

## 2017年12月28日 座談会

**【今野】** 本日のテーマは、日本の医療を語るということで、日本医師会副会長今村聡先生と、日本医師会常任理事松本吉郎先生にお話を伺います。本学からは、小林医療福祉支援センター特任教授にもご出席いただいております。

今村先生は本学に昭和58年4月より平成3年5月までお勤めいただきました。また、松本先生は昭和55年に本学を卒業された本学第1期生でございます。現在、日本医師会の中枢を担うお二人に、医療のあるべき姿について、ご意見をお伺いしたいと思います。

それでは、まず、今日おいでいただきましたお二人の先生に簡単に自己紹介をお願いできればと思います。今村先生からよろしいでしょうか。

**【今村】** まず、こういう貴重な機会にお招きをいただきありがとうございます。先ほどご紹介いただいたように私も卒業して7年目に浜松医科大学の麻酔科に在職、出張も含め9年お世話になりました。個人的には、今野学長は私の父の主治医であり手術もしていただき、大変お世話になった大学であります。

**【今野】** ありがとうございます。先生は、日本医師会副会長は何年お勤めでしょうか。

**【今村】** 6年目になります。

**【今野】** もう6年目ですか。

**【今村】** 東京で平成3年の5月から開業していますが、当初、大学病院で専門的な医療をやっていたときにはいろいろな交流がありましたが、開業すると一気に交流の範囲が狭くなりました。5年ぐらい経って医師会の仕事を地域でするようになり、その中でどんどん仕事が広がって行って、おつき合いがまた復活したというような状況です。12年前に東京都医師会の理事から日本医師会の常任理事ということで、常任理事を6年、副会長になって12年目になります。

**【今野】** ありがとうございます。それでは、松本先生、よろしく申し上げます。

**【松本】** 私は、昭和49年に浜松医科大学の1期生として入学し、昭和55年に卒業しました。82名が卒業しましたが、大学に残る方が多くて、私は山田教授の皮膚科に入局し、主に形成外科に従事しながら皮膚科と両方を勉強さ



せていただきました。私は卒業後8年ほど大学に在職しました。

思うことがあり、わりと早目に埼玉県の、当時大宮市、今はさいたま市になりましたけれども、そこで皮膚科と形成外科で開業しまして、もう29年ぐらいになります。

開業して5、6年たって多少落ちつき始めたときに、診療だけでは何となく物足りないと言ったら変ですが、何かほかの仕事もやってみたくなり、医師会を通して地域医療を少しやってみようかということで、41歳のときに大宮医師会の役員になり、今は会長も兼務しております。埼玉県医師会の役員にもなって、2年前からは日本医師会の常任理事として、特に産業保健とか共同利用施設とって医師会病院とか検査センターとかの仕事をしています。

今は、中医協（中央社会保険医療協議会）の委員と、医師の働き方改革の担当もしており、この2つの仕事の比重が、非常に大きい状態です。

今村先生とは本当に縁が深くて、浜松医科大学で一緒に働いていたということもありますけれども、私の担当している仕事のうちの8割は今村先生が副会長として所掌されています。しかも、同時に2人とも中医協の委員に就任し、こんな偶然って世の中にあるのかなというような、不思議な縁を感じています。私は、常任理事として2年目ですが、非常に温かくご指導していただいて、ありがたいなと思っています。

小林先生とは、日本医師会で地域医療対策委員会の委員として、私もちょうど同時に委員をしております、今も副担当としてその委員会に出席しているので、4年間一緒に仕事をしております。

**【今野】** わかりました。小林先生のお話がでしたが、お二人の先生方とはもう前から交流されているようですね。

**【小林】** そうですね。私は浜松医科大学の4期生で、もとは外科医ということもあり、県立総合病院にいた際に今村先生から小児麻酔を教わったという経緯があります。

## 地域医療構想について

**【今野】** それでは、本日のテーマに移りたいと思います。

最初に、現在、全ての都道府県を中心に検討がされている地域医療構想について伺いたいと思います。増大する医療費の削減と持続可能な医療体制の構築のために、医師会、行政、医療機関が協力して進めている新たな地域医療構想という理解でありますが、このことについてお話を伺いたいと思います。

