

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（案）

2023（令和 5）年 9 月  
今後の医学教育の在り方に関する検討会

**はじめに**

- 我が国における医学教育は、歴史的に大学医学部を中心として行われてきた。大学医学部には、教育・研究に必要な附属施設として附属病院（以下「大学病院」という。）が設置され、医学教育と医学に関する研究を行うとともに、教育・研究に資することを前提とした診療、特に高度で専門的な医療を提供してきた。さらに大学病院は我が国の医療政策と連携して、地域医療の維持にも大きく貢献してきた。このように大学病院の役割・機能が変化する中、近年は高度で専門的な医療機関として診療の比重が高まっている。その中で、大学病院は働き方改革への対応が求められ、教育・研究に割くリソースの更なる減少が懸念されている。
- 大学病院が地域医療に不可欠で、中核的な医療機関としての地位を保ちつつ、質の高い医療人材の輩出や優れた研究成果の創出を担う機能を維持・強化するためには、大学病院の在り方を見直すとともに、必要な方策を検討し、速やかに実行することが求められる。
- 本検討会では、2023（令和 5）年 5 月以降、我が国の医学教育・研究を支える大学病院が抱える様々な課題と、これらへの対応策、教育・研究の充実について広範な観点から検討を行った。そこで、この度、中間取りまとめを示すこととする。

**1. 大学病院改革**

**1-1. 大学病院の役割と機能**

- 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）第 39 条<sup>1</sup>に規定されている。

<sup>1</sup> 大学設置基準（昭和 31 年文部省令第 28 号）（抄）

第 39 条 次の表の上欄に掲げる学部を置き、又は学科を設ける大学には、その学部又は学科の教育研究に必要な施設として、それぞれ下欄に掲げる附属施設を置くものとする。

学部又は学科	附属施設
医学又は歯学に関する学部	附属病院（医療法（昭和二十三年法律第二百五号）第七十条第一項に規定する参加法人が開設する病院（医学又は歯学に関する学部の教育研究に必要な病院の機能が確保される場合として文部科学大臣が別に定める場合に限る。）を含む。）

- 教育機関としては、医学部卒業前における診療参加型臨床実習に加え、医学部卒業後は臨床研修医や専門研修プログラムの医師を受け入れるなど、基本的診療能力を有し、各専門領域において標準的で適切な診断・治療を提供できる医師の育成に重要な役割を果たしている。
- 研究の側面においては、基礎研究の成果を活かした難治性疾患の原因究明や新しい診断・治療法、新薬の開発など、質の高い臨床研究や治験を実施し、我が国の医学研究を牽引する役割を担っている。
- また、大学病院は、医学部における教育・研究に資する医療に限られない診療も実態上担うようになっており、地域の医療提供体制を維持する上で欠かせない中核的な医療機関として重要な役割を果たしてきた。他の病院では担うことができない、高度で専門的な医療の提供とともに、諸外国にも例を見ない地域の医療を支える医師の派遣<sup>2</sup>による地域貢献など、地域社会の維持に不可欠な存在となっている。
- 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く旨の規定が置かれており<sup>3</sup>、法令上も、大学病院が診療を担うことは想定されているが、前述のとおり、大学病院は、医学部の教育・研究に必要な附属施設として位置付けられるだけでなく、高度で専門的な医療機関としての社会的使命もある。このため、教育、研究及び診療のいずれかに極端に偏ることなく、それぞれの機能を持続的に果たしていく必要がある。
- このように、大学病院は、アカデミアの一翼を担う機関として、専門性の高い人材の養成や質の高い研究を通じて「未来の医療」を支える重要な役割を担っている。その役割を果たすために、医師が大学病院での勤務を通じて、教育・研究・診療それぞれを重視しつつ、自身の持つ多様な価値観を尊重したキャリアを形成できる場としてあり続けることが肝要である。

## 1-2. 大学病院の現状と課題

### (1) 診療の規模拡大と経常利益率の低減

- 2004（平成16）年に国立大学が法人化されて以降、運営費交付金制度の下、自己収入の獲得努力や経費の節減努力が求められる中、大学病院は、自主的・自律的な経

<sup>2</sup> 大学病院は、全国の地域の医療機関に対して、約 59,000 人の医師を常勤医師として派遣。

<sup>3</sup> 大学設置基準（抄）

別表第一 学部の種類及び規模に応じ定める基幹教員数（第十条関係）

ロ 医学又は歯学に関する学部に係る基幹教員数

[表略]

備考

四 附属病院における教育、研究及び診療に主として従事する相当数の基幹教員を別に置くものとする。

営を前提として法人の活動資金を生み出す主な組織の一つと位置付けられ、増収と経営効率を追求した運営が行われてきた。国立大学病院に対する国からの支援は、「教育・研究」と「一般診療経費」を区分した算定がなされ、「一般診療経費」と「債務償還経費」については、病院収入で賄うことを基本とし、これらを賄えない場合には附属病院運営費交付金で対応することとされた。

- 附属病院運営費交付金については、2013（平成 25）年以降措置対象の法人はないが、当該交付金を受ける附属病院に対しては、経営の効率化のため経営改善係数が課され、2005（平成 17）年度以降、第 1 期中期目標期間においては、毎年度の附属病院収入は、2004（平成 16）年度の附属病院収入額の 2 %分を増額することが求められていた。
- また、2003（平成 15）年度に特定機能病院に DPC 制度（DPC/PDPS）<sup>4</sup>が導入され、診断群分類ごとに、在院日数に応じて、診療報酬点数が設定されたことにより、各大学病院において、在院日数の短縮など、診療の拡大による収入増加を目指した取組が進められてきた。
- その結果、附属病院収入は、2004（平成 16）年度の約 6,000 億円から 2021（令和 3）年度には約 1 兆 2,000 億円へと大幅に拡大した。法人化によって、いわゆる国家公務員総定員法による職員の定員規制等の対象から除外され、この間に医師数は約 1.6 倍、看護師等の雇用者数も 1.8 倍へと増加した。一方で、労働基準法（昭和二十二年法律第四十九号）と労働衛生管理法（昭和四十七年法律第五十七号）が適用されたことにより、労務管理を厳格に行うことが求められるようになった。
- 公私立大学病院における業務収益においては、公立大学病院は微増傾向にあり、私立大学病院は増加傾向にある。
- 一方で、高度で専門的な医療の提供に必要な医薬品費及び診療材料費等の高額化、診療の規模拡大に伴う人件費や施設・設備等に係る整備費の増大等に加え、診療報酬改定率の伸びの鈍化により、経常利益率は、コロナ禍にあった 2020（令和 2）年度及び 2021（令和 3）年度を除いて年々減少しており<sup>5</sup>、大学病院全体としては、増収減益の傾向が顕著となっている。
- また、大学病院は、複数の疾病を併発する重症患者等を多く受け入れており、多職種・多診療科の連携が必要な高度で専門的な医療の提供や、高度な管理を必要とす

<sup>4</sup> DPC 制度（DPC/PDPS）：医療の標準化・透明化の促進を目的に導入された急性期医療を対象とする診断群分類に基づく 1 日当たり包括支払い制度。在院日数に応じて、3 段階の定額点数を設定。

<sup>5</sup> 国立大学法人等の決算に係る附属病院セグメント情報によれば、業務収益に対する業務損益の割合は、2010（平成 22）年の約 5.4%から 2018（令和元）年には約 1.5%に減少している。

るため地域の医療機関では対応が難しい高額薬剤の投与が必要な患者に対する医療、さらに地域医療を支えるための医師派遣など、多種多様な機能が求められている。しかし現状の診療報酬制度下において、こうした機能を考慮した評価がなされておらず、このままでは大学病院が収益を改善させることは難しいという指摘がある。

- さらに、大学病院は、医療の最後の砦としての役割を担っているが、コロナ禍にあった2020（令和2）年度及び2021（令和3）年度を除いて増収減益傾向の中で、施設・設備に対する十分な投資ができず、老朽化や機能の陳腐化等が懸念される状況<sup>6</sup>にあり、現状の診療規模を前提とする施設・設備の維持は限界を迎えつつある。このため、各大学病院においては、今後の医療需要に応じて、必要な施設・設備の規模の適正化について検討を行う必要がある。

## （2）教育・研究時間の減少

- 大学病院は、教育機関としての役割を担い、卒前卒後の実習等を通じて、基本的診療能力を有し、各専門領域において標準的で適切な診断・治療を提供できる医師の育成に重要な役割を果たしている。しかしながら、大学病院における臨床研修医の受入数は、近年減少しており<sup>7</sup>、臨床研修の場としての大学病院の魅力が低下しているとの指摘がある。他方、医学部の教員を兼ねる大学病院の医師の視点からは、診療重視の病院運営の下で診療業務が増えることにより、講義の準備やOSCEの指導・評価等をはじめ、教育に割く時間が減少するなど、教育の質の低下につながりかねない状況にあるとの指摘もある。
- また、研究の側面において、大学病院は、前述のような役割を担っているが、大学病院で勤務する医師の研究時間は、経年的に減少している<sup>8</sup>。例えば、助教の業務時間に占める教育・研究時間の割合は2割程度に留まる一方、診療時間の割合は7割を占めている。実労働時間で見ても、助教の15%は全く研究を行っておらず、50%は週当たりの研究時間が5時間以下に留まるなど、深刻な状況にある。
- こうした状況は臨床医学分野に限るわけではなく、諸外国に比して我が国の研究力は相対的に低下を続けている。その中で、我が国の臨床医学分野の論文数は増加を続けているものの、世界の臨床医学分野の研究は質・量ともに急速に進化しており、日本の国際的な地位は低下し続けている。

<sup>6</sup> 2013（平成25）年度から2021（令和3）年度における価値残存率の推移は、建物が約65%から約49%へ、医療機器等の設備が約35%から約25%へと低下している。なお、価値残存率は、（取得原価－減価償却累計額）÷取得原価により算出している。

<sup>7</sup> 一般社団法人国立大学病院長会議の調査によれば、国立大学病院における臨床研修医採用人数は、2011（平成23）年の1,524人から2021（令和3）年には1,303人に減少している。

<sup>8</sup> 2002（平成14）年から2018（平成30）年にかけて、保健分野における大学等教員の職務活動時間に占める研究時間の割合は、約50%から約34%まで減少し、診療時間の割合は、約14%から約26%まで増加。

- こうした状況が継続する場合、大学病院は医師の研究を含めたキャリア形成を支えることが困難となり、医学教育・研究の場としての魅力が低下し、若手医師が集まらなくなることが懸念されている。

### (3) 医師の時間外・休日労働の上限規制の適用

- そのような中、医業に従事する医師については、2024（令和6）年度から、働き方改革による時間外・休日労働の上限規制が適用され、また、上限を年間1,860時間まで可能とする地域医療確保暫定特例水準（B水準・連携B水準）<sup>9</sup>が、2035（令和17）年度末を目標に解消される見通しである。
- 大学病院に勤務する医師は、教育・研究・診療を担い、他の医療機関に勤務する医師と比べて労働時間が長い<sup>10</sup>中、各大学病院は、今般の働き方改革を契機に、これまで医師が自己犠牲により長時間労働することによってその機能を維持してきた状況を変革し、適正な労働環境を整える必要がある。
- このため、各大学病院では、2024（令和6）年度に向けて労働時間管理の徹底とともに、効率化を含む業務の見直しや設備及びインフラ環境の整備など、働き方改革に向けた取組を進めているが、2035（令和17）年度末を目標とする地域医療確保暫定特例水準の解消に向けては、更に約1,000万時間<sup>11</sup>に及ぶ医師の労働時間を削減しなければならぬ<sup>12</sup>ことが見込まれるため、これまでの大学病院の教育・研究・診療機能の維持がますます困難になることが懸念される。
- 文部科学省が2022（令和4）年度に行った全81大学病院を対象とする調査によれば、多くの大学病院が、時間外・休日労働の上限規制が教育・研究に与える影響について、①授業の準備（84%）、②学生への個別指導（81.5%）、③臨床実習の指導（88.9%）、④研究（90.1%）の時間が確保できなくなると回答しており、各大学病院においては、特に働き方改革が教育・研究に与える影響に対する懸念がある。

<sup>9</sup> 救急医療や医師派遣等により地域の医療提供体制を確保するために必要な役割を担う医療機関を対象とするもの。

<sup>10</sup> 厚生労働省が令和元年度に実施した医師の勤務実態調査によれば、年間960時間を超えて時間外労働を行っている医師の割合は、病院全体が37.8%であるのに対し、大学病院は47.1%となっている。

<sup>11</sup> 文部科学省が2022（令和4）年度に行った調査に回答のあった医師981人について、年間960時間を超えて行っている時間外・休日労働時間は約207,864時間。これを大学病院で勤務する医師数51,336人に当てはめて考えるとその推定時間外・休日労働時間は10,877,304時間。

<sup>12</sup> 文部科学省が2022（令和4）年度に行った調査によれば、大学病院で勤務する医師の総労働時間（大学病院内の労働時間）は約1億3,600万時間。この時間に対する約1,000万時間の割合が約8%であることに鑑みれば、単に約1,000万時間の労働時間を削減するだけでは、大学病院の機能を約8%低下させることにつながるおそれがある。

- これまでも大学病院で勤務する医師の診療時間の増加によって教育・研究時間が減少してきているところ、2024（令和6）年度から開始される時間外・休日労働の上限規制によって更に教育・研究時間の減少が進むことになれば、将来の医学界を担う医師等の養成拠点である大学病院の教育の質や将来的な医学分野の研究力に深刻な影響を与えることになる。
- また、若手医師にとって、大学病院は業務多忙で、他の病院に比べて給与水準が低い<sup>13</sup>との指摘もある。大学病院の魅力の一つは、大学病院でしか担うことができない、最先端機器や医薬品を使用した高度で専門的な医療や臨床研究の実践である。医師の休日・時間外労働の上限規制が適用されても、これらを実践できるように、勤務環境や設備等の整備を進めなければ、若手医師が大学病院に集まらなくなるおそれがある。結果として、未来の医療を支える教育・研究力の低下に加えて、高度で専門的な医療や医師派遣が困難となること等により、地域医療を支える基盤を失うことになる。
- 以上のとおり、各大学病院が質の高い医療や医療人材を地域に提供するには、教育・研究・診療機能の維持が不可欠であり、2035（令和17）年度末を目標とした地域医療確保暫定特例水準の解消も見据えて、各大学病院が、引き続き改革を実行し、働き方改革を進めながら、教育・研究・診療機能の維持に取り組むことが喫緊の課題である。
- こうした取組を行われなければ、①社会的なニーズ等に応じた教育・研究・診療ができなくなること、②大学病院の魅力低下により大学病院に若手医師が集まらなくなること、我が国の臨床医学の教育・研究・診療レベルの低下と、地域医療の崩壊を招きかねないことを認識する必要がある。

### 1-3. 大学病院改革に向けた方策

- (1) 基本的な考え方～働き方改革の推進と大学病院としての機能の両立を目指した改革の実行～
- 大学病院においては、診療重視の病院運営の下で診療業務が増大する一方、直近数年間を除いて増収減益傾向が続く中で十分な施設・設備への投資が困難となっていたことに加え、増加した診療業務に圧迫される形で教育・研究時間が著しく減少し、本来の役割として期待されている教育・研究機能の著しい低下が危惧されている。
  - 加えて、2024（令和6）年度からは、医業に従事する医師にも働き方改革による時間

<sup>13</sup> 一般社団法人全国医学部長病院長会議の調査によれば、国立大学病院の助教クラスの年収は国立病院機構における助教相当の職位の年収に比べて731万円少なく、これと同様に、准教授クラスでは703万円、教授クラスでは638万円の差があることが報告されている。

外・休日労働の上限規制が適用されることとなり、2035（令和 17）年度末を目標とした地域医療確保暫定特例水準の解消も見据えると、大学病院は、更なる労働時間の圧縮も含めた働き方改革に取り組むことが求められる。

