

令和7年度 医学・歯学教育指導者のためのワークショップ記録集

# 事前アンケート (医学)

## (1) 診療参加型臨床実習における学生評価と医行為の促進

診療参加型臨床実習は、実際の医療現場・患者・地域社会との協働の経験、コミュニケーション能力や態度の育成、シームレスな卒前卒後教育の実現のため必須であり、医学教育モデル・コア・カリキュラムでもその重要性が強調されてきた。令和3年5月28日に可決された「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」では医学生を臨床実習において医行為を行う法整備も整っている。

診療参加型臨床実習を実現のためのリソース不足、患者・多職種への浸透不足、学習者評価の困難さなど、様々なハードルが残存している。研修医が行っている処方以外の医行為・役割を臨床実習における医学生が担当するために、学習者評価という視点から各大学における課題を整理し、解決のための具体案、必要な施策の具体案を提示するところまで議論を深める。

2025/6/30 時点：65校が回答

### 1. 医行為の指導体制、到達目標についてお伺いします。

#### 1-1. 学生が医行為を行う際の指導・監督者は誰ですか。

#### 【侵襲を伴う医行為（静脈採血、尿道カテーテル挿入など）】

##### A. 指導・監督にかかわるすべてのスタッフ（複数選択可）

- |                    |                 |
|--------------------|-----------------|
| a. 指導医（スタッフ医師・教員）  | 65/65 件 (100 %) |
| b. 専攻医（後期研修医）      | 54/65 件 (83 %)  |
| c. 臨床研修医（初期研修医）    | 38/65 件 (58 %)  |
| d. 看護師など他職種の医療スタッフ | 21/65 件 (32 %)  |

##### B. 主たる監督者となるスタッフ（1つ選択）

- |                    |                |
|--------------------|----------------|
| a. 指導医（スタッフ医師・教員）  | 62/65 件 (95 %) |
| b. 専攻医（後期研修医）      | 2/65 件 (3 %)   |
| c. 臨床研修医（初期研修医）    | 1/65 件 (2 %)   |
| d. 看護師など他職種の医療スタッフ | 0/65 件 (0 %)   |

#### 【非侵襲的な医行為（医療面接、身体診察、診療録記載、血圧測定、患者移送など）】

##### A. 指導・監督にかかわるすべてのスタッフ（複数選択可）

- |                    |                |
|--------------------|----------------|
| a. 指導医（スタッフ医師・教員）  | 64/65 件 (98 %) |
| b. 専攻医（後期研修医）      | 62/65 件 (95 %) |
| c. 臨床研修医（初期研修医）    | 49/65 件 (75 %) |
| d. 看護師など他職種の医療スタッフ | 29/65 件 (45 %) |

##### B. 主たる監督者となるスタッフ（1つ選択）

- |                    |                |
|--------------------|----------------|
| a. 指導医（スタッフ医師・教員）  | 54/65 件 (83 %) |
| b. 専攻医（後期研修医）      | 11/65 件 (17 %) |
| c. 臨床研修医（初期研修医）    | 0/65 件 (0 %)   |
| d. 看護師など他職種の医療スタッフ | 0/65 件 (0 %)   |

1-2.「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（門田レポート）に記載されている医行為（①必須項目、②推奨項目）のうち、「卒業・修了時に」過半数の学生・研修医が「教員等がすぐに対応できる状況下でできる」状態に達していると思われる医行為の項目数を、それぞれご記入ください。

参照：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（p14-15）

<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000341168.pdf>

分類	①必須項目 (医学部卒業時)	①必須項目 (臨床研修終了時)	②推奨項目 (医学部卒業時)	②推奨項目 (臨床研修終了時)
診察	5 [4-7] /11 (45.5 %)	8 [7-11] /11 (72.7 %)	0 [0-1] /3 (0.0 %)	2.0 [1-2] /3 (66.7 %)
一般手技	5 [3-7] /10 (50.0 %)	10 [9-10] /10 (100 %)	0 [0-1] /4 (0.0 %)	2.0 [2-4] /4 (50.0 %)
外科手技	6 [4-8] /8 (75.0 %)	8 [8-8] /8 (100 %)	0 [0-1] /4 (0.0 %)	3.0 [2-3] /4 (75.0 %)
検査手技	5 [3-6] /10 (50.0 %)	8 [6-10] /10 (80.0 %)	0 [0-2] /4 (0.0 %)	2.0 [1-3] /4 (50.0 %)
救急	4 [2-5] /5 (80.0 %)	5 [5-5] /5 (100 %)	0 [0-1] /3 (0.0 %)	2.0 [2-3] /3 (66.6 %)
治療	0 [0-2] /6 (0.0 %)	6 [5-6] /6 (100 %)	0 [0-1] /1 (0.0 %)	1.0 [0-1] /1 (100 %)
総計	25 [19-33] /50 (50.0 %)	44 [40-48] /50 (88.0 %)	1 [0-5] /19 (5.3 %)	12 [9-15] /19 (63.2 %)

凡例：（上段）median [IQR] /最大項目数，（下段）中央値の最大項目数に対する割合

1-3. 侵襲・非侵襲を問わずすべての医行為に関して、学生が「教員等がすぐに対応できる状況下でできる」状態にするために、どのような体制や工夫が必要と思われますか（あるいは、どのような工夫や体制を実施し効果を得ていますか）。

（生成 AI での要約）

#### 1. 患者理解と同意の重要性

- ・医行為を学生が実施する際には、患者や家族の理解と協力が不可欠であるとの声が多い。
- ・社会全体や国民への周知、包括同意の必要性を訴える意見が多数。

#### 2. 教員・指導体制の強化

- ・教員数や教育専任教員の増員、指導体制の充実が必要。
- ・教員の負担が大きいこと、働き方改革の影響で十分な指導が難しい状況が指摘されている。

#### 3. シミュレーション教育の活用

- ・実習前や途中でのシミュレーション教育を充実させるべきとの意見が多い。
- ・スキルスラボやモデルを使った訓練、段階的評価の必要性が強調されている。

#### 4. フィードバックと評価体制

- ・学生の到達度をリアルタイムで把握するシステム、e ポートフォリオの活用が提案されている。
- ・1日1回の丁寧なフィードバックを推奨する意見も。

#### 5. チーム医療としての参加促進

- ・学生をチームの一員として受け入れる文化の醸成が重要。
- ・指導医、研修医、医学生の三者チームでの指導体制の提案。

#### 6. 法的・制度的整備

- ・医師法改正の周知、法的な整備による教育機関としての明確化を求める意見。
- ・医療事故発生時の責任所在の明確化と保障の充実も必要との指摘。

2-1. 臨床実習において、侵襲・非侵襲を問わずすべての医行為について、学生に対して実施している**形成的**評価の方法及び実施状況についてお伺いします。※形成的評価は、評点や文章など（電子）書面に記録されているものに限りします。

凡例：（上段）件数

（下段）総計は大学数(65)に対する回答割合、①～⑤は各選択肢の按分割合を示す。

- ①. 各診療科の実習終了時（ローテーションごと）
- ②. 各診療科の実習期間途中
- ③. 臨床実習全体の終了時（診療科を越えた総合的評価）
- ④. 日常的に随時実施（その都度で記載）
- ⑤. その他

形成的評価方法	総計	①	②	③	④	⑤
a. 指導教員による総合評価（概略評価）	53 (81.5%)	47 [88.7%]	15 [28.3%]	12 [22.6%]	13 [24.5%]	1 [1.9%]
b. 評価用チェックリスト・ループリック	32 (49.2%)	23 [71.9%]	10 [31.3%]	7 [21.9%]	8 [25.0%]	2 [6.3%]
c. Mini-CEX、DOPS等の直接観察評価	38 (58.5%)	12 [31.6%]	24 [63.2%]	5 [13.2%]	12 [31.6%]	2 [5.3%]
d. レポート評価	44 (67.7%)	36 [81.8%]	12 [27.3%]	1 [2.3%]	6 [13.6%]	3 [6.8%]
e. シミュレーション（模擬患者を含む）実習評価	43 (66.2%)	13 [30.2%]	26 [60.5%]	4 [9.3%]	13 [30.2%]	5 [11.6%]
f. ポートフォリオ・ログブック評価	35 (53.8%)	22 [62.9%]	11 [31.4%]	10 [28.6%]	13 [37.1%]	0 [0.0%]
g. 多面評価（360度評価）	21 (32.3%)	7 [33.3%]	7 [33.3%]	1 [4.8%]	8 [38.1%]	4 [19.0%]
h. その他	0	0	0	0	0	0

2-2. 臨床実習において、侵襲・非侵襲を問わずすべての医行為について、学生に対して実施している**総括的**評価の方法及び実施状況についてお伺いします。※総括的評価には、進級・卒業判定だけでなく、各診療科での合否判定や再実習・延長実習の判定も含まれます。

総括的評価方法	総計	①	②	③	④	⑤
a. 指導教員による総合評価（概略評価）	61 (93.8%)	56 [91.8%]	5 [8.2%]	18 [29.5%]	5 [8.2%]	0 [0.0%]
b. 評価用チェックリスト・ループリック	30 (46.2%)	25 [83.3%]	6 [20.0%]	8 [26.7%]	2 [6.7%]	2 [6.7%]
c. Mini-CEX、DOPS等の直接観察評価	24 (36.9%)	11 [45.8%]	10 [41.7%]	7 [29.2%]	3 [12.5%]	3 [12.5%]
d. レポート評価	39 (60.0%)	36 [92.3%]	8 [20.5%]	4 [10.3%]	2 [5.1%]	2 [5.1%]
e. シミュレーション（模擬患者を含む）実習評価	22 (33.8%)	10 [45.5%]	9 [40.9%]	4 [18.2%]	6 [27.3%]	1 [4.5%]
f. ポートフォリオ・ログブック評価	24 (36.9%)	18 [75.0%]	4 [16.7%]	8 [33.3%]	3 [12.5%]	3 [12.5%]
g. 多面評価（360度評価）	11 (16.9%)	8 [72.7%]	3 [27.3%]	2 [18.2%]	1 [9.1%]	2 [18.2%]
h. その他	3 (4.6%)	1 [33.3%]	0 [0.0%]	0 [0.0%]	1 [33.3%]	1 [33.3%]

2-3. 臨床実習において、侵襲・非侵襲を問わずすべての医行為について、学生に対して実施している評価の方法及び実施状況についてお伺いします。

2-3-1. 学生の医行為の実施状況（頻度・内容）を大学で把握するため、各学生の医行為の実施情報を収集する仕組みやシステムはありますか（1つ選択）。

- |                          |              |
|--------------------------|--------------|
| a. 電子媒体にすべて収集（例：CC-EPOC） | 36/65 (55 %) |
| b. 書面と電子媒体とで収集している       | 15/65 (23 %) |
| c. 書面のみですべて収集            | 7/65 (11 %)  |
| d. 情報は収集していない            | 7/65 (11 %)  |

2-3-2. (2-3-1 で a, b, c を選択した場合) 2-3-1 の情報を用い、学生の医行為を促すために、学生に向けてフィードバックを実施していますか（1つ選択）。

- |            |              |
|------------|--------------|
| a. 実施している  | 35/58 (60 %) |
| b. 実施していない | 23/58 (40 %) |

2-3-3. (2-3-2 で a を選択した場合) 学生へのフィードバックの頻度を教えてください（1つ選択）。

- |              |             |
|--------------|-------------|
| a. 概ね 1 か月ごと | 9/35 (26 %) |
| b. 概ね 3 か月ごと | 9/35 (26 %) |
| c. 概ね 6 か月ごと | 9/35 (26 %) |
| d. 概ね 1 年ごと  | 8/35 (23 %) |
| e. 年 1 回未満   | 0/35 (0 %)  |

2-3-4. (2-3-2 で a を選択した場合) どのような方法で学生へのフィードバックを実施していますか。

（生成 AI での要約）

#### 1. フィードバックの方法

- ・ポートフォリオや CC-EPOC（電子記録システム）を活用し、診療科終了時や定期的にフィードバックを行うケースが多い。
- ・LMS（Learning Management System）や Google Classroom、Moodle などのオンラインシステムを利用している。
- ・口頭でのフィードバックや説明会、オリエンテーション時の共有も活用されている。

#### 2. フィードバックのタイミング

- ・診療科終了時／クール区切り／年度初めや中間時／連絡会や総括の場

#### 3. 内容と目的

実施した医行為に対する評価、進捗状況、改善点の共有。

「積極性」「姿勢」など、態度面についても指摘し、改善を促すフィードバックが含まれる。データ解析結果の共有を通じて自己評価や意識の向上を図る。

#### 4. 個別対応

メンター面談や個別メールによる助言、指導が行われている。

医行為が少ない学生や自己評価が低い学生に対するフォローも実施。

2-3-5. (2-3-1 で a, b, c を選択した場合) 2-3-1 の情報を用い、学生の医行為を促すために、現場の指導者に向けてフィードバックを実施していますか（1つ選択）。

- |            |              |
|------------|--------------|
| a. 実施している  | 34/58 (59 %) |
| b. 実施していない | 24/58 (41 %) |

2-3-6. (2-3-5 で a を選択した場合) 指導者へのフィードバックの頻度を教えてください (1 つ選択)。

- |              |              |
|--------------|--------------|
| a. 概ね 1 か月ごと | 1/34 (3 %)   |
| b. 概ね 3 か月ごと | 4/34 (12 %)  |
| c. 概ね 6 か月ごと | 9/34 (26 %)  |
| d. 概ね 1 年ごと  | 18/34 (53 %) |
| e. 年 1 回未満   | 2/34 (6 %)   |

2-3-7. (2-3-5 で a を選択した場合) どのような方法で指導者へのフィードバックを実施していますか。

(生成 AI での要約)

**1.フィードバックの方法**

- ・会議体や委員会 (教育医長会議、臨床実習専門委員会、教授会、臨床 director 会議など) を通じてデータを共有。
- ・FD (Faculty Development) 講習会 や年次会議、資料配布を用いた説明が多い。

**2.フィードバックの内容**

- ・学生の医行為の実施状況や実施率をまとめたデータ。
- ・CC-EPOC や Forms、IR 室の解析データを利用し、教育改善や診療科への取り組み強化を促進。
- ・学生評価結果やアンケート結果を用いるケースもある。

**3.タイミングと活用**

- ・年 1 回～数回の定期的な会議／シラバス作成や教育計画の見直し時
- ・教育内容や指導方法改善のための情報共有。

**4.個別指導への活用**

- ・診療科別の担当医師や教育担当者に対面または口頭で伝達。
- ・必要に応じて直接指導医にフィードバックするケースも。

3 臨床実習中の（侵襲・非侵襲を問わずすべての）学生の医行為に関わる資質・能力に関して、学生による自己評価と教員評価とについて伺います。

3-1. 臨床実習中の学生の医行為に関わる資質・能力に関して、学生による自己評価をさせていますか。（評点や文章など（電子）書面に記録されるものに限る）（1つ選択）。

- a. すべての学生に自己評価を求めている。 34/65 (52 %)
- b. 任意で学生に自己評価を求めている。 11/65 (17 %)
- c. 学生による自己評価は求めている。 19/65 (29 %)
- d. その他（すべての学生に求めているが、回答率は現状高くない） 1/65 (2 %)

3-2. （3-1 で a, b を選択した場合）臨床実習中の学生の医行為に関わる資質・能力に関して、学生による自己評価と教員評価とで乖離はみられていますか。全体としてどのような乖離の傾向がみられますか（1つ選択）。

- a. 教員評価に比べて学生が自分を過大評価する傾向が強い 3/45 (7%)
- b. 教員評価に比べて学生が自分を過小評価する傾向が強い 5/45 (11%)
- c. 学生自己評価と教員評価は概ね一致していると感じる 15/45 (33%)
- d. 特に把握していない / 分からない 22/45 (49%)

3-3. 臨床実習中の学生の医行為に関わる資質・能力に関して、学生による自己評価と教員評価との乖離があった場合、どのように対応すべきでしょうか。3-2 の回答で「乖離の傾向がある」と回答した場合はその傾向を踏まえて、そうでない場合は仮に乖離があったものとして、回答してください。

（生成 AI での要約）

#### 1.自己評価と教員評価の「乖離」への対応

- ・面談や個別フィードバックを通じて、乖離の理由を探り、学生自身の理解や省察を促す意見が多い。
- ・過大評価の場合は指摘し改善を促し、過小評価の場合は自信を持たせるよう支援する工夫が提案されている。

#### 2.フィードバックの重要性

- ・形成的評価（成長を促す評価）を重視し、心理的安全性を保った上でのフィードバックが強調されている。
- ・Mini-CEX、DOPS、ルーブリックなどの評価ツールを活用して、客観的な基準に基づくフィードバックを行うべきとの意見。

#### 3. 評価の仕組みと改善提案

- ・教員間で評価基準を共有・標準化する必要性が指摘されている。
- ・複数の教員や第三者評価を導入する、多面的な評価を採用する提案もあった。
- ・AI を活用した評価の可能性に触れる意見も。

#### 4. 学生の自己認識の向上

- ・学生が自分の傾向（過大評価・過小評価）に気づき、今後の自己評価の精度を高めることが期待されている。
- ・自己効力感を高める支援の重要性が挙げられている。

**4. 学生の診療録記載（いわゆる学生用カルテを含む）についてお伺いします。**

**4-1. 大学附属病院での臨床実習で、実際にどの程度学生に診療録の記載をさせていますか（1つ選択）。**

- a. 多くの診療科で記載させている。 51/65 (78 %)
- b. 一部の診療科(約 (3.0 [3.0-10.0]) 診療科)で記載させている。 9/65 (14%)
- c. 学生が診療録を記載できる体制はあるが、実際には記載させていない。 1 (2 %)
- d. 学生が診療録を記載できる体制がない。 0 (0 %)
- e. その他（学生の使う電子カルテは、病院のカルテと連動はしているが、別物である／各診療科にカルテ記載をお願いしているが、実際に記載しているかは一部である／診療科によって異なり、全体を把握しきれていない／現在準備中／） 4 (7 %)

