

出典；日本医事新報

- No.4732 2015/01/03 これでいいのか 日本専門医機構！？
- No.4680 2014/01/04 日本版NIH??
- No.4628 2013/01/05 「リサーチ・ユニバーシティ」？
- No.4576 2012/01/07 東日本大震災、山梨大学医療支援の軌跡
- No.4523 2011/01/01 Physician-Scientist は死語か？
- No.4503 2010/08/14 インパクトファクターとグローバルスタンダード
- No.4471 2010/01/02 タイにおける JICA 支援東南アジア皮膚科医研修コースに参加して
- No.4451 2009/08/15 “改革”に思う -改善？改悪？

## これでいいのか 日本専門医機構!?

山梨大学医学部附属病院病院長 島田眞路(しまだ しんじ)

日本専門医機構(現機構)は2014年5月7日正式に発足した。日本専門医制評価・認定機構(旧機構)はその財産を現機構に引き継ぎ解散した。旧機構では各学会が「社員」となりその会費で運営されていた。新機構では学会を「社員」と認めず、社員は日本医師会、日本医学会、全国医学部長病院長会議の3者ということになった。なぜ学会が運営主体である社員からはずされたのか? いわく「学会が専門医をつくるのは利益相反である」というのが新機構の説明であった。つまり、今までの専門医は「学会」認定なので本当の専門医ではない、新機構の決定した新しい専門

医のみが本当の専門医である。さらに学会に所属しなくても専門医になれるようにしろという命令が各学会に出されている。つまり、これらの新機構の思想の根底にあるのは学会否定の論理である。

そこで日本外科学会、日本内科学会、日本脳神経外科学会、日本皮膚科学会が中心となり、大部分の学会の賛同を得て現機構に学会を排除するのではなく、respectして社員に入れるよう要請することになった。激しい交渉により現機構は基本18学会+総合診療科をようやく社員として認めた(と我々は思った)が、その後明らかとなるのは社員となる

→ のは学会ではなく、その領域代表(つまり学会ではなく個人)ということであった。我々としては、学会完全否定の“無”から“有”を生じたということで、あとは運用で実質社員となることを期待していた。

ところがである。現機構は学会否定のコンセプトは一切変えず、社員の入会金、会費を領域代表の個人に請求してきた学会に請求するならば支出可能であるが、個人が支払った会費を学会は個人に支払いできない。それこそ法律上利益相反で認められない。さらに最大の問題は来年度から1万円の専門医更新料

を学会を通さず新機構が専門医個人から直接徴収しようと画策。しかしながら更新の事務手続きや審査は学会にやらせるという、つまり学会を働かせて報酬は取り上げるといのである。現機構はガバナンス、モラルともに欠如したナンチャッテ機構と言わざるをえない。

少なくとも学会を社員として認め、各専門医から直接更新料を徴収する案は取り下げるべきである。旧機構のほうが余程うまく運営されていたと思う。

今、新機構の存在意義が厳しく問われているのである。

## 日本版NIH??

山梨大学医学部附属病院院長 島田眞路

安倍政権が誕生してからアベノミクスを中心に次々と改革が出され、実際に景気も回復基調に向かい、久しぶりに日本も新たな出発を迎えている感がある。国家安全保障会議(NSC)など遅きに失しているが、最も重要な国家の安全機構も米国のマネをして発足するという。

しかし、「日本版NIH」とは何であろうか？我々、NIHに留学していた者には相当な違和感がある。

米国のNIHは、医学・生物学研究の全世界のメッカであることは論を俟たない。NIH

はDHHS(厚労省)に属し、自ら医生物学研究を行うだけでなく、米国全体の研究費配分の総元締めである。2~3兆円ともいわれる研究費を厳しい審査によって各研究者に配分する機関である。

研究費は、NIH内で行うintramural研究費と、大学など外部で行うextramural研究費に分けられている。NIHはノーベル賞受賞者も多く輩出しており、研究者たちはノーベル賞を目指してしのぎを削っている。NIHとは各分野の研究所の集合体で、例えば皮膚科学研究などを行うNIAMSという、数ある

→ 研究所の中で最小の研究所であっても数百億円予算がある。

日本版NIHは報道で知る限り、日本に新しく巨大医学生物学研究所をつくるという構想ではない。いくつかの省庁にまたがっていた医学関係の研究費を統合するだけであり、研究テーマもノーベル賞を目指すものではなく、格下の“臨床研究”なるものを中心とした配分にしていくという。はたして、こんな組織を日本版NIHと称するのはいかがなものか。

