

# 大学附属病院本院の現状等及び 大学附属病院本院の特定機能病院 としての取扱い上の論点等

## 前回までの議論

- 特定機能病院の制度創設後、様々な病院類型などの制度が創設されており、医療事情も大きく変化している。この機会に特定機能病院としてどのような機能を果たすことを求めるのか、改めて検討・整理するべきではないか。
- 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）、医療安全のそれぞれについて高度なものを提供することが求められているが、軸となるのは、高度な医療を提供する観点ではないか。研究、教育、医療安全、（承認要件にはなっていないが）大学附属病院本院が行っている医師派遣機能なども、目的は地域で一体となって高度な医療を提供するためと考えることができるのではないか。特定機能病院が果たすべき機能を議論する際は、この観点を軸としていってはどうか。その際、高度性だけでなく、網羅性が地域全体の医療水準を引き上げるという観点では重要ではないか。
- 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いる。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。
- 上記の理由から、求める機能や承認要件等を検討する際は大学附属病院本院について、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よいのではないか。
- 同じ大学附属病院本院同士で比較したとしても、果たしている機能に差がある可能性がある。特に、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。特に医師少数県の場合の医師派遣機能は、大きく異なる可能性がある。これらの分析を行った上で、大学附属病院本院の中を異なる類型に分けて、議論することも含めて検討してはどうか。（例えば、都市部と地方部を別類型とするなど。）この場合、機能が異なる理由が、地域の特性によるものか、当該病院の独自の理由によるものかも分析が必要ではないか。

- 病院全体のガバナンス、例えば、各診療科横断的な統一された取り組みが行われることが提供する医療の質を病院として担保する上で重要である。
- 量的な指標だけでなく、質的な指標でも、承認基準や実績報告を見ていくべきである。
- 特に大学附属病院本院は、診療と教育・研究に対して、複数の収入源があるが、医師等の医療従事者の人件費等の支出の構造が必ずしも対応していないところがあるのではないか。働き方改革等への対応もあり、経営面での環境変化も起きていることから、経営面での課題も含めて整理することが、特定機能病院としてのあり方を検討する上で、参考になるのではないか。
- 診療報酬での評価については、特定機能病院として求められる機能の面とは別の議論であるが、どのような観点が診療報酬で評価されるのかについては、共通認識を持っておくべきではないか。

- 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。
- 上記の理由から、（紹介率／逆紹介率だけに着目するような場合は、）地域医療支援病院や紹介受診重点医療機関との役割分担を再考する必要がある。
- 一部の特定機能病院において、先進医療の実施数が低調になっている理由を分析する必要があるのではないか。
- 大学附属病院本院の中にも提供できる医療の高度性やカバーする領域の広さに差があり、最後の砦となっているところ、なっていないところ、5疾病6事業をカバーできている領域、欠けている領域があるなど様々になっているのではないか。

- 地方部等において、研究の実績等が低調になっている特定機能病院・大学附属病院本院があるのではないかと。また、そうだとすると、その原因等についても分析することが必要ではないかと。
- 競争的資金は、分野を絞った方が獲得しやすく、その観点でも、特定領域型と幅広い分野をカバーする必要がある総合型は分けて議論する必要があるのではないかと。また、総合型の要件として、幅広い分野で研究を行ったり、競争的資金等を獲得したりしている実績やそのための体制を構築できていることをみていく必要があるのではないかと。
- 同様に、研究実施、論文作成、論文掲載も分野を絞った方が難易度が下がると考えられることから、特定領域型と幅広い分野をカバーする必要がある総合型は分けて議論する必要があるのではないかと。
- 研究の定量的な実績要件として、査読あり英語雑誌への論文の掲載件数が用いられているが、近年、査読の質等も様々になってきている等の状況変化等があるため、論文の質の観点で検討を行う必要があるのではないかと。論文に限らず、研究において、質の観点での検討が重要ではないかと。
- 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、引き続き評価していく必要があるのではないかと。
- 特定機能病院と一般病院との研究の実績等の比較を行わないと、特定機能病院としてどの程度の研究が行われているのかを評価しづらいのではないかと。

- 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。
- 卒前教育の受け入れ状況は、大学附属病院本院とそれ以外の特定機能病院で大きく異なるのではないか。
- 高度な教育を行うためには、基礎的な教育体制を持つことも重要な要素ではないか。
- 現在の承認要件においては、定量的には研修医の人数だけが定められているが、医療の高度化、専門医制度が開始されるなどの医師の教育上の変化等を踏まえ、専門研修やサブスペシャリティの研修などについても位置づけ・取り扱い等を検討していくべきではないか。
- 地域における高度な医療提供を支える観点から、地域枠の医師に対する研修についても、位置づけ・取り扱い等を検討していくべきではないか。
- 医師以外の医療専門職への教育・研修も重要ではないか。

- 平成28年以降の承認基準の見直しを踏まえ、外形的な医療安全管理体制は整備されつつあるが、実践内容には課題が残されており、分析等が必要ではないか。特に、透明性や実効性といった観点で検討を行うべきではないか。
- 特定機能病院は、高度な医療提供を行うことが求められており、特に高度な医療提供について数値目標があることから、医療倫理的な観点でチェックを行う体制が重要ではないか。

- 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。
- 医師の派遣については、非常勤派遣は勤務実績が記録されるため派遣の実績を把握しやすいが、常勤派遣についてはどのような状態をもって派遣しているとするかは非常勤よりも曖昧なところがあり、精査の必要があるのではないかと。

- 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の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。

## （今後の議論の進め方）

- 前頁に提示した様々な状況の変化等を踏まえ、今般、特定機能病院に求められる機能について改めて整理・検討を行ってはどうか。
- その際、まずは、大学附属病院本院について求められる機能を整理することとし、それ以外の特定機能病院とは異なる承認基準を設けることも含めて、現状分析を含めた検討を行ってはどうか。
- その後、大学附属病院本院について、整理された論点を活用し、その他の特定機能病院に求められる機能等（必要に応じて、承認基準等に関する議論も含む。）を引き続いて整理することとしてはどうか。

# 前回（第21回：令和6年8月20日開催）の指摘事項等について

## （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。

## 前回（第21回：令和6年8月20日開催）の指摘事項等について②

### （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も重要ではないか。
- 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）

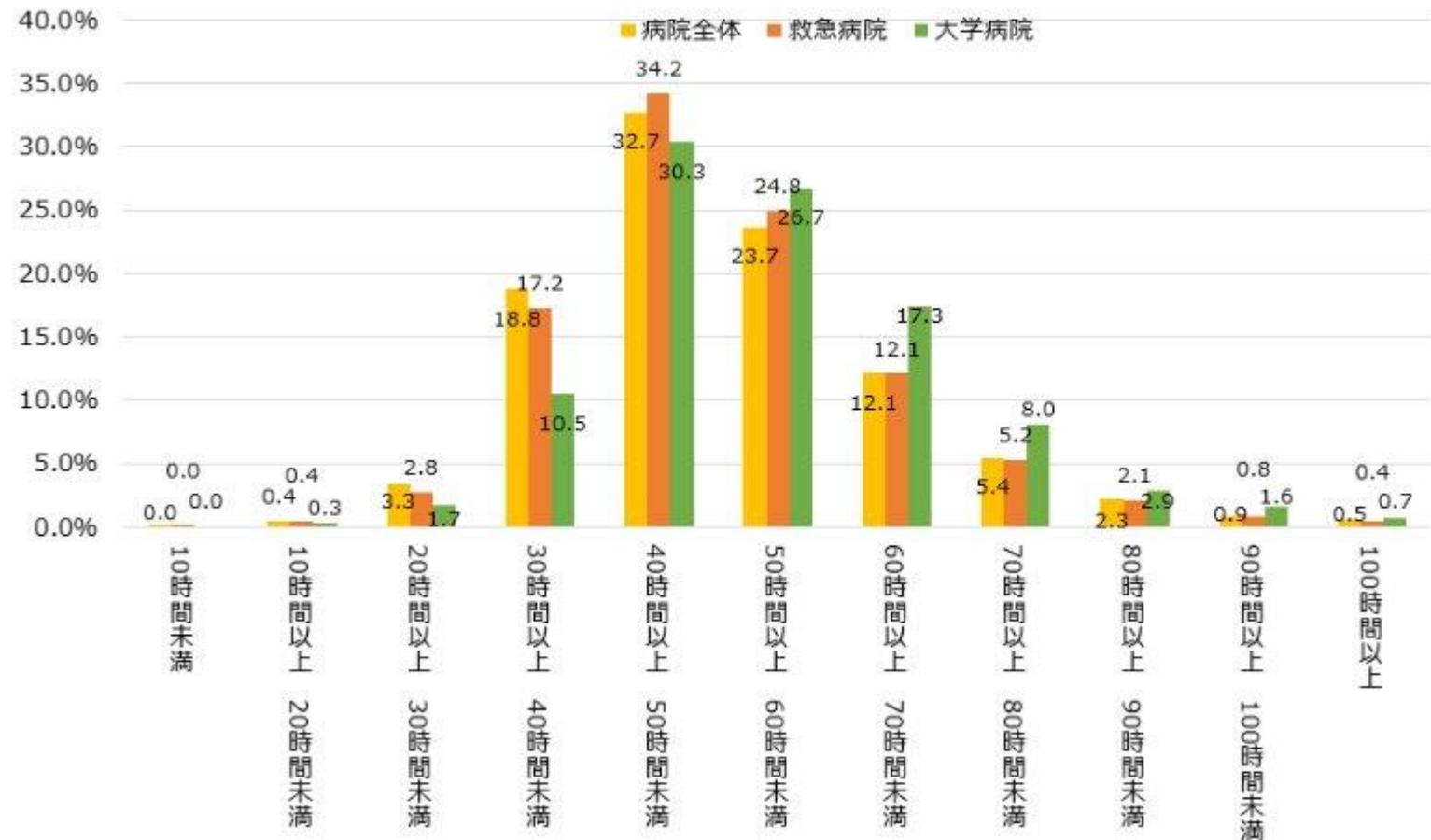
- 医療安全の観点でも、大学附属病院本院内だけでなく、地域の医師の育成、支援、場合によっては再教育のような取り組みも必要な可能性がある。

# 地域医療構想等検討会における議論

# 大学病院及び救急病院における医師の働き方について

大学病院及び救急病院における医師の労働時間は、他の病院に比べ長い傾向にある。

病院・常勤勤務医の週当たり労働時間：病院種別（全体・救急病院・大学病院）



※「救急病院」は、施設票問1③で「救急指定病院」「2次救急医療施設」「救命救急センター」と回答した病院を集計。

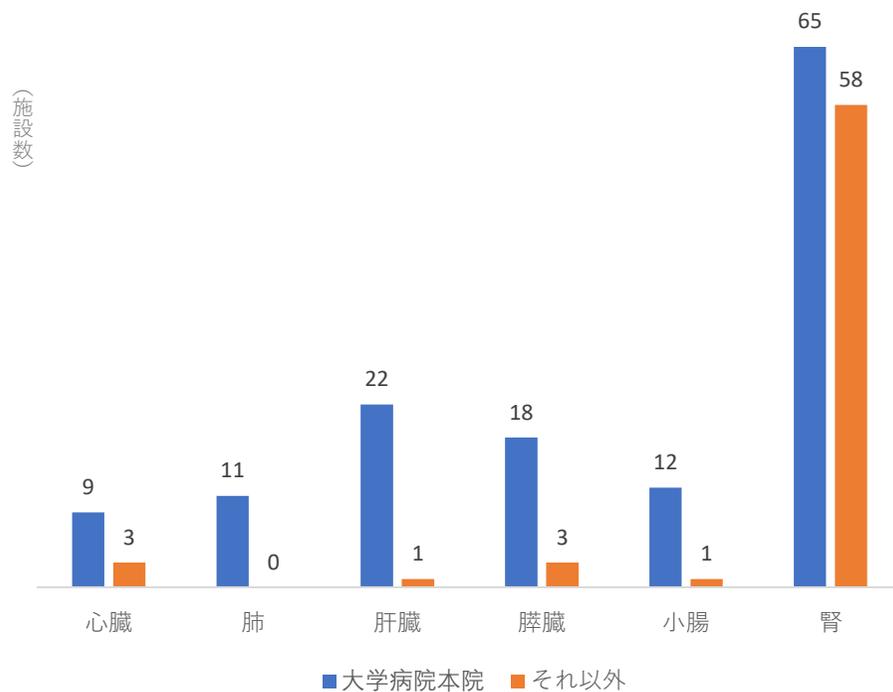
出典：厚生労働行政推進調査事業費「医師の勤務環境把握に関する研究」研究班作成



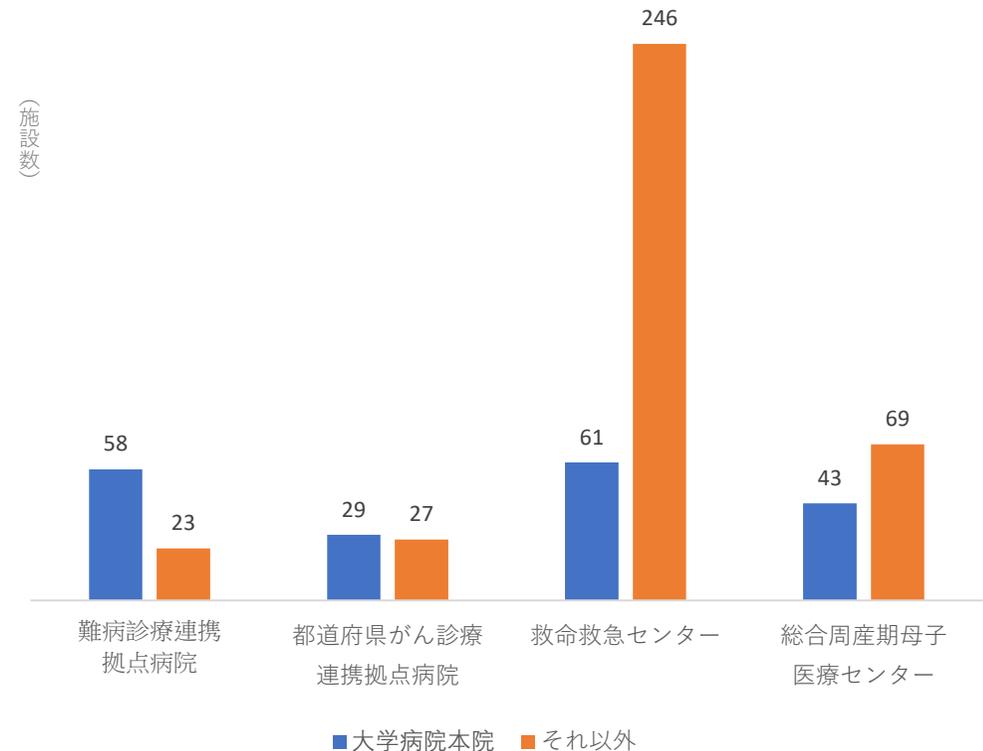
# 広域な観点で整備される施設類型ごとの大学病院本院の役割について

腎移植を除いた移植施設については、多くが大学病院本院となっている。難病診療連携拠点病院、都道府県がん診療連携拠点病院、救命救急センター、総合周産期母子医療センターについても、大学病院本院が一定の役割を担っている。

