

## 第二次中間取りまとめ

2024（令和6）年6月  
今後の医学教育の在り方に関する検討会

### はじめに

- 本検討会では、2023（令和5）年5月以降、我が国の大学病院が抱える様々な課題とこれらへの対応策を中心に広範な検討を行い、同年9月に、中間取りまとめを示したところである。その後、2024（令和6）年1月より、今後の医学教育・研究の在り方を中心として、有識者ヒアリングや委員間での審議を重ねてきた。
- この間、国においては、中間取りまとめを踏まえ、各大学病院が自院の運営、人員、教育・研究・診療、財務等の実情に応じて策定する「改革プラン」の指針となる「大学病院改革ガイドライン」を2024（令和6）年3月に策定している。各大学病院の改革の推進と持続可能な大学病院経営に向けた取組が、「改革プラン」の策定を通じて今後更に加速していくことを期待したい<sup>1</sup>。
- 今回、こうした動向や、中間取りまとめに記載された内容も踏まえつつ、第二次中間取りまとめとして、主として2024（令和6）年1月以降の議論の成果を取りまとめることとし、国や各大学は、本取りまとめの内容も参考とし、今後とも質の高い医学教育・研究が行われるよう、更なる取組の強化に期待したい。

### 1. 今後の医学教育の充実に向けた取組

#### (1) 診療参加型臨床実習の実質化

（診療参加型臨床実習の意義と位置付け）

- 医師は、人の命に深く関わり健康を守るという医師の職責を十分に自覚し、多様性・人間性を尊重し、利他的な態度で診療に当たりながら、医師としての道を究めていくことをはじめとした、医師として求められる資質・能力<sup>2</sup>を、医学教育を通じ、ま

<sup>1</sup> このほか、医師の働き方改革に伴う大学病院改革に向けて、文部科学省・厚生労働省において以下の支援を行っている。

#### 【文部科学省】

- 高度医療人材養成事業（大学病院の環境整備） 令和5年度補正予算額 140億円  
大学病院における医学生の実習環境の充実を図るため、最先端医療設備の整備を支援
- 高度医療人材養成拠点形成事業 令和6年度予算額 21億円  
医学系大学院生等をTA、RA、SAとして教育研究に参画する機会を創出する取組や、教育・研究支援者の活用などにより、高度な臨床能力を有する医師養成の促進を支援

#### 【厚生労働省】

- 勤務医の労働時間短縮の推進 令和6年度予算額 95億円  
※地域医療介護総合確保基金の内数。都道府県負担分との合計で143億円  
勤務医の働き方改革を推進するため、大学病院等からの医療機関に対する医師派遣や、多領域の研修を行うなど一定の要件を満たす専門研修基幹施設等の勤務環境改善の取組を支援

<sup>2</sup> 医学教育モデル・コア・カリキュラム（令和4年度改訂版）より。

た、生涯にわたる研鑽を通じて獲得していくことが必要である。

- 医療の高度化・複雑化によって、医師が修得すべき知識・技能が増加していることや、高齢化・疾病構造の変化・医師患者関係の変化等に伴い、患者や他の医療者とのコミュニケーション等を含むプロフェッショナルリズム教育の重要性が増していることなどから、卒前教育においても医学生が診療に参加し、卒前・卒後の医師養成を、医療現場を中心として一貫して行う必要性が認識されてきた<sup>3</sup>。
- 診療参加型臨床実習は、学生が診療チームに参加し、その一員として診療業務を分担しながら医師の職業的な知識・思考法・技能・態度の基本的な部分を学ぶことを目的としている。診療参加型臨床実習の実施・改善にあたっては、その趣旨が、単なる知識・技能の修得や診療の経験にとどまらず、実際の患者を相手にした診療業務を通じて、医療現場に立った時に必要とされる診断及び治療等に関する思考・対応力等を養うことにある点に留意する必要がある<sup>4</sup>。こうした観点から、6年間にわたる医師養成課程の最終的な仕上げの位置付けである診療参加型臨床実習の推進と充実は重要である。
- 2021（令和3）年の医師法（昭和23年法律第201号）の改正により、医学生に対する共用試験が公的化され、共用試験の合格を医師国家試験の受験資格要件とするとともに、同試験に合格した医学生が、臨床実習において、医師の指導監督の下、医業を行うことができることが明確化された。
- このように、臨床実習における医行為が法的にも許容される中で、大学病院の人的リソースに制約が生じている状況を踏まえれば、各診療科が、臨床実習中の医学生を診療チームの一員として受け入れることで、診療参加型臨床実習の推進につながるものが考えられる。また、その際、臨床実習のどのような場面で、学生に具体的にどのような役割を与えるのか明確にしていくことが求められる。
- 他方、当然ながら患者安全上の配慮は必要であり、臨床実習開始前及び臨床実習中にも、学生にシミュレーション教育で十分な経験を積ませることが求められる。その上で、実際の患者を相手にした診療業務を通じて、医療現場で必要とされる診断及び治療などに関する思考・対応力を養うことが期待される。
- 今後、診療参加型臨床実習が更に充実し、卒後に控える臨床研修の内容に相当する学修が広く実施されるようになれば、臨床研修の内容等についてもそれに応じて検討される必要があり、国は、関係省庁で連携して状況を注視していくべきである。

<sup>3</sup> 厚生労働省医道審議会医師分科会報告書（令和2年5月）より。

<sup>4</sup> 診療参加型臨床実習実施ガイドライン（医学教育モデル・コア・カリキュラム（令和4年度改訂版））より。

(効果的な実習のための連続した配属期間の確保)

- 臨床実習を通じ、学生が医師として必要な知識・思考法・技能・態度を段階的、継続的に修得していくことになることを考えれば、各診療科において、一定程度連続した配属期間を確保<sup>5</sup>し、指導教員からの継続的な評価を受ける必要がある。
  
- 一方で、実態としては、全ての診療科で臨床実習を行う必要はないにもかかわらず、学生の卒後の所属先決定に係る影響を重視するあまり、診療科間の公平性が優先され、細切れの配属期間で全診療科での実習が設定されることがあり、効果的な学修の観点からは弊害が生じているとの指摘もある。
  
- 診療参加型臨床実習の推進の観点からは、全診療科での実習を行う場合であっても、少なくとも、いわゆる選択臨床実習においては連続した配属期間を確保するといった工夫が考えられるほか、実習を統括する権限を有する担当者や組織を設定し、診療科間における調整や学生の意向の確認を行った上で、特定の診療科においてまとまった配属期間を確保し、充実した実習を行っている大学もある。今後、診療参加型臨床実習の実質化を進めるためには、特に後者のような取組は有効と考えられる。
  
- 診療科ごとの配属期間が短くなるにもかかわらず、全診療科で満遍なく実習を行う例が見られる背景の一つに、医師国家試験の受験を見据えていることがあるとの指摘もある。診療参加型臨床実習の成否が、医師国家試験の在り方によってのみ左右されるものではないとしても、両者の関係をどのように捉えていくべきかについては、不断の検討が必要と考えられる。

(診療参加型臨床実習における指導の在り方)

- また、臨床実習についてはおおむね医学部5年次から6年次にかけて行われることが一般的となっているが、大学によっては、他の医療関係職種との連携の観点も含めて、低年次から多様な実習を行っている例もある。診療参加型臨床実習の効果をより高めるためには、こうした取組も大いに寄与すると言える。
  
- 診療参加型臨床実習の推進に当たっては、指導教員の意識改革が必要であり、患者の理解を得るための工夫に加えて、実習の趣旨や期待される医行為の内容等についての理解を深めることが求められる。他方、我が国の大学医学部・大学病院の教員は、診療や研究といった業務を担っており、諸外国と比べても非常に多忙な状況にある。

---

<sup>5</sup> 「診療参加型臨床実習実施ガイドライン」では、「内科（各専門科を含む）、外科（各専門科を含む）、精神科、総合診療科、産婦人科及び小児科を含む診療科では、原則として1診療科あたり連続3週間以上（ただし、全人的な診療能力・態度を涵養する目的で、4週間以上連続して配属する診療科を1診療科以上確保することが重要）、救急科では原則3週間以上」とされている。

- こうした中でも効果的な実習が行われるよう、例えば、指導の全てを教員が担うのではなく、高年次生から低年次生へ、あるいは研修医等から学生へ指導する「屋根瓦方式」と呼ばれる教育手法の実施や、実習の一部を関連病院を含めた地域の医療機関等で行うことも有用である。前者の取組については、教育補助業務を担う医学生をスチューデント・アシスタント（SA）として活用するといったことも想定され、後者の取組については、総合診療やプライマリ・ケアの重要性の高まりも踏まえ、実習内容の洗練化とも併せて、実施週数を更に増やすことを積極的に検討すべきである。
- これらの点に関し、診療参加型臨床実習において学生に対する良質な指導が行われることを担保する観点からは、実習の指導に意欲的に携わる教員等を適切に評価することが重要であり、実習の指導教員も含めた医学教育を担当する教員の適切な評価について、次項において整理する。

## (2) 医学教育を担当する教員の適切な評価

(教員に対するインセンティブとしての評価)

- 臨床実習を含む医学教育に関わる教員の業績や実績は、研究の場合における論文のような客観的な成果として現れにくいいため、適切な評価を行うことが難しいとの指摘もある中で、医学教育に積極的に取り組む教員に対して一定のインセンティブを付与する観点から、効果的な対応を検討する必要がある。
- 例えば、昨年9月の中間取りまとめにも記載した、実習に関わる教員のうち一定の要件を満たす者に対して「臨床実習指導医（仮）」の称号を付与するといった方策については、称号の付与を希望する者の負担の軽減にも配慮することも含めて、国は、具体化を更に前進させていくべきである。

(大学における教育業績評価の取組例)

- 各大学における医学教育に係る教員評価の実例として、東京医科歯科大学においては、臨床実習への教育貢献を評価項目に盛り込んでいる。具体的には、学生への指導・助言等を担い、診療科ごとに若手助教等から各1名が選ばれる「ク拉克シップ・チューター」等の担当状況も確認することとしている。
- 同大学では、被評価者が上長との相談の上で「教育」、「研究」、「診療」等の評価領域を個別に重み付けして評価が行われることから、ク拉克シップ・チューターとなった者は「教育」領域の重みを高めることが可能であり、評価の結果が昇給等の処遇に反映されることとなっているため、教育面での努力に対するインセンティブとして機能し得る仕組みとなっている。また、広島大学においても、処遇には反映されていないものの、教務委員会委員の担当状況や、講義の担当状況に応じた加点を、大学全体の教員のアクティビティのモニタリングに係るシステム上でやっている。

- このほか、米国及びカナダにおいては、「Clinician Educator Track」が整備されている。世界的にも医学部の臨床系の教員が診療・教育・研究の業務の全てを担うことは難しくなっている中で、診療と教育に主なエフォートを割く医師のキャリアを「Clinician Educator」と呼称し、教育業績の正当な評価により大学での昇進の道を開いているという特徴がある。
- こうした仕組みやその実践例を踏まえ、名古屋大学卒後臨床研修センターにおいては、所属する臨床系の教員が、病院助教から病院講師に昇任する際に、医学生・研修医への直接の指導、学修者評価といった内容を含む教育ポートフォリオの提出、学術雑誌に医学教育に関する論文を著者として発表（5年間で5報以上）、系統的な医学教育学プログラムの修了等を求めている。

（教育業績評価の実施に当たっての工夫及び留意点）

- 教育業績に係る評価を定着させていくに当たって、まずは評価の仕組みを整備する役割を、学内のどのような組織や担当者に担わせることが適当か、慎重な検討を踏まえて決定していく必要がある。場合によっては、全学的な教員評価の体系とも照らし合わせた上で、大学としてイニシアティブを取って進めていくことも考えられる。
- その上で、Clinician Educatorのような役割を担う教員を雇用するに当たっては、診療と教育に重点的に従事することが認知されるよう、あらかじめ、これらの業務も含めたエフォート率を明確にすることが重要である。また、個別の評価対象としては、授業時間数のような量的データのみならず、学生アンケートの自由記載の内容といった質的データも加味したり、医学教育に関する論文執筆をはじめとする学術活動も含めたりすることが重要である。
- 現行では、大学病院に所属する教員を「病院教授」等の呼称により、各大学の判断により処遇している例が見られるが、Clinician Educatorのような役割を担う教員についても、このような大学病院の教員としてキャリアアップの道筋を描いていくことが現実的であるとの指摘もある。
- また、教員業績評価の一環として、共用試験の評価者業務や課題責任者業務等を教育業績に含める取組のほか、臨床実習等において連携している関連病院等の大学病院以外の医療機関の医師に「臨床教授」等の称号を付与して指導体制の充実を図る取組等を推進していくことも考えられる。

（中長期的検討に資する調査分析の実施）

- さらに、教育に意欲的に取り組む教員として継続的なキャリアを歩むことができる

ようにする観点からは、各大学において個別の評価システムが整備されることにとどまらず、各大学において様々な実践例が積み重ねられることで、将来的には、教員の業績評価について、統一化・標準化の方向を見出していくことも考えられる。

- 医学教育を担当する教員の適切な評価について、中長期的な検討に資する観点からは、国は、国内外の取組例等について幅広く調査を行い、我が国における適用や定着を見据えて、多角的な分析を行っていくことが求められる。

### (3) 医学教育に関するコンテンツの共有化等

(医学教育モデル・コア・カリキュラムの改訂)

- 2022（令和4）年には、医学教育モデル・コア・カリキュラムが改訂され、医師に求められる基本的な資質・能力を共通化して示すとともに、新たに「総合的に患者・生活者をみる姿勢」、「情報・科学技術を活かす能力」を加えるなど、新たな時代に応じた医療人を養成するための取組を各大学に求めており、今後は、その理念と方略を各大学において実践していく必要がある。

- 医学教育モデル・コア・カリキュラムについては、2023（令和5）年度の文部科学省の委託事業によりポータルサイト「コアカリナビ<sup>6</sup>」が作成されており、検索機能やQ&A セクションの充実のほか、上記の新設された資質・能力に係る動画教材が作成・アップロードされており、誰でも視聴することが可能になっている。

(プラットフォームの整備に向けた検討)

- このような取組例も踏まえ、今後、医学教育の内容を充実しつつ、オンデマンド授業の収録映像や汎用性のある授業用資料等の共有等を通じ、各大学が教育コンテンツを相互に活用し、教育の質の向上に役立てることができる、いわば「プラットフォーム」のような仕組みを現場が利用しやすい形で整備することも考えられ、国を中心として、更なる検討を行っていくことが必要である。

- 「プラットフォーム」の整備に向けた検討に当たっては、動画教材を例とすれば、対面授業を選好する教員も存在する中で、どのような活用の用途にどのようなニーズがあるかといったことを十分に確認したり、動画の内容のアップデートをどのように行うか検討したりする必要があるほか、授業の全てを動画教材の視聴のみで完結させるようなことが行われ、かえって教育の質の低下を招くようなことがないよう、十分に留意することも求められる。

- なお、各大学で使用されている教材等のうち、教育者や学修者が自由かつ適法に共有可能なものをデジタルプラットフォーム上に蓄積・共有するシステムは既に海外で

---

<sup>6</sup> <https://core-curriculum.jp/>

実例が複数あるとの指摘もあり、国はこのような諸外国における先行事例の調査も併せて行うことを検討すべきである。

- このほか、今後の医学教育の充実に向けた取組として、AR・VR等の活用を含む教育DXの推進により効果的・効率的な教育を行うことも考えられ、先進的な取組の横展開等に引き続き取り組んでいくことが考えられる。

#### (4) 医師の偏在解消に資する教育上の方策

(医師の偏在対策等に係る近時の議論)

- 医師の養成数については、昭和57年及び平成9年の政府の閣議決定において、過剰を招かないように配慮すること、医学部定員の削減に取り組むこととされてきたが、地域偏在等の課題の解消に向けて医学部定員の臨時的な増員を認めてきた。また、「経済財政運営と改革の基本方針2019」（令和元年6月21日閣議決定）においては、「2022年度以降の医学部定員について、定期的に医師需給推計を行った上で、医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討する。」と、医学部定員の減員の方針が示されてきたところである。
- これを踏まえ、医師の需給推計の見直しを行い、中長期的な医療ニーズを織り込み、医師の労働時間を週60時間を上限とする等の仮定を置いたケースでは、今後の医学部定員を令和2年度（9,330名）と同数とした場合、令和5年度の医学部入学者が医師となると想定される令和11年頃に医師の需給が均衡し、その後も医師数は増加を続ける一方で、人口減少に伴い将来的に医師需要が減少局面になる<sup>7</sup>とされた。
- こうした中、厚生労働省の「医師養成過程を通じた医師の偏在対策等に関する検討会」においては、医学部定員の減員が必要という意見と同時に、医師偏在対策を併せて進める必要があるとの意見が示された。令和8年度の医学部定員の方向性については、実効性のある医師偏在対策を行いつつ、令和6年度の医学部定員数を上限とすること、また、令和7年度について、医師多数県の臨時定員地域枠の意向の一部を医師少数県へ配分・調整すること等が合意された。
- 上記のとおり、中長期的かつマクロに見れば、医師需要は減少局面に入り、これに併せて、医師養成数も抑制に向かっていくことが見込まれるが、現時点で、医師の地域・診療科偏在の解消には至っていないとの指摘がある。医師の地域・診療科偏在については、厚生労働省を中心として関係省庁が一体となって継続的に考えていく必要のある課題であり、文部科学省においても、厚生労働省ともよく連携した上で、医師養成課程において講じ得る医師の偏在解消に資する方策について、不断に検討を行っていくことが重要である。

<sup>7</sup> 医療従事者の需給に関する検討会医師需給分科会第5次中間とりまとめ（令和4年2月7日）

(地域偏在解消に資する方策)

- 医師の地域偏在については、大学が卒業後に特定の地域等で診療を行うことを条件として入学者選抜枠を設ける「地域枠」の設置が進んでいる。令和5年度においては、地域枠等<sup>8</sup>の総数は1,770名、うち938名が、臨時定員地域枠となっている<sup>9</sup>。臨時定員地域枠以外にも、いわゆる恒久定員の内数に地域枠等を設けている例も幅広く見られる。さらに、大学の所在地とは別の県での卒業後の従事を要件とする「県またぎ」の地域枠を設け、地域の医師確保に取り組んでいる例もある。
- 令和3年度の地域枠等の卒業者の就職状況を見ると、95.3%が県内に就職している。地域枠等以外の卒業者の県内就職率が38.4%に留まっていることと比べても、地域枠等の卒業者の高い地元就職率が確認できる<sup>10</sup>。
- 地域の医師確保のためには、地域枠による入学者も含めて、地域医療に係る教育を充実していく必要がある。東北地方の復旧・復興の核となり、地域医療を恒久的に支える医師の育成をミッションとしている東北医科薬科大学では、6年間の中で「同じ地域を、同じ仲間と、繰り返し訪問」する地域滞在型の地域医療教育のほか、教養課程において、東北地方の医療の現状と課題のみならず、地域の風土や民俗についての理解をも深める必修科目の設置など、特色ある教育活動が行われている。
- 地域枠の場合、卒業後に特定の地域等における一定期間の従事が要件とされている(以下「従事要件」という。)。従事要件の履行は、一定期限内に行う必要がある場合があり、地域医療への貢献を志す一方、大学院進学や海外留学等を通じて研究活動に取り組むことを希望する者が、必ずしも意図したとおりのキャリアパスを歩めていない可能性がある。
- このため、地域枠の趣旨等は十分に踏まえつつも、厚生労働省の「キャリア形成プログラム運用指針」において、大学院進学、海外留学等も例示した上で、地域枠で入学し、卒業した医師等が適用対象となる「キャリア形成プログラムの対象期間の一時中断が可能とされている必要がある」との記載がある<sup>11</sup>ことも踏まえ、地域枠の卒業者の医師としてのキャリア構築に係る一定の配慮が、都道府県と大学等とが一体となって適切になされ、その結果、地域医療への貢献と研究活動との両立が後押しされていくことが望まれる。

