

井上 裕靖^{*2}

はじめに

入学者選抜としての地域枠とは募集定員の一部を、大学所在地の地域（主に都道府県）に在住するものや、扶養者が対象域内に在住していること等の条件に適合した受験生のために確保した入学定員枠である。その背景として地域医療に従事する医師が減少していることが大きいと考えられる。海外の先行研究¹⁾によると、人口過疎地で活動している医師は、勤務地と出身地が比較的近く、また勤務地と出身大学が近くにあるという傾向があった。初等中等教育を受けていた学校が近くにあることも、将来人口過疎地で働くことが強く期待される因子であった²⁾。つまり地域枠は地縁を利用することで、域内の医師定着を狙ったものと考えられる。

2004年4月より必須化された医師の新臨床研修医制度によって、人口密集地域から離れた地方では、従来の医科大学を中心とした医師派遣能力の低下によって、域内の勤務医が減少した。より多くの医療・福祉を必要とする高齢者の比率は、これと反比例するように人口の少ない地域でより高くなっている。

また日本全体をみても、人口1,000人あたりの臨床医師数がOECD平均の2/3と少なく³⁾、患者受け入れ不能等の社会問題と相まって、医師不足が顕在化してきた。こうした社会的背景をもとに、2008年以降医学部入学定員を漸増させる政策がとられている。そのなかで「地域枠」には、医師不足に悩む地域から医師確保対策として大きな期待が寄せられている。

本稿では地域枠学生・卒業生の動向について最新のデータを紹介し、今後の展望について述べ

る。なお入試区分として地域枠で入学した学士課程在学者を「地域枠学生」、その後学士課程を修了した者を「地域枠卒業生」として記述する。

1. 入学者選抜としての地域枠

図1に示されているように、入学者選抜法としての地域枠の始まりは1997年度にさかのぼることができる。この年度は2大学で地域枠入試選抜が導入され、11名の募集が行われた。2005年度までには9大学で64名の募集が行われるようになった。医師不足が顕在化する中、2006年度以降入学者選抜に地域枠を導入する大学が急増し、2013年度には医学部を擁する80大学中68大学で導入され、募集定員は1,425名となった⁴⁾。これは全国の医学部入学定員(9,041名)の15%以上に相当する。地域枠入試を行っている医学部の入学定員(7,824名)に対しては18%を超える比率である。2008年から2013年までの間に増加した医学部入学定員が1,416名⁵⁾であることを考えると、地域枠に対する期待の大きさは想像に難くない。また地域枠募集人員の中には学士編入学者が一部含まれている。近年の医学部入学定員に対する学士編入学者は、全国では年間250名前後で推移している⁶⁾ので、これと比較すると地域枠学生はすでに一大勢力になったと考えてもよいだろう。

地域枠入試の形態は様々であるが、大まかに次の6つの視点から分類される。

- 1) 奨学金の有無
- 2) 実施主体
- 3) 医学部定員増との関係の有無
- 4) 勤務地の限定の有無
- 5) 出身地の限定の有無
- 6) 推薦の有無

