

平成26年度

医学部調査・検討プロジェクトチーム  
報告書

平成27年3月

保健医療政策課

# 目 次

第1	医学部調査・検討プロジェクトチームの調査について	
1	これまでの医学部調査・検討について	1
2	本年の調査目的	2
3	調査の手法	3
4	委託調査結果の概要	
	(1) 委託調査の目的	3
	(2) 委託調査の方法	4
	(3) 委託調査の結果概要	7
	(4) 委託調査結果の総括	17
第2	プロジェクトチームとしての委託調査評価	
1	医学系大学院設置についての調査	
	(1) 総論	19
	(2) 高度人材育成	19
	(3) 救急人材育成	19
	(4) 総合診療医育成	19
	(5) 地域メディカルイノベーション	20
2	超高齢社会における本県の医療提供体制の在り方に係る調査	
	(1) 総論	20
	(2) 各論	
	①全体の医療需要	21
	②循環器系疾患について	21
	③在宅医療について	21
3	大学病院及び医学系大学院の整備に伴う経済効果の調査	21
第3	プロジェクトチームの活動について	
1	検討	
	(1) 概況	22
	(2) 医学系大学院設置について	22
	(3) 超高齢社会における本県の医療提供体制の在り方について	23
2	調査（関係者インタビュー）	
	導入	25
	(1) 循環器疾患の増大について	25
	(2) 循環器内科診療について	26
	(3) 医療連携（病・診連携）について	26
	(4) 総合診療医について	26
	(5) 在宅医療について	26

第4	医学部環境整備に関する現状報告	
1	基準病床数制度の見直し	
(1)	基準病床数制度の課題	27
(2)	第6次医療計画期間中の基準病床数の見直し	27
(3)	第7次医療計画以降の取扱い	27
(4)	全国一律の係数について	27
(5)	今後の展開	27
2	第6次埼玉県地域保健医療計画の改定	28
3	大学附属病院の整備	
(1)	病院整備計画の公募内容について	29
(2)	病院整備計画の応募状況	29
(3)	公募結果	30
第5	医学部設置に関する現状報告	
1	経緯	31
2	医学部新設の決定	31
3	東北薬科大学について	32
4	選定後の動向	32
5	宮城県の動向	34
6	直近の状況	34
第6	まとめ	
1	結論	35
2	課題	37
第7	参考（埼玉県医療を考えるとことん会議について）	
1	概要	41
2	ねらい	41
3	構成	41
4	提言内容	41
5	高い評価の獲得	42
第8	引用・参考文献と年譜	
1	引用・参考文献	43
2	年譜	43
	医学部調査・検討プロジェクトチーム設置要綱	44

## 第1 医学部調査・検討プロジェクトチームの調査について

### 1 これまでの医学部調査・検討について

医学部調査・検討プロジェクトチーム（以下、「プロジェクトチーム」とする）は、平成23年度に設置された。設置目的は本県の課題である医師不足に対して医学部設置の可能性も含めた医師養成・確保策を検討するためである。

平成24年度からは民間シンクタンクへ調査を委託することとした。①医療提供体制の現状分析、②医療提供体制の将来推計、③必要医師数をはじめとする医療従事者のシミュレーションについて調査を行った。また、有識者との意見交換を精力的に実施し、平成24年度末にはプロジェクトチーム報告書を完成させた。

この報告書では患者調査結果・レセプトデータをもとに医療需要の推計を行い、2025年以降も医療需要が増えていくという結果を得ている。また、必要医師数の推計も行った。医師数の伸びから2030年ごろ医師数が必要なレベルに達するという結果を得た。一方で、医師の高齢化、女性医師数増加、勤務医の労働条件変化などの条件を踏まえた推計も行い、上記条件を踏まえると、将来にわたって医師不足の状況が続くという結果も出た。

医学部設置については、平成24年度時点でも国が医学部新設を認めていない状況を踏まえ、当面優先的に総合病院の誘致に取り組み、医学部設置を見据えた環境整備を進めるべきという結論を出している。

今後の課題として、当時、国で導入を検討されていたメディカルスクールについて調査を行うこととされた。メディカルスクールは医師養成大学院で4年制大学を卒業した学生に集中的に医学教育を施す教育機関である。

平成25年度の委託調査はメディカルスクールの導入について、他県の総合病院誘致事例について及び県内の医療産業集積の可能性についての調査を実施し、平成25年度末にプロジェクトチームの報告書を完成させた。

具体的内容として、メディカルスクールについては賛否両論が出て結論が出なかった。また、国の動向も、現在に至るまで直ちにメディカルスクール導入する状況にはない。

一方、調査・検討の過程で医学系大学院は医師養成機関ではないものの特徴のある運営が行われ、人材育成、地域の医療水準向上に寄与していると認められたため、今後の調査項目とすべきとされた。

総合病院誘致の事例については、今後、進出が想定される大学附属病院及び医学系大学院に対応する際の資料とすることとした。

医療産業集積については企業との緊密な連携をどのように形成していくかが課題として残った。医学系大学院には地域メディカルイノベーションの講座を持つところもあり、今後、医学系大学院調査において調査作業を進めるものとした。

## 2 本年の調査目的

平成26年度、プロジェクトチームは、医学系大学院設置の可能性及び超高齢社会における医療提供体制の在り方について（以下、「本調査」とする）調査を実施した。調査項目は以下の3点である。

- |   |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1 医学系大学院設置についての調査</li><li>2 超高齢社会における本県の医療提供体制の在り方に係る調査</li><li>3 大学病院及び医学系大学院の整備に伴う経済効果の調査</li></ol> |
|---|

1. 医学系大学院設置についての調査に関しては、平成25年度、将来的に日本にメディカルスクール制度が導入された場合、埼玉県の活用可能性について調査をおこなった結果、大学院設置は地域医療の水準向上に一定の寄与が見込まれるという結果が出たことから調査項目とした。
2. 超高齢社会における本県の医療提供体制の在り方に係る調査に関しては、平成27年度以降、都道府県は10年後の医療需要推計を行ったうえで地域のあるべき医療提供体制を明示する地域医療構想（ビジョン）を策定することを受けている。医療需要推計にあたってはレセプトデータを活用することになっている。策定に先立ち、国保レセプト（後期高齢者医療分含む）を活用して埼玉県独自に医療需要を推計して基本資料とするべく調査項目とした。調査結果については医学部調査を進める資料としても活用していく。

平成24年度調査と異なり、今回は県内全市町村分のレセプトデータを推計に用いた。
3. 大学附属病院及び医学系大学院の整備に伴う経済効果の調査に関しては、進出が想定される大学附属病院及び医学系大学院の整備がなった場合に、県内にどの程度の経済的な影響が見込まれるか把握するべく調査項目とした。

### 3 調査の手法

調査項目を決定後、シンクタンクを活用して調査を委託することとした。委託先のシンクタンクを決定するにあたり、企画コンペを実施した。企画コンペ実施に当ってはプロジェクトチームの構成員を中心に業者選定委員会を設置した。企画コンペを行い、株式会社三菱総研が「適当」との結論が業者選定委員会から出された。これを受け、県は同社と調査委託契約を締結した。

平成26年11月以降、プロジェクトチーム会議を開催して、同社の委託調査の進捗状況を確認、質疑応答、意見交換を行いながら調査を進めてきた。

平成27年2月末には同社の委託調査結果報告が提出された。

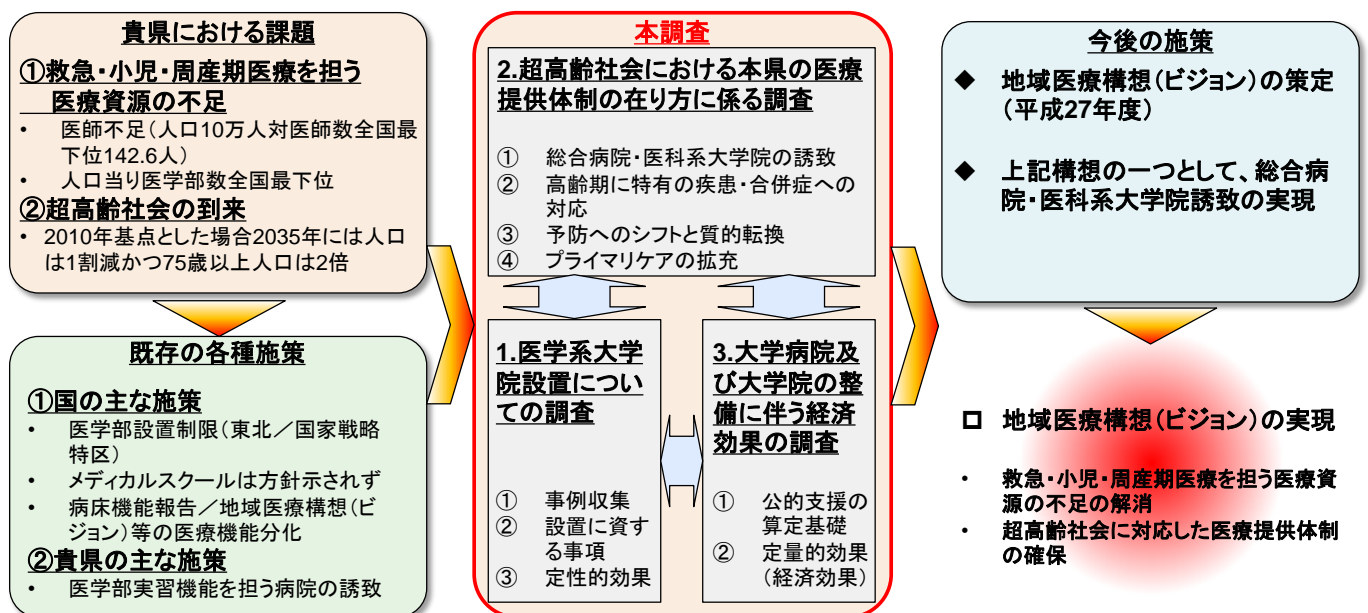
プロジェクトチームは委託調査結果の評価、事務局によるインタビュー、情報収集、委託調査結果を踏まえた構成員間の議論を行って、プロジェクトチームとしてのまとめを行った。

### 4 委託調査結果の概要【株式会社三菱総研の調査報告から抜粋】

#### (1) 委託調査の目的

本調査は、次の3点に寄与することを目的に実施した。

- 高度な医療人材の輩出、地域の医療水準の向上に寄与する医学系大学院設置効果などを把握する。
- 平成27年度以降「地域医療構想」を策定するにあたり医療提供体制の在り方や実施すべき施策を検討する。
- 埼玉県に大学附属病院及び医学系大学院を整備した場合の経済効果を把握する。



## (2) 委託調査の方法

前述の目的に沿って、各調査を以下の方法にて実施した。

### ①医学系大学院設置についての調査

埼玉県における医療提供体制や昨今の医学系大学院教育における課題等を踏まえ、高度な医療人材の輩出や地域の医療水準の向上に資する大学院の在り方を検討するための基礎資料として、医学系大学院の事例調査を行った。

調査対象は、埼玉県における医療提供体制上の課題を踏まえ、「高度専門医療人材育成分野」「救急、小児、周産期等の埼玉県の課題解決に関連深い分野」「総合診療医育成分野」「地域メディカルイノベーション分野」「その他」の5分野について、大学院のホームページ等の公開情報から計15件程度を抽出し、埼玉県と協議の上、5件抽出し、ヒアリング調査により実態等を把握した。

その上で、ヒアリング調査結果から、各事例の特色や取組状況、導入による効果、導入や運営にあたっての課題、さらに設置における基本的な考え方を整理した。

### ②超高齢社会における本県の医療提供体制の在り方に係る調査

埼玉県全域の国保レセプト（1ヶ月分220万件程度、一般診療、後期高齢者、DPC含む）を分析対象とし、埼玉県の将来人口、受療動向等の医療需要動向と、高度急性期・急性期・回復期・慢性期等医療機能毎の病床数、医療従事者及び在宅医療患者の必要量の推計を行った。

