

徐々に一般入学者と差異が減少しているように感じる」との記載があった。

- ・卒後の進路では、研究者志向の大学でもせいぜい1割が研究者で、多くの卒業生が臨床に進む傾向が顕著であった。

- ・臨床医になった際の勤務地は、「ほとんど県外」「県外が多い」と答えた大学が2/3を占めていた。

- ・今後の学士編入学制度については、現状維持が多かったが、拡大が1校、縮小が3校あった。

- ・良い点の自由記載では、モチベーションの高さや他の学生への好影響をあげる回答が多かった。

- ・改善が必要な点の自由記載は、地元医療への貢献が少ない問題、研究志向の者が少ない問題、入試の問題、カリキュラムの問題、成績の問題、経済的問題に分類された。

D. 考察

面接調査と質問紙調査から学士編入学制度の優れた点と問題点が明確になった。

優れた点としては、全体として、勉学へのモチベーションが高いこと、幅広い見識を持っていること、コミュニケーション能力が高いこと、クラスをまとめるリーダーシップを発揮するなど他の学生に良い影響を与えることが多く指摘された。ただ、一部ではあるが、学士編入学制度導入初期の学生にはそのような傾向が顕著であったが、徐々に一般入学生との差が縮まっているとの指摘もあった。これは、大学担当者への面接調査で出たように、学士編入学向けの予備校の存在など受験産業化することによって受験生の質が全国的に均質化し、また、学士入学導入校の増加もあって、就業体験があるなど特徴ある学生の合格が相対的に少なくなっている

ためとも考えられる。現在、学士編入学制度を導入している大学の入試日はそれぞれ異なる。そのため、多くの受験生が全国の複数の大学を受験するので、ますますこの傾向が強まっていると考えられる。

問題点としては、まず、学業成績の問題があげられる。入学時の成績については、一般入学生よりも概して高くはなく、卒業時の成績も大学によってとらえ方にばらつきが大きかった。優秀な者と成績低位な者に二極化するとの指摘もあった。また、一般入学生に比して年齢が高いため、記憶力の減退も、特に高学年になって記憶すべき知識の量が増えるにつれ顕在化するようにである。

卒後進路の問題もある。優秀な研究者の養成を目的として学士編入学制度を導入した大学でも実際に研究者になるのはせいぜい1割程度で、大多数の学士編入学生は臨床医志向である。また、臨床医になっても、多くは大学の地元に残らず、地元医療への貢献が難しいという問題点が多く関係者から指摘された。そのため、地元優先枠を導入したり、導入を検討している大学もあった。

入学後の教育カリキュラムの問題では、多くの医学部から教養課程がなくなり、低学年から基礎医学教育が開始されるため、学士編入学者と一般入学生のカリキュラムの整合性をとることが困難になってきているとの意見もあった。

学士編入学生の経済的問題も指摘された。年齢が高く既に結婚して家族のいる学生や医療系の資格がなく給与の高いアルバイトができない学生が学年が進んで貯蓄や時間的余裕がなくなると顕在化しやすいようで、メンタルヘルスの問題とも関係するとの指摘もあった。

メリットも多いが以上のような問題点も多い

ため、質問紙調査では、学士編入学制度の縮小を考えている大学も3校あった。現状維持と答えた5校でも、自由記載より、問題点解決のための何らかの改善策が必要との認識が認められた。

現在、医学教育関係者の一部では、米国のような4年（大学教育）+4年（医学部教育）のメディカルスクール制度を導入しようとの構想があるが、現在導入されている学士編入学制度を見る限り、メリットもさることながら、数多くの問題点が指摘される。メディカルスクール制度とは、現在5~10%の学士編入学卒が100%になった場合と考えることもできる。その場合、現在の学士編入学制度の問題点の多くがさらに顕在化することも予想される。特に、記憶力の減退による学業成績低下の問題、研究志向の医師の減少の問題、経済的問題は深刻化することが予想される。地元医療への貢献の問題はメディカルスクール制度でも依然として問題として残ることが予想される。従って、安易にメディカルスクール制度の導入を急ぐよりも、現在の学士編入学制度のメリットを維持し問題点を解決するための対策を講じることによって、医学教育全体の質の向上を図る方がより現実的で、かつ結果的によりよい医師を養成することにつながるのではないかと考えられる。

来年度は、より幅広い関係者の意見を集約することで、学士編入学制度の改善に結びつく具体的方策を提言する予定である。

E. 結論

学士編入学制度には、編入学生が全体として、
(1) 勉学へのモチベーションが高いこと、(2) 幅広い見識や高いコミュニケーション能力を持

っていること、(3) クラスをまとめるリーダーシップを発揮するなど他の学生に良い影響を与えること等のメリットがある。一方、(1) 学業成績にばらつきが大きく、学年が進むにつれ低下傾向がみられること、(2) 受験産業化や学士編入学導入校の増加のため、特徴ある学士入学生割合が減る懸念のあること、(3) 研究者養成志向の大学においても卒業後に研究者になる者は少ないこと、(4) 臨床医になっても県外に出る傾向にあり、地元医療への貢献が少ないこと、(5) 6年一貫の医学教育のため一般入試生のカリキュラムと整合させるのが難しいこと、(6) 年齢が高いため家族の扶養など経済的な問題が起こりやすいこと等の問題点が指摘された。

