

2

入学者選抜と医学部入学定員の増員^{*1}平形 道人^{*2}

■ A 入学者選抜

はじめに

大学医学部・医科大学において、入学者選抜は、次代の医学、医療を担う人材を選抜するという社会的役割からも、カリキュラム編成・実施、学位授与とともに、重要な医学教育の責務である。各大学は、高い知性と豊かな人間性を持つ人材を選抜するために、多大な資源（人員、時間、施設、資金）を投入し、学力試験を中心に、面接、グループ討議、小論文、推薦書、調査書など種々の選抜法を検討、改善している。しかし、「医師としての適格性」を評価する選抜システムや方法は未だ確立されておらず、試行錯誤なのが現状といえる^{1, 2, 3)}。

1. わが国の入学者選抜

入学者選抜は、基本的には大学の使命・教育理念に沿ったアドミッション・ポリシー（入学者受入れの方針）に基づいて実施されているが、高大接続、高等学校教育と大学の3つのポリシーとの一貫性、社会からのニーズと密接に関連するため、常に、その改革が求められている^{2, 3)}。また、少子化（18歳人口の減少: 約200万人（1960）→120万人（2015））などの社会構造の変化、大学・学部の新設、受験生の志望学部の動向、入試を含む教育制度改革などの、激動期を迎えている。医学部では、医学部定員の増員（以下、定員増）が実施されてきたものの、入学定員を大きく超える学生が志願し、学力（受験偏差値）の高い学生が入学している³⁾。医学の急速な進歩や医療

の高度化による知識・情報の膨大化に対応するには、高度な認知能力が必要とされる。

一方、医学部の使命である「良き医療人の育成」という点から、そのメディカル・プロフェッショナルリズム（ヒューマニズム、利他主義、コミュニケーション能力、生涯学習、患者への共感など）を身につける医師の資質・適格性を備えているかも大切である^{3, 4, 5)}。これに対して、文部科学省「医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」は、入学者選抜について、学力試験に偏った選抜法を見直し、面接、小論文、高等学校からの推薦書・調査書、適性検査、ボランティア活動の記録など、選抜法の多様化、評価尺度の多元化を提言した⁴⁾。さらに、高等学校教育の多様化や多様な能力・適性、意欲・関心、履修歴を有する生徒の大学進学を踏まえ、高等学校教育と医学教育との継続性を改善するために、求める学生像、学習・能力、アドミッション・ポリシーを明示し、医学部教員が高等学校を訪れる取組や高校生が医学部の教育や研究に触れる機会の設定により、医学分野の高大接続の推進を提言している^{3, 4, 5)}。その他、少子化に伴う受験生の減少の中で定員増と入学者の質の低下、格差社会における教育格差（能力と医学への意欲のある学生の経済的理由による医学部進学断念、教育格差による受験学力の相違）、入学生の1/3を占める女子医学生の入学時からの学修・キャリア支援体制の構築、などが重要な課題である^{3, 6)}。

2. 全国の大学医学部・医科大学への「現状と課題」に対するアンケート調査

全国医学部長病院長会議が、2015年度の入学者の構成（男子5,902:女子2,990、現役学生3,367（38%））を公表している（図1）⁷⁾。以下、医学教育学会入学者選抜委員会（第18期）が、わが国の入学者選抜の現状を把握し、その課題を特定

