

医学部入試の変遷と今後の方向

要旨

戦後、1949年の学制改革で新制大学が発足して以降、大学入試において常に医学部医学科（以下、「医学部」）は最難関であった。しかし、入試の中身をみると、教科試験中心だった入試から面接が重視されるようになり、共通一次試験導入で教科数が絞り込まれた個別（2次）試験は、近年は教科数が増加し、重視されるようになった。さらに、「地域枠」や「特定診療科枠」といった受験生の出身地を限定したり、入学時点で将来の進路の決定をせまったりする入試方式も生まれている。医学部入試の変遷を辿るとともに、今後予定されている大学入試改革で医学部入試が受ける影響についても言及したい。

石原 賢一



〔日内会誌 104：2490～2497, 2015〕

Key words 入試制度, 入学定員, 難易度, 入試改革

はじめに

医学部入試について、新制大学が発足してから共通一次試験が導入されるまでの期間（1949～1978年）、共通一次試験が実施されていた期間（1979～1989年）、現行の大学入試センター試験が実施されている期間（1990～2020年）に分けて入試の変遷を見ていくとともに、最後に2020年（2021年4月大学入学生）から導入が予定されている新しい大学入試制度の概要とその影響について述べていくことにする。

1. センター試験導入以前の医学部入試

1) 戦後の医学部入学定員の推移

現在80大学に設置されている医学部は、大き

く分けると「旧帝大」「旧制医科大学」「旧制医科専門学校」「新設国公立医科大」「新設私立医科大」の5つに分けられる。その設立の経緯を追ってみると、研究・教育を優先する旧帝大が、他の医師養成機関に教授陣を送り込む形をつくり上げ、統制したことがわかる。それに対し、臨床重視をうたって、現在の慶應義塾大、東京慈恵会医科大、日本医科大が設立されるが、戦前に大学として認可された私立医科大はこの3校にとどまった。

軍備増強と領土拡大の流れの中で、臨床医不足に直面した政府は、太平洋戦争終結までの間に、短期間で臨床医を養成する多数の医科専門学校（以下、「医専」）を設立した。戦後、1947年に教育基本法と学校教育法が公布されると、一定の条件を満たした医専は新制大学に昇格し、順次廃止された。これで、形式上は旧帝大・

学校法人駿河台学園 駿台教育研究所 進学情報センター

Medical Education Up-to-Date. Topics : 1. The history and the future direction of medical school admissions.

Kenichi Ishihara : School Corporation Surugadaigakuen Sundai Institute of Education Admissions Information Center, Japan.

