

興 振 學 醫

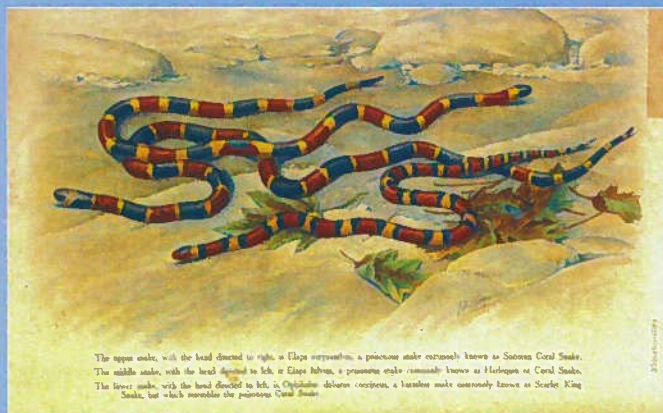
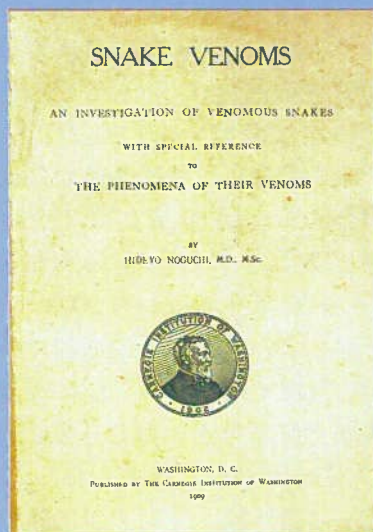
日本私立医科大学協会

第 76 号

Contents

巻 頭 言	「医学研究のすすめ」.....	2 ~ 7
特 集	「医学研究のすすめ—イノベーションの実用化に向けた 医薬品医療機器総合機構の取組みについて—」.....	8 ~ 11
	「医学研究のすすめ —再生医療産業実用化を目指した取組み—」.....	12 ~ 14
	「医学研究のすすめ—先端医薬開発の研究、私の場合—」.....	15 ~ 17
	「Academic Surgeon のすすめ」.....	18 ~ 20
論 壇	「救急総合診療の意義 —藤田保健衛生大学での取組みを振り返って—」.....	21 ~ 24
施設紹介	「埼玉医科大学」.....	25
	「金沢医科大学」.....	26
	「関西医科大学」.....	27
	「兵庫医科大学」.....	28
	「福岡大学」.....	29
	「順天堂大学」.....	30
医大協ニュース	31 ~ 41
協会及び関係団体の動き	42 ~ 49

野口英世が研究者として認められる礎となった著書



野口英世著『Snake Venoms』(蛇毒)、ワシントン・カーネギー研究所、1909年
(日本医科大学中央図書館蔵)

『Snake Venoms: An Investigation of Venomous Snakes with Special Reference to the Phenomena of Their Venoms』は、日本医科大学の前身済生学舎を卒業した野口英世が1900年暮に渡米し、サイモン・フレクスナー教授とサイラス・ミッチェル博士指導の下に行われた蛇毒による血球の溶血機構や抗溶血作用、蛇毒の魚類の血球に対する作用およびデンマーク・コペンハーゲンの国立血清学研究所所長トルバルド・マッセン博士の下に1年間留学して行った、蛇毒を用いた毒素—抗毒素反応に関する基礎的免疫学研究成果等を加えて集大成したもので、315頁からなる単独著書の大著である。本書で野口英世の実力は認められ、以後次々と研究業績を発表していく礎となった著書である。

日本医科大学

巻頭言

「医学研究のすすめ」

東京女子医科大学学長

宮崎 俊一 氏



はじめに

今回の日本私立医科大学協会広報誌「醫學振興」では医学研究の奨励をテーマとする特集が組まれている。言うまでもなく、研究活動には、まず研究をしたいという"人"がおり、研究を可能にする"場"があり、研究成果をあげさせる"支援体制"があることが必須である。本特集では学生・若手医師・研究者への呼びかけ、研究活動の活性化・推進の取り組みの紹介、大学への提案、国の施策への働きかけがなされる。各論述では今後の発展に期待がかかる臨床研究あるいは臨床への応用開発研究が奨励されている。

巻頭言では、総論的に「医学研究のすすめ」という素朴な呼びかけから、私立医科大学における研究活動の活性化の方策として、臨床関連研究の推進について述べさせていただく。筆者は本誌第70号(平成22年5月)の「論壇:我が国の医学研究体制の課題」で研究の"体制"について近年の研究活動の情勢変化と対応策を述べた。今回の論述はそれと関連している。

1. 医学研究を奨める背景

近年、我が国の医学研究の活性は低下ないし停滞していると指摘されている。日本の科学全般における若手研究者の減少がNature HPのニュースに掲載されている(20 March, 2012)。発表論文数について図1は本協会小川秀興会長が作成された表であるが、国際的トップ10論文数(22の分野それぞれで被引用回数トップ10に入る科学論文数補正值)の1988~2000年平均値から2008~2010年平均値の推移を示している。欧米先進国での大幅増加に対し、日本は微増で4位から7位に後退。代わって中国は6倍増で日本を追い越し4位に躍進、韓国も3倍増で14位に上がってきている。このように研究活動の低下は諸外国、特にアジア諸国の目覚ましい発展に対比して強い危機感をもって捉えられ、活性化の必要性が叫ばれている。その要請は医学・医療の面からばかりでなく、科学技術・産業の側面からも、また学術・文化の観点からも、新しいイノベーションへの希求であり、国家的な政策として奨励されている。その意識は、山中伸弥教授のノーベル医学・生理学賞受賞によってさらに増幅されたところが大い。

【図 1】

国・地域別論文発表数：上位25か国・地域

1988 - 2000 年(平均)				2008 - 2010 年(平均)			
Top10 %補正論文数				Top10 %補正論文数			
国名	整数カウント		世界ランク	国名	整数カウント		世界ランク
	論文数	シェア			論文数	シェア	
米国	33,512	49.5	1	米国	45,355	42.3	1
英国	7,864	11.6	2	英国	12,818	12.0	2
ドイツ	6,667	9.9	3	ドイツ	11,818	11.0	3
日本	5,099	7.5	4位	中国	9,813	9.2	4
フランス	4,787	7.1	5	フランス	7,892	7.4	5
カナダ	3,751	5.5	6	カナダ	6,622	6.2	6
イタリア	2,926	4.3	7	日本	6,375	5.9	7位
オランダ	2,472	3.7	8	イタリア	5,950	5.6	8
オーストラリア	2,108	3.1	9	スペイン	4,784	4.5	9
スイス	2,032	3.0	10	オランダ	4,715	4.4	10
スペイン	1,834	2.7	11	オーストラリア	4,652	4.3	11
スウェーデン	1,768	2.6	12	スイス	3,835	3.6	12
中国	1,417	2.1	13	スウェーデン	2,663	2.5	13
ベルギー	1,095	1.6	14	韓国	2,599	2.4	14
デンマーク	1,052	1.6	15	ベルギー	2,320	2.2	15
イスラエル	929	1.4	16	インド	2,155	2.0	16
フィンランド	817	1.2	17	デンマーク	1,766	1.6	17
韓国	773	1.1	18	台湾	1,664	1.6	18
ロシア	719	1.1	19	オーストリア	1,511	1.4	19
オーストリア	649	1.0	20	ブラジル	1,490	1.4	20
台湾	615	0.9	21	イスラエル	1,268	1.2	21
インド	608	0.9	22	フィンランド	1,241	1.2	22
ノルウェー	526	0.8	23	ノルウェー	1,116	1.0	23
ブラジル	464	0.7	24	ロシア	1,087	1.0	24
ポーランド	410	0.6	25	シンガポール	1,063	1	25

【出典：科学技術政策研究所「研究論文に着目した日本の大学ベンチマーキング 2011」】小川秀興会長作成資料
 対象：2002-2011 年の 10 年間で 1300 件以上の論文を算出した 128 大学（国立 63・公立 13・私立 52）

活性化の方策がいろいろ挙げられているが、その中でも大学が若い有能な人材を医学研究に誘う魅力と環境を創ること、有望な研究領域を実績をもって指し示すこと、シーズを発掘し発展させる広い連携システムを形成すること、を挙げたい。

2. 基礎研究への誘い

基礎研究は医学研究の根幹であり、臨床応用研究の発展に繋がる。科学全般にわたる基礎研究の現状把握と長期的な強化方策が、2010 年に科学技術会議基本政策専門調査会から提示されている⁽¹⁾。基礎医学分野に関しては中期的な課題と展望が日本学術会議基礎医学委員会から提言されている⁽²⁾。本協会でも研究体制検討委員会が医学系大学院⁽³⁾、臨床系大学院⁽⁴⁾、基礎研究⁽⁵⁾に関する現状把握と改革に向けての提言

を行っており、本誌「論壇」に水口純一郎氏が基礎研究の活性化と人材育成について述べておられる⁽⁶⁾。

重要問題の一つは、医学部出身の基礎研究者（MD 研究者）が 1990 年代中頃から減少し、2000 年代に入って加速していることである（国立大学医学部長会議実態調査、2008）⁽⁷⁾。生化学会⁽⁸⁾、解剖学会 / 生理学会共同⁽⁹⁾による基礎医学教育・研究に関するアンケート調査でも、約 90% の教授が後継者不在の危機を実感していると回答している。

MD 研究者が少ない原因としてリサーチマインドの希薄化が挙げられる。まず医学部入学者の気質の変化と、卒業後の仕事に対する価値観の変化がある。また医学教育カリキュラムには臨床医学重点化の傾向が見られる。さらに国家試験勉強から卒後 2 年間の初期臨床研修の過程で臨床志向を強め、基礎研究離れを起こしている。各大学では研究室配属など学

【図2】

臨床医学分野における論文数の伸び率について

- 日本全体としての論文数は伸びているが、米・独など先進国より低い。
- 日本の内部を見ると、1番大きな役割を果たす国立大学が伸び悩んでいる。一方、私立大学が論文数を伸ばしており、日本全体としての論文数の伸びをもたらすという構造である。
- 主要国の論文数の伸び率

米 国 : 35%

ドイ ツ : 28%

日 本 : 13%



(内 訳)

臨床医学	論文数		伸び率
	2002-2004	2008-2010	
国立大学	6,494	6,645	2%
公立大学	1,067	1,036	-3%
私立大学	2,964	3,725	26%
独法	194	359	85%
企業	318	308	-3%
日本全体	14,194	15,981	13%

【出典：科学技術政策研究所「研究論文に着目した日本の大学ベンチマーキング2011」小川秀興会長作成資料
対象：2002-2011年の10年間で1300件以上の論文を算出した128大学（国立63・公立13・私立52）】

生に基礎研究の魅力を伝える取り組みがなされている。「MD研究者育成プログラム」を通じて将来の種まきをしている大学もある（清水孝雄、2013）⁽¹⁰⁾。また医学部入学前から研究に目を向けさせる働きかけもなされている。我々の大学でも科学技術振興機構の「女子中高生の理系進路選択支援プログラム」を利用した企画を行っている。こうした工夫と地道な努力が引き続き必要である。医学部定員増の中に設けられた「研究医枠」の動向が注目される。学生諸君には基礎研究に興味を持ち参画することを切に望む。いずれにしても、医学教育においてリサーチマインドを涵養することが最重要事項の一つである。

3. 私立医科大学における研究活動活性化の方策

卒後教育では臨床研修と大学院課程を両立させることが有効な方策となる。岡山大学の「先進医学研究プログラム」(Advanced Research Training program, ART)では、学部学生のうちに大学院科目の一部を履修しておき、卒後直ちに大学院に入って初期研修2年と後期研修2年と並行して博士課程を修める方式をとっている。医学と医療の進歩に貢献できる研究をする臨床医「研究医」の養成を目指し、成果をあげている。

私立医科大学の卒業生は大半が臨床系に進み、基礎医学研究を専攻する人は希である。もちろんリサーチマインドの強い医師は臨床教室で臨床研究を行っており、基礎教室・研究所・共同利用施設などに行って基礎的な研究を行っている人もいる。小川会長作成の資料図2によると、臨床医学分野の論文

数を 2002～2004 年と 2008～2010 年で比較して伸び率を計算した場合、米国 35%、ドイツ 28% に対し日本 13% と劣るが、国立大学が 2% に対し私立大学は 26% の伸びで健闘しているとのことである。しかし研究活動は特定の活発な教室あるいは個人の努力に多くを負っているのが現状であり、医局員不足に加えて診療および諸々の業務の増加により、臨床教室のトータルの研究活動は近年明らかに低下してきている。共同研究施設の利用度や科研費申請件数からも低下が伺える。医科大学は今研究活動を見直し活性化を図らなければならない時にきている。

そこで私立医科大学での活性化方策について考える。まず基本的には教室・講座での個別の研究、個々の研究者の基礎研究の重要性を認識評価する立場をとる。他方、個別単位ではできない研究活性化を大学（あるいは学部）全体として組織的に取り組む必要があり、それによって初めてこれからの研究の大きな展望が望めると考える。目的は研究を活発化し大きな成果をあげること、それによって若い臨床医に目に見える形で研究の魅力を感じさせ引き込むこと、そして若いマンパワーがさらなる成果を生むというプラスのスパイラルを創り出すことである。具体的なポイントとして次のことが挙げられる。

- 1) 大学が研究の指針を指し示す
- 2) 大学として取り組むべき創造的重要事項につき具体的な戦略を提示する
- 3) 大学が目的の実現に向けてシステムを整備し研究を組織的に支援する

4. 臨床関連研究のすすめ

私立医科大学では臨床的研究への志向性が潜在的に強くあり、大学病院での活発な診療によってもたらされる膨大な患者数、豊富な症例と検査サンプルを持つ臨床の強みを活かして、臨床関連研究を重点的にさらに推進するのが良いと考える。臨床関連研究には、臨床に繋がる戦略的な基礎研究から、臨床応用へのトランスレーショナルリサーチ、医薬品や医療機器の開発などの臨床試験、予防・診断・治療法の臨床実践研究、IT を駆使した生物統計や臨床情報を基盤とする評価研究など広範囲の研究領域があり、どれをとっても重要な研究になる。一つの方策は、現在その大学で特に発展が期待され且つ広い分野を

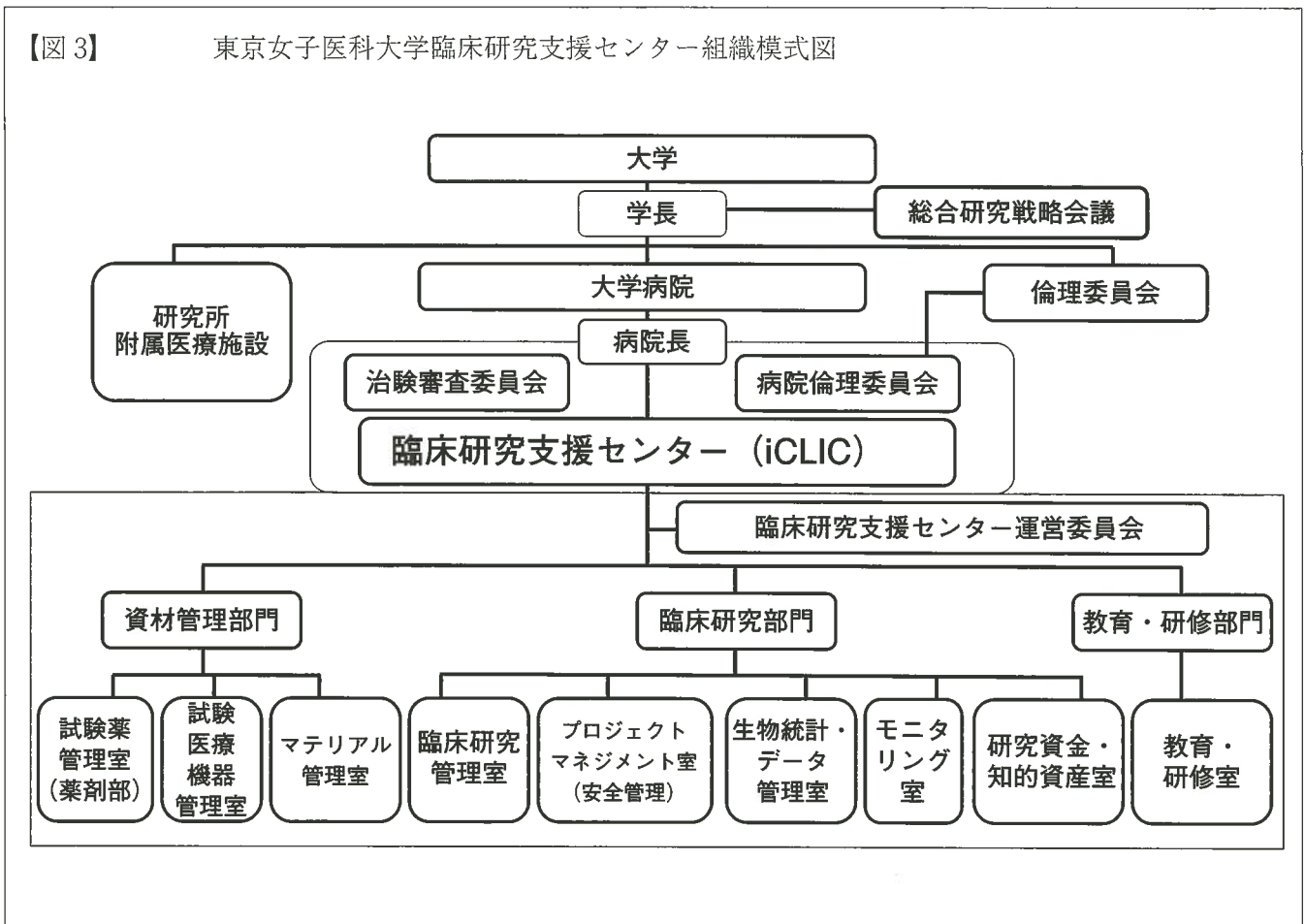
包含できる具体的な重要研究対象を意識的に伸ばすことである。これを核に研究連携組織、研究共同体、プロジェクトチームを形成する。これはまさにイノベーション拠点の創出にほかならない。この方策のアドバンテージは、臨床に関連する研究テーマが興味を引き人材を集めることが期待されること、マンパワーを持つことによって効率よく研究を展開し成果をあげることが期待されること、集学的な結集が研究内容を充実させること、大型研究費の獲得が可能になることである。

5. 広い研究連携組織の形成

研究連携組織についてさらに拡大して考えてみる。単に講座間・研究者間の研究上の合意によって生まれた共同研究に留まらず、意識的に研究共同体を作ることによって研究のより大規模な新しい展開・発展を誘導する戦略が有効である。連携のリンクとしては、特定課題のイノベーションプログラムのもとに臨床診療科間の横断的なリンクを形成することが極めて有効であろう。関連基礎医学教室が加われば研究内容の幅が広がる。従来の講座単位の研究活動からの意識改革が必要であるが、個別の研究を持ちながら共同プロジェクトにも参画することは必ず教室の活性化に繋がるはずである。教室間・診療科間の風通しが良くなり、人材交流が促進される。大学院生も広く学習・研究が可能になる。また、大学の研究所と附属病院とのリンクも非常に効果的であろう。研究所が臨床応用を目指すトランスレーショナルリサーチを行っているのであれば、病院とのリンクにより臨床実践研究への道が開ける。研究所に実績があれば、強力なイノベーション拠点、大学の目玉になり得る。

研究連携組織は、他大学・病院・研究所等へと拡大することで一層大規模な研究の展開発展が可能になる。規模の拡大ばかりでなく、医学-工学などの分野間の連携・協働体制、さらには分野融合による新領域の設定ができれば、創造的研究を保証する有力なアプローチになる。他方、我が国の医療と科学技術との相互利用、医療産業の推進（日本の科学技術、医療産業の再生というべきか）と国際競争力の強化が、現在国の重点政策のひとつとして掲げられ、産・官・学連携を通じての臨床応用・実用化研究が

【図3】 東京女子医科大学臨床研究支援センター組織模式図



積極的に奨励されている。国際的なリンクの構築も取り組みの重要課題としてプログラムの中に含まれる。

前回の「論壇」で、筆者は我々の大学が開設した早稲田大学との医－理工融合を基盤とする先端生命医科学研究教育施設 (TWIns) を紹介した。本学の先端生命医科学研究は、先端融合領域イノベーション創出拠点形成プログラムのもとに大型研究補助金を得て、細胞シートを駆使した再生医療への応用、インテリジェント外科手術の技術開発を強力に推進している。学内・大学間・国際間のリンクを構築してきている。企業が使用できるラボを設置して産学連携の実用化研究が進行している。また、医療レギュラトリーサイエンスを命題とする両大学の共同大学院教育課程を開講している。大規模研究拠点を目指す一つの取り組みの例となるであろう。

6. 臨床研究支援システムの構築

治験を含む臨床研究では連携ネットワークを持つことが重要な要件になる。医薬品や医療機器、治療法などの開発段階における有効性・安全性の判定や、新規診断法や治療法の評価においては、症例数の“n”を大きくすることによってプロジェクトの質を高めることが可能になる。多数のサンプルから得られたデータ (エビデンス) を基盤とした全体把握から、個別化医療への還元が可能になる。

これからの臨床研究を進めるためには、多忙な医師の個々の力だけでは研究の遂行は困難であり、研究ができる環境づくり、即ち学問的・人的・情動的・経済的などさまざまな面での支援を組織的に行う機関が必須である。これによって臨床研究の質の向上と迅速化が保証される。既存の薬物療法や手術療法の有効性の判定ばかりでなく、新しい医薬品・医療機器・再生医療などのシーズを育てる支援 (研究計画・申請・倫理審査・PMDA などの指導) も行う

ことが望まれる。図 3 は本学が昨年開設した「臨床研究支援センター」(Intelligent Clinical Research & Innovation Center, iCLIC) の組織模式図である。臨床研究アドミニストレーター、データマネージャー、生物統計・知財管理・薬事の専門家などを揃え、臨床研究の入口から出口までを組織的に支援する。このような支援組織により、治験・医師主導臨床試験や実践研究の推進、生物統計・臨床情報・臨床疫学を基盤にした評価実証研究の推進が期待される。大学の研究活動活性化の大きな力となり、大学の魅力になるはずである。同時に付属病院の医療も活性化され、先端の医療を提供して評価をさらに高めることが予測される。

さらに医科大学・医療機関をネットワーク化した共同の大規模臨床研究・治験を行うための「臨床研究中核病院」整備事業が厚生労働省で奨励されている。開発段階の国際水準臨床研究、難病・小児疾患等の医師主導治験、先進的な医療の実用化、適切な治療法を見いだす臨床研究などの支援を行い、世界水準の医療を国民に提供するとともに、医療関連分野の成長力を強化することを目指している。中核病院は国立大学や国立医療機関に集中している。私立医科大学も積極的に参入することが期待されている。

