

興 振 學 醫

日本私立医科大学協会

第 82 号

Contents

巻 頭 言	「新しい専門医制度の開始を迎えて」.....	2 ~ 5
座 談 会	「平成 28 年度診療報酬の改定について」.....	6 ~ 28
論 壇	「医師（研究者）が実施する臨床試験と治験の現状と課題」.....	29 ~ 33
施設紹介	「埼玉医科大学」.....	34
	「岩手医科大学」.....	35
	「杏林大学」.....	36
	「順天堂大学」.....	37
	「金沢医科大学」.....	38
	「関西医科大学」.....	39
	「帝京大学」.....	40
	「大阪医科大学」.....	41
医大協ニュース		42 ~ 52
協会及び関係団体の動き		53 ~ 57

第一校舎と学祖高橋琢也像（東京医科大学）

東京医科大学の歴史と伝統のシンボルといえる「第一校舎」。これは、昭和 4 年（1929 年）に建てられ、90 年近く経った今も学び舎として使用されています。

大正から昭和にかけて活動した建築家大森茂氏の設計で、延べ床面積 4,737㎡の鉄筋コンクリート造で地下 1 階、地上 3 階及び屋上広場を有するこの建物は、当時としては近代的な建築でした。第二次世界大戦中、東京大空襲の際、教職員や学生たちはこの校舎に顕微鏡や図書等を避難させ、身を挺して戦火から護りました。この第一校舎と、先人たちに護られた図書等が大学昇格の条件を満たす設備として認められ、昭和 21 年（1946 年）、大学昇格の認可を得ることができたのです。



第一校舎正面

また、この第一校舎の傍らにある銅像は、東京医科大学の建学に向けて全私財を投じて支援した初代理事長である学祖高橋琢也氏の銅像です。これは高橋学祖の喜寿のお祝いに全校友が感謝の意を込めて建立した寿像で、学祖亡き後も、幾多の困難を乗り越え 100 年の時を刻んできた本学の未来を見守ってくれています。

巻頭言

「新しい専門医制度の開始を迎えて」

一般社団法人日本専門医機構理事長

池田 康夫 氏



I. はじめに

新しい専門医制度が2017年4月から開始される。専門医を目指す医師は「自信を持って医療を担当出来る一人前の医師になりたい。その為に充実した研修を受けたい」と望んでいる。一方、患者さんは「標準的で安全な治療を受けたい。医療の地域間格差を小さくして欲しい」と常に願っている。専門医を目指す医師や患者のこれらの願いに応えられるようプロフェッショナルオートノミーを基本として新しい専門医制度の構築に取り組んで来た。

医学・医療にも国際化の流れが押し寄せて来ている。国際標準の認証を受けた医学部での教育を受けた医師のみが米国 ECFMG の受験資格を与えられる事になる。海外で臨床医として働く事を考える時、卒後専門医教育も国際化の流れを意識し、海外にも通じる新専門医制度を構築する必要がある。これらの状況を考える時、新たな専門医制度を確立する意義は非常に大きい。

我々は以下の基本理念を掲げて「新しい専門医制度の構築」に取り組んできた。

1. 専門医の質を担保出来る制度
2. 患者に信頼され、受診の良い指針になる制度

3. 専門医が「公の資格」として、国民に広く認知されて評価される制度
4. 「プロフェッショナル集団としての医師」が誇りと責任を持ち、患者の視点に立って自律的に運営する制度である。

2011年10月に厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会」(座長：高久史磨日本医学会会長)が設けられ、17回に及ぶ議論の結果まとめられた最終報告書が2013年3月に発表された。その報告書では、専門医とは「神の手を持つ医師やスーパードクターの事を意味するのではなく、それぞれの診療領域において安全で標準的医療を提供出来、患者から信頼される医師」と定義され、新専門医制度の骨格が次の如くまとめられている。

1. 専門医の二段階制(基本領域専門医を取得後にサブスペシャルティ領域の専門医取得を目指す)
 2. 専門医の認定・更新を担う中立的第三者機関の創設
 3. 専門医育成に、研修プログラム制を導入し、中立的第三者機関による研修施設のサイトビジットを行う
 4. 基本領域専門医に総合診療専門医を新設
- 上記以外にも、新制度を構築する為の幾つか重要

な留意点も合わせて報告された。専門医制度は「プロフェッショナルオートノミー」のもと、医師集団が患者の視点に立って設計されるべきものである事。新たに設立される中立的第三者機関はそれぞれの診療領域の専門学会と密接に連携を図って運営される事。専門医の広告制度を見直し、中立的第三者機関が認定する専門医を広告可能にする事などである。

これらの点に加えて、新たな専門医制度の実施に際しては地域医療に十分に配慮する必要がある事が特に強調されている。初期臨床研修制度の開始後、臨床研修医の多くが大学を離れ地域病院での研修を選んだ結果、地方における中堅医師が大学に呼び戻される事になり、地域医療を担う中堅医師の不足による地域医療格差が顕著となった経験を踏まえて、新制度の発足に際しては「地域医療への配慮」に格段の注意を払う事が強調された。

勿論、専門医制度改革の目指す所は、あくまでもプロフェッショナルオートノミーに基づき、「専門医の質の向上を目指し、患者視点に立った専門医制度の整備をする事」であり、「医療の地域格差の是正」を一義的な目的とするものではないのだが、少なくとも新しい専門医制度の実施により、地域医療の更なる混乱を来すような事にならないように新制度を開始したいと考えている。

Ⅱ. 専門研修プログラム制の導入

新しい制度では、これからの日本の医療を担う医師の質の向上を目指して「研修プログラム制」を採用している。「研修プログラム制」とは、専門研修カリキュラムに明記された到達目標を計画的に達成する為に「専門研修基幹施設」が中心となり、複数の専門研修連携施設と共に「専門研修施設群」を形成して「専門研修プログラム」を作成する仕組みである。専門医取得を目指す医師（専攻医と呼ぶ）はこのプログラムに従って資格取得まで研修を行うことになる。そして、この仕組みが十分に機能しているかどうかについて、研修施設におけるプログラムの実施状況などを評価する為のサイトビジットを計画している。

専門研修プログラム制の実施に当たって、専門医機構では「研修プログラム整備指針」を作成し、ホー

ムページに掲載している。

研修プログラムを作るには先ず研修カリキュラムの整備が必須である。加えて、地域医療の経験を可能にする研修施設群の構成、指導医数、指導医が指導出来る専攻医数、研修プログラム管理・評価体制、研修実績記録システムの整備、マニュアルの整備などの記載が必要である。

専門医制度と地域医療の調和を目指して、「専門医の質の向上が期待出来る研修プログラム」と「地域医療に十分配慮した研修プログラム」を両立させる制度設計を目指している為、プログラムでの応募専攻医数の決め方や地域医療の経験として具体的に地域医療研修の組み立て方等についてプログラム中に詳細に記載する必要がある。

これらの整備指針をもとに各診療領域では、それぞれの診療領域の特徴を生かした「領域研修プログラム整備指針」、「モデル領域研修プログラム」を作成した。現在、19基本診療領域全てにおいてプログラム整備指針とモデルプログラムが専門医機構のホームページに掲載されている。

基幹研修施設による研修プログラム申請は既に終了し、現在、申請された19領域からの約2,700余りの研修プログラムについて審査が行われている。研修プログラムの審査は各領域の研修委員会による一次審査とプログラム評価・認定部門委員会での二次審査とからなる。一次審査では主として整備基準に従っているかを中心に、専門性の保証、研修施設群の構成と地域医療の経験、リサーチマインドの涵養などについて審査される。二次審査ではプログラム数や募集専攻医数の地域間での偏りなどを対象として行い、場合によってはプログラムの修正が指示される事になる。全ての領域での研修プログラム審査・認定を2016年6月迄に終了し、その結果は臨床研修医に一齐に公示される事になる。

研修プログラム作成にあたっては、「専門研修プログラム作成における注意点について」と題し、研修内容の担保と地域医療提供体制への配慮が重要である事が専門医機構研修プログラム評価・認定部門委員会から各診療領域に伝えられている。後者については、各領域において採用専攻医数が過去の実績から大きく変わらないように心がける事や地域で専攻医を育成するという姿勢の重要性が強調されている。

Ⅲ. 総合診療専門医の新設

未曾有の少子高齢化社会を迎える我が国にとって multimorbid の高齢者を効率よく診療出来る体制の構築は、地域医療の格差是正と共に非常に重要な課題である。そこで新しい制度では、他の領域専門医との協調・連携の上に立った「総合診療専門医」を基本診療領域専門医の一つに位置づける事とした。

「総合診療専門医」とは、日常遭遇する疾患や傷害の治療・予防、保健・福祉など幅広い問題について適切な「初期対応」と必要に応じた継続医療を全人的に提供出来、地域のニーズに対応出来る「地域の診療にあたる医師」である。領域別専門医は「深さ」が特徴であるのに対し、「総合診療専門医」は「扱う問題の広さと多様性」が特徴とされる。

「総合診療専門医」は他の領域別専門医や多職種と連携して、地域の医療、介護、保健などの様々な分野に対してリーダーシップを発揮しつつ、在宅医療、緩和ケア、高齢者ケアなどの「多様な医療サービス」を包括的且つ柔軟に提供出来、地域全体の健康向上に貢献する重要な役割を担う事になる。

「総合診療専門医」の育成の仕組みに関しては、プライマリーケア連合学会、内科学会、小児科学会、救急医学会など多くの学会、日本医師会、地方自治体等が協力して準備して来た。関係者の努力により研修プログラム整備指針、モデル研修プログラムも作成され、現時点で地域の中小病院、診療所群を中心として400以上にのぼる研修プログラムの申請がある。総合診療専門医の研修カリキュラムでは、専門医のもつべきコアコンピテンシーとして、「人間中心の医療・ケア、包括的統合アプローチ、連携重

【表1】

専門医更新基準

1. 勤務実態の自己申告

- ・ 勤務実態を証明する自己申告書
- ・ 勤務形態については、直近1年間の実態

2. 診療実績の証明

- ・ 専門医としての診療実績、診療能力を証明する症例
- ・ 症例一覧表には5年間に診療した症例

3. 更新単位の取得

- ・ 専門医資格更新に必要な単位
- ・ 右の i ~ iv の4項目の合計
- ・ 5年間で合計50単位の取得

項 目	取得単位
i 診療実績の証明	最小5単位、最大10単位
ii 専門医共通講習	最小5単位、最大10単位 (このうち3単位は必修講習)
iii 領域別講習	最小20単位
iv 学術業績・診療 以外の活動実績	0~10単位

視のアプローチ、地域志向アプローチ」などが強調されている。総合診療専門医育成には指導医の確保が重要であるが、新たに立ち上げる制度であることから当初は「特任指導医」制度により、これ迄に「地域医療の十分な経験」をしている医師を各医療団体から推薦してもらったうえで、機構の行う指導医講習会に参加をする事で来年の新制度開始に向けた準備をしている。

Ⅳ. 専門医の認定・更新

新制度における「専門医の認定と更新」は2014年7月に専門医機構が制定した「専門医制度整備指針」に記載されているように、専門医委員会が審査および認定・更新の実務を行う。専攻医あるいは専門医個人が専門医認定・更新部門内に組織された各専門医委員会に申請し、機構が認定するとしている。

専門医の認定については、研修終了証を受けた後に始めて受験資格を得、試験に合格したものが認定を受ける。研修終了証の発行についての詳細、認定試験の方法などについては2017年に専門医研修が開始された後に各領域の専門委員会との議論を通じて決定して行く事になっている。

専門医の更新については、これ迄学会が認定してきた専門医が更新を迎える際に「学会認定専門医」から「機構認定専門医」に混乱なく移行出来るように移行期の取り扱いを定めている。機構では、認定・更新委員会での議論を経て、(表1)に示す新たな更新基準を策定した。新基準では「診療に従事している事」を更新の必須条件とし、「診療実績」を示すことを義務づけた。

ここで記載された診療実績の証明の方法としては(1)レジストリーを利用して、診療実績を示す場合として、外科領域のように5年間の手術実績などをNCDに登録する方法、(2)症例一覧の提示により診療実績を示す場合として、内科領域のように5年間に診療した症例の詳細を書いて提出する方法、(3)自己学習を促進すると共に適切な診療能力の有無の判定を目的とした筆記試験などを行う場合として open book examination や e-testing 等がここに含まれる。

更新単位の取得制度にも大きな変化があり、既述の診療実績の証明以外に「専門医共通講習」と「領域別講習」を設け、それぞれの領域で点数化し、5年間で50単位の取得を必要とした。

Ⅴ. おわりに

これからの我が国の医療を担う医師の育成に重要な意味を持つ新専門医制度が2017年4月から開始される予定である。2008年に出された日本学術会議の提言、更には旧日本専門医制評価・認定機構の「専門医在り方委員会」での議論を経て、厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会」が最終報告をまとめたが、それを実現する我が国の専門医制度がいよいよスタートを切ろうとしている。

基本診療領域学会は「専門医の質の向上」と「地域医療の混乱の回避」を目指した専門研修プログラムの策定について真摯に対応して来たが、厚生労働省社会保障審議会医療部会のもとに新たに設けられた「専門医養成の在り方に関する専門委員会」では、新制度の開始により地域医療の混乱は避けられないのではないかと懸念を表す委員が少なからずあり、新制度の開始を延期すべきではないか?との意見も出されている。

一方、予定通り来年に新制度を開始する為に臨床研修医に研修プログラムを公示する時期も迫っている。現在、19基本診療領域から約2,700の研修プログラムが申請され、その審査が進んでいる。6月末には審査が終了し、7月中旬には一斉にプログラムを公示する予定である。臨床研修医は、それらの情報をもとに9月中旬迄に専門医研修を行う診療領域、研修施設を決定し、それぞれの研修施設の一次募集に応募し、試験を受ける事になる。臨床研修医に十分な情報を伝え、地域医療の混乱を回避する手だてを整えた上で混乱なく新制度がスタート出来る事を願っている。

座談会

平成 28 年度診療報酬の改定について

日時：平成 28 年 4 月 5 日（火）19 時～21 時

場所：アルカディア市ヶ谷（私学会館）会議室

宮寄 雅則 氏

厚生労働省保険局医療課長

万代 恭嗣 氏

中央社会保険医療協議会委員、日本病院会常任理事
東京山手メディカルセンター院長

小山 信彌 氏

中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織 DPC 評価分科会長
協会病院部会担当理事、東邦大学医学部特任教授

川瀬 弘一 氏

中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織 DPC 評価分科会委員
聖マリアンナ医科大学小児外科学教授

（司会・広報委員会）**炭山 嘉伸 氏**

東邦大学理事長、協会広報委員会委員長

（広報委員会）**小栗 典明 氏**

日本私立医科大学協会事務局長



【はじめに】

炭 山 「医学振興」第82号の座談会を「平成28年度診療報酬の改定について」ということで開催させていただきます。

お忙しい中を厚生労働省保険局医療課から宮寄課長、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）委員である万代先生、そして、中医協DPC評価分科会長である小山先生、同じくDPC評価分科会委員の川瀬先生にご出席いただいております。ありがとうございます。

本日の座談会は、宮寄課長たちがお作りいただいた「平成28年度診療報酬改定の概要」に則って司会進行をさせていただきたいと思います。

方向性としては、2025年を目指したあり方、すなわち地域包括ケアシステムの推進と同時に医療機能の分化・強化、そして連携をどこまで推進していくかという視点だろうと思います。前々回・前回の改定と同じ方向で、さらにブラッシュアップされた形が、今回の診療報酬改定のポイントではないかと思います。そういう認識で、宮寄課長、よろしいでしょうか。

宮 寄 はい。

炭 山 スライドの2頁に、診療報酬改定のポイントが示されています。Ⅰ「地域包括ケアシステムの推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点」。これが5項目ございますが、これについては少し時間をとって皆さんと座談会を進めたいと思います。Ⅱ「患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質が高い医療を実現する視点」。ここでは、かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、薬剤師・薬局の評価について少し触れる程度にいたします。Ⅲ「重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点」。ここでは小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実について焦点を絞りたいと思います。それとDPCについては最後に小山先生を中心に話し合っただけだと思います。Ⅳ「効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点」というところでは、これはDPCとも絡みますけれども、後発医薬品の使用促進、あるいは退院支援等の取組による在宅復帰の推進。これは1番のところでも出てまいりますので、こういうところをポイントに進めたいと思います。

【医療機能の分化・強化／入院医療の評価】

炭 山 まず、一般病棟用の「重症度、医療・看護必要度」についての項目見直しは、今回の改定の焦点になったと思います。4頁に、見直しということで、A項目、B項目の少しの変更と、それから新たにC項目を作られております。ここについて宮寄課長、ご意見をいただけますでしょうか。

宮 寄 入院医療の「機能分化と連携」ということで、今のお話のところは急性期ですけれども、慢性期も同じですけれども、患者さんの状態像に合った医療の提供、機能分化の連携を進めていくということが、大きな方向性です。例えば急性期医療の7対1の議論も、前回もそうでしたけれど、看護必要度だけではなくて「重症度、医療・看護必要度」ということにして、看護師さんが7対1配置されているから幾らお支払いしますではなくて、これだけ重症な患者さんがいるので、こういう看護配置になるので、お金をお支払いしましょうという考え方が大きな流れだろうと思っています。前回もそうですし、今回も基本的にはそういう流れで議論されました。

そうすると、前回も見直したのですけれども、A項目とかB項目という項目がありますが、前回の項目が、重症患者さんを十分拾えているかどうか、入院の分科会とかその後の総会でも議論の出発点になって、項目を見直すとか、拾う基準を見直すというところは、そんなに異論はなく議論をさせていただいたと思っています。

具体的には、A項目で見ますと、もうちょっと項目を増やした方が良いのではないかとということで、無菌治療室での治療とか、救急搬送後の入院も拾った方が良いのではないかと話でした。B項目では、一部項目を削除して整理していると同時に、14番、15番のところでは、認知症とか術後のせん妄の患者さんを拾えるように項目を追加した方が良いのではないかと。あるいはC項目を新しく作りました。これは手術をした患者さんが、手術当日とか次の日に半分ぐらいの患者さんが重症患者に該当しないというデータも中医協の方に出させていただいて、それだったら術後7日間項目を細かくするのではなくて、その段階で重症な患者さんを拾えるようにした方が良いのではないかと、というような項目の見直しをしました。

基準の見直しとしては、「A項目2点以上かつB項目3点以上」という基準だけでは拾い切れないので、例えば一生懸命術後の離床とかりハビリをやると、B項目の点数が下がってしまいますので、A項目だけで3点以上というように拾えるようにしようとか、あるいは手術のときにはC項目1点以上で拾えるようにしようというところまでは、いろいろご意見をいただいて、内科的なところが弱いとかありましたけれども、ある程度議論は固まりました。

こうやって、なるべく重症な患者さんを拾えるようにしよう、項目と基準を見直した後は、該当する患者さんの割合が15%のままで良いのかという話が当然出てきました。特に支払額からは、もっと該当患者の割合を上げたほうが良いです、よねという話があって、その割合は中医協で一番議論が多かったところですし、最後まで調整するのに時間がかかったという状況でございます。

炭 山 5頁、6頁に、今のお話のそれぞれの項目がございます。パーセンテージは7頁に出ています。7対1入院基本料は25%以上。ここのポイントが一番かったという話です。

最初に申し上げておかなければいけないのは、これは私立医科大学協会の座談会ですので、どうしても大学病院に特化した内容で進めていきますので、その点をご了解いただければと思います。今のお話の中で、中医協の立場で検証していてどういふところが気になりましたでしょうか。

万 代 私の属している日本病院会の委員会でも、中規模から大きな病院の院長が委員になっていただいています、その方たちと話していると、やはり前回の改定の項目だけでは急性期の患者さんを判断するには十分でないだろうという意見が強くございました。そこで、急性期に特徴的な患者さんの病態、病状を拾い上げられる項目にして欲しいという要望は、病院団体からも出しておりました。

例えばDPC診断群分類の医療資源投与量から一定程度急性期の患者さんの像を割り出すことができるので、そういったものも究極には使ったかどうかという意見まで出ていました。これも参考にされたかは分かりませんが、途中で、A項目にしろ、C項目にしろ、判定のしやすさから特に外科系に片寄らざるを得なかったようですが、項目

【資料1】

平成28年度診療報酬改定

平成28年度診療報酬改定の概要

I 地域包括ケアシステム推進と医療機能の分化・強化、連携に関する視点

- 医療機能に応じた入院医療の評価 (p.3)
- チーム医療の推進、勤務環境の改善、業務効率化の取組等を通じた医療従事者の負担軽減・人材確保 (p.23)
- 地域包括ケアシステム推進のための取組の強化 (p.34)
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保 (p.47)
- 医療保険制度改革法も踏まえた外来医療の機能分化 (p.66)

II 患者にとって安心・安全で納得できる効果的・効率的で質の高い医療を実現する視点

- かかりつけ医の評価、かかりつけ歯科医の評価、かかりつけ薬剤師・薬局の評価
- 情報通信技術 (ICT) を活用した医療連携や医療に関するデータの収集・利活用の推進 (p.68)
- 質の高いリハビリテーションの評価等、患者の早期の機能回復の推進 (p.73)
- 明細書無料発行の推進 (p.86)

III 重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点

- 緩和ケアを含む質の高いがん医療の評価 (p.88)
- 「認知症施策推進総合戦略」を踏まえた認知症患者への適切な医療の評価 (p.92)
- 地域移行・地域生活支援の充実を含めた質の高い精神医療の評価 (p.95)
- 難病法の施行を踏まえた難病患者への適切な医療の評価 (p.105)
- 小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実 (p.108)
- 口腔疾患の重症化予防・口腔機能低下への対応、生活の質に配慮した医療の推進
- かかりつけ薬剤師・薬局による薬学管理や在宅医療等への貢献度による評価・適正化
- 医薬品、医療機器、検査等におけるイノベーションや医療技術の適切な評価 (p.144)
- DPCに基づく急性期医療の適切な評価

IV 効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点

- 後発医薬品の使用促進・価格適正化、長期収載品の評価の仕組みの検討 (p.141)
- 退院支援等の取組による在宅復帰の推進
- 残薬や重複投薬、不適切な多剤投薬・長期投薬を減らすための取組など医薬品の適正使用の推進 (p.144)
- 患者本位の医薬分業を実現するための調剤報酬の見直し
- 重症化予防の取組の推進 (p.147)
- 医薬品、医療機器、検査等の適正な評価 (p.151)

を充実させるような形で提案されてきたことについては、病院団体としての方向性と一致していたと思っております。

前回、専門的な処置が入りまして、それで急性期の患者さんが拾い上げられました。今回さらにそれが数段ブラッシュ・アップされていると考えています。その点は、課長がおっしゃったように、同じベクトルであったと思っております。

炭 山 8 頁に、今の対象の話と対象場所が内科領域にまで広げられたということが大きいでしょうし、その評価の根拠、評価者、これも非常に幅広くいろいろあるので、目指すところは、やはりチーム医療の推進ということでしょうか。このあたり小山先生どうですか。

小 山 評価者のところは非常に良くきれいに盛り込みましたよね。あの素案から見ると、ここまで来るかなと思ったのですが、多職種の行為も評価も記録も全部その中に入れるということはとても良かったと思います。方向性となると、チーム医療、他職種を病棟に入れるという技法ができたので非常に良かったのではないかと考えています。

