

1 医学教育の課題と展望^{*1}

鈴木 康之^{*2}

はじめに

日本医学教育学会は1969年の創立以来、まもなく50周年を迎えようとしている。この間、本学会は様々な課題に取り組み、わが国の医学・医療教育に貢献してきた。医療は社会情勢を鋭敏に反映する鏡であり、医学教育も常に強い影響を受けてきたが、これからも中長期的な視野に立って未来の人材を育成していくことが重要である。今、目の前の研修医は10年後、20年後には医療を牽引する中核的存在となり、医学を志している高校生は30年後、40年後には医療界のリーダーとなる存在である。未来の社会と医療を予測することは困難であるが、彼らが自己の能力を最大限発揮し、人々のために貢献できる医師・医療者となるよう、人材育成することが社会から期待されている。医学教育における個別の課題については本白書の各論に詳述されているので、本稿ではなるべく大局的視野に立って考察してみたい。筆者の主観が含まれているが、今後の医学教育を考える一助になれば幸いである。

医学教育白書を振り返る

医学教育白書は1972年（昭和47年）に機関誌「医学教育」の特集として生まれ、1978年以後は4年ごとに単行本として編纂されてきた。1972年¹⁾は大学紛争の余韻が残る中、医大新設が始まった時代であるが、人口10万人当たり医師数は約130名と不足が深刻であり、教員不足、国公立と私立の学費格差、卒後教育の問題（低賃金、労働力としての研修医、指導者不足）などが白書で指

摘されている。1978年²⁾、医大新設はピークを迎え、26校増加して72校となり、学生定員は7,000名以上となったが、白書では教員不足の深刻化、受験競争の激化、入学後の学業不振問題、医師としての適性に疑問のある学生、卒前カリキュラムの不備等々、現在に通ずる諸問題が指摘されている。WHO傘下の研修センター（シドニー）で教員研修を修了した指導者が増え、国内でワークショップスタイルの講習が始まり、教員研修の黎明期と言える時代であった。

1980年代^{3,4)}は80医科大学・学生数8,340名体制となり、人口10万人当たり医師数が150名を越え、医師過剰問題が提起された時代であった。また医学の進歩による知識量の急速な増大、先端医療の進歩による倫理問題、態度教育の必要性などが認識され、明治以来の教育法を見直し、教育を量から質へ転換する改革の必要性が強く意識され始めた時代であった。

1990年代^{5,6,7)}は入学定員が約7,200名に抑制され、医学教育の量から質への転換が具体的に始まった時代であった。入試で面接・小論文などの多角的評価が導入され、大学教育の大綱化によって弾力的なカリキュラム設計が可能となり、PBL、クリニカル・クラークシップなど能動的学習の導入が始まった。医療現場の変化も進み、少子高齢化による疾病構造の変化、急性期医療から介護福祉へのシフト、倫理的諸問題のさらなる拡大、専門医制度の発展など、医師に求められる役割の変化が認識され、卒後研修制度改革が活発に議論された。「小手先の教育技術論に陥ってはいけない」という警鐘⁷⁾は今も耳を傾けるべきものである。

2002年の白書⁸⁾は米国同時多発テロ直後に発行され、不透明な時代背景の中で人間性や教育問題が深刻化しているという危機意識が滲んでいる。そうした中で、医学教育の標準化、知識習得から問題解決力修得への転換、教員研修と意識改革の

^{*1} Medical Education in Japan: Current Issues and Perspectives

^{*2} Yasuyuki Suzuki 日本医学教育学会理事長、岐阜大学医学教育開発研究センター

必要性などが指摘されている。2006年白書⁹⁾は新たな卒後臨床研修修了生が初めて出る時期と重なり、人材育成の成果とその評価に対する期待が表明されている。2010年¹⁰⁾と14年の白書¹¹⁾では、情報通信技術の発達によってコミュニケーションや知識獲得のスタイルが大きく変わり、医療の細分化・国際化、市民や非医療職も参加するtrans-professional educationの必要性が指摘されるなど、次世代医学教育の可能性が示唆された。