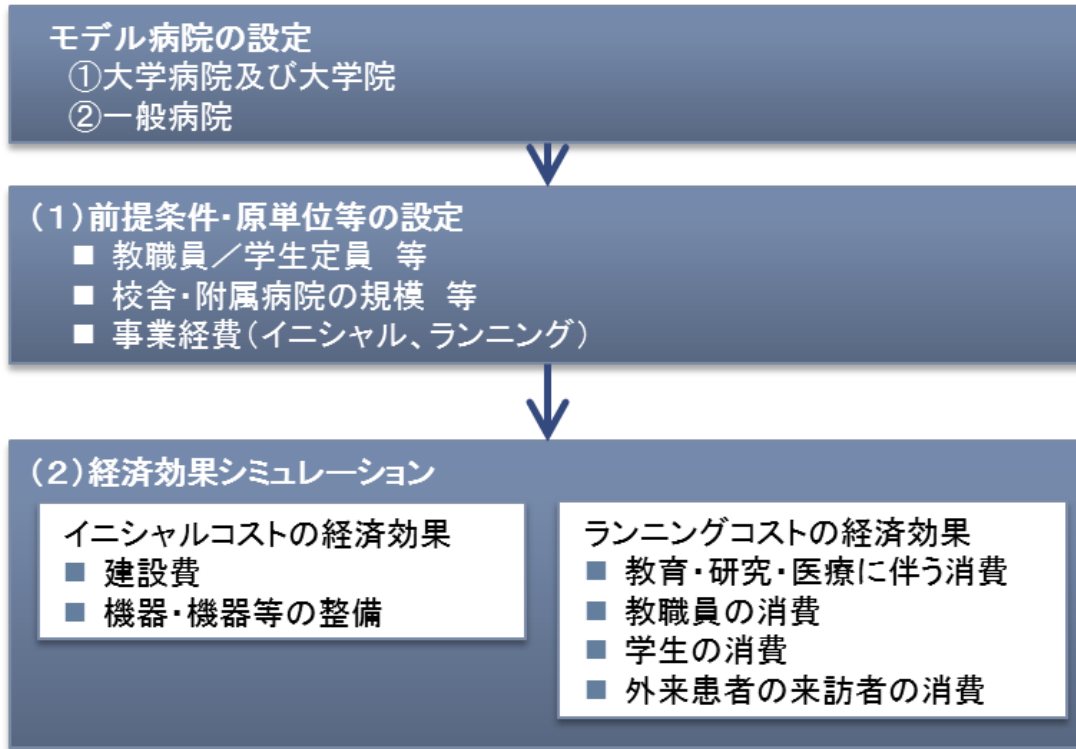
推計結果から確認された課題をもとに、県内医療に関わる有識者（3施設）へのインタビュー調査を実施し、試算結果への評価と本県が実施すべき施策の検討を行った。

### ③大学病院及び医学系大学院の整備に伴う経済効果の調査

本調査では、平成20年埼玉県産業連関表（108部門）を用い、経済効果シミュレーションを実施した。

分析の枠組みは以下の通りである。

(分析の枠組み)



本調査では、5 パターンのモデル施設を下表のとおり設定した。

ただし、下図表での1)の「大学病院」とは大学院併設であるための呼称であり、病院の機能としては2)の「一般病院」との差異はない。また、病床規模に応じて、延床面積を設定した。具体的には平成24年病院経営実態分析調査（全国公私病院連盟）を参照し病床規模別の100床当たり延床面積を用い、600床の場合は7,867㎡/100床（600～699床）を、800床の場合は、5,837㎡/100床（700床以上）を用いた。

パターン 1

	1) 大学病院＋大学院	2) 一般病院
病床規模	600 床	
医療機能	周産期医療	3 次救急医療
延床面積	48,200 ㎡	47,200 ㎡
建設単価	大学病院 440,000 円/㎡ 大学院 350,000 円/㎡	440,000 円/㎡
教員・職員数	1,014 人	999 人
大学院定員	50 人	



パターン 2

	1) 大学病院+大学院	2) 一般病院
病床規模	800 床	
医療機能	周産期医療 3 次救急医療	
延床面積※ 2	47,700 m <sup>2</sup>	46,700 m <sup>2</sup>
建設単価	大学病院 440,000 円/m <sup>2</sup> 大学院 350,000 円/m <sup>2</sup>	440,000 円/m <sup>2</sup>
教員・職員数	1,406 人	1,391 人
大学院定員	50 人	

パターン 3

	1) 大学病院+大学院	2) 一般病院
病床規模	800 床	
医療機能	周産期医療 3 次救急医療	
延床面積※ 2	47,700 m <sup>2</sup>	46,700 m <sup>2</sup>
建設単価	大学病院 514,000 円/m <sup>2</sup> 大学院 397,000 円/m <sup>2</sup>	514,000 円/m <sup>2</sup>
教員・職員数	1,406 人	1,391 人
大学院定員	50 人	

パターン 4

	1) 大学病院+大学院	2) 一般病院
病床規模	800 床	
医療機能	周産期医療 3 次救急医療	
延床面積	47,700 m <sup>2</sup>	46,700 m <sup>2</sup>
建設単価	大学病院 475,439 円/m <sup>2</sup> 大学院 397,000 円/m <sup>2</sup>	475,439 円/m <sup>2</sup>
教員・職員数	1,406 人	1,391 人
大学院定員	50 人	

パターン 5

	1) 大学病院+大学院	2) 一般病院
病床規模	1,000 床	
医療機能	周産期医療 3次救急医療	
延床面積	59,400 m <sup>2</sup>	58,400 m <sup>2</sup>
建設単価	大学病院 440,000 円/m <sup>2</sup> 大学院 350,000 円/m <sup>2</sup>	440,000 円/m <sup>2</sup>
教員・職員数	1,754 人	1,739 人
大学院定員	50 人	

### (3) 委託調査の結果の概要

#### ①医学系大学院設置についての調査

埼玉県における医療提供体制や昨今の医学系大学院教育における課題等を踏まえ、高度な医療人材の輩出や地域の医療水準の向上に資する大学院の在り方を検討するための基礎資料として、医学系大学院の事例調査として文献調査及びインタビュー調査を行った。その上で、各事例の取組状況や特色、導入による効果、導入や運営にあたっての課題について以下の機能ごとに、設置における基本的な考え方を整理した。

(医学系大学院設置における基本的な考え方 骨子)

#### ○高度専門医療人材育成機能（シミュレーションセンター整備）

- ・高度シミュレータに比べ、スキルラボの整備費用は低額であり相対的に費用対効果が見込まれることから、これを優先的に整備する。
- ・そのうえで、地域の医療、介護、福祉職員向けのトレーニングプログラムを実施し、これら職員のスキルアップを図る。その際、一般的にはスキルラボの主な利用者となる医学生による活用が見込まれないことを踏まえ、整備される機器の範囲や、地域の医療、介護、福祉職員向けのプロモーションについては、十分に検討した上で決定する。
- ・高度シミュレータについては、地域の若手医師のスキルアップ効果が期待される一方、整備費用の高さが懸念される。設置される大学院及び附属病院の機能を踏まえ、費用対効果を十分に検討した上で、その設置可否を判断する。

- ・その際、地域の大学間で、関連設備を共有できる仕組みを作り、設備の相互利用を行うことで、個々の大学としての費用を抑え、地域全体として環境を整える考え方もある（整備費用と移動負担のトレードオフ等を勘案して判断する）。

### ○救急人材育成機能

- ・救命救急に関する短期プログラムを、レジデント、フェローまたは地域の若手医師等に対し、大学附属病院（または大学院）において提供する。同様に、コメディカルスタッフ、介護、福祉職員を対象としたプログラムも実施する。
- ・これらのプログラムや講師の確保にあたっては、同分野に強みを有する他大学との連携を視野に入れる。また、講師の確保については、地域の救急救命士の活用も視野に入れる。

### ○総合診療医育成機能

- ・大学院の一分野（講座）として設置する。かつ大学院生が県内の医師不足地域で臨床及び研究する機会をプログラムに盛り込むことで、医療供給体制の強化や地域の医療環境改善につなげる。
- ・附属病院にレジデントプログラムやフェロープログラムを整備し、同プログラムで県内の医師不足地域での臨床活動を組み込む。また、これらプログラムの整備によりレジデントからフェロー、大学院プログラムまで体系的な総合診療医育成体制を整備する。
- ・地域における臨床機械の提供にあたり、埼玉県が大学院または附属病院と地域の病院間のコーディネートを支援する。これにより、これらで学ぶ医師が臨床の場として埼玉県内の医療不足地域で活躍する機会につなげる。

### ○地域メディカルイノベーション機能

- ・部分的な導入による効果の限界については指摘されたものの、救急救命分野と同様に、他大学等と連携した短期プログラムの実施により、同分野の基礎知識を医師に提供し、意識づけを図っていくことは今後の検討の選択肢として残しておいてもよいと考えられる。
- ・あるいは、これらの人材を大学院において育成するのではなく、地域メディカルイノベーションの推進にあたって、同分野における行政施策と連動し、設置する附属病院の医療現場における医療機器等の活用ニーズを、地域産業に提供

していくといった形での貢献は、検討に値すると考えられる。

地域医療の水準向上や人材輩出について、特に有意な機能として2点が抽出された。

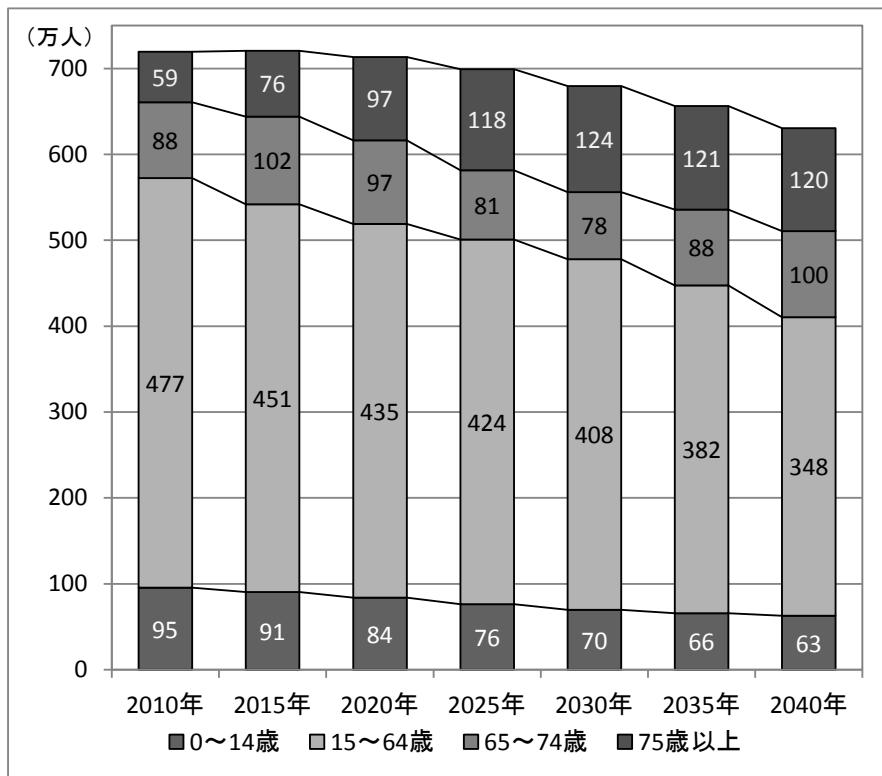
- 高度専門医療人材育成機能：地域の医療、介護、福祉職員向けスキル向上
- 総合診療医育成機能：大学院の一分野（講座）の設置

## ②超高齢社会における本県の医療提供体制の在り方に係る調査

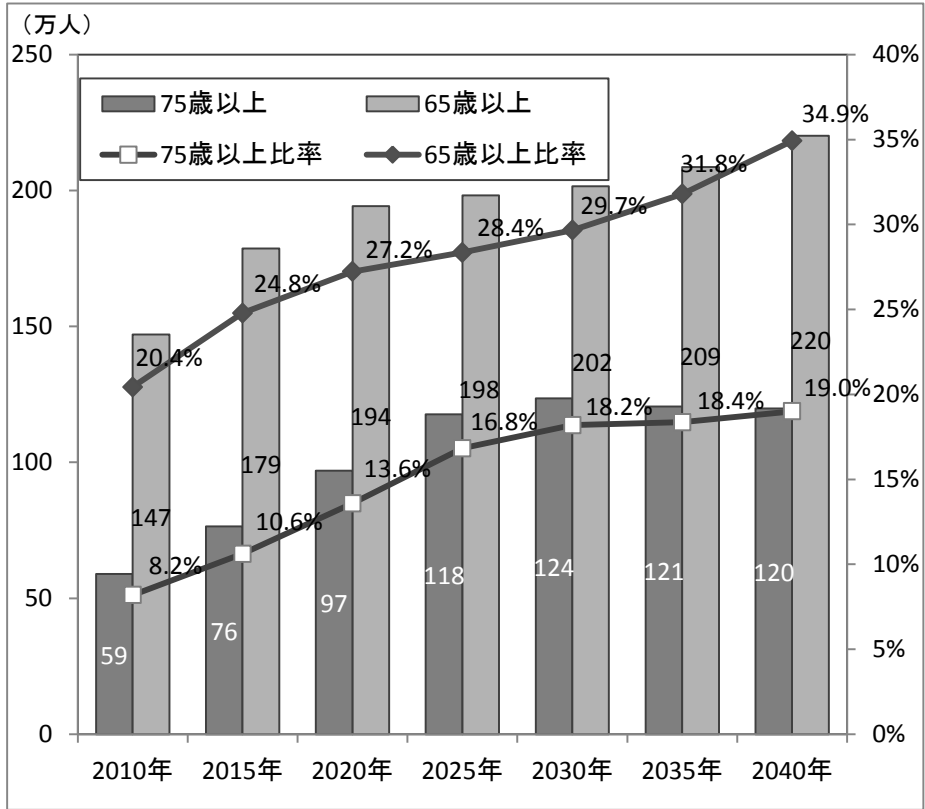
本調査は、埼玉県全域の国民レセプトを基に、定量的な現状把握・課題の整理として、埼玉県の将来人口や患者数等の医療需要と、施設区分別の必要病床数、必要医療従事者及び在宅医療患者の必要量等の医療提供側必要量の推計を行った。

