

醫學報興

日本私立医科大学協会

第71号

Contents

卷頭言	「医療費アップの実態とその効果 —平成22年度診療報酬改定の検証、次期改定は—」	2~5
特集	「我が国の専門医制度の現状と将来の展望」	6~7
	「私立医科大学病院の損税解消への道」	8~10
	「我が国の治験を発展させるために： 医師の責務とインセンティブ」	11~12
論壇	「e-learningは“良いラーニング”になるか」	13~15
	「必要医師数実態調査で明らかになった今後の 医師養成のあり方—医師養成増慎重論—」	16~19
	「岩手医科大学7テスラMRI研究施設」	20
施設紹介	「兵庫医科大学さやま医療センター」	21
	「関西医科大学香里病院」	22
	「久留米大学病院本館」	23
医大協ニュース	24~29	
協会の動き	30~33	

解体新書初版

「解体新書」の刊行が、医学のみならず多くの分野で果たした役割の大きさは計り知れない。が、関われば関わるほど謎の多い偉業でもある。

今回、お叱りは覚悟の上で“初版”と言つてみた。わが国に「初版、再版」の意識が芽生えるのは明治時代も相当経つてからであり、ヨーロッパの古典籍に早くから定着したのとは際立った違いがある。「解体新書」の奥付（最終ページ）には例外無く「杉田玄白著、安永三年甲午仲秋」とあるが、全てがこの年（1774）頃に摺られたわけではない。当時の印刷技術からすればむしろ相当少なかった筈である。幸いなことに「解体新書」の版本には海賊版がないことから、現存するのはどうやら殆どが寛政期以降に摺られたものらしい。

解体新書の版本は、版元の没落以降数奇な運命をたどり、嘉永元年（1847）に京阪の業者に買われた。同五年頃に京阪神で刊行されたものがある。ちなみにペリーの黒船来航が嘉永六年だから、実に八十年に亘るロングセラーであったことに驚く。写真の「解体新書」は、安永三年から安永七年の間に摺られた可能性が極めて高く、摺り上がりの美しさに惹かれる初刷りのカテゴリーにあるのではないかと思う。

「解体新書」の書誌学的考察については、大城孟先生と松田泰代先生のご研究が大変興味深い。



巻頭言

「医療費アップの実態とその効果 —平成22年度診療報酬改定の検証、 次期改定は—」

東邦大学医学部心臓血管外科学教授
協会病院部会担当理事

小山 信彌 氏



はじめに

今回の診療報酬改定の大きな特徴は、わずか0.19%、700億円であったが、久しぶりのプラス改定であること、そして2つの大きな目標と、5つの視点を挙げて、その趣旨に沿って診療報酬改定を行ったことである。病院の医療崩壊が叫ばれたこともあり、診療報酬本体は、1.55%、5,700億円のプラス改定となり、そのうち医科の改定は、4,800億円となり、実にそのうちの4,400億円が病院の診療報酬の評価となっている。そしてこの財源は医薬品、医療材料のマイナス分5,000億円をもってあてられている。

このようになった理由は、「医療が置かれている危機的状況を解消し、国民に安心感を与える医療を実現するため、厳しい財政状況であるが、配分の見直しや後発医薬品の使用促進を図りつつ診療報酬本体の引き上げを行う」とあり、特に急性期医療に4,000億円を配分し、救急・産科・小児科・外科の充実を図る配分となっている。そのため、主に急性期の医療を積極的に行い、産科、小児科、外科といった、今まであまり採算の取れない診療に対して重点的に評価することとなった。このような趣旨のもと行われた今回の診療報酬改定の概略、我々大学病院にもたらした影響について検証した結果と、そこから見えてくる次回の改定の方向性について述べる。

平成22年度診療報酬改定の概要と今後

今回の改定において、大学病院にとっては比較的良好な改定であったと思われる。その理由として、採算が合わなくても教育のために持続しなければならなかった、救急、小児、産科、外科が重点的に評価されたことである。日本病院団体協議会の一員として今回の診療報酬改定に対して要望したことは、入院基本料の正当な評価である。これはこれからの中長期的な展望のもとに要望した。事実、次回の改定におけるこの点について、現在、厚生労働省中央社会保険医療協議会（以下、中医協）で議論が始まっている。今回の改定で最も強く要望し、実現したのは、急性期病棟における看護補助者の評価である。これが急性期看護補助加算である。

もう一つの要望として、チーム医療に対する評価である。栄養サポートチーム、呼吸器ケアチームの評価は取り入れられたが、病棟薬剤師の評価は取り入れられなかった。しかしこの問題は、次期診療報酬改定において、中医協診療報酬基本問題小委員会で議論することが決まっている。現時点で、服薬管理指導料のみで、病棟薬剤師の配置をしていない病院は、早急に対応しておくことをお勧めする。平成24年度は6年制となって初めての薬剤師が、大量に卒業してくるからである。

一方、救急、産科、小児科、外科に関しては、世論に押されてかなり評価されることとなった。特に大学病院にとって大きな影響を与えたのが、今まで算定できなかった小児入院医療管理料（以下、小児入管）が算定できるようになったことである。さらに周産期、小児救急に手厚く評価された。しかしながら、報道によると、特定機能病院の小児入管の届出（平成 22 年 6 月 1 日現在）は、小児入管 1 が 14 病院、小児入管 2 が 33 病院、小児入管 3 が 8 病院、小児入管 4 が 13 病院、小児入管 5 は 1 病院となっており、残念なことに 20 病院の特定機能病院が、算定を見送っていることである。ただし、この中に、私立医科大学病院がどの程度入っているかは不明である。

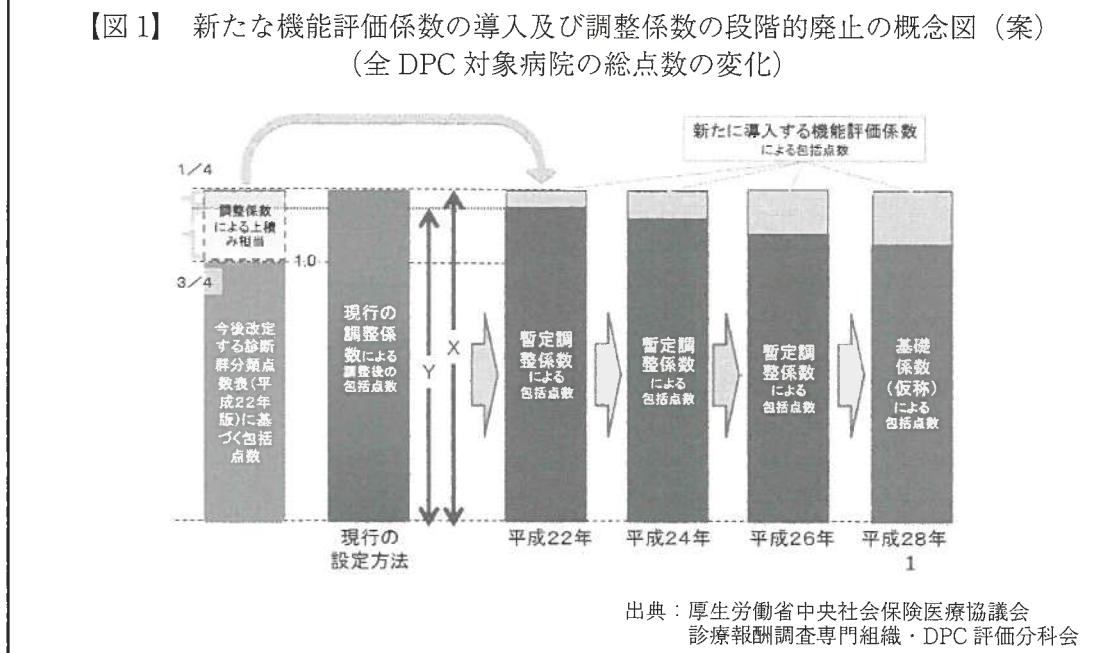
もう一つ大きな影響を与えたのが手術に対する評価と、検体検査管理加算である。外科医である私にとって、外科系学会社会保険委員会連合（以下、外保連）試案が利用されて、手術難易度 E 群、D 群の手術手技料が 50%、30% アップしたことは特筆に値する。これを受け、現在 E 群手術は、外保連手術委員会で見直しをしており、E 群は特殊手術として位置付け、そのかわり次期改定では C 群、D 群の見直しをすべく活動を続けている。次期改定のもう一つの目玉となりそうのが、精神科診療の評価である。これも大学病院では、縮小傾向にあるが、次の改定を見るまでは現状維持、あるいは拡充をお勧めする。

一方 DPC に関しては、結論から申し上げると、計算上プラス 0.19% で、大騒ぎした割には大きな変

化はなかったと考えている。今回の改定では、医療機関別係数の内、機能評価係数を充実させ、調整係数をなくす方向で検討された。当初は、大きな影響が心配されたが最終的にはそれほど大きく変化せずに改定された。ただしこれからの方向性が示されている。それは、当初、調整係数をすべてなくす方向で議論されていたが、個人的な見解としてそれは不可能であると思う。その理由として、100 床規模の病院と 1,000 床規模の病院を、単一の評価で行うことは不可能であるため、機能評価係数の考え方方が導入されているわけである。この機能の違いを全て機能評価係数で行うとすると相当数の機能評価係数の種類が必要となり、DPC 本来の目的である診療報酬体系の簡素化に反することとなる。

そこで考えられるのは、厚生労働省の資料にある基礎係数の考え方である（図 1）。この意味、あるいは計算方法は、現時点で示されていないが、恐らく調整係数と同じような手法をとることになると思う。ひとつだけ違うとすれば、現在の調整係数は、準備病院の時のデータを使用して算出されている（大学病院のそれは 7 年前のデータを使用していることになる）が、基礎係数は直近 12 カ月のデータを使用することとなるものと推測している。そうなると、準備病院の時と現在の診療体系が大きく異なることにより、DPC と出来高算定の差が大きい病院は、何らかの方策をとる必要があるかもしれない。いずれにしても DPC においては、その病院の持っている機能を評価していくこうとするものである

【図 1】 新たな機能評価係数の導入及び調整係数の段階的廃止の概念図（案）
(全 DPC 対象病院の総点数の変化)



【表1】加盟大学附属病院（本院29病院・DPC対象分院36病院）の調整係数〔平均値〕

調整係数は、重症患者への対応能力・高度医療の提供能力等、現在の機能評価係数I・IIのみでは対応できていない病院機能の評価を係数化した調整値。

	調整係数
本院平均	1.1795
分院平均	1.1068

【表2】機能評価係数IIについて

機能評価係数IIは、平成22年度より新たに導入する係数〔①データ提出指標②効率性指標③複雑性指標④カバー率指標⑤救急医療係数⑥地域医療係数（平成22年8月より適用）〕

No.	病院名略号	データ提出 係数	効率性 係数	複雑性 係数	カバー率 係数	救急医療 係数	地域医療 係数	計
1	A-1	0.0037	0.0042	0.0033	0.0064	0.0042	0.0046	0.0264
2	A-2	0.0037	0.0029	0.0041	0.0064	0.0019	0.0023	0.0213
3	A-3	0.0037	0.0043	0.0044	0.0064	0.0055	0.0057	0.0300
4	A-4	0.0037	0.0034	0.0055	0.0064	0.0057	0.0045	0.0292
5	A-5	0.0037	0.0040	0.0052	0.0064	0.0049	0.0057	0.0299
6	A-6	0.0037	0.0023	0.0040	0.0064	0.0057	0.0057	0.0278
7	A-7	0.0037	0.0017	0.0059	0.0064	0.0056	0.0023	0.0256
8	A-8	0.0037	0.0011	0.0067	0.0064	0.0046	0.0046	0.0271
9	A-9	0.0037	0.0036	0.0042	0.0064	0.0038	0.0068	0.0285
10	A-10	0.0037	0.0023	0.0052	0.0055	0.0027	0.0023	0.0217
11	A-11	0.0037	0.0016	0.0049	0.0064	0.0048	0.0046	0.0260
12	A-12	0.0037	0.0034	0.0059	0.0064	0.0079	0.0057	0.0330
13	A-13	0.0037	0.0029	0.0047	0.0064	0.0028	0.0068	0.0273
14	A-14	0.0037	0.0055	0.0061	0.0064	0.0064	0.0068	0.0349
15	A-15	0.0037	0.0029	0.0040	0.0059	0.0056	0.0046	0.0267
16	A-16	0.0037	0.0043	0.0034	0.0064	0.0028	0.0034	0.0240
17	A-17	0.0037	0.0035	0.0056	0.0064	0.0074	0.0057	0.0323
18	A-18	0.0037	0.0044	0.0042	0.0064	0.0021	0.0034	0.0242
19	A-19	0.0037	0.0025	0.0046	0.0064	0.0036	0.0034	0.0242
20	A-20	0.0037	0.0022	0.0053	0.0064	0.0054	0.0046	0.0276
21	A-21	0.0037	0.0032	0.0055	0.0064	0.0030	0.0046	0.0264
22	A-22	0.0037	0.0018	0.0038	0.0053	0.0024	0.0034	0.0204
23	A-23	0.0037	0.0032	0.0050	0.0064	0.0059	0.0057	0.0299
24	A-24	0.0037	0.0039	0.0040	0.0064	0.0033	0.0046	0.0259
25	A-25	0.0037	0.0034	0.0061	0.0064	0.0070	0.0057	0.0323
26	A-26	0.0037	0.0023	0.0054	0.0064	0.0047	0.0057	0.0282
27	A-27	0.0037	0.0037	0.0048	0.0064	0.0043	0.0057	0.0286
28	A-28	0.0037	0.0028	0.0048	0.0064	0.0055	0.0046	0.0278
29	A-29	0.0037	0.0031	0.0049	0.0064	0.0044	0.0057	0.0282
平均		0.0037	0.0031	0.0049	0.0063	0.0046	0.0048	0.0274

ので、各病院における診療体系は持てる機能を入院中フルに發揮していく必要がある。持てる機能を発揮しなければ（入院中に高額医療機器による検査治療をしなければ）、その病院ではできない機能として評価（高額医療機器を持っていない）されることとなるのである。参考に加盟大学の調整係数の平均値（本院と分院の調整係数）（表 1）、機能評価係数 II（表 2）の一覧をお示しする。これを見ると、機能評価係数 II の特徴は、救急医療係数と地域医療係数に各病院の特性がうかがわれる。今後の自院の方向性を決めるのに参考していただきたい。

