

醫學振興

日本私立医科大学協会

第 70 号

Contents

| | | |
|-------------|--|---------|
| 卷頭言 | 「新政権の医療費政策とその問題点」 | 2 ~ 5 |
| 座談会 | 「医師数の適正化をどこに求めるか」 | 6 ~ 37 |
| 論壇 | 「我が国の医学研究体制の課題」 | 38 ~ 40 |
| 施設紹介 | 「昭和大学・山王台病院医療技術内視鏡手術 トレーニングセンター S-TEC 開設」 | 41 |
| | 「順天堂大学本郷キャンパス センチュリータワー校舎取得」 | 42 |
| | 「獨協医科大学病院栃木県ドクターへり事業開始」 | 43 |
| | 「東京女子医科大学病院第1病棟竣工」 | 44 |
| | 「聖マリアンナ医科大学病院 総合周産期母子医療センター」 | 45 |
| 医大協ニュース | | 46 ~ 53 |
| 協会及び関係団体の動き | | 54 ~ 57 |

伊東祐彦九州医学専門学校初代校長胸像（久留米大学）

久留米大学の歴史は昭和3年に九州医学専門学校が設立されたことに始まる。初代校長として赴任した伊東祐彦はそれより6年間、創立期の経営に心血を注ぎ、その基礎を固めた。

伊東祐彦は第1回の講義で、開口一番、次のことを述べた。
「諸君が将来医者になって、余暇に山登りをしたとする。途中の一軒家に病に苦しむ老婆の声がある。君ならどうする。」と学生達に問いかけた。席に声なし。「その時、そ知らぬ顔をしてゆくか、専門が違うとか、診断の器具がないからと、逃げるか。それでは医者ではない。聴診器がなくとも、薬がなくとも、手があり、目があり、口があるじゃないか、そばに行つて少しでもその苦痛を和らげるのが本当の医者だ。」

以来、これが本学の建学の精神として脈々として受け継がれ、地域社会に貢献できる人間性豊かな実践的人材の育成を基本理念としてきた。平成20年に創立80周年を迎えた本学の今後の発展を伊東祐彦初代校長の胸像は当時の校長室の窓下で静かに見守っている。

なお、この胸像の台石を設計したのは伊東祐彦の弟で、著名な建築家として知られ、文化勲章も受章された伊東忠太東京大学名誉教授によるものである。



巻頭言

新政権の医療費政策とその問題点

日本私立医科大学協会
病院部会担当副会長
日本医科大学理事長

赫 彰郎 氏



はじめに

昨年8月30日の総選挙で、国民は半永久政権とも言われていた自公連立政権に代わって、民主党を中心とする政権を選択しました。何故国民は政権交代を選択したか？その一つが医療崩壊の拡大を招いた前政権の失政にあると言わざるを得ません。医療崩壊に至った要因は様々ですが、影響が大きかったのが、長期にわたる医療費削減政策を打ち出した前政権の取り組みです。国公私立医科大学は良質な医師を育てる教育機関であり、地域医療の中核として高度先進医療を担う診療機関でもあり、また、先端的研究成果を出す研究機関もあります。特に私立医科大学においては、大学運営費の8割近くは病院収入に依存しています。したがって、医療費抑制政策は大学病院の収支を悪化させると同時に、大学運営を大変厳しい状態に追い込みました。国立大学附属病院も、独立法人化に伴いかなり減額された運営交付金の影響もあり、大きな赤字を抱える状態になりました。その他、長期にわたる医師数の抑制、新医師臨床研修制度の導入等もあり、大学病院の派遣機能は大きく低下し、そのことが地域医療崩壊をきたすに至っています。国民が地域で安心して医療を受けられない状態では、政権交代の選択も起きて当然だったと考えます。ここでは民主党マニフェスト、平成22年度診療報酬改定から見た新政権の医療費政策に絞って話を進めます。

医療費の国際比較

我が国における2006～2007年の医療費の対GDP比は8.1%であり、OECD加盟国の平均8.9%を0.8%下回り、30カ国中21番目です。（図1）

一人当たりの医療費もOECD平均2,964ドルに対し、2,581ドルと同様下位に位置しています。対GDP比医療費の年平均増加率に至っては、OECD平均9.2%に対して僅か2.5%にすぎず、OECD30カ国中下から5番目です。G7のみについてみると（2004）、対GDP比医療費のG7平均は10.2%で、日本は8.0%と最下位です。しかしながら、日本人の平均寿命はOECD加盟国中最も長く、医療水準も世界一といわれています。日本の医療費は低く、人口1000人当たりの医師数は少ない。しかし、世界一の長寿国である。これはなぜであろうか？その理由として、日本ではいつでも、どこでも受診できる。したがって、一人当たりの医師受診件数が多い。MRI等の医療機器が多く、疾病の早期発見が可能。病床数が多く、退院時の治癒率が高い（日医総研）。いずれにしても、少ない医療費で、世界一の平均寿命、高い医療水準を維持出来ているのは、医師をはじめとする医療従事者の献身的な働きによるといつても過言ではありません。しかし、医療従事者の過剰労働も限界に近づいてきています。

民主党マニフェストで見る医療政策

1. 民主党マニフェスト・政策集 INDEX2009

民主党の医療政策の考え方、将来展望を知るには、「政権政策マニフェスト 2009」で示された政権公約から経時的にどのような経緯を経て平成 22 年度診療報酬改定に至ったかを見る必要があります。昨年 7 月 27 日公表のマニフェスト、これに先立ち公表された「民主党政策集 INDEX2009」での医療政策の主な内容は下記のとおりとなっております。

- (1) 後期高齢者医療制度の廃止。廃止に伴う国民健康保険の負担増は国が支援。
- (2) 被用者保険と国民健康保険を段階的に統合し、将来、地域保険として一元的運用を通じて、国民皆保険制度を守る。
- (3) 社会保障費年 2,200 億円の削減方針は撤回する。
- (4) 総医療費対 GDP 比を OECD 加盟国平均まで今後引き上げていく。
- (5) 医師、看護師、その他の医療従事者の増員に努める。医療機関の診療報酬（入院）を増額する。地域医療を守る医療機関の入院については、そ

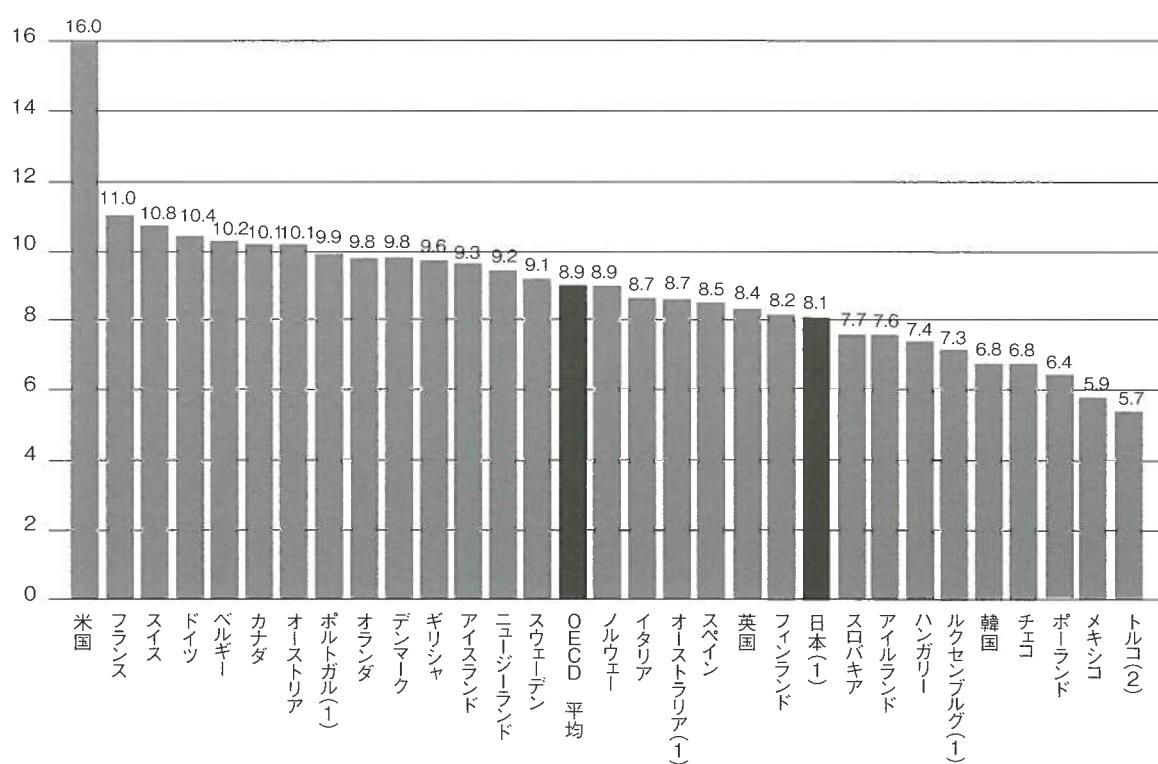
の診療報酬を増額する。その際、患者の自己負担が増えないようにする。

- (6) OECD 平均の人口当たりの医師数を目指し医師養成数を 1.5 倍にする。
- (7) 国立大学付属病院等を再建するため、病院運営交付金の従来水準へ回復。
- (8) 救急、産科、小児科、外科等の医療提供体制を再建するため、地域医療計画を抜本的に見直す。
- (9) 無過失補償制度を全分野に広げ公的制度として設立する。
- (10) 医学的根拠に基づく医療 (EBM) が受けられるよう、急性期病院において一層の包括払い制度の導入を推進。同時にクリティカルパスを可能な限り導入。

2. 平成 22 年度診療報酬改定の基本方針（厚生労働省社会保障審議会医療部会及び医療保険部会）（2009 年 12 月 8 日）

現場の課題解決に当たっては、①医療費全体の底上げと②配分の見直しの 2 本立てで対応すべきと指摘。また基本方針では以下の 2 つの「重点課題」と 4 つの「視点」が示されました。

OECD加盟国の保健医療支出がGDPに占める割合、2007年 【図 1】



(1)2006年、(2)2005年、出展:OECDヘルスデータ2009、6月版

【2つの重点課題】

- (1) 救急、産科、小児、外科等の医療の再建
 - ・地域連携による救急患者の受入れの推進
 - ・小児や妊産婦を含めた救急患者を受け入れる医療機関に対する評価
 - ・新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価
 - ・急性期後の受け皿としての有床診療所も含めた後方病床・在宅療養の機能強化
 - ・手術の適正評価
- (2) 病院勤務医の負担軽減
 - ・看護師や薬剤師等医師以外の医療職が担う役割の評価
 - ・看護補助者等医療職以外の職員が担う役割の評価
 - ・医療クラークの配置の促進

【4つの視点】

- (1) 充実が求められる領域を適切に評価していく視点
 - ・がん医療や認知症医療の推進
 - ・新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進
 - ・肝炎対策の推進
 - ・質の高い精神科入院医療の推進
 - ・歯科医療の充実
 - ・手術以外の医療技術の適正評価
- (2) 患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点
 - ・医療の透明化や、診療報酬を患者等に分かりやすいものとする
 - ・医療安全対策の推進や、患者の特性や生活の質に配慮した医療の実現、
 - ・疾病の重症化予防などに対する適切な評価
- (3) 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点
 - ・質が高く効率的な急性期入院医療や回復期リハビリテーション等の推進
 - ・在宅医療や訪問看護、在宅歯科医療の推進など、医療と介護の機能分化と連携などに対する適切な評価
- (4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点
 - ・後発医薬品の使用促進
 - ・市場実勢価格等を踏まえた、医薬品・医療材料・検査の適正評価

3. 診療報酬改定を答申（中央社会保険医療協議会）(2010年2月12日)

平成21年12月の上記基本方針を受けて、中央社会保険医療協議会が平成22年2月12日に長妻厚生労働大臣に答申しました。なお、医療費に関しては、全体で10年ぶりのネットプラス改定(0.19%)、うち本体部分の「医科」の改定率を1.74%引き上げ、これに伴う財源として約4,800億円を投入する(入院+3.03%、約4,400億円、外来+0.31%、約400億円)。一方、上記視点4にあるように、「効率化余地があると思われる領域を適正化する視点」の観点から、診療報酬のうち薬剤価は1.36%のマイナスとなり、後発医薬品調剤加算の充実や後発医薬品使用加算を新設しています。(表1)

また、上記の重点課題に位置付けた1.「救急、産科、小児、外科などの医療の再建」と2.「病院勤務医の負担軽減」に優先的に配分することになります。

- (1) 「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」に関する診療報酬
 - ・救命救急入院料の倍増
 - ・救急医療管理加算と乳幼児救急医療管理加算の引き上げ
 - ・ハイケアユニット入院医療管理料の引き上げ
 - ・地域連携小児夜間・休日診療料1(24時間対応なし)と同診療料2(24時間対応あり)の引き上げ
 - ・地域連携夜間・休日診療料の新設
 - ・小児入院医療管理料の小児科医人数配置による評価
 - ・ハイリスク分娩管理加算の引き上げ
 - ・妊産婦緊急搬送入院加算の引き上げ
 - ・難易度の高い手術料の引き上げ
- (2) 「病院勤務医の負担軽減」
 - ・医師事務作業補助体制加算の評価の充実。同加算の区分は、現在の4通りから6通りになる
 - ・手厚い人員体制による入院医療の評価。7対1,10対1病棟における看護補助者の配置の加算
 - ・多職種からなるチーム医療の評価。(栄養サポートチーム加算、呼吸ケアチーム加算)
 - ・手術料の適正な評価(難易度の高い手術、小児に対する手術、新規医療技術の保険導入)

他にも、初診・再診料の69点での統一、地域医療貢献加算の再診料への上乗せ、レセプト並みの明細書無料発行による明細書発行体制等加算、一般病

棟の 15 対 1 入院基本料の引き下げ、地域連携促進のための地域連携診療計画退院計画加算など。他に「4 つの視点」についても様々な診療報酬上の点数がつくことになりました。

民主党の医療費政策の問題点

1. 旧政権の医療費抑制政策からの転換は高く評価できますが、実際には財源に制限があり、当初期待された大幅な改定には至りませんでした。期待が大きかった分、医療関係者における落胆も決して小さくはありません。しかし、長期的に医療費を対 GDP 比で OECD 平均の 8.9% まで引き上げる事を目指すとしている事に期待したい。
2. 財源問題から、当初に主張していた十分な「医療費全体の底上げ」とはならず、むしろ再診料統一などに見られるように、診療所対病院の構図による「配分の見直し」が中心となっています。果たしてそれだけで医療崩壊は食い止められるかが心配です。限られたパイの取り合いに見られなくもない。
3. 同じ診療所でも、地域連携を熱心に取り組む診療所にとっては地域医療貢献加算等があり、また明細書発行体制等加算等もあることから、今後診療所間でも取り組みの差により格差が起きる可能性があります。地域連携の傘から外れる診療所、中小病院には厳しいものがあります。
4. 今回の改定により、急性期病院の収入は増えるかと思います。しかし病院の収入が増えても、

職場改善や労働対価など、勤務医の負担軽減に直結するかどうかの課題が残ります。どこまで具体的に勤務医負担軽減に落とし込めるかという議論も必要だと思います。

5. 厳しい経営状態にある大学病院にとりましては、2 つの重点課題「救急、産科、小児、外科等の医療の再建」と「病院勤務医の負担軽減」を優先的に取り上げ、種々の措置が取られたことに対する検証が必要ですが、一定の評価をしたいと考えます。今後、教育・診療・研究に多くの人的資源を投入している大学病院の機能を維持するためにも、大学病院係数の創設を強く望みます。
6. 今回の改定で後期高齢者医療制度の保険料負担、高齢者の病院窓口負担、国保保険料等の医療費関連の負担軽減策が見られます。国民の負担増の軽減は望むところですが、しかし、現在の日本の医療費は 35 兆円、しかも毎年約 1 兆円伸びています。増え続ける医療費問題の解決に向けての中長期展望を早期に策定し、国民の理解が得られる、確固たる財源の確保が必要と考えます。
7. 診療報酬改定により、DPC 制度における調整係数の段階的廃止、新たな機能評価係数への置き換えが実施されます。新たな機能評価係数に対応した効率のよい医療収入確保のためにも、機能評価係数 I、II の具体的な項目についての施策整備が必要です。

診療報酬改定率の推移（表1）

| 項目 | 平成 14 年度 | 平成 16 年度 | 平成 18 年度 | 平成 20 年度 | 平成 22 年度 |
|---------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 本体部分 | ▲1.30 % | ±0 % | ▲1.36 % | +0.38 % | +1.55 % |
| 医科 | ▲1.30 % | ±0 % | ▲1.50 % | +0.42 % | +1.74 % |
| | ▲1.30 % | ±0 % | ▲1.50 % | +0.42 % | +2.09 % |
| | ▲1.30 % | ±0 % | ▲0.60 % | +0.17 % | +0.52 % |
| 薬価・材料価格 | ▲1.40 % | ▲1.05 % | ▲1.80 % | ▲1.20 % | ▲1.36 % |
| 診療報酬全体 | ▲2.70 % | ▲1.05 % | ▲3.16 % | ▲0.82 % | +0.19 % |

出典：厚生労働省資料

座談会

医師数の適正化をどこに求めるか

日時：平成22年4月6日（火）午後4時～午後6時20分

場所：アルカディア市ヶ谷（私学会館）

河野 陽一 氏

千葉大学医学部附属病院長

栗原 敏 氏

東京慈恵会医科大学理事長・学長

小川 彰 氏

岩手医科大学学長

山下 敏夫 氏

関西医科大学学長

(司会) **吉村 博邦 氏**

公益社団法人地域医療振興協会顧問

(広報委員会) **寺野 彰 氏**

獨協医科大学理事長・学長、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



吉 村 本日は、年度初めのお忙しいところを「医師の適正化をどこに求めるか」というテーマの座談会にお集まり頂き有難うございます。

本日ご参加頂きましたのは、国立大学を代表して千葉大学医学部付属病院長で全国医学部長病院長会議の副会長の河野陽一先生、協会側から、東京慈恵会医科大学理事長・学長で協会の教育研究部会担当副会長の栗原敏先生、岩手医科大学学長で全国医学部長病院長会議会長の小川彰先生、関西医科大学学長の山下敏夫先生、そして、この座談会を企画された協会広報委員長で獨協医科大学理事長・学長の寺野彰先生です。

いずれも、医学教育、医療制度、特に医師養成には大変に高いご見識をお持ちの先生方ばかりです。実りのある座談会となることを期待しています。

なお、事務局からは小栗事務局長が参加しております。司会は、協会参与を務めております吉村です。宜しくお願ひ致します。

本座談会の背景 —医師不足と医学部新設の動き—

ご承知のように、昨今の医師不足、医療崩壊は深刻な社会問題となっています。OECD（経済開発協力機構）Health Data 2009によると、我が国の医師数は人口千人あたり 2.1 と OECD 加盟 30 か国の平均医師数 3.1 に比べ 3 分の 2 に止まっており、順位は 30 か国中 25 位と極めて低い水準にあります。ただ、国土も、人口構成も、医療制度も異なる国々との比較ですので、単純に医師が多いとか少ないとか断定するのは如何かとは思いますが、地域や診療科によっては確かに医師は不足しているのは事実であろうと思います。すでに、一昨年、政府は、従来の医師削減の方針を転換し、すでに本年度の医学部入学定員は、過去最大規模を 556 人上回る 8,846 人となっており、3 年前の削減時の定員に比べると、1,221 人、16.2% の増員になっています。

このような状況の中で、去る 2 月 21 日、朝日新聞の 1 面トップに、3 つの医療系の大学が医学部の新設に向けて準備中であるという、我々にとっては衝撃的ともいえる報道がなされました。この 3 大学以外にも幾つかの団体あるいは大学が医学部新設の希望を持っていることがかねてから

話題にのぼっています。

もちろん、私立医科大学協会としても、医師数を国際水準である人口 1,000 人当たり 3.0 人程度まで増やすべきであること、また、そのために協会として、学則定員が 100 名以下の医科大学は 110 名まで、120 名の大学（定員削減を実施している大学）は学則通り 120 名までの増員を行うことにやぶさかではないという方針を関係省庁に訴えて参りました。今回の増員は本協会の意向がかなり取り入れられたものと考えています。その一方で、本協会は医学部の新設やメディカルスクールについては、強い懸念を繰り返し表明してきたところです。

さて、丁度、時を同じくして去る 2 月 19 日に、全国医学部長病院長会議（小川彰会長）が「新たな医学部の増設と急激な医学部定員増に対する慎重な対応を求める請願について」とする要望書を民主党に提出しています。

これに対して、民主党の鈴木寛文部科学副大臣はその後のネットインタビューの中で、「医師数 1.5 倍、入学定員 1.5 倍はマニフェストに掲げた公約であり、その実現に向けて、医学部の新設により入学定員を 11,000 人程度まで増やす方向で検討に入りたい」との談話を発表しています。ただ、一方では、3 月に行われた参議院予算委員会で川端達夫文部科学大臣が、「医学部新設については、医療団体の中にいろんな意見があり慎重に考える」との答弁を行っており、この問題の今後の推移に注目が集まっています。

今回の座談会「医師の適正化をどこに求めるか」は、このような、昨今の医学部新設の動きを受けて、広報委員会が企画されたものであり、これは大学にとっては勿論のこと、国民にとっても重大な関心事であろうと思います。本日は皆さんに、医師は本当に不足しているのか、不足しているとすればどんな方法でどれくらい増やせばいいのか、医師を増やせば問題が解決するのか、既存の大学を活用すべきか、新設が必要か、目標数を達成した後の医師のコントロールはどうすべきか、等々、じっくりとお話を頂きたいと思います。

最初に、事務局のほうで資料を用意して頂きましたので、事務局長から簡単に説明をお願いします。

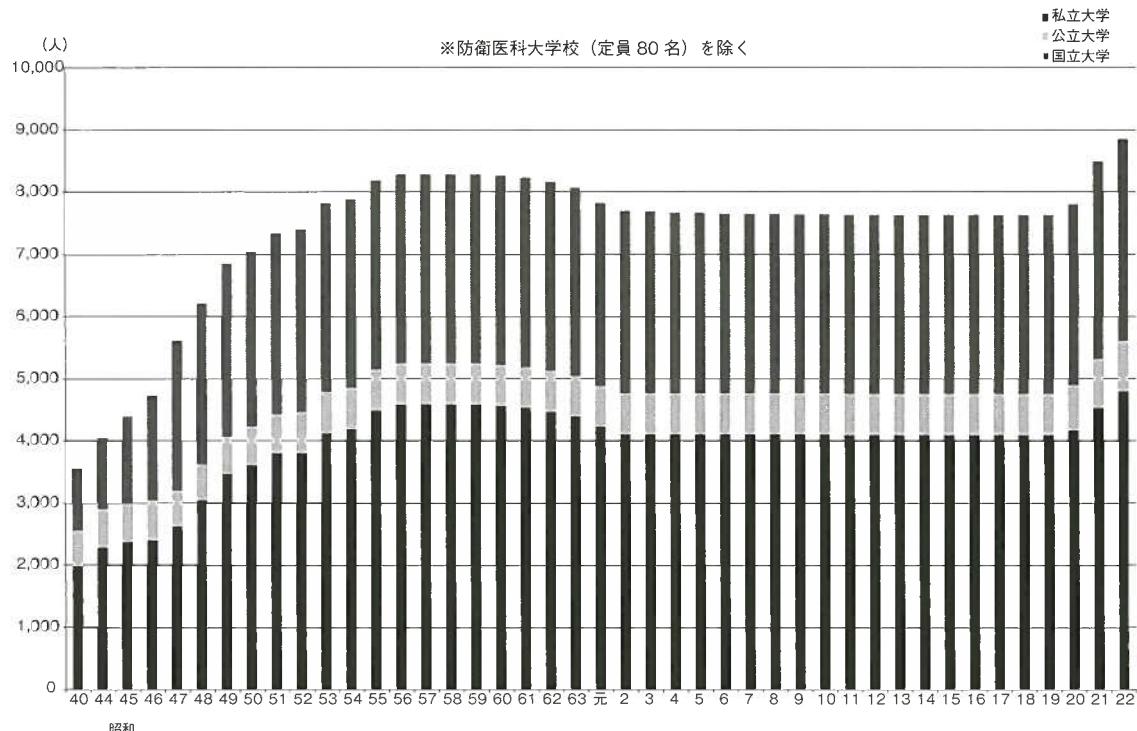
小 栗 詳細に説明いたしますと長くなりますが簡単にさせていただきます。

【資料A-1】平成14年度～20年度までの医師数の推移（厚生労働省資料より作成）

| | 平成20年 (2008) | 平成18年 (2006) | 平成16年 (2004) | 平成14年 (2002) |
|-----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 医師数（人） | | | | |
| 総数 | 286,699 | 277,927 | 270,371 | 262,687 |
| 男 | 234,702 | 229,998 | 225,743 | 221,548 |
| 女 | 51,997 | 47,929 | 44,628 | 41,139 |
| 医療施設に従事する医師数 | 271,897 | 263,540 | 256,668 | 249,574 |
| 人口10万対医療施設に従事する医師数（人） | 212.9 | 206.3 | 201.0 | 195.8 |
| 平均年齢（歳） | 48.3 | 48.5 | 48.2 | 48.0 |
| 施設の種別にみた医師数（人） | | | | |
| 病院（医育機関附属病院を除く） | 127,703 | 123,639 | 120,260 | 115,993 |
| 診療所 | 97,631 | 95,213 | 92,985 | 90,443 |
| 医育機関附属の病院 | 46,563 | 44,688 | 43,423 | 43,138 |
| 診療科の種別にみた医師数（人） | | | | |
| 小児人口10,000人当たり小児科医数 | | 8.4 | 8.3 | 8.0 |
| 小児科医数 | 15,236 | 14,700 | 14,677 | 14,481 |
| 出生1,000人当たり産婦人科医数 | | 9.2 | 9.5 | 9.6 |
| 産婦人科医数 | 10,389 | 10,074 | 10,594 | 11,034 |

【資料A-2】国公私立大学医学部入学定員の推移

出典：「医師数を考える：日本医事新報社（昭和59年11月）」をもとに、文部科学省資料を参考として作成



| 平成 | 元 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | |
|----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 2,935 | 2,925 | 2,915 | 2,895 | 2,895 | 2,885 | 2,885 | 2,885 | 2,885 | 2,885 | 2,880 | 2,880 | 2,880 | 2,880 | 2,880 | 2,880 | 2,880 | 2,880 | 2,900 | 3,171 | 3,241 | | |
| | 660 | 660 | 660 | 660 | 660 | 660 | 660 | 660 | 655 | 655 | 655 | 655 | 655 | 655 | 655 | 655 | 655 | 655 | 655 | 728 | 787 | 812 | |
| | 4,220 | 4,100 | 4,100 | 4,100 | 4,100 | 4,100 | 4,100 | 4,100 | 4,100 | 4,100 | 4,090 | 4,090 | 4,090 | 4,090 | 4,090 | 4,090 | 4,090 | 4,090 | 4,090 | 4,090 | 4,165 | 4,528 | 4,793 |
| | 7,815 | 7,685 | 7,675 | 7,655 | 7,655 | 7,645 | 7,645 | 7,645 | 7,640 | 7,640 | 7,630 | 7,625 | 7,625 | 7,625 | 7,625 | 7,625 | 7,625 | 7,625 | 7,793 | 8,486 | 8,846 | | |
| | 37.6% | 38.1% | 38.0% | 37.8% | 37.8% | 37.7% | 37.7% | 37.7% | 37.8% | 37.8% | 37.8% | 37.8% | 37.8% | 37.8% | 37.8% | 37.8% | 37.8% | 37.8% | 37.8% | 37.2% | 37.4% | 36.6% | |