病床の削減に加え、医療の機能分化、医療と介護の連携が必須でございますし、医療圏を超えた体制づくりも必要であると思っております。

それでは、地域医療構想について今村先生からお話いただけますでしょうか。

**【今村】** やはり財政的な視点が当初非常に強くて、財務省、総務省等から厚生労働省に対していろいろな意見が出されていて、病床の削減というお話もありましたが、削減ありきではないということです。

日本医師会では、まずは自分たちの病床の機能を報告することから始まり、その報告に基づいて、それぞれの都道府県や地域において将来の人口構成や疾病構造を見ながら、必要な病床をどのように構築していくのかということ、それぞれの地域に基づいた考えで検討していくこと。都道府県の医療計画に地



Profile

今村 聡

秋田大学医学部卒。

浜松医大助手、静岡県立総合病院医長、

浜松医大講師などを経て

91年今村医院開業

04年東京都医師会理事、日本医師会常任理事などを経て

12年日本医師会副会長就任

域医療構想を位置づけるという中で、それぞれの調整会議を通して、自然に収れんしていくという言い方をしています。

また、医療と介護の連携、地域包括ケアのお話がでましたが、私は基本的には川上から川下に流れて在宅が必要だからその地域で地域包括ケアをきちんとつくっていくという感じではなくて、そこはボトムアップであるべきで、地域の医師会をはじめとした医療・介護関係者がどうやってそういう患者さんを支えていくのかという、そこが原点ではないのかなと思っています。

総論的な話で恐縮ですが、また個別の話は松本先生に……。

**【今野】** 単に削減ではなく、それぞれの地域でどのような医療を行うのが主眼であることがよく理解できました。

静岡県でも、医師会、病院、大学、看護、介護、行政が、一堂に会して、話し合う場を得ているのは初めてのことだと思います。

**【松本】** 国全体としての方向性も、今言われた考えがあると思います。

もう一方で、各医療機関は、データに基づいて出された構想区域の医療需要や病床の必要量の推計値の報告を受けて、その中で自院の機能と照らし合わせて自院の位置づけを確認した上で、目指す方向をきちんと検討していくことと思います。全体的な川の流れ、天竜川でも大井川でも多少の紆余曲折はあって

も最後は太平洋に注ぐので、いろいろな考えもありますが、次第に収れんしていくと思います。

**【今野】** ありがとうございます。

お二人とも共通して、いずれうまく収れんしていくとおっしゃっていただき、少し安心するところですが、さはさりながら、静岡県地域医療構想調整会議でもいろいろな意見が出て、なかなかまとまらないところが正直なところだと思います。小林先生からもお話を伺えればと思いますが。

**【小林】** 私は今、静岡県医師会の理事をさせていただいて、調整会議には可能な範囲で全部出席するようにしています。

私がいつも主張していることは、先ほどの病床の必要量という数値はどうしてもひとり歩きしやすいので、常に注意が必要だということです。あれは一定のロジックというか仮説に基づいた数字であり、決してゴールではないということです。将来に向けて、方向性を示す北極星みたいな存在であり、そこにキッチリ合わせていくのではなく、あくまで目安にして収れんすることになるのだろうと考えます。実際、次年度の診療報酬改定の動向なども踏まえ、経営者が自身の病院の立ち位置を明確にしていくことになるのだろうと。そして、そのための病床機能報告制度なのだと思います。病床削減が前提ではないですが、結果的に、多くの地域では、機能分化とともに病床数は縮小していくのだろうと思っています。

**【今野】** 先生方のおっしゃったことはよく理解できますが、それぞれの病院が新たな地域医療構想の中でどのような立ち位置をとるかというのは、実はなかなか難しいところがあって、やはり周りの様子を見ながら決めているのが実情だと思います。新たな地域医療に向けて、連携をしたり、リフォームしたりということまでなかなかいっていないのが現実だと思います。

**【松本】** 静岡県は自治体病院が非常に多いですが、逆に埼玉県は自治体病院がものすごく少なくて、民間の病院が多かったものですから、最初はすごくカルチャーショックを受けました。

今、静岡の状況を見ていると、自分の立ち位置を決めて、どうやって生き残っていくのかということに直面していることだと思います。具体的な数字は、小林先生の指摘の様に、本当にこの数字なのかという疑念はもちろんありますが、全く架空の数字ではないでしょうから、その中でやっていくというのはほんとうに大変なことだろうと思います。