7. 医学研究のすすめ

元に戻って、今どきの学生、若手医師・研究者に研究の重要性や面白さを説き、一時的な体験研究をさせるだけではなかなか研究に参画するものではない。展望など考えなかった時代とは違う。彼らには研究組織体がより具体的に、どのようなプログラムでどのような指導体制で研究活動が進められるのか、どのような研究をすればどのような成果が上がるのか(研究のアウトカムとロードマップ)、個人としてどのようなメリットが受けられるか、研究成果はどのような意義をもたらすかなどを指し示す必要がある。研究時間の保証、経済的支援、研究活動の自由度、将来の身分なども知りたいであろう。大学がこれらの要望に応えるための支援をしなければ、これからの研究の活性化は望めない。まずはリサーチマインドを潜在的に持っている人材に、魅力を感じさせ引き込む研究課題を提示し、研究の場と

時間を与える。システム化された支援によって効率よく研究を進めさせ成果を得させる。優れた人材は自立してリーダーに向けて成長していく。このような個人および大学双方のプラスを生む形の研究活動が最も望まれる。ひとたび活発な実績のある研究組織ができれば、自然に有能な人材が集まり、さらに活発な組織に発展していくと思われる。

謝辞：資料図 1、図 2 の掲載をご許可いただいた本協会小川秀興会長に感謝します。図 3 の iCLIC の組織作りを行った東京女子医科大学病院立元敬子病院長、臨床研究支援センター長の石郷岡純教授、関係各位に感謝します。

参考文献

- (1) 「基礎研究強化に向けて講ずべき長期的方策について—基礎研究を支えるシステムの改革—」総合科学技術会議基本政策専門調査会 (2010)
- (2) 「日本の展望 学術からの提言 2010 報告 基礎医学分野の展望」日本学術会議基礎医学委員会 (2010)
- (3) 「医学系大学院の目的と在り方に関する改革の現状と報告」日本私立医科大学協会 教育・研究部会 研究体制検討委員会 (2007)
- (4) 「臨床系大学院の実態と今後の改革に向けての提言」同上 (2009)
- (5) 「私立大学における基礎研究の活性化に向けて」同上 (2011)
- (6) 水口純一郎「私立医科大学における基礎研究の活性化と人材育成」『医学振興』第 75 号 日本私立医科大学協会 (2012)
- (7) 「MD 研究者育成へ向けて 実態調査と今後の方針案」国立大学医学部長会議 研究推進・大学院教育に関する小委員会 (2008)
- (8) 「日本生化学会 医科生化学・分子生物学教育協議会「基礎医学教育・研究の危機」アンケート結果について」『生化学』79 (1) (2007)
- (9) 「日本解剖学会・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 (3) (2009)
- (10) 清水孝雄 特別インタビュー「いま基礎医学研究力を高めるためにできること」『実験医学』31 (1) 羊土社 (2013)

特 集

医学研究のすすめ

—イノベーションの実用化に向けた医薬品医療機器総合機構の取組みについて—

独立行政法人医薬品医療機器総合機構 (PMDA) 理事長 近藤 達也 氏

医学研究のすすめ

—再生医療産業実現化を目指した取組み—

東京女子医科大学副学長、先端生命医科学研究所所長・教授 岡野 光夫 氏
東京女子医科大学先端生命医科学研究所教授 大和 雅之 氏

医学研究のすすめ

—先端医薬開発の研究、私の場合—

聖マリアンナ医科大学難病治療研究センター准教授 山口 葉子 氏

Academic Surgeon のすすめ

日本医科大学消化器外科学助教 水口 義昭 氏

医学研究のすすめ

—イノベーションの実用化に向けた

医薬品医療機器総合機構の取組みについて—
独立行政法人医薬品医療機器総合機構 (PMDA)

理事長 近藤 達也 氏



はじめに

我が国では、薬事法に基づき、医薬品・医療機器の製造から販売、市販後の安全対策まで一貫した規制が行われており、我が国において、広く一般的に医薬品・医療機器を使用するためには、薬事法に基づく承認が必要となる。

薬事法では、保健衛生の向上を図るために、医薬

品・医療機器の「品質」、「有効性」及び「安全性」の3つの原則を確保することが求められており、常にその信頼性確認も求められている。加えて、新たな医薬品・医療機器の研究開発を促進するために必要な方策を講ずることとなっている。

このうち独立行政法人医薬品医療機器総合機構 (PMDA) は、薬事法で求められている医薬品・医療機器の「品質」、「有効性」及び「安全性」を確保するため、承認審査や市販後の安全対策等の業務を行っている。

PMDA とは

PMDA は、国民の命と健康を守るという絶対的な使命感に基づき、医薬品・医療機器の承認審査、医薬品・医療機器の安全対策、医薬品の副作用等による健康被害の救済の業務を行っている。「審査」・「安全対策」・「健康被害救済」の3つの業務は、医薬品・医療機器の開発から市販後までのライフサイクル全般を通じて、国民の健康・安全の向上に寄与する「セイフティ・トライアングル」であり、日本独自の仕組みである。

PMDA の業務においては、常に科学的な評価が必須であり、その科学がレギュラトリーサイエンスである。PMDA は、世界に先駆けて、薬事にレギュラトリーサイエンスの概念を取り入れ、その推進に注力してきたところである。

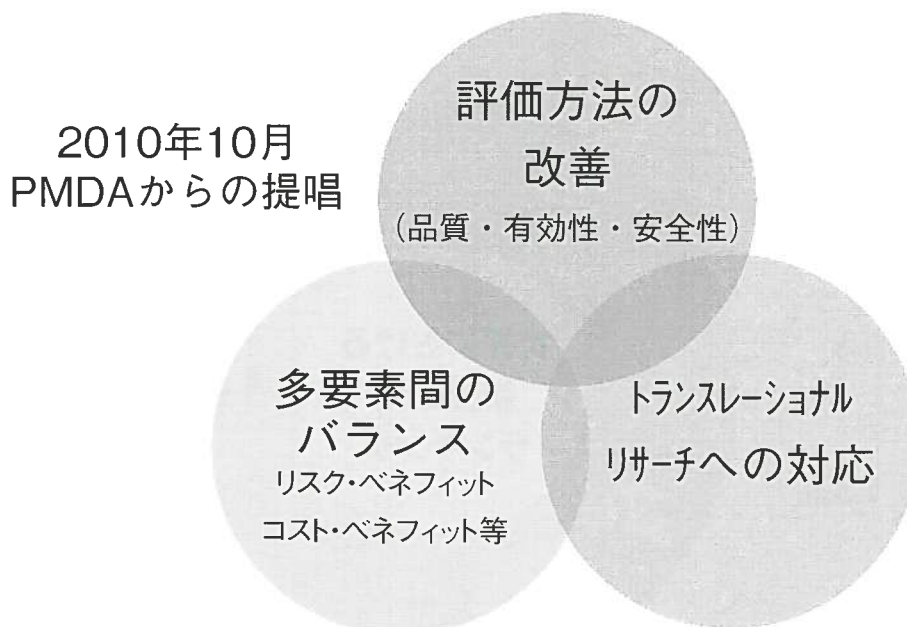
レギュラトリーサイエンスは3つの柱からなっており¹⁾、「評価方法の改善」のように比較的ミクロな視点も、「多要素間のバランスの検討」のように比較的マクロな視点も含まれている（図1）。

日本発の最先端技術の世界に
先駆けた実用化に向けて

昨今、世界に先駆けた日本発の革新的な医薬品・医療機器・再生医療製品を創出することにより、健康長寿社会を実現するとともに、国際競争力の強化を目指す「医療分野のイノベーション」を推進することが求められている。

世界の売上高の上位 100 品目における開発起源国籍別の品目数は、米国、英国に次いで多く（図2）、日本は世界第3位の新薬創出国であることが報告されている²⁾。また、世界でも有数の基礎研究に関する学術雑誌に日本から数多くの論文が発信されていることからわかるように、日本の基礎研究レベルの高さは世界的にも認知されており³⁾、シーズの発明という基礎研究においては、日本は世界トップレベルである。しかしながら、世界に先駆けて日本で承認された医薬品等は多くはない。この背景には2つの要因があると考えられる。1つめは、いわゆる「死の谷」と呼ばれている「基礎研究」と「開発」との間のギャップであり、基礎研究の成果がうまく実用

【図1】レギュラトリーサイエンスの3つの柱



化に結びついていないことが挙げられる。2つめは、基礎研究から開発には進んだものの、開発が日本ではなく、海外で先行していることである。これらの要因は、①最先端技術についてはヒトでの有効性や安全性を予測するための科学的評価方法が十分に確立していない場合があること、②必ずしも薬事法を意識した開発が行われていないこと、③臨床試験（治験）環境の問題等の様々な状況が複雑に絡み合って、生み出されていると思われる。PMDAは、これらの課題に対して次のような取り組みを行っている

【1. 薬事戦略相談】

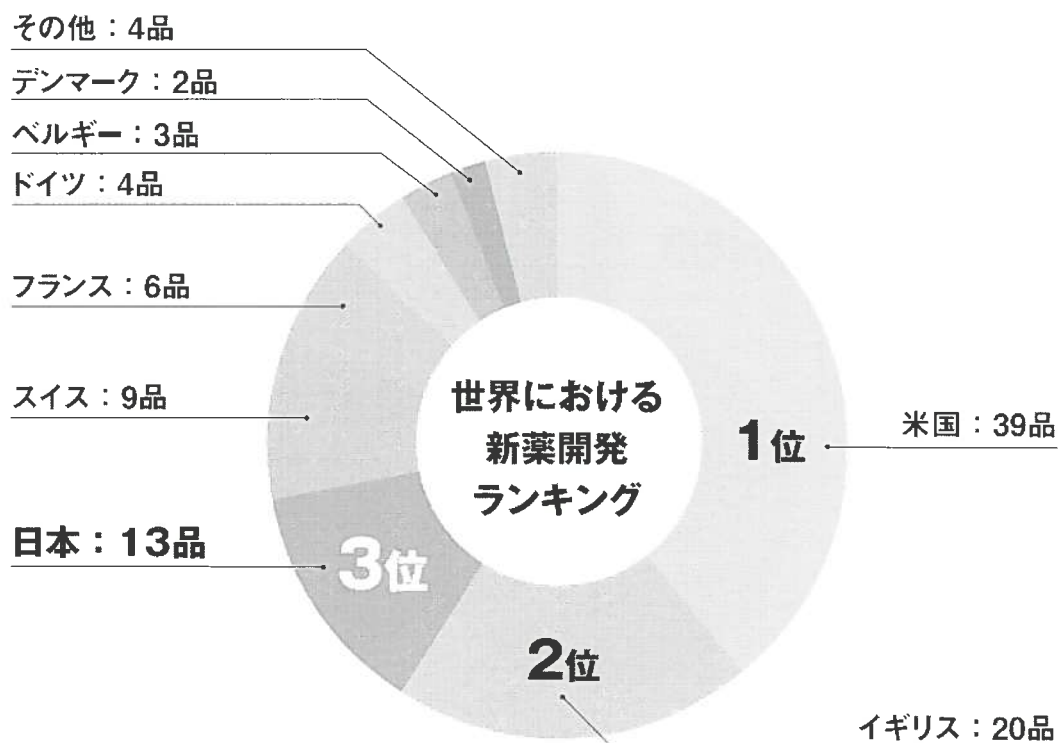
我が国では、革新的な医薬品等になる可能性があるシーズを有する大学・研究機関、ベンチャー企業等が、製品化のための開発戦略や薬事法に基づく承認申請の実務に不慣れであることが多く、有望なシーズの実用化に向けての橋渡しが円滑に進められていない現状がある。このような状況を改善するために、PMDAは平成23年7月から「薬事戦略相談」を開始した。本相談事業は、大学・研究機関、ベンチャー企業等が発見した有望なシーズについて、開発初期段階から、承認申請に必要な試験等を助言す

ることにより実用化までの道筋を明確化するものである（表1）。本相談事業の活用によって、これまで大学・研究機関等に眠っていた有望なシーズが続々と実用化されることを期待している。

【2. 科学委員会】

最先端技術を迅速に実用化するためには、アカデミアや医療現場との連携・コミュニケーションを強化し、日々進歩する最先端技術を熟知した上での確かつ迅速な相談・審査が実施可能な体制をPMDAに構築する必要がある。また、医薬品等が承認されると比較的短時間で使用が拡大する我が国においては、最先端技術の世界に先駆けた実用化にあたっては、更なる安全対策の充実を図ることも不可欠である。したがって、最先端技術に対してよりの確な対応を行うために、その対応方針やガイドライン作成に関する提言等を行う科学委員会を平成24年5月に創設した。科学委員会は親委員会と医薬品、医療機器、バイオ製品、細胞組織加工製品の専門部会で構成されており、国内トップクラスの医薬歯工等の外部専門家に参画いただいている。また、PMDA内に審査等改革本部を設置し、科学委員会等の議論・

【図2】世界の売上高の上位100品目における開発起源国籍別の品目数



出典「製薬協ガイド2010」

提言を踏まえ、PMDA の相談・審査から市販後安全対策までを見据えた業務の向上に取り組んでいる。

なお、現在、各専門部会では今後検討すべき課題等について議論を進めているところであり、例えば、細胞組織加工製品専門部会では細胞組織加工製品の品質・安全性確保のあり方（造腫瘍性、Cell Processing Center の要件等）に関する検討に着手したところである。

【3. 大学・研究機関等との人材交流】

平成 24 年 10 月から「革新的医薬品・医療機器・再生医療製品実用化促進事業（平成 24 年度厚生労働省予算事業）」へ協力し、大学・研究機関等と PMDA との間で人材交流を開始した。本事業による人事交流を通じて、最先端技術を研究している大学等において、レギュラトリーサイエンスを基盤とした安全性と有効性の評価方法の確立を支援するとともに、最先端技術を習得した人材の育成を図ることとしている。平成 24 年度は 21 の大学・研究機関等との人材交流を実施している。なお、平成 25 年 4 月現在、PMDA には人材交流等を含めて約 50 人の医師が在籍しており、医療現場等の経験を活かして承認審査等の業務にあたるとともに、薬事やレギュラトリーサイエンスの知識習得に努めている。

最後に

PMDA は、これらの取組みを通じて、最先端技術を応用した医薬品・医療機器に対して、「的確」かつ「世界最新・最速」な相談・審査体制を確保することにより、国民に世界最高水準の医療を提供していくことに寄与していきたい。また、それを通じて薬事規制当局としての国際的地位を確立し、「世界の PMDA」と認識されることを目指していきたい。

引用文献

- 1) Tominaga T et al. Regulatory science as a bridge between Science and society. Clin. Pharmacol. Ther. 90,29-31 (2011)
- 2) 八木崇, 岩井高士. 研究開発型製薬企業の国際競争力と成長戦略. 医薬産業政策研究所 リサーチペーパー・シリーズ 49 (2010)
- 3) 辰巳邦彦. 主要基礎・臨床医学論文掲載数の国際比較. 医薬産業政策研究所 政策研ニュース 35,48-49 (2012)

【表 1】薬事戦略相談の相談項目例

(1) 医薬品の場合

- ・品質・規格の設定に関する事項
- ・ヒト初回投与試験を開始するまでに必要となる非臨床試験に関する事項
- ・早期探索臨床試験(第Ⅰ相及び第Ⅱ相試験)のプロトコルに関する事項
- ・承認申請までに必要なデータパッケージに関する事項 など

(2) 医療機器の場合

- ・ヒト初回投与試験を開始するまでに必要となる非臨床試験に関する事項
- ・基本要件適合性に関する事項
- ・品目仕様の項目に関する事項
- ・設計検証のバリデーションの項目とその概要等、当該機器の安全性や性能に関し、承認申請時に必要な資料に関する事項
- ・承認申請までに必要なデータパッケージに関する事項 など

医学研究のすすめ

—再生医療産業実現化を目指した取り組み—

東京女子医科大学副学長、先端生命医科学研究所所長・教授 岡野 光夫 氏
東京女子医科大学先端生命医科学研究所教授 大和 雅之 氏



はじめに

2012年、iPS細胞の開発で京都大学山中伸弥教授がノーベル生理学・医学賞を受賞し、新しい再生医療の飛躍の幕が開けようとしている。再生医療を世界に先駆けて実現し、普及させていくことに国民は大きな期待を寄せている。このようなiPS細胞を発見した日本でこの新規基盤技術を活かすためには、日本の医療の高度化をどのように進めるかについての戦略、21世紀の新しい医療全体のビジョンとその実現のスキームをイメージすることがきわめて重要である。(図1)

政府は平成24年6月6日の医療イノベーション会議で決定した5カ年戦略を発表した¹⁾。特に重要な課題は、日本の医療が高度化すればする程、医薬品や医療機器の輸入依存度が增大している点である。平成22年度に医薬品・医療機器で2兆7,741億円の輸入超過を計上し、9年連続して入超幅を増大させている。一方、大幅な貿易黒字を計上してきた米国は国内総医療費を長期的に堅持しながら優れた先端医療技術・製品の開発を促進する方策を、政産官学による医療イノベーションカウンシルが総合的に進めている。その中で、再生医療は患者個人の医療経済的な費用対効果のみならず総医療費の圧縮効果をもたらすとして早期実現化に向けた国家的支援を提唱している。21世紀の新しい医療の仕組みの中で、大学、研究所、病院がその教育・研究・診療に関する役割をさらに発展させるべく変革・改革が強く求められている。

細胞シート

20世紀後半、遺伝子工学の発展により多くの組み換え体成長因子が手に入るようになり一部は医薬品として上市された。同様に、多種多様な細胞を単離し、生体外で増殖させる技術も大きく進展した。世界中で多くの細胞治療が30年以上にわたって試されてきているが、その成功例はきわめて少ない。その一因として、培養細胞を培養皿から回収する際に用いるトリプシンやディスパーゼなどのタンパク質分解酵素がある。これらタンパク質分解酵素は細胞接着タンパク質を分解するにとどまらず、細胞膜上のイオンチャンネルやリセプターなども分解してしまいうため細胞の機能低下を引き起す。このため、細胞懸濁液の注射では、効果的な移植が達成できず顕著な治療効果が認められないことが多い。

これに対し、我々は親水性の高い表面では細胞が接着せず、比較的疎水性の表面では細胞が接着・増殖することに着目し、37℃で疎水性の表面が常温(20℃)にすることで親水性表面に変化するインテリジェント表面の開発に取り組んだ。ポリ(N-イソプロピルアクリルアミド)は32℃に下限臨界溶液温度(LCST)を持ち、37℃では脱水和し疎水性となるのに対し、LCST以下では水和が起り親水性となる。電子線重合法を用いて培養皿表面上に均一に固定する。20nm程度の厚さで表面固定することで、37℃で細胞を接着・増殖させて細胞の単層化シートを作製し、20℃に温度を低下させるのみで細胞シートをインタクトで剥離・回収できる新手法(図2)を世界に先駆けて開発することができた^{2,3)}。

【図 1】

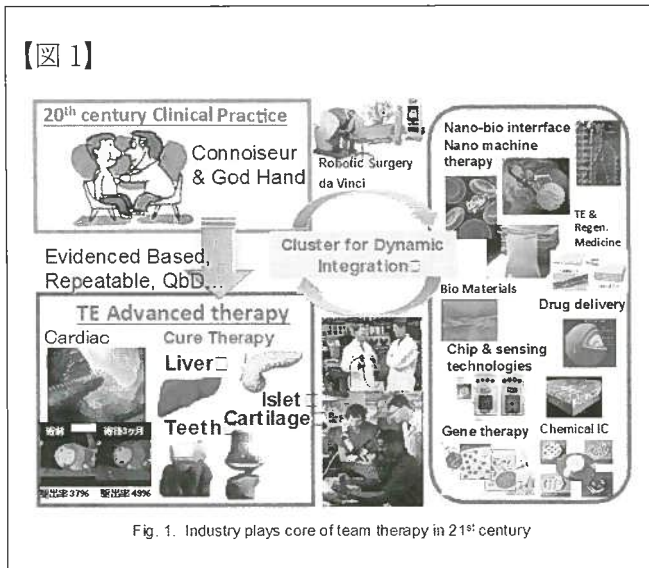


Fig. 1. Industry plays core of team therapy in 21st century

【図 2】

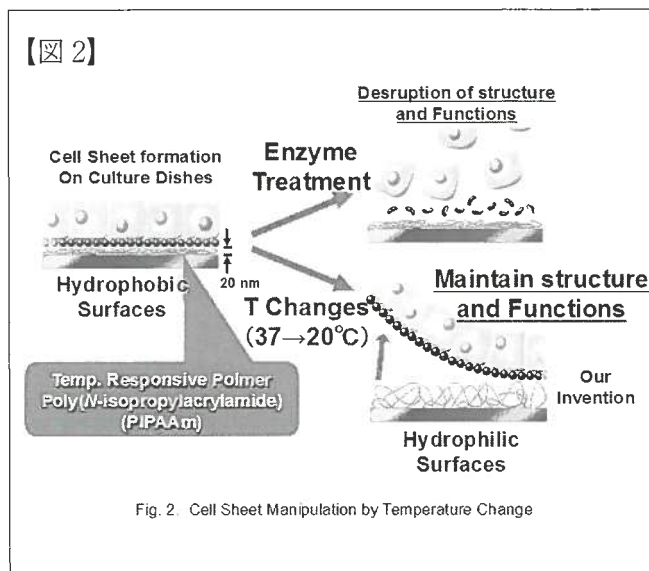


Fig. 2. Cell Sheet Manipulation by Temperature Change

細胞シート工学の創生

この温度応答性培養表面から低温処理で回収した細胞シートの底面はフィブロネクチンやラミニンなどの細胞接着タンパク質が全面を覆っている。すなわち、この細胞シートは片面に“のり”のついたスコッチテープのようであり、患部に移植したり、細胞シートを複数枚積層化させて三次元組織を作ることができる。

細胞シートの臨床応用として、1990年代末から大阪大学眼科西田幸二助手（現教授）との共同研究が東京 - 大阪の 550km の距離を越えてスタートした。アルカリ傷害やスチーブンスジョンソン症候群などの角膜上皮幹細胞疲弊症の患者に対し、外科的に癒

痕化組織を切除した角膜実質上に、患者本人の口腔粘膜を細胞ソースとして作製した培養上皮細胞シートを移植する。多くのウサギの実験の後に、2002年12月より臨床研究を開始し、2004年初期臨床成績を New England J of Medicine⁴⁾ に発表し、世界から革新的な再生医療として注目された。

同時期、大阪大学第一外科澤芳樹准教授（現教授）との心筋再生医療の共同研究もスタートした。脚の筋肉より単離した筋芽細胞を細胞ソースとして作製した培養骨格筋筋芽細胞シートを重症心不全患者の心臓表面に直接に貼付する。細胞懸濁液を直接心筋に注射しても 90% 以上の細胞が移植部位から流出してしまうのに対し、細胞シート移植ではほぼ 100% の細胞が移植部位に生着する⁵⁾。移植された細胞シートから VEGF, HGF, FGF などのサイトカインが長期間に渡って持続的に放出されるため、新生血管の誘導、心筋壁の正常化が起こり、拍出量を上昇させることが確認された⁶⁾。2007 年以來、約 20 人の重症心不全患者に治療を行った。現在、テルモが大阪大学、東京女子医科大学、東京大学で治験を行っている。

