

醫學振興

協会設立40周年記念号

日本私立医科大学協会

第77号

Contents

卷頭言	「日本私立医科大学協会会長就任にあたって」	2~5
座談会	「日本私立医科大学協会40周年を顧みて —最近10年の動向と今後の展望、課題—」	6~23
論壇	「日本私立医科大学協会会長在任6年間を顧みて —医科大学（医学部）の今後の課題—」	24~28
施設紹介	「岩手医科大学」 「東京医科大学」 「近畿大学」	29 30 31
医大協ニュース		32~37
協会及び関係団体の動き		38~45

石橋正二郎像と大学本館（久留米大学）

1928年（昭和3年）4月28日に九州医学専門学校として開校した久留米大学は、当時、日本足袋株式会社の社長だった石橋徳次郎氏と専務取締役で弟の正二郎氏（株ブリヂストンの創業者）から敷地および校舎の寄付を受け、翌年9月に学校本館が竣工した。

石橋正二郎氏は日本のゴム産業を近代工業として大成し発展させた人物であり、同時に教育文化の向上に並々ならぬ貢献をされた。特に郷土久留米大学には創立当初の敷地建物を始めとし、その後に数々の寄付をされたのみならず、理事長として長年の間献身的に久留米大学のために奉仕され今日の隆盛と充実を見るに至った。

写真の石橋正二郎立像は、日本芸術院会員の清水多嘉示氏作によるもので、石橋正二郎氏の功績を永久に後世に伝えるため、1969年（昭和44年）に建立された。80有余年を経た大学本館の正面玄関前庭で、現在も大学の発展を静かに見守っている。



石橋正二郎像と大学本館（久留米大学）

卷頭言

「日本私立医科大学協会会长就任にあたって」

日本私立医科大学協会会长
学校法人獨協学園理事長
獨協医科大学名誉学長

寺野 彰氏



1. はじめに

このたび、本年5月16日、一般社団法人日本私立医科大学協会（医大協）の第93回総会（春季）・理事会におきまして、本協会会长に選任されました。順天堂大学理事長小川秀興前会長が6年間つとめられた後任であります。第12代ということですが、これまで著名な先生ばかりが歴任されており緊張しているところであります。

これまで、総務・経営部会担当副会長、広報委員会委員長、法務委員会委員長などを務めてきましたので、協会内部のことはある程度わかっているつもりですが、いざなってみると戸惑うこともあります。例えば、対外的に政治的な対応です。就任挨拶も、文部科学大臣、厚生労働大臣、日本医師会会長などに直接お伺いする立場のようで、今後も直接のお話ができるのは、重要な立場と認識しております。

1) 医大協は現在一般社団法人となっており、全国に29ある私立大学医学部及び医科大学で構成する教育事業団体であります。その目的は、私立医科大学の教育、医学研究及び経営に関する研究調査、並びに大学間相互の連携と協力によって、私立医科大学の振興を図り、その使命達成に寄与し、医学及び医学教育の進歩発展に貢献することであります。

2) 組織としては、会長と3人の副会長（栗原敏氏（東京慈恵会医科大学理事長）、山下敏夫氏（関西医科大学理事長・学長）、小川彰氏（岩手医科大学理事長・学長））、参与、業務執行理事そして理

事会、総会より構成されています。総務・経営部会、教育・研究部会、病院部会のもとに、20以上の委員会があり、私立医科大学の教育・研究・診療の多くの問題解決に努力しています。

- 3) 沿革としましては、昭和29年頃から私立医大的学長・病院長が一堂に会し、大学および病院の運営に関する共通の問題点を討議する学長・院長会議が作られ、その後私立医科大学協会例会となったようです。昭和45年以降、新設医大が次々と創設される中、昭和49年新設医大も含めた形で、日本私立医科大学協会が設立されました。そして昭和53年に29大学からなる現在の形の医大協ができた訳です。今年設立40周年を迎えます。
- 4) 現在、我が国の私立医科大学における医学・医療を巡る環境はきわめて厳しいものがあります。医学教育改革、医学研究体制の整備・充実そして大学病院運営のあり方など多くの課題に直面しています。このことは、私立医科大学の財政状況に大きな負担を強いることになり、大学財政は重大な危機に直面している訳であります。我が国の医科大学・医学部は、その半数以上（51大学）が国公立であり、私立は29校のみであります。しかも公的補助はその大部分が、国公立大学に向けられており、私立大学は経営の大部分を授業料と診療費に頼らざるを得ません。この点、欧米の大学、例えばハーバード、エール、ジョンズホプキンス、スタンフォード、メイヨー、ケンブリッジ、オックスフォード大学など外国の私立大学は、しっかりした財政基盤を有しており、国

家医療の中心を占めています。このような我が国の私立大学財政を、いかに構築するかも医大協の重要な仕事であります。

5) では、最近の医大協の活動状況及びこれから課題はどのようなものでしょうか。

最近の医大協の活動でもっとも重要なものは、後に述べる東北地方の被災地への支援でしょう。

第二に、地域医療崩壊を防止するための医学部入学定員増のための地域枠などの設定があります。この増加策によって、平成 19 年に 7,625 人であった入学定員が、平成 25 年には 9,126 人（防衛医大含む）となり、1,501 人の増加となりました。つまり、15 校の新設を認めたことになります。この中でも私立大学は、435 名の増加となっています。このように、医師不足に対しては、既設大学の地域枠などの増員により、医師数増加を図り、10 ~ 20 年後医師数が充足した時点で、減員を計る計画であります。医学部・医科大学新設が 10 数年後の医療にとっていかに危険なものであるかは後述する通りであります。

第三に、焦眉の問題は、迫り来る消費税への対策です。平成 26 年より 8%、その後まもなく 10% となる消費税は、病院財政に極めて大きな影響をもたらします。医大協でも日本医師会と歩調を合わせてこの問題に真剣に取り組んでまいります。

その他、医療安全、特定機能病院、DPC 等病院を巡る課題は多く、医大協としても受け身の立場ではなく、積極的に働きかけをしていかなければならぬと考えています。教育・研究に関するも、教養教育、卒前・卒後研修、医師国家試験のあり方、専門医も含めた医学教育のグランドデザイン、不足する研究費、研究の利益相反、我が国の NIH 創設問題など多くの解決すべき問題を抱えています。また、文部科学省、厚生労働省をはじめとする各政府機関、日本医師会、全国医学部長病院長会議などの連携も重視していきたいと考えています。これらの課題に取り組むには多くのエネルギーを要しますが、皆さんのご協力を得て、積極的に対処して行きたいと考えています。よろしくお願い申し上げます。

6) なお、医大協事務局も、小栗事務局長を中心に、環境も整え、さらなる活動に向けて、ハッスルしております。会員の皆様には、是非とも事務局の方にもお寄り頂き、問題点を共有して頂きたいものであります。

2. 医療崩壊への対策

1) 近年、1990 年代から我が国の医療崩壊、特に地方における医療機関の閉鎖などが指摘され、社会問題化しております。その原因は、小泉内閣以来続いてきた低医療費政策とそれに基づく医師不足、看護師不足であることは言うまでもありません。低医療費政策については、これまでも指摘されてきたとおり、我が国の GDP に占める医療費の低さ及び教育費の割合の低さをみても明らかであります。平成 10 年代においては、私立大学の 1/3 が赤字経営となっていました。その後の若干の医療費増加政策により、現在は私立大学の財政はやや改善をみております。しかし、既に老朽化した学部・病院などの建築物の建て替え、高額医療機器の買い換えなどにより、再び私立医科大学の財政は悪化してきております。来年の医療費改定におきましても、このあたりの事情を十分に認識して頂きたいものであります。

2) もう一つの医療崩壊の原因である医師不足に関しては、医師数増加をいわば禁じた閣議決定が見直され、「地域枠」などにより、一定数の医学部定員数の増加が認められました。私立医科大学もこの政策を積極的に支援し、その結果全国的に平成 19 年に 7,625 名であった医学部入学定員は、平成 25 年には 9,126 名と 1,501 名の増加となりました。今後も一定期間この政策が継続されますと、数の上では、我が国の医師数はまもなく OECD 平均の 10 万人あたり 310 人のレベルに追いつきこれを上回る状況になります。

3) このような状況下にあって、新しく医科大学あるいは医学部を創設しようとする動きがあります。このような動きに対しては、先に述べましたように我が国の医師数はまもなく国際水準に達すること、10 数年後には医師過剰時代が到来すること、新設医大の設立によって、この医師過剰状態は修正が不可能となる事などの事由により、医大協は一貫して医学部新設に反対して参りました。日本医師会、全国医学部長病院長会議の主張と同様であります。医師数増加は、充足状況に達したら、これを維持ないし減少できる体制が必須であります。そうでないと、現在社会問題となっている法科大学による法曹過剰状態、歯科医師などの過剰と同じ運命をたどることになります。既設医学部の増員によって充足したら減員するという

コントローラブルな政策こそが今要請されているところであります。現在の最大の問題は、地域並びに専門科の偏在の問題なのです。医大協としては、医師総数の問題よりもこの偏在こそ問題の本質であると認識して、その解決方法を検討して参ります。

- 4) 最近、東北被災地に、メモラブルなものとしての医科大学新設が喧伝されておりますが、これも東北6大学の増員で十分まかなえることは明らかであります。さらに、後述しますように、全国の私立、国公立大学は、被災地支援に多大な協力をしているところであります。国際性を強調して、英語のみの授業を特徴とする医学部を提案している大学もあると聞いていますが、国際性は全国的な課題であり、別途真剣に全体で検討すべき問題であり、現在我が国が抱えている医師不足問題とは無関係のものであると考えられます。
- 5) 医科大学・医学部の新設を禁じた文部科学省告示を変更する動きもあるようですが、そうなりますと全国的に新設医大設立の申請が多数予想されるところで、条件が合えば認可せざるを得ないことになります。法科大学院の現状を参考にするべきでしょう。

3. 被災地支援

東北被災地支援に関しては、既に本誌でも報告しておりますとおり（医学振興第72号以降継続掲載）、医大協加盟大学は、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、29大学67病院から1,599チーム、派遣人数3,574名、延べ人数14,641名（平成25年8月31日現在）の継続した派遣を行っております。このような体制は今後も継続されて行く予定であり、被災地支援に大きな貢献をしているわけであります。筆者も、先般、福島県の被災地である浪江町、相馬市、南相馬市を訪れ、その悲惨さを身をもって体験いたしました。医大協の今後の被災地支援の重要性を痛感した次第であります。

4. 医学教育のあり方

- 1) 私立医科大学の主な使命が医学教育にあることは言うまでもありません。医大協としても、全国医学部長病院長会議などとも協調して、医学教育上の様々な問題を提起し、これらを解決すべく多くの提言と施策を行って参る所存です。まず教養教育に関しては、医療事故などにおいて指摘されますとおり、医師の人格、教養の涵養に勤めなくてはなり

ません。現在の学ぶべき医学内容の量から、6年間での教養教育が等閑に付される傾向は否めませんが、高校教育とも協調して、6年間全体での教養教育のあり方を検討していく必要があります。特に理科系の教養に関しては高校教育のあり方にも一定の提言をしていきたいと考えています。

- 2) 基礎医学教育においては、臨床教育との融合が重要だと考えています。医師としてのモチベーションを高めるような基礎医学教育が要請されています。問題の一つは教員人材確保の点にありますが、基礎医学教育の重要性を提示して、文部科学省とも連携を図りながら解決していきたいと考えています。
- 3) 臨床医学教育に関しても多くの課題が山積していますが、当面の問題として、Student Doctor制度をいかに有効に活用して、臨床実習を内容のあるものにしていくかを考えていかなければなりません。5~6年生をこのような制度の下に有効な実習可能な状況にしたら、現在の医師国家試験のあり方を根本から改革する必要があるでしょう。知識集約のための試験と実習を中心としたものとを分離すべきだと思います。そうすれば、現在の臨床研修制度は不要となり、専門科偏在の問題もある程度解決され、若い医師のモラルも改善されるのではないでしょうか。卒前・卒後の一貫した医学教育のグランドデザインが可能となるでしょう。その中で専門医制度のあり方を検討すべきです。

5. 研究体制

医学研究に関しても、医大協はこれまで多大の関心を持って多くの問題の解決に努力して参りました。さらに現在の新たな問題も含めて、様々な課題に取り組んで参りたいと考えております。

なんと言いましても、研究には機器を含めた研究費用が重要であります。未来の技術立国、科学立国、医学立国を考えたとき、医学研究制度のあり方をもう一度真剣に考える時期に来ていると思います。そのための研究費は文部科学省の科学研究費などいわゆる公費に負うところが多いのですが、他方競争的研究資金を含めた民間からの研究費も重要な役割を持っています。しかし、利益相反や論文捏造など大学側の問題も大きく、これらをクリアすることも医大協の役割だと思います。そして、真に国民の納得する形で優れた研究成果が我が国から世界に発信されるよう努力する必要があります。巷間、政府は、我が国独自のNIHを研究組織として構想している

ようですが、早急な実現を希望します。そのような情報は出来るだけ早急にそして十分に医大協に頂きたいものであります。医大協もその実現と充実に最大の協力をするつもりです。

6. 医療費対策

我が国の医療費が、OECD 加盟国中 22 位（ヘルスデータ 2010）であることは周知のところであります。なぜこのような状況になっているのかについては、悪名高き「医療費亡國論」及び小泉内閣による低医療費政策にある事も何度も繰り返されているところです。平成 22 年まで、本協会加盟大学中半数以上のものが赤字経営を余儀なくされていました。しかし、平成 22 年度並びに同 24 年度の診療報酬改定により、加盟各大学病院の收支状況はある程度改善されてきました。しかし、前述した如く、私立医科大学では、高質な医療を目指す多数の優秀な関係スタッフ人件費、最先端の医療に要する施設・設備費と機器に要する経費は加速度的に増大してきております。特に老朽化した施設・設備の更新、耐震設備などに要する費用は莫大なものであります。今後の高齢化社会の到来、少子化対策の必要性などを見ましても、急性期・慢性期医療機能の充実、地域医療の充実に必要な医療財源の確保が必要であります。「地域枠」のための医学部定員増に要する費用も莫大なものです。そのためにも、経済大国たる我が国において、国際的に評価される医療経済のあり方が問われています。医大協としましても、医療費改定において、この点をさらに強く主張していくつもりです。DPC のあり方、7 対 1 看護制度のあり方も大きく変化しようとしています。これらの医療に関する情報をいち早く入手し、それに対する対策を考えていく必要があります。

7. 消費税

本年 10 月 1 日、安倍首相は来年度より消費税を 8% とすることを決断いたしました。その 1 年半後、さらに 2% 上昇し、10% となる予定です。

このような消費税率の上昇が、私立医科大学に及ぼす影響については、本誌（医学振興第 75 号）に詳しく解説しております。消費税の税率が現行の 5% から 10% に上昇したと仮定した場合、私立医科大学における消費税負担額は、355 億円（平成 23 年度）から 711 億円にまで増大し、1 大学平均では約 24 億 5,000 万円という膨大な負担額となります。詳細は前誌を見て頂きたいのですが、これを防ぐには、医

療費のゼロ % 課税を実現し、消費税の還付を可能にすることが必要なのです。あるいは、これらの負担額をすべて社会保険診療報酬に加算する必要があるわけです。消費税の問題は喫緊の課題でありますので、医大協は日本医師会などと協調して早急な対策を取って参ります。

8. 医療安全対策

医療事故防止は社会的な問題であり、早急な対策が必要であるにもかかわらず、民主党政権下の 3 年間、全く無視された状態で進展はみられませんでした。この度自由民主党政権に復帰し、再び検討が開始されました。現在、厚生労働省「医療事故に係る調査の仕組み等のあり方に關する検討部会」において、医療安全についての組織体制、運用方法などについて議論がなされているようあります。しかし、以前は、パブリックコメントなどで広く意見を聞いていたのですが、今回はほとんど密室状態で事が進められ、我々を含めた国民には情報がほとんど与えられていません。厚生労働省においては、このとりまとめを踏まえて、早急に法制化を進めているようです。秋の臨時国会では審議できなかったのですが、来年早々の通常国会では、「医療法などの一部を改正する法律案（仮称）」に盛り込んで提出すると言われております。本件をめぐる問題点は多く、例えば解剖をすると言ってもそのための人材は極端に不足していること、協力する医師の不足、自治体の協力体制の程度、調査報告書の取り扱い、捜査機関の謙抑性への信頼性、民事訴訟との関係、遺族の調査委員会への信頼性、そのための予算など多くの解決すべき課題があります。このような問題点にどう対処するつもりかなど情報は全く医大協には入ってきません。

医療をめぐる重要な課題の一つであるこの医療安全のシステムについても、法務委員会を中心に対処して参ります。

9. おわりに

以上、紙数の関係で、問題点を列挙するに留めました。詳細については、本協会ホームページで本誌の内容をご覧頂けるようになっておりますので、お読み頂きたいと思います。

これらの非常に重い、重要な課題を背負っての出発ですが、小川秀興前会長の方針を参考にしつつ、皆様のご協力の下に、医大協は我が国の医療に役立つそして私立医科大学の発展に資するような活動を開拓したいと思っております。

よろしくご指導、ご鞭撻のほどお願ひいたします。

座談会

日本私立医科大学協会 40周年を顧みて —最近10年の動向と今後の展望、課題—

日時：平成25年9月12日（木）午後4時40分～午後6時25分

場所：アルカディア市ヶ谷（私学会館）

川崎 明徳 氏

川崎学園学園長、協会相談役

小川 秀興 氏

順天堂大学理事長、協会相談役

寺野 彰 氏

獨協学園理事長、協会会长

小川 彰 氏

岩手医科大学理事長・学長、協会総務・経営部会担当副会長

山下 敏夫 氏

関西医科大学理事長・学長、協会病院部会担当副会長

栗原 敏 氏

東京慈恵会医科大学理事長、協会教育・研究部会担当副会長

(司会) **炭山 嘉伸 氏**

東邦大学理事長、広報委員会委員長

(広報委員会) **小栗 典明 氏**

私立医科大学協会事務局長



戻 山 これから座談会を始めさせていただきます。

今年度、私立医科大学協会は創立 40 周年を迎えます。昭和 48 年設立以来、私立医科大学協会は私立医科大学の医学教育・研究、そして病院を中心とした医療を取り巻く様々な問題に多大な貢献をされてこられたと思います。この私立医科大学の振興に貢献なされた皆様方に、この 40 年を振り返っていただきたいと思います。特に直近の 10 年は非常に大きな転換期にあったと思われます。30 周年は 30 周年でやっておられますので、直近の 10 年を中心にして、これからいろいろお話を伺っていきますので、宜しくお願ひ致します。