こうして白書の50年を振り返ると、医学教育は質・量ともに大きな変化を遂げてきたことがわかる。また各時代固有の問題とともに、50年間変わらぬ問題（医師・教員不足など）も存在することがわかる。これら課題の解決は一朝一夕には進まないが、医学教育者の粘り強い努力が求められている。

医学教育に影響する社会的課題と展望

医学教育の課題と展望については様々な切り口があるが、本稿では少し異なった視点から現状を振り返り、今後について考えてみたい。

(1) 人口減少・超高齢社会

日本の人口は2004年の1億2,784万人をピーク

に減少局面に突入した。2050年には人口1億人、高齢化率40%となり、労働人口（20～65歳）は現在の約7,000万人から4,500万人に激減すると予測されている^{12, 13)}。図1¹²⁾は人口の超長期的推移を示したグラフであるが、20～21世紀の日本は、急激な人口増加と減少を示す極めて特異な時代であったと後世言われるだろう。急激な人口減少は疾病構造の変化だけでなく、社会保障、経済社会構造の面でも大きな変化を生じ、医療・福祉に多大な影響を与えたと考えられる。多世帯家族の減少と高齢単身者の増加（特に大都市圏）¹⁴⁾は、家族に依存してきた医療・介護を社会が保証する必要度を益々高めている。今後も高度医療の発展は続くが、総合的な地域医療・在宅医療に重点が置かれるようになり、介護・福祉へのシフトも一層加速するだろう。医師の需給推計に関しては、現在の入学定員が維持された場合、2030年前後に人口10万人あたり医師数300名となり、需給が均衡すると予測されているが¹⁵⁾、過去の需給予測はいずれも修正を余儀なくされてきた歴史があり、いずれ均衡するという予測は現場感覚と乖離しているとの意見もある。福祉分野での人材難は深刻であり、台湾では外国人介護職の積極的導入が始まっている¹⁶⁾。人口減少社会の中で、どのような

