特別運営費交付金とは「新たな教育研究ニーズに対応し、高度専門職業人の養成等の取組等のプロジェクトを支援する。」となっており、この内容であれば本来、国公私立を問わず研究費あるいは補助金として公平に分配されるべき項目ではないかと思われます。国立大学のみ^に交付されることの不平等さ、そして、本来の交付金の趣旨を逸脱しているのではないかと危惧するものです。

Ⅶ. 国庫から全額拠出されている国立への 臨床研修関連交付金

国立大学法人運営費交付金は医学部を設置している国立大学42大学の平均で1大学当たり182億6,400

万円、大学全体の収益の34～38%を占めます。前述した附属病院運営費関連交付金は1大学当たり平均30億5千万円も交付されています。従って、臨床研修医関連支出は運営費交付金で100%賄われていると考えてよいでしょう。言い方を変えれば、臨床研修医関連運営経費は、国立大学では国庫で全額賄われ、私立医科大学では一か月一人当たり3万9千円の厚生労働省補助金に甘んじ、給料分を含む約30万円強の不足分は乏しい私立大学会計から自主的、かつ、強制的に支払わされている事になります。あまりに不平等な補助制度と言わざるを得ません。

Ⅷ. 最後に

臨床研修制度の良し悪しはここでは論じませんが、病院として臨床研修医に対する処遇や教育体制は同じで、かつ、ほぼ同額の支出をしているにもかかわらず、国からの補助は国立大学病院では全額、私立大学病院ではその1/10です。この様な、極端な不平等が堂々とまかり通っている事には驚きを禁じえません。G7の先進国でこの様なことはないだろうし、発展途上国でも珍しいと考えます。先進国の中でも医学・医療レベルではトップとされる日本です。医療行政でも、世界の規範となる恥ずかしくない政策を強く望みたいと思います。

座談会

「診療参加型臨床実習を評価する —臨床研修を経験して—」

日時：平成30年8月24日（金）18時00分～20時00分

場所：アルカディア市ヶ谷（私学会館）5階会議室

高木 康氏

昭和大学副学長、統括教育推進室長

鈴木 勉氏

順天堂大学医学部医学教育研究室先任准教授

向田 凧沙氏

東京慈恵会医科大学附属病院研修医

宮寺 恵希氏

日本医科大学付属病院研修医

久代 裕一郎氏

聖マリアンナ医科大学病院脳神経外科後期研修医

（司会）**新井 一氏**

順天堂大学学長、日本医学教育評価機構副理事長

（広報委員会）**小口 勝司氏**

昭和大学理事長、教育・研究部会担当理事、広報委員会委員長

（広報委員会）**小栗 典明氏**

日本私立医科大学協会事務局長



【はじめに】

小 口 今日は、お集まりくださりましてありがとうございます。

これから私立医科大学協会の『医学振興』第87号の「診療参加型臨床実習を評価する－臨床研修を経験して－」という座談会を開催したいと思えます。

医学部医学科における診療参加型臨床実習は、各大学で各々行っています。それに対する先生方の評価は各々にあるのですが実際に受けた学生の評価がなかなか出てきておりません。そこで、今回は、卒業して間もない皆さんにお集まりいただきまして、学生時代を思い出していただきながら、診療参加型臨床実習がどうあったら良いかという話を伺いたいということが、今回の座談会の趣旨です。

そのまとめ役を新井先生にお願いしました。それでは、新井先生、よろしくお願ひいたします。

新 井 司会を仰せつかりました順天堂の新井でございます。今日は、よろしくお願ひいたします。

最初に、今日参加いただいた先生方に自己紹介をしていただきたいと思います。高木先生からお願ひいたします。

高 木 昭和大学の高木でございます。副学長を拝命しております。教育改革とIR室を担当しております。一昨年まで医学教育講座の教授をしており、臨床研修センターのセンター長も兼任しておりました。昭和大学医学部の医学教育カリキュラムの立案に関与しておりましたので、現在の診療参加型の臨床実習の構築にもいろいろと検討を加えました。我々教員は自分では良いなと思ってこれらのシステムを構築しましたが、学生さんにはそう捉えられないこともありますので、ぜひ忌憚ないご意見を伺いたいと思えます。よろしくお願ひいたします。

鈴 木 順天堂大学の医学教育研究室の鈴木といいます。先任准教授です。医学教育に関しては、高学年の臨床実習の方と臨床研修センターの運営委員会の委員長をやらせていただいておりますので、研修医と臨床実習へ移行しているところをまきに見させてもらっているところで、その中で実際の研修をやっている先生方の意見を聞ければありがたいと思っております。よろしくお願ひいた

します。

宮 寺 日本医科大学付属病院研修医2年目の宮寺恵希です。私が実習したのはクリニカル・クラークシップになる前の、まだ期間の短いものでした。新しいカリキュラムを受けているわけではないのですが、後輩たちがより充実した内容で各診療科を回っているのを見ており、研修医としてクリニカル・クラークシップに関わっている立場からも、今日お話しできたら良いなと思っております。よろしくお願ひします。

向 田 東京慈恵会医科大学の研修1年目の向田風沙です。出身大学も慈恵医大で、私の代からちょうどクリニカル・クラークシップが始まり、「こういうことが変わるから学生さん頑張るね」と聞きながら実習に臨ませていただいたので、よりこう変えていかなければいけないというのを身に沁みながら実習をさせていただきました。研修医になってまだ4か月ですけれども、クリニカル・クラークシップがどういうふうに活かしているかというのを、私の中でお話をしながら整理もできれば良いかなと思っております。よろしくお願ひします。

久 代 聖マリアンナ医科大学病院の脳神経外科に所属しております久代裕一郎です。

私は、後期研修医という違った立場ですけれども、去年、一昨年と研修医を通して思うところはいろいろありましたので、現在後期研修の立場で昔を振り返りながらフィードバックしていけたら良いなと考えています。よろしくお願ひします。

小 口 私は、小口と申します。昭和大学の理事長をしておりますが、今日は私立医科大学協会の広報委員会委員長として出席させていただいております。

どうぞよろしくお願ひいたします。

小 栗 私は、日本私立医科大学協会事務局長をしております小栗と申します。記事の掲載につきましては、速記録の修正の段階において調整をさせていただきますので、本日の座談会をよろしくお願ひいたします。

新 井 私は、順天堂大学の学長をしております新井です。司会をさせていただきますので、よろしくお願ひします。

この会が始まる前に雑談をしていたのですけれども、皆さんご存じのようにモデル・コア・カリ

キュラムが 2001 年から導入されて、2016 年に改定がなされました。向田先生、宮寺先生、久代先生は、2016 年改正前の世代になると思います。さて、2001 年に最初のモデル・コア・カリキュラムで診療参加型臨床実習が重要であるということは既に指摘されているのですけれども、今回また改定になった 2016 年でも相変わらず診療参加型臨床実習が重要だと言われています。このような事実をみると、15 年間で実はあまり日本の医学教育で診療参加型臨床実習というのは進歩しなかったのかという疑問すら生じてきます。

そのような中、ECFMG が世界医学教育連盟の医学教育の基準に合致しないと、2023 年からアメリカの医学予備医師国家試験の受験資格を剥奪するという、いわゆる 2023 年問題が勃発しました。ここで JACME（日本医学教育評価機構）という組織を、全国医学部長病院長会議、文部科学省、厚生労働省、いろいろな団体が協力してつくって、医学教育の国際認証を我が国でも実施しようということになったのです。2015 年に JACME ができたのですけれども、実はその前に文部科学省のトライアルで 2013 年から、幾つかの大学が国際基準に照らして医学教育が妥当かどうかという評価を受け始めました。JACME の評価で重要視されるのが、診療参加型の臨床実習であるため、2015 年度以降加速度的に臨床実習が大きく変わってきました。臨床実習には見学型と診療参加型があるわけですが、比率はともかくとして、診療参加型がだんだん増えてきたというのが現状です。

まさにその時期に 3 人の先生方は学生時代を過ごされたということで、是非、今日は、そのあたりのお話をお聞きしたいと思います。

お手元にレジユメを用意しましたが、これはあくまでも議論のたたき台ということで幾つかのキーワードを示しただけのものです。よろしくお願ひします。

【共用試験と student doctor 制度について】

診療参加型臨床実習に入る前に CBT・OSCE を皆さん受けられた訳ですが、我々としては、それに受かった人にしっかりと臨床実習をやってもらいたいと思っています。CBT・OSCE に合



小口 勝司氏

昭和大学理事長

教育・研究部会担当理事、広報委員会委員長

格しないと、今は全国に 82 医学部ありますけれども、全ての医学部で学生が臨床実習に進めないこととなります。student doctor という称号を与えて、学生の皆さんに自覚をもってやってもらおうということなのですが、CBT・OSCE と student doctor というのは、ご自身の経験からうまく機能していると思いますか。

宮 寺 student doctor という称号を得ることによって医師としての自覚が生まれるとともに、患者さんからもより信頼されていると感じていました。

また OSCE を経験したことで基本的な診察を学ぶことができ、臨床実習に入っても戸惑うことなく診察ができたと思います。実際に患者さんと向き合った時には緊張してなかなか思い通りにはできないのですが、何をして良いか全く分からないということにはなかったと思います。

向 田 私の大学はグループ学習がメインなので、CBT や OSCE に向けてグループで学習することが多くて、困ったときに相談し合える仲間ができました。また、CBT や OSCE の勉強を通して、基本的にこういうことを臨床実習でやらなければいけないんだという指標にもなったので、良いきっかけになりました。

student doctor という標榜をいただけることで、

患者さんにご挨拶するとき、「学生の」と言うのではなく、「student doctor の」と言うと、患者さんも、勉強してきてちゃんと診てくれるんだなというのもしっかりわかるような印象がありました。上の先生も、この子は student doctor だからいろいろお話ししてあげてねとか、診察もできるので協力してくださいというふうに患者さんに説明もしていただいたので、私は、その制度はありがたいというか、実習の中では生きていたかなと思います。

久代 1～4年生は座学が基本で、5～6年生からはベッドサイドで診療を主にやっていきました。そういう中で、CBTで知識をしっかりとつけて、OSCEで診察技能だったりを身に付けると思うのですけれど、こういうのがしっかり合格基準に達してないと、いざベッドサイドに出たときに、患者さんと直に触れ合う初めての機会だと思うのですが、何をしても良いのかわからなかったり、カルテを見ていても内容が把握できないということが多いため、そういった中では、ある一定のラインに達するという意味でも CBT・OSCE は大事なところなのかなと思います。

student doctor に関してですけれども、私などは、student doctor と言うのが恥ずかしかったというのがあったんです。自己紹介をどういうふうにするのが一番かなというときには、最初は恥ずかしいのですけれども、student doctor ということに慣れてくると、患者さんも我々に心を開いてくれるというか、そういう経験もありましたので、そういった意味では student doctor の制度は大事なかなと思います。

新井 大学によっては、CBT・OSCE に合格すると白衣授与式をやるところがあるのですけれど、皆さんは、それは経験されましたか。

向田 授与式を経験しました。白衣を直に1人1人受け取れるので、すごい心改まる感じがしました。自分で買うよりも、いただいたというのはすごい嬉しい気がしました。

新井 看護学部などでは戴帽式をやったりしますが、それで自覚が出てモチベーションが上がるといったのがありますね。ただ、全ての大学でやっているわけではありませんが、これは考えても良い1つの儀式というか、セレモニーなのかもしれませぬ。

大学側の問題として、CBT についてですが、今は IRT (Item Response Theory; 項目反応理論) という標準値で公平に判定をしているのですけれど、大学によって若干判定の基準が違います。IRT を 100% 尊重するところもあれば、少し基準を変えたりとか、ほかの要素も加えて判断をしたりとか、この辺は高木先生、どうでしょうか。また、将来的にはどういう方向に行くのでしょうか。

高木 共用試験 CBT の評価については、今、新井先生がおっしゃった IRT 標準スコアにより評価している医学部が多いようです。CBT は受験生ごとに試験問題が異なりますので、試験問題の難易度と識別度から IRT スコアを設定しています。この場合には最低 200 人の受験生での成績が必要で、まずは試行問題として出題され、IRT スコアが設定されます。CBT の成績を素点で評価している医学部もまだ少数ですがあります。

全国医学部長病院長会議では IRT 合格基準として 359 を提唱しています。数年前は 43 を用いていましたが、これは 2006 年に CBT が導入する時に決めた標準個体、IRT スコアを設定した集団ですが、CBT が導入されると学生さんが勉強して、この IRT スコアが上昇しました。そのために、IRT スコアの変更が必要となり、2012 年から 2014 年の 3 年間の平均から新たに IRT スコアを設定し直しました。以前のスコアと混乱を避けるために、1 桁多く 3 桁にしました。

この合格基準の IRT スコア 43 あるいは 359 は、平均値 - 1.5 標準偏差、これは医師国家試験でも用いられているようですが、これを利用して IRT スコア 43 あるいは 359 を基準としたようです。ちなみに、IRT スコア 359 は素点ではだいたい 65 点です。

IRT スコアは、出題問題の難易度と識別度を考慮した値ですので、受験生の知識の適正な評価をしていると考えています。現在、CATO (医療系大学間共用試験実施評価機構) では、各医学部に CBT の合格の基準を IRT スコアで行っているか、あるいは素点で行っているかを質問しています。近々そのデータを公開できるものと考えています。

新井 鈴木先生、CBT の評価について何かありますか。

鈴木 自分たちが受けた試験問題に対する正解率

が6割5分ぐらいの知識で十分だったのか、7割5分から8割ぐらいできて初めて患者さんと向き合えるのか、という感じを知りたいんですが、今振り返ってどうですか。

宮 寺 6割5分で十分ということはないと思いますし、かといって7割でも十分ではないとは思いますが。基準を上げていくときりがないのではないのでしょうか。臨床実習に入ってから学ぶことも多いですし、座学だけで学べることの限界もあると思います。私は、実際に経験することでより理解することができました。例えば冠動脈の造影検査などでも、教科書の写真で見ているだけでは全く覚えられませんでした。実際にカテーテル検査に入らせていただくことで、座学でいくら勉強しても覚えられなかったことが、あっという間に覚えることができました。座学での基礎知識があつてこそだと思いますが、先に臨床実習に進むことで学べることも多いかと思えます。

鈴 木 たぶん同じような意見だと思うのですが、どうですか。臨床実習を始めてから自分で学ぶのには、ある程度勉強さえしておけば、それを基礎にして伸びていけるのだなという感じでしょうか。そのためのステップとしてはCBTは非常に良いものだと考えて良いですか。

向 田 患者さんを診て病態を考えたりという方が好きなので、どちらかというとも1対1で覚えるというのは苦手です。自分の成績を見返すと、必ずしもCBTの点数とは相関しないのかなと思ったりもします。ただ、CBTのように座学の良い点は、本の目次みたいに頭の中で学ぶべきことをリストアップできるという点で良かったです。

鈴 木 さっき student doctor という言葉を使うのに少し照れがあると言われましたが、もしそれがうまく使えたら良いなと思うのですけれども、ご自身は別にして周りの人はどうでしたか。

久 代 もちろんグループで回っていますけれど、グループそれぞれにいろんな人がいますが、自己紹介のときに student doctor と言っている人はあまりいなかったのかなというのが印象ですかね。

鈴 木 臨床実習に入って患者さんを診ていくところで、お互いに意識改革ができるとスムーズに、学生も自分は student doctor になって患者さんを責任をもって診るのだと。最終的な決断は指導の先生たちに責任がありますけれど、患者さんも、



新井 一 氏

順天堂大学学長

日本医学教育評価機構副理事長

しっかり勉強してきた人にいろいろ言って、それが医療の最終的な決定に重要な役割をしているのだというのがお互いにわかると、実習というのは上手くいくと思うんです。

久 代 私らの代は student doctor が始まったばかりだったと思うので、そういう照れがあったかもしれないのですが、今、実際に入局してBSLの学生と一緒に診察することがあります。そういったとき学生の方は、student doctor とははっきり言っているもので、そういったところは私らの代に比べれば意識があるのかなというので、私は心の中で、「あっ、すごいな」と思いながら学生から学ぶことが多いなと思えます。

新 井 臨床実習に入る前のCBT・OSCEについては後でもう少し議論させていただくとして、国家試験の改革というのでは医学教育を考える上で非常に大きい意味があると思います。

