

東北医科薬科大学医学部

第7回教育運営協議会

議事録

学校法人東北薬科大学

東北医科薬科大学医学部 第7回教育運営協議会

次 第

- ・日 時：平成27年7月27日（月） 15：00～17：30
- ・会 場：江陽グランドホテル 4階「銀河の間」

I. 開 会

1. 理事長挨拶
2. 委員長挨拶

II. 内 容

1. 医学部設置に向けた準備状況について<資料1～5、参考資料1～2>
2. その他

III. 閉 会

東北医科薬科大学医学部 第7回教育運営協議会 出席者名簿

|         |                     |   |
|---------|---------------------|---|
| 委員長：    | さとみ すすむ<br>里見 進     | (東北大学 総長)                                   |
| 副委員長：   | たかやなぎ もとあき<br>高柳 元明 | (東北薬科大学 理事長・学長)                             |
| 委員：     | いちのへ かずしげ<br>一戸 和成  | (青森県健康福祉部長) →代理出席：藤本 幸男 (健康福祉部 次長)          |
|         | なかにし しげゆき<br>中路 重之  | (弘前大学 大学院医学研究科長・医学部長) →ご欠席                  |
|         | さいとう まさる<br>齋藤 勝    | (青森県医師会長) →ご欠席                              |
|         | さ さ き まこと<br>佐々木 信  | (岩手県保健福祉部長) →代理出席：野原 勝 (保健福祉部 副部長)          |
|         | おがわ あきら<br>小川 彰     | (岩手医科大学 理事長・学長)                             |
|         | いしかわ やすまさ<br>石川 育成  | (岩手県医師会長) →代理出席：小原 紀彰 (副会長)                 |
|         | いとう あきよ<br>伊東 昭代    | (宮城県保健福祉部長)                                 |
|         | しもせがわ とおる<br>下瀬川 徹  | (東北大学 大学院医学系研究科長・医学部長)                      |
|         | かかづ けんじ<br>嘉数 研二    | (宮城県医師会長)                                   |
|         | しんどう ひでき<br>進藤 英樹   | (秋田県健康福祉部長) →代理出席：保坂 学 (健康福祉部 次長)           |
|         | いとう ひろし<br>伊藤 宏     | (秋田大学 大学院医学系研究科長・医学部長) →ご欠席                 |
|         | おやまだ たすく<br>小山田 雍   | (秋田県医師会長)                                   |
|         | なかやま じゅんこ<br>中山 順子  | (山形県健康福祉部長) →代理出席：阿彦 忠之 (健康福祉部 医療統括監)       |
|         | やました ひでとし<br>山下 英俊  | (山形大学 大学院医学系研究科長・医学部長)                      |
|         | とくなが まさゆき<br>徳永 正靱  | (山形県医師会長)                                   |
|         | すずき じゅんいち<br>鈴木 淳一  | (福島県保健福祉部長) →代理出席：安達 豪希 (保健福祉部 次長 (健康衛生担当)) |
|         | あべ まさふみ<br>阿部 正文    | (福島県立医科大学 総括副学長)                            |
|         | たかや ゆうぞう<br>高谷 雄三   | (福島県医師会長)                                   |
|         | かまやち さとし<br>釜苞 敏    | (日本医師会 常任理事)                                |
|         | おくやま えみこ<br>奥山 恵美子  | (東北市長会長) →ご欠席                               |
|         | たどころ けいち<br>田所 慶一   | (国立病院機構 仙台医療センター 院長)                        |
|         | さとう かつみ<br>佐藤 克巳    | (労働者健康福祉機構 東北労災病院 院長)                       |
|         | ふくだ ひろし<br>福田 寛     | (医学部設置準備室 室長)                               |
|         | こんどう たかし<br>近藤 丘    | (医学部設置準備室 委員)                               |
|         | こいぬま のぶお<br>濃沼 信夫   | (医学部設置準備室 委員)                               |
|         | おおの いさお<br>大野 勲     | (医学部設置準備室 委員)                               |
|         | みうら ゆきお<br>三浦 幸雄    | (医学部設置準備室 委員)                               |
|         | えんどう やすゆき<br>遠藤 泰之  | (東北薬科大学 教授・入試部長)                            |
|         | ほった とおる<br>堀田 徹     | (医学部設置準備室 委員・事務局長)                          |
|         | ちば のぶひろ<br>千葉 信博    | (東北薬科大学 法人監事)                               |
| オブザーバー： | みながわ たけし<br>皆川 猛    | (復興庁 宮城復興局 宮城復興次長)                          |
|         | てらかど しげちか<br>寺門 成真  | (文部科学省 高等教育局医学教育課 課長)                       |
|         | さとう ひとみ<br>佐藤 人海    | (文部科学省 高等教育局医学教育課 大学改革官)                    |
|         | えび なえいじ<br>海老名 英治   | (厚生労働省 医政局医事課 課長補佐) <敬称略>                   |

## I. 開 会

○堀田委員 それでは、開会に先立ちまして事務局から確認連絡をさせていただきます。

まず、資料の確認でございます。お手元の資料をご覧いただきたいと存じます。席次表のほかに次第がございます。続きまして、本日の出席者名簿でございます。続きまして、参考資料1「東北地方における医学部設置に係る構想審査会『選定に当たっての条件』の検証結果」、それから、参考資料2でございます。「大学設置分科会における一般的な審査スケジュール」。続きまして、番号の振っていない資料「医学部新設に向けた準備状況」。続きまして、資料1「修学資金制度の進捗状況について」。それから、資料2でございます。「地域医療ネットワーク病院リスト」でございます。続きまして、資料3「教育カリキュラムの概要について」。続きまして、資料4「地域定着を図るための卒前、卒後の教育内容及び支援組織」。続きまして、資料5「地域別採用予定者数」。これの補足資料、右肩にマル秘の文字がございますけれども、補足資料2、補足資料3、一つづりでございます。最後に本学の医学部設置認可申請中のパンフレットということでございます。不足ございませんでしょうか。よろしゅうございますか。なお、資料5の補足資料2と3につきましては、個人情報との関係がございますので、委員のみの配付とさせていただきます。会議終了後回収させていただきますので、よろしくお願い申し上げます。

議事に入る前にお願いいたします。撮影につきましては、委員長挨拶までの冒頭のみとさせていただきますので、報道関係の方、よろしく対応をお願いいたします。

続きまして、本日の出席者のご報告でございます。本日は32名中、代理の出席6名を含めまして28名のご出席をいただいております。日本医師会の釜菴先生、まだお見えになっておりませんが、間もなくお見えになるという報告が入っております。釜菴先生含めまして28名のご出席ということで、欠席は4名でございます。弘前大学の中路委員、青森県医師会の齊藤委員、秋田大学の伊藤委員、それから東北市長会の奥山委員でございます。以上でございます。

それでは、ただいまから第7回東北医科薬科大学医学部教育運営協議会を開催させていただきます。

### 1. 理事長挨拶

○堀田委員 初めに、東北薬科大学理事長・学長の高柳元明からご挨拶を申し上げます。

○高柳副委員長 連日大変な暑さが続いておりますけれども、今日は各地から大変お忙しいとこ

ろ、ご出席いただきまして大変ありがとうございます。委員の先生方には、日ごろは東北薬科大学のために何かとご指導、ご支援をいただきまして、本当にありがとうございます。

今回の協議会、前回の協議会から少し時間がありましたけれども、設置申請の関係で日程上やむを得なかったということで、大変申し訳なく思っているところでございます。

さて、昨年10月から今年3月2日まで計6回の教育運営協議会を開催し、委員の先生方からは多くの貴重なご意見をいただきました。ありがとうございます。

これらの意見を踏まえ、構想審査会から7つの条件に対する本学の対応状況、協議会における協議結果、委員の先生方から出されましたご意見等もまとめさせていただき、構想審査会に報告させていただきました。後ほど文部科学省からご報告がございしますが、3月17日の構想審査会では本学からの提出資料、報告書、当日のヒアリングをもとに、本学の対応状況について検証が行われ、その結果、今後対応が必要な事項として6項目が指摘されましたけれども、それに対応しつつ設置認可申請の手続は進めてよいという判断がございました。これを受けて、本学では3月末までの提出期限に合わせ、設置認可申請書を提出したところでございます。

協議会委員の先生方から、医学部設置に当たっての具体的な制度設計の面におきましてさまざまなご意見を頂戴し、申請書類に反映させることができました。また、おかげさまで無事期限内に認可申請書を提出できましたことにつき感謝申し上げます。

現在、設置認可については、まだ審査の過程にあります。一部報道では医学部設置が決まったかのような印象を与える記事もあり、少々本学として困惑しているところでございます。本学では、入試広報としての説明会などでは、設置認可の申請中であり決まったものではないことを強調して広報活動をしておりますので、本学の対応についてご理解をいただければと思います。

本日は、これまでの協議の中で積み残しとなっておりました案件や構想審査会で指摘されました事項についてのその後の本学における検討や関係各方面との協議に基づく進捗状況をご報告、ご説明申し上げ、委員の先生方からのご意見を頂戴したいと思います。今後、これまでの構想審査会のご指摘を真摯に受けとめ、各大学医学部や県当局とより密接に連携、協力して対応することによって、震災からの復興及び東北地方の医師偏在の解消に向けて貢献できるよう努力してまいりたいと考えております。より良い医学部の設置認可を目指し、一層総力を挙げて準備に生かしてまいりたいと思います。どうかよろしく願いいたします。

○堀田委員 ありがとうございます。

## 2. 委員長挨拶

○堀田委員 それでは、続きまして里見委員長よりご挨拶を頂戴したいと思います。お願いいたします。

○里見委員長 座ったままで失礼いたします。

第7回になりますけれども、教育運営協議会を開催いたしますけれども、本当に大変暑い中をあちこちから集まっておいただきまして、誠にありがとうございます。前回から大分時間が経ちましたけれども、この間の経過は今、高柳理事長から話がありましたように、3月17日に構想審査会というのが開かれまして、ここに提出した教育運営協議会からの資料としては、一致できた点というのは一致できた点として、できない点は並列して、こういう議論がたくさんまだありますということで提出いたしましたけれども、その中でまだ一致しなかった部分について、この間いろいろ薬科大のほうで努力してきたと思いますので、その辺について少し説明をしていただいて、少し論点を整理していきたいと考えておりますので、どうぞよろしく願いいたします。