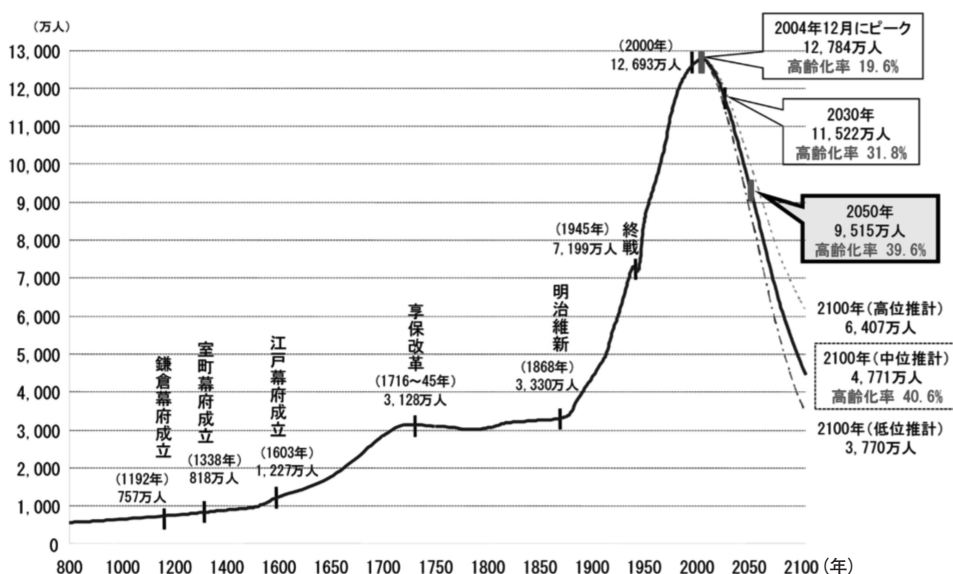


図1 総人口の超長期的推移¹²⁾

人材を確保して教育を行うか、医師に限らず、すべての医療職共通の課題であり、こうした面でも多職種の連携が必要である。

(2) 格差社会と健康・教育格差

日本は諸外国に比べれば低い失業率を保っているが、非正規雇用労働者・片親家族・高齢単身者・生活保護世帯の増加などを背景として、相対的貧困率は約16%にのぼり¹⁷⁾、OECD 34カ国中6番目に高率という状況である。特に片親家庭の貧困率は50%以上、独居老人も貧困率30~40%に達しており、こうした経済社会的な格差拡大は健康格差や教育格差を引き起こす(図2)¹⁸⁾。健康に関しては、貧困層での高い喫煙率・肥満率、低い健康診断受診率¹⁹⁾、栄養不良、診断・治療の遅れ、虐待などの問題が広がりつつある。国民健康保険料滞納者数は減少しつつあるが、依然300万世帯以上であり、国民皆保険制度が脅かされている²⁰⁾。最新医学の教育が重要であることは言うまでもないが、今後、保健・予防医療、社会医学は益々重要となるだろう。こうした問題に感性を持ち、アドボカシーを実践できる医師・医療者の育成が重要である。

もう一つの問題は社会格差に基づく教育格差で

ある。わが国の4年制大学進学率は約50%であるが、年収200~400万円の階層の進学率は約30%、年収1,000万円以上の階層は60%以上と大きな差が認められ^{21, 22)}、難関大学・医学部への進学についても社会経済的な格差が指摘されているが²³⁾、そうした傾向は近年強まっている感触がある。今後、医学・医療を志す多様で優れた人材を確保するためには、教育格差によって医学への道が閉ざされることがないように対策する必要がある。医学部における地域枠入試制度は医師不足・地域医療振興対策の一環として導入されたが、形を変えた支給型奨学金制度とも言え、従来であれば医学部進学を断念していたかもしれない一定層の学生に新たな道を提供していると筆者は考えている。高大接続が叫ばれる中、受験生の能力・意志・適性をよりの確に評価し、支援しながら育成していくことが必要である。

(3) 国際化 Globalizationと地域化 Regionalization

社会の様々な側面でグローバル化が進行しているが、保健・医療も例外ではなく、情報の国際化だけでなく、医療者・患者の国際移動などが急速に進んでいる²⁴⁾。一方、国や地域固有の問題は地域に根ざした方法で解決すべきという考え方も

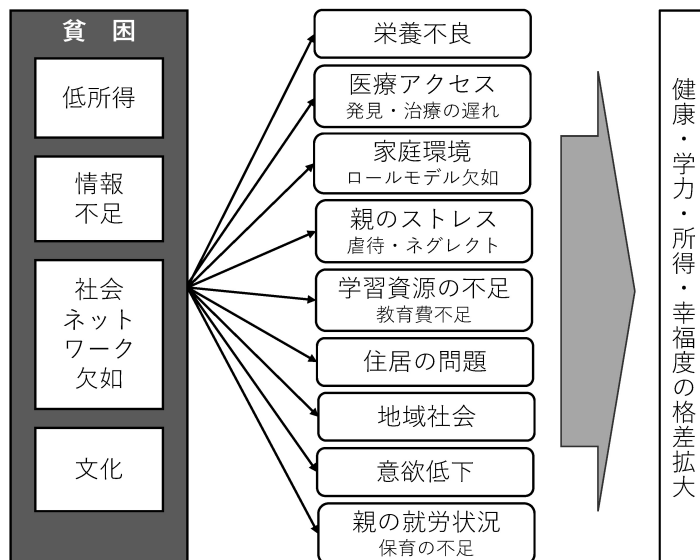


図2 貧困がもたらす様々な格差 (文献¹⁸⁾ より引用改変)

再認識されつつあり、WHOも世界6支部それぞれの独自性ある活動が必要であると述べている²⁵⁾。わが国も国際化の推進と、日本らしさを活かした医療・福祉の推進を並行していく必要がある。

日本における在留外国人比率は未だ少ないものの247万人を越え²⁶⁾、観光客などの訪日外国人は年間3,000万人に迫る勢いであり、こうした人々に対する医療のニーズは着実に高まっている。最近では先進医療を目的とした訪日者が徐々に増加し、日本式医療を輸出する動きも出てきている²⁷⁾。また前述したように、高齢者に対する医療介護のニーズを考えたとき、海外からの人材が更に必要とされる可能性は高い。こうした国際化に対しては、表面的な語学力だけでなく、文化的価値観の多様性を理解して対応できる能力cultural competence²⁸⁾の育成が重要である。また今後の医学・医療の活性化を考える上で、大学生の国内志向²⁹⁾、留学者数の減少、研究論文数の伸び悩みなどは憂慮すべき状況であり、米国研修の必要条件となるECFMG certificate取得者も年間60名程度にとどまっている³⁰⁾。医学生者の潜在能力に期待し、モチベーションの向上を図り、適切な国際経験の機会を提供することによって、国際感覚を磨くことが重要である。近年、東欧など海外の医学部で学ぶ日本人学生も増加しつつあり³¹⁾、今後の動向を注視していきたい。