移植施設ごとの  
大学病院本院とそれ以外の内訳

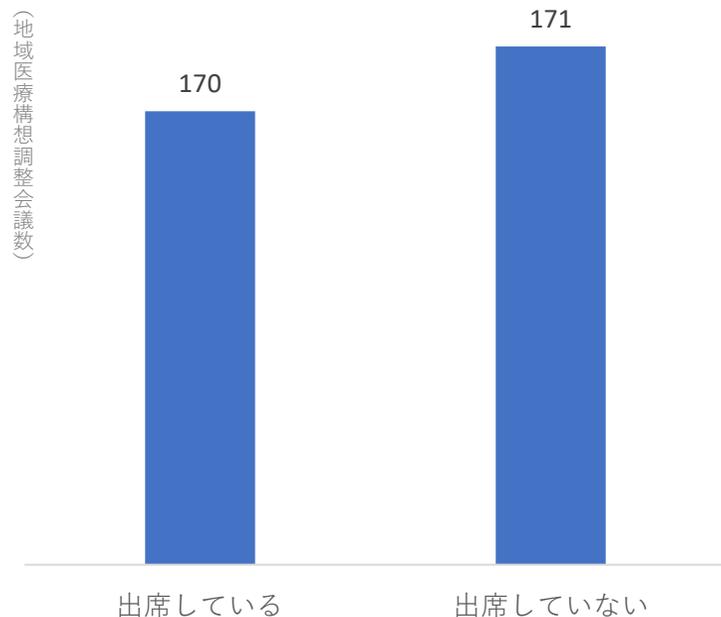


広域な観点で整備される施設類型ごとの  
大学病院本院とそれ以外の内訳

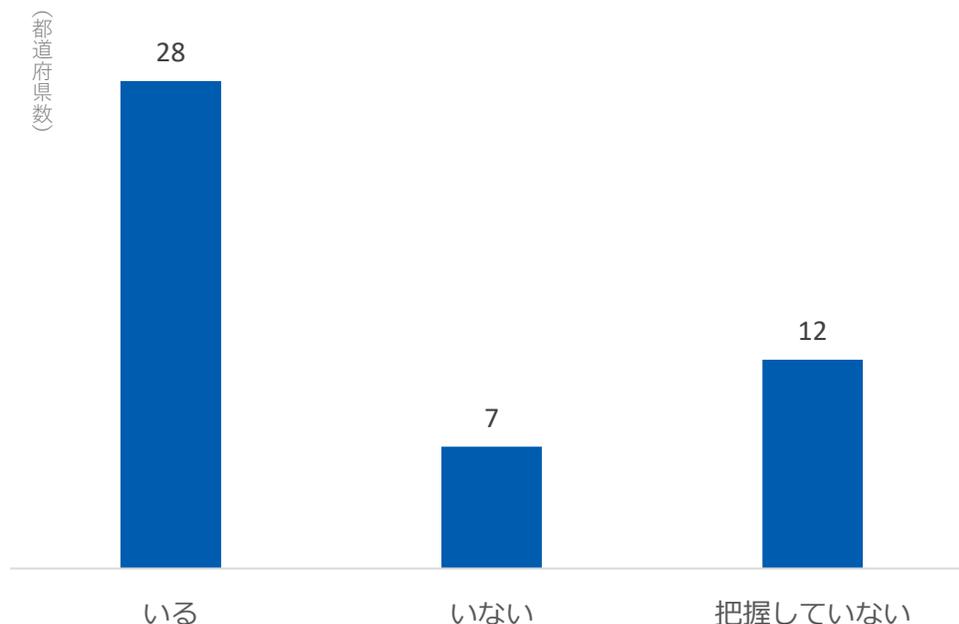


大学病院の関係者は、半数程度の地域医療構想調整会議に参画している。都道府県は大学病院における地域医療構想に関する担当職員を把握していないケースもあるなど、大学病院と都道府県の連携状況にはばらつきがある。

地域医療構想調整会議（構想区域単位）への  
大学病院の関係者の出席状況  
<都道府県に確認したもの>

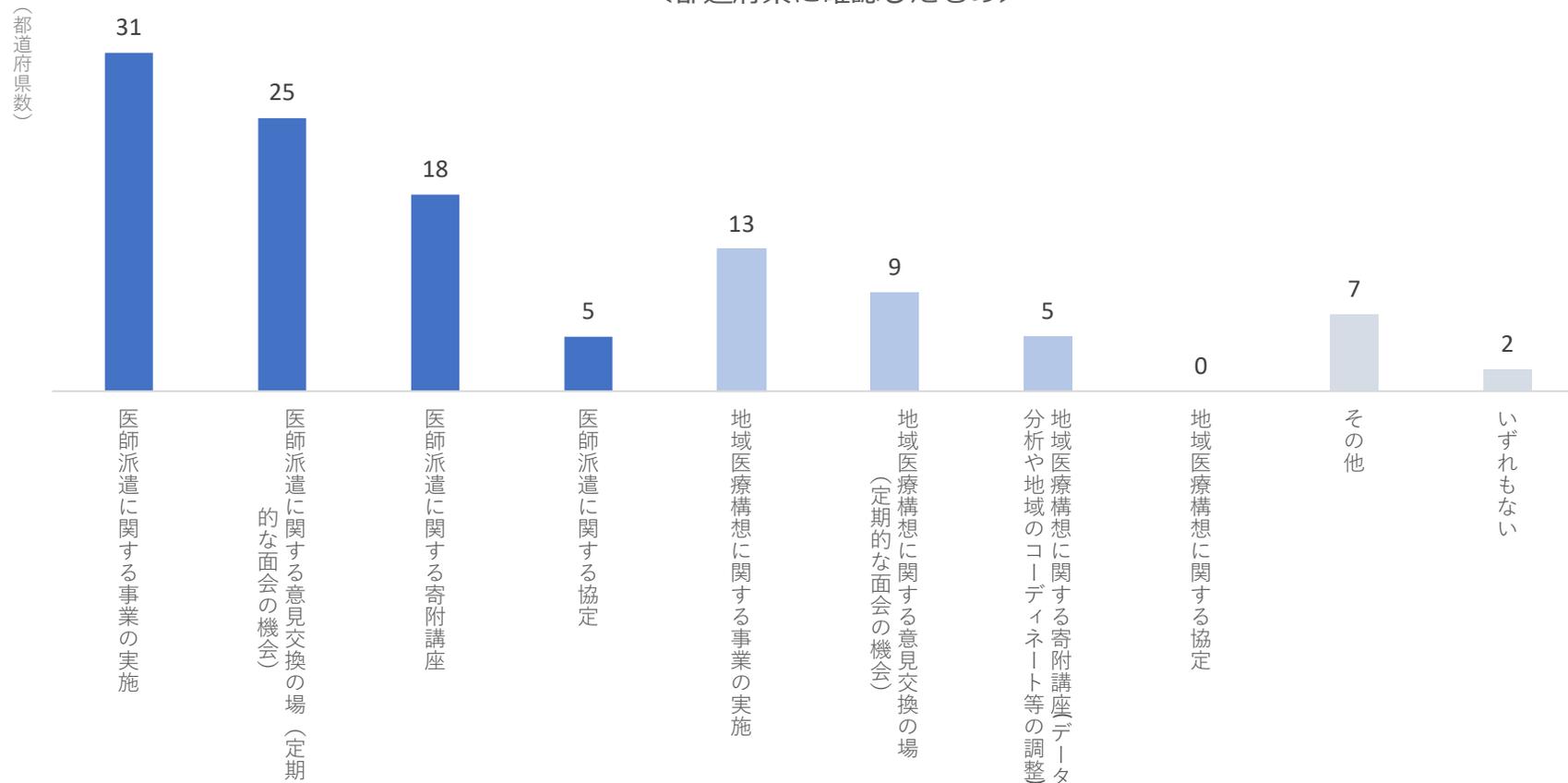


大学病院における地域医療構想アドバイザーを含む地域医療構  
想に係る取組等の調整を担当する職員（教授、医師等）の有無  
<都道府県に確認したもの>



都道府県と大学病院は医師派遣や地域医療構想に関して様々な形で連携を行っている。

都道府県と大学病院との連携状況(複数回答可)  
<都道府県に確認したもの>



※ 厚生労働省医政局地域医療計画課調べ (一部精査中)

# 医療法等に基づく主な病院類型

医療法等において、求められる機能に応じて病院の類型が定められており、類型毎に承認や認定等がされている。

類型	位置づけ	認定等の方法	認定等主体	類型が求めている主な機能
特定機能病院	医療法	承認	厚生労働大臣	高度な①医療提供、②研修（教育）、③医療技術の開発・評価（研究）、医療安全
地域医療支援病院	医療法	承認	都道府県知事	臨床・教育（地域の医療従事者への研修等）
臨床研究中核病院	医療法	承認	厚生労働大臣	研究
紹介受診重点医療機関	医療法	公表	都道府県	外来
救急告示病院	救急病院等を定める省令 都道府県告示	認定	都道府県知事	
二次救急医療機関	通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（救急医療の体制構築に係る指針）」	都道府県知事が 医療計画に記載	都道府県知事	救急医療
三次救急医療機関 （救命救急センターを含む）				
災害拠点病院	通知「災害時における医療体制の充実強化について」	指定	都道府県知事	災害医療
総合周産期母子医療センター	通知「疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について（周産期医療の体制構築に係る指針）」	指定	都道府県知事	周産期医療
へき地医療拠点病院	通知「へき地保健医療対策等実施要綱」	指定	都道府県知事	へき地医療
在宅療養支援病院	告示「特掲診療料の施設基準等」	届出	地方厚生局長	在宅医療
在宅療養後方支援病院	告示「特掲診療料の施設基準等」	届出	地方厚生局長	在宅医療

## 【その他】

- 医療機関の機能については、高齢者救急や救急・急性期医療等、区域毎に有することが望ましい機能のほかに、医師派遣の機能等、より広域の観点で医療提供体制の維持のために必要な機能について検討が必要ではないか。
- 医療法等で定められた医療機関に関する諸類型についても、新たな地域医療構想の取組の開始後に、必要に応じて点検した上で、再整理を検討することが必要ではないか。

これまでの地域医療構想では、病床数に着目した協議になって医療機関の役割分担・連携の推進につながりにくい、病床機能報告において必ずしも客観的でない報告がなされる、必要病床数と基準病床数の関係性がわかりにくい等の課題があった。



**新たな地域医療構想においては、以下の3つの観点に基づき、病床機能・医療機関機能の整理を行い、医療提供体制を構築していく。**

## 病床区分毎の必要量

基本的に診療実績データをもとに、病床区分毎に2040年における地域の病床の必要量を推計。将来の病床の必要量と基準病床数との関係を整理し、位置づけを明確化。

## 医療機関機能の明確化

地域での医療提供体制を検討・議論するにあたり、連携・再編・集約化に向けて、地域で求められる役割を担う医療機関機能を新たに地域医療構想に位置づける。

## 医療機関の報告等

地域の状況・取組進捗等を把握し、地域で協議を行って取組を推進するとともに、国民・患者に共有することを目的に、病床機能や医療機関機能を報告する。その際、診療報酬における届出等に応じた客観性を有する報告とし、一定の医療機関の役割を明確にする仕組みを創設。

