

成田市分科会（第2回）（議事要旨）

（開催要領）

1 日時 平成27年2月9日（月）8:27～9:59

2 場所 中央合同庁舎8号館講堂

3 出席

内田 要 内閣府 地方創生推進室長

藤原 豊 内閣府 地方創生推進室次長

関根 賢次 成田市 副市長

藤田 礼子 成田市 副市長

根本 欣治 成田市 企画政策部長

矢崎 義雄 学校法人国際医療福祉大学 総長

天野 隆弘 学校法人国際医療福祉大学 大学院長

医学部設置準備委員会 委員長

池田 俊也 学校法人国際医療福祉大学大学院 教授

医学部設置準備室長

角田 考哉 学校法人国際医療福祉大学 事務局長

八田 達夫 アジア成長研究所所長

大阪大学社会経済研究所招聘教授

阿曾沼 元博 医療法人社団混志会瀬田クリニックグループ代表

渋谷 健司 東京大学大学院医学系研究科教授

奈良 信雄 東京医科歯科大学医歯学教育システム研究センター長

大学院医歯学総合研究科臨床検査医学分野教授

福井 次矢 聖路加国際大学理事長・聖路加国際病院院長

湯地晃一郎 東京大学医科学研究所国際先端医療社会連携研究部門特任准教授

寺門 成真 文部科学省 高等教育局医学教育課長

北澤 潤 厚生労働省 医政局 医事課長

古元 重和 千葉県 健康福祉部 保健医療担当部長

(議事次第)

1 開会

2 議事

(1) 医学部の新設について

3 閉会

○藤原次長 定刻より少し早いのですが、御出席の皆さんももう御予定どおりお集まりでございますので、ただいまより第2回「成田市分科会」を開催させていただきます。

出席者につきましては、時間の制約もございますので、お手元の参考資料1の出席者名簿をもって御紹介にかえさせていただきます。

また、有識者といたしまして、前回の分科会での議論をより深めるため、国家戦略特区ワーキンググループの八田座長、阿曾沼委員においでいただいております。

また、本日は、意見陳述をしていただく方々としまして、渋谷健司様、奈良信雄様、福井次矢様、湯地晃一郎様に御臨席をいただいております。

当初出席が予定されておりました原委員でございますが、急遽御用務が入られまして、御欠席ということでございます。

それでは、議事に入らせていただきます。

まず初めに、内閣府地方創生推進室長でございます内田より御挨拶をさせていただきます。存じます。

内田室長、よろしくお願いたします。

○内田室長 皆様、おはようございます。本日は、第2回「成田市分科会」を開催する運びとなり、開催に向けてこれまで御協力いただきました皆様方に感謝を申し上げる次第でございます。

この成田市分科会でございますけれども、言うまでもなく、医学部の新設及び追加の規制改革事項等について、事業の実施に係る実際の、具体的な課題の抽出、また、当該課題に向けての解決方法に係る検討を行っていくというものでございます。

昨年12月に、第1回目ということで大変お忙しい中、分科会を開催させていただき、医学部の新設を主な議題として議論を行ってきたところでございます。本日も、その第1回分科会で御議論いただいた議論をより深めるために、さまざまな観点から忌憚のない御意見をいただきたいと考えております。

本日はどうぞよろしくお願いたします。

○藤原次長 ありがとうございました。

それでは、プレスの皆様は御退席をお願いいたします。

(報道関係者退室)

○藤原次長 それでは、議題の「医学部の新設について」を御審議いただきたいと思いま

す。

まず、成田市及び国際医療福祉大学から御説明をお願いしたいと思います。大変申しわけございませんが、簡単に3分以内ということで、関根副市長、矢崎総長から、よろしくお願ひいたします。

まず、関根副市長、よろしくお願ひします。

○関根副市長 おはようございます。成田市副市長の関根でございます。

本日は、第2回目となります「成田市分科会」を開催いただきまして、本当にありがとうございます。

昨年12月の第1回分科会では、当市から構想の実現のために必要な規制緩和の内容について、国際医療福祉大学からは国際的な医学部について説明をさせていただいたところでございます。本日は国際的な医学部についての議論、御意見をいただけると同っておりますけれども、当市といたしましては、まずは今回の特区構想の中核となります医学部の新設をぜひ認めていただきたいと思いますと考えております。

その上で、本構想を実現するために必要となる規制緩和が2つございます。1つ目が、病床規制に係る医療法の特例でございます。医学部には附属病院が必要となりますことから、国内外の医療需要に対応した国際的な医学部の附属病院として、国際都市成田にふさわしい病院を設置したいと考えております。ぜひとも国家戦略特区において、基準病床数とは別枠で附属病院の病床数を認めていただきたいと思います、このように考えております。

2つ目が、農地転用許可等の権限移譲でございます。成田市の構想は、成田空港周辺での事業の実施を想定しております。周辺の土地のほとんどが農地でございます。したがって、事業の実施に当たりましては、農地転用及び農業振興地域整備計画の変更、いわゆる農振除外が必要となります。現在、国においては、地方分権改革により農地転用に関する権限移譲が進められるとされているところでございまして、特筆すべき決断であると歓迎をしているところでございます。国家戦略特区に係る事業の実施についてはスピード感が求められておりますので、特段の御配慮をいただき、事業の実施区域に限定して農地転用に係る権限移譲の成田市への移譲、並びに、農業振興地域整備計画を変更する際の知事との協議の省略について、ぜひともお願ひをしたいと思いますと考えております。

本日いただけます御意見を踏まえまして、国際的な医学部をよりよいものにしていけるよう、国際医療福祉大学と協力してまいりたいと考えておりますので、忌憚のない御意見をいただければと思っております。どうぞよろしくお願ひいたします。

○藤原次長 ありがとうございます。

続きまして、国際医療福祉大学の矢崎総長、よろしくお願ひします。

○矢崎総長 おはようございます。ただいま御紹介に預かりました矢崎でございます。

ただいま、成田市から規制緩和の御提案がございました。私どもも、オリンピック・パラリンピックにも対応した国際的なハブ病院として成田キャンパスに附属病院の設置を目指しておりますので、ぜひ病床規制と農地転用の緩和をよろしくお願ひしたいと思います。

まず、改めて本学の御紹介を申し上げますと、私どもの国際医療福祉大学は、大学院を含めて在校生が現在6,000名を超え、我が国最大の医療福祉系の総合大学でありまして、毎年の国家試験合格率が100%近い全国トップクラスにあります。充実した教授陣と、しっかりした教育体制が高く評価されているところでもあります。さらに、大学の附属施設として1,200床余りの附属病院を、700名を超える勤務医をもって運営しております。建学当初より、国際の名にふさわしく、国際交流に力を注いでまいりまして、数多くの海外の大学及び保健省などの行政とも連携し、たくさんの留学生を受け入れるとともに、学生の海外実習も果たしております。ちなみに、中国の国立リハビリテーション学院の教授陣のほとんどは、本学出身者で占められているところでもあります。

このような実績を背景に、我が国の医学教育に国際的な視点から新風を吹き込むべく、医学部の新設を10年以上にわたって検討と研究を重ねてまいりました。私どもが目指す新しい医学部は、従来の医学部では実施困難な基礎と臨床、そして、講座や診療科を一元化して融合した、国際的な視点に立った革新的医学教育の実施を目指しております。すなわち、今、話題になっている世界医学教育連盟の基準を超えた医学教育をいたします。

その内容についてポイントだけを申し上げますと、ケーススタディーを徹底して、今、注目されているNHKの「ドクターG」のように、総合的な高い診療能力とコミュニケーション能力を修得させるアメリカ式の医学教育のよい点を取り入れるとともに、イギリスの、医師は公務員でございますので、厳しいプロフェッショナリズム、医の倫理、社会医学を重点的に取り込み、さらに我が国の特徴であるリサーチマインドの涵養も組み入れた、国際的で従来の医学部では実施困難な理想的な医学教育をモデル事業として実施するよう計画しております。卒業生は、米国、イギリス、オーストラリア、シンガポールなど、英語による医師国家試験を受験して、ASEAN10カ国を初め、国際的に発展、活躍できる高い能力を持つようになると私どもは期待しております。

以上です。

○藤原次長 ありがとうございます。

それでは、ただいま御説明にもございました医学部の新設案、すなわち第1回の昨年12月17日に行われましたこの分科会で国際医療福祉大学からの御提案を、資料1で念のため、置かせていただいております。こちらの新設案につきまして、意見交換を行いたいと思います。