これにより、現状として循環器系疾患患者の増加、必要病床、医療従事者数の増加、在宅医療対象患者の増加が把握された。また、課題として病床数、医療従事者の不足、循環器系疾患患者の増加等が整理された。

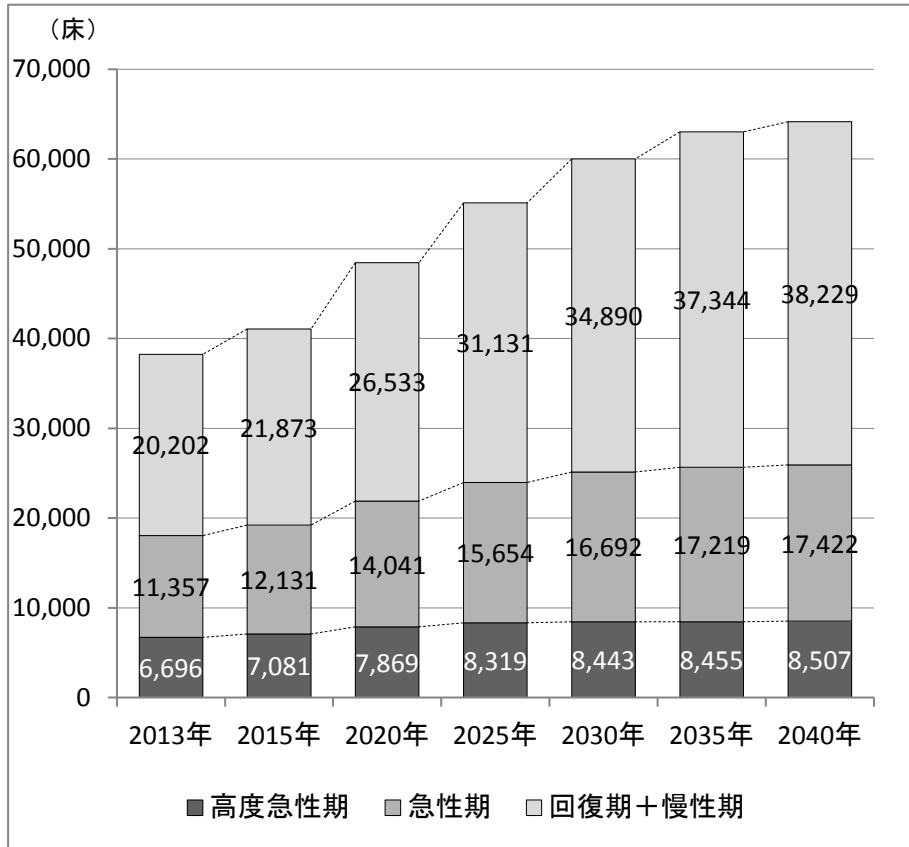
(将来人口推計：埼玉県全域)



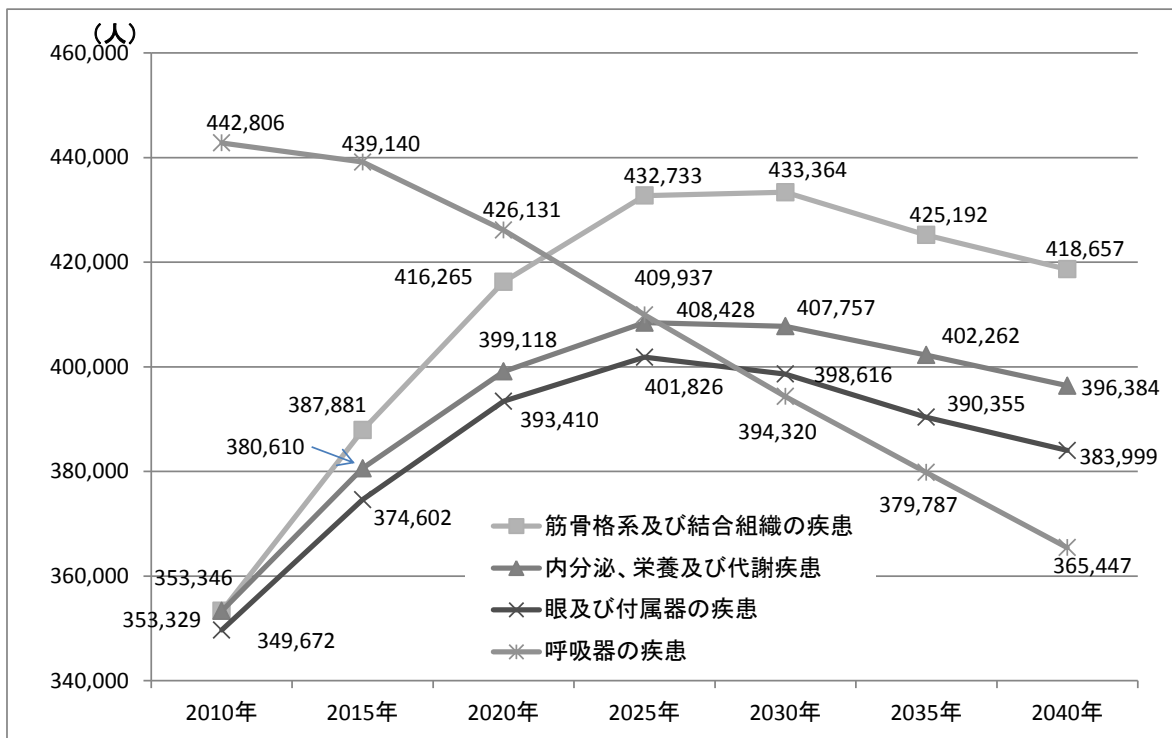
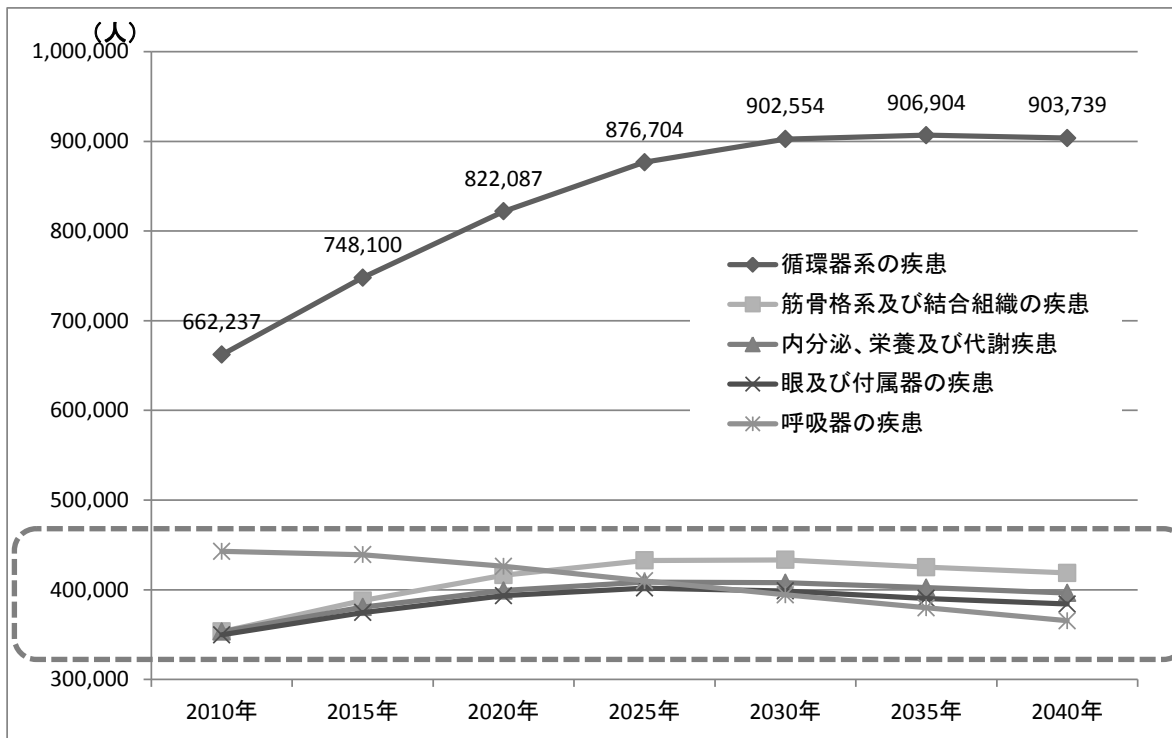
(将来人口推計：埼玉県全域高齢者のみ)



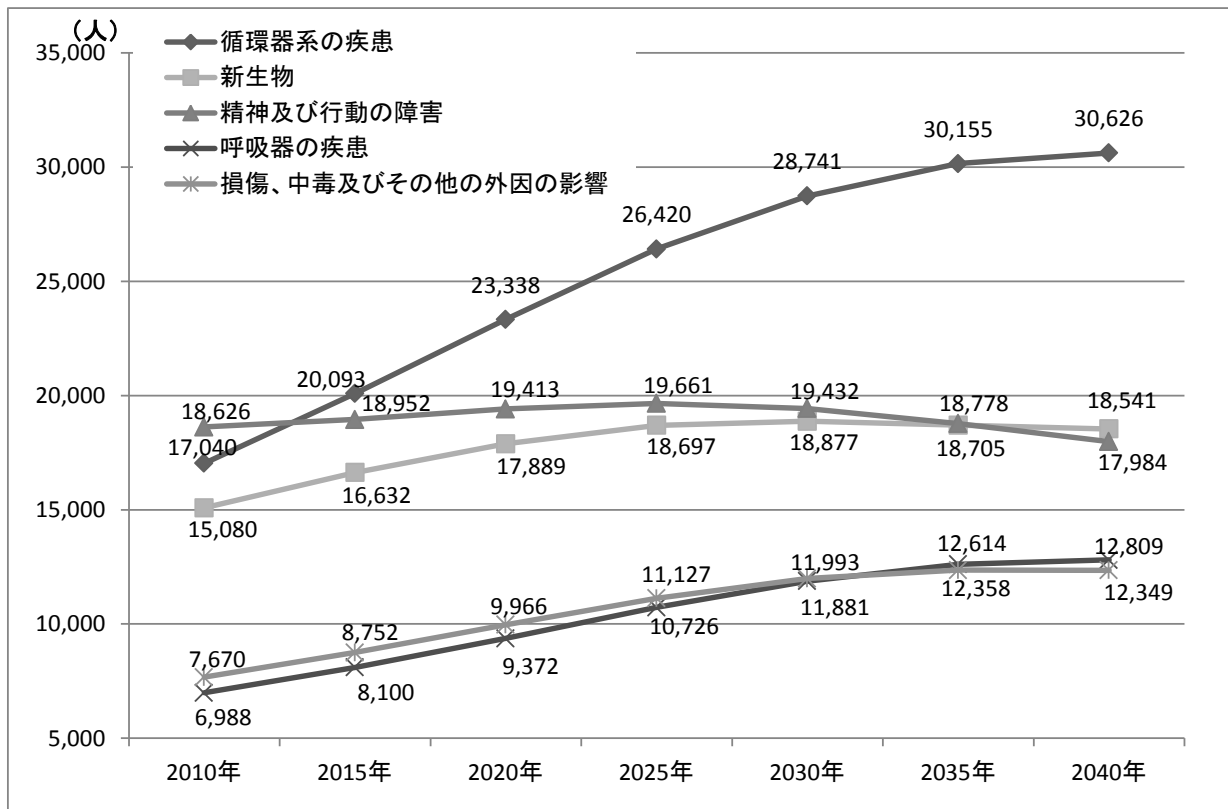
(施設類型別の必要病床数：埼玉県全域)



