

醫學振興

日本私立医科大学協会

第73号

Contents

巻頭言	「医学部入学定員問題に対する私見」.....	2 ~ 10
座談会	「医師の偏在解消策と医師育成について」.....	11 ~ 30
論壇	「諸外国における地域の医師確保の取組みとわが国 での解決策について」	31 ~ 34
資料特集	「私立医科大学による東日本大震災医療支援について」.....	35 ~ 37
施設紹介	「昭和大学 16 号館講義棟竣工」.....	38
	「東京慈恵会医科大学葛飾医療センター竣工」	39
	「埼玉医科大学 15 号館オルコスホール竣工」	40
	「金沢医科大学氷見市民病院新築移転」	41
医大協ニュース		42 ~ 46
協会及び関係団体の動き		47 ~ 49

昭和大学創立者 上條秀介先生之像

上條秀介は東京帝国大学医学部在職中の大正14年(1925)、当時の社会情勢と医学教育体制との矛盾を逸早く洞察し、優れた臨床医を養成することの重要性を世に訴え、昭和大学の前身である昭和医学専門学校を創立し同附属医院を開院しました。上條は、教育活動の理念に「不求一身安」「至誠一貫」を掲げ、学生の可能性を引き出し伸ばす教育を自ら実践しました。同校校長を経て、戦後は引き続き昭和医科大学長として医学教育の充実に傾注する一方、敗戦後の食糧難の時代に医療機関の患者食の確保等に奔走し日本病院協会初代会長に就任するなど、斯界の発展に大きく寄与しました。この像は上條還暦の折りに造られ、今も学内で、私どもをあたたく見守っていただいております。



制作者 北村正信

昭和大学

巻頭言

「医学部入学定員問題に対する私見」

日本私立医科大学協会
教育・研究部会担当副会長
東京慈恵会医科大学理事長・学長

栗原 敏 氏



はじめに

医師不足が社会問題になり、医師数増、医学部入学定員増が検討されるようになった。医師不足には以下のような背景があることが指摘されている。臨床研修制度の改革などによって臨床研修医が大学以外の臨床研修指定病院で研修を行い、大学に戻らないため、以前は、医師を必要な医療機関に送っていた大学の人材派遣機能が低下した。その結果、地域病院では医師が不足し医師の労働条件が厳しくなった。そのような病院は医師から嫌われ、更に、医師不足に陥るといふ悪循環に入ってしまった。また、最近の若手医師の約40%を占める女性医師の勤務状況も、地方の医師不足を招いている一因であると言われている。

また、特定の診療科（例えば、産婦人科、小児科、麻酔科、外科など）における医師不足が顕著になり、診療科間の医師の偏在も問題となっている。

更に、医学研究を担う医学部卒の研究者不足も大きな課題だ。

国は昭和57年に将来の医師過剰に伴う医療費の高騰を懸念して、医師数抑制策を閣議決定し、医学部入学定員の削減策を続けてきた。かつて新設医大34校が設置されて以降、入学定員は8,280名となり、医師数は一時、年間5,000名を越えるペースで増加した時期があった。その後、医学部入学定員は、平

成15年には7,625名にまで削減されており、最近では、医師は年間3,500～4,000名ずつ増えている状況が続いている。しかし、数年前から地域医療を担う医師や特定診療科の医師不足が問題となり、国は従来の閣議決定を見直して、医師増加のペースを上げる政策に転じた。平成20年以降、10年間の期限付きながら、医学部入学定員増が行われ今日に至っている。すでに医学部入学定員は過去4年間で1,298名の増員が図られ、平成23年の入学定員は8,923名に達している。これは定員100名の医科大学をほぼ13校新設したと同等のかなりの規模の増員措置がなされたことになる。(a) 医師の適正数をどこに求めるのか、(b) 診療科間の医師の偏在をどのように解消するのか、(c) 医学研究者をどのように育成するのか、(d) 医学教育に求められている世界基準にどのように対応していくのか、(e) 日本の医療体制をどのように構築するのかなど、多くの問題が内在している。

また、医師数の目標値といふまでにどのような医師を育成するのかという問題を考えなくてはならない。特に、今と同じような医師の質保証をするためには、医学教育、臨床研修制度、レジデント制度を絶えず改善し、国民に良質の医療を提供できる医師教育体制を構築する必要がある。入学定員が増えれば、入学者の質、教員の教育負担増と教員の確保、施設・設備の拡充などに伴う経費負担などについても十分に考慮しなくてはならない。国の財政負担が

増えることも問題となる。従って、医学部入学定員・医師数の問題は、数だけの問題でなく、国の医療政策の一環として多様な視点から検討し、熟慮すべきである。

1. 医師の地域偏在

地域の医師が不足しているというデータはすでに多くの方から提出されている。医師不足は同じ県内でも格差があり、充足している地域と著しく不足している地域がある。医師不足といわれている県内の医師の分布をきめ細かにみて、当該県内あるいは周辺の県を含めたブロック単位で、患者搬送システムを改善・充実させて病診連携を図ったり、都市部から医師を一定期間派遣したりするなどして、先ず医師の地域偏在解消に取り組むことが求められる。ごく一部の地域に医師が不足しているから、入学定員を増やしたり、あるいは医科大学を新設して対応するというのは適切な対策とはいえない。入学定員を増やしても卒業生が地域医療者として勤務する確証がないこと（単純に医師を増やしても偏在解消策がない限り医師数の地域格差は解消できない）、医師を育成するにはこれから 10 数年かかるので即効性がないこと、医師がほとんどいない地域に行って適切な医療行為を行うには相当の臨床経験が必要とされるので、臨床研修やレジデントを修了した直後の

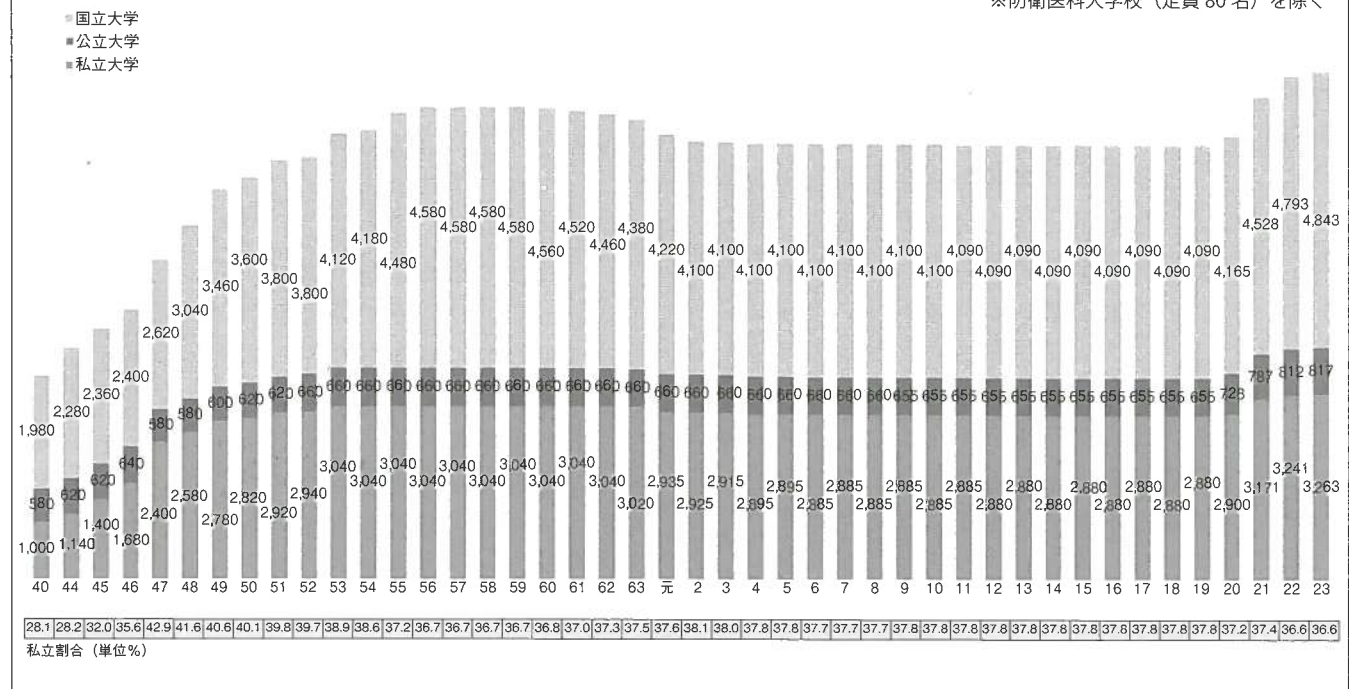
若手医師では、求められる医療を実践することが極めて困難であることなどについて十分考慮しなくてはならない。若手医師が地域医療者として赴任しても、指導者がいなければ研鑽できない。長期に地域に滞在すれば医学・医療の進歩についていけなくなるという不安が若手医師にあるなどの点についても考慮すべきである。

地域医療に関しては、各都道府県に医科大学・医学部を設置し（1 県 1 医科大学構想）、無医村を無くすという基本的な考え方があった。地域医療はそれぞれの地域が担うという原則に立ち返るべきである。しかし、それでも医師不足が解決されなければ、臨床研修プログラムの中に地域病院を経験するプログラムを積極的に取り入れ、地域医療を体験させたり、医師は一定期間、地域の病院で勤務するシステムを構築するなどして、医師を医療過疎地域に送るシステムを作ることが必要だ。日本私立医科大学協会加盟 29 校の中でも協力したいと考えている大学は少なくないことを付言する。

また、地域枠で入学した学生は卒業してすぐではなく、卒後何年間かの間に、地方病院に行き、ある期間（2～3 年）勤務して、また、再び大学附属病院などに帰って研鑽できるというような、医師としてのキャリアパスを構築できるシステムにすべきである。これは日本の医療の将来を担う若手医師の育成という視点からも重要である。

【資料 1】 国公立大学医学部入学定員の推移〔日本私立医科大学協会資料〕

※防衛医科大学校（定員 80 名）を除く



2. 診療科における医師の偏在

診療科における医師の偏在にはいろいろな原因がある。超多忙な診療科、医療事故につながる危険な医療行為を行う診療科、医療訴訟になるケースが多い診療科などは敬遠される。また、医療行為に対する診療報酬が低い診療科も嫌われる。最近増えている女性医師は、労働条件の悪い診療科を嫌う傾向がある。診療科における医師の偏在は短期的でなく、中期的な視点で見ることでもある。一時期減少していた麻酔科医は増えつつあるという調査結果がある（厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」より）。

希望者が少ない診療科にはインセンティブを付与することや、働く環境の改善が求められる。そのための財源確保には、診療報酬の引き上げが必要となるであろう。また、医療訴訟にならない仕組みを作ることにも必要だ。

診療科の魅力が医学生、若手医師に伝わるのが重要で、それには質の高い、魅力的な指導者が必要とされる。

3. 医学部出身の基礎医学研究者の不足

30年以上も前から指摘されてきた問題だが解決の具体的手立てはない。特に最近では、臨床医学や社会との接点が多い病理学者や法医学者が不足しており、臨床、教育の上で大きな問題となっている。昨今、大学の予算削減の中で、基礎医学講座数を減らす大学もあり、基礎医学者を目指しても就職口が減少している。また、臨床医と比較して収入が低いということも、基礎医学研究者を目指す医師が減少している一因だ（医学部出身の研究者が減少しているという指摘は、日本解剖学会と日本生理学会との共同アンケート結果が示唆している）。しかし、医学研究に興味を持っている学生は少なくない。学部教育の中で、研究室に配属して基礎研究を体験するカリキュラムが多くの医科大学で設けられている。魅力ある研究分野、魅力ある指導者の下には研究者を目指す若手医師や学生が集まっている。

現在、医学部には高偏差値の学生が入学してくるので、研究分野で活躍できるように指導することが必要だ。MD・PhD コースの開設などもその一つの

方策である。また、教員は個々の医学生の資質を見抜いて研究者として育成すること、研究者として働ける職を確保すること、若手研究者に研究職としてのインセンティブを付与することなど、具体的な方策を考える必要がある。

大学院修了者で基礎医学研究者を希望する者がいれば、定員が一杯でも特別枠などで雇用できるようにすること、更に、基礎医学研究者には手当てをつけることなどが問題解決の一步となるかもしれない。

4. 入学定員の増加に伴う問題

(1) 医師の質の問題

医師の数とともに質が問われるところであるが、今と同じようなレベルの医師を育成するためには、(1) 医学部入学者の学力レベル、(2) 医師になる適性・資質、(3) 医学教育システム、(4) 臨床研修制度、更には、(5) 生涯学習システムなどが問題となる。

日本の医学教育は良質の臨床医師を育成するという方向で改善されてきた。医学進学課程が平成3年に廃止され、6年一貫教育となり低学年から医学の専門が教授されるようになった。欧米の医学生に比べて、日本の医学生の臨床能力が低いという指摘があり、医学教育の改善が行われてきたのである。臨床実習開始前に受験することが義務付けられている全国共用試験（知識レベルと臨床技能に関する試験で、それぞれの大学が決めている一定の得点率が進級に必要とされる）の導入も、より良い臨床医育成のための一方策である。臨床実習の時間も延長されている。問題解決型の教育、臨床推論能力の涵養、コミュニケーション能力の向上などに配慮したカリキュラムが組まれており、これらの教育には相当な時間と労力が必要とされる。入学者が増えればそれに応じて良質な教員と教育費が必要となる。

現在、日本の大学生の学力低下が問題になっている。医学部は人気のある学部で、優秀な学生が集まっている。しかし、その医学部でも入学試験成績が低下し、また留年者が多くなっていると言われている。特に、医学部の入学定員が増えたので、入学者の学力低下が一部の大学では顕著になり、これまでと同じ教育の質を維持することが困難になっていることが指摘されている。

18歳人口が減少し入学定員が増えれば、入学試験

倍率は低下し、入学しやすくなるというのが一般的な見方である。医学部でも同じようなことが起こりうる。

入学の門戸が広がれば、医学生資質も低下することが予測される。今でも医学部・医科大学で、入学定員が増えた年の学生から、留年者が多くなってきている。入学者には、高い倫理観や豊かな人間性に加えて、年々増大する最新の医学知識や技術を習得し、それを臨床現場で活用できる能力と、生涯にわたって継続的に自己研鑽できる資質が求められる。入学者の資質が低下すれば、医学教育は一層困難になる。医師国家試験不合格者も多くなり、医師になれない医学部卒業生が増えるに違いない。医学生の教育や臨床研修には多額の公費が使われているが、その公費が有効に活用されないということにもなる。入学定員増に伴い医師の質保証が極めて困難になるという問題を考える必要がある。

(2) 医師の質保証と地域医療者育成のための医学教育改善の重要性

良医育成には臨床教育の改善・充実が欠かせない。少人数による診療参加型ベッドサイド・ラーニングが不可欠である。それには、良質の教員が揃っていないと質の高い実習ができない。現在、医科大学・医学部の中には中堅のスタッフが枯渇しているところが多いので、入学定員増によって教員の教育負担が一層増えることが考えられる。また、教員が不足して十分な教育ができないところも出てくる。日本の医学教育の改善点として、参加型実習時間が欧米に比較して少ないのでこれを増やすことが求められているが、そのためには、カリキュラム全体を見直し、臨床実習時間の延長を考えなくてはならない。それに伴って臨床教員の負担が増えることにも配慮が必要となるだろう。

更に、医学教育と医療には世界基準（global standard）に適合した内容と質が求められている。医学教育の改善と充実を継続的に行う必要がある。

また、地域医療者を育成するには、カリキュラムの中に地方の病院・診療所や学外の施設などでの実習を積極的に採り入れ、医学生に地域医療を経験させることが必要だ。都市部でもいろいろな施設などを使って、医師と社会との接点を経験させることができる。学生は大学の中とは異なる環境を体験することによって、地域医療の重要性に気づき、医師と

しての職業意識が高まるだろう。卒前教育の中で学生に地域医療を体験させることが、将来の地域医療者育成にとって不可欠だ。

臨床研修プログラムの中で、地方の医療機関をある一定期間経験することによって、地域医療に興味を持ち、その後、地域医療の担い手となって働いている医師もいる。臨床研修でも地域医療プログラムを改善・充実させることが求められる。

医師国家試験のあり方を見直す必要があることが全国医学部長病院長会議などで議論されている。毎年、10%の医学部卒業生が医師国家試験に不合格となっている。医師国家試験に失敗しても翌年以降、再受験して受かる学生がほとんどなので、卒前教育を改善・充実させ医師国家試験合格率を上げれば、数100名以上の医師が誕生することになる。この点からも卒前教育の改善が重要な課題である。また、春だけでなく、秋にも医師国家試験を実施することによって、相当数の医師が期待できる。試験問題の作成などに手間と時間はかかるが、医師国家試験のあり方の一環として検討することも必要であろう。

また、臨床実習前に行われる全国共用試験（知識と臨床技能に関する試験で、全国の医学生を対象として4年生後半に行われる）の合格基準の統一化などについても考える必要がある。医学教育の中の共用試験の位置づけと国家試験との関係を考えることも重要な検討課題である。

(3) 求められている医師

どのような医師を育成するかということを考える必要がある。いわゆる総合診療医といわれる総合診療を専門とする医師を育成するのか、専門医を育成するのか、あるいは、途中で専門医から総合医への進路変更を可能とするのか、といった医師のキャリアパスを考慮した生涯学習システムを、今後考えなくてはならない。現状では、専門医を目指して研鑽し、ある一定の年齢になると、総合診療医として一般病院やクリニックに勤務するケースが多い。診療科が細分化されているので、多くの専門医が誕生しているが、その中で、一人の患者を全人的に診ることのできる医師が必要とされている。臨床研修医もいわゆる総合診療の研鑽を求めて、大学附属病院よりも一般研修指定病院での研修希望者が増えている。しかし、専門医には、それぞれの疾病の診断治療の上で高い総合的な診療能力が同時に求められる

ので、専門科を目指して研鑽する中で、総合的診療能力を涵養できるという指摘もある。専門医と総合診療医は対立するものではなく、患者を中心として補完しあうものであろう。なお、総合診療医、プライマリーケア医、家庭医などの定義は様々で、今後もし引き続き検討されるものと思われる。

医療経済を考えると、地域の病院や診療所では多くの専門医を雇用できないので、総合的診療能力の高い医師が必要とされる。今後は、大学附属病院でも専門医の育成と共に、総合診療医の育成にもこれまで以上に取り組む必要がある。特定機能病院では総合診療医の育成は難しいとする意見もあるが、地域の病院と連携することでその役割を果たすことができる。私立医科大学では、本院のほかにはいわゆる分院を持っているところが多いので、総合診療能力の涵養に分院を利用することが可能だ。分院のないところは地域病院と連携を図り地域医療者育成に努めることもできるだろう。地域病院と大学附属病院が教育を通して連携することは、医療レベルの向上にも寄与するだろう。

また、小児科、産科、外科、麻酔科、整形外科、リハビリテーション科などの診療科では、医師が不足している。医療訴訟が多く勤務が厳しい外科系の診療科は敬遠されがちであることはすでに述べた。医療事故を起こさない仕組みが必要だが、医療者を守るというシステムも考えなくてはならない。また、労働条件の厳しい診療科の医師には相応のインセンティブが考慮されなくては増えないだろう。それには財源が必要であり、診療報酬の引き上げが求められる。

(4) 適正医師数の算出に関係する問題

(a) 適正医師数と医療システム

適正な医師数は、国情によって異なる。例えば、交通網の発達、病院と患者宅との距離、国民が求めている医療の質、医療システムなどによって病院数、診療所数などが決まってくるだろう。それによって必要とされる医師数も異なると考えられる。OECD（経済開発協力機構）加盟国の平均医師数、対人口1,000人あたり3.0人は国情を考慮していない単純計算である。この数字は一つの目安であり、医師過剰に悩むギリシャ、スペインなど、医師数の比較的多いヨーロッパ諸国の値を含んだ値だ。ちなみに、北米のカナダは人口1,000人あたり2.3人、米国は2.4

人（外国人医師を含む）であり、また、OECD加盟国の加重平均（加盟各国の総人口に対する総医師数比）は2.7人である。日本に適した医療システムとそれに見合う医師数を考えなくてはならない。医療過疎といわれる地方でも、人口比で見た医師数が充足している場所もある。その地域や、そこを含めたブロック内で医師の派遣や異動を考え、医療資源の有効利用を考えることから始めることが必要だ。ある小さな地域に医師が不足しているからといって、入学定員を増やしたり、医科大学を新設して医師を増やしても、その地域の医療機関で働くという保証がないことはすでに指摘した。また、基幹病院と診療所を適正に配置して、患者の搬送システムを改善することによって、医療体制が改善されることもあるだろう。喫緊の課題に対しては即効性のある対策が求められている。

(b) 適正医師数を算出するための医療ニーズ

医師の需要と供給のバランスを考える根拠となるデータはいろいろあるが、正確な未来予測は非常に難しいとされている。しかし、供給の基礎となる医師数の将来予測については、現状の医学部入学定員のままだと、10年後くらいには米国、カナダの医師数（人口1,000人に対して2.3-2.4）を凌駕して2.6に達する。また、ほぼ20年後には、OECD加盟国平均の3.0に到達し、その後は人口減少と相まってさらに増え続けて行くことが予測されている。どのモデルでも医師数は増えていくという予測だ。どの医師数が日本の医療の適正数か否か議論があるが、欧米諸国との比較として一応の基準となるだろう。

適正医師数を考える時には、国、地方（県をまたいだブロック）、各都道府県など、地域での医療ニーズがどのようになっているかを考える必要がある。日本全体としてみると、団塊の世代が高齢化しつつあり、今後、医療ニーズは高まるが、需要のピークは2030年ころと予測されており、その後は人口減少によって医療ニーズは減少する。一人の医師が負担する人口（負担人口、人口1,000人あたりの医師数の逆数）を算出すると過去50年間に亘り、一貫して減り続けている（医師数増が人口増を上回ってきた）。更に、2007年以降、総人口が減少に転じたことから、負担人口の減少は更に加速する傾向にある。しかし、前述のとおり、高齢者の増加に伴う医療ニーズは一時的に増加し、その後、ある時期を過