**4-2. （4-1 で a, b を選択した場合）大学附属病院での臨床実習で、学生の診療録と実際の診療録とは区別されていますか（1つ選択）。**

- a. 学生は実際の診療録に記載できる。 18/60 (30 %)
- b. 学生は実際の診療録の学生用の入力箇所に限って記載できる。 22/60 (37 %)
- c. 学生は実際の診療録とは異なる、学生用の診療録に限って記載できる。 18/60 (30 %)
- d. その他（学生カルテを承認すれば実際のカルテに記載される／背景色の違いで学生が記入した箇所であることが分かる。また、指導医の認証も行う。） 2/60 (3 %)

**4-3. （4-1 で a, b を選択した場合）大学附属病院での臨床実習で、学生による診療録の記載内容に対して学生にフィードバックを行っていますか（複数回答可）。**

- a. 対面の口頭によるフィードバック 47/60 (78 %)
- b. 定型の用紙によるフィードバック 7/60 (12 %)
- c. 電子媒体（CC-EPOC を含む）を通じたフィードバック 8/60 (13 %)
- d. 学生用診療録へのフィードバックコメントの入力 16/60 (27 %)
- e. 実際の診療録へのフィードバックコメントの入力 10/60 (17 %)
- f. その他（不明／診療科による／記載が不十分な場合は、差し戻して書き直し） 3/60 (5 %)

**4-4. 大学附属病院「以外」での臨床実習で、実際にどの程度学生に診療録の記載をさせていますか（1つ選択）。**

- a. 多くの実習機関で記載させている。 12/65 (18 %)
- b. 一部の实習機関(約 (2.5[1.75-6.25]) 施設)で記載させている。 12/65 (18 %)
- c. 学生が診療録を記載できる体制はあるが、実際には記載させていない 3/65 (5 %)
- d. 学生が診療録を記載できる体制がない。 21/65 (32 %)
- e. その他（不明・把握していない 15 件／カルテのシステムの問題 2 件） 17/65 (26 %)

**4-5. （4-4 で a, b を選択した場合）大学附属病院「以外」での臨床実習で、学生の診療録と実際の診療録とは区別されていますか（1つ選択）。**

- a. 学生は実際の診療録に記載できる。 8/24 (33 %)
- b. 学生は実際の診療録の学生用の入力箇所に限って記載できる。 5/24 (21 %)
- c. 学生は実際の診療録とは異なる、学生用の診療録に限って記載できる。 3/24 (13 %)
- d. その他（医療機関によって異なる 5 件／詳細不明 3 件） 8/24 (33 %)



4-6. (4-1 で a, b を選択した場合) 大学附属病院「以外」での臨床実習で、学生による診療録の記載内容に対して学生にフィードバックを行っていますか (複数回答可)。

- |  |              |
|--|--------------|
| a. 対面の口頭によるフィードバック   | 17/24 (71 %) |
| b. 定型の用紙によるフィードバック   | 2/24 (8 %)   |
| c. 電子媒体 (CC-EPOC を含む) を通じたフィードバック                                      | 4/24 (17 %)  |
| d. 学生用診療録へのフィードバックコメントの入力  | 2/24 (8 %)   |
| e. 実際の診療録へのフィードバックコメントの入力  | 1/24 (4 %)   |
| f. その他 (不明・把握していない 5 件/現地の指導医による口頭のフィードバック, 大学教官によるエクセルシートによるフィードバック/) | 6/24 (25 %)  |

4-7. 診療参加型臨床実習における基本的な医行為として、学生の診療録の記載を定着させるためには、どのような方針が有効と考えますか。

(生成 AI での要約)

**1. 学生の診療録記載の意義と教育**

- ・診療録記載は単なる事務作業ではなく、臨床推論・情報整理・コミュニケーション能力の育成に直結する重要な学習活動であると強調。
- ・学生に意義を理解させる教育 (実習前の講義、ロールプレイ、シミュレーションなど) を提案。

**2. フィードバック体制の充実**

- ・記載内容に対する教員の具体的かつ建設的なフィードバックが不可欠との意見が多い。
- ・対面や電子カルテ内コメントを通じてのフィードバックを推奨。

**3. システム面の整備**

- ・学生用のカルテ端末確保、電子カルテの閲覧・記載権限の設定、訴訟リスクを回避する法的整備が必要。
- ・e ポートフォリオや診療録評価システムの活用、費用補助制度の導入を提案。

**4. 実践機会の保障**

- ・診療チームに加わり、担当患者を持ち毎日記載する経験を積ませることが重要。
- ・早期から記載機会を与え、習慣化を図ることが提案されている。

**5. 評価との連動**

- ・診療録記載を成績評価、進級・合否判定に組み込むことを推奨。
- ・Post-CC OSCE やシラバスへの記載義務化など制度的強化を提案。

**5. 診療参加型臨床実習における総括的評価についてのお考えをお尋ねします。**

**5-1. 診療参加型臨床実習において、不合格となる学生はいますか（1つ選択）。**

- a. いる            43/65 (66 %)
- b. いない        22/65 (34 %)

**5-2. （5-1 で a と選択した場合）どのような学生を不合格としているか教えてください**

（生成 AI での要約）

**1. 出席不足**

欠席が多い、規定日数に満たない、遅刻や無断欠席を繰り返す学生が不合格対象になるという記載が多数。

**2. アンプロフェッショナル行為**

態度不良、時間を守らない、協調性の欠如、暴力行為など、医師として不適切な行為が繰り返される場合に不合格。  
改善指導を行っても変わらない場合が特に問題視されている。

**3. 成績・評価基準の未達**

実習評価、診療技能、知識、態度の評価が合格基準に達しない場合に不合格。  
複数の診療科で不合格、あるいは平均点が基準未満の場合も該当。

**4. 試験・課題の不合格**

Post-CC OSCE や卒業試験、実習レポート、課題提出の不合格や遅延も要因に含まれる。

**5. 大学の基準と手続き**

大学や教務委員会、教務部会などで審議し正式に不合格を決定する体制が整えられている。

**5-3. 5-1 にどのように回答したかにかかわらず、もし診療参加型臨床実習で学生を不合格にするのであればどのような場合なのかご記入ください。（生成 AI での要約）**

**1. 出席不足と参加態度**

- ・欠席や遅刻が多く、出席日数が規定に満たない学生が不合格の大きな理由。
- ・実習に対する取り組み姿勢が不良、消極的、コミュニケーション不足なども対象。

**2. アンプロフェッショナル行動**

- ・無断欠席、虚偽報告、守秘義務違反、患者を尊重しない態度など、医師として不適切な行動が強調。
- ・指導やフィードバック後も改善が見られない場合に特に厳しく評価される。

**3. 評価基準の未達**

- ・知識・技能・態度など総合評価が基準に達しない場合。
- ・Post-CC OSCE や口頭試問、レポートの不合格、複数の診療科で低評価の場合も該当。

**4. 患者安全と信頼性**

- ・患者に危険を及ぼす行為、重大な倫理的問題行動、医療安全に関わる危険性が高い学生は不合格対象。

**5. 教員の最終判断**

- ・教員面談や学内委員会で最終的に判断し、不合格を決定。
- ・学内規定に沿って、補講や指導の後も基準に満たない場合に適用される。

**5-4. 診療参加型臨床実習で学生を不合格にした場合、どのような再教育を行うのかご記入ください。**

(生成 AI での要約)

**1.面談とフィードバック**

- ・ 不合格の理由を明確に伝える面談を実施し、行動改善や振り返りを促す。
- ・ 教員や担当委員会による指導が必須とされている。

**2.再実習・再履修**

- ・ 該当診療科での再実習（再ローテーション）、または翌年度の再履修が基本的対応。
- ・ 夏休みなど長期休暇期間に補講実施、追加課題提出なども含まれる。

**3.留年・原級留置**

- ・ 状況により進級を認めず、原級留置や留年させ、翌年度に再度臨床実習を受けさせるケースもある。

**4.個別対応・再教育**

- ・ 学生ごとの課題や理由に応じた個別プログラム、モチベーション改善、プロフェッショナルリズム再教育が行われる。
- ・ コンピテンシー（能力）に基づいたアウトカム重視の指導を行う意見もある。

**5.成績基準との連動**

- ・ 医学部成績判定委員会などの承認を経て再履修が決定されるケースも明記されている。

**5-5. 診療参加型臨床評価で学生を不合格にした場合、どのような再試験を行うのかご記入ください。**

(生成 AI での要約)

**1. 再試験は原則実施しない**

- ・ ほとんどの回答で「再試験は行わない」と明記。
- ・ 評価は再試験ではなく、再実習（再履修）を通じて行うという意見が主流。

**2. 再実習での評価**

- ・ 診療科や担当教員の指導のもと、再実習の中で評価（現場評価）を行う。
- ・ 実習後にレポート提出や面接評価を行うケースも。

**3. OSCE や確認テストの活用**

- ・ Post-CC OSCE などの実技評価は例外的に再試験を行う場合がある。
- ・ 知識不足による不合格の場合、限定的に確認テストや課題発表を活用する提案も。

**4. レポート・態度評価**

- ・ レポート提出や態度・行動改善の確認を重視する意見も多い。

**5. 留年・再履修の決定**

- ・ 原則として再試験ではなく、翌年度の再履修（留年）で対応するとの記載も多数。

## (2) 医師の働き方改革施行後、いかに教育の時間を確保しているか

医師に対する働き方改革と、改正労働基準法に基づき、令和6年4月1日から医師の時間外・休日労働時間の上限規制が適用された。各医学部・大学病院の医師は労働時間上限規制前から診療の質確保や経営維持のため、診療に時間を最も多く割くことが求められ、医学教育や研究に費やす時間を犠牲にせざるを得ない傾向にあった。令和5年度の医学・歯学教育指導者のためのワークショップ\*では診療・教育業務の効率化、タスクシフトの実現、講義のオンライン化・オンデマンド化などの対策が挙げられた。働き方改革運用開始後1年が経過し、医学教育時間をいかに確保しているか、現状と課題、対策について議論する。

2025/6/30 時点：65校が回答

(\*参考資料を別添しております)

・令和5年度に議論した対策案(「働き方改革と教育・研究の両立について」)の要旨

### 1. 医師の働き方改革適用後、臨床系教員(医師)の現状について伺います。

#### 1-1 時間外も含めた全体労働時間はどうか変化しましたか(1つ選択)。

- a. 増加 9/65 (14%)
- b. 不変 19/65 (29%)
- c. 減少 37/65 (57%)

#### 1-2 時間外も含めた学生に対する教育時間(準備等も含む)はどうか変化しましたか(1つ選択)。

- a. 増加 1/65 (2%)
- b. 不変 46/65 (71%)
- c. 減少 18/65 (28%)

#### 1-3 時間内に行える学生に対する教育時間(準備等も含む)の割合はどうか変化しましたか(1つ選択)。

- a. 増加 0/65 (0%)
- b. 不変 42/65 (65%)
- c. 減少 23/65 (35%)

#### 1-5 (1-3でcを選択した場合)教育時間が「減少」した要因は何ですか。

診療業務の優先、重症度の高い患者の増加に伴う診療負担、職員の勤務時間短縮、教育を行う時間が変わらないので土日に準備、全体の業務時間の制限、学生の実習時間と教員の労働時間のミスマッチ 等

#### 1-6 変形労働制、裁量労働制教員の割合を教えてください(それぞれ1つ選択)。

	a. 0-20%	b. 21-40%	c. 41-60%	d. 61-80%	e. 81-100%
変形労働制	45% (29)	8% (5)	0% (0)	8% (5)	40% (26)
裁量労働制	55% (36)	9% (6)	3% (2)	5% (3)	28% (18)

()は選択数を示す

**2. 医師の働き方改革適用後、臨床系でない医師教員（基礎医学、社会医学など）の現状について伺います。**

**2-1 時間外も含めた全体労働時間はどうか変化しましたか（1つ選択）。**

- a. 増加 4/65 (6 %)
- b. 不変 58/65 (89 %)
- c. 減少 3/65 (5 %)

**2-2 時間外も含めた学生に対する教育時間（準備等も含む）はどうか変化しましたか（1つ選択）。**

- a. 増加 3/65 (5 %)
- b. 不変 59/65 (91 %)
- c. 減少 3/65 (5 %)

**2-3 時間内に行える学生に対する教育時間（準備等も含む）の割合はどうか変化しましたか（1つ選択）。**

- a. 増加 0/65 (0 %)
- b. 不変 60/65 (92 %)
- c. 減少 5/65 (8 %)

**2-5. (2-3 で c を選択した場合) 教育時間が「減少」した要因は何ですか。**

教育をする時間は変わらないが、勤務時間内の他業務の増加により、土日などに教育の準備をしている／総勤務時間の減少／働き方改革への対応／出席を要する会議が時間内に開催されるようになったため／全体の時間が減少したため

**2-6 変形労働制、裁量労働制教員の割合を教えてください（それぞれ1つ選択）。**

	a. 0-20%	b. 21-40%	c. 41-60%	d. 61-80%	e. 81-100%
変形労働制	82 % (53)	3 % (2)	3 % (5)	3 % (5)	6 % (9)
裁量労働制	23 % (15)	2 % (1)	2 % (3)	2 % (3)	69 % (45)

0は選択数を示す

**3 教育業務を時間外に行う場合の扱いについて伺います。**

**3-1. 教育業務を時間外に行う場合の扱いを教えてください（1つ選択）。**

- a. すべて業務として扱う 8/65 (12 %)
- b. 学内であれば業務として扱う 6/65 (9 %)
- c. 上長の命によるものであれば業務として扱う 38/65 (58 %)
- d. すべて自己研鑽として扱う 4/65 (6 %)
- e. その他（本人の申告による／病院内で行わなければならないものに限り業務として扱う／業務内容により上記いずれかの扱いとする／裁量労働制と変形労働制によって異なる／臨床系以外の教員について、学内であれば業務として扱う。臨床系教員について、労働と研鑽のガイドラインにより区分。教育の分けはありません。／所定労働時間内で行うこととしているが、やむを得ない場合は労働時間として業務終了後、時間外勤務申請書を提出することとしている。／1つに限らないため／業務に関連する研修（任意ではない）などであれば業務として扱う）

**4 働き方改革適用下における教育資源確保、教育の質改善、タスクシフトについてお伺いします。**

**4-1. 働き方改革適用下で、学生に対する教育資源確保または教育の質改善のために有効であった貴学の取り組みについて教えてください（複数選択可）。**

g. オンデマンド教材の活用	35/65 (54%)
k. 他職種へのタスクシフト	26/65 (40 %)
d. Learning Management System(LMS)の活用	21/65 (32 %)
i. 学生も参加する症例検討会などを時間内に開催する	20/65 (31 %)
n. 時間外業務に該当する業務を明確化	20/65 (31 %)
b. 教育統括部門の設置・充実	19/65 (29 %)
o. 会議・委員会の時間内開催を義務付ける	19/65 (29 %)
c. FD 実施による授業運営や準備の効率化	18/65 (28 %)
q. 大学以外の協力病院での実習の実施	18/65 (28 %)
p. カリキュラムの効率化（水平・垂直統合など）	17/65 (26 %)
j. 臨床業務軽減のための補助スタッフの雇用	15/65 (23 %)
r. 評価の効率化（Mini CEX の導入など）	13/65 (20 %)
a. 教育専任教員の配置・増員	12/65 (18 %)
h. 補助スタッフ（Teaching Assistant）の雇用	12/65 (18 %)
f. 外部講師の活用	11/65 (11 %)
m. 上司等の指示による時間外の教育業務の制限	8/65 (12 %)
e. 教員数の増加	5/65 (8 %)
l. 外勤の制限	2/65 (3 %)

s. その他（大学としての見解はわかりません。／取組があるが、教育資源確保や教育の室改善に有効であったかどうかの検証はできていない。／VR 教材の活用、スキルスラボでの自習／データ無し／働き方改革以前から、教育専任教員、部門の設置やカリキュラムの改革を通じ教育資源確保、教育の室改善に努めている。）

**4-2. (4-1 で k を選択した場合) 誰に何をタスクシフトしたか、具体的にご記入ください。（以下、件数は重複入力）**

**a. 看護師 21/65 (32%)**

静脈・動脈採血、静脈注射、ルート・ライン管理・カテーテル関連処置・点滴、患者説明、検査説明、医行為のシミュレーション教育、同意書説明、業務分担・タスクシフト関連、NP・特定行為看護師に対して各々の専門に応じてタスクシフト、BLS 研修講師、心筋シンチ検査のアイソトープ静脈注射 等

**b. 診療看護師/特定看護師 24/65 (37%)**

動脈・静脈採血、静脈路確保、カテーテル挿入や抜去、A ライン、PICC、特定医行為 38 行為、気管挿管／抜管、循環器内科/ICU/EICU における特定行為、特定看護の夜間 ICU 常時配置、特定診療科への NP 配置、専門に応じたタスクシフト、患者家族や施設スタッフとのミーティング、特定疾患について、病気や検査の説明、インスリン投与量調整、総武ドレーン抜去、褥瘡処置、血液ガスオーダー入力、抜糸・抜鉤処置、経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整、侵襲的陽圧換気の設定の変更 等