本日は、長らく協会の運営に携わっていただきました歴代の会長並びに現会長、そして 3 人の副会長の先生方にお集まりいただきしております。

まず、協会の生き字引的存在である川崎先生は協会設立時からのメンバーでございますが、第 10 代の会長でもあられまして、本協会の相談役を務めていただいております。現在 29 大学が加盟しているこの私立医科大学協会の創設時の苦労話を少しレビューしていただければと思います。

【協会 40 周年を迎えて】

川 崎 私が会長になりましたのが平成 14 年で、その翌年、協会が 30 周年を迎える、こういう冊子（『三十年のあゆみ』）を作らせていただきました。その中に「会長インタビュー」で創設のことをちょっと書かせていただいております。

戦前からありました 13 の医科大学が仲良しクラブのような会を作っておりますし、持ち回りで会を運営しておられました。昭和 45 年に、私ども新設の医科大学、北里大学、杏林大学、川崎医科大学の 3 校が文部省（現在の文部科学省）から認可を受けました。認可になる過程というのはいろんな難しい問題がありまして、昭和 45 年 3 月末になってやっと認可が下りて、入学試験を 4 月になってからやったというようなことがありました。そのときに国立大学も秋田大学医学部が認可になりました。

私立医科大学は戦後初めてでしたし、文部省も厚生省（現在の厚生労働省）も難しかったのですが、当時の私立医科大学関係では、樋口（一成）

先生とか懸田（克躬）先生が大学設置審議会の委員などをしておられた関係で、私立大学のいろいろな先生方と我々も接触がありましたので、そういう大学ができた場合に仲間に入れるか入れないかというのが、既設 13 大学の 1 つの課題だったのです。

昭和 45 年に 3 校が認可された途端に、私立の医科大学が 46 年に 4 校、47 年に 6 校が認可されました、新設医科大学が 13 校になりました。それで、既設 13 大学の会議に我々も、メンバーではないけれどもオブザーバーとして出させていただいた時期があります。

当時、日本の私立大学は私立大学協会と私立大学連盟とに分かれています、それは非常に問題があって、このまま新設の医科大学が増えてきて、もし仲間に入れないとなると、また別のものを作られてはかえってまずいというので、最終的に樋口先生や懸田先生たちが英断を振るわれて、3 校、4 校、6 校で 13 校になったときに、とにかく入れようということになったのです。

協会それ自体は、13 校で昭和 48 年に文部省から正式な社団法人として認可を受けておられたわけです。最初の会長が樋口先生ですが、残念ながら樋口先生は 2 年でご病気で亡くなられましたから、その後副会長だった懸田先生が会長になりました。

昭和 49 年 3 月に、13 の新設医科大学が加盟し、もうこれで認可はないだろうと思っていたら、東海大学と近畿大学が認可になったものですから、その 2 校が昭和 49 年の 5 月に加わり、更に昭和 52 年に産業医科大学が認可になりました、新設医科大学 16 校が協会に入って、全部で 29 校になったわけです。

最初は、私立大学連盟から事務の方に来ていただき、私立医科大学が団結してこれから新しいことに挑戦して、特に役所の関係、文部省あるいは厚生省との交渉とか、いろいろなことに大変役に立つ組織として発展してきました。

歴代の指導者といいますか、樋口先生、懸田先生、そして特に浅田（敏雄）先生は、文部省とか厚生省との関係で活躍をなさいました。

私は 10 代目の会長ですが、石井（昌三）先生が任期途中で、4 年のところを 3 年で辞められましたので、私は途中からの就任で、その関係で平

成14年から5年間会長をして、平成19年に小川（秀興）先生にご無理をお願いして会長を引き受けさせていただきました。

ですから、あつという間の5年で、トータルで言えば、私は昭和51年に協会の理事に就任しましたので、31年間理事をさせていただきました。忘れたことが多いのですが、いろいろなことで歴代の会長のご苦労の上に今日があるということです。

寄付金問題、室料差額問題、特定機能病院、DPCの問題、新医師臨床研修制度の問題等ありましたが、医師の需給に関する検討会というのが何度かあります。その最初の会などは、医師は将来余るということでしたが、途中から医師が足らないと言い出し、また医療費増大を恐れた大蔵省（現在の財務省）からのプレッシャーでしょうか、将来は余るというので、また減らせとか、方向性のない論争に引きずり廻されました。

炭山 ありがとうございます。

先生の振り返られた中で、入学定員の問題、消費税を含めた診療報酬改定のことについては、後で特別に、議題としてお話を進めていきたいと思うのですが、特に先生にお伺いしたいのは、寄付金の問題です。現在大きな問題とはなっておりませんが、当時はかなり大きな話題になったということ。それと、特定機能病院のことが制度化された時期でもあったかと思うのです。ここについて簡単にご説明いただけますか。

【入学時寄付金問題、特定機能病院の制度化】

川崎 寄付金問題は懸田先生が会長の時代に起きました。私立医科大学が入学時に寄付金を取るのはけしからんというので、マスコミがずいぶん騒ぎまして、懸田先生はNHKのテレビ番組に出られて、寄付を取らないと私立医科大学はやっていけないというのでいろんな例を示されて反論しましたけれど、向こうの言い分だけが出て、その反論したところは放送には出なかったのです。要するに、親の職業とか兄弟とか本人の背景を入学試験に絡ませてはいけない。試験だけをしなさいというようなことで、それが補助金とも絡んできまして、国がなにがしか補助金を出しているのだから、そういうことについては絶対だめだと。例

えば、親に面接をしてはいけないとか、そんなことがあります。

私学には建学の精神がありますし、学生を入学させ、どういう教育をして、どういう人を卒業させ、どういう医師を育てるのだというのは、学校にとって非常に大事なことなのだというような主張を我々もしましたが、やはり国立大学と同じような考え方を、文部科学省が、あるいはマスコミがしている。でも、医師を1人養成するのにすごくお金がかかっている。特に医療費が抑えられていて、附属病院の経営状態があまり良くない。そういうことでかなり理解は得られたのですけれど、なかなか厳しゅうございました。

それから特定機能病院の問題は、私の前任の石井先生の時代に出てきた問題です。石井先生は、特定機能病院の指定を受けることによって、医科大学の附属病院は生き延びられる、特別扱いをしてもらうのだということで、厚生省も「そうします」というような言い方をしていたのです。

なぜそういう制度ができたかという背景は、医科大学附属病院は国公私立とも文部省が所管していました。厚生省は口出しができなかった。それに対して厚生省は何とか介入したくて、それでの制度を考えたのです。薬剤師を何人置かなければいけないとかいろんな基準を作って、そのかわり特別扱いしますよと。私は、そのころ副会長をしておりまして、石井会長に後が怖いですよと、慎重な対応をお願いしました。そういう事でちょっともめましたけど、結局従わざるを得ませんでした。

その後すぐDPCが出てきました。DPCは、その導入のときに対前年度比悪くならない保証を付けるからというので、我々は飲まれたわけです。特定機能病院だけにそれをやるかと思ったら、そうではなくて、どんどん広げてしまったのです。7対1の看護などでも、初めは特定機能病院とかDPC対象病院とか、そういうところだけやるのでと言っていたのが、結局それもだめ、そういう時代でした。

炭山 特定機能病院に関しては、今まで新たにあり方に対して話題になっておりますね。寄付に関しましても、取り方に関して問題があるかもわかりませんが、私学は正当に寄付をいただくというのが当たり前であるということで、むしろ文部科

学省は推奨しておりますよね。そういう意味では、今は良い形になっているのではないかと思いますが。

川崎 ある時期から、国がこれ以上補助金は増やせませんと。大学で寄付集めを上手にやりなさい、というように変わってきたのですね。

炭山 ありがとうございました。

続きまして、平成 19 年から 25 年まで、第 11 代会長を 3 期 6 年お務めいただいたて、現在、医学教育振興財団理事長をお務めいただいている小川（秀興）相談役にお話を伺いたいと思います。

先生は、とにかく本協会が立ち位置として社会的に認められるように、厚生労働省、文部科学省、それだけではなくて全国の国公立大学とも連携を大変うまくやられたということで本協会の「中興の祖」としての評価をいただいているが、そのあたりの協調、連携についてのご苦労話を少しお伺いできればと思います。

【ここ最近の協会の動向と関係各団体との協調・連携の構築】

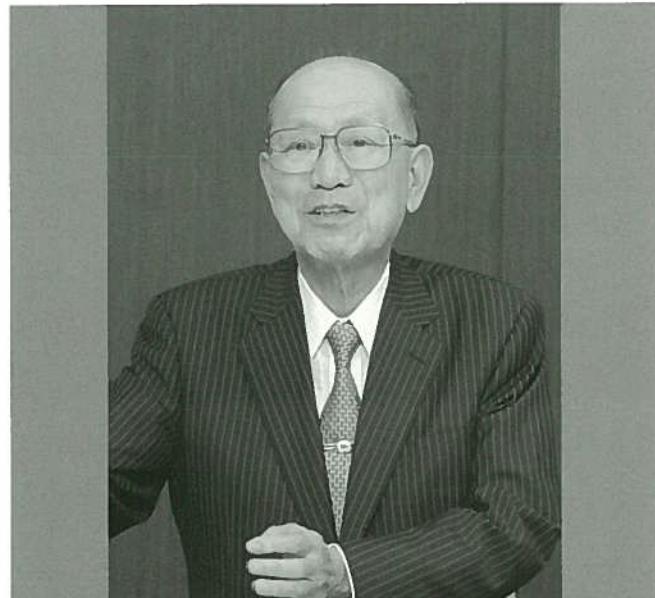
小川（秀） 今、協会の成り立ち、それから協会が抱えてきた諸問題、それに対する対応の仕方を、川崎先生が詳しくおっしゃいましたが、そのとおりだと思います。

と言いますのは、協会のファンデーションに非常に関係した懸田先生の私は教え子で、そして石井先生とは大兄貴みたいな感じで、お互いに言いたいことを言い合うのですけれど、お互いにリスクトし合うという感じで、この協会の立ち位置の勉強をさせていただきました。

川崎先生に、おまえのところの石井先生から途中で渡されたのだから、あるところまでやるけど途中であんた受け取れよということで、そういう言い方ですが強い推挙を受けて、やらなければいけないだろうなという思いでやりました。なった後も、川崎先生、亡くなった浅田先生、ほんとによくサポートしていただきました。

①連携と協調・協力の重視)

私の立ち位置は、私たちの世代、会長と副会長が 3 人いらっしゃいますが、栗原先生は若干私ど



川崎 明徳 氏

川崎学園学園長

協会相談役

もより若いのですが、大体同じランゲージでしゃべるというか、連帯を求めて孤立を恐れず、“良く考えて筋は通す”というスタンスで学生から若手医師時代を過ごしました。しかし、そういう大学・学会・社会の転換期、時に修羅場を経験したが故に、なるべく孤立はしないようになるべく連帯していくこうと心懸けてきました。相手の立場を何とか考えてということで、今おっしゃって戴いたように、厚生労働省とか文部科学省とも、お互いにわかり合う立場で、やれることから一緒にやっていこう。それから、国公私立大学の全国医学部長病院長会議とも連携できることは連携していこう。日本医師会とも仲良く協調してやっていこう。日本病院団体協議会とも話し合って連帯していこうということで、各々少しずつ立場は違うのですが、互いに協調しての行動を心懸けてきました。

そして、この『医学振興』の記事にも、協会会长就任まもない頃に「大同を求めて小異は捨てる」スタンスでやっていこうという小文を書いたと思います。

この国の高等教育費（公的支出）は極めて安い。これは文部科学省も予算の少なさに悩んでいるし、国立大学も公立大学も私立大学も悩み、困っているわけです。高等教育費が OECD 加盟国の

中で対GDP比でみて最も低い国であるという客観データを世に示すことにしました。私どもエビデンス・ベースド・メディシン（ディスカッション）をしなければいけないというので、常に誰かを説得あるいは理解を求めるときに、国際的対比データを、一目でわかるように単純な棒グラフとか折れ線グラフとか、色分けとか、そんな判り易い、数秒で判る図表を作つて示すことを心懸けました。

これは、高等教育費は可愛そうだなど。そして文部科学省も、大きな意味では各省庁の中で、予算の配分をもうちょっと欲しいという立ち位置は一緒なのです。そういうことでやってきたと思います。

国公私立大学の中で、やはり国立大学の運営費交付金に比べて私立大学の経常費補助金などは極めて少ないですし、科学研究費の配分もNIH方式と最近では言われるようになりましたが、実は国立、特に旧帝大には厚く、私学には極めて薄く、弱い。そして、インパクトファクター(IF)、サイテーションインデックス(CI)とか、そういう客観データでNIHは算定していくわけですけれども、日本は全くと言って良いほどそうではないのです。

アメリカの場合は、ハーバードも、スタンフォードも、デュークも、イェールも、私学なのに国の予算を客観指標（特に、IF・CI、知財特許取得状況などのデータに則って）で配分して元気を出してもらい、アメリカのために頑張ってもらおうと助成し、世界から陣容を集めて仕組みを作っています。こういうNIH方式というのを、安倍政権の旗印として掲げたことはとても良いことだと思います。日本は教育・研究、そして医療は誇りを持って国際的にも頑張ってほしいと思います。私は、オリンピックも大賛成です。ちょっと話が逸れましたが、あのプレゼンテーションは見事でした。私共、日本国民のコンセンサスは得られたと思います。国際的基準に則って高等教育・研究開発費、医療の知財開発費にお金を使っていくこうとなつていくでしょう。

医療はマイナスをもたらす産業ではありません。医療費がかかりすぎるといつても、客観データを対比しますと、OECD加盟国の中GDP比率で日本は中位です。日本国民の文化文明度の高さ、

医療に対するニーズの高さから対比しますと、むしろ低いほうです。それを保険制度で一生懸命医療の現場の医師が頑張って、英米の医師の2倍ぐらい働いて国を支えています。それを我々は誇りとしているわけですが、そういうものに対する国民的理解も求めてきました。日本医師会の方々にも、皆さんが出勤する労働時間は多い、そしてその対労働経費は決して多すぎるわけではないと代わりに主張してきました。それらとの連帯が私共、大学医療人のスタンダードポイントです。

②医学部定員問題

医学部定員の問題も、歴史を振り返ってみると、川崎先生のおっしゃったとおりで、定員を120とか110もらっていた大学は、更に「減らせ」と言われて減らしました。7千数百からは増やしてはいけないという閣議決定も私が会長に就任した頃には活きておりました。今度は、医師が足りないということになると、せっかくある定員をカムバックさせて良いですかと言ったら、「だめだ」という話で、国民のための医療をするのだから国立大学の定員は増やすけれども、私学のほうは別に増やさなくても良いのではないかという人が、一般の人あるいは国会議員の少数ではあります、力のある方の中で居られました。大多数の人は理解してくれていましたし、メディアも大体が理解してくれていましたけれども、中には医師の数を増やしたら経済破綻する“医師亡國論”も当時残っていました。そういう問題がかなりありました。役所や議員やメディアの方々などと粘り強く協議して国公私立大学問わず増やせるところは、國の方針に協力して何とか増やしていくこうと決めました。そして一挙ではなく徐々に無理なく増やして、それも各大学から申請をして、それを国が認めるという形をとる。細かい配慮をしつつ、各論的にはいろいろありましたけど、国公私立大学は良く協調して医学部定員増をやってきました。

しかし、何といっても私が非常に感謝するのは、私立医科大学協会の各校の代表理事、また歴代の会長は本当によく協力してくれました。大体それで行こうというので、コクピットは一枚岩になつていきました。その結果、私立医科大学協会の立ち

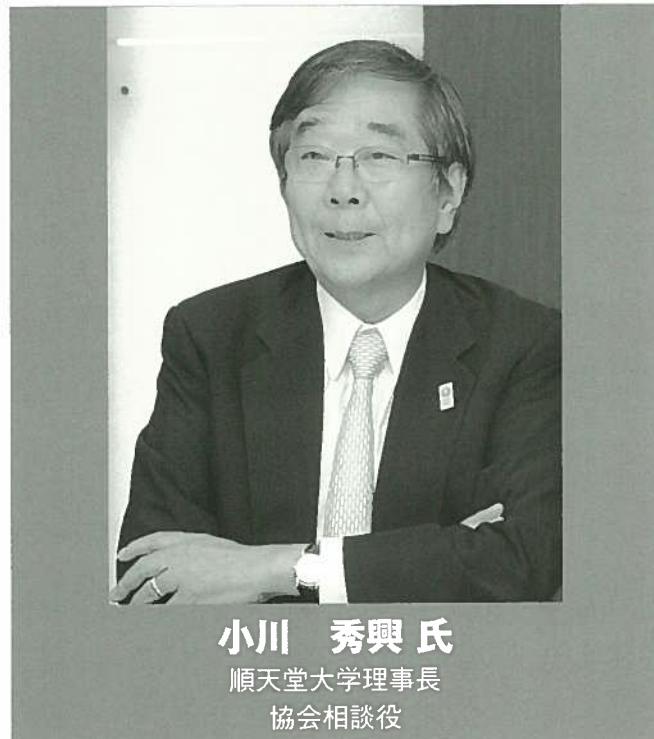
位置が、国公立大学とも理解しあって、日本医師会とも離れることなく連携できて共にやってこられたと思います。そういう意味で、皆さんに大変感謝している次第です。

炭山 先生の時代に、今の医学部定員増にまで持っていた。それから 2 回の小泉内閣時代のマイナス診療報酬改定を 3 度連続プラス改定にしていった。先生の会長時代に、画期的な医療経済の改革に取り組んでいただいた訳ですね。

医学部定員増、医師の需給問題と診療報酬改定については、後で各論のところでまたお話し申し上げますが、もう 1 つ、先生が常に理事会でお話しになっていたのは、震災地に対する医療支援ですね。ここについての先生のお気持ちをお聞かせいただきたいと思います。

小川（秀） 私が学生時代、そして若手医師の頃、無医地区無料診療を行っていたところが、あの被災地、何と岩手県下閉伊郡田野畠村、普代村などだったのです。それで、アーアーあそこがやられたかと驚き、直ぐ現場に行きました。愕然としました。これはもう助けなければいけない。何とかしなければいけない。国立も公立も出るかもしれない。しかし、動きの速い私立大学の人たちに理解を求めて、みんなで助けようということでキャンペーンをしました。現場の状況、データを正確・着実に毎回しつこいように私立医科大学協会に提出してきました。どこの大学がどう出して、国公立に比べて私立が 1 大学当たりどう出しているというのを初め 3 回ぐらいやったら、やはり何とかしなければいけないという感じで、私立医科大学協会の方々みんなが協力してくれて、多くの医師団を送って戴けたと思います。