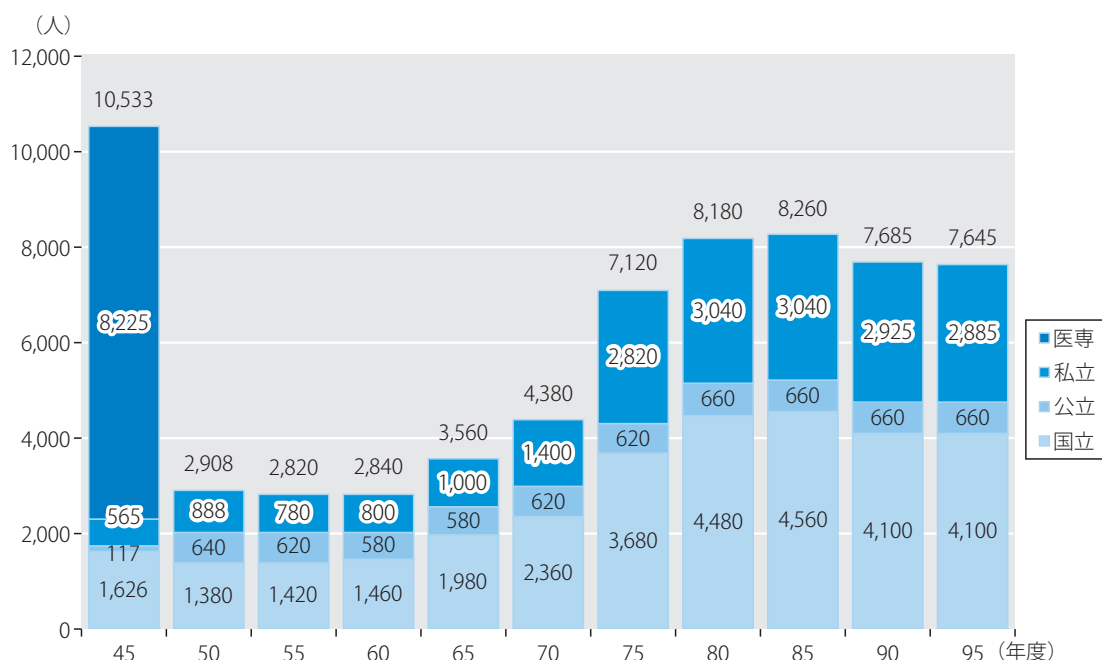


図1 医学部入学定員の推移（1945年度～1995年度）
 ※防衛医科大学校は含まない。1945年度の医専は入学者数。

旧制医科大学と同等の「大学」になったわけだ。

図1は、1945～1995年の医学部の入学定員の推移を示したグラフである。1945年には、旧制医科大学、医専を合計した入学定員は10,533人にも達しており、医専がその78%を占めていた。これらを整理して、1952年には、46の新製の医科大学、医学部（当時の設置別で国立19大学、公立14大学、私立13大学）に再編されたが、この当時の入学定員2,820人は1960年代末まで大きくは変わらなかった。

その後、高度成長期を迎えると、地域医療拡充を目指し、「1県1医大」「人口10万人に医師150人」の掛け声とともに医学部の新設が相次ぐ。まず、1970年に国立の秋田大に医学部が新設され、その後は私立の医学部の新設ラッシュとなり、1979年に新設された産業医科大まで16校となった。しかし、当時の医学部未設置県（16県）に設置されたのは栃木県2校（自治医科大、獨協医科大）、埼玉県1校（埼玉医科大）

に過ぎなかった。このため、医学部未設置県からの国立大医学部設置の要求はますます強くなっていった。これに応えるために、政府は附属病院の基準緩和や、「医学部未設置県解消」を予算に盛り込み、1973年以降に医学部未設置県を中心に国立大医学部の新設ラッシュが始まった。「1県1医大構想」により、17校が新設され、医学部のない県はなくなった。

また、既設の医学部の定員を当初の60人から1971年に100人程度まで引き上げ、その後、さらに120人まで上限が拡大された。この結果、医学部の入学定員は1952年度を100とする指数で見ると、1965年が126、1970年が155、1975年が252、1980年が290と増加し、1984年に8,280人のピークを迎えることになった。大学数が1.7倍、入学定員も3倍近く増加し、受験生には一気に門戸が広がったことで、「医学部ブーム」が起きた。

2) 1期校・2期校時代の医学部入試

この時代には、現在のように理系の成績上位者の多くが医学部志望者で占められるといった状況ではなく、東大や京大といった旧帝大レベルの理工系学部志望者との間で棲み分けができていた。高度成長期の真っ只中であり、地方から大都市へという志向は現在とは比較できないほど強く、難関大を卒業すれば都市部の有力企業への就職が約束されていた。それを越えて、将来医師という厳しい職業に就こうとする受験生は、それなりの覚悟をもって医学部にチャレンジしていたといえる。

1979年の共通一次試験導入までは、国立大は1期校、2期校の2つのグループで入試を実施し、公立大もこれに準じた日程で入試を実施していた。1978年の1期校、2期校の医学部の募集人員比率を見ると、約4分の3を1期校が占めており、特に近畿は2期校の医学部が1校もないなど、システマ的には2大学の受験が可能といってもかなりの制約があった。このため、合格の可能性の高い大学を求めて受験生が全国的に移動するという医学部入試特有の状況が生まれた。