- 大学病院においては、所属の医師の長時間労働の常態化が指摘される一方で、既に本来果たすべき教育・研究に係る役割を十分に果たせなくなりつつあるという指摘がある中、さらに、働き方改革の推進が求められることとなり、かつてない苦境に立たされているとも言える。
- 一方で、これまで繰り返し述べてきたように、大学病院は、質の高い医療を提供する医療人材の養成や、先導的かつ革新的な医学研究の展開といった役割に加え、一般の病院では難しい高度で専門的な医療の提供や医師派遣等を通じ、診療の規模・水準の両面において地域医療の中樞を担っている。
- したがって、未曾有の困難に直面する中であっても、大学病院は、その機能を将来にわたって維持していかなければならない。国は、大学病院を取り巻く状況が危機的であり、一刻の猶予も許されないこと、また、仮に大学病院がその機能を維持できない事態が生じれば社会的損失は計り知れず、我が国の医療そのものの崩壊を招来しかねないことを十分に認識する必要がある。また、国は、大学病院の自主的・自律的な運営を促しつつ、責任を持って具体的な支援策を講じていくことを通じて、大学病院が、今後も医学教育及び研究を牽引し、高度で専門的な医療を提供することと併せ、若手医師が働きたいと思えるような魅力を更に高めるための取組も後押ししていくことが必要である。
- 他方、大学病院においても、働き方改革を進めながら、医師派遣を含めた診療を維持しつつ、将来における医療人材の質を確保し、国民が新薬や新たな医療技術を享受する機会を失わないように、教育・研究に係る機能を維持するためには、まず大学病院自らが、世界に伍する医育機関として大学病院の質を高めるという気概をもって、改革を進める必要がある。そこで、自治体や地域の医療機関とも連携し、大学病院の運営、人員、教育・研究・診療、財務など、既に開始している取組も含め、その実情に応じた計画（以下「改革プラン」という。）を立てて改革を推進し、持続可能な大学病院経営に取り組む必要がある。
- このため、国は、大学病院が、大学本部とも一体となって、その実状に応じた運営、人員、教育・研究・診療、財務等に係る改革プランを策定することを促すとともに、その際の指針になるように、各大学病院における検討項目を示した改革ガイドラインの策定について、検討することが求められる。

- なお、地域の医療需要や医療資源、人材の育成状況等は様々に異なっており、各大学病院が策定する改革プランはそれらの個別の事情を有するものであることから、国は、改革ガイドラインがその自主性・自律性を制限・阻害することや、画一的な改革プランの策定することにならないよう十分に留意するとともに、策定されたプランの内容に応じた支援を行うことが重要である。
- また、各大学病院が、策定した改革プランを推進するに当たっては、大学本部においても自大学病院の課題等を共有しつつ、時宜に応じた支援を行う必要がある。

## (2) 大学病院における持続可能な運営体制の確保

- 大学病院は、医学部の教育・研究に必要な附属施設として規定されており、医学部における教育・研究に資することを前提とした診療も担っている。しかしながら、大学病院が担う診療の規模<sup>14</sup>等については、所在する地域の医療提供体制において大学病院が担う役割・機能が拡大し続けた結果、現在では、地域の医療提供体制を確保・維持していく上で欠かすことのできない中核的な役割・機能を担うまでになっている。
- 大学病院は、その多くが特定機能病院の指定を受けており、高度で専門的な医療を提供し、複数の疾病を併発する重症患者等を多く受け入れているほか、医学生への教育や地域の医療機関に対する医師の派遣といった一般の病院にはない機能を有しているが、そうした機能への十分な考慮がなされていないとの指摘がある。
- 働き方改革を推進するに当たって、国は、大学病院が教育・研究の成果を診療に還元し、高度で専門的な医療を提供していることに対する評価や、地域へ医師を派遣し医療提供体制の維持に貢献していることに対する評価など、大学病院が果たしている機能を適切に評価し支援すべきである。
- また、今後の医療需要に目を向ければ、2025年問題<sup>15</sup>以降は、ほとんどの地域で高度急性期病床及び急性期病床の需要は減少する見込みであり、大学病院が担う役割等に鑑みれば、医療需要が拡大する地域で関係者の合意がある場合や大学病院への集約化等による医療再編の場合を除き、今後、大学病院が担う診療規模の拡大は現実的ではない。

<sup>14</sup> 診療規模の一例として病床数が挙げられるが、大学病院における必要病床数は、大学設置審査の内規である医学部設置審査基準要項において、少なくとも600床以上を有することが規定されていたが、当該要項は、既に1991(平成3)年に廃止されている。このため、必要病床数は、将来的な人口動態や医療需要の動向など、地域の実情を踏まえつつ、各大学病院において、教育・研究に支障のない範囲で自ら検討し、決定することが望ましい。

<sup>15</sup> 全ての「団塊の世代」(1947～1949年生まれ)が後期高齢者(75歳以上)となることで、日本の総人口の約2割(5人に1人)が後期高齢者という超高齢化社会を迎えることで、社会保障制度や医療・介護など、様々な分野に影響を及ぼすことが懸念される問題。



- このため、大学病院は、今後の地域の医療需要の変化や地域の医療機関との役割分担など、自らの置かれた状況を踏まえつつ、診療の規模と病院運営の在り方について、改めて検討する必要がある。具体的には、教育・研究・診療等の役割・機能について、各大学病院が主体性を持って改めて見直しを行うとともに、役割・機能を十分に発揮するために最適な運営体制について検討する必要がある。大学病院が持続可能な運営体制を確保することこそが、地域における医療提供体制の維持にもつながる。
- また、地域の医療機関との連携・役割分担や地域医療構想における病床の機能分化、地域の医療資源を効率的に活用するための病院の機能の集約化を進めるための施策について、大学病院が積極的に提案し、関係省庁間で連携して検討すべきである。
- その際、今後の地域の医療需要が増加又は横ばいとなる地域に所在する大学病院においては、地域の医療機関と積極的に協議を行い、地域の医療機関における臨床実習の推進など、診療機能のみならず、教育機能も含めた役割分担を推進していく必要がある。
- 他方、今後の医療需要が減少していく地域においては、大学病院をはじめ自治体や地域の医療機関等の関係者による合意の下で、地域の医療機能の集約化等に取り組むことが重要であるが、その際、大学病院において教育・研究に従事する人材を確保し、教育・研究機能を維持・発展させるために、都道府県の意見も聴きながら大学病院がその中核的な役割を果たすことを通じて、地域の医療提供体制の再構築を進めることも検討すべきである。

### (3) 大学病院の財務・経営の改善

- 大学病院が増収減益傾向になっていることの一因として、医薬品費・診療材料費等の高額化により医療費比率が大幅に上昇していることが上げられる。国立大学病院においては、これまで、一般社団法人国立大学病院長会議において共同交渉の取組を進めてきたが、今後は、設置者の別を超え、また民間企業も含めた共同交渉を行うなど、あらゆる支出削減と収支の改善を図るべきである。
- また、中期的な視点で経営の改善を担当したり、医薬品等の卸業者や小売業者と対等に価格交渉したりする人材が少ないとの指摘もある。このため、病院経営の専門的な知識を有し経営改善を担当する人材の育成や外部の専門人材の活用等による経営改善を進めるべきである。さらに、引き続き医療 DX 等を進め、業務効率化に徹底して取り組む必要がある。また、高額医薬品等を用いる医療に対する評価が十分でないとの指摘について、必要な対応を検討すべきである。
- 他方、大学病院は、老朽化した医療機器等の更新に充てる財源を捻出できない状況

にあり、最先端設備の整備が困難となることで、高度で専門的な医療の提供や教育・研究に支障が出ている。しかしながら、現在、各法人が公開している財務情報では、その状況がわかりづらいとの指摘がある。大学病院の経営状況を単年度ではなく複数年で捉え、かつ資産の状況を把握し、大学病院の財務状況の変化を明確にするため、附属病院セグメントの財務情報について、損益計算書及び貸借対照表の開示することに加えて、国公立大学病院においては、単年度における事業全体の収支の均衡状態についても明らかにすべきである。また、当面の対応として、あまりに老朽化した医療機器等の更新のための対応が必要である。

- 大学病院における増収減益の傾向を是正するためには様々な改革が求められるが、適切な診療の前提となる病理学や児童虐待の発見等で重要な法医学といった分野と密接に連携するなど、地域の中で大学病院以外では担うことが難しい役割・機能については、引き続き適切に確保するとともに、将来にわたって持続可能な方策を検討し続ける必要がある。
- なお、これらの取組を一層推進するためには、診療科や診療部門ごとの縦割りを排し、大学病院内の医薬品や診療材料、医療機器等の調達の内訳や診療科ごとの業務、ポスト、病床数のバランスを改めて見直すなど、組織横断的な視点が重要であるため、病院長がリーダーシップを発揮できる体制の構築が必要不可欠である。

#### (4) 大学病院における人材確保、タスク・シフト/シェアの推進

- 大学病院の高度で専門的な医療を支えるためには、医師以外の医療関係職種においてもそれぞれの高度な専門性を発揮できる人材の養成が必要である。
- これまで、厚生労働省の「医師の働き方改革を進めるためのタスク・シフト/シェアの推進に関する検討会」において、各医療関係職種において、現行制度下においても実施可能なタスク・シフト/シェアに資する業務の実施を推進するとともに、特に、診療放射線技師、臨床検査技師、臨床工学技士、救急救命士といった医療関係職種については、安全性を担保した上で業務範囲を拡大する方針が出されたことを踏まえ、必要な法令改正等がなされてきた。
- 加えて、看護師が更に高度な専門性を修得し、発揮できるように、特定行為研修に定められているような高度な看護実践の基盤となる知識の一部を、看護師養成課程を持つ大学の養成カリキュラムにおいて修得することについて検討する必要がある。また、特定行為研修の履修をより一層促進するため、現場の看護師が研修を受けやすくなるような支援が必要である。その上で、医学部を置く大学のうち現在特定行為に係る看護師の研修制度の指定研修機関となっていない大学<sup>16</sup>については、指定研

<sup>16</sup> 2023（令和5）年3月現在、医学部を置く81大学のうち、特定行為に係る看護師の研修制度の

修機関となることを目指すことが望ましい。

- コロナ禍の状況を踏まえて改正された感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号）においては、感染症まん延時には、都道府県との協定に基づき、特定機能病院である大学病院からの医師・看護師等の派遣が義務付けられている。これに対応するため、大学病院において、重症患者の対応が可能な看護師を養成するための教育プログラムが必要である。
- 大学病院における臨床研究を一層活性化するためには、CRC（臨床研究コーディネーター）や生物統計家、研究補助者など、必要な専門人材の配置を促進し、医師とともにチームとして研究を担う体制を整備する必要がある。個々の研究費における研究支援人材の確保は、一部の研究者に対する支援としては効果的であるが、より多くの研究者に対して効果を発揮するためには、組織として研究支援を行うことが不可欠であり、そのための体制を充実・強化する必要がある。
- 以上のような取組を推進することにより、看護師をはじめとする医療関係職種への医師の業務のタスク・シフト／シェアや臨床研究支援人材等の活用を可能にし、一般の医師の働き方改革の推進にも大いに寄与することができる。

#### （5）大学病院で働く医師の勤務環境の改善

- 大学病院で勤務する医師は、教育・研究に加えて、診療に多くの時間を割いており、医師の働き方改革を進めながら教育・研究・診療機能の維持・発展を図るためには、大学病院で働く医師の勤務環境の改善が必要である。併せて、医師各人の労務負担や繁忙度を可能な限り平等とする観点も踏まえ、大学病院の診療科ごとの診療要員のポストについて、各大学病院における適切な指標を用いて常に見直すことも必要である。
- ヒアリングを行った医学生や若手医師からは、大学病院の魅力は、最先端の機器を使って研究ができ、高度で専門的な医療を必要とする症例を数多く経験できるほか、優秀な教員や学生に囲まれてチームで診療や研究を実践できる点にあるとの意見があった。また、「高い意欲で研究・診療を行う大学病院の医師が、キラキラかっこよく、憧れられる存在に。」という、大学病院の医師のあるべき姿についての意見もあった。
- 他方、若手医師からは、人員が少なくワークシェアができないため、日勤帯は診療や教育に追われ研究時間が十分に取れないこと、他の病院と比べて給与が低いこと、研究を含めた中長期的なキャリアプランの見通しが立たないことなど、大学病院に

---

指定研修機関になっていないのは 13 大学。

おける勤務環境の現状に対する懸念も示された。

- 地域医療を支える大学病院の機能を維持するためには、働き方改革を進め、若手医師が大学病院で働きたいと思えるような、また日本の大学病院が世界の中で高く評価され、大学病院の勤務医が憧れの存在として輝けるような環境づくりが重要である。
- このため、大学病院において、若手医師の処遇改善とともに、ワークシェアが可能となるように教育・研究・診療の体制を整備し、研究時間の確保など多様な価値観を尊重したキャリア形成など、若手医師の勤務環境の改善を進め、医師のクオリティオブライフが高まるような取組が必要である。
- また、女性医師の割合が高まり<sup>17</sup>、家事・育児と両立した研究活動の支援が求められている。現状としては、女性が家庭内での家事・育児の多くを担っており<sup>18</sup>、研究活動を継続することに困難を感じる女性医師も多い。また、女性医師のみならず、男性医師も育児や介護などにより、一定の期間、勤務時間に対する配慮が必要な場合も増えてきている。このため、研究や診療における個々人のキャリアが中断することがないように、ワークシェアの推進や医師の勤務形態に応じた保育サービスの提供など柔軟な支援が必要である。
- 一部の大学では、教育・研究・診療のいずれかの領域で特筆すべき業績があり将来活躍が期待される女性教員を対象に、上位職への登用を公募し、研究支援者の配置等の支援を行うとともに、登用期間中の業績に基づいて正式に昇任させる取組が行われている。このような研究者としての女性のキャリアアップを支援するための仕組みを、各大学において積極的に推進することが必要である。

## **2. 医学部及び大学院における教育・研究の充実**

### **2-1. 医学部及び大学院における教育・研究の現状と課題**

- 2021（令和3）年の医師法（昭和三十二年法律第二百一号）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として医業を行うことができることが明確化された。また、2022（令和4）年には、医学教育モデル・コア・カリキュラムを改訂し、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いる。

<sup>17</sup> 2020（令和2）年12月31日現在の全医師に占める女性医師の割合は22.8%（令和2（2020）年医師・歯科医師・薬剤師統計より）。

<sup>18</sup> 参考：2016（平成28）年の6歳未満の子を持つ共働き世帯の家事・育児・介護時間：妻370分、夫84分（令和2年版男女共同参画白書より）。

- 今後は、医学教育モデル・コア・カリキュラムの理念と方略を各大学において実践するとともに、診療参加型臨床実習をより一層充実する必要があるが、共用試験では、OSCE の評価者の要件が厳格化されており、認定評価者の確保に関する新たな負担も生じている。
- また、博士課程への進学者数は、近年、横ばいから減少傾向にあり、博士号取得者数は、諸外国が軒並み増加する中で我が国は減少している。卒後のポストの確保や経済的支援の必要性など様々な要因が考えられるが、とりわけ医師のキャリア形成の観点からは、2018（平成 30）年の専門医制度の導入による資格取得の必要性から、博士課程への進学よりも専門医資格の取得を志向する者が多いこと、専門医となつてからは年齢的にも 30 歳前後となり、それから研究者としてのキャリアパスを歩むには先が見えづらいこと等が指摘されている。
- 国内の分野別論文数の推移を見ると、臨床医学分野は、2005（平成 17）年以降増加しており、他分野に比べると増加率は高い。一方、基礎生命科学分野は、2000（平成 12）年以降、横ばい傾向が続いている。諸外国と比較すると、基礎生命科学論文数、臨床医学論文数ともに米国や中国の増加率が高く、我が国の地位は低下を続けている。Top10%論文数についても同様の傾向がみられ、特に基礎生命科学分野の論文数は横ばいから減少傾向がみられる。また、世界的に国際共著論文が増えている中で、我が国においても国際共著論文の数は増えているものの、他国と比較して伸び率は小さい。このような我が国の研究の中核的な機関である大学・大学病院における研究力の低下は、科学技術・イノベーション立国を目指す我が国の国力の低下に直結する問題であり、直ちに改善を図ることが喫緊の課題である。

## 2-2. 医学部及び大学院における教育・研究の充実に向けた方策

### (1) 医学部における教育の充実

- 医学教育の質を向上させるためには、人手の少ない中でも教育に充てる時間を確保し、効果的・効率的に取り組を進めることについても検討が必要である。
- このため、既に、多くの大学病院では、臨床実習の一部を地域の医療機関等で行っているところであるが、総合診療やプライマリ・ケアの重要性の高まりも踏まえ、地域の医療機関等で行う実習の週数を更に増やすことを積極的に検討すべきである。
- 加えて、多職種連携の中で医師として求められる資質・能力を育成することや多角的に患者を診る姿勢を養う観点からも、他の医療関係職種と連携して実習を行う必要がある。このため、例えば、シミュレーション教育をシミュレーション・スペシャリストの看護師に依頼するなど、他の医療職種が指導に当たることも重要であり、