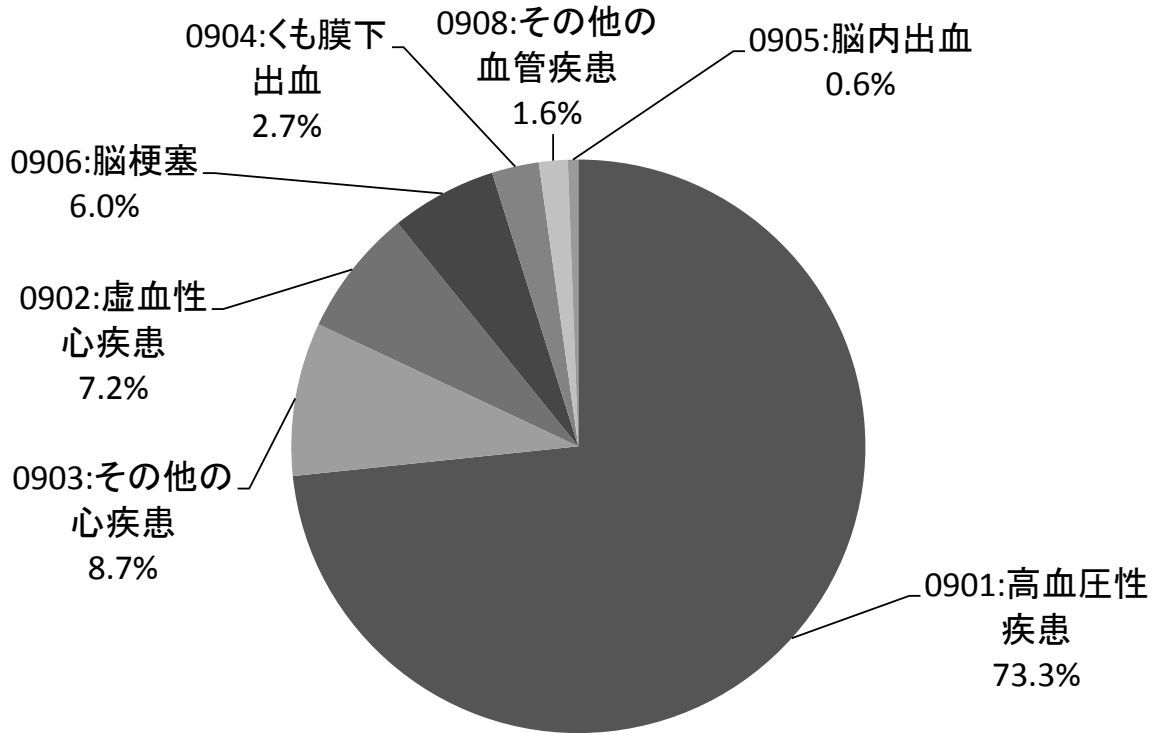
(主要疾病別推計患者数推移・入院外：埼玉県全域)



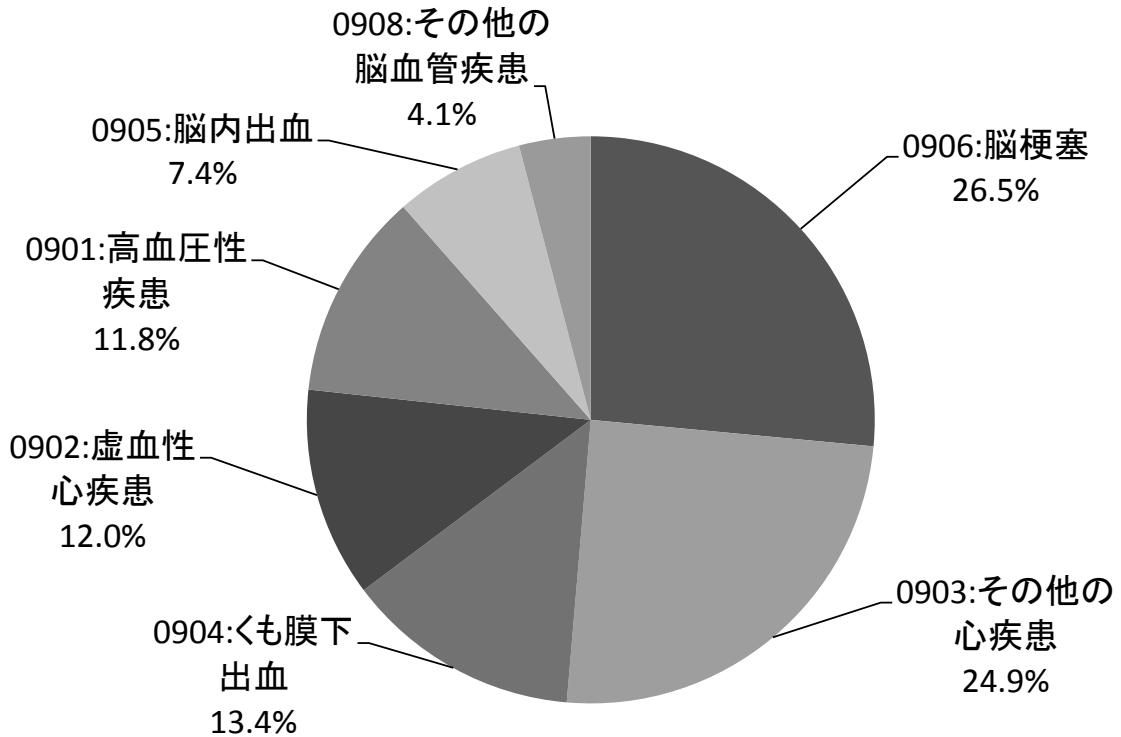
(主要疾病別推計患者数推移・入院：埼玉県全域)



(入院外 循環器系疾患の内訳 2040年：埼玉県全域)

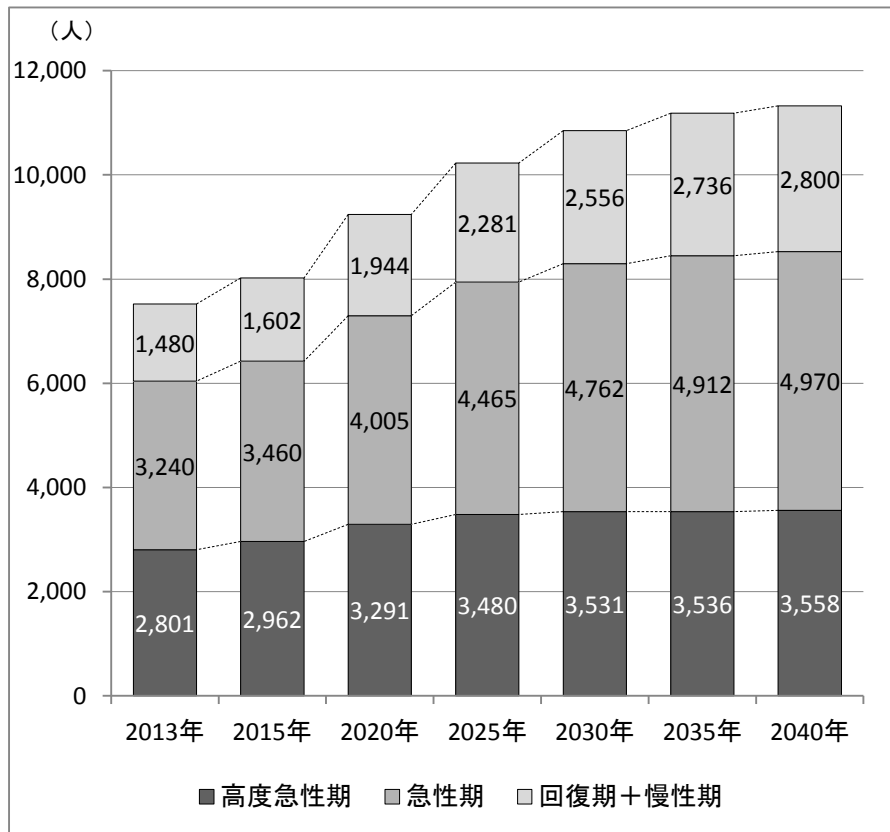


(入院 循環器系疾患の内訳 2040年：埼玉県全域)

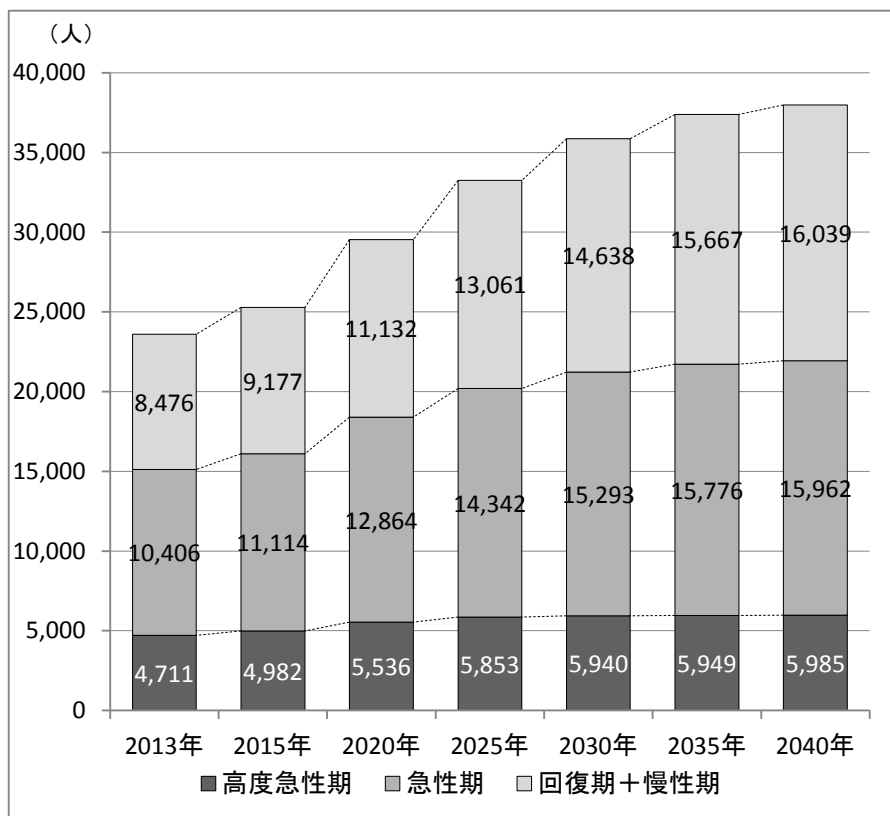




(施設類型別必要医師数の推移：埼玉県全域)



(施設類型別必要看護師数の推移：埼玉県全域)



また、定性的な現状把握・課題の整理として、当該推計結果を基に、医療連携、循環器系疾患及び在宅医療の観点からインタビュー調査を実施した。

これにより、現状として若年層の循環器系疾患患者の増加、在宅患者向けの介護環境の欠如等が把握された。また、課題として医療従事者間のヒューマンネットワークの構築、循環器系疾患患者への予防強化等が整理された。

以上の調査を踏まえて地域医療構想の策定を踏まえた埼玉県が実施すべき施策の検討を行ったところ、病床、医療従事者の必要量増加への対応、患者数の抑制特に循環器系疾患等を中心とした健康予防活動の一層の推進、円滑な医療連携を促進する仕組みづくりの推進、在宅医療を支援する人材の確保・育成が必要とされた。

さらに、本調査では把握されず、今後検討されるべき事項として以下が挙げられた。

- ・延命措置・看取りに関する県民意識の醸成
- ・地域における医療従事者のヒューマンネットワークの育成

埼玉県にて想定される主な施策として以下の4点が抽出された。

- 必要病床数及び必要医師・看護師数の増加への対応
- 循環器系疾患に対する健康予防活動の推進
- 限られた医療資源を踏まえた医療連携促進
- 在宅医療を支援する人材の確保・育成

### ③大学病院及び医学系大学院の整備に伴う経済効果の調査

5パターンのモデル施設を設定し、当該モデルを基に経済効果シミュレーションを実施した。調査結果を次頁図表に示す。

設置後、1年間分の直接効果は、パターンごとに整備する病床規模及び床面積と建築単価を乗じた部分の差が出てくるが、400～500億円程度である。その直接効果がもたらす総合効果は、600～800億円程度である。また、直接効果（5年間分）は、1000～1300億円程度であり、総合効果（5年間分）は1600～2100億円程度である。

いずれのパターンにおいても、「一般病院」のみの整備よりも「大学病院＋大学院」の整備の方が直接効果及び総合効果が大きい。これは大学院部分の

建設コスト、大学院生、大学院教員がもたらす消費分が付加されるためである。

また、直接効果に対する総合効果の比率（生産誘発倍率）をパターン別にみると設置後1年間分の場合はいずれも1.57倍、5年間分の場合は1.58～1.59倍程度であった。

生産誘発倍率は投資する産業やプロジェクトの特性により異なってくるが、本シミュレーションにおいては、病院への投資および病院関係者の消費活動に占める要素が大きいため、直接効果、総合効果の金額には差があったものの、生産誘発倍率には大きな違いは見られなかった。

言い換えれば、埼玉県において病院を主としたプロジェクトを実施すると概ね1.6倍程度の経済効果が期待できるという見方ができる。

### （経済効果試算結果）

#### 1年間分

	パターン1		パターン2	
	大学病院+大学院	一般病院のみ	大学病院+大学院	一般病院のみ
直接効果	409	380	434	405
総合効果	642	598	682	637
生産誘発倍率	1.57	1.57	1.57	1.57