○堀田委員 ありがとうございます。

すみません、1点報告を失念してございました。4月1日付人事異動で3名の委員の方が交代されておりますのでご紹介申し上げます。

岩手県の保健福祉部長、佐々木信様、本日は代理で野原副部長にご出席いただいておりますが、委員が変更になってございます。

それから、東北大学研究科長・医学部長、大内先生から下瀬川徹先生に変更になってございまして、本日もご出席をいただいております。

それから、秋田県の健康福祉部長、進藤英樹様にかわってございますけれども、本日は代理で保坂次長のご出席ということになってございます。以上でございます。

写真、映像撮影はここまで終了とさせていただきますので、よろしく対応方お願いいたします。

それでは、議事に入らせていただきます。里見先生、お願いいたします。

## II. 内容

### 1. 医学部設置に向けた準備状況について

○里見委員長 それでは、まず最初に3月に行われました構想審査会の検証結果と設置審査の状況について、文部科学省のほうから説明をお願いしたいと思います。

○寺門オブザーバー 文部科学省の医学教育課長の寺門でございます。先生方、大変お世話になってございます。今、委員長からご指名いただきましたので、構想審査会の事務局として、今の状況につきまして、これまでの経緯等ご説明申し上げます。座って失礼いたします。

構想審査会のまず検証結果についてでございますが、お手元に参考資料1として、本年3月17日付の検証結果の資料をお配りしておろうかと存じます。それをご覧いただきますと、1ページ目の中ほど、「一、」の部分でございますが、3月13日に第6回の構想審査会の開催をいたしました。そこでは、7つの条件への対応状況につきまして、先ほど冒頭高柳先生からお話しございましたとおり、東北薬科大学、また里見委員長にもご出席いただきまして、ヒアリングに対応していただきまして、確認がなされたところでございます。その結果、7つの条件については一定の取り組みがなされたものと判断され、設置認可申請を行って差し支えないと申されました。

その上でございますけれども、教育運営協議会、前向きな姿勢でのさらなる積極的な活用など、今後の対応が必要な事項として新たに6項目が「二、」以降で掲げられまして、構想審査会としても引き続き対応を確認していくということになったところでございます。これが3月の第6回の構想審査会の検証結果についての説明でございます。

それから、関連で現在の大学設置・学校法人審議会における設置審査の状況についてでございます。

お手元には参考資料2として「大学設置認可に係る一般的な審査スケジュール」という資料を配ってございます。本協議会の関連で申し上げますれば、ページ数が振ってなくて恐縮でございますが、1枚目の下段の「学部・大学院等の設置等」が相当するものでございますけれども、この東北地方における医学部の設置に関しましては、本年3月末に東北薬科大学から設置認可申請がなされまして、現在、大学設置・学校法人審議会におきまして、この配付資料のスケジュールに沿いまして審査が進められているところでございます。

これまでの審査におきましては、教育内容ですとか方法、あるいは教員に関する指摘事項がございまして、それらを基に審議会の審査意見というものが大学に伝達されまして、6月末には東北薬科大学から補正申請書が提出されているという状況になってございます。

大変恐縮でございますけれども、この大学設置・学校法人審議会における審議状況につきましては、事柄の性質上、この場では詳細をお伝えすることができないという点については、何とぞご理解を賜ればと存ずる次第でございます。以上でございます。

○里見委員長 はい、ありがとうございました。

構想審査会の検証結果と設置審の状況について今お話しいただきましたけれども、設置審に関しては守秘義務ですかね、なかなか明かされないということですね、その審議過程に関して。

参考資料1について、どなたか質問等ございますでしょうか。よろしいですか。

それでは、また後で何か気がつきましたらご質問いただくことにいたしまして、議事のほうに入らせていただきます。

前回の協議会までに積み残しておりました案件のその後の進捗状況について、薬科大のほうから説明願いたいと思います。

まず初めに、修学資金制度についてお願いいたします。

○堀田委員 まず、番号の振っていない資料でございますけれども、おのおののテーマに対応する資料ということでわかりやすく表示したものでございますので、参考にしていただければと存じます。

それでは、私のほうから資料1、修学資金制度に係る進捗状況ということでご説明申し上げます。

資料1、1枚目でございますけれども、左側に前回運営協議会時点での状況、真ん中に現在までの進捗状況、右側に今後の予定ということでお示ししてございます。さらに、縦に資金循環型と資金費消型、資金循環型についてはさらに宮城県枠と東北5県枠ということでお示ししてございます。

まず、資金循環型宮城県枠でございますけれども、前回3月の時点では修学資金の運営主体をどのようにするか、指定医療機関への義務年限10年に初期研修2年を含めるか等々について、まだ未調整の部分が残ってございました。

真ん中に移っていただきまして、現在までの進捗状況でございますけれども、協議の結果、協議の結果というのは宮城県当局との協議でございますけれども、以下の事項について基本的に合意し、今後細部について調整を進めているというところでございます。運営主体については社団法人とすると。指定医療機関への義務年限10年については、初期研修2年を含まないこととする。ただし、知事が別途指定する診療科に勤務する場合等は特例として上記義務年限を8年とする。こういった内容で基本的に合意し、現在調整中というところでございます。

このほか、修学生確保の取り組みといたしまして、東北6県の高校進路指導者への説明会の開催、それから6県の高校訪問、あるいは宮城県主催の医学研究講座での説明会等々積極的に修学生の確保を進めているところでございます。

続きまして、資金循環型、東北5県枠でございますけれども、3月時点では本学が各県それ



ぞれ1名分の貸与資金を拠出し、各県に協力・検討を依頼したということでございます。その際には、研修後の義務年限の期間等について10年とすべきではないか等の意見がございました。

真ん中に移っていただきまして、我々の検討結果といたしまして、まず現時点でやはり卒業後の、つまり10年近く先の医師の受け入れ先を固有名詞で特定するのはなかなか難しかろうという判断がございましたので、まず本学の責任において各県1名を選考することといたしました。この学生の受け入れ病院につきましては、初期研修修了までに本学の責任において選定する方式とさせていただきます。受け入れ病院の選定に当たっては、県の当局あるいは各県の医学部等からの助言を得ながら進めることとします。義務年限につきましては、各県の実情、要望を踏まえ、協議の上対応する予定としてございます。

なお、この件につきましては、本学の理事長が各県の知事、副知事等を訪問し、内容の説明あるいは協力をお願いしているところでございます。

修学生確保の取り組みでございますけれども、これにつきましては、宮城県と同様の内容で対応してございます。

続きまして、資金費消型でございますけれども、3月時点ではおおむね既存枠で対応することで各県の理解が得られておりましたけれども、制度の趣旨から既存制度での対応は難しいとの懸念を示された県がございました。

これにつきましては、真ん中でございますけれども、協議させていただき、とりあえず既存制度での対応が可能であるというご了解をいただきましたので、これにより東北5県で一定程度利用が見込めることとなりました。

これにつきましては、県別の内容につきましては、1枚めくっていただきまして、別紙1にそれぞれ、資金循環型につきましては先ほどご説明したとおりですけれども、資金費消型につきましては、各県の制度等から、大体このぐらいいは見込まれるのではないかというご返事をいただいているところを個別に記載しているということでございます。

1枚目に戻っていただきまして、また先ほど資料でもお示しました高校生、学生向けのパンフレットに記載する修学資金制度の概要についても各県に照会し、了解を得てございます。これにつきましては、資料1のつづりの一番最後のページでございますけれども、こういった形で、これはパンフレットの一番最後のページのところにある資料をコピーしたものでございますけれども、各県についても記載して構わないというご了解を得たところで掲載しているところでございます。特に資金費消型につきましては、各県の制度との併用ということが前提に

なっておりますので、本学の理事長が各県の知事、副知事等を訪問し、活用をお願いしたいという協力を要請しているところでございます。

修学生確保の取り組みについては、上記の宮城県の対応と同様でございます。

今後の予定でございますけれども、まず宮城県につきましては、社団法人の定款の作成、あるいは宮城県と修学資金に関する基本協定の締結、あるいは修学資金の貸与規程等々について進めてまいる予定でございます。修学生確保の取り組みでございますけれども、今後も予備校、高校を主体に説明会を積極的に開催するという予定にしております。また、オープンキャンパス等を活用し、特に地域定着を考えますれば、それぞれ地元の高校生を掘り起こすのがやはり一番効果的であろうという考えもございますので、宮城県だけでなく東北5県枠、あるいは資金費消型につきましては各県での高校生対象の説明会も今後企画してございまして、地元の高校生の掘り起こしに努めてまいりたいと考えてございます。

なお、ちょっと説明を省きましたけれども、別紙2、3枚目でございますけれども、資金循環型の東北5県枠でございますけれども、これにつきましては、今後学生を選考した上で、初期研修修了までに当該病院を本学の責任において受け入れ病院を手当てするというようにしてございますけれども、一つの病院でなかなか義務年限をとというのは難しかろうと思っておりますので、最低受け入れる病院というのは3つぐらいは確保して、こういった形で卒後についてもキャリア形成上、義務年限を果たしながら、キャリアが身につくような形で進めてまいりたいと考えてございます。以上でございます。

○里見委員長 はい、ありがとうございます。

修学資金制度につきましては、いろいろ質問というか、ありましたけれども、それに対して現在各県と交渉して、このような形で少し進展しましたと報告してもらいましたけれども、これに関しましてご質問等ございますでしょうか。

これは、宮城県の義務年限は12年ということでよろしいんですね、そうすると、はい。

はい、どうぞ。

○小川委員 岩手の小川でございます。

前の協議会でもずっと主張してきたわけでございますが、宮城県に対してその他の東北5県の医師不足の状況は厳しいわけでございます。今のスキームは以前ご説明いただいたのとほとんど変わっておりません。そうしますと「新たな地域偏在が生じるのではないか」という懸念を指摘させていただいていたんですけれども、それに対する対応はどうなっていますか。