**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**

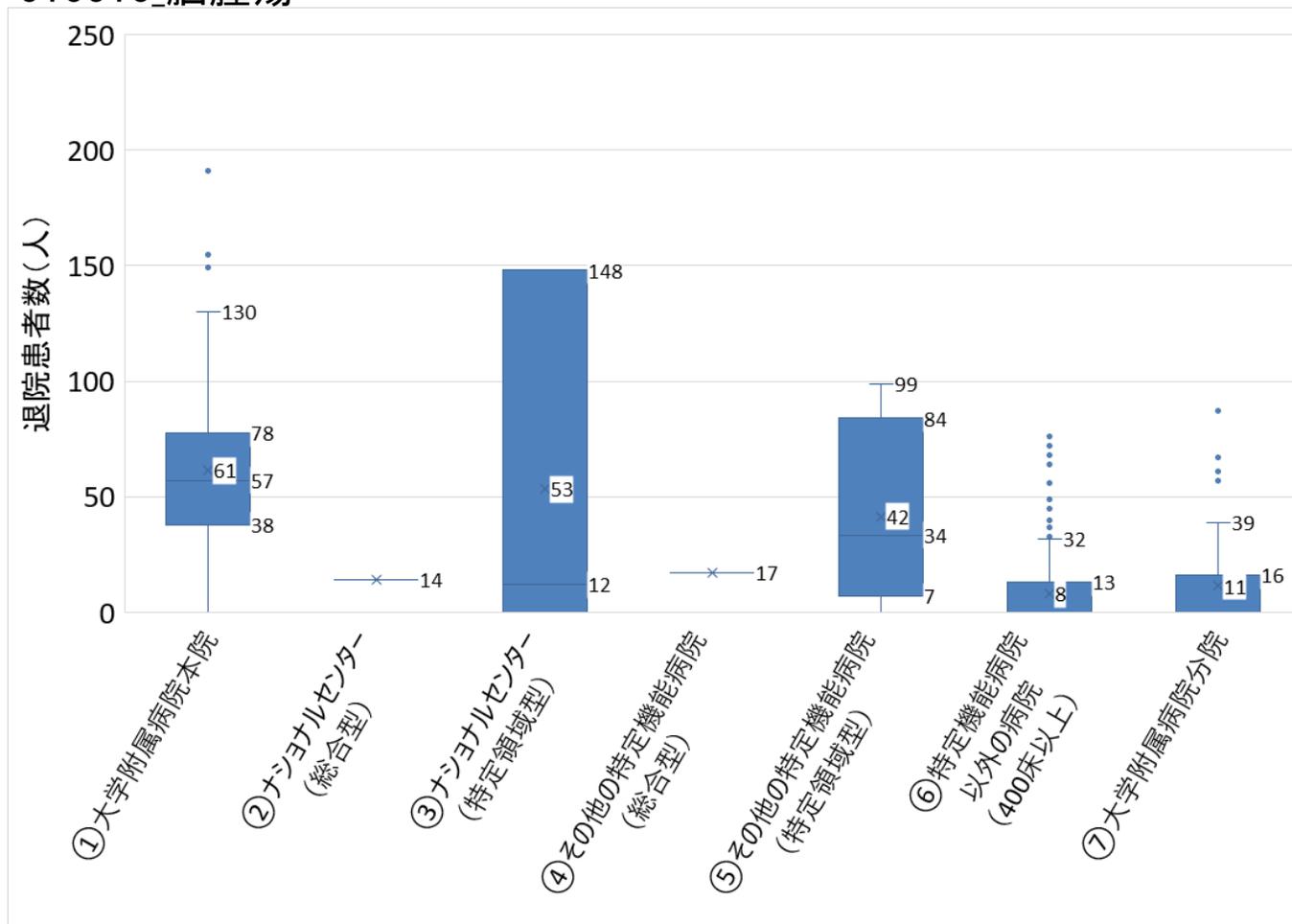
**より広域な観点で診療を  
担う機能**

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

# 大学病院本院における医療提供の内容について

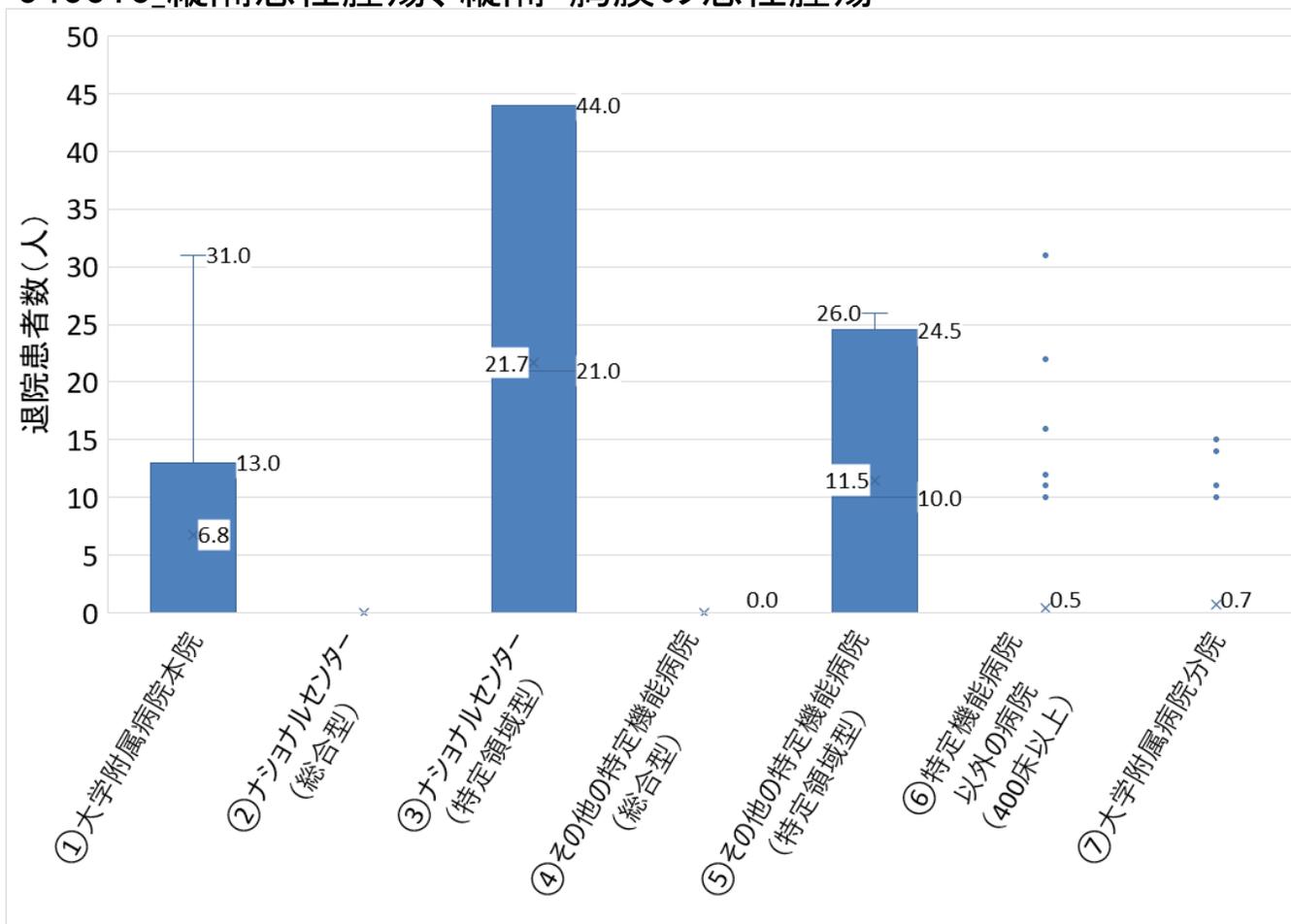
- 特定機能病院（大学附属病院本院、特定領域型）で多くの患者を受け入れている。
- 特定機能病院以外の病院でも一定の受入れは行われている。

## 010010\_脳腫瘍



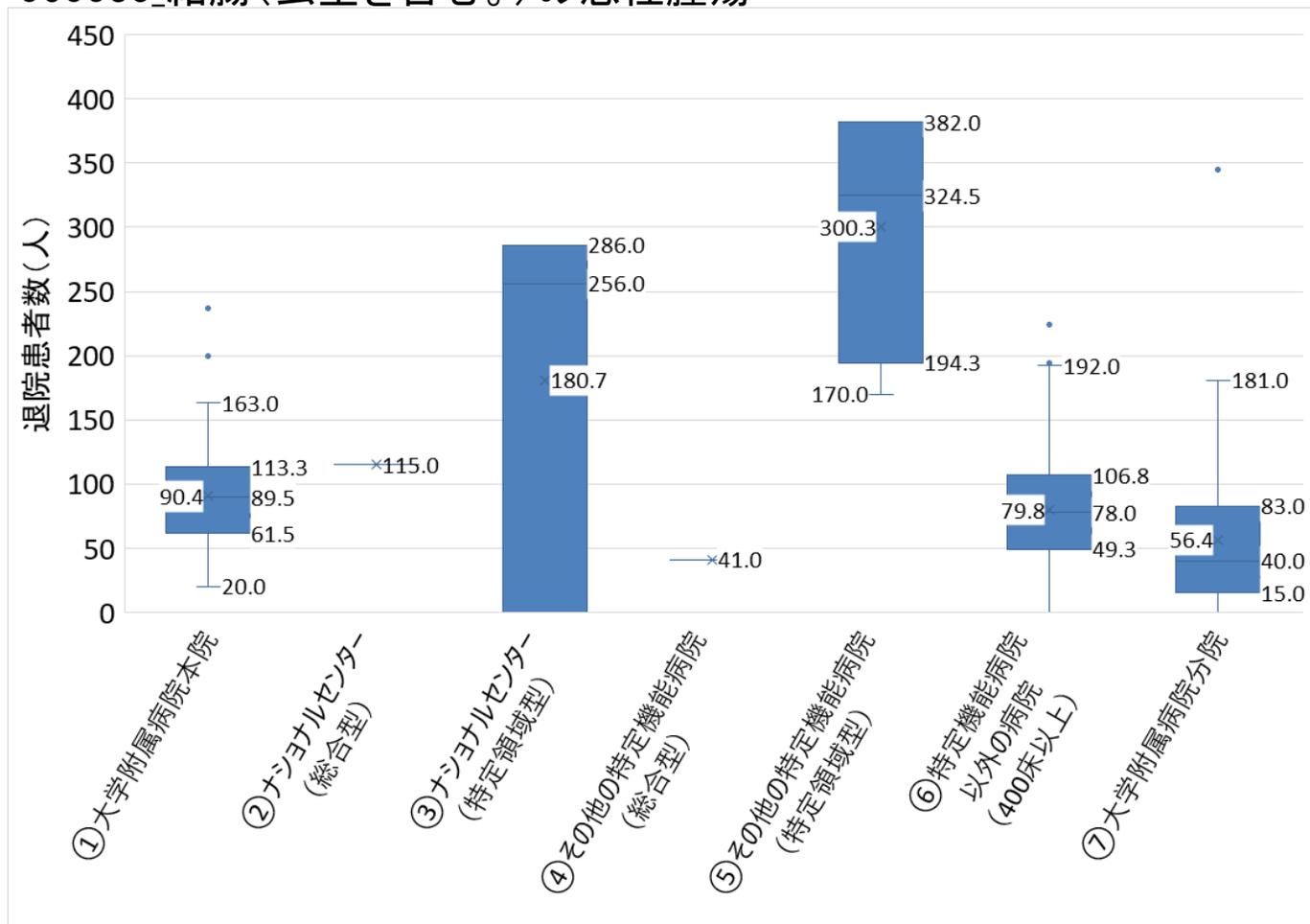
- 特定機能病院（大学附属病院本院、特定領域型）で多くの患者を受け入れており、特にその他の特定機能病院の特定領域型で受入が多い。大学附属病院であっても受け入れがなされていない医療機関がある。
- 特定機能病院以外の病院でも一定の受け入れは行われているが、大学附属病院分院を含めて例外的な受け入れとなっている。