診療報酬改定影響調査結果

私立医科大学協会として各大学（東日本ブロック）のご協力を得て、診療報酬改定影響調査を行ったので、その概略を報告する。手法として、4月～6月（平成 21 年・平成 22 年）に発生した稼働額を対象として集計した。稼働額の対象は、医科・歯科における保険・自費診療等を含めた全ての診療とし、文書料・特定療養費（初診にかかるものを含む）等を含む額とした（消費税込）（室料差額・保険等調整増減は除く）。

まず大学附属病院（東日本ブロック）全体でみると、外来で稼働額が 6.4%、診療単価が 5.2% とほぼ並列でアップしている。入院は稼働額で 7.4%、診療単価で 5.7% アップしている。病院によっては、増床したり、診療体制が大きく変わった病院もあるため、あまり細かなことは言えないが、診療単価アップ以上に稼働額がアップしているのは患者数の増加によ

るもの、言い換えると病院の努力、逆であれば今回の改定が大きく出ていることかもしれない。表 3 に本院、分院の調査結果（平均値）を示す。本院のほうがやや良いのはやはり小児入院医療管理料の影響が大きいものと思われる。

表 4 に東邦大学医療センター大森病院の収支状況を、今回の改定と件数の増加（病院の努力）に分けて分析してみた。全体としては前年度比 10% の増加であり、ほぼ私立大学附属病院の平均と同じであった。この内訳を、診療報酬改定による増収と、自助努力分とに分けて検討を行ったところ、診療報酬改定の影響が 6%、自院の努力が 4% 程度であると推測された。このことにより、推計としては粗利益率（1 次収支差額）は 10% 程度となり、久しぶりの黒字集計となりそうである。

まとめ

平成 22 年度診療報改定の検証と影響について考察を行い、今回の改定から見えてくる平成 24 年度診療報酬改定について私見を述べた。今回の改定では、急性期医療の評価を重点的に行ったため、各病院の収益状況は改善されそうであるが、少し息がつけた程度であり、まだまだ十分とは言えない。しかし次期改定は、慢性期医療を中心に行う方向で検討されており、私立医科大学協会としては、さらなる急性期医療の評価をしてもらうべく、今後も活動を続けたいと考えている。是非みなさんのご支援を頂きたく、よろしくお願ひしたい。

【表 3】 平成 22 年度診療報酬改定に関する影響調査について（東日本ブロック）
〔稼働額：平成 22 年 4 月～6 月分対前年比〕

	外来		入院	
	稼働額	診察単価	稼働額	診察単価
本院平均	107.0%	106.3%	107.4%	106.2%
分院平均	105.8%	104.1%	107.4%	105.2%

【表 4】 平成 22 年度診療報酬改定影響（東邦大学医療センター大森病院）〔平成 22 年 4 月～9 月〕
総額費用

	総診療額前年比	改定による影響	件数増による影響
入院	111.9	107.3	104.6
外来	107.0	101.3	105.7
合計	110.5	105.6	104.9

（筆者作成）

特 集

我が国の専門医制度の現状と将来の展望

日本専門医制評価・認定機構理事長
慶應義塾大学名誉教授・早稲田大学理工学術院教授 池田 康夫 氏

私立医科大学病院の損税解消への道

東京女子医科大学理事長
協会総務経営部会担当副会長
協会税制問題検討委員会委員長 吉岡 博光 氏

我が国の治験を発展させるために：医師の責務とインセンティブ

聖マリアンナ医科大学薬理学教授 小林 真一 氏

e-learning は “良いラーニング” になるか

獨協医科大学微生物学教授 増田 道明 氏

我が国の専門医制度の現状と将来の展望

日本専門医制評価・認定機構理事長
慶應義塾大学名誉教授・早稲田大学理工学術院教授 池田 康夫 氏



低医療費でありながら、世界一の長寿国であり、新生児死亡率ももっとも低い事から我が国の医療制度の国際的評価は非常に高いものであったが、現状はと言えば”医療崩壊”なる言葉で表わされるごとく、医療の地域格差、診療科における医師の偏在、救急医療体制の不備等多くの緊急に解決すべき課題が山積している。医師不足、そして医師の増員のみが話題に取り上げられているが、今こそ卒前、卒後を通した医師の育成について考え直す絶好の時期であると考えるのは筆者だけではないであろう。ここでは特に卒後教育をどのように制度設計するか？患者目線での医療体制を築き、それを支える医師をどのように育成していくかが問われている。その中で筆者は、国民に広く支持され、医師にとって生

涯学習の意欲を継続させるにたる専門医制度の早期の確立が非常に重要であると認識しており、現在、専門医評価・認定機構においてこれに取り組んでいる。

我が国の専門医制度の歴史は100年余の歴史を刻む米国と比べて浅く、1962年に日本麻醉指導医制度が発足したのが始まりである。1981年に22学会から成る“学会認定医制協議会”が活動を開始し、日本医学会、日本医師会と共に三者懇談会も開催され、学会のメリット優先から社会的視野に立つ専門医制度の整備についての熱い議論がなされた時もあった。しかし、2002年に厚生労働大臣告示“専門医広告に関する基準・手続き等”（いわゆる外形基準）が規制緩和の一環として発出され、決められた外形

基準を満たした学会の専門医広告が可能となり、國民にとってわかりにくい”学会認定専門医”を数多く生む仕組みが出来上がり、より良い専門医制度確立の動きに水を差す事になった。

現在、我々が考えている専門医とは、メディアが言う所の”神の手”を持つ医師を指すのではなく、標準的な医療を安全に行い、患者が安心して任せられる医師を意味している。2008年に社団法人“日本専門医制評価・認定機構”が誕生したのを機に我が国専門医制度の基本設計をもう一度原点に立ち返って議論することにした。約1年の議論を経て以下に述べるような方向が固まつたので、ここに紹介したい。この方向が我が国専門医制度の設計図と理解してもよいであろう。

専門医制度の意義とは、医師にとっては、修練プログラムの充実によってその診療レベルを高める事が出来ると同時に、自ら修得した知識、技術、態度について認定を受け、それを社会に開示出来る事である。患者さんの側から見ると、診療を受けるにあたり、医師の専門性の判断ができ、受診に際して参考になる事であろう。医療制度から見ると医師の役割分担を進める事によって、効率化が図れる。専門医を公示する事により現在問題視されている”診療科の自由標榜制の矛盾”を解決出来る。

この基本的な考えに立って、現在の専門医制度の問題点を挙げてみると、外形基準に則った専門医広告の公示に伴い、学会独自の専門医認定が可能となり、制度の統一性、専門医の質の担保に懸念が出ている。専門医認定のプロセスが学会によっては必ずしも明確でなく、必ずしも臨床能力本位に成っていない制度も見受けられる。特殊領域の高度な技術・技能等に特化した専門医と基本領域の医療を担う医師としての専門医では”専門医”的持つ意味が異なる。何よりも多様な学会の多様な専門医の誕生で國民にとって理解がしにくい状況になっていて、患者さんの視点に立った専門医認定制度に必ずしもなっていない事である。更に言えば、専門医の適正数、適正な配置への対応が出来ておらず、専門医育成の為の指導体制、研修施設を始めとして育成プログラムが出来上がってない。

新たな専門医制度の基本設計では、専門医認定の透明性、公正性の確保と共に、安心、安全、効率の良い医療を担当する専門医の育成、専門医の地域・診療科の偏在の是正、専門医へのインセンティブ付

与等に考慮した。

その骨子は以下の如くである。

1. 患者さんに信頼される医師の自立的な制度として確立する
2. 個別学会単位ではなく、診療領域単位の専門医制度とする
3. 制度を基本領域と専門的医療領域の二段階制とする。
4. 専門医育成の為のプログラムと研修施設の評価・認定を重要課題と理解して、これに取り組む。
5. 専門医の適正な数、配置を目指す。
6. 専門医の認定や育成プログラム、研修施設の評価・認定は中立的・第三者機関で行う

この基本設計においては、基本領域の学会の役割が非常に重要になって来る。即ち、基本領域の専門医は医師が必ず持つべき基本専門医であり、その専門医の育成の中心となる基本領域学会は我が国専門医制度の根幹をなす学会としての自覚と責任を持ってもらわなければいけない。そして Subspecialty 領域の専門医を生み出す学会と緊密な連携を持つ必要がある。初期臨床研修を終わり、臨床医としての道を志す医師は基本領域のいずれかの専門医育成過程に進むように指導される。現在、18 の基本領域に専門医制度が設けられている。現在は基本領域には入っていないが、地域医療を担当する家庭医或は総合診療医の位置づけについては基本領域の一つとする選択肢を含めて、その育成プログラム作成を急ぐ必要がある。

この基本設計を実現する為には、現在、75 学会から成り立っている専門医評価・認定機構は改組する必要がある。学会と密接に連携しながらも一定の距離を置く第三者的中立機関が必要であり、そこでは各領域の専門医制度の評価・認定の他、専門医育成の施設やプログラムの評価・認定の二つの重要な機能を果たす事が望まれる。長年にわたって努力をして来た各学会の専門医制度委員会と密接に連携をとりながらも國民の視点に立った専門医制度を考える第三者的中立機関を作つて行けるかが、我が国専門医制度が確立出来るかどうかの鍵を握っているようと思われる。その先には医師法にも医療法にもきちんと位置づけられ、患者から信頼される専門医が誕生する事を確信している。

私立医科大学病院の損税解消への道

東京女子医科大学理事長
協会総務経営部会担当副会長
協会税制問題検討委員会委員長 吉岡 博光 氏



1. 消費税の仕組み

消費税は、生産者、卸売業者、小売業者と次々に売上に課税していく、最終消費者が最後に全ての消費税を負担する仕組みとなっており、課税業者には損税は発生しない。

それでは、非課税である教育、福祉、医療の場合はどうであろうか。学校、福祉施設、医療機関が物品、役務などを購入すると消費税が課税されてくるが、最終消費者が非課税のため、最終消費者に代わってそれぞれの機関が負担することになる。

但し、最終消費者への売価が自由価格の場合は、それらの機関が負担した消費税相当額を価格に転嫁して負担を解消することも可能である。

しかし、医療は収入の大部分が国が定める社会保険診療報酬であり、医療機関が自由に価格を設定できないため、何らかの補填がない限り医療機関に損税が発生する。

2. 消費税損税の状況

厚生労働省は消費税補填分として、税率が3%であった平成8年度まで、診療報酬に0.76%加算し、5%に引き上げた平成9年度からはその加算を1.53%に変更したと説明している。しかし、この加算の根拠は不明確であり、さらに診療所から大病院までの全医療機関の平均負担額で計算されているので、高額で多量な医療器材、設備を使用する大病院ほど補填不足が生じることになる。

まず、消費税損税の実態を私立医科大学の病院消費税実績額調査により説明する。【表1】は29大学全病院の平成8年度と平成18年度から平成21年度までの消費税の負担額の合計表である。平成21年度消費税合計Gは321億400万円で医療収入の2.44%が損税となっている。国の主張通りに、この1.53%が補填されているとすると、【表2】平成21年度の補填後の負担額Hは133億1,700万円となり、

医療収入の1.01%が損税となっており、補填額を差し引いた上でも、まだ転嫁できない税金を負担しているといえる。税率が3%であった平成8年度は、消費税合計Gは141億8,000万円で医療収入の1.45%が損税であった。0.76%が補填されているとすると、平成8年度の補填後の負担額Hは73億1,800万円となり、医療収入の0.75%の損税であった。

平成8年度と平成21年度を比較すると、病院が増加しているとはいえ、税率が2%上がったことにより、【表1】の消費税合計Gでは179億2,400万円負担増となっている。【表2】では、補填後の負担額Hは59億9,900万円増加している。

近い将来、消費税が増税されると、このように、転嫁できない税額が益々大学の経営を圧迫していくのは明らかである。

3. 損税解消のための運動経過

私立医科大学にとって消費税の負担は極めて大きく、その解消のため、本協会は消費税の負担を課せられている実態を説明し、理解を得たいと考えている。

今後の税率の推移によっては看過できない額であり、対策案としては、①医療経費（特に直接経費）、教育研究経費等の非課税化、②税制改革により消費税の還付請求を可能とすること、③収入、学納金の課税化（但し、ゼロパーセント課税もしくは軽減税率の導入）、④社会保険診療報酬に転嫁されているとしている転嫁率（1.53%）であるが、その後の10年間で診療報酬は9%以上切り下げられており、この補填の効果は消えていると言っても過言ではないことから大幅な引き上げが必要であること、等が考えられることから、関係団体との調整を行う必要がある。

また、日本医師会でも医療機関における消費税の負担問題についての取り組みを行っており、去る平

**平成 18 年～平成 21 年度 病院消費税実績額調査
(29 大学 82 病院合計統計)**

【表 1】

(単位 : 百万円)

	平成 8 年度(73 病院)		平成 18 年度(79 病院)		平成 19 年度(80 病院)		平成 20 年度(82 病院)		平成 21 年度(82 病院)		平成 21 年度と平成 8 年度の差額
	実績額	消費税額	実績額	消費税額	実績額	消費税額	実績額	消費税額	実績額	消費税額	
医療収入 A	977,097	1,960	1,171,898	3,187	1,217,952	3,205	1,271,469	3,261	1,317,048	3,349	
人件費	456,862	230	563,651	392	586,046	402	608,200	430	620,597	457	
医療経費	376,091	10,926	414,630	19,720	430,146	20,460	446,347	21,239	469,900	22,161	
教研経費・管理経費	118,711	3,083	176,458	7,775	185,660	8,115	195,091	8,622	199,909	8,647	
医療収支 B	25,433	-12,279	17,159	-24,700	16,100	-25,772	21,831	-27,030	26,642	-27,916	
医療外収益	66,410	302	54,471	803	50,463	832	50,120	848	65,333	970	
医療外経費	55,282	0	65,132	0	71,186	0	53,839	0	72,194	0	
医療外収支 C	11,128	302	-10,661	803	-20,723	832	-3,719	848	-6,861	970	
施設・設備費 D	73,955	-1,505	63,991	-2,731	67,458	-3,040	84,062	-3,527	89,182	-3,216	
収支計 B+C+D	110,516	-13,482	70,489	-26,628	62,835	-27,980	102,174	-29,709	108,963	-30,162	
消費税・負担額 E		13,482		26,628		27,980		29,709		30,162	
消費税・納付額 F		698		2,097		2,109		2,064		1,942	
消費税合計 E+F=G		14,180		28,725		30,089		31,773		32,104	17,924
医療収入に対する負担額 G/A %		1.45%		2.45%		2.47%		2.50%		2.44%	

