

# 厚生労働省における取組について

厚生労働省

医政局 地域医療計画課

Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan

1. **新たな地域医療構想について**
2. **医師偏在の是正について**
3. **特定機能病院について**



1. **新たな地域医療構想について**
2. 医師偏在の是正について
3. 特定機能病院について



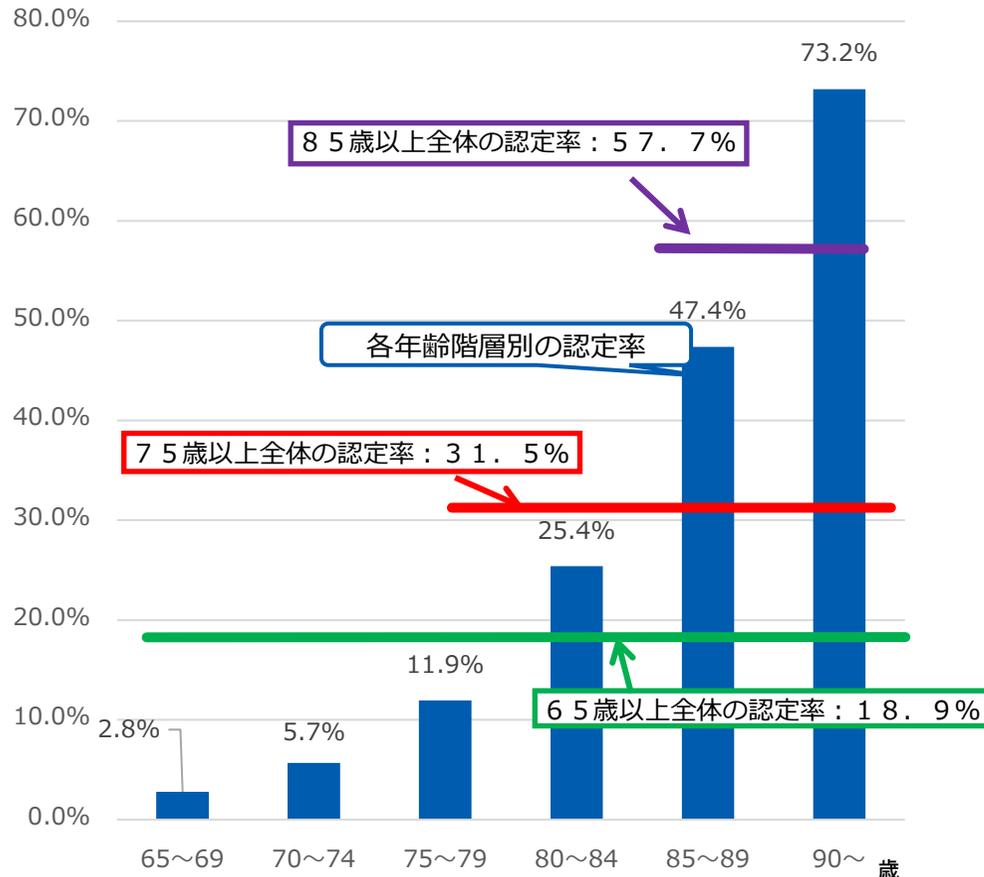
# 地域医療構想について

- 地域医療構想は、**中長期的な人口構造や地域の医療ニーズの質・量の変化**を見据え、**医療機関の機能分化・連携**を進め、良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の確保を目的とするもの。
  - ① 都道府県において、各構想区域における**2025年の医療需要と「病床数の必要量」**について、**医療機能（高度急性期・急性期・回復期・慢性期）ごとに推計し、地域医療構想として策定。**
  - ② 各医療機関から都道府県に対し、現在の病床機能と今後の方向性等を**「病床機能報告」により報告。**
  - ③ 各構想区域に設置された**「地域医療構想調整会議」**において、**病床の機能分化・連携に向けた協議**を実施。
  - ④ 都道府県は**「地域医療介護総合確保基金」**を活用し、医療機関の機能分化・連携を支援。さらに、自主的な取組だけでは進まない場合、「医療法に定められている権限の行使を含めた役割」を適切に発揮することで、地域医療構想の実現を図る。

## 医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

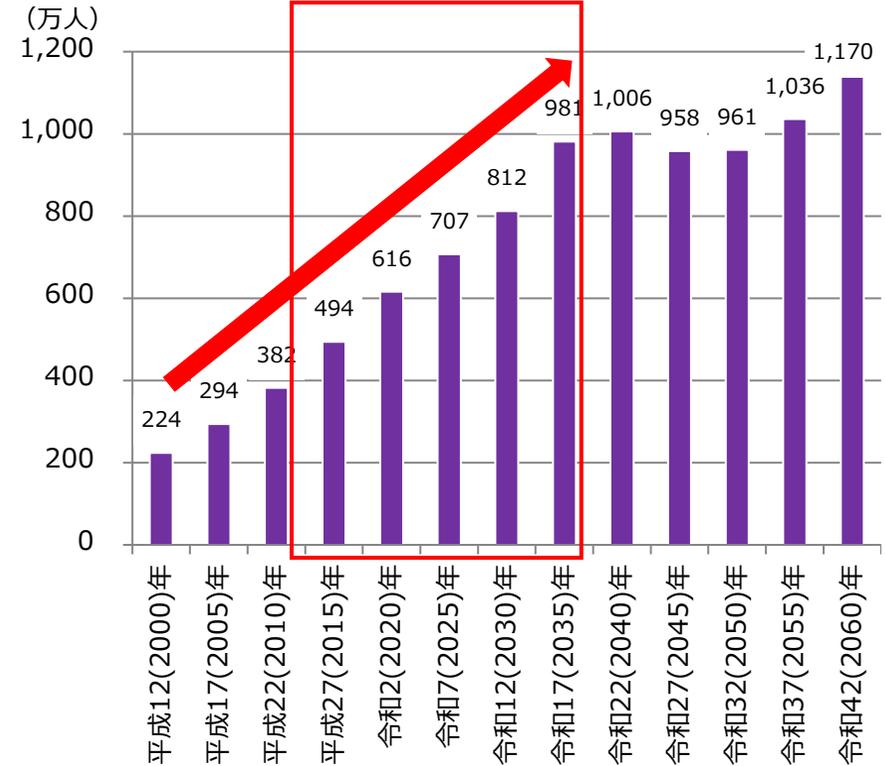
- 要介護認定率は、年齢が上がるにつれ上昇し、特に、85歳以上で上昇する。
- 2025年度以降、後期高齢者の増加は緩やかとなるが、85歳以上の人口は、2040年に向けて、引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれる。

### 年齢階級別の要介護認定率



出典：2022年9月末認定者数（介護保険事業状況報告）及び2022年10月1日人口（総務省統計局人口推計）から作成

### 85歳以上の人口の推移



(資料) 将来推計は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」(令和5(2023)年4月推計) 出生中位(死亡中位)推計

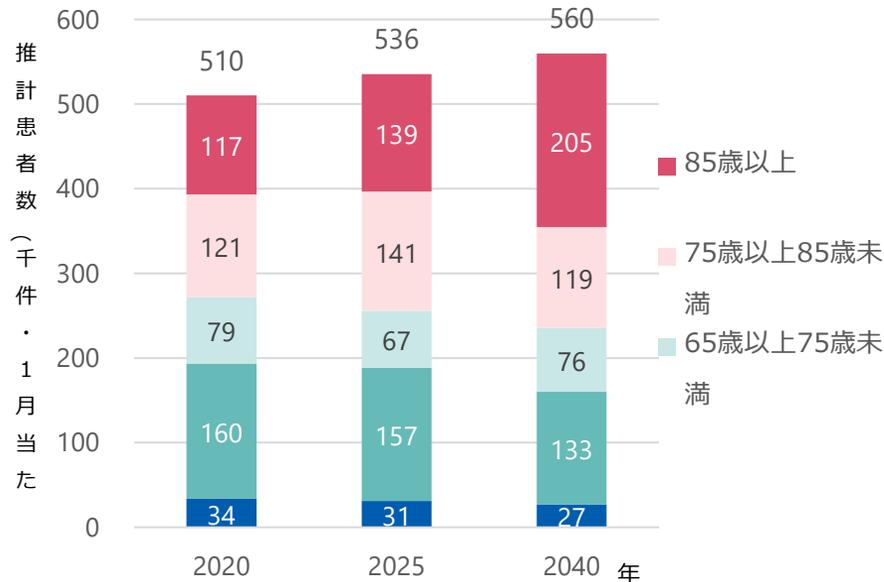
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口)4