もう1つは、臨床実習で学生が行う医行為がどの程度許容されるのかという問題があります。医学生の医行為については、今新しい基準が見直されているのですけれど、学生が患者さんに対してある一定の医行為を指導医のもとで行う場合に、student doctor の称号が1つの条件になると思います。したがって、student doctor の称号は、今後ますますその重要性が増すと思っています。貴

重要な意見をありがとうございました。

【診療参加型臨床実習について】

次に、診療参加型臨床実習について少し議論をしたいと思います。

お配りした資料6（全国医学部教育カリキュラムの現状）の21を見ていただきますと、「大学別臨床実習合計実施週数」というのがあって、今全国平均が60.3週ということになっています。このグラフを見ていただいてもわかるように、大学間でまだまだ差がある。国際認証が導入される前は、平均が56週ぐらいでしたから、4週ぐらいは伸びているし、多分、今後60週半ばぐらいまでは行くのではないかと思います。

20を見ていただくと、経年的に臨床実習の総時間数は増えているのが読み取れると思います。参考までにアメリカのカリフォルニアでは72週が基準になっているということもあります。もちろん週数だけで全ては語れないと思いますが、みなさんが経験した臨床実習の週数は何週か覚えてないかもしれませんが、感覚的に十分な期間であったのか、もうちょっと欲しかったのか、率直な意見を聞かせてもらいたいと思うのですが、どうでしょうか。

宮 寺 私は実習が長くなる前の制度で、5年生の4月から6年生の5月までの期間でした。診療科によっては、1週間しか回れないこともありましたが、科によっては選択制で回れない科がありました。私の場合は神経内科を回ることができませんでした。全部の科を回ることができ、かつ、1週間の診療科については、もう少し長い期間を回ることができたら良かったと思います。

向 田 私は、4年生の9月から5年生の8月までが見学型実習で、見学型では全ての科を回るということで、内科と外科は2週間ずつで、マイナー外科が1週間ずつだったので、内科が半分回れないということになっていて、5年生の9月から6年生の8月までが、月単位で基本的には内科は回ってない科を回る、後4か月は自分の選択と形式でした。トータルで見ると2年間は臨床に出ているので、実習としては充実していました。

ただ、参加型が1年で、且つ4か月しか選択ができないので、4か月もできるという言い方もで

きるとは思うのですけれど、私は座学が苦手で、現場に出ていっぱい学ぶことの方が好きだったので、そういう点では、もう少し卒業試験をずらして勉強できて良かったかなと思うこともありましたが、不足だなと思うことはなかったです。充実した2年を過ごせたと思っています。

久 代 聖マリアンナ医科大学では5年生から始めて、内科は必修で2週間ごと、マイナーは基本は1週間ということ、6年生になって2か月、1か月・1か月でフリーな期間があるということだったんです。内科は必修で全部回れるので良いと思うのですけれど、マイナーは1週間というところなんです。僕は今脳神経外科にいるのですけれど、1週間だと、もちろん手術がメインになると思うので、手術も毎回決まったものでやるわけではなくて、教えられる先生方の忙しさもあって、学生にいろいろ教えることができないということがあります。そういった意味では、マイナーは国家試験にもトータルすると4割出てくると思いますので、臨床実習の期間が延びたらなというのはありました。

新 井 今奇しくも国家試験の話が出ましたが、日本は見学型と診療参加型の実習が混在していて、ほとんどの大学では全ての臨床系講座をローテーションすると思うんです。それは1つは、いろんな診療科を見てみたいという学生の思い、もう1つは、国家試験があるので、一応すべからず全ての科を経験しておきたいという思いもあると思うんです。一方で、全ての講座を回るとなると、一部の臨床実習は見学型にならざるを得ないといったこともあり得る。一部回れない講座も出てくるが見学型はなしにして徹底的に診療参加型でやってほしいと思うか、ある程度見学型もあって良いと思うか、率直なところどうですか。

宮 寺 見学型というと講義などでしょうか。

新 井 いや、講義ではありません。基本的には1週間程度で患者さんの診療には直接参加しないで、手術を見学したり、回診に一緒にくっついていく、ただ、学生はあくまでも見学者で実際の診療には参加しない、これが見学型です。一方、診療参加型というのは、まさにクリニカル・クラークシップで、自分で受持ちをもって、朝の回診の前に患者さんをチェックしたり、血液データを見て何か異常があれば、それを上級医に報告したり、

まさに主治医団に入るのが診療参加型臨床実習ですから、見学型とは明らかに違うわけです。今言ったクリニカル・クラークシップ一辺倒でいくと、一つの講座で1カ月とか、長期間実習しなければならず、結果一部回れない科が出てくるわけです。それでも良いのか。やはりすべからず全部とりあえずはという感じなのか、どうですかね。

宮 寺 先程は1週間では短いと申し上げましたが、1週間でも経験すると、全く回らないのとは違うのではないのでしょうか。全く経験せずにその科の勉強をしても、理解しにくく感じると思います。国家試験は全ての診療科から出題がありますので、全ての科を1度は見ておくことは大事だと思います。

向 田 私も、全ての科をできる限り見ておくというのはすごく良かったと思います。興味がない科でも回らなければいけない期間は頑張っただけ勉強しようという思いになりましたので。

論点がずれてしまうかもしれないのですが、見学型は昔からずっとやっているカリキュラムなので、上の先生がどうやって学生を教育しようというスケジュールが決まっています。その中ではその科の勉強としては効率よく勉強できたかなと思っています。

参加型は、研修医に付かせることを意識してやってくださったので、また違ったスタイルで実習ができて、そういう点では良かったなと思います。

久 代 student doctor という名前があって、「ドクター」というからには、しっかり一緒にチームの一員として参加していった方が良いのかなと思います。研修医になれば、国家試験に通って医師として携わるわけですから、そういったベースを作る上でも、学生の間では、先生たちに相談しやすいですし、いろいろお話も聞きやすいと思うので、そういった意味でもチームの一員という自覚をもって研修をやった方が良いのかなと思います。

新 井 ありがとうございます。

次の話題に移りますが、レジュメの中に非常に重要なポイントを抜かしてしまったのですが、学生が行う医行為というのがあります。これは診療参加型臨床実習を考える上で、重要な要素になります。



宮寺 恵希氏

日本医科大学付属病院研修医

【医学生に許容される医行為の範囲に関して】

現在検討中の学生の医行為に関する新たな基準を資料1に示します。この資料1（医学部の臨床実習における実施可能な医行為の研究）の7頁を見ていただくと、医学生に許容される医行為の範囲の例示ということで、「必須項目」と「推奨項目」があります。必須項目は臨床実習中にやってほしい、推奨項目は望ましい、ということだから、やれたらやってねというような感じになっていますが、それが14頁以降に記載されています。

皆さんが実習した時の基準は「前川レポート」というものに準拠しています。今日資料を持ってきたのですが、今から27年前の基準で、これを未だに踏襲している訳で、そこに問題があります。診療参加型では学生にある程度医行為をやらせてもらうというのが前提にあります。資料1にあるように今基準を新しく見直しているのですが、皆さんが臨床実習をやったときに、医行為を果たして充分に行えたのか、静脈に針を刺したり、創部を縫合するとか、そういうことは十分にできましたか。自分としてはやりたかったけれどもできなかったとか、このぐらいでいいのかなとか、その辺の印象はどうでしょうか。

宮 寺 外科では手術の際に縫合をさせていただい

たこともあります。採血などはあまりやりませんでした。それよりも問診や身体診察などは、数多く経験することができました。侵襲的なことは、研修医になってから研修医同士で練習し、質がある程度保証された状態で患者さんに行っています。私が学生の時でしたら、患者さんに採血するようにと言われても不安に感じたのではないかと思います。あらかじめ練習を積んでおけばできたとも思います。OSCEでは模型を使って練習はしましたけれども。

新井 シミュレーターの活用ですね。

宮寺 そうです。学生同士での採血も、あまり多くの経験がありませんでしたので、シミュレーターを使用した練習は有意義だったと思います。

向田 私は、見学型のときは問診とかプレゼンテーションがメインだったので、外科とかでずっと手術に入って、最後に、ここだけ縫合してみようかといっただけ教えてもらいました。

参加型に関しては、どんどんやりましょうという方向だったので、リストアップされているものは基本的には指導医の下行って良いということで、特に内科などを回っているときは毎朝20人採血させていただいたこともあります。必ず研修

医以上の医師が後ろについてということで、結構積極的にやらせていただきました。

ただ、怖い部分もあったので、科によってはミニテストみたいなものをして合格したら行って良いという科もありました。私が良いなと思ったのは、手順をしっかりと箇条書きなり、口頭で何をして、次は何をしてと言っただけ、それが全て合っていたらやって良いよというような、そういう科も結構あり、自信をもってある程度はできたかなと思っています。

久代 向田さんの話を聞いて、だいぶ違うんだなと思いました。私は、どっちかという体を動かしたい方だったので、採血をして良いのだったら採血してみたいとか、点滴をとって良いなら点滴をとってみたいというのがあったのですが、そういった経験は学生の頃はなかなかなかったです。外科のときに縫合をやらせてもらうとかそういうのはあったからこそ、楽しくて外科に入ったというのもあるので、私は今学生に、自分の点滴をとって練習台に使うとか、採血であったりとか、たまにやったりしますが、臨床の中で使う治療、消毒とか胃管を入れるとか、そういったものを経験した方が、どういったものかというのが学生もわ

(別添) 指導医の指導・監視のもとに実施が許容される医行為の例示について

○ 臨床実習において医学生に医行為を行わせるために必要な条件

- ① 侵襲性のそれほど高くない一定のものに限られること
- ② 医学部教育の一環として一定の要件を満たす指導医によるきめ細かな指導・監督の下に医行為を行わせること^{*1}
- ③ 臨床実習を行わせるに当たって事前に医学生の評価を行うこと^{*2}
- ④ 医学生である旨の明確な紹介及び患者等の同意を得て実施すること^{*3}

※1 「指導・監督の下」とは、指導医は医学生が医行為を実施していることを認識し、かつ、必要があれば、当該医行為を直ちに制止し、あるいはこれに介入できる状況であること

※2 公益社団法人医療系大学間共用試験実施評価機構 (CATO) が行う共用試験における全国一律の合格基準に達する医学生を含む。

※3 原則として、医学生が当該患者の診療活動に参加しない見学・介助することについて、医学生が行う医行為の範囲を示した上で、患者から包括同意を得ること。なお、例示にない医行為をその範囲に含める場合には、当該医行為について個別に説明を行うことが必要である。

【資料①】 厚生労働省門田研究班 医学部臨床実習 における医行為の研究報告書 (抜粋)

分類	①必須項目 医師養成の観点から臨床実習中に実施が開始されるべき医行為	②推奨項目 医師養成の観点から臨床実習中に実施が開始されることが望ましい医行為
診察	診療記録記載 (診療録作成) 医療面接 バイタルサインチェック 診察法 (全身・各臓器) 耳鏡・鼻鏡 眼底鏡 直腸診察 前立腺触診 高齢者の診察 (ADL 評価、 高齢者総合機能評価)	基本的な婦人科診察 妊婦の診察 分娩介助 乳房診察 直腸鏡・肛門鏡 患者・家族への病状の説明
一般手技	皮膚消毒 外用薬の貼付・塗布 包帯交換 気道内吸引 ネブライザー 静脈採血 末梢静脈確保 胃管挿入 尿道カテーテル挿入・抜去	ギブス巻き 耳朶・指先採血 (小児科を除く) 小児からの採血 注射 (皮下・皮内・筋肉)、 注射 (静脈内) 洗腸
外科手技	清潔操作 手指消毒 (手術前の手洗い) ガウンテクニック 皮膚縫合 消毒・ガーゼ交換 抜糸 止血処置 手術助手	膿瘍切開、排膿 嚢胞・膿瘍穿刺 (体表) 創傷処置 熱傷処置

【資料②】 厚生労働省門田研究班 医学部臨床実習 における医行為の研究報告書 (抜粋)

かると思いますし、より医師になる自覚も芽生えてくると思うので、そういった意味も含めてもすごく大事だと思います。

新 井 医行為をやれば診療参加型かという、そういうわけではなくて、医行為というのは、1人の患者さんの診察を行う過程で必要なものを学生が指導医の下でやるという、診療の一連の流れの中で出てくるものだと思うんです。

ただ、そうは言っても、トレーニングを受けなければいけないので、今度新しく、日本医学会の会長をされている門田守人会長による「門田レポート」が新たな基準になります。もう皆さんは関係ないといえば関係ないのだけれど、是非これは注目してもらいたいと思います。

【大学別学外臨床実習の期間について】

それでは、ちょっと違う話題ですけれど、さっきの資料6の24番に「大学別学外臨床実習の期間」というデータがあります。今全国平均で9.4週です。これも大学によってかなり差があるのが分かります。例えば在宅医療に参加したり、地域医療に参加したり、大学の外に出て実習をやっ



向田 凧沙氏

東京慈恵会医科大学附属病院研修医

てもら。現場に出るということでは、これもある意味診療参加型だと思うんです。この辺は、ご自身の経験から何か感想があれば聞かせてほしいのですが、どうでしょうか。

宮 寺 学外の実習は、私の時は6年生の4月と5月でした。今は地域医療実習という枠で、もっと早い段階で学外の診療所に行く機会があるようです。

私の時は自由参加で、海外を含め学外に行きたかったら行っても良いし、学内での研修をしたければしても良いということでした。私は回っていない内科を追加で回っていましたので、どこにも行っていません。今思うと学外での実習も経験しておけばよかったと感じています。

向 田 見学型の時に家庭医実習という名前で、結構バラバラなんですけれども、クリニックや家庭医をやっている先生のところに行く期間が2週間ぐらいありました。

その他にも大学1年生から、養護施設とか、在宅医療とか、訪問看護の施設に行く機会が年に1回以上は必ずありました。大学1年生と6年生だと意識が違うのですけれども、自分が実習をしていて病院の中で、患者さんが退院をした後の生活を想像するのは、見たという経験があったからこそ、少しできていたのかなとは思っています。

分類	①必須項目 医師養成の観点から臨床実習中に実施が開始されるべき医行為	②推奨項目 医師養成の観点から臨床実習中に実施が開始されることが望ましい医行為
検査手技	尿検査 血液塗抹標本の作成と観察 微生物学的検査 (G染色含む) 妊娠反応検査 超音波検査 (心臓) 超音波検査 (腹部) 心電図検査 経皮的酸素飽和度モニター 簡易検査 (インフルエンザ迅速検査等)	血液型判定 交差適合試験 アレルギー検査 (塗布) 発達テスト、知能テスト、心理テスト 脳波検査 (記録) 視野・聴力・平衡機能検査
救急	一次救命処置 気道確保 胸骨圧迫 バックバルブマスクによる換気 AED	電気ショック 気管挿管 固定など整形外科的保存療法
治療	患者の処方 (内服薬、注射薬、点滴など) のオーダー* 食事指示* 安静度指示* 定型的な術前、術後管理の指示* 酸素投与量の調整*	健康教育 患者・家族への症状説明 診療計画の作成

※原則として、指導医等の確認後に実行される必要がある。
*酸素投与を実施している患者が対象

**【資料③】 厚生労働省門田研究班 医学部臨床実習
におけるの医行為の研究報告書 (抜粋)**

久代 私の大学も学外実習となると選択になってしまっていて、6年生は2か月で希望制になっていましたので、私は学外実習を経験することはなかったのですが、もちろん海外に行ったり、地域から来ている人は地域に帰ることを考えて、自分が考えている病院に研修しに行く人もいました。そういった中では、外の病院を見るとというのは、1つの大事な指標になってくると思うので、今思うとすごく大事だなと思います。

新井 今回のモデル・コア・カリキュラムの改定でも、地域医療や地域包括ケアシステムの教育という文言がしっかり記載されています。学生時代に地域医療を考えてもらうという意味では、今後は学外実習で地域に出ることが重要になるのだろうと思います。

【EBM 教育について】

次の話題に行きますけれど、臨床実習の間にEBM (evidence-based medicine) 教育をやりなさいということがあります。これはなかなか難しいと思うのだけど、実際の患者さんを目の前にして、自分でガイドラインや論文を検索して、エビデンスに基づき学生なりに治療方針を考える、そういうトレーニングが必要だと言われています。こういったことは学生時代からやる必要がある、あるいは、それは研修医で良いんじゃないかとか、意見はありますか。

