

今後の医学教育の在り方に関する検討会におけるこれまでの主な意見について

1. 大学病院の在り方について

【大学病院の現状】

<大学病院の制度・構造>

- （国立大学病院において、）過去 20 年で診療時間が延びた一番の理由は大学の法人化によるものではないか。毎年、運営費交付金が1%ずつ減少し、それを各大学で回収するために病院も臨床助教という臨床を主とする助教を増やした。そこに働き方改革も加わり構造上の問題が重なっている。
- 医師数総量の問題は、医師の養成数が増えない以上医師だけで解決しようとしなことが研究・教育・診療の質を考える上で重要。（論文数等の量的な面だけでなく、）質的な面についても問題がないかどうかを考えてみる必要がある。
- 医療法上、病院の類型は、一般病院、特定機能病院、地域医療支援病院、精神病院、結核病院に区分されるが、（教育・研究・診療というその使命・役割等に鑑みれば、）大学病院はどの類型にも合致しないため、医療法上の病院の類型に「大学病院」という類型を新たに規定することが必要。また、大学病院で勤務し、教育・研究・診療を担う医師に適合した勤務体系が労働基準法上にない。

<財務・経営状況等>

- 大学病院が重症患者を中心に診るべきということはそのとおりだが、（医学教育上臨床現場の多様な症例を学ぶ必要があることに鑑みれば、）重症患者に特化してしまうと、教育上必要な症例を学ぶ機会を失ってしまう。専門医を取得するためには重症でない患者を診る必要があり、大学病院が重症患者を診るべきだという議論が行き過ぎて、それ以外の患者を一切診ないというのは非常に危険。大学病院の材料費率の高騰は、重症患者を中心に診ていることが一因ではないか。
- 大学病院は、不採算部門であっても、教育病院として各診療科を堅持しており、他の病院のように経営のために採算部門に特化するというのもできない。人員を動かせる柔軟性もなく、ポストも増やせない。このため、収益率が下がるというどうしようもない問題がある。
- 大学病院における借入金の推移に関して、新規の債務が増えていく中で附属病院において医業収益を上げ続けなければ運営が滞ってしまう状況を改善できないか。
- 国立大学病院の業務損益について、令和 2、3 年はコロナの補助金が大量に入っている。大学病院の勤務医は、1.5 倍忙しくなり、むしろ収益性は悪くなっているという構造的な問題がある。
- コロナ禍で大学病院は病床の一部を制限していたが、材料費率が高騰している中で、現在の受診患者数のまま病床稼働率をコロナ禍以前の水準まで戻すと、恐らく全ての病院が赤字化するのではないか。
- 大学病院は、多くの高度な機器を使う装置産業、かつ医師、看護師を大量に必要とする労働集約型産業でありお金がかかる。さらに、光熱費、医薬品等の高騰も影響する一方、保険診療は公定価格のため価格転嫁ができない。今の日本の医療保険制度は高度急性期病院に非常に厳しい仕組み。大学病院はこのコロナ禍で、各地域の最後の砦として大きな役割を果たしたが、これが続けられなくなってしまう恐れがあり、厚生労働省をはじめ関係者が一丸となって次の手を考える必要がある。
- 私立大学経常費補助金は大学の運営経費の約 3%から 4%にすぎない。その意味では、国立大学と私

立大学の違いを認識した上で、議論をする必要があるのではないか。

- 診療報酬は中医協が決めており、消費税がその中に組み込まれているという認識。難病の方に使用する薬の薬価は1億数千万円にもなり、大学は多額の消費税を負担している。
- 診療を頑張っても収益が上がらないという構造的な問題がある中で、診療時間の増加とともに研究時間が減り、研究助手等のポストを置こうにもその人件費が捻出できない。病院経営の健全化と研究の推進は一体的な問題である。

【大学病院の働き方改革】

<人材確保>

- 大学が、教育・研究を診療とともに担うためには、医師やメディカルスタッフ等の人材を確保する必要がある。そのための雇用経費に関する補助、又は大学病院に対する診療報酬において、教育・研究部分も加味した上乘せがなされることが短期的には必要ではないか。

<タスク・シフト/シェア>

- 今後、医師の総数は大幅に変わらないため、タスク・シフトや医師以外の人材を活用することを考えなければいけない。
- 例えば、臨床教育、臨床実習の場を大学病院から地域の教育病院へ移すことや、シミュレーション教育をシミュレーション・スペシャリストの看護師にお願いすることも課題を解決するための方策になり得るのではないか。
- 大学病院で医師の診療時間を減らすためには、大学病院に人を増やすか大学病院で行う診療を減らすしかない。看護師等へのタスク・シフト/シェアの話があるが、他の職種に任せる業務内容を具体的に議論いただきたい。
- 看護師が研修を経て行うことができる特定行為は38項目定められているが、比較的小さな技能である。特定行為の範囲を更に拡張することを検討していく上で、特定行為研修修了者にもう少し大きな一塊の業務として、どのような業務を任せるかを検討してはどうか。

