

# 醫學報興

日本私立医科大学協会

第74号

## Contents

### 医学部入学定員問題関連特集

卷頭言	「医師の需給に関する雑感」	
	—諸問題解決のための車中八策—	2～11
特集	「医療政策と医師数問題について」	12～17
	「医学部入学定員における地域枠、新設などの問題点」	18～20
	「医師の地域偏在の問題と医療体制について」	21～25
	「産婦人科医師不足と地域偏在への 日本産科婦人科学会の取り組み」	26～34
	「医師の診療科偏在解消策について（小児科の取り組み）」	35～36
論壇	「政治経済学から眺望したときのわが国医師数の問題」	37～43
施設紹介	「自治医科大学医学部教育・研究棟竣工」	44
	「岩手医科大学ドクターヘリ基地ヘリポート竣工」	45
	「帝京大学板橋キャンパス新大学棟開校」	46
医大協ニュース		47～55
協会及び関係団体の動き		56～57

### 長谷川泰譯述資料



明治維新後、日本は外国との交流が始まると同時に、コレラ、赤痢、チフス等の急性伝染病の大流行があり、西洋医の養成が急務となる。長谷川泰は、国民医療を支えるために西洋医師の速成を目的とした日本医科大学の前身「済生学舎」を明治9年4月7日、修業年限3年の医学校として本郷元町1丁目66番地に創立する。

写真は、済生学舎で当時使われていた教科書類の一部で『診法要訣上・下』長谷川泰譯纂、行餘堂、明治14年、『斯泰涅爾小兒科1～6』Steiner, Johann著 長谷川泰譯述、行餘堂、明治8～9年、『脚氣新説全』Aitken, Sir William著、長谷川泰譯述、行餘堂、明治4年、『肺瘍衝論上・下』Bennett, John Hughes著 長谷川泰譯述、英蘭堂からなる。

済生学舎では、授業を原書を使って行う場合はドイツ語による原書を用い、訳書を使って行う場合は翻訳書を用いており、長谷川泰は英語、ドイツ語、オランダ語等の多くの原書を翻訳・出版して講義に役立てている。

## 卷頭言

# 「医師の需給に関する雑感 —諸問題解決のための車中八策—」

日本私立医科大学協会病院部会担当副会長  
関西医科大学理事長・学長

山下 敏夫氏



## はじめに

医師不足、なかでも地域偏在、診療科偏在などについて当協会が今後具体的な提案を策定するにあたって、私の考えを「医学振興」の卷頭言に書くよう依頼があった。当初、前号の卷頭言で栗原先生が「医学部入学定員問題に対する私見」というタイトルで格調の高い名文を書かれた直後であることと、同じようなテーマであることから辞退も考えた。しかし、当協会や全国医学部長病院長会議のオピニオンリーダーの先生方との意見は少し異なること、2年前に本誌の座談会で、私も意見を述べさせていただいたが、その時の問題点が未だほとんど解決していないこと、そして、今や根本的な医師不足問題や直近の医学部新設問題に対する対案を作り、行動する時期がきていること、などの理由で私なりの考えを述べさせていただくことにした。

まず医師の需給についての総論的私見を述べ、次いで医師不足、地域偏在、診療科偏在などについての具体的な解決策の私案とその実行方法について記してみたい。

## 1. 日本の医師数の推移

日本の医師数について、これを歴史的に見てみると、OECDで代表される先進諸国では、医師需要の自然的・社会的な増加の流れに対応して医師数（医師養成数）を増加させ、医療の水準を保ってきた。一方、日本ではご承知のとおり、医師の需要（業務）の増大に対応するのではなく、医療費を抑制することを基本に、一時的に医師数を逆に抑制してきた。その結果、1960年頃の日本の医師数はOECDの平均数と同等であったのが、50年の経過で、OECD平均値の2/3へと低下し、数で言えば14万人の医師不足ということになり、医療崩壊の大きな原因になった（図1）。やっと先の自民党政権が従前の政策の誤りに気付き、10%以上の医師養成数増を実施し、現在の民主党政権では、この医師数増加をさらに進めようとし、そのマニフェストで医師数を1.5倍にすると明記した。しかし現実は主として地域枠などでこの数年微増したに過ぎず、平成22年度では平成17年の数（ボトム値）の約1.16倍になっている。この医師養成数に関するここ数年の当協会の

考え方や対応について述べてみる。

基本的に当協会は医師養成数を増すことは賛成で、今まで行政に全面協力をして増やしてきた。ただ、民主党のマニフェストの 1.5 倍案はあまりにも多すぎるのでないか、OECD より G7 の平均値に近づけるため 1.3 倍位で良いのではないかという意見に始まり、現在では「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」となっている。

これが歴史的な動きだが、最近になって特に医学部新設の問題が浮上して以来、ボトム値から 1.16 倍の現状で十分である、これ以上増すと逆に医師過剰となり、また医学生の学力低下が心配だ、医師数を増やすなくても、地域偏在、診療科偏在などの是正で良いなどの意見が聞かれるようになった。私は医師数をもう少し（1.3 倍に近づける）増やすことと、地域偏在、診療科偏在などの是正との両者が必要で、かつ同時に早急に対策を講じ、実行することが大切と考える。

## 2. 医師の需給見通し

医師の将来の需給を正確に推計することは極めて難しいが、ある程度予測し、今から対応しないと日本の医療の将来はない。

まず、将来医師数の増加を必要とする理由を列記してみる。

1. 医療の分化・高度化により必要となる医師数増、さらには社会の高齢化による疾病増に対応する医師数増などがある。また、年間 120 万人を数える死亡者が 30 年後には 170 万人近くなる予想で、このうち、現在 8 割の人が病院で亡くなること、またこの傾向は核家族化が進む中でさらに進むことが考えられる。これが入院患者増、ひいては医師必要数増に確実に繋がる。

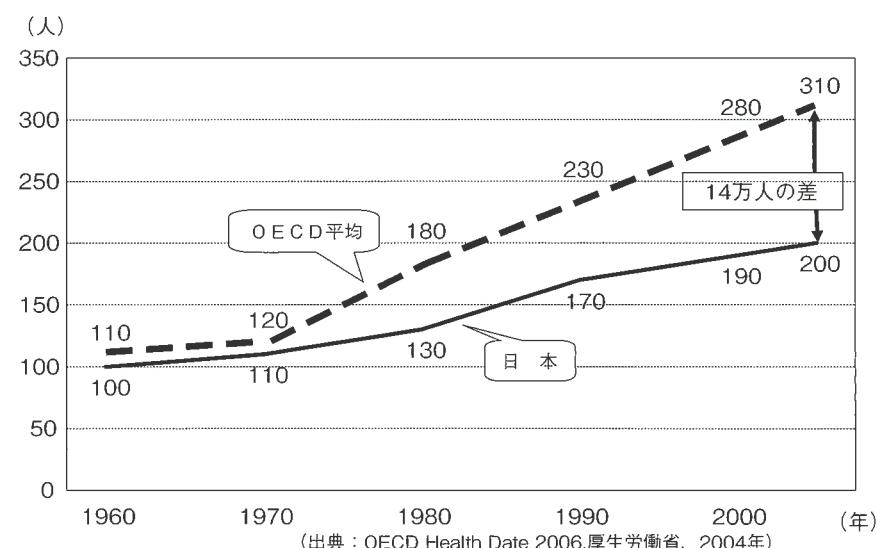
2. 医療安全に対する配慮、インフォームドコンセントやセカンドオピニオンの充実、電子カルテの普及などによる 1 人の患者にかかる手数（時間）の大幅な増加、さらには在院日数短縮などによる文書業務の拡大といった社会的要因による医師の業務量の増大に対応した必要増がある。

3. ある調査では日本の働き盛りの勤務医（30～34 歳）の労働時間は 70 時間／週であり、これを欧米なみの 40～48 時間に近づけようすれば、それだけで約 5 万人の医師増が必要と考えられる。今は医師としての使命感で頑張っているが、もう限界にきている。また労働基準局の指導は近年強くなっていることはご存知のとおりで、何よりも若い勤務医の QOL は私共が改善する義務がある。

4. 平成 20 年の全国の届出医師数は約 28 万 5 千人で、そのうち男性が 82%、女性が 18% である。最近の入学者に占める女性の割合が 30% 近くで、さらにその比率が高くなる傾向を踏まえると、女性医師が全医師の 30% を超えるのはそう遠い話

【図 1】OECD の平均医師数と日本の医師数

（人口 10 万人に対する医師数）



ではない。女性医師は一時的に医業を休止する可能性が高いことから、この実働医師数の減少に対応した全体の医師数増を考える必要がある。

以上が主たる医師数の増加を必要とする理由だが、逆に将来の必要医師数の減少要因としては人口減による相対的な必要数の減少がある。しかしこれも上述したように高齢者が増えることでかなり相殺される。一方、他の職種とのワークシェアによる必要数の減少は十分考えられる。これらの減少要因を加味しても、総合的判断として、まず現在の医師数が不足していること、さらに重要なことは今後持続的に医師の需要が増大することは間違いないことと思われる。

### 3. 将来的に適正な医師数とは

【表1】入学定員数・医師数基礎表

- ボトム値（平成17年） = 7,625名
  - ボトム値 × 1.2 = 9,150名
  - ボトム値 × 1.3 = 9,913名
  - ボトム値 × 1.5 = 11,438名
- 80校×一律定員120名 = 9,600名
- 現在（平成23年）の定員数 = 8,923名
  - 平成24年の定員数（予定） = 8,991名
- 日本私立医科大学協会加盟29校
  - 現在（平成23年）の定員数 = 3,263名
  - 平成24年の定員数（予定） = 3,300名
  - （協会増員目標）
- 現在の日本の医師数 = 29.5万人
- OECD医師数平均値（300人/10万人） = 38万人

文部科学省、厚生労働省資料等を基に作成

医師数増加の必要性は多々述べたが、それでは将来的にどの位の医師数が適正なのか。先に述べた増加必要要因に加えて、国民の医学・生命に対する意識の変化やより現実的にはGDPなどの経済成長性、国富も影響を与えると思う。従って将来の医師の需給を考えることは難しいが、しかし1つの目安を立てなければ先に進めない。

そこで良く言われることだが、OECDの平均値を

グローバルスタンダードと見なし、その値300人/10万人を目指すのも1つの現実的な方法と思われる。これが達成された時、その時代の医師の需給を再考し、300人を維持するか、または更なる増加が必要か否かを決めれば良い。

この基準値にもついていくために民主党のマニフェストのように医師養成数を1.5倍にすると早く目標には到達するが、施設整備や教員確保に多大な資金を必要とするだけでなく、目標を達した後の削減率が極めて大幅になり、非効率的となる。それでは1.16倍の現状で良いのか。私は、現実に医師不足に悩む大学病院や中小病院の現状を見ると、少なくとも今後10年位は、まだ医師数を増やす必要があると思う。そこで多大な資金を要せず、かつ将来の削減も可能な案として、私個人としては既存の医育機関による医学部定員1.3倍増の案がベストと考える。

これを実行するには準備のために3~4年をかけ、既存の医育機関で入学定員を1.3倍にする、すなわち国公私立80校で平均的に定員120名強にする必要がある。もちろん各校により多少の増減があっても良い。この増員の施策は早く打つ必要がある。

一人前の医師になるのに10年位かかるから今の医療崩壊に間に合わないという考え方もあるかと思うが、逆に今、手を打たなければ10年後さらに問題が深刻になるとも考えられる。地域偏在、診療科偏在といった喫緊の問題を早急に解決する努力をしながら、一方では将来を見据え、一定数の医師増員も考える。即ちこの両者を同時にやることが是非必要と考える。

### 4. 医師数増加不要論に対して

つい5年位前まで、医療崩壊が心配される状況を作った大きな原因是国の医療費削減政策による医師数の不足であると、当協会や全国医学部長病院長会議が声高に述べてきた。確かに、その主張の効果があり、やっと入学定員は最近のボトム値に比べて16%位増えた。もうこれで良いといった安心感が生まれてきたのか、またはメディカルスクールや医学部新設の動きが出てきたためか、最近では前述したように入学定員はこれで十分、いやこのままでも将来医師過剰になるという意見まで出てきた。その中で主張されている理由に、私自身納得がいかない点があり、批判覚悟であえて反論してみたい。

まず全国医学部長病院長会議などで使われているデータに医師を増やさなくても毎年約 4 千人の医師数が現状で増加しているという指摘がある。これは「このままでずっと増え続けるのか」という誤解を招く恐れがある。勤務医は約 25 歳で卒業すると 65 歳位まで働くとし、実働期間は約 40 年と考えられる。現在の入学定員は 40 年前の昭和 45 年前後のそれより 4 千人位多く、従って活動医師数は現在では確かに約 4 千人／年の増加が考えられる。ただ、その約 10 年後の昭和 55 年頃の入学定員は現在のそれと大きな差ではなく、活動医師が平成 25 年以降も 4 千人／年に増え続けることは決してなく、そのうち Plato に近い値になり、いずれは医師の増加は緩やかになる（図 2）。逆にここで強調したいのは、少なくとも現状では 1 年に約 4 千人の医師が増え続けているにもかかわらず、医師が不足しているという事実である。いかに医師の仕事量が増えているかを実証しているとも言える。

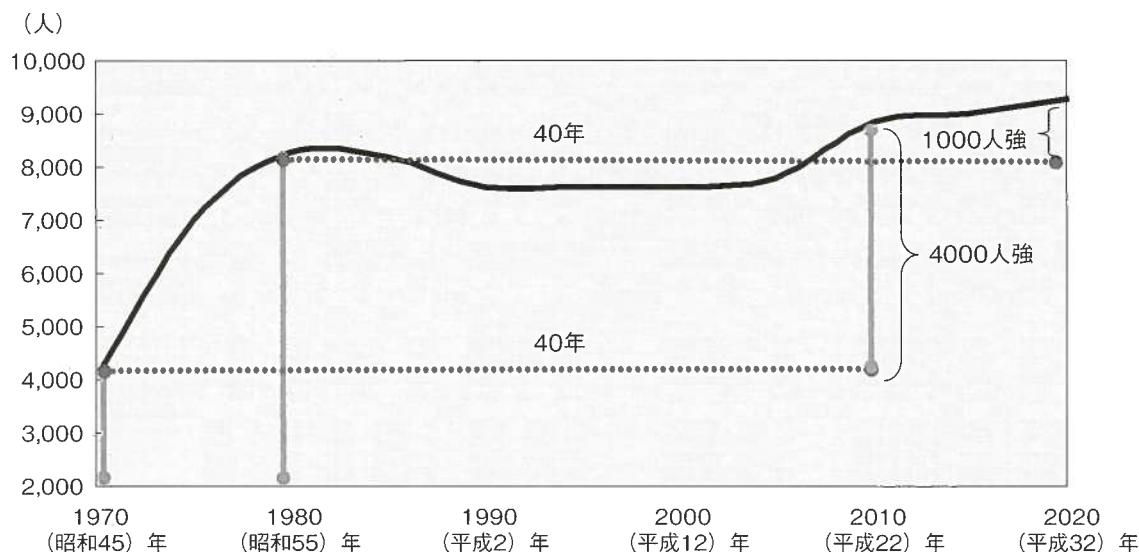
次は現状（ボトム値の 1.16 倍）のまま推移しても 2025 年から 2030 年頃には OECD の平均値（医師 300 人／人口 10 万人）に達するので、これ以上の増員は必要ないという意見について述べる。ここで問題となるのは、OECD の平均値というのは 2008 年頃の医師 300 人／人口 10 万人のところで固定したものとしての計算である。図 1 で明確なように OECD の平均値は見事に右肩上がりに伸びている。これは社会のニーズに対応した結果で、従って今後

多少その伸び率が鈍化するとしても急に Plato を描くと考えるには大変な無理がある。恐らく 2030 年には OECD 平均値は少なくとも医師 400 人／人口 10 万人位になっていると考えられ、その乖離は縮まらないと思われる。

その他にこれ以上医師の総数を増やしたからと言つて、地域偏在や診療科偏在が解決する訳ではないという、さらには総数を増やすと歯科医師や弁護士（法科大学院）のようにだぶつくという意見がある。ある意味でもっともな意見だが、ただ日本は超民主国家なので国の命令で地方へ行けとか、どの診療科に進めなどとは命令できないし、また医師は動かない。根本的にはやはりある程度の医師数を増加させ、その結果、医師数に余裕ができれば水が下に流れる如く医師不足地域、診療科が充足されるとは考えられないか。また歯科医過剰と将来の医師過剰を重ね合わせる意見は医師目線からくるもので、決して国民・患者目線からのものではない。

最後に医学部定員増による医学生の学力低下の問題だが、総論的には十分考えられる話である。この学力低下の主因は定員増よりもむしろゆとり教育によることが主ではないか。例えばごく最近日本数学会が初めて実施した「大学生数学基本調査」で医学部に限らず、理系の大学での唖然とするような学力低下が報告され、その主因はゆとり教育のためでないかと結論づけている。私共の大学でも最近留年者が急に増加する傾向があり、分析してみると、定員を

【図 2】医学部入学定員の年次推移



文部科学省、全国医学部長病院長会議資料等を基に作成

10%増やした年度からではなく、ゆとり教育が始まった学年からであった。手間をかけて、丁寧な教育をすれば学生の学力低下は防げると思う。もちろんそのためには教員1人ひとりの努力と国の財政的補助による教員数の増加の必要性は言うまでもない。

## 5. 車中八策

【表2】車中八策

1. 入学定員増の実行
    - a) 1.3倍増
    - b) 医学部新設阻止
  2. 地域偏在解決策
    - a) 地域医マッチングシステム
    - b) 新設国立大学の対応
  3. 就業形態偏在への対応
  4. 学部教育と医師国家試験の見直し
  5. 初期研修制度の廃止
  6. 女性医師対策
  7. 診療科偏在解決策
    - a) 入学時「診療科枠」設定
    - b) インセンティブでの対応
    - c) 専門医試験合格者数の定員化
  8. ワークシェア
    - a) 診療補助員増員
    - b) 音声入力システムの利用
    - c) Physician's Assistant
- 番外. 適性を持った医学生の獲得

医師不足による医療崩壊の危機が社会問題になって久しい。医学部定員増、地域偏在、診療科偏在、医学部新設などについて今日まで極めて熱心に多くの論議がなされてきたが、具体的に実行された手立ては、地域枠を含む医学部定員の1.16倍増だけと言っても過言でない。これからはこれ以上の論議よりも具体的かつ実行可能な策を立て、速やかに実行することが日本の医療を守るために強く求められる。

私事になるが、私は京都に住み、大阪の大学まで朝は電車で、帰りは車で往復約3時間かけて毎日通勤している。この時間はゆっくり物を考えるのに結

構都合が良く、私はこの通勤スタイルを気に入っている。最近、橋下 徹大阪市長の引用で有名になった坂本龍馬の「船中八策」にあやかり、私なりに考え、また今までの各方面の論議を整理し、医学部新設への超短期的対策や医師不足解消への根本的な中長期的対策を「車中八策」として以下に述べてみたい。

### 1. 入学定員増の実行

a) 前述した医学部定員1.3倍を4~5年かけて着実に実行する計画を明示できれば、医学部をさらに10校新設するに匹敵し、今持ち上がっている医学部新設問題は霧散する。既存の医育機関で入学定員を1.3倍にするには現状より1,067名の定員増が必要となる。原則としてできるところから国公私立80校で1校10名増を図る(平均的に各医育機関で定員120名になる)。医育機関により多少の増減があっても良い)。残りの267名は、できたら私立医科大学で手上げ方式で賄う。これを私立医科大学とする理由は、私立は国庫補助が国立の約1/4で、節税につながるためである。1.3倍が達成されればこれを10年間持続する。

この方法で約15年後(2025年)には目標の300人/10万人に達する。その時点での医師の需給を見て、医師過剰が懸念される場合は各校で今回の增加分を優先的に減少させる(図3)。

私はこの策が医師不足を根本的に改善させる最良の策と考えるが、現実的には施設のある程度の拡充や教員数の増加が必要で、それに対する国の補助が必須条件となる。

b) さらに医学部新設議論に終止符を打つための近視眼的で現実的な対応策を考えてみた。当協会ではごく最近加盟29校に地域枠などの縛りをつけなければキャパシティーとしてあと定員を何名増やせるかというアンケートをとった。その結果、現時点で240名強の定員増の可能性が判明した。同様のことを全国医学部長病院長会議にお願いし、国公立50校に対してもほぼ同条件で受入可能人数を調査していただいた結果、540名近い定員増の可能性が判り、国公私立の総合計は775名増となる。これをもって全国医学部長病院長会議と当協会が協力して文部科学省と交渉する。

これが実現すれば医学部定員増数が医学部新設7校分以上に相当し、その阻止への十分有効

な手段となろう。

この件で全国医学部長病院長会議の協力が得られない場合には、最終手段として本協会加盟校に 3~4 年の準備期間を設定の上、更なる協力を求め、合計 300 名を確保し、本協会単独で文部科学省と交渉に当たることも可能ではないか。なお、もしも上述の 775 名が現実のものとなれば既設校の入学定員総数は 9,766 名となり、これはボトム値の 1.28 倍で、筆者の理想値 1.3 倍に近づく。

## 2. 地域偏在解決策

医師不足地域の解消に向けて、今まで多くの論議がなされ、また入学定員の「地域枠」など既に実行された施策もあるが、現場ではまだ何も変わっておらず、近い将来大幅に改善される可能性も低いと思われる。この問題に関しては引き続き具体的な方策を立てるために英知を出し合い、早急に実行する必要がある。そこで私見や従来から言われている意見の整理とそれに対する賛同意見を述べてみたい。

a) 今行われている「地域枠」のほとんどの制度は、その地域に住む受験生が、その地元の大学の地域枠で入学するシステムと思われる。特定の医師不足地域から、都市部にある大学の地域枠に入学するケースも散見されるが、受験生はその場合でも医師不足地域に住む人で、卒業後は生まれ故郷へ帰るシステムであろう。

一方、例えば故郷が医師不足県で、土地もあり、祖父母もそこで暮らしているが、父親の仕事の関係で都市部に住んでいるといった受験生

も多いと思う。必ずしも故郷在住でなくとも将来一時期医師不足地域で働いてみようという意欲のある人もいるであろう。

こういう都市部に住む受験生が都市部の大学で、医師不足県の奨学金を受けながら就学し、卒業後はその県に帰る（受けた奨学金に応じた期間）というシステムもありうるのではないか。

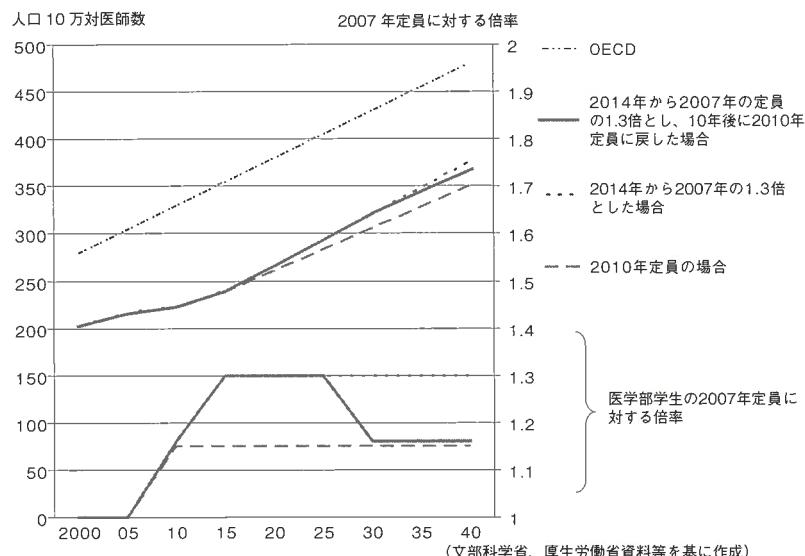
また、医師不足県に住む受験生が国公私立にかかるわらず、自分の行きたい都市部の大学に入学し、その県の奨学金をもらい就学し、卒業後はその県に帰るシステムも可能だと思われる（沖縄から本土の大学に内地留学生として入学した前例のように）。

これらを具体的に実行するには上述の入学定員を増やした大学は半義務的にこのシステムの受入枠を作ておく。医師不足県は国の補助も得ながら何人まで奨学金を出せるかを公表しておく。受験生はこれらの情報をみて受験校を決めるという、いわば研修医に準じた「地域医マッチングシステム」を作れば良いと提案したい（図 4）。

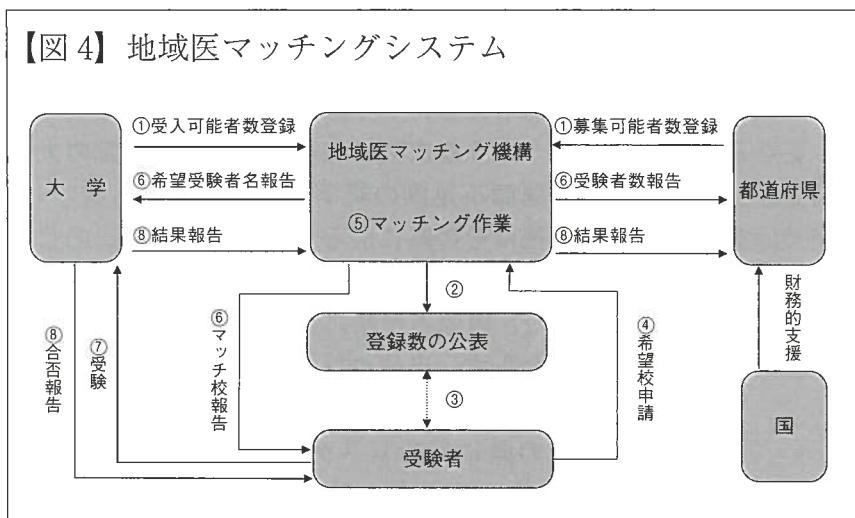
b) 次の案は、全国医学部長病院長会議でも一時議論されたことがあると聞き、また当協会の一理事も提案され、私も賛同したい内容であるが、対象が国立大学に関することであり、僭越とのお叱りをうけると思うので、あくまでも私見として述べたい。

昭和 48 年頃に一県一医大の方針のもとに多くの国立の医科大学・医学部が新設された。そ

【図 3】将来の人口 10 万対医師数の推計と医学部定員



【図4】地域医マッチングシステム



の目的は明確に医師不足地域の解消であったはずである。しかし39年が経った現状は受験生の多くは他府県出身者で、卒後その地域に残らない人も多く、必ずしも当初の目的を果たしていないと聞いている。

1つの改善策として、この目的で新設された医科大学（大学医学部）の授業料を国立と私立の平均値位まで値上げし、その値上げ分を奨学金として与え、代わりに卒後一定期間内その県に残ることを義務づけるということは考えても良いのではないか。