<sup>8</sup> 地域枠等については、将来、地域医療に従事しようとする意思をもつ学生を選抜するための様々な枠の総称であり、都道府県等の修学資金貸与枠と連動した選抜枠や、大学が所在する都道府県等の出身者に限った選抜枠などが該当する。

<sup>9</sup> 文部科学省調べ。自治医科大学はその設置趣旨に鑑み除く。

<sup>10</sup> 文部科学省調べ。

<sup>11</sup> 厚生労働省「キャリア形成プログラム運用指針」(平成30年7月25日付け医政発0725第17号。令和3年12月1日最終改正) p.3

- また、地域枠に類似した取組として、既に複数の大学においては、大学院への進学も含め、卒業後に当該大学が設置したプログラムの履修等を要件とした入学者選抜枠を設ける例も見られる<sup>12</sup>。このほか、大学病院における臨床研修プログラムについて、大学病院と協力型臨床研修病院とによるいわゆる「たすきがけ」型研修を推進するなどの工夫も通じて、高度で専門的な医療と地域医療の双方を経験することで地域医療への貢献も果たす可能性が考えられる。

(診療科偏在解消に資する方策)

- 診療科別の医師数の推移を見ると、その伸び率は診療科ごとに異なっており、多くの診療科で医師数は増加している一方、ほぼ横ばいに近い診療科もある。医師の診療科偏在への対応として、地域枠の一部に、地域のニーズに応じて選択可能な診療科を示す「診療科選定地域枠」が設けられ<sup>13</sup>、地域で不足が認められている診療科の医師の確保に重要な役割を果たしている。令和5年度に診療科選定地域枠を設けているのは、地域枠を置く71大学中41大学であり、計406名となっている。
- 医学生がいずれの診療科の医師となることを志望するかについては、当該診療科への興味関心をはじめとして様々な要因が関係していることが考えられ、例えば、診療参加型臨床実習に先立つ形で、早期の段階から各診療科の臨床業務に実地に触れるような実習を行うような取組は、医学生がそれぞれの関心分野を明確にしていくに当たって有効と考えられる。
- 他方、労働環境についてのネガティブなイメージが先行し、診療科の選択に影響を与えている例もあると見られる。実態としては、医師の働き方改革に係る国や各大学・大学病院の取組も相まって、診療科全体の意識改革も含めて労働環境の大幅な改善が図られているケースも多いと考えられ、医学生に対し先入観を排した形で意思決定に必要な情報を送り届け、納得感を伴ったキャリア選択に資することが望ましい。
- 診療科偏在への対策として、診療科選定地域枠のような仕組みの拡充を図る以外にも、医学生各人の希望も踏まえ、特定の診療科での実習等を充実し、早期から専門的な知識・技能等の修得を目指した教育を実施することは考えられ<sup>12</sup>、一定の意義があるといった意見もある。ただし、医学教育における一定の平等性確保に係る要請のほか、指導教員の負担、学生に不公平感が生じ得ること、その他の診療領域の医学教育が不足しないかという懸念への留意も含め、適切な医学教育の実施の観点から、慎重な検討が必要となると考えられる。

<sup>12</sup> 今後の医学教育の在り方に関する検討会（第9回・令和6年4月18日）資料2

<sup>13</sup> 修学資金の貸与を伴う診療科選定地域枠を新たに設けたり、対象となる診療科を追加したりする場合、一般に、各都道府県の修学資金貸与制度に係る例規等を整備することとなるが、特に診療科の追加等に当たり、例規等の形式によっては、機動的な改正が手続上困難となるとの指摘もある。

(養成しようとする医師像と教育プログラム)

- なお、入学者選抜枠を設定した教育プログラムについては、入学時点で将来専門とする診療科等を決めることに困難を伴う面もあり、学生にとって早期から専門的な内容を学べる環境は重要であるものの、自らの興味に応じて複数の分野の内容を学べたり、進路を変更したりすることも許容する柔軟なプログラムを設定することも考えられる。加えて、卒後についても、中長期的な視点に立てば、医師としてのキャリアパスは多様であると考えられる。国は、かかりつけ医機能を担う医師となること等を含め、医師のセカンドキャリアの整備を促す取組を行っていくことも必要である。
  
- 大学において、上記のような教育プログラムを検討するに当たっては、地域の実情や将来の医療需要に応じて養成しようとする医師像を明確にした上で、共通に取り組むべき教育に加え、必要に応じて都道府県等とも連携しつつ、既に一部の大学病院において実施されているような、例えば、①地域医療を中心に従事する医師、②特定の診療科に従事する医師、③研究に主として従事する医師、④大学病院を中心に従事する医師等の養成に係る好事例も参照しつつ、学部段階のほか、臨床研修、専門研修、大学院進学等の各段階も見据えた、医師養成上の課題に対応するプログラムの構築を進めていくことが適当と考えられる。

## 2. 今後の医学研究の充実に向けた取組

### (1) 我が国の医学研究の現状と分析

(論文数の分析からみる医学研究)

- 我が国の臨床医学分野における Top10%論文数は、2019-21年の平均論文数 500 編以上の 53 か国中で 8 位であるが、人口当たりでは 26 位となり、先進国で最低水準にある。また、基礎医学分野における Top10%論文数は、2019-21年の平均論文数 200 編以上の 61 か国中で 8 位であるが、人口当たりでは 28 位となり、こちらも先進国で最低水準<sup>14</sup>にあり、研究評価には様々な方法があり得ることには留意する必要があるものの、両分野で顕著な論文数の増加が見られる米国や中国をはじめ、諸外国との比較においては、研究面での地位の低下が続いているとの分析がある。
- このような状況は、我が国の医学研究の中核的な機関である大学・大学病院の研究力の低下を反映しているとの指摘もあり、博士課程学生の増加も含めた研究者育成の推進や、診療への従事の方での研究時間の確保をはじめとした研究環境の整備等、あらゆる施策を講じることで改善を図っていくことが急務である。
- なお、我が国の臨床医学分野における論文数と、医学系の大学院博士課程入学者数は、国公立の別を問わず関連することが認められる。また、医師 1 人当たり手術件数が多い大学ほど、医師 1 人当たり論文数が少なく、Q1 論文率<sup>15</sup>が低くなっているとの分析<sup>10</sup>もある。こうしたことから、診療の負担が大きいほど、論文の量及び質が低下する可能性があることが示唆される。

### (2) 医学研究に携わる人材育成の推進

(医学研究に携わる人材育成の必要性)

- 我が国の臨床医学論文の 70%は大学から産出されている<sup>16</sup>ことから明らかなように、大学は我が国の医学研究を牽引する役割を果たしている。特に、大学病院では最先端の医療設備等を活用するものを含む先進的で高度な研究が行われており、この点、他の病院にはない大学病院の魅力となっている。
- 我が国の医学研究の上記のような現状を打破するため、医学研究に携わる人材の育成をより強力に進めていくことが必要である。

(医学部定員における研究医枠の設置)

- 平成 22 年度より、医学部の臨時的な定員増の一環として、他大学と連携し基礎医学

<sup>14</sup> 今後の医学教育の在り方に関する検討会（第 6 回・令和 6 年 1 月 24 日）資料 1（鈴鹿医療科学大学 豊田長康氏提出資料）より。

<sup>15</sup> ジャーナル・インパクトファクター上位 4 分の 1 の学術誌に掲載された論文の割合をいう。

<sup>16</sup> 我が国の組織区分別臨床医学論文割合（科学技術・学術政策研究所調べ）  
大学：70% 国立研究開発法人等：8% その他：22%

及び社会医学に関する優れた研究者の養成を重点的に担おうとする場合に限り、3名以内の定員増を認める研究医枠が設けられており、令和6年度の設置数は、16大学で27名となっている。

- 研究医枠の設置に当たっては、上記のほか、学部・大学院で一貫した特別な教育コースの設定及び奨学金の設定が必須の要件となっているほか、専用の入試枠の設定、海外留学の支援やコース修了者向けの研究医ポストの確保といった種々の取組が行われ、プログラムとしての充実が図られている。
- 研究医枠の設置大学では、研究医枠による定員増後に大学院生数が増加傾向にあるほか、コース修了後に基礎系の研究医として従事する者を一定数輩出するなど、研究医枠の設置による一定の効果があると見られる一方、近年は、新規の増員がなされていない。
- 研究医養成の重要性に鑑み、令和6年度設置大学を含めて、各大学の研究医養成のための教育体制、研究医輩出の状況を勘案し、医学部定員全体の方向性<sup>17</sup>を踏まえつつ、研究者養成に特化した枠の設置促進等、その範囲内において研究医を増員する方策を検討することが必要である。

(学部段階からの研究マインドの醸成)

- また、医学研究に携わる人材育成の観点からは、学部の段階から研究に触れ、研究の面白さを知ることによって、医学生が研究マインドを醸成していくことが望ましい。既に、各大学において研究室配属、論文執筆や学会発表等の取組が行われているところ、このような取組の充実を通じ、低年次から継続的に研究に関わる機会を設けることで、卒後に大学から一度離れてもまた戻ってくるケースも含めて、将来的に研究に携わるための素地が養われるとともに、医療の背景にある研究を正しく理解することで、自らの医療を生涯改善し続けるために必要な基礎体力を身に付けることが期待される。

(卒後の臨床研修及び専門研修期間中の研究との関わり)

- 卒後は、臨床研修・専門研修へと進む者が大半となっており、一般にはこの期間に医学研究に関わる機会が減少する傾向にある。この点、臨床研修については、2022（令和4）年度から、研修期間中に最大6か月間、基礎系研究室への配属を可能とする「基礎研究医プログラム」が開始されているほか、大学によっては大学院博士課程との並行履修を認める取組も見られ、引き続き、研修期間中も研究との関わりが途切れないような柔軟な対応が期待される。

---

<sup>17</sup> 「経済財政運営と改革の基本方針2019」にて、医学部定員の減員に向け、医師養成数の方針について検討することが示されている。また、令和8年度の医学部定員については、令和6年度の定員（9,403人）を上限とする方向性が示されている。

○ さらに、臨床研修については、高度で専門的な医療と地域医療の双方を経験できる、大学病院と協力型臨床研修病院とによる、「たすきがけ」型の研修も広がっている。大学が我が国の医学研究の中心となっている現状を踏まえれば、研修医の立場で一定期間でも大学に在籍し、最先端の研究に触れられる環境に身を置く「たすきがけ」型研修は、研究人材の裾野の拡大の観点からも有効と考えられ、国は、今後その推進に向けて必要な働きかけ等を行っていく必要がある。

○ 2018（平成 30）年度より新専門医制度での研修が開始されている中、医師としての中長期的なキャリアパスや年齢面も考慮すると、専門研修と大学院博士課程との両立を念頭に置いたプログラムの更なる充実<sup>18</sup>を検討することも可能ではないか。また、専門研修の期間中に並行して大学院博士課程に在籍する者のうち特に優れた業績を有するものについては、必要に応じ、一般的な研修プログラム制によらない柔軟な対応を認めるといったこと等も含めて検討することも可能ではないか。

（大学院博士課程の魅力向上に向けた諸論点①大学院進学及び学位取得の意義）

○ 大学院博士課程への入学者数は、近年横ばいから減少傾向となっているが、大学院生として、博士号の取得を目指して研究活動に取り組むことは、医師としての臨床経験等も踏まえつつ学究的な知見を深める貴重な機会となる。

○ 大学病院における診療業務の規模拡大に伴い、診療に特に注力する若手医師が増えているとの指摘もある中で、大学院へ進学し、学位を取得することにどのような意義を見出せるかを明らかにするとともに、研究に取り組むことの魅力を積極的に訴求していく必要がある。

○ この点、医学博士の学位を取得していることは、独立した研究者として科学的思考や合理的思考、課題解決能力を有し、それらを活用して各自のテーマに基づく研究を進め、論文のような一定の成果物としてまとめ上げて世に問い、医学の発展にアカデミックな見地から貢献し得ることの証明として機能していると言え、処遇も含めた、その後のキャリアアップにも大いに寄与し得るとの指摘もある。

○ その上で、大学院における研究活動は、学位を取得すること自体が目的ではないが、個々の大学院生にとって意義のあるものとなるよう、期待に応え得るものとする必要がある。特に、今後医師の働き方改革が進んでいく中では、診療等とのエフォートのバランスにも留意しながら、研究時間を十分に確保するための配慮と工夫が必要となる。

---

<sup>18</sup> なお、一般社団法人日本専門医機構が開設する「臨床研究医コース」について、2023（令和 5）年度より、専門研修と大学院博士課程を並行して履修し、最短 5 年間で専門医資格の取得と博士号取得を可能とする制度改正が行われている。

(大学院博士課程の魅力向上に向けた諸論点②標準修業年限と学位審査の方法)

- 医学系の大学院博士課程の標準修業年限は4年とされているが、4年での学位取得率は大学によって大きな差がある。学位の取得のみが大学院に進学することの目的ではないとはいえ、一つの到達点として目標となっている面はある。
- こういった差が生じる背景として、論文の雑誌掲載を学位審査の要件としているか、シーシス（いわゆる学位請求論文。thesis）による学位審査を取り入れているかといった点が指摘し得る。そもそも論文作成に相当の期間が必要となっている中、雑誌掲載までには年単位で時間を要する場合もあるとされる一方、シーシスによる学位審査では、雑誌掲載の可否によらず、学位授与に値する研究成果が得られているかどうかを判断することとなる。
- いずれの方法により学位審査を行うにせよ、研究の成果物としての質の担保が行われることが重要である。学位の質担保の手段として、学術雑誌への掲載を条件とすることにも有用性は認められる一方、標準修業年限内の修了が優先されるあまり、学位の質が顧みられなくなるとは本末転倒であるが、論文の雑誌掲載までの期間が長期化していること等を踏まえれば、シーシスによる学位審査にも一定の合理性があると考えられる。
- 医学系の大学院博士課程には、医師として診療業務に従事している者も社会人大学院生として多数在籍しており、こうした者が標準修業年限を超えて大学院生として研究活動を続けようとする、経済的な観点も含めて医師としての業務とのエフォート配分の再考を迫られる可能性があるなど、長期にわたって研究を継続することが困難な場合が生じ得ることにも留意が必要である。
- いずれにせよ、学位の取得も含め、大学院での研究活動等を通じてトランスファラブルスキル<sup>19</sup>を修得した医師が広く育成され、継続的に研究に取り組むことで、将来の医学研究、ひいては医療の進歩に貢献し、またその成果が教育にも還元されることで、次代の人材育成にもつながる好循環が実現していくことが望ましいと考えられる。

(大学院博士課程の魅力向上に向けた諸論点③指導体制・教育内容の充実、経済的支援等)

- 大学院生の直接の指導に当たることの多い若手の教員が、同時に臨床実習の指導や、研修医や専攻医の指導を担っている場合もあり、大学院への進学者の増加に向けた取組を進めることと並行して、指導体制の見直しを図ることも考えられる。

---

<sup>19</sup> 研究を行う上で学んだスキルの中で、研究であれ、ビジネスであれ、今後の就業先において有効に活用できるようなスキル（欧州科学財団報告「Research Careers in Europe Landscape and Horizons」より）。

- また、医学系大学院博士課程に国内外から優秀な学生を引き付けるには、大学院における教育プログラムの充実化・魅力化を図ることも重要である。具体的には、時代の変化に応じた融合領域に係るプログラムや、ジョイント・ディグリー、ダブル・ディグリー等の海外大学と連携したプログラム等の整備といったことが考えられる。
- 大学院に進学する場合、学費の負担が生じることに加え、医師として診療に従事する時間が減少し、所得が減少する場合がある。既に各大学においては独自の奨学金の設定や、TA・RAとしての経費など、経済的支援が行われているが、このような取組の充実を通じて、大学院への進学を希望する者の経済的な不安を緩和し、進学を後押しすることが考えられる。
- また、大学院生が高いモチベーションを保って研究に打ち込むことができるよう、大学によっては優れた業績を上げた大学院生を顕彰する制度を設けるといったことも行われており、研究成果を目に見える形で評価する効果的な取組と考えられる。

### (3) 医学研究の推進に係る研究環境整備

(研究時間の確保)

- 大学病院における診療業務が拡大する中で、大学病院の医師が十分な研究時間を確保することが困難な状況にある。業務時間に占める研究活動の時間の割合については、臨床系と基礎系との別により一定の差があることも確認されるが、診療活動の時間の割合の増大に伴って、経年で見れば総じて大きく減少している。
- 研究時間の確保について、全体の約3分の1の大学では既に何らかの取組が行われている。具体的には、日勤帯における研究日・研究時間の設定が最も多く行われているほか、病棟業務、当直業務、外来診療業務の免除等がこれに続く形となっている。いずれにせよ、現状としては研究時間の確保に向けた取組が十分になされているとは言い難く、更なる取組の充実が強く求められる。

(研究に専念するための環境整備)

- 上記以外にも、研究時間の確保や研究に専念するための環境整備として、各大学において様々な方策が講じられている。例えば、競争的研究費に関して、バイアウト制度及び直接経費の研究代表者（PI）分の人件費支出の制度のいずれも活用可能な大学は約4割となっているほか、非常勤職員の研究費の応募の可否について、約2割の大学では全面的に応募可としている。
- さらに、大学・大学病院の医師の研究に係るキャリアが育児等により中断することのないよう、各大学では研究支援者の配置、各種休暇制度の充実や当直免除を含む時短勤務の拡充、保育所・保育室等の整備、学会参加時の保育料の補助といったライフ

イベントに配慮した様々な取組が実施されており、これらについても、可能な限り研究の継続を保障していく観点から、更に推進していく必要がある。

(その他の研究環境整備に係る方策)

- また、研究者としての自由な発想がより活発になされるよう、組織の垣根を越えた人材の流動性を一定程度確保することが重要な点に留意する必要があるほか、昨今の医学研究の高度化の状況を踏まえれば、医学分野以外の研究分野との横断的な研究がより活性化していくことが期待され、その推進のために、他分野の研究者が医学研究に積極的に参入できるような仕組みづくり等も望まれる。こうした取組も通じ、若手の医師であっても率先して医学研究の新たなフロンティアを開拓し、国内外の様々な研究者と分野を超えて交流しながら、自身の研究者としてのキャリアを積み上げていくことが望ましい。
- 医学研究の更なる充実のためには、大学病院の医師の研究時間の確保等を推進するとともに、十分に整った研究環境が必要となる。国は、各大学の自主性・自律性を尊重しつつ、具体的な支援策を講じていくことを通じて、各大学における研究力の向上に向けた環境整備の取組や研究に携わる人材の育成を後押ししていくことが必要である。

## おわりに

- 本取りまとめにおいては、今後の医学教育及び医学研究の充実に向けた様々な取組について、本検討会における議論を踏まえて一定の整理を行った。医学教育については、診療参加型臨床実習の実質化や適切な教員業績評価の実施、教育の質向上のための教育コンテンツの共有化、医師の偏在解消に資する教育上の方策等を取り上げ、また、医学研究については、我が国の医学研究の現状を打開すべく、医師養成過程を通じた研究人材育成の推進策や、大学院博士課程の魅力向上のための諸論点を示しつつ、研究時間の確保や研究環境整備に係る対応についても取り上げている。
- 今後、国や各大学は、本取りまとめの内容も参考としつつ、医学教育及び医学研究の更なる充実に向けて、取組を加速していく必要がある。一方、こうした取組の実現に当たり、我が国の大学医学部・大学病院の教員は、教育・研究に加えて診療業務をも担っており、諸外国と比べても非常に多忙な状況にあることを改めて認識する必要がある。診療業務が拡大しており、医師の働き方改革への対応も求められる中、教育・研究に割くエフォートの更なる減少が懸念されている。
- 特に、大学病院は、医学部の教育・研究に必要な附属施設として、大学設置基準(昭和 31 年文部省令第 28 号)に規定されている<sup>20</sup>が、教育・研究に資する診療に留