^{*1} Effect of Regional Quota

^{*2} Hiroyasu Inoue 旭川医科大学教育センター

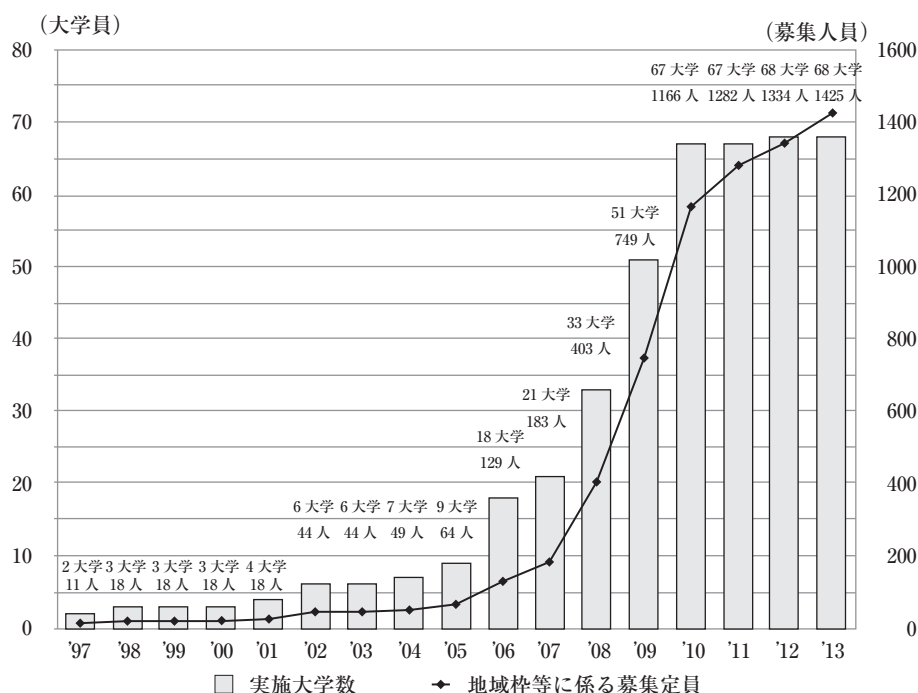


図1 地域を指定した入学者選抜（地域枠）等の導入状況（2013年5月 文部科学省医学教育課調べ）

「地域医療に関する調査（文部科学省医学教育課 平成25年5月）」⁴⁾に掲載されたデータを基に筆者が再描画したグラフである。ここで示されている「地域枠等」とは、地元出身者のための地域枠に加え、出身地にとらわれず将来地域医療に従事する意思を有する者を対象とした入学枠や入試時に特別枠は設定していないが、地域医療に資する奨学金と連動している枠数を含んでいる。地域枠等を導入している大学及び募集人員は年々増加し、2013年度は導入大学68大学、募集人員は1,425人であった。

このうち奨学金の貸与を受けるケースでは、「勤務地の限定」とセットになっている場合が多い。奨学金の返還免除についても様々なケースがあり、自治医科大学や防衛医科大学校のような一定期間指定された地域で勤務すれば返還免除となる奨学金もあれば、明確な返還免除の規定がないものもある。奨学金の貸与は、地域で初期研修を開始するきっかけになってくれる効果が期待される。しかし自治医科大学の義務年限終了後の地元定着率の都道府県格差（46-93%）⁷⁾をみると、奨学金の貸与だけが地域への定着を促す因子ではないことが推測される。

推薦の有無は出身高校によるものが多いと考えられるが、島根大学医学部のように自治体の首長・僻地の医療機関での適正評価を必要とするケースも存在する。また旭川医科大学では地域枠

推薦入試以外にAO入試でも地域枠を設定するなど、選抜方法も多岐にわたっている。また出身地にこだわらず、勤務地を限定するタイプの地域枠も存在する。

このように入学者選抜としてみた地域枠は、医学部定員の増加とともに多様な方法で行われており、入学時の条件や卒業後の進路に関する条件も様々な形で存在している。これらの学生の唯一の共通点は、「将来地域医療に従事する意欲がある」ことである。意欲のある優秀な若者を育成していく上で、地域枠は今後しばらくの間、重要な入学者選抜方法であると考えられる。ただし高校卒業時点での決断が、すべての学生で一生継続するものではないことを十分に理解した上で運用していくことも重要であろう。

2. 学士課程における地域枠学生への対応

(1) 地域枠学生の増加と地域基盤型教育の充実

入学時に地域と親和性の高い地域枠学生が増えたとしても、それだけで地域で活動する医師を増やす対策として十分とはいえない。入学後の教育過程で地域との親和性を高めていくことで、社会が求めている人材の育成が可能になることは、海外の先行事例研究⁸⁾から推測される。