炭 山 25%の評価の妥当性というのは、例えば大学病院でも全部が全部満足できているかというところ、そうでもないところが出てきているだろうと思うのですが、川瀬先生、そのあたりはどうでしょうか。

川 瀬 うちの大学病院でもシミュレーションを行い、厚生労働省と同じような、大体 10% ぐらいは上がる結果が出ておりましたので、7 対 1 病棟での必要度が 15% から 25% となるのは妥当かなと思っていました。

その後、内科疾患の内視鏡的治療やインターベンションも加わりましたので、もう少し上がっているかもしれません。以前、DPC II 群の要件で外科手術だけが評価され、内科は評価されていないといわれたことがあります。今回の看護必要度 C 項目案で内科が評価されていないと当初言われていましたので、よかったと思っております。

炭 山 偶然に今日は全員が外科医なんですよ。

宮 寄 実際に内科系のところは、中医協でも万代先生がご発言されていたことを事務局でも受け止めていますし、幾つか病院でも調査をされて発表されているようなところもありましたけれども、



宮寄 雅則 氏

厚生労働省保険局医療課長

病棟ごとに見ていくと、外科系の病棟は軽々と 25% を超えて 30% 近くまで行っている病棟もあるのですが、内科系だとなかなか 25% は厳しいというデータも出てきていたので、病院全体としてクリアすることはもちろん良いのですが、病院の性格として、外科系が中心の病院は良いのですが、内科系が中心だと、やはり厳しい状況も出てくるのかなということで、後から議論の中で追加しているということです。

小 山 そういった意味では無菌室の治療が入ったということは大きいですね。万代先生にお聞きしたいのは、25% というのを、どう考えるか。妥当と考えるのか。

万 代 事務局から提示されたシミュレーションでは、該当患者割合 25% を満たせない病院が 43% あるというデータでした。ただ病院側のいろいろな形での対応も予測したシミュレーションも同時に提示され、実際には満たせない病院数はもっと少なくなるというデータでもありました。しかし、実際の現場での対応には限度がありますので、25% というのは相当厳しいんだということは、総会で何度も主張しました。一方で、1 号側委員になかなか言うことを聞いていただけないということで、折り合いということになったと思います。

炭 山 評価対象の場所も全て広がってきたので、

大学病院では何とか対応できるぐらいまでのところだろうと思うのですが、ちょっとわからないです。

川 瀬 1つ質問させていただきたいのは、200床未満の病院は23%という議論が、最後の最後で突然出てきたような印象があります。本来7対1病棟を減らすのが目的で25%という数字があると思うのですが、逆に23%でやっとクリアできる病院がここに留まると、7対1病棟が減少せず、さらに2年後の改定時に25%の数字がさらに高くなることも考えられます。そうなりますと、我々大学病院でも7対1病棟を維持できなくなる可能性があることを危惧いたします。突然23%というのが出た事情を、万代先生、教えていただけますか。

万 代 総会では、経営がうまくいかなくなって、それで日本の医療が壊れてしまうのは避けなければならぬとさんざん申し上げていました。中小病院の方にとって多大な影響を受ける可能性があるのではないかという発言もございました。中小病院は7対1の病棟を持てはいけないうえ、誰もそんなことを言えるはずはないですし、地域によってはその急性期医療を支えている病院もおられます。そういった意味では、患者さんの数が少ない中で操作という言い過ぎですが、200床未満の病院もなんとかソフトランディングができると、そんなようなことを考えたのではないかなとは思っております。

宮 嵩 もうちょっと付け加えさせていただきますと、25%に当たって、やはり大変だと。7対1が全部10対1にいきなり移行してしまうと、看護師さんだったら100人以上雇い止めしなければいけなくなってしまうとか、病院も安定的に運営するのが大変だという話があって、今まで一般の入院基本料は1種類でしたけれども、7対1と10対1を10対1に変わる経過として、並行して取れるように2年間経過措置を設けました。このときに病棟毎だとやり繰りが大変なので、「病棟群」として、もうちょっと楽に運用できるようにしたんです。そうすると、この病棟群での激変緩和的な措置が、200床未満の小さい病院だと利用しにくいということもあって、小さい病院についてはもう1つ、病棟群を利用しないときには23%ということで、2年間ですけれども、緩和するとい

うことで設けられたというところですよ。

炭 山 9頁に「病棟群単位による届出」というのが出ています。7対1入院基本料病棟と10対1入院基本料病棟を病棟群単位で有することを可能とする。これは期間限定ですか。

小 山 時限立法です。でも、中医協はまだですよ。継続するかしないかというのは。

万 代 1号側委員の方は、今回限りであると。2号側は、もう少し経過措置を維持と主張していますから、それが次回の議論になると思います。

宮 嵩 28年改定としては「2年間の経過措置」を設けさせていただいているので、2年後には全部10対1にしてくださいとか、2年後には23%が25%になるようなイメージですけれども、2年間の経過措置というのは、2年後にはまた診療報酬改定がありますので、今万代先生が言われたように、この経過措置をそのまま続けるのかとか、経過措置を見直すのかとか、経過措置どおりそのまま進めるのかとか、いろんな選択肢の議論のチャンスが2年後にあると捉えていただいて良いのではないかと思います。

炭 山 例えば7対1を10対1に1回とっておいて、それがもう1回戻って7対1に返そうというのは、もうあり得ないという解釈でよろしいのでしょうか。

宮 嵩 いや、全部7対1の要件が揃えば、1回7対1に戻ることはできるんですけれども、2回目また病棟群でという利用はできない。次は10対1になってしまうという話です。

炭 山 次に11頁を見てください。「在宅復帰率」です。その前が、在宅復帰率が75%から80%に少し上がっていますけれども、有床診療所も行き先として認めるという、このあたりの配慮は何か意味合いがございますか。

宮 嵩 中医協の方では、主には7対1の要件を厳しくするという観点から、在宅復帰率を上げた方が良いのではないかと議論はあったのですが、本来のこの目的は、有床診療所が地域包括ケアシステムの中で一定の役割を担っていただくかなければいけない。そうすると、今7対1とか、地域包括ケア病棟の退院先に有床診療所が位置づけられてないので、患者さんの流れが上手くいかないということで、12枚目の方で、有床診療所の在宅復帰機能加算が付きまして、この加

算を取れる診療所は、その地域包括ケアシステムの患者さんの流れの中に位置づけようというのがメインです。そうすると、少し率を上げないとおかしいということで、75%が80%になっているので、そもそも今とられているところは要件としては厳しくないのではないかと、我々は受け止めています。それよりは、有床診療所を位置づけることの方が、中身としては大事だと考えています。

炭 山 大学病院はそれぐらいの。

小 山 全国の平均が92%ぐらいです。大学病院ですともうちょっと高くなって95～96%ぐらいです。

炭 山 13頁「特定集中治療室等における「重症度、医療・看護必要度」の見直し」というところを見ていただきたいのですが、これについては万代先生、何かご意見ありますか。

万 代 特定集中治療室でこういった患者さんを診るべきかというそもそも論を考えないといけないかと思っております。医療課の考えとしては、患者さんをただ見守っているだけでは困る。何らかの指示の見直しを行うような状態が1日の間で変化する、そういう患者さんを診る治療室にしてくださいという強いメッセージを受けました。現場からの意見としては、A項目の心電図、輸液ポンプ、シリンジポンプの3点セットで急性心筋梗塞であるとか、重症不整脈であるとかそれなりの重症患者さんを診ている。そういった方も特定集中治療室にふさわしい患者ではないのですか、とずいぶん申し上げたのですけれども、2対1の看護師を配置してじっと見守っているだけでは、特定集中治療室の管理料を算定するにはふさわしくない、そのような議論から、今回の改定の形になりました。

循環器の患者さんを多く扱う病院にずいぶんと影響が出ると質問し、これに対しては課長も真摯に答えていただきました。それを見ますと、影響あることは間違いないものの、大きな影響はないということで納得せざるを得ませんでした。ただ、発表されてからあちこちに聞きますと、皆さん「厳しい」ということです。

炭 山 「厳しい」と言う人、多いですね。

万 代 変な操作をされないといいなとは思っております。

炭 山 川瀬先生、ここは厳しいと思いますか。



炭山 嘉伸 氏

東邦大学理事長
協会広報委員会委員長

川 瀬 はい。やはり厳しいと思っています。

小 山 循環器の立場から言いますと、これもそうですけれども、心筋梗塞あるいはインペディンクの心筋梗塞もそうですし、脑梗塞の後とかは、結局3点セットで終わってしまうんですね。そのかわり、それこそ両手に何かいろんなものを持って、いつ急変するかというのを見ている。ここはやはり評価してほしいと思うので、疾患指定でも良いから入れてもらった方が良かったのかなと。同じ3点セットでも、ただの心電図モニター、シリンジポンプだけれども、いつ心臓が止まるかもわからないし、いつ再梗塞になるかもしれないという状況は、何とか入れていただけると良かったかなと思うのですけれども、疾患を入れるのは難しいですね。

万 代 相当強く主張しましたけれどね。

炭 山 いかがですか、宮崎課長。

宮 崎 3点セットの議論は、中医協で議論されたときに、小山先生が言われるように、一定程度いらっしゃるのはその通りなんです。中医協では、そういう3点セットの患者さんばかりの医療機関も一部みられるので、そういうところを是正していただかなければいけないだろうということで、3点セットだけではA項目に該当しないように見直したのですけれども、今申し上げましたように、

一定程度はいるということが、万代先生も何回も主張されていまして、今まで9割だったところを8割に下げるとか、8割を7割に下げることとしました。この数字が厳しいかどうかというのは検証していかなければいけないと思います。

小 山 ただ、専門病院はね。循環器だけとか、あるいは脳神経だけやっているところにとっては、かなり厳しいですよ。そこは何か付加的なものを付ける必要があるのかなと。今宮寄課長がおっしゃったみたいに、これから検証するという話だと思うのです。

炭 山 次の話題で14頁です。「総合入院体制加算の実績要件等の見直し」について、ちょっと言及していただきたいと思うのです。加算点数が高く付いていますね。条件としては、認知症とか精神科要件というのが結構ハードルが高いのではないかと。施設基準も含めてですね。このあたりはどうでしょうか。

宮 寄 そもそも総合入院体制加算は、実績要件というのが6項目あるのですけれども、1の方は、6個全部満たしてください。2の方は、6個全部満たすことが望ましいというのが、これまでのルールでしたけれども、5個までは取っているのだけと、6個目が取れないというところが多かった。それが化学療法4,000件ですけれども、そこは今回見直して1,000件にしている。あと6個満たしていただくのが望ましいですよという2の要件の方は、実は1個も満たさないとか、1個しか満たさないところもチラホラあったので、今回1のところは、化学療法の件数を下げた上で、今までどおり6個満たす。2の方は、今度新しい3なんですけれども、「望ましい」ではなくて、「2つ以上満たしてください」ということを基準にして、真ん中に新しい加算2が、「4つ以上満たしてください」というのを見直したというのが、今回の総合入院体制加算の関係です。

その関係に合わせて、今までもありましたけれども、総合入院体制加算なので、精神の関係も一定程度要件が付いたほうが良いだろうということで入れさせていただいたり、あと第三者機能評価も要件に入れました。

小 山 平成20年の改定からDPC評価の機能評価係数Ⅱの中に入れてくれとずっと言い続けてきたけれども、前課長は、一民間企業のやった評価は

入れられないと断られて再三玉碎していたんですけども、今回は入りましたね。

宮 寄 医療機能評価機構だけでなく、別にどこか1カ所を支援するわけではないですから。そういう意味では、医療の質ということを考えると、そういう要素が入ってくるというのがあっても良いのではないかと。

万 代 今回の医療チームの特色じゃないですかね。これまで以上に真摯に医療を考えて対応する。総合入院体制加算はやはり高度急性期の切り出しというふうに、こちらでは見えまして、その中で医療課のメッセージとしては、問題となっている身体合併症を有する精神科の患者さんはきちんと診てくださいよと。ただ、厳しいのは、精神科リエゾンチーム加算か、認知症ケア加算をどうクリアするかです。一方、課長が言われたように、望ましい要件を1つも満たしてないというのは、さすがにそれで高度急性期ですと問われかねません。その点では当然というか、仕方ないかなと思います。

炭 山 この位置付けとしては、認定看護師がいなければいけないということですね。

万 代 そうなんです。認知症ケア加算1はですね。

宮 寄 認知症ケア加算1の方はそのとおりでハードルが高いです。精神科リエゾンチーム加算も要件ですが、リエゾンの方は、点数を上げると同時に要件を少し緩和していますから、今までよりだいぶ経験年数を短くしていますから。

炭 山 確か1年にしてますね。

宮 寄 はい。リエゾンチームは見直していますので、リエゾンチームは取っていただけたらなという思いもあるので。ケア加算の方も、たぶん2の方はすぐ取れると思いますが、1を取るのは、ちょっとハードルが高いケースもあるのではないかと考えています。

小 山 1つ聞きたいのですけれども、化学療法が4,000から突然1,000になりましたよね。すごい下がりましたよね。

万 代 でも、当然といえば当然で、なぜ前回4,000になってしまったかというのが、不思議なものですから。逆に、よく4,000を満たす病院があるのかと。何病院でしたか。

小 山 3つですね、新しく。

万 代 よくできたなと思います。

小 山 もう1つ気になるのが、放射線療法 4,000 というもの。そんなにハードル高くないのですか。この議論は全然出ませんでしたね。

宮 崎 でも、皆さん満たしているようです。

小 山 2を取るときのハードルとすると、1個はなくても良いと思いますけれども、4つ取らなければならないとなると、なかなか難しいのかなと。放射線治療法 4,000 というのは、すごい大変な。

宮 崎 でも、5つ満たして、6つ目が満たされないというのは、圧倒的に化学療法です。

小 山 そういう意味では、これは異論があったわけですね。今回注目されるのが化学療法、放射線治療ですから、これで届出がどのくらい出てくるかですね。

宮 崎 そうですね。それを見てからですね。前回は改定率も厳しかったし、最初に設定した点数だったので厳しめの要件を付けられたのではないかなと、私も思いますけれども。

炭 山 15 頁に飛びますが、「地域包括ケア病棟入院料の見直し」ということです。ここへ持っていくために1つの方法として、包括範囲から、手術、麻酔に係る費用を除外する。500 床以上の病床又は集中治療室等を持つ保険医療機関において、地域包括ケア病棟入院料の届出病棟数を1病棟までとする。ここの意味するところはどうか。

万 代 500 床以上をもつ、あるいは集中治療室等を持つという高度急性期も含めた急性期に特化した医療機関では、役割が違うでしょうということだと思います。ただ、地域によっては、中核的な病院が急性期、高度急性期を担うと共に、地域包括ケア病棟で診るような高齢者の救急疾患を診る性格も併せて持たざるを得ないところがあります。そのような地域では、1病棟ではなかなかやりにくいとは思いますが。

炭 山 手術、麻酔に係る費用を包括範囲から外したということは、大きい意味がありますか。

万 代 医療課からは、手術や高い点数の処置がほとんど行われていないとのデータが示されましたので、ひとまず今回は手術と麻酔を包括から外出しにして、地域包括ケア病棟で診るにふさわしい患者さんで手術があった場合には、それに対応してくださいということでしょう。議論の中では、地域包括ケア病棟は将来の高齢化社会に向けて是非必要な病棟であるし、前回改定でできたばかり



万代 恭嗣氏

中央社会保険医療協議会委員
東京山手メディカルセンター院長

なので、みなが算定できないような方向での改定はよくないと申し上げていました。また、高額薬剤が議論になり、高額薬剤等を使わない患者さんでは点数は切り下げるべきという1号側の主張はありましたが、最終的にはこういう形で落ち着いたということです。

炭 山 ここは宮崎課長いかがですか。

宮 崎 上の方は言われたとおりですけれども、在宅を支援しながら在宅の急変した患者さんを診るといったときに、今も手術とか少ないのですけれども、全然できないのでは困るとか、あるいは急性期後の患者さんを受け取る病棟という位置づけですけれども、当然また急変して何かやらなければいけないというときに全くできないというのでは困るということで、今回手術と麻酔を出す。出すとその分、点数が下がるということもあって、出す出さないの話がだいぶ病院団体の方でもあったかもしれないですけれども、出した上で点数を変更しないとさせていただいたので、今までも他の病棟で手術をしてここで受け取っているようなケースについては点数は変わらないですけれども、この病棟の中で少しでも手術をやられていたようなケースについては、その分純粹に増加の点数になっているという改定ということが1つです。

2点目の方は、私が申し上げるより、中医協で2号側の先生方がみんな意見書をまとめられて、1病棟に限るとしてほしいとなされたので、先ほど万代先生が言われたような趣旨で、こういうふうになっています。

炭 山 これはよろしいですか。

万 代 私、その意見書の提出は前の日に聞きまして(笑)、そんなの聞いてないよって。鈴木先生の遺言みたいにして言われてしまって。

小 山 そうですね。これ鈴木先生の遺言ですよ。

川 瀬 前回改定時に分院で7対1を維持できなくなりそうだった際に、地域包括ケア病棟導入を検討したことがあります。ただ500床以上の病床又は集中治療室等を持つ病院では「1病棟」までということが非常に気になります。確かに手術が外出しとなった点は評価したいと思いますが、病棟間を移動できないなどいろいろな制限がありますので、地域包括ケア病棟導入で本当にメリットがあるかを心配しています。

炭 山 先生のところは500床以上の分院があるのですか。

川 瀬 3つの分院のうち1つは500床以上ですし、500床以下でも集中治療室等を持っていますので、これら要件に該当してしまいます。

万 代 将来的な、方向性としては私もそう思いますけれども、1回の改定だけでこんなふうに制限されるのは、病院にとっては厳しいと思いますね。

【医療機能の分化・強化／医療従事者の負担軽減等の推進】

炭 山 少し飛ばしまして24頁まで行かせていただきます。ここからは「医療従事者の負担軽減・人材確保について」というところです。これは非常に大きいと思うのですが、いろいろな対応がございますよね。医師、看護師、あるいは夜間看護体制の充実、看護職員と看護補助者の業務分担の推進、夜間配置の取り扱いの明確化とか、ずっと続いていくのですけれども、まず医師事務作業補助体制加算の評価として、24、25をご覧になっていたいて、ここらで何か特別な…

万 代 これは何といっても小山先生が発言をされるところで、25頁の一番下の特定機能病院について、盛んに主張されておりましたから。

小 山 特定機能病院が取れなかったんですよ。それまで文部科学省の補助金だったのです。それを突然、文部科学省が切ってしまったんです。厚生労働省と相談しないで。

川 瀬 です、この2年間は大変な思いをしていました。

小 山 ようやく復活した。

川 瀬 医師事務作業補助体制加算は、医師にとって一番の大ヒットで、とても助かっています。文部科学省の補助金のときには…

小 山 ほんのわずかでしたからね。

川 瀬 これはメディカル・クラークの人数割合に応じて加算点数が認められていますので、何人配置でどれだけ加算があるかが分かり、医療収入の増収が予測できます。クラークをより多く採用することで医師の雑務負担が確実に減少し、とても助かります。

小 山 15対1とったら、大学病院はものすごいですよ。

炭 山 今うちが50とか75。

小 山 黙って75対1とりますと今度評価されると、何もしないで2,000万程度プラスになるんですよ。ここがスタートになるんですよ。ここからいかに早く50とか、30とか、25というところを持っていくかというのは、それはまさに理事会の判断になりますけれども。

市中病院のちょっと先駆的にやっているところは、1人の外来に1人の補助者を付けてやっているといったところがある。大学病院もそこに近くなってくると、これが評価されるようになっていくと、業務の改善にはすごくプラスになると思います。

炭 山 看護補助もそうなんですけど、医師業務の補助を付けるためには人を確保しなくてはなりませんよね。そうなった場合に、診療報酬上いただける額と、人材を派遣会社から雇い入れる人件費とのバランスですね。確かに点数は高いものをいただけとしても、その分だけ人を配置しなければいけない。そのあたりのプラス・マイナスは中医協はどういうふうにお考えですか。

万 代 十分にペイしないまでも、そこそこではないかなという気がしています。それより何よりも、皆さんおっしゃっているように、プラスαの部分で医師が楽になる。

炭 山 それが一番大きいですね。

万代 そういう意味では、医療安全面でも機能が
高まるかもしれませんし、患者さんにもプラスに
なると思うんです。これらの要素を上乗せして考
えれば、しかも今回点数が少しですが上がりました
ので、採算的にそこそこではないかという気が
しています。

小山 単純計算して 50 対 1 を入れると、3,000 万
から 4,000 万プラスになるという計算です。そう
すると、そのときに何人雇うかという計算になっ
てくると思うのです。

宮 寄 雇った分、医師が他の仕事ができれば。

小山 そうなんです。効率が上がって、モチベー
ションが上がれば良いですね。

炭 山 患者サービス、安全性、そういうことを考
えれば、違う付加価値が付きますね。アメリカに
留学したときに一番感じていたのはそこでした
よ。我々は、手術記事から何から全部書いて、退
院から何から全部やっていたのが、向こうは医師
は決定書で終わっちゃうんですね。

小山 今度、それを理想としているわけですよ。
看護も付けましたから。

炭 山 そこで、看護職員と看護補助者の業務負担
もずいぶんいろいろ工夫なさっていると思うん
です。26、27、28、29、30、このあたりで宮寄課
長、特に強調されて、ここはというようなものが
ございますか。

宮 寄 看護師さんの業務というか勤務も負担軽減
をしていくというか、改善をしていくことは重要
なテーマの 1 つです。いろいろあるのですけれど
も、点数的にも大きいのは 27 枚目のスライドで、
基本的に、先ほどの医師従事者の負担軽減・人材
確保と同じで、点数は引き上げさせていただいて
いるというのが 1 つと、色が変わっているところ
がそうなのですけれども、新しく設けている加算
については、点数を上げるだけでなく、①～⑧
にあるような「勤務の負担軽減に資するような取
組をしている」というのを要件に付けさせていた
だいて、さらに上乗せで点数が取れるという形式
にさせていただいているので、各医療機関では、
そういう負担軽減の取組みにも積極的に取組んで
いただいて、新しい加算の点数も取っていただ
きたいという思いがございまして、ここがたぶん一
番大きいところです。もちろん、あといろんなと
ころで考え方の整理をしていますけれども、改定



小山 信彌 氏

中央社会保険医療協議会 DPC 評価分科会長
東邦大学医学部特任教授

として、ここが一番のポイントになっています。

炭 山 万代先生、シフトのことが 28 頁に出てい
るのですけれども、これも大きいですか。

万代 シフトは、詳しくは私にはわかりません。

宮 寄 これはかなり細かい話で、27 頁の①～⑧に
要件がございますよね。この①、②、③、この辺
のところの要件を具体的に見るとどういうふうに
なるかというのを絵にしたものです。夜勤の間隔
が短いとか、連続しているとか。あと 3 交代制の
場合は、②の要件ですけれども、ちゃんと間を開
けてというようなことを絵に描くようになります
ということだけなので、これは医師というよりも、
それぞれの病院の看護師は一発でわかると思うん
です。ただ、これを見ていただいて、勤務はもち
ろん体制は良くなるし、点数も取れるしというふ
うにいけばいいんだろうなと思っています。

炭 山 川瀬先生、看護体制の充実に関して何かご
意見ありますか。

川 瀬 私も、実は一番苦手なんです（笑）。わか
らないところだらけです。

万代 1 つ申し上げたいのは、27 枚目のスライド
の、点線の枠内です。①～⑧の中の要件を、例え
ば加算 1 だったら 4 項目以上を満たすとか、こう
いった複数から一部を選ぶといった要件の設定の
仕方はあまりなかったのではないのでしょうか。こ

