

が明瞭ではない。また、へき地（非都市部）の医師不足は多くの国々にとっても重要な問題であり、様々な対策が打ち出され、報告されてきている。わが国を含め、諸外国の先行研究から得られた知見は、この地域枠の設定を考えるとときに有用な情報である。

無論「地域枠」の設定が、どう医師不足地域での対策として有効であったかは、10年単位の評価を待たねばならない。しかしながら、この新しい入試選抜制度が普及し始めている現在において、内外の先行施策や研究の成果を取り入れていくことは有意義である。よって、今回私たちは以下の調査研究を行った。

1. 諸外国（ノルウェーおよびアメリカ）および国内（自治医科大学）の先行事例のレビュー
2. 全国医学部の地域枠の調査（アンケート調査による）
3. 先行研究から得られたエビデンスについて、現状の地域枠と比較検討し、望ましい地域枠入試について提言を試みる。

第 I 部. 国内外の先行事例調査

I - B. 研究方法

1. 諸外国の事例

すでに諸外国においては、社会医学的研究として医学部の入試運営方針について多くの論文報告がなされている。例えば、2009年3月8日の時点で、オンライン医学データベースの Pub Med において、medical school（医学部）をタイトルに限定し、さらに admission Policy（入試選抜方針）を限定せずに検索したところ、27論文が該当した。しかしながらさらに rural area（へき地）ないし medically underserved area（医療過疎地）で検索した場合には各々5論文、7論文と多くはない。

そこで本研究では、研究分担者がこれまでの研究経験で検索し⁴⁻⁷、論文を引用した報告から先行事例、あるいは地域枠に関連すると考えられるものを中心に再度調査した。今回、先行事例として選択したのは以下である。なお、日本の医学および生活水準に鑑み、海外の事例はいずれも欧米先進国のものである。

1. National Health Service Coops (NHSC)

米国

2. Physician Shortage Area Program (PSAP) 米国

3. WWAMI Program 米国

4. University of Tromsø, School of Medicine ノルウェー

5. 自治医科大学 日本

各々について逐次、レビューの結果を以下に説明する。

I - C. 研究結果

1. National Health Service Coops⁸（以下 NHSC） 米国

米国において 40 年以上の歴史を持つ、最も歴史のあるへき地・医療過疎地のための奨学金プログラムである。したがって、長年にわたり、米国のへき地勤務医師の供給策の中心となってきた。NHSC においては、医学部生はこの奨学金システムに入った場合、1年間奨学金による援助を受ければ、レジデンシー（研修）教育が終了した後に同じ1年間へき地ないし医療過疎地での勤務が義務付けられる。なお、NHSC は国レベルのプログラムであるが、州政府も同様、あるいは補完するプログラムを運営しているこのプログラムは、そうした地域での医療に関する人的資源を増加させるのには成功した⁹⁻¹¹。

しかしながら、NHSC には問題がある。それは、上記のようなシステムのため、へき地の医療需要に合致した医師を育成できないということである。そのため、よりそうした目的に焦点を定めたプログラムが作られてきた。

2. Physician Shortage Area Program¹²（以下 PSAP） 米国

これは東海岸ペンシルバニア州の Jefferson Medical College において行われているプログラムで、開始されたのは 1974 年である。内容は、①へき地や小人口地域で成育歴を持ち、②そうした地域で Family Medicine に従事することを入学時に「約束した」学生を特別枠として採用している。開始時は毎年の入学生約 200 名のうち 12 名であったが、現在は 40 名をこの枠で採用している。

この PSAP は、わが国の地域枠と類似性があることから特に注目されるべきものである。また、PSAP 卒業医師を追跡した結果を医学雑誌などに多く掲載していることでも知られ

ている。したがって、最初にこの PSAP については以下に詳細に記載する。まず、PSAP が世界的に紹介された 1988 年の論文からの要約である。

Evaluation of a selective medical school admissions policy to increase the number of family physicians in rural and under-served areas. ¹³

(へき地及び医療過疎地域における家庭医数増加のための医学校入学選考方針の評価)

要約：ジェファーソン医科大学は 1974 年に医師不足地域対策プログラム（以下 PSAP と称する）に着手した。この PSAP は、地方の医療過疎地域で家庭医（プライマリ・ケア医）になる意志のある地方出身の入学志望者を優先して入学させるというものである。

この PSAP の結果を評価したところ、1978 年から 1985 年の教室の PSAP 卒業生は、非 PSAP 卒業生に比べて、大学での成績はわずかに劣っていたが、退学率（入学者数に対する退学者の比率）については両グループ間に差はなかった。また、実習成績にも差は認められなかった。1978 年から 1981 年の PSAP 卒業生は、非 PSAP 卒業生に比べて家庭医になる可能性は約 5 倍（59.6%に対して 12.6%, $p < 0.001$ ）であり、地方で医師になる可能性は約 3 倍（37.8~42.2%に対して 10.0~11.8% $p < 0.001$ ）、医師が不足している地域で医師になる可能性は 2~4 倍（26.7~40.0%に対して 9.2~11.2% $p < 0.01$ ）であった。PSAP 卒業生が 地方あるいは医療過疎地域で家庭医になる可能性は 7~10 倍（26.7~40.0%対 vs 9.2~11.2% $p < 0.001$ ）で、かくして PSAP の目標は達成された。本研究の結論は医科大学(医学部)の入学許可過程 (Admission Policy) が、医師の専門分野の選択と開業する地域について重大な影響を及ぼし得ること、また地方の医療過疎地域で家庭医（プライマリ・ケア医）を増加させるための一つの対策を提示するものである。

緒言よりの抜粋

元々は、非都市部と都市部の医療過疎地域の両地域を、このプログラムの対象にしたが、早い時期に非都市部の医療過疎地域からの出身者（かつ戻る予定の者）だけを対象にすることに決定された。結局、入学が許可された都市部からの出身者は、過去にただ一名だけであった。このプログラムに応募させる奨励

策は、入学選考の際の特別な配慮、家庭医学コースに優先して選択、ジェファーソンの一般学生に与えられるものより多額の経済的な援助（殆ど全て返済すべき貸付金）であった。志望者は 3 通の推薦状と共に PSAP を特定して応募した。また応募者は在学中、家庭医学カリキュラムに参加すること、家庭医学科の教員を学部アドバイザーとし、用意された二つの非都市部の内一つを選んで、家庭医学の三年生必須実習を行い、地方の家庭医のもとでの実習を含め 4 年生の専門課程を家庭医学とすることに応募者は合意した。

考察よりの抜粋

研究期間中のジェファーソン医科大学の全志願者の入学試験成績の再調査でわかるように、PSAP が無ければ、そうした学生がジェファーソン医科大学に多分入学できなかったと思われる。彼らの学業成績は、許容内ではあるが、他の志願者より成績が低く、また、より非都市部出身であった。加えて、家庭医になる計画を持って入学した他の学生よりも、PSAP 学生が家庭医として勤務を始める可能性が、ほぼ 2 倍であることを示す前述のデータが示唆しているように、通常受験過程を経て入学した学生であっても、個人的なサポートとか、経済的な援助、職業相談・助言など、PSAP によって提供された家庭医学カリキュラムがなかったら、地方の医療過疎地域で家庭医になる可能性はより少なかっただろうということである。（中略）