資料 1 番は、「平成 14 年度～20 年度までの医師数の推移」と「人口 10 万対医療機関に従事する医師数の年次推移」でございます。(p.8 【資料 A - 1】)

資料 2 番は、「医師供給に関する機械的試算」であり、「日本の医師需給の実証的調査研究」(主任研究者：長谷川敏彦先生) の統計を基に厚生労働省で機械的に試算したものでございます。(p.10 【資料 A - 3】)

資料 3 番は、「二次医療圏別人口 10 万人当たり従事医師数」でございます。(p.37 【資料 A - 6】)

資料 4 番は、「主な診療科別医師数の年次推移」でございます。(p.37 【資料 A - 7】)

資料 5 番は、「国公私立大学医学部入学定員の推移」です。防衛医科大学校定員 80 名を除いた資料で、平成 22 年度で 8,846 名の定員がございます。これは後ほどの論議に使っていただきたいと存じます。(p.8 【資料 A - 2】)

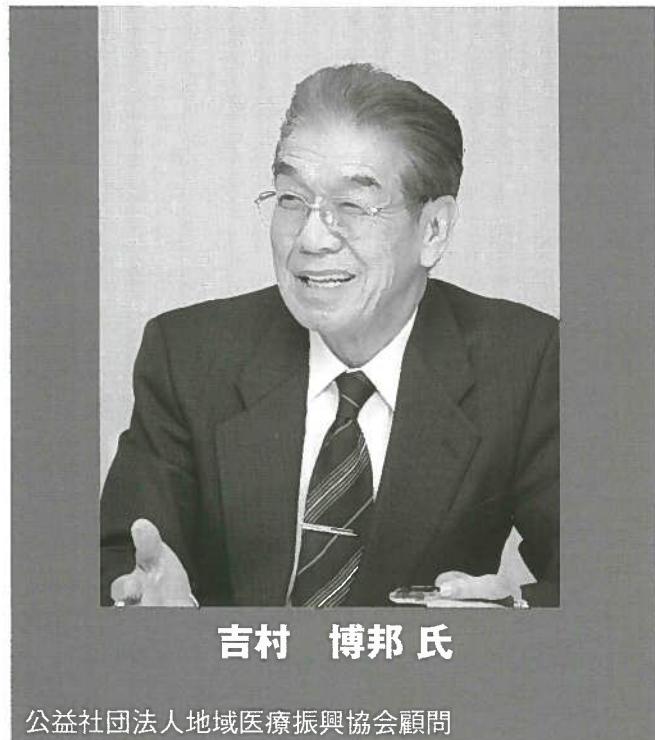
資料 6 番は、本日司会を賜ります吉村先生が試算されました「医師数の将来予測」です。2008 年「安心と希望の医療確保ビジョン具体化に関する検討会」資料における過去最大規模まで入学定員を増やした場合の予測値に、医師養成増数を機械的に加算して試算された内容となっております。(p.13 【資料 B - 1】)

資料 7 番は、全国医学部長病院長会議代表者が本年 2 月 19 日に民主党の幹事長室に行かれ、要望されました「新たな医学部の増設と急激な医学部定員増に対する慎重な対応を求める請願について」でございます。ご承知のとおり、その内容が 2 月 21 日の朝刊に出たという経緯がございます。

資料 8 番は、本協会広報委員長の寺野先生が m3.com のインタビューの中で、医学部新設のことにつきまして“透明性のある国民的議論が不可欠”であるということを主張されました記事の要約版を私どもが作らせていただいたものであります。

資料 9 番は、鈴木寛文部科学副大臣が、同じく m3.com でインタビューを受けられまして、1 卷から 4 卷まで、切り口がそれぞれ違いますが、医師養成、医学部新設、医学部設置基準の見直し等のことにつきまして言及されております。

資料 10 番は、岩手医科大学学長の小川先生から、「読者からの反論」という立場で文部科学副大臣の連載につきましてお考えを述べておられます。



吉村 博邦 氏

公益社団法人地域医療振興協会顧問

資料 11 番は、「人口 1,000 人当たり臨床医師の国際比較」ということで OECD の資料となっております。日本は 2.1 人です。対人口 10 万人でいきますと 210 名という数字が出ております。(p.11 【資料 A - 4】)

資料 12 番は、「都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口 10 万対医師数」でございます。現在平均が 206.3 名となっております。(p.12 【資料 A - 5】)

以上でございます。

<注：紙面の都合上、全ての資料の掲載を見送らせていただきました。なお、参考として【資料 A - 6】【資料 A - 7】を最後に掲載いたしました。>

全国医学部長病院長会議からの要望書について —急激な定員増は地域医療の崩壊を招く—

吉 村 まず最初に、小川先生から、先日、民主党に提出された要望書について、概要をご説明頂きながら、口火を切って頂きたいと思います。

小 川 適正な医師数を求めるということ自体は極めて難しいことです。医療・医学の進歩発展に伴って各科の診療内容は変わり医師の適正数は変わります。医師適正数から話をすること自体は極めて難しいと思います。

一方、全国医学部長病院長会議は、「人口当たりの医師数を国際水準まで引き上げる」ことについて、何年も前から国にお願いしてきました。昨年10月民主党政権になって直ちにこの要望は行っています。民主党のマニフェストには医師数を1.5倍にすることが明記されており、これはOECDの平均に当たりますから国際水準にほぼ合致する数だと思います。これに連動して医師養成数1.5倍という数が出てきたのではないかと思います。しかし、医師数1.5倍と医師養成数1.5倍は全く違うことです。

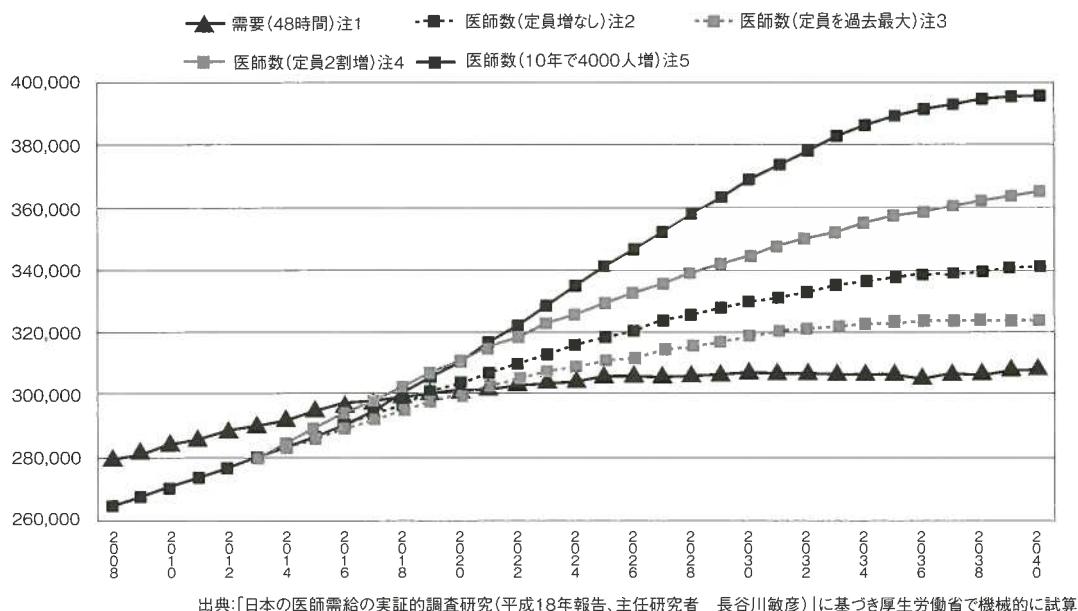
先ほど、司会の吉村先生からもお話をありましたが、ここ数年の方針転換によって、この3年間で国は1,221名の医学部の定員増をしました。1大学平均入学定員は95名でしたので、この3年間ですでに12～13大学を新設したことと同じ効

果をもたらしました。

国民が求めている医師養成は、単なる数合わせではなく、有能な医療人を育ててほしいということです。3年前からの定員増ですので、3学年まで進んできた段階です。まだ各大学から教員増の強い必要性が叫ばれている訳ではありませんが、今後、学年を重ねて来ますと、全学年で学生が増加することになりますのできめ細かい教育のためには、それに応じた教員増は当然必要になってきます。

先日、厚生労働省医師・歯科医師・薬剤師調査の最新版が発表されました。これを見て非常に愕然と致しました。新たに大学の臨床系教員の候補者となる方は30歳代から50歳ぐらいまでの病院勤務医です。「施設の種別にみた医師数」を見ますと、「教員候補者」は総数27万人の医師の中

【資料A-3】医師供給に関する機械的試算



出典：「日本の医師需給の実証的調査研究(平成18年報告、主任研究者 長谷川敏彦)」に基づき厚生労働省で機械的に試算

【注釈】

注1：既存の推計で、医師の業務時間（※）の上限を週48時間とした場合

注2：定員数を増員せず、2006年度の7,700人（医学部7,625人+防衛医大75人）を維持した場合（長谷川データ）

注3：骨太2008を踏まえ、定員数を過去最大の8,360人（医学部8,280人+防衛医大80人）に増員した場合

（2008年は168人増員、2009年より定員数を8,360人に増員）

注4：定員2006年度の医学部定員数7,625人の2割の1,526人増員した場合（2008年は168人増員、2009年より1,526人増員）

注5：定員数を毎年400人ずつ増員し、10年かけて4,000人増員し、その後7年間は4,000人増員を維持し、その後毎年400人ずつ減員し、10年かけて4,000人減員した場合（海野委員資料に基づく）

※業務時間とは、医師が医療機関において過ごす時間のうち、診療、教育、他のスタッフ等への教育、その他の会議等の時間であり、休憩時間、自己研修、研究といった時間は除く。

【参考】長谷川データ（供給モデル）について

・定員数：2006年度の7,700人を基準（医学部7,625人+防衛医大75人）

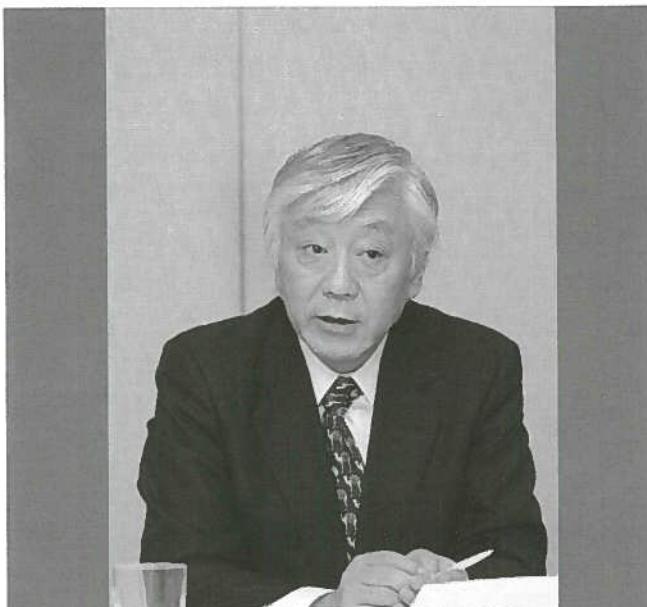
・就業率：性別、年齢階級別の就業率は、今後も一定として試算

・女性の割合：医学部入学者に占める割合（約3割）が今後も一定として試算（全医師に占める割合は増加すると推定）

で 7 万人しかおりません。これは、人口 10 万人当たり 55 人です。100 万人の都道府県でたった 550 人の病院勤務医しかいない中で、医師養成増に伴い、教育の質を担保するため臨床系の教員を増やさなければなりませんが、病院勤務医を地方の病院から引き抜いて大学の教員に据えますと、あつという間に地方の病院医療が崩壊をするという状況です。

全体として病院勤務医は増えていますが、30 歳代の病院勤務医は減ってきています。今後、病院勤務医が増加していく要因は極めて少なく、その中で医師養成の増加をこのまま続けていけば、医療崩壊を食い止めるための医師養成増が、下手をすると教員充足のため病院勤務医の減少に通じ、ますます地域の病院医療が壊れることになることを大変危惧しております。

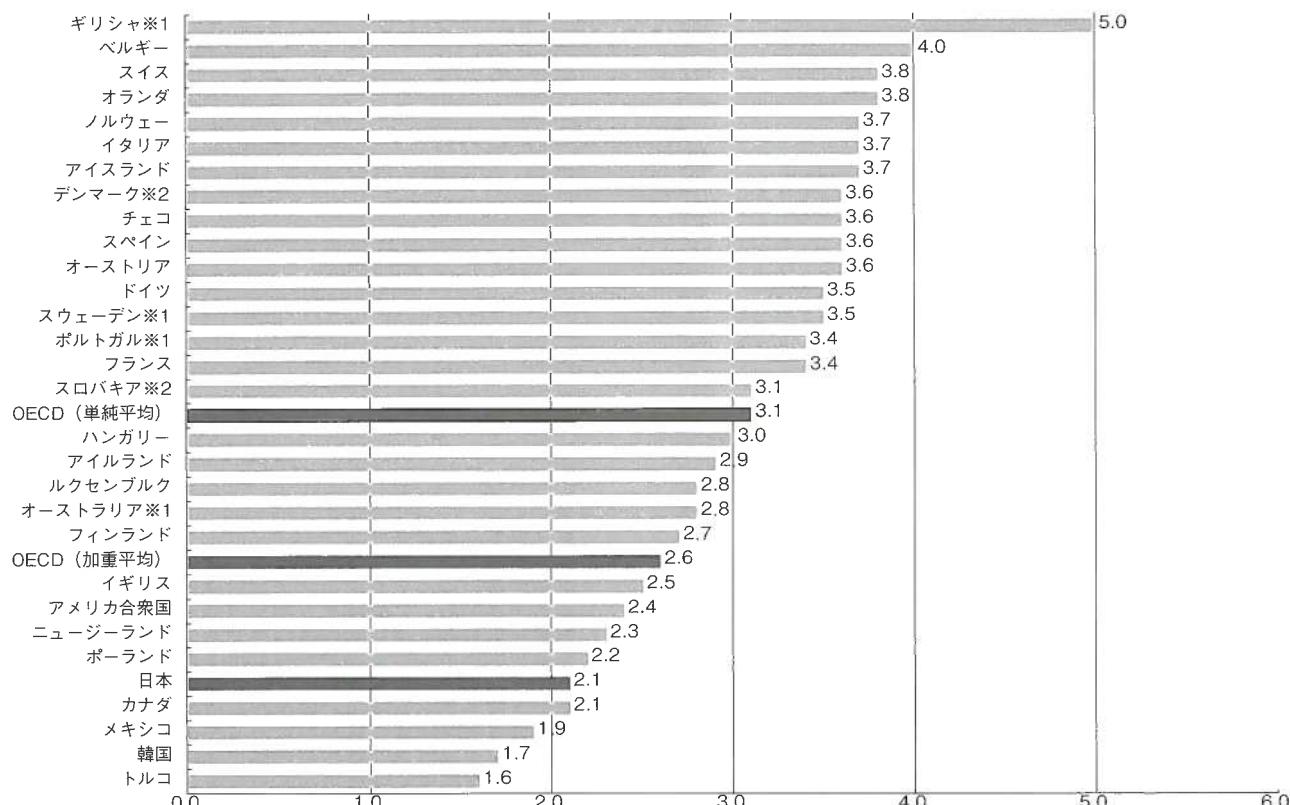
それで“新たな医学部の新設と急激な医学部定員増員は、「医療崩壊」をかえって増悪し、国民福祉の後退をもたらす可能性がある事を危惧す



小川 彰氏

岩手医科大学学長

【資料 A-4】人口 1000 人当たり臨床医数の国際比較（2006 年（平成 18 年））



※1 2005 ※2 2004

注 1 単純平均とは、各国の人口当たり医師数の合計を国数で割った数のこと。

注 2 加重平均とは、全医師数を全人口で割った数のこと。

注 3 一部の国では、臨床医指数ではなく総医師数を用いている。

OECD Health Data 2008 (平成 20 年) より

るので、慎重な対応をお願いしたい”という「要望書」を先日、全国医学部長病院長会議として提出をいたしました。いわゆる「激変緩和」をしていただきたいと政府にお願いをしたのです。

吉 村 小川先生から、新たな医学部の新設と急激な医学部の定員増は、かえって地域の医療崩壊を招くというお話をありました。小川先生は、このことを大変に危惧しておられるわけですが、もう一つの側面として、長期的にはいずれ医師数を削減しなければならないという問題がありますね。

小 川 その通りです。定員増になる前から、日本の医師数は毎年増えております。

これをざっくりとお話をいたしますと、定員増になってからの卒業生は出でていないので、定員増の影響がない状況で約7,500名が医師国家試験に合格して新医師になるために登録されています。一方、医籍から外れていく方々は約3,500人程度です、毎年4,000人ぐらいたずつ医師は増えております。

OECD平均の医師数1.5倍にいつの時点で到達させるかという問題と絡みます。早く到達させたいのはやまやまですが、様々な要因が絡み、なかなかそうはいきません。

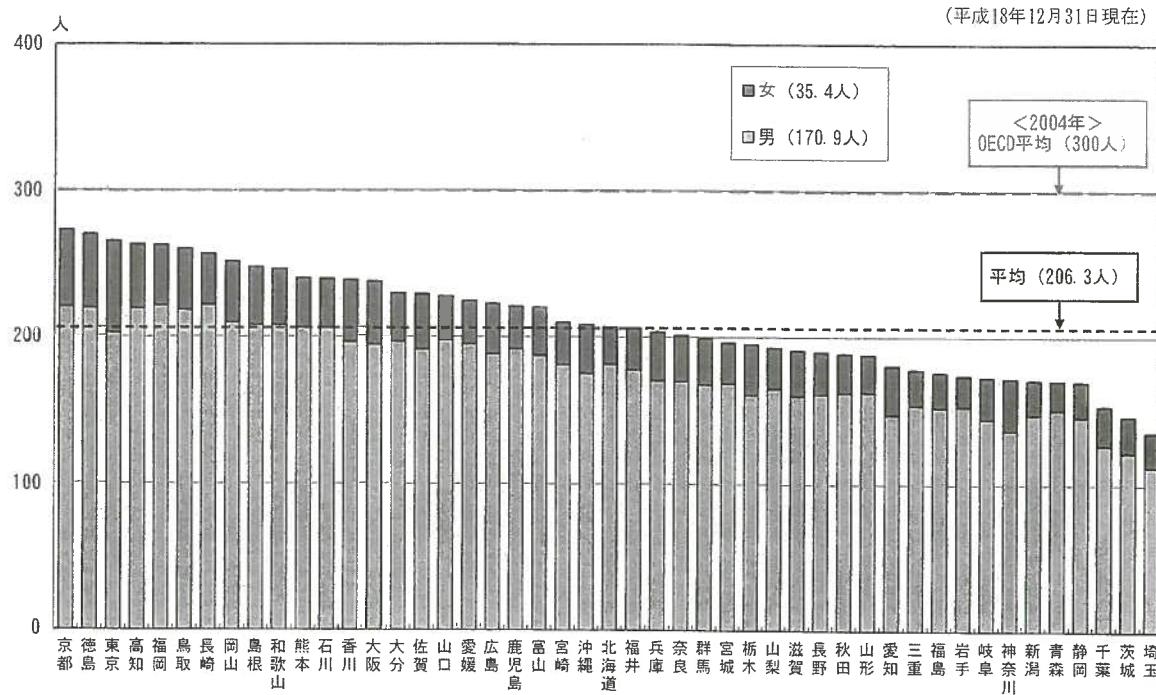
現時点でも、毎年約4,000人ずつ医師は増加している。医師養成数を1.5倍にすると、1.5倍となつた学生が卒業した年のわずか10年弱後にはマニフェストの目標値であるOECD平均の10万人当たり300名という数に到達てしまいます。その後、10年で世界一の10万人当たり400名に達してしまうという試算も成り立ちます。

入学定員を増減しても、6年後にしかその効果は表れません。医師養成数を1.5倍にして、その方が卒業して10年も経たないうちに目標値の300名に達してしまうということになりますと、卒業したのと同時に、定員を減らす必要があります。

我々が「諸悪の根源」と言ってきた医師養成削減政策で、閣議決定をして医学部入学定員を減らす政策を強力に進めたにもかかわらず、たった8%の定員減しか達成されておりません。この様に定員を減らすのは容易ではないのです。

医師数増の目標を到達した後、医籍に新規登録される方と、外れる方のバランスが取れていなければ、未来永劫医師が際限なく増え続ける事になります。そうすると80大学が今のままあると仮定をして、1大学約50名の医師養成で十分になります。したがって、いま吉村先生が定員110名、

【資料A-5】都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万人対医師数



※ 平成18(2006)年 医師・歯科医師・薬剤師調査の概況より抜粋 【出典：厚生労働省大臣官房統計情報部】

120 名というお話をしておりましたけれど、目標の医師数増が達成される 6 年前には今度は医師養成数を今の半分から 3 分の 1 程度に減らす必要があるということです。

そういう意味では、医師養成の適正数は極めて長期的なビジョンに立って考えていかなければなりません。ぜひ今の政府の方々には、政策決定にあたってはそういうことも含めてお考えをいただきたいという要請をしてきました。

民主党幹事長室では、その辺の事情をよく理解をしていただき、「長期的な展望に立って政策決定をしなければならないのですね」というお言葉をいただいてきました。残念ながら鈴木寛文部科学副大臣のほうから、先ほどのような全く反対の見解が示されているということは、ちょっと奇異にも感じますし、大変残念に思っている次第です。



栗原 敏 氏

東京慈恵会医科大学理事長・学長

【資料 B-1】医師数の将来予測

2008 年「安心と希望の医療確保ビジョン具体化検討会資料」における過去最大規模まで入学定員を増やした場合の予測値に、医師養成増数を機械的に加算した吉村試算

1. 現在の医師数

| | |
|--------|-----------------|
| 2008 年 | 医師数 271,897 人 |
| | 人口 127,692 千人 |
| | 人口 10 万人対 212.9 |

(2010 年発表 2008 年の人口 127,692 人 212.9)

2. 現状（入学定員が H21 年に 8,486 人、H22 年より 8,846 人となった状況）における将来予測

（注）H21 年は、過去最大規模（昭和 56～59 年：8,280 人）より +206 人、H22 年は、+566 人の増となっている。また、H19 年の削減時（7,625 人）より、H22 年は 1,221 人増となっている。

| | |
|----------|--------------------|
| ① 2030 年 | 予測医師数 34 万 400 人 |
| | 人口 115,224 千人 |
| | 人口 10 万人対 295.4 |
| ② 2040 年 | 予測医師数 35 万 7,610 人 |
| | 人口 105,695 千人 |
| | 人口 10 万人対 338.3 |
| ③ 2050 年 | 予測医師数 36 万 9,820 人 |
| | 人口 95,152 千人 |
| | 人口 10 万人対 388.7 |

3. 入学定員を 11,000 人に増員した場合

（2012 年よりの増員を仮定）

| | |
|----------|--------------------|
| ① 2026 年 | 予測医師数 34 万 8,318 人 |
| | 人口 117,713 千人 |
| | 人口 10 万人対 297.9 |
| ② 2027 年 | 予測医師数 35 万 3,538 人 |
| | 人口 117,713 千人 |
| | 人口 10 万人対 300.3 |
| ③ 2030 年 | 予測医師数 36 万 8,402 人 |
| | 人口 115,224 千人 |
| | 人口 10 万人対 319.7 |
| ④ 2040 年 | 予測医師数 37 万 9,150 人 |
| | 人口 105,695 千人 |
| | 人口 10 万人対 358.7 |
| ⑤ 2050 年 | 予測医師数 39 万 1,360 人 |
| | 人口 95,152 千人 |
| | 人口 10 万人対 411.3 |

将来人口を平成 18 年 12 月推計で中位出生、中位死亡の場合。

日本の将来推計人口（平成 18 年 12 月推計）

<http://www.ipss.go.jp/pp-newest/j/newest03/newest03.asp>

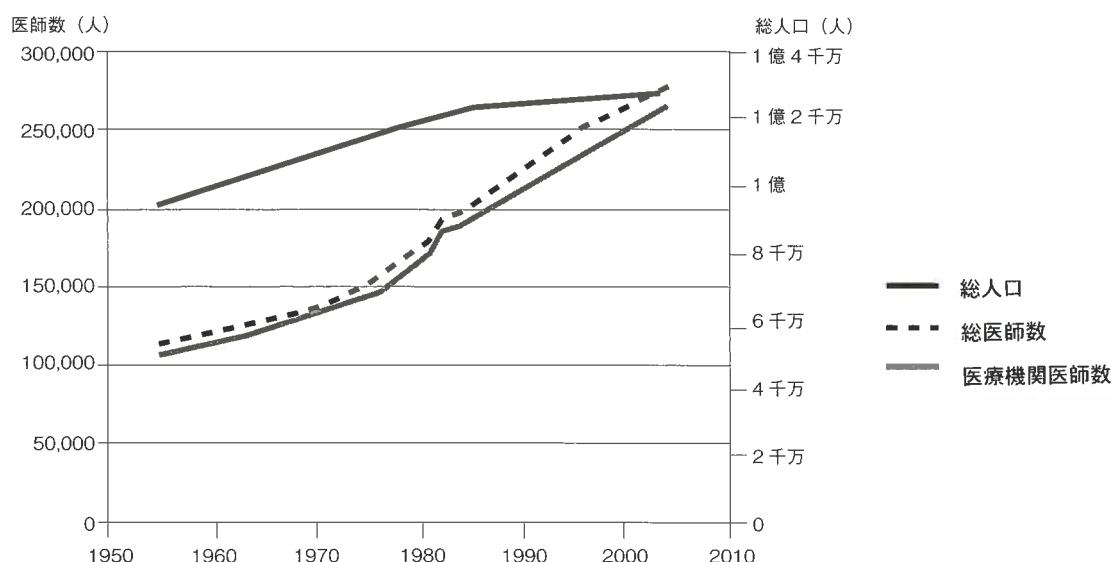
表 1-1 総人口 出生中位、死亡中位推計を参照

吉 村 小川先生からは、短期的には教員が必要であり、そのために地域医療がかえって崩壊しかねないこと、長期的にはいずれ医師を削減しなければならないので、急激な増員はくれぐれも慎重にすべきだというご意見がありました。この他にも、学生の質の低下とか、教育環境の悪化とか、危惧されることもあるのではないかと思いますが、栗原先生、『医学振興』の前号の特集にも執筆されておられましたが、学生教育の面からはいかがでしょう。

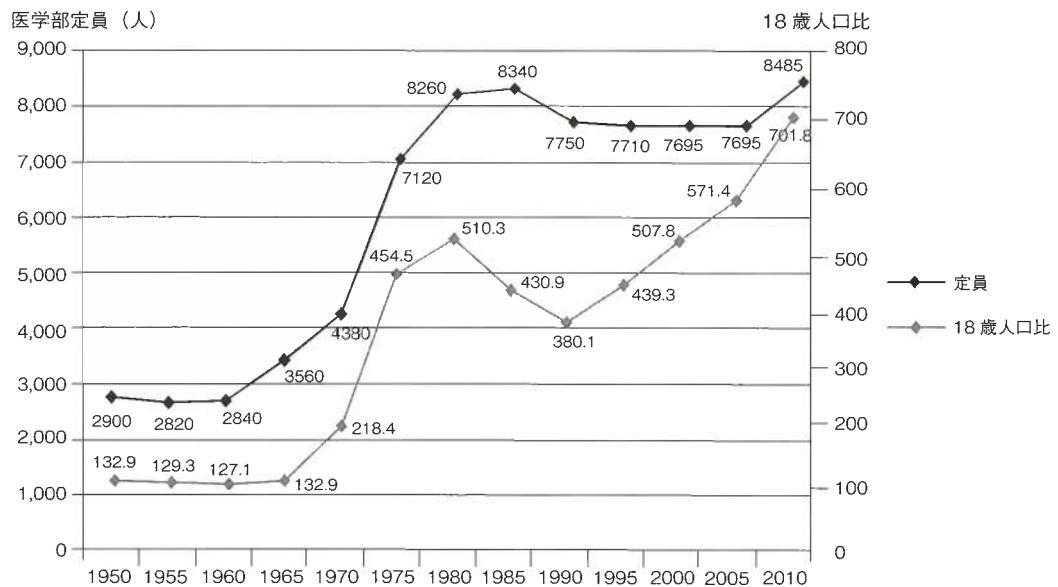
教育現場の理解を欠いた安易な増員は混乱を招く —医学教育には人手も手間もかかる—