れまでは、要件を加えてその上の加算を取るというのはあったかもしれませんが。今回のように、選肢肢を示して、病院の状況とか、人員配置の状況に応じて満たしてくださいという要件は、がちり要件を決めて、それに合うところは良いけれども、わずかでも満たされないと加算できないというのではなく、弾力的な考え方が導入されていて、非常にすばらしい改定内容と思っています。

宮 寄 こういふのはたぶん初めてだと、私も思います。この方が病院にとっても、8項目全部とか、4項目全部ではなくて、この中から4つ取組みやすいものを選んで取って、少しでも改善に資するようにしていただいて、点数も取れるというので、取りやすい設定にはなっていると思います。

炭 山 それでは、これは高く評価される項目ですね。

万 代 補助加算の方は、夜間に勤めてくれる補助者がいないということを、あちらこちらで聞きますので、ちょっと厳しいのではないかと。

炭 山 実際募集すると、いないということも言えますね。

万 代 方向性としては良いことはもちろんですが、

ど、今のところ絵に描いた餅ですね。

炭 山 私がわかりづらかったのですが、31頁の「常勤配置の取扱いの明確化」というのですが、これはどうですか。

小 山 とても良かったと思います。30時間で常勤勤務したことになるわけですから。昔は、32時間で4日間フルに勤務していなければ常勤扱いでなくなってしまうから、たしか点数が2分の1になるんですか。それが30時間。しかも、これは看護師だけではなくて、医師も検査技師も全部良いんですね。

宮 寄 介護の方が、確か27年に改定でこれに対応しているので、28年で今度医療の方も対応したという位置付けになっています。

小 山 お子さんが生まれて、週3日という人は良いのだけれども、3日だと $3 \times 8 = 24$ でダメで、まる4日いてくれないと常勤になれないということ、いろんなところの計算が常勤に入れられないわけです。でも30時間になったので、わずか2時間の差ですが、フルタイムで4日間いなくても良くなったので、これは使い方によっては結構良いのではないかなと思うんですが、どうで

【資料2】

平成28年度診療報酬改定

医療従事者の負担軽減・人材確保について①

医師事務作業補助体制の評価①

医師事務作業補助体制加算1の評価を引き上げるとともに、医師の指示に基づく診断書作成補助・診療録の代行入力に限り、業務の場所を問わず「病棟又は外来」での勤務時間に含める。

【医師事務作業補助体制加算1】

現行	
医師事務作業補助者の配置	点数
1.5対1	860点
2.0対1	648点
2.5対1	520点
3.0対1	435点
4.0対1	350点
5.0対1	270点
7.5対1	190点
10.0対1	143点

改定後	
医師事務作業補助者の配置	点数
1.5対1	870点
2.0対1	658点
2.5対1	530点
3.0対1	445点
4.0対1	355点
5.0対1	275点
7.5対1	195点
10.0対1	148点

【施設基準】（業務の場所）

医師事務作業補助者の業務を行う場所について、8割以上を病棟又は外来とする。なお、医師の指示に基づく診断書作成補助及び診療録の代行入力に限っては、当該保険医療機関内での実施の場所を問わず、病棟又は外来における医師事務作業補助の業務時間に含める。



すか。

万代 ほんとそうです。しかも非常勤を常勤換算できるのです。

宮 嵩 実は、ある専門の看護師さんが、1人産休になり育休に入られてしまうと、同じ資格を持った人を1人きちんと雇ってくださいというのが、今までのルールだったのですけれども、今回は、2人でも、3人でも、その資格を持っている人を寄せ集めて常勤換算の1人分になれば良いんですよ、というのが上の方の絵なんです。これもたぶん病院にとってはすごく対応しやすいと思います。

万代 そういう働き方をしたいという人が結構多いんですね。

小山 ずっといたくないのだけれども、でも働きたいのだけれど、というところで、病院にとっても良いし、働く人にとっても良いと思うのです。

炭 山 これはすごく高い評価ですね。

次に33頁「手術・処置の休日・時間外・深夜加算の施設基準の見直し」ですが、これはなかなかハードルが高くて取れないというのですが、どうですか川瀬先生。

川 瀬 日本外科学会からも強く要望していましたが、手術前日の当直の要件をだいぶ緩めてくださると期待していましたが、残念ながら、この条件だと施設基準をクリアできる病院は増えないと思っています。もう少し条件を緩和していただけることはできなかったのでしょうか。

小山 あの項目が良くないのですよね。医療従事者の負担軽減の中に入れるからおかしいのであって、緊急手術の正当な評価という形になると良いのですよ。あれがある限りこれ以上取れないですよ。

万代 それはおっしゃるとおりです。

小山 だから、是非戦略を変えて項目を、機能分化は良いのだけれども、「救急医療の適性な評価」という名前で、是非これを出していただきたいと思うのです。

炭 山 たしかに1行目に「勤務医負担軽減の取組」と書いてある。

小山 だから、これだとどうしてもこれ以上はできないわけです。

川 瀬 この加算は夜間の緊急手術につきますが、日中の予定手術を受ける患者がメリットを受ける



川瀬 弘一氏

中央社会保険医療協議会DPC評価分科会委員
聖マリアンナ医科大学小児外科学教授

と、少し矛盾を感じます。実際にこれを導入できている病院では、大学院生やそのクラスの若い医師は手術を覚えたいし、さらに当直料以外のペイがもらえるということで、喜んで夜間の手術に来てくれると聞いています。小山先生がおっしゃるとおり、夜間なり休日の緊急手術を適正に評価していただくために、そちらにプラス評価をしていただきたいと思います。

万代 ただ、宮嵩課長の援護をしますと、1号側の意見も入るのかもしれませんが、寝ぼけ眼で手術を受けたくないという方に対して、どう説明するかです。

小山 もう少し現状をわかってもらう必要があるかもしれませんね。

万代 忙しい外科系の医療現場は十分に理解しますが、こっちはこっち、救急の方は救急と分けた方が、戦略的には良いような気がしております。

炭 山 施設としてはどれくらい取れていたんですか。

小山 大学病院では2つか3つ。

炭 山 改定後も、それはあまり…。

小山 24日取るためには6人以上の当直医がいるとなると、300～400床規模の病院でないと、これだけいないですからね。大学病院だって、何だかんだ一晩に50人以上医師は泊まっていますか

らね。20 幾つある診療科、大体 2 人体制で泊まりますからね。うちでいうと、内科・外科それぞれで 6 人体制ですからね。

炭 山 次の地域包括ケアシステム云々は省かせていただきたいのですが、非常に重要なポイントですよ。

【医療機能の分化・強化／地域包括ケアシステムの推進のための取組の強化（薬剤師配置、栄養サポートチームの評価、医科歯科連携）について】

炭 山 39 頁の栄養サポートチーム加算、歯科医師連携加算、ここの評価をいただいているということで、ここをちょっと議論していただきたいと思うのですが、小山先生、ここは非常に重要ではないかということ。

小 山 宮嵯課長にお聞きしたいのは、方向性として、歯科医を病院の中に入れようと、今回連携でずっときていますよね。ある程度の規模の病院は、将来は中に歯科医をどんどん取り込むべきだという考え方で良いのですかね。

宮 嵯 無理に取り込まなくても良いんですけども、やはり連携していただくべき患者さんはいらっしゃると思います。栄養サポートチームなどは、歯科医師が参加しているのが望ましいという要件になっています。必ずしもいなくても良いんですけども、そういうふうに入ってきて仕事をされたときには加算が取れるようにということで、ガチッと決めないですけど、入ってきたときには評価する。あるいは薬剤師さんなど、その上の方はいただいた方が良いので、いろんなデータが良い結果が出ているので、新しく評価するということです。

炭 山 特定集中治療室の薬剤師の 80 点、これは大きいですね。万代先生、ここのあたりの評価はどうですか。

万 代 特定集中治療室では、これまで薬剤師配置で加算が取れていなかった、そういった意味では、より高度の急性期の病棟に薬剤師がいて、医師あるいは看護師とチーム医療をするという意味では、非常に評価できると思います。

小 山 もう 1 つ上はないですか。今 20 時間ですよ。40 時間というのは作らないですか。

万 代 理想ですよ。

小 山 私が一番最初に提案したのは、病棟に 2 人欲しいと言ったんです。患者さんが目が覚めているときから寝るまでいてほしい。だから朝の 7 時から夜の 10 時まで。そうすると 2 交代になるから 2 人になる。というようなことで、実は最初は提案したんですよ。そういう意味では、希望が叶っているのは 4 分の 1 かなと思っているのです。少なくとも 40 時間いても、これだけいろんな事故が減っているのだとしたら、十分価値はあるのではないかと思う一方、薬剤師の数が如何せん足りない。今回ちょっと上がっているんですけども、10 増えても、卒業してくる人が増えてこないというのを何とかしてほしいと思いますけれども、別な話ですけども。

宮 嵯 引き続きこの関係というのは、薬の管理だけではなくて医療安全の面からも薬剤師の役割は大きいので、評価していく方向にはなるのだろうなと思います。最終的には、小山先生が言われる方向に向かうこともあるのかもしれないですけども、数の状況にもらみながら上の点数を作らないと、今度また薬剤師で取り合いになると、それはそれでまた問題が起こるので、こういうところにもらみながらだと思えます。そういう意味で今回 ICU などは実際には点数がなくても配置されていて、すごく役に立っていると検証調査のデータも出てきましたので、どちらかというところ、現状でしっかりやられているところを評価しようということで、点数を付けて誘導しようというよりは、既にやっているところを評価しようという発想の方が強いです。

小 山 私が今回の講演の中でしょっちゅう言っているのは、「これ、みんなアンケート調査の結果ですよ」と。今アンケートって 2 割ぐらいしか返ってこないじゃないですか。もう少し皆さん出した方が良いでしょうという話をしているんですけども、大変なところほど出さないんですよ。逆に、大変なところこそ出した方が、実態がわかって評価されることになると言っているのですけれどもね。

炭 山 そういう意味では栄養士もそうですね。

宮 嵯 栄養士も活動する分野をすごく広げさせていただいたのと、これも実は実態に合わせて、15 分以上を 30 分と書いたんですけど、実際に

は30分とか1時間かけて栄養指導されている人がいるので、時間のところはそんなにハードルは高くなくて、実態を追従した上で、260点、200点という形で点数も広げるということで、これはたぶん栄養士1人分ぐらいの人件費になるはずで。そういうところでも頑張ってほしいということで、こういうところは今回の改定全般からいくと、点数を付けて、こうなってほしいとか、こう誘導しようというよりは、実際にやられているところで評価されてないところとか、評価の低いところに点数を付けていこうという考え方です。

炭 山 川瀬先生、どうですか。

川 瀬 大変ありがたいと思います。

小 山 そういった考え方からは、栄養士の病棟配置というのはどうですか。

宮 嵩 そこも基準を作って点数を付けてというところ、そもそも配置されてないと思いますし、配置に点数を付けてしまうと、また取り合いになったりということもありますし、配置されているかどうかよりも、これで実際に指導していたら点数が取れるという形でまず付けていますので、どんどん栄養士の役割で指導をしていけば点数が上がるので、最終的には配置されているのを評価するかしないかという議論まで行くと思いますけれども、今の段階では実際にやっているところを評価していくことが大事だと思っています。

炭 山 次に42、43、44、45頁の「退院支援に関する評価の充実」です。これはやはり大きいのではないかなと思うのですが、川瀬先生、どうですか。

川 瀬 実際にうちの大学で聞くと、3日以内に退院困難な患者を抽出という要件がかなり大変で、入院して早々に退院の話をしていなければいけないわけで、これをとるには相当意識を変えて退院の取組みをしなくてはいいと言われました。

宮 嵩 3日はピックアップすれば良いんです。この患者さんと、この患者さんの場合は難しそうだというのをピックアップすれば良いだけで、アクションは7日以内に面談していただいたり、カンファレンスすれば良いのです。

川 瀬 抽出という意味は、ピックアップだけすれば良いということなんですね。

宮 嵩 この患者さんは経過が悪そうだというのもあれば、家族構成を考えても難しそうとか何でもいいのですが、難しそうなる人をリストアッ



小栗 典明 氏

日本私立医科大学協会事務局長

プするのが3日以内で、アクションは7日以内。

川 瀬 そうすると、7日以内に面談をすれば良いということですね。

小 山 今まで退院加算とかいろいろ細かくちょこちょこ付いていたのを1つにまとめてボンと付けたという感じですね。

炭 山 これもこれから職員の配置ですね。

宮 嵩 42頁の絵でアバウトに申し上げますと、今まで退院調整加算と言っていたものを加算2とし、さらに、1というのを新しく作って、点数をかなり高く設定しました。左側の方を見ていただきますと、「3日以内」とか「7日以内」と書いてあるのは、なるべく早く退院支援を始めてくださいという趣旨です。

それから職員の配置は、今まで病院で1人という配置が一般的でしたけれども、2病棟に1名以上ですけれども、病棟毎にも手厚く配置していただいて支援していただきたいというのが、大きく2つ目の要件です。

残りの下の2つの方も、数字ですとか要件では厳しく見えますけれども、ポイントは、個別のケースのときに連絡をとり合うだけではなくて、日頃から周りの医療機関とか介護保険サービスと顔の見える関係を作って、いつもカンファレンスとか連携していることが大事ですよということで、そ

れに含わせて取っていただけるような形にすれば、退院支援加算1も取りやすいという趣旨で作らせていただいております。

万代 44頁の下の方に小さな字で「算定要件」として①～③とありますが、現行の地域連携診療計画管理料というのは900点あるんです。それを600点と300点に分けられて、なおかつ分けられた両方を取る要件が厳しいので、点数的な充実とはほど遠いと考えています。けれども、将来に向けて病院としても、入院して滞りそうな人については滞らないようにチーム医療でいろんな職種が関与して、できるだけ早期の退院に向けての体制をより一層整えていこうという趣旨からすれば、退院支援を充実させるという意味では、そのとおりかなと思っています。

宮 嵩 もう少し前の方からお話しをすると、7対1の議論の時もそうですけれども、平均在院日数をさらに短くというような意見も、中医協の中で一部ありましたけれども、機械的にそういうふうにするのではなくて、ここの最初のところに書いてありますけれども、「患者さんが安心・納得して退院」する仕組み作りが大事なのだということ。

その結果短くなるかどうかは別ですけれども、そういう仕組み作りが重要なんだということで、退院支援関係の点数を全体的に見直したという中で、そういう点数設定になったという経緯があります。

炭 山 機能の分化と連携促進という意味から言えば、大きな改定だったんですね。

万代 これも大きいと思います。

【医療機能の分化・強化／外来医療の機能分化】

炭 山 今度は外来の方へ移らせていただきます。67頁「紹介状なしの大病院受信時の定額負担の導入」ですけれども、ここについてご意見いただきたいと思います。

宮 嵩 中身の前に位置付けだけ申し上げます。これは診療報酬改定と一緒に議論しましたけれども、形としては、昨年の医療保険制度改革の法律改正のときに、紹介状がない患者さんが大病院を受診したときに一定の額を負担していただいた方が良いただろうということで法律改正されて、

【資料3】

平成28年度診療報酬改定

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化④

特定集中治療室等における薬剤師配置に対する評価

高度急性期医療を担う治療室においてチーム医療を推進する観点から、薬剤関連業務を実施するために治療室内に薬剤師を配置している場合を評価する。

(新) 病棟薬剤業務実施加算2 80点 (1日につき)

【主な算定要件】

- ① 病棟薬剤業務実施加算1の届出を行っている保険医療機関であること。
- ② 救命救急入院料、特定集中治療室管理料、脳卒中ケアユニット入院医療管理料、小児特定集中治療室管理料、新生児特定集中治療室管理料または総合周産期特定集中治療室管理料を算定する治療室において、専任の薬剤師を配置し、病棟薬剤業務を実施していること。

併せて、薬剤管理指導料の「救命救急入院料等を算定している患者に対して行う場合（420点）」を廃止し、「その他の患者に対して行う場合（325点）」に統合する。

栄養サポートチームの評価（歯科医師と連携した場合の評価）

入院基本料加算の栄養サポートチーム加算に、院内又は院外の歯科医師が参加し、当該チームとしての診療に従事した場合の評価を新設する。

栄養サポートチーム加算（週1回）
(新) 歯科医師連携加算 50点

それを実現するためには、今選定療養で200床以上の病院は紹介状がないと、初診とか再診で一定の負担を求めるとい任意の制度がありますけれど、それを一部の病院については義務化するという方法で、この仕組みを実現した方が良いのではないかということで、中医協で一緒に議論させていただいたという経緯です。

炭 山 どうですかね。

万 代 一般病床が398床である私のところも含め、該当しない病院が多いのではないかと思います。ただ、大病院も地域によって周りに診療所がほとんどないところもあります。そのような地域の初診も再診も急性期病院が担っている地域にとっては厳しいという主張が従来からありました。そこで、除外条件を丁寧に付けていただきましたけれども、実際にはどうなんですかね。

小 山 事前に調査しましたら、私立医科大学病院の平均が4,500～4,600円になるんです。ほとんどが5,000円近くなっています。そこは良いとして、1つ問題は、再診料の2,500円。最初1,000円ぐらいという記載になっていたところが、突然2,500円になりましたよね。もう1つが、先生おっしゃったように除外はしているのだけれども、大規模病院に生保の人が非常に来やすくなりました。というところも、少し何とかできないのかなと。生保は一切触れないという話を聞いたので、それはしょうがないのかなと思っただけですけども。

炭 山 生保は除外じゃないでしょ。

小 山 除外です。負担ゼロですから、取ってはいけません。法律的に全然違うのだそうですね。

万 代 診療報酬ではないので。

小 山 それは大学病院でアンケートをとったときに、そこは何かしてほしいという要望を出したのですけれども、全然法律が違うのでそれは無理だということです。

川 瀬 それと同じようなことでは、例えば大学病院から歩いて10分、15分ぐらいのところに住んでいる人は、大学病院が自分の病院だと思い込んでいます。全科当直医がいて、24時間診てもらえるし。こういう人たちに「来るな」と言っているようなシステムは、分かっているのに時間がかかるのではと思っています。

炭 山 除外云々のところで、定額負担を求めなく

てよい場合の例が、「自施設の他の診療科を受診中の患者」というのは、どういうことですか。

小 山 うちで言えば他科紹介です。

炭 山 そこは再診は取らない、初診も取らなくて良いよと。ということは、何か抜け道があるわけですね。再診の定義も、どれを再診にするか、どれぐらいのインターバルがあるかというのは決まっていたっけ。

小 山 この場合の再診の定義は、期間ではなくて、逆紹介をした患者さんが紹介状を持たなくて来た場合という条件なんです。あくまでも患者さんに「あなたは近くの病院に行きなさいね」という紹介状を書く報酬がもらえますよね。もらった患者さんが向こうへ行かないで、またこっちへ来てしまった場合には、再診料として2,500円取りなさいよという意味です。

炭 山 指導の仕方、抜け道ではないけれども、あるみたいですね。

宮 岸 ここで大事なものは、患者さんからお金を取るか取らないかというのが目的ではなくて、役割分担なので、近くに住んでいらっしゃるからといっても、軽かったら来られては困るので、大学病院には大学病院で診る患者さん像というのがあると思うので、そういうふうにしていかなければいけない。だから、制度としてお金を取る取らないとか、取らない患者はこうですとかいうことではなくて、国としても制度を作ったので、しっかり広報していかなければいけないと思いますし、患者さんというのは被保険者なので、保険者がそもそもきちんと被保険者に病院のかかり方とか、診療所のかかり方を教育しなければいけないと思います。あと、これは今までもそうですけれども、医療機関にもご苦労いただきますけれども、窓口で、こうですよというのを教えていただいて、みんなでこれに取り組んでいって、患者さんの流れを変えるべきところは変えていかないと、いつまで経っても大きな病院に患者さんが来ていたのでは、働いている医師も大変ですし、これから医療資源が厳しくなっていく可能性もある中で、そういう効率の悪いところは見直していかなければいけないというのが趣旨なので、そこは広報をしっかりやっていかないといけないだろうと思います。

炭 山 それこそ機能分化ですね。外來、おっしゃ

るとおりです。

それからICT化はどうでしょうか。これをどんな活用していったときに、何か心配事がありますか。

小 山 どの程度のセキュリティを想定しているのか、何か目安みたいのはあるのですか。

宮 崎 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」というのが、70頁の下から6行目ぐらいに書いてあるのですけれども、こういうのを守ってくださいというのがあります。

小 山 これは作っている最中みたいなところですよ。

宮 崎 25年にガイドラインはできています。ICTは基本的にはどんどん進めていくと思うのですけれども、利便性だけではなくて、セキュリティ、安全性とか、あるいは標準化もしていかなないと、一部の病院グループだけで使いますみたいなものでは困るので、そういうところをよくバランスをとっていけば、基本的には進めていく方向なんではないかとは思っています。

炭 山 「重点的な対応が求められる医療分野を充実する視点」というところで、96頁まで飛んでいただきます。「質の高い精神医療の評価」、これは非常に評価しているということですか。

小 山 これが一番評価が良いと思ったのは、100頁の「いわゆる『総合病院』の精神科棟における手厚い医師配置の評価」です。これが川瀬先生、大きいですね。

川 瀬 はい。

万 代 これはとても良く評価していただいたのではないかと思います。大学病院などは、精神科の先生についての施設基準はクリアしてしまうでしょうけれど、一般病院にとっては採算性から精神科病棟を持ちにくい。いわゆる「総合病院」という言葉がまた復活してしまっていますが、高度急性期を担うような病院については精神科の病棟についてもきちんと医師を配置した上で身体合併症の患者さんを診てくださいというメッセージを発した上での評価と考えています。

炭 山 大きいですね。精神科病棟をきちっと持っている病院は良いですけど、それ以外の、今言った総合病院の中で、精神科病棟がきちっとないようなところで精神科を診ているところもあるじゃないですか。そこら辺の手当てはどういうふうになっているのか。

万 代 そこをさっきの総合入院体制加算で。

炭 山 あっそうか、新しい2の方で今度入ったんですね。

万 代 何と言うのか、精神科の薬を飲んでいるというだけで、一般の医師が毛嫌いするではないですか。そういうことをできるだけなくしようという方向性ではありますね。

炭 山 「総合病院」という言葉が懐かしいと言ったけれども、精神科の学会がきちんとあるんですよ。日本総合病院精神医学会というのが、本学の黒木先生が理事長をやっているんです。

小 山 結構私のところに來ましたよ。一生懸命やっていますよ。ただ、論争になるわけです。同

【資料4】

平成28年度診療報酬改定

地域包括ケアシステム推進のための取組の強化⑤

周術期口腔機能管理等の医科歯科連携の推進

悪性腫瘍手術等に先立ち歯科医師が周術期口腔機能管理を実施した場合に算定できる周術期口腔機能管理後手術加算の評価を充実する。

周術期口腔機能管理後手術加算 100点 → 200点【医科、歯科点数表】 ※手術の加算

【医科点数表】 歯科医師による周術期口腔機能管理の実施後1月以内に、胸部・腹部等の悪性腫瘍手術又は心血管系の手術を全身麻酔下で実施した場合

【歯科点数表】 周術期口腔機能管理料（Ⅰ）（手術前）又は（Ⅱ）（手術前）の算定後1月以内に、悪性腫瘍手術を全身麻酔下で実施した場合

じパイを取りっこになるから、そのところで結局負けるんですよ。

炭 山 今度は、総合入院体制加算で取れるようになったわけですね。でも、それ以上に精神病棟に対する手厚い医師配置の評価、これは大きいですよ。合併症でもそうですね。これは高く評価するということがよろしいですか。

