

これまでの議論の整理（案）

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¹に規定されている。
- 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・研究に資することを前提とした診療を担っており、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地域の医療を支える医師の派遣による地域貢献など、社会の維持に不可欠な機能を担っている。
- 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。その役割を果たす上では、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。

2. 大学病院改革の基本的な考え方

(1) 現状と課題

(診療の規模拡大と経常利益率の低減)

¹ 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。）

- 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、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²で対応することとされた。附属病院運営費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、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 %分を増額することが求められた。
- また、2003（平成 15）年度に特定機能病院に DPC 制度（DPC/PDPS）³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ているが、この間に、医師数は約 3 倍、看護師等の雇用者数も 2 倍以上へと増加している。
- 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騰や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、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るため地域の医療機関での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、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が、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。

² 附属病院運営費交付金：平成 25 年以降、措置対象法人なし。

³ 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。

- 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⁴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。

（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、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、教育に割くことができる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⁵。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。

（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）⁶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

⁴ 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。

⁵ 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。

⁶ 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。

と比べて労働時間が長い中、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が維持されてきた状況を変革し、適正な労働環境を整えることが必要となっている。

- 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）年度末を目標とされるに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⁷に及ぶ医師の労働時間を削減しなければならない⁸ことから、これまでの大学病院の教育・研究・診療機能を維持できなく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も働き方改革が教育・研究に与える影響に対する懸念がある。
- また、若手医師にとって、業務多忙で他の病院に比べて給与が低い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、これらの実践が進められるように、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り、結果として、医師派遣が困難となること等によって、地域医療を支える基盤を失ってしまうことになる。
- 以上のとおり、これまでに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。
- 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、教育や研究の機能の

⁷ 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。

⁸ 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。

維持が不可欠であり、2035（令和 17）年度末を目標とされる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・研究機能の維持に取り組むことが喫緊の課題である。

（2）基本的な考え方

- 今後の医療需要に目を向ければ、2025 年問題⁹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。
- 大学病院は、本来的な役割として教育・研究機能を有しており、現在の医療のみならず「未来の医療」のためにも必要不可欠な役割を果たしている。また、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し、地域の医療提供体制の維持に大きな役割を果たしている。しかしながら、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ることで、引き続き地域の医療提供体制の維持に貢献することはもとより、大学病院の機能を維持することも困難を極めることが予想される。
- 大学病院が、現状の高度な教育・研究・診療機能を引き続き維持し、その役割を果たしていくためには、大学病院の運営体制を持続可能なものとすることが不可欠であり、大学病院が持続可能な運営体制であることこそが、地域における医療提供体制の維持にもつながる。
- このため、大学病院は、今後の地域の医療需要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、各大学病院において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。
- 国は、大学病院が、今後も我が国の医学教育及び研究を牽引し、併せて高度で専門的な医療を提供し続けるために必要な支援の在り方について、文部科学省のみならず関係省庁が連携してあらゆる方策を検討すべきである。

3. 大学病院運営の在り方

（1）働き方改革の推進と大学病院としての機能の両立

⁹ 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。

- 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、一義的には、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¹⁰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・機能を担うまでとなっている。
- 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、地域の医療機関に対する医師の派遣を行っているが、診療報酬体系においては、そうした機能を考慮した評価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、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、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、都道府県とともに大学病院がその中心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ていくことも検討すべきである。
- また、大学病院が、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、

¹⁰ 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。

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、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、その実情に応じた改革を進め、持続可能な大学病院経営に取り組むことが必要となる。

- 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、検討する必要がある。
- 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・阻害するようなものと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。

(2) 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・診療材料費等の高騰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、(一社)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ているが、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進めるなど、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。
- 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を検討する必要がある。また、当面の対応として、あまりに老朽化した医療機器の更新のための対応が必要である。
- 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。

- また、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り方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。

(3) 大学病院における人材確保、タスク・シフト/シェア

- 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。
- 例えば、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¹¹については、指定研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

¹¹ 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指定研修機関になっていないのは 13 大学。

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。
- また、女性医師の割合が高まり¹²、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¹³、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。

4. 医学部及び大学院における教育・研究の充実

(1) 医学部における教育の充実

- 2021（令和3）年の医療法の改正により、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。
- 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、認定評価者の要件が厳格化されており評価者の確保に課題があるなど大学に対

¹² 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）。

¹³ 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）。

する新たな負担も生じている。教育の質を向上させるためには、人手の少ない中で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病院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、地域の病院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、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に取り組み、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必要がある。

(2) 大学院博士課程の魅力向上

- 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、専門医となっ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おり、専門医制度との関係性を含めたキャリアパスの改善が求められる。
- 具体的には、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。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、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」が設定されている。2022（令和4）年度から開始されたプログラムであり、活用状況を踏まえた改善・充実が必要であるが、このようなプログラムを一層活用するとともに、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、各大学・大学病院における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、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断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、医学部定員全体の範囲内において増員すること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。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

- 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、我が国は大きく後塵を拝している。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である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。
- 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、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、各大学において、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 費の支出について普及・促進すべきである。

- 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。

5. 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。