

国立大学附属病院の制度と取り巻く情勢

～今後の国立大学附属病院施設整備に関する検討会議(第1回)～

平成25年2月6日
文部科学省高等教育局医学教育課
大学病院支援室長 平野 浩之



文部科学省

MEXT

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

①大学病院に関する制度等について

大学病院の本来の使命・役割と機能（1）

教育

将来の医療を担う医療人の
教育・養成

- 医学部生の臨床教育
- 卒後臨床(専門)研修を通じた
専門医の養成
- コ・メディカルスタッフを目指す
学生への卒前実習や卒後の研修

- 難治性疾患の原因究明
- 新しい診断法・治療法の開発
- 治験等を通じた新薬の開発

研究

臨床医学発展と医療技術
水準の向上への貢献

- 高度先進医療の提供
- 難治性疾患の治療
- 地域医療機関への医師の供給

診療

地域の中核病院としての
質の高い医療の提供

大学病院の本来の使命・役割と機能（2）

(1) 大学病院とは

- 医師養成を行う大学医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）。
- 平成5年に制度化された病院の区分において、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）。《本院》

(2) 大学病院の特徴

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

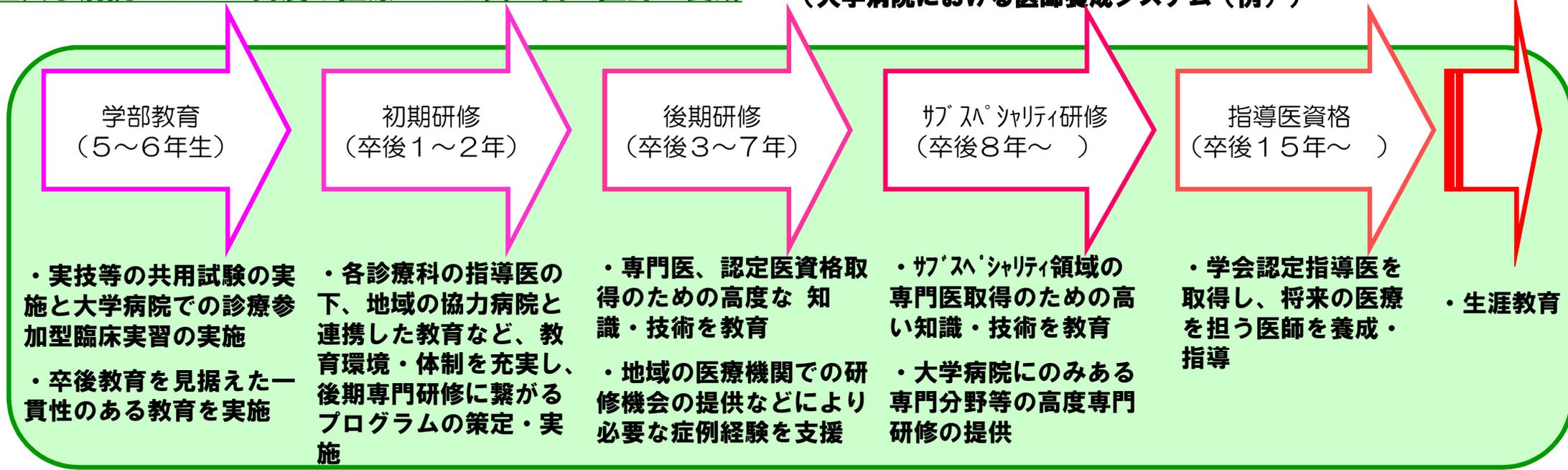
→ 採算性の低い分野（小児・産科・精神・重症治療等）への支援や高度医療に対応するための高度な機器や人材の体制整備が必要。

大学病院の教育機能

大学病院は、高度な診療技術の実践や研究の成果を活かしつつ、医師等の医療人のキャリア形成の各段階を支援している。

■大学病院における高度な医療による質の高い医師の養成

(大学病院における医師養成システム(例))



(参考)臨床研修医の在籍状況

※各年度の研修医数は、1年目の研修医数
※厚生労働省調べ (医師試験合格発表後)

区分	平成15年度		平成23年度	
	研修医数(人)	比率(%)	研修医数(人)	比率(%)
臨床研修病院	2,243	27.5	4,222	55.0
大学病院	5,923	72.5	3,450	45.0
計	8,166	100	7,672	100

■看護職・薬剤師等のコメディカルスタッフの養成

- 看護職の養成では、大学病院における学生の臨床実習の受入れを行い、また、それぞれの経験段階や専門領域等に応じて段階的な教育体制を構築し、教育・研修を実施。
- 薬学部学生の教育では、大学病院の薬剤部において、日常の薬剤業務を体験する実務実習(4週間程度)を実施。さらに、平成22年度より大学病院薬剤部にて2.5ヶ月の長期実務実習を開始。

大学病院の研究機能

- 大学病院は、新しい医療技術の開発研究を行う研究機関として、難治性疾患の原因究明、新しい診断・治療法の開発、治験等を通じた新薬の開発等を実施。
- 大学病院における研究は、大学の自主的・自律的学術研究をベースにダイナミックに発展。

(大学病院における医学研究システム (例)) ※大学病院における教育研究と診療は有機的に発展する。

【基礎研究】

生命現象や疾患構造の解明など理論的・知識的な研究を実行



理論から実用化へ向けた研究を実施 (トランスレーショナル・リサーチ)



【応用研究】

新しい医療の実践に向けた展開 (臨床薬学・個別医療)



研究の効果の評価・検証と新たな課題の設定 (臨床疫学・医療経済学)

(取組事例)

- 不妊治療、生殖医療等の研究や早期児における脳障害の発症の解明と予防法の開発。
- 最新コンピュータ技術、ロボティクス技術の開発・利用による外科診療技術支援等を中心に、臨床応用・産業化への取組 (例: 心筋細胞シート移植による心筋再生治療) 等を実施。

大学病院の診療機能 — 特定機能病院について —

平成4年7月に一部改正された医療法により、病院は長期慢性疾患を取り扱う療養型病床群、高度の医療水準を要する疾患の診療にあたる一般病院、さらに高度の専門的な医療の開発と実践にあたる**特定機能病院**に分類された。