その他、本誌の前号の論壇で示された相澤先生の「国からの補助金額に応じた医師の医師不足地域への義務的配置」の説は大いに傾聴に値する。

### 3. 就業形態偏在への対応

広く医師不足が問題視されている中で、実は開業医は不足しているわけではなく、勤務医が不足しているのだと聞く。事実近年勤務医より開業医の増加率がやや高い。もちろん開業医は地域医療の根元であり、その役割は極めて大きい。ただ勤務医は仕事がきつく、収入が少ないので開業する、それで勤務医が減り仕事が益々きつくなるという悪循環だけは避けたい。1つの対策として開業の際の標榜科基準を厳しくして、専門医でないと標榜できないようにする。換言すると専門医資格が無ければ開業できないように法を改める。

また、内科一般を標榜する場合には専門医に加えて、一定期間の医師不足地域勤務経験を義務づける。ただし、これを実施する前提として各学会が一致し、また専門医認定機構が取得難易度を統一したり、取得資格に一定期間の高度医療を行える施設での勤務実績を義務づける必要がある。

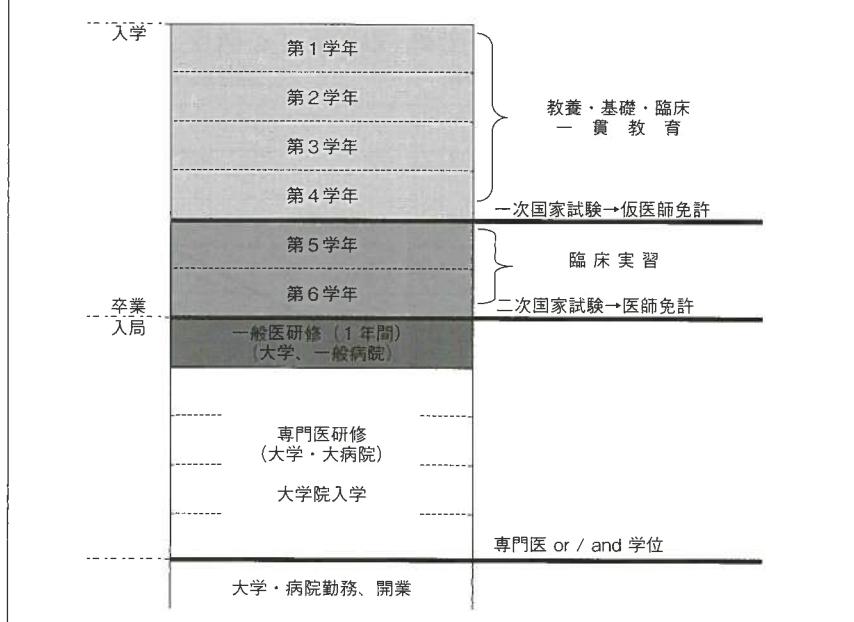
### 4. 学部教育と医師国家試験の見直し

これから述べることは既に全国医学部長病院長会議などでも検討されており決して目新しいものではないが、未だ実行される兆しが見えないので敢えてここに提案する。

まず第1学年から第4学年まで一般教養、基礎社会医学、臨床のいわゆる座学を一貫教育として済ませ、CBT、OSCEに相当する第一次医師国家試験を受ける。合格者は進級できると同時にその後の臨床実習である程度の医療行為を認める。第5学年と第6学年の2学期（12月）までクリニカルクラークシップに則った十分な臨床実習を行い、第6学年の2月頃に第二次医師国家試験を実地臨床知識を中心に行う。

これにより今までより充実した臨床実習ができ、ECFMG受験を見据えたグローバルスタンダードにも近づき、一部の学校で見られるような第6学年を国家試験のみのために費やすという無駄がなくなる

【図5】学部教育と医師国家試験の見直し



(図 5)。この場合 2 度のチェックを受けるということで第 1 回、第 2 回それぞれ合格率を 95% 位に設定(合計で 90%) すれば医師数の増加にも少しは寄与する。また今の年 1 回の医師国家試験を改め、従前行っていたように秋にも二度目の医師国家試験を行うよう修正が望まれる。

## 5. 初期研修制度の廃止

医療費の抑制のために医師数を減らすという政策のため、日本の医療は根本的に体力不足に陥ったが、医師個人の使命感にのみ頼り、表面上はなんとか繕われてきた。そこに初期研修制度が各方面での十分な論議がつくされないまま持ち込まれ、最後の止めのように医師不足、地域偏在、診療科偏在問題が表面に噴き出て、医療崩壊に向かって突き進んでいるのが今の日本の状態である。

この医師数減と初期研修制度導入で国民、患者が大変な不利益を蒙った訳である。前者はやっとそのことに気付き、医師数増加に動いているところであるが、最近の医療崩壊の主因である後者には 2009 年に見通しが検討されたが、何ら有効な解決策になっていない。

この問題解決は単純で、作った制度が悪ければ元に戻せば良いだけのことである。まさに「改まるに憚る事無かれ」である。全てを元へ戻せば地域偏在、診療科偏在の問題はかなりの部分一気に解決する。ただ戻す時の条件として、前項の学部教育と医師国家試験の変更が大切となる。学部教育として十分な臨床実習を積ませ、卒業と同時に志望科を決め、一端いわゆる入局し、その科でのキャリアパスの上で必要な、できればプライマリーケアに関する研修を 1 年間大学、又は市中病院で行うことを義務づける。

ここでなぜまず入局するのかとの疑問が出ると思う。大学医局を中心とする医師養成システムには様々な批判があるのは事実だが、メリットも多い。初期研修制度導入以後、どなたかの言葉だが、医局との「絆」をいとも簡単に断ち切り、マッチングという自由市場で個人的な欲を追求する人が増え、その結果として、現在は従来の大学医局が行ってきた医師供給機能のかなりの部分が民間の医師斡旋業者いわゆる民間医局にとって代わって、それに所属する医師は全国で 4,000 人近くいると聞く。研修後、この民間医局を通じて都会で、収入の良い、かつ仕事の楽な病院を渡り歩き、根無し草となり、そのまま開業する医師が増える。行き着くところはしっか

りした修練ができていない医師が増え、日本の医療レベルは低下する。従ってまず入局するのが最善と考える。入局後の 1 年間は今の制度のように給料を国、大学、病院で保証する。また入局後の医師の派遣については、医局単独で行わず大学全体で管理運営するシステムを構築する必要はある(図 5)。

## 6. 女性医師対策

前述したように現在の全医師に対する女性医師の占める割合は 18% であるが、そう遠くない将来に 30% を超えると思われる。女性にとって結婚、出産、育児は極めて大切なことであり、日本国にとっても国の存亡に関わる重要なことであり、あらゆる支援が望まれる。ただ狭い意味で、医療の現場で最も油の乗りきった 30 歳代の実働医師数が減ることは大きな痛手で、従って女性医師には働きながら出産、育児をしてもらう具体的な工夫、施策が必要である。

大きく 2 つの方向がある。1 つは出産、育児で休んだ後、いかに現場に復帰し、従前の活動をするかで、これについては現在、保育所の充実、病児保育の取扱い、短時間労働正職員制度の整備や復職支援システムの充実などがあり、積極的に行われるようになってきた。2 つ目は欧米並みに出産後あまり間を置かずに復帰する、即ち育児休暇をほとんど取らないケースである。この場合は現役として途切れなきキャリアパスが图れ、また実働医師不足にならない。ただ乳児からみて母親とのスキンシップがこれで良いかという心配はある。この 1、2 の両ケース、特に後者では院内、少なくとも同敷地内に乳児対応の授乳室なども完備した保育所が必要となり、実施のためには国の手厚い補助金対策、あるいは診療報酬による対応が必要となる。

## 7. 診療科偏在解決策

a) 平成 21 年度の定員増の際に私共の大学では「特別枠」を卒後一定の医師不足地域で勤務するか、あるいは一定の医師不足診療科に勤務するかのどちらかを選べる制度にして「医師不足地域・診療科特別枠」と称し、10 名の定員増を行った。当該の学生が卒業するまであと 2 年間あり、その結果は未だ出ていないが、恐らく指定された医師不足診療科を選んでくれると思う。まだこのようなシステムをとっている大学は多くない。

そこで 80 大学各校がその大学の事情に沿って医師不足診療科を定め、定員の 10 ~ 20 名を

特別枠「医師不足診療科」として入学させ、一定の奨学金制度を作り対応すれば良い。ただここでも財務的に大学単独の対応は難しく、国からの何らかの補助が望まれる。

- b) 次は医師不足の診療科で働く医師個人に経済的なインセンティブを付ける案で、既に一部は各大学で工夫されて行われている。

例えば基本給は変えずに分娩手当、麻酔手当、救急手当、時間外手術手当などを当該の医師に支給する。平成24年度の診療報酬改定で医師の技術料が評価され、手術点数が大きく改善された。これを医師個人に還元するために広く手術手当を付けるのも一案である。

ただ今のところ医師不足でない科もその機能は重要で、かつ同じように忙しく働いている。また、外科系は上述のように手術で技術を評価できるが、内科系の一部はその評価が難しい。

この問題はインセンティブを付加されていない医師がどう納得するかが最大の問題で、各病院で各論的かつ慎重な対応をせざるを得ない。

なお、インセンティブということに関しては、賃金以外にも病院の敷地内に産科と救急医の宿舎を建て、格安で提供すれば緊急時の対応が容易になり現場の機能は向上する。

- c) 実行はなかなか難しいが、もしできれば一番効果のある案は以下のようであろう。

まず、疾病構造、患者のニーズ、病院側のニーズなどを国と民間の混合チームで調査し、各診療科の必要性が全体の何%かを決める。例えばA科20%、B科10%、C科5%など。それに応じてその科の専門医研修開始医師数／年や専門医試験合格者数／年を決めて実行する。

これにはまずチームが公平な判断ができるか、分化が進む診療科をどうくるか、専門医認定機構の充実、専門医でないと開業できない仕組みの構築など問題解決にはかなりの力仕事となる。

## 8. ワークシェア

- a) 医師数増加施策の効果が現場に還元されるのに少し時間がかかる。比較的速効性がある方策は他の職種とのワークシェアであろう。

平成24年度の診療報酬改定の目的の1つが平成22年度改定と同様、勤務医の負担軽減である。

各医育機関や病院の収入はこの改定で少しは増額に転じる。その増額分の一部を自前で診療補助員の更なる充実に当てる医師は少し楽になる。

私が40年前に留学したドイツでは既に手術記録は医師が術後、次の手術までの短い間にコーヒーを飲みながら短時間に録音し、それを事務員が手術記録にしていた。このようなことは手術記録に留まらず、紹介患者への返事、患者説明の内容記録など医師の文書業務軽減につながる。

- b) 最近音声入力システムがかなり進化して実際に耐える様になってきた。このシステムを用いれば口でしゃべったことが同時に活字体となる。

本学の放射線科の画像診断所見作成にこのシステム（AmiVoice®）が試験的に導入されているが、音声認識率は98%位と高く、キーボード入力に比して、75%位の時間的削減効果があると聞く。このようなシステムは電子カルテにも組み込み、予診、インフォームドコンセント、紹介状の返事、手術記録などに応用すれば、医師の特に事務的業務の大幅な改善に繋がると期待できる。

- c) 看護師とのワークシェアは一番重要な点である。今、国が制度化を考えている特定看護師については、しっかり教育されるという前提があれば医師の負担軽減の一助となることは事実である。ただ看護師自体も不足しており、現有の看護師がその認められた技術（例えば点滴など）と役割を100%發揮し、工夫して医師との更なる連携をすることが先決ではないか。

ただ介護分野では有効な可能性はある。また最近の麻酔医不足と一部のフリーター的麻酔医の存在（もちろんほとんどの麻酔医は地に足をつけ頑張っている）などを考えると米国で行われているような、看護師が資格を取って、麻酔をかける Physician's Assistant のようなものはあるとも良いと思う。

## 番外. 適性を持った医学生の獲得

最近、就職難などの社会情勢もあり、少子化にもかかわらず医学部進学志望者は増え続けている。なかには単純に偏差値が高いから受験するということもあると聞く。

一方、医学部内では頭でっかちでコミュニケーションのとれない学生、性格的に弱すぎて、ハードな実習などについていけない学生などが増え、途中でドロップアウトするケースもまれでない。換言すれば本質的に医師に向いていない人が医師になれば社会的無駄が発生し、ひいては医師不足、地域偏在、診療科偏在にも少なからず影響を与える。ではどうすれば良いか。

文部科学省は最新の中央教育審議会答申の中で新学習指導要領の柱の1つに体験活動の充実を上げている。特に高等学校では2学年で進路の現実吟味と試行的参加、すなわち就学体験（インターンシップ）の充実を図っている。これを好機ととらえ、高校における一定期間の各種病院でのインターンシップ参加経験を医学部受験資格の1つとする案を提案する。インターンシップの経験から自分が医師に向いているかを自ら問い合わせ、適性ありという人が医学部を受験すれば将来使命感に燃えた良い医師が育つであろう。

## 6. 車中八策の実行

医師不足による医療崩壊が叫ばれて以来、多くの調査、分析と充分な議論がなされ、その問題点を例えれば入学定員増などで一部を修正し、実行されてきた。しかし、まだまだ不充分なことは明白で、従って医学部新設という日本の医学・医療の将来にとって決して益とならない施策が浮上している。もうそろそろ具体的な対策を立て、それを実行することが急務と考える。ここでは「車中八策」の具体的な実行計画について述べてみたい。

まず直ちに本協会内に会長直轄「医師不足対策ワーキンググループ」(WG)を立ち上げる。このWGの喫緊の活動は医学部新設阻止への対応とする。まずWGが全国医学部長病院長会議に働きかけ、同会議主導での対応にもっていく。具体的には、上述のアンケート結果を踏まえ(1)入学定員増の実行、b)、1)既設80校はあと700名強の入学定員を増やすキャパシティーと協力姿勢を持っており、これは7校の医学部新設に相当すること、2)既設校で増員すれば、将来の医師の需要状況に応じたフレキシブルな対応ができること、3)医師不足県に医学部を新設しても昭和48年頃に行った一県一医大構想で経験した通り、卒業生は必ずしもその県に残ら

ないなどを論点として、文部科学省関係の官僚や大臣を始めとする政治家に積極的に働きかけ、医学部新設構想を廃止にもっていくことが大切と思われる。もし全国医学部長病院長会議の協力が得られない時は、前述したように加盟校に個別に相談し、本協会だけで300名の定員増のキャパシティーを確保し、本協会単独で行政などに働きかけ、医学部新設阻止にもっていくことも一つの選択肢となる。

次にWGが可及的速やかに対応すべきこととして、(4. 学部教育と医師国家試験の見直し)については全国医学部長病院長会議の医学教育委員会と(5. 初期研修制度の廃止)については同会議の卒後臨床研修調整委員会や医師養成のグランドデザイン作業ワーキンググループなどと歩調を合わせながら、その両者をセットとして実現に向けた具体的な行動を文部科学・厚生労働の両省関係者に対し開始すべきと考える。

(2. 地域偏在解決策)、(3. 就業形態偏在)、(7. 診療科偏在)については、まずWGでもう少し方向性を議論し、行動するポイントをしぼった上で全国医学部長病院長会議、日本医師会などと協同して行動できれば、一定の成果が得られるのではないか。

(6. 女性医師対策)、(8. ワークシェア)については個々の医療機関で各論的に行えることが多く、ぜひ積極的な対応が望まれる。「隗より始めよ」の言葉通り、言い出した筆者の大学でもまず、可能な限り実現させたいと考えている。

## おわりに

日頃、医師不足、地域偏在、診療科偏在などを医療現場で肌で感じ、日本の医療の将来に不安をいたいでいる。何とかしなければという思いから、また通勤の車中で日々考えていることなどをこの機会に一気に書きさせていただいた。読み返してみると冗長のきらいがあり、かつ私見とはいえ独善的なところもある。

ただもうこれ以上の議論をするよりも実行・行動する時に来ているという主張だけは認めていただきたい。

この「車中八策」の中でも特に、まず対案を持った上で医学部新設の阻止、次いで学部カリキュラムを改定した上で初期研修制度の廃止をぜひ実現に持っていく、日本の医療の将来が少しでも明るくなるようにしたいものである。

# 特 集

## 医療政策と医師数問題について

日本大学医学部長・大学院医学研究科長  
日本大学医学部公衆衛生学教授

片山 容一 氏  
大井田 隆 氏

## 医学部入学定員における地域枠、新設などの問題点

獨協医科大学理事長  
協会総務経営部会担当副会長

寺野 彰 氏

## 医師の地域偏在の問題と医療体制について

千葉大学大学院医学研究院小児病態学教授

河野 陽一 氏

## 産婦人科医師不足と地域偏在への 日本産科婦人科学会の取り組み

北里大学病院長  
北里大学医学部産科学教授

海野 信也 氏

## 医師の診療科偏在解消策について（小児科の取り組み）

日本医科大学付属病院長

福永 慶隆 氏

## 医療政策と医師数問題について

日本大学医学部長・大学院医学研究科長  
協会総務経営部会担当理事  
日本大学医学部社会医学系公衆衛生学分野教授

片山 容一 氏  
大井田 隆 氏



### はじめに

医師不足という言葉が巷間に満ちている。医療の現場での実感でもある。それを理由に、医学部を新設しようとする動きも繰り返されている。政府は、数年前まで、それを「医師数の偏在」であるとしてきた。全体として医師数に不足はないが、ある地域・診療科に医師が十分に供給されていないというのである。

その一方で、メディアなどの論調は、全体として医師数が不足していることにこそ、その原因がある

とする。この主張には、医師数を増やしさえすれば、医師が条件のいい職場から溢れだして、医師の不足している地域・診療科に勤めざるを得なくなるはずだという思い込みがある。しかし、そうなるとは限らない。むしろ、これは、ヒトがなぜ働く意欲を持つのかを考えない暴論であろう。もし、ただ単に医師数を増やして、国民医療費を増やさなければ、医師過剰になるだけで「医師数の偏在」は変わらないように思う。

医師不足は、ほんとうに「医師数の不足」によるものなのか。おそらく、この問いに答えはないだろう。これから述べるように、適正な医師数を決めるることは、答えのない難問だからである。

私は、それよりもまず、医師不足と呼ばれている現象の本質を見極める必要があるように思う。この問題については、一昨年から昨年にかけて本誌に掲載された論文 [1, 3] や座談会 [2] で、いろいろな視点から議論された。その繰り返しにならないようにながら、私見を述べさせていただきたいと思う。

## 医療供給体制

適正な医師数を議論するには、まず適正な医療供給体制とは何かを明確にしなければならないとされてきた。このことは、2006（平成 18）年 7 月に公表された厚生労働省の医師の需給に関する検討会報告書 [5] でも指摘されており、「診療科・領域別の必要医師数は、各診療科・領域に係わる提供体制の方により大きく異なるところがある」と述べられている。

ところが、この適正な医療供給体制とは何かと問うことが、雲をつかむような話なのである。適正な医療供給体制とは、国民の医療への欲求を充足させることであろう。そうだとすると、とたんに難問にぶつかる。国民の医療への欲求は、供給によっていくらでも刺激されるからである。簡単に言えば、ヒトの不老長寿への夢には際限がないということである。

1970 年以後、医療への欲求は、見る見るうちに増大した。そのもっとも大きな原因は、医療の技術革新である。数十年前の医療は、かなり素朴なものだった。それが、高度経済成長とともに、目を見張るような技術革新をとげた。その技術革新が人口の高齢化とからんで、医療への欲求を刺激し、それを一気に膨らませた。

医療の技術革新には、ふつうの産業の技術革新と大きく異なるところがある。ふつうの産業では、技術革新が進めば生産が効率化して、人手がかからなくなると価格が下がる。ところが、医療では、技術革新が進むと、生産が効率化するどころか、ますます人手がかかるようになり価格が上がる。

国民は、そんなことなどお構いなしに、医療への欲求を膨らませていった。そして、次々と進む医療の技術革新とともに、それを制御できなくなってしまった。そんなことをすれば、いつかは、国民の支出が境界を超してしまう。適正な医療供給体制という概念さえ成立しない。

この現象は、経済学の仮説であるセイの法則を思わせる。この法則は、「供給がそれ自身の需要を創造する」ということである。市場では、需要と供給が一致しなければ、価格調整が起きる。供給が増えると価格が下がるので、それだけ需要が増える。それで、「供給がそれ自身の需要を創造する」ことになる。

医療でもそうなるのは、情報の非対称性があるためであると説明されることが多い。患者の持つ情報は、医師の持つ情報より少ないため、患者は、医師に言われるまま医療を受けるということである。

1998（平成 10）年 5 月に公表された厚生労働省医師の需給に関する検討会報告書 [4] は、供給がそれ自身の需要を作り出すことを指摘するとともに、その原因として情報の非対称性をあげ、情報公開と市場原理が適切に働くよう努める必要があるとしている。

## 国民皆保険制度

わが国の医療制度は、政府の価格調整によって、あまり市場が機能しないように設計されている。だから、セイの法則そのものが当てはまるとは言えない。それなのに、よく似たことが起きるのには、もっと単純な理由がある。国民皆保険制度によって、患者の費用負担が軽減されているため、需要に歯止めがかかりにくいのである。

医療への欲求は、患者の費用負担によって抑制されれば、そのまま需要に反映されることはない。しかし、費用負担による歯止めがなければ、欲求が需要に直結してしまう。たとえば、この 10 年間で、救急出動の件数および搬送人員数が激増した。患者の費用負担がないため、軽症ないし中等症の患者の搬送が増えたからである。

地方自治体の首長は、有権者の人気を得ようとして、競うように小児医療の無料化を実施した。無料となれば、費用負担による歯止めが働くかないから、青天井の需要になる。こんな状態は、いわゆるコンビニ受診を生む。

実際に、休日・夜間に受診する小児科の患者は、大部分が軽症であるため入院の必要がない。もともと、救急医療の対象にすべき患者かどうか疑わしい。それでも、小児科の医師数が増えれば、それに応じてコンビニ受診も増える。まさに「供給がそれ自身

の需要を創造する」のである。

医療では、患者の費用負担による需要への歯止めがないと、医師数や病床数などの供給が増えれば増えるほど、ますます欲求が刺激され、需要を喚起する。つまり、適正な医療提供体制を構築することと、国民の医療への欲求を充足させることは、イタチごっこをしていることになる。それを両立できるという幻想を追い続ければ、急速に進む技術革新に煽られて、国民の支出が限界を超えててしまう。

### 医療費亡国論

国民の医療への需要は、もちろん国民医療費に反映される。国民医療費は、人口の高齢化と医療の技術革新に歩調を合わせて高騰を続けた。1970年代に、国民皆保険制度の達成によって患者の費用負担が軽減されるとともに、医学部の定員が急速に拡大され、医師数と病床数の供給が増加したからである。

かつて、医学部の定員は、3,000人以下であったが、政府は、1973（昭和48）年に無医大県解消構想を示し、相次いで医学部を新設した。そのため、医学部の定員は、1981（昭和56）年に8,360人まで拡大した。この時期に、「供給がそれ自身の需要を創造する」ことが現実になった。

しかし、1980年代に入って、国民医療費の高騰が国家財政を圧迫し始めていることが誰の目にもはつきりしてきた。1983（昭和58）年3月に、当時の厚生省保険局長であった吉村氏は、このまま国民医療費の高騰を放置すれば、他の分野の発展を阻害し、わが国の活力が失われると主張する論文を発表した[7]。吉村氏は、これを医療費亡国論と称した。

もちろん、どれくらいの国民医療費に維持しておくのがいいのかには議論の余地があろう。わが国では、人口の高齢化も医療の技術革新も、多くの外国より進んでいる。それなのに、わが国の国民医療費は、まだ先進国で最低水準にとどまっている。

そうとは言え、国民の負担できる国民医療費には限界がある。ひたすら医療への需要が膨み、国民医療費が高騰し続けることには、確かに亡国の恐怖を感じる。そこで、政府は、国民医療費を抑えにかかった。

政府は、医療費抑制政策の1つとして、医学部の定員を削減することによる医師数の抑制を企てたよ

うである。1983（昭和58）年に医療費亡国論が唱えられるや否や、1987（昭和62）年には、医学部の定員の縮小が開始され、1993（平成5）年には7,655人まで削減された。

振り返ってみれば、医学部の定員の削減は、医療費抑制政策の象徴と言っていいものであった。ただし、それほど効果があったとも思えない。医師数は、現在まで着実に増加してきたことに変わりはなかったからである。近年の医師国家試験の合格者は、年間7,600～7,700人である。死亡したり退職したりする医師数を差し引いても、医師数は、年間3,500～4,000人も増加してきたことになる。

つまり、1998（平成10）年から2008（平成20）年の10年間に、医師数は3.5～4万人も増加したのである。それにもかかわらず、この時期に医師不足が叫ばれるようになった。いったい、この3.5～4万人もの医師はどこに行ってしまったのかと聞いたいくらいである。

### 医療費抑制政策

もちろん、政府は、もっと強力な医療費抑制政策を推し進めた。他の産業で言えば、生産調整ないし価格規制に相当する政策である。政府は、医師数と同じく病床数の削減も進めた。「供給がそれ自身の需要を創造する」のを止めるため、供給を抑えたのである。病床数は、1992（平成4）年から減少を続けている。また、政府は、病院の入院日数の短縮にも乗り出した。1993（平成5）年まで、わが国的一般病棟の入院期間は、約35日であったが、2005（平成17）年には、それが20日を切った。

入院期間が半分になれば、必要な病床数は半分になるから、医師数ならびに国民医療費も半分でなくなるだろうか。もちろん、そうはいかない。入院期間が半分になれば、利用できる病床数は2倍になる。それに見合う患者数を受け入れられる病院では、病床利用率（回転率）が上がるだけである。

そうなると、医師の仕事は2倍に増える。医師数は増加しているのに、勤務医の繁忙感は、ますます強くなる一方だった。入院日数の短縮という政策は、予想以上に勤務医を急速に疲弊させた。

さらに、1998（平成10）年から2008（平成20）年の10年間には、診療報酬が大幅に切り下げられ

た。この時期にも、医療の技術革新は絶え間なく進行しており、病院を中心とした勤務医への負荷は急速に増大していた。病院は、これに追い討ちをかけるように、勤務医にそれまで以上の負荷を加えて、診療報酬の切り下げという価格規制を克服しようとした。

どんな産業でも、政府が生産調整ないしは価格規制に乗り出せば、業者は、その分野からは必ず逃げ出す。経済学の初歩である。補助金でがんじがらめにしない限り、業者を引き止めることなどできない。

医療では、医師が逃げ出すことはないだろうと考えたのか。他に行くところがないから、生産調整あるいは価格規制をしても、それを強いることができると思ったか。そうはいかない。医療では、それがすでに疲弊し始めた勤務医の離職となって表れた。

まず、勤務医から開業医への転向が加速された。さらに、身体・精神を酷使させられる地域や診療科に参入する若手の勤務医が激減した。予想されたとおり、政府は、あの手この手の補助金で就労を誘導するしか、これを是正することができなくなっている。

### 勤務医の離職

政府は、これだけの医療費抑制政策を実施しておきながら、国民の医療への欲求をそのままにした。しかも、メディアは、医療の技術革新を喧伝し、国民の医療への欲求を煽った。医療への欲求を膨らませるだけ膨らませておいて、供給を抑えにかかったことになる。