また、入試は国公立大が国語、社会、数学、理科、外国語という5教科型（一部の大学で社会が不要の4教科型）、私立大が数学、理科、外国語の3教科型が中心だった。面接は私立大が中心で、国公立大では筑波大、福島県立医科大、横浜市立大、和歌山県立医科大などごくわずかだった。医学部志望者の目的意識がはっきりとしていた時代だったので、学力重視の入試で事が足りていたといえる。

3) 共通一次試験導入後の医学部入試

1979年から共通一次試験が導入され、国公立大の入試日程の一本化が図られた。5教科7科目（1,000点満点）の共通一次試験と各大学の2次試験の2本立てとなり、国公立大入試の負担が重くなった。これにより、国公立大離れと私立

大の難化現象が起きたが、医学部でも国公立大が1校受験となったことで志願者数が減少し、弘前大（前年度14.1倍→2.1倍（以下同じ））、東京医科歯科大（18.8倍→2.3倍）、信州大（7.1倍→2.4倍）、山口大（9.7倍→2.7倍）、鹿児島大（5.1倍→1.9倍）など、旧2期校を中心に志願倍率がダウンし、間口が広がった。特に1979年は、過去のデータがなく、合格目標ラインが把握できないことから、全国的に極端に弱気な志願動向となった。共通一次試験の成績で2次試験の受験者を絞り込む2段階選抜も導入され、この門前払いのリスクを回避したことも、慎重な出願につながった。これは、私立大にも影響し、志願者数は前年度並か減少した大学が目立った。2次試験の科目は東京大など一部を除き、数学、理科、外国語の3教科以下に軽減されたが、中でも筑波大、岐阜大、佐賀医科大は2次試験で教科試験がなく、共通一次試験で高得点をとった文系志望者が合格するといった事例も起きた。

1987年はA・B日程連続方式導入による受験機会の複数化、共通一次試験の科目数の負担軽減（理科、社会の選択科目数をそれぞれ2科目から1科目に減らし、5教科6科目（800点満点）とする）、共通一次試験受験前に2次出願を行う「事前出願」といった国公立大学の人気回復を目的に大きな入試改革が行われた。狙い通りに国公立大志願者数は前年の2.1倍に増加したが、2段階選抜による門前払いは全体でのべ10万人近くにも達し、大きな社会問題となった。医学部でも、千葉大（2.7倍→9.5倍）、東大理三（4.0倍→8.9倍）、東京医科歯科大（3.4倍→7.6倍）など、西日本の受験生が地元のA日程の難関大からの併願先として出願した東日本のB日程難関大の志願倍率が大きくアップした。

共通一次試験最後の年だった1989年には、物理と生物において事前予告もなしに、乱暴ともいえる方法での「得点のかさ上げ」が行われ、大混乱があった。また、この年には現在の国公

立大の一般的な入試方式である前期と後期に募集人員を分割して2回入試を行う「分離分割方式」が導入されたが、医学部で採用したのは、京都大、大阪大、神戸大、広島大の4大学のみだった。毎年のように国公立大は入試制度が変化し「猫の目入試」といわれ、これを嫌って全体では志願者数が減少したが、医学部の人気に大きな変化はなかった。一方で、私立大は医学部全体の入学定員が抑制される中で、国公立大からの併願先として狙われて20%近く増加した。

2. 大学入試センター試験導入後から 現在までの医学部入試

1) 入試制度の変遷

1990年からそれまでの共通一次試験に代わって、大学入試センター試験（以下、「センター試験」）が導入された。従来の国公立大中心で画一的な利用から、特定科目のみを利用するアラカルト方式や私立大の参加などにより、時間割や試験時間が大きく変わった。また、従来の2次試験は一部の大学を除いて個別学力検査（以下、「個別試験」）と呼ばれるようになった。

国公立大学では分離分割方式が年々拡大し、医学部においても1997年に全国公立大が分離分割方式に統一され、「第1志望は必ず前期、後期は敗者復活」というシステムが確立された。また、医師の人数が過剰になると予想されたことから、医学部の入学定員が削減され、ピーク時の1984年の8,280人から2005年には7,625人と8%削減され、受験生にとっては間口が狭まり、厳しい入試となった。

