13 オーストラリアの卒前医学教育トピックス*1

高村　昭輝*2

1．オーストラリアの医学教育の社会的背景と医学教育事情

オーストラリアの最近の医学教育トピックスと言えば，過疎地域での医療従事者不足を教育的観点から改善を試みていることであろう．その医学教育の実情を知るには現在オーストラリアが置かれている社会状況と，そこで行われている医学部教育を知るところからはじめる必要がある．

ここ数年，地理的背景，人口の減少，少子高齢化，産業構造の変化などの社会的諸問題が，内陸部を中心とした医療過疎を悪化させてきている．地理的観点から述べるとオーストラリアの都市は基本的にその多くが海岸線に分布しており，その偏在は特に東海岸で顕著になっている．また内陸部に目を向けるとオーストラリアの主要産業である農業，鉱山資源採掘などの第1次産業の拠点である人口数千人規模の小さな町が広大な大陸の中に点在している．そのような地域では病院はおろか診療所さえも存在していない町が数多くある．現在，オーストラリアでは従来からの6年制医学部と学士取得後に入学できる4年制メディカルスクールが混在しているが，上記のような過疎地域での医療崩壊に対して，オーストラリア政府は一定の指針を示して改善に向けて努力してきた．

その中の1つの大きな指針は医師数の増加政策である．新設医学部の承認と既存医学部の定員の増加が急激に行われてきた．この10年間で医学部の数は倍以上に増加したが，新設医学部の承認と既存医学部の定員増加によって一番危惧されるのは医学教育の質の低下である．もともとオーストラリアには日本の国家試験に当たる国内統一の医師資格を与えるための試験が存在していない．各大学医学部では最終学年に上がる直前に各大学それぞれが設定した試験を実施し，合格者はその大学でもう1年臨床経験を積んだ後に医師として認められる仕組みとなっている．つまり，政府は各大学医学部自体の質や卒業生の質を統一の国家試験によって卒業時点で総括的に判断するのではなく，各大学が実施した試験の質を第3者政府機関が吟味することで医学教育や卒業生の質を保証しつつ，医師数を増やそうとしている．また，オーストラリア国内での医師養成数の増加に加えて，海外で医師免許を取得した外国人医師の積極的な受け入れも行っている．特に過疎地域での一定年限の勤務を条件に外国人医師へのオーストラリア医師資格の取得を緩和し，不足している過疎地域の医師充足に努めている[1)]．

2つめの大きな指針は，各大学医学部に対して過疎地域で臨床実習を主とする卒前教育を行うカリキュラムの設定を推進していることである．過疎地域において卒前医学教育を比較的早期から十分に行うことで，将来的な過疎地域での医師確保を推進することをそのねらいとしている．また，各大学にとっても上記のようなカリキュラムを設定し，一定数以上の過疎地域で長期臨床実習を希望する学生が確保されれば，大学に対して補助金が交付される制度となっているために現在，オーストラリアにあるほとんどの医学部でRural Clinical School（RCS）やUniversity Department of Rural Health（UDRH）と呼ばれる過疎地域で主に臨床教育に重点を当てた教育をする部門が設置されている[2, 3)]．

2．オーストラリアの医療制度

イギリスの医療制度の流れを汲むオーストラリアでは，現在でも総合診療医（General Physi-

---

*1 Current Topics from the Australia Medical Education

*2 Akiteru TAKAMURA　石川民医連地域医学教育センター

cian：GP）制度が保たれている．つまり，患者はまず，何らかの健康問題が発生した場合には自らのかかりつけ医であるGPを受診し，GPが専門医の診断治療が必要と判断した場合などに紹介状を記載し，専門医への受診をすすめるというのが一般的である．そのため，GPに求められる臨床能力，その重要性や社会的認知度も非常に高く，将来的にGPになることを希望する学生の割合も日本に比較して多いように思われる[4]．

医療費に関しては国民皆保険制度（Medicare）のもとで公的医療機関では保険制度内の医療であれば年齢やその内容にかかわらず，患者の窓口負担がない．このための医療費は国の一般財源から支出されており，日本の保険料徴収制度とは異なっている．一方で富裕層はさらに私的保険にも加入しており，設備的に優れた私的病院での医療を受けるという経済力による医療格差という実情も存在している．

3．過疎遠隔地域での臨床教育

前述のようにオーストラリアでも都市部と過疎地域での医療従事者数の格差，そして，それ故に起こる医療の質の格差は広がっている．特に国土の広いオーストラリアでは過疎地域における医療従事者不足は，地域住民の健康問題を解決する上で深刻となっており，早急な対応が必要とされてきた．その打開策の一環として，医学教育による過疎地域への医療従事者の誘導が試行されている．

現在，各大学医学部では低学年から過疎地域（Rural Areas）に焦点をあてたカリキュラムが実行され，その責任は前述のRCSやUDRHが大学内で担っており，カリキュラムの立案から実行までを行っていることが多い．通常，低学年では公衆衛生や保健医学的観点から過疎地域に長期的に滞在するプログラムが設定され，高学年になるにつれてより臨床に即した内容のものに変わっていくことが多い．