何といっても岩手県を守っている小川彰先生（岩手医科大学）のところにかかるてくる負担は大変だし、四国ぐらいの面積を一生懸命守っているところに、岩手医科大学が定員を他大学に比して大きく増やすのは問題なしということで応援してきました。地域医療は岩手、福島、茨城、そして寺野先生のところの栃木も震災関連として大変なのですが、そういうところを助けていくこうということで、私立医科大学協会は、国公立に比して 1 大学当たり救護団員を大変多く出せたということは私学の誇りです。私学の理事長・学長・医学部長・病院長ほぼ全員が私立医科大学協会に参加



小川 秀興 氏

順天堂大学理事長

協会相談役

していますので、直ぐ理解してくれました。また所属病院の医師団が行ってしまったのを追認あるいは快く「行ってこい」と言って戴いたのでしょうか。私学の良いところは、動きの速さであり、印鑑の数が少なくて決断・動きが速いということだと思います。

国公立をちょっとフォローして弁護しますと、いつ誰が公文書で頼みにきたかどうかが問題になります。救護班派遣を県知事が言ってきたのか、市長が言ってきたのか、それとも学会のリーダーが言ってきたのか、医師会のリーダーが言ってきたのかなど、何か不統一でした。そういうので国公立大学は逡巡されたり、派遣するのは公務員ですから大変だったと思います。

しかし、私学は「行ってこい。怪我したら大学で面倒みるよ」くらいのことを言って出されたと思うのです。そういうので動きが速かったと思います。

炭山 先生がよく言われていますが、私学は本院だけでなく分院があって、それが一致団結して 1 校当たり国公立を上回る派遣に応じてこられたという自負も我々にはありますね。

小川（秀） 全くその通りです。

〈③地域医療問題〉

その地域医療を如何にフォローアップするかの問題ですが、私学が有する分院の存在・働きが極めて重要です。私立大学は都会の良いところに居を構えてたくさん患者を集めて、国立大学に比べてうまいことやっているじゃないかということを言わされましたし、確かにそういうふうにかなりの国民が理解していました。それは一部の大学の本院はそうかもしれない。しかし、分院群というのが私立大学にはあって、房総、浦安、茨城、埼玉、能登、岩手など地域医療過疎地に多くの私立大学が分院を出している。これが日本の地域医療を支えているということが、この東日本大震災時に改めて浮き彫りにされました。これは重要なことでした。地域医療を守るということの典型はドクターへりですが、川崎医科大学、日本医科大学、愛知医科大学、久留米大学、東海大学、順天堂大学、埼玉医科大学、獨協医科大学など私学がその先鞭をつけました。経営的にあるいはリスク上、これはペイするかというと、これはしません。しかし、これは過疎地の医療を守るという点では重要で、私立大学がこれをリードしてきたのは私立医科大学協会の誇りでもあります。また吉村先生のレポートにあるように、慶應義塾大学、順天堂大学、東京女子医科大学、北里大学、関西医科大学、東邦大学、東京慈恵会医科大学などの私立大学出身者の方が地方の国公立大学出身者に比して、卒後長期間大学病院、中小の公的病院に留まって開業を中々せずに働いていることは、我々にとっても驚きでした。しかし、結局は父祖の地、地方へと帰って地域医療を支えているというデータも極めて印象的でした。私立大学出身者への評価が一挙に高まったデータとも言えます。

炭山 ありがとうございます。川崎先生、小川先生が医学部入学定員問題に触れられました。現実には昭和57年と平成9年に、抑制という形で定員を減らされているのです。当時は7,625名まで減ったものが、平成25年では9,126名で、1,501名まで増えるという結果となっています。

医師の需給問題に関して一番問題になっているのは、診療科格差と地域格差問題です。これがために実際にはまだ医師不足ではないかというようなことが議論されます。この根本についての大き

な問題は、新医師臨床研修制度が、良い意味でも悪い意味でもいろんな功罪があったと思うのです。この辺りについて、医師の需給問題あるいは医学部入学定員問題も含めて話を進めさせていただきたいと思います。

【新医師臨床研修制度の問題点】

まず、新医師臨床研修制度ですが、これについては平成16年4月に始まりました。目指したもののは非常に良かったと思うのです。しかし、問題点は何なのか。良い点、悪い点も含めて小川彰先生にご意見いただけますでしょうか。

小川（彰） 新医師臨床研修制度がスタートして現在で9年目でございますから、この10年間というのは、それに大きく振り回されてきた医療界・医育界だったと思います。

実は新医師臨床研修制度がスタートする前にもう1つ大きな問題がありました。北海道から始まって、どんどん南の方に行ったマスコミの医局叩きキャンペーンです。

炭山 名義貸し問題も含めてですね。

〈①地域医療の崩壊〉

小川（彰） 名義貸し問題というのは、医師不足の中で、とても上手に知恵を働かせて、地域医療を守っていたのが実際なのです。しかし、それが法律に触れるということが指摘されました。どうにか少ない医師の中で過疎地の地域医療が回っていたということも事実なわけです。それがマスコミの中で大きく取り上げられ、大問題になりました。更にそれに追い打ちをかけたのが新医師臨床研修制度だったわけです。

あの当時は新しい医師が毎年7,500名ずつ出ていった。ところが、新医師臨床研修制度というのは、臨床研修医は臨床研修病院で臨床研修に専念することとなっています。それで医師臨床研修は2年ですから、7,500×2年分、15,000名の医師が突然いなくなつたというのと同じ意味を持ってしまったのです。更には、その前は研修病院になるような大きな病院に働いている中堅の医師というのは、特に岩手県のように過疎地で広大な現場を持っているところでは、そういう方々が地域医療

のお手伝いを行っていたわけです。ところが、新医師臨床研修制度が始まって、研修医は研修病院にはいるけれども地域には出でていっていない。更には新医師臨床研修制度が始まる前までは、地域に出ていって地域医療のお手伝いをしていた中堅の医師たちが、今度は臨床研修医を指導するため病院に張り付かなければならぬことになりました。この様な非常に矛盾したことが起こって、そして地域医療が崩壊していったのです。

全国医学部長病院長会議では、新医師臨床研修制度が始まった後すぐに、地域医療に対する、あるいは診療科間偏在等々に対する影響調査を始めました。あれ以来ずっと未だにエビデンスを出し続けているのですけれども、その結果、何が起こったかということがわかりました。

人口 50 万人未満の県庁所在地しかないところと、比較的大きな 50 万人以上、100 万人の都市がある都道府県とでは、新医師臨床研修制度が始まる前は、どちらも 70% は出身大学に残っていました。それが東京も含めて大都市、それから 100 万都市を持っているような都道府県では 70% という数は大体クリアしています。一方、過疎地を抱え、大学病院がその県の医療をどうにか支えてきたような人口の少ない県では、臨床研修医と卒業した医師がその都道府県に留まる率が 30% に減ってしまったのです。半分以下です。

従って、卒業してすぐの医師が地域医療のお手伝いができるはずがないのですけれども、その様な若手の方々が医局にいることによって、3 年目、4 年目、5 年目位の中堅の医師が、その地域に出ていって地域医療を守ることができていました。これを全部壊してしまったのが、新医師臨床研修制度の負の影響です。

〈②診療科間の偏在〉

もう 1 つの負の影響は、フリーアクセスで全国どこの県にも行けるし、どの病院にも行けることになりました。厚生労働省では臨床研修医の労働時間を 9 時～5 時としており、夜中に呼び出されるような外科だと、がんを治療しているような内科だと、脳外科だと、そういう大変な科はどんどん敬遠されてきました。2 年間臨床研修医をやって、周りを見てみたら、今の若い方々の



小川 彰氏

岩手医科大学理事長・学長
協会総務・経営部会担当副会長

ライフスタイルなんでしょうね。9 時～5 時で夜中はちゃんと自分の時間がほしいとなると、皮膚科だと、眼科だと、そういうところに医師が集まるようになって、特に一時期ひどかったのは、小児科、産婦人科、外科、内科、これら診療科の激減が起こってしまったわけです。

この診療科間偏在の問題が、新医師臨床研修制度の負の影響としてあるのではないかと思います。

炭山 新医師臨床研修制度を立ち上げるに関しては、大学が持っていた医師派遣機能が、医局の弊害ということで強く叩かれた。実際に大学が派遣しているときにはうまくいっていた点が、今の小川彰先生のお話ですと、かなり損なわれて、今のように診療科の格差あるいは地域医療格差になったのだということでございます。

一方で、これの目指したもののは、研修医の待遇改善とか、例えばアルバイトしなくても良いようにとか、大学病院その関連病院での研修が主だったので、そういうところでは研修内容の成果等が十分評価できないのではないかという批判もございました。そういうことで新医師臨床研修制度がスタートしたのですが、山下先生、しかし実際に今の新医師臨床研修制度を始めて、果たして臨床病院としての評価が改善されているかといった

ら、いかがでございましょうか。例えば指導体制にしましても、研修内容にしましても、うまくいっているかどうか。そしてその評価そのものが、新医師臨床研修制度でうまく行われているのでしょうか。

〈③新医師臨床研修制度が与えた悪影響〉

山 下 新医師臨床研修制度に関しては、今、小川彰先生が言われたことにすべて同意しますね。今まで医師不足がずっと続き、かなり地域医療が揺らいでいたところへ、新医師研修制度が来て、そして、まさに地域医療が崩壊したことは明確だと思います。

今まで言われたとおりなので、繰り返すつもりはございませんが、悪影響を与えたほうが多いです。理念は良かったのでしょうかけれども、現場ではますます悪い面が進んできている。

もう1つは、質を担保しなかったというか、フリーアクセスで、おっしゃったとおり、いろいろな病院に行って、きちんとした研修ができるていかないのではないかということが非常に心配です。それが最後には全体の医療の質の低下につながります。民間医局のような根無し草の医師が4,000人、もっと多いと言われています。これは非常に大きな問題です。

それと、小川前会長もよく言われますが、いわゆる新医師臨床研修制度ができて、大学に人が残らなくなつて何が起つたかというと、研究力の低下です。これも非常に大きな問題で、私にしたら、新医師臨床研修制度というのは、良いことがあまりなかつたのではないか。準備段階で、もう少し慎重に考えて導入されたら良かったのではないかと思います。

もう1つ言えるのは、これは極端だと言われるかもしれません、そんなに悪いのだったら、もうやめたらいい。ところが、作った一連の人がやめさせてくれないのじゃないか。そのポリティカルな部分はわかりません。制度ができて5年が経つた。やめるのかなと思ったら、今日の理事会でもありましたように、更に5年後には「やめる可能性があるかもわからない」とのことですが、ここで今「やめてしまえ」という意見が出ないのが不思議なぐらい、この新医師臨床研修制度は良

くない。

但し、やめるのだったら、学部教育でしっかりと臨床研修をやり、国家試験制度を改めるというのがセットで、新医師臨床研修制度は、将来廃止の方向では非いっていただかないと、地域医療あるいは研究力が低下する。しかも、誰かが作った制度で、これだけ悪影響を受けるというのは非常に残念です。

炭 山 今皆さんおっしゃったように、本来なら新医師臨床研修制度は、プライマリ・ケアを中心とした幅広い医療を教育させなければいけない。研究面においては、今山下先生がおっしゃったように、この2年間の大きなブランクというのではなく大きな問題だろうと思うのです。その点について、栗原先生、教育・研究担当副会長としてのご意見をいただければと思います。

〈④卒後教育における質の担保が必要〉

栗 原 ご指摘のように、卒業した後の医師育成システムが、今まで十分でなかったということに関して、遡るとインターーン制度に行きつくのだと思うのです。卒業の時点で日本の医学生は欧米の医学生に比べて臨床力が低いことが問題になり、そこを補完しようといふことで新しい臨床研修が開始されたと思います。今後、臨床研修制度と共に今、問題になっている医師国家試験のあり方、卒前教育の評価などを一体として考えていく必要があるのではないかと、私自身は考えております。

大学附属病院としての弱点といいますか、欠点というのは、診療科別の診療が行われるようになり、総合医と呼ばれるような医師の育成が難しくなったということです。いろいろな患者さんを総合的に診て、的確に対応していく能力をどこで涵養するかというときに、若い人は、診療科別に分かれて、紹介率が問題になっているような、いわゆる特定機能病院ではなかなか難しいというところがあって、それで大学附属病院以外の臨床研修指定病院に行くのだと思うのです。しかし、研修指定病院もいろいろあり、良い病院に行けば良い指導者がいて、良い研修を受けられますが、そうでないところは、今ご指摘のように十分な卒後教育を受けることができないというところが問題で

はないのかと、私自身は考えています。

一部の方の間には、新しい臨床研修制度が導入されることによって、ある意味での総合診療能力が前より良くなつたのではないかという評価もあります。これは臨床研修指定病院の質によると思うのです。どのような指導者がいるかということが問題です。

もう 1 つは、先ほども問題になつてきましたように、今まで、それぞれの大学からその医師の実力に相応の病院に医師が派遣されていたと思うのです。ところが、医師派遣業がいけないということになって、派遣できなくなりました。しかし、医師が足りないと、大学に派遣要請が来るわけです。新しい臨床研修制度になって、大学への帰学率が非常に下がっていますから、大学の人材も少ない。従って、困っている病院にも人を出せないという悪循環に陥っておりますので、その点も含めて今後考えていく必要があるのではないかと思います。

炭山 おそらく先生が言われたことは、各大学の理事長・学長はみんな同意なさると思います。それぐらい新医師臨床研修制度が、果たして良いかどうか。極論を言えば、これは「やめてもらいたい」ということがあるでしょうし、少なくとも質の担保とかそういうことに関しては早急に改善しないと、えらい問題だと思います。

私立医科大学協会としては、こういう意見で『医学振興』の中に書いたほうがよろしいですか。寺野会長、どうでしょうか。

寺野 もちろん書いて良いです。言い方としては、まだまだ甘いです。(笑)

雑論で言うと、新医師臨床研修制度というものは、確かに大きな影響を持ったと思うのです。ただ、この問題は 30 年前、40 年前からの課題でありまして、私どももずいぶんこれに関しては議論してきました。研修制度だけでなく、医局制度に対しても、ずいぶん改善して民主的になって良くなってきたなと思っていました。ところがその途端に、今の新医師臨床研修制度が出てきて、新しい制度を大学とは関係ないというぐらいいの感じで作られて、卒業生ができるだけ大学から離す、出すというふうな方針がとられたことで、おかしなことになってきたのだと思います。せっかく良くなってきたのになあと私などは思っていたので



栗原 敏氏

東京慈恵会医科大学理事長
協会教育・研究部会担当副会長

すけれども、結局は大学から若い医師が出されて、どこへ行ったかわからんという話になってきているわけです。

〈⑤新医師臨床研修制度を廃止に〉

ともかく大学病院の医師派遣機能が極めて減退したという問題は、国家的な問題になってきてしまっていることは事実です。厚生労働省もこの点は以前に反省していただいた発言もあったのです。第三者機関としての派遣機関を作るなどという意見もありますけれども、そんなことはできっこないのです。だから、現在の大学病院の悪いところを改善して、それを医師派遣機能の中心にしない限りは、日本の医療は成り立たない。私はそう思っています。

それから、この 2 年間の研修というものが、研修そのものにどういう影響を及ぼしているかということを冷静に考えていかなければいけない。これは先ほど小川彰先生が言われたように、この 2 年間の研修で、労働基準局によって 9 時～5 時の生活に入ってしまったというのが 1 つあります。そういうことで非常に甘い生活に入ってしまったというのがあって、我々の考えている医師の教育といいますか、修練といいますか、そういうふうに

のがなくなってしまった。それと同時に、自分がもともと行きたいと思っていた、例えば産科とか小児科というのがあっても、2年間でいやになってしまふ。それで、それから離れていくつてしまふという現象、これはやはり良くないと思います。そういうふうなことが医師の偏在として、診療科の偏在、地域医療の偏在として、両方困っているわけで、これは基本的に改善していかなければいけない。そのために、極論を言うのですけれども、新医師臨床研修制度は廃止と私は考えています。

炭山 ありがとうございます。

小川(彰) ちょっとよろしいですか。やはり大学にもちょっとスキルがあったと思うのです。というのは、どんどん専門分化していくことによって、大病院では多くの先生方、診療科がある中で専門分化が進み、全人的に人を頭のてっぺんから足のつま先まで1人の医師がきちんと診てないではないかという批判が出てきました。大学がその批判に十分に対応してこなかった。そこに1つのスキルが生まれて、そしてこういう問題ある制度がスタートしてしまったということがあろうかと思うのです。

炭山 そうですね。大学病院ですから、どうしても専門領域に特化したような、そういう研修ではないかという批判は確かにございましたね。いずれにしましても、この新医師臨床研修制度は、廃止か大改善が必要だということでお願いしたいと思います。

そこで、そういうことからいって、ともすると医師が足りないというような観点から見られます。特に震災地におきましては、これだけ医師が少ないので新設医大が必要なんだという論点で来られる。現実には、しかし先ほど申し上げたように、既にあの抑制政策から比べて現在約1,500人位は増えているわけですから、100名としたら15大学が増設したということになっているわけです。そこへ更に新設医大の問題、すなわち医学部の入学定員増をしなければいけないかどうかという問題です。既設の大学で増員していくという方法と、もう1つ新設医大をつくるなければいけないという、この両方のことについて、それぞれご意見があれば。山下先生、いかがでしょうか。

【既設校による医学部入学定員増で医師需給関係のコントロールをすべき】

山下 私は、皆さんとちょっと意見が違うかもしれません、既設校でもう少し増やしたほうが良いのではないかと思っています。もちろん新設は絶対反対です。

炭山 既設の定員増ですね。

山下 もちろん既設校の定員増です。ここで医師の需給関係がどうかということになるのですが、その理解がそれぞれ違うのですね。もちろん医師が少なくなってきた。これは本当の需給関係で少なくなっていたのではなくて、医療費を削減するという全然違う目的で減らされていた。それで、やっと増やしても良いということでみんなが努力して、今1.2倍近く増えているのです。

ただ、私どもは、被災地だけではなくて、僻地ではなくて、都会でも毎日現場におりますと、まだ各診療科で本当に医師が足りないことを実感しているわけです。もちろんそれは地域偏在、診療科偏在のこともありますが、私は以前に、小川前会長が言われた1.3倍、10万人に対して300人位のあたりまでは増やしても良いのではないか。そして、本当に多くなりすぎたら、また以前のように減らしたら良いのではないかという考えです。