栗 原 医師数はいろいろな予測があるので、どれが精度の高い試算かということが重要だと思います。今の学生教育は、以前と比べてずいぶん時間と労力がかかります。それは日本の医学生が卒業する時点で、欧米の医学生と同様に、高い臨床能力を身につけることができるよう医学教育の改善に取り組んできたからです。

【資料 C－1】日本の医師数（提供：河野陽一 千葉大学医学部附属病院長）



【資料 C－2】医学部定員数の変遷（提供：河野陽一 千葉大学医学部附属病院長）



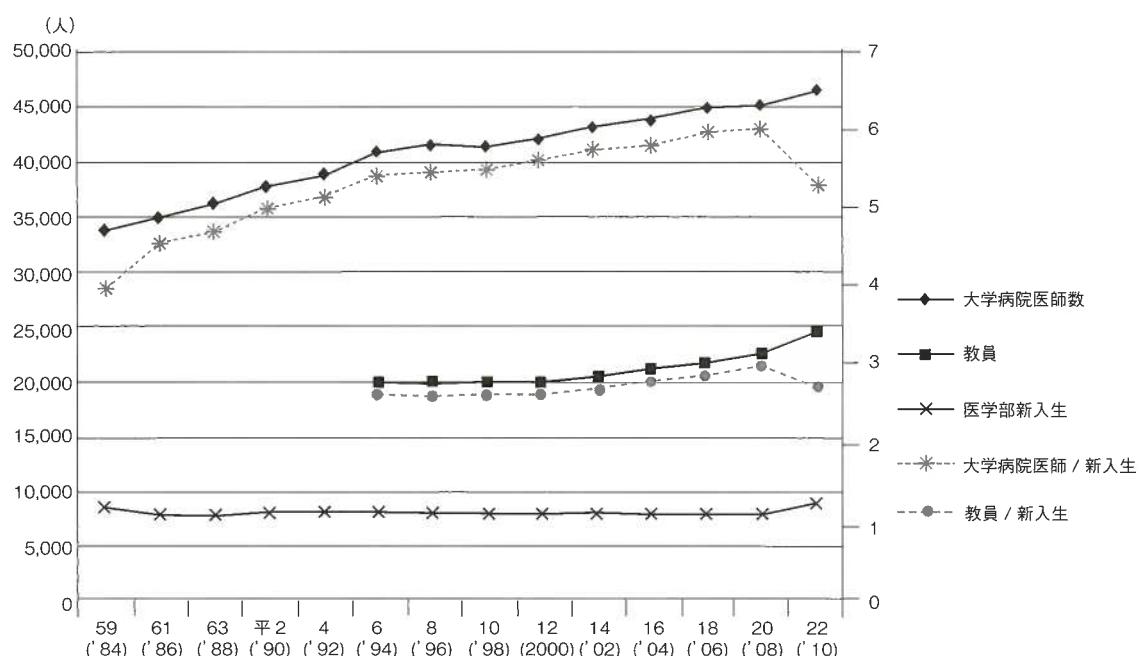
例えば、スマートグループ・ラーニング（少人数制教育）とか全国共用試験をやって、知識と技能の両方の評価をしています。全国共用試験の合格レベルは各大学の裁量に任されていますが、合格した上で、臨床実習をやっています。このように教員の負担が以前と比べてずっと多くなっていることがあります。特に臨床教育に重点が置かれていますから、臨床教員が、診療に加えて教育に相当な時間を割いているというのが現状ではないかと思います。

一方、国立大学附属病院は独立法人化し、診療と運営の改善を迫られているので、教員は診療に相当な時間を費やしています。かつ教育にも時間を割いていますので、臨床教員のマンパワーが不足しているというのが現状ではないかと思います。

このように医学教育がずいぶん変わりました。また、質の高い医師を育成するために、医師国家試験も変わりつつあります。現在は知識に関する試験だけですが、今後は技能の試験も国家試験に導入しようという動きもあります。是非、このような医学教育の現場を理解していただいた上で、医師数の増加、ひいては入学定員増も考えていただかないと、混乱を招くのではないかと、危惧しております。

【資料 C - 3】現在の医療機関における医師の養成に必要な教員医師

(提供：河野陽一 千葉大学医学部附属病院長)



千葉大学医学部附属病院長

吉 村 先ほど小川先生からお話をあった、大学の教員が足りなくなるという意見に対して、亀田総合病院の理事長が、わざわざ新たな大学病院を建てなくても、今までにある病院を大学病院として使えば問題はないし、地域の臨床の先生を教授

にして教育に参加してもらえば、教員不足は起こらないのではないかと述べておられましたけど、この点については如何でしょう。

栗 原 どこの大学でも、ファカルティ・ディベロップメントに相当時間を費やしていると思います。例えば土曜日の午後に多忙な臨床の先生に参加していただきて、教育内容を検討していたり、あるいは教育技法の向上について考えるというようなことをやっていますので、教育の理念をよく理解した上でないと、一般の病院あるいは診療所の先生方に教育に参加していただくことは難しいと思います。そのための準備が必要だと思うのです。

医学部定員増と医師数の将来予測 —鈴木寛文部科学副大臣の推計値は正しいのか—

寺 野 小川先生の先ほどのデータで、卒業して6年後に3.0人／人口1,000人、10年後に4.0／人口1,000人になるという話と、鈴木寛文部科学副大臣がm3.comのインタビューで言っている具体的な数値が少し違っているかなと思います。“入学定員を毎年400人ずつ増加させても、OECD平均に到達するには2027年、5年前倒しになるだけです”ということで、この辺のデータの違うところがあるのかなという感じがします。

小 川 同じことだと思います。いつ医師養成数を1.5倍にするかです。その入学生が医籍に登録されるまでは最低6年かかります。来年から医師養成を1.5倍にしても300に達するまでに12年かかるわけです。

寺 野 2022年には300人には達するだろうということですね。5年の差だから大した差じゃないのだけれども、鈴木寛文部科学副大臣は、400名ずつ増加すると2027年と言っているんですよね。細かいことですがデータの違いがあるといけないので。先生の場合は何人増やすのですか。

小 栗 小川先生の試算は削減時(7,625人)の1.5倍ですから、増員して11,438人になります。

鈴木寛文部科学副大臣より約500人弱多くなっていますから、300人に達するのが少し早くなっているのだと思います。

山 下 しかし、実際、医師が70歳位で実働しなくなるとすると、25歳で卒業したとしたら、実働期間は約50年足らずですね。今、やめていく人が少ないので、今が1960年ごろの「入学定員が少ない頃の50年後」だからではないのですか。

小 川 要するに1県1医科大学になり医師数が増えた学年がそろそろタイアする年齢になってきていますので、その時のことですね。今回の試算あくまでもざっくりしたものですので、正確に

【資料C－4】医学部入学定員数の削減・再増員（提供：河野陽一 千葉大学医学部附属病院長）

| 区分 | ピーク時の 入学定員 (S59年度) (A) | 削減状況 | | | H16年度の 入学定員 (E=A-D) | H22年度の 入学定員 |
|----|---------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|---------------------------|----------------|
| | | (B) | (C) | (D=B+C) | | |
| 国立 | 4,580人 | 480人 [10.5%] | 10人 [0.2%] | 490人 [10.7%] | 4,090人 | 4,793人 |
| 公立 | 660人 | 5人 [0.8%] | 0人 [0%] | 5人 [0.8%] | 655人 | 812人 |
| 私立 | 3,040人 | 155人 [5.1%] | 5人 [0.2%] | 160人 [5.3%] | 2,880人 | 3,241人 |
| 合計 | 8,280人 | 640人 [7.7%] | 15人 [0.2%] | 655人 [7.9%] | 7,625人 | 8,846人 |

- 昭和60年から定員削減が始まった
- 国立は10.7%の定員削減を行い、全削減の75%を負担した
- 私学は経営効率の悪化にもかかわらず全削減の24%を負担した
- 削減の間にOSCIやIPEなど教育の充実が実現された

は人口の増減やその点も入れて計算するべきと思います。

山 下 ざっくりもいいんですけど、自然に抜ける人が 3,500 人位なのが、あと 15 年位経つと 8,000 人位になる。したがって近い将来、医師の自然増はあまり大きくならないと思います。だから、必ずしも先生がおっしゃる 3 分の 1 に思いっきり減らす必要はないと思うんです。また後で申しますけれども。

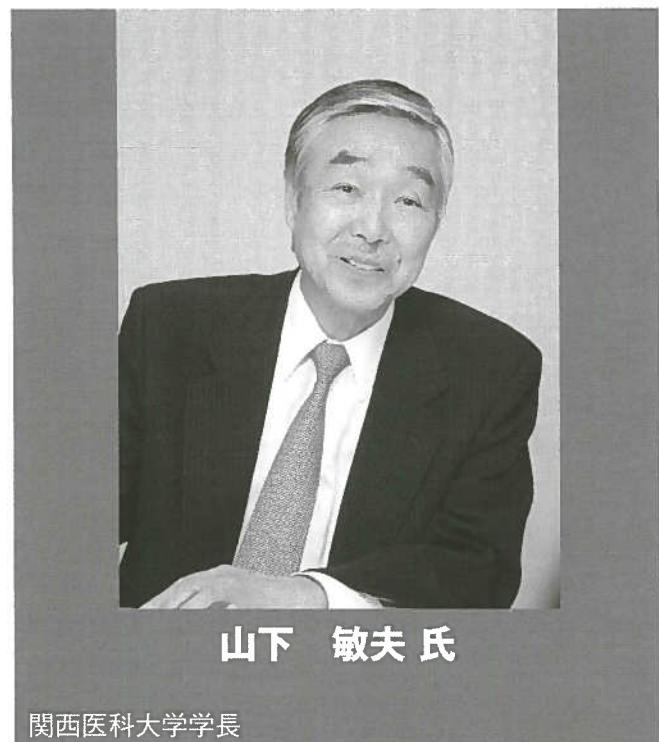
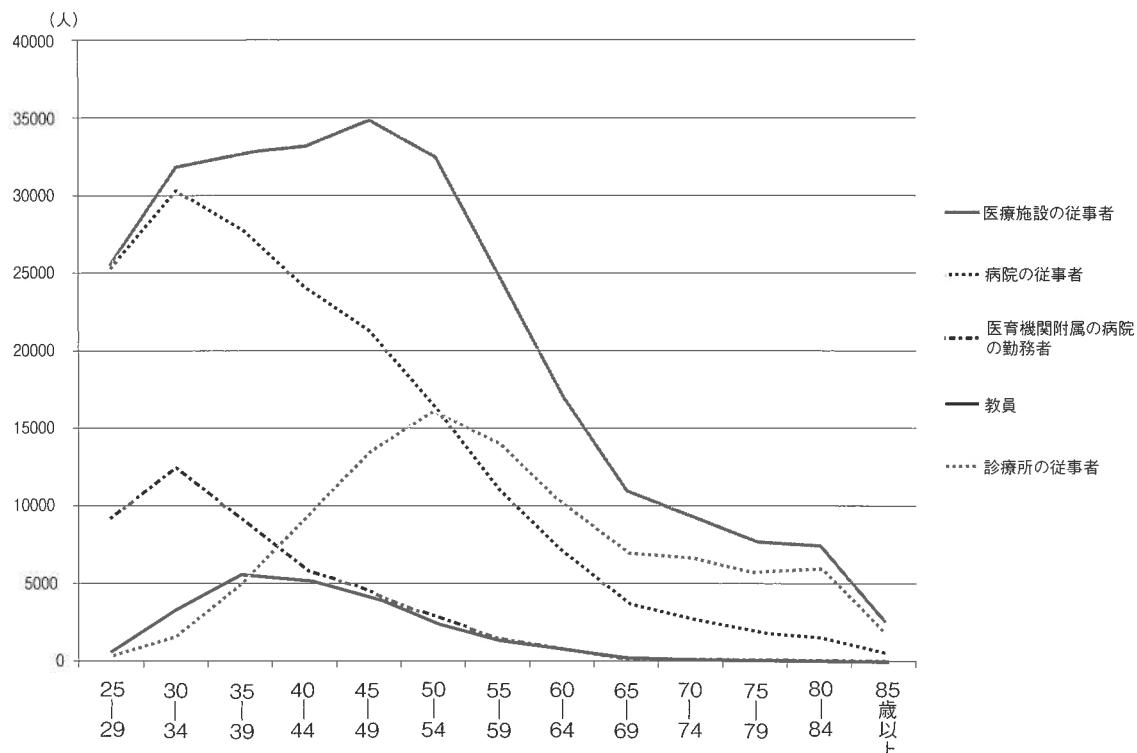
小 川 先生のおっしゃっていることは十分理解した上で発言しているつもりなんですけれども。

寺 野 要するに、鈴木寛副大臣の言っているデータは、官僚を使って計算させているわけで、その計算とこっちの計算とが合うのかというのが判断できなかったのです。

吉 村 おっしゃるとおりで、入学定員増を行った時の医師数の将来予測は、今回の座談会の最もキーポイントとなる重要な点の一つです。実は、私も司会を仰せつかってから、以前に厚生労働省の将来予測を試算された長谷川敏彦先生（現日本医科大学教授）に個人的に相談しながら試算をしてみました。

その結果は、資料 6 にあるように、鈴木副大臣のおっしゃった数字と概ね同じ結果でした。私の試算根拠は、すでに厚生労働省が平成 18 年に発

【資料 C - 5】医師の年齢別勤務状況（提供：河野陽一 千葉大学医学部附属病院長）



表した、医学部入学定員を過去最大規模まで増やした時の将来予測に、現状の過去最大規模を上回る 566 人の増員分を機械的に上乗せしたものです。なお、我が国の将来人口は、平成 18 年政府発表の中位（出生、死亡）推計値を用いています。

現状の定員の場合、目標とされる人口 10 万対

300を越えるのは、今から22年後の2032年で301になります。その後、人口はさらに減少し、増員分が加算されますので、2040年には10万対比は338、さらに、2050年には389になり、その後は、人口の一層の減少に伴い、さらに増加する予測になっています。

山 下 何倍にしたときですか。

栗 原 増員しなくとも、今の8,846人のままでずっと行けばということですよね。

吉 村 はい。それから、鈴木寛副大臣のおっしゃっている、定員を11,000人に増員した場合を、仮に今から2年後の2012年に一気に11,000人に増員できたとして試算してみると、2027年に300.3となり、現状より5年早く300を越えます。若干、小川先生予測とは異なります。ただ、増員が遅れば、その分300に達するのは遅くなります。

寺 野 それは鈴木寛副大臣が言っているのと合うわけですね。

吉 村 定員を400人ずつ増やすというのがよくわかりませんが、定員を11,000人になるとおっしゃっているので、現在8,846人ですから、あと2,000人ちょっとを5年くらいかけて増やすということでしょうか。

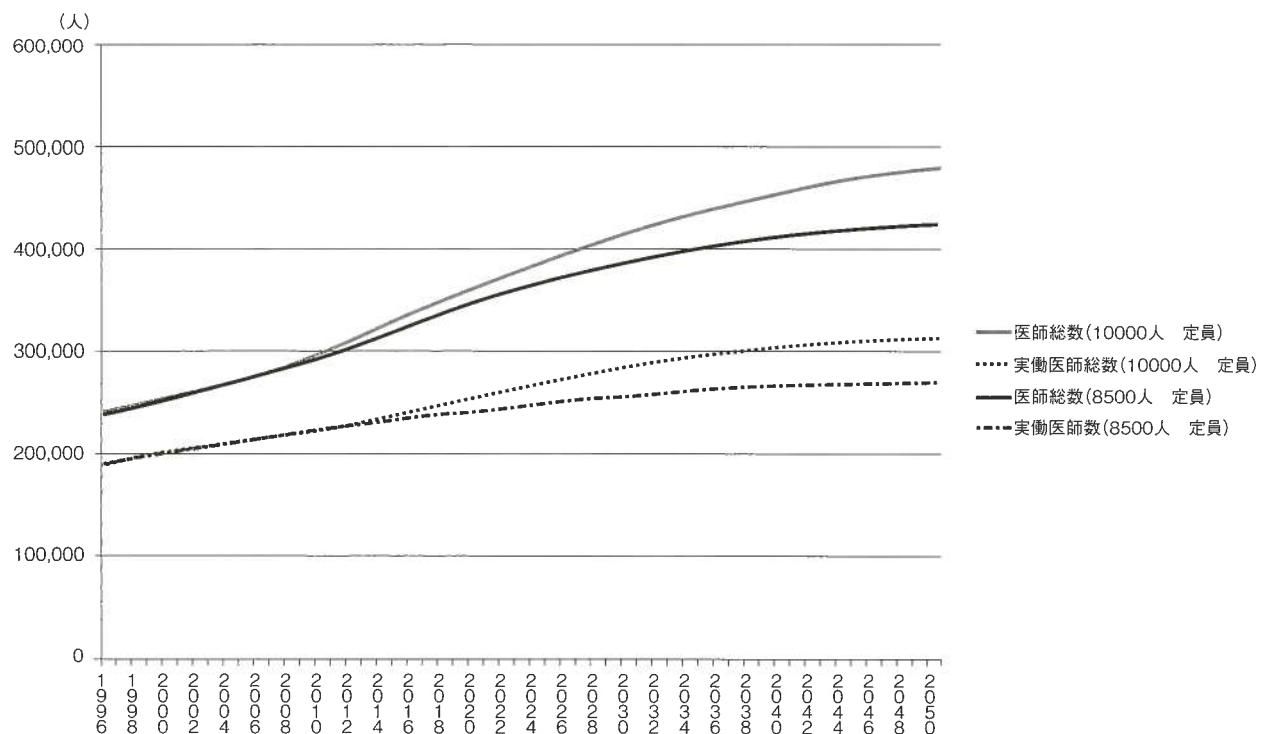
仮に、2年後に一気に11,000人にした場合には、300に達するのは現状より確かに5年早くなります。その後は、2040年に368.0、2050年には425.2と、それ以後の増加のスピードはより急峻となります。

ただ、300という数値目標が妥当かどうかは、後ほどご議論いただきたいと思います。

寺 野 細かいことを言っていても切りがないですが、あまり差があるとおかしくなっちゃいますので。

吉 村 皆さんいろんな試算を出しておられるので。これは私の試算です。(p.13 【資料B-1】) それから、先ほど、山下先生が、15年後には増加が止まると言いましたけど、確かに1970年代の新設医大の影響による医師数増(現在、毎年4,000～4,500人ずつ増加)は今から15年後以降は漸減してほぼ2,000人台となり、20年後の2032年には新規参入とリタイアが均衡して、医師数はいわば高止まりのまま一定で推移すると予測されています。しかし、人口はどんどん減っていきますから、それに、今回の増員分の1,221人が年々累積して行きますので、「人口対比」の医師数は、人口は減る、医師は増えるという、二重の意味でどんどん増加することになります。これ

【資料C-6】実働医師数予測（提供：河野陽一千葉大学医学部附属病院長）



は良い悪いではなくて、事実としてそうなることを鈴木副大臣を含めて皆さん理解して頂く必要があると思います。

寺 野 ちょっと数字が気になったものですから。違う土俵で議論していてもということがあります。

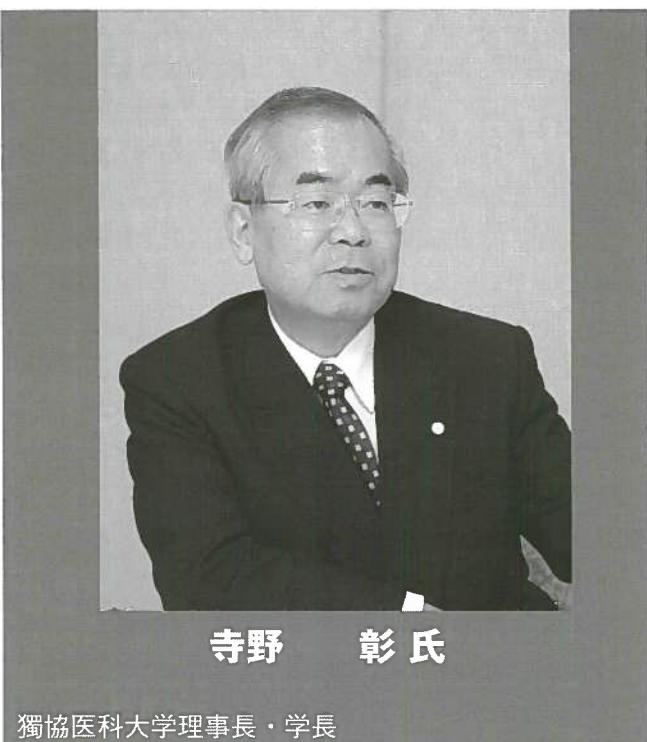
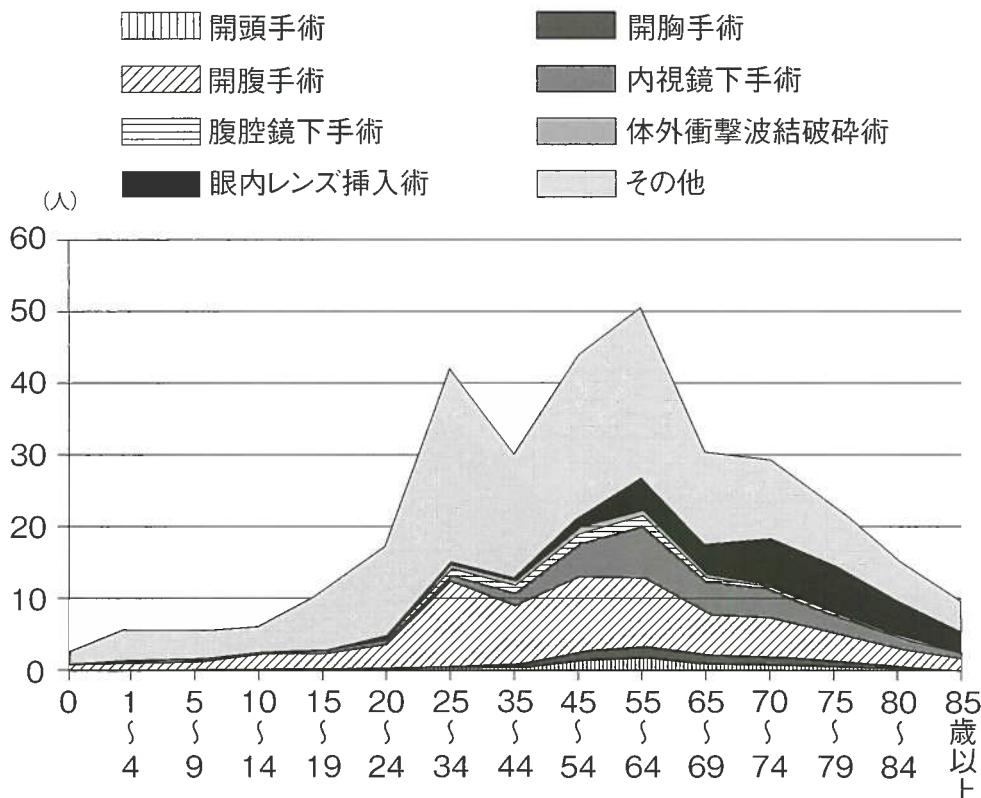
我が国の医師数と医師養成数はいかにあるべきか —医師養成はダイナミックに考える必要がある—

吉 村 河野先生は、国立大学の立場から、あるいは、別の視点から、医師数の問題をどうお考えですか。

河 野 OECD の医師数というのは、日本とアメリカでは医籍登録をしている医師数ですね。これで、わが国の医療の実態を考えるときに合わないのでないかと思いまして、資料を作成いたしました。

本日お手元にお配りした「日本の医師数」という資料をご覧いただきたいのですが、最初のところは、医師数はしっかりと増えてきているというデータです。脇道にそれますが、ほとんどの医学部卒業生が臨床分野に進みます。基礎に行く人や、行政の分野に進人も若干いますが、日本の医療全

【資料 C - 7】手術患者の高齢化（1996 年）（提供：河野陽一 千葉大学医学部附属病院長）



獨協医科大学理事長・学長

体を考えますと、臨床医だけでは将来の医療は担えないので、このような医学分野の医師のバランスでよいのだろうかという気がします。（p.14 【資料 C - 1】）

次の頁をご覧いただきますと、これもよくご覧になっている数字で「医学部定員数の変遷」です。1961年（昭和36年）に国民皆保険制度がスタートしましたが、そのために昭和30年代の後半より患者数の増加に伴いに医師不足に陥りました。そこで1962年（昭和37年）に医学部定員の増を始めているわけです。その医学部定員増のところで入学した人たちが、今72歳です。その後、1973年（昭和48年）に医学部新設が始まっています。それから1981年（昭和56年）までの8年間が医学部新設が進められた時期で、それがこの医師数のピークにつながっています。さらに、少子化がありますから18歳人口比でみると、人口比での医学部進学者の割合が増えています、相対的に広き門になっています。（p.14【資料C-2】）

一方において、医育機関側での状況をお示ししますと、定員だけ増えて教員が増えておりませんから、下の点線で示した「新入生対教員」の割合でいうと相対的には教員数は減っています。（p.15【資料C-3】）

また、2007年度医学部、医科大学教員数の比較をご覧いただきますと、これはアメリカと制度が違うものですから、教員数の比較は非常に難しいのですが、私立大学は米国並みの教員数を配置

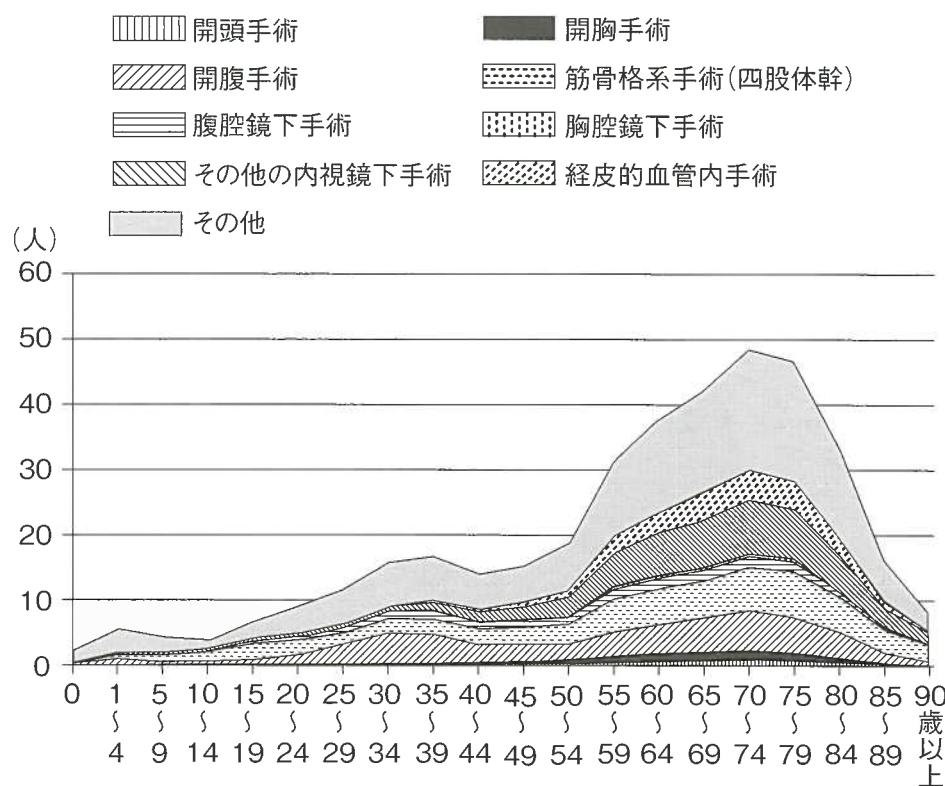
しています。

国立大学や公立大学の医学部は学生対教員の割合が非常に少ない。私立大学は2000年頃に診療科をかなり新設し、また分院をつくりました。その折に、教員をかなり増やしています。そこで見かけ上は私立大学の教員数が増えているように見えるということになったと思います。国立大学は、ご承知のように人件費削減があり、完全な定員削減に入っているものですから教員数はどんどん減っています。アメリカと比べると、国立の教員数は、臨床で3分の1、基礎で2分の1です。そういった中で、栗原先生がおっしゃったように手のかかる教育をやらなければいけないという医学教育環境が非常に悪い状況であり、教育の現場のキャパシティが低下しています。