**c. 助産師 8/65 (12%)**

助産師外来「ママと赤ちゃんにやさしい」をモットーに、24 時間いつでも助産師がケアを行う。低リスク妊婦のバースセンターでの妊娠管理、出産管理。外来での産後 2 週間健診実

施、母親学級開催等。低リスク妊婦の分娩管理（一部）、妊婦健診（一部） 等

**d. 薬剤師 20/65 (31%)**

周術期、病棟等における薬学的管理、薬物療法に関する説明、全病棟に薬剤師配置、ハイリスク薬の説明、薬剤師外来の設置、事前のプロトコルでの薬剤投与量の変更、PBPM 導入による処方・検査オーダー代行入力、院外処方箋変更調剤プロトコル導入による処方変更代行入力、一部医薬品の使用時の患者の経過観察、外来、入院すべての抗がん剤の混注業務（静注・皮下注）は平日休日を問わず実施、臨床研究支援センターにおける研究審査、倫理委員会の運営、疑義照会への対応 等

**e. 診療放射線技師 15/65 (23%)**

造影検査後の抜針・止血に対応可能なスタッフの拡充。予約センター業務の拡充（診療科・入院患者）。PET センターにおける放射性医薬品の投与、SPECT 製剤の用手的投与、核医学検査や手技に関する問い合わせの一次対応、放射線治療計画作業の補助の実施、CT 室標準造影検査による造影路確保（ルート確保）および抜針・止血行為、画像誘導放射線治療（IGRT）における画像の一次照合、放射線管理区域内での患者誘導、検査手順の説明の実施、血管造影・画像下治療（IVR）における清潔操作（カテーテル及びガイドワイヤー）の補助行為を実施し、放射線科の手技では 60%、小児科の手技では 80%以上対応している。撮影部位の確認・検査オーダーの代行入力 等

**f. 臨床検査技師 15/65 (23%)**

時間外緊急手術時の手術部測定室業務を、麻酔科医に代わって臨床検査技師が実施。血液製剤の洗浄・分割、血液細胞（幹細胞等）・胚細胞に関する操作。負荷心電図検査等における生体情報モニターの血圧や酸素飽和度などの確認、病棟・外来における採血業務。検査にかかる薬剤を準備して、患者に服用してもらう行為。病理解剖実施・補助や細胞診及び超音波検査の等の検査所見の記載。治験関連、超音波検査時の静脈路からの造影剤注入、抜針、術中モニタリングの実施等。入院患者の血液培養採取（これまでは医師のみが施行）運動誘発電位検査、体性感覚誘発電位検査 等。

**g. 臨床工学技士 16/65 (25%)**

透析回路の管理・組立、透析用カテーテル挿入時の介助、今後気管内吸引（院内認定資格）を実施、心臓・血管カテーテル検査・治療時に使用する生命維持管理装置の操作、人工呼吸器の設定変更、持続的静脈血液濾過装置の設定、生命維持管理装置を装着中の患者の移送や人工心肺を施行中の患者の血液、補液及び薬剤投与量の設定及び変更、術中モニタリング等の業務等、麻酔補助業務（術前・術中管理）、TAVI における清潔野での医療器材・診療材料の準備、バスキュラーアクセスの超音波での血管径・流等の確認管理 など

**h. 理学/作業/言語聴覚士 11/65 (17%)**

リハビリテーションに関する各種書類（目標設定等管理・支援シート、リハビリ実施計画書）の記載・説明・書類交付（署名取得代行）、廃用症候群の症状詳記、運動・感覚・高次脳機能（認知機能を含む）・ADL 等の評価、侵襲性を伴わない嚥下検査（耳鼻科医の診察前スクリーニング、食形態選択）、高次脳機能障害、失語症、言語発達障害、発達障害等の評価に必要な臨床心理・神経心理学検査種目の実施等、全療法士の吸痰業務実施

**i. 視能訓練士 5/65 (8%)**

白内障及び屈折矯正手術に使用する手術装置への検査データ等の入力／報告書・申請書等に必要な視機能検査に関する検査結果の報告書への記載、治験業者及び CRC との連絡業務、治験使用機器の保守点検等の手配

**j. 義肢装具士 3/65 (5%)**

義肢装具の採型・身体へ適合のために行う糖尿病患者等の足趾の爪切 等

**k. 救急救命士 9/65 (14%)**

病院救急車による患者搬送の際の患者観察、点滴ライン確保、トリアージ業務、病院救急車による患者搬送の際の患者観察、病院救急車による患者搬送の際の搬送記録、救急要請の電話対応、救急科医師業務の一部サポート

**l. 医師事務作業補助者/その他クラーク 28/65 (43%)**

返書・診断書・診療情報提供書・損保会社書類・行政書類（主治医意見書・特定疾患臨床調査個人票・身障手帳/労災後遺障害診断書）の下書き、検査オーダーの代行入力、臨床実習生との連絡業務、全診療科にメディカルアシスタント責任医師を選出、がん登録（院内・全国）、NCD 登録、JCVSD 登録、検査の指示、画像の指示、初診患者への予診の記録、診察・検査の予約・変更・調整、外来診療録作成（SOAP 全て記載）、処置の指示、入院予定患者の入力、医療の質の向上に資する事務作業 等

**m. 後期研修医/専攻医 2/65 (3%)**

学生の指導、主治医業務／診療録記載、入退院時指示、処方

**n. 医学生(Student Assistant) 3/65 (5%)**

臨床実習開始前に上回生からの実習経験を共有してもらい、より近い立場から注意点を指導して貰うことによって、実効性の高い指導が行えた／研究、教育補助業務／授業や実習の補助

**4-3. タスクシフトによる問題点があればご記入ください。**

責任の所在（医療事故が生じた場合の責任を考えると、主治医の理解が必要）、移行期間における質の低下や事故発生のリスク、タスクシフト先の人員確保困難、タスクシフト先の定員増加不可、タスクシフト先の教育、教育指導内容の標準化の必要性、SA へのタスクシフトは監督者が必要、タスクシフトされた業種の負担や人件費増加（DX や業務削減の必要性）、赤字経営のため医療スタッフが雇えない、タスクシフトの種類による講習会受講がボトルネック、教育をタスクシフトする概念がない、メディカルスタッフへのインセンティブ確保、現実的に診療科内で教育業務を幅広く分担が必要 等



**4-4. 働き方改革適用下で、継続的な学生に対する教育資源確保と継続的な教育の質担保するための貴学の課題をご記入ください。**

医師の時間外上限遵守による教育専任医師の増員確保、AR・VRを活用した教育DXの迅速かつ効果的な展開体制の整備、電子カルテへのアクセス権限設定、病院の収益状況に学生教育が影響、FDへの参加率低下、教育専任教員の不足、教育統括部門の充実、学生への個別指導やフィードバックの質の低下、学生に係わる様々な情報（学修履歴・成績・フィードバックや面談等の記録・その他記録等）を一元管理できるシステムの導入や環境整備、教育専任教員の増員、センター職員の充実、外部資金に頼りがちなため継続性がない、（臨床・研究・教育のうち）教育活動が適切に評価されにくい構造、教員の業務を補助する技術職員が削減される中で、法改正等の知識をいかに継承していくか、インセンティブの明確化、医学教育を支援するセンターを設置し、独自開発した学生用電子カルテ・遠隔授業システム・OSCE用AI模擬患者などのITを用いた教育資源を運用しているが、これらの開発、運用資金が不足している。臨床業務と教育業務の切り分け、教育専任になる一定の時期を設け、医学教育等の勉強をさせる時間を確保すると、臨床に戻ってももう少し教員として自覚を持てるようになると思います。オンデマンド授業の各科目への普及と活用時の学習意欲の乏しい学生への対策、教員の教育関連の業績評価での数値目標や基準の不足、電子機器とくに教育用資材の使用管理の専任スタッフの確保、教育の質担保への課題、人員配置の硬直化による教員のワークライフバランスの確保が困難 等

**4-5. 働き方改革適用下で、継続的な学生に対する教育資源確保と継続的な教育の質担保するために、貴学が最も必要とする支援をご記入ください。**

ICT環境への投資、教育に携わる医師の給与への恒常的補助、特定看護師・ドクタークラークへのタスクシフトを促進する診療報酬・法令整備、教育の専任教員の増加、大学病院の黒字化に資する保険点数の重点配分、各診療科における若手中堅医師を増やす支援や診療科実績に応じた人員の差配、運営費交付金の増額、教育にかける時間（準備を含む）を正式な業務と認定するような制度的な支援、臨床教育に十分な時間を割くことができるような教員の配置、学生に係わる様々な情報（学修履歴・成績・フィードバックや面談等の記録・その他記録等）を一元管理できるシステムの導入や環境整備、臨床医のパート採用、積極的なFDの実施、新築する教室棟内の各種教育施設（シミュレーションセンター、ラーニングコモンズ等）の充実、教員評価において教育実績に対する適正な評価方法の確立、タスクシフトによる教育資源確保のためタスクシフトを受ける側の研修システムの構築と費用負担、教育統括部門の専門スタッフの増員、他大学との単位互換促進に関する支援、統合型授業・評価方法・プロフェッショナルイズム教育について実践的な方法の提示や共通して使用できる教材の整備・教育に関わる人員の増加、教育スタッフと診療スタッフの明確な分離、学外の臨床実習施設の増加による大学病院の負担を軽減（学外施設へのインセンティブ）、大学病院の診療を効率化して臨床系教員の診療エフォートを組織全体として30%程度に抑制する、教員数の削減前のレベルに戻す、共用試験の公的化に伴いCATO予算は供託金ではなく国が手当てをすべき、医師職以外では附属病院職員の契約を学生教育を含むように見直す必要あり（大学附属病院としての特性上、行政レベルの通達がある方が望ましい。これは「高度の教育」をうたう特定機能病院の役割にも合致すると考える）、（Impact factorだけではなく教育に対する）正当な評価制度を国からより大きな声で発信していただくと大学も上層部がより認識・行動変容をおこし、大学独自のfundraisingとして一般市民からの投資対象の可能性はある（各大学も優秀な教員と、社会に貢献できる学生を多数輩出していることをアピールできるようになる） 等

### (3) 研究医養成について

Top10%補正論文数シェアは、臨床医学、基礎生命科学ともに 1999 年～2001 年では世界 4 位であったが、2019 年～2021 年では臨床医学世界では 9 位、基礎生命科学では 12 位に低下している。背景には諸外国の研究開発投資が大幅に増える中で比較的少ない増加にとどまっていることや、研究者が実際に研究に充てられる時間が減少していることなどがある。また、医学系研究科博士課程の進学者数は医学部定員増にも関わらず概ね横ばいとなっている。特に国内大学の医学科卒業生の大学院進学者数として基礎医学・臨床医学ともに減少傾向である。各大学での研究医（基礎医学研究者、臨床医学研究者、社会医学研究者）養成に関する意見交換を行い、研究医のキャリア支援についての知見を共有する。

2025/7/7 時点：74 校が回答

1 教員・大学院生（医師）が研究（指導も含む）に割ける時間内エフォートをお伺いします。

1-1 主に臨床医学研究に携わる教員・大学院生のエフォートについて選択してください（それぞれ 1 つ選択）。

	a. 0-20%	b. 21-40%	c. 41-60%	d. 61-80%	e. 81-100%
A. 教授	59 % (44)	32 % (24)	8 % (6)	0 % (0)	0 % (0)
B. 准教授	45 % (33)	47 % (35)	7 % (5)	1 % (1)	0 % (0)
C. 講師	46 % (34)	47 % (35)	5 % (4)	1 % (1)	0 % (0)
D. 助教	64 % (47)	28 % (21)	5 % (4)	1 % (1)	1 % (1)
E. 医員	74 % (55)	23 % (17)	1 % (1)	1 % (1)	0 % (0)
F. 大学院生	26 % (19)	27 % (20)	32 % (24)	11 % (8)	4 % (3)

0は選択数を示す

1-2 主に基礎医学研究に携わる教員・大学院生のエフォートについて選択してください（それぞれ 1 つ選択）。

	a. 0-20%	b. 21-40%	c. 41-60%	d. 61-80%	e. 81-100%
A. 教授	31 % (23)	36 % (27)	26 % (19)	5 % (4)	1 % (1)
B. 准教授	22 % (16)	39 % (29)	27 % (20)	11 % (8)	1 % (1)
C. 講師	22 % (16)	31 % (23)	26 % (19)	20 % (15)	1 % (1)
D. 助教	23 % (17)	15 % (11)	32 % (24)	22 % (16)	8 % (6)
E. 医員	43 % (32)	15 % (11)	26 % (19)	12 % (9)	4 % (3)
F. 大学院生	19 % (14)	14 % (10)	19 % (14)	26 % (19)	23 % (17)

0は選択数を示す

1-3 主に社会医学研究（教育学を含む）に携わる教員・大学院生のエフォートについて選択してください（それぞれ 1 つ選択）。

	a. 0-20%	b. 21-40%	c. 41-60%	d. 61-80%	e. 81-100%
A. 教授	41 % (30)	39 % (29)	16 % (12)	4 % (3)	0 % (0)
B. 准教授	30 % (22)	42 % (31)	20 % (15)	8 % (6)	0 % (0)
C. 講師	27 % (20)	32 % (24)	27 % (20)	14 % (10)	0 % (0)
D. 助教	31 % (23)	19 % (14)	26 % (19)	19 % (14)	5 % (4)
E. 医員	50 % (37)	14 % (10)	24 % (18)	8 % (6)	4 % (3)
F. 大学院生	31 % (23)	7 % (5)	18 % (13)	27 % (20)	18 % (13)

0は選択数を示す

## 2 学生の研究参加についてお伺いします。

2-1.正課内・正課外を問わず、学生が基礎医学、臨床医学、社会医学研究に携わるプログラムはありますか（1つ選択）。

- a. ある 71/74 (96%)
- b. ない 3/74 (4%)

2-2. (2-1 で a を選択した場合) 具体的なプログラムの内容を教えてください

### <生成 AI での要約>

#### <基礎医学研究プログラム>

##### ●早期からの研究参加

基礎医学セミナー／基礎医学体験

1 年次から研究室見学、短期演習、グループ研究発表を通じて基礎医学に触れる機会を提供。

例：1 年次 90 分×6 コマの演習、2 年次の 3 週間配属など。

##### ●研究室配属実習（正課内）

「基礎研究室配属」や「基礎医学セミナー」

半年間、または 10 週間程度の研究室配属。

文献購読、実験技術、抄読会、成果発表などを体験。

3 年生の必修で 4 週間～20 週間などの長期実習も多い。

##### ●「医学研究演習」「研究推進コース」

研究テーマを設定し、配属教室で研究を行う。

結果をポスター発表や口頭発表で報告。

##### ● MD-PhD コース

希望者向け特別プログラム

1 年次から所属可能。

博士課程への早期進学、研究成果の論文化を目指す。

MD-PhD プレプログラムや PhD-MD コースと呼ばれる形式も。

##### ● 研究支援・交流

学生研究員制度、SA（スチューデントアシスタント）、SRP（スチューデントリサーチャープログラム）。

学内外の合同リトリート、全国フォーラム、リサーチカフェ、メディカルサイエンスカフェなど。

#### <臨床医学研究プログラム>

##### ● 臨床研究参加機会

「臨床研究者育成プログラム」や「ライフサイエンス特進コース」

臨床系講座に配属され、臨床データ解析や症例研究に携わる。

臨床と教育講座の間で選択可。

リサーチクラークシップ

臨床現場で症例を基に研究を行い、EBM（根拠に基づく医療）の理解を深める。

##### ● 臨床実習との統合

5・6 年生での臨床実習期間の一部を研究活動に充当。

例：14 週自由選択期間で臨床研究を選べる、6 か月間の選択実習。

● **成果発表と論文化**

臨床研究成果を学会発表や論文として報告。

臨床現場で経験した症例を卒論や修学論文にまとめ、表彰対象とする制度。

＜社会医学研究プログラム＞

● **社会医学専用カリキュラム**

「社会医学コース」「公衆衛生学実習」

公衆衛生、疫学、医療政策などを研究テーマに設定。

社会医学講座に配属してデータ解析、地域調査などに携わる。

● **学際的融合プログラム**

基礎医学、臨床医学と社会医学を横断的に学ぶコース。

例：「RMCP（Research Mind Cultivation Program）」で社会的文脈を含むテーマを設定。

「医学研究推進コース3」では、基礎・社会医学系講座で選択的に研究を行う。

● **発表と地域連携**

公衆衛生学分野の研究発表会、地域医療の課題を扱ったポスターセッションなど。

口頭発表会、論文提出により学外評価を受ける。

＜共通的な特徴と支援体制＞

● **研究活動の柔軟性**

1年次から6年次まで段階的に研究を深められる。

希望者は継続研究、大学院単位先取り、学会発表、留学も可能。

● **成果発表と表彰**

ポスター・口頭発表、論文提出に加え、学内外の表彰（医学部長賞、最優秀研究賞、Young Investigator Award など）。

● **研究マッチングとモチベーション向上**

ガイダンス、ラボツアー、セミナーなどで研究室とのマッチング支援。

指導講座制度や教員のマンツーマン指導により個別支援を実施。

● **国際・学外連携**

海外研究機関での研修や留学制度（例：オックスフォード大学提携など）。

他大学との合同リトリート、コンソーシアムによる交流。

**2-3. (2-1 で a を選択した場合) 実施学年を教えてください（複数選択可）。**

- a. 1 年生 33/74 (45 %)
- b. 2 年生 42/74 (57 %)
- c. 3 年生 60/74 (81 %)
- d. 4 年生 46/74 (62 %)
- e. 5 年生 36/74 (49 %)
- f. 6 年生 36/74 (49 %)