宮寺 自分でゼロから調べるというのは、その科に対する基礎知識が学生レベルの段階では難しいと思いますが、将来研修医になった時にはやらなければいけないことですので経験することは大切だと思います。

向田 私は、チームに入って、患者さんをチームの一員として診察してという生活を参加型の時はやらせていただいたのですが、やはり患者さん全員の治療方針を先生に言うというのは難しかったのですが、1症例与えられて、1か月の最後に医局会でプレゼンテーションをしましょうという目標がある科が多かったので、その症例に関しては、ガイドラインをしっかりと読んだりとか、論文を自分で持ってきて、上の先生が指導してくださり、この経験は、研修医になった今でも、どうやって治療方針を上が決められているのかとか、上

が忙しい時でも、この論文を見たのかなとか、このガイドラインを引っ張ってくれば良いのかな、というのを考えることができました。そういう点では、どういうふうに医師が考えているのかというのを学ぶきっかけにはなりました。

久代 まず1つ思うのは、学生のうちに論文を読めというの、正直大変だと思うんですけど、実際研修医になって、論文の探し方であったり、どういうところに注目して読むかというのは、知っておいた方が、後々楽なのかなと思います。

私は、研修医の時に地域医療で福島の方に行ったんですが、都会と違ってどうしても医師が少ないところから、自分が担当している科以外の科のことも診なければいけないことがあると思うんです。

そういった中では幅広い知識であったり、尚且つ最新の知識、情報が都会の人たちと比べると得にくいと思うので、その科がない病院もあるので、そういう中では論文に慣れておくことは大事なのかなと思います。

高木 ちょっと質問させていただいてよろしいですか。皆さんの医学部ではタブレットPCを持って臨床実習をしていますか。このEBMに関しては、Up to Dateなどの支援ソフトがあり、これを学生が臨床実習で利用していますか、という質問です。

実は、JACME (日本医学教育評価機構) での実地調査で、臨床実習をしている学生にタブレットPCなどでUp to DateなどのEBM支援ソフトの検索をしていますか、と聞いている委員もいるとのこと。私の時代ではとても想像もできなかったことですが、皆さんの医学部では、臨床実習の時にタブレットPCは持っていないですね。

新井 パブメド (PubMed; NLM (米国国立医学図書館; National Library of Medicine) 内の、NCBI (国立生物 科学情報センター; National Center for Biotechnology Information) が作成しているデータベース) というのがありますが、学生時代からある程度これを駆使するというのも1つですね。パブメドを使えば済むという話ではないのだけど、それが1つの到達点になるかもしれないですね。

【多職種間連携について】

それでは次は多職種間連携についてです。

高木先生の昭和大学はこれについて非常に有名で、医学部と看護学部と薬学部の学生が臨床実習を一緒にやられています。これは看護学部とか薬学部とか、他の医療に関わる学部がある大学と、そうでないところでは条件は違うのだけれども、今求められているのは、多職種間の連携をいかに学生時代から知ってもらうかということです。実際に皆さんが経験した臨床実習で、そういうことは勉強できたかどうか、お聞きしたいと思います。

宮 寺 1年生のときの夏休みに看護実習という授業があり、看護師さんがどのような仕事をしているのかを学ぶ実習がありました。そこで学ぶ機会はありますが、臨床実習が始まってからはありませんでした。

向 田 3年生の時にシャドーナースという看護師さんについて勉強する機会がありました。また、4年生以降の実習では、患者さんへのIC（インフォームド・コンセント）のときに看護師さんも参加し、看護師さん意見どうですかとか、ケアマネージャーの方も来て、ICでなくても多職種で、この患者さん在宅に向けてどうですかという話に入る機会は何回かはありました。

久 代 私の大学も1年生のときに看護実習があるだけで、臨床実習を通して多職種と触れ合うことはなかなかなかったかなと思います。

新 井 皆さん今研修医ですから分かっていると思いますが、必ず朝、病棟ではナースステーションに、医師と看護師とコ・メディカルの人々が集まって、1人の患者さんについてディスカッションをする、それをやらないといけないことになっているんです。

それは患者さん中心の医療を行う上では必要なことです。診療参加型臨床実習でそういうチームに学生にも入ってもらうことが今後必要になると思います。現時点で全ての大学で上手くいっている訳ではありませんが、今後の課題になるのかなと思います。



久代 裕一郎氏

聖マリアンナ医科大学病院脳神経外科後期研修医

【post CC OSCE の問題】

次に、post CC OSCE の問題ですが、これは高木先生が理事を務められている医療系大学間共用試験実施評価機構（以下、CATO）でずっと検討されていることですが、資料6の23（臨床実習後 OSCE 実施状況（平成 29 年度）64/80 校）を見ていただきたいと思います。一応トライアル形式ですけれども、現時点で 64 校は post CC OSCE をやっています。

もう1つ資料3の20（共用試験としての「臨床実習後 OSCE」(Post-CC OSCE) 実施計画）をご覧ください。2017年度は23大学でトライアル、2018年度は40大学、2019年度は全国の大学でトライアルの予定です。したがって来年には全国の大学でトライアルが行われて、2020年度から正式実施予定となっています。

チャンネル数を幾つにするかとか、客観性をどのように担保するかとかいろいろ議論がありますが、これは高木先生が色々と検討されているところです。皆さん、既に経験しているかもしれないのですが、post CC OSCE をやってみてどんな感じでしたか。

宮 寺 私の場合は、advanced OSCE と名前が違うのですが、6年生の実習が終わった後にやりま

した。臨床実習が始まる前の OSCE は基本的な身体診察で、所見がとれなくても形ができていれば問題ありませんでした。advanced OSCE は少し違って、例えば眼底鏡を覗く時には、中に書いてある数字を読まなくてはなりませんでしたが、心電図などでも取り方はもちろん、その波形を読まなくてはなりませんでしたが。また聴診をして心雑音の種類を判別するなど、形だけではなく、そこからどのような所見がとれているかもチェックするような OSCE でした。それは今までやってきたことの復習にもなりますので、良かったかなと思います。

向 田 私も宮寺先生と一緒に、5年生の OSCE の時は問診ができればということですが、所見をとって自分でアセスメントをしてプランまで言えれば御の字ということで、参加型で回ってない科はすごく勉強に苦労しましたが、今研修医になって、平面ではありますけれども、全科のアセスメントプランもできるということは自信になりました。テスト本番はすごく緊張した記憶しかないんですが。

久 代 私も同じなんですけれど、装具をとってやっていくという形と、後は実際に臨床を出た

後なので、昔の記憶でちょっと曖昧なところもあるのですが、1つ覚えているのは、advanced OSCE で点滴の組み立て方というのがあって、どういうふうに組み立てて流れていくかということと、採血の手順というのがあって、当時それが出たときに、こんなところまで出るのかというのが正直な感想だったんですが、実際に臨床に出て、看護師さんであったりドクターがどういうふうルートを組み立てているのかを見るところで、実習はすごく大事だったんだなということを身に沁みて思いました。

新 井 皆さんの大学は、post CC OSCE、advanced OSCE は進級判定の材料になったんですか。

向 田 卒業試験の1つとしてです。

新 井 OSCE については、実は、教員も大変なんです。プレとポストと OSCE を2回行うとなると大学の負担は更に増すことになります。この辺はお2人の先生はどうですか。

鈴 木 どれくらいの課題と内容を学生がこなせばよいのかということも問題で、おそらく6とか、理想的には12課題という理論があるようです。その理論で課題数が2つ3つではだめだということ

共用試験としての「臨床実習後OSCE」 (Post-CC OSCE) 実施計画



臨床実習をさせてよいか→入口＝各部分ごとの診察の仕方の試験
臨床実習で十分な臨床能力がついたか→出口（6年次に実施）
＝ある症状の（模擬）患者への実臨床に則した試験
＝医学部を卒業させてよいか
＝臨床研修開始可能な能力を修得しているか
（卒前から卒後への一貫性）
（現在の医師国家試験は知識の試験。態度や技能の評価は未実施）

共用試験機構が行う

2017年度は23大学でトライアル
2018年度は40大学でトライアル予定
2019年度は全国の大学でトライアル予定
2020年度から正式実施予定

現在のトライアル課題は、20分間で、ある症候の患者さんに、医療面接→身体診察→まとめとその症例のプレゼンテーション（報告）という形式

【資料④】厚生労働省「今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会資料」共用試験実施機構と共用試験（抜粋）

になると、大学の負担がすごく大変で実施が困難になるくらいですね。

高 木 そうですね。少なくとも 10 以上のステーションが適正な評価のためには必要のようです。現在、CATO で試行している Post CC OSCE の課題は、医療面接と身体診察を 12 分間で行い、昨年度はその結果を 4 分間でまとめ、上級医・指導医に 4 分間でプレゼンテーションするもので、合計 20 分かかります。すると、非常に多くの列で課題をこなさないと 1 日では終了しません。現在 CATO では、CATO が提供する課題を 2 題あるいは 3 題と各大学独自の課題を 1 題、それにシミュレーターなどを使用した 5 分程度の簡単な課題を数題、これらを合計して全部で 6 題程度の課題を出題することを考えています。これでも少なくとも 2 日はかかりますので、新井先生もおっしゃっているように教員の負担が多くなって、疲れ切ってしまうのではないかと心配しています。

医療面接と身体診察、その結果と考察を含めて上級医へのプレゼンの課題とシミュレーターの課題をミックスして 6 課題かそれ以上を行うと 2 日かかりますので、今、課題のシナリオと課題数について最終案を検討中です。ところで、皆さんは、advanced OSCE を受験したのでしょうか。

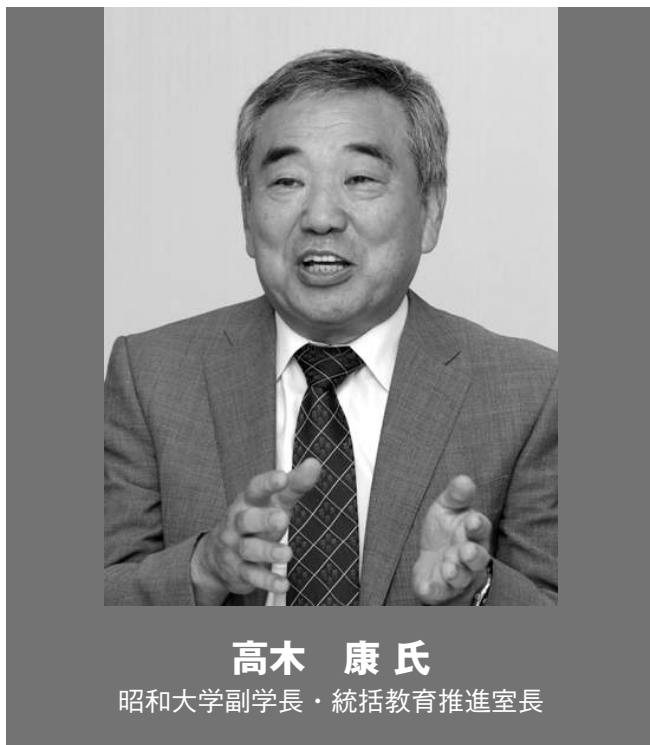
名前は advanced OSCE だったり、PCC-OSCE だったりしますが、これを受験すると緊張しますし、一生懸命臨床実習をやったよという気がしますよね。

向 田 はい。

新 井 大学によっては、大学病院を休診にしないといけないんじゃないかと言う人もいるぐらいですから、プレの比重をすこし軽くして、ポストに力を注ぐとかいった対応も必要になるかもしれません。これは若い先生たちには関係ない話かもしれませんが、義務化になった時には、そういう形になるのじゃないかなと思っています。

【診療参加型臨床実習における学生の評価】

次に、これは我々教員側の問題ともいえるのですが、診療参加型臨床実習をどのように評価するかということを議論したいと思います。臨床実習における学生の評価は非常に大きな課題です。形成的評価という言葉があって、総括的に最後に



高木 康氏

昭和大学副学長・統括教育推進室長

何か試験をやって評価をするというのではなくて、プロセスの中で適宜評価をしながら、それをフィードバックしていく、このような形成的評価をやらなくてはならないとされています。ただ、実際には果たしてどうなのかなというのが問題です。総じて言うと、臨床実習で、この学生はちょっと進級できないという判定を下すことはなかなか難しい。また、臨床実習をやっている間にその時点、時点で評価をしながら、その学生のプログラムを変えたりとか、きめ細かな対応が果たしてできているか、この辺は、どうでしょうか。

高 木 新井先生がおっしゃるように、診療参加型の臨床実習をどのように評価するかの適切な評価法については、形成評価の 1 つとして昭和大学ではポートフォリオを導入しています。ログブック的なポートフォリオですが、臨床実習の目標を設定して、日々の臨床実習内容を記載してもらい、学生さんには省察をしてもらい、指導医には適切なフィードバックを記載してもらっています。学生さんも指導医もこれらを記載するのは大変ですが、頑張ってもらっています。聖マリアンナ医科大学はこのポートフォリオによる評価はものすごく進んでいますよね。

久 代 はい。私はまだ評価する立場ではないのですが、先生方は、ポートフォリオを学生が

送ってくる時間が夜中の12時だとか、そういうのがあって困っているというのがあります。電子化されたら電子化されたで、確かに書く手間が省けて学生は良いのかもしれないのですが、いつでも出せるというのがあるって、評価する側は大変なのかなというのがあります。

私は紙の方が好きだったんです。とっておけますし、そういった意味で紙の方が良いのかなと思います。

新井 鈴木先生、何かありますか。

鈴木 ポートフォリオが動いているので、そういう悩みが出てくるんですよ（笑）。やろうとしても、なかなかまだ動いてこないというのがあるんです。

評価としては、順天堂大学が始めたのは Mini-CEX（簡易版臨床能力評価法）とあって、1か月のローテーションだったら、最初と最後までに患者さんを与えて問診から診察をしてもらって、それを評価してフィードバックするというのを始めたのですが、実際はやられたことありますか。

宮寺 私の下学年からやっているようです。指導医からフィードバックを受けることで自分の問診や診察が客観的に評価されるので良いと聞いています。

鈴木 どうですか。やってもらうと、自分の成長を実感しながら。

向田 成長は実感できます。目に見えて残るので、それはすごく良かったのですが、内科とかだとチームが、指導医、レジデント、研修医、その下というのでしっかり分かれていて、少人数なのでやりやすいのですが、外科系の科では1か月通じて誰に評価をしてもらうかというのが難しいなと思いました。内科は、評価的には良いのかなと思います。

鈴木 フィードバックをかけるのに、同じ人間というか、そういう流れが必要だという感覚があるということですね。

向田 はい。

新井 まだ教員の方も模索しながらやっているし、それでは学生の方がたまらんと話になるのだけれど（笑）、これは非常に難しい問題です。ただこれをやっついていかないと、診療参加型臨床実習が結実しないんですね。先生方の今の意見は非

常に貴重だったと思います。ありがとうございました。

【卒前卒後のシームレスな医師教育実現のためには何が必要か？】

先生方は無事国家試験を合格して臨床研修をやっているところで、久代先生は後期研修に到達しているわけですが、昔からずっと言われている日本の医学教育の大きな問題の1つは、やはり国家試験なのだと思います。皆さんも、6年生の夏休み以降は大学入試前の受験生活にまた戻ったわけですね。ここが問題です。それから、診療参加型臨床実習が、医学生が医行為をより行うなどして充実してきた時に、今の臨床研修のあり方はどうなのか、今のままで良いのか、この辺が大きな問題になってくると思うのです。

資料7（第112回（平成30年）医師国家試験における変更点について）に、今年国家試験が3日から2日になったのはご存じだと思いますし、問題数が100題減った訳です。ここにあるように、医学総論・医学各論の一般問題が200から100になったということです。