海外の先行事例のように、正規科目で地域枠学生に対して特別なプログラムを課すことは、医学部医学科の学士課程を1つしか持たない日本の大学では難しい。しかし社会が地域医療問題に大きな関心を寄せていたり、医学教育モデル・コア・カリキュラムに地域医療に関する項目が掲げられたこともあり、各大学で正規カリキュラムの中に地域医療に関する講義や実習を取り込むところが増えている。文部科学省の調査結果⁹⁾では、「地域医療に関する教育を行っている」と回答した大学は2011・2012年度は79校であった。このように日本における最近の医学教育カリキュラムでは、地域医療問題に関する社会の要請に対して、地域基盤型教育の要素を取り込むことで対応している。このため地域枠学生が増加していても、他の入試区分学生と異なるプログラムを準備する必要は必ずしもないケースが多いと考えられる。

正規の科目としては、「地域医療学」の講義を開講したり、早期体験実習で地域住民や患者と接する機会を設ける等の工夫がみられる。大学独自で地域医療に関連した講座を設置した大学も多い。また臨床実習において地域医療実習を展開し、地域住民と接したり、地方自治体組織・地域の医師会などとの交流を持っている大学もある。

課外活動として、地域枠学生をターゲットとした取り組みが行われていることもある。休業期間を利用した地域医療実習などの一部は、各地の医療機関だけでなく地方自治体と協力して開催されていることも多い。教員側がリードして地域枠学生を中心としたセミナーを開催したり、学生同士の懇談会に教員が参加するケースもある。また地域枠学生が主体となって、地域医療をはじめとす

る医療問題・社会問題などを学ぶセミナーを開催したり、学会発表に参加するケースも見られる。他大学の学生と交流・連携して組織的に地域医療の問題に関与していく機会も増えてきている。

(2) 地域枠学生が抱える不安

地域枠学生が学士課程在学中に抱える不安としては、以下のようなものがある。

- 1) 卒業後のキャリアパスに対する不安
- 2) 奨学金返済に対する不安
- 3) 過剰な期待に対する不安
- 4) 学力に対する不安

卒業後のキャリアパスに関しては、ロールモデルとなる卒業生が少ないことが一つの原因であろう。これについては次項でも触れるが、卒後臨床研修プログラムの整備と、今後地域医療を担う人材が増えてくることで改善されていくと予想される。

また医師養成のための学士課程は6年と長いことから、在学中に志望進路に変化が出てくことも考えられる。入学時には明らかではなかった才能・資質がはっきりとしてきた場合、制度側が画一的な対応を強制することは、学生だけでなく、社会的損失となる可能性もある。例えば、入学時には「地域で働く臨床医になりたい」と考えて地域枠で入学したが、入学後に基礎医学・基礎研究に関する資質が明らかとなり、学生本人が基礎研究の世界で仕事することを望んだ場合などが考えられる。

奨学金の返済に関しても、ステークホルダーとの間で「義務年限」の捉え方にコンセンサスが得られるようになれば、次第に解消されてくることが考えられる。しかし奨学金の返済方法に関しては、卒後のキャリアパスの変化やワークライフバランスを考慮した、柔軟な運用が可能な制度設計に改善していく必要がある。

また社会からは「将来地域で働くお医者さんの卵」と期待されていることは、地域枠学生たちの励みになることは間違いない。しかし、すべての地域枠学生が卒後すぐに人口過疎地域で勤務できるとは限らない。勤務地の限定がある地域枠学生

表 1 入試区分別成績の比較

	前期 (n=52)	後期 (n=16)	地域枠 (n=10)	AO (n=14)
平均	2.207	2.094	2.211	2.314
標準偏差	0.396	0.364	0.284	0.381