ぎると急速に減少していくことが予測されている。

入院、外来別に一人の医師（診療従事医師）が負担する患者数を見ると、今後、団塊世代が高齢になるに従って、医師の負担は増加する。医師一人あたりの入院患者数は漸増し、2020～2030年にはピークに達する。しかし、その後、患者数は減って負担は軽減され、2050年には、今よりも医師の負担が減ることが指摘されている。65歳まで医師が診療に従事すると仮定すれば、入院負担は2035年まで増加するが、その後、減少に転じる。医師一人あたりの外来患者数は、医師全体としてみると、今後、経年的に減ることが予測されている。50歳未満の医師の負担の推計では2015年をピークに僅かに増えた後、漸減することが予測されている。医師の患者負担は、入院と外来と両者を合わせて考えないとならないが、入院の負担のほうが、外来よりも高いとしても、2035年頃を境に医師の負担は減少するという推計である。今後、例えば2012年から更に医学部入学定員を増やしても、2012年に入学した医学生が臨床研修を修了するには8年かかる。従って、2020年以降に新人医師として医療現場に新規参入することになる。しかし、中堅医師として働くには更に数年以上の修練が必要だろう。彼らが中堅医師として活躍し始める頃は、医師の負担がピークを超えて減衰し始めている時期である。最も医師が必要とされる時期に、入学定員増の効果がなくなることになる。需要のピークを過ぎてから医師数が増え続けると、医師は過剰になる。これらの経過を考慮すると、これから10数年間の医療ニーズが最も高まる時期をどのように乗り切るかという問題が重要で、これからの入学定員増や医科大学新設では対応できない。また、入学定員を増やせばごく近い将来、医師が過剰になるということが予測できそうだ。

医師が過剰になれば自然淘汰されたり、あるいは外国で医療者として働けばよいという議論があるが、医師を育成するには、時間と労力と、多額の公費が投入されていることを考える必要がある。医学部入学定員増は慎重に進めないと、あらゆる点で無駄が多くなる。先ず、将来の社会保障制度のあり方を考え、現在ある医療資源の有効活用と、あるべき医療システムの中での医師の適正数と配置を考えるべきである。従って、安易に入学定員増をこれ以上継続することは、現在、問題になっている医師不足の解決策にはならない。また、将来、禍根を残す可

能性が高い。

前述のように昭和57年には医学部入学定員の削減が閣議決定されている。医師が増えれば医療費が増え、国家財政を圧迫するという議論があったからである。それ以来、入学定員を削減したが医師数は増加している。しかし、医師不足が問題とされるに至り、医学部入学定員を増やすことになった。今後、入学定員増によって卒業生が増えてくることが期待されているが、その効果が出るのは数年以上先である。検証には時間がかかる。医師を増やすためには医療費、診療報酬の増加も同時に考えなくてはならない。社会保障制度とその財源についての十分な議論がない中で単純な入学定員増や医科大学の新設は多くの問題を孕んでいることが推察できる。

(c) 医師業務負担の軽減策の検討

現在、医療は多くの人の協力によって成り立っている。医師業務の中で、コ・メディカルスタッフが担えるものもあるので、看護師、メディカルクラークなどとの仕事の役割分担も考慮して、適正医師数を考えるべきである。ここでも医師の仕事の内容を検討し、医師の役割を見直す必要がある。日本の医療事情と国民から理解されるチーム医療の構築が求められている。

(d) 女性医師の活用

女性医師の活用も大きな問題である。現在、医学生の30～40%は女性である。女性医師が40%の時代になりつつあり、欧米においては女性医師の増加は常態となっている。女性医師が働きやすい仕組みを考えなければ日本の医療システムは成り立たない。女性医師が働く職場環境の整備と共に、診療科、行政、研究などの分野で女性に適している職場への進路指導も必要であろう。女性医師の問題は男性医師の問題でもあることを認識しなくてはならない。

(e) 医師養成数の適正値をどこに定めるべきか

平成19年以降の入学定員増の結果、平成23年の定員は8,923人となっている。この定員が多いのか少ないのか、さらなる定員増が必要か否かなど養成数適正値をどこに定めるべきかについては、多くの要因を考慮する必要がある。一つの考え方として、その時々18歳人口1,000人に対する入学定員の比率を考えるのも一法である。

例えば、平成23年の入学定員は8,923人であり、一方、平成23年の18歳人口は、120万人である。この値から、18歳人口1,000人当たりの入学者数を計算（入学定員÷18歳人口×1,000）すると、7.3人となる。

すなわち、平成23年時点では、18歳人口1,000人あたり7.3人の医師養成数であり、この養成ペースは、OECDの平均医師数である人口1,000人あたり3.0人に比べると2.2倍の医師養成数に相当する。今後18歳人口は減少の一途を辿ることを考えると、養成の効果は一層顕著になることが予測される。入学定員8,923人は、すでに充分すぎる数と考えられ、いずれ、医師が充足した時点で、大幅な入学定員の削減（例えば、定員を3,000人以下とするなど）が必要となる可能性が大きいだろう。

5. 医学部入学定員増や医科大学新設に関するいくつかの問題点

(1) 医師育成の経費と財源

医師の育成には多額の資金を必要とする。日本私立医科大学協会の資料によると、一人の医学生を教育するには6年間で約1億円を必要とする。また、私立医科大学も補助金を受給しており、現行の医療制度の中では補助金なしで大学を運営し、教育を行うことは非常に困難である。従って、医学生が増えればそれに伴い公的資金が必要とされる。医学生の増加は、国の財政負担も増えると共に、医師となつてから有効に活用されなければ、公的資金が無駄に使われる懸念がある。この点からも入学定員増や医科大学の新設は慎重でありたい。

(2) 医科大学の新設に関して

医師が不足しているので新たに医科大学を設置したいとする意見があるが、医科大学を新設しても、現在、問題になっている地域医療者や医学研究者を増やすという要望に十分応えられないことはすでに指摘した。問題は地域と診療科の医師の偏在が問題であることを強調してきた。入学定員100名の医科大学を新設しても、全国的な地域医療者不足を改善することは不可能だ。また、地域医療者として働くためには、今後、15年ほどの研鑽期間が必要である。これでは時間がかかり過ぎるので、喫緊の地域医療者不足を解決することは難しい。また、研究医を育成する医科大学を新設するという意見があるが、医

学全般を学んでこそ、医学部を卒業した研究者としてのメリットが出るものと考えられるので、研究者育成のための医科大学を新設するのであれば、現状の医学教育カリキュラムを改善したり、大学院の在り方を再検討する方が早道だ。

また、医師数削減が必要という事態になったとき、医科大学を閉鎖することは極めて困難であるということも考えておかななくてはならない。

(3) 医療系大学の前例に学ぶ

医学部以外の医療系の大学では入学定員を増やしたり、制度を改革した影響で、入学定員割れや学生の学力低下が問題になっているところがある。歯科医師は過剰になり、将来性を考えて応募者が著しく減少しているところが出てきた。また、それに伴って学生の質は低下し、留年率は高くなり、歯科医師国家試験の合格率も低迷している。薬学部も6年制になり、応募者が減少している。その影響で入試の難易度は極端に下がり、留年率も高くなっている。医学部も歯学部や薬学部と同様の軌跡を辿らないように注意しなくてはならない。

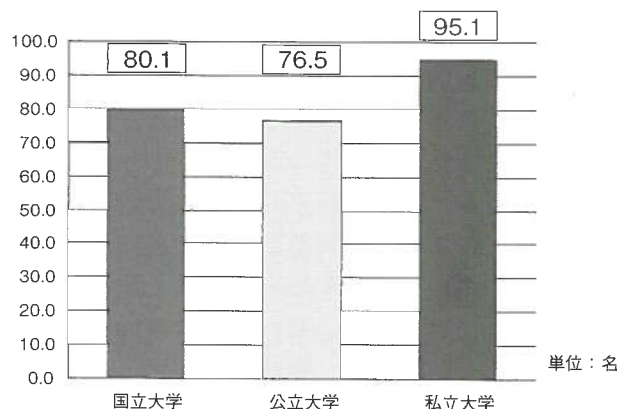
【資料2】 被災地への医師等派遣状況（国公立大学別）〔日本私立医科大学協会資料〕

被災地への医師等派遣状況（国公立大学別） 【平成23年9月9日現在】

DMAT含む医師等派遣状況

	大学数	病院数	チーム数	派遣人数
国立大学	41大学	44病院	992チーム	3,288名
公立大学	7大学	8病院	184チーム	536名
私立大学	29大学	65病院	846チーム	2,757名

1大学あたり医師等派遣人数



6. 入学定員増と医科大学新設に対する 日本私立医科大学協会の対応

日本私立医科大学協会は、入学定員 120 名を目途としてそれぞれの大学の事情に応じて入学定員を増やすことは客かでないとしている。これまでも私立医科大学は入学定員増に協力してきた。私立医科大学の入学定員は全医学生の中の約 37% で、私立医科大学卒業生の協力なくして、日本の医療は成り立たないだろう（資料 1）。東日本大震災では多くの医療支援チームが派遣されたが、1 大学あたりの派遣医師数は、国立大学よりも私立医科大学のほうが多かったということも、私立医科大学が困難を乗り越えて地域の支援に協力したということを示している（資料 2）。

私立医科大学卒業生の卒後の動向を調べると、卒業 10 年後では 76%、卒業 20 年後では 56% の医師が病院に勤務しており、予想以上に開業医が少ないことが示されている（資料 3）。今後は、この数値に変化が出るのが予想されるが、私立医科大学卒業生は地域病院に勤務して社会貢献していることが分かる。また、病院勤務後は、父祖の診療所を継承して地域医療の担い手として貢献している医師が多い。

更に、私立医科大学は医療過疎地といわれている

ような地域にも関連病院を多数持っており、そこに医師を派遣して地域医療に協力していることを指摘したい（資料 4）。国公立大学附属病院とこれらの地域病院が連携・協力して地域医療者不足の解消に協力できる素地がある。すでにある地域病院を、国公立病院などと連携させて有効に活用し、地域医療を支える連携システムを構築することが望ましい。地域にいくら医科大学を新設しても、医療連携システムを構築しない限り、現状を改善することは困難である。

日本私立医科大学協会はこれまで、入学定員増、医師数の増加に際しては、数を増やすのであれば、総合的に医療政策を改善する必要がある、診療報酬を上げること、教員を増やすこと、施設・設備投資をすることなどにも配慮しないと、教育・診療が極めて困難になることを提言してきた。この態度は一貫して変わらない。

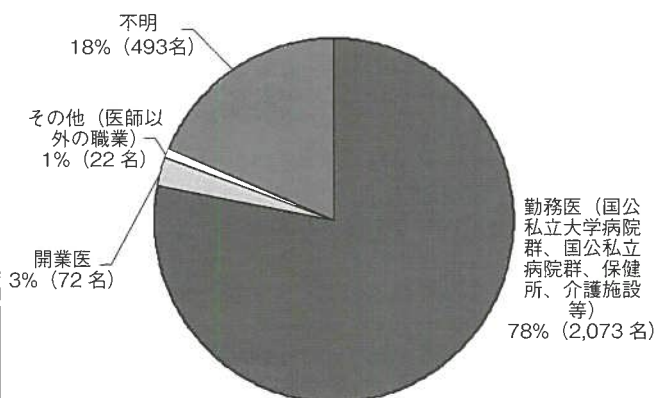
日本私立医科大学協会は、全国医学部長病院長会議の一員として、これまでも必要とされる入学定員増に協力してきた。しかし、医科大学の新設に関しては、全国医学部長病院長会議の提言で述べられているように反対している。その論拠はすでに述べた。

【資料 3】 私立医科大学・医学部卒業 10 年後・20 年後の動向に関する調査結果

〔日本私立医科大学協会資料〕

今般、私立医科大学（医学部）が社会的に医師派遣の形をもって、地域医療体制の維持・向上に貢献していることを明確にするため、本協会加盟 29 大学の卒業 10 年（平成 11 年 3 月卒業）、卒業 20 年（平成元年 3 月卒業）の勤務医、開業医等の動向について把握することを目的に調査を行った。

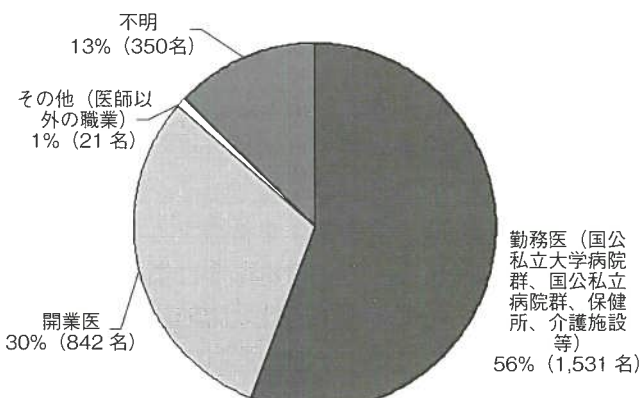
卒後 10 年の動向



【卒後 10 年】について

勤務医は 2,073 名で 78% を占め、開業医は 72 名でわずか 3% となっている。

卒後 20 年の動向



【卒後 20 年】について

勤務医は 1,531 名で 56% を占め、開業医は 842 名でわずか 30% である。

【資料4】 私立医科大学における地域医療体制に関する調査 〔日本私立医科大学協会資料〕

当該大学から医師を派遣している教育・診療連携病院の病院数と医師数について(総数)

29大学 合計5,087病院 17,399名

(平成23年1月現在)



うな仕組みを作り、将来のキャリアパス形成
につながるような医師育成システムを構築す
るなどの施策が求められる。

診療科による医師の偏在解消は、医師が不
足している当該診療科にインセンティブを
付与し、労働環境の改善に努めることが肝要
だ。これらの具体的な施策には相応の財源が
必要であるので診療報酬の引き上げが求めら
れる。

必要な医師数の問題は、医療システム全体
に関わるが、これまですでに医師は増えてお
り、今後の患者予測による医療ニーズを考慮
すると、一時的に医療ニーズは増加し医師の
負担は増えるが、その後減少する。今から入
学定員を増やしても医療ニーズの増加には間
に合わない。そればかりでなく、その後の医
療ニーズの減少によって医師が過剰になるこ
とが予測される。医師過剰時代が早晚来るこ
とを考えると、安易に入学定員を増やすこと
や、医科大学の新設には反対である。特に、
医師過剰によって医科大学の閉鎖が必要と
なったときの対処は困難を極めることを考え
なくてはならない。日本私立医科大学協会は、
全国医学部長病院長会議の一員として共に歩
みを進めてきた。医科大学の新設に関しても
全国医学部長病院長会議と同様に反対する。

まとめ

以上のように、医師不足(地域医療者、特定診療科
の医師、研究医)を解決するための医学部入学定員増
や医科大学新設には様々な考慮すべき問題が複雑に関
係しており、解決には熟慮が必要である。しかし、優
先順位をつけて問題の解決に取り組むべきであると考え
る。まず、困難を極めている地域医療の改善に医療
界が協力して取り組むことが必要である。医学部の入
学定員を増やしたり、医科大学を新設する前に、現在の
医療資源を有効活用する方策を早急に検討して解決
を図るとともに、その他の指摘した事項については、
並行して継続的に検討すべきと考える。

地域医療者を増やすには、卒前教育や臨床研修で地
域医療を体験させる、地域医療者には地域手当などの
インセンティブを付与する、地域病院・診療所で一定
期間勤務したら大学附属病院などで更に研鑽できるよ

(この私見の作成にあたって、日本私立医科大学協会
参与・吉村博邦北里大学名誉教授から、医師数の算定
などに関して資料と多くの貴重なご意見とご示唆を頂
きました。深甚の謝意を表します。)

【参考】

1. 日本解剖学会・日本生理学会による「基礎医学教育・研究」
アンケート結果について、日本生理学雑誌、71巻、81頁
-132頁、2009年
2. 「医師養成の現状の検証と改革改善のためのグランドデザイン」、
全国医学部長病院長会議からの提言、2011年5月
3. 「医師数増加に対する日本医師会の見解」、2010年7月
14日
4. 「安心と希望の医師確保ビジョン検討会第一回会議事務局
提出資料」12ページ
5. 高齢社会の医療提供体制における必要医師数の推計に関
する研究。厚生労働科学研究費補助金・地域医療基盤開
発推進事業、研究代表者 大島伸一、2011年3月
6. 医学教育経費の理解のために、日本私立医科大学協会資
料、平成22年11月

座談会

医師の偏在解消策と医師育成について

日時：平成 23 年 9 月 13 日（火）午後 5 時～午後 6 時 45 分

場所：アルカディア市ヶ谷（私学会館）

河野 陽一 氏

千葉大学大学院医学研究院小児病態学教授、全国医学部長病院長会議顧問

吉村 博邦 氏

公益社団法人地域医療振興協会顧問、全国医学部長病院長会議顧問

栗原 敏 氏

東京慈恵会医科大学理事長・学長

寺野 彰 氏

獨協医科大学理事長

（司会）**跡見 裕 氏**

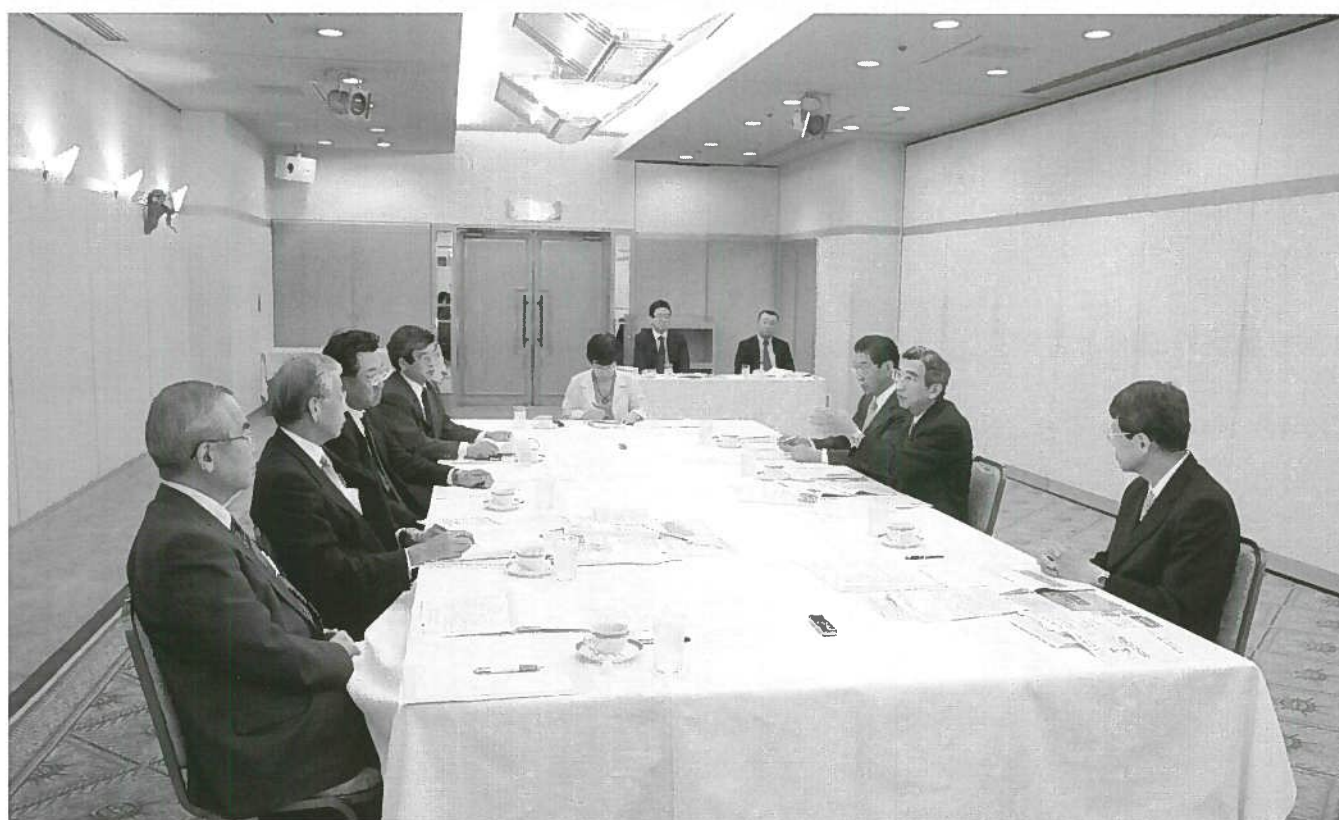
杏林大学学長

（広報委員会）**明石 勝也 氏**

聖マリアンナ医科大学理事長

（広報委員会）**小栗 典明 氏**

日本私立医科大学協会事務局長



明 石 定刻でございますので座談会を開催させていただきますと思います。

私立医科大学協会の広報誌でございます『医学振興』の編集をしております広報委員会委員長の聖マリアンナ医科大学の明石でございます。

医学部の定員増について、国の検討会が8月の時点で論点整理の素案を出しました。これから議論が過熱するか、あるいはトーンダウンしていくかわかりませんが、ここで私ども協会としましての見解を、今回『医学振興』1冊すべてこの件に関してとりまとめようということで企画をしております。今日の座談会がもちろん中心でございますが、巻頭言には、この検討会にメンバーとして入っていらっしゃる栗原先生の文章を入れさせていただきまして、論壇には、北里大学の相澤先生が医師の適正分布についての論文を書いていらっしゃるの、それを載せていただくということでございます。

本日は、私立医科大学協会にいつもご出席の先生方に加えて、千葉大学の河野教授にもお越しをいただきました。何とぞよろしくお願いいたします。本座談会の司会は杏林大学の跡見学長にお願いをしておりますので、よろしくお願いいたします。

跡 見 今、明石委員長からお話ございましたように、今日は「医師の偏在解消策と医師育成について」という題で座談会を進めさせていただきます。

医療崩壊と医師不足、医師の偏在等が問題になっておりますけれども、この問題が出てきたのはいつ頃からで、その背景は何か？まずそのあたりを明らかにしていただければと思います。吉村先生、いかがでございましょうか。

【医療崩壊の原因と背景】

吉 村 2008年でしたか、医師不足、医療崩壊の象徴的な出来事として、東京都内で妊婦さんが救急車の中で亡くなるという事件がありました。今も、地方の病院では相変わらず深刻な医師不足が続いています。医師の側から見ますと、特に厳しい診療科で働いているお医者さん方は、昼夜を分かたず救急患者や重症患者に対応している。満足な休みもとれないということで、燃え尽きるようにして病院を去って行く医師がおられる。1人やめ、

2人やめ、残った人に負担がかかって、一気に診療閉鎖に追い込まれてしまうという、こういったことが全国で起こりました。

こういった深刻な医師不足を来たした背景については、すでに、多くの方々が指摘しているとおりですが、一つは、医療の高度化が進んで1人に対応出来る範囲に限界が来てしまったこと。全ての診療科で、知識も技術も機器も日々進歩していて専門分化が進んでいます。1人であれもこれもという時代ではなくなってしまった。それから、医師の診療業務以外の負担が急激に増えました。書類の作成や、診断治療のたびにインフォームドコンセントが求められるということで、患者さんや家族への説明の時間も大幅にふえました。医療安全や管理のための会議も増えています。さらに、女性医師が増加していること。また、患者の権利意識も高まっていて、とにかく専門医にみてほしい、何かあればすぐに訴えるということで、医師がすっかり疲弊していました。こういった状況の中で、平成16年に導入された臨床研修制度が、医師不足、医療崩壊を一気に加速し、とどめを刺したといっても過言ではないと思います。これを契機に、大学の研修希望者が激減しました。これは、誰が良いとか、悪いとかでなくて、事実です。その当然の結果として、それまで大学が担ってきた、医師の養成と地域派遣という、誰もが当たり前のように思っていた機能が、突然、機能不全に陥ってしまいました。大学にとっては、研修医、すなわち、新人医師こそが、車のエンジンのようなものです。研修医が2年、3年と経験と研鑽を重ねて、やがて、一人前の臨床医として、あるいは、研究者として育って、大学を背負い、また、地域の医療を担って行くわけですから。