^{*1} Student Selection and Intake Increase

^{*2} Michito Hirakata 慶應義塾大学医学部医学教育統轄センター

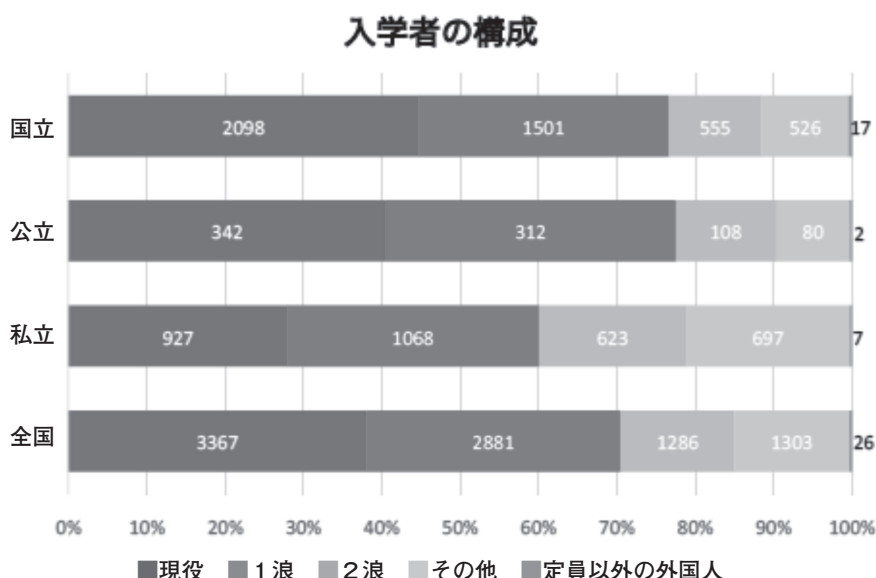


図1 全国大学医学部・医科大学の入学者の構成。

全国医学部長病院長会議の実施したアンケート調査（2015年5月1日時点）において、入学者の性別構成は、男子5,902（66%）：女子2,990（34%）、現役学生は、3,367（38%）であった。全大学では、現役の割合が38%と多かった。国立、公立では現役が多く、私立では1浪が多かった。2浪の割合は私立が19%と最も多かった。

文献⁷⁾ 全国医学部長病院長会議「医学教育カリキュラムの現状（2015年）」アンケート調査より引用

するために実施したアンケート調査（対象：全国の80大学医学部・医科大学、調査期間：2015年7月～2016年3月）結果を抜粋する⁸⁾。

(1) 入学者の選抜法

認知能力（academic ability）の評価には、各大学独自の学力試験、大学入試センター試験、高等学校の成績調査書（内申書）などが実施されていた。学力試験は、妥当性、信頼性、効率性に優れ、将来の業績と相関する評価法とされる⁹⁾。一方、医療職の選抜という観点で、「医学への動機が低くても、成績が良いから医学部に行く、あるいは、周囲から奨められる」「受験学力と医師としての能力（臨床能力や態度）は必ずしも相関しない」など学力偏重の問題が長い間、指摘されてきた⁶⁾。また、入試の成績と入学後の医学生の実績（学業成績や態度）との相関がないという報告はあるものの、一定の結果は得られていない^{5, 10, 11)}。今後、かかる検討をさらに進め、医師としての能力と相関する評価法の開発が望まれる。

一方、非認知能力（Non-academic ability :態度・習慣、技能）の評価には、面接、グループ討議、小論文、志願理由書、推薦状、自己推薦書などが用いられていた。その中で、面接試験は、将来の医療者・研究者としての医師に適した資質・適格性、各大学の入学方針との整合性を評価するために、個別・複数・集団面接、面接評価者の構成、面接時間・回数、課題の有無など、多種多様な形式で、80校中74校（93%）で実施されていた^{3, 8)}。評価ツールとしては、評定尺度、チェックリスト、記述式評価、可否のみ、これらを組み合わせた総合的評価、各評価項目の基準を設定したルーブリックなどが活用されていた。

評価項目としては、人間性、人から（他者への配慮、協調性）、倫理感、問題解決能力、表現力、医学・医療へのモチベーション、コミュニケーション能力、視野の広さ、精神的成熟度、将来性、社会性、医師や医学研究者としての適性、修学に対する積極性・勤勉性・継続性、不自然な態度や言動の有無、などが挙げられた。また、面接

に対する事前の研修やFDは、2/3以上の大学で実施されていた。

面接は、人物（志望動機、態度、コミュニケーション能力）評価に有用とされるものの、「主観的で、信頼性・妥当性が低い」「短時間で、標準化されていない面接結果は、医師としての能力と相関しない」とする報告もある^{5,9)}。