## 040010\_縦隔悪性腫瘍、縦隔・胸膜の悪性腫瘍



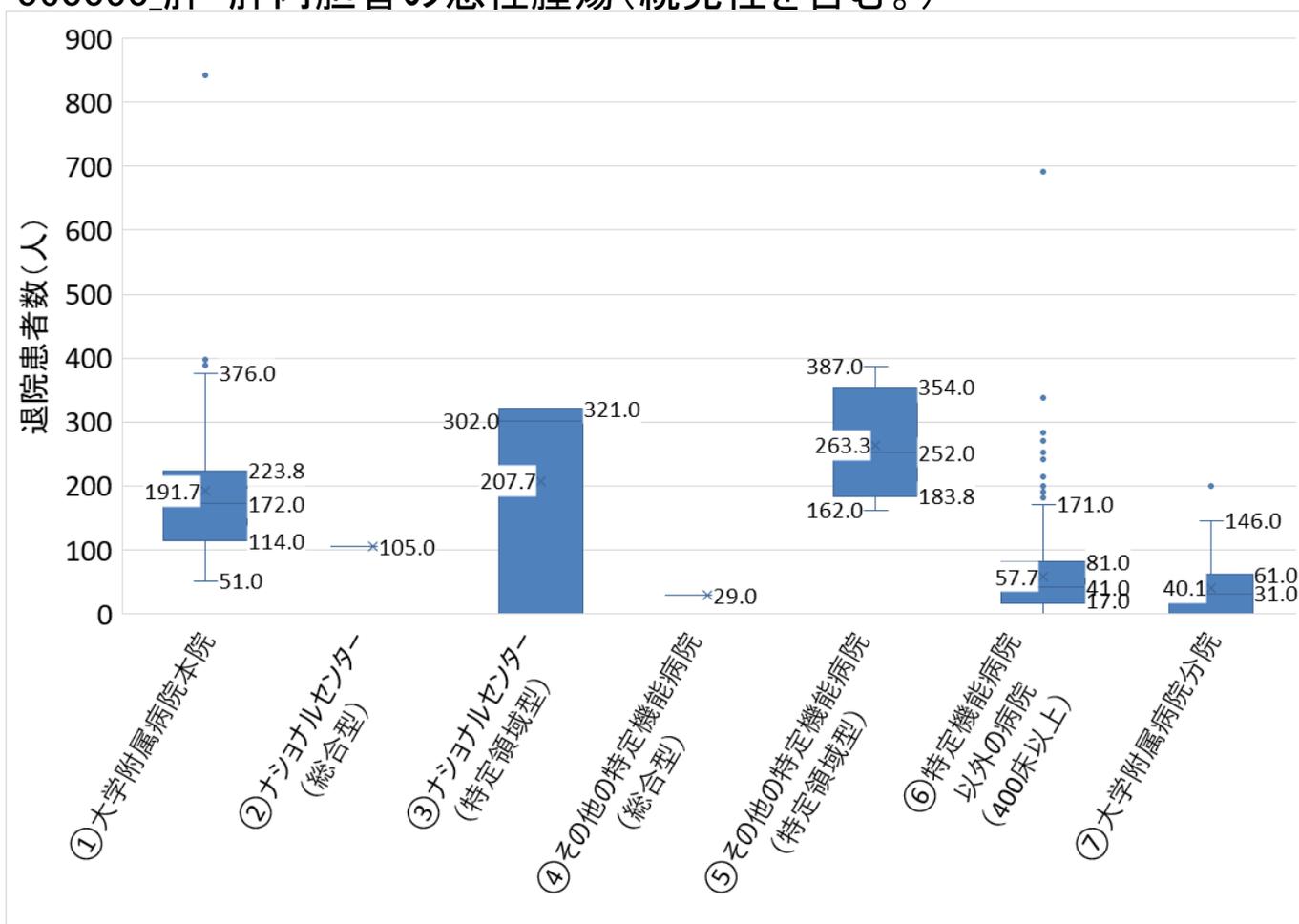
○ 特定機能病院（大学附属病院）の分布と特定機能病院以外の分布が類似している。

## 060035\_結腸(虫垂を含む。)の悪性腫瘍



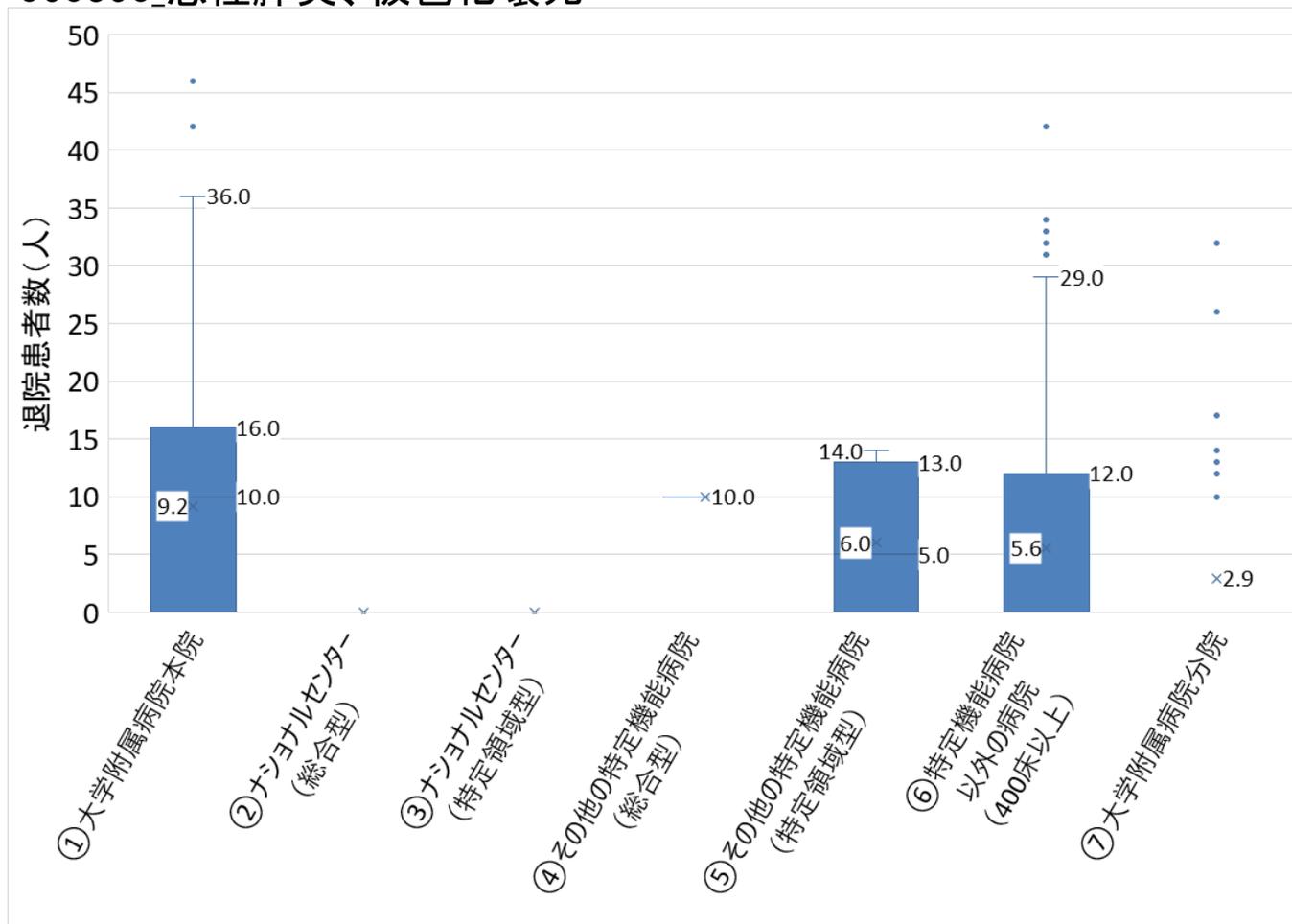
- 特定機能病院（大学附属病院本院、特定領域型）で多くの患者を受け入れており、特にその他の特定機能病院の特定領域型で受入が多い。
- 特定機能病院以外の病院でも一定の受入れは行われている。

060050\_肝・肝内胆管の悪性腫瘍（続発性を含む。）



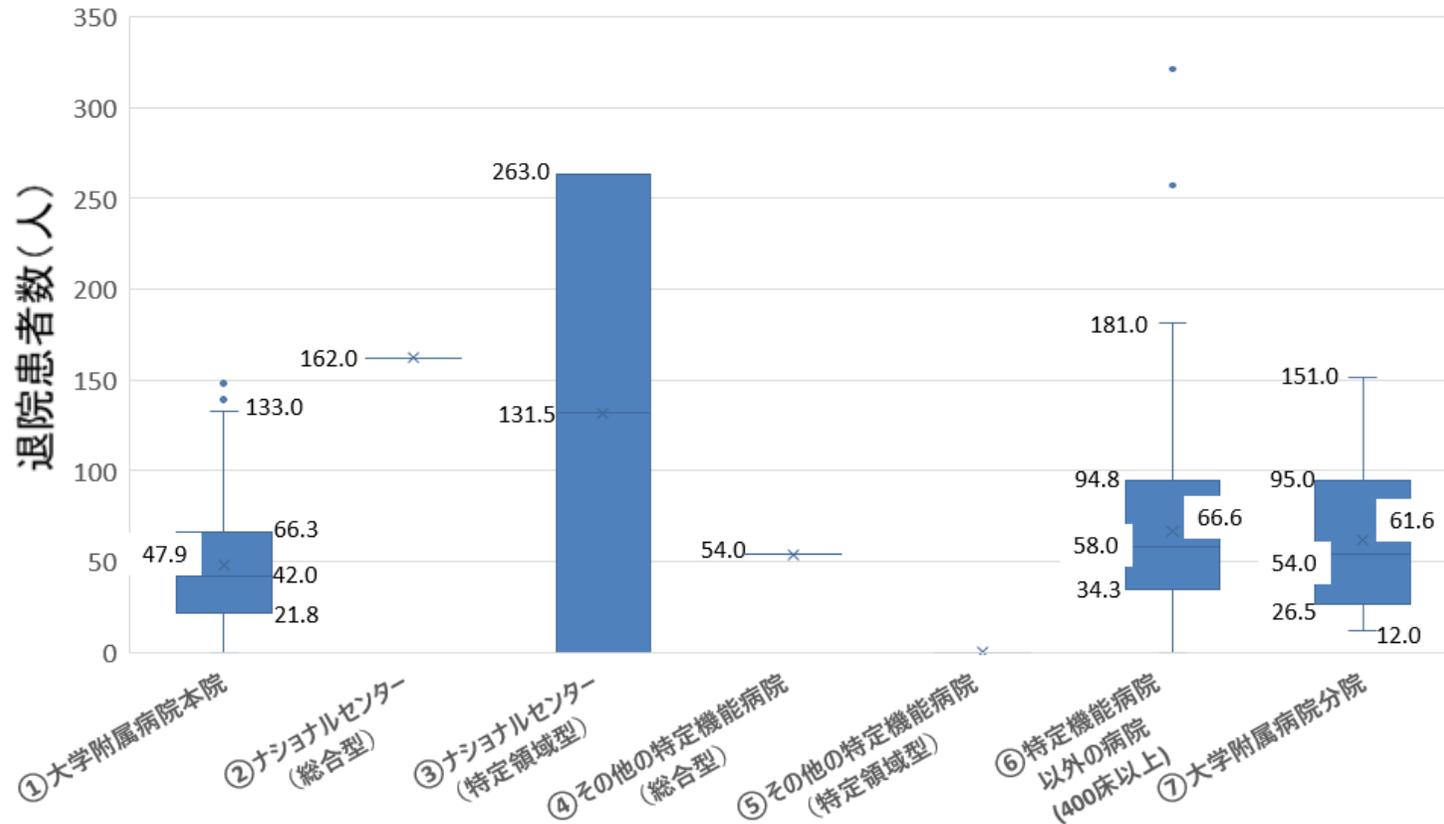
- 特定機能病院（大学病院、特定領域型）にて受入実績があるが、特定機能病院以外の病院においても一定の受入実績がある。いずれの医療機関も下位25%にはほとんど受入実績がない。
- ナショナルセンター、大学附属病院分院にはほとんど受入実績がない。

## 060350\_急性膵炎、被包化壊死

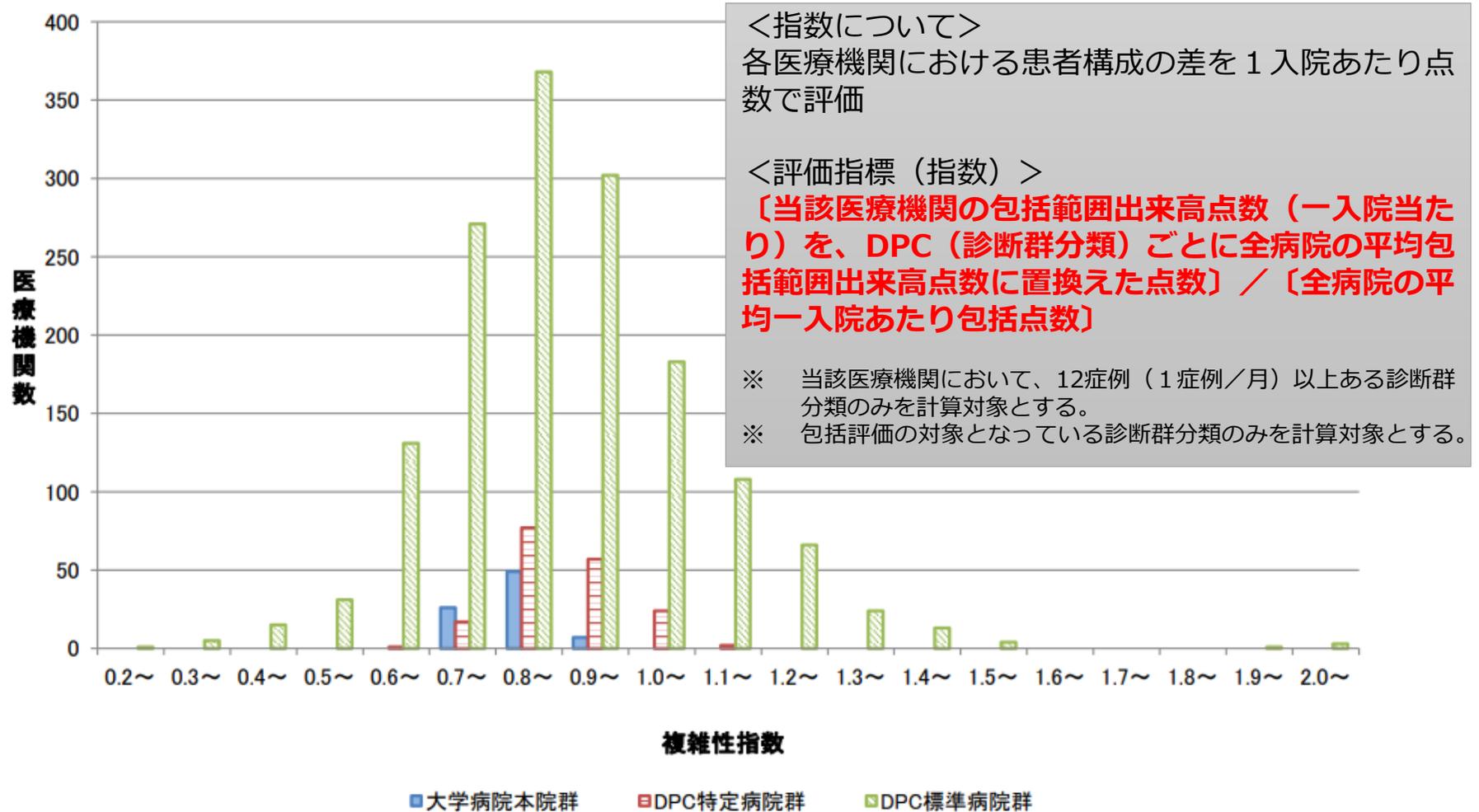


○ 医療機関の種類に関わらず、広く受入実績がある。

050130:心不全（処置2を伴う）



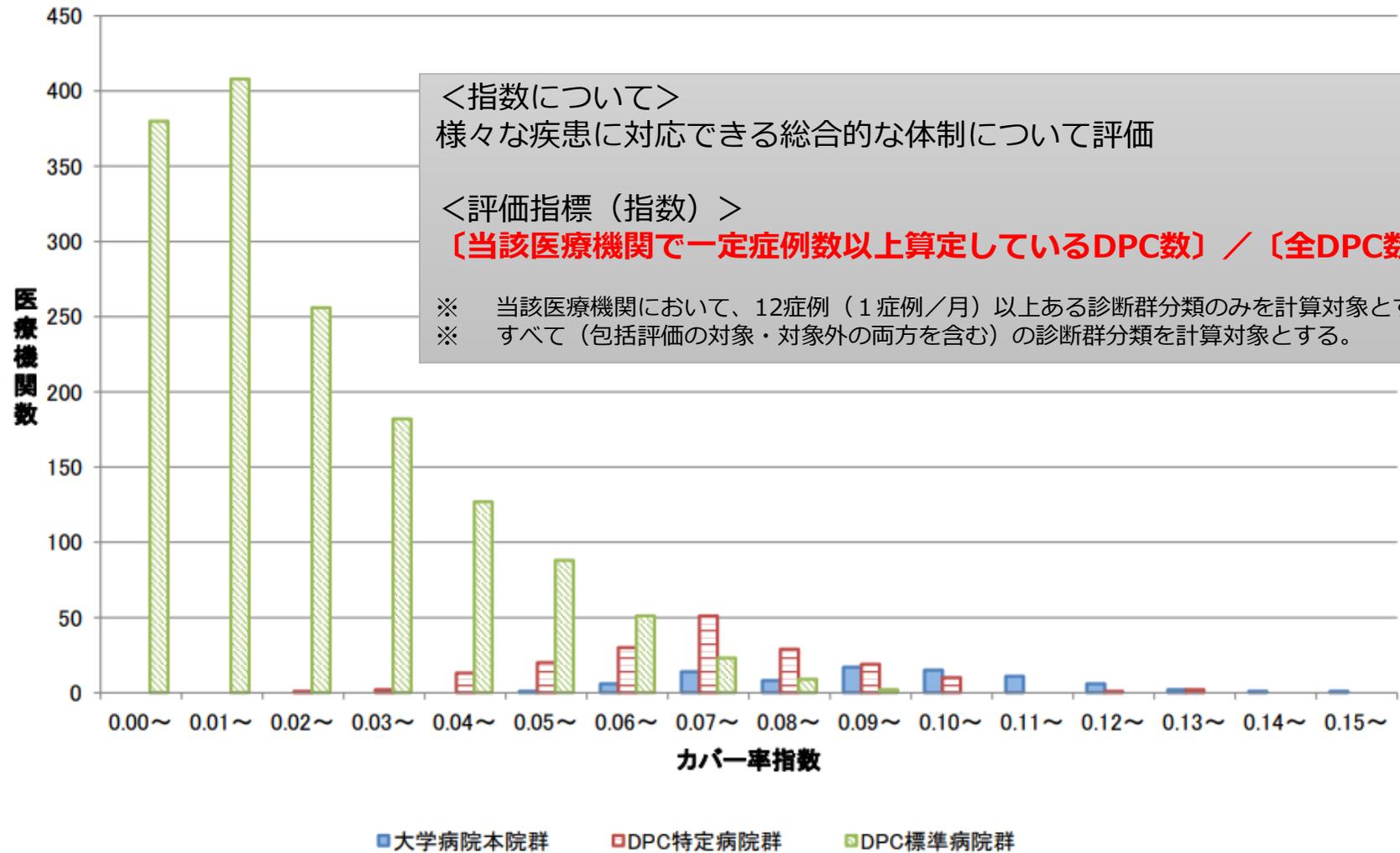
## 複雑性指数の分布(医療機関群別)