角膜、心筋の再生医療に続き、2008 年より食道ガンの内視鏡的切除後に起る狭窄の回避と治癒の促進を目的に、患者口腔粘膜を細胞ソースとする培養上皮細胞シートの経内視鏡的移植による再生医療を、東京女子医科大学消化器外科山本雅一教授、大木岳志准講師との共同研究により行った。他の方法では得ることのできない圧倒的な治療効果を得た⁷⁾。現在、スウェーデンカロリンスカ病院との共同研究が開始しており、これまでに 4 例の患者に治療をおこなった。細胞シート再生医療が世界的なネットワークの中で臨床応用に供され始めている。

続いて、2011 年より東京女子医科大学歯科口腔外科安藤智博教授、岩田隆紀講師との共同研究により患者智歯（あるいは咬合に参画していない歯）を細胞ソースとして作製した培養歯根膜細胞シート移植による歯周病の再生医療を開始した⁸⁾。炎症により失われた歯槽骨、歯周靭帯の再生が臨床的にも確認されており、今後の進展に期待している。同じく 2011 年に東海大学医学部整形外科佐藤正人教授との共同研究により膝関節軟骨の細胞シート治療⁹⁾の臨床研究がスタートしている。

以上のヒト臨床が始まっている各プロジェクトとその推移の概略を図 3 に示した。今後のパイプライ

【図3】

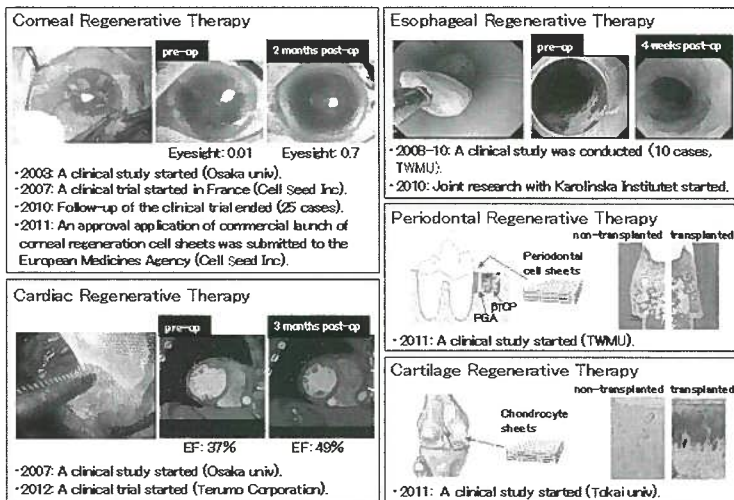


Fig. 3. Regenerative therapy by Cell Sheets, of which clinical studies started

ンとしては、肺気胸の再生医療に関して東京女子医科大学胸部外科大貫恭正教授、神崎正人講師との共同研究で前臨床研究をほぼ終了し、臨床研究が開始目前である。患者皮膚由来培養線維芽細胞シートを患部に貼付する。また、東京慈恵会医科大学耳鼻咽喉科小島博己教授との共同研究により真珠腫の外科的切除後に生じる鼓膜の癒着などの合併症の防止を目的とした培養鼻粘膜上皮細胞シート移植による再生医療の臨床研究も開始目前である。

我々は、国内外の医師や研究者、企業との共同研究を具体化させながら、多くの患者を治すことのできる先端医療の実現に向けて医工連携、産学連携をさらに進めて行きたいと考え、これが21世紀の重要な課題であると信じている。

参考文献

1. 内閣府 政策会議 医療イノベーション5か年戦略について
URL: <http://www.kantei.go.jp/jp/singi/iryuu/5senryaku/index.html>
2. N. Yamada, T. Okano, H. Sakai, F. Karikusa, Y. Sawasaki, Y. Sakurai, "Thermo- Responsive Polymeric Surfaces; Control of Attachment and Detachment of Cultured Cells", *Macromol. Chem. Rapid Commun.*, 11 (11), 571-576 (1990)
3. T. Okano, N. Yamada, H. Sakai, Y. Sakurai, "A Novel Recovery System for Cultured Cells Using Plasma-Treated Polystyrene Dishes Grafted with Poly (N-isopropylacrylamide)", *J. Biomed. Mater. Res.*, 27 (10), 1243-1251 (1993)
4. K. Nishida, M. Yamato, Y. Hayashida, K. Watanabe, K. Yamamoto, E. Adachi, S. Nagai, A. Kikuchi, N. Maeda, H. Watanabe, T. Okano, Y. Tano, "Corneal reconstruction with tissue-engineered cell sheets composed of autologous oral mucosal epithelium", *N. Engl. J. Med.*, 351 (12), 1187-1196 (2004)
5. H. Sekine, T. Shimizu, I. Dobashi, K. Matsuura, N. Hagiwara, M. Takahashi, E. Kobayashi, M. Yamato, T. Okano, "Cardiac Cell Sheet Transplantation Improves Damaged Heart Function via Superior Cell Survival in Comparison with Dissociated Cell Injection", *Tissue Eng Part A.*, 17 (23-24), 2973-2980 (2011)
6. Y. Sawa, S. Miyagawa, T. Sakaguchi, T. Fujita, A. Matsuyama, A. Saito, T. Shimizu, T. Okano, "Tissue engineered myoblast sheets improved cardiac function sufficiently to discontinue LVAS in a patient with DCM: report of a case", *Surg Today.*, 42, 181-184 (2012)
7. T. Ohki, M. Yamato, M. Ota, R. Takagi, D. Murakami, M. Kondo, R. Sasaki, H. Namiki, T. Okano, M. Yamamoto, "Prevention of Esophageal Stricture After Endoscopic Submucosal Dissection Using Tissue-Engineered Cell Sheets", *Gastroenterology.*, 143 (3), 582-588 (2012)
8. T. Iwata, M. Yamato, H. Tsuchioka, R. Takagi, S. Mukobata, K. Washio, T. Okano, I. Ishikawa, "Periodontal regeneration with multi-layered periodontal ligament-derived cell sheets in a canine model", *Biomaterials.*, 30 (14), 2716-2723 (2009)
9. G. Ebihara, M. Sato, M. Yamato, G. Mitani, T. Kutsuna, T. Nagai, S. Ito, T. Ukai, M. Kobayashi, M. Kokubo, T. Okano, J. Mochida, "Cartilage repair in transplanted scaffold-free chondrocyte sheets using a minipig model", *Biomaterials.*, 33, 3846-3851 (2012)

医学研究のすすめ

— 先端医薬開発の研究、私の場合 —

聖マリアンナ医科大学難病治療研究センター准教授 山口 葉子 氏



はじめに

「医学研究とは、臨床に適応することを前提に研究倫理に基づいて行う研究のこと」と定義づけられているが、広義で捉えれば「医学発展のために貢献できる研究」と言える。臨床医師をはじめ、私のように医師でないバックグラウンドの多くの研究者も医療発展のため研究を進めている。医療発展のためには、新しい医薬品の開発とその臨床研究（治験・臨床試験）の早期実施が重要である。我が国は、患者様に新しい医薬品が届くまでの期間が他国に比較し遅く「ドラッグラグ」と評された状況にあったが、平成 19 年以降厚生労働省等が中心となって様々な活動が実施され状況は少しずつ改善しているようである。

我が国は、最先端医学研究の一つである iPS 細胞による再生医療の実現に関しノーベル賞を授賞し、これをきっかけとして「ドラッグラグ」の状況から一日も早く脱却し、世界レベルで通用する我が国独自の医薬品開発や治療方法の創出が大いに期待されている。そのような状況下で、我々は医療イノベーションに繋がる医薬品開発を行うためナノ医療研究を推進し、特に経上皮吸収による薬剤の体内浸透に関する研究を行っている。

本稿では、先端医薬の一端と自負している研究内容と展望を紹介させていただき、医学研究を行う研究者の方々にご高閲いただければ幸いである。

私が考える先端医薬開発

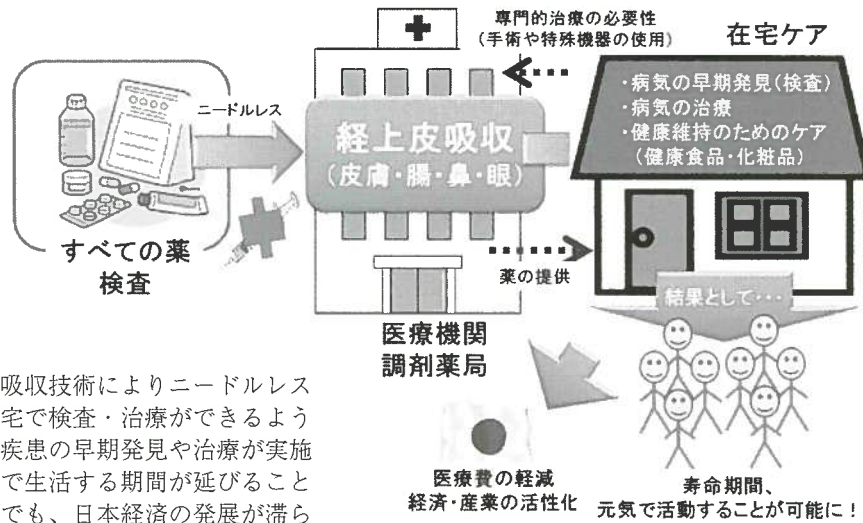
新しいナノテクノロジー開発の推進が叫ばれてからすでに 10 年が過ぎたが、医薬品開発においてナノテクノロジーが生かされ実用化した例はまだ

まだ少ない。私が研究の主体を置いている Drug Delivery System (DDS) 研究では、様々なナノカプセルによる新しい医薬品開発研究が進められ、特に抗癌剤に関しては副作用低減や抗癌効果増強のための臨床試験が進められている。本年度文部科学省をはじめとした各省庁より発信された研究開発に関する内容は、我が国が今後国際社会の中で生き残り、経済再生を果たしていくためには、革新的なイノベーションを連続的に生み出していくことが必要であると謳っている。すなわち潜在している将来社会ニーズから導き出されるビジョンを設定し、このビジョンを基に 10 年後を見通した革新的研究課題を特定し推進する必要がある。そのためには既存分野・組織の壁を取り払い異分野融合によるまったく新しい技術創出による産学連携が必須である。本骨子が実現できれば、近い将来我が国も世界に通用する医薬品開発先進国に変わっていくだろう。

私は約 10 年前より聖マリアンナ医科大学にて DDS、特に皮膚組織にターゲットを絞り皮膚からの薬剤吸収研究 (Transdermal Drug Delivery System, TDDS) を進め、外用薬や貼付剤が注射剤の代わりになることで患者様の QOL 向上や治療効果拡大を図る技術構築を目指している。

皮膚は上皮系として位置づけられ、外界である空気に接する臓器としての機能を有する組織構造をしている。そのため上皮系である眼、腸、気管、粘膜の組織構造は皮膚構造と類似性があり、現在の TDDS 技術が他の上皮内吸収にも有効であると考えている。経上皮吸収技術が構築されることは、ニードルレス実現に繋がり、少子高齢化先進国である我が国の持続性確保が達成でき、産業・経済の発展が期待されると考えた。一例としてワクチンを挙げると、現在のワクチンはほとんどが注射剤としての剤型であるため医療機関の受診が必須である。また、アフリカ諸国をはじめとする発展途上国では、注射針が別疾患の感染原因となってしまうリスクのた

【図1】 経上皮吸収の実現による医療イノベーション



医薬品や検査を、経上皮吸収技術によりニードルレスにすることで、患者様は在宅で検査・治療ができるようになる。その結果、重大な疾患の早期発見や治療が実施されるため、高齢者が健康で生活する期間が延びることになる。少子高齢化に進んでも、日本経済の発展が滞らない一つの方法と考える。

め、ワクチン普及が不十分で日々多くの子供たちが死に瀕しているのが実情である。

このような背景を打開する一つの方法は、ニードルレスにすることで、すなわち「塗る、貼るワクチン」の開発が挙げられる。開発成功がもたらすことは、いつでもどこでもワクチン接種ができ、医療機関に治療毎に行く必要がなくなる（医療費低減）ことである。国内でいえば在宅でのワクチン投与が可能のため、鳥インフルエンザなどの予想外の感染症大流行によるパンデミック状況を阻止も出来るだろう。国外でいえば発展途上国の子供たちを間違いなく救うことができ、将来を担う貴重な人材を残すことができる。これはほんの一例である。我々が目指している先端医薬開発による医療イノベーションを図1に示す。

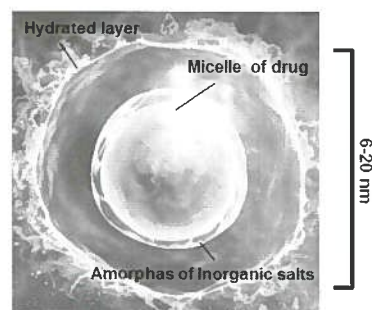
あらゆる薬の投与をニードルレスにすることは、外用剤・貼付剤、経口薬・点眼薬や経鼻薬で多くの疾患治療や検査・健康診断が自宅にて可能になることを示している。例えば皮膚内に特殊な薬剤を塗り、その表面をテープで採取するだけで手軽にいつでも癌検査ができるようになると、癌の早期発見が可能となり、癌による死亡率は激減するだろう。加齢により高確率で発症する癌の死亡率低下は、高齢者の寿命延長に繋がるが、何よりも元気で活動できるようになるため産業・経済に貢献できることが重要である。少子高齢化でますます高齢者割合が増えつつある現在、早急に「国民がいつまでも元気で活動できる医療環境」を整えなければならない。同時に図1のスキーム達成は、現在大

きな社会問題である増大した医療費の削減にもつながると期待できる。

ナノ技術による経上皮吸収

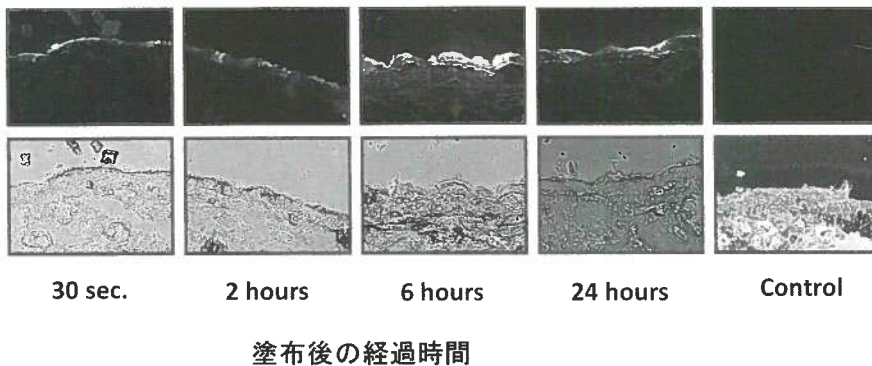
私たちが考える医療イノベーションを実現することは容易ではない。それは、医薬品投与を経上皮吸収タイプに変更することが極めて難しいからである。上皮系は外界に接する臓器であるため、細菌などを容易に透過させないバリア機能が発達している。そのため、単純に主薬を皮膚に塗りこんだり点

【図2】 経上皮吸収のためのナノカプセル



カプセル内部には約100%の薬剤が内包されている。カプセル外側は炭酸カルシウムをはじめとして無機質の薄膜（1ナノメートル以下）で覆われ、水に親和性のある層にも覆われているためジェル状態になっていると考えられる。直径は十数ナノメートルの非常に小さいカプセルとなっている。

【図 3】 薬剤の皮膚内浸透性評価



モデル薬剤: FITC-dextran M.W.4000

ヘアレスマウス背部にモデル薬剤を混合した外用基材を塗布し、直後にぬるま湯で洗浄・組織解析を行った結果を示す。白い部分はモデル薬剤に相当する。開発した外用基材は塗布後瞬間的に薬剤を浸透させるメカニズムを持つのが特徴である。

上皮系組織のナノオーダー（十数～数百ナノメートル）よりも非常に小さい設計になっているため浸透性効果が極めて高い。

また、③の達成のため、皮膚組織に薬剤の通り道を作るための外用基材を開発した。薬剤を内包した本基材を皮膚に塗布することで、薬剤が瞬間的（数秒内）に皮膚内に浸透する能力を持っている。モデル薬剤を使用した場合の浸透性評価結果を図 3 に示す。

眼したり飲んだりしても、血中移行はほとんどしない。システミック投与レベルにするためには、各上皮組織に合わせた薬剤設計が必要となる。皮膚から薬剤を浸透させ血中移行させるためには、まず皮膚バリアである角層（皮膚最外層）を透過する必要がある。高齢者に多い眼疾患である加齢黄斑変性症は、網膜中心部の黄斑部の障害であるため網膜部位まで薬剤を到達させなければならない。しかし、角膜は皮膚の角層と同様に眼球最外層としてバリア機能を有しているため、点眼薬剤を網膜まで到達させるためには、角膜を透過できなければならない。

浸透させるための戦略として、次の 3 つの方法がある。①薬剤をなるべく小さいサイズにする。バリアを担う組織構造はナノオーダーで構築されているため、そのサイズよりも小さいナノサイズが理想的である。②カプセルを作製し、なるべく多くの薬剤分子を内包する。例えば低浸透性であっても各薬剤分子を浸透させるよりも高効率を期待できる。③バリアを担う組織に薬剤の通り道を構築する。

方法①および②から、ナノサイズのカプセルを作製すれば角層内や角膜内に高効率で薬剤浸透性を向上させることができると推定される。皮膚組織をターゲットにした場合の③の達成のためには、角質細胞間の隙間を埋める脂質のナノ構造を変化させ薬剤の透過経路を作る方法が考えられる。

我々研究グループは、上皮系に浸透性が高いカプセルの作製に成功している。本カプセルは、薬剤をほぼ 100% 内包し無機質の薄膜でコートされた直径 10 数ナノメートルの球状カプセル（図 2 参照）で、

2 つの技術は、主に皮膚内浸透性をターゲットに研究開発された技術で、現在化粧品と医薬品調剤原料に実用化されている。これらの技術をさらに向上させ、より吸収性を高めるために、吸収メカニズムの解明と技術開発研究に取り組んでいる。

おわりに

私の先端医薬開発研究は、スター的位置付にある創薬研究でも再生医療のための iPS 細胞の研究でもなく、私のバックグラウンドである物理学の知識を用いた経上皮吸収のための新技術開発である。少子高齢化社会における医療の在り方を考えた時、私のできる研究は、異分野である自分の知識と医学・薬学・生物学の融合による新しい医薬品開発を創出することであると思っている。より先進的医療を生み出しかつ医療費低減を実施できる新規システムを構築すれば、我が国の直面している少子高齢化社会においても、国際的競争社会で生き残り経済再生を果たしていくことができるだろう。

聖マリアンナ医科大学では、数十年前より「研究開発から実用化まで」をモットーに、積極的に先端医薬研究を推進している。その視点から、ナノ医療による革新的イノベーションを起こすという展望を持って、私の行っている経上皮吸収研究がその一端を担うことが出来ればと期待し、今後も積極的に取り組んでいきたいと考えている。

Academic Surgeon のすすめ

日本医科大学消化器外科学助教

水口 義昭 氏



はじめに

医学部を卒業し、そして研修医を終えてどのような医師を目指すのか、またどの医局に所属するのか、これは誰もが一度は悩むことである。その選択により医師として進む方向性が示され、若い医師にとっては大きな決断であろう。私自身は消化器外科医になる選択をしたが、“Academic Surgeon”という言葉に出会ったことが、今の自分に大きな影響を与えている。

ここでは私が思う Academic Surgeon について、また外科医としての医学研究のあり方について述べる。

私は1997年に日本医科大学を卒業し、同大学消化器外科に入局した。その後2005年に大学院を修了してポストドクへ進む道を選択した。2009年には、米Pittsburgh大学Medical Centerに留学し、2011年の秋に日本医科大学消化器外科に戻り、現在に至っている。途中、自分の研究成果をもとに特許を取るなどの経験を積むことが出来た。今振り返ると、医師になってから3分の1の期間は研究生活をしてきたことになる。自分が医学研究に魅了されたきっかけは今でも覚えている。2000年の春、当時は外科臨床一色で過ごしていたのだが、病院の敷地にある自動販売機前で一息ついていたら、ふと気がつくと自分と同じようにしている姿が目に入った。彼は同級生で、医学生時代には実習などで同じグループであったが、卒業後は特に連絡も取っていませんでしたので久しぶりの再会であった。私は彼が卒業後、基礎医学の教室に進んだことは知っていた。それ以後もその場でたびたび顔を合わせ、彼が日々行っている分子生物学的研究やその生活ぶりを聞いている

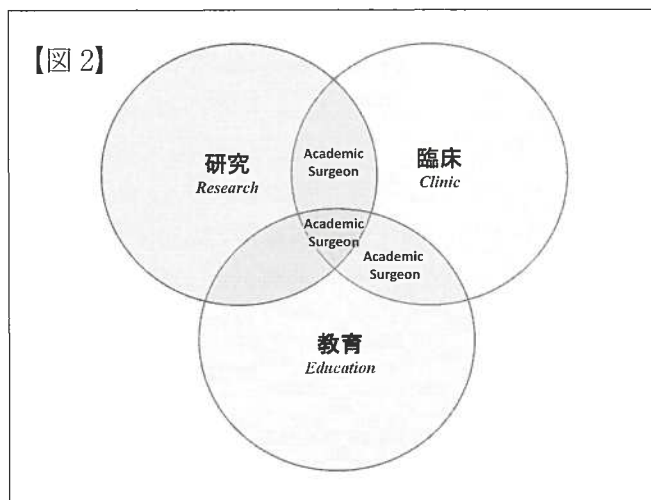
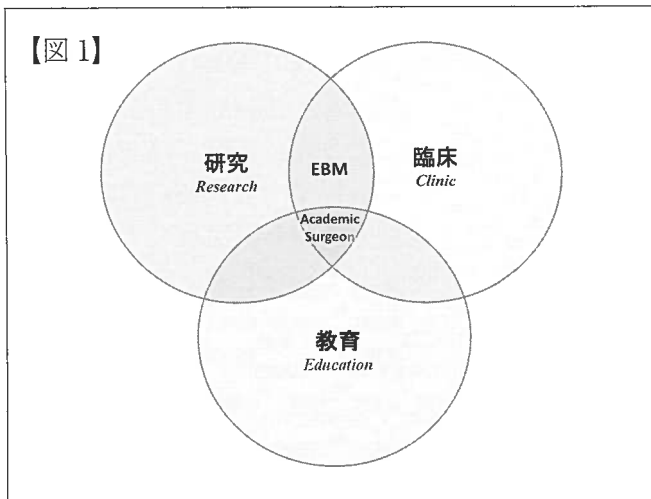
うちに、だんだんと興味を覚えるようになり、主任教授の許可を得て翌年大学院進学を果たし、彼と同じ教室で研究生活を始めた。今思えば、消化器外科医として、当時、医学では助けられない患者さんを数多く目の当たりにし、研究から得られるかもしれない将来の医療に大きな可能性を感じていたのかもしれない。大学院時代には彼とは机を並べ、あれやこれや議論しながら、昼夜、休日関係なしに研究生活を送った。今振り返るとあの頃の自分は言葉こそ知らなかったが、Academic Surgeonを追い求めていたのだと思う。

Academic Surgeon とは

“Academic Surgeon”という言葉はアメリカの著名な脳外科医であるHarvey Williams Cushing (1869 - 1939) が述べた7原則に要約されている。

1. He must be a researcher
2. He must be able to inoculate others with a spirit for research
3. He must be a tried (reliable) teacher.
4. He must be a capable administrator of his large staff and department
5. He must, of course, be a good operating surgeon
6. He must be co-operative
7. He must have high ideals, social standing and an agreeable wife.