# 2040年の医療需要について

医療・介護の複合ニーズを有する85歳以上の高齢者が増加することが見込まれる。2020年から2040年にかけて、85歳以上の救急搬送は75%増加し、85歳以上の在宅医療需要は62%増加することが見込まれる。

## 救急搬送の増加

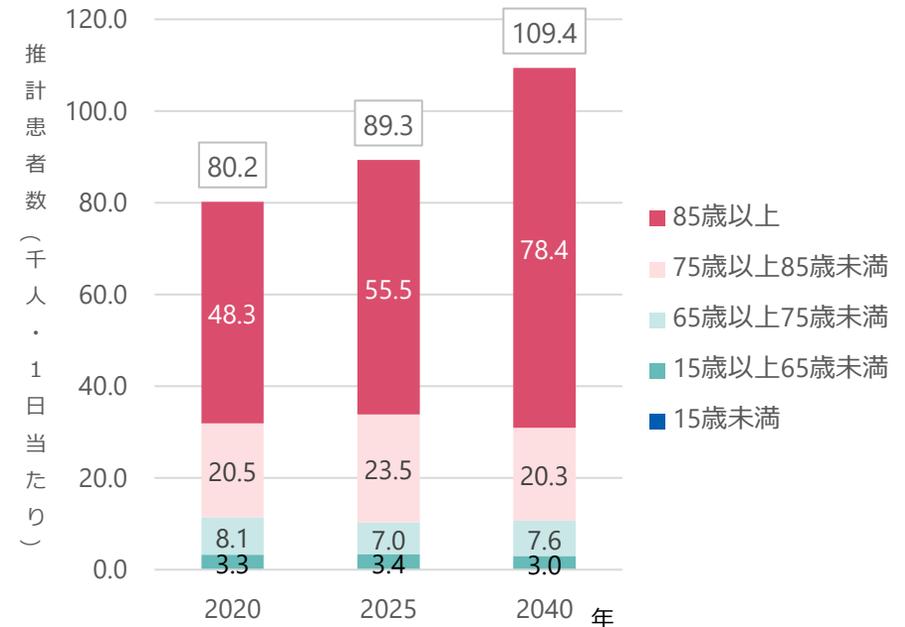
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の救急搬送は36%増、うち85歳以上の救急搬送は75%増と見込まれる。

## 在宅医療需要の増加

年齢階級別の訪問診療患者数の将来推計



2020年から2040年にかけて、75歳以上の訪問診療の需要は43%増、うち85歳以上の訪問診療の需要は62%増と見込まれる。

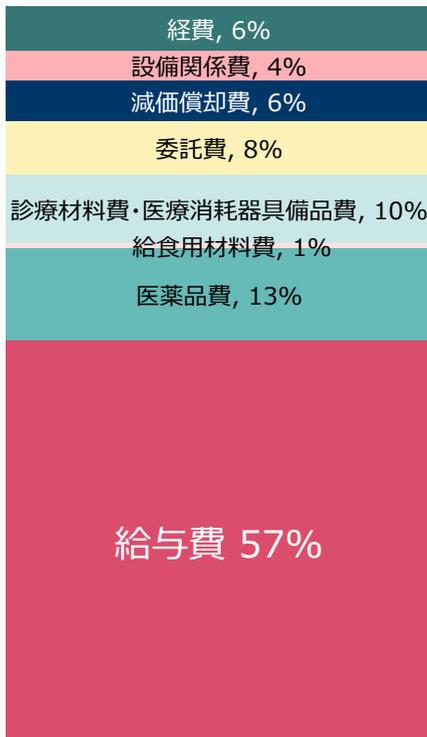
資料出所：消防庁データを用いて、救急搬送（2019年度分）の件数を集計したものを、2020年1月住民基本台帳人口で把握した都道府県別人口で除して年齢階級別に利用率を作成し、地域別将来推計人口に適用して作成。  
 ※ 救急搬送の1月当たり件数を、年齢階級別人口で除して作成。  
 ※ 性別不詳については集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢不詳人口を除いて利用した。

出典：厚生労働省「患者調査」（2017年）  
 総務省「人口推計」（2017年）  
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（2023年推計）」を基に地域医療計画において推計。

# 病院の経営状況について

一般病院において、医業・介護収益に対する給与費は57%を占めている。給与費は病床数に比例して増加するところ、病床利用率は低下している。このような中、一般病院等の医業利益率は低下している。

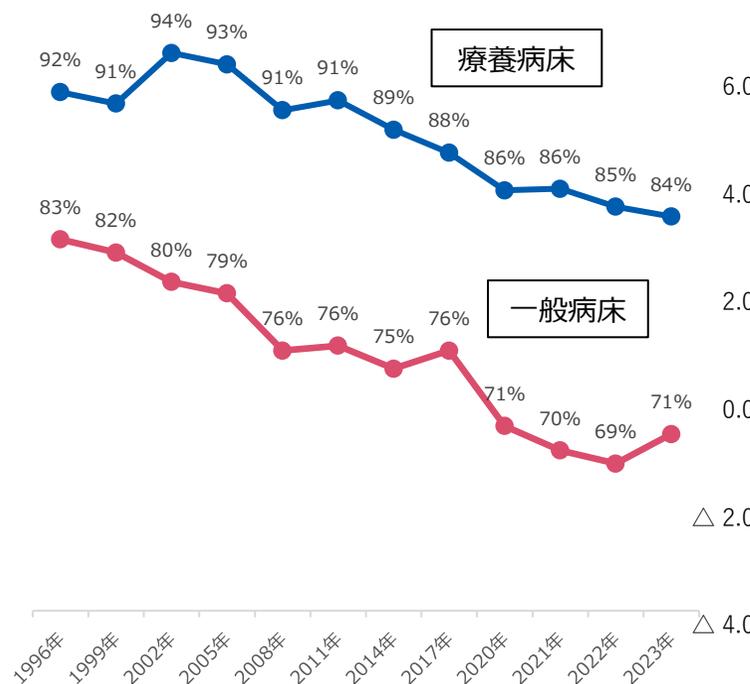
## 一般病院の費用構造



医業・介護収益に占める比率

資料出所：医療経済実態調査（令和5年調査）

## 病床利用率の推移

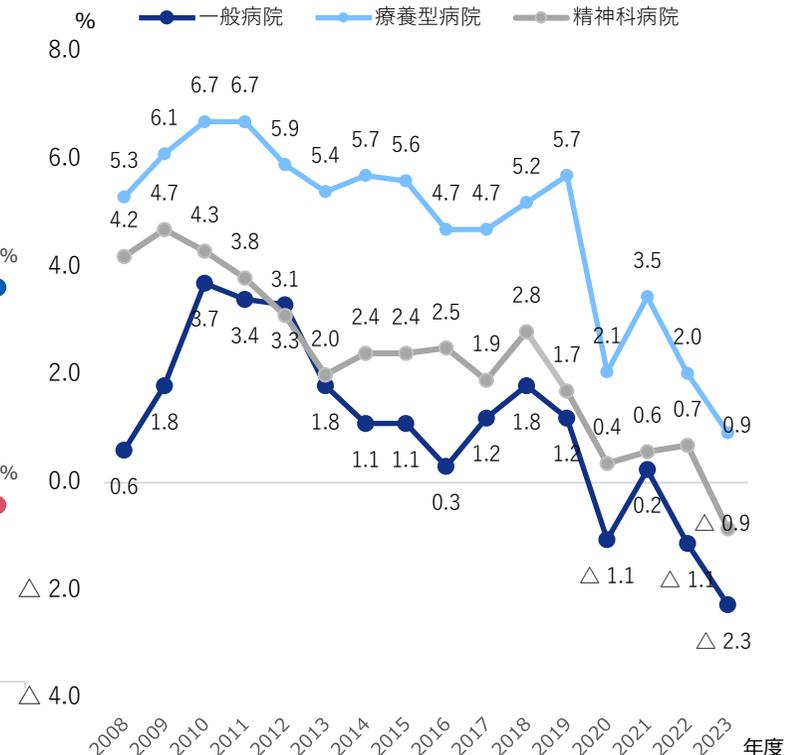


資料出所：厚生労働省「病院報告」

※1 療養病床については、平成8～11年は療養型病床群、平成14年は療養病床及び経過の旧療養型病床群の数値である。

※2 一般病床については、平成8～11年まではその他の病床（療養型病床群を除く。）、平成14年は一般病床及び経過の旧その他の病床（経過の旧療養型病床群を除く。）の数値である。  
注）2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要