以上より、100%の学士入学といえるメディカルスクール制度を考える際は、その早急な導入を目指すより、まず現在の学士編入学制度のメリットを維持しつつ、多くの問題点を解決するための対策を適切に講じることが優先させる方が、より現実的であり、かつ結果的によりよい医師を養成することにつながるのではないかと考えられた。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定も含む）

なし

(資料)

医学部における学士編入学制度に関する意見調査（結果）

平成 19 年 2-3 月実施

問 1 大学名をお答えください。

9 大学（別紙参考資料参照）

問 2 本調査票に回答された方のお名前、役職をお教え下さい。

（省略）

問 3 学士編入学者はどの時点で編入されますか。卒前医学教育 6 年間としてお答えください。

3 年次の 4 月（5）

2 年次の 10 月（3）

2 年次の 4 月（1）

問 4 貴大学の学士編入学制度の主な目的は何ですか。当てはまるもの 1 つに○をつけてください。

1. 優れた研究者の養成（2）
2. 優れた臨床医の養成
3. 上記 1、2 の両方（7）

問 5 学士編入学の入試科目は何ですか。当てはまるものすべてに○をつけてください。

1. 英語（7）
2. 数学（1）
3. 物理（1）
4. 化学（1）
5. 生物（2）
6. 小論文（3）
7. 集団面接（2）
8. 個人面接（4）
9. その他（5）

（生物を中心とした理科、総合問題として 50 問英語を MCQ 方式で一次試験として、生命科学（2）、英語との総合問題、適性試験）

問 6 学士編入学入試の傾向について、当てはまるもの 1 つに○をつけてください。

1. 明らかに理系学生に有利である（3）
2. どちらかといえば理系学生に有利である（4）
3. どちらとも言えない（1）
4. どちらかといえば文系学生に有利である
5. 明らかに文系学生に有利である（1）

問7 学士編入学入試の際、地元都道府県出身者であることを考慮しますか。

1. 地元都道府県出身者の優先枠がある (1)
2. 合否判定の際に考慮する場合がある
3. まったく考慮しない (8)

問8 学士編入学入試の際、実社会での就業体験の有無を考慮しますか。

1. 大いに考慮する
2. ある程度考慮する
3. どちらとも言えない (2)
4. ほとんど考慮しない (1)
5. まったく考慮しない (6)

問9 学士編入学入試の際、性別を考慮しますか。

1. 考慮する
2. 考慮しない (9)

問10 平成18年度入試の応募者数は何人ですか。

560人 (1)、400人 (1)、191人 (1)、
154人 (1)、131人 (1)、130人 (1)、
224人 (1)、683人 (1)、不明 (1)

問11 過去5年間の学士編入学応募者数の推移はどうですか。全体的な傾向としてお答えください。

1. 増加傾向にある (3)
2. 減少傾向にある
3. ほぼ同じである (6)
4. 年度によるばらつきが大きい

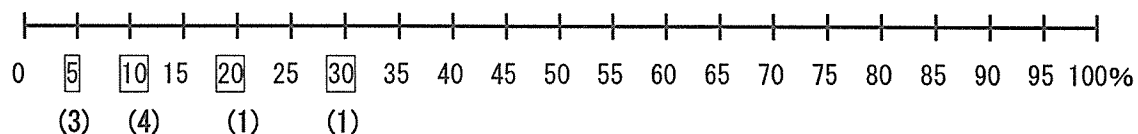
問12 学士編入学者の中で、実社会での就業体験があるのは大体何割くらいですか。

7割程度 (1)
4～5割程度 (3)、
3割程度 (2)
1割程度 (2)
不明 (1)

問 13 学士編入学定員の全入学者定員に占める割合は、現在何%ですか。

- 40% (1)
- 15% (2)
- 10%程度 (3)、
- 5% (3)

問 14 貴大学において、学士編入学定員の全入学者定員に占める割合は、どのくらいが適切だと思いますか。当てはまる% (5%刻み) のところに○をつけてください。



問 15 学士編入学者に対して、入学後、特別なカリキュラムを用意していますか。

1. 用意している (2) → それはどのような科目ですか。
2. 特にない (7)

