

# 興 振 學 醫

日本私立医科大学協会

第 75 号

## Contents

|             |                                 |         |
|-------------|---------------------------------|---------|
| 巻 頭 言       | 「私立医科大学における消費税の現状と今後の課題」.....   | 2 ~ 7   |
| 座 談 会       | 「医学教育の国際性について」.....             | 8 ~ 27  |
| 論 壇         | 「私立医科大学における基礎研究の活性化と人材育成」.....  | 28 ~ 32 |
| 施設紹介        | 「慶應義塾大学病院 3 号館（南棟）竣工・稼働」.....   | 33      |
|             | 「順天堂大学センチュリータワー改修工事完成」.....     | 34      |
|             | 「杏林大学医学部付属病院新第三病棟竣工」.....       | 35      |
|             | 「藤田保健衛生大学低侵襲画像診断・治療センター竣工」..... | 36      |
|             | 「獨協医科大学越谷病院附属腎・予防医学センター開設」..... | 37      |
| 医大協ニュース     | .....                           | 38 ~ 43 |
| 協会及び関係団体の動き | .....                           | 44 ~ 49 |

## 関西医科大学の前身、大阪女子高等医学専門学校



第一期生と教職員の集合写真（昭和3年11月10日昭和天皇御大典記念）

関西医科大学の前身、大阪女子高等医学専門学校は昭和3年6月30日、当時の大阪扁桃腺病院院長の濱地藤太郎により、西日本で唯一の女子医育機関として、交野が原に位置する大阪府北河内郡牧野村（現枚方市宇山東町）に創設された。当時の設立趣旨書には、知育・徳育・体育のバランスに留意し、医学教育と同時に一般教養科目や人間性教育による人格陶冶の重要性が強調され、次に女性の特性を活用した特色ある女医育成についての配慮や、良妻賢母であるような女医育成の目標などが掲げられていた。

第二次世界大戦後の教育制度の改革に伴い、大阪女子高等医学専門学校は昭和22年6月18日に大阪女子医科大学に昇格、さらに昭和29年12月1日には男女共学制を採用、校名を関西医科大学と改め、今日に至っている。

関西医科大学の建学の精神を表す言葉「慈仁心鏡」は、

学歌「のぞみ」に詠われた「慈仁（めぐみ）を心の鏡となして」の歌詞から生まれ、医師が当然持っているべき心を的確に表現しており、しかも個性的で、時代と性を超越した精神を脈々と伝えている。



昭和8年交野が原に広がる大阪女子高等医学専門学校校舎群

## 巻頭言

「私立医科大学における消費税の現状と  
今後の課題」

日本私立医科大学協会  
総務・経営部会担当副会長  
学校法人獨協学園理事長、獨協医科大学名誉学長

寺野 彰 氏



## 1. はじめに

今年、平成24年、民主党野田内閣のもとで、消費税の増額が決定され、現在の消費税率5%が平成26年4月から8%、平成27年10月から10%になる可能性が強くなった。現在の我が国の財務状況と国際的な動向からやむを得ないというのが我が国の多数の意見である。しかし、我々医療者は、この消費税が医療にとっていかに不公平でかつ大学及び病院経営にとって危機的状况をもたらそうとしているかを認識しているであろうか。

平成元年実施の消費税法は、最終消費者がその税額を負担する建前になっているにもかかわらず、政策上非課税とした三項目（医療・教育・福祉）については、事業者である学校法人等が消費税を負担するという矛盾を抱えた制度となっている。

なぜこのような制度になっているのかについては、詳細は後述するが、概略は以下のようである。すなわち、消費税の非課税措置により、医科大学においては、課税仕入れ（教育機器・建築費・書籍・コンピュータ・医療機器・医薬品・医療材料費・光熱費等）にかかる消費税が、その一部しか税額控除できず、通常なら認められる還付が認められないの

である。従って、最終消費税は、消費者である患者等ではなく、病院・大学が負担することになり、学校法人の多大な負担となってくるのである。このことは今後消費税率が上昇してくるにつれて、私立医科大学にとって巨大な負担となり学校経営を圧迫することになる。政府は、このような消費税負担の矛盾において、診療分消費税に対して診療報酬の中で補填していると主張するが、調査によると十分なものではなく、実際の消費税負担は巨額にのぼっている。このような状況をいかに回避するか、我々私立医科大学協会は、日本医師会等とともに、政府に対して強い主張・要請をして行く必要がある。

## 2. 私立医科大学における消費税の現状

まず最初に客観的データとして、私立医科大学病院の消費税実績額総合計（平成23年度、29大学83病院）について説明する。

（1）病院消費税実績額調査（合計額）について

## 【表1】

## ①消費税負担額E

これは、診療報酬に関係した消費税であるが、昨年度より25億1,800万円増えて、334億3,400

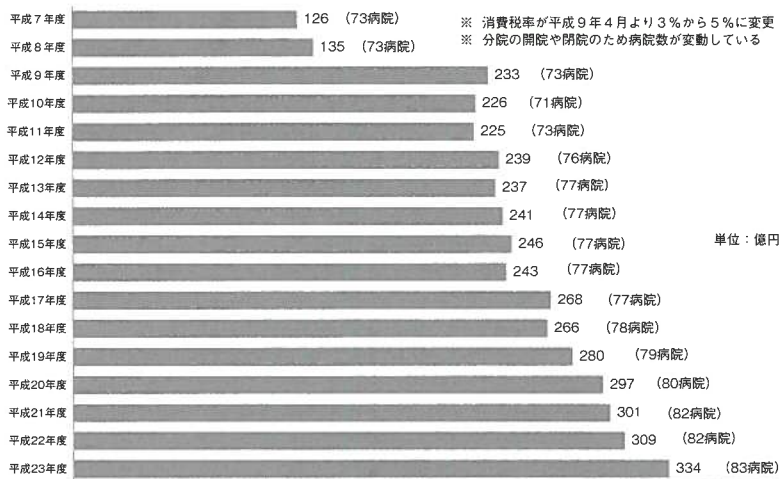
【表 1】

| 平成19年～平成23年度 病院消費税実績額調査<br>(29大学83病院合計統計) |    |              |         |              |         |              |         |              |         |              |         |     |
|-------------------------------------------|----|--------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|-----|
| (単位：百万円)                                  |    |              |         |              |         |              |         |              |         |              |         |     |
| 科目                                        | 年度 | 平成19年度（80病院） |         | 平成20年度（82病院） |         | 平成21年度（82病院） |         | 平成22年度（82病院） |         | 平成23年度（83病院） |         | 備 考 |
|                                           |    | 実 績 額        | 消 費 税 額 | 実 績 額        | 消 費 税 額 | 実 績 額        | 消 費 税 額 | 実 績 額        | 消 費 税 額 | 実 績 額        | 消 費 税 額 |     |
| 医 療 収 入                                   | A  | 1,217,952    | 3,205   | 1,271,469    | 3,261   | 1,317,048    | 3,349   | 1,406,993    | 3,360   | 1,461,312    | 3,333   |     |
| 人 件 費                                     |    | 586,046      | 402     | 608,200      | 430     | 620,597      | 457     | 635,515      | 445     | 663,188      | 503     |     |
| 医 療 経 費                                   |    | 430,146      | 20,460  | 446,347      | 21,239  | 469,900      | 22,161  | 487,005      | 23,138  | 511,105      | 24,317  |     |
| 教 研 経 費 ・ 管 理 経 費                         |    | 185,660      | 8,115   | 195,091      | 8,622   | 199,909      | 8,647   | 201,479      | 8,576   | 205,373      | 8,860   |     |
| 医 療 収 支                                   | B  | 16,100       | -25,772 | 21,831       | -27,030 | 26,642       | -27,916 | 82,994       | -28,799 | 81,646       | -30,347 |     |
| 医 療 外 収 益                                 |    | 50,463       | 832     | 50,120       | 848     | 65,333       | 970     | 57,665       | 856     | 59,389       | 1,076   |     |
| 医 療 外 経 費                                 |    | 71,186       | 0       | 53,839       | 0       | 72,194       | 0       | 66,818       | 0       | 61,492       | 0       |     |
| 医 療 外 収 支                                 | C  | -20,723      | 832     | -3,719       | 848     | -6,861       | 970     | -9,153       | 856     | -2,103       | 1,076   |     |
| 施 設 ・ 設 備 費                               | D  | 67,458       | -3,040  | 84,062       | -3,527  | 89,182       | -3,216  | 72,188       | -2,973  | 107,396      | -4,163  |     |
| 収 支 計 B + C + D                           |    | 62,835       | -27,980 | 102,174      | -29,709 | 108,963      | -30,162 | 146,029      | -30,916 | 186,939      | -33,434 |     |
| 消 費 税 負 担 額                               | E  |              | 27,980  |              | 29,709  |              | 30,162  |              | 30,916  |              | 33,434  |     |
| 消 費 税 納 付 額                               | F  |              | 2,109   |              | 2,064   |              | 1,942   |              | 2,123   |              | 2,131   |     |
| 消 費 税 合 計 E + F = G                       |    |              | 30,089  |              | 31,773  |              | 32,104  |              | 33,039  |              | 35,565  |     |
| 医療収入に対する負担額 G / A %                       |    |              | 2.47%   |              | 2.50%   |              | 2.44%   |              | 2.35%   |              | 2.43%   |     |

厚生労働省社会保険診療報酬消費税補填分の計算  
平成元年度から平成8年度診療報酬転嫁加算率 0.76%  
平成9年度以降の診療報酬転嫁加算率 1.53%

| 科目          | 年度 |  | 平成19年度（80病院） |        | 平成20年度（82病院） |        | 平成21年度（82病院） |        | 平成22年度（82病院） |        | 平成23年度（83病院） |        | 備 考 |
|-------------|----|--|--------------|--------|--------------|--------|--------------|--------|--------------|--------|--------------|--------|-----|
|             |    |  | 実績額          | 消費税額   | 実績額          | 消費税額   | 実績額          | 消費税額   | 実績額          | 消費税額   | 実績額          | 消費税額   |     |
| 医療収入及び補填額   |    |  | 1,150,647    | 17,340 | 1,202,998    | 18,129 | 1,246,724    | 18,787 | 1,336,443    | 20,139 | 1,391,317    | 20,966 |     |
| 補填後消費税負担額 H |    |  |              | 12,749 |              | 13,644 |              | 13,317 |              | 12,900 |              | 14,599 |     |
| 医療収入に対する負担額 |    |  |              | 1.05%  |              | 1.07%  |              | 1.01%  |              | 0.92%  |              | 1.00%  |     |

【図 1】 加盟大学附属病院消費税負担額の推移 ※消費税納付額を除く



【表 2】 加盟大学法人実質消費税負担総額推移表

| 単位：千円      |            |            |            |            |            |            |            |
|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
|            | 平成17年度     | 平成18年度     | 平成19年度     | 平成20年度     | 平成21年度     | 平成22年度     | 平成23年度     |
| 法人実質消費税    |            |            |            |            |            |            |            |
| 負担総額（29大学） | 39,588,142 | 39,556,048 | 38,608,254 | 40,650,730 | 42,621,542 | 42,741,617 | 45,313,516 |
| 対前年土肥（増減率） | —          | ▲0.1%      | ▲2.4%      | 5.3%       | 4.8%       | 0.3%       | 6.0%       |

〔消費税法人実質負担額を算定する算式について（説明）〕  
[(課税支出に係る消費税) - (課税収入に係る消費税)] + (納付税額)  
= [(課税支出に係る消費税) - (課税収入に係る消費税)] + [(課税収入に係る消費税) - (課税支出に係る消費税控除額)]  
= (課税支出に係る消費税) - (課税支出に係る消費税控除額)  
= 法人実質消費税負担額

出典：表 1、2、図 1 ともに日本私立医科大学協会調査より

万円となっている。これは、課税支出と課税収入から算出される、仮払消費税と仮受消費税(後述)の差額が増加したということになる。【図1】

## ②消費税納付額F

これは、国へ納付する消費税である。昨年度より800万円増えて、21億3,100万円となっている。

## ③消費税合計G

病院の実質的な消費税負担額は、「消費税負担額E」と「消費税納付額F」を合わせた額となる。昨年度より25億2,600万円増えて、355億6,500万円となっている。

この消費税合計を、1大学平均で試算すると12億円となり、病床数1床あたりでは70万7,000円となる。なお、消費税合計は、全医療収入額の2.43%に相当している。

## ④補填後消費税負担額H

これは、実質的な消費税負担額合計である355億6,500万円から、診療報酬の中の補填額(注)209億6,600万円を差し引いた額である。昨年度より16億9,900万円増加して、145億9,900万円となっている。

この145億9,900万円は、平成元年より消費税が導入されたため、大学が負担することになった金額であり、大変大きな負担額である。

## (2) 各加盟大学の消費税負担額【表2】

①平成元年からの消費税率3%が、平成9年より5%に変更されたため、1大学当たりの消費税実質負担額は平成9年度から11億円を超えることになった。

②私立医科大学29大学の実質負担額は、平成2年度142億3,000万円であったものが、平成23年度では負担総額453億1,000万円となり、1大学当たり15億6,000万円と膨大な負担となっている。

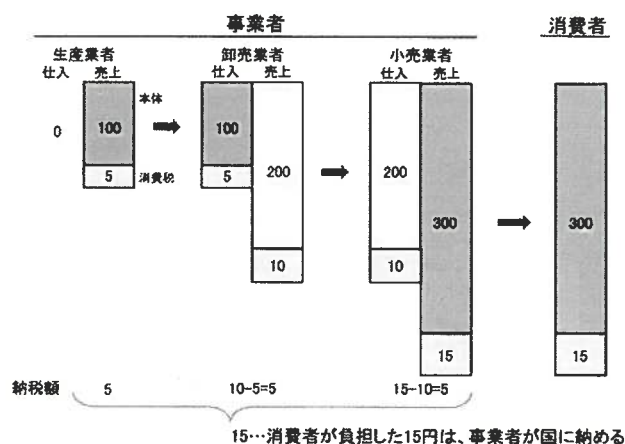
## 3. 消費税について

消費税法においては、医療収入は自由診療を除いて、社会政策的な配慮から基本的に「非課税売り上げ」として扱われている。現在問題となっているのは、医療収入が非課税扱いとなっているのに対し、医療機関が診断・治療のために購入する医薬品や医療材料、診断器具等には消費税がかけられており、消費税を大学病院が負担しなければならない制度である。一般的に消費税は、売り上げたときに消費者から受け取った消費税(仮受消費税)と、仕入れたときに支払った消費税(仮払消費税)との差額を納税することになっている。

例えば、ある商品を生産業者が100万円で売り上げた場合、5%の5万円を消費税として受け取り、納税することになる。その商品を買った卸売業者がその商品を200万円で売り上げた場合、仮受消費税は10万円となるが、納税すべき消費税は、5万円となる( $10 - 5 = 5$ )。さらにこの商品を仕入れた小売業者が、300万円で売ったとすると、納税すべき消費税はやはり5万円となる( $15 - 10 = 5$ )。結局、この商品を買った最終消費者は315万円支払うことになり、消費税は15万円となる。そして、生産業者、卸売業者、小売業者の納税した各5万円は、消費税導入により各事業者により多く生じた資金余剰である。これを納税するのであるから各事業者には消費税導入により、資金余剰も、資金減も生じていないこととなる。結局、生産者、卸業者、小売業者は、仮受消費税と仮払消費税の差額を納税すること

【図2】

### 1. 消費税の負担と納付の流れ



出典：国税庁資料より

から、結果的に消費税導入によりキャッシュフローへの影響は受けていないことになり、税率が5%であろうが10%であろうが、手元に残るお金は100万円であり、消費税の負担をしていないことになる。他方、最終消費者は15万円の消費税を負担することになり、税率が10%になれば30万円の消費税を負担することになる。【図2】

#### 4. 私立医科大学における消費税

このように、消費税は最終消費者が負担するものであり、小売業者等は、税率にかかわらず、消費税を負担する必要がないことになっている。

ところが、大学病院等医療機関においては、医療収入のほとんどが非課税売り上げであることから、最終消費者である患者への請求に消費税を転嫁できないことになっている。他方、医薬品、医療材料、診断器具等の仕入れについては、消費税を支払っている。前記のように仮払消費税は仮受消費税から控除して納税する。しかし、非課税売上に対応する仕入れから生じる仮払消費税は仮受消費税から控除することができない定めとなっている。このことが医療機関にとって大きな問題となる。仮受消費税から控除できないため納税額が増加することとなる。結果的に医療機関は最終消費者ではないにもかかわらず最終消費者として仮払消費税分の消費税を負担しているのである（損税）。

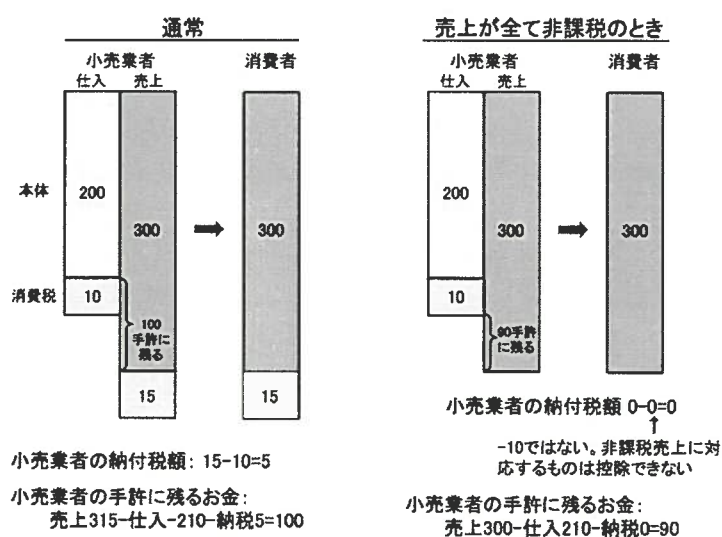
非課税取引と同じように消費税のかからない取引として、輸出取引がある。国内企業が製品を海外へ輸出する際には海外の輸入企業は消費税を支払わない。そのため国内企業には医療機関と同様に消費税は入ってこない。しかし、輸出売上は免税売上とされ、課税売上と扱われることから、「輸出売上に対応する仕入れから生じる仮払消費税」は仮受消費税から控除することができる。

このような仕組みは「ゼロ税率」と呼ばれている。このゼロ税率の仕組みにより、輸出企業は一般の企業と同様に消費税の負担をしない結果となる。この点が医療機関と大きく違う点である。輸出企業も医療機関も顧客から消費税をもらえない点では同一である。しかし、輸出企業は仮受消費税から仮払消費税を控除して納税するのにに対し、医療機関は仮受消費税から仮払消費税を控除できないのである。【図3】

そこで政府は、平成元年の消費税導入時に社会保険診療を損税負担解消として0.76%アップして措置し、さらに平成9年消費税率を3%から5%に引き上げた際に、これを0.77%アップして措置し、合計して1.53%を社会保険診療報酬に加算して医療機関の損税負担解消に充当したと主張している。

ところが、私立医科大学病院における控除対象外消費税は、社会保険診療報酬のうち、2.5%から2.7%の割合で発生しており、還付されるものではない。仮にこの消費税割合を2.5%と仮定しても、政府による補填1.53%を差し引いた0.97%を医療機関が負

【図3】 通常と非課税の比較



#### 非課税取引

##### (1) 税の性格から課税対象とすることになじまないもの

- ・ 土地の譲渡、貸付～土地は「資産」だが消費されるものではない
- ・ 有価証券の譲渡～有価証券は「資産」だが消費されるものではない
- ・ 利子を対価とする金銭の貸付～貸付金は「資産」だが消費されるものではない

##### (2) 社会政策的な配慮

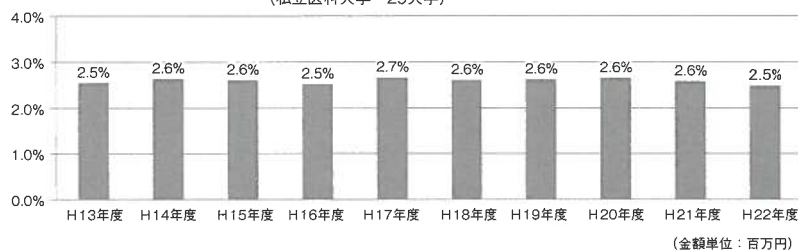
医療、学校教育としての資産の譲渡及び貸付並びに役務の提供、教科書の譲渡、住宅の貸付（会社の事務所としての貸付は課税）

出典：国税庁資料より

【図4】

経年推移をみても社会保険診療収入の2.5%~2.7%の割合で控除対象外消費税が発生している（私立医科大学病院）。決して一時的な負担ではない。

社会保険診療報酬に占める控除対象外消費税額の割合  
(私立医科大学 29大学)



(金額単位：百万円)

|                          | H13年度   | H14年度   | H15年度     | H16年度     | H17年度     | H18年度     | H19年度     | H20年度     | H21年度     | H22年度     |
|--------------------------|---------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 大学数                      | 29      | 29      | 29        | 29        | 29        | 29        | 29        | 29        | 29        | 29        |
| 病院数                      | 77      | 77      | 77        | 77        | 78        | 79        | 80        | 82        | 82        | 82        |
| 社会保険診療収入（総額）             | 997,293 | 994,214 | 1,026,837 | 1,045,291 | 1,076,539 | 1,104,980 | 1,150,647 | 1,202,998 | 1,246,724 | 1,336,443 |
| 控除対象外消費税額（総額）            | 25,332  | 26,073  | 26,713    | 26,371    | 28,597    | 28,725    | 30,089    | 31,773    | 32,104    | 33,039    |
| 1大学当り控除対象外消費税額           | 874     | 899     | 921       | 909       | 986       | 991       | 1,038     | 1,096     | 1,107     | 1,139     |
| 1病院当り控除対象外消費税額           | 329     | 339     | 347       | 342       | 367       | 364       | 376       | 387       | 392       | 403       |
| 社会保険診療報酬に占める控除対象外消費税額の割合 | 2.5%    | 2.6%    | 2.6%      | 2.5%      | 2.7%      | 2.6%      | 2.6%      | 2.6%      | 2.6%      | 2.5%      |

Japan Medical Association

【表3】

平成22年度  
私立医科大学病院消費税負担について  
(私立医科大学 大学数：29 病院数：82)

(単位：百万円)

|                                  |           |
|----------------------------------|-----------|
| 社会保険診療報酬（総額）                     | 1,336,443 |
| 控除対象外消費税額（総額）【損税】                | 33,039    |
| 社会保険診療報酬（総額）に占める控除対象外消費税額（総額）の割合 | 2.47%     |
| 1大学あたり控除対象外消費税額                  | 1,139     |
| 1病院あたり控除対象外消費税額                  | 403       |

厚生労働省社会保険診療報酬消費税転嫁加算率1.53%  
が補填されたものと仮定する

(単位：百万円)

