

今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会（文部科学省）**（私見）****東京慈恵会医科大学****理事長・学長 栗原 敏****はじめに**

医師不足が社会問題になり、医師数増、医学部入学定員増が検討されるようになった。臨床研修制度の改革などによって臨床研修医が大学以外の臨床研修指定病院で研修を行い、大学にもどらないため、以前は、医師を必要な医療機関に送っていた大学の人材派遣機能が低下した。その結果、地域病院では医師が不足し医師の労働条件が厳しくなった。そのような病院は医師から嫌われ、更に、医師不足に陥るといふ悪循環に入ってしまった。また、最近の若手医師の約 40%を占める女性医師の勤務状況も、地方の医師不足を招いている一因であると言われている。

また、特定の診療科（例えば、産婦人科、小児科、麻酔科、外科など）における医師不足が顕著になり、診療科間の医師の偏在も問題となっている。

更に、医学研究を担う医学部卒の研究者不足も大きな課題だ。

国は昭和 57 年に将来の医師過剰に伴う医療費の高騰を懸念して、医師抑制策を閣議決定し、医学部入学定員の削減策を続けてきた。かつて新設医大 34 校が設置されて以降、入学定員は 8,280 名となり、医師数は一時、年間 5,000 名を越えるペースで増加した時期があった。その後、医学部入学定員は、平成 15 年には 7,625 名にまで削減されており、最近では、医師は年間 3,500-4,000 名ずつ増えている状況が続いている。しかし、数年前から地域医療を担う医師や特定診療科の医師不足が問題となり、国は従来の閣議決定を見直して、医師増加のペースを上げる政策に転じた。平成 20 年以降、10 年間の期限付きながら、医学部入学定員増が行われ今日に至っている。すでに医学部入学定員は過去 4 年間で 1,298 名の増員が図られ、平成 23 年の入学定員は 8,923 名に達している。これは定員 100 名の医科大学をほぼ 13 校新設したと同等のかなりの規模の増員措置がなされたことになる。(a)医師の適正数をどこに求めるのか、(b)診療科間の医師の偏在をどのように解消するのか、(c)医学研究者をどのように育成するのか、(d)日本の医療体制をどのように構築するのか、(e)医学教育に求められている世界基準にどのように対応していくのかなど、多くの問題が内在している。

また、医師数の目標値といつまでにどのような医師を育成するのかという問題を考えなくてはならない。特に、今と同じような医師の質保証をするためには、医学教育、臨床研修制度、レジデント制度を絶えず改善し、国民に良質の医療を提供できる医師教育体制を構築する必要がある。入学定員が増えれば、入学者の質、教員の教育負担増と教員の確保、施設・設備の拡充などに伴う経費負担などについても十分に考慮しなくてはならない。国の財政負担が増えることも問題となる。従って、医学部入学定員・医師数の問題は、数だけの問題でなく、国の医

療政策の一環として多様な視点から検討し、熟慮すべきである。

1. 医師の地域偏在

地域の医師が不足しているというデータはすでに多くの方から提出されている。医師不足は同じ県内でも格差があり、充足している地域と著しく不足している地域がある。医師不足といわれている県内の医師の分布をきめ細かにみて、当該県内あるいは周辺の県を含めたブロック単位で、患者搬送システムを改善・充実させて病診連携を図ったり、都市部から医師を一定期間派遣したりするなどして、先ず医師の地域偏在解消に取り組むことが求められる。ごく一部の地域に医師が不足しているから、入学定員を増やしたり、あるいは医科大学を新設して対応するというのは適切な対策とはいえない。入学定員増によって必ずしも卒業生が地域医療者として勤務する確証がないこと（単純に医師を増やしても偏在解消策がない限り医師数の地域格差は解消できない）、医師を育成するにはこれから10数年かかるので即効性がないこと、医師がほとんどいない地域に行って適切な医療行為を行うには相当の臨床経験が必要とされるので、臨床研修やレジデントを修了した直後の若手医師では、求められる医療を実践することが極めて困難であることなどについて十分に考慮しなくてはならないと考える。若手医師が地域医療者として赴任しても、指導者がいなければ研鑽できない。長期に地域に滞在すれば医学・医療の進歩についていけなくなるという不安が若手医師にあるなどの点についても考慮すべきである。

地域医療に関しては、各都道府県に医科大学・医学部を設置し（1県1医科大学構想）、無医村を無くすという基本的な考え方があった。地域医療はそれぞれの地域が担うという原則に立ち返るべきである。しかし、それでも医師不足が解決されなければ、臨床研修プログラムの中に地域病院を経験するプログラムを積極的に取り入れ、地域医療を体験させたり、医師は一定期間、地域の病院で勤務するシステムを構築するなどして、医師を医療過疎地域に送るシステムを作ることが必要だ。日本私立医科大学協会加盟29校の中でも協力したいと考えている大学は少なくないことを付言する。

また、地域枠で入学した学生は卒業してすぐにではなく、卒後何年間かの間に、地方病院に行っている期間（2-3年）勤務して、また、再び大学附属病院などに帰って研鑽できるというような、医師としてのキャリアパスを構築できるシステムにすべきである。これは日本の医療の将来を担う若手医師の育成という視点からも重要である。

2. 診療科における医師の偏在

診療科における医師の偏在にはいろいろな原因がある。超多忙な診療科、医療事故につながる危険な医療行為を行う診療科、医療訴訟になるケースが多い診療科などは敬遠される。また、医療行為に対する診療報酬が低い診療科も嫌われる。