<sup>20</sup> なお、大学設置基準には、大学病院に、教育、研究及び診療に主として従事する相当数の教員を置

まらず、歴史的に、実態上は高度で専門的な診療も担ってきた。こうした高度で専門的な医療の提供等を担う医療機関としての側面については、平成5年から制度化された特定機能病院制度により、大学病院の多くが、医療法（昭和23年法律第205号）の規定に基づき特定機能病院として厚生労働大臣の承認を得ている。

- このように、大学病院は教育・研究・診療に加えて、地域貢献等の役割も担っており、我が国の医療の根幹をなしている。このことを踏まえ、大学病院等の教員の処遇も含めたその在り方等について、今後も検討すべき課題は多い。
- なお、検討課題の一つとして、現状の診療報酬制度下において、大学病院の多種多様な機能を考慮した評価が十分になされていないとの指摘<sup>21</sup>がある。令和6年度診療報酬改定では、DPC/PDPSにおいて大学病院本院群に限り、地域医療係数（体制評価指数）の評価項目に医師少数区域への医師派遣機能が追加されたほか、40歳未満の医師等の賃上げを実施すること等の観点から、特定機能病院も含めた入院基本料等の見直しが行われたところである。引き続き、大学病院が果たす診療機能に応じた評価の在り方について、検討がなされることを期待したい。
- かつてないほどの診療業務の増大や、働き方改革に取り組むこととなる中で、大学医学部・大学病院がその役割や機能を今後も十分に果たし得るかどうかの岐路にあるとの指摘もある。しかし、我が国が将来にわたって、世界でも有数の医療水準を維持し続けていくためには、この困難な状況にあっても、本取りまとめに示してきたような医学教育及び医学研究の更なる充実を目指した取組を、各大学・大学病院の実情にも応じて進めていく<sup>22</sup>ことが重要である。国においても、都道府県とも連携しながら、こうした各大学・大学病院の取組を、我が国全体の医学教育及び医学研究の水準向上を期すべく、強力かつ持続的に後押ししていく必要がある。

---

く旨の規定（別表第一口備考第四号）も置かれており、大学設置基準上も大学病院が診療を担うことは想定されている。

<sup>21</sup> 今後の医学教育の在り方に関する検討会 中間取りまとめ（令和5年9月）p. 4

<sup>22</sup> 「はじめに」でも触れた、各大学病院が策定する「改革プラン」において、本取りまとめの内容も参考にしつつ、医学教育及び医学研究の充実に向けた取組を記載することも考えられる。

## 1. 今後の医学教育の充実に向けた取組

### (1) 診療参加型臨床実習の実質化

- ・医学生を診療チームの一員として受け入れることで、診療参加型臨床実習を推進。医学生に与える役割の明確化も必要。
- ・実習統括主体の設定、診療科間の調整等を行うことにより、「細切れ」ではない、一定程度連続した配属期間の確保が有効。
- ・多職種連携等も含めた低年次からの多様な実習や、総合診療等の重要性も踏まえた地域の医療機関等での実習も効果的。

### (2) 医学教育を担当する教員の適切な評価

- ・医学教育に積極的に取り組む教員に対して一定のインセンティブを付与する観点から、効果的な対応を検討することが必要。
- ・臨床実習への教育貢献を評価項目に盛り込み、評価の結果が昇給等の処遇に反映されることとしている取組例も存在。
- ・米国等では診療と教育に主に従事する医師のキャリアが整備。導入に際しては、あらかじめの effort 率の明確化等に留意。
- ・国は、「臨床実習指導医(仮)」の称号付与の具体化や、教員業績評価の取組例等についての調査分析等を行うことが必要。

### (3) 医学教育に関するコンテンツの共有化等

- ・「コアカリナビ」には、「医学教育モデル・コア・カリキュラム（令和4年度改訂版）」の新設項目の動画教材がアップロード。
- ・今後、授業の収録映像や資料等の共有等を通じ教育の質の向上に資する「プラットフォーム」の整備に向けた検討が必要。

### (4) 医師の偏在解消に資する教育上の方策

- ・中長期的かつマクロに見れば、医師需要は減少局面へ。医師養成数抑制が見込まれるが、地域・診療科偏在の解消が必要。
- ・地域の医師確保に向け、「地域枠」の設置が進展。卒業生の地域医療への貢献と研究活動との両立への後押しにも期待。
- ・地域医療に係る教育として、「地域滞在型」の教育や、地域の風土等について理解を深める科目の開講等の取組例も存在。
- ・地域のニーズに応じて選択可能な診療科を示す「診療科選定地域枠」も広く設置。不足診療科の医師の確保に重要な役割。
- ・地域の実情や医療需要に応じて養成しようとする医師像を明確化し、課題に対応する教育プログラムの構築を進めることが適当。

## 2. 今後の医学研究の充実に向けた取組

### (1) 我が国の医学研究の現状と分析

- ・医学分野における人口当たりTop10%論文数は先進国で最低水準。諸外国との比較では研究面での地位の低下が継続。
- ・医師 1 人当たり手術件数が多いほど医師 1 人当たり論文数が少ないなど、診療負担が大きいと研究成果が低下する可能性。

### (2) 医学研究に携わる人材育成の推進

- ・医学部の臨時定員増の一部である「研究医枠」の設置により、コース修了者から基礎系研究医を輩出するなど、一定の効果。  
⇒ 医学部定員全体の方向性を踏まえつつ、その範囲内において研究医を増員する方策を検討することが必要。
- ・将来的に研究に携わる素地を養い、必要な基礎体力を身に付けるため、学部の段階からの研究マインドの醸成が期待。
- ・大学病院と協力型臨床研修病院とによるいわゆる「たすきがけ」型の研修の推進等、研修期間中も研究に触れる環境が重要。
- ・専門研修中の大学院生のうち特に優れた業績を有するものに柔軟な対応を認めるといったこと等も含め検討。
- ・大学院への進学や学位取得にどのような意義を見出せるかを明らかにするとともに、研究の魅力を積極的に訴求していく必要。  
⇒ 医学博士の学位は、医学の発展にアカデミックな見地から貢献し得る証明として機能。また、キャリアアップにも寄与し得るもの。
- ・学位審査の方法の違い等を背景に、医学系大学院博士課程の標準修業年限である4年での学位取得率に大学ごとの差。  
⇒ 学位審査では研究成果物の質担保が重要。論文の雑誌掲載には長期間を要しシシスによる審査にも一定の合理性。
- ・大学院に優秀な学生を引き付けるためには、海外大学との連携等、教育プログラムの充実化・魅力化を図ることも重要。

### (3) 医学研究の推進に係る研究環境整備

- ・大学病院の医師の研究時間の確保が困難に。研究日・研究時間の設定等、研究時間の確保に向けた取組の充実が必要。
- ・バイアウト制度等の整備のほか、育児等のライフイベントに配慮した様々な取組も、研究継続の観点で更なる推進が必要。
- ・自由な発想の促進の観点から一定の人材の流動性も重要。若手医師による医学研究の新たなフロンティア開拓等にも期待。
- ・国は、各大学における研究力の向上に向けた環境整備の取組や研究に携わる人材の育成を後押ししていくことが必要。

# 【参考】大学が養成しようとする医師像から構想する教育プログラムの例

大学において、地域の実情や将来の医療需要に応じて養成しようとする医師像を明確にした上で、共通に取り組むべき教育に加え、必要に応じて都道府県等とも連携しつつ、特色ある教育プログラムを構想・提供していくことが考えられる。

## 特色ある取組の例

### 養成しようとする 医師像の例

|                                   | 1年次                                       | 2年次 | 3年次 | 4年次 | 5年次   | 6年次 | 臨床研修/専門研修/大学院進学等 |
|-----------------------------------|---|-----|-----|-----|---|-----|------------------|
| 医師不足地域を含む地域における医療を担う医師            | ・ 地域の医療事情等に対応した地域医療教育等の実施                 |     |     |     | ・ 地域の病院での実習・研修等<br>・ 地域医療を担いながら、本人のキャリアに係る志向も踏まえ大学院進学等も視野       |     |                  |
| 地域において不足が認められる診療科に従事する医師          | ・ 特定の診療科に関する教育の充実                         |     |     |     | ・ 基本診療科での実習・研修を行いながら、学生本人が希望するキャリアに応じて、早期から専門的スキル等を習得           |     |                  |
| 大学等における医学研究に主として従事する医師            | ・ 研究マインドの涵養、研究リテラシー等の教育の実施                |     |     |     | ・ 基礎系講座での研究に早期から従事<br>・ 大学院の授業科目の早期履修や、米国のMD-PhDコースに類似した取組の実施   |     |                  |
| 将来的に、大学病院での教育・研究・診療、地域医療への貢献を担う医師 | ・ 大学病院における教育・研究・診療等を念頭とした取組の実施（例：SAとして雇用） |     |     |     | ・ 大学病院と協力型臨床研修病院の双方での研修等への参加（「たすきがけ」型研修等）<br>・ 幅広い症例の経験と高度医療の実践 |     |                  |

※ 上記の整理はあくまで一例であり、個々の取組が、単一のプログラムにおいて相互に重なり合う場合も大いに想定される。

※ 学生によっては将来従事する地域や専門領域等を早期に決定することもあることから、地域の実情や学生の希望に応じた特色ある教育プログラムを早い段階から用意することも重要であるが、その後のキャリア観の変更の可能性も踏まえれば、複数のキャリアパスの提示や、セカンドキャリアの整備も必要である。

# 参考資料

## 大学病院改革ガイドラインの概要

### 大学病院改革ガイドラインの位置付け

地域医療確保暫定特例水準（B水準、連携B水準）の解消が見込まれる2035（令和17）年度末に向けて、**国公立大学病院に対して、2029（令和11）年度までの期間（6年間）に取り組む内容を、「大学病院改革プラン」として2024（令和6）年6月末を目途に策定することを促す指針。**

### 大学病院改革ガイドラインの概要

#### 【趣旨】

大学病院の自主性・自律性を制限・阻害することなどが無いよう、本ガイドラインでは、各大学病院が改革プランを策定する際の参考として、検討する必要があると考えられる項目とともに、その内容を示す。

#### 【大学病院改革に係る4つの視点と検討項目】

##### ① 運営改革

＜主な検討項目＞ 改革の基本方針（自院の役割・機能の再確認）、病院長のマネジメント機能の強化、大学等本部、医学部等関係部署との連携体制の強化、人材の確保と処遇改善 等

##### ② 教育・研究改革

＜主な検討項目＞ 臨床実習に係る臨床実習協力機関との役割分担と連携の強化、臨床研修や専門研修等に係るプログラムの充実、教育・研究を支援するための体制整備 等

##### ③ 診療改革

＜主な検討項目＞ 都道府県等との連携の強化、地域医療機関等との連携の強化、自院における医師の労働時間短縮の推進、医師少数地域を含む地域医療機関に対する医師派遣（常勤医師、副業・兼業） 等

##### ④ 財務・経営改革

＜主な検討項目＞ 収入増に係る取組の推進、施設・設備及び機器等の整備計画の適正化と費用の抑制、医薬品費・診療材料費等に係る支出の削減、各年度の収支計画 等

#### 【策定プロセス】

改革プランは、大学等本部及び関係部局の連携とともに、自治体、医療機関、医師会等の関係者等と意見交換を行って策定することを記載。

#### 【公表】

改革プランを各大学病院のウェブサイトにて公表するよう記載。

#### 【実施状況に係る自己点検】

改革プランの実施状況について、年1回程度自己点検を行い、改革プランの推進に努めることを記載。

#### 【改定】

改革プランについて、我が国の社会情勢の変化等に応じて適宜改定を行うことを記載。

#### 【文部科学省による進捗確認】

文部科学省において、4年目の2027（令和9）年度及び2030（令和12）年度に改革プランの進捗状況を確認予定。

# 大学病院改革プランのイメージ

## 我が国の医学教育・研究の維持発展 地域ニーズに応じた診療の確保

### 持続可能な大学病院経営の実現

#### 大学病院改革プランの策定（大学本部と一体となった改革の推進）

「大学病院改革ガイドライン」で示された以下の検討項目を参考として、自院の実情に応じた大学病院改革プランを策定

| 運営改革   | 教育・研究改革   | 診療改革   | 財務・経営改革   |
|--|---|--|---|
| <p>【検討項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 自院の役割・機能の再確認※                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・医学部の教育研究に必要な附属施設としての役割・機能</li> <li>・専門性の高い高度な医療人を養成する研修機関としての役割・機能</li> <li>・医学研究の中核としての役割・機能</li> <li>・地域医療構想等と整合した医療機関としての役割・機能</li> </ul>                     ※改革の基本方針として記載が必須                 </li> <li>● 病院長のマネジメント機能の強化                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・マネジメント体制の構築</li> <li>・診療科等における人員配置の適正化等を通じた業務の平準化</li> <li>・医療計画及び病床の在り方をはじめとした事業規模の適正化</li> </ul> </li> <li>● 大学等本部、医学部等関係部署との連携体制の強化</li> <li>● 人材の確保と処遇改善</li> <li>● その他運営改革に資する取組等</li> </ul> | <p>【検討項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 臨床実習に係る臨床実習協力機関との役割分担と連携の強化</li> <li>● 臨床研修や専門研修等に係るプログラムの充実</li> <li>● 企業等や他分野との共同研究等の推進</li> <li>● 教育・研究を支援するための体制整備                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・人的・物的支援</li> <li>・制度の整備と活用</li> </ul> </li> <li>● その他教育・研究環境の充実に資する支援策</li> </ul> | <p>【検討項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 都道府県等との連携の強化</li> <li>● 地域医療機関等との連携の強化</li> <li>● 自院における医師の労働時間短縮の推進※                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・多職種連携によるタスク・シフト/シェア</li> <li>・ICTや医療DXの活用による業務の効率化等</li> </ul>                     ※地域医療確保暫定特例水準（B水準・連携B水準）適用対象医師の時間外・休日労働時間を年間960時間以内に縮減する必要がある2035（令和17）年度末に向けて、2029（令和11）年度までの期間における医師労働時間短縮計画も記載                 </li> <li>● 医師少数地域を含む地域医療機関に対する医師派遣（常勤医師、副業・兼業）</li> <li>● その他診療改革に資する取組等</li> </ul> | <p>【検討項目】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 収入増に係る取組の推進                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・保険診療収入増に係る取組等の更なる推進</li> <li>・保険診療外収入の拡充</li> <li>・寄附金・外部資金収入の拡充</li> </ul> </li> <li>● 施設・設備及び機器等の整備計画の適正化と費用の抑制                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・自院の役割・機能等に応じた施設・設備・機器等の整備計画の適正化</li> <li>・費用対効果を踏まえた業務効率化・省エネルギーに資する設備等の導入</li> <li>・導入後の維持管理・保守・修繕等も見据えた調達と管理費用の抑制</li> </ul> </li> <li>● 医薬品費、診療材料費等に係る支出の削減                     <ul style="list-style-type: none"> <li>・医薬品費の削減</li> <li>・診療材料費の削減</li> <li>・その他支出の削減</li> </ul> </li> <li>● その他財務・経営改革に資する取組等</li> <li>● 改革プランの対象期間中の各年度の収支計画</li> </ul> |

※下線部は、文部科学省及び厚生労働省において財政支援等を予定。

2024年度から医師の時間外・休日労働の上限規制がスタート

|  |   |  |   |  |
|--|---|--|---|--|
| <p><b>医師の長時間労働</b></p> <p>年960時間換算以上の医師の割合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院全体・・・37.8%</li> <li>・大学病院・・・47.1%</li> </ul> <p>※約1千万時間超えの時間外労働</p> | <p><b>医療提供体制の確保</b></p> <p>国立大学病院からの医師派遣</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・常勤医師：43,157名</li> <li>患者紹介率</li> <li>・令和3年度：87.6%</li> </ul> | <p><b>教育・研究時間の減少</b></p> <p>助教の週当たり研究業務時間</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「0時間」・・・15%</li> <li>・「5時間以下」・・・49.7%</li> </ul> | <p><b>大学病院の機能の低下</b></p> <p>国立大学病院の設備の価値残存率</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・H25:34.8%→R3:24.5</li> <li>Covid-19関連論文発表数</li> <li>・日本14位（主要7か国最下位）</li> </ul> | <p><b>増収減益の財務状況</b></p> <p>国立大学病院の推移(H22→R1)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・業務収益・・・1.3倍</li> <li>・業務損益・・・0.38倍</li> </ul> |
|--|---|--|---|--|

2

## 医師の働き方改革に伴う大学病院改革に向けた支援

我が国の大学病院が、令和6年度から開始される**医師の働き方改革を進めながら、引き続き、教育・研究・診療の各機能を十分に果たすことができるよう**、令和5年度補正予算及び令和6年度予算に以下の内容を盛り込み、**文部科学省と厚生労働省一体で、大学病院改革に対する支援を行います。**

＜文部科学省における取組＞

◆ **高度医療人材養成事業（大学病院の環境整備）** 令和5年度補正予算額 140億円

➢ 大学病院における医学生への教育研究環境の充実を図るため、最先端医療設備の整備を支援

◆ **高度医療人材養成拠点形成事業** 令和6年度予算額 21億円

➢ 医師の働き方改革を進めながら、高度な医療人材の養成を推進できるように、大学病院を活用し、医学系大学院生等をTA、RA、SAとして教育研究に参画する機会を創出する取組や、教育・研究支援者の活用などにより、臨床教育・研究に関する知識・技能等を有する優れた医師を養成する大学を拠点とした高度な臨床能力を有する医師養成の促進を支援

＜厚生労働省における取組＞

□ **勤務医の労働時間短縮の推進** 令和6年度予算額 95億円

※地域医療介護総合確保基金の内数  
※都道府県負担分との合計で143億円

✓ 勤務医の働き方改革を推進するため、大学病院等からの医療機関に対する医師派遣や、多領域の研修を行うなど一定の要件を満たす専門研修基幹施設等の勤務環境改善の取組を支援

3

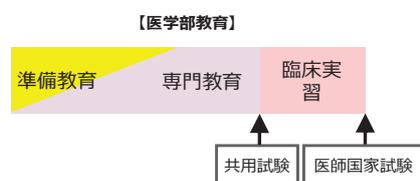
### 現状・課題

- 大学病院は、教育・研究・診療の各機能を三位一体で担っているが、特に、我が国の「未来の医療」を担う医学生の教育について、大学病院は医学部の課程において臨床実習の場となるなど、大学の附属施設という他の医療機関にはない固有の機能として重要な役割を果たしている。
- 医学生の教育については、医師法等改正により、令和5年度から、医学生が臨床実習開始前に受験する共用試験が公的化されるとともに、臨床実習において医師の指導監督の下、医業を行うことができることが明確化された一方、大学病院では、コロナ禍において患者に接触する実習機会を十分に確保できなかったが、今般10月にコロナ禍における臨床実習の弾力的な運用（臨床実習の代替として演習や学内実習等を可とする）を原則廃止することから、受け入れ態勢の整備が必要。
- この度、令和5年5月に新型コロナウイルス感染症が2類から5類感染症に位置づけられたことで、いよいよ診療参加型臨床実習を実質化できる状況に変わりつつある。このことを踏まえ、速やかに従前の臨床実習体制を取り戻すとともに、コロナ禍での経験を活かし重篤患者への対応等、「未来の医療」を担う医師の養成のため、最先端の教育研究診療設備への投資を行い、臨床実習環境の更なる充実を図る。

### 事業内容

大学病院における医学生の教育環境の充実を図るため、最先端医療設備の整備を支援し、我が国の「未来の医療」を担う高度医療人材の養成に貢献する。

- 支援対象：医学部を置く国公私立大学



【最先端医療設備を活用した臨床実習の例】



(提供) 国際医療福祉大学

### 【事業スキーム】



### 成果イメージ

- 大学・大学病院における医師養成機能を維持・充実させることにより、「現在の医療」及び「未来の医療」に対応し、安全・安心な医療の提供を確保する。

(担当：高等教育局医学教育課)