次をご覧いただきますと、ピーク時に対してどこがどのように医学部の入学定員を減らしたかということですが、公立大学はあまり減らしませんでした。国立大学は定員の全削減の75%を負担しており、私立大学は経営効率の悪化にもかかわらず全削減の24%を負担しました。（p.16【資料C-4】）

そして新規医師数ですが、ここでは医学部入学者数を8,500人としていますが、死亡等により卒

【資料C-8】手術患者の高齢化（2008年）（提供：河野陽一 千葉大学医学部附属病院長）



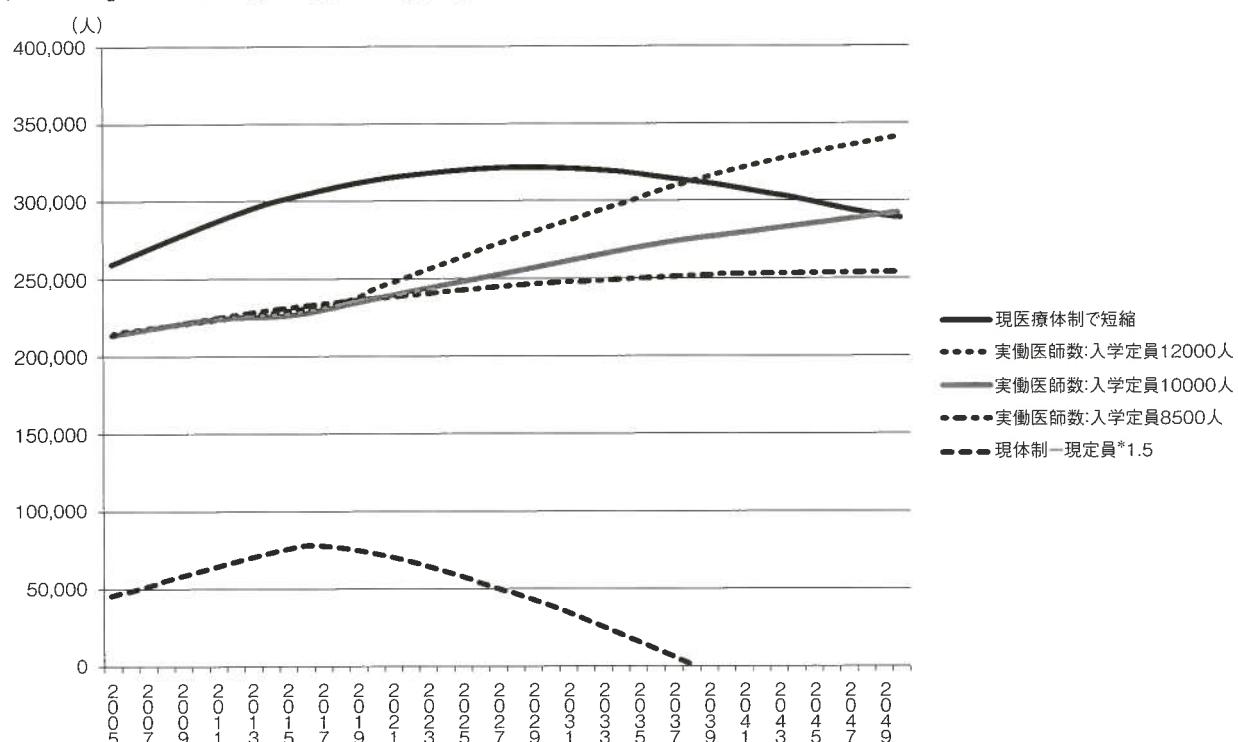
業者数は 8,480 人で、医師国家試験を 90% の合格率とすると実際、医師になるのは 7,632 人という数字です。そこで今後の医療状況に対応した必要医師数を推計するには 8,500 人ではなく、この 7,600 人を使わないとならないと思います。

先ほどから出ている医師の年齢と勤務状況のことですが、この図は病院勤務医や開業医で実際に働いている医師の数を年齢別にプロットしたもので。病院勤務医は 55 歳以降急激に減少しています。開業医の方は 50 歳代をピークにその後ぐっと下がります。大体が 65 歳を過ぎてくると非常に少くなり、80 歳までは働きますが、85 歳以上は極めて稀というのが現実です。(p.17 【資料 C - 5】)

このような年齢による勤務状況を加味しないと、実際、医師の現場での数に反映しないのではないかと考えまして、実働医師数の予測には、この年齢による勤務状況の動きを踏まえて大体の割合を出しまして、30 歳までには、登録医師数に 0.8 の係数を掛けました。30 歳までということは、まだ医療機関では一人前には扱われないだろうという想定です。

30 ~ 50 歳をまさに医療を担う医師として係数は 1 としました。50 ~ 55 歳までは登録医師数に 0.7 掛けして、60 歳までは 0.5 掛け、80 歳までを 0.3、85 歳以上は 0 というように、このバランスで係

【資料 C - 9】 必要医師数予測（提供：河野陽一 千葉大学医学部附属病院長）



小栗 典明 氏

日本私立医科大学協会事務局長

数を掛けまして実働医師数をみました。

一番上が入学者定員を 1 万人にした時の医師数の今後の動きです。これが 1.5 倍に医学部入学者を増やした場合にあたります。その次が 8,500 人の現状の入学者定員数です。一方、実働医師数ですが、下に示したのが、入学者が 1 万人のときの実働医師数です。その下の線が 8,500 人の現在の

入学者定員のときの実働医師数です。入学者定員からの医師数と実働医師数の間にかなりの開きがあります。この実働医師数ですが、さっき申し上げた係数を幾つにするのかというのは検証が必要であろうとは思いますが、年齢による実働状況を加味してみると、かなり実働医師数は少ないということになります。(p.18 【資料C-6】)

必要医師数の予測というのは非常に難しいものですから、先ほど小川先生がざっくりとおっしゃっていましたが、同様にざっくりとした話ですが、外来・入院患者数の予測と必要とする医師数の推定を行いました。

人口は、全国人口推移予測を見ると、減ってはくるのですが、現在の医療状況で考えますと、次の全国入院患者数予測のように、入院患者数は2020～2030年をピークとして増加します。外来患者数は、ピークがもう少し前になります。というのは、外来および入院患者共に、患者数の増加は国民の老齢化が大きな要因であり、年齢とともに疾病罹患率が上昇し、通院治療が始まります。そして年齢とともに病状が進行し、入院率が上昇します。このため、外来患者数のピークが入院患者数に比べて少し前になります。

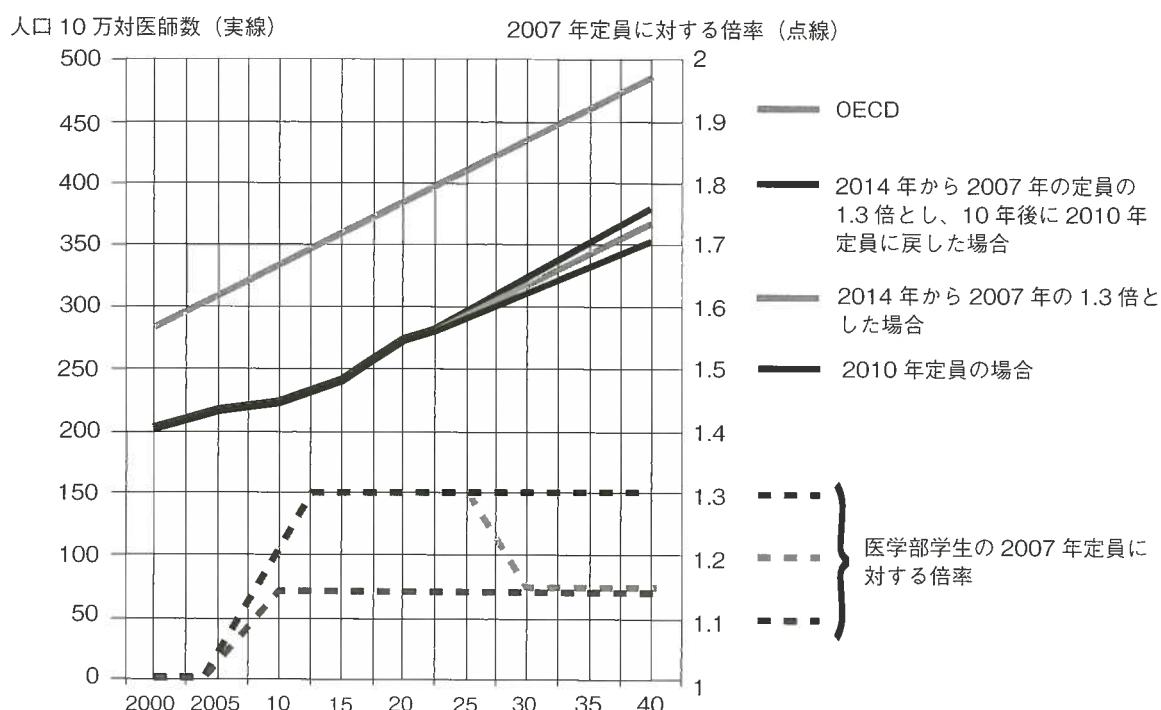
ただ、医師の数を増やすということのみで、これからのお年寄り人口の増加と少子化を迎えるわが国

の医療に対応することは困難ですので、入院患者の方の入院期間を短くするとか、在宅医療に力を入れていくということが必要になってきます。そうしますと、入院患者数が減少し、外来患者数が増えるなど、先に述べました外来および入院患者数の動きは変わってくる可能性があります。

それから次をご覧いただきますと、1996年と2008年ですと、手術の対象者が大きく変わってきています。1996年のときには虫垂炎や胃潰瘍などの若い人たちの手術が多かったのですが、内科的治療が発達することによってこのような手術は減りました。今後も増えてくるのは、骨折ですか、白内障ですか、いわゆる老齢の方に対する手術が確実に増えてくるだろうと考えられます。というのは、A D L (Activities of Daily Living) があるレベルで保たれていないと介護が大変になりますので、手術をすることによってA D Lをよくし、介護を可能にしようということが背景にあります。これからも人工骨頭置換術とか、人工内耳とか、そういう新しい可能性がさらに出てきますと、手術内容も変わり、違った手術患者のパターンになってくるかもしれません。(p.19 【資料C-7】)(p.20 【資料C-8】)

今の状況を基に単純に推測すると、手術患者数は2040年代あたりがピークになってきます。国

【資料D-1】将来の人口10万対医師数の推計と医学部定員（提供：山下敏夫関西医科大学学長）



民の老齢化が進んで、介護が問題になったときに手術件数も増えてくると思われます。この中には、おそらく整形外科手術とか、耳鼻科とか、眼科とかが多くなつてくるでしょう。

そういう動きの中で必要とする医師数を推定したのが次の「必要医師数予測」です。これはかなり難しいのですが、上に書いてある黒太の線が推定必要医師数ですが、これには幾つかの仮定があります。例えば、1) 外来診療は 7 分診療をする、2) 大学病院を中心とした高度医療病院は医師 1 人が 4 人の入院患者さんを診る、3) 急性期病院は医師 1 人が 7 人を診る、4) 療養型の病院では医師 1 人が 15 人の患者の方を診るなどです。実際は市中の療養型の病院では 1 人の医師が 30 人くらいの患者の方を診てますから、かなり手厚い条件で想定した医師数といえます。このような条件の設定に対して、実働医師数をプロットしたのが下の破線でして、上の点線が入学定員 12,000 人、グレーの実線が 10,000 人、中段の点線が今と同じ 8,500 人の医学部定員のケースです。図下の黒太の点線は、上の実線と上の点線（入学定員 12,000 人）との差で、入学定員を 12,000 人とした場合に不足する医師数の動きです。（p.21【資料 C-9】）

ここで出した数字は、必要医師数を多めに設定してますが、この数であれば、考え方によっては医師数に少し余裕があるので、医師の地域偏在もカバーできるのではないかと思います。

現状の医療をどう捉えるかによって必要医師数は異なります。前にも述べましたが、現状の医療レベルを上げていくという設定、欧米並みですが、この条件ですと、かなりの医師数の増員が必要になりますが、それでも 2039 年には不足はなくなり、以後は医師過剰になります。医療レベルを現在のままとして患者数の増加にのみに対応するとしますと、入学者定員を今の 1.5 倍にすると 2029 年のときには完全に医師がオーバーになってくるという計算になります。医療レベルをどのレベルを持っていくのか、医療体制をどうするのかで、この数字はだいぶ変わってきます。必要医師数について述べてきましたが、2030 年頃にピークを迎える入院患者数の増加など医療の状況の変化に、医師の増員だけで対応するというのに無理があると思います。このように考えると、医師数

の議論のみが先行するのは心配です。

もちろん医師は足らないので医師を増加させるということはやらなければいけません。ただし、その場合にも、医育機関の教員数を増やし、国立大学でいえば少なくとも定員削減前の教員数に戻して、また教育施設を充実させないと、よい医学教育はできませんし、教育の現場の負担が非常に大きなものとなり、また診療にも影響が出てきます。

また、在院日数の短縮化や外来診療での対応を進める必要がありますし、さらに高齢者に対する介護とかリハビリなどを含めて、在宅医療も大きな課題です。在宅医療ではコメディカルの役割が非常に大きくなっています。どのような職種をどのように育てるのかなど、総合的に医療を捉えて対策を考えていかないとならないと思います。

最後の「人口 10 万人あたり医師数・歯科医師数」については、スケールが変えてありますが、医師と歯科医師の増加率をプロットしたものです。この両者の増加率をみると、ほぼ同じです。歯科医師は、ご存じのように増員したわけですが、「8020（ハチマルニイマル）運動」というのがありますて、80 歳で 20 本の歯があることを目指した運動ですが、積極的に予防医学を進めたわけです。その結果、歯科の患者数が減少し、歯科医師数の過剰につながったと伺っています。これから医科においても当然予防医学の推進もあるわけで、そうなると患者数が今の想定の数字とまた違った数字になってきます。長期的に医療を展望した上で必要医師数を考えて、全国医学部長病院長会議などで提言していくかないとならないと思います。

医師が足らなくて増やさなければいけない。しかし、新設医科大学の増設などコンクリート的発想では、今後の人口減少など流動的なファクターに滑らかに対応できないリスクがあり、もっと柔軟な体制で医師の増員を図るべきです。

吉 村 河野先生は、医師の年齢や需要の変化など、様々な要因を踏まえると、確かに今は医師は足りないけれど、いくら医師を増員しても、当面の高齢化に対応するためには医療体制を変えないと無理であること、また、我が国の教員数は米国の 1/2 ~ 1/3 以下であり、医療や教育レベルを欧米並みに上げた場合には、入学定員を 1.5 倍にすれば 2039 年には一応不足状態は解消するが、そ

の後は医師が過剰となること、もし現状の医療、教育レベルを維持するのであれば、2029年には医師がオーバーするという試算ですね。いずれにせよ、OECDの医師数にとらわれず、柔軟に養成数を議論することが必要で、医学部の新設はもつての外というご意見だと思います。

一寸、お聞きしたいのですが、年令別の勤務状況というグラフ(p.17【資料C-5】)がありますが、先ほど小川先生がおっしゃったように、60歳以上の方というのは、もともと、入学定員が少なかつた時の医師ですよね。逆に、80歳くらいまで皆さん医師として登録していらっしゃるということではないですか。

河野 そうですね。

吉村 私もこのグラフを最初に見た時は、24～25歳で医師になって、50歳くらいが医師のピークで、60歳を越えると、その後はかなりの方が医師をやめるのかなと思ったのですが、現在60歳以降の医師は、もともと少なかつた世代なんですね。

河野 おっしゃるとおり可能性はありますが、このデータは、医師数調査データですので、診療機関に勤務していると届けられた医師数です。全数を把握できているわけではありませんので、実働医師の実数より若干少なくなっていると思います。

山下 実働の医師数というのは非常に難しいのです。医籍登録だけではないですから。だから一応70歳位までと考えてはいかがでしょう。それ以上働く人ももちろんありますが、逆に女性で家庭に入ったり、あるいはテンポラリーにやらない人もありますし、差し引きしますとそれくらいかと。

河野 今回のデータを調べるときも、基礎医学に行った人とか、医籍登録をしているけど、どこにいるのか把握できないという人がかなりいました。

吉村 山下先生、先生のお持ちになったデータをご説明頂けますか。

山下 このメンバーを見てますと、医師不足の問題のプロばかりで、どうして私を入れていただいたのか。1人ぐらいアマチュアを入れておいたほうがというので…。

寺野 良心的な人ですから。(笑)

山下 そう言っていただいたら有り難いですが、他の先生方はおそらく今までいろんなところで発

言されていてそれが文章になっているので言えないこともあるが、私は自由に発言させていただくことができるのを選んでいただいたのかなと思っています。

私ども日本私立医科大学協会は、医師不足が医療崩壊の重要な一因であり、崩壊防止のために医師数増の必要性を主張し、そのための医師養成数増加への協力などを行ってきたわけです。しかし最近、全く私個人の感じですが、メディカルスクールや医学部新設などの構想などが出でますと、それへの対応のためか医師数増加要求のトーンが少し弱くなっているようで気になるところです。しかし、医師不足は事実で、医師数を増やすなければいけないという姿勢を変えず、これをしっかりと私どもの基本として持っていないとだめだと思うのです。

医師数の増加を必要とする理由の第1が、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いわゆる自然必要増といえるものです。第2に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人の患者さんにかかる手数(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の増大に対応した必要増があります。さらに第3に、ある調査では日本の働きざかりの勤務医(30～34歳)の労働時間は70時間/週であり、これを欧米並みの40～48時間に近づけようとなれば、それだけで数万人の医師増が必要と考えられます。

一方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、他の職種とのワークシェアによる必要数の減少などが考えられます。

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大変不足していること、さらに重要なことは、今後、持続的に医師の需要(業務)が増大することは明白だと思います。

少し歴史的というか経時的に見てみると、OECDで代表される先進諸国では、先に述べました医師の需要の自然的・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ました。しかし一方、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ました。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 に低下し、数で言えば 14 万人の医師不足ということになってしまい、まさに医療崩壊を迎えるようとしています。

やっと先の自民党政権でも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ましたし、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ています。まさに時期到来です。私は今、私共がとるべき道は、従来より主張してきた更なる医師数増加の必要性を決して「ぶれる」ことなく推し進め、そのための財源をしっかりと要求していくことが大切だと思います。

医師数増加の必要性は多々お話ししましたが、それでは将来的にどのくらいの医師数が適正なのでしょうか。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（果して今後どのくらいの人が人の命は地球より重いと考えるか）や、より現実的には GDP など経済の成長性、国富も影響を与えると思います。結論的に言えば中・長期の適正な医師数を決めるることは多くの関連因子や不透明部分があり、大変難しいと言えます。しかし 1 つの目安を立てなければ先に進めません。そこでまず現在の OECD 平均値をあえて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 つの現実的な方法だと思います。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を決め、それに従って医師養成数の増加、維持、削減を行えば良いと思います。

1.3 倍の定員増で 10 万対 300 の目標達成を 3 年早めることができる

医師数 300 人 /10 万人にするための医師養成数（入学定員数）については、1.5 倍（最近の最低値の 2003 ~ 2007 年の 7,625 人を基準とする）にすると早く目標には達しますが、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、非効率的です。

一方、現状（8,846 人、最低値の 1.16 倍）を維持するすれば目標の達成に 20 年以上かかり、現状の医師不足解決にはほど遠い。そこで多大な資金を要せず、また地域医療に大きな影響を与えず、かつ将来の削減も可能な現実的な案として、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（9,912 人、現在より 1,067 人増、最低値の 1.3 倍）を提案したいと思います。

1.3 倍案の具体的実施方法を資料 D-1 を参照にしていただきながら説明します。（p.22【資料 D-1】）

まず、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 倍にします。そのためには現状より 1,067 人の定員増が必要です。原則として、できるところから（最終は 2014 年必達の気持ちで）国公私立 80 校で 1 校 10 名増をはかります。平均的に各医育機関で定員 120 名になります。医育機関により多少の増減があっても良いと思います。残りの 267 名はできたら私立医科大学で手上げ方式でまかなえはどうでしょう。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す。

1.3 倍が達成されればこれを 10 年間持続します。厚労科研のデータなどを基に推計しますと、この方法では約 15 年後の 2025 年には目標の 300 人 /10 万人に達します。その時点での医師数の需給を見て、医師数過剰が懸念される場合は今回の増加分を優先的に減少させます。なおこれを実行するには国の財政的支援が必要なのは言うまでもありません。

寺 野 削減が出来るのであれば、対案として検討したいですね。

吉 村 ちょっと、確認させて下さい。一番下の線が現状の定員のままですね。先生の試算では、300 に達するのは、2030 年より少し前ですか。

山 下 そうです。今まで 2029 年になります。

吉 村 そして、先生ご提案の 1.3 倍にすると 300 に達するのは何年ですか。

山 下 2026 年で 3 年前倒しになります。

吉 村 その後は、いずれにせよ、300 を上回っていきますね。先生は、その時点で医師数の需給に応じて増員した分を優先的に減少させるというご提案ですか。

山 下 前にも言いましたように、その時点で再

検討し、多いとの判断なら、削減の施策を打てば良いと思います。ただ、私は医療費が幾らいるかなとか、国の税金を使うからという基準じゃなくて、患者さんの目線でどれだけの医師が必要かということで考えていくと、おそらくOECDの平均値の上昇に並行して少しづつは増やしたほうがいいのではないかと思います。その場合は将来の削減は必要になるでしょう。

数を増やすだけでなく、医師の業務分担や地域偏在の解消、医療構造の変革が必要

栗 原 その点について、日本私立医科大学協会の提言でも触っています。医師数だけではなくて、コメディカルスタッフの数も増やして、医師の業務の軽減を図り、医師はディレクター的な役割をしていけば、それ程医師数を増やしていくかなくてもいいという考え方もあります。それから診療報酬も、ある程度上げていただかないと、教育に費やす経費が出ない。いろいろなことを包括的にやらないとうまくいかないという提言を出したと思います。これらの点も考慮した上で医師数の増加だと思うのです。

山 下 同感です。ただ、厚労科研「医師の需給推計について」を読ませていただいたら、そこには医師養成数を多少増やしても、その効果は実際20年も先のことだから、現状の打開には有効でない。だから、医師に準ずる新職種を養成するか、他職種に医師機能を代替してもらうしかないと書いてあります。

私は、現状だけでなく、将来の日本の望むべき医療の姿を考えて行動することが大切だと思います。それには、まず医師数を中・長期計画で着実に増やしておいた上で、それに加えて短期的対応としてワークシェアの色々な方法を考えるというのなら良いと思います。

栗 原 今問題になっているのは、医師数が足りないというのは、どこが足りないのかという点です。

1つは地域偏在、都市部に医師が集まっているということ。あとは診療科の偏在。2つの要因があると思うのですが。例えば、地域偏在をどうやって解消するかということを早急に考えなければならないと思うのです。

前に私が書いたのは、医師が不足して困ってい

る地域には、医師が多いところから助けに行くような方策をすぐやったほうが、今の問題解決に効果的ではないかと思うのですが。

河 野 国内でも高知県は医師数が多い県ですが、全県的にみると医療状況は必ずしもよくないと伺っています。というのは、医師の地域偏在が起こっているのと、開業医と勤務医とのバランスが悪くて、救急医療がうまく動いていないようです。私も最初は、多いところから少ないところへ、千葉県は少ないものですから、医師の多い県から医師派遣をお願いできないかと単純に考えたのですが、難しいようです。このように、医師数が増えたら解決するという問題ではないようにも思います。医療構造を変えていかないとどうにもならないのではないでしょうか。医師数は絶対に少ないとは思うのですが、並行してやらなくてはならないことがあります、医師のみを増やしても、今の状況の繰り返しになって、根本の問題は解決しないと思います。

山 下 日本は民主主義国家ですから、あなたは地方へ行きなさいとか、あなたは開業したらダメとか、言えないのですよね。規制もなかなかできない。そうすると、やはりベースに医師の数が多ければ、開業しても食べられないから勤務医になろうとか、この診療科はいっぱいだから産科に行こうとか、自ずと流れが出てくると思うのです。だから、そういう施策も大切だけれども、医師の総数を嵩上げするということだけは最低必要かなと思います。

寺 野 今の山下先生のご意見、非常に緻密に計算されて、小川先生も、ざっくりとは言われながら、それなりの緻密さでやられています。結局、言っておられることはそれほど変わらないかなと思うのです。基本的には医師数が足りないという認識はあるわけですね。それで1.3倍なのか、1.5倍なのかということには議論がある。だから「適正数」はどうなのかというタイトルをつけています。しかも、それがいつ達成されるのかという問題が、鈴木寛副大臣などのデータと、我々の出しているデータとの若干の相違があるので、私は質問したわけです。

医師数を一定数増加する必要があるということは確かで、問題は、それをいかなる方法で増やしていくのかということと、適正数に達した後、そ

ここでコントロールできるシステムは何かということを議論しましょう。その次に、医師数を増やしても、地域あるいは専門科で何らかの形のコントロールができるかという問題の検討を後でやったらしいのではないかと思います。

方法として、どういう形で増やすのか。適正数が 300 なのか、350 なのかわかりませんから、我々の方としては、一応の仮定を作つて、そこに到達する。そのときにストップできるような、そういうシステムが何なのかということを考える。それはみんな同じなんですが、お互いに若干違つた立場でお話しいただいたのかなと思います。

もう 1 つ言えば、増やし方の問題として、今日、河野先生に来ていただいた 1 つの理由は、地方の国立大学というのは、この際一定の役割を果たしていただかなければいけないのではないかということなんです。千葉は地方じゃないかもしれないですけど、そこをふくらます方法をきっちりとつておいたら、これには政府が財源を使ってもいいわけです。

それで一定数になったときに、それを縮小するということができるような弾力性を持たせるということが大切です。新設医科大学に必要な膨大な財政と比較して、国立を中心とて弾力的に増やしたり減らしたりすることの費用は全然違う。こういうところが問題なのではないかなと、私は思うのですけどね。

山 下 地方の国立の定員を増やしても、卒業したらその多くが都市部へ行ってしまうのですよ。だから地方の国立の定員を増やすのが必ずしもベストではないと思います。そこへ私学の 4 倍のお金を注ぎ込むのですよ。それよりは私学のほうが柔軟性はあると私は思うのです。

吉 村 地方の国立大学の役割、あるいは都市集中の問題は大変に重要な問題ですが、いずれにしても弾力的に増やしたり減らしたりする費用は、新設と既存の大学とでは比べものになりませんね。

