

はじめに

医学部が社会の関心を集めています。有名進学校の成績優秀者は、こぞって医学部を目指します。2019年の入試では、巣鴨高校の162人を筆頭に8つの高校が100人以上、医学部医学科に合格しました。

私の母校である灘高校は、2019年の入試で東京大学に73人が合格しましたが、理科三類の合格者は20人でした。一方、文系は合計して13人。経済学部に進む文科二類はゼロでした。

灘高校はもともと理系が強い学校ですが、近年はその傾向がさらに強まっています。私が生徒だった1980年代半ば、1学年220人のうち、80名程度が文系でしたが、近年は40人くらいまで減っているそうです。代わって増えたのが医学部志望者です。かつて東京大学の文系に進学していた生徒は、いまや他大学の医学部に進んでいることになります。こうして医学には優秀な若者が集まっています。

一方、近年、医学部は不祥事が続出しています。医療事故、男女差別、不正入試、臨床研究不正、スキヤンダルのおンパレードです。どうして、こんなことになってしまったのでしょうか。私は従来型の医学部の在り方が社会の変化に対応できなくなっているためと考えています。不祥事は、その断末魔です。

わが国の医学部の雛形は明治時代に国家主導で形成されました。現在も厳格な国家の管理下にあります。

医学部定員は政府が規制し、定員増や医学部新設は政治案件です。政治とは既得権者の利害調整です。医学部定員も例外ではありません。

政府は「将来的に医師は余る」と主張し、1982年、1997年に医学部定員を減らすことを閣議決定しました。

団塊世代の高齢化を考えれば、医師が余るわけはなく、国民の健康より日本医師会などの業界団体、社会保障費の増大を抑えたい財務省の意向が尊重されました。現在の医師不足は、政府による「人災」という側面があります。

この閣議決定の撤回は、2008年まで待たねばなりませんでした。当時、妊婦のたらい回しが頻発し、医師不足が社会問題化していました。また、参議院で与野党が逆転し、従来型の自民党政治が継続できなくなっていました。自民党べつたりだった日本医師会の政治力も低下していました。舛添要一厚労大臣（当時）は、『安心と希望の医療確保ビジョン』具体化に関する検討会」という新しい委員会をつくり、日本医師会をメンバーから外しました¹。この検討会が提案したのが、医学部定員の5割増です。この後、医学部定員は増員されます。

医療問題が起これと、メディアは政府の責任を追及します。その際、政府がやるべきは、十分な情報を開示し、公で議論することです。ところが、往々にして「密室」で議論され、利害関係

者の都合のいいように規制が強化されます。医学部の定員の規制など、その典型です。

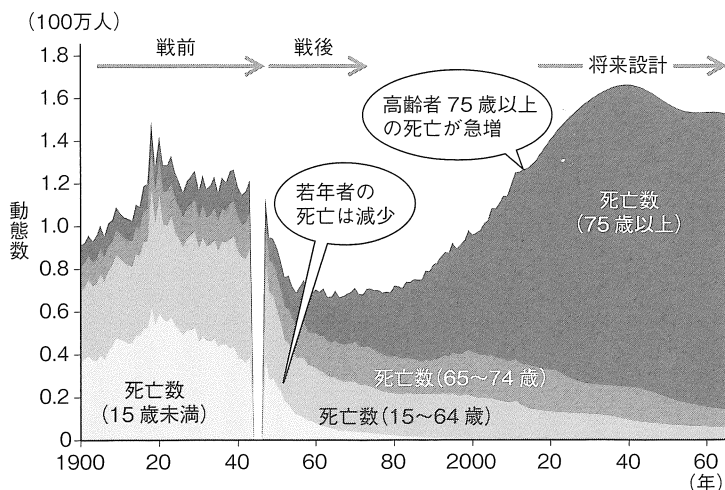
昨今、「お上頼みの規制強化」は一層強まっています。たとえば、日本の臨床研修は問題だらけだという批判を受け、2004年からは改正医師法に基づき、医師免許取得後の初期研修が義務化されました。それ以前も、医師の職業教育として、研修は行われていましたが、これ以降、研修病院や研修内容を厚生省が決めることになりました。

この制度では、研修医は数か月毎にさまざまな診療科をローテーションします。これが2年間続きます。「総合的に診療できる」と自画自賛する関係者もありますが、このような研修は本来、医学生時代にやるべきことで、それが世界の趨勢です。この制度はモラトリアム期間を延ばすことになり、「医師と医局の集団見合いの無駄な二年間」と言う若手医師もいます。