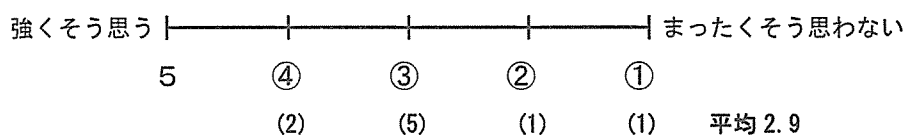
- 人間学 I ~ IV : 主な内容 (人間性の涵養、社会性の涵養、離島医療実習)
- 基礎医学研究 (基礎医学系の研究室に配属され、研究を行う。論文の作成が卒業要件)

問 16 以下の文章について、あなたのご意見に当てはまるものを 1 つだけ○をつけてください。選択肢は、それぞれの文章について、

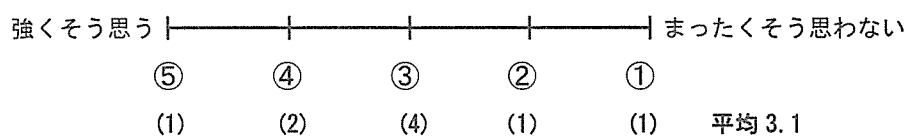
5. 強くそう思う
4. そう思う
3. どちらとも言えない
2. そう思わない
1. まったくそう思わない

の 5 段階です。

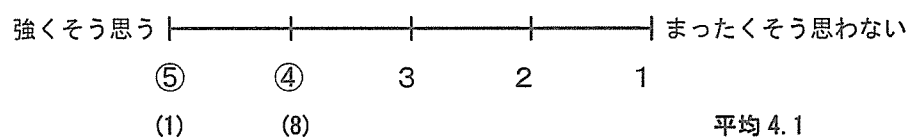
(1) 一般入学生と比べて、学士編入学生は、入学時の成績がよい。



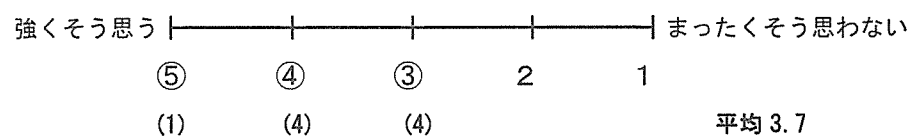
(2) 一般入学生と比べて、学士編入学生は、卒業時の成績がよい。



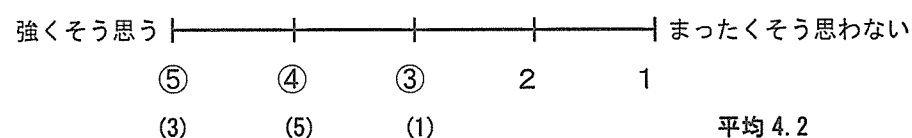
(3) 一般入学生と比べて、学士編入学生は、熱心に勉強する。



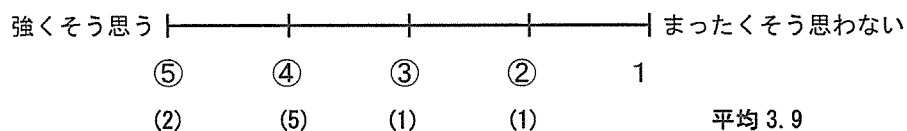
(4) 一般入学生と比べて、学士編入学生は、医師国家試験の合格率が高い。



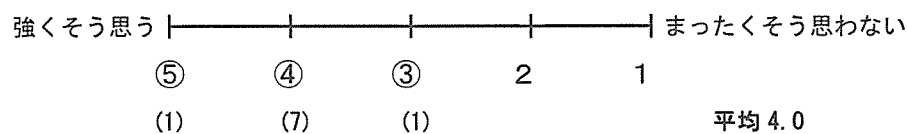
(5) 一般入学生と比べて、学士編入学生は、コミュニケーション能力が優れている。