旭川医科大学医学部医学科 2009 年度入学者のうち、進級した学生の第 1 学年終了時の入試区分による GPA を比較した。入試区分は 1) 前期：一般入試前期日程、2) 後期：一般入試後期日程、3) 地域枠：地域枠推薦入試、4) AO：AO 入試北海道地域枠である。GPA (Grade Point Average) は成績ラベル「優」3 点、「良」2 点、「可」1 点とし、単位数を乗じて加算し、総単位数で除した値である。入試区分による成績に有意な差は認められない。

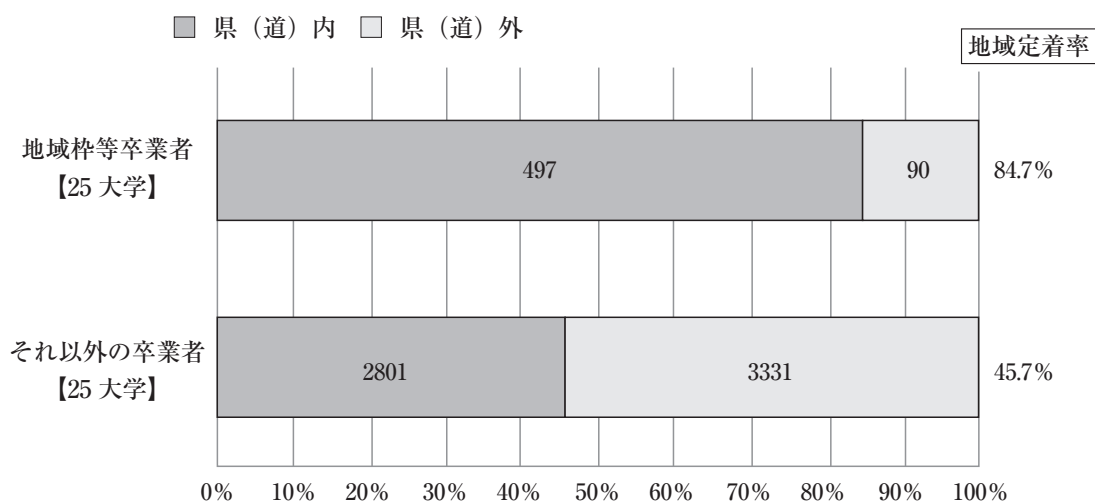


図 2 卒業後の地元（大学所在地）定着状況（2013 年 5 月、文部科学省医学教育課調べ）

「地域医療に関する調査（文部科学省医学教育課 平成 25 年 5 月）」⁴⁾に掲載されたデータを基に筆者が再描画したグラフである。グラフ中の数値は、地域枠等の累積卒業生数（人）である。ここで示されている「地域枠等」とは、地元出身者のための地域枠に加え、出身地にとらわれず将来地域医療に従事する意思を有する者を対象とした入学枠や入試時に特別枠は設定していないが、地域医療に資する奨学金と連動している枠数を含んでいる。地域枠等卒業生の方が、それ以外の卒業生よりも、地域定着率が高い。

であっても、卒後研修の受け入れ先が十分でなく、マッチングが不調となった場合には、県外での研修を行わざるを得なくなる。こういった地域枠卒業生が増加すれば、一般社会から地域枠に対するバッシングが起こる可能性も十分にあるだろう。

地域枠とその他の選抜区分では、入学してきた学生の学士課程における成績に有意な差があることは現在までのところ証明されていない。表 1 にあるように、旭川医科大学入学センター坂本が行った 2009 年度および 2010 年度に同大学に入学

した学生の成績解析をみると、医学科 1 年終了時に進級した学生では、入試区分による成績に有意な差はみられなかった¹⁰⁾。

地域枠学生に関する一つの懸念は、一部の学生・教員、あるいは地域住民から、一般の入試区分の学生に比べて学力が劣っているのではないかという偏見を受けたり、学生が自ら劣等感に苛まれる可能性である。ごく少数の地域枠学生との面談からではあるが、医学部への適正が高いために筆記試験の一部が免除になったという捉え方をせず、自分自身を学力の担保が不十分な学生と捉え