目標達成後の入学定員のコントロールをどうするか

吉 村 いよいよ議論が白熱してきました。医師が足りないことは皆さん一致しています。将来的

に 10 万対 300 が一応の目標としても、数だけ増やしても解決しないという議論がありました。一方で数を増やさないと偏在も解決しないのではというご意見もあります。問題は、入学定員増ですが、現状の 1.16 倍で様子をみるのか、1.3 倍がいいのか、さすがに 1.5 倍という方はここにはいらっしゃらないようですが、もちろん多ければ目標達成までのスピードが早くなることは当然です。ただ、先ほどから一つ問題となってきたのは、目標を達成した後の定員をいかにコントロールするかということです。

山下先生の資料に明らかに示されていると思いますが、現状が一番下の線で、2029 年に 300 に達してその後も増えて行く。1.3 倍は上の黒の実線でこれは 10 年間だけ定員を増やすということですか。

山 下 そうです。

吉 村 減らすことがなかなか容易なことでは…。

山 下 この案は座談会があるということで、あわてて作ってただけなので、できれば全国医学部長病院長会議か、栗原先生のところかで、現実に対応できるような案を作つていただき、それを国へ提出していただきたい。そしたら、これだけ増えるのだったらということで、変な動きが封じられるのではないかという気がいたします。

吉 村 たしかに、既存の医学部で 1.3 倍程度までの定員のキャパシティはありますよということは示しておく必要はありますね。ただ、話が戻るようですが、小川先生はこれ以上急激な定員増は当面勘弁してほしいという趣旨のご発言だったよう思いますか…。

小 川 その通りです。山下先生がお話になったように、現在の定員そのものは最低のときの 1.16 倍になっています。定員がこの 3 年間で 1,221 名増えたけれども、徐々に増えてきた事と、まだ 3 年生までにとどまっている事でまだもっているのです。その方が 4、5、6 年生になれば臨床系教員の負担が増大するのです。栗原先生にご指摘いただいたように、今の医学教育はものすごく手がかかります。その中で、定員が増えた時に今の教員数で十分な教育ができるはずはありません。いずれ、臨床系の教員がもっと必要になってくるのは目に見えて明らかなわけです。

今、過疎地を抱える全国の地方の状況は、すべ

ての病院が医師不足状態にあります。あと1人でも欠けたら、当直も回らなくなり、ドミノ式に医師がいなくなり、二次医療圏から総合病院が全て消えるというような状況になっています。それこそあつという間に地方の病院医療が崩壊する状況です。本学も、臨床系の教員が必要だから教員の定員は増やしました。教員を増やすために、県内病院から連れてきても、いずれ不足した県内病院には本学から医師派遣をしなければならないので、プラス・マイナス・ゼロなんです。

山 下 先生の言われるのもわかりますが、定員が増えたら、何年か後には新たな戦力になるわけですよね。

小 川 先生の言っていることに、私は何も反論はありません。医師数増は必要であることに関しては、定員削減政策を行っていた何年も前から、全国医学部長病院長会議としても、定員増のお願いをしてきました。

しかし、急激な医師養成増（定員増）に耐えられる状況をはるかに超えた「医療崩壊」が進んでいるということです。要するに、長く続いてきた医療費抑制政策に関連する医師養成削減政策があり、慢性的な医師不足状況が存在したのは事実です。さらについ5年前の初期臨床研修制度の発足によってとどめを刺された。その結果「医療崩壊」が顕在化し、あわてて医師養成増の政策に政策転換したのです。

先ほど申し上げたように日本の医師の構造は「施設の種別にみた医師数 H20」を見てわかるように、開業医、病院勤務医、大学病院勤務医からなっています。今、有能な臨床系の教員を増やせば、当然のことながら病院勤務医は減ります。医師養成数を増やしてもその効果は10年以上後になります。今必要な臨床教員30～40歳代の病院勤務医を充てるしかなく、その数は一定で、増える事はありません。

借金までして開業した医師を大学の薄給の教員に戻すことは不可能です。私がもっと心配しているのは、30歳代の若手の病院勤務医は減り続けていることです。この状況の中で、臨床系の教員になる可能性のある方は、減り続けている若手の病院勤務医しかいないのです。一方、地方の病院は今、1人でも欠ければすべて崩壊してしまうという状況ですから、ちょっと勘弁して下さ

いというのが私の感触です。

山 下 なるほど。

小 川 鈴木寛副大臣に対する反論（m3.com インタビュー記事）の3頁をご覧いただきたいのですけれども、“1. 国民が求めているのは単なる数合わせではなく有能な医師養成であること。2. それには定員増に応じた相当の教員が必要であること。3. 教員増をするなら、地域医療の中核を担っている有能な病院勤務医を充てるしか（今の段階では）ないこと。4. 現状は、地方の病院勤務医が1名でも欠ければドミノ式に医師が欠け、地方の病院を担っている病院は崩壊すること。5. 従って、医療崩壊を食い止めるための医師養成増が医療崩壊を増悪することになる（可能性がある）こと”。ですから、激変は勘弁していただきたいということです。

“地方の病院医療の窮状は、想像以上に深刻であり、最後の崖っぷちに立たされています。ちょっとしたことで地方の病院医療は崩壊します。ギリギリの状態にある地方の地域医療、病院医療を崩壊させれば回復は不可能です”。ということから激変緩和をお願いしたいということです。したがって、方向性は全く同じと思います。

山 下 確かに各論でいろいろあるのだなということがわかりました。問題はどうしてO E C Dの平均医師数と日本の平均医師数がこんなに開いてしまったのかということです。結局は、国の低医療費政策で医師の養成数を削減されて、このようになってしまったのです。

何が起こっているかと言いますと、前にもお話ししましたように、日本では30～34歳の勤務医が週70時間近く働いているわけです。ドイツでは、それが40時間とかです。そういう現状を世の中に訴えないで、これは医師の使命だからということで仕方なく低医療費政策に乗せられて働いてきたわけです。それでもWHOの調査で世界一の医療水準というのは、本当に医師一人ひとりが使命感に燃え、自らを犠牲にしてやってきたためなのです。この事情を今まで世の中の人は知らないわけです。そういうのをきちっと訴えないから、こういうことになった。やっと今ここにきて、その政策が変わって、増やしてもいいよというときに、やはり乗るべきだと、私は思うのです。

寺 野 それは定数がどれだけかという問題ですね。

山 下 そういうことですね。小川先生のお話、よくわかりました。それはあまり考えなかつたのですが、私の案では 1.3 倍にするのは、例えば 2014 年からと書いております。ということは、4 ~ 5 年の余裕はもって準備をしていく。先生のところは医学部の定員を増やされたでしょ。だから、これ以上必要ないと思われれば、手を挙げられなかつたらいいと思うのです。だから、余裕のあるところから、というのが 1 つのやり方であるとは思うのです。

小 川 実は、本学に所属する臨床医が減り、10 年前に比べ約 2/3 になってしましました。教育、診療、研究に従事する臨床教員が大幅に減っているということです。地域医療をお手伝いする医師がいなくなつたということあり、教員の教育に対する負担が大幅に増えた事を示しています。その中で、地域医療を担う地域病院の若手医師も減っています。

今後、更に恐ろしいことが起こつくると予想されます。本学で定員を増やした第一陣が 3 年生であり、増員数も少なかつたので、教員の負担が急激に増加した訳ではないのでまだ耐えられます。一方、大学病院に働く臨床系教員の負担は年々増加しています。今の低医療費政策の中で極限状態です。地域医療もギリギリの状態で、地域医療の手伝いのため地方にも行かなければいけない。学生の教育もしなければいけない。この状態が増悪し数年経つたらほとんどの大学でパンクします。

山 下 わかります。今はしんどいですよね。だけど、ちょっと辛抱すれば、たくさん卒業生が出来るわけですよね。

小 川 そこまで耐えられるかどうかなんですか。

山 下 先ほどもお話しましたが、そういう個々の事情があるので、みんな同じように増やさないでもいいと思うのです。調査してみて、何年後にはこの位なら、また準備期間があれば、うちはできますというような手挙げ方式でもいいんじゃないかなと、私は思うのです。

医師数 10 万対 300 は適正か？

吉 村 いずれにせよ、医師は足りない。増やしたい。山下先生は、あと 1,000 人くらい定員を増

やして 1.3 倍にしてはどうかというご提案ですね。

ところで、議論を戻すよう申し訳ないのですが、医師数の目標を人口 10 万対 300 とするということについて、11 の資料（人口 1,000 人当たり臨床医数の国際比較）を見ていただきたいのです。OECD の単純平均では確かに 3.1 ですが、加重平均、これは全医師数を全人口で割ったものですが、これは 2.6 です。3.1 が本当にいいのかどうか、問題かも知れません。それから 4.0 とか 5.0 の国の状況がどうなつてあるのかです。イタリアでは、医学部卒業後 5 年で常勤のポストに就けるのは、15% にすぎないという記事がイタリア統計局から出ていました。私の友人のスペインの医師は、長い間、常勤ポストが空くのを待つていたということも聞いています。一方で、カナダは 2.1、医療制度が違うとは思いますが、アメリカは外国人医師を含めて 2.4 です。皆さんの一応の合意は、3.1 を目標としましようということですが、河野先生はもっと増やしてもよいということですか。

河 野 私は前から、わが国の医師数の指標に OECD の数字を使うというのは根拠がはっきりしていないと思っていました。わが国はヨーロッパとは疾病構造も違うし、医療体制も違います。もともとこの数字はヨーロッパの均一な医療状況の下で設定されたパラメーターで、国際比較に用いる指標になるのでしょうか。

吉 村 そうですね。

河 野 先ほど申しましたように、日本ではこれからの人口動態がヨーロッパとは全然違いますから、その状況下で医師がどう必要なのだというデータをしっかりと作らなくてはなりません。

吉 村 1 つの目安として出てきたのです。

山 下 そのとおりです。需要の将来を見越すというのは、ものすごく難しくて、実際できないと思うのです。それで 1 つの案として、グローバルスタンダードが 1 つの目標ではないか。合理性があるかどうかわかりませんが。

河 野 これから今までに経験のない大変な高齢社会となる。人口構成がこのように短い間に変わる国はありません。

山 下 だから全体の医師数はこれからもう少し増える必要がある。

河 野 医師を増やすことに反対しているわけではありません。

栗 原 私も書いたのですが、国情が違いますね。それから急性期病院と慢性期病院の機能分化とか、そういうことも含めた上で、先生がおっしゃったような医療構造を変えない限り、解決が難しい問題だと思います。

それから、医学生の数を増やすのはいいのですが、経済的にどうでしょうか。現在でも人件費比率が高いのに困難ですね。その財源をどこに求めるのかということを考えなくてはなりません。

山 下 これには経済的な支援を国がある程度するというのがベースにあると思いますね。

栗 原 私立医科大学協会は包括的に考えていたきたいと提言していたと思います。

小 川 国は、医療費抑制政策のもとで医師養成削減政策を進めてきました。「医療崩壊」を受け、医師養成増に政策を転換したわけです。国の財政は苦しい状況です。この中で将来、社会保障費を、先生がおっしゃっているように増やしてくれる医療政策に政策転換してくれるのかは極めて疑問です。

山 下 まったくそのとおりですね。

小 川 0.19%診療報酬のプラス改定が10年ぶりになりました。国が財政的支援をしてくれることは大変結構なことです。しかし、それだけの財務体质を持っている日本なのかということも問題です。

30数年前に、私が地方医療を担っていた当時は、例えばCTもない、MRIもない、PETもない中での医療でした。メスと注射器と聴診器があれば診療ができた。その中で、国民皆保険制度が働いていたという状況です。それが医療の高度化によって、高額な医療機器に囲まれていなければ、良い医療が提供できないような状態になったのです。そして、国民皆保険制度が崩壊をしてきた。その中で、医師の給与は変わらずにきた。現在では、若手の医師と、中堅のコメディカルの給料は逆転をしているような状態になっている。この点、コメディカルを含め医療体制を総合的に考えいかなければならない時代です。

もう1つは、ヨーロッパの国々の一部では、医師を続ける事が出来ない経済状況にまで追い込まれている国もあります。

吉 村 そうならないためにも、先ほど、寺野先生から適正数に達した後にそこでコントロール出来るシステムをどうするかという問題提起がありました。これは、医学部新設は是か非かという問

題につながるわけですが、山下先生は10年経つたら定員を元に戻すとおっしゃいましたが、そのためには増員前に契約して優先的に削減すればよいのではないかというご提案ですね。これは、設備投資のこともありますし、教員も10年経つたからやめて下さいということも容易ではないし、既存の医学部でも、なかなか簡単にはいかない問題だと思いますが・・・。

山 下 確かに、言われるとおり契約しておくというのはやりすぎだと思いますし、また減らすのも簡単でないかもしれません。ただ、それが10年経って、医師の需給を考えて国の政策で減らすべきとなるときには、増やした分を優先的に減らすということが現実的対応ではないでしょうか。

寺 野 医師の数を増やさなければいけないということに関しては、OECDの平均が正しいかどうかは別として、皆さん一致していると思うのです。それが1.3倍なのか、1.5倍なのか、あるいはどのくらいのスピードで増やしていくべきかという問題があります。それと、将来それが人口10万対医師数が300なり、400なりに達したときに、それを減らすなり、それでストップさせる方法は何かという問題があります。それは基本的には、現在の既設の大学でそれを増やしたり減らしたりするような形がいいのか、あるいは新設の医学部とか医科大学をつくって増やすということにするのか。いま最大のポイントはそこにあるわけですね。

やはり医学部の新設は問題

寺 野 先生方は皆さん、新設の医学部や医科大学は今のところは反対という立場で言っておられると思うんです。しかし、これは説得力のある形で言わなければいけないと思うのです。

今日は、鈴木寛副大臣をお呼びしたわけです。本来ならば、ここで基本的な考え方をお聞きしたいと思ったけれども、所用ということで来られなかつたということで、その議論が十分できないわけです。けれども、果たして既設の大学の増減ということで済むことなのか。どうしても新しい医学部ないし医科大学をつくらなければ、それができないのか。それは1.3倍か、1.5倍かによっても違うとは思いますけれども、そのあたりとからめ

て議論をしないといけないと思います。

吉 村 確かに、「医師数を増やすこと」と、「入学定員を増やすこと」と、「既存の医学部で行うのか新設で行うのか」という話は、もちろん互いに関連はしていますが、本来別の話です。いよいよ、医学部の新設の是非についての議論をもう少し進めたいと思います。もちろん、隨時、議論を戻していただいても結構ですが。

山 下 メディカルスクールについては、医師の質の低下、及び二種類の医師ができることから出てくる医師の差別化などが懸念され、反対ですね。また医学部新設に関しては設立に多大な資金が必要となり、一度設立してしまうと将来もし医師数削減が必要になった時に対応し難いこと、新たに多くの教員が必要となり、医療の人的資源の有効利用に反すること、さらには先に示した既存医育機関による「1.3倍案」で無理なく 10 校以上の医学部新設に対応する医師数増が得られることなどから、これも反対です。

吉 村 先生おっしゃるのは、物理的には対応できるということですね。

山 下 ええ。私はそう思います。

吉 村 小川先生が危惧しておられる教員の問題は別としてね。

山 下 新設を増やすよりも、うんと教員の問題も楽だと思います。

寺 野 新しく作るということは大変なことだと思うのです。既存の大学で定員 130 人ぐらいのキャパシティがあるということは、定員 100 人から見たら 1.3 倍になるのですが、それも国なり自治体なりのサポートがあつてしかるべきだと思うのです。それも新しいのを作るのと比べれば、大した額じゃないんですよ。それは私立医科大学協会として要求すべき課題だと思います。それは少なくとも栃木県では考えています。

栗 原 もう 1 つ、今の医師国家試験の合格基準が適切かどうかということを考えてもいいのではないかと思います。本当に欠陥のある人は落とすべきでしょう。しかし、今の国家試験の方法と合格レベルを少し変えることで医師数も増やせるのではないかでしょうか。それから、今は年 1 回になってしましましたけれど、残念ながら春に落ちた人は、訓練期間をおいて秋などに受験の機会を与えれば救われる人もいるのではないかでしょうか。そ

れに医学教育レベルを落とさないことが前提になります。例えば、地域枠で定員を増やしても、みんなが同じように国家試験に合格するか保証はありません。単純増だけでは解決できない問題があると思います。今後、どのようなレベルの学生が入学して卒業していくかということは、6 年くらい経たないとわからないわけですので、考慮すべき重要な要素だと思います。

寺 野 小栗局長に聞きたいことは、入学定員 120 人という限界というのは、どこでどう決まっているのですか。

小 栗 今まで医学部に関しては、十分な教育指導確保のためとして、入学定員 120 人〔収容定員 720 名〕を上限として設定しておりました。医師不足の解消の課題に対応するため、医学部入学定員の増員に関する認可申請期限の特例を設け、これに伴う関係規則の整備が今回出されまして、120 名を超えて増員する大学についての①必要な専任教員数、校舎等の面積の基準を設定〔大学設置基準（省令）の改正〕、②専任教員の基準を改正〔告示の制定〕等が決まりました。

寺 野 130 人まで増やせるんですね。

小 栗 増やせます。

寺 野 今まで 120 人が限度だと言っていたから困っていたのです。

小 栗 今まで限度というのは大学設置基準であったんです。それが改正になって、平成 22 年度以降については、医学部の収容定員 720 名を超えて増加する大学については、これは文部科学大臣が別に定めるところにより、とは書いてあります、実際 120 人を超えて増員する大学は、120 人の場合 140 人と設定されていた専任教員数を 150 人にしなければならないとなっております。

小 川 m3.com インタビュー記事の鈴木寛副大臣の発言の最後ですけれども、医学部を新設できる力がある大学はどの程度あるとお考えですか、という質問に「全く分かりません」と言っています。この様な発言を、副大臣がするのは如何なものか思います。というのは、もし新設の医学部を 1 大学でも認めれば、その外形基準を満たしているところはすべて認めなければならないことになります。

そうすると、法科大学院や薬学部と全く同じことになって、全国に医学部ができることになります。



それをコントロールするところはありません。

山 下 まったくそのとおりで、それを実際どうやって防止するかというので、口で言うより、対案を出して、それを持って働きかけていくのがいいのではないかということです。

小 川 それで全国医学部長病院長会議、私立医科大学協会は、この3年間の1,221名の定員増については、既存の大学の施設の中で可能な限り協力してきました。そのかわり新しい教育施設を認められないということで、先生と考え方は全くおなじです。1,221名の定員増についてはご協力は申し上げてきた。それで事が済むと思っていたら事は済まないから、こういうことになっているわけです。

課題は山積みしている…

もう1つ、定員増後に気がついたのですが、地域医療が崩壊の状況にある中で定員を増やせば、当然教員も増やさなければいけません。医療崩壊を食止めるための医師養成増がかえって医療崩壊を悪化させかねないのです。医師養成増は必要ですが、ゆっくりやってくださいということであり、先生が先ほど時間を持ってやりましょうというのは一つの方法と思います。

それから “某県では医師養成数が少ないと問題なので、地域の医師を大学教員にして、地域で実習を行えば教員不足は起こらない” と言っていますが、そんな簡単な問題ではありません。

これは医学部の教育の根幹を全部変える必要があり荒唐無稽の話です。

吉 村 資料12(p.12【資料A-5】)にもあるように、都道府県別にみると、医師数の少ないところと医師養成数が少ないところは、かなりパラレルかなとは思いますが、ただ、これを均一化するのは難しいことです。栗原先生は、ブロックで考えたらどうかということをおっしゃっていましたが…。

栗 原 聞くところによりますと、県立病院と、大学附属病院との連携がうまくいってないこともありますですね。病病連携、病診連携を推進し、協力体制を強化すれば解決できる問題もあると思うのです。

医師が都市部に集まっているわけですから、研修の一環として地域医療を一度経験するとか、何年間か地方の診療所に行くというようなシステムは、必要ではないかと思います。

吉 村 確かに、地域偏在の解消の話も、本来、医師を増やすこと以前の問題で、それなしに数だけ増やしても返って事態を悪化させる可能性があります。残念ながら、今日はそれをどうするかという議論までは踏み込めませんでしたが、河野先生のおっしゃるように数さえ増やせばそれで良しとする最近の風潮は私も本当に危険だと思います。実は、皆さん、今、定員増がなされて何かほつとしているようですが、小川先生がご指摘のように、最近増員された学生は、まだ3年生になったばかりで一人も卒業していないんです。まして、これから、新設された場合の学生が卒業して役に



立つまでにはおそらく 10 年以上の年月がかかると思います。一方で、一旦卒業生が出始めると、今度は医師増の影響は 50 年間続くわけです。前にも言いましたけれど、我が国の人口はすでに急激な減少傾向に転じています。20 年後には 10% 減、30 年後には 17% 減と予測されていますから、削減できる体制だけは整えておく必要があるのでないでしょうか。

山 下 減らさなければいけないかどうかは、15 年くらい経ったときに考えるべきだと思うのです。

河 野 増やした医師数を削減できる体制を今から考えておかないとならないと思います。先生が先ほどから言われているように、医師は足らないと思いますが、増やし方については、将来像を踏まえて考えなくてはなりません。

医師の質の確保はできるか

吉 村 どうしても気になるのは、学生の質というか、医師のレベルの問題もあると思いますが、この点については如何ですか。

河 野 これから在宅医療が重要になってくると思うのですが、医師だけでは在宅医療はできません。看護師などコメディカルの人たちをかなり増やし、また介護の教育を充実させないと在宅医療は進まないと思います。私は看護師の役割を見直してよいと思っています。

山 下 いろいろな意見があるのですが、ナース・プラクティショナーのようなのは、私はちょっと

行きすぎかなと。やはり医師をある程度増やして、医療の質のベースのところは医師がちゃんと守っていくべきかなと、私は思います。

河 野 現在の看護師の体制で何が問題かというと、大学院を出た看護師と、4 年制の大学を出た看護師、短大を出た看護師、そして准看護師と、同じ職種の中でキャリアにバラツキがありますが、すべてが同じように看護師となります。1 つの矛盾を体制が持っていると思います。

医師にも同様に危惧があると考えられます。医師の能力に、医育機関の教育形態も関わりますが、能力に差が出てきますと、医師の能力の二重構造につながり、医師間の能力を基にした仕分けをどのようにするのか難しい問題です。

吉 村 医師数の議論をするのに、我が国が急激な人口減少社会に入っているということが大きな問題だと思います。司会者が意見を言ってはいけないのでですが、例えば、今年の 18 歳人口は約 130 万人で、入学定員が 8,846 人ですから、割り算すると、今年の 18 歳人口の約 150 人に 1 人 (1,000 人対 7 人) が医学部に入学したことになります。つまり、現状の入学定員は、人口 1,000 対 7 という、大変な医師過剰状態を招くであろう定員になります。さらに、おそろしいことに、平成 20 年の出生数は 109 万人です。そして 2020 年には高位の出生予測でさえ出生数は 93 万人、2030 年には 86 万人と 100 万人を大きく割り込む予想になっています。分かりやすい数字で、仮に 18 歳人口が 100 万人である場合、入学定員が 1 万人とす

ると、100万対1万＝100人に1人が医学部に入学することになります。これは人口1,000人あたり10という、とんでもない医師数にあたるわけです。冒頭にも議論がありましたが、もし、医師数がステーブルな状態に達しているならば、1,000対3でいいですから、18歳人口100万人に対して定員は3,000人で十分なわけです。オーバーしてくる状態ならば、もっと少なくしなければならない。いずれにせよ、志願者のレベル低下という大きな問題を生じることとなります。我が国の人団がせめて一定で推移するなら問題ないのですが、減っていくのです。私も、この問題を考え始めてから、小川先生の危惧しておられるように、今足りないから、どんどん増やすということには慎重に考えるべきだというご意見はもっともかなと思っているところです。今日は、数以外の具体的な解決策の議論にまで踏み込んだかったのですが、これは別の機会に譲りたいと思います。

寺野先生、そろそろまとめに入りたいと思いますが、これまでの議論をお聞きになって如何ですか。

医学部新設への対応

寺 野 解決策があるかどうかはもう少し後にして、ちょっといいですか。皆さんおっしゃることは非常によくわかります。医師数が足りない、それを増やさなければいけない、増やし方の問題だということですね。それはスピードの問題もあるし、既設の大学で増やすか、新設で増やすかという問題であるわけです。しかし、私は、現在の大学医学部、医科大学の増減で、それは可能だと思うのです。

1つは、山下先生が出された1.3倍という線。100を基準として1.3倍、130人というのは、おそらく各大学でも、ギリギリですけど、まだ余裕があるかなと思います。もしなければ、それは新しくハード面、ソフト面でも作ってもいいと思うのです。決して難しいことではないから。しかし、そのためにはスタッフも増やさなければいけないのも確かです。3割ですかね。その場合に財政は必要である。補助が必要である。それは国であり、自治体です。そういう補助をしてもらわなければ、それはなかなかできない。それが地域医療に貢献するのは当たり前だと思うのです。けれども、こ

の費用と、今“唐突に”出てきた新設医科大学あるいは医学部を作る費用とは格段の差がある。政府は、私立大学なら国の負担は不要と無責任なことを言っていますが、私立といえども、国、自治体からの補助は相当必要です。

おそらく、1つの医科大学で数百億円が要求されます。こんなことは、現在の国の財政上、国民が許しませんよ。今の日本の財政状況の中でできることといえば、やはり既設の学部の人数でコントロールするというのが、最もいい方法である。これは国民の納得を得るところだと思うのです。

もう1つは、新しく作ることにするんだということを、鈴木寛副大臣はかなり強く言っておられる。新しく医学部、医科大学を作らないという閣議決定みたいな告示があるわけで、それは廃止しようとしている。そのような形で新しく医科大学を作るということになった場合には、1つや2つの大学では済まないというのは、小川先生がおっしゃったとおりです。設置審議会は、要件が満たされていれば全部認めざるを得ない。ですから、10でも、20でもできることになってしまいます。そこで万が一、新設医科大学を作るとしても、特定地域との3つか4つのところで、そこで止めるという保証がない限りは絶対に危なくてやれない。

それから、それが本当に教育上適切な大学であるかどうかということも慎重に考えなければならない。財政的に設立可能かどうか最も厳重な審査が必要です。ともかく、設置審議会の厳正な資格審査を経る必要があると思います。このあたりには、政治主導は出きてはいけないと考えます。密室政治で決めることだけは避けなければなりません。

そんなこともありますて、いろいろな意味でエビデンスに基づいた対案というか、全国医学部長病院長会議や私立医科大学協会で、こういう方法はどうかということを出すことは必要ではないかと、山下先生のお考えのような、対案を出すという意味で検討してもよいのではないかと思います。

1つ問題なのは、プロセスの問題があります。鈴木寛副大臣のインタビューの中に、小川彰会長を中心として出した全国医学部長病院長会議の「要望書」が、あまりに唐突だという言い方をしています。これは決して唐突なわけではないと、私は思います。むしろ新設医科大学を作るというように出してきた方が、はるかに唐突だと思うの

です。メディカルスクールについては議論をある程度しましたけれども、新設医学部・医科大学を作ることなどはほとんど議論してないわけです。それが表に出ないで潜行して、いきなり出てきた。場合によったら、本当に 6 月の設置審議会に出てくるというような話が具体的に出てきたわけで、それの方がよっぽど唐突だと思うのです。だから鈴木副大臣が言われていることは全くの的外れであるというように思います。

今から、その点は透明性をもって、みんながわかるような形でやっていただきたい。それは是非、全国医学部長病院長会議あるいは私立医科大学協会のメンバーも含めて、そういう形での審議会を作るべきです。それなしに、いきなりやられたのでは、政治主導という名の独裁ということになってしまふと思うのです。それを私はすごく恐れているわけです。この点は非常に重要な問題なので、政府全体で考えていただかなければ困るということです。

もう 1 つ、増やすだけではダメで、地域あるいは専門領域における偏在ということが問題だということは、栗原先生がおっしゃるとおりなのです。これは前に読売新聞でキャンペーンを張ったことがあって、「医師の適正配置」という問題を出しました。最近はその問題は出てこないのだけれども、果たしてこれはできるのか、できないのか、やるべきか、やるべきでないのかということを、徹底的にもう一度議論する必要があるだろうと思うのです。これは必要なかもしれません。でも、できるかどうかは大変難しい問題なので、そこらあたりにまだ課題が残っています。