厚生労働省社会保険診療報酬消費税補填分の計算

平成元年度から平成 8 年度診療報酬転嫁加算率 0.76%

平成 9 年度以降の診療報酬転嫁加算率 1.53%

【表 2】

	平成 8 年度(73 病院)		平成 18 年度(79 病院)		平成 19 年度(80 病院)		平成 20 年度(82 病院)		平成 21 年度(82 病院)		平成 21 年度と平成 8 年度の差額
	実績額	消費税額	実績額	消費税額	実績額	消費税額	実績額	消費税額	実績額	消費税額	
医療収入及び補填額	909,804	6,862	1,104,980	16,651	1,150,647	17,340	1,202,998	18,129	1,246,724	18,787	11,925
補填後消費税負担額 H		7,318		12,074		12,749		13,644		13,317	5,999
医療収入に対する負担額		0.75%		1.03%		1.05%		1.07%		1.01%	

成 22 年 7 月 7 日の本協会との懇談会において意見交換を行った。日本医師会からは、【資料 1】、【資料 2】のように調査分析と要望を行っているとの説明を受けている。

本協会は、日本医師会をはじめ、日本私立大学団体連合会等関係団体と連携をとり、文部科学省、政府税制調査会、財務省、厚生労働省他関係各方面と税負担解消の折衝を継続して行っている。

4. 損税解消の道

医療機関の消費税の損税問題の根本的解決は、医療も消費税の体系に乗せゼロパーセント課税か、軽減税率にするのが最善と考える。しかし、この解決法は、今までの経緯からみて大変困難であると思われる。ゼロパーセント課税は他業種への波及や税金の還付金が多額になることを国は恐れるし、軽減税率は診療報酬の支払者側、患者の負担が増加するので、世論を味方にするのに相当長期に亘る運動にならざるを得ない。

そこで、第一歩として消費税が非課税であるために欠陥税制となっている点のは正を主張していくのが良いと考える。

【資料 1】

「医療機関と消費税」

各医療機関関係団体の社会保険診療収入に占める控除対象外消費税の割合は、2%を上回っている。経年推移をみても社会保険診療収入の 2.5%～2.7%の割合で控除対象外消費税が発生している（私立医科大学病院）。決して臨時的な大規模投資による負担ではない。仮に、2.20%の控除対象外消費税が医療機関に生じているとすると、1.53%の上乗せが補填されているとしても、0.67%負担が医療機関に生じていることになる。すなわち、医療機関全体の負担額は、約 2,200 億円（平成 20 年度国民医療費の動向より試算）にもなる。



○医療機関は長年に亘り、多額の控除対象外消費税を負担
○控除対象外消費税は、医療機関の経営を圧迫する大きな原因



○控除対象外消費税は、医療提供体制確保のため抜本的に解決すべき問題

出典《日本医師会資料「医療機関と消費税について」》

それは、医療材料費や薬剤費は診療報酬、薬価にて補填し、現状の不足分は今後、補填の増額と内容の明確化を要求していく。問題は、診療報酬で補填できない部分で、この部分の税金の還付を要求していくことが重要であろう。そこで特に論理的矛盾をしている業務委託費（アウトソーシング）と資本的支出を取り上げる。

（1）業務委託費

業務委託費に課税される消費税還付の主張は、太田和宏先生（医療法人名古屋記念財団）が、雑誌JMSで主張されているので引用させていただく。「業務合理化の手段として業務委託が多くの分野で行われるようになってきた。ところが、業務委託費には消費税が課税されているが、診療報酬の対象外で病院の損税となっている。課税業者の場合は損税にならないが、医療機関は合理化の努力をすればするほど、消費税の負担が増えてくることになる。仮に税率が10%にでもなれば、医療機関のアウトソーシングは成り立たなくなる。国は病院の経営合理化の促進といいながら、合理化を阻害する政策をしている」のである。

（2）資本的支出

病院の改築、医療機器、研究機器を購入すると消費税が課税され、診療報酬の補填はできないので全額が損税となっている。例えば、100億円の予算で病院を建設すると、5%の消費税が課税されるので、実質95億2,300万円しか建設費に使えないことになる。課税業者の場合は、受取消費税より支払消費税が多ければ、その額が還付されるので、資本的支出の消費税負担はないので、100億円がすべて建設費に使用できる。何故、医療、教育、福祉が差別を受けなければならないのか、誰も納得できないであろう。

業務委託費と資本的支出の消費税負担を計算すると、
(平成21年度)

29 大学合計消費税

業務委託費分	52億7,800万円
資本的支出分	32億1,600万円
計	84億9,400万円

1 大学平均消費税

業務委託費分	1億8,200万円
資本的支出分	1億1,100万円
計	2億9,300万円

上記金額は、私立医科大学全体の損税133億円、1大学平均4億6,000万円からみると十分ではないが、不当な負担を強いられている事項として、世論の理解が得られやすく、強く主張できると思う。

上記消費税の負担が軽減されれば、その財源が教育、研究、診療の向上に如何に役立つことができるか計り知れないであろう。扉は固く閉ざされている。最初に小さな穴を開ける努力をし、やがて全面的解決につながることを願っている。

【資料2】

日本医師会消費税対策

①社会保険診療報酬等に対する消費税の非課税制度をゼロ税率ないし軽減税率による課税制度に改善。

【趣旨】社会保険診療報酬等に対する消費税は非課税とされているため、医療機関の仕入れに係る消費税額のうち、社会保険診療報酬等に対応する部分は仕入税額控除が適用されずに、医療機関が一応負担し、その分は社会保険診療報酬等に反映して回収されることとされている。

しかし、この負担分は、消費税導入の際においても、その後の税率引き上げ（3%→5%）の際にも社会保険診療報酬に十分反映されたとはいせず、その一部は医療機関が差額を負担したままになっている。これを解消するには、社会保険診療報酬等に対する消費税を非課税制度からゼロ税率ないし軽減税率による課税制度に改めることにより、社会保険診療報酬等に関わる一切の消費税非課税に関する不合理を解消できる。

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創設。

【趣旨】医療機関の消費税負担は深刻な状況にあるため、上記課税制度に改めるまでの緊急措置として、設備投資部分について、赤字法人や法人税非課税法人にも効果が及ぶ形で負担軽減措置を求める（法人税等の税額控除では赤字法人等には効果が及ばない）。

出典《日本医師会平成22年度税制改正要望より》

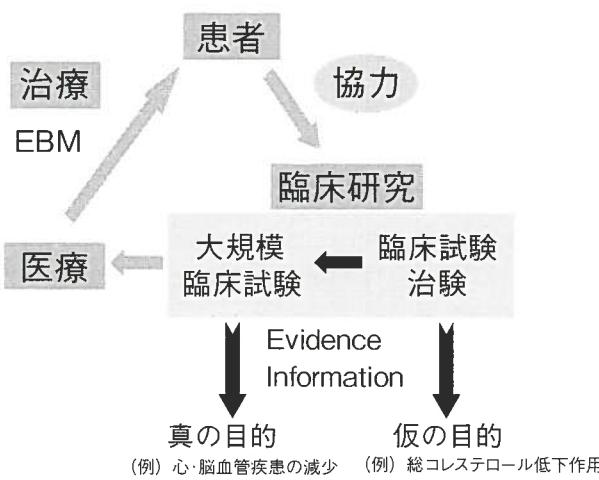
我が国の治験を発展させるために： 医師の責務とインセンティブ

聖マリアンナ医科大学薬理学教授 小林 真一 氏



医師は physician/scientist といわれているようにリサーチマインドは絶えず持ち続けなければならない。また医療の発展のためには新しい医薬品の開発と臨床研究は欠くことが出来ない。医療と臨床研究（治験・臨床試験）の関係は図に示したように、臨床研究によって適正な科学的情報を生み出し、それを治療の実践に役立てることが医師の責務であるからこそ、その恩恵を受ける患者さんに臨床試験への参加協力をお願いしているのである。また医療上の新しい情報は社会に公表されることによってその適正さが評価されるのである。

医療と臨床研究（臨床試験・治験）



新しい医薬品の開発が医療の発展に貢献したことは疑う余地がない。さらにその開発を早め「より良い医薬品をより早く世界中の患者へ」を合い言葉に、平成 8 年医薬品承認審査基準に関する日米欧ハーモナイゼーション会議により ICH・GCP が示され、各国の医薬品承認審査に関わる基準が決められ、我が国においても薬事法に則った旧厚生省令として「医薬品の臨床試験の実施の基準」(GCP) が通知され新しいスタートを切った。その後、厚生労働省、文部科学省等の行政指導によって製薬企業が主体に実施する治験以外に、医師・医療機関が主体となって実施する医師主導治験、また GCP を改正する改

正 GCP も平成 20 年に通知された。現在、我が国的新薬創出力は世界で 3 番目であり、世界で 5 億ドル以上の売上高の医薬品 202 品目のうち我が国オリジナルなものが約 1 割もあると言われている（製薬協ニュースレター、p5、139 号、2010 年）。

しかし、グローバル化によって治験が他国においても実施されるようになると我が国のが治験実施体制、治験の遅れが問題となり、数年前より「ドラッグラグ」という言葉がマスコミ等でも報道されるようになった。つまり「ドラッグラグ」とは世界の他国で承認された医薬品が我が国ではまだ使用できない状態であり、どこかの国で承認された医薬品が我が国での承認までに約 4 年遅れることを示しており、医療先進国としては憂うべき問題でもある。

これらの問題を解決すべく、厚生労働省等は平成 19 年から新たな治験活性化 5 か年計画を策定し、中核・拠点医療機関を選定し治験・臨床研究の基盤整備を図り、平成 22 年、この計画の見直し検討会の中間報告として、我が国の①治験の高コストの改善策、②治験・臨床研究に関わる医師、他の人材の育成・確保、さらに③治験・臨床研究の事前登録・結果の公表等々を打ち出した。また、平成 20 年には日本学術会議臨床医学・薬学委員会合同臨床試験推進分科会の提言として、医療機関に対して①治験の重要性を認識、②治験を実施しやすい病院内整備、③治験担当者の仕事を高く評価して特別手当、研究費の配分を考慮すること、さらには④治験担当者・支援者の教育の必要性を謳った。一方この間、治験担当医師を支援する臨床試験コーディネーター (CRC) は養成研修修了者約 5,000 ~ 6,000 人、日本臨床薬理学会認定 CRC も 1,000 人を超えており、このような我が国の現状において治験実施の中心的立場にある医師のモティベーションを高めることが喫緊な課題となってきた。

「ドラッグラグ」の原因は勿論、単一の原因ではなく多要因によるものであるが、ここでは「医師の治験に対するモティベーションの低さ」について

考察したい。医師のモティベーションが低いのは治験担当医師のインセンティブが低いからだと言われる。確かに治験担当医師の評価が適切であるかには問題がある。医師のインセンティブには①金銭的インセンティブ（研究費、謝金等）と②業績的インセンティブ（治験論文掲載、学会発表等）がある。これまで医師のインセンティブについては金銭的なものが主に検討されてきたきらいがある。しかし、現状の大学などでは多くの医師（研究者）は治験の実施を敬遠し、むしろ自分たちの自主的な臨床試験を実施しようとする傾向にある。我々の大学でも臨床研究は毎月10件以上が申請されている。臨床業務に多忙な医師達が治験を実施しないで自分たちの臨床研究をやろうとする、その理由は単純であり、自分たちの臨床研究はその結果を学会発表し論文にも掲載できて自分たちの業績にでき、キャリアパスに繋がるからである。

ヘルシンキ宣言、臨床研究の倫理指針などでも臨床試験の結果の公表（論文掲載等）は当然のこととして規定されているにもかかわらず、近年、我が国においては治験結果の論文化はなされていないのではないかと思われる。以前は、我が国において医薬品の承認申請のためには論文別冊が必要であった。この時はほとんどの治験結果が論文化されたため科学論文としては玉石混交の感もあったが、治験結果は曲がりなりにも論文公表されていた。

最近、我が国の製薬団体である日本製薬工業協会（JPMA）、欧州製薬団体連合会（EFPIA）、米国研究製薬工業協会（PhRMA）、国際製薬団体連合会（IFPMA）に代表される研究開発型製薬業界が「臨床試験結果の医学雑誌における論文公表に関する共同指針」（平成22年6月10日）を発表した。この指針においては臨床試験（治験）を依頼するすべてのもの（製薬企業等）がこの基本指針に従うこととしている。これらの対象となる臨床試験（治験）は第I相試験及びそれ以降の介入試験すべてであり、投稿時期も①市販後の医薬品は試験終了後、②開発中の医薬品は新薬承認時、または開発中止時から1年以内（1年半は超えないこと）となっている。さらに著者の規定もあり、その資格は医学雑誌編集者国際委員会統一投稿規定に準ずるとなっており、試験に実質的に関わり、論文の起草に関与した者という当たり前の規定である。さらには著者の「利益相反管理」等々が述べられている。

今後、我が国においても治験担当医師、責任医師

等が治験結果の公表論文に自分の名前を掲載することができれば、特別手当などよりも医師達の大きなインセンティブになり、治験に対する医師達のモティベーションも大いに高まると考えるが如何であろうか。

しかし、また同時に論文化を容易にするためには、我が国の「ドラッグラグ」の一つの要因である、我が国での治験開始の遅れを改善すべきである。つまり初期段階の治験である「早期探索的臨床試験」を我が国でも実施できる環境を早急に整えるべきである。医薬品の開発において「早期探索的臨床試験」（通常、第I相試験から第II相前期試験のProof of Concept :POC試験まで）は医薬品開発に於いて極めて重要なステップであり、医薬品の臨床的評価を決める非常に質の高い治験を実施しなければならない。このような質の高い治験は比較的少ない医療機関と医師で出来る試験であり、我が国の高水準の医療体制の真価を發揮できる試験であり、先に示した治験結果の論文化においても優位であると考える。勿論、第III相試験のような非常に多くの施設、多くの医師が関わるような治験でも論文公表は必要であるが、短期間に多くの症例をエントリーするような試験は我が国の医療体制のなかでは癌などの一部の疾患を除いては困難であるとも考える。

最後になったが、治験結果の公表、医師のインセンティブの獲得と同時に医師の教育も車の両輪のごとく非常に大切である。近年、我が国では医師は卒業と同時に初期臨床研修を受け、その後は各専門領域での専門医取得を目指している。しかし、現状においては一部の学会を除いて、これら専門医に臨床研究の基礎知識が教育されていない現状（筆者データでは教育実施は10～20%）である。「我が国の専門医たる者は臨床試験の基礎知識は有しているべき」との理念のもと、平成22年2月「臨床試験を適正に行える医師養成のための協議会（臨床試験医師養成協議会：PECJCT、会長：高久史麿）」が設立され、今後、日本専門医制評価・認定機構加盟各学会と協力して臨床試験分野の医師の教育に努めることになっている。