その専門性を活かした実習方法を取り入れることも有効である。

- また、診療参加型臨床実習を充実するためには、患者の理解を得るための工夫に加えて、実習を指導する教員に対し、実習の趣旨や期待される医行為の内容等について、一層の理解を図ることが求められる。各大学における実習の指導体制の優良事例なども調査しつつ、引き続きその充実方策を検討する必要がある。
- 実習に関わる教員の実績は研究実績に比べて見えづらく、教育の成果を評価することが難しいとの指摘もある。このため、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、例えば「臨床実習指導医（仮）」の称号を付与するなど、指導者としての教員の実績を適切に評価するために、どのような方策が考えられるか引き続き検討する必要がある。なお、称号付与などの方策を検討する際には、現在教育に当たっている実習指導者の負担が増えないよう留意するほか、例えば、臨床研修指導医講習会の内容を一部活用することを認めるなど、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が必要である。加えて、医学部の教員の教育に対する業績は、診療・研究の業績と比較して評価が困難であるとの指摘もあり、大学における業績評価の方法について、事例の収集等を行って共有することが必要である。
- このほか、各大学では、医学生の研究マインドを醸成するため、学部入学後の早期から、医学研究セミナーや研究室配属などの取組が行われているが、高学年になるにつれて臨床実習の時間が増加し、研究への興味・関心を継続することが難しいとの指摘がある。このため、例えば、高学年では研究論文の執筆指導や学会発表の機会の提供、治験・社会実装などのテーマを取り扱うなど、6年次まで継続して研究に触れる工夫が求められる。
- さらに、医学部は、医師や研究者としての進路に加えて、多様な人材を輩出する教育機関として、例えば、創薬・医療機器開発などの医療系ベンチャー設立やスタートアップのための起業家教育等にも取り組み、社会的に必要とされている課題を解決するための人材を育成することも必要である。

## (2) 大学院博士課程の魅力向上

- 大学院博士課程と専門医制度との関係性を含めたキャリアパスの改善の観点からは、より早期に博士課程に入学するキャリアを開くため、専門研修と両立する博士課程のプログラムを充実することが考えられる。一般社団法人日本専門医機構における専門研修プログラムの一つに「臨床研究医コース」が置かれているが、2023(令和5)年度より、専門研修と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たところである。国は、このような制度の利用を一層促進するとともに、各大学病院においても、既存の専門研修プログ

ラムの内容を博士課程と両立できる内容とすることについて積極的に推進すべきである。

- また、臨床研修においても、2022（令和4）年度から研修期間中に最大6か月間の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。国は、その活用を推進するとともに、実施状況を踏まえた在り方の検討を行うことが必要である。各大学・大学病院においては、例えば、研修2年目から博士課程へ進学し並行的に履修するなど、柔軟なカリキュラムとコース設定を行うことが望ましい。
- さらに、各学会における専門医の取得に当たっては、例えば、その取得要件において、論文投稿や学会発表など一定の研究活動を求めることを検討すべきである。
- また、医学分野の博士号取得者は、社会人学生が約6割を占めており、他分野と比べて社会人学生が多い。医師それぞれが、自身のキャリアをデザインできるよう、人材の流動性を確保し、多様なキャリアパスが用意されていることが必要である。このため、国は、海外留学や海外大学と連携した大学院プログラム（ジョイント・ディグリー、ダブル・ディグリー）等によるキャリア形成を支援するとともに、各大学における研究活性化のための取組（研究者に対する一定の研究エフォートの確保、研究活性化プロジェクトの設立、基金造成による研究費支援、研究DXの推進等）を広く周知するなど、各大学の取組を後押しする必要がある。特に働き方改革を進める中においては、診療と両立しながら十分な研究時間を確保するための配慮と工夫を求めることが必要である。
- 研究者養成に特化した仕組みである医学部臨時定員における研究医枠については、大学院修了後のポストの確保など研究者としてのキャリアパスの支援及び海外研修の機会の提供について必須とするなど、より充実した教育プログラムとするため不漸の改善が必要である。また、研究医枠については、近年、増員がなされていないが、研究医養成の重要性に鑑み、国は、医学部定員全体の方向性等を踏まえつつ、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必要がある。
- このほか、これから育成する人材が活躍する社会は、医療DXが一層進展していることが見込まれる。このため、自らの知識と思考力・判断力等を基に、AIや医療データを活用し、より高度かつ実践的な研究と、創薬・医療機器の開発等を行える人材を養成する必要がある。

### （3）医学研究力の向上

- 近年、医学研究は高度化しており、研究領域によっては工学系との共同研究が有効

であるなど、医療系の知識だけではカバーできない領域もある。このため、国は、医学分野以外の研究者が、医師とともに分野横断的な研究を推進できる環境整備を進めることが重要であり、他学部出身の人材が大学病院に自由に入出入りできるような仕組みやそのためのハブになる拠点を整備するなど、試行的な取組を推進する必要がある。

- また、研究者が研究に従事する時間の確保や研究を行うことの魅力を高める方策の一つとして、国は、バイアウト制度の活用や、競争的研究費の直接経費における研究代表者（PI）の person 費の支出等の各大学の取組について、一層の普及・促進に取り組むべきである。
- 大学病院で勤務する医師が、他の医療機関に派遣されている間や、例えば育児などにより非常勤として勤務する場合などにおいても、必要な研究を継続できるよう、所属機関は、研究費への応募資格の各大学における取扱いにおいて配慮するなど、研究しやすい環境を整えることが重要である。
- なお、いかに研究環境を整備しても、大学や研究機関に、研究者の自立を奨励する文化がなければ研究力は向上しない。また、若手研究者には自分の領域を開拓し、新しい医学を切り開く気概が求められる。すなわち、長く同一機関にとどまるのではなく、国内外の機関で切磋琢磨をしてオリジナルの研究領域を開拓し、自らが代表研究者として研究費を獲得できるようなキャリアプランを設計することが必須である。これに呼応して、大学と大学病院は、その社会的責任の履行の一環として、外部で多様なキャリアを積んだ人材を受け入れるオープンな人事に努めることも含め、アカデミアとしての活性化を進めることが重要である。

### 3. 引き続き検討すべき事項

- 医師が不足する地域の現状に鑑み、また、女性医師数の増加や医師の働き方改革を十分踏まえた上で、医師総数の在り方や地域偏在・診療科偏在の課題への対応などについて、改めて抜本的な検討が必要との意見があった。関係省庁とも連携し、社会のニーズにどのように応えていくか引き続き検討が必要である。
- また、研究医養成の在り方や研究環境の充実を図るための具体的な方策についても引き続き議論を深めることが必要である。

### おわりに

- 今回の議論を通じて、大学という医師養成機関における様々な歴史の大局を見渡すことができた。大学病院は、明治以来、医学部の教育・研究に必要な附属施設として設置され、非常に少ない人員の下で、飽くまでも教育・研究の一環として診療が行わ



れてきた。その中で、大学病院に対する社会的期待は大きく、大学病院は医療の最後の砦として、日本の医療を支えてきた。しかし、我が国の医療保険制度は、国民がいつでも、誰でも、必要な医療サービスを少ない費用負担で受けることができる世界に誇れるものである一方、地域の医療資源が広くかつ薄く分散した体制となっている。このため大学病院といえども、諸外国に比べると人員や規模などが小さく、そこに勤務する医師の労働は、勤務医の中でも過酷な状況に置かれている。

- 2004（平成 16）年の国立大学法人化以降に導入された附属病院運営費交付金は、一般診療経費と債務償還経費を附属病院収入でカバーできない場合に措置され、当該交付金を受ける大学病院には、経営改善のため毎年度の附属病院収入を 2004（平成 16）年度の附属病院収入額の 2 %分増額することが求められた。自主的・自律的な経営が求められる中で、DPC 制度（DPC/PDPS）を活用した診療の拡大による収入増加を目指した取組が進められてきた結果、大学病院は診療にこれまで以上に注力することとなり、本来果たすべき教育・研究活動に十分なエフォートを割けなくなった。
- また、国立大学は、法人化に伴いいわゆる国家公務員総定員法による職員の定員規制等の対象から除外され、国立大学病院では、医療需要の増大にあわせて医師については 1.6 倍、看護師も 1.8 倍の人員を雇用するまでに組織規模が拡大し、結果として、手術件数、新規入院患者も共に 2 倍近くに増加するなど、診療においては、もはや地域による差はあれ、どの都道府県にとってもなくてはならない存在となった。
- 一方、国からの経常的な財政支援の状況を見ると、国立大学法人では、教育・研究に係る経費に対応して運営費交付金全体のうち 1,100 億円程度が毎年度各法人から病院に措置されており、これは診療に係る経費に対応した診療報酬を含めた業務収益全体の 1 割に満たない額となっている。私立大学では、教育条件と研究条件の維持・向上等に寄与するために交付される私立大学等経常費補助金の 1 校当たりの交付額は年々減少傾向にある。
- 研究においては、世界における日本の地位が年々低下しているところ、我が国における科学論文のほとんどが大学から出ていることに鑑みれば、大学の研究力そのものの低下によることが示唆され、基礎生命科学分野の論文数についても横ばいから減少に向かう傾向が見受けられる。他方、臨床医学分野については、診療の活発化に伴って、米国や中国ほどではないものの、我が国の他の研究分野に比べて高い増加率を誇っており、その質も向上しているとの指摘もある。このことは、大学病院に勤務する医師が、診療に多くの時間を割かれながらも、限られた時間の中で積極的に研究に取り組んでいる何よりの証しである。
- 教育においては、医学教育モデル・コア・カリキュラムに基づく教育内容が広く浸透

し、また、一般社団法人日本医学教育評価機構等における第三者評価等を通じてその質も網羅的に保証されており、全大学において継続的に優秀な医師を輩出し続けていることは、国内外において評価されていると言える。しかし、教育に携わる教員への評価などは必ずしも十分でなく、大学病院に勤務する医師の自己犠牲に頼ってしまっている現状に鑑み、教育に関しても適切に評価されるような仕組みを作っていくことも重要である。

- 本検討会では、医学生から若手研究者まで幅広い年代の医師にヒアリングを行った。大学病院を若手医師のより集まる職場とするためには、大学院博士課程の魅力の向上などとともに、まずは過酷な勤務環境の改善が必要であることは自明である。また、留学等の機会を通じて自身の能力やスキルを研鑽することができる環境づくりに加えて、我が国の大学病院が教育・研究・診療面において世界的にも高く評価されるなど、大学病院で勤務する医師が誇りの持てる職場としていくことが必要である。
- なお、諸外国にない日本の大学病院の機能として、医師派遣機能が挙げられる。これは、同じ専門性をもつ医師たちが、大学病院だけでなく、地域の様々な特色のある医療機関を交代で異動しつつ、研鑽を積むことができるものであり、大学病院は、国公私立の設置形態の別によらず、地域の医療機関へ多数の医師の派遣を行っていることから、医師に対する研鑽の機会の創出のみならず、地域医療に対しても大きく貢献している。
- 本検討会での議論でも明らかとなっているが、「未来の医療」だけでなく、「現在の医療」も支えることとなった大学病院が疲弊していることは明白である。様々な大学病院に関する政策は、大学病院における診療や臨床研究の活性化を促したという意見がある一方で、教育・研究に多大な影響を与えたとの意見が多数である。国は、大学病院当事者や有識者の意見を聞きながら、時宜に応じた政策を立案し、実行していかなければならない。
- 大学病院が、今後も優れた医師を輩出し続けるとともに、臨床研究のみならず基礎研究においても優れた研究成果を生み出していくためにまず国が行うべきことは、原点に立ち返り、大学病院に勤務する医師が教育・研究に十分なエフォートを割くようにすることができる体制の確保である。
- 本検討会での議論をきっかけとして、文部科学省は主に大学病院の運営や教育・研究の観点から、厚生労働省は主に診療の観点から、双方が国民の視点に基づいて、「現在の医療」のみならず「未来の医療」を構築し、さらに地域の医療を守るため、大学病院に対する継続的な支援を適切に行うことが必要不可欠である。一方、大学病院においては、社会から負託された医育機関であることを自覚し、常に透明性を

確保するとともに、説明責任を果たせる組織であることが求められる。

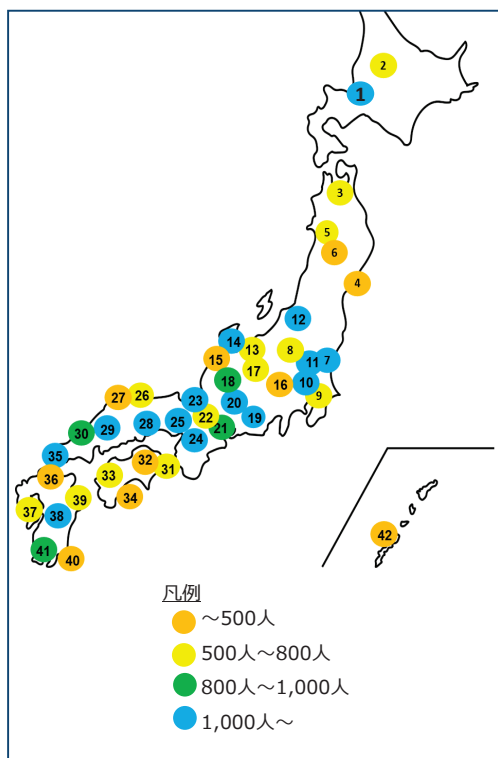
# 参考資料

## 地域医療提供体制の維持に対する大学病院の貢献①

令和3年6月時点で、国立大学病院42病院から**43,157人の医師を常勤医師として全国に派遣**しており、地域医療提供体制の維持に貢献している。

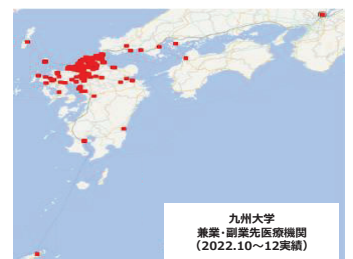
- |                     |                  |
|---------------------|------------------|
| ① 北海道大学 (1,351人)    | ②② 滋賀医科大学 (593人) |
| ② 旭川医科大学 (615人)     | ②③ 京都大学 (2,374人) |
| ③ 弘前大学 (507人)       | ②④ 大阪大学 (3,671人) |
| ④ 東北大学 (182人)       | ②⑤ 神戸大学 (1,550人) |
| ⑤ 秋田大学 (534人)       | ②⑥ 鳥取大学 (557人)   |
| ⑥ 山形大学 (468人)       | ②⑦ 島根大学 (456人)   |
| ⑦ 筑波大学 (1,426人)     | ②⑧ 岡山大学 (2,531人) |
| ⑧ 群馬大学 (636人)       | ②⑨ 広島大学 (2,085人) |
| ⑨ 千葉大学 (685人)       | ②⑩ 山口大学 (855人)   |
| ⑩ 東京大学 (1,087人)     | ②⑪ 徳島大学 (692人)   |
| ⑪ 東京医科歯科大学 (1,767人) | ②⑫ 香川大学 (327人)   |
| ⑫ 新潟大学 (1,094人)     | ②⑬ 愛媛大学 (835人)   |
| ⑬ 富山大学 (554人)       | ②⑭ 高知大学 (246人)   |
| ⑭ 金沢大学 (1,112人)     | ②⑮ 九州大学 (2,065人) |
| ⑮ 福井大学 (295人)       | ②⑯ 佐賀大学 (468人)   |
| ⑯ 山梨大学 (313人)       | ②⑰ 長崎大学 (897人)   |
| ⑰ 信州大学 (683人)       | ②⑱ 熊本大学 (1,227人) |
| ⑱ 岐阜大学 (941人)       | ②⑲ 大分大学 (563人)   |
| ⑲ 浜松医科大学 (1,014人)   | ②⑳ 宮崎大学 (189人)   |
| ⑳ 名古屋大学 (3,561人)    | ②㉑ 鹿児島大学 (880人)  |
| ㉑ 三重大学 (951人)       | ②㉒ 琉球大学 (320人)   |

※他医療機関で常勤の勤務形態をとっている場合のみを集計しており、週1回程度の非常勤や短期派遣は含まない。



### 【参考】兼業・副業の状況

- 国立大学病院で勤務している医師は、令和5年3月時点で、全国の**9,475の医療機関※で兼業・副業**を行っており、地域医療提供体制の維持に貢献している。 ※大学病院ごとの兼業・副業先医療機関の合計
- その兼業・副業先は、**勤務する大学病院が所在する都道府県以外にも広域に分布**している。(下図：2大学病院の例)