特定機能病院の概要

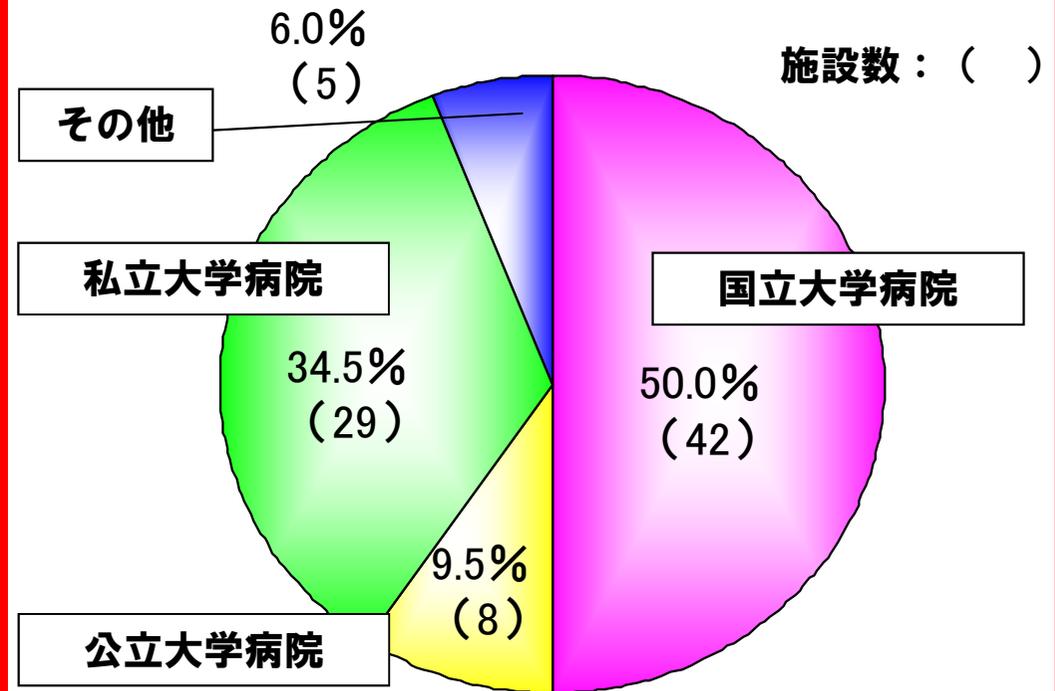
○医療法 第4条の2（抜粋）

- ・ 高度の医療を提供する能力を有すること。
- ・ 高度の医療技術の開発及び評価を行う能力を有すること。
- ・ 高度の医療に関する研修を行わせる能力を有すること。 など

○病院設備条件

- ・ 集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室を備えていること。
- ・ 病床数400床以上を有すること。
- ・ 10科以上の診療科を有すること。
- ・ 外来患者紹介率が30%以上であること。