まずは、本日おいでいただきました有識者の方々から御意見等をお願いできればと思います。順に御指名をさせていただきます。

まずは、東京大学大学院医学系研究科教授でいらっしゃいます渋谷健司様からお願いいたします。

○渋谷氏 皆さん、おはようございます。東京大学の渋谷でございます。

最初に結論から申し上げますと、今回提示された教育カリキュラムが、私は日本のできるだけ多くの医学部に広げることが必要だと考えております。理由は、グローバルヘルスが

医療の将来であって、しかもグローバルヘルスが日本を救うと考えているからです。

この中でグローバルヘルスという言葉をお聞きになった方は何人ぐらいいらっしゃいますか。いませんか。今、グローバルヘルスという分野が世界的に伸びているのですが、今そこで、最も影響ある人はどなたか御存じでしょうか。それはビル・ゲイツです。彼は自分でビル&メリンダ・ゲイツ財団というものをつくって、今、彼は一番健康分野の支援に投資をしています。その最新の年次書簡の中で彼はこう言っているのです。次の15年間は、貧しい国に住む大多数の人々に大きなブレイクスルーが起こり、寿命はさらに伸びて、健康な生活を送ることができて、教育を受けて、栄養のある食事を取り、モバイルバンキングの恩恵を受けることができると。このようなブレイクスルーは、新しいワクチンや新しい穀物、格安のスマートフォンという技術的革新とともに、それらを届けるイノベーション、その2つによって牽引されると書いてあるわけですね。

保健医療のグローバル化というのは世界の潮流で、例えばエモリー大学のジェフ・コプランによると、グローバルヘルスというのは、今までのように富める国が貧しい国を助けるという上から目線ではなくて、もう医療に国境がなくなったグローバル化の一つの形態であって、先進国と途上国がお互いに学び合う、そして、逆に我々が途上国から学ぶことも非常にあると言っています。双方向の学びなわけです。それは単に「開発」のコンテキストで物をあげるとか、資金を供与するということだけではなくて、非常に学際的で、イノベーションを重視して、今までみたいに公衆衛生だけを重視するのではなくて、創薬も含めた研究開発、それから、もちろん臨床、そうしたものも含まれているわけですね。その中には、もちろんパンデミックなどの感染症とか、今、問題になっているエボラの対策、ワクチン開発も含めて、さらに言うと、既に途上国で一番大きな疾患の問題というのは生活習慣病になっていますし、そして高齢化の問題、そうすると保険制度の問題、医療人材の不足と、そうしたものは先進国、途上国、共通の課題なのですね。そうした地球規模の課題を対処していく分野をグローバルヘルスと呼んでいます。

グローバルヘルスという言葉は比較的新しいコンセプトなのですが、主に2005年ぐらいからアメリカで広がって、今は瞬く間に世界中で広がりました。実際に今、例えばアメリカの大学に行ってみると、グローバルヘルスという教室のない医学部はほとんどないですね。それから、例えばチャタム・ハウスという外交問題をやっている英国の王立のシンクタンクがありますけれども、そこも今、ヘルスセキュリティー、グローバルヘルスが大きな部署になっています。それから、アメリカのシンクタンクで有名なブルッキングスとかCSIS、そこにもグローバルヘルスのユニットができています。なぜ、それほどグローバルヘルスが広がっているかというのは、後でお話しします。

もう一つ、教育に関係する話題ですが、ハーバード大学の女性のファウストという学長から直接お話を伺ったのですけれども、ハーバード大学の学部生ですね。医学生ではないですよ。普通の学部生。世界で一番スマートな生徒たちだと思いますけれども、彼らが選ぶ人気科目というのは、もちろんメジャーとマイナーがあるのですけれども、メジャーと

というのは皆さん予想されるように、基本的にはコンピューターサイエンスとマクロ経済学ですね。マクロ経済学というのは、世の中の法則、社会のなりわいを学ぶ。コンピューターサイエンスというのは、これからのテクノロジーの言葉ですね。その2つを学ぶということで、それは大体わかるのですけれども、マイナーで最も人気がある科目というのがグローバルヘルスなのですね。これには驚きました。私はなぜかと思ったのですけれども、やはりハーバードにいるような、特に学部生の方々というのは世の中を変えたいのですね。しかも、世の中を変えるためにヘルスが選ばれるというのが象徴的だと、今はそういう時代になっていますね。

私はシアトルにあるワシントン大学の医学部ともよく共同研究しています。シアトルにある名門のワシントン大医学部というのは年間3,800億円ぐらいの予算がある非常に大きな医学部、産学協団体なのですが、その中でグローバルヘルス部門というのは2番目に大きい教室になっています。もう外科とか内科とかそういう時代ではないと。実際にグローバルヘルスを希望して医学部に入る学生も非常に多くなっています。

それから、お隣の中国ですけれども、中国の医科大学でグローバルヘルス部門がないと一流と見られないという状況になってきています。政府がどんどんそうしたところに資金を投入して、あるいはシンガポールのデューク・NUSのような合弁も盛んに行われて、また、グラントも教授陣だけではなくて若い人のスタートアップにも使えるように、非常に戦略的な動きをしています。

どうしてこのようにグローバルヘルスというのは大きなブームになっているのでしょうか。これまでは、国際保健医療ということは、基本的には途上国の比較的貧しい国、あるいは最貧国を助けるという、もちろん非常に人道的な要素があると思いますし、今もそうです。しかし、現在、欧米の多くの国が考えているのは、国家成長戦略とか、あるいは外交安全保障とか、そうした文脈。しかも、その中には、単に公衆衛生だけではなくて基礎研究、それから臨床も含めて、包括的に医療の全てが含まれております。

こういう背景があって、さらに医療のパラダイムが大きく変わっている中で、やはり医学教育そのものも変わらなければならないというのが私の考えであります。しかし、私が学生のころ受けた講義と今も余り変わらないのかもしれない。科目は臓器別の一方通行の授業で、多少レジュメがオーバーヘッドからパワーポイントに変わったぐらいで、中身のスタイルとかはほとんど変わらない。これは実際いつの時代の授業かということ、100年前にフレクスナーという人がレポートを書いたのですが、そのやり方と全く変わらないわけです。患者さんが来たら、話を聞いて、仮説を立てて、診療や検査をやっていくという、いわゆるコンサルタントがやっているような課題解決型教育というのも1970年代ぐらいから入ってきました。こういうものがだんだん主流になってきていますけれども、実際の医学教育というのは、さらに進化しています。2010年に医学雑誌『ランセット』が、次世代の医学教育、21世紀の医学教育に関するレポートを出したのですが、私もなぜかたまたまそこにかかわることができたのですけれども、そこでは2つの大きなメッセージがあったの

です。1つは、医療というのはシステムとして見るべきだと。課題も大事だけれども、やはり社会全体、まずはシステムとしての医療を見ると。2つ目は、やはりグローバルとローカルという2つの視点が非常に大事だと言っているわけですね。

今回提案されたカリキュラムを見ると、まさにその部分がコアになっていまして、もしこれが本当に実現すれば、日本の医学教育を非常に革新的に変える可能性がある。システムと地域とグローバルを理解した医師というものが、自分で患者さんを見るだけではなくて、特にGPなどというのは、ゲートキーパーだけではなくて、地域をマネジメントするリーダーであるべきだと思うのです。大切な多くの医療課題というのは、医師一人ではできないものではありません。まさに今、パートナーシップを組んで、いろいろな立場の人たちを統括して、そしてベストな結果を出す。特に患者さんにとってベストな結果を出す。そういうマネジメント能力が求められているわけです。海外のトップスクールというのは、ローカルとグローバルな視点、そして、システムとして医療を見る、さらに、マネジメント的な、医師が地域のリーダーとして職種を超えてきちんと協働して、協働というのはともに働くという意味ですけれども、患者やコミュニティのためにベストな結果を出す、そういう方向に向かっているわけですね。

最後に簡単に、なぜグローバルヘルスが日本を救うかという理由です。自分がグローバルヘルスの専門だからグローバルヘルスと言っているだけではないかと、そういうことではなくて、結局グローバルヘルスのこうした教育をすることが日本を救うという理由は、3つあるのです。1つ目は、日本の知見の活用です。最近、日中関係はなかなか難しいところがありますけれども、北京で開催された中国の保健医療戦略に関する会議に招かれたのですが、例えば中国では今、御存じのようにPM2.5による大気汚染とか、あるいは脳卒中ですね。日本が30~40年前にいろいろな減塩運動とか降圧剤の使用などによって激減させた脳卒中というのが今一番大きな問題なのですが、非常に日本の60年代、70年代の状況とよく似ています。