※0.1刻みで「1.2~」は「1.2以上1.3未満の区分」を表す

※DPC特定病院群とは、大学病院本院以外の施設で「診療密度」、「医師研修の実施」、「高度な医療技術の実施」、「重症患者に対する診療の実施」の4項目の診療実績を評価し、大学附属病院本院に準じた診療機能を有すると考えられる病院とされているもの。

## カバー率指数の分布(医療機関群別)



＜指数について＞

様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価

＜評価指標（指数）＞

**〔当該医療機関で一定症例数以上算定しているDPC数〕 / 〔全DPC数〕**

※ 当該医療機関において、12症例（1症例／月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。

※ すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の診断群分類を計算対象とする。

※0.01刻みで「0.12～」は「0.12以上0.13未満の区分」を表す

# 提供する医療の実績を上回る病院が同一都道府県内に存在する大学附属病院本院の例

- 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。

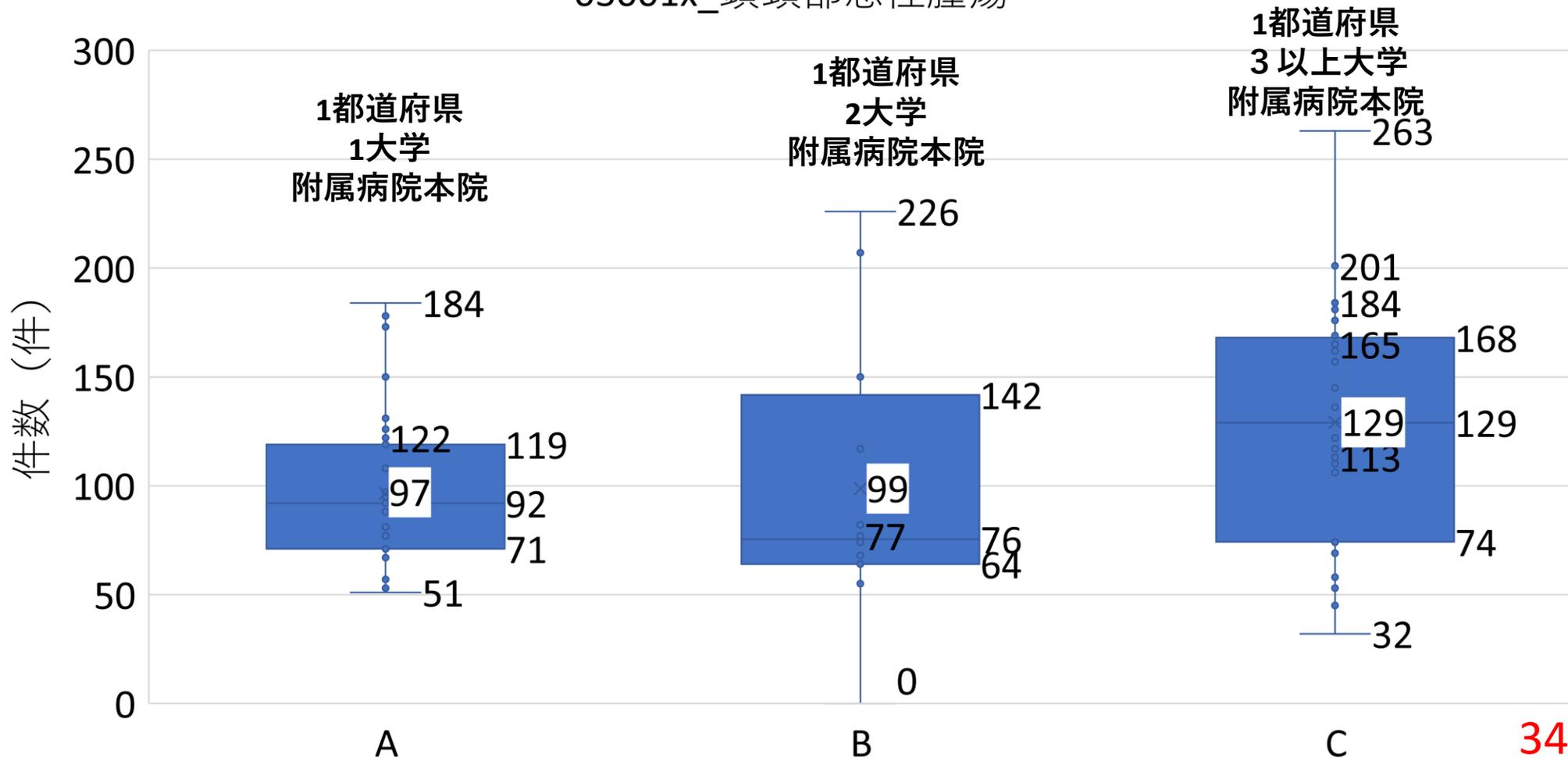
## ※評価方法

- 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

# 大学附属病院本院における疾患別の入院実績等①

○ 1都道府県に所在する大学附属病院本院が3以上ある都道府県の大学附属病院本院においては、当該疾患の症例数が多い傾向がある。

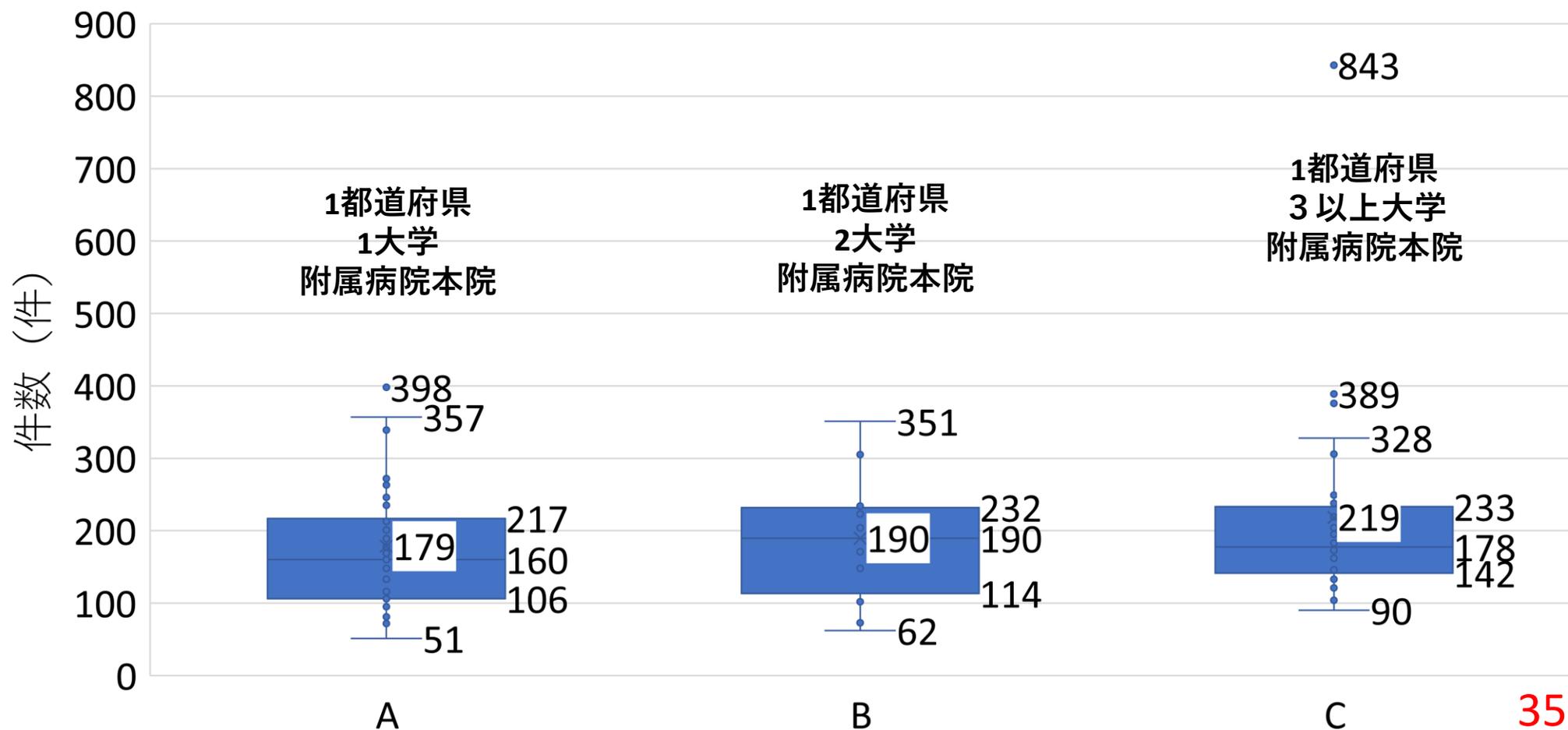
03001x\_頭頸部悪性腫瘍



## 大学附属病院本院における疾患別の入院実績等②

○ 1都道府県に所在する大学附属病院本院が多い方が、当該疾患の症例数が多い傾向がある。

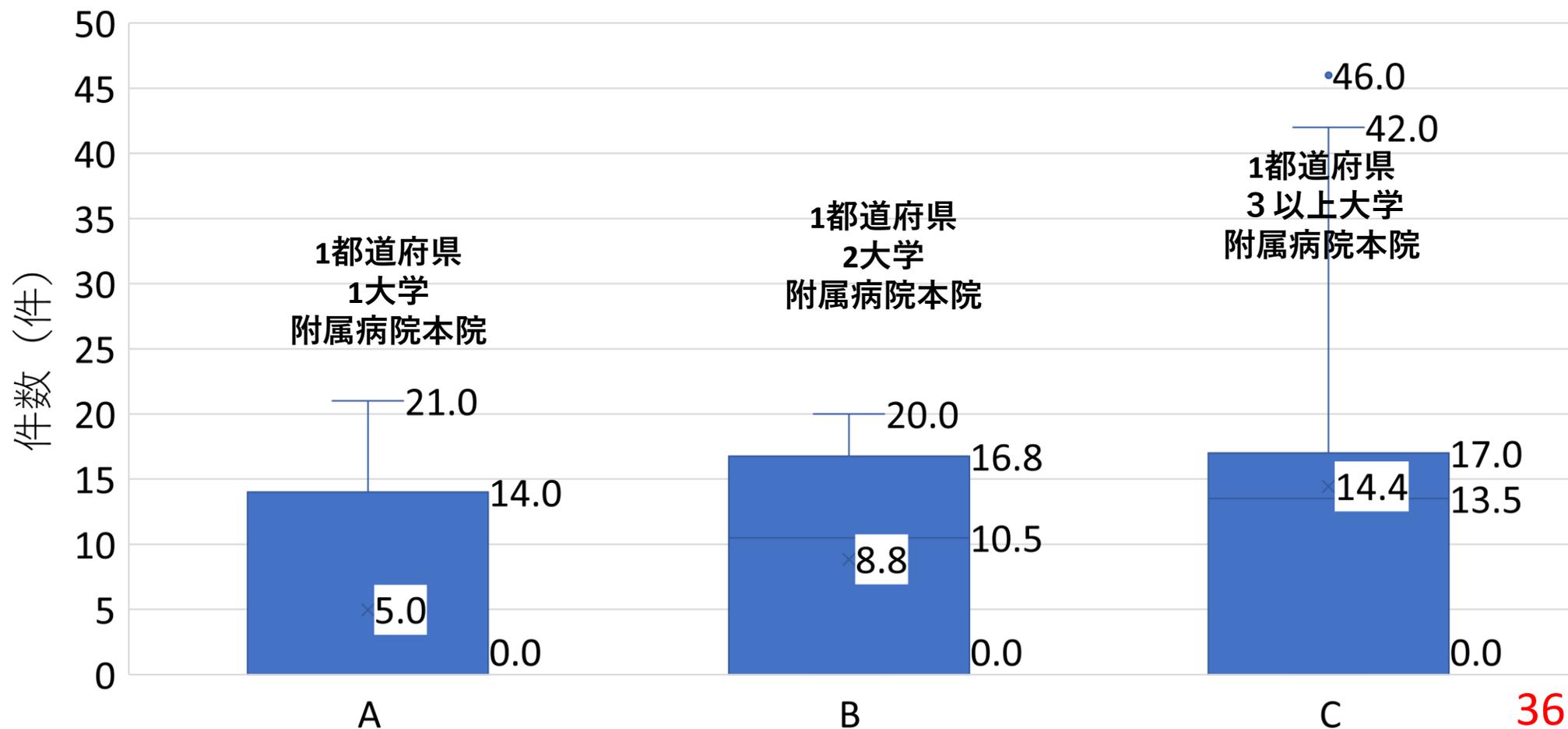
060050\_肝・肝内胆管の悪性腫瘍（続発性を含む。）



## 大学附属病院本院における疾患別の入院実績等③

- 1都道府県に所在する大学附属病院本院が3以上ある都道府県の大学附属病院本院においては、当該疾患の症例数が多い傾向がある。
- 1都道府県に所在する大学附属病院本院の数に関わらず、一定割合の大学附属病院本院においては、当該疾患の症例数が年間10例未満である。

### 060350\_急性膵炎、被包化壊死



# 大学附属病院本院における医療提供の状況に関する論点（案）

- 【P5再掲】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。

# 大学附属病院本院における医師派遣等の状況について

・長期的には医師供給が需要を上回ると考えられるが、地域偏在や診療科偏在に引き続き対応する必要があることから、医師養成過程の様々な段階で医師の地域偏在・診療科偏在対策を進めている。

## 医師養成過程

6年

### 学部教育

#### 大学医学部 - 地域枠の設定 (地域・診療科偏在対策)

医師需給分科会

■ 大学が特定の地域や診療科で診療を行うことを条件とした選抜枠を設け、都道府県が学生に対して奨学金を貸与する仕組みで、都道府県の指定する区域で一定の年限従事することにより返還免除される (一部例外あり)