特定機能病院承認状況



大学病院の占める割合：94.0% 79/84病院

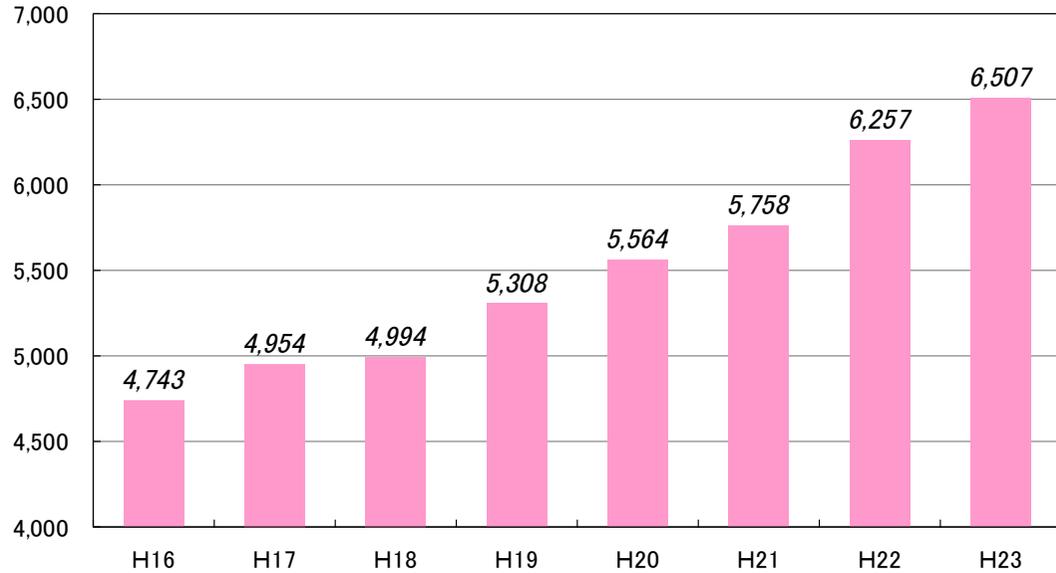
※1 医学教育課調べ（平成23年10月1日現在）

※2 その他（防衛医科大学校病院、国立がん研究センター中央病院、大阪府立成人病センター、国立循環器病研究センター、がん研究会有明病院）

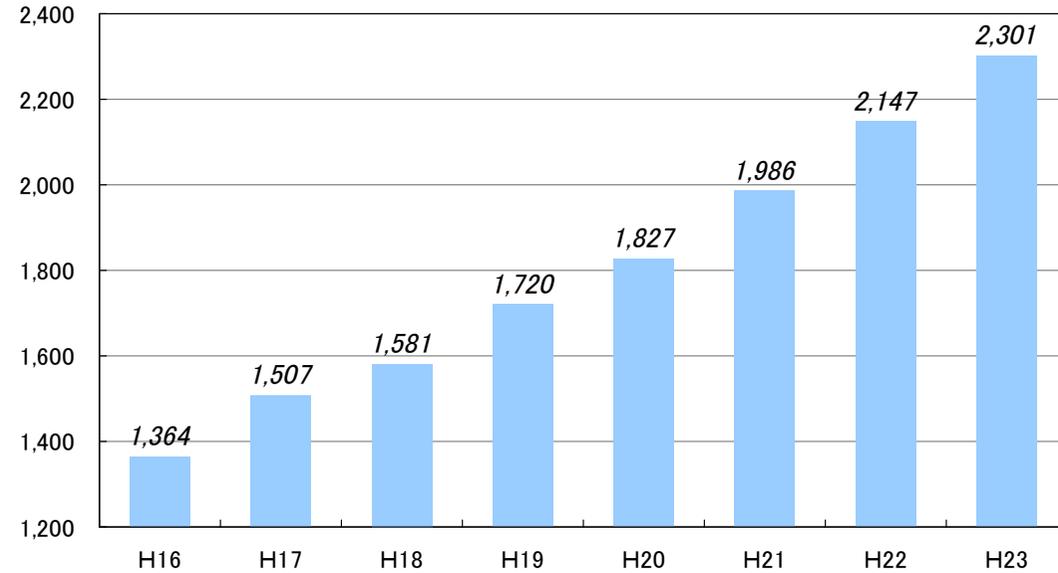
国立大学病院 各種指標の推移①

【出典：病院資料】

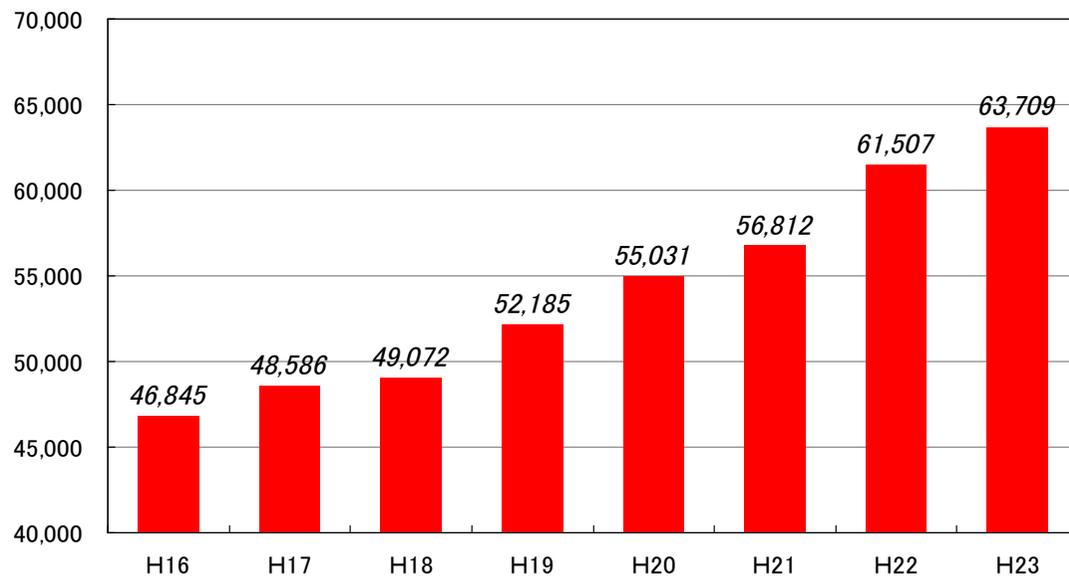
■入院診療報酬請求額（億円）



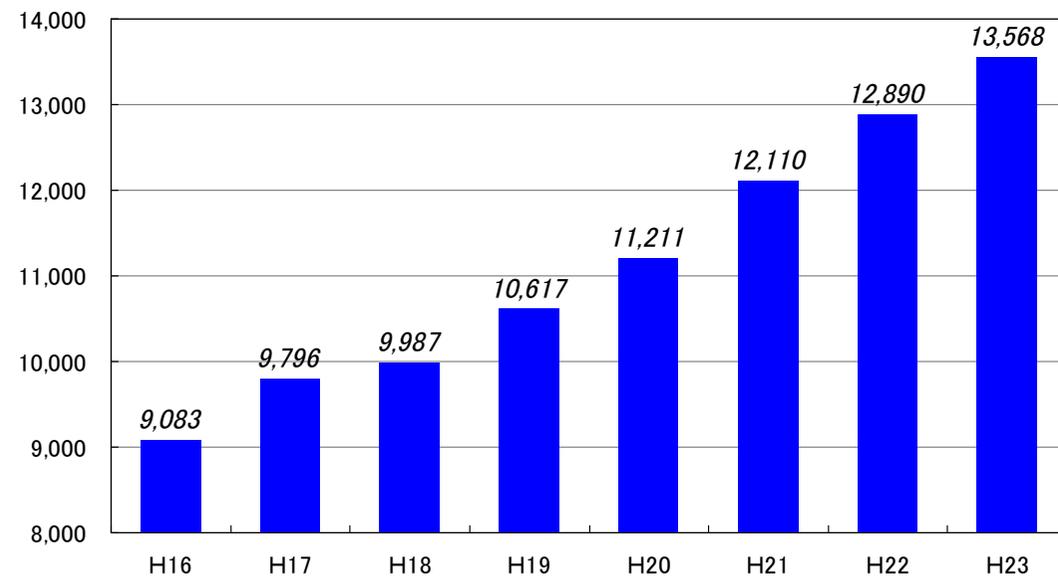
■外来診療報酬請求額（億円）



■入院診療単価（円）



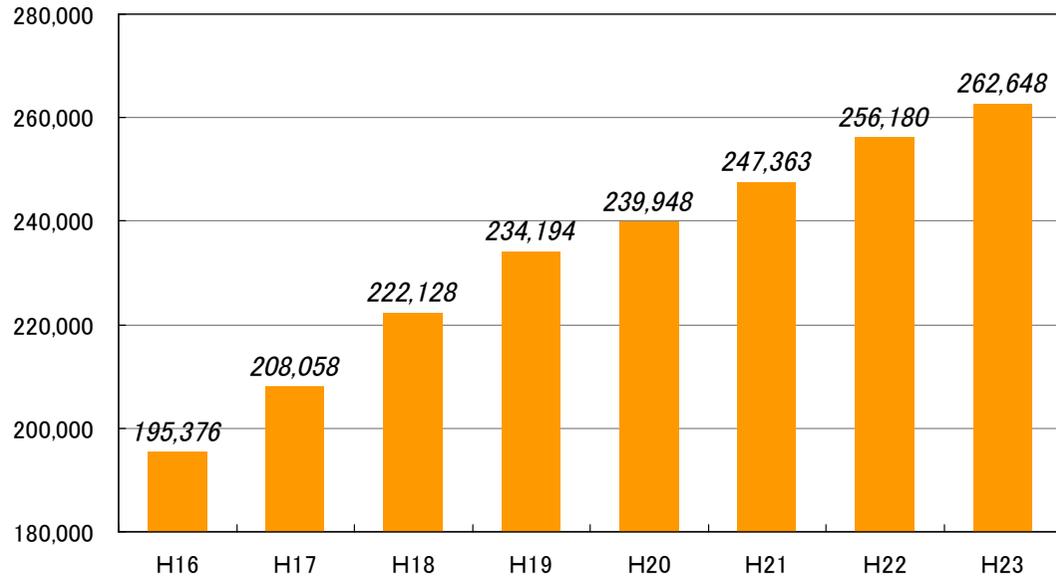
■外来診療単価（円）