○堀田委員 なかなか特効薬というのは難しいのかなとは存じておりますけれども、私どものほ

うとしては、例えば現在宮城県が考えているこのスキームというのは、今後拡大の余地があるのではなからうかと判断してございます。ただ、そうは申しましても、各県すぐに、ではという事はなかなか難しからうと思っておりますので、私どものほうの資金負担で、まず資金循環型5名、新たに本学の責任においてまず制度を走らせて、各県でこれは使い勝手がなかなかいいのではないかというようなことのご理解をまず深めることに注力させていただきまして、今後何らかの呼び水になればと考えてございます。

○小川委員 もう1点ですが、宮城県のことを考えますと、毎年30名ということで制度設計がされているわけですが、30人で10年ということになると、義務履行している方々が将来最大300人となります。去年8月の構想審査会の結果の7つの条件で、2番目に「仙台の医師集中とならないようにすること」となっています。だとすれば、例えば資料2の2枚目にありますように、地方に例えば30病院あったと仮定して、1病院当たり10人ずつ引き受けなければなりません。この資料で仙台以外の大きな病院は9つしかないわけですね。それから、宮城県の病院のリストを見せていただきますと、仙台市以外で100床以上で10科以上の総合病院といいますと、仙台を除きますと16病院しかありません。30病院あったとして1病院当たり10人ずつ引き受けなければ間に合わないわけでありますから、それを考えただけで、初めから将来300人がたまったときのことを考えれば、制度設計そのものが崩れているのではないかと考えます。その辺はちゃんときちりと大丈夫だというようなエビデンスを出せるのですか。

○堀田委員 エビデンスとって、具体的なもののイメージが今あるわけではないんですけども、この30人という人数につきましては、宮城県とも協議して、今後の医師需給見込み等々の数字から判断しますと、十分吸収できる数字だろうという判断でございます。具体的に、ではどういう病院に配置するかというのは宮城県とも協議しながら進めていきたいと思っておりますけれども、吸収できるという判断が前提でございます。

○小川委員 ですから、そこに対するエビデンスを今私ある程度申し上げたわけですが、宮城県で100床以上ある総合病院で地方にある病院は16しかない。その中で構想審査会から言われているのは、仙台の医師集中とならないようにすることとなりますと、当然のことながら仙台以外の病院で配置するというに当然なるんだろうと思っておりますが、そういう病院は実際にもう存在しているわけですから、これから増えたり減ったり多少はするかもしれませんが、今ある病院はもう既にあるわけですが、だとすると、それが例えば100床以上の総合病院といったら16しかない中で、30病院あったとして1病院当たり10名ずつ引き受けなければなら

ないということ自体が、かなり無理がある話だと思います。

岩手県の病院を例にとりますと、100床ぐらいの病院で何人ぐらいでやっているかという  
と、大体10名弱なわけです。10名弱でやっているところに、この義務履行する方々がさら  
に10名入ることになるわけだから、そういう制度設計でちゃんと行くのかどうかというこ  
とに関して、これは薬科大学でちゃんとしたシミュレーションをして、こういう配置をするん  
だから、大丈夫であれば大丈夫なんだという、やっぱりちゃんとしたエビデンスを出していただ  
かないとならないと思います。

今、いい加減にシミュレーションもしないで決めておいて、こういう制度設計でいきますと  
いって、実際に制度が動き出したときに無理だったということになりかねないわけですね。  
ずさんと言って良いと思います。今だってシミュレーションはできると思いますよ。だって、  
病院の数とか、それからどういう病院があるかということは、もうわかっているわけですから。

○伊東委員 宮城県の伊東でございます。

この修学資金制度、資金循環型ということにつきましては、私どもも一緒にいろいろ制度に  
ついて検討してきたということがございます。今お話しありましたように、宮城県内の自治体  
病院といたしましては30、それから自治体の診療所が29で合計59、仙台市内が一つござ  
いますので、それを引きますと58があります。それがベースになろうかと思っております、  
その自治体病院に対しましては、今検討しているこの制度につきまして、これまで何度も説明、  
ご相談を重ねてまいっております、基本的なご理解をいただいているという状況にあると思  
っております。

卒後の配置についてのシミュレーションということでございますが、これから例えば3年程  
度のローテーションとか、いろんなやり方、キャリアを形成していただくために十分なやり方  
をどういうふうにしていくかというのは、具体的に今宮城県の医師育成機構というのござ  
いますが、さまざまな方々のご相談しながら検討していきたいと考えております。

それから、自治体病院、診療所を想定しておりますが、今後状況に応じては、例えば仙台以  
外の国立病院機構ですとか、いろんなそういう公的な病院、あるいは民間であっても非常にそ  
の地域で地域医療を担っていただいている病院など、いろいろと医師の不足ということにつ  
いてはございますので、そうした対象の拡大なども、その状況に応じて必要性も見ながら検討し  
ていきたいと考えているところでございます。以上です。

○小川委員 ですから、宮城県でそういう制度設計をある程度お考えになっているんならば、実  
際にこうやれば300人は吸収できますというちゃんとしたデータをお出ししていただかない

と理解できませんよね。ですから、先ほど申しあげましたように、宮城県の病院を全部スクリーニングしたときに、100床以上で総合病院というのは、地方には、仙台市以外には16しかないんですよ。そのほかに診療所も使うと言ったって、診療所に10人行かせるわけにはいかないわけですから、診療所は1人でしょうと。これは公立も私立も含めての話ですから。ですから、別に公立、私立じゃなくて、要するに病院が幾つあって、どういうレベルの病院がどのくらいあるかって、ちょっとチェックしただけで100床以上で総合病院は仙台には15あって、仙台以外には16しかないんです。その中で300人をちゃんと収容できるというか、吸収できるという根拠がよくわからないということなんです。

○伊東委員 本当に今の段階でどの病院に何人ということ、あるいは何年後にどうなっていくことを全部9年後ということもございますけれども、それをシミュレーションしているという状況ではございませんが、現在自治体病院あるいは公的な医療機関のお話をいろいろ聞いている中で、複数というか、かなり医師が不足しているということで、ぜひ手を挙げて来ていただきたいというお話も伺っているところでございますので、これまで公的病院の中で必要な数というものを考えますと、今の段階で本当に表のようにして、しっかりとこれで300人なら300人をということではお示しするという段階にはございませんけれども、しっかりと配置をしていきたいと考えているところでございます。

○小川委員 それではだめですよ、全然。話になりません、今のは答弁になってない、まず、今ある宮城県内の病院の数とか規模とか、これはもうはっきりわかっているわけです。データとしてあるわけです。その中で、では開業の先生方というか、1診療所に1人あるいは2人ずつ配置をして、そしてさらに総合病院に何名ずつ配置をすればちゃんと300人おさまりますよというぐらいのシミュレーションはできないはずがありません。やはりそれはお示ししていただかないと、何を心配しているかということ、資金循環型の修学資金制度というのは全国で恐らく今回が初めてだと思います。そのときに、非常にいい加減な、適当な見込みでスタートして、そして300人の義務履行者が出たときに、それがうまく回らなかったとなった場合、頑張っただけだけれども、結果的にはうまくいかなかったということになったのでは、この協議会で何を議論していたんだということにも当然なり得るわけで、責任は本協議会にも及びます。今の答弁では説明にはなっていません。

○里見委員長 何かありますか、高柳先生。

○高柳副委員長 今の見積もりの詳しい数字については別な先生が把握しているかもしれませんが、けれども、毎年宮城県の医師会の求人募集を見ると、それこそ100人単位で求人があるんで

すね。これはもう大きな病院も含めて、ベッド数がそれこそ500、100以上はもちろんですけれども、200、300というような大病院でさえも、それぞれかなりの求人が出ていると。そして、トータルしますと300人ぐらい確かに出ているということなので、それとそういう病院と関連した形で、さらに足りない病院を連携させていくと、その人数はもっと多いのではないかと、当然かなりの数になるのではないかと思いますけれども。

○小川委員 仙台で義務履行させるということですね。そうすると、昨年8月の構想審査会で指摘をされている「仙台の医師集中とならないようにする」ことに逸脱することになりますよね。ですから、そういうことで資金循環型の義務履行する医師は医師不足地方でやっているはずだと我々としては考えていたわけですが、それを仙台で吸収するというのであれば、またこれは大きな構想審査会との齟齬が出てくるのではないかと思いますのです。

○里見委員長 小川先生の論点としては、医師を仙台市以外のところに宮城県は配置すると。そのときに、配置をするときに当たって、それだけの必要性がないんじゃないかということなんですか。

○小川委員 必要性がないのではなくて、実際に病院の数とそれだけを見て単純な算数をしただけの話なんです。要するに、仙台市以外で、では宮城県の中にどのぐらいの病院があって、100床以上の病院がどのぐらいあるかという話を持ってきたときに、16しかない。そうしたら、300人の義務履行生をそこで収容できるんですかという単純な話なわけです。先ほどのお話ではいつまで行っても堂々巡りだと思います。もしこういう宮城県の300人の資金循環型のスキームを作るのであれば、こういう病院があって、こういうところにこのぐらい配置をすればちゃんとできますよということをエビデンスとしてお出しいただきたい。簡単にできる話だと思います。別に今出せと言っているわけではなくて、次回でも結構ですから、物理的な話ですから、ぜひそのデータとしてお示しいただきたいということでございます。

○里見委員長 需要はありそうですけれども、それを配置がきちんとできるのかという指摘だと思いますね、そうすると。では、これはちょっと考えておいてください。そして、前に進んで、また振り返ることにいたしましょう。