わが国の医師は、先進国では最低の国民医療費で、最高の医療水準を達成した。平均余命は長く、周産期死亡率は低い。WHOによる2000（平成12）年の調査では、健康達成度の総合評価で第1位である。また、OECDによる2005（平成17）年の調査でも、健康寿命・健康達成度の総合評価は、ともに第1位である。

ところが、その恩恵を受けた国民は、わが国の医療をむしろ不十分なものと考えるようになった。自らの医療への欲求を当然のことと思う一方で、それが供給によって充足されていないと感じるからである。事情を知らない国民は、それを医師不足と思つてもおかしくない。

こんな状況は、医療不信を生み、それが民事訴訟

の増加として表れる。さらに、理不尽としか言いようのない刑事訴追が行われ、耳目を引くことが目的のメディアが活躍した。勤務医は、その矢面に立たされ、意欲を著しくそがれることになった。それが身体・精神を酷使させられる地域や診療科から勤務医の離職を促した。

### 勤務医の世代交代

もともと、1998（平成10）年から2008（平成20）年にかけては、勤務医の離職を加速させる背景があった。これは、2006（平成18）年7月に公表された厚生労働省医師の需給に関する検討会報告書[5]と、この報告書に添付されている長谷川氏の論文[6]で明確にされていることである。

前述のように、医学部の定員は、1981（昭和56）年までに急増した。この時期に大学に入学した医師は、1998（平成10）年から2008（平成20）年にかけて、30歳代後半ないし40歳代後半になった。若手の医師は、ほとんどがまず勤務医として就労する。その勤務医が開業医へ移行するのは、30歳代後半までである。したがって、40～50歳以下の医師は、それ以上の医師よりも勤務医である割合がきわめて高い。

1998（平成10）年から2008（平成20）年までは、この40～50歳以下の医師が医師数を増加させてきた。つまり、医師数の増加が勤務医の人数に反映されてきた。ところが、その後は、40～50歳以下の医師数がほぼ一定となり、40～50歳以上の医師が医師数の増加の主体になった。これは、今までと同じように医師数の増加が続くとはいえない、その内容が勤務医から開業医へと様変わりするということである。1998（平成10）年から2008（平成20）年にかけて、こんな変化が始まっていた。

### 勤務医の不足

ここでは割愛するが、その他の理由でも、1998（平成10）年から2008（平成20）年の10年間に、勤務医の置かれた環境は、いろいろな意味で急速に悪化しており、そのために勤務医の離職が進んだ。さらに、勤務医が1人離職すると、残った同僚の勤務

医には、その分の新たな負荷がかかるようになる。そのため、勤務医が相次いで離職するドミノ現象が見られるようになった。

医療費抑制政策は、折悪く他の要因とからんで、地域・診療科での「医師数の偏在」を生んだ。しかし、これは氷山の一角である。水面下では、もっと広範に「勤務医の不足」が起きているように思われる。

地域での医師数の偏在と言っても、これは地方だけの問題ではない。都心でも同じ状況が起きている。また、診療科での医師数の偏在と言っても、産科や小児科だけのことではない。あまり目立たないだけで、内科や外科、あるいは脳神経外科ないしは脳卒中診療ユニットなど、他の診療科も同じ状況に陥っている。つまり、医師不足とは、全体としての「医師数の不足」ではなく、「勤務医の不足」である。それが地域・診療科によって「医師数の偏在」のように見えているのである。

このことは、2006（平成18）年7月に公表された厚生労働省医師の需給に関する検討会報告書[5]でも、的確に指摘されている。この報告書に添付されている長谷川氏の論文[6]によれば、2002（平成14）年から2004（平成16）年までの2年間に、病院に勤務する医師数は約4,600人増加し、診療所に勤務する医師数は約2,500人増加した。それぞれ年間2,300人および1,250人の増加である。

病院に勤務する医師数を勤務医の人数とみなしそれぞれ、医師数の増加を年間3,500～4,000人であるとすれば、その3分の2しか勤務医の増加に結びつかなくなつたと言える。これはまだ序の口だろう。これから、その割合がもっと減るはずである。

勤務医の仕事が嫌われているわけではない。新規の開業医は、週に1日くらい非常勤の勤務医をしていることがある。開業医にならず、週に何日も非常勤の勤務医をして生計を立てているフリーター医師さえ少なくない。

確実に不足しているのは、常勤の勤務医である。常勤と非常勤の勤務医の違いは、入院している患者と病院そのものへの責任の重さにある。常勤の勤務医の離職には、その背景に、医師が入院医療から逃れようとする流れがあるのではないか。

それと並行して、勤務医の意識にも変化が起きていると思われる。かつてと同じ地域・診療科の勤務医であっても、身体・精神の酷使を厭わないなどということは少なくなった。これは、間違いなく数字

には現れない「勤務医の不足」になっている。

こんな医師不足を解決するには、意欲ある常勤の勤務医の離職を防ぐ以外にない。そのためには、常勤の勤務医の士気をそぐことのないような環境と待遇を確立することが何より大切である。

2006（平成18）年7月に公表された厚生労働省医師の需給に関する検討会報告書[5]も、このことを指摘しており、「持続的な勤務が可能となる環境の構築は、…退職者を抑制する効果が期待できるだけでなく、新たに就業する医師数を増加させるためにも必要である」としている。ここで言う医師とは、もちろん勤務医のことである。

### 医師数と国民医療費

医療では、技術革新が進むとともに、医師数だけを増やして、国民医療費を増やすことにすむというわけにはいかなくなつた。医師は、いろいろな診断・治療機器を利用して何人のコメディカルといっしょに働く。自分の給与の何倍もの医療費を消費する。だから、医師数が増えれば、必ず国民医療費も増やすなければならない。

医療費抑制政策を継続したまま、医師数だけを増やすということは、高額の費用負担を必要としない医療を求めることがある。高額な機器を使用せず聴診器一本で診療すると称する地域医療や、高額な薬剤を使用しない代替医療に期待が集まるのはこのためである。ここで考えなければならないのは、それが正しいかどうかではない。それで満足できるかどうかである。国民は、決してそんなことでは満足しないだろう。

医師が1人あたり消費する医療費は、年間約1億円である。たとえば、2004（平成16）年に、わが国で診療にあたっていた医師数は25万7,000人であったが、そのとき医師が消費した医療費は年間24兆4,000億円であった。

国民医療費は、1998（平成10）年には約30兆円であったものが、10年後の2008（平成20）年には5兆円増加し35兆円に達した。前述したように、1998（平成10）年から2008（平成20）年の10年間に、医師数が3.5～4万人増加した。国民医療費の増加は、その70～80%を医師数の増加で説明できることになる。

政府は、2008（平成 20）年に、それまでの方針を転換し、2012（平成 24）年には、医学部の定員を 8,991 人まで拡大させた。2003（平成 15）年から 2007（平成 19）年までの医学部の定員が 7,625 人であったことからすれば、約 1,400 人も定員が拡大したことになる。これを 10 年続けると、今までよりも 1.4 万人の医師が増加することになる。医師 1 人が消費する医療費を 1 億円とすると、国民医療費が 1.4 兆円も余計に増加することを覚悟しなければならない。現在の国民医療費の増加は、10 年で約 5 兆円だが、それが 6.4 兆円になるということである。

まして、医学部の定員を 1.5 倍にするとなると、約 3,800 人も定員を拡大することになるから、これを 10 年続けると、国民医療費の増加は、10 年でなんと 8.8 兆円にもなる。医学部の定員を拡大するという議論をするときには、それと同時に発生する「国民医療費の増加に耐えられるのか」をまず問うべきなのである。

### おわりに

政府とメディアは、国民医療費を抑えながら、今までどおり医療への欲求が充足されるという甘い幻想のもとで、その矛盾をすべて医療の現場に押しつけてきた。それに耐えかねた勤務医が少しでも転職の少ない職場を求めて逃げ出している。これが医師不足の実体である。

つまり、これは、単なる「医師数の不足」ではない。医療費抑制政策のために起きた「勤務医の不足」であり、それゆえの「医師数の偏在」である。医学部の定員を拡大させるだけでは、こんな医師不足を解消することはできない。まして、医学部を新設し

### 【引用文献】

1. 小川 彰：「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。医学振興 71：16 – 19、平成 22 年 11 月
2. 河野陽一、吉村博邦、栗原敏、寺野彰、跡見裕、明石勝也、小栗典明：医師の偏在解消策と医師育成について。医学振興 73：11 – 30、平成 23 年 11 月
3. 栗原敏：医学部入学定員問題に対する私見。医学振興 73：2 – 10、平成 23 年 11 月
4. 厚生労働省：医師の需給に関する検討会報告書。平成 10 年 5 月
5. 厚生労働省：医師の需給に関する検討会報告書。平成 18 年 7 月
6. 長谷川敏彦：医師の需給推計について。厚生労働科学研究費補助金（医療技術評価総合研究事業）「日本の医師需給の実証的調査研究」研究総括中間報告。平成 18 年 7 月
7. 吉村 仁：医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方。社会保険旬報 1424：12 – 14、昭和 58 年 3 月

ても何も解決しない。

これに対処する方法は 2 つしかない。1 つは、医療費抑制政策を緩和し、常勤の勤務医の士気をそぐことのないような環境と待遇を確立することである。もし、医療費抑制政策は譲れないというのであれば、残る 1 つは、国民の医療への欲求を野放しにせず、それを納得のいくように制御することである。

あえて言えば、適正な医師数についての議論は、国民が「どれだけ医療費を負担するつもりなのか」をはっきりさせることから始めるべきである。それでこそ、医師不足なのか医師過剰なのかが決まる。これ以上の国民医療費を負担するつもりがないのなら、もうすでに医師過剰なのかもしれない。いくら医師数だけを増やしても、それと併せて国民医療費を増やすことができなければ、新たな技術革新が生き続ける医療への欲求が充足されることはない。

ヒトは、他の動物と違って、悠久の時間の流れを知っている。だから、自分や家族の老いと死が気になる。それが健康への希求を生む。他の動物は、現在にしか生きていなかから、健康を気遣うことなどない。しかし、いずれ老いと死に直面することは、ヒトも他の動物も同じである。あらゆる生命に与えられた天命である。だから、ヒトの健康への希求は、まさに悪あがきでしかない。

ヒトは、その絶望を仲間と共有し、お互いに助け合おうとする。それが医療である。しかし、もともと悪あがきにすぎないのでしたら、その究極の価値は、天命を納得させてくれることにこそある。

私たちは、どんなふうに老いや死を納得しようとするのか。そのために、どれだけ国民医療費を負担し、それによってどんな助けを求めるのか。適正な医師数を議論するには、それを考えることが不可欠であろう。

## 医学部入学定員における地域枠、 新設などの問題点

獨協医科大学理事長  
協会総務経営部会担当副会長  
全国医学部長病院長会議相談役　寺野 彰氏



### 医学部定員増加策の現状

文部科学省は、平成22年12月、「今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会」を設置し、医師不足解消のために医学部定員のあり方を検討してきた。そして、平成23年12月14日、当該検討会の議論の「論点整理」を公表し、それに基づいて今年1月15日までを提出期限としたパブリックオピニオンを求めた。

その結果は未分析であるが、コメントそのものは公表されている（文部科学省ホームページ）。提出された総意見数は、992件である。すべてに目を通すには時間がかかるので、まだできていないが、特徴の一つは、その提出された都道府県分類である。宮城県が223件、新潟県が153件と際立っている。なかには、同じフォーマットと思われるものも多い。両県の医学部新設への動きが強いことは考慮に入れても、このようなパブリックオピニオンでは、オールスターの選手選びのようなものであって、果たして意味のある内容といえるかどうかが疑問であることに注意する必要がある。

その前に、本検討会そのもののあり方にも疑問がある。構成メンバーには目をつむるとしても、新設賛成の意見が1-2しかないにもかかわらず、文部科学副大臣の意向で、意見半ばするとの方針で論点整理が行われた点、本検討会の本質、存在意義に首を傾げざるを得ない。

論点整理の内容を読んでみても、賛成意見、反対意見にそれぞれ“公平に”分類しているが、賛成意見には全く説得力が見られない。

賛成意見のうち、「既存の医学部の入学定員を増やしているが、教員は増えておらず、十分な設備もない」、従って医学部を新設すべきであるとするものがある。問題はまさにここにあるのであって、既存の医学部、特に国立大学の医学部に十分な教員と

設備を備える財政を付与すべきなのである。

特に東北地方の医学部定員が不足しているのであれば、政府は復興対策としても、数ある国立、公立大学に補助金を十分与え、1校150人定員とすればいいのである。

現在は、125人に抑えている定員上限を150人とすることは容易なことであろう。特区的発想、時限的なものでよいと思う。将来医師過剰となれば、定員を再び100人、80人に減らせばよいのである。財政的にも、国民の強い要望、復興支援という観点においても、即効性もある本政策を直ちに実行すべきである。新設医科大学（医学部）という先行き不透明で、莫大な（おそらく1校500億円以上）費用のかかる新設医科大学（医学部）の財政を考えれば、本政策は財政削減にも大きく貢献するはずである。これによって、教員も設備も1学年150人に相応しいものとなれば、国公立はもちろん、私立大学医学部も医学部定員増に賛成することは明白である。

現在、既存医学部で急激な定員増に抵抗があるのは、ハード面、ソフト面での財政支援がないからである。一説として、定員増による学生の質の低下を危惧する考え方もあるが、調査の結果、恐れるほどのものでないことも証明されている。さらに、もしこのような学生の質の低下を喧伝するならば、新設医科大学（医学部）の学生の質をどう説明するであろうか。

さらに、本論点整理に述べられている賛成意見の論拠の中には、「新しいタイプの医学部をモデル的に設置し、財政の安定した総合大学で年間授業料を抑え、ニーズに合う医師養成を行う」、「2035年頃までは、医学部新設による対応を行い、その後の対応はその時点での様々な社会情勢の変化を見て検討すべきではないか」など、かなり意図的かつ無責任な対応が記述されている。

## 新設医科大学（医学部）反対論骨子

反面、新設医科大学（医学部）反対の意見の論拠は、すでに全国医学部長病院長会議、本協会、日本医師会などで明らかにされているものであり、記述されているものの一部は以下のとおりである。

- ・新設を決めたとしても、実際に医師が働くまでには相当の時間がかかること。
- ・将来的に医師数が過剰になった場合、新設した医学部を廃止するのは困難であること。
- ・指導力のある優秀な医師を教員として確保するためには、結果的に地域の病院や基幹的な病院における医師不足が助長されること。
- ・多額の費用を注ぎ込んで新設をするよりも、これまで定員増した 13 医学部増設に匹敵する約 1,300 人の增加学生の教育に十分な投資を行うべきであること。

このような論拠で、新設によらず既存医学部の入学定員の増加と偏在解消の取り組みを行うべきである。これらはこれまで繰り返し強調されたことであるが、本検討会でも繰り返されており、進歩、前進がほとんど見られていないので、再掲し、十分な納得を得る必要があると感じたところである。

## 地域枠政策の効果：今後の定員増加の見通し

既存大学の医学部定員については、抑制策を策定した閣議決定が覆され、平成 21 年から、具体的に増員策が採用された。10 年間の時限的なものとはいえる、本政策は医師不足対策、地域医療崩壊対策にとって大きな意味を持つものであったといえる。各自治体を中心とした「地域枠」は、その後増え続け、年約 1,300 人の医学部定員増加となって、新しく 13 の医学部を作ったと同様の効果をもたらした。各自治体は、それぞれに医学生募集ができるため、長期的に見ると医師不足対策として効果的なものとなったといえる。各大学もほぼ 120 名の定員を受け入れてきた。

全国医学部長病院長会議の調査では、今後可能な国公立医科大学・医学部の定員増に関する調査で、532 名の増加が可能であることを示した。さらに本協会の調査でも合計 243 名の増員が可能であるとの

結果を得た。合計すると 775 名の増員が可能ということになる。ただし、これには条件があり、まず、現在の法令を改正し、定員を 125 名以上にできるようにしておくこと、教員増を可能とすること、教育に必要な施設設備を充実することである。これほど強い国民の要請があれば、政府として当然対応すべき重要な政策である。さらに新設医科大学（医学部）に要する費用を考えればきわめて低い予算で済むはずである。メディアも真の国民の要望をくみ取ってこのような効率的な財政支援が可能となるような論調を示すべきである。本結果は、会議などで正式に公表され次第、本誌でも「資料」として提示したい。

## 医師偏在のは是正策

医師不足の問題は、単に医師の総数の問題ではなく、専門科および地域の偏在の問題であることは、かねてから指摘されてきている。新設医科大学（医学部）によって総数をいかに増加させようと、この問題の解決なくしては、結果は同じである。

検討会の意見の中には、新設医科大学（医学部）で新しいコンセプトに基づいた医学教育を実行すると言っているものもあるが、その具体的なものは示されていない。単に臨床と地域を重視すると言っているに過ぎない。問題の本質は両偏在のは是正である。

まず、外科系、産科、小児科など国民にとって重要な専門科を専攻したがらない“風潮”をどのように是正するか？過重労働、医療訴訟など種々の事由が挙げられているが、基本的にはインセンティブの問題である。学生時代に、例えば小児科に憧れても、2 年間の臨床研修でその実態をみると、その意気込みが萎えてしまうのである。同じ待遇なら、楽で安全な方を目指したくなるのが人間の本質であろう。

やはりここは、待遇面で明確な差をつけるしか方法はないと思う。米国では、学会を中心としたセレクションが行われているが、基本は待遇面の差である。心臓外科、脳神経外科、産婦人科などは、給与も高く、学会人数も制限され、一種エリート的扱いを受けている。我が国も悪平等主義を捨てて、ある部分の保険点数を思い切って上げるなどある程度のインセンティブを考慮していくべきだろう。きれい事ばかりでは済まないのである。

地域偏在にも同様なことがいえると思う。医療過疎地域の勤務に、給与差、キャリアパスの差をつける必要がある。一定期間過疎地域勤務を義務づける必要もあるだろう。施設・設備も大きく改善すべきである。研究設備も必要と思う。

東北地方、特に被災地域への勤務は特区扱いで、待遇を大きく改善すればよい。ボランティア精神のみに頼っているわけにはいかないのである。プロフェッショナルとして高給与を得ることは当然のことといえる。その反面、都会での勤務は、ある程度待遇を下げるべきであろう。開業志向にも歯止めをかける必要がある。

これらの施策は、日本医師会の理解も得て、早急に実施すべきである。

### 医学教育の改革

医師不足傾向が顕著になったのが、新医師臨床研修制度施行時からであることは言うを待たない。施行後5年経過したら、見直す約束だったのがこれも反故にされた。本質的には、文部科学省で教育したものを、厚生労働省が国家試験を施行し、さらに臨床研修するという構造そのものに問題がある。文部科学省、厚生労働省の交流も最近少し行われてきたが、未だその落差は大きい。さらに、全国医学部長病院長会議で提案した医師養成のためのグランドデザインもほぼ無視されている。医学教育は、卒前教育と卒後教育を一体化しなければならない。

すなわち簡潔に言うならば、4年生の時に行われる共用試験（CBT）によってStudent Doctorの資格を与え、5、6年生で初期臨床研修を終わらせるべきである。卒業時の国家試験はAdvanced OSCEとし、6年生を国家試験勉強で無駄に過ごさせないことである。そうすれば、悪評高い2年間の新医師臨床研修制度は不必要となる。その上で、専門科、地域偏在を解消すべきである。いうまでもなくこれらの考えはこれまで繰り返されてきた。しかし、何

度も何度も繰り返して主張しない限りこの国は動かない。

### 他領域に学べ

現在、歯学部および歯科医の領域は悲惨な状況になってきている。薬学部も同様で、急速な新設学部増により、定員割れの大学も多く、現状はともかく近い将来過剰になることは間違いない。教育期間も6年間となったことも大きな影響を与えている。

さらに悲惨な事態は法曹の世界である。短絡的に米国の制度を真似た法科大学院と2～3倍に近い人數の司法試験合格者によって、法曹の世界はかつてない混乱と危機に陥っている。今になって、合格数を減らそうとし、文部科学省も法科大学院を減少させようとしているが、きわめて困難である。現在2,000人余に膨れ上がった司法試験合格者数を半減して元に戻そうというのである。今回の日本弁護士連合会会長選挙の最大の争点であった。筆者はそのメンバーに属しているので実感として理解できるのであるが、なぜあのような愚策をとったのか、当時の執行部、政府の責任は大きいと思う。

同様なことが、今、医学の世界で起きようとしているのである。我々は、このような近い将来に予想される事態を防止する大きな責任を負っている。医学部を新設してはいけない。同時に、既存医科大学・医学部としても、魅力ある医学教育、診療が出来るように自戒する必要がある。

最後に、医師国家試験について述べる。なぜこのような医師不足に喘いでいる国民を前に、合格率を変えないのかと言う疑問である。

医師の質を落としたくないという返答であろうが、それなら地域枠としての増員も同じことになる。いずれにせよ試験に落ちた者もそのほとんどが1年後には合格するのである。必修問題の数点差で我が国の医師不足を加速する厚生労働省、国家試験改善検討部会には強い反省を要望する。

### 【参考資料】

文部科学省「今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会」論点整理に関する意見募集の結果について  
(2012年2月18日) <http://search.e-gov.go.jp/servlet/public>

# 医師の地域偏在の問題と医療体制について

千葉大学大学院医学研究院小児病態学教授  
全国医学部長病院長会議顧問

河野 陽一 氏



## はじめに

医師不足などわが国の医療問題は、医療崩壊といったきわめてセンセーショナルな表現とともに取り上げられているが、この背景には、病院経営の悪化、医師の過重労働、そして地域医療の疲弊などを基にした医療政策や医療行政に対する医療者間の疑惑の積み重なりがある。今後人口構成における老齢人口の増大、それも諸外国に例を見ない急激な増大の時代にわが国は突入するが、老齢人口の増大により外来・入院患者数、救急患者数、介護需要、死亡者数の増加が予測され、今以上の相対的医師不足を招来するという強い危機感が、この問題への関心をさらに高めている。

医師数は、昭和 57 年に「医師については全体として過剰を招かないように配慮」という閣議決定がなされ医学部定員の削減が進められた経緯がある。しかし、前述の医師不足による医療問題の顕在化のために医療政策の転換を余儀なくされ、平成 20 年度より医学部入学定員の増員に大きく舵がきられた。しかし、医師の育成には時間がかかることもあり現在も医師数は十分ではない。併せて、わが国における適正医師数について議論されているが、必要医師数は、その国の医療提供体制、また目指す医療レベルにより大きく影響を受ける。必要医師数を考える時の 1 つの目安として経済協力開発機構 (OECD) あるいは先進 7か国 (G7: 仏、米、英、独、日、伊、加) の各国人口あたりの医師数が引用されるが、欧米とは医療体制はもちろん生活様式、死生観も含めて社会の体制および動きが大きく異なっており、適切・絶対的な指標とは言い難い。

またわが国の医師不足問題を増幅する要因として、医師の地域偏在がある。世界的にも医師の地域差が重要な問題になっており、EU ではドイツで行われている都市での開業制限など一定の強制的制度

の元で、医師の配置に行政が介入している。本稿では、医師不足について医師の地域偏在とその対応策から考えてみたい。

## 医療需要と医師数

わが国の医療需要をどのように予測するのかは難しいが、医療需要の指標となる患者数の動きをまとめてみると、入院患者数は次第に増加し、2030 年（平成 42 年）前後にピークを迎えるその後減少する（図 1）。また、入院患者数の動きの前に外来患者数の増加をみると、そのピークは 2020 年（平成 32 年）前後と推測され、その後低減する（図 2）。このように患者数の大きな変動は間近に迫っており、医療体制の整備に時間の余裕は少ない。しかし、高齢者数の増加による医療需要の増大は継続的ではないので、医師数や病床数など、医療体制の整備には、修正が可能な柔軟な対応が必要であろう。

この医療需要の増大に伴う最も大きな不安因子は医師数だが、医師不足が言われている現在も、わが国の医療レベルは世界のトップレベルであり、国際比較で著しく低い総医療費できわめて効率的な医療を実施している。この低医療費は、人件費ならびに医療従事者数の抑制により達成してきた側面があり、人数の少なさによる医療者の過重労働が、医療安全を含めて医療の質に大きな負荷をかけている。重ねて言えば、わが国のハイレベルの医療は、医師を始めとした医療者の犠牲的な労働によって達成されてきたものである。

医師数の不足は、医師の労働負担を含めて医療現場でも実感されているところだが、総合的な医療レベルの一つの指標と言える平均寿命から医師数の問題をみると、各地域の人口当たりの医師数は平均寿命と全く相関しない（図 3）。長寿県として知られている長野県の人口当たりの医師数は全国で 34 位（平

成22年医師・歯科医師・薬剤師調査)であり、医師数が少ない県の医療レベルが低いわけではない。換言すると、「医師不足」という医師数のみにより現在の医療問題あるいは医療の質を捉えようとするのは正しくなく、医師の数や配置を検討する時に、医師を増やすだけでは医療レベルの向上に必ずしもつながらないことに留意しなくてはならない。

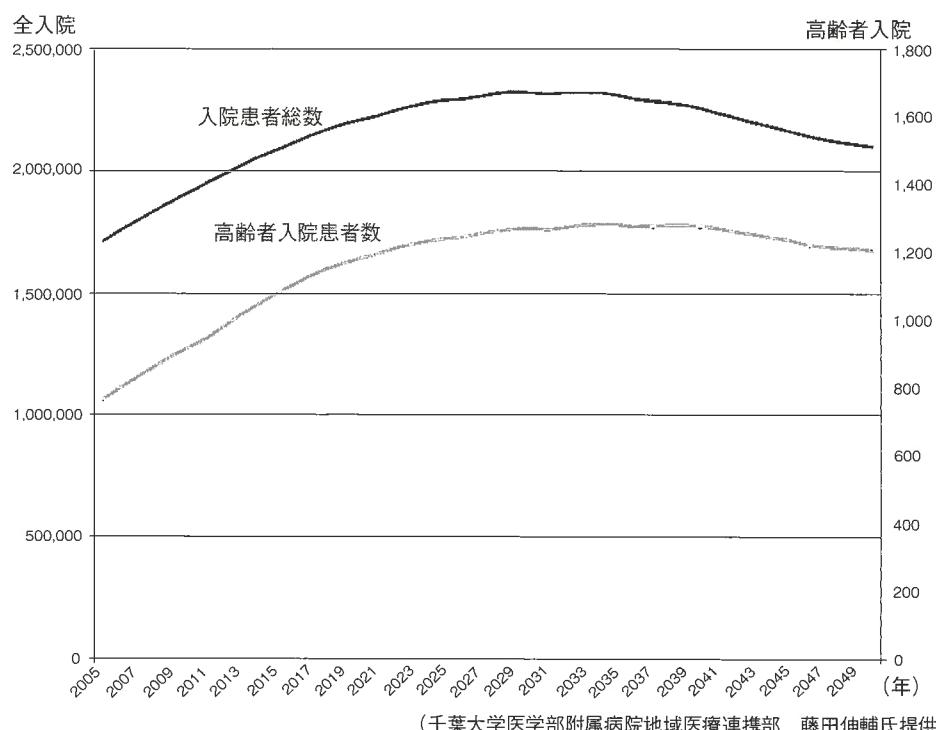
### 医師の地域偏在

各地域における医師数の偏在に関わる要因は多様であり、一概にまとめることは難しい。現在の地域の医療体制には、第2次世界大戦後のわが国的人口動態と国の医療政策が深く関与しており、地域の医師の偏在につながっている。ここで大戦後のわが国の医療体制の整備について振り返ると、戦後は人口の回復にしたがい東京や大阪などの都会に人は大きく流れ、この動きは昭和30年代から昭和40年代半ばまで認められた。昭和20年代前半には所謂ベビーブームによる人口の急激な伸びがあり、昭和36年には国民皆保険制度が実施されたことで、昭和30年から昭和40年に患者数が増え医療需要が急激に高まった。このような動きに対して、医療提供施設の拡充が各地域で行われ、医療機関整備のチャンス