2-4. (2-1 で a を選択した場合) 実施期間をご記入ください。詳細が学生により異なる場合は、プログラムに参加している学生の中央値と考えられる値をご記入ください。(例: 週 ●時間×●週間)

別紙参照

2-5. 学生の研究マインドを醸成する取り組みはありますか (1 つ選択)。

- a. ある 73/74 (99%)
- b. ない 1/74 (1%)

2-6. (2-5「ある」の場合) 具体的な取り組みの内容を教えてください

#### <生成 AI での要約>

##### 1. 研究室配属・必修研究実習

全員が 3 か月程度の研究室配属を行う (例: 3 年次に 4 週間~3 か月など)。

研究配属後、そのまま継続して研究活動が続ける学生も存在。

「医学研究実習」「研究室配属」「医学研究インターンシップ」など多様な呼称で実施。

配属時にガイダンス、ラボツアー、研究室紹介を行うケースが多い。

##### 2. 低学年からの研究マインド育成

1 年次から研究に触れる機会を設定

「医学概論」「医学総論演習」「基礎医学体験」「リサーチマインド実践セミナー」など。

2 年次にも「リサーチマインドの実践 A2」など講義やセミナーを通して教員の研究内容を紹介。

早期基礎臨床体験実習や早期研究 Exposure (Early Research Exposure) による体験的学修。

研究室見学、セミナー、オリエンテーションで探求心を醸成。

##### 3. 研究成果の発表機会と支援

学会発表、ポスター発表会、学内研究発表会などを積極的に奨励。

毎年 10 人程度が全国学会等で発表する例も。

「医学研究演習」「研究室配属発表会」「基礎系教室研究発表会」など、各段階に応じた場を設定。

学外活動 (例: 西日本医学生学術フォーラム、関西医学生リトリート) や合同リトリート参加支援。表彰制度 (医学部長賞、最優秀研究賞、Young Investigator Award、メンティメンター賞) によりモチベーション向上。

##### 4. 学会・論文執筆と進学支援

論文作成、投稿、英文論文執筆を必修または選択必修にしている例あり。

「医学論文ユニット」「修学論文テュートリアル」など、論文文化を指導するカリキュラム。

MD-PhD コース、特待生制度、博士課程早期進学 (早期学位取得制度) など、研究医養成プログラムを整備。大学院進学単位認定制度により、学部時の研究活動が進学後にも活かせる仕組み。

##### 5. 多様なプログラムと国際交流

MD-PhD コースの発表会、研究医キャリア講演、基礎医学留学支援など研究者志向学生の育成。国内外の研究室配属、海外短期研修 (オックスフォード大学訪問など)。

学生研究サポーター (SA) 制度、学生研究員制度による多様な研究参加形態。

各研究室のオムニバス形式紹介や、留学先相談サポートの提供。

##### 6. 研究推進を支える支援制度と体制

配属前後のガイダンス、ラボツアー、講義による動機づけ。

大学院主催の研究交流会、Student Assistant 制度、Research Mind Cultivation Program

(RMCP)などの支援体制。  
研究成果に基づく奨学金給付、表彰、特待制度。  
学内外での情報共有とネットワーキング促進のための交流会、研究発表会。

#### <まとめ>

体系的に構築された研究教育体制により、学生が早期から研究に触れ探求心を養う機会を重視。  
低学年からの導入により、継続的に研究意欲を引き出すステップを構築。  
学会・論文発表、表彰、進学支援を通じて研究成果を形にするサポートを強化。  
多様なプログラムと国際交流により視野を広げ、将来的な研究医・医学研究者の育成を推進。

### 3 研究者のキャリア支援・研究実施および継続支援に関連する質問をお伺いします。

#### <<< 別紙参照 >>>

3-1～3-3 は、(医師個人の観点)(大学の観点)(国の観点)に分けて回答  
3-4～3-9 は、(基礎医学分野)(臨床医学分野)(社会医学分野)に分けて回答

- 3-1. 医師が基礎医学研究を行うことの意義をどのように考えますか。視点別にお答えください(簡条書きや短文でお答えください)。
- 3-2. 医師が臨床医学研究を行うことの意義をどのように考えますか。視点別にお答えください(簡条書きや短文でお答えください)。
- 3-3. 医師が社会医学研究を行うことの意義をどのように考えますか。視点別にお答えください(簡条書きや短文でお答えください)。
- 3-4. 医学科の学生が医学科卒業後に医学研究を実施・継続するために、大学としてできることとしてどのような方法が有効と考えますか(簡条書きや短文でお答えください)。
- 3-5. 上記 3-4 のうち、貴学で実際に行っていることはありますか(簡条書きでお答えください)。
- 3-6. 医学科の学生が医学科卒業後に医学研究を実施・継続するために、国に求めることとしてどのような支援が有効と考えますか(簡条書きや短文でお答えください)。
- 3-7. 大学院生(医師)が大学院卒業後に医学研究を実施・継続するために、大学としてできることとしてどのような方法が有効と考えますか(簡条書きや短文でお答えください)。
- 3-8. 上記 3-7 のうち、貴学で実際に行っていることはありますか(簡条書きや短文でお答えください)。
- 3-9. 大学院生(医師)が大学院卒業後に医学研究を実施・継続するために、国に求めることとしてどのような支援が有効と考えますか(簡条書きや短文でお答えください)。

<<<別紙の要約をご参照ください>>>

#### (4) 地域枠教育の実際

医師の地域偏在および診療科偏在は解消されていないことから、医師の地域枠の枠組み自体は引き続き維持されるべきと、医師需給分科会第 5 次中間とりまとめにて提言されている。地域枠制度が医師の地域偏在解消に一定の効果を示しているが、地域枠制度自体、都道府県によって幅があり地域偏在解消のためにどのようなシステムが優れているといった定説は現状存在しない。地域枠医学生への教育、キャリア支援、義務年限の定義など、各大学・各都道府県により多岐にわたっている。

地域偏在解決と、優れた地域医療を担う医師の育成、さらに地域枠学生のキャリア形成支援を両立するために、各大学にできることは何か、現状と課題を共有し対策を議論する。

2025/7/7 時点：77 校が回答

1. 「地域枠」の設置、概要についてお伺いします（最も多い人数枠をもつ都道府県枠の学生についてお答えください。同数で並ぶ場合は 1 つを選んでお答えください）。

1-1. 大学入学選考時に医学部入学に際して「地域枠」を設けていますか（1 つ選択）。

- a. はい 66/77 (86%)
- b. いいえ 11/77 (14%)

1-2. 卒業後に選択できる診療科も決まっていますか（1 つ選択）。

- a. はい（複数の決まった診療科から選ばなければいけない） 22/66 (33%)
- b. いいえ（何科でもよい） 44/66 (67%)

1-3. 卒業後の進路について都道府県の意向に沿う必要がある年限はありますか（1 つ選択）。

- a. はい 63/66 (95%)
- b. いいえ 3/66 (5%)

1-4. (1-3.で a を選択した場合)その年限を教えてください（修業年限を 6 年とした場合にについてお答えください）（数字を記入）。

（ 3, 6, 7, 8 年間 各 1 校； 9 年間 57 校； 10 年間 2 校）

回答：63 校

1-5. (1-2 または 1-3 のいずれかで a を選択した場合)途中で離脱する医師の割合を概算でお答えください（数字を記入）。

（ 最小値 0% (15 校)、最大値 15% (1 校)、中央値 4% (2 校)、平均値 4.24% ）

回答：63 校

1-6. 離脱する理由を可能な範囲で教えてください（複数選択可）。

- a. 個人の意思による変更 43/48 (90%)
- b. 家族などの本人の状況とは異なる理由 24/48 (50%)
- c. その他（ 把握していない、次年度から導入予定、今のところ離脱者・地域枠卒業生がいない、個人情報のため、結婚、精神疾患、疾病や体調不良、死亡、学業不振・留年、退学、医師国家試験 2 回（3 回）不合格、同意離脱、義務年限内の履行困難、地域枠奨学金を返還すれば地域での診療義務が解消されるという認識を持っている学生がいる、「医局派遣」との兼ね合い 等）

**1-7. 離脱者を減らすための教育的な工夫について、ご意見はありますか。**  
(生成 AI 利用)

**<まとめ>**

地域枠学生に対しては、入学前から卒業まで一貫した支援体制を構築し、地域医療への志向性を育成

個別面談やチューター制度を通じたきめ細やかなフォローと、地域愛着の醸成を重視  
自治体・大学・医療機関が連携して、地域医療人材育成のネットワークを強化  
課題としては、ネットワーク不足、離脱防止の難しさ、個別対応の負担などが挙げられる

**<1. 学修支援とキャリア形成支援の充実>**

セミナー、オリエンテーション、個人面談を通じたきめ細やかな学修支援  
定期的な面談や説明会を通して地域枠制度の理解促進  
入学時のオリエンテーションで制度の目的・意義・義務内容を説明  
キャリア形成面談、地域枠学生向け勉強会、研修会、懇親会の実施  
専任教員やキャリアコーディネーターによる個別指導・相談体制

**<2. 地域志向性の育成と地域愛着の醸成>**

低学年から地域医療学修機会を提供（ゼミ、病院見学など）  
地域医療実習・研修、地域医療セミナーを通じた地域勤務意識の強化  
地域枠学生同士や卒業生との縦のネットワーク構築  
地域枠卒業生との交流会、ロールモデルとの出会いを重視

**<3. 地域枠学生に特化したプログラムと取り組み>**

地域枠学生対象のチュートリアルやメンター制度  
県や自治体と協力した説明会、懇談会、情報提供  
入学前に地域医療ゼミを開講し、受講を受験要件にする取り組み  
定期的な面談で地域枠の主旨やキャリアパスの確認

**<4. 卒前・卒後のフォローアップとネットワーク>**

卒前・卒後の情報共有を通じた継続的支援  
義務勤務期間中も面談や相談の実施  
医局や病院との連携によるキャリア支援体制  
卒後の離脱防止に向けた個別対応と早期介入

**<5. 自治体・地域医療教育機関との連携>**

県や自治体主催の勉強会、制度説明会、病院見学の実施  
先輩医師や行政職員との意見交換、心理的結びつきの強化  
地域医療支援センターによる面談・進路相談  
各自治体独自の卒前支援プランの活用

**<6. その他の特徴や課題>**

離脱率が低いという個別対応が中心という意見もあり  
地域枠学生の上下ネットワーク構築が課題とされるケースも  
一部では「特に実施していない」や「今後導入予定」という状況も存在  
教育的工夫だけでなく、生活・心理的サポートの強化も重要視  
地域枠で卒業した医師は、地方自治体に従事する医師として自治体の人事で異動する



**1-8. 地域枠への学生誘致のための取組を教えてください。**

- |                    |              |
|--------------------|--------------|
| a. 募集要項に記載         | 63/63 (100%) |
| b. 都道府県等のホームページに掲載 | 48/63 (76%)  |
| c. 大学のホームページに掲載    | 54/63 (86%)  |
| d. 説明会を実施          | 41/63 (65%)  |
| e. 特に行っていない        | 0 /63 (0%)   |

f. その他（高校訪問／近隣の高等学校への訪問、高等学校による大学訪問の際にミニ講義実施、説明会（オープンキャンパス）の際に県担当者による相談ブースの設置、高校訪問の際に進学担当教諭へ説明／制度説明動画を作成し県ホームページに掲載、●●県内の大学進学校の進路指導教員への制度紹介や地域医療支援センター広報誌の送付／医学科進学希望者向けセミナーの実施／出前授業やオープンキャンパスでの紹介、高校の進路担当者への訪問と説明／オープンキャンパスでの県職員による説明や地域枠の専任教員による学外での説明会の開催及び、県内高校を訪問しての地域枠の紹介等を行っている／オープンキャンパスにおいて、地域枠学生を対象としたプログラムを用意し、質疑応答も行っている。／高等学校への説明）

2. 地域枠学生のカリキュラムについてお伺いします（最も多い人数枠をもつ都道府県枠の学生についてお答えください。同数で並ぶ場合は1つを選んでお答えください）。

2-1. 地域枠学生だけに設定された卒業時の目標はありますか（1つ選択）。

- A. はい 5/66 (8%)
- b. いいえ 61/66 (92%)

2-2. (2-1でaを選択した場合) どのような目標を設定しているか、教えてください。

- ・1学年～3学年の夏休みに地域医療実習を行う。
- ・地域人材育成コースの履修、修了が必須となっている。また、全学生が履修する「臨床実習Ⅰ・Ⅱ」に加えて、地域医療機関等での実習を行う「地域医療体験実習Ⅰ」もしくは「地域医療体験実習Ⅱ」のいずれかの科目を必ず修得する必要がある。
- ・地域医療・公衆衛生の向上に寄与できる人材となること
- ・●●県内の地域医療に貢献するという強い意志のもと、卒業後は、●●大学附属病院を基幹施設とする研修プログラムで、2年間の初期研修を含む一定期間の臨床研修に従事すること。
- ・地域枠学生は、県と連携した医学科授業科目「地域医療学習プログラム」を卒業要件としており、同授業科目の単位修得が地域枠学生に限定した目標として設定している。

2-3. 地域枠学生に対して正課内に一般枠の学生とは別の授業科目（臨床実習や、学外実習も含め）がありますか（1つ選択）。

- A. はい 24/66 (36%)
- b. いいえ 42/66 (64%)

2-4. (2-3「はい」の場合) どのような授業科目があるか、授業科目名と内容を教えてください。（生成AI利用）

<まとめ>

多層的かつ段階的な地域医療教育が特徴

- ・1年次からの早期体験
- ・地域志向シミュレーション、夏季・長期実習
- ・各学年に応じた段階的科目設計

地域枠と一般枠の差別化

- ・地域枠は特に地域実習や離島実習を重視
- ・一般枠も地域での実習が必須部分あり

地域理解とキャリア志向の育成

- ・現場体験、発表・討論、リーダーシップ教育などを組み合わせ、将来の地域医療人材育成を強化

<地域医療実習・体験>

- ・3年次地域医療体験実習
- 地域枠学生：離島実習
- 一般枠学生：大学近隣の医療機関で実習
- クリニカルクラークシップ
- 当該都府県内での実習が義務
- 選択式臨床実習（4週間単位）
- 一般枠でも4週間は必ず地域医療機関で実習

## 夏季地域医療実習

### <地域医療に関連する授業科目>

#### 地域医療合同セミナー 2

内容：地域の健康課題の理解

#### クリニカル・クラークシップ B

内容：指定地域医療実習施設で最低 4 週間選択

#### 地域医療学

① 早期地域医療体験実習（1 年次後期）

② 地域志向型シミュレーション教育 地域課題・在宅医療にフォーカス  
講義・オンデマンド動画と連動

#### 地域医療学実習

内容：中核病院・診療所などで医師とほぼマンツーマン参加型実習

#### 地域社会と医療

内容：地域医療の現状・問題点について議論

#### 地域マインド I～IV

内容：夏期実習の発表・討論、講義

#### 黒潮地域総合診療

内容：地域医療人材養成拠点病院などでの実習

### <特別演習・特別実習>

#### 地域医療特別演習 I～IV

第一線病院や診療所見学、宿泊体験実習、外部機関での体験、ICT 連携ネットワークの学習、健康医学クリニックでの見学

基礎医学セミナー(3 年次)、選択特別講義(4 年次)、選択臨床実習(6 年次)、地域医療特別実習(春・夏休みにクリニックや関連病院で特別実習)：地域医療教育学講座から選択必須

### <地域医療に関するその他のプログラム>

#### プライマリ・ケア演習 演習 I～III

内容：臨床推論、模擬患者診察、多職種連携など

#### 地域医療ゼミ

内容：離島・へき地医療のワークショップ

#### 地域医療の実践コース

#### 地域医療リーダースコース・LIC

内容：地域枠県の医療、行政学習、3 か月間の地域病院実習

#### 地域医療学 I～III

選択科目（地域枠学生は選択必修）、1～3 年次で実習

#### 地域医療学習プログラム

県主催の勉強会、地域医療実習など

#### 地域医療実習

地域枠該当地域での実習が義務

#### 地域医療総合演習

地域診療に必要な資質・能力をテーマに協働学習と教育

#### 地域医療体験実習 I・II

地域医療機関での体験実習

#### 地域病院実習

**3. 地域枠をもつ都道府県との関係についてお伺いします。**

**3-1. 都道府県の担当部局と地域枠学生に関しての協議の場はありますか（1つ選択）。**

- a. はい 56/66 (85%)
- b. いいえ 10/66 (15%)

**3-2. 「はい」と答えた方にお聞きます。その協議の頻度を教えてください（1つ選択）。**

- a. 月単位（毎月～数か月に1回など） 24/66 (36%)
- b. 年単位（毎年1回、2年に1回など） 24/66 (36%)
- c. 6年に1～2回 1/66 (1%)
- d. その他 7/66 (11%)（概ね2ヶ月に1回／週1回／年1回は実施しており、それ以外にも案件に応じて協議している／年2～3回程度／年2回の学生との意見交換会、その他地域枠学生行事等で年20回程度実施している他、県の担当者が来学した際や、協議が必要な案件があった場合も随時対応している／必要に応じて適宜開催。実績として年5～10回程度／不定期）