最近増えている女性医師は、労働条件の悪い診療科を嫌う傾向がある。診療科における医師の偏在は短期的でなく、中期的な視点で見ることでもある。例えば、一時期減少していた麻酔科医は増えつつあるという調査結果がある（厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査）。

希望者が少ない診療科にはインセンティブを付与することや、働く環境の改善が求められる。そのための財源確保には、診療報酬の引き上げが必要となるであろう。また、医療訴訟にならない仕組みを作ることも必要だ。

診療科の魅力が医学生、若手医師に伝わることが重要で、それには質の高い、魅力的な指導者が必要とされる。

3. 医学部出身の基礎医学研究者の不足

30年以上も前から指摘されてきた問題だが解決の具体的手立てはない。特に最近では、臨床医学や社会との接点が多い病理学者や法医学者が不足しており、臨床、教育の上で大きな問題となっている。昨今、大学の予算削減の中で、基礎医学講座数を減らす大学もあり、基礎医学者を目指しても就職口が減少している。また、臨床医と比較して収入が低いということも、基礎医学研究者を目指す医師が減少している一因だ（医学部出身の研究者が減少しているという指摘は、日本解剖学会と日本生理学会との共同アンケート結果から明らかだ）（**出典 1**）。しかし、医学研究に興味を持っている学生は少なくない。学部教育の中で、医学生を研究室に配属して基礎研究を体験するカリキュラムが多くの医科大学で設けられている。魅力ある研究分野、魅力ある指導者の下には研究者を目指す若手医師や学生が集まっている。

現在、医学部には高偏差値の学生が入学してくるので、研究分野で活躍できるように指導することが必要だ。MD・PhD コースの開設などもその一つの方策である。また、教員は個々の医学生の資質を見抜いて研究者として育成すること、研究者として働ける職を確保すること、若手研究者に研究職としてのインセンティブを付与することなど、具体的な方策を考える必要がある。

大学院修了者で基礎医学研究者を希望する者がいれば、定員が一杯でも特別枠などで雇用できるようにすること、更に、基礎医学研究者には手当をつけることなどが問題解決の一步となるかもしれない。

4. 入学定員の増加に伴う問題

(1) 医師の質の問題

医師の数とともに質が問われるところであるが、今と同じようなレベルの医師を育成するためには、(1)医学部入学者の学力レベル、(2)医師になる適性・資質、(3)医学教育システム、(4)臨床研修制度、更には、(5)生涯学習システムなどが問題となる。

日本の医学教育は良質の臨床医師を育成するという方向で改善されてきた。医

学進学課程が平成3年に廃止され、6年一貫教育となり低学年から医学の専門が教授されるようになった。欧米の医学生に比べて、日本の医学生の臨床能力が低いという指摘があり、医学教育の改善が行われてきたのである。臨床実習開始前に受験することが義務付けられている全国共用試験（知識レベルと臨床技能に関する試験で、それぞれの大学が決めている一定の得点率が進級に必要とされる）の導入も、より良い臨床医育成のための一方策である。臨床実習の時間も延長されている。問題解決型の教育、臨床推論能力の涵養、コミュニケーション能力の向上などに配慮したカリキュラムが組まれており、これらの教育には相当な時間と労力が必要とされる。入学者が増えればそれに応じて良質な教員と教育費が必要となる。

現在、日本の大学生の学力低下が問題になっている。医学部は人気のある学部で、優秀な学生が集まっている。しかし、その医学部でも入学試験成績が低下して、留年者が多くなっていると言われている。特に、医学部の入学定員が増えたので、入学者の学力低下が一部の大学では顕著になり、これまでと同じ教育の質を維持することが困難になっていることが指摘されている。

18歳人口が減少し入学定員が増えれば、入学試験倍率は低下し、入学しやすくなるというのが一般的な見方である。医学部でも同じようなことが起こりうる。

入学の門戸が広がれば、医学生の資質も低下することが予測される。今でも医学部・医科大学で、入学定員が増えた年の学生から、留年者が多くなってきたと言われている。入学者には、高い倫理観や豊かな人間性に加えて、年々増大する最新の医学知識や技術を習得し、それを臨床現場で活用できる能力と、生涯にわたって継続的に自己研鑽できる資質が求められる。入学者の資質が低下すれば、医学教育は一層困難になる。医師国家試験不合格者も多くなり、医師になれない医学部卒業生が増えるに違いない。医学生の教育や臨床研修には多額の公費が使われているが、その公費が有効に活用されないということにもなる。入学定員増に伴い医師の質保証が極めて困難になるという問題を考える必要がある。

(2) 医師の質保証と地域医療者育成のための医学教育改善の重要性

良医育成には臨床教育の改善・充実が欠かせない。少人数による診療参加型ベッドサイド・ラーニングが不可欠である。それには、良質の教員が揃っていないと質の高い実習ができない。現在、医科大学・医学部の中には中堅のスタッフが枯渇しているところが多いので、入学定員増によって教員の教育負担が一層増えることが考えられる。また、教員が不足して十分な教育ができないところも出てくる。日本の医学教育の改善点として、参加型実習時間が欧米に比較して少ないのでこれを増やすことが求められているが、そのためには、カリキュラム全体を見直し、臨床実習時間の延長を考えなくてはならない。それに伴って臨床教員の負担が増えることにも配慮が必要となるだろう。

更に、医学教育と医療には世界基準に適合した内容と質が求められている。医

学教育の改善と充実を継続的に行う必要がある。

また、地域医療者を育成するには、カリキュラムの中に地方の病院・診療所や学外の施設などでの実習を取り入れ、医学生に地域医療を経験させることが必要だ。都市部でもいろいろな施設などを使って、医師と社会との接点を経験させることができる。学生は大学の中とは異なる環境を体験することによって、地域医療の重要性に気づき、医師としての職業意識が高まるだろう。卒前教育の中で学生に地域医療を体験させることが、将来の地域医療者育成にとって不可欠だ。