医学部の入学過程に手を加えるのには賛否両論がある。しかし、米国の医療マンパワー充実の要請に応えることが、医学教育の重大な関心事であることには一般の合意がある。

加えて現在の入学許可方針は自然な選択ではないかも知れないが、殆どの入学許可委員は、専門医で都市部の教授から成っているため、都市部出身の専門分野に入る志望者を好む傾向がある。前のデータが示しているが、地方出身学生か都市部出身学生かによって、その後の成績を予見させる特質が違い、また非都市部の人は非都市部の学生を選んで入学させるのを、より好むようである。結論として、本研究の結果、医学校の入学許可過程が専門分野と医師の地理的な分布に重大な影響を与え、地方と医療過疎地域で家庭医数を増やすための一つの手段を与えるものであることが明らかになった。

加えて、PSAP に関する新しい報告では、以下の成果があきらかになっている^{14, 15}。

(1) 非 PSAP 卒業生に比べて8倍、へき地の家庭医になっている。

(2) 彼らの卒後11-16年後の継続勤務率 (retention rate) は79%である

(3) ペンシルバニア州の7医学部出身で同州のへき地に勤務する家庭医の21%を占める (7医学部の全卒業生中そうした PSAP 医師は1%に過ぎない)

3. WWAMI program¹⁶ 米国

WWAMI は略語で、Washington・Wyoming・Alaska・Montana・Idaho のプログラムに参加協力している5州の頭文字からとっている。1971年に Washington・Alaska・Montana・Idaho の4州で始まり¹⁷ (WAMI)、1996年に Wyoming 州が加わった。ちなみに、これまでの3つの米国におけるプログラムはいずれも1970年代前半に開始されている。自治医科大学を始め、1(都道府)県1医大構想による日本の新設医科大学の多くがこの時期に設立されていることは、注目に値する。

米国の多くが非都市部(non-SMSA)である。WWAMI は米国の東海岸最北に位置する Washington 州を除けば、小人口である。ちなみに2000年の時点で、Washington (590万)・Alaska (63万)・Montana (90万)・Idaho (129万) である。こうした州では、基礎課程から始まって病院を持ち、臨床研修まで受けられる、いわばフル規格の医学部を設立することが難しかった。そこで教養課程は各州で行い、臨床実習をワシントン大学病院、そして現場での実習を各州で行うという、いわば州を越えた共同教育プログラムが立ち上がった。この点で、同時期に1県1医大を目指した日本と対照的である。

WWAMI のポイントは2つある。まず上記に記述した共同プログラムによる教育資源の効率的活用、そしてもう一つは以下のコンセプトである。

「医学生に必要なものは、実際に現場の医療が行われている場所で学ぶことである」¹⁸ これは多くの意味を持つと考えられる。大学病院と現場の医療の違いを理解する、現場で働いている医療人をモデルとして感じることができる、そして地域での生活に慣れ親しむことなど、種々の利点があるであろう。

プログラムの概要：

- ①プログラムに参加している各州は、各々の定員枠を設定する。定員枠は全て支給される医学教育に関わる費用を州予算で援助される。
- ②学費は各州を通じて全て同一額である。
- ③こうしたことにより、独立した医学部のない州における医学教育を公的に支える仕組みを作っている。

University of Washington は毎年、各州から学部2年の200名の学生を受け入れ教育している。学部1年は各州で教育を受け、3年にはまた各地へ臨床実習のため赴く。学生は出身以外の州でも研修する機会が与えられている。

WWAMI の成果

最新の WWAMI サイト¹⁶によれば、以下の成果が得られている。

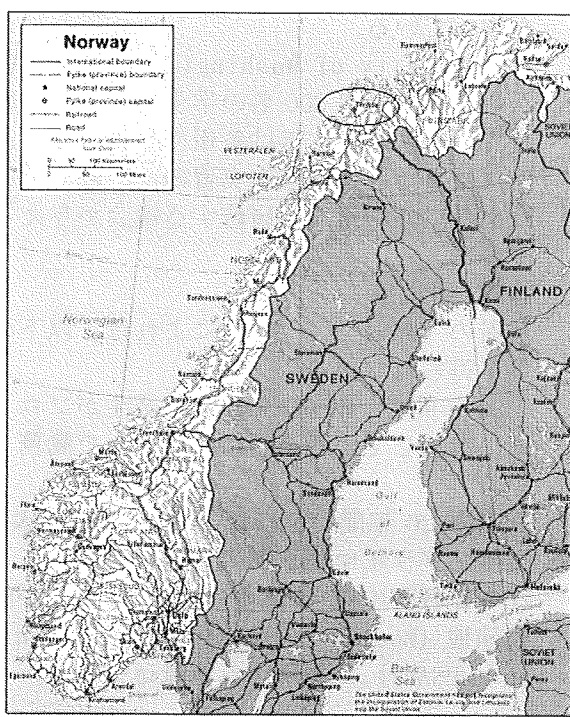
- ①30年間で、61%の WWAMI 卒業生がプログラムに参加している5州に医師として勤務している。
- ②過去20年間で、ほぼ50%に近い WWAMI 卒業生がプライマリ・ケアを選択した。
- ③卒後教育の後、20%の WWAMI 卒業生が医療過疎地 (Health Professional Shortage Areas (HPSAs)) で勤務すると見込まれる。

4. University of Tromsø, School of Medicine¹⁹ ノルウェイ

北ノルウェイに政府によって設立された医学部が、「homecoming salmon (サケは生まれた川に帰る)」という仮説を実証したことが報告されている²⁰。ノルウェイでは北部は森林地帯で人口も少なく、医師不足が深刻であった。そこで政府はその地域(非都市部)に医学部を設立し、あわせて北部の学生が医学部に入学することを促進した。この homecoming salmon 仮説は、人口資源の少ない地域で専門的職業者を得るには、その地域をよく知っていて、そこに居住勤務することが自然且つ居心地がよいと思う若人を教育することだという立場をとるものである。実際にこの医学部には、他に比べて北部非都市地域の学生が多く入学しており、また卒業後もそうした地域出身の学生がより多く北部地域に勤務していたことが報告された。

ノルウェイの概要：人口は464万4457人(2008年推計)。人口の約半分が南東部に住み、人口の80%(2005年推計)は都市生活者である

(エンカルタ 百科事典 ダイジェストより)。北部は寒冷地帯でフィヨルドが多く、小人口地域となっている。下に、ノルウェイの地図を示す。○で Tromsø の位置を指摘した(出典: World Map Finder)



5. 自治医科大学²¹ 日本

へき地における医師不足は、前述のごとく世界的な問題であり、多くの報告があり、そしてまた日本における切実な問題でもある。研究分担者は以前より、海外との比較において自治医科大学のシステムがユニークであることを認識していた。以下は 1997 年における論文からの要旨である。

自治医科大学は、医療資源の乏しいへき地の医療サービスを向上させるために 1972 年に設立された単科大学である。したがって設立目的は、臨床能力を有し地域医療に貢献する医師を養成することである。この目的のために、自治医科大学は他にはないいくつかの特徴を有している。しかしながら、これまで大学の実績が評価発表されたことはなかった。自治医科大学の特徴は、次の 4 つに集約される。これらのいずれもが、他にはほとんどみられないユニークなものである⁴。

- (1) 学生への経済的援助とその貸与金返還免除制度(義務年限終了時)
- (2) 出身都道府県ごとの採用と卒業時の勤務
- (3) 非都市部での設立
- (4) 都道府県による運営と政府による指導