つまり、Academic Surgeon とは直接患者と接し、また手術に携わることで外科臨床の発展に尽くすとともに、将来の良き外科医のトレーニング、医学の発展のための研究を行っている外科医、と言える。単に大学の医局に所属する外科医、を意味し



ているものではないし、一般の市中病院の中にも Academic Surgeon は存在し得る。図で表すと図 1 のように、Academic Surgeon とは医学の 3 本柱である“臨床”“研究”“教育”の 3 つの輪の重なり位置する外科医と考えられる。ただし、今日ではこのような外科医は非常にまれであるとも思われる。外科臨床はより高度専門化しつつあり、医学研究もより複雑化・専門的なものが求められ、競争も激化している。さらに、教育はより時間を要するようになってきている。そのため、現在医学のなかでの Academic Surgeon とは外科臨床に携わり、さらに研究もしくは教育を行っている外科医、と考えられる (図 2)。あくまでも、外科臨床を行っているものでなければならない。

以前より、外科医で実験や研究を多く行っているものに対して、“実験外科”というやや批判めいたあだ名があたえられている。しかし、多くの重要な基礎医学的発見が外科医の研究成果によりもたらされ、それによる革新的進歩が生じたのも事実である。

以下に例を挙げる。

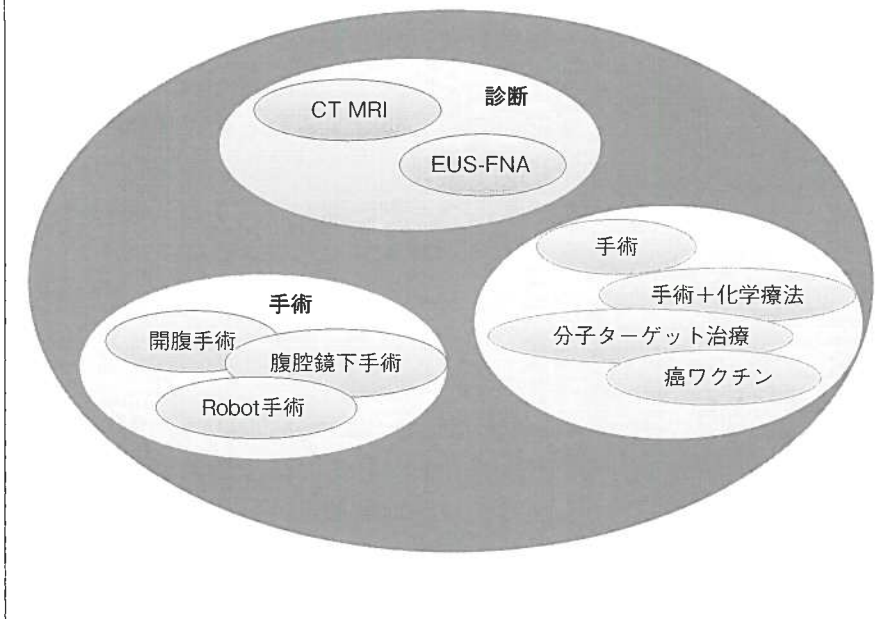
- 1) Judah Folkman (1933 - 2008 年) はアメリカの小児外科医であり細胞生理学者でもある。彼は 1971 年に New England journal of Medicine にて癌が進展、発育するためには癌細胞自身が血液による栄養が必要であり、血流を中断すると縮小することを証明した。また、血管新生を制御する多くのタンパク質を同定しさらに、血管新生のメカニズムを明らかにした。彼が同定した多くのタンパク質は現在重要な製剤として臨床応用されている。
- 2) Frederick Grant Banting (1891 - 1941 年) はカナダ人の整形外科医であり内分泌学の研究者でもあった。彼は膵臓の内分泌物の単離に成功し、これを動物へ投与すると血糖値が下がることを発見した。この物質は後にインスリンと名付けられた。これは当時治療法のなかった糖尿病の有効な治療法の開発につながる第一歩だった。この功績に対して 1923 年度のノーベル生理学・医学賞を受賞した。
- 3) Werner Forssmann (1904 - 1979) 1929 年、外科医であった彼は腕を切開し、自身の心臓の右心房に尿カテーテルを通した。その後、自らレントゲン写真を撮って心臓にカテーテルが入っていることを確認した。彼はこの一件で病院を解雇された。しかし、この技術が今日の心カテーテル検査へ応用されている。この研究への貢献により、1956 年度のノーベル生理学、医学賞を受賞した。

上記以外にも過去ノーベル賞を受賞した外科医は数多く、2012 年度の山中伸弥京都大学教授を含め実に 11 名を数えている。

今後の医療発展の中の Academic Surgeon

もちろん、外科医のみではなく多くの医学者の努力により現代医学は発展してきた。例えば、我々が日常診療している膵癌を例に挙げると (図 3)、1) 診断においては CT や MRI の画像検査、そして最近では超音波内視鏡によるより詳細な観察に加え、穿刺細胞診により術前に癌の確定診断が可能になってきている。2) 手術においては従来の開腹手術に

【図3】



加え、腹腔鏡下手術による低侵襲化が可能となった。また、一部の疾患ではすでに保険適応となった手術支援 Robot を使用した、より高度で低侵襲な手術が可能となりつつある。3) 膵癌の治療方法として、従来は手術中心であったものが、抗がん剤、さらに分子標的薬の投与が可能となってきている。これらのどれを取ってみても、外科診療の枠を超えた、基礎・臨床研究、さらに産学連携など他分野と外科医の連携により医学が発展していることがわかる。これらを推し進めている外科医が Academic Surgeon である。

外科医不足問題

ノーベル医学賞を受賞した山中伸弥教授は、整形外科医時代にリウマチの女性患者を担当したとき、全身の関節が変形しているのを目の当たりにし、それが研究を始めるきっかけの1つとなったと語っていた。外科医であっても、研究マインドを忘れないことが、手術では治せない領域への架け橋になると思っている。

外科治療は今でも多くの疾患に対して最も効果的治療法である。また、我が国の手術成績について、癌の手術成績を国際比較すると、日本は胃がんで患

者の5年生存率が、英国の2倍近いなど世界で最高レベルにあり、大腸がんの手術成績もアメリカと比較し5年生存率ではどのステージにおいても優れている。これらは我が国の外科医療のすばらしさを示していると考えられる。

しかし、昨今その担い手である外科医不足が叫ばれている。医師の全体数は1996年から8年間で11.5%増加しているが、外科系医師は逆に2.1%減少している。一般外科に限ると6%と大幅な減少である。日本外科学会の会員数は1990年代半ばには38000人に達していたが、新規入会者数は、1980年代の後半から減り続け、

2004年の卒後初期臨床研修制度開始の年には499人まで減少した。また、20代の外科医が全体の4.5%と、外科医の高齢化も進んでいる。

若い医師へ

医学生、若い医師たちへこの言葉を送りたい、
"The practice of medicine is an art, not a trade; a calling, not a business; a calling in which your heart will be exercised equally with your head."

Sir William Osler MD, 1903

人の考え、希望は多岐にわたる。しかし、医学生や医師になりたての人達が進路を決める際に、忙しさや辛さだけではなく、仕事が好きでいられるか、また一生興味を持って続けられるかなどを加味して決めてほしい。努力は人生を裏切らず、また自己の鍛錬が自分の成長につながっていくと私は信じている。

将来、この日本に外科医、そして Academic Surgeon が多く生まれることを期待している。

論

『救急総合診療の意義

藤田保健衛生大学での取り組みを振り返って』

藤田保健衛生大学救急総合内科教授

山中克郎氏

壇

1 はじめに

私は昭和 60 年に医学部を卒業し、2 年間の初期研修を名古屋の市中病院で受けました。その後、米国シアトルに留学し免疫の基礎医学研究を 4 年間行っています。帰国後は血液内科/HIV 診療に従事し、平成 11 年から 1 年間カリフォルニア大学サンフランシスコ校 (UCSF) で総合診療を学びました。平成 12 年から独立行政法人国立病院機構名古屋医療センターと藤田保健衛生大学で①救急室での内科疾患の診断治療、②医学部学生/初期研修医のベッドサイド教育、③内科外来診療を行っています。

最も関心があることは、まだ診断がついていない患者さんを学生や研修医と一緒に診療し、ベッドサイドで彼らに教育をすることです。詳細な病歴と基本的身体所見から診断を絞り込んでいくことは、まるでシャーロック・ホームズの推理のように、内科医として経験と知識を総合的に活用できる瞬間です。救急室には、軽症から重症まであらゆる疾患の患者さんがいらっしやるので、正確に診断をつけ緊急度に応じて専門医に迅速にコンサルトすることが必要です。安全に医療を行うための思慮深い考察とコメディカルスタッフとの協調は何より大切に考えています。

2 救急総合診療医とは

総合診療とは急性期から慢性期までの疾患を外来、病棟、在宅という多様な場で診る全人的医療です。近年、複合疾患の増加により、総合診療医が各専門医と協力しながら多様な疾患の治療を行う必要性が高まっています。総合診療医には家庭医、病棟総合診療医、救急医、集中治療医、救急総合診療医が含まれます。救急総合診療医は軽症から重症まで様々な救急患者を、主に救急室で診療します。福井大学医学部地域医療推進講座寺澤秀一教授の講演スライドを参考に救急総合診療医と他の総合診療医の関係を図 1 に示します。

3 北米型 ER (救急室) の役割

救急総合診療医が働く北米型 ER では、軽症から重症までどのような科の疾患も受け入れ初期治療を行います。診療の目的は次の 5 点です。

- ①救急患者の 90% 以上を占める 1 次・2 次救急患者に隠れている、3 次救急患者を見つけること (例えば、腰痛で来院した腹部動脈瘤破裂、症状は心窩部痛だけの心筋梗塞、めまいで来院した小脳梗塞)
- ② 3 次救急患者を迅速かつ適切に専門医にコンサルトする

- ③ ERで確定診断のつかない患者、または帰宅困難な患者を、医療安全を考慮し経過観察のため一泊入院させる（不安定狭心症の疑い、軽度の消化管出血、一人住まいの高齢者）
- ④ ERを医学生、研修医の実践的な救急診療教育の場とする（誰もが誤診しやすいピットフォール症例を共有する）
- ⑤ 認知症、精神疾患、知的障害などコミュニケーションのとりにくい患者、専門診療科の狭間に陥る患者、複合疾患患者を全人的医療の観点から積極的に治療する

愛知県でもこの数年間に急速な医療崩壊が起こり、崩壊した病院の周りの救急病院では、急増する救急患者への対応が年々難しくなっています。人々は軽症でも深夜に頻繁に救急室を訪れるようになり、待ち時間の短いERは「コンビニ外来」と言われています。患者家族の要求もエスカレートし、夜間救急でも最高水準の医療が求められるようになりました。このような医療情勢の中、救急医療をさらに充実させるため次のことが必要です。

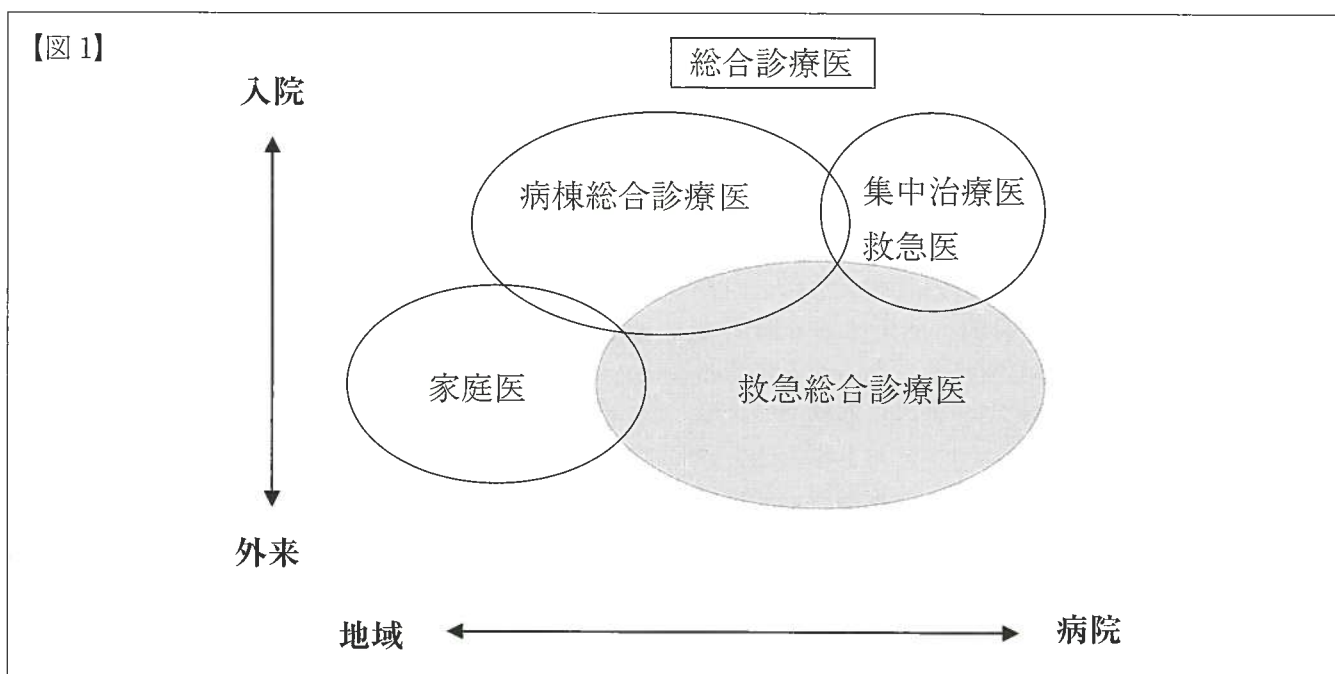
4 【提言①】 救急総合診療部門の設立

救急と総合診療は多くの大学病院や市中病院で上手く機能していない部門です。「診断がつかないと自分が診ることになるので、救急車はできるだけ断ろう」「総合診療をやると誰も見たくない患者ばか

りを押し付けられるから嫌だ」と多くの医師は考えています。救急やプライマリ・ケアに懂れる学生は多いのに、研修が始まるとローテート先の専門医から「救急なんて疲れるだけだよ。すぐに訴えられるし。総合診療なんてやったって他の医者や患者から尊敬されないよ。専門のことだけやっていた方が楽じゃん」と聞かされ皆が専門医を目指します。私自身も「お忙しいところ誠に申し訳ありません」と懇懃に対応したにも関わらず、自分よりはるかに年下の（自称）専門医にERで冷たい仕打ちを受け何度か人格が崩壊しかけました。

しかし、救急総合診療はこれからの日本の医療の鍵を握る最重要分野です。医療崩壊や疾病不安のため深夜にも次々に来院する患者、重大な合併症を発症した妊婦の受け入れ、災害医療、重症インフルエンザ患者への対応など、マスコミでも救急医療は注目されています。国も予算配分を多くして救急医療を立て直そうと計画しています。今こそユニークかつ教育的な救急部門を作り、全国から優秀な医師を集めるべきです。彼らは若手医師のロールモデルとなり、「ここで何年かトレーニングを積めば、全身を診ることができる、こんなすごい医師になれる」という夢を初期研修医に与えることでしょう。

救急総合診療部門の運営に当たっては、明確なビジョンを持ち、他の診療科と上手く協調していくことができるリーダーの存在が欠かせません。実際に汗を流して救急室で奮闘する医師の意見を直接吸い



出典：福井大学医学部寺澤秀一教授（地域医療推進講座）講演資料をもとに作成

上げ、実情に合わせて ER 運営を修正することが必要です。現場で働く人達のモチベーションを高めるためには、年間 200 万円程度の自由に使える予算をつけ独立した部門とすることが必要です。大きな予算は必要ありません。救急室では切迫した緊急処置の最中にプローブを落として破損させる可能性がありますから、腹部/心エコーは中古で充分です。若い医師は高価な画像検査や血液検査だけに頼るのではなく、十分な問診と基本的身体所見から、鑑別診断を絞り込み的確に診断をつける技術を学ばなければなりません。

【救急総合診療の役割】

①小児科/内科疾患、外科系軽症疾患への迅速かつ適切な初期対応

ER 受診患者の約 70% は小児科/内科疾患であり、外科系軽症患者まで含めると 90% 以上となります。救急車のみならず、患者のバイタルサインが悪い時や痛みなどの症状がひどい場合は、全科の外来診察室から ER に搬送してもらい初期治療を行います。

②外科系重症患者（多発外傷、熱傷、中毒患者）の治療

救急部と協力して外科系重症患者の初期治療に参加します。

③専門医へのコンサルテーション

診断をできるだけ短時間につけ専門医にコンサルトします。専門医による治療がスムーズに行われるよう全診療科への橋渡しを行います。

④研修医・医学生教育

救急室にてマンツーマンでベッドサイド教育を行います。指導医は研修医/学生教育への関わりから自らも学ぶことができます。

⑤診断不明例のコンサルテーション

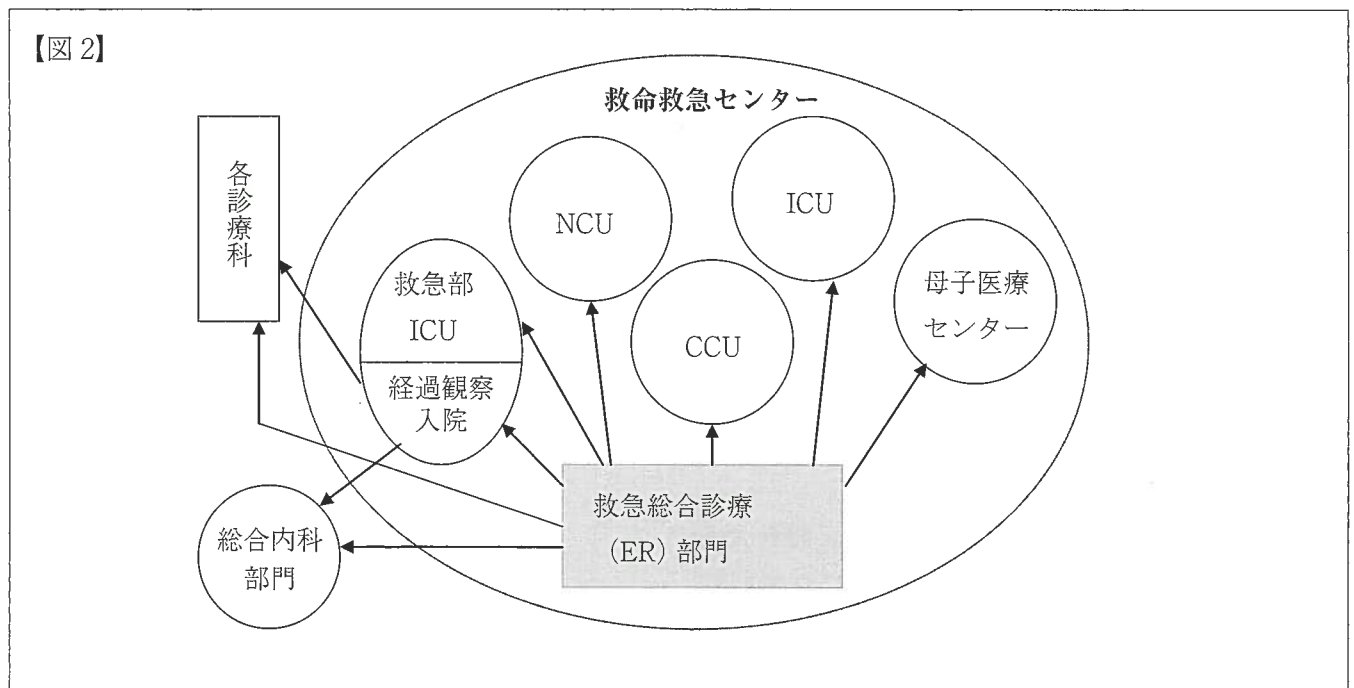
診断がわからない外来/入院患者のコンサルテーションを受けます。病態の理解、診断に必要な検査、抗菌薬の選択などのアドバイスを行い主治医と協力して治療にあたります。診断の難しい患者を数多く診察することは、内科医としての実力をつけるために必須です。

【研修の受け入れ】

子供から老人まで多種多様な疾患をたくさん経験することができ、専門医との交流が多い ER 研修は、医師生涯教育における絶好のトレーニングとなります。短期（1ヶ月単位、または週に一度の ER 勤務）での研修受け入れ、子育て中の女性医師も安心して働けるような労働環境整備が必要です。

【救急部/総合内科部門との関係】（図 2）

- ① ER でトリアージを行い専門医による高度先進医療が必要な人は、救命救急センター (CCU、NCU、ICU) に迅速にコンサルトします。
- ② 総合内科部門と救急部の協力は不可欠です。診療科が決まりにくい場合は、総合内科、または救急部が入院治療を引き受けてくれることが必要です。入院診療体制のバックアップがあるからこそ、安心して救急患者を受け入れることができます。



③救急総合診療部門では総合内科と異なり内科系疾患のみならず、全ての救急疾患や重症患者が診療対象となります。外科系を含めた病院全科との橋渡し、ERでの研修医・医学生教育、他施設との救急医療連携を行います。総合内科は複合疾患や高齢者の入院治療、病棟での研修医/学生教育、専門内科との連携が中心になります。救急部は多発外傷患者、中毒患者、熱傷患者の入院治療、ERでのCPA(心肺停止)対応を行います。

5 【提言②】 後期研修医のリクルート

様々な分野の専門医との協力で複合疾患のケアを行い、教育者として明日の優れた医師を育てる総合診療医の重要性はますます高まると思います。3年間の魅力的な後期研修カリキュラムを作製し、全国から優秀な救急総合診療志望者を集めることが重要です。後期研修医を多く集めている病院には、数ヶ月間の国内留学や地域医療研修、院内他科での研修機会があり、院外講師を定期的に招聘するなどの卓越した教育システムが人気の大きな要因となっています。後期研修医教育は充実させなくてはなりません。他施設との交流を図ることにより優れたシステムの導入ができます。人材交流を通じて互いのモチベーションは高まります。

「救急医療は目の前の患者さんをただ振り分けるだけ、治療に継続性がない、重症患者の他科への押しつけ」という不満を改善するために、藤田保健衛生大学救急総合内科には①ER部門、②ICU部門(救急室から入院する重症者の集中治療を救急部と合同で行う)、③総合内科部門があります。後期研修医はそれぞれの部門で総合診療のトレーニングを行うことができます。

希望者には専門医(内科、総合診療、救急、集中治療)を取得してもらうことができます。救急総合診療を学んだ者がその後専門医を目指す、専門医がもっと幅広く医療を学ぶため救急総合診療部に所属する、いずれの道も素晴らしいと思います。開業医の子弟が多い私立医科大学では特に、このような教育部門への需要と期待が大きいと考えます。

救急だけをやっていては疲弊するため、総合診療医として病棟での診療、一般内科外来、へき地診療の経験を積むことも必要です。医療費の増大、在院日数の短縮、高齢化社会の到来から、複合疾患に対