**【今野】** 今後解決すべき喫緊の課題、言葉をかえると、何から手をつけるかという具体的な解決策に関しては、小林先生、どうですか。

**【小林】** 静岡県には、本学のほか、聖隷病院、県立総合病院、順天堂静岡病院、県立がんセンターといった大きな基幹病院が西部・中部・東部にあって、

それらの病院が存在する二次医療圏に周辺から患者さんが流れている状況があります。また、もう一つの特徴として自治体病院が多く、各市町に一つずつあるような状況下、今後の自治体病院のあり方というのが非常に難しくなっています。袋井市民病院と掛川市立病院が統合してできた中東遠総合医療センターは、全国的に見ても成功例であったとは思いますが、やはり自治体病院への対応が一番大きな課題ではないかと考えています。

**【今野】** おっしゃる通りで、私も共通の問題意識は持っていますが、やはりそれぞれの首長さんにしてみると、病院の存続は選挙の争点にもなりますし、また、人口流出を止める1つの大きな方策だと思っておられて、集約化や連携、機能分化がなかなか進まないという実態があるわけです。そうすると、それぞれの医療圏で個別の話が出てまいりますし、加えて医療圏ごとに医療の状況が全く異なりますので、篠原静岡県医師会長は大変な努力をされていますが、まとめ上げていくことはなかなか難しいところがあると思います。

そのあたりを、例えば全国展開されている国立病院機構であったりとか、日赤であったりとか、済生会であったり、JCHO（地域医療機能推進機構）は、何か方向性を打ち出しているのでしょうか。現状はおそらくそれぞれの都道府県に任せているという印象ですが。

**【今村】** おそらくそれぞれの法人ごとに生き残り策みたいなことを考えると。

例えば、地域包括ケア病棟をみんな持ちましようみたいなことをしてしまうと、それぞれの地域の実情ではなく、いわゆる団体全体としての方向性みたいなものが出過ぎると、多分、地域の実情に合わないことになってしまうので。

**【今野】** そうですね。

**【今村】** 結局、きちんとした分析に基づいて、この地域ではこういう方向で進めていくということを示すことができる人材が行政にいないのが実情です。

**【松本】** おっしゃるとおりです。

結局、今、地域医療構想の調整会議が、あちこちの区域で行われていると思いますが、会議の座長を地域医師会の会長がされているケースが多いと思いますが、責任が非常に重いなと思います。

JCHOは、半分ぐらいの病院が地域包括ケア病棟を持つという戦略を打ち



#### Profile

松本 吉郎  
浜松医科大学医学部卒。  
浜松医大助手、浜松赤十字病院医員、  
島田市民病院医長などを経て  
88年松本皮膚科形成外科医院開業  
14年大宮医師会会長就任  
16年日本医師会常任理事就任

出していますので、病院ごとの考えというのはかなり出てきていると思います。

**【今野】** そうですか。全国展開されている病院は、それぞれ対応をしているという理解でよろしいですか。

国立病院機構や日赤や済生会等々に所属する病院の中には、生き残りに主眼があり、地域における自院の立ち位置を検証するという段階ではないと思うところが少なからずあります。ですから、もう少し全国規模で、それぞれのグループがいろいろなデータに基づいて、病院の存続も含め、個々の病院の立ち位置を中央から提言することがあると、都道府県も動きやすくなると思った次第です。

あとは、一番川下ですね。在宅医療に大きくかじを切ろうとしているわけですが、なかなかこの在宅医療に持っていくのはそう簡単ではないということが皆さんわかってきていると思います。医師会の先生方も一生懸命汗をかかれています。地域の病院の存続という問題と相まって、具体的な構想が描けていないのかなという気がするのですが、いかがでしょう。

**【今村】** 私は、医療介護相互確保促進会議に出席していて、これは医療と介護がたすきがけになっていて、今まで医療は都道府県が医療計画をつくって、市町村は介護保険計画をつくっています。

今回の医療、介護を一体的にということとなると、地域包括ケアの中で市町村が医療も介護も同時に考えなくてはいけないので、在宅医療というのは介護なのか医療なのかって、医療ですけど、そういう計画を行政がつくる発想がない。だからこそ、市町村の医師会の役割はものすごく大きいと思っています。