**3-3. その協議に参加するメンバーをご記入ください。**

（生成 AI 利用）

**<概要>**

都道府県・行政 43 件／大学関係者 45 件／医療機関・医師会 15 件／学生 8 件

**<詳細>**

**① 都道府県の担当部局・行政機関**

県担当者、県庁職員、県の医療官、保健福祉部、医療政策課、地域医療支援センター、医師キャリアコーディネーターなど

各県での地域医療関係者、県医療人材対策室、県職員、県寄附講座の担当部局など

**② 大学関係者**

学長、副学長（教育担当、教務担当など）

医学部長、入試委員長、学務課長、事務職員、教学執行部

医学部附属病院長、病院長、卒後教育センター長

地域医療関連の寄附講座教員、地域医療学講座教員、地域枠担当教員

キャリアコーディネーター

クラス担任、学生担当

**③ 医療機関・外部団体**

地域医療機関医師、地域医療推進学教室教員、地域医療連携を担当する講座

医師会長、病院長、医療再生機構、医師育成・定着支援センター

医師会、医師会関連組織

配置調整に関わる複数の医師、臨床研修関連部署

**4. 地域枠学生の生涯学習とキャリア形成支援についてお伺いします。**

**4-1. 地域枠学生の生涯学習・キャリアに関して、貴学はどのようなスタンスですか（複数選択可）。**

- |                      |             |
|----------------------|-------------|
| a. 大学医局所属が望ましい       | 41/66 (62%) |
| b. 基本領域専門医の取得が望ましい   | 57/66 (86%) |
| c. 博士（医学）等の学位取得が望ましい | 21/66 (32%) |

**4-2. 4-1 の選択肢について都道府県に大学の意向をどの程度反映させることができますか。**

**【医局所属について】（1つ選択）**

- |                       |             |
|-----------------------|-------------|
| a. ほぼ 100%（意向が反映できる）  | 30/66 (45%) |
| b. 75% 程度             | 8/66 (12%)  |
| c. 50% 程度             | 16/66 (24%) |
| d. 25% 程度             | 1/66 (2%)   |
| e. ほぼ 0%（意向がほぼ反映できない） | 11/66 (17%) |

**【基本領域専門医について】（1つ選択）**

- |                       |             |
|-----------------------|-------------|
| a. ほぼ 100%（意向が反映できる）  | 35/66 (53%) |
| b. 75% 程度             | 11/66 (17%) |
| c. 50% 程度             | 14/66 (21%) |
| d. 25% 程度             | 0/66 (0%)   |
| e. ほぼ 0%（意向がほぼ反映できない） | 6/66 (9%)   |

**【博士（医学）等の学位取得について】（1つ選択）**

- |                       |             |
|-----------------------|-------------|
| a. ほぼ 100%（意向が反映できる）  | 29/66 (44%) |
| b. 75% 程度             | 3/66 (5%)   |
| c. 50% 程度             | 17/66 (26%) |
| d. 25% 程度             | 4/66 (6%)   |
| e. ほぼ 0%（意向がほぼ反映できない） | 13/66 (20%) |

**4-3. 地域枠学生が医師免許取得後に、地域医療（医師少数区域等、指定診療科、指定された病院等での勤務）を実践していくためのスキル獲得のための貴学からの教育的支援（研修の提供）はありますか（1つ選択）。**

- |        |             |
|--------|-------------|
| a. はい  | 38/66 (58%) |
| b. いいえ | 28/66 (42%) |

**4-4. 卒後の地域枠学生のキャリアの把握を行っていますか（1つ選択）。**

- |        |             |
|--------|-------------|
| a. はい  | 54/66 (82%) |
| b. いいえ | 12/66 (18%) |

**4-5..（4-4 で a を選択した場合）大学や大学同窓会等でキャリアを把握していますか（都道府県等からの情報提供を含む）（複数選択可）。**

- |   |             |
|---|-------------|
| a. 卒後の臨床研修病院  | 53/66 (80%) |
| b. 基本領域の専門医取得状況   | 22/66 (33%) |
| c. 学位取得状況   | 18/66 (27%) |
| d. 卒後 3 年目以降の現勤務先   | 38/66 (58%) |
| e. その他（センターとして上記 a-d を把握している／育児休業等の状況／義務終了後の勤務先、基本領域およびサブスペシャリティの専門研修領域、離脱理由／個人単位で面談もしています） |             |

4-6. 貴学の地域卒の卒業生について、把握している直近5年間の進路の人数を教えてください。

	最小値	Q1	中央値	Q3	最大値	SD	平均値
a.内科	0	3.25	13	21.75	65	13.98	15.4
b.外科	0	1	4	8.75	40	7.83	6.0
c.小児科	0	1	3	5	29	4.84	4.0
d.産婦人科	0	1	3	5	27	4.52	3.8
e.精神科	0	0	1.5	3	10	2.59	2.2
f.総合診療科	0	0	1.0	2.75	9	2.47	1.9

「その他」は未集計

4-7. 地域医療への貢献（医師少数区域等、指定診療科、指定された病院等での勤務）と生涯学習の両立支援について、都道府県に求めることはありますか（複数選択可）。

- a. 柔軟な臨床研修病院選択の許可 46/66 (70%)
- b. 年限内での基本領域の専門医取得が可能 44/66 (67%)
- c. 学位取得が可能 36/66 (55%)
- d. 大学医局所属でも義務履行が可能 41/66 (62%)
- e. その他 5（医師少数地域への指導医派遣に対するインセンティブ／都道府県に求めることは無い／特になし／地域や診療科の偏在を助長しないさらに踏み込んだ制度設計の見直し／上記については、既に認められている。）

4-8. 大学院進学や海外留学を促進するための取組はありますか。

- a. はい 26/66 (39%)
- b. いいえ 40/66 (61%)

4-9. (a を選択した場合) 取組内容を教えてください。

(生成 AI 利用)

<大学院進学支援>

- ・令和6年度に●●キャンパスを開設し、特定の地域勤務でも学位取得が可能とした。
- ・大学院の1年間に猶予期間に含めないことで、義務履行中に大学院進学をしやすくしている。
- ・勤務しながら大学院に入学すること（社会人大学院制度）を認めている。
- ・大学院に専ら在学する場合は、一定期間を上限として返還免除となる業務従事期間として取り扱う。
- ・県内医療機関で勤務しながら大学院に在学する場合、勤務先に応じて「指定勤務期間」や「その他勤務期間」に算入している。
- ・年限を設けて進学を許可している。
- ・学部4～6年次在学時に大学院入試同等の外国語試験を受験でき、合格すれば本試験で外国語試験が免除される。
- ・大学院入学金補助。
- ・細やかな面談などでキャリアを相談し、義務期間との整合性をとるよう努めている。
- ・大学院入試説明会の開催、SPRING事業、大学基金による留学支援事業。
- ・大学院進学を見据えた研究医養成プログラム、学部高学年生の先取り受講制度。
- ・卒後臨床研修とともに大学院博士課程への進学が可能。
- ・義務年限期間内で、大学院在学中に研究専念での中断（最長4年間）を認める。
- ・大学院での研究を義務履行の猶予対象とする。

#### ＜海外留学支援＞

- ・大学独自の正課外海外派遣プログラム、ART プログラム。
- ・海外協定校への派遣留学希望者へのガイダンスや英語学習支援。
- ・義務年限終了後の地域勤務医師に対し、留学・研修費用補助金制度を用意。
- ・海外留学を希望した研修中医師への留学支援。
- ・教員短期留学制度。
- ・県と協議し、1年間を上限とする海外留学が可能。
- ・臨床実習時に選択実習として海外留学が可能な期間を設定（6カ月など）。
- ・留学フェアや説明会を実施し、情報提供や体験談発表の機会を設ける。
- ・独自の奨学金制度を活用した経済的補助。

#### ＜義務履行の猶予・中断＞

- ・大学院進学に伴う義務中断期間は4年間まで認める（通常は3年間まで）。
- ・社会人大学院制度、業務従事中断制度（最大7年間可能）。
- ・義務年限期間内で、国内外での留学・研修による2年間の中断を認める。

#### ＜臨床研修や地域勤務との両立＞

- ・臨床実習で地域や海外での研修・実習が可能な期間（例：6カ月）を設定。
- ・卒後2年目（臨床研修2年目）から入学可能な大学院臨床医学研究コースを設定。
- ・地域枠勤務の休止（制度的背景として言及）。

### 5. 大学独自枠についてお伺いします。

#### 5-1 地域枠について、「大学独自枠」を設定していますか。

- a. はい 19/66 (29%)
- b. いいえ 47/66 (71%)

#### 5-2 (a を選択した場合)「大学独自枠」の運用を教えてください。(複数回答可)

- a. 奨学金の貸与を行わない 13/66 (20%)
- b. 出身地を定めない 9/66 (14%)
- c. その他 2/66 (3%)

#### 5-3 (c を選択した場合)「大学独自枠」の運用を教えてください。

地域枠と同様の運用／「大学独自枠」として学校推薦型選抜「地域枠」、総合型選抜「●●県一般枠」がある。従来は県内出身者に限定していたが、学校推薦型選抜「地域枠」については令和8年度（令和7年度実施）入試より、新たに隣接県枠（2名）以内を設ける。「大学独自枠」については、奨学金の貸与は必須ではないが、県内の地域医療に貢献する意志のある医学生を対象とした修学資金制度がある（●●県地域医療再生修学資金貸与制度）

# 研究医養成 補足資料

(56/82 大学時点)

## 【目次】

p2-3: 研究プログラム実施期間

p4-6: 医師が医学研究を行う意義

p7-9: 医学科卒業後に医学研究を実施・継続するために、大学ができること・やっていること

p10: 医学科卒業後に医学研究を実施・継続するために、国に求めること

p11-13: 院生（医師）が大学院卒業後に医学研究を実施・継続するために



# 研究プログラムの実施期間

1 年生	2 年生	3 年生
<p>3 時間 x8 週間 , 1 カ月~1 年間, ①学生によりまちまち ②なし, 1 日: 研究室見学, 2 時間 x10 週間, 2 時間 x 2 4 週間,</p> <p>3 時間 x15 週, 60 時間/年, 90 分 x6 コマ, MD 研究者育成プログラム 授業空き時間,</p> <p>医学研究序論は 1 年生 6 月~7 月まで 2 か月間週 1 回 90 分 x2 コマ(必修科目のため 120 名全員)、その他セミナーや放課後の研究室活動など,</p> <p>医学入門、医学序説 (週に一度程度、期間あり。), 学生と研究室の協議 (プログラム上の規定なし), 研究マインド育成プログラム: 週 3 時間 x 2 0 週間, 見学: 週 2 時間 x3 週間、訪問: 研究室により異なる、コンソーシアム参加: 半日 x2 日間,</p> <p>自由に講座を出入りするため、また学生によって異なるため不明。、週 1.5 時間 x10 週間, 週 1-2 時間, 週 1-2 時間程度、1 年間の単位で頻度は学生次第, 週 1 時間 x40 週間 (一部の学生), 週 2 時間 x 8 週間, 週 3 時間 x36 週間 (学生研究員), 週 4 時間/年など、受入分野でばらつきあり, 週 5 時間 x40 週間, 数日間, 正課 2 日間,</p> <p>正課外の課外研究室研修のため実施期間は各研究室に任せている、正課活動ではないため、学生によって全く異なる。、選択科目: 通年,</p> <p>前期週 1.5 時間 x15 週、後期週 6 時間 x15 週, 通年新医学研究コース (選択) 計 3 0 時間, 半日 x 2 /年, 必修: 月 5 時間 x8 か月、選択: 年 60 時間</p>	<p>1 カ月~1 年間, ①学生によりまちまち ②なし, 2 時間 x 2 4 週間,</p> <p>②週 2 時間 x 52 週, 2 年後期に 10 コマ, 3 時間 x15 週間, 3 週間, 50 コマ, 60 時間/年, 6 時間 x8 週間, 8 時間 x 1 週間,</p> <p>8 時間 x2 週間, MD 研究者育成プログラム 授業空き時間, セミナーや放課後の研究室活動など, データ無し,</p> <p>学生と研究室の協議 (プログラム上の規定なし), 基礎医学の講義、実習, 研究医養成コース: 週 3 時間 x 4 0 週間, 研究室・学生により異なる,</p> <p>見学: 週 2 時間 x3 週間、訪問: 研究室により異なる、コンソーシアム参加: 半日 x2 日間, 後期基礎配属実習 1 (必修) 計 120 時間、基礎配属実習 2 (選択) 計 30 時間, 自由に講座を出入りするため、また学生によって異なるため不明。、週 1-2 時間, 週 1-2 時間程度、1 年間の単位で頻度は学生次第, 週 1 回 x 2 時間程度, 週 1 時間 x40 週間 (一部の学生), 週 2 時間 x 1 5 週</p> <p>(このプログラムは 2 年生から 5 年生で継続するもので、以下 3, 4, 5 年生の記載に続きます。、週 30 時間 x5 週間 (配属期間のみ), 週 3 時間 x30 週間, 週 3 時間 x36 週間 (学生研究員)、週 6 時間 x10 週間 (選択配属), 週 4 時間/年など、受入分野でばらつきあり,</p> <p>週 5 時間 x30 週間, 週 5 日 x4 週間, 週 6 時間 (4 コマ) x 1 年間, 週 8 時間 x2 週間, 週 8 時間 x30 週, 数日間,</p> <p>正課外の課外研究室研修のため実施期間は各研究室に任せている、正課活動ではないため、学生によって全く異なる。、</p> <p>必修: 月 5 時間 x10 か月、選択: 年 150 時間, 必修科目: 約 8 週間 (210 時間)、選択科目: 通年, 約 30 時間 x9 週間</p>	<p>約 2 0 週間、研究室に所属して、研究に従事する、必修: 月 5 時間 x10 か月、選択: 年 200 時間,</p> <p>配属実習: 週 3 0 時間 x 4 週間、研究医養成コース: 週 3 時間 x 4 0 週間, 通年 医学研究 1 (選択) 計 120 時間, 選択科目: 通年,</p> <p>正課活動ではないため、学生によって全く異なる。、正課の研究室研修 (4 週間 週 5)</p> <p>正課外の課外研究室研修のため実施期間は各研究室に任せている、数日間, 週 8 時間 x30 週, 週 8 時間、通年, 週 6 時間 (4 コマ) x 1 年間,</p> <p>週 5 時間 x12 週間, 週 5 時間 x30 週間, 週 5 で 1~8 限, 週 4 時間 x24 週間, 週 4 時間/年など、受入分野でばらつきあり,</p> <p>週 40 時間 x4 週間, 週 40 時間 x4 週間, 週 4 0 時間 x 4 週, 週 40 時間 x10 週間, 週 4 0 時間 [= 1 日 8 時間 x 5 日] x 4 週間, 週 40</p> <p>時間 x11 週間, 週 3 時間 x36 週間 (学生研究員), 週 30 時間 x6 週間, 週 30 時間 x12 週, 週 2 時間 x 3 0 週,</p> <p>週 2 時間、52 週に渡り、週 20 時間程度 x 2 週間, 週 1 回 x 2 時間程度, 週 1-3 日 5-8 時間 (診療科による),</p> <p>週 1-2 時間程度、1 年間の単位で頻度は学生次第, 週 1-2 時間, 自由に講座を出入りするため、また学生によって異なるため不明。、</p> <p>研究室・学生により異なる、基礎医学の講義、実習, 学生と研究室の協議 (プログラム上の規定なし), 課外時間を利用し、2 年生に行った研究を継続して行う場合、 40 時間程度 (年間) , データ無し, セミナーや放課後の研究室活動など,</p> <p>コンソーシアム参加: 半日 x2 日間, MD 研究者育成プログラム 授業空き時間, 9 月に約 1 か月間 (8 時間 x5 週間), 90 分 x5 コマ x5 日間,</p> <p>8 週間, 8 時間 x 8 週間, 8 月末~11 月の約 3 ヶ月間, 6 時間 x12 週間 , 6 コマ x3 週間, 6 か月, 5 時間 x5 週, 4 週間,</p> <p>4 週間, 3 年後期に 80 コマ (4 週間), 3 日間, 3 時間 x15 週間, 2 ヶ月、毎日 (1-5 限), 20 時間 x 4 週間,</p> <p>①週 30 時間 x 16 週, ②週 2 時間 x 52 週, ①学生によりまちまち ②週 15 時間 x 10 週間, 11 月~1 月約 5 週間</p>