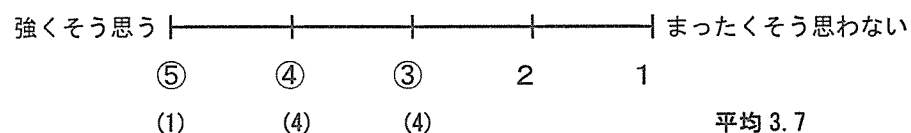
(6) 一般入学生と比べて、学士編入学生は、クラスをまとめる能力がある。



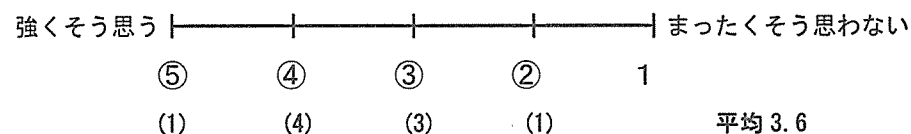
(7) 一般入学生と比べて、学士編入学生は、幅広い見識を持っている。



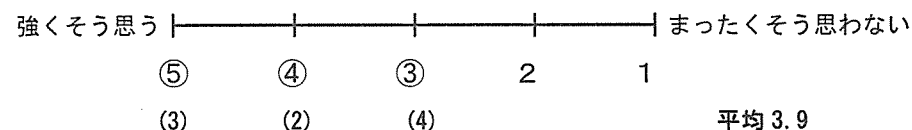
(8) 一般入学生と比べて、学士編入学生は、一般常識がある。



(9) 学士編入学制度は、当大学の医学教育にとってプラスの面が多い。



(10) 一般入学生と比べて、学士編入学生は、経済的に苦労している。



コメント：制度開始当初は、学士入学者が一般学生をまとめたり、刺激を与えたりしたが、各年度でばらつきがあるものの徐々に一般入学者と差異が減少しているように感じる。

問 17 学士編入学者の卒後進路についてうかがいます。これまでの卒業生の研究者、臨床医の割合はおおよそそれぞれどのくらいですか。(わからない場合は、×を記入して下さい。)

研究者	<u> 0 </u> 割程度	臨床医	<u> 10 </u> 割程度 (4)
研究者	<u> 1 </u> 割以下	臨床医	<u> 9 </u> 割以上 (2)
研究者	<u> 1 </u> 割程度	臨床医	<u> 9 </u> 割程度 (3)

問 18 卒業後、臨床医になった場合、勤務地はどこが多いですか。

1. ほとんど地元都道府県内
2. 地元都道府県内が多い (3)
3. 地元都道府県内と県外で半々程度
4. 県外が多い (3)
5. ほとんど県外 (3)

問 19 学士編入学制度について、貴大学は今後どのような方針ですか。

1. 拡大を考えている (1)
2. 現状維持の予定である (5)
3. 縮小を考えている (3)

問 20 学士編入学制度の良い点、改善が必要な点をご自由にお書き下さい。

【良い点】

- いろいろなバックグラウンドや知識をもった学生が入学し、他の学生に良い影響を与えている。
- 一般学生に対して良い刺激を与えている。
- クラスのまとめ役、リーダーとして活躍する学生が多い。
- 社会的な視野の広い学生が多く、卒後多方面での活躍が期待される。
- 医師（臨床医）としての評価が高いと考えられる。
- 他学部を卒業し、医師を目指して入学したこともあり、勉学のモチベーションが高いのが良い点である。人格は比較的まとまった学生が多い。
- 学生をまとめる力がある。
- 本学の制度のため、研究志向が強いので、医学部の研究全般が活性化されている。半数以上の学生がレベルの高い国際学術誌に論文を発表している。
- 多様な人材を受け入れることができる。
- モチベーションが高く、熱心に勉強する。

【改善が必要な点】

[地元医療への貢献の問題]

- 平成19年度入試から、地域枠（3人以内）を設けたが、その他の改善事項等については、現在、検討中である。
- 卒業後、地元に残る者が少なく、地域医療に貢献する医師確保の点で問題があるため、今後は地元優先枠等についても検討の必要がある。
- 地元に残る医師を育てること。
- 地域医療への貢献が困難となり得る。

[研究志向について]

- 研究者としての道に進むことが困難である。
- MD-PhD コースを考え、研究者養成を目標として開始した学士入学制度であるが、その後、卒後2年の研修必修化により、必ずしも当初の目的は達せられていないようである。今後、その意義等をも含めて、再検討する必要があると思われる。確かに、他大学や大学院を卒業した学生が多く、その分人生経験が多いものもあるが、卒業後医師として活動していく際に、その経験がどの程度役にたっているかは不明である。研究面で一見有利なように思えるが、年齢が高い分、早く一人前の医師になりたいという気持ちが非常に強く、必ずしも研究に打ち込む学士入学者が多いとはいえない状況である。
- 研究志向を持つ学生を選ぶこと。
- 大学に残って教育者への道を目指す者が少ない印象がある。

[入試の問題]

- 試験実施日や入学時期などが一定しないため辞退者が出る。
- 多くの大学が学士入学制度を開始しており、複数の大学を受験している受験生が多い。今後、入試日の大学間の調整等が必要になる可能性もあると思われる。

[カリキュラムの問題]

- 一般学生と同様以上に試験勉強に時間を割こうとするため、研究にかける時間が不足する学生がいる。臨床医学は除いて基礎医学部分の学習方法を改善、合理化する必要がある。
- 教養課程がなくなってから、一般入学の学生とのカリキュラムを合わせるのが困難になってきている。

[成績の問題]

- 年齢が高いのでスタミナがない。

- 授業は熱心に受けているが、成績は必ずしも良くない。高学年になるに従って低下する。

[経済的問題]

- 経済的な苦勞が多い。
- 経済的支援。

【参考資料】

調査回答大学一覧

(平成12年度以前に学士編入学制度を導入した大学9校、回答率：100%)