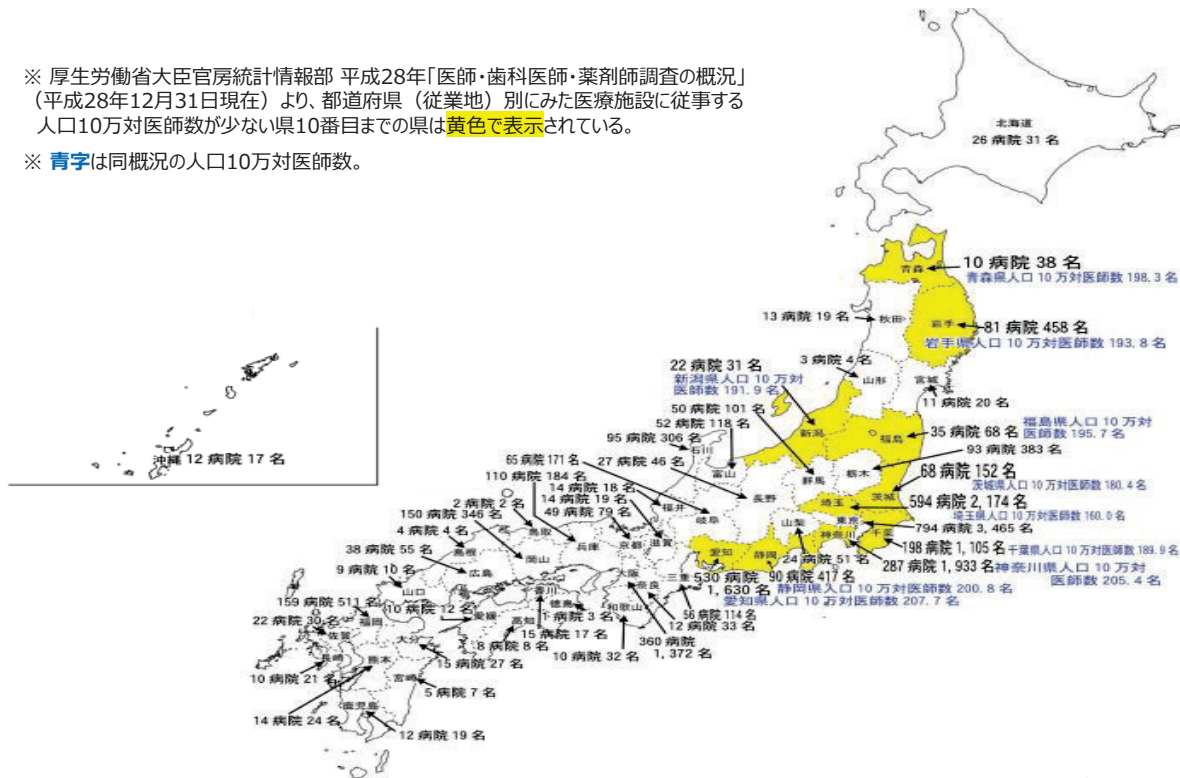


## 地域医療提供体制の維持に対する大学病院の貢献②

- 平成31年1月時点で、私立大学29大学から、**4,279の医療機関**に対し、**15,685人の医師を常勤医師として派遣**している。

※ 厚生労働省大臣官房統計情報部 平成28年「医師・歯科医師・薬剤師調査の概況」（平成28年12月31日現在）より、都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数が少ない県10番目までの県は黄色で表示されている。

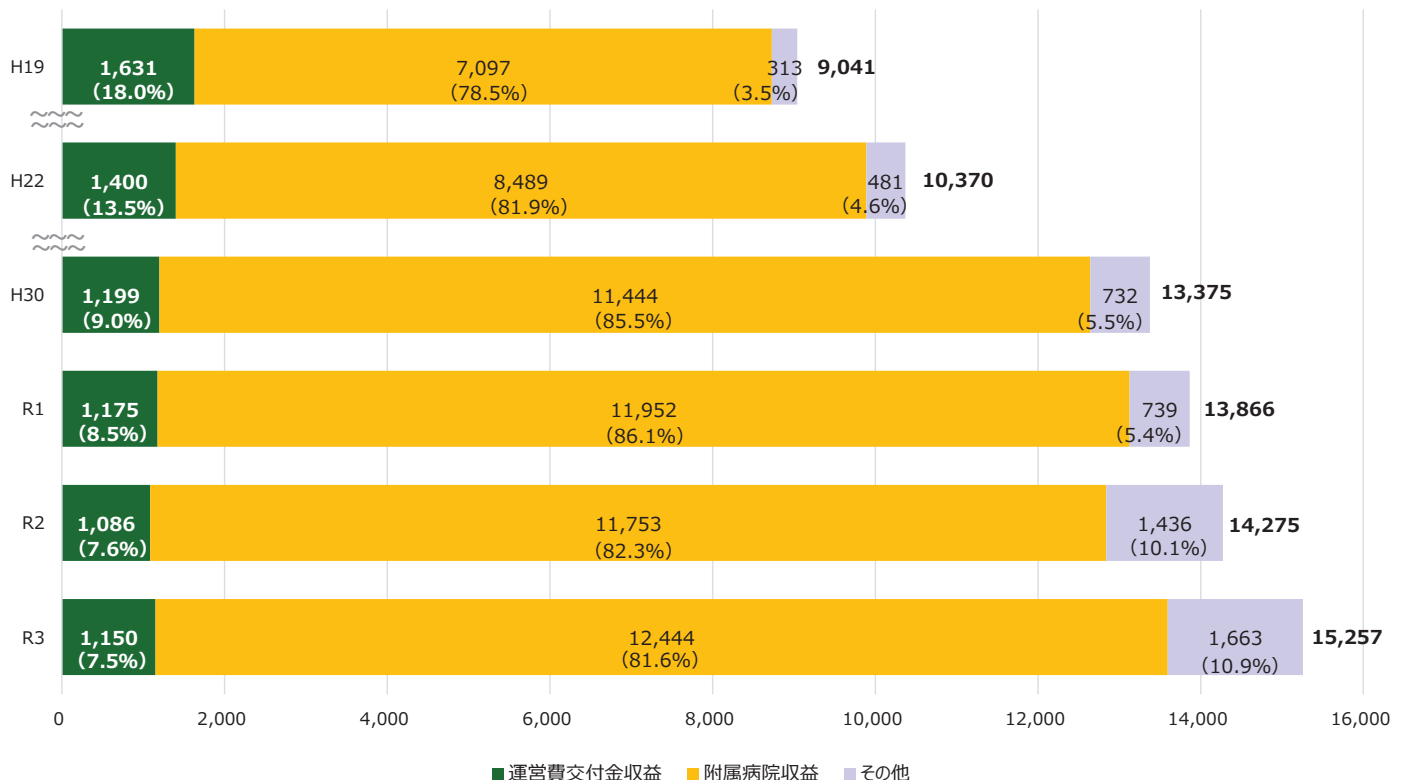
※ 青字は同概況の人口10万対医師数。



出典：日本私立医科大学協会「加盟大学における地域医療体制に関する調査」（平成31年1月現在）

## 国立大学病院における収入（業務収益）割合の推移

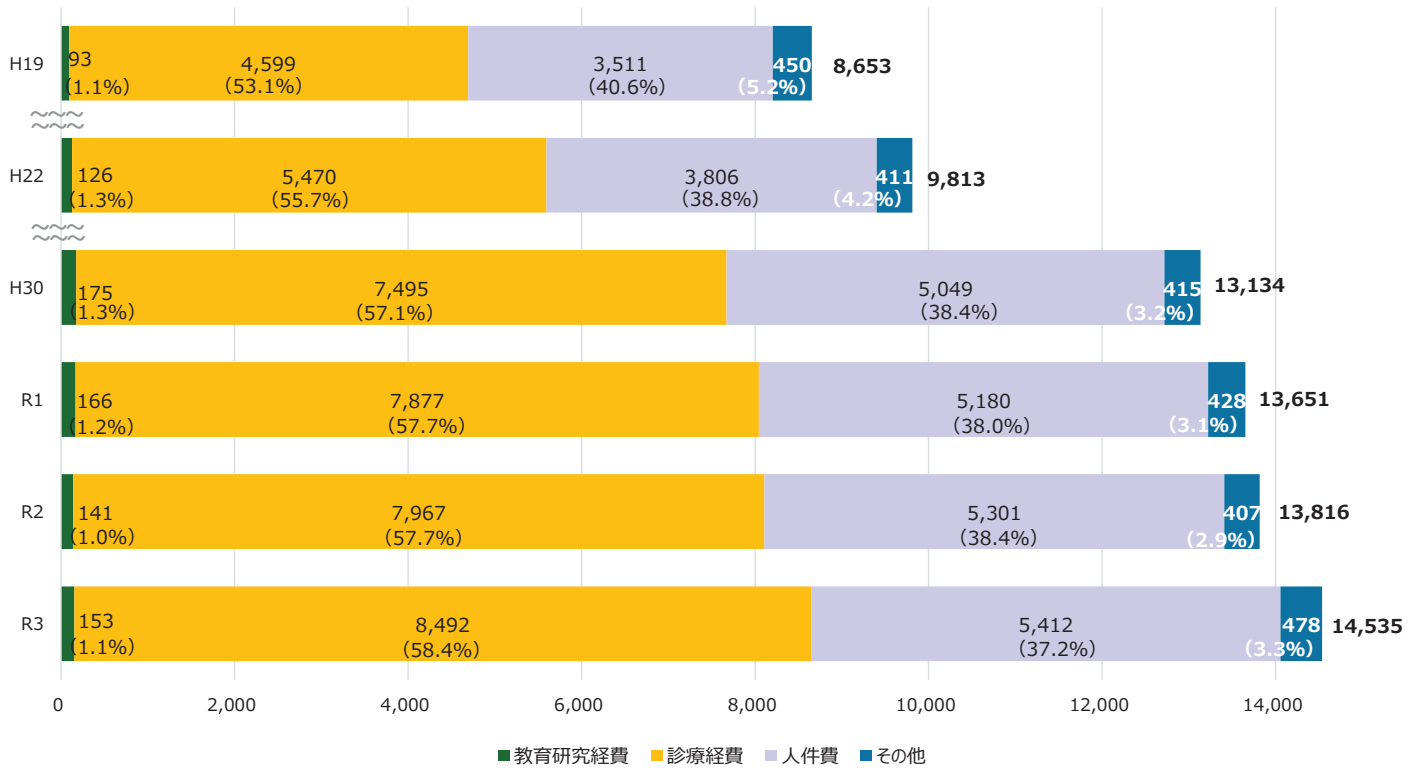
単位：億円



※ 文部科学省『国立大学法人等の決算について～令和3事業年度～』を元に医学教育課において作成。  
 ※ 国立大学法人全体における附属病院収益の額との差は、病院セグメントに含まれない診療所等があるため。

# 国立大学病院における費用（業務費用）割合の推移

単位：億円



※文部科学省『国立大学法人等の決算について～令和3事業年度～』を元に医学教育課において作成。

# 国立大学病院の業務損益の推移

【業務収益・費用】  
(単位：億円)

【業務損益】  
(単位：億円)



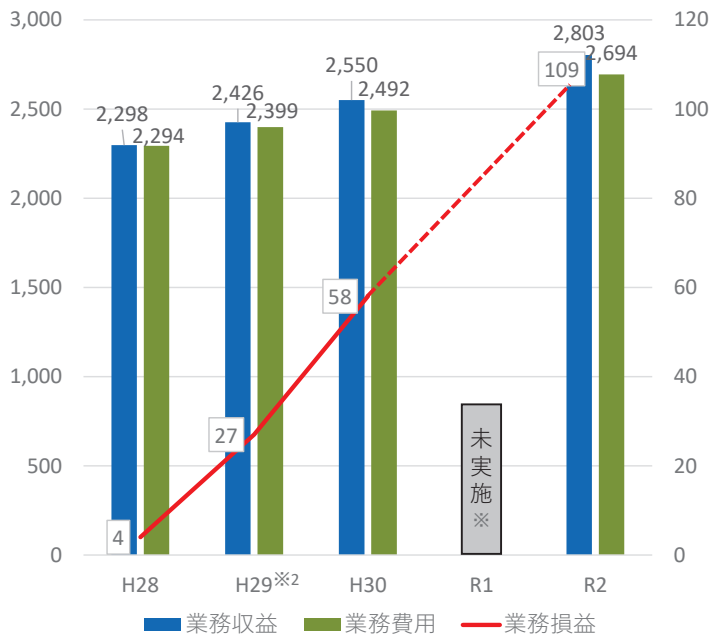
(単位：億円)

事項	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3
業務収益	10,370	10,753	11,117	11,520	11,938	12,418	12,584	13,006	13,375	13,866	14,275	15,257
業務費用	9,813	10,307	10,710	11,224	11,745	12,151	12,270	12,710	13,134	13,651	13,816	14,535
業務損益	556	445	407	296	193	266	313	296	241	214	459	722
(参考) 借入金返済額	771	785	777	777	788	758	742	725	680	669	613	659

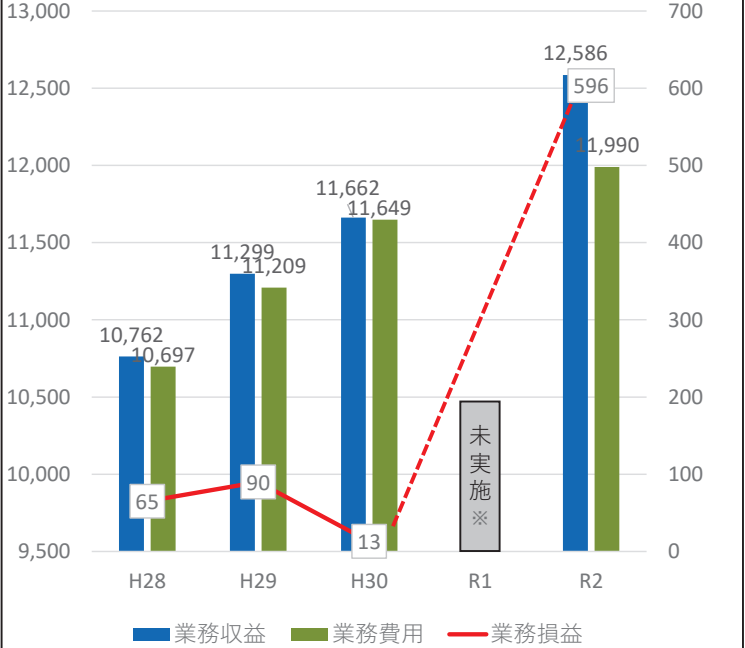
※1：文部科学省『国立大学法人等の決算について』別紙資料集「附属病院セグメント情報」及び「附属病院セグメントにおける収支の状況（キャッシュ・フロー計算書の形式を使った病院収支の状況表）」を元に医学教育課において作成。  
 ※2：「(参考) 借入金返済額」は「附属病院セグメントにおける収支の状況」における「借入金の返済による支出」及び「国立大学財務・経営センター／大学改革支援・学位授与機構債務負担金の返済による支出」の合計値。(H22～H24は国立大学病院長会議調べ)

# 公私立大学病院の業務損益の推移

【業務収益・費用】 (単位：億円) **公立大学病院 (本院8病院)** 【業務損益】 (単位：億円)



【業務収益・費用】 (単位：億円) **私立大学病院 (本院31病院)** 【業務損益】 (単位：億円)



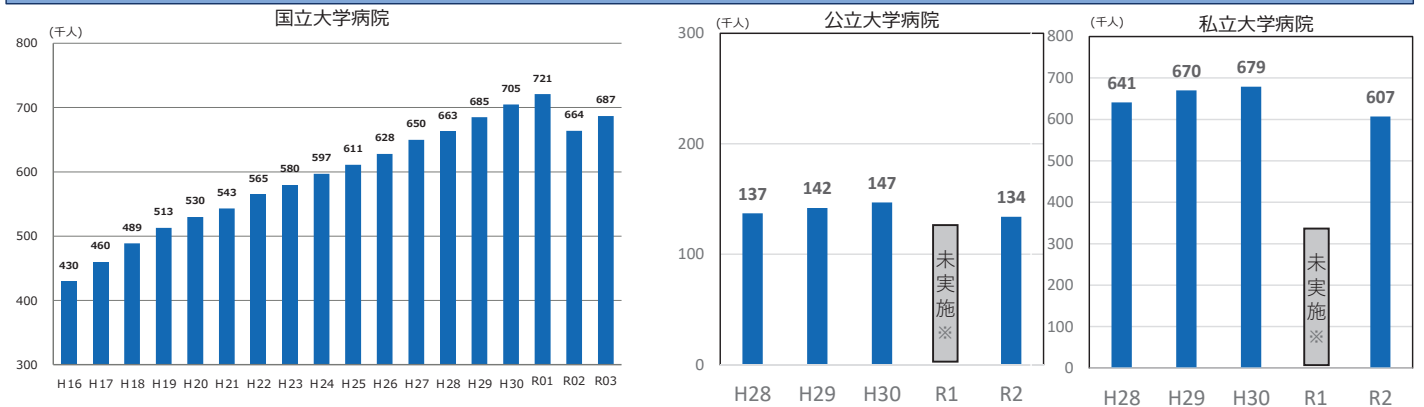
事項	H28	H29	H30	R1※	R2
業務収益	2,298	2,426	2,550		2,803
業務費用	2,294	2,399	2,492		2,694
業務損益	4	27	58		109