ともなったが、その後増大した医療費に対して昭和58年には医療費亡國論が公然と語られるようになり、昭和60年代にはわが国の医療の方向は大きく転換することとなった。昭和60年代に入り新たな医療機関の開設は激減し、また医師数の多さは医療費の増大につながるといった論理により、昭和60年度より医学部定員数の削減が開始された。一方、昭和50年以降に大都会の近郊県において人口の増大がみられ、千葉県や埼玉県は昭和50年以降に全国で最も高いしかも急な人口の増加率を示している。しかし、医療機関開設など医療への投資の時期は、地域の経済的体力の低下などからすでに終わっており、埼玉県や千葉県など昭和50年以降に人口の増加をみた地域は、医療機関の整備が十分でなく、その結果人口当たりの医師数は少ない(図4)。

このように地域の医師不足には、わが国の医療政策と地域における医療体制整備の過程が深く関わっている。このような地域特性に加えて、平成16年度からの医師臨床研修制度と本制度に伴った大学の医師供給体制の破綻が、医師の地域偏在に拍車をかけたことは間違いない。また、大学の医局制度などに馴染まない新しい感覚を持った若い世代の医師が育ってきたことも、地域の医師の動きに関与していると考えられ、医師臨床研修制度の廃止など体制を元に戻すことではこの問題は解決しない。

【図1】全国入院患者数予測



## 医師の地域偏在への対応

### 1) 地域医療へのインセンティブ

多様化した医療と研修制度を含めた医学教育の現状を踏まえると、地域の努力では医師偏在を改善するのは難しい。緩やかな規制と地域へのローテーションを組み込んだキャリアパスの設計や特定の地域に勤務することへの優遇措置などを考慮する必要がある。一方、地域への医師の配置については、現在医学部定員に実施されている「地域枠」の効果が次第に明らかにされてきている。平成 22 年 4 月現在 67 大学で 1,171 人の地域枠が設定されており、県内定着率は一般枠入学者が 54% であるのに対して地域枠入学者では 89% と高く、医師の地域別規制のわが国の進め方の一つであろう。しかし、若い医師が地域に根付いて活躍するには、地域のチーム医療や在宅医療の推進、情報技術（IT）を駆使した医療ネットワークによる広域医療など、今までとは異なる「新たな医療の形態」として地域医療を意識させるなど、強いインセンティブを持たせる事も必要である。

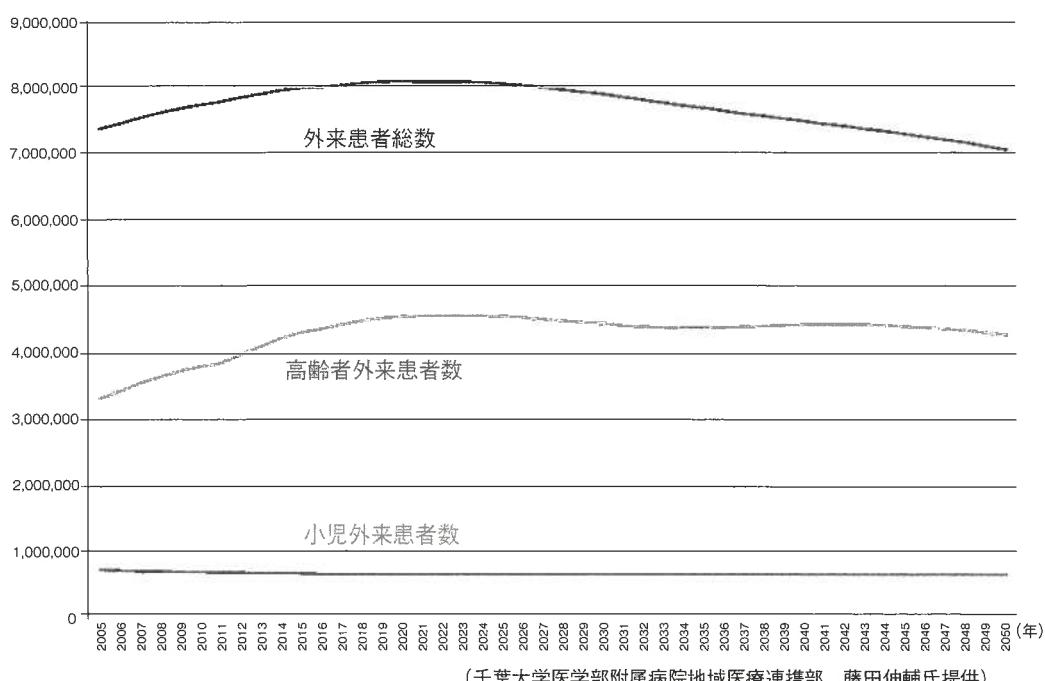
### 2) 医療施設の配置

先にも述べたように必要医師数は、医療レベル、

医療提供システムにより異なるが、限られた医師数で医療を効率よく担うには、医療機関が分散しているより中央化し、設備を充実させ医師を集約化することが、一つの方策として考えられる。わが国の医療は低成本とアクセスの良さを特徴として、戦後整備が進められてきたこともあり、アクセスの良さが低下する医療提供体制の集約化には否定的な意見がある。しかし、医療を集約化することにより医療機器および医療者の配置の効率がよくなることから医療費（コスト）の軽減につながり、それぞれの部署の医療者が多くなることにより、医療者の労働条件の改善と医療の質の向上が期待できる。しかし、前述のように医療機関へのアクセスが悪くなることで受診率が低下すると、疾患の早期発見など早期介入が遅れる可能性など、問題もある。この点については、健診制度の充実を含めた医療者の巡回システムなどの対策を別途立てなくてはならない。また、診療所の役割は重要であり、地域中核病院と診療所との連携も含めた医療ネットワークの確立も不可欠である。

一方、医療機関および医療者を分散させると、医療費の効率は悪くなる。また、医療者の労働条件の悪化から、医療の質の低下も懸念される。しかし、医療機関の分散により、患者のアクセスは維持される。それぞれの施設の機能は、医師数のみの確保で

【図 2】全国外来患者数予測



は稼働せず、看護師、理学療法士、検査技師などの医療者全般のニーズの増大など総合的なマンパワーの必要度が高くなることから、医療者の確保が容易ではなく、また医療者が確保されても人件費が増えることから医療費の増大は避けられない。

わが国は国民皆保険制度などにより医療コストを低減化し、医療機関へのアクセスを優先した医療体制を進め、大きな成果を上げたと言えよう。医療費の増大と国民皆保険制度の維持が困難な現状、また地域の医師不足による医療提供機能の低下を考えると、医療の集約化と分散のどちらに医療提供体制の軸足を置くのかはしっかりと議論しなくてはならない。しかし、わが国の医療の特性には十分に考慮する必要があろう。

### 3) 在宅医療の可能性

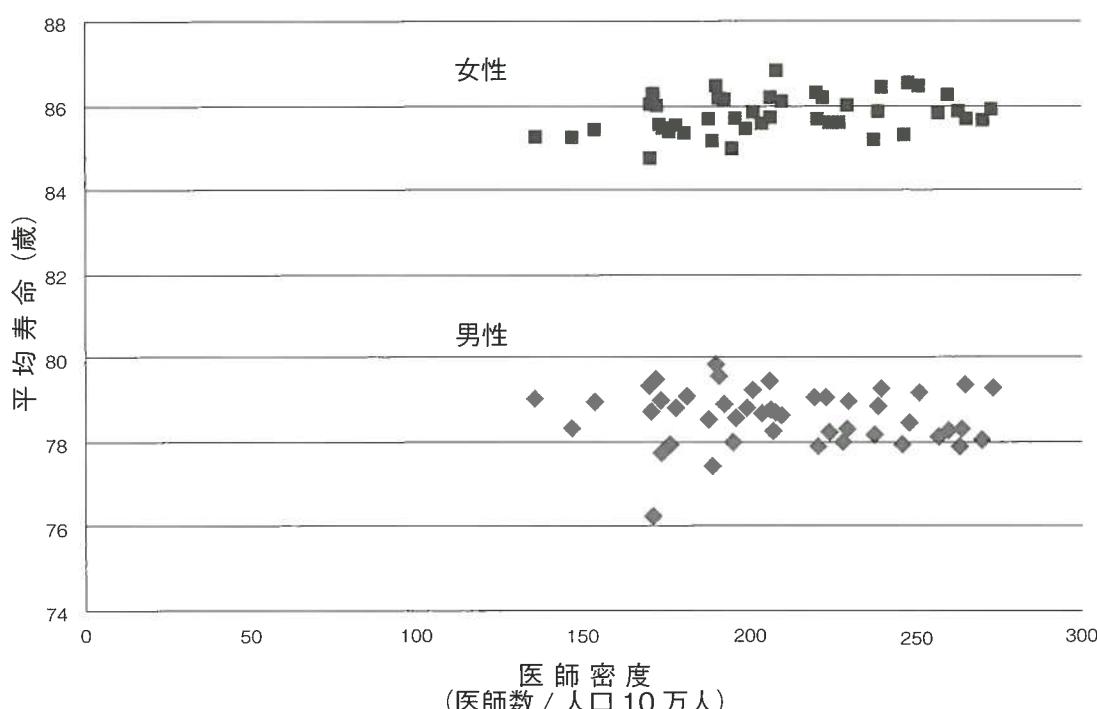
医師不足と地域の医療提供に関わる機能低下への対応策の一つとして、在宅医療などを含めて、医療者が患者の下に巡回する診療体制の強化が上げられる。在宅医療は現在の医療提供体制を補完するものではなく、第三の医療と言われるように今までとは異なった医療システムの構築であり、その整備に財源の投入が必要となる。それでも、病院で医師一人が担当できる患者数よりも多くの患者数を担当医は診ることが可能となり、医療者の人的資源の効率化に一定の効果が期待できる。諸外国での在宅医療と

病院医療との割合について明確なデータはないが、在宅死率はイタリアで48%(平成3年調査)、英国で23%(平成12年調査)、米国では20%(平成14年調査)～35%(平成10年調査)と報告されている。わが国の在宅死率は12.6%(平成22年厚生労働省人口動態統計)だが、在宅死率を昭和59年当時の30%まで上昇させると、現在も必要医師数は満たされるとする推計がある。

一方、在宅医療は、常に医療者が傍にいるわけではないので、疾患の経過や変化を予測し丁寧に情報を提供することで、患者の不安を取り除くことが必要である(予測医療/計画型医療)。また、今まで以上に疾病に対する発症予防対策が重要になる(予防医療)。予測医療は、即時に対応が可能な従来の病院での医療とは診療プロセスが異なる。このような医療提供体制の転換には、医療者のみならず患者の医療に対する認識を大きく変えることを同時に進めなくてはならない。

この他にも、看護師、薬剤師、理学療法士などを含めた業務分担の見直しとチーム医療(interprofessional work)の推進など、整備しなくてはならない前提は多くあるが、医療提供体制を変えることによる医療の効率化は可能であり、医療の質の向上につながる。

【図3】医師密度は平均寿命と相関しない



## おわりに

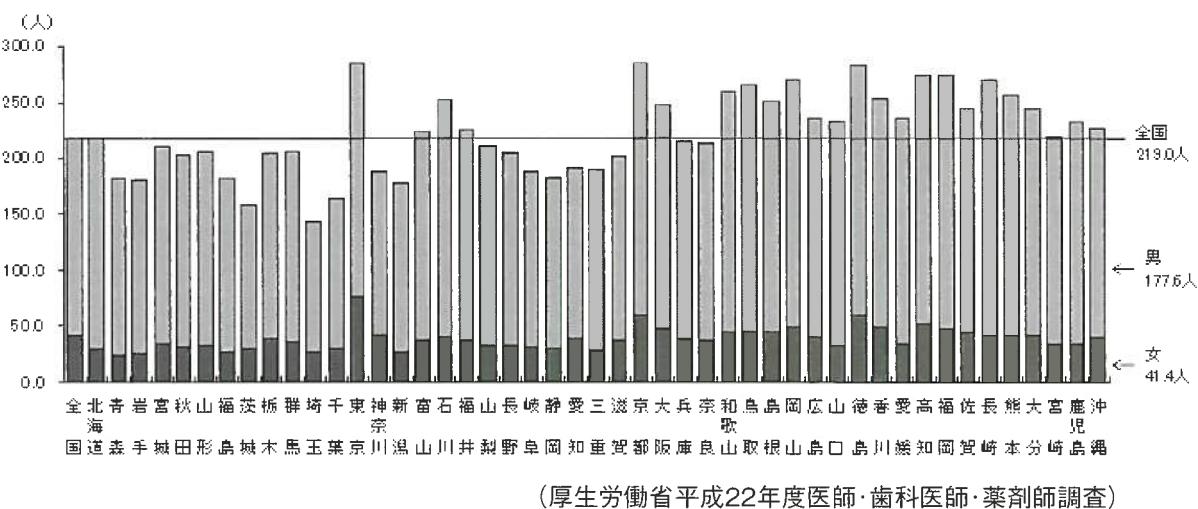
医師数の不足と医師の地域偏在は、別の課題だが両者は互いに深く関わっている。本文で述べたが、医師の地域偏在は偶然引き起こされたのではなく、社会的・歴史的経緯が背景にあり、その要因に地域の地勢的特徴が関与している。このような地域ごとの要因を解析することは医療整備計画を立てる上に有用だが、現在わが国が抱えている医療問題は、医師の数だけの問題ではない。より重要な課題は、低医療費政策および医療提供体制の見直しであり、十

分な医療財源を投入して新たな医療体制の構築を急ぐことである。わが国は、欧米に比べると日本の人 口当たりの医師数は少ないが、人口当たりの病床数は欧米諸国より遥かに勝っており、また人口当たりの受診回数も諸外国に比べて明らかに多い。医療体制を見直す余地は幾つも残されており、わが国の医療問題の解決と医療の質の向上につながると考えている。

(本稿の作成にあたり、地域医療の資料ならびに貴重なご意見を頂きました千葉大学医学部附属病院地域医療連携部藤田伸輔部長に深謝いたします。)

**【図 4】都道府県（従業地）別にみた医療施設（病院・診療所）に従事する人口 10 万人対医師数**

平成22（2010）年12月31日現在



### 参考資料

- 1) 藤田伸輔、生坂政臣、高林克日己、田邊政裕：循環型地域医療連携パスの実践プログラム開発 平成 21 年度報告書 . 平成 20 ~ 22 年度千葉県血清研究所記念保健医療福祉基金事業助成研究
- 2) 文部科学省今後の医学部入学定員のあり方等に関する検討会 . [http://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/chousa/koutou/043/giji\\_list/index.htm](http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/043/giji_list/index.htm)
- 3) 厚生労働省医政局：医師を取り巻く現状について . 第 1 回今後の医学部入学定員のあり方等に関する検討会
- 4) 文部科学省高等教育局医学教育課：これまでの医学部入学定員の取り組みについて . 第 1 回今後の医学部入学定員のあり方等に関する検討会
- 5) 河野陽一：医療システムと必要医師数—医療需要増大地域の大学病院を中心とした医療システム—. 第 3 回今後の医学部入学定員のあり方等に関する検討会
- 6) 座談会「医師の偏在解消策と医師育成について」 醫學振興 73 : 11 ~ 30, 2011
- 7) 厚生労働省統計調査一覧 : <http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/>
- 8) 厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査 : <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/33-20.html>
- 9) 厚生労働省患者調査 : <http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html>
- 10) 川島孝一郎ら、在宅医療推進会議作業部会「在宅医療のグランドデザイン作成に関する部会」：在宅医療のグランドデザイン . 平成 19 年度厚生労働省長寿医療研究委託事業
- 11) 図表でみる世界の保健医療 OECD インディケータ (2009 年版) OECD 編著、鐘ヶ江葉子訳、明石書店

# 産婦人科医師不足と地域偏在への日本産科婦人科学会の取り組み

北里大学病院長・北里大学医学部産科学教授

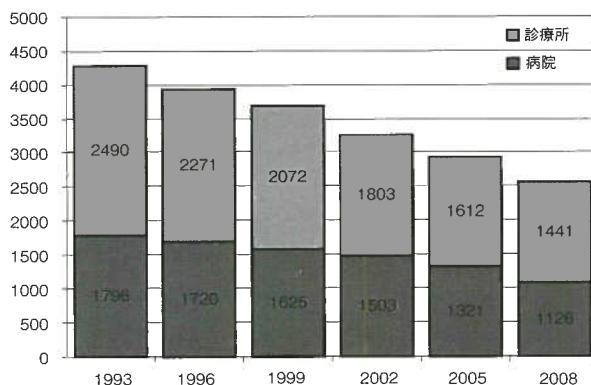
日本産科婦人科学会医療改革委員会委員長 海野 信也 氏



## これまでの日本産科婦人科学会の活動

- 契機：**産婦人科医療崩壊が社会問題化したのは福島県立大野病院事件という、わが国の医療界を揺るがす、医療従事者にとっても国民にとってもきわめて不幸な事件が発生した2006年ということになる。しかし、それ以前から小児科、麻酔科、救急医療、へき地医療の担い手とともに産婦人科医の不足は広く認識されていた。産科領域では分娩施設が診療所、病院ともに減少を続けており（図1）、2005年8月にまとめられた「医師確保総合対策」([http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13gs40.nsf/0/08c6635be6aa01214925705b00242221/\\$FILE/siryou\\_all.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13gs40.nsf/0/08c6635be6aa01214925705b00242221/$FILE/siryou_all.pdf))では産科・小児科における「医療資源の集約化・重点化の推進」という方針が示されたが、当直回数が他の診療科と比較して著しく多い等の勤務条件の過酷さが周知の事実となっており、集約化すべき人的医療資源自体の絶対的不足こそが重大な課題となっていた。
- 組織：**日本産科婦人科学会（以下、日産婦）では、この事態に対応して産婦人科領域特に周産期領域の医療提供体制確保の方策を検討する「産

【図1】分娩取扱医療施設数の変化  
(厚生労働省・医療施設静態調査)



婦人科医療提供体制検討委員会（現・医療改革委員会）」を組織し、現在に至るまでに勢力的に活動を行ってきた。

- 基本的方針：**この問題に関する日産婦の基本的方針は以下のとおりである。
  - 産婦人科医療現場の状況を正確に把握する。
  - 医療提供体制確保のための数値目標を明示する。
  - 積極的に政策提言を行う。
  - 全国の産婦人科医と連携して積極的な実践活動を展開する。
- 調査から提言へ：**上記の方針に基づいて、日産婦では表1に示すような調査を行い、それにもとづいて表2、表3に示すような総合的提言、個別的政策提言を集中的に行ってきた。このような活動を通じて、産婦人科医療体制が抱えている問題を整理して学会員間で共有すること、そして、社会に情報を積極的に発信し、医療現場の実態に関する共通認識形成の実現を目指してきた。過去6年間にわたる活動の結果、日産婦の調査及び政策提言は、一定の社会的評価を獲得していると考えられる。
- 実践活動：**日産婦は、提言を行うだけでなく、会員とともに自らも、産婦人科医療改革のための多岐にわたる実践活動を行い、その状況及び成果を調査、公表するという作業を繰りかえしている。以下に代表的な事例を示す。
  - 新規産婦人科専攻医を増やすための活動：**産婦人科サマースクールの開催：初期研修医及び医学生に産婦人科の魅力を伝えるための一泊二日の合宿型サマースクールを2007年より8月に長野県松本市で開催してきた。数多くの学会幹部や若手幹事がチーチャーとなり、産婦人科医療の最先端知識の提供とハンズオンセミナーを実施している。参加者数は表のとおりであり、参加者の60%以上が後期研修で実際に産婦人科

を専攻するというデータもあり、後期研修医獲得に非常な効果を上げている。2012 年は被災地支援の意味を込めて盛岡で開催される予定となっている。

産婦人科サマースクール	2007 年	2008 年	2009 年	2010 年	2011 年
参加者数	86	174	285	327	309

2) 勤務医の継続的就労の確保：日産婦として、地域の産婦人科医療提供体制に大きな役割を果たしてきている各大学の産婦人科教授に対し、「大学病院産婦人科勤務医の待遇改善策の現況に関するアンケート調査」を毎年実施し、その結果を共有する体制を整備してきた。各教授は、その調査結果を参考に、自らの大学病院並びに地域の基幹病院に対して、以下のような方策を通じて、産婦人科勤務医の勤務条件と待遇の改善を具体的に行うよう精力的な働きかけを続けてきている。

- ① 各地域の救急医療に対応する病院の集約化・重点化：分娩取り扱い施設を集約化し、24 時間体制で救急対応する病院の産婦人科勤務医数を増やすこと。
- ② 女性医師の継続的就労支援のため、特に育児休暇取得を容易にし、院内保育所への医師の子弟の優先入所を推進する等の勤務環境の整備を行うこと。

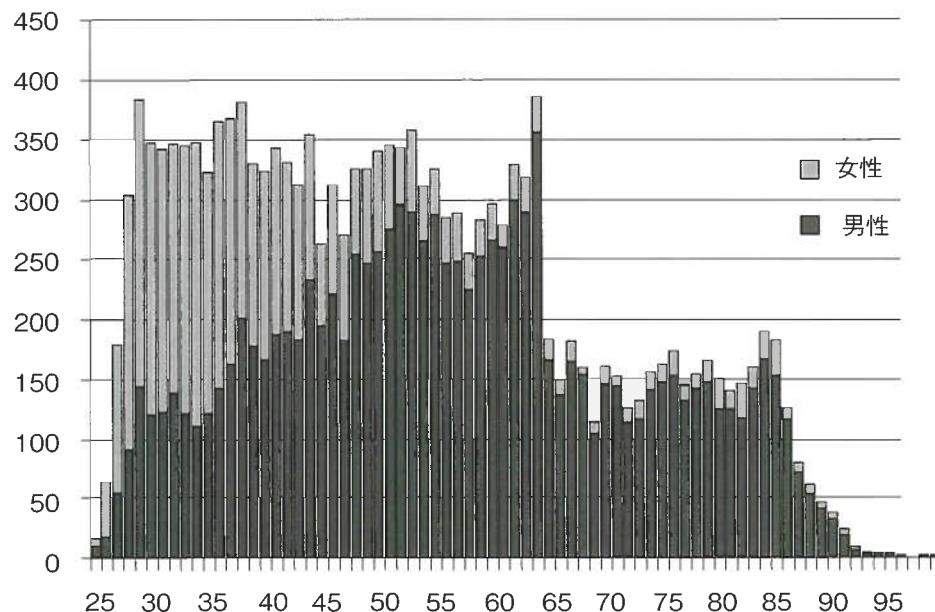
③ 分娩手当の支給等の勤務医の待遇改善を行うこと。

3) 分娩取扱施設の経営安定化のための活動：地域の分娩環境を確保するために必要な経済的基盤の強化のために、学会として主体的に調査検討を行い、提言等を行ってきている。現行の社会保障体制の中で妊娠・出産・育児の経済的基盤となっている出産育児一時金の増額、地域におけるハイリスク妊娠分娩管理体制の整備の財源を確保するための診療報酬の増額、周産期救急システム関連補助金の増額等について積極的に働きかけを行ってきた。

4) 若手産婦人科医の活性化のための活動：日産婦では意欲のある若手医師の活性化を目指して、海外学会（アメリカ、カナダ、台湾等）との間で若手医師の交換派遣事業を行っている。また 2009 年より学会学術講演会時に自主企画による若手医師メンバー企画セッションを継続的に行ってい る。2011 年からは 3 月に産婦人科若手医師フォーラムを開催し、若手医師が自らのキャリアパスや医療体制について考える機会を提供している。

5) 医師不足病院への産婦人科医の就職支援：日産婦では地域産婦人科医療提供体制を支える医療機関における産婦人科医の確保を支援するとともに、潜在している産婦人科医を臨床現場への復帰を促進する効果を期待して、2006 年より希望する基幹病院の産婦人科医求人情報を学会会員用 HP

【図 2】日本産科婦人科学会 年齢別会員医師数 2011 年 12 月現在



に掲載する事業（JSOG-JOBNET事業）を行ってきた。この情報提供を通じて2012年4月までに89件の応募があり、30件の採用が決定している。

## 現状と課題

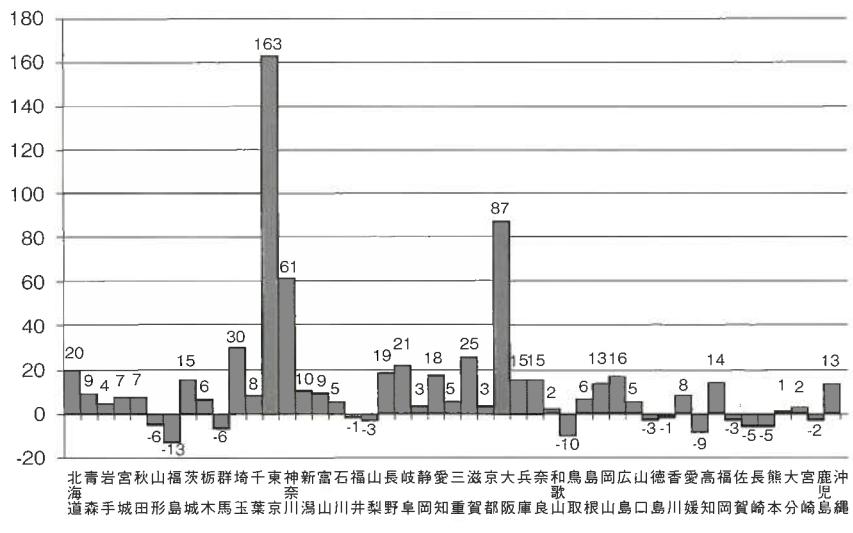
### 1. 産婦人科医の現状

1) 図2に日産婦会員の年齢・性別構成を示す。若手医師数はある程度確保されているが、40歳代前半までの年代で女性医師の割合が増加して

いる。30歳代前半までは60-70%が女性というのが産婦人科医の現状である。

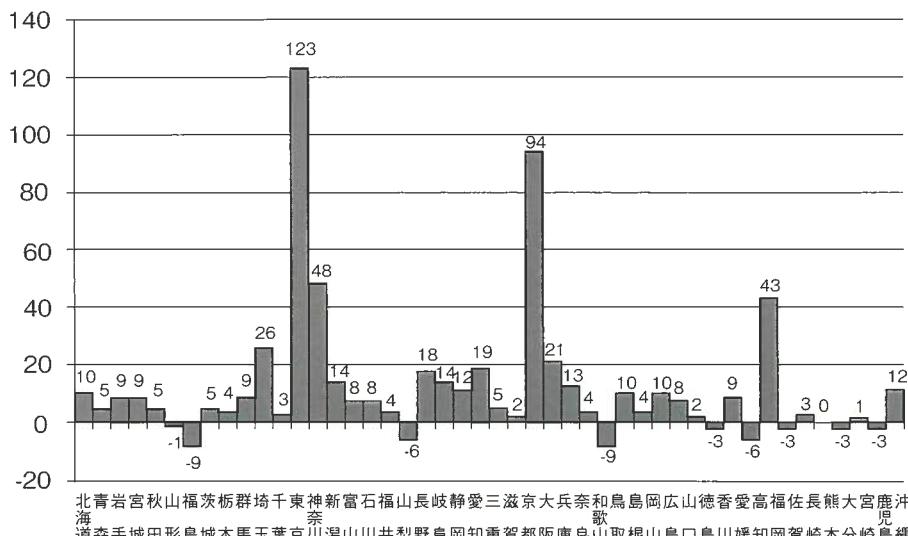
2) 平成23年12月に厚生労働省は平成22年の医師・歯科医師・薬剤師調査の結果を公表し(<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/33-20.html>)、これを受けて産婦人科医数が増加に転じたという報道が行われた。産婦人科医の動向の詳細を検討するため、平成18年の同調査との間の変化について検討した。図3は主たる診療科が産婦人科または産科の医師数の変化を都道府県別に示したものである。全体では578名の増加となって