- 令和7年度の医学部臨時定員については、令和元年度の医学部総定員数 (9,420人) を上限とし、令和6年度の枠組みを維持
- 令和8年度以降の医学部臨時定員については、各都道府県・大学の医師確保の現状を踏まえて改めて検討

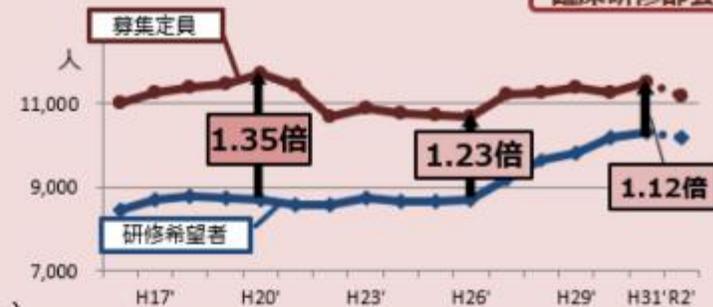
2年

### 臨床研修

#### 臨床研修 - 臨床研修制度における地域偏在対策

臨床研修部会

- 都道府県別募集定員上限数の設定
- 全国の研修希望者に対する募集定員の倍率を縮小
- 医師少数区域へ配慮した都道府県ごとの定員設定方法への変更
- 地域医療重点プログラムの新設 (2022年~)



※臨床研修病院の指定、募集定員の設定権限を都道府県へ移譲する (2020年4月~)

3年以上

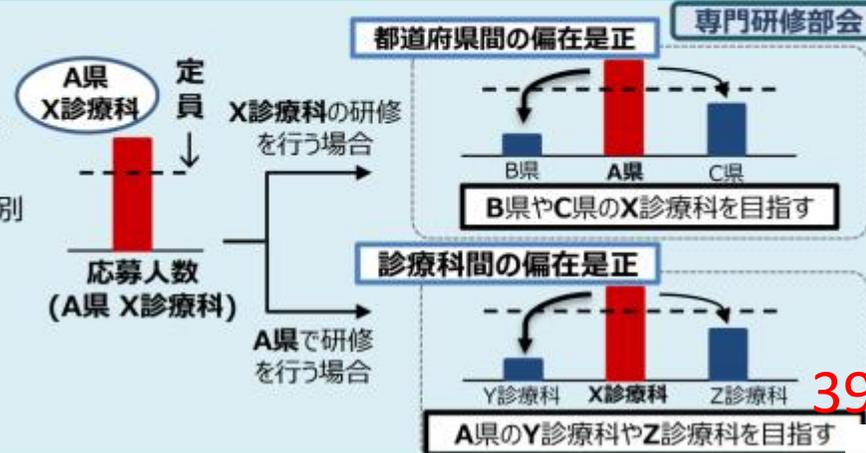
### 専門研修

#### 専門研修 - 専門医制度における地域・診療科偏在対策

専門研修部会

- 日本専門医機構が、都道府県別・診療科別採用上限数を設定 (シーリング)  
※5大都市を対象としたシーリング→厚生労働省が算出した都道府県別・診療科別必要医師数に基づいたシーリングへ変更されている (2020年度研修~)

- 医師法の規定により、都道府県の意見を踏まえ、厚生労働大臣から日本専門医機構等に意見・要請を実施



# 出身都道府県で臨床研修を行ったときの定着割合

今後の医学教育の在り方に関する検討会

令和6年4月17日

資料2

- 出身地の大学に進学し、その後、同じ都道府県で臨床研修を行った場合、臨床研修修了後、出身地の都道府県で勤務する割合が最も高い（90.9%）。出身地以外の大学に進学した場合であっても、臨床研修を出身地と同じ都道府県で実施した場合、臨床研修修了後、出身地の都道府県で勤務する割合は高い（76.5%）。
- 出身地の大学に進学しても、臨床研修を別の都道府県で行うと、臨床研修修了後、出身地で勤務する割合は低い（37.7%）。

			臨床研修修了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
A県	A県	A県	1785	90.9%	179	9.1%
A県	A県	B県	233	37.7%	385	62.3%
A県	B県	A県	1123	76.5%	345	23.5%
A県	B県	C県	296	10.0%	2658	90.0%

## <参考>

			臨床研修修了後に勤務する都道府県			
			A県		A県以外	
出身地	大学	臨床研修	人数	割合	人数	割合
B県	A県	A県	1315	77.5%	382	22.5%

※1 いずれかの項目について無回答もしくは海外と回答した場合は除外。

※2 出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。

※3 A県は任意の都道府県。B県、C県はA県以外の都道府県。（C県はB県と一致する場合も含む）

出典：臨床研修修了者アンケート調査（令和3年）  
厚生労働省調べ

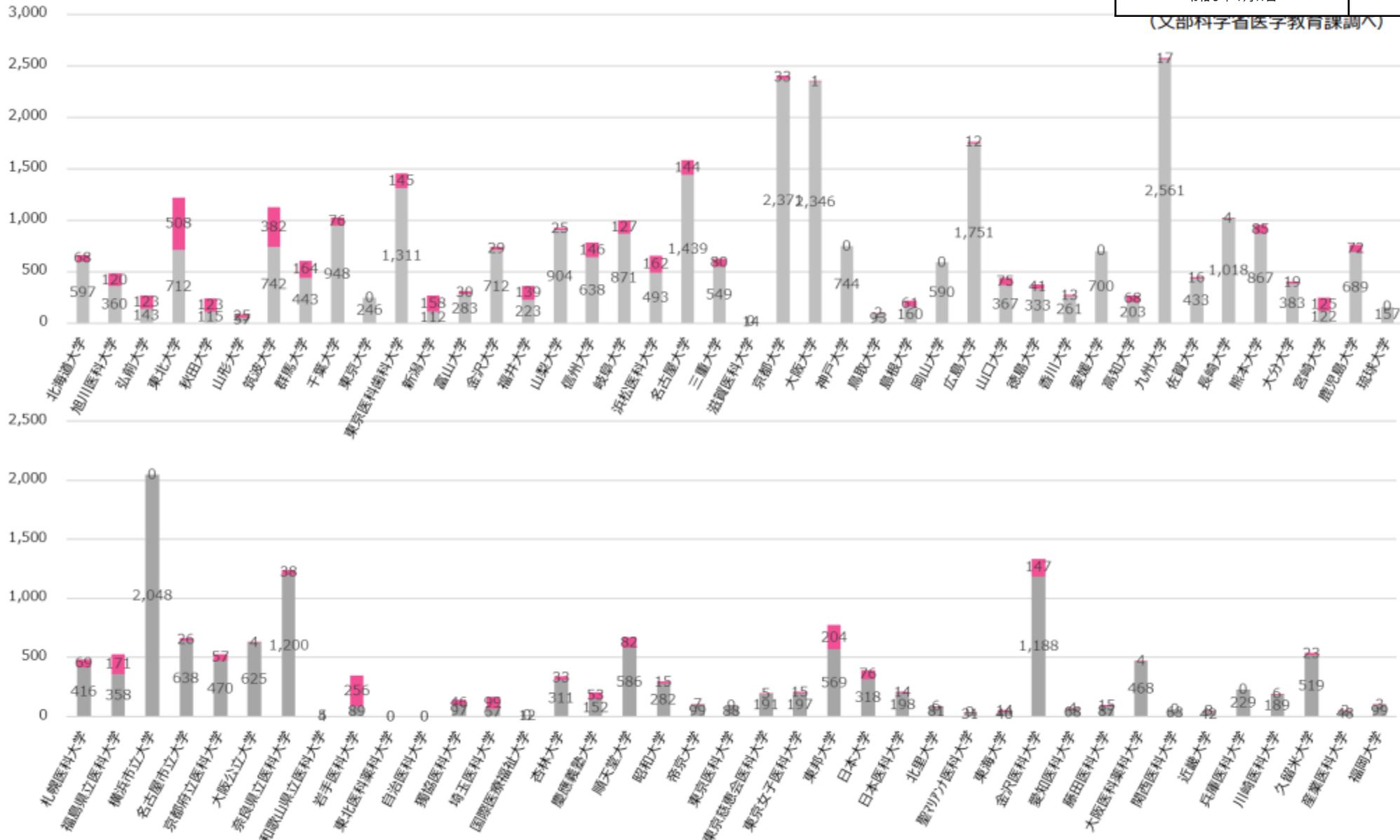
# 大学病院から常勤医師の派遣医師数（令和5年9月30日）

今後の医学教育の在り方に関する検討会

令和6年4月17日

資料2

（又部科子省医子教育課調べ）



※赤色部分は医師少数区域にある医療機関への派遣（厚生労働省「医師少数区域等（医師少数区域、医師少数スポット）一覧（令和5年4月1日時点）参照）

※ここで示す「常勤医師」は下記の①～③を満たす者である。

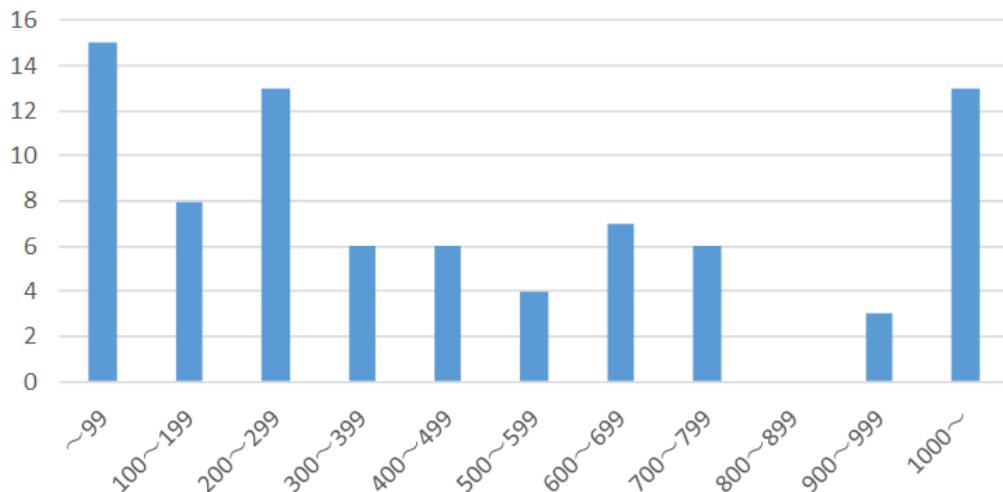
①当該大学病院本院の在籍期間が3年以上の医師であること。②雇用契約上の定義に関わらず、原則として派遣先医療機関で定めた医師の勤務時間の全てを勤務する医師であること。

③病院の管理者（病院長）としての派遣ではないこと。（ただし、医師の1週間の勤務時間が、32時間未満の場合は常勤医師とみなさない。）

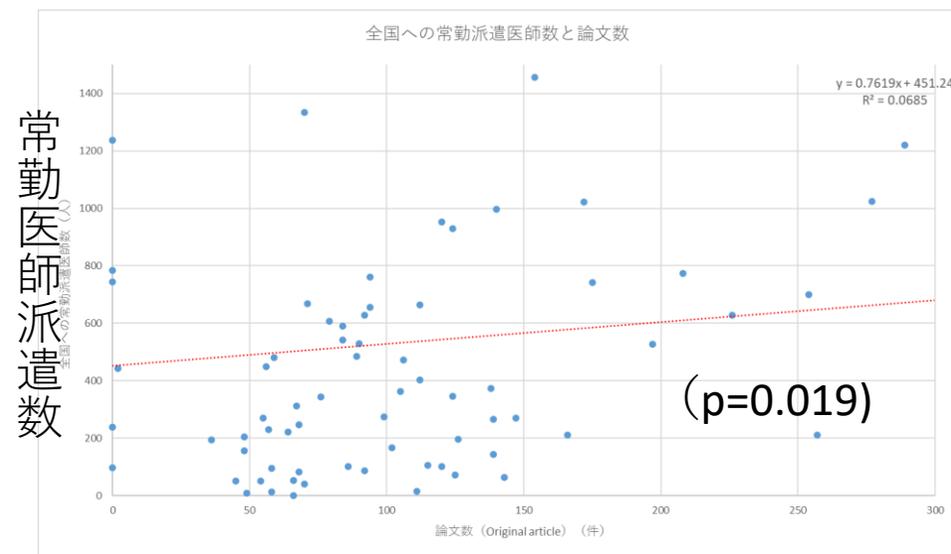
# 大学附属病院本院からの医師派遣の状況

- 大学附属病院本院からの常勤の医師派遣については、100人以下の病院が2割程度ある一方で、1000人以上も2割程度ある等ばらつきが見られる。
- (参考) 大学附属病院本院からの常勤医師派遣と論文発表実績 (Original Articleのみ) には、ゆるやかな正の相関がある。(p=0.019)

派遣医師数別医療機関数



常勤医師派遣数 (人)

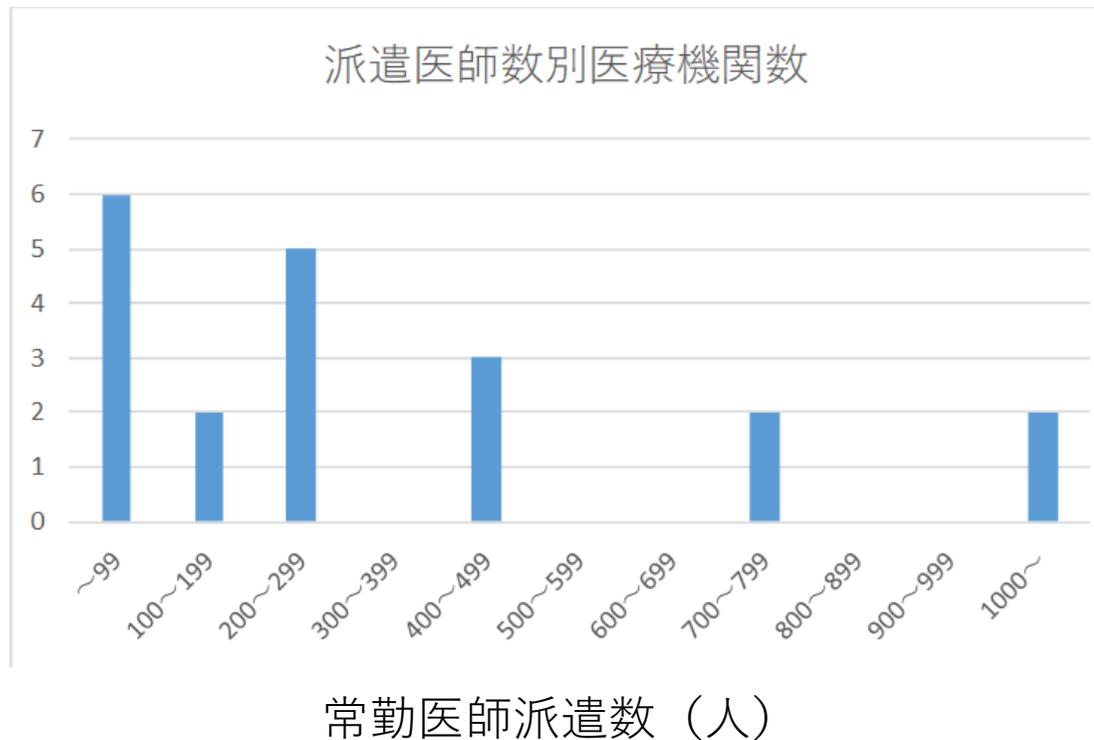


論文発表実績 (本)  
(Original Articleのみ)