私たちは、こうした特徴を有する自治医科大学が実際に設立目標を達成しているかどうかを調査した²²。その方法は、自治医科大学卒業指導課(現地域医療推進課)が追跡している卒業生のデータを利用し、卒業生の分布を調査したものである。綿密な追跡により、卒業生の把握率はほぼ 100%である。例えば 1995 年度において 1871 名の卒業生で動向不明のものはわずか 2 名である。なお、この研究ではへき地を、いわゆるへき地 4 法(過疎地域活性化特別措置法、山村振興法、離島振興法、豪雪地帯対策特別措置法)指定地域およびに都道府県知事の指定したへき地中核病院勤務としている。調査結果によると、1995 年度までに 1 期から 18 期の 1871 名が卒業した。その中で 1434 名(77%)が、初期研修を終えて勤務している。792 名(42%)が都道府県知事に任命されてへき地(上記定義)に勤務しており、この数は年々増加している。

こうした大学の実績を評価する際には、内外特に諸外国でのこれまでの知見と参照してみる必要がある。まず、これまでの多くの先行事例でへき地出身の学生は卒業後もへき地に勤務する割合が高いことが示されている。にもかかわらず、医学部におけるへき地出身学生の比率は多くの場合かなり低い²³。したがって、へき地医療を充実させる策としてへき地出身学生を積極的に採用することが推奨されている^{24, 25}。自治医科大学に関しては、各都道府県の人口が 62 万から 1200 万まであるなかで、大学は基本的に 2 名を各都道府県から入学させ、さらに希望のある都道府県に関してはもう 1 名の入学を検討している。したがって、全国的にみれば人口の少ない都道府県で、学生/人口比が高い。

また、非都市部に設立された医学部がよりへき地へ医師を派遣することに成功している^{20, 26}。学生は都市部に比べてより自然の多い、したがってへき地に類似した環境に接することができる。また関連して、プライマリ・ケア医は他科専門科に比べて研修場所の近く

で勤務することが報告されている²⁷。また同時に、プライマリ・ケアに携わる家庭医ないし一般医は他科に比べてよりへき地に勤務する割合が多いことも報告されている^{26, 28}。自治医科大学の卒業生は、各々出身県に戻りへき地を中心とした地域医療に従事するからなどその地域で仕事を続ける率が高いことが予想される。

以上が、1997年時点における、自治医科大学に関する研究分担者の論文要旨である。しかしながら、それ以降も大きくこの分野における報告がなされ、研究分野として進歩した。へき地・非都市部あるいは医師不足地域における医師供給策のこの間の評価の変化としては、recruitmentよりretention、つまり医師をそうした地域に派遣したかより、さらに次のステップであるそうした医師が継続して勤務したかと、それらと関連する因子は何かに移ってきている。そこで研究分担者らは、2007年および2008年に、自治医科大

学卒業医師の卒後の追跡研究を行った。2007年の研究論文では、1995年時点での医師調査で自治医科大学卒業医師と非卒業医師を比較した²²。また自治医科大学卒業医師は、さらにその時点ではいわゆる義務年限終了と非終了に細分化した。その結果、非自治医科大学卒業医師に比べて自治医科大学の義務年限内医師は7.1倍、義務年限終了医師であっても4.6倍小人口市町村に、そして各々5.3倍および2.8倍医師不足市町村に勤務していたことを確認した。さらに2008年の論文では研究デザインを進めて、自治医科大学卒業医師の中でさらにへき地勤務に関連する因子を調査した⁶。以下は、その論文からの表である。

A Contract-Based Training System for Rural Physicians: Follow-Up of Jichi Medical University Graduates (1978-2006)

Table 5. Multivariable Analysis of Factors Associated With Rural Recruitment or Settlement After 9-year Obligation

	Rural Recruitment*			Rural Settlement†		
	OR	95% CI	P‡	OR	95% CI	P‡
Female	1.21	0.56-2.59	.63	1.76	0.37-8.43	.48
Age at entrance	0.94	0.75-1.18	.61	1.13	0.81-1.58	.47
Private high school	0.56	0.33-0.96	.033	0.81	0.36-1.86	.63
Academic background of father						
University or higher	1.25	0.79-1.95	.34	0.87	0.46	.66
High school	1.35	0.87-2.11	.18	0.82	0.45-1.55	.53
Junior high school or lower	1.00			1.00		
Academic background of mother						
University or higher	0.80	0.46-1.38	.42	0.81	0.35-1.89	.63
High school	1.19	0.80-1.76	.39	0.74	0.42-1.31	.30
Junior high school or lower	1.00		1.00			
Rural upbringing	1.89	1.27-2.81	.002	1.90	1.04-3.48	.036
Academic rank at entrance (10% rise)	1.00	0.95-1.06	.97	1.00	0.91-1.09	.95
Academic rank at graduation (10% rise)	0.95	0.90-1.00	.07	0.92	0.84-1.01	.07
Post-graduate training at community hospitals	1.31	0.90-1.90	.16	1.96	1.00-3.85	.05
Primary care specialty	7.63	4.37-13.34	<.001	32.07	4.43-232.24	.001
Years after graduation	0.98	0.95-1.01	.27	1.05	0.98-1.12	.15

*Worked in rural areas for at least one time point (2000, 2004, or 2006).

†Worked in rural areas for at all time points (2000, 2004, and 2006).

‡Bold numbers are statistically significant.

上記の表は、自治医科大学卒業医師で調べた、へき地勤務に関する因子である。2000年、2004年、2006年の3調査時点でのいずれか少なくとも一つ (Rural Recruitment)、そして3時点全て (Rural Settlement) で定義されたへき地勤務に関連する因子を多変量解析した。その両方で明らかに関連していたのは、海外の知見と同じくやはり非都市部出

身とプライマリ・ケアの診療科を選んだことであつた。この知見は、本来へき地・非都市部勤務を義務付けられている自治医科大学卒業医師においても証明されたことで、わが国においても有効なエビデンスあることが証明された。この点で重要である。

第Ⅱ部. 医学部・医科大学（以下、医学部）へのアンケート調査

Ⅱ-B. 研究方法

上記第Ⅰ部において調査した先行研究の結果から、へき地勤務と関連している因子は次の3つであることが考えられる。

- ①入試選抜においてへき地・非都市部出身の学生を選抜する
- ②卒業後にプライマリ・ケアの診療科を選択する
- ③上記2つのために組まれた学部教育

また、自治医科大学の事例からは、入学時の貸与金契約による経済的支援と卒後の勤務が一体となっていることがあげられる。これは、これまでの奨学金制度と違い、入学の条件となっていることが独特である。そこで、本研究の調査では地域枠を以下のように定義し、全国の医科大学・医学部の学長ないし学部長あてにアンケート（資料として添付）を発送し、2008年度入試実績の内容について、回答および返送を依頼した。

本調査における「地域枠選抜」の定義

- 1) 都道府県内の高等学校出身者を一般入学試験の定員とは別枠で選抜している
- 2) 学費について奨学金を貸与する制度がある
- 3) 卒業後医師として指定の勤務を行なった場合には、奨学金の返還を免除する

以下が実際の質問内容である（アンケートより）

「地域枠選抜」とは、1) 都道府県内の高等学校出身者など地元（ゆかり）のある入学生を一般入学試験の定員とは別枠で選抜していること、2) 学費の大部分（場合によってはその他の費用を含む）について奨学金を貸与する制度があること、3) 卒業後、医師として指定の勤務を一定期間行なった場合には、奨学金の返還を免除すること、の3つのポイントを満たすものを指します。