ただ、在宅医療を行うにしても、開業医の先生が地方では高齢化していて非常に難しい。それでは病院がそのまま在宅医療に手を出すという話になると、特に大病院が、これは今度、中小病院との利害関係が生じたりして、ものすごくそれぞれの地域の実情で構築していくのは難しい部分があると思っています。

**【今野】** たすきがけが非常に重要だけれども、実際にはその経験値が低いので、なかなか運用していけないというところですよ。いずれ収れんすることではあっても、ボトムアップといいますか、現場の最終的な市町村の意識の改革や、もう少しレベルアップをしていく必要があるかと思っています。

大変参考になるお話をいただきました。

**【小林】** 地域の力の差が、医療だけでなく、おそらく介護もまさに絡んで今後非常に出てくると思います。国保のデータなどを使って「地域の診断」というか、市町村ごとに、インディケータ等を用いた比較検討を行う必要があるだろうと考えています。

## 保険診療について

【今野】 では、続きまして、保険診療についてお話を伺いたと思います。今回の改定では、診療報酬本体の改定率がプラスとなりますが、診療全体ではマイナス1.19%のことです。このあたりについて、またお話を伺えればと思います。 それでは、今村先生から。



### Profile

今野弘之

慶應義塾大学医学部卒。

アメリカ留学などを経て、

87年浜松医大助手、教授、病院長・

副学長などを経て16年学長就任、

日本胃癌学会理事長も務める

【今村】 今、国の財政状況が非常に厳しい中で、医療全体をネットでプラス改定に持っていくということはもう、これは日本医師会としてもなかなか難しいということは理解しつつも、全体として医療を支えるために、特に病院は薬価差である程度利益を出している部分もありますから、本当はネットでプラスが一番望ましいということは言っていましたけど、私が副会長になってから3回目の改定ですけれども、薬価で切り下げた財源をできるだけ多く診療報酬本体の技術料にきちんと持っていくということが医師会の大きな課題であって、特に、物にお金がいき、人の技術にお金がかからないということがあるので、絶対的に本体プラス改定ということに全力を注ぎました。

前回の改定がプラス0.49%、本体の部分でしたけど、今回の医療経済実態調査を見ても、病院を含めてほとんどのところが非常に悪い状態であるので、それ以上の本体プラス改定ということが大きな、日本医師会の使命ではあるということです。

通常薬価の改定分の財源に加え、今度、薬価制度を大きく見直しましたので、そこから生まれてくる財源等を合わせると、当初言われていた医療、介護、障害の3報酬改定、そして、消費税が上がらない中で、財源がない中での改定で厳しいということでしたけれども、一定の財源の目途がついたので、そこでどれだけ本体を上げられるかという攻防になったと思っています。

ただ、経済界が3,000億のお金を子ども子育てに出すに当たって、診療報酬本体はマイナス改定にしなければだめだという強い圧力の中で、0.55%引き上げ

るというのは一定の評価をしていただけたらありがたいなと思っています。

医科については0.63%。ただし、この0.63が、どういうところに財源がつくかというこれからの話になって、病院なのか、診療所なのか、病院についてもどういう機能のところにとどのぐらいの点数がついていくのか、これからまさしくかかわっていくと思っていますけれども。

【今野】 我々としては、病院が今回の改定の恩恵を受けるようになればと期待しているところです。先生方がこの本体部分のプラス改定にご尽力されたというのは、我々も理解しています。

【松本】 今村先生のおっしゃったとおりですけれども、医療経済実態調査の結果が、一般病院の損益差額率ですか、それがマイナス3.7からマイナス4.2にさらに拡大したということを受けて、診療所は若干のマイナスでしたけれども、7対1及び10対1一般病棟の両者とも赤字であり、病院経営の大変さということが非常に浮き彫りになった結果だろうと思います。

先ほど地域医療構想の話も出ましたけれども、それぞれの病院、診療所がどの機能を選んでもしっかりとその運営ができて、国民にきちんとした医療を提供できるようにするというのが本来のあり方だと思いますので、少ない資源ではありますけれども、どうやって分配していくかということになるかと思っています。