【図3】主たる診療科が産婦人科または産科の医師数の変化  
都道府県別・平成22年と平成18年の比較



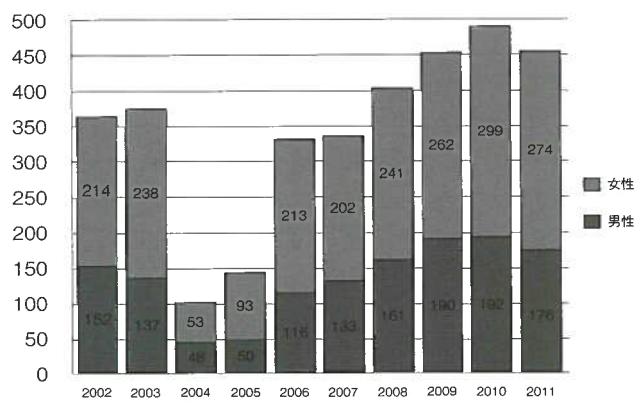
(医師・歯科医師・薬剤師調査)

【図4】主たる診療科が産婦人科または産科の医師数の変化  
病院勤務・都道府県別・平成22年と平成18年の比較



(医師・歯科医師・薬剤師調査)

【図 5】日本産科婦人科学会 年度別入会者数（産婦人科医）2012年3月31日現在



いた。東京、大阪、神奈川、埼玉の増加分の和は全体の増加分の 59% を占めていた。その一方、山形、福島、群馬、福井、山梨、鳥取、徳島、香川、高知、佐賀、長崎、熊本、鹿児島では減少していた。産婦人科医の増加は大都市圏を中心であることが明らかになった。図 4 に、病院勤務について同様の検討を行った結果を示す。病院勤務医は全国で 566 名増えている。東京、大阪、神奈川、福岡での増加が著明であり、山形、福島、山梨、鳥取、香川、高知、佐賀、大分、鹿児島では、産婦人科病院勤務医が減少しているという結果になった。

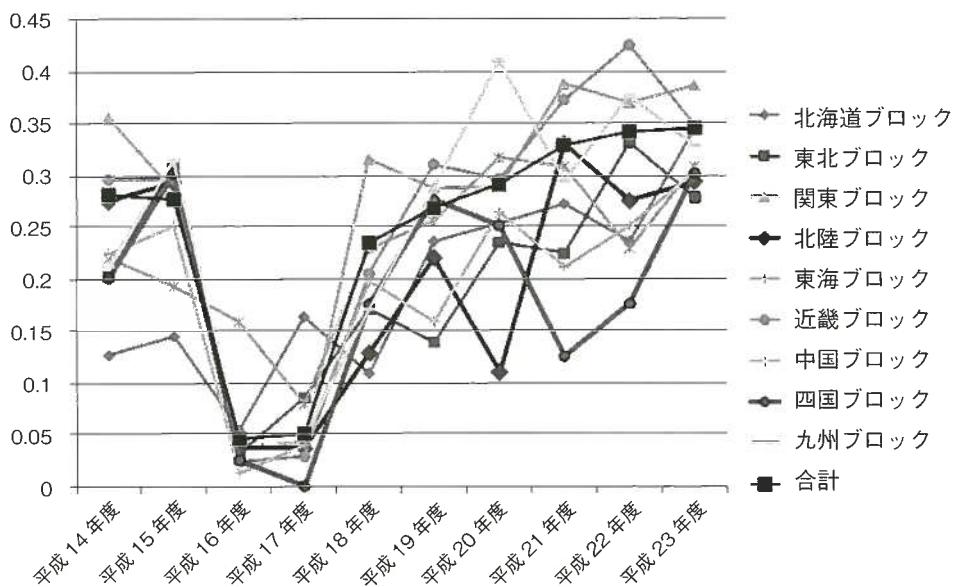
3) 図 5 に過去 10 年間の年度別入会医師数を示す。

新医師臨床研修制度導入後、2006 年度、2007 年度に入会者の減少が認められ、上記のような多方面にわたる活動が展開された結果、2008 年度から 2010 年度まで毎年 50 名前後の増加を達成した。しかし、2011 年度は前年度を下回り、2012 年度についてもこの傾向が続いている。

4) 図 6 に全国のブロック別の産婦人科専攻登録者数の年次推移を人口で標準化して示した。年次、地域により変動は著しいものの、平成 18 年度以降、各地域で専攻医登録者数の増加傾向は認められる。平成 20 ~ 22 年度にはブロック間の差が大きかったが、平成 23 年度はやや少なくなっているように思われる。

5) 産婦人科では特に若年層で女性医師の割合が急速に増加しており、女性医師の継続的就労が、産婦人科医療提供体制確保のための必須条件となっている。2007 年に行った調査（図 7）では、卒後 11 ~ 15 年経過した女性医師では分娩取扱施設に勤務している割合が 50% まで低下することが示されており、出産、育児のために臨床の第一線を離れる女性医師に対する職場復帰と継続的就労支援策の重要性は明らかである。日産婦では 2009 年度以降、卒後 6 年目を中心の新専門医を対象に意識調査を実施している。その設問の中に「5 年後に希望する勤務場所」というものがある。図 8 は平成 19 年、平成 22 年、平成

【図 6】日本産科婦人科学会  
ブロック別産婦人科専攻医登録状況  
(人口 10 万対) 2012 年 1 月 31 日現在



23年の調査結果である。女性で「非常勤またはパートタイム勤務」希望者が多いことが、現場の状況が依然として厳しいことを示唆しており、第一線の現場を支え、熟知している新専門医からの回答であるだけに深刻に受けとめざるを得ない。

6) 地域間の産婦人科専攻医の偏在の実情を検討する目的で、図9に都道府県別に人口で補正した2004年から2008年の初期臨床研修マッチング者数とその2年後の新規産婦人科専攻医者数の関係を示した。両者には有意の相関が認められた。都道府県別の人口10万あたりの初期臨床研修医数は埼玉の12.7から京都の56.0まで大きな幅が認められた。その一方で、人口10万当たりの5年間の初期臨床研修マッチング者数が30人台前半で同一水準にある栃木、徳島から佐賀までの県で、産婦人科新規専攻医数に2.45から0.82まで約3倍の開きが認められた。

## 2. 現状に関する考察

1) 新規産婦人科専攻者の状況：増加傾向を示していた新規産婦人科専攻者数は頭打ちないし微減傾向を示していると考えられる。そして女性医師の占める割合が多いという状況には変化が認められない。日本産科婦人科学会が策定した「産婦人科医療改革グランドデザイン2010」では、20年後の安定的な産婦人科医療提供体制の確保のためには、毎年の新規専攻医が最低500名は必要とされている。これを達成するためには産婦人科専攻医をさらに増やす必要があるが、これまでの施策の単純な継続では、現在の伸び悩み状態から脱するのは難しいと思われ、さらに積極的な施策を展

開する必要があると考えられる。

2) 産婦人科医師数の全体的な変化：三師調査の結果からは、若年層を中心に微増傾向が認められている。産婦人科医全体で取り組んできている若手医師增加のための取り組みが奏効している可能性がある。男性医師は全体として減少を続けており、産婦人科医の微増傾向は、女性医師数の増加によって支えられているものと考えられる。

3) 都道府県別の地域偏在に関する分析：

①三師調査における主たる診療科が産婦人科または産科の都道府県別医師数の平成18年調査と平成22年調査の比較から、各地域における産婦人科医数の変動の実態の一端が明らかになった。産婦人科医の増加は東京、大阪を中心とする大都市圏の一部で著明である一方、東北地方及び九州では減少県が目立つ。最近の産婦人科医数動向の特徴は、全体としての微増と地域偏在の拡大ということになる。

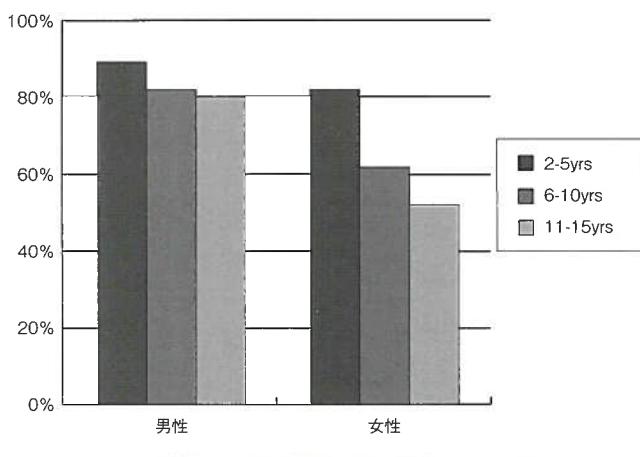
②日産婦への都道府県別入会医師数の分析から、大都市圏における産婦人科医の増加は、特に東京、大阪、京都では診療対象となる人口の違いを考慮しても、他地域に比べて著明であることが明確になった。

③地域における新規産婦人科専攻医数に影響を与える因子：以下の4点を考慮する必要がある。

- ・地域における産婦人科医の充足状態
- ・地域における初期臨床研修医数
- ・医学部教育における産婦人科教育の内容
- ・初期臨床研修における産婦人科臨床研修の内容

④都道府県別の初期臨床研修マッチング者数と、初期研修を終えて専攻診療科を選択する時期の産婦人科新規専攻医数との間に有意の相関が認められ、地域における新規産婦人科専攻医の確保の上で、その地域の初期臨床研修医数が非常に重要であることが明確になった。両者を人口10万対の人数として標準化することによって、現行の臨床研修制度において、マッチング者数に地域間で大きな差が存在することが明確になった。産婦人科の場合は、この差が初期研修後の後期研修医数の大きな要因の一つとなっていると考えられた。その一方で、5年間の人口10万対初期臨床研修マッチング者数が30人台前半であった地域における5年間の人口10万

【図7】分娩施設に勤務している割合

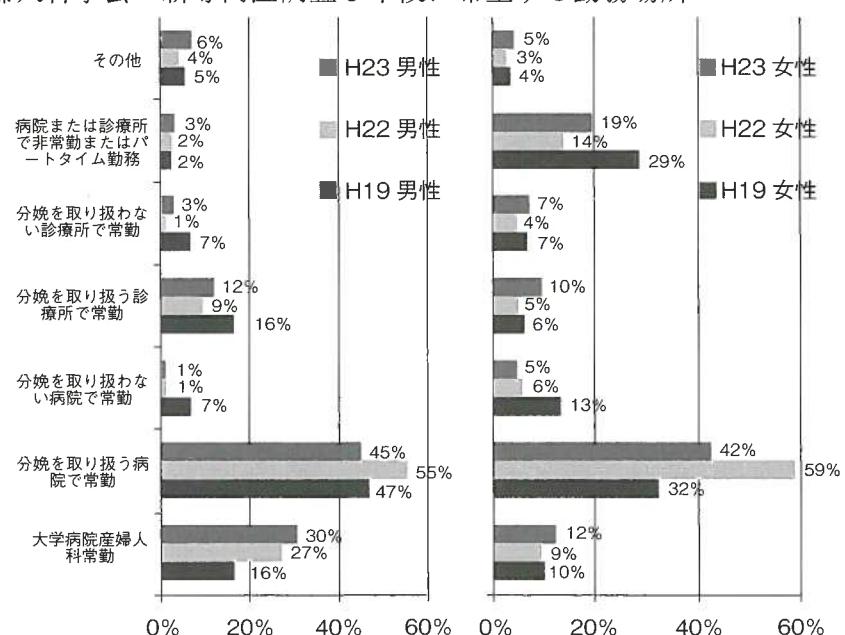


対産婦人科新規専攻医数には栃木の 2.44 から佐賀の 0.82 まで 3 倍弱の幅が認められており、地域の産婦人科新規専攻者数が、初期臨床研修医数だけで決まるわけではなく、産婦人科側の条件によって変動する可能性があることを示していると考えられた。

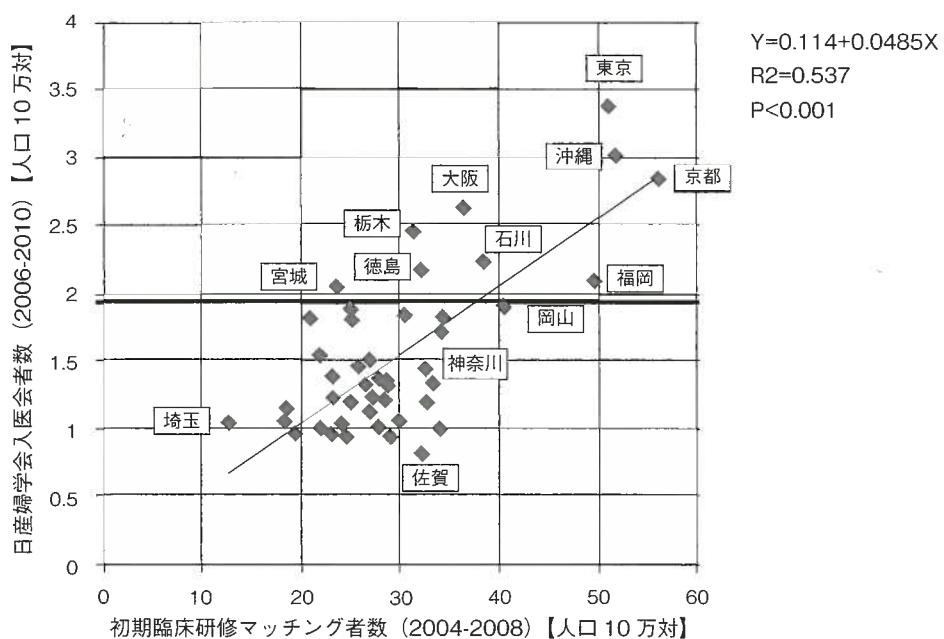
### 地域における新規産婦人科医の 安定的確保の方策

- 現在の新規産婦人科専攻医養成の取り組みは、地域偏在の拡大をもたらしている可能性があり、このまま同様の施策を継続するだけでは、地域偏在を解消することは非常に困難と考えられる。現状は行き詰まり状態と考えざるを得ない。初期臨床研修医定員の地域間格差についてはこれまで

【図 8】日本産科婦人科学会 新専門医調査 5 年後に希望する勤務場所



【図 9】都道府県別 初期臨床研修マッチング者数と産婦人科専攻医数の関係



徐々に改善の方向で調整されてきているが、今後もさらに格差を縮小する方向で進めて行く必要がある。その上で、産婦人科医の立場でも、新規産婦人科専攻医の地域間格差の改善のために、これまでとは異なるアプローチが必要と考えられる。

## 2. 新たな産婦人科医の育成方法の検討

1) 地域における産婦人科医獲得・育成方法について：大都市圏への集中、偏在という産婦人科専攻医の現状を踏まえて、地域周産期医療提供体制確保に必要な医療専門職の獲得、育成方法について検討した。

① 「撒水器方式」：現状では産婦人科専門医を目指す専攻医の配置に特に制限はない。この状況を許容せず、専攻医研修開始段階で地域間のバランスを考慮して適正配置を行う、という方法が考えられる。この場合、一定数の専攻医が確保できれば、地域間のバランスがとりやすくなり、各地域での専攻医数の均てん化が可能となる結果、安定的な医療体制の構築が実現する可能性がある。しかし、初期臨床研修段階の専攻医候補者にとって、産婦人科選択の門戸が狭くなり、産婦人科志望者が減少する可能性がある。最悪の場合、大都市でも専攻医確保が困難になる危険性がある。

② 「噴水方式」：専攻医の大都市集中という現状を前提として、専門医取得後に再マッチングを行うシステムを構築する。大都市で専門医になり、その後、各地域で臨床経験を積みつつ、専門性を高めていくことになる。この場合、大都市集中という現状からの連続性を描きやすいという利点がある。現状のような大都市集中が持続すると、専門医資格取得後、安定した常勤職を確保することが困難になる事態も予測される。研修面でも経済面でもより好条件の地方病院への移動を促すシステムが必要と考えられる。しかし、実際問題として、東京・大阪で専攻医研修を行った医師は、地方勤務を忌避することが多く、対象となる医師の数的確保が課題となる。また、地方には、大都市圏と比較して症例数が限定され、指導医が少ないため、専門性を高めるための研修機会を確保しにくいという課題があり、そのような実情の改善がこの方式が実現するための前提となる。

③ 「分散育成方式」：地方の施設には、医療圏が

限定されている限り、その研修内容が多様性に乏しくなるという課題がある。産婦人科医療の中でも、妊娠、分娩関連の common な病態とその対応だけでなく、高度先進的な技術領域の研修体制を整備しようとすれば、対象となる医療圏を大きくする必要がある。人口がそれほど多くない地域でも、研修指導施設が都道府県や大学関連の枠を超えて連携し、広域で各施設の特色を生かしバラエティに富んだ魅力ある専攻医プログラムを提示することができれば、大都市圏と比較して、より良い研修条件を提示することが可能になる。その場合、地域と指導者の特殊性、適性を生かし、都道府県を超えたブロック内での競争、連携により、全体としての研修環境を確保する。地域としては安定した常勤職確保が実現しやすくなるとともに、研修者も地域での専門性を生かした開業の道が開ける可能性がある。しかし、このようなシステムは、その地域の指導者の資質に依存しており、指導者の負担が大きい。また、特定領域に特化した診療を行って専門性を高めることは、個別施設にとっては収益に直結しない場合があるなどの課題が考えられる。

2) 上記の3方式にはそれぞれ一長一短がある。専攻医研修開始段階で配置を調整する「撒水器方式」は、専攻医に受け入れられにくいと思われる。現実的には「噴水方式」と「分散育成方式」を組み合わせるのが現実的と考えられる。いずれの場合でも、地域における産婦人科専攻医研修とその後の、subspecialty 研修の魅力を高める努力が必要になる。大都市で専門医になった医師については、大都市に居続ける必要のない受け皿を整備する必要がある。そのためには過度に現場に縛り付けられることのない、ある程度集約化された勤務環境が必要であり、地域において専門性を高める研修が可能な体制の整備が必要になる。

3) 産婦人科医の大都市集中は、地方の住民にとって深刻な問題だが、それが極端になれば、産婦人科医自身にとっても、自らの条件にあった職場の確保が困難になる等の不利益が生じるようになる。大都市ばかりでなく、地方でも基幹病院の勤務環境を改善するとともに専門性の高い診療を展開できる体制を整備することが、医師の安定的確保のために重要と考えられる。その意味で、全国

の産婦人科医の職場の紹介斡旋を行う、合理的で（自らも専門家である）当事者が納得できる専門医レベルでのマッチングシステムを構築する必要がある。その場合、積極的な施設情報の公開が重要である。

4) 日本産科婦人科学会では、現在、大都市圏だけでなく全国各地域で展開されている魅力ある産婦人科研修プログラム及び産婦人科専門医向けの研修プログラムに関する情報に、医学生、初期研修医が容易にアクセスできる環境を整備し、産婦人

科専門医取得とその後の研修プロセスを可視化する事を目的として、学会ホームページの一般用のコーナーに「産婦人科研修プログラムのページ（仮称）」を設けることを検討している。これは、前述した JOBNET 事業の一環として行うものであり、産婦人科を志望する医学生と若い医師にとっての情報源となるだけでなく、各地域の産婦人科施設が自ら行う、魅力ある研修プログラムの作成と情報発信を支援することを意図している。

#### 【参考資料 1】日本産科婦人科学会による調査報告

- 1) 平成 18 年 6 月 14 日「全国周産期医療データベースに関する実態調査」  
[http://www.jsog.or.jp/news/html/announce\\_26JUN2006.html](http://www.jsog.or.jp/news/html/announce_26JUN2006.html)
- 2) 平成 19 年 10 月 5 日「日本産科婦人科学会員の卒後 2 年から 16 年における就労状況について—女性医師の就労を中心として—」  
[http://www.jsog.or.jp/news/pdf/jyoseiishishuurou\\_10OCT2007.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/jyoseiishishuurou_10OCT2007.pdf)
- 3) 平成 20 年 3 月 25 日「緊急的産婦人科医確保が必要な医療機関の調査報告書」  
[http://www.jsog.or.jp/news/html/announce\\_25MAR2008.html](http://www.jsog.or.jp/news/html/announce_25MAR2008.html)
- 4) 平成 20 年 4 月 28 日「第 2 回大学病院産婦人科勤務医の待遇改善策の現況に関するアンケート調査最終報告まとめ」  
<http://www.jsog.or.jp/news/pdf/summary.pdf>
- 5) 平成 20 年 7 月 28 日付「2008 年 7 月 日本産科婦人科学会 産婦人科動向 意識調査 集計結果報告」  
[http://www.jsog.or.jp/news/pdf/kento\\_announce\\_080902.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/kento_announce_080902.pdf)
- 6) 平成 21 年 6 月 1 日「わが国の病院産婦人科勤務医の在院時間実態調査総括報告書」  
[http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20090524\\_iryotaisei.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20090524_iryotaisei.pdf)
- 7) 平成 21 年 8 月 23 日付「2009 年 7 月 第 2 回日本産科婦人科学会 産婦人科動向 意識調査 集計結果報告」  
[http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20090914\\_ippan.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20090914_ippan.pdf)
- 8) 平成 22 年 11 月 19 日付「第 4 回大学病院産婦人科勤務医の待遇改善策の現況に関するアンケート調査」集計結果  
<http://www.jsog.or.jp/news/pdf/report.pdf>
- 9) 平成 22 年 8 月 9 日付「2010 年 7 月第 3 回日本産科婦人科学会 産婦人科動向 意識調査 集計結果報告」  
[http://www.jsog.or.jp/news/pdf/opinionreport\\_2010.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/opinionreport_2010.pdf)
- 10) 平成 23 年 10 月 25 日付「日本産科婦人科学会第 4 回産婦人科動向意識調査 2011 年 7-8 月調査報告」  
[http://www.jsog.or.jp/news/pdf/opinionreport\\_2011.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/opinionreport_2011.pdf)
- 11) 平成 23 年 12 月 17 日付「第 1 回婦人科腫瘍診療に関するアンケート調査（平成 23 年 2 月）最終解析報告書」  
[http://www.jsog.or.jp/news/pdf/tumorquestionnaireanalytical\\_20111217.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/tumorquestionnaireanalytical_20111217.pdf)
- 12) 平成 24 年 1 月 27 日付「第 5 回大学病院産婦人科勤務医の待遇改善策の現況に関するアンケート調査集計結果」  
[http://www.jsog.or.jp/news/pdf/2012-1%202011%20taigu\\_kaizen.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/2012-1%202011%20taigu_kaizen.pdf)

**【参考資料2】日本産科婦人科学会からの総合的提言**

- 1) 平成19年4月12日付 最終報告書—わが国の産婦人科医療の将来像とそれを達成するための具体策の提言—
  - ・ [http://www.jsog.or.jp/news/pdf/iryouteikyotaisei\\_last12APR2007.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/iryouteikyotaisei_last12APR2007.pdf)
- 2) 平成22年4月22日付 産婦人科医療改革グランドデザイン2010骨子最終版
  - ・ [http://shusanki.org/theme\\_page.html?id=75](http://shusanki.org/theme_page.html?id=75)

**【参考資料3】日本産科婦人科学会からの個別的政策提言**

- 1) 平成18年4月7日付 緊急提言「ハイリスク妊娠・分娩を取り扱う公立・公的病院は、3名以上の産婦人科に専任する医師が常に勤務していることを原則とする。」
  - ・ <http://www.jsog.or.jp/news/pdf/kinkyuteigen07APR2007.pdf>
- 2) 平成18年10月27日付「分娩施設における医療水準の保持・向上のための緊急提言」(分娩施設における必要なスタッフの確保、医療設備の向上。分娩施設の産婦人科医師の過剰勤務を早急に是正。それが達成されるまでの過渡期における産婦人科医師の過剰な超過勤務・拘束に対する正当な処遇。分娩料の適正化)
  - ・ <http://www.jsog.or.jp/news/pdf/kinkyuteigen2006-10-27.pdf>
- 3) 平成19年7月9日付厚生労働大臣宛「産科医療体制の危機的状況を開拓するための緊急対策に関する陳情書」
  - ・ <http://www.jsog.or.jp/news/pdf/chinjyou.pdf>
- 4) 平成19年9月7日付厚生労働大臣宛『産科救急医療対策の整備』及び『産婦人科医師不足問題への対策』についての陳情書』
  - ・ [http://www.jsog.or.jp/news/pdf/chinjyou\\_07SEP07.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/chinjyou_07SEP07.pdf)
- 5) 平成19年11月14日付東京都知事宛「都立病院に勤務する産婦人科医の待遇改善についての陳情書」
  - ・ [http://www.jsog.or.jp/news/pdf/chinjyousho\\_14NOV07.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/chinjyousho_14NOV07.pdf)
- 6) 平成19年12月15日付声明「周産期医療提供体制の危機的状況を開拓するために」
  - ・ [http://www.jsog.or.jp/statement/pdf/seimei\\_17DEC07.pdf](http://www.jsog.or.jp/statement/pdf/seimei_17DEC07.pdf)
- 7) 平成20年1月28日付都道府県知事宛「産婦人科勤務医師の待遇改善のお願いについて」
  - ・ [http://www.jsog.or.jp/news/pdf/to\\_chiji.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/to_chiji.pdf)
- 8) 平成20年12月17日都道府県知事宛「現場の産婦人科勤務医の待遇改善推進のための要望書」
  - ・ [http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20081217\\_yobosho.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20081217_yobosho.pdf)
- 9) 平成21年5月29日付厚生労働省医政局長宛「産科医等確保支援事業の拡充に関する要望書」
  - ・ [http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20090529\\_iryokaikaku.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20090529_iryokaikaku.pdf)
- 10) 平成21年10月16日付厚生労働大臣宛「出産育児一時金制度の抜本的改革に関する要望書」
  - ・ [http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20091021\\_yobo.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20091021_yobo.pdf)
- 11) 平成22年3月31日付厚生労働省大臣宛『出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度』終了後の抜本的改革に関する要望書』
  - ・ [http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20100331\\_yobo.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/20100331_yobo.pdf)
- 12) 平成23年9月22日付声明「これからのエネルギー政策の方向性について」
  - ・ <http://www.jsog.or.jp/statement/energypolicy.html>