参加者から欧米の人に多くの質問が行くと思ったのですが、ほとんどの質問が私のほうに来ました。どうやって日本はこういうことに対応したのか、あるいは社会保障に関して、日本はどうやって制度をつくったのかと、みんな非常に日本のほうを見ている。

2つ目は、他の国から学ぶことによって、健康被害を減らすこともできます。例えば、地域創生の問題というのはありますけれども、日本の田舎に行くと、医者もいない、お金もない。日本の地方に行くと、今まさにこのテーマです。では、どうしよう。そういう状況はどこにあるかという、私が今まで働いていた発展途上国なわけですね。ただ、発展途上国も手をこまねいているだけではありません。そこでは、ないない尽くしの中で考え抜かれたシステムのイノベーションというのが起こっているわけです。例えば、今、バングラデシュに行くと多くの人々がスマートフォンを持っています。そうした中で、自動診断のアプリとか、クラウドベースのネットワークをつくるとか、医者がいなくても何かで

きるとか、本当にもう既に実用化されているわけですね。そうした制度のイノベーションというものを逆に日本が学ぶこともできる。

最後は、やはり『ランセット』でリチャード・ホートンが言っていますけれども、日本の医療制度は、日本の国民のみならず、世界の人々の健康のバロメーターであるという点で極めて重要であると。ともすると内向きで、日本というのは自信をなくしているというところがありますけれども、医療に関して世界の会議に行くと、何で日本は来ないのかと、どうして日本がいてくれないのかと、もっと来てくださいと、もっと知りたいと、そういう要望は非常に強いと思います。

ですから、まとめますと、最初に申し上げましたけれども、今回のカリキュラム、これは日本の医学教育全体に私は本当に広がってほしいです。ぜひここに書かれていることが実現してほしいと強く願うとともに、やはりグローバルヘルスという観点が、実は日本を救います。単に途上国を援助するだけではありません。情けは人のためならずです。実際に困っている人々にとっても大きなインパクトがありますし、これから日本が健康というものの中で外交的にも国際的にも名誉ある地位を占めるためには、こうしたカリキュラムが実際に医学部の中で広がっていくということが非常に大事だと考えております。

ありがとうございます。

○藤原次長 渋谷様、ありがとうございました。

続きまして、東京医科歯科大学医歯学教育システム研究センター長、大学院歯学総合研究科臨床検査医学分野教授でいらっしゃいます奈良信雄様からお願いをいたしたいと思えます。

奈良様、よろしくお願ひいたします。

○奈良氏 おはようございます。御紹介いただきました、東京医科歯科大学の奈良でございます。

私は、全国医学部長病院長会議で医学教育カリキュラムの現状調査を担当させていただき、また、国際基準に準拠した医学教育分野別評価制度を立ち上げるプロジェクトを担当させていただいております。そういった立場から、今回の国家戦略特区における国際的な医学部新設という課題に、率直な意見を述べさせていただきたいと思えます。

グローバル化への対応は、国際的に活躍できる医療人の育成は我が国にとって極めて重要な課題だと思います。この意味で、成田市及び国際医療福祉大学の構想は高く評価できるかと思えます。

ただ、その一方で、我が国の医学教育の現状を振り返ってみますと、例えば医学教育モデル・コア・カリキュラム、共用試験、学士編入学制度、国際基準に基づく医学教育分野別評価制度の導入などが、この10年間で急ピッチに進められておまして、医学教育はかなり大きな変革を遂げております。

私自身は、この成田市分科会の議論に最初から関わっているわけではありませんが、平成26年3月28日に提示された資料を拝見しますと、国家戦略特区の趣旨と求められる医学

部像の中に、「既存の医学部像とは次元の異なる、際立った特徴を有する大学とすることが必要である」ということが述べられております。そこで、国際医療福祉大学が提示されている構想を我が国の医学教育の現状を比較しながら意見を述べさせていただきたいと思っております。本日は特に資料を用意していませんが、全国医学部長病院長会議で出しております「医学教育カリキュラムの現状」報告書が現在の我が国の医学部教育のあり方を反映していますので、御参照いただければと思います。

従来から指摘されていますが、日本の医学教育は内向きであって、旧態依然として、改革されてこなかったことは残念ながら事実です。しかしながら、それは20世紀末までの話でありまして、21世紀に入りまして、各大学が従来の医学教育から完全に脱皮し、グローバル化に対応しようと医学教育の改革を実施しているのは間違いない事実であります。そのきっかけとなったのが2010年のアメリカECFMGからの通告で、これはまた後で述べたいと思います。

私は昨年3月、ドイツに行つてまいりました。日本の医学教育はドイツのシステムを導入し現在の医学部教育はドイツのスタイルを踏襲してきました。ドイツは伝統と格式を重んじる国で、20世紀まで教育の改革を行つてまいりませんでした。しかしながら、そのドイツにおいてすら、21世紀に入り、グローバル化に遅れてはいけなるとばかり、急ピッチで改革を行つています。ドイツでは、まず理論を学んでから実践を教育してきました。すなわち、教養教育を2年間、それから専門教育を行つた後、臨床実習という形式で、日本の20世紀までの教育スタイルと同じでした。それでは世界に遅れるとの懸念から、アメリカ式の基礎・臨床医学統合型教育を導入し、臨床実習にも力を入れるようになっていきます。国家試験についても臨床技能評価を取り入れるなど、急ピッチで改革が進められています。

そういった現状を踏まえまして、日本でもアメリカあるいはヨーロッパ等の最新の医学教育のいい点を見習つて、日本の現状を見据えつつ、改革が進められています。時間の関係ですべてはお話しできませんが、いくつかの論点に絞り、現状の日本の医学教育の在り方をご紹介させていただきます。

まず第1番目に、国際基準に準拠した医学教育分野別評価制度に触れたいと思います。御案内のとおりだと思いますが、2010年にアメリカのECFMG（ECFMGは、アメリカ、カナダ以外の国からアメリカで医業をなしたいという者に対して資格申請を与える組織）からの通告がありました。ECFMGの申請資格は、従来は当該医学部がただ単に登録されていればよかつたのですが、2023年以降は、国際的に認知された医学部の出身者にしか申請資格が与えられないという通告です。我が国もその対象になっているので、私どもは、Japan Accreditation Council for Medical Education（JACME）という組織（仮称）を設立し、国際基準に基づいて医学教育の質を保証するプロジェクトを現在進めているところであります。

これまでに、平成25年度に新潟大学医学部、東京医科歯科大学医学部、平成26年度に東京慈恵会医科大学、千葉大学、そして、2月16日から東京大学で試行として分野別評価を

行ってきました。平成27年度については、既に8校が受審を申し込まれており、分野別評価を国際基準で行うことになっております。この制度には全国の医学部がこぞって参加することが予定され、国際水準での医学教育を行い、それを国際機関である世界医学教育連盟（WFME）から認定を受けるべく活動しています。

この国際基準に合うべく、我が国の医学教育がどこの大学でも大きく見直されているのです。

私は、アメリカ、カナダ、イギリス、ドイツ、フランス等、世界15カ国の医学教育を調査研究し、つい先日もアジア太平洋地区医学教育会議（APMEC）に参加して、アジア諸国、アメリカ、イギリス、オーストラリアの参加者と意見を交換してまいりました。こういった経験からしますと、決して日本の医学教育が世界に比べて格段に劣っているということはありませんし、医学教育のアウトカムである国民の健康寿命も伸びていることから、医療水準も高いと考えます。むしろ日本の医学教育は誇って余りある点が多々あると思います。それを世界に発信していくことこそがむしろ大切かと思っています。

ただ、国際レベルから見て、日本の医学教育を改革すべき事項があることも事実です。臨床実習のあり方、能動教育、基礎医学-臨床医学統合教育などの面で、改善すべき点があります。そこで、国際基準に基づく医学教育分野別評価制度導入が良いキッカケとなり、国際基準を参照しながら、各医学部で医学教育の改善が進められているのであります。

2つ目に、教養教育について述べたいと思います。医師になる者には、すぐれた人間性が求められます。既存の医学部でも、教養教育には力を入れております。従来は主として2年間で教養教育を行っていたのが、専門教育に時間がかかるということで、1年あるいは半年と短くなっている大学がほとんどになっています。ただ、調査してみますと、全医学部80校中3年生より高学年でも教養教育を行っているのが23校あります。そこでは、プロフェッショリズム、コミュニケーション能力、語学、統計学などが教育されています。