2004年には、ゆとり教育への反省から国立大はセンター試験で5教科7科目（900点満点）を課すことになり、医学部でも理科が1科目から2科目に負担増となった。さらに、2006年の時間割変更で、物理、化学、生物の3科目受験可能となったことで、「医学部教育には生物の知識

が必要」ということから京都大、大阪大、佐賀大、京都府立医科大、大阪市立大の5大学がセンター試験で理科3科目を課し、北海道大もセンター試験と個別試験を併せて理科3科目が必要となった。その後、2008年に旭川医科大と奈良県立医科大、2009年に徳島大も理科3科目を課したが、高校のカリキュラムとの整合性にも問題があり、2009年に大阪大がもとの理科2科目に戻したのを皮切りに、2012年の時間割変更で理科3科目選択が不可能になったこともあって、2015年からは九州大が唯一センター試験と個別試験を併せて理科3科目を課しているだけとなっている。

2008年に抑制されていた医学部の入学定員が、再び増員されることになった。地域医療や特定の診療科に従事する医師の不足に対応するもので、[図2](#)のグラフに示したように2015年までに1,509人、20%近くも増員され、この入学定員の増員が医学部志望者の増加の一因となっている。しかし、増員の主目的が地域医療に従事する医師の確保ということから、いわゆる「地域枠等」の募集人員が多くを占めている。地域枠等とは、地元出身者のための地域枠に加えて、出身地にとらわれずに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ものも含まれている。1977年に札幌医科大と兵庫医科大の2大学11人で始まった地域枠等は2014年には68大学1,452人と全体の16%を占めるまでに拡大している。一般的に、地域枠等の入学枠は一般枠よりも合格ラインが低く、センター試験で7割程度の得点率でも合格しているケースもある。受験生の地元志向が強まっている中、将来にわたって地元で継続可能な堅実な職業として医師の人気が高いことに加えて、地域枠等を上手く使えば旧帝大の理工系学部よりも低いセンター試験の得点で合格できることも地方での医学部人気に拍車をかけている。

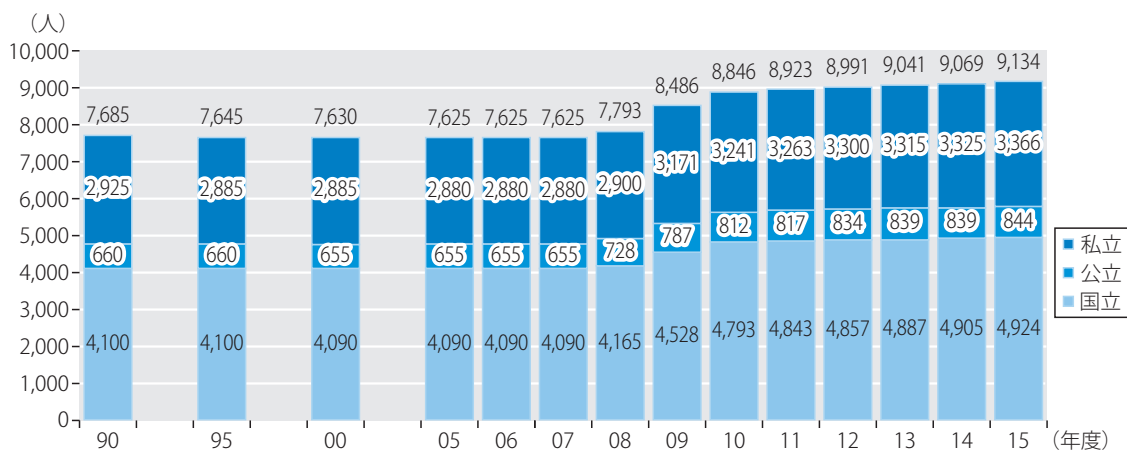


図2 医学部入学定員の推移（1990年度～2015年度）
※防衛医科大学校は含まない。

一方で、地元大に地域枠等の設定が少ない首都圏などの都市部では、地方国公立大の一般枠の募集人員が減少していることで、以前よりも厳しい入試となっている。これに、自宅通学を望む都市部の受験生気質も加わり、近年の首都圏の私立大の志願者数増加が顕著である。さらに、2007年の順天堂大以降、2013年に昭和大、東邦大、2014年に帝京大、2015年に東海大が学費の値下げを行ったことも私立大人気を加速することになった。