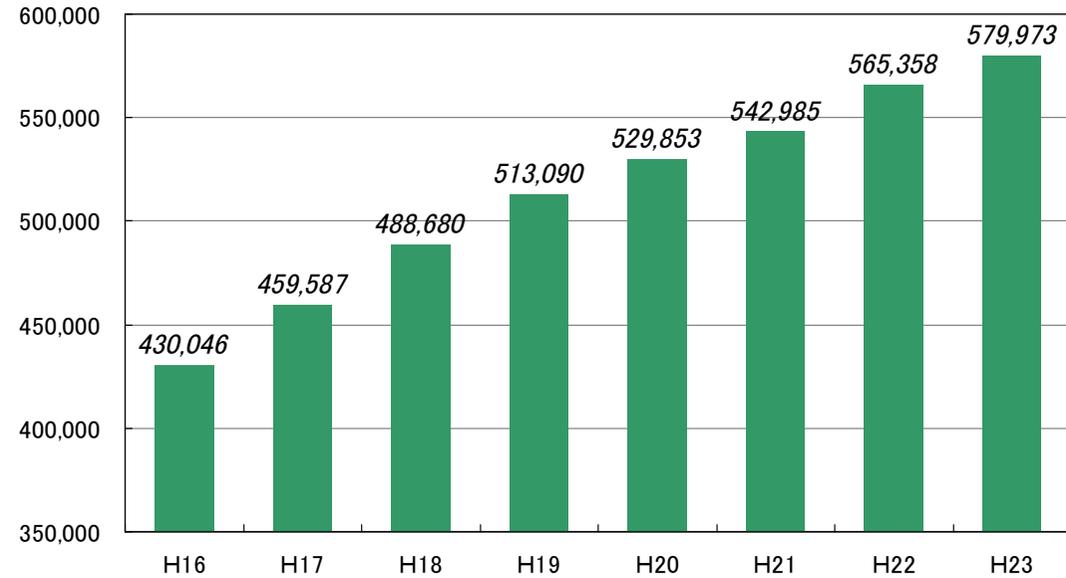
国立大学病院 各種指標の推移②

【出典：病院資料】

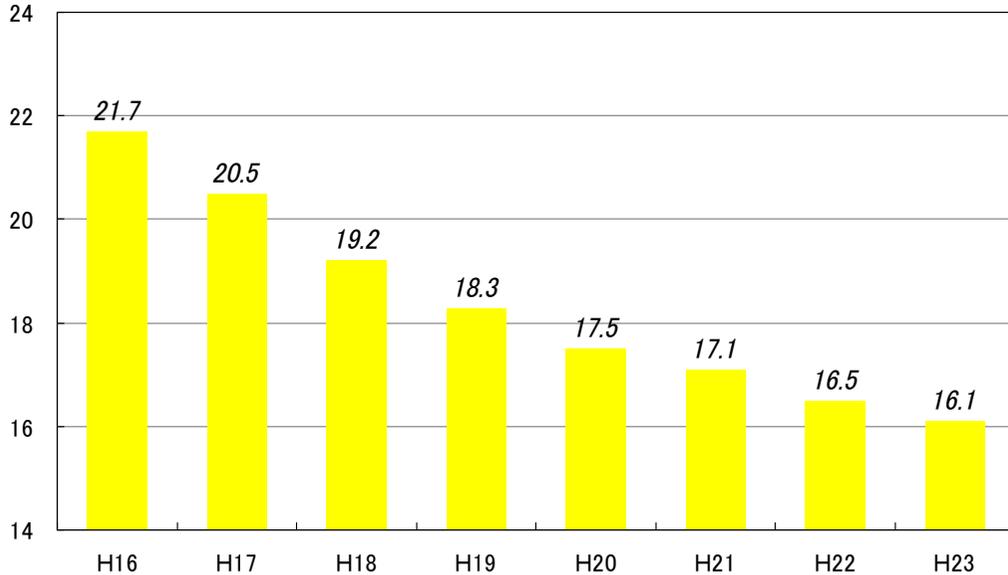
■手術件数（件）



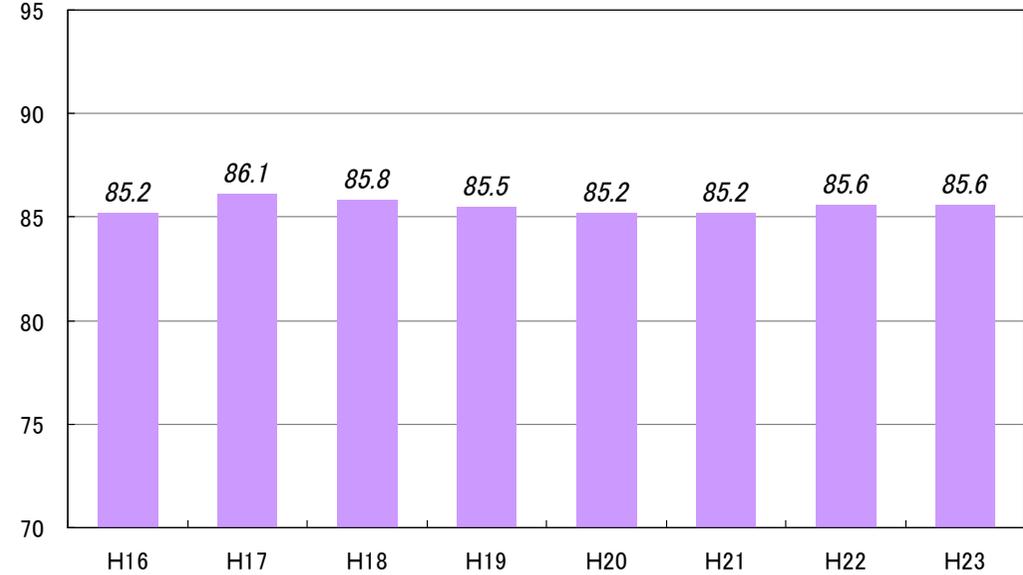
■新入院患者数（人）



■一般病床平均在院日数（日）



■病床稼働率（%）

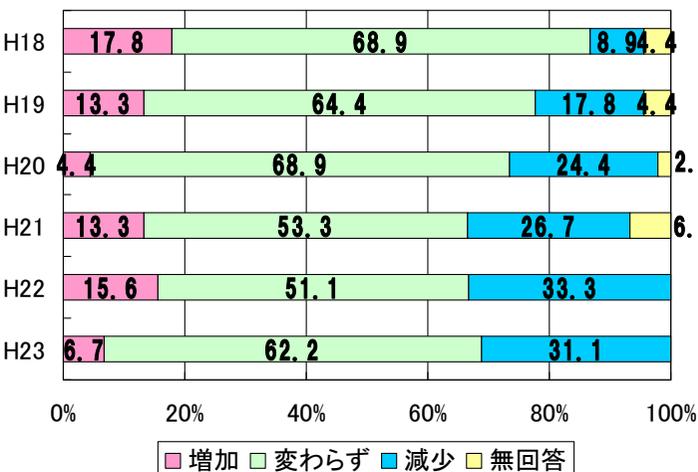


大学病院における医師の教育・研究・診療等の環境状況

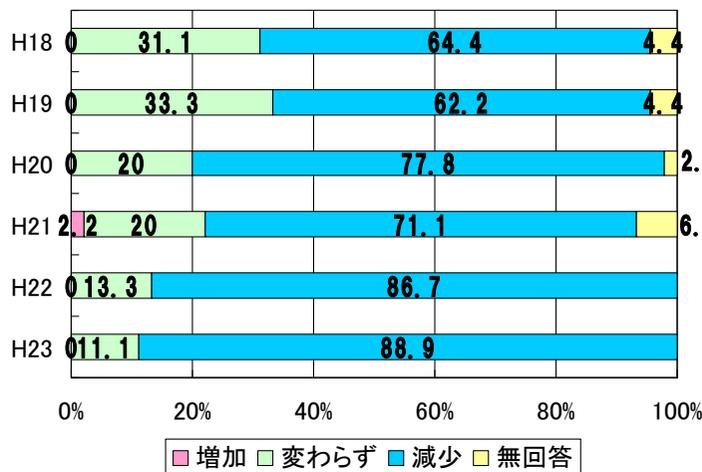
(1) 国立大学病院における教育・研究・診療時間の状況

国立大学病院における診療時間の増加等により、教育時間・研究時間が減少し教育研究への支障が懸念されている。

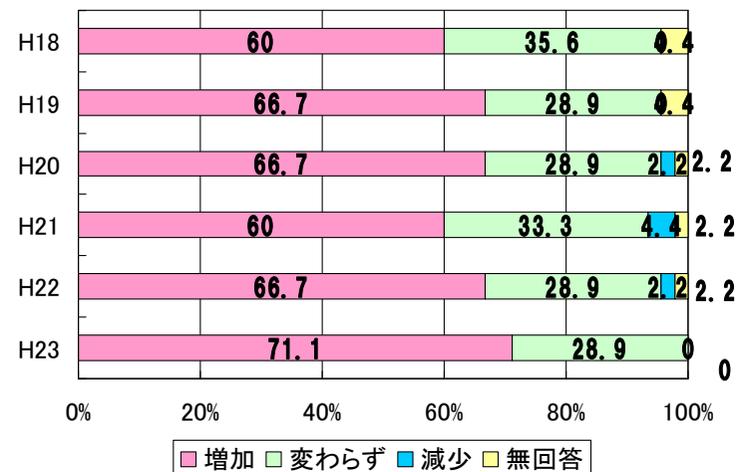
○教育時間の推移 (%)



○研究時間の推移 (%)