## 病院の医業利益率の推移



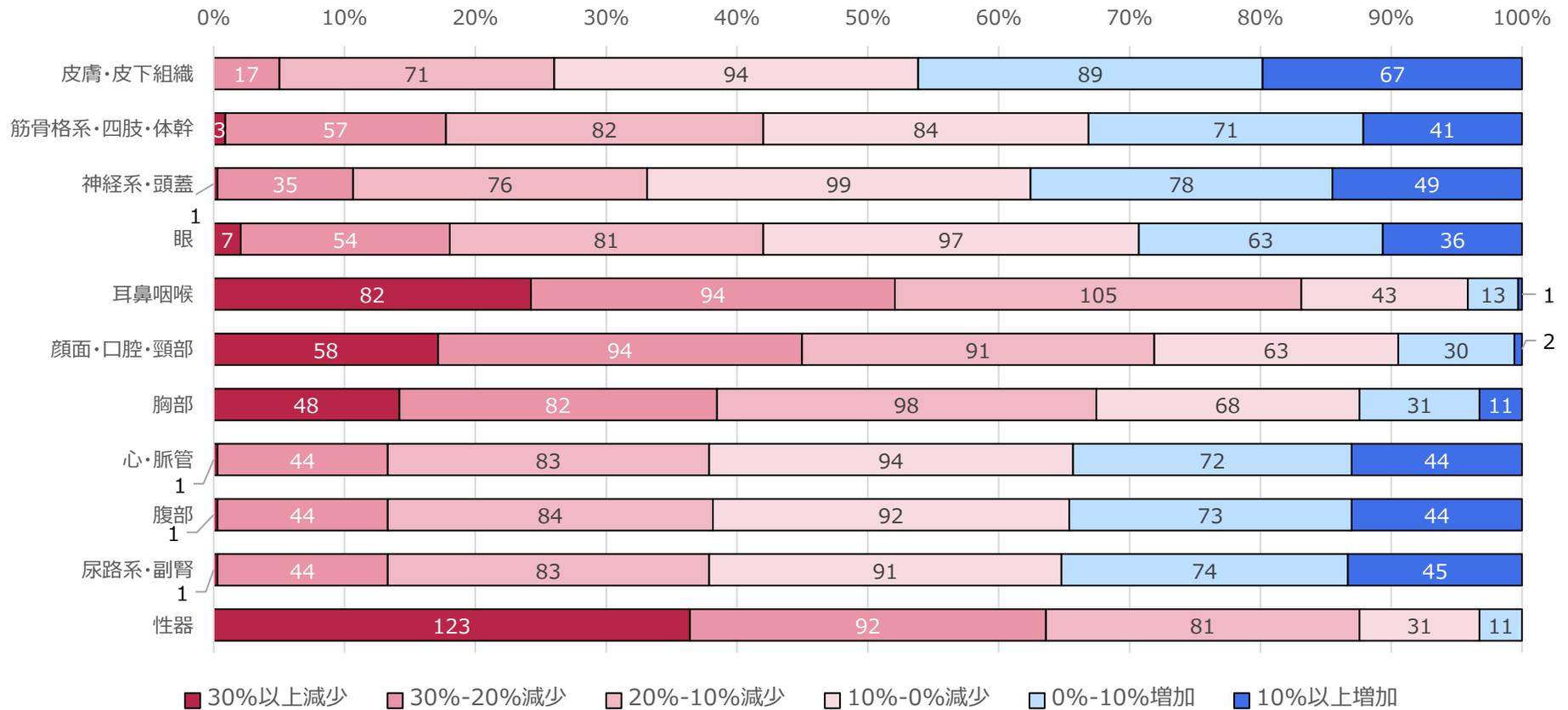
注1) コロナ対応等の補助金について、多くの病院では医業外収益に計上しているものの、一部の病院では医業収益内や特別利益に計上している。そのため、医業利益率については、一部の補助金収益が含まれている点に留意されたい  
注2) コロナ対応のかかり増し経費等は医業費用として計上される一方、注1のとおり補助金収益の計上先は異なるため、医業利益率と経常利益率の間には乖離が生じている。

出典：「2023年度 病院の経営状況（速報値）とりまとめ」（令和6年11月）WAM Research Reportより

# 2040年における診療領域別の手術件数の変化について

多くの医療資源を要する医療について、2020年から2040年にかけて、全ての診療領域において、半数以上の構想区域で手術件数が少なくなる。

2020年から2040年への手術の算定回数の変化率別構想区域数（診療領域別）



資料出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」（令和4年度）、総務省「人口推計」2022年、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いて、厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。  
 ※推計については、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいるものではないことに留意が必要。

# 新たな地域医療構想に関するとりまとめの概要

※令和6年12月18日新たな地域医療構想等に関する検討会とりまとめより作成

## 医療提供体制の現状と目指すべき方向性

85歳以上の増加や人口減少がさらに進む2040年とその先を見据え、全ての地域・世代の患者が、適切に医療・介護を受けながら生活し、必要に応じて入院し、日常生活に戻ることができ、同時に、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制を構築

- 「治す医療」と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、地域完結型の医療・介護提供体制を構築
- 外来・在宅、介護連携等も新たな地域医療構想の対象とする

## 新たな地域医療構想

### (1) 基本的な考え方

- 2040年に向け、外来・在宅、介護との連携、人材確保等も含めたあるべき医療提供体制の実現に資するよう策定・推進  
(将来のビジョン等、病床だけでなく医療機関機能に着目した機能分化・連携等)
- 新たな構想は27年度から順次開始  
(25年度に国でガイドライン作成、26年度に都道府県で体制全体の方向性や必要病床数の推計等、28年度までに医療機関機能に着目した協議等)
- 新たな構想を医療計画の上位概念に位置付け、医療計画は新たな構想に即して具体的な取組を進める

### (2) 病床機能・医療機関機能

#### ① 病床機能

- これまでの「回復期機能」について、その内容に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括期機能」として位置づけ

#### ② 医療機関機能報告 (医療機関から都道府県への報告)

- 構想区域ごと(高齢者救急・地域急性期機能、在宅医療等連携機能、急性期拠点機能、専門等機能)、広域な観点(医育及び広域診療機能)で確保すべき機能や今後の方向性等を報告

#### ③ 構想区域・協議の場

- 必要に応じて広域な観点での区域や在宅医療等のより狭い区域で協議 (議題に応じ関係者が参画し効率的・実効的に協議)

### (3) 地域医療介護総合確保基金

- 医療機関機能に着目した取組の支援を追加

### (4) 都道府県知事の権限

- ① 医療機関機能の確保 (実態に合わない報告見直しの求め)
  - ② 基準病床数と必要病床数の整合性の確保等
- 必要病床数を超えた増床等の場合は調整会議で認められた場合に許可
  - 既存病床数が基準病床数を上回る場合等には、地域の実情に応じて、必要な医療機関に調整会議の出席を求める

### (5) 国・都道府県・市町村の役割

- ① 国(厚労大臣)の責務・支援を明確化 (目指す方向性・データ等提供)
- ② 都道府県の取組の見える化、調整会議で調った事項の実施に努める
- ③ 市町村の調整会議への参画、地域医療介護総合確保基金の活用

### (6) 新たな地域医療構想における精神医療の位置付け

- 精神医療を新たな地域医療構想に位置付けることとする

## 病床機能について（案）②

- 病床機能区分のうち、これまでの【回復期機能】について、2040年に向けて増加する高齢者救急等の受け皿として急性期と回復期の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、【包括期機能】として位置づけてはどうか。

（略）

- 将来の病床数の必要量の推計については、（略）受療率の変化等を踏まえ、定期的に（例えば将来推計人口の公表ごと、医療計画の作成ごと等）2040年の病床数の必要量の見直しを行うこととしてはどうか。また、これまでの取組との連続性等の観点から、これまでの推計方法を基本としつつ、受療率の変化等も踏まえ、基本的に診療実績データをもとに病床機能区分ごとの推計を行うこととし、ガイドラインの検討において、改革モデルも含め、具体的な推計も検討することとしてはどうか。

### 病床機能区分

#### 機能の内容

高度急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能</li> </ul>
急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能</li> </ul>
包括期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 高齢者等の急性期患者について、治療と入院早期からのリハビリ等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能</li> <li>• 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能</li> <li>• 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）</li> </ul>
慢性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能</li> <li>• 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む。）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能</li> </ul>

# 医療機関機能について（案）

## 医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
  - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
  - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

## 地域ごとの医療機関機能

### 主な具体的な内容（イメージ）

高齢者救急・地域急性期機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。</li> <li>※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定</li> </ul>
在宅医療等連携機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。</li> <li>※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定</li> </ul>
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。</li> <li>※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。</li> </ul>
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。</li> </ul>