言いたいことは、今の国の財政状況の中で、私立だから国が財源を出す必要がないという問題ではなくて、補助金を相当出さなければできない。そういうことも含めて、今の日本の財政状況の中で、国民にとって最もいい方法を考えるべきである。もう 1 つは、医師が増加した場合、将来的にそれが必要なくなったら減らすなり、コントローラブルな形でもっていく必要がある。それにはどのような方法が一番いいかということを考える。

それから、先程言ったように、透明性のあるデュープロセス、適正手続きが必要である。この点が民主党のやり方には決定的に欠けているということを指摘しておきたいということです。

吉 村 寺野先生から、医学部新設に対するまとめを頂きました。①既存の医学部でぎりぎり 1.3 倍までの定員のキャパシティがある、②財政支援は既存の大学の方が新設よりはるかに少ない、③新設を認めれば歯止めが利かなくなる、④将来の定員削減がコントローラブルである必要がある、などがポイントですね。いずれにせよ、我々からはエビデンスに基づいて対案を出すこと、また、鈴木副大臣には透明性のあるプロセスを求めたいということだと思います。河野先生、ご追加はございますか。

河 野 今までのお話のとおりだと思います。私が感じていたのは、わが国の本当の医療の実態に基づいたデータというのがあまりないのでないかということです。私が先ほど出したデータというのは、一定の条件が前提であり、必要医師数もかなり理想的な医師の配置を前提としたのですが、総合的な視点から医師数も含めたダイナミックな医療政策を立てないと、現状を打破することはできないのではないかと考えています。

吉 村 OECD 平均の 3.1 に固執しないで、医療政策の変更を含め総合的に考えるべきというご意見ですね。

山下先生は、1.3 倍増という対案を前面に出して、必要に応じて削減を行うことで医学部の新設を阻止すべきというご意見で、小川先生は、そうは言っても、今はこれ以上は勘弁してほしい。地域はぎりぎりの状況で、精一杯だと悲鳴を上げておられるという、そういう理解で宜しいですか。

小 川 ええ。山下先生のお話の中では、今 1.16 倍まで増えましたが、1.3 倍まで増やすのは来年ではなくて、何年か後ということであれば、多少薄まつてくる可能性はあるのだろうと思います。一方では、それだけ待てば医師過剰となり、養成数を増やす意味はなくなっているのかもしれません。

医療崩壊がこれ以上進むのか、進まないのかということが、実はまだよく見えておりません。もし、これが進んで医療崩壊状態に各地方が陥ってしまえば、ちょっと回復は難しいかなと思います。その辺を私自身は危惧をしているということです。

もう 1 つは、先生と同じ考え方で、全国医学部長病院長会議と私立医科大学協会が国に協力をしてきたわけです。この 3 年間協力をしてきたのは、

既存の施設できちんと頑張ってやる、一方、メディカルスクールは問題だということでやってきたのだけれども、その約束が破られてしまったというような思いが多少あります。協力をしてきたのに、メディカルスクールではなく医学部の新設なら良いだろうという話は、論点のすり替えです。この辺も私は危惧します。

山 下 この座談会には幸い、私を除いて、私立医科大学協会や全国医学部長病院長会議のリーダーの先生方が参加されています。これを機に、私のまとめとしては非言つておきたいこと、お願いしたいことは、まず第1に日本の医療崩壊を防ぐには医師数の更なる増加が必要であるという共通認識をぶれなく保っていただきて、このことを国や社会に発信していただきたいということです。

第2は、たとえば私が示した「1.3倍案」を一例としていただきても結構ですが、できればさらに良い極めて具体的な医師増員に対する「対案」を私立医科大学協会や全国医学部長病院長会議のしかるべき部門で作っていただきて、この「対案」を持って政府や行政に、より積極的に働きかけていただければ、非効率な医学部新設の問題なども解決するのではないかと思います。

そして、さらに重要なことは、この医師数増加の問題を基本としながら、当面の対応として地域・診療科偏在、女性医師、卒後臨床研修などの諸問題を含めた総合的かつ具体的な医療施策を早急に両団体で立案し、国や社会に提案していただきたいと思います。

吉 村 栗原先生、今までの議論を通して最後に如何ですか。

栗 原 医師を養成するためには相当な国費を使っています。医師の育成は国の重要な政策の1つです。医学教育の現状をつぶさに見ていただきて、どの程度我々が労力を費やしているのかということを踏まえた上で、入学定員を総合的に考えていかなければいけないと思います。また、人口1,000人当たり30の医師数が初めにありきではなくて、日本の国情に合った適正数を考えるべきだと思います。

寺 野 医師国家試験も問題だと思います。特に今年の医師国家試験はひどかった。厚生労働省、医師国家試験改善検討部会に反省を強く促したいですね。

栗 原 はい。それは医師の質につながってくる問題ですね。

吉 村 小栗局長も一言。

小 栗 国家試験については、秋試験が昔ありましたので、医師不足の現況を踏まえ、これを復活してもいいのではなかろうかと思っております。病気で受けられなかった受験生もいますし、体調不良・あがり症の方もいますし、資質のある方が何らかの事情で合格できなかった。ぜひ秋試験は復活してほしいと思います。

また、政治主導を確立するとして、昨年の10月1日付の文部科学省の規則改正によって、私立大学の学部・学科の設置認可など、文部科学大臣名義で行っていても、これまで官僚に事実上の決定権があった事項について、副大臣や大臣政務官の決定事項とすることとなりました。ほかに、補助金配分の基本方針なども決定権を事務次官から副大臣に移され、重要なものを除く省令等は、副大臣が決裁者となりました。ほとんどすべての許認可は副大臣の権限となり、文部科学大臣の名前で発令されるということになりましたので、いま先生方がいろいろ論議されていることにつきましては、副大臣に非常に大きな権限が集約されております関係上、やはり真摯にお話し合いをしながら進めていくことが肝要ではないかと思います。

寺 野 密室政治じゃなくて、透明な政治をやってもらいたいということです。民主党への強い要求ですね。

吉 村 今日の座談会で議論した我々の思いが、是非、鈴木副大臣に届くことを願っています。

すでに、皆さん全員からまとめの意見を頂きましたので、繰り返しませんが、医師は増やしたい。数だけふやしても意味がない。定員増は将来削減できるフレキシビリティが必要。新設医科大学(医学部)には反対というところが、本日のコンセンサスになろうかと思います。

最後になりますが、医科大学にとって、医師の養成は卒前卒後を含めて最も重要な使命の一つです。医師不足が深刻化している状況の中で、國民から信頼される質の高い良き臨床医、研究者を養成するという我々の役割と責任を果たすためにも、今後とも皆さんの英知を集めて、社会に対して建設的な提言を引き続き発信して行きたいと思います。本日はどうも有難うございました。(了)

【資料 A - 6】二次医療圏別人口 10 万人当たり従事医師数（厚生労働省資料）

○ 各都道府県内においても、県庁所在地など人口当たりの医師数が多い地域と、郡部など少ない地域が見られる。

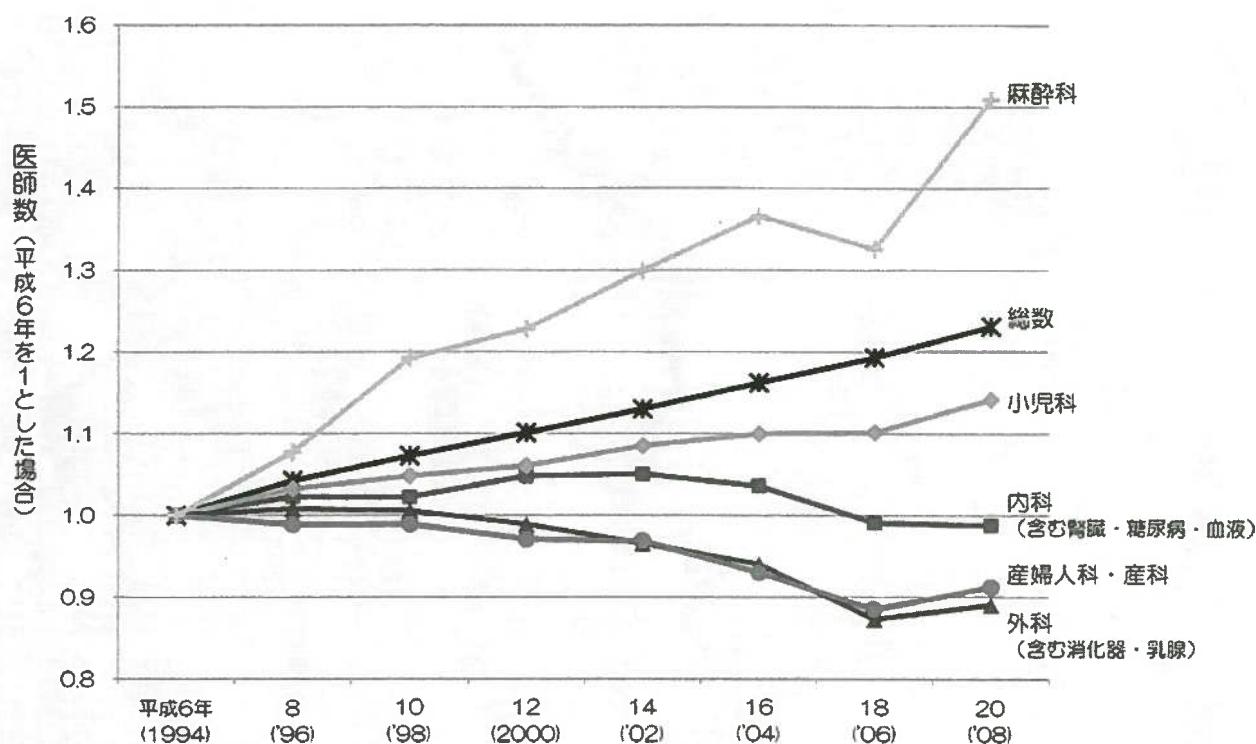
| 都道府県 | 二次医療圏 | 人口10万人当たり従事医師数(県内) | 県内の差 | 都道府県 | 二次医療圏 | 人口10万人当たり従事医師数(県内) | 県内の差 | 都道府県 | 二次医療圏 | 人口10万人当たり従事医師数(県内) | 県内の差 |
|-------------|---------------|--------------------|------|------|---------------|--------------------|------|------|---------------|--------------------|------|
| 北海道 | 上川中部 根室 | 288.6 84.7 | 3.4倍 | 石川県 | 石川中央 能登北部 | 302.1 120.6 | 2.5倍 | 岡山県 | 県南東部 高梁・阿武 | 289.5 136.2 | 2.1倍 |
| 青森県 | 津軽地域 西北五地域 | 258.4 97.9 | 2.6倍 | 福井県 | 福井・坂井 奥越 | 282.6 108.5 | 2.6倍 | 広島県 | 奥 広島中央 | 279.7 175.1 | 1.6倍 |
| 岩手県 | 盛岡 釜石 | 254.4 105.9 | 2.4倍 | 山梨県 | 中北 甲斐 | 246.6 103.9 | 2.4倍 | 山口県 | 宇部・小野田 萩 | 363.1 154.9 | 2.3倍 |
| 宮城県 | 仙台 黒川 | 296.0 70.5 | 4.2倍 | 長野県 | 松本 木曾 | 301.3 130.7 | 2.3倍 | 徳島県 | 東部Ⅰ 南部Ⅱ | 315.9 147.2 | 2.1倍 |
| 秋田県 | 秋田周辺 湯沢・雄物 | 258.1 108.6 | 2.4倍 | 岐阜県 | 岐阜 中濃 | 224.8 123.9 | 1.8倍 | 香川県 | 高松 小豆 | 283.5 149.8 | 1.9倍 |
| 山形県 | 村山 最上 | 230.4 127.1 | 1.8倍 | 静岡県 | 西部 中東遠 | 212.9 110.5 | 1.9倍 | 愛媛県 | 松山 宇摩 | 275.2 148.1 | 1.9倍 |
| 福島県 | 東北 南会津 | 230.2 88.8 | 2.7倍 | 愛知県 | 尾張東部 尾張中部 | 318.7 72.6 | 4.4倍 | 高知県 | 中央 高幡 | 301.3 133.2 | 2.3倍 |
| 茨城県 | つくば 鹿行 | 305.0 85.7 | 3.6倍 | 三重県 | 中勢伊賀 東紀州 | 235.0 135.2 | 1.7倍 | 福岡県 | 久留米 京都 | 399.4 140.3 | 2.8倍 |
| 栃木県 | 県南 県西 | 280.8 118.6 | 2.2倍 | 滋賀県 | 大津 甲賀 | 303.3 109.6 | 2.8倍 | 佐賀県 | 中部 西部 | 303.9 145.3 | 2.1倍 |
| 群馬県 | 諏訪 太田・館林 | 376.8 135.6 | 2.8倍 | 京都府 | 京都市・乙訓 山城南 | 361.7 114.0 | 3.2倍 | 長崎県 | 長崎 上五島 | 325.4 106.8 | 3.1倍 |
| 埼玉県 | 西部第二 児玉 | 232.6 96.0 | 2.4倍 | 大阪府 | 大阪市 中河内 | 315.2 181.5 | 2.0倍 | 熊本県 | 熊本 阿蘇 | 369.0 109.8 | 3.4倍 |
| 千葉県 | 安房 夷隅・長生 | 294.5 95.3 | 3.1倍 | 兵庫県 | 神戸 西播磨 | 262.7 139.9 | 1.9倍 | 大分県 | 別府・速見 臼杵 | 285.9 118.7 | 2.4倍 |
| 東京都 (※1) | 区中央部 西多摩 | 1,173.5 128.3 | 9.3倍 | 奈良県 | 東和 西和 | 253.7 141.1 | 1.8倍 | 宮崎県 | 宮崎東諸島 西都兒浦 | 287.9 114.0 | 2.5倍 |
| 神奈川県 | 横浜南部 県央 | 222.3 124.2 | 1.8倍 | 和歌山県 | 和歌山 那賀 | 324.9 146.8 | 2.2倍 | 鹿児島県 | 鹿児島 鏡毛 | 329.2 104.3 | 3.2倍 |
| 新潟県 | 新潟 魚沼 | 218.4 118.1 | 1.8倍 | 鳥取県 | 西部 中部 | 352.3 182.5 | 1.9倍 | 沖縄県 | 南部 宮古 | 245.1 144.4 | 1.7倍 |
| 富山県 | 富山 高岡 | 264.8 178.6 | 1.5倍 | 島根県 | 出雲 雲南 | 393.6 125.4 | 3.1倍 | | | | |

※1 島しょ医療圏を除く。

10

平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査

【資料 A - 7】主な診療科別医師数の年次推移（厚生労働省資料）



論

我が国の医学研究体制の課題

壇

東京女子医科大学学長

宮崎俊一氏

1 はじめに

広報委員会から依頼があり、標記について、特に医科大学・医学部における研究体制の現状を述べることにする。まず近年の研究活動の情勢変化を認識しなければならない。次に研究“体制”には研究者・研究費・研究設備という基本要件、コンセプトと目標、研究単位の構成と運営(講座、分野、研究所)、研究形態(研究チーム、共同研究)、教育指導システム(大学院)、研究発表、業績評価などの様々な要素が含まれる。理想は独創的アイディア、卓抜した実験、創造的研究成果、次世代の人材育成を生む体制である。私は生理学助教授で自治医科大学に10年、教授で東京女子医科大学に19年在籍したので、主に基盤医学教育研究者の観点から、現在の重要な課題を考察する。私立医科大学における研究情勢は、十数校の生理学教授(生化学1、薬理学1を含む)に電話でお聞きし、参考にさせていただいた。ここに感謝したい。終盤の記述では、イノベーション研究拠点創成のモデルとして、本学の先端生命医科学研究所を紹介する。

2 リサーチマインド

医学研究には、大略してメカニズムの解明に向かう基礎研究と、臨床への応用に向かう応用(臨床)研究があり、状況が少し異なるため分けて考える。まず第一の問題は、医学部出身者(MD)で基礎研究者になる人が著明に減少したことである。生化学会(生化学,79(1),98-104,2007)、解剖学会／生理

学会共同(生理学会誌,71(3),81-132,2009)による基礎医学教育・研究に関するアンケートでは、何れも約90%の教授が「現状に危機を実感している」と回答している。解剖／生理では理由として「研究者の減少(79%)」、「講座の縮小・統合(68%)」、「学生の臨床志向(64%)」、「予算・資金(59%)」を挙げている。MDの大学院生は63%の教室で不在、23%の教室で1名のみである。原因として、モデル・コア・カリキュラムと初期臨床研修がリサーチマインドを削ぎ、臨床志向を強めていると考えられている。加えて医学部入学者の気質の変化、MDが苦労を回避し収入や時間を求める価値観の変化も要因とされる。このため、学部教育で基礎研究の魅力を伝えるべく、基礎配属、講義・実習の工夫、基礎医学重視へのカリキュラム復活が試みられている。苦労の割には人材確保の実効が低いが、それでも地道な努力が必要であろう。今年度医学部定員増に研究者枠が設けられた。将来の結果が注目される。

臨床系では、初期研修後に大学に戻らない人も多く、入局しても大学院・学位コースより専門医取得優先の傾向が強い。後期研修で関連病院出張先に就職する人も多く、大学病院での医師不足となっている。そのため研究指導体制が組めず、これに若手医師側のリサーチマインドの希薄化が重なっている。「臨床の知識・技術の習得や医学研究ができる」という大学の魅力が薄れ、若手医師の大学離れが進むという負のスパイラルが生じている。順天堂大学、慶應義塾大学、昭和大学では多くが大学院に入るようしている。基礎教室では臨床から引受けた院生

が研究の活動力になるとともに、臨床教室の研究志向を高めているとのことである。質の高い継続的研究に繋がるかが課題である。

3 リサーチマンパワー

基礎教室教授には、教育・研究を臨床に結びつける面での有効性から、今も MD が求められている。しかし MD の基礎研究者の減少は国立大学で著明であり、この影響で国立も私立も准教授が獲得できていない教室が多く、後継者不在が危惧されている。平均的に私立医科大学の基礎講座の専任教員は 4 ~ 6 名で、MD1 ~ 2 名と理薬農工学部出身者から構成されている。これに臨床系から受託の院生が 1 ~ 2 名（～数名）が加わる。総体として教授の研究テーマを中心に研究活動が維持されている。

臨床教室の研究活動は近年明らかに低下している。共同研究施設の利用度や科学的研究費申請件数の減少で分かる。医局員不足とともに、診療・教育業務増加の皺寄せが研究に来ていると言える。診療面では収支上のノルマ、患者・家族への説明、電子カルテ周辺の医師の業務増など、教育面ではテューター、課題や試験問題作成、病院実習や研修医指導などがあり、委員会も多い。従って研究指導者や、診療終了後に夜間に実験をするだけの強い意欲を持ったスタッフがなかなかいない。これは我が国の医学研究にとって危機的状況である。そこで研究費で雇った技術員に実験を依頼するとか、実験サンプルの解析を委託する方式が取られている。結局講座主任のリサーチマインドが研究活動を決めるので、その意識に期待したい。

4 リサーチユニット

講座制は学問領域を基盤とする教育・研究単位（ユニット）である。教授をトップとする職位階層的管理体制を持った非干渉独立組織として、医学部封建制の象徴のように見なされていた。国立大学が大学院大学に再編される際に講座制は廃止され、研究領域を冠した分野が多数設けられた。そこでは基本的に各職位（少なくとも准教授、講師）が独立した研究者とされた。他方、殆どの私立医科大学は現在も講座制を継続している。管理し易さ、チームによる研究・教育がより効率的に機能し成果を挙げるという認識があるからであろう。国立大学でも内容的には従前の講座の様式を留めている場合が多々見られる。講座制は我が国文化的風土に合っている体制

のように思われる。

私立医科大学は講座制の検証を行った上で継続し、且つ講座制の欠点を認識して修正・対応を加えているはずである。教授の研究テーマをチームで実験することは確かに有効ではあるが、各教室員の独自性も含めないと、教室も個々の研究者も発展していかない。研究者の流動性や交替が少ない中で、研究活動が沈滞することなく成果を挙げる努力が求められる。研究教育評価に基づく任期制が多くの私立医科大学で（少なくとも助教に）導入されている。講座制の閉鎖性、風通しの悪さを払拭するためには、学内外との交流や共同研究が研究活動の活性化に必須である。

5 リサーチグラント

経常研究費（教室費）は国立大学では以前から低く、私立医科大学は比較的恵まれている。学内のプール予算や研究設備整備費を競争的に取る場合もある。それ以上の研究費は公的競争的資金の獲得に依存している。文部科学省科学研究費の基盤研究は、個々の研究者あるいはグループの研究補助金として重要な意義をもつ。近年、若手研究者に重点がおかれ、奨励の役割を果たしている。より確実に成果が予測される特定の研究者に集中的に大型研究費を投入する戦略的創造研究推進事業（CREST、さきがけなど）によって経済効率のよい支援が定着している。また、大きな特定研究班は、研究費の面でも情報交換や共同研究の面でも非常に有用な研究体制である。厚生労働省科学研究費の研究班も同様であるが、班に参入し難い問題点がある。

近年、文部科学省の科学技術振興調整費によって国際競争力をを持つ研究・人材育成拠点形成プログラムが強力に推進されている。極めて重点集中型の支援である。本学ではスーパー COE によって国際統合医科学インスティテュートというプロジェクトが採択されたが、5 年間の取り組みを踏まえて、大学に自力で新しい機関・研究所を設立することがミッションになっている。私立医科大学としては経済的に大変厳しいが、このようなチャンスがないと研究所は新設できない。ちなみに我々はこの 4 月に統合医科学研究所を新設した。ヒトサンプルのゲノム解析と解読を受諾するサービス部門を設け、診療に追われる臨床系研究者の支援体制になることを目指している。

6 リサーチインスティテュート、コラボレーション、イノベーション

近年、我が国の大規模な研究所に研究志向の強い人材と競争的研究費が集り、任期制と厳しい業績評価のもとで、第一線の研究成果を挙げている。国際競争力をもった研究体制と言えよう。大学内でも講座の枠外で研究所をうまく運営することで、研究拠点あるいは"目玉"とすることができます。キーワードは基礎-臨床間、医-工などの分野間の連携・協働(コラボレーション)と、産・官・学連携の開発・応用・产业化(イノベーション)である。さらに医療機器・医薬品等の実用化に際する倫理性・安全性・有効性、試験・審査・評価法などの医療レギュラトリーサイエンスを含めることである。

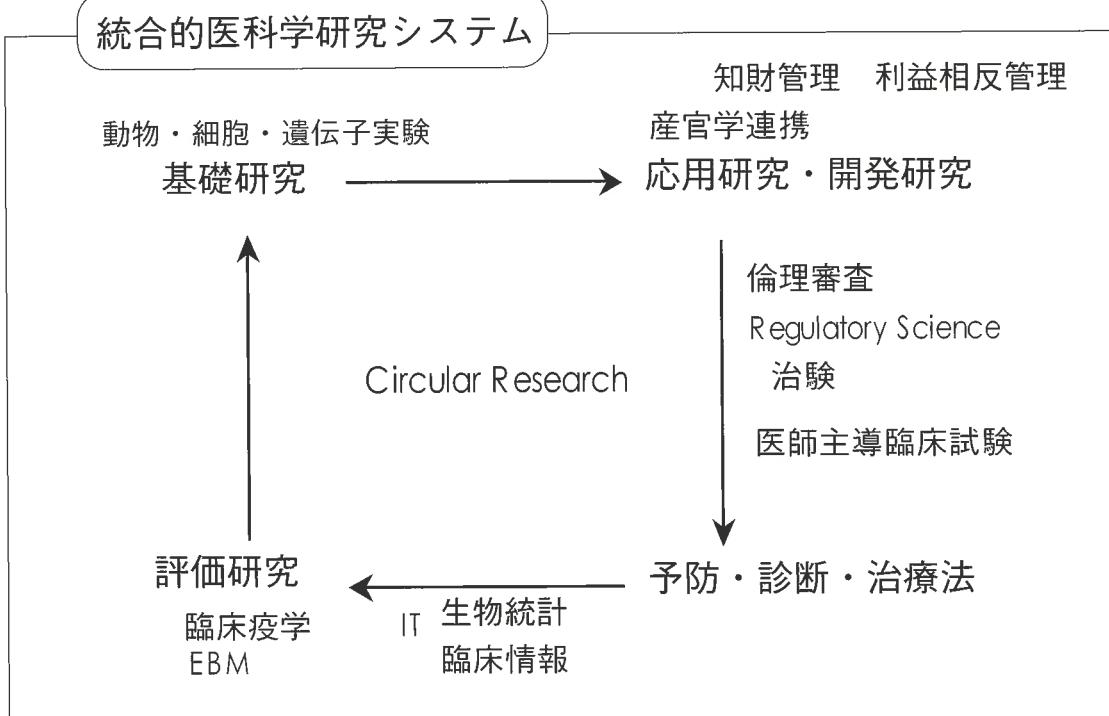
本学ではこれらのキーワードをコンセプトとした研究教育拠点を創成した。早稲田大学との40年来の医工連携を基盤として、平成20年4月に両大学連携の先端生命医科学研究教育施設(TWIns)を開設し、細胞シート工学を駆使した再生医療への応用、インテリジェント外科手術の技術開発を行っている。先端生命医科学研究所には企業が使用できるラボを設け、医療支援産業を創出している。本年4月から医療レギュラトリーサイエンスを命題とする両大学共同の大学院共同教育課程を開講した。先端生命医科学研究所は、振興調整費の「イノベーション創出拠点」、「グローバルCOE」、最先端研究開発

支援プログラム(岡野光夫教授)、私立大学学術研究高度化推進事業、スーパー特区のほか、経済産業省から新エネルギー・産業技術総合開発機構(NEDO)を経て補助金を取得している。このような拠点形成が大学の研究活動のひとつの方策であろう。

7 サーキュラリーサー

これから医学研究のあり方として、基礎から臨床へのTranslational Researchの推進ばかりでなく、「医学知の循環」が提唱されている(永井良三“医療現場、医学研究の立場から”木村廣道監修、医療イノベーション日本の実力、282-285、2009、かんき出版)。統合的医科学研究システムとしてのCircular Researchの認識である(図1)。即ち、動物・細胞・遺伝子実験による基礎研究から、応用開発研究が産官学連携のもとに行われ、医薬品や医療機器などの倫理性・有効性・安全性がレギュラトリーサイエンスによって充分審査された上で、予防・診断・治療法に利用されることが望まれる。付随して、知的財産管理、利益相反管理などのインフラをしっかりと組んでおくことが必要である。現場での医療は、さらにITを利用した生物統計や臨床情報を基盤として、臨床疫学、Evidence-based Medicine(EBM)によって評価され、そこから新たな課題が基礎研究に帰還されるという構図である。このような“知のサイクル”的課題である。