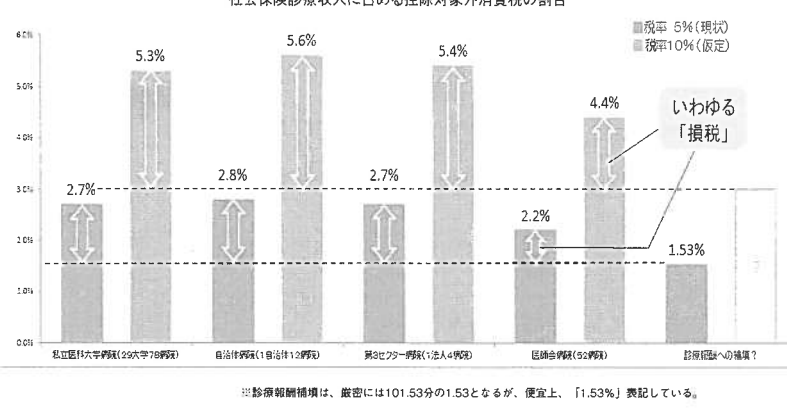
|                              |        |
|------------------------------|--------|
| 平成22年度診療報酬への転嫁額（消費税補填額）      | 20,139 |
| 補填後の消費税負担額                   | 12,900 |
| 社会保険診療報酬（総額）に占める補填後消費税負担額の割合 | 0.97%  |

【図5】

### 消費税率引き上げとその影響

仮に1.53%が現在でも補填されているとしても、1.53%では、不十分だったことは明らか。  
この不足は、消費税率が上げれば拡大する。

社会保険診療収入に占める控除対象外消費税の割合



出典：図4、5は日本私立医科大学協会と日本医師会により作成。表3は日本私立医科大学協会調査より

## 5. 消費税引き上げへの対応

既に述べた通り、我が国の消費税率は、平成26年4月から8%、平成27年10月から10%に引き上げられ、財政不足から今後更なる引き上げが予想される。

以上のような事情から、今後、国が学校法人に対する消費税実質負担軽減の施策をとらない限り、きわめて深刻な大学の財政状況に陥ることになる。

本協会は、日本医師会等関係団体と綿密な連携をとり、文部科学省・政府税制調査会・財務省・厚生労働省・中央社会保険医療協議会「医療機関等にお

ける消費税負担に関する分科会」他各関係方面と税負担解消の折衝を粘り強く継続して行く方針である。

今後の具体的方針としては、現在の医療費の非課税制度を課税制度としてゼロ税率とし、消費税の還付を可能にすること、あるいは、政府の補填率を損税がゼロとなるまで上昇させることである。患者側の負担を可能な限り少なくし、医療機関の消費税（損税）負担をなくすることは、今後の私立医科大学をはじめとする医療機関の健全な運営にとってきわめて重要な課題である。

ただし、ゼロ税率に対しては、政府は、ゼロ税率の設定は消費税の負担をまったく負わない分野を作

り出すことにはかならず、消費一般に広く公平に負担を求めるというこれまでの税制改革の流れに真っ向から反することになること、また、課税ベースが大幅に侵食されることから、一定の税収を確保するためには、ゼロ税率による減収分だけ標準税率の引上げが必要になることなどにより、ゼロ税率の採用は認めがたいものと考えている。今後、日本医師会等の諸機関と共同して、ゼロ税率の確保あるいは政府の補填額の増加のために強力な展開が要請されている。

【図 6】

### 日本医師会 平成 23 年度医療に関する税制改正要望

日本私立医科大学協会と日本医師会における確認事項は以下のとおり。(平成 23 年 9 月 12 日)



- ① 社会保険診療報酬に対する消費税の非課税制度を患者負担を増加させない課税制度に改善。
- ② 上記課税制度に改めるまでの緊急措置として、設備投資に係る仕入税額控除の特例措置創設。

【表 4】厚生労働省平成 24 年度税制改正要望事項

平成 24 年度税制改正（租税特別措置）要望事項（新設・拡充・延長）

（厚生労働省）

| 制 度 名                             | 社会保険診療報酬等に係る消費税のあり方の検討                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                         |                   |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------|
| 税 目                               | 消費税                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                         |                   |
| 要 望 の 内 容                         | <p>社会保険診療や介護保険サービスは、国民に必要な医療・介護を提供するという高度の公共性を有するものであることを踏まえ、社会保険診療や介護保険サービスに係る消費税は非課税とされている。一方、医療機関や保険薬局、介護サービス提供事業者の医療機器等の仕入れに係る消費税は課税扱いであり、その税負担については、社会保険診療報酬や介護報酬において措置してきた。</p> <p>社会保険・税一体改革案において、「社会保障給付の規模に見合った安定財源の確保に向け、まずは、2010 年代半ばまでに段階的に消費税率（国・地方）を 10% まで引き上げ、当面の社会保障改革にかかる安定財源を確保する」とされたことを踏まえ、今後、消費税を含む税体系の見直しが行われる場合には、社会保険診療報酬や介護報酬に係る消費税に関する仕組みや負担等を含め、そのあり方について速やかに検討する。</p> <p>（消費税法 6 条、消費税法施行令第 14 条、15 条、16 条）</p>                                                                                               |                         |                   |
| 新 設 ・ 拡 充 又 は 延 長 を 必 要 と す る 理 由 | (1) 政策目的                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 平年度の減収見込額<br>（制度自体の減収額） | — 百万円<br>（ — 百万円） |
|                                   | <p>国民に必要な医療・介護を提供するという高い公共性を有している医療機関等や介護サービス提供事業者等が、安定した経営を確保すること。</p> <p>(2) 施策の必要性</p> <p>社会保険診療や介護保険サービスは国民に必要な医療・介護を提供するという高度の公共性を有するものであることから、社会保険診療や介護保険サービスに係る消費税は現在非課税とされている。一方、医療機関や保険薬局、介護サービス提供事業者の医療機器等の仕入れに係る消費税については課税扱いであるため、社会保険診療報酬や介護報酬において消費税分を上乗せすることで医療機関等に負担のないよう措置してきた。</p> <p>しかしながら一部の医療機関等や介護サービス提供事業者からは、社会保険診療報酬や介護報酬の消費税分の上乗せ幅は十分ではなく、仕入れに要した分の消費税の一部が還付されない（いわゆる損税）状態になっているとの指摘がある。</p> <p>今後、消費税を含む税体系の見直しが行われる場合には、社会保険診療報酬や介護報酬に係る消費税に関する仕組みや、医療機関等や介護サービス提供事業者における負担等を含め、消費税のあり方について検討していくことが必要である。</p> |                         |                   |

## 6. 政府の対応

このような医療機関における消費税の矛盾と非合理性について、政府厚生労働省は別表【表 4】のような要望を政府財務省に要請している。【表 4】は政府の基本方針を示す「社会保障・税一体改革」の重要な施策である。消費税引き上げは、社会保障に重点的に用いることになっている。しかし、我が国の不況下、財務状況は悪化の一途をたどり、仮に消費税引き上げが実現したとしても、社会保険診療報酬の引き上げについては決して楽観的ではない。逆に消費税率引き上げが、私立医科大学をはじめとする医療機関の経営を圧迫する状況も十分に考えられる。

最後に、岡原宏一公認会計士のご校閲に深く感謝する。

### 参考文献

1. 「社会保険診療報酬等に対する事業税非課税措置、社会保険診療報酬などにおける控除対象外消費税問題を始めとする税制上の重要課題について」  
日本医師会医業税制検討委員会答申 平成 24 年 3 月 日本医師会医業税制検討委員会
2. 吉岡博光「私立医科大学病院の損税解消への道」  
医学振興 第 71 号

## 座談会

# 医学教育の国際性について

日時：平成24年9月25日（火）午後3時～午後5時

場所：アルカディア市ヶ谷（私学会館）

**吉岡 俊正 氏**

東京女子医科大学副理事長・医学教育学教授

**片桐 敬 氏**

昭和大学学長

**安達 太郎 氏**

昭和大学医学部内科学助教（循環器内科学部門）

**川上 玲奈 氏**

東京慈恵会医科大学放射線医学リサーチレジデント

（司会）**栗原 敏 氏**

東京慈恵会医科大学理事長・学長

（広報委員会）**明石 勝也 氏**

聖マリアンナ医科大学理事長

（広報委員会）**小栗 典明 氏**

日本私立医科大学協会事務局長



**明 石** 皆さん、お忙しい中お集まりいただきしてありがとうございます。聖マリアンナ医科大学の明石でございます。

私立医科大学協会は私立の医科大学・医学部 29 校が集まった団体で、その協会の広報委員会が『医学振興』という広報誌を出しています。私は、それを編集する広報委員会の委員長を仰せつかっております。

毎回様々なテーマで特集を組んでいるのですが、今回の 75 号に関しましては、広報委員会で議論した結果、「医学教育の国際性」ということになりまして、先生方にお集まりをいただいたというわけであります。

司会には東京慈恵会医科大学の栗原理事長・学長、それから東京女子医科大学の吉岡副理事長、昭和大学の片桐学長に集まっていただきました。

それから栗原先生のご発意もあって、実際に留学を経験された、あるいは海外の医学教育事情に多少とも知見のある若い方をお招きしようということで、今回は昭和大学の安達先生と東京慈恵会医科大学の川上先生のお 2 人にご参加いただくことになりました。

2、3 年前のある雑誌に、医学ではありませんがハーバード大学の教授が「留学」に関して書いておられました。

ハーバード大学には以前はヨーロッパの人がたくさん来ていました。それが段々来なくなるとともにアジアの人が増えてきました。当然、日本からもたくさん来ていました。しかし今では、もうヨーロッパの人が来なくなり、日本人も来なくなってきたそうです。

それは、その国の教育であるとか研究の発展の度合いに従って、来られる方々が変わってくるのですが、来なくなった国々には、逆に色々な国の人が集まるようになっていく。それが自然の流れなのですが、どうも最近の日本には、来る人も減っているのではないかと。つまり、国際化という意味では日本は留学に関しては特異なコースをたどっているように思えます、というようなことをおっしゃっていて、大変印象に残っております。

そんな中で東京大学が発言した秋入学の問題。大学のグローバル化で秋入学に変えるアイディア。それから医学教育のカリキュラムがグローバルスタンダードに、日本だけどうも沿ってないの

ではないかという問題。それから、確かに留学生が減っているとか、希望者も減っているとか、今、国際化を巡って様々な問題が医学教育の中にあると思います。その様々な点に関して、今日栗原先生に司会をしていただいて、意見をまとめていきたいと思っております。よろしくお願いいたします。

**栗 原** 安達先生は、留学を経験して 17 年ですね。

**安 達** 僕はメイヨー・クリニックに 3 年間留学して 2 年前に帰国しました。

**栗 原** 川上先生は海外で生まれ育って、イギリスのロンドン大学キングスカレッジを卒業しています。日本で医師になりたいというので帰ってきて大学院に入り医師免許を取得し、現在、リサーチレジデントで専門は放射線科です。

早速、座談会を始めたいと思います。今日は「医学教育の国際性」について皆さんと意見交換したいと思いますので、よろしくお願いいたします。

今回「医学教育の国際性」がテーマに取り上げられた理由ですが、明石広報委員長からお話がありましたように、最近、日本の留学者数が減っています。文部科学省の資料によると一時期、82,000 ～ 83,000 人（年間）だった留学生が、今は 60,000 人を切るという状態になっています。2004 年ぐらいまでは右肩上がりです。留学生が増えていたのですが、それ以後減っているという背景には、何か原因があるのではないかとあります。【資料 1】

それから、医学教育に関して日本には認証制度がないということが問題になって、アメリカの医師国家試験を受けるには、今後、それなりの質が保証された大学の卒業生でなければ受験資格が与えられないというようなことが話題になりました。

それで日本もそのようなグローバル化の波の中で若い人が海外に行く道が閉ざされてはまずいということになりました。それに日本の医学教育の質保証が、ひいては医療の質保証につながりますので、グローバル化に対応しようということになったのではないかと思います。

医学教育の国際性については、吉岡先生が非常にお詳しいので、まずお話しいただいて、それから医学教育の国際比較といったことを話題に取り上げたいと思います。

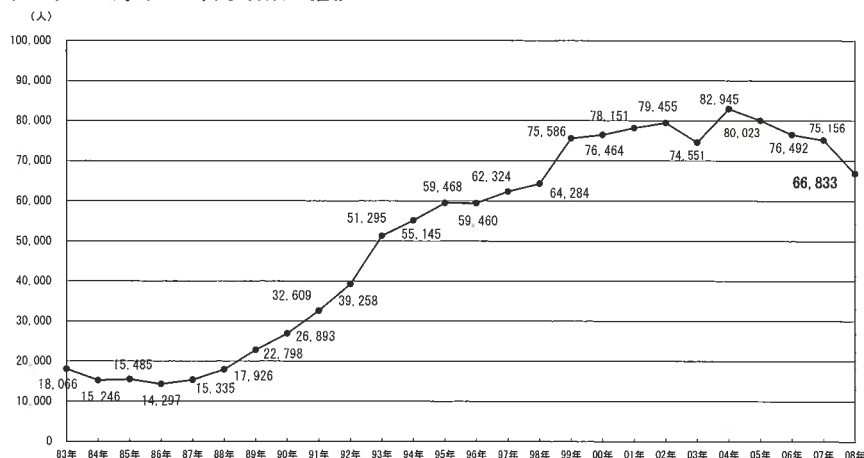
## 【資料1】

平成22年12月文部科学省集計

## 日本人の海外留学状況

ユネスコ文化統計年鑑、OECD、IE等における統計による、日本人の海外留学人数の推移

## ○日本から海外への留学人数の推移



(出典) ユネスコ文化統計年鑑、OECD「Education at a Glance」、IE「Open Doors」、中国教育部、台湾教育部

## ○主な留学先・留学人数（2008年）

|    | 国・地域     | 留学人数   | （前年数）    | 対前年比    |        |
|----|----------|--------|----------|---------|--------|
| 1  | アメリカ合衆国  | 29,264 | (33,974) | △4,710人 | △13.9% |
| 2  | 中国       | 16,733 | (18,640) | △1,907人 | △10.2% |
| 3  | イギリス     | 4,465  | (5,706)  | △1,241人 | △21.7% |
| 4  | オーストラリア  | 2,974  | (3,249)  | △275人   | △8.5%  |
| 5  | ドイツ      | 2,234  | (2,385)  | △151人   | △6.3%  |
| 6  | 台湾       | 2,182  | (2,297)  | △115人   | △5.0%  |
| 7  | カナダ      | 2,169  | (1,611)  | 558人    | 34.6%  |
| 8  | フランス     | 1,908  | (2,071)  | △163人   | △7.9%  |
| 9  | 韓国       | 1,062  | (1,235)  | △173人   | △14.0% |
| 10 | ニュージーランド | 1,051  | (958)    | 93人     | 9.7%   |
|    | その他      | 2,791  | (3,030)  | △239人   | △7.9%  |
|    | 合計       | 66,833 | (75,156) | △8,323人 | △11.1% |

(出典及び留学生の定義)

- ・IE「Open Doors」
- ・アメリカ合衆国の高等教育機関に在籍している、アメリカ市民(永住権を有する者を除く)以外の者
- ・中国大陸教育部
- ・学生ビザ(Xビザ(留学期間が180日以上))で中国の大学に在学している者
- ・台湾教育部
- ・台湾の高等教育機関に在籍している者(短期留学生を含む)
- ・OECD「Education at a Glance」
- ・高等教育機関に在籍する、「受け入れ国に永住・定住していない」または「直前の教育段階の教育を他国で受けた」学生で、正規課程に属する者(交換留学生を含まない)
- ・ユネスコ文化統計年鑑
- ・高等教育機関に在籍する、「受け入れ国に永住・定住していない」または「直前の教育段階の教育を他国で受けた」または「受け入れ国の国籍を有しない」学生

の国で単位を取れるだけではなく、ある国で取った資格が別な国で使えるというような状況が出てきているわけです。アメリカでは、医師の3割、4割が外国の医学部出身であるということが現状としてあれば、当然自分の国に入ってくる医療者がどういう教育を受けているか、どういう質を持っているかということが、国にとって非常に重要なことになるわけです。これが国際的な質保証が必要になってきた背景ということになります。

個々の医学部卒業生には、もちろん各国で国家試験とかをするわけですが、試験をすれば医療者がわかるというわけではなくて、そこまでにどういう教育を受けてきたかということが、医療の質に係わっていくわけですので、その人を評価するだけではなくて、その人がどういう教育を受けたかということも重要になってきます。

例えば医学の教育期間も、ある国では4年間で、ある国は7年間でありますから、非常にばらつきがあるわけ

## 【医学教育の国際性について】

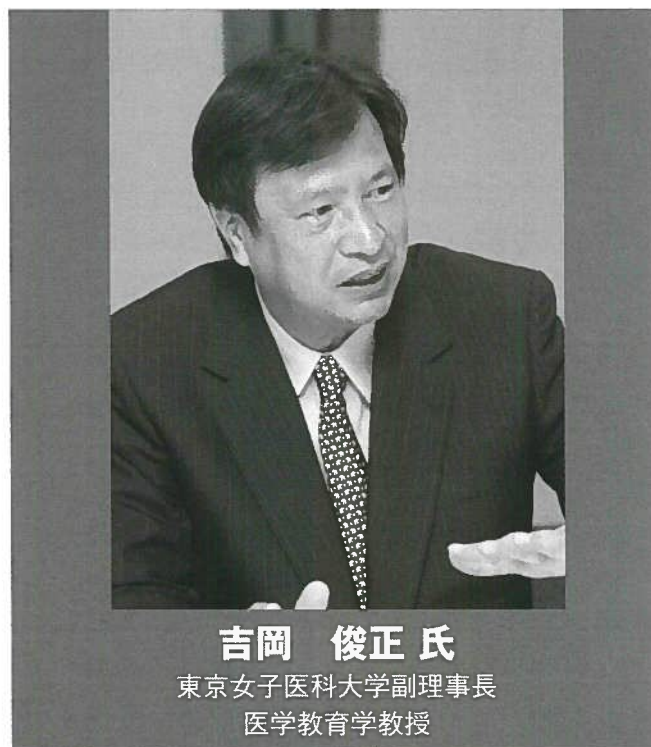
吉岡 私から話題を提供するということで少し話させていただきます。日本では日本固有の問題がありますが、世界の中で見たときにアメリカの問題も一部の問題だと思います。世界で今、医療者がわりと簡単に国際間を移動する時代が来たということが根底にあるのだと思います。これはEUなどを考えていただければ分かると思いますけれど、国の障壁が下がっていて、大学の教育も他

です。高卒者が医学部に入る国もあれば、いわゆる大卒者が医学部に入る国もあるわけです。そういう様々な教育が行われている中で、標準化するというと、卒業の段階でこういうレベルに達するような教育を行うということが、1つの基準になるわけです。医療者の国際化という中で、ここ10年ぐらいの間に、医学教育の終了時の統一をしようという動きが出てきたわけです。アメリカに限って言えば、先ほど言ったように多くの国外の医科大学の卒業生が自分の国に入って

くるという状況があり、また、カリブ諸国でアメリカ人自身がその医学部を出て、戻っていくというケースもあって、そうすると国内の医学部と国外の医学部でどう教育の水準を合わせていくかというような問題が生じます。そういう事情でアメリカはいち早く世界に提唱したと思われます。アメリカの基準を押しつけているのではなくて、世界医学教育連盟というところが作ったグローバルなスタンダードで評価をしようということを提唱しています。

今述べた認証評価という単語は一般になじみのない言葉ですが、これは認証評価をするというある意味の権威を持った機関が、ある大学なり学部に対して、あなたはこの基準に対して適合しています、適合していません、ということを行うわけです。日本では、大学全体の認証評価は機関認証評価という言葉で行われていて、既に日本の全大学は一度はそういう認証評価を受けています。日本の中できちんと認証評価する権限を持った機関が行なっています。

今度、国際的な医学部の評価となった場合には、国際的な認証評価機関がまだないので、それを作

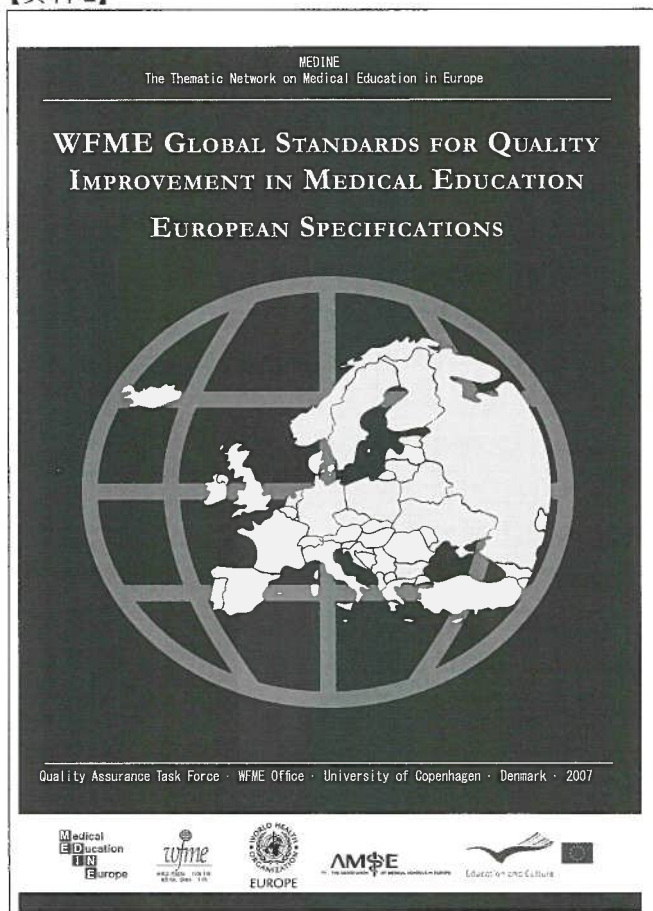


吉岡 俊正 氏

東京女子医科大学副理事長  
医学教育学教授

ることから始めなければなりません。アメリカが提唱している国際的な認証制度の期限としては、比較的長い展望をもった 2023 年までにそういう

## 【資料 2】



| CONTENTS                                                                                                              |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| PREFACE .....                                                                                                         | 5  |
| INTRODUCTION .....                                                                                                    | 7  |
| Thematic Network MEDINE and the Quality Assurance Task Force .....                                                    | 7  |
| PREMISES FOR EUROPEAN SPECIFICATIONS .....                                                                            | 9  |
| The WFME Global Standards Programme .....                                                                             | 9  |
| Delineation of the European Region .....                                                                              | 9  |
| Diversity of medical education in the European Region .....                                                           | 9  |
| Europe in a global context .....                                                                                      | 10 |
| Needs for standards in medical education in Europe .....                                                              | 10 |
| Concept and use of standards .....                                                                                    | 11 |
| European standards or regional specifications for global standards? .....                                             | 12 |
| THE WFME GLOBAL STANDARDS WITH EUROPEAN SPECIFICATIONS .....                                                          | 13 |
| WFME Trilogy of Standard Documents .....                                                                              | 13 |
| Areas and sub-areas .....                                                                                             | 13 |
| Definitions of standards and annotations .....                                                                        | 13 |
| European specifications .....                                                                                         | 13 |
| STANDARDS IN BASIC MEDICAL EDUCATION WITH EUROPEAN SPECIFICATIONS .....                                               | 14 |
| STANDARDS IN POSTGRADUATE MEDICAL EDUCATION WITH EUROPEAN SPECIFICATIONS .....                                        | 29 |
| STANDARDS IN CPD OF MEDICAL DOCTORS WITH EUROPEAN SPECIFICATIONS .....                                                | 44 |
| BIBLIOGRAPHY .....                                                                                                    | 56 |
| ANNEXES .....                                                                                                         | 61 |
| 1. Preface to the Trilogy of WFME Documents .....                                                                     | 61 |
| 2. WFME Standards in Basic Medical Education: Introduction and Definitions .....                                      | 63 |
| 3. WFME Standards in Postgraduate Medical Education: Introduction and Definitions .....                               | 67 |
| 4. WFME Standards in Continuing Professional Development (CPD) of Medical Doctors: Introduction and Definitions ..... | 71 |
| 5. Members of Task Forces of the WFME Global Standard Project .....                                                   | 77 |