事項	H28	H29	H30	R1※	R2
業務収益	10,762	11,299	11,662		12,586
業務費用	10,697	11,209	11,649		11,990
業務損益	65	90	13		596

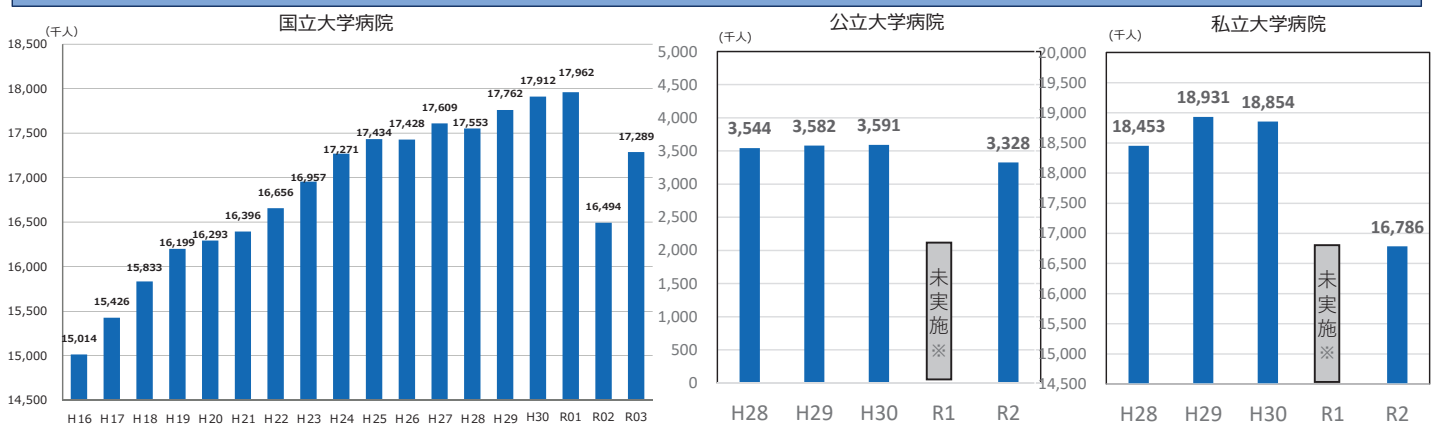
出典：文部科学省医学教育課調べ。  
※H27年度以前及びR1年度、R3年度の調査は未実施。

## 大学病院の経営指標等①

新入院患者数



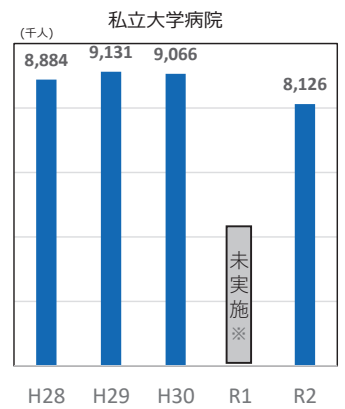
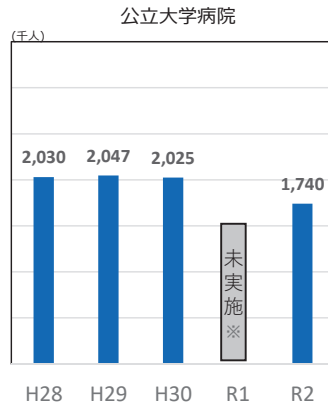
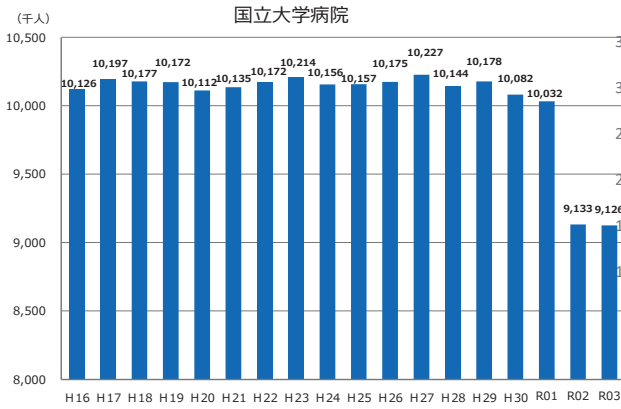
外来患者延数



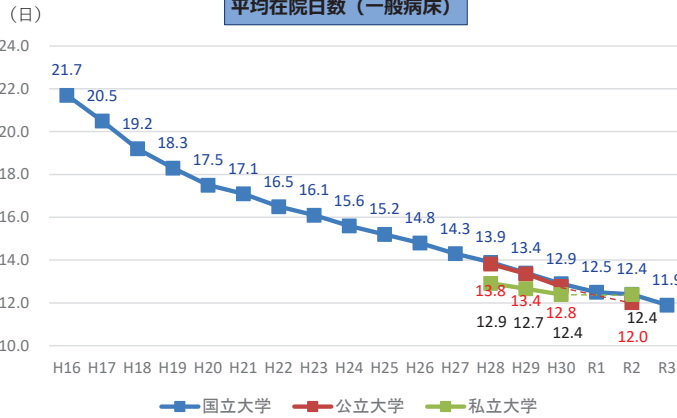
出典：国立大学病院は国立大学病院長会議「国立大学病院資料」、公私立大学病院は文部科学省医学教育課調べ  
※公私立大学病院におけるH27年度以前及びR1年度、R3年度の調査は未実施。

# 大学病院の経営指標等②

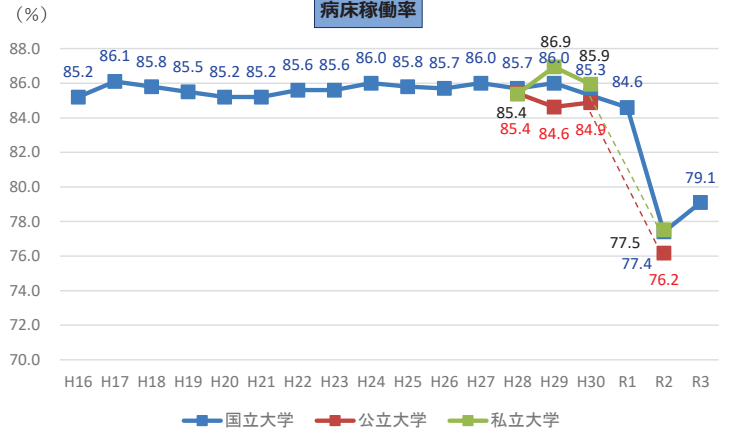
## 入院患者延数



## 平均在院日数 (一般病床)



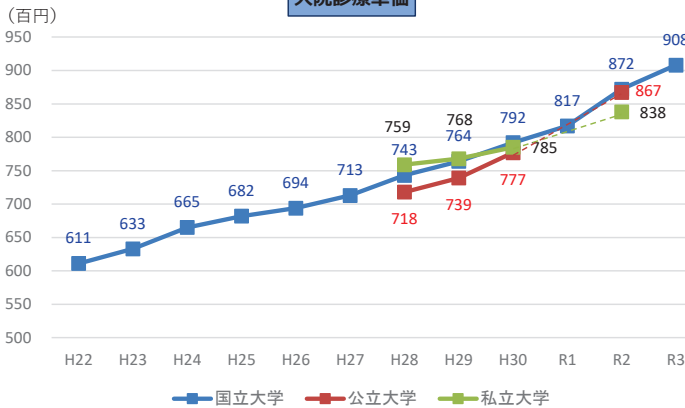
## 病床稼働率



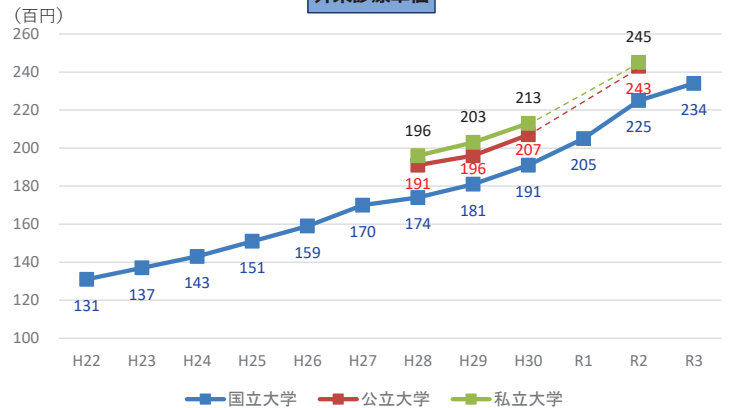
出典：国立大学病院は国立大学病院長会議「国立大学病院資料」、公私立大学病院は文部科学省医学教育課調べ  
 ※公私立大学病院におけるH27年度以前及びR1年度、R3年度の調査は未実施。

# 大学病院の経営指標等③

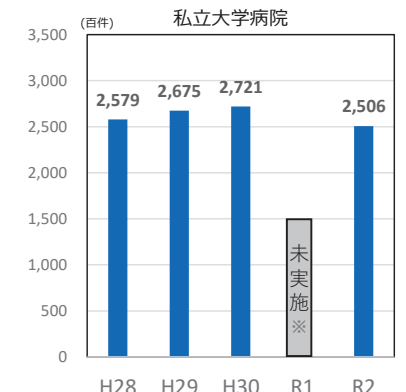
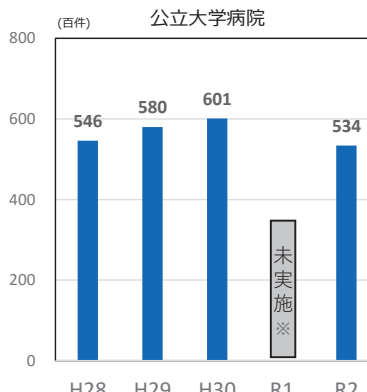
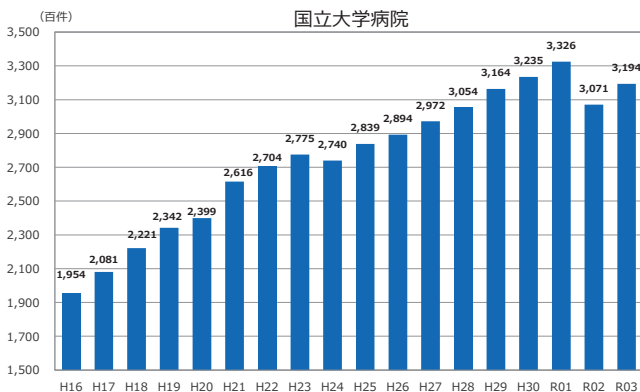
## 入院診療単価



## 外来診療単価



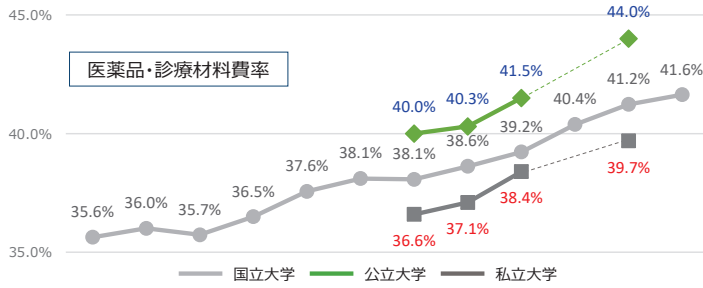
## 国立大学病院における手術件数の推移



出典：国立大学病院は国立大学病院長会議「国立大学病院資料」、公私立大学病院は文部科学省医学教育課調べ  
 ※公私立大学病院におけるH27年度以前及びR1年度、R3年度の調査は未実施。

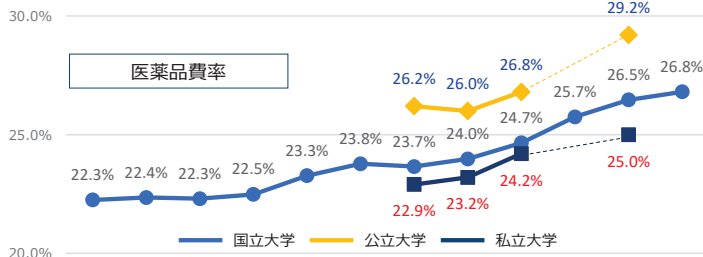


# 大学病院における医薬品費率及び診療材料費率の推移



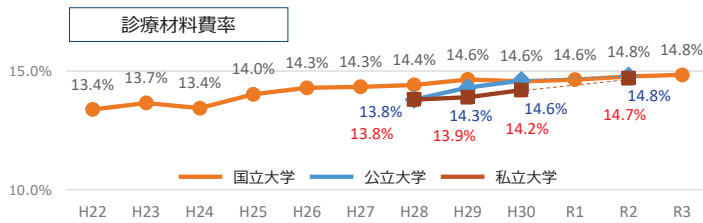
<医薬品・診療材料費率>

	H28	H29	H30	R1	R2	R3
国立大学病院	38.1%	38.6%	39.2%	40.4%	41.2%	41.6%
公立大学病院	40.0%	40.3%	41.5%	-	44.0%	-
私立大学病院	36.6%	37.1%	38.4%	-	39.7%	-



<医薬品費率>

	H28	H29	H30	R1	R2	R3
国立大学病院	23.7%	24.0%	24.7%	25.7%	26.5%	26.8%
公立大学病院	26.2%	26.0%	26.8%	-	29.2%	-
私立大学病院	22.9%	23.2%	24.2%	-	25.0%	-



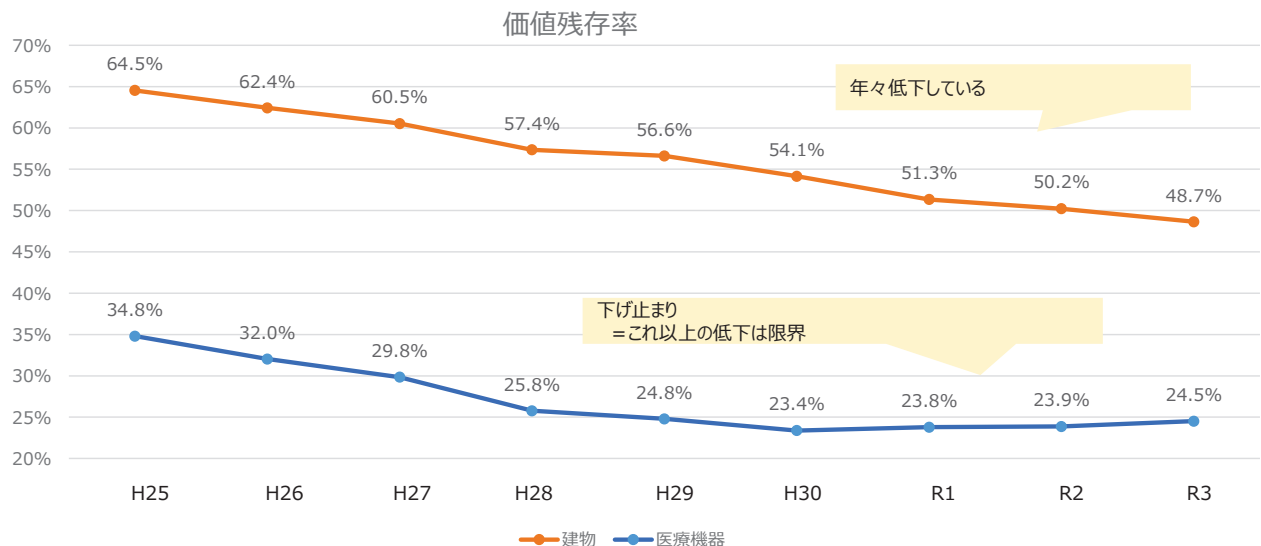
<診療材料費率>

	H28	H29	H30	R1	R2	R3
国立大学病院	14.4%	14.6%	14.6%	14.6%	14.8%	14.8%
公立大学病院	13.8%	14.3%	14.6%	-	14.8%	-
私立大学病院	13.8%	13.9%	14.2%	-	14.7%	-

出典：文部科学省医学教育課調べ。  
※公私立大学病院におけるH27年度以前及びR1年度、R3年度の調査は未実施。

## 国立大学病院におけるインフラの価値残存率の推移

- ・ **増収減益**の経営状況から、十分な資金が確保できておらず、**投資は足踏み状態**。
- ・ 多くの医療機器が**耐用年数を超過**しており、老朽化が進行。それに伴い、価値の残存率は取得時のわずか**24%**程度でリースも活用しながら踏みとどまっている。
- ・ 更に建物の価値残存率の低下も確実に進行している。