	パターン3		パターン4	
	大学病院+大学院	一般病院のみ	大学病院+大学院	一般病院のみ
直接効果	469	439	451	421
総合効果	736	691	708	663
生産誘発倍率	1.57	1.57	1.57	1.57

	パターン5	
	大学病院+大学院	一般病院のみ
直接効果	505	476
総合効果	793	748
生産誘発倍率	1.57	1.57

単位：億円（直接効果、総合効果）  
倍（生産誘発倍率）

#### 5年間分

	パターン1		パターン2	
	大学病院+大学院	一般病院のみ	大学病院+大学院	一般病院のみ
直接効果	1091	977	1195	1082
総合効果	1723	1551	1888	1716
生産誘発倍率	1.58	1.59	1.58	1.59

	パターン3		パターン4	
	大学病院+大学院	一般病院のみ	大学病院+大学院	一般病院のみ
直接効果	1230	1116	1212	1098
総合効果	1943	1770	1915	1742
生産誘発倍率	1.58	1.59	1.58	1.59

	パターン5	
	大学病院+大学院	一般病院のみ
直接効果	1313	1200
総合効果	2074	1902
生産誘発倍率	1.58	1.59

単位：億円（直接効果、総合効果）  
倍（生産誘発倍率）

#### (4) 委託調査結果の総括

本業務においては、医学系大学院設置についての調査、超高齢社会における本県の医療提供体制の在り方に係る調査、及び大学病院及び医学系大学院の整備に伴う経済効果の調査を実施した。

医学系大学院設置についての調査から、埼玉県における医療提供体制や昨今の医学系大学院教育における課題を踏まえると、高度専門医療人材育成機能（シミュレーションセンター整備）としての地域の医療、介護福祉職員向けスキルラボの整備、救急人材育成機能として、地域の医療、介護、福祉職員向け救命救急に関する短期プログラムの整備、総合診療医育成機能として、地域医療供給体制の強化や地域の医療環境改善を目途とした、大学院の一分野（講座）の設置が示唆された。また、地域メディカルイノベーション機能については、導入の効果の限界があるものの、今後も引き続き検討する選択肢と成り得ることが示唆された。

また、超高齢社会における埼玉県の医療提供体制の在り方に係る調査においては、定量的な医療情報等の分析及び定性的なインタビュー調査を通じ、地域医療構想の策定に向けた埼玉県の医療提供体制や実施すべき施策として、必要病床数及び必要医療従事者数の増加への対応、循環器系疾患をはじめとした患者数増加への対応策として健康予防活動の一層の推進、限られた医療資源を踏まえた円滑な医療連携を促進する仕組みづくり、在宅医療を支援する人材の確保・育成が示唆された。

さらに、大学病院及び医学系大学院の整備に伴う経済効果の調査においては、大学病院及び大学院、一般病院のそれぞれについて、病床規模、建設単価を複数種類設け、全5パターンのモデル施設について産業連関分析による経済波及効果を試算したところ、直接効果及び間接効果を合わせた総合効果は1年間分で600億円～800億円程度であった。また、5年間分では1600億円から2100億円程度であった。一定規模の効果が期待されることが示唆された。

以上の調査結果から、埼玉県において、今後、議論・検討されるべき主な課題は以下のとおりである。

##### ①医学系大学院設置について

- ・総合診療医育成機能における、同分野を指向する学生の確保、大学院修了後の円滑な配属

②埼玉県の医療提供体制や実施すべき施策について

- ・必要病床数及び必要医療従事者数の増加への対応方針明確化
- ・医療連携促進に関する問題点の洗い出しと対応検討

③大学病院及び医学系大学院の整備に伴う経済効果について

- ・経済効果を踏まえた支援方策

## 第2 プロジェクトチームとしての委託調査評価

### 1 医学系大学院設置についての調査

#### (1) 総論

本県は小児・救急・周産期医療を担う人材不足に代表される「急性期医療への対応」と、全国最速で進む「超高齢社会への対応」という二重の課題を抱えている。これに対応するように、特色ある大学院を網羅的に調査した点は評価できる。また、大学院設置の効果、設置における課題も指摘がなされている。

#### (2) 高度人材育成（名古屋大学大学院を事例として）

大学院設置として期待できる大きな効果の一つは高度医療人材の育成である。高度シミュレータを用いた地域の若手医師向けのトレーニングプログラムを実施が一定程度成果を挙げている点の知見を得られたことは意義がある。

また、同施設内のスキルラボを用いた高度人材の育成は医師に限らず、看護・介護・福祉職員向けのトレーニングプログラムの実施により当該職員のスキルアップが図れることも興味深い点である。地域包括ケアシステムの構築にあたり看護、介護、福祉職員全体の能力向上が必要なことから、このような大学院設置についての調査・検討はたいへん有意義である。

一方、高度シミュレータ導入にかかる費用の問題、利用促進の手立ての必要性などの課題も指摘されており、その対応について議論する必要がある。

#### (3) 救急人材育成（国士舘大学大学院を事例として）

高度専門職業人育成の取組であるが、医師にとっても救急救命の基礎を学ぶことに意義があるという指摘は特色あるものと認めるものである。

#### (4) 総合診療医育成（筑波大学大学院、岐阜大学大学院を事例として）

総合診療の講座を設置している大学院の状況を確認できた点に意義がある。筑波大学においては、病院における総合診療医とかかりつけ医両方の養成が行われており、岐阜大学においては、かかりつけ医に重点を置いたプログラムになっている。

近年、総合診療ニーズが生まれてきていること、また医師不足解消に対応するためにも総合診療医育成が必要と考える。

また、大学院に配属される総合臨床医が地域の指導医になり、地域のかかりつけ医の育成につなげられること、地域医療研究が地域の医療環境整備につな

がる可能性があることは注目すべき点である。かかりつけ医と多職種連携は地域包括ケアシステムの中核部分にあたるものであり、調査結果を踏まえた議論展開を進めるべきである。

その一方で、大学院修了者の配属については医局の意向によるところ大であることから、必ずしも県内医師不足地域へ配属されるとは限らない点は十分留意すべきである。

## **(5) 地域メディカルイノベーション（東京女子医大・早稲田大学を事例として）**

大学院・大学附属病院が進出した場合、医工連携に代表されるような産学連携の可能性が生まれる。地域メディカルイノベーション分野の人材育成という視点に着目しての調査は興味深いものであるが、教育環境整備も特化したものになることから現実的には大学院設置は難しいと思われる。

一方で、本県は大学・研究機関等の先端的な研究シーズと企業の優れた技術を融合させ、実用化開発・製品化開発を強力に支援する先端産業創造プロジェクトを展開している。その重点分野に医療分野が含まれているため、研究シーズの提供をきっかけに医工連携に乗り出すべきである。

## **2 超高齢社会における本県の医療提供体制の在り方に係る調査**

### **(1) 総論**

本調査は、埼玉県全域の国保レセプトデータと後期高齢者レセプトデータ全数（1か月分）が基になっている。約220万件のデータによる分析となっており、網羅性という観点では過去の医学部調査における分析よりも一歩進んだ形で集計・分析がなされていると認められる。

一方で、1か月分のみ分析、他組合構成員との傾向に相違があること等の課題はある。

この集計・分析から出された必要病床数・必要医療従事者数・在宅医療患者数の推計数は、平成27年度以降の地域医療構想（ビジョン）策定にあたっての議論・事務推進にとって有意なものと認められる。ただし、厚生労働省においても推計が実施されるため、相互確認をしながらの利活用する必要がある。

## (2) 各論

### ① 全体の医療需要

本調査によれば医療需要は増大する一方であり、必要病床数・必要医療従事者数は2025年以降も増えていく。特に回復期+慢性期の伸び率が特に大きく、在宅医療施策の議論ともあわせて地域医療構想の中心議題になると考える。

### ② 循環器系疾患について

次に、主要疾病別推計患者者数推移について循環器系疾患の増大は特記すべきものと言える。内訳についても入院外では高血圧性疾患によるものが大半であることを特定しておりデータ補強、関係者インタビューで裏打ちされたものと評価する。一方で、入院に至る循環器系疾患では脳梗塞の比率が高いことが指摘されており入院内外の相違についても、定性的な論拠により、高血圧症が脳梗塞の要因である考察が行われている。

### ③ 在宅医療について

在宅医療患者の需要推計については、回復期・療養病床を利用している患者に対して医療区分を判断基準に用いて在宅医療への転換が想定できる対象者を推計している。関係者インタビューにおいては、3つの医療区分の適用についての疑義も出されたことから定性的な基準の限界は認められた。

しかし、3つの医療区分うち1つを適用することには違和感なく受けとめられたことから一定の評価はできると認める。在宅医療移行の判別については個別具体的な事象でもあることから引き続きの検討と一定の幅をもった推計の捉え方も必要と考える。

また、これはあくまで在宅医療患者の需要を推計したことに留意を要する。実際の在宅医療患者数は県内において5,686人（平成23年）と推計されており、2025年（平成37年）の推計値は約8,300人～9,300人となっている。

## 3 大学病院及び医学系大学院の整備に伴う経済効果の調査

産業連関表による経済波及効果分析を行っており確度の高いデータ取得が行えたと認めるものである。

通常、1年間の計算が行われるが、本調査はランニングコストによる経済効果に着目し5年分の経済波及効果を推計している。



### 第3 プロジェクトチームの活動について

#### 1 検討

##### (1) 概況

総合シンクタンクに調査を委託するとともにプロジェクトチーム会議を4回開催して調査結果をもとに意見交換を行った。以下、主な意見を記載する。

第5回会議の実施は日程調整の関係上、メール会議の形態をとった。

##### (2) 医学系大学院設置について

###### ①高度専門医療人材育成について

**意見1**：高度専門医療人材育成（シミュレーションセンター整備）は本県において重要なポイントといえる。委託調査の結果も踏まえて十分検討していくべきである。

**意見2**：高度専門医療人材育成は大きく分けて、臨床系と研究系と指導方法も異なる。住み分けを行うなりどちらに重点を置くのかを検討するなり対応が必要と考える。

###### ②多職種連携に向けて

**意見1**：シミュレーションセンターでは、医療だけではなく介護や看護に関するプログラムの導入についても検討していくべきである。

**意見2**：今後の患者数増加を考慮すると、訪問看護の位置付けが重要となる。シミュレーションセンターでは、訪問看護系のプログラム導入も検討すべきテーマである。

**意見3**：埼玉県立大学でも全学科の4年生が地域の現場に出向いて実習を行っている。これは全国的にも数少ない取組である。医学系大学院との連携を想定した場合、研究面にせよ人材育成にせよ、地域包括ケアシステムの運用に資するものと考ええる。



<事例として>

ア 看護、理学療法、作業療法領域との共同教育・研究

イ 加えてソーシャルワーク、口腔、臨床検査領域との共同教育・研究

### (3) 超高齢社会における本県の医療提供体制の在り方について

#### ①医療需要推計

**意見 1**：循環器系疾患の患者者数が増大しているという結果があるが、循環器系疾患には高血圧、心疾患、脳血管疾患、動脈瘤などがあり、今回の推計ではひとくくりにされているので、その内容が知りたい。

⇒ 疾病中分類での確認を行い、高血圧疾患や脳梗塞の患者数が多いとのことであった。また、インタビューで現場の状況を確認するとした。

**意見 2**：今後の検討課題として、「生活保護受給者」、「医療機関ごと」などの観点から試算するのも一つの切り口になると考える。

**意見 3**：使用データが国保・後期高齢者医療レセプトによるものであり、一概に、将来にむけて循環器系疾患の患者数のみ増加するとは言い切れない。その留意は必要だろう。

#### ②医療連携全般

**意見 1**：国は、いわゆる2025年問題には医療提供体制の「機能分化」で対応するとしているが、今回の医療需要推計を見ると難しいと思われる。

**意見 2**：埼玉県のみで完結しての対応は難しい。近隣都県と協力しながら対応せざるを得ない。もちろん医療法人が異なる場合、協力は容易ではないことは理解している。



**意見 3**：埼玉県では単独の二次保健医療圏で完結することは実際には困難な状況である。この点、病院グループの連携が参考になると思う。

例えば、埼玉県内には戸田中央医科グループ、上尾中央医科グループやイムスグループがある。これらのグループは地理的に同心円上に存在し、円内や近辺の地域を支援している。埼玉県的生活圏域は放射状に広がっている。生活圏域を横断するこれらの経営戦略は参考になる。