医学部入試における面接の比重が増している。2016年に面接を行わない大学は、国立大の東京大・理三（前期）、九州大（前期）、私立大の近畿大（一般後期、C方式＜センター利用＞後期）のみで、事実上面接は必須となっている。かつては、医学部志望者は医師になることへの強い決意をもってしたが、地元志向や職業として将来の安定性を求めるといった目先の利益、単に成績がよいからといった医師の厳しさを自覚できていない志望者が増えている。これに対して、各大学は医師としての適性があるか否かをしっかりと見極めようとしている。さらに、より綿密な面接を実施するために、国公立大では第1段階選抜の予告倍率を厳しくして、個別試験

受験者数を絞り込もうという動きもみられる。

また、個別試験重視も大きな流れになっている。信州大（前期）の個別試験の入試科目は2013年までは数学のみだったが、2014年に英語、2015年に理科（化学）1科目を加えて、ついに2016年には数学、理科2科目、英語の3教科入試になる。個別試験で国語を課すのは東京大のみだったが、京都大、名古屋大、山形大に拡大している。センター試験レベルを超えた高度な知識を幅広い分野にわたって備えていることが、高度な医療を担う現在の医師にとって不可欠であると考えられていることがわかる。

2) 模試に見る成績レベルと難易度の変化

(1) 志望者数と平均偏差値

図3のグラフは第1回駿台全国模試（例年5月下旬～6月上旬に実施される難関大志望者対象のハイレベル模試）において、棒グラフが医学部を第1志望とした志望者数を「2006年を100とした指数」で表したもので、折れ線グラフがその医学部志望者の平均偏差値を表している。2008年から増員が始まったが、私立大はその後増加が継続し、2015年の指数は149となっている。一方で、国公立大は科目負担が大きいこと