旭川医科大学

群馬大学

千葉大学

東海大学

滋賀医科大学

大阪大学

神戸大学

島根大学

鹿児島大学

厚生労働科学研究費補助金（医療安全・医療技術総合評価研究事業）
分担研究報告書

4. 諸外国における医師養成システムの現状と課題に関する研究

分担研究者 遠藤弘良 国立保健医療科学院 企画調整主幹

研究要旨：

オーストラリアとインドにおける医師養成システムに関する実地調査を行い、オーストラリアならびにインドにおける卒前教育ならびに卒後臨床研修の改革の現状と課題、とりわけオーストラリアでは **undergraduate** 方式と **graduate school** 方式のそれぞれの課題が明らかとなり、インドでは卒後臨床研修制度の改革の現状が明らかとなった。

A. 研究目的

諸外国における医師養成システム、特に卒前医学教育と卒後臨床研修の現状と課題ならびに関連性について調査を行い、わが国の今後の医師養成システムのあり方の参考とする。

B. 研究方法

昨年度の英国、ドイツ、韓国における調査に引き続き、今年度は医学教育が **undergraduate**, **graduate** 両方のシステムが混在するオーストラリア、ならびに近年 **B R I C s** (**Brazil, Russia, India, China**) として注目されて、また世界の医師の供給国でもあるインドを調査対象とした。

調査の方法としては昨年度と同様、事前にインターネット等により資料収集を行った上で、卒前医学教育、卒後教育に関わる政府関係者（保健省）、大学関係者、医師会等関係者に面接調査を行った。

C. 研究結果

1. オーストラリアにおける医師養成制度の現状と課題

1) 卒前教育

オーストラリアの医学部には現在、高校卒業生を対象とする **undergraduate course** と米国と同様の学部卒業を前提とする **graduate course** の2つが存在する。オーストラリアの義務教育年限は州毎に異なるが高校卒業は概ね18歳であり、**undergraduate course** の医学部に入学するためには、①高校在学時に各州が実施する統一学力試験を受験し非常に高い得点を取る必要がある、さらに②学力以外をみる人物試験 (**Undergraduate Medicine and Health Sciences Admission Test**)、ならびに③各医学部が実施する面接試験を受ける必要がある。各医学部はこれらの結果を勘

案して入学者を選定するが、訪問した New South Wales University では面接試験の重要性を強調していた。

Undergraduate course はこれまでは6年間で基本であったが、1970年代から New Castle や Monarsh University のように5年間で MBBS(Bachelor of Medicine and Bachelor of Surgery)を与える大学が出てきた。さらに Sydney University のように6年間で MBBS と Bachelor of Science のふたつの degree を与える大学もある。いずれの場合も卒前の医学教育は1年生のときから基礎医学とともに医療現場に触れる機会を持ち、またコミュニケーション教育も重視されており、5～6年間一貫した integrated programme を取る大学が多い。

一方、10年ほど前から Queensland、Sydney、Flinders、Monarsh の4大学で4年間の graduate course が始まり、現在では17大学中、約半数の大学がこの graduate course を採用し、2つの大学が undergraduate と graduate の両方の course を持っている。Sydney University では graduate course の導入の理由として、学問だけでなく幅広い人間性を持つ学生の教育を上げている。この graduate course に入学する場合には最低3年間の教育を受けた bachelor の学位が必要である。必ずしも医学関係の学位である必要はないが、Sydney University の場合、入学者の7～8割は医学関係の学位を持った学生であり、看護学の学位を持つ学生も多いとのことであった。入学者は学部の成績、UMAT(Undergraduate Medicine and Health Sciences Admission Test)に相当する Graduate Australian Medical Schools

Admission Test (GAMSAT)ならびに各大学が実施する面接の結果により選抜される。卒前の医学教育期間は4～4.5年である。

オーストラリアの全ての医学部は Australian Medical Council という政府の第三者機関が認定している。

2) 卒後教育

医師国家試験はなく、卒業は各大学がそれぞれ独自に認定する形となっている。卒業後、State Post Graduate Medical Council が定めたガイドラインに従って各科をローテーションしながら1年間インターンとして公的教育病院で研修を受けなければならない (PGY1:Post Graduate Year 1)。この1年間の研修を修了すると各州の State Medical Board に医師として登録されることとなる。大多数の若い医師はこのインターンが修了するまでに将来の専門を決めているといわれているが、その後さらに1～2年間診療科や病院をローテーションする研修を続ける (Resident Medical Officers PGY2 PGY3)。この prevocational training の期間を修了すると専門医研修(vocational training)に進むことになる。2001年から学会が提供する専門医研修プログラムは Australian Medical Council が認定することとなっている。研修プログラムは学会によって違いがあるが、一般的に3～5年間の研修期間となっている。さらに subspecialty の研修は2～4年を要する。一方、総合診療医については General Practice Education and Training Ltd (GPET)と呼ばれる組織が研修を行い、オーストラリア総合診療学会が終了認定を行う。