※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビディティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要

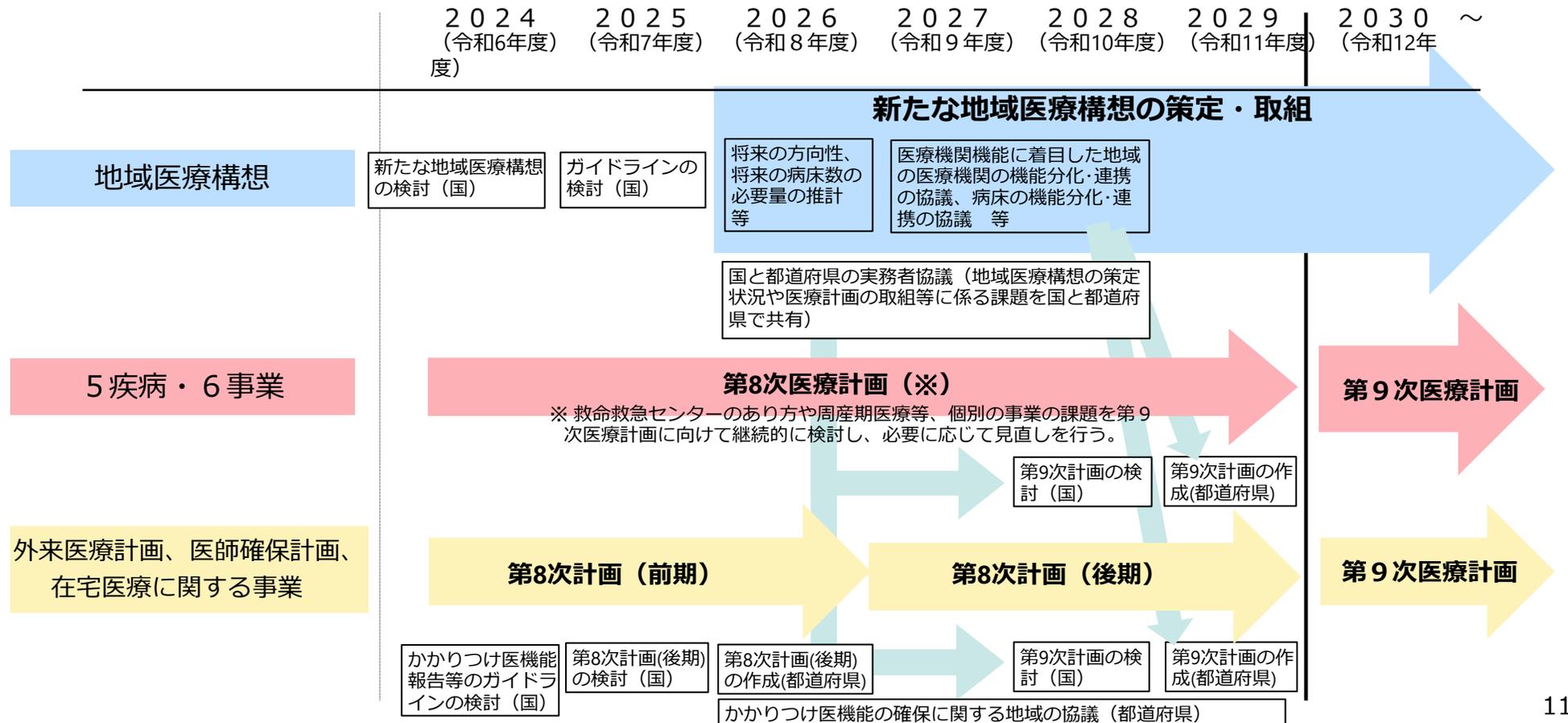
## 広域な観点の医療機関機能

- ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告<sup>10</sup>を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う。

# 新たな地域医療構想と医療計画の進め方（案）

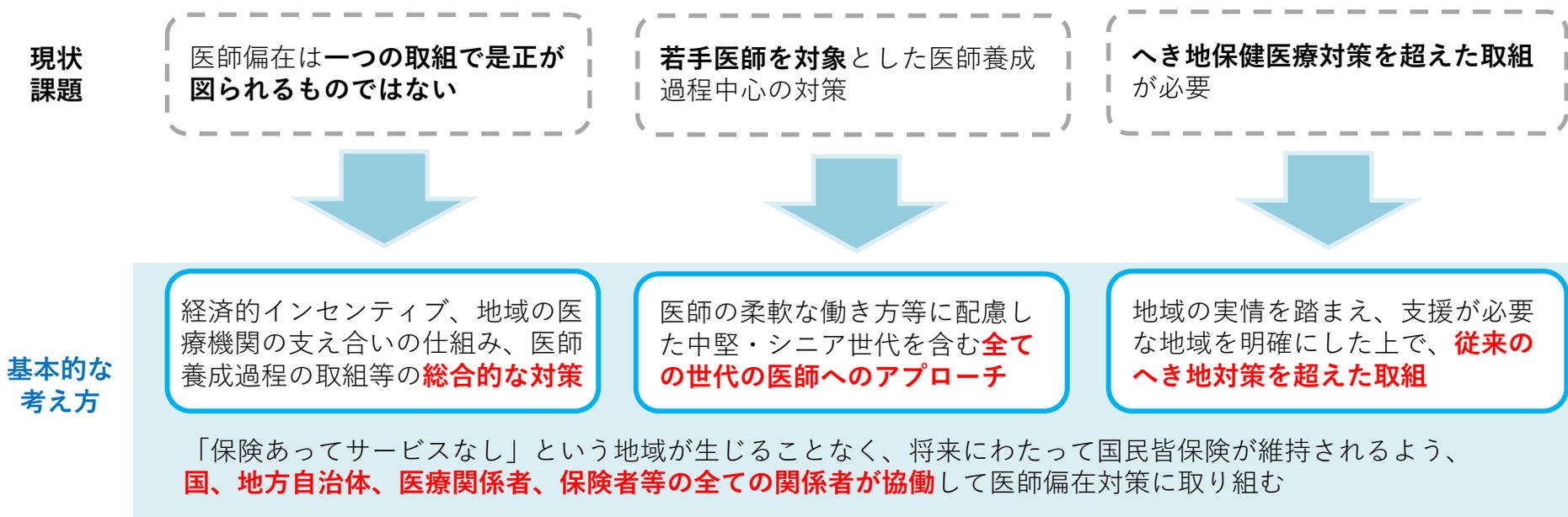
- 新たな地域医療構想について、令和7年度に国でガイドラインを検討・策定し、都道府県において、まず令和8年度に地域の医療提供体制全体の方向性、将来の病床数の必要量の推計等を検討・策定した上で、それを踏まえ、令和9～10年度に医療機関機能に着目した地域の医療機関の機能分化・連携の協議等を行うこととしてはどうか。
- 新たな地域医療構想の内容について、基本的に第9次医療計画に適切に反映されるよう、地域医療構想の策定状況や医療計画の取組等に係る課題を国と県で共有することとしてはどうか。医療計画のうち、5疾病・6事業については、個別の事業の課題を第9次医療計画に向けて継続的に検討し、必要に応じて見直しを行い、また、外来医療計画等の3か年の計画については、令和9年度からの後期計画に向けて必要な検討を行うこととしてはどうか。



1. 新たな地域医療構想について
2. 医師偏在の是正について
3. 特定機能病院について

- 地域ごとに人口構造が急激に変化する中で、将来にわたり地域に必要な医療提供体制を確保し、適切な医療サービスを提供するため、以下の基本的な考え方に基づき、制度改革を含め必要な対応に取り組み、**実効性のある総合的な医師偏在対策**を推進する。
  - **総合的な医師偏在対策**について、**医療法に基づく医療提供体制確保の基本方針に位置付ける**。
- ※ 医師偏在対策は、新たな地域医療構想、働き方改革、美容医療への対応、オンライン診療の推進等と一体的に取り組む。

### 【基本的な考え方】



- ・ 医師偏在対策の効果を施行後5年目途に検証し、十分な効果が生じていない場合には、更なる医師偏在対策を検討
- ・ 医師確保計画により3年間のPDCAサイクルに沿った取組を推進

【総合的な対策パッケージの具体的な取組】

若手

中堅・シニア世代

医師養成過程を通じた取組

- <医学部定員・地域枠>
  - ・医学部臨時定員について、医師の偏在対策に資するよう、都道府県等の意見を十分に聞きながら、必要な対応を進める
  - ・医学部臨時定員の適正化を行う医師多数県において、大学による恒久定員内の地域枠設置等への支援を行う
  - ・今後の医師の需給状況を踏まえつつ、2027年度以降の医学部定員の適正化の検討を速やかに行う
- <臨床研修>
  - ・広域連携型プログラム※の制度化に向けて令和8年度から開始できるよう準備
  - ※ 医師少数県等で24週以上の研修を実施

