

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。
- 特定機能病院の承認要件における基礎的基準として新たな医療に関する教育・研究を加えることは、大学病院が最先端の医療を提供できる機関であるということを示すうえで非常に意義のあることである。
- 大学病院の機能として特にへき地に医師を派遣する場合についても評価すべき。

<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ことができない。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。
- 医療費比率の高まりを受け、共同調達等による支出削減を進めるべきではないか。また医療材料調達を含め、経営改善を担う人材の活用・育成を進めるべきではないか。
- 大学病院の経営状況を複数年度で捉え、かつ資産の状況を把握するため、附属病院セグメントの財務情報について、既に開示されている損益計算書ベースの収支の状況に加え、貸借対照表ベースの収支の開示を検討する必要があるのではないか。またその際、単年度の収支状況を分かりやすく表示することが必要である。
- 大学病院の持つ機能には基盤的な面と独特な面がある。独特な面を伸ばすには各機能に時間が共通したキーワードになるが、研究の支援人材の確保や、事務処理のDX化など共通利用が可能になるものについてはプラットフォーム化といった、構造的な改革が必要。

【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。
- 診療科別収支では特に努力している診療科に赤字が集まっており、病院の人件費はそういった診療科に振らざるを得なくなる。そうすると赤字の原因が努力している診療科となってしまう、誤解を招きかねない。継続的に診療科別収支を見ていくことは重要であり、これを踏まえた支援体制を組むことが重要。

＜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。
- 看護師以外の職種も含めて、研究や教育に携わることのできる人材を広く捉えて議論すると同時に、タスク・シフト/シェアの結果、負担が増える者への配慮、医師の教育に関わることへの心理的安全の確保、インセンティブについても検討すべき。
- 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。
- コロナ禍で必要性が顕著になった重症患者の対応が可能な看護師を養成するための教育プログラムが必要ではないか。またそのような人材を、危機管理に備え、大学病院において一定数確保する必要があるのではないか。

<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、こ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。

<医師の処遇・収入>

- 大学病院で働く医師は教育、研究に加えて診療にも多くの時間を割いているが、それに見合った処遇がなされておらず、大学病院で働く医師の勤務環境の改善は喫緊の課題である。
- 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。大学に勤務する医師が、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、) 同じ教員として、同じ給料しかもらえていないことに違和感がある。
- ガイドラインの作成、専門医の試験問題の作成、様々な雑誌の執筆など学会での仕事を業務時間外にボランティアで行っていることが多い。学会の仕事をしている大学病院の先生方に学会から報酬が支払われるような方策も待遇改善の一つとなりうる。
- 大学病院で働いている医師は、医師として働いているという自覚があるが、責任を持って高度医療や様々な教育・研究をやっている、評価されるのは教員としての評価という点が理不尽であると現場の多くの者が感じている。
-

<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程の導入が進んでいると聞いているため、どのような規程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ことで、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。
- こうした大学病院の抱える課題について、大学よりもまず先に国が主体的に対応すべきである。また、国民に対して医師が果たすべき役割がある中、医師養成に対して国費の投入が持続可能なかたちで投入されているかについて議論が必要である。
- 日本の大学病院が行っている医療の高度さに比して、そこで働く医師たちの給与が、国内の他病院や診療所あるいは海外に比べてもあまりに低い。本当に現在の日本の大学病院で行われていることに大きな問題があるのか、問題は日本社会全体の医療の構造というところにあるのではないかという点についても今後議論を深めて欲しい。

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】

<医学教育の充実、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。
- 本人のキャリアアップや意欲の向上のためにも、実習に関わる教員の実績を見える化すること等を通じて、教員の教育エフォートと実績を適切に評価する方策を検討することが必要。
- 教育ツールの共有化について、既に開発された各大学で使っている教材などで教育者や学習者が自由かつ合法的に共有してもよいものをデジタルプラットフォーム上で蓄積して共有するシステムは既に海外で実例が幾つかあり、日本国内でも、できれば国際的に共有できるようなシステムとして構築することが重要。
- 診療参加型臨床実習において、医師の監督下で医学生に医行為をさせるのに適した状況が巡ってくるかは偶発的で、学生全員に同じ学習機会を保障することも臨床現場では不可能。シミュレーションセンターなどでのスキルの実習を組み込むことを推進すべき。