宮 嵩 後の話で出てくるのかもしれませんが、DPC の方は、I 群、II 群は、精神の病床がないとちょっとマイナスのところがあるのかなと思います。

炭 山 次に、108 頁の「小児医療、周産期医療の充実、高齢者の増加を踏まえた救急医療の充実について」。これも非常に大きいと思うのですが、どういふことでこういう加算点が付いていったかということも含めて、川瀬先生、何かありますか。

川 瀬 自分は小児外科ですので、大変気になります。小児科療養指導料の対象疾患が拡大され、小児慢性特定疾患に新たに指定された小児外科疾患が加わったことは評価したいと思います。これまでは基本的には小児科の患者しかこれがとれなかったということがありますので。

小 山 20 歳までね。

川 瀬 はい。小児入院医療管理料が小児慢性特定疾患患者については 20 歳まで算定可能になりました。

小 山 16、17、18 というのは、まだ大人ではないですよ。

川 瀬 そうですね。年齢が 15 歳を過ぎても、こういう患者さんは通院ができ、小児科、小児外科というところに来ますので、これは大変ありがたいです。

炭 山 111 頁「特に重症な患者の NICU 等算定日数の延長」も大きいですし、何と言っても 112 頁の「救急医療管理加算の見直し」で、これも非常に大きいと思うのは、夜間休日救急搬送医学管理料が、200 点から一気に 600 点と 3 倍になっているんですよ。それともう一つ、細かいことですが、深夜加算と言っていたのが、「夜間」に変わっている。これは大きいんじゃないですか。取れる時間帯がだいぶ広がったということでしょうね。

小 山 こうなってくると、2 というのは、そのうちなくす予定ですね。112 頁の上半分ですね。2

の中から必要なものを 1 に上げていくということですね。それで最終的にはうやむやになったのは消していくという方向ですね。

炭 山 救急医療に関して、中医協には何か要望したんですか。

万 代 バックには、救急医療管理加算 2 をなくせなどは言語道断、逆に点数をもっと上げろとの声も強くあります。点数そのものや対象期間 1 週間を 2 週間に、などとの主張には、委員として丁寧に応えるような発言をしています。

小 山 300、400 床クラスで地方の病院は、ここでもっているところが結構あるんですよ。だから地域包括ケアに移りなさいと言っているのだけれども、どうしても。

万 代 救急医療については、地域包括ケア病棟の役割の 1 つである急性転化をしっかりと診ている実績を示して、そちらにきちんと点数を付けてもらう。一方、救急医療管理加算については本当に高度の救急患者さんを診る、そういうための加算と捉えるべきと講演などでは申し上げています。けれども、立場的にはそうスッパリとは言えない。

小 山 背負っているものがあるので、なかなかそうも言えない辛さがあるんですね。

宮 嵩 全体的には救急の関係も今回の改定では評価していこうということなので、こういう点数になっています。一番下なども、初診の緊急入院を今まで認めていたけれども、今回、再診後の緊急入院でも加算が取れるように変えとか、細かい話ですけど、大きいと思います。

炭 山 すごく大きいと思いました。

小 山 本当に一生懸命やっているところにとっては、とても良いのです。今まで日が当たらないところに当てられるのです。でも、そういうところを放棄したところにとっては、とても辛い改定なわけです。

炭 山 141 頁からの「効率化・適正化を通じて制度の持続可能性を高める視点」ですが、これは、後発医薬品の使用促進・価格適正化ということが入っているのですけれど、これは DPC の中で一緒にやってもらおうと思います。

宮 嵩 最初の分厚い方で 1 つだけ。技術の評価でいろいろやっているのですけれども、新しい技術を導入したとか、手術料を 300 ぐらい上げたというところではなくて、125 頁の「基礎的な技術等

の再評価」もそうなんですけれども、あまり今まで評価されなかった点数の採血とか、静脈内注射とか、点滴とか、こういう細かいところも1、2点ですけれども、させていただいています。

小 山 毎日何万人ですものね。

炭 山 イレウス用ロングチューブ挿入法が200から610になった。何年かかったか。

小 山 材料が高くなりましたからね。

川 瀬 これは日本臨床外科学会からの要望で、この点数にやっとなりました。

炭 山 何でこれが採用されないんだと言い続けていたんです。

川 瀬 細かい加算ですが、注射実施料も乳児加算が増点となりましたし、他にも検査、処置にも小児加算が増点となりました。

宮 崎 子どもの加算は軒並み上がっています。

川 瀬 これは非常にありがたいと思います。

小 山 創傷処置も大きいと言っていましたね。

炭 山 これも前から要求していたんですよね。

万 代 大きな傷を扱うところにとっては良いですよ。京都の外科医会に講演で呼ばれた際、小さな傷には全然日が当たってないから、相変わらず処置の点数が出ないんだと言われましたけれど。

炭 山 外保連の意見として、いろいろ言っているところで相当斟酌されたなと思うことは何かありますか。

万 代 手術料は平均して広く薄く上がりましたよね。

炭 山 肝切除とか、嚢頭十二指腸の腹腔鏡下が。

川 瀬 それはちょっと別の問題がありますが。

万 代 どこぞの大学の例の件もありましたが、保険診療を学会から要望していたものが、医療技術評価分科会で通ってしまったんですよ。

川 瀬 でも、腹腔鏡下嚢頭十二指腸切除術は非常に厳しい施設基準があります。

炭 山 肝切も厳しいんですよね。

川 瀬 各学会の方から、術式を整理して要件を出しましたので。

炭 山 しかし、これも大きいと思いますね。

川 瀬 基本的には外保連手術試案の点数と乖離が大きいものについて、今回301術式で増点していただきました。22年、24年改定では手術料を大幅に増点していただき、やっと外科が認められたと喜んでいた最中に、26年改定で81術式が減点

と厳しい結果でしたので、今回は外保連手術委員長の立場として大変ホッとしています。

【DPCによる急性期医療の適切な評価】

炭 山 では、DPCの方をお願いします。

小 山 もう1つの資料（平成28年度診療報酬改定の概要（DPC制度関連部分））の7枚目のスライドです。今回、調整係数のうち75%を機能評価係数Ⅱに置換えるということをやったのですけれども、今回も激変緩和措置として、2%程度を超えて変動しないよう暫定調整係数の調整を行うということだったのです。けれども、今回の改定を何もしないでやると、激変緩和措置の病院は200を超える予定だったのですが、実際には120幾つぐらいに減らしたので、それなりの効果はあったかなと思っていますが、まだまだいっぱい問題を含んでいるというところでもあります。

10頁のスライドは「医療機関群の見直し」ですけれども、Ⅱ群病院の定義に内科診療技術が入って、トータルここは6項目になって、「6項目のうち5項目以上を満たす」という要件になったのですけれども、影響ありますかね。

万 代 内科項目が入ったことは、それなりにⅡ群にふさわしい病院の要件に近づいたと思いますが、実際にはⅢ群との間でかなり入れ替わりが

あって。

小 山 逆に増えていますね。

万 代 増えることは良いことかもしれませんが、行ったり来たり2年ごとに繰り返されるので、現場の院長は大変ではないかと思います。

小 山 個人的な意見ですけれども、Ⅱ群でもⅢ群でも、調整係数がどのくらい変わったのかというと、ほとんど変わってない。下手すれば落ちた方が上がっている場合が出てきているのです。だから、無理やりⅡ群にいと辛いものがありますけどね。

万 代 それは是非やめていただきたい。Ⅱ群の方が格が上だみたいな、何となくそういうニュアンスがあるんですね。

川 瀬 でも、ここにも「Ⅱ群病院（高機能な病院群）」と書かれていますので。

小 山 ただ、棲み分けとすると、Ⅱ群は高機能な病院だけで、Ⅲ群は二次医療圏を対象とした病院

という位置付けなのです。だから、シェアなども全部三次医療圏と二次医療圏に分けているわけですから、その使い分けはそのとおりだと思うのです。自分たちの病院はどうかと考えたときに、素直に従うべきだと思うのです。無理矢理にいじると変なことになってしまうという話になるんですよ。ただ、内科疾患が25疾患だけでしょ。これ、どのくらい動くのかなと見てみたいと思いますけどね。25疾患を100症例の中に何人いるかという話ですからね。これは検証する必要があるかなと思っています。

医療機関群の計算は出ておりますけれども、機能評価係数Ⅰのところ、それなりになっていますね。議論で大事なところは、このまま行くと、激変緩和措置ができなくなるわけですよ。そこはどういうふうに考えていったら良いんですかね。

宮 壽 DPC 制度も個別の改正事項がそれぞれ大事なんですけれども、中長期的に見ると8枚目のスライドが一番大事な絵で、小山先生言われたように、今回調整部分の75%まで機能評価係数Ⅱに置き換えてきましたけれども、今回も普通にやれば激変緩和の対象が増えるはずだったのですけれども、機能評価係数Ⅱの方を一部見直しているの、そちらはそちらで評価あると思いますけれども、ある程度抑えられた。それでも126あるので、次の改定で全部本当になくせるかどうか。なくすならどうするのかとか、今の暫定調整係数をどうするのかとか、機能評価係数Ⅱをもっと見直さなければいけないのかとか、いろんな要素が次の改定までにあるので、この2年間相当議論していただいたのですけれども、次の2年間は、データも詰めてもっと相当議論をしていかないと、機械的に置き換えるのは良いのですけれども、それで病院経営が苦しくなったとか、つぶれてしまうということになったら本末転倒なので、地域医療を考えれば、必要な病院がきちんと残るような改定をしなければいけないわけですから、相当難しいと思います。

ですから、次の改定の一番の課題はここだと思います。

小 山 これを結局、中医協に持っていったときに、今回の改定の説明に行ったときも、これ以上複雑にするのかという話が出ましたけれども、これを

調整係数を全くなくして全部やるのだとすると、もっと複雑になるので、そのところのバランスで。

万 代 大体が真面目にやってきたんですけどね。先生がいつも言われるように、まっとうな医療をまっとうにやっていれば、DPCは怖くないのだと。

小 山 30年度の改定の準備とすると、激変緩和しなければならなかった病院の分析をしてみる必要があると思うのです。そこからいろんなものを考える必要があるかなと思っています。これは次年度の改定に非常に大きく問題が残ると思います。

宮 壽 それと関連していくと、たぶん14頁あたりの…。

小 山 Ⅱですね。Ⅱの見直しで、そんなに大きくないのですけれども、15枚目のスライドは、標準化をしたということで、それなりに努力したら努力したような形に重み付けを変えたということが1つです。

もう1つが、その下のカバー率というのが、Ⅲ群において50%カットオフしてあったので、これを直したというので、これはそれなりに評価が出てくると思うのですけれども、逆にこれは専門病院にとっては評価が下がるというところもある。DPCの中で専門病院をどういう扱いにしているのかということも議論していく必要があるのかなと思っています。

それから21頁のところにCCPマトリックスのことが書いてありますけれども、CCPマトリックスを取り入れることによって、22頁の資料を見ますと、包括対象DPC数が2,000から4,000に増えている。だけど支払いは2,400ですよということです。万代先生、これは良いですよ。

万 代 そうですね。こういう考え方がもう少し進むのかなと思っています。

小 山 どうですかね、進みますかね、これ。

万 代 進むかと思っていたら、この3つの分類だけで、ひとまず抑えておかないと現場も混乱に陥る、そのような印象でしたけれどね。マトリックスのマス目のどこで線を引くか。それでだいぶ変わってしまうので、どういうデータに基づくのかわかりませんが、そこを精緻にすれば、皆さん納得するだろうとは思っています。

小 山 Ⅱの見直しのところの重症係数が一番大事

だけれども抜けてしまっている。

宮 嵩 DPC 告示とかいろんなものは2週間後だったので、3月4日の時点では14枚目のスライドしかないと思います。

小 山 今回この重症の指数が働くかと思っていたのですけれども、意外と働かなかった。理由は、群別にしたというところで一気に変わってしまったんです。

(パソコンでグラフを示して) これが重症の指数の分布です。Ⅲ群、Ⅱ群、Ⅰ群ときれいに分かれています。ところが、これは指数なんです、係数化して群ごとにするとどうなるかという、こうなってしまう。

炭 山 ということは。

小 山 これが最初に言われているようなアウトラインや評価が全部出されているとは言えない。結局、これに対してこういう言い方をしています。「重症係数により調整係数が行われるのは、医療機関ごとの出来高の実績件数の一部分にしかすぎない」と。これを一部でなくて、これがきちんと評価できるような計算式を考えていかないと、本当に消すということは難しいかなと思っています。

川 瀬 先ほどの正規分布でやっていけば、いわゆる外れの病院がもう少し減ったかもしれないですね。

小 山 なぜそれを群毎でやったかという、基礎係数という形で下駄を履いているだろうということなんです。下駄を履いている群を一緒にするのは、それは不公平ですよ。だから分別にしましょうとなったんですけれども、どうですかね。前のものを見ますと非常にきれいな分布なんですよ。実は大学病院でも7病院がゼロなんです。これが本当の重症の指数となり得るような、あるいは重症度という名前が良くないですね。アウト라이어指数という感じのほうか。

宮 嵩 重症度指数でゼロというと、重症患者を診てないのかみたいなことになる。

小 山 そうなんですよ。だから、ここのところをもう少し考えていく必要がありますね。

万 代 それはCCPマトリックスが試行的導入から拡大して入ってくれば、補われる性質のものでしょうか。

小 山 この重症度指数がもう少し伸びてくれない

かなと思っています。もう少し何か良いアイデアが。それこそ第三調整係数と言ったけれども、まさにこの計算方式は調整係数と同じ計算方式なんですよ。だけれども、これを群別にしたものだから、ほとんど差がなくなったというところがありますね。

宮 嵩 今回の改定でDPCの中で一番大きいというか、影響というか、というのは重症度係数なので、30年に向けて、まさに調整係数を減らしていく中での取組みの一連の流れなので、この係数も含めてですけれども、2年間でどのくらい検証できるか。

小 山 今回、暫定調整係数と調整係数Ⅱと基礎係数が発表になったのですけれども、どこもすごいマイナスになっています。これ(パソコン上のグラフ)が私立医科大学の大学別データです。なんでこんな差が出たかというのを検証してみたんです。暫定調整係数が50から25になったのは半分だろうといったけれども、ある私立医科大学は3分の1から4分の1になっているんです。もう一方、今回の良い見方をすると、赤の差が非常に均等化しているんですよ。ということは、ある意味効率的な医療をやり出してきているということにもなると思うんです。ただ、30年度でゼロにするには、まだ少し大きくないかということの話にもなるのではないかなと思うのです。

万 代 そんなに下がってしまうところがあると…

小 山 見てください。これ公表されているデータですから。うちは3分の1ですよ。

万 代 理事長の給料を安くして補填するとか。(笑)

小 山 数字でいくと、東邦大学医療センター大森病院は、この3つを足しただけで-5.5%です。機能評価係数1が今回出てきたので、あれを計算してくると、それで1%ぐらいいは増えるから、4.5%ぐらいいの係数でマイナスかなと思います。そのかわり、今回300幾つの手術が上がっているの、あそことか薬剤のところのICUの加算とか、医師事務作業補助加算が入ってくるので、それで何とかマイナス2%ぐらいいまで行けるかな。あとは人数を増やして努力するしかないという感じだと思います。

ここら辺を今後どういうふう考えていくかと

ということですが、宮崎課長から今のよう
なことが伺えたので、絶対なくさなければダメだぞ
と言われると、これは大変な話なんですけれども、
状況を見ながらということになるかと思います。

宮 崎 考え方として、制度の見直しありきとかで
はなく、制度は何のためにあるのかと考えると、
やはり地域の医療提供体制の方が大事なので、制
度を機械的にしっかり作っていった医療機関が
困ってしまうのでは本末転倒なので、医療機関が
今やられていることを支えていくとか、評価して
いく方が大事なので、そこは間違えないように、
次の改定でも取り組まなければいけないだろうと
思います。

小 山 先生、1年間付き合ってみてどうですか。

川 瀬 どちらかというと、今回は途中から加わっ
たので、あまり自分の意見を言えなかったので、
今後は自分の意見を述べさせていただこうと思っ
ています。我が国のDPC/PDPSの将来も少し心
配です。前回改定で大幅に導入された短期滞在手
術基本料等3が、今回も3つ増えています。政策
的にDRGに変わっていくのかを心配しています。
1日当たりの包括点数設定というDPC/PDPSは
とても良い制度だと思っていますので、今後この
制度をさらに良い方向に、崩れないようにしたい
と思っています。

小 山 万代先生、中医協の委員として、1人どう
しても2泊3日だと、いろいろ言われてしまうの
ですけれども、どうですか。そんなに複雑だとは思
わないのですが。

万 代 計算の仕方が全部公開されているわけでは
なく、後から自分で同じように計算できない。デー
タとしては全部公開されている形ですけど、そ
こに至るデータクリーニングでの操作もよくわか
らない。後から検証しにくいという意味で、みな
が複雑と言っているのではないのでしょうか。各
病院からは生のデータが出ているはずですので、
それぞれが計算した結果、誰もが同じようなデー
タが出るのであれば、つまり算出の条件はこうい
う形でやっているということがわかれば、わかり
にくいという意見がずいぶん減るかなとは思って
います。

小 山 私などの考え方では、あまり全部見えると、
それで悪さする病院がまたいて、そうすると、一
生懸命やっている病院が全部ダメになるという、

そのところが問題なのかなと思ったりしていま
す。

万 代 確かにそうですが、目の前にいる患者さん
に何が必要で、何がやり過ぎかなということを、
みんなが考えてやっていけば、建て付けとしては
悪くないと思うのです。

炭 山 暫定調整係数がなくなっていった、それは
基礎係数と機能係数にうまくシフトしていった重
点補強されていくのだろう、点数はちゃんとカ
バーされていくのだろうと思っていたら、ドーン
と下がっているさっきのようなデータで、ちょっ
とびっくりしているのではないかと思いますね。
それが、今75%ですが、100%になったときに、もっ
とダウンがあるのかという心配を、おそらく医療
機関はほとんどのところが持っているのだろうと
思うのです。

小 山 あくまでDPCというのは、それぞれの病
院でやっている実績データに基づいてやっている
ので、効率的な医療をやってきて、医療費を圧縮
してきていると思うのです。その圧縮した分を手
術の技量だとか、チーム医療の重点とかいったと
ころに回っているような、そんな印象は受けるん
ですよ。総額とすれば間違いなく上がっていま
すからね。

炭 山 そこを理解させないとね。今のようなど
ころでポイントだけで言われる、確かにDPCの係
数がこんなに下がってどうするんだということは
言いますね。

小 山 DPCは今後どうしていくか。宮崎課長ど
うですか。

宮 崎 先ほど来ありましたけれども、DPC制度
というのはすごく日本的な制度で、出来高制と
DRGの中間というか、中庸的な良い制度だと思っ
ています。これで地域の医療機関をうまく評価し
ていくことが大事なので、複雑という話もありま
したけれども、確かに分かりにくいところがある
のは事実です。統計的に処理するのももちろん大
事ですけれども、激変緩和病院もそうですけれど
も、どういう病院が外れてしまうのかというの
を見て、もう一回足元というか、現場のどういう医
療機関とか、どういうことをやっているところが
評価されにくいのかとか、最初のところも見て、
制度設計というか、2年間の議論をしていかなけ
ればいけないのだろうと思います。

炭 山 ありがとうございます。最後に小栗事務局長。

小 栗 大学病院の収支決算は前回26年度の診療報酬改定並びに消費税率引き上げの影響に困りまして悪くなって来ており、データがまとまっている直近の26年度決算でみますと29私立医科大学本院の総額では、マイナス955億8,587万円という数値が出て来ております。これは本院1病院平均で32億9,606万円マイナスであると言えます。算定にあたり、臨床教員の人件費を病院支出に置き換えておりますが、実態を現しているというものであると考えております。内訳は、29病院中23病院が赤字、6病院が黒字となっておりますが、この6病院は施設設備関係支出の負担が無いのか、あるいは軽減されているかということと言えます。先ほどより、この度の改定の内容を聞かせていただいておりますけれども、宮崎課長が多岐に亘る改定に充分なる配慮をされ、ずいぶんご苦労なさっていることは存じておりますし、感謝もしておりますが、炭山先生が言われたように、30年度に調整係数が基礎係数と機能評価係数Ⅱに集約される形で移行が完了することの影響が非常に心配であります。現在、本院だけの総収入が1兆223億円あるのですけれども、総支出の方が、1兆1,179億円ですので、これがこれ以上拡大すると、病院が成り立たないということにもなりかねませんので、非常に憂慮しております。

今回の改定では総じて非常に手厚くなっている部分がありますので、ありがたいと思っておりますが、今度の4月14日に確定します機能評価係数Ⅰの数値がどうなるかに因って、先ほど小山先生が言われたように、DPCによる収入を含めて病院の収支が果たしてどのくらいトータル的なマイナスになるのか、あるいはプラスになるのか。そこら辺がすごく心配ではあります。大学病院に於いて重くのしかかっている消費税による損税負担の解消も重要な問題としてありますので、今後ともよろしくお願いしたいと存じます。

【おわりに】

炭 山 ありがとうございます。

今日の「診療報酬改定について」でよくわかったのは、本当に細かなところにきちっと配慮され

ている診療報酬改定だったなという気はいたします。1.22という薬価のマイナス改定がありますから、0.84でしたか、全体ではマイナスであるとはいえ、医科の0.49部分が見事に反映されていて、細かいところにまで配慮が行っているという評価は、皆さん、今日確認できたのではないかと思います。

診療報酬というのがいかに大きな意味合いがあるかということ、私立医科大学協会の医療収入の占める率です。協会加盟大学は単科大学が多いんです。我々のところで帰属収入の医療収入の占める率が80%弱です。単科大学になると90%です。ですから、診療報酬がどうかということで、医療が教育・研究にまで影響がある。それが交付金だとか補助金だとかで文部科学省から適切なものがいただければ良いのですけれども、なかなかそれは国立大学、公立大学病院のように手当てがいかない。そうすると結局、自前で医療で頑張らなければいけない。そこにおける診療報酬の大きさというのが非常に負担になってくるわけです。

先日の国会討論の中でも、控除対象外消費税に関しては十分診療報酬上補填されているという結果が出てしまって、我々が持っているデータと厚生労働省が出してきたデータには相当の乖離があって、全体から見れば厚生労働省のデータでは補填がされているのだと。それが大臣の答弁になっていたわけです。30年度改定は介護と一体改定ですね。そうすると、消費税が上がるか上がらないか。上がった場合には、控除対象外消費税だと、当然我々に負担がかかります。その根本的な改革がないままに、それが診療報酬でどこまで補填できるかというのが、また非常に注目すべき点ですけども、そのことを含めて、この2年間で、またいろいろとご配慮いただきながら、次の改定で、そのあたりもまた斟酌していただければと思います。

今日は、宮崎課長にご出席いただき、また中医協代表で万代先生に来ていただいて、大変良い座談会になったと思います。心から感謝申し上げます。ありがとうございました。(了)