跡 見 栗原先生、今、吉村先生おっしゃったような背景があるのですが、臨床研修制度が始まった頃に非常に著明になってきた。大学病院で研修をする方が50%を切るようになってきたという事実がありますが、それについていかがですか？

栗 原 研修制度が変わり、大学附属病院に加えて臨床研修指定病院が増えました。大学附属病院以外でも、ある要件を満たしていれば臨床研修指定病院の指定を受けることができるようになり、研修医は大学附属病院以外へも行くようになりまし

た。

また、研修プログラムによって大学離れが起こっていることもあると思うのです。大学附属病院はどちらかというと高度先進医療を行い専門分化している病院ですし、患者さんの紹介率ということも1つの評価のファクターになりますから、どうしても初診療の患者さんを診にくいと思います。どこかの病院あるいは診療所を経て来た患者さんが多いわけです。しかし、研修医はできるだけいろいろな疾患を診たいという希望を持っているので、地域病院で自分の好む条件に合った臨床研修指定病院があれば研修したいと考え、大学附属病院から離れていったということがあると思います。

跡見 研修という面から見ると、それはそれでいいのではないかという意見も、結構ありましたね。ところが、研修制度がかなり経過して、そういう病院で研修した人たちの現状を見ると、この制度が本当にうまくいっているのかな、というところがありますが、寺野先生いかがですか。

寺野 研修制度が新しくなったことの問題点は、やはり大学病院を中心とした大病院の医師派遣機能が極めて脆弱になったということが第1点です。それから研修医は、一般的にすべてというかほとんどの診療をしたいというゼネラリストとしての発想が基本にあることは確かなのです。それが今までは専門医局を通して専門を持ってから、できるだけいろんな専門科を回ってゼネラリスト的な素養を持とうとしたのです。今度は初めから、専門になる前にゼネラリストとしての素養を持つと言われて、研修医にとっては自分の専門を選ぶのが2年延びたということになり、ある意味では楽というか、選択の余地が広がったというように考えてきたんですね。ところが、それが裏目に出ているのではないかと僕は思っています。特に専門科の偏在という問題に関してはね。

跡見 今までの制度は、悪いところもあったかもしれないけれど、いいところもあった。その悪いところもいいところもすべて一緒になってしまっていて、医師がどこへ行ってしまったのかという感じになっているんですね。その人たちが今後どうなるかというのは非常に大きな問題だろうと思います。そういうような状況で、実際、医師そのものは本当に減っているのか、足りなくなっているの



吉村 博邦 氏

公益社団法人地域医療振興協会顧問
全国医学部長病院長会議顧問

か。そうではなくて、どこで偏在が起こっているのか。医師数の変遷や現況について少しお話をしていただきたいのです。

資料1「医師数の年次推移」をご覧くださいますと、厚生労働省の調査でも昭和57年から増えつつあるのですね。人口10万対比で見ると、平成20年には224.5人というように、毎年増えています。そうであっても、今足りないのでしょうか。

【資料1】医師数の年次推移

医師数の年次推移

3.5人/10万人/年の増

各年12月31日現在

			医師数 (人)	増減率 (%)	人口10万人対 (人)
昭和	57年	(1982)	167 952		141.5
	59	(84)	181 101	7.8	150.6
	61	(86)	191 346	5.7	157.3
	63	(88)	201 658	5.4	164.2
平成	2年	(90)	211 797	5.0	171.3
	4	(92)	219 704	3.7	176.5
	6	(94)	230 519	4.9	184.4
	8	(96)	240 908	4.5	191.4
	10	(98)	248 611	3.2	196.6
	12	(2000)	255 792	2.9	201.5
	14	(02)	262 687	2.7	206.1
	16	(04)	270 371	2.9	211.7
	18	(06)	277 927	2.8	217.5
	20	(08)	286 699	3.2	224.5

出典：平成20年厚生労働省医師、歯科医師、薬剤師調査より

【医師数の変遷と現況】

明 石 絶対数から見ると、定員増が認められる時代になってから実際には増え続けてきていますので、いずれ充足し、場合によっては人口対比で過剰という時代が来るのではないかと思います。

跡 見 10万人当たり3.5人ずつ増えている。ところが先ほど吉村先生がおっしゃいましたように、医療の高度化や、増えている医師の中には女性医師が増えている、診療所が増えていて病院勤務医が減っている。総体的には医師が増えているのだけれども、いろいろな意味でバランスが悪い。そういう状況なのではないかという意見が強いのですが。

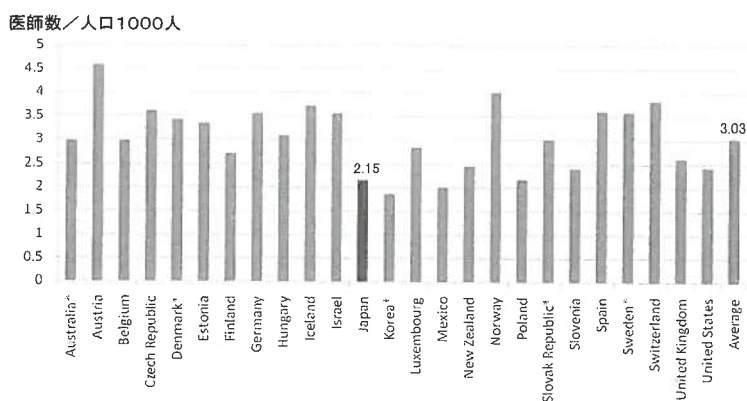
ただ、先ほどから出ているように、ある地域では医師が本当に足りない。地域医療が崩壊しつつあるということは確かです。そういうところのバランスの悪さといいますか、なぜこういう状況になったかということ、やはり今まで大学病院が担っていた医師派遣機能がほとんど壊滅したということが非常に大きいだろうと思います。

河野先生、医師が実際に足りないのか、足りてはいるけどバランスが悪いのか。そういうことも含めていかがでしょうか。

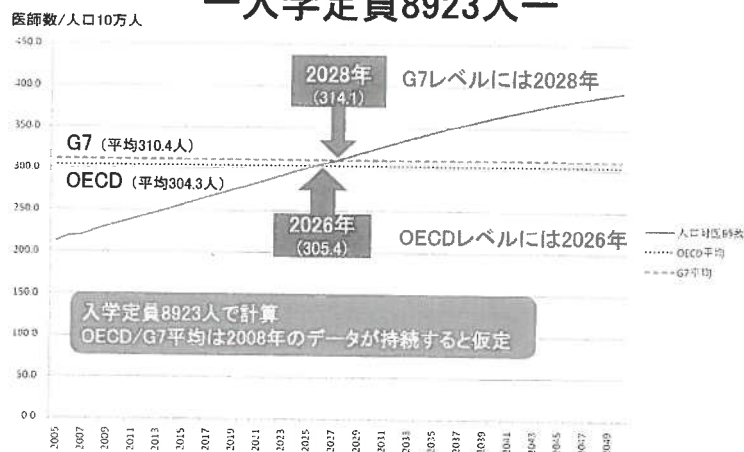
河 野 今の話ですが、医師の人数ということと地域の偏在、診療科の偏在は分けて考えなくてはならないと思います。医師数だけで言いますと、平成23年の入学定員が8,923名ということを基に今

【資料2】医療システムと必要医師数

OECD Data 2008の各国医師数



8

わが国の医師数の動き
—入学定員8923人—

9

後の動きを推測しますと、ここしばらくは4,000～4,500人ぐらい毎年医師数は増加になります。これは以前に入学定員の増があったことでの差によっています。1970年から1980年にかけて新設医大ができて医師数が増えました。これより医師数が増えたわけですが、今リタイアされてきている人というのが、その増加の前の人たちですから、やめる人よりも新規に参入される医師数が多いので医師数が増えております。これは今後もずっと続くわけではありません。やめる方と新規参入の方が同数になれば、医師数は当然プラトーになります。将来的には安定してくるわけです。

今のままで計算すると、2025年ぐらいを越えますと増加が年間2,000人ぐらいになりまして、2030年を越えてくると増加は1,000人ぐらい、今の条件で医師のリタイアを計算していくと、2035年ぐらいに医師数の増減は平衡に達しますので、いずれは医師の増加というのはなくなります。

一方で、患者数の動態を見ますと、2030年頃に入院患者数がピー

クになります。お年寄りの入院も 2035 年頃にピークを迎える見込みですから、医師数がどんどん増えてきて平衡になってくると、患者数が増から減に転ずる時期がほぼ一致しております。それ以降は患者数との比較では医師数が余ることになりますので、医師数の動態はそれほど悪いバランスではないと言えます。相対的に患者数と医師数の動きをよく理解して医師数の問題を考えていかななくてはならないと思っています。

医師数の動きについて、先ほどからの臨床研修制度の影響などの大きな動きが指摘されておりますが、実際は臨床研修制度の前から大学病院の医師数は減ってきていました。ただ、臨床研修制度がこの動きに大きく拍車を掛けたのは確かです。

私の手許のデータ（「臨床研修医の採用状況の推移」）だと、平成 15 年の研修制度前は、大学病院に残っている人が 72.5% ですが、平成 16 年になるといきなり 55.8% に下がって、平成 22 年だと 47.2% で、完全に大学病院以外の病院と逆転しています。このバランスの変化は、医師配置、地域医療から大学病院機能など、広い範囲にわたって影響しています。

先ほどのご質問の医師の人数ですけれども、よく言われる OECD レベルに比べて日本は非常に少ない。この間、私が文部科学省の検討会で話をさせていただいた資料 2「医療システムと必要医師数」をご覧くださいと、上が「OECD Data 2008 年の各国の医師数」で、日本の医師数が非常に少ないというデータです。その下に、入学定員が 8,923 人であった場合、これは医籍登録をしている総医師数で見えますが、OECD レベルとの比較は、OECD レベルが 2008 年以後変わらないという前提で検討しています。おそらく変わるとは思いますが、その変化は予測できませんので、一応 OECD レベルの 2008 年レベルというところに固定させていただいて今後どのようになるかという、医学部入学定員 8,923 人のままで行った場合でも、2026 年には OECD レベルになります。これが適正かどうかは別にして、次の頁をご覧くださいますと、入学定員を約 1,000 人増やして 10,000 人にした場合ですが、今から準備の時間もありますから 2013 年から実施したとして、そこまで増やしたとしても OECD レベルになるのは 2024 年です。たった 2 年間しか差がありません。



栗原 敏 氏

東京慈恵会医科大学理事長・学長

ですから、医師不足やら今後の医師数ということを考えるときに、患者数のピークが 2030 年あたりに来ますので、医師数を増やす対策のみでは、効果的・効率的とは言えません。

かえって医師数を増やした場合の問題は、8,923 人のときに比べて 10,000 人に増やすと、その後の増加率には両者の間でグーンと差が出てきます。2030 年を過ぎて患者数が減ってきたときの医師の過剰状態というのは、入学定員を多く増やした場合には加速度的に進行するということになります。

跡 見 適正な必要医師数をどう予測するかというのは非常に難しいと思うのですが、医師の適正な人数をどう考えるかですね。医師の増員を認めないのは私立医科大学のエゴではないかというような指摘もあるのです。しかし、本当にそういうものかどうかということを議論したいと思います。今、河野先生がおっしゃったように、8,923 名でいくと 2030 年前後からおそらくフラットになっていくだろうという、そういう人数的なものはそれでいいだろうと思いますけれども、本当に必要とされる医師数というのは、OECD の基準が 1 つの目安だろうということなのですが、栗原先生、いかがでしょうか。

栗 原 文部科学省の検討会でも、そこが 1 つ大きな問題になりました。平均的な医師数はいいので

すが、ある方のデータでは、地域間で非常にばらつきが大きいというのです。地方へ行けばもちろん医師は少ない。それから地方でも都市部には多いが、山間部では少ない。これはやむを得ないことだと思うのですが。例えば山間部におられる行政の長の方は、医師が不足しているから是非入学定員を増やしてほしいと要望されます。1地域に足りないということと、日本全体の医師数、あるいは入学定員問題との間には大きなギャップがあると考えています。地域偏在は数だけの問題ではなくて、現在とは異なる仕組みを作って解決すべきだと思います。

また、医師不足地域で求められている医師というのは専門医ではないと思うのです。「総合診療医」の定義はいろいろあり、議論があると思うのですが、いわゆるゼネラリストと言われる医師が必要とされているのではないかと思います。

ただ、医療過疎地で働く医師の臨床経験も問題になると思うのです。誰でも行けばいいというものでもないと思いますので、どういう医師を送ったらいいのか。現在の地域枠制度ですと、義務年限があって、卒業したらすぐに当該地域で奨学金を受けた年数×1.5倍の期間勤務することになっていますが、臨床経験の少ない医師が果たして本当に地域医療を担えるのかどうか、もう少し考えてみる必要があるのではないかと思います。医師数だけでなく医療の質の問題が問われるということです。そこも含めて考えていかないとはいけません。

跡見 その対応が重要な問題です。それは後で議論していただくことにして、医師の総数を論じる

には、地域や診療科の問題、そういうことも総合的に把握してやらないといい解決方法が出てこないだろうということだろうと思います。

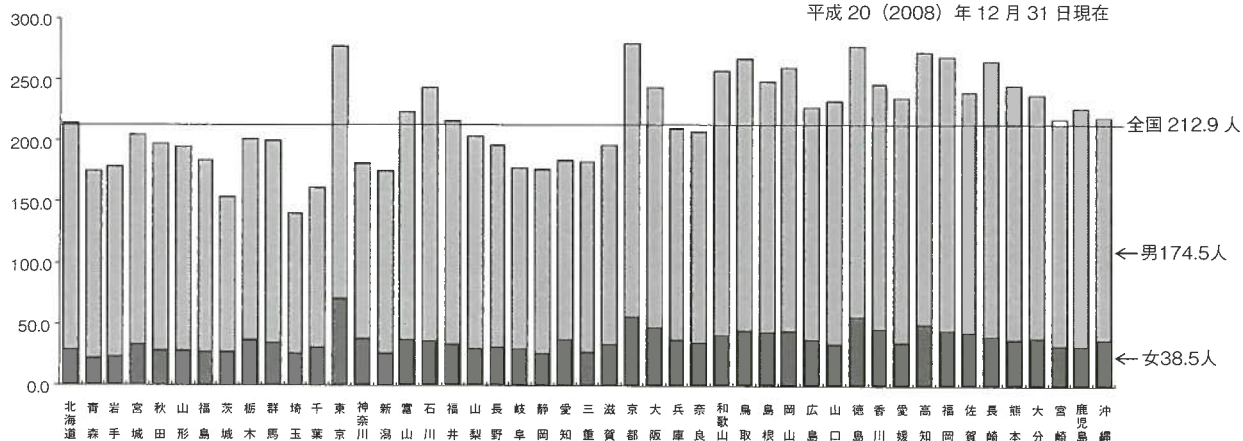
私の資料「都道府県・人口増減状況」をご覧ください。日本の都道府県別の人口増減状況というのは、1980年以前から多くの県は減っているんですね。人口が増加しているのは東京近郊と大阪、福岡、沖縄だけです。東京の中でも医師がたくさんいるところと本当に医師が少ないところという地域偏在がある。

資料3「都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数」は有名なもので、2008年の都道府県の人口10万対医師数が出ております。凸凹があるということと、資料「100平方km当たり医師数の分布（平成20年）」ですが、これを問題にする人もいます。そういう意味では、いろいろなところでバラバラなんです。「都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数」で見ると、東京は医師が非常に多いようですけれども、実際は三多摩地域の方では医師が少ないという大変なところがあるんです。ただ、そういうところは人口も減ってきているところが多いし、若者が少なくなっている。仕事ももちろん減ってきている。そういう日本の総合的な行政上の問題と、医療過疎地とか医療崩壊を起こしている地域というのは何か密接にリンクしているような状況ではないかと思います。

これを今までは、先ほど寺野先生がおっしゃったように、大学の自助努力でそういうところへ医師を派遣していた。そういう縛りがなくなったことで、若い方が都会の病院へ流れたということは、

【資料3】 都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数

平成20（2008）年12月31日現在



出典：厚生労働省平成20年医師、歯科医師、薬剤師調査より

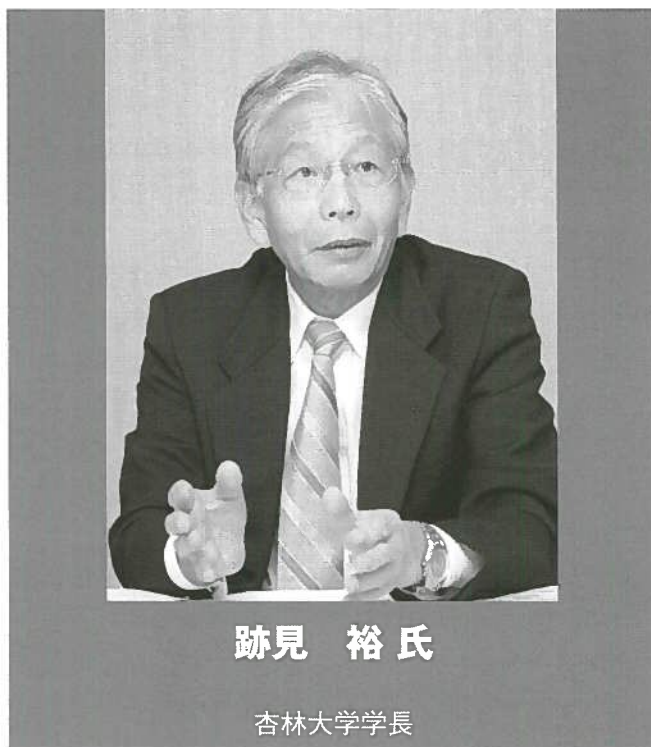
よく言われていることですが、吉村先生、そういうように今の状況をとらえていいんでしょうか。

吉 村 ちょっと戻るかもしれませんが、研修医が大学を敬遠した理由の一つに、大学は雑用ばかりで研修の実があがらないからだと言われました。また、研修医の方は早く実技を覚えたいということで一般病院を選んだというお話がありました。実は、入局してずっと大学の医局にいるということはないわけです。いずれ1、2年のうちに必ずと言っていいほど出向するわけです。出向先はもちろん地域の一般病院ですが、そこでは当然地域医療をやるわけです。なぜ、医局員が地域の一般病院に行っていたかを考えてみますと、みんな交代で行くわけです。だから、必ず帰ってくるところがあるし、次の人が来てくれる。そういうローテーションというか循環があったからこそ、皆さん、当たり前のように行ったと思うんです。一般病院の方でも、大学ですでに医療の基本を学んでいるということで、安心して実技をどんどんやらせてもらえる。地域に行くことによって、医師個人のキャリアアップにも繋がっていたと思うんです。このローテーション方式の循環型の医師の育成と派遣の機能を研修制度が奪ってしまった。若い先生に、僻地とか山間部に一生行けと言われれば誰だって考えてしまいますけど、一定期間なら、また、交代の人が必ず来てくれるのなら、義務として、あるいは、医師としての責務として行こうという人は、今でも少なくないと思います。つまり、後任者が来てくれる、必ず帰るところがあるというところが、いわゆる、民間医局などといわれる医師派遣業者との根本的な違いです。この仕組みが壊れてしまったのですから、地域に医師が行かなくなったのは当然の結果ではないかと思えます。

跡 見 もう何年目ですか。

吉 村 8年です。

跡 見 制度が始まってから8年で、臨床研修が終わった人たちの動向がどうかというと、おそらく大学に戻ってくるだろうという話だったのが、あまり戻ってきていないですね。そういう人たちが先生の論文だとフリーターの医師となっているのではないかという危惧もあると。



跡見 裕氏

杏林大学学長

【医療崩壊と医師臨床研修制度】

吉 村 そうですね。私は、研修制度がもたらした重大な悪影響というか負の遺産として次の3つを挙げています。1つは、先ほど申し上げた、大学による循環型の医師派遣機能が破壊したこと。これは医師の養成、キャリアパスにも深くかかわることです。2つ目は、寺野先生がお触れになった、2年間、所属を決めずにぐるぐる回っているうちに、厳しい診療科を避ける傾向が出てきたこと。以前なら、入局したからには、忙しいとか給料が安いとか、そんなことは関係なしに、自分の力を伸ばすこと、一人前の医師になるためにひたすら研鑽しようということで一生懸命努力したと思うんです。そういう意欲というか、モラルがすっかりなくなってしまった。3つ目が、今、跡見先生がおっしゃった、いわゆるフリーターの医師というか、2年間の初期研修を終わったあとに十分な後期研修の機会のないまま、医師免許を持っているというだけで、あちこちの病院を渡り歩いている医師が増えているのではないかということです。一般病院の中には、2年間の研修が終わったら、後はどうぞご自由にということで一切関知しない病院が沢山ある。後期研修のシステムがないわけです。それから、これは聞いた話ですが、あるブ

ランド病院で初期研修を終えたあと、「そのブランド病院で初期研修を終えた」というキャリアだけを売り物に、病院を転々としている医師がいるという話も聞きました。厳しい後期研修なんかやりたくないということで初期研修が終わるとさっさと辞めてしまうとのことでした。

跡見 大学に戻ってこないのはなぜですかね。

寺野 大学に戻ってこないというのは実は必ずしも正しくなくて、戻ってきているのが増えてきているのではないかなという感じがしています。最近の卒業生は、いわゆるフリーターの的な立場の不利を認識して、大学を再評価し始めているのではないかなと僕は思っています。

なぜ戻ってこないかということに関しては、『医学振興』の前号で実は座談会をやるつもりだったんです。しかし、東日本大震災でできなくなったので、大学病院の魅力をいかに創出するかということで、栗原先生にお願いして特集をやりました。ですから大学病院の魅力とは何かということは前号を見ていただければわかると思うんです。レジデントの意見も聞いています。

大学としても反省すべき点は大いにあると思っています。その反省すべき点はどこかということとは冷静に考えなければいけない。やはり給与の問題もあります。我々のときは雲泥の差なんですけど、それでも一般的に見れば低いであろうということ。