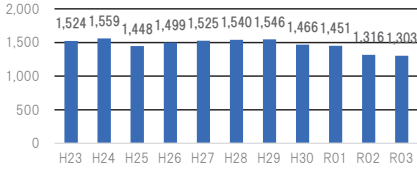


価値残存率：(取得原価-減価償却累計額)÷取得原価  
出典：財務諸表(病院セグメント情報)より国立大学病院長会議事務局が作成

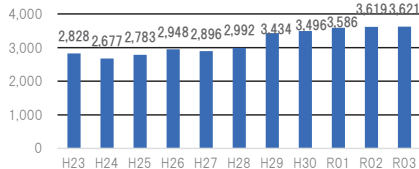
# 大学病院の教育機能（国立大学病院）

- 教育機関としての役割を果たし、持続的に初期研修医、後期研修コースの医師を受け入れており、また、専門性の高い医師養成・教育にも力を入れている。
- 医療職員のスキル向上を支援するため、新型コロナウイルス感染症拡大の影響を受けた令和2年度を除き、国立大学病院全体で、毎年延べ3万人を超える職員を他機関から受け入れており、また、他大学等を含め、毎年延べ40万人を超える学生に対する実習教育を行っている。

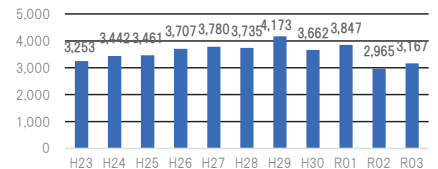
初期研修医採用人数



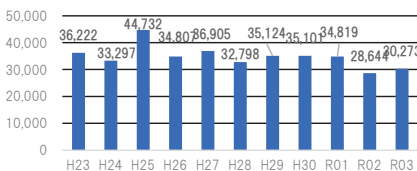
専門研修コース採用人数



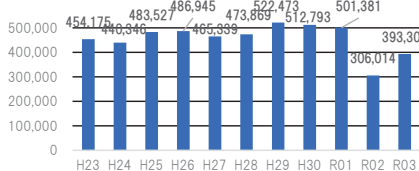
専門医・認定医の新規取得者数



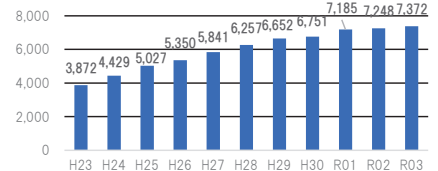
看護師、薬剤師等の研修受入人数



看護、薬学生等の実習受入人数



指導医数

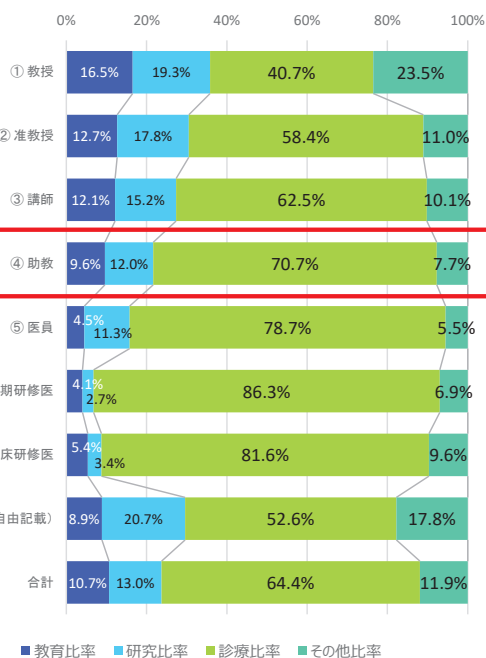


出典：国立大学病院長会議「病院機能指標」  
※R03年度のデータは速報値

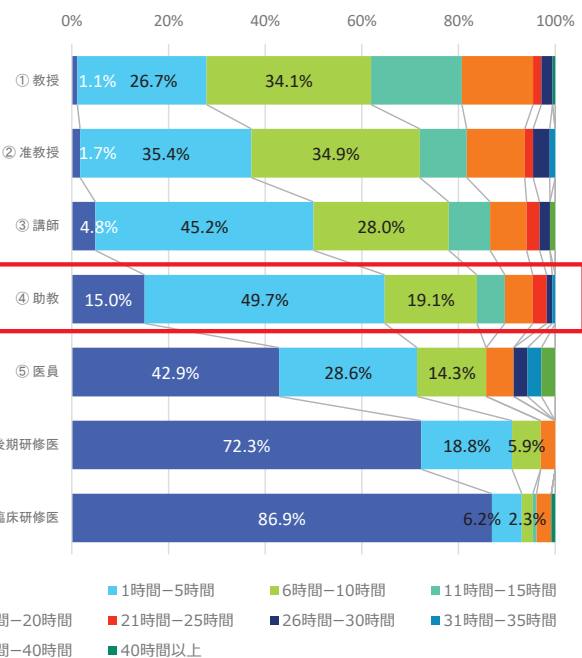
## 業務時間の構成比率及び週当たり研究業務時間

- ・ 大学病院の医師は、教育・研究・診療のうち、**診療に従事する時間が最も長い。**
- ・ 特に、今後、我が国の教育、研究の主力を担う**助教の15%は全く研究を行っておらず、約50%は週当たりの研究時間が5時間以下**に留まっているなど、深刻な状況にある。

職位ごとの教育・研究・診療・その他業務時間 構成比率 (N=981)



職位ごとの週当たりの大学での研究業務時間 回答人数の構成比率 (N=976 職位その他5名 除く)

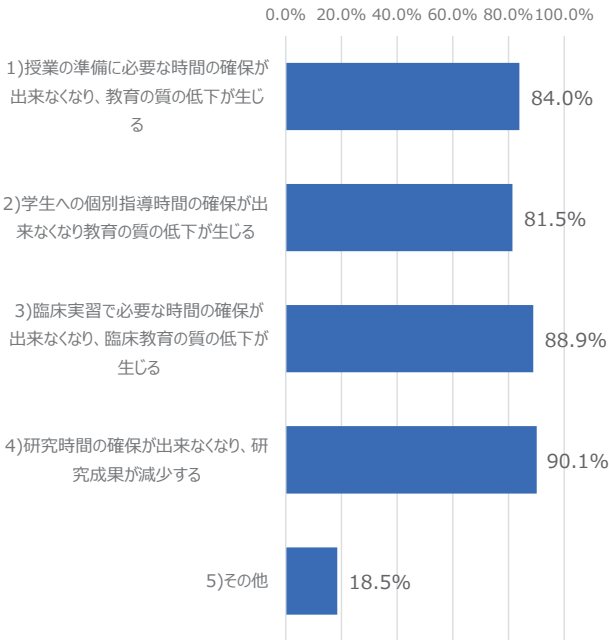


出典：令和4年度 文部科学省 大学における医療人養成の在り方に関する調査研究委託事業「大学病院における医師の働き方に関する調査研究報告書」

# 労働時間短縮により予想される教育・研究への影響

- 今後、さらに医師の労働時間短縮が進められることにより、ほとんどの大学で、**教育及び臨床教育の質の低下、研究成果の減少等の影響が生じる**と回答している。
- これへの対策として、医学教育支援センター等への**医学教育の支援を行う教員や教務事務職員、研究の準備やサポートを行う研究支援スタッフの配置が必要**だが、**十分に配置できている大学は少ない**。

労働時間短縮により予想される教育・研究への影響 (N=81)



医学教育支援センター  
eラーニング等教育支援スタッフ配置状況

配置人数	(回答大学数)					
	0名	1名	2名	3名	4名	5名以上
常勤 (N=57)	42	8	3	1	1	2
非常勤 (N=56)	46	8	0	0	1	1

研究支援スタッフ配置状況 (N=81)

	(回答大学数)					
	0名	1名	2名	3名	4名	5名以上
医歯薬系・医療系URA	43	12	5	7	4	10
研究支援担当者 (PM)	37	12	8	6	4	14
臨床研究コーディネーター	23	1	2	2	5	48
生物統計担当者	34	18	14	7	3	5
モニタリング担当者	40	13	9	12	5	2
データマネジメント担当者	33	15	10	6	5	12
その他の職員	32	6	6	3	0	34

## 医師の時間外労働規制について

医師の働き方改革の推進に関する検討会  
中間とりまとめ (令和2年12月22日) 参考資料

### 一般則

【時間外労働の上限】

(例外)  
・年720時間  
・複数月平均80時間 (休日労働含む)  
・月100時間未満 (休日労働含む)  
年間6か月まで

(原則)  
1か月45時間  
1年360時間

### 2024年4月～

年1,860時間 / 月100時間未満 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む

年1,860時間 / 月100時間未満 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む  
⇒将来に向けて縮減方向

年960時間 / 月100時間未満 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む

**A: 診療従事勤務医に2024年度以降適用される水準**

**連携B**  
例水準  
(医療機関を指定)

**B**  
地域医療確保暫定特

**C-1**  
**C-2**  
集中的技能向上水準  
(医療機関を指定)

C-1: 臨床研修医・専攻医が、研修プログラムに沿って基礎的な技能や能力を修得する際に適用  
※本人がプログラムを選択  
C-2: 医籍登録後の臨床従事6年目以降の者が、高度技能の育成が公益上必要な分野について、指定された医療機関で診療に従事する際に適用  
※本人の発意により計画を作成し、医療機関が審査組織に承認申請

### 将来 (暫定特例水準の解消 (= 2035年度末を目標) 後)

将来に向けて縮減方向

年960時間 / 月100時間 (例外あり)  
※いずれも休日労働含む

**A**

**C-1**

**C-2**

※この(原則)については医師も同様。

※連携Bの場合は、個々の医療機関における時間外・休日労働の上限は年960時間以下。

### 月の上限を超える場合の面接指導と就業上の措置

【追加的健康確保措置】

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

※臨床研修医については連続勤務時間制限を強化して徹底

連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (努力義務)

※実際に定める36協定の上限時間数が一般則を超えない場合を除く。

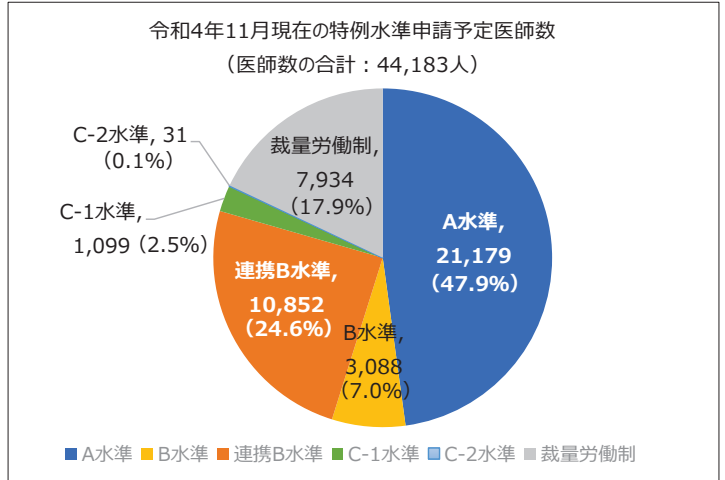
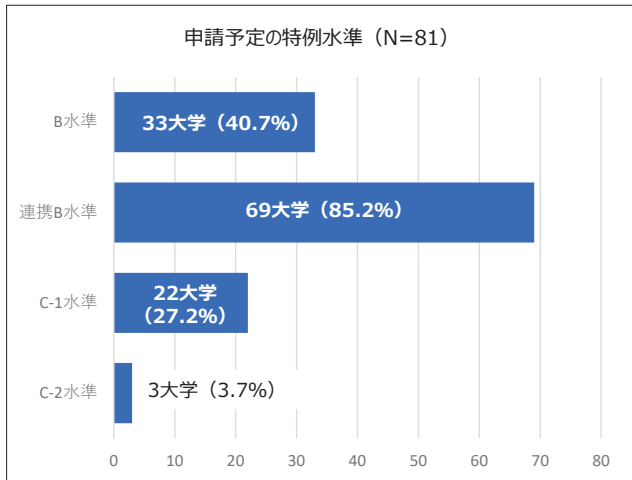
連続勤務時間制限28時間・勤務間インターバル9時間の確保・代償休息のセット (義務)

※あわせて月155時間を超える場合には労働時間短縮の具体的措置を講ずる。

# 特例水準申請予定医師数

- 令和4年11月現在、**地域医療確保暫定特例水準（B水準、連携B水準）に申請予定の医師は約30%を占めるが、暫定特例水準は令和17年度末を目標に解消**される予定。
- 暫定特例水準解消後、地域医療を支え、高度な医療人養成、研究開発を担う**大学病院の機能維持が困難となる**ことが想定される。

○申請予定の特例水準／特例水準申請予定医師数及び専門業務型裁量労働制適用医師数（令和4年11月現在）（N=81）



○令和6年度時間外労働時間別医師数見込み

時間区分	R6年度見込
960時間～1,860時間の医師数 (B水準、連携B水準、C-1水準、C-2水準申請見込数)	15,070人
1,860時間超の医師数 <sup>※</sup>	14人

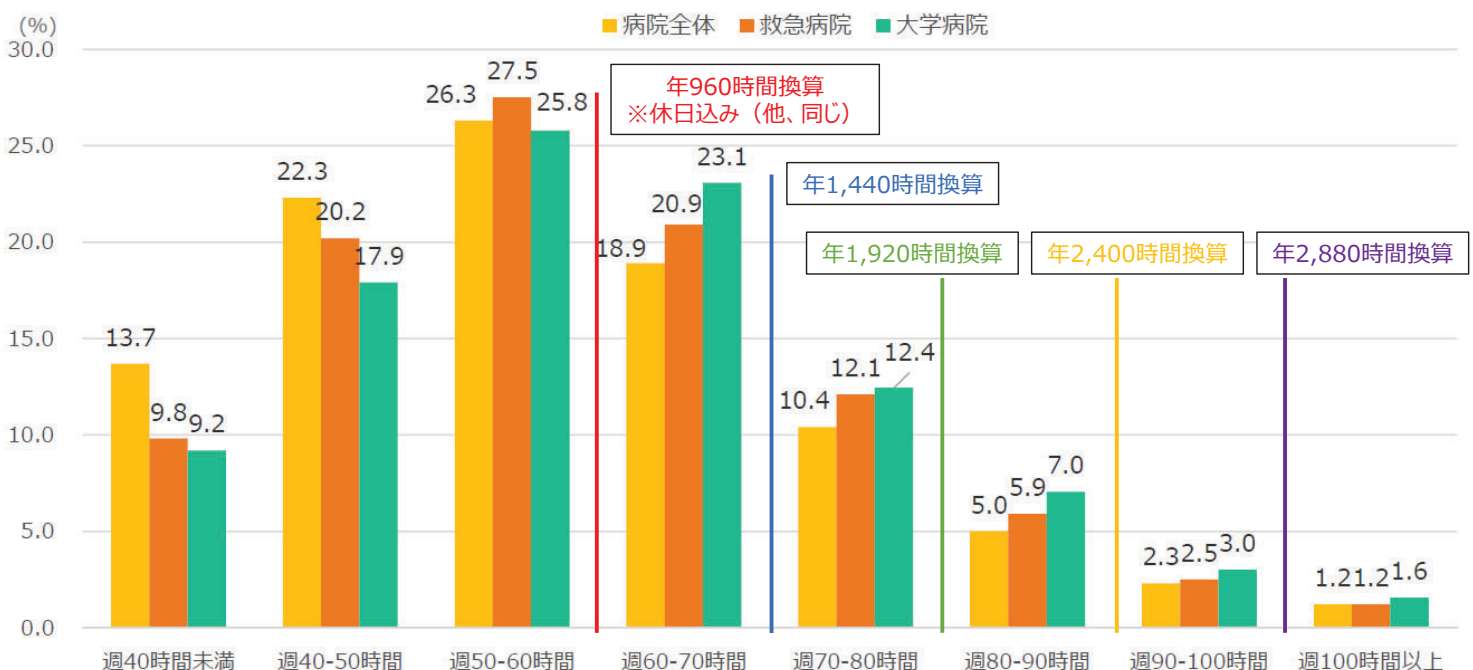
※令和4年11月時点の1,860時間超の医師数は719人

(令和4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 大学病院における医師の働き方に関する調査研究)

# 病院・常勤勤務医の週当たり勤務時間：病院種別（全体・救急病院・大学病院）

第9回医師の働き方改革の推進に関する検討会  
(令和2年9月30日) 参考資料3一部改編

- 病院常勤勤務医全体、救急病院常勤勤務医と比較し、週50-60時間までは大学病院常勤勤務医の方が割合が低いが、週60時間以上では大学病院常勤勤務医の方が割合が高く、大学病院常勤勤務医は長時間労働医師が多い傾向にある。