# 医師の診療科偏在解消策について (小児科の取組み)



日本医科大学付属病院長（小児科学）

福永 慶隆 氏

## はじめに

日本の医療制度は世界的に高く評価されてきていたが、医学・医療の進歩そして医師、看護師をはじめ医療従事者における医療業務種類とその量の増加への対応、さらに社会の医療に対する多様なニーズへの対応が十分でなく、いろいろな問題が生じてきている。

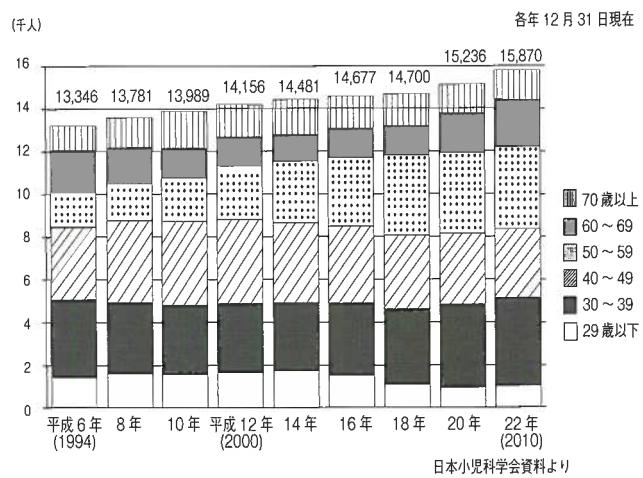
そして、医師数は毎年増加しているにもかかわらず、医師不足、医師の地域偏在や診療科偏在が続いている大きな問題がある。医師の診療科偏在は、若手医師が、多忙な診療科、勤務環境の悪い診療科、医療行為に対する診療報酬が低い診療科を敬遠して、負担の少ない診療科を志向するようになってきていることが原因のひとつと考えられる。ここでは、小児医療を中心に述べてみたい。

## 小児医療における現状と改善への取り組み

小児科医師数は近年増加しているが、若手小児科医の増加はほとんどなく、50歳以上の医師の増加が認められている（図1）。日本小児科学会会員数でみると、女性会員数は毎年増加しており、2011年では男性13,404名、女性7,066名であり、女性の割合は52%である。しかし、病院勤務女性小児科医の割合は、20歳代で49.7%、30歳代前半で40.6%、30歳代後半で32.2%であった。

厚生労働省の施設の種別・診療科（複数回答）別にみた医療施設に従事する医師数（平成22年12月31日現在）では、小児科に従事している医師数は30,344名で、病院が9,990名、診療所が20,354名となっている。小児科専門医の勤務形態別の数（表1）では、どの地区も医育機関勤務と病院勤務医との小児科専門医数が開業医の小児科専門医数よりも多くなっている。

【図1】従事する診療科名（主たる）が「小児科」の医師数の年次推移



【表1】小児科専門医勤務形態

	会員数	勤務形態			
		開業医	医育機関	勤務医	その他
北海道地区	590	110	95	355	30
東北地区	1111	329	211	531	40
関東地区	5620	1238	1556	2494	332
中部地区	1750	420	338	912	82
近畿地区	2603	636	511	1323	133
中国地区	1422	417	240	712	53
九州地区	1813	532	415	755	111

2012年3月末現在  
日本小児科学会の専門医数集計表より

小児医療の特徴は、救急患者や夜間受診の患者が多いが、軽症の疾患であることが多い。しかし、経過が急速に変化して重症化があるので大病院を受診する傾向にある。このように、小児救急の領域で小児科勤務医の需要が増加しているために、小児科医不足があるとされる。そして、これに対応できる医師が十分に確保できなくなり適正な小児医療が困難になってきている。

日本小児科学会は小児医療提供体制検討委員会を中心に、「わが国的小児医療提供体制の構想」そして「小児医療提供体制の改革」を日本小児科学会ホー

ムページに示している。そして、I. 効率的な小児医療体制へ向けての構造改革：1) 入院小児医療提供体制の集約化、2) 身近な小児医療の提供は継続、3) 小児保健、育児援助、学校保健などの充実、II. 広域医療圏における小児救急体制の整備：1) 小児時間外診療は24時間、365日をすべての地域小児科医で担当、2) 小児領域における3次救命救急医療の整備、III. 労働基準法に準拠した小児科医勤務環境の実現、医師の臨床研修・卒前・卒後教育に必要十分な場の提供をポイントとして挙げている。そして、これまでの経緯を踏まえて、「医療の地域特性を考慮しつつ、質の高い小児医療が継続的に提供できる体制の構築」を目指しており、(図2)のように構想の構成施設を示している。現在、日本小児科学会中核病院小児科・地域小児医療センターの登録事業の準備を行っている。

小児科医の確保には、診療に必要十分な小児科医の定員数と医師の勤務環境の改善が不可欠と思われる。勤務環境では、長時間労働をなくすために交代制勤務体制、短時間正規雇用制度などの導入、医師と他の医療従事者との役割分担の推進などが必要である。さらに、女性小児科医が継続して勤務できるような施策は非常に重要になってきている。

### 小児科医希望者を増やす対策

えるとともに、小児科医師のロールモデルとしての重要な役割もあり、適切な指導医の選任が非常に重要である。日本小児科学会では、小児科の魅力を伝えるためにパンフレット「小児科にようこそ」を作成して、医学生や臨床研修医に配布している。

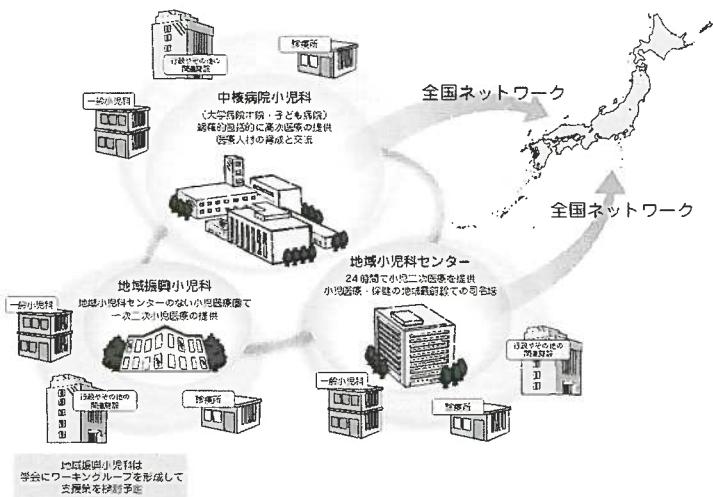
また、若手医師のために、魅力ある専門（後期）研修プログラムの作成とキャリアパスを明確にすることも重要である。若手医師は、研修環境が整備され、指導医と医療の質が担保された病院で、自分が満足するよりよい研修を行いたいとの希望をもっている。このため、単独の病院だけでなく、それぞれ特徴をもった病院が連携した病院群において、効率的で質の高い研修プログラム作成と病院間の異動もスムーズにできる体制を構築している地域がある。そして、魅力ある指導者が熱心に教育活動、活発な医療活動、研究活動を行っており、その地域には多くの小児科専門研修医が集まっている。

これまでの日本では、医師の専門性・診療科の選択に関する調整は行われてきていないので、今後、専門医制度や技術認定制度による専門医資格の厳格な運用・認定とこれらを調整するシステムの構築も必要になると考えられる。

謝辞：日本小児科学会の資料使用について、快諾をいただきました日本小児科学会 五十嵐隆会長に深謝いたします。

診療科偏在に対しては、医学生・臨床研修医など若手医師を診療科への誘導が現実的な方策であると考えられている。このため、指導医は、卒前・卒後教育において小児医学・医療の魅力を若手医師に伝

【図2】日本小児科学会小児医療提供体制検討委員会の小児医療体制構想



## 論

## 壇

# 『政治経済学から眺望したときのわが国医師数問題』

東海大学政治経済学部教授

武 見 敬 三 氏

東京大学医学部教授

橋 本 英 樹 氏

静岡県立大学経営情報学部教授

西 田 在 賢 氏

## 1 はじめに

わが国における医師数をめぐる議論及び政策決定の過程は「錯綜」と呼ぶにふさわしい。医師過剰が呼ばれ医学部定員の削減が呼ばれていたと思いや、医師数不足が問題となり、急遽、医学部定員増が図られた。この間に医療をめぐる外的な社会・経済環境が変化したことは事実だが、それだけではこの過程を説明することはできない。なぜならこの間、なにが「適正な」医師数なのかについて明確な根拠が示されないまま、政治的判断が先行してきた点だけは変わっていないからである。

医師数削減策は、医療費高騰を懸念する保険者側の大企業及び労働組合と、医師過剰を警戒する医師会等医療提供者側との同床異夢ともいえる政治バランスを踏まえて、官僚主導でその具体策が策定されてきた。その意味で、官僚主導の政治判断に基づくものであった。

近年の医師数増員は、昨今の医師不足が医療費抑制策に反発する医療崩壊論の象徴的事例となり、いつきに政治問題化した状況下での政治判断であった。

どちらの政治判断においても、医学部入学者定員数を「10%」削減する、あるいは然るべき数値の増員が図られなくてはいけないのかを、誰も明確に説明できていない。そして、これらの政治判断が、「医師数」の現状について、根拠あるデータに基づく妥当な現状把握を伴わず、イデオロギー先行で展開さ

れたことも、混乱を深めることにつながっている。

無論、データで政策が一義に決まるものではない。制度・政策は最終的には政治的判断が求められるものである。しかし、その判断に根拠が伴わない場合、その政策決定が妥当だったのかどうか、事後評価ができるない。社会経済情勢が変化し、政策の転換が必要になったときに、もともとの政策が依拠した根拠・前提がなければ、どのように転換すべきか、が示されず、錯綜を繰り返すこととなる。

本論説では、まず医師数の「適正性」をどう定義できるものか、簡単に触れる。結論からいえば、客観的唯一の基準で適正性を論じることはできず、医療に対する価値観、それに応えるためのサービス提供体制の在り方について国・国民消費者・保険者・医療提供者の間でビジョンを共有することが不可欠であることを主張する。

次に日本の医師数の現状について、入手可能な国内外のデータを鳥瞰する。理論的に適正数をはじき出すことができない以上、国際的、ないし時系列による比較に頼らざるをえないが、その際に「データの比較可能性」について留意する必要がある。

以上を踏まえ、医師数をめぐるこれまでの政治経済的な議論について分析を行い、削減から増員に転換した政治経済的背景を明らかにする。

最後に、整備すべき医師数について政治的合意を形成するために、なにが求められるのかを論じる。

## 2 医師数の「適正」基準について

医療経済学的な観点によれば、医師数の基準の求め方には主に4つのアプローチが考えられる。まず国家間・国内での比較を行うことである。典型的には人口あたりや病床あたりの医師数を比較することがよく行われる。第2の方法は、あるサービスの量と質を算出するために必要な投下資本のひとつとして、必要医師数を計算する方法である。第3の方法は、医療現場の判断に頼ることである。具体的には、医療提供機関が新規の医師雇用に対してどれだけの需要を有するかを測定することとなる。最後の方法は、市場の判断に頼ることである。具体的には、賃金率を医師とそれ以外の職業で比較することが多い。もし医師の賃金率が他職業に比べて高いのであれば、市場は現状よりも多くの医師を雇うことを求めているはずである。

### (1) 比較の観点から

医師数の国際比較では、経済協力開発機構(OECD)が毎年まとめているHealth Dataがよく用いられる。それによれば人口あたりの日本の医師数はドイツやフランスのそれに比べて確かに少ない。ただし、それらのデータの比較可能性がどれだけ担保されているのかについては、充分な注意が必要である。

また、仮にデータの比較可能性があったとしても、ドイツの人口あたり医師数と、日本の人口あたり医師数が、同じである必要があるのかどうかは、別の問題である。医師数の国際比較結果を医師数の適正基準とするには、各国の医師の役割や機能、生産性が本来同じでなければならないことを暗黙の前提としている。しかし実際には、異なる医療制度のもと、医師の役割や機能は大きく異なる。こうした違いを踏まえずに、比較値を適正基準とすることは妥当とは言い切れないものである。

### (2) サービスの量と質の観点から

サービス量や質を見込んで、それを生産するのに必要な医師数を算出するには、サービスの量と質の正しい推計と、医師一人あたりの生産性や質の基準が必要となる。

現在の医療法は、ある意味これをたいへん大雑把な形で、外来・入院患者数あたり必要な医師数を配置することを求めている。医師配置の基準適合率は年々上昇してきているものの、2004年度の立入検査

結果では、全国平均で84%程度である。この割合は地域によって格差があり、西高東低の傾向を示している。しかし、この状況は医師数過剰が問題とされていた90年代から大きく変わっていない。

診療科目や病院の機能の違い、診療の質を加味して、サービス生産量を測定することは技術的な困難を伴う。秋山・西田(2007)によれば、患者調査と医師数調査から求めた医師一人あたりの患者数は診療科によって大きくばらついていた。またNoguchiらが行った患者調査と医療施設調査個票を用いた推計によれば、重症度補正したうえで、入院死亡率を下げるにはより多くの病床当たり医師数が必要であることが示されている(Hashimoto, Ikegami, et al. 2011, Table 2)。

診療科目・疾病別・質調整して医療機関や医師の生産性を推計することは、データの制限などからこれまで日本では充分なされてこなかったが、DPCデータなどを用いて精緻な推計が試みられるようになった(河口・橋本・松田2009)。ただし、それを政策的に応用するのは時期早尚である。

### (3) 医療現場の判断から

医療現場では、慢性的に医師不足が問題とされている。厚生労働省医政局指導課により2010年に実施された「病院等における必要医師数の実態調査」では、全国すべての病院および分娩取り扱い施設を対象に10,262施設から、必要求人医師数と、業務を続けるうえで必要と思われる医師数をアンケート調査している。

それによれば、調査当時の医師数167,063人に対して、必要求人医師数は18,288(11%)、必要医師数は24,033人(14%)に及んだ。10%の医師数増員が必要との根拠のひとつとされた数字であるが、これをもって、必要な医師数が確保されていないと結論することは妥当ではない。

なぜなら、日本では自由開業医制のもと、病床規制を除いて医療提供に対する規制がほとんどないままに、医療機能の重複が地域内に見られ、一施設あたりの症例数が少なく、ひいては質の低下につながるなど資源配置の非効率性が問題とされているからである(Hashimoto, Ikegami, et al. Lancet 2011)。そのようなことから、一施設・一診療科で「適正」と判断された医師数が、その地域の住民・保険者に取って適正であることを保証するものではない。

#### (4) 市場の判断から

医師の生涯賃金は、高校の教員の生涯賃金とほぼ並ぶ程度とする推計結果がある（吉田、2009 pp177）。単純な年収の比較で見れば、勤務医の平均年収とマスメディアや金融関連の企業社員の平均年収では、後者のほうが高い。すなわち市場は勤務医よりは、より多くのテレビ局社員を求めていることになる。これは社会通念から乖離した結果であるといえるだろう。つまり、現在の日本の経済市場は、医療が創造する社会的価値を正確に反映していない。それは診療報酬制度を通じて、価格統制が進んでいることと無関係ではないだろう。

以上、4つのアプローチのいずれも、単独で唯一絶対の医師数の適正基準を示すことができないことは明らかである。

医師の過剰を医師密度の国際比較で論ずるのは、国情の違いもあって一律の議論は難しい。また、必要医師数を推計するには、求められる医療機能や医療の質について、疾病・診療科別・機能別の精緻な推計とそれを支えるデータが不可欠である。医療機関の視点から望ましい医師数を論ずるのは、規範的な議論に終始しがちで、医師の過不足に関する根拠を地域社会が納得する形で示すことは難しい。そして、厳しい規制のもと、市場の力に頼ることもままならない。それがゆえに、経済的制約と、医療に附加される社会的価値のバランスをどこに求めるのか、政治経済的な判断が必要となるのである。

### 3 日本の医師数の「現状」

ふたたびOECDのHealth Dataに戻って国民1,000人あたりの医師数を見れば、2009年段階で日本は2.2人、アメリカ合衆国が2.4人、ドイツが3.6人、フランスは3.3人となっている。人口あたりの医師数は合衆国のそれとほぼ並んでおり、これを見る限り、絶対数として医師が不足しているとは言えない。しかし、これを「病床数あたりの医師数」とすると、様相が異なってくる。100床あたりの医師数で見れば、日本は27人、合衆国は89人となる。すなわち、日本では過剰な病床数が、相対的な意味での医師不足を引き起こしていると言ってよさそうである。さらに、合衆国では、Physician Assistant や Nurse Practitioner など、日本では医師以外に禁じられている医療行為を行える専門職が存在する。

その結果、たとえば外科医一人あたりがこなす年

間手術数は、日米で大きく違っている。日本の医師は医師が果たす役割以外の業務に忙殺されているという側面があり、相対的不足に拍車をかけていると言える。

日本では、近年の在院日数の短縮化があるにも関わらず、医師数はほとんど動いていない。在院日数の低下による回転率上昇、それと関係した安全配慮義務の厳格化など、相対的な負荷の増加が「医師不足問題の深刻化」の背景にある。すなわち、医師の絶対数を増やすことが、必ずしも「医師不足」解消策として妥当であるかどうか、検討する余地は大いにあるということである。

国内のデータとしては厚生労働省の基幹統計のひとつである医師数調査を精査する必要がある。公表データで見る限り、医師数は増えこそすれ、減ってはいない。高齢化に伴い、入院患者の増加が見られることから、入院患者数あたりの医師数で見ると、確かに2000年に入ってから減少傾向が見られるが、それでも80年代よりは高い。Ideらが医師数調査個票を用いて行った一連の研究によれば、診療科別の統計でも、小児科医の数は90年代以降、むしろ増えており、子どもの数が減少していることから、子ども人口あたりの小児科医数でも増えていることになる。産婦人科医は、90年代よりも絶対数で減少しており、さらに病院勤務医が減っている（Ide, et al. 2009a, 2009b.）。産婦人科医で近年特徴とされるのが、女性医師の増加である。2004年には、すでに産婦人科医の22%を女性が占め、その割合はさらに伸びている。女性医師の増加が『実働医師数』の減少につながったとする報告も見られるが（Kaneto, et al. Health Policy 2009）、産婦人科の場合、「女性臓器外科」から「女性診療科」に患者側の需要構造が変化してきたことにも注目する必要がある。需要される医師・サービス像と現在の産婦人科医の構成との間にギャップが生じたことも、「産婦人科医不足」の原因となっていることが推察される。

医師不足の原因として、もうひとつ議論に上がるものが2004年度から導入された新医師臨床研修制度である。地方大学病院に研修医があまり留まらず、その結果として生じた人手不足を補う必要から、医局員を関連病院から引き上げたため、地域医療の崩壊につながったと伝えられる。しかし、事態を正確に把握する必要がある。まず研修医は都会に流れているのではなく、逆に都会から流出している。都道

府県単位で制度導入前後を較べると、もっとも臨床研修医の低下率が高かったのは東京都であり、東北各県は軒並み、研修医数が増えている（厚生労働省医政局医事課、2010）。ただし、東北各県の大学病院の臨床研修医は岩手などを除いて確かに減っている。つまり地域の臨床教育病院に研修医が流れたのである。それがなぜ地域の医療崩壊につながったのかといえば、地域の中核的な病院の役割を果たしていた公的病院では、そのブランド力にあぐらをかけて大学医局からの人的派遣に依存するところが少なからずあったからである。

これは単に人手不足の問題ではなく、そもそもなぜこれらの病院が自前で医師を確保できないのか、言い換れば、医師の職場として魅力を欠いているのはなぜか、という問題につながっている。医師の診療科・地域偏在の問題を根底に抱えており、医師の絶対数を増やしてもそれが解消されないのは、すでに明らかとなっている（Matsumoto, et al., 2011）。

## 4 医師数をめぐる論争の政治経済学的考察

### （1）多角的視点からの医師不足論の定着

政治学のアプローチでは、社会問題の全体像をどのように把握するかが重要となる。個別に起こった事象だけに目を奪われていては、問題の解決はおぼつかない。

医療現場においては、かねてより勤務医の過労労働の原因でもある医師不足が問題となっていたが、2004年度に始まった新医師臨床研修制度が引き金となって医師不足が甚だしく露見した。しかし、医師不足が生じた背景にある要因は、秋山・西田（2007）が地方の病院に医師不足が起こった様子について大雑把に記した因果関係の要素だけでも50余りもあって、じつに複雑である。

それから8年が経った今日、わが国医師不足は、「総数」ではなく、「偏在」に問題があることまでは整理され、関係者の間の共通認識に至った。しかしながら、現実には、地方における、とくに公的病院において勤務医が不足する事態の改善はまだ見られない。

というのも、国が講じた対策は、2008年度から医学部定員増に着手したことであり、世論を背景に政治主導で緊急に進めたことから、それ以前と比べて2011年度には約1,300人増（約17%増）の入学定員8,923人に至った。しかし、この医師の卵たちが社

会で活躍するまでには、さらに10年近い年月を待たねばならない。更に、地域枠を拡大した入学人員増加が、地元における診療科ごとの医療ニーズに量的にも質的にも対応した医師の養成と配分につながる保証はどこにもない。

医師不足に対処するには多角的な視点を組み合わせた総合的な判断が求められるとの認識は広がりつつあるが、最も合理的に医師の適正数を明らかにして、多くの関係者が合意し得る方法は確立していない。現状において緊急にすべきことは、適正な医師数を算定するための基礎となる「実需」を明らかにする、診療科や疾病別等の医師需要を把握するためのデータの整備と分析手法の確立であろう。

### （2）官僚主導の医師需給検討の経緯

2006年度初め頃までは、わが国の医師は過剰になるという政策判断であった。この頃、武見は厚生労働副大臣を務めており、厚労省幹部はなかなか医師不足を認めようとしなかったことを記憶している。しかし、医師不足による地域医療の崩壊が社会問題化し、国会に参考人として招致された日本医師会幹部が医師不足を認める発言を行うようになり、ようやく厚生労働省幹部も医師不足を認めるようになった。厚生労働省が医師不足を認めようとしなかった背景には、医師過剰時代の到来を想定した政策を長年にわたって採って来たからにほかならない。はたして、このことは官僚主導の政治判断の誤りであったのだろうか。今後の医師養成体制を考える点からも、この疑問を時系列に整理してみたい。

戦後の日本の医師数は、1975年頃までは人口10万対で100～120人程度で、緩やかな増加を続けていた。1970年に人口10万対で150人の医師供給を目指すという目標が掲げられて、医学部や医科大学の新設が認められ、入学定員を増加させた。結果、毎年約8,000人規模で新しい医師が誕生し、1976年には人口10万対で151人となり、その後も増加傾向は続いた。そのため将来の医師需給バランスを憂慮するとして、旧厚生省は数度にわたって医師需給に関する検討会を設けることになった。

第一回目となる1984年に設置された「将来の医師需給に関する検討委員会」では、1986年の報告書で、1995年を目処として入学定員10%削減を提言し、実施に移されたが、7.7%の削減にとどまった。そしてその後も毎年7,600人余りの新たな医師が誕生し、これに対して定年退職や死亡などで自然減少

する医師の数を差し引いても年間 3,500～4,000 人増加し続けた。そのため、続く 1994、98 年の同様の検討委員会において、将来の医師過剰の結論と入学定員 10% 削減方針が継続された。この間も医師は増え続け、2004 年には人口 10 万対で 211 人に達した。ところが、ここで偶然同時期に始まった、新医師臨床研修制度にともなう研修医の大学病院離れと、国立大学独法化にともなう大学病院の経営努力要請とが引き金となって、「勤務医不足」の事態が露見し、地域における公的病院の機能不全から医療崩壊が社会問題化した次第であった。

さて、ここで、第一回目の「将来の医師需給に関する検討委員会」が設置される頃の政・官・財界の動きを整理する。

1970 年代の一県一医大の施策は、地域医療に近いところで医師の養成機関を設置することで都道府県単位の医療提供体制を強化することを目的としており、当時の田中角栄総理大臣が推進した政治主導の政策であった。同年 7 月、前年に発足した鈴木善幸内閣が掲げた「増税なき財政再建」を達成すべく、行財政改革についての審議を行う第二次臨調（臨時行政調査会）の第三次答申において医師数抑制を打ち出した。その背景には、1970 年代半ばから毎年 1 兆円もの勢いで増える国民医療費の増嵩ぶりに健保保険料負担増に懸念を強めていた財界は、1979 年の第二次石油ショックの大波を被り、以後の景気の動向を不安視していた。このことは税収の伸び低落で社会保障財源に不安を募らせる官界と考えが一致するところとなり、日本医師会の同意を得て、医師誘発需要の仮説を前提とした医師数過剰事態の回避施策を推し進めたものと考える。

その意味で、まずは官・財界の主導であるが、その後、80 年代半ばから始まった医療制度改革が進むにつれて、官僚主導の政策となっていました。

ところで、「将来の医師需給に関する検討委員会」が提案した医学部入学定員の 10% 削減目標は達成されなかった。その理由は、国立や私立の医科大学・医学部が入学定員削減に応じたのに対して、公立大学が渋ったことにある。というのも、医学部定員削減は公立大学を開設する地方の首長の選挙に大きく影響するからであった。結果、その後の医師の需給に関する検討委員会でも、繰り返し将来の医師過剰を結論とした。

2006 年 7 月に公表された厚生労働省「医師の需給

に関する検討会」の答申でも、2022 年には需要と供給が均衡し、マクロ的には必要な医師数は供給されるとした。とはいえ、診療科や地域における医師の偏在を解決して需要が自然に満たされることはあるとも述べる表現に変った。

なお、診療科の医師偏在問題では、小児科、産婦人科、救急、麻酔科が取り上げられることが多いが、内科や外科をはじめとした他の診療科においても医師不足感は否めず、勤務医の疲弊は顕著となっている。

2009 年秋に自民党から民主党へと政権交代することによって、この問題の解決が政治主導へと転換する。現に、政治主導で、もっとも単純に医師数増加を実現する方法として、17% 増もの医科大学・医学部入学定員増が図られたわけであった。しかし、当面の医師不足解決にはつながらず、地方の公的病院では医師需給の改善は何ら進んでいない。