その一方、せっかく医学部に入ってきていながら高校の教育と同じようなことを行っている従来のリベラルアーツ教育は批判されています。医学部に入った以上は、医師になるべくモチベーションを高めることが必要であるとの観点から、早期から患者さん、あるいは地域の住民等と接触するearly exposure教育を導入する大学も多くございまして、現在80校中75校で、1年生のときから患者さんと接触させて医師としての動機づけを身につけさせたり、患者さんとのコミュニケーション能力等を教育しています。先ほど申しましたように日本はドイツのスタイルを導入しましたがけれども、それを改革するべく、教養教育にも力を入れつつ、専門の医学教育を充実させているところです。

なお、現在の医療はチーム医療が主体をなしており、それに対応する教育として、看護学生、薬学生などとの、いわゆる多職種連携教育（IPE）が重要になっています。IPEを実施している大学も昨今では多くなっているのが現状です。

3番目が医学教育カリキュラムについて触れたいと思います。平成13年に医学教育モデルコアカリキュラムが策定され、平成19年、平成22年度の2回改訂されました。現在では

全国の医学部で、これに準拠した教育カリキュラムが組まれています。もちろん、これはコアのカリキュラムであり、全て同じ教育カリキュラムではなく、各大学が工夫して独自の独創的な教育を導入しています。卒業時にすべての学生が修得しておくべき内容が盛り込まれ、教育されているのです。

もう一つには、先ほど申しました世界医学教育連盟（WFME）の基準に合わなければいけないということで、これに沿った医学教育改革が進められているのも現状であります。実際に調査してみますと、平成23年度から25年度に大幅な教育のカリキュラムの改革を行った大学が40校あり、それ以外の大学でも既に平成18年度から22年度中に改革したか、これから行う計画とのことで、おそらくは最近5年以内でほとんどの大学が医学教育を見直し、国際化に対応した改革を行っていることが分かります。

カリキュラム改革の大きな目玉には、2つあります。1つは、従来のようなドイツ式のスタイルである、基礎医学は基礎医学、臨床医学は臨床医学、こういった分断された教育ではなく、細胞・組織レベル、臓器・系統別の統合型カリキュラムを採用している大学が確実に増えてきています。全面的に統合型カリキュラムを導入しているのが14校、多くの部分で採用しているのが38校、部分的採用が28校となっており、教育カリキュラムが旧来のドイツスタイルからアメリカ式へと転換されていると言えます。

2つ目の改革が臨床実習のあり方です。日本では従来、見学型実習が主体となり、先輩の医行為を見ながら学ぶ実習でした。もちろんこれも大事なわけが、実務を学ぶには、学生が医療チームの一員として参加する診療参加型実習がより重要になります。さらに臨床の実習の期間も非常に短いというのが現実でした。世界医学教育連盟の基準に基づきますと、医学教育期間の3分の1を臨床実習に当てるように指摘されています。これをそのまま日本に適用いたしますと、2年間は臨床実習に従事すべきとなります。

現在までの医学部の臨床実習時間についてですが、平成25年度の調査で、短い大学で1,290時間、長い大学で1,925時間となっており、平均は1,911時間、週数に換算して平均で53.7週となっています。

世界医学教育連盟による1/3の期間を臨床実習に費やすべく、現在では多くの大学で臨床実習の時間を延長する工夫をしていますし、従来の見学型ではなく、診療参加型の臨床実習を導入しているところです。診療参加型実習を全診療科で導入しているところが53校、一部の診療科での導入が27校となっており、全医学部80校において、何らかの形で診療参加型の臨床実習（アメリカ式のクリニカルクラークシップ）が行われています。

臨床実習の改善には、共用試験の実施が大きく貢献しています。すなわち、共用試験で医学生の知識、態度、技能を評価した上で、臨床実習をさせることになり、安全で効果的な臨床実習が実施されていることになります。もちろん、国際基準に基づく分野別評価も大きく影響していると考えます。

そのほか、教育技法の面では、例えばPBLチュートリアルが75校に導入されていますし、TBLも40校で導入されています。従来の医学部での教育はone wayの講義が主で、教授か

ら学生への一方的な知識の伝達でした。学ぶべき知識、技能が膨大化されている現在、すべてを講義で教育するのは無理とも言えます。そこで現在では、学生主体のactive learningへの転換が進められ、グローバル化の対応を推進されています。

また、臨床実習の充実には、real patientに行く前に、シミュレーター、あるいは標準模擬患者（SP）さんでトレーニングを受けるシミュレーション教育も重要となります。この点につきましても、現在73校で、シミュレーションセンターが設立され、実際に運営されています。そのほか、地域医療あるいは保健医療の体験実習というのでも57校で行われ、実践的な教育がなされています。

さらに、学生のリサーチマインドの涵養、これも今後の日本の医学・医療の発展を考えれば重要なところであります。63校で研究室配属が実施され、MD-PhDコース、あるいは研究者養成コースを設けている大学もあります。

4番目が海外実習の点です。グローバル化への対応という点では、海外実習が極めて重要な意味を持ちます。そこで、各大学でも海外実習には力を入れているところで、67大学で海外実習制度を取り入れています。27校は基礎医学の研究と臨床医学の両方、36校は臨床実習、4校は基礎医学研究で海外実習を実施しています。例えば私どもの東京医科歯科大学では、ハーバード大学に毎年8名前後の学生を2～3カ月派遣し、アメリカの学生と全く同じ条件でクリニカルクラークシップによるトレーニングを受けています。基礎医学研究についても、ロンドンのインペリアル・カレッジに4～5名を5カ月間派遣し、基礎研究活動に従事し、結果を報告させています。そのほか、オーストラリア、タイ、チリ、ガーナ等でも基礎研究を概ね5カ月間行っています。

よく海外交流というと、真のexchangeではなく、日本から海外へのone wayが多いわけですが、私どもの大学にはインペリアル・カレッジからも毎年5名前後の学生が3カ月間来て研究活動を行っています。こうした制度は今後も是非続けたいと思っています。

5番目が教育を担当する組織についてです。

○藤原次長 済みません、お時間が少し押しておりますので手短かにお願いできますでしょうか。

○奈良氏 分かりました。失礼しました。

教育を担当する教員の責務は大事です。世界的に高名な医学教育研究の第一人者で、客観的臨床能力評価試験（OSCE）を開発したRonald Harden先生によれば、「もっとも良い教育は良い教師が良いプログラムで教育すること、もっとも悪いのは悪い教師が悪いプログラムで教育すること、そして2番目に良いのは悪いプログラムでも教師が良いこと」だそうです。しかしながら、医学部の教員は、研究、臨床、そして教育という3つを同時にしなければならず、教育がどちらかという後回しになっていた嫌いがあります。ただし、現在では日本でも66校に医学教育担当の専門組織が作られ、カリキュラム編成、FD等の企画運営を担当しており、教員の教育に対するpassionを高めるようになっています。

以上、時間が超過して申しわけございませんが、現時点での日本の医学部での教育の現

状を紹介させていただきました。その上で、国際化に対応した、特化した医学部新設への期待を含めて私見を述べさせていただきます。

国際競争に勝てる人材・医師を輩出するには、既存の医学とは次元の異なる際立った特徴を有する大学が要求されるかと思えます。そこで、従来の大学では果たし得なかった思い切った教育制度を導入すべきと考えます。例えば入試の時点で入学生の英語能力を十分に評価し、全ての講義・実習を英語で行う、海外からの留学生の比率を高める、外国人の教員を多く採用する、海外医学部との交流を盛んにし、実質化する、全学生が少なくとも1年間は海外施設で臨床実習を受ける、海外の拠点を作る、公衆衛生大学院等を併設して保健医療制度・公衆衛生分野でのカリキュラムを実施する、NGO等と連携した医療の国際展開を行うなど、思いつくだけでも数多くの検討課題があると存じます。

時間が超過して申しわけありません。国際化に対応した特徴を活かすには、導入すべき課題が多いと思えます。しかし、これまでにない画期的な医学部を作らなければ、現状の医学部と差別化できないと思えます。忌憚のない意見をということで、勝手ながら私の私見を述べさせていただきました。どうもありがとうございました。

○藤原次長 どうもありがとうございました。

続きまして、聖路加国際大学理事長、聖路加国際病院院長でいらっしゃいます福井次矢様からお願いいたします。

○福井氏 私は、日本の大学を卒業した後、米国で内科の臨床と公衆衛生大学病院での教育を受け、帰国後、総合診療と医学教育に携わってきた立場から意見を述べさせていただきます。

