

# 今後の医学教育の在り方 に関する検討会について



2024年6月18日（火）  
文部科学省 医学教育課



文部科学省

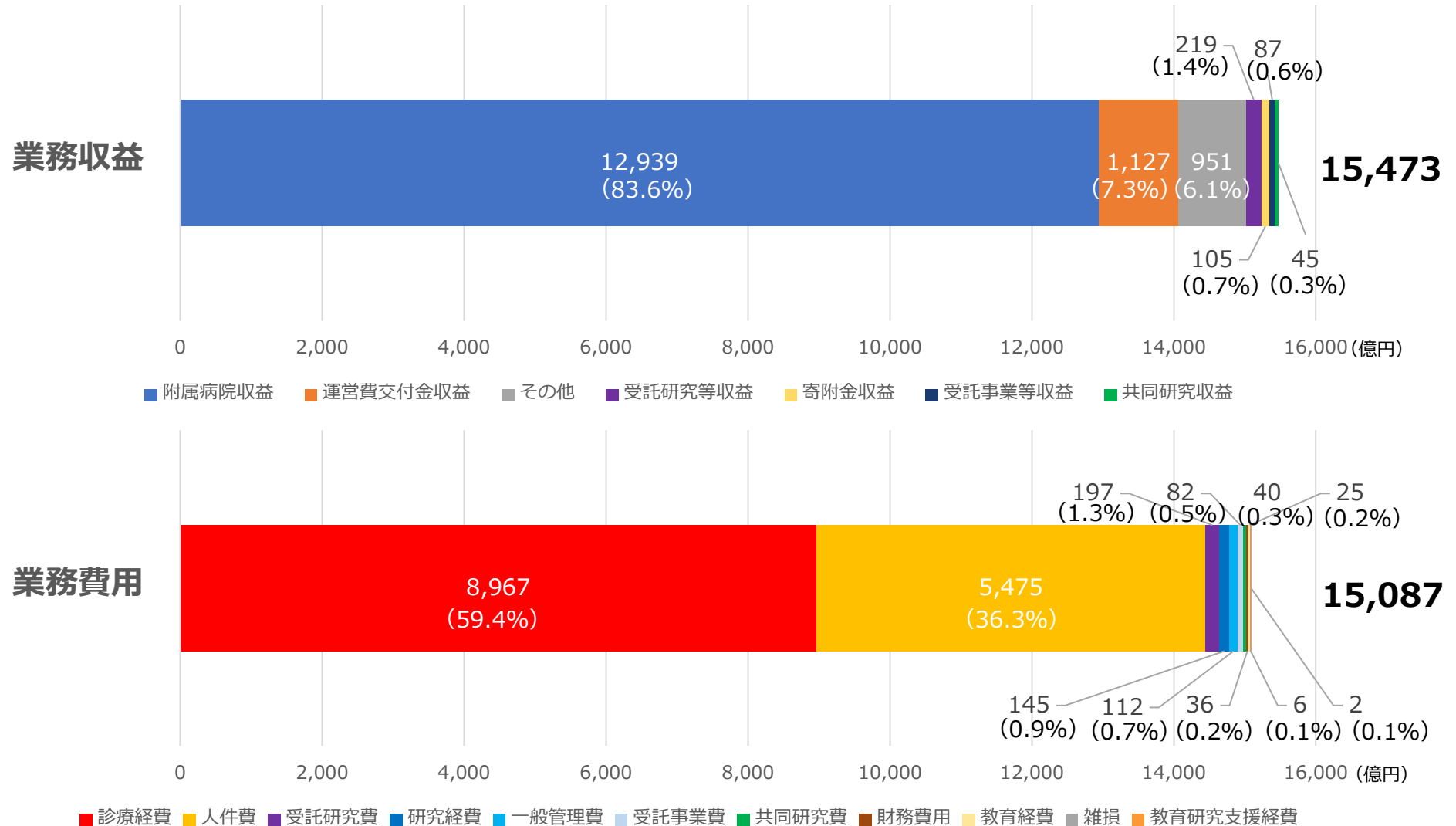
MEXT

MINISTRY OF EDUCATION,  
CULTURE, SPORTS,  
SCIENCE AND TECHNOLOGY-JAPAN

# 大学病院の研究環境

# 令和4年度国立大学病院全体の収益及び費用

○ 業務収益については、全体の8割強を附属病院収益が占め、受託研究等収益・共同研究収益の合計額は全体の2%未満。業務費用については、全体の6割弱を診療経費、4割弱を人件費が占めている。

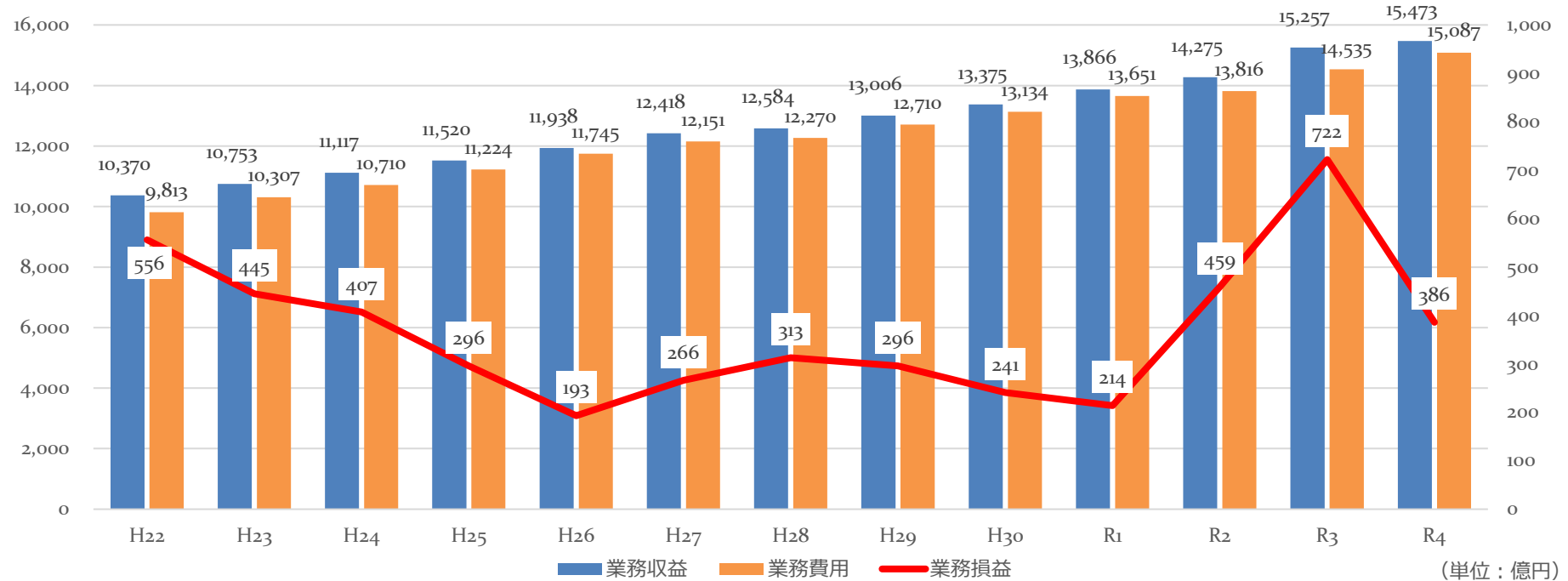


# 国立大学病院の業務損益の推移

国立大学の法人化の際に国から承継した財政融資資金の借入金（約1兆円）の償還を含めた借入金の返還、赤字改善等のため増収を追求した運営を実施するものの、収入が増えた分、支出も増加し、増収減益の傾向。

【業務収益・費用】（単位：億円）

【業務損益】（単位：億円）

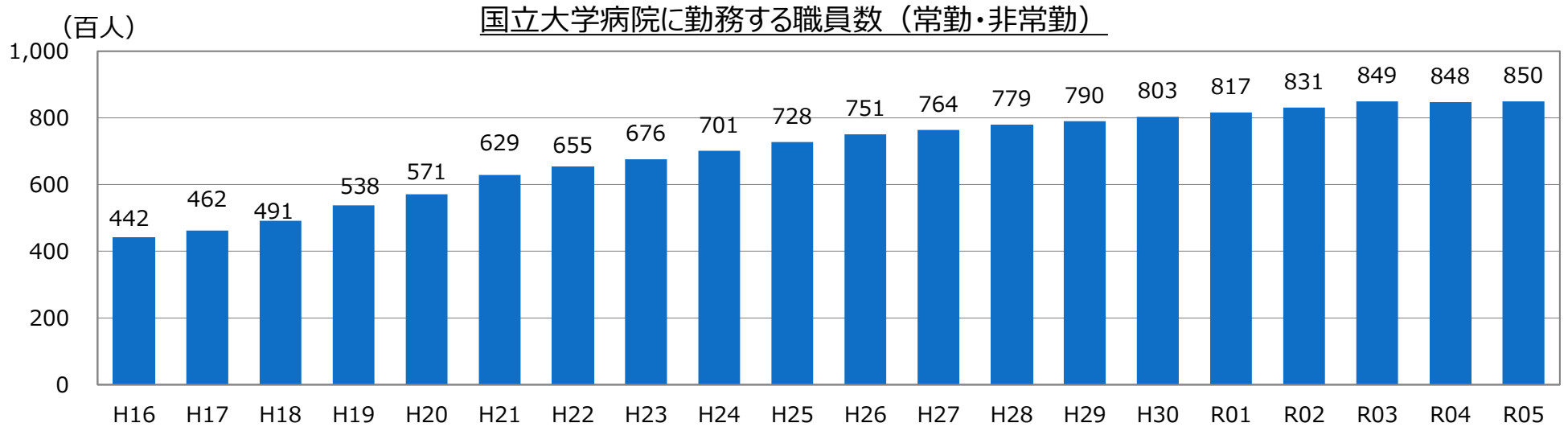


事項	H22	H23	H24	H25	H26	H27	H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4
業務収益	10,370	10,753	11,117	11,520	11,938	12,418	12,584	13,006	13,375	13,866	14,275	15,257	15,473
業務費用	9,813	10,307	10,710	11,224	11,745	12,151	12,270	12,710	13,134	13,651	13,816	14,535	15,087
業務損益	556	445	407	296	193	266	313	296	241	214	459	722	386
(参考) 借入金返済額	771	785	777	777	788	758	742	725	680	669	613	659	655

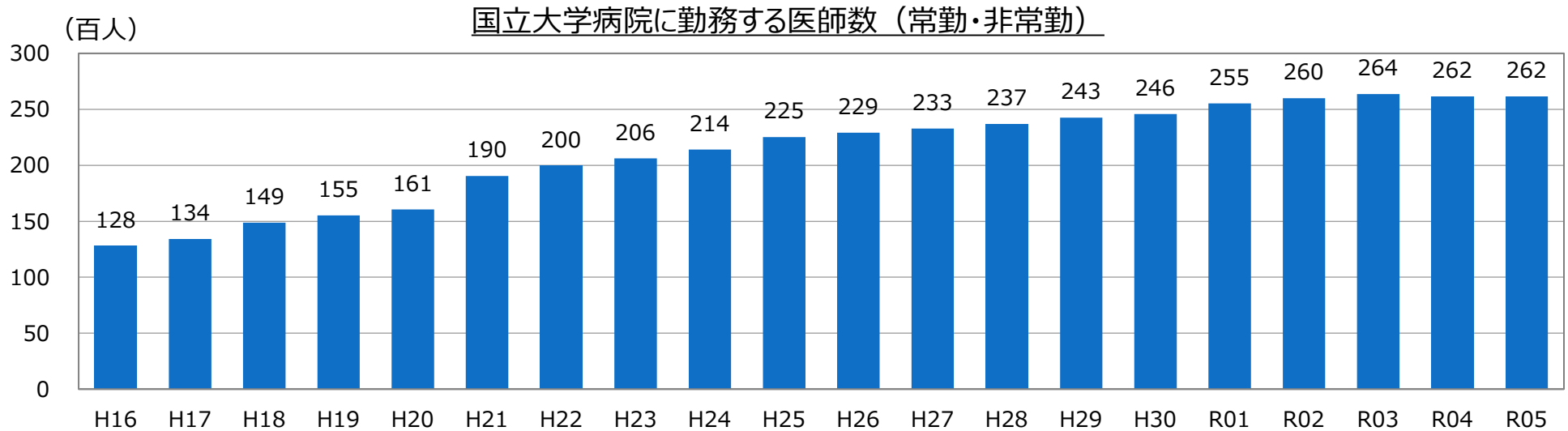
(出典) 文部科学省『国立大学法人等の決算について』別紙資料集「附属病院セグメント情報」及び「附属病院セグメントにおける収支の状況（キャッシュ・フロー計算書の形式を使った病院収支の状況表）」を元に医学教育課において作成。  
 ※「(参考) 借入金返済額」は「附属病院セグメントにおける収支の状況」における「借入金の返済による支出」及び「国立大学財務・経営センター／大学改革支援・学位授与機構債務負担金の返済による支出」の合計値。  
 (H22～H24は国立大学病院長会議調べ)