**意見 4**：患者の容体が情報の共有ができておらずに患者が重症化して救急搬送されてしまう事態を避けるための手立てを考えるなどが、医療連携のケーススタディとして必要ではないか。

**意見 5**：適切な患者の容体把握や搬送すべき施設選定機能を発揮する施設が求められていると思う。

**意見 6**：患者情報のほか医療資源の把握が必要になるだろう。

**意見 7**：拠点病院と診療所では意見が異なり、医療連携の実施は難しいというのが実感である。

#### ④医療連携（在宅医療）

**意見 1**：現在、機能的に足りないのは、急性期医療と在宅医療の中間にあたる機能を担う施設である。医師側も「急性期」を担っているプライドもあり、なかなか中間的な施設を手がけようというインセンティブがない。一朝一夕にはいかないだろうが医師が中間的な施設を運営することへの意識変化を促す施策が必要である。



#### 参考資料

#### 埼玉県在宅医療提供体制

	在宅療養支援診療所		在宅療養支援病院	
	数	65歳以上人口10万対	数	65歳以上人口10万対
全国	13,012	43.7	481	1.6
埼玉県	432	28.8	22	1.5

資料：「在宅医療・介護連携実態調査報告書」埼玉県 平成26年3月 3ページから抜粋

#### ⑤延命治療や看取りについて

**意見 1**：延命治療や看取りに関して、行政の役割を検討すべきではないか。

**意見 2**：行政が県民・市民にこの件について呼びかけることは難しいと思う。



**意見 3**：実際に行うとなると行政からは医師会に対して働きかけていくことになるだろう。

**意見 4**：死生観に関わることなので議論の収れんは難しい。各人の意向がそのまま出ることなので委託調査においては、調査結果として書きこむのではなく、今後の課題として記載されるべきものである。

## ⑥地域保健について

**意見 1**：埼玉県における医師不足の状況を踏まえると、予防医学においてコメディカル職種の活躍が目立った長野県が参考になるのではないかと。例えば保健師による地域の保健活動が挙げられる。



**意見 2**：保健師は20～40歳層の接触機会が少ない。また、ちょうど、20～40歳の層は自身の健康不安について考える機会も少ないと思う。生活習慣病に罹患する可能性が高い層に比べてフォローが十分と言えないのは確かである。

ただし、地域の保健師は子供やお年寄りとの接触機会が多いのでそのケアをとおして、若手の働き盛り世代（20～40歳）自身に健康を考えてもらうというのはいかがでしょうか。

**意見 3**：20～40歳の健康意識の醸成のため民間企業との連携策がある。例えばスポーツスクール等では主婦層や子供のコミュニティがある。そのような場を生かして健康教育を実施するのも一案である。

## 2 調査（関係者インタビュー：循環器内科を事例として）

### 導入

首都圏の公的病院に勤務している循環器内科医に本調査、特に超高齢社会における医療提供体制の在り方に係る調査に関して意見をきいた。

### （1）循環器疾患増大の見解について

「本調査結果を見て、高齢社会が到来してこれからも進行するからだという第一印象だ。特に、外来で多い高血圧による循環器疾患は老化現象という捉え方もできるので、高齢者が増えることが明白な以上、調査結果のようにはなるだろう。」

## (2) 循環器内科診療について

「循環器内科の治療はご存じのとおり、薬剤、カテーテルによる治療を行う。近年、道具の進歩が目覚ましい。カテーテルの挿入も一昔前は足の付け根からだけだったが手首からも入れられるようになったりした。患者への負担も軽減されてきている。その結果、70代後半、80代の方々への治療も行うようになってきている。先日は80代半ばの患者の治療を行った。」

## (3) 医療連携（病・診連携）について

「病院の立場からは、診療所の医師が自分がかかりつけ医だという意識を持ってもらいたいと思っている。もちろん、熱心な医師もいるし診療所の言い分もあるので一概には言えない。結局、かかりつけ医の役割を果たしたいという診療所を見出して少しずつ連携対象を増やしていくしかないのではないかな。その一方で病院側も、協力してくれる診療所への手厚いバックアップをするなどの対価を考える必要があるだろう。」

## (4) 総合診療医について

「総合診療医は専門領域を持たないイメージがあり、志す医師の数にも影響を及ぼしているのではないかな。アメリカでは総合診療医は確固とした地位を築いている。アメリカで現場を踏んだ医師が日本に戻り大学院の講座を持つなどして後進の指導を行っているケースもある。いわゆる「腕のいい医師教員」のもとには学生たちも自らの腕を磨こうとして集まる。」

その一方で、かつて救急現場において専門以外の診療の結果患者が死亡したとする訴訟事案があり、専門以外の診療については慎重にならざるを得ないという意見も聞く。」

## (5) 在宅医療について

「実感することは、近年一人暮らしの高齢者がたいへん多いということ。ソーシャルワーカーなど福祉職種の助けもなければ、病気と付き合いながら我が家で生活することは難しいのではないかな。」

在宅医療と直結するわけではないが、いかにして自分の家で最期を迎えるか、延命治療をどうするかについて、わが身のこととしてよく考える必要がある。このことに強い問題意識を持っている医師もいる。まずはそういう方と意見交換したらどうか。」

## 第4 医学部環境整備に関する現状報告

### 1 基準病床数制度の見直し

#### (1) 基準病床数制度の課題

基準病床数の算定に使用する人口は過去データ（直近の国勢調査）になっている。また、算定に使用する人口以外の数値は地方ブロックごとに定められている。結果、地域間格差が温存され、高齢化に伴い入院患者が増大する大都市圏において、現状が病床整備に反映されていない。

埼玉県は現状にあった病床整備が可能となる制度への改善がなされるよう、政府（厚生労働省）要望を行ってきた。

また、県議会議員、県内選出の国会議員も活発な要望活動を展開してきた。

#### (2) 第6次医療計画期間中の基準病床数の見直し

計画期間中に医療計画を改定する場合、改定時の直近人口を使用して基準病床数を算定することは可能との見解が厚生労働省から得られた。



平成22年国勢調査人口 ⇒ 平成26年1月1日の町（丁）字別人口

#### (3) 第7次医療計画（H30～）以降の取扱い

平成27年度から策定作業に入る地域医療構想（ビジョン）については、二次医療圏等ごとの医療需要の将来推計、医療機能別の必要量を算出する。

この際、標準的な計算式等がガイドラインとして示され、将来推計人口が使用される。

#### (4) 全国一律の係数について

制度改正に向けた動きはない。

西高東低の病床数を是正できるような係数設定について、厚生労働省に引き続き検討を求める。

#### (5) 今後の展開

病床機能報告を踏まえた医療機能別必要量の把握に努めて、国が作成するガイドラインに基づき、平成27年度以降、地域医療構想（ビジョン）を策定する。

## 2 第6次埼玉県地域保健医療計画の改定

本県の地域保健医療計画（以下、計画という）は第6次計画が平成25年度からスタートした（平成29年度までの5か年）。

その中で、本県は今後異次元のスピードで高齢化が進行することが予想され、医療需要の急増に伴う病床整備や、全国で最も少ない医師の確保が喫緊の課題となっているが、現行計画の基準病床数は平成22年の国勢調査人口を使用して算定されているため、対応が困難な状況であった。

そこで、この喫緊の課題に対応できる医師の確保及び育成に資する大学附属病院の整備を可能とするため、現行計画の基準病床数等を見直し、県議会の議決を経て、平成26年10月に計画の一部変更を行った。

基準病床数の見直しは、直近人口である平成26年1月の住民基本台帳人口に基づいた再算定を行い、各二次保健医療圏の基準病床数は下表のとおりとなった。

（参考）

二次保健医療圏	加算前の基準病床数	既存病床数
南部保健医療圏	4,609	4,355
南西部保健医療圏	4,376	4,376
東部保健医療圏	7,680	7,667
さいたま保健医療圏	7,402	6,976
県央保健医療圏	3,300	3,288
川越比企保健医療圏	6,336	6,781
西部保健医療圏	7,567	7,550
利根保健医療圏	3,445	4,164
北部保健医療圏	3,550	3,567
秩父保健医療圏	578	757
計	48,843	49,481

（平成26年3月末日現在）

病床数の加算の上限	780
-----------	-----

この見直しにより、県外への流出患者数などを基に算定し、全県を対象に配分が可能な「病床数の加算の上限」780床と、各二次保健医療圏の加算前の基準病床数が既存病床数を下回っている病床不足地域の不足分722床を合わせ、最大で1,502床の病床配分が数字上可能となった。

新たに配分可能となった病床については、計画に定める「病床数の加算について」及び「加算の対象」に基づいて各二次医療圏に配分されることとなるが、今回の見直しの趣旨を踏まえて、次のとおり文言の追加を行った。

○「**病床数の加算の考え方**」

「医師の確保及び育成」を追加。

○「**加算の対象**」

「(1) 医師の確保及び育成に資する病院等」を追加。

今後、計画の変更内容を踏まえた病床整備を進め、本県の医療提供体制の充実を図っていく。

### 3 大学附属病院の整備

第6次埼玉県地域保健医療計画の改定により、大学附属病院の整備が可能になったことから、病院整備計画の公募を行った。

#### (1) 病院整備計画の公募内容について

##### 1 応募条件

次の条件をすべて満たすこと

- (1) 大学附属病院の整備であること
- (2) 医学系大学院を併設する計画であること
- (3) 県内の医師確保が困難な地域等への医師派遣に積極的に協力すること
- (4) 平成30年3月までに着工すること

##### 2 対象医療圏

全ての二次保健医療圏

(南部、南西部、東部、さいたま、県央、川越比企、西部、利根、北部、秩父の10医療圏)

##### 3 計画の受付期間

平成27年1月5日(月)～1月30日(金)

#### (2) 病院整備計画の応募状況

##### ① 応募件数

2件



## ② 応募者及び計画の概要

### ○学校法人順天堂（順天堂大学）

- ア 候補地：さいたま市緑区、岩槻区
- イ 附属病院の病床数：一般病床 800 床
- ウ 大学院医学研究科：入学定員 60 名（総定員 240 名程度）
- エ 積極的な医療人材の育成と県内医療機関への医師派遣実施
- オ 整備スケジュール⇒基本設計及び実施設計を経て、  
平成 30 年 3 月着工、  
平成 32 年度完成予定

### ○学校法人共済学園（日本保健医療大学）

- ア 候補地：幸手市
- イ 附属病院の病床数：一般病床 600 床
- ウ 大学院（医学部の設置と併せて今後認可申請予定）
- エ 積極的な医療人材の育成と県内医療機関への医師派遣実施
- オ 整備スケジュール⇒基本設計及び実施設計を経て、  
平成 30 年 3 月着工、  
平成 32 年度完成予定

## （3）公募結果

地元市や関係者との調整、埼玉県医療審議会の意見などを踏まえ、順天堂大学の計画を採用することと決定した。

## 第5 医学部設置に関する現状報告

### 1 経緯

従前から国は医学部新設を認めない方針を維持していた。

しかし、平成25年12月、復興庁・文部科学省・厚生労働省は東日本大震災からの復興、東北地方の医師不足対応、原子力発電所事故からの再生のため、特例として、東北地方1校に限り医学部新設を可能とし、「東北地方における医学部設置認可に関する基本方針」を示した。

### 2 医学部新設の決定

平成26年4月28日、文部科学省は「東北地方における医学部設置に係る構想の募集要領」を公表し、受付を開始した。新設の条件は以下のとおりである。

#### 【必要な条件整備】

- 1 震災後の東北地方の地域医療ニーズに対応した教育を行うこと
- 2 教員や医師、看護師の確保に際し引き抜き等で地域医療に支障を来さないような方策を講じること
- 3 大学と地方公共団体が連携し、卒業生が東北地方に残り地域の医師不足の解消に寄与する方策を講じること
- 4 将来の医師需給等に対応して定員を調整する仕組みを講じること

応募者	設置予定場所
国際復興記念大学設立準備室（一般財団法人脳神経疾患研究所）	福島県郡山市
学校法人東北薬科大学	宮城県仙台市
宮城県	宮城県栗原市

平成26年8月28日、東北地方における医学部設置に係る構想審査会が東北薬科大学を対象として選定した。

なお、審査結果を踏まえて下記のとおり国への要請がなされた。



東北地方における医学部新設は復興のための特例措置であるが、今後の医学部新設や医師養成数に関しては、医師需給の見通しや定員増の効果の検証、医療制度改革の動向等を踏まえて、文部科学省と厚生労働省が連携し、適切に検討すること

### 3 東北薬科大学について

#### (1) 沿革

昭和14年(1939年) 前身の東北薬学専門学校設開設

昭和24年(1949年) 新制大学として東北薬科大学開設

昭和37年(1962年) 大学院開設

平成25年(2013年) 附属病院設置

#### (2) 概要

現在、薬学部薬学科(収容定員1800人)、生命薬科学科(収容定員160人)、大学院薬学研究科の体制となっている。

附属病院は、22診療科、466病床という規模である。今後600床規模の整備を目指している。(2020年(平成32年度)目途)