なお、上記に定義された「地域枠選抜」にあてはまらない選抜方法を、「地域枠以外の入試枠選抜」として質問項目に入れた。以下が実際の質問内容である（アンケートより）。

貴医学部・医科大学では、平成20年度において、一般入試とは別に、卒業後に都道府県内に勤務を条件とする奨学金の貸与のある地元以外の出身者を対象とした選抜制度（地元出身者が出願可能かは問いません。以下「地域枠以外の入試枠」と表記します）がありますか。

また、上記2つ以外での「地域で勤務する医師を養成するための奨学金制度」および「推薦入試制度（いわゆるAO入試等）」についても質問した（内容は報告書末尾のアンケートを参照のこと）。

アンケートは2008年12月初旬に発送した。当初の回答締切は12月31日としていたが、2009年1月31日まで延長した。2009年1月になっても回答のない医科大学・医学部には研究分担者から電話にて再度依頼をし、必要があればアンケート一式を再送した。その結果、2月初旬までに全国の80医科大学・医学部（以下、医学部）中、62学部（77.5%）からの返送を得た。その結果の概要を以下に列挙する。なお、医学部の分類については、国公立と私立、および1970年代以降設立の新設とそれ以前の旧設の各々2つに分類した。また、本来「地域枠選抜」の主旨から外れる可能性のあると思われる防衛医科大学校（国立）と自治医科大学（私立）については、いずれも返送ありであったため、総数の新設として分析対象に入れた。

なお、今回のアンケート調査は全て各大学の公的な入試制度についての問い合わせであるため、個人情報に含まれず、倫理的条項には該当しない。

Ⅱ-C. 研究結果

1. 回答した医学部の概要

回答があった62医学部の内訳を表1に示す。

表 1. 回答のあった62医学部の内訳

		新設・旧設		合計	
		旧設	新設		
私立・ 国立	私立	度数	16	13	29
		%	25.8%	21.0%	46.8%
公立	国立	度数	20	13	33
		%	32.3%	21.0%	53.2%
合計		度数	36	26	62
		%	58.1%	41.9%	100.0%

地域枠の経緯からは当然であると考えられるが、現状においては国公立が私立よりも、また旧設よりも新設のほうが地域枠選抜その他の施策を多く行っているようである。

既述したように、全国 80 医学部中 62 から、すなわち 8 割近くから回答を得た。

2. 地域枠選抜の状況

地域枠選抜の有無に関する回答結果を表 2 に示す。

表 2. 地域枠選抜（平成 20 年）の状況

		度数	%
回答	行なった	15	24.2
	行なわなかった	37	59.7
	予定である	7	11.3
	計	59	95.2
無回答		3	4.8
合計		62	100.0

表によれば、約 1/4 が平成 20 年度において本研究で定義した地域枠選抜を行っており、予定を含めると 1/3 以上が実施または実施を検討していることになる。

3. 選抜方法の状況

各医学部の地域枠選抜その他に対する回答を、医学部の分類別に、かつ設立年代順に記載した結果を、次ページ以降の表 3 に示す。

回答の区分は、1) 行なった、2) 行なわなかった、3) 今年度は行なわなかったが、行なう予定がある、である。なお、名称については、アンケート回答に記入されたものをそのまま用いた。

表3. 62 医学部の地域枠その他の回答

分類	名称	設立年	地域枠 選抜	地域枠外 入試枠	奨学金制度	推薦入試	
私立旧設	東京慈恵会医科大学	1881	2	2	2	2	
	東京女子医科大学	1900	2	2			
	九州大学	1903	2	2	2		
	慶應義塾大学	1917	2	2	2	2	
	東京医科大学	1918	2			1	
	日本大学医学部	1925	2	2	2	1	
	大阪医科大学	1927	2	2	2	2	
	久留米大学	1928	3	2	2	1	
	岩手医科大学	1928	1	2	2	2	
	北海道大学医学部	1933	2	2	2	2	
	昭和大学医学部	1946	3	2			
	岐阜大学	1947	1	2	1	1	
	札幌医科大学	1950	1	2	2	2	
	日本医科大学	1952	2	2	2	2	
	関西医科大学	1952	2	3	3	1	
	私立新設	北里大学医学部	1970	2	2	2	2
		川崎医科大学	1970	2	2	2	1
		杏林大学医学部	1970	2	2		
		聖マリアンナ医科大学	1971	3	2	2	1
帝京大学		1971	2	3	2	2	
兵庫医科大学		1971	2	2	1	2	
自治医科大学		1972					
埼玉医科大学		1972	2	2	3	1	
福岡大学		1972	2	2	2	1	
藤田保健衛生大学		1972	2	2	2	1	
獨協医科大学		1973	2	2	1	1	
東海大学		1974	2	2	3	2	
近畿大学医学部		1974	2	2	2	1	
産業医科大学	1978	2	2	2	1		

*1) 行なった 2) 行なわなかった 3) 今年度は行なわなかったが、行なう予定がある
(平成20年度実績、空欄は無回答)

分類	名称	設立年	地域枠 選抜	地域枠外 入試枠	奨学金制度	推薦入試	
国公立旧設	岡山大学	1870	2	2	2		
	東北大学	1872	2	2	3	1	
	東京大学	1877	2	2	2	2	
	京都大学	1899	2	2	2	2	
	大阪大学	1931	2	2	2	2	
	信州大学	1944		2	1	2	
	鳥取大学医学部	1945	1	3	1	2	
	奈良県立医科大学	1945	2	1	1	2	
	福島県立医科大学	1947	1	1	1	2	
	徳島大学	1948	3	2	1	1	
	大阪市立大学	1948	2	2	2	2	
	群馬大学	1949	2	3	2	1	
	弘前大学	1949	1	2	2	1	
	千葉大学	1949	2	2	2	2	
	金沢大学	1949	1	2	2	2	
	公立大学法人 名古屋市立大学	1950	2	3	2	2	
	横浜市立大学	1952	3	3	2	2	
	広島大学	1953	3	2	2	1	
	山口大学	1964	1	2	1	1	
	神戸大学医学部	1964	2	3	1	1	
	国公立新設	秋田大学	1970	1	1	2	1
		防衛省防衛医科大学校	1973	2	2	2	2
		愛媛大学	1973	1	2	1	1
		浜松医科大学	1974	2	3	1	1
		宮崎大学	1974	1	2	1	1
		筑波大学	1974	3	2	2	1
		島根大学医学部	1975	1	3	2	1
富山大学		1975	2	3	1	1	
高知大学		1976	1	2	1	1	
佐賀大学		1976		1	1		
山梨大学		1978	1	3	1	2	
香川大学医学部		1978	2	2	1	1	
福井大学		1980	1	3	1	1	

*1) 行なった 2) 行なわなかった 3) 今年度は行なわなかったが、行なう予定がある
(平成20年度実績、空欄は無回答)

4. 医学部の分類別の選抜方法の状況

表3を医学部の分類別にまとめたものを、表4に示す。

表4. 医学部分類別の地域枠選抜など入試制度回答の内訳

分類	地域枠選抜			地域枠外入試枠		
	1*	2*	3*	1	2	3
私立旧設 (n=16)	1(6)	11(69)	2(13)	0(0)	14(88)	1(6)
私立新設 (n=13)	0(0)	11(85)	1(8)	0(0)	11(85)	1(8)
国公立旧設 (n=20)	4(20)	11(55)	3(15)	2(10)	12(60)	5(25)
国公立新設 (n=13)	8(62)	4(31)	1(8)	2(15)	7(54)	5(38)