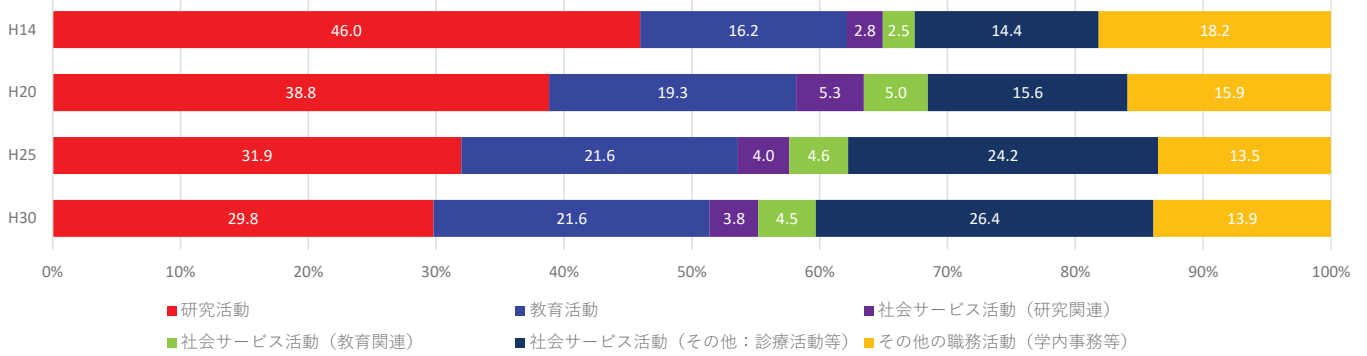


※ 宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を勤務時間から除外した上で、診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。

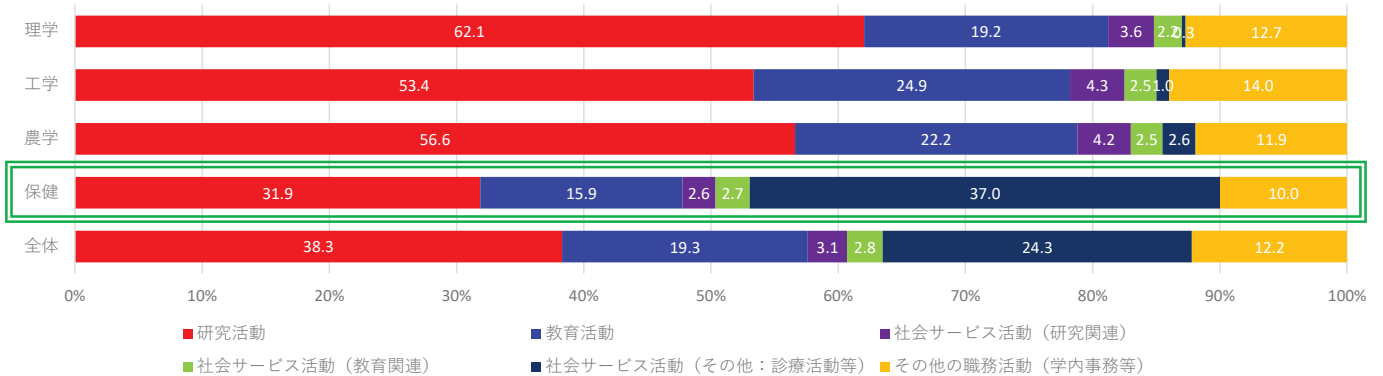
※※三次救急病院及び救急車を1,000台以上受け入れている二次救急病院を救急病院とし、救急車受入件数は、平成30年病床機能報告救急機能を用いた。

# 大学等教員の職務時間の推移

図表7 保健分野における大学等教員の職務活動時間割合の推移



図表12 助教の学問分野別活動時間割合



出典：文部科学省「平成30年度大学等におけるフルタイム換算データに関する調査（概要）」

## (参考) 国立大学病院で勤務する医師の給与水準

第3回今後の医学教育の在り方に関する検討会  
(令和5年7月12日) 資料3-1より抜粋

国立大学病院(A)		国立病院機構の例(B)		差額(A)-(B)
教授	1,252万円	部長	1,890万円	-638万円
准教授	1,007万円	医長	1,710万円	-703万円
講師	1,042万円	医師	1,540万円	-731万円
助教	809万円	全国平均(B)		-446万円
		42歳医師	1,255万円	

※AJMC調べ(年収額)

個別大学の例(AJMC調べ)

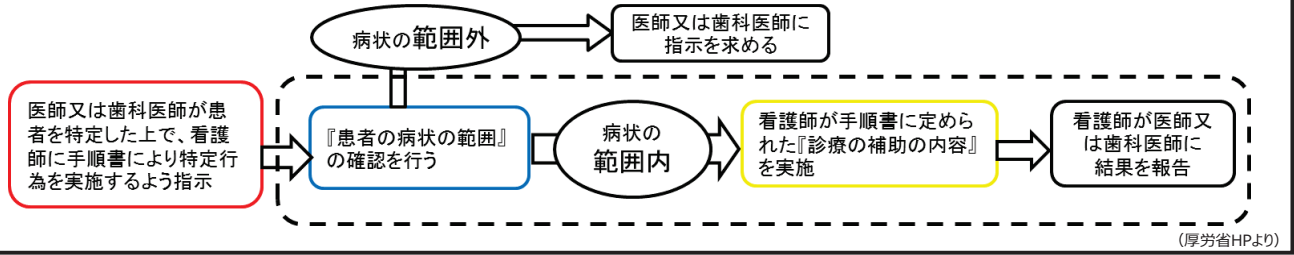
出典：国立病院機構HPより  
出典：厚労省令和2年度賃金構造基本統計調査から

調査大学	都市部 A 大学	都市部 B 大学	地方 C 大学			
職種	年齢	年収(万円)	年齢	年収(万円)	年齢	年収(万円)
教授	57歳	1,252	58歳	1,230		
准教授	51歳	1,007	51歳	1,041		
講師	47歳	1,042	47歳	1,048	42歳	834
助教	42歳	809	39歳	860	38歳	700
専攻医・医員	32歳	418	30歳	328	36歳	378
初期研修医	27歳	292	26歳	343		

地域医療維持のため大学病院医師給与増額による医師確保が必要

# 看護師の特定行為研修

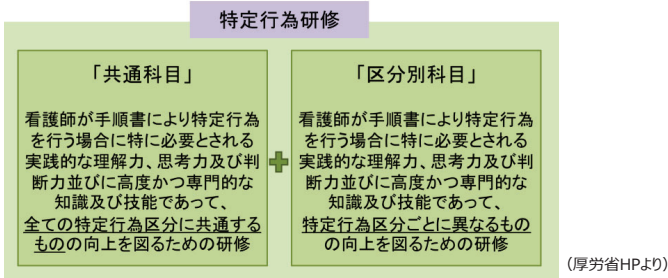
## 看護師の特定行為に関する診療の補助の流れ



### 【特定行為研修】

看護師が手順書により特定行為を行う場合に特に必要とされる実践的な理解力、思考力及び判断力並びに高度かつ専門的な知識及び技能の向上を図るための研修であつて、特定行為区分ごとに厚生労働省令で定める基準に適合するものをいう。

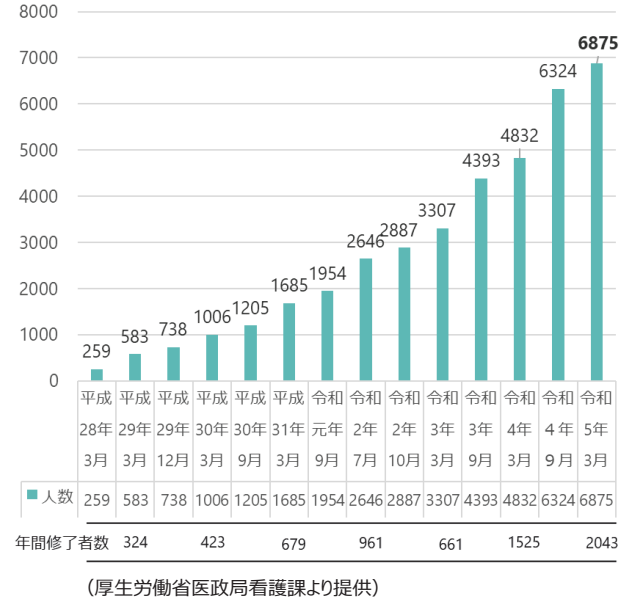
(保健師助産師看護師法（昭和23年法律第203号）)



※手順書には下記事項を記載

- ①看護師に診療の補助を行わせる患者の病状の範囲、②診療の補助の内容、③当該手順書に係る特定行為の対象となる患者、④特定行為を行うときに確認すべき事項、⑤医療の安全を確保するために医師又は歯科医師との連絡が必要となった場合の連絡体制、⑥特定行為を行った後の医師又は歯科医師に対する報告の方法

### 研修修了者の推移



## 特定行為研修を行う指定研修機関等の状況

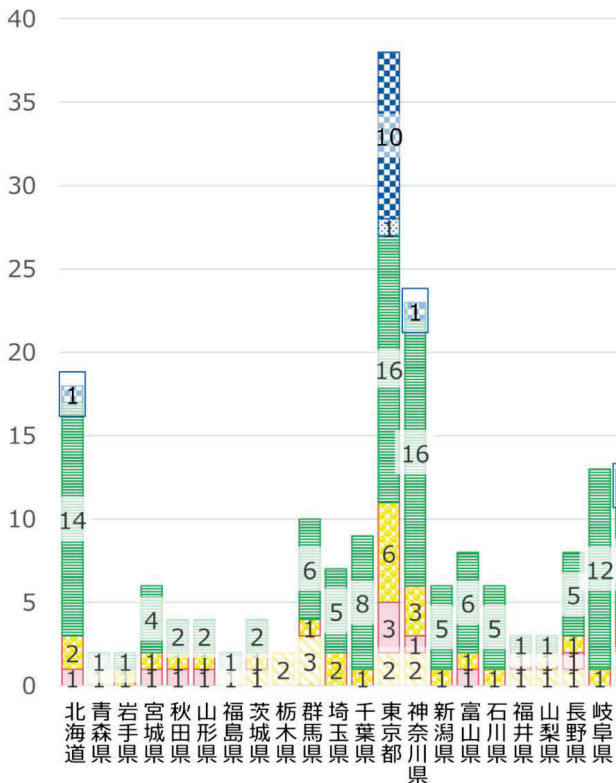
令和5年8月23日

第33回医道審議会保健師助産師看護師分科会  
看護師特定行為・研修部会

資料6

### ■都道府県別指定研修機関数(令和5年2月現在)

(指定研修機関数)

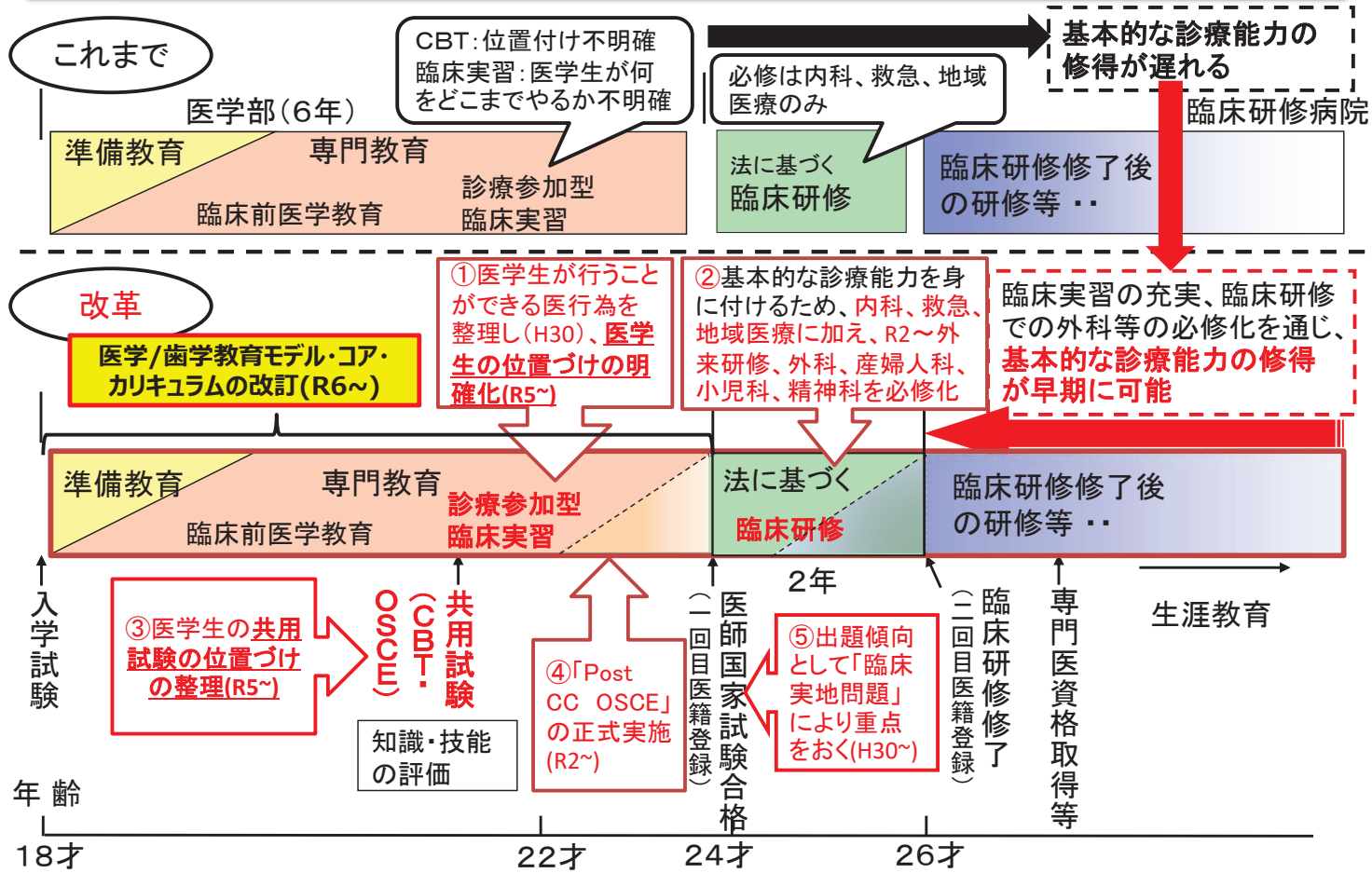


### ■施設の種別別指定研修機関数(令和5年2月現在)

大学	大学院	大学病院	病院 (診療所を含む)	医療関係 団体等	専門学校	総計
35	17	53	233	21	1	360機関
9.72%	4.72%	14.72%	64.72%	5.83%	0.2%	100%

■大学 ■大学院 ■大学病院 ■病院 ■診療所 ■医療関係団体等 ■専門学校

# 総合的な診療能力を持つ医師のシームレスな養成



## 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」



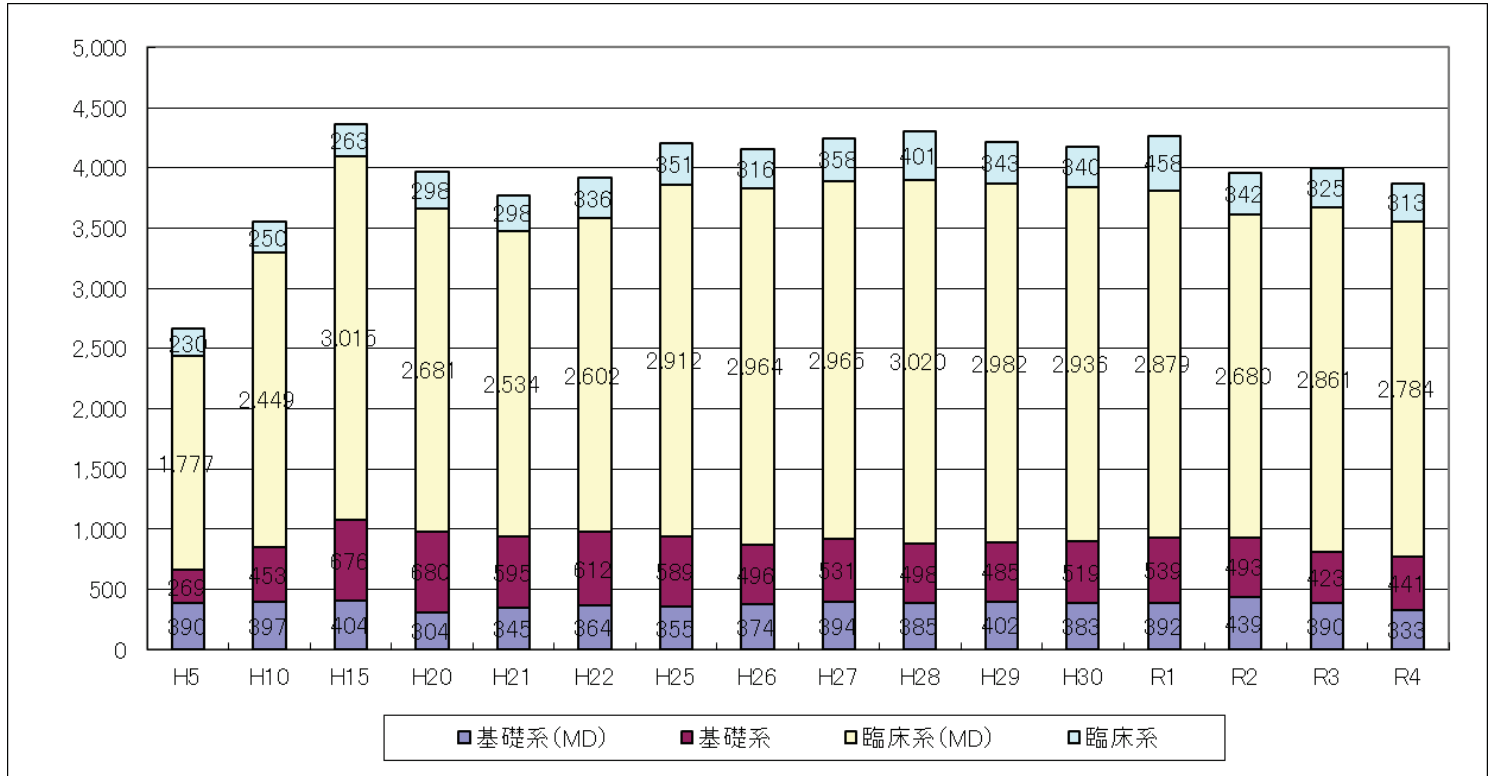
### 「医師/歯科医師に求められる基本的な資質・能力」を共通化（赤字は新設）

- |                     |                    |
|---------------------|--------------------|
| 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 |