3) 課題

オーストラリアでは女性の社会進出（女子医学生の割合はオーストラリア全体で約6割）、仕事と生活のバランスに関する考えの多様化、労働人口の減少等を背景として、医師不足の状態を迎えている。このため保健高齢化省としては医師養成にかかる教育期間を短くする方針を取っている。社会の変化に対応して教育の flexibility を重視しているものの、卒前教育、卒後臨床研修、専門医教育の間の統一性が必ずしも取れていないことを認めている。

卒前教育はAMC、卒後のPGY 1 (Post Graduate1)のインターンとPGY 2、3 (Post Graduate2,3)は State Medical Board、その後の専門医研修は再びAMC (Australian Medical Council)となる。専門医研修プログラムの認定もAMCが実施しているが、全ての既存のプログラムの認定を終えているわけではない。Prevocational と Vocational 間の調整も必ずしも取れていない現状にある。さらに関係団体として学会や、医師会（組織率は55～60%）があり、医師会は各州の Medical Board や教育省の主催する医学教育に関する委員会のメンバーとして加わり、さらに国会等を通じた政治的活動を行っている。

10年前から導入された4年間の graduate course に対しては、4年間では教育期間が短すぎ、解剖学など基礎医学の教育が十分ではないという意見も出ている。Australian Medical Council の認定を受けるための undergraduate course の最低年限は5年となっている。

2. インドにおける医師養成制度の現状と課題

1) 卒前教育

インドの医学部への入学資格は、年齢17歳以上で12年以上の初等および中等教育（最後の2年間における物理、化学、生物を含む）を修了し、12年修了時の共通試験で60%以上の得点を得た生徒に受験資格が与えられる。Central Board of Secondary Education (CBSE)が実施する全国レベル、そして州政府が実施する各州レベルの統一試験を受験し、非常に高い得点が必要となる。例えばインドで最優秀大学との評価を受けている All India Institute of Medical Science(AIIMS)では50名の学部学生の定員のうち、34名の一般枠（それ以外はカースト枠や留学生の枠）に対し、毎年6～8万名が受験している状況で、非常に狭き門となっている。

インドにはアーユルベエダ等の伝統医学の医師を養成する大学もあるが、西洋医学の医師を養成する日本の医学部に相当するものが、MBBS (Bachelor of Medicine and Bachelor of Surgery)と呼ばれる学士課程である。インドには1999年には medical college が165存在していたが、毎年 Medical Council of India が実地調査を行い、適切と認められたものを保健家庭省に推薦し、同省が最終的に承認する形となる。MCIに承認された college は145あり、このうち104が公立、残り41が私立となっている。しかしその後 medical college が急増し、2005年には公立が126校、私立が122校となり、入学者数は26,000名にもなっている。この承認された

施設から取得したMBBS (Bachelor of Medicine and Bachelor of Surgery)でなければ医師としての登録ができない。MCIは英国のGMCに相当し、Indian Medical Council法に基づいて設立された組織で、卒前・卒後の医学教育の質の確保を行っている。

学士課程は4年半の医学教育と1年間のインターンで、計5年半の課程を修了するとMBBSの資格が与えられる。4年半の医学教育はpre-clinical science (解剖学、生理学、生化学)、para-clinical science (病理学、微生物学、薬理学)、clinical disciplines (各科の臨床実習)で構成されている。4年半の医学教育についてはMedical Council of Indiaでは基礎と臨床のintegrationやProblem Based Learningを推奨しているが、多くの大学でこうした新しい医学教育への取り組みが進んでいない状況である。

1年間のインターンは3ヶ月のコミュニティーでの実習を含むローテーション実習となっている。英国同様、医師国家試験はなく、各医科大学(医学部)が5年半の課程の修了を認定すればMBBS (Bachelor of Medicine and Bachelor of Surgery)の資格が与えられることになる。

2) 卒後教育

MBBS(Bachelor of Medicine and Bachelor of Surgery)取得後の医師は州レベルのcouncilに登録し、その後Medical Council of Indiaに登録されることとなる。しかし日本の卒後2年間の初期臨床研修や英国のPGY 1、2に相当する義務的な研修制度は存在しない。従ってMedical

Council of Indiaに登録後すぐに開業等臨床を行うことは可能である。しかし一般的には専門分野の研修のために、①MD、MSと呼ばれる大学におけるpost graduate courseの道に進むか、②diplomat in medicine or surgeryと呼ばれる病院におけるコースに進むか、大きく2つに分かれる。現在毎年約18,000名の卒業生が出ているが、そのうち10,000名がMD・MSコースに進み、残りがdiplomatコースあるいは開業等に進んでいる。人気の高いMD・MSコースに入るために、internの期間中、ローテーションをせずに将来自分の進みたい専門分野に関係する科にのみ回り、MD・MS入学試験のための勉強をするという問題も出ている。MD・MSは大学ごとに入学試験を行い、3年間のコースである。将来大学においてteaching staffになるためにはこのMD・MSの取得が必要となる。