# 国立大学病院の職員数

診療業務の増加に伴い、国立大学病院における職員数、医師数は増加。



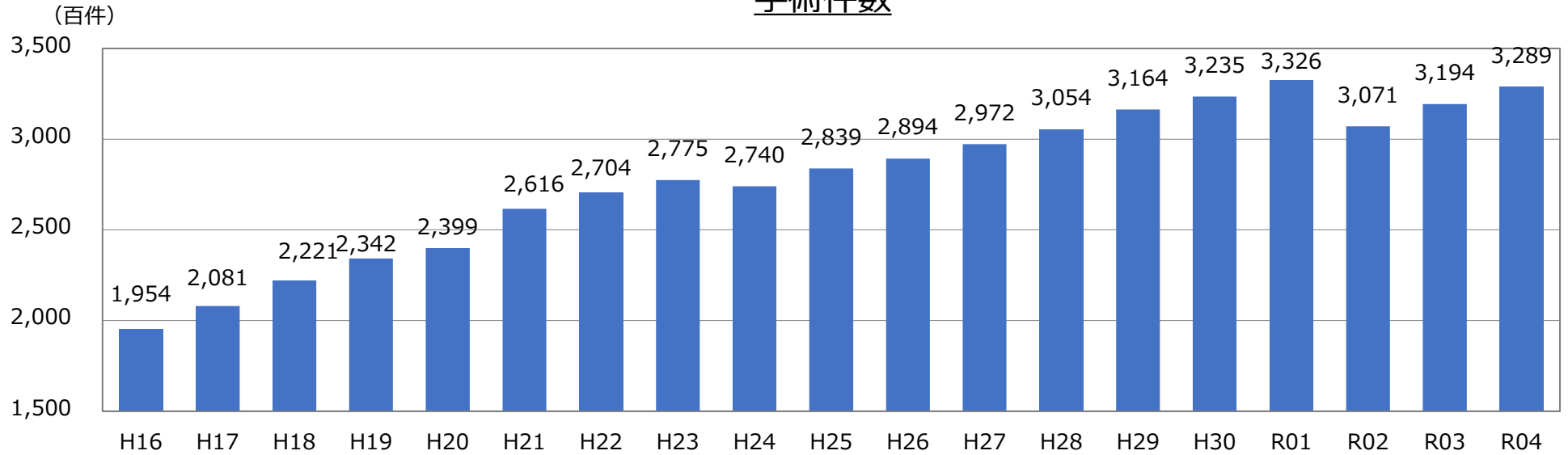
【職員の内訳】 医師、歯科医師、看護師等、薬剤師、診療放射線技師、臨床検査技師、その他、事務職員