研究費といえば昨今、リサーチユニバーシティなどと聞きなれない造語をつくり、「選択と集中」などと言って、旧帝大系の大学を自動的に選択し、我々のような地方国立大学を差別するという方策しかとれない者がいる。そうした者が考えるのであれば、「日本版NIH」も致し方ない。

ただ、ナンチャッテNIHをつくるよりも日本全体が元気の出る、公平な研究費の配分を考えたいほうが真の研究の活性化につながると思うが、いかがであろう。

## 「リサーチ・ユニバーシティ」?

山梨大学医学部附属病院病院長 島田眞路

「リサーチ・ユニバーシティ」なる構想が国立大学改革の1つとして提唱されている。大多数の一般国民は何のことか理解できないであろう。「大学」とは研究する場所なのに、どうしてわざわざ英文で、こんな自己矛盾の表現を使うのであろうか。これは財務省、文部科学省が出してきている案で、研究を行う高級な「リサーチ・ユニバーシティ：研究大学」と、研究はやらず教育だけやっていけばよい低級の「ラーニング・ユニバーシティ：教育オンリー大学」に大学を差別化しようというものである。

その心は、研究には「金」がかかるので研究はトップ20大学ぐらいに制限しないと、「国民の理解」が得られないというものである。「国民の理解」が得られないのは、このような研究つぶしの官僚主導の構想であろう。現在まで国立大学の研究レベルが何とか維持できていたのは、大きな大学だけでなく地方大学ががんばってきたからだ。少なくとも私の属している皮膚科学の分野では、地方大学

が互角あるいはそれ以上ががんばってきたからこそ競争原理が生まれ、全体で研究レベルを引き上げてきている。

「選択と集中」は必要なことだが、むしろ行われ過ぎた結果、過剰な研究費に関する数々の不祥事も起こっている。「選択と集中」は今回の構想のように大学レベルで行われるのではなく、研究室レベルで行われるべきで、これは現在でも行われている。研究とその成果に関するきちんとした大学ごとの評価が行われていないのが現状である。旧7帝大→旧6→新8→新設医大などと前時代的な名称で勝手に大学をランク付けをし、本質的な評価を怠ってきたのは誰であろうか。

地方大学は卒後臨床研修制度という失政のツケで地方の医療が崩壊しているだけでなく、研究レベルも低下しつつあるのは事実だが、この状態を放置したまま今回の「リサーチ・ユニバーシティ」制度のような「研究の素人」が考える最悪の制度を導入するなら、日本のサイエンスの将来はないと考える。

## 東日本大震災、山梨大学医療支援の軌跡

山梨大学医学部附属病院院長 島田 眞路

3月17日、大震災のため延期された入試の面接試験を終え、車で帰宅途中、同乗の松田兼一救急部長宛てに、県から被災地医療支援依頼の電話が入った。翌18日には救急部森口講師、平野師長、大久保看護師、鈴木薬剤部副部長からなる医療支援第1班を宮城県に派遣し、当時最も被害の著しかった南三陸町を担当することが決まった。電波状況が極端に悪い中での途切れ途切れの連絡により、現場では溢れる支援物資の中に薬剤も紛れ込んでしまっていること、薬局が不在であること、またPCが津波で流されており、志津川ベイサイドアリーナの医療本部に続々と到着する医療チームやボランティアの事務管理が混乱の極みであることが報告された。

そこで、21日早朝出発の第2班として、薬剤部准教授と、PC、プリンターを携えた事務部の若手の精鋭2名を派遣した。彼らの獅子奮迅の活躍で、混乱の中、早期に薬局が立ち上がり、PCを駆使した事務管理が可能と

なった。以後、この事務管理は山梨大学事務部の担当となった。これらのことから、我々の医療支援は現地に役立つものと判断して、可能な限り派遣を継続することとした。

4月初旬、最大余震の直後、今後の派遣の相談をする必要と、当時生じていたイスラエル医療支援団受け入れに伴うトラブルへの懸念から、私自ら松田救急部長と南三陸町を訪れた。その折、現地の医療統括本部責任医師の西澤匡史医師や佐藤仁町長に直接お会いして感謝の言葉をいただくとともに、5月中旬までの継続派遣を要請された。私たちの到着時にはイスラエル医療支援団との問題はほぼ解決方向にあったが、数十人からなる支援団の全診療科の医師、検査技師、ナース、事務員の1人1人に直接会って、握手とともに感謝の意を伝えた。