研修の内容に関しては、指導医がきちっといるかどうかという問題も1つあって、これにも指導医の手当が少ないので十分にそれができないという問題があります。

それからやはり大学にいるかぎり研究するべきだという前提がありますので、研究に対する抵抗感がある人は、ちょっと無理かなというところがあるんです。

そういう様々な問題がありますけれども、その辺は何とかクリアしつつあるのかなというように僕は思っています。

本学は今年から給与を上げました。全国トップクラスだと思うのですが、そうすると残る研修医がグッと増えるんです。やはり待遇というのは重要で、外へ出てから2年間終わっても大学に戻ることが少ないのは、待遇がいいということに慣れてしまうのではないかな。そのことがいいか

どうかというと、医学的な内容、医療的な内容から言うと非常に問題がある。

もう1つ、医師総数の問題と地域的あるいは専門的な偏在の問題と、大きく3つの問題があると思うんです。これはそれぞれに分けて考えなければいけない。今の考え方だと、とにかく総数をどんどん増やしていったら、みんな都心に行きたがっていても、あふれていって自然に田舎の地方まで行くだらうという発想があるんです。単純にね。それは専門でも同じだと思います。行きたくないところでも、いっぱいになってしょうがなければ行くだらう。だから増やすんだと。これはずいぶん乱暴な考え方です。

このことは医師だけの問題ではなくて、それ以前に既に法科大学院のシステムによって弁護士にきています。これは大変な問題です。これも地方に足りないからというのでやったのですけれど、決して地方に行っているわけではなくて、都会であふれかえっているんです。薬学部も同じです。公認会計士も同じ。皆さん全部偉くなっちゃって先生ばかりになっちゃうんですけれども、これは規制緩和の結果としてこうなっている。そういう状況に医師をもっていって、そういうことによって地域偏在や診療科偏在を解決しようというのは、あまりにも乱暴すぎると僕は思っています。

跡見 総数枠では、先ほど河野先生がはっきりと示されたように、何年後にはフラットになるだろうということです。ただ、総数を増やしても実際は医師の地域偏在、診療科偏在はなくならないということですね。

寺野 そのままではね。

栗原 これまでも医師数は増え続けているにもかかわらず、問題が解決されていないわけですから、数だけでは解決できない他のファクターがあるということだと思います。

跡見 偏在となると一つは地域ですが、二次診療圏といっても医師が不足しているところと、不足していないところとある。いろいろな事情によって医師が地域で足りないというところが出てきている。そうすると、地域の医師の偏在というのは、その地域に医科大学をつくれれば解決するかどうかという問題。それは今、寺野先生がおっしゃったように、量を増やしてもだめですよということにつながってくると思うんですが、明石先生、そのあ

たりいかがでしょうか。

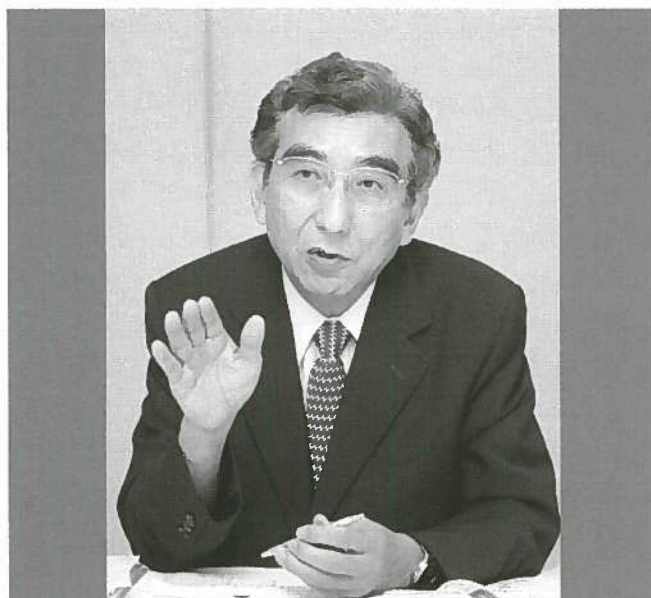
明 石 現在でも 1 県 1 医大構想で医学部があるわけですが、地方の大学に入学している人たちの多くが都市圏から行っている学生であり、研修制度が今の形になっても、地方の大学には定着をしないという事実があります。果たして医学部を増やただけで地域に定着する医師が増えるかという根拠はないと言えそうです。

跡 見 医師をどうして地域にとどめるかというところが重要ですね。それは地域で病院の集約化、病院間の連携、そういうもので対応するという考え方も 1 つはあります。また、文部科学省が出しているような入学時の地域枠を充実させて地域に定住させる。そういう動きもあります。それから相澤論文に示されているように、1 人の医師の育成には、私学で 1,200 万ぐらい、国立では 5,300 万ぐらいの国庫補助がされているので、それに応じて地域への診療を義務化させるようなことはどうか。要するに強制的な研修ですね。地域に医師をどのように定着させるか。これはキャリアパスの問題も重なってくるだろうと思うのですが、そういうことはどうでしょうか。河野先生、地域に医師を増やさなければいけないのかどうかということを含めていかがですか。

【地域に医師をどのように定着させるのか】

河 野 私が今回調べていて、各地域での医療ニーズの詳細なデザインができていない印象を強く持ちました。例えば千葉県ですが、二次医療圏でも医療ニーズが全然違います。高齢化を見ましても、どこが高齢化によって医療ニーズが高くなるのか。高齢者数が増えてきて、医療ニーズ、介護のニーズが増えてきているのか。あるいは若い人がいなくなって相対的に高齢化率が上がっているだけなのかということも詳細に分析されていないと思います。具体的な医療ニーズがどの県で高いのか、県内でも二次医療圏での違いはどうかなど、情報が十分ではありません。

千葉県の地域を見ましても、南の方の安房ですと、高齢者は多いのですが、人口の流入が少ないので、高齢者のピークが 2016 年頃にあって、その後は高齢者が高い割合を占める入院患者数は減少していきます。ところが柏とか八千代などの新



河野 陽一 氏

千葉大学大学院医学研究院小児病態学教授
全国医学部長病院長会議顧問

興都市では、今も若い人が入ってきておりますし、人は順番に年取っていきますから、入院患者数の増加は 2030 年でも続きます。県内の各地域の医療のニーズの変動を踏まえて、医師数や医師配置を考えていかなければならないのですが、はっきりしていません。

私たちも反省しているのですが、本当の意味で地域行政機関とタイアップした地域医療計画の推進を大学は十分にやってこなかったと思います。本来は、国からの指示ではなく地域で分析して、地域の医療、医師配置ということを、大学側と地域行政が一緒になってデザインしていくべきだったと思います。

医師の配置に関わるもう 1 つの要素は、医療機関へのアクセスの問題です。日本の医療というのはアクセスというのが非常に重視されてきました。このアクセスのよさ、病院へのかかり易さが、がんなどの病気の早期発見にもつながっていたと思います。もし病院が集約化されてアクセスが非常に悪くなると、容易に病院に行けなくなるので、本当に悪くならないかぎり受診しなくなる。そうすると、早期対応の視点からは医療レベルが下がる可能性が否定できません。アクセスの問題というのは、医療費の問題、医師側の負担の問題というのでマイナス面がすごくあるのですが、しかし今の日本の高い医療のレベルは、この体制に支え

られている面もあります。このような状況も含めて医師配置を考えなければいけない。医師配置のときに医療の集約化ということがすぐ出てきますが、よく考えないと地域の医療レベルを下げることになります。

千葉県に、旭中央病院ですとか亀田総合病院というかなり大きい病院があります。その地区の医療を平均寿命で見ると県内の他の地区と比べて必ずしも高くはありません。メガ病院が1つあって医師が多く配置されていても、その地区の医療のレベルが必ずしも高くなるとは言えません。開業医の先生方の役割も大きいのですが、地域の医療ネットワークなどを含めた総合能力だと思います。医師数だけではだめで、1つの医科大学をつくれれば済むというわけでもない。現状のアクセスの問題、アクセスは誰が担っているのか、そういう状況を踏まえて医療制度を、なおかつ地域での医療ニーズを詳細に分析した上で医療の将来像を描いていかななくてはならないと思います。

跡見 先生がご指摘されたように、医療の制度というのは、アクセスと質とコストの3つの兼ね合いですね。先生は質とアクセスとのご意見ですか。

河野 コストとアクセスを非常に日本は優先してきたのじゃないかと思います。そのアクセスとコストをいきなり無視すると、日本の世界でもトップレベルの医療が保てなくなるということを踏まえなければいけません。

跡見 テイク2なんですね。

河野 日本の場合、アクセスと費用じゃないですか。安くいい医療を受けることができる。医療側から言えばとんでもない負担、何でこんな人が受診するのかという弊害はもちろんあるのですが、担っているところもあるので、体制を変える場合はこの点を補完するシステムを考える必要があると思います。

跡見 そういうことはどこできちんと把握し、対策を講ずるんでしょうか。やはり行政ですか。

【医師の適正配置と行政の関わり】

寺野 そこは数年前に読売新聞が「医師の適正配置」ということでキャンペーンを張ったことがあるのです。そのときの彼らの論調は、今までの大学医局というのはよくない。かといって、今のよ

うにバラバラになっているのも困る。だから第三者機関で適正配置をするような機関をつくって、そこで集約するべきだということまでは行ったんですよ。だけど、本当にそれで行くかというと、その第三者機関なるものは何なのか全然わからないままに尻切れトンボで終わっているんです。適正配置というものが出てきたので、僕はそこら辺が変わるかなと思ったのですが、変わらなかったですね。

ところがこの間、日本医師会の中で出した案の中の1つに、その土地の大学を卒業した者は一定期間そこに留まるべきである、という方針を出したんです。A県のA大学の場合には、A県の中で、例えば5年とか4年とかいるべきだというふうな方針を出したのです。けれども、反対がものすごく強くて、結局できなかったんだそうです。でも、そういうふうな発想もある。その適正配置の考え方は、我々の方も考えていく必要があるのではないか。これは行政からトップダウンで来るのではなくて、医療側から考えていく必要があるのではないか。これは専門科も同じですけどね。僕はそういう気がします。

跡見 日本医師会がまとめたものですね。吉村先生、適正配置ということでいかがですか。

吉村 医師は絶対数も人口比でも増えているのに、あるところでは医師がいなくなっているわけですね。ということは、どこかに溜まっているはずなのです。研修制度が始まったのが平成16年ですから、8年経っています。医師は毎年純増で4,000人ぐらいずつ増えていますから、すでに3万人ちょっとは増えている。一方で、あちこちの病院で医師が減っていますから、その減った分と純増の3万人がどこかに溜まっている。相当な偏在を起しているわけです。ということは、研修制度が入ってから今日まで、早めに原因を分析して医師の養成と配置をきちっとやっていれば、少なくとも数の上では医師が足りないとか減るということはなかったはずなんです。ただ、適正配置と、もう一つは、医師の養成ですね。あまりに専門分化しすぎてしまった。もう少し幅広く診療が出来る医師の育成、総合医の育成も十分でなかった。そこをやってこなかった我々にも責任がある。

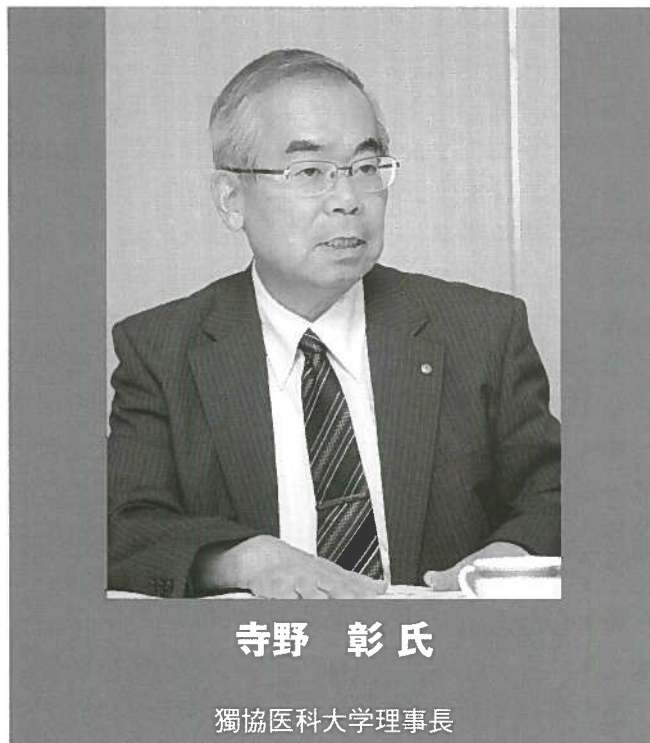
寺野 医療側としても責任がある。しかし、それを行政側でトップダウンでの適正配置はよくな

い。

吉 村 一言追加させて頂くと、私は最大の元凶は研修制度だと思っているのですが、厚生労働省がこれを入れておいて、いまさら、研修医が集まらないのは大学が悪いからだとか、医療崩壊はそちらのせいだとか言われるのは、いささか心外だとは思いますが。言い過ぎかもしれませんが、まるで大学潰しを目的にしたかのような制度設計に見える。もっと、純粹に、研修内容の充実とか処遇や環境の改善を目的にした制度設計がなされるべきだった。今からでも抜本的な見直しがなされるとか、何か思い切った新たな施策がなされないと、本当に将来が心配です。

跡 見 地域の偏在と診療科別の偏在はリンクしてくるのですね。資料4「診療科別医師数の推移(平成10年を1.0とした場合)」をご覧になればわかりますように、例えば外科などは極めて減っています。少し最近増えてきているといいますが、前のところまでは行っていない。一方でどんどん増えてきているところがあります。増えてきている科ではその方が大学に残ったり、都会の病院に残っている。

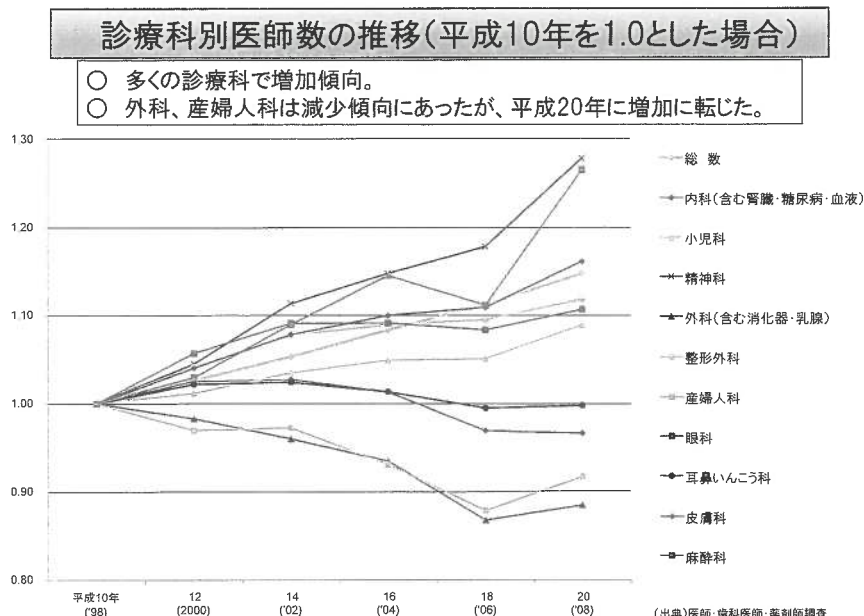
それから、先ほどちょっとお話ししましたように診療所の開設が増えてきている。おそらくこういうところにたくさんの医師たちは吸収されているんですね。資料「医師の年齢分布(病院—診療所別)」です。1996年と2006年でちょっと古いデー



タしか載っていませんけれども、このように診療所勤務の医師が左のほうにシフトしてきている。若い世代が診療所を開設しているということなのです。

外科医は減って、産婦人科も減っている。皮膚科等は増え、外科でも形成外科などは増えてきている。そういう意味で医師の診療科別偏在と地域偏在というのはリンクして起こってきている状況だろうと思います。

【資料4】診療科別医師数の推移(平成10年を1.0とした場合)



出典：厚生労働省平成20年医師、歯科医師、薬剤師調査より

先ほど寺野先生がおっしゃったように、これは2年間の臨床研修が悪いのではなくて、どこかで診療科を選ぶときに何かが起こっている。我々が外科を選んだときも、別に外科が楽だから選んだというわけではないですよ。

寺 野 運動部でもそうですけれども、入ったときは非常に辛いわけですよ。マラソンでも何でも。一番辛いときというのが研修時代の2年間なのです。そこでやめてしまうのですよ。そこを越えたら本当の喜びがあるにもかかわらず、それを味わわせる内容がないのですね。そのような魅力は昔からあったのです。抽象的ですけど、僕はそう思うのです。しかし現在ではここでみんな息が切れてやめたというのが現実です。大変なのを見て、いやだと。

跡 見 アメリカの外科レジデントがものすごく減ったときに、例の週80時間労働制限が出たのと給与を上げたので、また戻ってきたということがありますがけれども、それでも以前ほどではないというのです。待遇面をしっかりとすることは大きいだろうと思いますが、何かいいアイデアはありませんか。

栗 原 研修医は労働者なので最低賃金の給与は保障しようということになり、次の年に増額すれば、その半分は国が補助するということになったのですが、2年ぐらい続きましたが、なくなってしまいました。国の医療政策として本当に若い人たちを育てようという気があるのかどうかというところも、大きな問題だと思うのです。

それともう1つは、外国だと、早くからキャリアパスとして総合診療医が認められていると、生坂教授(千葉大学)はおっしゃっていました。しかし、日本の場合には、総合診療は大学附属病院のようなところでは追いやられて、あまり必要とされていないという傾向があります。若い人は大学で総合診療ができないのだったら外へ行ってやろうか、ということにもなっているのではないかなと思うのです。私は、私立医科大学は附属病院が、本院だけではなくて、いわゆる分院と言われるような他の病院も持っているから、そういうところを使っとうまく教育システムをつくることも必要だと考えています。

先ほども少し話題になりましたが、私が添付した資料(「私立医科大学における地域医療体制に

関する調査」)は、私立医科大学協会ですべていただいたのですが、29私立医科大学で関連の病院を5,087病院持っているわけです。そういうところに17,399名のドクターが働いているわけですから、このような地域病院を私立医科大学は使って、先ほど河野先生がおっしゃったような地域の医療連携をつくることに協力できるのではないかと考えています。

しかし、医師不足といっている知事などのお話を伺うと、「足りない」と言っているだけで、アクセスのことなどについて行政としてあまり具体策がないのですね。ですから河野先生がおっしゃったように、まず地域の行政としてはどのようなことができるのか、そしてどのような協力が欲しいのかというようなことも出していただけると、協力しやすいと思うのです。

跡 見 地域の問題と診療科の問題はかなりリンクしている。地域の問題は行政と各都道府県にある医学部とが連携を深めて対応していくべきではないかと思います。診療科の偏在というのは、対応策というか、どう解決をしていくか何かありませんでしょうか。

【診療科偏在の解決策は？】

河 野 診療科も含めて地域の医療全般的な数の枠組みなどをつくるでもしないと、医師の偏在の解決はなかなか難しいかもしれませんね。マイナス面もありますが。診療科別に人の動きを見ると、最近は千葉大学ですと一番若い人が入っていくのは整形外科ですね。

栗 原 一時、整形外科はかなり減ったのではないですか。

河 野 見ていると、彼らは何を求めているのかというと、お子さんが大学に行くような時期になると少し考え方が違って来るようですが、少なくとも30代、40代の一番仕事をやるときには、お金よりも、仕事上、大学にいる何らかのインセンティブが重要ですね。千葉大学でも医師の処遇の改善を考えてアンケートをとったのですが、自分たちが研究などをやりたいことをやれる時間がほしいという希望が強かったですね。

大学病院から医師が離れた理由の1つに、大学病院も頑張って病院収入を上げなくてはならない

というので、診療の負担がものすごく増えていることが上げられます。研究する時間がとれない。毎日が診療のみになってしまいますと、高度医療を進めているといっても、研究という大学病院に残っている絶対的なメリットがなくなります。だったら、給料も安定していてアルバイトなどに行かないで済むような病院に勤めた方がいいだろうということになります。

大学病院の給料の問題も1つはありますけれども、インセンティブをちゃんとつけていく必要があります。我々が大学病院に残ったのも、お金のことよりも好きなことをやりたいからというのがありました。ところが今は、病床稼働率が毎回教授会でも出されて、低い診療科は理由や対策などを説明しなくてはなりません。大学病院ではこのあたりの問題が大きいのではないかと考えています。

跡見 大学病院、大学にいる何らかのインセンティブなのですね。

河野 整形外科は結果として医局員が多いものですから、留学もし易いですし、研究の成果も上がります。医師が少ない科はいつまで経っても悪循環になります。大学で本来やれることをしっかりと担保していけるかが大切な課題で、そのための補助を国など行政はしっかりと提示すべきであると思います。

栗原 研修医のアンケートでは、「給与」というのは3番目くらいだと思うのです。どんな研修プログラムで研修を受けられるかということが一番上位にランクされていると思います。

跡見 大学病院の魅力ですね。

栗原 研修にどこを選ぶかという理由は、給与はそんなに上のほうではなかったと、私の知っている限りでは思います。

跡見 でも、いったんいい給料をもらおうと安定してしまいますよね。

栗原 聞いた話ですけれども、研修医でも年間1,000万円近く出すところもあるということです。そうすると、そのような病院に行く研修医もいると思います。しかし、大多数はもっと真面目に考えていると思います。

それから河野先生がおっしゃった整形外科の例ですが、私たちの附属病院では麻酔科医が足りなかったのです。しかし、教授が非常に熱心に指導



明石 勝也 氏

聖マリアンナ医科大学理事長

をしてきたので若い人が入ってくるようになりました。若い人が入ってくると、また次の人も入ってくるということで、今のところは良い方のスパイラルで回っています。余裕ができると学会にも行けるし、留学もさせてくれるということで、若い人がさらに魅力を感じて入ってくるというようなことになっています。

跡見 確かに漠然とした不安感もありますね。

栗原 2つあるのではないのでしょうか。環境がいから入るということと、医師が不足しているのでここで頑張ろうというのと、両側面があるのではないかと思います。

寺野 いい循環に入るのか、悪い循環に入るのかは大きな問題ですけど、やはりその指導者のキャラクター、あるいは指導の仕方によってずいぶん違うのですよね。減ってきていると言われていた産婦人科とか小児科でも、大学によってはすごくたくさん入っているところもあるし、全然入っていないところもある。入ってくれば、おっしゃるようにいい循環に入っていくのです。入ってこないとどんどん悪いスパイラルに入っていくわけです。その辺も大学としては考えていかなければいけないし、あまり人気のない指導者は替えるとか。そういうことは考えてやらなければいかなければならないと思います。

跡見 お伺いしていると、医師の地域偏在も診療

科偏在も、各大学が果たす役割というのは極めて大きいですね。各都道府県に1医科大学があるということは非常に大きいことだし、そこで毎年100人前後の医師が育っていることも非常に大きい。それは大学の教育者が責任を持って育てている学生たちですね。