その理由は、医療がどんどん高度化してまいりますし、病気になって亡くなる人が毎年120万人位だったのが、もうすぐ170万人位になるんですね。そのうち80%が病院で亡くなるのです。それを家族でケアすることは、核家族化でできないのです。そしたら、やはり医師はますます忙しくなる。また、今ある統計では若い勤務医は週に70時間位働いているのが、50時間位しかダメだと行政指導を受けることになると、いっぺんにパンクします。それから、電子カルテやインフォームドコンセントなどで医師が更に忙しくなっている。また、平均在院日数が短くなればなるほど忙しくなる。そういうことから、私は、歯科医とか、弁護士が増えすぎている問題とは違い、医師の場合はもう少し増えても良いのではないかと思います。

現に、今1.3倍にするのには、既設校で1校120名位の定員にしたらそれで達するわけです。私立医科大学29校中、今6校が120名に達して

いるんです。

もう少し皆さんが努力し、国立も理解したら、1.3倍というのは、そんなに無理なことではないので、その位まで行って様子を見て、そして過剰であれば、そのときにまた減らすということでも良いのではないかと思います。

但し、これは私の個人的な意見で、どうも見えてますと、皆さんは、もう十分でないかと思っておられるというのは、十分承知しておるところです。

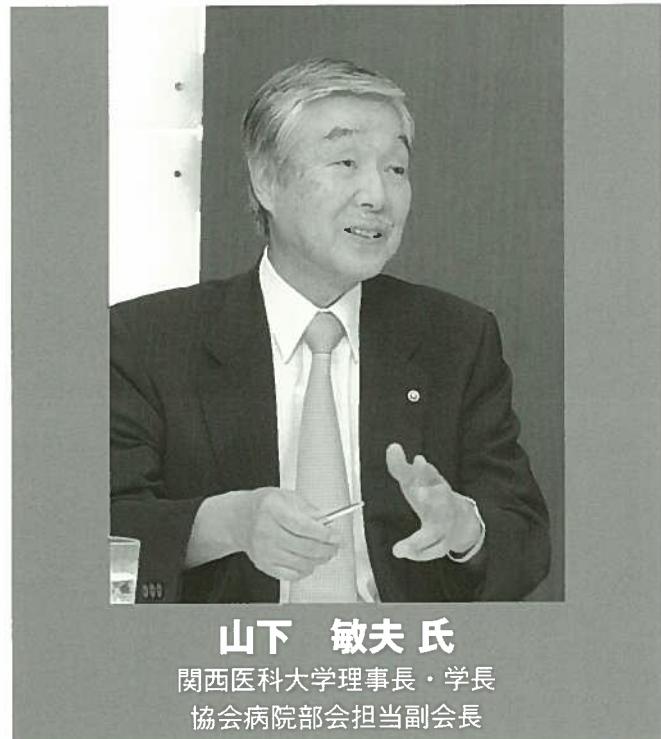
寺野 そんなことないですよ。私は、山下先生のお考えに賛成です。数としては確かに足りないと思っています。だから、コントロールできるという条件のもとに増やすことは、山下先生だけの意見ではなくて、我々というか、私の意見でもあります。

小川（秀） 私も、それは一緒です。制度というのはその作られた時には必要性があったのです。小川彰先生がおっしゃるように、スキがあったから不完全な形になったことも事実でしょう。必要があったからできるのですが、そこで足らざるところがある。従って作られた制度に歪みが出てきたときには、それは是正するというのでなければいけません。

定員問題も、今ちょっと足りないと思うのですが、現状でも私は、うまく配分すれば、これでも十分じゃないかと思います。国民の要求がものすごく高いし、メディアの要求もすごく高いですね。それに応える、あるいは我々医療界の進展、特に基礎研究、国際的な展望が出来る人間を何とか育てたいという意味では、もうちょっと増やしたほうが良いと思うのです。しかし、何でも良いから増やせという時代ではなくなつたと思うのです。今では新設大学医学部を14校作ったのと同じ定員増、それも地域枠増で対応済みですので、地域枠は充分と思っております。

既存の大学ができるだけ協力して、必要なときは増やし、多くなりすぎたときはちょっと縮めると工夫して、慎重に定員調整をしていくことが必要です。

岸山 やはり医学部の定員はもう少し増やしても良いだろう。但し、既設の大学が柔軟性を持って対応できる能力を持っているわけですから、増やすときには増やす。しかし、減らさなければいけないときにも、既設大学にお任せくださいという



山下 敏夫 氏

関西医科大学理事長・学長
協会病院部会担当副会長

ことですね。

いったん新設医大の規制緩和をしてしまうと、歯止めが効かなくなるだろう。そういうことでまとめさせていただきたいと思います。

【診療報酬の改定と DPC 制度導入の評価】

次のテーマでございますが、診療報酬です。小川先生のお話の中にもあったように、2回マイナス改定があって、このところプラス改定という形で、良い形で来ております。

この過程においては、平成15年にDPCが導入されました。これは急性期の入院医療に対して診療報酬の包括評価を導入していくということでございました。これは医療の効率化、そしてコスト意識をそれぞれ病院経営者、大学経営者も考えなければいけないということだったと思うのです。

しかし、あまりにもそこだけを追求すると粗診粗療になるのではないかという心配が一方であつたと思うのです。こういうことでDPCの導入から今日に至るまで、私自身は非常にうまくいっているのではないかということを考えているのですが、先生方の中で、このことについて是非という方がおられましたら、お手を挙げていただければと思います。

山下先生、病院担当副会長でいらっしゃいますので。

山 下 平成15年に始まりまして、おっしゃったとおり急性期の入院治療を包括しようということで、ちょうど10年経ったわけです。その感想というか、最初は特定機能病院だけだったんですが、今はDPCが一般病床の50%を超してしまったのですね。これが良いのか悪いのかというところもございます。

ただ、DPCになって医療が非常に透明化した。数値が見えるようになりました。それから、出来高ではわからなかつたような、例えばきっちりとした当直体制をとっているとか、そういう体制評価になって、また機能評価になったということで、悪くはないのではないか。それから大病院には決して悪くない。本協会の附属病院、分院では一部どうかわかりませんが、少なくとも本院に関しては、この10年の評価としては、DPCは悪くないのではないかと思います。

炭 山 ほかにどなたか。

小 川(彰) 反対の意見なんです。DPCというのは、大病院そして特定機能病院で急性期病院で特殊な診療をやっているところに一番合わないシステムだと思うのです。

というのは、例えばcommon diseaseであれば、包括医療ですからお幾らしか払いませんよと。盲腸であれば、あるいは風邪であれば、どうぞ幾らの中でやってくださいというようにDPCの目的に合致するのです。しかし、大学病院でやっている医療は、例えばRI検査が必要だとか、PETが必要だとか、MRIが必要だとか、その他の特殊な手術機器での手術を要するとか、特殊であり同じ病名でも治療内容が全く異なるのでDPCには合わないと思うのです。DPCの中で様々に細分化して、ここはプラスにしましょう、マイナスにしましょうというようなことをやらざるを得ないです。大学病院であるから特殊な治療に関しては包括医療というのは一番合わないのでないでしょうか。開業の先生方の一般医療を対象にして全部包括で網をかけるのであれば、非常にすっきりすると思うのですが。そうじゃないでしょうかね。

山 下 それがおそらく包括が始まると同時に川崎先生が心配されたことだと思うのです。だから前

よりは下げないという条件付きでスタートして、やってみたら、10年経って、そんなに悪くなかったのではないかなど。だけど根本的に大学病院に合っているかどうかというディスカッションはわかりません。

小 川(秀) 山下先生も小川彰先生も、それぞれ正しいと思います。ヌエのような言い方をしますけど。

特定機能病院を定めて、大学病院はしっかりと模範を示してほしいということで、初め制度としてやりました。それがどんどん特定機能病院ライクのものが増えていきました。しかしDPCも初めは、こういう大学病院に対する約束で始まったわけです。そこが模範を示して、その後どんどんDPC適用の病院が拡がってきた。拡がり過ぎてきたと思います。それで、いま非常におかしなことが起こっているわけです。そういう意味では、特定機能病院あるいはDPCというのは、良いところを捉えて制度として発足していったのですが、今はマイナスのところが出てきていると思います。

原点に返ってこれらを見ると、大学の附属病院あるいは元来の特定機能病院は、“難治性の疾患で、重篤で、急性で、修羅場のような患者さんを助けて欲しい、何とかして欲しいという使命”を持っているわけです。それが今度は、せっかくできたものを全部壊すという意味でなしに、特定機能病院の本来の意味を、小川彰先生のように捉えて、大学の附属病院をコアとして、そういう難しい患者さんは受け取るのだというふうに、特別なDPC解釈、これは今複雑視するという考え方をしています。これをもうちょっと補充して、旧来のコアとなった特定機能病院には“複雑視”化することを認めるというように復活すれば、これは行けると思います。

山 下 最初に制度を作ったときとどんどん変わってくるのですね。今一般病床で50%を超えている。それから7対1もそうなんですよ。急性期の人には手厚い看護をするという目的が、ある種のインセンティブが付いたらダーツと変わってしまう。その辺は要注意ですね。

小 川(秀) 保険の点数が上がったらどんどん真似して、うちもさせてくれ、これもさせてくれとなっていました。

山 下 DPC も危なかったのですけど、本協会の小山信彌先生などが頑張られて、今のところは何かうまく誘導されているということですね。

炭 山 目指したもののが、冒頭で申し上げたように、適正な効率的な医療、それは在院日数の短縮ですか質の保証。これは適正な在院日数の中できちつとした質の高い医療をやろう。そういうところというのは、良い意味で DPC 制度の導入というのによかったんだろうと思うのです。しかし、いろいろな係数の問題、いまも問題になっていますけれども、そういうことを含めて DPC に関しては今後も改定の余地があるという形でよろしいでしょうか。栗原先生、そういうまとめでよろしいでしょうか。

栗 原 はい。

炭 山 最後の話題として、これは小川会長のときからずっと問題の消費税です。川崎先生の冒頭の中にもありましたが。

【医療機関の消費税負担を解消するために】

川 崎 最初の消費税率 3 % のときに、あまりにも甘く見すぎた。実は、我々のほうは、日本医師会も含めて、医療や教育に税金をかけるのはおかしいと、非課税にしなさいという主張をしたのです。公共料金は非課税だと。電力業界や水道料金もみんな非課税だと主張したのに、非課税についていたんでもない目に遭うということを、電力業界や水道等公共事業がわかったのです。だから、みんな黙って課税にしてくれと。ところが、医療と教育はそれに気がつかなかつた。

小 川（秀） スキがあった。（笑）

川 崎 それでビックリして、消費税率が 5 % になったときから、私も日本医師会の医業税制検討委員会に参加して、約 10 年間対応を協議しましたが、名案はありませんでした。当時、開業医の先生方はあまり消費税を払っておられなかつたようでした。

炭 山 むしろ益税になっているという話ですね。

川 崎 ところが、中規模病院とか大規模病院を運営しておられる方は、消費税率が 5 % になって、非常にこたえてきた。ところが、もう非課税を課税にするということは難しいということで、いわゆる「ゼロ % 課税」にできないかということを検



炭山 嘉伸 氏

東邦大学理事長

広報委員会委員長

討したのですが輸出以外はダメだと。また、軽減税率をやるというので、いろいろやったのですけど。日本医師会の方々は、それよりも固定資産税を安くしてくれとか、話しが噛み合いませんでした。

炭 山 現実には、また同じように診療報酬の中に消費税分を上乗せを、ということを言っておりますよね。

川 崎 それが一番難しいのですよ。

炭 山 難しいですよね。従来も 1.53 乗せていると言ひながら、現実には 2.6 とか 2.7 ぐらいの消費税を払っているわけですね。その差額分が 1 大学 12 億、13 億という数値になっている。いくら「上乗せしましょう」と言つても、おそらくその担保はないということなんですね。

川 崎 それは、ちょうど私が会長の頃その問題が出たときに、例えば外国の例をいろいろ調べてみたのです。アメリカなどは、非課税組織については還付を受けています。向こうは州税ですから州が還付する。そのかわり還付するには証拠がないといけない。還付の話が出たら、国税庁というか財務省が非常に厳しいですね。

炭 山 寺野先生は、小川会長時代ワーキンググループとしてこの問題を真っ向から取り組まれていました。私もその委員だったのですけれども、

ご意見がありましたら。

寺 野 『医学振興』75号の巻頭言で書かせていただいているので、それを見ていただければ、現状と変わらないと思うのです。

10月1日に8%の消費税ということに決まりましたけれども、各私立大学において現在いろいろな意味の施設・設備の交換とかそういう時代に入ってきたときに、診療外の出費がかなり多いわけです。それらに対して消費税がかかってくるというのはかなりの負担になるわけです。計算方式によれば、1%上ると1大学3億円ずつ増えていく。ところが10%になつたら15億円以上になってくるわけです。それは1つの計算方法ですけれども、そうなってくると大変なことだと。だから、これは何とかしなければいけないと思っています。

平成23年度で334億円の消費税が私立医科大学全体にかかってきている。一部診療報酬で補填されて、1.53%が除かれたものにしても、129億円位かかっているんです。それがさらに増えていくというのは、非常に経営上問題になると思っております。

だから、ここを何とか解決しなければいけないのですが、素朴に言えば最終消費者は患者さんでありますから、本当は消費税をいただいて然るべきだと思うんですけど、これが国際的に取ってないので、やはり取るべきではないということです。いずれ8%から10%ということになることは間違いないと思います。そういう中で何とか日本医師会と一緒にになって、先ほど言われたような非課税制度というのを最初に申請されてしまって、財務省も日本医師会の方からそういう形で出てきたのではないかと言っていますけど、これを課税制度にして「ゼロ%」の税率にして、消費税の負担をなくすようにしようという計算方法があるので。そういう方法をとるじゃないかということを、日本医師会と歩調を合わせております。そういう形になることを望んでおりますが、なるかどうかはわかりません。これが消費税の現状です。何とか消費税に対する負担を回避したいと努力している段階です。

小 川（秀） 賛成です。寺野先生はじめ皆さんに、消費税の問題しっかりお願いしますというのを改めてお願いしたいと思います。

寺野会長が書かれたものを、先程の理事会で読

んで、それで今回の私立医科大学協会での対応を見たのですが、スタンスを固めて三役会で練って、プラス α 、 β 、 γ と知恵と仕組みを結集して行動する必要があります。日本医師会とは若干立場は違いますけど連携して、更に国立大学・公立大学と私立医科大学は、今日、永井先生のおっしゃったように立場というか若干違うのですが、国立大学も無関係ではないので、連帶して主張していく必要があります。そして病院協会などとも連携・連帶しながら、孤立はしないようにして堂々と論陣を張っていく。どの辺が押しどころで、どの辺が落としどころかというところを見極める必要があります。是非よろしくお願いしたいと思います。

何かあつたら私も納得できないのでもう一言加えますと、大学にかけられる消費税は大学の使命・役割上マクロでは、国立と私立大学での違いは、実はあまりなく、共に困ります。特に、医科大学・医学部の使命は、そのアウトカムとして、良き医師を育てていく、優れた医学研究者を育てていくという使命では国公私立の区別はなく同じです。国民の医療のために貢献するという使命では全く一緒ですし、それを担う医師を教育して育成していく、生涯教育も含めて育成していくという意味では、大学の使命・役割というのは国公私立共に一緒なのです。そういう意味で、私学だけが大きなダメージを受けたりすることは避けて欲しいと思います。国公立にも理解を求めて、一緒にやってもらうということ、連帶を求めるべきだと思います。日本医師会も大学医学部を卒業した人たち、母校があるわけですから、是非連携しながらやって欲しいと思います。

川 崎 今度、消費税率8%だけど、おそらく15%、20%にいずれなりますよね。そうしないと、国の財政が持ちません。あるいは社会保障が維持できません。

炭 山 国は、10%になったときには、医療税制に関しては根本的に見直すということは言っているのですね。ですから、その先まで行ってしまったときには、国もおそらく何か考えるだろうと思います。

川 崎 ゼロ%は難しいと言われると、どうしたらいいか知恵を出さないといけない。

炭 山 言われたように、私立医科大学協会だけが孤立した立場で動いても世間を説得できない。し

かし、国公立はちょっと私学とはスタンスが違う。日本医師会もスタンスがちょっと違う。ですけど、目指すものはみんな同じだということから考えれば、一緒になってやらないと、社会を動かすようなことにはならない。国を動かすことはできないと思います。

川 崎 今日話に出ました日本病院団体協議会、あれは私が会長の頃にできたのです。会合に出席してみて、立場の異なる組織の集まりで、この協議会の運営は難しいと思いました。

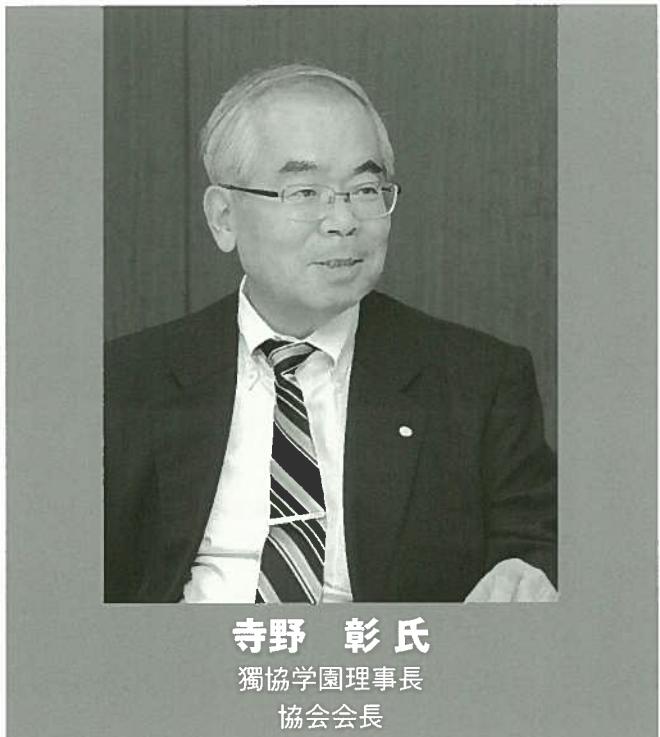
炭 山 御意見ありがとうございました。最後に、これから協会としての役割について、寺野新会長にお願いしたいと思います。