わが国の歴史はglobalizationとregionalizationの間を揺れ動き、明治期以降の医学も両者が繰り返されてきたとも言える³²⁾。海外の情報・文化を速やかに導入し上手に日本化することは我々の特技であるとしばしば言われ、翻訳主義³³⁾(脚注1)や日本辺境論も生まれた³⁴⁾(脚注2)。医療はサイエンスというglobalizationの側面と、人々を対象とした営みというregionalizationの側面を持っており、教育もまた両者の融合が不可欠である。西城らはわが国の医学教育変革を“Global trend”と“Context in Japan”の観点から整理することを試み³²⁾、医学教育システムや教育カリキュラムといったマクロ(国家的)・メソ(組織的)レベルでは国際化への対応が進んでいるものの、学生の学びや教員の指導といったミクロ(個人)レベル

に関しては、日本人に受け継がれてきた思考過程が深く影響している可能性を示唆した。医学教育を論ずる上で、こうしたメタ認知的視点を持つことは有益であるし、今後、より良い学びや指導を追求するために、国際標準を意識しつつ、日本の特性も再認識して、世界へ発信していく必要がある。

(4) 文化的特性と教育への示唆

わが国の教育を文化的特性から考察し、応用発展させることも重要である。Hofstede³⁵⁾は世界各国の文化的特徴を6つの視点、すなわち、1) power distance 権力勾配の大きさ、2) individualism 個人主義の程度、3) masculinity 男性らしさ、4) uncertainty avoidance 不確実性の回避、5) long term orientation 長期志向、6) indulgence放縦、から比較検討している。日本は3)、4)、5)が強く、1)、2)、6)は中間的な結果となっているが、ここでは教育との関連で1)、3)、4)について若干触れておきたい。わが国では“権力勾配”は大きいと一般的に考えられているが、Hofstedeによれば³⁵⁾、トップダウンの意思決定よりも合議が好まれる点や、実力で昇進できる傾向が強い点など、我々自身が考えるほど勾配は大きくない。これは指導者

(脚注1：翻訳主義³³⁾) 明治初期、英語を国語化するという議論があったが実現せず、海外からの情報・思想は極力日本語として翻訳するという“翻訳主義”が主流となり、膨大な翻訳作業が行われてきた。それは日本人が英語に接する機会を失う一因となったが、海外の情報が翻訳され日本語として幅広く国民の間で共有されるという正の側面もあった。また翻訳作業を通じて海外の考え方と日本古来の考え方が融合するという側面もあった。海外の情報を取り入れて日本式に改善していくという、時に批判の対象となりつつも、ある意味でわが国の長所を示す営みが続いてきたと言える。

(脚注2：日本辺境論³⁴⁾) 古来日本人は、自分たちは辺境の地の住人であり、常に文明の中心を追い求めているという考え方。それは、古代であれば中国の歴代王朝であり、明治期であれば英独であり、第二次大戦後は米国であった。こうした辺境的な心性は、謙虚に海外からの文物を受け入れるという日本人の姿勢の源泉になっているのかもしれない。

と学習者の関係を考える上で大いに参考になる。
 “男性らしさ”とは競争や成果達成を追求する強さであり、日本は極めて強い。集団主義的な日本社会においては、グループ間・組織間の競争という形態をとり、長時間労働に繋がったり、女性の活躍を阻害する要因になっているかもしれない。ちなみに“男性らしさ”の対極の概念である“女性らしさ”とは生活の質を高めたいと考える程度を示しており、まさに医療・福祉が追求しているものと一致する。“不確実性の回避”は、将来起こるかもしれないことに対して準備を怠らず計画する程度であり、これも日本では強い。正解を求める学習や計画的で予測可能な医療では強みを発揮するが、不確実性・多様性の大きい倫理問題や高齢者・緩和ケア³⁶⁾などへの対応では弱点となる可能性がある。こうした文化的特性はあくまで集団としての傾向であり、同じ日本人であっても個人差は当然のことながら大きい。それでもこうした特性は我々の考え方や行動に無意識のうちに根深く影響しているものであり、現在の特徴を理解して教育のあり方を探ることは重要であろう。