私も、ある市の医療崩壊を解消する委員会というのに加わったことがあります。いろいろな病院を集約しようとか、業務分担をしようとかいって、ある程度はまとまるんですが、最後におらが町に総合病院を1つ必ず、という形で、結局はつぶれてしまうのです。

先ほどの地方自治体等を含めた行政とその地域にある大学がしっかり話し合って、県全体なら県全体の医療をどうするかということを責任持って解決していくというのが一番の解決策ではないかと思うのですが。

【地域偏在、診療科偏在解消に向けた行政の対応】

寺 野 3年ぐらい前かな、全国医学部長病院長会議で厚生労働省の医事課長のお話の後で質問したんです。地域偏在あるいは診療科偏在があるのは、大学病院の医師派遣機能が非常に弱くなっているところにあると思うのだけど、厚生労働省としてどう考えるかとストレートに聞いたときに、「確かにそうだ」とその医事課長は言ったのです。記録されていますので。「そのとおりで、私たちも大学病院の医師派遣機能というものに対して実は期待してなくて、一般の大病院へ医師派遣機能に移そうと思ってきた。ところが、それは失敗でできなかった」ということなので、やはり大学病院の医師派遣機能を再評価しているという発言があったのです。

跡 見 確かに、厚生労働省も、いわゆる医局の医師派遣機能の低下ということを認めていますね。

寺 野 けれども、それに対して何らの対策もとっていないということが大きな問題で、大学病院の医師派遣機能の強化というのは大きいと思うのです。

我々は昔、跡見先生などが中心になっていろいろな運動を起こされたのですが、医局の機能がおかしいと言われていたのが30年前ぐらいにあり

ました。けれども、今の医局というのはかなり民主的に運営されていて、実際、平等に地方も医師不足のところに派遣するという機能はかなり徹底してきていると思うのです。それを昔の医局の機能と混同してしまってこの結果になった。今、行政も反省しているという状況だから、これを踏まえた対策を我々も具体的に考えていかなければいけない。

栗 原 医師派遣といいますと、かなり非難されたこともあったと思うのです。実態はいろいろだと思うのですが、よく考えると、医局が中心になって、それぞれのドクターの卒後のキャリアパスをつくる卒後教育だというように理解できるのではないのでしょうか。所属長である教授や指導医が、その医師の将来を考えて、どういう病院で勉強させて、帰ってきたら、さらに大学で研鑽して、次はどここの病院に行かせるかということをやっていたと思うのです。だから卒後教育のキャリアパスというものをもう少し明確に若い人に示せるようになることも大学の責任ではないかと思います。

跡 見 今おっしゃったように積極的な意味でのキャリアパスですね。

明 石 研修制度が新しくなってから、日本中に散らばった研修医たちに、きちんとしたキャリアデザインを教えるとか指導する医師たちが不足しているのではないかと思うのです。その機能は大学に一番あるはずで、キャリアデザインの中でキャリアパスとして地域を回るとか。だから「派遣」という言葉はもうやめたほうがいいかもしれません。

河 野 行政も使っていますね。

跡 見 「派遣」という言葉をやめるように、強くいいましょうよ。

明 石 各都道府県1県1医大あるわけですが、中には地域医療の中核になっていなかった大学病院もあると思います。やはり地域の状況を大学病院はきっちり把握するという大学病院の新しい役割みたいなものをもっと明確にすべきではないかと思います。

跡 見 医科大学が中心となって地域医療を担っていくということですけど、地域枠の問題というのはいかがですか。

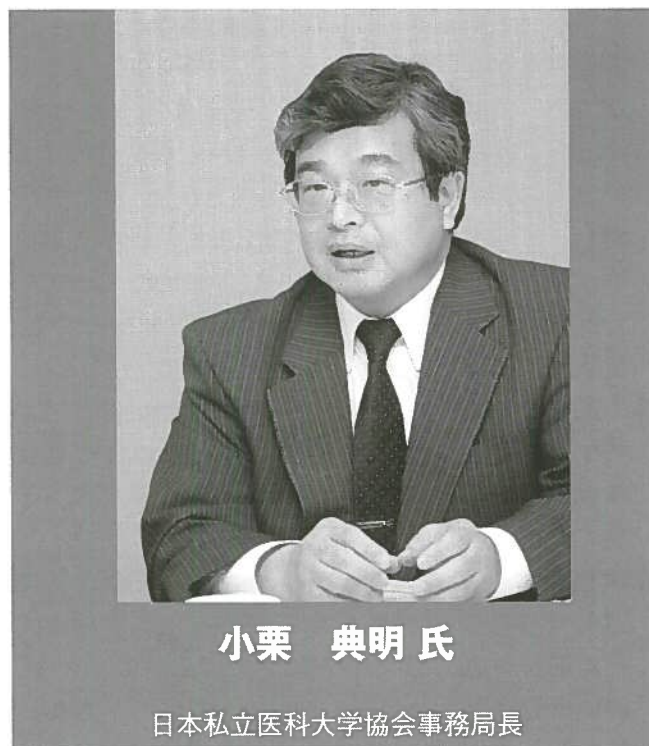
【大学病院の教育環境整備】

河 野 よろしいでしょうか。医学部も含めてですけど、大学病院の教育環境とか、若い人たちが見て、いい大学病院の環境をつくっていくその1つに、教育スタッフの充実があります。国立大学の場合で言いますと、国立大学が法人化した時の職員である承継職員枠というのがありますが、国立大学には人件費削減が毎年掛けられており、職員が減らされております。学生定員は増えていますが、それに見合った職員の実質的な増加はありません。昔の学生定員が少なかった時の承継職員数がさらに減っているわけですので、若い人たちが、助教以上のスタッフが医学教育等を含めて本当に苦労しているのを見ています。それでは大学病院に残ろうという気にもなくなってしまうます。

明 石 新設より既存の強化が先ということですね。

小 栗 大学病院の環境の充実は大事だと思いますし、地域偏在についても先生方の言われるとおりですけど、診療科による医師の偏在は、社会と行政の力で是正できるはずであり、過密な診療科に対しては厚労省が責任を持って診療報酬において対応すれば、かなり改善されると思っています。地域の病院に医師が行かないというのには別な側面があって、例えば、人口10万対医師数が220名と全国平均である北海道を例に挙げますと、地域が広いものですから医師が都市部に集中している。ところが北海道の市とか町とか村が病院をつくってしまう。公約により施設はつくったが、そういったところに医師が行かないので、先ほど栗原先生が言われたように、初期臨床研修医1年目で1,080万も研修医手当を出している。2年目で1,300万も出している。そうして医師を集めるべく努力している。これは都道府県において公立・私立を問わず病院をつくることを認めてしまう結果として、医師の確保が難しくなり、医師不足を招いてしまう。これもまた大きな問題だと思います。

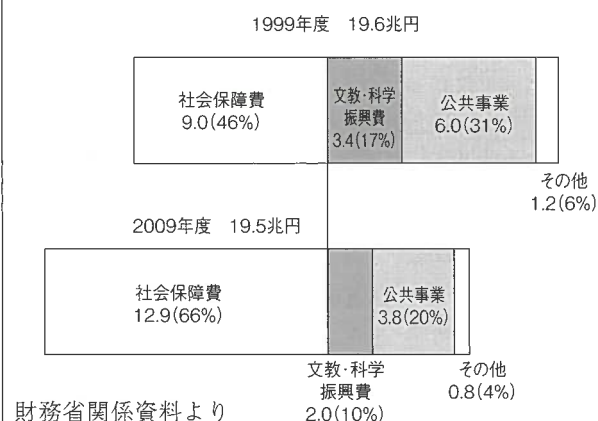
跡 見 その地域の問題というのをどう解決するかとなると、やはり医科大学を中心としてきちんとしたグランドデザインを立てて、それに沿って配置していく。これは我々の責任が非常に大きいと思います。吉村先生いかがでしょうか。



【医科大学を中心としたグランドデザインの構築と国の制度設計】

吉 村 我々の努力ももちろん必要ですが、国による制度設計にも問題があると思うんです。繰り返しますが、初期研修の趣旨そのものは悪くはないと思いますが、施設基準がこんなに緩和されていて、大幅な定員超過の中でマッチングが行われるわけですから、特に地方の大学は苦しい。先程、整形外科や麻酔科で人が集まって良い循環に入ってよかったという話でしたけど、救急や小児科、それから外科も、夜間の勤務も厳しいし、相変わらず敬遠されがちです。本当は、そういうところこそ、うんと人が集まると負担も軽くなる。

【資料5】過去10年で増えたのは社会保障費、国から地方に向けた補助会等の全対象（一般会計＋特別会計）



やりがいもあるはずなんです。私は、いい指導者がいるから人が集まるとか、いないから集まらないというのは、本当はだめだと思うんです。もっと、仕組みとして、一定の人数が交代でもいいから配属される体制にない。そういう制度設計にする必要がある。少なくとも、破壊を助長するような制度では困ります。特に地方では、いくら大学が頑張っても良いプログラムを作っても、現状では難しい面があるように思います。

跡見 例えばそういうところへの補助の問題とかですね。資料5「過去10年で増えたのは社会保障費、国から地方に向けた補助金等の全体像」を見ていただきますとわかりますように、文教・科学振興費というのは、1999年度から10年間で17%だったのが10%になっている。大学はほとんど削減されていますよね。みんな四苦八苦で、いい研究はなかなか出てこないですね。国の政策を何とかしていただきたい。私立医科大学協会としても強く訴えていくことですね。

吉村 思い切った投資があれば、そこには必ずといっていいほど人が集って活性化します。こんな研究もできるとか、海外にも行けるとか。そうすると、ますます人が集まってきて、アイデアも次々に出て活気も出てくる。悪循環を断つためには、思い切った投資とマンパワーを集中させる。この2つがあれば、かなり回復すると思います。その上で、やはり魅力ある指導者が必要ですね。

河野 国が効率的で適正な医療資金の投入をしていないですね。医師不足だと色々と言っているわりに肝心なことをしていないという感じがします。

跡見 その中心を担うのが医科大学と医学部を持った大学、そういうところだろうと思いますけど、具体的に、では国の投資とともに我々のなすことは、先ほど寺野先生がおっしゃった、悪い指導者はクビを切れ、そういうことがあるかもしれません。我々としてはどのような態勢をとるといいのか。栗原先生がおっしゃったように、私立大学は地方にもたくさん分院を持っていますし、そういったところでの修練を通じたキャリアパスというのがはっきり示せるだろうと思うのです。そういうことを含めて若手のいい医師を育成していくところを、医師の偏在の問題とからめて何かご意見ございますか。

【基礎医学研究者の育成と環境整備】

寺野 大学病院と一般病院とをある程度特徴づけるというのは、やはり教育・研究であるということなので、そこは重視すべきだと思うのです。今の段階は、河野先生が言われたように、みんな臨床に忙しくて、教育は仕方がないけれど、とても研究などする暇がないということで、そういう喜びを味わう余裕がないということなので、そのためには一定の医師数がいなければいけない。病院の稼げ、稼げの体質は変えなければいかんということも確かなのですけれども、そこはやはり我々の方で具体的な案を出していく必要があるのではないかなということは間違いありません。

さらに、あえて言うならば、診療科の偏在ということに関しては、給与の問題だけではないということも十分承知した上なのですが、アメリカなどを見てもわかるように、診療科というものの給与差とか待遇差というのはあるわけです。それは日本ではタブーなのですよ。均一なのですね。その辺をどう考えるかということは考えていかなければいけない問題だと思います。

基礎の研究者なども、それなりの待遇をきちんとしておけば増えていくのだろうけれど、今のところ減っているのだろうと思うのです。だからその辺を我々も冷静に考えて行くべきかなという気がしています。

跡見 おっしゃったように研究ということが大学病院の1つの魅力であろうということは確かだと思います。資料「臨床医学研究の論文数」というので、日本がどんどん減ってきているということです。MDで基礎医学に進む人が極端に減ってきているという現実です。これは吉村先生がご指摘しているように、臨床研修制度2年間で基礎へ行く人がほとんどいなくなるだろうという予測のようになりました。日本の医学・医療がこういう状況だと、医学教育のレベルがどんどん下がってしまうのではないかという大きな危惧があるのです。栗原先生、基礎医学にいらして、いかがでしょうか。

栗原 国立大学の方に聞くと、予算が縮減され、講座の定員が減ってきたとか、いろいろな事情があるようです。日本解剖学会と日本生理学会と合同で調査したのですが、確かに20代、30代の研

究者が減っているのです。今後その人たちが中堅になったときに、教育も研究も危機だと思います。職がないと就職できないわけですから、研究職を拡充することが先ずやるべきことです。それには資金が必要です。職を得るために競争原理が働くことも必要です。しかし、大学院を修了したらまず助教のポジションに就けるというような条件が整備されていないと、研究者を目指す人は出てこないのではないかと思います。また、研究職にはある程度のインセンティブを付けるということも必要だと思います。しかし、Ph.D. の人も研究職に就いているので、医学部出身者との差ができていいのかということも考慮しなくてはならないと思います。日本の高等教育費は先進国の中でも低いといわれています。研究職に対するインセンティブがないと、医学部を卒業して研究者になろうという人は出てこないのではないかと思います。ある年齢になり、家族のことなどを考えるようになると、職位や給与が大きな条件になってきます。

これまでも、大学院重点化策が実施されましたが、大学院を修了しても就職口がないのです。特に理学部出身の方などは、予備校の先生のアルバイトをやって生計を立てている方もいるようです。研究に特化した医科大学を作るという意見がありますが、医科大学を作るには相当な資金が必要です。それよりも、既存の医科大学や医学部で入学定員を増やしたところには、教員を増やして医学教育、特に基礎医学教育を充実・改善して、学生に基礎医学研究に興味を持たせるようにする。それと同時に医学部出身の研究者に職とインセンティブを付与することなどが先決ではないでしょうか。

河 野 おっしゃるとおりで、平成 15 年から平成 22 年まで、国立大学の医学部と附属病院で 417 名の承継職員の定員数が減っています。この削減の対象となった部署ですが、病院の経営への影響を考えて、多くの大学では病院で働く臨床医学系の定員枠でなく、基礎医学系の枠を主に減らしました。これは明らかに研究能力の低下につながっています。

跡 見 私たちは、最初は非入局で外の病院に行きました。そこで臨床に明け暮れて、何か物足りなくなり、研究をやりたいなと思って大学へ戻った

学年です。大学の魅力というのは、やはりそういうところにある。それが今きちんと保障されていない状況ですね。どんどん追いやられている状況だから、これは臨床的にも非常に危機的な状況ですので、是非こういうところにも多額の投資というか、環境を整備することが必要になりますよね。

吉 村 大学の役割として、医師あるいは研究者を含めたキャリアコントロールというか彼らの育成をトータルで管理する、司令塔のような役割を果たすことが重要ではないかと思います。大学だけで医師を育てることはできませんし、研究者も一大学だけでは難しい。医学教育の充実は勿論ですが、学生実習と連続した卒後の研修プログラムを作るとか、指導医を手当てするとか、専門医のバランスをどうするとか、総合医が必要ならそれをどう育てるかとか、地域の一般病院との連携をどうするとか、これは、一般病院や行政だけではとても無理です。

跡 見 大学が果たす役割は非常に大きいだろうということですが、もう 1 つ、河野先生が触れられたように、研究に回る医師の数が減ってきているというのも確かです。診療科ではなくて、研究それから臨床の偏在も起こっている。いろいろなところの偏在が起こっております。

また最初に戻ってしまいますけれども、医師の総数は不足しているのか。これから医学部を新しくつくらなければいけないのか。それとも、既存のところで定員増をしたところで研究とかそういうものがうまく機能しなくなっているところを、きちんと手当をしていく必要があるのではないかなというように出てくるとは思います。医師の定員をどう考えるか。これから増やすかどうか。新設の問題も含めて、先生方のご意見をお伺いしたいのですが。

【医科大学・医学部新設の問題点】

栗 原 例えば 3 つ医科大学をつくって医師が 300 人増えても、毎年数千人ずつ増えていって何も効果がないわけですから、300 人の増員効果というのはせいぜい 10 % ぐらいですね。その人たちが必ず医師が不足しているところに行くのかどうかもわかりません。行くとしても、今から医科大学をつくったとしても医師になるまで 10 数年かか

るわけですね。実際に効果が出るのが20年後ぐらいでしょう。先ほどの河野先生の未来予測のように、医療ニーズがある時点でだんだん減ってくるかもしれないという予測もあるので、他の対策を考えたほうが現状の問題解決にはいいのではないかと、私自身は考えています。今の問題を解決するには入学定員増や新設医科大学は実効性がないのではないかと思います。医師を養成するのには、一人前になるまでどうしても10数年から20年かかると思うのです。未来予測が難しいにしても、入学定員を増やす前に、喫緊の問題解決を先にやるほうが重要ではないかと思っています。

河野 新設医大をつくるのにかなりのお金がかかります。患者数は2030年から35年あたりを過ぎれば減ってきます。そのときに医師数を調整するとなると、すごいお金をかけた新設医大をなくすということはなかなか難しい。不可能です。そうになると、医師数の調整能力のフレキシビリティが非常に低くなります。既存の医科大学に、教員ですとか設備等の投資をして、医師数を増やす形で、将来の機能的なフレキシビリティを保った方が、政策的には絶対有利だろうと思います。今つくったとしても、将来の必要医師数の減少を考えると、また医師の育成に要する年月を考えますと、かなり前から医学部入学定員を減らさなければいけなくなります。そうしますと、医学部定員を増やす期間は長くありません。医学部を新たにつくるという政策は極めて効率の悪い選択ではないかと思っています。

吉村 ハード面での莫大な投資が必要なことは勿論ですが、教育スタッフも、全国医学部長病院長会議の報告では、現在、学生1人に対して臨床系の教員は1人以上配置されていますから、学生600人として、600人の医師が必要です。1大学あたりです。新設のたびに、地域で活躍している中堅の医師が教員として大量に採用されると、現場の医師不足が加速して医療崩壊がさらに進むことが危惧されています。また、一旦採用されたはいいけれど、すぐに縮小されるとなると、これも莫大な損失という大変な無駄遣いになります。もう一つは、今後、18歳人口はますます減って行くわけですから、相対的に医学部入学への門戸はますます広がってゆきます。医学振興の前号にも書いたんですが、昭和40年代は、18歳人口

の700人に1人くらいの割合で医学部に入学していたのが、今年、平成23年では、130人に1人が入学する時代になっています。入学の難易度が以前の5分の1以下にまで低下している。予測では、いずれ、今の入学定員のままだと、100人以下に1人の割合で医学部に入学できる時代となることが確実視されています。ちなみに、これは、18歳人口の1,000人あたり10人以上という極めてハイスピードの医師養成数にあたります。すでに、全国医学部長病院長会議でも、最近の入学定員増に伴う医学生の学力低下が問題となっています。今後、倫理面とか、人間性を含めた医師としての資質に問題のある学生が増えてくるとなれば、将来の医師の質の低下に直結します。医科大学のエゴではないかといわれますが、医師の質の確保は社会全体の問題です。この面からも医学部の新設には強く反対すべきだと思います。

小栗 無医大県解消構想が昭和48年に閣議決定され、実際は49年から医学部入学定員が増えていき、現在すべての県に医科大学が設置されています。しかし、過去の経緯を見ると、昭和57年の閣議決定において、「医師については全体として過剰を招かないように配慮すること」として、昭和60年より定員削減が始まり、本協会加盟大学においても昭和63年から定員削減を行っています。これから医科大学を新設しても、いずれ10年以内に今度は定員削減という問題が生まれてくると思うのです。その時に、500億、1,000億を投入して大学を設置しても、10年後には閉鎖するとなると、非常に難しい問題だと思います。文部科学省の「今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会」の論議の中においても、研究分野を特化した大学の設置が提案されています。それもまた1つの方策とは思いますが、今のところ新たな大学の設置は、現在国の予算が非常に厳しい状況の中で難しいと思います。そのような状況を勘案して、既存の大学に新たな資源の投入をし、その中で定員の問題をクリアしていくのがよろしいのではないかと存じます。

寺野 新設医大の話題というのは、この2～3年非常に大きな話題になっているのです。どちらかといえば私立医科大学ないし私立大学で医学部をつくりたいと手を挙げたところがあって、それを中心に文部科学省が動いてきたのです。それをめ

ぐって文部科学省で検討会が開かれていて、栗原先生はその委員で出ておられるのですが、ここではどういう議論になっていますか。

栗 原 20名の委員から構成されており、各界から出ていらっしゃいます。医療の現状をよく理解されている方ばかりではありませんが、皆さんが新設医科大学をつくれというような雰囲気ではないと思います。もっと慎重に対処しようというような意見が強いと思います。ヒアリングで何人もの方に来ていただきました。一部の方は新設医科大学に賛成ですが、新設医科大学に積極的に賛成ではないと思っています。

寺 野 そういうように聞いているのですがけれども、けっこう乱暴な方向、つまり強引に新設しようという方向に持っていこうとする人もいるというようにも聞いているんです。最初にこの問題が起こったときに、全国医学部長病院長会議で声明を出しておりまして、それを読んでいただければわかるように、何もそのときから変わっていないのです。今回の内閣改造で、新たに政策を担当する方々にはそれをもう一度よく読み直してもらいたい。資料はいつでもお渡しするので、それをよく読んでいただければ、事情はわかると思うのです。

ただ、先ほどちょっと話がありましたが、研究に特化した新たな大学をつくるというのは非現実的だと思います。そういう主張をされる方もいらっしゃるみたいですけれども、それを目的とするために新設医大が必要だというのは、僕は理由にならないと思います。

吉 村 臨床のない研究だけの大学、これは理学部で、医科大学とは言えないのではないかと思います。

栗 原 研究者育成は、基本に戻って大学院を充実させて良質の研究者教育をきちんとやればいいと思うのです。医科大学を出たメリットは、臨床もある程度勉強しているということだと思います。研究者育成は地域医療者育成とはまた別のベクトルだということのように考えています。

例の文部科学省の検討会でも発言したのですが、全国医学部長病院長会議と私立医科大学協会は、新設医科大学の設置に反対しています。日本医師会も反対しております。私は日本私立医科大学協会の教育・研究部会担当副会長ですので、第

8回目の会議の折に、私見として意見を述べました。日本私立医科大学協会は医学部入学定員増についてはこれまでも協力してきました。入学定員120名を目途として定員増に協力することは各々ではない。さらに余力があるところは、各大学の事情に応じて対応していくという声明を出しております。

寺 野 今までの議論に出てきているのですけれども、新設の医大とか医学部をつくって医師数を増やすというのは非現実的・非合理的で、先ほど言ったような弁護士の世界、薬剤師の世界、歯科医師の世界、そういう世界に医師を持っていこうということになってしまう。それは国民の不幸であると思うのです。