近年、multiple mini-interview (MMI; OSCEのように10～12程度のstationを設け、ジレンマ課題など様々なmini interviewや作業行程を通して受験者の能力を多くの側面から測定する評価法)が、OSCEやクリニカル・クラークシップのパフォーマンス、国家試験におけるCLEOの成績との相関性¹²⁾、多面的評価による評価者のバイアス排除、受験生の公平性から注目され、わが国でも導入が開始された¹³⁾。

(2) 高大接続

大学入学前の学生（高等学校を中心に、中等・初等学校）を対象とするインリーチ活動（大学・医学部説明会、模擬授業、医学部学生による相談・交流会、教員による進学相談、研究室の訪問・見学、医療現場の訪問）が80校中79校、アウトリーチ活動（入試説明会、出張講義、体験型ワークショップ、医学部学生との交流、入学説明・相談会）が80校中60校で実施されていた。高大接続活動は、各医学部の使命や3つのポリシーの周知と理解、医学・医療へのモチベーションの向上、適切な資質を備えた、これからの医療を担う人材を選抜するために、多様な学校や生徒に対する機会の拡充を図るべきである。

(3) 入学者選抜の課題

選抜方法については、「面接者が面接のスキルを身につけることが難しい」、「医師に必要な能力を評価するための、すべての科目の学力試験ができない」、「非認知能力の評価法が確立されていない」、「非認知能力評価の意義が面接者間で共有されていない」、「受験対策や社会経験による不公平がみられる」などの回答が多かったが、2/3の大学では選抜法の変更は予定されていなかった。

入学後、授業内外での指導を通して懸念されて

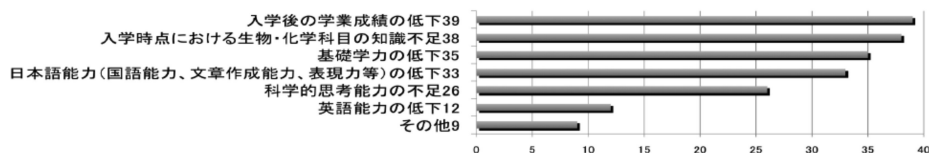
いる入学者の課題【学力（Academic Ability）と学習意欲や態度等（Non-Academic Ability）】を示す（図2）。

わが国の入学者選抜では、認知能力以外の選抜法の多様化と多元化、高大接続が徐々に進められている。しかし、将来の医療者として、信頼性・妥当性の高い選抜法の開発、入学者選抜時評価と入学後の学生の実績、卒業時コンピテンシー修得との相関、少子化・定員増による入学生の質の低下、社会における教育格差など、検討すべき課題は多い。

3. グローバルスタンダードに基づく「入学者選抜」

2017年3月、世界医学教育連盟（WFME）に認証された日本医学教育評価機構（Japan Accreditation Council for Medical Education; JACME）による医学教育の分野別評価が実施され、その質向上が図られている。その基準である「医学教育分野別評価基準日本版（Ver.2.11）：WFMEグローバルスタンダード 2015年版準拠」では、「入学者選抜」について、「4.学生 4.1 入学方針と入学選抜：①基本的水準：■学生の選抜法の明確な記載を含め、客観性の原則に基づく入学方針を策定と履行。■身体の不自由がある学生と国内外の他の学部や機関からの学生の転編入の入学についての方針決定と対応。②質的向上のための水準：■選抜と、医学部の使命、教育プログラム、卒業時に期待される能力との関連■アドミッション・ポリシーの定期的見直し。■入学決定に対する疑義申し立て制度。4.2 学生の受け入れ：①基本的水準：■入学者数の明確化と教育プログラムの全段階における教育能力に適正な定員規模の設定。②質的向上のための水準：■他の教育関係者とも協議して、地域や社会からの健康に対する要請に合う入学者数と学生の資質の見直し」と定め、入学方針、選抜法の透明性、客観性、信頼性、妥当性、選抜する人材の多様性を重視している¹⁴⁾。わが国では、多くの大学で、入学受入方針や選抜方法が大学ガイドブック、募集要項等に明示されている。しかし、身体不自由な学生や他分野の人材の選抜についての体制が十分