2018年度からは初期研修を終えた医師を対象に新専門医制度が始まりました。一般社団法人日本専門医機構と厚生労働省が協力し、内科や皮膚科などの定員、および研修病院を認定します（卒後3年目以降の後期研修医は、日本専門医機構と厚生労働省が認めた「専門領域」から一つの診療科を選び、彼らが認定する病院で研修します）。

一方、地域の医師不足を改善するため、2008年度から卒業後一定期間、大学の地元で働く

1 医療改革において、既得権者との闘いがいかに困難かを知るには、『舛添メモ 厚生官僚との闘い752日』（舛添要一著、小学館）と『さらば厚生省 それでもあなたは役人に生命を預けますか？』（村重直子著、講談社）をお勧めします。



1899 ~ 2014 年：厚生労働省『人口動態統計』

2015 ~ 2065 年：国立社会保障・人口問題研究所『日本の将来推計人口
(平成 29 年推計)』のデータから筆者が作成

図1 わが国の高齢化の状況

ことを条件に別枠で医学部の定員が増員されました。これを地域枠と言います。

このような制度改革は、医療の専門家以外には一見よさげに見えますが、大きな問題を孕んでいます。それは社会構造の変化をまったく考慮していないことです。

わが国の高齢化は急速です。図1は国立社会保障・人口問題研究所が作成した年齢別死亡数の推移です。今後、わが国では死亡数が激増し、ピークを迎える2039年には年間に165万人が亡くなります。

問題は、その中身です。約7割は75以上の死亡で、彼らは大病院が得意とする外科手術や抗がん剤治療の対象にはなりません。体力がないため、副作用に耐えきれないからです。彼らが望むのは、自宅で家族とともに療養することです。

医療の本身は高度医療からプライマリケア（身近にあつて、何でも相談にのってくれる総合的な医療（日本プライマリ・ケア連合会）、慢性期医療、リハビリに、医療の場合は病院から自宅に移ります。大学病院を中心とした従来型の医療モデルでは対応できません。

大学病院が生き残るにはプライマリケア専門に代わるなど、大胆な改革が必要です、医学教育は文科省と厚労省が規制しており、簡単には変わりません。

グローバル化も大きな影響を与えます。医学教育は世界各地でグローバル化が進んでいます。変化を主導するのは東欧の医学校です。文化レベルが高いのに、物価が安いいため、東欧は医学教育を外貨獲得の手段として、積極的に後押ししています。東欧の医学部を卒業し、大学が実施する試験に合格すれば、EU共通の医師免許が取得できます。卒業生は東欧に留まることなく、ドイツや英国など雇用条件が良い国で働きます。第5章（152ページ）で述べますが、すでに日本からも多くの学生が入学しています。日本人学生の中には、日本で就職を希望している人もいます。

このような医学教育の水平分業は、効率的で合理的です。すでに中国も外国人学生を受け入れています。まだ授業は中国語ですが、日本に出先機関があり、対策講座や説明会を開催しています。これからの中国での医療ニーズの増大を考えれば、中国語で医学を学ぶことの意義はきわめて大きいでしょう。

一方、日本の医学教育は「鎖国」しています。文科省や厚労省が規制しており、その規制のおかげでゾンビ医学部が生き残っています。通常、医学部に限らず、大学は優秀な学生を獲得する

ために、鎚^{しのぎ}を削ります。ところが、東京医科大学など一部の大学では、学生の優秀さより、縁故や性別を優先していました。こんな状況でやっていられたのは、わが国の医学教育が規制で守られていたからです。ただ、それも限界です。

私は日本の医学教育や医療システムは、早晩、崩壊すると考えています。国家が規制しているので、柔軟に変化することはできません。「ハードランディング」するしかないでしょう。これから医学部を目指す若者は、このような変革期を生き延びなければなりません。その際、大切なことは患者中心の視点をもつて、試行錯誤を繰り返すことです。誰も正解がわからない状況では、兎^とに角^{かく}やってみるしかありません。

2016年3月末、私も10年半、勤務した東京大学医科学研究所を退職し、研究室のスタッフとともにNPO法人医療ガバナンス研究所を立ち上げました。現在、約70名の「同志」とともに、診療の傍ら、臨床研究を行い、若手の教育に努めています。

本書では、これから医学部を目指す若者、およびその父兄の皆さんに対して、私の経験に基づいたアドバイスをしたいと思います。

自分なりに国内外の情勢を分析し、医学部の将来を予想したつもりです。すべて私が考えたことで、世間一般の常識とは違い、驚かれるかもしれませんが。皆さんが医学部進学を考える際の参考になれば幸いです。