【これからの協会としての役割】

寺 野 卷頭言で今後の私立医科大学協会の方針的なことを書くことになっておりますので、簡単にお話しします。この度、29 大学からなる私立医科大学協会の責任を持つことになりましたので、非常に緊張しています。話は病院ということが中心になってきますけれど、あくまでも大学であり、この特徴は私立大学である。その 2 点は外すことはできない点だと思うので、この点を重視しながら簡単に話したいと思います。

まず、大学としての教育ということですけれども、これは先ほどからありますように、医科大学・医学部の教育というのは、他の学部と比べて非常に特殊です。これは世界的な現象ではありますけれども、少人数で教員が非常に多いという教育をしておるわけです。この中で医師不足というようなこと、それに基づく医療崩壊ということが叫ばれて、入学定員数を増やせという話で、だんだん増えて大体 2 割前後という形で増えてきました。

そういうことで、医学教育というのもある程度変わってくるのかなと思っております。これは基礎教育、臨床教育全てそうですけれども、何といっても、これに伴うスタッフと施設・設備が必要です。これに対する手当をほとんどされないままにいろいろ議論がされているところに、1 つ大きな問題点がある。スタッフと施設・設備をきちんと補填するという方針を政府の方で出していただければ、もっともっと増やしてもいいと、私は思っています。



寺野 彰氏

獨協学園理事長

協会会长

既設大学で増やすというので、これは先ほどの山下先生の意見と一致するのですけれど、それを使う道はいくらもあるので、ある程度増やして良い。但し、教育の質を落としてはいけない。これは非常に大きな問題です。それを保ちながらできるかということを、我々は今後考えていかざるを得ない。地域枠というのは、言うは易しで、地域枠を作ることによって、医学生、医師の質が下がるというのでは困ると思うのです。

ただ、現在は就職難ということもあって、医学部へ良質の学生が集まっているので、今は良いかもしれません。しかし、将来的に少子化になると十分注意していかなくてはいけないと思います。

それともう 1 つは、入学してから将来専門医になるまでの 1 つのグランドデザインというものを、きちんと持っている必要がある。これは全国医学部長病院長会議と日本私立医科大学協会と共同して作ってきておりますけれども、これを実行するというのはなかなか大変であります。

その中の一番障害になるのが、真ん中にある医師国家試験であります。その医師国家試験を中心にして、卒前教育と卒後教育、特に新医師臨床研修制度というものが矛盾した形で存在している。いわば、全く無駄な時間を過ごさざるを得ないよ



うな状況にしているということが、1つの大きな問題であります。

先ほどから新医師臨床研修制度はなくとも良いのではないか、廃止すべきではないかという意見も多々出ておりますけれども、その前提として、医師国家試験を改善しなければいけない。私は、基本的には共用試験もほとんど全国的に普及してきたし、内容も充実してきたので、これを十分に実のあるものにして、それを知識集約型の国家試験とし、OSCE（オスキー）もやって、それからスチューデント・ドクターという形で5年、6年を過ごす。そして、実技をしっかりとやらせて、医師法で保証した形での研修をすることにして、そして6年の終わりの国家試験は実技試験のみにするということにして、後は専門領域に足を踏み入れる。もちろんその中で総合医学というのは非常に重要ですから、専門なりの総合医学というものを考える。そういうシステムを作る。それをしないと、わが国の医学教育は世界一流のものにはならないだろう。そして、国民の要求するものにはならないだろうというように、私は思うのです。

ですから、そこら辺までを私立医科大学協会としても真剣に考え、具体的に考えていくことが必要だろう。これが1つの大きな役割かなと考えています。

その他に研究という面でも、どうしても研究というと国立中心になる傾向があるのですけれど

も、私立の方としても、基礎研究もそうですが、特に臨床研究に力を入れて、私立医科大学の存在意義を高める必要がある。

そこでちらちらと出てくるNIH構想なるもの、本物かどうかわかりませんが、ここを如何に利用していくか。私たちがそれを活かしていくことは大事なことかと思いますが、所詮予算があまりに少なくて、とても今の状況では無理だと思います。今から私立医科大学協会として、文部科学省、厚生労働省どこがやるのかわかりませんけれども、その担当省に要求を突きつけていきたいと思います。

それと、我が国の今の実情を見ますと、オリンピックも2020年に東京で開かれることになったようですけれども、それと並行して、東北地方の被災状況、これをサポートしていくかなければいけない。これは小川前会長が一生懸命おやりになってきたことを、私も引き継いでいきたいと思います。先般も福島の方を回ってきましたけれども、その惨状を見るにつけ、やはりここは私立医科大学協会としても何とかできることはサポートすべき義務があるというように思うのです。

何といっても最終的な目標としては、日本私立医科大学協会を中心として、日本の私立医科大学を国際的なものにしていくことが必要です。この夏休みにメイヨー・クリニックに行ってきたのですけれども、こういうところを1つの参考として、ぜひ私立医科大学が教育・研究・診療を世界一流

なものにしていく 1 つの力になればと思って、小川前会長の後を継ぐわけですが、頑張っていきたいと思いますので、ご協力をお願いします。

炭 山 ありがとうございました。

非常に短い時間で、しかし内容は非常に濃いお話をできたのではないかと思います。

冒頭に申し上げたとおり、この私立医科大学協会は、それぞれの私立医科大学の教育・研究、そして医療を通じた社会貢献ということから、私立医科大学の振興に大きな役目を果たしてきたと思います。

今更に寺野先生は、社会貢献としての被災地のこと、それから国際化に向かった話も出ました。非常に大きな夢でもあるし、我々の責任もあると思います。これからも是非よろしくお願いしたいと思います。

【おわりに】

最後ですが、隣に同席いただきました小栗事務局長はじめ事務局が、この 40 年に亘っての、アンケート調査も含めて会議に必要な詳細なデータを集めをしていただきました。私、いろいろな資料を見て、これだけのことをやれたというのは、事務局のものすごい力だと思います。

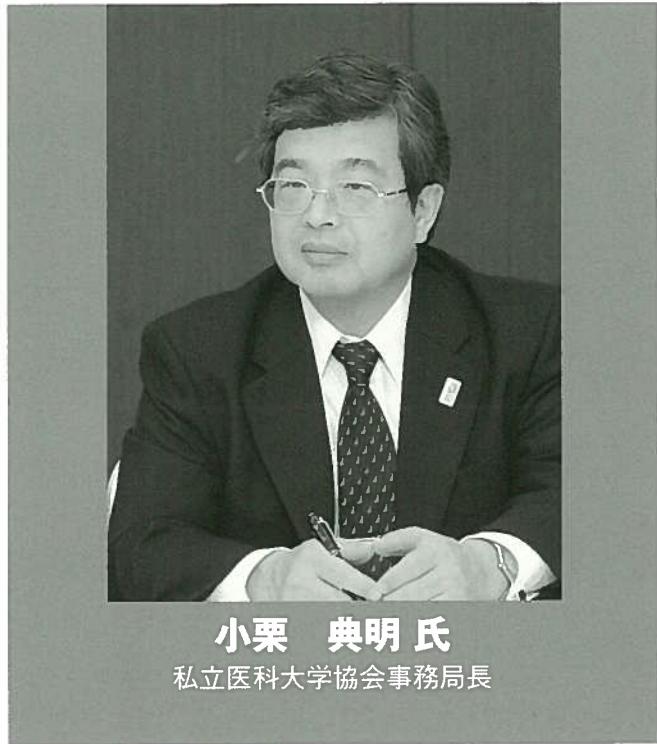
先日も事務局を訪れたら資料の山です。これが 40 年の歴史だと思いました。ご苦労様でございました。引き続きよろしくお願ひいたします。

小栗さん、最後に一言お願いします。

小 栗 私が協会に入りましたのは、第 4 代会長の吉岡博人先生の頃でございました。その後、いろいろな先生方の下で働かせていただきました。

川崎先生は、対外的な問題への対応や政府関係でご苦労されました。消費税のことでは、財務省（当時は大蔵省）関係各位との折衝を始め、政府税制調査会会长の加藤寛先生のところにもずいぶん行かれて損税解消に向けたご努力をされました。特に最初の売上税のときには、反対の立場であった電力業界が消費税導入のときに一気に賛成に回って、「電力税なし」ということを勝ち取られて、事務次官になられた薄井正明さんに、当時は主税局の審議官でしたが、「おバカさんね」という言い方をされました。

川 崎 そう言われましたね。私もよく覚えていま



小栗 典明 氏

私立医科大学協会事務局長

す。

小 栗 なぜ課税で主張しなかったのかということの指摘だったと記憶しております。加藤寛先生は、学校法人で動いていたはだめだと言われ、医療団体全体で動かなければならぬとのアドバイスをいただきました。消費税のフレームが変わるとときの機会を利用して働きかけを行ったほうがいいですよとも言われました。

その後、第 11 代会長の小川先生のもとで働いておりましたときに、小川先生は協会の立場、地位を非常に高められましたので、司会をされております炭山先生が先ほど「中興の祖」という言い方をされておりましたけれども、本当に協会の立場が多方面で認識され、ずいぶん重きをおかれるようになりました。現在では必要に応じて連絡いたしますと、本協会会長は、官房長官、大臣あるいは然るべき方に会うことができるようになっております。政府の方々とも積極的に情報の交換ができるようになりました。非常にありがたいことだと思っております。

寺野新会長のもと、皆様方の下で働きながら頑張っていきたいと思います。

炭 山 どうもありがとうございました。これからも引き続き宜しくお願い致します。これで本座談会を終了致します。（了）

論

『日本私立医科大学協会会长在任6年間を顧みて』

～医科大学（医学部）の今後の課題～

壇

学校法人順天堂理事長

小川秀興氏

1 はじめに

日本私立医科大学協会（私医大協）は、昭和48（1973）年、我が国の医学教育及び医学研究の機関としての私立医科大学（医学部）の重要性に鑑み、①その振興を図ること、②我が国の医学及び医学教育の進歩発展に貢献することを目的として設立された社団法人です。会長には樋口一成先生、懸田克躬先生、高橋末雄先生、吉岡博人先生、名取禮二先生、浅田敏雄先生、吉岡守正先生、塚原勇先生、石井昌三先生、そして川崎明徳先生が歴任され、私立医科大学（医学部）の振興に尽力されて参りました。

平成14年より理事として私医大協の運営に参画し、平成17年より副会長、そして平成19年より会長を拝命し、この度、3期6年（平成19年5月～平成25年5月）務めました私医大協の会長を退任しました。この間、吉岡博光先生、栗原敏先生、吉村博邦先生、赫彰郎先生、寺野彰先生、そして山下敏夫先生には副会長としてご尽力を賜りましたことを、厚く御礼申し上げます。今後は、私医大協の相談役、そして理事長会の代表幹事として寺野彰会長をサポートして参りたいと思います。

2 協調と連帶そして前進、“6年間を顧みて”

さて、私の会長在任6年間を顧みますと様々な難局（診療報酬のマイナス改定の是正、医師不足への対応、臨床研修医制度再検討問題、東日本大震災への医療救護の強化など）が立ちはだかり、困難を極めました。そこで、それらの基本である“教育と医療問題”につ

いては、“正確な数値データに基づいた Evidence based discussion”が肝要であり、Discussion が Emotional 或いは Speculation に偏らないよう国際社会レベルでの比較・検討を提唱し実行しました。即ち、教育と医学・医療は超党派で開業医・病院勤務医・大学病院勤務医・国公私立を問わず、国民の為、社会の為、小異を捨てて大同について改善しなければならないということです。この国際社会レベルでの Evidence を基に、どのような事項に取り組んで来たのか小括してみたいと思います。

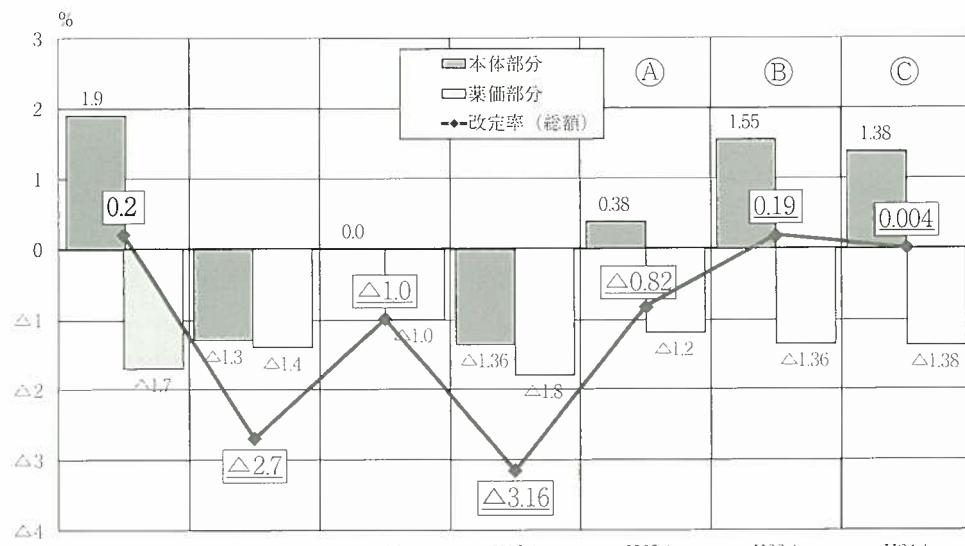
- ①国公私立医科系大学間の協調・連携を強める
- ②日本医師会、日本医学会、日本病院団体協議会などとの協調・連携を強める
- ③診療報酬のマイナス改定が続く中、日本の低医療費政策は正の為、診療報酬のプラス改定に上記諸団体と協調・連携しつつ、以下の如く達成して参りました（図1）。

- Ⓐ平成20年 診療報酬改定：本体部分「0.38%増」
- Ⓑ平成22年 診療報酬改定：本体部分「1.55%増」
- Ⓒ平成24年 診療報酬改定：本体部分「1.38%増」

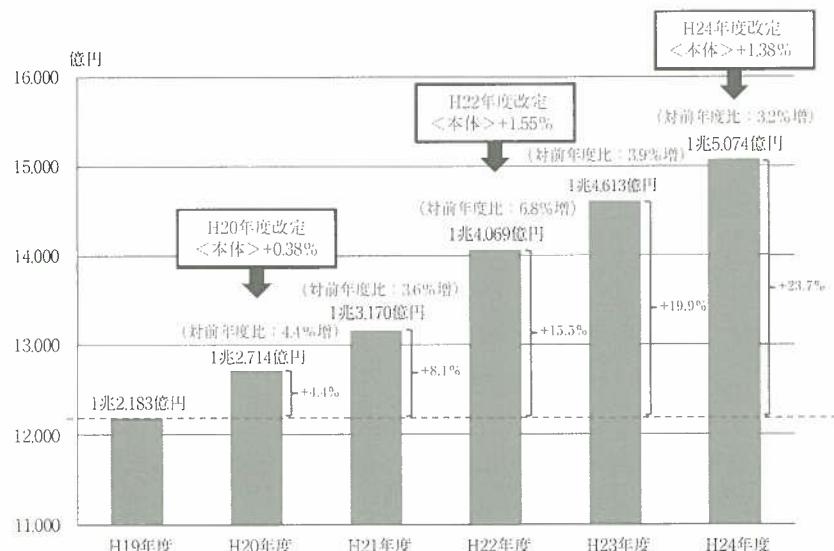
その結果、私立医科大学付属病院82病院（分院を含む）の医療収入は、以下の如く順調に推移しました（図2）。

この診療報酬改定、特に診療側に対する本体部分のプラス改定は、私立医科大学（医学部）のみならず国公立大学附属病院、国公私立病院群、そして日本医師会の中核を成す診療所に働く医師の方々の職場（診療・教育・研究）環境の改善に大きく役立ったと思います。事実、診療報酬改定前の私医大協29大学の收支状況を事務局で調査したところ、その約

【図 1】診療報酬改定率の推移



【図 2】診療報酬改定率と私立医科大学付属病院 82 病院（分院を含む）の医療収入推移



1/3 の大学は收支はマイナス、1/3 は水平線上、1/3 は何とかプラスでした。マイナスの最大の要因は、大学そして附属病院の建直しに係る経費でした。医学、特に臨床教育の中核を担うものは病院であり、その劣化は臨床医学の低迷をもたらし、その病院現場からの世界に発信できるような知財（新しい医薬品、医療材料、医療機器など）の産生を生みません。日本の医療の現場、特に大学病院などから知財が世界に向かって発信しなければ、新薬、新型の診断・

治療機器を外国から輸入しなければなりません。世界に誇る日本の医療水準は低下し、医療経済（輸出入）はアンバランスになります。医療赤字国となります。その傾向は近年加速していたのですが、診療報酬、特に医療の本体部分の平成 20 年・22 年のプラス改定は、（図 3）に示す如く、日本全体における臨床医学分野における論文（世界をリードする欧文誌掲載論文）数を 13% 増加させ、その傾向は私立大学において 26% 増と特に顕著となりました。

【図3】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%



臨床医学	論文数		伸び率
	2002-2004	2008-2010 (H20-H22)	
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ク2011」】

対象：2002-2011年の10年間で1300件以上の論文を産出した128大学（国立63・公立13・私立52）

④日本の医師数の対外国比較と専門別医師数、特に地域医療を担う医師増加対策

さて、日本の医師数は世界、特にG7に比して少ないことがOECD国際データから明らかになり、医師の定員削減（既設国公私立大学）を行なってきた日本の政策は医師（医学生）育成数増へと転換されました。

⑤医師不足対策として国公私立医科大学は協力して新設医大増ではなく、既設国公私立大学の医学部入学定員増を申合せ、それを刻々と実施してきました（図4）。

新設医大を認めるかどうかも一時、論議されましたが、医師過剰になった時に定員削減することが可能である既設校が定員増に応じることになりました。その内訳も専門別を考え、小児科、産婦人科、そして地域医療を守るために各大学が協力して地域枠定員増を行いました。また医学教育カリキュラムも地域医療を荷う総合診療医の教育の部分を強化致しました。日本における医学部学生数は平成20年以来、毎年増やされており、現在では1校100人定員の医科大学が14校以上新設されたと同じことが