臨床研修プログラムの中でも、地方の医療機関をある一定期間経験することによって、地域医療に興味を持ち、その後、地域医療の担い手となって働いている医師もいる。臨床研修でも地域医療プログラムを改善・充実させることが求められる。

医師国家試験のあり方を見直す必要があることが全国医学部長病院長会議などで議論されている（**出典 2**）。毎年、10%の医学部卒業生が国家試験に不合格となっている。国試に失敗しても翌年以降、再受験して受かる学生がほとんどなので、卒前教育を改善・充実させ国家試験合格率を上げれば、数 100 名以上の医師が誕生することになる。この点からも卒前教育の改善が重要な課題である。また、春だけでなく、秋にも国家試験を実施することによって、相当数の医師が期待できる。国試問題の作成などに手間と時間はかかるが、国家試験のあり方の一環として考えることも必要であろう。

また、臨床実習前に行われる全国共用試験（知識と臨床技能に関する試験で、全国の医学生を対象として4年生後半に行われる）の合格基準の統一化などについても考える必要がある。医学教育の中の共用試験の位置づけと国家試験との関係を考えることも重要な検討課題である。

(3) 求められている医師

どのような医師を育成するかということを考える必要がある。いわゆる総合医といわれる総合診療を専門とする医師を育成するのか、専門医を育成するのか、あるいは、途中で専門医から総合医への進路変更可能とするのか、といった医師のキャリアパスを考慮した生涯学習システムを、今後考えなくてはならない。現状では、専門医を目指して研鑽し、ある一定の年齢になると、総合医として一般病院やクリニックに勤務するケースが多い。診療科が細分化されているので、多くの専門医が誕生しているが、その中で、一人の患者を全人的に診ることができる医師が必要とされている。臨床研修医もいわゆる総合診療の研鑽を求めて、大学附属病院よりも一般研修指定病院での研修希望者が増えている。しかし、専門医には、それぞれの疾病の診断治療の上で高い総合的な診療能力が同時に求められるので、専門医を目指して研鑽する中で、総合的診療能力を涵養できるという指摘もある。専門医と総合診療医は対立するものではなく、患者を中心として補

完しあうものであろう。

地域医療では専門医を数多く雇用できないので、総合的診療能力の高い医師が求められる。今後は、大学附属病院でも専門医の育成と共に、総合診療医の育成にもこれまで以上に取り組む必要がある。特定機能病院では総合診療医の育成は難しいとする意見もあるが、地域の病院と連携することでその役割を果たすことができる。私立医科大学では、本院のほかにはいわゆる分院を持っているところが多いので、総合診療能力の涵養に分院を利用することが可能だ。分院のないところは地域病院と連携を図り地域医療者育成に努めることもできるだろう。地域病院と大学附属病院が教育を通して連携することは、医療レベルの向上にも寄与するだろう。

また、小児科、産科、外科、麻酔科、整形外科、リハビリテーション科などの診療科では、医師が不足している。医療訴訟が多く勤務が厳しい外科系の診療科は敬遠されがちであることはすでに述べた。医療事故を起こさない仕組みが必要だが、医療者を守るというシステムも考えなくてはならない。また、労働条件の厳しい診療科の医師には相応のインセンティブが考慮されなくては増えないだろう。それには財源が必要であり、診療報酬の引き上げが求められる。

(4) 適正医師数の算出に関する問題

(a) 適正医師数と医療システム

適正な医師数は、国情によって異なる。例えば、交通網の発達、病院と患者宅との距離、国民が求めている医療の質、医療システムなどによって病院数、診療所数などが決まってくるだろう。それによって必要とされる医師数も異なると考えられる。OECD（経済開発協力機構）加盟国の平均医師数、対人口 1,000 人あたり 3.0 人は国情を考慮していない単純計算である。この数字は一つの目安であり、医師過剰に悩むギリシャ、スペインなど、医師数の比較的多いヨーロッパ諸国の値を含んだ値だ。ちなみに、北米のカナダは人口 1,000 人あたり 2.3 人、米国は 2.4 人（外国人医師を含む）であり、また、OECD 加盟国の加重平均（加盟各国の総人口に対する総医師数比）は 2.7 人である。日本に適した医療システムとそれに見合う医師数を考えなくてはならない。医療過疎といわれる地方でも、人口比で見た医師数が充足している場所もある。その地域や、そこを含めたブロック内で医師の派遣や異動を考え、医療資源の有効利用を考えることから始めることが必要だ。ある小さな地域に医師が不足しているからといって、入学定員を増やしたり、医科大学を新設して医師を増やしても、その地域の医療機関で働くという保証がないことはすでに指摘した。また、基幹病院と診療所を適正に配置して、患者の搬送システムを改善することによって、医療体制が改善されることもあるだろう。喫緊の課題に対しては即効性のある対策が必要だ。

(b) 適正医師数を算出するための医療ニーズ

医師の需要と供給のバランスを考える根拠となるデータはいろいろあるが、正確な未来予測は非常に難しいとされている(この検討会でも同様な発言があった)。しかし、供給の基礎となる医師数の将来予測については、現状の医学部入学定員のままでも、10年後くらいには米国、カナダの医師数(人口1,000人に対して2.3-2.4)を凌駕して2.6に達する(出典3)。また、ほぼ20年後には、OECD加盟国平均の3.0に到達し、その後は人口減少と相まってさらに増え続けて行くことが予測されている。どのモデルでも医師数は増えていくという予測だ。どの医師数が日本の医療の適正数か否か議論があるが、欧米諸国との比較として一応の基準となるだろう。