研究プログラムの実施期間		
4 年生	5 年生	6 年生
<p>12 時間 x12 週間, 1 5 週間, 1 カ月～1 年間, ①学生によりまちまち ②なし, ②③週 4 時間 x 52 週, 2 時間 x 2 4 週間, 3 時間 x 15 週間, 40 時間／年, 4 月 1 週間、7 月 2 週間, MD 研究者育成プログラム 授業空き時間、マイコース 2 か月, コンソーシアム参加：半日 x 2 日間, 医学研究実習(4 月から 7 月までの 4 か月間、必修のため全員)、その他セミナーや放課後の研究室活動など, 課外時間を利用し、2 年生に行った研究を継続して行う場合、40 時間程度(年間), 学生と研究室の協議(プログラム上の規定なし), 基礎医学の講義、実習、臨床実習, 希望学生が希望する時間, 希望者, 月 1 時間程度, 研究医養成コース：週 3 時間 x 4 0 週間, 研究室・学生により異なる, 自由に講座を出入りするため、また学生によって異なるため不明。、週 10 時間程度, 週 1 - 2 時間, 週 1-2 時間程度、1 年間の単位で頻度は学生次第, 週 18 時間 x 10 週間, 週 1 回 x 2 時間程度, 週 2 時間、52 週に渡り, 週 2 時間 x 3 0 週, 週 30 時間 x 3 週間の演習に学生の 70% 程度が参加する, 週 3 5 時間 x 4 週間, 週 3 時間 x 36 週間(学生研究員), 週 40 時間 x 20 週間、週 5 時間 x 10 週間, 週 40 時間 x 4 週間, 週 5 時間 x 6 週間, 週 6 時間(4 コマ) x 1 年間, 週 8 時間、通年, 週 8 時間 x 15 週, 週 9 時間 x 4 週間, 数日間, 正課 6 時間 x 4 週間, 正課外の課外研究室研修のため実施期間は各研究室に任せている, 正課活動ではないため、学生によって全く異なる。、通年 医学研究 2 (選択) 計 120 時間, 年 200 時間, 必修科目：約 7 週間(175 時間)、選択科目：通年, 約 3 か月 毎日</p>	<p>12 時間 x 12 週間, ①学生によりまちまち ②なし, ②③週 2 時間 x 52 週, 2 時間 x 2 4 週間, 3 時間 x 15 週間, 40 時間／年, 8 時間 x 2 週間, MD 研究者育成プログラム 授業空き時間, セミナーや放課後の研究室活動など, データ無し, 学生と研究室の協議(プログラム上の規定なし), 希望学生が希望する時間, 希望者, 研究医養成コース：週 2 時間 x 2 0 週間, 研究室・学生により異なる, 最大で 3 か月毎日, 自由に講座を出入りするため、また学生によって異なるため不明。、週 10 時間程度, 週 1 - 2 時間, 週 1-2 時間程度、1 年間の単位で頻度は学生次第, 週 1 回 x 2 時間程度, 週 1 時間 x 40 週間(一部の学生), 週 2 時間、52 週に渡り, 週 2 時間 x 3 0 週, 週 3 時間 x 36 週間(学生研究員), 週 4 時間／年など、受入分野でばらつきあり, 週 5 時間 x 30 週間, 週 8 時間、通年, 数日間, 正課外の課外研究室研修のため実施期間は各研究室に任せている, 正課活動ではないため、学生によって全く異なる。、選択科目：通年, 通年 医学研究 3 (選択) 計 120 時間, 年 150 時間, 不明, 臨床実習</p>	<p>①学生によりまちまち ②なし, ②③週 2 時間 x 52 週, 2 時間 x 2 4 週間, 30 時間／年, 3 時間 x 10 週間, 3 時間 x 8 週間, 8 時間 x 2 週間, MD 研究者育成プログラム 授業空き時間、イレクティブ実習 14 週間, その他セミナーや放課後の研究室活動など, データ無し, 学生と研究室の協議(プログラム上の規定なし)、研究室実習は 6 ヶ月間, 希望学生が希望する時間, 希望者, 希望者が 4 週間、基礎医学研究室に従事することができる。概ね 30 - 40 人くらい, 研究医養成コース：週 1 時間 x 5 週間, 研究室・学生により異なる, 最大で 3 か月毎日, 自由に講座を出入りするため、また学生によって異なるため不明。、週 10 時間 x 10 週, 週 10 時間程度, 週 1 回 x 2 時間程度, 週 1 時間 x 40 週間(一部の学生), 週 3 5 時間 x 2 週間, 週 3 時間 x 36 週間(学生研究員), 週 4 時間／年など、受入分野でばらつきあり, 週 5 時間 x 30 週間, 週 8 時間、通年, 数日間, 正課外の課外研究室研修のため実施期間は各研究室に任せている, 正課活動ではないため、学生によって全く異なる。、選択により希望者 週 4 0 時間 x 2 週間, 選択科目：通年, 通年 医学研究 4 (選択) 計 120 時間, 年 20 時間, 不明, 臨床実習、社会医学コースの実習</p>

医師が「 <b>基礎</b> 医学研究」を行うことの意義	医師が「 <b>基礎</b> 医学研究」を行うことの意義	医師が「 <b>基礎</b> 医学研究」を行うことの意義
「医師個人の観点」	「大学の観点」	「国の観点」
<ul style="list-style-type: none"> <li>□ <b>臨床への還元</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>臨床で生じた疑問を解決し、高度な医療提供につながる</li> <li>基礎知見を応用して新しい診断・治療法を生み出す“橋渡し”役割</li> </ul> </li> <li>□ <b>疾患メカニズムの深い理解</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>病態生理や薬理作用を根本から把握し、論理的・科学的な診療を实践</li> <li>症例ごとの現象をマニュアル外に解釈できる視点を獲得</li> </ul> </li> <li>□ <b>科学的思考とリサーチマインドの涵養</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>実験やデータ解析を通じて論理的思考力が鍛えられる</li> <li>疑問を持ち、エビデンスに基づく判断力を身につける</li> </ul> </li> <li>□ <b>知的好奇心と自己成長</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>未知の問題に挑む機会として知的好奇心が満たされる</li> <li>プレゼン・論文作成・英語力など、研究技術全般が向上</li> </ul> </li> <li>□ <b>キャリアの多様化・アップ</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>教育・研究・臨床をまたいだ多様なキャリアパスを拓く</li> <li>学会発表や共同研究を通じて国内外のネットワーク形成</li> </ul> </li> <li>□ <b>社会的・長期的意義</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>医学の進歩や国の研究力向上に貢献</li> <li>20～30年後の患者治療に影響する基盤を築く</li> </ul> </li> <li>□ <b>時間的制約と両立の工夫</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>忙しい臨床の合間（夜間・週末）でも続ける価値がある</li> <li>一時的に研究期間を設けることで医師人生が豊かに</li> </ul> </li> <li>□ <b>相互フィードバックの重要性</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>臨床経験を基にした研究視点が、研究成果を臨床に還元</li> <li>研究現場での学びが日々の診療をより深める</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ <b>アカデミックミッションの遂行</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>大学として最先端の研究活動を推進し、学術的原点を守る</li> <li>「世界をリードする先進的医学研究」の理念に合致</li> </ul> </li> <li>□ <b>教育・人材育成</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>研究マインドを持つ学生・研修医に適切なキャリアパスを提供</li> <li>科学的視点に基づく教育者として、質の高い講義・指導が可能に</li> <li>基礎系教員・次世代研究者の輩出</li> </ul> </li> <li>□ <b>研究力強化と資金獲得</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>競争的研究費（科研費・外部資金）の獲得に直結</li> <li>知的財産・特許創出、産学連携・ベンチャー創出の基盤構築</li> <li>大学ランキングやブランド力向上に寄与</li> </ul> </li> <li>□ <b>トランスレーショナルリサーチの推進</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>臨床と基礎を橋渡しする研究拠点としての役割強化</li> <li>医師の視点を活かしたシーズ探索で新治療・治験への展開促進</li> </ul> </li> <li>□ <b>学術ネットワーク・国際連携</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>国内外の研究者・医療機関との共同研究機会を拡大</li> <li>学会発表や交流を通じた大学のプレゼンス向上</li> </ul> </li> <li>□ <b>学生募集・ブランド化</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>意欲的な医学生・大学院生の誘引につながる魅力づくり</li> <li>医学部の多様なバックグラウンドを生かしたアトラクション強化</li> </ul> </li> <li>□ <b>社会貢献・長期的視野</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>基礎発見が教科書を塗り替え、医学教育にも波及</li> <li>20～30年後の医療に影響を与える研究基盤を大学に蓄積</li> </ul> </li> <li>□ <b>持続的発展のための体制づくり</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>研究成果の社会還元と大学院教育のサイクル構築</li> <li>学内外リソースを活用した研究環境の維持・発展</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>国家競争力・国際プレゼンス向上</b> 世界をリードする基礎医学研究で、論文業績や国際表彰を獲得し、国の研究力をアピール。</li> <li>● <b>科学技術立国の実現</b> 裾野の広い基礎研究が創薬・医療機器開発や産業イノベーションの原動力となる。</li> <li>● <b>健康寿命延伸と医療費抑制</b> 疾患メカニズムの解明による新診断・新治療法が国民の健康維持と社会保障コスト低減に貢献。</li> <li>● <b>安全保障の強化</b> ワクチン自国開発や感染症対策技術など、医療面での国防力向上につながる。</li> <li>● <b>科学的根拠に基づく政策支援</b> 医師研究者が生み出すエビデンスが、医療政策や健康施策の立案・評価を支える。</li> <li>● <b>人材育成とキャリア形成</b> 基礎研究に従事する医師の待遇改善やキャリアパスの整備で、研究人材を確保・育成。</li> <li>● <b>研究資源配分の明確化</b> 限られた人材・予算の中で、臨床と研究の両立を可能にする方向性や優先順位を示す必要。</li> <li>● <b>長期的な国家戦略としての投資</b> 今取り組む研究が、20～30年後の医療・産業基盤を支える重要な国家的資産となる。</li> </ul>

医師が「臨床医学研究」を行うことの意義 「医師個人の観点」	医師が「臨床医学研究」を行うことの意義 「大学の観点」	医師が「臨床医学研究」を行うことの意義 「国の観点」
<p>□ <b>臨床疑問の解決</b> 日々の診療で生じる疑問を科学的に検証し、直接的な課題解決につなげる。</p> <p>□ <b>新たなエビデンス創出</b> 診断・治療法や予防法の開発・最適化を可能にし、実臨床への反映を促す。</p> <p>□ <b>診療の質向上</b> 体系的なデータ解析を通じて自らの臨床スキルや判断力を高め、より根拠に基づく医療提供を実現。</p> <p>□ <b>科学的思考力の獲得</b> 統計学・論理的思考・仮説検証のプロセスを学び、問題解決能力を養成する。</p> <p>□ <b>EBM 理解・情報リテラシーの向上</b> 信頼できる医療情報を取捨選択する力が身につく、最新知見を臨床に取り入れやすくなる。</p> <p>□ <b>専門性深化・キャリア形成</b> 学会発表や共同研究を通じてプレゼンスを高め、専門医取得や学位取得などキャリアアップに直結。</p> <p>□ <b>ネットワーク構築</b> 他施設や製薬企業などとの共同研究を通じて人脈を広げ、研究環境を整備する。</p> <p>□ <b>患者還元・社会貢献</b> 新知見を患者ケアに還元し、医療全体の発展に寄与する使命感を得られる。</p> <p>□ <b>自己実現・モチベーション向上</b> 知的好奇心を満たし、研究活動を通じて医師としての生きがいや達成感を得る。</p>	<p>□ <b>大学主導体制の強化</b> 大学が臨床医学研究を率先することで、研究力と教育の質を同時に向上できる。</p> <p>□ <b>症例集積の利点</b> 大学病院は一般診療だけでなく、希少疾患や難治疾患の患者も集まるため、臨床研究に最適な場となる。</p> <p>□ <b>診断・治療法の開発・標準化</b> 新たな診断法や治療法、予防法の確立や標準治療ガイドライン策定に直結する。</p> <p>□ <b>産官学連携と資金獲得</b> 特許取得や製薬企業との共同研究、科研費・競争的資金獲得を通じて、大学の財政基盤と研究環境を強化。</p> <p>□ <b>学術的評価・ブランド力向上</b> 学会発表や論文発信により国内外で評価が高まり、大学ランキングや知名度が向上する。</p> <p>□ <b>人材育成・リーダー育成</b> 若手医師や医学生に研究姿勢を示し、「問いを持ち探究する」文化を醸成。臨床系教員や研究者の育成基盤を築く。</p> <p>□ <b>トランスレーショナル研究推進</b> 臨床現場と基礎研究の相互連携を深化させ、リバーストランスレーショナル研究も含む一貫した研究サイクルを実現。</p> <p>□ <b>リアルワールドデータ活用</b> 大学に蓄積される臨床データを活用し、日本人に最適化された治療ガイドラインやエビデンス創出を支援。</p> <p>□ <b>臨床試験拠点機能</b> 治験や臨床試験の実施拠点としての役割を担い、先進医療開発や新規技術の実装を推進。</p> <p>□ <b>地域・社会への貢献</b> 大学附属病院の診療レベル向上を通じて地域医療改善に寄与し、社会的信頼性とブランド力を高める。</p> <p>□ <b>学際的連携と組織力強化</b> 医学部内の各領域や他学部との連携を促進し、横断的研究・教育体制を整備して組織としての総合力を高める。</p>	<p>□ <b>国際競争力の強化</b> 日本発の診断法・治療法開発を通じて、世界に誇れる研究成果を創出し、国際的地位を高める。</p> <p>□ <b>健康寿命延伸と医療費抑制</b> 新しい診断・治療・予防法の確立で国民の健康寿命を延ばし、医療費の増大を抑制する。</p> <p>□ <b>エビデンスに基づく医療政策</b> 臨床研究による質の高いデータが、保険制度改革や医療政策立案の根拠を提供する。</p> <p>□ <b>創薬・医療機器産業の振興</b> 臨床研究シーズを基盤に製薬・医療機器開発を促進し、新たな産業発展と雇用創出につなげる。</p> <p>□ <b>国家安全保障への貢献</b> 自国ワクチン開発や感染症対策技術の確立を支え、国防力・危機対応力を向上させる。</p> <p>□ <b>医療イノベーションの推進</b> 臨床試験や治験の拠点機能を強化し、先進医療実装のスピードと実用性を高める。</p> <p>□ <b>リアルワールドデータ活用</b> 大規模臨床データの集積・分析で、日本人に最適化された治療ガイドライン策定を支援。</p> <p>□ <b>専門家・人材育成</b> 臨床研究の専門家養成機会を拡充し、将来の医療リーダーを育てる土壌を整備。</p> <p>□ <b>地域医療との両立</b> 地域医療の維持・向上とのバランスを示しつつ、研究と診療の両面を支援する方針を明確化。</p> <p>□ <b>持続的支援と制度整備</b> 医師が研究に集中できる働き方改革や、研究資金・支援体制の強化を確立する必要がある。</p>



医師が「社会医学研究」を行うことの意義	医師が「社会医学研究」を行うことの意義	医師が「社会医学研究」を行うことの意義
「医師個人の観点」	「大学の観点」	「国の観点」
<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 公衆衛生視点の獲得 個々の患者対応を超え、集団や地域レベルの健康問題を捉える力を養う。</li> <li>□ 疫学・データ解析力の向上 社会要因や行動パターンをデータサイエンスで解析し、疾病予防や早期発見に活かす。</li> <li>□ 医療資源の効率的配分 治療効果や予防策の社会的コスト・ベネフィットを評価し、限られた資源を有効活用。</li> <li>□ 健康格差・社会的要因の理解 貧困や環境要因が患者の健康に及ぼす影響を把握し、診療に反映させる。</li> <li>□ EBMの基盤形成 社会医学研究による質の高いエビデンスを、臨床判断やガイドライン策定に活用。</li> <li>□ 医療政策・保健行政への貢献 研究成果が保健施策や制度設計の根拠となり、社会全体の健康増進を促進。</li> <li>□ 論理的思考・問題解決能力の強化 仮説立案から検証までのプロセスで、データ駆動型の思考力を養う。</li> <li>□ キャリア形成・プレゼンス向上 学会発表や論文執筆を通じて専門性を高め、社会医学領域での信頼と評価を獲得。</li> <li>□ 自己実現・知的好奇心の満足 日常診療では得にくい社会規模の問いに挑むことで、医師としてのやりがいを深める。</li> <li>□ 社会貢献意識の醸成 研究成果を通じて地域や国の公衆衛生向上に寄与することで、医師としての使命感を実感。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 大学主導体制の確立 大学が主体となって社会医学研究を推進し、研究の維持・発展を担う。</li> <li>□ 医療資源効率化の知見習得 疾病予防や早期発見、治療効果評価の手法を学び、限られた資源の有効活用を支援。</li> <li>□ 地域社会との連携強化 大学と地域住民・自治体が協働し、地域特有の健康課題解決や包括的支援プログラムを開発。</li> <li>□ 社会貢献とブランド力向上 災害・感染症対策などの成果発信を通じて、大学の知名度と社会的信頼を高める。</li> <li>□ 外部資金獲得と大学評価向上 競争的研究費や企業連携による資金調達で、研究基盤強化と大学ランキング向上につなげる。</li> <li>□ 学際的・横断的研究推進 医療経済、病院経営、環境衛生など多分野を結ぶ研究体制を整え、新領域を開拓。</li> <li>□ 人材育成基盤の整備 社会医学系教員や MPH 過程の拡充で、若手医師・研究者に「問いを持ち続ける」力を涵養。</li> <li>□ シンクタンク機能の強化 自治体や保健行政への政策提言を行う拠点として、大学の社会的役割を拡大。</li> <li>□ 教育の質向上 学生や研修医に社会視点を取り入れたカリキュラムを提供し、幅広い視野を持つ医療人を育成。</li> <li>□ 社会実装・イノベーション促進 研究成果を地域・産業界へ還元し、大学発ベンチャー創出や公衆衛生向上に貢献。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ 国の研究推進責任 社会医学研究を国策として位置づけ、資金・制度面で支援を強化する必要がある。</li> <li>□ 政策立案の科学的根拠提供 疫学・統計データにもとづくエビデンスが、保健・医療政策や社会制度改革の基盤となる。</li> <li>□ 国民健康増進・格差是正 健康格差の原因を解明し、予防策や介入プログラムで健康寿命延伸と公平な保健サービスを実現。</li> <li>□ 医療費抑制・資源最適化 社会医学的評価を通じて、予防・介入策のコスト効果を明らかにし、医療費削減と効率的配分を提言。</li> <li>□ 公衆衛生体制強化 感染症対策や災害時対応など、国家レベルの危機管理・予防戦略の中核を担う研究成果を創出。</li> <li>□ 社会保障制度の持続可能性確保 少子高齢化や医療財政逼迫を踏まえ、持続可能な医療・福祉制度設計への科学的示唆を提供。</li> <li>□ 国際競争力・グローバル貢献 世界的保健課題への参画や日本独自の疫学成果発信で、国際的評価と協力体制を強化。</li> <li>□ 司法・法医学的支援 法医学研究を通じて、刑事司法における科学的根拠を提供し、公正な裁判運用に寄与。</li> <li>□ 人材育成と基盤強化 社会医学の専門家養成プログラム（MPH 等）や研究教育体制を整備し、次世代リーダーを育成。</li> <li>□ 社会実装・制度運用への貢献 研究成果を具体的施策として社会実装し、健康増進や医療制度改革を迅速に展開する。</li> </ul>