出典：世界医学教育連盟ホームページより抜粋

制度を作り、かつその制度のもとに認証を受けた大学を評価していこうというのが国際的な動きということになります。

**栗原** 世界全体の医学教育レベルの基準を作ろうという方向で検討されているので、日本にも世界医学教育連盟が認めるような認証機関を作ることが望ましいという考えでよろしいですか。

**吉岡** そうですね。

**栗原** 東京女子医科大学は、この度その認証を初めて受けられるということですが、ハードルは相当高いのでしょうか。

**吉岡** 最初に正確に言いますと、今度受けるのは認証ではありません。先ほど申し上げたように、国際的な認証評価機関はまだありませんので、どこにそういうものを申請していいか分からないということで、今回、東京女子医科大学が行おうとしているのは、外部評価、External evaluationということになります。認証評価は英語で言えば Accreditation という言葉になります。

その背景とハードルが高いかという現状をお話ししたいと思います。

国際的な医学教育のグローバルスタンダードというのが、お手元の資料にある世界医学教育連盟が出した基準です。(Basic Medical Education WFME Global Standards of Quality Improvement)【資料2】

基本医学教育となっています。基準は日本でいう学部教育、卒後研修と生涯教育の3部に分かれています。ここで告示したのは日本でいう卒前教育に相当するものです。本基準は2003年に出されて、ヨーロッパ医学教育連盟ではこれを基準とすることが採択されています。ECFMGもこれをもって国際的な基準とするということを言っているわけです。

グローバルスタンダードは世界の中の標準的な基準ということで、これを一番高い基準に設定してしまうと、世界中の医科大学がクリアできるというわけにはいかないと思います。そういう意味で、標準的であるということが1つです。

内容を見ていただくと、9項の項目に分かれていて、それがさらに37項の細かい項目に分かれています。それぞれがbasic(基本的)な水準とquality development(高質)な水準というものに分かれています。一応グローバルスタン

ダードとしては基本的水準をクリアしていることが基準であって、高質のほうは国あるいは学校によってクリアしているということが基準である、と定められています。

東京女子医科大学としてなぜこういうものを考えていこうということに至ったかということ、先ほど栗原先生が言われたように、日本の医学教育あるいは医療というのはかなり自己完結的で、外国から来る医師が多いわけでもないし、あるいは日本の医師がどこかにどんどん出ていっているという現状ではないわけです。しかし教育そのものは日本の医療を支える基礎として質の高いものであるべきです。そのときに基準がないという現状で、国際的な基準を1つの指標として教育を考えた、その際2011年から新しいカリキュラムを導入するにあたって、これがちょうど公開されていたので、これも参考にしながら新しいカリキュラムを作ったということになります。

今度10月末に受審するので、新カリキュラムは2年生までしか導入していないわけですがけれども、外部評価は今のカリキュラムに沿った評価依頼をしています。

実際に受審となると、この評価項目を1つ1つ見ていって、それに合わせて自己点検評価を行うわけです。

自己評価の全体的印象として、日本の医学教育は決して日本だけで行っているわけではなく、国際的な中でも行われてきているので、いわゆるベーシックスタンダード(基本的水準)というのはどこの大学でもクリアできるものではないかと思います。クオリティディベロップメント(高質の水準)というところに関しては、これも日本は高い質の医療を行っておりますので、その基となっている教育は十分行われていると考えます。我々の自己点検でも高質の基準もほとんどクリアしていると考えます。

ただ、内容について少し細かい点で検討したところはございます。それをかいつまんでお話ししますと、1つは、国際基準もアメリカの基準も一応見たのですが、卒業時にどういう専門的能力を備えているかをもとに教育目標を考えることです。この科目をクリアしたという教科を、積み上げではなくて最終的にどういう人材が育成されたか。そういう視点で教育を作ってほしいというこ

とです。

それから、医学というのは医師として考える力、あるいは科学を実践する力、そういうものをしっかり教育する必要があります。その中には、学生さんが能動的に学ぶ機会が必要です。これも国際基準とアメリカの基準の両方に書いてあります。

そういうことがカリキュラムとしては非常に重要です。

グローバルスタンダードというのはカリキュラムだけではなくて、医学部がどうあるべきかということの水準です。その中には教員が教育能力をしっかりとつけるというようなこと。それから教育を構築していく中で、教員だけで作るのではなくて、学生も一緒に参画するような形でカリキュラムを作っていく。そういうような基準があって、そういう点については今後我々大学でも検討していく課題かなと考えています。

**栗 原** 先生がおっしゃられた今度の外部評価の評価者はどこから来られるのですか。

**吉 岡** 今回は認証評価ではなくて外部評価なので、大学がこういう評価者をということで選んでいたということ。基本的には、この地域に相当する西太平洋地区の医学教育連盟と、少し米国の状況も気になっているので、米国の LCME (Liaison Committee on Medical Education) という評価の機関があるわけですが、その評価の資格を持っている方々に評価に加わってもらいました。国から言いますと、アメリカ、韓国、オーストラリア、マレーシア、そして今後の日本の認証評価制度を確立するということで日本からも評価者に入っていたらいい、5カ国からなる評価国となります。

**栗 原** ありがとうございます。日本も医学教育の向上を目指して日本私立医科大学協会、全国医学部長病院長会議で努力していますが、国際基準を満たす認証システムができれば望ましいと思うのです。

ここで、外国の教育を受けてから日本に帰国して日本の教育を経験されている川上先生に伺いたいのですが、イギリスと日本の医学教育に、大きな違いを感じますか。



**栗原 敏氏**

東京慈恵会医科大学理事長・学長

#### 【医学教育の国際比較—外国から見た日本の医学教育の特徴とグローバルスタンダード】

**川 上** やはり一番大きな違いは、臨床実習に費やす時間の長さです。私の卒業したロンドン大学キングスカレッジでは、最初の2年間は pre-clinical と言い基礎医学を中心に勉強し、3年目からは病院や general practice (GP) などの臨床現場で3年間の clinical rotation をします。3年目以降は本人が希望する時期に医学部のカリキュラムを離れて1年間の研究を行い学位を取得する事も出来ます。研究の内容は基礎医学でも良いですし、芸術や経済学など、医学以外の分野でも可能です。

日本へ帰国後は国家試験勉強を医学部6年生の学生さんと一緒にしましたが、彼らが最終学年の1年の大半をテキストを使って勉強している事に驚きました。

英国では、卒業試験を受ける3週間前まで臨床実習があります。さらに、その卒業試験には筆記試験以外にも OSCE があり 24 ステーションを3時間で回る過酷な評価法があるので、その試験勉強期間の殆どが OSCE の練習に費やされます。英国では筆記試験で留年する事は殆どなく、毎年約1割が OSCE で留年します。従って、英国の医療教育は知識もちろんですが、それらを用いて医

療を提供できる能力の育成に力を入れています。

**栗原** 早くからGPのところへ行って教育を受けるというカリキュラムですね。

**川上** そうですね。英国の医療を提供しているNational Health Service (NHS) では、急性疾患は病院で診療し、慢性疾患はGPで診療します。ですので、慢性疾患や地域医療の役割を学ぶため、私たちは2年目からGPのクリニックにおいて臨床実習を行います。2年目からは問診の仕方の練習、3年目や4年目では診察や診断の手順を学び、最終学年では自分一人で外来を受け持ち診療します。同じ様に、病院においても最終学年の医学生は医療チームの一員として研修一年目の医師と同じ立場で働きます。ですから、医学部最終学年は研修一年目の一日目から1人で仕事ができるようになるための準備期間であるとも言えます。

**栗原** 世界各国全てということではなくイギリスの例ですが、卒業時にどういうことができるかという能力が明確に設定されていて良い臨床医を育てようというカリキュラムだと思います。日本の昔の医学教育は積み上げ式で、まず基礎をやって、臨床は卒業してから先輩の背中を見て学ぶということが行われてきました。ずいぶん改善されたけれど、まだその名残があるということですか。片桐先生、その点はどうですか。

**片桐** 今、お話をお伺いして、日本の医学教育は本当に世界の標準に達していないのかということを疑問に思いました。日本の医学教育は、極端に言えば第二次大戦に敗戦したので、医学教育の方法を、大戦前はドイツ流のやり方でやってきたのを、いきなりアメリカ式のものをもってこられた。それからまだ数十年ですが、そのわりにはよくやってきたなと思うのです。何か戦後の医学教育に欠陥があって、世界的なスタンダードにこれが合っていない、だからもう少し頑張らしようという話であればわかります。そこのところを今日は話をお伺いしたいということでまいりました。

後は患者さんに直接接するのを、昔はもっと行っていたような気がします。私は、以前の日本のインターン制度の最後を経験しました一人です。医師国家試験ボイコットや政治運動をやって、それでインターン制度がなくなりました。そのときは世の中があまり厳しくなかったのも、医師免許を持ってないのにも関わらず何でもできて

しまったというか、それが非常に厳しくなったんですね。資格も持っていないのに何で患者さんに触るんだと。そうなれば見学型の実習にならざるを得ない。何が良いか悪いかではなくて、基本的には1945年を境にして政治体制が大きく変わったので、その影響が未だに残っているのではなかろうかと思います。

しかし、その後の全国医学部長病院長会議等の先生方が大いに頑張られて、日本の医学教育として、これがスタンダードであろうというコアカリキュラムが完成されて、今やっとそれが機能してきている。そういうところなので、もし吉岡先生に率直なご意見をお聞きできればと思うのですが、コアカリキュラム等の行き方とグローバルスタンダードを比較したときに、日本の医学教育というのはどこか欠けているところがあるのでしょうか。

**吉岡** 川上先生がおっしゃったように、また片桐先生もご指摘いただいたように、最終的な目標を臨床的な能力と置いたときに、それに向けてどういう教育をしたらいいかという視点が今後求められるということだと思います。

日本も、おっしゃられたように一步一步前進してきて、医学教育モデル・コアカリキュラムが出てきて、ある程度の質保証をする教育システムが各大学で行われるようになってきました。その中で、最終的な臨床的能力をもうちょっと高めていくべきであるという議論が出てきて、最近は臨床実習を充実させる、あるいは地域医療に目を向けた教育の改善が話し合われ、実際各大学もやろうとしていると思います。その中で、これも昨今の話題ではありますが、臨床実習の期間を何週とかいうことではなくて、最終目標に向けてどれだけ充実させた臨床実習ができるかということだと思います。

日本でいろいろな制約があるのは現実ですが、例えばこの間、医学教育振興財団による「第32回国内医科大学視察と討論の会」で拝見させていただいた昭和大学でも、少しずつ低学年から臨床的な経験を積ませていって、高学年になったときに十分な教育が受けられるようなカリキュラムを組んでいらっしゃいました。そういう工夫をすることによって、決して長さだけでは表現できない臨床教育の質というものが作られていくわけ

で、各大学今後の課題として目標としないといけないと思います。

一方で国家試験の問題というのは、ここだけではなくあちこちで出されています。確かに6年生で早々に臨床実習をやめてしまう大学もありますけれど、頑張っただけかなり後の方まで臨床実習をしている大学もあるわけです。それぞれ各大学でこの問題について取り組んで、最終的に臨床的な能力を高めるということを達成しなければいけないのではないかと考えております。

**栗原** この間、「国内医科大学視察と討論の会」で昭和大学に伺ったのですが、私が参加したグループでは地域医療がテーマでした。3年生と6年生が3人ずつ登壇され、お話を伺うと、3年生の時に実習で行った診療所に、また5年生の時に行って、どれだけ成長したかを振り返るということをやっていることを知りました。先ほどのイギリスの例ではないですけども、なるべく早くから臨床をやらせるというところに、特徴があるのではないかと思います。

学生さんに質問したのですが、今、日本でも全国共用試験で、知識のテストとOSCEの両方を行っています。以前と比べたら、臨床教育に目標を置いて改善されているのではないかと思います。たぶん先生や私たちの時代は、医学教育がシステムティックに構築されていなかったと思います。それは教育が各講座に委ねられていて、確かに良い部分もあったと思うのですが、欧米では相対前から医学教育システムを構築し改善してきたのではないかと感じます。

**片桐** 先生がおっしゃった3年生と5年生の地域医療実習はまだ始まったばかりで、成功するもしないも、このような新しいことを始めたというのでお見せしたのですが、本当に3年生で臨床の現場に行っているのか、熟せるのか、というようなことも感じながら、一応やってみよう。これも他の比較される私立医科大学の中で負けていけないというようなこともあってやっているのかもしれないですね。

昭和大学の建学の精神は「社会に貢献する優れた医療人の育成」です。ですから臨床医学が主になるので、基礎的な研究がメインではないという話からしますと、もっと早く外に出して実習をさせたいと考えています。実習において響いてくる



**片桐 敬氏**

昭和大学 学長

のが、今、共用試験で実施されている評価が大学の中だけでなく外でも通用するようになってくるのか、世の中の理解がもっと出てくれば良いと思うのですが、そこに到達するまでにはまだ時間がかかるかもしれません。ある意味では、改めて世界的な標準化ということを求められることによって目が覚めるかもしれないと感じます。

### 【日本と諸外国との教育理念の違いは】

**吉岡** 私の方から安達先生と川上先生にお伺いしたいのですが、臨床的な教育のモデルとして、先ほど国際基準の中で学生さんが自立的に学習することが必須であり、それが将来の医師としての態度だということがあるわけです。日本のシステムですと、ここまで積み上げて、ここになったから臨床実習が始められる、今まではそういう姿勢だったと思うのですが、私が理解しているイギリスなどは、学部の1年目から何らかの形で、全くわからない状態で臨床に行くことによって、自分が将来どういうことを知らなければいけないか、何を学ばなければいけないかとか、そういう問題提起をされて、そして学部に戻って意識を持って学習するようです。イギリスも日本も高卒者が入学するわけで、実際今の学生さんを見て

いても、入学したての学生さん、医師がどういうことをしているのかとか、なぜ今こういうことを学ばなければいけないのかというのがわからない状況で、さあこれを学んでくださいということを言われているわけなんですね。ですから、教育の理念といたしますか、そういうものの違いを感じるのですけど、いかがでしょうか。

**川 上** 英国では近年発生したGPによる大量の患者殺害事件に伴い、医学部入試において学生の人間性を非常に重視する様になりました。そのため、書類審査や面接においてボランティア精神、チームワーク力、医療現場での経験、医療問題への関心等が厳しくチェックされます。その上で、人間性の基準をクリアした受験者が、指定された成績を取得することではじめて入学が許可されます。したがって、成績優秀でも、医師として適性に欠けていたり、あるべき医師像が理解できていない学生は医学部に入学出来ません。

また私たちが大学に入学した初日に、5年後に目指す事、そして一年ごとの目標設定を教えます。例えば最初の2年間は基礎ですが、臨床は2年目からGPで経験できる事や、3年目から4年目では所見から診断を求められ最終学年では治療方針をあげる事などを教えます。卒業試験のOSCEでは7分間内に所見に基づいた鑑別診断をあげて、治療方針を打ち出さなくてはならない事も一年目の時点で教えられますので、自分なりの目標設定がある程度出来たのだと思います。

また、NHSは全国の病院の診療科ごとの定員を定めており、医師偏在が無いように卒前の総合評価に従って研修医を配置します。そのため、自分の働きたい場所で希望する診療科を選ぶには、医学生時代からモチベーションを高く学ぶ必要に迫られます。

**吉 岡** 1年目は何もないのですか。

**川 上** 1年目は2年目から始まるGPでの臨床実習に備え、コミュニケーションスキルや患者の社会的背景の勉強、医の倫理や哲学、心理学などを学びます。例えば、ロンドンにはアジア人、アフリカ人など多く住んでいるため、多国籍文化であり、また貧困層の人も多くいます。そのような、患者さんの社会的背景を1年目のうちに理解しておく事で、2年目に向かい合う患者さんの背景の理解が深まります。

さらに、キングスカレッジでは1年目から臨床に即したProblem Based Learning (PBL) を使って基本的な重要疾患の病態や疫学、治療などを少人数のチュートリアル方式で学びます。

**栗 原** 安達先生、その点はどうか。

**安 達** 僕は、卒後18年経っていますので、古いカリキュラムでやってきた人間なんですけれども、卒業まではほとんど座学で、国家試験に受かってからベッドサイドに出ていくという方法でやってきました。僕はそれでも臨床医としてやってきていますので、そういうやり方もありかなと思っていますが、最近の流れである、なるべく早い時期にベッドサイドに出ていくということも重要ではないかなと思っています。年齢でということではなくて、早くベッドサイドに出ていけば、医療人であるという自覚が出てきて、真剣さや、誠実さなどを学べますし、指導医側の面からも、昔は指導医が放任だったところもありますが、最近のベッドサイド・ティーチングでは指導医がきちんと学生に教えてくれるというような時代になってきましたので、学生が早くベッドサイドに出るということは非常に良いことではないかなと最近思っています。

**栗 原** 教員のFDも盛んに行われますし、臨床研修の指導医にもFDが行われていますから、以前よりはそれぞれの講座の主任教授や、教室員に任せているという教育ではなくなってきましたね。

**片 桐** 私が今日、安達先生を連れてきたのは、彼はいわゆる卒後の研修病院に出ているうちに自分でアメリカ留学にアタックした先生なのです。普通なら教室からというところを自分でアタックして、それでメイヨー・クリニックに行って3年間臨床をやってきた。ECFMGも取ってない。どうやって臨床をやってきたのかとか、3年間行ってきたというようなところは、あまり日本人で今の大学に所属する若い医師からすると、あまりいい経験を持っているので今日来ていただきました。

**安 達** クリニカルリサーチ、臨床研究をやってきました。

**栗 原** 研究については、また後で集中的にお話を伺いたいと思います。学生の資質の評価は難しい問題です。外国では、面接試験や、それまでのキャリアが重視されますが、日本の入学試験では、な

かなかそのように改善できないですね。グローバルスタンダードではどこまで求められているのでしょうか。

### 【グローバルスタンダードが求めるもの】

**吉 岡** グローバルスタンダードは、あくまでも学部全体の評価基準ですので、あまり細かいところは設定してないです。ただ、もちろん医師となる適正な人材を入学させる、いわゆる最近で言うアドミッションポリシーをしっかりと持っているということが定められています。

日本でいうコアカリキュラムというのは個人に対するものですね。このグローバルスタンダードというのは学部全体に対するもので、コアカリキュラムに相当するものは、今年の 12 月にグローバルロード・オブ・ドクターズという、イギリスで言えばトモローズ・ドクターに相当するような目標が、いわゆる世界標準として出されることになっています。ですから、そこには日本でいうコアカリキュラムのようなカリキュラムの内容ですね。どういうことを教えなければいけないということが含まれるかもしれません。グローバルスタンダードはもう少し全体的なカリキュラムの構築であるとか、そういうことは触れられているのですが、内容までは入っていません。

それは入学者選抜、あるいは卒業時のディプロマポリシーというそれも、多分これから出てくるグローバルロード・オブ・ドクターズに記載されているのではないかなと思います。

**栗 原** 医学部特有の問題もありますし、入学試験を横一線で行うところにいろいろ問題があるのではないかと思います。社会がもう少し医学部の入学試験の特殊性を認めてくれれば良いのですが、日本の場合はどうしても入試の点数が重視されていますから、資質の評価は難しいですね。

今は情報公開が求められています。面接試験の評価も開示しなくてはならない時代になっているので、資質の評価を開示した時に社会が受け入れるかという問題もあります。このような問題について、明石先生、何かございますか。

**明 石** 私は、今は教育の現場にあまり携わっていないので気楽なことを言ってしまうかもしれませんが、川上先生の話聞いていても、結局社会な



**川上 玲奈 氏**

東京慈恵会医科大学放射線医学リサーチレジデント

り我々なりが、若い学生たちに何を求めているのかというものが、グローバルな視点で見ると、日本の医学教育の大きな違いのもとになっているのではないかと思います。

例えば入学にしても、医学部にはこういう学生を入れるのだと、私たちは今も求めていますけれども、それをもっと突き詰めて欧米型の入試に近づくことができるかもしれないし、何より臨床重視という医師を私たちは求めるならば、最終試験はおっしゃるとおり、OSCEを増やし、座学試験のボリュームは少なくする、というようにすれば、日本の若い医学生も十分にそれに順応してくるだろうと思うのです。

でも今は多くの知識が必要な国家試験なので、どうしても臨床実習はOSCEも隅に置かれてしまう。形骸化してくるようなところがあると思うのです。

少し川上先生にお聞きしたかったのは、イギリスのOSCEステーションが24あると言われましたね。それから臨床実習のスタイルですが、それは日本と比べてみてどんな違いを感じられますか。

**川 上** OSCEは大まかに分けると医の倫理やコミュニケーション力を評価するステーション、臨床診断能力を評価するステーション、採血や縫合

等の実技ステーションがあります。

この中で日本と最も違うと思ったのは、英国ではコミュニケーションスキルがとても重視されている事だと思います。求められるコミュニケーションスキルには医の倫理や法律の理解を同時に評価する実践的なものが多いです。例えば、エホバの証人の子供に輸血が必要な時の説明と同意取得の対応や、HIVに感染した教会の神父がもう一人の患者である奥様に伝えない様に依頼された場合の対応などです。このような難しい状況の解決には倫理的、法的、コミュニケーションスキルに熟知する必要があります。