それでは次に、まだ積み残してありました地域ネットワークの病院の選定状況について、まずこれを説明をしていただきます。どうぞ。

○福田委員 それでは、福田のほうから報告させていただきます。資料2をご覧ください。

地域滞在型の教育を行う場としての地域医療ネットワーク病院、各県お願いしてございますが、その報告を申し上げます。

1枚目は宮城県を除く東北5県についてのリストでございます。一番上のところに、ちょっと字が小さくて申し訳ないのですが、私どもがネットワーク病院をお願いするに当たっての基本的な考え方をお示ししてございます。1つは、まずは学生の臨床実習に必要な教育資源が充実していること。2つ目は、属する地域において中核的な役割を担っていること。3つ目は、その県における地域性に配慮するというところでございますが、これは当該県の医学部、県当局等々にご了解を得ながら進めてまいりました。

結果といたしまして、この表でございますが、青森県は青森県立中央病院ですが、以下各県2つずつお願いいたしまして、合計8つの病院から内諾を得ております。

それから、秋田県につきましては、連絡は申し上げておりますけれども、先方の要請によりまして、設置認可後に協議を開始したいという病院がA、B病院でございまして、今日は病院名は示してございません。

それから、2枚目をご覧いただきたいと思いますが、こちらは宮城県内の病院について示してございますが、実は7つの病院につきましては、前回の協議会で既に報告しておりますので、今日は追加になった2つだけ報告いたしますが、2つ目の欄の栗原市立栗原中央病院、それから一番下の公立刈田総合病院、この病院を含めまして宮城県は9つの病院から内諾を得ているという状況でございます。

もう一つは、ここに書いてございませんが、サテライトセンターを各県に作るということを計画しているわけでございますが、これにつきましては、ネットワーク病院の協力依頼を行う際に、あわせてサテライトセンターの機能や役割について説明申し上げておりまして、今後の予定でございますが、ネットワーク病院との交流あるいはパイプを通じて、各県の適切なサテライトセンターを選定するという作業を進めたいと考えております。

それから、いずれにつきましても、設置認可後に正式の協定書等を締結する予定でございます。以上でございます。

○里見委員長 はい、ありがとうございます。東北6県、宮城県を含めて、地域ネットワーク病院の設置に関してはかなり進展したというふうに見えますけれども、この件に関して何かご質問等ございますか。正式な協定は当然設置が決まってからということになると思いますけれども、内諾をほぼ得たということでございます。よろしいでしょうか。

それでは、次の話題に行きますけれども、続きまして教育カリキュラムについて説明をお願いいたします。

○大野委員 では、教育カリキュラムにつきまして、資料3、4を用いて説明申し上げます。

まず、資料3からであります。資料3の1枚目、医学教育モデル・コア・カリキュラムを核といたしまして、四つの特色ある教育で地域に根差す総合診療医の養成を目指します。

左上から、医学教育分野別評価基準準拠でありますけれども、これは医学教育の国際化に対応するために、十分な臨床実習期間を確保して参加型の臨床実習等を入れるなどして、医学教育の分野別評価基準に準拠した教育を行います。

その下であります。地域滞在型の地域医療教育、これは今福田から話がありましたサテライトセンター、ネットワーク病院を活用いたしまして、学生が繰り返し地域を訪れる地域密着型の地域医療を志す医師を養成するというものであります。

その右側、3番目、地域医療を担う総合診療力の育成ということですが、これはいろいろな仕組みを設けてございますが、今左側にございましたサテライトセンター、ネットワーク病院を活用した臨床実習、地域総合診療実習及び地域包括医療実習、さらに総合診療学演習で総合診療力の問題解決能力を養うなどの仕組みを持ちまして総合診療力の育成を目指します。

その上ですが、4番目、災害医療教育であります。これは被災地石巻のサテライトセンターを活用したり、独自の放射線生体影響の教育等を行いまして、災害医療に対応できる医師の育成を目指します。

1枚めくっていただきまして、このような教育特色を持たせまして、カリキュラムの概要がこのカリキュラムツリーであります。下から1年から6年。一番左に、1年、2年は薬学部が現在ございます小松島キャンパスで行います。3年次以降は附属病院があります福室キャンパスで教育を行います。

科目の概要はここに書いておりますとおりですが、基礎教養とか医療体験学習といったEarly Exposure、また準備教育をもとに基礎医学、それをさらに臨床医学へと発展させます。

右側にございます社会医学、緑の欄ですが、この中で社会医学の体験学習に関しましては、矢印にございますようにネットワーク病院を活用して行います。4年の前期が終わりましたところで、左側に共用試験とございますが、共用試験を修了した後に合格者が4年の後半から6年の前半まで、ピンクの大きな四角に囲まれております参加型臨床実習を行います。この中で、地域総合診療実習という2週間の滞在型とございますが、これをネットワーク病院で、これは病院中心の実習であります。その上に、地域包括医療実習、滞在型4週間、これはサテライトセンターで、病院さらに介護施設、在宅等を含めた包括的な医療を実習いたします。で、卒業して国家試験という予定であります。

引き続きまして、資料4をお願いいたします。



これは、地域定着を図るための卒前と卒後の教育を並べて書いたものであります。及び、その支援組織の説明であります。

左側の卒前教育におきましては、医学教育推進センターを学内に設置しまして、これは講座横断的な教育の企画立案、学外施設との共同作業ということになります。その下にカリキュラムを書いてございますが、一番左にありますように、修学資金枠、一般枠関係なく、全ての学生に同じ教育を行います。1年から6年まで右に進みますが、この中で黒字と橙色というか、赤字で書いたものが地域医療教育です。それから、青字で書いてあるもの、1年の下のほうです。あと3年の下のほうに青字で書いてあるのが救急あるいは災害放射線医療教育であります。

この中で、赤字の教育はネットワーク病院あるいはサテライトセンターを活用するわけですが、どのように学生を配置するかといいますと、欄外の下に赤字で学生の配置と書いてございます。そこをご覧ください。学生は、まず修学資金枠学生に関しては、これは修学資金提供の当該県に配置します。一般枠学生に関しましては、東北六県出身者は出身県に、東北以外の出身者は希望も聞きながら、本学が均等に配置していくということを考えております。

このように6年間教育いたしまして、卒業後の卒後教育、研修であります。右側をご覧ください。卒後であります。

この卒後研修を支援する体制として、学内に地域医療連携センターを設置します。主な仕事は、所管業務であります。各県の当局、医学部と連携しながら、地域に合った地域定着キャリア形成支援を積極的に行っていくということでもあります。具体的にはその下であります。これはやはり入学区分で若干変わってきますので、別個に説明いたします。

まず、修学資金枠であります。資金循環型、先ほども議論ございましたが、まず宮城県の30名に関しましては、宮城県医師育成機構のほうでこれからいろいろローテーションあるいは育成機構の中で考えていくわけでありまして、そこを連携しながら、ローテーションしながら、研修とキャリアアップを目指すと。ただ、この修学資金に関しましては、キャリアアップのための研修期間を義務年限と認めるかどうかに関しましては、現在協議中であります。

それから、宮城県以外の東北5県に関しましては、各県の当局、医学部と協議し、ローテーションのシステムを構築する予定であります。

その下、資金費消型に関しましては、宮城県以外の東北5県、これはもう当該県の修学資金制度の中でローテーションしながらキャリア形成を目指す。そこを積極的に本学が支援していくということでもあります。

その下、一般枠であります。一般枠に関しましては、左側の教育と連動いたします。先ほど申し上げました一般枠学生が各県のネットワーク病院で教育を受けるわけでありますから、各県での初期研修、キャリア形成を積極的に進めるような形で支援していくということであります。その下に医師循環システム等ございますが、そのように業務をしながら、各県の大学病院等でキャリア形成を進めていくというイメージであります。いずれにしましても、各県のキャリア形成、後期研修システムに整合性があるような支援を積極的に行ってまいりたいと思っております。以上です。

○里見委員長 はい、ありがとうございました。資料3で教育カリキュラムの概要について、資料4でちょっと関連しますけれども、地域定着を図るための卒前、卒後の教育カリキュラムとキャリア形成の道筋みたいなものをお話ししていただきました。

この二つまとめてお話ししていただきましたけれども、ここについて何かご質問等ございますか。よろしいですか。

それでは、次に教員の採用状況についての説明をお願いいたします。

○福田委員 それでは、福田のほうから報告申し上げます。

資料5をご覧ください。これは教員の総括表でございますが、この欄は左側のほうに前回の協議会時点で報告した数が左側、それから6月30日というのは再申請を行った時点でございますが、その時点での数字をお示ししてございます。

まず、一番右側の下をご覧くださいと思いますが、総数として3月の時点と比べて4名増えて174名ということになっております。

その赤字部分に変更でございますので、ちょっと一つ一つ説明申し上げますが、まず宮城県でございます。ここは辞退者が1人出まして1名減の43となっております。それからその他、これは宮城県内の病院及び研究機関でございますが、3名の追加、2名の辞退ということで合計して1名プラスということになっております。それから、山形県が1名増えてございます。それから、東北以外の地区でございますが、中部地区、それから関西地区、それから海外、それぞれ1名増えまして3名増加ということで、トータルとしては最初に申し上げましたとおり7名追加で3名辞退で4名増ということでございます。

それで、2枚目をお開きいただきたいと思いますが、補足資料1でございます。最初に2番の地域医療への配慮ということをまずご説明いたしますが、これはこれまでも述べてまいりましたとおり、各県それぞれの数が示してございますが、青森県2名、岩手県1名、宮城県16名、山形県2名という、これが総数でございますが、それから中心部以外の病院からの採用総

数としては青森県1名、十和田市、宮城県3名、栗原、登米、大河原、福島県1名、いわき市ということになっております。

それで、以下の点、アスタリスクがついておりますが、臨床系教員の採用について、特に留意した点、これも今まで申し上げたと思いますが、都市部から離れている医師数が不足している地域からは原則として採用は行わないと。医療機関の少ない郡部からの採用に配慮した。産科、小児科等の医師数が不足している診療科等を担当している医師の採用に配慮した。後任補充の見通しが確実でない病院等からの採用は行わないことにした。それから、赴任時期の調整を行ったということでございます。