<医療 DX>

- タスク・シフト/シェア促進の観点からも情報の共有化・標準化は非常に重要。標準化をすることで、解析も進み更なる医療や診療の効率化が望まれる。医療 DX に関して、どういった点を進めていくべきか問題点を洗い出す議論が必要。
- 診療の効率化については、例えば、電子カルテの文章の標準化は、効率化につながる。例えば、チャット GPT の活用によって、情報の標準化、作成の効率化につながるのではないか。
- 医療 DX の新たな視点の導入が必要。業務の効率化を果たしながら、役割分担を進めていくことが必要。

<医師の収入>

- 大学病院の経営改善の観点と医師の働き方の議論に、高騰する物価等の経済状況に見合った収入が勤務医に配分されているかという観点を加えていただきたい。大学に勤務される医師が、必要な収入を確保できるかは非常に深刻な問題。

- 医学部の臨床系の教員は、診療に時間を多く取られているが給料は他学部の教員と同じ。(その業務内容に鑑みれば、) 同じ教官として、同じ給料しかもらえていないことに違和感がある。

<その他>

- 働き方改革によって、どうすれば地域医療や医学研究が向上するのかに焦点を当て、若い人達が考える本当に魅力ある大学病院とは何かという観点でも議論したい。
- 大学病院の人員を増やすには、他の病院の人員を減らす必要がある。質を担保しつつ、大学病院に勤務する医師の働く時間を減らすためには、日本全体の病院を整理して集約させる必要がある。そのためには文科省だけではなく、医療計画と連携した議論を是非お願いしたい。
- 令和 6 年以降の緊急避難として、大学病院の医師の立場を改善するためにも、大学病院の経営が良くなる仕組みが必要ではないか。大学病院と一般病院が同じ診療報酬が適用される現状では大学病院の機能を維持することは厳しい。
- 医療界以外は賃上げされており、このままでは医師免許を取得しても医師にならない人達が出てくる可能性がある。医療の現場に出る医師数が減る可能性を想定して、全体の設計やタスク・シフト/シェア等を考える必要がある。
- 働き方改革が地域医療に及ぼす影響が危惧される。特に急性期で働いている医師に対して時間外・休日労働時間の上限がかかることによって地域の医療機関で当直を担う医師が確保できなくなり、地域医療が崩壊する可能性がある。地域の医療提供体制もしっかり考えて対応すべき。
- 働き方改革への対応として、時間外の教育・研究業務の禁止等を含めて、各大学病院で独自の規定の導入が進んでいると聞いているため、どのような規定が導入されているか、現状の調査をしてはどうか。
- 大学病院の診療内容をより特化したものとする事で、診療のボリュームを減らす議論が必要。
- 診療のボリュームが大きいことにより学生の教育や臨床実習に時間が回せないという現状は、次世代の医学教育に大きな影響を与えるものであり、悪い循環に陥っている。それをどこかで断ち切るための抜本的な改革が必要である。

2. 学部及び大学院における医学教育の在り方について

【医学教育】

<医学教育の質の向上>

- 卒前・卒後の医学教育業務に関する負担を踏まえ、教育業務の業務量の削減や外注を検討すべき。
- 講義の準備や OSCE の指導・評価、模擬患者ボランティアの指導、臨床実習の指導など教育に携わる医師も研究と診療を兼務しているが、診療業務が増えることにより教育の質の低下が懸念される。医学教育を専任として担う人材の増員による教育の質の向上が必要である。

<共用試験 (OSCE) の公的化>

- 認定評価者の確保・認定の要件の厳しさや外部評価者の在り方が大学にとって負担になっている。大学では実習生を受け入れ、しっかりと教育しているにも関わらず、評価者の資格すら求める現状の仕組みは、ただでさえ負担が大きい若手教員に対して課題がある。
- 公的化された OSCE は、今の日本の状況で実施出来るのか。医師でなくても OSCE の評価はできるは

ずであり、例えば、看護師が一定のトレーニングを受けることで対応するなど見直すことが必要。

【研究】

<研究力の低下>

- 医学分野の科学論文の現状をみれば、他分野に比べて健闘している。また、国立大学の法人化により臨床も研究も活性化したと考えられる。他方で法人化以前から基礎医学を含めて日本全体が頭打ちになっており、研究環境や運営方法等において、かなり根深い問題がある。我が国の医療機器や医薬品における貿易収支は大幅な赤字となっている。
- 学部教育 6 年間、臨床研修 2 年間、その後、専門医研修をやらなければならない、大学院進学をどの段階で選択できるのかというところがかなり難しい。卒後に臨床に触れた後に研究に戻るキャリアパスが消失している。大学における診療参加型臨床実習が進めば、臨床研修の在り方を考えるなど、研究者のキャリアパスのどこかで時間を作ることを考える必要がある。全体としての制度設計を考えなければ日本の研究力は向上しない。
- 卒後の医師がそれぞれのキャリアをデザインできるような環境を整備するとともに、人材の流動性を確保することと多様なキャリアパスを用意することが必要。