しかしながら、まだまだ知識を問う問題が多くて、これは問題だという認識は広く共有されています。全国医学部長病院長会議の要望書、資料4（医師国家試験に関する要望書）を見てもらうと、2番目にあるように「特に、一般問題には臨床実習の成果と無関係とみなされる問題が多く、共用試験CBTとの違いが明確でない問題も存在することから、その位置付けを明確にしていきたい。」という記載があります。実は、ほとんど毎年この文章を書いているのですが、こういうことを受けて、確かに厚生労働省も問題を減らしたし、臨床実習で学習したことを問う問題が少し増えてきたことは事実です。皆さんもCBTを受けているし、そして国家試験を受けてきた流れの中で、どう思われますか。やはり国家試験は何かしてほしいとか、そういう意見はありますか。

宮寺 第111回（平成29年2月11日・12日・13日実施）を受けました。臨床実習を経験しないと解けない問題もありましたが、やはり知識を問う問題が多かったとは思っています。

知識もある程度必要だと思いますし、一方、臨

床実習で学んだことも大事なので、出題の割合が適正かというのは、ちょっと分かりません。

向 田 私は第112回（平成30年2月10日・11日実施）で、ちょうど変わりの年でしたので、どうなるんだろうという不安も強かったのですが、3日が2日になったのは、率直な意見としてはすごくありがたかったです。

過去問を解いていて、ちょっと変わったなと思ったのは、臨床に即した問題が増えたのかなと思いました。

鈴 木 そうですね。輸液にしても、輸液をすれば良いじゃなくて、今年から成分を聞いてくるじゃないですか。

高 木 臨床実習をきちんとしていないと分からない問題ですね。

鈴 木 重症の人にはこれだけども、検査前の人にはこっちだとか種類が違う。

向 田 そういう点では臨床を意識した問題に変わっていく傾向なのかなとは思いました。

OSCEと国家試験の違いというか、私の認識の中では、臨床実習を経て、その評価をOSCEでして、CBTや国家試験は、回ってない科もあるので、知識を詰め込む場だと割り切っていたので、今研修医になって、上の専門性の高い先生に逆に他科の疾患について聞かれることもありますし、そういった点では幅広い基礎的な知識を得るという点では、知識を問う問題も多少は必要かなと思いました。

久 代 2年前に第110回（平成28年2月6日・7日・8日実施）受けたんですけど、ここ（資料4）に「難易度の高い専門医レベルの問題は排除」と書いてありますけれども、確かに一般問題を見ていて、どこに書いてあったかなみたいな問題があって、今年の国家試験は臨床に即してというのだったので、流れは2年前と変わってきているのかなとは思いました。そうやって見れば、どの大学も、厚生労働省も、臨床に即している問題を作ろうというのがあって、すごいなと思います。

新 井 さっき話題になったpost CC OSCEですが、理想は、post CC OSCEがあって、国家試験があって、国家試験は臨床実習をベースにした知識を問う問題になってもらえれば、それこそ6年生の11月ぐらいまで臨床実習をやって、post CC OSCEを受けて国家試験、そのような流れができ



鈴木 勉氏

順天堂大学医学部医学教育研究室先准教授

と思います。ただ、国家試験は5年に1度しか変わらないから、今年変わったので、あと4年待たないと次の改正にはならない。更には言えば、モデル・コア・カリキュラム、国家試験、臨床研修制度の改正のタイミングが微妙にずれている。医学教育の改革のためには、これらが同じタイミングで改革されることも必要です。

国家試験のことはこれで切り上げて、臨床研修についてですけれども、資料6の8を見ていただきたいんです。これは「医学教育モデル・コア・カリキュラムと臨床研修到達目標の関係」となっています。皆さんは、こういうことにあまり注意を払ってないのかもしれないけれど、モデル・コア・カリキュラム改訂に関する専門研究委員会と、医師臨床研修制度の到達目標・評価の在り方に関するワーキンググループがあって、2つの委員会が一緒になって、卒前と卒後の到達目標を一緒にしようということになった訳です。今日は時間がなくてディスカッションできなかったのですが、例えばプロフェッショナリズムが非常に重要で、通年的に学部学生は勉強すべきということになっています。臨床実習の中でもどういふふうプロフェッショナリズムを教育していくか、勉強していくかというのは、重要な課題となっています。

このように一応卒前の到達目標と臨床研修の到達目標の項目は揃ったんですが、これが本当にシームレスにつながっているかということ、まだ疑問が残るということです。

皆さんは、診療参加型重視に変わりつつある臨床実習を経験し、今初期研修を経験し、こういう部分は連続性があるとか、一方今やっているのは学生でもできるんじゃないのとか、これは今の臨床研修でないとできないとか、臨床実習のこの部分は無駄だとか何か意見ありますか。

宮 寺 研修で無駄なことはないと思います。

新 井 違いはありますか。

宮 寺 違いはあると思います。

新 井 違いがあるということは、卒前の臨床実習が不十分だったということかもしれませんね。

宮 寺 先ほど申し上げたとおり、学生の時は採血やライン挿入などは、指導医と一緒に付いていればやらせてもらえる科もありましたが、全科でやらせてもらえるわけではありませんでした。研修医になってからは医師免許があることで、一人で採血やライン挿入をしますし、患者さんの身体診察やアセスメントも、ある程度自分で結論づけて、分からないことを指導医に相談しています。学生

のときに責任がなかったわけではありませんが、責任感が増したという点では、だいぶ実習とは違うかなと思います。

向 田 私は、参加型臨床実習が始まった時に、屋根瓦式を意識して始めていくので、学生もそれを意識してしっかり屋根瓦の一部になりなさいと言われていて、実際に入ったチームでは、上の先生は参加型をやっていたので、なかなか難しかったのですが、私が経験して研修医になって、下が付くという場面は今はまだないのですけれども、参加型でいろいろやったからこそ、上になれるというか、学生との接し方や教え方が意識できると思います。

例えば、採血ひとつにしても、自分が初めて4月から採血始めましたという状態で、4月に下の子が付いたときに何ができるかといったら、学生も研修医である自分もほぼ同じ状態で、そうすると、屋根瓦も何もなくなってしまいます。そういう点では、参加型の学生の時に学んで、上にいろいろ教えてもらって、参加型をやっていない先生たちよりは初期の経験はあるという自信があったので、下が付いても、採血をやらせてあげようとか、自分はやらせてもらっていたから、こういうふう

全医・病会議第 179 号
平成 29 年 8 月 28 日

厚生労働省医政局
局長 武田 俊彦 殿

一般社団法人 全国医学部長病院長会議
会長 新井

国家試験改善検討ワーキンググループ
座長 山上 裕樹

医師国家試験に関する要望書

第 111 回医師国家試験を受験した受験生および全国の大学医学部、医科大学の教員を対象にして、平成 28 年度に実施した医師国家試験に関するアンケート調査の結果に基づき、全国医学部長病院長会議として以下を要望いたします。

1. 試験に関する情報公開、受験環境の整備を引き続きお願いする。
2. 難易度の高い専門医レベルの問題は排除し、臨床実習の成果を問う質の高い良質な問題の出題に尽力いただきたい。特に、一般問題には臨床実習の成果と無関係とみなされる問題が多く、共用試験 CBT との違いが明確でない問題も存在することから、その位置付けを明確にいただきたい。
3. 難易度の高い問題および必修問題で正解率の低い問題は採点から除外するなど、受験生の不利にならない適切な処置を引き続き講じていただきたい。
4. 全国医学部長病院長会議が公表した「医師養成の質保証と改革実現のためのグランドデザインー全国医学部長病院長会議の立場からー」を参考に、医師国家試験の改革に関して、関係機関で検討を続けていただきたい。

【資料⑤】 全国医学部長病院長会議 国家試験要望書 29.8.28

平成 30 年 5 月 21 日

卒前卒後のシームレスな医学教育を実現するための提言

公益社団法人 日本医師会
会長 横倉 義武

一般社団法人 全国医学部長病院長会議
会長 新井

医学部卒前教育における学生の到達目標を「患者の全身を診ることができ、病態を理解し緊急対応を含め必要な措置がとれること」とし、これを臨床研修、専門医研修へとシームレスに繋げるために以下の提言をする。

1. 共用試験 (CBT, OSCE) を公的なものにする。
2. 診療参加型臨床実習の実質化を図り、Student Doctorとして学生が行う医行為を法的に担保する。
3. 国家試験を抜本的に見直す。すなわち、国家試験への出題は診療参加型臨床実習に則したものに限定し、CBTとの差別化を明確にする。
4. 1-3が確実に実施されれば、必然的に臨床研修のあり方も大きく変革しなくてはならず、臨床研修を卒前教育・専門医研修と有機的に連動させるべくその内容を見直す必要がある。

【資料⑥】 日本医師会・全国医学部長病院長会議卒前卒後のシームレスな医学教育を実現するための提言

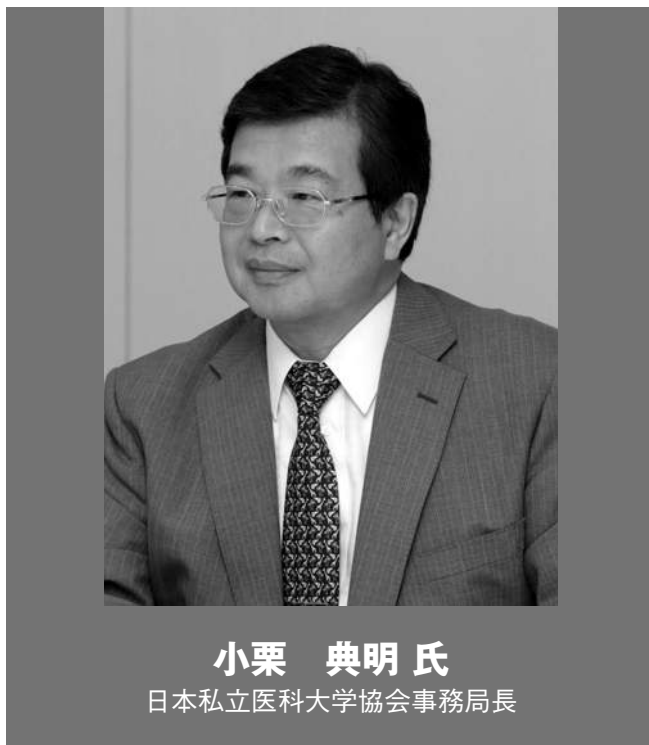
に教えてあげれば良いという意識を持って、今研修をすることができるので、成長はできているのかなと思います。

久 代 論点がずれてしまうかもしれないのですが、先ほどコ・メディカルと多職種との連携というのがありましたが、student doctor だと多職種の連携というのはないのですが、研修医になって実際に更に臨床に出ると、多職種との連携なしには仕事が絶対できないんですね。患者さんがいて、私達を含めて多職種がいて医療というのは成り立っていて、国家試験が終わって、いざ臨床の場に出ると思うんですけど、まずは看護師さんとの関係であったり、PT（理学療法士）さん、ST（言語聴覚士）さん、薬剤師さん、メディカルソーシャルワーカーの方々、こういったコミュニケーションが成り立ってこそ、患者を診ることができるので、多職種との連携は student doctor のときからも学べた方が良いのかなというのが1つです。

臨床研修について今思うのは、他大学ではどうかかわからないのですが、聖マリアンナ医科大学は地域医療がマストで1か月あるんです。地域といっても、もちろん遠いところに行く人もいれば、近くの開業医に行く人もいます。私は、近辺の開業医に行くよりは他県に行って、被災地がどういふふうなのか見たかったというのもあったので福島に行ったんですけども、都会と地域では現状はだいぶ違うなというのがありました。そういった意味でも、臨床研修の方でも地域医療を伸ばして、できればみんなが地域に行くように促していった方が良いのかなと感じました。経験する医療もそうだし、人の温かさであったり、高齢者が多いので在宅が多かったり、地域医療についてはいろいろ思うところがありました。

新 井 ありがとうございます。卒前の臨床実習と卒後の臨床研修の到達目標が揃ったんですけど、その深さが違って行って、卒前はこのぐらい、卒後はこうなるというグラデーションがあって、それが連続しているというのが理想だと思います。

それでは資料8（初期臨床研修制度改正2020年度）をご覧ください。皆さんに関係ないけれど、2020年から臨床研修制度が改正されます。先祖返りといっても良いのかもしれませんが、精神科、



小栗 典明 氏

日本私立医科大学協会事務局長

産婦人科、外科の必修化が復活します。これが卒前の到達目標と卒後の到達目標がシームレスにつながって、だんだん深くなっていくという形の中で、しっかりと初期研修の在り方に反映されて欲しいなと思っています。臨床研修が開始となった時、精神科は必須でしたが、必ずしもそこで満足すべき実習が行われたとは言い難く、必須から外れたという経緯があります。

この辺で、高木先生、鈴木先生からご意見があれば、是非お願いしたいと思います。

高 木 医師国家試験は最近では臨床実習の内容を問う問題になってきたように思います。4年前第108回の点滴の各器具の連結を問う問題は、診療参加型臨床実習を行っている学生にとっては優しい問題ですが、病棟実習を行っていない学生には難しい問題でした。国家試験も改善されて良い方向に向かっていると思っています。

ただ、さっき新井先生もおっしゃっていましたが、一番の問題は臨床実習の期間だと思います。ほとんどの医学部では臨床実習は6月あるいは7月で終了してしまい、その後は国家試験の筆記試験対策を行っています。半年間は患者さんを診察することはなく、臨床実習が臨床研修と繋がっていないのはもったいないですね。国家試験の内容は臨床実習に即した問題とし、post CC-OSCEを受

験して合格すれば、臨床研修が行えるようなシームレスなシステムにすることが重要であると医学部長病院長会議も提案していますね。

皆さんは6月ぐらいまで臨床実習を行って、半年以上患者診療から離れると、臨床研修に入った時に、あれっ何やっていたのかなと思いませんか。

宮 寺 少し時間が空いているので、ちょっと思いますね。

高 木 忘れちゃったりすることもあるのですか。

宮 寺 少しあると思います。久しぶりに病院に来たなと感じました。

高 木 そういうことを皆さんの方から言ってくれば、国家試験も少し変わるかもしれませんね。

先ほど、国家試験の一般問題に改善の必要があるというのは、CBTと国家試験の一般問題での一致率、同じ内容の問題かを調べたら、かなり一致していました。それで国家試験の問題はCBTである程度カバーできているとして、一般問題が100題になりました。国家試験の問題がすべて臨床問題で良いとも思いませんが、一般問題についてはもう少し内容を絞ってもらっても良いとは思っています。

今年度からの400題でも丸2日間かかり、毎日6時半までの試験ですから、学生さんもすごく大変だと思っています。

向 田 でも、明日行けば終わりだというのがありますので。

鈴 木 2日行けば終わりというのでね。

向 田 後2日という長いのですが、明日行けばというのがありました。

鈴 木 まだ3日目があるぞという感覚がない。

新 井 鈴木先生、何かないですか。

鈴 木 今国家試験の話が出たのですけれど、6月で実習が終わって、2月に試験があるじゃないですか。その間にいろいろ知識の集大成が必要なのかどうか。

宮 寺 勉強期間が必要かということですか。

鈴 木 そうですね。

宮 寺 私が受けたときの国家試験は、その期間があった方が良かったと思います。

鈴 木 111回はね。112回はどうですか。

向 田 112回を受ける前は必要だと思いましたが、今も、あって良かったなとも思っています。ただ、112回を受けて、先生の今のお話を聞いて、11月ぐらいまでやるという方針は、すごく合っているのかなと。このまま傾向が続けば、輸液に関しては、エッという感じで当日思ったので、そういう点に関しては、この流れは合っているのかなと思いました。

鈴 木 覚えていたら教えてほしいのだけれど、112回のA問題の1、2、3は国家試験に出すべき問題だと思いませんか。最初の3つがあまりにも専門的な問題だったんですよ。印象ないですか。

向 田 最初にエッと思った記憶はあります。

鈴 木 最初の3つで結構みんなくじけた。

向 田 A問題が一番難しかったと思いました。

現行						
内科 6月	救急 3月	【選択必修】 外科、麻酔科、 小児科、産婦人科、 精神科から2科目		地域医療 1月	選択科目約12月程度	
2020年度～						
内科 24週	救急 12週 4週まで 麻酔科可	外科 4週	小児科 4週	産婦人科 4週	精神科 4週	地域医療 4週
						選択科目 48週

【資料⑦】厚生労働省臨床研修制度改革 2020年度

鈴木 臨床実習とはあまり関係がなさそうな難問がいきなり 3 つ続いていました。オルニチントランスカルミパラゼ欠損症とか続発性無汗症…。臨床実習の後にここまでの知識を集大成させる期間というのはどうですか。