して入院治療を少なくし外来で優れたマネジメントをする能力がこれからは要求されます。大病院では鑑別診断を考える前に、とりあえず多くの血液・尿検査やCTを含めた画像検査が行われる傾向がありますが、若い医師が限られた医療・社会資源の中で鑑別疾患を考え、患者のニーズにあった必要最小限の治療をする能力の育成は不可欠です。地域での研修機会が増え、大都市と地方との間で医師の人的交流が進めば、医師偏在という大きな社会問題に対する有効策にもなります。

6 【提言③】 ER教育体制の確立

大学では一般病院以上に高度な専門分化が進んでいます。マッチングによる自由な研修病院選びが始まり、common diseaseや救急疾患を勉強するため、医学部卒業後は市中病院で研修を希望する卒業生が急増しました。救急室での教育的指導を充実させることこそ、多くの初期研修医の獲得に必要です。

研修医は第一線に立ち救急ホットラインの対応をし、自ら鑑別診断を考え、検査・治療方針を決めるトレーニングが必要です。最後まで責任を持って担当患者の治療にあたることにより満足度の高い研修を行うことができます。

そして医療で最も大切なことは患者や家族に対する「温かい思いやりの心」です。医療従事者と患者が切迫した状況で向き合う救急医療は様々な誤解が生じやすい場です。そのような難しい環境だからこそ、医療チーム(医師、ナース、レントゲン技師、薬剤師、検査技師、医療事務)が一体となって優しい気持ちを持ち、患者や家族により近い視点で思いやることが重要です。言葉にならない心の声を、微笑みを持って受け止める優しさは、どのような治療薬にも勝るのです。このような医師としての心構えを救急総合診療部門では徹底して若い医師に教えたいと思います。

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。

埼玉医科大学

学生ホール（落合ホール）竣工



学生ホール外観

埼玉医科大学では、平成 25 年 3 月、毛呂山キャンパスに医学部学生のための「学生ホール」を竣工しました。地下 1 階、地上 2 階建てで、延べ床面積は 1,711.83㎡（約 520 坪）です。

この「学生ホール」は、初代学長の落合京一郎先生の名前から「落合ホール」と命名し、入口右側に落合先生の胸像が置かれています。落合先生は、昭和 47 年の開学当初の学長を務められ、埼玉医科大学の建学の理念の一つである「実地臨床医家」の育成と 6 年一貫・統合教育の実現に尽力されました。

地下 1 階には、798 名を収容できるロッカー室とシャワー室（男 4、女 3）が完備されており、1 階には「学生会室」「自販機コーナー」、2 階には「ミーティングルーム」として多目的室があります。平成 23 年 3 月に竣工した 15 号館オルコスホール（教育棟）に近く、学生の自己学習、学生交流の場となるよう設計されています。



エントランスホール



学生ホール内部

金沢医科大学

レジデントハウス竣工



金沢医科大学レジデントハウス外観



外観の夕景

金沢医科大学では創立40周年記念事業の一環として、研修医定着を目的に、本学病院の臨床研修医にとって勤務地に近く、また快適かつ安定した住環境を提供するため、平成24年10月に金沢医科大学レジデントハウスを竣工しました。

建物は、鉄骨造地上8階建て、延床面積は約5,000㎡で、居室は1～2階に既婚者用の2LDK（72.69㎡）12戸、3～8階に単身者用の1LDK（49.32㎡）53戸、計65戸（うちゲストルーム2戸）が設けられ、全室オール電化で安全性を確保しています。また2階に設けられた談話室には、音響設備が整備され、症例検討会や研修会等に使用できるほか、4階のカンファレンスルームには電子カルテ端末が整備されており、指静脈認証による入退室管理を備え、セキュリティも確保されています。

平成24年12月に入居を開始し、25年4月には新たな初期臨床研修医26名が入居し、計42室が使用中となっています。この金沢医科大学レジデントハウスが、本学病院への臨床研修医の定着を促進し、さらに研修医が業務に専念できる場を提供することで、良医育成という本学の使命を果たす一助となることが期待されます。

なお当施設は、平成24年10月27日に開催された本学創立40周年記念式典において、式典・講演会・祝賀会の後、施設見学会として公開されました。

【建物概要】

鉄骨造地上8階建て
敷地面積：4,272.6㎡

建築面積：823.49㎡
延床面積：4,975.89㎡
工事期間：平成23年12月～平成24年10月
2LDK（既婚者用）×12戸、1LDK（単身者用）×53戸
2階に談話室（約100㎡）及び4階にカンファレンスルーム（約34㎡）を設置
全住戸分（65戸）のトランクルーム完備

【入居期間】

医科研修医：初期臨床研修期間の2年以内
歯科研修医：初期臨床研修期間の1年以内

【施設設備等】

配置物品：バス・トイレ・洗面台・キッチン・IHヒーター・エアコン、電気温水器（オール電化）

設備：インターネット利用可、LED照明（浴室のみ白熱電球）、ウォシュレットトイレ、フルオートバス

セキュリティ：モニター付きインターホン、カメラ付きオートロックシステム

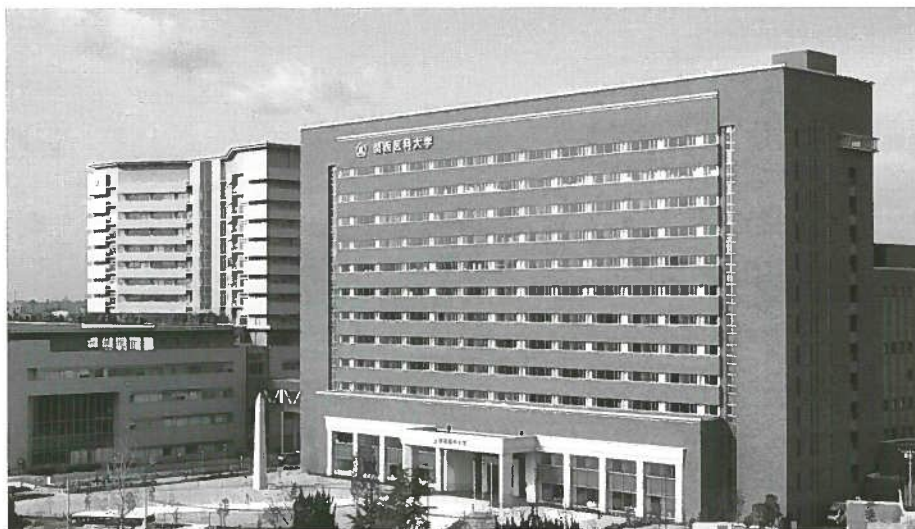
その他：駐車場（1戸1台：65台＋来客用3台）、駐輪場、トランクルーム、宅配ボックス



ゲストルーム（1LDK）

関西医科大学

枚方キャンパス新学舎開設



枚方学舎及び附属枚方病院

関西医科大学が「学舎統合移転整備事業」として建設を進めてきた「枚方学舎」は、分散している教養部学舎と専門部学舎を統合し、第一病院である附属枚方病院の隣接地に平成 25 年 4 月 1 日開設されました。

建物は延べ床面積 42,000㎡という大規模なもので、中央棟（13 階）、北棟（8 階）、南棟（3 階）がコの字状に配置されています。コンセプトは「グリーン & エコ」とし、学舎の周りに木々が植えられ、特に芝生が敷き詰められた中庭から、学園の森、淀川へと緑の絨毯が続き、遠景に高槻の山々が臨めます。建物の一部屋上には太陽光発電パネルを設置して給電し、建物内は人感センサーで照明の点滅を制御する区域を設けるなど様々な省エネルギー対策を講じています。学舎の正面玄関には大学のシンボルであるオベリスク（記念碑）がそびえ立ち、創立記念日には太陽の光を集光し、記念板を照らします。

1 階には地下 1 階から続く 300 人収容の加多乃講堂（ロールバックチェアで体育館兼用）があり、学生は 1 階と 2 階で講義と実習が完結し、教室間の移動に配慮された設計となっています。3 階は附属枚方病院とスカイウェイで直結し、最大 280 人収容可能な学生食堂、大きなシミュレーションセンターが配置されています。4 階にはチュートリアルルームや少人数対応の多数の自習室があり、屋上庭園に広がるカフェテリアでは中庭を臨みながら休憩できま

す。5 階から 12 階には臨床と基礎講座の研究室及び居室が多くを占めています。

今年で創立 85 年を迎えた関西医科大学は新学舎建設を契機として更なる飛躍を目指します。



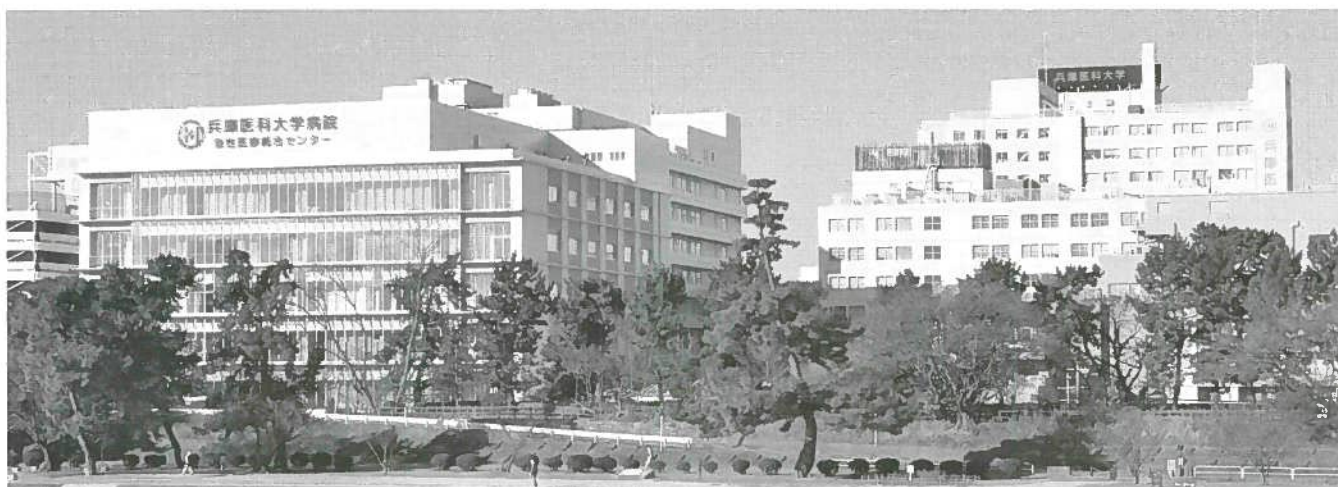
加多乃講堂



フロア構成

兵庫医科大学

大学病院「急性医療総合センター」開設



急性医療総合センター

兵庫医科大学病院「急性医療総合センター」は、災害拠点病院及び特定機能病院として地域における医療の充実を図るため、平成25年4月に開設致しました。本施設は、救命救急センター、手術センター、集中治療センター、IVR（血管内手術）センターなどの急性期医療の中核をなす施設を集約・配置し、地震などの大規模災害時にも機能するよう、免震構造を採用しています。また、集中豪雨や近隣を流れる2級河川の氾濫などの大規模水害に備えるため、機械室は地下に設置せず最上階に設置し、水没による機能停止がおこらないよう配慮しています。また、常に緊張が続く医療スタッフのために、各階の東側にスタッフ用のリフレッシュゾーンを設置するなど、スタッフへのアメニティにも配慮しています。

これまでの病院は開院以来40年が経過して建物の

老朽化が進んでおり、天井が低く手術室が手狭でしたが、急性医療総合センターでは天井をより高く設計したことで、今まで困難だった最新の大型医療機器設置も可能になり、手術支援ロボット「ダ・ヴィンチ」やハイブリッド手術室も導入致しました。将来を見据えたグランドデザインを採用しており、今後増改築などがあった場合もスムーズに対応できます。

また従来は救命救急センターと手術センターが離れており、連携がスムーズでなかったこともありましたが、急性医療総合センターに集約したことで、それらの問題も解消されました。

急性医療総合センターの開設により、より一層安全で質の高い、高度な医療を提供し、地域社会へのさらなる貢献を目指します。



手術支援ロボット「ダ・ヴィンチ」



建物東側のスタッフラウンジ

福岡大学

筑紫病院新病院開院



新病院外観

地域医療を支援する大学病院として、人々に親しまれるガーデンホスピタルが5月7日に開院しました。

新病院の基本方針は、①快適で人に優しい病院、②高度医療を実践する機能性を重視した病院、③安心・安全で信頼性の高い病院、④環境に優しい病院、⑤医療の変化に追随する病院、⑥効率のいい経済的な病院であります。

新病院は免震構造の鉄筋コンクリート造りで、地上9階建て、延べ床面積26,016㎡、エネルギー棟609㎡、立体駐車場棟6,645㎡、病床数310床で、関連部門の集約と明快な部門ゾーニングによる機能性および患者さんとスタッフの動線分離を徹底して、わかりやすさと働きやすさを重視した構成となっています。また、全館にわたりバリアフリーを徹底し、ユニバーサルデザインを実践しています。

新病院には、放射線部門、内視鏡部門の診療施設の拡充、新たに救急診療部門、リハビリテーションセンター、特殊な診断治療が必要な炎症性腸疾患のIBDセンター、外来化学療法室、集中ケアセンター、小児病棟など設置しています。また、薬剤部には注射薬払出システム、栄養部にはニュークックチルシステムを導入します。

病棟は1フロアに42床のコンパクトな看護単位を二つ設け、看護動線の短縮と病室への見通しの良さを重視してスタッフステーションを取り囲むように病室を配置し、個室と4床室を明確にゾーニング

して、それぞれの患者のニーズに対応した療養環境に配慮しています。

今後も豊かな自然の中で、質の高い医療と人のつながりを通して、地域に根付き、安心・安全な「あたたかい医療」がさらに発展していくよう努めます。



エントランス



子ども入院フロア

順天堂大学

キャンパス・ホスピタル再編事業

順天堂大学では創立175周年記念事業の一環としてキャンパス・ホスピタル再編事業を進めております。機能の拡充の主だったところを以下にご紹介致します。いくつものプロジェクトが同時並行で進みますが、小川理事長の卓越したリーダーシップの下で現状の教育・研究・診療のActivityを落とすことなく、計画した事業を完遂させるべく鋭意、粛々と作業を進めているところです。

1. B棟I期新築工事

旧5号館跡に建設する地上21階、地下3階の新病棟です。

今年12月末に完成する予定ですが、完成しますと2号館と3号館の病棟428床を移動させ新しい病棟として稼働いたします。I期工事後の移転が完了しますと2号館、3号館を解体し、2号館の跡にB棟の低層階を建築し、同時に3号館跡にC棟を建築致します。これらは病院としては増築部分となります。現在、工事は順調に進行しています。

2. D棟新築工事

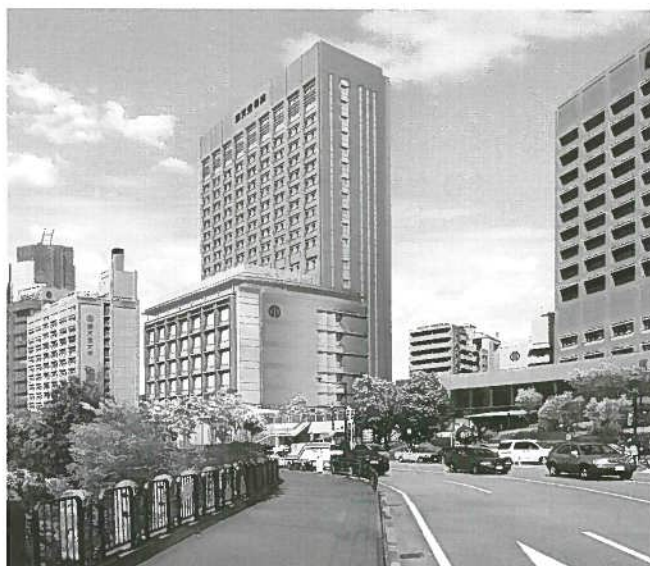
4号館に隣接する5棟のサテライトを解体し、4号館に接合して新築する建物です。来年1月末に完成する予定です。3号館にある院長室、副院長室、看護部、事務部等の病院幹部諸室等に移し、病院の管理棟として稼働いたします。地下にリニヤックを1台設置します。

3. C棟新築工事

3号館の病棟、管理諸室が移転した後に新築する建物で1号館の外来機能、手術室機能等の機能を補完・増強させます。現在、基本設計が終了し実施設計を進めているところです。

4. 上空通路建設工事

新築されるB棟と1号館、C棟を連絡する新たな専用の上空通路を建設いたします。5月頃に着工し来年の2月に完成する予定で計画を進めております。



御茶ノ水橋から見たB棟完成予想図



D棟完成予想図



C棟完成予想図

医大協ニュース

岩手医科大学

《法人役員》

◎理事就任

前田正知（新任）
平成 25 年 3 月 1 日付

《役職者の人事》

◎副学長

祖父江憲治（再任）
平成 25 年 4 月 1 日付

◎いわて東北メディカル・メガバンク機構長

祖父江憲治（新任）

◎いわて東北メディカル・メガバンク機構副機構長

人見次郎（新任）
以上、平成 25 年 1 月 1 日付

◎附属花巻温泉病院長

猪又義男（再任）

◎高度救命救急センター長

遠藤重厚（再任）

◎総合情報センター長

澤井高志（再任）

◎健康管理センター長

黒坂大次郎（新任）

◎附属病院副院長

杉山 徹（新任）
以上、平成 25 年 4 月 1 日付

《教授の人事》

◎教授就任

吉岡邦浩（放射線医学講座）
平成 24 年 10 月 1 日付
眞瀬智彦（災害医学講座）
平成 25 年 1 月 1 日付
別府高明（高気圧環境医学科）

平成 25 年 4 月 1 日付

◎教授退任

鈴木一幸（内科学講座消化器・
肝臓内科学分野）
佐藤 譲（内科学講座糖尿病・
代謝内科学分野）
嶋村 正（整形外科学講座）
以上、平成 25 年 3 月 31 日付

◎名誉教授の称号授与

鈴木一幸
嶋村 正
以上、平成 25 年 4 月 1 日付

日本医科大学

《法人役員》

◎理事

井上哲夫（新任）
平成 25 年 4 月 1 日付

《人事》

◎呼吸ケアクリニック所長

木田厚瑞
平成 25 年 4 月 1 日付

◎腎クリニック所長代理

橋本和政
平成 25 年 2 月 1 日付

◎老人病研究所所長

南 史朗（生体機能制御学分野）

◎大学院医学研究科長

鈴木秀典（薬理学分野）

◎医学部長

弦間昭彦（呼吸器内科学分野）

◎新丸子主任

野村俊明（心理学）
以上、平成 25 年 4 月 1 日付

◎大学院教授

白田実男（呼吸器外科学分野）
平成 24 年 12 月 1 日付
森田明夫（脳神経外科学分野）
平成 25 年 1 月 1 日付
清水 渉（循環器内科学分野）
猪口孝一（血液内科学分野）
安武正弘（総合医療・健康科学
分野）
原 行弘（リハビリテーション
学分野）
武井寛幸（乳腺外科学分野）
以上、平成 25 年 4 月 1 日付

◎臨床教授

師田哲郎（付属病院心臓血管外
科）
鳥 義雄（武蔵小杉病院周産
期・小児医療センター（新生児
内科））
以上、平成 25 年 4 月 1 日付

◎特任教授

長谷川敏彦
馬場俊吉
二宮宣文
有馬保生
宗像一雄
以上、平成 25 年 4 月 1 日付

◎名誉教授

芝崎 保（生体統御科学分野）
福田 悠（解析人体病理学分野）
水野杏一（循環器内科学分野）
檀 和夫（血液内科学分野）
飯野靖彦（内科学（腎臓内科学））
富山俊一（耳鼻咽喉科学）
井上哲夫（麻酔科学）
以上、平成 25 年 4 月 1 日付

◎教授定年退職

芝崎 保 (生体統御科学分野)
 福田 悠 (解析人体病理学分野)
 長谷川敏彦 (医療管理学分野)
 水野杏一 (循環器内科学分野)
 檀 和夫 (血液内科学分野)
 芳賀駿介 (乳腺外科学分野)
 飯野靖彦 (内科学(腎臓内科学))
 富山俊一 (耳鼻咽喉科学)
 井上哲夫 (麻醉科学)
 土屋眞一 (病理部)
 有馬保生 (保険診療指導部)
 以上、平成25年3月31日付

《訃報》

田中宣威理事・千葉北総病院名誉院長・名誉教授は、平成25年2月28日(木)に逝去されました。享年71。

東邦大学

《教授人事》

◎教授就任

関東裕美 (皮膚科学講座)
 島田長人 (総合診療・救急医学講座)
 吉原克則 (総合診療・救急医学講座)
 以上、平成24年10月1日付
 石井良和 (微生物・感染症学講座)
 平成25年1月1日付
 井上健夫 (形成外科学講座)
 平成25年2月1日付
 赤羽悟美 (生理学講座(統合生理))
 平 敬宏 (生物学研究室)
 武城英明 (臨床検査医学研究室)
 三上哲生 (病理学講座)
 以上、平成25年4月1日付

◎教授退任

有田秀穂 (生理学講座(統合生理))
 石井壽晴 (病理学講座)

大江容子 (麻醉科学講座)
 小山信彌 (外科学講座心外)
 甲田英一 (放射線医学講座)
 杉本元信 (総合診療・救急医学講座)
 高木啓吾 (外科学講座呼吸器)
 古府照男 (整形外科学講座)
 松橋正和 (眼科学講座)
 三浦於菟 (東洋医学研究室)
 室 増男 (体育学研究室)
 吉田正己 (皮膚科学講座)
 以上、平成25年3月31日付

◎特任教授就任

小山信彌
 甲田英一
 逸見仁道
 以上、平成25年4月1日付

◎名誉教授称号授与

有田秀穂
 石井壽晴
 大江容子
 小山信彌
 杉本元信
 古府照男
 松橋正和
 室 増男
 以上、平成25年4月1日付

東京医科大学

《就任》

◎茨城医療センター副院長
 吉田和美 (茨城医療センター看護部長) (新任)
 平成24年11月1日付
 ◎副学長
 飯森眞喜雄 (精神医学講座主任教授) (再任)
 水口純一郎 (免疫学講座主任教授) (新任)
 岡谷恵子 (看護学科教授) (新任)
 ◎副学長補
 伊藤正裕 (人体構造学講座主任教授) (新任)

池田徳彦 (外科学第1講座主任教授) (新任)

橋 政昭 (泌尿器科学講座主任教授) (新任)

竹内千恵子 (看護学科教授) (新任)

◎学生部長

後藤 浩 (眼科学講座主任教授) (新任)

◎副学生部長

竹内千恵子 (看護学科教授) (新任)

◎図書館長

小西眞人 (細胞生理学講座主任教授) (新任)

◎副図書館長

長尾俊孝 (人体病理学講座主任教授) (新任)
 以上、平成25年4月1日付

◎主任教授

三木 保 (医療安全管理学講座)
 ウィリアムス・ジェレミー・デービッド (国際医学情報学講座)
 河島尚志 (小児科学講座)
 河野道宏 (脳神経外科学講座)
 菅野義彦 (大学病院腎臓内科)
 以上、平成25年4月1日付