適正医師数を考える時には、国、地方(県をまたいだブロック)、各都道府県など、地域での医療ニーズがどのようになっているかを考える必要がある。日本全体としてみると、団塊の世代が高齢化しつつあり、今後、医療ニーズは高まるが、需要のピークは2030年ころと予測されており、その後は人口減少によって医療ニーズは減少する(出典4)。一人の医師が負担する人口(負担人口、人口1,000人あたりの医師数の逆数)を算出すると過去50年間に亘り、一貫して減り続けている(医師数増が人口増を上回ってきた)。更に、2070年以降、総人口が減少に転じたことから、負担人口の減少は更に加速する傾向にある。しかし、前述のとおり、高齢者の増加に伴う医療ニーズは一時的に増加し、その後、ある時期を過ぎると急速に減少していくことが予測されている(出典5)。

入院、外来別に一人の医師(診療従事医師)が負担する患者数を見ると、今後、団塊世代が高齢になるに従って、医師の負担は増加する。医師一人あたりの入院患者数は漸増し、2020—2030年にはピークに達する。しかし、その後、患者数は減って負担は軽減され、2050年には、今よりも医師の負担が減ることが指摘されている。65歳まで医師が診療に従事すると仮定すれば、入院負担は2035年まで増加するが、その後、減少に転じる。医師一人あたりの外来患者数は、医師全体としてみると、今後、経年的に減ることが予測されている。50歳未満の医師の負担の推計では2015年をピークに僅かに増えた後、漸減することが予測されている。医師の患者負担は、入院と外来と両者を合わせて考えないとならないが、入院の負担のほうが、外来よりも高いとしても、2035年頃を境に医師の負担は減少するという推計である。今後、例えば2012年から更に医学部入学定員を増やしても、2012年に入学した医学生が臨床研修を修了するには8年かかる。従って、2020年以降に新人医師として医療現場に新規参入することになる。しかし、中堅医師として働くには更に数年以上の修練が必要だろう。彼らが中堅医師として活躍し始める頃は、医師の負担がピークを超えて減衰し始めている時期である。最も医師が必要とされる時期に、入学定員増の効果が無いことになる。需要のピークを過ぎてから医師数が増え続けると、医師は過剰になる。これらの経過を考慮すると、これから10数年間の医療ニーズが最も高まる時期をどのように乗り切るかという問題が重要で、これからの入学定員増や医科大学新設では対応でき

ない。また、入学定員を増やせばごく近い将来、医師が過剰になるということが予測できそうだ。

医師不足だとか、かつて政府が医師削減政策を取り続けてきたという、医師の絶対数が減っていると誤解されがちだが、医師は現在でも、毎年 3,700~4,000 人ずつ増えていることを忘れてはならない。10 年経てば 4 万人近くの医師が増える計算になる。医師不足が叫ばれ始めた平成 16 年の臨床研修制度の導入以降、すでに 8 年が経過しており、3 万人近くの医師が増えているはずだ。この増えている医師を如何に活用するか、特に、毎年新規に参入する 8,000 人近くの若手の医師をどのように育成し、地域と診療科に配分するかを考えることこそ、医学部新設という速効性がなく将来に禍根を残しかねない議論を続けるよりはるかに喫緊、かつ重要な課題であり、医師不足・医療崩壊を根本的に解決するためにはむろんのこと、当面の医療ニーズ増を乗り切るためにも早急な対応が必要だ。

医師が過剰になれば自然淘汰されたり、あるいは外国で医療者として働けばよいという議論があるが、医師を育成するには、時間と労力と、多額の公費が投入されていることを考える必要がある。医学部入学定員増は慎重に進めないと、あらゆる点で無駄が多くなる。先ず、将来の社会保障制度のあり方を考え、現在ある医療資源の有効活用と、あるべき医療システムの中での医師の適正数と配置を考えるべきである（実行は容易ではないが）。従って、安易に入学定員増をこれ以上継続することは、現在、問題になっている医師不足の解決策にはならない。また、将来、禍根を残す可能性が高い。

前述のように昭和 57 年には医学部入学定員の削減が閣議決定されている。医師が増えれば医療費が増え、国家財政を圧迫するという議論があったからである。それ以来、入学定員を削減したが医師数は増加している。しかし、医師不足が問題とされるに至り、医学部入学定員を増やすことになった。今後、入学定員増によって卒業生が増えてくることが期待されているが、その効果が出るのは数年以上先である。検証には時間がかかる。医師を増やすためには医療費、診療報酬の増加も同時に考えなくてはならない。社会保障制度とその財源についての十分な議論がない中での単純な入学定員増や医科大学の新設は多くの問題を孕んでいることが推察できる。

(c) 医師業務負担の軽減策の検討

現在、医療は多くの人の協力によって成り立っている。医師業務の中で、コ・メディカルスタッフが担えるものもあるので、看護師、メディカルクラークなどとの仕事の役割分担も考慮して、適正医師数を考えるべきである。ここでも医師の仕事の内容を検討し、医師の役割を見直す必要がある。日本の医療事情と国民から理解されるチーム医療の構築である。この点に関して外国の医療事情を参考にすることも有効である。

(d) 女性医師の活用

女性医師の活用も大きな問題である。現在、医学生の 30-40%は女性である。女性医師が 40%の時代になりつつあり、欧米においては女性医師の増加は常態となっている。女性医師が働きやすい仕組みを考えなければ日本の医療システムは成り立たない。女性医師が働く職場環境の整備と共に、女性に適している職場への進路指導も必要であろう。女性医師の問題は男性医師の問題でもあることを認識しなくてはならない。