<p>医学科の学生が医学科卒業後に 「<b>基礎</b>医学分野」の医学研究を実施・継続するために</p>	<p>医学科の学生が医学科卒業後に 「<b>基礎</b>医学分野」の医学研究を実施・継続するために</p>
<p>「大学として」できること</p>	<p>実際に行っていること</p>
<p>□ <b>早期研究マインド醸成</b> 学部低学年から研究の意義や楽しさを伝え、リサーチマインドを育てる。</p> <p>□ <b>カリキュラムへの組み込み</b> 研究室配属実習や少人数制チュートリアルを設け、在学中から基礎医学研究に触れる機会を提供。</p> <p>□ <b>MD-PhD／研究医養成プログラム</b> 臨床研修（初期・専門医研修）と大学院（博士課程）の両立を可能にする一貫コースを整備。</p> <p>□ <b>経済的支援</b> 奨学金、学費減免、給料付きリサーチアシスタント（RA/TA）制度、研究費助成などで負担を軽減。</p> <p>□ <b>安定したキャリアパス整備</b> 教員ポストやポストドクター枠、研究専任職を確保し、「研究が続けられる身分」を用意。</p> <p>□ <b>業績連動型サポート</b> 研究成果・指導実績に応じた助成や表彰制度を設け、モチベーションを維持。</p> <p>□ <b>メンター・ロールモデルの可視化</b> 研究者教員や先輩研究医によるセミナー、交流リトリートを開催し、具体的なキャリア像を示す。</p> <p>□ <b>施設・機器・ソフトウェアの整備</b> 大型研究機器、計算資源、共用実験室など、研究遂行に必要なインフラを充実。</p> <p>□ <b>国内外連携の推進</b> 海外大学や研究機関との提携で交換留学や共同研究のチャンスを拡大。</p> <p>□ <b>時間的余裕の確保</b> 臨床研修中の研究時間保証や、過密カリキュラムの緩和で「研究継続可能な環境」を実現。</p>	<p>□ <b>基礎研究医プログラム／MD-PhD コース</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>初期研修中～専門研修開始時に大学院進学を組み込んだ基礎研究医プログラムを設置</li> <li>MD-PhD 一貫教育コースを整備し、修士・博士取得をサポート</li> </ul> <p>□ <b>学部早期からの研究体験</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>低学年向けに研究入門講座や少人数チュートリアルを開講</li> <li>1～3年次の研究室配属実習（4週間など）で実際の研究に参画</li> </ul> <p>□ <b>大学院進学支援制度</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>在学中の大学院単位取得システム／夜間大学院進学許可</li> <li>卒後一定期間、助教ポストを保証する仕組み</li> </ul> <p>□ <b>経済的サポート</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>奨学金・学費減免制度、入学金補助</li> <li>給料付き RA/TA 制度、学内研究助成金</li> </ul> <p>□ <b>教員ポスト・キャリア保証</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>基礎研究医プログラム履修者向けに助教／特任助教枠を確保</li> <li>任期付き特任助教やポストドクター枠を用意</li> </ul> <p>□ <b>発信・交流の場提供</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>学会発表・論文執筆支援、学生研究会ベシック／アドバンスドコース</li> <li>全国リトリート、セミナー、シャドーイングなどの交流イベント</li> </ul> <p>□ <b>研究インフラ整備</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>大型機器・計算資源・解析ソフトの共用環境を整備</li> <li>臨床教育拠点に研究支援センターや University Research Administrator を配置</li> </ul> <p>□ <b>国内外連携</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>海外大学との提携・交換留学プログラム</li> <li>文科省選定センターでのオミックス医療研究拠点設置</li> </ul> <p>□ <b>柔軟な履修制度</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>社会人入学枠や長期履修制度、オンライン講義による継続研究支援</li> </ul> <p>□ <b>キャリア啓蒙・ロールモデルの可視化</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>講義で研究医キャリアを紹介</li> <li>先輩研究者による講演・メンタープログラム展開</li> </ul>

<p>医学科の学生が医学科卒業後に 「臨床医学分野」の医学研究を実施・継続するために</p>	<p>医学科の学生が医学科卒業後に 「臨床医学分野」の医学研究を実施・継続するために</p>
<p>「大学として」できること</p>	<p>実際に行っていること</p>
<p>□ <b>ロールモデル提示</b> 臨床と研究を両立する教員（Physician-Scientist）の姿を学生に示す。</p> <p>□ <b>早期研究体験</b> 学部低学年から臨床研究室配属や少人数チュートリアルを設け、実際の症例報告やデータ解析に触れる機会を提供。</p> <p>□ <b>カリキュラム統合</b> 臨床研修プログラムの中に臨床研究要素（Protected Research Time、学会発表参加など）を組み込む。</p> <p>□ <b>MD-PhD／研究医養成コース</b> 初期・専門研修と大学院（修士・博士課程）の両立を可能にする一貫教育パスを整備。</p> <p>□ <b>経済的支援</b> 奨学金、授業料減免、RA/TA 制度、研究費助成などで研究継続の負担を軽減。</p> <p>□ <b>キャリアパスとポスト保証</b> 臨床研究医ポストや助教・准教授枠の確保、業績連動の表彰・助成制度を設け、「研究が続けられる身分」を保障。</p> <p>□ <b>指導体制・支援センター</b> 臨床研究支援センターを設置し、統計解析、倫理申請、モニタリングなどのワンストップ支援を提供。</p> <p>□ <b>メンター制度と交流</b> 先輩研究医との交流会、リトリート、定期セミナーで具体的なキャリア像やノウハウを共有。</p> <p>□ <b>インフラ整備</b> 臨床データベース、大型医用機器、解析ソフトウェアなど研究環境を充実させ、アクセスを保証。</p> <p>□ <b>学内外連携</b> 他大学や医療機関、製薬企業との共同研究・交換留学を促進し、ネットワークを拡大。</p>	<p>□ <b>研究室配属・早期体験</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>学部 1～3 年次に臨床研究室配属を実施し、症例検討会・抄読会で研究実践を体験</li> <li>2～4 年生対象の先端医療学コースで学会発表・論文文化を経験</li> </ul> <p>□ <b>大学院進学支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>初期・専門研修中の在職進学制度で大学院受入れを許可</li> <li>外部奨学金紹介、授業料減免、RA/TA 制度による経済的支援</li> </ul> <p>□ <b>MD-PhD／研究医養成プログラム</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>MD-PhD 一貫コースおよび臨床研究医プログラムを設置</li> <li>修了後は助教ポスト保証で「研究が続けられる身分」を確保</li> </ul> <p>□ <b>メンター・ロールモデル提示</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Physician-Scientist 教員による個別指導やシャドーイング機会</li> <li>全国リトリートや学内外セミナーで研究キャリア像を共有</li> </ul> <p>□ <b>研究支援インフラ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>臨床研究支援センターによる統計解析・倫理申請・モニタリング支援</li> <li>大型機器・計算資源・解析ソフトの共用環境を整備</li> </ul> <p>□ <b>評価・表彰制度</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>臨床研究論文優秀賞や学生研究奨励賞を設け、学会参加費用も支援</li> <li>論文発表・研究費獲得を給与に反映し、成果を正に評価</li> </ul> <p>□ <b>国際連携・社会人枠</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>海外大学との提携で交換留学・共同研究を促進</li> <li>社会人入学枠を確保し、働きながら学位取得を可能に</li> </ul> <p>□ <b>環境・組織整備</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>医員助教ポスト増設で臨床・研究負担の最適化</li> <li>長期履修制度やオンライン講義で研究継続をサポート</li> </ul> <p>□ <b>研究奨励イベント</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>学内研究発表会、症例報告会、Academic Society @ 地名 など共同体形成</li> <li>自由参加プログラムや医学研究入門講座でモチベーションを醸成</li> </ul>

<p>医学科の学生が医学科卒業後に 「社会医学分野」の医学研究を実施・継続するために</p>	<p>医学科の学生が医学科卒業後に 「社会医学分野」の医学研究を実施・継続するために</p>
<p>「大学として」できること</p>	<p>実際に行っていること</p>
<p>□ <b>早期研究体験の提供</b> 学部1～2年次から研究室配属やフィールドワーク実習（保健所・自治体研修、裁判傍聴など）を設定し、社会医学研究の醍醐味に触れさせる。</p> <p>□ <b>社会医学養成プログラムの整備</b> MD-MPHや社会医学研究医コースを創設し、臨床研修と大学院研究（修士・博士課程）の両立を可能にする。</p> <p>□ <b>講義・演習カリキュラムの組み込み</b> 公衆衛生・疫学・保健行政の基礎から応用まで、幅広い社会医学視点を授業や抄読会で体系的に学べるようにする。</p> <p>□ <b>経済的支援の拡充</b> 奨学金、学費減免、給料付きRA/TA制度、小額研究助成金などで学生の研究継続を負担軽減。</p> <p>□ <b>キャリア保証とポスト整備</b> 社会医学系講座や研究センターに特任助教・助教枠を確保し、「研究が続けられる身分」を用意。</p> <p>□ <b>メンター・ロールモデル提示</b> 現役社会医学研究者によるセミナーやリトリートを開催し、具体的なキャリア像とノウハウを共有。</p> <p>□ <b>研究支援インフラの充実</b> リサーチセンター設置による統計解析・倫理申請・モニタリング支援、共用機器やソフトウェアの提供を行う。</p> <p>□ <b>地域・行政との連携強化</b> 地域コホート研究や自治体共同プロジェクトを通じて、学生が公衆衛生課題解決に参画できる機会を創出。</p> <p>□ <b>発表機会と評価制度</b> 学会発表・論文文化支援、学生研究奨励賞や優秀発表賞で成果を正に評価する。</p> <p>□ <b>柔軟な履修体制</b> 社会人入学枠、オンライン講義、長期履修制度などで、働きながら・研修と並行して研究を継続できる環境を整備。</p>	<p>□ <b>社会医学研究室配属</b> 学部2～3年次の研究室演習で、社会医学系の研究室配属を実施。</p> <p>□ <b>早期研究体験プログラム</b> 「先端医療学コース」など選択科目で、学会発表・論文文化を含むフィールドワークやデータマイニング演習を提供。</p> <p>□ <b>大学院進学支援</b> 初期・専門研修中の在職進学制度で社会医学系大学院進学を許可し、授業料減免や奨学金を紹介。</p> <p>□ <b>MD-MPH／社会医学研究医コース</b> MD-PhDに加え、社会医学向けMD-MPH一貫コースを設置し、修了後は特任助教ポストを保証。</p> <p>□ <b>行政・地域連携実習</b> 4年次に保健所・自治体研修、司法解剖見学、児童相談所実習など、行政機関との共同フィールドワークを実施。</p> <p>□ <b>教員・講師ネットワーク</b> 医系技官や産業医、公衆衛生専門家を招いた講義・セミナーを開催し、多様なキャリアモデルを提示。</p> <p>□ <b>研究支援インフラ</b> リサーチセンターで統計解析、倫理申請、モニタリング支援を一元化し、大型機器・解析ソフトを共用。</p> <p>□ <b>奨励・表彰制度</b> 学生医学論文プログラムや優秀発表賞で成果を評価し、学会参加費用や小額研究助成金を支給。</p> <p>□ <b>柔軟な履修枠・社会人枠</b> 社会人入学枠やオンライン・長期履修制度を導入し、働きながら研究継続が可能な環境を整備。</p> <p>□ <b>地域研究共同体</b> 「Academic Society」等で県内医療機関と連携したコホート研究や共同セミナーを推進。</p>



医学科の学生が医学科卒業後に「 <b>基礎</b> 医学分野」の 医学研究を実施・継続するために	医学科の学生が医学科卒業後に「 <b>臨床</b> 医学分野」の 医学研究を実施・継続するために	医学科の学生が医学科卒業後に「 <b>社会</b> 医学分野」の 医学研究を実施・継続するために
「国に求めること」	「国に求めること」	「国に求めること」
<ul style="list-style-type: none"> <li>□ <b>安定的・長期的な研究資金の拡充</b> 競争的研究費（科研費など）の増額・安定化、学振特別研究員枠の拡大、医学生・若手向け奨学金・助成金制度の充実</li> <li>□ <b>教員・研究ポストの確保</b> 地方国立大を含めた教員枠の増員、ポストドクター／助教の有期雇用枠整備、専門研修後に一定期間研究専念可能な身分保障</li> <li>□ <b>キャリアパスの明確化</b> MD-PhD／研究医養成プログラムへの補助、専門医制度と大学院進学との柔軟な接続、失敗時の医師復帰ルートの整備</li> <li>□ <b>研究インフラ・共同基盤の整備</b> 大型機器や計算資源、クラウド型共同研究プラットフォーム、データセンターなど全国的ネットワーク化</li> <li>□ <b>制度・評価基準の見直し</b> 論文数・インパクトファクター偏重から、挑戦性・社会的インパクトを評価に加える仕組みへの転換</li> <li>□ <b>地方格差是正</b> 運営費交付金の回復、地方大学・中核病院への重点支援、地域連携研究拠点形成支援</li> <li>□ <b>国際派遣・連携プログラムの強化</b> 若手研究者の海外研修助成、国際共同研究スキームの拡大</li> <li>□ <b>研究と臨床の両立支援</b> 臨床研修中の Protected Research Time 制度化、勤務時間内研究可能化、タスクシフト・タスクシェア推進</li> <li>□ <b>政策的方向性の明示</b> 国として基礎医学研究の優先順位を示すロードマップ策定と継続的な予算確保</li> <li>□ <b>待遇・給与の改善</b> 研究者の給与水準引き上げ、研究専念期間中の生活支援、医師免許保持者の研究報酬体系の整備</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ <b>研究室配属・早期体験</b> 学部 2～3 年次に臨床研究室配属を実施し、症例検討会や抄読会を通じて臨床研究の現場に触れる機会を提供。</li> <li>□ <b>大学院進学許可</b> 初期研修・専門研修中でも社会医学・臨床医学系大学院への在職進学を認め、学費減免や奨学金を紹介。</li> <li>□ <b>MD-PhD／研究医養成コース</b> 臨床研修と博士課程取得を両立できる一貫教育プログラムを整備し、修了者には特任助教など身分保障を行う。</li> <li>□ <b>経済的サポート</b> 奨学金、授業料免除、給料付き RA/TA 制度、小額研究助成金などで学生・研修医の負担を軽減。</li> <li>□ <b>臨床研究支援センター</b> 統計解析・倫理申請・モニタリングなどをワンストップで支援し、大型機器・解析ソフトを共用で提供。</li> <li>□ <b>教員ポスト増設</b> 医員助教・特任助教枠を増やし、臨床と研究の両立を図る体制を強化。</li> <li>□ <b>学会発表・論文文化支援</b> 学生・研修医向けに発表費用補助や優秀発表賞を設け、モチベーション向上を図る。</li> <li>□ <b>メンター・交流イベント</b> Physician-Scientist 教員によるシャドーイング、全国リトリート、定期セミナーでキャリアモデルを提示。</li> <li>□ <b>国内外連携</b> 海外大学提携や「Academic Society @ Saga」など県内医療機関との共同研究でネットワークを拡大。</li> <li>□ <b>柔軟な履修体制</b> 社会人入学枠、長期履修・オンライン講義制度を導入し、働きながらも研究継続できる環境を整備。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>□ <b>地方大学教員の増員支援</b> 地方国立大学などで社会医学講座の教員ポストを拡充し、人材育成体制を強化する。</li> <li>□ <b>安定的・長期的な研究資金の確保</b> JSPS 特別研究員枠の拡大や「医学研究者育成支援事業」の予算増額で、数年にわたるプロジェクトを可能にする。</li> <li>□ <b>キャリアパスの明確化と保証</b> MD-MPH／社会医学研究医コースへの補助、修了後ポストドクター・助教枠の整備、失敗時の医師復帰ルート整備など、研究継続を可能にする身分保障を行う。</li> <li>□ <b>研究環境・インフラ整備</b> ビッグデータ解析のためのクラウド基盤やデータセンター、統計解析・倫理申請支援センターの全国展開で、大学横断的な共同研究基盤を構築する。</li> <li>□ <b>多職種・異分野連携推進</b> 理学部・工学部などとの共同研究補助、医系技官・行政職員など専門家チームを活用し、高度解析・実装支援体制を整備する。</li> <li>□ <b>評価基準の多角化</b> 論文数偏重から脱却し、社会的インパクトやプロセス、地域貢献度を評価に組み込む制度設計を行う。</li> <li>□ <b>地域格差是正</b> 運営費交付金の増額で地方中核病院・大学にも十分な研究環境を整備し、都市部との格差を縮小する。</li> <li>□ <b>国際派遣・連携強化</b> 若手研究者向け海外研修・国際共同研究助成を拡充し、グローバルな知見習得とネットワーク構築を支援する。</li> <li>□ <b>研究時間・勤務形態の柔軟化</b> 臨床研修中の Protected Research Time の制度化、勤務時間内で研究ができる働き方改革を推進する。</li> <li>□ <b>公的データ整備・活用促進</b> 全国共通フォーマットのレセプト・健診データ公開や匿名化ビッグデータ提供を進め、社会医学研究の基盤を強化する。</li> </ul>