【今野】 大変わかりやすい説明をしていただきました。

【小林】 今村先生はまさに消費税の問題に直接関係されているかと思いますが、やはり大学病院のように大型で高額な医療機器を購入している施設では、消費税への対応が非常に大きな問題となりますので、診療報酬改定等の議論と並行して議論が進んでいくことを望みます。

【今村】 おそらく診療報酬よりも消費税のほうが、大学病院は圧倒的に影響が大きくて、消費税の対応をきちんとすることが、大学病院には一番プラスになるとは思っていますけれども、この問題は先生もよくご存じ、もうとてつもなく、ある意味大変な話で、ざっと計算すると医療費の40兆円の中の半分が課税対象になっていて、20兆円の10%というと2兆円税金が動く話なので、これはなかなか厄介な話です。

## 働き方改革について

【今野】 働き方改革についてお伺いしたいと思います。一応、我々の理解としては、2年後を目途に結論が出るという予定で厚労省の医師の働き方改革に

関する検討会で、労働時間短縮や時間外労働の規制などが議論されているわけですが、一方で、患者サービスの低下が起こるとか、大学病院の医師の教育をどのようにするかとか、いろいろ私どもにとっては非常に大きな問題で、我々も今、取り組みを始めたところであります。

この医師の働き方改革、勿論、看護師ということも含めていただいて、医療法人全体ということでもよろしいですので、ぜひお考えをお伺いできればと思います。

**【今村】** このことについては松本先生が日本医師会の担当ということで、中心的に日医の委員会等で、今、議論を集約して、それを国の中でどうやって反映していくかという形にはなっています。

今までのような医療のやり方をそのまま実施しながら条件を決めるのは難しいので、やはりタスクシフトをどうするのかとか、医療の効率化をいろいろ図りながら何とかその時間にはおさまるようにしながら、さらに、勤務医の健康は今までよりしっかり守れる仕組みをつくってやっていきたいと思います。

**【松本】** 今村先生のおっしゃったとおりですけれども、やはり前提は、特に勤務医の先生方の健康確保をちゃんとするということがあって、地域医療を壊さない、あるいは守るということが、これも絶対的な必須条件なんです。

それから、大学にあっては診療と研究と教育の3つの質を落とさずに実現できるかということが一番の焦点になっていますので、このことをしっかりと国の検討会の方々にも理解をしてもらうことが大切であるということが日本医師会のスタンスです。

その中で、現実的な医師の仕事や自己研鑽などの問題をきちんと訴え、我々医師の仕事の特殊性というのをまず理解してもらおうというところが、日本医師会の動きとしてはあります。

ただ、そうは言っても、医師の働き方って視点がいろいろありますよ。勿論、病院だったら経営者の視点もあるでしょうし、あるいはさっき言ったような現場の、特に部長とか科長、そういった上司の方、指導する側のこともあるし、それから、一般の勤務医の先生や研修医、それからまた、病院の外にあってはやはり国民の目線というのも必ずありますし、いろいろな考え方がある中で、視点がたくさんある中でそれをどこの方々にも、ある程度理解が得られるような着地点を、探りつつあるというのが現状かと思います。

**【今野】** なるほど。

**【今村】** ちょっと追加させていただきますと、これは先ほどの地域医療構想にもかかわってくる話で、病床機能がさまざまに変わってくると、必要な医師数も変わります。

あと、医師の偏在の話とリンクしますが、働き方の時間は変えられても、時

間外に対する対価をきちんと払わないといけない。今までもそうですが、より厳しくなってくると財源が必要です。きちんとした財源がないと、例えば、メディカルクラークを雇用するにしてもお金がかかりますと我々は言っていますが、中医協では、働き方改革と診療報酬は関係ないって言われて。

**【松本】** 全く関係ないと支払い側が発言しました。それはとんでもないと2人ですぐ反論したのですが。

**【今村】** そのぐらいいろいろなことにリンクしている話で、今、過渡期にあり同時にいろいろやって。それで、医師の養成数にも関係してきます。

**【今野】** そうです。全くその通りですね。

**【今村】** だから、そこを全体としてバランスを見ながらどうやって進めていくかというのも非常に難しいかじ取りだと。

**【今野】** 今、2人のお話で全体感が少し見えてきたと思いますが、働き方改革そのものが非常に多様な要素を含んでいるということだと思います。

一つは、昨今のニュースであるように、時間外労働に対して対価が払われていないというようなことが指摘される。それから、救急外科等、特に時間外勤務が多い診療科に対して働き方を改善しなければいけない。

