

【高教】

以 10 年為限，核定地方 10 縣大學最多增加 10 名醫學院招生名額。(朝日新聞 2006 年 8 月 31 日刊登)

為了要解除地域及每次在地方診療所專科醫生的不足，厚生勞動省、總務省、文部科學省等 3 省在 31 日彙整發表了新的確保醫師總合對策。特別對醫師嚴重缺乏的東北及中部地區等 10 個縣，認定從 2008 年起最長 10 年為限，給予大學醫學院入學名額各別增加 10 位名額。醫學院的名額雖然還是繼續抑制中，也可以說是暫訂但也變為 24 年來の方針轉變。對於在偏僻承擔醫療的醫師培育的自治醫科大學，除了臨時追加名額之外，也支援促進醫師匯集的對策。

認定增加名額基準是以人口或面積平均醫生人數極少的青森、岩手、秋田、山形、福島、新潟、山梨、長野、岐阜、三重等 10 個縣。各縣為了讓醫師能夠居留下來而以創設獎學金制度為條件，決定增加縣內大學醫學院名額。及對於獲得貸款獎學金的醫師於畢業後也在製作分配安置計畫之下履行義務。

自治醫科大學是每年從各都道府縣有 2 至 3 名入學，但是 2008 年起限定 10 年之間，從現在的 100 名增加到 110

名。特定以醫師嚴重不足地區的學生為對象。

根據厚生労働省指出在醫院或診療所工作的醫師從每年增加約 3500 人至 4000 人，在 2022 年預測全體會達到約 30 萬 5000 人的「長期來說醫師是足夠的」。

考慮到醫師過剩與醫療費用增大有關，政府在 1982 年的內閣會議決議提出抑制培養醫師之決定，並於 1997 年內閣會議決定了「削減醫學院招生名額」。但是這幾年，在地方上的醫師不足，及小兒科與婦產科等特定的診療科的醫師嚴重不足之下，因此決定了轉換方針。

不過，厚生労働省此次增加名額屬於「暫定的措施」，儘管 10 年期限過後醫師還是無法固定居留下來的話，核定名額有可能會被削減。

對醫學院增加名額是全國知事會等以地方為中心強烈要求的反面，對醫師能夠在現場活躍為止需要花費將近 10 年，因此，被指責時效性微薄。

為這個原因，3 省以短期的對策，除了對每個都道府縣使醫師前往重點醫院匯集化，重點化之外，對現在 31 都道府縣實施的小兒急救電話商談業務將擴大到全國的都道府縣。而且為了減輕醫師的負擔，除了要對生產時因醫療事故

受到障害の病患検討救済結構之外，促進利用醫院内の保育院等讓女性醫師更容易工作的環境整備。離島對策是利用直升機的巡迴診療，也支援住民赴遠地接受產婦人科診療時的住宿經費等也都溶入總合對策內。