**明 石** 日本も多くの先生方が一生懸命努力をしてOSCEのクオリティも数も、かなり増えていると思うのですが、それでも私感かもしれないが、日本の学生はOSCEを受けるのにDVDか何かを見て少しやって何とか合格できるようにならないとか、そういう教材もたくさんあるように思うのだけれど、この30近くあるOSCEのステーションを見事にこなすためには、臨床実習をしっかりとやらなければいけないのだという意識が、日本には希薄な感じがするのです。

臨床実習は、実習でここで点数を取れて進級できればいいというところと、OSCEをパスするところが、何だかしっくりマッチしてないような感じがするのですが、イギリスではそれだけの長い間の臨床実習をやって力をつけていけば、OSCEは通るんだとか、OSCEを通るためにはこっちをしっかりとやるべきなんだというような理解というか、意識が高いのでしょうか。

**川 上** おそらく、日本と英国では評価の仕方が違うのではないかと思います。

英国ではOSCEの評価は2人で行われ、一人は医師ですがもう一人は患者あるいは模擬患者（役者）です。その患者や模擬患者は受験者である医学生を主観的に評価しますが、その評価は点数全体の3割から4割を占めていると言われています。ですので、コミュニケーションスキルを磨くために医学生は臨床実習で3年間かけて様々な環境における患者や医療従事者との問題解決法を身につけます。毎年1割の学生がOSCEで留年します。その原因の多くは臨床実習で多様な経験が十分に積み重なったため、OSCEで過度に緊張してしまうからです。やはり臨床実習で、患者さん、指導

医及び同僚から沢山のフィードバックをしてもらう事が重要です。従って、受動的ではなく自主的な学習に基づいた3年間という長い臨床実習が必要になります。

**栗 原** 今のようなお話を伺うと、医学教育のこれまでの変遷が明らかになりますが、日本では知識が重視されている傾向にあります。国家試験のあり方も議論されていて、もう少しOSCEを入れた方が良いと言われていてもなかなか実現できないですね。それからコミュニケーション能力も国民性がありますね。たぶんイギリスの学生などは話すことに普段から慣れているけれども、日本の学生はどちらかというとコミュニケーションはあまり得意ではないですね。

吉岡先生いかがですか。

**吉 岡** 今言われたことは、卒業時にどういう能力を求めているかということが、たぶん日本と外国でまだ少し違いがあると感じます。求めていることがあれば、その求めていることに対する評価をするということにつながります。実際これは国際的な方向性で、アメリカでも卒業時ではないのですが、クリニカルスキル・アセスメントという技能評価を国家資格に取り入れています。お隣の韓国でも国家試験としてOSCEを取り入れたりしています。逆にそれを取り入れていないのが日本です。それと最初の話の分野別評価を取り入れていないのが日本です。日本ではそういう世界の状況が分かっている、各大学も努力をしようとはしているわけですが、社会の気運と、それを受け入れる社会の態勢というのが必要で、これからいろいろ努力していかなければいけないのかなという感じです。

**栗 原** その中でよく言われているのが、日本は国際社会から孤立するのではないかと懸念です。医学教育にもそのような一面があるかもしれません。韓国では医学は英語で教育されていると聞いていますが、日本はなかなかそうならないですね。日本語の教科書が全てありますから英語が必要とされないですね。言葉の障壁を留学経験のある先生方はどのようにお考えですか。

### 【言語障壁の問題は】

**安 達** 留学しているときに海外の人たちと話をし

てみますと、日本語の教科書があるというのが一番大きいみたいです。例えば、インドだとヒンズー語での医学の教科書がない。リテラチャーとかに関してはヒンズー語の本があるのですが、その他のものに関しては、たとえば医学に関しては英語しかないのです、それで英語が得意なんだということを知りました。

英語で授業をやったりとか、英語のテストを受けたりとか、そういうことは必要ではないかと僕は思っていますけれども、日本には充実しているものがありますし、日本で英語を話す必要がないので、今から英語にもっていくというのはなかなか難しいのではないかと私は思っています。

**栗原** 言語障壁の問題は国際性を考えた時、大きな問題ではないかと思うのです。東京にいても英語を話すチャンスはほとんどないですね。病院にも外国の方がお見えになるのですが、それ程多くありません。国際都市ロンドンや、メイヨー・クリニックのように世界中から患者さんが集まってくるようなところは事情が違います。そうすると、そこにいる学生自身の意識も違うのではないかと思うのです。片桐先生、何かお感じのことがありましたらよろしくお願いします。

**片桐** 日本が島国で諸外国から離れており、日本語という独特の難しい言葉を使っているということが、国際化に対してかなりの努力をしなければならぬと思います。

私は、1972 年ですから、もう 40 年前に米国のハーバード大学に留学をしました。そのときにはボストンに商社マンは 1 人しかいなかった。それでハーバード系の大学には、合わせても 500 人の日本人しかいなかったのです。今は何千人留学しておられると思います。当時、日本人は留学することによって外国から、特にアメリカから何か日本にはないものを得ることができた。経済的にも、今は信じられないかもしれませんが、1 ドル 360 円の固定レートで 1,500 ドルしか持ち出しできなかったのです。胸部レントゲン写真も封印されたものを持って行って、向こうで開けられる、結核の影があったら即、帰される、そういうような時代でありました。逆に言うと、そういうバリアを乗り越えても日本にないものを取り入れようというような、そういう気迫がありました。

留学生の数が減っている、日本人が書く原著論



**明石 勝也 氏**

聖マリアンナ医科大学理事長

文、特に英語の論文の数が減っているという。従ってグローバルにいろいろなことをやらなければいけないぞと政府は言っていますが、減っているということは、逆に言えば、そういうことがなくてもできるように日本の経済や社会状況が良くなって、その中で何とかやっていけるというようなことなのではないかと思うのです。日本でもノーベル賞を受賞された先生が何人も出てきて、そんなに外国に行かなくても良いのではないかと。そうすると若い医学生が安易な考えになってしまうのではないかと思います、このところがどうあるべきかというのは難しいと思うのです。

例えば、終身雇用制が崩壊しているとか、契約社員が出て行ってそれで職を失ってしまうとか、そういうような政治的な側面も大きいと思います。日本の経済がピークに達して、それがバブルの崩壊と同時に活力も減少してきて、それに日本全体が陥ってしまったのかなと。ここから先は政治的な批評になるので言いませんが、医学教育についてはインターン制度の崩壊後に卒後臨床研修制度等をもう少しきちんとやっておけば、留学生の減少は防げたのではないかという気がします。

**栗原** グローバル化は避けられない流れだと思うのです。その中で医学教育も貿易その他と同じようにグローバル化していく時代になりつつありますし、

## 【資料3】

Basic Medical Education: Japanese Specifications  
WFME Global Standards for Quality Improvement

医学教育分野別評価基準日本版（案）  
世界医学教育連盟（WFME）グローバルスタンダード準拠

## 定義

WFMEは基本医学教育（日本における学部教育）の国際基準を定める。この基準は、9領域とその下に位置する36の下位領域で構成される。<sup>1</sup>

領域（AREA）とは、医学教育の構造、過程および結果（アウトカム）にまたがる全般的構成要素で以下の9項目である：

1. 医科大学の使命と目標
2. 教育プログラム
3. 学生評価
4. 学生
5. 教員
6. 教育資源
7. プログラム評価
8. 管理運営
9. 継続的改良

下位領域（SUB-AREAS）とは、全般的構成要素の中で、教育評価指標に結びつく具体的な項目である。

水準（STANDARDS）は、各下位領域についての達成度を2段階に分けて設定されている。

<sup>1</sup> 領域と下位領域の関連は必ずしも1対1ではなく、複雑に連関する。（WFME 見解）

Basic Medical Education: Japanese Specifications  
WFME Global Standards for Quality Improvement

- 基本的水準：これは、全ての医科大学・医学部が達成していなくてはならない水準である。外部評価にあつては達成が示されなくてはならない。

基本的水準は "must、しなければならない" によって表現される。

- 質的向上のための水準：この基準は、国際的合意によって定めた医科大学運営および医学教育執行についての優れた水準を規定する。医科大学は、これらの基準の一部または全てについての達成度もしくは達成の見通しについて示すことができるべきである。これらの基準達成は、各医科大学の発展段階、資源、および教育方針により異なることがあり得る。最も進んだ医科大学であっても全ての基準を満たすとは限らない。

質的向上のための水準は "should、すべきである" によって表現される。

注釈は基準の記載を明確にしたり、強調したり、例示したりするために用いる。

またグローバル化を目指した方が、若い人が世界に目を向けるチャンスを作れると思うのです。日本でも医科大学の認証システムを作ろうというので、今プロジェクトができていますが、これはいつ頃ぐらいまでにできる予定なのでしょうか。

## 【医学教育の質保障—日本の取組み—】

吉 岡 私はその委員をしていますので、私の知っている範囲で申し上げますけれども、先ほど英語という問題がありましたが、基本的にその国での医療の質を保障するための十分な医学教育が行われるということですので、グローバルで見たときに必ずしも英語という要件は入っておりません。少し脱線しますが、今回自分の大学の自己点検評価をして、それを英語に直すというのはすごく手間のかかることでした。たとえば大学の規定とかをきっちりした言葉で英訳するにはそれなりにやらなければいけないので、単に英語に訳せばいいというものではありません。今回はパイロットとしてやるわけですので、全大学が英訳のプロセスをするということではできないと思います。

そこで認証のシステムとして今予想されているのは、日本の中で医学部の分野別評価をする認証評価団体を作ることです。その認証評価団体が世界医学教育連盟から認証されるという構想です。ですから世界医学教育連盟の代理として、その国の認証評価団体が評価する、そういうモデルを今、世界医学教育連盟では作っていると思います。

1つの国にたくさん医学部があるようなところは、その国固有の認証評価団体を作り、あるいは1校とか2校しかない場合は、現在カリブ諸国がモデルとなっているのですが、それは幾つかの国を共通して評価をする組織を作ることになります。そうしますと、その国の言語で認証評価をやっていくことができます。

方針としては、まず日本の基準を作らなければいけないということで、これを今年度中に完成させる予定になっています。すでに原案は今年の7月に日本医学教育学会から公開されていて、パブリックコメントをもらっているところです。幾つか既に意見が寄せられています。日本医学教育学会のホームページにアクセスしますと、グローバルスタンダード日本版（案）というのがある

出典：日本医学教育学会グローバルスタンダード日本版（案）より抜粋

りますので、それをご参照いただければと思います。**【資料 3】**

基準が決まったところで今度は制度を作らなければいけないということで、全国医学部長病院長会議の中にそのための委員会があって、その制度作成に向けて進んでいます。いつまでに認証評価団体をつくると期限が設定されているわけではありませんが、急がなければいけないと思います。

認証評価を行うには非常に手間がかかります。私が大学評価に参加しますと、評価者としても非常に時間をとりますし、評価のための準備、いわゆるロジスティクスにも非常に手間がかかります。自分の経験からすれば、普通は年に 1 校やれば相当な作業量となりますが、頑張って 3 校ぐらいは、ある程度他のことを犠牲にすればできるかもしれません。評価者が集まって年間何校評価できるかということを逆算していくと、あまり時間がないなという気がいたします。

もし日本の全医科大学が認証評価を受けることになると、年間 8 校で 10 年かかるわけです。そういう点からも、なるべく早い時期に認証制度を作っていないと、全大学が受けるとは限りませんが、多くの大学は希望するでしょうから、問題になると思います。

**栗 原** 医学教育の国際性、日本の医学教育システムだけでなく、実際に留学したり、日本が外国の学生や医師を受け入れる態勢の問題もあると思います。最近、日本から外国へ留学する人が減少していると言われています。海外留学についてご意見をいただければと思います。

安達先生は臨床研究を目指して卒業後に外国へ行きたいとお考えになったわけですね。それは相当前からそのように考えていたのですか。

### **【留学希望者が減少している中で】**

**安 達** 学生時代から英語には興味がありましたし、日本人だけの世界よりは、世界に飛び出して世界の人と友だちになる、渡り合うという意味で、世界が広がるのではないかなと思っていましたので、ゆくゆくは海外に出てみたいなとは考えていました。

僕は循環器内科を専攻していますけれども、留学を考えた頃に循環器内科での睡眠時無呼吸症候



**安達 太郎 氏**

昭和大学医学部内科学助教  
(循環器内科学部門)

群という新しい分野ができた頃で、それがアメリカの方が進んでいましたので、それを研究するために僕はその分野で留学をさせていただきました。

**栗 原** メイヨー・クリニックには世界中から留学生が来ていると思います。そのような環境の中でいろいろな人とコミュニケーションができたのではないかと想像しますが。

**安 達** 毎日のカンファレンスに参加しますと、月並みな意見かもしれませんが、日本の医療レベルの高さが良くわかりました。

どの分野のカンファレンスでも、必ず日本人の論文が引用されるんです。1つや2つではなく毎回数多く日本人の論文が紹介される。日本人は世界でも最も英語が不得意な人種の一つと言われてはいますが、英語ができなくても、世界に誇れるような論文をたくさん先人の先生方が書かれていて、日本というのはすごい国だなと感じましたし、先人の先生方のお陰で日本がリスペクトされているのだというのをすごく感じました。

**栗 原** 私は大した経験をしているわけではないのですが、留学は、技術や知識を学ぶだけではなく、多様な人とコミュニケーションができるというところにメリットがあるのではないかなと思うのですが。明石先生いかがですか。

**明 石** 私も留学をしてそういう経験をしてきましたが、この夏休みに幾つか本を読んだ中で、少なくとも私自身が想像していたよりもはるかに世界がこの10年、20年の間にとてつもなく変わっていて、そのスピードというのは、その前の20年とは全く違うスピードで変わっています。この間、日本は内政のことばかりやっていたので、世界の景色が見えなくなった国になっているということを感じたのです。

そう至ってしまった大きな理由は、まさにいわゆる失われた20年の間に、世界の景色を見てくる若い人が減ってしまったということ。それは医学だけではなくていろんな意味で不幸なことだったと思うのです。

日本はボーダーレスと言いながらボーダーもたくさんある国だけれども、簡単に海外に行く、見えてくる、帰ってくるというような出入りが、外国の人にとってももっと開かれた国にしていくことは、国の維持のためにも必要なことなので、是非先生方のような体験をした方たちが、もっと気楽に海外へ行ってくれれば良いと思います。

**小 栗** 学生の双方向交流の推進として、平成24年度予算額では342億円、平成25年度の概算要求額では362億円が計上されております。「グローバル人材育成推進会議審議まとめ（平成24年6月4日）」及び「日本再生戦略（平成24年7月31日閣議決定）」において示された「1年間以上の留学経験を有する者を8万人規模に増加、海外からの外国人留学生の受け入れの促進」や「日本人学生等30万人の海外交流及び質の高い外国人留学生30万人の受入れ」に適切に対応するため、必要な環境の整備・充実を図るとしています。具体的には、日本人学生の海外派遣と留学生短期受入れを一体とした交流事業として、①長期派遣分（1年以上）300人（24年度は200人）、②短期派遣分（1年以内）10,000人（24年度は8,580人）、①と②を合計した予算額は54億円となっております。その他、留学生の受入れ環境の充実に303億円、海外での情報提供及び支援の一体的な実施として5億円が要求額として挙がっております。

また、私は本協会が主催致しております米国海外研修に9月9日から13日間行かせてもらったばかりなんですけれども、17年前と比べて米国に於ける教育事情が2つの面で変化しております。

1つ目は、メディカル・スクールの年間授業料が平均380万円となっており、450万円になっている大学もあって、4年間の学納金が高いことから、就学しづらくなっていることが社会問題化していること。2つ目は、以前にも増して教育の中に医療保険システムの教育が詳細に組み込まれていることでした。

今回視察したペーラー大学では、『医師・医療スタッフの使命・目的とするもの』をテーマとして、大学1・2年生を対象としたコースを作ってもらって受講したのですが、「医の倫理観」が最初に教えられ、より良い医療を行う為に何をすべきかについて課題が与えられ、次に医療スタッフの施す医療が民間保険を含む保険財源の中でどのようなシステムによって請求できるかという、医療請求の仕方が当初の医学教育の中にしっかりと入っております。

現在の米国の医療は非常に合理的ではあるが、とても高額であると感じております。現実の例として、ニューヨークの保険に加入しているキャリアウーマンの方が、出張先のロサンゼルスで急患として搬送され、癒着を伴う腸捻転の手術で、初日にモルヒネを投与して4日間入院した請求額は480万円であり、ニューヨークの保険会社は事前の連絡がなかったことを理由に支払いを拒否しており、現在調停を申し立てている例があります。

米国においては、医療を行う場合に、保険会社の了解が絶対のものとなっております。このように、大学の教育の中に保険の仕組みと、合理的な面として患者から見た医師の在り方が評価という形でコンピュータ上に表されてドクターフィーの決定が左右されていることについて、貴重な教育の時間を幾時間も使って教えていることが特筆すべきことだと思っております。これに付記する形では、我が国でも20年以上前に「態度の教育」ということが論議されておりましたが、これが今回の米国では既にコンピュータ上において評価の形でドクターフィーとして見る事が出来るようになっていたことです。

我が国では、保険に関する教育は卒業してレジデントになってから、臨床をしながら覚えられると思うのですけれども、米国の大学では教育の部分で保険のシステムとドクターが得るドクターフィーは患者の評価によって決まることを教えて

いることが特徴的だったなと思いました。

研究面では、訪問した全ての大学においてN I H（国立衛生研究所）から研究費を持ってくるのが話題となっており、ある大学では研究の7割はN I Hからの研究費で賄っているとしており、N I Hより幾ら研究費を持ってくるかが学部長の仕事であるとも言っておられたのが、記憶に新しいものです。

**栗 原** 先ほども川上先生から患者さんからの評価もOSCEの評価に入っているという話がありましたが、ずっと長い間外国のカルチャーを経験してきて、日本に帰ってきたとき、ギャップを感じますか。

**川 上** 元々欧米諸国では、義務教育後は親元を離れる事が一般的です。精神面でも金銭面でも自立する傾向があるので、大学の授業料も自分で払います。そのため、講義の受講率も高いですし、授業を受けるときの姿勢が違います。日本では大学の参観日などに親が参加すると聞きましたが、英国では親が参加する大学のイベントは卒業式だけです。他にも、日本に帰国して驚いた事は、大学生でも実家から通っている学生が多い事でした。もちろん全員ではないのですが、英国ではロンドン出身の人でも一人暮らしをして、独立している人が多く、逆に親と同居していると不思議に思われる印象を受けました。そこでも文化の違いを感じました。

**栗 原** 言葉の違いそのものだけでなく、思考過程も言葉が違ふと異なるのではないかと思います。英語で話すときと、日本語で話すときと、話の組立方とかそういうのも違うのではないかと感じます。そういう意味で、言葉の障壁以上のものが国民性の違いとしてあると、私は感じているのですが、そういうのはありませんか。

**川 上** 私は日本に移住して3年目ですが、やはりカルチャーショックは当時帰国前に思っていたものと比べると大きいです。日本の学校では静かにしていると褒められますが、もちろん限度はありますが欧米では自分の意見をしっかり発言する事を強く促されます。その違いはその後の、大学などでのプレゼンテーションスキルやディスカッションスキルに大きく影響していると思います。

**明 石** 卒後教育における大学の役割というのは、日米英でだいぶ違うのでしょうか。



**小栗 典明 氏**

日本私立医科大学協会事務局長

#### 【卒後教育における諸外国との違い】

**吉 岡** 卒後教育というのは基本的に病院で行われるわけで、私が知っているのはアメリカの状況ですが、アメリカの病院というのは必ずしも大学附属病院ではなくて独立している場合があります。ですから、そこが今後日本も考えていかななくてはいけない部分があると思います。独立した状況にありながら、卒前と卒後が連携した教育を構築しなければいけないということが、これから求められていると思います。

今回の外部評価受審にあたって評価者からコメントが出ているのですけれど、学部としてのアウトカムを設定していて、それが卒後との関係がどうなっているかということでした。

もう1つコメントの中で面白いと思ったのは、卒後でも最終的なコンピテンシーの目標を作っていて、それを卒後の教育の中でだんだん積み上げていくようになったということです。先ほど言われたように卒前でも初めはコミュニケーション、面接、そして最後マネジメントと、だんだん積み上げていくのですけれども、そういうきちんと目標を持つことが大事で、研修のアウトカムだけではなくて、アウトカムに至る過程を“マイルストー

ン”と呼ぶのだそうで。

我々の新しいカリキュラムでは最終的なアウトカムをとる目標を作っているのですが、それでは1～2年生でどういうものを達成するか、3～4年生でどういうものを達成するかを我々は“ロードマップ”と呼んでいます。最後の目標だけではなくて、そこに至るためにどういう目標を設定するか、そして卒前と卒後が連結していることが求められると思っています。

**栗原** いわゆるシームレスな教育ということですね。そういうことも今後重要だと思います。

先ほどの片桐先生のお話のように、留学するというと研究職で留学する方が多いと思います。安達先生は臨床研究をメイヨー・クリニックに行っておやりになったということですが、基礎研究だけでなく、今後、日本の臨床研究も大いに伸びてほしいといった声があります。日本の臨床研究の論文数は最近減っていて、大きな問題になっています。

いわゆる本当の基礎研究論文は結構出ていますが、臨床研究の論文が少ないという指摘があります。病院の機能として、教育と共に研究をやるということが欧米では盛んにやられていると思うのですが、メイヨー・クリニックに留学された経験から何か感じるところがありますか。

**安達** 日本に帰国して臨床研究の準備を始めました。研究計画書を倫理委員会の審査を通すまでは良いのですが、実施するにあたって、昭和大学にリサーチ病棟がないということが大きな問題になってきます。リサーチ病棟がなければ一般病棟に入院していただかなければいけないため、費用の面を含め、いろいろな問題が出てきます。

また日本はそもそも国民皆保険制度があるので、アメリカほど臨床研究への参加者が少ないということもあり、日本での実施はハードルがかなり高いと考えています。

**栗原** 今後、日本の臨床研究を振興するためにはどのような点を改善したら良いのでしょうか。

**安達** 原理的な問題などもあるのかもしれませんが。アメリカの保険の問題ですね。日本は国民皆保険ですし、アメリカはそうではない。そういうときに研究に参加してくれれば医療費に関してはお金を出してくれるということで、アメリカの場合には臨床研究を導入しやすいというバックボ

ンがあるのではないかなと思います。日本はそれができないのは皆保険があるからということで、これは幸せなことだとは思いますが、そういったところで臨床研究をやる方に関しては、かなり障害になっているというように考えています。

**栗原** 今後も先生に続いて大いに留学して研究分野で活躍する人が出てくると良いと考えていますが、先生が今置かれている環境の中で若い人が続いてくるといような流れはありますか。昭和大学は国際交流センターを作って頑張っていますが。

### 【留学を支援するシステム—各大学の取り組み—】

**安達** 昭和大学の場合には、大学が学生の留学を推進していますし、医師の海外留学に関してもかなり寛容で、補助金も出るような仕組みになっています。僕は、それに漏れてしまいましたが、幸い日本の学会からグラントをいただき留学して、2年目はアメリカの学会でグラントをいただき、3年目はメイヨー・クリニックから給料をいただくことができました。いざ留学してみると、大学から補助をもらって留学に来ている方は、全体の3割ぐらいしかなくて、グラントを取得して、もしくは自費で留学している方が多かった感じがします。