分類	奨学金制度			推薦入試		
	1	2	3	1	2	3
私立旧設 (n=16)	1(6)	11(69)	1(6)	6(38)	7(44)	0(0)
私立新設 (n=13)	2(15)	7(54)	2(15)	7(54)	4(31)	0(0)
国公立旧設 (n=20)	7(35)	11(55)	1(5)	7(35)	11(55)	0(0)
国公立新設 (n=13)	9(69)	5(38)	0(0)	10(77)	3(23)	0(0)

*1)行った 2)行わなかった 3)今年度は行わなかったが、行う予定がある
()内は%を示す. 無回答のため総計が100%にならないことがある

本表において、医学部の分類別の傾向がはっきりした。すなわち、

(1) 全体的傾向

各制度とも概して、私立よりも国公立においてより行われており、また、旧設よりも新設医学部においてより行われていた。あるいは将来の導入にむけての検討が行われていた。

(2) 地域枠選抜

①国公立での導入傾向が私立よりも明らかに強かった。特に国公立新設では、62%が平成20年度において本選抜方法を導入しており、検討中を合わせると70%に上った。

②私立では、大部分が回答「2」つまり導入していないし現時点で予定がないという回答であった。ここで対照的なことは、その中に

あっても、私立においては旧設医学部でむしろ導入あるいは導入を検討している傾向があったことである。

(3) 地域枠外入試枠

地域枠外入試枠を導入しているのは全体で4医学部(6%)であり、導入を検討しているのは12医学部(19%)であった。本研究で定義された「地域枠選抜」以外の入試枠についても、ほぼ地域枠選抜と同様の傾向であった。すなわち、国公立でしかも新設医学部でより多く導入あるいは導入検討されていた。地域枠選抜入試と合わせると、国公立新設医学部については約8割(77%)が、また国公立旧設医学部においても30%がどちらかの選抜方法を導入していることになる。一方、私立医

学部については平成 20 年度で導入しているところはわずか 1 か所 (6%) に過ぎないが、導入を検討しているのは旧設で 19%、新設で 16% に上った。私立医学部については、これからといった状況の可能性はある。

(4) 奨学金制度

奨学金制度については、全体で 19 医学部 (31%) が導入しており、本研究では最も割合が多かった。私立旧設が最も少なく、以下私立新設、国公立旧設、国公立新設の順序に導入が充実していた。この奨学金制度は、アンケート内容にもあるように、卒業後に都道府県内に勤務を条件とする奨学金制度を意味している。私立医学部の設立動機の一つが、開業医子弟の教育と考えられるので、ある意味ではこの傾向は当然かもしれない。

(5) 推薦入試

推薦入試 (内容の指定はなし) は 30 医学部 (48%) で行われていた。推薦入試についてはこれまでの傾向と若干の違いが見られた。すなわち、国公立あるいは私立を問わず、旧設より新設医学部においてより多く実施されていた。私立では半数以上、国公立では 8 割近くが実施していた。新設医学部において、より良い人材を得るために推薦入試が行われているものとみられる。

5. 「地域枠選抜」等学生の卒前教育

「地域枠選抜」等卒業後地域の医療機関で勤務する医師を養成する目的で選抜された学生の卒前教育に関するアンケート結果の抜粋を以下に示す。なお、卒前教育に関しては医学部の種別で明らかな傾向は見られなかったため、62 医学部を一括して解析している。

(1) 早期体験実習

これは医学部・医科大学入学後の早期に地域の医療を体験させることを目的とした、へき地等の診療所や中小の病院等での実習を意味する。この回答結果 (複数回答可) は表 5 のようであった。

① 8 割の医学部で、何らかの早期の地域医療体験実習は行われている。

② 「ア」の回答、つまり正規カリキュラムで全学生に行われている割合は、複数回答を含めると 39.4% と 4 割を占めた。

③ 「地域枠選抜」等の入学学生だけに対して行っているところは 1 医学部しかない。

「ア」との複数回答を合わせてもわずか 2 医

学部である。これは、こうした学生への地域医療に特化したプログラムがまだ提供できていない可能性がある。

表 5. 卒前教育・早期体験実習

回答内容	度数	%
無回答	17	27.4
ア	19	30.6
ア, イ	2	3.2
ア, ウ	1	1.6
ア, エ	2	3.2
イ	3	4.8
ウ	1	1.6
エ	1	1.6
オ	5	8.1
カ	11	17.7
合計	62	100.0

回答項目 (複数回答可)

- ア) 正規のカリキュラムとして、全ての学生でおこなわれている。
- イ) 正規のカリキュラムとして、選択実習などで選んだ学生におこなわれている。
- ウ) 「地域枠選抜」等で入学した学生に対して行なっている (正課外のカリキュラムを含む)。
- エ) 学生の自主的なサークル活動 (学生自治会を含む) などで行なわれている。
- オ) その他
[]
- カ) 知っている限り、学内の学生に対してそのような実習は行なわれていない。

④ 「オ」のその他の自由解答では次のような回答があった。

- A. 1 年次に「施設体験学習」を全ての学生で行っている。「医療科学」を 1～4 年必修として開講している
- B. 医学科進学後の 3 年次に介護施設において介護実習を実施している
- C. 第 2 学年次のうち希望者を対象として、S 病院にて実習を実施している
- D. 平成 21 年度から該当枠選抜者へ実施予定

(2) 継続的体験実習

これは前述の早期体験以降に、へき地等の診療所や中小の病院などにおける保健・医療・福祉などを体験する実習を意味する。回答結果（複数回答可）は以下のようであった。

表 6. 卒前教育・継続的体験実習

回答内容	度数	%
無回答	16	25.8
ア	14	22.6
ア,イ	10	16.1
ア,イ,エ,オ	1	1.6
ア,エ	1	1.6
イ	7	11.3
イ,ウ	2	3.2
イ,エ	1	1.6
イ,エ,オ	1	1.6
ウ	1	1.6
オ	2	3.2
カ	6	9.7
合計	62	100.0

回答項目（複数回答可）

- ア) 正規のカリキュラムとして、全ての学生でおこなわれている。
- イ) 正規のカリキュラムとして、選択実習などで選んだ学生におこなわれている。
- ウ) 「地域枠選抜」等で入学した学生に対して行なっている(正課外のカリキュラムを含む)。
- エ) 学生の自主的なサークル活動(学生自治会を含む)などで行なわれている。
- オ) その他[]
- カ) 知っている限り、学内の学生に対してそのような実習は行なわれていない。

- ① 9割の医学部で、何らかの継続的な地域医療体験実習は行われている。
- ② 「ア」の回答、つまり正規カリキュラムで全学生に行われている割合は、複数回答を含めると 41.9%と 4割を占め、ほぼ早期体験実習と同じであった。
- ③ 「地域枠選抜」等の入学学生だけに対して

行っているところは、やはり 1 医学部しかない。

④ 「オ」のその他の自由解答では次のような回答があった。

- A. 3年次の 1~3 月の 3 ヶ月間、1 ヶ月単位でクリニカルクラークシップを実施しているが、希望によっては教務委員会、教授総会の承認のもと、学外の救急医療現場、地方医療機関、離島医療機関、海外の医療現場への派遣、体験などを大学として支援している
- B. 内科・外科実習の学外実習で全ての学生が何らかの地域病院で実習している。また選択実習でも扱っている。さらに自主的に地域で経験を積んでいる学生もいる。
- C. 平成 21 年度から該当枠選抜者へ実施予定