てしまう事例があった。

入学者選抜での地域枠が定着してきた今後の課題として、大学が選抜方法の透明性を確保することや、学習成果に関する情報を公開したり、卒業後の進路などをわかりやすく説明していくことが、学生にも一般社会に対しても重要だと考えられる。

3. 医師確保対策からみた地域枠

(1) 地域枠卒業生に対する施策

地域枠学生に対する社会および医療関係者の期待は大きい。特に卒業後の一定期間、地域医療に従事してくれることを期待されている。厚生労働省・文部科学省が合同で発表した「地域の医師確保対策2012」¹¹⁾においても、「地域枠」の仕組みを活用し、地域医療を担う医師の養成と確保を行うことが明記されている。

図2に2013年春までに卒業した地域枠学生がいる25大学での卒業後の大学所在地への定着状況を示した。これによると地元に着している地域枠等卒業生は84.7%となっている¹²⁾。その他の入試区分出身者では45.7%となっており、地域枠卒業生がそれぞれの地域で順調に初期臨床研修を始めていることがうかがえる。しかし地域枠学生の約15%が、入学時に希望していない勤務地で初期臨床研修を開始したともいえる。

このように地域枠卒業生の地域医療への親和性は高いと考えられるが、将来のキャリアパスが見えにくい状況が長期間継続してしまうと、地域枠卒業生の地域定着率が低下する恐れがある。海外の文献^{2,8)}をみると、メディカルスクール在学中の地域医療の経験だけでなく、研修医として担当した地域での医療体験や研修プログラムも、人口過疎地を職場として選択するファクターとしてインパクトが大きいと考えられる。

この問題に対して各大学・地方自治体が様々な取り組みを開始しているが、その一つが「地域医療支援センター」の設立¹³⁾である。これは各都道府県が設置するもので、2012年度で全国20カ所、2013年度で30カ所の地域医療センターの運営に対して、国の予算が投入されている。もう一つの動きは、各大学が中心となって設置した、地

域医療教育に特化したセンターの存在である。表2に示すように2012年5月の段階で、23大学32カ所のセンターが稼働している。こうしたセンターを活用していくことが、地域医療に従事する医師のキャリアパス形成を充実させてくれると期待される。

もう一つの試みは、地域医療に関する寄付講座の設置である。2012年5月の段階で、57大学に72講座が設置され⁹⁾、地域医療機関への医師派遣、地域医療連携システムの研究・構築、特定診療科における診療支援などを行っている。これらの活動によって、各地で地域医療を学んだり、実践できるフィールドを増やしておくことは、今後地域枠卒業生が地域に定着していく一助になると考えられる。

このように地域枠卒業生が十分な教育・研修・研究を行うことができるように、制度設計を含めて「フィールド」を確保していくことが、今後の大きな課題となる。地域医療の教育・研修・研究のフィールドは、地域枠卒業生だけでなく、地域医療に従事するすべての医療者や地域住民、そして地域医療に関心の高い学生たちにとっても重要なものである。

地域枠卒業生のキャリアパスに関する環境整備が進むまでのしばらくの間に起こりえる大きな問題の一つは、地域枠卒業生の医師臨床研修マッチングに絡むものである。現在研修医のマッチングには、自治医科大学・防衛医科大学校卒業生を除く大部分の医学部卒業生が参加している。地域枠卒業生の大部分も研修医マッチングに参加している。今後急激に地域枠卒業生が増加する時期が出てくるが、初期臨床研修医のマッチング数が低めに経過していた地域では、規定上すぐに初期臨床研修医の定員を増やすことはできない。このため研修を希望している地域枠卒業生の一部を受け入れられない、アンマッチ状態となる可能性が出てくる。他の要因で初期臨床研修の希望者数全体が急増してしまった場合にも、同様のことが起こりえる。勤務地限定の奨学金を受けていた地域枠学生にとって、マッチングの不調で約束を守れない場合、奨学金返済をどうするのか、初期臨床研修以降の勤務・研修をどう構築していくのかについ