◎教授

大久保ゆかり (皮膚科学講座)
 林 光弘 (八王子医療センター乳腺科)
 以上、平成24年11月1日付
 筒井英光 (外科学第1講座)
 平成25年3月1日付
 竹内千恵子 (看護学科)
 黒田眞理子 (看護学科)
 小室佳文 (看護学科)
 櫻井利江 (看護学科)
 鈴木祐子 (看護学科)
 永島美香 (看護学科)
 平井和恵 (看護学科)
 森山幹夫 (看護学科)
 以上、平成25年4月1日付

- ◎臨床教授
近江明文（麻酔科学講座）
平成 25 年 1 月 1 日付
- 《退任》
- ◎主任教授
金子清俊（神経生理学講座）
平成 24 年 12 月 31 日付
J.P. バロン（国際医学情報学講座）
岩本俊彦（老年病学講座）
星加明德（小児科学講座）
原岡 襄（脳神経外科学講座）
以上、平成 25 年 3 月 31 日付
- ◎教授
下山直人（大学病院緩和医療部）
平成 25 年 1 月 31 日付
植木彬夫（内科学第 3 講座）
中尾俊之（大学病院腎臓内科）
以上、平成 25 年 3 月 31 日付
- ◎東京医科大学看護専門学校長
山科 章（内科学第 2 講座主任教授）（再任）

- ◎東京医科大学霞ヶ浦看護専門学校
校長
齋藤 誠（外科学第 1 講座教授）
（再任）
以上、平成 25 年 4 月 1 日付

東京女子医科大学

- 《法人役員の退任》
- ◎理事長
吉岡博光
- ◎理事
大澤真木子
大塚邦明
以上、平成 25 年 3 月 31 日付
- 《法人役員の就任》
- ◎名誉理事長
吉岡博光
- ◎理事長
吉岡俊正
以上、平成 25 年 4 月 1 日付

- 《就任》
- ◎副学長（研究戦略担当）
岡野光夫（先端生命医学研究所所長・教授）
平成 24 年 10 月 1 日付
- 《退任》
- ◎教授
大澤真木子（小児科学主任教授）
泉二登志子（血液内科学主任教授）
野村 馨（総合診療科教授）
藤井寿一（輸血細胞プロセシング科教授）
大塚邦明（東医療センター内科教授）
佐藤 弘（附属東洋医学研究所教授）
以上、平成 25 年 3 月 31 日付
- 《就任》
- ◎教授
永田 智（小児科学主任教授）
田中淳司（血液内科学主任教授）
以上、平成 25 年 4 月 1 日付
庄田守男（循環器内科臨床教授）
平成 25 年 1 月 1 日付
- 《医療施設長退任》
- ◎東医療センター病院長
大塚邦明
- ◎附属東洋医学研究所所長
佐藤 弘
以上、平成 25 年 3 月 31 日付
- 《医療施設長就任》
- ◎東医療センター病院長
上野恵子
- ◎附属東洋医学研究所所長
川島 眞
以上、平成 25 年 4 月 1 日付

「東京医科大学が看護学科を開設」

東京医科大学は創立以来医学を教授する単科の大学としてその伝統を培ってきました。しかし、人口の高齢化や疾病構造の変化に伴って急速に変化する保健医療の状況で質の高いサービスを提供するためにはチーム医療が不可欠であり、高い専門意識と看護実践力を有する看護職の育成が必要であるという認識のもと、看護学科を開設いたしました。

本学の建学の精神は「自主自学」であり、看護学教育においても PBL/TBL による授業、フルスケールシミュレーション教育の導入、iPad の配布による学習サポートなど、学生が自ら考え、判断して行動できる力を習得させることを目的としています。

看護学科の教育は、教養教育を充実させて批判的思考力と豊かな人間性を磨き、科学的根拠に基づく臨床判断と確実な知識・技術、コミュニケーション能力を身につけ、病院だけでなく、地域、学校、職場、在宅などあらゆる保健医療ニーズのある場で活躍できる看護職の育成を目指しています。

東京慈恵会医科大学

《人事異動》

◎理事長

栗原 敏 (再任)

◎理事

松藤千弥 (新任)

丸毛啓史 (新任)

伊藤 洋 (再任)

谷口郁夫 (再任)

清水光行 (再任)

橋本和弘 (再任)

中川秀巳 (新任)

井田博幸 (新任)

浅野晃司 (新任)

高橋則子 (新任)

加藤一人 (新任)

高橋紀久雄 (再任)

香川草平 (再任)

高木敬三 (再任)

前田新造 (再任)

以上、平成 25 年 4 月 1 日付

◎教授

吉田 博 (昇任 / 臨床検査医学講座)

児島 章 (昇任 / 内科学講座(呼吸器内科))

秋葉直志 (昇任 / 外科学講座(呼吸器外科))

渡邊 修 (昇任 / リハビリテーション医学講座)

以上、平成 25 年 1 月 1 日付

下山直人 (採用 / 麻酔科学講座)

平成 25 年 2 月 1 日付

衛藤義勝 (名誉教授)

池上雅博 (昇任 / 病理学講座担当)

横尾 隆 (昇任 / 内科学講座腎臓・高血圧内科担当)

村山雄一 (昇任 / 脳神経外科学講座担当)

小島博己 (昇任 / 耳鼻咽喉科学講座担当)

木山秀哉 (昇任 / 麻酔科学講座)

川村哲也 (昇任 / 大学直属)

尾上尚志 (昇任 / 教育センター)

浅野晃司 (昇任 / 大学直属)

薄井紀子 (昇任 / 大学直属)

加地正伸 (昇任 / 内科学講座(腎臓・高血圧内科))

又井一雄 (昇任 / 外科学講座)

高田耕司 (昇任 / 生化学講座)

以上、平成 25 年 4 月 1 日付

昭和大学

《就任》

◎医学部内科学講座(糖尿病・代謝・内分泌内科学部門)教授

平野 勉 (昭和大学病院附属東病院)

平成 24 年 10 月 9 日付

◎医学部外科学講座(心臓血管外科学部門)教授

青木 淳 (昭和大学病院)

◎医学部外科学講座(呼吸器外科学部門)教授

門倉光隆 (昭和大学病院)

◎医学部放射線医学講座(放射線治療学部門)教授

加賀美芳和 (昭和大学病院)

以上、平成 25 年 2 月 12 日付

◎医学部内科学講座(呼吸器・アレルギー内科学部門)教授

相良博典 (昭和大学病院)

平成 25 年 4 月 1 日付

◎医学部内科学講座(腎臓内科学部門)教授(員外)

柴田孝則 (昭和大学病院)

◎医学部救急医学講座教授(員外)

三宅康史 (昭和大学病院)

◎医学部内科学講座(神経内科学部門)教授(員外)

福井俊哉 (昭和大学横浜市北部病院)

以上、平成 24 年 10 月 9 日付

◎昭和大学藤が丘病院長

眞田 裕 (再任)

◎昭和大学藤が丘リハビリテーション病院長

三邊武幸

◎昭和大学附属烏山病院長

加藤進昌 (再任)

◎昭和大学病院副院長

小林洋一

◎昭和大学藤が丘病院副院長

高橋 寛

◎昭和大学藤が丘病院副院長

佐々木春明

◎昭和大学横浜市北部病院副院長

成島道昭

◎学校法人昭和大学理事

宮崎 隆 (再任)

山元俊憲 (再任)

◎昭和大学名誉教授

本間生夫 (授与)

諸星利男 (授与)

安本和正 (授与)

以上、平成 25 年 4 月 1 日付

《退任》

◎教授

本間生夫 (医学部生理学講座(生体調節機能学部門))(定年退職)

諸星利男 (医学部病理学講座(病理学部門))(定年退職)

秋澤忠男 (医学部内科学講座(腎臓内科学部門))(昭和大学病院)(定年退職)

友安 茂 (医学部内科学講座(血液内科学部門))(昭和大学病院)(定年退職)

岡井 崇 (医学部婦人科学講座(昭和大学病院)(定年退職)

安本和正 (医学部麻酔科学講座(昭和大学病院)(定年退職)

眞田 裕 (医学部外科学講座(消化器・一般外科学部門))(昭和大学藤が丘病院)(定年退職)

三邊武幸 (医学部耳鼻咽喉科学講座(昭和大学藤が丘病院)(定

年退職)

嶽山陽一(医学部内科学講座(循環器内科学部門))(昭和大学藤が丘リハビリテーション病院)(定年退職)

工藤進英(医学部内科学講座(消化器内科学部門))(昭和大学横浜市北部病院)(定年退職)

上村 茂(医学部内科学講座(循環器内科学部門))(昭和大学横浜市北部病院)(定年退職)

新井一成(医学部外科学講座(消化器・一般外科学部門))(昭和大学横浜市北部病院)(定年退職)

松川正明(医学部内科学講座(消化器内科学部門))(昭和大学附属豊洲病院)(定年退職)

以上、平成 25 年 3 月 31 日付

《退職》

◎医学部外科学講座(消化器・一般外科学部門教授(員外))
日比健志(昭和大学藤が丘病院)
平成 25 年 3 月 31 日付

順天堂大学

《主要役職者の選任》

◎順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター院長
津田裕士
任期：平成 25 年 4 月 1 日～平成 28 年 3 月 31 日

《人事異動》

◎教授就任
堀江重郎(大学院医学研究科泌尿器外科学/医学部泌尿器科学講座)
平成 24 年 11 月 1 日付
椎名秀一朗(大学院医学研究科画像診断・治療学/医学部内科学教室・消化器内科学講座(消化器画像診断・治療研究室))

平成 24 年 12 月 1 日付

◎臨床教授就任
大石英則(大学院医学研究科寄付講座(脳神経血管内治療学講座)/医学部脳神経外科学講座)

平成 24 年 11 月 1 日付

小池道明(大学院医学研究科血液内科学/医学部内科学教室・血液学講座)

野口雅章(大学院医学研究科血液内科学/医学部内科学教室・血液学講座)

以上、平成 25 年 3 月 1 日付
齋藤一之(大学院医学研究科法医生物化学)

平成 25 年 4 月 1 日付

◎教授定年退職
内山安男(大学院医学研究科神経機能構造学)
平成 25 年 3 月 31 日付

◎臨床教授定年退職
伊藤昌徳(医学部脳神経外科学講座(医学部附属浦安病院))
一青勝雄(医学部整形外科学講座(医学部附属浦安病院))
石 和久(医学部臨床検査医学講座(医学部附属浦安病院))
平野隆雄(大学院医学研究科血液内科学(医学部附属練馬病院))
比留間政太郎(医学部皮膚科学講座(医学部附属練馬病院))
以上、平成 25 年 3 月 31 日付

関西医科大学

《役員人事》

◎理事退任
今村洋二
平成 25 年 3 月 31 日付

《学長人事》

◎学長
山下敏夫(再任)
平成 25 年 4 月 1 日付

《教授人事》

◎教授就任
鉾方安行(救急医学講座)
駒井宏好(外科学講座診療教授)
以上、平成 25 年 2 月 1 日付
川副浩平(理事長特命教授：附属滝井病院心臓血管病センター長)
倉田宝保(内科学第一講座診療教授)
渋谷 卓(外科学講座診療教授)
杉江知治(外科学講座診療教授)
木下 洋(学長特命教授：医学教育センター(任期更新))
吉岡和彦(理事長特命教授：附属滝井病院外科)
以上、平成 25 年 4 月 1 日付

◎教授退任
中根恭司(外科学講座診療教授)
平成 25 年 3 月 31 日付

《役職者人事》

◎附属図書館長
螺良愛郎(新任)

◎実験動物飼育共同施設長
上野博夫(新任)

◎入試センター長
藤井 茂(再任)

◎病態分子イメージングセンター長
伊藤誠二(再任)

◎産学連携知的財産統括室長
藤澤順一(再任)

◎医学教育センター長
木下 洋(再任)
以上、平成 25 年 4 月 1 日付

◎附属枚方病院長
今村洋二(退任)
平成 25 年 3 月 31 日付
澤田 敏(新任)
平成 25 年 4 月 1 日付

◎附属看護専門学校長
關 壽人(退任)
平成 25 年 3 月 31 日付
岡崎和一(新任)

平成 25 年 4 月 1 日付
 ◎施設設備企画室長
 木下利彦（新任）
 平成 25 年 4 月 1 日付
 ◎物流センター長
 権 雅憲（新任）
 平成 25 年 4 月 1 日付

大阪医科大学

《人事》

◎教授就任
 高須 朗（救急医学）
 平成 25 年 4 月 1 日付
 ◎教授退任
 河野公一（衛生学・公衆衛生学
 I・II）
 芝山雄老（病理学）
 吉田龍太郎（医学研究科）
 近藤敬一郎（キャリア支援セン
 ター）
 出口寛文（教育機構）
 以上、平成 25 年 3 月 31 日付

久留米大学

《法人役員》

◎学校法人久留米大学常務理事
 （再任）
 宮原岩政
 平成 25 年 4 月 1 日付
 ◎学校法人久留米大学理事
 廣田りょう
 平成 25 年 1 月 1 日付
 《役職者の退任》
 ◎大学院医学研究科科长
 野口正人
 ◎医学部長
 野口正人
 ◎医学部附属病院長
 中島 格

◎医学部附属医療センター病院長
 伊藤雄平
 ◎先端癌治療研究センター所長
 山田 亮
 ◎循環器病研究所長
 今泉 勉
 以上、平成 25 年 3 月 31 日付
 《役職者の就任》
 ◎大学院医学研究科科长
 桑野剛一
 ◎医学部長
 内村直尚
 ◎看護学科長
 自見厚郎（再任）
 ◎医学部附属病院長
 坂本照夫
 ◎医学部附属医療センター病院長
 樋口富士男
 ◎医学部附属臨床検査専門学校長
 石竹達也（再任）
 ◎分子生命科学研究所長
 児島将康（再任）
 ◎臨床試験センター長
 佐田通夫（再任）
 ◎先端癌治療研究センター所長
 鹿毛政義
 ◎循環器病研究所長
 田中啓之
 ◎がんワクチンセンター長
 伊東恭悟
 以上、平成 25 年 4 月 1 日付
 《退任》
 ◎教授
 今泉 勉（医学部医学科内科学
 講座（心臓・血管内科部門））
 （定年）
 早渕尚文（医学部医学科放射線
 医学講座）（定年）
 藤田博正（医学部医学科外科学
 講座）（定年）
 以上、平成 25 年 3 月 31 日付
 《就任》
 ◎教授
 志波直人（医学部医学科整形外

科学講座）（（所属替）現：医学
 部附属病院リハビリテーション
 部）
 平成 24 年 11 月 1 日付
 猪口隆洋（医学部ガスクロマトー
 質量分析医学応用研究施設）
 平成 25 年 2 月 1 日付
 安陪等思（医学部医学科放射線
 医学講座）（（所属替）現：医学
 部附属病院画像診断センター）
 平成 25 年 4 月 1 日付
 《特命教授の就任》
 ◎学長直属特命教授
 柳川 堯（再任）
 平成 25 年 4 月 1 日付
 《特定教授の就任》
 ◎特定教授
 山岸昌一（医学部医学科糖尿病
 性血管合併症病態・治療学講座
 （寄附講座））（再任）
 三原勝芳（分子生命科学研究所
 高分子化学研究部門）（再任）
 淡河悦代（医学部医学科重粒子
 線がん治療学講座（寄附講座）
 （再任））
 以上、平成 25 年 4 月 1 日付

北里大学

《人事異動》

◎教授昇任
 岩村正嗣（泌尿器科学）
 平成 25 年 1 月 1 日付
 ◎教授退任
 勝岡憲生（皮膚科学）
 相馬一玄（救命救急医学）
 以上、平成 25 年 3 月 31 日付
 ◎教授採用
 隈部俊宏（脳神経外科学）
 平成 25 年 4 月 1 日付

学校法人聖マリアンナ医科大学元理事長 使徒トマス前田徳尚先生ご逝去

日本私立医科大学協会元理事ならびに学校法人聖マリアンナ医科大学元理事長、使徒トマス前田徳尚先生は、去る平成 24 年 12 月 24 日に帰天されました。享年 93 でした。

前田先生は、大正 8 年 11 月 1 日北海道に生まれ、昭和 20 年に北海道帝国大学医学部を卒業され、昭和 23 年財団法人聖マリアンナ会東横病院入職。昭和 34 年同病院長に就任されました。医師の道を歩み始め、伯父である本学創立者の明石嘉間先生と共に、母体である東横病院の運営に携わり、昭和 46 年に開設した、東洋医科大学（聖マリアンナ医科大学に改称）、その後、聖マリアンナ医科大学病院等を設置し、本学発展に大きな手腕を発揮されました。そして、聖マリアンナ医科大学の第三代理事長として 23 年の長きにわたり大学経営に携わり、本学の礎を築き上げ数々のご功績を残されました。先生の開拓者精神にあふれた積極性と時代の変化に対応する柔軟性は、内外から大きな評価を得るに至りました。まさに、東奔西走、粉骨砕身の人生であったと拝察いたします。その経営手腕、リーダーシップは敬服に値します。その経営理念は、現理事長である明石先生をはじめ多くの後継者に引き継がれ、さらなる発展を導くものと確信しております。



ここに生前の多大なる功績を称え、安らかなるご永眠をお祈りいたします。

【使徒トマス前田徳尚元理事長 略歴】

大正 8 年 11 月 1 日	出生
昭和 20 年 9 月	北海道帝国大学医学部 卒業
昭和 34 年 12 月	財団法人聖マリアンナ会 東横病院長
昭和 46 年 2 月	学校法人東洋医科大学 理事・評議員
昭和 46 年 4 月	東洋医科大学開学
昭和 48 年 4 月	学校法人及び大学名を 聖マリアンナ医科大学に名称変更
昭和 52 年 4 月	社団法人日本私立医科大学協会理事
昭和 54 年 4 月	学校法人聖マリアンナ医科大学理事長
昭和 60 年 4 月	学校法人聖マリアンナ医科大学名誉教授
平成 6 年 8 月	社会福祉法人聖母訪問会理事長
平成 14 年 4 月	学校法人聖マリアンナ医科大学特別顧問
平成 22 年 12 月	ローマ教皇庁大聖グレゴリオ勲章騎士団章授章
平成 24 年 12 月 24 日	帰天 享年 93 歳



杏林大学

《就任》

◎教授

楊 國昌 (小児科学)
 多久嶋亮彦 (形成外科学)
 以上、平成 25 年 4 月 1 日付
 正木忠彦 (外科学)
 平成 24 年 10 月 1 日付

◎臨床教授

山田昌和 (眼科学)
 山田達也 (麻酔科学)
 以上、平成 25 年 4 月 1 日付
 土屋一洋 (放射線医学)
 平成 25 年 1 月 1 日付

◎特任教授

東原英二
 平成 25 年 4 月 1 日付

《退任》

◎臨床・研究教授

永本敏之 (眼科学)
 武見李子 (総合医療学)
 以上、平成 25 年 3 月 31 日付

川崎医科大学

《法人役員》

◎理事

園尾博司 (新任)
 平成 25 年 3 月 31 日付

《人事異動》

◎教授就任

阿部信寛 (スポーツ・外傷整形
 外科学)
 平成 24 年 10 月 16 日付
 長谷部聡 (眼科学 2)
 平成 25 年 1 月 1 日付

聖マリアンナ医科大学

《教授の異動》

◎教授退任

上野聰樹 (眼科学)
 橋本卓雄 (脳神経外科学)
 以上、平成 25 年 3 月 31 日付

◎教授就任

武者春樹 (スポーツ医学)
 平成 24 年 12 月 1 日付
 明石嘉浩 (内科学 (循環器内科))
 高木 均 (眼科学)
 梶川明義 (形成外科学)
 以上、平成 25 年 4 月 1 日付

◎病院教授 (西部病院)

國場幸均 (外科学 (消化器・一
 般外科))
 平成 24 年 11 月 1 日付

◎病院教授 (大学病院)

宮入 剛 (外科学 (心臓血管外
 科))

◎病院教授 (西部病院)

駒瀬裕子 (内科学 (呼吸器・感
 染症内科))

◎病院教授 (多摩病院)

長島悟郎 (脳神経外科学 (脳神
 経外科一般))
 以上、平成 25 年 1 月 1 日付

帝京大学

《人事異動》

◎教授

栗田昇治 (ちば医療センター第
 三内科学講座)
 平成 24 年 10 月 1 日付
 梁 栄治 (医学部産婦人科学講座)
 平成 25 年 1 月 1 日付

◎名誉教授

矢野榮二
 寺本民生

◎医学部長

滝川 一 (医学部内科学講座)

◎主任教授

大久保孝義 (医学部衛生学公衆
 衛生学講座)

◎教授

喜多宏人 (医学部内科学講座)
 渡部欣忍 (医学部整形外科学講座)
 山田昌興 (医学部附属溝口病院
 脳神経外科)
 中根 一 (医学部附属溝口病院
 脳神経外科)

◎帝京大学臨床研究センターセン
 ター長

寺本民生
 以上、平成 25 年 4 月 1 日付

藤田保健衛生大学

《役職者人事》

◎医学部長就任

辻 孝雄 (再任)

◎総合医科学研究所長就任

橋本敬一郎 (再任)

◎藤田記念七栗研究所長就任

園田 茂 (再任)

◎学生部長就任

内藤健晴 (新任)

◎図書館長就任

橋本修二 (新任)

以上、平成 25 年 4 月 1 日付

《教授就任》

◎医学部

河田健司 (臨床腫瘍科)
 小林英敏 (放射線腫瘍科)
 以上、平成 24 年 11 月 1 日付
 日下 守 (腎泌尿器外科学)
 松尾浩一郎 (歯科)
 水谷英樹 (口腔外科)
 以上、平成 25 年 1 月 1 日付
 鈴木茂孝 (コンピュータ情報処
 理学)
 堀口明彦 (総合外科・膵臓外科
 学)

高木 靖 (心臓血管外科学)
 外山 宏 (放射線医学)
 平川昭彦 (災害・外傷外科)
 朝倉邦彦 (脳神経内科学)
 佐藤誠二 (上部消化管外科学 (内
 視鏡外科))
 山中克郎 (救急総合内科)
 山田成樹 (臨床薬剤科)
 片田和広 (先端画像診断共同研
 究講座)

以上、平成 25 年 4 月 1 日付

《教授の退職》

◎医学部

森本紳一郎 (循環器内科学 I)
 平成 24 年 12 月 31 日付
 片田和広 (放射線医学)
 河西 稔 (麻酔・疼痛制御学)
 宇田川康博 (産婦人科学)
 安藤太三 (心臓血管外科学)
 服部良信 (呼吸器外科)
 櫻井洋一 (上部消化管外科学)
 以上、平成 25 年 3 月 31 日付

《名誉教授称号授与》

片田和広
 河西 稔
 宇田川康博
 以上、平成 25 年 4 月 1 日付

兵庫医科大学

《理事・教授等の異動》

◎理事

末廣 謙 (就任)
 鈴木敬一郎 (就任)
 以上、平成 25 年 4 月 1 日付
 松田 暉 (退任)
 佐藤禮子 (退任)
 以上、平成 25 年 3 月 31 日付

◎教授

柴原浩章 (就任:産科婦人科学)
 平成 25 年 1 月 1 日付
 岸本裕允 (就任:歯科口腔外科学)
 平成 25 年 4 月 1 日付

松本譽之 (退任:内科学 下部
 消化管科)