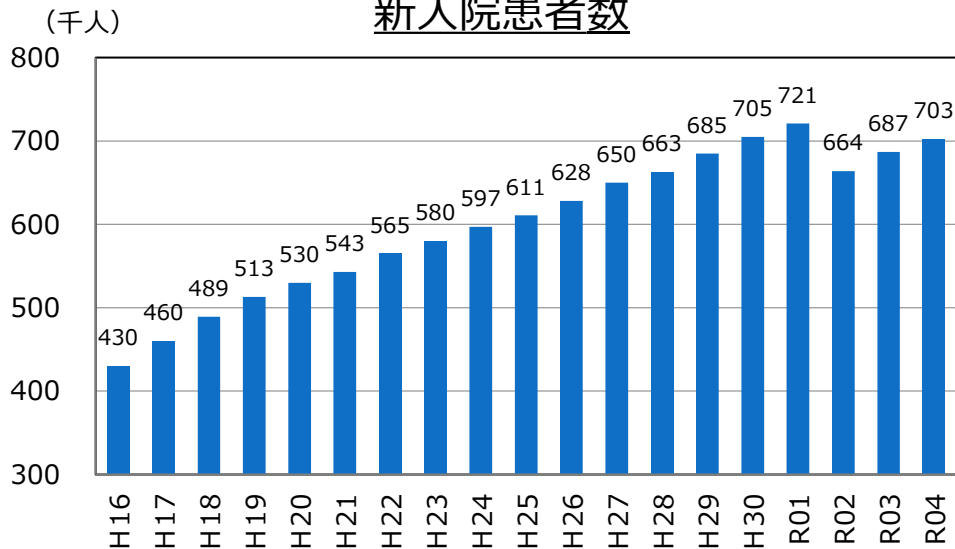
# 国立大学病院における手術件数・患者数の推移

増収を追求した結果、手術件数、患者数等の診療規模が拡大し、診療業務が増加。

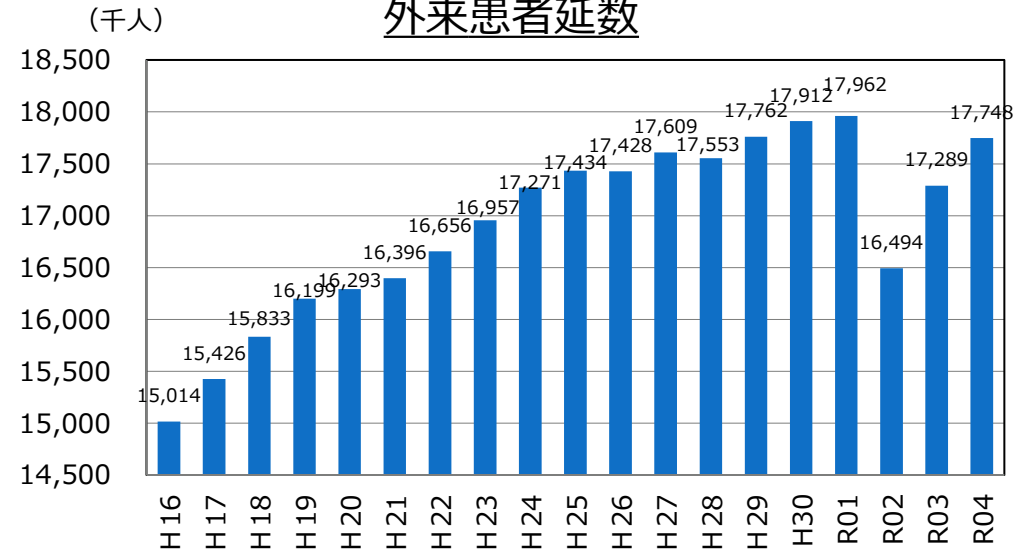
## 手術件数



## 新入院患者数

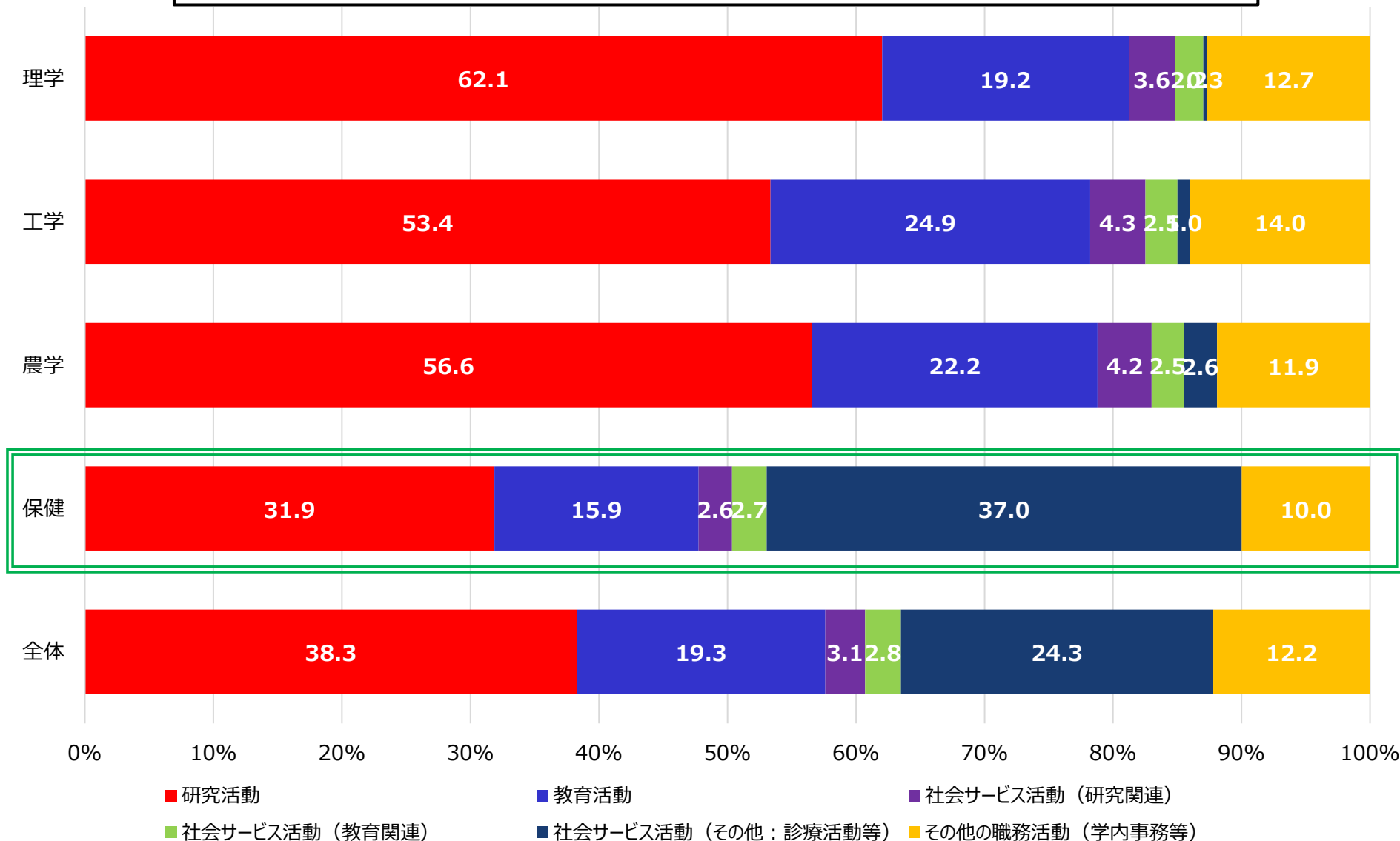


## 外来患者延数



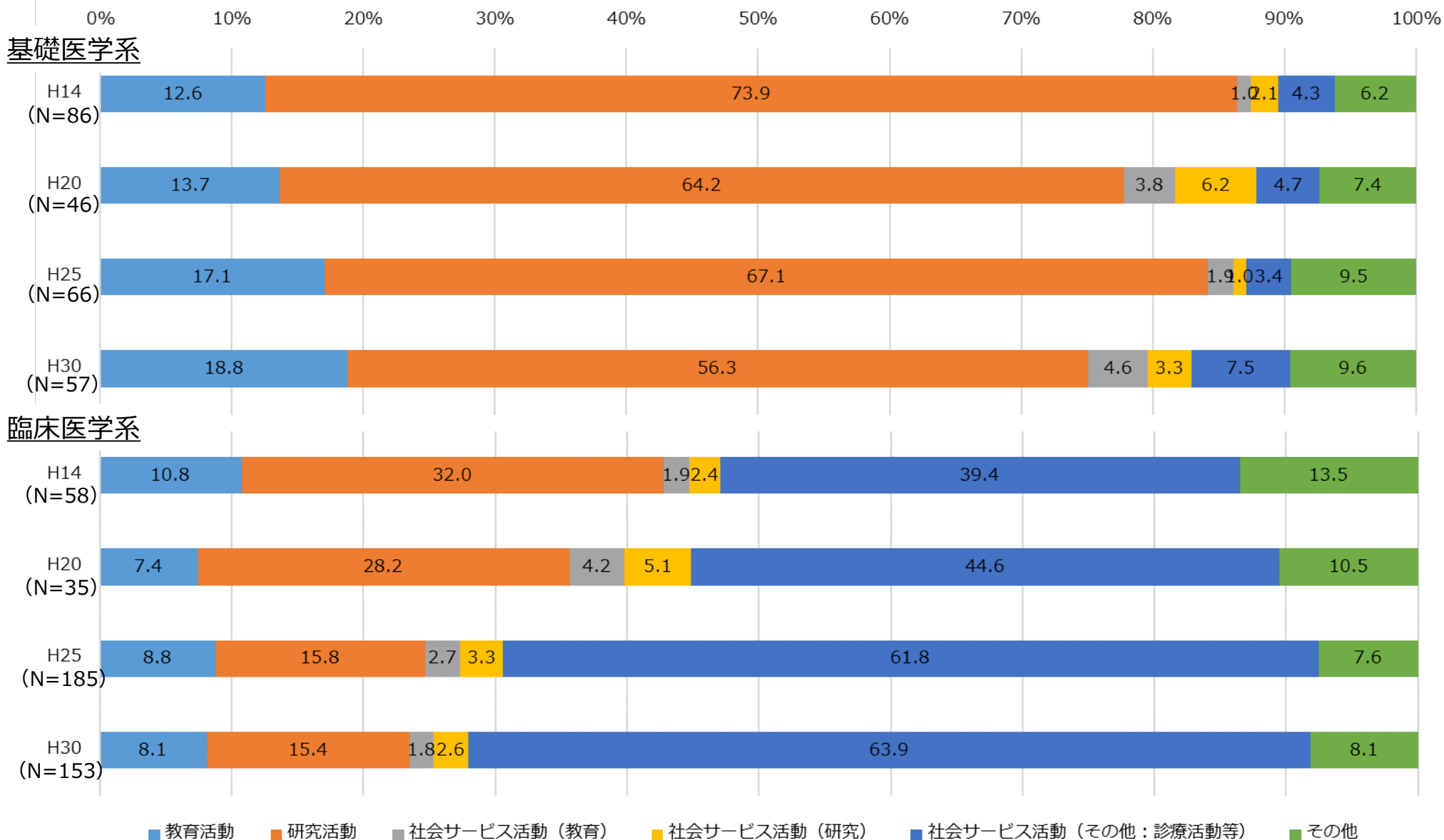
# 助教の学問分野別活動時間割合

医学を含む保健分野は、診療活動の effort が大きな割合を占めており、他分野に比較して研究活動時間の割合が少ない。



# 医学分野における助教の労働時間に占める研究時間の割合の推移

特に臨床医学系助教の研究活動時間の割合は大幅に減少している。

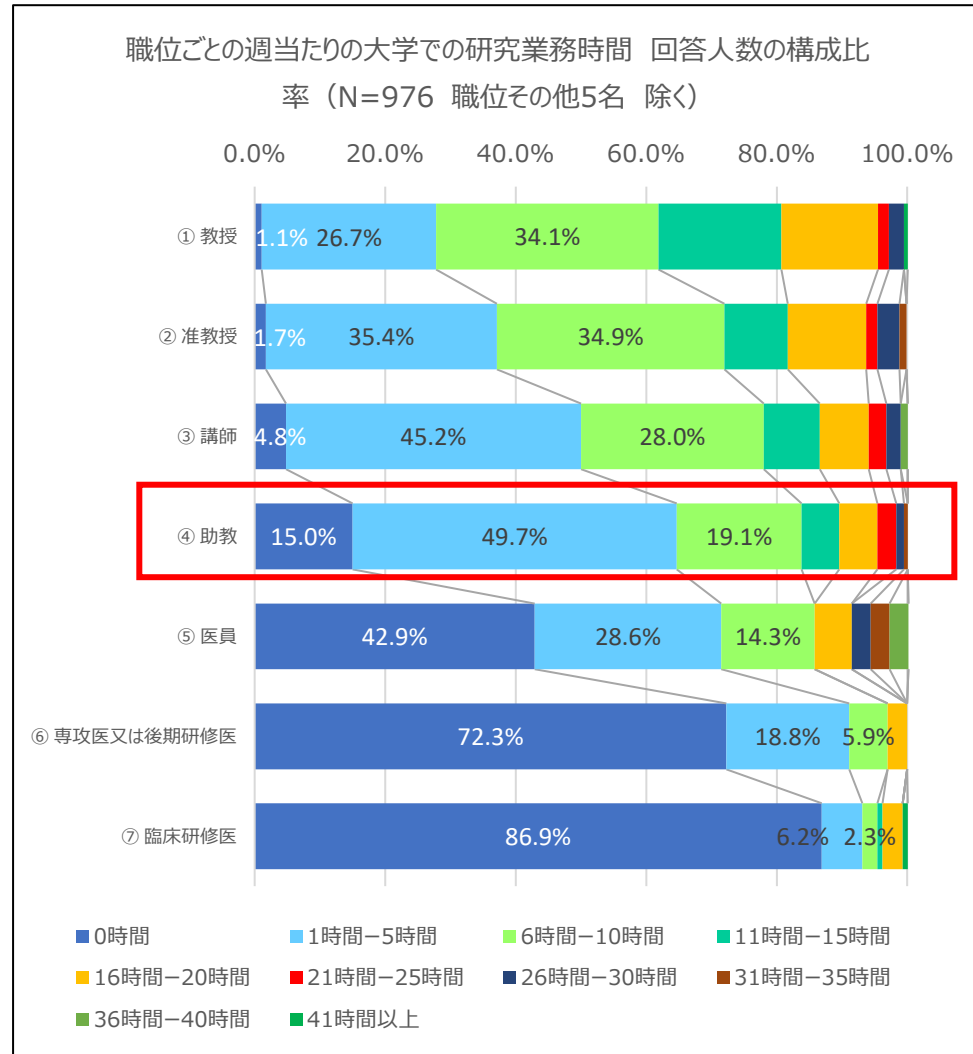
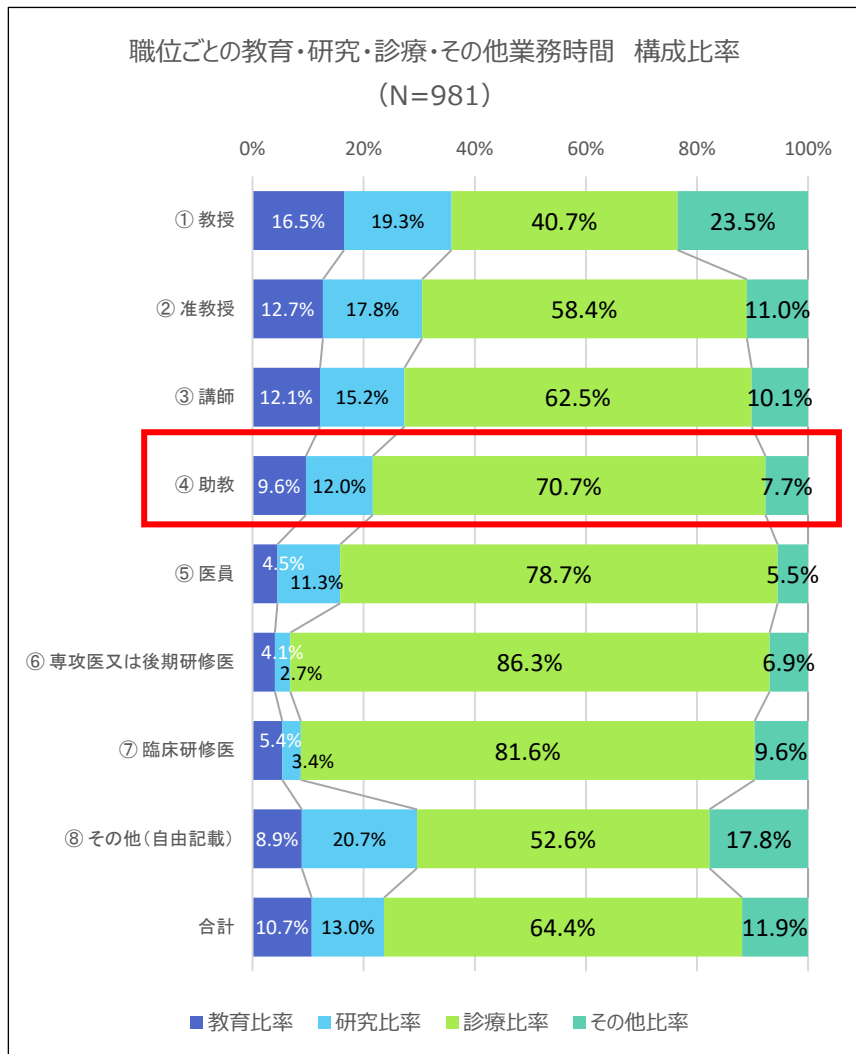


(出典) 文部科学省「大学等におけるフルタイム換算データに関する調査」を基に、文部科学省医学教育課が作成。



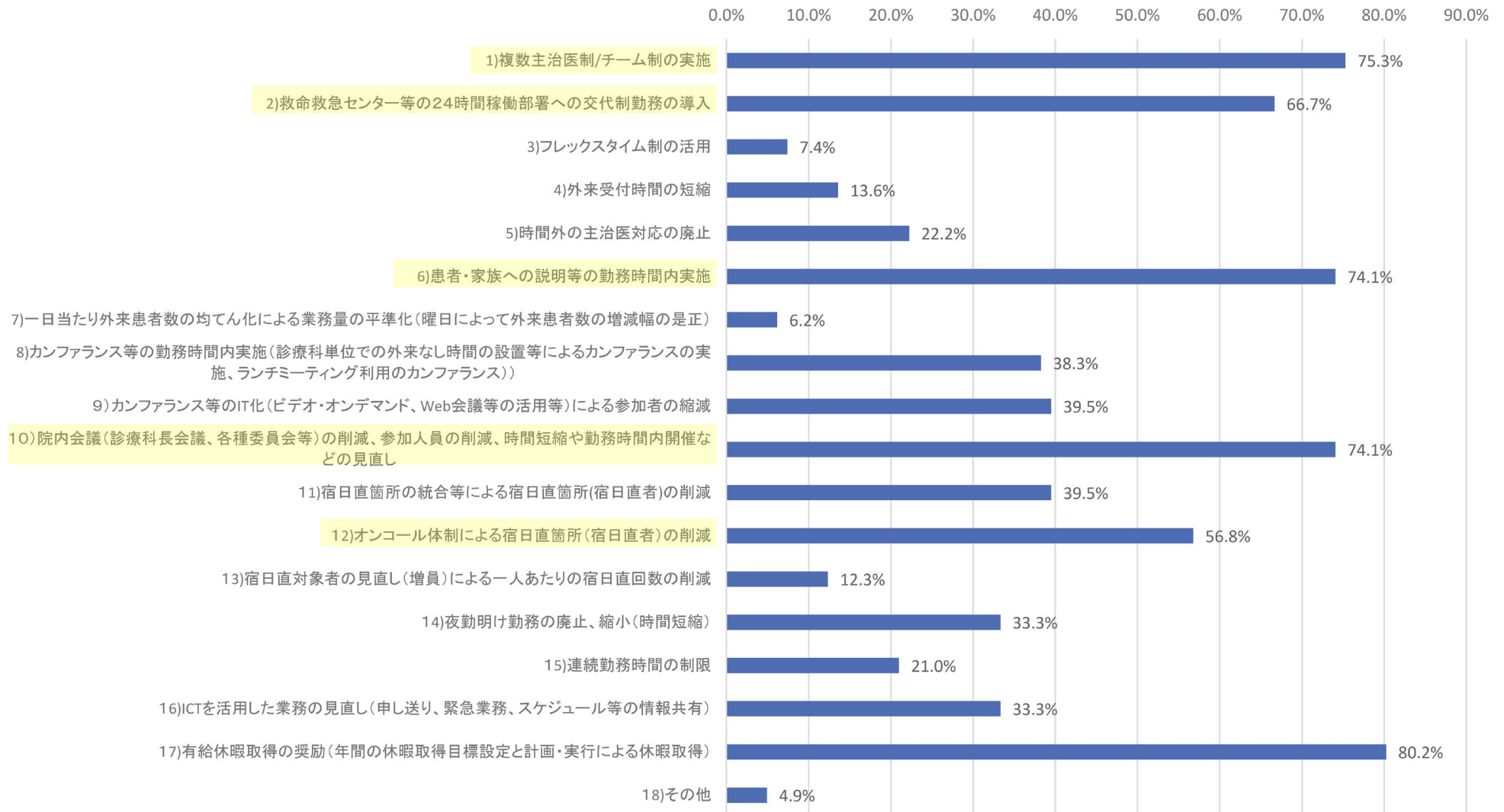
# 業務時間の構成比率及び週当たり研究業務時間

- 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。



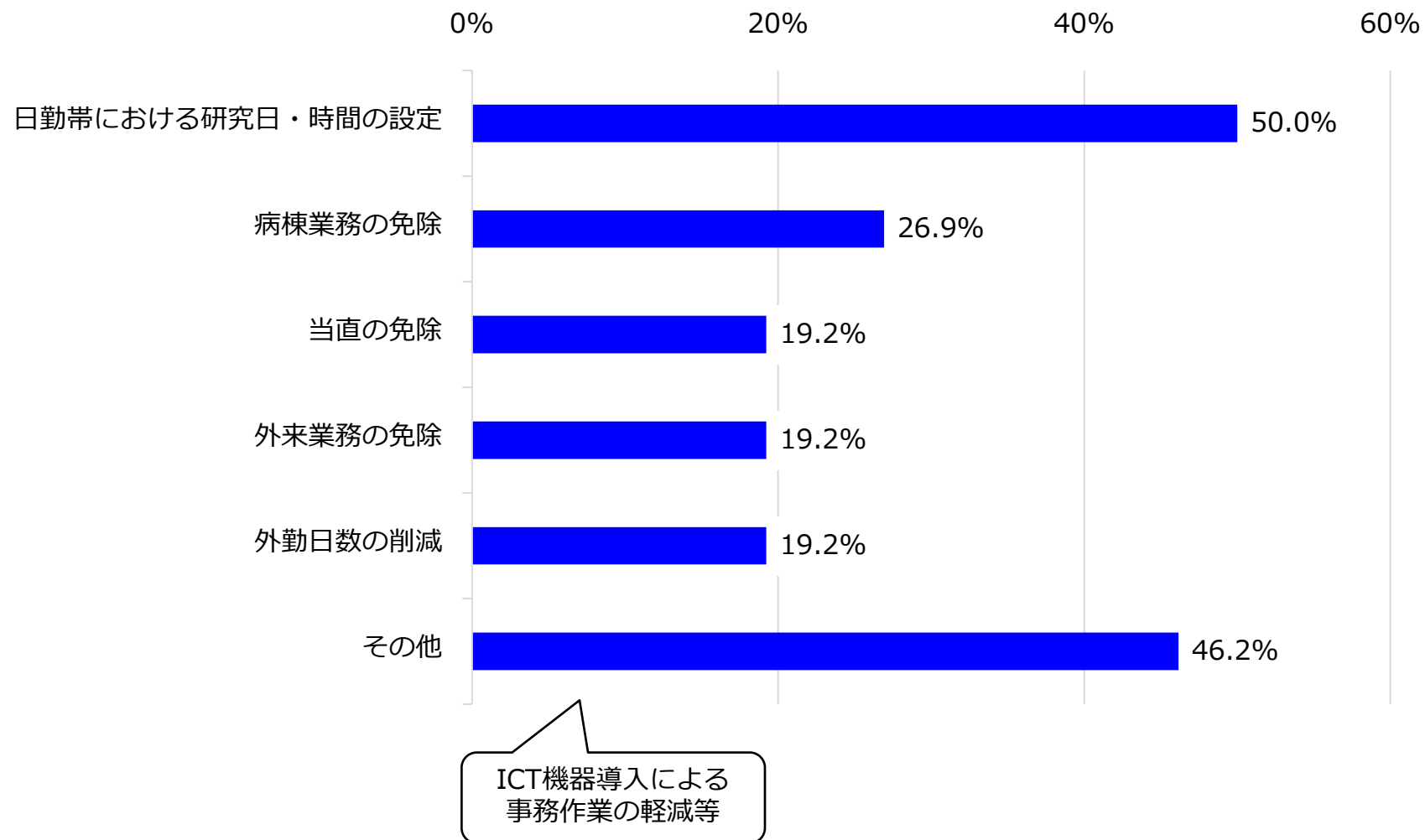
# 医師の勤務時間短縮に向けた取組実施内容（複数回答可）

医師の勤務時間短縮に向けた取組み実施内容 回答率（N=81 未回答1病院除く）



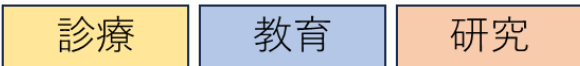
(出典) 一般社団法人 全国医学部長病院長会議「大学病院における医師の働き方に関する調査研究報告書」  
(令和4年度 文部科学省 大学における医療人養成の在り方に関する調査研究委託事業)