(e) 医師養成数の適正値をどこに定めるべきか

平成 20 年以降の入学定員増の結果、平成 23 年の定員は 8,923 人となっている。この定員が多いのか少ないのか、更なる定員増が必要か否かなど養成数適正値をどこに定めるべきかについては、多くの要因を考慮する必要がある。一つの考え方として、その時々々の 18 歳人口 1,000 人に対する入学定員の比率を考えるのも一方法である。

例えば、平成 23 年の入学定員は 8,923 人であり、一方、平成 23 年の 18 歳人口は、120 万人である。この値から、18 歳人口 1,000 人当たりの入学者数を計算（入学定員÷18 歳人口×1,000）すると、7.3 人となる。

すなわち、平成 23 年時点では、18 歳人口 1,000 人あたり 7.3 人の医師養成数であり、この養成ペースは、OECD の平均医師数である人口 1,000 人あたり 3.0 人に比べると 2.2 倍の医師養成数に相当する。今後 18 歳人口は減少の一途を辿ることを考えると、養成の効果は一層顕著になることが予測される。入学定員 8,923 人は、すでに充分すぎる数と考えられ、いずれ、医師が充足した時点で、大幅な入学定員の削減（例えば、定員を 3,000 人以下とするなど）が必要となる可能性が大きいだろう。

5. 医学部入学定員増や医科大学新設に関するいくつかの問題点

(1) 医師育成の経費と財源

医師の育成には多額の資金を必要とする。日本私立医科大学協会の資料によると、一人の医学生を教育するには 6 年間で約 1 億円を必要とする（資料 1）。また、私立医科大学も補助金を受給しており、現行の医療制度の中では補助金なしで大学を運営し、教育を行うことは非常に困難である。従って、医学生が増えればそれに伴い公的資金が必要とされる。医学生の増加は、国の財政負担も増えると共に、医師となってから有効に活用されなければ、公的資金が無駄に使われる懸念がある。この点からも入学定員増や医科大学の新設は慎重でありたい。

(2) 医科大学の新設に関して

医師が不足しているので新たに医科大学を設置したいとする意見があるが、医

科大学を新設しても、現在、問題になっている地域医療者や医学研究者を増やすという要望に十分応えられないことはすでに指摘した。問題は地域と診療科の医師の偏在が問題であることを強調してきた。入学定員 100 名の医科大学を新設しても、全国的な地域医療者不足を改善することは不可能だ。また、地域医療者として働くためには、今後、15 年ほどの研鑽期間が必要である。これでは時間がかかり過ぎるので、喫緊の地域医療者不足を解決することは難しい。また、研究医を育成する医科大学を新設するという意見があるが、医学全般を学んでこそ、医学部を卒業した研究者としてのメリットが出るものと考えられるので、研究者育成のための医科大学を新設するのであれば、現状の医学教育カリキュラムを改善したり、大学院の在り方を再検討する方が早道だ。

また、医師数削減が必要という事態になったとき、医科大学を閉鎖することは極めて困難であることも考えておかななくてはならない。

(3) 医療系大学の前例に学ぶ

医学部以外の医療系の大学は入学定員を増やしたり、制度を改革した影響で、入学定員割れや学生の学力低下が問題になっている大学がある。歯科医師は過剰になり、将来性を考えて応募者が著しく減少しているところが出てきた。また、それに伴って学生の質は低下し、留年率は高くなり、歯科医師国家試験の合格率も低迷している。国家試験不合格者は 1,000 名になるともいわれている。薬学部も 6 年制になり、応募者が減少している。その影響で入試の難易度は極端に下がり、留年率も高くなっている。医学部も歯学部や薬学部と同様の軌跡を辿らないように注意しなくてはならない。

6. 入学定員増と医科大学新設に対する日本私立医科大学協会の態度

日本私立医科大学協会は、入学定員 120 名を目途としてそれぞれの大学の事情に応じて入学定員を増やすことは吝かでないとしている。これまでも私立医科大学は入学定員増に協力してきた。私立医科大学の入学者は全医学生の中の約 37% で、私立医科大学卒業生の協力なくして、日本の医療は成り立たないだろう

(資料 2)。東日本大震災では多くの医療支援チームが派遣されたが、1 大学あたりの派遣医師数は、国立大学よりも私立医科大学のほうが多かったということも、私立医科大学が困難を乗り越えて地域の支援に行ったということを示している(資料 3)。

私立医科大学卒業生の卒後の動向を調べると、卒業 10 年後では 76%、卒業 20 年後では 56% の医師が病院に勤務しており、予想以上に開業医が少ないことが示されている(資料 4)。地域病院に勤務して社会貢献しているのである。また、その後、卒業生は父祖の診療所を継承して地域医療の担い手として貢献している医師が多い。

更に、私立医科大学は医療過疎地といわれているような地域にもいわゆる分院と関連病院を多数持っており、医師を派遣して地域医療に協力していることを指摘したい（資料 5）（資料 6）。国公立大学附属病院とこれらの地域病院が連携・協力して地域医療者不足の解消に協力できる素地がある。すでにある地域病院を、国公立病院などと連携させて有効に活用し、地域医療を支える連携システムを構築することが望ましい。地域にいくら医科大学を新設しても、医療連携システムを構築しない限り、現状を改善することは困難である。

日本私立医科大学協会はこれまで、入学定員増、医師数の増加に際しては、数を増やすのであれば、総合的な医療政策を講じる必要があり、医療費を上げること、教員を増やすこと、施設・設備投資をすることなどにも配慮しないと、教育・診療が極めて困難になることを提言してきた。この態度は一貫して変わらない。