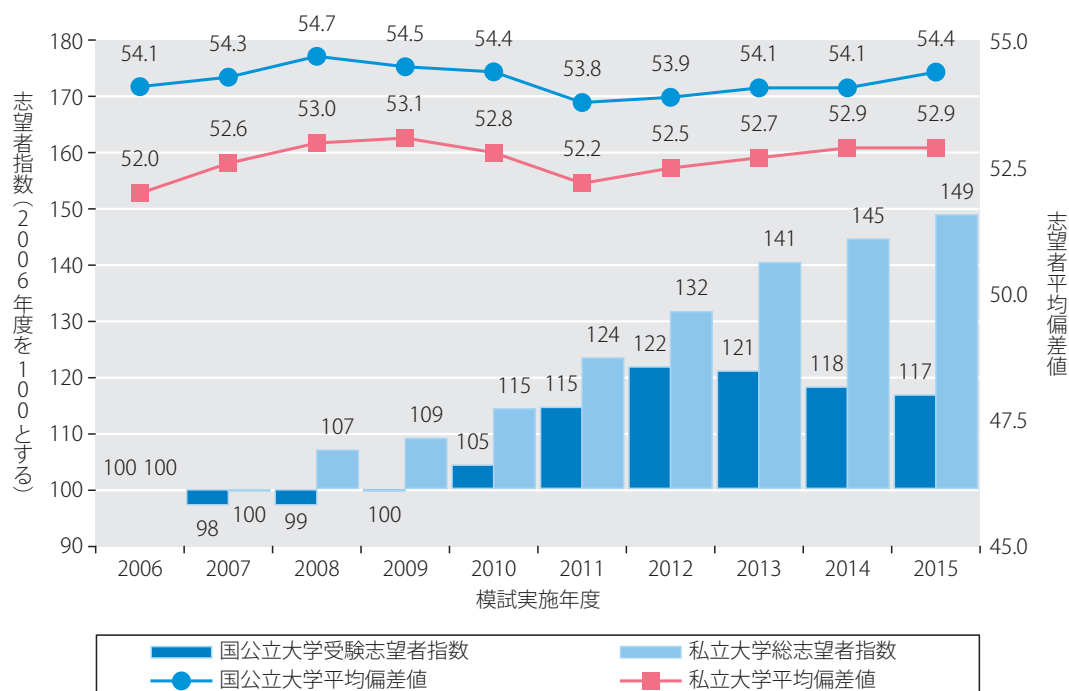


図3 駿台全国模試に見る医学部志望者数および成績推移

で低学年からの対策が必要なためやや遅れて、2010年から志望者数が増加したが、2012年をピークにわずかだが減少に転じている。これは先にも述べたように国公立大が地域枠等で志望に対する縛りが強くなっていることにより、首都圏など都市部の受験生が敬遠しているからである。また、平均偏差値は、国公立大、私立大ともに志望者の増加に反比例してダウンしたが、2011年以降はアップしており、受験生全体の中で成績上位層が医学部を志望していることがわかる。

(2) A判定ライン偏差値の推移

表1は第2回駿台全国模試(例年9月下旬~10月上旬に実施される難関大志望者対象のハイレベル模試)のA判定ラインのセンター試験が導入された1990年と2014年を比較したものである。国公立大の平均では4.9ポイント、私立大の平均では10.0ポイントアップしており、この25年間で医学部の難化がよくわかる。国公立大

では山梨大は後期のみ募集で他大学前期からの併願先と狙われていることで+9ポイントの大きなアップとなっている。+8ポイント、+7ポイントだった8大学を見ると旧制医専の大学が5大学を占めており、臨床医の育成を長年担ってきた大学のレベルアップが顕著だ。一方で、もともと難易度が高いこともあって、東京大、京都大、大阪大、千葉大、岡山大、熊本大といった旧帝大、旧制医科大学のアップ幅は小さい。昨今の受験生気質で無理に難関大を狙わないという傾向も影響している。このような状況で、医学部の中での難易の差が縮まっており、まさしく息の抜けない医学部入試となっている。私立大は国公立大学以上にレベルアップが目立っている。かつては国公立大との併願ができない入試日程だった東京慈恵会医科大学が+17ポイントの大幅にアップとなっているのは特別なケースとしても、+10ポイント以上アップした中に新設医科大学が13校含まれており、下位大学の

表1 駿台全国模試にみる医学部A判定ライン偏差値の変化（2014年～1990年）

偏差値差 (2014年～1990年)	国公立大	私立大
+17		東京慈恵会医科大
?		
+13		杏林大, 順天堂大, 帝京大, 東海大, 愛知医科大, 藤田保健衛生大
+12		金沢医科大
+11		北里大, 東邦大, 聖マリアンナ医科大
+10		獨協医科大, 埼玉医科大, 東京医科大, 日本大, 大阪医科大, 近畿大, 川崎医科大, 福岡大
+9	山梨大	岩手医科大, 自治医科大, 東京女子医科大, 関西医科大
+8	筑波大, 信州大, 奈良県立医科大	日本医科大
+7	岐阜大, 香川大, 長崎大, 札幌医科大, 和歌山県立医科大	兵庫医科大, 久留米大
+6	東北大, 浜松医科大, 名古屋大, 神戸大, 愛媛大, 琉球大, 大阪市立大	慶應義塾大
+5	北海道大, 弘前大, 群馬大, 東京医科歯科大, 富山大, 三重大, 広島大, 九州大, 佐賀大, 大分大, 宮崎大, 横浜市立大	昭和大
+4	新潟大, 金沢大, 福井大, 鳥取大, 山口大, 徳島大, 高知大, 鹿児島大, 福島県立医科大, 名古屋市立大, 京都府立医科大	
+3	千葉大, 東京大(理科三類), 滋賀医科大, 大阪大, 島根大, 岡山大, 熊本大	
+2	旭川医科大, 山形大, 京都大	
+1		
±0	秋田大	産業医科大