久代 学生の頃の立場だと、6 月に終わって、それまで座学の時間があったのは、私はしっかり勉強しないとダメなタイプだったので、大事だったなと思いました。6 月前までの 1 か月の実習も消化器外科をとって、どうしてもオ手術で勉強ができない。私も好きだったので、手術の方、手術の方へと入って行って、周りの友達が、少し時間あって座学をしていることがあると、焦っていたという部分もあったので、そうやって中では学習する時間があったのは良かったのかなと思います。

112 回で臨床に則した問題が出ているというのは、もちろんそれは良いことだと思うのですが、国家試験が基になって、私達は研修医をやっ、今もあると思うのですが、知識は知識で大事だと思うので、その比率は難しいとは思いますが。

【おわりに】

新井 ありがとうございます。そろそろ座談会を終わりたいと思います。皆さんの話を聞くと、国家試験で知識の集大成をするのはそれなりの意味があるということですが、CBT がその行われる時期あるいは内容からして、国家試験での知識を問う問題に 100% 替わり得るものかどうか、問われる課題になるのかもしれませんが。ただ、卒前の診療参加型臨床実習が充実してくる中で、これが卒後の臨床研修とシームレスに連動するといった状況を考えた場合、国家試験が今のままだと一つの障害になるのは事実だと思います。

今後予定されている post CC OSCE の導入と合わせ、国家試験のあり様を変えていく必要はあると思います。また、今の卒後臨床研修が理想の姿であるとは正直言えない部分があります。

ただ、卒後臨床研修を改革するためには、卒前の教育も大きく変わる必要があるように思っています。診療参加型臨床実習を実質化する、そのなかで学生が行う医行為をしっかり担保する、

CBT・OSCE をある程度公的なものにしていく、国家試験のあり様を再考する、さらに Post CC OSCE を導入するといったことが必要だと思います。

そのような方向性を踏まえて、本日は有意義な議論ができたと思います。ありがとうございました。

小口 長時間ありがとうございました。

教育にこれでよしというものはありませんから、常に改革していかなければいけません。時代の要請に応えるようにしなければいけないというのは、我々もよくわかっているのですけれども、現場にいる皆さん、学生たちが、それをどう受けとめるかというのは、また違う話なので、今日は貴重な話をしていただきまして、本当にありがとうございました。

『医学振興』にまとめて関係の皆さんに配って、診療参加型臨床実習を皆さんに理解していただきたいと思っております。

小栗 本日お話しいただきました座談会を掲載した協会広報誌「医学振興」は、加盟各大学、全国大学及び図書館、各出版社、全衆参国会議員、関係官庁の課長職以上の方々等、1 万 3,000 部を配布しております。

小口 今日は、良い座談会ができたと思いますし、皆さんの声が全国に伝われば、もっと良いかと思えます。

どうもありがとうございました。(了)

論

慶應義塾大学医学部の研究人材確保と教育について

慶應義塾大学大学院医学研究科委員
慶應義塾大学医学部医学教育統轄センター教授・MD-PhD コース主任

鈴木 秀 和 氏

慶應義塾大学大学院医学研究科委員長
慶應義塾大学医学部生理学教授

岡 野 栄 之 氏

壇

1 はじめに

慶應義塾大学医学部は、慶應義塾創始者の福沢諭吉と初代医学部長の北里柴三郎による建学と医学部開設の精神を継承し、独創性と人間性を重んじ、基礎医学と臨床医学の緊密な連携の下に学問と実践を結び付けた創造性あふれる教育・研究を展開し、基礎、臨床の2つの心を兼ね備えた人材育成、Physician Scientist（優れた科学的思考力を備えた医師）の育成を教育方針としている。また、卒業コンピテンス7項目のうちの重要な一つとして「VI. 科学的探求」を位置づけている（図1）。つまり、医学研究の達成は、建学の理念・教育方針、卒業コンピテンスにおいても慶應義塾の医学教育の最も重要な使命である。この「基礎・臨床一体型医学・医療」を実践するために、学部学生のうちからリサーチマインドを涵養することを目標としている。

2 自主学習（研究室配属実習）

医学部学生のリサーチマインドを涵養するために、1989年度に全国の医学部・医科大学に先駆けて設置した必修科目が、「自主学習」である。これは、基礎医学あるいは臨床医学系教室で、学生自らが選択したテーマについて、研究に取り組むもので、学生の課題探求能力や問題解決能力を醸成し、医学部

学生時代より「医学研究がいかなるものか」を理解する上で大きな成果をあげてきたわけである。2017年度までは、第4学年の4月～7月の毎週木・金曜日終日を本科目に充填してきたが、臨床クラークシップの低学年への移行と科学的探究心の早期育成を行うという点から、2018年度から、1年前倒しし、第3学年の4月～7月に履修するようになった。各研究テーマごとに、指導・採点責任者（教授・准教授・講師クラス）と指導補佐（助教クラス）を配置し、1～2人ずつの学生が配属され、個別指導を受けながら、研究を実施する。この自主学習での研究成果は、例年9月初旬までに、レポートとして提出され、さらに、11月には、本学の北里講堂において、学年全体でのポスター発表会を開催している（図2）。

このポスター発表会は、約10人ごとのグループに教員を座長として配置し、発表内容、プレゼンテーション、ディスカッションについて、それぞれ評点する。さらに、意欲的な学生は、その後も研究室に通い、研究成果を国内あるいは国外の学術集会で発表したり、海外の学術雑誌に、英文論文として発表している。一流誌に筆頭著者として発表する学生も珍しくない^{1)～5)}。また、海外での発表に伴う経費については、給付型の競争的奨学金を活用している。

本自主学習のカリキュラムに対して、学生からは、研究の難しさや面白さだけでなく、実際に学会に参加したり、プレゼンテーションなどを学べたことは

慶應義塾大学医学部 卒業コンピテンス

VI. 科学的探究

1. 医学研究が医学・医療の発展や患者の利益の増進を目的とすることを理解できる。
2. 科学的思考に基づいた批判・討論ができる。
3. 未解決の医学的問題を理解し、仮説をたてて、それを解決する具体的な方法を立案し実践できる。
4. 研究の立案・実践・発表における倫理的な配慮ができる。
5. データベースを検索し、必要な科学情報を得ることができる。
6. 実習・実験結果を適確にプレゼンテーションすることができる。
7. 適切な統計手法を選択し、統計解析することができる。

(図1) 慶應義塾大学医学部 卒業コンピテンス「VI. 科学的探究」

有意義であった、基礎研究の大切さはこれまで以上に実感できた、基礎研究者の医学医療に占める貢献度は非常に大きいと感じた、もともとは研究には興味がなかったが研究したいと思うようになった、将来のキャリアを選択する上でも参考になったなど、概ね高い評価を得ている。その一方で、それぞれの学生が、個々の多方面の研究テーマに分散されることもあり、テーマや研究室により教員の熱意や指導方法にばらつきがでることも指摘された。一方で、学生の熱意・意欲についても、ばらつきがあることも否めない。

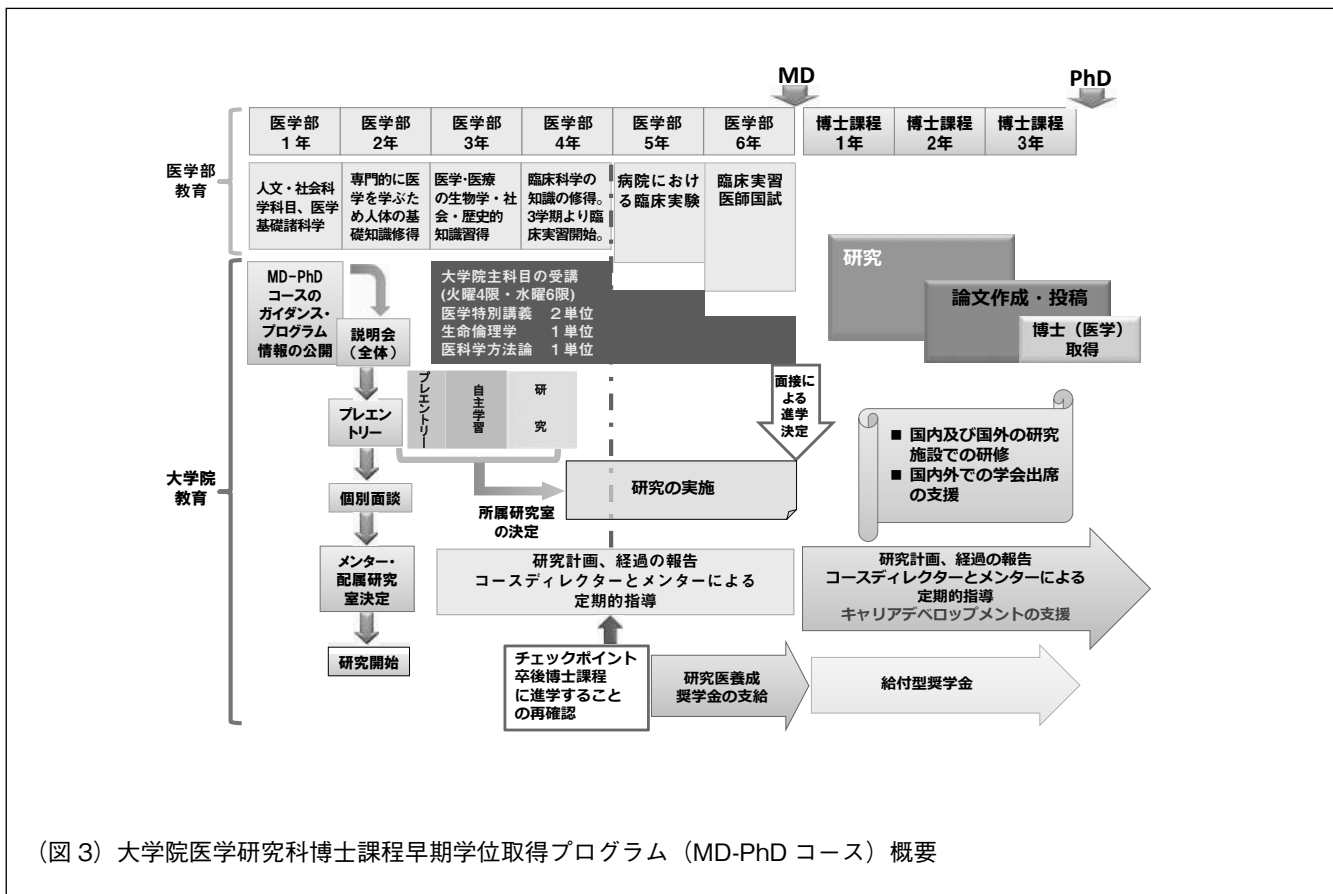


(図2) 自主学習成果発表会

3 大学院医学研究科博士課程早期学位取得プログラム (MD-PhD コース)

必修ではないが、2011 年度から、研究医を目指す学生向けに「大学院医学研究科博士課程早期学位取得プログラム (MD-PhD コース)」を設置している。この MD-PhD コースは、医学部を休学せずに、研究キャリアを早期にスタートさせ、医学部卒業直後に大学院医学研究科博士課程に進学し、最短3年間で学位を取得するプログラムである。また、希望により、大学院医学研究科博士課程と大学病院における卒後臨床研修の併行履修も可能となっている。2015

年からは、本コースの専任の担当教員（教授1名、専任講師1名）を配置し、制度設計の充実と研究医志望学生の支援体制の充実を図っている。本コースでは、医学部の2年生でガイダンスを行い、希望する研究分野があれば、複数の研究室をローテーション配属できる仕組みになっている（図3）。また、配属している学生は、自主学習でも優先的に配属研究室を選択できる。大学院医学研究科博士課程の講義については、医学部生のうちから履修可能であり、卒業時点で、大学院講義単位修了が可能である。毎年2学期に、MD-PhD コース研究進捗報告会を、医学部長、医学研究科委員長同席のもとに開催してい



(図3) 大学院医学研究科博士課程早期学位取得プログラム (MD-PhD コース) 概要



(図4) MD-PhD コース研究進捗報告会

る (図4)。本コースにMD-PhD コースとして、卒後直接大学院医学研究科博士課程に進学する申請を提出した学生には、第5学年、第6学年で奨学金を

給付している。本コース発足以降、在籍学生が徐々に増えてきている (図5)。

一方で、MD-PhD コースの課題として、学生が本コースを選択する際に懸念材料となる大学院医学研究科博士課程と初期臨床研修の併行履修を認めるかどうかは、大学院の指導教授により考え方が異なるという点、大学院の学費がかかるという経済的な負担の点、将来のキャリア形成への不安を感じるという点などが考えられる。今後、医学部の5、6年生での奨学金だけでなく、大学院に進学後の給付型奨学金を充足させる必要があり、キャリアへの不安については、実際の研究者との懇談や同じMD-PhD コースに所属する上級生や同僚を交えた情報交換の場としての

リトリートを設ける必要もあると考えている。また、大学院の指導教授と希望学生との実務的なコンサルテーションの仕組みを充実させることも重要であ

る。さらに、キャリア不安を解消する意味で、在籍学生、担当教員が他大学の学生や教員との情報交換の場を設ける必要もあるだろう。

4 さらなる基礎研究の人材確保に向けて

上記の MD-PhD コースを選択しなくても、旧来通り、医学研究者を目指す学生もいる。このような学生のニーズにも対応する必要はあるため、コース外で研究活動を行っている学生について、自主学習の時の指導教員からの情報収集を行い、包括的かつ

広範囲に、研究医の育成を目指す必要がある。今後は、米国・ワシントン大学 (St. Louis) 医学部、スウェーデン・カロリンス研究所、英国・King's College London など多くの海外の提携校と連携した国際的に活躍できる研究医の育成や、多様化するキャリアの中で、研究医を志せるような、柔軟性のある医学研究能力の育成プログラムを開発していくことが必要である。

	第2学年 (プレントリ)	第3学年	第4学年	第5学年	第6学年	博士1年	博士2年	博士3年	合計
2018年7月現在	4	4	6	6	3	2	0	2	27
2018年4月	—	4	5	6	4	2	0	2	23
2017年4月	—	6	9	4	2	0	2	—	23
2016年4月	—	10	5	3	2	2	—	—	22
2015年4月	—	4	4	2	2	—	—	—	12
2014年4月	—	4	3	1	—	—	—	—	8
2013年4月	—	3	2	—	—	—	—	—	5
2012年4月	—	2	—	—	—	—	—	—	2

(図5) MD-PhD コース在籍学生数の推移

文献

- 1) Kohyama J, Abe H, Shimazaki T, Koizumi A, Nakashima K, Gojo S, Taga T, Okano H, Hata J, Umezawa A. Brain from bone: efficient "meta-differentiation" of marrow stroma-derived mature osteoblasts to neurons with Noggin or a demethylating agent. *Differentiation*. 68(4-5):235-244, 2001.
- 2) Fukao T, Tanabe M, Terauchi Y, Ota T, Matsuda S, Asano T, Kadowaki T, Takeuchi T, Koyasu S. PI3K-mediated negative feedback regulation of IL-12 production in DCs. *Nat Immunol*. 3(9):875-881, 2002.
- 3) Fukao T, Yamada T, Tanabe M, Terauchi Y, Ota T, Takayama T, Asano T, Takeuchi T, Kadowaki T, Hata Ji J, Koyasu S. Selective loss of gastrointestinal mast cells and impaired immunity in PI3K-deficient mice. *Nat Immunol*. 3(3):295-304, 2002.
- 4) Yamakawa M, Ito D, Honda T, Kubo K, Noda M, Nakajima K, Suzuki N. Characterization of the dipeptide repeat protein in the molecular pathogenesis of c9FTD/ALS. *Hum Mol Genet*. 24(6):1630-1645, 2015.
- 5) Imaizumi K, Sone T, Ibata K, Fujimori K, Yuzaki M, Akamatsu W, Okano H. Controlling the Regional Identity of hPSC-Derived Neurons to Uncover Neuronal Subtype Specificity of Neurological Disease Phenotypes. *Stem Cell Reports*. 5(6):1010-1022, 2015.