平成 24 年 10 月 21 日付 (死亡)

中西憲司 (退任:免疫学・医動
 物学)

村岡良和 (退任:数学)

寺田信行 (退任:病理学 機能
 病理部門)

山本徹也 (退任:内科学 内分泌・
 代謝科)

浦出雅裕 (退任:歯科口腔外科学)

有田憲生 (退任:脳神経外科学)

以上、平成 25 年 3 月 31 日付

《主な人事異動》

◎副学長

三村 治 (就任)

西口修平 (就任)

以上、平成 25 年 4 月 1 日付

愛知医科大学

《人事異動》

◎理事長

三宅養三 (再任)

平成 25 年 1 月 28 日付

◎理事

清水國樹 (退任)

平成 25 年 1 月 27 日付

佐賀信介 (再任)

野浪敏明 (再任)

八島妙子 (再任)

島田孝一 (再任)

羽根田雅巳 (再任)

佐藤啓二 (再任)

加藤真司 (再任)

山本英輝 (再任)

三宅養三 (再任)

柳田昇二 (再任)

山内一征 (再任)

山岸越夫 (再任)

渡辺俊也 (再任)

坂井克彦 (新任)

以上、平成 25 年 1 月 28 日付

◎教授

伊藤義昭 (退職) (生物学)

小幡剛隆 (退職) (外国語)

岡田 忠 (退職) (生理学講座)

仁田正和 (退職) (内科学講座 (血
 液内科))

鶴澤正仁 (退職) (小児科学講座)

太田 敬 (退職) (外科学講座 (血
 管外科))

以上、平成 25 年 3 月 31 日付

◎教授 (特任)

今井常夫 (新任) (外科学講座 (乳
 腺・内分泌外科))

平成 25 年 2 月 1 日付

柘植忠治 (退職) (数学)

平成 25 年 3 月 31 日付

自治医科大学

《人事》

◎附属病院副病院長

草野英二 (退任)

平成 25 年 3 月 31 日付

金沢医科大学

《法人役員》

◎理事

篠原治道 (退任)

伊藤 博 (退任)

以上、平成 25 年 3 月 31 日付

《役職教員》

◎副学長

篠原治道 (退任) (解剖学 II 教授)

平成 25 年 3 月 31 日付

◎図書館長

利波久雄 (再任) (放射線医学
 教授)

任期:平成 25 年 4 月 1 日~平
 成 27 年 3 月 31 日

◎一般教育機構長

松田博男 (再任) (一般教育機

構人間科学科目(数学))

任期:平成25年4月1日~平成25年8月31日

◎総合医学研究所長

竹上 勉(退任)(総合医学研究所教授)

平成25年3月31日付

中川秀昭(就任)(公衆衛生学教授)

任期:平成25年4月1日~平成27年3月31日

《人事》

◎部門教授

堀 有行(就任)(医学教育学)

辻 裕之(就任)(頭頸部外科学)

以上、平成25年4月1日付

篠原治道(定年退職)(解剖学Ⅱ)

鈴木孝治(定年退職)(泌尿器科学)

安田幸雄(定年退職)(医学教育学)

以上、平成25年3月31日付

◎特任教授

松田博男(定年退職)(一般教育機構人間科学科目(数学))

平成25年3月31日付

堤 幹宏(就任)(肝胆膵内科)

平成25年2月1日付

◎臨床教授

浅地孝能(就任)(健康管理センター(併)総合診療センター)

平成25年1月1日付

辻 裕之(就任)(頭頸部外科学)

伊藤 透(就任)(消化器内視鏡学)

以上、平成24年12月1日付

《総合医学研究所》

◎教授

藤川孝三郎(定年退職)(総合医学研究所生命科学研究領域)

平成25年3月31日付

《名誉教授の称号授与》

鈴木孝治(泌尿器科学)

安田幸雄(医学教育学)

篠原治道(解剖学Ⅱ)

藤川孝三郎(総合医学研究所生命科学研究領域)

松田博男(一般教育機構人間科学科目(数学))

以上、平成25年4月1日付

《金沢医科大学氷見市民病院》

◎臨床教授

松木伸夫(定年退職)(健康管理センター)

平成25年3月31日付

獨協医科大学

《役職者の就任》

◎副学長

吉田謙一郎(再任)

任期:平成25年4月1日~平成27年3月31日(2年)

《教授の就任》

種市 洋(整形外科)

倉沢和宏(大学病院リウマチセンター)

以上、平成24年11月1日付

川又 均(口腔外科学)

平成25年1月1日付

三富弘之(病理学(人体分子))

平成25年2月1日付

麻生好正(内科学(内分泌代謝))

石井芳樹(内科学(呼吸器・アレルギー))

大畑俊裕(越谷病院心臓血管外科・呼吸器外科)

浅井 隆(越谷病院麻酔科)

伴場信之(日光医療センター糖尿病・内分泌内科)

坂田信裕(基本医学情報教育部門)

河村 亨(基本医学基盤教育部門(物理))

古田裕明(基本医学基盤教育部門(化学))

以上、平成25年4月1日付

近畿大学

《理事長就任》

清水由洋

平成25年2月1日付

《人事異動》

◎教学本部長

國見須賀雄

平成25年4月1日付

《採用》

◎産科婦人科学教室主任教授

万代昌紀(近畿大学医学部附属病院)

平成25年1月1日付

◎緩和ケア教授

東澤知輝(近畿大学医学部堺病院)

平成25年4月1日付

《教授昇格》

田村孝雄(内科学教室(腫瘍内科部門心療内科分野)(近畿大学医学部附属病院)

川崎俊彦(消化器・内分泌内科)(近畿大学医学部奈良病院)

岡嶋 馨(放射線科)(近畿大学医学部奈良病院)

以上、平成25年4月1日付

《教授退任》

田中 晃(外科)(近畿大学医学部堺病院)

平成24年12月31日付

森本 剛(救急医学教室)(近畿大学医学部附属病院)

平成25年2月28日付

坂田育弘(救急医学教室)(近畿大学医学部附属病院)

平成25年3月31日付

東海大学

《役職者就任》

- ◎理事、伊勢原校舎・付属病院本部長、医学部付属東京病院総病院長、医学部付属八王子病院総病院長
幕内博康
- ◎伊勢原校舎・付属病院本部副本部長（統括・教育研究担当）、医学部長
今井 裕
- ◎伊勢原校舎・付属病院本部副本部長（病院担当）、医学部付属病院長
猪口貞樹
- ◎伊勢原校舎・付属病院本部副本部長（経営企画・事務担当）、伊勢原事務部長、付属病院事務部長、伊勢原経営企画室長

- 廣瀬利美雄
- ◎大学院医学研究科長
持田讓治
- ◎医学部副学部長
高木敦司
坂部 貢（新任）
- ◎医学部付属病院副院長
鈴木康夫
安田聖栄
飯田政弘
- ◎医学部付属東京病院長
近藤泰理
- ◎医学部付属東京病院副院長
西崎泰弘
松嶋成志
- ◎医学部付属大磯病院長
吉井文均
- ◎医学部付属大磯病院副院長
宮北英司
島田英雄
- ◎医学部付属八王子病院長

- 北川泰久
- ◎医学部付属八王子病院副院長
山田俊介
渡辺勲史
小林義典
- 《教授就任》
西崎泰弘（基盤診療学系（健康管理学））
松嶋成志（内科学系（消化器内科学））
野村栄治（外科学系（消化器外科学））
佐藤正人（外科学系（整形外科学））
村松俊成（専門診療学系（産婦人科学））
長谷部光泉（専門診療学系（画像診断学））
- 《臨床教授就任》
益田律子（外科学系（麻酔科学））
（付属東京病院）
- 以上、平成 25 年 4 月 1 日付

書籍「医療は負けない！モンスターペイシメントとどう向き合うか」のご紹介

寺野彰獨協学園理事長・獨協医科大学名誉学長（本協会総務・経営部会担当副会長）と角藤和久弁護士による医療におけるモンスターペイシメント対策に関するケース・スタディ満載でわかり易く解説した本書が医学評論社より発売されました。（定価：本体 1,300 円＋税）

（本書の「はじめに」より）

わが国の医療の危機的状態には様々の原因がみられますが、そのうちの重要なものの一つに冒頭のいわゆる「モンスターペイシメント」問題があります。その結果、大多数の患者さんが迷惑を受け、医師や看護師をはじめとする医療者を委縮させたり、辞めさせたりすることになり、医療崩壊はさらに進んでいくことになります。

本書は、このような状況を憂え、いわゆる「モンスターペイシメント」とはどのようなものか、その出現の原因は何かなどを解説しました。さらに、これらの人々にどのように対処すべきか、個人のみならず病院・クリニックが組織としていかに対応すべきかを事例をあげながら具体的に提案しました。

本書を企画するに当たり、医療現場の状況と法的判断の両者が必須と考え、医師と弁護士の共著とすることにしました。二人でこの問題の本質を夜中まで徹底的に議論し、いかにしてこのような「モンスターペイシメント」を排除し、国民のための医療を回復できるかを追求しました。

重要なことは一部の人の心ない行為によって国民全体の医療が破壊されないようにすること、病院・クリニックなどが医師・看護師などの個人の責任とせず組織として対応すること、そして患者さんと医療者のより良好な関係を構築すること、結果として、進行する「医療崩壊」を食い止め、わが国の医療を世界に冠たるものにする事なのです。私たちは、その実現の一助となることを祈って本書を書き上げました。医師・看護師をはじめとする医療者のみでなく、心ある国民のみなさんのお役に立つものと考えています。

最後に、本協会法務委員会の皆様のご議論、アンケートデータを参考にさせていただいていることを付け加えて感謝申し上げます。



協会及び関係団体の動き

I. 自由民主党「東北地方に医学部の新設を推進する議員連盟」に対する本協会の対応について

本協会は、医学部新設という意見に対して、将来予測される医師の余剰という問題が生じることを考慮し、医師不足には国公私立を問わず既設校による定員増で対応することが最善の策であると主張している。

■平成24年9月7日（金）

自由民主党は東北地方に医学部を新設することを目的として、「東北地方に医学部の新設を推進する議員連盟」（会長：大島理森氏）を設立

■平成25年2月21日（木）

東北6県の東北医師連合会は、今回の同議連の動向に対して、下村博文文部科学大臣、高市早苗政調会長等に医学部新設反対の要望書を提出した

■平成25年2月22日（金）

岩手医科大学・東北大学・福島県立医科大学の東日本大震災被災地にある3大学は、高市早苗自民党政務調査会長、下村博文文部科学大臣、田村憲久厚生労働大臣、大島理森東日本大震災復興加速化本部長・同議連会長に対して、代表者連名による医学部新設反対の要望書を提出

■平成25年2月27日（水）

「東北地方に医学部の新設を推進する議員連盟」は東北地方の医学部新設を求める決議文を決議

■平成25年2月28日（木）

本協会は、至急、協会理事宛に連絡を取り、同議連決議と関連する経過説明を行うと共に、医学部新設に関する意見を寄せていただくこととした。

その結果、大きくまとめて4つの意見があった。

- ①医学部の新設については、全国医学部長病院長会議や日本医師会における議決の通り、断固反対するものであること。
- ②東北地区で1校の医学部新設を容認すると次々と医学部の新設が認められることが推察されること。
- ③医師不足を始めとする諸問題に各大学が定員増で対応してきたこと。東北地方に医学部を新設することが、東北地方の医師不足解消につながるかどうか疑問であること。

- ④教員となる医師の確保により、かえって現場の医師不足を招く恐れが懸念されること。

■平成25年3月7日（木）

日本医師会は「医学部新設と東日本大震災被災地の医療復興」について公表

■平成25年3月8日（金）

全国医学部長病院長会議は「医学部（医科大学）新設について慎重な対応を求める要望」を高市政調会長、野田総務会長に提出

■平成25年3月11日（月）

全国医学部長病院長会議は、全国の医科大学・医学部としてその機能を充実させるため、特段の配慮を要望すべく、下村博文文部科学大臣に要望書を提出

■平成25年3月11日（月）

国立大学医学部長会議（常置委員会委員長：大谷浩島根大学医学部長）は「医学部（医科大学）新設に関する見解」を下村文部科学大臣に提出

平成12年度から平成19年度までは医学部入学定員が国公立大学合せて7,625名であったが、地域における医師不足並びに診療科の偏在、病院勤務医の負担軽減等々の問題が起きてきたことに対応した定員増の施策に協力し、平成25年度は9,126名（防衛医科大学含む80大学）となり、7,625名と比較して1,501名の増員となっている。これは1大学の定員を100名とすると15大学を新設したことに匹敵することになる。

以上の情勢を踏まえ、医学部の新設に関しては、日本医師会、全国医学部長病院長会議は反対であり、本協会も引き続き反対することを確認し、活動を行っている。

II. 被災地医療支援の状況について

私立医科大学附属病院は、平成23年3月11日の東日本大震災発生以降、現在に至るまで被災地医療支援を行っており、継続して被災地医療支援に取組

被災地への医師等派遣状況（国公立大学別）

平成25年2月28日現在

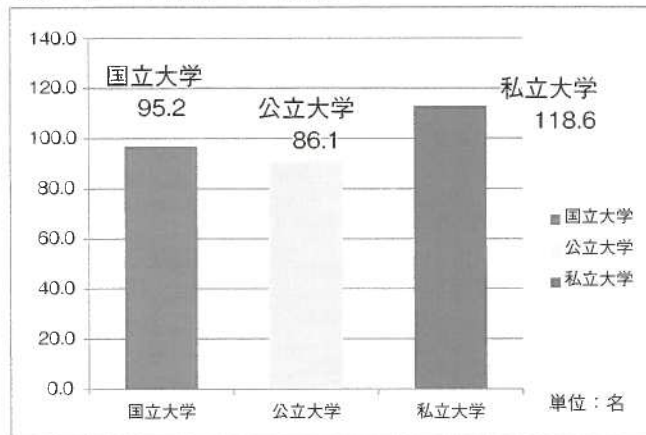
表 1：DMAT 含む医師等派遣状況

	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	1,543チーム	3,906名	18,851名
公立大学	7大学	8病院	245チーム	603名	3,252名
私立大学	29大学	67病院	1,478チーム	3,440名	14,276名
					36,379名

表 2：1 大学当たりの医師等派遣人数（単位：名）

国立大学	95.2
公立大学	86.1
私立大学	118.6

※国公立大学の派遣延べ人数については、文部科学省医学教育課から提供された資料より、下記【派遣延べ人数のカウント方法】に基づいて本協会において算出した。



【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。

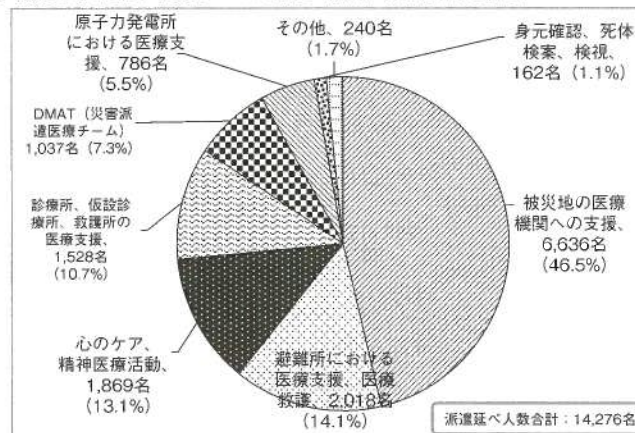
一般社団法人 日本私立医科大学協会

私立医科大学における被災地への医師等派遣状況【目的別分類】（平成25年2月28日現在）

（私立医科大学附属病院本院29病院、分院38病院（計67病院）による対応）

No.	目的	派遣延べ人数 (名)	
1	被災地の医療機関への支援	6,636	46.5%
2	避難所における医療支援、医療救護	2,018	14.1%
3	心のケア、精神医療活動	1,869	13.1%
4	診療所、仮設診療所、救護所の医療支援	1,528	10.7%
5	DMAT（災害派遣医療チーム）	1,037	7.3%
6	原子力発電所における医療支援	786	5.5%
7	身元確認、死体検案、検視	162	1.1%
8	その他	240	1.7%
	合計	14,276	100.0%

「8. その他」には、被災3県以外の医療活動、避難所における感染予防指導、SCU（広域搬送地点臨時医療施設）本部への派遣、薬剤業務支援活動、災害支援ナース、在宅被災者の往診、仮設住宅の巡回、被災地ニーズの調査・訪問、現状視察等を含む。



一般社団法人 日本私立医科大学協会

被災地への医師等派遣状況

平成25年4月11日

一般社団法人 日本私立医科大学協会

【平成25年2月28日現在】

チーム数 1,478 チーム

派遣延べ人数 14,276 名

29 大学 67 病院 (本院 29 病院、分院 38 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。

栃木県那須塩原市 1 大学 12 名
(本院 1 病院)
栃木県大田原市 1 大学 10 名
(本院 1 病院)
栃木県宇都宮市 1 大学 1 名
(本院 1 病院)

埼玉県加須市 1 大学 119 名
(分院 1 病院)

東京都千代田区 1 大学 2 名
(本院 1 病院)
東京都大田区 2 大学 32 名
(本院 2 病院、分院 2 病院)
神奈川県横浜市 2 大学 45 名
(本院 2 病院、分院 2 病院)
福岡県福岡市 1 大学 2 名 (本院 1 病院)

茨城県北茨城市 13 大学 269 名
(本院 12 病院、分院 5 病院)
茨城県土浦市 1 大学 24 名
(分院 1 病院)
茨城県つくば市 4 大学 66 名
(本院 2 病院、分院 2 病院)
茨城県水戸市 2 大学 25 名
(本院 1 病院、分院 1 病院)

福島県詳細は 4 ページ参照

岩手県詳細は 2 ページ参照

宮城県詳細は 3 ページ参照

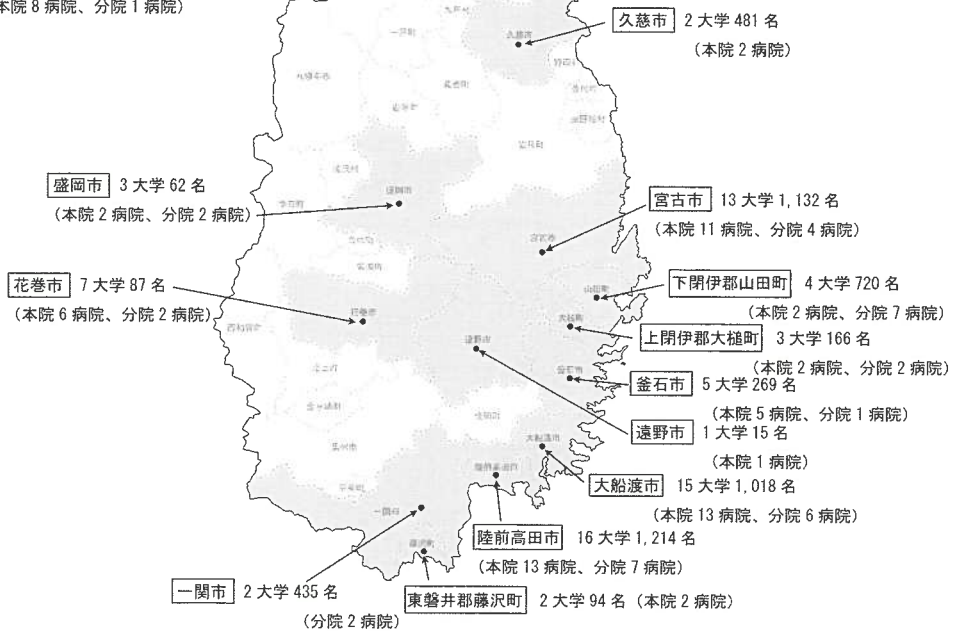
私立医科大学附属病院の被災地への医師等派遣状況 (岩手県)

【平成25年2月28日現在】

平成25年4月11日

一般社団法人 日本私立医科大学協会

※ 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)



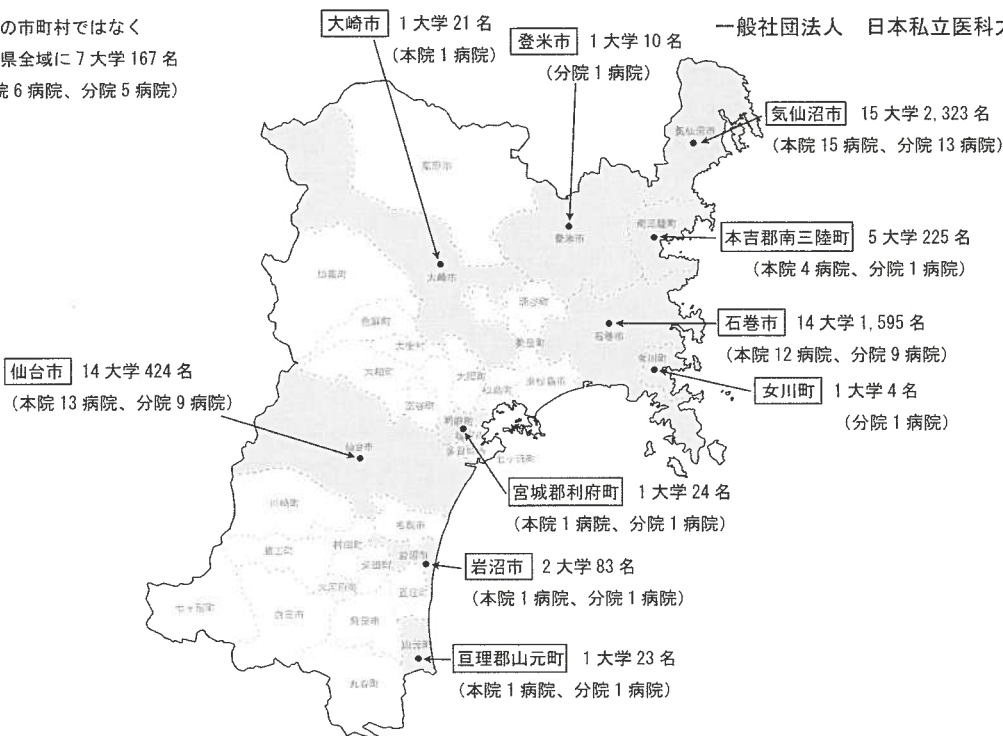
私立医科大学附属病院の被災地への医師等派遣状況（宮城県）

【平成 25 年 2 月 28 日現在】

平成 25 年 4 月 11 日

※ 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)