# 医学研究科の大学院生入学状況（H5～R4年）

医師（MD）の大学院の入学者数は横ばい～減少傾向

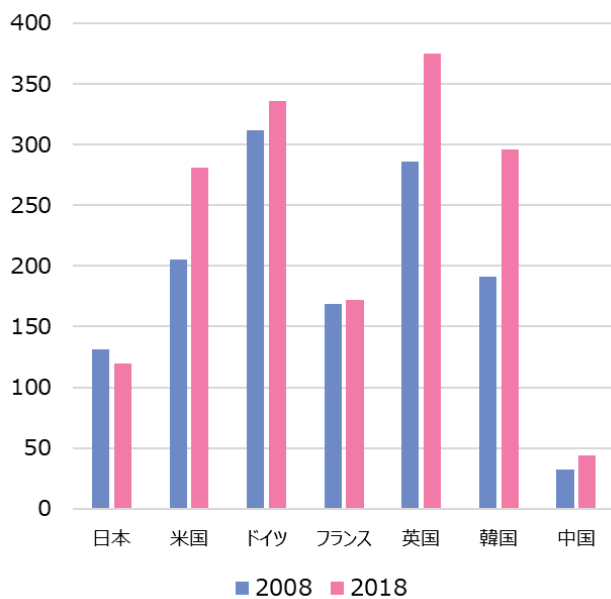


(文部科学省医学教育課調べ)

## 博士号取得者の状況

【人口100万人当たりの博士号取得者数の国際比較】

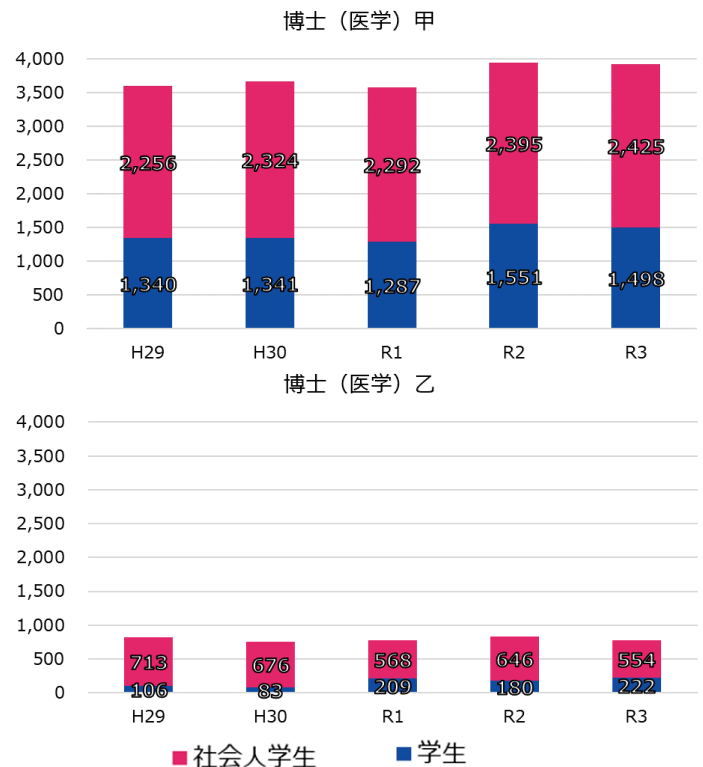
減少しているのは日本のみ



(出典) 文部科学省科学技術・学術政策研究所、科学技術指標2021、調査資料-311、2021年8月を基に、文部科学省医学教育課が加工・作成。

【医学分野の博士号取得状況】

社会人学生が半数以上を占める



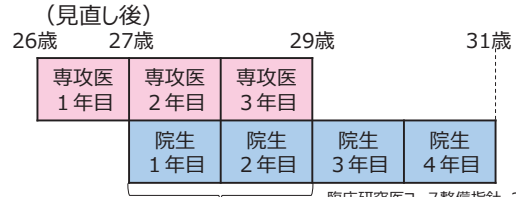
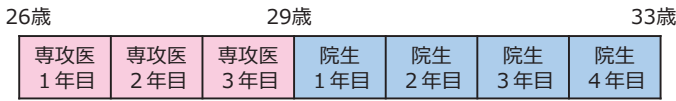
令和2年度（2020年）わが国の大学医学部・医科大学白書2020，一般社団法人 全国医学部長病院長会議  
令和4年度（2022年）わが国の大学医学部・医科大学白書2022，一般社団法人 全国医学部長病院長会議



# 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。
- ・専門医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)



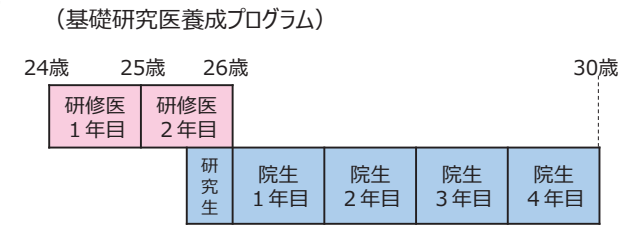
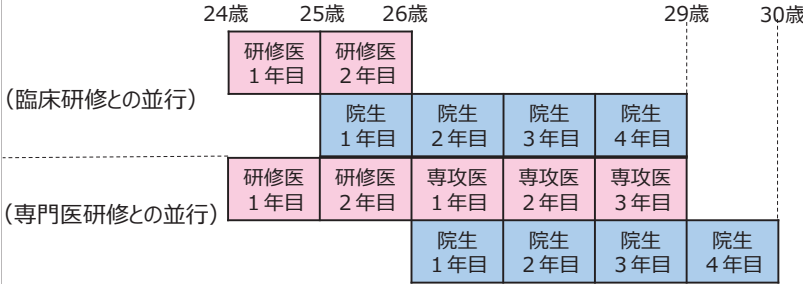
並行して履修

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)

・シーリングの対象とはならない利点はあるものの、大学院進学との並行履修を認めない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



・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養成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

## 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



### 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

# 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。

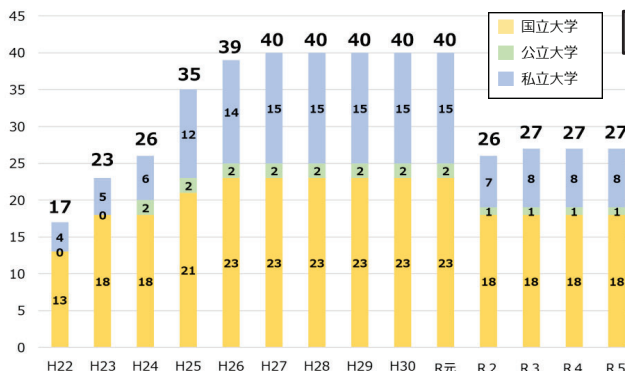
## 必須要件

- ・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

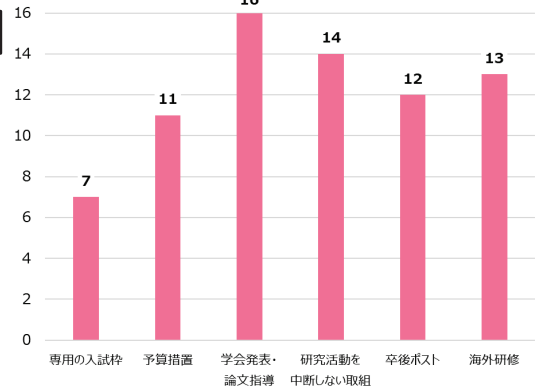
## 研究医枠設置の推移



## 令和5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

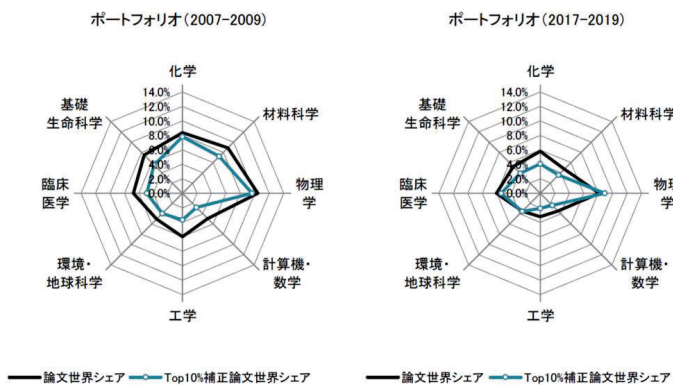
## 大学別研究医枠における任意要件の設定状況



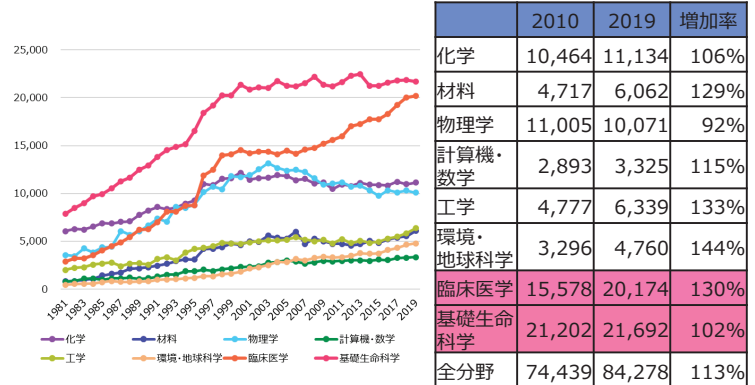
・優れた研究医を養成し、人材の確保を図るため、研究医としてのキャリア支援や海外研修の機会の提供など研究医枠に求める必須要件についてはどのようにあるべきか

# 医学分野における科学論文の現状

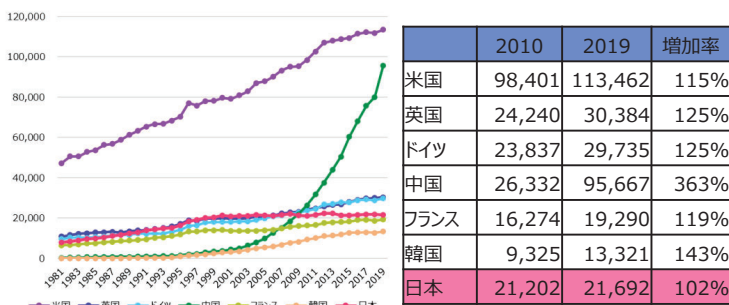
## 【国内における分野別の論文世界シェア】



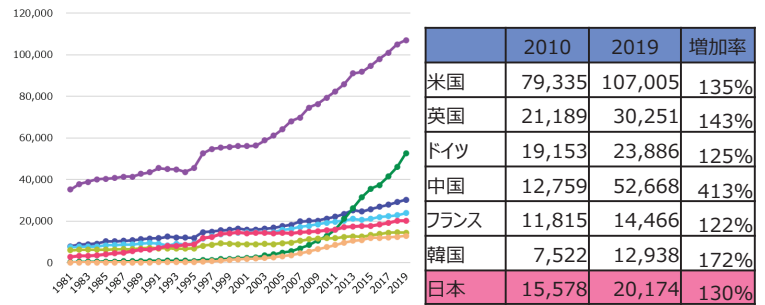
## 【国内の分野別論文数の推移】



## 【各国の基礎生命科学論文数の推移】



## 【各国の臨床医学論文数の推移】



(出典) 文部科学省科学技術・学術政策研究所、科学研究のベンチマーキング2021、調査資料-312、2021年8月を基に、文部科学省医学教育課が加工・作成。論文数はいずれも整数カウント。

## 競争的研究費の直接経費からのPI人件費の支出・バイアウト制度の活用について

※1 競争的研究費：大学を含む研究機関において、府省等の公募により競争的に獲得される経費のうち、研究に係るもの。科研費、創発的研究支援事業など。

※2 直接経費：競争的研究費により行われる研究に直接的に必要なものに対し、研究機関又は研究者が使用する経費。物品費、人件費・謝金、旅費等の区分が存在。

	PI人件費	バイアウト制度
制度概要	競争的研究費の直接経費から研究代表者（PI）の人件費を支出することによって人件費相当分の財源を確保し、研究機関の研究力向上のために活用することを可能とする。	PI本人の希望により所属する研究機関と合意をすることで、PIが担う業務のうち研究以外の業務（※）の代行に係る経費を支出することにより、研究プロジェクトに専念できる時間の拡充を可能にする。  ※ 講義等の教育活動等やそれに付随する事務等に限り、営利目的で実施する業務を除く。大学病院における診療活動も対象となる。
対象者	PIとして研究計画の遂行に関して全ての責任を持つ者（研究分担者については配分機関の判断による）	PI本人（研究分担者については配分機関の判断による）
対象事業 （文科省事業）	創発的研究支援事業、革新的先端研究研究開発支援事業、医療分野国際科学技術共同研究開発推進事業、社会のニーズを踏まえたライフサイエンス、先端バイオ創薬等基盤技術開発事業、ワクチン開発のための世界トップレベル研究開発拠点の形成事業、ゲノム医療実現バイオバンク利活用プログラム、医療機器等研究成果展開事業、次世代がん医療加速化研究事業、先端国際共同研究推進事業 他  (令和5年4月1日時点)	科学研究費助成事業、創発的研究支援事業、革新的先端研究研究開発支援事業、医療分野国際科学技術共同研究開発推進事業、社会のニーズを踏まえたライフサイエンス、先端バイオ創薬等基盤技術開発事業、ワクチン開発のための世界トップレベル研究開発拠点の形成事業、ゲノム医療実現バイオバンク利活用プログラム、医療機器等研究成果展開事業、次世代がん医療加速化研究事業、先端国際共同研究推進事業 他  (令和5年4月1日時点)
支出額	PIの年間給与額に、年間を通じて研究活動に従事するエフォートに乗じた額とすることを原則とし、研究課題の実施に支障がないよう、上記額の範囲内でPIが設定。各配分機関においては、研究費の規模により、一定の割合等を人件費の支出の上限として設定するなど、必要に応じた措置を講ずる。	PIが所属する研究機関において、支出額の算定基準を設定する。 例) PIの年間給与額×バイアウトする業務のエフォート率＝支出額 なお、各配分機関において、研究費の規模により、一定の割合等をバイアウト経費の支出上限として設定するなど、必要に応じた措置を講ずる。
利用の条件	以下の3つの条件を満たしたうえで、配分機関に体制整備状況・活用方針を提出する必要がある。 <ul style="list-style-type: none"> <li>PI本人が直接経費にPI人件費を計上することを希望していること</li> <li>PIが所属する研究機関において、確保した財源を研究力向上のために適切に執行する体制が整備されていること</li> <li>研究の業績評価が処遇に反映されるなどの人事給与マネジメントを実施していること</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>研究機関において、①代行できる業務の範囲、②年間に代行できる上限、③代行に係る経費やその算定基準等を含む規程を整備する等など、バイアウト制度に関する仕組みを構築すること</li> <li>PIと合意の上、研究機関が代行要員を確保する等により代行を実施すること</li> <li>経費の適正な執行を行うこと</li> </ul>