表2 地域医療教育に特化したセンター

「地域医療に関する調査（文部科学省医学教育課，2012年5月）」に掲載されたデータを基に筆者が書式を統一した。国公立大学79大学中23大学（29.1%）で32のセンターが設置されている。

No.	大学名	センター等名	設置年月
1	東北大学	総合地域医療研修センター	2012年4月
2	秋田大学	総合地域医療推進センター	2008年10月
		総合地域連携推進ステーション	2010年7月
3	筑波大学	筑波大学附属病院	2005年
		いばらき地域医療研修センター	
		筑波大学附属病院	2009年
		水戸地域医療教育センター	
		筑波大学附属病院	2010年
		茨城県地域臨床教育センター	
		筑波大学附属病院	2011年
		ひたちなか社会連携教育研究センター	
		筑波大学附属病院	2012年
		日立社会連携教育センター	
		筑波大学附属病院	2012年
		土浦市地域臨床教育ステーション	
4	岐阜大学	地域医療医学センター	2007年4月
5	名古屋大学	地域医療支援センター	2010年4月
6	三重大学	医学部医学・看護教育センター地域連携部門	2005年11月
7	鳥取大学	総合医学教育センター地域医療教育支援室	2007年4月
8	広島大学	地域医療教育センター	2009年5月
9	山口大学	地域医療教育研修センター	2012年3月
		医療人育成センター	2011年10月
		山口県医師臨床研修推進センター (県の委託で県医師会に設置)	2010年4月
10	徳島大学	徳島県地域医療支援センター	2011年11月
11	香川大学	地域医療教育支援センター	2010年7月
12	愛媛大学	地域サテライトセンター	2009年1月
13	高知大学	高知地域医療支援センター	2011年12月
14	佐賀大学	佐賀大学医学部附属病院地域医療支援センター	2011年3月
15	熊本大学	地域医療支援センター	2009年1月
16	大分大学	地域医療学センター	2010年2月
17	鹿児島大学	離島へき地医療人育成センター	2007年4月
18	名古屋市立大学	地域参加型学習支援センター	2009年10月
		地域医療教育研究センター	2009年4月
19	和歌山県立医科大学	地域医療支援センター	2011年4月
20	埼玉医科大学	地域医学・医療センター	2007年8月
21	順天堂大学	地域枠学生のための委員会	2010年3月
22	帝京大学	帝京大学ちば総合医療センター地域医療センター	2009年5月
23	東邦大学	卒後臨床研修・生涯教育センター	2002年11月

て、しっかりとした対策が必要である。

(2) 医師確保全体の中での対策

地域枠卒業後のキャリアパスについては、地域で医療に従事するだけではなく、専門医資格取得を含めた人材育成を促進することも重要である。これには各大学の臨床講座や、地域センター病院等の協力が必要となる。すでに地域枠卒業生が初期臨床研修を行っている現在、各地の実情にあわせた卒後医師養成システムの拡充を急ぐ必要がある。

また地域の医師確保対策として、ワークライフバランスを考慮したキャリア支援の仕組みを整えていくことも、喫緊の課題の一つである。もちろんこれは地域枠卒業生に限ったことではない。

また地域で活動する医師を確保するためには、地域枠学生にとどまらず、学士課程や卒後臨床研修の中でも地域医療への親和性を高める教育が必要であろう。このように地域枠以外の人材をリクルートする体制づくりも重要な課題である。