医師確保計画の実効性の確保

- <重点医師偏在対策支援区域>
  - ・今後も定住人口が見込まれるが人口減少より医療機関の減少スピードが速い地域等を「重点医師偏在対策支援区域」と設定し、優先的・重点的に対策を進める
  - ・重点区域は、厚労省の示す候補区域を参考としつつ、都道府県が可住地面積あたり医師数、アクセス、人口動態等を考慮し、地域医療対策協議会・保険者協議会で協議の上で選定（市区町村単位・地区単位等を含む）
- <医師偏在是正プラン>
  - ・医師確保計画の中で「医師偏在是正プラン」を策定。地対協・保険者協議会で協議の上、重点区域、支援対象医療機関、必要な医師数、取組等を定める
  - ※ 医師偏在指標について、令和9年度からの次期医師確保計画に向けて必要な見直しを検討

地域偏在対策における経済的インセンティブ等

- <経済的インセンティブ>
  - ・令和8年度予算編成過程で重点区域における以下のような支援について検討
    - ・診療所の承継・開業・地域定着支援（緊急的に先行して実施）
    - ・派遣医師・従事医師への手当増額（保険者から広く負担を求め、給付費の中で一体的に捉える。保険者による効果等の確認）
    - ・医師の勤務・生活環境改善、派遣元医療機関へ支援
    - ※ これらの支援については事業費総額等の範囲内で支援
  - ・医師偏在への配慮を図る観点から、診療報酬の対応を検討

- <全国的なマッチング機能の支援、リカレント教育の支援>
  - ・医師の掘り起こし、マッチング等の全国的なマッチング支援、総合的な診療能力を学び直すためのリカレント教育を推進
- <都道府県と大学病院等との連携パートナーシップ協定>
  - ・都道府県と大学病院等で医師派遣・配置、医学部地域枠、寄附講座等に関する連携パートナーシップ協定の締結を推進

地域の医療機関の支え合いの仕組み

- <医師少数区域等での勤務経験を求める管理者要件の対象医療機関の拡大等>
  - ・対象医療機関に公的医療機関及び国立病院機構・地域医療機能推進機構・労働者健康安全機構の病院を追加
  - ・勤務経験期間を6か月以上から1年以上に延長。施行に当たって柔軟な対応を実施
- <外来医師過多区域における新規開業希望者への地域に必要な医療機能の要請等>
  - ・都道府県から外来医師過多区域の新規開業希望者に対し、開業6か月前に提供予定の医療機能等の届出を求め、協議の場への参加、地域で不足する医療や医師不足地域での医療の提供の要請を可能とする
  - ・要請に従わない医療機関への医療審議会での理由等の説明の求めや勧告・公表、保険医療機関の指定期間の6年から3年等への短縮
- <保険医療機関の管理者要件>
  - ・保険医療機関に管理者を設け、2年の臨床研修及び保険医療機関(病院に限る)において3年等保険診療に従事したことを要件とし、責務を課す

診療科偏在の是正に向けた取組

- ・必要とされる分野が若手医師から選ばれるための環境づくり等、処遇改善に向けた必要な支援を実施
- ・外科医師が比較的長時間の労働に従事している等の業務負担への配慮・支援等の観点での手厚い評価について必要な議論を行う

## 青森県地域医療維持確保に向けた医師派遣等に関する三者協定

○ 令和6年1月26日に青森県、弘前大学及び青森県立中央病院は、三者協定を締結し、市町村などから寄せられる医師派遣の要望を共有し、三者で医師派遣等について総合的に検討・調整し、より効果的な医師派遣・配置につなげ、地域医療の維持確保を目指すこととなった。

- ・ 県内唯一の医育機関  
（弘前大学）
- ・ 県立の総合病院  
（県立中央病院）
- ・ 行政（県）



関係機関がタッグを組んで、  
医師のキャリア形成を  
サポート！

1. 新たな地域医療構想について
2. 医師偏在の是正について
3. **特定機能病院について**

# 特定機能病院制度の概要

## 趣旨

医療施設機能の体系化の一環として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。

※承認を受けている病院（令和4年12月1日現在） … 88病院（大学病院本院79病院）

## 役割

- 高度の医療の提供
- 高度の医療に関する研修
- 高度の医療技術の開発・評価
- 高度な医療安全管理体制

## 承認要件

- 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること
- 他の病院又は診療所から紹介された患者に対し、医療を提供すること（紹介率50%以上、逆紹介率40%以上）
- 病床数 ……400床以上の病床を有すること
- 人員配置
  - 医師 ……通常の2倍程度の配置が最低基準。医師の配置基準の半数以上がいずれかの専門医。
  - 薬剤師 ……入院患者数÷30が最低基準。（一般は入院患者数÷70）
  - 看護師等 ……入院患者数÷2が最低基準。（一般は入院患者数÷3）
  - 管理栄養士1名以上配置。
- 構造設備 ……集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室が必要
- 医療安全管理体制の整備
  - 医療安全管理責任者の配置
  - 専従の医師、薬剤師及び看護師の医療安全管理部門への配置
  - 監査委員会による外部監査
  - 高難度新規医療技術及び未承認新規医薬品等を用いた医療の提供の適否を決定する部門の設置
- 原則定められた16の診療科を標榜していること
- 査読のある雑誌に掲載された英語論文数が年70件以上あること 等

※ がん等の特定の領域に対応する特定機能病院は、診療科の標榜、紹介率・逆紹介率等について、別途、承認要件を設定。

# 特定機能病院の承認要件に関する意見 (令和6年3月28日 社会保障審議会医療分科会)

## 1. 特定機能病院を称することができる大学附属病院の取扱いについて

大学附属病院は、医療の提供以外にも、医学生を含む人材の育成及び供給を行う機関としての役割や、医学の進歩に寄与する研究開発の推進の役割を求められる点で、他の医療機関とは一線を画すものであることから、特定機能病院を称する大学附属病院についても、その求められる機能について整理をするべきである。その際、**1つの大学が複数の大学附属病院を有する場合の取り扱いにおいて、各附属病院に求められる機能についても併せて整理するべきである。**

## 2. 高度の医療の要件の見直しについて

特定機能病院の承認の要件として医療法（昭和23年法律第205号）第4条（案）の2第1項第1号に定められている「高度の医療を提供する能力を有すること」については、医療技術は年々高度化していることを踏まえ、時代に即した承認要件の設定について検討するべきである。

## 3. 特定領域型の特定機能病院の承認要件の明確化について

がん、循環器疾患その他の国民の健康に重大な影響のある疾患に関し、高度かつ専門的な医療を提供する、いわゆる「特定領域型」の特定機能病院については、同病院に求められる承認要件が不明瞭であり、**他の特定機能病院と比較して同水準の機能を果たしているのか、当分科会における議論において疑問が呈された。**特定機能病院制度の趣旨に合致した機能を果たすよう、新たな承認要件を設定することも含めて、特定領域型の特定機能病院のあり方を検討するべきである

## これまでの議論の整理（案）

- 特定機能病院の制度創設後に起こった医療の高度化、医師需給状況の変化、臨床研修制度・専門医制度等の医師教育環境の変化、他の病院類型の創設などの制度環境の変化、臨床研究・競争的資金・等の環境変化や医学雑誌の環境変化等の研究環境の変化等を踏まえ、改めて特定機能病院に求められる機能について整理が必要ではないか。
- その際、地域において高度な医療を提供するために特定機能病院が拠点となるという観点が一つの軸となるのではないか。教育や研究の観点は、高度な医療を提供するための基盤であるという切り口で考えることができるのではないか。
- 高度な医療、研究、教育等について検討する際は、量的・質的な違い、網羅性と高度性のバランス、実績と体制のバランス、医師とそれ以外の職種の関係、医師多数県か少数県かの違い、診療科などの部門を横断する課題・病院全体のガバナンス上の課題など様々な観点・論点があることを踏まえて検討する必要があるのではないか。
- 大学附属病院本院は、医療・研究・教育をいずれも高度に行っており、さらに対象疾患は幅広く、医学生等の卒前教育やそこから連続する卒後教育の流れも踏まえた医師派遣機能を担っている。大学附属病院本院については、求める機能や承認要件等を検討する際、他の特定機能病院、特に特定領域型の特定機能病院とは分けて議論をした方が良いのではないか。また、その際、医師派遣機能についても議論を行ってはどうか。
- 都市部と地方部などの所在地による相違、他の特定機能病院が近隣にあるか等の相違など、置かれている条件によって医療・研究・教育・医師派遣の実情、求められ方、負担などが異なっているという指摘があるため、現状分析やあり方についての議論についても、必要に応じて、いくつかの類型に切り分けて行うことも検討してはどうか。