一方、diplomatの方は同じく3年間のコースであるがMedical Council of India下のnational board of examinationが統一試験によって資格審査を行うものである。現在25の専門分野がある。しかし3年間のうちに65~70%が未修了の状況にあり、一般的にはMD・MSに比べてdiplomatの方がレベルは低いとみなされてきた。もっともMD・MSについてもその質を統一的に担保する制度がなく大学によってばらつきがあるのが現状である。

そこで卒後の研修制度の標準化をはかることを目的に首相の指令により、MD・MSコースとdiplomatコースの統一化を検討する委員会が保健家庭省に設けられている。その検討課題としてMedical Council of

India とは別に卒後教育を監督する新たな組織を設立することも含まれている。

MD・MSまたは diplomat コースの後、さらに superspecialty として DM、MCh と呼ばれるさらに3年間のコースに進むものもある。

3) 課題

卒前教育について保健家庭省によれば、医学教育を米国のような学士取得を入学資格とする graduate school を導入することは、教育期間の延長や医師の供給を遅らせることとなり、その考えはないとのことであった。むしろ20年前には医学教育課程はそれまで6年半であったものを5年半に短縮している。しかし医学部入学生の選別に関し、一度の入学試験だけで、医師となる動機や適性の審査もない現状の制度に対する批判もある。また5年半の画一的な課程についても B.A.(bachelor of art) や B.Sc. (bachelor of science)との相乗りできるようにするなど多様な課程を提唱する声もある。卒後教育については既述のように現状では統一的な制度がなく、若い医師の専門家志向が高まる中、MD・MSコースと diplomat コースの統一に向けた検討がなされている。

インドではかねてから卒業生のうち、海外に出てゆくものも多い。英国をはじめ旧英国領の国々や米国、さらには近年ではアフリカ、中近東にもインドの医学部出身の医師が流出している。英国では医師の約4割をインドの医学部出身の医師が占めるといわれている。一方、1970年から2005年までの間に公立の医学部数が約4割、私立の医学部が約10割も増加しているにも

かかわらずインド国内での医師不足・偏在の問題が続いており、とりわけ貧困地域で働く医師の不足は深刻な問題となっている。また放射線科や麻酔科の人气が高く専門医指向の傾向が強くなっている。

D. 考察

オーストラリアもインドも医学教育制度は歴史的に英国の制度が基本となっている。医師国家試験がなく、各大学が教育の修了を認定し、MBBS (Bachelor of Medicine and Bachelor of Surgery) という学士を与え、これが政府に登録されることにより、医業が行えることとなる点は現在でも両国に共通である。また Medical Council という政府の第三者機関が医学部の認定、MBBSの登録等、医学教育の質担保に努めている点も共通である。しかしオーストラリアは基礎と臨床の integration や Problem Based Learning の導入といった医学教育改革が進んでおり、90年代には米国流の graduate course が一部の大学で導入されはじめ、韓国同様、卒前の医学教育課程として undergraduate course と graduate course が並存している。

一方、インドでは医学教育改革の大きな変化は見られないが、2000年代に入り、医学部数の著しい増加が見られ、また卒後教育の統一化に向けた検討が始まっている。ただいずれの国においても、医師不足・偏在、若い医師の専門医志向という世界的な共通課題を抱えている。医学部の人気の高さや入学の難易度は昨年度調査した英国、ドイツ、韓国とも共通した状況であり、医学生数を増加させているが、都市部への集中、女医の増加、欧米への流出等の要因

により、医師数の不足感、偏在の問題は両国共通となっている。若い医師の専門医志向、*generalist* の人気低下も同様で、これに対しオーストラリア政府は *generalist* としての専門研修制度の推進に努めている。

オーストラリアの *graduate course* の評価については必ずしも一定したものではなく、韓国と違い、将来 *graduate course* *undergraduate course* のどちらかに統一する予定はなく社会の変化に対応して教育の *flexibility* という視点からの域を出ていない。インドでは *graduate course* の導入については医師不足の現状や教育年限の延長の理由から当面その考えはないが、インドで教育を受けた医師が世界の多くの国々で受け入れられ、活躍している現状を鑑みると、インドの卒前教育がある意味では *global standard* となっているともいえる。

Australian Medical Council ならびに Medical Council of India といった政府の第三者的機関が卒前の医学教育については医学部の認定をはじめ教育の質の確保に有益な働きをしていると考えられるが、卒後の専門医教育についてはいずれの機関とも国内の制度を完全に統一しているとはいえず、従って、両機関が卒前から卒後まで一貫した医師養成の中心的役割を担っているとはいえない状況にある。