以後予定通り派遣を継続し、3月18日から5月13日まで計22班、124名を派遣した。5月13日、撤収班として最後に現地を訪れた

## Physician- Scientistは死語か？

しまだ しんじ  
島田 眞路  
山梨大学医学部  
附属病院院長

国立大学が法人化されてから6年間経過ということで、一応「評価」なるものが行われた。

各法人の首脳部は一喜一憂したかもしれないが、実際の構成員はその評価なるものにまったく納得できないのではないか。法人化の是非は後世の歴史が証明してくれるであろうが、マイナス面が目立つのは自明の理であろう。

研究、教育、経営などがまったく同列、しかもたった4段階で評価され、大騒ぎした割にはいい加減な方法である。このような評価で大学がよくなるはずもない。

大学、特に医学部にとって何が一番重要か？ 我々臨床医でさえ、

以前は「研究」と感えたはずである。Physician-Scientistに憧れ、給料は少なくても大学に奉職し、留学をめざし、帰国してからも何とかがんばった者たちが大学を支えていたものである。

しかし、卒後臨床研修制度の開始とあいまって、臨床重視（当然重要なことは百も承知）、研究軽視（これが問題！）の風潮が生まれ、若手医師たちの間にすっかり定着してしまった感がある。

今年度のマッチング結果も、大学へ残る研修医が減少傾向であることがはっきりした。特に我が国の研究を底辺で支えてきた地方大学にその傾向が著しい。

Physician-Scientistは若者たちの間では死語になってしまったのか。これが臨床教室からの研究論文の減少につながり、我が国の将来の医学研究の発展に暗い影を投げかけている。

研究重視に方向転換したところで、この数年のダメージはもう取り戻せないところまできているように思う。研究はそれほど甘くはない！ 最近の中国、韓国の研究・臨床双方の台頭をまのあたりになると、アジアNo.1の位置も危

うい状況である。

昨年、日本人の化学者が2名ノベル賞を受賞したが、これまで受賞者が口をそろえて主張するのは、こうした我が国の研究状況に対する憂慮と若者に対する研究の鼓舞である。医学、医療に関わる者も、もっと真摯に耳を傾ける必要があるのではないか。

Physician-Scientistを死語にしては、日本の将来はないと考える。

## インパクトファクター とグローバルスタン ダード

島田眞路

山梨大学医学部  
附属病院院長

インパクトファクター(ＩＦ)は、医学雑誌評価のグローバルスタンダードである。ＩＦは、その雑誌の論文当たりの引用回数平均であり、医学部教授選考の上で重要な参考項目であるため、毎年注目を集めている。

約20年前、ある学会の「皮膚科

の将来を考える」シンポジウムに招待された。当時、皮膚科学研究所の最高の雑誌はアメリカのJIDで、IFが3・7であった。免疫学の一流雑誌のIFは倍以上あったと記憶している。皮膚科研究レベルをグローバルに評価するには、このIFが参考になると考え、講演では、皮膚科学の研究レベルを上げるには皮膚科雑誌のIFを上げるべく努力すべきと強調した。

現在のJIDのIFは5・6、免疫学のスタンダードな雑誌「Journal of Immunology」の5・8に迫っている。我が国では、日本研究皮膚科学会(私は約20年間理事を、2005～08年まで理事長を務めた)の学会誌JDSが3・7と、20年前のJIDと同じレベルにまで成長した。昨今、臨床医学研究レベルの低下が叫ばれる中、健闘しており、隔世の感がある。

また、私は日本皮膚科学会の学会誌JDのチーフエディター(CE)を2000年から務めている。1970年代に発刊されているが、IFは0であった。アソシエイトエディター時代、何とかIFをつけたいと何度もトライしたが、Indexの連続であった。CEにな

ってすぐ、フィラデルフィアのトムソンロイター社(当時ISI)に出向き、申請もした。そこでIFをつけるためのグローバルスタンダードを教示され、すぐさま実行したところ、1年後採用され、その時のIFは0・6であった。その後Ome化など努力を続け、今、やっと1・0を超えたところである。臨床中心の雑誌なのでこの辺りが妥当なところかと10年間のCE生活を振り返って思う。「グローバルスタンダード」と言うのは簡単だが、世界に認められるには、それ相應の努力が必要と痛感している次第である。