## 高度医療人材養成事業による最先端医療設備の整備

- 高度医療人材養成事業推進委員会における審査を踏まえ、77事業（大学）を採択。

| 整備する最先端医療設備                         | 件数  |
|-------------------------------------|-----|
| 手術支援ロボット                            | 25件 |
| 磁気共鳴撮影 (MRI) 装置                     | 10件 |
| 放射線治療装置 (リニアック、BNCT等)               | 4件  |
| コンピュータ断層撮影 (CT) 装置                  | 15件 |
| X線撮影 (レントゲン) 装置                     | 7件  |
| 超音波診断装置                             | 14件 |
| 手術用顕微鏡                              | 6件  |
| 内視鏡システム                             | 7件  |
| 血管撮影装置                              | 6件  |
| その他<br>(透析管理システム、デジタルマンモグラフィシステム 他) | 27件 |

# 高度医療人材養成拠点形成事業 (高度な臨床・研究能力を有する医師養成促進支援)

令和6年度予算額

21億円  
(新規)



文部科学省

## 背景・課題

医学生及び医学系大学院生に対して、大学病院において、教育的配慮の下で、教育支援者を活用して効果的な臨床実習を行うとともに、研究活動に参画する機会を確保することが必要であり、もって、臨床教育・研究に関する知識・技能等を有する優れた医師を養成し、我が国の医学・医療の発展に貢献する。

## 事業内容

本事業では、医学生及び医学系大学院生に対して、大学病院を活用しT A、R A、S Aとして教育研究に参画する機会を創出する取組や、教育支援者の活用による大学病院での診療参加型臨床実習の充実に係る取組を行うなど、医師を養成する大学を拠点とし、高度な臨床教育・研究に関する知識・技能等を有する医師養成の促進を支援する。

- 金額：21億円
- 支援対象：医学部を置く国公私立大学
- 支援内容：大学病院を活用した実践的な教育に要する、  
・T A、R A、S A等経費  
・教育支援者、研究支援者の経費
- 事業期間：令和6年度～令和11年度（6年間）

※T A（ティーチング・アシスタント）、R A（リサーチ・アシスタント）、S A（ステュデント・アシスタント）

## 経済財政運営と改革の基本方針2023（2023年6月）

大学病院の教育・研究・診療機能の質の担保を含む勤務する医師の働き方改革の推進等を図る。

### アウトプット（活動目標）

- T A・R A（大学院生）、S A（医学生）の配置
- 診療参加型臨床実習に係る教育支援者の配置

### アウトカム（成果目標）

- 高度な臨床能力を有する医師の養成促進

### インパクト（国民・社会への影響）、目指すべき姿

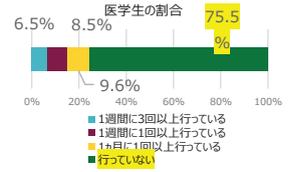
- 我が国の医学・医療の発展
- 質の高い実践力のある医師の充実

(担当：高等教育局医学教育課)

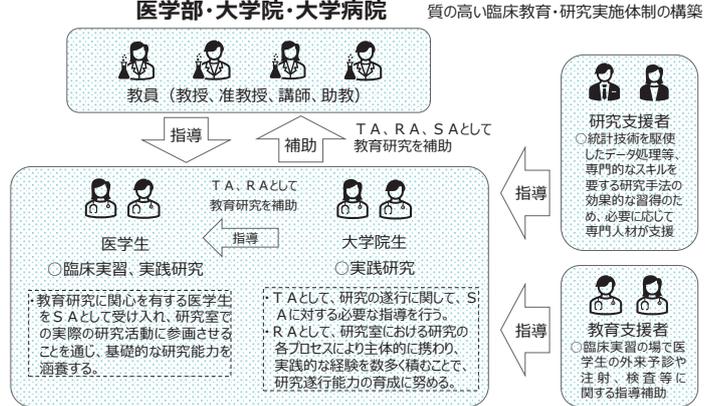
【出典】平成29年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「医学部の臨床実習において実施可能な医行為の研究報告書」を基に文部科学省医学教育課が作成



【出典】一般社団法人全国医学部長病院長会議「2022年 医学部・医学科 学生アンケート調査」を基に文部科学省医学教育課が作成



## <事業スキーム>



## 高度医療人材養成拠点形成事業の支援スキームイメージ

(臨床研究関連) ※他校との連携は必須ではありません

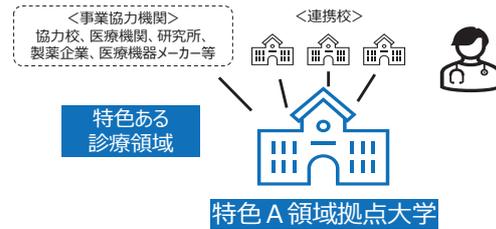
### ◆臨床・基礎融合研究基盤人材養成拠点



・基礎医学研究の実績も活用し、基礎医学とも一体となった体制で、大学全体の診療領域の臨床研究をさらに活性化

臨床・基礎の一体化した体制で、国際レベルの臨床研究を大学全体の診療領域で進めることで、国全体の基礎・臨床研究をけん引し、大学の研究力強化とともに、人材養成の基盤構築を進める取組に対して支援

### ◆特色臨床研究基盤人材養成拠点



・特色ある診療領域の体制を強化し、特色領域の臨床研究をさらに活性化

特色ある診療領域の体制を強化し、国際レベルの臨床研究を特色ある領域で進めることで、その診療領域における臨床研究をけん引し、大学の研究力強化とともに、人材養成の基盤構築を進める取組に対して支援

- 各拠点にとどまらずその領域において共同研究や人材交流、医療情報の共有等を図ることで国全体の臨床研究を推進
- 学術研究とともに新たな診断・治療法・医薬品・医療機器の開発等を見据えた研究等を促進

【取組例】生活習慣病（循環器疾患、糖尿病等）、精神・神経疾患、老年医学・認知症、難病・希少疾患、成育、感染症（薬剤耐性含む）等に係る臨床研究の推進

## (臨床実習関連)

### 診療参加型臨床実習の充実

【取組例】

効果的な教育支援者の活用、実践的な準備教育の充実、効果的な患者同意の取得、患者の医療安全の確保 など

### アウトプット（活動目標）

- T A・R A、S Aの増加
- 教育研究支援者の増加

### アウトカム（成果目標）

- 臨床研究論文数の維持・増加
- 医師の教育研究時間の確保 等

### インパクト（国民・社会への影響）、目指すべき姿

- 我が国の医学・医療の発展（研究力の強化、診断・治療法・医薬品・医療機器の開発等）
- 質の高い実践力のある医師の充実
- 医療情報等の共有促進

## 勤務医の労働時間短縮の推進 (地域医療介護総合確保基金 事業区分VI)

令和6年度予算：9.5億円（公費1.43億円）  
 （令和5年度予算額：9.5億円（公費1.43億円））  
 ※地域医療介護総合確保基金（医療分）1,029億円の内数



勤務医の働き方改革を推進するため、大学病院等からの医療機関に対する医師派遣や、多領域の研修を行うなど一定の要件を満たす専門研修基幹施設等の勤務環境改善の取組を支援

### 勤務環境改善医師派遣等推進事業 (新規事業)

(長時間労働医療機関への医師派遣支援)

長時間労働医師が所属し、地域において重要な役割を担う医療機関の医師の時間外・休日労働時間を短縮すること及び地域医療提供体制を確保することを目的に、長時間労働医療機関への医師派遣等を行う医療機関等の運営等に対する支援を行う。

#### 補助の対象となる医療機関

年通算の時間外・休日労働時間が960時間を超える又は超える恐れのある医師のいる医療機関に医師派遣を行う医療機関等

#### 対象経費

- 医師派遣に係る逸失利益補填
- 医師派遣を目的とした寄附講座等

#### 補助基準額

- 当該医療機関の直近の決算数値により算出される医師1人1月当たりの経常利益相当額に派遣医師ごとに派遣月数を乗じて得た額：派遣医師1人当たり1,250千円×派遣月数等
- ※対象経費、補助単価は、区分4標準事業例「26. 医師不足地域の医療機関への医師派遣体制の構築」と同様。



### 地域医療勤務環境改善体制整備特別事業 (新規事業)

(教育研修体制を有する医療機関の勤務環境改善支援)

医療機関としての指導体制を整備し、基本的な診療能力に加え、最新の知見や技能又は高度な技能を修得できるような医師を育成する医療機関等において、当該教育研修のための勤務環境改善を診療に関する勤務環境改善と一体的かつ効果的に行うための取組等を支援。

#### 補助の対象となる医療機関

- ※時間外労働が年960時間超等の医師がいる医療機関
- 基幹型臨床研修病院または専門研修基幹施設であって、100床あたりの常勤換算医師数が40人以上等の医療機関
- 基幹型臨床研修病院かつ基本19領域のうち10以上の領域において専門研修基幹施設である等の医療機関

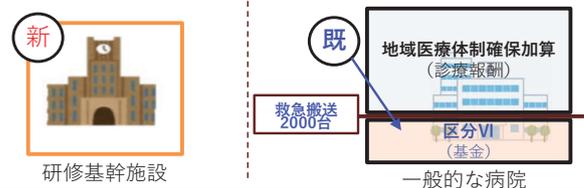
#### 対象経費

医師労働時間短縮計画に基づく勤務環境改善に係る経費

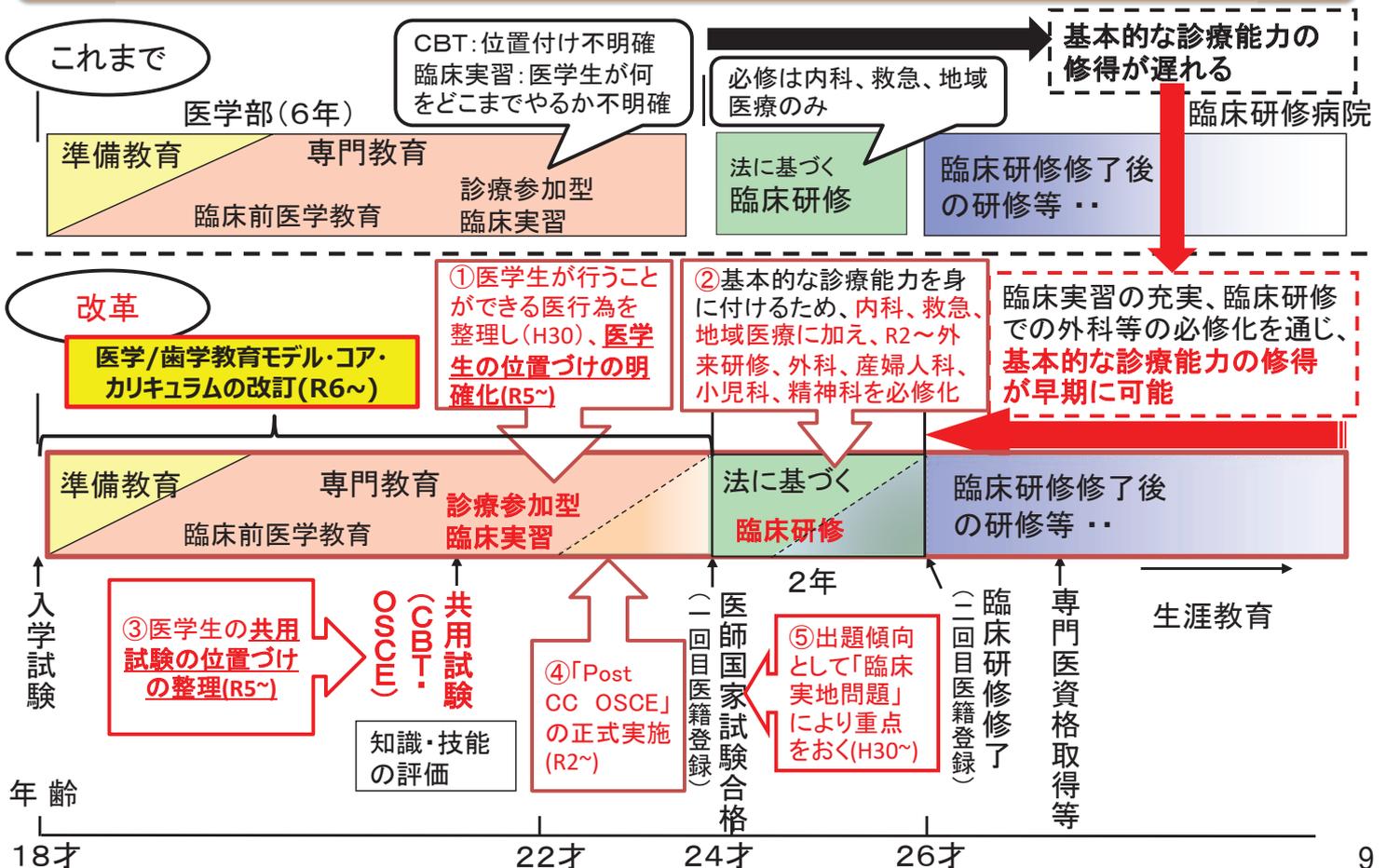
#### 補助基準額

1床当たりの標準単価：133千円

- ※「更なる労働時間短縮の取組」を実施する医療機関は、1床当たりの標準単価を最大266千円まで可とする。
- ※区分VIの既存の事業(地域医療勤務環境改善体制整備事業)や地域医療体制確保加算とは別に支援可能。



## 総合的な診療能力を持つ医師のシームレスな養成



1 医師国家試験の受験資格における共用試験合格の要件化

<背景>

- 大学における臨床実習開始前の医学生の能力を全国的に一定の水準に確保することを目的として、公益社団法人「医療系大学間共用試験実施評価機構」が実施する「共用試験」（臨床実習前OSCE、CBT）については、平成17年から正式に実施され、現在は、全ての医学生が受験するなど、大学における医学教育の中で臨床実習前に医学生の知識・技能を試験する機会として確立されている。



<改正の内容>

大学における医学教育の中で重要な役割を果たしている**共用試験**について、**医師国家試験の受験資格の要件として医師法上位置づけることとする**。また、共用試験の合格は医学生が一定水準の技能・態度のレベルに達していることを担保するものであることから、**共用試験に合格していることを臨床実習において医業を行うための要件とする**。

2 医学生が臨床実習において行う医業の法的位置づけの明確化

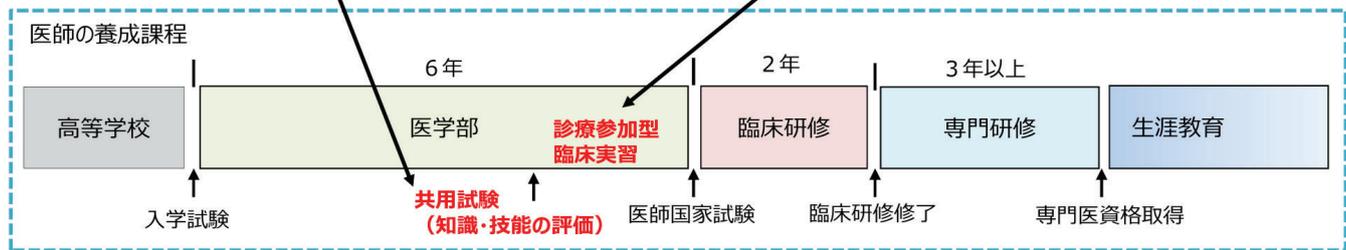
<背景>

- 医師法第17条により医師でないものの医業は禁じられているところ、医師免許を持たない医学生が大学における臨床実習で行う医行為については、その目的・手段・方法が社会通念から見て相当であり、医師の医行為と同程度の安全性が確保される限度であれば基本的に違法性はないと考えられている。
- 一方で、大学が行う臨床実習については、診療参加型の実習が十分に定着しておらず、その要因として、医学生が臨床実習で行う医行為についての法的な担保がなされていないことが指摘されている。



<改正の内容>

医学生がより診療参加型の臨床実習において実践的な実習を行うことを推進し、医師の資質向上を図る観点から、「**共用試験に合格した医学生について、医師法第17条の規定にかかわらず、大学が行う臨床実習において、医師の指導監督の下、医療に関する知識及び技能を修得するために医業を行うことができることとする**」。

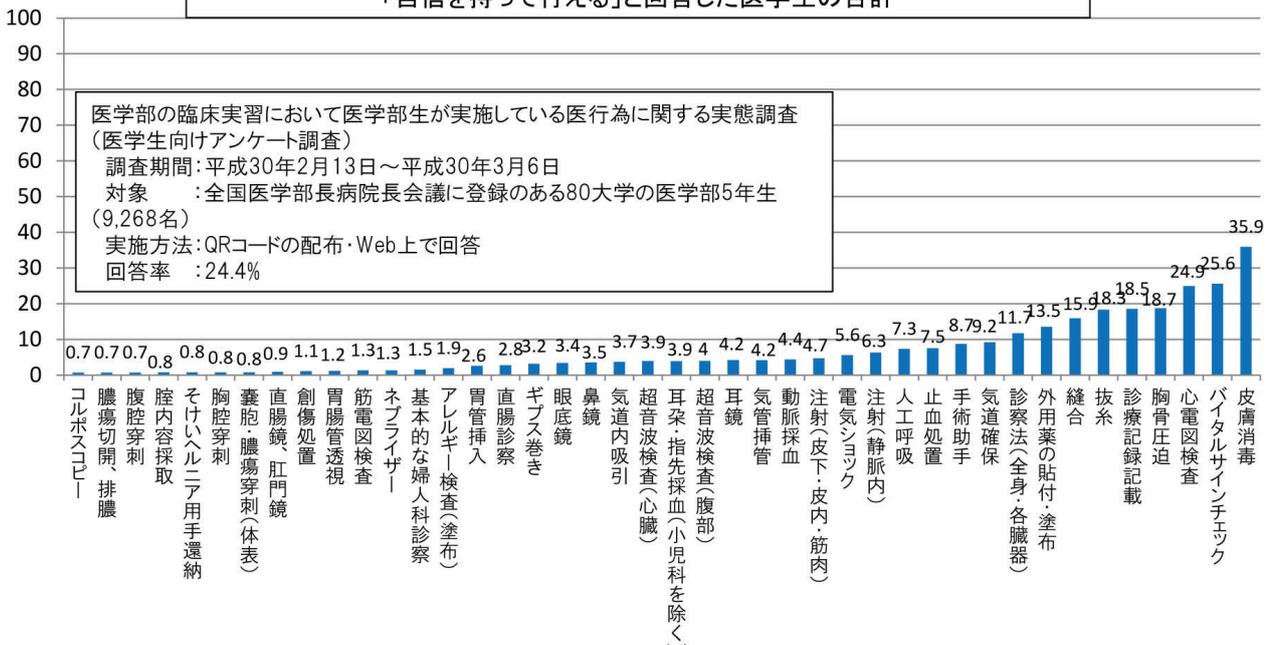


10

共用試験導入後も残る課題

厚生労働省医道審議会 医師分科会  
令和元年6月19日 資料1

「自信を持って行える」と回答した医学生の合計



出典：平成29年度厚生労働行政推進調査事業費補助金「医学部の臨床実習において実施可能な医行為の研究報告書」

- 医学生の医行為の修得率は依然として低い傾向にあると指摘されている。



背景・課題

医師法改正により、令和5年度から臨床実習開始前の学生の評価のために行われる共用試験が公的化され、医学生が医業を実施できることが法的に明確化されたことにより、臨床実習を指導する医師の資質・能力の向上と診療参加型臨床実習の充実が極めて重要となっている。平成16年度より始まった医師臨床研修では、臨床研修指導医制度が創設され、指導医は「臨床研修指導医講習会」を受講することとされており、講習会を修了すると「臨床研修指導医」として認定されるが、卒前の臨床実習に関わる医師・教員に対しては現在のところ認定制度はなく、学内・対外的な地位向上が必要との声が上がっている。

事業概要

学内で一定の指導実績がある者であって、臨床実習の指導に関する講習を受講した者等に対して、「臨床実習指導医（仮）」等の称号を付与することを念頭に、必要な講習内容の検討及び大学の協力を得て、臨床実習の指導に関する講習の実施により、臨床実習を指導する医師の資質・能力の向上と診療参加型臨床実習の充実を図るための調査・研究を行う。

<取組内容>

- ・「臨床実習指導医（仮）」認定のための認定要件等の検討
- ・臨床実習の指導に関する講習の講習テーマ等の検討及びプログラム、コンテンツの作成
- ・先進的な診療参加型臨床実習を実施

期待される効果

- ・診療参加型臨床実習の意義と、医業を行うことが明確化された医学生への適切な指導方法を学ぶことによる**教育の質の向上**
- ・「臨床実習指導医（仮）」に認定され、それが教育に関する業績評価として認められることによる**指導者の正当な業績評価**
- ・患者安全上配慮すべき点について学ぶことで、より適切な指導・監督のもと、医学生が医行為を実施することによる**患者安全の向上**

今後の医学教育の在り方に関する検討会  
(第7回) (令和6年2月14日) 資料2  
名古屋大学教授錦織宏氏より

# 米国・カナダの Clinician Educator Track

- ▶ 診療・教育・研究の業務を全て担うことが難しくなっていることは世界的な課題
- ▶ 3領域のうち、診療と教育に主なエフォートを割く医師
- ▶ Clinician Educatorとして大学で昇進の道が開かれている

COMMENTARY

## Separate and Equitable Promotion Tracks for Clinician-Educators

Victoria Manion Fleming, PhD  
Nancy Schindler, MD  
Gary J. Martin, MD  
Debra A. Dalosa, PhD

### History of Faculty Tracks

During most of the 20th century, faculty members were able to excel in research, teaching, and patient care. However, by the 1970s, it was increasingly clear that faculty could not be expected to carry major research responsibilities while maintaining the same clinical volume. Designated promotion and tenure tracks arose to distinguish clinicians from researchers, and originally each track carried equal teaching responsibilities.<sup>1</sup> What has subsequently evolved is a system in which “traditional” triple-threat faculty have been replaced by 2 modified breeds, clinician-researchers and clinician-educators.