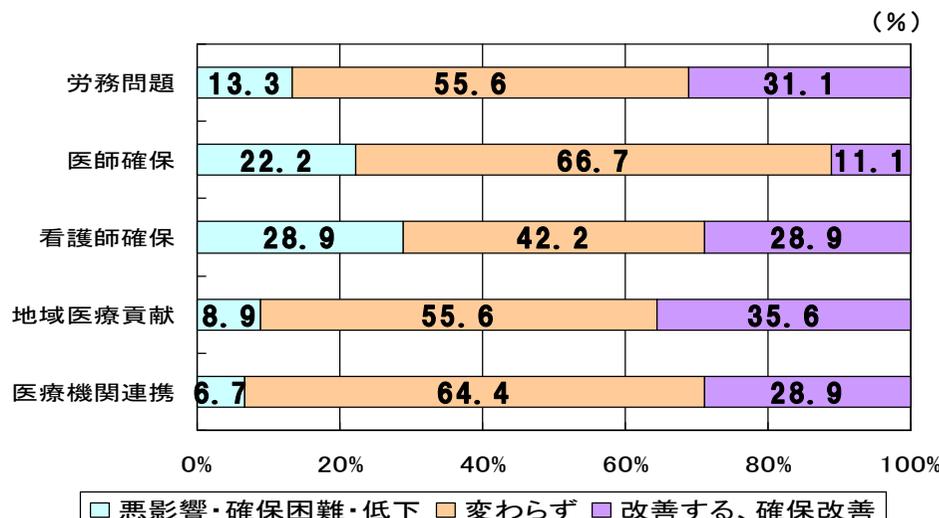
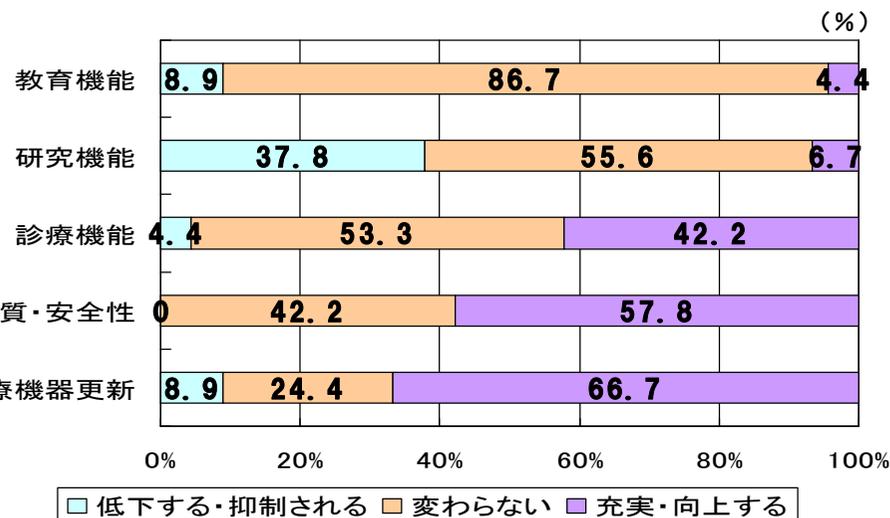
○診療時間の推移 (%)



※国立大学協会第8次アンケート調査

(2) 国立大学病院における教育・研究・診療機能・運営への影響状況

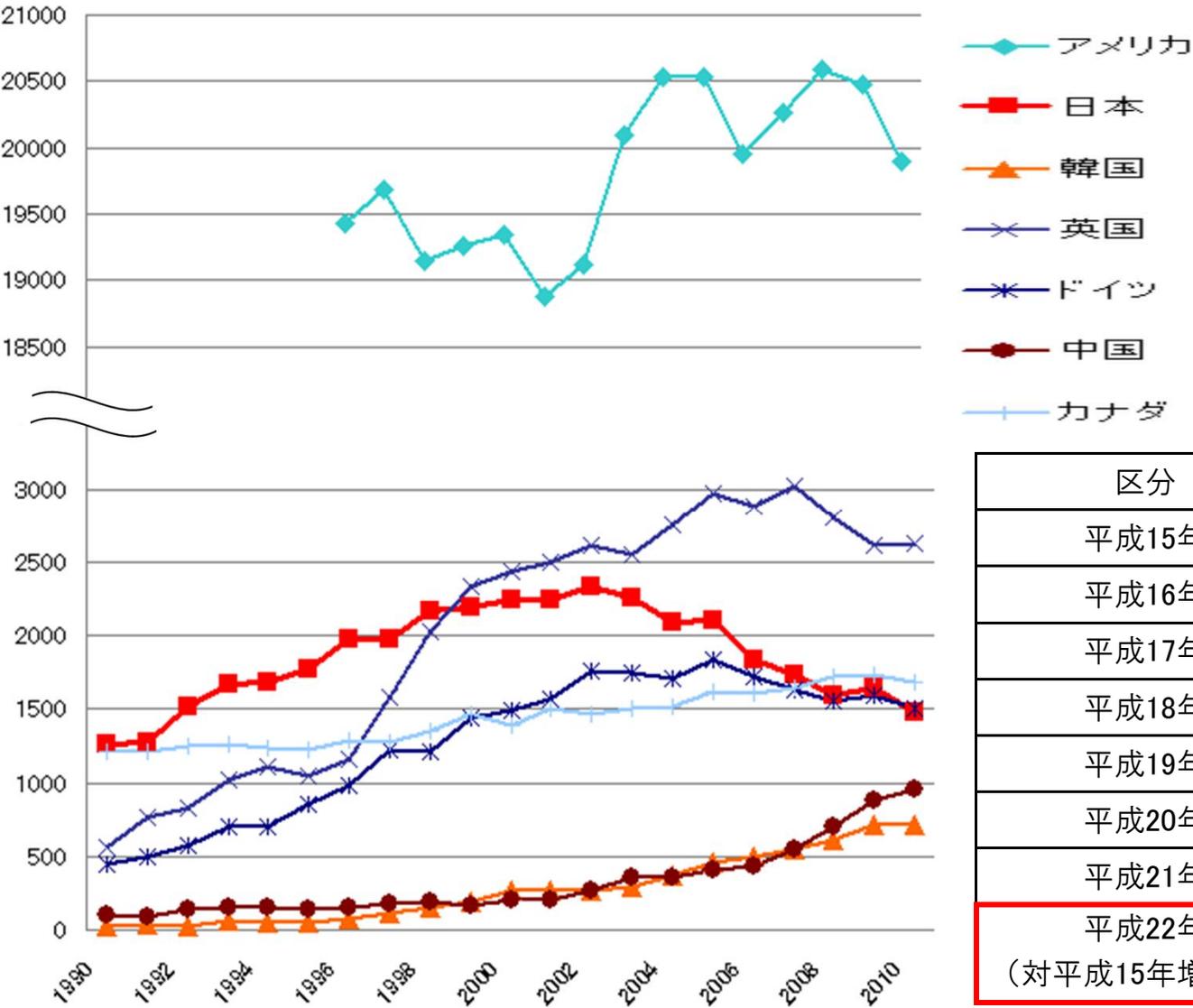
経営改善係数撤廃や診療報酬の引き上げ等が行われるも、教育・研究機能等への影響について、多くの病院が「変わらない」と回答しており、病院の危機感は根深い。