この(5)につきまして、1番の赴任時期別採用状況という表をご覧いただきたいと思えます。ここに本学からの内部登用、東北大、東北大以外の宮城県、他の5県、東北以外という数字が入っております、東北大の欄を見ていただきたいのですが、平成28年、平成29年、平成30年ということで少し分散をさせるような形で赴任をしていただくということで、一気に医師を動かすといろいろな影響が出る可能性がありますので、その辺に配慮した赴任時期とさせていただきます。

それから、合計数のところ、86名が平成28年でございますが、本学の職員は地域医療に影響はないと思えますので、それを差し引きますと平成28年は45名、平成29年が33名、平成30年が18名という内訳になっております。

ここまでが概略といえますか、その説明でございますが、引き続きましてマル秘と書かれた資料、これは委員だけでございますけれども、ご覧いただきたいと思えます。補足資料2、3でございます。

ここに、先ほど申し上げた7名の追加を行った理由と申しますか、判断理由といえますか、大部分は教育上の必要性から追加を行ったということでございます。これ、申し訳ございませんが、診療科名とか申し上げますと、プライバシーといえますか、わかってしまう可能性がありますので、ここに書かれてある内容をお読みいただければと思えます。7名のうち、教授不在ということを配慮して追加を行ったところとか、教育上の必要性から追加を行った。もう一つは、実は前回の協議会の時点で応募書は届いておりましたけれども、その他の書類が整っていなかったために見送っていたという方が何名かございまして、その方を今回また追加、教育体制を充実する意味で追加させていただきます。合計7名でございます。

それから、3名の辞退が出ております。2番というところに書いてございますが、これはそれぞれ一身上の理由ということでございます。

それから、次の補足資料3をご覧いただきたいと思いますが、これはこれまで何回かお示した形式の書類でございまして、先ほど説明申し上げた7名について、現在の所属と意見書の内容、それから本学が採用可能と判断した理由、就任時期ということで示しております。本学が採用可能と判断した理由につきましては、これまでお示しておりますとおり、A、B、C、D、Eとか、そういう基準に従って判断したということでございます。以上でございます。

○里見委員長 ありがとうございます。

現在の臨床系の教員も含めまして、採用状況ですね。特に地域医療への配慮ということをお5点ほど、特に臨床系に関しては配慮しながら選別していますというご報告ですけれども、この件に関して何かご質問ございますでしょうか。

○小川委員 これも3月までの本協議会でずっと言い続けてきたことではございますが、ちょっと申し訳ありませんけれども、事務局のほうで参考資料1の東北地方における医学部設置に係る構想審査会選定に当たっての条件の検証結果、先ほど文部科学省のほうから説明のあったものでございますが、その2の(3)を読んでいただけませんか。

○堀田委員 2ページの(3)でございますか。

○小川委員 はい、そうです。

○堀田委員 教員や医師、看護師等の確保について、採用地域や採用機関等のバランスに十分配慮しつつ、地域医療に支障を来さないよう引き続き適切に対応すること。その際、問題があると懸念される事例が生じた場合には速やかに関係機関と連携を図り、広く全国に積極的に人材を求め対応を行うこと。

○小川委員 となっていますよね。となりますと、例えば東北地方からの採用予定者数が総計174名のうち東北地方からは134名で、東北以外が40名という数でございます。採用予定者数の実に3/4が東北地方の医師です。医師不足が激しい東北地方の病院医師が教員に異動するということになりますから、これで地域医療に支障を来さないということがどういうエビデンスで言えるのかということでございます。

○福田委員 これは前にも申し上げたと思いますが、地域医療に影響を及ぼさないといいますが、支障がないということを担保するために、当然ながら意見書の記述内容の精査といいますが、十分読み込んで精査したということ。それで、地域医療に支障のないことを確認するという作業を行いました。それから、当然ながらその方が転出した場合の補充人事がきちんと行くかどうかということの確認も行ってございます。その上で、個別に関係の医学部、医師会あるいは自治体等に了解を求めるという作業をしております。

それから、当然宮城県が非常に多いということをご懸念ということだと思いますが、今まで、さっき申し上げたようなことを検証しながら進めてきたということで、地域医療に対する影響は軽微といいますか、大丈夫だろうといいますか、一定の担保ができるのではないかと考えております。もちろん今後起こらないということは断言できないわけでございまして、それにつきましては、開学後の早い時期に調査をして、協議会等でまた報告申し上げたいと考えております。

それから、さっき申し上げました赴任時期をずらすというのも、それに配慮した一つの対応でございます。以上です。

○小川委員 地域医療に影響が出て地域医療が崩壊すれば、もう回復は不可能なんです。ですから、起こってしまってから回復させようと思っても、それはほとんど不可能でありますし、東北大学の東北6県のうち宮城県以外の5県に派遣をしている派遣の状況というのはかなり大きいものがありますから、その中で東北大学関連の方々がたくさん宮城県から126名も教員になってしまうということになりますと、地域医療への影響は必須と考えざるを得ないと思います。先ほど申し上げましたように、一たび影響が出れば回復不能でありますから、そのときの責任はどこにあるのかははっきりさせたいと思います。誰が責任を取るんですか。

○里見委員長 この辺は十分に吟味をしていると考えてよろしいですか、下瀬川先生。いろいろ先生、急に来て大変な立場になってしまいましたけれども。

○下瀬川委員 私は今回から参加させていただくわけですが、この134名のうち内容を見ますと、もともと東北薬科大学病院に勤務している方が43名、東北大学の中から64名ですから、両方合わせても107名ということです。恐らく地域から動いている人方というのはそれほど多くはないのではないかと思います。

大学からの教官の申請に関しましては、これは大内先生がやられて、私病院長として何例か見ましたけれども、各診療科の責任のもとに科長が、教室運営あるいは地域医療支援に支障がないと判断した。そういった根拠をきちんと書いた申請書を我々は見ても、それはもう各診療科の責任の上できちんとやっているんだらうということです。私自身はこの134名全てが地域医療から人を抜き取るとか、そういったことではないと思うので、あまり心配はしていない。東北大学かなりキャパは大きいので、若干苦しい時期はあるかもしれないですけど、将来のことを考えれば、何とか乗り切れるのではないかなと思っています。

○小川委員 あともう1点よろしいですか。

○里見委員長 では、まずどうぞ。

○釜菴委員 日本医師会といたしましては、今事務局長が読んでくださった地域医療に支障を来さないということが、一番今回の構想で大事であろうと考えて、この教育運営協議会に参加をさせていただいております。以前の協議会において話題になりました福島労災病院の件、これは地元から補っていただかなければならないと思いますが、整形外科の医師が急に引き上げになるという件で、今回の構想と直接つながるものではないかもしれませんが、これまで常勤医が5名、東北大学から出されていたものが27年3月末で当面全員引き上げというお話があって、その後のいろいろな協議の中で、平成27年度に関しては1名の常勤を出す。それ以降についてはわからないという状況の中で、前任の大内先生からそのときに「きちんと調べてみます」というお話をいただきました。その後の状況を地元から伺いますと、例えば現状で常勤が1名になってしまったので当然でありますけれども、入院、外来あるいは救急搬送、手術の件数なども惨憺たる状況になってしまって、これまで地域で担っていた機能が大きく損なわれているということが出ております。これは決して看過できないことではないかと思っ、大変懸念しておりますが、いかがでございましょうか。

○里見委員長 これはどなたが答えますかね。

○下瀬川委員 福島労災病院の件につきましては、少し聞いております。十分な情報ではないかもしれませんが、この事例につきましては、整形外科の教室は別に今回のこの新設医大の問題とは全くリンクしていない。もともとある程度予定していた、医師派遣体制の一環として、たまたまこれにぶつかってしまったということを知っています。

地域医療を支援する上で、東北大学もキャパは大きいとはいえ、交通網とか、道路の事情とか、あるいはそういったものを考えて、医療資源の集約、効率化というのは当然必要なことでありますので、それに関しては将来像を描いている整形外科の教授、どういった将来像を描いて、どういった医師配置をして、東北地方の整形外科の医療を守っていくのか。そういったことは当然考えられていると思うのですね。その中でのことだと思います。

それで、直接は医学部新設とは関係なかったわけですがけれども、医局長、それから教授と連絡をとって聞いたところだと、4月から1人の常勤体制はとっており、それまで勤務されていた方が非常勤として現在も勤務されているということですので、1.5人の体制は当面は続けたいということはおっしゃっています。

皆さんご存じのとおり、磐城共立病院と近接して福島労災病院がありますので、これに関しては診療科の連携体制、あるいは医療の効率化とか、そういったものは地域で考えるべきことではないかなと思います。

ただ、我々医学部としましては、東北地方の地域医療を守ること、これには100年の歴史があるわけですので、こういった事例に関して、今後ある程度きちんと対応する必要があるのかなと思います。皆さんご存じのとおり、震災が起こって被災地の医療を何とかキープするために、平成25年1月1日に、東北大学病院の中に地域医療復興センターを立ち上げております。これは診療科の垣根を超えた医師派遣体制をとろうというもので、病院長に権限がある。あるいは、医学部長も入っていますし、メガバンクの機構長も入っていますので、各診療科単位ではなくて、東北大学全体として地域医療を守るような組織ができています。今後これを窓口にして調整とか、そういったことも必要になってくるかなと私は現時点では考えています。

○里見委員長 はい、ありがとうございました。

いわき市の労災病院の問題というのは、特にこの薬科大の学部新設とはリンクしていなくて、ある意味では地域医療全体の集約化とその中の一環であるという話であります。当然労災病院と共立病院が本当に隣り合わせになっているあの地区全体の整形外科の配置をどうするかというこの中の流れの一つだと思いますけれども、とはいってもなかなか大変でしょうから、ある程度の配慮はしていますということ。

それと、大学としては震災を受けて、復興センターというのを立ち上げておりますので、それでいろんな意見を聞きながら、できるだけ東北地方の医療が壊れないような仕組みづくりというのは今後ともやっていきたいという力強いといいますか、東北大学として一生懸命やっているということを下瀬川先生は言っていたと思いますけれども。