後は、世界的な経済の悪化に伴って、アメリカでも補助金が減ってきたため、前に比べると厳しい状態になってきているのではないかなと感じています。

**栗原** それが海外に行く若い人が減っている1つの原因になっているというように考えられますか。

**安達** 1つの要因になっていると思います。しかし、それとは別に日本は世界に負けない医学水準を持っているので、別に海外に行かなくても良いと考えているのではないのでしょうか。例えば臨床、手術に関して言うと、同時期にクリニカルで留学されていた先生方の話を聞くと、日本の方がレベルが高いと、わざわざ手術をしに海外に行く必要はないのではないかというようなことを言っている先生が大半でした。

僕もアメリカの医療に触れてみて、患者としても医療人としても日本の医療が素晴らしいと思う

し、日本に戻りたいと思いました。

**栗 原** それには同感するところもありますが、グローバル化が進むと他国の人を理解するためには、その人の背景にある文化もよく理解することが必要だと思いますので、そういった意味での交流はこれからも盛んになって欲しいと考えております。

その中で、日本に来る人があまり増えないのですが、やはり文化の違いや、言葉の障壁が大きな問題なのでしょうか。

**吉 岡** 学部教育のレベルですけれども、東京女子医科大学では毎年 5 年生が 25 人以上国外で研修します。今までの話を伺っていて、私もアメリカに 10 年いたんですけれども、アメリカに行って研究するということが非常に意義があったのです。しかし時代が変わって、今はむしろ世界を知ると言いましょうか、そこが重要で、特に卒前の教育の中で留学を経験することは、医師となって役立つということだと思います。

大学評価で視察しますと、各大学非常に努力しているのですが、2 人か 3 人とか非常に少ない数の国際交流をしている場合が少なくありません。努力してそれなりの数を交流させることが 1 つ、もう 1 つは送り出すだけではなくて受け入れる、これが重要です。出した場合は行った人はベネフィットがあるわけですが、来てもらった場合には、来た人の周りに波及効果があって、そういう意味で効果も高いのではないかと思います。これは学生同士の交流だけではなくて、教員もそこで教えながらいろいろ学んでいるという姿を、実際交流の中で見えています。

これは相当努力しないと来ないです。でも、アメリカは遠いからとか、イギリスは遠いからということですが、そういうところからも 5 人、10 人と来る現状を踏まえると、やはりきっちり情報を出すことが重要です。大学の情報を英文で出すということとは、小さなことですけど重要なことだと思います。

私はかなり各大学のホームページを見ましたが、英語の充実している学校というのは非常に少ないです。あっても古い、アップデートしてない場合があります。東京女子医科大学としてもその反省があるのですが、情報を出すということ、大学が努力して交流をするということが、将

来のことを考えると重要ではないかと思います。

**栗 原** 先生のお話のように、確かに私たちの大学も年間 20 人位海外から臨床実習に来ているのですが、皆さんホームページを見て来ます。うちは応募要領が英語で出来ているので、それを見て来る人がかなり多いと聞いていますが。そうですか川上先生。

**川 上** 福田教授と関谷教授が担当されていますが、東京慈恵会医科大学では海外からの選択実習生は年間約 30 名で、先月はイギリス、今月はオーストラリアからの留学生がいらしています。

**吉 岡** 自分がどこかに視察に行く場合に、最初に見るのはホームページですから、外国からその大学の情報を欲しい場合は、英語で出ているか出ていないかというのは、非常に重要です。

**栗 原** 先生のところでは国際交流センターを開設していますね。

**片 桐** 昭和大学は国際交流を 1 つの特徴として進めたいということで、先日の「国内医科大学の視察と討論の会」でも発表させていただきましたが、かなり前から、結果的にはおそらく経済的な関係で東南アジアから中東、東ヨーロッパの人が多くなったのですが、留学生に 1 年間に限って宿舍と毎月 10 万円の奨学金を出しております。何十人もお金出せないで、毎年 20 人程度の留学生に何とか工夫して月々 10 万円と宿舍を提供しています。宿舍は集合住宅を 1 つ大学が保有して、そこを利用しております。中国、インド、バングラデシュ、セルビアとか、一番遠くはマダガスカル島からやってきてます。この歴史は 30 年以上になります。募集はホームページにもあえて載せてないのですが、口コミでやってきます。

これは特に卒後のドクターになられた外国の方について、国際交流に貢献できるのかなと思って続けています。問題なのは、留学生の数が増えて物理的に、たとえば住居をどこまで確保できるかとか、お金を幾らまで出せるかとか、そういうところの制限が大学の経営に関係してくるので。

学生に対しては、栗原先生のご意見のとおり、外国で 1～2 ヶ月の短期間に医学教育がそうそう進展するわけでもない。それよりも違った言葉、主として英語ですよね。英語に対して興味を持っていたかくことと、もう 1 つは異文化に触れるということ。この 2 つの目的でできるだけ卒前に外

国に行けるようにということを大学も努力していきまして、1回行くごとに10万円工面しています。職員に対しては10万円3回までしか出ないのですが、学生はそんなに何回も行く人はいないかもしれませんが、回数に制限はしていません。毎年少しずつ増えております。先ほどの吉岡先生の言葉にあるように、外国に行くのは医学部で年間30～40人です。私の医学部長時代に、直接的な大学同士の臨床実習の取り決めをアメリカの大学に行って協定を結んで始めてからまだ10年ぐらいです。これを何とか維持しなければいけないなと思っているのですが、学生は大喜びで行くというのではないですね。同じ位の数の人が毎年行くぐらいです。今の学生さんたちの考え方が昔と違うかなと思っています。

**栗原** 先ほどもお話が出た大学間の協定を結んで、学生を積極的に海外へ行かせていらっしゃるのですか。

**明石** 私たちの大学は歴史が浅いので、今取り組み始めたのですが、実際に後発組なので、提携先の大学を探すのが本当に大変です。去年ようやく韓国の大学と提携を交わして、臨床実習の単位交換が始まったところです。アメリカにも手を伸ばしつつあるところですが、既に世界中の大学と何らかの提携をしているところが多くて、隙間をぬってゲリラ的に少し広げようと思っているのですが、そういう意味では、まだ行って帰ってきた学生も少数です。しかし、これはとてもインパクトがあります。ほかの学生に及ぼす影響も大きいし、みんな目を輝かせて帰ってくるので、何とか続けたいと思っています。

**片桐** 私どもの大学がこういうことを始めたのは、実は国内での大学の交流がありまして、特に司会をされておられる栗原先生の東京慈恵会医科大学の外国研修のシステムをお借りして、昭和大学の臨床実習の評価表を英訳して、それを学生に持って行かせます。協定を結んだ大学で実習をして、合格をしたら、昭和大学で実習したことにしましょうと。

今の話ですが、昭和大学は、東京慈恵会医科大学と東邦大学と東京医科大学と、この4校でそういう提携を結んでいます。明石先生もおっしゃったように、昭和大学も決して先発ではありませんでした。国内の大学と繋がりをもって国際交流を

やっていくことが大事だと思います。ほんとに頭を下げざるを得ないくらいお世話になっていきます。

**栗原** 東京女子医科大学はずいぶん前からマックマスター方式を取り入れましたが、教員を外国に派遣しました。そういう医学教育上の交流はかなり盛んなのではないのでしょうか。

**吉岡** 教員の交流ですか。

**栗原** 教員や、学生の卒前の臨床実習を含めてですが。

**吉岡** そうですね。実習は提携している大学が20校ぐらいはあると思います。

**栗原** すごいですね。

**吉岡** アジアだけではなくてヨーロッパ、アメリカとも交流しています。その中から学生が選んでいくということになっています。明石先生も言われたのですが、単に行くということではなくて教育の一環として行くということで、きっちり協定を結んで相互にということと、これは教育の一環ですので評価をするということが重要で、お互い真剣に教えるということになるのではないかと思います。ですから評価も向こうの評価ではなくて、こちらの評価表で、向こうで評価をしてもらって、臨床実習の中の評価の1つとして取り組むという形にしています。

国際交流に関しては各大学そうだと思いますが、担当する部署がないと、国によってビザの条件が違ったり、先方との交渉とかそういうものがあって、教員が時間の合間にということとはなかなかできません。

大学評価などで各大学の様子を見させてもらうと、国際交流していますといっても実質がない大学がかなりあったりして、なかなか現状は難しいと思うのですが、これは学校として対応していかなければいけないと思います。

**栗原** 行きたいという意欲のある学生がいて、我々もそういう制度を作ろうと考えますが、制度だけを作っても行く意欲のある学生がいなければ機能しません。双方の熱意が必要だということではないのでしょうか。

**吉岡** 学生さんは希望が多いのですか。

**明石** 私たちの大学では始めたばかりですけど、手はずいぶん挙がったんです。医学教育振興財団のものも1つ初めて通ったので。その学生な

どは、うちのカリキュラムがまだ変わっていないので、進級試験にかかる時期だったので、医学教育振興財団の留学生に選考されたら試験免除という形をとりました。すると、たくさん手が挙がったんです。

**栗 原** 私の大学でも現場に聞くと、確かに協定を結ぶということも良いけれども、それよりもまず行きたい学生が手を挙げて行き先を見つけてきたら、その希望している大学を評価して、良ければ推薦状を書いて、学生を支援する。お互いにメリットがあれば協定を結ぶということでやっています。

セント・トーマス病院医学校は本学の学祖が留学したところなので、これは昔から協定を結んで交流しています。今はキングスカレッジになりましたが、キングスカレッジに留学する学生3名には留学費の補助を出しています。それ以外のところへの留学に対しては補助していません。昭和大学のように経済的にサポートすることは必要なのかもしれませんが、それぞれの大学の事情に応じてやっていけば良いと思います。

**明 石** 私たちの大学はスタートだったので、旅費等は大学で出しました。まだ少ないから出来るのかもしれませんが。

**栗 原** 最後に今日のテーマは「医学教育の国際性」ということですが、卒業した後も大いに国際的に活躍できるセンスを持ってもらいたいと思います。若い学生さんたちに何かメッセージがありましたら、一言ずつお願いします。

### 【学生へのメッセージ】

**明 石** 世界的視野というか、世界の景色をよく見て頑張してほしい。今から5年後を予測しても何のあてにもならないかもしれないけれど、でも我々は日本という国が豊かで充実して良い国であり続けてほしいと思うので、せめて医学という分野ではリーダーになって世界をよく見て頑張してほしいと思います。

**吉 岡** これからも日本の医学部を卒業した人の多くは日本で医療を行うことになると思うのです。その中でも学問として、あるいは医療としては、世界的な環境の中で行っているのだということを、学生さんが理解して日常の診療ができるよう

な教育をしたいなと思います。そういうために医科大学も国際的な視点での教育を取り入れていって、より質の高い教育が行えるように努力すべきだろうと思います。

**片 桐** 同じことだと思いますが、若い学生さんには医師になろうという強い動機を持ち、高度の知識と技術と態度を身につけていただきたい。あまり経済的に楽なことばかりを考えないで、自分たちが体力があり頭脳が柔らかい若いうちに異文化に大いに触れていただいて、そういう目でまた日本を見ていただければ、医学だけでなく日本の文化の発展にも貢献できるのかなと思います。

**安 達** 世界で渡り合えるような医師になりたいと考えていますし、若い人たちにも目指してほしいと考えています。そのための第一歩として海外留学を考えていただきたいと思います。アメリカとは違いますが、現在の日本の教育制度もすごく良いものだと思いますけれども、ワールドワイドに活躍するきっかけを作るために、留学を是非考えてもらいたいなと思います。

**川 上** 日本では留学する事はとても敷居が高い印象を受けます。私の卒業校では1学年450人程いましたが、最終学年の夏に選択実習 (elective) 期間が2ヶ月間あり、ほぼ全員が海外で実習を行います。そのメリットとしては、価値観や視野を広げることもあります。先ほど安達先生がおっしゃっていた通り、母国の医療制度との違いを経験する事で、改善すべき箇所がみえてきたり、逆に誇りに思える箇所が沢山あり、モチベーションにつながる事が多々あると思います。私も日本に帰国する際はとても不安でしたが、実際に帰国してみると沢山の人が手を差し伸べてくれる社会だという事を再認識出来る良い機会だと思いました。

**栗 原** いろいろな世界の情報はインターネットを通じてすぐ入ってきますが、人と人とのコミュニケーションがないと私たちの意識は変わらないと思います。その意味で医学教育にもグローバル化が進んで多くの日本の学生諸君が、気軽に海外と交流できるような文化風土ができることが、グローバル化に一番近道ではないかと考えています。

今日は、いろいろなお話を聞かせていただき、ありがとうございました。(了)

## 論

## 壇

『私立医科大学における基礎研究の  
活性化と人材育成』東京医科大学免疫学講座主任教授  
協会研究体制検討委員会委員長

水 口 純一郎 氏

## 1 はじめに

我が国のように成熟した市民社会では、健康志向が強く、医学・医療に対する期待も大きく、かつその要望も多様化している。このような多様な要望に応えるためには、目の前の患者を治療する専門医の育成と共に今後の医学・医療の発展に向けた基礎研究を担当する研究者をバランスよく育成することが必要である。研究者は研究活動を通して育つことが多い。また、精力的に研究を展開している研究者が多いところに、優秀な学生が集まる傾向がある。優秀な学生が集まると、多くの研究成果が産生され、潤沢な研究資金の確保につながり、ますます多くの研究者が集まるという、好循環が期待できる。つまり、研究の活性化と人材育成は車の両輪である。

基礎医学研究者の育成は医学・医療のみならず医療関連産業の発展の鍵を握っていることから、米国では豊富な研究資金を投入し、基礎医学研究の活性化および人材育成を行っている。一方、我が国では高等教育への財政支出が対GDPで比較するとOECD加盟国の中で最低水準にあり、さらに医学部では平成16年度からの研修医制度の実施により臨床医の不足、医師の業務量の増大などにより大学における研究遂行能力が劣化してきた。特に、基礎医学では医学部を卒業した（medical doctor, MD）研究者の不足が深刻な問題となり、将来の基礎医学研究や教育の崩壊につながると危惧されている<sup>(1)</sup>。

基礎医学研究の推進に当たっては、国立研究重視総合大学が中心的な役割を果たしてきたという歴史的な経緯があるが、市民の多様なニーズに応えるには多様な人材が必要とされることから、多様かつ重厚な研究体制システムの構築が望ましい。私立大学は、建学の精神に基づいて市民の多様なニーズに応えてきた実績があり、今後も私立大学の役割が期待されている。

本協会研究体制検討委員会では、基礎研究の活性化、人材育成における大学院のあり方、競争的資金の問題点などについて検討してきた<sup>(2,4)</sup>。今回、これらの報告書および参考文献などを基にして、私立医科大学における基礎研究の活性化および基礎研究を担う人材育成について考えてみたい。

## 2 基礎医学研究者の育成

来るべき「知的基盤社会」に向けて、資源が乏しい我が国では基礎研究の強化が必要不可欠である。医学の分野においても基礎医学研究の一層の強化および人材育成が必要であり、この機能を遂行する上で大学院は中心的な役割を期待されている。

## (1) 大学院における研究・教育機能の強化

これまで、医療系大学院が計画的に基礎医学研究者を育成してきたわけではなく、研究課題をもった臨床医が基礎系講座との交流を通して基礎医学の発展に寄与してきたという側面がある。しかし、医学

が専門化かつ高度化した現在、医療系大学院の機能強化が求められている。中央教育審議会は、「医療系大学院では未来の医学を切り開く『基礎医学研究者の養成』と現在の高度医療を担当する『研究マインドをもった専門医の養成』機能を分離し、専攻毎に目的を明確にすることが必要である」と提言している<sup>(5)</sup>。私立医科大学アンケートの結果でもこのような考え方は概ね支持されていた<sup>(2)</sup>。「基礎医学研究」の強化と共に「臨床研究」の推進も喫緊の課題であるが、こちらについては「臨床研究に関する諸問題」<sup>(6)</sup>を参照して頂きたい。

教育・研究の実践にあたっては、指導教授の下、講座単位で研究テーマの実践を通して大学院生の教育が行われるという傾向があった。しかしながら、大学院教育の教育・研究を実りあるものにするためには、「専攻単位で組織的かつ体系的に教育を提供することが必要である」<sup>(5)</sup>、という認識は概ね共有されている（私立医科大学協会アンケート結果）<sup>(3)</sup>。確かに、特定の指導者のもとで仕事をしていると、専門分野における「課題遂行能力」は向上するが、視野が狭くなることが危惧され、幅広い視野と当該分野での専門的な知識を修得させるための活動として、専攻を単位とする教育活動は有効であろう。また、体系的な教育により、「課題遂行能力」と共に「課題探求能力」が涵養され、基礎医学研究のみならず臨床研究者の資質向上につながると期待できる。しかし、私立医科大学では大学院教育の実質化に向けて独自の取り組みがなされているが、未だ十分に整備されているとはいえない状況であり<sup>(2)</sup>、今後の対策が待たれる。

これまで、私立医科大学では建学の精神により、特徴ある診療・研究が行われてきたが、今後どのような人材を育成するのか、そのための具体的な教育目標などについてより明確にすることが必要である。これらの事業の実現には、人的な資源と共に研究基盤整備や研究資金が必要とされ、何らかの公的な支援が切に望まれる。

## (2) MD 研究者の必要性

これまで MD 研究者は基礎医学研究・教育の推進に重要な役割を果たしてきたが、今後も一定数の MD 研究者が必要であるという認識は、私立医科大学のアンケートの結果でも共有されていた<sup>(4)</sup>。特に、疾病の病態解明や治療法の開発のような「目的志向型の研究」では、疾病、病理、解剖などのバックグ

ランドをもっている MD の役割がますます重要となってくるとの指摘も多い。しかしながら、近年 MD 研究者（特に、講師や助教などの若手）の割合が低下しており、次世代の教育・研究への影響が危惧されている。若手 MD 研究者の育成に向けた対策が喫緊の課題である。

一方、ライフサイエンスがますます多様化・高度化している現在、各分野の専門家の育成も必要であることから、Non-MD 研究者に医学的な知識を習得する機会を与え、基礎医学研究に対するモチベーションを高めることも必要であろう。

今後必要となる MD 研究者を算出するにあたって、私立医科大学の基礎医学教育・研究従事者の総数は約 3,000 人（各大学約 100 人）、MD 研究者と Non-MD 研究者が半数ずつを占めるという仮定のもとでは、医科大学あたり毎年おおよそ 2 名（2%）が基礎医学系に進み、定年まで 30 年間勤務してくれると、MD 研究者を充足できることになる。平成 21 年のアンケート調査では、基礎医学系に進みたいという初期研修医（2 年目）は全体の 2% であり（私立医科大学協会アンケート）<sup>(3)</sup>、適切なインセンティブを与えることにより MD 研究者を充足させることが可能であろう。大学間の流動性、公的機関や国際機関での活躍などの幅広いキャリア形成を考えると、卒業生の数パーセントが基礎医学系を選択してくれることを目標としたい。

## (3) MD / PhD などの基礎研究医養成コース

初期研修医制度の導入や専門医指向などにより、基礎医学研究を志望する医学生が減少しており、基礎医学教育・研究は危機的な状況にある。この困難な局面を打開するために、研究志向をもつ医学部学生を大学院入学につなげる「医学部・大学院一貫教育プログラム」がスタートした。例えば、通常のカリキュラムの途中で博士課程に進学することで、博士号を早く取得できる「MD/PhD コース」、通常のカリキュラムと平行して研究者として必要とされる基本的な能力を習得させ、卒業後基礎系大学院に進学し、博士号を取得することを目指している「MD 研究者コース」など、特徴あるプログラムがあり、学生が選択できるようになっている<sup>(7)</sup>。このようなプログラムは米国でうまく機能しており、今後に期待したい。

米国では「MD/PhD コース」を設け、研究に興味をもっている学生を医学研究にリクルートし、優

秀な基礎医学研究者を育成してきたという数十年の歴史がある。本コースには授業料の減免措置や大学院生に対する奨学金の支給などの経済的なサポートがあるため、入学のハードルは高い。本コース修了者は基礎研究者、臨床研究者、および橋渡し研究者として活躍している。

#### (4) 若手教員に対する経済的な支援と研究環境整備

基礎医学の活性化には、若手研究者に対する経済的なサポートが必要不可欠であるが、私立医科大学協会のアンケート結果では、RAなどの経済的な支援策、大学院生に対する研究費の支援、および学会旅費などの支援策をとっているのは全体の約40%に過ぎず<sup>(4)</sup>、さらなる支援の拡大が望まれる。

大学院卒業後のキャリアパスが見えにくいとの指摘もある。大学院生にキャリアパスやロールモデルを提示すると共に、ポストドック、任期付助教、研究主宰者 (principal investigator, PI) などの段階に応じた経済的な支援や研究環境整備が必要である。例えば、医学博士を取得した研究者が安定的な長期雇用 (テニュアー) を獲得する前に、PIとして一定期間 (5年程度) 雇用される制度 (テニュアトラック) は既に一部の大学で実施されているが、今後の拡大が望まれる。ノーベル賞に値するような革新的な発見は若い時期におけるアイデアであることが多いことから、ハイリスクな研究にチャレンジすることを好む若手が独立して研究に専念できる制度の確立が望ましい。

#### (5) 国外留学と研究者の受け入れ

多様なバックグラウンドをもつ研究者がお互いに切磋琢磨することによって、個々の研究者の能力が磨かれ、新たな研究の展開が期待できると言われている。若手の研究者には、他国に武者修行に出かけ、考え方や技術を磨くことを勧めたい。私立医科大学における海外への留学生を調べたところ (平成17年度～平成21年度)、651名 (約22名/大学) であり、その約3割が基礎研究に関するものであった<sup>(4)</sup>。留学先は北米 (75%) が最も多く、次いでヨーロッパであった。海外への留学生が組織の活性化をもたらしているという意見が支配的であったが、日本が豊かになりハングリー精神が乏しくなったことなどにより、欧米における日本人留学生の割合が減少しているという指摘もあり、国際交流の強化に向けた対策が必要であろう。

#### (6) 任期制と評価制度

大学院の活動性を維持するには教員の任期制や流動性が必要であるとの指摘がある。私立医科大学においても、任期制を導入 (45%) あるいは導入に向けて検討中 (41%) であり、従来の「定年制度」から「任期制」へと緩やかに推移しているようだ<sup>(4)</sup>。任期制は組織に適度な緊張感を与え、活力の維持に必要であるとの主張もあるが、仕事をチームワークで進めることが得意な日本人にはあまりなじまないのではないか、との指摘もある。任期性はうまく機能するのか、任期制が相応しい職種は何か。また、任期制度の運用に当たっては、適切な評価システムの確立が求められる。