日本私立医科大学協会は、全国医学部長病院長会議の一員として、これまでも必要とされる入学定員増に協力してきた。しかし、医科大学の新設に関しては、全国医学部長病院長会議の提言（出典 2）で述べられているように反対する。その論拠はすでに述べた。

まとめ

以上のように、医師不足（地域医療者、診療科間の医師偏在、研究医）を解決するための医学部入学定員増や医科大学新設には様々な考慮すべき問題が複雑に関係しており、解決には熟慮が必要である。しかし、優先順位をつけて問題の解決に取り組むべきであると考え。まず、困難を極めている地域医療の改善に医療界が協力して取り組むことが必要である。医学部の入学定員を増やしたり、医科大学を新設する前に、現在の医療財源を有効活用する方策を早急に検討して解決を図るとともに、その他の指摘した事項については、並行して継続的に検討すべきと考える。

地域医療者を増やすには、卒前教育や臨床研修で地域医療を体験させる、地域医療者には手当などのインセンティブを付与する、地域病院・診療所で一定期間勤務したら大学附属病院などで更に研鑽できるような仕組みを作り、将来のキャリアパス形成につながるようなシステムを構築するなどの施策が求められる。

診療科による医師の偏在解消は、医師が不足している当該診療科にインセンティブを付与し、労働環境の改善に努めることが肝要だ。これらの具体的な施策には相応の財源が必要であるので診療報酬の引き上げが求められる。

必要な医師数の問題は、医療システム全体に関わるが、これまですでに医師は増えており、今後の患者予測による医療ニーズを考慮すると、一時的に医療ニーズは増加し医師の負担は増えるが、その後減少する。今から入学定員を増やしても医療ニーズの増加には間に合わない。そればかりでなく、その後の医療ニーズの減少によって医師が過剰になることが予測される。医師過剰時代が早晚来るこ

とを考えると、安易に入学定員を増やすことや、医科大学の新設には反対である。特に、医師過剰によって医科大学の閉鎖が必要となったときの対処は困難を極めることを考えなくてはならない。日本私立医科大学協会は、全国医学部長病院長会議の一員として共に歩みを進めてきた。医科大学の新設に関しても全国医学部長病院長会議と同様に反対する。

(この私見の作成にあたって、日本私立医科大学協会参与・北里大学名誉教授の吉村博邦氏から、医師数の算定などに関して資料と多くの貴重なご意見とご示唆を頂きました。深甚の謝意を表します。)

出典

1. 日本解剖学会・日本生理学会による「基礎医学教育・研究」アンケート結果について。日本生理学雑誌、71巻、81頁-132頁、2009年
2. 「医師養成の現状の検証と改革改善のためのグランドデザイン」、全国医学部長病院長会議からの提言。2011年5月。
3. 「医師数増加に対する日本医師会の見解」、2010年7月14日
4. 「安心と希望の医師確保ビジョン検討会第一回会議事務局提出資料」12ページ
5. 高齢社会の医療提供体制における必要医師数の推計に関する研究。厚生労働科学研究費補助金・地域医療基盤開発推進事業、研究代表者 大島伸一。2011年3月

資料

1. 医学教育経費理解のために、日本私立医科大学協会資料、平成22年11月
2. 国公立大学医学部入学定員の推移。日本私立医科大学協会資料
3. 被災地への医師等派遣状況（国公立大学別）。日本私立医科大学協会資料
4. 私立医科大学・医学部卒業10年後・20年後の動向に関する調査集計結果。日本私立医科大学協会資料
5. 私立医科大学における地域医療体制に関する調査。日本私立医科大学協会資料
6. 国公立医科大学（80大学）附属病院調査。日本私立医科大学協会資料

被災地への医師等派遣状況(国公立大学別)

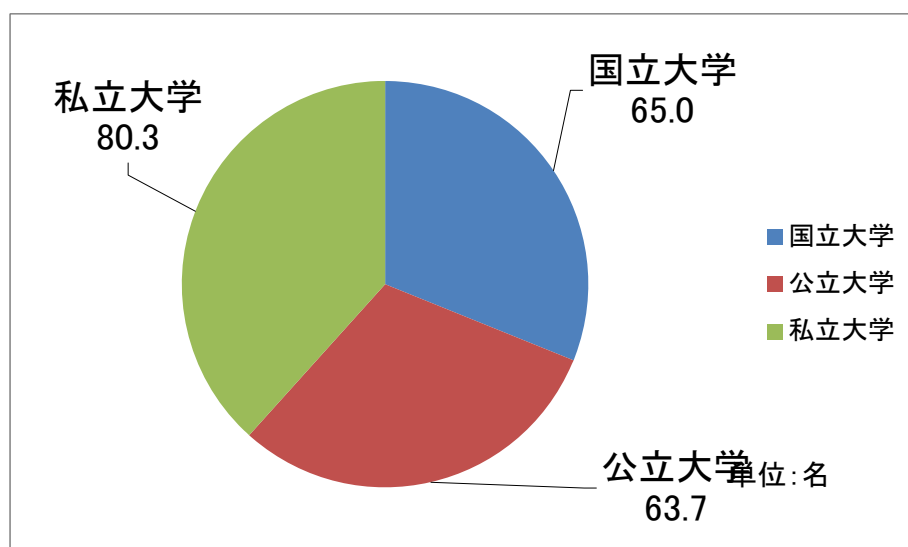
平成23年6月30日現在
社団法人 日本私立医科大学協会

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	42病院	747チーム	2,665名	(未公表)
公立大学	7大学	8病院	145チーム	446名	(未公表)
私立大学	29大学	64病院	626チーム	2,331名	10,257名