我が国の臨床試験、特に医薬品の開発に関わる治験について、その実施の中心的立場にある医師のモティベーションを高め、医療先進国との医師としての責務を果たすために治験結果の論文化が必要であるということを述べさせて頂いた。

e-learning は “良いラーニング” になるか

獨協医科大学微生物学教授
医学情報センター長

増田 道明 氏



はじめに

カルテの電子化やレセプトのオンライン化など、医師にとって IT リテラシーはますます重要になっている。近年は情報技術と通信技術の融合も目覚しく、IT ではなく ICT (information and communication technology) が正式用語となっている。小職は大学病院の感染制御チーム (ICT) のメンバーでもあり、何とも紛らわしい。以下の ICT は感染とは関係無い方を指す。

1990 年代以降、パソコンやインターネットが教育現場にも取り入れられ、ICT を用いた学習、すなわち e-learning の概念が生まれた。医学教育もその例外ではない。わが国でもいろいろな試みが進められ、その成果が医学教育学会や私立大学情報教育協会（以下、私情協）の会合などで報告されている。私も、聴衆応答システム (audience response system; ARS) を用いたインタラクティブ講義を学生や研修医を対象に 2006 年度から行っている。また、今年度は医学情報センター長を兼務し、弊学全体における e-learning 構想についても検討することとなった。その一環として姉妹校であるドイツのミュンスター大学医学部の e-learning システム視察を行った。本稿では、これらの経験を踏まえて、医学教育における e-learning の動向やあり方について概説させていただく。すでに e-learning を活用していらっしゃる先生方には釈迦に説法になることと思うが、たたき台となる一つの私見としてご高覧いただければ幸いである。

e-learning とは

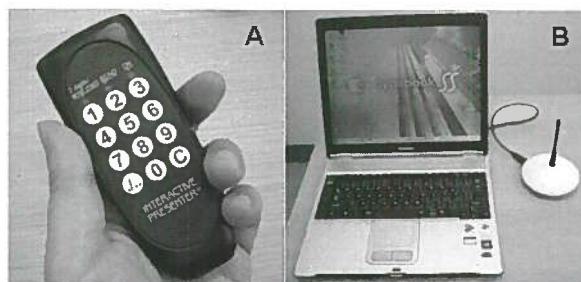
e-learning とは、ICT を応用した学習形態の総称である。具体的に e-learning を構成するのは、教育現場で用いられる教材や機器類などの学習ツールと、カリキュラムやシラバスの作成、学生の成績や

出欠状況の記録・分析、学生・教職員間の情報伝達など、管理・運営面で用いる学習支援システム (learning management system; LMS) に大別される。

・学習ツール

パソコン、プレゼンテーションソフト、液晶プロジェクターは医学教育の 3 種の神器とも言えるほど頻繁に使われるようになった。しかしその背景にあるのは教える側にとっての利便性であり、e-learning ではなく e-teaching の具現化とも言える。換言すれば、e-learning と呼ぶためには「学生からの能動的な働きかけ」という要素が必須である。

(図 1)



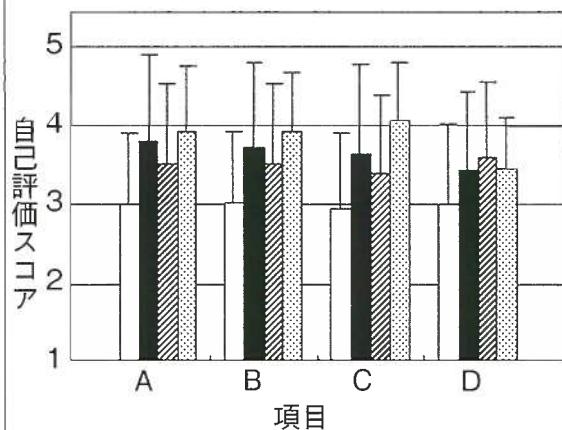
受持ち患者の血液培養から MRSA が検出された。適切な対応はどれか。

- | | |
|-------------------------|--------|
| 1. 患者を陰圧個室に隔離する。 | 3.0 % |
| 2. 医療従事者は N95 マスクを着用する。 | 7.0 % |
| 3. 病室の床を消毒する。 | 0.0 % |
| 4. 標準予防策を徹底する。 | 90.0 % |
| 5. 医療訴訟にならぬよう弁護士に相談する。 | 0.0 % |



講義における ARS の利用例。学生はハンドセット (A) を用いて、スクリーン上の設問に回答する。回答は受信機を接続したパソコン (B) で回収・集計され、結果はすぐにスクリーン上に示すことができる (C)。

(図2)



感染対策に関する研修医の初期トレーニングにおけるARSの効果。2005年度は通常の講義を行い、2006年度以降はARSを用いたインタラクティブ講義を行った。2日間のトレーニングコース終了後に、(A)受持ち患者の喀痰から抗酸菌が検出された時の対応がわかる、(B)受持ち患者の血液培養でMRSAが検出された時の対応がわかる、(C)受持ち患者の鼻腔ぬぐい液からインフルエンザウイルスが検出された時の対応がわかる、(D)感染症を診断した際の院内提出書類がわかるといった項目について5段階の自己評価を受講者に行わせた。各項目の4本の棒グラフは左から右に、2005、2006、2007、2008の各年度の結果を示す。インタラクティブ講義を実施した2006～2008年度のスコアは、2005年度よりも有意に高い。

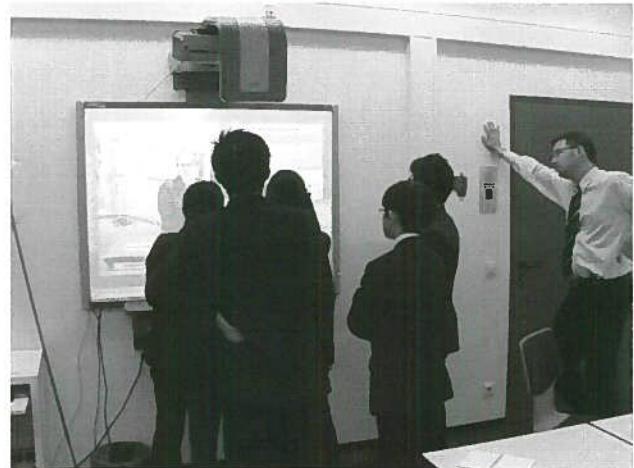
例えば、3種の神器にARSを組み合わせれば、教員が発した問いかけに対して全ての学生が回答でき、さらにその結果をリアルタイムで学生にフィードバックするという双方向性が生まれる(図1)。ARSの利用により、講義における学生の積極性や学習効果が向上するとの報告もあり(Uhari et al., BMC Med. Educ., 2003)、これは私自身の経験や印象とも合致する。例えば、研修医の初期トレーニングにARSを導入したところ、講義内容の理解度自己評価が有意に向上した(図2)。2006年当時ARSの国内販路は乏しく、私も個人輸入のような形でようやく入手できたが、現在は国内企業も参入し、製品選択のオプションも増えている。ミュンスター大学では、医学教育の統括部署(Istitutes für Ausbildung und Studienangelegenheiten; IfAS)が中心となってe-learningシステムを運用しており、学生は全員ARS用の回答デバイスを貸与され、講義に持参することであった。

その他、解剖所見や顕微鏡画像をパソコン上で閲覧できるバーチャルシステムや症例検討形式のマルチメディア教材など、学生の能動的な学習に供する種々のe-learningツールが欧米を中心に考案され、商品化も進んでいる。ミュンスター大学では、スキルス・ラボの診療技能トレーニングシステムや企業と共同開発した外来診療シミュレーションソフトなどのe-learningツール活用例を見ることができた(図3)。

・LMS

講義計画表やシラバスは冊子の形で学生に配布し、試験の日程や結果、学生の呼び出しなどは掲示板に貼り出すというのが従来の方法であった。カリ

(図3)



ミュンスター大学にて海外研修中の獨協医科大学の学生が外来診療シミュレーションソフトによるe-learningを行っている様子。電子黒板上に投影された症例について、学生同士で活発に協議しながら問題解決型の学習を進めている。右端はfacilitatorとして学習支援を行っているJan Becker医師。Becker医師はIfASの専任教員で医学教育学修士号も持つ。

キュラム作成も複数の教職員が分担して、手作業でコマを割り振るという状況が多かったと思われる。これらを統一的にデジタル化あるいは自動化しようというソフトウェアが LMS である。LMS には無料のオープンソースソフトウェア (Moodle、ILIAS など) から商品化されたものまで様々あり、それぞれ一長一短がある。LMS を用いることで、掲示板に開示することなく学生への情報発信ができ、個人情報保護の観点からも有利である。また、冊子や印刷物を作成する手間も減り、コストや資源の節約にもなろう。学生は、学内の情報端末や自身のパソコン、携帯電話などを用いて、必要な情報に隨時アクセスすることができる。ミュンスター大学では、学生の名簿や出欠状況、成績の管理、講義資料ファイルの保存などを含めて LMS を幅広く活用している。また、大学常勤のプログラマーが作成した独自のソフトウェアを用いることで、複雑なカリキュラムを IfAS の専任教員 1 名で作成、調整できるというのが印象的であった。

e-learning の今後の展望

ICT の目覚しい発展や大学における情報インフラの整備により、およそ我々の想像しうる e-learning は（予算が許せば）ハード面での実現は可能になっている。スマートフォンや今春発売されたタブレット型情報端末の e-learning への応用も検討されている。また、ultra-mobile PC やスレート PC など、パソコン機能がより充実した小型情報端末の開発や商品化も加速している。こういった機器を学生が一台ずつ持ち歩き、LMS の情報閲覧、講義資料のダウンロード、オンライン教材による自学自習、ネット情報の検索、レポートの作成・提出など、様々な学習行動において使いこなすという時代は遠くないかもしれません。情報通信の公共インフラ整備やコストダウンに伴い、学外での e-learning システム活用も促されるであろう。

一方ソフト面では、有用な教材コンテンツの開発が喫緊の課題である。医学書の電子書籍化は出版社による対応も期待されるが、医学用学習ソフトやオンライン教材の開発・普及におけるわが国の立ち遅れは否めない。今後は、大学間協力や産学連携などを通じて、モデル・コア・カリキュラムやわが国の医療体制と整合性を有する標準化 e-learning 教材の

開発も推進すべきであり、そのための公的支援も望まれる。

e-learning の導入や効果的運用には、種々の啓発も必要である。例えば、“デジタル・ネイティブ世代”とも呼ぶべき現代の医学生も、ICT リテラシーの個人差は大きい。準備教育モデル・コア・カリキュラムや私情協の情報教育ガイドラインなどを参考に、情報管理の側面も含めた適切な ICT 教育の実施が肝要である。教員に対する啓発においては、ICT に関するファカルティ・デベロップメント (FD) もさることながら、e-learning に関する意識を共有できる雰囲気作りが重要である。ICT に精通した教員が専門知識を振りかざして主導するのではなく、そういう人材がむしろ裏方となって他の教員を支援することで、e-learning の実践に向けた敷居は下げるであろう。e-learning について、「学生が授業に出なくなる」とか「学生・教員間のコミュニケーションが阻害される」と懸念する声も聞かれる。たしかに使い方を誤れば、学生は e-learning をパソコンゲームやネットサーフィンと同列に捉え、“引き籠り的”な学習に終始してしまう可能性もある。しかし、良き facilitator として e-learning を支援する能力を FD を通じて教員が得ることで、学生・教員間の対面コミュニケーションはむしろ活発になることが期待される。e-learning が“良いラーニング”になるためには、むしろそういうアノログ的要素が最も大切なものであると言うこともできよう。今後の技術革新や医学教育ニーズの変化に伴い、e-learning の在り方についてはさらなる検討が必要である。

論

「必要医師数実態調査」で明らかになった今後の医師養成のあり方 —医師養成増慎重論—

壇

岩手医科大学学長

小川 彰氏

1 はじめに

最近、「医療崩壊」の文字がマスコミに登場しない日はない。本問題を受け、行政も「医師養成増」に踏み切った。しかし、医療崩壊は医師養成増のみで解決できる単純な問題ではない。急激な医師養成増は、医師の質の低下をもたらす危険があること、急激な医師養成増は教員不足 = 病院医師不足をもたらし、「医療崩壊」を悪化させることについてはすでに指摘してきた。(要望書：新たな医学部の新設と急激な医学部定員増に対する慎重な対応を求める請願、全国医学部長病院長会議)（月刊新医療；「緊急な医学部定員増は地域医療に深刻な影響を与える「医療崩壊」を増幅させる」）

本稿では、本年9月に公表された厚生労働省「必要医師数実態調査」の結果から「医師養成増慎重論」について論ずる。

2 従来から主張している問題点

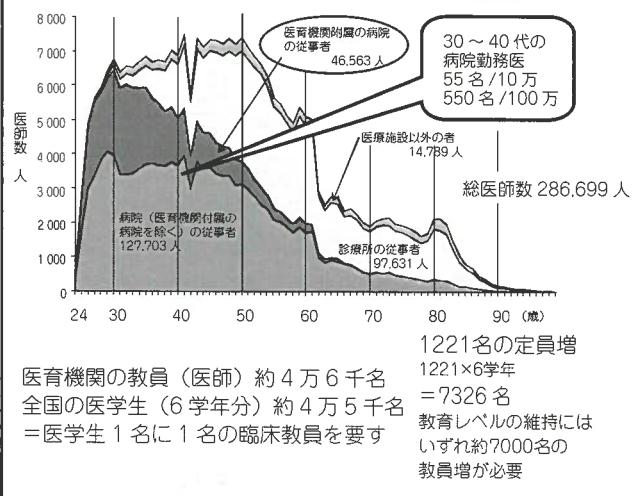
1) 医学教育レベルを維持するには相応な教員が必要だ

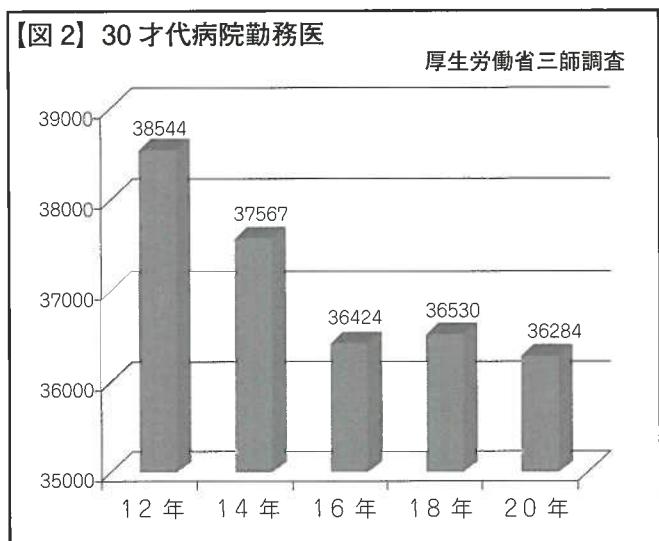
医学教育の向上にともない従前に比べ手がかかるようになった。低学年から、少人数での問題解決型教育、全国共用試験、OSCE、モデル・コア・カリキュラム、診療参加型の臨床実習など、全学年で教育に対する負担は増え続けている。一方で、病院収入が問題にされ、診療にも多大な負担を強いられている。また、研究においても研究資金獲得とその実施など負担も激増