(3) 「地域枠選抜」等学生へのサポート
上記アンケートへの回答結果を以下に示す(問 21)。

表 7. 「地域枠選抜」等学生のサポート

回答内容	度数	パーセント
無回答	39	62.9
ア	2	3.2
イ	2	3.2
エ	9	14.5
オ	9	14.5
カ	1	1.6
合計	62	100.0

回答項目

- ア) 都道府県ならびに大学も関与した組織があり、活動を行なっている。
- イ) 都道府県が関与する組織があり、活動を行なっている
- ウ) 学生の自主的な組織があり、活動を行なっている。
- エ) 必要性は感じるが、現在対応していない。
- オ) その他[]
- カ) 使命を持って入学した学生であり、特にサポートは必要でないと考えている。

- ① 6割以上で無回答であったがこれは、地域

枠入試等に該当しない医学部が多数を占めるためと思われる。

②「エ」の回答、つまり必要性を感じるものの対応していない（できていない？）9医学部がある。このうち5医学部は平成20年において地域枠選抜を行っており、また他1医学部が地域枠以外の入試選抜を行っていた。逆に、地域枠選抜を行っていた15医学部中何らかのサポートを行っていたのは7医学部（47%）であり、残り6医学部（40%）は必要性を感じるものの対応していないか、必要でないと考えている。そして残り2医学部（13%）は無回答であった（表記載なし）。

国内外の先行事例から、学生が学部時代に地域医療に関する動機付けなどの支援を受けるのは必須と考えられる。既に学生は入学しており、近い将来に支援のためのなんらかの方策が必要になるであろう。

③「オ」のその他の自由解答では次のような回答があった。

- A. サポート組織はない。
- B. 医学教育センターが中心となり、支援・指導を行う。
- C. 医学教育のカリキュラムを担当する教員が対応検討中。
- D. 出身地に近い公的基幹病院の院長、副院長などコアメンバーに「地域担任」としてサポートを依頼、学生には病院を訪れて面談し、レポート提出を義務づけている。本学の地域枠は、質問者の定義に合致していないことを了承して下さい。
- E. 他の学生と同様な指導教員に加え、地域医療教育学講座の教員も指導教員に指名し、対教員及び学生相互に意見交換が行える場を提供している。
- F. 地域医療総合医学講座が主体となり、定期的にミーティング等を行っている。
- G. 特別な組織はないが、鳥取県主催の地域医療セミナー（サマーセミナー、スプリングセミナー）、地域医療フォーラム等についても優先的に案内し、意見交換の場を提供している。また、大学内でも地域で活躍する医師等の意見交換する機会を設けている。
- H. 平成20年10月1日、寄附講座（総合地域医療推進学講座）設置。

6. 地域医療の教育・研究およびロールモデルとしての役割を担う講座の状況

医学部における地域医療の教育・研究およびロールモデルとしての役割を担う講座（総合診療部は除く）のアンケート結果を以下に示す。

表8. 地域医療の教育・研究講座

回答項目	度数	%
無回答	14	22.6
1	20	32.3
2	3	4.8
3	23	37.1
4	2	3.2
合計	62	100.0

回答項目

- 1) ある
- 2) 設立予定である
- 3) ない
- 4) その他

①現在ある、および設立予定を合わせると4割近くになる。しかし一方で、ないと回答した医学部が無回答を合わせるとほぼ6割になることも意味している。

②特記すべきものとして、地域枠選抜を実施している15医学部中9医学部（60%）には上記講座がある。しかしながら、設立予定の7医学部では2医学部（29%）に過ぎず、設立予定もわずか1医学部のみである。

D. 考察

以上の第1部、第2部の結果から考察する。

へき地・医療過疎地における医師不足は、わが国に限らない世界的な問題である²⁹。従って新しいわが国の地域医療の充実を目指した医師養成策について、国内外の知見は有用であることは明白であり、私たちは本研究においてまず国内外の先行事例をレビューした。

まず米国においては、かつてのわが国と同様、奨学金支給とそれによるへき地勤務を義務付ける National Health Service Corps (N

HSC)⁸があった。40年以上にわたる歴史あるプログラムであるが、わが国と同様、その効果には限界があった。したがって、その後述べた Physician Shortage Area Program (PSAP)¹²や WWAMI Program¹⁶という、よりへき地・医療過疎地に特化した、入学時の選抜から開始する施策が出現したと思われる。いずれのプログラムにおいても、以下のことが言える。

①入試選抜においてへき地・非都市部出身の学生を選抜する

PSAP においては州のへき地・小人口地域から、WWAMI においては5州の中でやはり小人口地域の州からの学生を入学させている。わが国においては、非大都市圏の(都)道府県において、地元出身の学生を受け入れるということが、ほぼ相当する施策となるであろう。この点において PSAP や WWAMI は、地域枠選抜の施策を支持する先行事例となっている。

②卒業後にプライマリ・ケアの診療科を選択する

多くの研究で、プライマリ・ケアないし家庭医療医が、小人口地域により分布することが証明されている。入学時の条件とすることが最も望ましいが、学部教育においても地域枠選抜の学生がそうした診療科を選択することを支援することが必要である。

③上記2つのために組まれた学部教育

医学部における地域医療のロールモデルの提供、そして実際に地域での医療に参加型の体験をさせることが有効となる。

また、ノルウェイにおける非都市部での医学部設立策¹⁹は、最近ではオーストラリアやカナダなど諸外国での新しい施策となりつつある。こうした視点からわが国の状況を考えてみる。1950年代の国民皆保険開始と、高度経済成長に付随する医療需要の増加は深刻な医師不足を全国、特にへき地においてもたらした。その後、「1(都道府)県1医大」構想のもと多くの新設医学部が1970年代から設立され、それ以前には46であったものが80に増え、現在に至っている。ここで興味深いことは、この「1(都道府)県1医大」施策は、結果的には小人口県により積極的に医学部を設立したことになる。例をあ

げると、人口600万人の千葉県も、人口60万人の鳥取県も1医学部だからである。

従って、もし各医学部の卒業生の大半が各々の地域に残っていたら、そうした県の医師不足の状況は今よりは改善されていたかもしれない。しかしながら多くの学生が都市部から入学し、卒業とともに出身都市部に帰っていった、明白な事実がある。ノルウェイの University of Tromsø, School of Medicine の事例は、新設医大の多くにとって(図らずも)類似した先行事例と言えるかもしれない。また、先述の WWAMI や PSAP とは違った視点で、地域枠あるいは類する入試選抜方法を支持しているものと考えられる。

次に、わが国における自治医科大学は特記すべき先行事例である。世界的に見ても、へき地医療そして医療過疎地のための医師養成を設立目的とした医学部は極めて少ない。各都道府県から学生を2-3名選抜し、卒後は出身県へ帰ること、義務として山村や離島のへき地に勤務することで地域医療を体験すること、そして多くの地域医療実習プログラムが行われていることは、評価の程度はひとまずおくとしても、上記に述べた先行事例からのエビデンスである①②③に合致しているものであろう。加えて、全学生がへき地医療を目指すことによる Identity の保持、卒業した先輩医師のロールモデルとしての役割なども見逃せない点であろう。