入学者の学力(Academic Ability)に関して、授業内外での指導を通して、懸念している点はあるか？(複数回答可)



入学者の学習意欲や態度等(Non-Academic Ability)について授業や学生指導を通して、懸念している点はあるか？(複数回答可)

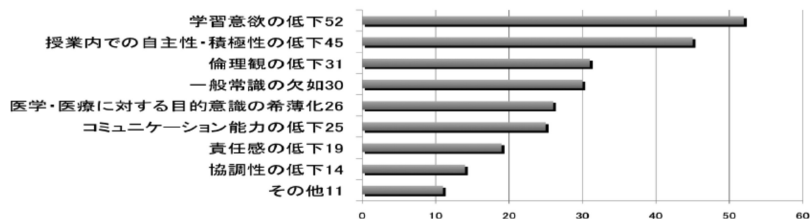


図2 入学者の入学後の課題(「入学者選抜の現状と課題」アンケート調査より)

入学者の学力(認知能力):「入学後の学業成績の低下」,「入学時点における生物,化学系科目の知識不足」,「基礎学力の低下,日本語能力(文章作成能力,表現力)の低下」,「科学的思考能力の不足」,「英語能力の低下」,「その他:自律的学習の障害,入学者間の能力差の拡大」が回答された。

入学者の学習意欲や態度(非認知能力):「学習意欲の低下」,「授業内での自主性・積極性の低下」,「倫理観の低下」,「一般常識の欠如」,「医学・医療に対する目的意識に希薄化」,「コミュニケーション能力の低下」,「責任感の低下」,「協調性の低下」,「その他:メンタル・サポートの増加」が回答された。

に整備されていないのが現状である。

4. 高大接続システム改革における大学入学者選抜改革

文部科学省は,学力の3要素(「知識・技能」,「思考力・判断力・表現力」,「主体性を持って多様な人々と協働して学ぶ態度」)を多面的・総合的に評価する入学者選抜への転換を図っている¹⁵⁾¹⁶⁾。そして,高大接続改革実行プラン,高大接続システム会議最終報告に沿って,1)共通テストとして「大学入学希望者学力評価テスト(仮称)」の導入(思考力・判断力・表現力の一層の重視;①国語,数学などでの記述式問題の導入,②マークシート式問題の改善,③英語では「読む」「聞く」のみ→英検,TOEIC,TOEFLなどの外部検定試験を活用し,「書く」「話す」も加えた4技能評価への転換,④CBTの検討・導入),2)個別入学者選抜の改革(明確なアドミッション・ポリシ

ーに基づき「学力の3要素」を多面的・総合的に評価する選抜への改善;①入試から新たな選抜ルールの設定,②調査書の改善・「学修計画書」の充実)実施の方向性を示した(図3)¹⁴⁾¹⁵⁾。さらに,大学においては,年齢,性別,国籍,文化,障害の有無,地域の違い,家庭環境等にかかわらず,多様な背景を持った学生を受け入れ,主体性を持って多様な人々と協力して学び,働くことのできる環境を実現することの必要性を示した。

■ B 医学部入学定員の増員(定員増)

1. 医学部の入学定員の動向

わが国の医学部の入学定員は1970年代の無医大県解消構想により新設大学が開設され,1984(昭和59)年の8,280人まで増え続けた。その後,「医師は偏在しているだけで,不足しているわけではなく,むしろ医師全体としては,充足の方向にあ

現状

- ★ 解答方式はマークシートによる多肢選択式が中心で、○知識の暗記・再生に偏りがち
- ★ 一点刻みのペーパー試験の点数による選抜が「公平」との意識
- ★ 多様な人材(特定の分野に強い関心を持ち、卓越した力を磨いている高校生、グローバルな課題に積極的に向き合う高校生、など)が評価されないこともある