結論的には、我が国の医師養成についてはまだまだ改善の余地があるということと、欧米を初め、ほかの国々で医学教育がダイナミックに変わってきているということ、そして、現在の我が国の医学部の改革が進んでいるとはいうものの、さらにスピード感を持って改革を促すためにも、新しいコンセプトの新しい医師養成機関の設立が望ましいと考えております。

お手元の資料に、現在私が新しい養成機関が必要だと考える理由を2つ記載しております。1つは、医師の数の問題。ここ数十年、医療現場での患者さん一人当たりの業務量が大変多くなってきていて、医師の必要数を計算するうえで、医療現場をよく見ていただきたい。従来の考えでの医師の必要数の計算を再考いただきたいと考えています。

渋谷先生のお話にもございましたように、医師の役割の拡大は顕著で、これまでのような臨床医だけでは質の高い医療は提供できないと考えております。また、グローバルヘルスを初め、予防医療の側面にももっと医師が進出する必要があります。個人的には、医師の偏在の問題は、もう少し国や自治体、あるいは医師の集団が責任を持って配置を考えれば、現在の偏在の問題はずっと緩和できるものと思っています。医師不足は、医師の配置への対応と連動して考えるべきではありますが、絶対数として医師が足りないのも事実だと思います。

2つ目が、医師の質の問題です。わが国では現在まで、高校でサイエンス分野の成績が良い学生が医学部に入学できるシステムになっておりますが、医師として病める者への献身性とか、人とのコミュニケーションに優れた若者を優先して合格させるような入試のシステムが必要だと思っています。

今でも優れた臨床医が養成されてはおりますが、その割合、優れた臨床医が養成できる割合をさらに高めるためには、入学時の資質の問題をもっと考えるべきだと思います。数学や物理、科学に非常に長けていても、人とのコミュニケーションができないようですと、本人にとっても患者さんにとっても不幸なことです。

医師の質に関わるもう一つの問題が、医師養成課程であります。医学知識はますます膨大化してきていて、数十年前と比べて何倍にもなっていると言われております。したがって、同じ学習期間で医師を養成するためには、効率的な教育カリキュラムを考える必要があります、そのために、欧米では1960年代からさまざまな工夫がされてきております。残念ながらわが国の医学部は欧米の医科大学で開発されたカリキュラムに10年、20年遅れで追いつくのが精いっぱい状況が続いております。

医学生の実習もようやく最近になって改善のドライブがかかってきた状況です。その背景にあるグローバル化の波も明らかになったところです。これらを考えますと、私は優れた臨床医が今までよりもより高い確率で養成できる医師養成機関、拡大する役割に対応できる医師養成機関、そして欧米で開発された医学教育カリキュラムの追随ではなく自分の頭で新たな医学教育カリキュラムを開発できるような、そのような医師養成機関が必要だと考えています。

私個人の考えでは、わが国の従来の医学部でも結構ですが、アメリカやほかの国々で最近導入されておりますメディカルスクールで、大学卒レベルの幅広い学力や教養を持った人、社会人としての常識が備わった人、医療への献身性といえますか、医師になることへの動機づけが十分なされている人を入学させて、そして、そういう学生たちのグループダイナミクスの中でアクティブラーニングが可能な医師養成課程がより望ましいと思っております。

米国においてさえも、2000年代に入って以降、クリーブランドクリニックが設立したLerner College of Medicineのように研究者の養成にフォーカスを合わせた小規模のメディカルスクールができていますし、コネチカット州ではFrank H. Netter MD School of Medicineというプライマリーケア医を養成することに特化した1学年60人のメディカルスクールが作られてきています。アメリカでは、2010年以降、18のメディカルスクールが設立される予定だとの論文がLancetに掲載されています。アメリカ以外の国々でも従来の高校卒業生を対象とした6年制の医学教育に加えてメディカルスクールが作られてきております。そのようなダイナミックな医学教育改革は、たとえ現在の我が国の医学部の改革が進んでいるとしても、モデルになるような新しいコンセプトの医学部なりメディカルスクールを作ることによってドライブがかかるはずで、以上のような理由から、わが国

の医学教育を新たな段階に押し進めるためには、長い時間をかけて徐々に変えるというやり方ではできないことであり、新しいコンセプトの新しい医師養成機関をつくるべきだと私は信じております。今回の国際医療福祉大学のコンセプトを見させていただきました。新しい考え方のカリキュラムであり、他の大学のモデルになる可能性が高いと考えられ、私としてはぜひ進めていただきたいと考えています。

以上です。

○藤原次長 ありがとうございます。

それでは、東京大学医科学研究所、国際先端医療社会連携研究部門特任准教授でいらっしゃいます湯地晃一郎様から続きましてお願いいたします。

○湯地氏 東京大学医科学研究所の湯地晃一郎です。

血液内科と臨床遺伝学が専門ですが、当方はこれまで、医師の需要と供給、高齢化の研究を行ってまいりました。国際医療福祉大学提出資料の2ページ目に目的、目標が記載してございますが、「地域医療で活躍する人材の育成」という文言がございます。一方、国家戦略特区の医学部新設に関する検討の今後の方向性におきましては、「地域医療への影響等へも配慮」という文言がわざわざ挿入されています。

本日は、地域医療に関する意見を述べさせていただきたいと思います。千葉県成田市におきます医学部新設の検討にあたりまして、日本と千葉県における医師数、医師養成数という2つの観点から、先ほど渋谷先生からグローバル、ローカルという話がありましたが、ローカルな地域医療に関する意見を述べさせていただきます。

お手元の資料をごらんください。資料は10枚あります。大きく3つに分かれていまして、医師数と医師養成数の国別と県別の比較、そして、医師の都道府県別の移動、流出・流入、そして最後に医師数の将来予測という3つの部分から構成されています。

まず2ページをごらんください。人口1,000人当たりの医師数の国別の比較であります。OECDの加盟国の平均値は約3、人口1,000人当たり3名の医師数になっていますけれども、日本の値は約3分の2という値にとどまっております。しかしながら、この2という値が将来的には、2008年以降の医師養成数の増員の効果により、現在のOECD加盟国の平均値であります3に達するだろうと予測されています。

国別に比較いたしますと、米国やイギリス、フランス、ドイツの値は、右側の赤い部分になるのですが、軒並み日本よりも高く、財政破綻したギリシャが最も高い6という数字になっております。また、左側の青い部分は中国ですけれども、中国は最新の値で2012年1.6とOECD平均の約半分の値にとどまっております。

3枚目をごらんください。これは人口1,000人当たりの医師数を都道府県別に比較しまして色別に色をつけ、先ほどの国際比較と並べたものでございます。県名が左下に赤字、右下に青字で書いてありますけれども、左側はベスト5、右側がワースト5になっています。右側のワーストファイブに埼玉県、千葉県、茨城県が並んでいまして、千葉県はワースト2、1.45という値になっております。この埼玉県、千葉県という値は国際的に比較します

と、先ほど申し上げました中国に相当する少なさであります。全体的に西高東低という傾向が見てとれますけれども、千葉県は全国屈指の医師不足の地域であると言えると思います。

4ページをごらんください。ここから医師養成数に関する資料です。医師養成校の偏在を示す資料であります。右側に都道府県別の医師の養成校の数を示してあります。1970年代に1県1医大構想が始まり、各都道府県に医師養成校が整備され、ほとんどの県は緑色の1県1医大となっております。さらに黄色が1県2医大、赤色が1県3医大以上となっております。北海道以外は、人口集中県に赤色が集中しております。そして見てわかりますように地域偏在があります。

左側の表ですが、1つの医師養成校当たりの人口数を示してございます。一番下側に183という数字がありますが、これは全国平均で人口183万人当たりに医学校が1校であるという数字です。しかしながら、東京を除きます関東圏におきましては、赤で囲んだ部分、367万人に1校であり、関東圏は非常に医師養成校が少なくなっております。この中でも特に千葉県、埼玉県、茨城県が人口当たりの医師養成校が少なくなっており、これは先ほど述べました医師不足県のワースト3県に合致しております。

千葉県の人口619万人当たり1医学校という数字は突出して大きい値であります。四国は100万人に医学校が1校設置されていますが、四国に比べて6.6倍という数字は選挙区でしたら違憲判決が出るぐらいの数字ではないかと私は考えております。千葉県におきましては人口当たりの医師養成校が少なすぎるということがこの資料から言えると思います。