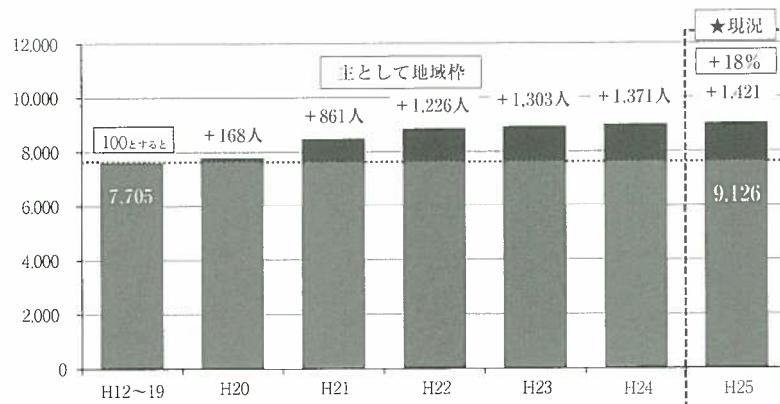
達成されています。この地域枠増は、東日本大震災発生を契機に、被災地支援校（福島県立医科大学・岩手医科大学・東北大学・山形大学・弘前大学・自治医科大学・獨協医科大学など）に多く配分されていますので、これらの卒業生が来春から毎年どんどん卒業して来る効果が期待されています。

⑥東日本大震災における医療支援（図5）

国公私立大学共に、東日本大震災が発生したその日より、被災地へ救護隊を派遣し続けております。1大学当りの医師等派遣人数は、私立大学が国公立大学を上回っており、私医大協29大学は本当に良くやって戴けたと思います。これは都市部の本院のみならず、岩手・房総・埼玉・伊豆・能登などの地域に分布する私医大協附属の分院群から多くの医療救援隊が送られていることをも示しています。私医大協は臨機応変、積極的に医療支援を推進しております、これは私医大協の誇りです。

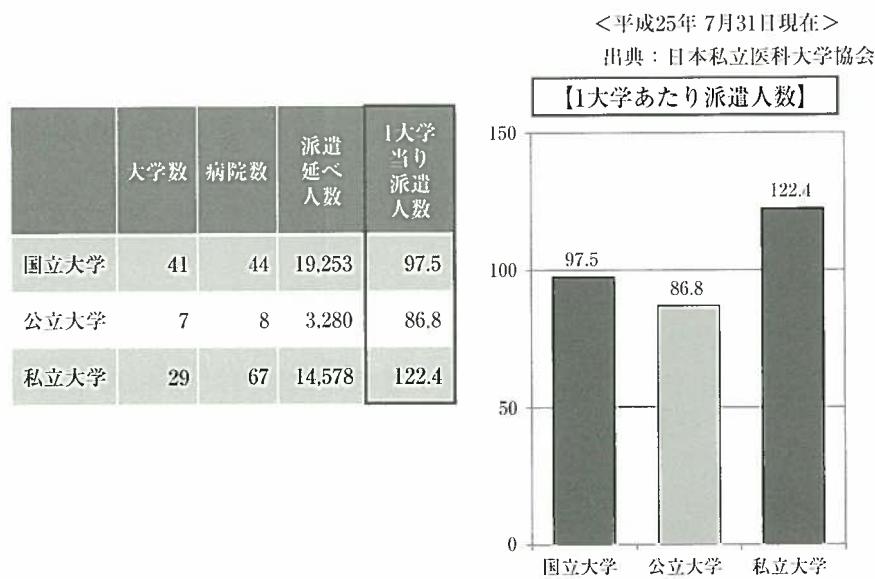
その他に、⑦臨床研修医制度の改革、⑧私立学校関係税制改正なども文部科学省、厚生労働省、政府関係機関、そして国民・メディアなどのご理解・ご協力の下、若干ながら高等教育費の拡充、経常費補

【図 4】国公私立大学（防衛医大を含む）80 校における医学部入学定員増推移



- ① 医師不足対策は、既設の国公私立大学80校が協力して定員増
H20年度より開始し、現在+1,421人となる ⇒ 新設校14校増に匹敵！
- ② 地域医療崩壊防止のため、既設の国公私立大学80校が
地域枠 476+125=600人／年有

【図 5】東日本大震災 被災地への医師等派遣状況



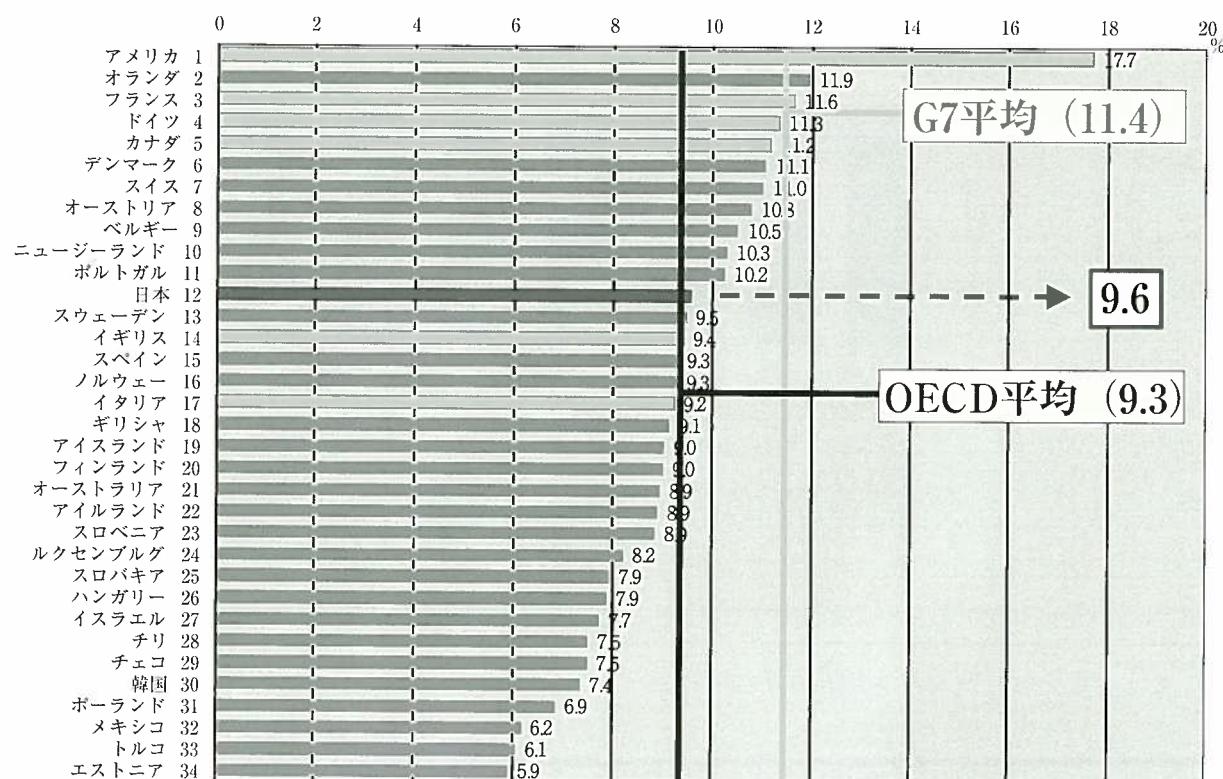
助金の拡充、教育研究施設建替に伴う財政・金融支援の拡充、附属病院に対する助成制度を本院のみから分院群までに拡充することなどが進められてきました。そして、⑨諸先進国、特に北欧、G7の中でも対 GDP に比して低い医療費（図 6）、非常に低い高等教育費、そして研究設備費、研究費の公的補助などの整合性のある向上が提案され、最近暫く改善政策が審議され、推進されつつあります。

緊急の課題は高等教育費の対 GDP 比率（G7 中最

下位）の向上であり、医療費増を唱えるのみでなく、それを改善すべく医療経済（知財産生）のプラス方向への活性化であります。

即ち、⑩医学研究の推進と医薬品・医療器材などの知財の開発・普及化による医療立国への推進、⑪医学・医療の国際交流の推進、科学立国への提言などをこの国の医学・医療界に働く人々は、国民への広報・メディアに働く人々、行政を立案・施行する人々と共に協力・協働して実行していくなければな

【図6】OECD（経済協力開発機構）Health Data 総医療費対GDP（国内総生産）比率（2011年）



(出典) OECD Health Data 2013

りません。

(図6)に示された医療費対GDP比率がアメリカ、オランダ、フランス、ドイツ、カナダ、スイスの如く高きことを、悪しきことと考えるか、高くてもそのアウトカムとして良き医療を施行しているメーカーの一つと考えるか、医療経済的に知財産生を活性化させる経費と考えるか、我々の知恵が問われているでしょう。

3 おわりに

現在、日本の国公私立大学における医学教育は、欧米、特に英米の医学教育と徐々に解離しつつあります。この傾向は急速に拡大しつつあり、アジア、特に中国、韓国、シンガポール、台湾などがこの変化を取り入れつつ台頭してくる中、日本の医学界はその根底としての教育制度を再点検・再整備することが急務です。国際的潮流を取り入れた上で日本のとしての誇りと特色も出して発展させていく必要があります。

この度、平成25年4月1日付で、公益財団法人医学教育振興財団（医教振）の理事長に就任しました。この医教振は、昭和54（1979）年、日本における医学教育の充実向上を目的として設立された財団法人で、理事長には懸田克躬先生、吉岡守正先生、そして高久史麿先生が歴任され、日本の医学教育振興に尽力されて参りました。平成17年より常務理事として参画をしておりましたが、この度、一般財団法人から公益財団法人へと移行することに伴い、その初代理事長を拝命することになりました。

今後は、国公私立大学を問わず、全国に80大学ある医学部（医科大学）の医学教育の向上・改善、特にPBLの導入など、“passiveからactive”への転換、IBDP、TOEFL、IELTS、ECFMG（USMLE）などをコアとした国際的整合性の向上に努め、世界をリードする医学教育制度の点検と改革を前進させなければなりません。特に国際レベルでのリベラル・アーツを取り入れ、基礎医学と臨床医学の連携を強化すること、臨床実習制度の充実などの制度改革と医学教育の不断前進を行なっていきたいと念じております。

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。

岩手医科大学

災害時地域医療支援教育センター・マルチメディア教育研究棟竣工



施設外観（延床面積 9,477.8m²、RC 造 4 階建、免震構造）

岩手医科大学は、平成 25 年 3 月に「災害時地域医療支援教育センター・マルチメディア教育研究棟」を矢巾キャンパスに竣工しました。本施設は、東日本大震災津波を教訓とし、災害時の医療モデルの構築や災害に対応できる人材育成等を目的として整備した「災害時地域医療支援教育センター」と、将来的な「マルチメディア教育研究環境」スペースを確保した複合施設です。また、同年 5 月には、岩手県からの事業委託を受けて「いわてこどもケアセンター」を建物内に開設し、東日本大震災津波によりこころにストレスを抱えた児童・生徒のこころのケアを実施しています。

建物コンセプトは「災害に強い建物」とし、免震構造とした上、建物独自の非常用発電機と大規模な無停電電源装置を設置した他、燃料の補給なしに熱源で最大 7 日、発電機で最大 3 日稼働させることが可能となる 15,000 l のオイルタンクを整備しています。また、給水が遮断された場合でも一日 300 人が



災害時地域医療支援教育センター（最新のシミュレーション機器等を整備した災害シミュレーション室）



いわてこどもケアセンター
(様々な遊具を備えたプレイルーム)

飲用水 7 日、雑用水 1.5 日、下水用 3 日分を使用できる単独の受水槽、緊急排水槽も配備しました。

たとえライフラインが遮断されても、本施設は独自に稼働することができ、広域大災害時の中核拠点となる施設として期待されています。

東京医科大学

教育研究棟（自主自学館）竣工



教育研究棟（自主自学館）



図書館



大教室（維持会記念講堂）

東京医科大学では、教育・研究関連施設を集約、充実させた「教育研究棟（自主自学館）」を竣工し、平成25年9月1日から本格供用を開始しました。この棟は、平成28年（2016年）11月に迎える創立100周年事業の一環である「西新宿キャンパス再開発整備事業」の第一弾となります。

本学の建学の精神である「自主自学」を冠した新施設は、延べ床面積16,486.03m²、地上16階建で、2階には電動書架や広い閲覧スペースを確保した図書館、3階から6階の教育フロアには大教室やゼミ室、学生自習室を設け、7階から12階の研究フロアには研究室や会議室等を集約し、13階から15階には実験設備を充実させた実験フロアが設けられています。

これまで教育・研究関連の施設が敷地内に散在し、かつ、その多くが築50年以上を経過して老朽化も著しく、利便性と機能面で問題を抱えていました。新しい施設では、関係施設が一か所に集約され、移動効率が大幅に改善されたことはもちろんのこと、オープンスペースに複数のセクションが机を並べるなど、文字通り“壁を取り払った”レイアウト

を採用しました。こうしたことにより、様々な情報共有や連携が大きく進むことが期待されます。また、上層階の実験フロアには共同利用実験室も設置。研究機器の効率的な利用を即すだけでなく、これもセクションの壁を越えた連携による成果が期待されます。

このほか、新設のクリニック・シミュレーション・ラボでは、学生、研修医、メディカルスタッフたちが様々な医療手技に対応できるように最新のシミュレーション器具を導入し、隨時トレーニングを行える環境にしました。

なお、今回の教育、研究施設の集約により、旧建物が点在していた敷地が、新病院建設地として確保されました。西新宿キャンパス再開発は次のステップへと進むこととなります。

近畿大学

医学部附属病院救急災害センター竣工



救急災害センター外観

近畿大学では、昭和 57 年 6 月に救命救急センターを開設以来 30 年間、大阪南部の救急医療を担ってまいりました。

平成 25 年 12 月に新設オープンする『救急災害センター』では、近年求められているさまざまな救急病態を総合的に扱う新しい救急システムの構築を目指し、三次救急に対応する救命救急センター 30 床 (CCMC24 床、CCU6 床)、急性期病棟 30 床 (SCU12 床、一般 18 床)、二次救急に対応する ER (オーバーナイトベッド 7 床を含む) を配置致します。また、誰もがくつろげるカフェを設置すると共に常に緊張を強いられる医療スタッフへの専用アメニティー空間も整備しております。

《施設概要》

■ 構造・規模・設備

鉄筋コンクリート造（一部鉄骨鉄筋コンクリート造 鉄骨造）

地上 5 階建て 免震構造 延床面積 10,235m²

自家発電バックアップシステム（停電時 72 時間以上の電力供給可能）

上水、雑用水の 3 日分の備蓄（井水の利用）

太陽光発電、クール（ヒート）トレインチの採用により環境への配慮と省エネを図ります。

■ 災害対応

エントランスホールや研修室は、災害発生時に搬送される多数の傷病者に対応するためのトリアージスペースやベッドスペース、診療スペースとして、また、会議室は災害対策室として転用できるよう情報通信設備を整えております。さらに、災害時に必要な食料・医薬品・災害用ベッド等の物資を備えた災害備蓄倉庫も設けております。

近畿大学は、「人に愛され、信頼され、尊敬される人を育成する」という教育理念の基に社会に貢献する新たなスタッフ育成と救急システムの構築を『救急災害センター』のオープンを機にさらにチャレンジしてまいります。



CCMC

医大協ニュース

岩手医科大学

《役職者の人事》

◎リエゾンセンター長

佐々木真理（新任）

平成25年4月1日付

《教授の人事》

◎教授就任

松本主之（内科学講座消化器内科消化管分野）

滝川康裕（内科学講座消化器内科肝臓分野）

石垣 泰（内科学講座糖尿病・代謝内科分野）

土井田稔（整形外科学講座）

古山和道（生化学講座分子医学分野）

以上、平成25年9月1日付

日本医科大学

《法人役員》

◎理事

田尻 孝（再任）

平成25年10月1日付

《人事》

◎学長

田尻 孝（再任）

平成25年10月1日付

◎大学院教授

鶴岡秀一（腎臓内科学分野）

平成25年5月1日付

清水 章（解析人体病理学分野）

平成25年6月1日付

柿沼由彦（生体統御科学分野）

平成25年7月1日付

◎教授

崎村耕二（英語）

平成25年9月1日付

◎特任教授

海原純子

平成25年6月1日付

土屋眞一

平成25年7月1日付

◎事務局長

池田大祐

平成25年5月1日付

《訃報》

奥村英正名誉教授は、平成25年4月30日（火）に逝去されました。享年87。

中澤省三名誉教授は、平成25年6月9日（日）に逝去されました。享年83。

外科）

平成25年6月1日付

龜田秀人（内科学講座（膠原病））

平成25年8月1日付

東京医科大学

《法人役員就任》

◎理事長

臼井正彦

◎学長

臼井正彦

◎常務理事

唐沢昌敬

坪井良治

◎理事

飯森眞喜雄

稻垣健一

栗原 倭

下光輝一

須藤英仁

関口令安

高澤謙二

高山雅臣

中野八重美

松崎靖司

水巻中正

行岡哲男（五十音順）

◎常任監事

宮澤 豊

◎監事

鶴田正春

松島正浩

以上、平成25年7月1日付

東邦大学

《教授人事》

◎教授就任

池上博泰（整形外科学講座）

齊田芳久（外科学講座（消化器外科））

以上、平成25年4月1日付

廣井直樹（医学部医学科教育開発室）

平成25年5月1日付

伊豫田明（外科学講座（呼吸器

《人事》

◎名誉教授称号授与

J.P. バロン

星加明徳

原岡 襄

岩本俊彦

植木彬夫

中尾俊之

以上、平成 25 年 4 月 1 日付

《就任》

◎主任教授

羽生春夫（高齢総合医学講座）

相澤仁志（神経内科学講座）

以上、平成 25 年 7 月 1 日付

林由起子（神経生理学講座）

平成 25 年 8 月 1 日付

◎教授

黒須三恵（生命倫理学（医学倫理学）教室）

本多 彰（茨城医療センター共同研究センター）

以上、平成 25 年 7 月 1 日付

吉村明修（大学病院臨床腫瘍科）

平成 25 年 8 月 1 日付

◎事務局長

池本龍二

平成 25 年 5 月 1 日付

《退任》

◎教授

太田祥一（救急医学講座）

平成 25 年 7 月 31 日付

東京女子医科大学

《法人役員の退任》

○学長

宮崎俊一

平成 25 年 8 月 31 日付

《法人役員の就任》

○学長

笠貫 宏

平成 25 年 9 月 1 日付

東京慈恵会医科大学

《人事異動》

◎教授

阿部俊昭（名誉教授）

森山 寛（名誉教授）

羽野 寛（名誉教授）

細谷龍男（名誉教授）

以上、平成 25 年 4 月 1 日付

鈴木正章（昇任 / 病理学講座）

池内健二（昇任 / 外科学講座）

以上、平成 25 年 5 月 1 日付

坂東 興（就任 / 心臓外科学講座）

平成 25 年 7 月 1 日付

黒坂大太郎（昇任 / 内科学講座（リウマチ・膠原病内科））

平成 25 年 8 月 1 日付

昭和大学

《就任》

◎学長

小出良平

平成 25 年 7 月 28 日付

◎医学部生理学講座（生体調節機能学部門）教授

泉崎雅彦

◎医学部産婦人科学講座教授

関沢明彦（昭和大学病院）

◎医学部外科学講座（消化器・一般外科学部門）教授

田中淳一（昭和大学横浜市北部病院）

以上、平成 25 年 4 月 1 日付

◎医学部麻酔科学講座教授

桑迫勇登（昭和大学藤が丘病院）

平成 25 年 5 月 14 日付

◎医学部内科学講座（腎臓内科学部門）教授

柴田孝則（昭和大学病院）

◎医学部内科学講座（循環器内科）

学部門）教授

富田 英（昭和大学横浜市北部病院）

◎医学部内科学講座（緩和医療科学部門）教授

岡本健一郎（昭和大学横浜市北部病院）

◎医学部麻酔科学講座教授

小坂 誠（昭和大学横浜市北部病院）

以上、平成 25 年 7 月 9 日付

◎医学部麻酔科学講座教授

大嶽浩司（昭和大学病院）

平成 25 年 9 月 6 日付

◎医学部整形外科講座教授（員外）

平泉 裕（昭和大学病院）

平成 25 年 5 月 14 日付

◎医学部内科学講座（消化器内科学部門）教授（員外）

吉田 仁（昭和大学病院）

◎医学部救急医学講座教授（員外）

林 宗貴（昭和大学藤が丘病院）

以上、平成 25 年 7 月 9 日付

◎昭和大学名誉学長

細山田明義（授与）

平成 25 年 7 月 9 日付

片桐 敬（授与）

平成 25 年 7 月 28 日付

《退任》

◎昭和大学学長

片桐 敬（任期満了）

平成 25 年 7 月 27 日付

◎医学部整形外科学講座教授（員外）

平泉 裕（昭和大学病院）

平成 25 年 5 月 31 日付

順天堂大学

《理事の選任（新任）》

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》

◎特任教授就任

内山安男
平野隆雄
以上、平成25年4月1日付
伊藤昌徳
平成25年4月25日付
ロバート・フレッド・ウイッティア
平成25年9月1日付

◎教授就任

三宅幸子（大学院医学研究科免疫学／医学部免疫学講座）
平成25年6月1日付
小西清貴（大学院医学研究科神経生理学／医学部生理学第一講座）
板倉敦夫（医学部産婦人科学講座／大学院医学研究科産婦人科学）
以上、平成25年7月1日付