1大学当たりの医師等派遣人数(単位:名)

国立大学	65.0
公立大学	63.7
私立大学	80.3



【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。

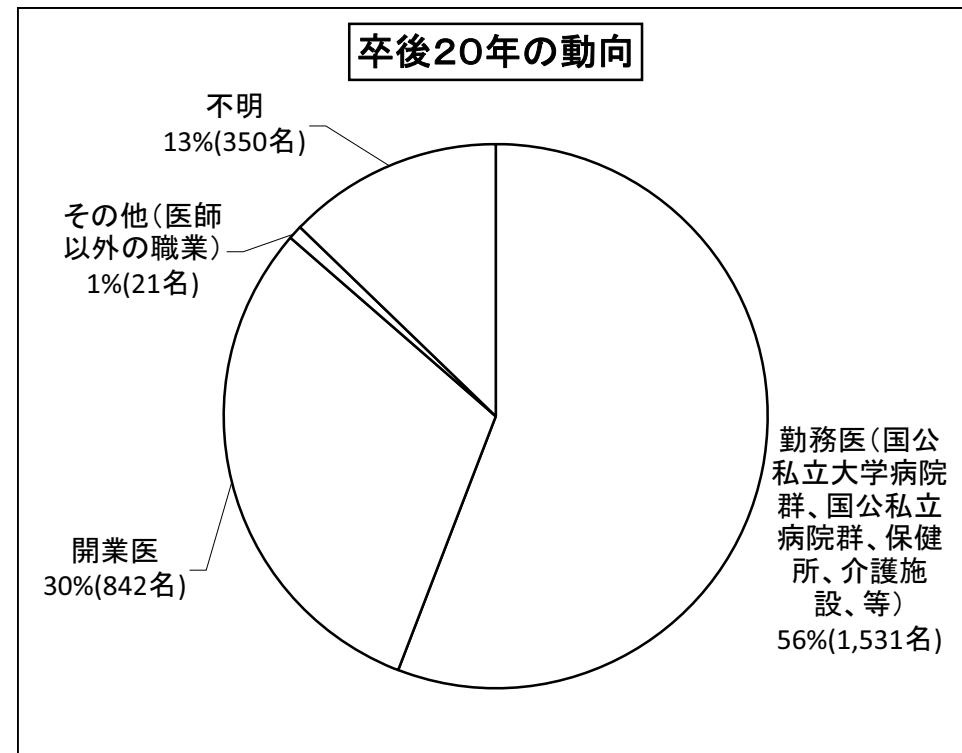
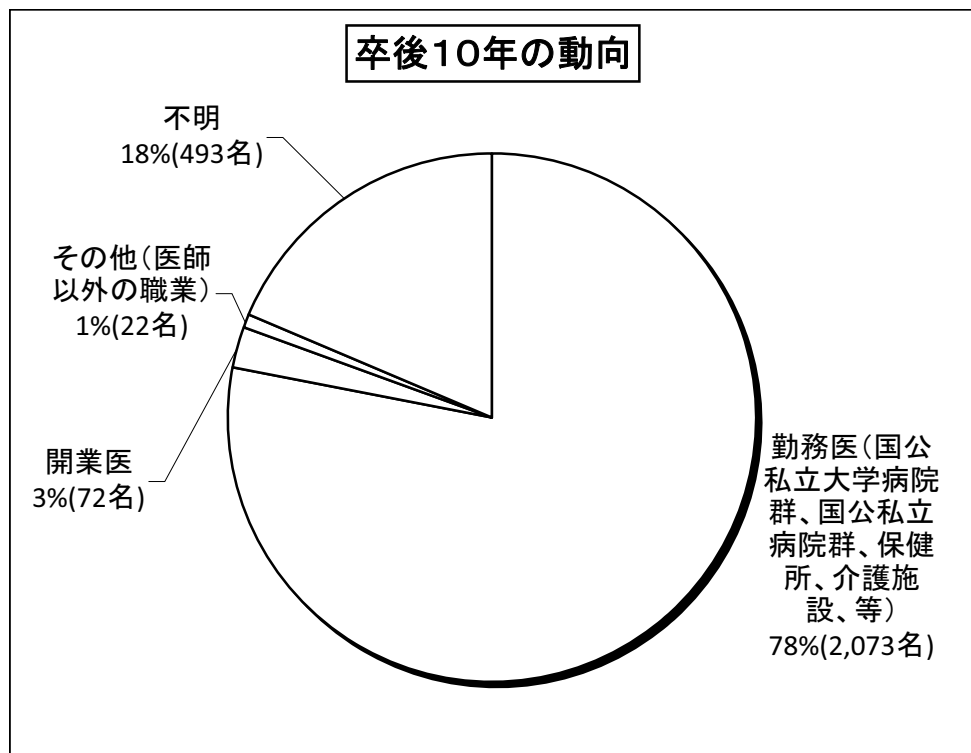
【派遣延べ人数のカウント方法】

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。

私立医科大学・医学部卒業10年後・20年後の動向に関する調査集計結果

平成21年11月19日
社団法人 日本私立医科大学協会

今般、私立医科大学（医学部）が社会的に医師派遣の形をもって、地域医療体制の維持・向上に貢献していることを明確にするため、本協会加盟29大学の卒後10年（平成11年3月卒業）、卒後20年（平成元年3月卒業）の勤務医、開業医等の動向について把握することを目的に、平成21年10月22日付にて、全ての加盟大学に対して調査を実施し、下記のとおり取りまとめた。（数値の正確さを求めるため、2大学を除いた）