大学・大学病院では、研究時間確保等のために、以下のような取組が実施されている。

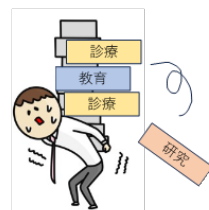


# 大学病院若手教員の週間スケジュールの例（研究時間を捻出している例）

## 週間スケジュールの一例



研究に当てる時間の確保が難しい



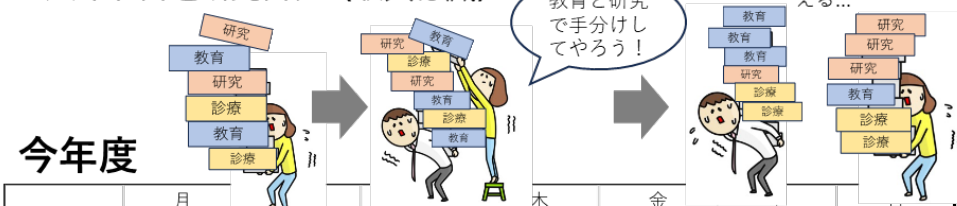
### 昨年度

	月	火	水	木	金	土	日
8:00		委員会					
:30						外来	外来予習
9:00	学生実習		学生実習			(連携病院)	講義準備
:30						月1回	学会準備
10:00		外来		病棟業務	病棟業務		教室行事の準備
:30			病棟業務			病棟当番	専門医の勉強
11:00	病棟業務		病棟業務			または	
:30						オンコール、	
12:00		教室会議				日当直 等	
:30						交代勤務	
13:00					病棟業務		
:30	病棟業務	カンファレンス					
14:00					多職種間ファ		
:30					病棟カンファ		
15:00	学生実習	糖尿病教室	外来	外来	病棟カンファ		
:30			(連携病院)	(連携病院)			
16:00	研究MTG	病棟業務			学生実習		
:30							
17:00	病棟業務	研究			病棟業務		
:30							
18:00	委員会	委員会			委員会		
:30							
19:00	研究	当直	研究MTG	論文執筆	研究		
:30							
20:00							
:30							

研究日を設けて頂いた（同僚・上司の理解により実現）

- ・診療科内でワークシェア、エフォートの配分の見直し
- ・バイト日を研究日に（収入は減）

分担したけど年次とともに業務が増える...



### 今年度

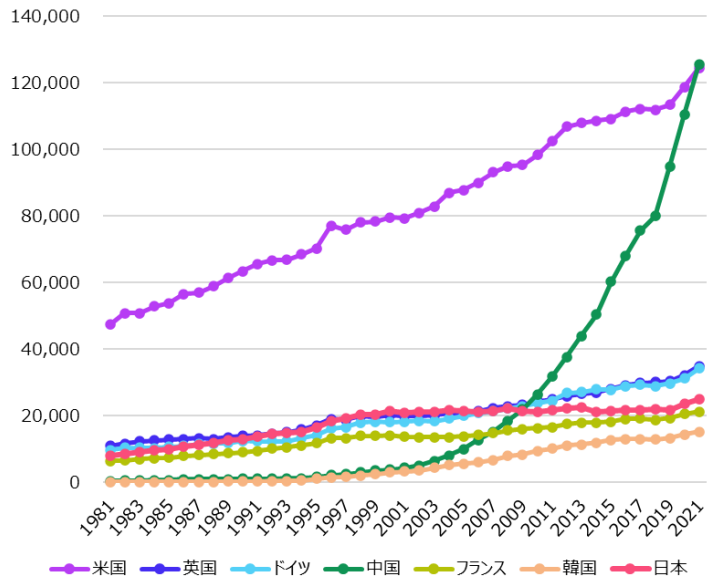
	月	火	水	木	金	土	日
8:00		委員会					
:30	学生実習				病棟業務	外来	外来予習
9:00			学生実習			(連携病院)	講義準備
:30						月1回	学会準備
10:00	外来	外来		病棟業務	研究MTG		教室行事の準備
:30	病棟業務					病棟当番	専門医の勉強
11:00			病棟業務			または	
:30						オンコール、	
12:00		教室会議				日当直 等	
:30						交代勤務	
13:00					病棟業務		
:30	外来	カンファレンス					
14:00	病棟業務			研究日		多職種間ファ	
:30						病棟カンファ	
15:00	学生実習	糖尿病教室	外来	外来	病棟カンファ		
:30			(連携病院)	(連携病院)			
16:00	研究MTG	病棟業務			学生実習		
:30							
17:00	病棟業務	研究			病棟業務		
:30							
18:00	委員会	委員会			委員会		
:30							
19:00	研究	当直	研究MTG	論文執筆	研究		
:30							
20:00							
:30							

（出典）今後の医学教育の在り方に関する検討会（第2回）（令和5年6月23日）資料2  
徳島大学医歯薬学研究部血液・内分泌代謝内科学 助教 原倫世氏より御提供

# 医学分野の研究力の現状

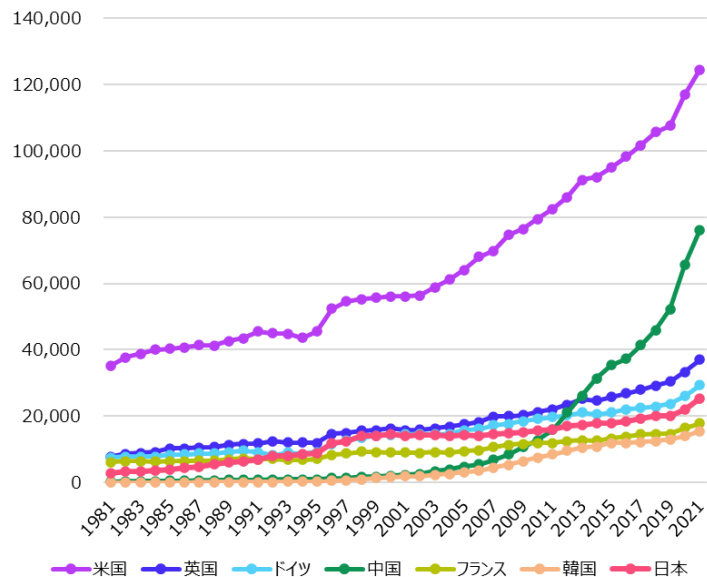
# 医学分野における科学論文の現状

## 【各国の基礎生命科学論文数の推移】



	2012	2021	増加率
米国	106,875	124,426	116%
英国	25,823	34,811	135%
ドイツ	26,789	34,217	128%
中国	37,550	125,563	334%
フランス	17,498	21,167	121%
韓国	11,032	15,093	137%
日本	22,276	24,803	111%

## 【各国の臨床医学論文数の推移】



	2012	2021	増加率
米国	85,986	124,476	145%
英国	23,481	37,050	158%
ドイツ	20,315	29,330	144%
中国	21,049	76,204	362%
フランス	12,507	17,802	142%
韓国	9,655	15,513	161%
日本	17,009	25,168	148%

(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2023」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。

# 基礎生命科学におけるTop10%補正論文数シェアの推移

基礎生命科学でのTop10%補正論文数シェア（分数カウント）は、1999年～2001年（平均）で**世界4位**であったが、2019年～2021年（平均）では**世界12位**に低下している。

基礎生命科学	PY1999年 - 2001年 (平均)					
	Top10%補正論文数					
	整数カウント			分数カウント		
国・地域名	論文数	シェア	順位	論文数	シェア	順位
米国	11,303	52.1	1	9,796	45.2	1
英国	2,757	12.7	2	1,989	9.2	2
ドイツ	2,011	9.3	3	1,387	6.4	3
<b>日本</b>	<b>1,473</b>	<b>6.8</b>	<b>4</b>	<b>1,166</b>	<b>5.4</b>	<b>4</b>
フランス	1,444	6.7	5	987	4.6	5
カナダ	1,287	5.9	6	913	4.2	6
オーストラリア	780	3.6	7	570	2.6	7
オランダ	766	3.5	8	517	2.4	8
イタリア	723	3.3	9	486	2.2	9
スイス	657	3.0	10	412	1.9	11
スペイン	594	2.7	11	440	2.0	10
スウェーデン	562	2.6	12	365	1.7	12
デンマーク	365	1.7	13	239	1.1	13
ベルギー	353	1.6	14	217	1.0	14
イスラエル	294	1.4	15	194	0.9	15
フィンランド	268	1.2	16	181	0.8	16
オーストリア	212	1.0	17	132	0.6	19
中国	212	1.0	18	134	0.6	18
ノルウェー	176	0.8	19	115	0.5	22
ブラジル	173	0.8	20	110	0.5	23
インド	171	0.8	21	138	0.6	17
ニュージーランド	170	0.8	22	124	0.6	20
韓国	160	0.7	23	120	0.6	21
台湾	100	0.5	24	79	0.4	24
アイルランド	99	0.5	25	67	0.3	25



基礎生命科学	PY2019年 - 2021年 (平均)					
	Top10%補正論文数					
	整数カウント			分数カウント		
国・地域名	論文数	シェア	順位	論文数	シェア	順位
米国	15,679	33.3	1	10,598	22.5	2
中国	13,231	28.1	2	10,752	22.8	1
英国	5,192	11.0	3	2,271	4.8	3
ドイツ	4,478	9.5	4	2,084	4.4	4
イタリア	3,267	6.9	5	1,877	4.0	5
オーストラリア	2,793	5.9	6	1,282	2.7	7
フランス	2,717	5.8	7	1,199	2.5	9
カナダ	2,631	5.6	8	1,181	2.5	10
スペイン	2,461	5.2	9	1,219	2.6	8
インド	2,058	4.4	10	1,380	2.9	6
オランダ	2,043	4.3	11	807	1.7	15
<b>日本</b>	<b>1,658</b>	<b>3.5</b>	<b>12</b>	<b>881</b>	<b>1.9</b>	<b>12</b>
スイス	1,657	3.5	13	595	1.3	16
ブラジル	1,416	3.0	14	833	1.8	13
イラン	1,368	2.9	15	992	2.1	11
スウェーデン	1,309	2.8	16	432	0.9	19
韓国	1,289	2.7	17	826	1.8	14
ベルギー	1,134	2.4	18	432	0.9	20
デンマーク	1,074	2.3	19	378	0.8	21
エジプト	855	1.8	20	468	1.0	17
サウジアラビア	824	1.7	21	293	0.6	24
ポーランド	813	1.7	22	437	0.9	18
オーストリア	803	1.7	23	257	0.5	27
ポルトガル	709	1.5	24	341	0.7	22
ノルウェー	625	1.3	25	207	0.4	32

# 臨床医学におけるTop10%補正論文数シェアの推移

臨床医学でのTop10%補正論文数シェア（分数カウント）は、1999年～2001年（平均）で**世界4位**であったが、2019年～2021年（平均）では**世界9位**に低下している。

臨床医学	PY1999年 - 2001年 (平均)					
	Top10%補正論文数					
	整数カウント			分数カウント		
国・地域名	論文数	シェア	順位	論文数	シェア	順位
米国	8,347	53.4	1	7,376	47.2	1
英国	1,977	12.6	2	1,479	9.5	2
ドイツ	1,267	8.1	3	901	5.8	3
カナダ	995	6.4	4	690	4.4	5
<b>日本</b>	<b>889</b>	<b>5.7</b>	<b>5</b>	<b>731</b>	<b>4.7</b>	<b>4</b>
フランス	857	5.5	6	607	3.9	6
イタリア	771	4.9	7	523	3.3	8
オランダ	760	4.9	8	525	3.4	7
オーストラリア	535	3.4	9	380	2.4	9
スウェーデン	513	3.3	10	331	2.1	10
スイス	426	2.7	11	240	1.5	11
スペイン	338	2.2	12	222	1.4	12
ベルギー	321	2.1	13	172	1.1	15
フィンランド	280	1.8	14	180	1.2	13
デンマーク	280	1.8	15	175	1.1	14
オーストリア	198	1.3	16	117	0.7	16
イスラエル	167	1.1	17	111	0.7	17
ノルウェー	160	1.0	18	95	0.6	19
中国	150	1.0	19	100	0.6	18
韓国	100	0.6	20	74	0.5	21
台湾	94	0.6	21	76	0.5	20
ブラジル	91	0.6	22	50	0.3	23
ニュージーランド	91	0.6	23	54	0.3	22
ギリシャ	67	0.4	24	41	0.3	24
アイルランド	58	0.4	25	33	0.2	25