跡 見 医師のエゴでないということ。

寺 野 国民のためです。と同時に、フレキシビリティという言い方がさっきから出ているわけですが、医師の数を必要に応じて増加したり減らしたり、そういうシステムが必要であるということ。これは、国が責任を持つべきです。国家が責任を持つべきだということは、国立が中心になるかなと思うんですけど、必要なときにある程度の数を増やす。130人にする、余ってくれば80人にする、というほどのフレキシビリティを保って国がコントロールしていけば、この問題は片づきますよ。総数としてはですよ。偏在の問題はまた別ですが、その点をしないで、私立大学をつくるべきだというようなこと、しかも本当に教育需要があるかどうかかわからないようなところに、つくれつくれと言っているのは、何かおかしい。ここには何か不透明なものがあるのではないかという疑惑が出てきますね。これは政治がきちんと理解する必要がある。ちょっと激しいですけど。

明 石 お金の問題もとても大事だと思います。例えば弁護士にしても薬剤師にしてもそうですが、やはり医師の養成にはとてもお金がかかるということと、できて医師が過剰になったときに、現在、医師が足りないという地域に充足していく。でも、そこで医療を展開すると、ものすごく不採算で、それは自治体の負担から何から大きな財政負担を伴うかもしれない。ですから、過剰になったときには国民の負担というのはとても大きくなるのだと思います。それを考えると慎重にやるべきだと思うし、きょう先生方のお話を伺っても、先

にやるべきことは山ほどある。やれることが山ほどある。それから何より、先日、税制と社会保障の一体改革案が出ましたが、あれが実行に移されるまでだってどうなるかわからない。

今、国が財政破綻に近く、社会保障費が大問題であり、これから低負担高福祉というものが続けられない中で、将来ビジョンがない。経済が悪くて、みんなお金がないと言ったら、日銀がお札を刷りましょうと。とにかくお札を増やしましょうと言っているのと同じような気がします。刷ったお金をどう使うとか、そういうことが決まらないうちに、医学部の新設をしても、世の中が決して良くなるとは思えない。

寺 野 医師数の不足とか偏在とかいう一般論と、特定の医大・医学部というのをつくろうという動きとは区別していかないといけないと思います。

吉 村 過去4～5年間、もっぱら医学部定員増をどうするか、新設をどうするかといった議論に医療界全体が振り回されています。いまお話があったように、本来、急いでやるべきこと、偏在対策なんかの具体的な議論がほとんどなされていないのは本当に情けない。たしかに、入学定員は増えましたが、増えたことで、皆さんよかったよかった一安心といった安堵感のようなものが漂っています。でも、定員が増えたのは、4年前から今年にかけてですから、最初の定員増の学生は、ようやく4年生になったばかりです。まだ、定員増の効果は全く何もあらわれていない。増えたのは、大学の定員増の手続きと教育負担だけです。きょう議論したことを実行に移せるような具体的な議論を早速に始めて頂きたいと思います。

跡 見 新設の問題とかそういうのは、実は10何年前に論議されるべきだった。将来を見通して議論すべきであったものが議論されてこなかった。要するにグランドデザインというか、日本の医療をどう考えるかということが欠如していた。そういうところが非常に大きかったというのが、皆さんのご意見だろうと思います。そういうものをどう解決していくかということは、先ほどから出ているように、医科大学・医学部という医師を養成する機関が積極的にかかわり合っていかなければいけないということで、次世代に期待するのですか。

寺 野 我々がやらなければいけない。

吉 村 自戒を含めてね。

跡 見 我々私立医科大学協会も含めて医療関係者、医療従事者が積極的に提言し、発信していかなければいけない。そういう問題だということですね。

何か言い足りないことがありますか。

【医療崩壊解消に向けた更なる課題】

河 野 一言だけ付け加えさせてください。先ほどからの医師数の問題の中で、今日はあまり議論されてなかったのですが、必要な医師数というのは医療体制、医療レベルによって全く異なります。ですから医師数だけを議論しても十分ではないので、これからどんな医療体制に持っていくのかを並行して考える必要があります。今日日本の在宅死亡率というのは12%ぐらいですが、1980年からそれ以前は30～40%でした。今も在宅死亡率が30%あまりであれば、医師数が十分に足りていることになります。在宅医療では、1人の医師が診れる患者数がずっと増えますので。このように医療体制をどうするのかということを併せて考えれば、医師数を増やすのではない選択肢があるし、またこの点をはっきりさせないと、医師数について社会一般は納得しないのではないかと思います。こうすれば、この人数でちゃんと医療が維持できるという提言を、ぜひ日本私立医科大学協会から発信していただければと思います。

吉 村 もう一つ付け加えていただければ、今後、高齢者が急激に増えることを考えると、医師ばかりではなく、コメディカルスタッフ、特に、ナースの役割分担も大きな課題になると思います。

跡 見 非常に大きなご指摘ですけど、時間になりましたので、これで座談会を閉じたいと思います。どうもありがとうございました。(了)

論

壇

諸外国における地域の医師確保の 取り組みとわが国での解決策について

北里大学副学長、医学部衛生学教授

相澤好治氏

同公衆衛生学講師

和田耕治氏

同公衆衛生学助教

太田寛氏

1 要約

医療提供体制を確保することは国の責務であり、特に地域の医師不足は倫理的にも重要な課題としてすでに世界中で様々な取り組みが行われている。本来は医師が自主的に医師不足地域での医療に関わることが望ましい姿であるが、自主性のみに委ねるとすべての地域を網羅することができない。医師不足地域に医師を派遣するために行われている諸外国での代表的な取り組みとしては、①インセンティブによる医師の派遣、②政府や自治体により雇用された医師の派遣、③報奨を伴わない地方勤務の義務化がある。

我が国においてもすでに医師不足地域の解消のために様々な取り組みがなされているが、単純に医師の数を増やすということだけではなく、根本的な施策が必要である。諸外国においても行われている以下の施策の検討が我が国でも求められる。

1. 報奨による自発的な配置：給与などの待遇面だけでなく、専門医、指導医取得などにおいて、一定期間の医師不足地域での診療活動を優遇措置ないし条件として位置づけることも検討に値する。
2. 医師の義務としての配置：医師不足地域での診療活動を、国の制度として医師に義務化する。

①一律義務化

卒業後一定期間、医師不足地域での診療を義務付ける。

②国からの補助金額に応じた配置

臨床研修修了後、大学への補助金額に応じた一

定期間、当該出身大学卒業生の医師不足地域における診療活動を義務化する。

それぞれの施策には利点がある一方で課題も多く残されている。しかしながら、地域の医師不足の解消は喫緊の課題であり、早期に体制の整備などを行うことが求められる。

2 はじめに

都市から離れた医師不足地域における医療提供体制を確保することは、その地域住民の人権を守り、都市との格差を減じるなどの観点から国の責務であるだけでなく、倫理的側面からも重要な課題となっており、すでに世界中で様々な取り組みが行われている。本来は、医師が自主的に医師不足地域での医療に関わることが望ましい姿であるが、自主性のみに委ねるとすべての地域を網羅することができない。諸外国での代表的な取り組みは、①インセンティブ（報奨や医学部の学費ローンの返済免除など）による医師の地域への派遣、②政府や自治体により雇用された医師の派遣（外国人医師に対してなど）、③医師に対しての報奨を伴わない地方勤務の義務化がある。

諸外国の取り組みとわが国での対応を比較検討すると、すでにわが国で行われていることも多いが、新たに導入を検討すべき対策もある。インセンティブに基づいた地域への派遣は、すでに多くの医学部で推薦入試と在学中の奨学金などに対して、卒業後に一定期間を当該地域で働くことについて覚え書き

などを交わすことが行われており、その成果が期待されている。また、OECD加盟の先進国の中でも少ないとされる医師数についても、すでに過去4年間で医学部入学定員は7,625人から8,923人へと1,298人の増員が図られており、いずれ2030年頃には医師数はOECD加盟国の平均値に達し、その後もさらに増え続けることが予測されている。

しかし、たとえ医師数が増加したとしても、並行して根本的な施策として有効な医師偏在対策がとられなければ、医師不足地域で診療する医師数の増加は期待できないことは明らかである。2008年4月～10年3月に臨床研修をした7,512人を対象とし、5,250人(69.9%)が回答した厚生労働省の調査では、医学部卒業後の「臨床研修制度」を終えた医師の8.1%は「既に医師不足地域で働いている」と答え、65.4%が、医師不足地域での勤務について「条件が合えば従事したい」と答えた。一方で、25.5%は「条件にかかわらず希望しない」と考えていることが報告されている¹⁾。医師不足の地域で働く条件(複数回答)は「自分と交代できる医師がいる」が最多で55.7%、次いで「一定の期間に限定されている」(53.8%)、「給与がよい」(47.0%)の順であった¹⁾。

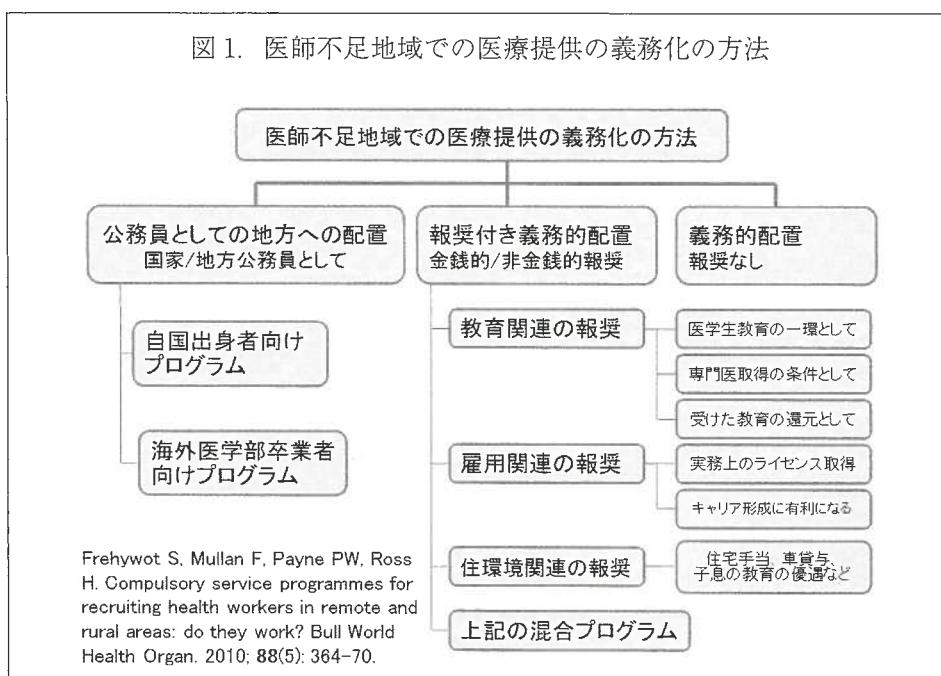
本稿では、諸外国での対策を参考に、我が国において給与面や専門医取得資格の優遇などの報奨による医師不足地域での医師確保の支援制度、および大学医学部に対する国家からの補助金の額に応じた医師不足地域での診療を義務付ける制度の可能性を検討し、提案を行うこととした。

3 諸外国での取り組み

発展途上国はもちろんのこと、先進国においても医師の偏在や不足による、地域間格差の是正が問題となっており、これを戦略的に改善する様々な取り組みが行われている。諸外国における、医師不足地域に医師を計画的に派遣するための仕組みは図1のように分類される²⁾。

1) 外国人医師の配置

図1. 医師不足地域での医療提供の義務化の方法



オーストラリアでは海外からの医師は最低10年間医師不足の地域で働くことが求められている。

2) 報奨付き義務的配置

①教育関連の報奨

医師国家資格や専門医資格の条件として、地方勤務を義務付ける方法である。医学生として地方で働く、卒後に一定期間地方で働く、専修医として専門医取得の過程で働く、などがある。専門医を取得するまでの専修医などを医師不足の地域の医療機関へ計画的に配置することは、タイにおいてすでに導入されている。医学生と大学は入学前に卒後の地方での勤務について契約を行っている。卒後に地方への派遣を希望しないものは40万バーツ(約120万円=プライベートクリニックで4ヶ月分の給与)の支払うことを求められる。また、内科専門医などを目指す場合には3年間は政府の指示の下で働くことが義務づけられる。

②キャリア関連の報奨

管理者や指導者としての資格を得るための条件として、地方勤務を義務付ける方法である。例えば、地方勤務により、免許の取得の過程が短縮されたり、またキャリア形成に有利になったりする。

③住環境関連の報奨

地方勤務をすることにより、住宅手当がついたり、車の貸与などを行ったりする方法である。

3) 報奨無しの義務的配置

医師の地方勤務を義務化する方法である。法律な

図 2. 効果的な医師不足地域への医師の確保にむけた介入と評価指標

指標	医師不足地域へ移住する意向 医師不足地域に留まる意向 医師不足地域を離れる意向	新規採用された医療従事者の数	医師不足地域に留まる医療従事者の割合 医師不足地域に留まる平均年数	地域の医療レベル 仕事への満足度 患者満足度
方向	魅力の創出	新規の採用・入職	医師不足地域での継続就労	医師提供レベルの維持向上
介入方法	医師不足地域への医科大学創立			
	医師不足地域と関連した教育プログラム、医師不足地域の医療機関への配置			
	多角的な教育プログラム			
	継続的医学教育			
	金銭的報奨			
	職業的サポート			
	計画的配置			
	遠隔サービス、遠隔医療			

Dolea C, Stormont L, Braichet J-M.
Evaluated strategies to increase attraction
and retention of health workers in remote and
rural areas. Bulletin of the World Health
Organization. 2010; 88(5): 379-85.

どにより医師の勤務地を決める。

また、これらの取り組みのアウトカムの評価については図 2³⁾のような指標が提案されている。

4 わが国での取り組みの現状

2005 年の「新医師確保総合対策」、2006 年の「緊急医師確保対策」、さらに「経済財政改革の基本方針 2008」を踏まえて、医学部入学定員を 2011 年度に 8923 人に増員した。この人数は、最も定員の少なかった 2003～2007 年の 7625 人と比較して 1298 人の増加となっている。このうち、地域枠による入学定員は 1171 人となっている。

また、すでに報奨付き義務的配置は、自治医科大学、防衛医科大学校、産業医科大学で以前から行われている。そこでは卒業後在学期間の 1.5 倍（9 年間）それぞれ指定された業務や地域で行なう義務があり、これを希望しない場合は奨学資金、修学資金、償還金等を返還することが求められている。

近年は前述の地域枠の入学者に対して、入学可否に対して優遇したり、地方自治体が奨学金などを支給したりするなどのインセンティブを与え、卒業後に当該地方自治体における義務的配置が行われている。この枠での出願に対しては、将来、指定された地域での一定期間の勤務をするという誓約書の提出が必要とされている。義務となっている一定期間の勤務ができなくなった場合のペナルティについては、決まっていない場合も多いようであった。

1) 入学可否での優遇

選抜方法については、推薦入学および試験による選抜方式の両方の方法がある。推薦入学には地域の自治体からの推薦や面接が必要とされている。また受験者の出身については、地域の出身者、地域に地縁や血縁のある者に限定していることが多いが、医師として指定された地域で働く場合は必ずしも限定はされていない場合もある。

「地域枠」での可否での優遇とは、例えば、地域枠と一般枠で併願していた場合に、募集人員が一般枠で 60 人、

地域枠で 25 人だったとすると、まず上位 60 人は一般枠で合格、61 番目の人は地域枠も併願していれば合格、一般枠のみの場合は不合格となる。

2) 地域で一定期間医師として働くことにより免除される奨学金の供与

「地域枠」で合格した医学生に対して県などの自治体が奨学金を貸与する。地域によって金額は多少異なるが医学部 6 年間の総額で 1000～1400 万円（月 15 万円程度）となっている。卒業後に一定期間、特定の地域や病院で医師として勤務することにより、奨学金の返済が免除されることになっている。義務年限としては、貸与期間の 1.5 倍の 9 年間としている地域がほとんどであるが、1 倍の地域もあった。義務年限の勤務ができなかった場合には、奨学金の全額の返済を求められる。利子はつけないとする場合が多いようである。

5 わが国での今後の対策の提案

1) 報奨による自発的な医師確保

給与などの待遇面の優遇に加えて、認定医・専門医、指導医取得などにおいて一定期間の医師不足地域での診療活動を必要条件あるいは優遇措置とすることが考えられる。必要条件としては、一定期間の医師不足地域ではあるが、専門的な研修が可能な医療機関での研修を義務付け、優遇措置としては研修期間の短縮や登録料の減額などがありうる。

これにより、医師の医師不足地域での自発的な診

療活動が推進される可能性があるが、専門医学研修に適した医療機関の当該地域に存在することが前提となる。また専門医制度を実施する母体である各学会の同意を得る必要があり、調整に相当の時間を要することが予想される。さらに本務医療機関の了解が必要であり、医師不足地域の医療機関との協定も必要になると思われる。

2) 医師の義務的配置

卒業後一定期間、医師不足地域での診療活動を、義務化する国の制度を作る。これにより、ほとんど全ての医師が診療に参加するので、必要な医師数を十分確保することができる。

①一律義務化

医師不足地域の診療活動充実には、最も有効と思われるが、医師の診療活動を一定期間拘束することになるので、義務化の根拠が必要であり、これに対する医師の十分な理解と了解が条件となる。

②国からの補助金額に応じた配置

義務化の根拠としては、在学中に受けた国からの補助金があげられる。補助金は社会にとって必要な医師育成のために大学に支払われ、学生は学費の面で、その恩恵を受けており、卒業後は積極的に社会に貢献することが暗黙のうちに求められている。勿論最終的に診療科と診療の場所の選択の自由は確保されるべきであるが、医師不足地域で適切な診療技術の習得が可能な医療機関で、受けた補助金に応じて、卒業後一定期間に限って任務が義務化されることは、社会通念上不適切とは言えない。また医師不足地域での診療は生涯研修の一環として行なわれるべきであり、単に医療活動の提供だけでなく、臨床能力の向上になるよう適切なプログラムを作成すべきである。

補助金額に応じて当該診療期間を設定するとすれば、私立大学と国立大学の補助金の比はおおよそ1:4.4と推計され、義務年限は1:4あたりからの議論が妥当と思われる（参考）。

医師個人の特性を配慮して、地域医療活動に加えて、保健所職員など地域保健に貢献できる生涯研修プログラムを含めることも可能と思われる。また基礎医学を志す医師も少ない事情を考慮すれば、基礎医学教室に所属する期間を、医師不足地域での診療活動期間と同等に認めることも勧められる。やむを得ない事情により、上記いずれも選択できない場合は、補助金額を返還することにより免責できる余地

を残すといった幅を持たせた制度運営が望ましいと考えられる。さらに女性医師に対して産休や育休といった配慮が必要である。

本制度を具体化するには、医師と医療機関のマッチングを円滑に行なえる組織を作る必要がある。医師不足地域の地方行政組織と医師がマッチングをすることが妥当と考えられるが、その結果を中央官庁（文部科学省、厚生労働省）に集約し、義務年限の開始と終了を記録するとともに、医師の充足状況を観察する必要がある。

入学時にこれらの条件を提示して受験生の選択機会を与えることが望ましいが、入学生が卒業時点で開始すると6年間のタイムラグを生じる。そのため移行期として努力義務化することを考慮することが必要と思われる。

【参考】

○某私立大学医学部に交付される年間補助金額 平均

⇒1,352,000 千円…A

学生数（2010 年度）⇒676 名…B

学生一人が1年間に受ける補助金額 $A \div B \Rightarrow 2000$ 千円…C

学生一人が6年間で受ける補助金額 $C \times 6$ 年間

⇒12,000 千円

但し、補助金は「一般補助」と「特別補助」から構成される経常費補助金であり、医学部への交付額である。両者の構成比率は一般補助 86%、特別補助 14%であり、大学により異なる特別補助金を除き、一般補助金のみを対象とすれば、総額の四分の三程度とみなせる。

○某国立大学（医科大学）の運営費交付金

⇒5,638,000 千円…A

学生数（2010 年度）⇒634 人…B

学生一人が1年間に受ける交付金額 $A \div B$

⇒8,892 千円…C

学生一人が6年間に受ける交付金額 $C \times 6$ 年間

⇒53,356 千円

・私立大学と国立大学の補助金の比は $12:54=1:4.4$ であり、義務年限は凡そ 1:4 とすることが妥当である。

【参考文献】

1. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001hia9-att/2r9852000001hqdl.pdf>
2. Frehywot S, Mullan F, Payne PW, Ross H. Compulsory service programmes for recruiting health workers in remote and rural areas: do they work? Bull World Health Organ. 2010; 88 (5) : 364-70.
3. Dolea C, Stormont L, Braichet J-M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. Bull World Health Organ 2010; 88 (5) : 379-85.