E. 結論

1) 医師養成のシステムは、卒前の教育については基礎と臨床の *integration* 等、臨床教育重視については共通的な潮流があるが、*undergraduate course* か *graduate course* か、*bachelor course* との相乗り（学

士入学も含め）については、それぞれの国の社会的、経済的、文化的な背景により異なるものである。

2) 若い医師の専門医志向、*generalist* 人気の低下については両国ともその是正に努力しているが、卒前の教育と必ずしも一貫してものとはなっていない。

3) 医学教育の質の担保に専念した *medical council* という政府の第三者機関の存在は意義がある。

参考文献

1. Australian Medical Council, Accreditation of Specialist Medical Education and Training and Professional Development Programs, 2002
2. Medical Council of India, Syllabus of Postgraduate Degree/Diploma Training Programmes, 2006

研究協力者

(オーストラリア)

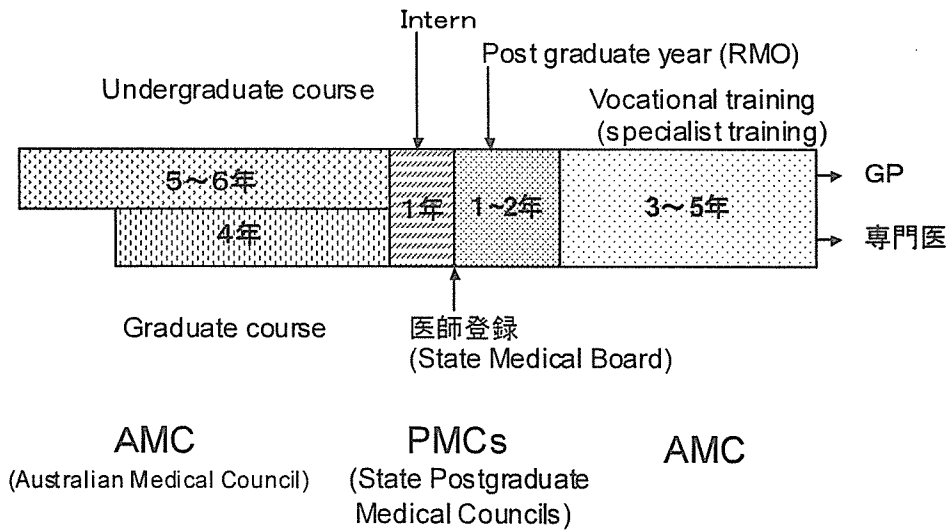
1. Dr. Yuji Kawaguchi, former Director, WHO Kobe Center
2. Mr. Kenichi Mikami, Consul, Consul-General of Japan, Melbourne
3. Mr. Saito, First secretary, Embassy of Japan, Australia
4. Mr. Makoto Takase, Vice-Consul, Consul-General of Japan, Sydney
5. Professor Rick McLean, Principle Medical Advisor, Mental Health and Workforce Division, Department of Health and Ageing(DoHA)
6. Ms. Natasha Cole, Acting Assistant

- Secretary, Council of Australian Governments Workforce Implementation Branch, Mental Health and Workforce Division, DoHA
7. Mr. Branton Rodgers, Project Officer, Workforce Supply Policy Section, Education and Training Branch, Mental Health and Workforce Division, DoHA
 8. Mr. Mick Saunders, Senior Policy Adviser, Workplace Policy, Australian Medical Association(AMA)
 9. Ms. Belinda Russel, Policy Adviser, Workplace Policy, AMA
 10. Ms. Theanne Walters, Deputy Chief Executive Officer, Australian Medical Council
 11. Professor Philip Jones, New South Wales University
 12. Professor Rakesh Kumar, New South Wales University
 13. Professor Bruce Robinson, Acting Dean Faculty of Medicine, Sydney University
 14. Professor Anne Sefton, Sydney University
 15. Professor Simon Willcock, Sydney University
- Officer to Regional Director, WHO Regional Office for South-East Asia
3. Dr. Dhillon, former Director for Health Education, WHO HQ
 4. Professor Ranjit Roy Chaudhury, Chairman, the Committee on Post Graduate Medical Education, Ministry of Health & Family Welfare
 5. Dr. M.C. Kapilashrami, Former Director of National Institute of Health & Family Welfare
 6. Dr. A.K. Sood, Executive Director, National Board of Examinations
 7. Dr. R.K. Srivastava, Director-General-Health Services, Ministry of Health & Family Welfare
 8. Mr. K. Raamamoorthy, Joint Secretary, Ministry of Health & Family Welfare
 9. Dr. Ananthanarayana P.H., Deputy Director-General, Directorate General Health Services, Ministry of Health & Family Welfare
 10. Dr. A.R.N. Setalvad, Secretary, Medical Council of India

(インド)

1. Mr. Naoki Semmyo, Second Secretary, Embassy of Japan
2. Dr. Akinori Kama, Administrative

豪州の医師養成制度



インドの医師養成制度