任期制がうまく機能するには、研究をどのような物差しで誰が判定するか、という点が重要である。現在、研究成果の客観的な指標として用いられている、論文の数、インパクトファクターおよび引用頻度などは短期的あるいは「知的好奇心型の研究」にはある程度有効であるが、「目的志向型の研究」に対しては別の指標も検討されるべきである。また、極端に成果を要求すると、長期に渡る地道な研究活動が敬遠されやすくなること、および広い知識を修得し、哲学に裏打ちされた研究課題を探索することよりも、手っ取り早くデータが出るテーマを選び易くなる傾向も危惧される。しかしながら、全く競争原理が働かない環境では、社会の付託に応えることができない人材の集まりとなることも予想されることから、適切な評価制度の確立が求められる。評価にあたっては客観的な評価システムの確立と共に目利き (伯楽) の存在・育成が必要であろう。

### 3 研究資金の確保

#### (1) 私立大学における研究資金の獲得

ある程度の研究基盤が整備されている条件下では、研究成果は研究資金に依存する度合いが大きいことが知られており、研究資金の確保という観点から研究の活性化を考察することも可能である。大学における研究費は日常的な教育・研究を支える「経常的な資金」と優れた研究を重点的にサポートする「競争的資金」によって賄われている (デュアルサポートシステム)。前者には「講座費」、「私立大学経常費補助金」などがあり、後者には「科学研究費補助金」などがあるが、大方の大学では研究費が不

足しているとの回答があった<sup>(4)</sup>。結果として、研究施設の維持や研究の推進が困難となった、優れた教員の確保などに支障を来している、さらに研究資金—研究成果の負のスパイラルに陥っているとの声もあった。

歴史的な経緯により、私立大学の研究基盤は研究主体総合大学に比べて脆弱であり、研究資金の獲得などでも劣勢を強いられてきた。また、経常的経費に占める国庫補助金の割合は昭和 55 年がピーク (29.5%) であり、以後減少傾向を示し、平成 20 年度には 10.9% まで落ち込んでいる。

我が国の代表的な競争的資金である科学研究費補助金の配分を見ると、採択率 (27%/1994 年 → 20.3%/2008 年) および一件あたりの平均配分額 (334 万円/2003 年 → 289 万円/2008 年) も減少し続けている<sup>(5)</sup>。私立大学への配分は国立の約 1/5 であり、配分は人員構成に比べて国立大学、特に研究重視総合大学に偏重している。例えば、補助金獲得額 10 位の大学は 1 位の大学の 15%、20 位の大学は 6% と、補助金配分の 1 極化「東京スカイツリー型」が生じている。トップグループの大学は「グローバル COE プログラム」や「世界トップレベル研究拠点プログラム」などの推進を通して、優秀な若手研究者を育成しているが、トップに続くグループの活力が低い、人材の流動性や活用が困難となっている。一方、米英では 10 位の大学は 1 位の 35% を獲得していることから、裾野の広い「富士山型」の研究体制が形成されることになり、お互いの切磋琢磨を通して研究の活動性や人材の流動性が確保されている。

競争的な資金の審査に当たっては、「透明性」と「公平性」を求める要望が強かった。競争的資金制度の運用に当たっては、「透明性」と「公平性」を担保するために、プログラムディレクター (PD) とプログラムオフィサー (PO) が配置されているが、私立大学からの PD/PO は国立大学に比べて少ないとの指摘もあり、今後の課題である。

我が国の GDP に占める高等教育機関への財政支出は OECD の中で最低レベル (0.5%) であり、今後平均 (1.0%) 以上に上げることが必要である。この研究資金を私立大学などに投入することによって、全体として多様でハイレベルな研究成果を生み出すことが可能となり、人材の流動性や有効活用が期待できる。

## (2) 国内における連携の推進

基礎研究を推進する基盤が必ずしも強固ではないため、各大学では他の機関との連携が模索されている。アンケート調査では、全体の約 60% の大学で大学間の連携 (医工連携、医歯薬連携など) や民間企業との連携 (産学連携) 事業に取り組んでおり、産学官連携活動 (文部科学省・産学官連携戦略事業など)、社会連携研究事業などに参加している大学は 50% 弱であった<sup>(4)</sup>。産学連携に関しては、我が国の民間企業から外国への開発資金投資が国内への大学に比べて増加しており、今後民間企業への PR が必要である。しかしながら、公的な研究機関 (独立行政法人理化学研究所や国立研究機関など) との連携は極めて少なかった (約 15%)。産官学連携や地域クラスター形成などに向けて、各大学の積極的な参加と共に公的支援の強化に向けた国への働きかけが必要である。

## (3) 研究拠点形成

私立大学に特化した「私立大学戦略的研究拠点形成支援事業」「学術フロンティア事業」などを通して、特徴ある研究拠点が形成されている<sup>(4)</sup>。また、「グローバル COE」に採択された課題もあり、今後に期待したい。医学が専門化・高度化した現在、あらゆる領域に渡って基盤整備を行うことは困難であり、地域連携などによりハイレベルで特徴ある研究拠点形成を模索することも考慮されてよい。さらに、留学生を迎えることによって国際的な研究拠点を形成することは我が国のステータスを向上させ、結果として安全保障にも資すると期待できる。

「文部科学省の留学生 30 万人計画」は協会加盟各大学にほぼ周知されており、独立行政法人日本学生支援機構によると、平成 22 年 5 月現在の外国人留学生数は 141,774 人 (前年比 6.8% 増) であった (過去最高)。私立医科大学における大学院生と研究生を合わせた留学生は 1,122 人 (全体のほぼ 1%) であり、その中で基礎研究に関連した留学生は約 25% であった<sup>(4)</sup>。留学生の出身地はアジアが大多数を占め、次いでヨーロッパであった。このような傾向は 2010 年度の外国人留学生の在籍状況調査からも伺える。今後、国際的な拠点形成を通してアジアにおける人材育成に貢献することも重要な課題であろう。

## 4 基礎医学研究に対する市民の理解とサポート

多様化する医学・医療に対する要望に応えるには、現在の医学・医療と共に、将来に備えた基礎医学研究の必要性を子供・市民向けの講座などを活用し、市民に理解・サポートしてもらう努力も求められる。市民が動けば、政府・公的機関が動き、基礎医学研究の推進に向けた施策が加速されることになる。施策の遂行にあたっては、研究の「先端性」と「多様性」のバランスに留意すべきである。この調和を保つことにより、国公立大学によって形成される多様性かつ重厚性のある研究システムが生まれ、多様な能力をもつ人材の育成が可能となる。基礎研究を強力に推進し、人材を育成することは、次世代の医学・医療の向上につながり、結果として市民が健康を享受できることになる。さらに、医学への貢献により、国際的な評価が高まり、結果として医療産業などへの波及効果も期待できる。このような啓蒙活動を通じて、基礎研究の重要性が理解されると、博士号を有している基礎研究者が尊敬を受けるようになるのではないかな。そのような「知的基盤社会」では基礎研究を志望する医学生も増加するであろう。

## 5 おわりに

私立医科大学における研究の活性化と人材育成に向けて、色々なアプローチが必要とされるが、ここでは次の3点を強調したい。最初に、人材育成の要である大学院システムの更なる強化を上げたい。大学院の実質化や国際化により、大学院制度を強化し、大学院生に将来のロードマップが見えるようにする。大学院を卒業した意欲ある若手研究者にはできるだけ早期に独立してハイリスクな研究にチャレンジできる環境を与える。次に、これらの制度強化・改革と平行して、政策的な資金導入（私学助成金の拡充など）が必要である。研究資金の確保における「マタイ効果」<sup>注</sup>を考慮すると、政策的な資金導入なくして、我が国の研究システムの多様化・重層化を達成することはできない。最後に、基礎研究の強化と人材育成に対する市民の理解とサポート（そして、公的な政策）が得られるように努めることが求められるであろう。

注：マタイ福音書第13章12節にある「持っている人は与えられて、いよいよ豊かになるが、持っていない人は、持っているものまで取り上げられるだろう」、という階層の二極分化現象は「マタイ効果」と呼ばれている。

### 【参考文献】

- 1 基礎医学教育・研究の活性化に対する要望書．日生誌 2010; 72:115-8.
- 2 医学系大学院の目的と在り方に関する改革の現状と報告．社団法人日本私立医科大学協会 教育研究部会 研究体制検討委員会 2007.
- 3 臨床医学系大学院の実態と今後の改革に向けての提言．社団法人日本私立医科大学協会 教育研究部会 研究体制検討委員会 2009.
- 4 私立医科大学における基礎研究の活性化に向けて．社団法人日本私立医科大学協会 教育・研究部会 研究体制検討委員会 2011.
- 5 新時代の大学院教育－国際的に魅力ある大学院教育の構築に向けて－答申．中央教育審議会 2005.
- 6 臨床研究に関する諸問題．一般社団法人日本私立医科大学協会 教育・研究部会 研究体制検討委員会 2013 発行予定．
- 7 医学・医療の高度化の基礎を担う基礎研究医の養成．文部科学省 2012.
- 8 基礎研究強化に向けて講ずべき長期的方策について－基礎研究を支えるシステムの改革－．総合科学技術会議 基本政策専門調査会 2010.

## 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、社会的な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。

## 慶應義塾大学

## 大学病院 3号館（南棟）竣工・稼働



大学病院 3号館（南棟）外観

慶應義塾大学病院では、四半世紀ぶりに新しい臨床棟・病棟が竣工しました。地上6階建ての3号館（南棟）（以下「南棟」）は、2011年2月着工、2012年4月25日竣工、8月1日から稼働しています。

南棟には新しく予防医療センターを開設し、新たに人間ドックがスタートしました。さらに、PET/CT装置2台を導入し、PET検査で使用する医薬品を1階で製剤しています。これまで以上に外来診療を充実させた腫瘍センターと免疫統括医療センター、リハビリテーション科の他に、5階、6階には個室病床（58床）を設置し、明治神宮外苑、新宿御苑をのぞむ緑ゆたかな空間の中で、ゆったりと治療を受けていただくことができる落ち着いた環境を整えました。

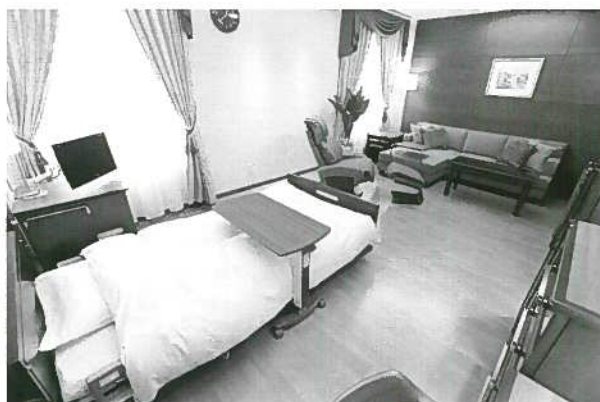
南棟のコンセプトは、「早期発見・早期治療～包括的な先進医療の提供と予防医学の実践～」です。健康寿命を希求する世間のニーズに応え、迅速で質の高い検査と、可能な限り速やかに治療を開始することを意味しています。その原点は、創立者福澤諭

吉の精神と、「予防医学」の必要性を訴えた北里柴三郎初代医学部長の教えに立ち返ることであり、21世紀における『先進医療と予防医学の実践』の場と位置付けています。

2017年、慶應義塾大学医学部は創立100年を迎えます。新たに計画されている新病院棟建設に向けて、ワンランク上の医療技術と、ホスピタリティに溢れる新しい医療サービスを展開してまいります。



3階 予防医療センターラウンジ



6階 特室2

# 順天堂大学

## センチュリータワー改修工事完成



センチュリータワー全景

現在、順天堂大学本郷キャンパスでは、順天堂創立175周年記念事業として本郷キャンパス全体の再整備を進めています。豊かな緑に囲まれ地球環境に優しいエコキャンパス・エコホスピタルの実現を目指した大規模な事業となっています。

平成21年7月には、神田川に面して建つセンチュリータワーを校地、校舎として取得いたしました。この建物は、ロンドン市庁舎、香港国際空港ターミナルビル、ケンブリッジ大学法学部校舎などを設計し世界的に著名なイギリスの建築家ノーマン・フォスター卿の手により1991年（平成3年）に竣工した地下3階、地上21階建ての建物です。エコロジーとオープンスペースが設計コンセプトで、建物の各フロアは開放的な大空間が広がる特徴ある建物です。

この貴重な建物を21世紀にふさわしい国際拠点大学院大学にしていくことを目標に掲げ、双方向型のActive Learningの教育環境の構築、

順天堂が海外へ向けて教育・研究・医療の情報発信が行える最新のAV・ICTシステムを備えた教学部門の教室の整備を行いました。この整備事業により、国際化を目指す順天堂大学のシンボルタワーにしていくことを目指しています。



ラウンドシェル型教室



ラーニングコモン型教室



ラーニングコモンズ（学生ホール）

# 杏林大学

## 付属病院新第三病棟竣工



新第三病棟外観

杏林大学医学部付属病院では、旧第三病棟（昭和 48 年建設 地下 2 階・地上 5 階建て）の老朽化に伴い解体し、跡地に建て替え工事を行っていましたが、ヘリポートを備えた地下 1 階・地上 10 階建て、延床面積約 22,000㎡、病床数 370 床の新第三病棟が平成 24 年 8 月に完成し、10 月 4 日（木）から運用を始めました。

新第三病棟は、建物北側の外科病棟と中庭を挟んで連結一体化した免震構造で、主として内科系の診療科が入っており、外科病棟とは各階それぞれ関連した診療科が通路で繋がっていて診療面でも一体化しています。

病気と闘う患者さんに少しでも心落ち着いた気持ちになっていただくよう、「森の病院」をコンセプトとして武蔵野の面影を残す周辺の緑を取り込むとともに、日射の遮光や採光、通風に配慮した環境配慮型の造りになっています。

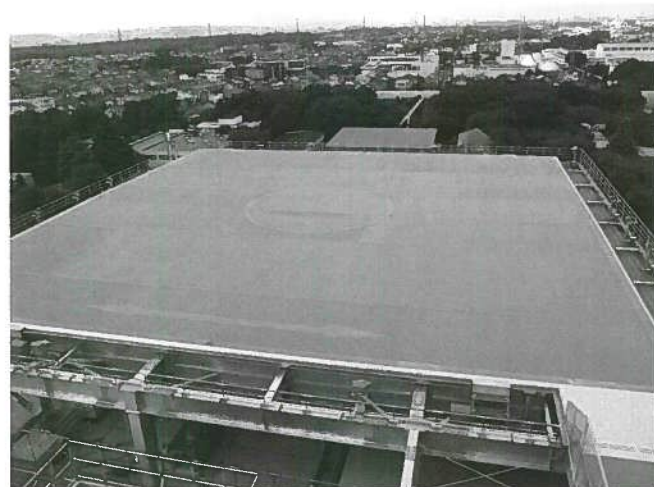
1 階の HCU は 24 床全て個室としてプライバシーに配慮するとともに、陰圧 4 部屋・陰陽圧 4 部屋を他の病室とは離して設置し、感染症患者の入室は一

般の患者とは完全に別の経路とするなど、万が一のパンデミックの対応にも万全を期しています。また、屋上ヘリポートの設置により、大規模災害時の災害拠点として緊急対応が可能となるとともに、日本各地の救命センターからの超重症患者の受け入れも容易になります。

このほか、病室は個室・4 床室ともトイレが完備されており、スタッフステーションもゆったりとしたスペースで働きやすい環境に配慮しています。杏林大学病院では診療体制の一層の整備により、当院に課せられた東京西部地区三多摩の中核医療センターとしての役割を果たしてまいります。



左) 新第三病棟 右) 外科病棟



屋上ヘリポート

# 藤田保健衛生大学

## 低侵襲画像診断・治療センター竣工



低侵襲画像診断・治療センター外観

藤田保健衛生大学では、平成24年9月、大学病院附属施設として『低侵襲画像診断・治療センター』を開設しました。同センターは放射線診療関連の設備を集約し、最新の機器を導入することにより、高まる臨床ニーズに対応するものです。施設内はゾーン分けや最新セキュリティ機器の導入により、随所に安全性を高める工夫がなされています。また、免震構造の採用と非常用電源設備により、災害拠点病院として万一の事態に対応可能な施設となっています。

### <施設概要>

・地下1階、地上6階建。建築面積 1,358㎡、延床面積 8,637㎡、免震構造。72時間対応非常用電源。

### <地下一階：放射線治療フロア>

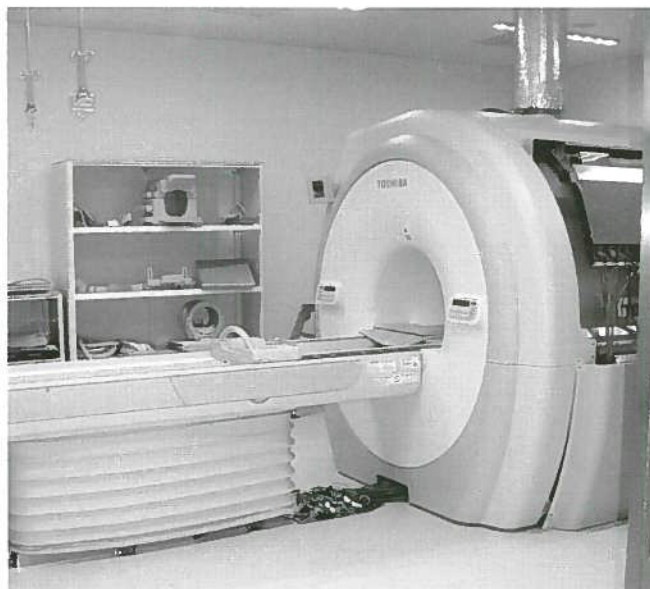
・イメージガイド下定位放射線治療および強度変調放射線治療対応可能治療装置を導入。密封小線源治療室を設置。治療計画用 CT 装置を導入。

### <一階：核医学フロア>

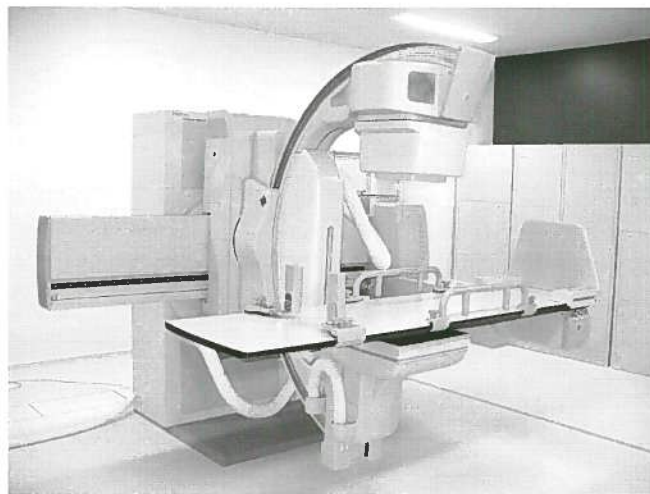
・128スライス CT 搭載 PET-CT 装置を導入。16列 CT 搭載 SPECT-CT 装置 2 台を導入。

### <二階：MRI フロア>

・3テスラ MRI 装置を 3 台、1.5 テスラ MRI 装置 1 台を導入。ACR ガイドラインに則ったゾーン分けを行い、電界通信を利用した個人認証システムによるフロア入退室管理を導入。ゲート型の磁性体探知機 2 台を導入。



MRI 装置



X 線透視室

### <三階：血管造影フロア>

・フラットパネル型血管造影装置 4 台(循環器用 2、頭頸部 1、頭部・腹部兼用 1)、腹部用アンギオ CT (320 列 CT) 1 台を導入。空気清浄度クラス 10,000、清潔・不潔物品の完全分離を行う。

### <四階：CT フロア>

・320 列面検出器 CT 2 台、80 列マルチスライス CT 2 台、三次元画像処理ワークステーション 20 台、レポート作成端末 19 台を導入。

### <五階：X 線透視フロア>

・フラットパネル搭載型 X 線透視装置 4 台を導入。

# 獨協医科大学

## 越谷病院附属腎・予防医学センター開設



腎・予防医学センター（越谷ツインシティ）外観

獨協医科大学越谷病院附属腎・予防医学センターは、学校法人獨協学園獨協医科大学の創立40周年記念事業として、2012年10月に埼玉県越谷市の越谷駅前に位置する「越谷ツインシティ」の4階フロアー（延床面積1,395.73㎡）に開設いたしました。

当センターは、予防医学として「人間ドック」と「渡航外来」を実施するエリアと外来人工透析の専門施設としての2つのエリアを設けています。

人間ドックは、「あなたの健康が家族のやすらぎ」をテーマに、ゆったりとした時間の中で最新機器により安全で安心できる施設を目指しています。特に、女性のお客様に安心していただけるよう医師をはじめ、放射線、各種検査に多くの女性スタッフを配置いたしました。内容的には基本検査に加え、上部内視鏡検査、脳ドック（頭部MRI）、マンモグラフィー検査、骨密度検査、動脈硬化検査などオプション検査も多数設定しております。

また、予防医学の観点から、近い将来「渡航外来」をオープンして、安全な海外出張やご旅行ができるよう、現在鋭意準備を進めております。



腎・予防医学センターエントランス



人間ドックラウンジ

人工透析は、越谷病院に受診した多くの患者様から寄せられたご要望に応えるべく、「外来透析」を行う施設として開設することになりました。当面は20床からのスタートとなりますが、できるだけ早い時期に40床での稼働を予定しております。

当センターは、東武スカイツリーライン越谷駅から徒歩1分という恵まれた立地条件で、明るく清潔な環境の中であって、緊急時には越谷病院において対応できる安心感の持てる施設となっております。越谷市民の皆様や近隣にお住いの皆様に感謝の気持ちを込めて、健康づくりのお手伝いをさせていただきます。