### (3) 地方における医学部増設の期待と現実の動向

西田は、現在静岡県内の大学に勤務するが、かつて厚生労働省保険局認可のシンクタンク、医療経済研究機構に勤めて、国レベルの医療政策の研究に携わっていた。そのようなことから、2007 年度に厚生労働省が地域医療対策協議会の設置を都道府県に義務づけたとき、東京都と静岡県の両方の地域医療対策協議会の委員を同時に務めることがあった。私立医科大学幹部には周知のことだが、このとき各都道府県の地域医療対策協議会の最重要課題となったのは、医師不足対策であった。

西田の観察では、東京都の場合、都内に 13 ある医科大学・医学部に特別枠の定員増を募ったとき、私立大学のほうが国立よりも対応が早かった。ちなみに、静岡県の場合、380 万人近い人口を持つが、幅広い東西の西端に国立の浜松医科大学が一つあるだけなので、具体的には 2 年かけて 20 人増員して入学定員 115 人に至るにとどまった。静岡県では、奨学金提供を県外の医科大学・医学部生たちに向けて募ること以外に打つ手はなく、そのため静岡県知事や、政令指定都市の静岡市長も共に医学部の誘致を唱えているのが実情である。

ところで、静岡県の医療提供体制の特徴は県西部に拠点を置く社会福祉法人の病院グループを除けば、有力な民間病院は育っておらず、社会医療法人はまだひとつもない。そのため、地域医療の確保は県立病院や東海道沿いに発達した市町の公立病院、

そして都市部中心に営まれる日赤、済生会、厚生連といった公的病院に委ねられている。ところが、それら公的病院は長年にわたりブランドに頼って、民間病院のような医師確保努力を怠ってきた。そこへ、2004年度の新医師臨床研修制度が引き金となって県外の大学医局による医師引き上げの事態に遭い、手をこまねいでいるうちに、診療科の閉鎖、収益激減へと追い込まれた。医師不足の事態は2012年3月現在も改善の兆しではなく、定員増された医科大学・医学部から多くの医師が輩出されて医師需給が緩和されるのを待っているような状況にある。

そのため、医学部誘致にどれほど県民が期待を寄せているかは言わずもがなであるが、医師不足解消の実効性についてははなはだ疑問であると言わざるをえない。ダイナミックなレンジで、この問題を捉えれば、今頃になって医学部を県内に設けたところで、第一期生が医師として活躍し始める10年後には、医師需給がかなり緩み、それこそ歯科医師の二の舞となる危惧がある。

## 5 結論

医師不足の問題についても「実需」に基づいた政策の再検討が急がれると考えると同時に、診療科別医師需要の精緻な調査の必要性を強く感じる次第である。

医師の養成と賃金と医療サービス価格のそれぞれについて、教育市場と医師人材市場と医療サービス市場とが連鎖して結ばれる模式図が、米国における医療経済学の定番教科書のひとつであるFeldsteinのHealth Economics（第4版）に載っている。これを日本の国民皆保険制度下の国情に照らしてみると、やはりこれらが連鎖することが示される。（Nishida, 2000）

要するに、高度な教育トレーニングに堪えられる人材を選ぶために多くの志願者を医学部受験に集めようとすると、病院や診療所が経済的に活発となって魅力ある賃金を医師に提示できることが必要だという、わかりやすい図式である。

ところが、今ままではわが国の病院、診療所の経済が頭打ちになることが予想され、これにともなって医師の待遇低下が危惧され、これが医師の質低下に結び付くことが懸念される。このような事態を未然に回避して、中・長期の医師養成体制を議論

することが必要である。

ちなみに、歯科医師の過剰については既に起こっており、2009年度には全国17の私立歯科大・歯学部のうち6割強の11校で入学者の定員割れを起こした。また、同年には、私立歯科大の中で廃校・廃部が報じられるところが現れたりした。

また、薬剤師を養成する薬学部が6年制に移行したが、この制度変更に際して全国に数多くの薬科大学・薬学部が創設された。そして、薬剤師の需給に関連して、歯科医師の二の舞を踏んだ廃校・廃部が危惧されている。第一期生の卒業は本年2012年3月だが、今後、薬剤師の供給がこれまで以上に進む中で、Feldsteinの経済モデルが示唆するように教育投資に見合わない賃金しか払えないときには、薬学部志願者が減る、もしくは国家試験に堪えられないものが多数出て教育市場が低迷することが心配されよう。

以上のことを念頭に置き、今次の追加的な医師不足対策としては、大学医学部の数を増やしたり、医師の養成数を増やすのではなく、大学は再教育や地域医療におけるキャリアビルディングを支援する機能を新設・強化するとともに、医師人材の確保など地域医療を支える人的資源の管理にあたっては、かつての医局制度とは異なる、新たなリーダーシップを發揮すべきと考えて、次の事柄の検討を提言したい。

1. プライマリケア重点化のため、新人教育よりは再教育制度を導入して、専門医のリカレントシステムを検討する。
2. 高度専門医については、施設の集約化とあわせて養成人数について各学会の責任で見直しをする。
3. プライマリケアの実際の担い手として、医師以外の医療専門職の参加を検討する。すなわち、プライマリケア医はあくまで監督・コーディネーターとして、地域医療のマネジメントの中核にあたることを検討する。

最後に、多くの利害関係者が錯綜する保健・医療政策分野に関しては、議会における超党派の議決により設立された米国のInstitute of Medicineのような中立的で権威あるシンクタンクを、我が国においても創設し、共有可能な科学的根拠を作成し、諸課題の不必要的政治問題化を回避することが賢明であろう。

**【参考文献】**

- 1) 秋山祐治、西田在賢「わが国適正医師数の考察」社会保険旬報 2326: 10-17, 2007.
- 2) Hashimoto H, Ikegami N, Shibuya K, et al. Cost containment and quality of care in Japan: is there a trade-off? Lancet 2011; published online Sep 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60987-2.
- 3) Ide H, Yasunaga H, Koike S, Kodama T, Igarashi T, Imamura T. Shortage of pediatricians in Japan; a longitudinal analysis using Physician's Survey data. Pediatric Int, 51(5); 645-649, 2009a.
- 4) Ide H, Yasunaga H, Kodama T, Koike S, Taketani Y, Imamura T. The dynamics of obstetricians and gynaecologists in Japan; A retrospective cohort model using the nationwide survey of physicians data. J Obstet Gynaecol Res. 35(4): 761-766, 2009b.
- 5) Ikeda N, Saito E, Kondo N, et al. What has made the population of Japan healthy? Lancet 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61055-6.
- 6) Ikegami N, Yoo BK, Hashimoto H, et al. Japanese universal health coverage: evolution, achievements, and challenges Lancet 2011; published online Sept 1. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60828-3.
- 7) Kaneto C, Toyokawa S, Inoue K, Kobayashi Y. Gender difference in physician workforce participation in Japan. Health Policy 89(1); 115-123, 2009.
- 8) 河口洋行、橋本英樹、松田晋哉 DPC データを用いた効率性測定と病院機能評価に関する研究 医療と社会 20(1):23-34, 2010.
- 9) 厚生労働省医政局医事課 臨床研修医在籍状況の推移  
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/zaiseki/index.html>
- 10) 厚生労働省医政局指導課医師確保等地域医療対策室 病院等における必要医師数実態調査 平成 22 年 9 月 29 日  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunituite/bunya/kenkou\\_iryou/iryou/hitsuyouishisuu/index.html](http://www.mhlw.go.jp/seisakunituite/bunya/kenkou_iryou/iryou/hitsuyouishisuu/index.html)
- 11) Matsumoto M, Inoue K, Kajii E. Policy implications of a financial incentive programme to retain a physician workforce in undeserved Japanese rural areas. Soc Sci Med 71:667-71, 2010.
- 12) 西田在賢「わが国の医師数増大の経済分析」医療経済研究, 2 : 33-46, 1995.
- 13) Nishida Z. "Simulation Experiment for Economical Impact by Physicians ' Excessive Increase in Japan", Kawasaki Medical Society 26: 17-31, 2000.
- 14) 西田在賢 ソーシャルビジネスとしての医療経営学 薬事日報社, 2011.
- 15) 吉田あつし 日本の医療のなにが問題か NTT 出版 2009, p 177

# 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。

## 自治医科大学 医学部教育・研究棟竣工



医学部教育・研究棟外観

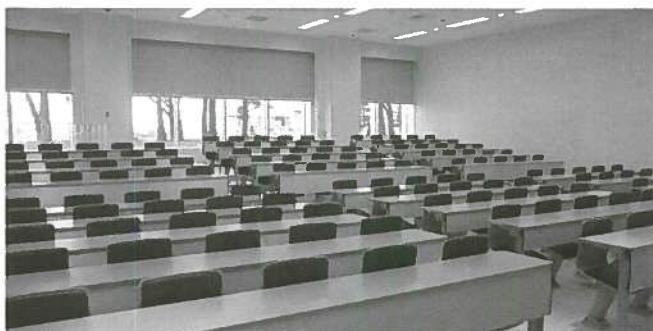
自治医科大学では、大学本館が建築後36年を経過し、施設が著しく狭隘、老朽化している状況にあることから、大学リニューアル基本構想を策定し、具体的なリニューアルの整備について検討してまいりました。

その基本構想の一環として、日々の教育・研究活動を停止せずにリニューアルを実施することができるよう、新たに医学部教育・研究棟の建設を進めてまいりましたが、平成23年12月27日に1年7ヶ月の工期を経て無事竣工しました。竣工後、必要な什器・備品の整備とともに関係講座、研究室の移転を完了し、平成24年度から本稼働いたしました。

建物概要は、鉄骨、鉄筋コンクリート造りの地上8階建て、延床面積25,070.2m<sup>2</sup>（連絡通路111.8m<sup>2</sup>を含む）で、講堂や各種教室、講座・研究室などを配置し、利便性が高く、医師を養成する高等教育機関に相応しい施設となっております。



講堂



大教室

# 岩手医科大学

## ドクターへリ基地ヘリポート竣工



ドクターへリ基地ヘリポート外観

岩手医科大学は、岩手県からの要請を受け、県内における救急医療機能強化に寄与するべく、かねてよりドクターへリの導入促進事業を進めてまいりましたが、このたび、矢巾キャンパス附属病院移転用地にドクターへリ基地ヘリポートが竣工いたしました。

ドクターへリとは、「空飛ぶ救命室」とも呼ばれ、救急医療専用ヘリコプターに岩手県高度救命救急センターの医師及び看護師が搭乗して救急現場等に出動し、傷病者の治療を行いながら医療機関に速やかに搬送する専用ヘリコプターのことです。およそ30分以内で県内ほぼ全域をカバーできることから、広大な県土の岩手で迅速な広域搬送が可能となり、救命率の向上に貢献することができます。昨年の震災時には、全国から集結したドクターへリが被災者の搬送に大きな力を発揮しました。

ドクターへリの運航にあたり、基地病院となる本学附属病院（内丸キャンパス）では、基地ヘリポートの設置が難しいことから、矢巾キャンパス附属病院移転用地に基地ヘリポートを設置し、全国で2例目となる「発進基地方式」を採用します。発進基地方式とは、ドクターへリの出動場所と基地病院の場所が異なるもので、消防からの要請により矢巾キャンパスへリ発進基地から出動し、岩手県高度救命救急センターまたは県立中央病院、県立宮古病院や県立大船渡病院など他病院へ患者を搬送します。

基地内には、電動式スライディングヘリパッドを備えた格納庫、融雪設備ヘリポート、運航管理事務

室、医師待機室、看護師待機室、地下燃料貯蔵庫等が整備されています。

ドクターへリ事業により、高度な救急医療機能を発揮し、地域住民が安心して暮らすことの出来る医療体制の確保を実現させるべく一層努力してまいります。



ドクターへリ機体（ユーロヘリコプター社製 EC-135）



落成セレモニーの様子

## 【施設概要】

建築面積：426.40m<sup>2</sup>

延床面積：422.87m<sup>2</sup>

構 造：鉄骨造 地上1階

主要用途：ドクターへリ格納庫、ヘリポート他

# 帝京大学

## 板橋キャンパス新大学棟開校



板橋キャンパス外観

2012年4月に、帝京大学板橋キャンパスに新大学棟が開校いたします。これまで神奈川県相模原市にあった薬学部が板橋に移転し、医学部、薬学部、医療技術学部の医療系3学部がひとつのキャンパスに集結することになります。施設の概略としましては、地下2階、地上10階建ての免震構造で、延床面積は約82,000m<sup>2</sup>です。学生数は3学部合わせて約5,000名となります。

キャンパス内には最新の医療設備を持つ医学部附属病院が存立しており、学生は、医療の現場での実習を間近に経験でき、即戦力となりうる知識や経験を着実に積み上げることができます。学部・学科の垣根を越えた講義により、学生同士が互いに交流を深めながら、現代医療に不可欠な「チーム医療」を実践的に学ぶことができます。

また、新大学棟には共同研究室を設けており、研究者同士の交流も図られることになります。3学部や国内外の研究者たちが協力し、新たな知の連携から見出されたデータや知見は医療現場へと還元され、より良い医療活動に役立てられます。こうした知的連携のフィードバックを積み重ねることにより、新キャンパスの研究拠点としての力を今後さらに高めていきたいと考えます。

新キャンパスは、地域住民の方々とも積極的にコミュニケーションを図り、そこに集う学生たちとともに活力あるまちづくりを手助けしていくことになります。フェンスなどを設けない広場や緑地等の全体の建替計画は2014年に完成を予定しており、この新キャンパスが地域や社会に対し、さらに貢献できるものになるよう、努力していく所存です。



1階中央階段

# 医大協ニュース

## 岩手医科大学

- 《法人役員》  
 ◎理事長就任  
 小川 彰（新任）  
 平成 24 年 2 月 27 日付  
 ◎理事就任  
 祖父江憲治（再任）  
 三田ひろみ（再任）  
 三田義之（再任）  
 畑山尚三（再任）  
 鈴木一幸（再任）  
 小林誠一郎（再任）  
 三浦廣行（再任）  
 二井將光（再任）  
 以上、平成 24 年 2 月 23 日付  
 ◎理事長退任  
 大堀 勉  
 平成 24 年 2 月 22 日付  
 ◎名譽理事長の称号授与  
 大堀 勉  
 平成 24 年 3 月 1 日付  
 《役職者の人事》  
 ◎学長就任  
 小川 彰（再任）  
 平成 24 年 4 月 1 日付  
 ◎医学部長就任  
 小林誠一郎（新任）  
 平成 24 年 4 月 1 日付  
 ◎医学部長退任  
 鈴木一幸  
 平成 24 年 3 月 31 日付  
 ◎附属病院長就任  
 酒井明夫（新任）  
 平成 24 年 4 月 1 日付

- ◎附属病院長退任  
 小林誠一郎  
 平成 24 年 3 月 31 日付  
 ◎附属花巻温泉病院長  
 猪又義男（再任）  
 平成 24 年 4 月 1 日付  
 ◎附属病院副院長就任  
 藤岡知昭（再任）  
 佐藤 讓（再任）  
 岡林 均（再任）  
 江原 茂（新任）  
 杉山芳樹（新任）  
 以上、平成 24 年 4 月 1 日付  
 ◎高度救命救急センター副センター長就任  
 井上義博（新任）  
 平成 24 年 4 月 1 日付  
 《教授の人事》  
 ◎教授就任  
 森野禎浩（内科学講座循環器内科分野）  
 平成 23 年 10 月 1 日付  
 高橋 智（災害医学講座）  
 平成 24 年 2 月 1 日付  
 大塚耕太郎（災害・地域精神医学講座）  
 平成 24 年 3 月 1 日付  
 井上義博（救急医学講座）  
 平成 24 年 4 月 1 日付  
 ◎教授退任  
 佐々木和彦（生理学講座神経生理学分野）  
 濱沼一好（衛生学公衆衛生学講座）  
 猪又義男（整形外科学講座）

- 以上、平成 24 年 3 月 31 日付  
 ◎名譽教授の称号授与  
 猪又義男  
 平成 24 年 4 月 1 日付

## 日本医科大学

- 《法人役員》  
 ◎理事長  
 赫 彰郎（再任）  
 平成 23 年 12 月 17 日付  
 ◎常務理事  
 隅崎達夫（再任）  
 山下精彦（再任）  
 以上、平成 23 年 12 月 17 日付  
 高野照夫（新任）  
 平成 24 年 4 月 1 日付  
 ◎第 13 条理事  
 隅崎達夫（再任）  
 山下精彦（新任）  
 以上、平成 23 年 12 月 17 日付  
 ◎常任理事  
 田中宣威（再任）  
 平成 23 年 12 月 17 日付  
 ◎理事  
 鎌田 隆（再任）  
 佐藤雄三（再任）  
 新 博次（新任）  
 伊藤雅治（再任）  
 黒川 顯（再任）  
 島田 隆（再任）  
 福永慶隆（再任）  
 以上、平成 23 年 12 月 17 日付  
 ◎監事  
 柏原一英（再任）

- 柴由美子（再任）  
以上、平成23年12月17日付  
《付属四病院院長》  
◎付属病院 院長  
福永慶隆（再任）  
平成24年4月1日付  
◎武藏小杉病院 院長  
黒川 顯（再任）  
平成24年4月1日付  
◎多摩永山病院 院長  
新 博次（再任）  
平成24年4月1日付  
◎千葉北総病院 院長  
井上哲夫（新任）  
平成24年4月1日付  
《人事》  
◎健診医療センター長代理  
石原圭一（放射線医学）  
平成24年1月1日付  
◎成田国際空港クリニック所長  
赤沼雅彦（内科学（循環器・肝臓・老年・総合病態部門））  
平成24年4月1日付  
◎大学院医学研究科長  
鈴木秀典（薬理学）  
平成24年4月1日付  
◎大学院教授  
金田 誠（生理学（システム生理学））  
伊藤保彦（小児科学）  
以上、平成24年4月1日付  
◎臨床教授  
松田 潔（救急医学）  
平成24年4月1日付  
◎特任教授  
木田厚瑞（呼吸ケアクリニック所長）  
パワントカール・ルビー（耳鼻咽喉科）  
有馬保生（外科学（消化器・一般・乳腺・移植部門））  
以上、平成24年4月1日付  
◎名誉教授  
佐久間康夫（生理学（システム生理学））  
加藤貴雄（内科学（循環器・肝臓・老年・総合病態部門））  
福永慶隆（小児科学）  
寺本 明（脳神経外科学）  
以上、平成24年4月1日付  
◎教授定年退職  
香川 浩（物理学）  
佐久間康夫（生理学（システム生理学））  
加藤貴雄（内科学（循環器・肝臓・老年・総合病態部門））  
福永慶隆（小児科学）  
古川清憲（外科学（消化器・一般・乳腺・移植部門））  
小泉 潔（外科学（内分泌・心臓血管・呼吸器部門））  
志村俊郎（脳神経外科学）  
以上、平成24年3月31日付  
◎教授退任  
寺本 明（脳神経外科学）  
平成23年3月31日付  
《訃報》  
竹内節彌名誉教授（薬理学）は、平成23年10月27日（木）に逝去されました。享年88。  
宗像 醇名誉教授（皮膚科学）は、平成24年2月4日（土）に逝去されました。享年90。
- 西部俊哉（外科学第2講座）  
藤井 毅（八王子医療センター感染症科）  
岡谷恵子（看護学科設立準備室）  
以上、平成24年4月1日付  
◎臨床教授（就任）  
宮岡正明（内科学第4講座）  
平成24年1月1日付  
◎主任教授（退任）  
大滝純司（医学教育学講座）  
平成24年1月31日付  
友田輝夫（生化学講座）  
下光輝一（公衆衛生学講座）  
青木達哉（外科学第3講座）  
以上、平成24年3月31日付  
◎教授（退任）  
石川雅彦（医療安全管理学講座）  
平成23年12月31日付  
新妻知行（内科学第3講座）  
平成24年3月31日付
- ## 東京女子医科大学
- 《人事》  
◎理事（就任）  
渡辺俊夫  
平成24年4月1日付  
◎教授（就任）  
布田伸一（東医療センター心臓血管診療部）  
山田和男（東医療センター精神科）  
以上、平成23年10月1日付  
三坂亮一（成人医学センター）  
平成23年12月1日付  
高橋良当（東医療センター内科）  
磯谷栄二（東医療センター救急医療科）  
以上、平成24年2月1日付  
飯田知弘（眼科）  
佐藤麻子（臨床検査科）  
竹内正樹（八千代医療センター形成外科）  
以上、平成24年4月1日付
- ## 東京医科大学
- 《人事》  
◎主任教授（就任）  
宮澤啓介（生化学講座）  
井上 茂（公衆衛生学講座）  
土田明彦（外科学第3講座）  
以上、平成24年4月1日付  
◎教授（就任）  
杭ノ瀬昌彦（東京医科大学病院心臓外科）  
平成23年10月1日付  
生方英幸（外科学第4講座）  
平成23年12月1日付

## ◎客員教授（就任）

山本昌昭（東医療センター脳神経外科）

平成 23 年 10 月 1 日付

永野伸郎（東医療センター内科）

平成 23 年 11 月 1 日付

後藤 真（東医療センター整形外科）

井藤英喜（東医療センター内科）

服部正和（東医療センター内科）

以上、平成 24 年 4 月 1 日付

## ◎臨床教授（就任）

清水忠夫（東医療センター乳腺診療部）

平成 23 年 10 月 1 日付

斎藤明子（消化器内科）

平成 23 年 12 月 1 日付

平 孝臣（脳神経外科）

平成 24 年 2 月 1 日付

平井康夫（産婦人科）

須賀弘泰（東医療センター救急医療科）

以上、平成 24 年 4 月 1 日付

## ◎事務局長（就任）

加藤多津子

平成 24 年 4 月 1 日付

## 東京慈恵会医科大学

## 《人事異動》

## ◎教授

宮田久嗣（昇任 / 精神医学）

平成 23 年 10 月 1 日付

鈴木政登（昇任 / 臨床検査医学）

岡崎真雄（昇任 / 学術情報センター）

以上、平成 23 年 11 月 1 日付

關根 広（昇任 / 放射線医学）

平成 24 年 1 月 1 日付

清田 浩（昇任 / 泌尿器科学）

平成 24 年 2 月 1 日付

## 昭和大学

## 《就任》

## ◎昭和大学医学部長

久光 正（就任）

平成 24 年 4 月 1 日付

## ◎医学部脳神経外科学教授

水谷 徹（就任）

平成 24 年 4 月 1 日付

## ◎医学部皮膚科学教授

末木博彦（就任）

平成 24 年 4 月 1 日付

## ◎医学部精神医学教授

岩波 明（昇任）

平成 24 年 4 月 1 日付

## ◎昭和大学横浜市北部病院内科系

診療センター教授（員外）

岡本健一郎（昇任）

平成 24 年 2 月 14 日付

## 《退任》

## ◎医学部病理学（病因病態学部門）

教授

太田秀一（定年退職）

平成 24 年 3 月 31 日付

## ◎昭和大学病院呼吸器・アレルギー

内科教授

足立 満（定年退職）

平成 24 年 3 月 31 日付

## ◎昭和大学病院消化器内科教授

井廻道夫（定年退職）

平成 24 年 3 月 31 日付

## ◎昭和大学病院内視鏡センター

教授（員外）

吉川望海（定年退職）

平成 24 年 3 月 31 日付

## ◎昭和大学病院附属東病院皮膚科

教授

飯島正文（定年退職）

平成 24 年 3 月 31 日付

## ◎昭和大学病院附属東病院眼科

教授

小出良平（定年退職）

平成 24 年 3 月 31 日付

## ◎昭和大学附属豊洲病院整形外科

教授（員外）

瀧川宗一郎（定年退職）

平成 24 年 3 月 31 日付

## ◎昭和大学横浜市北部病院外科系

診療センター（産婦人科）教授

高橋 謙（定年退職）

平成 24 年 3 月 31 日付

## ◎昭和大学附属烏山病院精神神経

科教授

加藤進昌（定年退職）

平成 24 年 3 月 31 日付

## ◎昭和大学外科学（胸部心臓血管

外科学部門）教授

手取屋岳夫

平成 24 年 3 月 31 日付

## 大阪医科大学

## ◎理事

大槻哲彦（重任）

平成 24 年 1 月 1 日付

木田喜代江（退任）

平成 24 年 3 月 15 日付

花房俊昭（退任）

奥本 務（退任）

以上、平成 24 年 3 月 31 日付

佐々木茂夫（就任）

黒岩敏彦（就任）

以上、平成 24 年 4 月 1 日付

## 《人事》

## ◎教授就任

林 秀行（化学・生体分子医学）

吉田龍太郎（大学院医学研究科）

以上、平成 24 年 4 月 1 日付

木下光雄（定年退職）

森田 大（定年退職）

以上、平成 24 年 3 月 31 日付

## 日本私立医科大学協会元会長、学校法人順天堂前理事長、 順天堂大学元学長、石井昌三先生ご逝去

日本私立医科大学協会元会長、学校法人順天堂前理事長ならびに順天堂大学元学長、石井昌三先生は、去る平成24年1月1日にご逝去されました、享年88。

石井先生は、大正12年6月30日に広島県広島市に生まれ、昭和22年に京都大学医学部を卒業され、昭和29年京都大学医学部助手、昭和32年同講師の後、昭和38年大阪日赤病院脳神経外科部長を経て、41歳の若さで米国シカゴ大学脳神経外科助教授になられました。

在米中の先生は、外傷脳に発生する脳浮腫、脳腫脹の病態成立機序を深く研究し、その成果は現在でも高い評価を得ております。

本邦にこの研究業績がもたらされたことは、本邦の脳神経外科学を飛躍的に発展させました。

第5回国際脳神経外科学会では、事務局長を務め多くの参加者が集う国際学会を成功裏に納め、また、世界脳神経外科学会連合の要職を務められた功績により世界脳神経外科学会連合の名誉会長に選出されました。

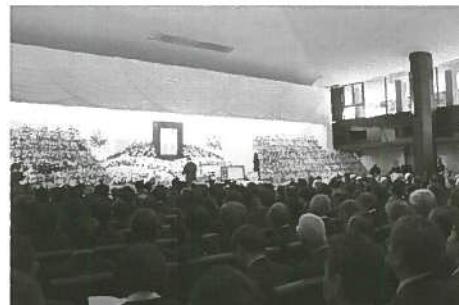
先生は、常々「忠恕」というお言葉を用いられておりましたが、その精神は、「賢者は真心を持ち思いやりのある行動をとり、多くの他者が幸せになる」ことを念じて、常日頃から周囲を温かく見守ってこられました。

先生ご自身は、ゴルフ・釣り等趣味にも多くの友人を持ち交友関係も多彩でしたが、此のたびの突然の訃報で、本学のみならず医学界の損失は計り知れず惜しまれてなりません。

ここに衷心よりご冥福をお祈り申し上げます。

### [石井昌三先生略歴]

大正12年6月30日	広島県広島市に出生
昭和22年	京都大学医学部卒業
昭和29年2月	京都大学医学部助手
昭和32年9月	京都大学医学部講師
昭和38年7月	大阪日赤病院脳神経外科部長
昭和39年10月	米国シカゴ大学脳神経外科助教授
昭和42年3月	順天堂大学医学部客員教授（外科学講座）
昭和42年4月	米国シカゴ大学脳神経外科教授（准）
昭和43年4月	順天堂大学医学部教授
昭和48年10月	第5回国際脳神経外科学会事務局長
昭和54年10月	第38回日本脳神経外科学会会長
昭和55年5月	(財)順天堂災害医学研究所理事長
昭和57年5月	第5回国際頭蓋内圧会議会長
昭和59年2月	文部省学術審議会専門委員
昭和59年4月	順天堂大学医学部附属順天堂医院長
昭和61年4月	順天堂大学本館建設本部本部長
昭和63年4月	順天堂大学学長・名誉教授
平成4年4月	学校法人順天堂理事長
平成11年5月	日本私立医科大学協会会長（第9代）
平成13年11月	勲二等旭日重光章受章
平成16年4月	学校法人順天堂常勤顧問
平成24年1月1日	ご逝去 享年88