一般社団法人 日本私立医科大学協会



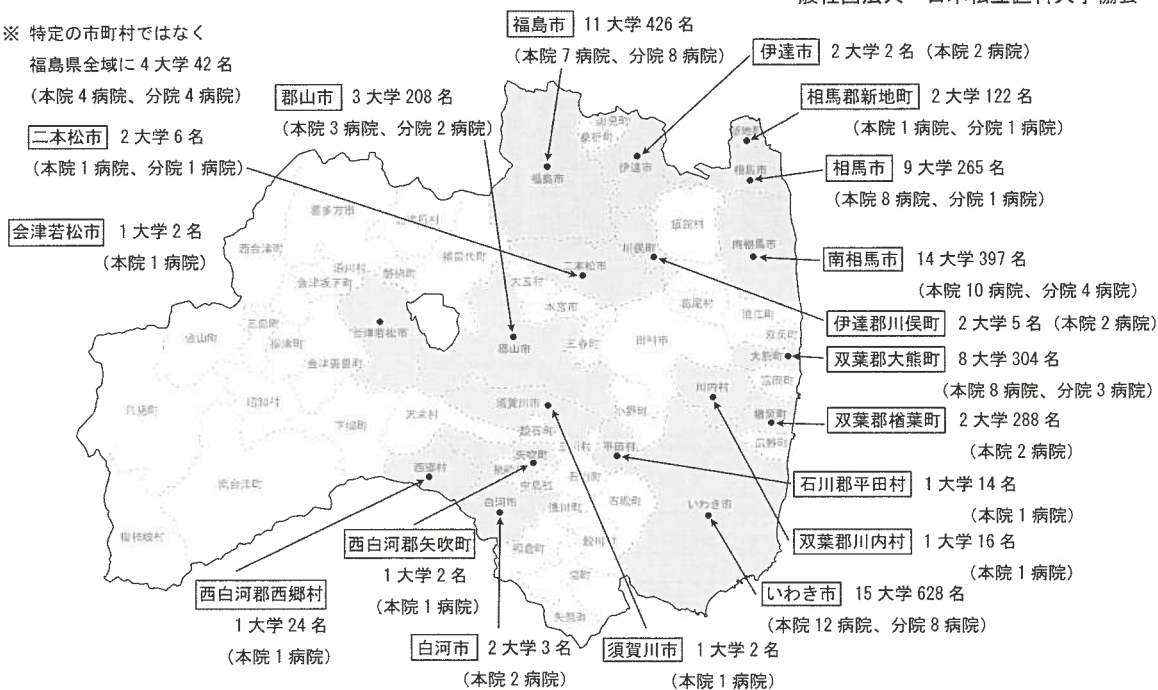
私立医科大学附属病院の被災地への医師等派遣状況（福島県）

【平成 25 年 2 月 28 日現在】

平成 25 年 4 月 11 日

※ 特定の市町村ではなく
福島県全域に 4 大学 42 名
(本院 4 病院、分院 4 病院)

一般社団法人 日本私立医科大学協会



んでいくとともに、今後も福島県を中心とする特別な地域（原発関係など）については、国公立大学と共に医療・医育機関として出来る限り協力して医療支援を実施する。（別添に被災地への医師等派遣状況を掲載）

Ⅲ. 消費税増税問題に関する本協会の対応について

平成24年、政府は消費税増額の決定を行い、現在の消費税率5%が平成26年4月から8%、平成27年10月から10%になる予定となっている。平成元年実施の消費税法は、最終消費者がその税額を負担する建前となっているにもかかわらず、政策上非課税とした三項目（医療・教育・福祉）については、事業者である学校法人等が消費税を負担するという矛盾を抱えた制度となっている。

私立医科大学病院においては、医療収入のほとんどが非課税売上であることから、患者さんへの請求に消費税を転嫁することができないこととなっている。

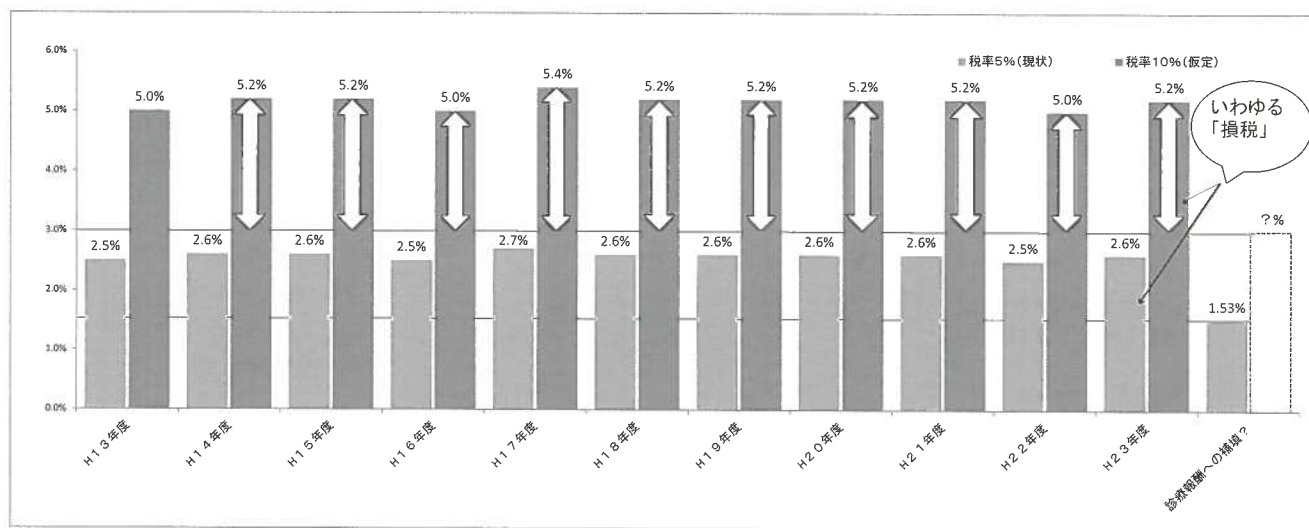
一方、医薬品や医療材料、給食材料などの仕入れについては消費税を支払っているため、最終消費者である患者さんが支払うべきものである消費税を、社会保険診療報酬が公価であることにより、結果的には大学病院が最終消費者として消費税のほとんどを負担しているという状況となっている。

本協会及び医療関係団体は、政府より平成元年の消費税導入時に社会保険診療報酬を損税負担解消として0.76%アップして措置し、さらに平成9年に消費税率が3%から5%に引き上げた際には、同じく0.77%アップして措置し、合計で社会保険診療報酬を1.53%アップして病院の損税負担解消にあてたとの説明を受けている。

私立医科大学病院における控除対象外消費税は、経年推移を見ても社会保険診療報酬のうち、常に2.5～2.7%の割合で発生している状況であり、他医療団体の調査結果においても同様の数値が示されている。

社会保険診療報酬に占める控除対象外消費税額の割合

税率10%はシミュレーションによる



(金額単位：百万円)

	H13年度	H14年度	H15年度	H16年度	H17年度	H18年度	H19年度	H20年度	H21年度	H22年度	H23年度
大学数	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29	29
病院数	77	77	77	77	78	79	80	82	82	82	83
社会保険診療収入(総額)	997,293	994,214	1,026,837	1,045,291	1,076,539	1,104,980	1,150,647	1,202,998	1,246,724	1,336,443	1,391,317
控除対象外消費税額(総額)	25,332	26,073	26,713	26,371	28,597	28,725	30,089	31,773	32,104	33,039	35,565
1大学当り控除対象外消費税額	874	899	921	909	986	991	1,038	1,096	1,107	1,139	1,226
1病院当り控除対象外消費税額	329	339	347	342	367	364	376	387	392	403	428
社会保険診療報酬に占める控除対象外消費税額の割合	2.5%	2.6%	2.6%	2.5%	2.7%	2.6%	2.6%	2.6%	2.6%	2.5%	2.6%

平成 23 年度
私立医科大学病院消費税負担額について
(私立医科大学 大学数：29 病院数：83)

(単位：百万円)

社会保険診療報酬（総額）	1,391,317
控除対象外消費税額（総額）【損税】	35,565
社会保険診療報酬（総額）に占める 控除対象外消費税額（総額）の割合	2.6%
1 大学あたり控除対象外消費税額	1,226
1 病院あたり控除対象外消費税額	428

厚生労働省社会保険診療報酬消費税転嫁加算率
1.53%が補填されたものと仮定する

(単位：百万円)

平成 23 年度診療報酬への転嫁額 (消費税補填額)	20,966
補填後の消費税負担額	14,599
社会保険診療報酬（総額）に占める 補填後消費税負担額の割合	1.0%

非課税取引と同じように消費税のかからない取引として、輸出取引があげられる。国内企業が製品を海外へ輸出する際には、海外の輸入企業は消費税を支払わないため、国内企業には医療機関と同様に消費税は入ってこない仕組みとなっている。しかし、輸出売上は免税売上とされ、課税売上と扱われることから、「輸出売上に対応する仕入れから生じる仮払消費税」は仮受消費税から控除することが出来る。

このような仕組みは「ゼロ税率」と呼ばれている。このゼロ税率の仕組みにより、輸出企業は一般の企業と同様に消費税の負担をしない結果となる。

この点が医療機関と大きく違う点であり、輸出企業も医療機関も顧客から消費税をもらえない点では同一である。しかし、輸出企業は仮受消費税から仮払消費税を控除して納税するのに対し、医療機関は仮受消費税から仮払消費税を控除できない仕組みとなっている。

もし、医療収入が非課税扱いから課税扱いとなり、ゼロ税率（課税制度）になれば、仮払消費税で支払ったものが還付されることとなる。

現在、厚生労働省が中央社会保険医療協議会の医療機関等における消費税負担に関する分科会および中央社会保険医療協議会における議論に基づき、病院、一般診療所、歯科診療所および保険薬局を対象に高額な設備投資に係る消費税負担の状況を把握す

ることを目的として、「医療機関等の設備投資に関する調査」を実施しており、本調査の結果をもとに今後予定されている消費税率の引き上げの際の対応について、高額な設備投資への診療報酬制度等での手当に係る議論を進めていく予定とされている。

また、一方、去る平成 25 年 4 月 12 日に、自由民主党税制調査会と社会保障制度に関する特命委員会が新たに「医療と税制に関するプロジェクトチーム」（野田 毅座長）を設置し、消費税増税に伴う医療機関の負担軽減策を検討する初会合を開催し、検討をはじめた。

医療機器や医薬品を購入する際にかかる消費税を、公価である診療報酬に転嫁できないことから生じる損税負担問題等の現行消費税制度の課題について、年内に方向性を示すこととしている。

今回の消費税のアップは、政権の枠を超えた超党派での決議であり、社会保障制度の充実を目的としているものであることは言うまでもない。本協会と日本医師会は、平成 23 年 9 月より医療に関する税制改正要望について、次の 2 点の事項を確認し、この基本方針に沿って、陳情・説明活動を行っている。

1. 社会保険診療報酬に対する消費税の非課税制度を、患者負担を増加させない課税制度に改善すること。
2. 上記課税制度に改めるまでの緊急措置として、設備投資にかかる仕入税額控除の特例措置を創設すること。

消費税率の引き上げに伴う医療に係る税制のあり方については、日本医師会、日本病院団体協議会、全国医学部長病院長会議、私立大学団体連合会、本協会でも共通した部分を強調しつつ協働し、基本骨格が決定した時点で本協会独自の意見を述べていく予定である。

IV. 本協会病院長会議における大学附属病院運営上の諸問題への対応について

本協会の病院部会病院長会議（委員長：新井 一 順天堂大学医学部長）は、大学附属病院運営に関する諸問題に対応するため、特定機能病院に関する委員会並びに病院事務長会議等と連携するとともに加盟大学附属病院長の連帯・強化を図ることとして設置されており、平成 25 年 5 月 1 日、下記事項に関して、加盟各大学附属病院（DPC 対象 68 病院）長

と情報共有を行うため、平成25年度第1回病院長会議として開催した。

【議題】

1. 厚生労働省「DPC評価分科会」の議論の進捗状況について
 - (1) 平成26年度診療報酬改定に向けた検討課題について
 - (2) DPC病院Ⅱ群・Ⅲ群のあり方について
- <説明者>
 厚生労働省保険局医療課 井上 肇 企画官
 日本私立医科大学協会
 小山信彌病院部会担当理事（東邦大学医学部特任教授）
2. 加盟大学附属病院における外来の現況について
 3. 平成23年度診断群分類別コストデータ調査結果について
 4. 加盟大学及び附属病院の消費税負担額について
 5. 平成23年度決算に基づく加盟大学附属病院の経営分析（概要）について
 6. 平成23年度医療収入科目別調査・平均在院日数調査について
 7. 平成25年度医療安全・感染対策相互ラウンドについて
 8. 労働契約法の一部改正に伴う雇用契約の対応等について
 9. 被災地医療支援の状況について
 10. その他（情報交換）

【主な説明内容】

井上肇厚生労働省保険局医療課企画官による平成26年度診療報酬改定の方向性、DPC評価分科会の議論の進捗状況についての説明。

- ①平成26年度診療報酬改定に向けて適切なコーディングを推進する体制を検討するにあたり、実際の医療現場におけるコーディングの現状について、現時点でのコーディングマニュアル案において、「医学的に疑問だとされる可能性のある傷病名選択」の例としてあげられている5項目〔心不全、呼吸不全（その他）、手術・処置等の合併症、播種性血管内凝固症候群、症状、徴候および異常臨床所見・異常検査等で他に分類されないもの（Rコード）〕について、平成23年度退院患者調査のデータに基づき、他の医療機関と傾向が著しく異なる医療機関に対して実施していること。
- ②機能評価係数Ⅱの6項目（データ提出係数、効率性係数、救急医療係数、複雑性係数、カバー率係数、

地域医療係数）の評価に加え、現在、「病院指標」を加えられるか検討を行っていること。

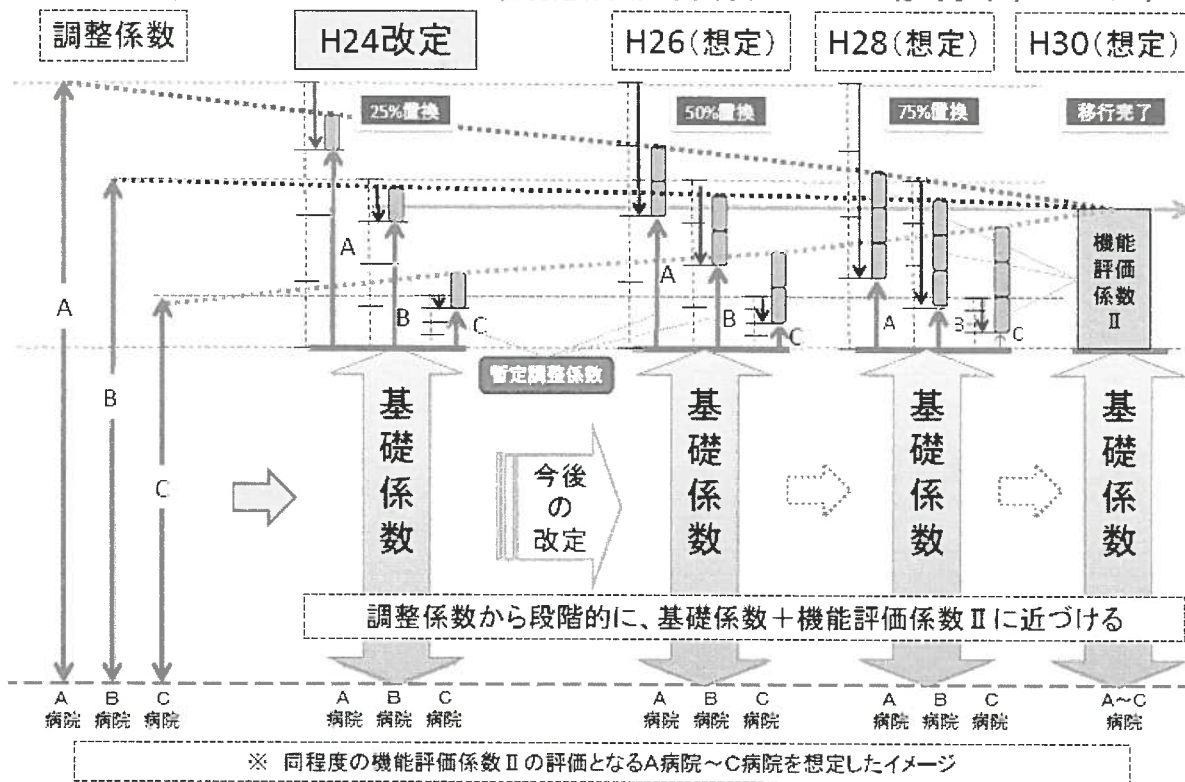
- ③資源配分の綱引きからの解放や目指すべき医療が評価されることで、DPCは大学病院（日本医療）にとっては有効な制度であること。
- ④今後、段階的に大きな重みづけがなされ、急性期病院の果たすべき役割を評価することとなる機能評価係数Ⅱの動向に目配りいただく必要があること。

小山信彌病院部会担当理事による平成24年度診療報酬改定におけるDPC制度の見直し（DPC病院Ⅰ群・Ⅱ群・Ⅲ群の設定、基礎係数の導入）と今後の方向性（DPCⅡ群・Ⅲ群のあり方）、大学病院外来の課題や役割（救急外来や外来診療の機能分化、地域連携等）等についての説明。

- ①平成24年度診療報酬改定において、DPC参加病院は機能別にⅠ群（大学病院本院80病院）・Ⅱ群（大学病院本院に準じた診療密度と一定の機能を有する90病院・Ⅲ群（Ⅰ・Ⅱ群以外の病院1,335病院）に区分されたこと。
- ②病院別の調整係数は、「病院群別の基礎係数」と「機能評価係数Ⅱ」で置き換えていくこととし、今後、診療報酬改定毎にプラス25%ずつ置き換えて、平成30年度診療報酬改定で意向を完了させる予定であること。
- ③医療機関群は病院の優劣を示すものではなく、各病院の特性を評価するものであり、医療機関別係数は必ずしもⅠ群が高くなるわけではないこと。
- ④DPC病院Ⅲ群の医療機関が平成30年度にDPC病院Ⅱ群に移行したと仮定した資料が公表されている。Ⅱ群とⅢ群で基礎係数には0.0414の差があり、もしⅢ群の病院がⅡ群になるとすると調整係数が基礎係数と機能評価係数Ⅱに置き換わった場合の増減が0.0414より大きくならないとプラスにならないが、明らかにこれに該当する病院は11病院しかないこと。

その他、喫緊の課題として最重要問題となっている現自民・公明連立政権における消費税の税率引上げによる損税の拡大問題、平成23年3月11日の東日本大震災発生以降、継続して取組んでいる被災地医療支援の状況について、平成23年度決算に基づく加盟大学附属病院の経営分析等について、加盟各大学附属病院（DPC対象68病院）長との情報共有を行った。

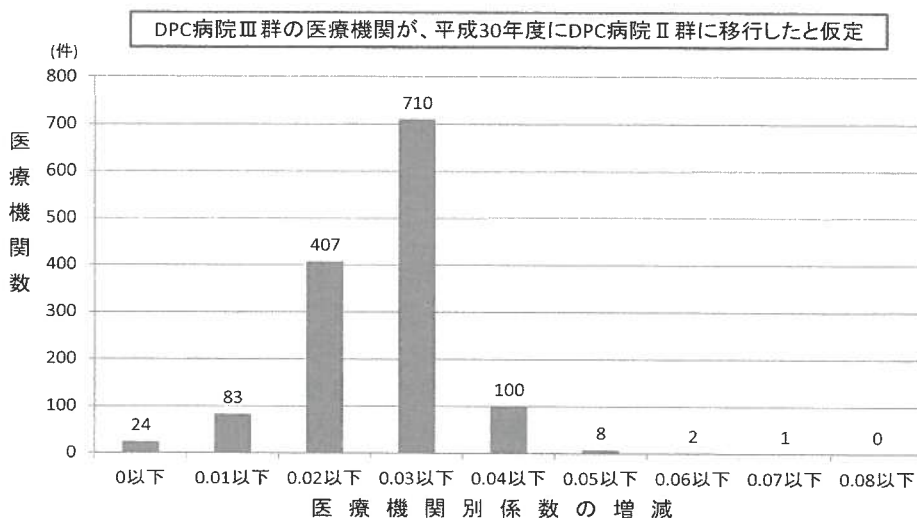
調整係数から基礎係数+機能評価係数Ⅱへの移行(イメージ)



平成 24 年 4 月 25 日：厚生労働省平成 24 年度第 1 回 DPC 評価分科会資料

【全DPC対象病院Ⅲ群】

【図12】 DPC病院Ⅲ群からⅡ群に移行した場合のシミュレーション (平成30年度)



* 平成30年度に暫定調整係数がすべて機能評価係数Ⅱ(現在の評価指標と同様)に移行したと仮定

【平成24年度第4回DPC評価分科会議事録を参考に協会事務局において作成】

現在、DPC病院Ⅲ群とⅡ群では、基礎係数が約0.04(Ⅱ群1.0832、Ⅲ群1.0418)違うため、単純にⅢ群からⅡ群に移行したとしても、0.04そのまま上昇する医療機関はなく、0.04以下となる医療機関は全部で1,324医療機関(上記グラフ0以下から0.04以下までの医療機関数)で、Ⅲ群の1,335医療機関のうち機能評価係数Ⅱが0.04よりも増えるのは11医療機関(上記グラフ0.05以下から0.07以下までの医療機関数)となる。また、0以下となる医療機関が24あり、Ⅲ群からⅡ群に移行したことによって、医療機関別係数が下がってしまう医療機関が24あることを示す。

平成 24 年 7 月 27 日：厚生労働省平成 24 年度第 4 回 DPC 評価分科会資料

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

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



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 25 年度私立医科大学合同入試説明会・相談会の実施について

「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、受験生や保護者の方々に私立医科大学の特色や入試制度などをお伝えしております。

今年度は下記のとおり、4回開催いたします。

詳細は、私立医科大学協会ホームページ【<http://www.idaikyo.or.jp/>】にて公表いたします。

《開催スケジュール》

- | | |
|----------|------------------------|
| ◇ 順天堂大学 | 平成 25 年 8 月 3 日 (土) |
| ◇ 関西医科大学 | 平成 25 年 8 月 24 日 (土) |
| ◇ 福岡大学 | 平成 25 年 9 月 7 日 (土) |
| ◇ 埼玉医科大学 | 平成 25 年 9 月 23 日 (月・祝) |

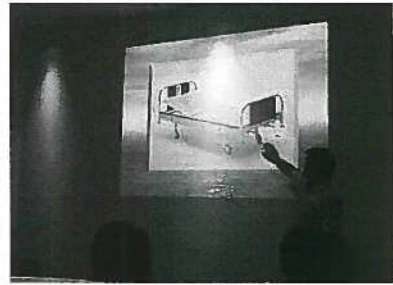
安全・快適な療養環境づくりのお手伝い。



■ベッド調査



■修理・点検・清掃



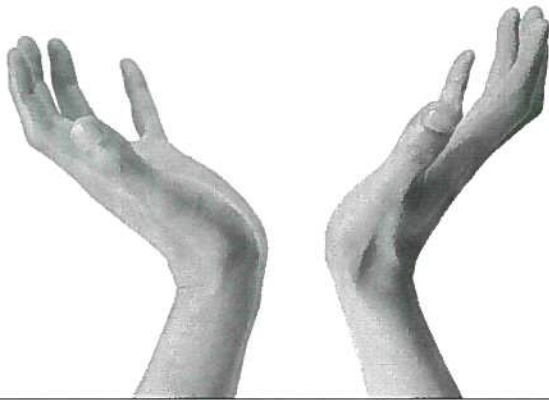
■報告・提案

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。

共創未来グループ
東邦薬品株式会社

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



広報誌 **医学振興**

第 76 号

平成 25 年 5 月 16 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 俊孝
委員	田尻 司
委員	宮崎 裕子
委員	小口 寛一
委員	跡見 永一
委員	冲永 寛一
委員	堀口 一夫