論

『医師（研究者）が実施する臨床試験と治験の現状と課題』

壇

昭和大学臨床薬理研究所所長

小林 真一 氏

1 はじめに

我が国の医学・医療分野においては、基礎研究に比し臨床研究はヒトを対象（被験者）とすることから、科学的適正さは勿論、倫理的配慮、さらに最近では信頼性、透明性が求められ、多くの大学ではその必要性を認めつつも体制の整備、人材の育成に苦慮している。そこで本稿では我が国の「臨床研究」「臨床試験」「治験」の実施について、分かり易く概説して行きたい。

2 臨床研究、臨床試験、治験との違い

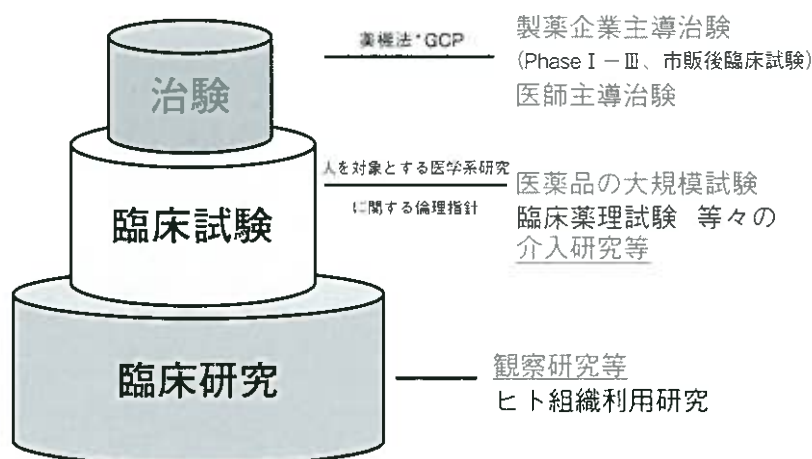
「臨床研究」、「臨床試験」、「治験」は、それぞれに適応される法律、ルール等が異なっている。そこで本稿での理解をスムーズにするため図1で簡単に説明する。「臨床研究」とはヒトを対象とする全ての研究を含み、ヒト組織を利用するような研究、また観察研究等々の非介入研究、調査等である。この臨床研究の一部で医薬品・医療機器等を用いた介入研究（比較試験等々）等が「臨床試験」である。この「臨床研究」「臨床試験」は平成26年12月に文部科学省、厚生労働省から通知された「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守して実施しなければならない。一方、「治験」は現在、平成

26年に薬事法から医薬品医療機器等法（医薬品、医療機器等の品質及び安全性の確保等に関する法律）に改訂されたとおり、厚生省令（GCP：医薬品の臨床試験の実施の基準に関する省令）を遵守して実施される。「治験」のなかで平成15年にGCP省令が改正され「医師主導治験」の規定が整備された。つまり「治験」は製薬企業等が実施する「企業主導治験」と医師等が治験のルールに則って実施する「医師主導治験」とに規定され、いずれも厚生労働省から新しい医薬品・医療機器等の製造承認、また新しい適応疾患の認可等の薬事承認を得るための臨床試験として規定されている。

3 医師（研究者）が実施する臨床試験・臨床研究

現在も医師等研究者が実施している「臨床試験」「臨床研究」は非常に多く実施されていると推測される。このようなわが国の現状で、臨床試験実施の基準を治験（GCP）基準レベルまで上げて、臨床的に有用な試験結果は国から承認を得られるようにすべきとの考えから法制化の動きもある。しかし、現在は前述した「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に則って実施されている。そこで本倫理指針の基本方針①～⑧を具体的に以下に示しながら

【図1】



・薬機法→医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（平成26年改訂）

ら、それぞれの項目について筆者の考えも加えさせて頂くこととする。

①社会的・学術的な意義、科学的合理性のある研究の実施：

この点は臨床研究の最重要項目であり、臨床試験を実施する社会的・臨床的ベネフィットは極めて重要であり倫理委員会でも重要な審査事項である。よって臨床試験の実施計画書、同意説明文書の「試験の背景・目的」「主要エンドポイント」に分かりやすく、明確に記載する必要がある。この点が明確でない臨床試験・臨床研究は実施すべきでないと思われる。

②研究者・倫理委員会委員等の倫理（関連）教育の実施：

多くの大学医学部、病院、研究所等で定期的な倫理関連教育が義務化されている。また多くの教育ツールによる自己学習も行われているが、臨床試験を実施する医師としての知識・技能・倫理観を得るための教育はまだ十分とは言えず、今後とも各分野での努力が必要であろう。また倫理委員会の委員も例え医学・薬学等の専門的知識がなくても臨床研究の本質を多面的に審査できる知識が必要であるように思われる。

③被験者からの自由意思による同意が必要：

④被験者の負担、リスク及びベネフィットの総合評価をする：

⑤社会的弱者への特別の配慮が必要：

③④⑤の事項についてはベルモント・レポートを紹介して概説する。ベルモント・レポートは米国で起きたタスキギー事件を受けて制定された米国国家研究法のガイドラインとして1979年に示された倫理基盤であり、現在も変更されることなく多くの倫理規範に影響を与えている。そのベルモント・レポートでは3つの倫理原則のみが示されている。この倫理3原則（1）人格の尊重、（2）善行、（3）正義はいずれも非常に重要であるが、これらの言葉のみでは良くわからないので実際の適応を解説する。

まず「人格の尊重」とは臨床試験の被験者となる人の人格の尊重である。このことに異議を唱える医師（研究者）はいない。では実際にどうすればよいのか。被験者の人格を尊重する手続きがインフォームド・コンセントであるということである。臨床試験ではインフォームド・コンセントが必須であるが、その理由は被験者の人格を尊重するために行うからである。よって、同意説明文書は被験者でも理解できるように平易な言葉で記載する必要がある。被験者の理解を得て（被験者によって理解のレベルは異なる可能性もあるが）被験者の自由な意思で試験に参加するか、しないかの意思表示をしてもらうことが大切である。このことが正に被験者の人格を尊重することになり、極めて重要な臨床試験の手続きとなる。

「善行」とはリスク・ベネフィットの総合的評価であるとされている。臨床試験において重要なこと

は医師が患者を「治療」する場合の当該患者に対するリスク・ベネフィット（有効性と安全性）ではなく、「臨床試験」におけるリスク・ベネフィットである。つまり、ベネフィットは当該被験者に対するものというよりは、むしろ将来の患者、社会に対するものである。一方、リスクは当該被験者に対するものである。よって臨床試験では被験者のリスクを如何に最小限にできるかが問題である。前述したごとく臨床試験のリスク・ベネフィットは試験計画書、同意説明文書に明確に記載すべきであり倫理委員会で適切に審査されるべきである。本来「治療」とは個別化治療が行われるべきで、臨床試験の被験者のリスク・ベネフィットを「治療」として考えればプラセボ投与試験やランダム化割付けによる比較試験等々は許容されないと思うが如何であろうか。さらに社会弱者への特別の配慮は必要であるが、ベルモント・レポートでは「正義」として被験者は公平に分配されるべきといわれている。海外の被験者でも、わが国の被験者でも公平に被験者になるべきであり、自分の患者でも、他の医師の患者でも公平に扱うべきであり、当然、社会的弱者には配慮すべきであるが、単に決めつけることなく、インフォームド・コンセ

ントの原理が生かされるべきと筆者は考えている。

⑥個人情報等の保護：

現在、個人情報等は社会問題でもある。臨床試験の計画書、同意説明文書にも必須記載事項となっている。しかし、「個人情報」と「プライバシー」は社会のルールにおいても多少異なり、同一ではない。よって、臨床試験に関わる記載方法としては両者を含めて「個人情報等を守ります」（等はプライバシーを含む）とすべきところであると思う。また連結可能・不可能「匿名化」の問題もあるが、いずれの方法も長所・欠点があり、どちらを選ぶかは研究方法によると考える。

⑦研究の質（モニタリング・監査、事前登録）及び透明性（利益相反管理）の確保：

本倫理指針において侵襲・介入を伴う臨床試験はモニタリング・監査の実施が義務付けられた。モニタリング・監査の実際の方法は他に譲る。その前に、この「侵襲」と「介入」の定義が分かりにくい。我々は被験者の身体的、精神的負担が大きい試験法は「侵襲がある」と理解できるが、同時にそれらは「介入」的行為であると理解しやすい。しかし、本指針における「侵襲」と「介入」は全く異なるものであり、

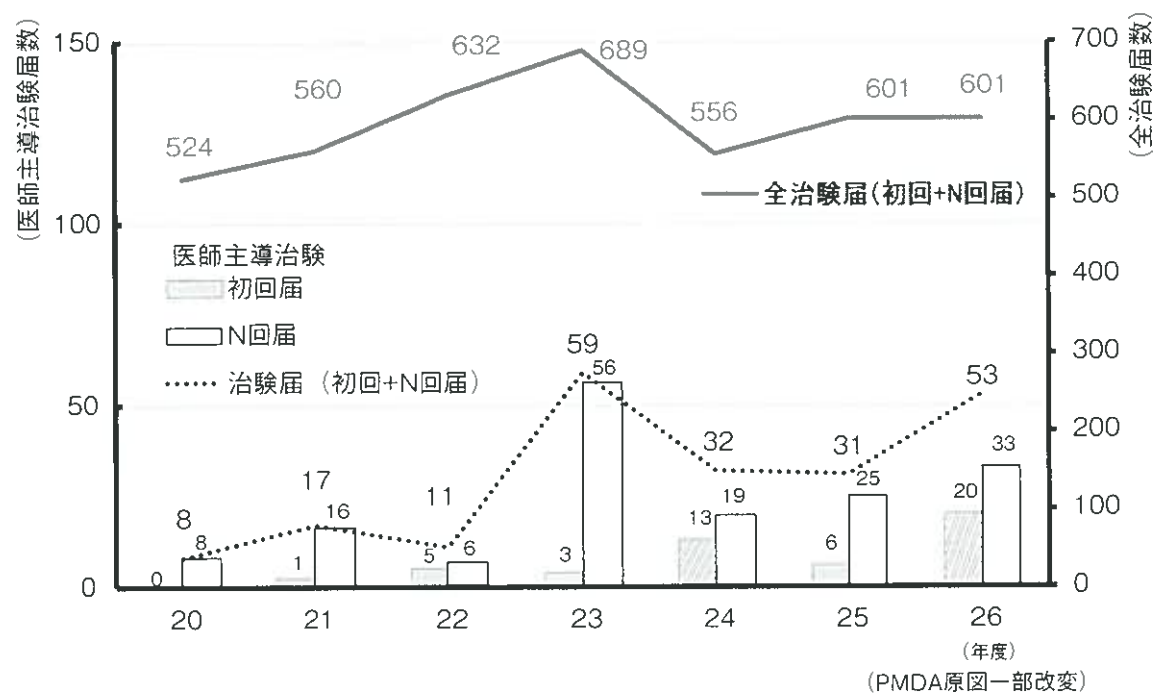
【表】

	保護あり (軽微な侵襲を除く)	軽微な侵襲	保護なし
	投薬・治療医療機器・手術等	採血等を伴う検査等の臨床試験	食品・運動負荷・保健指導等
介入研究	同意○（文書） 審査○（本審査） 登録○ 補償○（一部保険加入） 有害事象○ モニタリング・監査等○	同意○（文書） 審査○（本審査） 登録○ 補償△（有無の記載） 有害事象△ モニタリング・監査等×	同意○（口頭+記録可） 審査○（本審査） 登録○ 補償×
	CT・PET等による検査	少量の採血や被ばく・MRI等	尿・唾液等の採取 (残余検体の二次利用も同じ)
観察研究① 生体試料あり	同意○（文書） 審査○（本審査） 登録×	同意○（文書） 審査△（迅速審査） 登録×	同意○（口頭+記録可） 審査△（迅速審査） 登録×
	補償△（有無の記載） 有害事象○ モニタリング・監査等×	補償△（有無の記載） 有害事象△ モニタリング・監査等×	補償×
	(ほぼ想定されない)	(精神的苦痛を伴うアンケート等)	通常のアンケートやインタビュー等 (診療情報の二次利用も同じ)
観察研究② 生体試料なし	同上	同上	同意△（オプトアウト可） 審査△（迅速審査） 登録×
	有害事象対応の違い ・ 重篤未知の場合に厚労大臣報告：○のみ ・ 研究計画書に対応を予め記載：○と○のみ ・ 生じた場合に研究チーム・施設内で情報共有：○○△		補償×
			有害事象×
			モニタリング・監査等×

国立がん研究センター・田代志門原図

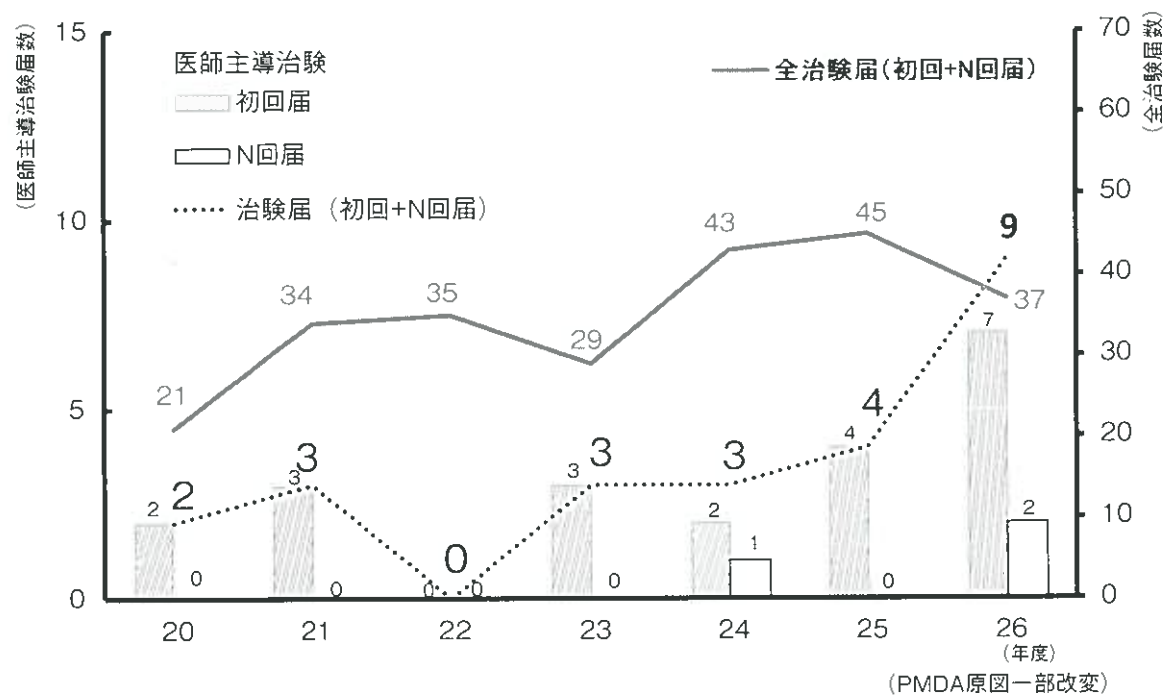
【図2】

医薬品治験届件数（平成20～26年）



【図3】

医療機器・器具等治験届件数（平成20～26年）



例えば、精神科の患者さんの園芸療法の有用性を臨床試験で検討しようとした場合、「侵襲でない」ことは容易に分かるが、園芸療法をやる群とやらない群を設定することは、明確な「介入」試験となるのである。この「介入」試験では「事前登録」が必須である。

研究の質に関わる「事前登録」が必要な理由は二つある。一つは「出版バイアス」の防止である。これまで研究結果はポジティブなもののみが公表されることが多く、ネガティブな結果は公表されてこなかったこと（出版の偏り）への反省である。事前にどのような臨床試験を実施するか登録（わが国の大学では UMIN 登録が多い）し、開示することによって他の研究者が知ることができ、その結果、二つ目の理由である「倫理的理由」を回避することができる。つまり必要のない臨床試験の実施を制限し、必要のない被験者を臨床試験に参加させることを防ぐことができるようになるのである。

さらに研究の透明性の確保から「利益相反 COI 管理」は重要であり、多くの大学ではすでに利益相反委員会が設置され適切に実施されていると思う。研究における産学連携は必要であることから研究者が自ら利益相反状態を自己申告することによって多くの利益相反は管理されている。また利益相反状態の大きなもの（例えば金額が巨額な場合等）は当該研究者が当該臨床試験から外れる等の管理が行われている。ただ、産学連携による利益相反状態自体が「悪い」との誤解もあり残念である。

⑧独立かつ公正な倫理審査委員会の承認が必要

この点は当然の事である。現在、わが国には全国に 1,000 以上の倫理委員会が存在するともいわれており、その質の向上、質の担保、また、そのセントラル化も考えられているようであるが詳細は他に譲る。

以上のように、現在、医師（研究者）が実施する全ての臨床試験・臨床研究が新しい倫理指針の基本方針に則って実施されているので、その現状を概説した。本倫理指針に則って「介入の程度」「侵襲の程度」を分けることより、試験の手続きである同意取得、倫理審査、事前登録、モニタリング・監査等々の実施が異なることを分かりやすく示したもの（表、国立がん研究センター：田代志門原図）は非常に役に立つので参考にされたい。

4 医師主導治験の現状

平成 15 年 GCP 省令の改正により、製薬企業の治験と同様に医師が医薬品医療機器総合機構 (PMDA) に治験相談し、治験届けを出して治験を実施出来るようになった。本来、このような医師主導治験は企業治験ではなかなか行われない希少疾患、特殊患者を対象とした、臨床の現場で医師たちが日常治療で解決すべきと考えている対象での治験である。また近年、医薬品・医療機器等のシーズを製薬企業等が独自で発見することは困難になりつつあり、アカデミア発の医薬品・医療機器等の開発が試みられている。

しかし、わが国の現状では医師主導治験に対する手続き等々の煩雑さ、それを補う人材の不足からまだ十分に実施されているとはいえない。そこで、行政は現在、臨床研究中核病院（私立医科大学病院は少ない）を指定して重点的に支援をしている。図 2、図 3 はわが国における平成 20 年からのこれら医薬品、医療機器等の「医師主導治験」の届出件数を示した。医薬品の治験届件数は平成 23 年頃より増加傾向にあり、企業主導治験を含めた全治験の約 1 割弱になってきている。一方、医療機器・器具等の医師主導治験の治験届件数は特に平成 26 年に急激に増加を示し、絶対数は少ないものの企業主導治験の約 2～3 割になっている。医師主導治験では新規医薬品の開発に加えて、既存の医薬品の適応追加、また新しい診断法、治療手技の開発等々、医師にとっても、より臨床現場に近いところでの治験が考えられ多く行われているように思う。まだまだ医師主導治験を総括できるほどではないと思われるが、近年、行政の促進策により、より活発に動き出しているのも事実である。

5 おわりに

わが国は現在でも世界有数の医薬品創出国であり、医薬品、医療機器等の開発は病気に苦しむ多くの患者にとって今後とも絶対必要である。また臨床試験、臨床研究によって合理的な治療法、診断法等々が確立され、将来の医療に貢献することは明白である。我々医師は臨床研究、臨床試験、治験を科学的、倫理的適正に、また信頼性、透明性を担保して実施出来るようにならなければならないと考える。

施設紹介

医科大学が果たす役割・使命は、医療の中核的病院としての地域社会の要請、医療技術の進歩等に伴い、社会的重要性は一層高まりつつある。なかでも、高度医療機関かつ医育機関として、充実した機能を備えた大学施設等が、新時代を担うものとして強く望まれている。本誌では、新・増築された協会加盟各大学施設を順次紹介している。

埼玉医科大学

大学病院 「東館」 がオープン



東館外観

埼玉医科大学では、埼玉医科大学病院（入間郡毛呂山町）の旧福祉棟跡地に建設を進めて参りました新棟「東館」がこのたび完成、3月7日にオープン致しました。この東館は、同病院の診療機能を集約、高機能化したもので、埼玉医科大学病院が担う「地域を守る医療」の入口機能を果たすべく、様々な工夫を凝らしています。

建物は地上7階建て、延べ床面積は約1万平方メートル。これまでは本館受付まで、階段やスロープを上らなければなりませんでした。東館北側のグランドフロア入口からエスカレーターで1階に上がると、そのまま本館へ、また南館へとフラットに行ける「ザ・メモリアルロード」へと通じます。さらに6月には、この東館と本館の間に建設中のエレベーター棟が完工し、西館までストレスなしに行き来できるようになります。



内視鏡センター

東館の1階部分は「グランドフロア」と呼ばれ、あらゆる症状や疾患に対応する総合診療内科や24時間応需の急患センターERが配置されています。さらに「こどもセンター」「女性ヘルスケアセンター」「プラチナ（高齢者総合）外来」など、お子さまや女性、高齢者に特化した診療センターや、「内分泌糖尿病内科」「呼吸器内科／アレルギーセンター」では生活習慣病などの疾患、また「難病センター」では希少な疾患への対応と、あらゆる疾患に対応します。

3階には最新の設備を揃えた検査、治療を行う「内視鏡センター」、5階には外来患者、入院患者どちらにも対応する「腎センター血液浄化ユニット」、最上階6階にはがん治療、免疫治療を行う「東館治療センター」が配されます。

東館完成を皮切りに、今後エレベーター棟の完工、本館2階、3階の改修と、「Patient Centered Medicine（患者さん中心の医療）」の実現を目指し、さらに機能充実を図って参ります。

岩手医科大学

エネルギーセンター竣工



施設外観

岩手医科大学は、平成 28 年 3 月に「エネルギーセンター」を矢巾キャンパスに竣工しました。

本施設は、東日本大震災での教訓を踏まえ、災害時のエネルギー供給を万全にするため、矢巾キャンパスへの岩手医科大学附属病院の移転整備に先行し、建設を行ったものです。

第 1 期事業として、岩手県「災害医療体制等整備費補助金」の支援を受けたエネルギーセンターの建物本体、そして、新エネルギー導入促進協議会の「スマートエネルギーシステム導入促進事業」を活用した太陽光発電設備や地中熱利用設備といった環境にやさしい再生可能エネルギーシステムのほか、燃料不足時にも活用可能な電気自動車、異なるエネルギー種からなるコージェネレーションシステムを整備し、発災時に外部からのエネルギー供給が途絶した場合でも 1 週間程度は十分に病院機能を維持可能とする施設となっています。

なお、このエネルギーセンターからは、新病院で使用するエネルギーを供給するほか、隣接するドクターヘリ基地や現在工事が進められている県立療育センター、とんたん支援学校にも電源を供給します。

また、岩手医科大学では矢巾町と防災協定を締結し、災害時には地域住民の避難所として会議室を提供することとしております。

施設名称：岩手医科大学エネルギーセンター

施設概要：建築面積：2,741.69㎡、

延床面積：6,054.31㎡

建物構造：RC 造 一部 S 造 鋼管杭 耐震構造

規模：地上 4 階 塔屋 1 階

施設設備：コージェネレーションシステム

(ガスインジン 700kw × 3 基、ディーゼルエンジン 700kw × 2 基)

太陽光発電設備：(10kw (パネル 40 枚))

地中熱利用設備：(335kw (95RT) × 2 台)

蓄電池設備 (15Kwh)

電気自動車 2 台分及び充放電設備 48kwh

エネルギー管理システム

工期：平成 26 年 11 月 1 日～平成 28 年 3 月 31 日



コージェネレーションシステム (ガスインジン)