## （総論）

- 特定機能病院の承認基準を設定した時点から医療提供体制の状況等が大きく変化しているものもあり、承認要件の見直しも含めて議論を進めていってはどうか。
- 特に、手術等の医療実績や論文数でみた研究実績等は、地方に合わせた基準で考えると都市部では一部の基準が低いままになってしまい、特定機能病院の趣旨に必ずしも合致しない病院が承認されてしまうように見えているという指摘がある。

医師少数県や一県一医大のように大学附属病院本院の医師派遣や医師の育成によって地域医療が成り立っているところを評価する視点が地域医療を守る観点からも重要であり、そういった観点を踏まえた（医師偏在是正の観点もあり、都市と地方の違いにも着目した）承認要件の議論が重要ではないか。

また、卒前・卒後の教育という観点が医師の育成・派遣という見地からは重要ではないか。（スチューデント・ドクター等を含む。）

- この際、特に資源が少ない地域においては、他の大学附属病院本院との連携について、どのような余地があるのか、特に長期的な観点で検討をしてみてもどうか。（例：一部の専門研修やサブスペシャリティ等の教育の観点や研究部門の観点等）
- 大学附属病院本院であるから、自動的に特定機能病院として承認するような考え方ではなく、都市や地方といった前提条件の違いを踏まえながら、それぞれの状況に沿った特定機能病院としての役割を適切に果たしていただける承認要件の設定が重要ではないか。また、教育や医療を受ける側の視点も重要ではないか。

## （医療）

- 医療提供の内容では、大学附属病院本院と一般病院の違いはあまり明確ではないのではないかと。医療提供の観点においては、どのような医療を高度な医療として評価するのか、また、地域医療構想における地域連携の観点をどう考えるか（大学附属病院本院が地域において必要な医療を全て提供するということは必ずしも要しないことに留意が必要）が重要な論点ではないか。
- 医療提供や医療安全の観点では、多職種体制（人員体制、教育体制等）も重要であり、質的な観点、量的な観点、双方含めた検討が必要ではないか。

## （研修（教育）/医師派遣）

- 医師派遣と医師の養成教育を一体的に行うことが重要で、そのような点を評価する視点も重要ではないか。（地域枠や自治医大等の医師の専門性涵養を含めた教育・育成と一体的な配置の重要性等を含む。）また、複数の大学病院から派遣のある地域では、連携上の課題が散見されるため、連携した派遣・医師配置の観点も重要ではないか。

この観点においても地域医療構想との関連・連携が重要な論点ではないか。

- 教育の観点では、大学附属病院本院と分院は役割が大きく異なるため、分けた議論を行うことは重要である。
- 臨床研修や選択する医師が多い分野の専攻医は、一般病院でも受け入れられているが、数が少ない分野の専門研修プログラムは、大学附属病院本院の役割が大きく、県によっては、当該県唯一のプログラムを大学附属病院本院が提供している場合もあり、そのような少数分野にとっても専門性の観点が重要ではないか。
- 医師多数県に所在する大学附属病院本院であっても、診療科によっては（医師等が十分ではなく）派遣できないところもある。

## （医療の開発・評価（研究））

- 大学附属病院本院の特徴として、幅広い領域における研究業績、論文発表実績等があるという点も重要で、そういった幅の広さを評価する観点も重要ではないか。また、（一部過度なものも含む）商業的なジャーナルも増えている中で、（それらにもインパクトファクター等で一定の外部評価がある中）どのような業績を評価するかは検討が必要ではないか。その中で、Original ArticleやCase Report等のそれぞれの実績割合等をしっかり検証することも重要ではないか。また、小さな研究をしっかりと行うことで、人材育成にもつながるといった観点も重要ではないか。

## （医療安全）

- 医療安全の観点でも、大学附属病院本院内だけでなく、地域の医師の育成、支援、場合によっては再教育のような取り組みも必要な可能性がある。

# 2040年に求められる医療機関機能（イメージ）

**高齢者救急の受け皿  
となり、地域への復  
帰を目指す機能**

かかりつけ医等と連携し、増大する高齢者救急の受け皿となる機能

**在宅医療を提供し、地  
域の生活を支える機能**

地域での在宅医療を実施し、緊急時には患者の受け入れも行う機能

**救急医療等の急性期  
の医療を広く提供す  
る機能**

高度な医療や広く救急への対応を行う機能（必要に応じて圏域を拡大して対応）

地域ごとに求められる医療提供機能

**医師の派遣機能**

**医育機能**

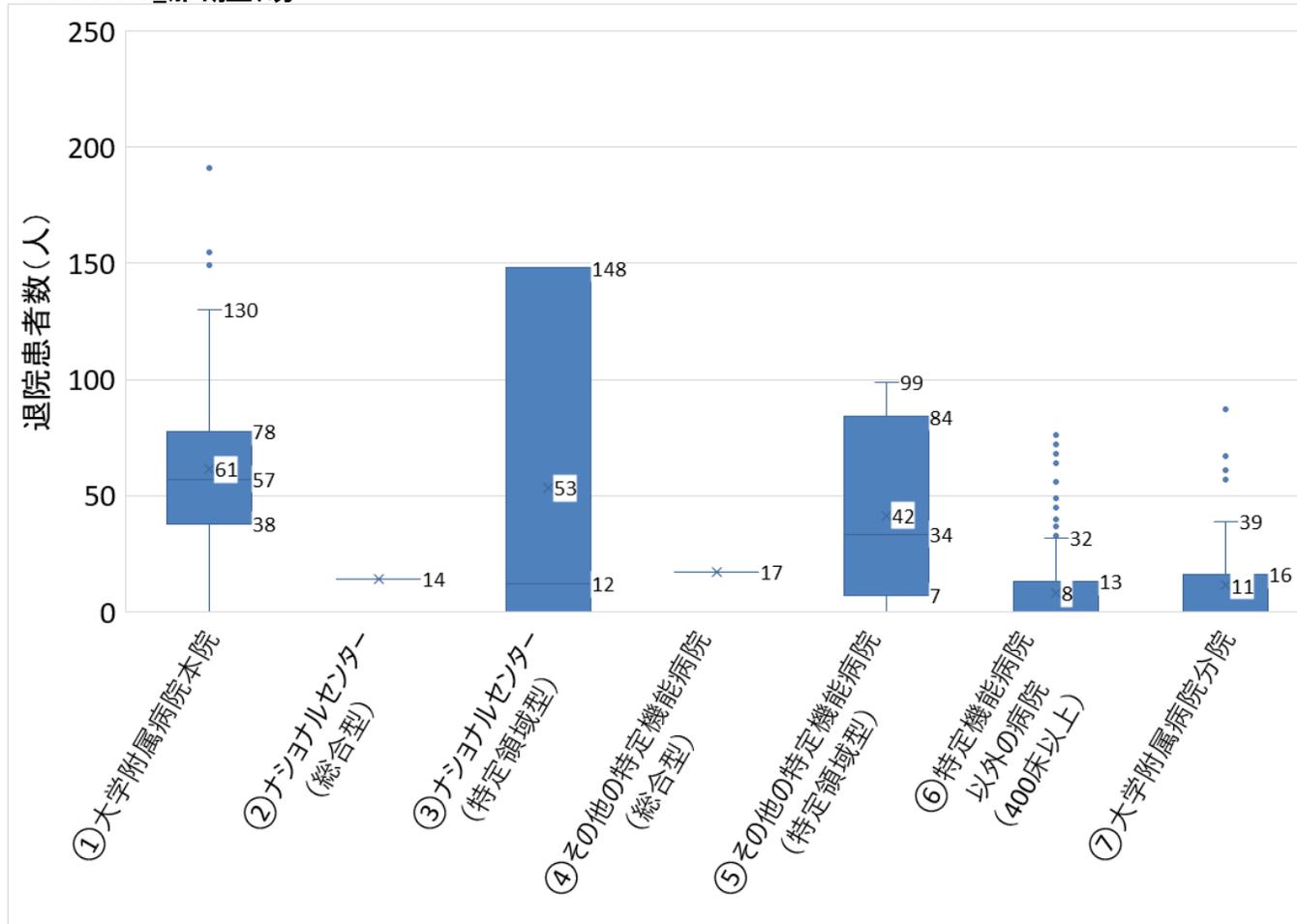
**より広域な観点で診療を  
担う機能**

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

# 特定機能病院等における疾患別の入院実績等

- 特定機能病院（大学附属病院本院、特定領域型）で多くの患者を受け入れている。
- 特定機能病院以外の病院でも一定の受入れは行われている。

010010\_脳腫瘍



- 各都道府県における疾患別の提供実績を総合した（※）際に、同一都道府県内に**大学附属病院本院と同等又は上回る「大学附属病院本院以外の病院」が存在する大学附属病院本院は27**存在した。
- うち、**1つの県に1つのみ**の大学附属病院本院が存在するものは**6**存在した。