# 医大協ニュース

## 岩手医科大学

### 《法人役員》

#### ○監事就任

飛澤重嘉（再任）

小野寺勲（新任）

以上、平成24年8月1日付

#### ○監事退任

佐々木隆夫

平成24年7月31日付

### 《役職者の人事》

#### ○医学部副学部長就任

人見次郎（新任）

#### ○健康管理センター長就任

嶋村 正（再任）

以上、平成24年6月1日付

### 《教授の人事》

#### ○教授退任

災害医学講座

高橋 智

平成24年6月25日付

## 日本医科大学

### 《法人役員》

#### ○理事

池本卯典（再任）

平成24年10月1日付

### 《称号》

#### ○千葉北総病院名誉院長

田中宣威

平成24年4月1日付

### 《人事》

#### ○医学部長

水野杏一（循環器内科学分野）

平成24年10月1日付

#### ○国際交流センター長

島田 隆（分子遺伝学分野）

平成24年7月1日付

#### ○教授

中澤秀夫（数学）

平成24年9月1日付

#### ○特任教授

南 和文（整形外科科学）

平成24年7月1日付

### 《訃報》

福士勝成名誉教授（病理学（統御機構・腫瘍学））は、平成24年5月23日（水）に逝去されました。享年94。

南正康名誉教授（衛生学・公衆衛生学）は、平成24年5月29日（火）に逝去されました。享年74。

## 東邦大学

### 《法人役員》

#### ○理事長就任

炭山嘉伸（再任）

平成24年9月1日付

#### ○常務理事就任

山澤一郎（再任）

佐藤信一（新任）

以上、平成24年9月1日付

#### ○理事就任

高松 研（新任）

加藤文男（新任）

高橋 正（新任）

以上、平成24年4月1日付

山崎純一（再任）

小原 明（新任）

以上、平成24年7月1日付

小高昌次（新任）

渡邊善則（新任）

田中芳夫（新任）

小林芳郎（再任）

舩松 洋（再任）

塚原英基（再任）

加藤尚之（新任）

小野嘉之（新任）

以上、平成24年9月1日付

#### ○監事就任

西込明彦（再任）

望月正芳（再任）

以上、平成24年9月1日付

### 《役職者人事》

#### ○学部長就任

高松 研（医学部長／新任）

加藤文男（薬学部長／新任）

高橋 正（理学部長／新任）

以上、平成24年4月1日付

#### ○学長就任

山崎純一（新任）

平成24年7月1日付

#### ○付属病院長就任

小原 明（大森病院／新任）

杉 薫（大橋病院／新任）

加藤良二（佐倉病院／新任）

以上、平成24年7月1日付

#### ○名誉学長称号授与

青木継稔

平成24年7月1日付

#### ○学長退任

青木継稔

平成24年6月30日付

## 日本私立医科大学協会元理事 学校法人岩手医科大学名誉理事長・岩手医科大学名誉学長 大堀勉先生ご逝去

学校法人岩手医科大学名誉理事長・岩手医科大学名誉学長並びに日本私立医科大学協会元理事の大堀勉先生におかれましては、平成 24 年 6 月 7 日（木）に逝去されました。享年 87 でした。

先生は、大正 14 年 3 月 8 日福島県に生まれ、昭和 24 年岩手医学専門学校（現岩手医科大学）を卒業後、東京慈恵会医科大学での勤務を経て、昭和 36 年岩手医科大学皮膚科泌尿器科学講座助教授、昭和 41 年泌尿器科学講座初代教授に就任されました。爾来 27 年にわたり教授として多くの優秀な人材を育成される一方で、幾多の要職を歴任。昭和 63 年学長に就任されると「誠の人間を育成する」の建学の精神の下、日々教育・研究・診療の陣頭指揮を執られました。平成 2 年理事長に就任後は、実に 21 年余の長きにわたり、卓越した経営手腕を発揮され、次々と新規事業に着手、大学・専門学校の拡充発展に尽力されるとともに、岩手県の地域医療の充実に奔走されました。また、当協会理事として約 20 年にわたり我が国の医学教育・医療の発展に尽力されたほか、各種審議会・関係団体の要職も数々歴任され、平成 12 年勲二等瑞宝章受章の栄誉に浴されました。

ここに生前の多大なる功績を称え、謹んでご冥福をお祈りいたします。



### 《教授人事》

#### ◎教授就任

北村享之（佐倉病院麻酔科／麻酔科学講座）

赤坂喜清（医学部大学院医学研究科先端医科学研究センター／病理学講座）

以上、平成 24 年 8 月 1 日付

#### ◎常務理事退任

行岡哲男

平成 24 年 8 月 31 日付

### 《人事》

#### ◎名誉教授称号授与

友田燁夫

下光輝一

青木達哉

以上、平成 24 年 4 月 1 日付

#### ◎学長

臼井正彦（再任）

#### ◎副学長

飯森眞喜雄（精神医学講座主任教授）（再任）

勝村俊仁（健康増進スポーツ医

学講座主任教授）（再任）

#### ◎副学長補

渡邊克益（形成外科学講座主任教授）（再任）

大屋敷一馬（内科学第 1 講座主任教授）（再任）

#### ◎学生部長

橘 政昭（泌尿器科学講座主任教授）（再任）

#### ◎副学生部長

黒田雅彦（分子病理学講座主任教授）（新任）

池田徳彦（外科学第 1 講座主任教授）（再任）

## 東京医科大学

### 《法人役員》

#### ◎常務理事就任

坪井良治

平成 24 年 9 月 1 日付

## ◎図書館長

鈴木 衛 (耳鼻咽喉科学講座主任教授) (再任)

## ◎副図書館長

伊藤正裕 (人体構造学講座主任教授) (再任)

## ◎大学病院長

坪井良治 (皮膚科学講座主任教授) (新任)

## ◎大学病院副院長

土田明彦 (外科学第3講座主任教授) (新任)

徳植公一 (放射線医学講座主任教授) (新任)

内野博之 (麻酔科学講座主任教授) (新任)

中野八重美 (大学病院看護部長) (再任)

以上、平成24年9月1日付

## ◎教授

八谷如美 (神経生理学講座)

平成24年5月1日付

高石官成 (硬組織分化制御学寄附講座)

天野景裕 (臨床検査医学講座)

以上、平成24年6月1日付

志村雅彦 (眼科学講座)

平成24年7月1日付

青柴和徹 (茨城医療センター呼吸器内科)

森下由紀雄 (茨城医療センター病理診断部)

以上、平成24年9月1日付

## ◎臨床教授

平山陽示 (大学病院総合診療科)

平成24年8月1日付

## ◎主任教授退任

相馬孝博 (医療安全管理学講座)

平成24年9月30日付

## ◎教授退任

田中孝男 (眼科学講座)

平成24年3月31日付

吉田知之 (耳鼻咽喉科学講座)

平成24年4月16日付

## 東京慈恵会医科大学

## 《人事異動》

## ◎理事

清水光行 (就任)

平成24年4月1日付

## ◎教授

栗原 敏 (名誉教授)

大川 清 (名誉教授)

田中忠夫 (名誉教授)

吉田清嗣 (採用 / 生化学講座)

岡本愛光 (昇任 / 産婦人科学講座)

伊介昭弘 (昇任 / 歯科)

以上、平成24年4月1日付

南沢 享 (採用 / 細胞生理学講座)

平成24年5月1日付

本間 定 (昇任 / DNA 医学研究所悪性腫瘍治療研究部)

平成24年7月1日付

坪田昭人 (昇任 / 臨床医学研究所)

平成24年8月1日付

井口保之 (採用 / 内科学講座(神経内科))

平成24年9月1日付

## 昭和大学

## 《就任》

## ◎教授 (昭和大学病院勤務)

瀧本雅文 (医学部病理学講座(臨床病理診断学部門)) (就任)

平成24年5月8日付

佐々木康綱 (医学部内科学講座(腫瘍内科学部門)) (就任)

平成24年7月1日付

## ◎教授 (昭和大学病院附属東病院勤務)

高橋春男 (医学部眼科学講座) (就任)

平成24年7月10日付

## ◎教授 (昭和大学藤が丘病院勤務)

鈴木 洋 (医学部内科学講座(循環器内科学部門)) (就任)

平成24年9月11日付

## ◎教授 (昭和大学藤が丘病院勤務) (員外)

佐々木春明 (医学部泌尿器科学講座) (就任)

平成24年6月12日付

## ◎昭和大学豊洲クリニック院長

熊谷一秀 (就任)

平成24年7月10日付

## ◎昭和大学病院副院長

友安 茂 (就任)

平成24年4月1日付

## 《法人役員》

## ◎理事長

小口勝司 (再任)

平成24年4月1日付

## ◎理事

有賀 徹 (再任)

宮崎 隆 (再任)

山元俊憲 (再任)

副島和彦 (再任)

小出良平 (再任)

久光 正 (再任)

内田 樹 (再任)

吉田英機 (再任)

田口 進 (再任)

眞田 裕 (就任)

新井一成 (就任)

以上、平成24年4月1日付

## ◎監事

宮坂 貞 (再任)

小林 節 (再任)

細山田明義 (就任)

以上、平成24年4月1日付

## 《名誉教授》

太田秀一 (授与)

飯島正文 (授与)

小出良平 (授与)

以上、平成24年4月1日付

## 《法人役員退任》

## ◎理事

飯島正文（任期満了）

佐藤 彰（任期満了）

## ◎監事

甘利光正（任期満了）

以上、平成 24 年 3 月 31 日付

## 順天堂大学

## 《主要役職者選任》

## ◎学校法人順天堂理事長

小川秀興

任期：平成 24 年 4 月 2 日～平成 28 年 3 月 31 日

## ◎学校法人順天堂理事

小川秀興

任期：平成 24 年 4 月 1 日～平成 28 年 3 月 31 日

木南英紀

岡田隆夫

高崎芳成

以上、任期：平成 24 年 4 月 1 日～平成 26 年 3 月 31 日

前田 稔

高森建二

宮野 武

三橋直樹

以上、任期：平成 24 年 4 月 1 日～平成 28 年 3 月 31 日

梁井 皎

多田 宏

佐藤信紘

稲富恵子

児島邦明

以上、任期：平成 24 年 4 月 2 日～平成 28 年 3 月 31 日

## ◎順天堂大学学長

木南英紀

任期：平成 24 年 4 月 1 日～平成 26 年 3 月 31 日

## ◎順天堂大学医学部附属順天堂

医院長

高崎芳成

任期：平成 24 年 4 月 1 日～平成 26 年 3 月 31 日

## ◎順天堂大学医学部附属静岡病院長

三橋直樹

任期：平成 24 年 4 月 1 日～平成 26 年 3 月 31 日

## ◎順天堂大学医学部附属順天堂

越谷病院長代行

新井平伊

任期：平成 24 年 4 月 1 日～平成 26 年 3 月 31 日

## ◎順天堂大学医学部附属浦安病院長

吉田幸洋

任期：平成 24 年 4 月 1 日～平成 27 年 3 月 31 日

## 《理事の選任（新任）》

## ◎学校法人順天堂理事

吉田幸洋

任期：平成 24 年 4 月 2 日～平成 28 年 3 月 31 日

## 《人事異動》

## ◎特任教授就任

恒松由記子（新任）

平成 24 年 4 月 1 日付

## ◎教授就任

東 淳一（医学部一般教育研究室）

横溝岳彦（大学院医学研究科生化学・細胞機能制御学 / 医学部生化学第一講座）

以上、平成 24 年 4 月 1 日付

美田敏宏（大学院医学研究科生体防御・細胞機能制御学 / 医学部熱帯医学・寄生虫病学講座）

上野 隆（大学院医学研究科研究基盤センター）

齋藤光江（大学院医学研究科乳腺・内分泌外科学 / 医学部外科学教室・乳腺・内分泌外科学研究室）

海老原伸行（医学部眼科学講座 / 大学院医学研究科眼科学）

以上、平成 24 年 7 月 1 日付

## 関西医科大学

## 《役員人事》

## ◎理事長就任

山下敏夫（再任）

平成 24 年 6 月 1 日付

## ◎常務理事退任

徳永力雄

平成 24 年 5 月 31 日付

## ◎常務理事就任

岩坂壽二（再任）

澤田 敏（再任）

以上、平成 24 年 6 月 1 日付

## ◎理事就任

秋田光彦（再任）

井植 敏（再任）

井関隆政（再任）

澤田 敏（再任）

山岡義生（再任）

伊藤誠二（再任）

神崎秀陽（再任）

木下利彦（再任）

權 雅憲（再任）

新宮 興（再任）

鮫島美子（再任）

以上、平成 24 年 6 月 1 日付

## ◎職務上資格による下記理事は任期除外につき非改選

山下敏夫（学長）

今村洋二（附属枚方病院病院長）

岩坂壽二（附属滝井病院病院長）

高山康夫（香里病院病院長）

## 《役職者人事》

## ◎副学長就任

友田幸一（新任）

松田公志（新任）

以上、平成 24 年 4 月 1 日付

## 大阪医科大学

### 《法人役員》

#### ◎理事

木田 稔（就任）

平成24年9月1日付

### 《人事》

#### ◎教授就任

根尾昌志（整形外科学）

平成24年7月1日付

#### ◎教授退任

瀧内比呂也（化学療法センター）

平成24年4月27日付

## 北里大学

### 《人事異動》

#### ◎教授昇任

占部 憲（整形外科学）

平成24年6月1日付

#### ◎教授採用

村雲芳樹（病理学）

平成24年5月1日付

西山和利（神経内科学）

横森弘昭（総合診療医学）

以上、平成24年6月1日付

#### ◎特任教授

山本賢司（神奈川県寄附講座「中毒・心身総合救急医学」）

平成24年4月1日付

上條吉人（神奈川県寄附講座「中毒・心身総合救急医学」）

池田穰衛（寄附講座「分子神経学（CMIC）」）

以上、平成24年6月1日付

#### ◎教授退任

和泉 徹（循環器内科学・医学部長）

平成24年6月30日付

#### ◎教授退職

佐藤敏彦（臨床研究センター企画開発部門）

平成24年8月31日付

## 川崎医科大学

### 《教授の異動》

#### ◎教授就任

守田吉孝（リウマチ・膠原病学）

平成24年5月1日付

小野成紀（脳神経外科学2）

平成24年7月1日付

齊藤峰輝（微生物学）

平成24年9月1日付

## 聖マリアンナ医科大学

### 《教授の異動》

#### ◎教授退任

河野照茂（スポーツ医学）

平成24年4月10日付

#### ◎病院教授就任（川崎市立多摩病院）

松下和彦（整形外科学）

平成24年5月1日付

## 帝京大学

### 《人事異動》

#### ◎教授就任

有賀悦子（医学部内科学講座）

井田孔明（医学部附属溝口病院小児科学）

以上、平成24年7月1日付

小林茂俊（医学部小児科学講座）

平成24年10月1日付

## 藤田保健衛生大学

### 《役員人事》

#### ◎理事の就任

小野雄一郎（再任）

星長清隆（再任）

清川剛夫（再任）

芳野純治（再任）

才藤栄一（再任）

近松 均（再任）

金田嘉清（再任）

辻 孝雄（再任）

以上、平成24年10月2日付

#### ◎監事の就任

小山 勇（再任）

竹内康浩（再任）

以上、平成24年10月2日付

### 《教授の就任》

#### ◎医学部

大槻眞嗣（臨床総合医学）

平成24年5月1日付

八谷 寛（公衆衛生学）

平成24年7月1日付

剣持 敬（臓器移植科）

渡邊英一（循環器内科学Ⅰ）

以上、平成24年9月1日付

### 《教授の退職》

#### ◎医学部

梅本俊治（一般消化器外科学）

平成24年6月30日付

## 兵庫医科大学

### 《教授の異動》

#### ◎教授

廣瀬宗孝（麻酔科学・就任）

平成24年9月1日付

小森慎二（産科婦人科学・退任）

平成24年6月21日付（死去）

## 愛知医科大学

### 《人事異動》

#### ◎理事

浅野公造（辞任）

平成24年5月31日付

山本英輝（新任）

平成24年6月1日付

#### ◎教授

梅澤一夫（新任）（分子標的医薬探索寄附講座）

上田龍三（新任）（腫瘍免疫寄附講座）

打田和治（新任）（臓器移植外科学寄附講座）

以上、平成 24 年 4 月 1 日付

松浦克彦（新任）（薬剤部）

平成 24 年 8 月 1 日付

#### ◎教授（特任）

木下浩之（新任）（麻酔科学講座）

久保昭仁（昇任）（内科学講座（呼吸器・アレルギー内科））

中野正吾（昇任）（外科学講座（乳腺・内分泌外科））

岩堀裕介（昇任）（整形外科科学講座）

柿崎裕彦（昇任）（眼科学講座）

竹内昭憲（昇任）（救命救急科）

加藤栄史（昇任）（輸血部）

以上、平成 24 年 4 月 1 日付

三嶋秀行（新任）（臨床腫瘍センター）

平成 24 年 5 月 1 日付

## 自治医科大学

### 《役員の異動》

#### ◎理事

井上孝美（就任）

平成 24 年 5 月 29 日付

市村恵一（就任）

平成 24 年 6 月 1 日付

江端康二（退任）

平成 24 年 7 月 31 日付

木内喜美男（就任）

平成 24 年 8 月 6 日付

### 《大学の人事》

#### ◎医学部長

桃井真里子（退任）

平成 24 年 3 月 31 日付

#### ◎卒後指導部長

尾身 茂（退任）

平成 24 年 3 月 31 日付

針田 哲（就任）

平成 24 年 4 月 1 日付

## 埼玉医科大学

### 《法人人事》

#### ◎常務理事

田島賢司（新任）

#### ◎理事

野口久美子（新任）

細野常重（新任）

以上、平成 24 年 5 月 26 日付

#### ◎法人事務局長

田島賢司（新任）

平成 24 年 6 月 1 日付

### 《大学人事》

#### ◎総合医療センター病院長

堤 晴彦（新任）

平成 24 年 9 月 1 日付

#### ◎大学事務局長

田島賢司（新任）

平成 24 年 6 月 1 日付

## 金沢医科大学

### 《事務局》

#### ◎事務局長（退任）

中農理博

平成 24 年 5 月 31 日付

#### ◎事務局長（就任）

木村晴夫

平成 24 年 6 月 1 日付

### 《教授》

#### ◎特任教授

川原 弘（健康管理センター）  
（退職）

平成 24 年 6 月 30 日付

### 《金沢医科大学氷見市民病院》

#### ◎氷見市民病院担当事務局長

小平俊行（新任）

平成 24 年 6 月 1 日付

## 近畿大学

### 《人事》

#### ◎医学部長

楠 進（新任）

#### ◎医学部教学部長

義江 修（再任）

#### ◎医学部学生生活部長

磯貝典孝（新任）

#### ◎医学部学術・運営部長

川田 暁（再任）

#### ◎医学部図書館長

東田有智（新任）

#### ◎大学院医学研究科長

下村嘉一（新任）

#### ◎附属病院長

工藤正俊（再任）

#### ◎病院長代理

奥野清隆（再任）

#### ◎副病院長（救急災害・医療材料・機器）

植村天受（再任）

#### ◎副病院長（安全管理・入院）

池上博司（再任）

#### ◎副病院長（病院機能評価・外来）

東田有智（新任）

#### ◎副病院長（病床管理）

赤尾幸恵（新任）

#### ◎医学部堺病院長

竹村 司（新任）

以上、平成 24 年 10 月 1 日付

## 産業医科大学

### 《役員就退任》

#### ◎理事（退任）

梅本和秀

名川弘一

原中勝征

以上、平成 24 年 5 月 24 日付

#### ◎理事（就任）

武谷雄二

松崎 茂

横倉義武

以上、平成 24 年 5 月 25 日付

# 協会及び関係団体の動き

## 被災地医療支援の状況について

日本私立医科大学協会加盟 29 校は、公的経費負担の有無を問うことなく、正に医道を貫き、人員を派出・派遣している。また、私立医科大学がいかにか被災地医療支援への貢献をしているかを示すデータとなること、特に分院が地域医療を担う中で重要な役割を果たしているかを示している。

### 【平成 24 年 7 月 31 日現在】

#### ①私立大学

29 大学 66 病院（本院 29 病院、分院 37 病院）、1,294 チーム

派遣人数 3,250 名

派遣延べ人数 13,812 名

#### ②国公立大学別医師等の派遣人数

国立大学 1,395 チーム、派遣人数 3,744 名

公立大学 226 チーム、派遣人数 582 名

#### ③1 大学あたりの医師等派遣人数

国立大学 91.3 名

公立大学 83.1 名

私立大学 112.1 名

#### ④国公立大学における福島県への医師等派遣状況

私立大学 24 大学 2,580 名(1 大学あたり 107.5 名)

国立大学 35 大学 4,069 名(1 大学あたり 116.2 名)

公立大学 5 大学 932 名(1 大学あたり 186.4 名)

#### ⑤私立大学の支援目的別派遣状況（派遣延べ人数 13,812 名の内訳）

・被災地の医療機関への支援 6,405 名（46.4%）

・避難所における医療支援・医療救護  
2,016 名（14.6%）

・心のケア、精神医療活動 1,718 名（12.4%）

・原子力発電所における医療支援 731 名（5.3%）

・その他（DMAT、死体検案など）2,942 名（21.3%）

### 【平成 24 年 8 月 31 日現在】

#### ①私立大学

29 大学 67 病院（本院 29 病院、分院 38 病院）、1,335 チーム

派遣人数 3,294 名

派遣延べ人数 13,931 名

#### ②国公立大学別医師等の派遣人数

国立大学 1,412 チーム、派遣人数 3,761 名

公立大学 226 チーム、派遣人数 582 名

#### ③1 大学あたりの医師等派遣人数

国立大学 91.7 名

公立大学 83.1 名

私立大学 113.6 名

#### ④国公立大学における福島県への医師等派遣状況

私立大学 24 大学 2,622 名(1 大学あたり 109.3 名)

国立大学 35 大学 4,111 名(1 大学あたり 117.5 名)

公立大学 5 大学 932 名(1 大学あたり 186.4 名)

#### ⑤私立大学の支援目的別派遣状況（派遣延べ人数 13,931 名の内訳）

・被災地の医療機関への支援 6,445 名（46.3%）

・避難所における医療支援・医療救護  
2,018 名（14.5%）

・心のケア、精神医療活動 1,768 名（12.7%）

・原子力発電所における医療支援 747 名（5.4%）

・その他（DMAT、死体検案など）2,944 名（21.1%）

今後も福島県を中心とする特別な地域（原発関係など）については、国公立大学と共に医療・医育機関として出来る限り協力して医療支援を行っていく。

また関連して、国公立大学全国医学部長病院長会議は、去る平成 24 年 8 月 22 日、文部科学省に対して上記平成 24 年 7 月 31 日現在のデータを基に平成 25 年度の予算陳情を行った。その後、同 24 日に開催された民主党文部科学部門会予算関連要望等のヒアリング（同部会の議員座長は鈴木 寛参議院議員、他 13 名の国会議員が出席）において、当該データを配付し説明を行った。

## 被災地への医師等派遣状況（国公立大学別）

平成24年8月31日現在

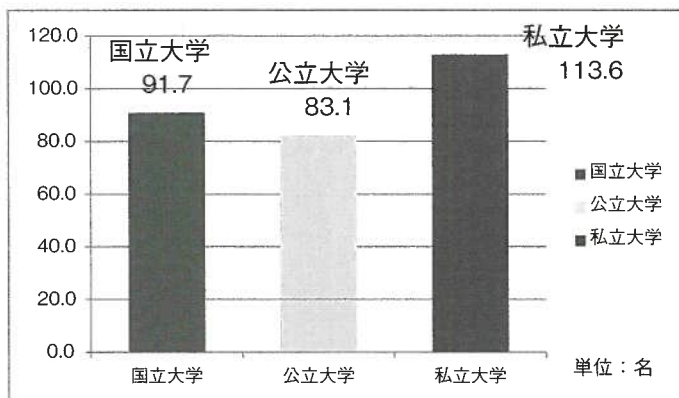
表1：DMAT含む医師等派遣状況

|      | 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 | 44病院 | 1,412チーム | 3,761名 | 18,299名 |
| 公立大学 | 7大学  | 8病院  | 226チーム   | 582名   | 3,072名  |
| 私立大学 | 29大学 | 67病院 | 1,335チーム | 3,294名 | 13,931名 |