※第2回駿台全国模試におけるA判定（合格可能性80%）ラインの変化

※国公立大は、分離分割方式では前期、但し2014年度の山梨大は前期がないので後期で比較

※私立大は、一般方式（産業医科大はセンター利用方式のみなので、センター利用方式）

※地域枠、特定診療枠でない一般枠での数値

レベルアップがやはり顕著で国公立大同様、非常に厳しい入試となっている。

3. 医学部入試の今後

中央教育審議会は、2014年12月に「新しい時代にふさわしい高大接続の実現に向けた高等学校教育、大学教育、大学入学者選抜の一体的改革について」という答申を文部科学大臣に提出した。これによると、現行の大学入試センター試験は2020年1月で終止符を打ち、2020年4

月に高校3年となる現在の中学1年から新しい大学入試が始まることになる。

この新しい入試システムの概要は、表2に示したように、「①知識、技能」「②思考力・判断力・表現力等」「③主体性・多様性・協働性」という三要素を「ア. 大学入学希望者学力評価テスト（以下、「評価テスト」）」「イ. 記述・論述式問題」「ウ. 高校時代の学習・活動」「エ. エッセイ、大学入学希望理由書、学修計画書」「オ. 面接、集団討論、プレゼンテーション」といったものを使って評価していくというものである。

表2 新しい大学入試の概要

ア 大学入学希望者学力評価テスト(仮称)	右の三要素を左のような方法で評価	①知識, 技能
イ 記述・論述式問題(自分の考えに基づき論を立てて記述する形式の学力評価等)		②思考力・判断力・表現力等 ※知識, 技能を活用して, 自ら課題を発見し, その解決に向けて探求し, 成果等を表現するために必要な思考力・判断力・表現力等の能力
ウ 高校時代の学習・活動 ・調査書(高等学校基礎学力テスト(仮称)の結果を含む) ・活動報告書(ボランティア・部活動等) ・各種大会や顕彰等の記録 ・資格・検定試験 ・推薦書等		③主体性・多様性・協働性 ※主体性を持ち, 多様な人々と協働しつつ学習する態度
エ エッセイ, 大学入学希望理由書, 学修計画書		
オ 面接, 集団討論, プレゼンテーション		

具体的には、点数から段階評価となる評価テストの結果で出願資格を得た大学に出願し、より専門性が高まった記述式や論述式で出題される個別試験を受験し、あわせて調査書や志望理由書などの内容も評価し、面接や集団討論などで受験生の適性を見るというものだ。これは、まさに現状の医学部入試そのものではないだろうか？ 今回の大学入試改革には、センター試験の得点を中心に志望大学の選択、入試での選抜が行われ、受験生個々の資質や適性があまり考慮されていないことへの反省がある。実は、センター試験導入以来25年間、医学部が試行錯誤の中で作ってきた入試形態が他学部の入試にも適用されるということである。したがって、医学部志望者にとっては特に新しい対策や心構えが必要なわけではない。むしろ1点刻みの得点を争うセンター試験がなくなるので、じっくりと個別試験対策や将来に対する設計図を描くことができるのではないだろうか。確かに、医学部志望者以外には大改革なので慌てる部分もあるかもしれないが、医学部志望者にとっては現状の入試の延長線上にあるもので、何も恐れるも

のではない。もちろん今後の文部科学省などからの発表には注意することは必要だが、最も影響を受けにくい学部系統の志望者として、地に足がついた対策をしっかりと行ってもらいたい。

まとめ

医学部入試の変遷と現状および2020年以降の新しい大学入試についてまとめてみた。恐らく、これを読まれる方はご子息が医学部を目指しているという保護者の立場の方が多いのではないと思う。医学部合格には今も昔も高い学力は必須であるが、現在はそれに加えて、なぜ医学部、医師を目指すのかという強い思いを持ち、それを語るコミュニケーション能力が要求されている。そのために保護者として何ができるか？ そのあたりを考えるきっかけにもしていただければと思う。

著者のCOI (conflicts of interest) 開示：本論文発表内容に関連して特に申告なし