## ※評価方法

- 令和4年度DPCコードを用い、コード6桁（疾患）別に「手術（輸血を除く）あり」の退院患者数を集計
- 各都道府県内において、コード6桁（疾患）別年間の退院患者数が  
上位30%の医療機関をA評価（3ポイント）、  
中位40%の医療機関をB評価（2ポイント）、  
下位30%の医療機関をC評価（1ポイント）  
として、各医療機関、各疾患ごとに、合計した総ポイント数を、各都道府県内で比較。
- 同一都道府県内に、大学附属病院本院と同順位又は上回る「大学附属病院本院以外」の病院が存在した場合、当該病院以下の大学附属病院本院をカウント

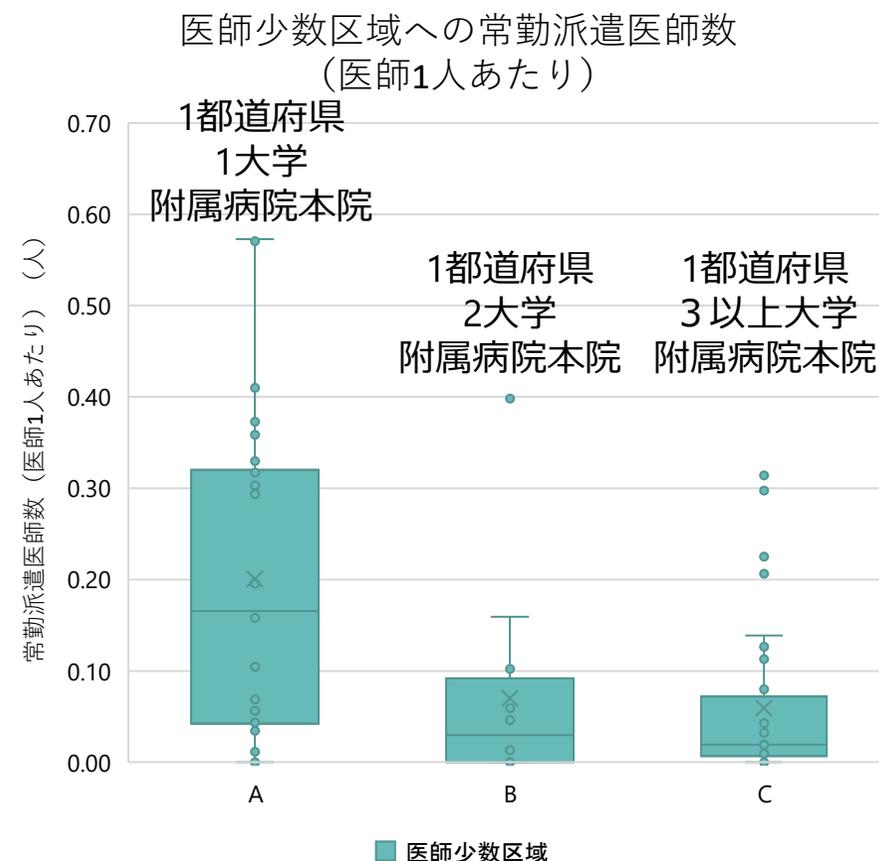
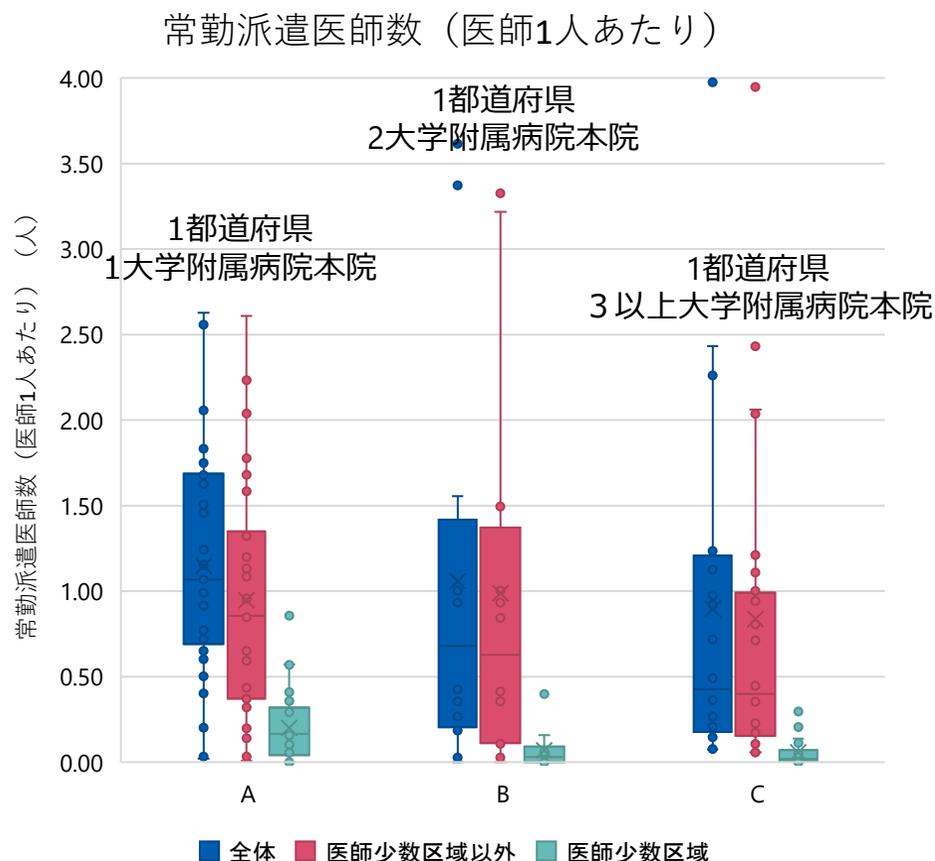
- 医療提供の内容だけでは、必ずしも特定機能病院と一般病院（本資料中では、「特定機能病院以外の病院」を指す。以下同じ）特に400床以上の一般病院の違いは明らかではないのではないか。
- 同一都道府県内に、医療提供の幅の広さや実績数で比較した際に、大学附属病院本院よりも実績が高い病院が存在する場合が一定程度ある。
- さらに、一定程度高度な医療について、実績が特に低い大学附属病院本院が存在する。  
（例えば、実績数の25%タイル～75%タイルが、「大学附属病院本院」と「特定機能病院以外の400床以上の病院」ではほぼ重なりがなく、大学附属病院本院での実績が著しく高いものについては、実績が低い～ほぼない大学附属病院が一定程度存在等）
- 一方で、腎以外の移植医療等、大学附属病院本院において主に提供されている高度な医療が存在する。
- また、「新たな地域医療構想等に関する検討会」においては、医師派遣機能や医育機能と一定程度組み合わせる形で、「より広域な観点で診療を担う機能」が「より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能」として2040年頃に求められる医療機関機能のイメージとして検討されている。また、大学附属病院と都道府県の地域医療構想上の連携についても、議論が行われている。（前回指摘事項との関連では、地域医療構想調整会議等での協議を踏まえつつ、地域で求められる医療を提供する面と地域には、当該本院以外では提供できない医療や特に設備等を要する医療を提供する面等に関する観点）



- 一般病院と重複する医療提供が相当程度行われていることや、「新たな地域医療構想等に関する検討会」における今後の検討を踏まえることを前提としつつ、（特に、地域内で比較等を行う際に）一定程度実績が低い大学附属病院が存在することを踏まえ、特定機能病院として大学附属病院本院に求める（高度な）医療の提供内容をどのように考えるか。

# 大学附属病院本院からの医師派遣の状況 (都道府県内医学部数別) 【医師1人あたり】 ③

- 医師1人あたりで見ると、1つの都道府県に所在する大学附属病院本院の数が増えるごとの、医師派遣実績の中央値、25%タイル値、75%タイル値は低下度合いが実数で見るとより大きくなる。
- 医師少数区域への派遣に限って見ると、1都道府県1大学附属病院の医師少数区域への派遣が多い傾向がある。