また近年、わが国の医師プロフェッショナルリズムの源泉について、武士道³⁷⁾、商人道³⁸⁾、儒教³⁹⁾、本質主義批判⁴⁰⁾など様々な視点から活発な議論が行われている。「我々は誰なのか？」という根源的な問いを立て考えるとところから、新しい医師像が描かれることを期待したい。

まとめ

医学教育の50年を振り返り、人口減少社会、格差社会、国際化と地域化、文化と教育の側面から考察した。我々の目の前には取り組むべき課題が山積しているが、それらの中には、過去の経験の中にヒントが隠されているもの、別々の課題に見えても同じ社会的・文化的背景を持つもの、視点を変えてみると新たなアプローチが見えてくるものがあるのではないだろうか。次の世代に健康で幸せな社会を手渡せるように、今できることを一緒に考えていきたい。

■文 献

- 1) 中川米造. 総説. 医学教育1972; 3(1): 19-21.
- 2) 中川米造. 総説. 医学教育白書1978年版. 日本医学教育学会編, 篠原出版, 東京, 1978. p.1-4.
- 3) 中川米造. 総説. 医学教育白書1982年版. 日本医学教育学会編, 篠原出版, 東京, 1982. p.1-3.
- 4) 中川米造. 日本の医学教育の現況. 医学教育白書1986年版. 日本医学教育学会編, 篠原出版, 東京, 1986. p.2-5.
- 5) 中川米造. 医学教育白書総説. 医学教育白書1990年版. 日本医学教育学会編, 篠原出版, 東京, 1990. p.2-4.
- 6) 中川米造. 医学教育白書総説. 医学教育白書1994年版. 日本医学教育学会編, 篠原出版, 東京, 1994. p.2-5.
- 7) 堀原一. 序. 医学教育白書1998年版. 日本医学教育学会編, 篠原出版, 東京, 1998. p.1-2.
- 8) 尾島昭次. 序. 医学教育白書2002年版. 日本医学教育学会編, 篠原出版新社, 東京, 2002. p.1-2.
- 9) 齋藤宣彦. 序. 医学教育白書2006年版. 日本医学教育学会編, 篠原出版新社, 東京, 2006. p.1-2.
- 10) 伴信太郎. 医学教育の課題と展望. 医学教育白書2010年版. 日本医学教育学会編, 篠原出版新社, 東京, 2010. p.3-8.
- 11) 伴信太郎. 医学教育の課題と展望. 医学教育白書2014年版. 日本医学教育学会編, 篠原出版新社, 東京, 2014. p.3-9.
- 12) 我が国における総人口の長期的推移. 総務省
http://www.soumu.go.jp/main_content/000273900.pdf (最終閲覧日: 2017.10.10)
- 13) 内閣府平成24年度版高齢社会白書
<http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/index.html> (最終閲覧日: 2017.10.10)
- 14) 統計から見た我が国の高齢者(65歳以上) 総務省
<http://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics84.pdf> (最終閲覧日: 2017.10.10)
- 15) 医師の需給推計について. 厚生労働省 医療従事者の需給に関する検討会資料.
<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000120209.pdf> (最終閲覧日: 2017.10.10)
- 16) 齊龍駒. 日本の介護保険を参考に台湾の介護の未来を考える. 2015年度公益財団法人交流協会フェロー