している。この様に、教育、診療、研究共に教員の日常業務負担が激増している。この過酷な勤務環境にある教員に更なる負担を負わせるのは無理である。この3年の1,221名の定員増は12～3大学を新設したと同義であり、現場の教員にとって半端な増員ではない。

厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査（以下、三師調査）によれば日本の総医師数は28万6,699名である。施設の種別にみた医師数の内訳では、病院従事者：127,703名、診療所従事者：97,631名、医療施設以外：14,789名、医育機関附属の病院の勤務者：46,563名である。6学年の医学部在学生は約45,000名なので、現状の医学教育は学生1名について教員1名が教育に当たっていることになる（図1）。

【図1】施設の種別にみた医師数 厚生労働省三師調査統計表6（参考1）
H20.12.31 現在最新データ





医学部定員増は平成 20 年、21 年、22 年と段階的に進んできた。平成 22 年には全国の医学部定員は計 1,221 名増加した。学生数の増が、現時点では低学年に留まっているので、未だ大きな問題になっていないが、いずれ学年を重ねれば在学生の増加分は 1,221 名の 6 年分の 7,326 名になる。従って、現在の医学教育レベルを維持しようとすれば、単純計算でここ 6 年以内に約 7,000 名の大学の新たな教員が必要となる。

また、入学定員ベースではなく、医師数の純増に対する増加率とすると年あたり 4,386 名に 1,221 名が加わることになり実質的に約 30% の医師養成増になっている。

2) 急激な定員増は地方の病院医療を崩壊させる

現時点で新規の医学部教員の供給元は、現在の病院勤務医しかあり得ない。教員候補者は主に 30 ~ 50 才の有能な病院勤務医である。30、40 代の「病院勤務医」は全国で 71,317 名である。これを 10 万対で換算すると 55.8 人、すなわち、100 万人に対し 558 人であり、100 万人規模の都道府県 1 県の 30、40 代の病院勤務医を全て、大学教員に振り分けても、一つの大学の必要教員数にも及ばない。また、30 代の病院勤務医が激減している事実も問題である（図 2）。

地方の病院が医師不足で困窮し「医療崩壊」状態にある。地方病院では 1 名の医師をも抜くことができない。1 人でも医師が欠ければ、残った医師負担は大きく増え、次々に医師の退職を来たし、ドミノ式に医師が抜け、病院医療は崩壊する。この様に、如何に大学が教員不足といえども、地域の病院医師を教員に招く事が出来

ない状況にある。これを強行すれば、取り返しのつかない「医療崩壊」に陥ることになる。

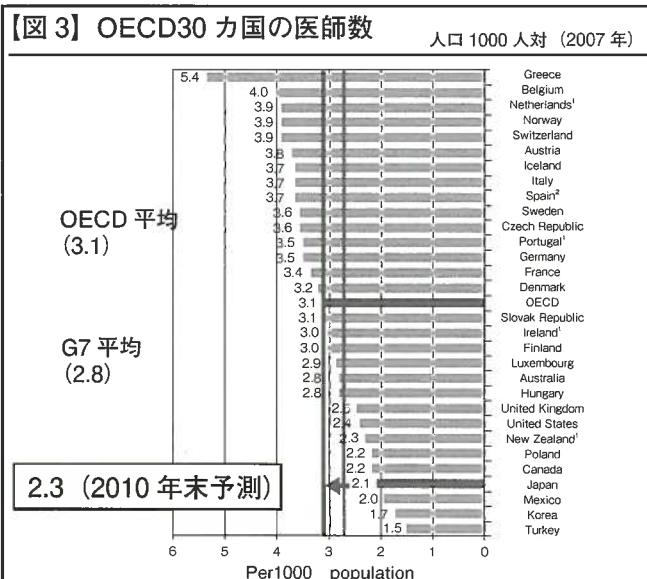
3) 急激な定員増は医師の質の低下をもたらす

国民が求めているのは単なる数合わせではなく有能な医師養成である。昭和 40 年代の医師養成数は 3 千数百名で現在の約半分である。一方、当時の 18 歳人口は約 240 万人、2010 年の 18 歳人口は約 120 万人で半数となった。この様に、現在医学部定員は倍に、大学進学年令の人口は半分になっている。さらに、18 才人口は今後さらに減少し、20 年後の 2030 年には 2/3 の 80 万人となることが予想されている（国立社会保障・人口問題研究所）。18 歳人口が大きく減っている中での定員増は、医学生の学力低下の懸念に結び付き、有能な医師養成に逆行する。

3 日本の医師数の最近の状況と今後の予測

1) 日本の医師数の最近の状況

厚生労働省三師調査によれば、平成 18 年から 20 年の 2 年間で医師総数は 8,772 名増加した。1 年で換算すると 4,386 名の増である。10 万人当たり 224.5 名（平成 20 年 12 月 31 日現在）である。一方、本年末には 10 万対約 231.5 名（平成 22 年末予測）となり、単純な医師数のみの比較では先進国 G7 の平均 280 人、OECD 平均 10 万対約 300 名にかなり近づく（図 3）。すなわち、概算で毎年約 7,500 名～8,000 名の国家試験合格者（新医師）を生み、死亡など医籍から抜けてゆく医師は年約 3,500 名と推定される（表 1）。



【表1】医師数の年次推移

3.5人 /10万人 /年の増

厚生労働省三師調査 各年12月31日現在

	医師数 (人)	増減率 (%)	人口10万対 (人)
昭和 57年 (1982)	167 952		141.5
59 ('84)	181 101	7.8	150.6
61 ('86)	191 346	5.7	157.3
63 ('88)	201 658	5.4	164.2
平成 2年 ('90)	211 797	5.0	171.3
4 ('92)	219 704	3.7	176.5
6 ('94)	230 519	4.9	184.4
8 ('96)	240 908	4.5	191.4
10 ('98)	248 611	3.2	196.6
12 (2000)	255 792	2.9	201.5
14 ('02)	262 687	2.7	206.1
16 ('04)	270 371	2.9	211.7
18 ('06)	277 927	2.8	217.5
20 ('08)	286 699	3.2	224.5

2) 今後の予測

人口変動等の様々なファクターには目をつぶり、出来る限り単純化して厚生労働省三師調査最新データを用い将来予測を試みた。平成20年の10万人当たり医師数は224.5人、平成18年は217.5人である。この2年で $224.5 - 217.5 = 7$ であり10万人当たり医師数の伸びは年3.5人ということになる。過去20年の平均でも年3名を超えてるので年当たり3.5人増は妥当な数字である。平成18年から平成20年の医師数の純増（新医師として医籍に登録された数－死亡等で医籍から抜けた医師数を示す）は4,386名である。年4,386名の純増が10万人当たり医師数の伸び3.5人となるので、1,221名の定員増が卒業する時点では $((1,221 + 4,386) / 4,386)$

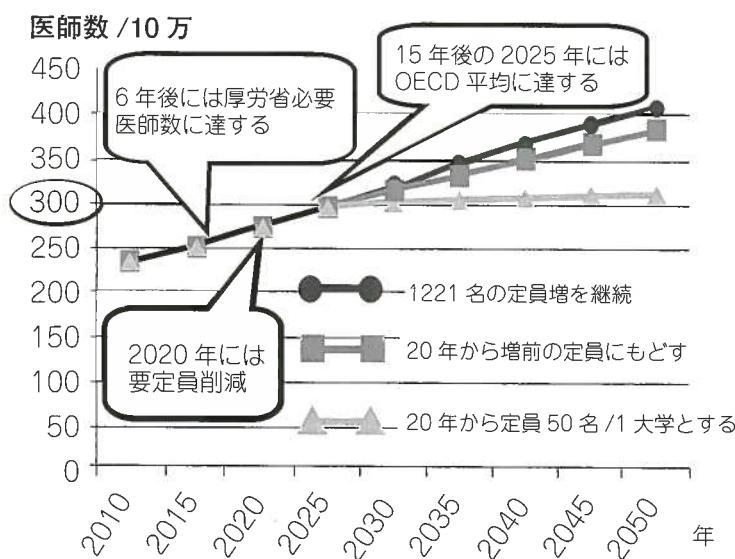
$\times 3.5 = 4.5$ と年10万人当たり4.5名の増となる。

これをグラフ化すると驚愕の事実が明らかとなる（図4）。2015年前後から1,221名の増員分の卒業生が出るため2015年までは年3.5人の増となる。それ以降は年4.5人の増である。わずか15年後の2025年にはOECD平均に達する。その後、●は1,221名の増員をそのまま続けた場合であるが、あっという間に400名の過剰状態になり、未来永劫医師は増え続けることになる。■は現在から僅か10年後の2020年に増員前の定員に戻した場合であるが、その場合でも、いずれは、400名の過剰状態に陥る。この様に、医師数の今後の予測においては、医師養成増を実施しなくとも医師充足時代の到来は思った以上に早い。

3) 医師の安定供給には近未来の大規模な定員削減が必要だ

OECD平均やG7平均を将来の日本の医師の適正数としてよいかどうかは疑問があるが、いずれ「適正な目標数」に達した後は安定した医師養成に方針を転換する必要がある。入学定員の変更が卒業生に反映するのは入学した6年後である。2020年の定員変更が卒業生数に反映するのは2026年である事を前提に▲は10年後の2020年に一校50名の定員とし全国定員4,000名とした場合を想定した。それでも、2026年以降300名程度で推移するが、僅かずつ増加している。この様に、1大学1学年50名定員の時代が来る可能性がある事を示している。しかし、これでは大学運営の効率化は望めず各大学

【図4】今後の医師数予測



の負債は増大する。また、1名の医師養成にかかる教育経費は1億円もの莫大な費用がかかると試算されている。莫大な国民の血税を注いで養成した医師が過剰となり、働く場がない様な事になれば血税の浪費である。

4 今後の医師養成増を「慎重に行う必要がある」ことを証明した平成 22 年度厚生労働省調査

確かに現時点では医師不足が明らかであり、「医療崩壊」状態にあることは事実である。しかし、先般、厚生労働省「必要医師数実態調査」(9月29日公表)が明らかにした結果では、全国平均で求人医師数が現員医師数の1.11倍としている。現員医師数の1.11倍とは10万対253.1人であり、わずか6年後の2016年頃にはこの医師数は達成される。また、現在は求人していないが、将来的に必要と考える医師数は1.14倍であった。1.14倍でも10万対253.1人であり、7~8年後の2017年から2018年頃には充足する事になる。全国の平均医師数からみれば、必要求人医師数でも、将来必要医師数でも今後6年から8年後には充足する事になる。従って、今回の厚生労働省の調査結果は、現場の医療機関のニーズからみて、これから更なる医師養成の増は、慎重に行う必要があることを明確にしたことになる。

これから医師養成数(医学部定員)を増やしても、卒業生が出るのは最短6年後であり、その時点では医師数の目標(厚生労働省調べ)は達成されている。従って、今後の医師養成増は慎重に行う必要があると考える。当座の問題にのみ目を奪われ、わずか10年先に近未来の予測もできないうでは、大局を見失い、結果、国民の利益を大きく損なうことを危惧する。

5 提言

医師、歯科医師、薬剤師、裁判官・検事・弁護士などの法曹の「高度専門職」は、国民の生活、福祉に直結する重要な公的職種である。従って、その養成に当たっては社会情勢の変化を踏まえつつ、過不足を生じることのない仕組みが必要である。現在の大学設置基準には、設置を許可する外形基準しかなく、養成数を適正化するルールがないところに問題がある。特に、「高度専門職」の養成に当たっては、長期かつ緻密な国家戦略の基で定員適正化の仕組みを作り、厳正に対処すべきである。

現在問題となっている歯学部、薬学部、法科大学

院などの混乱が医師養成の場に持ち込まれれば国民福祉に大きな禍根を残す。この様な事にならないよう慎重な配慮を望みたい。

現在、WHO や OECD、Canada Healthcare Report から世界一の医療水準にあると評価されている日本の医療を崩壊に導かないよう、場当たり的な政策変更は慎み、慎重な政策決定を切にお願いするものである。

6 結論

医療崩壊の解決策は、医師養成増、医師数の問題のみではなく「地域間・診療科間偏在」の解消など総合的政策が必要である。単純計算としての医師数を議論する時期は終わったと考える。地域・診療科偏在問題と将来の適正数調整問題こそ議論すべき時期にきたのではないかと考える。

近々の問題は以下である。

- 1) 国民が求めているのは単なる数合わせではなく有能な医師養成である。
- 2) 教員増も必要であり、地域医療の中核にある有能な病院勤務医を充てるしかない。
- 3) 地方では病院勤務医が1名でも欠ければドミノ式に医師が欠け病院は崩壊する。
- 4) 従って、医療崩壊を食い止めるはずの医師養成増が、医療崩壊を悪化させる。

また、長期的問題として、医師養成増を急激に推し進めると、

- 1) 現在の医学部定員を続ければ早急に OECD 最高の医師数にまで到達すると考えられる。
- 2) すなわち、世界的に見ても、近々に圧倒的医師過剰状態に到達するのではないか。
- 3) 医師需要の均衡を保つためには10年後には定員削減をスタートさせる必要が出てくることも考えられる。