杏林大学

井の頭キャンパス（医学部・共用棟、井の頭図書館）開校



キャンパス外観

杏林大学井の頭キャンパスが2016年4月に開校しました。井の頭キャンパスは医学部、医学部付属病院のある三鷹キャンパスから三鷹・吉祥寺駅方向へ700メートルの距離にあります。井の頭キャンパスの建物全6棟は免震構造となっており、安心して安全な学習環境を提供しています。

【講義室や語学サロンを備えた医学部・共用棟】

医学部の学生が主に使用するのが、キャンパス内バスロータリーに最も近い医学部・共用棟です。

1階はカフェテリア杏（学生食堂）と売店、2階はネイティブ教員らが常駐し、英語や中国語の会話練習や異文化交流ができる英語サロン・中国語サロン、英語の論文、履歴書の書き方指導が受けられるライティングセンターなどが設けられています。3階は最大243名を定員とする大講義室など5つの講義室があります。ここでは八王子キャンパスから移転してきた保健・総合政策・外国語学部そして医学部の1年生が混成クラスを組み、前期の授業の一部を同じ教室で受ける必修科目「地域と大学」が行われます。

【自然科学系フロアもある井の頭図書館】

本部棟の2～4階を占めるのが井の頭図書館です。

4階は、基礎医学・臨床医学の専門書や医学参考図書、国家試験問題集、自然科学系雑誌などを揃えた自然科学系フロアとなっています。3階は人文・



キャンパス配置図



大講義室

階段上に243席が配置されている。前方には上下式黒板が3台設置され、プロジェクターとスクリーンも各3台収納されている。



ラーニングコモンズフロア

オープン学習エリアは102席。ほかにグループ学習室やセミナー室、リフレッシュルームがある。

社会科学系フロアです。2階はラーニングコモンズフロアで、創造的な学習活動や知的探究の場としての活用が期待されています。

順天堂大学

医学部附属順天堂医院（仮称）B棟（低層棟）竣工

今回竣工した新病棟は、順天堂創立175周年を記念して最先端の診療・教育、研究各分野の実践と更なる国際化を推進するために施設・設備の再整備に取り組んでいる順天堂大学キャンパス・ホスピタル再編事業の一環のものです。

新病棟建設の基本コンセプトは、未来型医療施設として日本の中心地から世界へ発信する「100年建築」「他の範となる未来型病院」「エコロジー建築に関する先進的な取り組み」です。

具体的には、①免震・制震の長寿命構造の建物、②エビデンスに基づき感染に対する安全性を確保する先進的な施設仕様、③高層病院の火災時に安全に水平避難できるフロアシャッター構造、④次いでエレベーターで垂直避難できる防排煙システム、⑤放射空調システムによる快適な療養空間の創造などで、今までにない病院建築の夢を実現させた建物となっています。特に震災時も高層ビルで利用できるエレベーターの特別構造は日本初のものです。

また、これらの新しい技術は早稲田大学等との共同研究により検証、実現したものです。エコロジー建築の証としてCASBEEの最高であるSランク及び、世界的な環境評価の基準として注目されているLEEDのゴールドの認証を取得しています。

新病棟建築の基本コンセプトは、ほかにも順天堂に来院される多くの患者各位の期待を損なわないために既存の病院の全ての機能を落とすことなく、“原形質流動の如く”、建て替えることを目標にⅠ期（高層棟）とⅡ期（低層棟）に分けて建築を行いました。Ⅰ期は平成24年12月、Ⅱ期が本年4月15日に竣工し、総合設計の建物として完成させました。建物は病院機能として、病床、手術室、集中治療室、放射線、アンギオ、内視鏡、歯科、救急等を有し、既存病院棟の1号館とは専用上空通路と横断歩道橋とで接続されています。病院の周辺、特に前面と屋上は緑化させ、神田川沿いのエコホスピタルを強調し、花と小果実が実り、小鳥の遊ぶ林の創造に努めました。



外観全景

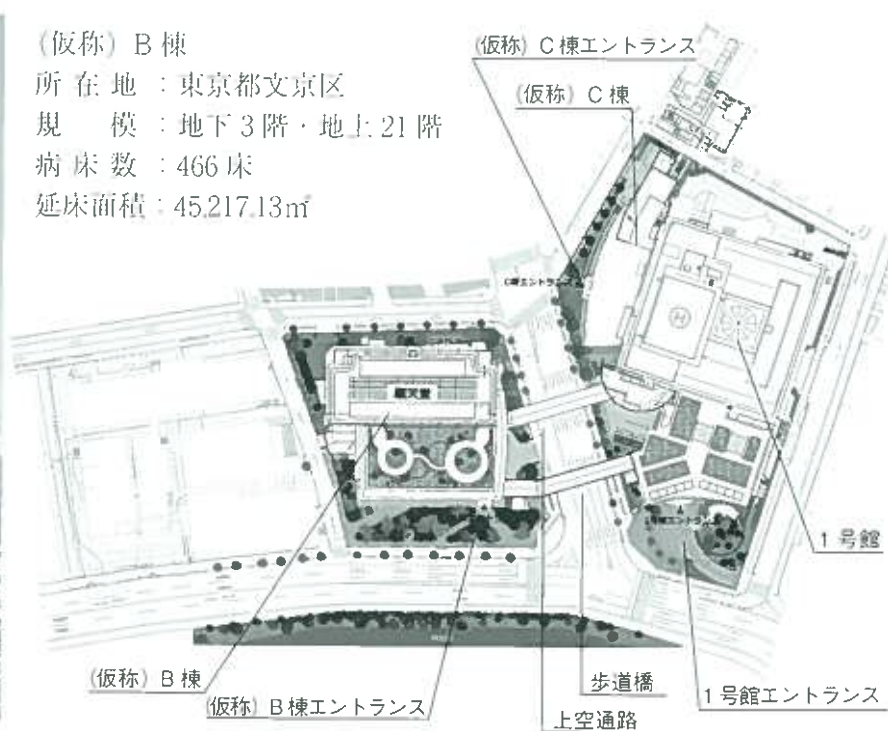
（仮称）B棟

所在地：東京都文京区

規模：地下3階・地上21階

病床数：466床

延床面積：45,217.13㎡



（仮称）B棟外構全体配置図

金沢医科大学

大学病院再生医療センター竣工



再生医療センター外観（地上2階建て）

金沢医科大学では、昨今世界中で研究が進められている再生医療の新たな臨床・研究施設として「再生医療センター」を建設することとし、平成28年2月に竣工しました。

建物は、金沢医科大学病院新館に直結し、1階に細胞分離装置培養装置などを導入した細胞調製室、2階には研究室や精度管理室などを備えています。

細胞調製室は労働環境に配慮したガラス張りで開放的なスタイルをとっており、安全・安心度が高いだけでなく、見学も可能となっております。

新しい医療である再生医療とその基礎研究は世界中で盛んに行われ、実際に医療現場で臨床応用が開始されるようになってきており、数年後には再生医療は現実のものになるだけでなく、医療の中心になる可能性があります。また、臓器機能の再生等を通じて、国民の健康維持並びに疾病の予防、診断及び治療に重要な役割を果たすことが期待されております。

なお、当センターでは、同年5月から本格稼働し、iPS細胞や幹細胞を用いた肝臓の再生やがん免疫療法などに取り組み、将来的には整形外科、循環器、生活習慣病など幅広い領域に対象を広げていく予定です。

【建物概要】※鉄骨造、地上2階建て

建築面積：約300㎡（約90坪）

延床面積：約600㎡（約180坪）

工事期間：平成27年7月～平成28年2月

【主なフロア構成】

2階：研究室、クリーンルーム、倉庫、センター長室、精度管理室、カンファレンスルーム、書庫、トイレ、出入口 等

1階：細胞調製室、細胞受入室、資材保管室、細胞保存室、出荷室、ガウニング室、パuffエアリア、オートクレーブ、管理室、資材倉庫、更衣室、機械室、予備室、ホール、非常用出口 等



細胞調製室

関西医科大学

総合医療センター新本館がオープン



新本館外観

関西医科大学附属滝井病院は、昭和7年の開院から74年に亘って本院としての機能を果たしてきました。しかし、施設の老朽化・狭隘化もあり、本院機能は平成18年に開院した附属枚方病院（現附属病院）へ移転し、滝井病院は本学附属第2病院として、今日まで機能してきました。平成25年には滝井地区と枚方市牧野地区の学舎を枚方病院隣接地へ統合・移転することが決まり、滝井地区学舎跡地に新本館を建設することとなりました。新本館は平成26年7月に着工し、本年3月に完成、5月6日（金）にオープンしました。同時に名称を関西医科大学附属滝井病院から関西医科大学総合医療センターに変更しました。

新本館は地下1階・地上7階建て、延べ床面積27,346.83㎡。地下1階にはMRIやPET-CTなどの画像診断装置、薬剤部、栄養管理部他を配置し、1・2階は外来部門、3階は手術室11室（一部、大学病院としては日本で2例目となる輻射熱空調も導入）やCCU・GICUなどを設置。4～6階は296床の病棟部門。さらに、全体の病床数は、北館・南館も合わせて477床となりました。また、院内処方を取り



1・2階が吹き抜けとなったエントランスホール

入れました。

今後は、南館・北館を改修する他、旧本館跡地（約8,800㎡）を緑豊かな「ホスピタルガーデン」として整備し、平成30年にグランドオープンいたします。

本学総合医療センターは、大学病院としての機能を保ちながら、地域の中核病院として地域医療に貢献いたします。

帝京大学

医学部附属新宿クリニック



クリニックがあるJR新宿ミライナタワー

帝京大学医学部附属新宿クリニックは、平成28年4月1日首都圏の最大の交通ハブとなっている新宿駅に新たに誕生したJR新宿ミライナタワー7階に開院いたしました。午前中はがんを中心とした人間ドック、午後は専門外来を中心に医学部の附属施設として、専門的な医療を提供します。専門外来は、生活習慣病、消化器、婦人科、乳腺外科、骨粗鬆症、頭痛、前立腺、睡眠時無呼吸症、がん相談外来など現代の医療ニーズに合わせた特長ある外来となっております。

【当施設の特徴】

「3つのコンセプト」「信頼性」「迅速性」「安全性」を基本コンセプトに全コース予約制で落ち着いた静かな環境のもとに、安全かつ迅速な人間ドック検査と経験豊富な専門医による精度の高い診断と対話による生活習慣病のアドバイスなどを行います。検診には、ベーシックな基本コース、がんコース、30代～40代の働く女性コースと多種のオプションを用意し、女性専用のスペースなどジェンダーに配慮した環境につとめ、婦人科検査、マンモグラフィー・乳房・腹部超音波検査等もすべて女性スタッフが対応します。ドック面談およびクリニックにおける専門外来では、関係する診療領域において豊富な経験のある専門家が担当し、帝京大学医学部附属病院をはじめ、必要に応じて受診者の希望される高度連携



クリニックエントランス



MRI装置

医療機関に紹介する連携登録制も充実させていきます。

【MRI／CT】

当クリニックは充実した画像診断機器を装備しました。MRI（1.5T）装置は、静音スキャン技術、圧迫感軽減、精細画質を特色としています。CTは線量を大幅に低減した64列機種です。胸部ファントムを用いたCT撮像では通常の胸部写真に匹敵するX線量の低減が検証されています。胸部CT診断には最新の自動解析診断ソフトを導入し、さらに専門医によるダブルチェック体制が実施されています。

今後とも、帝京大学はこの新拠点も活用して、がん・生活習慣病などの早期発見・予防について診療・研究・教育・啓発を充実させていきます。

大阪医科大学

附属病院中央手術棟稼働



中央手術棟外観

本年3月、大阪医科大学創立90周年に向けた記念事業の一環としての中央手術棟が開院いたしました。折しも時を同じくして、大阪薬科大学との法人合併により学校法人大阪医科薬科大学が誕生しました。この度の中央手術棟の開院は、教育・研究・医療を中心とするCenter of Communityとして、また本邦でも特色ある医療系総合大学・中等学園としての発展を目指す本学法人の出発に華を添えるものであります。

最先端の機器・設備を備えた中央手術棟は、手術室が20室あり、これまで13室で年間9,000件以上行われていた過密な手術スケジュールが緩和され、患者様をお待たせすることなく治療が開始できます。また、血管撮影装置やCTを設置したハイブリッド手術室が2室、内視鏡・ロボット手術に特化した手術室が5室、BCR室が2室など、機能分化した手術室となっています。ICUも16床と倍増し、4階及び5階の2病棟も、従来より格段にアメニティに配慮したものとなっています。本大学病院は、三島医療圏の医療の中核であり、特定機能病院として地域医療への貢献と世界に発信できる最先端医療技術の開発を目標にしており、新中央手術棟がその中心的役割を果たすものと確信しています。



中央手術棟手術室1



中央手術棟手術室2

本学法人は、一層の医療の高度化と安全性の向上を目指すとともに、既設の健康科学クリニック、訪問看護ステーション、並びに平成27年7月に開院した三島南病院とも力を合わせて地域医療に貢献してまいります。今後とも皆様のご支援をお願いいたします。

医大協ニュース

岩手医科大学

《役職者の人事》

◎学長

祖父江憲治（新任）

◎副学長

小林誠一郎（新任）

酒井明夫（新任）

三浦廣行（再任）

◎医学部長

佐藤洋一（新任）

◎医学部副学部長

人見次郎（再任）

小笠原邦昭（再任）

◎医歯薬総合研究所長

佐々木真理（新任）

◎附属病院長

杉山 徹（新任）

◎附属病院副院長

土井田稔（新任）

黒坂大次郎（新任）

鈴木健二（新任）

以上、平成 28 年 4 月 1 日付

《教授の人事》

◎医学教育学講座地域医療学分野

伊藤智範

平成 28 年 1 月 1 日付

◎形成外科学講座

柏 克彦

◎神経精神科学講座

大塚耕太郎

◎頭頸部外科学科

志賀清人

以上、平成 28 年 4 月 1 日付

《事務局の人事》

◎事務局長

吉田達朗

平成 28 年 4 月 1 日付

日本医科大学

《法人役員》

◎理事長

赫 彰郎（再任）

◎常務理事

山下精彦（再任）

高野照夫（再任）

◎常任理事

伊藤雅治（新任）

◎理事

伊藤雅治（新任）

清水一政（新任）

鈴木秀典（新任）

鎌田 隆（再任）

高野照夫（再任）

赫 彰郎（再任）

山下精彦（再任）

新 博次（再任）

黒川 顯（再任）

坂本篤裕（再任）

清野精彦（再任）

福永慶隆（再任）

以上、平成 28 年 12 月 17 日付

新 博次（退任）

平成 28 年 3 月 31 日付

吉田 寛（新任）

平成 28 年 4 月 1 日付

◎監事

柏原一英（再任）

柴山美子（再任）

以上、平成 28 年 12 月 17 日付

《人事》

◎医学部長

小澤一史（新任）

平成 27 年 11 月 1 日付

◎大学院教授

福原茂朋（先端医学研究所分子細胞構造学分野）

◎教授

江本直也（内科学（内分泌糖尿病代謝内科学））

久保田馨（内科学（呼吸器内科学））

以上、平成 28 年 4 月 1 日付

◎臨床教授

太田恵一朗（外科学（消化器外科学））

平成 27 年 12 月 1 日付

廣瀬 敬（内科学（呼吸器内科学））

平成 28 年 4 月 1 日付

◎特任教授

デシュバンデ ゴータム

平成 27 年 10 月 1 日付

木田厚瑞

馬場俊吉

有馬保生

北村 伸

小林士郎

ルビー バワンカール

秋山健一

宗像一雄

及川真一

山本邦比古

岡田唯男

岡田 進

以上、平成 28 年 4 月 1 日付

◎付属病院院長

坂本篤裕（再任）

◎武蔵小杉病院院長

田島廣之（新任）

◎多摩永山病院院長

吉田 寛（新任）

◎千葉北総病院院長

清野精彦（再任）

以上、平成 28 年 4 月 1 日付

◎知財センター長

猪口孝一

平成 27 年 12 月 1 日付

◎健診医療センター長

石原圭一

平成 28 年 1 月 1 日付

◎研究統括センター長

弦間昭彦

平成 28 年 2 月 1 日付

◎呼吸ケアクリニック所長

木田厚瑞

◎成田国際空港クリニック所長

赤沼雅彦

◎ICT 推進センター長

林 宏光

以上、平成 28 年 4 月 1 日付

《定年退職》

◎教授

小川俊一（小児科学）

山本邦比古（眼科学）

◎診療教授

宮下次廣（放射線医学）

岡田 進（放射線医学）

◎病院教授

本間 博（内科学（循環器内科学））

以上、平成 28 年 3 月 31 日付

《称号授与》

◎名誉学長

田尻 孝

平成 27 年 10 月 1 日付

◎名誉教授

小川俊一（小児科学）

◎武蔵小杉病院名誉院長

黒川 顯

◎多摩永山病院名誉院長

新 博次

以上、平成 28 年 4 月 1 日付

東邦大学

《役職者人事》

◎事務局長就任

中村俊一郎

平成 28 年 1 月 1 日付

《教授人事》

◎教授就任

片桐由起子（産婦人科学講座）

榊原隆次（内科学講座神経内科学分野）

鷺澤尚宏（臨床支援室）

和田弘太（耳鼻咽喉科学講座）

以上、平成 28 年 4 月 1 日付

◎教授退任

枝松秀雄（耳鼻咽喉科学講座）

黒木宣夫（精神神経医学講座）

佐地 勉（小児科学講座）

杉 薫（内科学講座循環器内科学分野）

野池博文（内科学講座循環器内科学分野）

松井秀親（国際交流センター）

宮崎修一（先端医科学研究センター）

向井秀樹（皮膚科学講座）

以上、平成 28 年 3 月 31 日付

◎名誉教授称号授与

黒木宣夫

佐地 勉

杉 薫

宮崎修一

以上、平成 28 年 4 月 1 日付

東京医科大学

《法人役員》

◎理事就任

小林正貴

平成 27 年 10 月 1 日付

◎理事退任

松崎靖司

平成 27 年 9 月 30 日付

《人事》

◎茨城医療センター病院長

小林正貴（内科系分野腎臓内科教授）（新任）

◎茨城医療センター副院長

古川欣也（外科系分野呼吸器外科教授）（再任）

石井朝夫（外科関連分野整形外科教授）（新任）

柳田国夫（病院機能関連領域集中治療部准教授）（再任）

清田朝子（茨城医療センター看護部長）（再任）

以上、平成 27 年 10 月 1 日付

◎教授

吉村真奈（放射線医学分野）

平成 27 年 11 月 1 日付

伊藤良和（血液内科学分野）

櫻井博文（高齢総合医学分野）

以上、平成 27 年 12 月 1 日付

宮本高晴（人文科学領域英語教室）

神田茂雄（自然科学領域数学教室）

以上、平成 28 年 2 月 1 日付

稲津正人（大学機能関連分野医学総合研究所）

平成 28 年 3 月 1 日付

沢田哲治（糖尿病・代謝・内分泌・リウマチ・膠原病内科学分野）

池上 正（茨城医療センター内科系分野消化器内科）

梅林芳弘（八王子医療センター内科関連分野皮膚科）

以上、平成 28 年 4 月 1 日付

◎主任教授（退任）

森安史典（消化器内科学分野）

橘 政昭（泌尿器科学分野）

◎教授（退任）

黒須三恵（人文科学領域生命倫理学（医学倫理学）教室）

瀬尾直美（自然科学領域生物学教室）

八谷如美（病態生理学分野）

吉田雅治（八王子医療センター

内科系分野腎臓内科)

大井綱郎 (八王子医療センター
内科関連分野皮膚科)

菅又 章 (八王子医療センター
外科関連分野形成外科)

岡 寛 (八王子医療センター
内科関連分野リウマチ性疾患治
療センター)

◎臨床教授 (退任)

大瀬戸清茂 (麻酔科学分野)

以上、平成28年3月31日付

東京女子医科大学

《法人役員の就任》

◎理事就任

日沼千尋

内湯安子

山本雅一

以上、平成28年4月1日付

《法人役員の退任》

◎理事退任

田中美恵子

平成27年11月30日付

川島 眞

上野恵子

以上、平成28年3月31日付

◎教授就任

矢口有乃 (救急医学教授・講座
主任)

平成28年3月1日付

西村勝治 (精神医学教授・講座
主任)

大久保由美子 (医学教育学教授・
講座主任)

土屋 健 (本院血液浄化療法科
教授)

長谷川久弥 (東医療センター周
産期新生児診療部教授)

以上、平成28年4月1日付

◎教授退任

石郷岡純 (精神医学教授・講座
主任)

大貫恭正 (外科学 (第一) 教授・

講座主任)

加藤義治 (整形外科教授・講
座主任)

秋葉 隆 (本院血液浄化療法科
教授)

松原正男 (東医療センター眼科
教授)

遠藤弘良 (国際環境・熱帯医学
教授・講座主任)

福井由理子 (生物学教授)

桃原茂樹 (膠原病リウマチ痛風
センター教授)

以上、平成28年3月31日付

東京慈恵会医科大学

《人事異動》

◎理事長

栗原 敏 (再任)

◎理事

松藤千弥 (再任)

丸毛啓史 (再任)

伊藤 洋 (再任)

中村 敬 (新任)

東條克能 (再任)

谷口郁夫 (再任)

宇都宮一典 (新任)

井田博幸 (再任)

浅野晃司 (再任)

高橋則子 (再任)

加藤一人 (再任)

高橋紀久雄 (再任)

香川草平 (再任)

高木敬三 (再任)

前田新造 (再任)

以上、平成28年4月1日付

◎教授

加地正伸 (昇任/大学直属)

岡本友好 (昇任/外科学講座)

以上、平成27年10月1日付

朝倉 正 (昇任/アイソトープ
実験研究施設)

平成28年1月1日付

立花利公 (昇任/基盤研究施設

(分子細胞生物学)

中村真理子 (昇任/教育センター)

以上、平成28年2月1日付

猿田雅之 (昇任/内科学講座
消化器・肝臓内科担当)

武田 聡 (昇任/救急医学講座
担当)

鈴木正章 (昇任/病理学講座)

下山恵美 (昇任/麻酔科学講座)

今津博雄 (昇任/内視鏡科)

以上、平成28年4月1日付

昭和大学

《就任関係》

◎理事長

小口勝司 (再任)

◎理事

小出良平 (再任)

板橋家頭夫 (新任)

宮崎 隆 (再任)

中村明弘 (新任)

下司映一 (再任)

久光 正 (再任)

内田 樹 (再任)

上條由美 (再任)

三邊武幸 (新任)

眞田 裕 (再任)

新井一成 (再任)

野中明人 (新任)

◎監事

小林 節 (再任)

飯島裕之 (新任)

細山田明義 (再任)

◎昭和大学病院病院長

板橋家頭夫 (就任)

◎昭和大学藤が丘病院病院長

高橋 寛 (就任)

◎昭和大学藤が丘リハビリテー

ション病院病院長

市川博雄 (就任)

以上、平成28年4月1日付

◎医学部産婦人科学講座教授 (昭

和大学横浜市北部病院勤務)

日本私立医科大学協会元理事
学校法人慈恵大学元理事長・東京慈恵会医科大学元学長・
名誉教授 阿部正和先生ご逝去

学校法人慈恵大学元理事長・東京慈恵会医科大学元学長・名誉教授並びに日本私立医科大学協会元理事の阿部正和先生におかれましては、平成 28 年 2 月 26 日にご逝去なさいました。享年 97 でした。