具体的には1997年に南オーストラリア州フリンダース大学にて，オーストラリアで初めて過疎地域において長期的に臨床実習を行うカリキュラムが始まっている[5]．詳しい内容は割愛するが，臨床実習を前に学生は1年間の実習を大学病院でのローテート臨床実習か，過疎地域の小病院＋診療所でGPと行うかを選択する．過疎地域での臨床実習を選択した学生は人口数千人から数万人規模の小都市にある診療所を中心にして地域のGPとともに1年間を過ごし，臨床経験を積む[6]．

医師としての臨床能力をつけることはもちろんであるが，過疎地域でのポジティブな臨床経験や社会経験を通して，過疎地域でのGPの役割と重要性を理解し，将来的に短い期間でも，過疎地域での医療活動を担ってくれる医師を確保することも大きな目的となっている．

一方で大学病院を選択した学生も，次年度である最終学年に最低6週間の過疎地域での診療所実習を行わなくてはならない．つまり，すべての学生がある一定期間，過疎地域での医療活動を経験しなくてはならないカリキュラムとなっている．このフリンダース大学で始まったカリキュラムが現在，オーストラリアのほとんどすべての医学部に広がり，多少の違いはあるものの，過疎地域での長期間の臨床実習が積極的に行われている．

これらのカリキュラムの問題点もまだまだ山積している．第1は過疎地域で実際に教えているのは地域のGPであるが，その教育の質の保証が問題となる．これに関しては各大学が定期的にFaculty Development（FD）のための講習会を開催し，教育担当GPに参加を義務付けているが，日常診療の合間をぬってFD講座に遠方から出席するのは極めて難しい．学生は遠隔地で教育を受けているので，定期的な講義や教員によるフォローアップを必要とする．テレビ会議などの遠隔通信システムを使用して，いろいろな学習や面談が行われているが，そのような設備投資にかかる費用も少なくない．

また，インセンティブの問題も発生する．現在は1年間の長期臨床実習に携わるGPに関してはまず，地域教育担当GPの診療所を学生教育に適した形に改装する費用を大学が負担し，教育担当GPには大学病院からの報酬が支払われる仕組みとなっている．教育担当GPには経済的にインセンティブがつくだけではなく，大学の正規職員として雇用される形態をとっているので，自分が公

的にも高等教育に関わっているという精神的インセンティブもつくことになる.

過疎地域で物理的にも精神的にも孤立しがちな医療従事者にしっかりとしたインセンティブをつけることによって現在のところ，機能しているようであるが，地域 GP の間で収入差が生まれ，小摩擦の原因になっている地域もある.

また，最終学年で行われる 6 週間の短期過疎地域での臨床実習には実習を行う学生の絶対数が多いため，前述の大学所属の過疎地域の教育担当 GP だけではなく，その他の一般の過疎地域の GP も協力している．これらの GP も前述の Faculty Development 講座にはもちろん，参加している．加えて，彼らには大学からではなく，オーストラリア政府から学生教育 1 セッションにつき定額の報酬が支払われる仕組みになっている.

ただし，地域 GP の参加はあくまで自主的なものであるため受け入れ可能な GP を探す RCS や UDRH の負担は大きい．上記のような仕組みにより，医学生の過疎地域での臨床実習が継続的に行われている.

4．今後の展望と課題

オーストラリアの都市部と過疎地域では，医療へのアクセスの違いから平均余命やある特定の病気での救命率などに大きな差が生まれている．そのため，国家として医療過疎地域への手当ては非常に重要な課題となっている．その解決策の一環として 1997 年にフリンダース大学でパイロットスタディとして始まった過疎地域での長期臨床教育カリキュラムであるが 10 年余りを経過し，その流れは国家的な規模にまで拡大してきている.

現在，医学生教育だけではなく，看護学生教育，薬学生教育などにまで過疎地域での臨床教育が行われるようになってきている．フリンダース大学での過疎地域長期臨床実習後の医学生の進路に関する追跡調査が行われているが，この実習がその後の過疎地域での医師不足解決に寄与できているかどうかはまだ，不透明である．近い将来，この追跡調査の結果が公表されると思うが，今後，医療過疎地域での医療従事者の確保は長期的に続く問題であると言える．その解決策として医学教育カリキュラムの創意工夫によって過疎地域での医療従事者不足を少しでも改善できるのか？　という命題が，オーストラリア医学教育界では 1 つの課題となっている.

医師を専門医取得の要件として強制的に過疎地域に赴任させるという選択肢ではなく，医療従事者が自発的に過疎地域に赴くような状況を医学教育を通して創りだすことができるかどうかが鍵となっている.

以上，オーストラリアの卒前医学教育の 1 つのトピックを紹介した.

■文　献

1) http://www.doctorconnect.gov.au/
2) http://www.health.gov.au/clinicalschools
3) http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/work-st
4) Worley P. The parallel rural community curriculum：an integrated clinical curriculum based in rural general practice. *Medical Education* 2000；**34**：558-65.
5) http://furcs.flinders.edu.au/prcc
6) Worley P, Esterman A, Prideaux D. Cohort study of examination performance of undergraduate medical students learning in community settings. *BMJ* 2004；**328**：207-9.