臨床医学	PY2019年 - 2021年 (平均)					
	Top10%補正論文数					
	整数カウント			分数カウント		
国・地域名	論文数	シェア	順位	論文数	シェア	順位
米国	16,907	44.2	1	11,761	30.7	1
中国	6,550	17.1	2	5,117	13.4	2
英国	6,318	16.5	3	2,723	7.1	3
イタリア	4,472	11.7	4	2,252	5.9	4
ドイツ	4,147	10.8	5	1,745	4.6	5
カナダ	3,440	9.0	6	1,349	3.5	6
フランス	3,002	7.8	7	1,190	3.1	8
オーストラリア	2,888	7.6	8	1,239	3.2	7
オランダ	2,862	7.5	9	1,067	2.8	10
スペイン	2,404	6.3	10	934	2.4	11
<b>日本</b>	<b>1,989</b>	<b>5.2</b>	<b>11</b>	<b>1,139</b>	<b>3.0</b>	<b>9</b>
スイス	1,868	4.9	12	503	1.3	13
ベルギー	1,490	3.9	13	413	1.1	15
スウェーデン	1,462	3.8	14	441	1.2	14
韓国	1,219	3.2	15	730	1.9	12
デンマーク	1,183	3.1	16	381	1.0	18
ブラジル	1,021	2.7	17	395	1.0	17
オーストリア	887	2.3	18	228	0.6	22
インド	871	2.3	19	407	1.1	16
ポーランド	730	1.9	20	220	0.6	24
イスラエル	685	1.8	21	225	0.6	23
ノルウェー	672	1.8	22	198	0.5	26
ギリシャ	657	1.7	23	193	0.5	27
シンガポール	619	1.6	24	215	0.6	25
台湾	590	1.5	25	321	0.8	19



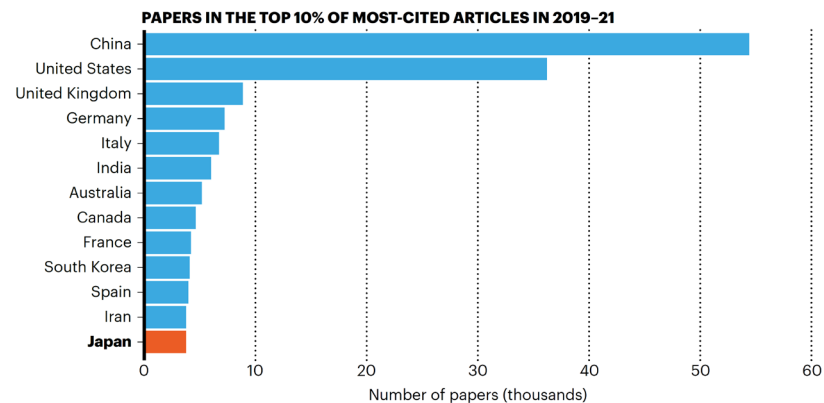
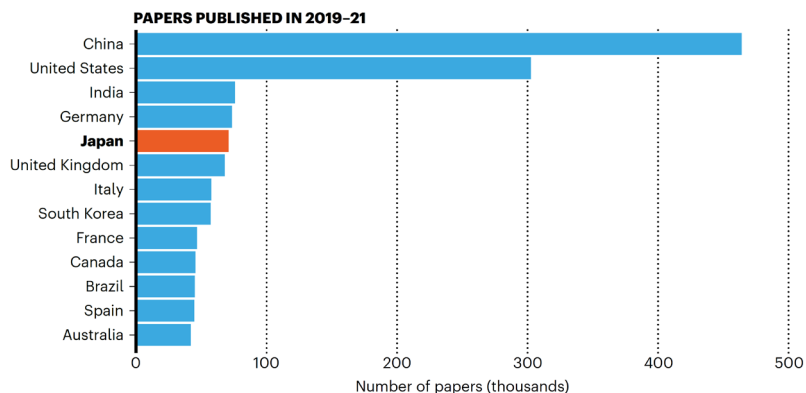
## 「JAPANESE RESEARCH IS NO LONGER WORLD CLASS — HERE'S WHY」について

## 要点

- 日本の研究者の数については国際的にも中国、米国に次いで3番目であるにもかかわらず、それに見合った研究成果を挙げることができていない。**とりわけ Top 10%論文の国際シェアは20年間で6%から2%まで低迷している。**これは、**日本の研究者の論文生産性が低いということではなく、他国の研究環境が向上したことにより、論文シェアが相対的に低下した**と考えられる。
- この一因として、大学への研究開発投資は米国やドイツが80%増、フランスで40%増、韓国で4倍、中国は10倍と各国飛躍的に伸ばしている中、日本は10%増に留まっていることが考えられる。
- また、**日本の大学の研究者は2002年から2018年の間で実際に研究に充てられる時間が47%から33%まで減少**しており、仮に十分な研究費の支援を受けたとしても研究力が向上することは困難と考えられる。これは**日本の大学の研究者は多様な役割を担っており、産業界との共同や社会貢献のために多大な労力を割いているからであり、特に医学分野では若い研究者が診療に多くのエフォートを割いている実態がある。**研究支援人材についても日本の大学は他国に比べて少なく、**研究者20人に対して技術者が1人しかいない。**こうした先輩研究者の苦しむ姿を見て若手研究者はキャリアに対する意欲を減退させている可能性があり、実態として博士課程学生も21%減している。
- 日本の研究環境は過去20年で改善されておらず、むしろキャリアの観点で言えば、期間雇用も増えており悪化している。

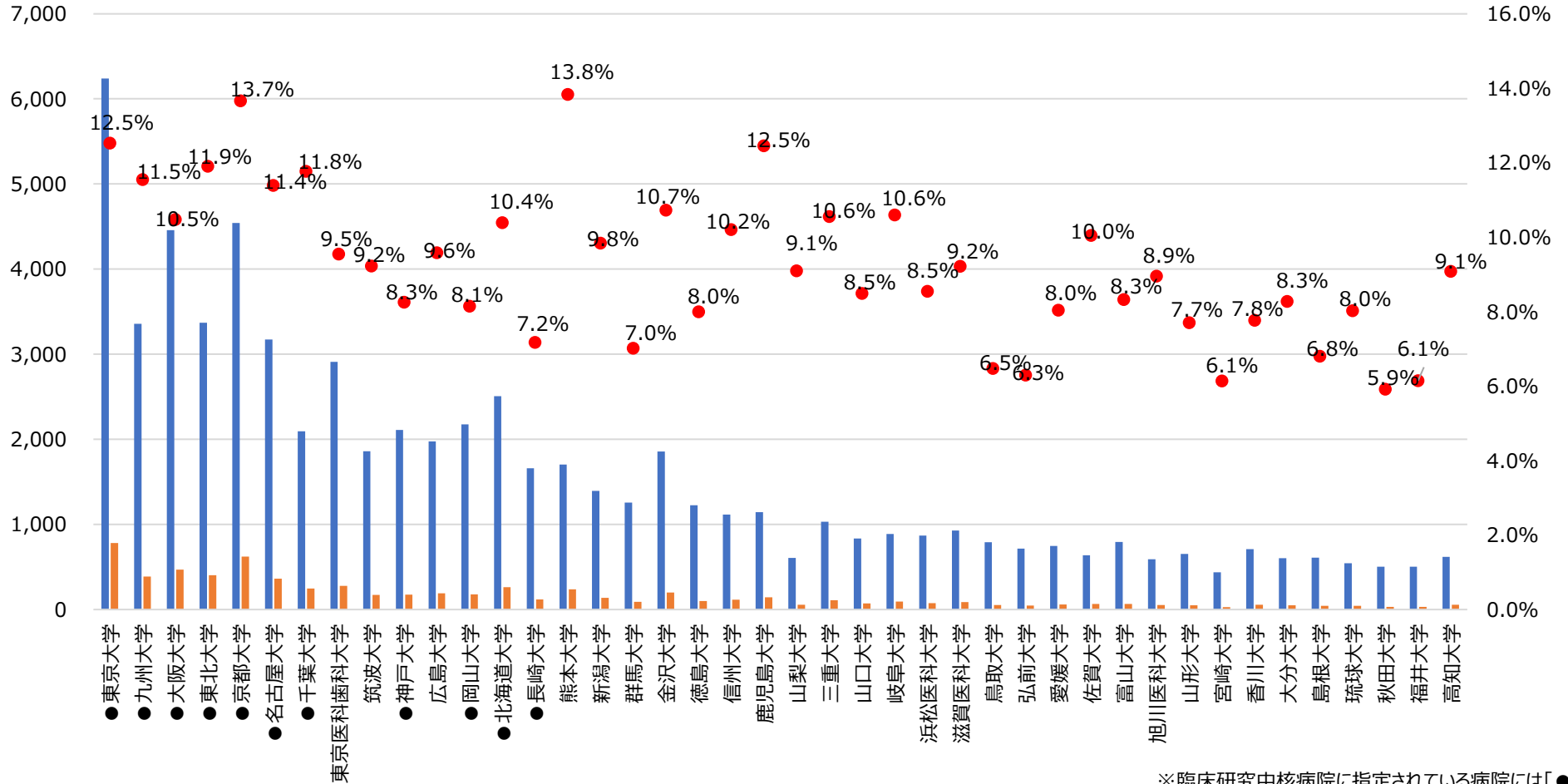
## SLIPPING DOWN

Although Japan was ranked fifth globally in terms of output of scientific papers in 2019–21, it ranked 13th on measures of quality output.



# 臨床医学分野の論文数、Top10%補正論文数、Q 値（論文数に占める Top10%補正論文数の割合）

○ 人的・財政的な規模の大きい大学が、相対的には多数の論文を産出している。一方で、Q 値で見ると、論文数が必ずしも多くない大学も高い値を示しており、質的に優れた研究成果を上げていることが分かる。

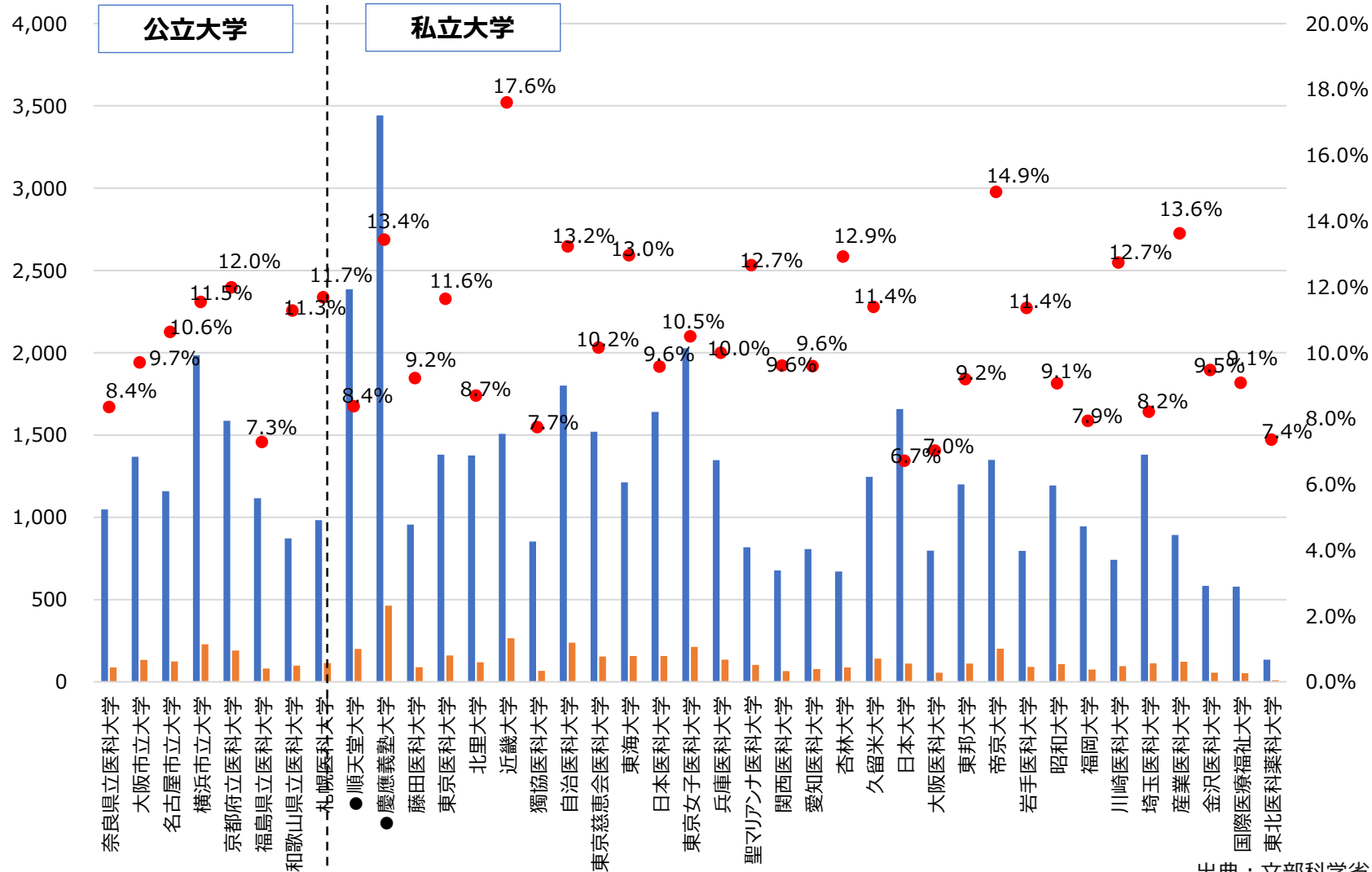


■ 臨床医学分野の論文数（5年合計値、整数カウント、PY2013-2017年）  
 ■ 臨床医学分野のTop10%補正論文数（5年合計値、整数カウント、PY2013-2017年）  
 ● Q 値：論文数に占める Top10%補正論文数の割合