○釜菴委員 今の下瀬川先生のお話でご決意と大学のご方針は承りましたけれども、今の集約化などの方向というのは、各地で既にいろいろ行われていて、そして全国を見ても、やはりいろいろな、今までと違った体制の変化あるいは不都合、しわ寄せということが出てきていることは確かでありまして、そこへもってきて、今回のこの大きな構想で宮城県からかなりの医師がまた異動するということでもありますので、ぜひこの教育運営協議会では、職員の問題がどうきちんとうまく手当てできているのかどうか。そして、それについてそれぞれの当該県からのご意見を引き続ききちんと出していただきたいとお願いを申し上げます。

それからもう1点、まだこれからご説明があるかもしれませんが、看護職員の件がとても不安でありまして、これは全国を見ていて、そういう危惧の念を強く抱いておりますものですから、その点についてもこの協議会できちんと議論がなされることを希望いたします。以上でございます。

○里見委員長 看護師等に関しては何か説明ありますか、これから。

○堀田委員 看護師の採用計画については、運営協議会のご意見を踏まえて修正版を提出させていただきますところでございます。本学で計画している病院の譲り受けで、とりあえず580名程度は確保できる見込みとなつてございまして、現在の計画ではトータルで600名という数字を出してございますけれども、一応前提となる病床稼働率が85%ぐらいということでございまして、これはなかなか今の状況からすると、すぐに85%に達するというのは難しゅうございまして、多少時間がかかるだろうと思っております。

そう言った中で、実態を見極めながら、基本的には退職者の補充あるいは潜在看護師の掘り起こし、こういったものに注力して、極力皆様にご迷惑をおかけしないような形で進めてまいりたいと考えております。

○里見委員長 はい、ありがとうございました。何かありますか。はい。

○高柳副委員長 今回関係者の方々をおまわりして行って、再三依頼されたことは、やはり看護師養成のほうもやっていただきたいと、こういう依頼を医師会初め、あるいは看護協会あたりからもご意見をいただきました。ただ、これはすぐ、「はい、そうですか」というような問題ではありませんので、大学としてできるだけ今後その面についても努力していきたいと思っております。

○里見委員長 ほかに何かありますか。

○小川委員 下瀬川先生の話には異論があります。以前、所属長の意見書を斟酌して大丈夫だから大丈夫だというような話だったんですけども、その理由が、例えば留学していて留学先の外国から赴任するから大丈夫なんだ。あるいは、大学院生が今回修了するので大丈夫なんだというような理由がたくさんあったわけです。というのは、海外留学から帰ってきた人が1人プラスになるから、別の医局員を海外留学にまた出せたり、あるいは地域医療のサポートに出せるわけです。大学院生の場合は当然のことながら大学院を終わって、そして医局のマンパワーになるから、地域医療に回すことができるわけでありまして、そういうことからいたしますと、少なくとも東北大学からの64名に関しては、東北地方をサポートする医者がマイナス64になるということとニアリーイコールなんです。だから、先生の説明にはかなり無理がある。64人は東北地方において大変な数です。

それから、これをちょっと確認したいんですけども、これ事務局で読んでいただきたいのですが、11月11日、この協議会の第2回協議会のときに、本協議会が地域医療に支障を来さないための教員等の公募選考に関する基準というのを決めたはずで、それで、その文書がありますよね。その1の下から2行目を読んでいただきたいんですけども。



○堀田委員 公募及び選考に関する基準でよろしゅうございますか。

○小川委員 公募及び選考に関する基準の1の下から2行です。

○堀田委員 また、特定の機関から極端に多く採用することのないようにする。

○小川委員 特定の機関、要するに1つの機関から極端に多く採用することのないようにするということが明確にこの協議会のルールとして決められているはずなんです。それで、174分の64ということは3分の2ですよ。

○里見委員長 3分の1じゃないの。

○小川委員 3分の1ですよ。3分の1という数が、極端に多く採用することに当たらないという理由はどこにあるのでしょうか。それから、薬科大学から構想審査会に現在の進捗状況が出ました。それを検証して、先ほどの参考資料1の「構想審査会の選定に当たっての条件の検証結果」の今後対応が必要な事項の3番目に、「採用地域や採用機関等のバランスに十分配慮しつつ」という文言が入ったということは、やはり1つの施設からの応募が多過ぎるのではないですかということ指摘されているんだと思います。これは本協議会の委員の方々としても納得できないと思うのです。この協議会で皆さんが合意をして、特定の大学あるいは病院から極端に多く採用することのないようにするというルールを決めたにもかかわらず、1つの大学から3分の1もの応募があって、それをよしとしている理由というか、これを正当とする理由はどこにあるのでしょうか。

○福田委員 先生の今のご質問に対して、当時私が答えた内容を繰り返したいと思います。

この特定の機関からたくさんという意味でございますが、要するに、その結果、地域医療に影響を及ぼすということが趣旨であって、絶対数を意味しているのではないと。結果として、絶対数は多いのかもしれないのですが、それが地域医療に大きな影響を与えないという観点から、私どもはこの条項を解釈しておりました。

○小川委員 ですから、私の感覚からいたしますと、東北大学から64人の応募があったと。64人が東北大学の医師としてはマイナスになっているということになりますと、東北のほかの県に対して、地域医療をサポートしていたサポート力がマイナス64人になるということで、これが地域医療に影響を及ぼさないという明確な理由も見つからないということでございます。ですから先ほどから申しているように、地域医療というのは一度壊れれば回復不能なんです。1回壊れたら、それを回復させるのはもう2倍、3倍、5倍のエネルギーが必要になってくるわけで、結果的に地域医療に影響が及んだときに誰が責任を取るんですか。先生ですか。

○里見委員長 ちょっと下瀬川先生に。

○下瀬川委員 先ほどの事務局の説明の「極端」という、その極端の定義がされていなくて、3分の2であれば、ここにいらっしゃる皆さん、極端と思うかもしれないけれども、30%が許容範囲内かどうかというのは、個人によってかなり違うんじゃないかと思います。

それから、東北大学病院、加齢研からも行っていますけれども、全部で四十数診療科あります。それで単純に割ると1.5ぐらいですよ。もちろん単純計算はできないですけども、あくまで診療科の科長が、例えば海外から留学生が帰ってきたので、ある程度年齢がいった方を教官としてどこかに出したいと、そういうふうに思われている方もいらっしゃるかもしれないでしょう。それは必ずしも1戻ってきたから1を出すのではなくて、各診療科のキャパの中で1増えるから、診療科としてはきちんと運営できるという判断をされているので、そこまでは我々は首を突っ込んで判断することはできない。

○小川委員 何だか国会の責任転換問題みたいですね。私は責任ないと。それは、その診療科の科長の責任であると。で、ぐるぐる回しにするわけですか。誰が責任取るかなんですよ。ですから、東北地方の地域医療に関しましては、一旦崩壊したら、もう回復は不可能であるということは明らかで、これは皆さん認識してくれていると思います。

そういう中で、今の話だと3分の1だから極端に多くはないんじゃないかという話は、ちょっと言い過ぎだと私は思いますけれども、東北以外が40人で東北大学1大学だけで64人ですから、これが極端にということに当たらないということ事態は、ちょっと無理があるのではないかと私は思いますけれどもね。

○福田委員 小川先生のご発言で、マイナス64について、少しご説明したいと思いますが、実はこれは当然本学の附属病院のいろんな方針にかかわりますが、東北大学で例えば非常勤でどちらかの病院に派遣されていた、週に1回とかですね。そういう方につきましては、薬科大に移ったとしても、可能な限りそれを継続して、地域医療に影響を与えないような配慮をしようとして今考えております。具体的には東北大学と協議をする必要がございますが、そういう意味では完全にマイナス64ということではないということをご了解いただければと思います。

○里見委員長 薬科大に勤める先生も地域医療には貢献できますよという意味ですね。何かありますか。

○堀田委員 地域医療への影響が出た場合にどうするんだというお話でございましたけれども、私どもとしてはそうならないように、検証というものもしっかりやっていきたいと考えてございます。

直接的に本学の医学部設置で教員公募の結果として、明らかにこういう影響が出ましたとい

う事例がございますれば、関係機関とも協議しまして、適切に対応させていただきたいと考えてございます。崩壊するといっても、完全に崩壊してからというようなつもりは毛頭ございませんで、早目、早目、人の異動がある都度、しっかり後任も含めて影響を検証して、小川先生のおっしゃるような事態にならない段階でしかるべく対応をしたいと考えてございます。

○里見委員長 こうなったら影響が出ているんだということを証明するのなかなか大変ですけども、とにかく何か起こったときには早目に手を打つように努力をしたいということですね。はい、どうぞ。

○小山田委員 秋田県の小山田でございますけれども、資料5では秋田県はゼロ、ゼロ、ゼロ、ゼロとずっとゼロが連なっておりますけれども、直接今回の新設医学部と結びつくわけではありませんけれども、つい先日、新しい2025年問題のことについて政府筋から、単純な計算による病床数が報告されました。それからそれに関連する病床機能の報告制度が施行されました。ああいうもので今、全国の2次医療圏を含めたマッピングの数字がもう出ているんですね。例えば宮城県で私詳しくはわかりませんが、例えば仙台市、大都市圏中心に人口ももちろん多い。医療資源、医療者、従事者もずっとそこに多分すごく集中していると思うのです。

そうした中で、では過疎化とか人口減少とか進んでいる地域も恐らくあるでしょう。そういうところでは、人的な数も減っているところ、足りないところが多々あるのではないかと推測します。そういうところに、この64あるいは43という数字が、大学新設の結果、こういう数字が出ているわけですけども、随分余力があるんだなと正直に思うのです。これが直接マイナスにならないとすれば、その影響下にないような、こういう107名という方がいて、じゃあそういう方は本当の意味で現在過疎化して足りないようなところに配置する余力が、これだけ見ると、随分あるものだなと思っちゃうのですね。

○下瀬川委員 余力があるとされると余力はあるんだろうと思います。

1つは、東北大学は100%地域医療に力を注いでいるわけではなくて、旧7帝大の一つとして、研究、教育にも当然人員をある程度キープしてレベルを維持しないといけない。その中で話になってきますので、この数字を単純に全て地域医療の数だとは見ていただきたくないなと思います。我々、7大学の中では唯一医学部が県に一つしかない。その中で地域医療とともに研究レベルを、国際的な、世界的な研究をしていかないといけないというミッションを負って、今までやってきました。それなりの人員を当然両方に振り分ける必要があって、それは研究科の中の各分野の教授の采配によるんだろうと思います。