Corresponding track systems evolved largely in academic silos, resulting in a complicated scheme in which systems and labels are unique to institutions.<sup>2</sup> The defining feature of a track is the balance between clinical time, education activities, and research, the latter of which is usually underemphasized in clinician-educator tracks and prioritized in research tracks. A helpful definition of clinician-educators identifies them as “physicians whose primary responsibilities are patient care and education, and whose research represents only a minor portion of their academic contributions.”<sup>3</sup> Vague descriptors (“primary,” “minor”) enable this definition to suit all institutions that expect more than 50% and less than 100% of clinical faculty effort devoted to clinical care and teaching. The number of institutions with promotion and tenure tracks for designating clinical faculty increased from 61 in 1986 to 91 in 1997.<sup>4</sup> According to a 2005 Association of American Medical Colleges report,<sup>5</sup> 100 AMCs currently have these designated tracks.

Fleming VM, Schindler N, Martin GJ, DaRosa DA. Separate and equitable promotion tracks for clinician-educators. JAMA. 2005 Sep 7;294(9):1101-4.

# 名古屋大学総合医学教育センター における教育業績評価

- ▶ 助教から講師への昇任の条件(一部抜粋)
  - ▶ 以下の領域の教育ポートフォリオを提出すること
    - ▶ 医学生・研修医への直接の指導
    - ▶ 学習者評価
    - ▶ カリキュラム開発
    - ▶ 組織運営に関する活動
  - ▶ 学術雑誌に医学教育に関する論文を5年間で5報以上著者として発表していること
  - ▶ 系統的に医学教育学を学ぶプログラムを修了していること

第7回今後の医学教育の在り方に関する検討会 2024年2月14日 錦織宏

14

## 医学/歯学教育モデル・コア・カリキュラム（令和4年度改訂版）概要

- 各大学が策定する「カリキュラム」のうち、全大学で共通して取り組むべき「コア」の部分抽出し、「モデル」として体系的に整理したもの。
- 初版は平成13年に策定。医療を取り囲む環境変化に伴い改訂（平成19年度、22年度、28年度）。
- 学生が卒業時まで身に付けておくべき必須の実践的診療能力（知識・技能・態度）に関する学修目標を明確化。
- 学生の学修時間数の医学:3分の2程度、歯学:6割程度を目安としたもの（残りは各大学の特色ある独自のカリキュラムを実施）。

キャッチ  
フレーズ

「未来の社会や地域を見据え、多様な場や人をつなぎ活躍できる医療人の養成」



「医師/歯科医師に求められる基本的な資質・能力」を共通化（赤字は新設）

PR. プロフェッショナリズム

IT. 情報・科学技術を活かす能力

GE. 総合的に患者・生活者をみる姿勢

CS. 患者ケアのための診療技能

LL. 生涯にわたって共に学ぶ姿勢

CM. コミュニケーション能力

RE. 科学的探究

IP. 多職種連携能力

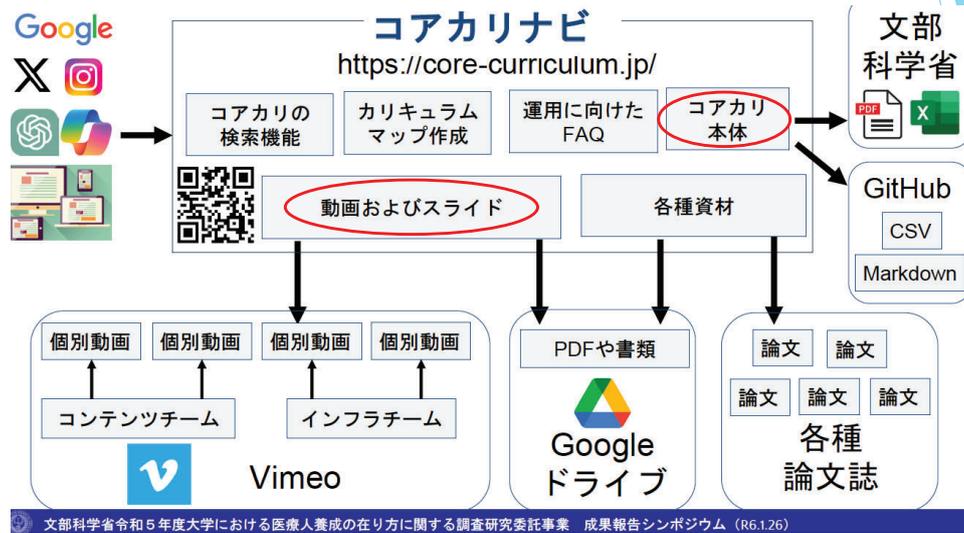
PS. 専門知識に基づいた問題解決能力

SO. 社会における医療の役割の理解



15

# コアカリナビ(1)



近藤猛, 浅田義和, コアカリ改訂版の電子化およびFD・e-learning用コンテンツのプラットフォームの作成成果報告. 令和5年度文部科学省大学における医療人養成の在り方に関する調査研究委託事業成果報告シンポジウム, 2024年1月26日.

第7回今後の医学教育の在り方に関する検討会 2024年2月14日 錦織宏

## 令和2年度 医師の需給推計について

医療従事者の需給に関する検討会 第35回医師需給分科会 (令和2年8月31日) 資料1 一部改編

医師需給は、労働時間を週60時間程度に制限する等の仮定をおく「需要ケース2」において、2023年(令和5年)の医学部入学者が医師となると想定される2029年(令和11年)頃に均衡すると推計される。

・供給推計 今後の医学部定員を令和2年度の9,330人として推計。

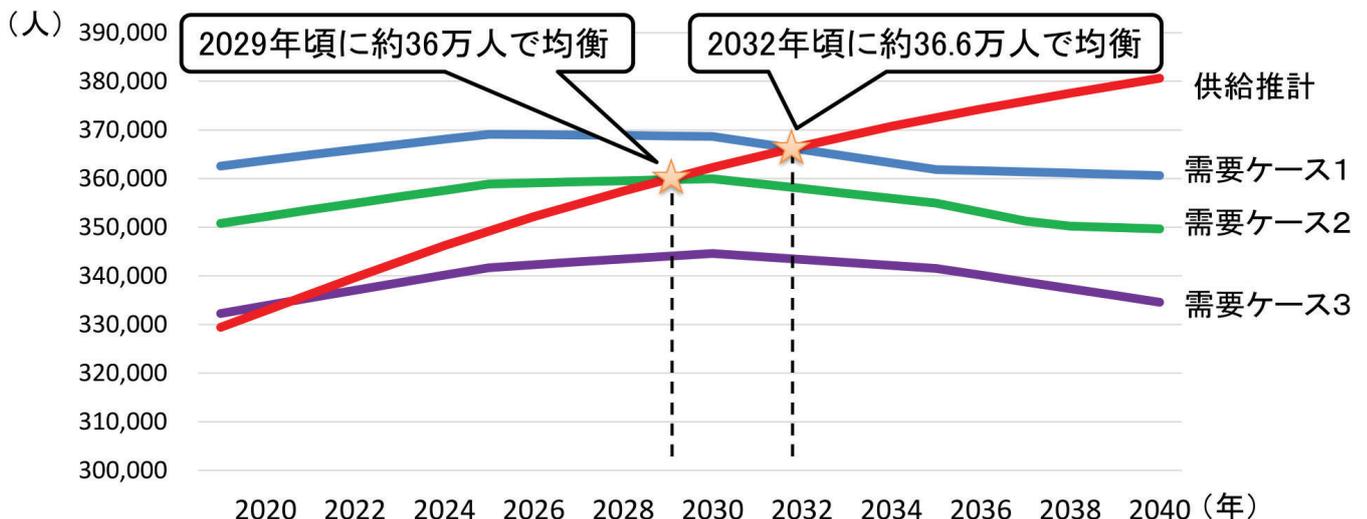
※ 性年齢階級別に異なる勤務時間を考慮するため、全体の平均勤務時間と性年齢階級別の勤務時間の比を仕事率とし、仕事量換算した。

・需要推計 労働時間、業務の効率化、受療率等、一定の幅を持って推計を行った。

・ケース1(労働時間を週55時間に制限等) ≒年間720時間の時間外・休日労働に相当)

・ケース2(労働時間を週60時間に制限等) ≒年間960時間の時間外・休日労働に相当)

・ケース3(労働時間を週78.75時間に制限等) ≒年間1860時間の時間外・休日労働に相当)



- 医学部定員の減員が必要という意見と同時に、医師偏在対策を併せて進める必要があるとの意見がある。
- そのため、現時点での医学部定員数の急激な変更は行うことなく、まずは、令和8年度の医学部定員については、令和6年度の定員数を上限としてはどうか。

医学部定員減が必要というご意見

医学部定員減員の必要性

- ◆ 令和11年頃にはマクロで医師の需給が均衡
- ◆ 医師の質の低下を招く
- ◆ 医師総数の増で偏在問題の解決にはならない
- ◆ 医師数増は医療経済的にも国民の負担となる
- ◆ 今後の人口構成の変化 等

医師偏在対策を進めるべきというご意見

医師偏在対策の必要性

- ◆ 医師養成数の削減はやむを得ないが、偏在対策がないまま削減を行うと、偏在が拡大する懸念
- ◆ 将来時点において医師が不足している都道府県については、前年度比増も含めて必要な数の臨時定員を認めて欲しい
- ◆ 将来的に需要は減少局面になるが、都道府県単位では需給が均衡していない
- ◆ 都道府県間の偏在是正のため、臨時定員の有効活用を

令和8年度の医学部定員について

現時点での医学部定員数の急激な変更は行うことなく、まずは、令和8年度の医学部定員については、実効性のある医師偏在対策を行いつつ、令和6年度の医学部定員数を上限としてはどうか。

- ・ 医学部定員の上限については、令和7年度まで9,420人で設定されているものの、令和2年度以降の最大の医学部定員数は9,403人であったことを踏まえ、令和8年度の医学部定員は、令和6年度の水準（9,403人）を上限とする。
- ・ 都道府県間の偏在是正の観点から、実効性のある医師偏在対策とともに、適切な臨時定員の配分方針についても併せて検討を行う。

医学部臨時定員の配分の具体的対応について

- 各都道府県の医学部臨時定員の意向については、具体的には、以下の方針で配分することでどうか。

令和7年度の医学部臨時定員の意向の配分・調整方法について（案）

各都道府県の令和6年度臨時定員地域枠数を基準として、以下①～③の順で調整を行う

① 医師多数県の意向の調整

医師多数県については、医師少数県・中程度県と比較して、臨時定員として地域枠を確保する必要性が低い一方で、大幅な変更は教育・研修・診療体制への影響等も考えられることから、その臨時定員については、原則として令和6年度臨時定員地域枠に0.8を乗じたものとした上で、③の調整を行う。

② 医師少数県の意向の調整

医師少数県については、医師多数県・中程度県と比較して、現状の医師が少ないだけでなく、若手医師についても少ない傾向があることから、臨時定員地域枠の要件を満たしつつ、教育・研修体制が維持される範囲内で、医師多数県から削減等した定員数分を活用して、原則、令和6年度比増となる意向がある場合には、意向に沿った配分を行う。

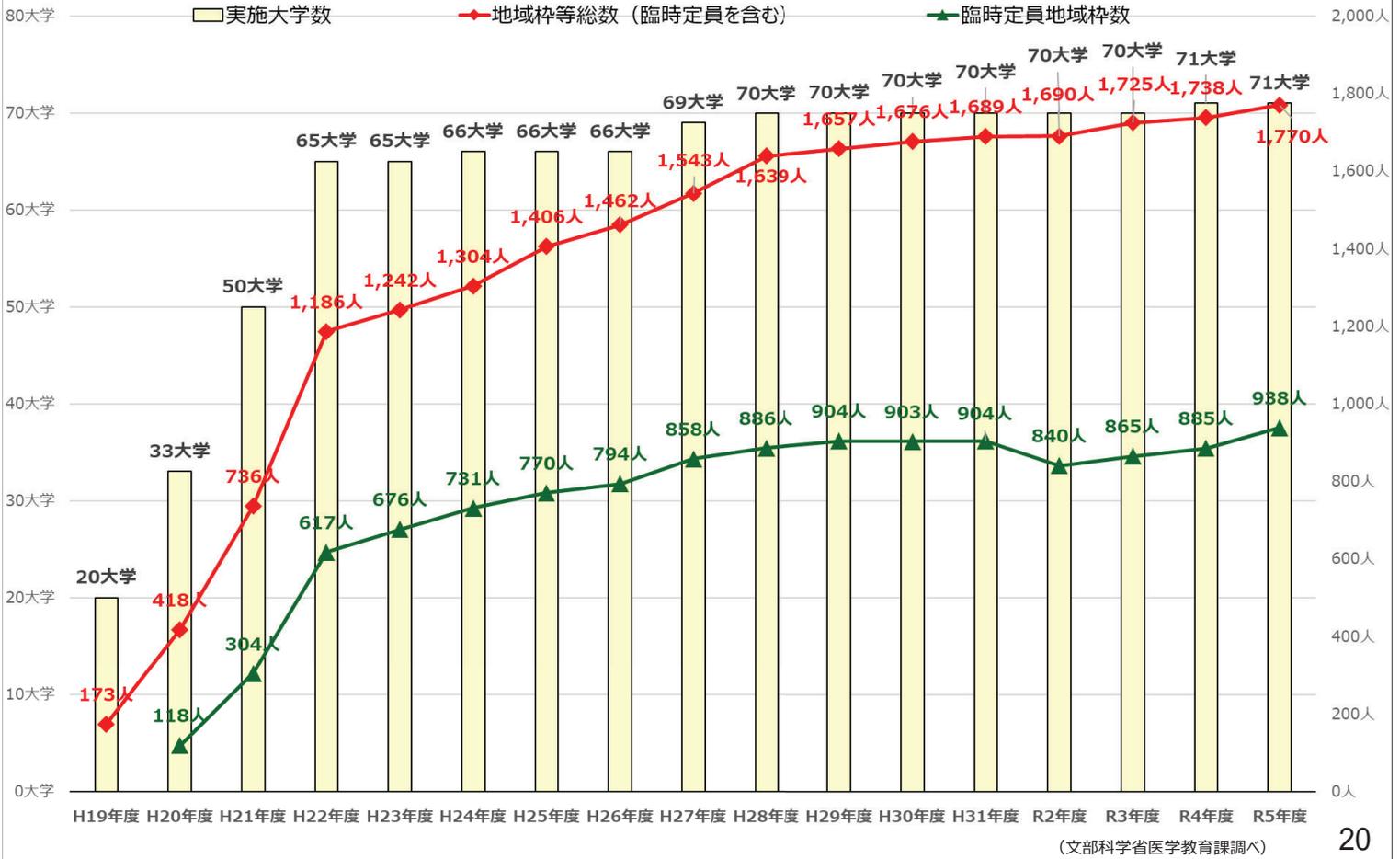
③ 残余臨時定員数の意向の調整

①②の対応を行った上で、臨時定員総数が令和6年度臨時定員総数に達していない場合には、その範囲内において※

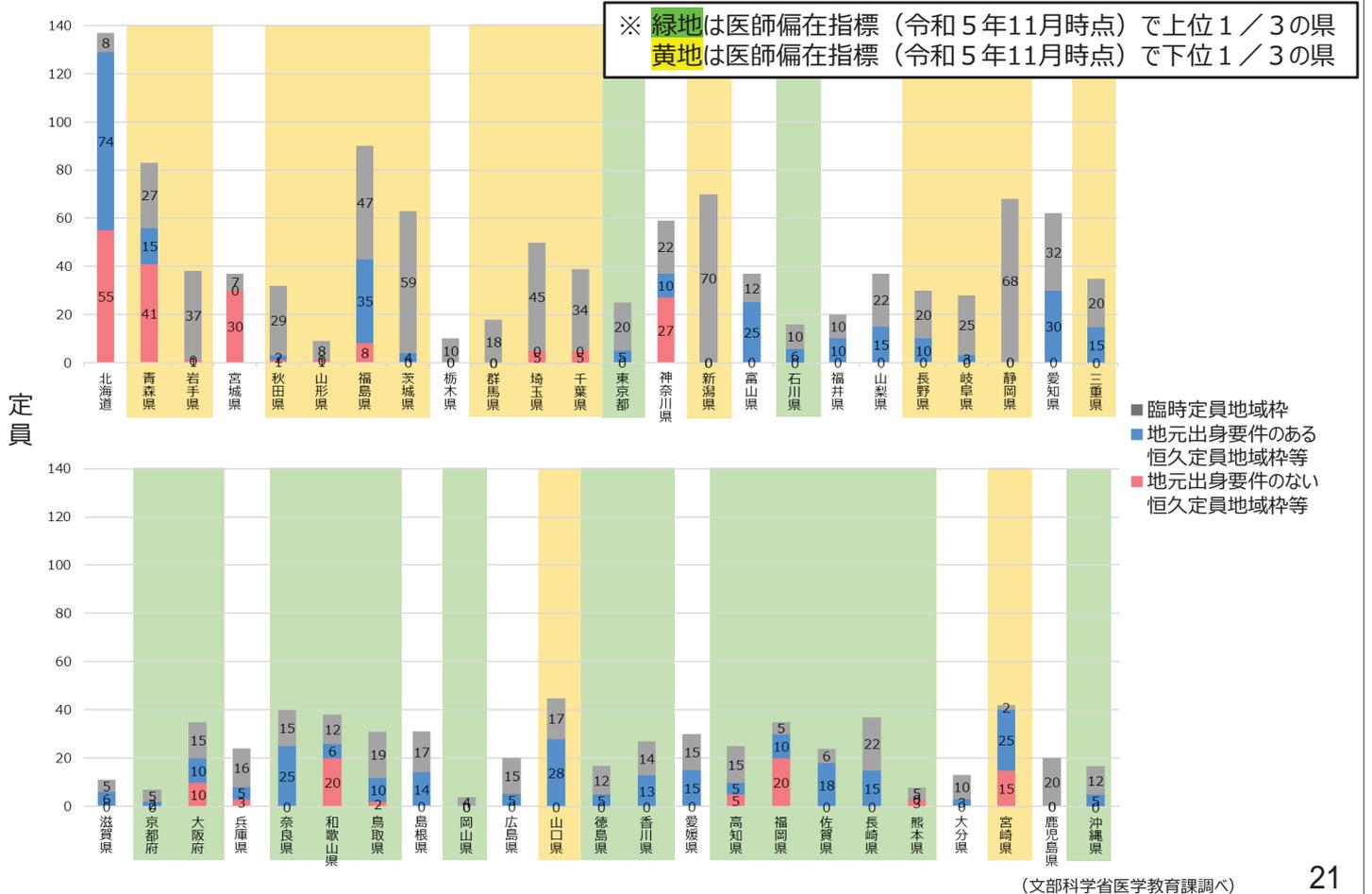
- － 恒久定員100名あたり、恒久定員内地域枠を4名以上設置している等、更なる県内の偏在是正が必要な都道府県については、
  - ・ 医師多数県では、例えば令和6年度臨時定員地域枠の一割等、一部の意向を復元する
  - ・ 医師少数区域のある医師中程度県では、令和6年度比増となる意向がある場合、医師少数区域等に従事する枠となっているか等、地域枠の趣旨の範囲内で配分を行う
- － 臨時定員研究医枠の令和6年度比増希望がある場合には、その趣旨の範囲内で配分を行う。