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。

大阪医科大学

関西 BNCT 共同医療センター開設



関西 BNCT 共同医療センター外観

大阪医科大学は、平成30年6月4日に「関西 BNCT 共同医療センター」を開設しました。地上3階建て、1階はBNCT治療室（BNCTサイクロトロン）とPET製剤用ホットラボ室（PETサイクロトロン）、2階はBNCTシミュレーション室、PET検査室、3階は管理スペースと研修スペースとしています。

BNCTは、ホウ素原子（ ^{10}B ）と中性子との核反応を利用して、がん細胞を内部から選択的に破壊・死滅させる治療法です。現在、再発脳腫瘍、頭頸部がんを対象とする照射装置（BNCTシステム）及びホウ素薬剤（BPA）に係る治験途上がありますが、京都大学原子炉を利用したこれまでの臨床研究においても、多くのがんに適応できる可能性があることが実証されています。

「関西 BNCT 共同医療センター」は、BNCTが研究段階から治療段階に至ろうとする今、関西圏における研究集積を背景として、京都大学複合原子力科学研究

所など研究拠点や関係医療機関との連携のもと、関係技術の向上や適応がんの拡大に向けた臨床研究と実臨床の核としての役割を担って誕生しました。

BNCTは現在治験段階ですので、当面は、附属病院から移設したPET-CTを使用し、人間ドックにおけるがん検診や、がん診断におけるPET検査を中心にセンターを運営します。

「関西 BNCT 共同医療センター」が名実共にBNCT医療の中核的拠点となり、がん患者の期待にも応え、がん治療の飛躍的な進歩を果たすことができるよう、全力を挙げて取り組んでまいります。

【建物概要】

階数：地上3階・地下1階
 建築面積：1,331.01㎡
 延床面積：4,028.85㎡
 高さ：19.110m
 構造：鉄筋コンクリート造

慶應義塾大学

大学病院 1 号館平成 30 年 5 月グランドオープン



外観（航空写真）

慶應義塾大学病院新病院棟（1号館）はこの5月7日に念願のグランドオープンを迎えました。

1号館は地上11階、地下2階の免震構造を備えた建物であり、大規模災害時にも十分な病院機能が維持できるようにコジェネシステムや災害用井戸などのインフラを備えています。患者さん用動線とスタッフ用動線が整備・分離されセキュリティーやプライバシーが保たれる構造になっています。内装などに関するデザインコンセプトは「Keio Forest」としました。

各科外来はクラスター診療を実践するための配置とし、例えば腫瘍センター周囲には内科外科などを問わず腫瘍関連診療科が集まっています。外来ブロック受付制を導入し、患者さんが診察券を受付機に通すと受診する診療科のブロック番号が発券されます。ブロック受付に到着するとそこから各診察室に案内されます。プライバシー保護などのためにマイクによる患者さん名の呼び出しをやめ、番号表示による呼び込み方式としました。

病棟は4～10階に配置され1号館の病床数は798床となりました。1フロアに4看護単位が設置され、それぞれがバックヤードスペースを効率的に共用しています。病棟前にあるラウンジは大きな窓を持つ開放的なエリアとなり、患者さんが家族の方など話をし飲食もできる入院生活の憩いの場です。女性専用病棟を設け、婦人科をはじめ外科系内科系の患



外来



病棟

者さんを収容しています。こちらでは看護スタッフを女性のみとし、女性患者さん専用のサロンやアメニティスペースが準備されています。

手術センターには25室が設けられ、内視鏡専用室、ロボット手術室、ハイブリッド手術室も用意され国内最大規模となっています。

今後は外構整備などを経て2020年春に新病院棟プロジェクトとしての最終形が完成する予定です。

関西医科大学

総合医療センターホスピタルガーデン竣工



関西医科大学総合医療センターホスピタルガーデン

平成30年5月22日(火)に「関西医科大学総合医療センターホスピタルガーデン(以下「同施設」)」が完成しました。

同施設は、関西医科大学旧附属滝井病院旧本館跡地(約8,000平方メートル=国際規格のサッカーグラウンドと同規模)に立地。患者さんの療養環境向上を目的として、画家クロード・モネの「睡蓮」をモチーフとした池や東屋など、本学創立90周年記念事業の一環で造園しました。

患者さんはもちろん、そのご家族にも心の癒しを提供すること、災害時には避難場所として活用すること、地域住民の皆さんに憩いの場を提供することなど、様々な効果が期待されています。また同施設のオープンにより、平成26年から行ってきた関西医科大学附属滝井病院リニューアル事業が完了し、

関西医科大学総合医療センターはグランドオープンいたしました。

【施設概要】

施設名称	関西医科大学総合医療センター ホスピタルガーデン
面積	約8,000㎡ (サッカー公式グラウンド1面分)
所在地	〒570-8507 大阪府守口市文園町10-15
交通アクセス	京阪電車「滝井」駅から徒歩約2分、 大阪メトロ「太子橋今市」駅から 徒歩約6分
開設日	平成30年5月22日(火)
開門時間	午前7時～午後7時 ※年中無休

帝京大学

スポーツ医科学クリニック開院



施設外観

帝京大学は、学内外のアスリートを支援する目的でスポーツ医科学センターを 2011 年に設置しました。メディカル（医師）・フィジカル（トレーナー・栄養士）・サイエンス（測定・分析者）・テクノロジー（情報処理・映像技術者）の 4 部門が連携した『トータルサポートシステム』によって、アスリートの競技参加・競技力向上を支援しています。

この度、スポーツ医科学に関する知見を集約・発信する拠点として 2018 年 3 月にスポーツ医科学センター棟（地上 5 階、延床面積約 10,000㎡）を帝京大学八王子キャンパス内に建設し、その 1 階に帝京大学スポーツ医科学クリニックを 7 月 1 日に開院いたしました。

【当施設の特徴】

当クリニックでは、単純 X 線や MRI などの画像検査が可能であるだけでなく、各診察室に超音波エコーを配備し、スポーツ傷害診療に特化した体制を整えています。また、最大で 8 人同時に利用できる高気圧酸素治療装置を備えており、スポーツ外傷の初期対応に活用する予定です。施設内にはアスレティックトレーナーが常駐するトレーニングルームや物理療法室もあります。医師とスポーツ系スタッフの連携によってスポーツと医療のギャップを埋め、アスリートの希望に沿った医療サービスを提供できる体制をとっています。

スポーツ医科学センター棟は、医療機関・トレー



クリニック内観



高気圧酸素治療装置



2階こもればエリア



トレーニングルーム

ニング&リハビリ施設・研究機関を融合し、スポーツでの傷害からの競技復帰やパフォーマンス向上に必要なサポートを一括かつ一貫して提供するワンストップショップです。今後は学外にもサポート提供・情報発信できる体制を整備していきます。

自治医科大学

附属病院新館南棟竣工



外観

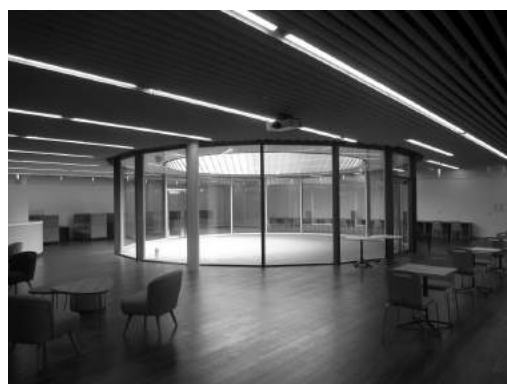
自治医科大学附属病院では、平成9年度に策定された「附属病院リニューアル基本計画」に基づき、平成14年の新館建設以降、本館病棟・外来リニューアルを順次行い、平成18年度にはとちぎ子ども医療センターを開設するなど、その時々の医療需要や医療技術の進歩に応じた再開発事業を進めてきました。

この度、増え続ける手術需要への対応や診療機能の充実による外科系診療能力強化等のため、新館南棟を整備することとなり、平成28年7月に着工、約1年10ヶ月の工期を経て平成30年4月に竣工しました。

建物の地下1階は患者厨房施設を移設し、ニュークックチル方式対応に変更、1階は他のユニット系病棟との連携を見据えた救命救急センター病棟及び病理診断部を移設、2階は集中治療部（ICU）を移設し、高規格化を図りました。3階は手術室を拡張するとともに最新の4K内視鏡及び手術映像統合システムを備えた内視鏡専用手術室も新設しました。また、冠動脈疾患及び不整脈疾患、頭部疾患、腹部疾患まであらゆる血管内治療に対応する血管内治療センターを統合移転して業務効率化を図り、ニーズの高い低侵襲治療をより安全に実施できる体制を整備しました。5階には病院職員のアメニティー向上



救命救急センター



職員ラウンジ

のため、シンボリックな吹き抜けを備えた職員専用の多目的ラウンジも設置しました。また、新館南棟竣工に伴い、患者の高齢化と外科系治療の高度化に伴う術後管理を強化するため、既存の新館内に高度治療部（HCU）を新たに設置することとしています。

人口減少・超高齢社会の本格的な到来を迎え、これまで以上に高度急性期及び先進・高度医療を提供するとともに、北関東を中心とした地域医療に、より一層貢献できるよう、今後も取り組んでまいります。

【建物概要】

建築面積	2,998.87㎡
延床面積	14,464.38㎡
構 造	鉄筋構造・一部鉄筋コンクリート構造 (耐震構造)
階 数	地下1階 / 地上5階 (一部8階)

自治医科大学

実験医学センター新棟竣工



外観

自治医科大学実験医学センターは、マウス・ラット・モルモット・ウサギ等の小型実験動物に特化した共同利用動物実験施設であり、平成 21 年に開設されたブタを用いた医療技術トレーニングと医学研究のための先端医療技術開発センターと共に、本学における教育・研究の発展を支援して参りました。

このたび、新たな研究や医療のニーズに対応した施設として、築 30 年が経過した実験医学センターのリニューアル計画を進め、平成 30 年 8 月に実験医学センター新棟が竣工しました。実験医学センター新棟は、地上 6 階、延べ面積 5,425㎡の施設です。貴重な動物資源を作製、維持繁殖、飼育、実験するためのバリア区域を中心に構成されています。バリア飼育室には、感染症対策や塵埃・臭気等の飼育室内環境を改善する目的で、個別換気ケージシステムを採用しました。また、生殖・発生工学技術や遺伝子組換え・ゲノム編集技術を用いた研究支援の充実のため、胚操作専用エリアも整備しました。動物実験施設の要である空調システムには、安定した温湿度コントロール、空気浄化および省エネルギーを同時に行うことが可能な冷水シャワー式オールフレッシュ空調機を採用しました。バリア区域の清浄度を維持しつつメンテナンスが可能なように、天井階と



バリア飼育室

外壁面にメカニカルスペースを配置したことも特徴です。

一方で、教育・研究機関の社会的な責任として、安全性の確保や動物福祉にも配慮が求められており、実験医学センター新棟はコンプライアンス対応でも国際的基準に適合した施設となっています。先進的な理念や技術を集結した本施設が国際的な研究拠点として活用され、本学の教育、研究、診療の高水準化に貢献し、一層の飛躍に繋がるよう努めて参ります。

医大協ニュース

岩手医科大学

《役職者の人事》

◎医学部副学部長

佐々木真理（新任）

◎大学附属病院副院長

肥田圭介（新任）

以上、平成30年5月1日付

《教授の人事》

◎内科学講座腎・高血圧内科分野

旭 浩一

平成30年9月1日付

日本医科大学

《役員》

◎法人理事

弦間昭彦（再任）

平成30年10月1日付

《人事》

◎学長

弦間昭彦（再任）

平成30年10月1日付

◎医学部長

伊藤保彦（新任）

平成30年7月1日付

◎教授

山崎峰雄（内科学（神経内科学））

布施 明（救急医学）

以上、平成30年10月1日付

◎特任教授

海原純子

平成30年6月1日付

土屋真一

平成30年8月1日付

◎国際交流センター長

新田 隆（再任）

平成30年7月1日付

東邦大学

《法人役員》

◎理事長就任

炭山嘉伸（再任）

平成30年9月1日付

◎常務理事就任

白井久己（新任）

中村俊一郎（新任）

以上、平成30年9月1日付

◎理事就任

高松 研（新任）

瓜田純久（新任）

以上、平成30年7月1日付

松本琢司（新任）

五十嵐良典（新任）

石井敏浩（再任）

渡辺直子（新任）

海老根東雄（新任）

塚原英基（再任）

吉田茂雄（新任）

大鳥範子（再任）

以上、平成30年9月1日付

◎監事就任

西込明彦（再任）

山田真之助（新任）

以上、平成30年9月1日付

《役職者人事》

◎学長就任

高松 研（新任）

平成30年7月1日付

◎病院長就任

瓜田純久（新任・医療センター大森病院）

岩渕 聡（新任・医療センター大橋病院）

長尾建樹（再任・医療センター佐倉病院）

以上、平成30年7月1日付

東京医科大学

《法人役員》

◎理事長就任

矢崎義雄

平成30年10月9日付

◎学長就任

林由起子

平成30年10月1日付

◎理事就任

清田朝子（東京医科大学病院副院長・看護部長）

平成30年4月24日付

木南英紀

平成30年5月22日付

◎理事退任

栗原 脩

平成30年5月8日付

《就任》

◎主任教授

齋藤和博（放射線医学分野）
平成 30 年 4 月 1 日付
三苦 博（医学教育学分野）
平成 30 年 8 月 1 日付

◎教授

落谷孝広（医学総合研究所）
葦沢龍人（医療保険室）
以上、平成 30 年 4 月 1 日付
寺本信嗣（八王子医療センター
呼吸器内科）
平成 30 年 8 月 1 日付

《退任》

◎教授

真村瑞子（医師・学生・研究者
支援センター）
平成 30 年 7 月 31 日付
《名誉教授称号授与》
鎌田澄子
平成 30 年 4 月 1 日付

東京女子医科大学

《教授就任》

高村悦子（眼科教授）
平成 30 年 4 月 26 日付
山中 寿（膠原病リウマチ内科
教授・講座主任）
岩崎直子（成人医学センター教授）
以上、平成 30 年 5 月 24 日付
村崎かがり（予防医学科教授）
平成 30 年 7 月 26 日付
和田雅樹（母子総合医療センター
新生児医学科教授）
平成 30 年 9 月 1 日付

東京慈恵会医科大学

《人事異動》

◎教授

中川秀己（名誉教授）
平成 30 年 4 月 1 日付
石黒芳紀（昇任 / 麻酔科学講座）
平成 30 年 5 月 4 日付
國原 孝（講座担当教授 / 心臓

**学校法人慈恵大学専務理事
高木敬三先生 逝去**

学校法人慈恵大学専務理事並びに
日本私立医科大学協会財政調査委員
会委員の高木敬三先生は平成 30 年 7
月 29 日（日）に逝去されました。享
年 70 でした。

高木先生は、昭和 22 年 10 月 16 日
に本学創設者である高木兼寛先生の
曾孫として神奈川県大磯に生まれ、
昭和 48 年東京慈恵会医科大学を卒業
されました。その後は、東京慈恵会
医科大学病理学講座に入り、教育研
究に尽力いたしましたが、平成 11 年 1 月に専務理事に就任
されました。以後 19 年余の長きにわたり、その卓越した手
腕とリーダーシップで大学の管理・運営に尽力され、最近で
は昨年竣工した 2 号館の建設を含む西新橋再整備計画等に多
大な貢献をされました。本学は高木専務理事のご遺志を引き
継ぎ、大学の発展に尽力してまいります。

ここに高木専務理事に対する、生前のご厚誼に感謝申し上げ
ます。



外科学講座)

平成 30 年 6 月 1 日付
大塚 崇（講座担当教授 / 外科学
講座呼吸器外科、乳腺・内分
泌外科）
石渡賢治（昇任 / 熱帯医学講座）
横山啓太郎（昇任 / 内科学講座
腎臓・高血圧内科）
西村理明（昇任 / 内科学講座
糖尿病・代謝・内分泌内科）
舟崎裕記（昇任 / 整形外科学講
座）
二ノ宮邦稔（昇任 / 形成外科学
講座）
以上、平成 30 年 7 月 1 日付
金城雄樹（講座担当教授 / 細菌
学講座）
平成 30 年 7 月 3 日付