※国立大学協会第8次アンケート調査

(3) 臨床医学研究の国際競争力

平成15年から平成22年にかけて、韓国、中国では2倍以上に増加している中、臨床医学の著名な雑誌に掲載される論文数が主要国に比べ日本は激減している。



区分	日本	韓国	中国
平成15年	2,251	294	353
平成16年	2,091	372	359
平成17年	2,109	459	403
平成18年	1,841	496	438
平成19年	1,730	543	554
平成20年	1,598	617	704
平成21年	1,646	711	881
平成22年 (対平成15年増減率)	1,475 (▲34.5%)	715 (143.2%)	962 (172.5%)

(独) 国立大学財務・経営センター理事長 豊田長康氏、
 北海道大学医学研究科内科学講座呼吸器内科学分野教授 西村正治氏による分析
 (PubMed, Core Clinical Journals 120誌 整数カウント法)

大学病院の現状

《**本来の教育・研究・診療機能のバランスが崩れている**》

教育

- 教育時間の減少
- 学生への卒前実習や卒後の研修内容の低下
- 研修医・専門医の確保困難・質の低下

- 研究時間の減少
- 臨床研究の停滞
- 新しい診断法・治療法の開発の遅れ
- 臨床研究者の減少

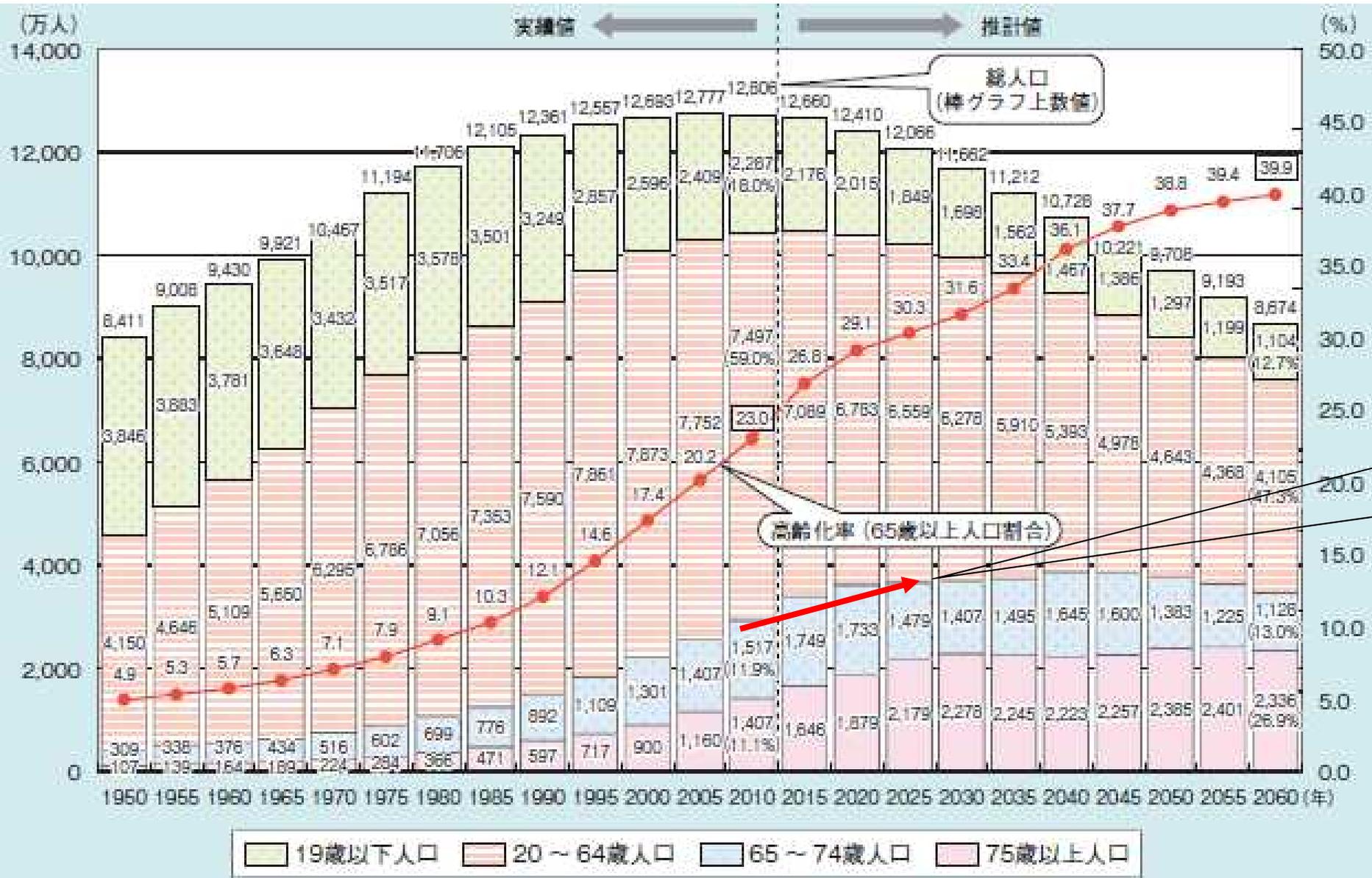
研究

- 診療業務の負担増大
- 患者数の増加
- 軽症患者の受入増加
- 地域への医師供給機能の低下

診療

②今後の医療提供体制に関する検討について

日本の人口の推移



2025年に向けて、
高齢者は約730
万人増加
(後期高齢者は
約770万人増加)

出典: 2010年までは総務省「国勢調査」、2015年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 (平成24年1月推計)」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

社会保障・税一体改革大綱(抄)

平成24年2月17日 閣議決定

第1部 社会保障改革

第3章 具体的改革内容(改革項目と工程)

2. 医療・介護等①

(地域の実情に応じた医療・介護サービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化)

- 高齢化が一段と進む2025年に、どこに住んでいても、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会を実現する。
- 予防接種・検診等の疾病予防や介護予防を進め、また、病気になった場合にしっかり「治す医療」と、その人らしく尊厳をもって生きられるよう「支える医療・介護」の双方を実現する。

(1) 医療サービス提供体制の制度改革

- 急性期をはじめとする医療機能の強化、病院・病床機能の役割分担・連携の推進、在宅医療の充実等を内容とする医療サービス提供体制の制度改革に取り組む。

<今後の見直しの方向性>

i 病院・病床機能の分化・強化

- ・ 急性期病床の位置付けを明確化し、医療資源の集中投入による機能強化を図るなど、病院・病床の機能分化・強化を推進する。
- ・ 病診連携、医療・介護連携等により必要なサービスを確保しつつ、一般病棟における長期入院の適正化を推進する。

ii 在宅医療の推進

- ・ 在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載すべきことを明確化するなどにより、在宅医療を充実させる。

iii 医師確保対策

- ・ 医師の地域間、診療科間の偏在の是正に向け、都道府県が担う役割を強化し、医師のキャリア形成支援を通じた医師確保の取組を推進する。

iv チーム医療の推進

- ・ 多職種協働による質の高い医療を提供するため、高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組みの導入などをはじめとして、チーム医療を推進する。

- ☆ あるべき医療提供体制の実現に向けて、診療報酬及び介護報酬改定、都道府県が策定する新たな医療計画に基づく地域の医療提供体制の確保、補助金等の予算措置等を行うとともに、医療法等関連法を順次改正する。そのため、平成24年通常国会以降速やかな法案提出に向けて、関係者の意見を聴きながら検討する。