※ 配分を行うにあたっては、臨時定員地域枠の要件を満たした上で、必要に応じて教育・研修体制、医師少数区域への地域枠医師の配置状況や診療科選定の状況、若手の医師数、医師偏在指標の多寡、過年度の臨時定員地域枠充足率等についても考慮する。

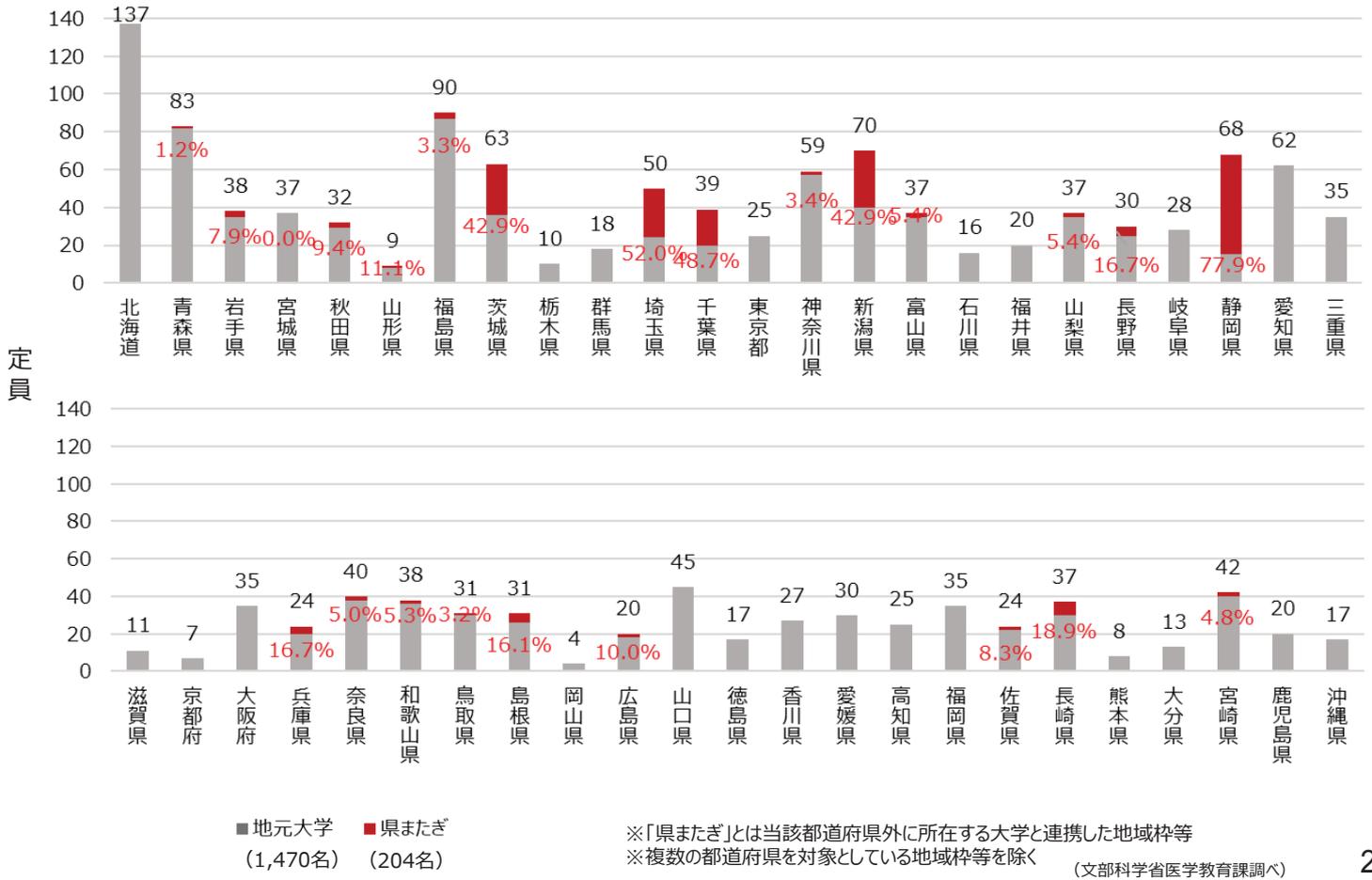
# 地域枠等の設置状況の推移



# 令和5年度地域枠等の設置状況 (都道府県別)

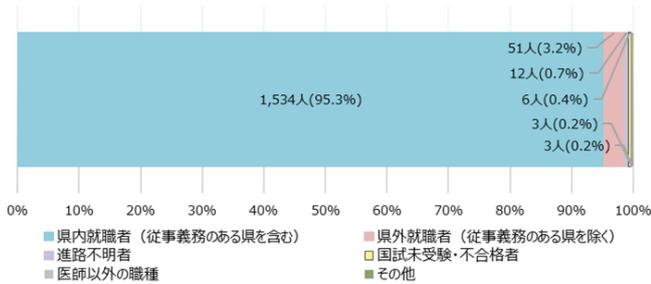


# 令和5年度地域枠等の設置状況（都道府県別）

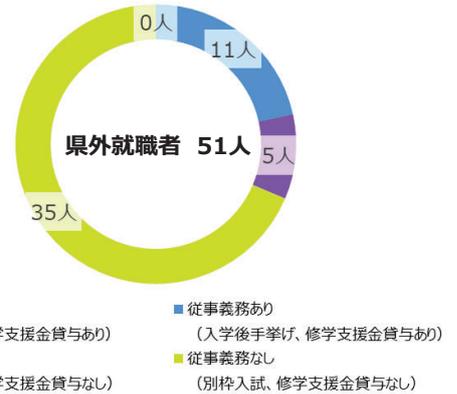


# 令和3年度医学部卒業者の就職状況

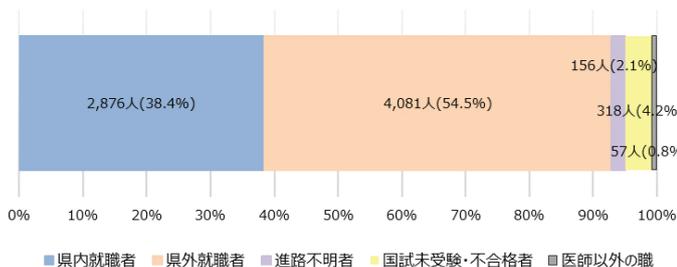
地域枠等の卒業生 1,609人



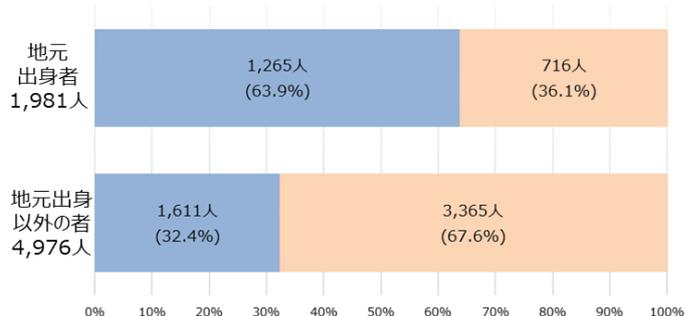
地域枠等の卒業生のうち、県外就職者の内訳



地域枠等以外の卒業生 7,488人



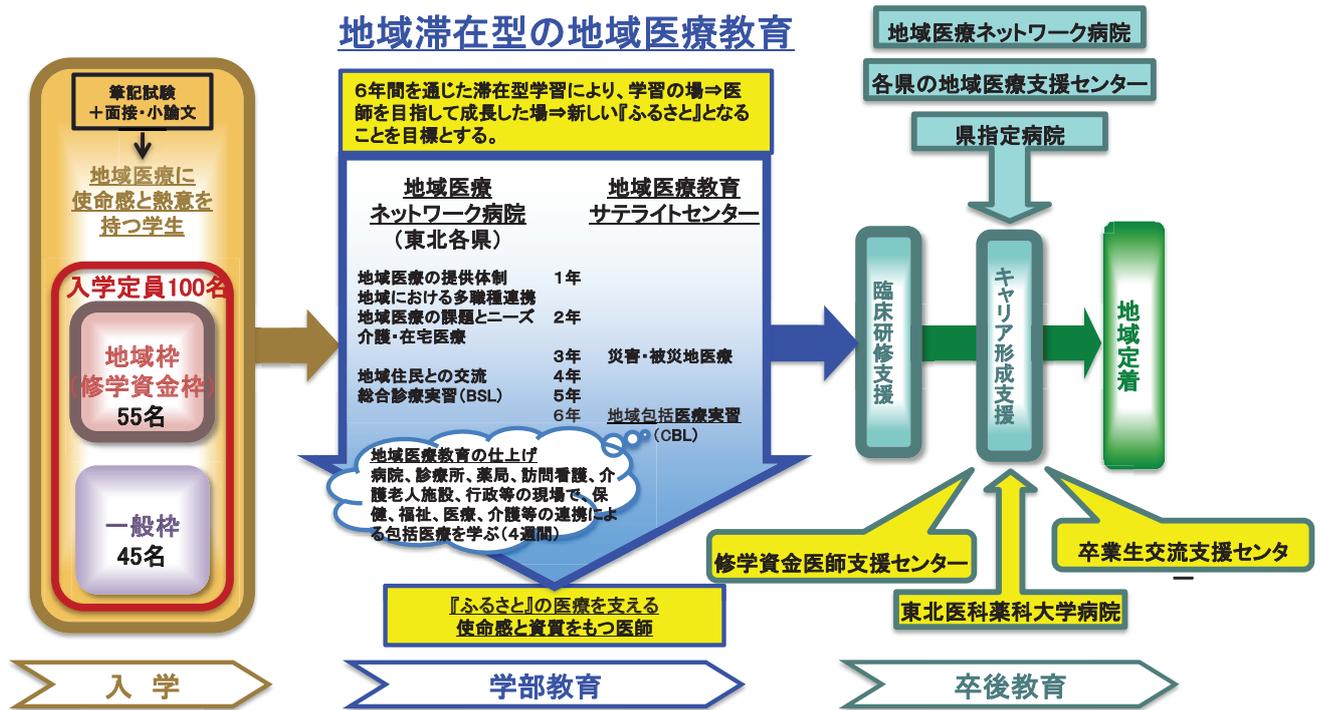
◇地域枠等以外の卒業生 (県内就職者・県外就職者) を地元出身かどうかで分類すると



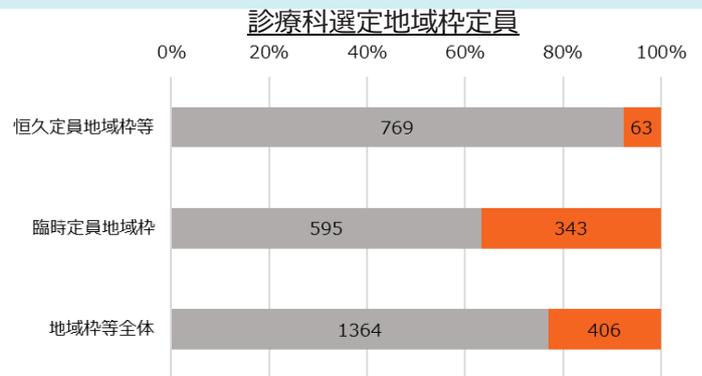
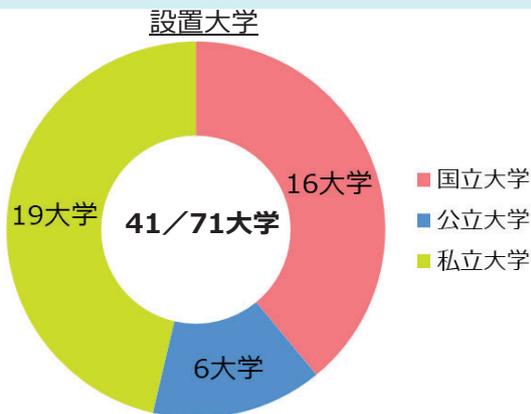
※「県内就職」とは、卒業した医学部の所在する都道府県内での就職をいう。23

## 東北地方への地域定着

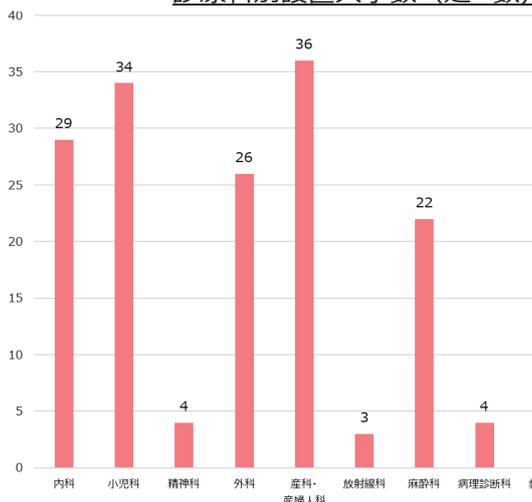
### 地域滞在型の地域医療教育



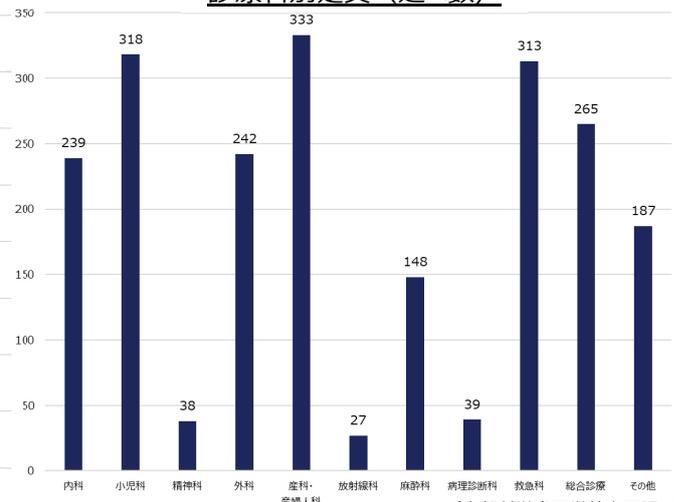
## 令和5年度診療科選定地域枠等 (推奨を含む)



診療科別設置大学数 (延べ数)

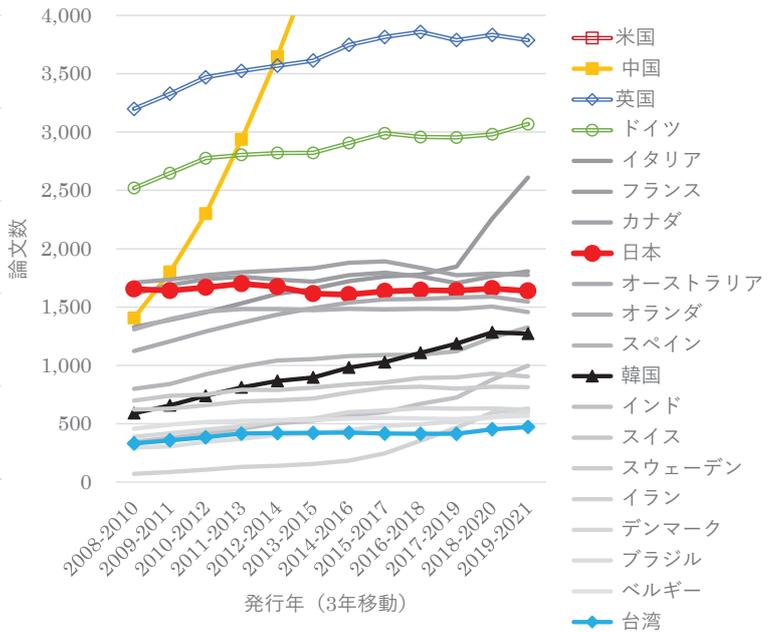
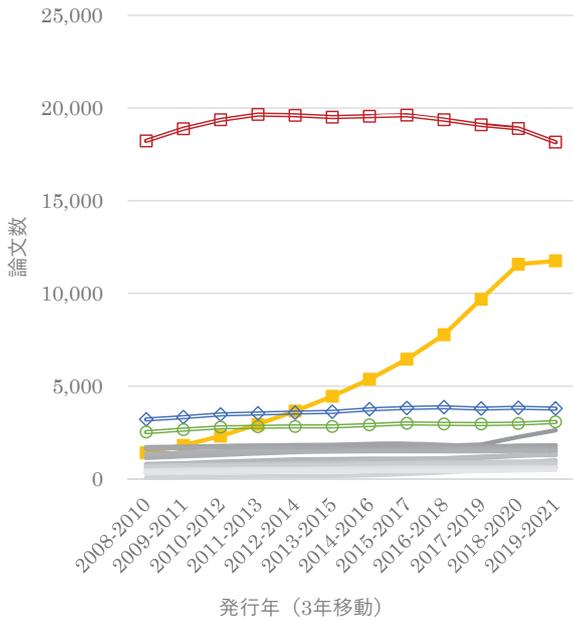


診療科別定員 (延べ数)



質×量

臨床医学トップ10%論文数 (責任著者カウント)

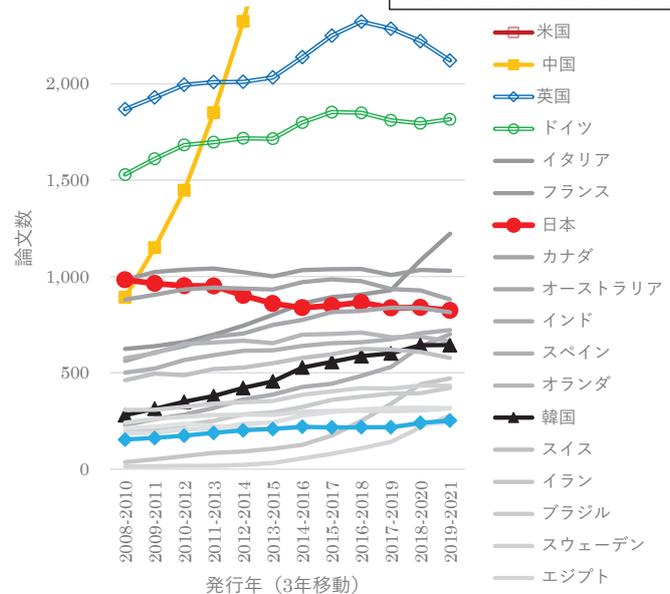
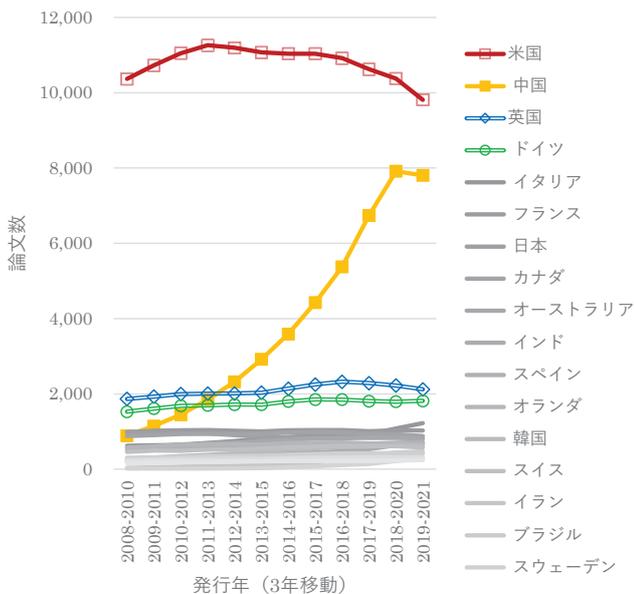