※ 常勤医師派遣数は「大学病院から常勤医師の派遣医師数 (令和5年9月30日現在)」 (文部科学省医学教育課調べ) を参照。

## 大学附属病院本院からの医師派遣の状況（その2）

- 論文実績下位20（Original Articleのみ）の大学附属病院本院に限った場合であっても、常勤医師派遣実績が比較的低値である病院と、多数の派遣を行っている病院の双方が存在する。（論文実績だけ見ると、必ずしも研究実績と医師派遣がトレードオフになっていない可能性がある）

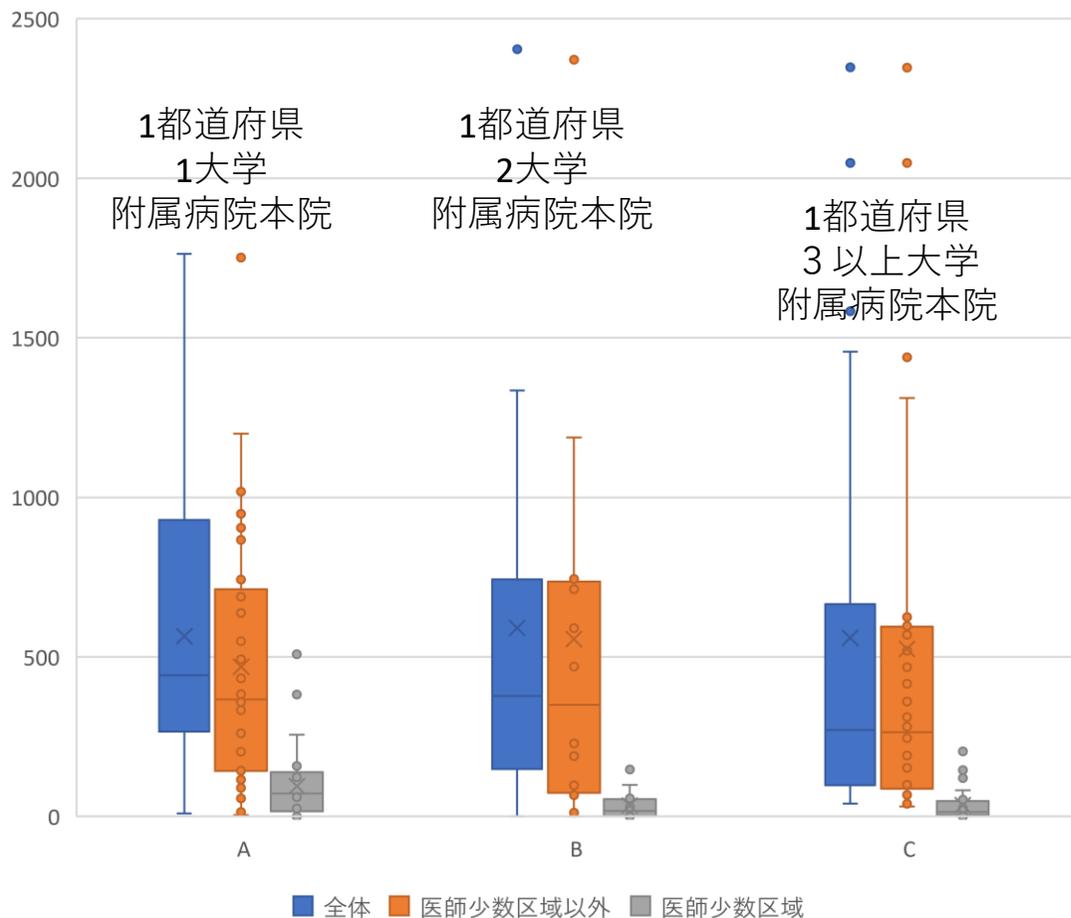


※ 常勤医師派遣数は「大学病院から常勤医師の派遣医師数（令和5年9月30日現在）」（文部科学省医学教育課調べ）を参照。

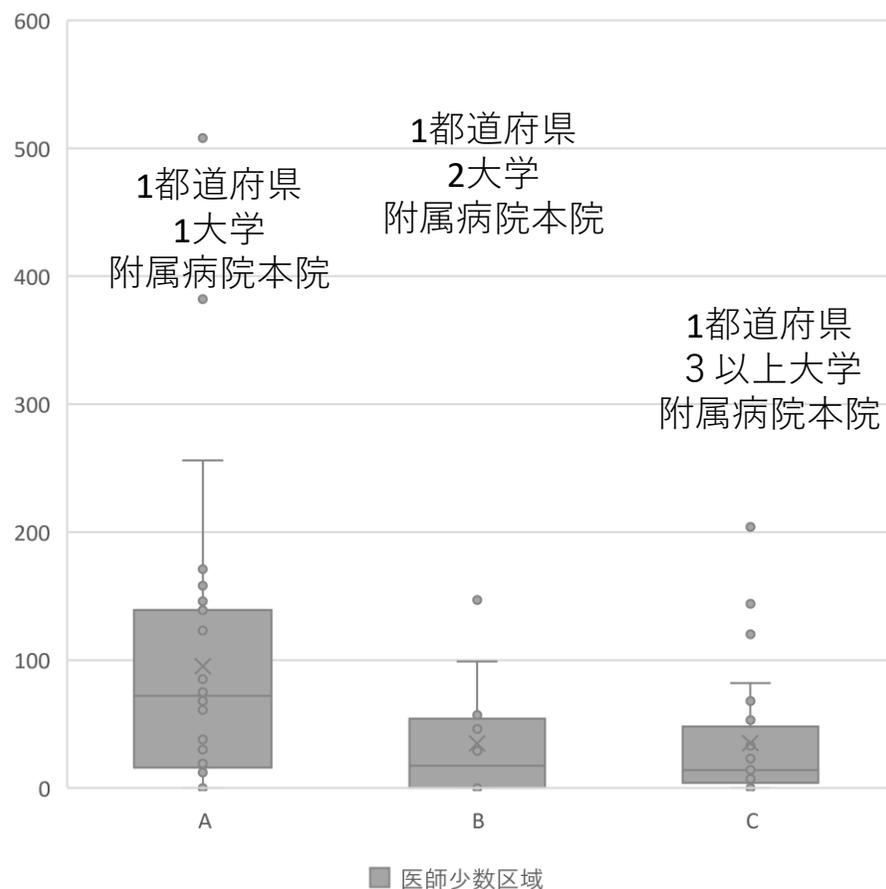
# 大学附属病院本院からの医師派遣の状況③（都道府県内医学部数別）

- 都道府県内に所在する大学附属病院本院の数が増えるごとに、医師派遣実績は低下する傾向にある。  
（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に医師派遣実績の中央値、25%タイル値、75%タイル値は低下する。（平均値は変わらない））
- 医師少数区域への派遣は、1大学附属病院本院の都道府県で多い。

常勤派遣医師数



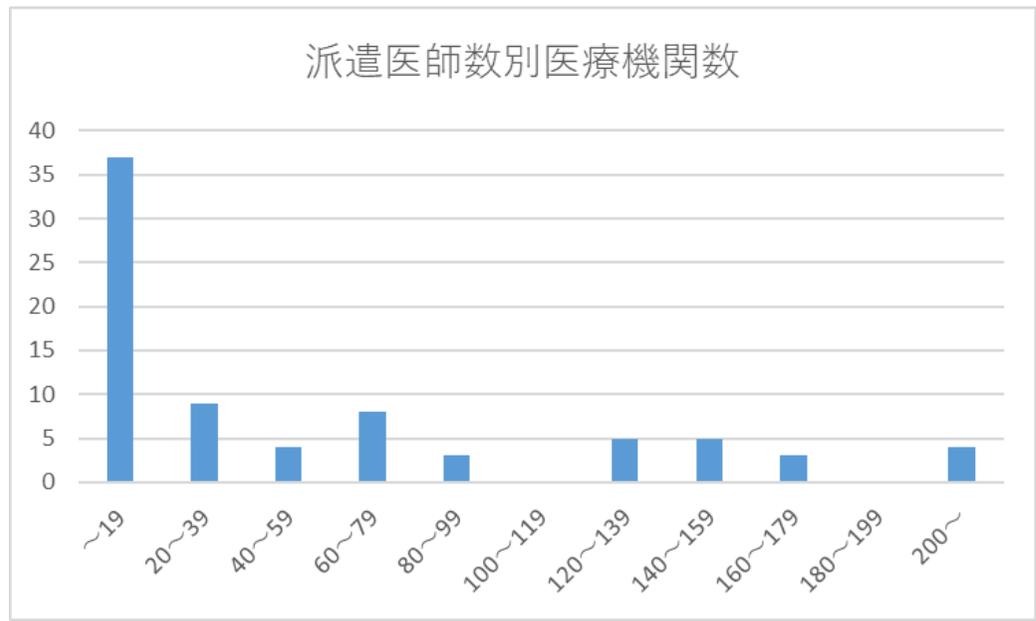
医師少数区域への常勤派遣医師数



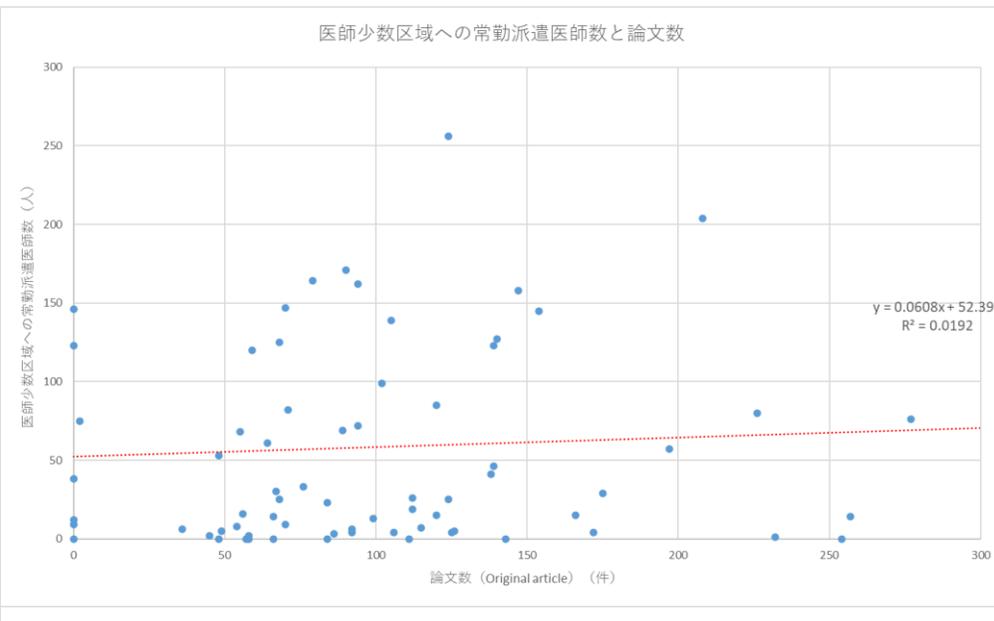
※ 常勤医師派遣数は「大学病院から常勤医師の派遣医師数（令和5年9月30日現在）」（文部科学省医学教育課調べ）を参照。

## 大学附属病院本院からの医師派遣の状況④

- 特定機能病院かつ大学附属病院本院である医療機関から医師少数区域への医師派遣についても、非常に少ない病院が3分の1程度存在する一方で、多数の派遣を行っている病院も一部存在する。
- (参考) 大学附属病院本院からの医師少数区域への常勤医師派遣と論文発表実績 (Original Articleのみ) には、有意な相関はない。(p=0.22)



常勤医師派遣数 (人)

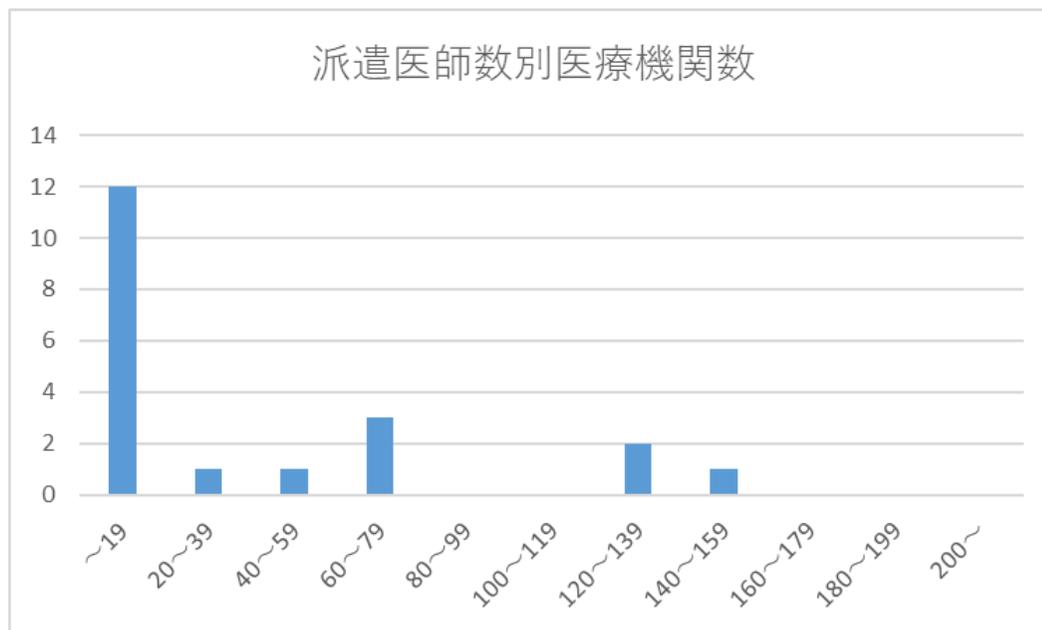


論文発表実績 (本)  
(Original Articleのみ)