## 関西医科大学 天満橋総合クリニック新たにスタート

昭和 43 年に、学校法人関西医科大学の全額出資により設立された財団医療法人 OMM メディカルセンターは、設立後 40 数年を経た平成 24 年 4 月に関西医科大学と経営統合し、関西医科大学天満橋総合クリニックとして新たなスタートを切りました。経営統合の目的は、大学における予防医療部門の強化および大阪北東部の地域医療連携の促進にあります。OMM メディカルセンターは、予防医療の重要性に早くから着目し、がんの早期発見や生活習慣病の予防に大きな実績をあげてまいりました。一方、各科の専門医をそろえ、多くの病気をかかえた患者さんを一つの施設で診療することができる良質な総合診療を行ってきました。関西医科大学は、総合健診センターおよび総合外来部門を有する関西医科大学天満橋総合クリニックをグループ内に加え、関西医科大学附属枚方病院、附属滝井病院、香里病院や健康科学センター、さらに地域医療を担う医療機関との連携を強め、病気の予防、早期発見、総合診療から高度先進医療まで一貫した医療を提供できる体制の構築を目指します。

所在地：大阪市中央区大手前 1 - 7 - 31 OMMビル 3F

診療科

1. 総合健診センター
2. 総合外来部門

内科、耳鼻咽喉科、眼科、皮膚科、婦人科

### 関西医科大学

#### 《役員人事》

#### ◎常務理事就任

岩坂壽二

澤田 敏

以上、平成 24 年 4 月 1 日付

#### ◎理事就任

権 雅憲

木下利彦

以上、平成 24 年 4 月 1 日付

#### 《教授人事》

#### ◎教授退任

岩坂壽二（内科学第二講座）

澤田 敏（放射線科学講座）

木原 裕（物理学）

濱田 彰（附属滝井病院定員外教授）

以上、平成 24 年 3 月 31 日付

#### ◎教授就任

塩島一朗（内科学第二講座）

谷川 昇（放射線科学講座）

影島賢巳（物理学）

長谷公隆（整形外科学講座診療教授）

以上、平成 24 年 4 月 1 日付

#### 《役職者人事》

#### ◎病態分子イメージングセンター長

伊藤誠二（新任）

平成 23 年 9 月 13 日付

#### ◎医学教育センター長

木下 洋（新任）

平成 23 年 10 月 1 日付

#### ◎卒後臨床研修センター長

金子一成（新任）

平成 24 年 1 月 1 日付

#### ◎附属枚方病院病院長

今村洋二（再任）

平成 24 年 4 月 1 日付

#### ◎附属滝井病院病院長

岩坂壽二（再任）

平成 24 年 4 月 1 日付

#### ◎香里病院病院長

高山康夫（再任）

平成 24 年 4 月 1 日付

◎天満橋総合クリニック院長  
浦上昌也（新任）

平成 24 年 4 月 1 日付

#### ◎大学情報センター長

高橋伯夫（再任）

平成 24 年 4 月 1 日付

#### ◎地域医療センター長

権 雅憲（新任）

平成 24 年 4 月 1 日付

#### ◎物流センター長

澤田 敏（新任）

平成 24 年 4 月 1 日付

#### ◎専門部教務部長

友田幸一（新任）

平成 24 年 4 月 1 日付

#### ◎専門部学生部長

楠本健司（新任）

平成 24 年 4 月 1 日付

#### ◎大学院教務部長

中郷智之（新任）

平成 24 年 4 月 1 日付

## ◎附属生命医学研究所所長

木梨達雄（再任）  
平成24年4月1日付

## ◎総合研究施設長

中村智之（再任）  
平成24年4月1日付

## ◎教養部主事

吉本康明（新任）  
平成24年4月1日付

**久留米大学**

## 《学長就退任》

◎久留米大学学長  
薬師寺道明（退任）  
平成23年12月31日付  
永田見生（就任）  
平成24年1月1日付

## 《常務理事就任》

◎学校法人久留米大学常務理事  
宮原岩政  
平成23年10月1日付  
《事務局長就退任》  
◎久留米大学事務局長  
島 靖彦（退任）  
平成24年3月31日付  
有馬彰博（就任）  
平成24年4月1日付

## 《役職者の退任》

◎認定看護師教育センター長  
藤丸千尋  
平成24年3月31日付  
◎高次脳疾患研究所長  
松石豊次郎  
平成24年3月31日付  
《役職者の就任》  
◎皮膚細胞生物学研究所長  
橋本 隆（再任）  
平成24年1月1日付  
◎医学部長  
野口正人  
平成24年3月1日付  
◎バイオ統計センター所長  
角間辰之（再任）  
平成24年4月1日付

## ◎認定看護師教育センター長

三橋睦子  
平成24年4月1日付

## ◎高次脳疾患研究所長

内村直尚  
平成24年4月1日付

## 《教授の退任》

◎医学部附属病院集学治療センター  
山名秀明（定年扱い）  
平成24年3月31日付

## ◎医学部医学科小児科学講座

芳野 信（定年）  
平成24年3月31日付

## 《教授の就任》

◎医学部医学科内科学講座（呼吸器・神経・膠原病内科部門）  
星野友昭  
平成23年10月1日付

## ◎医学部看護学科

益守かづき  
平成24年4月1日付

◎医学部医学科内科学講座（消化器内科部門）  
光山慶一  
平成24年4月1日付

## ◎医学部医学科放射線医学講座

内田政史  
平成24年4月1日付

## ◎医療安全管理部

田中芳明  
平成24年4月1日付

## 《特命教授の就任》

◎学長直属  
柳川 堯（再任）  
平成24年4月1日付

## 《特定教授の就任》

◎医学部医学科重粒子線がん治療  
学講座（寄附講座）  
淡河悦代  
平成23年11月1日付

◎医学部医学科糖尿病性血管合併  
症病態・治療学講座（寄附講座）  
山岸昌一（再任）

◎分子生命科学研究所高分子化学  
研究部門

三原勝芳（再任）  
以上、平成24年4月1日付

**北里大学**

## 《人事異動》

◎教授昇任  
坂本尚登（医療技術教育研究部門）  
平成23年4月1日付  
濱田潤一（神経内科学）  
平成23年10月1日付  
熊谷雄治（臨床研究センタープ  
ロジェクト実施部門）  
平成23年11月1日付

## ◎教授採用

恩田貴志（産婦人科学「婦人科  
学」）  
平成23年10月1日付  
堤 明純（公衆衛生学教授）  
平成24年3月1日付

## ◎教授退任

相澤好治（衛生学）  
藤井清孝（脳神経外科学教授・  
北里大学病院長）  
馬場志郎（泌尿器科学）  
以上、平成24年3月31日付

## ◎教授退職

松下 治（微生物学）  
平成24年3月31日付

**杏林大学**

## 《人事》

◎教授就任  
奴田原紀久雄（泌尿器科学）  
大木 紫（統合生理学）  
丑丸 真（化学）  
近藤晴彦（外科学）  
以上、平成24年4月1日付

## ◎臨床教授

永根基雄（脳神経外科学）  
布川雅雄（心臓血管外科学）

河合 伸（総合医療学）  
 野村英樹（総合医療学）  
 以上、平成 24 年 4 月 1 日付  
 ◎事務局長  
 加藤信一  
 平成 24 年 4 月 1 日付  
 《名誉教授》  
 伊藤泰雄  
 平井直樹  
 平成 24 年 3 月 30 日理事会承認

## 川崎医科大学

《理事の異動》  
 ◎就任  
 川崎誠治（理事長）（新任）  
 川崎明徳（学園長・名誉理事長）  
 （新任）  
 森谷卓也  
 以上、平成 24 年 3 月 31 日付  
 山口恒夫  
 丹羽国泰  
 以上、平成 24 年 4 月 1 日付  
 ◎退任  
 川崎明徳（理事長）  
 川崎誠治（副理事長）  
 垣田敬治  
 梶谷喬  
 以上、平成 24 年 3 月 30 日付  
 井戸俊夫  
 平成 24 年 3 月 31 日付  
 《役職者の異動》  
 ◎副学長辞任  
 川崎誠治  
 平成 24 年 3 月 30 日付  
 《教授の異動》  
 ◎定年退職  
 佐々木和信  
 大内正信  
 以上、平成 24 年 3 月 31 日付

## 聖マリアンナ医科大学

《退任》  
 ◎教授  
 名越温古（内科学（血液・腫瘍内科））  
 石塚文平（産婦人科学（産科））  
 熊谷憲夫（形成外科学）  
 龜谷学（内科学（総合診療内科））  
 福田誠二（医学教育文化部門（人文・社会科学））  
 以上、平成 24 年 3 月 31 日付  
 《就任》  
 ◎教授  
 松本直樹（薬理学）  
 田中守（産婦人科学（産科））  
 以上、平成 24 年 4 月 1 日付  
 ◎病院教授（東横病院）  
 関一平（麻酔学）  
 平成 24 年 4 月 1 日付  
 ◎病院教授（横浜市西部病院）  
 相田芳夫（病理学（診断病理分野））  
 永納和子（麻酔学）  
 以上、平成 24 年 4 月 1 日付

## 帝京大学

◎教授  
 川本雅司（医学部附属溝口病院臨床病理科）  
 平成 23 年 10 月 1 日付  
 鈴木雅明（ちば総合医療センター耳鼻咽喉科）  
 平成 24 年 3 月 1 日付  
 ◎名誉教授  
 南光進一郎  
 今村哲夫  
 安田秀喜  
 以上、平成 24 年 4 月 1 日付  
 ◎主任教授  
 池淵惠美（医学部精神神経科学講座）

池田 正（医学部外科学講座）

以上、平成 24 年 4 月 1 日付

◎教授

川杉和夫（医学部医学教育センター）  
 宇於崎宏（医学部病理学講座）  
 田中篤（医学部内科学講座）  
 川村雅文（医学部外科学講座）  
 橋口陽二郎（医学部外科学講座）  
 中川匠（医学部整形外科学講座）  
 以上、平成 24 年 4 月 1 日付

◎医学総合図書館長

桜井正樹（医学部生理学講座）  
 平成 24 年 4 月 1 日付

◎医学部医学教育センター長  
 寺本民生（医学部内科学講座）  
 平成 24 年 4 月 1 日付

## 藤田保健衛生大学

《役員人事》

◎監事の辞任

葛谷恵子  
 村上唯三郎  
 以上、平成 23 年 9 月 30 日付

◎監事の就任

小山勇  
 竹内康浩  
 以上、平成 23 年 10 月 1 日付  
 塚田弘志  
 平成 24 年 4 月 1 日付

《教授の就任》

◎医学部  
 関谷隆夫（周産期医学）  
 平成 23 年 11 月 1 日付  
 寺田信樹（整形外科）  
 平成 24 年 1 月 1 日付  
 日下守（臓器移植再生医学）  
 浅井幹一（豊田市・藤田保健衛生大学連携地域医療学）  
 脇田英明（内科）  
 多田伸（産婦人科学）  
 鈴木克侍（整形外科学）  
 以上、平成 24 年 4 月 1 日付

## 《教授の退任》

## ◎医学部

太田好次（化学）  
松本美富士（内科）  
山崎俊夫（小児科学）  
宮川秀一（胆・膵外科学）  
中井定明（整形外科学）  
竹田 清（麻酔・周術期管理医学）  
杉谷 篤（臓器移植再生医学）  
小森義之（地域救急医療学）  
浅井幹一（肝胆膵内科学）  
以上、平成24年3月31日付

**愛知医科大学**

## 《人事異動》

## ◎理事

高本 滋（退任）  
平成24年3月31日付

## ◎教授

住友 誠（新任）（泌尿器科学講座）  
平成23年9月1日付  
天野哲也（新任）（内科学講座（循環器内科））  
平成24年1月1日付  
佐藤元彦（新任）（生理学講座）  
平成24年3月1日付  
房岡秀郎（退職）（物理学）  
木村英作（退職）（寄生虫学講座）  
高本 滋（退職）（輸血部）  
長谷川高明（退職）（薬剤部）  
以上、平成24年3月31日付

## ◎教授（特任）

玉腰暁子（退職）（公衆衛生学講座）  
山田芳彰（退職）（泌尿器科学講座）  
森下宗彦（退職）（メディカルクリニック）  
以上、平成24年3月31日付

**自治医科大学**

## 《役員の異動》

## ◎理事

鴨下重彦（逝去により退任）  
平成23年11月10日付  
高久史麿（退任）  
島田和幸（退任）  
川上正舒（退任）  
水戸美津子（退任）

以上、平成24年3月31日付  
永井良三（就任）

安田是和（就任）  
百村伸一（就任）  
春山早苗（就任）

以上、平成24年4月1日付

## 《大学の人事》

## ◎学長

高久史麿（退任）  
平成24年3月31日付  
永井良三（就任）  
平成24年4月1日付

## ◎副学長

市村恵一（就任）  
平成24年4月1日付

## ◎卒後指導部長

針田 哲（就任）  
平成24年4月1日付

## ◎附属病院長

島田和幸（退任）  
平成24年3月31日付  
安田是和（就任）  
平成24年4月1日付

## ◎さいたま医療センター長

川上正舒（退任）  
平成24年3月31日付  
百村伸一（就任）  
平成24年4月1日付

## ◎附属病院副病院長

安田是和（退任）  
菅野健太郎（退任）  
以上、平成24年3月31日付  
鈴木光明（就任）  
杉山幸比古（就任）

以上、平成24年4月1日付

## ◎さいたま医療センター副センター長

百村伸一（退任）  
小西文雄（退任）  
以上、平成24年3月31日付  
加計正文（就任）  
安達秀雄（就任）  
以上、平成24年4月1日付

**金沢医科大学**

## 《役職教員》

## ◎一般教育機構長

松田博男（再任）（人間科学科目（数学））  
任期：平成24年4月1日～平成25年3月31日

## 《教授》

## ◎部門教授

小林淳二（新任）（総合内科学）  
平成24年4月1日付

## ◎特任教授

川平洋一（新任）（心臓血管外科学）  
的場宗孝（就任）（放射線医学）  
以上、平成24年4月1日付

## 《金沢医科大学氷見市民病院》

## ◎副院長

木村晴夫（退任）（事務局局次長（氷見市民病院事務部担当））  
平成23年12月31日付

## ◎副院長

小平俊行（新任）（事務局局次長（氷見市民病院事務部担当））  
平成24年1月1日付

**獨協医科大学**

## 《学校法人獨協学園の人事》

## ◎理事

林 雅敏（越谷病院長）（新任）  
植竹伸一（大学事務局長）（新任）  
以上、任期：平成24年4月1日～平成27年8月1日

## 《役職者の就任》

## ◎副学長

福田 健（内科学（呼吸器・アレルギー）講座主任教授）（新任）

任期：平成 24 年 4 月 1 日～平成 26 年 3 月 31 日（2 年）

## ◎事務局長

植竹伸一（新任）

平成 24 年 4 月 1 日付

## 《教授の就任》

三浦善憲（国際協力支援センター）

平成 23 年 11 月 1 日付

阿部七郎（内科学（心臓・血管））

森田公夫（越谷病院腫瘍センター）

以上、平成 23 年 12 月 1 日付

土岡 丘（第一外科学）

高橋盛男（越谷病院内視鏡センター）

以上、平成 24 年 1 月 1 日付

長田伝重（整形外科学）

平成 24 年 2 月 1 日付

山口重樹（麻酔科学）

濱口眞輔（麻酔科学）

村上昌雄（大学病院放射線治療センター）

神山正人（基本医学（語学教育部門））

安 隆則（日光医療センター心臓・血管内科）

以上、平成 24 年 4 月 1 日付

**東海大学**

## 《役職者就任》

## ◎理事、伊勢原校舎・付属病院

本部長、医学部付属八王子病院

総病院長

幕内博康

平成 24 年 4 月 1 日付

## ◎大学院医学研究科長

持田讓治

平成 24 年 4 月 1 日付

## ◎医学部長

今井 裕

平成 24 年 4 月 1 日付

**東邦大学元学長  
平野修助先生ご逝去**

東邦大学元学長で名誉教授の平野修助先生は、去る平成 24 年 2 月 1 日に逝去されました、享年 85。

平野先生は昭和 28 年に慶應義塾大学医学部を卒業後、慶應義塾大学医学部助手、東邦大学医学部講師、東邦大学医学部助教授、米国国立衛生研究所（NIH）留学、東邦大学医学部生理学講座教授等を経て、平成 3 年から平成 6 年まで東邦大学学長に就任され、同期間、本協会理事としても多岐に亘りご活躍されました。

## ◎医学部副学長

高木敦司

平成 24 年 4 月 1 日付

## ◎医学部付属病院長

猪口貞樹

平成 24 年 4 月 1 日付

## ◎医学部付属病院副院長

鈴木康夫

安田聖栄

飯田政弘（新任）

以上、平成 24 年 4 月 1 日付

## ◎医学部付属東京病院長

近藤泰理

平成 24 年 4 月 1 日付

## ◎医学部付属東京病院副院長

西崎泰弘

松嶋成志（新任）

以上、平成 24 年 4 月 1 日付

## ◎医学部付属大磯病院長

吉井文均

平成 24 年 4 月 1 日付

## ◎医学部付属大磯病院副院長

宮北英司

島田英雄（新任）

以上、平成 24 年 4 月 1 日付

## ◎医学部付属八王子病院長

北川泰久

平成 24 年 4 月 1 日付

## ◎医学部付属八王子病院副院長

山田俊介

## 渡辺勲史

小林義典（新任）

以上、平成 24 年 4 月 1 日付

## 《教授就任》

橋 裕司（基礎医学系（生体防衛学））

佐藤慎吉（基盤診療学系（病理診断学））

浅野浩一郎（内科学系（呼吸器内科学））

遠藤正之（内科学系（腎・代謝内科学））

以上、平成 24 年 4 月 1 日付

鈴木啓二（専門診療学系（小児科学））

平成 23 年 8 月 1 日付

**産業医科大学**

## 《主な人事異動》

## ◎常務理事

平松憲二郎（就任）

平成 24 年 4 月 1 日付

# 協会及び関係団体の動き

東日本大震災における本協会の対応について

医学部入学定員増に関する本協会の対応について

## 医療チームの派遣状況について

東日本大震災発生直後(平成23年3月11日)から、被災地の病院、診療所、医療救護所、避難所等における医療救護、心のケア、ドクターヘリ等による患者搬送、災害時死体検案支援活動等を目的とした医療チームの派遣に関する調査については、第249回理事会(平成23年4月14日開催)以降、継続して取りまとめを行っている。

## ■平成24年3月11日現在の集計結果

本協会加盟大学における東日本大震災に伴う被災地への医師等の派遣状況結果は下記のとおり。

29大学 66病院(本院29病院、分院37病院)、

1,156チーム

派遣人数:3,218名

派遣延べ人数:13,207名

### ○国公私立大学別の医師等の派遣状況結果

国立大学:1,264チーム、派遣人数3,592名

公立大学:221チーム、派遣人数575名

私立大学:1,156チーム、派遣人数3,218名

### ○1大学あたりの医師等派遣人数

国立大学:87.6名

公立大学:82.1名

私立大学:110.9名

### ○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 2,401名(1大学あたり100.0名)

国立大学:35大学 3,752名(1大学あたり107.2名)

公立大学:5大学 919名(1大学あたり183.8名)

今後も福島県を中心とする特別な地域(原発関係など)については、国公私立大学の別なく医療・医育機関として出来る限り協力して医療支援を行う。

## ■平成23年11月29日

文部科学省第9回今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会開催

## ■平成23年12月9日

文部科学省は、平成24年度医学部入学定員の増員について、私立医科大学・医学部9校で計37名分(地域枠36名、研究医枠1名)の認可を大学設置・学校法人審議会(会長:八田英二同志社大学学長)に諮問した旨公表した。

平成24年度の医学部の総定員(国公私立大学)は68名増(国立14名、公立17名、私立37名)の8,991名となる。

## ■平成23年12月14日

今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会「論点整理」に関するパブリックコメント募集開始(提出期限:平成24年1月15日まで)

## ■平成23年12月16日

平成24年度医学部入学定員の増員について、大学設置・学校法人審議会答申

## ■平成23年12月26日

本協会は、既に全国医学部長病院長会議より「同検討会論点整理に関する意見募集の実施について」として意見提出方の通知が発出されたことを受け、同会議に協力して、私立医科大学・医学部・附属病院・研究施設・講座・個人の立場から、出来るだけ多くの方々より応募・送信いただきたい旨の文書を協会加盟大学宛に送付した。

**■平成 24 年 2 月 1 日**

「今後可能な私立医科大学の定員増に関する調査」を実施し、加盟 29 大学において平成 25 年度以降の定員増に対応可能な増員数を取りまとめた。

私立…現時点で 243 名の定員増の可能性あり  
国公立…現時点で 532 名の定員増の可能性あり  
合計…国公私立 775 名の定員増の可能性あり

**■平成 24 年 2 月 18 日**

文部科学省は、「今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会」論点整理のパブリックコメント結果を公表。

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。」との立場であることを了承いただいている。また、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弾力的な定員増で対応することが最善の策であると主張している。

**平成 24 年度診療報酬改定に関する  
本協会の対応について**

**■平成 23 年 11 月 16 日**

本協会は、平成 24 年度診療報酬改定に関する要望を厚生労働省保険局長宛に提出した。

**■平成 23 年 12 月 21 日**

午前 11 時 20 分から正午まで、小川秀興会長は、小宮山洋子厚生労働大臣との面談を行った。



小川秀興会長（左）と小宮山洋子厚生労働大臣（右）

**【面談における主な説明内容】**

- 被災地への医師等派遣状況
- 医療費 対 GDP 比較 日本 8.5% (G7 レベル 11 ~ 12%)
- 高等教育予算 対 GDP 比較 日本 0.5% (G7 レベル 1%)
- 寿命 (平均寿命、健康寿命)
- その他 (臨床医学論文数推移、国際交流・留学受入れ、知財開発・研究費増額、輸入超過額医薬品 2.2 兆円、医療機器 0.6 兆円の是正)

**■平成 23 年 12 月 21 日**

午後 6 時 40 分、小宮山厚生労働大臣と安住財務大臣は 3 回目の会談。深夜、平成 24 年度診療報酬の改定率についてネット 0.004% のプラス改定とすることを合意。

**■平成 24 年 2 月 10 日**

中央社会保険医療協議会は小宮山厚生労働大臣に平成 24 年度診療報酬改定を答申

**【平成 24 年度診療報酬改定の概要】**

- 全体改定率 プラス 0.004%
- ・診療報酬改定（本体）率 + 1.379% (約 5,500 億円)
  - ・薬価改定率 - 1.375% (約 5,500 億円)
  - ・診療報酬本体について
    - 医科：+ 1.55% (約 4,700 億円)
    - 歯科：+ 1.70% (約 500 億円)
    - 調剤：+ 0.46% (約 300 億円)

医科における重点配分 (4,700 億円) について

1. 負担の大きな医療従事者の負担軽減 (1,200 億円)  
(急性期医療等の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減)
2. 医療と介護等との機能分化や円滑な連携、在宅医療の充実 (1,500 億円)  
(医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化及び在宅医療等の充実)
3. がん治療、認知症治療などの医療技術の進歩の促進と導入 (2,000 億円)  
(医療技術の進歩の促進と導入、その他の分野)

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。

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



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24年度私立医科大学合同入試説明会・相談会開催について

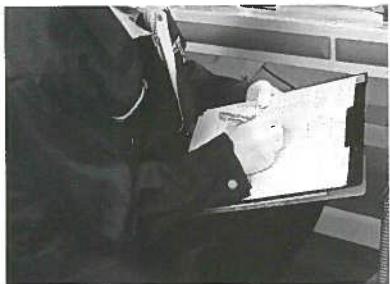
私立医科大学の良さを私立医科大学が合同で伝える「私立医科大学合同入試説明会・相談会」では、ローテーション方式による各大学の説明並びにブースを設けての個別相談形式により、各大学の入試担当者から直接、大学の特色や入試制度について受験生や保護者の方々に伝えている。

今年度は下記のとおり、開催を予定している。

#### 《開催スケジュール》

- |             |        |                 |
|-------------|--------|-----------------|
| ◇ 東日本ブロック①  | 獨協医科大学 | 平成24年7月27日（金）予定 |
| ◇ 近畿・中国ブロック | 大阪医科大学 | 平成24年7月29日（日）予定 |
| ◇ 中部ブロック    | 金沢医科大学 | 平成24年8月4日（土）予定  |
| ◇ 東日本ブロック②  | 東邦医科大学 | 平成24年9月22日（祝）予定 |

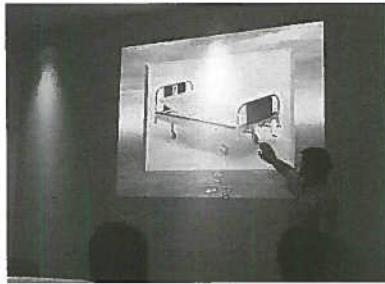
安全・快適な療養環境づくりのお手伝い。



■ベッド調査



■修理・点検・清掃



■報告・提案

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

**パラテクノ株式会社**

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

## 全ては健康を願う人々のために



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



共創未来グループ  
**東邦薬品株式会社**

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

広く、そして深く…。  
アウトソーシングの専門企業として  
レベルの高い、新しいサービスを追及しています。

中材業務・看護補助業務・手術部環境保全業務／  
人材派遣・病院清掃／その他



## 株式会社 日経サービス

本社 〒542-0081 大阪市中央区南船場 1 丁目 17 番 10 号 南船場 NS ビル  
TEL: 06-6268-6788 (代表) FAX: 06-6268-0388

東京支店 〒101-0062 東京都千代田区神田駿河台 2 丁目 3 番 13 号 鈴木ビル  
TEL: 03-5283-0061 FAX: 03-5283-0062

<http://www.nikkei-service.co.jp>



---

広報誌 医学振興

第 74 号

平成 24 年 5 月 17 日発行

---

発行人 小川秀興  
編集 一般社団法人 日本私立医科大学協会  
広報委員会  
〒 102-0073 東京都千代田区九段北 4-2-25  
私学会館別館 1 階  
TEL(03)3234-6691 FAX(03)3234-0550  
印刷 今井印刷株式会社

<広報委員会>  
担当副会長 容勝一也  
担当理事 野山敏也  
委員長 原石也  
委員員 岩崎勝一  
委員員 口見俊也  
委員員 冲堀寛也  
委員員 永井一夫