表2：1大学当たりの医師等派遣人数（単位：名）

|      |       |
|------|-------|
| 国立大学 | 91.7  |
| 公立大学 | 83.1  |
| 私立大学 | 113.6 |

※国公立大学の派遣延べ人数については、文部科学省医学教育課から提供された資料より、下記【派遣延べ人数のカウント方法】に基づいて本協会において算出した。



## 【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。

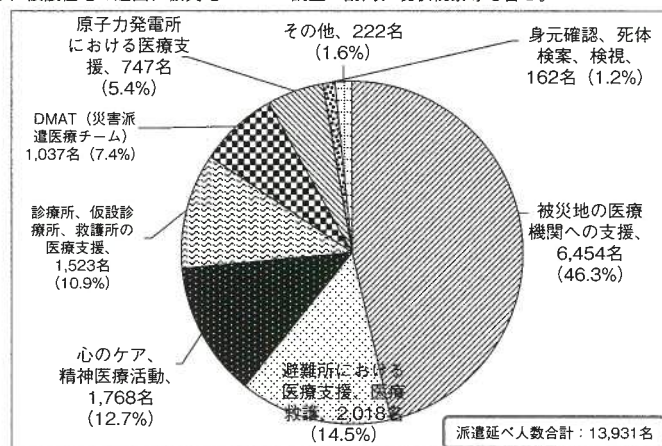
一般社団法人 日本私立医科大学協会

## 私立医科大学における被災地への医師等派遣状況【目的別分類】（平成24年8月31日現在）

（私立医科大学附属病院本院29病院、分院38病院（計67病院）による対応）

| No. | 目 的                | 派遣延べ人数（名）     |
|-----|--------------------|---------------|
| 1   | 被災地の医療機関への支援       | 6,454 46.3%   |
| 2   | 避難所における医療支援、医療救護   | 2,018 14.5%   |
| 3   | 心のケア、精神医療活動        | 1,768 12.7%   |
| 4   | 診療所、仮設診療所、救護所の医療支援 | 1,523 10.9%   |
| 5   | DMAT（災害派遣医療チーム）    | 1,037 7.4%    |
| 6   | 原子力発電所における医療支援     | 747 5.4%      |
| 7   | 身元確認、死体検案、検視       | 162 1.2%      |
| 8   | その他                | 222 1.6%      |
|     | 合 計                | 13,931 100.0% |

「8. その他」には、被災3県以外の医療活動、避難所における感染予防指導、SCU（広域搬送拠点臨時医療施設）本部への派遣、薬剤業務支援活動、災害支援ナース、在宅被災者の往診、仮設住宅の巡回、被災地ニーズの調査・訪問、現状視察等を含む。



一般社団法人 日本私立医科大学協会

## 被災地への医師等派遣状況

【平成24年8月31現在】

チーム数 1,335 チーム

派遣延べ人数 13,931 名

29 大学 67 病院（本院 29 病院、分院 38 病院）

一般社団法人 日本私立医科大学協会

【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×8名＝32名

を派遣延べ人数としてカウントした。

栃木県那須塩原市 1 大学 12 名  
（本院 1 病院）

栃木県大田原市 1 大学 10 名  
（本院 1 病院）

栃木県宇都宮市 1 大学 1 名  
（本院 1 病院）

埼玉県加須市 1 大学 119 名  
（分院 1 病院）

東京都千代田区 1 大学 2 名  
（本院 1 病院）

東京都大田区 2 大学 32 名  
（本院 2 病院、分院 2 病院）

神奈川県横浜市 2 大学 45 名  
（本院 2 病院、分院 2 病院）

福岡県福岡市  
1 大学 2 名（本院 1 病院）

岩手県詳細は  
2 ページ参照宮城県詳細は  
3 ページ参照福島県詳細は  
4 ページ参照

茨城県北茨城市 10 大学 188 名  
（本院 9 病院、分院 5 病院）

茨城県土浦市 1 大学 24 名  
（分院 1 病院）

茨城県つくば市 4 大学 66 名  
（本院 2 病院、分院 2 病院）

茨城県水戸市 2 大学 25 名  
（本院 1 病院、分院 1 病院）

## 私立医科大学附属病院の被災地への医師等派遣状況（岩手県）

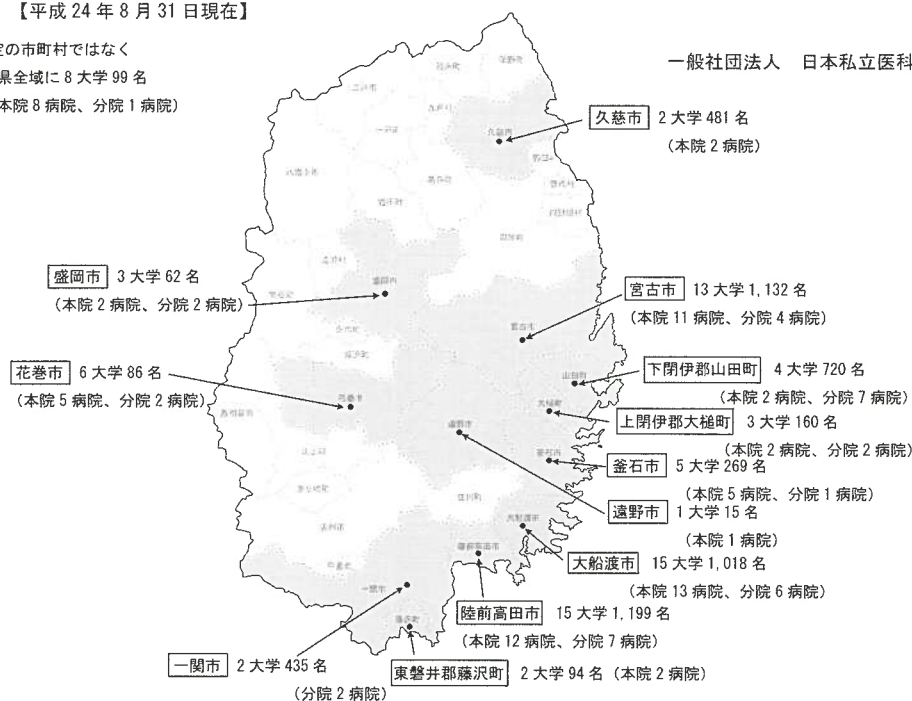
【平成24年8月31日現在】

※ 特定の市町村ではなく

岩手県全域に 8 大学 99 名

（本院 8 病院、分院 1 病院）

一般社団法人 日本私立医科大学協会



## 私立医科大学附属病院の被災地への医師等派遣状況（宮城県）

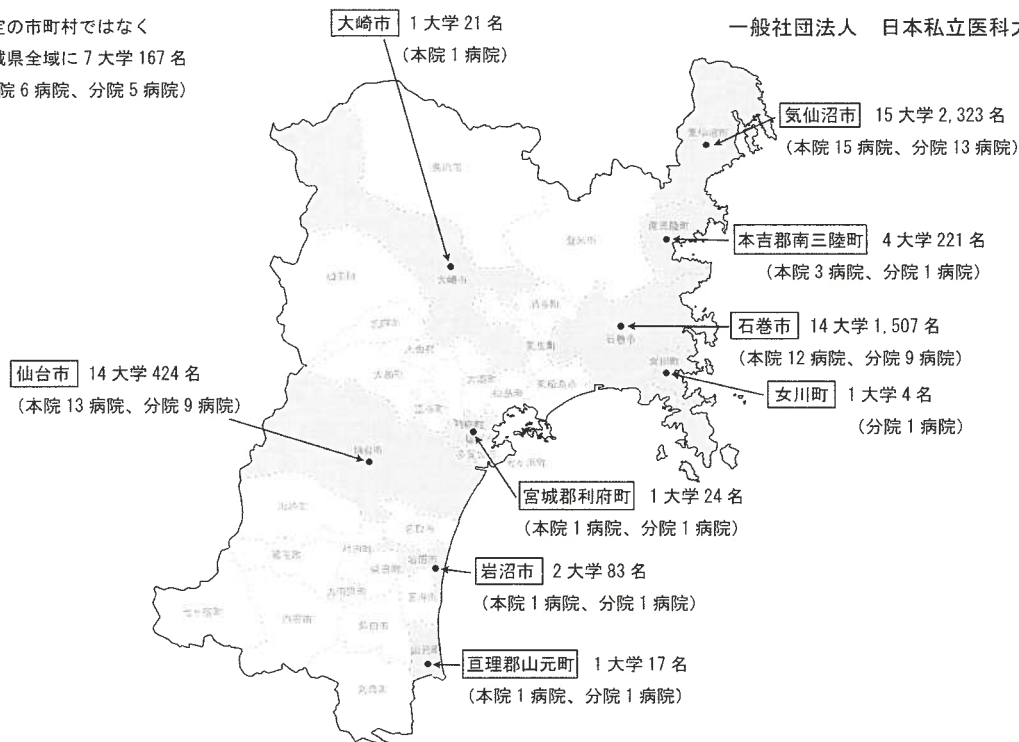
【平成 24 年 8 月 31 日現在】

※ 特定の市町村ではなく

宮城県全域に 7 大学 167 名

（本院 6 病院、分院 5 病院）

一般社団法人 日本私立医科大学協会



## 私立医科大学附属病院の被災地への医師等派遣状況（福島県）

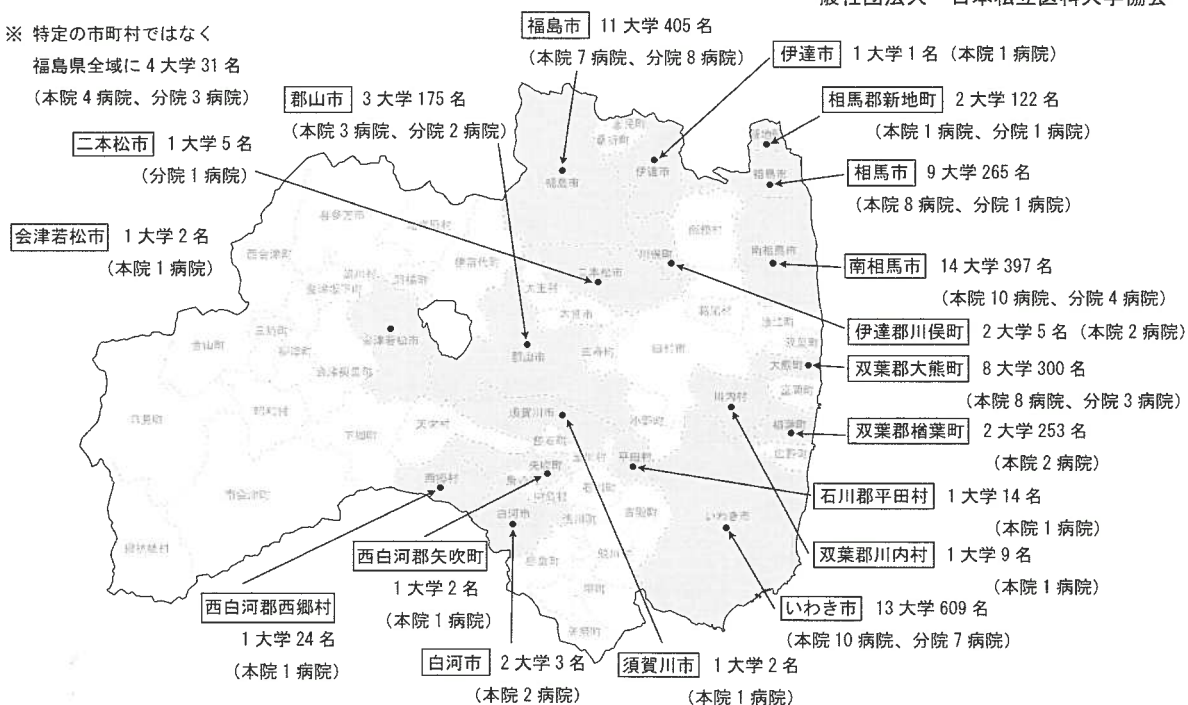
【平成 24 年 8 月 31 日現在】

※ 特定の市町村ではなく

福島県全域に 4 大学 31 名

（本院 4 病院、分院 3 病院）

一般社団法人 日本私立医科大学協会



## 医学部入学定員増に関する本協会の対応等について

本協会は、医学部新設という意見に対して、将来予測される医師の余剰という問題が生じることを考慮し、医師不足には国公立を問わず既設校による定員増で対応することが最善の策であると主張している。

これに則り、既に第257回理事会（平成24年3月15日開催）において、「今後可能な私立医科大学の定員増に関する調査」結果を配付したところであり、同調査と並行して、全国医学部長病院長会議は、本協会の調査にほぼ準じた形で、国立大学・公立大学を対象とした調査を実施した。

また、第258回理事会（平成24年4月12日）では、全国医学部長病院長会議（会長：森山 寛東京慈恵会医科大学附属病院長）による「国公立大学医学部定員増に関する調査」結果並びに本協会調査結果を合算した集計結果（国公立大学医学部定員増に関する意向調査結果）を報告した。

【国公立大学医学部定員増に関する意向調査結果】  
・国公立大学合計700名以上の定員増が可能（約7大学分）

### ■平成24年5月17日

本協会は、医学部新設の意見に対して同データを基に全国医学部長病院長会議と連携を図り動向を確認するとともに、情報交換を密に行いながら意見調整をしつつ対応・行動すべく、「医師不足対策に関するワーキンググループ＜医師問題（定員）・地域格差・診療科偏在に関する対策・検討＞」を設置した。

【同ワーキンググループ委員一覧】

（敬称略・順不同）

|      |                                                    |
|------|----------------------------------------------------|
| 森山 寛 | 東京慈恵会医科大学附属病院長                                     |
| 小川 彰 | 岩手医科大学理事長・学長                                       |
| 寺野 彰 | 協会総務・経営部会担当副会長、<br>獨協学園理事長、獨協医科大学名誉学長              |
| 栗原 敏 | 協会教育・研究部会担当副会長、<br>東京慈恵会医科大学理事長・学長                 |
| 山下敏夫 | 協会病院部会担当副会長、<br>関西医科大学理事長・学長                       |
| 明石勝也 | 協会業務執行理事（広報、医療支援、<br>財務担当理事者会議担当）<br>聖マリアンナ医科大学理事長 |
| 吉村博邦 | 協会参与                                               |

### ■平成24年6月14日

第1回医師不足対策＜医師問題（定員）・地域格差・診療科偏在に関する対策・検討＞に関するワーキンググループ開催

【主な内容（概要）】

先に記載した「国公立大学合計700名以上の定員増が可能であり、これは約7大学を新設するのと同等の意味を持つ」ことであることから、今後の医学部入学定員増に関して、既設校で弾力的な運用ができるということを状況に応じて適宜示すことが可能である。これを受け、医学部新設推進者の言う、既設校にはもうこれ以上定員を増やす「のりしろ・余地」はないという意見に明確に反論でき、意義のあること及び医学部新設反対の有力なカードになることを再認識した。

### ■平成24年8月3日

文部科学省は、平成25年度以降の医学部入学定員に関する各大学の現状を把握するため、「医学部入学定員増に関する現状等のアンケート」を実施

### ■平成24年9月10日

文部科学省と厚生労働省は、「地域の医師確保対策2012」を公表し、両省が密接な連携の下、平成25年度概算要求における対応や必要な制度的検討等を進めるとともに、大学や都道府県における取組みを促すとした。

### ■平成24年10月12日

文部科学省は、「大学設置基準の一部を改正する省令案」、「大学の設置等の認可の申請及び届出に係る手続等に関する規則の一部を改正する省令案」及び「大学、大学院、短期大学及び高等専門学校の設置等に係る認可の基準の一部を改正する告示案」に関するパブリックコメント（意見募集手続）を実施（締切日：平成24年10月24日）

### ■平成24年10月15日

文部科学省は、「地域の医師確保等の観点からの平成25年度医学部入学定員の増加について（通知）」を各私立大学学長宛に発出し、「新成長戦略」（平成22年6月18日閣議決定）等を踏まえた地域の医師確保等に早急に対応するため、平成25年度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た。（「平成25年度入学定員増員計画」を平成24年10月26日までに提出）

文部科学省は、平成 25 年度入学定員の増加が可能となるよう、必要な関係規則の改正等の特例措置を講ずる予定。なお、地域の医師確保のための入学定員増により、125 名を超えて 140 名までの間で医学部入学定員を増員する場合についても、現在制度的な措置を進めているところである。

### 消費税増税問題に関する本協会の対応について

#### ■平成 24 年 6 月 14 日

日本私立医科大学協会加盟大学附属病院が抱える消費税問題について、メディファックス（株式会社じほうの総合医療情報サービス）の取材を受けた。

#### 【取材記事のポイント】

- 現在、問題となっているのは、医療収入が非課税売上であるのに対し、医療機関が患者さんの治療のために購入する医薬品や医療材料等には消費税が課せられており、消費税を大学病院が負担しなければならないということである。
- 政府は、平成元年の消費税導入時に社会保険診療報酬を損税負担解消として 0.76% アップして措置し、さらに平成 9 年に消費税率が 3% から 5% に引き上げられた際には、同じく 0.77% アップして措置し、合計で社会保険診療報酬に 1.53% を病院の損税負担解消にあてたと主張している。しかし、私立医科大学病院における控除対象外消費税（損税）は、2.5 ～ 2.7% の割合で発生しており、決して一時的な負担ではない。
- 本協会と日本医師会は、①社会保険診療報酬に対する現行の非課税制度については、患者負担を増加させない課税制度に改善すること、②前記①の課税制度に改めるまでの緊急措置として、設備投資に係る仕入税額控除の特例措置を創設することを主張している。

#### ■平成 24 年 6 月 20 日

厚生労働省中央社会保険医療協議会（会長：森田朗東京大学大学院法学政治学研究科教授）は、「今般の税制改革法案において、医療機関等の消費税の負担について、厚生労働省において定期的に検証を行う場を設けること」として、「医療機関等における消費税負担に関する分科会」（分科会長：田中 滋慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授）を設置した。

#### ■平成 24 年 7 月 25 日

「医療機関等における消費税負担に関する分科会」委員である、伊藤伸一先生（日本医療法人協会副会長）と面談をし、私立医科大学病院消費税負担の現状に関する説明をするとともに、消費税に関する意見交換を行った。私立医科大学病院における消費税負担の現状について理解していただくとともに、同分科会において本協会作成資料を提出した上でゼロ%課税を主張することで意見が一致した。

#### ■平成 24 年 7 月 27 日

厚生労働省「第 2 回医療機関等における消費税負担に関する分科会」は、医療機関等における仕入れに係る消費税課税の状況把握を行うため、調査専門チームの設置を了承した。

#### ■平成 24 年 9 月 13 日

経営を圧迫する消費税増税問題の改善は、病院医療を抱える私立医科大学にとって喫緊の課題となっており、そのため、本協会は日本医師会、日本病院団体協議会等の医療関係団体並びに私立大学団体連合会、私立大学連盟、私立大学協会等の教育団体とも組織的な連携を取って対応すべく、ワーキンググループを設置した。

#### 【同ワーキンググループ委員一覧】

（敬称略・順不同）

|       |                                                    |
|-------|----------------------------------------------------|
| 寺野 彰  | 協会総務・経営部会担当副会長、<br>獨協学園理事長、獨協医科大学名誉<br>学長          |
| 炭山嘉伸  | 東邦大学理事長                                            |
| 跡見 裕  | 杏林大学学長                                             |
| 川崎誠治  | 協会税制問題検討委員会委員長、<br>川崎医科大学理事長                       |
| 明石勝也  | 協会業務執行理事（広報、医療支援、<br>財務担当理事者会議担当）<br>聖マリアンナ医科大学理事長 |
| 清水富士雄 | 協会経理事務研究会運営委員長、<br>聖マリアンナ医科大学法務・監査室<br>長           |
| 佐藤哲也  | 東京慈恵会医科大学財務部長                                      |
| 飯塚順彦  | 順天堂大学財務部長                                          |
| 岡原宏一  | 獨協学園監事、公認会計士・税理士                                   |

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。

Design  
Your  
Smile  
健康創造の  
スズケングループ

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



すべての人に、いきいきとした生活を  
創造しお届けします。

*alfresa*

アルフレッサ株式会社

〒101-8512東京都千代田区神田美土代町7番地 住友不動産神田ビル13F・14FTEL.03-3292-3331(代)

## 平成24年度私立医科大学合同入試説明会・相談会開催結果

「私立医科大学合同入試説明会・相談会」では、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、受験生や保護者の方々に私立医科大学の特色や入試制度などを伝えております。

今年度は下記のとおり、全国3ブロック、4回開催し、多くの方々にご来場いただきました。

### 《開催スケジュール》

|             |        |                 |      |       |
|-------------|--------|-----------------|------|-------|
| ◇ 東日本ブロック①  | 獨協医科大学 | 平成24年7月27日(金)   | 来場者数 | 約360名 |
| ◇ 近畿・中国ブロック | 大阪医科大学 | 平成24年7月29日(日)   | 来場者数 | 約220名 |
| ◇ 中部ブロック    | 金沢医科大学 | 平成24年8月4日(土)    | 来場者数 | 約60名  |
| ◇ 東日本ブロック②  | 東邦大学   | 平成24年9月22日(土・祝) | 来場者数 | 約800名 |

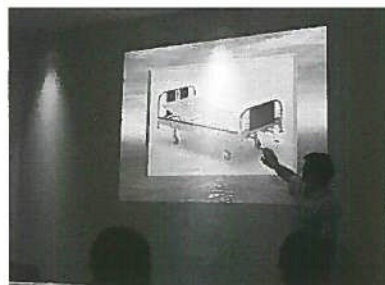
安全・快適な療養環境づくりのお手伝い。



■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>



広報誌 **医学振興**

第 75 号

平成 24 年 11 月 15 日発行

発行人 小 川 秀 興  
編 集 一般社団法人 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 | 寺野 彰  |
| 担当理事  | 片山 容一 |
| 委員長   | 明石 勝一 |
| 委員    | 栗原 俊孝 |
| 委員    | 田尻 孝一 |
| 委員    | 宮崎 俊一 |
| 委員    | 小口 勝一 |
| 委員    | 跡見 裕子 |
| 委員    | 冲永 寛一 |
| 委員    | 堀口 一夫 |