これから

- ☆ 学力の3要素(「知識・技能」、「思考力・判断力・表現力」、「主体性を持って多様な人々と協働して学ぶ態度(主体性、多様性、協働性)」)を多面的・総合的に評価する
- ☆ 大学入学希望者学力評価テスト(仮称)の導入
 - 1) 学力の3要素の測定, 2) 対象は社会人を含大学入学希望者, 3) 新科目, 4) マークシート式問題の改善, 5) 記述式問題の導入, 6) 英語の4技能の総合的評価, 7) 広範囲の難易度設定, 8) CBT実施前提の検討・開発, 9) 年複数回実施, 10) 段階的表示による成績提供
- ☆ 個別入学者選抜の改革

各大学において、アドミッション・ポリシーに基づき、以下の選抜法をどのような比重で活用し、どのような評価法で評価するのかを明確にする。

 - 1) 大学入学希望者学力評価テスト, 2) 自らの考えに基づき論を立てて記述させる評価方法(回答の自由度の高い記述式や小論文), 3) 高校時代の学習・活動歴(調査書, 活動報告書[個人の多様な活動, 部活動, ボランティア活動, 生徒会活動], 各種大会や顕彰等の記録, 資格・検定試験の結果, 推薦書), 4) エッセイ, 5) 大学入学希望理由書, 学修計画書, 6) 面接, ディベート, 集団討論, プレゼンテーション
 - 新たな選抜実施ルール(「AO入試」「推薦入試」、選抜の実施時期の見直し等)の構築
 - 「調査書」の改善や「学修計画書」の充実
 - アドミッション・オフィスの整備

図3 高大接続改革における入学者選抜改革

少子化・国際競争の進展の中で、3ポリシーに基づく大学教育の質的転換が求められている。そのためには、「高等学校教育」、「大学教育」と両者を接続する「大学入学者選抜」の三位一体となった高大接続改革が必要である。入学者選抜改革は、「学力の3要素(①知識・技能の確実な習得, ②(①を基にした)思考力・判断力・表現力, ③主体性を持って多様な人々と協働して学ぶ態度)」を多面的に評価するために、大学入学希望者学力評価テストの導入、個別入学者選抜の改革などを中心に検討されている。

文献¹⁵⁾ 文部科学省「高大接続システム改革会議 最終報告」より引用

る」という見解に基づき、1982(昭和57)年と1997(平成9)年の閣議決定により7,625人(2003～2007年)まで抑制されていた¹⁷⁾。しかし、2000年代中頃より、医師の地域や診療科偏在による医師不足が社会的な問題にもなり、2008(平成20)年度より入学定員は増員され続け、2016年度、35年ぶりの東北医科薬科大学(100人)、2017年度に国際医療福祉大学(140人)が新設され、定員は過去最多の9,420人にまで増員された(図4)¹⁷⁾。なお、2017年度で医師確保対策などに基づく臨時定員(317人名)がなくなるため、新たに「地域枠」を設け、同規模の定員が維持されるようになった。2018年度からの医学部の収容定員の増加に係る学則変更認可の申請を行った私立大学は7校で、それにより2017年度の入学定員と比べ12名増加した¹⁷⁾。

2. 医学部入学定員増員の現状と課題

(1) 医師不足と偏在

現在、わが国の医師数は増加の一途であるが、人口10万人あたり227人(2012年)でOECD加盟国の加重平均280人(2011年)を下回り、病床当たりの医師数は諸外国に比べ少ない^{18, 19)}。しかし、定員増を踏まえた医師数の将来予測では、2020年には264人、2025年には292人、2030年に319人となり、先進国の低水準の状況から抜け出し、むしろ過剰となる見通しが報告されている¹⁹⁾。厚生労働省が2008(平成20)年に試算した中長期的推計では、需要面では医師の勤務時間上限の設定、供給面では医学部入学定員の設定により大きく変動する²⁰⁾。同時に、少子高齢化、医療への社会のニーズ、医師のキャリアパス(特に、