加えて、地域医療構想とも関連がありますが、集約化とか均てん化とか、将来の医療がどういう形になればいいのかということと関連していて、変数が結構多くあるものですから、答えを出すのが非常に難しい。私が非常に懸念するのが、若い医師の研修です。医師になったばかりの若い医師が、時間に関係なく診療して経験を積み医療に対する資質をつくるのが、一人前の医者になるために大切だと思っています。

「鉄は熱いうちに打て」というのは、我々の世界では特に重要なことだと思うわけですね。

**【小林】** 若手の医師の考え方もきっと多様性があるのかなと。ただ、医師のキャリアデザインの問題はとても重要だと思います。

**【今野】** そのことに関しては、学会側の責任も十分に果たされているとは言えないと思います。

**【今村】** 今後の医師養成の在り方と地域医療に関する検討会が厚生労働省に設けられて、初めて文部科学省と厚生労働省が一緒になってやる。つまり、



Profile

小林利彦

浜松医科大学医学部卒。

93年浜松医大助手、講師などを経て

08年浜松医大病院副病院長

(管理・運営担当)兼任

09年浜松医大病院医療福祉支援センター長就任

医学教育から変えなくてはだめと。国家試験のあり方、それからCBT、OSCEのあり方も含めて、そこから臨床研修のあり方まで一貫通貫で議論をしないと、今までぶつぶつ縦割りでしたので、研修医のレベルでどの程度のことのできるのかということも変わらないと、卒業して研修医になったら何時間勉強して、またそこも大きく変わってくると。

今、働き方の中では、研修医の勉強についてアメリカの、いわゆる研修医の時間は相当に時間数が長い……。

**【今野】** 長いです。

**【今村】** 長いですよね。だから、そういうことも参考にしながら、一律に規制をかけるようなやり方ではないと。

検討会は、労働法制の専門家なども一緒に入っていて、医師の特殊性を述べ過ぎるということはけしからんという風潮でしたが、我々の中では常識であっても一般国民には常識でないことが結構多くて、こういうことを行うと国民にこういう医療が受けられなくなる可能性があるという実態をきちんと説明したところ、かなり雰囲気が変わり、お互いに対立するのではなく、よりよい仕組みをどうつくるかという方向になってきているので、少し明るい兆しが出ているかなと。

**【今野】** 若い医者を安い労働力として使っていたということもなきにしもあらずですよね。だから、新しいカリキュラムも、卒前、卒後教育と参加型臨床実習を手厚くしてシームレスに持っていく。それは確かに、国家試験が今の形でいいのかということも含めて、ずっと改革していかないと、最終的に働き方改革のあり方が見えてこないと思います。

新専門医制度も混沌としているところもあって、なかなかそこまで展望が見えないのが残念なところでもありますけれど。

**【松本】** 学生の教育から医師の養成まで全てほんとうに一貫通貫の話になってくるので、そういったところからも議論していかなくてはいけないし、ただ、時間外の上限規制が一律に、厳しい時間で、もしかけられたとすると、現実としてはやはり救急の現場とか、あるいは周産期の現場とか、ほんとうに救える命も救えなくなってしまうということをよく話しますが、大分それはわかってきてもらえたと思います。

片や、医師のみだけ過労死ラインを超えたような時間に果たして設定できるのかどうかというのが、多分これからの焦点になってくると思います。現実には今の状態で時間外労働は年間960時間までもし設定されてしまうと、それではやっていけない地域の病院は幾らでもありますから、ここをどうやって理解が得られるのか。

もう一つの大きな問題は、勤務医の健康をどれだけきちんと手当できるのか。

病院側の反省としては、労働管理とか、健康管理とかが、なかなかできていなかったというところがかなりあると思います。

【今野】 ありがとうございます。

私どもも反省すべきことは多々あって、確かに先生がおっしゃったように、研修医を労働力としている、若しくは自己研鑽というのを都合よく使っているという面もないわけではないので、もう少し効率的な研修医教育を考える、シームレスな教育の中でどのような働き方がいいのかをしっかりと見ていく必要があるかと思います。