<医学以外の分野との協働>

- 研究者の総数を増やすとともに、医学以外の分野における研究者が大学病院で研究できる環境整備が必要。例えば、研究領域によっては工学系分野との共同研究が有効であるなど、医療系の知識だけではカバーできない領域もある。
- 医学研究は非常に高度化しており臨床医の研究として担い切れなくなりつつある。医学以外の分野における研究者の参画や大学病院で研究できる環境整備、それに見合った組織の在り方の検討が必要ではないか。
- PhD との連携を社会実装まで持っていくためには相当なインフラが必要であり、幾つかのハブになるような大学を作ってはどうか。また、他学部出身の人材が大学病院に自由に出入りできるような仕組みに変えることが必要。

<学部段階での教育の導入>

- 医学部の卒業時までには卒論を書くプログラムを導入するなど、研究に関する基礎体力を卒前の教育課程で養成することで、医師として働きながら研究をすることにつながるのではないか。
- MD-PhD 育成コースや医学研究実習等において、研究の面白さや論文の書き方等を学べるとよい。研究について前倒ししたシームレスな医学教育が求められるのではないか。
- 臨床研究論文が増えてきた背景に、若者にとっては専門医制度ができ、専門医を取得することがわかりやすいということがあるのではないか。一方、基礎生命科学において、博士の学位を取得することは、各教授の裁量によるので、若者にとってはわかりづらいのではないか。学部段階で研究の面白さや DX を用いた教育等を導入しながら、強化していく必要があるのではないか。

<その他>

- 女性の入学者の割合がかなり増えている。研究又は診療に従事する人のうち、女性だけではなく介

護等のライフイベントに関わるような人の割合や博士課程における女性割合について分析調査が必要ではないか。そこへの支援もしっかり考えていく必要がある。

- 大学発ベンチャー等で知財を確保する必要があるが、その足腰が極めて弱い。
- 日本は高等教育に対する公的負担が、対 GDP 比 0.5% (OECD 平均では 1.1%) と最下位である。世界に伍するためには、日本で作ったものを世界に売り、患者に還元をする好循環が必要。
- 博士課程の学位が 4 年間で取れるような状態ではなくなっており、4 年で取得率は 4 割、6 年でも 6 割程度の割合になっている。今までは英語の論文としてジャーナルに掲載されれば学位を認めていたが、今後は、一つの仕事をまとめる能力を学位と認める流れがある。圧倒的に時間がかかり、期間が延びている。
- 卒前教育が共用試験の公的化も含めて前倒しになってきたことがプラスに転じて、早くから医師養成ができ、卒後の早い時期から臨床や研究ができるとも言える。改めて研究を活性化するためには、臨床の終えられるところを早めに終えて、研究に再び関わるようなスキームもありえるかもしれない。
- とがった人達を摘んでしまう制度にならないように、ある程度のゆとりを持たすことも大事。
- 博士号取得がキャリアアップになっていない。今後の臨床生活に武器とならないことを若い人達はシビアに捉えている。また、家庭内での育児、家事が男女共同になっていない中で、研究を諦める選択肢を取ってしまう人も多い。研究に対して面白くなってきたというところで、例えば、育児の関係で辞めてしまうなど研究支援の難しさがある。
- 海外の方が待遇が良く、研究環境も良いため、研究意欲を持って能力もある医学生が、大学院進学の際に海外に流出して、そのまま日本に戻ってこないという問題がある。
- 医師は、アルバイトの時間を削り、収入が減少した状況で研究時間を確保している現状があり、今後、長期的にライフステージの各段階で研究を継続させていくことを考えると非常に危うい状況。このような状況を改善するためには、給与面での処遇改善が必要である。
- 育児や介護など時短勤務を要する場合にはキャリアが中断しがちであり、ワークシェアやチーム診療の推進などのソフト面と保育園の拡充などのハード面の両面からの支援が必要である。

【地域医療・地域の医師確保について】

- 地方の実態として、医療体制を維持することに大変苦勞している。簡単に地域枠を増やせばいいという問題ではなく抜本的に見直さないといけない。医学教育の在り方含め命に直結する社会のニーズにどう応えていくかを問題提起したい。
- 東京の大学病院を含めて医師の総数や診療科の偏在を変えずに議論していても、あまり問題の抜本的な解決にはならないのではないか。
- 若年人口の減少は明白であるため、医療従事者をこれ以上増やすことは、ほぼ不可能だと思う。研究の分野で医療以外の方々に参入していただくことも一つの考え方だが、その分野に参入してくる人口を確保できない中で、どのように対応していかなければならないか議論を深めていく必要がある。
- 都道府県単位、国立・公立・私立など大学ごとに状況が違う。公立大学は、大きく医療計画に関わっているが、国立大学は、少なくともコロナが始まるまで、医療計画に積極的に関わっている大学は少なかった。私立大学は、基本的には医療計画の縛りを受けていないところが多い。大学に地域医療を

担って欲しいという要望がある中で、担っている大学と担っていない大学の格差が大きくなっている状況。