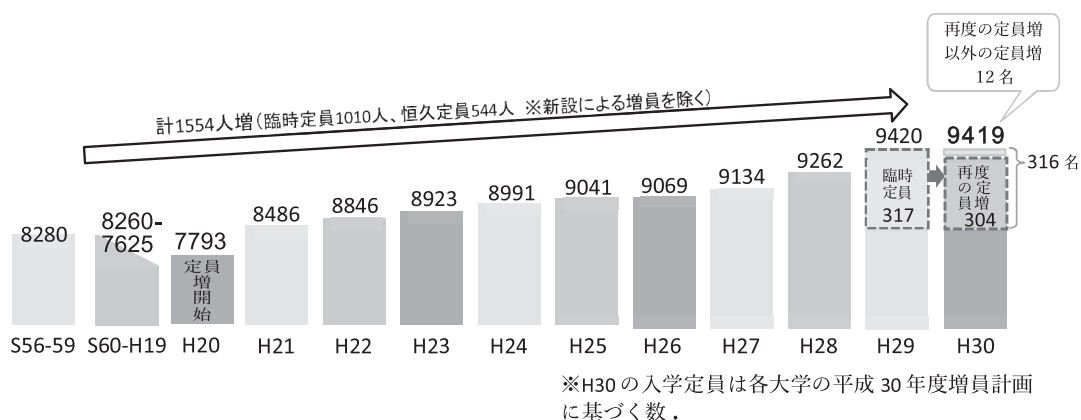


図4 医学部入学定員の推移

*昭和60(1985)～平成19(2007)年度：昭和57(1982)年及び平成9(1997)年の閣議決定により、医学部の入学定員を7,625人まで抑制。

*平成20(2008)年度：平成18(2006)年の「新医師確保総合対策」により医師不足が深刻な都道府県(青森、岩手、秋田、山形、福島、新潟、山梨、長野、岐阜、三重)について各10人、平成19(2007)年の「緊急医師確保対策」により全都道府県について原則として各5人の入学定員を増員。これらにより、入学定員を7,793人に増員。

*平成21(2009)年度：「経済財政改革の基本方針2008」を踏まえ、入学定員を8,486人に増員。

*平成22(2010)年度～29(2016)年度：地域の医師確保等の観点から、下記の3つの枠組み(地域枠、研究医枠、歯学部振替枠)で9,420人まで増員(平成28(2016)年度に開設した東北医科薬科大学医学部(100人)、平成29(2017)年度に開設した国際医療福祉大学医学部(140人)含む)。

*平成31(2019)年度までの間：今後の取扱い、その時点の医師養成数の将来見通しや定着状況を踏まえて判断)。文献¹⁷⁾文部科学省高等教育局 医学教育課「平成30年度医学部入学定員増について」より引用

2018年度から開始の新専門医制度)、女性医師の増加(医学部入学者の約1/3が女性で、2014年時点で女性医師割合は20.4%)、医師の働き方改革、ワーク・ライフバランスの多様化、他職種との関係も医師の需要に大きく影響し、その予測は困難である²¹⁾。今後、長期展望に基づくグランドデザインにより、人口構成の変化による社会のニーズ、医療環境、医学教育の質保証、地域・診療科の偏在などの課題を科学的に検証し、適正な医師の養成数を見直すシステムを構築すべきである。

(2) 地域枠

社会問題となっている地方の医師不足の解消、地域医療の充実のために、地域医療に従事する意欲のある学生を対象とした入学選抜枠「地域枠」が設定され、都道府県や各大学では、卒業後に地域医療に従事することを条件(返還義務免除など)とする奨学金が設置されている。文部科学

省医学教育課の調査によると、地域枠入学者の地元定着率は83%と、一般枠入学者45%と高い傾向にある²¹⁾。現状では、地域枠で増員した学生が、まだ自立した医師として活躍するに至っておらず、医師の都市部と地方の地域格差は解消されていない。さらに、新専門医制度の影響、医師の都市部への集中の問題を検討し、医師が安心して地域に定着できる医師キャリアパスの形成や国全体としての医師配置システムの再構築が必要である。

(3) 研究医枠

近年、臨床志向・専門医志向の医学生が圧倒的に多くなり、医師免許を持つ基礎医学研究者が不足して、わが国の医学研究の将来が危惧されている。例えば、医学系大学院の基礎系の講座へ入る学生は、1993(平成5)年度には医師免許をもつ者(MD)が59.2%であったのに対し、2010(平