先生は、大正 7 年 12 月 5 日に東京に生まれ、昭和 11 年に青山学院中学部を卒業されました。昭和 17 年に東京慈恵会医科大学を卒業後、海軍軍医を経て、国立東京第二病院で内科医師として研鑽されました。その後、東京慈恵会医科大学第二生理学教室で生理学研究に従事し、昭和 29 年生理学教室助教授、昭和 35 年同教室教授となりました。昭和 39 年には、青戸病院内科（第四内科学講座）主任教授に就任されました。昭和 59 年までの 20 年間の長きに亘り教育・研究・診療に指導力を発揮され、多数の生理学者ならびに医療者を育成され、昭和 59 年に名誉教授の称号が授与されました。

昭和 50 年に東京慈恵会医科大学附属病院長、昭和 57 年に東京慈恵会医科大学学長、平成 5 年に学校法人慈恵大学理事長に就任し、大学運営を先導し、学校法人慈恵大学の発展に尽力されました。

また、臨床医学における諸学会の評議員、理事として活動されると共に、文部省、厚生省の各種委員会活動を通して、医学教育の改善に努められました。また、国民の健康増進と疾患予防のための啓蒙にも努められ、我が国における医学教育の発展・充実に貢献されました。これらの業績により、平成 6 年勲二等瑞宝章を受章され、平成 28 年 2 月に従四位叙位の栄誉に浴されました。昭和 62 年に日本私立医科大学協会理事に就任され、学長・医学部長会議担当理事を務められました。

ここに生前の多大なる先生の功績を称え、謹んでご冥福をお祈りいたします。



阿部正和先生



阿部正和先生を偲ぶ会
平成 28 年 5 月 7 日（土）
東京慈恵会医科大学 大学 1 号館講堂

長塚正晃（就任）
平成 27 年 10 月 13 日付
◎医学部麻酔科学講座教授（昭和大学江東豊洲病院勤務）
鈴木尚志（就任）
◎医学部放射線医学講座教授（放射線科学部門）（昭和大学江東豊洲病院勤務）
長谷川真（就任）
以上、平成 28 年 1 月 12 日付
◎医学部薬理学講座教授（医科薬

理学部門）
木内祐二（就任）
平成 28 年 4 月 1 日付
◎医学部外科学講座教授（員外）（心臓血管外科部門）（昭和大学横浜市北部病院勤務）
南淵明宏（就任）
平成 27 年 10 月 13 日付
◎昭和大学名誉教授
松川正明（授与）
平成 27 年 10 月 1 日付

洲崎春海（授与）
平成 27 年 10 月 13 日付
世良田和幸（授与）（昭和大学横浜市北部病院長職は継続）
平成 27 年 12 月 1 日付
小口勝司（授与）
有賀 徹（授与）
水間正澄（授与）
新井一成（授与）（昭和大学江東豊洲病院長職は継続）
以上、平成 28 年 4 月 1 日付

《退任関係》

- ◎昭和大学病院病院長
有賀 徹（退任）
- ◎昭和大学藤が丘病院病院長
眞田 裕（退任）
- ◎昭和大学藤が丘リハビリテーション病院病院長
三邊武幸（退任）
- ◎医学部薬理学講座教授（医学薬理学部門）
小口勝司（定年退職）
- ◎医学部救急医学講座教授（昭和大学病院勤務）
有賀 徹（定年退職）
- ◎医学部内科学講座教授（消化器内科学部門）（昭和大学藤が丘病院勤務）
高橋 寛（定年退職）
（平成28年4月1日付 昭和大学藤が丘病院長職に就任）
- ◎医学部内科学講座教授（腎臓内科学部門）（昭和大学藤が丘病院勤務）
吉村吾志夫（定年退職）
- ◎医学部内科学講座教授（血液内科学部門）（昭和大学藤が丘病院勤務）
森 啓（定年退職）
- ◎医学部リハビリテーション医学講座教授（昭和大学藤が丘リハビリテーション病院勤務）
水間正澄（定年退職）
- ◎医学部放射線医学講座教授（放射線科学部門）（昭和大学横浜市北部病院勤務）
御橋民生（定年退職）
- ◎医学部内科学講座教授（員外）（呼吸器アレルギー内科学部門）（昭和大学藤が丘病院勤務）
國分二三男（定年退職）
- ◎医学部小児科学講座教授（員外）（昭和大学横浜市北部病院勤務）
北澤重孝（定年退職）
- ◎医学部法医学講座教授（員外）
熊澤武志（退職）

以上、平成28年3月31日付

- ◎医学部生化学講座教授（薬学部
に異動）
巖本三壽（異動）
平成27年10月13日付
- 《異動関係》
- ◎医学部外科学講座教授（呼吸器外科部門）（昭和大学横浜市北部病院勤務）
門倉光隆（異動）
平成28年4月1日付

順天堂大学

《人事異動》

- ◎学長
新井 一（就任）
（平成28年4月1日～平成32年3月31日）
- ◎学長特別補佐
木南英紀（就任）
（平成28年4月1日～平成29年3月31日）
- ◎医学部長・大学院医学研究科長
代田浩之（就任）
（平成28年4月1日～平成31年3月31日）
- ◎医学部副学部長
長岡 功（就任）
（平成28年4月1日～平成30年3月31日）
- ◎医学部附属順天堂医院長
天野 篤（就任）
（平成28年4月1日～平成29年3月31日）
- ◎医学部附属静岡病院長
三橋直樹（再任）
（平成28年4月1日～平成30年3月31日）
- ◎医学部附属順天堂越谷病院長
高崎芳成（就任）
（平成28年4月1日～平成31年3月31日）
- ◎医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター院長

津田裕士（再任）

（平成28年4月1日～平成30年3月31日）

- ◎医学部附属練馬病院長
児島邦明（再任）
（平成28年4月1日～平成30年3月31日）
- ◎大学院医学研究科静岡災害医学研究センター長
佐藤浩一（就任）
平成27年10月1日付
- ◎本郷・お茶の水キャンパス事務長
伊藤嘉章（就任）
平成27年11月1日付
- ◎特任教授
入村達郎（選任）（大学院医学研究科生化学・細胞機能制御学）
平成28年1月21日付（～平成28年3月31日）
高崎芳成（選任）（膠原病・リウマチ内科学）
須山正文（選任）（消化器内科学（浦安病院））
津田裕士（選任）（総合診療科学（東京江東高齢者医療センター））
以上、平成28年4月1日付
- ◎教授
平澤恵理（就任）（医学研究科老人性疾患病態・治療研究センター／老化・疾患生体制御学／医学部神経学講座）
平成28年2月1日付
丸山祐一郎（就任）（医学研究科整形外科・運動器医学（浦安病院）／医学部整形外科学講座）
平成28年3月1日付
石川晴士（就任）（大学院医学研究科麻酔科学／医学部麻酔科学・ペインクリニック講座）
平成28年4月1日付
- ◎教授定年退職
高崎芳成（大学院医学研究科膠原病・リウマチ内科学）
榎原 高（大学院医学研究科医学教育学）

富永 滋（大学院医学研究科呼吸器内科学（浦安病院））

須山正文（大学院医学研究科消化器内科学（浦安病院））

津田裕士（大学院医学研究科総合診療科学（東京江東高齢者医療センター））

以上、平成 28 年 3 月 31 日付

◎名誉教授選任

神山洋一郎

河盛隆造

黒澤 尚

高崎芳成

梶原 高

津田裕士

鶴丸昌彦

以上、平成 28 年 4 月 1 日付

関西医科大学

《役員人事》

◎理事就任

岡崎和一（新任）

高井 俊（新任）

加藤好文（新任）

以上、平成 28 年 4 月 1 日付

◎理事辞任

新宮 興

井関隆政

以上、平成 28 年 3 月 31 日付

《教授人事》

◎教授就任

大井由美子（麻酔科学講座診療教授）

平成 28 年 1 月 1 日付

上林卓彦（麻酔科学講座）

細野光治（心臓血管外科学講座診療教授）

加藤令子（看護学部設置準備室）

瀬戸奈津子（看護学部設置準備室）

以上、平成 28 年 4 月 1 日付

◎教授退任

新宮 興（麻酔科学講座）

平成 28 年 3 月 31 日付

《役職者人事》

◎卒後臨床研修センターセンター長

金子一成（再任）

平成 28 年 1 月 1 日付

◎附属滝井病院（5 月 1 日総合医療センターに名称変更）病院長

岩坂壽二（再任）

◎香里病院病院長

高山康夫（再任）

◎天満橋総合クリニック院長

浦上昌也（再任）

◎教務部長

野村昌作（再任）

◎学生部長

福永幹彦（新任）

◎大学情報センターセンター長

伊藤誠二（再任）

◎大学院教務部長

中邨智之（再任）

◎附属生命医学研究所所長

木梨達雄（再任）

以上、平成 28 年 4 月 1 日付

大阪医科大学

《法人役員人事》

◎理事長

植木 實（退任）

平成 27 年 12 月 31 日付

植木 實（就任）

平成 28 年 1 月 1 日付

◎理事

植木 實（退任）

磯田洋三（退任）

以上、平成 27 年 12 月 31 日付

植木 實（就任）

磯田洋三（就任）

以上、平成 28 年 1 月 1 日付

黒岩敏彦（退任）

河村敏介（退任）

以上、平成 28 年 3 月 31 日付

《学校法人大阪医科薬科大学》

（法人合併に伴う変更）

◎副理事長

濱岡純治（就任）

◎常務理事

田部信重（就任）

◎理事

政田幹夫（就任）

天野富美夫（就任）

武枝敏之（就任）

内山和久（就任）

濱岡純治（就任）

岡村一美（就任）

辻坊 裕（就任）

田部信重（就任）

◎監事

新井一雄（就任）

以上、平成 28 年 4 月 1 日付

《人事》

◎教授退任

千原精志郎（心理学）

花房俊昭（内科学Ⅰ）

◎専門教授退任

西村保一郎（数学）

辻 求（病理学）

以上、平成 28 年 3 月 31 日付

◎教授就任

近藤洋一（解剖学）

◎特別職務担当教員（教授）就任

（健康科学クリニック）

後山尚久

◎特別職務担当教員（教授）就任

（三島南病院）

金 明博（整形外科）

鈴木秀治（内科）

瀧井道明（内科）

以上、平成 28 年 4 月 1 日付

久留米大学

《学長就任》

◎久留米大学学長

永田見生（再任）

平成 28 年 1 月 1 日付

《常務理事就退任》

◎学校法人久留米大学常務理事

宮原岩政（退任）

平成 28 年 3 月 31 日付

廣田りょう（就任）

平成28年4月1日付
《理事就任》

◎学校法人久留米大学理事
久原正治

平成28年4月1日付
《事務局長就任》

◎久留米大学事務局長
有馬彰博（退任）

平成28年3月31日付
相園浩一（就任）

平成28年4月1日付
《役職者の退任》

◎医学部附属病院院長
坂本照夫

◎先端癌治療研究センター所長
鹿毛政義

以上、平成28年3月31日付
《役職者の就任》

◎医学部附属病院院長
志波直人

◎がんワクチンセンター長
伊東恭悟（再任）

◎バイオ統計センター所長
角間辰之

◎先端癌治療研究センター所長
山田 亮

◎高次脳疾患研究所長
内村直尚（再任）

◎認定看護師教育センター長
三橋睦子（再任）

以上、平成28年4月1日付
《教授の退任》

◎医学部附属病院病理部
鹿毛政義（定年）

◎医学部医学科救急医学講座
坂本照夫（定年）

◎保健管理センター
豊増功次（定年）

以上、平成28年3月31日付
《教授の就任》

◎医学部医学科整形外科学講座
大川孝浩

平成27年12月1日付
◎医学部医学科救急医学講座

高須 修

◎健康・スポーツ科学センター
副島 崇

以上、平成28年4月1日付
《特命教授の就任》

◎学長直属
伊東恭悟（再任）

野口正典（再任）

◎学長直属

由谷 茂

鹿毛政義

佐藤敏信

以上、平成28年4月1日付

《特定教授の就任》

◎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28年4月1日付

北里大学

《人事異動》

◎教授採用
堺 隆一（生化学）

平成27年10月1日付

山下 拓（耳鼻咽喉科・頭頸部
外科学）

平成28年2月1日付

◎教授昇任
竹内康雄（腎臓内科学）

平成27年10月1日付

狩野有作（臨床検査診断学）

宮崎浩二（輸血・細胞移植学）

木田光広（消化器内科学（北里
大学メディカルセンター）

猪又孝元（循環器内科学（北里
研究所病院）

以上、平成28年4月1日付

◎教授退職

栗原克由（法医学）

清水公也（眼科学）

以上、平成28年3月31日付

杏林大学

《人事》

◎副病院長、医療安全管理部長（就任）
正木忠彦（外科学（消化器・一
般外科））

◎教授（就任）

浮山越史（小児外科学）

柴原純二（病理学）

寺尾安生（細胞生理学）

◎臨床教授（就任）

大浦紀彦（形成外科学）

鎮西美栄子（麻酔科学）

◎医学部付属看護専門学校長（就任）
岡島康友（リハビリテーション科）

以上、平成28年4月1日付

◎教授（退任）

大倉康男（病理学教室）

平成28年2月29日付

赤川公朗（細胞生理学）

古賀良彦（精神神経科学、医学
部付属看護専門学校長）

塩原哲夫（皮膚科学）

高橋信一（第三内科学（消化器
内科）、病院副院長、医療安全
管理部長）

重澤融司（小児外科学）

以上、平成28年3月31日付

◎名誉教授称号授与

赤川公朗

古賀良彦

佐藤喜宣

塩原哲夫

角田 透

重澤融司

以上、平成28年4月1日付

川崎医科大学

《就任》

◎産婦人科学2教授

本郷淳司

平成28年1月1日付

◎健康管理学教授

鎌田智有

平成28年4月1日付

《退任》

◎薬理学教授

大熊誠太郎

◎分子生物学Ⅰ（発生学）教授

濃野 勉

◎消化器外科学教授

平井敏弘

◎麻酔・集中治療医学Ⅰ教授

藤田喜久

以上、平成28年3月31日付

聖マリアンナ医科大学

《教授の異動》

◎教授定年退職

山田秀裕（内科学（リウマチ・
膠原病・アレルギー内科）教授）
平成27年12月31日付

明間立雄（生理学（統合生理）
教授）

田口芳雄（脳神経外科学（脳神
経外科一般）教授）

館田武志（麻酔学教授）

瀧 正志（小児科学（小児科）
教授）

辻本文雄（臨床検査医学病院教
授）

以上、平成28年3月31日付

《教授退職》

高井憲治（免疫学・病害動物学
特任教授）

平成28年3月31日

《教授任命》

古茶大樹（神経精神科学教授）
平成28年1月1日付

幸田和久（生理学（統合生理）
教授）

井上莊一郎（麻酔学教授）

中島貴子（臨床腫瘍学教授）

以上、平成28年4月1日付

西村俊秀（分子病態情報研究講
座特任教授）

平成27年12月1日付

田口芳雄（脳神経外科学（脳神
経外科一般）特任教授）

館田武志（麻酔学特任教授）

瀧 正志（小児科学（小児科）
特任教授）

月川 賢（緩和医療学（愛和病
院）寄附講座特任教授）

以上、平成28年4月1日付

鈴木真奈絵（疾患バイオマーカー・
標的分子制御学大学院教授）

山野嘉久（先端医療開発学大学
院教授）

渡邊俊樹（先端医療開発学大学
院特任教授）

以上、平成28年4月1日付

帝京大学

《人事異動》

◎教授

宮澤幸正（ちば総合医療セン
ター外科学）（採用）

平成27年10月1日付

◎名誉教授

藤森 新

平林慎一

◎大学院研究科長

園生雅弘（医学部神経内科学講座）

◎病院長

坂本哲也（医学部救急医学講座）

◎主任教授

小室裕造（医学部形成・口腔顎
顔面外科学講座）（昇任）

◎教授

宮澤光男（医学部附属溝口病院
緩和ケアセンター）（採用）

田中尚文（ちば総合医療センター
リハビリテーション科）（採用）

◎帝京大学医学部附属新宿クリ

ニック院長

藤森 新

以上、平成28年4月1日付

藤田保健衛生大学

《役員人事》

◎理事長

小野雄一郎（再任）

◎専務理事

星長清隆（再任）

◎常務理事

才藤栄一（再任）

清川剛夫（再任）

◎理事

小野雄一郎（再任）

才藤栄一（再任）

清川剛夫（再任）

岩田伸生（再任）

金田嘉清（再任）

湯澤由紀夫（再任）

井澤英夫（再任）

内藤健晴（再任）

近松 均（再任）

以上、平成27年10月2日付

《役職者人事》

◎副学長

岩田伸生

内藤健晴

◎医学部長

岩田伸生（再任）

◎副医学部長

松井俊和（再任）

◎総合医科学研究所長

倉橋浩樹（再任）

◎藤田記念七葉研究所長

園田 茂（再任）

以上、平成28年4月1日付

◎藤田保健衛生大学病院副院長

今泉和良（新任）

廣瀬雄一（再任）

尾崎行男（新任）

西田 修（再任）

白木良一（新任）

高木 靖（再任）

眞野恵子（再任）

◎総合救命救急センター長代行

岩田充永

◎藤田保健衛生大学坂文種報徳會 病院副院長

守瀬善一（再任）

堀口高彦（再任）

寺田信樹（再任）

以上、平成28年2月1日付

堀口明彦（新任）

平成28年4月1日付

◎藤田保健衛生大学七栗記念病院 副院長

東口高志（再任）

平成28年2月1日付

《教授の任命》

寺田信樹（整形外科機能再建学）

平成27年12月1日付

岩田充永（救急総合内科学）

剣持 敬（移植・再生医学）

加賀谷齊（リハビリテーション
医学Ⅰ）

以上、平成28年1月1日付

石原 慎（臨床医学総論）

平成28年2月1日付

武地 一（認知症・高齢診療科）

杉浦一充（皮膚科学）

林 真也（放射線腫瘍科）

守瀬善一（一般外科学）

堀口明彦（消化器外科学）

中原一郎（脳卒中科）

関谷隆夫（産婦人科学）

松永佳世子（アレルギー疾患対
策医療学（寄附講座）

以上、平成28年4月1日付

《教授の退職》

武山直志（救命救急医学）

平成27年9月30日付

小林英敏（放射線腫瘍科）

吉村陽子（形成外科学）

以上、平成28年3月31日付

《名誉教授称号授与》

松永佳世子

吉村陽子

以上、平成28年4月1日付

兵庫医科大学

《役員人事》

◎理事就任

野口光一

前田初男

三輪洋人

阪上雅史

西岡 清

以上、平成28年4月1日付

山本光昭

平成27年11月1日付

◎理事退任

坂元譲次

平成28年4月6日付

中西憲司

末廣 謙

三村 治

以上、平成28年3月31日付

太田稔明

平成27年10月31日付

《役職者の就任》

◎学長

野口光一

◎副学長

三輪洋人

藤元治朗

◎図書館長

佐野 統

◎教務部長

辻村 亨

◎入試センター長

八木秀司

以上、平成28年4月1日付

《役職者の退任》

◎学長

中西憲司

◎図書館長

廣田省三

◎教務部長

若林一郎

◎入試センター長

野口光一

以上、平成28年3月31日付

《教授の人事》

◎教授就任

五味 文（眼科学）

麩谷博幸（整形外科学）

波多野悦朗（外科学肝・胆・膵
外科）

以上、平成28年4月1日付

小山英則（内科学糖尿病・内分
泌・代謝科）

平成28年2月1日付

大植孝治（外科学小児外科）

平成28年1月1日付

◎特任教授就任

三村 治（神経眼科治療学）

笹子三津留（集学的腫瘍外科学）

以上、平成28年4月1日付

◎教授退任

玉置知子（遺伝学）

筒井ひろ子（病原微生物学）

三村 治（眼科学）

笹子三津留（外科学上部消化管
外科）

田中寿一（整形外科学）

以上、平成28年3月31日付

西崎知之（生理学生体情報部門）

平成27年12月24日付

家城隆次（胸部腫瘍学）

平成27年11月10日付

◎名誉教授の称号授与

中西憲司（免疫学）

玉置知子（遺伝学）

筒井ひろ子（病原微生物学）

三村 治（眼科学）

笹子三津留（外科学上部消化管
外科）

以上、平成28年4月1日付

愛知医科大学

《人事異動》

◎理事長

三宅養三（再任）

平成28年1月28日付

◎理事

山岸越夫（退任）

渡辺俊也（退任）
以上、平成 28 年 1 月 27 日付
岡田尚志郎（再任）
羽生田正行（再任）
衣斐 達（再任）
島田孝一（再任）
羽根田雅巳（再任）
若槻明彦（新任）
小出龍郎（再任）
坂井克彦（再任）
土井清孝（再任）
那須國宏（新任）
棚本充明（新任）
三宅義三（再任）
柳田昇二（再任）
山内一征（再任）
以上、平成 28 年 1 月 28 日付

◎教授

松山克彦（採用）（外科学講座（心臓外科））
瓶井資弘（採用）（眼科学講座）
以上、平成 27 年 9 月 1 日付
武山直志（採用）（救命救急科）
平成 27 年 10 月 1 日付
中野正吾（昇任）（外科学講座（乳腺・内分泌外科））

平成 28 年 2 月 1 日付

佐賀信介（退職）（病理学講座）
小林章雄（退職）（衛生学講座）
今井常夫（退職）（医療安全管理室）

以上、平成 28 年 3 月 31 日付

◎教授（特任）

井上保介（退職）（地域救急医療学寄附講座）
羅喉正泰（退職）（眼科学講座）
伊吹恵里（退職）（総合診療科）
三木靖雄（退職）（救命救急科）
以上、平成 28 年 3 月 31 日付

自治医科大学

《役員の変動》

◎理事

橋本光男（退任）

平成 28 年 3 月 31 日付
古尾谷光男（就任）

平成 28 年 4 月 1 日付

《大学の人事》

◎附属病院副院長

杉山幸比古（退任）

平成 28 年 3 月 31 日付

松原茂樹（就任）

遠藤俊輔（就任）

山形崇倫（就任）

以上、平成 28 年 4 月 1 日付

◎さいたま医療センター副セン

ター長

加計正文（退任）

平成 28 年 3 月 31 日付

遠山信幸（就任）

平成 28 年 4 月 1 日付

◎図書館長

浜本敏郎（退任）

平成 28 年 3 月 31 日付

岡本宏明（就任）

平成 28 年 4 月 1 日付

金沢医科大学

《役職教員》

◎副院長

才田悦子（看護部部長）（再任）
（任期：平成 28 年 4 月 1 日～平成 29 年 3 月 31 日）

◎病院長補佐

堀 有行（医学教育学教授）（再任）
堤 幹宏（肝胆脾内科特任教授）
（再任）

（以上、任期：平成 28 年 4 月 1 日～平成 29 年 3 月 31 日）

《教授人事》

◎講座主任

石崎昌夫（衛生学）（就任）

平成 28 年 1 月 1 日付

笹川寿之（産科婦人科学）（就任）

平成 28 年 2 月 1 日付

西尾真友（薬理学）（定年退職）

松本忠美（整形外科）（定年退職）

（退任）

中村 晃（免疫学）（退職）

以上、平成 28 年 3 月 31 日付

浦本秀隆（呼吸器外科学）（就任）

川原範夫（整形外科）（就任）

以上、平成 28 年 4 月 1 日付

◎特任教授

東 伸明（解剖学Ⅰ）（定年退職）

佐川元保（呼吸器外科学）（退職）

以上、平成 28 年 3 月 31 日付

坂本 滋（心臓血管外科学）（配置換え）

西条旨子（公衆衛生学）（就任）

以上、平成 28 年 4 月 1 日付

《総合医学研究所》

◎教授

岩脇隆夫（総合医学研究所生命科学研究領域）（就任）

平成 28 年 4 月 1 日付

◎特任教授

田中恵子（総合医学研究所生命科学研究領域）（定年退職）

平成 28 年 3 月 31 日付

《FDD - MB センター》

◎特任教授

高林晴夫（FDD - MB センター）（定年退職）

平成 28 年 3 月 31 日付

《金沢医科大学氷見市民病院》

◎副院長

福田昭宏（循環器内科）（就任）

池淵公博（整形外科）（就任）

（以上、任期：平成 28 年 4 月 1 日～平成 29 年 3 月 31 日）

◎臨床教授

富田 亮（神経内科）（就任）

笠巻祐二（総合診療科）（就任）

以上、平成 28 年 4 月 1 日付

獨協医科大学

《学校法人獨協学園の人事》

◎理事の就任

兵頭明夫（越谷病院長）（新任）

《役職者の就任》

◎越谷病院長

兵頭明夫(新任)