➤ 日本は8位。なお、人口当りでは26位 (2019-21年平均論文数500以上の53カ国中)

注) InCitesより2022-07-08にデータ抽出。文献種：原著、分野分類法：KAKEN-L3 (Bunka3-H20)、Clinical Internal Medicine and Clinical Surgery。カウント法：責任著者、3年移動平均値

質×量

基礎医学トップ10%論文数 (責任著者カウント)



➤ 日本は減少しつつあり8位。人口当りでは28位 (2019-21年平均論文数200以上の61カ国中)。研究力低下が継続中

注1) InCitesより2022-07-08にデータ抽出。文献種：原著、分野分類法：KAKEN-L3 (Bunka3-H20)、Basic Medicine、カウント法：責任著者、3年移動平均値

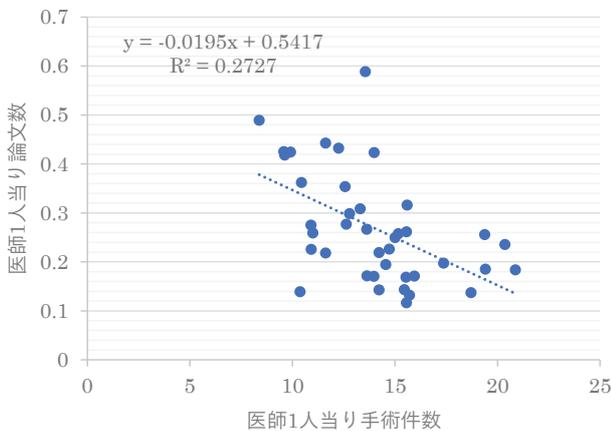
注2) 「基礎医学論文」は必ずしも「基礎医学講座」の論文数と一致するものではない。

● 医師1人当り手術件数を診療負担の代理変数とみなして、論文数およびQ1論文率との相関を検討

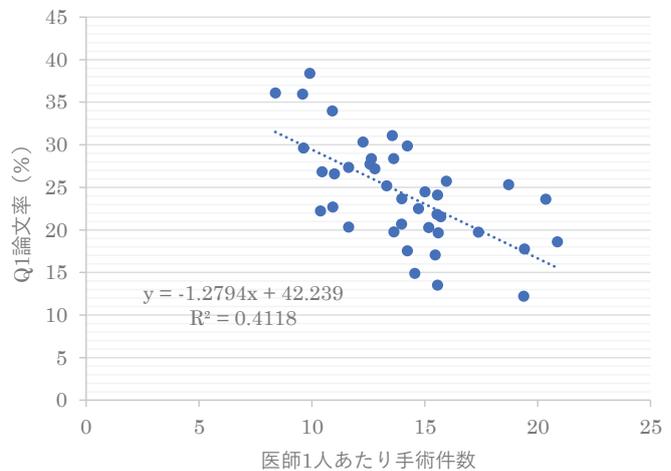
今後の医学教育の在り方に関する検討会  
(第6回) (令和6年2月14日) 資料1  
鈴鹿医療科学大学豊田長康氏より

- 診療負担の大きい大学ほど、医師1人当りの論文数が少なく、質指標 (Q1論文率) も低くなる。

医師1人当り手術件数と医師1人当り論文数の相関



医師1人当り手術件数とQ1論文率の相関



注1) 医師数のデータは、2022年に文部科学省医学教育課から提供

注2) 手術件数のデータは大学改革支援学位授与機構より提供

注3) 2023年11月15日InCitesより論文データ抽出。文献種：原著、分野分類法：ESI、臨床医学、筆頭著者カウント。

2024/01/24

28

## 研究医枠について

- ・昭和57年及び平成9年の閣議決定に基づき、医師過剰の懸念から医学部定員を抑制。
- ・平成22年度より、「経済財政改革の基本方針2009」を踏まえ、地域枠、研究医枠、歯学部振替枠により臨時的な定員増を開始。
- ・研究医枠は、他大学と連携し基礎医学及び社会医学に関する優れた研究者の養成を重点的に担おうとする場合に限り、3名以内の定員増を認めるもの。
- ・当該定員を入試制度に紐づける必要はないが、設置大学は研究医の養成拠点として、複数の大学と連携の上、研究医養成のための充実した教育体制を整備することが求められる。

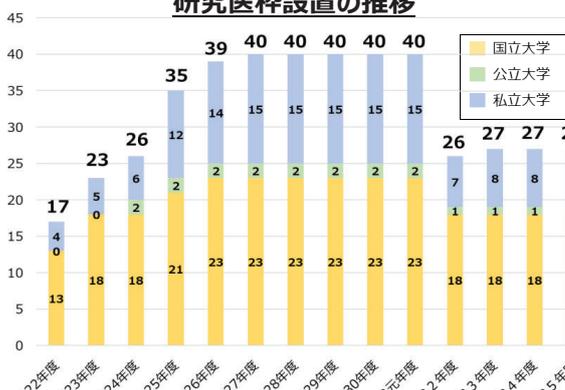
### 必須要件

- ・複数の大学の連携により研究医養成拠点を形成すること
- ・学部・大学院で一貫した特別な教育コースを設けること
- ・研究医確保のための奨学金を設けること

### 任意要件 (要件として課すことが望ましいもの)

- ・専用入試枠を設けて研究意欲の高い学生の選抜を行うこと
- ・学生の研究活動の実施のための予算措置を行うこと
- ・学会や論文発表の指導や機会の提供を行うこと
- ・臨床研修により研究活動が中断されないよう、配慮すること
- ・研究医として、常勤ポストを確保すること
- ・海外研修の機会が提供されること

### 研究医枠設置の推移



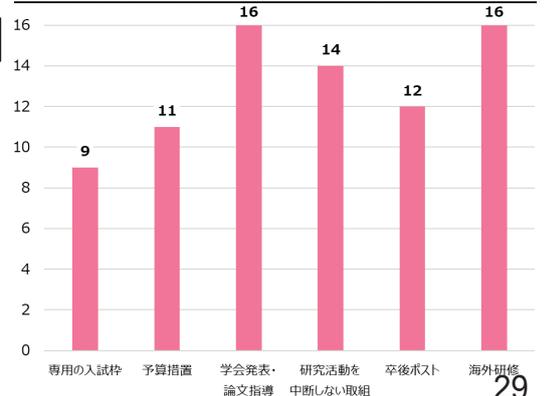
### 令和6年度研究医枠設置大学

東北大  
千葉大  
東京大  
東京医歯大  
名古屋大  
京都大  
大阪大  
神戸大

山口大  
長崎大  
奈良医大  
埼玉医大  
順天堂大  
金沢医大  
関西医大  
兵庫医大

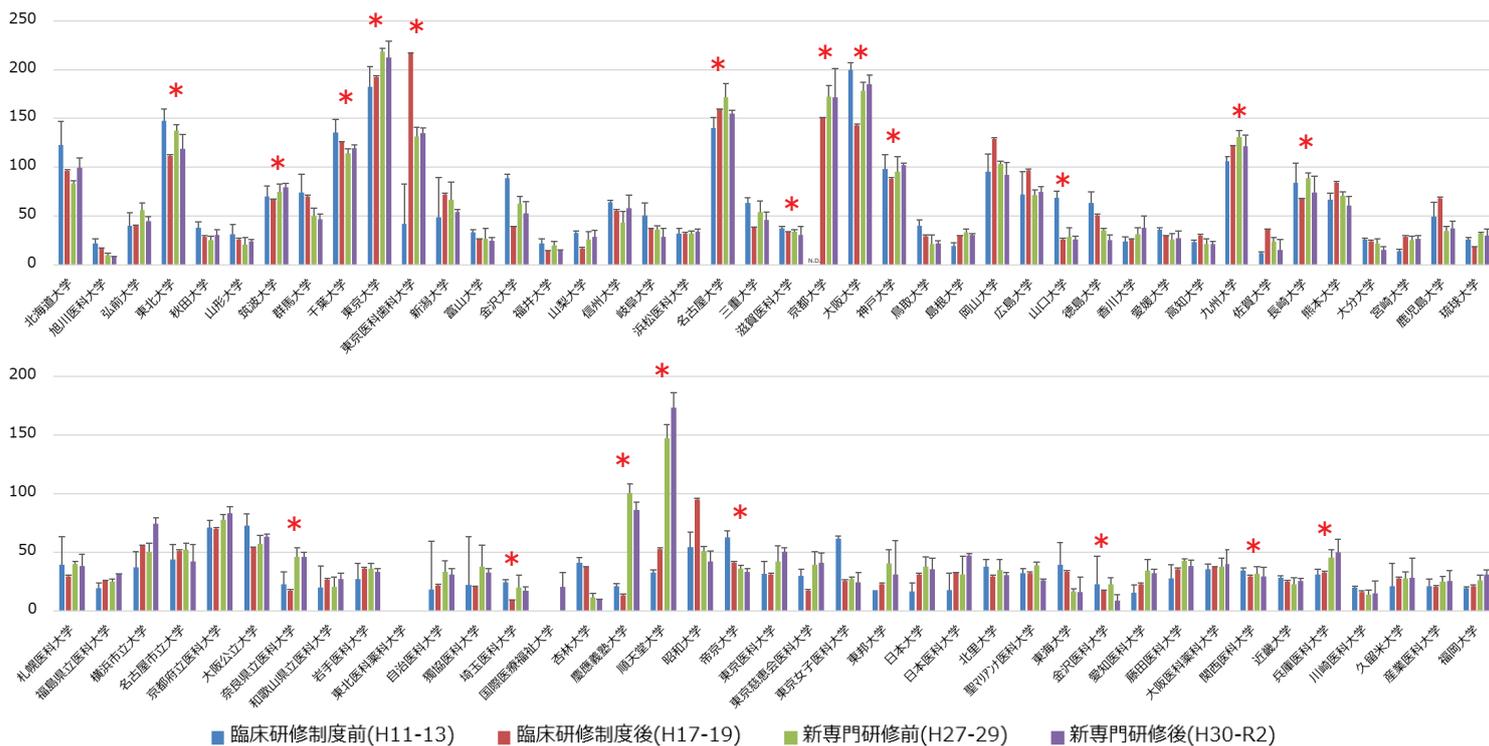
計16大学

### 大学別研究医枠における任意要件の設定状況



# 大学院生数の推移(H11~R5)

研究医枠設置大学では、研修制度が開始される中、増員以後大学院生数が増加傾向にある。



\* 研究医枠設置大学（現在増員のない大学を含む）

※大学院生数は3年間の平均

H11-13は学校基本調査、その他は医学教育課調べ30

## 基礎研究医プログラムについて

第3回医道審議会医師分科会  
医師臨床研修部会  
令和4年1月26日

資料2

### 背景

- 我が国の国際競争力は、基礎医学論文数の観点からも、相対的に低下傾向であり、基礎医学系の大学院博士課程入学者に占める医師免許取得者の割合を高める必要がある。
- **令和4年度の研修から**、基礎医学に意欲がある学生を対象に、臨床研修と基礎研究を両立を可能とする**基礎研究医プログラム**の募集を開始する。
- 基礎医育成・研修コースの定員については、**一般の募集定員とは別枠の定員を設定し**、一般のマッチングに先行して選考を行う。

### 基礎研究医プログラム



届出



### 基礎研究医プログラム設置要件

- 基幹型臨床研修病院である大学病院(本院に限る)
- プログラム開始時に、所属する基礎医学系の教室を決定し、オリエンテーションを行うこと。
  - 選択研修期間に、**16週以上、24週未満の基礎医学の教室に所属する期間**を用意すること。
  - 基礎医学研修を開始する前に、臨床研修の到達目標の到達度の評価を行うこと。
  - 臨床研修後、**4年以内を目処に、作成した基礎医学の論文を、研修管理委員会に提出**すること。
  - 臨床研修修了後に、プログラム修了者の到達目標の達成度と臨床研修後の進路を管轄する地方厚生局に報告すること。

基礎研究医枠  
限定選考  
(5月頃)

対象者: 基礎医学に意欲があり、基礎医学系の教室に所属する者

募集定員全体

通常の  
マッチング  
(6月~)



マッチング枠

一大学につき原則1名※  
※基準に応じて0~5名

臨床研修  
(4月~)



臨床研修



臨床研修+基礎研究  
基礎医学系の教室に所属

※到達目標を満たすことが条件



31

## 大学院進学、博士号取得の魅力向上のための取組の提案

- ・医学論文の減少、研究医のなり手不足など、医学分野の研究力低下は喫緊の課題である。
- ・令和6年4月より医師の休日・時間外労働の上限規制が適用され、研究力の低下が更に懸念される。
- ・医師の研究者としての資質向上のため大学院進学を推進することが望ましいが、卒後の研修制度などが進学の障壁となっている。
- ・専門研修と大学院進学との並行履修や博士号取得のインセンティブの付与など、博士号の魅力向上を図るための取組が必要である。

### ① 専門医制度における臨床研究医コースと大学院進学との並行履修 (臨床研究医コース)

|            |            |            |
|------------|------------|------------|
| 26歳        | 29歳        | 33歳        |
| 専攻医<br>1年目 | 専攻医<br>2年目 | 専攻医<br>3年目 |
|            | 院生<br>1年目  | 院生<br>2年目  |
|            |            | 院生<br>3年目  |
|            |            | 院生<br>4年目  |

(見直し後)

|            |            |            |           |
|------------|------------|------------|-----------|
| 26歳        | 27歳        | 29歳        | 31歳       |
| 専攻医<br>1年目 | 専攻医<br>2年目 | 専攻医<br>3年目 |           |
|            | 院生<br>1年目  | 院生<br>2年目  | 院生<br>3年目 |
|            |            | 院生<br>3年目  | 院生<br>4年目 |

臨床研究医コース整備指針 2023年5月19日一部改正  
(一般社団法人日本専門医機構 2020年9月18日)

並行して履修

・シーリングの対象とはならないが、大学院進学との並行履修が認められなかったためコースの魅力が不十分

- ・専門医研修と博士課程を両立できないか
- ・並行履修期間中の診療エフォートを軽減できないか

### ② 研究を継続して実施するための取組の推進

|     |            |            |            |            |
|-----|------------|------------|------------|------------|
| 24歳 | 25歳        | 26歳        | 29歳        | 30歳        |
|     | 研修医<br>1年目 | 研修医<br>2年目 |            |            |
|     |            | 院生<br>1年目  | 院生<br>2年目  | 院生<br>3年目  |
|     |            |            | 院生<br>3年目  | 院生<br>4年目  |
|     | 研修医<br>1年目 | 研修医<br>2年目 | 専攻医<br>1年目 | 専攻医<br>2年目 |
|     |            |            | 専攻医<br>2年目 | 専攻医<br>3年目 |
|     |            |            | 院生<br>1年目  | 院生<br>2年目  |
|     |            |            | 院生<br>2年目  | 院生<br>3年目  |
|     |            |            | 院生<br>3年目  | 院生<br>4年目  |

(基礎研究医プログラムで想定されるコースの例)

|            |            |          |           |
|------------|------------|----------|-----------|
| 24歳        | 25歳        | 26歳      | 30歳       |
| 研修医<br>1年目 | 研修医<br>2年目 |          |           |
|            |            | 研究<br>生等 | 院生<br>1年目 |
|            |            |          | 院生<br>2年目 |
|            |            |          | 院生<br>3年目 |
|            |            |          | 院生<br>4年目 |

・臨床研修や専門研修を大学院進学と並行する大学独自の取組や厚生労働省の基礎研究医プログラム等を活用し、研修により医師の研究に対する意識が途絶えないような取組を推進するべきではないか

### ③ その他、博士号の魅力向上のための取組案

- ・専門医の取得要件において、一定の研究活動を求めることとしてはどうか
- ・博士号取得者については、医学研究者として十分な資質があるものとして、一部講習の免除等のインセンティブを付与してはどうか
- ・特に優れた研究業績を有する医師については、専門研修中でも研究が継続できるよう環境整備を図ってはどうか

32

## 臨床研修医増加のための取組 (たすきがけプログラム)

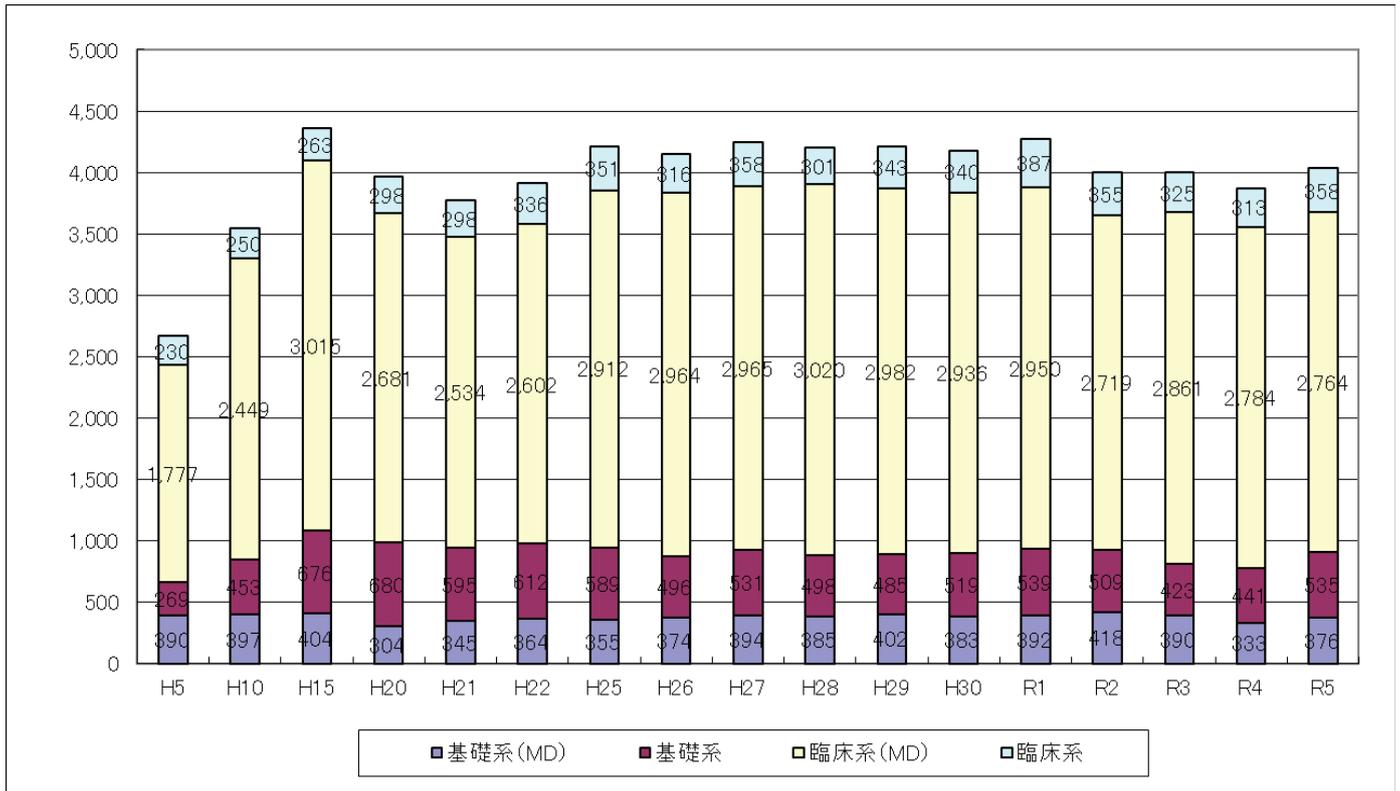
◆自大学で研修する臨床研修医を増やす取組 (※文部科学省においてたすきがけプログラム関係記載を抜粋し、下線を追加)