成22) 年度では36.7%となっている^{21, 22)}。その要因として新医師臨床研修制度の影響、基礎研究医の待遇（給与、奨学金、研究費）や将来のキャリア・プランへの不安（教員ポストの不足）などがあげられる。これらの課題に対応するために「研究医枠」を対象とする奨学金制度や医学部・大学院一貫コースを設定した大学で入学定員が増員されてきた（2017年までに計40人増）。その効果は現れつつあるものの、まだ十分とは言えず、基礎医学教育の抜本的改革によるリサーチ・マインドの涵養、研究を体験する医学研究カリキュラムの積極的導入、MD-PhDプログラムへの奨学金制度の充実、大学と医科系大学院とのシームレスな連携が求められる。

(4) 医学教育の質の担保（単なる「数あわせの定員の増員」は「医学教育・医療の質の低下」へ）

医学部定員増は「医師不足に対する施策」として実施されてきたが、定員増アンケート調査²²⁾の結果などから「定員増加による医学教育の質の低下」が危惧されている。特に、医学部長・病院長会議の調査では、（特に、低学年における）留年者、休学者、退学者がいずれも増加し、その要因として、基礎学力の低下、メンタル不調、モチベーションの低下、社会規範の欠如、などが指摘されている²³⁾。今後、増員された学生数に見合う教育資源（教員・スタッフや教育施設）の拡充がなければ、診療参加型臨床実習の推進などグローバルスタンダードに基づく医学教育の質を保証することは困難である。

おわりに

社会構造の変化、グローバル化・情報化の進展、そして医学・医療の急速な高度・複雑化の中で、医師のあり方や求められる資質、責務も大きく変化するものと考えられる。わが国がこれまで培ってきた世界最高の医療レベルやシステムに立脚し、医学・医療に貢献したいという高いモチベーションと責任感を持つ自立した医師として、他者と協働し、明日の医療を切り拓いていく若い力が必要である。現実には、教育格差、医師の地域・診療科の偏在、適正な医師の需給と働き方改

革など多くの課題がある。このような厳しい挑戦の時代の中で、「良き医療人としての資質を備えた人材」、「大学のアドミッション・ポリシーに合う学生」を選抜するために、医学部にも「医師に求められる学力の3要素」を多面的に評価する選抜法の開発が求められる。

医師不足、医師の地域・診療科の偏在を解消するために、医学部定員増が実施されてきたが、その効果はまだ明らかでない。改めて、そのプロセスとアウトカムを見直し、将来の疾病構造や医師需給の長期展望にたった検証が求められる²⁴⁾。今後、①「地域枠」学生の選抜法と入学後評価、強い使命感をもたらし教育体制の構築、②「研究医枠」学生のリサーチ・マインドを涵養する積極的な参加型教育プログラムの確立、将来を見通すことのできるキャリア・プランの提示、が必要である。

■文 献

- 1) 全国医学部長病院長会議. わが国の大学医学部(医科大学)白書2012.
- 2) 阿部直. 入学者選抜. 医学教育白書 2010年版('07-'10)(日本医学教育学会 編集). 篠原出版新社, 東京, 2010; p.92-94.
- 3) 平形道人. 入学者選抜と医学部入学定員の増員. 医学教育白書 2014年版('11-'14)(日本医学教育学会). 篠原出版新社, 東京, 2014; p.10-17.
- 4) 文部科学省. 医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議 最終報告. (平成19年3月28日). 2007.
- 5) 全国医学部長病院長会議. Ⅲ 医師養成の質保証と改革実現. 第1章 医学部の卒業前における医師養成の質保証と改革実現. 1. 入学者選抜. 「医師養成の質保証と改革実現のためのグランドデザインー全国医学部長病院長会議の立場からー」2016; p.33-39.
- 6) 大滝純司. 医学部の入学選抜: 何が求められ、何が起きているのか. 医学のあゆみ2015; 255(110): 1124-29.
- 7) 全国医学部長病院長会議. 医学教育カリキュラムの現状(2015年)2016.
- 8) 平形道人. 医学部の入学者選抜に何がもとめられているのか?: [抄録]. 医教育2017; 48(suppl.): 45.
- 9) Kreiter CD. A global perspective and an