社会保障制度改革国民会議

(社会保障制度改革推進法)

■ 国民会議の設置

- ・ 組織 : 内閣総理大臣が任命。委員数20人以内。
- ・ 設置期限 : 平成25年8月21日
- ・ 政府は、国民会議における審議の結果等を踏まえて、必要な法制上の措置を講ずるものとする。

■ 委員

	伊藤 元重	東京大学大学院経済学研究科教授
(会長代理)	遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
	大島 伸一	国立長寿医療研究センター総長
	大日向雅美	恵泉女学園大学大学院平和学研究科教授
	権丈 善一	慶應義塾大学商学部教授
	駒村 康平	慶應義塾大学経済学部教授
	榊原 智子	読売新聞東京本社編集局社会保障部次長
	神野 直彦	東京大学名誉教授
(会長)	清家 篤	慶應義塾長
	永井 良三	自治医科大学学長
	西沢 和彦	日本総合研究所調査部上席主任研究員
	増田 寛也	野村総合研究所顧問
	宮武 剛	目白大学大学院生涯福祉研究科客員教授
	宮本 太郎	北海道大学大学院法学研究科教授
	山崎 泰彦	神奈川県立保健福祉大学名誉教授

検討項目

○ 医療の改革

- ① 健康の維持増進、疾病の予防及び早期発見等を積極的に促進するとともに、医療従事者、医療施設等の確保及び有効活用等を図ることにより、国民負担の増大を抑制しつつ必要な医療を確保
- ② 医療保険制度について、財政基盤の安定化、保険料に係る国民の負担に関する公平の確保、保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等を実施
- ③ 医療の在り方について、個人の尊厳が重んぜられ、患者の意思がより尊重されるよう必要な見直しを行い、特に人生の最終段階を穏やかに過ごすことができる環境を整備
- ④ 今後の高齢者医療制度にかかる改革

○ 介護の改革

介護保険の保険給付の対象となる介護サービスの範囲の適正化等による介護サービスの効率化及び重点化を図るとともに、低所得者をはじめとする国民の保険料に係る負担の増大を抑制しつつ必要な介護サービスを確保

○ 年金の改革

- ① 今後の公的年金制度にかかる改革
- ② 現行年金制度の改善
(低年金・無年金者対策、厚生年金の適用拡大、被用者年金一元化等)

○ 少子化対策

社会保障制度の基盤を維持するための少子化対策を総合的かつ着実に実施

I 基本的な考え方

- 現在抱える様々な課題に取り組みつつ、医療を取り巻く環境の変化に対応した、より効率的で質の高い医療提供体制の構築。
- ①医師等の確保・偏在対策、②病院・病床の機能の明確化・強化、③在宅医療・連携の推進、④医療従事者間の役割分担とチーム医療の推進といった視点から、医療提供体制の機能強化に向けた改革に積極的に取り組んでいくべき。

II 個別の論点について

地域の実情に応じた医師等確保対策

【医師の養成、配置のあり方】

- 総合的な診療を行う医師や専門医の養成のあり方について、国において検討を行う必要。

【医師確保対策のあり方】

- キャリア形成支援等を通じて都道府県が地域の医師確保に取り組むため、法制化等により都道府県の役割を明確化。
- 都道府県は、医療圏・診療科ごとの医師の需給状況を把握し必要性の高いところに医師を供給するなど、きめ細かな対応が必要。

在宅医療・連携の推進

【在宅医療の推進、医療・介護間の連携】

- 在宅医療の推進には、複数の医療機関等の連携システムの構築など、地域としての供給体制整備が不可欠。そのためには、地域における多職種での連携、協働を進めることが重要。
- 在宅医療の拠点となる医療機関について、法制上、その趣旨及び役割を明確化すべき。
- 在宅医療を担う医療機関等の具体的な整備目標や役割分担等を医療計画に盛り込むことを法制上明確にすべき。

病院・病床の機能の明確化・強化

【病床区分のあり方】

- 一般病床について機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るなど、病床の機能分化・強化が必要であり、法制化を含め、こうした方向性を明らかにして取り組むことが重要。
- 一般病床の機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るための具体的方策について、検討の場を設け、早急に検討（※）。

【臨床研究中核病院（仮称）の創設】

- 医薬品、医療機器等の研究開発を推進し、医療の質の向上につなげていくための拠点として臨床研究中核病院を法制上位置づけることなどについて検討。

【特定機能病院のあり方】

- 高度な医療の提供を担う特定機能病院としての質を継続的に確保していくため、更新制度を導入する等、評価のあり方を検討。

医療従事者間の役割分担とチーム医療の推進

【チーム医療の推進】

- 限られたマンパワーで効率的かつ安全で質の高い医療を提供するために、チーム医療を推進していくべき。各医療関係職種が担う役割の重要性を認識し、適切な評価をするべき。

【看護師、診療放射線技師等の業務範囲】

- 安全性の確保とサービスの質の向上のため、現在看護師が実施している高度かつ専門的な知識・判断が必要とされる行為について、教育・研修を付加する必要。看護師が安全かつ迅速にサービスを提供するため、その能力を十分に発揮するためにも、公的に認証することを含め一定以上の能力を認証する仕組みは重要であり、この認証の仕組みの在り方については、医療現場の実態を踏まえたものとする必要（※）。
- 診療放射線技師については、安全性を担保した上で、検査関連行為と核医学検査をその業務範囲に追加することが必要。

※ 「一般病床の機能分化」については、「急性期医療に関する作業グループ」で具体的な枠組みがとりまとめられ、本年6月の社会保障審議会医療部会で了承。「看護師の能力認証の仕組み」の法制化については、「チーム医療推進会議」において、制度の詳細について、現在検討中。