○里見委員長 恐らく東北大学としては、新しく地域医療を担ってくれる新しい仲間を作るとい

う意味で、少し頑張っただけ協力しているということもあろうかと思えますね。

この件についてはよろしいですか。

それでは、一番最初に戻ります。修学資金について、恐らく宮城県の中でも全体として、需要としては300人ぐらいは収容できるでしょうけれども、その郡部における体制というのが本当に収容できるような体制になっているかということだと思います。煎じ詰めて考えれば、多分宮城県が80億円ぐらいを出して、年に30人ぐらいの方々をずっと入れ続けていくという、それは10年たちますと多分回収をして、そのお金を循環させるということで、その循環するお金が多分年間9億円ぐらいかかるという計算になるかなと思いますけれども、それを回収できなかったときに、宮城県としてある種の損害を覚悟しながら、この制度を走らせますかというような、そういう問いかけにもなるのかなという感じはいたしますけれども。

まあ、今ちょっと急に私が頭の中で計算して、循環しなくなるんじゃないですかというのが多分小川先生の質問なので、それが循環しなくてもそれは仕方がない、それはもう地域医療で十分に医者が賄えるような体制をとってもらったのだとしたら、それはそれでいいんだというぐらいの覚悟でやっていただけると、多分これは回るかなと。

○伊東委員 お話のように宮城県として出資というか、ファンドのほうに出資をいたしまして、循環をさせながら制度を維持していこうという考え方でございますので、本当に私どもにとっても、今お話しあったように、今後卒後の医師の配置がしっかりできて、そういう意味では回収ができないと、非常に制度として成り立たないということがございますので、先ほど話したように、基本的にいろいろな病院の方々のお話を聞いた中ではやっていけるとお思いますけれども、お話しあったように、もう少し具体的に、どこの病院に何人、いつということは今の段階では難しいにしても、もう少し具体的なシミュレーションというか、そういうものについては詰めていく必要があると考えておりますので、東北薬科大学様といろいろと協議をしていきたいと考えております。

○里見委員長 結構大きな話題だと思いますけれども、課題としてやっぱり協議をしていきましようということですかね。

○小川委員 ぜひ、だからシミュレーションをお出しいただければと思います。例示でいいですよ。だから、要するに将来こういう配置をすればちゃんとつじつまが合いますよということを、実際にどういう病院があって、そこにどのぐらいずつ配置すればどうなるという、ですからこういう新しい制度設計については、やる段階になって、ああちょっとまずったなというのでは、結局持続可能にはなりませんから、ですから持続可能になる可能性が高いんですよとい

うエビデンスを出していただければいいわけで、そういうシミュレーションを1つでも2つでもいいですから、こういうシミュレーションをすれば可能ですよということだろうと思うのですけれども。

○里見委員長 これはもうぜひ宮城県と薬科大のほうで協議をして、ちゃんと循環できるように……。

○堀田委員 協議をして、詳細を詰めて、何らかのシミュレーションをメールで後ほどお示ししたいと思います。

○里見委員長 修学資金制度について……。

○小川委員 あと、修学資金制度に関しましてもう一つ問題点を提起したいんです。恐らく大丈夫だとは思いますが、今55名が修学資金で入学しますね。一般枠が45という数でお考えになっているようですけれども、もし例えば宮城県の30名枠が埋まらなかった。あるいは55名の修学生が埋まらなかった場合、この大学設置の趣旨からして、やはり地域医療、そして東北の復興のためにやっているわけで、その趣旨から考えて、一般枠に振り分けるということはあり得ない話だと思うのですが、その辺の取り決めはどうなっているのでしょうか。

○堀田委員 まず、そもそも論として修学資金枠55名については、我々基本的に集まると考えておりまして、それは別に希望的観測とかということではなくて、既に各高校あるいは高校の進路指導担当者先生の説明会、あるいは予備校の説明会等もございます。こちら等で説明している中で、高校生なり予備校生の反応を見ますと、これは十分に55名という数字は確保できるのではないかとというのがございます。まず、これが大前提でございまして、ご質問の趣旨というのは、もし万が一集まらなかった場合、一般枠の振りかえを考えているのかということだとは思いますが、だからといって軽々に45名枠、一般枠を増やしていいとは、私どもは毛頭考えてございません。

○里見委員長 よろしいですか、はい。

○小川委員 それから、もう1点よろしいでしょうか。ちょっと話が修学資金から外れてもよろしいですか。

○里見委員長 あっ、修学資金から外れる。もうちょっと待ってください。

修学資金に関して何か、はい、どうぞ。

○山下委員 小川先生がおっしゃった10年のスパンで物を考えなさいというときに、修学資金で30名で10年、300名ですね。この人たちが本当にその地域の医療に定着するという方策は何なんでしょうか。結局、専門医のことが書いてないんですけれども、要するに長期的

に必ず後から後から入ってくるとなると、全部これは総合診療専門医を想定している。そうすると、本当にそういうことが可能でしょうかということです。一般枠に関しては、いろいろな大学病院に行ってどうのこうのというのがありますから、今、だいたい専門医制度で言いますと、この大学病院だけではないんですけれども、中核とした連携病院で2、3年で少なくともある程度いわゆる1階建てというのができて、まだ総合診療専門医に関しての概要がはっきりしていないので、例えば先ほどの小川先生のどういうキャリアパスですかというのの中に、専門医をとってもらって、それも総合診療専門医はとれましょうと。だけど、それ以外のそれぞれの分野の、自分は外科の専門医をとりたいんだとか、内科の専門医をとりたいんだというようなある程度のバラエティーを認めていかないと、多分長続きしないと思うのですね、この制度は。

もう一つは、ちょっと修学資金から外れるのですけれども、例えば先ほどの医師をある程度リクルートしてくるといえるときに、若い医師が東北医科薬科大学というものを母校として帰ってくるような道も作っておかないと、いつまでもほかからリクルートするとなると、多分長続きしないと思うのです。5年なり10年たつと、初期のチームはどんどん年が動いていきますから、そうすると総合診療専門医だけを育てていても、内科の呼吸器をやる人とか、循環器をやる人というのをどうやってリクルートするんだろうという、その長期的な展望も含めて、小川先生がおっしゃった、10年たったときにどういうふうにして人を育てていくんだというのには、それも考えてお示しいただいたほうがわかりやすいのではないかなと思うのです。

○里見委員長 キャリア支援の中で専門医というものをどういうふうに捉えて、それをちゃんと支援できるような体制になっているのかという疑問ですね。何か下瀬川先生ありますか。

○下瀬川委員 私見でもいいですか。長期にわたってのキャリア支援というのは非常に大事だと思います。専門医を取らせるとか、そういったことも含めての10年間をどういうふうにして教育体制をとるのかは大事だと思うのですけれども、地元に着用するというところから言えば、東北地方の医師はみんな感じていると思うのですけれども、小川先生も感じていると思うのですけれども、地域に同化することが大切。東北地方のお嫁さんをもらって、東北地方で子供を育てて、それが定着する一番大きな要因だと思います。あまり難しいことは言わなくても。

○里見委員長 ちょっと話が別な方向になって、お婿さんとかお嫁さんを世話するという話になりましたけれども。

キャリア支援の中で、今度専門医制度がいろいろ変わってきて、基幹病院と連携病院という形になる。多分連携病院というものになっていくと、その中でやった症例とかそういうのが専

門医を取るときにカウントされるようになると思いますが、そういうことを少し考えながら、キャリア支援というのをやっていくということで、何とかクリアできるかなという気はいたしますけれども、やっぱりその辺はもうちょっと、いずれはきちんと整理をして、これに乗りやすいような体制は作ってあげる必要はあるかなと思います。

ちょっともう修学資金から離れても……、あっ、どうぞ。

○阿部委員 修学資金とちょっと関係ないんですけど、キャリア形成のところで私も山下先生と同じ危惧は持っているんです。ですから、総合診療医の専門医だけという形になってしまうと、そのために作っているような医学部かもしれないんですけども、かなり領域が狭くなってしまふ。このキャリア形成のプランを見ますと、10年という形になってはいますが、これだと14年という形にも資料4には出ていますね。その中に研修のところは2年入っていますけれども、そこが義務年限から外れていますし、トータルとして、もし専門医を取るために14年かかるかもしれない。ですから、医学部に入ってきて、将来卒業したときに、自分の専門医をどこで取るか、どういう分野で取るかというのは、かなり関心が高いところだと思います。

確かに総合診療医という形の、そういう専門医だけを育てるというコースもあっていいかもしれませんが、果たしてそれだけの場合に長続きするかどうかというのは、非常に問題になってくると思うのです。ですから、キャリア形成の中で専門医を取るためにどのように担保する仕組みを作っているのか。そこをぜひもっと具体的に出していただかないと、やはりだめかなとは思うのです。ぜひそこを検討していただければと思います。

○里見委員長 必ずしも総合専門医だけではなくて、多分いろいろな専門医に行けるようなシステムにしておかないと、ちょっと魅力がなくなるかなという気がします。そこら辺はぜひ検討しておいてください。

では、修学資金を離れても結構ですので、小川先生。

○小川委員 すみません。

本協議会の主立ったメンバーといいますか、東北六県の大学の委員とそれから東北六県の医師会の委員と日医の釜菴先生で、一応有志として正式に運営協議会の開催をお願いするという要望書を6月11日に出しているんですけども、これはですから先ほどの参考資料の1の検証結果の中にも、協議会を継続して開催して議論が十分に尽くされていない点について検討を行うことと指摘されていることをごさいます。

3月段階で本協議会としてもまだまだ議論が十分に尽くされていない項目がたくさんありま

すよねという指摘はしていたはずでありますけれども、6月11日に正式に要望書をお出ししたにもかかわらず、今日は7月27日でもう1カ月以上たっているわけでありまして、この間、「わかりました」とか「今忙しいからもうちょっとお待ちください」とか、そういう返事が一切なかったんですけれども、極めて遺憾だと思うのですが、いかがでしょうか。