## タイにおけるJICA 支援東南アジア皮膚科 医研修コースに参加して

島田 眞路

山梨大学医学部  
附属病院院長

一昨日(2009年11月20日)バンコクから帰国した。前首相タクシン氏を巡る政治問題で騒々しいとのマスコミ報道もあったが、実際はきわめて平穏であった。タイは微笑みの国である。

私は毎年、秋から冬にかけての11日間、バンコクに滞在し、東南アジアの国々から集まる皮膚科志望の若い医師たちに教鞭を執っている。毎日3時間ずつ8日間、皮膚の免疫学をみっちり教えている。今回も熱心な生徒たちに質問攻めにあい(これは昨今の日本の学生・若手医師たちが失ったもの?)、楽しく充実した日々を過ごしてきた。

このプロジェクトは、Diploma Course of Dermatology という日本のJICAとタイのDTEC(経産省に相当)の共同事業である。主として東南アジア約30カ国の皮

膚科志望医師を1年間、バンコクの国立皮膚病研究所(IOD)で皮膚科研修をさせるものである。実際には、日本の7、10名の皮膚科教授陣が皮膚科サイエンスの講義を担当し、タイ側のIODを中心とした皮膚科医が実際の臨床を教える。今年で26回目となるが、1年約30名、トータル700名以上が参加した。私は1996年度から参加しており、14回目となるので400名以上教えたことになる。

JICAのプロジェクトは、基本的に1期5年、最長でも2期10年と聞いている。我々のプロジェクトも5年ごとに評価を受けているが、教え子たちからきわめて高い評価を受けたため、25年もの超異例ともいえるべき期間続いたと思われる。この度は最終(?)の延長ということで、特別に2年間の評価期間が与えられ、来年度でいよいよ終了するかもしれない。異例の長期間ということで、きわめて厳しい評価を受けるものと予測される。

JICAのプロジェクトというと途上国へのハコモノ(ハード)作り支援のイメージがあるが、

我々のような医療関係でソフトな支援も行われているのは特筆すべきであり、あまり一般に知られていないのは残念である。日本の国際貢献もハコモノや多額のマネーではなく、我々のプロジェクトのような頭脳と善意のスマートパワープロジェクトを、うまく仕分けするべきではなからうか。



## 「改革」に思う ―改善? 改悪?―

島田 眞路  
山梨大学医学部  
附属病院院長

国立大学ではこの数年、改革の嵐が吹き荒れた。大学院大学、大学統合、国立大学法人化、最後に卒後臨床研修制度である。大学院大学の目的は何か。以前から日本として欧米に劣っており、研究重視という指摘があり、大学院重点化（部局化）の方針が打ち出された。これ自体は崇高な目的であるが、当初、旧帝大中心に行われ、大学院生が大都市に集中した。これが地方軽視のはじまりであった。

大学院大学は成功したのか。結局は地方大学も大学院が部局化され、博士号の安売り状態となり、質が低下した。各大学は新しい部門をつくらねばということ、や

たら長くて難解な講座名が並び、臨床部門では教室がどの診療科なのか、医育機関の名簿などを見ても判然としなくなってしまう。本来の目的だったはずの肝心の研究はその後の天学法人化、卒後臨床研修必修化で、研究よりも臨床の流れが生じた。大学病院は以前は研究と臨床との真の両立を目指していたが、収支を気にするあまり、診療重視、研究軽視の流れがつくられた。大学院重点化で研究重視の方向を打ち出しながら、これらの制度改革でトータルとしては研究軽視となってしまう。

この数年で、卒後臨床研修必修化で研修医や若手医師は都市部に集中し、地方が過疎となった。これが地方軽視の第2弾である。そして現在の研修医、若手医師の動向を見ても、地方に限らず全国的に診療、研究レベルとも低下していると思われる。

大学院部局化、卒後臨床研修必修化は大学院生も医師も都市部に集中させると同時に、地方で診療・研究を支えてきた地方大学を疲弊させてしまったが、さらには都市部でも研究軽視へと価値観の転換が起こり、日本全体から見れば

研究レベルを下げ、研修医を甘やかすことで、臨床重視としながらも結果的には診療レベルも下げてきたのではないだろうか。

制度改革を時代のニーズに合わせて行うのは当然であるが、現行制度の長所を評価しながら行うべきで、改革のための改革や世間受けを狙った拙速な改革は結果的には改悪であり、混乱を来すだけではないだろうか。