- 医師派遣機能は、地域医療の維持の観点からも重要であり、特定機能病院の要件として取り扱うことも含めて、様々な観点から検討してはどうか。
- 医師多数県に対する医師派遣機能の意味合いと医師少数県に対する医師派遣機能の意味合いは異なるのではないかと。その点も踏まえた検討が必要ではないかと。医師派遣機能の検討を行う際に、マンパワーが限られている等の観点からも、地域医療構想のような地域医療提供体制の議論と整合するような検討をする必要があるのではないかと。
- 大学附属病院本院からの医師派遣機能は様々な地域に対して行われているが、医師少数区域への派遣については、ばらつきがあり、実績が少数に留まっている病院が一定数存在する。  
また、一つの都道府県に所在する大学附属病院本院が1つの都道府県では、医師派遣数全体で見ても、医師少数区域に対するもので見ても、医師派遣数が多い傾向にあり、医師少数区域に対するものは顕著である。また、医師1人当たりで見ると、この傾向がより顕著になる。医師少数区域への派遣数が低値に留まっている病院については、研究実績が低値に留まっている場合もあり、必ずしも関連が見られない。



- 新たな地域医療構想に関する今後の検討、特に都道府県との連携・協力等のあり方等を踏まえることを前提としつつ、特定機能病院として大学附属病院本院の承認要件を含めた求められる医師派遣等の内容をどのように考えるか。
- 特に、特定機能病院として、医療提供、研修（教育）、医療技術の開発・評価（研究）、医療安全（求めるとすれば）医師派遣のそれぞれについて、軸となるのは、高度な医療を提供する観点ではないかという議論があったことを踏まえ、どのような医師派遣について、より議論・検討すべきか。

# 大学附属病院本院における医療の開発・評価（研究） についての論点（案）

- 地方部等においてのみならず都市部においても論文発表等の実績が低調となっている大学附属病院がある。（また、必ずしも、医師派遣等とトレードオフになっていないことがある）
- 研究実績のみならず、研究を支える体制（CRC,倫理体制等を含む）についても重要であるという指摘がある。
- 論文発表実績として、Case ReportやLetter等もOriginal articleと同等の評価とするか検討すべきであるという指摘がある。また、筆頭著者としての論文発表に至らずとも、体制の整った臨床研究への参画・貢献等を行っている大学附属病院本院があるという指摘やそのような研究を含めた研究を一定程度実施することで、教育等の体制強化にも効果があるという指摘もある。
- また、現在、臨床研究法・特定臨床研究の枠組みやJRCTのような治験以外の臨床研究によるエビデンス創出・臨床研究登録の枠組みが一定程度定着してきている一方で、医薬品・医療機器に関する研究以外の臨床研究（臨床所見や手術・手技に関するもの等）はこれらの枠組みの主な対象とはされておらず、実績把握の体制には差異がある。



- 特定機能病院としての大学附属病院に求められる医療の開発・評価（研究）をどのように考えるか。
- 特に、Case ReportやLetter等も、Original articleと同等の評価とされていることを含め、論文実績の内容（質を含む）について、どのように具体的なものを求めるか。また、筆頭著者としての論文実績以外の内容（CRC、ARO、倫理審査等の体制や国際共同治験を含む多施設共同研究等への貢献等が筆頭以外の著者として評価されている場合等を含む）について、承認要件を含めて大学附属病院本院に求めるものをどのように考えるか。
- 特に、地方部において、教育や医師派遣等により資源を割かざるを得ない状況を踏まえ、それらの実態に即して、求める研究等をどのように考えるか。

- 大学附属病院本院が行っている卒前教育から卒後までの連続性のある医学生～医師等の教育は手間がかかる。また、地域に医師を留める観点からもこれらの教育は非常に重要ではないか。また、その他の医療系学生への卒前教育も大学附属病院本院でかなり部分が実施されているのではないか。
- 大学附属病院本院においては多数の臨床研修医を受け入れている病院もあるが、一部の大学附属病院本院では、臨床研修医の受入実績が低い状況にある。
- 大学附属病院本院において、基幹型専攻医プログラムが整備されており、ほとんどの大学附属病院本院で、基本19診療領域をほぼ網羅している。都道府県及び診療領域によっては、当該大学附属病院本院が都道府県内唯一のプログラムを提供している場合もあるという指摘がある。また、専攻医数を公表している外科領域において、専攻医数は大学附属病院本院において特に多い状況である。
- また、専門研修よりも高次のサブスペシャリティの研修などについても大学附属病院本院が果たしている役割が大きいという指摘がある。
- 一方で、大学附属病院本院でも、一部で上記の実績が低値に留まる場合がある。都市部であっても、一部で実績が低値となっている場合がある。
- また、コメディカルの卒前教育、リカレント教育および看護師の特定行為研修などの高度な教育についても大学附属病院本院が一定の役割を果たしているという指摘がある。



- 特定機能病院としての大学附属病院に求められる医療に係る研修（教育）をどのように考えるか。
- 特に現在は、定量的には、研修医数（30名/1年目+2年目）のみ承認要件となっているところ、大学附属病院本院が置かれている前提条件の違い（都市部/地方部または医師多数/少数都道府県等）や臨床研修制度、専門研修制度等の現状等、サブスペシャリティ等高度な研修の観点、常勤としてトレーニングを行う、研修会や勉強会の主催を行う等、頻度/程度の観点などをどう考えるか。

- 医療の提供、医療に係る開発・評価（研究）、医療に係る研修（教育）、医師派遣等の実績を鑑みると、必ずしも地方と都市部とを比較した際に地方において実績が低調となっている訳ではない。しかし、傾向として、地方部や一県一医大となっている大学附属病院において、これらの実績が低調となるところがある。また、地方において、医師の確保が困難である等、医療資源の確保に課題があるため特に研究が低調となっているケースがあるという指摘がある。
- 一方で、都市部であっても、医療の提供、研究等の実績が低調となっている又は代替性がある（一般病院でも同等以上の実績がある等）ケースが散見される。



- 特定機能病院としての大学附属病院に求められる内容を検討する際の地理的条件（地方部に存在すること、人口密度が低いこと、医師少数都道府県であること等）の取扱をどのように考えるか。特に、前提が異なる類型として議論するとした場合、どのような（特に前提条件に基づく）グループ分けを行っていくことを検討すべきか。
- 特に、医療資源が比較的豊富な都市部等においても、それぞれの実績が低調である大学附属病院が存在することを踏まえ、どのような医療等を提供することを求めていくことを検討すべきか。

## 全体を通した論点等（案）

- 大学附属病院本院は、医療・研究・教育・医療安全をいずれも高度に行っており、さらに対象疾患は幅広い。また、医学生等の卒前教育やそこから連続する卒後教育の流れも踏まえた医師派遣機能を担っており、幅広い領域を網羅するためにコスト、手間もかかっている。これらを踏まえ、大学附属病院本院全体について、他の一般病院とは異なるものとして、特定機能病院としてのあり方を検討することとされた。
- 大学附属病院本院それぞれの医療、研究、教育、医師派遣等の実績を鑑みると、実績にはばらつきがあり、一部、実績が低調となっているものも存在する。その際、地理的条件を鑑みた場合であっても、（例えば都市部において）実績が低調となっている場合もある一方、地方部や医師少数都道府県である等、一定の前提条件等により、研究等よりも医療提供や医師派遣等に資源を割かざるを得ないと考えられるケースも存在する。
- 同じ大学附属病院本院同士で比較したとしても、例えば、都市部と地方部では特定機能病院として果たしている機能が異なっているのではないかという指摘があったところ、大学附属病院本院の中を異なる類型に分けることも含めて、検討を深めていってはどうか。
- また、これまで、定量的な要件として、医療においては先進医療の実績等、研究においては査読付き英語論文の本数、教育については研修医の人数が定められているところ、大学附属病本院の実態やこれまでの指摘等を踏まえ、これらの要件を含めて、適宜見直していってはどうか。

# 本検討会の今後の進め方について

## これまでの議論

- 第20回（7/3）  
特定機能病院における現状の確認及び論点抽出
- 第21回（8/20）  
第20回で挙げられた現状及び論点を踏まえた課題整理及び解決策に向けた意見集約  
（喫緊の論点及び整理が比較的容易な論点）
- 第22回（11/27）  
第21回での意見等を踏まえ、現場の実態を踏まえたヒアリング

## 今後の流れ

- 第23回（1～2月予定）  
取りまとめに向けての議論等
- 第24回（3月予定）  
議論の取りまとめ