続きまして、5ページ目をごらんください。5ページ目から少し話題が変わりまして、医師の移動に関する話題であります。都道府県間の医師の流入・流出について比較解析をしたものです。都道府県別に、医師の養成数＝医師が生まれてくる数と、流出・流入した医師数、を推計しております。赤が流入している県、すなわち、医師を輸入している県、そして青が流出している県＝医師を輸出している県と言えます。黄色は流出入が均衡している県で、北海道だけになっています。

これを見ていただきますと、関東と近畿だけが赤くなっておりまして、医師を輸入している地方であり、東北・中国・四国は医師流出地方であるということがおわかりいただけるとと思います。

続きまして、6枚目をごらんください。これは関東8都県の医師移動についての図であります。解析結果です。埼玉県と千葉県には年間228人、226人と大幅に医師が流入しており、東京からは年間216人流出しています。埼玉県、千葉県の2県の値は全国的に見ても非常に突出しており、千葉県は医師を輸入している県であると言えると思います。

7ページ目をごらんください。7から10ページ目の最後のページまでは医師数の将来予測に関する解析であります。私どもは2012年に医師数の将来予測に関する研究を発表しました。これは医師・歯科医師数・薬剤師調査という三師調査の届出実数に基づき、各都道府県別に年段別、性別の医師数をシミュレーションしたものです。75歳未満の全医師数を

実働の医師数として採用しております。

具体的に下のグラフでどのようにシミュレーションしたかということが示してございますが、年代別・性別医師の定着率や移動率を勘案しまして2010年から2035年までの医師数をシミュレートし、2035年、これは日本が最も高齢化する年なのですけれども、2035年の医師数を将来予測するという研究を行いました。

8 ページ目です。これは人口1,000人当たりの医師数を2010年と2035年で比較したものです。色が濃ければ濃いほど、人口1,000人当たりの医師数が多く、医師が充足しているということになります。2010年におきまして日本平均の数字は2、そして千葉県は1.5という、先ほど申し上げました中国に相当する値でございました。千葉県はワースト3位です。これが2035年になりますと、医師増員の効果によって日本平均は3.14、千葉県は2.35という値になります。

しかしながら、全国的に、都道府県別に比較しますと千葉県はワースト3位、また2.35という値は今現在の日本の平均値に相当するような値でございまして、先ほど申し上げましたOECDの平均には遠く及ばない低い数字であると思えます。

医師増員の効果によりまして、人口1,000人当たりの医師数は将来的に増加しますが、やはり地域偏在、地域格差というのが存在しまして、千葉県の医師不足というのは継続する予測となります。

次のページは、千葉県の医師数を年代別・性別に2010年と2035年で比較したものです。よく最近、人口ピラミッド、日本の高齢化に伴って人口ピラミッドというのが登場してきますけれども、今回の図は医師数のピラミッドであります。比較しますと、75歳以下の実働数の医師数というのは、現在の37%増になりなす。また、高齢の医者、75歳以上の医師も含めました全医師数は47%、1.5倍となります。

しかしながら、60歳以下の医師数の増加というのは19%増加にとどまりまして、男性だけに着目しますと60歳以下の男性医師は3%しか増えないという解析結果になりました。将来的に増加する医師が過剰になるのではないとされていう議論がされていますけれども、将来的な医師数の増加というのは実は高齢医師と女性医師の増加ではないか。また、若年男性医師が余り増えないため、若年の男性医師をどう確保するかという問題が将来的に懸念されます。ちなみに千葉県では女性の医師の増加は107%、約2倍の増加となります。

また、この人口ピラミッドを見ていただきたいのですが、2010年におきましては、50歳以下の医師数が非常に分厚く増加していることがわかります。この層が高齢化しまして、右側の2035年では75歳以下の医師が分厚く増加しています。実は先ほど申し上げました1970年代の1県1医大構想の新設医大の第一期卒業生が、2010年左側のグラフでは55歳、右側のグラフでは80歳であります。左側では55歳以下、右側では80歳以下の下の学年の卒業生が医大を卒業したことで、医師数が分厚く増加していることがわかります。

千葉県では、千葉大学医学部しかなく、新設医大は新たに設立されていなかったのですが、1県1医大構想の医大新設の効果が県を超えて、医大を新設していない千葉県にも及

んでいると言えると思います。

さらには、右側のグラフの2035年の、45歳未満のところにまた医師数が分厚く増加している層があるとおわかりいただけると思うのですが、これは2008年度以降に医師養成数が増員された効果と考えられます。医師養成数が2008年以降増加したのですが、最初の卒業生が今年の3月、2015年3月卒と考えますと、2035年には右側のグラフで45歳になりまして、45歳以下の下の年代の医師数が増加している、と言えると思います。

次のページをごらんください。最後のページでは参考までに、千葉県ではなくて全国の医師数のピラミッドを示しました。おおむね千葉県の医師数ピラミッドと関連した形の数字になっています。

以上、まとめます。千葉県と日本全体におきます医師の養成数と医師数についての解析結果を申し上げました。医師の地域偏在と千葉県の医師不足、そして医師養成校の地域偏在、千葉県の医師養成数の不足、また将来も千葉県の医師不足が継続する予測という結果から、千葉県成田市におきまして医学部新設を議論することは、国際医療福祉大の「地域医療で活躍する人材の育成」という観点からも、十分に検討に値すると思います。

以上です。

○藤原次長 ありがとうございます。

ただいま、4人の有識者の御専門のお立場から御意見を頂戴したわけですが、審議を継続していきたいと思います。

続きまして、国家戦略特区ワーキンググループの各委員からも御発言がありましたら、お願いしたいと思います。

いかがでございましょうか。

○八田座長 八田でございます。

本日は、日本で医学部の数と卒業生数も制限の効果について教えていただいて大変勉強になりました。

経済学的にいうと、国が分野毎の需給見通しに基づいて学生数を制限するというのは、一般的には間違いです。基本的には大学を新設したいところはどんどんできるようにすべきです。それに伴う費用がかかるならば、その費用は後で奨学金を返済させるという形で当人負担をきちんとさせることによって、需給を反映するように学生数を決めるべきだというのが原則です。これはいろんな分野で言えると思います。

もう一つは、仮に学生数を制限する必要があるとしたら、既存の大学だけに学生数増大の特権を持たせるべきではありません。いつも新陳代謝がおきるようにしなくては行けない。ということは、大学が退出・廃校すること可能にすべきであり、退出はどのような手続でやるかということを事前に明確にしておく必要があります。一方で、新しい大学がいいカリキュラムを持っている場合には、基本的には参入を認める。そして、参入したために経営がうまくいかなかったところは退出してもらい仕組みを整える。そういうことが大切だと思います。それは大学だけでなく、全ての産業における新規企業の参入に関して

言えると思います。

日本では、医学部学生数は確かにふやしてきたが、全て既存の医学部だけでふやしてきました。このことが、競争による新しい成果を取り入れることを遅らせてきたのだと思います。

今回は、そういう考え方からすると、全く新しい血を入れて、新しい人たちでやってもらおうということですから、元来あるべきことが起きたのだと思います。それが1点。

もう一つは、私も大学をいろいろ経験しましたがけれども、既存の大きな学部を改革するというのは大変なことです。学部内のセクショナリズムが抵抗するからです。しかし白紙からデザインできる新しい学部ならば、斬新なカリキュラムを提供できます。そのような学部が出来ることによって、ほかの大学に対して大きな影響を与えるということが、日本全体の医学部教育の観点から見て必要なのではないかと思います。

以上でございます。

○藤原次長 八田座長、ありがとうございました。

阿曾沼委員、いかがでしょうか。

○阿曾沼委員 きょうは大変貴重な御意見をいただきまして、ありがとうございました。大変勉強になりました。

幾つか質問がございますが、よろしゅうございますか。

先ず、渋谷先生にお伺いしたいと思います。グローバリズムを体現できる学生を教育するということはとは、多様な価値観を知って理解ができ、その中で賢く生きていき、社会や国際社会に貢献していける人材を育てていくという事とだと思っておりますが、先生が考えられるグローバリズムにおいて、大学教育、医学教育の中で例えば3点、これは絶対にはずせないという観点を教えていただきたいと思います。