(任期:平成28年4月1日~平成30年3月31日(2年))

◎日光医療センター病院長

原澤 寛(新任)

(任期:平成28年4月1日~平成31年3月31日(3年))

◎図書館長

妹尾 正(新任)

(任期:平成28年4月1日~平成31年3月31日(3年))

◎大学院医学研究科教学部長

石光俊彦(再任)

(任期:平成28年4月1日~平成30年3月31日(2年))

《教授の就任》

松島久雄(越谷病院救命救急センター)

平成27年10月1日付

野家 環(越谷病院外科)

平成27年10月16日付

黒田 一(病理診断学)

平成27年12月1日付

矢澤卓也(病理学)

黒須 明(法医学)

倉沢和宏(内科学(リウマチ・膠原病))

安土正裕(泌尿器科学)

長谷川清志(産科婦人科学)

山西友典(大学病院排泄機能センター)

齋藤 登(越谷病院総合診療科)

長田伝重(日光医療センター整形外科)

以上、平成28年4月1日付

近畿大学

《教授の就任》

◎主任教授

角田郁生(採用)(医学部微生物学教室)

◎教授

重岡宏典(採用)(医学部堺病院外科)

福岡和也(昇格)(医学部附属病院臨床研究センター)

辻 直子(昇格)(医学部堺病院消化器内科)

以上、平成28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

◎副学長(医療健康担当)、伊勢原校舎・付属病院本部副本部長(統括・教育研究担当)

今井 裕

◎伊勢原校舎・付属病院本部副本部長(病院担当)

猪口貞樹

◎伊勢原校舎・付属病院本部副本部長(経営企画・事務担当)、伊勢原経営企画室長、伊勢原事務部長

廣瀬利美雄

◎医学部長

坂部 貢(新任)

◎医学部副学部長

高木敦司

◎医学部副学部長(新任)、大学院医学研究科長

小林広幸

◎医学部付属病院長

飯田政弘(新任)

◎医学部付属病院副院長

鈴木利保(新任)

渡辺雅彦(新任)

浅野浩一郎(新任)

大上研二(新任)

◎医学部付属東京病院長

赤石 誠(新任)

◎医学部付属東京病院副院長

千野 修(新任)

◎医学部付属大磯病院長

島田英雄

◎医学部付属大磯病院副院長

宮北英司

小林一郎

豊倉 穰

◎医学部付属八王子病院長

渡辺勲史

◎医学部付属八王子病院副院長

山田俊介

小林義典

金測一雄

《教授就任》

松阪泰二(基礎医学系(分子生命科学))

矢部普正(基盤診療学系(再生医療科学))

赤石 誠(内科学系(循環器内科学))

小川吉明(内科学系(血液・腫瘍内科学))

幸谷 愛(内科学系(血液・腫瘍内科学))

高橋若生(内科学系(神経内科学))

永田栄一郎(内科学系(神経内科学))

千野 修(外科学系(消化器外科学))

反町隆俊(外科学系(脳神経外科学))

赤松 正(外科学系(形成外科学))

《臨床教授就任》

◎付属東京病院

椎名 豊(基盤診療学系(健康管理学))

以上、平成28年4月1日付

産業医科大学

《人事》

◎事務局長

古野年裕(新任)

平成28年4月1日付

協会及び関係団体の動き

I. 医学部新設問題、医師不足問題に関する対応について

国家戦略特別区域における医学部新設に対応すべく、日本医師会と全国医学部長病院会議は、「医師偏在解消策検討合同委員会」を設置し、「求められているのは医学部新設ではない」とする「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言」をまとめた。提言内容として、①医師キャリア支援センターの設置、②出身大学がある地域での臨床研修の実施、③病院・

診療所の管理者要件への医師不足地域での勤務経験の導入、④地域ごと診療科（基本領域）ごとの医師受給の把握、⑤医学部入学定員の削減と新たな医学部設置認可の差し止め、の5点である。

また、全国医学部長病院会議単独で同提言の「補遺」として医学教育改革部分をまとめ、公表した。

【協会、関係団体の動き】

■平成27年12月2日（水）

小川彰副会長（岩手医科大学理事長）、炭山嘉伸医師偏在対策委員会委員長（東邦大学理事長）が参画している日本医師会・全国医学部長病院長会議「医師偏在解消策検討合同委員会」は、「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言」をまとめ、合同記者会見を行った。

■平成27年12月25日（金）

全国医学部長病院長会議は「医師臨床研修制度に関する要望書」を文部科学大臣並びに厚生労働大臣に提出した。

■平成28年2月1日（月）

日本医師会・全国医学部長病院長会議医師偏在解消策検討合同委員会は、「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言」（平成27年12月2日公表）に関して、四病院団体協議会（日本病院会、全日本病院協会、日本精神科病院協会、日本医療法人協会）並びに国立病院機構、地域医療推進機構の代表者との意見交換会を開催した。

【政府、関係省庁等の主な動き】

■平成27年12月10日（木）

厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会」（座長：片峰 茂長崎大学学長）が設置され（小川彰副会長参画）、第1回を開催した。

平成28年4月末に中間報告を取りまとめる予定としており、平成29年度で期限が切れる医学部の「臨時定員増」に関する方針をまとめることとなった。今後、医師需給だけではなく、医師の地域・診療科偏在、医学部の定員増のあり方等の多岐に亘る視点からの検討が行われる予定である。

■平成28年1月19日（火）

相原久美子民進党参議院議員は、第190回国会に「国家戦略特別区域における医学部新設に関する質問主意書」を提出した。

■平成28年1月29日（月）

政府は、「国家戦略特別区域における医学部新設に関する」答弁を行った。

■平成28年2月4日（木）

厚生労働省は医療従事者の需給に関する検討会第2回医師需給分科会を開催した。

■平成28年3月3日（木）

厚生労働省は医療従事者の需給に関する検討会第3回医師需給分科会を開催した。

■平成28年2月17日(水)

全国医学部長病院長会議は、平成27年度第7回定例記者会見を開き、医師臨床研修制度の抜本的な見直しを厚生労働省等に要請していることを改めて公表した。

■平成28年4月19日(火)

文部科学省、厚生労働省、全国医学部長病院長会議三者懇談会が開催された。

国家戦略特区における医学部新設に関しては、国の基本方針である「世界最高水準の国際医療拠点を作るという、特区の趣旨を踏まえた国際的な医療人材の育成」「一般の臨床医の養成・確保を主たる目的とする既存の医学部とは次元の異なる際立った特徴を有する医学部とする」ことを遂行するために挙げた前提条件を必ず遵守するべきではないのかとの意見があり、文部科学省に対して設置審議会において十分な審議を求めた。

■平成28年4月21日(木)

全国医学部長病院長会議は国家戦略特別区域における医学部新設における問題提起に関する要望書を公表した。

1. 国は、今国会における複数の国会議員からの「国家戦略特別区域における医学部新設」に関する質問主意書の提出、及び予算委員会での質疑の趣旨を重く受け止め、質問の趣旨を曲げることなく真摯に回答する事を求める。
2. 国は、答弁で述べたことと、国の基本方針について曲げることなく着実に履行することを強く求める。
3. 国は、「国家戦略特別区域における医学部新設に関する方針」の目的に反して一般の臨床医として勤務することのないようしかるべき法的措置を講ずる事を強く求める。
4. 文部科学省大学設置・学校法人審議会は、「本医学部新設」の審査に当たって、これら解決されていない多くの問題を内在していることを念頭に、納得する結論を出すよう強く求めるものである。

■平成28年3月14日(月)

第190回国会「予算委員会」において、櫻井 充民進党参議院議員より「成田市における医学部新設」に関する質問が行われた。

■平成28年3月15日(火)

水野賢一民進党参議院議員は、①「国家戦略特別区域(成田市)における医学部及び附属病院新設」、②「国家戦略特別区域(成田市)における世界最高水準の「国際医療拠点」としての医学部及び附属病院新設」に関する質問主意書を参議院議長宛にて提出した。

■平成28年3月17日(木)

第190回国会「予算委員会」において、櫻井 充民進党参議院議員より「成田市における医学部新設」に関する質問が行われた。

■平成28年3月29日(火)

政府は、①「国家戦略特別区域(成田市)における医学部及び附属病院新設」、②「国家戦略特別区域(成田市)における世界最高水準の「国際医療拠点」としての医学部及び附属病院新設」に関する答弁を行った。

■平成28年3月31日(木)

厚生労働省は医療従事者の需給に関する検討会第4回医師需給分科会を開催した。

■平成28年4月12日(火)

文部科学省大学設置・学校法人審議会大学設置分科会及び学校法人分科会が開催され、文部科学大臣は国際医療福祉大学による医学部新設の申請について諮問した。

■平成28年4月20日(水)

厚生労働省は第2回医療従事者の需給に関する検討会・第5回医師需給分科会を開催した。

Ⅱ. 医療における控除対象外消費税（損税）問題に対する対応について

私立医科大学附属病院における医療を巡る控除対象外消費税負担は、私立医科大学の経営に深刻な影響を及ぼしているが、財務省並びに厚生労働省は十分な補填を行っているとの説明をしているものの、本協会による「消費増税の影響調査」では、補填が十分ではないとの結果が出ている。これらの状況に鑑み、栗原 敏教育・研究部会担当副会長並びに明石勝也総務・経営部会担当理事は、国会議員、財務省、文部科学省、厚生労働省の関係各位と継続して面談を行い、私立医科大学の現状を説明している。

本協会は直近の平成 26 年度決算により病院部門における消費税負担額を算出したところ、控除対象外消費税総額は 602 億円（29 大学 82 病院）であった。国が診療報酬に十分補填したとしている補填率 2.89%（420 億円）を算入しても消費税損税負担額は 182 億円になる。

一方、国立大学附属病院では、平成 26 年度大学病院運営費交付金として 1,305 億円が助成されており、消費税率引き上げ等による医療負担に見合った財政支援が必要であるとしていることから、同じ大学病院医療を行う立場から見ても国立大学附属病院と私立医科大学附属病院との格差を是正することに

ついて理解を求めるべく折衝を行っていく。

また、本協会「消費税増税問題に関するワーキンググループ」（座長：明石勝也聖マリアンナ医科大学理事長）において、消費税による控除対象外消費税問題に関する対応策についての協議・検討を進め、加盟大学附属病院本院 29 病院・分院 52 病院に対して消費税増税（5%→8%となった3%増税分）の影響調査を実施した。結果は、①設備関係費を含めた場合：補填率（平均値）57.7%、補填率（中央値）50.6%、消費増税持出額（本院・分院総額）63 億 3,000 万円、消費増税持出額（1 病院平均）7,800 万円、②設備関係費を減価償却費に置き換えた場合：補填率（平均値）56.0%、補填率（中央値）48.2%、消費増税持出額（本院・分院総額）66 億 4,000 万円、消費増税持出額（1 病院平均）8,200 万円、③設備関係費を含めない場合：補填率（平均値）69.2%、補填率（中央値）60.9%、消費増税持出額（本院・分院総額）40 億 3,000 万円、消費増税持出額（1 病院平均）5,000 万円であり、これをもとに政府関係者、厚生労働省、財務省と控除対象外消費税のあり方について検討を進める。

【協会、関係団体の動き】

平成 27 年 8 月より現在に至るまで文部科学大臣、文部科学省大臣官房長、同高等教育局長、同高等教育局私学部長、厚生労働省事務次官、同医政局長、同保険局長、同老健局長、同医政局総務課長、財務省大臣官房長、同大臣官房審議官、同主計局次長、同主計局厚生労働第三係主査、衆議院議員と面談し、私立医科大学病院における医療を巡る控除対象外消費税負担の現状に理解を求めた。

また、本協会データと厚生労働省「消費税負担に関する分科会」において公表されたデータとの補填率の差異に関して、厚生労働省は、DPC 部分の入院料、薬剤費、材料費の内訳を診断群分類ごとに消費税上乗せ分を設定しているとしていることから、今後、これらのデータと本協会データとの整合性を求めるべく、検証方法の模索を行うと共に厚生労働省に確認を行っていく予定である。

【政府、関係省庁等主な動き】

■平成 27 年 11 月 30 日（月）

厚生労働省「中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織・第 13 回医療機関等における消費税負担に関する分科会」（分科会長：田中滋慶應義塾大学名誉教授）において、消費税率 5% から 8% への引き上げに伴う補填状況の把握結果を公表し、病院全体の補填率は「102.36%」、特定機能病院では「98.09%」であったとした。

■平成 28 年 3 月 31 日（木）

第 190 回国会「財政金融委員会」において、小池 晃共産党参議院議員より控除対象外消費税問題に関する質問が出された。

麻生財務大臣は、「医療機関の消費税負担は、毎回の診療報酬改定で経営状況全体を把握して改定率を決めている。そのため、全体的に見れば補填されていると考えている」と答えた。

Ⅲ. 東日本大震災被災地への医師等派遣状況について

被災地への医師等派遣状況（国公立大学別）

平成28年2月29日現在

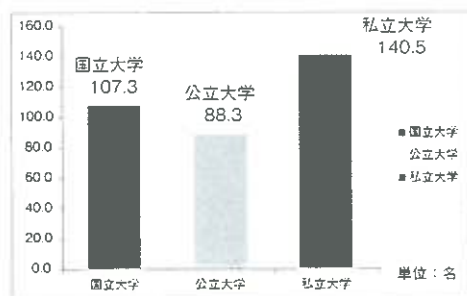
表1：DMAT含む医師等派遣状況

	大学数	病院数	チーム数	派遣人数	派遣延べ人数
国立大学	41大学	44病院	1,977チーム	4,401名	21,111名
公立大学	7大学	8病院	260チーム	618名	3,311名
私立大学	29大学	68病院	2,077チーム	4,075名	15,853名
					40,275名

表2：1大学当たりの医師等派遣人数（単位：名）

国立大学	107.3
公立大学	88.3
私立大学	140.5

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



【派遣人数のカウント方法】

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

【派遣延べ人数のカウント方法】

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

一般社団法人 日本私立医科大学協会

私立医科大学附属病院の被災地への医師等派遣状況（岩手県）

【平成28年2月29日現在】

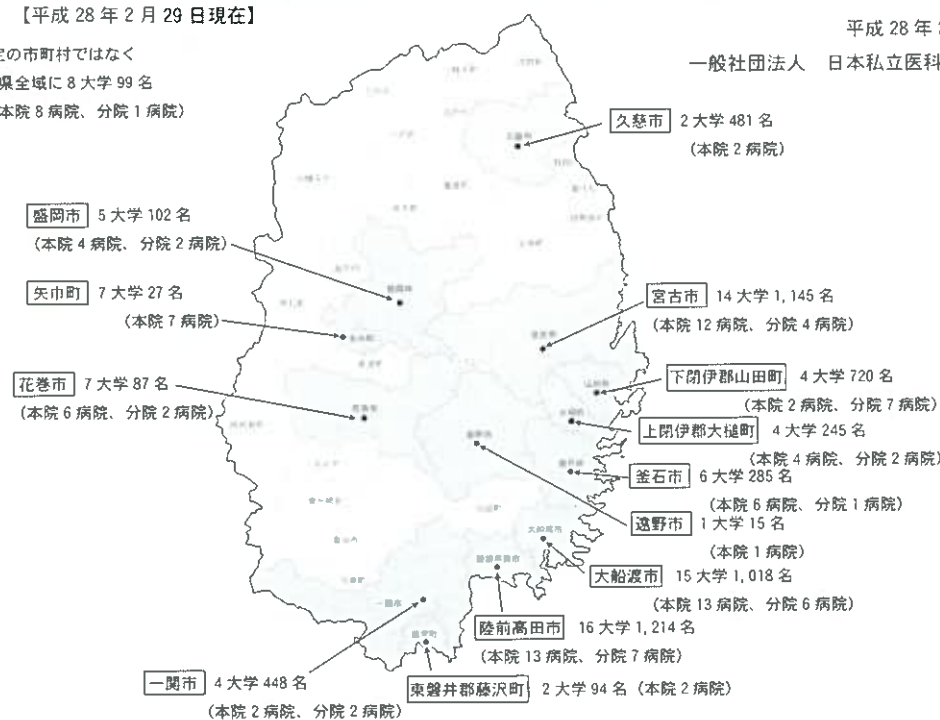
平成28年2月29日

一般社団法人 日本私立医科大学協会

※ 特定の市町村ではなく

岩手県全域に8大学99名

（本院8病院、分院1病院）



私立医科大学附属病院の被災地への医師等派遣状況（宮城県）

【平成 28 年 2 月 29 日現在】

平成 28 年 2 月 29 日

※ 特定の市町村ではなく

宮城県全域に 7 大学 167 名
(本院 6 病院、分院 5 病院)

一般社団法人 日本私立医科大学協会



私立医科大学附属病院の被災地への医師等派遣状況（福島県）

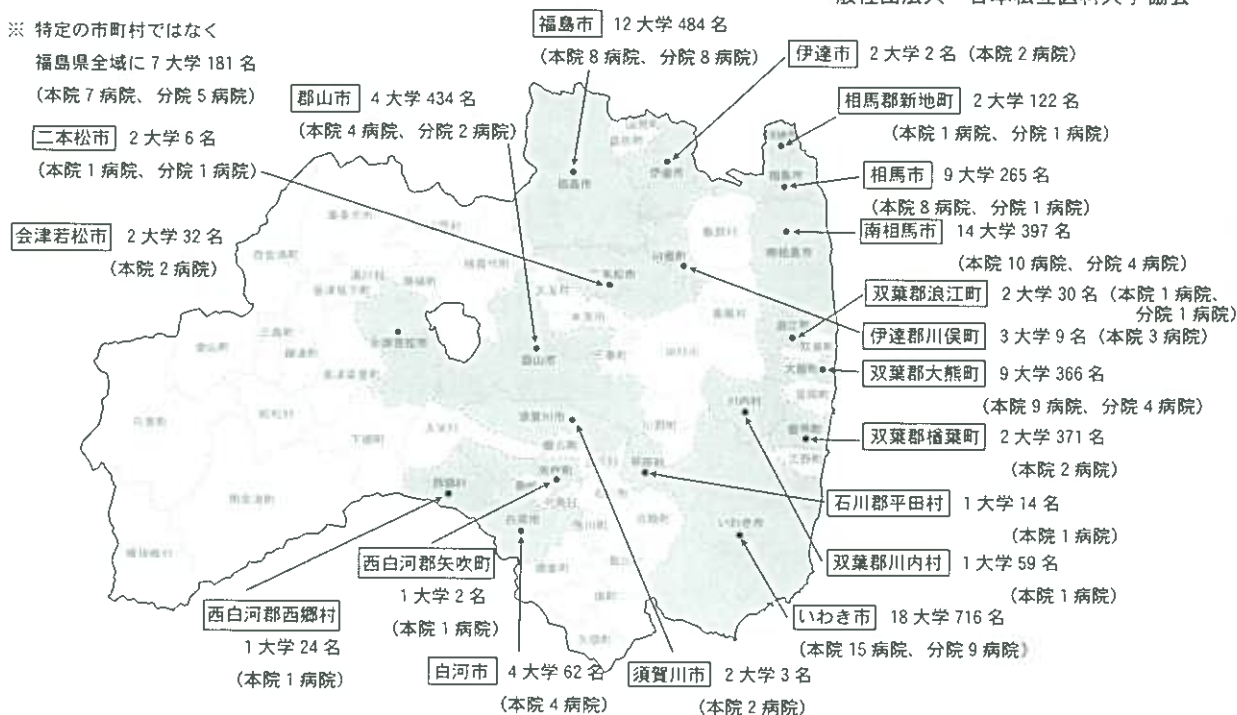
【平成 28 年 2 月 29 日現在】

平成 28 年 2 月 29 日

※ 特定の市町村ではなく

福島県全域に 7 大学 181 名
(本院 7 病院、分院 5 病院)

一般社団法人 日本私立医科大学協会



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>



すべての人に、いきいきとした生活を
創造しお届けします。

alfresa

アルフレッサ株式会社

〒101-8512 東京都千代田区神田美土代町7番地 住友不動産神田ビル13F・14F TEL: 03-3292-3331 (代)



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>

Amenity Scape Creation 快適空間の創造

ゆとりと暮らし

日比谷アメニス、ところにやさしい環境を求めて快適空間を創造し
ゆとりある社会の実現に向けて努めます。



株式会社 日比谷アメニス

東京都港区三田4-7-27 〒108-0073
TEL.03-3453-2401 FAX.03-3453-2426
URL <http://www.amenis.co.jp>

東関東支店：千葉県千葉市稲毛区轟町 5-7-32 Tel：043-254-1122
仙台支店：宮城県仙台市青葉区二日町 13-18-605 Tel：022-217-0252
名古屋支店：愛知県名古屋市中区錦 2-10-13 SC 錦 ANNEX6F Tel：052-229-0137
大阪支店：大阪府大阪市西区江戸堀 1-8-14 Tel：06-6441-6041
九州支店：福岡県福岡市博多区住吉 1-2-25 Tel：092-282-2881

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.tohayk.co.jp/>

平成 28 年度私立医科大学合同入試説明会・相談会の実施について

「私立医科大学合同入試説明会・相談会」では、ローテーション方式による各大学の説明並びにブースを設けての個別相談形式により、各大学の入試担当者から直接、受験生や保護者の方々に私立医科大学の特色や入試制度などをお伝えしております。

今年度は下記のとおり、4 回開催します。

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

《開催スケジュール》

- | | |
|------------|----------------------|
| ◇ 杏林大学 | 平成 28 年 7 月 24 日 (日) |
| ◇ 岩手医科大学 | 平成 28 年 7 月 30 日 (土) |
| ◇ 川崎医科大学 | 平成 28 年 8 月 27 日 (土) |
| ◇ 藤田保健衛生大学 | 平成 28 年 9 月 10 日 (土) |

医大協

広報誌 **医学振興**

第 82 号

平成 28 年 5 月 31 日発行

発行人 寺 野 彰

編 集 一般社団法人 日本私立医科大学協会
広報委員会

〒 102-0073 東京都千代田区九段北 4-2-25
私学会館別館 1 階

TEL(03)3234-6691 FAX(03)3234-0550

印 刷 今井印刷株式会社

< 広報委員会 >

担当副会長
担当 理事

小川 彰
明石 勝也

委 員 長
委員 員
委員 員
委員 員
委員 員

炭山嘉伸
栗原敏
田尻孝
小口勝
跡見裕
冲永寛子