### 4 選定後の動向

東北薬科大は、文部科学省に医学部設置申請に先立って教育運営協議会を設置して、医学部の構想、運営などを議論し決定することになっている。

#### 平成26年10月22日 第1回教育運営協議会開催

#### 平成26年11月11日 第2回教育運営協議会開催

<議題>: 教員の公募指針・公募選考基準の了承。

#### 平成26年11月14日 医学部教員の公募開始

○締切りは12月22日とされたが、大学のホームページでは公募の延長が発表されている。

#### 平成27年1月16日 第3回教育運営協議会開催

<議題>: 入学定員を120→100名に縮小。

卒業生の地域定着に向けた修学資金制度案提示。

<報告>: 医学部教員の公募状況について

(定員183名に対して288名の応募)

### 平成27年 2月5日 第4回教育運営協議会開催

<議題>：医学部開設時は看護師582人体制で臨み、開設6年目平成33年度までに620人体制を確立。

### 平成27年 2月20日 第5回教育運営協議会開催

<議題>：修学資金制度の再検討。

<報告>：医学部教員医師の採用状況を非公開で報告。

### 平成27年 3月2日 第6回教育運営協議会開催

<議題>：看護師620人→600人体制へ。

医学部教員医師（約170人）のリストを非公開で協議。

#### ◎高柳元明 東北薬科大学理事長のコメント

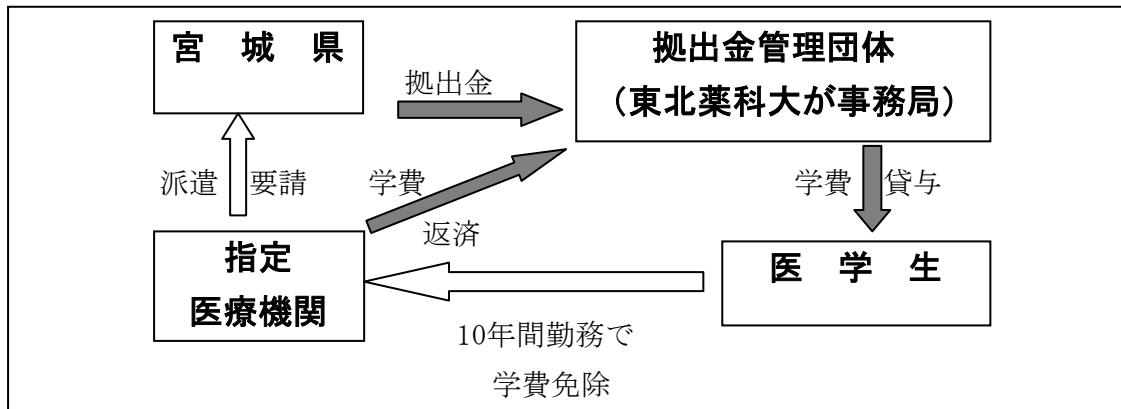
（地元新聞記事から引用）

「～教員の医師の確保がいかに大変か、東北の医療事情を認識させられた」

#### 参考資料

#### 修学資金制度の仕組み

（新聞報道から作成）



#### 参考資料

#### 教育運営協議会について

◎委員長：里見進 東北大学総長

○委員：東北六県の県・県医師会・医学部関係者など（31名）で構成

委員概要：県幹部6名、県医師会長6名、大学医学部長等6名、病院長2名、日本医師会理事1名、東北市長会長1名、東北薬科大8名。

※オブザーバー：文科省2名、厚労省1名、復興庁1名。

→ 医学部設置後も運営の助言機関として存続する予定。

## 5 宮城県の動向

平成26年5月、宮城県庁医学部設置推進室が「医学部新設に対する県の財政支援について」を発表した。

- 1 目的：新設医学部の公共性・公益性の担保と県の関与、  
新設医学部を運営する学校法人の財政基盤の安定化
  - 2 補助額：30億円を上限
  - 3 使途 (1) 施設整備費  
(2) 運営費（6年間）  
(3) 医学生修学資金制度への拠出
- } 使途選択、併用も可能

これに先立つ4月には、「新たな医学生修学資金（ファンド）制度」の創設を発表している。拠出額は80億円を前提に議論が進んでいるが、教育運営協議会で議論が進められている。

宮城県議会の平成27年2月定例会には約10億円の補助金計上、20億円の債務負担行為を設定する平成27年度当初予算案が上程されて、3月18日には原案可決された。

なお、修学資金に充てられる拠出金は計上されていない。

### 参考資料 医学部設置支援関係予算 [ ]内は債務負担行為 (千円)

- |                             |           |             |
|-----------------------------|-----------|-------------|
| ○ 医学部設置支援費                  | 1,002,500 | [2,000,000] |
| 東北地方の医師不足解消のための医学部設置に向けた助成等 |           |             |
| 担当：医学部設置推進室                 |           |             |

## 6 直近の状況

東北薬科大医学部の開設・運営については上記の教育運営協議会で議論、決定された。

平成27年3月2日実施の第6回教育運営協議会をもって一連の協議を終えた模様である。

東北薬科大学の提案に対する異論などは個別の意見書を付すことで妥結が成った。

その後、平成27年3月31日に医学部の設置認可の申請が行われた。

## 第6 まとめ

### 1 結論

#### (1) 医学系大学院における高度専門医療人材育成機能と総合診療医育成機能の充実

医学系大学院の設置に関して高度専門医療人材育成や総合診療医育成が有意と考える。高度専門医療人材育成機能に関して、具体的にはシミュレーションセンター、スキルラボ整備により地域の医師や医療・介護・福祉職員のスキルアップを図れる。

総合診療医育成機能については、医師不足解消の観点からも有用なものといえる。また、地域包括ケアシステムの構築にはかかりつけ医が機能することが不可欠であり、同様に育成推進が望まれる。

#### (2) 医療連携の推進が超高齢社会では必要

レセプトデータによる推計から、超高齢社会における医療需要が急増することが見込まれる。それに対応するにはあらゆる手段をもって医療提供体制の充実を図るべきである。二次医療圏における機能分化での対応に加え、圏域、県域をまたぐ協力体制、在宅医療の推進を図る必要がある。

#### (3) 医学部新設の現状

国は医学部新設を認可しない方針を堅持している。

また、医学部が設置可能となったとしても、実際には設置は困難と言わざるを得ない。まず、費用面において、巨額の建設費が必要となり、設置後も他県の事例を鑑みると運営費交付を行う必要がある。

次に人材確保面においては、地域の医師引抜きが起きないように配慮しながら、学部教員や附属病院勤務の医師を確保しなければならない。また、実際に大学附属病院が本県に進出し、開院してからの状況も踏まえる必要もある。

以上の点を踏まえると、早期に医学部新設の目途を立てることは困難な状況にある。

#### (4) 大学附属病院の進出から医療提供体制充実へ

超高齢社会を迎えるに当たり、医療従事者不足の深刻さは増していく。大学附属病院の整備は、設置に伴って多くの医療従事者が配置されることになり、医療従事者不足に悩まされている本県にとっては意義のあることとい

える。一定の経済効果も見込める。

医学系大学院の設置についても高度な医療人材の輩出がなされるため、本県の医療提供体制充実にとって大きなチャンスとなる。

### (5) 進出する大学附属病院への支援を検討すべき

埼玉県は、他自治体の事例、経済効果などを勘案して大学附属病院が進出する場合には支援の検討を行う必要がある。

平成25年度に委託した医学部調査によると、自治体が進出病院に対して土地の無償譲渡・貸与、設計・整備費の補助、運営費補助などの支援を実施している事例があった。

また、医学部設置の事例ではあるが、宮城県は庁内に医学部設置支援室を置き、医学部を開設する東北薬科大学への支援体制を整えている。平成27年度予算には10億2,500万円の補助金を予算計上した。あわせて20億円の債務負担行為の設定を行っている。今後、地域への医師定着を目的とした修学資金への80億円拠出を検討している。

東北薬科大学医学部の定員は100名（予定）、附属病院のベッド数は466床である。

#### 参考資料

#### 3 県立医科大学の概要

	福島県立医科大	奈良県立医科大	和歌山県立医科大
設立年度	昭和25年度	昭和23年度	昭和23年度
入学者数	131名	113名	100名
附属病院病床数	778床	978床	800床
建設費	341.8億円 (S62築)	不明	684.3億円 (H11築)
運営費交付金 (H25年度)	94.7億円	18億円	41.8億円
県内勤務の比率 (H25卒業生)	40%	47%	45%

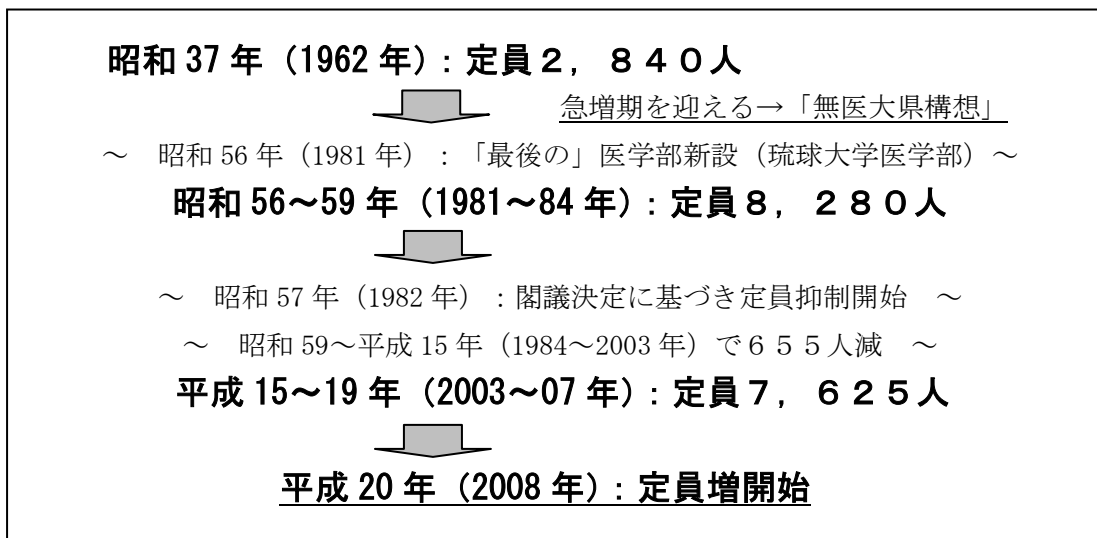
## 2 課題

### (1) 医療従事者確保への対応

現在、国は医学部新設を認めていない。その一方で入学定員増を進めており、その影響を注視していきたいという姿勢を崩していない。現時点では国が方針転換する可能性は高くないと思われる。従って、本県もその状況を踏まえて、医学系大学院を医師確保の契機にしなければならない。医学系大学院が設置されても医師確保につながらないという議論もあるが、県としては、県内に高度な人材の輩出される以上、地域医療の水準向上につながる具体的な仕掛を検討していくべきである。