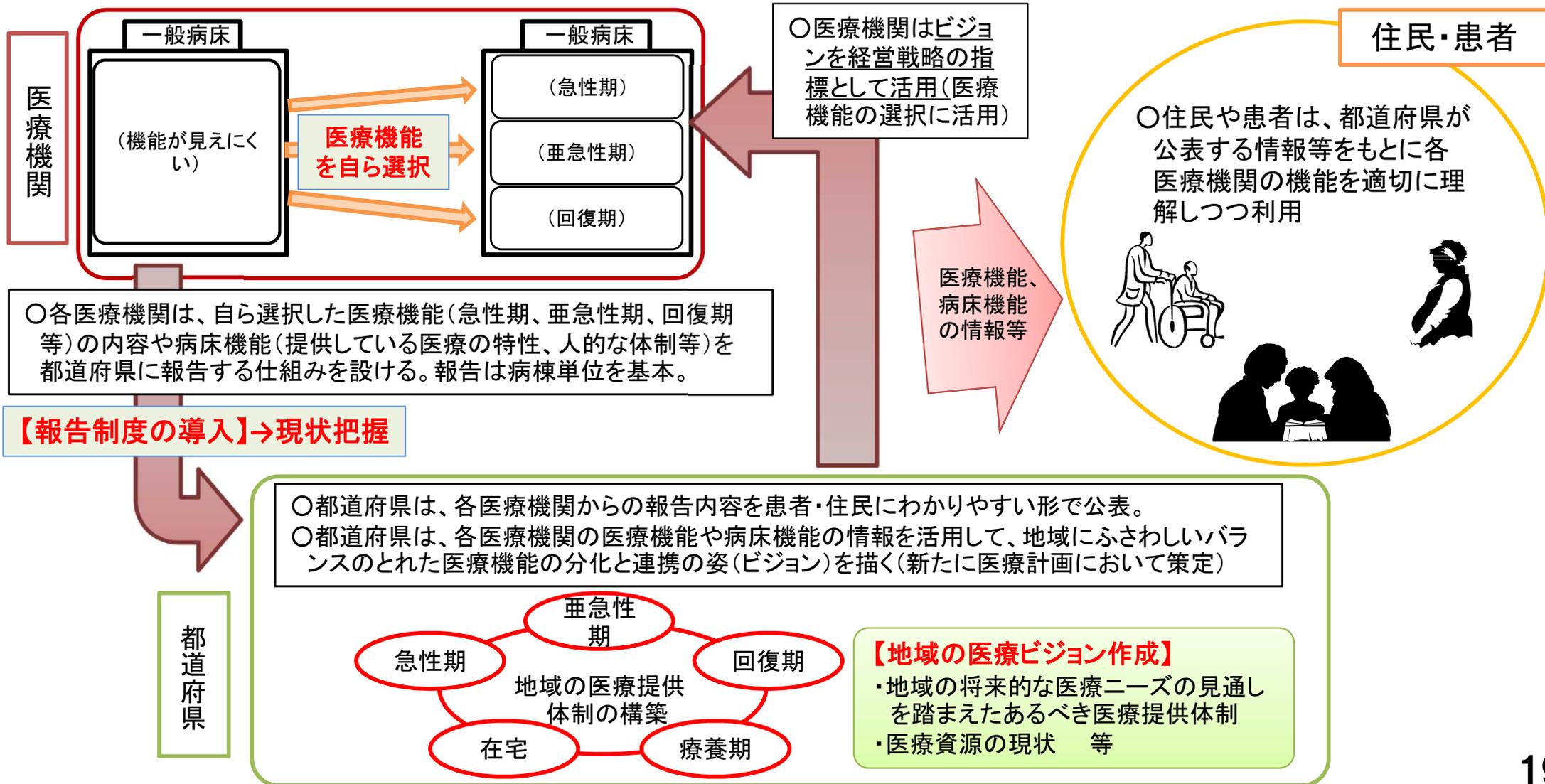
一般病床の機能分化を推進するための仕組み

○一般病床の機能分化を推進していくため、

- ①医療機関が担っている医療機能を都道府県に報告する仕組みを導入するとともに、
- ②報告を受けた情報を活用し、医療計画において、その地域にふさわしい地域医療のビジョンを策定する仕組みを導入。これにより、地域の実情に応じた医療機能の分化と連携を推進し、均衡ある地域医療の発展を図る。

※この枠組みについては「急性期医療に関する作業グループ」でとりまとめられ、本年6月の社会保障審議会医療部会です承。

○「病床機能情報の報告・提供の具体的なあり方に関する検討会」において、報告を求める医療機能の考え方や具体的な報告事項等について検討中。



特定機能病院の承認要件の見直しに係る論点

1. 高度の医療の提供について

○特定機能病院は、今後の高齢社会を踏まえ、多分野にわたる総合的な対応能力を有しつつ、かつ専門性の高い医療を提供し、また、「地域医療の最後の拠り所」としての役割を担うことから、その承認要件としては、どのようなものが適当か。

例えば、必須とする診療科目の設置及び専門医の配置など

○特定機能病院がその機能を適切に果たせるよう紹介制を高めていくべきではないか。そのためには、承認要件である紹介率や算定式をどのように見直したらよいか。

2. 高度の医療技術の開発及び評価について

○現在、「高度の医療技術の開発及び評価」についての承認要件を、病院に所属する医師等が発表した論文の数で設定しているが、今後、その質を問う観点で見直してはどうか。

例えば、臨床研究論文の件数、インパクトファクターの高い学術雑誌への掲載件数など

3. 高度の医療に関する研修について

○現在、「高度の医療に関する研修」についての承認要件を、専門的な研修を受ける医師及び歯科医師の人数で設定しているが、今後、高度の医療を継続して提供する人材養成の体制を確保する観点で見直してはどうか。

例えば、指導医の配置など

4. その他

○その他に要件の見直しは考えられるか。また、承認後の評価のあり方をどうするか。

例えば、安全管理体制など

災害拠点病院について

【東日本大震災を踏まえた課題・提案】

- 耐震化
 - ・ 災害時に傷病者を受け入れるために、病院機能を維持する必要性
 - ・ 耐震性の低い施設を有している災害拠点病院の被害
- ライフライン
 - ・ 連絡の取れなかった災害拠点病院あり
 - ・ EMISへの緊急時入力が徹底されなかった
 - ・ ライフラインの途絶が長期間となり、燃料等が不足
- 備蓄・流通
 - ・ 交通の遮断やガソリン不足等で、職員の分も含めた食料、飲料水等が不足
- ヘリポート
 - ・ 敷地外のヘリコプター離着陸場からの搬送では、時間と手間がかかった
- 平時からの役割
 - ・ DMATや医療チームを受け入れる体制整備の必要性
- 基幹災害拠点病院
 - ・ 複数のDMAT保有・救命救急センターの指定の追加による災害時の診療機能の強化の必要性

	【現状：災害時における初期救急医療体制の充実強化について(健政発第451号)】	【今後の方針】
●耐震化	<ul style="list-style-type: none"> ・ 施設は耐震構造を有すること 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療機能を有する施設を耐震化(病院機能を維持するための施設の耐震化が望ましい)
●ライフライン	<ul style="list-style-type: none"> ・ EMISの端末を原則として有すること ・ 水、電気等のライフラインの維持機能を有すること 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 衛星電話を保有、衛星回線インターネットに接続できる環境を整備 ・ EMISへ確実に情報を入力する体制を整備 ・ 通常の6割程度の発電容量を備えた自家発電機を保有し、3日程度の燃料を備蓄 ・ 受水槽の保有や井戸設備の整備、優先的な給水の協定等により、水を確保
●備蓄・流通		<ul style="list-style-type: none"> ・ 食料、飲料水、医薬品等を3日分程度備蓄 ・ 地域の関係団体・業者との協定の締結等による体制整備
●ヘリポート	<ul style="list-style-type: none"> ・ 原則として病院敷地内にヘリポートを整備 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 原則として病院敷地内にヘリポートを整備
●平時からの役割	<ul style="list-style-type: none"> ・ 災害時の応急用資器材の貸出機能 	<ul style="list-style-type: none"> ・ DMATを保有し、DMATや医療チームを受け入れる体制整備 ・ 救命救急センターもしくは2次救急病院の指定 ・ 災害時の応急用医療資器材の貸出機能 ・ 地域の2次救急医療機関等の医療機関とともに、定期的な訓練を実施 ・ 災害時に地域の医療機関への支援を検討するための院内の体制を整備
●基幹災害拠点病院	<ul style="list-style-type: none"> ・ 災害医療の研修に必要な研修室を保有 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院機能を維持するための施設を耐震化 ・ 病院敷地内のヘリポート整備 ・ 複数のDMAT保有 ・ 救命救急センター指定