※臨床研究中核病院に指定されている病院には「●」を付している。（北海道大学、東北大学、千葉大学、東京大学、名古屋大学、京都大学、大阪大学、神戸大学、岡山大学、九州大学、長崎大学の11大学）  
 ※附属病院の業務収益が多い順に左→右へ大学を並べている。

# 臨床医学分野の論文数、Top10%補正論文数、Q 値（論文数に占める Top10%補正論文数の割合）

○ 人的・財政的な規模の大きい大学が、相対的には多数の論文を産出している。一方で、Q 値で見ると、論文数が必ずしも多くない大学も高い値を示しており、質的に優れた研究成果を上げていることが分かる。



■ 臨床医学分野の論文数（5年合計値、整数カウント、PY2013-2017年）  
 ■ 臨床医学分野のTop10%補正論文数（5年合計値、整数カウント、PY2013-2017年）  
 ● Q 値：論文数に占める Top10%補正論文数の割合

※臨床研究中核病院に指定されている病院には「●」を付している。（順天堂大学、慶應義塾大学の2大学）  
 ※附属病院の医業・介護収益が多い順に左→右へ公私別に大学を並べている。

出典：文部科学省 科学技術・学術政策研究所、研究論文に着目した日英独の大学ベンチマーキング2019、調査資料-288、2020年3月を基に、文部科学省が加工・作成。

# 国立大学における企業主導治験及び医師主導治験の件数（R4年度）

- 企業主導治験及び医師主導治験のいずれについても、臨床研究中核病院に指定されている病院（11大学病院）で件数が多い。一方で、臨床研究中核病院以外（31大学病院）でも企業主導治験及び医師主導治験は実施されており、大学病院によっては臨床研究中核病院に匹敵する件数を計上している大学病院もある。

	企業主導治験の件数	医師主導治験の件数
合計	4,573	556
（うち、臨床研究中核病院）	2,169	332
（うち、臨床研究中核病院以外）	2,404	224

# 医師の働き方改革

## 2024年4月から医師の働き方改革の新制度が開始

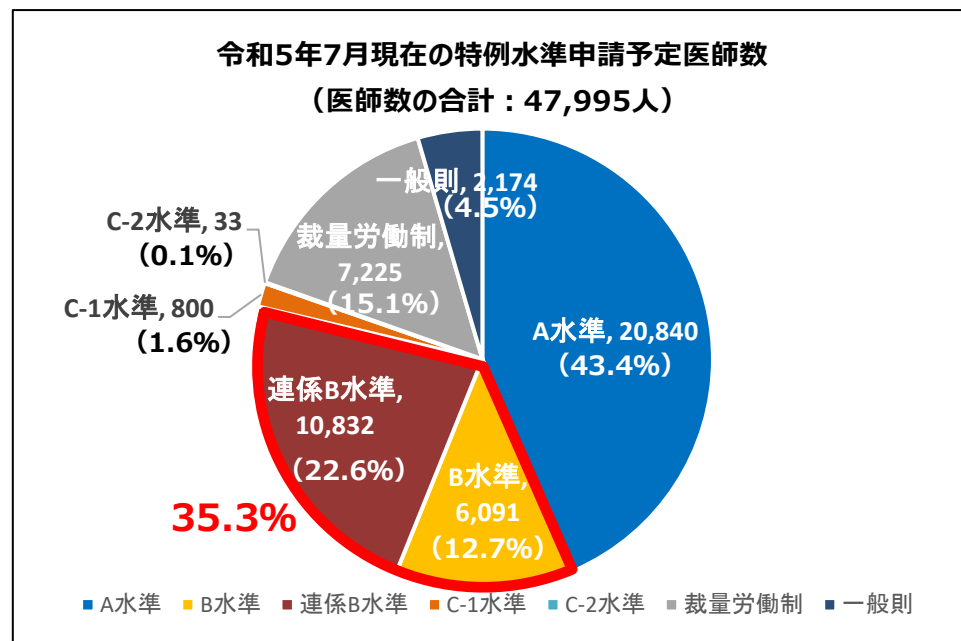
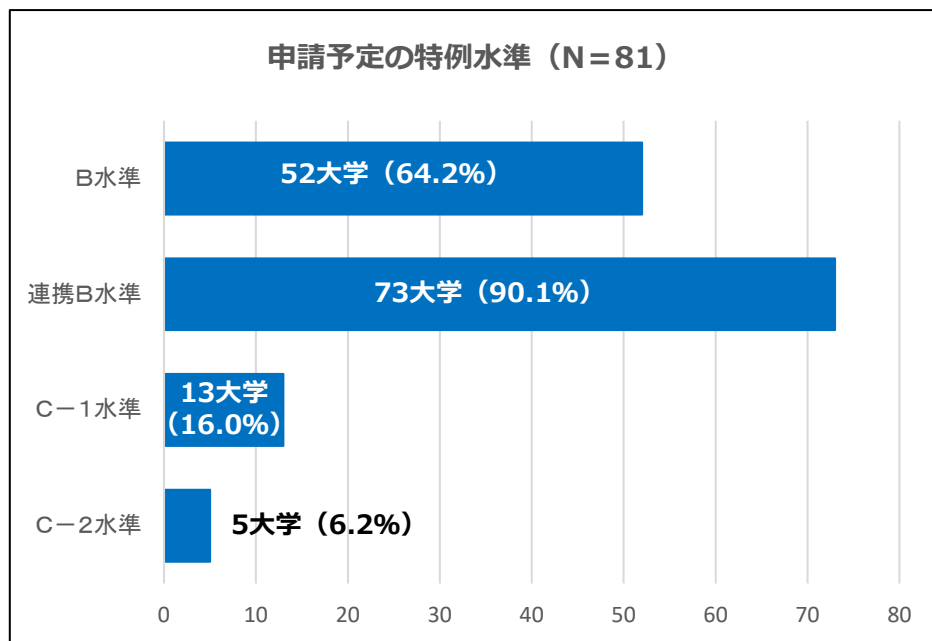
適用する水準	年間の上限時間
一般則 (一般労働者※)	720時間
A水準 (一般的な医師)	960時間
連携B水準 (医師を派遣する病院)	1860時間
B水準 (救急医療等)	1860時間
C-1水準 (臨床・専門研修)	1860時間
C-2水準 (高度技能の修得研修)	1860時間

※青字は地域医療確保暫定特例水準。2035年度末を目標に終了。

# 特例水準申請予定医師数

- 令和5年7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**35%**を占める。
- 暫定特例水準解消に向けて、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可能性がある**。

○申請予定の特例水準（令和6年2月現在、N=81）、特例水準申請予定医師数（令和5年7月現在、N=80）



○令和6年度時間外労働時間別医師数見込み（令和5年7月現在）

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)	17,756人
1,860時間超の医師数 <sup>※</sup>	87人

※令和5年7月現在の1,860時間超の医師数は271人

# 文部科学省医学教育課の取組



# 今後の医学教育の在り方に関する検討会

## 趣旨・目的

医学教育及び大学病院の現状と課題を踏まえ、必要な調査を行いつつ、実効性のある施策等を検討する。  
令和6年5月に第二次中間取りまとめを行い、令和6年度以降の医学教育の改善、教育・研究環境の充実を図る。

## 委員

今村 知明	奈良県立医科大学公衆衛生学講座教授
今村 英仁	公益社団法人日本医師会常任理事
大井川和彦	茨城県知事
岡部 繁男	東京大学大学院医学系研究科神経細胞生物学教授 副学長(生命系国際協創、ライフサイエンスイノベーション、WPI(IRCN))
金井 隆典	慶應義塾大学医学部長
北澤 京子	医療ジャーナリスト 京都薬科大学客員教授
熊ノ郷 淳	大阪大学医学部長
炭山 嘉伸	一般社団法人日本私立医科大学協会会長 学校法人東邦大学理事長
田中 純子	広島大学理事・副学長
田中雄二郎	東京医科歯科大学学長
○永井 良三	自治医科大学学長
宮地 由佳	名古屋大学大学院医学系研究科総合医学教育センター 研究員
銘苺 桂子	琉球大学病院病院長補佐 周産母子センター教授
諸岡 健一	熊本大学大学院先端科学研究部医工学部門教授
山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長
横手幸太郎	千葉大学学長 一般社団法人全国医学部長病院長会議会長
和田 隆志	金沢大学学長

計17名

(オブザーバー)

釜井 宏行	文部科学省研究振興局ライフサイエンス課長
林 修一郎	厚生労働省医政局医事課長

○：座長

※敬称略、五十音順(令和6年4月18日現在)

## 検討会のスケジュール

令和5年

5月26日(金)	第1回	近年の医療制度改正と医学教育を巡る動について、大学病院の現状と課題
6月23日(金)	第2回	教育・研究の現状と課題について、診療・経営の現状と課題について
7月12日(水)	第3回	大学病院改革と医学教育の充実について、大学病院改革ガイドライン(仮称)について
8月16日(水)	第4回	今後の医学教育の在り方に関する議論の整理
9月11日(月)	第5回	中間取りまとめ
9月29日(金)		中間取りまとめ公表

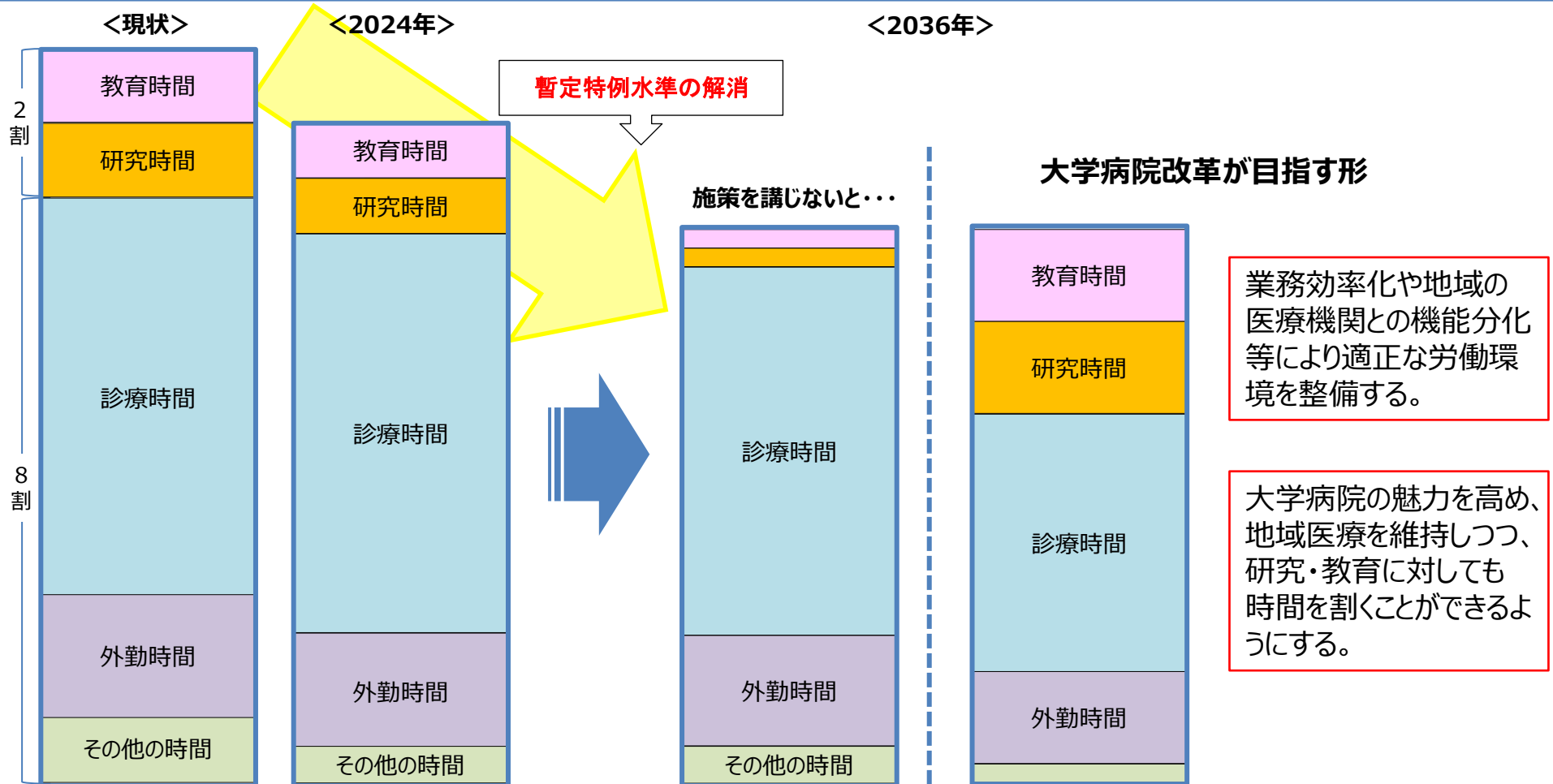
令和6年

1月24日(水)	第6回	有識者ヒアリング、大学病院改革ガイドライン(案)について
2月14日(水)	第7回	有識者ヒアリング、大学病院改革ガイドライン(案)について
3月18日(月)	第8回	医学研究の充実・大学・大学病院の魅力向上について
4月18日(木)	第9回	第二次中間取りまとめ(案)について、医師偏在対策及び地域医療教育について
5月17日(金)	第10回	第二次中間取りまとめ(案)について
6月10日(月)		第二次中間取りまとめ公表

# 大学病院改革のイメージ

大学病院では、診療機能の需要増大に伴い若手医師を中心とした**教育・研究時間の確保が困難**になり、医師としてのキャリア形成の上で**大学病院の魅力が低下**している。令和6年4月より**医師の時間外・休日労働の上限規制**が適用されることを踏まえ、大学病院の業務効率化や地域の医療機関との機能分化等により**適正な労働環境を整備**しつつ、**質の高い医療を提供しながら教育・研究機能を維持**することが不可欠。