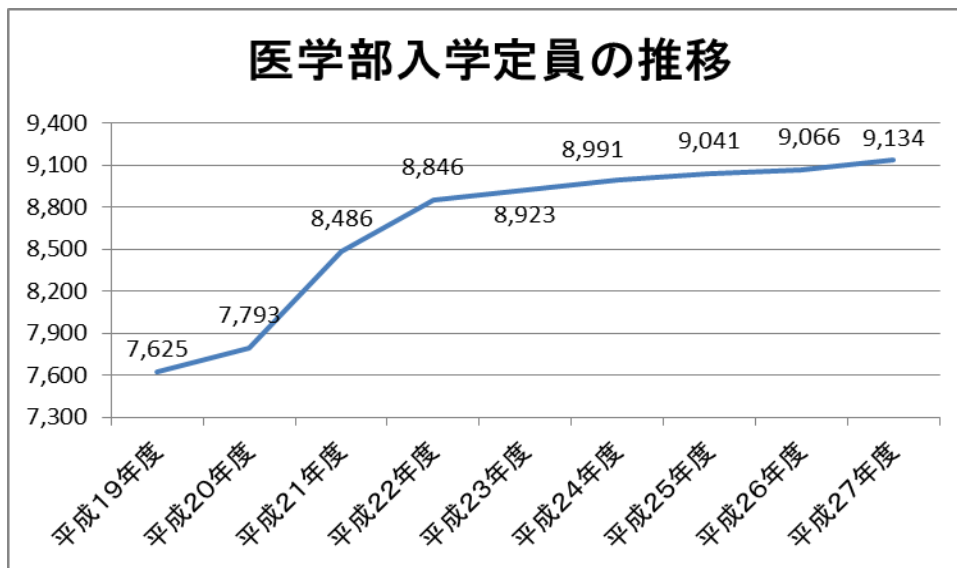
#### 参考資料

#### 医学部入学定員増の前史



#### 参考資料

～平成 27 年度は平成 19 年度比 1,509 人増～



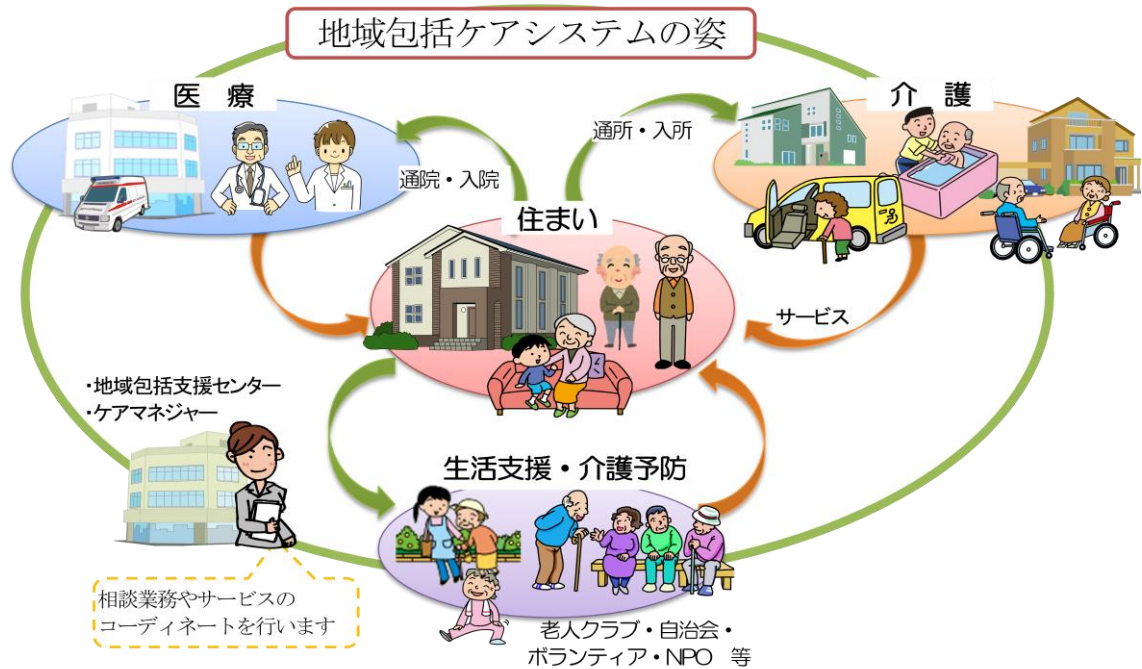


## (2) 医療連携における課題

特に拠点病院と診療所の認識共有、方向性の統一をいかに図るかが課題である。  
しかし、国は医療連携だけでなく地域包括ケアシステムの構築推進の号令もかけており喫緊の課題となっている。

### 参考資料

### 地域包括システムについて



出所：厚生労働省HPから抜粋

団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されることを目指すシステム

厚生労働省HPから

「各種のサービスに細やかな配慮を加え、個人のニーズに合わせてサービス総体で包み込んでゆく『包括性』。病院入院から家庭への復帰まで、またその後に緊急事態が発生した場合も想定して、各種サービスが必要時にタイミングよく集中して提供されて、一貫したスムーズな流れになるように関連職種を連携させる『継続性』。この両者を重視することがきわめて大切だ」

デンマーク福祉（社会）大臣を務めたベント・ロール・アナセン教授のコミュニティケアについての発言から

### (3) 延命治療について県民に問うことの難しさ

死生観への問いであるため意見集約は困難である。

医療費削減のために死生観にまで踏み込んでいいのかという反応が想定される。

生命の問題と並ぶ性的問題であるセクシャルマイノリティーに関する議論も県の審議会で行うなど行政も一定の関与が見られる。

ただし、行政が前面に出ることで誤ったメッセージを送るのであれば、医師会など医療現場を熟知する主体が中心に議論を展開してもらう必要がある。

文献紹介：「胃ろう問題と死生学」会田薫子 『医と人間』岩波書店 平成 27 年

○経皮内視鏡的胃ろう造設術が死生観の問いにまで発展している。

(PEG:percutaneous endoscopic gastrostomy)

○患者への負担軽減が胃ろう普及の後押しをした。

～著者は診療報酬改定の影響も指摘している～

※PEGの保険点数（1点は10円相当）

1998年度：6,400点

2000年度：7,570点

2002年度：9,460点

以降、10,070点まで上昇。

2014年度：6,070点

○身体の老化により生理機能が低下して生活の質維持に役立たない状況に陥る。

○胃ろうは患者の死亡時まで継続すべきか？

○継続すれば患者がまだしばらく生きるだろうという場合、終了は許されない。

「何らかの治療が、患者本人の尊厳を損なったり苦痛を増大させたりする可能性があるときには、治療の差し控えや治療からの『撤退』も選択肢として考慮する必要がある」

日本老年医学会 終末期の医療とケアに関するガイドライン

「立場表明 2012」

○人間は日々、自分の選好や価値観を反映して生活している。

○日々それらを積み上げて自分らしさを形成しているのではないか。

○自分の選好・価値観に照らして医療行為を考えることが重要だ。

○これらを臨床上の意思決定に反映させるときに大切なことは医療者側と患者側の  
「ていねいなコミュニケーション」である。

○2000年代初頭、末期患者の人工呼吸器取り外し事例に警察・検察介入があり  
医療社会へ与えた衝撃は大きかった。

↓ ※これに対する応答が2007年にあった。

～ **厚生労働省が「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を発表** ～

○ 「各現場で医療者と患者家族が最善を実現するためにどうすればよいかを話し  
合い、合意に至れば、法的問題にはならない。」

(ガイドラインを策定した検討会の樋口範雄座長 (東大教授) のコメント)

○著者の立場は、医療側・患者側との入念なやり取りの結果で合意に至れば  
治療の中止も許されよう、というもの。

## 第7 参考（埼玉県医療を考えるとことん会議について）

### 1 概要

今後、高齢者医療を中心に医療需要が急激に増加して、現在の医療問題をさらに深刻化させる可能性がある。これに対応して埼玉県の医療提供体制を強化していくことが緊急の課題になっている。

県は県民主体で医療について徹底的に議論する「埼玉県医療を考えるとことん会議」（以下、「会議」とする。）を立ち上げた。平成26年5月に第1回会議が開かれ、あわせて5回の会議を行って同年10月に提言のとりまとめを行った。

### 2 ねらい

会議は県民目線で県の医療について議論し、抱える問題と解決提言をまとめ、県や県医師会などに提言することで、県民ニーズに即した医療政策や医療提供体制の実現を目指した。

### 3 構成

県内で医療に関する活動を行っている県民のほか、大学教授、大学生、ジャーナリスト、社会保険関係者、PTA関係者、経済団体関係者など様々な経歴の方々が会議委員に就任している。計12人の委員構成となっている。

### 4 提言内容

平成26年10月に行った提言については、プロジェクトチームの議論に関連するものが含まれている。県民の真摯な議論の末に出された貴重な提言を踏まえる必要がある。以下、関連する主な提言を抜粋した。

## 2 住み慣れた「地域（我が家）」で最期まで暮らすために

### 提言（8）：在宅医療を行う人的体制を充実させる

医師会は、在宅医療を行う医師を増やし、県はこれを支援する。  
また、在宅医療を充実させるため、在宅医療支援診療所及びかかりつけ医の機能の充実を図る。

#### **4 医療の供給不足・地域格差を「解消」するために**

##### **提言（１）：魅力ある埼玉医療の構築により医療従事者を増やす**

県は、県内に大学病院など医師を確保・育成する機関を誘致する。

##### **提言（４）：最先端医療提供できる医療機関を育成する**

県は、医師会とともに世界レベル・全国トップクラスの最先端医療を提供できる医療機関を育成する。

#### **5 高い評価の獲得**

東京大学公共政策大学院医療政策教育・研究ユニットが各都道府県のHPにより地域保健医療計画に関する情報公開の状況や独自の取組について調査し点数化した。

結果、埼玉県が全国1位となった。当該ユニットは調査報告書において、特筆すべき活動として一章を割いて、「埼玉県医療を考えるとことん会議」の取組を紹介している。

## 第8 引用・参考文献と年譜

### 1 引用・参考文献

- (1) 『埼玉県地域保健医療計画』 埼玉県 平成 25 年
- (2) 『埼玉県医療を考えるとことん会議提言書』 埼玉県医療を考えるとことん会議 平成 26 年
- (3) 『在宅医療・介護連携実態調査報告書』 埼玉県 平成 26 年
- (4) 「地域包括ケアとは何か」『平成 26 年看護白書』 島崎謙治 平成 26 年
- (5) 『医と人間』 井村裕夫編 岩波書店 平成 27 年
- (6) 『本当の医療崩壊はこれからやってくる！』 本田宏 洋泉社 平成 27 年
- (7) 『2025 年へのロードマップ』 武藤正樹 医学通信社 平成 26 年
- (8) 「厚生福祉」 時事通信社 平成 27 年 2 月 6 日付
- (9) 厚生労働省・文部科学省・宮城県庁・東北薬科大学・河北新報ほか各HP 基本文献として「平成 24 年度医学部調査・検討プロジェクトチーム報告書」

### 2 年譜

平成 26 年 10 月 1 日	株式会社三菱総研と調査業務の委託契約締結
平成 26 年 11 月 14 日	第 1 回医学部調査・検討プロジェクトチーム会議
平成 27 年 1 月 30 日	第 2 回医学部調査・検討プロジェクトチーム会議
平成 27 年 2 月 16 日	第 3 回医学部調査・検討プロジェクトチーム会議
平成 27 年 2 月 27 日	株式会社三菱総研から委託調査の結果報告
平成 27 年 3 月 8 日	循環器内科医へのインタビュー
平成 27 年 3 月 18 日	第 4 回医学部調査・検討プロジェクトチーム会議
平成 27 年 3 月 31 日	医学部調査・検討プロジェクトチーム報告書決定

## 医学部調査・検討プロジェクトチーム設置要綱

### (目的)

第1条 本県の今後の医療状況及び課題並びに医学部に関する調査・検討を行うため、庁内に「医学部調査・検討プロジェクトチーム（以下、「プロジェクトチーム」とする。）」を設置する。

### (検討事項)

第2条 プロジェクトチームは、今後の医療状況等や医学部に関する調査・検討について次の各号に掲げる事項を行う。

- (1) 本県の今後の医療状況・課題の把握
- (2) 医学部に係る国の動向に関する調査
- (3) 医学部に係る他県調査
- (4) その他今後の医療状況や医学部に関する調査・検討に関すること

### (組織)

第3条 プロジェクトチームは、別表（【検討メンバー】を含む。）に掲げる職にある者をもって構成する。

- 2 プロジェクトチームには、リーダーを置く。
- 3 リーダーは、保健医療部副部長をもって充てる。
- 4 リーダーは、プロジェクトチームを代表し、プロジェクトチームを総括する。
- 5 リーダーは、構成員の中からあらかじめサブリーダーを指定する。
- 6 サブリーダーは、リーダーを補佐し、リーダーに事故があるときは、その職務を代理する。

### (会議)

第4条 プロジェクトチームの会議は、リーダーが招集し、主宰する。

- 2 プロジェクトチームの会議は、必要に応じて、構成員以外の者に出席を求めることができる。

### (事務局)

第5条 事務局は、保健医療政策課に置く。

### (その他)

第6条 この要綱に定めるもののほか、プロジェクトチームの運営に関し必要な事項はリーダーが定める。

### 附 則

- 1 この要綱は、平成24年5月24日から施行する。
- 2 平成23年度に策定した医学部調査・検討プロジェクトチーム設置要綱は廃止する。

### 附 則

この要綱は、平成26年1月16日から施行する。

この要綱は、平成26年10月24日から施行する。  
この要綱は、平成27年1月9日から施行する。

別表（第3条関係）

役職	所属	職名
リーダー	保健医療部（保健医療政策課所管）	副部長
構成員	企画財政部計画調整課	課長
構成員	福祉部高齢介護課	課長
構成員	保健医療部保健医療政策課	政策幹
構成員	保健医療部医療整備課	課長
構成員	保健医療部疾病対策課	課長
構成員	病院局経営管理課	課長
構成員	公立大学法人埼玉県立大学事務局	副局長

【検討メンバー】

- ・ 計画調整課 評価担当 主幹
- ・ 高齢介護課 総務・高齢企画担当 主幹
- ・ 保健医療政策課 新都心医療拠点担当 副課長
- ・ 医療整備課 医師確保対策担当 主幹
- ・ 疾病対策課 がん・疾病対策担当 主幹
- ・ 病院局経営管理課 総務・職員担当 主幹
- ・ 埼玉県立大学 調整幹 兼企画、総務担当部長

【事務局（報告書作成）】

- ・ 保健医療政策課 医学部調査・政策企画担当