◎臨床教授就任

井関雅子（医学部麻酔科学・ペインクリニック講座／大学院医学研究科疼痛制御学）
水嶋章郎（医学部緩和医療学研究室／大学院医学研究科緩和医療学）
以上、平成25年5月1日付
太田俊彦（医学部眼科学講座／大学院医学研究科眼科学）
佐藤大三（医学部麻酔科学・ペインクリニック講座／大学院医学研究科麻酔科学）
久岡英彦（医学部総合診療科研究室／大学院医学研究科総合診療科学）
柳川洋一（医学部救急・災害医学研究室／大学院医学研究科救急・災害医学）
以上、平成25年6月1日付

堀 賢（医学部内科学教室・呼吸器内科学講座／大学院医学研究科感染制御科学）
丹原圭一（医学部外科学教室・心臓血管外科学講座／大学院医

学研究科心臓血管外科学）
橋口尚幸（医学部救急・災害医学研究室／大学院医学研究科救急・災害医学）
以上、平成25年7月1日付
水野 樹（麻酔科学・ペインクリニック講座／大学院医学研究科疼痛制御学）
平成25年9月1日付

◎医学部附属病院高度救命救急センター

山下典雄（（所属替）現：医学部医学科救急医学講座）
平成25年8月1日付
《特定教授の就任》
◎医学部医学科先進漢方医学講座（寄附講座）
恵紙英昭
平成25年8月1日付

関西医科大学

《役職者人事》

◎国際交流センター長
友田幸一（再任）
平成25年8月1日付

大阪医科大学

◎理事長

植木 實（重任）
平成25年6月1日付

◎理事

谷村和治（退任）
大槻哲彦（辞任）
以上、平成25年5月31日付
植木 實（重任）
佐野浩一（重任）
竹中 洋（重任）
磯田洋三（就任）
以上、平成25年6月1日付
谷村慎哉（就任）
平成25年6月11日付

北里大学

《人事異動》

◎教授退職
榎岡俊邦（実験動物学）
平成25年5月31日付
◎教授採用
阿古潤哉（循環器内科学）
平成25年6月1日付

◎事務長交替

澤野光晴（新）
長谷川茂（旧）
以上、平成25年7月1日付

川崎医科大学

《理事の異動》

◎就任
宮長雅人（新任）
平成25年6月1日付
◎辞任
永島 旭
平成25年5月31日付
丹羽国泰
平成25年6月16日付

《教授の異動》

◎教授就任
中田雅彦（産婦人科学2）
平成25年7月1日付
塙田 充（婦人科腫瘍学）
花山耕三（リハビリテーション医学）

久留米大学

《教授の就任》

◎医学部医学科内科学講座（心臓・血管内科部門）
福本義弘
平成25年7月1日付

杏林大学病院第 2 病棟を大改修、各階の中央通路で他施設と直結

杏林大学医学部付属病院では昨年秋から第 2 病棟の改修工事を行っています。これまでに地下 1 階と地上 1・2 階の改修がほぼ終わり、8 月 15 日からこれらの部分の供用を開始しました。

これまで当院の利用者は、外来棟から院内の各施設に向かうためには建物の外に 1 度出なければならないところもあるなど、まるで迷路を進むような不便さがありました。今回の大改修によって、第 2 病棟各階に幅 2.5 メートル前後、長さ約 150 メートルに及ぶ直線の中央通路が設けられ、この通路を利用すれば各施設にスムーズに行けるようになりました。

このうち 1 階の中央通路には、患者さんやご家族の利用頻度が高い施設を集め、面会受付場所を駐車場に近い中央通りの入口に移したほか、入退院支援センターや座席が 50 席以上のゆったりとした休憩所、家族控室、院内案内センターなどを配置し、新たに写真展や絵画展を行うアートギャラリーのスペースや静かに思いを巡らすための瞑想室を設けました。

また、1 階中央通路の両脇にはコーヒーショップやグッズ販売店、コンビニ、理・美容室、患者図書室などのアメニティー施設を集約、コーヒーショップやグッズ販売店では一日の利用客が引っ越し前の 1.3 倍から 3 倍にそれぞれ増えるなど、利用者から好評をいただいている。



高尾俊弘（健康管理学）
以上、平成 25 年 9 月 1 日付

聖マリアンナ医科大学

《就任》
◎病院教授（大学病院）
原田智雄（内科学（循環器内科））
平成 25 年 6 月 1 日付

帝京大学

◎教授就任
井上大輔（ちば医療センター第

三内科学講座）
平成 25 年 6 月 1 日付
篠田 啓（医学部眼科学講座）
平成 25 年 7 月 1 日付
上妻 謙（医学部内科学講座）
平成 25 年 10 月 1 日付
田中邦哉（ちば医療センター外
科）
平成 25 年 11 月 1 日付

藤田保健衛生大学

《役職者人事》
◎副医学部長就任
谷口孝喜（再任）

松井俊和（再任）
以上、平成 25 年 4 月 25 日付
《教授就任》
◎医学部
前島伸一郎（リハビリテーショ
ン医学Ⅱ）
藤井多久磨（産婦人科学）
角淵浩央（麻酔・疼痛制御学）
以上、平成 25 年 4 月 1 日付
村瀬吉郎（救急科）
平成 25 年 7 月 1 日付
《教授の退職》
◎医学部
岩瀬克己（内分泌内科）（逝去）
平成 25 年 8 月 17 日付

兵庫医科大学**金沢医科大学****《理事・教授等の異動》****◎常務理事**

坂元譲次（就任）
平成25年6月1日付

◎教授

吉村紳一（就任）（脳神経外科学）
平成25年9月1日付

愛知医科大学**《人事異動》****◎理事**

加藤真司（辞任）
山本英輝（辞任）
以上、平成25年5月31日付
浅井富成（就任）
小出龍郎（就任）
以上、平成25年6月1日付

◎教授

柴山健三（採用／看護学部）
小松 徹（採用／看護学部）
以上、平成25年4月1日付
山森孝彦（昇任／外国語）
平成25年7月1日付

◎教授（特任）

小西裕之（昇任／生化学講座）
佐々木誠人（昇任／内科学講座（消化器内科））
吉川和宏（昇任／総合医学研究機構高度研究機器部門）
後藤峰弘（昇任／中央臨床検査部）
三原英嗣（昇任／臨床腫瘍センター）
以上、平成25年4月1日付
森 美雅（採用／放射線医学講座）
平成25年8月1日付

《法人役員》**◎理事**

伊藤 順（新任）
神田享勉（新任）
角田弘一（新任）
任期：平成25年6月1日～平成26年3月31日
奥名洋明（退任）
瀧谷亮治（退任）
以上、平成25年5月31日付

《役職教員》**◎学長**

勝田省吾（再任）
任期：平成25年9月1日～平成28年8月31日

◎副学長

飯塚秀明（脳神経外科学教授）（再任）
梅 博久（呼吸器内科学教授）（新任）
任期：平成25年9月1日～平成28年8月31日

◎学長補佐

神田享勉（地域医療学教授）（新任）
任期：平成25年6月1日～平成25年8月31日
神田享勉（地域医療学教授）（再任）
任期：平成25年9月1日～平成28年8月31日

◎大学院医学研究科長

芝利重（生理学II教授）（新任）
任期：平成25年9月1日～平成27年8月31日
中川秀昭（公衆衛生学教授）（退任）
平成25年8月31日付

◎医学部長

横山 仁（腎臓内科学教授）（新任）
任期：平成25年9月1日～平成27年8月31日
梅 博久（呼吸器内科学教授）（退任）

平成25年8月31日付

◎学生部長

川原範夫（整形外科学特任教授）（新任）
任期：平成25年9月1日～平成28年8月31日
森本茂人（高齢医学教授）（退任）
平成25年8月31日付

◎副院長

四方裕夫（心臓血管外科学臨床教授）（新任）
古家大祐（糖尿病・内分泌内科学教授）（新任）
以上、任期：平成25年7月1日～平成26年3月31日
梅原久範（血液免疫内科学教授）（解任）
平成25年6月10日付

◎病院長補佐

堀 有行（医学教育学教授）（新任）
大森政幸（医療技術部副部長）（新任）
大野木辰也（事務局局次長／財務・病院部門担当）（新任）
以上、任期：平成25年6月1日～平成26年3月31日

◎一般教育機構長

勝田省吾（学長）（新任）
任期：平成25年9月1日～平成26年3月31日
松田博男（人間科学科目（数学））（退任）
平成25年8月31日付

<教授>**◎講座主任**

本間 智（解剖学II）（新任）
伊藤 透（消化器内視鏡学）（就任）
以上、平成25年6月1日付

《金沢医科大学氷見市民病院》**◎最高経営責任者（CEO）**

高島茂樹（学校法人金沢医科大学副理事長・金沢医科大学氷見市民病院病院長）（新任）
平成25年6月1日付

獨協医科大学日光医療センター 外来化学療法室及び 2 号館のリニューアル

日光医療センターでは、本学創立 40 周年記念事業の一環として、平成 24 年度に、外来化学療法室の新設、心大血管疾患リハビリテーション施設の拡充を行いました。

外来化学療法室は、平成 24 年 10 月から運用を開始いたしました。当センターにおいて抗がん剤治療を行う患者様の増加に伴い患者様の負担が軽減されるよう、外来で「より快適に、より安全に、安心して治療を受けられる空間」との観点から新設いたしました。外来化学療法室で使用する薬剤は薬剤師により専用の調剤室で調合され、さらに、専属の看護師を配置しケアを行っております。また、室内には、リラックスして治療が受けられるよう専用のリクリエイティング可能なベッドや、大型テレビなども完備し、がん治療の中心となる外来化学療法室を新設したことにより、患者様にとって最適ながん治療法を継続的に行うことが可能となりました。

心大血管疾患リハビリテーション施設は、主に循環器疾患の患者様により安全で安心な環境でリハビリテーションを受けていただくため、既存施設の大型改修を実施し、平成 25 年 4 月から運用を開始いたしました。施設内には、各種トレーニングマシーンが増設され、またエアロビクススタジオとシャワールームを併設し、専門のスポーツインストラクターによるエアロビクス訓練も開始いたしました。栃木県における心大血管疾患リハビリテーションの中心的施設となるべく多職種の教職員が関わり質の高い医療を提供しております。



◎臨床教授

森山 学（泌尿器科）（新任）

平成 25 年 5 月 1 日付

獨協医科大学

《教授の就任》

福島康次（越谷病院呼吸器内科）

平成 25 年 7 月 1 日付

近畿大学

《人事異動》

◎教授

北澤 康秀（医学部救急医学教室）

（採用）

平成 25 年 9 月 1 日付

.....

前号（第 76 号）の人事の訂正
一部表記に誤りがございました。

誤）《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）

正）《教授昇格》

田村孝雄（内科学教室（腫瘍内科部門））

（近畿大学医学部附属病院）

小山敦子（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）

訂正の上、お詫び申し上げます。

協会及び関係団体の動き

I. 寺野 彰会長と文部科学大臣、厚生労働大臣、日本医師会会长、日本医学会会長、日本私立振興・共済事業団理事長、全国医学部長病院長會議会長との面談について

平成25年5月16日（木）開催の第93回総会（春季）において役員任期満了に伴う改選が行われ、第12代会長に寺野彰新会長が選任された。

■平成25年6月11日（火）
10時40分 田村憲久厚生労働大臣と面談



田村厚生労働大臣（右）と寺野会長（中央）

【意見交換内容】

消費税増税にかかる影響、医師不足問題、女性医師復職支援等について

■平成25年6月12日（水）
10時50分 河田悌一日本私立学校振興・共済事業団理事長と面談



河田事業団理事長（左）と寺野会長（右）

【意見交換内容】

同事業団の制度である長期低利融資〔老朽校舎の建替事業〔利子助成事業〕（病院）〕について

■平成25年6月12日（水）

11時40分 下村博文文部科学大臣と面談



下村文部科学大臣（右）と寺野会長（左）

【意見交換内容】

医学部入学定員問題、医学部新設問題、医師不足問題、診療科偏在の対応策について

■平成25年6月13日（木）

全国医学部長病院長會議会長別所正美氏と面談を行い、別所会長より両団体の事務運営に関して協力方の要請があった。

■平成25年7月2日（火）

10時～10時20分 高久史磨日本医学会会長と面談



高久日本医学会会長（中央）と寺野会長（左）

【意見交換内容】

医学教育、研究を取り巻く諸問題について

■平成 25 年 7 月 10 日（水）

11 時 30 分～11 時 55 分 横倉義武日本医師会会长と面談



横倉日本医師会会长（左）と寺野会長（右）

【意見交換内容】

平成 25 年度参議院議員選挙協力と今後の医師による議連創設について、消費税の税率引き上げに関する損税負担問題にかかる協働・連携について、医学部新設問題と医学部定員増の効果・検証について、医療事故調査制度のあり方と同制度の環境整備等について

II. 消費税に関する動向と本協会の対応について

本協会加盟の学校法人の消費税負担額の推移について、本協会加盟 29 大学の学校法人全体の消費税負担額を 3 カ年（平成 22 年度、平成 23 年度、平成 24 年度）比較で行い、年々消費税負担が増額していることが明らかとなり、平成 24 年度の合計は約 473 億 1,000 万円で平成 23 年度比 44% の負担増となっている。

また、病院部門消費税負担額調査分析について、5 カ年（平成 20 年度から平成 24 年度）比較を行い、平成 24 年度の消費税合計額は 369 億 1,000 万円となっており、これが「控除対象外消費税額」すなわち損税となる。

国の主張どおりに診療報酬に転嫁加算率として 1.53%（平成元年度から平成 8 年度診療報酬転嫁率 0.76%、平成 9 年以降診療報酬転嫁率 0.77%）が補填されているとしても、約 153 億円が加盟大学附属病院の負担分となる。

加盟大学附属病院が負担している「社会保険診療報酬に占める控除対象外消費税額の割合」は、仮に 1.53% が補填されているとしても、毎年、1% 程度の負担となっている。

現状の控除対象外消費税額に基づいて現行の消費税 5% を消費税 10% に置き換えて試算した場合、社

会保険診療報酬に占める控除対象外消費税額の割合が 5.2% となり、本協会加盟大学附属病院の負担額は 700 億円余となるため、今後の大学経営に非常に大きな影響をもたらす。そのため、医療関係各団体全体で政府並びに関係各省庁に対して適性なる補填対応を求めていく。

■平成 25 年 4 月 12 日（金）

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」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た。

同プロジェクトチームは、医療機器や医薬品を購入する際にかかる消費税を公債である診療報酬に転嫁できないことに因り生じる損税負担問題等について、年内に方向性を示す予定としている。

今回の消費税引き上げは、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を受け、本協会は加盟各大学より下記のとおりの意見を取りまとめた。

- 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。できれば、ゼロ % 課税制度の導入を望むものであること。
- ②上記課税制度に改めるまでの緊急措置として、設備投資に係る仕入税額控除の特例措置を創設すること。
- ③前提として、上記 1)、2) は医療機関に対する消費税負担軽減の主張であり、下記 4) に医学、歯学、看護学、保健医療学の立場から教育機関として主張すること。
- ④経費、教育・研究施設、施設の取得・補強、増築・新築に対して、特段の補助金を出していただきたいこと。

■平成 25 年 7 月 24 日（水）

全国医学部長病院長会議から本協会に対して、同会議が作成した「消費税に関する声明文（案）」に関して意見をいただきたい旨の連絡があった。

これを受け、本協会は当該声明文（案）に対する意見をとりまとめ、8 月 23 日（金）別所会長宛に提出した。

■平成 25 年 7 月 31 日（水）

全私学連合は「平成 26 年度私立学校関係税制改正に関する要望」並びに「平成 26 年度私立学校関係政府予算に関する要望」を下村博文文部科学大臣

に提出した。

「平成26年度私立学校関係税制改正に関する要望書」の中で、「消費税率の引き上げに伴う学校法人の負担軽減のための特例措置の創設」を求める、学校法人における授業料等については、現行通り非課税を堅持しつつ、私立学校の教育研究の質を低下させないための新たな特例措置を講ずる必要があるとした。