○渋谷氏 私はグローバリズムそのものを推進しているというよりは、むしろグローバル化の流れの中でいかに日本の国家的プレゼンスと日本の価値を上げていくかということに非常に興味があるのですが、3点と申し上げますと、まず、多様性を認めるということです。従来、医学教育というと、各教室でスタッフがその教室にずっといた同じ大学出身の方が多いわけですね。ですから、今回、海外からいろんな方がいらっしゃるということは、非常に多様性がもたらされる。それは女性も含めてということですね。アメリカの医学部では入学者の半数は女性です。別に女性が医師になれないということは全くなくて、むしろこれからプライマリーケアとか、そういった地域でいろいろな方とやるとむしろ女性のほうがうまくいく場合のほうがあるかもしれない。そうした性別や国籍を超えた多様性。

2つ目が、教育というのは、私は確信に基づいて言うのですけれども、自分が経験したことのないことを教えるというのは非常に難しいのですね。ですから、今回、提案されているようなカリキュラムを経験された方、特に若手をぜひ登用していただきたい。

3つ目は、語学ですね。今、医学の基礎、臨床、公衆衛生、社会医学を通じて共通言語は何かというと、英語、そして、統計学です。ですから、そうした基本的なスキル、語学

というのはぜひ、全ての講義においてコアになるような考え方をお願いしたいと思っています。

○阿曾沼委員 渋谷先生、ありがとうございました。良くわかりました。

次に、奈良先生にお伺いしたと思います。最近確かに私立大学、国立大学含めてECFMGへの対応として多くの大学でカリキュラムが新設され、教育が強化されてきていると私も承知しております。更に医学教育の在り方、考え方も変わっていていることはよく承知しています。そこでお伺いしたいのですが、先生がお考えになる既存の医学部での国際化教育の求めるべき到達点、そしてそのマイルストーンをどうお考えでしょうか。

その中で、既存の80大学の全てのレベルを高めていくのを待っていると相当時間がかかってしまうと思いますが、全ての大学がこれに応えていけるのかどうか、もしくはいくべきなのかという点をお伺いしたいと思います。八田先生がおっしゃったように、新たな刺激によって良い意味での競争が活発化することが必要なのではないかと感じていますが、その点を含めておうかがいしたいと思います。

○奈良氏 ご質問、ありがとうございます。

既存の大学についていえば、全80大学がそろってグローバル化に対応できるかという点、地域性などの課題が残ります。また、入学者の資質の問題もあり、必ずしも足並みを揃えた改革はできないと思います。

そういった観点から、従来にない、既存にとらわれない新しい大学をつくることは歓迎すべきだと思います。

ただ、そのキーワードである、「既存にない」ということが私は非常に重要だと思います。たとえば、アジアの中でも急成長を遂げているシンガポールを例に挙げます。人口も面積も小さなシンガポールには、医学部は3校しかありません。1つは国立シンガポール大学(NUS)で、イギリス式の医学部教育制度を導入し、高校卒業生を5年間で教育してきました。そこへNUSとは全く教育システムの異なるアメリカ式の教育システムを導入したDuke-NUS大学がつけられました。学士を4年間で教育するスタイルで、しかも1年間は研究活動だけに取り組むシステムです。そのどちらのシステムが良いかは、これからの比較検証になるかと思っています。それにしても、旧来の殻にとらわれない、思い切った試みをしている点は参考になると思います。

日本では、シンガポールのような小さな国ではなく、医学部は80校にあります。その80校の教育システムは、大筋は金太郎アメのように同じです。ただ、この10年間で、各大学は教育の改革に取り組み、オリジナリティを出そうと努力しています。ECFMGの勧告を受け、物すごい急ピッチで改革が進められているのは事実です。ただ、そのアウトカムがどうなるかは不明ですし、マイルストーンも確実には言えません。ただし、少なくとも2023年という1つのエンドポイントが示されているので、恐らく2020年頃までには、ほとんどの大学で改革が達成できているのではないかと推測されます。その根拠は、医学教育分野別評価を2020年までに受けたいという大学が多くあることです。

繰り返しになりますが、先ほどから多様性というお話がありましたが、もし、千葉県に新しい大学をつくるとするならば、従来とは全く異なった、特区に相応しい、思い切った教育システムの医学部にさせていただきたいと思います。

○阿曾沼委員 奈良先生、ありがとうございました。良くわかりました。

続いて、福井先生にお伺いしたいと思います。福井先生は海外での御経験、新設医科大学での御経験、旧帝大でのご経験、更に民間医療機関での御経験など非常に幅広い御経験をされておられますが、先生のご発言の中で医師の役割の拡大について、企業等での幅広い活躍の場が広がっていくとお話されました。私も前回会議で申し上げましたが、メガファーマ等の海外の企業では臨床経験を持ったMDの方々が相当重要なポジションにいらっしゃいます。だからこそ米国などでは医療分野での国際企業が育って、残念ながら日本には医療分野の世界企業が育たないのではないかとも思います。医師の活躍の場の拡大について、先生の御経験の中で、少し具体的な例などお聞かせいただければと思います。

○福井氏 私の知っている範囲内ですが、近年、米国やヨーロッパの医学生は外国での実習を積極的に行っています。私たちの病院にさえ毎年何十人もの医学生が海外から来て、臨床実習を行っています。聞いたところでは、最近では、米国では全医学生の半数近くがメディカルスクールを卒業する前に、海外での医療に触れているそうです。加えて、医学の勉強をしながら、並行して公衆衛生大学院でのMPHコースなどを勉強できるようなコースや、PhDも同時に取れるようなコースができてきていて、カリキュラムのダイバーシティが強くなってきています。

製薬業界や医療機器のメーカーだけでなく、マスコミで活躍する医師も重要性が増しています。国民の健康行動を変える上で、マスコミを介した正しい医学情報の伝達は重要度を増しています。そのような事実で医学生が触れることによって、臨床現場で患者さんを診るだけが医師の職場ではないということを理解できることと思います。製薬企業の研究所では重要なポジションのほとんどは医師が占めているとも聞いています。そのような分野に進む医師がもっともっと必要だと考えています。

○阿曾沼委員 福井先生、ありがとうございました。大変参考になりました。

最後に、湯地先生にお伺いたします。2035年での推計をされておられますが、2035年時点での世界での傾向はどの様に推計されるのでしょうか。人口1000人当たりの医師数が、現在ギリシャでは6人という数字がありますが、財政破綻の直接的な原因では無いでしょうが、これはこれで興味のある数字ですね。先生の推計では日本でも2035年には高知や東京などは4.3を超える水準になり、千葉は相変わらず2.35と低水準とのことですね。今後中国の台頭や世界の医師養成の今後の状況を考えるとき、世界全体としてはどんな数字になっていくのでしょうか。どんどんふえていく傾向にあるのか、それとも、やはり上限があり調整が行われるのか、その点について教えていただけますか。

○湯地氏 海外でどれぐらい将来的に医師数が増加して、人口当たりの数が幾つになるかというのは、まとまった報告がなくて私は存じ上げないのですが、米国では、医学校の新

設を認めたりして、医師を増やす方向に向かっています。ところが、ヨーロッパでは医学部新設の話題も、今後もどんどん人口当たりの医師数がふえるとも聞いていませんので、ある程度国家的に決める流れになっているのではないのでしょうか。中国でも医師数が増えると聞いております。ただ、2035年にどうかは、私は存じ上げてはおりません。もし、御存じの方がおられましたら教えていただきたいと思います。存じます。

○阿曾沼委員 湯地先生、ありがとうございました。

○藤原次長 ありがとうございました。

様々な御意見が出たわけでございますが、提案者である国際医療福祉大学から御発言ありましたら、お願いします。

○矢崎総長 大変きょうは貴重な御意見をいただきまして、まことにありがとうございました。

私のほうから2点だけちょっとお話し申し上げたいと思います。

まず初めに、2010年というお話を先ほど、世界教育連盟の基準の発表など言われました。また、最初に渋谷先生がグローバルヘルスのお話をされました。WHOは2010年の報告で、ユニバーサル・ヘルス・カバレッジ、すなわち、世界の全ての人々に医療をとという国際戦略を積極的に取り上げるということを宣言しました。すぐに世界銀行グループが全世界のヘルス・カバレッジの調査をしまして、その報告書が2014年に出ているのです。

その中で、我が国の国民皆保険制度が非常にすぐれて、今までも大きな問題なく来たということで、これを手本に開発途上国に広めるべきだと。政府もそのような方針を立てられました。全くそれが私どもの大学に即したもので、このようなグローバルな展開、医療だけでなく保険制度を伴って人材を育成して派遣すると、この方面で大きな役割を果たすと思います。