- international agenda for medical school admission testing. International Symposium on Medical School Entrance Examination: Challenges and reforms [abstract]. 東京, 2013年10月26日.
- 10) 中島 昭, 長田 明子, 石原 慎, 他. 入学後の成績に影響を与える要因は何か. 医教育 2008; **39**: 397-406.
 - 11) 椎橋実智男, 森 茂久, 別所正美. 入学者選抜時と入学後の成績の比較・検討～医学部入学者の将来性はすでに決まっているのか～[抄録]. 医学教育 2013; **44**(suppl.):28.
 - 12) Reiter HI, Eva KW, Rosenfeld J, Norman GR. Multiple mini-interviews predict clerkship and licensing examination performance. *Med Educ* 2007 Apr; **41**(4):378-84.
 - 13) 岸太一, 廣井直樹, 佐藤二美, 高松 . 入学後の成績から見たMMIの有用性に関する検討: [抄録]. 医教育 2017; **48**(suppl.): 82.
 - 14) 世界医学教育連盟. (WFME) 医学教育分野別評価基準(グローバルスタンダード) 2015年版準拠 Ver.2.11 (日本版). 日本医学教育学会医学教育分野別評価基準策定委員会. 2017.
 - 15) 文部科学省. 高大接続システム改革会議 最終報告. URL:http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/__icsFiles/afieldfile/2016/06/02/1369232_01_2.pdf (最終閲覧日: 2016.3.31).
 - 16) 文部科学省. 高大接続改革の動向について. URL:http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/__icsFiles/afieldfile/2017/02/15/1381780_3.pdf (最終閲覧日: 2017.1.31).
 - 17) 文部科学省高等教育局 医学教育課. 「平成30年度医学部入学定員増について」 URL:http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/__icsFiles/afieldfile/2017/10/16/1397261_2_1.pdf(最終閲覧日: 2017.10.16).
 - 18) 厚生労働省/医療従事者の需給に関する検討会. 第2回医師需給分科会, 医師の需給に関する基礎資料. URL:<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000111914.pdf> (最終閲覧日: 2016.2.4).
 - 19) 全国医学部長病院長会議. Ⅲ 医師養成の質保証と改革実現. 第3章 医学部の卒前・後にまたがる医師養成の質保証と改革実現. 5. 医学部新設による教育環境の悪化・質の低下への危惧. 6. 医師偏在, 診療科の地域偏在の是正のための論理の展開. 「医師養成の質保証と改革実現のためのグランドデザインー全国医学部長病院長会議の立場からー」 2016; p.107-127.
 - 20) 文部科学省高等教育局 医学教育課. 「今後の医学部入学定員の在り方等に関する検討会 論点整理」 URL:http://www.mext.go.jp/b_menu/houdou/23/12/__icsFiles/afieldfile/2011/12/14/1314224_01_1_1.pdf (最終閲覧日: 2011.12.14).
 - 21) 文部科学省高等教育局医学教育課. 大学に於ける地域医療の充実のための取り組み(地域枠)に関する調査. URL:http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/detail/__icsFiles/afieldfile/2016/12/12/1324090_19_2.pdf (最終閲覧日: 2015.5).
 - 22) 文部科学省高等教育局 医学教育課. 「これまでの医学部入学定員増等の取組について」 URL:http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/043/siryo/__icsFiles/afieldfile/2011/01/18/1300372_1.pdf(最終閲覧日: 2011.1.18).
 - 23) 全国医学部長病院長会議. 医学生の学力に関するアンケート調査結果. 全国医学部長病院長会議定例記者会見資料. URL: https://www.ajmc.jp/pdf/170316_1.pdf (最終閲覧日: 2017.3.16).
 - 24) 日本医学教育学会/医学部定員増加対策特別委員会. 「医学部定員増に対する提言」 URL: http://jsme.umin.ac.jp/ann/jmse_proposal_1002_2.html(最終閲覧日: 2010.1.7).