| 大学名       | 活動内容   | 成果   |
|-----------|--|--|
| 東北大学      | 研修医個々のニーズにマッチした研修スケジュールが組めるように、自由選択プログラム、小児科・産婦人科プログラム、地域医療重点プログラムを設けており、令和4年度から基礎研究医プログラムを新たに開始している。協力病院・施設での研修(たすきがけ研修)により、大学病院では高度先進医療、市中病院ではCommon Diseaseを多く経験するなど、双方のメリットを生かすことが出来る。また、令和4年度から診療情報処理研修を全国に先駆けてスタートし、選択研修科目として、AI技術を活用した医療情報解析の基礎を学ぶことが出来る。 | たすきがけ研修は多くの実績がある。診療情報処理研修は参加研修医から好評を得ており、学生からの問い合わせも多い。                      |
| 筑波大学      | 院外研修を柔軟に組み込めるようにして、大学と院外の両方を経験したい、というアピールをしている   | マッチングで58人内定に加え、二次募集で17人内定した。   |
| 東京大学      | (1) 当院のみで臨床研修を行う方式のプログラム、<br>(2) 基幹型臨床研修病院と協力型臨床研修病院間で臨床研修を行う「たすきがけ型方式」のプログラム、<br>(3) 小児科重点プログラム、<br>(4) 産婦人科重点プログラムと全4プログラムあり、選択枝が多い。優れたスタッフの指導の下、幅広い知識や技能の習得が可能である。  | 応募者の数は年々増えている。   |
| 東京医科歯科大学  | たすきがけ研修で一般診療から高度医療まで経験でき、将来の目標に合わせた柔軟なプログラム作成を支援している。  | 毎年高いマッチング率を維持している。   |
| 大阪大学      | 研修医の希望に沿う自由度の高い選択研修を提供する他、大学病院での研修を補充する離島や地域 ER研修、協力型病院及び連携医療機関の拡大を行っている。  | 現時点では定員一杯の研修内定者を得ている。  |
| 神戸大学      | 研修医による指導科フィードバックによる研修医ニーズの把握・副直制度の充実   | 今年度一般・たすき・小児科医育成コースフルマッチ   |
| 広島大学      | 主に大学病院で研修を行う『多目的研修コース』、大学病院と市中病院で研修を行う『たすきがけ研修コース』、小児科・産婦人科研修に重点を置いた『小児科・産婦人科重点研修コース』、基礎医学研究と両立できる『基礎研究医育成・研修コース』を設置し、研修施設、診療科の選択において、研修医の希望に応じて柔軟に対応できるようにしている。また、救急外来研修を充実させ、大学病院では救急外来が研修できないというイメージを払拭するよう努力している。  | マッチング希望者の増加を期待できる。   |
| 長崎大学      | たすきがけ研修プログラム(1年次:長大病院→2年次:他病院)の充実  | 大半の研修医が選択しており、大学病院で経験できない common disease を2年目以降の市中病院で経験できるなど、幅広い研修が可能となっている。 |
| 大分大学      | たすきがけ研修等、大学病院と中核病院の良さをミックスしたプログラムを実施   | 昨年度マッチング率87.5%を達成した  |
| 鹿児島大学     | 協力病院、協力施設とのたすきがけでの研修を行っていることを医学部学生にアピールしている。   | 市中病院での研修を考えていた学生が一定数マッチするようになった。   |
| 東京慈恵会医科大学 | 地域医療研修2カ月・たすきがけ研修・市中病院研修   | 一般外来診療能力・総合診療能力・手技等の向上が図れた   |
| 福岡大学      | 市中病院と連携したたすきがけの研修コースを新設し、より充実した研修プログラムを構築した。   | プログラムへの応募者数が急増し、マッチング結果についてもフルマッチとなった。                                       |

(出典) 令和3・4年度 全国大学附属病院 研修医に関する実態調査報告 (全国医学部長病院長会議調べ) 33

# 医学系大学院（4年制博士課程）入学者推移（H5～R5年度）

## 医師（MD）の大学院の入学者数は横ばい～減少傾向



(文部科学省医学教育課調べ)

## 全国医学部長病院長会議 研究・医学部大学院のあり方検討委員会 研究医育成のための実態調査【大学院】：予備調査

### 博士論文の審査基準

|                     |   |       |
|---------------------|---|-------|
| 1. ジャーナルアクセプト後に学位審査 | 9 | 75.0% |
| 2. 書き上げ論文で学位審査      | 2 | 16.7% |
| 3. 上記二者の併用          | 3 | 25.0% |

### 書き上げ論文の審査方法

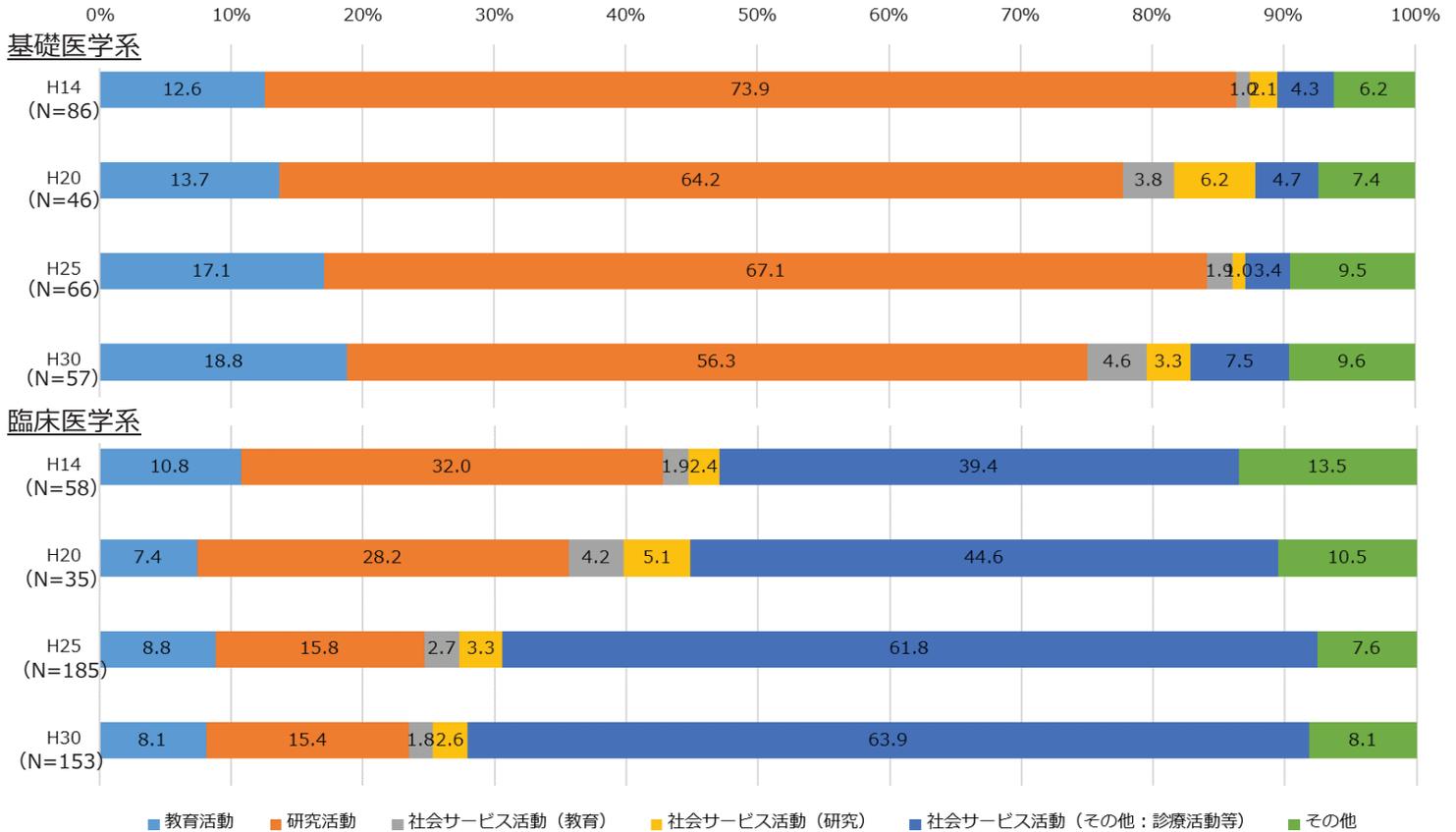
|       |  |
|-------|--|
| 東北大学  | 本研究科規程の定めるところにより、博士論文の審査及び最終試験を約半年間かけ、3～4名の審査委員のもと実施している。学位審査は2段階とし、第一次審査では口頭での審査を全員義務付けており、第一次審査合格後の最終審査では、口頭または書面にて審査を行っている。   |
| 東京大学  | 審査委員会の審査は、以下の観点から学位論文を評価し、必要な修正を求め、かつ可否の判断をするものとする。ただし、学位論文の表現および書式に不備があり内容の把握が困難な場合、主査(副査)は、審査委員の同意を得て審査会の前に修正を求められることができる。<br>(1) 研究テーマの着眼点、研究の進め方の独創性<br>(2) 結論を導くに至った根拠の豊富さ、確実さ<br>(3) 研究成果の重要度<br>a. 当該領域における研究進展への貢献度<br>b. 予見される波及効果<br>(4) 研究の完成度<br>英文論文として発表していない場合、近い将来発表の見込みの有無<br>(5) 当該研究への主体的取り組み度<br>(6) 当該研究の理解度<br>(7) 関連領域の研究についての熟知度<br>(8) 研究倫理の遵守<br>(9) 副論文がある場合、上記の8項目について同様に評価し、本論文の評価に加味することができる |
| 順天堂大学 | ・ジャーナルアクセプト後の論文と、ジャーナル投稿前の論文での学位審査の実施方法に特段の区別はしていない。予め定めた学位審査基準に則って審査を行っている。<br>・ジャーナル投稿前の論文については、形式や内容について受理可否の審査を厳格に行っている。   |
| 大阪大学  | 申請時に4年次の在学者のみが申請でき、単著の英文論文とし、原則として学位申請者が自身で取得したデータにより作成する  |

### 学位の質担保の工夫

|       |  |
|-------|--|
| 東北大学  | 博士学位論文とは別に、博士学位論文の骨子となる論文を、査読性のある学術誌に筆頭者として1編以上投稿することを義務づけている。また、学術論文投稿までの指導には、指導教授・所属研究室の教育担当教員・本学独自のアドバイザー教員等が複数体制で行っている。  |
| 東京大学  | 「博士学位論文作成要項」を配布し、論文審査にあたっての留意事項を周知し、質の担保をはかっている。   |
| 順天堂大学 | ・各学年において研究進捗状況の確認を行い(1年次:研究計画書、2年次:研究進捗状況報告書、3年次:ポスターセッション)、指導教員以外の研究者からのコメントを研究に生かす機会を設けている。  |
| 大阪大学  | 特別に学位論文評価委員会委員を大学院教務委員長が指名し、オリジナリティが高く医学生命科学の革新的な展開に寄与する研究であり、十分なデータに裏付けられ、基本的に論文を掲載する難易度の高いジャーナル(当該年度のJournal Impact Factorで10程度以上を目安)の掲載論文と同等以上の水準にある論文かどうかを確認する |

## 医学分野における助教の労働時間に占める研究時間の割合の推移

特に臨床医学系助教の研究活動時間の割合は大幅に減少している。

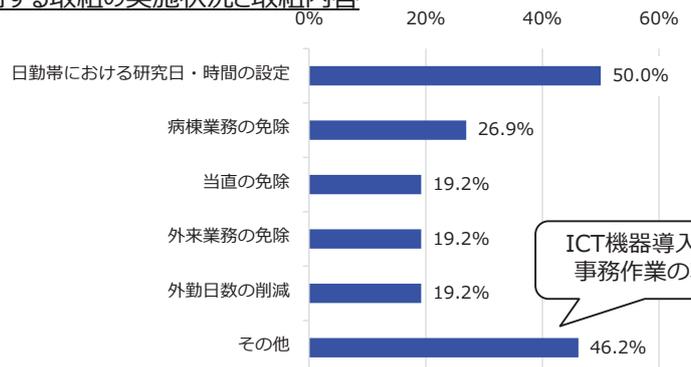
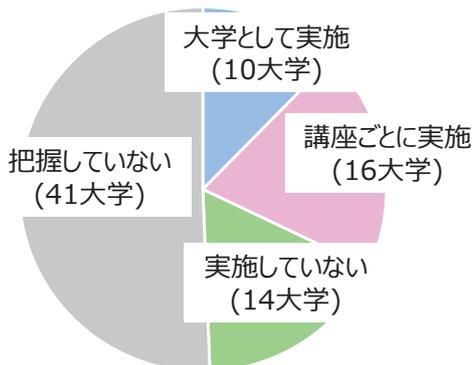


(出典) 文部科学省「大学等におけるフルタイム換算データに関する調査」を基に、文部科学省医学教育課が作成。 36

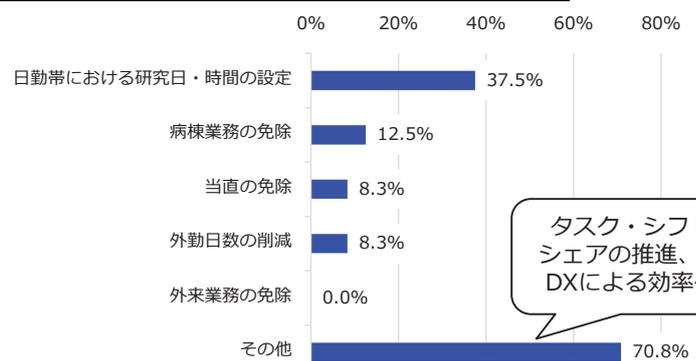
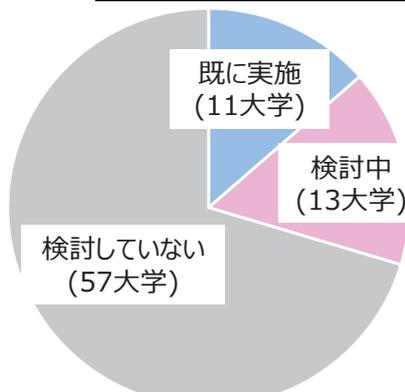
## 大学医学部・大学病院における研究時間確保について

全体の1/3程度の大学で既に研究時間確保の取組が進められているが、令和6年4月に向けて研究時間確保の取組を検討している大学も同程度である。

現在の研究時間確保に関する取組の実施状況と取組内容



令和6年4月からの医師の働き方改革に向けた研究時間確保に関する取組の検討状況と検討内容



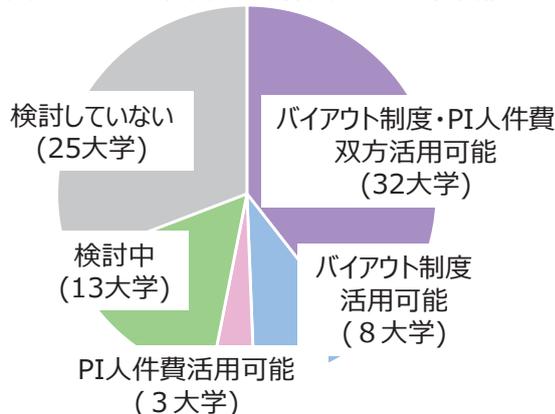
(出典) 令和5年度先導的・大学改革推進委託事業「大学医学部における研究医養成の効果検証のための調査研究」の速報値を基に、文部科学省医学教育課で作成。

## その他、研究に専念できるための環境整備に関する状況

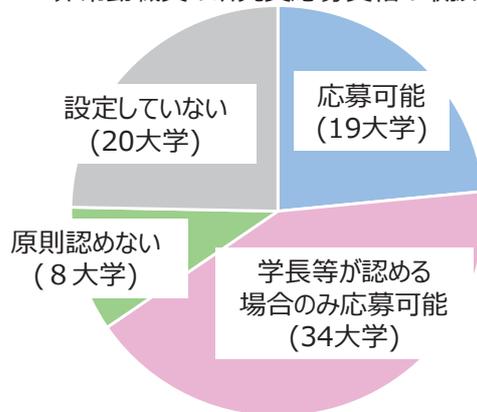
各大学で研究に専念しながら、ライフイベントにも配慮した取組が実施されている。こうした取組を学内でも周知するとともに、好事例については横展開する必要がある。

### 1. 競争的研究費に関して、研究者が研究に専念できる環境の整備に係る取組状況

研究費のバイアウト制度・PI人件費に関する制度構築



非常勤職員の研究費応募資格の取扱い



### 2. 各大学で実施されているライフイベントに配慮した取組

- ・出産サポート休暇、育児休業・時短勤務、介護休業 ・院内保育所・病児保育室・育児多目的室の設置 ・夏季学童保育
- ・ベビーシッター料補助 ・育児中の当直免除 ・不妊、妊娠、育児と仕事の両立等の専任アドバイザーの配置
- ・研究支援員の配置 ・復帰後の研究費補助 ・論文執筆に係る費用の補助 ・学会参加時の保育料補助や学会託児
- ・ワークライフバランスやダイバーシティに関する講演会・シンポジウムの開催 ・男女共同参画に関する表彰
- ・共通テスト時の休日保育料補助 ・大学院の長期履修制度 等

(出典) 令和5年度先導的・大学改革推進委託事業「大学医学部における研究医養成の効果検証のための調査研究」の速報値を基に、文部科学省医学教育課で作成。

38

## 卒業後、一定期間大学・大学病院への所属を要件としている入学者選抜枠の例

| 大学名     | 入試枠の名称             | 入試方式    | 募集人員  | 地元出身要件 | 従事要件等（募集要項抜粋）  |
|---------|--------------------|---------|-------|--------|--|
| 富山大学    | 富山県一般枠             | 総合型選抜   | 10人   | ○      | 卒業後は、富山大学附属病院（基幹型プログラム）で、2年間の初期研修を含む3年間の臨床研修に従事  |
|         | 地域枠                | 学校推薦型選抜 | 15人以内 | ○      |  |
| 福井大学    | 地元出身者枠             | 学校推薦型選抜 | 10人程度 | ○      | 卒業後は、直ちに福井大学医学部附属病院で、連続した3年間の研修（臨床研修および専門研修）に従事  |
| 徳島大学    | 四国研究医型             | 総合型選抜   | 8人    | ○      | 大学入学後、直ちに下記を確約<br>・徳島大学大学院医学研究科において大学院進学（MD・PhDコース又は卒業後3年以内に4年間の博士課程）<br>・徳島大学病院又は徳島大学病院が指定する主要基幹病院において2年間の初期臨床研修        |
| 札幌医科大学  | 先進研修連携枠(ATOP-M)    | 一般選抜    | 55人   | ×      | 卒業後、札幌医科大学附属病院を含む臨床研修指定医療機関で、初期臨床研修修了後、札幌医科大学医学部又は附属病院の各診療科に所属し、7年間、札幌医科大学及び本学の卒後の必修プログラムに関連する国内外の医療機関又は研究機関において医学・医療に従事 |
|         |                    | 学校推薦型選抜 | 20人   | ○      |  |
| 名古屋市立大学 | 学校推薦型選抜（中部圏活躍型）    | 学校推薦型選抜 | 27人   | ○      | 2年間の初期臨床研修を行った後、卒業6年後までに必ず名古屋市立大学又は名古屋市立大学病院に所属（入学後、研究力養成コースの履修必須）   |
|         | 学校推薦型選抜（名古屋市高大接続型） | 学校推薦型選抜 | 3人    | ○      |  |
| 久留米大学   | 久留米大学特別枠推薦型選抜      | 学校推薦型選抜 | 約20名  | ×      | 卒業後、久留米大学病院または久留米大学医療センターにおいて臨床研修（2年）を行い、臨床研修修了後、上記いずれかの病院に4年間勤務   |

※各大学の令和6年度入学者選抜要項から、文部科学省が作成