【図1】

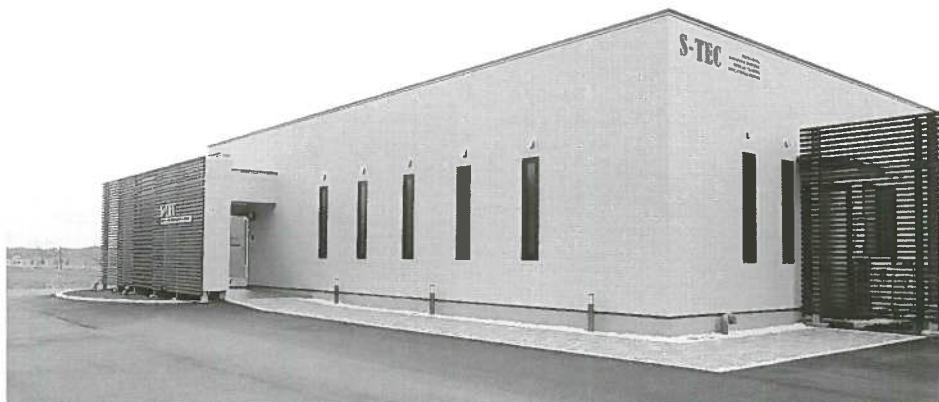


施設紹介

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。

昭和大学

昭和大学・山王台病院医療技術内視鏡手術トレーニングセンター S-TEC 開設

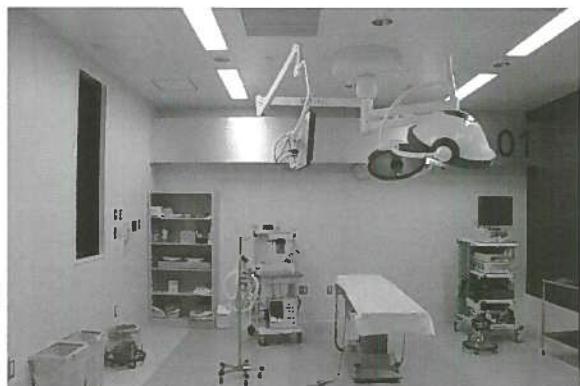


トレーニングセンター S-TEC 外観

昭和大学では医療法人幕内会と連携し、鏡視下（腹腔鏡、胸腔鏡、内視鏡）手術の手技向上・修練及び新しい術式の開発を目的とした「昭和大学・山王台病院 医療技術内視鏡手術トレーニングセンター S-TEC」が 2009 年 12 月に茨城県小美玉市に開設されました。昭和大学の医師・学内学生・研修医ばかりでなく地域医師や学外の教育機関にも広く開放する予定です。同センターでは、病院同様の内視鏡下手術システム、超音波手術システム、高周波手術装置、無影灯（液晶モニター・アーム付き）、ハーモニックスカルペルⅡ等の機器を備え、小動物を用い、麻酔下で鏡視下手術のトレーニングができるよう準備しています。トレーニングコースとして、スタンダードコース・アドバンスコース・ベーシックコース・コメディカルコース等さまざまなコースの設定を考えております。また、センターでは、講義室、更衣室、シャワールーム、リラックススペースを設け、講義から実技まで一連のトレーニングをストレスなく行なえるよう設計されています。



トレーニングルーム



内視鏡下手術システム

順天堂大学

本郷キャンパス センチュリータワー校舎取得



センチュリータワー外観



1階エントランス



オープンスペースが特徴のフロア

学校法人順天堂は、本郷エコキャンパス・エコスピタル再編事業の一環として、センチュリータワーを平成21年7月7日に取得しました。現在、センチュリータワーの建つ場所は、順天堂と大変縁の深い「済生学舎（明治9～36年）」発祥の地としても有名です。

また、センチュリータワーは、香港上海銀行・本店ビル、ケンブリッジ大学法学部校舎、ロンドン市庁舎等を設計したことで有名なノーマン・フォスター卿による設計で、1991年に地下3階・地上21階建の建築物として竣工されました。建築基準が厳しくなっていた当時の東京において、最も耐震強度の高い建築物として評価されたと言われています。

センチュリータワーは、エコロジー性の高さ、ゆとりあるオープンスペースが特徴であるだけでな

く、ICT（情報通信技術）環境が充実しているため、今後はそれを最大限に活用することで4学部6附属病院をつないだテレビ会議や会談、学部・研究科間の情報交換、海外協定校とのコミュニケーション等が可能となります。新校舎であるセンチュリータワーは本学における21世紀型の教育・研究・医療・国際化の拠点として、大きな役割を担っています。

センチュリータワー概要

■ 土 地：東京都文京区本郷2-2-9
3,994.98m² (1,208.48坪)

■ 建 物：地下3階付地上21階建
(1991年竣工：築19年)

延床面積：25,676.44m² (7,767.12坪)

設 計 者：ノーマン・フォスター卿

獨協医科大学病院

栃木県ドクターへリ事業開始

獨協医科大学に隣接する獨協医科大学病院（栃木県下都賀郡壬生町）では、このたび、栃木県の委託を受け「栃木県ドクターへリ事業」を受託し、平成 22 年 1 月 20 日（水）に運航を開始しました。

ドクターへリとは、救急医療機器や医薬品等を備え、医師と看護師が同乗し、重症患者の治療と搬送に当たるヘリコプターのことです。

昨年 2 月に栃木県より正式な要請を受けスタートした「ドクターへリ導入プロジェクト」では、既存ヘリポートの拡充、機体格納庫・スライディングヘリパッドの新設など施設面での大幅な整備を行いました。また、既にドクターへリを導入している国内の他の病院においてライトドクター・ライトナース候補生の研修を実施したほか、県内各消防本部への説明会の開催やシミュレーション訓練の実施、栃木県消防防災へリとの合同訓練など、多くの準備を重ね運航開始を迎えることができました。

ドクターへリの有用性はその機動性と迅速性にあり、約 200km/h で飛行し、約 20 分で栃木県内全域をほぼカバーすることができます。

今後も救急医療充実のため、機動性を生かし、県民の期待に応え 1 人でも多くの命を助けることができるよう一丸となり、取り組んでいきたいと考えています。



日本初となるスライディングヘリパッド



出動中のドクターへリ



寺野学長、北島病院長と医療スタッフ



小野救命救急センター長

ドクターへリに関連する主な施設の紹介

ドクターへリの運航に先立ち、既存ヘリポート等施設の整備を行いました。また、機体格納庫やヘリポートのほか、日本初となる本格的な地上水平移動型のスライディングヘリパッドを導入しました。これにより、格納庫から約 20m の距離を約 45 秒で移動でき、機体の出し入れが容易になり緊急時にも迅速な対応が可能となります。

東京女子医科大学

東京女子医科大学病院第1病棟竣工



第1病棟外観



特別病棟



リハビリテーション室

このたび、第1病棟が竣工いたしました。建物設計の基本コンセプトは、「医療の安全を確保し、患者さん・職員のアメニティの視点からも人間性を尊重した優しく、使いやすく、永く使える建築を目指す」です。本病棟は、栄養課、リハビリテーション室、透析室、一般病棟、特別病棟を配置しております。

○地下1階：栄養課

「新世紀にふさわしい厨房」の実現を目指し、安全・衛生管理とフードサービス、省エネ性の向上を基本テーマに、厨房計画に取り組み、有事にも病院機能が求められることを考慮して、電化厨房を導入。

○1階：リハビリテーション室

理学療法スペースや作業療法スペースは、これまでの約3倍の広さを確保。その他に診察室3室、言語療法室4室をはじめ小児専用訓練室や個別訓練室、評価室、測定室、訓練用トイレなどの診療・訓練環境の充実を図る。

○2階：透析室

従来の42床から64床と隔離個室2室へ拡張。全床個人用透析装置を備え、患者ごとに透析処方を変更することが可能。また、高純度の透析用水を循環型の配管で送り、今春認可された超純水透析液を用いた透析濾過を行うことが可能。

○3階：スタッフエリア

職員間の交流や職員アメニティを配慮した職種を問わないスタッフスペース。

○4階から8階：一般病棟

プライバシーと効率性を考慮し、個室と4床室のみとし、全部で219床を配置。

○9階：特別病棟

ハイグレードな個室を15室配置。

建物概要

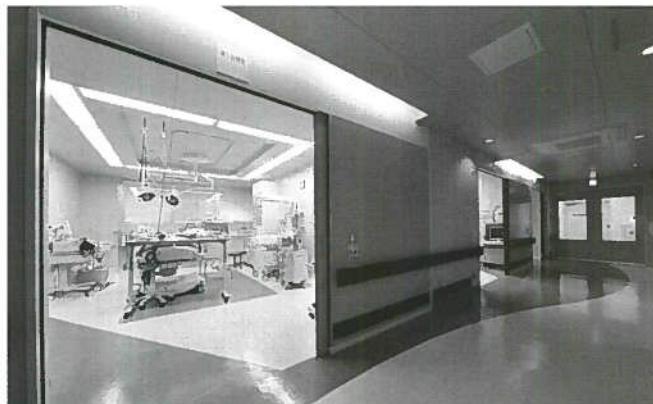
- ①延床面積：約20,400m²
- ②1フロア面積：約1,500m²
- ③最高高さ：約44m
- ④最高深さ：約17m
- ⑤建物構造：鉄筋コンクリート造（免震構造）
- ⑥建物規模：地下3階 地上9階
- ⑦病床数：234床
- ⑧駐車台数：53台
(1階12台、地下1階9台、地下3階32台)
- ⑨エレベータ：全8基

聖マリアンナ医科大学病院

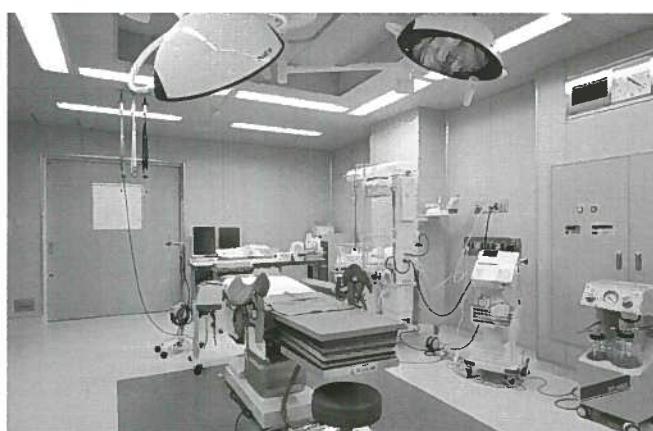
総合周産期母子医療センター開設



MFICU（母体胎児集中治療室）



第1分娩室



手術室兼第3分娩室

川崎市内の 2009 年の出生数は 14,650 人（前年比 41 人増）。2008 年の人口 1,000 人出生率は 10.4 人で、全国平均の 8.7 人を大きく上回っており、都道府県・政令指定都市の中で沖縄県の 12.2 に次いで 2 位。いまだ出生数が増加している全国でも稀な地域です。しかし、川崎市は周産期医療が自前で賄えない分娩流出地域です。分娩取り扱い施設の減少が顕著で、さらにそれらの施設では産科医の不足が深刻です。それに加え、周産期センターが市内には北部の当院のほか、中部の日本医科大学武蔵小杉病院、南部の市立病院の 3 か所ですが、NICU については一昨年までは本院の高度新生児医療センターの 9 床のみで、絶対的に不足している状態でした。

2010 年 3 月に、MFICU 6 床、NICU 12 床が整備されました。また、同時に NICU 後方病床 (GCU) 24 床と、より機能的に産科救急に対応できる分娩室も新設されました。

すでに連日母体搬送・産科救急・新生児搬送が相次いでおります。今後、院内各科と協力するため、院内に周産期医療臨床連絡会を設置、また市の協力を仰ぎ、市の周産期救急連絡会を発足させるなどして周産期医療の円滑化を図ります。川崎市および周辺地域における周産期医療の最後の砦となるべく、診療および教育に努力していく所存です。

医大協ニュース

岩手医科大学

《人事》

- ◎高度救命救急センター長
遠藤重厚（再任）
- ◎リエゾンセンター長
人見次郎（再任）
- ◎総合情報センター長
澤井高志（再任）
- ◎教授就任
滝川康裕（内科学講座 消化器・肝臓内科分野）
以上、平成22年4月1日付
- ◎教授退任
井上洋西（内科学講座 呼吸器・アレルギー・膠原病内科分野）
平成22年3月31日付

日本医科大学

《法人役員》

- ◎常任理事
高野照夫（再任）
田中宣威（再任）
以上、平成21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）
- ◎武藏小杉病院 院長
黒川 顯（再任）
- ◎多摩永山病院 院長
新 博次（再任）

◎千葉北総病院 院長

田中宣威（再任）

以上、任期は平成22年4月1日から平成24年3月31日まで

《人事》

- ◎健診医療センター長代理
石原圭一（放射線医学）
平成22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）〕
- ◎臨床教授
川本智章〔内科学講座（循環器・肝臓・老年・総合病態部門）〕
- ◎講座主任
大久保公裕（耳鼻咽喉科学）
以上、平成22年4月1日付
- ◎教授定年退職
八木聰明（耳鼻咽喉科学）
徳永 昭〔外科学（消化器・一般・乳腺・移植部門）〕

前田昭太郎〔病理学（統御機構・腫瘍学）〕
以上、平成22年3月31日付

◎名譽教授

八木聰明

徳永 昭

以上、平成22年4月1日付

東京医科大学

《東京医科大学人事》

◎名譽教授称号授与

市丸勝二

平成22年1月1日付

<就任>

◎副学長

勝村俊仁（健康増進スポーツ医学講座主任教授）（新任）

◎副学長補

大屋敷一馬（内科学第1講座主任教授）（再任）

渡邊克益（形成外科学講座主任教授）（新任）

以上、平成22年4月1日付

◎主任教授

黒田雅彦（分子病理学講座）

平成21年11月1日付

石 龍徳（組織・神経解剖学講座）

島津元秀（外科学第5講座）

近津大地（口腔外科学講座）

以上、平成22年4月1日付

◎教授

羽生春夫（老年病学講座）

平成21年11月1日付

西 研（哲学教室）

中島利博（医学総合研究所）

以上、平成22年4月1日付

<退任>

◎副学長

山田仁三（組織・神経解剖学講座）

◎副学長補

遠藤任彦（法医学講座）

◎主任教授

山田仁三（組織・神経解剖学講座）

遠藤任彦（法医学講座）

長尾 桓（外科学第 5 講座）

千葉博茂（口腔外科学講座）

以上、平成 22 年 3 月 31 日付

◎教授

市丸勝二（整形外科学講座）

平成 21 年 12 月 31 日付

工藤玄恵（分子病理学講座）

石井脩夫（麻酔科学講座）

以上、平成 22 年 3 月 31 日付

《東京医科大学看護専門学校人事》

<就任>

◎学校長

山科 章（内科学第 2 講座主任教授）（新任）

平成 22 年 4 月 1 日付

<退任>

◎学校長

勝村俊仁（健康増進スポーツ医学講座主任教授）

平成 22 年 3 月 31 日付

《東京医科大学霞ヶ浦看護専門学校人事》

<就任>

◎学校長

斎藤 誠（外科学第 1 講座教授）（再任）

平成 22 年 4 月 1 日付

東京女子医科大学

《法人役員》

◎理事退任

高野加寿恵

久米美代子

以上、平成 22 年 3 月 31 日付

◎副理事長就任

吉岡俊正

「東京医科大学医学総合研究所開設にあたり」

この度、学校法人東京医科大学（伊東洋理事長、臼井正彦学長）では、同大で初めての本格的な附属研究所である東京医科大学医学総合研究所の設立に着手した。

この研究所は、東京医科大学が 6 年後に創立 100 周年を迎える記念事業の一つとして行われるもので、現在、「がん制圧特別プログラム機構」、「再生医療研究機構」、「難治性疾患病因・病態解明機構」の先端研究機構に加えて、「知的財産探索・技術移転機構」及び外部の有識者により構成される「医学教育・医療政策機構」の 5 つの機構を設置する予定である。特に、この「医学教育・医療政策機構」は長期的ビジョンに基づいて大胆な医療政策を提言して行くことを主目的とし、日本の医科大学としては初めての試みになる。

同研究所では、聖マリアンナ医科大学難病治療研究センターで数多くの難病の病因解明、創薬開発に取り組んできた西岡久壽樹前センター長を本年 1 月 1 日付けで初代所長として迎え、平成 24 年の本格的な稼働を目指してスタッフの選定や学内外の支援体制の確立に乗り出している。

◎理事就任

川上順子

田中美恵子

以上、平成 22 年 4 月 1 日付

《人事》

◎主任教授就任

坂井修二（画像診断学・核医学）

平成 22 年 3 月 1 日付

松井英雄（産婦人科学）

平成 22 年 5 月 1 日付

◎教授就任

猪飼哲夫（リハビリテーション科）

川俣貴一（八千代医療センター
脳神経外科）

以上、平成 21 年 12 月 1 日付

有賀 淳（先端生命医科学研究所）

西川俊郎（病理診断科）

以上、平成 22 年 1 月 1 日付

山口佳寿博（東医療センター内科）

平成 22 年 3 月 1 日付

古川 徹（統合医科学研究所）

岡田みどり（化学）

廣島健三（八千代医療センター
病理診断科）

以上、平成 22 年 4 月 1 日付

東京慈恵会医科大学

《人事異動》

◎教授

相澤良夫（昇任／内科学）

平成 21 年 11 月 1 日付

西野博一（昇任／内科学）

平成 22 年 3 月 1 日付

昭和大学**《就任関係》****◎医学部長**

小出良平（就任）

◎藤が丘病院長

真田 裕（再任）

◎藤が丘リハビリテーション病院長

嶽山陽一（再任）

◎附属烏山病院長

加藤進昌（再任）

◎藤が丘病院副院長

三邊武幸（再任）

◎藤が丘病院副院長

高橋 寛（昭和大学）（就任）

以上、平成22年4月1日付

◎教授

森 啓（藤が丘病院内科）（血液内科）（昇任）

平成21年10月13日付

谷山松雄（藤が丘病院内科）（内分泌代謝科）（昇任）

平成21年11月10日付

高橋 寛（藤が丘病院内科）（消化器内科）（昇任）

平成22年1月13日付

◎名誉教授

五味邦英（授与）

保阪善昭（授与）

野嶽幸正（授与）

以上、平成22年4月1日付

《退任関係》**◎教授**

保阪善昭（医学部形成外科学）（定年退職）

本田 実（医学部放射線医学）（員外）（定年退職）

五味邦英（医学部臨床病理学）（定年退職）

田口 進（横浜市北部病院内科系診療センター内科）（定年退職）

塩川 章（横浜市北部病院外科系診療センター病理診断科）（員外）（定年退職）

中島宏昭（横浜市北部病院呼吸器センター呼吸器科）（定年退職）
以上、平成22年3月31日付

《教授人事》**◎教授退任**

池原 進（病理学第一）

福原資郎（内科学第一）

以上、平成22年3月31日付

◎教授就任

野村昌作（内科学第一）

◎客員教授就任

池原 進（共同研究講座教授・幹細胞異常症学）

以上、平成22年4月1日付

《役員の選任》**◎病院長**

前田 稔（医学部附属静岡病院）（再任）

高森建二（医学部附属浦安病院）（再任）

水野美邦（医学部附属順天堂越谷病院）（再任）

《人事異動》**◎教授就任**

住吉正孝（大学院医学研究科循環器内科学／医学部内科学教室・循環器内科学講座）

横山利幸（大学院医学研究科眼科学／医学部眼科学講座）

以上、平成21年10月1日付
浦尾正彦（大学院医学研究科小児外科・小児泌尿生殖器外科学／医学部外科学教室・小児外科学講座）以上、平成22年2月1日付
堀川彌太郎（医学部一般教育研究室）

平成22年3月31日付

◎教授定年退職

高橋伯夫（医学部一般教育研究室）

平成22年3月31日付

《役職者人事》**◎附属枚方病院長**

今村洋二（再任）

◎附属滝井病院長

岩坂壽二（新任）

◎専門部教務部長

薗田精昭（再任）

◎専門部学生部長

山田久夫（再任）

◎大学院教務部長

木梨達雄（再任）

◎大学情報センター長

高橋伯夫（再任）

◎附属生命医学研究所長

木梨達雄（再任）

◎プレインメディカルリサーチセンター長

伊藤誠二（再任）

◎学医

福永幹彦（新任）

◎総合研究施設長

中邨智之（再任）

以上、平成22年4月1日付

関西医科大学**《役員人事》****◎理事就任**

高山康夫

秋田光彦

山岡義生

以上、平成22年4月1日付

◎理事退任

高橋伯夫

平成22年3月31日付

《人事》**◎理事長**

國澤隆雄（退任）

◎理事

國澤隆雄（退任）

伊藤貞男（退任）

以上、平成22年3月31日付

◎理事長 植木 實（就任）
 ◎理事 大槻哲彦（就任）
 大槻勝紀（就任）
 以上、平成 22 年 4 月 1 日付
 ◎教授 河田 了（就任）
 平成 22 年 2 月 1 日付
 北浦 泰（定年退職）
 古谷榮助（定年退職）
 以上、平成 22 年 3 月 31 日付

久留米大学

《役職者の退任》
 ◎医学部看護学科長 野村志保子
 ◎認定看護師教育センター長 野村志保子
 以上、平成 22 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
 平成 22 年 1 月 1 日付
 ◎医学部看護学科長 自見厚郎

◎高次脳疾患研究所長（再任） 松石豊次郎
 ◎認定看護師教育センター長 藤丸千尋
 以上、平成 22 年 4 月 1 日付
 《教授の退任》
 伊藤信輔（医学部医学科耳鼻咽喉科・頭頸部外科学講座）
 平成 21 年 12 月 31 日付
 赤須 崇（医学部医学科生理学講座）（定年）
 野村志保子（医学部看護学科）（定年）
 諸井将明（分子生命科学研究所）（定年）
 徳富孝志（医学部医学科脳神経外科学講座）

以上、平成 22 年 3 月 31 日付
 《教授の就任》
 上野高史（医学部附属病院メディカルセンター）
 平成 22 年 1 月 1 日付
 堀 大蔵（医学部医学科産婦人科学講座）
 平成 22 年 3 月 1 日付
 石原直忠（分子生命科学研究所）
 井上雅弘（医学部医学科感染医学講座）
 高森信三（臨床研修管理センター）
 以上、平成 22 年 4 月 1 日付
 《特定教授の退任》
 ◎学長直属 山中龍也
 平成 22 年 3 月 1 日付
 《特定教授の就任》
 山岸昌一（医学部医学科糖尿病性血管合併症病態・治療学講座（寄附講座））（再任）
 平成 22 年 4 月 1 日付

杏林大学

《就任》
 ◎学園理事 後藤 元（医学部長・医学研究科長）
 甲能直幸（大学教授（付属病院長））
 ◎学長 跡見 裕（外科学）
 ◎医学部長・医学研究科長 後藤 元（内科学）
 ◎医学部付属看護専門学校長 古賀良彦（精神神経科学）
 ◎病院長 甲能直幸（耳鼻咽喉科学）
 ◎副院長 高橋信一（内科学）
 塩川芳昭（脳神経外科学）
 斎藤英昭（医療管理学）（再任）
 吳屋朝幸（外科学）（再任）
 ◎看護部長 道又元裕
 福井トシ子（再任）
 ◎教授 川上速人（解剖学）
 萬 知子（麻酔科学）
 ◎臨床教授 池田隆徳（内科学）
 正木忠彦（外科学）
 ◎研究教授 大倉康男（病理学）
 以上、平成 22 年 4 月 1 日付
 《退任・退職》
 ◎学長 長澤俊彦
 ◎附属病院長 東原英二
 以上、平成 22 年 3 月 31 日付
 ◎教授 児玉憲典（総合医療学）（定年退職）
 島崎修次（救急医学）（定年退職）
 藤岡保範（病理学）（定年退職）
 以上、平成 22 年 3 月 31 日付

北里大学

《教授の昇任、採用、退職》
 ◎教授 小泉和三郎（消化器内科学）
 （昇任）
 平成 21 年 11 月 1 日付
 七里眞義（内分泌代謝内科学）
 （採用）
 平成 21 年 12 月 1 日付
 岡安 黜（病理学）
 （定年退職）
 篠原信賢（免疫学）
 （定年退職）
 小原邦義（心臓血管外科学）
 （定年退職）
 糸満盛憲（整形外科学）
 （定年退職）
 以上、平成 22 年 3 月 31 日付

川崎医科大学

《人事》
 ◎教授就任
 中塚秀輝（麻酔・集中治療医学2）
 平成21年9月1日付
 曽根照喜（放射線医学、核医学）
 平成21年10月1日付
 中村隆文（産婦人科学）
 平成21年11月1日付
 長谷川徹（整形外科学、災害）
 三谷 茂（整形外科学、関節）
 寺田喜平（小児科学）
 稲川喜一（形成外科学）
 猶本良夫（総合外科学）
 以上、平成22年4月1日付
 ◎教授退任
 三河義弘（整形外科学（脊椎））
 平成22年3月31日付

聖マリアンナ医科大学

《役職者の異動》
 ◎総合周産期母子医療センター長
 石塚文平（就任）
 平成22年4月1日付
 《教授の異動》
 ◎教授
 田中雄一郎（脳神経外科学（脳卒中））（就任）
 平成21年12月1日付
 舟橋利也（生理学（細胞・器官生理分野））（就任）
 平成22年4月1日付
 ◎大学院教授
 熊井俊夫（遺伝子多型・機能解析学）（就任）
 太田智彦（応用分子腫瘍学）（就任）
 遊道和雄（難治性疾患病態制御学）（就任）
 以上、平成22年4月1日付
 ◎病院教授
 佐藤 明（西部病院内科学（消化器・肝臓内科））（就任）
 佐藤武夫（多摩病院内科学（腎臓・高血圧内科））（就任）
 以上、平成22年3月1日付
 竹村 弘（大学病院微生物学）
 滝澤謙治（大学病院放射線医学）
 清水弘之（大学病院整形外科学）
 安田 宏（大学病院内科学（消化器・肝臓内科））
 栗本典昭（大学病院外科学（呼吸器外科））
 辻本文雄（大学病院臨床検査医学）
 原 正壽（大学病院内科学（循環器内科））
 福永 哲（大学病院外科学（消化器・一般外科））
 以上、平成22年4月1日付

藤田保健衛生大学

《役員人事》
 ◎理事就任
 比企能之
 平成22年4月1日付
 ◎理事辞任
 伊藤祥輔
 平成22年3月31日付
 《役職者の就任》
 ◎医学部長
 小野雄一郎（再任）
 ◎総合医科学研究所長
 黒澤良和（再任）
 ◎学生部長
 原田信広（新任）
 ◎図書館長
 宮地栄一（新任）
 以上、平成22年4月1日付
 《教授の就任》
 白木良一（腎泌尿器外科学）
 平成21年10月1日付
 堀口高彦（呼吸器内科学Ⅱ）
 平成22年1月1日付
 守瀬善一（一般消化器外科学）
 平成22年3月1日付
 湯澤由紀夫（腎内科学）
 岡本昌隆（血液内科学）
 内藤 宏（精神神経科学）
 吉川哲史（小児科学）
 廣瀬雄一（脳神経外科学）
 以上、平成22年4月1日付
 《教授の退任》
 小川久光（生物学）
 杉山 敏（腎内科学）
 浅野喜造（小児科学）
 佐野公俊（脳神経外科学）
 以上、平成22年3月31日付
 《名誉教授の称号授与》
 浅野喜造
 佐野公俊
 以上、平成22年4月1日付

帝京大学

《就任》
 ◎医学部長
 寺本民生（医学部内科学講座主任教授）
 ◎医学部附属病院長
 森田茂穂（医学部麻酔科学講座主任教授）
 ◎名誉教授
 柳川幸重
 水口國雄
 ◎主任教授
 菊地 陽（医学部小児科学講座）
 ◎教授
 佐野圭二（医学部外科学講座）
 渡辺 博（医学部附属溝口病院小児科学）
 多湖正夫（医学部附属溝口病院放射線科学）
 石坂和博（医学部附属溝口病院泌尿器科学）
 以上、平成22年4月1日付

兵庫医科大学

《理事・教授等の異動》

◎理事

中西憲司（就任）
馬場明道（就任）
川島龍一（就任）
以上、平成 22 年 4 月 1 日付
井植 敏（辞任）
西村亮一（辞任）
以上、平成 22 年 3 月 31 日付

◎教授

野坂和人（就任・化学）
松永寿人（就任・精神科神経科学）
以上、平成 22 年 4 月 1 日付
山田盛男（退任・化学）
守田嘉男（退任・精神科神経科学）
以上、平成 22 年 3 月 31 日付