大学院生（医師）が大学院卒業後に 「基礎医学分野」の医学研究を実施・継続するため	大学院卒業後に「基礎医学分野」の医学研究を 実施・継続するために	大学院生（医師）が大学院卒業後に 「基礎医学分野」の医学研究を実施・継続するため
「大学として」できること	大学として「実際に行っていること」	「国に求めること」
<p>□ 安定的な研究ポストの整備 ポスドクや任期付き助教、リサーチフェロー枠を増設し、大学院修了後も継続的に研究に従事できる身分を保証する。</p> <p>□ 経済的支援の拡充 博士課程学生への授業料全額免除・給与支給、奨学金やスタートアップ資金の提供、学会発表・論文投稿費助成、海外留学支援を強化。</p> <p>□ 研究時間の確保 臨床や非常勤業務とのバランスを図り、勤務時間内に「Protected Research Time」を確保できる制度設計を行う。</p> <p>□ キャリアパスの明確化 MD-PhD／研究医養成プログラムへの公的支援、専門医制度との柔軟な接続、失敗時の医師復帰ルート整備など、進路イメージを示す。</p> <p>□ インフラ整備・共同基盤 大型機器・計算資源・研究支援センター（統計解析・倫理申請・URA）を充実させ、研究環境をワンストップでサポート。</p> <p>□ 助成金申請・外部資金獲得支援 申請書作成補助、マッチング支援、産学官連携プロジェクト推進によって研究費獲得を後押しする。</p> <p>□ 評価制度の多元化 論文数偏重ではなく、挑戦性や社会実装インパクト、プロセスを評価に組み込む新たな人事評価基準を導入。</p> <p>□ 国際連携・留学促進 若手研究者向け国際共同研究助成や海外派遣制度の拡充で、グローバルな研究ネットワーク形成を支援。</p> <p>□ 多職種・異分野連携 理学・工学部門や公衆衛生機関との共同研究補助で、社会医学領域の高度解析・実装力を強化。</p> <p>□ 地方格差是正と地方拠点支援 運営費交付金の増額や地方大学社会医学教員ポストの拡充、地方中核病院との共同研究拠点形成を推進。</p>	<p>□ 給与・身分保証</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>卒後も安定的に研究に従事できるよう、給料保証や任期付き助教／ポスドクポストを設置。</li> </ul> <p>□ 早期研究体験</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>大学院在学中から基礎研究室へ配属し、実験や研究プロジェクトに触れる機会を提供。</li> </ul> <p>□ 海外連携・留学支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>海外大学との提携プログラムを整備し、留学時も給与を維持する制度を導入。</li> </ul> <p>□ 奨学金・研究費助成</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>博士学生向け学費減免や奨学金、若手研究スタートアップ資金、小額研究助成金を支給。</li> </ul> <p>□ TA／共用教員ポスト</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>TA（ティーチング・アシスタント）制度や共用教員ポストを創設し、教育・研究両面でのサポートを強化。</li> </ul> <p>□ 研究費獲得支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>院生・博士研究員向けの研究費制度、外部助成金申請支援、URAによる個別アドバイスを実施。</li> </ul> <p>□ インフラ整備</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>大型機器・計算資源・解析ソフトを備えた共同利用研究支援施設を充実させる。</li> </ul> <p>□ ネットワーク形成</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>若手研究者交流会やセミナーを定期開催し、学内外の共同研究者マッチングを促進。</li> </ul> <p>□ 成果発信支援</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>研究発表会や特命助教雇用を通じ、論文・知財取得や社会実装への大学としてのバックアップを提供。</li> </ul>	<p>・給与・身分保証 任期付き助教やポスドク（博士研究員）ポジションを設置し、卒後も給料保証で研究に従事できる身分を確保しています。</p> <p>・早期研究体験 大学院在学中から社会医学研究室への配属機会を設け、フィールドワークや症例検討会を通じて早期から研究に触れられる仕組みを整備。</p> <p>・海外連携・留学支援 海外大学との提携プログラムを運営し、留学中も給与が維持される「学外研究員制度」で海外研修をサポート。</p> <p>・TA／RA 制度・共用教員ポスト TA/RA 制度を運用し、教育・研究両面で雇用機会を拡大。教員ポストの共用枠も創設しています。</p> <p>・研究費・外部資金獲得支援 学内の基盤的研究費支給、競争的資金申請支援、コホート研究参加奨励、小額助成金の交付などで経済的負担を軽減。</p> <p>・オンライン講義活用 社会人院生の利便性向上のため、講義をオンラインで配信し、働きながらの学びを支援。</p> <p>・研究支援組織 臨床研究推進センターやメディカルトランスフォーメーション研究センター（CMX センター）を設置し、統計解析・倫理申請・モニタリングをワンストップでサポート。</p> <p>・学内表彰・発信機会 学内研究者表彰、若手交流会、定期セミナーを開催し、研究成果の発信とネットワーキングを促進。</p> <p>・地域連携プロジェクト 相模原市との寄附講座「地域総合医療学」や自治体との共同疫学プロジェクト等で、行政と連携した社会医学研究基盤を構築。</p> <p>・柔軟勤務・研究時間確保 ベッドフリー期間の設定やタスクシフト／シェア体制を導入し、診療と研究を両立できる柔軟な勤務制度を整備。</p> <p>・MD-PhD・研究医養成プログラム 公衆衛生修士養成や MD-PhD コース、研究医向け初期研修プログラムを運営し、修了後のポジション保証まで見据えた一貫教育を提供。</p> <p>・訪問研究員制度 他大学や行政機関からの訪問研究員を受け入れ、学際的な共同研究を推進。</p> <p>・子育て世代支援 フレックスタイム制度等を拡充し、子育て中の女性研究者や社会人院生の継続研究を支援。</p>



大学院生（医師）が大学院卒業後に「臨床医学分野」の医学研究を実施・継続するため	大学院卒業後に「臨床医学分野」の医学研究を実施・継続するために	大学院生（医師）が大学院卒業後に「臨床医学分野」の医学研究を実施・継続するため
「大学として」できること	大学として「実際に行っていること」	「国に求めること」
<p>□ <b>給与・身分保証</b> 卒後も安定的に研究に従事できるよう、研究期間中の給料保証および任期付き助教／ポスドクポストを設置</p> <p>□ <b>早期研究体験</b> 大学院在学中から臨床研究室への配属機会を設け、症例報告や臨床データ解析に早期から触れられる仕組みを構築</p> <p>□ <b>ポスドクター・任期付き助教枠の拡充</b> 臨床医学研究に専念できるリサーチフェローや特任研究医ポストを増員</p> <p>□ <b>奨学金・研究費助成</b> 博士課程学生向けの学費減免・奨学金制度や、若手研究スタートアップ資金、小額研究助成金を支給</p> <p>□ <b>海外留学支援</b> 海外大学との提携プログラムを運営し、留学中も給与を維持する制度を導入</p> <p>□ <b>TA（ティーチング・アシスタント）制度</b> 臨床講座におけるTA制度で、院生が教育・研究両面で経験を積めるポジションを提供</p> <p>□ <b>protected research time の確保</b> 臨床業務と研究の両立を支援するため、診療時間内に一定の研究時間を保証する柔軟勤務制度を整備</p> <p>□ <b>研究支援センターの活用</b> 統計解析・倫理申請・モニタリングをワンストップで支援する臨床研究支援センターを運営</p> <p>□ <b>教員ポスト増員・タスクシフト</b> 臨床教員の負担軽減のため、病院業務と研究業務を分担する新寄附講座や非常勤研究員ポストを創設</p> <p>□ <b>研究成果評価制度</b> 論文発表や研究費獲得を人事評価に反映し、学会発表補助や優秀発表賞で成果を正当に評価</p>	<p>□ <b>給与・身分保証</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>研究期間中の給料保証や任期付き助教・ポスドク（リサーチフェロー）ポストを設置し、安定的に研究に従事できる身分を確保。</li> <li>TA／RA 制度や育成助教枠を増設し、教育・研究両面での雇用機会を拡充。</li> </ul> <p>□ <b>研究時間の確保・タスクシフト</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>診療時間の一部を「Protected Research Time」として保証する柔軟勤務制度を導入。</li> <li>臨床と研究で負担を分担するタスクシフト・タスクシェア体制を整備。</li> </ul> <p>□ <b>早期研究体験</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>大学院在学中から臨床研究室へ配属し、症例報告やデータ解析に早期から触れられる機会を提供。</li> <li>文科省「高度医療人材養成プログラム」を活用して、公衆衛生・修士・博士課程への進学機会を設置。</li> </ul> <p>□ <b>経済的支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>博士課程学生向け学費減免や奨学金、小額研究助成金を支給。</li> <li>留学中も給与が維持される「学外研究員制度」を運用し、海外研修を支援。</li> </ul> <p>□ <b>研究支援インフラ</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>臨床研究推進センターや CMX センターを設置し、統計解析・倫理申請・試験モニタリングなどをワンストップでサポート。</li> <li>大型機器・計算資源・解析ソフトを備えた共同利用研究支援施設を整備。</li> </ul> <p>□ <b>共同研究・ネットワーク形成</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>海外大学や他施設との連携プログラムを展開し、共同研究マッチング支援を実施。</li> <li>学内外のセミナーや若手研究者交流会、Academic Society @ Saga などで研究者ネットワークを強化。</li> </ul> <p>□ <b>成果評価・表彰制度</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>学会発表費用補助や優秀発表賞を設け、論文・研究費獲得実績を給与や人事評価に反映。</li> </ul>	<p>□ <b>給与・身分保証</b> 研究期間中も医師としての基本給を維持し、任期付き助教やリサーチフェロー枠を拡充して、卒後も安定して研究に従事できる身分を保証する。</p> <p>□ <b>安定的・長期的研究費の拡充</b> 競争的研究費（科研費・AMED 等）の増額・長期化や、「医学研究者育成支援事業」の安定的予算確保で、数年単位のプロジェクト遂行を可能にする。</p> <p>□ <b>Protected Research Time の制度化</b> 臨床業務と両立できるよう、診療時間の一部を「研究専従時間」として法制化し、人員・財源を伴うタスクシフト／タスクシェア体制を整備する。</p> <p>□ <b>学振特別研究員（PD）・海外派遣枠の拡大</b> ポスドク（PD）枠を増やし、米国など海外留学用フェローシップを拡充して、若手臨床医の国際研究経験を支援。</p> <p>□ <b>臨床データ共有インフラの整備</b> 多施設共同研究ができるよう、匿名化レセプト・健診ビッグデータを全国共通フォーマットで提供するシステムを構築する。</p> <p>□ <b>倫理審査・申請手続きの簡素化・迅速化</b> 治験・臨床研究のプロトコル作成・IRB 審査をオンラインと統一フォーマットで運用し、承認期間を大幅に短縮。</p> <p>□ <b>臨床研究コーディネーター等の専門人材育成・配置助成</b> CRC やデータマネージャーを国費枠で養成・配置し、医師が研究に専念できる環境を支援する。</p> <p>□ <b>評価基準の多元化</b> IF・論文数偏重から脱却し、医師主導治験の社会的インパクトやプロセス評価を人事・助成判断に取り入れる仕組みを導入。</p> <p>□ <b>地域医療との連携強化</b> 地方中核病院や保健所と連携した研究拠点形成を推進し、地域医療データやフィールド調査の活用を支援する。</p> <p>□ <b>働き方改革の徹底とコメディカル増員</b> 医師の臨床負担を軽減するため、コ・メディカルスタッフ増員支援と、診療／研究／育児を両立できるフレックス制度・育児支援を充実させる。</p>

大学院生（医師）が大学院卒業後に「社会医学分野」の医学研究を実施・継続するため	大学院卒業後に「社会医学分野」の医学研究を実施・継続するために	大学院生（医師）が大学院卒業後に「社会医学分野」の医学研究を実施・継続するため
「大学として」できること	大学として「実際に行っていること」	「国に求めること」
<p>□ <b>早期研究体験の提供</b> 学部・院生に対し、低学年から社会医学研究室への配属機会を設け、フィールドワークや症例検討会で実践的に研究に触れられる環境を整備。</p> <p>□ <b>研究身分・ポストの拡充</b> 任期付き助教・ポスドク（リサーチフェロー）枠、育成助教ポストを増設し、院卒後も安定的に研究に從事できる身分を保証。</p> <p>□ <b>奨学金・給与保証・経済的支援</b> 博士課程学生への授業料減免・奨学金、小額研究助成金の支給に加え、留学中も給与が維持される「学外研究員制度」を運用。</p> <p>□ <b>研究時間確保とタスクシフト</b> 臨床業務との両立を支援するため、診療時間内に「Protected Research Time」を設け、タスクシフト／シェアで研究時間を確保。</p> <p>□ <b>研究支援インフラ整備</b> 臨床研究推進センターやメディカルトランスフォーメーション研究センター（CMXセンター）を設置し、統計解析・倫理申請・モニタリング支援をワンストップで提供。</p> <p>□ <b>TA/RA制度・URA支援</b> 教育・研究両面での経験を積めるティーチング／リサーチアシスタント制度を運用し、URAによる競争的資金申請サポートも実施。</p> <p>□ <b>成果発信と評価制度</b> 若手研究者交流会、学会発表支援、優秀発表賞でモチベーションを高め、論文・研究費獲得実績を人事評価に反映。</p> <p>□ <b>国内外連携・マッチング支援</b> 海外大学との提携プログラムや「Academic Society」を活用し、共同研究マッチングと国際共同研究助成を推進。</p> <p>□ <b>共同利用施設・機器共有</b> 大型機器・計算資源・解析ソフトを備えた共同利用研究支援施設を整備し、院生・若手研究者の実験環境を強化。</p>	<p>□ <b>給与・身分保証</b> 卒後も安定して研究に従事できるよう、給料保証の任期付き助教／ポスドクポストを設置</p> <p>□ <b>早期研究体験</b> 院生在学中に社会医学研究室へ配属し、フィールドワークや症例検討会などで早期から実践経験を提供</p> <p>□ <b>海外連携・留学支援</b> 海外大学との提携プログラムを運営し、留学中も大学から給与を維持する「学外研究員制度」を導入</p> <p>□ <b>奨学金・研究費助成</b> 博士課程学生向け授業料減免・奨学金、小額研究助成金の支給</p> <p>□ <b>TA/RA制度</b> ティーチング・アシスタント／リサーチ・アシスタント枠を創設し、教育・研究両面での雇用機会を拡大</p> <p>□ <b>臨床研究支援組織</b> 臨床研究推進センターやCMXセンターを設置し、統計解析・倫理申請・モニタリングをワンストップでサポート</p> <p>□ <b>タスクシフト・タスクシェア</b> 臨床と研究の両立を実現するため、診療負担の軽減策や寄附講座の増設で役割分担を最適化</p> <p>□ <b>研究インフラ整備</b> 大型機器・計算資源・解析ソフトを備えた共同利用研究支援施設を整備</p> <p>□ <b>共同研究・ネットワーク</b> 他機関・行政機関との共同プロジェクトを推進し、訪問研究員受入れや交流会でマッチングを支援</p> <p>□ <b>成果発信・評価制度</b> 学内外セミナーや表彰制度を通じて研究成果を顕彰し、学会発表費用の補助や優秀発表賞を実施</p>	<p>□ <b>給与・身分保証</b> 研究専従期間中も医師としての基本給を維持し、任期付き助教やポスドク枠を拡充して安定的な身分を保障</p> <p>□ <b>安定的研究費の拡充</b> 科研費・AMED等の競争的資金枠を増額・長期化し、数年以上のプロジェクト遂行を可能に</p> <p>□ <b>Protected Research Timeの法制化</b> 診療業務と両立できるよう、診療時間の一部を「研究専従時間」として制度化し、タスクシフトを伴う財政支援を</p> <p>□ <b>学振PD・海外派遣枠の拡大</b> 学振特別研究員（PD）枠を拡充し、米国などへの海外派遣フェローシップを強化</p> <p>□ <b>大規模データインフラ整備</b> 全国共通フォーマットの匿名化レセプトや健診ビッグデータを提供し、多施設共同疫学研究を促進</p> <p>□ <b>倫理審査・手続きの迅速化</b> 治験・臨床研究のIRB申請をオンライン化・統一フォーマット化し、承認期間を短縮</p> <p>□ <b>研究コーディネーター等人材支援</b> CRCやデータマネージャー養成・配置を国費枠で助成し、医師が研究に専念できる環境を構築</p> <p>□ <b>多元的評価制度の導入</b> IF・論文数偏重から脱却し、社会的インパクト・政策反映度を人事・助成評価に組み込む仕組みを</p> <p>□ <b>地域連携拠点の設置</b> 地方中核病院や保健所と共同研究できる国家公衆衛生官ポスト創設や拠点形成を支援</p> <p>□ <b>働き方改革とコメディカル増員</b> 医師の臨床負担軽減を図るためコ・メディカル人員を増やし、柔軟な勤務制度・育児支援を充実</p>