これまでのこうした先行事例からの知見をもとに、私たちは本研究において「地域枠選抜入試」を定義した。この定義を自治医科大学の事例と照合すると、以下のようになる。

1) 都道府県内の高等学校出身者を一般入学試験の定員とは別枠で選抜している

→同一、ただし全てが上述の定員で、別枠でなく「本枠」である

2) 学費について奨学金を貸与する制度がある

→同一、ただしこの制度が入学の必須条件である

3) 卒業後医師として指定の勤務を行なった場合には、奨学金の返還を免除する

→完全に同一

この定義においては、「プライマリ・ケアまたは家庭医療の診療科」は条件に入っていない。自治医科大学の場合は、卒業医師は義務としてプライマリ・ケアを経験する。しか

しながら一般的には、学部に関連する講座が設置されるべきであるが、日本ではいまだに少ない。先行事例として調査した PSAP や WWAMI などでは、Department of Family Medicine つまり家庭医療学講座が医学生をサポートの中心的役割を担っている。が従って今回の調査の要件とはしなかったが、明らかに課題として残るであろう。

また、本研究において「地域枠以外の入試選抜」を定義したが、これは上記の条件1)を除外したものである。加えて「奨学金制度」は米国においては NHSC、そして日本においても（記録には残らないが）広く実施されたにもかかわらず目立った成果をあげなかったかつての「奨学金制度」に相当するものである。さらに、範囲を広げた推薦入試を加え、本研究のアンケート調査では計4種類の入試制度について調べた。

その結果、私たちがこれまでの先行事例から得た「へき地・非都市部での地域での勤務に関連している」因子を反映させた「地域枠」の定義に適合している入試選抜をしていたのは、62 医学部中 13 医学部 (21%) にとどまった。当該医学部のある都道府県出身を条件としない「地域枠外入試枠」でも 4 医学部 (6%) にとどまった。一方で、13 国公立新設医学部中 8 医学部 (62%) が本研究に定義された「地域枠入試」を導入しているのは注目できる。さらなる充実には、地域枠を選択した学生がプライマリ・ケアを卒後のキャリアとして選択するように、学部教育を主体として卒後教育も充実させることを期待したい。さらに、従来の奨学金制度、つまり入学後に単に奨学金の契約で卒業後にへき地など非都市部勤務を義務付ける制度は、効果が出ないことが事実上明らかである。より効果的な制度にシフトしていくべきである。

今回、私たちが「地域枠入試」の定義に入れなかった学部でのプライマリ・ケア（あるいは地域医療や家庭医療）に関する教育は、講座の設置やサポートを含め、別項目で質問した。既述のごとく、内外の先行事例からは重要であると考えたものの、わが国ではいまだそうした学部教育が一般的になっていないためである。

その結果、8割の医学部で地域医療体験実習が行われていた。しかし一方で、研究分担

者らの研究によれば、海外で実際に効果的と思われる数か月のプログラムを行っている国内の医学部はなく、そのほとんどが数日の短いものであった。本研究では、詳細な情報までは得られなかったが内容について将来的に検討することが必要である。

また、「地域枠」入学生が学部、あるいは卒後において支援を受けられる施策が必要である。現状ではこの点についてはまだまだで、これからこうした入試枠制度が普及するに従って整備されるべきで、これからの課題と考える。

E. 結論

今回私たちは、医学部の地域枠入試に資する国内外の先行事例を検討した。その結果、地域枠に関して3つの条件を定義し、平成20年度における地域枠の導入、そしてその他の地域医療医師確保のための入試方法について全国80医学部にアンケート調査を行った。その結果、62医学部(78%)から回答を得た。定義された地域枠入試を行っていたのは15医学部(24%)で、それ以外の「地域枠外」入試枠を行っていたのは4医学部(6%)であった。一方で従来の推薦入試を行っていたのは30医学部(48%)に上った。

定義された地域枠入試の導入は現時点では少なかった。一方で、いまだに奨学金制度が最も多い施策であった。内外の知見、特に自治医科大学のシステムを十分に消化したと考えられる地域枠が導入されるべきである。より良い地域枠入試の運営に向けて、満たされるべき要件の提示とそれに基づいた入試枠や学生支援が必要と考える。

引用文献

1. 医学部「地域枠」広まる 地元学生で医師不足解消を狙う. Asahi Shimubun Company, 2007. (Accessed 3-21, 2009, at <http://www.asahi.com/edu/university/zennyu/TKY200712170192.html>.)
2. 地域医療に関する関係省庁連絡会議. 新医師確保総合対策. In. Tokyo; 2006.
3. 医学部に地域勤務枠…全国250人、授業料を免除. Yomiuri Onlie (読売新聞), 2007. (Accessed 03-20, 2009, at http://www.yomiuri.co.jp/iryuu/news/iryuu_news/2007)

0513ik01.htm.)

4. Inoue K, Hirayama Y, Igarashi M. A medical school for rural areas. *Medical Education* 1997;31:430-4.
5. 野口都美, 井上和男. 医師の偏在に関する分析 1990年から2000年までの医師調査から. *へき地・離島救急医療研究会誌* 2008;9:62-5.
6. Matsumoto M, Inoue K, Kajii E. Long-term effect of the home prefecture recruiting scheme of Jichi Medical University, Japan. *Rural Remote Health* 2008;8:930.
7. Takayashiki A, Inoue K, Okayama M, Nakamura Y, Matsumoto M, Otaki J, Kajii E. Primary care education for undergraduate students in Japan: is it enough to increase student interest in and career preference for primary care? *Education for Primary Care* 2007;18:156-64.
8. National Health Service Corps. Health Resources and Services Administration, 2009. (Accessed 3-21, 2009, at <http://nhs.c.hrsa.gov/index.asp>.)
9. Pathman DE, Konrad TR, Ricketts TCd. The comparative retention of National Health Service Corps and other rural physicians. Results of a 9-year follow-up study. *JAMA* 1992;268:1552-8.
10. Pathman DE, Konrad TR, Ricketts TCr. The National Health Service Corps experience for rural physicians in the late 1980s. *JAMA* 1994;272:1341-8.
11. Weaver DL. The National Health Service Corps: a partner in rural medical education. *Acad Med* 1990;65:S43-4.
12. Physician Shortage Area Program. Thomas Jefferson University, 2009. (Accessed 03-22, 2009, at <http://www.jefferson.edu/psap/>.)
13. Rabinowitz HK. Evaluation of a selective medical school admissions policy to increase the number of family physicians in rural and underserved areas. *New England Journal of Medicine* 1988;319:480-6.
14. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Rabinowitz C. Long-term retention of graduates from a program to increase the supply of rural family physicians. *Academic Medicine* 2005;80:728-32.
15. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Hazelwood CE. A program to increase the number of family physicians in rural and underserved areas: impact after 22 years. *JAMA* 1999;281:255-60.
16. WWAMI University of Washington, 2009. (Accessed 03-22, 2009, at <http://uwmedicine.washington.edu/Education/WWAMI/>.)
17. Schwarz MR. Medical education and medical care. Underserved areas. WAMI: a concept of regionalized medical education. *Journal of Medical Education* 1973;48:116-8.
18. Schwarz MR, Flahault D. The WAMI programme, University of Washington School of Medicine, Seattle, Wa, United States of America: decentralizing medical education. *Public Health Papers* 1978;70:229-50.
19. University of Tromsø 2009. (Accessed 03-22, 2009, at <http://www2.uit.no/www/innenglish>.)
20. Magnus JH, Tollan A. Rural doctor recruitment: does medical education in rural districts recruit doctors to rural areas? *Medical Education* 1993;27:250-3.
21. 学校法人自治医科大学, 2009. (Accessed 03-22, 2009, at <http://www.jichi.ac.jp/>.)
22. Inoue K, Matsumoto M, Sawada T. Evaluation of a medical school for rural doctors. *Journal of Rural Health* 2007;23:183-7.
23. Kamien M. Undergraduate rural incentives program. Assisting medical schools to help solve the shortage of rural doctors. *Medical Journal of Australia* 1995;162:228-9.
24. WONCA Workin Party on Rural Practice. Policy on rural practice and rural health. Victoria: Monash University School of Rural Health; 2001.
25. Rolfe IE, Pearson SA, O'Connell DL, Dickinson JA. Finding solutions to the rural doctor shortage: the roles of selection versus undergraduate medical education at Newcastle. *Australian & New Zealand Journal of Medicine* 1995;25:512-7.