【松本】 法定労働時間は週40時間ですが、実際には週60時間以上の労働になっている医師が40%ぐらいという現実があって、まずできるところから改革をして、効率化をはかって、質を落とさないような状態で少しでも短くしていくという取り組みは、もう今すぐでも各病院が取り組まなければならない問題です。

その中でやはりタスクシフトというのは非常に、一番焦点になるとと思います。例えば、採血や点滴を誰が行うというようなところも、ある大学病院は全部それは研修医の仕事だよって言われているところもありますし、そうではないところもあると伺っていますので、それをどうやって分担していくかというところはこれからも大きな議論になるとと思います。

【今村】 私も麻酔科を。Aラインとかも手術中ずっととっていましたが、一般病院を見ると動脈ラインの確保を看護師が行っていて、おっ、もうそういう時代になっているのだと。それは、必ず訓練すればできるはずなので。

【今野】 そうですね。安全性を担保しながら効率的に運営していくことですね。ありがとうございます。

## 本学のこれからの取り組みについて

【今野】 本学は今、教育においては、国の改革に先立ちまして、記憶力重視から知力に重点を置いた入試改革を先取りするとともに、医学科、看護学科ともに大学教育の質保証を目的として新たなディプロマポリシーに沿った改革を継続しているところです。

研究においては、起業に結びつくような研究を支援し、新たな研究シーズの探索にも力を入れ、知財を含めた抜本的改革と重点支援を実現したいと思っております。一部、今、新たな起業に結びつくようなスタートの支援を受けつ

つ、起業を目指したプロジェクトが進行中です。

診療では、医療安全を文化として定着、それぞれ地域医療の中核的役割を担い、さらに現在の良好な経営状態を、状況を維持しながら、建学の理念の患者第一の医療を実践していこうと思っております。

地域における産学官連携を進化させて、これは私ども強みの1つでありますので、大学間、行政、基幹病院との連携を強化していきたいと思っております。平成29年4月に浜松医療センターとの連携強化、多面的な共同運用、12月には浜松市との包括協定を締結いたしました。本学と浜松市の共同事業の迅速化、効率化が可能となりましたので、浜松医療センターとの教育診療、臨床研究等での連携を実質化していこうと思っております。

また、本学と静岡大学のそれぞれの強み、特色を生かし、光医学を基礎とした医工連携分野に精通した光医工学の高度専門人材の育成を目的として、全国で初めてですけれども、平成30年4月から新たに本学大学院に博士後期課程の光医工学共同専攻を設置し、静岡大学、そして浜松医科大学両方で初めての学生を迎えます。

また、国の支援による医工連携拠点棟、i M e c棟と称しておりますけれども、これも平成30年度中に竣工いたしますので、産学官共同して産学連携活動や人材育成を促進する環境が一層充実いたします。

**【今村】** いや、すばらしい。それぞれの教育と、それから研究と臨床という、それぞれの大学の使命の中で、それぞれがまたきちんといろいろ考えられているいろいろな取り組みをされているという、改めて非常に感心をしました。

自分が浜松医科大学で働いているとき、あまりに現場にどっぷり浸かっているのも、大学全体が何をやっているのか興味も無いし、よくわかっていなかったというところがあるのですが、こうやって外から拝見すると本当に立派な取り組みをされていると思えます。

これをそれぞれ絵に描いたものではなくて、実のある形で実現をしていただければ、浜松医科大学の将来というのは明るいなと思っております。

**【今野】** ありがとうございます。

**【松本】** 私は久しぶりに、講演で大学へ行かせていただきましたけれども、浜松医科大学が非常に光ってきたなという感じを思いましたので、卒業生の1人として非常に誇らしく思います。今後、幾らかでも貢献できることがあったらいいなと思っております。

また、埼玉県と同窓会、県内の同窓会を毎年やっていますが、卒業生がいつも20人ぐらい集まります。大学のことを思いつつ、埼玉の地から思いつつ、いい大学になってきたなという感じを持っておりますので、さらに今野学長の手で頑張っていたいただきたいと思います。

【今野】 本日は、ご多用中のところご出席いただき、誠にありがとうございました。