2番目は、教育改革でございますけれども、これは最近の医学、医療の驚異的といえる、画期的な進歩によりまして、医学教育は従来のシステムではできないということで、欧米でも教育改革が進んでおります。先ほど福井先生がおっしゃられた、アメリカでも新しい医学部が計画、実施されておりますし、イギリスでも医師は原則公務員ですから、医学校は全て公立なのです。それを最近、医学教育の多様性を取り入れなければということで、私立大学2校の設立を非常な議論がありました。認められました。

そういう世界が非常にダイナミックに動いている中で、40年近く、先ほど奈良先生がおっしゃられた、要するに抜本的な教育改革は今までは少なくともなくて、みんな金太郎飴みたいな大学をつかって、それで満足していたというところで、常に外からのインパクトで改革をすることになっていました。だから、内向きであったと思います。

いまだにMD、PhDコースということが売りになっていますが、実は私が東大の医学部長のときに、医学教育課と非常に長く議論しまして、PhD-MDコース、MD-PhDコースをつくったわけですね。ですから、今まではそういう画期的なインパクトのある出来事が起こらなかった。

今度、世界医学教育連盟の基準で、今の医学教育では医学部と認められないという非常に大きなインパクトがあったので、今、奈良先生がおっしゃられたように、みんなで一緒に頑張って改革しようということですが、そういう中で、今まで私の経験ではどうしても講座とか診療科に縛られてしまう。

実は欧米では専門医というのが医師の1～2割で、あとはGPといわれる総合医なのです。日本はほとんど専門医で占められている。それは医学教育が講座、診療科単位で組み立てられている結果ではないか。それが今、我が国の医療提供体制に極めて大きな影響を与える。ですから、それを抜本的に変えるために、私どもは総合的な診療能力の高い医師を育成するというので、教育内容も世界教育連盟の基準というのは比較的形式的な基準で、教育の内容を審査するところまで行っていませんので、やはりケーススタディーを中心とした教育にしたい。例えば、アメリカではビジネススクールもロースクールも全部ケーススタディーですね。こういう企業があつて、あなたはどう対応しますか、あるいはこういうケースがあつたとき、どう法的に対応しますか。要するに、憲法とか民法の講義ではないわけです。ほとんどケーススタディーなのです。

そういう教育をすることは、今の医学部の教育体制ではなかなか難しい。PBLと言われていても、なかなか体制ができていないので難しい。

ですから、私どもはいわば白地のキャンパスに新しい絵を描くように、新しい医学教育をここでつくって、モデル事業として認めていただいて、附属病院もグローバルスタンダードに合った附属病院をつくるということで、やはり医学教育の改革の1つの大きなインパクトになるのではないかと思います。

そういう意味で、ぜひ私どもの革新的な医学教育を行う、グローバル化した、海外展開を視野に入れた医学部の新設をお願いしたい。そして繰り返しになりますが、先ほど成田市での病床規制あるいは農地転用の規制がありますが、それも含めて認めていただければ、医学部ができるということになるので、ぜひ早急に議論を進めていただいて、結論を早く出していただければ大変ありがたいと思います。

以上です。

○藤原次長 矢崎総長、ありがとうございました。

ただいまの御発言につきまして、特に有識者の方から何かコメントございますか。

○奈良氏 幾つかの御質問の中で、私が答えられるところをお答えしたいと思います。

1つは、阿曾沼先生から世界的に医学部がふえているかというご質問がありました。国際的には2002年以降、ここ10年以上になりますが、例えばマレーシアで46%、パキスタンで38%、インドが31%など、アジア諸国では医学部が急増しています。

何よりも特筆すべきことは、カリブ海諸国です。実に60%も医学部が増えています。アメリカには、医師として働く者のおよそ4分の1が海外から入ってきているとされます。国際基準を導入した医学教育の質を保證せよとしたアメリカECFMG通告の背景には、カリブ海諸国等海外で教育を受けた者がアメリカに入ってくるに際し、医学部での教育をしっか

りと保証しておかなければならないという危惧があるのです。

医師を養成するには、養成課程、教育のプログラム、など多様性があっても良いのですが、国民の健康を守るという視点からすれば、しかるべき資質を備えた者でなければ医療を任せられないというのは当然です。ですから、世界的な動向として、国際基準での医学教育質保証が実施されているわけです。

医学部卒業生の多様性というお話もありました。ドイツでも医学部入学生のおよそ41%が医師以外の職業についているという報告もあります。

福井先生からは、海外から実習生が日本に来ているというお話がありました。アメリカだけでなく、オーストラリア、イギリス、ドイツ、韓国、台湾、タイなど、多くの海外諸国では、医学部在籍中に海外で実習を受ける制度があります。

先ほども御提案がありましたように、国際医療福祉大学が海外実習を充実させるということでもございました。これは一部の学生だけに限らず、全員が少なくとも1年は海外で実習を受けるなど、思い切ったことをやっていただきたいと思います。そうすれば、ほかの大学に対するインパクトが大きいと思います。グローバル化の中では、日本の医学生すべてが海外実習を体験するくらいの発想もあってよいかと思います。

○藤原次長 ありがとうございます。

ほかにございますか。

渋谷先生、お願いします。

○渋谷氏 ありがとうございます。

私もWHOから日本に戻って6年目なのですが、その間に学生が100人ぐらい海外のいろんなところにおりました。WHOとか世界銀行とユニセフとか、あるいはバングラデシュのNPOとかアフリカの病院とか。

同時に、今、東京大学の医学生などを見ていますと、地域に行きたがる人は非常に多いのです。例えば南相馬市の病院にこしは2人東京大学から行ったと。今までは東京大学の医局とか、都内のブランド病院でみんな研修したがっていたのですが、みんな外に行って鍛えられたいという若い人が非常にふえてきています。

かなり若い人たちの考え方、地域で一生懸命試したいとか、海外でやりたいとか、そういう風潮が出てきていますので、私は今回のこの教育カリキュラムは非常に後押しになって、そうした方向性、医療というものは閉じたものではなくて、世界にも広がるし、それはすなわち地域にも帰ってくると。そうしたものを出していただくと非常にいいのではないかと考えています。

○藤原次長 福井先生、どうぞ。

○福井氏 2点ほど。オランダのユトレヒト大学には6年制の医学部と、メディカルスクール、つまり4年制の医学部が並列して設置されています。そうすることによって、卒業生の質を比較しているそうです。

八田先生がおっしゃった点で、私も従来から、ぜひそうしてほしいと思っておりますの

が、医学部の認可を取り消したり、新たに医学部を認可したりするシステムの導入です。退場と新規参入が可能なシステムでないと、医学教育のレベルアップにつながらないと考えております。米国では何校かメディカルスクールの認定を取り消された大学もあります。そうすることで医学教育のレベルが担保されるはずですが、特権のごとく、教育の質を評価されることなく医学部を続けられるというシステム自体、私は好ましいことではないと考えております。

○藤原次長 ありがとうございます。

湯地先生、最後に、よろしいでしょうか。

ほかにございますでしょうか。

本日は、関係省庁、関係自治体がおいででございますが、何か特段ございますか。

○関根副市長 先生方、本当にありがとうございました。

その中で、福井先生から医師の絶対数が不足しているのだというお話、湯地先生からは特に千葉県を取り上げていただいて、医師数が不足しているということで、我々地域医療を担う自治体からすれば、今の地方の現状をぜひわかっていただきたいなという思いと、その中で、私どもは成田国際空港を抱えておりますので、まさに感染症の入り口といえますか、そういう中で実際に今、感染症の専門のお医者さんが成田にはいないという現状が本当にございます。

また、超高齢化社会を迎えるということはお医者さんも高齢化するわけで、湯地先生がおっしゃったように、75歳以下の先生を数えていただいたというのは本当にありがたいお話です。国のほうでも、例えば在宅医療を進めていくのだという方針がありますけれども、やはりそういう部分での担っていくお医者さんというのはどうしてもなかなかお年を召されたお医者さんでは難しいということもありますので、ぜひ、地域医療という部分についても御理解いただければと思っております。

ありがとうございます。

○藤原次長 ありがとうございます。

関係省庁、特によろしいですか。

それでは、特に本日は4人の有識者の方々から大変貴重な御意見をいただきまして、まことにありがとうございました。

本日、提示されました論点、検討課題について、さらに検討を進めまして、本件、医学部新設に関します基本的な考え方や方向性を早急にまとめてまいりたいと思っております。

それでは、ちょうど時間になりましたので、第2回成田市分科会を終了させていただきます。

次回の日程等につきましては、事務局より後日連絡したいと思います。

本日はまことにありがとうございました。