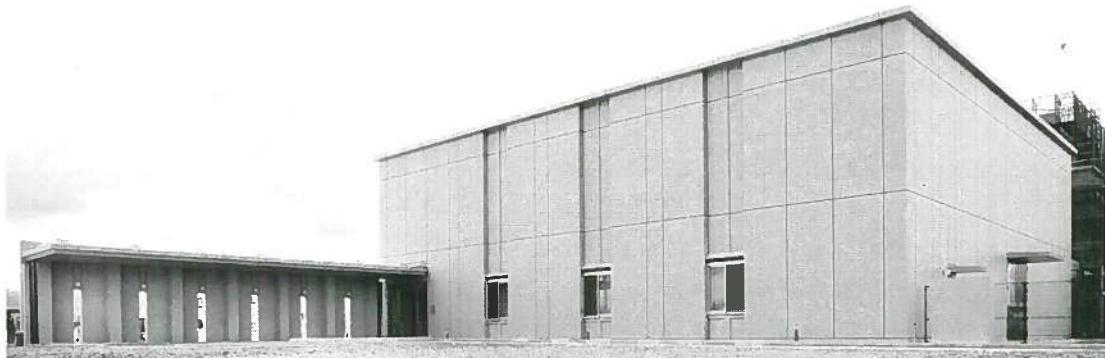
機構上の問題と行政上の問題

- 1) 医師養成増のための環境整備には、膨大な額の先行投資が必要である。
- 2) 一度増やした学部や定員の削減は、現在の大学設置基準上、極めて難しい。
- 3) 高度専門職養成には過不足を生じないよう、国家戦略としての定員適正化の仕組みを作るべきだ。

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 7テスラMRI研究施設



7テスラMRI研究施設外観

岩手医科大学では、矢巾新キャンパスへの総合移転整備計画を進めています。中でも、共同研究施設の中核となる7テスラMRI研究施設がこの度竣工しました。機器のボディコイルは既に設置済みであり、機器調整後に本格稼動を予定しています。

7テスラMRIとは、超高磁場の磁気共鳴画像装置のことであり、世界に十数台しか導入されておらず、これまで本学における研究に利用してきた3テスラMRI装置に代わり、さらなる研究体制の強化に向けて導入されました。

本装置の導入により、細密な分解性能による断層画像を撮ることができるために、脳神経疾患や精神疾患をはじめ、人体における病態要因解明が可能となります。今後、種々の次世代技術や検査・解析手法の確立による将来の神経科学や脳神経・精神医学の発展への貢献が期待されます。

【建物構造】

鉄筋コンクリート造、地上2階建

建物面積 731.56m²

延べ床面積 836.55m²



7テスラMRIボディコイル（機器調整後本格稼動）



研究施設内部

兵庫医科大学

ささやま医療センター リニューアルオープン

兵庫県篠山市にある「兵庫医科大学篠山病院」は、平成 22 年 6 月 1 日、「兵庫医科大学ささやま医療センター」と名称を改めて旧病院北側に新築（地上 4 階建、敷地面積 17,391.97m²、延床面積 11,953.02m²）し、リニューアルオープンしました。

旧兵庫医科大学篠山病院は、平成 9 年に民間第 1 号として国から「国立篠山病院」の経営移譲を受けて開院し、篠山市の中核病院としての役割を果たしてきましたが、慢性的な赤字経営や医師、看護師の不足、建物の老朽化や医療機器、施設設備の劣化などから経営を存続するには非常に厳しい状況にありました。しかしながら、地域医療の崩壊を阻止すべく兵庫県立会いの下、篠山市との間で「兵庫医科大学篠山病院の運営と整備に関する基本協定書」を締結し、3 者間合意のもと協力して運営していくことになりました。今回の事業は、この協定に基づく篠山市、兵庫県等からの財政支援を受け実施されたものです。

兵庫医科大学ささやま医療センターの医師は、「地域総合医療学講座」に所属する教員として、学生教育、研究活動も積極的に行ってています。また、当院は、姉妹校である兵庫医療大学看護・薬学・リハビリテーション各学部の実習の場としても重要な役割を担っています。

【病院概要】

設置者：学校法人兵庫医科大学
所在地：〒 669-2321 兵庫県篠山市黒岡 5 番地
開設年月日：平成 9 年 10 月 1 日
病床数：180 床（一般病床 136 床、療養病床 44 床）



ささやま医療センター外観

院内には地域で最大規模を誇るリハビリテーションセンターを有しており、併設するささやま老人保健施設との有機的な連携により、急性期から慢性期、在宅復帰に至るまで、地域に密着した総合的な医療を提供しています。さらに、地元篠山市の国保診療所への医師の派遣、地域医療機関との連携等、院内外における様々な活動を通じて地域の中核病院としての役割を果たしています。今後は、健康講座の開催等を通じた市民の健康維持・増進活動、あらゆる医療ニーズに対応できる家庭医療医の育成にも注力していく、「兵庫医大版地域医療モデル」を構築したいと考えています。



外来受付



玄関ホール

関西医科大学

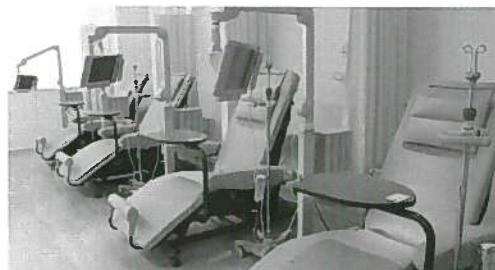
香里病院開院



香里病院外観



透析センター



外来化学療法室

平成17年12月31日に閉院した関西医科大学附属香里病院の跡地に、寝屋川市、寝屋川市医師会のご支援のもと、平成22年7月1日装いも新たに関西医科大学香里病院を開院しました。

新しい香里病院は、地域医療機関との病診連携、関西医科大学附属枚方病院・附属滝井病院との機能連携を活かし、患者中心の思いやりのある良質で最善の医療を提供します。また、電子カルテシステムが採用され、附属病院間での検査・画像データの共有化が図られています。

特徴としては、維持透析が主体の透析センター30床、乳腺外科を中心とした外来化学療法室10床を有し、安全で女性に優しい女性専用病棟を設置しています。また、腹腔鏡下手術などの低侵襲的な治療を積極的に行い、入院期間の短縮および痛みの少ない治療を心掛けます。さらに、働いておられる方々の医療ニーズに応えるため、一部の診療科で夕方診療を行っています。

【施設概要】

敷地面積	4,033m ²
延べ面積	15,216m ²
構造	鉄筋コンクリート造（免震構造）
階数	地下1階、地上8階、塔屋1階
駐車場	50台
診療科	13科
内科、小児科、外科、乳腺外科、整形外科、皮膚科、泌尿器科、眼科、耳鼻咽喉科、婦人科、放射線科、麻酔科、リハビリテーション科	計13科
病床数	200床（一般病床）

○地下1階：駐車場 50台

○1階：放射線部、臨床検査部、内視鏡部、栄養管理部、薬剤部、感染待機室

栄養管理部では、環境にやさしいオール電化を採用しています。

○2階：エントランスホール、総合案内受付、外来診療部門、中央採血室

エントランスホールは、京阪電車香里園駅と歩行者デッキ（徒歩1分）で直結しています。

○3階：透析センター、外来化学療法室機能訓練室、手術部

透析センターは、維持透析28床および腹膜透析2床、化学療法室は10床、手術室は3室を配置しています。

○4階～7階：一般病棟（200床）

各フロアは50床で7階病棟は女性専用のフロアとなっています。

○8階：医局、部長室、図書室、会議室

診療科を超えた医局、部長室が配置され、図書室では学内学術系LANを敷設して、臨床研修病院としての機能に加えて、学生教育、看護学生教育に必要な機能も十分備えています。会議室では、地域の医療機関との合同症例検討会や研究会等を行うための機能を備えています。

久留米大学

大学病院本館開院



病院本館外観

学校法人久留米大学が「創立 80 周年記念事業」の一環として建設を進めてきました、久留米大学病院本館は、平成 19 年 11 月の着工から約 3 年、多くの学内外の関係者のご尽力により、平成 22 年 11 月 1 日に全館開院の運びとなりました。

新しい病院本館は「地球にやさしい病院作りのためのコージェネシステム」を念頭に、環境対策にも考慮した設備を導入しています。別棟となる総合診療棟（外来・外科病棟等）との機能的な連携を実現するために 3 階、4 階を渡り廊下で直結し、飛躍的に人・もの・情報の効率的な移動を実現しました。

地域としての特色は、久留米市は約 60 年前に未曾有の大水害に見舞われ、病院関係者にも多くの犠牲者を出しました。その教訓から、あえて地下施設は作らず 4 階に多くの設備を中央化しています。5 階から 14 階の各病棟には、カンファレンス、スタッフ控室を充実させ、説明室も複数配置しインフォームドコンセントにも対応しております。15 階屋上には格納庫付ヘリポート（飛行場外離着陸場）を設置し、運行管理室、救急救命処理スペースも完備しました。年々拡大する県内外からのドクターヘリへの運航要請にも、充分対応できるものとなっております。

新しい久留米大学病院本館は、福岡県南部の基幹病院として、その使命は益々高まるものと思われます。



ヘリポート



渡り廊下

医大協ニュース

岩手医科大学

《人事》

◎監事就任

佐々木隆夫（再任）

飛澤重嘉（再任）

以上、平成22年8月1日付

日本医科大学

《人事》

◎医学部長

伊藤博元

平成22年10月1日付

◎臨床教授

丹野正隆（多摩永山病院病理部）

平成22年4月1日付

井川修〔内科学（循環器・肝臓・老年・総合病態部門）〕

平成22年10月1日付

《訃報》

仁井谷久暢名誉教授は、平成22年7月23日（金）に享年81にて逝去されました。

山地幸雄名誉教授は、平成22年9月9日（木）に享年87にて逝去されました。

《教室名称変更》

○生化学・分子生物学（代謝・栄養学）〔改正前：生化学・分子生物学（構造生物学・代謝学）〕

○生化学・分子生物学（分子遺伝学）〔改正前：生化学・分子生物学（分子遺伝学・栄養学）〕

以上、平成22年4月1日付

東京医科大学

《法人役員就任》

◎理事長

田中慶司

◎学長

臼井正彦

◎常務理事

関口令安

金澤真雄

行岡哲男

◎理事

赤枝恒雄

飯森眞喜雄

小野寺三喜子

唐沢昌敬

鈴木 衛

高澤謙二

野中 博

古畑 正

松崎靖司

水巻中正

◎常任監事

酒井義浩

◎監事

鶴田正春

松島正浩

以上、平成22年7月1日付

《人事》

◎名誉教授称号授与

山田仁三

遠藤任彦

千葉博茂

工藤玄惠

以上、平成22年4月1日付

小柳泰久

平成22年4月14日付

◎教授就任

桂 善也（内科学第5講座）

平成22年5月1日付

小櫃由樹生（外科学第2講座）

濱田篤郎（大学病院渡航者医療センター）

以上、平成22年7月1日付

富山博史（内科学第2講座）

寺内文敏（産科婦人科学講座）

以上、平成22年8月1日付

◎臨床教授就任

大瀬戸清茂（麻酔科学講座）

平成22年7月1日付

《訃報》

永井純義顧問・元理事長におかれましては、平成22年5月11日に享年93にて逝去されました。

東京女子医科大学

《人事》

◎教授就任

林 和彦（化学療法緩和ケア科）

平成22年6月1日付

新井田達雄（八千代医療センター外科）

藤林眞理子（東医療センター病院病理科）

以上、平成22年7月1日付

◎臨床教授就任

秋元哲夫（放射線腫瘍学）
平成 22 年 7 月 1 日付

長谷川久弥（東医療センター周産期新生児診療部）
土谷 健（内科学（第四））

前 昌宏（東医療センター心臓血管外科）
中澤速和（東医療センター泌尿器科）

以上、平成 22 年 8 月 1 日付

◎客員教授就任

井上真郷（統合医学研究所）
平成 22 年 5 月 1 日付

◎名誉教授就任

高野加寿恵
寺岡 慧

日下部きよ子
浅井利夫

以上、平成 22 年 4 月 1 日付
以上、平成 22 年 4 月 1 日付

東京慈恵会医科大学創立 130 年 同窓会設立 85 周年合同記念行事

明治 14 年（1881 年）、学祖 高木兼寛が本学の前身である成医会講習所を開設して以来、創立 130 年を迎えるにあたり、設立 85 周年の同窓会との合同記念行事を 10 月 2 日（土）に挙行いたしました。

合同記念式典では高久史麿日本医学会会長から、帝国ホテルに会場を移した祝賀会では小川秀興日本私立医科大学協会会長からご祝辞をいただき、日本私立医科大学協会加盟大学をはじめとして多くの方からご祝意を頂戴し、無事盛会裏に終了することができました。

記念講演は、阿部志郎先生（神奈川県立保健福祉大学名誉学長）による「今、医療に問われているもの一人間・社会・文化の問題一」と題して、精神的な高い視点からみた医療と福祉の課題、医療従事者としての心のあり方、そして医学教育への大変示唆に富む講演で、来賓の方々、同窓、教職員ともに大いに感銘を受けました。

東京慈恵会医科大学

《人事》

◎理事長

栗原 敏（再任）
◎理事

森山 寛（再任）
伊藤 洋（再任）

坂井春男（再任）
小林 進（新任）
落合和徳（再任）
谷口郁夫（再任）
羽野 寛（新任）
橋本和弘（再任）
小路美喜子（再任）
高橋実貴雄（再任）
霜礼次郎（再任）
原 貞夫（再任）
高木敬三（再任）
梅澤祐二（再任）
前田新造（再任）
以上、平成 22 年 4 月 1 日付

◎教授

馬詰良樹（名誉教授）
田嶋尚子（名誉教授）

竹森 重（昇任／分子生理学講座担当）
宇都宮一典（昇任／内科学講座
糖尿病・代謝・内分泌内科担当）

小林 進（昇任／外科学）
村山雄一（昇任／脳神経外科学）
以上、平成 22 年 4 月 1 日付

横田邦信（昇任／大学直属）
岸本幸一（昇任／泌尿器科学）
以上、平成 22 年 5 月 1 日付

宮本幸夫（昇任／放射線医学）
平成 22 年 8 月 1 日付

教授（員外）

富田 英（就任）
平成 22 年 5 月 11 日付

◎医学部外科学（乳腺外科学部門）
教授
中村清吾（就任）
平成 22 年 6 月 1 日付

《退任関係》

◎学長
細山田明義（任期満了）
平成 22 年 7 月 27 日付

順天堂大学

《人事》

◎教授就任

綿田裕孝（大学院医学研究科代
謝内分泌内科学／医学部内科学
教室・代謝内分泌学講座）

水野博司（大学院医学研究科形
成・再建外科学／医学部形成外
科学講座）

昭和大学

《就任関係》

◎学長

片桐 敬（就任）
平成 22 年 7 月 28 日付

◎横浜市北部病院循環器センター

以上、平成22年6月1日付
 井関栄三（大学院医学研究科精神・行動科学／医学部精神医学講座）
 平成22年7月1日付
 小室裕造（大学院医学研究科形成・再建外科学／医学部形成外科学講座）
 平成22年8月1日付