→大学病院が**医学教育・研究を牽引し、地域の医療機関への医師派遣を含む高度で専門的な医療を提供し続けるための改革を促し、医師が大学病院で働きたいと思えるような魅力を高める取組**と併せて国が支援を講じる必要。



※総労働時間のイメージ

## 大学病院の役割と機能

### ○法令上の位置づけ

- ・医師及び歯科医師の養成を行う大学医学部及び歯学部の教育研究に必要な施設として設置されている病院（大学設置基準第39条）
- ・高度な医療の提供、高度な医療技術の開発・評価、研修の実践にあたる「特定機能病院」に承認されている病院（医療法第4条の2）

### ○大学病院の機能

- ・**教育** 医学生の臨床教育、卒後の臨床・専門研修等により、基本的診療能力を有し、専門性の高い医師を養成  
（→ 採算に関係なく、幅広い診療科・部門が必要）
- ・**研究** 難治性疾患の原因究明、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  
（→ 様々な疾病治療のための研究に多くの投資が必要）
- ・**診療** 高度で専門的な医療の提供や医師派遣などによる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  
（→ 採算性の低い分野（重症治療等）への支援や高度で専門的な医療に対応するための最先端設備や人材の体制整備が必要）

## 大学病院の課題

### ○診療規模の拡大と経常利益率の低減

- ・国立大学法人化以後、経営改善のため、自己収入の獲得、経費の節減努力が必要となり、増収と経営効率を目指した運営を実施  
附属病院収入：約6千億円(2004年度)→約1兆2千億円(2021年度) 業務収益に対する業務損益の割合：約5.4%(2010年度)→約1.5%(2018年度)
- ・他方、医薬品費・診療材料費等の高額化、診療規模の拡大に伴う人件費、施設・設備費の増大等により、増収減益の傾向が顕著

### ○教育・研究時間の減少

- ・大学病院の診療機能の需要増大により、若手医師を中心に教育・研究に十分な時間を確保できていない
- ・医学教育・研究の場としての医師のキャリア形成が困難になり、大学病院の魅力が低下し若手医師が集まらなくなる懸念  
①病院勤務の助教の教育研究時間の割合：約20%程度(診療:約70%) ②病院勤務の助教の週あたりの研究時間：0時間→約15% 5時間未満→約50%

### ○医師の時間外・休日労働の上限規制の適用（2024年度から適用(原則960時間)。2036年度には救急や医師派遣等の特例(1860時間)が解消見込)

- ・大学病院は、医師の自己犠牲による長時間労働によって機能が維持されてきた状況を変革し、適正な労働環境の整備が必須
- ・他方、大学病院が質の高い医療の提供や医療人材を地域に派遣するには、教育・研究機能の維持も不可欠
- ・働き方改革とともに、勤務環境や設備等を整備しなければ、大学病院は医師不足になるとともに、地域医療の基盤を失う懸念

**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確保しつつ、教育・研究機能の維持に取り組むことが課題**  
→国は、大学病院が医学教育・研究を牽引し、高度で専門的な医療を提供し続けるために、支援の方策を検討することが必要  
また、国は若手医師が大学病院で働きたいと思えるような、大学病院の魅力さをさらに高める取組を後押しすることが必要

## 大学病院改革

### 【大学病院改革の方向性】

#### ○医師の働き方改革の推進と大学病院の機能の両立

- ・大学病院が働き方改革を進めながら、教育・研究・診療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が必要
- ・国は、大学病院に大学本部とも一体となった改革プランの策定を促すとともに、プランの内容に応じた支援を行うことが重要
- ・また、プラン策定の指針になるように、検討項目を示したガイドラインの策定について検討。その際、大学・大学病院の自主性・自律性を制限・阻害しないよう十分留意
- ・高度で専門的な医療の提供や医師派遣等による地域の医療提供体制への貢献など、大学病院の機能を適切に評価し支援すべき

### 【具体的取組（改革）の方向性】

#### ①運営に関すること（検討すべき取組例）

- ・地域の医療機関との役割分担・機能分化 ・大学病院以外では担うことが難しい役割・機能の確保（病理部門、法医学との連携等）
- ・病院長がリーダーシップを発揮できる体制の構築 ・診療科の業務やポストの平準化
- ・民間企業を含めた診療材料等の共同交渉等による支出削減 ・医療DXの推進等による業務効率化
- ・ライフイベント等に配慮した支援やキャリア形成のための支援の充実（ワークシェアの推進、保育サービスの提供、女性教員のキャリアアップ支援等）

#### ②人員に関すること（検討すべき取組例）

- ・大学病院の医師の勤務環境の改善（若手医師の処遇等） ・臨床研究支援人材等の配置促進によるチームとしての研究体制の整備
- ・医師以外の医療関係職種との連携等による実習指導体制の整備
- ・看護師等の医療関係職種が専門性を発揮できるようなタスク・シフト/シェアを推進（特定行為研修の一部を看護学生が修得する仕組みも検討）
- ・感染症まん延時に大学病院から医師・看護師等の派遣義務化に対応した重症患者に対応できる看護師養成プログラムの構築

#### ③教育・研究・診療に関すること（検討すべき取組例）

- ・大学医学部と連携し、治験等のテーマを取り扱うなどの研究マインドの醸成の取組や創薬・医療機器開発など起業家教育を推進
- ・大学病院における臨床研究を一層活性化するための、組織としての研究支援 ・老朽化した医療機器の更新（最先端設備の整備）
- ・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の整備
- ・各大学における研究活性化のための取組の支援（研究エフォートの確保、基金造成等による研究費支援等）

### 持続可能な大学病院経営

- ・大学病院は、地域の実情に応じて上記のような改革を進め、その機能を発揮できる持続可能な大学病院経営に取り組む必要

## 医学部・大学院における教育・研究の充実

### ○医学部における教育の充実（診療参加型臨床実習の充実）

#### 医療法の改正（2021年度）：

- ①医学生が臨床実習を行う前に必要な共用試験が公的化（医師国家試験の受験には共用試験の合格が必要）
- ②共用試験合格の医学生が臨床実習として医業を行えることが明確化

#### 【具体的取組の方向性】

- ・総合診療やプライマリ・ケアの重要性を踏まえた、地域の病院における実習の一層の推進
- ・多職種連携の中での医師として求められる資質・能力の育成等を目的とした他の医療関係職種と連携した実習を行うことの検討
- ・教員の指導実績を適切に評価するため、「臨床実習指導医(仮)」の称号を付与するなどの方策の検討

### ○大学院博士課程の魅力の向上

医師の博士課程進学者数は横ばいから減少傾向 2013年度：3,267人 → 2022年度：3,117人

要因：①博士課程への進学より専門医資格の取得志向者が多い ②将来のキャリアパスが不透明

#### 【具体的取組の方向性】

- ・専門研修と両立する博士課程のプログラムの充実（最短5年間で専門医資格と学位の取得を可能とする制度改正を実施）
- ・研究者となる医師の養成を目的とする「研究医枠」の教育プログラムが充実するような制度改善（キャリアパス支援や留学機会の提供等）

### ○医学研究力の向上

#### 医学分野の論文の増加率は諸外国に比較して小さい

基礎生命科学分野論文数増加率（2010～2019）米国：115% 中国：363% 日本：102%

臨床医学分野論文数増加率（2010～2019）米国：135% 中国：413% 日本：130%

#### 【具体的取組の方向性】

- ・医師が研究に専念し、研究力向上のためのバイアウト制度や研究費からの人件費支出といった制度の普及・促進
- ・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の整備
- ・各大学における研究活性化のための取組の支援（研究エフォートの確保、基金造成等による研究費支援等）

### ○その他

- ・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については、関係省庁とも連携し、引き続き検討が必要

# 大学病院改革ガイドラインの概要

## 大学病院改革ガイドラインの位置付け

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

## 大学病院改革ガイドラインの概要

### 【趣旨】

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

### 【大学病院改革に係る4つの視点と検討項目】

#### ① 運営改革

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

#### ② 教育・研究改革

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

#### ③ 診療改革

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

#### ④ 財務・経営改革

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

### 【策定プロセス】

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

### 【公表】

改革プランを各大学病院のウェブサイトにて公表するよう記載。

### 【実施状況に係る自己点検】

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

### 【改定】

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

### 【文部科学省による進捗確認】

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

# 大学病院改革プランのイメージ

## 我が国の医学教育・研究の維持発展 地域ニーズに応じた診療の確保

### 持続可能な大学病院経営の実現

#### 大学病院改革プランの策定（大学本部と一体となった改革の推進）

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

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

※下線部は、文部科学省及び厚生労働省において財政支援等を予定。

2024年度から医師の時間外・休日労働の上限規制がスタート

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

# 医師の働き方改革に伴う大学病院改革に向けた支援

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

## <文部科学省における取組>

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

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

### ◆ 高度医療人材養成拠点形成事業 令和6年度予算額 21億円

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

## <厚生労働省における取組>

### □ 勤務医の労働時間短縮の推進 令和6年度予算額 95億円

※地域医療介護総合確保基金の内数  
※都道府県負担分との合計で143億円

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



# 高度医療人材養成事業による最先端医療設備の整備

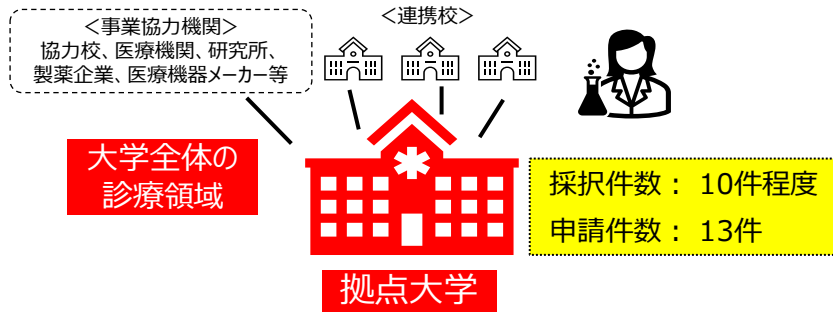
○高度医療人材養成事業推進委員会における審査を踏まえ、77事業（大学）を採択。

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

※ 1事業（大学）につき、複数の最先端医療設備を整備する事業があるため、事業数（77事業）と設備の総数（121件）は一致しない

(臨床研究関連) ※他校との連携は必須ではありません

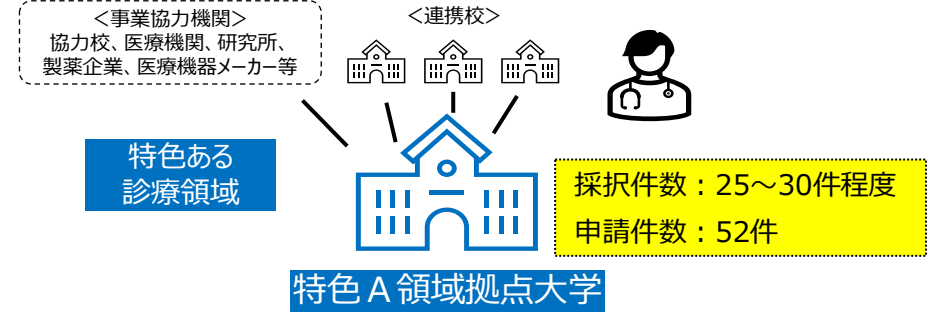
## ◆臨床・基礎融合研究基盤人材養成拠点



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

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

## ◆特色臨床研究基盤人材養成拠点



・特色ある診療領域の体制を強化し、特色領域の臨床研究をさらに活性化

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

- 各拠点にとどまらずその領域において共同研究や人材交流、医療情報の共有等を図ることで国全体の臨床研究を推進
  - 学術研究とともに新たな診断・治療法・医薬品・医療機器の開発等を見据えた研究等を促進
- 【取組例】生活習慣病（循環器疾患、糖尿病等）、精神・神経疾患、老年医学・認知症、難病・希少疾患、成育、感染症（薬剤耐性含む）等に係る臨床研究の推進

(臨床実習関連)

### 診療参加型臨床実習の充実

【取組例】

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

#### アウトプット（活動目標）

- T・A・R・A、S・Aの増加
- 教育研究支援者の増加

#### アウトカム（成果目標）

- 臨床研究論文数の維持・増加
- 医師の教育研究時間の確保 等

#### インパクト(国民・社会への影響)、目指すべき姿

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

## 1. 今後の医学教育の充実に向けた取組

### (1) 診療参加型臨床実習の実質化

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

### (2) 医学教育を担当する教員の適切な評価

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

### (3) 医学教育に関するコンテンツの共有化等

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

### (4) 医師の偏在解消に資する教育上の方策

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

## 2. 今後の医学研究の充実に向けた取組

### (1) 我が国の医学研究の現状と分析

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

### (2) 医学研究に携わる人材育成の推進

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

### (3) 医学研究の推進に係る研究環境整備

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

# 創薬力の向上により国民に最新の医薬品を迅速に届けるための構想会議 中間とりまとめ概要（案）

## 課題認識

ドラッグラグ・ドラッグロス問題、我が国の医薬品産業の国際競争力の低下、産学官を含めた総合的・全体的な戦略・実行体制の欠如

## 戦略目標

治療法を求める全ての患者の期待に応えて最新の医薬品を速やかに届ける

- 現在生じているドラッグラグ・ドラッグロスの解消
- 現時点で治療法のない疾患に対する研究開発を官民で推進

我が国が世界有数の創薬の地となる

- 豊かな基礎研究の蓄積と応用研究の進展
- 国内外の投資と人材の積極的な呼び込み

投資とイノベーションの循環が持続する社会システムを構築する

- **アカデミアの人材育成や研究開発環境の整備**、医薬品産業構造の改革
- 投資環境の整備、イノベーションとセルフケアの推進

## 1. 我が国の創薬力の強化

創薬は基礎から実用化に至るまでの幅広い研究開発能力とともに、社会制度や規制等の総合力が求められる。創薬エコシステムを構成する人材、関連産業、臨床機能などすべての充実と発展に向け、国際的な視点を踏まえながら、我が国にふさわしい総合的かつ現実的な対策を講じていくことが必要である。