《人事異動》

◎副理事長

波田壽一（新任）

◎学長

中西憲司（併任）
以上、平成 22 年 4 月 1 日付
波田壽一（退任）
平成 22 年 3 月 31 日付

愛知医科大学

《人事異動》

◎理事長

加藤延夫（辞任）
平成 21 年 12 月 14 日付
三宅養三（新任）
平成 22 年 1 月 28 日付

◎理事

加藤延夫（辞任）
平成 21 年 12 月 14 日付
高本 滋（退任）
徳安 武（退任）
以上、平成 22 年 1 月 27 日付
石川直久（再任）
佐藤啓二（再任）
伊藤隆之（再任）

土井まつ子（再任）

羽根田雅巳（再任）

安藤不二夫（再任）

加藤真司（再任）

清水國樹（再任）

三宅養三（再任）

柳田昇二（再任）

山内一征（再任）

山岸赳夫（再任）

渡辺俊也（再任）

以上、平成 22 年 1 月 28 日付

稻福 繁（退任）

佐藤啓二（辞任）

土井まつ子（辞任）

以上、平成 22 年 3 月 31 日付

◎監事

伊藤 元（再任）

平成 22 年 1 月 28 日付

◎教授

中川 隆（昇任・救命救急科）

平成 21 年 10 月 1 日付

牛田享宏（昇任・学際的痛みセンター）
平成 22 年 3 月 1 日付

◎教授（特任）

坂野章吾（採用・内科学講座（腎臓・リウマチ膠原病内科））
平成 22 年 1 月 1 日付

比嘉和夫

大慈弥裕之

◎福岡大学筑紫病院副病院長

前川隆文

松井敏幸

手塚義治

以上、平成 21 年 12 月 1 日付

自治医科大学

《役員の異動》

◎理事

富永眞一（退任）

平成 22 年 3 月 31 日付

◎監事

橋本 昌（退任）

平成 21 年 12 月 24 日付

三村申吾（就任）

平成 21 年 12 月 25 日付

《大学の人事》

◎医学部長

富永眞一（退任）

平成 22 年 3 月 31 日付

桃井眞里子（就任）

平成 22 年 4 月 1 日付

◎附属病院副病院長

桃井眞里子（退任）

平成 22 年 3 月 31 日付

草野英二（就任）

平成 22 年 4 月 1 日付

福岡大学

《人事》

◎副学長（医療担当）

瓦林達比古

◎医学部長

黒木政秀

◎医学研究科長

田村和夫

◎福岡大学病院長

内藤正俊

◎福岡大学筑紫病院長

岩下明徳

◎福岡大学病院副病院長

向坂彰太郎

金沢医科大学

《法人役員》

◎理事

荒田 満（退任）

平成 22 年 3 月 31 日付

《役職教員》

◎医学部長

梅 博久（呼吸機能治療学（呼吸器内科学）教授）（新任）

任期：平成 21 年 10 月 15 日～
平成 23 年 8 月 31 日

◎総合医学研究所長

竹上 勉(総合医学研究所教授)
(新任)

任期: 平成22年4月1日~平成25年3月31日

◎一般教育機構長

松田博男(人間科学科目(数学)特任教授)(再任)

任期: 平成22年4月1日~平成23年3月31日

◎金沢医科大学病院副院長

川上重彦(機能再建外科学(形成外科学)教授)(新任)

任期: 平成21年11月13日~平成23年3月31日

高田昌美(看護部部長)(新任)

任期: 平成22年4月1日~平成24年3月31日

《教授》

◎部門教授

飯沼由嗣(臨床感染症学)(新任)
平成22年3月1日付

山口宣夫(代替基礎医学(血清学))(定年退職)

地引逸亀(精神神経科学(神経精神医学))(定年退職)

以上、平成22年3月31日付

◎特任教授

原 亮(人間科学科目(外国語))(就任)
平成22年4月1日付

川原範夫(整形外科学)(新任)
平成22年4月17日付

野口昌邦(消化器外科治療学(消化器外科学))(定年退職)

田村暢熙(生命科学科目(体育学))(定年退職)

杉江茂幸(腫瘍病理学(病理学I))(退職)

泉 洋一(金沢医科大学氷見市民病院 循環器内科)(定年退職)

以上、平成22年3月31日付

《名誉教授の称号授与》

山口宣夫(免疫学)

金沢医科大学 小田島肅夫前理事長(現理事) 旭日重光章を受章

金沢医科大学の小田島肅夫前理事長(現理事)が、平成21年秋の叙勲で「旭日重光章」を受章しました。

小田島前理事長は、昭和49年9月に本学の病理学Ⅰ教室の初代主任教授として就任。以来、「倫理に徹した人間性豊かな良医の育成」という理念のもと、少人数教育に力を入れ、多数の人材育成に尽力しました。この間、平成5年より学長として、また平成11年より理事長として、将来を見据えた大学改革に取り組むと同時に、病院新館の建設、医学教育海外交流基金の創設、看護学部の新設などを積極的に進め、本学の発展に多大な貢献を果たし、この度の受章となりました。

金沢医科大学病院 病児保育室「すまいる」がオープン

金沢医科大学病院では、平成22年3月1日(月)より、病気のお子様を預かる病児保育室「すまいる」を開設した。

病児保育室「すまいる」は、“教職員、特に女性医師や女性看護師等の就業支援並びに子育て支援の充実により、必要な人材の離職を防止し、人材確保の一助となること”、また“門戸を地域に開放して病院の理念である地域貢献に資すること”を目的に設置された。「すまいる」では、教職員のお子様を中心に、入院を必要としない程度の病気やけがで保育園などに通えず、家庭で世話をすることが出来ない場合で、かつ、かかりつけ医の許可がある生後6ヶ月から小学校3年生までの子様を対象に、保護者や保育施設の代わりに保育と看護を行う。また、地元内灘町の子育て支援事業の一環として利用されており、内灘町在住のお子様の受け入れも行っている。

病児間での感染を防ぐため、「病状によって保育室やトイレ(2室)を使いわける」「入室時には全員手洗いとうがいをする」など、感染防止対策を徹底している。

地引逸亀(精神神経科学)

田村暢熙(生命科学科目(体育学))

以上、平成22年4月1日付

獨協医科大学

《理事の就任》

◎筑田 真（越谷病院長）（再任）

任期：平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 8 月 1 日

中田英夫（大学事務局長）（新任）

任期：平成 22 年 4 月 1 日～平成 23 年 8 月 1 日

以上、平成 22 年 4 月 1 日付

《教授の就任》

山西友典（泌尿器科学）

平成 21 年 11 月 1 日付

作田亮一（越谷病院子どものこころ診療センター）

平成 21 年 12 月 1 日付

島田忠人（内科学（消化器））

濱口眞輔（麻酔科学）

酒井良彦（越谷病院循環器内科）

入江嘉仁（越谷病院心臓血管外科・呼吸器外科）

以上、平成 22 年 1 月 1 日付

千田雅之（呼吸器外科学）

福田宏嗣（心臓・血管外科学）

大谷雅敏（越谷病院第一外科）

以上、平成 22 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

◎大学院医学研究科長

持田讓治

◎医学部学部長

今井 裕

◎医学部副学部長

高木敦司

◎医学部付属病院長

猪口貞樹

◎医学部付属病院副院長

高木繁治

鈴木康夫

安田聖栄

上野陽子

◎医学部付属東京病院長

桑平一郎

◎医学部付属東京病院副院長

近藤泰理

西崎泰弘

◎医学部付属大磯病院長

岡 義範

◎医学部付属大磯病院副院長

宮北英司

豊倉 穂

大谷泰雄

◎医学部付属八王子病院長

北川泰久

◎医学部付属八王子病院副院長

近藤哲理

山田俊介

渡辺勲史

以上、平成 22 年 4 月 1 日付

《教授就任》

中郡聰夫（外科学系（消化器外科学））

國枝悦夫（専門診療学系（放射線治療科学））

以上、平成 22 年 1 月 1 日付

坂本春生（外科学系（口腔外科学））

平成 22 年 4 月 1 日付

産業医科大学

《役員就退任》

◎理事長・理事

大石 明（退任）

平成 22 年 3 月 31 日付

◎理事長

海野 孝（就任）

平成 22 年 4 月 1 日付

◎理事

麻田千穂子（退任）

平成 21 年 7 月 27 日付

志賀幸弘（就任）

平成 22 年 3 月 10 日付

今川隆志（就任）

平成 22 年 4 月 1 日付

◎監事

北井久美子（退任）

平成 22 年 3 月 9 日付

◎監事

松崎正彦（就任）

平成 22 年 3 月 10 日付

平成 21 年度私立医科大学合同入試説明会・相談会開催結果について

平成 21 年度より、社団法人日本私立医科大学協会は教育研究部会・教務事務研究会の企画・立案に基づいて、私立医科大学の入試担当者が、私立医科大学の特色や入試制度について、直接、受験生や保護者の方々に伝える為の合同入試説明会・相談会を全国 8 地区において開催することとした。

《実施場所・期間・来場者数について》

| | | |
|--------|-----------------------------|----------------|
| ◇東京会場 | 平成 21 年 7 月 19 日（日） | 来場者数：約 1,300 名 |
| ◇名古屋会場 | 平成 21 年 8 月 2 日（日）・3 日（月） | 来場者数：約 130 名 |
| ◇大阪会場 | 平成 21 年 8 月 8 日（土）・9 日（日） | 来場者数：約 160 名 |
| ◇仙台会場 | 平成 21 年 8 月 16 日（日）・17 日（月） | 来場者数：約 70 名 |
| ◇福岡会場 | 平成 21 年 8 月 21 日（金）・22 日（土） | 来場者数：約 140 名 |
| ◇岡山会場 | 平成 21 年 8 月 23 日（日） | 来場者数：約 80 名 |
| ◇広島会場 | 平成 21 年 8 月 24 日（月） | 来場者数：約 40 名 |
| ◇北海道会場 | 平成 21 年 9 月 27 日（日） | 来場者数：約 100 名 |

【来場者数合計 約 2,000 名】

協会及び関係団体の動き

平成22年度医学部入学定員増について

本協会は、私立医科大学の入学定員について、「医療と教育は国の根幹であり、120名を一応の目標として増員することは容かではない。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。」との立場を加盟各大学に説明し、了承を得ているところである。

文部科学省は、平成21年6月23日に閣議決定された「経済財政改革の基本方針2009」を踏まえ、地域の医師確保等に早急に対応するため、平成22年度の医学部入学定員の増加のための認可申請期限の特例を設け、入学定員の増加等を取り扱うこととした。

平成21年12月7日、文部科学省は各大学における増員計画を公表し、大学設置・学校法人審議会に諮問を行い、同18日の答申・回答を経て、文部科学大臣により認可された。

平成22年度医学部入学定員は、「地域枠」、「研究医枠」、「歯学部定員振替枠」の3枠について弾力的な運用を図った結果、平成21年度の8,486名から8,846名（360名増）と大幅な増員となった。

※本協会加盟各大学における増員計画

＜地域枠＞ 都道府県内枠：8大学43名
県外枠：7大学18名

＜研究医枠＞ 3大学4名

＜歯学部定員振替枠＞ 1大学5名

○平成22年度私立医科大学・医学部入学者状況について

平成22年度私立医科大学・私立大学医学部の志願者は77,126名であり、受験者数は70,995名であった。そして、募集人員3,236名に対し、入学者数は合計で3,229名であり、男女別で見ると、男子は2,089名、女子は1,140名であった。

第174回国会衆議院厚生労働委員会厚生労働大臣所信表明に対する提言について

長妻 昭厚生労働大臣から、平成22年2月17日に開催された第174回国会衆議院厚生労働委員会における所信表明演説文が届き、今後の厚生労働行政に資するため、本所信表明について意見や提言をいただきたい旨の依頼があった。

本件に関して、本協会は提言案をまとめ、加盟各大学から1週間以内に本協会事務局まで意見・提言等をいただき整理した後、平成22年4月1日に、会長・副会長連名にて長妻厚生労働大臣宛に提出した。

▶所信表明に対する提言【内容】

平成22年2月17日の第174回国会衆議院厚生労働委員会におきまして所信表明が行われましたが、貴殿より、所信表明に対する意見、提言を求められましたことを感謝申し上げますとともに、以下のとおり、若干の意見・要望を述べさせていただきます。

1. 国の施策である地域の医師確保等に早急に対応するため、日本私立医科大学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。」との立場であります。但し、医学部入学定員の増加に伴う施設・設備拡充を行い、国の施策に既に協力した大学に対しましては、医学教育に支障なきよう予算措置を講じていただきたくお願い申し上げます。
2. 全国（国公私立）医学部長病院長会議が表明した如く、医学部新設・メディカルスクール開設の構想については、①現在不足している医師数を急速に増加させることにはならないこと。②現存する国公私立医科大学を十分に活用することが喫緊の課題の解決に有効だと考えること。③私立医科大学卒業生は地域医療の担い手である地方の国公私立病院の勤務医や開業医の子弟

- が比較的に多いため卒業後、いずれは帰郷し、地域医療人として活躍している比率が極めて高いこと。以上の理由から、既存の国公私立大学の施設・設備を活用することは、医学部新設やメディカルスクール開設をするよりも、無駄な国庫経費を節減することになります。
3. このたびの平成 22 年度診療報酬改定において、急性期入院医療に手厚く、救急・産科・小児・外科等の医療の再建に重点を置いた対応を図られたことに関して、高く評価いたしております。しかし、疲弊した医療現場を立て直すには極めて不十分であり、医療の質の向上と地域医療の充実を達成させるためには、我が国の医療費対 GDP 比を現在の 8.1% から、G7 の平均 10.4% を目指し、せめて OECD 加盟国の平均 8.9% まで早急に引き上げていただきたいと要望します。
 4. 私立医科大学附属病院は、不採算部門といわれておりますドクターヘリを積極的に導入（平成 22 年 1 月現在、本院は川崎医科大学附属病院・愛知医科大学病院・久留米大学病院・東海大学医学部付属病院・獨協医科大学病院の 5 病院・分院は日本医科大学千葉北総病院・順天堂大学医学部附属静岡病院・埼玉医科大学総合医療センターの 3 病院）し、我が国の救急医療・地域医療に貢献しているところですが、ドクターヘリを導入する医療機関が増えない理由として、維持管理に膨大な費用がかかり、現状では財政的な支援が十分でないことが要因となっています。救急医療・地域医療に対する国からの医療機器購入及び人件費を含む更なる補助を要請いたします。
 5. 私立医科大学附属病院「分院」は、他の国公私立大学附属病院本院と同じく①医学の研究・開発、②卒前・卒後そして生涯教育、③治療法の開発を担っております。さらに、医療過疎地域である千葉県・埼玉県・神奈川県・静岡県・茨城県・岩手県・三重県・栃木県・愛知県等の地域医療に貢献しているとともに、複合的疾患に対応できる各診療科の連携体制を確立しております。その重要性を再認識していただき、他の国公私立大学附属病院本院と同様の行政的配慮をお願い申し上げます。
 6. 現在、DPC 対象病院が大学附属病院以外に急速に拡大されておりますが、大学病院は、診療に

あたる十分な専門医師・専門看護師等を確保し、高度の医療技術を伴う診断・治療を開発・施行し、かつ多くの人的資源を投入しているにもかかわらず、診療報酬による評価は DPC を導入している一般病院と同様であります。大学病院の意欲を高め、医療安全の確保にもつなげるべく、大学病院の機能を維持するための体制整備に対して適切な評価をするため、大学病院係数の創設を提案いたします。

7. 大学附属病院における教育・研究・診療に供する機器、設備購入経費の助成率の増加、2/3 補助ないし、せめて 1/2 補助をしていただきたく、お願い致します。
8. 私立医科大学は取り巻く厳しい環境に直面しつつも、恒常的な施設・設備の充実を図っておりますが、建設、改築に伴う多額の消費税実質負担すら緩和されておりません。本協会加盟 29 大学の法人実質消費税負担額は、消費税が 5% に引き上げられた平成 9 年度以降、1 大学平均で毎年 11 億円以上の負担となり、附属病院の経営を圧迫しております。大学病院に対する消費税の減免・還付等の負担軽減策あるいは大学病院を対象とした特別な補助を考えいただきたく、お願い致します。具体的には、大学附属病院ならびに大学施設における老朽建物の耐震化工事、建替え、増改築等への補助に関して、せめて 1/2 補助を行っていただければ幸甚です。

以上

全国医学部長病院長会議（会長：小川 彰 岩手医科大学学長）「新たな医学部の増設と急激な医学部定員増に対する慎重な対応を求める請願」について

同会議においては、最近、医学部新設の動きが浮上するなど、急激な医学部定員増は様々な方面に悪影響を与えることを懸念しており、非常に重大な問題であると考えていること。

これを受けて、同会議は平成 22 年 2 月 19 日付にて、「新たな医学部の増設と急激な医学部定員増に対する慎重な対応を求める請願」とする要望書を広野ただし民主党副幹事長に提出するとともに、鳩山由紀夫内閣総理大臣、川端達夫文部科学大臣、文部科学副大臣、文部科学大臣政務官、長妻厚生労働大臣、厚生労働副大臣、厚生労働大臣政務官宛に提出し、同 22 日に記者会見を行った。

<本請願の主な内容>

- (1) 全国国公私立の医学部・医科大学は、国の「医師養成増への政策転換」により、この3年間で1,221名の医学部定員増に協力してきたこと。定員増に伴う教育設備費増を要請すること。
 - (2) 定員増以前の医学部定員は1大学当たり平均95名であり、今般の医学部定員増(1,221名)は、12～13大学の医学部を新設したことと同義であること。
 - (3) 定員増に関して、民主党のマニフェストに明記されている「十分な財政的支援」のもと、今後とも定員増に協力すること。
 - (4) 一方では、新たな医学部の新設と急激な医学部定員増は慎重な対応が必要であること。
- ◆本協会としては、全国（国公私立）医学部長病院長会議と協調し、慎重に対応していく。

日本医学会（会長：高久史磨自治医科大学学長）・全国医学部長病院長会議（会長：小川 彰岩手医科大学学長）「平成22年度診療報酬改定に関する陳情書」について

平成22年度診療報酬改定について、関係学会や医療団体等の各方面からの意見が重要であるとの経緯から、日本医学会は全国医学部長病院長会議と連携すべく、陳情書をまとめ、平成21年12月24日、鳩山由紀夫内閣総理大臣、長妻 昭厚生労働大臣、川端達夫文部科学大臣等に提出した。

<主な内容>

診療報酬の引き上げについては、「十分な増額とは言い難い」として、医育、高度医療の提供を通じ、国民の健康に大きく関与している大学病院の高度医療と研究の維持、発展のため、さらなる診療報酬の引き上げと、大学に対する十分な財政措置を強く求めると主張したこと。

日本病院団体協議会について（以下、日病協）
（議長：小山信彌病院部会担当理事、東邦大学医学部心臓血管外科学教授）

▶ 平成21年10月26日（月）

平成21年8月30日実施の衆議院議員選挙の結果を踏まえ、民主党・社民党・国民新党連立政権となつたことから、日本病院団体協議会（以下、日病協）が長妻 昭厚生労働大臣を訪問し、小山信彌議長は厚生労働大臣に対して、日病協が厚生労働省保険局

医療課に提出した「平成22年度診療報酬改定に係る要望書（第1報・平成21年4月16日）（第2報・7月31日）」について改めて説明を行い、特に病院の疲弊が地域医療崩壊の要因となっている現状を踏まえ、入院基本料の大幅な引き上げを求めた。

第1報ならびに第2報では、①入院基本料の根拠に基づく算定方式の創設と増額、②介護（看護補助）業務の確立と看護基準の柔軟な運用を重点要望項目としている。

同時に、新型インフルエンザ対策について、新型インフルエンザ患者数の増加に向けた医療提供体制を確保すべく、日病協として可能な限り協力していくとの意見を伝えた。

また、厚生労働省において、新たな死因究明制度創設に向けた取組みを急いでいただきたい旨の要望を行った。

これらの意見・要望を受け、長妻厚生労働大臣は、特に平成22年度診療報酬改定について、病院に手厚く配分する意向を示した。

▶ 平成21年10月30日（金）

平成22年7月31日、日病協は、厚生労働省保険局佐藤敏信医療課長宛に「平成22年度診療報酬改定に係る要望書（第2報）」を提出したが、その際、介護業務の実態ならびにチーム医療について、佐藤医療課長から質問があり、これを受けて、日病協は佐藤医療課長の質問に対する回答を取りまとめ、提出した。

- (1) チーム医療の評価について、多くの職種が関わっているため、現在の診療報酬では人件費を補うことは不可能であるとして、中医協「医療経済実態調査」等の入件費率の高騰に関するデータを示し、崩壊しつつある入院医療を再生し、入院医療の安全・質の向上を確保するため、次期改定における「大幅な入院基本料の増額」が必要であると改めて要望したこと。
- (2) 看護業務の実態については、実際の診療現場において、看護師業務の負担軽減、医療安全管理の推進、医療の質の向上を目的として多くの看護補助者を配置し、看護師と協働して病棟業務を支えているものの、7対1および10対1の病棟では看護補助加算が算定できないこと。
- (3) これを受け、7対1および10対1の病棟における看護師の総看護提供時間に占める療養上

の世話に関する提供時間を提示し、「療養上の世話」に関する提供時間が約 8 割であること、その業務を看護師だけに負わせるのは負担が大きいため、看護補助者を中心とした業務体制の確立が必須であるとしたこと。

- (4) 看護補助者の配置実態について、全日本病院協会（会長：西澤寛俊氏）でサンプル調査を行った結果、7 対 1 で 100 床あたり補助者人数が 16.3 人となっており、7 対 1、10 対 1 の病棟においても看護師のみの病院運営は不可能な状況であること等を踏まえ、入院基本料の区分の別に関わらず看護補助加算を認めるべきであると改めて要望したこと。

▶ 平成 21 年 12 月 4 日（金）

日病協は、厚生労働省を訪問し、①入院基本料の根拠に基づく算定方式の創設と増額、②7：1、10：1 入院基本料算定病棟における看護補助加算の新設と看護基準の運用変更、③効率的な人材活用（専従要件の廃止、等）、診療情報の IT 化における正当な点数設定、の 4 項目を要望事項とする「平成 22 年度診療報酬改定に係る要望書（第 3 報）」（以下、「第 3 報」）を、外口 崇保険局長に対し提出し、その後、厚生日比谷クラブにて記者会見を行った。

▶ 平成 21 年 12 月 16 日（水）

自由民主党「厚生労働部会診療報酬ワーキンググループ」（座長：大村秀章自由民主党衆議院議員）において、日病協、日本医師会等の医療関係団体から平成 22 年度診療報酬改定に関するヒアリングが行われた。

日病協は、既に厚生労働省に提出している「診療報酬改定に向けた要望書（第 1 報～第 3 報）」の内容を説明し、入院基本料の大幅な増額と根拠に基づく算定方式の創設を求め、また、多様な生活様式に適した看護師の雇用を可能にするため、介護（看護補助）業務の確立と柔軟な運用を要望した。

▶ 平成 21 年 12 月 16 日（水）

同ワーキンググループを受け、大村秀章座長は、長妻 昭厚生労働大臣宛に「平成 22 年度診療報酬改定及び医療関係予算の確保に関する申し入れ」を提出した。

▶ 平成 21 年 12 月 16 日（水）

民主党「適切な医療費を考える議員連盟」（会長：櫻井 充民主党参議院議員）は、四病協（日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会・日本精神科病

院協会）に対して、平成 22 年度診療報酬に関するヒアリングを行った。

▶ 平成 21 年 12 月 17 日（木）

民主党「適切な医療費を考える議員連盟」は、政権与党 3 党名（民主党・社会民主党・国民新党）で「平成 22 年度国家予算与党三党重点要望」を鳩山由紀夫内閣総理大臣宛に提出した。

▶ 平成 22 年 1 月 18 日（月）

日本慢性期医療協会武久洋三会長の紹介のもと、小山信彌議長は、民主党との懇談会に招かれた。

仙石由人内閣府特命担当大臣（行政刷新）・公務員制度改革担当大臣をはじめ 4 名の方々（古川元久内閣官房国家戦略室長・内閣府副大臣、山崎摩耶衆議院議員、山口和之衆議院議員、梅村さとし参議院議員）が出席のもと、2 時間にわたり意見交換を行った。

その中で、日病協「平成 22 年度診療報酬改定に係る要望書（第 1 報～第 3 報）」、また、小川秀興会長の作成した本協会「私立医科大学並びに私立医科大学附属病院（分院を含む）からの要望」、「平成 20 年度私立医科大学附属病院（本院 29 病院・分院 53 病院）収支一覧」を提出し、説明を行った。

▶ 平成 22 年 2 月 3 日（水）

自由民主党「厚生労働部会診療報酬ワーキンググループ」から、日病協、日本医師会等の医療関係団体に対して、同ワーキンググループに出席していたいきたい旨のお願いがあり、同ワーキンググループにおいて、平成 22 年度診療報酬改定に関するヒアリングが行われた。

日病協は、既に厚生労働省に提出している「診療報酬改定に向けた要望書（第 1 報～第 3 報）」の内容から最も重要視した要望項目について説明し、入院基本料の大幅な増額と根拠に基づく算定方式の創設を求め、また、多様な生活様式に適した看護師の雇用を可能にするため、介護（看護補助）業務の確立と柔軟な運用を要望した。

また、日病協の使命として、国民の安心と納得が得られる医療を提供すべく、医療の質の向上と地域医療の充実を達成するため、OECD 諸国との平均的な GDP 医療費の確保が絶対必要である旨説明した。

▶ 平成 22 年 2 月 4 日（木）

自由民主党「厚生労働部会診療報酬ワーキンググループ」のヒアリングを受け、大村秀章座長は、長妻 昭厚生労働大臣宛に自由民主党としての「平成 22 年度診療報酬改定に関する申し入れ」を提出した。

地球の健康とすべての人々の
健康で豊かな生活に貢献したい。
それが私たちスズケンの
壮大なテーマです。

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



“健康”のために、
できること…。



アルフレッサ株式会社

本社 〒101-8512 東京都千代田区神田錦町一丁目21番1 TEL.03(3292)3331(代表)

【平成22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】

私立医科大学の良さを合同で伝える私立医科大学合同入試説明会・相談会では、大学の特色や入試制度について、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情報をお届けいたします。来年、医学部受験を考えている方、また将来医学部受験を考えている方も是非この機会に参加いただき、私立医科大学の魅力を発見してください。

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

《実施場所》

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

平成22年7月25日(日)

平成22年9月12日(日)

平成22年8月1日(日)

平成22年8月21日(土)

平成22年9月4日(土)

平成22年9月26日(日)

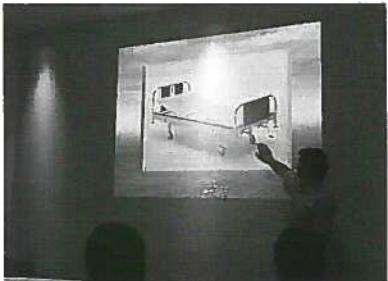
安全・快適な療養環境づくりのお手伝い。



■ベッド調査



■修理・点検・清掃



■報告・提案

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

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

全ては健康を願う人々のために



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



共創未来グループ
東邦薬品株式会社

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



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

中材業務・看護補助業務・手術部環境保全業務／
人材派遣・病院清掃／その他

株式会社日経サービス

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

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

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



医学振興

第70号

平成22年5月20日発行

発行人 小川秀興

編集 社団法人 日本私立医科大学協会

広報委員会

〒102-0073 東京都千代田区九段北4-2-25

私学会館別館1階

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

印刷 今井印刷株式会社

<広報委員会>

担当副会長 吉岡博光

委員長 寺野彰

委員 赫彰郎

委員 伊東洋

委員 栗原敏

委員 小口勝司

委員 岩元安雄

委員 堀口一夫