関西医科大学

《役員人事》
 ◎理事長辞任
 塚原 勇
 平成22年5月31日付
 ◎理事辞任
 塚原 勇
 平成22年5月31日付
 ◎理事長就任
 山下敏夫
 平成22年6月1日付
 《教授人事》
 ◎教授就任
 上野博夫（病理学第一）
 平成22年5月16日付
 《役職者人事》
 ◎香里病院病院長
 高山康夫（新任）
 平成22年6月1日付
 ◎教育研究基盤整備企画室室長
 伊藤誠二（新任）
 平成22年7月16日付

大阪医科大学

《人事》
 ◎教授
 石坂信和（就任）
 平成22年4月16日付

北里大学医学部創立40周年

本年、北里大学医学部は、創立40周年を迎えました。昭和45年（1970年）に、我が国で戦後初めて設立された医学部として相模原市に誕生し、これまで約4千人の医師を輩出してきました。

この度、当該周年記念の一環として、また地域の方々への感謝を込めて、去る6月30日（水）に、グリーンホール相模大野において、記念講演会＆コンサートを開催しました。

講演会は、宇宙飛行士で日本科学未来館館長の毛利 衛先生をお招きし、『宇宙から見る生命のつながり』というテーマで、知性溢れるお話を伺いました。折しも、小惑星探査機はやぶさの帰還（快挙）と重なり、宇宙への憧憬を一同新たにしました。

また、コンサートは、ピアニストで神経内科医の上杉春雄先生にピアノ演奏をご披露いただきました。神経を専門とされる上杉先生の繊細な感性と、奏でる名曲の数々によって一同心が洗われ、大いに癒されました。

久留米大学

医療学】
 平成22年9月1日付

《人事》
 ◎教授就任
 明石英俊（医学部医学科外科学講座）
 平成22年7月1日付

川崎医科大学

《教授人事》
 ◎就任
 中野貴司（小児科学）
 三木淳司（眼科学）
 以上、平成22年7月1日付
 山田了士（精神科学）
 平成22年8月1日付

北里大学

《人事》
 ◎教授就任
 笹岡俊邦（実験動物学）
 平成22年7月1日付
 宮地 鑑（心臓血管外科学）
 三枝 信（病理学）
 以上、平成22年8月1日付
 井上優介（放射線科学（画像診断学））
 平成22年9月1日付
 ◎特任教授就任
 水野美邦（寄附講座「神経再生」）

聖マリアンナ医科大学

《人事》
 ◎就任
 朴 成和（臨床腫瘍学）
 平成22年7月1日付
 津川浩一郎（外科学（乳腺・内分泌外科））
 平成22年9月1日付

学校法人川崎学園創立 40 周年記念行事

川崎医科大学は、良医を世に送って国民の健康と社会福祉に貢献し、医学の進展に寄与することを使命として、昭和 45 年に戦後初めて設立された私立医科大学です。

10 月 24 日（日）には、学校法人川崎学園の創立 40 周年を祝し、記念行事として、①学園内の施設見学、②三菱総合研究所理事長（前東京大学総長）小宮山宏先生の記念講演会、③学園内の総合体育館での記念祝賀会を開催しました。特に、講師の小宮山先生は、「『課題先進国』日本の役割」と題して、新しい社会モデルを提案され、聴衆に深い感銘を与えられました。私立医科大学協会からは小川会長、栗原副会長、赫副会長、小栗事務局長等にご出席をいただき、盛会裏に終えることができました。

本学園は、創立 40 周年を新たな契機として、人間性豊かな良き医療・保健・福祉の人材養成と地域の皆様への医療・健康サービスにおいて、さらに前進してまいります。

《聖マリアンナ医科大学病院救命救急センター 30 周年記念式典について》

平成 22 年 10 月 23 日（土）パシフィコ横浜にて、聖マリアンナ医科大学病院救命救急センター 30 周年記念式典・講演会が執り行われました。

同センター長 箕輪良行教授が「救急医学講座のこれから」、救急医学 平泰彦教授が「救急医学講座の歩みとこれから」を講演しました。

式典では明石勝也理事長が「1980 年 7 月、厚生労働省、神奈川県そして川崎市からの要望に応え、県下初の救命救急センターとして開設され、以来地域の中核的な救命センターとして現在に至っております。これは、ひとえに皆様のご協力と救命救急医療に従事した方々の熱意・働きの賜であります。救命救急センターの医療活動が医学教育と地域医療に貢献できるよう、今後とも川崎市北部地

域における救命救急医療不足解消のため励むことを誓います」と結びました。

帝京大学

《人事》

◎教授

石田政弘（医学部附属溝口病院
眼科学）
平成 22 年 6 月 1 日付

藤田保健衛生大学

《人事》

◎教授退任

藤田記念七栗研究所
近藤和泉（リハビリテーション
研究部門）
平成 22 年 9 月 30 日付

自治医科大学

《役員の異動》

◎理事

桃井眞里子（就任）
平成 22 年 5 月 31 日付

《大学の人事》

◎学生部長

梶井英治（退任）
平成 22 年 3 月 31 日付

埼玉医科大学

《法人役員》

◎理事

吉本信雄（新任）
平成 22 年 7 月 20 日付

《人事》

◎医学部長

別所正美（新任）
平成 22 年 4 月 1 日付
◎かわごえクリニック院長
佐々木望（新任）
平成 22 年 6 月 1 日付

愛知医科大学

《人事》

◎理事

島田孝一（新任）
佐賀信介（新任）
八島妙子（新任）
以上、平成 22 年 4 月 1 日付
安藤不二夫（辞任）
平成 22 年 5 月 31 日付
高本 滋（新任）
野田正治（新任）
以上、平成 22 年 6 月 1 日付

◎教授

小島貞男（昇任・化学）
渡邊大輔（昇任・皮膚科学講座）
藤原祥裕（昇任・麻酔科学講座）

愛知医科大学 《地域救急医療学寄附講座の設置》

本学では、厚生労働省地域医療再生計画事業に基づく愛知県による地域医療再生計画事業の一事業として、平成22年4月1日、医学部に「地域救急医療学寄附講座」を設置しました。

【設置目的】

地域医療の維持とその向上のため、救急医療の在り方に関する教育・研究を行い、地域救急医療体制の改善及び救命活動の発展に寄与することを目的とする。

【事業内容】

1. 地域救急医療体制の抜本的見直し及び新たな体制整備に関する研究を行う。
2. 医師及びコメディカルに対する救急医療関連の教育を行う。
3. 医学部、看護学部学生に対して地域医療における救急医療に関する総合的な教育を行い、その重要性及び救急医療に対するモチベーションを向上させる。
4. 地域医療における救急救命の専門的医師やコメディカル職を養成する。

【設置期間】

平成22年4月1日から平成26年3月31日まで（4年間）

【職員の構成】

教授：井上保介、助教：青木瑠里

吉田眞理（昇任・加齢医科学研究所）

以上、平成22年4月1日付

◎教授（特任）

伊藤 誠（昇任・寄生虫学講座）

中尾春壽（昇任・内科学講座（消化器内科））

三輪啓志（昇任・内科学講座（血液内科））

大須賀浩二（昇任・脳神経外科学講座）

井上保介（昇任・地域救急医療学寄附講座）

以上、平成22年4月1日付

明石 学（昇任・麻酔科学講座）

平成22年7月1日付

金沢医科大学

《法人役員》

◎理事

川上重彦（形成外科学教授）（新任）

（任期：平成22年10月1日～平成23年3月31日）

◎理事

飯塚秀明（脳神経外科学教授）（辞任）

平成22年8月31日付

◎理事

飯塚秀明（脳神経外科学教授）（就任）

（任期：平成22年10月1日～平成23年3月31日）

《役職教員》

◎学長

勝田省吾（病理学II教授）（新任）
(任期：平成22年9月1日～平成25年8月31日)

◎副学長

篠原治道（解剖学II教授）（新任）
(任期：平成22年9月1日～平成25年8月31日)

◎副学長

飯塚秀明（脳神経外科学教授）
(新任)
(任期：平成22年9月1日～平成25年8月31日)

◎学生部長

森本茂人（高齢医学教授）（新任）
(任期：平成22年9月1日～平成25年8月31日)

◎病院長

飯塚秀明（脳神経外科学教授）
(辞任)

平成22年8月31日付

◎病院長代行

川上重彦（形成外科学教授）（新任）

平成22年9月1日付

◎病院長

川上重彦（形成外科学教授）（新任）

（任期：平成22年10月1日～平成23年3月31日）

《教授》

◎部門教授

川崎康弘（精神神経科学）（新任）
平成22年7月1日付

中村 晃（免疫学）（新任）

平成22年9月1日付

◎臨床教授

中橋 毅（高齢医学）（就任）
平成22年7月1日付

中橋 毅（総合医療学（石川県））
(新任)

平成22年8月1日付

《金沢医科大学氷見市民病院》

金沢医科大学

地域医療再生計画による寄附講座 「総合医療学」(石川県)を設置

石川県では、国の地域医療再生計画に基づき、能登北部地域の医師確保対策の推進および医療の充実に向け、金沢医科大学に寄附講座を設置することとした。本学では、県からの要請を受け、寄附講座「総合医療学」(石川県)を設け、公立穴水総合病院内に「能登北部地域医療研究所」を開所し、その活動拠点とする。

寄附講座は、地域医療の再生および地域医療の組織的確立を目的とし、以下の事業を行う。

寄附講座の概要

(1) 名称：寄附講座「総合医療学」(石川県)

(2) 主な事業内容：

- 教育（総合医の育成、地域医療従事者の育成）
 - ・地域医療実習（学生）、初期研修（ローテーター）、後期研修（常勤医）
 - ・地域医療における総合医、家庭医、救急医、専門医、指導医の育成
 - ・地域医療従事者と連携した実習・研修
- 研究（グローバルな視野での地域医療の研究）
 - ・能登地域の医療の現状調査、介入試験
 - ・能登地域の疫学研究
 - ・研究成果の情報発信（学会、イベント、Web、刊行物、メディア）
- 診療（地域医療への支援・充実）
 - ・地域基幹病院での診療、穴水総合病院での診療支援
 - ・地域全体をカバーする医療体制
 - ・病院機能のデリバリー（NST：栄養サポートチーム、褥瘡対策、医療安全、感染対策等）
- 社会貢献（医療を軸とした社会貢献）
 - ・能登北部地区への医師の派遣・斡旋
 - ・地域医療拡充
 - ・地域医療に関する情報発信

(3) 設置：平成 22 年 8 月 1 日

(4) 活動体制：

所長	中橋 豊	教授
副所長	能村幸司	講師
副所長	濱中 豊	課長

(5) 石川県からの寄附金額：

総額 120,000 千円

（平成 25 年度まで毎年度各 30,000 千円、地域医療再生基金から拠出）

◎特任教授

木越俊和（内分泌・代謝科）（退職）

平成 22 年 6 月 30 日付

獨協医科大学

◎教授の就任

石井 清（国際教育研究施設基盤教育センター）

今村武佳（国際教育研究施設基盤教育センター）

坂本 攝（大学病院 PET センター）

玉野正也（越谷病院消化器内科）
以上、平成 22 年 5 月 1 日付

堀中繁夫（内科学（循環器））
平成 22 年 6 月 1 日付

片桐一元（越谷病院皮膚科）
平成 22 年 7 月 1 日付

本田幹彦（日光医療センター泌尿器科）
平成 22 年 10 月 1 日付

産業医科大学

《役員就退任》

◎理事

伊藤庄平（退任）

唐澤祥人（退任）

以上、平成 22 年 5 月 24 日付

◎理事

原中勝征（就任）

山田義夫（就任）

以上、平成 22 年 5 月 25 日付

協会及び関係団体の動き

I. 私立医科大学附属病院に対する助成制度の拡充に関する要望について

私立医科大学附属病院は、大学設置基準により医学部の教育に必要な施設として置くことと定められ、学生の臨床教育、医師の卒後研修の根幹を成す場として機能しており、また、地域医療の中核として高度先進医療を求められ、常に施設・設備の充実が不可欠となっている。

近年、私立医科大学附属病院は、建物の老朽化が進み、また耐震基準による建替えを迫られている施設が多い状況である。

現在の経済状況から学費の値上げもできず、施設更新の経費の一部を日本私立学校振興・共済事業団の貸付金に依存している。したがって、融資限度額の条件緩和ならびに助成制度の拡充が喫緊の課題である。

同事業団の融資制度を活用した場合における文部科学省利子助成制度の拡充及び私立医科大学附属病院に対する助成制度の拡充について、以下のとおり要望書を提出した。

【要望内容】

(1) 利子助成制度の条件緩和について

- 文部科学省利子助成制度事業において、一般施設費及び特別施設費ともに利子助成後当初10年間は大学負担を0.5%としていたが、今後も10年間延長していただき、引き続き平成33年度申請分まで認めていただきたいこと。
- 文部科学省利子助成制度事業において、大学病院等を建設する場合、取り壊しの如何にかかわらず、利子助成制度の対象としていただきたいこと。

(2) 助成制度の拡充について

- 私立医科大学附属病院の建替え、増改築等を行う場合の助成に関して、その経費の1/2助成を行っていただくよう制度の拡充を要望すること。
- 上記の1/2助成が不可能の場合、当該事業経費に関して、10年間を限度とする無償貸与の制度を創設していただくよう制度の拡充を要望すること。

■主な提出先

平成22年6月15日(火)

河田悌一日本私立学校振興・共済事業団理事長

平成22年6月15日(火)

菅直人内閣総理大臣

仙谷由人内閣官房長官

野田佳彦財務大臣

川端達夫文部科学大臣

長妻昭厚生労働大臣

枝野幸男民主党幹事長

玄葉光一郎民主党政調会長

平成22年7月5日(月)

河村建夫「自民党医学教育・大学病院を考える会」会長

尾辻秀久「医療現場の危機打開と再建をめざす議員連盟」会長

II. 平成23年度政府予算概算要求に関する対応について

▼平成22年7月29日(木)