資料特集

「私立医科大学による東日本大震災医療支援について」

この度の東日本大震災に対応し、本協会加盟大学は、被災地への医療支援として、大震災の直後（平成 23 年 3 月 11 日）から、被災地の病院、診療所、医療救護所、避難所等における医療救護、心のケア、ドクターヘリ等による患者搬送、災害時死体検案支援活動等を行っている。

加盟各大学の支援状況を把握するため、平成 23 年 9 月 9 日現在の医師等派遣状況を取りまとめた。この調査は今後も継続して行っていく。

【資料 1】被災地への医師等派遣状況（国公立私立大学別）

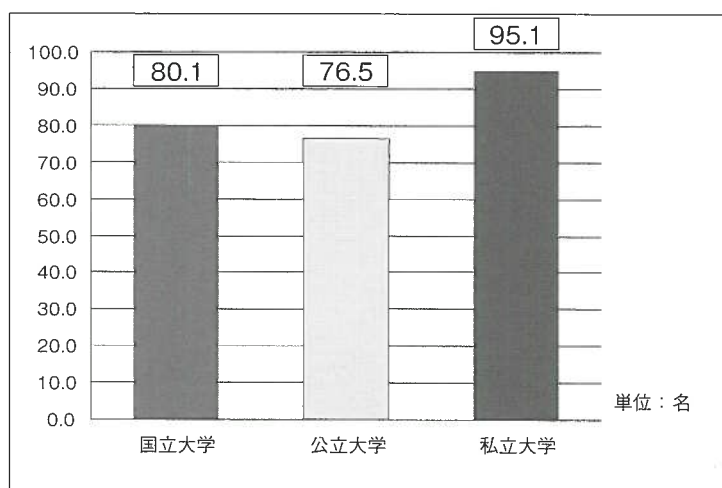
【平成23年9月9日現在】

一般社団法人 日本私立医科大学協会

DMAT含む医師等派遣状況

	大学数	病院数	チーム数	派遣人数	派遣延べ人数
国立大学	41大学	44病院	992チーム	3,288名	(未公表)
公立大学	7大学	8病院	184チーム	536名	(未公表)
私立大学	29大学	65病院	846チーム	2,757名	11,612名

1 大学当たりの医師等派遣人数（単位：名）



【派遣人数のカウント方法】

医師5名、看護師1名、臨床心理士1名、事務1名のチーム構成で支援を行った場合、計8名を派遣人数としてカウントした。

【派遣延べ人数のカウント方法】

医師5名、看護師1名、臨床心理士1名、事務1名が4月23日から26日（4日間）まで支援を行った場合、4日間×計8名＝32名を派遣延べ人数としてカウントした。

【資料2】被災地への医師等派遣状況

【平成23年9月9日現在】

チーム数 846 チーム

派遣延べ人数 11,612 名

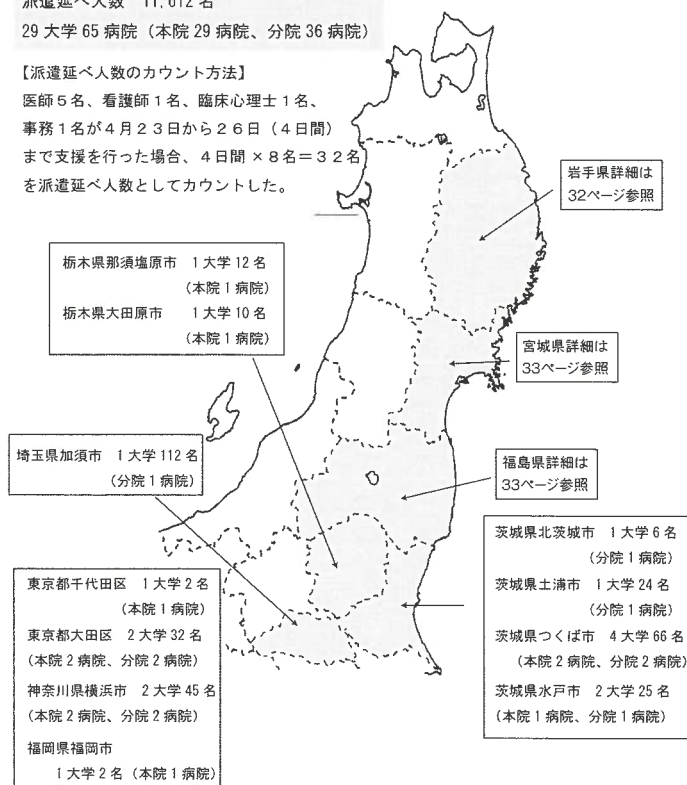
29 大学 65 病院（本院 29 病院、分院 36 病院）

【派遣延べ人数のカウント方法】

医師5名、看護師1名、臨床心理士1名、

事務1名が4月23日から26日（4日間）

まで支援を行った場合、4日間×8名＝32名
を派遣延べ人数としてカウントした。



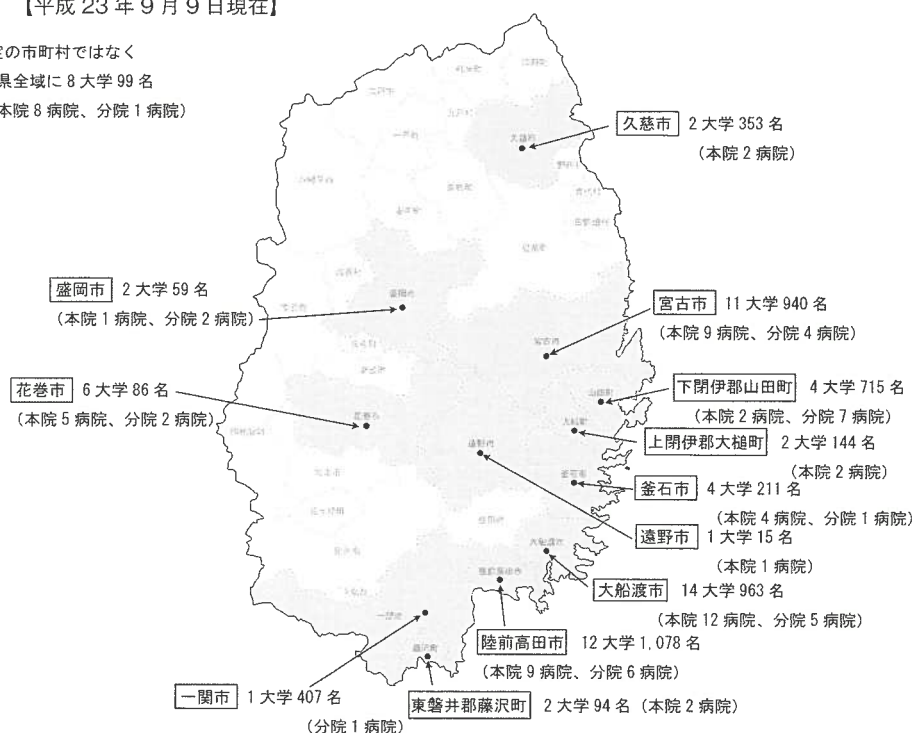
【資料3】私立医科大学附属病院の被災地への医師等派遣状況（岩手県）

【平成23年9月9日現在】

※ 特定の市町村ではなく

岩手県全域に 8 大学 99 名

（本院 8 病院、分院 1 病院）



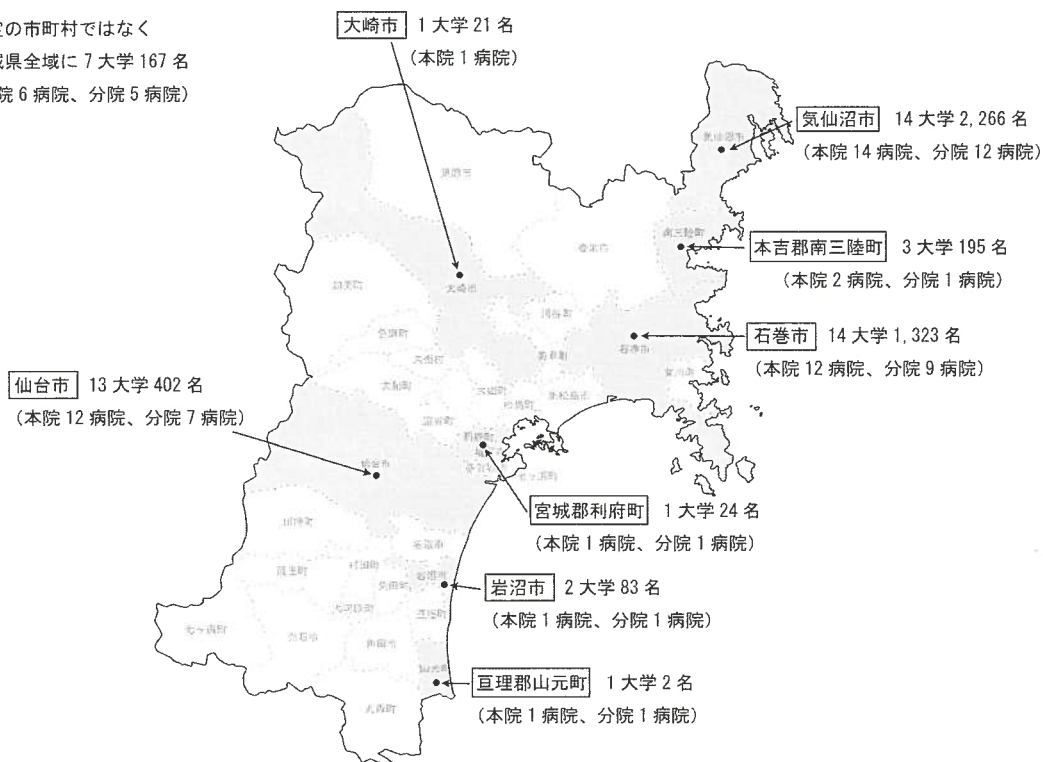
【資料 4】私立医科大学附属病院の被災地への医師等派遣状況（宮城県）

【平成 23 年 9 月 9 日現在】

※ 特定の市町村ではなく

宮城県全域に 7 大学 167 名

（本院 6 病院、分院 5 病院）



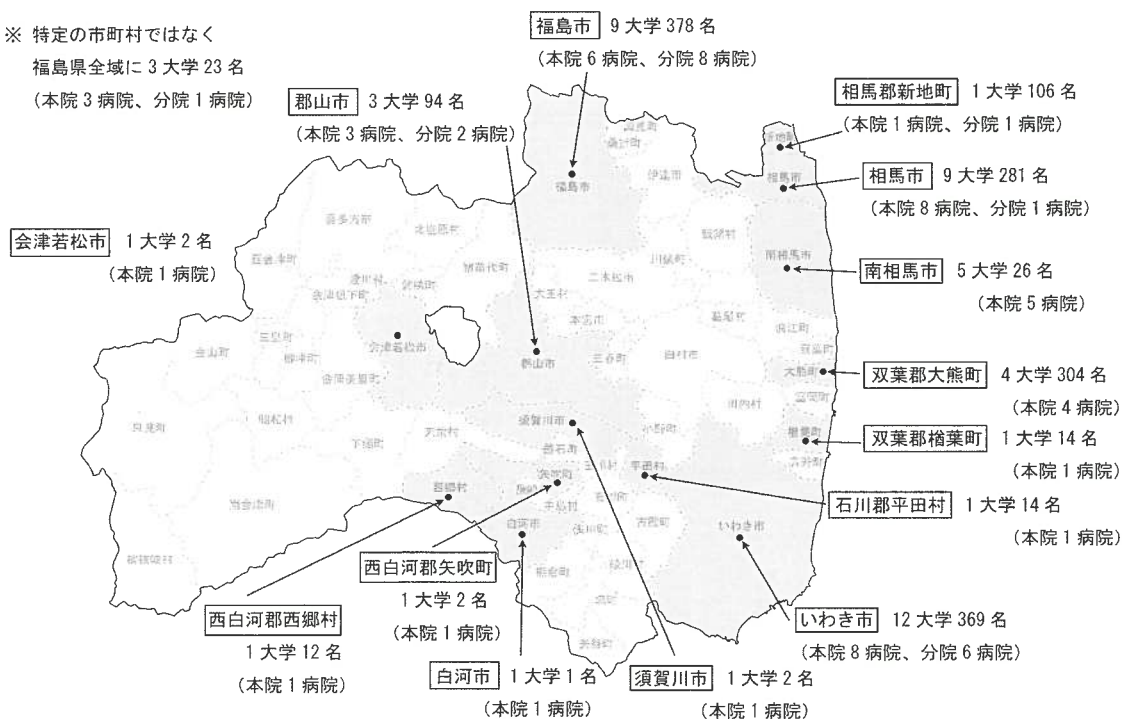
【資料 5】私立医科大学附属病院の被災地への医師等派遣状況（福島県）

【平成 23 年 9 月 9 日現在】

※ 特定の市町村ではなく

福島県全域に 3 大学 23 名

（本院 3 病院、分院 1 病院）

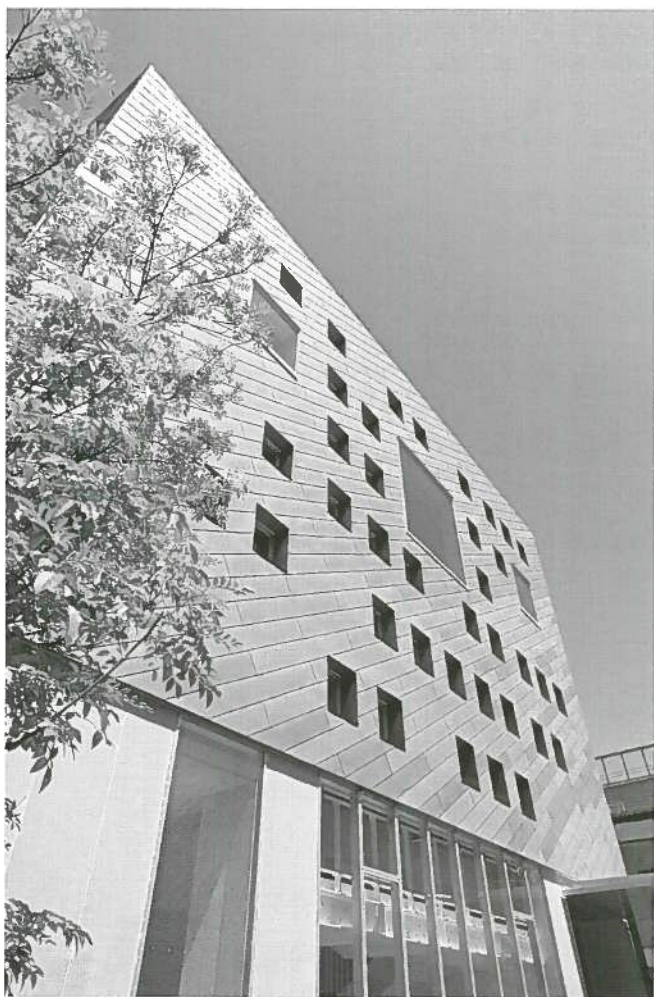


施設紹介

医科大学が果たす役割・使命は、本格的超高齢化社会の幕開け、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。

昭和大学

16号館・講義棟竣工



16号館・講義棟外観



学生ホール

昭和大学では、かねてより建設中であった16号館・講義棟が平成23年8月4日に竣工しました。16号館・講義棟は本学薬学部6年制移行と医学部附属看護専門学校の定員増に伴う講義室充実のため、また他学部の教育環境充実のため設置されました。

同施設は、地上3階・地下1階で、住宅と隣接していることから太陽光の反射を最低限に抑えた構造と防音効果を高める壁面になっています。また、照明にはLEDを多用するなど環境にも配慮しています。1階はエントランス及び学生ホールで、学生がくつろげる空間となっています。また、プロジェクター・スクリーンが整備されており、グループ学習の発表時にも利用できます。地下1階・地上2階にはそれぞれ228人収容可能な講義室、地上3階には174人収容可能な講義室があり、いずれの講義室も最新の視聴覚設備が設置されています。3階は講義室としての他、多目的ホールとして使用できる設えとなっています。

東京慈恵会医科大学

葛飾医療センター（現附属青戸病院）竣工



葛飾医療センター外観

東京慈恵会医科大学では、創立 120 周年事業の一環として、附属青戸病院のリニューアルを進めてまいりましたが、平成 23 年 10 月 31 日に 21 ヶ月の工期を経て竣工しました。平成 24 年 1 月 5 日には名称も新たに「東京慈恵会医科大学葛飾医療センター」として開院の予定です。

建物概要は地上 9 階建て延床面積 29,191㎡、現病院の約 1.5 倍の規模に拡張されました。構造は鉄骨造、免震構造を採用し大地震発生時でも災害拠点病院として診療機能が継続できるよう設計されています。設備面では先進的な省エネルギー対策を実現し地球環境に配慮いたしました。

病床数は、現病院よりもダウンサイジングし 365 床となります。P.F.M（Patient Flow Management）により医療の質を担保しつつ一層の効率化を実現します。重点機能として、1 階に救急室、総合内科、小児科を一体的に配置し初期医療を強化します。4 階は手術室 8 室、血管内治療室、集中治療室 14 床を配置し急性期医療を強化します。5 階は合同医局やスキルスラボ、メディアセンター、講堂を配置し教育・研究や生涯学習の充実を図ります。6 階から 9 階は病棟エリアで、各階に感染症対応病室を配置し感染対策を強化します。最上階は特別室を含む個室中心の病棟で、客船をイメージした上質な療養空間を提供します。

「東京慈恵会医科大学葛飾医療センター」は「地域と共生し進化・創造し続ける病院」をコンセプトに、大学病院として、地域中核病院として医療圏のランドマークになることが期待されます。



1F エントランス



9F 特別個室

埼玉医科大学

15号館オルコスホール竣工



オルコスホール外観

埼玉医科大学が、医学部定員増に伴う教育環境整備の一環として、計画を推進してきた毛呂山キャンパスの教育棟が遂に完成し、暖かく晴れ渡る平成23年3月吉日、学生会長等のテープカットと共に竣工されました。

新教育棟は、地上4階建て、延面積2,997.83㎡、マルチメディア教室1室、普通教室6室、最大収容人員154名／教室の最先端設備を兼ね備えた創造豊かな教育施設です。

オルコスホールと命名されたこの教育棟ですが、オルコス (orkos, $\sigma\rho\kappa\omicron\varsigma$) とは、誓いを意味するギリシャ語で、英語の oath に相当し、ヒポクラテスの誓い ($\text{Ὁρκὸς τοῦ Ἱπποκράτη, The Oath of Hippocrates}$) のオルコス (誓い) です。その原文には当時 (紀元前460年前後) のギリシャの医療事情を反映した医師の「心得」と「作法」が記されていたそうで、1階ロビーにはモニュメントのレプリカが展示されています。

現代にふさわしくヒポクラテスの誓いを訳すと、その心は、まさに本学の「建学の理念」であり「師弟同行の学風」にも通じるところがあります。本学は、この「誓い」のオルコスホールで「生命への深い愛情と理解と奉仕の精神」が培われ、「自らが考え、求め、努め、自ら生長する主体性」が涵養されることを、全ての学生に期待いたします。



玄関



教室

金沢医科大学

氷見市民病院新築移転オープン



病院外観

金沢医科大学は平成 20 年 4 月 1 日から指定管理者として氷見市民病院の運営を行い、経営の立て直しに取り組んできましたが、築 40 数年が経過している建物の弊害は多く、また、近隣の病院はすでに増改築工事を終えていることなどから、医療圏内の他の急性期病院との競争力が著しく低下し、患者の市外流出や医師・看護師確保の妨げの一因となっていました。

約 1 年の工事期間を経て 9 月 1 日に開院した新病院は、建築面積が旧病院の約 1.3 倍になり、救急外来、手術室、集中治療室、血液浄化センター、内視鏡センターなど急性期医療に対応する施設の拡充が実現しました。また、64 列マルチスライス CT 装置やデジタル血管撮影装置などの最新機器も導入しました。一方、回復期医療にも十分対応するため、「回復期リハビリテーション病棟」49 床を新設しリハビリの重点化を図りました。リハビリの 365 日実施体制と患者 1 人 1 日 6 単位（2 時間）以上のリハビリ提供は地域でも最大規模を誇り、患者さんの早期社会復帰が期待されます。また、検診やドックなどの予防医療を推進するため、専従の医師とスタッフを

配置した「健康管理センター」を新設しました。新病院の完成は、地域完結型の医療への大きな一歩となります。



外来待合室



総合受付

【建物概要】

構造規模：鉄骨造、地上 6 階建て

敷地面積：36,004m²

延床面積：22,522m²

医大協ニュース

岩手医科大学

《役職者の人事》

◎高度看護研修センター長就任

藤岡知昭

平成23年7月1日付

《教授の人事》

◎教授就任

有賀久哲（放射線医学講座）

平成23年5月1日付

志賀清人（耳鼻咽喉科学講座）

平成23年7月1日付

菊池 昭彦（産婦人科学講座）

平成23年7月16日付

◎特任教授就任

福島明宗（産婦人科学講座）

平成23年7月1日付

日本医科大学

《人事》

◎法人理事

田尻 孝（再任）

◎学長

田尻 孝（再任）

◎臨床教授

勝俣範之

以上、平成23年10月1日付

《訃報》

加藤富三名誉教授は、平成23年7月27日（水）に逝去されました。享年84。

東京医科大学

◎学校法人東京医科大学

○理事就任

吉川 治

平成23年7月1日付

○理事退任

野中 博

平成23年6月30日付

◎東京医科大学

《人事》

○名誉教授称号授与

白間一彦

平成23年4月1日付

○就任

教授

富井俊郎（英語教室）

平成23年4月28日付

瀬尾直美（生物学教室）

新妻知行（内科学第三講座）

南里和紀（内科学第三講座）

以上、平成23年6月1日付

石川雅彦（医療安全管理学講座）

平成23年7月1日付

吉岡邦彦（泌尿器科学講座）

平成23年8月1日付

臨床教授

田上 正（麻酔科学講座）

平成23年5月1日付

○退任

教授

富井俊郎（英語教室）

平成23年4月28日付

東京医科大学前理事長伊東洋先生（東京医科大学名誉教授）が東京医科大学創設者、高橋琢也先生の生涯をつづった「医学校をつくった男－高橋琢也の生涯－」（中央公論事業出版）を平成23年6月17日に出版されました。

東京女子医科大学

《人事》

◎教授（就任）

正岡直樹（八千代医療センター母体胎児科・婦人科）

平成23年5月1日付

◎特任教授（就任）

松田隆子（病態生理薬理学講座）

平成23年7月1日付

◎客員教授（就任）

先崎秀明（循環器小児科）

平成23年5月1日付

柴田重信（東医療センター内科）

平成23年6月1日付

清水俊彦（脳神経外科）

秋元哲夫（放射線腫瘍科）

以上、平成23年7月1日付

◎臨床教授（就任）

光永 篤（八千代医療センター内視鏡科）

平成23年5月1日付

川口鎮司（リウマチ科）

平成23年8月1日付

東京慈恵会医科大学

《人事》

◎理事

高橋紀久雄（就任）

香川草平（就任）

以上、平成23年6月1日付

◎教授

渡邊直熙（名誉教授）

田崎哲典（就任／大学直属）

磯西成治（就任／産婦人科学）

植田 毅（就任／自然科学教室
物理学研究室）

野呂幾久子（昇任／人間科学教室
日本語教育研究室）

以上、平成23年4月1日付

嘉糠洋陸（就任／熱帯医学講座
担当）

大西明弘（昇任／臨床検査医学）

以上、平成23年6月1日付

須藤正道（昇任／細胞生理学
宇宙航空医学研究室）

平成23年7月1日付

岡野ジェイムス洋尚（就任／総合
医科学研究センター再生医学
研究部）

平成23年9月1日付

昭和大学

《就任関係》

◎医学部精神医学教授（員外）

岩波 明（昇任）

平成23年7月12日付

◎昭和大学横浜市北部病院産婦人 科教授（員外）

小川公一（昇任）

平成23年9月13日付

◎医学部内科学（血液内科学部門） 教授

森 啓（異動）

平成23年10月1日付

《退任関係》

◎医学部脳神経外科学教授

慶應義塾大学病院

予防医療センター（仮称）開設へ

慶應義塾大学病院では、予防医療センター（仮称）を3号館南棟（2012年4月に竣工予定）の3階に開設して、同年8月から「人間ドック」を開始します。予防医療センターでは臨床各科や基礎医学教室の協力を得て21世紀にふさわしい医療のあり方、高齢化の進展に合わせた「健康寿命の延伸」という課題に取り組んでまいります。具体的には各種疾病をより早期の段階で診断する方法の開発や、さらに疾病予備群を抽出して予防的な対応を行うような研究を行いたいと考えております。予防医学を実践する場として新たに始める「人間ドック」では、64列CT、3および1.5テスラMRI、NBI内視鏡やPET-CTをはじめ数多くの最新鋭診断装置を導入して、三大生活習慣病（がん、心臓疾患および脳血管疾患）の早期発見だけではなく、加齢に伴う様々な疾患にも対処して、より精度の高い健診を行います。さらに、受診後の経過観察や各種指導を含めて受診者のニーズにきめ細かく対応できるようなシステムを目指しております。