○高柳副委員長 最初に冒頭お話ししましたように、この協議会が大変遅れましたこと、改めておわび申し上げますけれども、3月に構想審査会で設置申請を出していいということが決まりました、実はもうかなり時間が切迫していました。3月の末にようやと書類を申請したと。申請した後は、小川先生もご存じでしょうけれども、大学設置・学校法人審議会のそれぞれの設置分科会あるいは法人分科会の書面審査、そして面接審査、そして実地調査、それぞれにずっと受けまして、正直言って、なかなか今回の教育運営協議会に中途半端な形で対応することができないと、難しいと、そういう状況でありました。ですから、この設置審のほうの対応がある程度目途がついて、6月に補正申請を出しましたけれども、それ以降するのがいいだろうということで今日まで延びたということでございます。

○小川委員 延びた理由はわかるんですけれども、私が申し上げているのは、要するにこの協議会の正式メンバーの13名の連名で正式に申し入れをしていることでもありますから、「今とてもじゃないけれども、そういう状況じゃないから、もうちょっとお待ちください」とか、ちゃんとしたご返事があってしかるべきでしょうという話です。

○堀田委員 大変失礼いたしました。以後、十分注意したいと思います。申し訳ございませんでした。

○小川委員 それから、もう1点、そのときに申し上げているのは、大学設置・学校法人審議会が開催されて、薬科大学には文書で指摘事項が届いているはずだから、これを協議会のメンバーに開示をしてくださいというお願いもあわせてしてあるんですが、本日その資料も何もないんですけれども、その辺はどうなっているのでしょうか。

○寺門オブザーバー 大学設置・学校法人審議会の取り運びに関することでございますので、私の方からの発言をお許しいただきたいと思いますが、先ほどご説明しましたとおりでございますけれども、設置審査につきましては、これも先生、「釈迦に」でございますが、大学設置基準の適合状況について大学設置・学校法人審議会として審査をするというものでございますので、審査途中におきまして、その状況について詳細を開示して、この協議会でご議論いただく性格のものではないということでございます。これも先生十分ご存じだと思いますけれども、従来より公正な審査を行っていただく観点から、審査日程に至るまで全て非公開でし



でございます。ただ、本日の協議会の運営に当たって必要な条件、状況、情報、例えば先ほどお話しございました教員審査の差し替え等に当たっても、当然必要な状況の変化等についてはご報告があったと見ているところでございます。そういった点も含めまして、先生からのお申し越しについては、今申し上げた趣旨でご理解を賜ればありがたいと存じます。

○小川委員 この協議会の性格なんですけれども、これは確か、平成26年10月11日に東北薬科大学の理事会でこの医学部の教育運営協議会の要項というのが作られておりまして、申し訳ありませんが、事務長、第1条の下から2行だけでも読んでいただけますか。

○堀田委員 教育運営協議会要項でしょうか。第1条の下から2行目……、「育成を行っていくため」というところですか。

○小川委員 そうそう。

○堀田委員 「……のため、本学に東北医科薬科大学医学部教育運営協議会（以下『協議会』と言う。）を置く。」、です。

○小川委員 となっていますよね。本学に協議会を置くとなっていますわけです。ですから、我々としては部外者だという認識はありません。だから、今の文部科学省の回答からすれば、部外者以外には開示をするなどというのはよくわかるんですけれども、本学に置かれている協議会にありますから、だとすれば大学の一部として我々活動しているんだということでありまして、第3条にも「協議会は次に掲げる委員をもって組織し、本学理事長が委嘱をする」と。ですから、高柳先生から委嘱をされて、東北薬科大学に置かれている協議会として活動しているんだということでありまして、我々は部外者であるという認識はちょっとおかしいのではないかなと思うのですが、この規定からすれば。

○堀田委員 すみません、決して部外者と思っているわけではないのですが、ただこの第1条の趣旨というのは、その前にある「将来にわたり復興のための医学部設置という趣旨に基づいた医学部の教育運営と各地域のニーズを踏まえた人材育成を行っていくために本学に運営協議会を設置する」というのが趣旨ではなかろうかと理解しております。したがって、設置認可申請の状況について、積極的になかなかちょっと議論するという、字面の解釈で言えば、そういう解釈でよろしいのかなと考えますが。

○小川委員 第2条に所掌事項ってあるじゃないですか。これに基づいて今日も議論しているわけで、その中に修学資金制度とか、地域定着の方策とか、教員医師の確保に関する事等々が入っているわけで、そうしますとそれを議論するためには、大学設置・学校法人審議会のほうからどういう指摘があったのかということをお知らせいただければ、ちゃんとした議論ができない

ということにもなりかねないと思いますので、それで本学に置かれている協議会であり理事長から委嘱をされている委員でございますから、そこに開示をすることは、何ら問題はないとは私は思うのですけれども。

○堀田委員 すみません、ちょっとその辺の解釈になりますと、私の守備範囲を越えてしまますので……。

○高柳副委員長 あっ、どうぞ。

○寺門オブザーバー では、副議長のご指示に。

小川先生のご趣旨でございますけれども、元々この運営協議会は7回にわたって精力的にご議論賜っているというそもそものが、7つの条件に端を発して、その条件の充足状況、特に教員審査、地域医療への影響、それから定着策ということでございます。

一方で、大学設置・学校法人審議会というのは設置基準の充足状況でございますので、例えば教員の部分については重なるところもございます。そういう意味では、これまでもでございますし、今回の資料におきましても基本的な情報というのは十分開示されていると思いますし、それにおいてはすみ分けをそれぞれ行ってご審議を賜っているところでございますので、そういう意味では大学設置・学校法人審議会のほうに出されている設置審の状況というものについての情報というのは、必要なものは開示されていると思いますので、その点は改めてご了解いただきたいと思います。

○里見委員長 よろしいですか。

○小川委員 納得はできませんがね。

○里見委員長 ほかに何かございますか。

よろしいですか。こちらで……。

○小川委員 時間がちょっと余っているようですから、情報提供でもよろしいですか。

○里見委員長 はい、じゃあ、まあ、どうぞ。

○小川委員 ちょっと薬科大学の先生というか、事務局の方、ちょっと手伝ってくれる。皆さんに資料をお渡しいただければ。報道関係の方々にもあると思うんだけど。

これは、単なる情報提供でございますので、他意も何もございません。ただ、本協議会が3月までいろいろやってきて、その後に出てきたものでございますから、7月1日付で読売新聞に載ったものでございまして、要するに現在の医師養成を続けていけば、大体年間5,000人ずつ医師は増えていって、OECDの平均を2025年にはオーバーするという記事でございまして、1段目の4行目ぐらいに、先進国が主に加盟する経済協力開発機構の平均を上回る

との推計を厚生労働省がまとめたとなっております、そのもとがどこにあるかということでございますけれども、下にございます首相官邸の政策会議、社会保障制度改革推進本部というところで議題になって、5番目の地域医療構想の実現に向けた今後の対応についてというところで厚生労働省が出した資料でございます。

裏をご覧くださいますと、これは厚生労働省提出資料の抜粋ということになってございますが、これは三師調査を基にしてOECDの加重平均が10万人当たり医師数280人であると。これが今の日本の状況で医師数が増えていくと、2025年にはOECDの加重平均の280を上回るというもともとのデータでございまして、これにさらに今現在厚生労働省と文部科学省のほうでいろいろと医師需給の調査等々が行われているようでございます。

2025年にOECDの加重平均を上回ってしまうので、これを未来永劫増やしていくのではなくて正常化をするのであれば、2025年の卒業生から減らしていかなければ、永遠と人口が減っている中で、医師数だけが増えていくという非常におかしい形になっていくわけでありまして、そうしますと2025年にOECDの加重平均がいかどうかわかりませんが、これに準じて定員を削減をしていくなれば、6年前に定員を削減しなければならないわけでありまして、2025年の6年前というと2019年ということになります。ということになりますと、今現在ご努力をされて医学部新設を頑張っておられるわけですが、新設されたと仮定をして、その第1期生が卒業するはるか前、まだ低学年のうちに定員削減をしなければならないという実情にあることが、これは別に私が作ってきたわけではありません、新聞報道と新聞報道の基になった社会保障制度改革推進本部の調査会で厚生労働省、国が報告をしたものでございますので、一応これは情報提供ということで、これでとやかく何を言おうというわけではありませんが、一応情報提供とさせていただきます。

○里見委員長 はい、ありがとうございます。情報提供ということですので、情報をどうぞ参考にいただければと思います。

ほかにご意見等ございませんでしょうか。はい、どうぞ。

○小山田委員 今のことに関連して、参考資料1の「二、今後の対応が必要な事項」というところの(5)将来の医師需給等に対応して定員調整の要請があった場合には適切に対応することという項目がありますよね。先ほどちょっと触れましたように、多いところにまさしく偏在で多い状況で、全体としてはこうだけれども、人口減少と過疎化しているところは経済的な運営が厳しくなると思われまして、そうしますと、全体の数が少なくなると、もう成り立たなくなるのは明らかですので、どうしても人口集中しているところに行くのは必然だと思うのです。で

は、そうじゃないところは充足するのかというと、そうじゃないところが実際にたくさんあると思いますので、不足しているところは不足しているところで存在していくんだと私は思いますね。それから、集中しているところには集中して、いろいろな新たなニーズがそこに出ていくんだと。そして、それが成り立っていくような進め方をするんだろうなと思っておりますけれども。これも関係のない自分の私見で、考えですけれども。

○里見委員長 いや、危惧する点はたくさんあって、それが本当に地域医療の一番大きな問題かもしれません。ただ、なかなかここだけでは解決できない、もっと国の大きな政策の中で解決しなければならない問題かもしれないと思います。

### Ⅲ. 閉 会

○里見委員長 大体議論も尽きたように思いますけれども、よろしいでしょうか。

それでは、どうもありがとうございました。これにて第7回を終わりにいたします。