- シップ成果報告書.
[https://www.koryu.or.jp/tokyo/ez3_contents.nsf/0/012eafe499b4d51849257f86000def81/\\$FILE/qilongju2015.pdf#search=%27%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E8%81%B7+%E8%BC%B8%E5%85%A5+%E5%8F%B0%E6%B9%BE+%E9%9F%93%E5%9B%BD%27](https://www.koryu.or.jp/tokyo/ez3_contents.nsf/0/012eafe499b4d51849257f86000def81/$FILE/qilongju2015.pdf#search=%27%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E8%81%B7+%E8%BC%B8%E5%85%A5+%E5%8F%B0%E6%B9%BE+%E9%9F%93%E5%9B%BD%27) (最終閲覧日: 2017.10.10)
- 17) 平成28年度国民生活基礎調査の概況. 厚生労働省
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa16/dl/16.pdf> (最終閲覧日: 2017.10.10)
 - 18) 阿部彩. 子どもの貧困—日本の不公平を考える. 岩波書店, 東京, 2008.
 - 19) 社会階層と健康政策提言ワーキンググループ. 現代社会の階層化の機構理解と格差の制御: 社会科学と健康科学の融合ホームページ.
<http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/sdh/seika.html> (最終閲覧日: 2017.10.10)
 - 20) 平成27年度 国民健康保険(市町村)の財政状況について 速報
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000153106.html> (最終閲覧日: 2017.10.10)
 - 21) 橋木俊詔. 日本の教育格差. 岩波新書1258, 岩波書店, 東京, 2010, p.240.
 - 22) 子どもの貧困の社会的損失推計レポート. 日本財団. 2015年2月
<http://www.nippon-foundation.or.jp/news/articles/2015/img/71/1.pdf> (最終閲覧日: 2017.10.10)
 - 23) 資産課税に関するアンケート調査結果について. 財団法人関西社会経済研究所
www.apir.or.jp/ja/research/files/2013/03/62.pdf (最終閲覧日: 2017.10.10)
 - 24) 山形辰史. 開発途上国の医療従事者の海外出稼ぎ. 国際問題2008; **574**: 38-48.
 - 25) Fee E, Cueto M, Brown TM. At the roots of World Health Organization's challenges: politics and regionalization. *Am J Public Health* 2016; **106**: 1912-17.
 - 26) 平成29年6月末における在留外国人数について(確定値). 法務省
http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri04_00068.html (最終閲覧日: 2017.10.10)
 - 27) Medical Excellence Japan. <http://www.medical-excellence-japan.org/jp/> (最終閲覧日: 2017.10.10)
 - 28) Cultural competence education. Association of American Medical Colleges.
<https://www.aamc.org/download/54338/data/> (最終閲覧日: 2017.10.10)
 - 29) 太田浩. なぜ海外留学離れは起こっているのか. 教育と医学2011; **59**: 68-76.
 - 30) Education Commission for Foreign Medical Graduates.
<https://www.ecfm.org/resources/data-certification.html> (最終閲覧日: 2017.10.10)
 - 31) 奈良信雄, 加藤拓馬, 大西宏典, 田極春美. ハンガリーの医学部における医学教育. 医学教育2017; **48**: 135-142.
 - 32) Saiki T, Imafuku R, Suzuki Y, Ban N. The truth lies somewhere in the middle: Swinging between globalization and regionalization of medical education in Japan. *Medical Teacher* 2017; **39**: 1016-22. DOI: 10.1080/0142159X.2017.1359407
 - 33) 丸山真男. 1998. 翻訳と日本の近代. 岩波新書580, 岩波書店, 東京, p.189.
 - 34) 内田樹. 2009. 日本辺境論. 新潮新書336, 新潮社, 東京, p.255.
 - 35) The Hofstede Centre.
<https://www.hofstede-insights.com/> (最終閲覧日: 2017.10.10)
 - 36) Arai K, Saiki T, Imafuku R, Kawakami C, Fujisaki K, Suzuki Y. What do Japanese residents learn from treating dying patients? The implications for training in end-of-life care. *BMC Medical Education*, in press.
 - 37) Nishigori H, Harrison R, Busari J, Dornan T. Bushido and medical professionalism in Japan. *Acad Med* 2014; **89**: 560-3.
 - 38) 野村英樹. 日本の医のプロフェッショナリズム — 武士道またはBushidoという「作られた伝統」からの脱却— 医学教育2016; **46**: 136-141.
 - 39) 向所賢一. 日本人医師のプロフェッショナリズムは, 武士道か, 商人道か, それとも仁か? 医学教育2016; **47**: 179-183.
 - 40) 飯田淳子. 武士道プロフェッショナリズムと本質主義について. 医学教育2016; **47**: 377-380.