昭和大学

《就任関係》

- ◎医学部泌尿器科学講座教授（昭
和大学江東豊洲病院勤務）
深貝隆志（就任）
平成 30 年 5 月 15 日付
- ◎医学部内科学講座教授（循環器
内科学部門）（昭和大学横浜市
北部病院勤務）
落合正彦（就任）
- ◎医学部外科学講座教授（小児外
科学部門）（昭和大学病院勤務）
渡井 有（就任）
- ◎医学部精神医学講座教授（昭和
大学横浜市北部病院勤務）
稲本淳子（就任）
以上、平成 30 年 6 月 12 日付
- ◎医学部リハビリテーション医学
講座教授（昭和大学藤が丘リハ

- ビリテーション病院勤務)
川手信行 (就任)
平成 30 年 7 月 10 日付
- ◎医学部外科学講座教授 (員外)
(呼吸器外科学部門) (昭和大学
横浜市北部病院勤務)
北見明彦 (就任)
平成 30 年 5 月 15 日付
- ◎医学部麻酔科学講座教授 (員外)
(昭和大学病院勤務)
加藤里絵 (就任)
- ◎医学部外科学講座教授 (員外)
(消化器一般外科学部門) (昭和
大学藤が丘病院勤務)
田中邦哉 (就任)
以上、平成 30 年 7 月 1 日付
- ◎医学部臨床病理診断学講座教授
(員外) (昭和大学横浜市北部病
院勤務)
根本哲生 (就任)
平成 30 年 8 月 1 日付
- ◎医学部内科学講座教授 (員外)
(循環器内科学部門) (昭和大学
病院勤務)
木庭新治 (就任)
- ◎医学部脳神経外科学講座教授
(員外) (昭和大学病院勤務)
清水克悦 (就任)
以上、平成 30 年 8 月 7 日付

順天堂大学

《人事異動》

- ◎医学部附属順天堂医院 GCP セ
ンター治験事務局長
眞野 訓
- ◎医学部附属順天堂医院認知症疾
患医療センター長
新井平伊
以上、平成 30 年 4 月 1 日付
- ◎教授就任
玄田拓哉 (医学研究科消化器内
科学)
宮嶋雅一 (医学研究科脳神経外

- 科学)
以上、平成 30 年 4 月 1 日付
- 石崎陽一 (医学研究科肝・胆・
脾外科学)
平成 30 年 5 月 1 日付
- 山口敬介 (医学研究科疼痛制御
学)
平成 30 年 8 月 1 日付
- 小松雅明 (医学研究科器官・細
胞生理学)
平成 30 年 9 月 1 日付
- ◎医学部附属順天堂医院ゲノム診
療センター長
岡崎康司
平成 30 年 5 月 1 日付
- ◎特任教授退任
奈良信雄 (医学部医学教育研究
室)
平野隆雄 (医学研究科血液内科
学)
以上、平成 30 年 3 月 31 日付
- 《訃報》
梁井峻名誉教授は、平成 30 年
5 月 5 日に逝去されました。
青木虎吉名誉教授は、平成 30
年 6 月 30 日に逝去されました。

関西医科大学

《役員人事》

- ◎理事長就任
山下敏夫 (再任)
平成 30 年 6 月 1 日付
- ◎常務理事就任
澤田 敏 (再任)
神崎秀陽 (再任)
以上、平成 30 年 6 月 1 日付
- ◎理事就任
秋田光彦 (再任)
井植 敏 (再任)
加藤好文 (再任)
高山康夫 (再任)
山岡義生 (再任)
山下敏夫 (再任)

- 金子一成 (再任)
木梨達雄 (再任)
木下利彦 (再任)
松田公志 (再任)
岡崎和一 (再任)
安田照美 (再任)
高井 俊 (再任)
水野孝子 (再任)
以上、平成 30 年 6 月 1 日付
- ◎教授就任
人見浩史 (医学部 iPS・幹細胞
再生医学講座教授)
平成 30 年 5 月 1 日付
清水 (小林) 拓也 (医学部医化
学講座教授)
平成 30 年 7 月 1 日付
甲田勝康 (研究教授：医学部衛
生・公衆衛生学講座)
平成 30 年 6 月 1 日付
海堀昌樹 (診療教授：医学部外
科学講座 (肝臓外科担当))
里井壯平 (診療教授：医学部外
科学講座 (胆膵外科担当))
山本大悟 (診療教授：医学部外
科学講座 (乳腺外科担当))
以上、平成 30 年 8 月 1 日付
堀井恵美子 (理事長特命教授：
附属病院整形外科)
平成 30 年 9 月 1 日付

《役職員人事》

- ◎感染制御センターセンター長
金子一成 (新任)
- ◎医療安全管理センターセンター
長
金子一成 (新任)
以上、平成 30 年 6 月 20 日付

大阪医科大学

《人事》

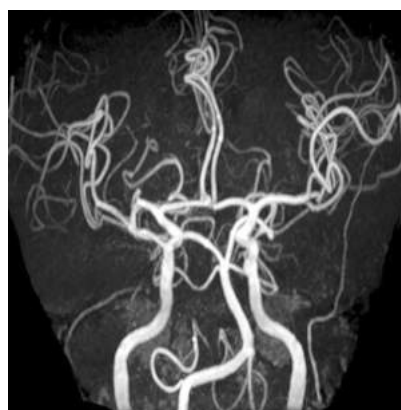
- ◎専門教授就任
瀧谷公隆 (医学教育センター)
平成 30 年 7 月 1 日付

杏林大学 世界最高性能 新型 3T MRI 装置を導入

杏林大学医学部附属病院外来棟地下 1 階放射線科に、新型 3T MRI 装置「Vantage Galan 3T ZGO」が導入され、7 月から運用を開始しました。

この MRI 装置は、国内では初（世界で 2 番目）の導入となります。世界最高のパフォーマンスを実現するハードウェア（Ultra Gradient システム）を搭載しており、従来（最大傾斜磁場強度 45mT/m）の約 2.2 倍の 100mT/m の出力が実現されています。これまで以上に高精細な画像が得られ、微細な血管などの構造を詳細に把握することが可能となっています。

放射線科 横山健一教授は、「この MRI 装置により、従来と比べてより小さな病巣の発見や正確な診断に寄与することが想定されます。また導入に併せて AI（人工知能）を用いた画像再構成法などの臨床研究を進めており、新たな臨床的価値も期待されます」と話しています。



右：最新 3T MRI 装置での頭部血管像（従来装置よりも末梢血管が鮮明に描出できる）

久留米大学

《人事》

◎副学長就任

山木宏一

平成 30 年 5 月 1 日付

《教授の就任》

◎医学部医学科公衆衛生学講座

谷原真一

◎医学部医学科内科学講座（呼吸器・神経・膠原病部門）

中島宗敏

以上、平成 30 年 6 月 1 日付

※医学振興 86 号訂正

《教授の退任》

【誤】分子生命科学研究所高分子化学研究部門

石原直忠（定年扱い）

【正】分子生命科学研究所高分子

化学研究部門

石原直忠

訂正し、お詫びいたします。

杏林大学

《人事》

◎臨床教授（就任）

長谷川浩（総合医療学教室（救急総合診療科、高齢診療科））

平成 30 年 6 月 1 日付

聖マリアンナ医科大学

《教授の異動》

◎病院教授

大学病院小児科学（新生児）

北東 功

平成 30 年 7 月 1 日付

藤田医科大学

※平成 30 年 10 月 10 日付で藤田保健衛生大学は「藤田医科大学」へ校名変更。

※平成 30 年 10 月 10 日付で藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院は「藤田医科大学ばんだね病院」へ名称変更。

《役員人事》

◎理事長

星長清隆（就任）

※学長職兼務

平成 30 年 10 月 2 日付

◎学園長

小野雄一郎（就任）

平成 30 年 10 月 2 日付

◎常務理事

才藤栄一（重任）

平成30年10月2日付

◎理事

小野雄一郎（重任）

才藤栄一（重任）

岩田仲生（重任）

金田嘉清（重任）

湯澤由紀夫（重任）

井澤英夫（重任）

内藤健晴（重任）

近松 均（重任）

野田憲一（就任）

以上、平成30年10月2日付

齋藤英彦（就任）

渡辺捷昭（就任）

以上、平成30年10月10日付

《役員の退任》

◎理事

清川剛夫

平成30年10月1日付

《法人本部》

◎統括事務局長

野田憲一

平成30年7月1日付

《教授の就任》

伊藤信二（脳神経内科学）

平成30年5月1日付

安岡秀剛（リウマチ・膠原病内科学）

平成30年6月1日付

下野洋平（生化学）

喜島祐子（一般外科学）

太田喜久夫（ロボット技術活用
地域リハビリ医学（寄附講座））

元山貞子（循環器内科学Ⅰ）

以上、平成30年8月1日付

三浦康生（輸血細胞治療科）

平成30年9月1日付

《教授の退職》

赤塚美樹（血液内科学）

平成30年7月31日付

兵庫医科大学

《教授の人事》

◎主任教授就任

山崎 尚（生物学）

平成30年8月1日付

坂口太一（心臓血管外科）

平成30年10月1日付

◎主任教授退職

増山 理（内科学循環器内科）

平成30年9月30日付

愛知医科大学

《人事異動》

◎理事

坂本真理子（新任）

平成30年4月1日付

久徳重和（辞任）

平成30年5月31日付

加藤政隆（就任）

平成30年6月1日付

◎教授

鈴木耕次郎（昇任 放射線医学
講座）

木村伸也（昇任 リハビリテー
ション科）

以上、平成30年4月1日付

◎教授（特任）

古川洋志（採用 形成外科）

林 櫻松（昇任 公衆衛生学講
座）

高島浩明（昇任 内科学講座（循
環器内科））

篠原康一（昇任 産婦人科学講
座）

渡辺員支（昇任 周産期母子医
療センター）

以上、平成30年4月1日付

森 美雅（退職 放射線医学講
座）

平成30年7月31日付

自治医科大学

《役員の変動》

◎学校法人自治医科大学会長

山田啓二（退任）

平成30年4月15日付

上田清司（就任）

平成30年4月17日付

金沢医科大学

《役職教員》

◎教授

上西博章（総合内科学）（新任）

平成30年7月1日付

獨協医科大学

《教授の就任》

神野哲也（埼玉医療センター第
二整形外科）

平成30年6月1日付

堀江康人（日光医療センター循
環器内科）

杉村浩之（日光医療センター循
環器病センター）

以上、平成30年7月1日付

新井 学（埼玉医療センター前
立腺センター）

徳本直彦（埼玉医療センター移
植センター）

以上、平成30年8月1日付

東海大学

《教授就任》

内山 温（専門診療学系（小児
科学））

平成30年7月1日付

協会及び関係団体の動き

I. 医科大学・医学部の臨床系教員の働き方改革について

政府の働き方改革実現会議（議長：安倍晋三内閣総理大臣）は、平成 29 年 3 月 28 日に「働き方改革実行計画」を公表し、医師においては、改正法の施行期日を 5 年後を目途として規制を適用することとして、医療界の参加の下で検討の場を設け、平成 31 年 3 月を目途に規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し、結論を得るとしている。そのため、厚生労働省は「医師の働き方改革に関する検討会」を設置し検討を進めている。

本協会「医学部・医科大学の臨床系教員の働き方改革に関するワーキンググループ」（座長：明石勝也聖マリアンナ医科大学理事長）は、医学部・医科大学の臨床系教員の働き方改革に関する検討を進め、臨床系教員への専門業務型裁量労働制の適正な導入のためのガイドラインを作成し、加盟各大学に提示した。

1. 医学部・医科大学の臨床系教員の教授研究の業務は、大学附属病院等の診療施設内で行われるものも数多く、教授研究目的の診療行為とそれ以外を分別することは事実上困難であること。
2. 実際にわが国においても医学教育のグローバル化が進められており、医学生の実習の充実が図

られた結果、大学附属病院は通年教育の場として活用されていること。

3. 各大学の研究業績報告にあるように基礎系教員のみならず、臨床系教員による数多くの学会発表、論文発表が毎年行われており、医学部・医科大学附属診療施設における診療行為は深く教授研究業務と結びついていることが明らかであること。
4. 医学部・医科大学の臨床系教員への専門業務型裁量労働制の導入が教授等の意欲を高め、その成果としてわが国の医学教育の充実、医学研究の発展に寄与することが期待されるが、その導入にあたっては労働時間の把握や健康管理など適正な労使協定が策定され、健全な就労環境が整備されなければならないこと。

また、日本医師会は医師の働き方について医療界の意見を集約し、厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」および「労働政策審議会」等に対して提言を行うことを目的として、新たに「医師の働き方検討会議」を設置した。平成 30 年 7 月には「医師の働き方改革に関する意見書」をとりまとめ、厚生労働省「医師の働き方改革に関する検討会」に提出した。

【協会、関係団体の動き】

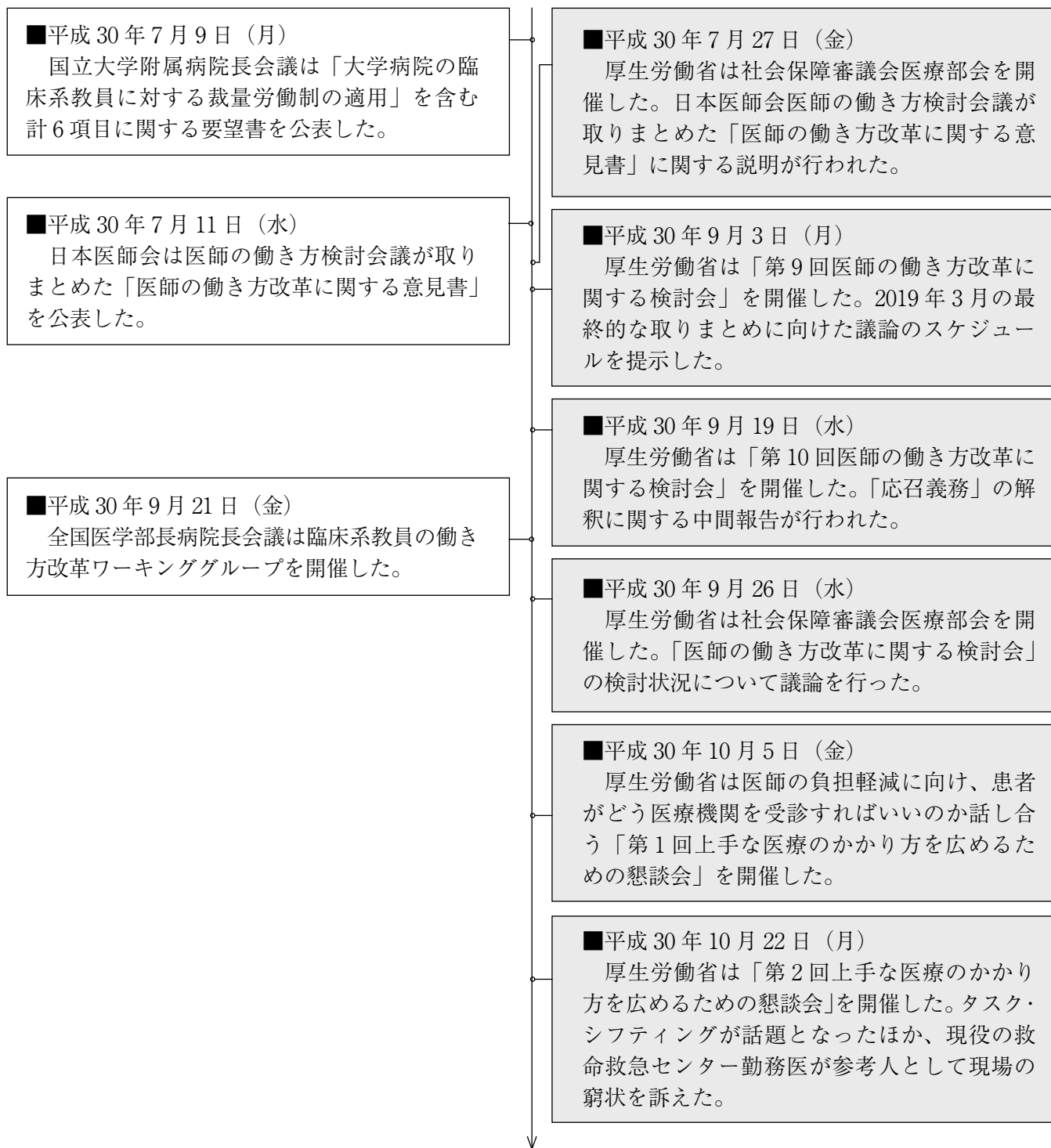
■平成 30 年 5 月 18 日（金）
日本医師会は「第 2 回医師の働き方検討会議」を開催した。