これまで示してきたように、地域枠卒業生が地域医療の現場で活躍することが、現在の医師不足を解決に導く一つの手段となりうることが期待されている。しかし、わずか10年足らずの間に医学部入学定員の15%以上を占めるまでに増加した地域枠という人材が、疲弊した人口過疎地の医療を担える人材として成長していくためには、より現実的で計画的な医療現場の再生策を実施したり、教育・研修体制の整備を急がなければならないことなど、解決すべき課題はまだ多い。課題の解決には、国や自治体などの行政組織の協力・法整備・制度設計などは欠かせないが、なによりも彼らの活躍の場となる医療現場や、地域の住民の理解と協力を得ていくことが重要な鍵になると考えられる。

■ 文 献

- 1) Magnus JH, Tollan A. Rural doctor recruitment: does medical education in rural districts recruit doctors to rural areas? *Med Educ* 1993; **27**:250-3.
- 2) Laven G, Wilkinson D. Rural doctors and rural backgrounds: how strong is the evidence? A systematic review. *Australian Journal of Rural Health* 2003; **11**(6): 277-84.
- 3) 文部科学省. 第1回今後の医学部定員の在り方等に関する検討会, 資料3. December 2011. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/043/siryo/_icsFiles/afeldfile/2011/01/18/1300372_2.pdf (accessed 30 September 2013)
- 4) 地域医療に関する調査 (平成25年5月文部科学省医学教育課). May 2013. http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afeldfile/2013/09/04/1324090_19_2.pdf (accessed 30 September 2013)
- 5) 文部科学省. 平成25年度医学部入学定員の増員計画について. December 2012. http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/24/12/_icsFiles/afeldfile/2012/12/12/1328793_1.pdf (accessed 30 September 2013)
- 6) 松谷秀哉. 学士入学. 医学教育白書2010年版, 篠原出版新社, 東京, p.98-100.
- 7) Matsumoto M, Inoue K, Kajii E. Long-term effect of the Home Prefecture Recruiting Scheme of Jichi Medical University, Japan. *Rural and Remote Health* 2008 Jul-Sep; **8**(3): 930. Epub 2008 July 18. Available from. <http://www.rrh.org.au>
- 8) Henry JA, Edwards BJ, Crotty B. Why do medical graduates choose rural careers? *Rural Remote Health* 2009 Jan-Mar; **9** (1): 1083. Epub 2009 Feb 28. Available from. <http://www.rrh.org.au>
- 9) 地域医療に関する調査 (平成24年5月文部科学省医学教育課). May 2012. http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/_icsFiles/afeldfile/2013/07/11/1324090_6.pdf (accessed 30 September 2013)
- 10) 坂本尚志. 21-23年度における入試改革について, 旭川医科大学入学センター活動報告書第4号 (平成24年3月), p14-19.
- 11) 文部科学省, 厚生労働省. 地域の医師確保対策 2012. September 2012. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002je2-att/2r9852000002jeks.pdf>
- 12) 厚生労働省. 地域医療支援センター. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/chiiki_iryuu/ (accessed 30 September 2013)

Essential Skills for a Medical Teacher
An introduction to teaching and learning in medicine

医学教育を 学び始める 人のために

著者 Ronald M. Harden
Jennifer M. Laidlaw

監訳者 大西弘高

- ・医学教育の扉を開けた人達、すでに一步踏み出した人達の必携書
- ・掘り下げた内容を簡潔な記載で表わすことで深まる理解
- ・個々の教育能力の潜在的底上げができる本

第1部 よい教育者の役割とコンピテンシー

第2部 学習アウトカムとアウトカム基盤型教育

第3部 カリキュラムの構成

第4部 学習をファシリテートする

第5部 学習者の進歩を評価する

第6部 現在の教育者と未来の医師

2013年7月発行 A5判 316頁

定価：本体 3,500円＋税

ISBN:978-4-88412-369-7



篠原出版新社

〒113-0034 東京都文京区湯島2-4-9 MDビル3F TEL:03-3816-8356(営業) FAX:03-3816-5314
E-mail info@shinoharashinsha.co.jp http://www.shinoharashinsha.co.jp