- 多様なプレーヤーと連携し、出口志向の研究開発をリードできる人材
  - 海外の実用化ノウハウを有する人材や資金の積極的な呼び込み・活用
  - 外資系企業・VCも含む官民協議会の設置（政府・企業が政策や日本での活動にコミット）
  - 国内外のアカデミア・スタートアップと製薬企業・VCとのマッチングイベントの開催
- 国際水準の臨床試験実施体制
  - ファースト・イン・ヒューマン（FIH）試験実施体制の整備
  - 臨床研究中核病院の創薬への貢献促進
  - 国際共同治験・臨床試験の推進
  - 治験業務に従事する人材の育成支援・キャリアトラックの整備
  - 海外企業の国内治験実施の支援
  - Single IRBの原則化・DCTの推進・情報公開と国民の理解促進
- 新規モダリティ医薬品の国内製造体制
  - CDMOに対する支援強化とバイオ製造人材の育成・海外からの呼び込み
  - 国際レベルのCDMOとFIH試験実施拠点の融合や海外拠点との連携
- アカデミアやスタートアップの絶え間ないシーズ創出・育成
  - **アカデミア・スタートアップの研究開発支援の充実、知財戦略の確立**
  - 持続可能な創薬力の維持・向上のための基礎研究振興
  - AIやロボティクス×創薬や分野融合、再生・細胞医療・遺伝子治療等
  - 医療DX、大学病院等の研究開発力の向上に向けた環境整備

## 2. 国民に最新の医薬品を迅速に届ける

治療薬の開発を待ち望む患者・家族の期待に応えるためには、新薬が開発されにくい分野や原因を把握しつつ、薬事規制の見直しや運用の改善、国際的な企業への働きかけも含め、積極的な施策を講じていくことが求められる。

- 薬事規制の見直し
  - 国際共同治験を踏まえた薬事規制の見直しと海外への発信
- 小児・難病希少疾患医薬品の開発促進
  - 採算性の乏しい難病・希少疾患医薬品の開発の促進
- PMDAの相談・審査体制
  - 新規モダリティの実用化推進の観点からの相談・支援
  - 各種英語対応や国際共同審査枠組みへの参加等の国際化推進
  - 国際的に開かれた薬事規制であることの発信

## 3. 投資とイノベーションの循環が持続する社会システムの構築

患者に最新の医薬品を届けるためには、患者のニーズの多様化や新しい技術の導入などに対応し、広義の医療市場全体を活性化するとともに、医薬品市場が経済・財政と調和を保ち、システム全体が持続可能なものとなることが重要である。中長期的な視点から議論が継続して行われる必要がある。

- 革新的医薬品の価値に応じた評価
- 長期収載品依存からの脱却
- バイオシミラーの使用促進
- スイッチOTC化の推進等によるセルフケア・セルフメディケーションの推進
- 新しい技術についての民間保険の活用
- ヘルスケア分野のスタートアップへの支援強化

中長期において全体戦略を堅持しつつ、常に最新の情報を基に継続的に政策を進めるための在り方の実現が重要

## 中間とりまとめ抜粋（※下線は本資料上で追記したもの）

### ◆薬剤師養成・薬学教育等関係

- 治験・臨床試験専門職の持続的な人材育成には、早期からの教育等、いわば、「臨床研究開発リテラシー」の涵養が必要であり、医師・歯科医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師等の医療職を志す学生や若手医療職に対して、関連法規の知識や治験・臨床試験の実施意義、臨床開発方法論等に関する教育等を強化する。(P.12)
- 新たなモダリティの研究開発やスタートアップ創出にも貢献できる人材を確保・育成するため、アカデミアにおけるグローバル人材の受け入れを進めるとともに、医学部・薬学部の教育の段階から、新しい臨床試験や創薬の在り方といった医学・薬学の変化に迅速に対応した人材育成の観点も含め、教育内容の見直しも検討されるべきである。これには、今後の創薬力向上に不可欠な薬学教育のあり方やデータサイエンス人材の育成・強化、他国からの人材の呼び込みも含まれる。(P.14)

### ◆大学病院関係

- 大学病院をはじめとする臨床研究を実施する病院において、医療現場の出口を知る医療従事者が臨床試験の拠点とも連携して創薬シーズの研究開発を進めることも重要であるが、こうした医療現場のシーズの研究体制が危機的な状況にあるとの指摘がある。この背景として、大学病院等に勤務する医師が診療や教育に係る業務負担の増大、地域医療への貢献等により疲弊し、研究開発に十分なリソースを充てられていないことで、全体としての創薬力の低下を招いているとの指摘もある。医療現場全体の働き方改革が進められていくなかで、医療DXやAI利用による業務効率化に積極的に取り組むとともに、先端的な医療や臨床試験を実施する大学病院の研究開発力の向上に向けた環境整備を推進することが重要である。(PP.14-15)

# 參考資料

# 大学病院の概要①

## ■ 大学病院の法令上の位置付け

- 医師又は歯科医師の養成を行う、大学の医学部又は歯学部教育研究に必要な施設として必置とされている（大学設置基準第39条第1項）。
- なお、多くの大学病院が、高度な医療の提供、高度な医療技術の開発・評価、研修の実践にあたる「特定機能病院」（医療法第4条の2）に承認されている（令和6年4月1日現在、大学病院本院79病院が承認）。

## ■ 大学病院の使命・役割

- 教育** 医学部生の臨床教育、卒後の初期・専門研修等を行う医師をはじめとするその他の医療従事者の養成機関。  
→ 採算に関係なく、幅広い診療科・部門が必要。
- 研究** 新しい診断・治療法の開発、難治性疾患の研究等を行う高度な研究機関。  
→ 様々な疾病治療のための研究に多くの投資が必要。
- 診療** 高度医療の提供、地域医療機関への医師の供給等を行う地域の中核的な高度医療機関。  
→ 採算性の低い分野（小児・産科・精神・重症治療等）への支援や高度医療に対応するための高度な機器や人材の体制整備が必要。

## ■ 全国大学病院数一覧（令和6年4月1日現在）

区分	国立	公立	私立	合計
医系大学病院	42	16	90	148
本院	42	8	31	81
分院	0	8	59	67
歯系大学病院	1	1	17	19
その他大学病院 (附置研究所、保健医療系等)	4	1	5	10
合計	47	18	112	177

## ■ 大学病院を持つ大学の割合（令和5年5月1日現在）

区分	大学数	うち医系病院を置く 大学数
国立大学	86	42 (48.8%)
公立大学	102	8 ( 7.8%)
私立大学	622	31 ( 5.0%)
計	810	81 (10.0%)



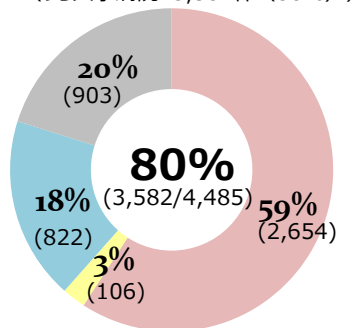


# 大学病院の概要③

○ 大学病院は、79病院が特定機能病院に指定されているほかにも、臓器移植登録施設やがん診療連携拠点病院、高度救命救急センター、総合周産期母子医療センター、難病医療拠点病院等の医療施設としても承認されており、我が国の医療に大きく貢献している。また、地域への医師派遣機能を担うとともに、救急医療体制においては、各地域の実情に応じて救急患者のうち、特に重症な救急患者の受入れを行っている。

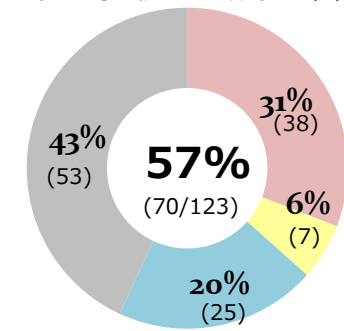
■ 国立大学病院 ■ 公立大学病院 ■ 私立大学病院 ■ その他

◆ **脳死臓器移植件数 (4,485件)**  
(うち大学病院 3,582件 (80%) )



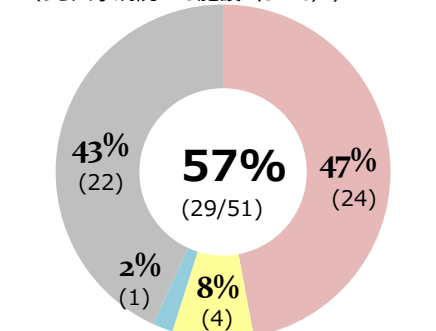
出典：(社)日本臓器移植ネットワーク調べ  
(平成11年2月28日から令和6年1月5日現在までの脳死移植累計)

◆ **臓器移植登録施設 (123施設)**  
(うち大学病院 70施設 (57%) )



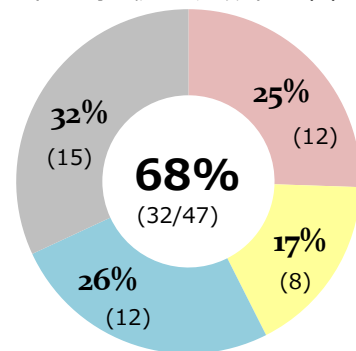
出典：(社)日本臓器移植ネットワーク調べ  
(令和5年8月31日現在)

◆ **都道府県がん診療連携拠点病院 (51施設)**  
(うち大学病院 29施設 (57%) )



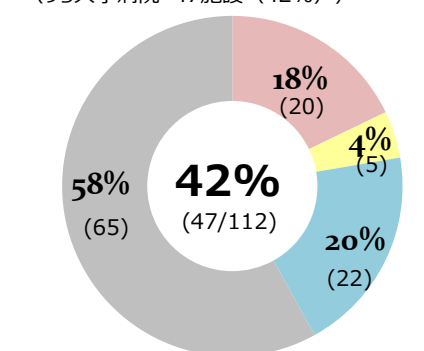
出典：厚生労働省調べ  
(令和5年4月1日現在)

◆ **高度救命救急センター (47施設)**  
(うち大学病院 32施設 (68%) )



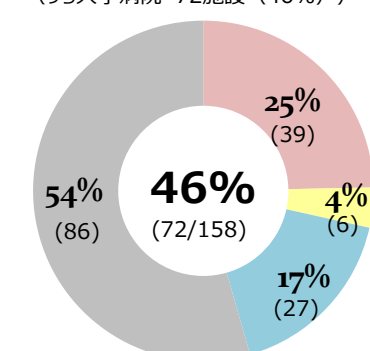
出典：厚生労働省調べ  
(令和5年12月1日現在)

◆ **総合周産期母子医療センター (112施設)**  
(うち大学病院 47施設 (42%) )



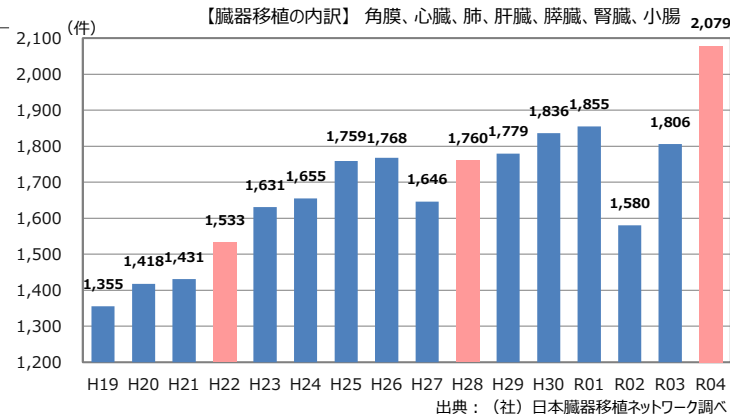
出典：厚生労働省調べ  
(令和5年7月14日現在)

◆ **難病医療拠点病院等\* (158施設)**  
(うち大学病院 72施設 (46%) )

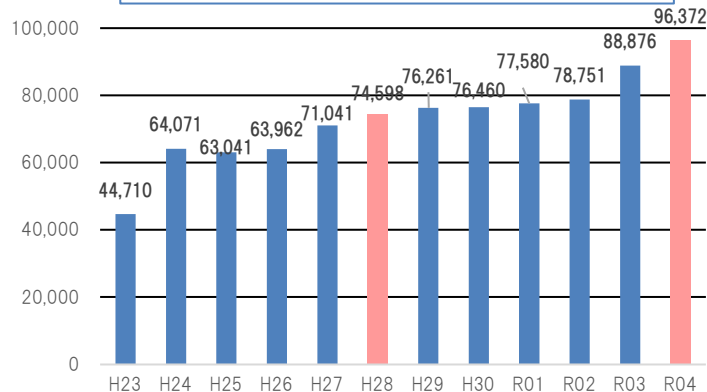


\*難病医療拠点病院、難病診療連携拠点病院、難病診療分野別拠点病院の合計  
出典：難病情報センターウェブサイト  
(令和5年12月1日現在)

## 国立大学病院における臓器移植件数 (生体・脳死)



## 国立大学病院における救命救急患者数



出典：国立大学病院長会議「病院機能指標」

※ R04年度のデータは速報値