26. Rosenblatt RA, Whitcomb ME, Cullen TJ, Lishner DM, Hart LG. Which medical schools produce rural physicians? JAMA 1992; 268:1559-65.

27. Dorner FH, Burr RM, Tucker SL. Hospital market share: the declining share of small players in the market. Health Care Management Review 1990;15:11-5.

28. Frenzen PD. The increasing supply of physicians in US urban and rural areas, 1975 to 1988. American Journal of Public Health 1991;81:1141-7.

29. 9th WONCA Rural Health World 2009 Conference. University of Crete 2009. (Accessed 03-22, 2009, at <http://www.ruralwonca2009.org/>.)

G. 研究発表

1. 論文発表
該当なし

2. 学会発表
該当なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

平成 20 年 12 月 10 日

医学部長・医科大学学長 様
(入学試験・卒前カリキュラム・卒後研修プログラム担当課)

厚生労働科学研究「現状に即したへき地等の保健医療を
構築する方策および評価指標に関する研究」班
[主任研究者 鈴木正之(自治医科大学救急医学教授)]

平成 20 年度厚生労働科学研究への協力について (お願い)

拝啓 時下ますますご健勝のこととお慶び申し上げます。

私たちは、平成 20 年度から 2 年間にわたり、へき地・離島において現在行なわれている保健医療対策を評価するための指標について検討することとしております。

これまで、平成 17 年度から 19 年度にかけて、厚生労働科学研究「持続可能なへき地等における保健医療を実現する方策に関する研究」班 [主任研究者 鈴木正之] において、へき地・離島の保健医療の向上を目的として研究を行ない、へき地・離島に赴任する医師の増加を目的とした「へき地・離島の保健医療サービスを担う医師の研鑽等のための『へき地・離島医療マニュアル』(平成 17 年度)、「都道府県へき地・離島保健医療計画策定に向けての事例集(平成 18 年度版)」、へき地・離島の保健医療のガイドラインとして「へき地・離島の保健医療のあるべき姿(平成 19 年度版)」を公表しております。

今年度の研究事業として、へき地や医師が不足している地域に勤務する医師を増加させる目的で行なわれている医学部・医科大学の「地域枠選抜」について調査を行なうことと致しました。

なお、今回の調査は、現在「地域枠選抜」を行なっている医学部・医科大学に限らず、全ての医学部・医科大学を対象としております。

つきましては、お忙しいところ恐縮ですが、別添の調査用紙にご回答いただきますようお願い申し上げます。

調査内容照会先
東京大学大学院医学研究科公衆衛生学
(担当：井上和男)

〒113-0033 東京都文京区本郷 7-3-1
Tel:03-5841-3491 Fax:03-3816-4751
E-mail: kazuoinoue-dm@umin.a.jp

医学部・医科大学学生の「地域枠選抜」に関するアンケート調査の概要

1. 調査の目的

全国の医学部・医科大学のいわゆる「地域枠選抜」の現状および新医師臨床研修制度を受けて卒前・卒後教育における総合診療を指向した教育カリキュラム・研修プログラムの実態について「地域枠選抜」の実施との関連等も含めて調査を行ない、現状に即したへき地等の保健医療を構築する方策の立案に資することを目的としています。

2. 調査の対象

全ての医学部・医科大学の入学試験・卒前カリキュラム・卒後研修プログラムの担当者おそらくそれぞれ担当しておられる部署があると思われますので、回覧等によりとりまとめてご回答いただければ幸いです。

3. 調査票への記入

調査票にそれぞれ直接ご記入ください。選択肢の設問はそのまま番号に○をつけてください。

4. 調査日

平成20年4月1日現在の状況についてご回答ください。

5. 調査票の取り扱い

調査内容の分析、結果の取りまとめ等は全て匿名で行います。ただし、公表されている定員枠や特徴などの客観的データについては、特定できる形で取りまとめる可能性があります。

6. 調査票の回収

各部署からの回答を取りまとめ、平成20年12月31日(水)までに下記の事務局にご返送ください。

7. 調査の実施主体及び調査結果の取りまとめ

本調査は、厚生労働科学研究「現状に即したへき地等の保健医療を構築する方策および評価指標に関する研究」班(主任研究者：鈴木正之(自治医科大学救急医学教室教授))で実施するものです。厚生労働科学研究「現状に即したへき地等の保健医療を構築する方策および評価指標に関する研究」班は、調査結果を取りまとめて、報告書を作成します。

8. 調査票の返送先および調査内容の照会先

「現状に即したへき地等の保健医療を構築する方策および評価指標に関する研究」班
「地域枠選抜に関する調査」事務局
東京大学大学院医学研究科公衆衛生学(担当：井上和男)
〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1
Tel:03-5841-3491 FAX:03-3816-4751 E-mail: kazuoinoue-dm@umin.a.jp

地域の保健医療対策に関するアンケート調査

- A. 大学・医科大学名： _____
- B. 回答者のご所属・お名前： ご所属 _____ 職名 _____
お名前 _____
- ご回答について問合せをさせていただく場合があります。
ご連絡がとれるメールアドレスをご記入ください。
E-mail address : _____
- C. 医師養成課程(医学部)の入学定員： _____ 名 (増やす前の定員)
- D. 大学・医科大学全体(4年制・昼間部、短期大学・大学院を除く)の入学定員： _____ 名
- E. 平成20年度の医師養成課程(医学部)の入学者数： _____ 名
- F. 平成20年度の大学・医科大学全体(4年制・昼間部、短期大学・大学院を除く)の入学者数： _____ 名
- G. 医学部以外の学部の数： _____
- H. 医学部・医科大学が設立された年： 明治・大正・昭和 ()年 西暦()年

【入学者選抜】

以下において「地域枠選抜」とは、1) 都道府県内の高等学校出身者など地元(ゆかり)のある入学生を一般入学試験の定員とは別枠で選抜していること、2) 学費の大部分(場合によってはその他の費用を含む)について奨学金を貸与する制度があること、3) 卒業後、医師として指定の勤務を一定期間行なった場合には、奨学金の返還を免除すること、の3つのポイントを満たすものを指します。

なお、入学者選抜に関しては、下記にご回答いただくとともに、平成20年度入学試験要項のような資料がありましたら、調査用紙と一緒にご返送いただければ幸いです。

1. 貴医学部・医科大学の平成20年度の入学選抜において、「地域枠選抜」は行なわれましたか。
- 1) 行なった。
 - 2) 行なわなかった。
 - 3) 今年度は行なわなかったが、行なう予定がある。
その場合、予定されている年度が決まっていればご記入ください。平成()年度
また、その際の募集定員が決まっていればご記入ください。()名