■平成 30 年 6 月 14 日（木）
本協会の明石勝也理事、小山信彌理事は、自由民主党厚生労働部会「医師の働き方改革に関するプロジェクトチーム」に出席し、本協会が作成した「臨床系教員への専門業務型裁量労働制の適正な導入のためのガイドライン」に関する説明を行い、併せて医師の働き方改革に関するヒアリングを受けた。

【政府、関係省庁等の主な動き】

■平成 30 年 6 月 14 日（木）
自由民主党厚生労働部会「医師の働き方改革に関するプロジェクトチーム」が開催された。

■平成 30 年 7 月 9 日（月）
厚生労働省は「第 8 回医師の働き方改革に関する検討会」を開催し、「医師の労働時間短縮に向けた緊急的な取組」（平成 30 年 2 月 27 日公表）に関して、具体的な取組の実施状況などに関する調査結果をもとに議論が行われた。



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

平成30年5月29日（火）、第11回大学病院を支援する議員連盟（以下、議連）は、政府が平成30年6月中に決定する「骨太の方針2018」に本協会の意見を反映させるためには、議連としての決議のもとに折衝することが必要となることから、急遽開催された。

本協会からは、現時点での要望として下記5点を河村建夫議連会長に提出した。

＜日本私立医科大学協会からの要望＞

- ①私立医科大学附属病院における初期臨床研修費等補助について
- ②医学部を設置している国立大学法人運営費交付金と私立大学等経常費補助金の格差是正について
- ③国立大学附属病院の運営費交付金と私立医科大学附属病院の補助金について
- ④控除対象外消費税（損税）の負担解消について

⑤医学部・医科大学臨床系教員の働き方について
出席国会議員より、意見並びに今後対応すべき諸施策が述べられた後、議連としての決議が了承された。

＜大学病院を支援する議員連盟決議文＞

①地域高度医療の拠点である大学病院の機能向上及び安定的な病院経営基盤が図られるよう、高額な設備投資等における消費税補填不足の解消も考慮した診療報酬による適切な評価、高度な医療機器購入に対する補助制度の創設・拡充を図ること。

②地域医療機関への医師派遣や医療従事者の人材育成等、地域医療構想の実現に向けて積極的に取り組む大学病院に対する支援ができるよう、地域医療介護総合確保基金等の拡充を図ること。

③優れた医療人材の養成や臨床研修の推進のために必要な大学改革推進等補助金・研究拠点形成費等補助金の確保・充実に努めること。

④医学部を設置する私立大学等の教育研究活動を支援するため、私立大学等経常費補助金の確保・充実に努めること。

Ⅲ. 控除対象外消費税負担問題について

平成 30 年 7 月 25 日、厚生労働省は中央社会保険医療協議会「第 16 回医療機関等における消費税負担に関する分科会」（分科会長：荒井 耕一橋大学大学院教授）を開催した。厚生労働省から、消費税率 8% に対する平成 28 年度の診療報酬改定後の補填状況の調査結果について報告があり、平成 26 年 11 月に報告された平成 26 年度診療報酬改定後の補填状況調査結果のデータに誤りがあったことも報告された。報告内容は以下の通り。

①厚生労働省が、平成 27 年の分科会に報告した平成 26 年度補填状況の調査結果では、病院全体 102.4%、一般病院 101.3%、特定機能病院 98.09% 等としていたが、今回の再調査の結果では、病院全体 82.9%、一般病院 82.7%、特定機能病院 61.4% となり、補填率 100% を大きく下回る結果に修正された。

②厚生労働省は修正の理由として、「レセプト情報、特定健診等情報データベース（NDB データ）の抽出時に、複数月にまたがる入院日数について各月重複してデータ抽出した」ことを挙げた。

厚生労働省は、①消費増税対応した 2014 年度診療報酬改定での補填不足に関して、同様の補填不足が起きないように 2019 年 10 月の消費増税に対応して

いくこと、② 2014 年度調査での誤りがあったことに関して、誤りが生じたのは DPC 病院の包括部分の補填の把握にミスがあり、更に補填率が 100% に近かったことから、誤りに気付かなかった、との報告を行った。また、③もっと早く調査結果が出ていれば、2018 年度改定等で対応できたが、補填不足が 4 年以上も放置されたことに関して、なるべく早く提出すべきことだが、作業の過程で修正に時間を要した、とのことによりお詫びの説明がなされた。

分科会の診療側委員からは、基本診療料に上乗せする形での補填方法の妥当性、消費税対応を診療報酬で行うことの限界を指摘する意見も出された。また、支払側の委員からも補填不足の要因となり得る課税経費率と算定回数等について精査を求める意見が出された。

本協会経理事務研究会の調査では、協会加盟 29 大学附属病院（82 病院）における入院料に係る補填不足分消費税額は、本院（29 大学 29 病院）73 億 1,000 万円、分院（DPC 病院）（20 大学 40 病院）22 億 6,000 万円、分院（出来高算定病院）（11 大学 13 病院）4,400 万円となり、合計額は 96 億 1,400 万円と明らかとなった。

【協会、関係団体の動き】

■平成 30 年 5 月 29 日（火）

本協会は自由民主党「第 11 回大学病院を支援する議員連盟」に出席し、前述の補助金関係の他、控除対象外消費税（損税）の負担解消について、引き続き要望を行った。

【政府、関係省庁等の主な動き】

■平成 30 年 3 月 30 日（金）

厚生労働省は、中央社会保険医療協議会「第 15 回医療機関等における消費税負担に関する分科会」を開催した。

これまでの経緯の報告と、薬価調査、実態調査、設備投資調査の実施方針等について議論された。



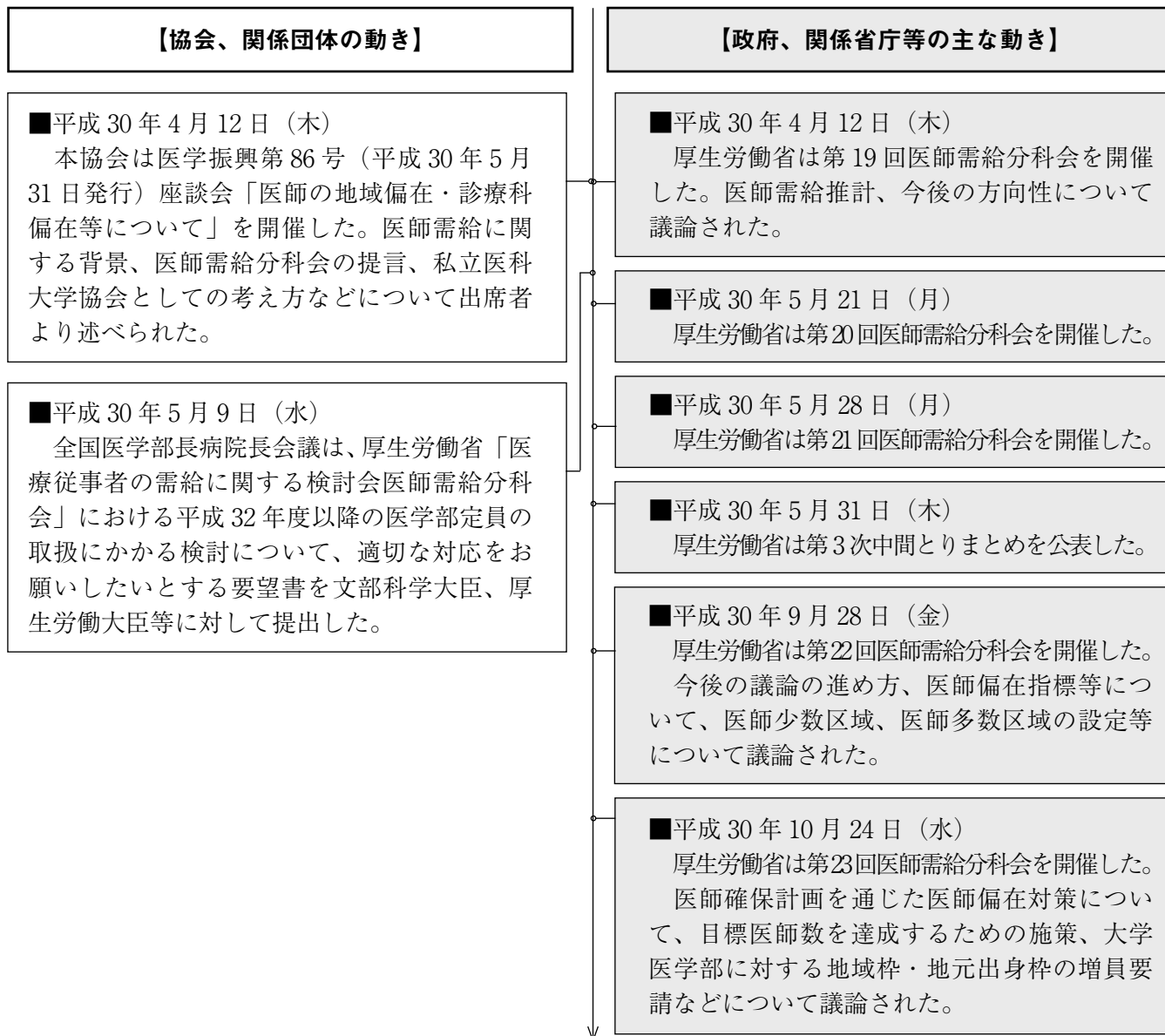
IV. 医師の需給に関する動向について

厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」(分科会長：片峰 茂前長崎大学学長)は、平成 28 年 6 月に第 1 次中間とりまとめを行った。地域医療構想を踏まえた全国レベルの医師需給推計を踏まえて、「新医師確保総合対策」「緊急医師確保対策」に基づき平成 20・21 年度に開始され平成 29 年度で終了する医学部定員の暫定増を当面延長する等の決定を行った。

第 3 次中間とりまとめ(平成 30 年 5 月 31 日付)は、新たな調査等の結果等を踏まえ、再度、全国レベルの医師需給推計を行った上で、第 1 次中間とり

まとめにおける「当面延長することとされた医学部定員の暫定増の取り扱い」「これまでの医学部定員の暫定増の結果、医師偏在対策の効果等について可能な限り早期に検証を行って結論を得ることとされた」「経済財政改革の基本方針 2009」および「新成長戦略」に基づく平成 22 年度から平成 31 年度(2019 年度)までの医学部定員の暫定増の取り扱いについて、2020 年度以降の方針を示すものとされた。

当該検討会および分科会には、本協会より小川 彰岩手医科大学理事長、総務経営部会担当副会長が構成員として参加している。



V. 新専門医制度に関する動向について

本協会新専門医制度検討委員会（委員長：久松理一杏林大学医学部第三内科学教授）の下部組織である「新専門医制度事務連絡会」（座長：久松理一杏林大学医学部教授）（以下、連絡会）は、平成 30 年 2 月 14 日付にて「新専門医制度の事務手続き等に関するアンケート」を実施し、取りまとめを行った。

その結果、新専門医制度は平成 30 年度からスタートした新たな制度であるため、今後も加盟各大学（事務担当者）でそれぞれ模索しながら事務処理を行っていかねばならない状況であることが浮き彫りになってきた。

これに対応すべく、定期的に各大学事務担当者間による情報交換の機会を設け、適切な事務処理が行えるよう、課題解決に向けて意思疎通を図っていくことが重要である。

【検討課題】

- ①各基本領域が実施する専門医共通講習並びに専門研修プログラム管理委員会が策定する研修プログラム整備基準への対応
- ②連携施設との契約並びに研修到達度・研修方法等の評価への対応
- ③事務担当者間の事務処理における共通理解 等
現状の「新専門医制度事務連絡会」の構成員を拡大し、本協会加盟 29 大学から事務担当者（臨床研修制度担当者並びに新専門医制度担当者等）を 1 名登録し、定期的に事務連絡会を開催することとした。
また、本協会加盟各大学が抱えている問題点の協議並びに他大学の合理的な取り組み等の情報を共有し、必要に応じて本協会から日本専門医機構に対し要望・提言を行っていくこととした。

【協会、関係団体の動き】

【政府、関係省庁等の主な動き】

■平成30年1月31日（水）
 本協会は「第1回新専門医制度事務連絡会」を開催した。平成30年度からスタートの新専門医制度について、加盟各大学が事務手続きの諸準備に着手することに伴う現時点での対応状況を把握するため、「新専門医制度の事務手続き等に関するアンケート調査」を実施することとした。

■平成30年2月14日（水）
 本協会は加盟各大学に対して「新専門医制度の事務手続き等に関するアンケート調査」を実施した。

■平成30年3月23日（金）
 本協会は「第2回新専門医制度事務連絡会」を開催した。アンケート調査集計結果に基づいて議論を行い、現状と問題点の把握に努めた。

■平成30年3月29日（木）
 日本専門医機構は「平成29年度第2回社員総会」を開催した。平成30年度の日本専門医機構予算案が承認された。

■平成30年4月13日（金）
 日本専門医機構は第26回理事会を開催した。サブスペシャルティ領域の認定基準および申請手順に関する議論が行われた。

■平成30年5月18日（金）
 日本専門医機構は第27回理事会を開催した。サブスペシャルティ領域の機構認定について了承し、各基本領域学会に認定基準並びに認定手続きを送付した。

■平成30年6月29日（金）
 日本専門医機構は平成30年度第1回社員総会を開催した。新役員（第3期理事会）として、理事25名、監事3名が選任された。

■平成30年7月20日（金）
 日本専門医機構は第3期第1回理事会を開催した。新理事長に寺本民生帝京大学臨床研究センター長、副理事長に今村 聡日本医師会副会長並びに兼松隆之長崎市立病院機構理事長が選出された。

○「医療法及び医師法の一部を改正する法律」の概要について（一部抜粋）

1. 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設（医療法）
2. 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化（医療法）
3. 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実（医師法、医療法）
 専門研修：国から日本専門医機構に対し、必要な研修機会を確保するよう要請する権限の創設
 都道府県の意見を聴いた上で、国から日本専門医機構に対し、地域医療の観点から必要な措置の実施を意見する仕組みの創設等
4. 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応（医療法）
5. その他（医療法等）

■平成30年4月17日（火）
 参議院厚生労働委員会にて上記法律の提案理由説明

■平成30年4月19日（木）
 参議院厚生労働委員会にて法案審査

■平成30年5月15日（火）
 参議院厚生労働委員会にて参考人の意見陳述、法案審査

■平成30年5月17日（木）
 参議院厚生労働委員会にて法案審査、可決

■平成30年5月18日（金）
 参議院本会議にて法案可決

■平成30年7月10日（火）
 衆議院厚生労働委員会にて法案提案理由説明

■平成30年7月11日（水）
 衆議院厚生労働委員会にて法案審査



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

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



Design
Your
Smile
健康創造の
スズケングループ



すべての人にいきいきとした生活を
創造しお届けします。

alfresa

アルフレッサ株式会社

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



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

中材業務・看護補助業務・手術部環境保全業務/
人材派遣・病院清掃/その他

株式会社 日経サービス

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

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

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

LIXIL

Link to Good Living

株式会社 LIXIL

LIXIL BUILDING TECHNOLOGY JAPAN

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



全ては健康を願う人々のために



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



共創未来グループ

東邦薬品株式会社

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

協会加盟大学平成 30 年度合同入試説明会・相談会の実施について

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

今年度は下記のとおり、3回開催しました。

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

《開催スケジュール》

◇ 関西医科大学	平成 30 年 7 月 8 日 (日)	記録的大雨により中止
◇ 金沢医科大学	平成 30 年 7 月 14 日 (土)	60 名
◇ 聖マリアンナ医科大学	平成 30 年 8 月 11 日 (土・祝)	850 名



広報誌 **医学振興**

第 87 号

平成 30 年 11 月 15 日発行

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

< 広報委員会 >

担当副会長	小川 彰
担当理事	明石 勝也
委員長	小口 勝司
委員	栗原 敏利
	高山 忠孝
	田尻 田見
	永田 永寛
	冲 永寛子