全私学連合(会長:白井克彦早稲田大学総長)は、川端達夫文部科学大臣宛に「平成23年度私立学校関係政府予算に関する要望」を提出した。

同要望書の中に、下記のとおり本協会の要望事項が盛り込まれている。

(1) 私立大学と国立大学の格差是正

学生一人当たりの教育に必要な経費に対して、国立大学と同程度の国費負担による補助を実現し、現在の私立大学等経常費補助金（平成 22 年度予算額：約 3,222 億円）を約 9,000 億円へと大幅な拡充を図る必要があること。

(2) 私立経営の健全な発展に対する支援（一般補助、特別補助の充実）

私立大学の基盤的経費を支える私立大学等経常費補助金（一般補助、特別補助）については、予算額の拡充を図ることはもちろんのこと、各大学への配分額の算定に当たって、補助基準額を求める単価、補助率、交付合計額を予算額内に収めるための「圧縮率」のあり方についての見直しが必要であること。

(3) 高等教育に対する公財政支出の国際水準への拡大

わが国の国際競争力を向上・強化するためには、高等教育機関に対する公財政支出を現在の G D P 比（0.5%）から国際水準（OECD 平均 1%）へ可及的速やかに拡大すること。

(4) 医学部の入学定員増に伴う教育環境の支援の充実

医学部の入学定員増、地域枠の設定等に伴い、人的および物的支援の観点に立った教育研究環境の整備および附属病院（分院を含む）の教育研究診療機能の充実や勤務環境の改善を図るために取り組みに対する支援の拡充を図ること。

(5) 教育研究施設の耐震補強、改修・建替えに対する計画的支援

より効果的かつ着実に私立大学における耐震化を進めるためには、教育研究施設の建替えについても財政上の支援を行うとともに、金融上の支援の拡充を図ること。

(6) 日本私立学校振興・共済事業団（私学事業団）の充実に関する要望

老朽化が進む私立学校の校舎および私立大学附属病院等の建替え整備事業等、耐震化を伴う改築事業を促進するため、私学事業団の貸付事業を対象とした「私立学校施設高度化推進事業費補助」（利子助成）の継続・拡充が図られるよう要望すること。

▼平成 22 年 8 月 30 日（月）

文部科学省は平成 23 年度税制改正要望事項並びに概算要求を公表した。

主な概算要求の内容は下記のとおり

(1) 平成 23 年度文部科学省概算要求・要望額

5 兆 8,348 億円

要求額：4 兆 9,720 億円

要望額（特別枠）：8,628 億円

(2) 平成 23 年度私立大学等経常費補助金
3,329 億円

一般補助：2,816 億円（22 年度：2,119 億円）

特別補助：513 億円（22 年度：1,102 億円）

(3) 私立学校施設高度化推進事業費補助（利子助成）

23 億 6,000 万円

その内、私立大学病院の建替えに伴う日本私立学校振興・共済事業団からの融資（平成 21 年度～平成 23 年度の 3 年間）にかかる利子助成は 5 億円。今回の概算要求により、老朽施設等に対する学校法人の実質負担金利は 0.5%、老朽施設等以外では 1.0%。

III. 平成 23 年度医学部入学定員増員に関する対応について

▼平成 22 年 8 月 5 日（木）

文部科学省高等教育局医学教育課は、医師養成数の増加のための取り組みを進めるに当たって、医師不足の状況、研究医不足の状況等や、大学の具体的な取組方針等を踏まえて行うこととし、各大学の入学定員増員の意向の状況等の把握を目的とした「医学部入学定員増員に関する現状等のアンケートについて」を送付した。

これを受け、本協会は加盟各大学の状況を把握し、今後の活動の参考とするため、各大学の回答を収集、取りまとめを行った。

昨年来、本協会は関係各方面に対して、国の施策である地域の医師確保等に早急に対応するため、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、各大学の事情に合わせて一任する」との立場を堅持している。

また、国の施策に協力して医学部入学定員の増加を行った大学に対しては、医学教育に支障を来たさないよう施設・設備拡充に対する予算措置を

講じていただきたい旨を提言するものである。

加盟各大学の回答結果をみると、「収容定員、教室規模、教室数などの現在の物理的状況等を考慮した場合、平成23年度において医学部入学定員を増やすことができますか。」との問い合わせについて、『条件付き』も含めて「可能」が19大学であり、増員数は19大学全体で、116名～121名であった。

これにより、平成23年度の医学部入学定員は、29大学全体で3,352名～3,357名となるとの結果となった。

その後、平成23年度医学部入学定員の増員に関して、加盟各大学における今後の医療人養成に関する希望や理想など特別な考えを下記項目ごとに分けてポイントとなる部分を取りまとめ、本協会執行部において情勢を考慮して精査し、方向性を整えた。

- ①良き臨床医の育成関連
- ②財政的支援関連
- ③地域医療関連
- ④国際人育成・研究医枠関連
- ⑤医学教育及びカリキュラム関連
- ⑥その他

▼平成22年10月21日

文部科学省は平成23年度医学部入学定員の増員に関して公表。地域枠：各都道府県につき、10名以内。研究医枠最大10名（各大学につき3名以内）。歯学部入学定員削減枠最大30名。

N. 日本病院団体協議会（平成22年度議長：邊見公雄全国自治体病院協議会会長）について

▼平成22年3月26日（金）

平成22年度議長の選出に際し、日本病院団体協議会（以下、日病協）第66回代表者会議において、本協議会運営要綱により、平成21年度議長である小山信彌本協会病院部会担当理事が平成21年度副議長である邊見公雄全国自治体病院協議会会長を推薦し、全会一致で承認された。

副議長については、邊見公雄新議長が西澤寛俊全日本病院协会会长を推薦し、全会一致で承認した。

その後、日病協は、平成22年度診療報酬改定に関する要望について、厚生労働省中央社会保険医療協議会による答申（平成22年2月12日）ならびに厚生労働省保険局医療課による告示（平成

22年3月5日）を経て、同協議会は各要望の結果を検証すべく取りまとめを行った。

主な検証結果をみると、日病協が要望した「7対1、10対1入院基本料における看護補助加算の創設」に対し、「急性期看護補助体制加算」の新設がなされ、「医師事務作業補助体制加算の適用拡大」の要望において、「15対1、20対1の新設・全ての区分の加算点数引き上げ、算定要件の緩和」が行われた。日病協が要望した「入院基本料の根拠に基づく算定方式の創設」については、引き続き議論していく。

▼平成22年4月21日（水）

第57回診療報酬実務者会議において、平成24年度診療報酬改定に向けて、「病院のコスト分析と入院基本料のあり方」、「医療保険と介護保険の給付対象の整理」、現在、同日他科受診時の第2科目以降の初再診料が算定不可となっている「複数科同日受診の実態と今後の対応」、「精神病棟・療養病床における認知症患者の入院状況の実態と対策」について、各病院団体に協力を求め、アンケート調査を実施、その結果に基づいた協議・検討を行う方針とした。

▼平成22年5月21日（金）

これに伴い、担当団体である日本病院会から、「複数科同日受診に関する調査票（案）」が提示されたことから、本協会としては、医療事務研究会運営委員宛に同調査票（案）による回答の可否に関するアンケート調査を実施し、取りまとめた。

結果をみると、「可能」が80病院中56病院（70.0%）、医事システムが対応していないためデータの抽出が「不可能」・「一部可能」とする病院が24病院（30.0%）であったことから、担当団体である日本病院会と協議した結果、今後、同調査を実施する際は、データの抽出が「可能」と回答した56病院に依頼を発出し、集計を行うこととした。

▼平成22年6月22日（火）

日本病院団体協議会は、平成24年度診療報酬改定に向けて、根拠に基づく算定方式の創設を求める要望書を厚生労働省外口 崇保険局長宛に提出了した。

【要望内容】

- 国民に安定的に医療を提供していくためには、人件費・施設設備費などの横断的調査・検証を行い、根拠に基づく算定方式の創設が必須であること。
- 「診療報酬調査専門組織・医療機関のコスト調査分科会」など専門的な組織での調査、検証を早急に開始すること。

▼平成 22 年 9 月 17 日（金）

「多剤耐性アシネットバクターによる院内感染問題」について、厚生労働省医政局並びに保険局に対して、「医療界は原因究明と再発防止を行うことが最優先の使命である」とした上で、医療の不確実性を否定する警察権力の介入に対しては断固反対する旨の声明文を提出した。

V. DPC に関する協会の対応について

本協会加盟大学附属病院（本院 29 病院）は、平成 15 年度より診断群分類別コストデータ調査を実施し、厚生労働省中央社会保険医療協議会基本問題小委員会等に対してデータを提供している。

また、本協会 DPC ベンチマークリングプログラム事業は、平成 20 年 4 月より運用を開始し、本協会加盟大学附属病院（本院 29 病院）の「診断群分類別コストデータ調査」結果に基づき、「自院」と「29 病院の平均値」の比較・検討を行ってきた。

平成 21 年 4 月、加盟各大学附属病院本院 29 病院の DPC 実務担当者を対象に実施した「DPC ベンチマークリングプログラム事業に関するアンケート調査結果」から、施設間・地域間のデータの比較・分析を行いたいという意見が・要望が多く寄せられた。

これを受け、本協会「第 64 回包括評価制度に関する調査分析ワーキンググループ」（平成 22 年 2 月 22 日開催、座長：小山信彌東邦大学医療センター大森病院心臓血管外科学教授、協会病院部会担当理事）において協議した結果、施設間の比較を行うことによって、規模、地域等の病院の特徴を考慮して分析することができることから、今後、作業を進めていく上で、第 9 回 DPC ベンチマークリングプログラム企画・運営会議作業部会（平成 22 年 7 月 5 日）を開催し、主要な項目について協議検討を行った。

その結果、厚生労働省が実施している「DPC の

影響評価に係る調査」（平成 22 年 4 月～平成 23 年 3 月）ならびに「外来調査」（平成 22 年 4 月～平成 23 年 3 月）のデータを利用し、これまで「自院」と「29 病院の平均値」の比較・分析のみであった項目を、本院 29 病院の病院間（自院と他病院）での比較、地域間での比較が可能となるよう分析項目の追加を行うことを決定した。

今年度のベンチマークリング事業実施に併せて、診断群分類別コストデータ調査のデータを継続して収集する必要があるため、平成 22 年度も引き続き、本協会加盟大学附属病院（本院）29 病院を対象とする、①診断群分類別コストデータ調査、②DPC の影響評価に係る調査、③外来調査を実施する。

VI. 私立医科大学病院感染対策協議会の設置について

▼平成 22 年 9 月 10 日（金）

日本医師会は、多剤耐性アシネットバクター感染事例に対する警察の捜査について、声明文を公表した。

▼平成 22 年 9 月 14 日（火）

全国医学部長病院長会議は、多剤耐性アシネットバクターによる院内感染問題について、全国の大学病院の立場を代表し、声明文を公表した。

▼平成 22 年 9 月 17 日（金）

日本病院団体協議会は、多剤耐性アシネットバクターによる院内感染問題について、声明文を公表した。

▼平成 22 年 9 月 28 日（火）

文部科学省は、国公私立大学病院を対象とした「大学病院院内感染等緊急担当者会議」を開催した。

▼平成 22 年 9 月 28 日（火）

本協会は、私立医科大学病院感染対策担当者 137 名の参加による「私立医科大学病院感染対策協議会（仮称）」を開催した。

私立医科大学病院における多剤耐性アシネットバクター院内感染事例を受けて、本協会として国公立大学附属病院と院内感染対策に関する連携を図るべく、「私立医科大学病院感染対策協議会」を設置し、この問題に積極的に取り組んでいく旨の提案説明があり、同協議会設立の同意を得た。

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。



May I
"health"
you?
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士町7番地 住友不動産神田ビル13F・14F TEL.03-3292-3331(代)

【平成22年度私立医科大学合同入試説明会・相談会開催結果について】

平成21年度より、社団法人日本私立医科大学協会は教育・研究部会教務事務研究会の企画・立案に基づいて、私立医科大学の入試担当者が、私立医科大学の特色や入試制度について、直接、受験生や保護者の方々に伝える為の合同入試説明会・相談会を開催している。今年度は下記のとおり全国5地区、6回開催した。

- ◇東京会場①（昭和大学）
- ◇名古屋会場（愛知医科大学）
- ◇大阪会場（兵庫医科大学）
- ◇福岡会場（福岡大学）
- ◇東京会場②（帝京大学）
- ◇札幌会場（駿台予備学校札幌校）

平成22年7月25日（日）	来場者数：約800名
平成22年8月1日（日）	来場者数：約140名
平成22年8月21日（土）	来場者数：約180名
平成22年9月4日（土）	来場者数：約90名
平成22年9月12日（日）	来場者数：約450名
平成22年9月26日（日）	来場者数：約110名

【来場者数合計 約1,800名】

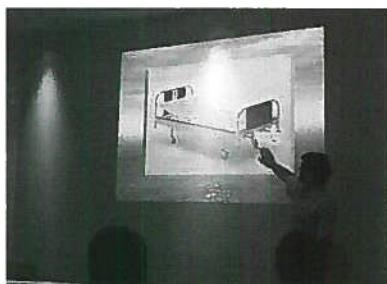
安全・快適な療養環境づくりのお手伝い。



■ベッド調査



■修理・点検・清掃



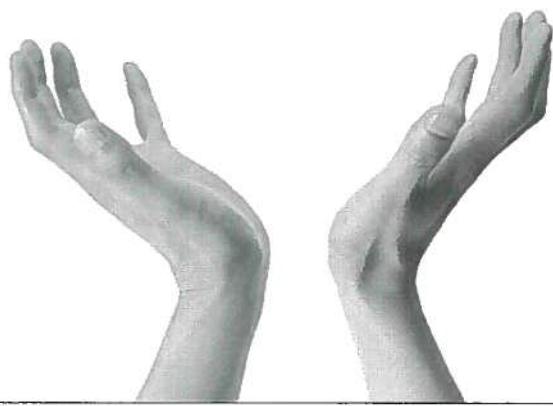
■報告・提案

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

パラテクノ株式会社

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

全ては健康を願う人々のために



わたしたちは社会・顧客と共生し、
独創的なサービスの提供を通じて
新しい価値を共創し、世界の人々の
医療と健康に貢献します。



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>



医学振興

第 71 号

平成 22 年 11 月 18 日発行

発行人 小川秀興

編集 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 吉岡博光

委員長 寺野彰

委員 赫彰郎

委員 栗原敏

委員 小口勝司

委員 岩元安雄

委員 堀口一夫