【卒後10年】について

勤務医は2,073名で78%を占め、開業医は72名でわずか3%となっている。また、その他（医師以外の職業）は22名で1%、不明は493名で18%となっている。

【卒後20年】について

勤務医は1,531名で56%を占め、開業医は842名で30%である。その他（医師以外の職業）は21名で1%、不明は350名で13%となっている。

私立医科大学における地域医療体制に関する調査

当該大学から医師を派遣している教育・診療連携病院の病院数と医師数について（総数）

（平成 23 年 1 月現在）

29 大学 合計 5,087 病院 17,399 名



厚生労働省大臣官房統計情報部

平成 20 年「医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」

（平成 20 年 12 月 31 日現在）より、

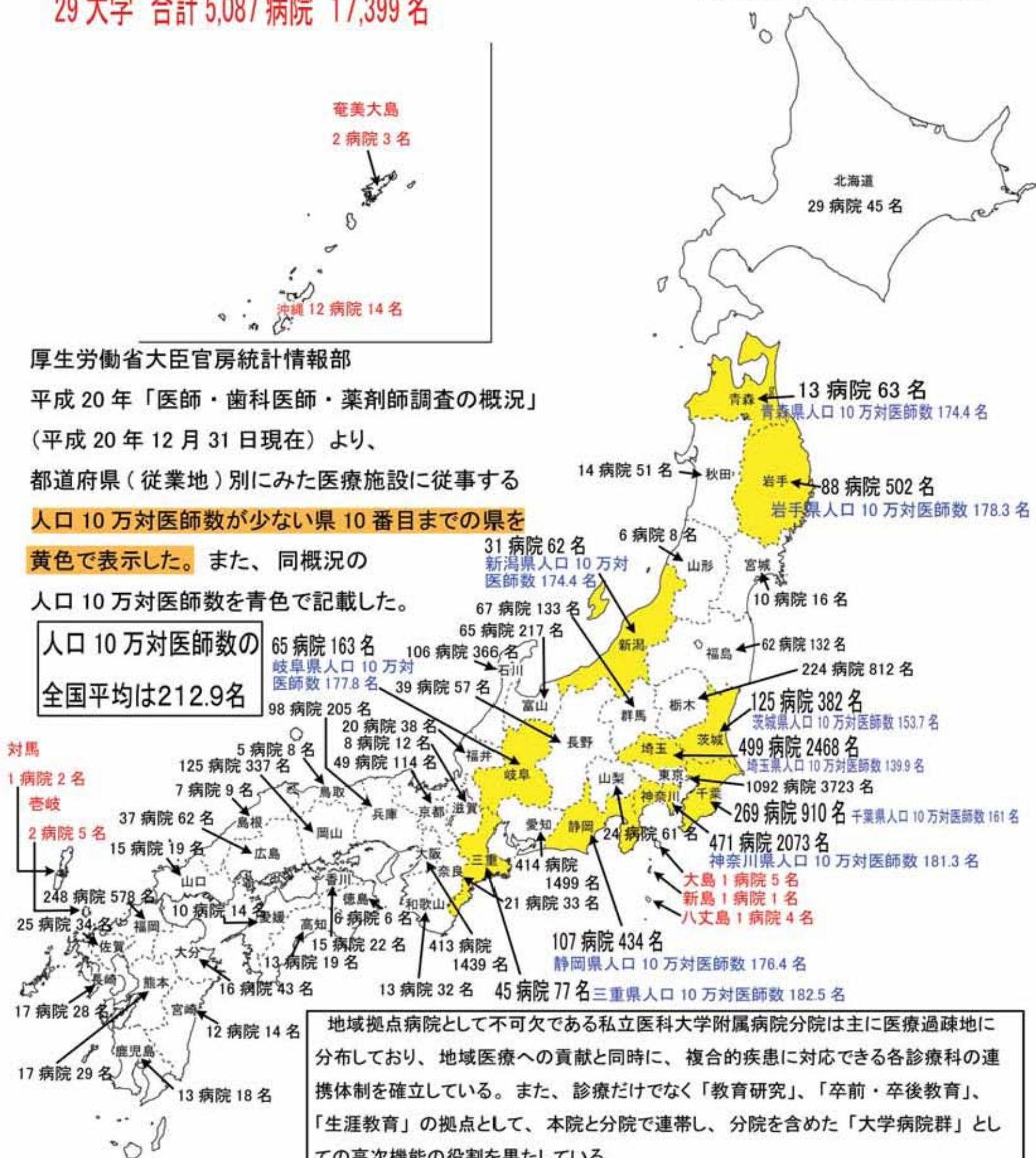
都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する

人口 10 万対医師数が少ない県 10 番目までの県を

黄色で表示した。また、同概況の

人口 10 万対医師数を青色で記載した。

人口 10 万対医師数の
全国平均は212.9名



地域拠点病院として不可欠である私立医科大学附属病院分院は主に医療過疎地に分布しており、地域医療への貢献と同時に、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いる。また、診療だけでなく「教育研究」、「卒前・卒後教育」、「生涯教育」の拠点として、本院と分院で連帯し、分院を含めた「大学病院群」としての高次機能の役割を果たしている。

当該調査結果は、私立医科大学（医学部）が社会に対して医師派遣の形をもって、地域医療体制の維持・向上に貢献していることを明確にするとともに、文部科学省「今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会」に資料として提出することとしている。

国公立医科大学（80大学）附属病院調査

合 計		国立 附属病院		公立 附属病院		私立 附属病院	
139 病院	94,304 床	47 病院	33,483 床	10 病院	7,908 床	82 病院	52,913 床