- 全ての科を細切れで回るよりは 1 つの科での実習期間を延ばすべき。多様でコモンな医療ニーズに対応する地域の病院や診療所のほうが、医行為をさせる機会には恵まれているのではないか。地域に一定期間身を置いて長期で臨床実習を行う LIC (Longitudinal Integrated Clerkship) という方法もある。
- 診療参加型臨床実習が始まっていること、患者の協力が医学教育の中で欠かせないということを、病院だけではなくて国からもしっかりメッセージを送っていくことが大事。
- 大学病院には急性期の病棟だけでなく、回復期の病棟や地域包括ケア病棟といった様々な病棟がある。現行の医学教育は急性期にかかる教育に偏っており、急性期以外を今後の医学教育の中でどのように盛り込んでいくか検討する必要があるのではないか。

<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。
- 研究力の向上のために、各学会における専門医の取得要件において、一定の研究活動を求めることを検討してはどうか。
- 大学や大学病院の常勤医師でないと研究を継続しづらい状況があるため、他の医療機関に派遣されている間や、様々な理由で非常勤として勤務する場合などにおいても、研究活動を継続できるよう研究環境を整えることが、研究力の向上につながるのではないか。
- 大学院修了後のポストの確保など研究者としてのキャリアパスの支援が必要ではないか。
- 大学院を充足するために学位を取りやすくするのではなく、学位自体の価値を高めることが重要。そのために、学位取得までに学修できる内容を充実した上で、どのようにして学位の価値を評価するのかを考える必要がある。同時に、裾野拡大の方策についても検討が必要。
- 専門医制度の中で、自身の領域に専念してくれる医師を抱え込もうとする動きがあり、専門医を急

いで取ることを後押ししているのではないかとと思われるが、急いで専門医を取る必要がないということをもっとシステム化して、風通しよく、社会全体で専門医を養成する体制を作るべき。

<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。
- 医学研究に従事する医師の裾野を拡大することは理想的であるが、研究に意欲のない医師に指導することはエネルギーを要する上、研究力が本当に向上するのかは疑問がある。そのため、卒前の学部教育の段階で研究の面白さを知ってもらい、時期を問わず戻ってこれるような、経済的支援を含めた仕組みが必要。

<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。
- 臨床研究中核病院となっていない地方の大学病院では、診療時間の増加とともに研究時間が減ったことによる女性医師の研究者不足が特に顕著であり、研究支援体制の充実が必要である。
- 臨床研究を支援するプロジェクトマネージャーやCRCといった体制が十分に整っていない現状の中で、臨床研究の教育者が育ってこなかった。待遇面の改善のために、各大学への補助、支援というものが非常に重要。
- 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、臨床の終わ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。
- AI や医療データを活用した研究において、日本は、国際共同研究や、また国内の多機関でデータを集めてやるような研究環境という点で取り残されつつある。今後、国内外問わず共同研究の推進をもっと積極的に行えるような環境の整備を進めるべきである。
- ほとんどの多くの大学で自校出身者が教育職を務めているが、若い医師は外へ出て、研究や臨床の経験を積むことが重要で、自前主義は排すべき。
- シーズを持っている教員の起業をサポートするような仕組みができないか。
- 特定機能病院は、高度な医療を担っている点だけではなく、卒前卒後の教育もしっかり行い、それが研究にもつながっているというところを評価対象にすることが重要。
- バイアウト制度において、人材データベースのような情報源で相手方を検索しマッチングする仕組みが欲しい。
- 国立大学における保健分野のHC研究開発費は減少しているが、研究者数は増加している。

【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と。
- 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。国立・公立・私立を問わず、都道府県と連携を図り、地域医療構想に取り組む仕組みが必要。大学病院に頼るだけでは今後の地域医療を支え切れない可能性がある。医師偏在対策などを強力に並行して進め、手後れにならないようすることが大事。