「平成26年度私立学校関係政府予算に関する要望書」の中で、消費税率の引き上げに伴う学校法人の負担軽減にかかる支援の充実を求め、消費税率の引き上げに伴う負担増は、購入機器の高額な医歯系や理工系の大学で特に重く、我が国の科学技術の発展に悪影響を及ぼさないよう、別途特別な措置を図る必要があるとした。

また、各大学の負担増を軽減するためにも、今こそ私立大学等経常費補助金における補助割合を「速やかに2分の1とする」との私立学校振興助成法の附帯決議の趣旨を踏まえた私学助成の飛躍的な拡充が不可欠であり、早期に補助割合約10%（本協会加盟大学では5.6%）の現状を改善する必要があるとした。

■平成25年8月26日（月）～31日（土）

政府経済財政諮問会議「今後の経済財政動向等について」の集中点検会合が行われた。

同会合の中で、医療提供体制をどのように確保していくのかという観点から、市場原理あるいは社会主義的な政策をとらないとすれば、診療報酬や公的資金による誘導とデータによる制御を行うことが求められ、公的財源の確保が必要であることから、消費税率の引き上げには賛成するとの意見があった。

ただし、私立医科大学附属病院における消費税率引き上げに関する負担増の問題については配慮いただきたい旨の意見が述べられた。

本協会は、国公私立大学医学部附属病院における控除対象外消費税額（損税額）をとりまとめた。国公私立大学医学部附属病院における診療報酬に対する控除対象外消費税の割合は、2.6%～3.2%となり、仮に1.53%補填されているとしても不足していることが明らかとなった。

現行の消費税率5%の場合、国公私立大学医学部附属病院における控除対象外消費税（損税）額は、合計して672億円となり、消費税率が10%に引き上げられた場合は、1,344億円と推計される。また、加盟29大学の法人消費税負担総額は、平成24年度は約473億円で平成23年度と比較して4.4%の負担増とな

り、1大学あたり16億3,000万円となっている。

以上の事情から、国が学校法人に対する消費税実質負担軽減の施策をとらない限り、きわめて深刻な大学の財政状況に陥ることになる。今後の具体的方策としては、現在の医療費の非課税制度を課税制度としてゼロ税率とし、消費税の還付を可能とすること、あるいは、政府の補てん率を損税がゼロになるまで上昇させることが必要である。

III. 医学部新設問題に関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。また、本協会に加盟している私立医科大学・医学部は、「入学定員120名を一応の目標として増員することとし、それ以上の増員については、各大学の事情に合せて一任する。」との立場である。

「緊急医師確保対策」（平成19年5月31日）に基づく医学部定員増並びに「経済財政改革の基本方針2008」の閣議決定（平成20年6月27日）による定員増に伴い、国公私立大学（防衛医大を含む80大学）問わず定員増に応じ、毎年度定員増を行ってきた。

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私立大学合わせて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て、平成25年度は9,126名（防衛医大を含む80大学）となり、7,625名と比較して1,501名の増員となった。

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。

■平成25年9月20日（金）

政府産業競争力会議は、国家戦略特区「医学部の新設」を容認する方針を打ち出し、特区の第1次提案募集において、千葉県成田市と国際医療福祉大学が共同で「国際医療学園都市構想」、静岡県が「グローバル人材育成のための医科大学・大学院の設置」による医学部新設の要望を提出した。この動きに対して、本協会は日本医師会並びに全国医学部長病院長会議と連携して対応するとともに、関係各方面から医学部新設反対の要請を行った。

■平成 25 年 9 月 26 日（木）

日本医師会は「医学部新設反対」の要望書を麻生太郎副総理・財務大臣に提出した。

- ①医師養成には長期間かかるにも関わらず、医学部新設への期待が先行し、緊急的に対応すべき医師確保、医師偏在解消対策が進まないことは遺憾であること。
- ②喫緊の課題は医師の偏在解消であり、これについて、日本医師会は医師養成と配置のあり方について具体的な提言も行っているところであること。
- ③あらためて政府に対し、東日本大震災被災地をはじめとする地域での医師確保対策の強力な推進を要請すること。
- ④国家戦略特区における医学部新設には明確に反対であること。

■平成 25 年 9 月 26 日（木）

全国医学部長病院長会議は、山際大志郎内閣府大臣政務官と面談し、菅 義偉内閣官房長官、甘利明内閣府特命担当大臣（経済財政政策担当）、西村康稔内閣府副大臣宛に「医学部（医科大学）新設について慎重な対応を求める要望書」を提出した。

■平成 25 年 9 月 30 日（月）

全国医学部長病院長会議は記者会見を行い、「医学部新設反対声明」を公表した。

声明の主な項目は下記のとおり。

- ①外国語が堪能な医師の養成は、医学部を新設しなくとも、既存の医学部教育の中で十分に実践できること。
- ②現在、国民が必要としているのは、医療崩壊の主たる原因である地域における医師不足、医師偏在の解決であり、この問題は既に地域枠など既設大学の医学部入学定員の増加により解決しつつあること。むしろ現在必要としているのは、増加した学生の質を高めるための教育施設・設備、スタッフの充実であること。
- ③特区による新設と既存の医学教育や医療体制とは全く別の次元の問題であり、どのような理由で両者が関連を持たずに共存共栄し得るかという具体的な説明がないこと。
- ④1 校でも新設を認めると、その他の特区からも新設要求が出てくることが予測され、多くの医学部が設置されたことによる医学生の質の低下は避けられないこと。
- ⑤戦略特区で期待するのは、様々な規制緩和による

新薬や新たな医療機器の開発等のメディカルイノベーションに関する研究、開発であること。

IV. 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、継続して取組んでいる。また、私立医科大学協会加盟 29 校は、公的経費負担の有無を問うことなく、正に医道を貫き、人員を派出・派遣している。私立医科大学がいかに被災地医療支援への貢献をしているかを示すデータとなること、特に分院が地域医療を担う中で重要な役割を果たしているかを示している。

国公私立大学別の医師等派遣状況については下記のとおり。

【平成 25 年 8 月 31 日現在】

①国公私立大学別の医師等派遣人数

私立大学 29 大学 67 病院（本院 29 病院、分院 38 病院）1,599 チーム、派遣人数 3,574 名、派遣延べ人数 14,641 名

国立大学 41 大学 44 病院（本院 41 病院、分院 3 病院）1,645 チーム、派遣人数 4,011 名、派遣延べ人数 19,296 名

公立大学 7 大学 8 病院（本院 7 病院、分院 1 病院）250 チーム、派遣人数 608 名、派遣延べ人数 3,280 名

②1 大学あたりの医師等派遣人数

私立大学 123.2 名

国立大学 97.8 名

公立大学 86.8 名

③国公私立大学における福島県への医師等派遣状況

私立大学 24 大学 2,911 名（1 大学あたり 116.4 名）

国立大学 36 大学 4,674 名（1 大学あたり 129.8 名）

公立大学 6 大学 979 名（1 大学あたり 163.2 名）

④私立大学の支援目的別派遣状況（派遣延べ人数 14,641 名）

被災地の医療機関への支援 6,736 名（46.0%）

避難所における医療支援・医療救護 2,018 名（13.8%）

心のケア、精神医療活動 2,048 名（14.0%）

原子力発電所における医療支援 803 名（5.5%）

福島県民に対する甲状腺検査 106 名（0.7%）

その他（DMAT、死体検案など）2,930 名（20.0%）

被災地への医師等派遣状況（国公立大学別）

平成25年8月31日現在

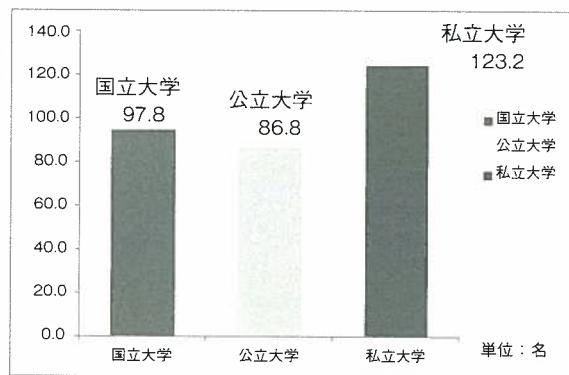
表1：DMAT含む医師等派遣状況

	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	1,645チーム	4,011名	19,296名
公立大学	7大学	8病院	250チーム	608名	3,280名
私立大学	29大学	67病院	1,599チーム	3,574名	14,641名
					37,217名

※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。

表2：1大学当たりの医師等派遣人数（単位：名）

国立大学	97.8
公立大学	86.8
私立大学	123.2



【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。

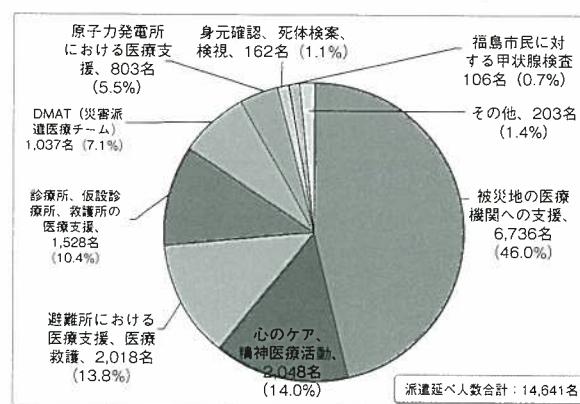
一般社団法人 日本私立医科大学協会

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8月31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〕

私立医科大学附属病院（67病院（本院29病院、分院38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、今後も被災地医療支援に取組んでいく。（平成25年8月31日現在、1,599チーム、派遣延べ人数14,641名）

No.	目的	派遣延べ人数（名）
1	被災地の医療機関への支援	6,736 46.0%
2	心のケア、精神医療活動	2,048 14.0%
3	避難所における医療支援、医療救護	2,018 13.8%
4	診療所、仮設診療所、救護所の医療支援	1,528 10.4%
5	DMAT（災害派遣医療チーム）	1,037 7.1%
6	原子力発電所における医療支援	803 5.5%
7	身元確認、死体検案、検視	162 1.1%
8	福島県民に対する甲状腺検査	106 0.7%
9	その他	203 1.4%
	合 計	14,641 100.0%

「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（広域搬送拠点臨時医療施設）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 8 月 31 現在】
 チーム数 1,599 チーム
 派遣延べ人数 14,641 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）

一般社団法人 日本私立医科大学協会

岩手県詳細は
2 ページ参照

宮城県詳細は
3 ページ参照

茨城県北茨城市 14 大学 320 名
 （本院 14 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

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 8 月 31 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）

一般社団法人 日本私立医科大学協会

久慈市 2 大学 481 名
 （本院 2 病院）

盛岡市 4 大学 66 名
 （本院 3 病院、分院 2 病院）

宮古市 13 大学 1,132 名
 （本院 11 病院、分院 4 病院）

花巻市 7 大学 87 名
 （本院 6 病院、分院 2 病院）

下閉伊郡山田町 4 大学 720 名
 （本院 2 病院、分院 7 病院）

上閉伊郡大槌町 3 大学 180 名

釜石市 6 大学 281 名
 （本院 6 病院、分院 1 病院）

遠野市 1 大学 15 名
 （本院 1 病院）

大船渡市 15 大学 1,018 名
 （本院 13 病院、分院 6 病院）

陸前高田市 16 大学 1,214 名
 （本院 13 病院、分院 7 病院）

一関市 2 大学 443 名
 （分院 2 病院）

東磐井郡藤沢町 2 大学 94 名（本院 2 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8月31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)

大崎市 1大学 21名

(本院1病院)

登米市 1大学 10名

(分院1病院)

一般社団法人 日本私立医科大学協会

気仙沼市 15大学 2,323名
(本院15病院、分院13病院)本吉郡南三陸町 5大学 225名
(本院4病院、分院1病院)石巻市 14大学 1,711名
(本院12病院、分院9病院)女川町 1大学 4名
(分院1病院)仙台市 14大学 425名
(本院13病院、分院9病院)宮城郡利府町 1大学 25名
(本院1病院、分院1病院)岩沼市 2大学 83名
(本院1病院、分院1病院)亘理郡山元町 1大学 25名
(本院1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（福島県）

【平成25年8月31日現在】

※ 特定の市町村ではなく

福島県全域に6大学 86名
(本院6病院、分院4病院)二本松市 2大学 6名
(本院1病院、分院1病院)会津若松市 1大学 2名
(本院1病院)郡山市 3大学 234名
(本院3病院、分院2病院)

福島市 12大学 431名

(本院8病院、分院8病院)

一般社団法人 日本私立医科大学協会

伊達市 2大学 2名 (本院2病院)

相馬郡新地町 2大学 122名
(本院1病院、分院1病院)相馬市 9大学 265名
(本院8病院、分院1病院)南相馬市 14大学 397名
(本院10病院、分院4病院)

伊達郡川俣町 2大学 5名 (本院2病院)

双葉郡大熊町 8大学 304名
(本院8病院、分院3病院)双葉郡猪谷町 2大学 305名
(本院2病院)石川郡平田村 1大学 14名
(本院1病院)双葉郡川内村 1大学 23名
(本院1病院)いわき市 17大学 685名
(本院14病院、分院9病院)西白河郡西郷村 1大学 24名
(本院1病院)西白河郡矢吹町 1大学 2名
(本院1病院)白河市 2大学 3名
(本院2病院)須賀川市 2大学 3名
(本院2病院)

V. 自由民主党「大学病院を支援する議員連盟(会長: 河村建夫衆議院議員)」に関する本協会の対応について

文部科学省高等教育局医学教育課大学病院支援室より、平成 25 年 10 月 11 日（金）に「大学病院を支援する議員連盟設立総会」が開催される旨の連絡があった。

当該議員連盟の発起人は、遠藤利明衆議院議員、河村建夫衆議院議員、塩谷 立衆議院議員、松野博一衆議院議員、加藤勝信衆議院議員、鴨下一郎衆議院議員、宮沢洋一参議院議員となっている。

■ 平成 25 年 10 月 11 日（金）

当該議員連盟の設立総会が自由民主党本部にて開催された。会長に河村建夫議員、幹事長に遠藤利明議員、事務局長に松野博一議員が選ばれた。その後、本協会は私立医科大学病院の現状、課題、要望などを説明し、意見交換を行った。

本協会からの出席者は、寺野彰会長、小川彰総務・経営部会担当副会長、栗原敏教育・研究部会担当副会長、山下敏夫病院部会担当副会長、赫彰郎理事、炭山嘉伸広報担当理事、明石勝也総務・経営部会担当理事、小山信彌病院部会担当理事、協会事務局であった。

本協会を代表して寺野会長より下記の要望項目の説明を行った。

1. 私立医科大学附属病院における消費税負担額の解消
2. 平成 26 年度診療報酬改定における必要な医療財源の確保
3. 被災地医療支援に係る補助の拡充
4. 私立大学等経常費補助金の拡充
5. 大学教育改革の支援プログラム「GoodPractice」(GP) にかかる予算の拡充
6. 日本私立学校振興・共済事業団における長期低利融資【老朽校舎の建替事業【利子助成事業】(病院)】の継続
7. 診療に関連した予期しない死因究明制度法案化への配慮

寺野会長の説明の後、ヒアリングの中で本協会出席者より意見が述べられた。炭山嘉伸広報担当理事より私立医科大学附属病院における消費税負担額の解消に関する意見、山下敏夫病院部会担当副会長より、医学部入学定員増推移並びに国公私立医科大学・

医学部における平成 25 年度以降の医学部入学定員の対応可能な増員数調査結果に基づき、本協会は一貫して医学部新設反対の主張をしている旨の意見、小川 彰総務経営部会担当副会長より医学教育では医学生 1 名に 1 名の臨床教員が必要であり、各県から大学教員としてわずかな人数でも引き抜かれた場合には、ドミノ式に診療科崩壊、病院崩壊、地域医療崩壊が起こる等の意見が述べられた。また、栗原 敏教育研究部会担当副会長からは、各大学の総合診療能力の向上等に関する教育にも力を入れるなど、教育の改善を図っており、各大学の理念に則った特色を持つ教育〔Good Practice〕を行っている大学には今後も支援の継続・拡充をお願いし、より良い医療人材の育成、研究能力の開発、国際的活躍する医師の育成といった特色のある教育を行っていきたいとの意見が述べられた。

その後、各国会議員より意見が述べられ、医学部新設に反対であり、医学部定員増による対応が良いとの意見が大勢を占めた。



寺野会長（左）、河村議連会長（右）



議員連盟におけるディスカッション

■ 平成 25 年 10 月 24 日（木）

当該議員連盟第 2 回総会が開催され、国立大学附属病院の現状についてヒアリングが行われた。その後、平成 26 年度国立大学附属病院関係予算に係る要望が提出された。

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



alfresa

すべての人に、いきいきとした生活を
創造しあ届けします。

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・相談会の実施結果

「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回開催し、多くの方々にご来場いただき、ありがとうございました。

《開催スケジュール》

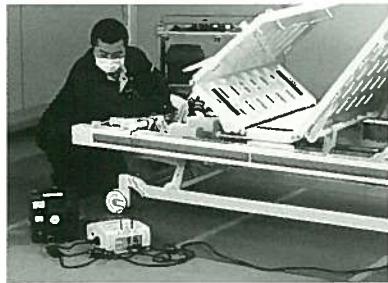
◇ 順天堂大学	平成25年8月3日（土）	来場者数 1,430名
◇ 関西医科大学	平成25年8月24日（土）	来場者数 210名
◇ 福岡大学	平成25年9月7日（土）	来場者数 90名
◇ 埼玉医科大学	平成25年9月23日（月・祝）	来場者数 350名

来年度の開催につきましては、本協会ホームページ【<http://www.idaikyo.or.jp/>】において後日公表する予定です。

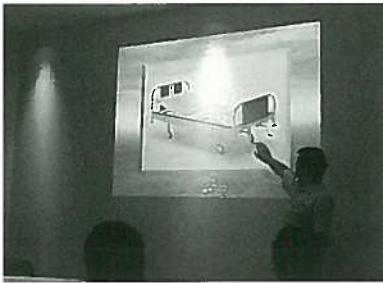
安全・快適な療養環境づくりのお手伝い。



■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>



医大協

広報誌 医学振興

第77号

平成25年11月21日発行

発行人 寺野 彰

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	小川 彰
担当理事	明石 勝也
委員長	炭山嘉敏
委員員長	栗原尻勝
委員員長	田口見永
委員員長	小跡冲
委員員長	大堀寛子
委員員長	一夫