阿部琢巳

平成23年8月31日付

教授）

平成23年4月1日付

《役職者人事》

◎副学長

伊藤誠二（再任）

澤田 敏（再任）

◎入試センター長

藤井 茂（再任）

以上、平成23年4月1日付

◎国際交流センター長

友田幸一（新任）

平成23年8月1日付

順天堂大学

《人事異動》

◎教授就任

須山正文（大学院医学研究科消化
器内科学／医学部内科学教室・
消化器内科学講座）

平成23年5月1日付

関西医科大学

《教授人事》

◎教授就任

宮良高維（内科学第一講座（感
染症担当）診療教授）

平成23年7月1日付

木下 洋（学長付（医学教育担
当）特命教授）

平成23年8月1日付

◎名誉教授称号授与

河本圭司（前脳神経外科学講座

大阪医科大学

《人事》

◎教授就任

東 治人（泌尿器科学）

平成23年4月1日付

内山和久（一般・消化器外科学）

平成23年6月1日付

植野高章（口腔外科学）

平成23年9月16日付

◎事務局長就任
磯田洋三
平成23年7月1日付

久留米大学

《理事退任》
◎学校法人久留米大学理事
荒川和博
平成23年6月27日付
《理事長退任》
◎学校法人久留米大学理事長
前川 博
平成23年7月24日付
《理事就任》
◎学校法人久留米大学理事
島 靖彦
平成23年6月28日付
《理事長就任》
◎学校法人久留米大学理事長
神代正道
平成23年7月25日付
《教授就任》
◎循環器病研究所
青木浩樹
◎先端癌治療研究センター
鳥村拓司
◎医学部附属病院臨床検査部
中島 収
以上、平成23年7月1日付
◎医学部医学科脳神経外科学講座
森岡基浩
平成23年8月1日付
◎医学部医学科外科学講座
田中啓之
平成23年9月1日付

杏林大学

《人事》
◎教授就任
松田剛明（救急医学）
平成23年10月1日付
《名誉学長の称号授与》

竹内一夫
長澤俊彦
以上、平成23年5月27日付

川崎医科大学

《人事》
◎教授
虫明 基（自然科学）
平成23年5月1日付
中村雅史（消化器外科学）
平成23年9月1日付
◎特任教授
伏谷建造（生化学）
平成23年6月1日付

聖マリアンナ医科大学

《就任》
◎病院教授
首藤昭彦（プレスト&イメージング先端医療センター附属クリニック）（外科学（乳腺・内分泌外科））
平成23年8月1日付

帝京大学

《人事》
◎医学部附属病院病院長
中込忠好（医学部脳神経外科学講座主任教授）
平成22年12月14日付
◎教授
松村喜一郎（医学部神経内科学講座）
平成22年12月1日付
伊藤 健（医学部耳鼻咽喉科学講座）
平成23年2月1日付
園生雅弘（医学部神経内科学講座）
平成23年3月1日付
◎名誉教授
小寺一興

清水輝夫
高見 博
宮澤幸久
以上、平成23年4月1日付

◎主任教授
萩原治夫（医学部解剖学講座）
福里利夫（医学部病理学講座）
滝川 一（医学部内科学講座）
園生雅弘（医学部神経内科学講座）
渡邊聡明（医学部外科学講座）
伊藤 健（医学部耳鼻咽喉科学講座）
以上、平成23年4月1日付
澤村成史（医学部麻酔科学講座）
平成23年7月16日付
◎教授
山口正雄（医学部内科学講座）
古川泰司（医学部臨床検査医学）
馬場泰尚（医学部附属溝口病院神経内科学）
以上、平成23年4月1日付
◎図書館長
大田 健（医学部内科学講座）
平成23年4月1日付
◎大学院医学研究科長
福里利夫（医学部病理学講座）
平成23年4月1日付

藤田保健衛生大学

《役員人事》
◎理事辞任
岸川輝彰
平成23年4月30日付
比企能之
平成23年5月10日付
◎理事就任
才藤栄一
平成23年4月8日付
金田嘉清
平成23年5月27日付
清川剛夫
平成23年7月27日付

《役職者の就任》

◎副学長

才藤栄一（新任）

平成23年4月8日付

◎法人本部統括事務局長

清川剛夫（新任）

平成23年6月1日付

《教授の就任》

◎医学部

武山直志（救命救急医学）

藤井直子（放射線科）

堀口明彦（胆・脾外科学）

以上、平成23年5月1日付

今泉和良（呼吸器内科学Ⅰ）

平成23年9月1日付

《教授の退任》

◎医学部

金子 宏（神経内科）

平成23年6月30日付

千田隆夫（解剖学Ⅰ）

平成23年7月31日付

榊原博樹（呼吸器内科学Ⅰ）

平成23年8月31日付

兵庫医科大学

《理事・教授等の異動》

◎理事

西岡 清（就任）

平成23年6月1日付

愛知医科大学

《人事異動》

◎理事

野浪敏明（新任）

平成23年4月1日付

野田正治（辞任）

平成23年5月31日付

浅野公造（新任）

佐藤啓二（新任）

以上、平成23年6月1日付

◎監事

坂浦正輝（再任）

平成23年5月30日付

◎教授

岡田尚志郎（新任／薬理学講座）

風岡宜暁（昇任／歯科口腔外科）

以上、平成23年4月1日付

中村二郎（新任／糖尿病センター）

平成23年5月1日付

◎教授（特任）

吉田友昭（昇任／微生物・免疫学講座）

高木潤子（昇任／内科学講座（内分泌・代謝・糖尿病内科））

小川徹也（昇任／耳鼻咽喉科学講座）

河村敏紀（昇任／放射線医学講座）

以上、平成23年4月1日付

畠山 登（新任 麻酔科学講座）

平成23年7月1日付

自治医科大学

《役員の異動》

◎理事

橋本光男（就任）

平成23年4月5日付

麻生 渡（退任）

平成23年4月22日付

山田啓二（就任）

平成23年5月27日付

◎監事

小林弘明（退任）

平成23年6月30日付

三浦 勉（就任）

平成23年7月1日付

埼玉医科大学

《法人役員》

◎理事

別所正美（学長理事）（新任）

平成23年8月1日付

《人事》

◎学長

別所正美（新任）

平成23年8月1日付

◎国際医療センター病院長

小山 勇（新任）

平成23年4月1日付

◎名誉学長

山内俊雄

平成23年8月1日付

金沢医科大学

《役職教員》

◎医学部長

梅 博久（再任）（呼吸器内科学教授）

任期：平成23年9月1日～平成25年8月31日

◎大学院医学研究科長

野島孝之（退任）（臨床病理学教授）

平成23年8月31日付

中川秀昭（新任）（公衆衛生学教授）

任期：平成23年9月1日～平成25年8月31日

《教授》

◎部門教授

上田善道（就任）（病理学Ⅱ）

平成23年7月1日付

清川悦子（新任）（病理学Ⅰ）

河野美幸（就任）（小児外科学）

以上、平成23年8月1日付

◎特任教授

久保江理（新任）（眼科学）

岡崎俊朗（新任）（血液免疫内科学）

以上、平成23年6月1日付

村木 靖（就任）（微生物学）

宮澤克人（就任）（泌尿器科学）

以上、平成23年7月1日付

《金沢医科大学氷見市民病院》

◎臨床教授

畑島 淳（新任）（麻酔科）

平成23年6月6日付

福田昭宏（新任）（循環器内科）

平成23年9月1日付

近畿大学医学部附属病院 救急災害部門独立棟建設へ

近畿大学医学部附属病院（大阪狭山市）では、平成25年のオープンをめざして救急災害部門の独立棟を建設します。

地震などの大災害時には、建物の一部が損壊しただけでも混乱のために医療機関の機能がしばしば大きく損なわれます。そこで、国の災害拠点病院等の耐震化整備計画の支援を受け、堅固な建物と充実した設備を独立に設けることで、いざという時に、患者のトリアージ、診療、支援部隊の受け入れ、災害本部の設置などの重要な機能を担うことができるようにします。また、感染症のアウトブレイクなどの事態にも役割を發揮できる施設とします。

大災害はいつ何時、発生するかわかりません。そのため、この施設は平時より、軽症例から重症例まで、また身体的な問題だけでなく精神的なケアも含めて、365日24時間対応の総合的な救急施設として稼働させます。従来、



救急医療は救命救急センターでの重症治療が中心でしたが、この建物は救命救急センターのみならず、救急総合診療の部門もセンター化して充実させ、そのために必要な画像診断や検査の機能を装備します。文部科学省の「チーム医療人材養成システム」予算の支援も受け、救急災害に対応できる人材の養成拠点としても大きな役割をはたすことを期待しています。

獨協医科大学

《役職者の就任》

◎学長

稲葉憲之（新任）

任期：平成23年4月1日～平成27年3月31日（4年）

◎副学長

吉田謙一郎（再任）

北島敏光（麻醉科学教授）（新任）

以上、任期：平成23年4月1日～平成25年3月31日（2年）

◎大学病院長

野原 裕（整形外科科学教授）（新任）

任期：平成23年4月1日～平成26年3月31日（3年）

《教授の就任》

北澤正文（産科婦人科学）

平成23年5月1日付

宮本智之（越谷病院神経内科）

平成23年6月1日付

望月善子（大学病院女性医師支援センター）

平成23年7月1日付

《学校法人獨協学園の人事》

◎理事の就任

寺野 彰（理事長）（再任）

稲葉憲之（学長）（再任）

吉田謙一郎（大学副学長）（再任）

野原 裕（大学病院長）（再任）

筑田 眞（越谷病院長）（再任）

中田英夫（事務局長）（再任）

黒沼幸雄（医学部同窓会常任委員）（再任）

以上、任期：平成23年8月2日～平成27年8月1日（4年）

近畿大学

本学理事長世耕弘昭の死去（平成23年9月29日）に伴い、10月1日付をもちまして世耕弘成が理事長に就任いたしました。

協会及び関係団体の動き

本協会の公益法人移行に関する対応について

■平成 23 年 5 月 19 日（木）

第 250 回理事会・第 87 回総会を開催し、平成 23 年 3 月 10 日開催の理事会・総会では一般社団法人への移行申請に伴う定款に関して了承されたが、内閣府への申請後、内閣府から一部変更することが望ましいとの意見があったため、一般社団法人日本私立医科大学協会定款（案）を修正し、平成 23 年 9 月 1 日の承認を得るべく対応していくことの説明・提案があった。理事会は一般社団法人日本私立医科大学協会定款（案）を修正することに同意し、改めて当該定款（案）を了承した。また、同日の第 87 回総会（春季）においても、全会一致で承認された。

■平成 23 年 7 月 1 日（金）

内閣府公益認定等委員会から菅 直人内閣総理大臣に対して、本協会を一般社団法人及び一般財団法人の認定等に関する法律の施行に伴う関係法律の整備等に関する法律第 117 条に規定する認可の基準に適合すると認めるのが相当である旨、答申がなされた。

これに伴い、平成 23 年 8 月 22 日に「一般社団法人」認可書を交付する旨の連絡があり、内閣府ホームページに公示された。これを受け、9 月 1 日付にて本協会の現法人（特例民法法人）解散と新法人設立（一般社団法人）に向けて、一連の手続きを開始するものである。

■平成 23 年 8 月 22 日（月）

内閣府より「一般社団法人」認可書が交付された。

■平成 23 年 9 月 1 日（木）

日本私立医科大学協会は、新法人（一般社団法人）に移行した。

東日本大震災における本協会の対応について

【1】医療チームの派遣状況について

本協会加盟大学は、被災地への医療支援として、大震災の直後（平成 23 年 3 月 11 日）から、被災地の病院、診療所、医療救護所、避難所等における医療救護、心のケア、ドクターヘリ等による患者搬送、災害時死体検案支援活動等を目的とした医師等の派遣を実施していることから、医師等派遣の状況調査を行っている。

当該調査においては、今後も加盟各大学の支援内容を把握していくことが必要と考えられるため、継続して取りまとめを行っていくこととした。

■平成 23 年 5 月 31 日現在

加盟大学における医師等の派遣状況を取りまとめたところ、524 チーム（派遣人数 2,072 名、延べ人数 9,200 名）を派遣している結果となった。

■平成 23 年 6 月 30 日現在

加盟大学における医師等の派遣状況を取りまとめた結果、29 大学 64 病院（本院 29 病院、分院 35 病院）、624 チーム、派遣人数 2,329 名、派遣延べ人数は、10,242 名となっている。

国公立大学別の派遣については、国立大学が 747 チーム、派遣人数 2,665 名、公立大学は 145 チーム、派遣人数 446 名となり、1 大学あたりの医師等派遣人数は、国立大学 65.0 名、公立大学 63.7 名、私立大学 80.3 名となっている。

■平成 23 年 8 月 10 日現在

加盟大学における医師等の派遣状況を取りまとめた結果、29 大学 64 病院（本院 29 病院、分院 35 病院）、753 チーム、派遣人数 2,623 名、派遣延べ人数は、

11,192名となった。

国公立大学別の派遣については、国立大学が954チーム、派遣人数3,201名、公立大学は175チーム、派遣人数525名となり、1大学あたりの医師等派遣人数は、国立大学78.1名、公立大学75.0名、私立大学90.4名となっている。

■平成23年9月9日現在

加盟大学における医師等の派遣状況を取りまとめた結果、29大学65病院（本院29病院、分院36病院）、846チーム、派遣人数2,757名、派遣延べ人数は、11,612名となった。

国公立大学別の派遣については、国立大学が992チーム、派遣人数3,288名、公立大学は184チーム、派遣人数536名となり、1大学あたりの医師等派遣人数は、国立大学80.1名、公立大学は76.5名、私立大学は95.1名となっている。

【2】物的支援状況について

物的支援状況については、被災地には25病院が72回に亘り、医薬品や医療材料の他、飲料水、食料品、毛布等の支援を行っている。また、物的支援の調査についても、継続して取りまとめを行っていく予定である。

【3】大学病院における夏期の電力需給・節電対策について

■平成23年4月8日（金）

政府「電力需給対策本部」において、東日本大震災に伴う今夏の電力不足に関する東京電力・東北電力管内の電力需給の見通しが示され、政府は契約電力500kW以上の大口需要家に対して、ピーク時間帯の電力の使用制限を求め、ピーク時の最大電力を前年比25%減とする方針を打ち出した。

■平成23年4月28日（木）

本協会は全国医学部長病院長会議、国立大学医学部長会議、国立大学附属病院長会議の連名にて「夏期の電力需給対策として、契約電力500kW以上の大口需要家は25%程度の抑制を行うこととされ、大学病院もその対象となっていることから、大学病院の診療機能が損なわれることのないよう、その対象から除外していただきたい」との要望を提出した。（詳細は、前号参照）

■平成23年5月2日（月）

資源エネルギー庁より各省庁担当者宛に各省庁から提出されていた需要設備に対する意見への回答があり、文部科学省の意見に対して、大学病院については削減率0%（昨夏並みの電力使用まで認める）とする旨の回答があった。

■平成23年5月13日（金）

政府「電力需給緊急対策本部」は「夏期の電力需給対策について」を決定した。

■平成23年5月16日（月）

文部科学省は、政府「電力需給緊急対策本部」が5月13日付で「夏期の電力需給対策について」を決定したことを受けて、所管する関係各方面に対して通知を発出した。

■平成23年5月31日（火）

「大学病院における電力需給・節電対策委員会」は、文部科学省から夏期の電力制限に関して、以下の通り説明があった。

①使用制限の対象は、東京電力・東北電力管内の契約電力が500kW以上の大口需要家であり、契約単位（需要設備）で判断されること

②使用制限の期間・時間帯は、東京電力管内が平成23年7月1日～9月22日（平日）の9時から20時、東北電力管内が平成23年7月1日～9月9日（平日）の9時から20時となること

③制限緩和措置として、「病院」が対象の一つであり、7月1日から適用を受ける場合は、6月17日までに所定の申請書に基づき、関東もしくは東北経済産業局に提出することとなり、制限緩和の適用にあたっては、「病院」が自動的に制限緩和されるわけではないこと

④また、申請の際に、「医療法の許可書の写し」を添付する予定であり、病院の他、同じキャンパスに医学部等がある場合、それを証明するためのキャンパスマップも提出すること

制限緩和の対象となっている場合においても、できる限り使用抑制に努めることとされており、各病院の節電行動計画を6月中旬に文部科学省高等教育局医学教育課大学病院支援室に提出することとなった。

■平成 23 年 6 月 13 日（月）

文部科学省高等教育局医学教育課大学病院支援室は、国公私立大学病院の実務担当者を対象に夏期の電力使用制限に関する「説明会」を開催した。

【4】文部科学省の医療支援の要請について

■平成 23 年 4 月 14 日（木）

第 249 回理事会開催において、文部科学省高等教育局 新木一弘医学教育課長より、災害地域への持続的な医師等の派遣を可能とするため、私立医科大学間で医療チームを編成し、医療支援活動を継続できる仕組みを構築していただきたい旨の要請があった。

その後、私立医科大学におけるシステム構築に関して、国立大学附属病院の事例を参考にしつつ、文部科学省と協議を行った。

■平成 23 年 4 月 25 日（月）

文部科学省医学教育課長から本協会宛に被災地に対する中長期的な医療支援の実施およびそのために必要な医療支援の枠組み作りについて取り組んでいただきたい旨の事務連絡があったため、医師等派遣の医療支援体制を検討した。

検討の結果、5 施設（国立大学、私立医科大学、民間病院）が連携したリレー方式による被災地医療支援のモデル事業が構築された。（国立大学は浜松医科大学、私立医科大学は順天堂大学、日本医科大学、聖マリアンナ医科大学、民間病院は聖隷浜松病院）

○派遣地 福島県（公立相馬総合病院、磐城共立病院）

○派遣期間 平成 23 年 5 月 23 日より平成 23 年 7 月末まで

■平成 23 年 7 月 7 日（木）

玉上 晃文部科学省高等教育局医学教育課大学病院支援室長と、5 施設連携医療支援に参加する大学（聖マリアンナ医科大学、日本医科大学、順天堂大学、浜松医科大学、聖隷浜松病院）の事務担当者等による合同打ち合わせ会を開催した。

【内容】

①公立相馬総合病院への派遣については、平成 23 年 4 月以降、専門医が充足していることから、平成 23 年 6 月 24 日をもって一旦中断すること

②磐城共立病院への派遣については、当面の目的を達したことから、予定通りの平成 23 年 7 月 31 日に終了すること

【5】政府の「被災者健康支援連絡協議会」の設置について

日本医師会や全国医学部長病院長会議等の医療関係団体は、政府「被災者生活支援特別対策本部」の協力要請を受け、同本部のもとに「被災者健康支援連絡協議会」を設置した。

設立時の参加団体は、日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会、日本看護協会、全国医学部長病院長会議、日本病院会、全日本病院協会の 7 団体となっており、事務局の庶務は厚生労働省が関係省庁の協力を得て実質的に行う。

取組として、a) 医療チームの中長期的な派遣、b) 避難所をはじめとする被災現地の感染症等被災者の健康確保を担うこと、である。当該協議会が被災地の医療ニーズを一括して管理することで、これまで各団体・個人が実施してきた医療支援の調整役として機能することになった。また、政府への政策提言も行う方針であるとともに、当該協議会が、支援に関する財政的な要望を行っていく予定である。

日本病院団体協議会について

日本病院団体協議会は、日病協運営要綱により、平成 23 年度議長に西澤寛俊全日本病院協会会長、副議長に深尾 立労働者健康福祉機構・千葉労災病院長を選出した。

平成 23 年 7 月 29 日、日本病院団体協議会は、厚生労働省外口 崇保険局長宛に平成 24 年度診療報酬改定に係る要望書を提出した。

内容は、平成 24 年度診療報酬改定に向けて、これまで日病協として提出した「根拠に基づく診療報酬の算定方式の創設」（平成 22 年 6 月 22 日）、「医療情報システムの標準化と診療報酬上の評価」、「同一日の同一医療機関複数科受診における初・再診料を算定可能とする」、「入院患者の他医療機関への受診における制限の撤廃」、「外来リハビリテーション管理料の新設」（平成 23 年 2 月 4 日）を含む形で、新たに「外来診療料について」、「二次救急医療機関に対する評価」、「チーム医療の評価」を要望した。

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。



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)

平成23年度私立医科大学合同入試説明会・相談会開催結果について

私立医科大学の良さを私立医科大学が合同で伝える「私立医科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、大学の特色や入試制度について受験生や保護者の方々に伝えている。

今年度は下記のとおり、全国4ブロック、5回開催した。

《開催スケジュール》

◇ 中部ブロック	藤田保健衛生大学	平成23年7月2日(土)	来場者数：約80名
◇ 東日本ブロック①	聖マリアンナ医科大学	平成23年7月23日(土)	来場者数：約330名
◇ 東日本ブロック②	東京慈恵会医科大学	平成23年7月31日(日)	来場者数：約950名
◇ 近畿・中国ブロック	川崎医科大学	平成23年8月7日(日)	来場者数：約100名
◇ 九州ブロック	久留米大学	平成23年8月28日(日)	来場者数：約100名

【来場者数合計：約1,560名】

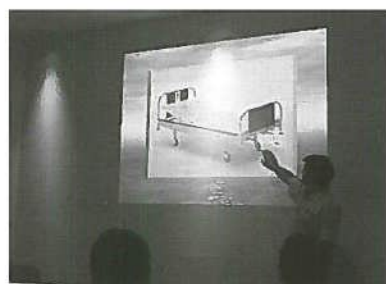
安全・快適な療養環境づくりのお手伝い。



■ベッド調査



■修理・点検・清掃



■報告・提案

保守・点検・修理などを中心とした多様なサービスを通じて、医療・介護施設さまのニーズにお応えします。

パラテクノ株式会社

本社 〒273-0024 千葉県船橋市海神町南 1-1648-7 ☎047(431)0552(代)
サービス拠点 札幌・仙台・さいたま・船橋・横浜・名古屋・大阪・広島・高松・福岡

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。

 **東邦薬品株式会社**

共創未来グループ

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

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>

医大協

広報誌 **医学振興**

第 73 号

平成 23 年 11 月 17 日発行

発行人 小 川 秀 興

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	寺野 彰
担 当 理 事	片山容一
委 員 長	明石勝也
委 員	栗原 敏孝
委 員	田尻 孝一
委 員	宮崎俊一
委 員	小口勝司
委 員	跡見 裕
委 員	沖永寛子
委 員	堀口一夫