※ 常勤医師派遣数は「大学病院から常勤医師の派遣医師数 (令和5年9月30日現在)」 (文部科学省医学教育課調べ) を参照。

## (参考) 論文発表数下位20病院における医師少数区域への医師派遣の状況

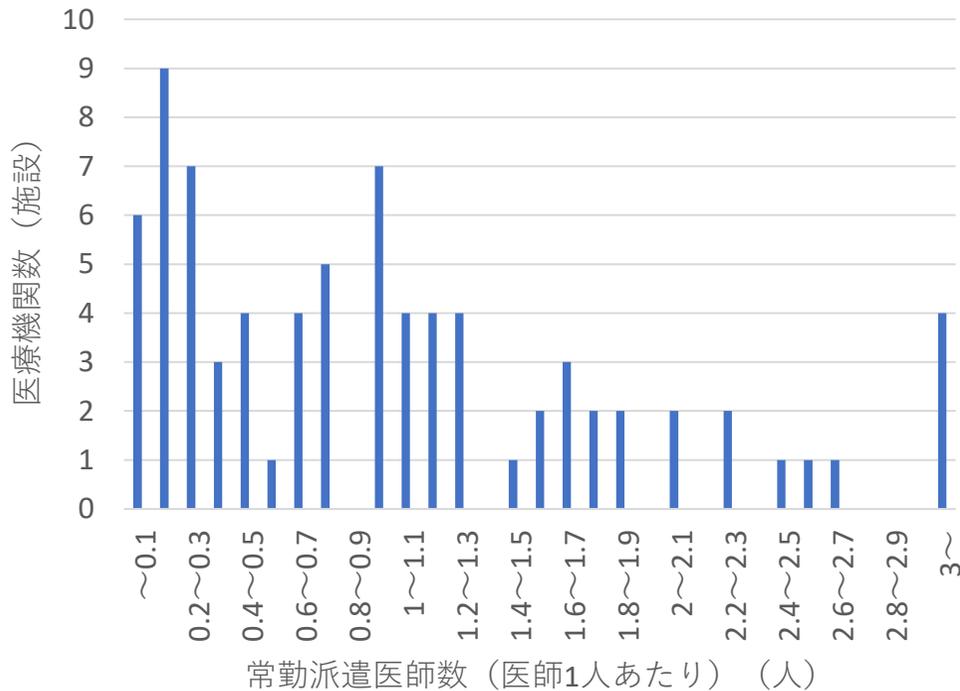
- 論文実績下位20 (Original Articleのみ) の大学附属病院本院に限った場合でみると、常勤医師派遣実績が比較的低値である病院が多く、一部に多数の派遣を行っている病院が存在する。(論文実績だけ見ると、必ずしも研究実績と医師派遣がトレードオフになっていない可能性がある)



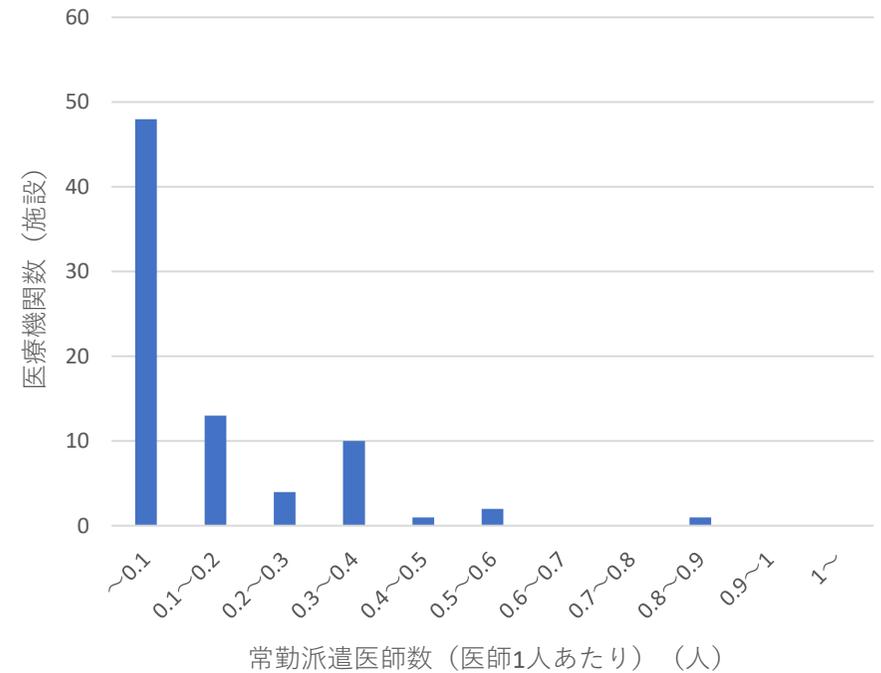
医師少数区域への派遣数 (常勤・人)

(参考) 大学附属病院本院からの医師派遣の状況【医師1人あたり】①

全国への常勤派遣医師数別医療機関数（医師1人あたり）

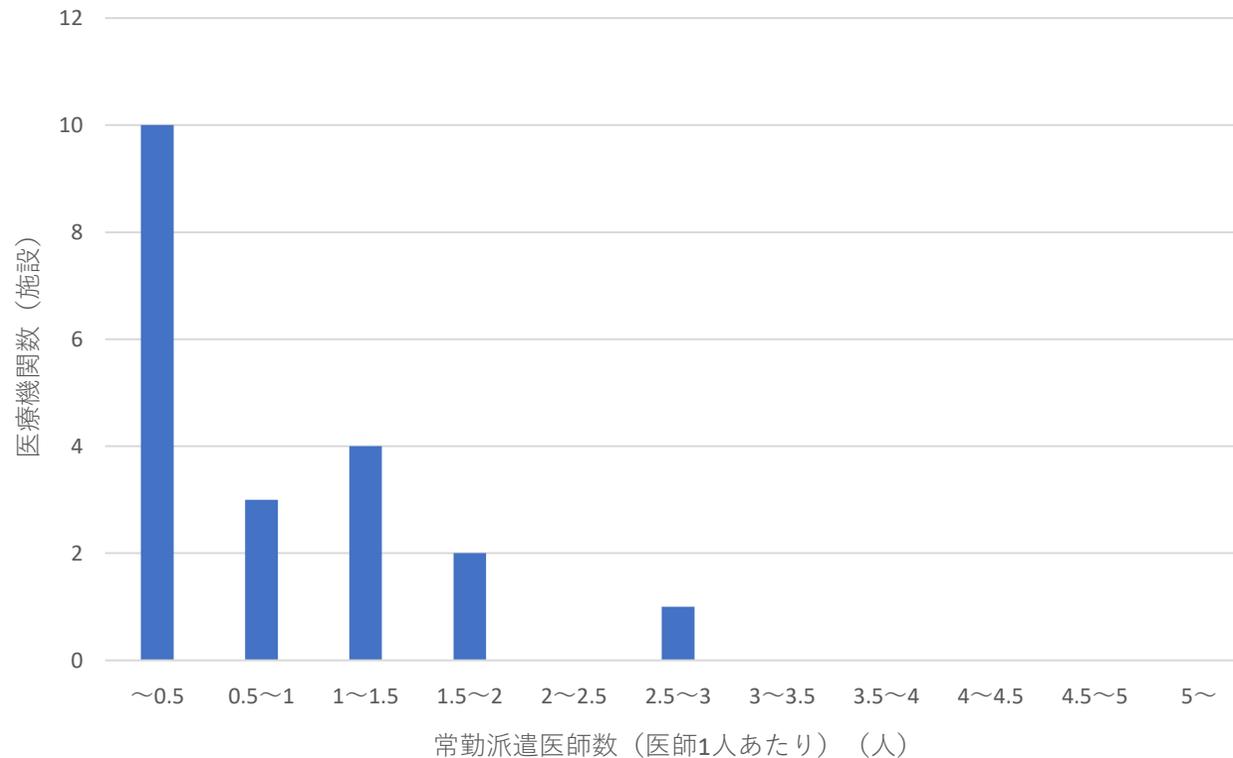


医師少数区域への常勤派遣医師数別医療機関数（医師1人あたり）



※ 常勤医師派遣数は「大学病院から常勤医師の派遣医師数（令和5年9月30日現在）」（文部科学省医学教育課調べ）を参照。

全国への常勤派遣医師数別医療機関数  
(論文発表等の実績下位20位) (医師1人あたり)

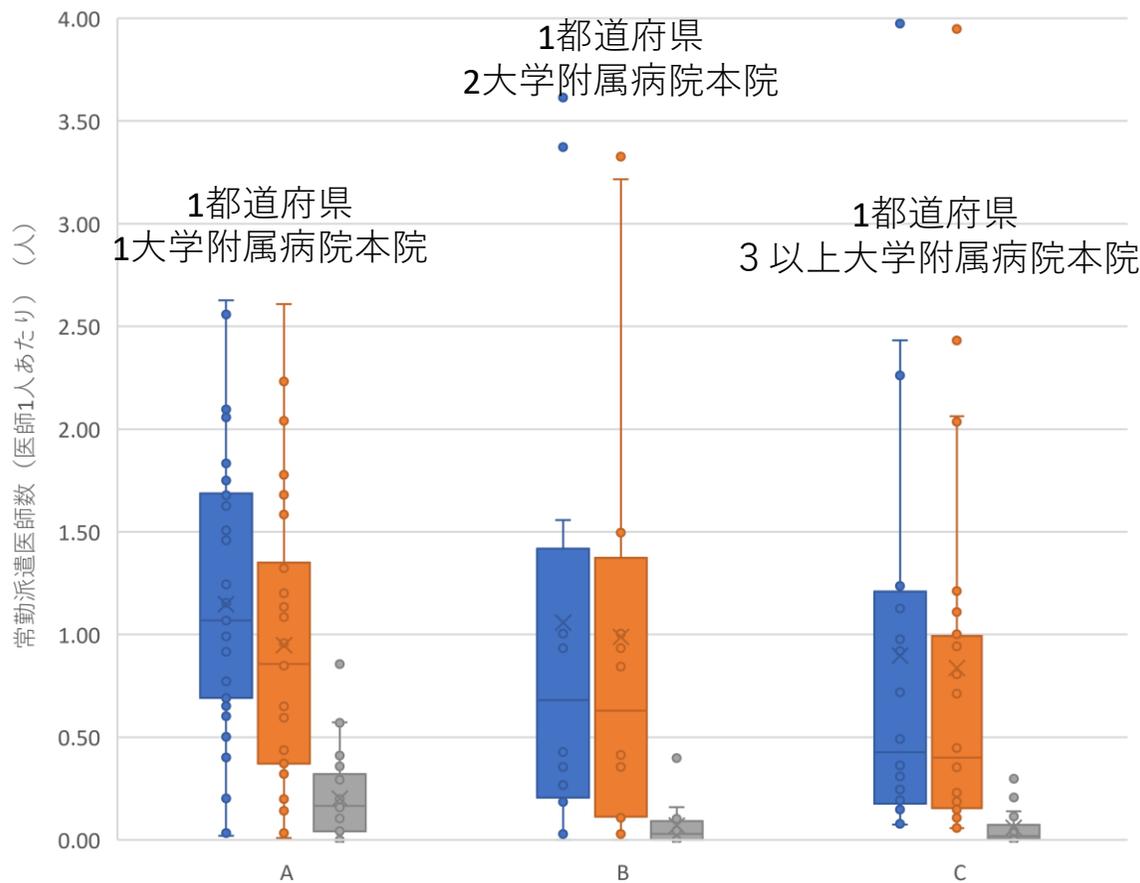


※ 常勤医師派遣数は「大学病院から常勤医師の派遣医師数 (令和5年9月30日現在)」(文部科学省医学教育課調べ)を参照。

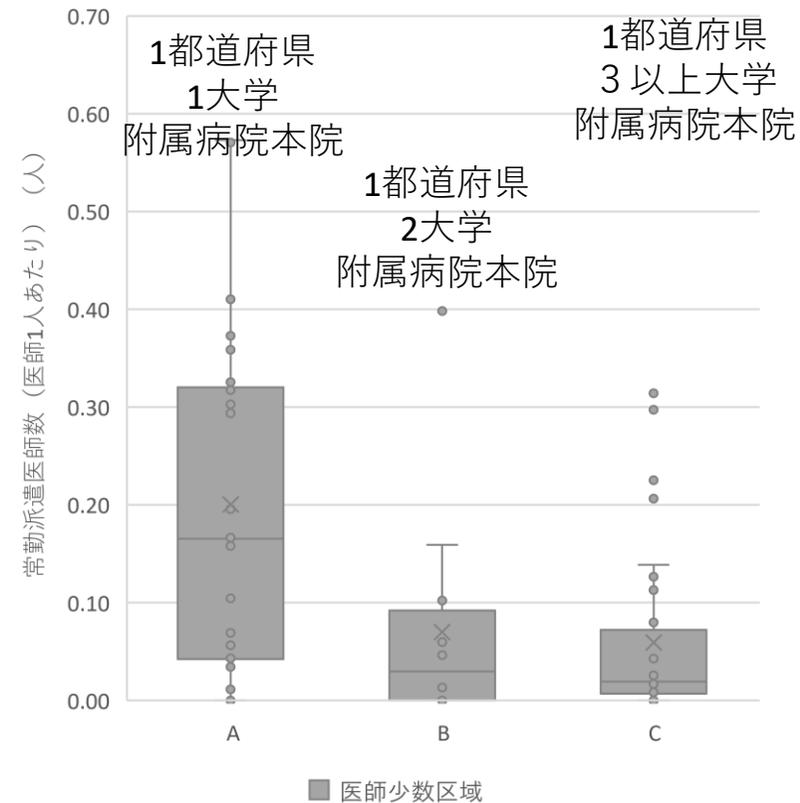
# 大学附属病院本院からの医師派遣の状況（都道府県内医学部数別）【医師1人あたり】③

- 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。

常勤派遣医師数（医師1人あたり）



医師少数区域への常勤派遣医師数（医師1人あたり）



※ 常勤医師派遣数は「大学病院から常勤医師の派遣医師数（令和5年9月30日現在）」（文部科学省医学教育課調べ）を参照。

# 大学附属病院本院における医師派遣の状況等に関する論点（案）

- 【P9再掲】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。
- 【P9再掲】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。その点も踏まえた検討が必要ではないか。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。
- 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。



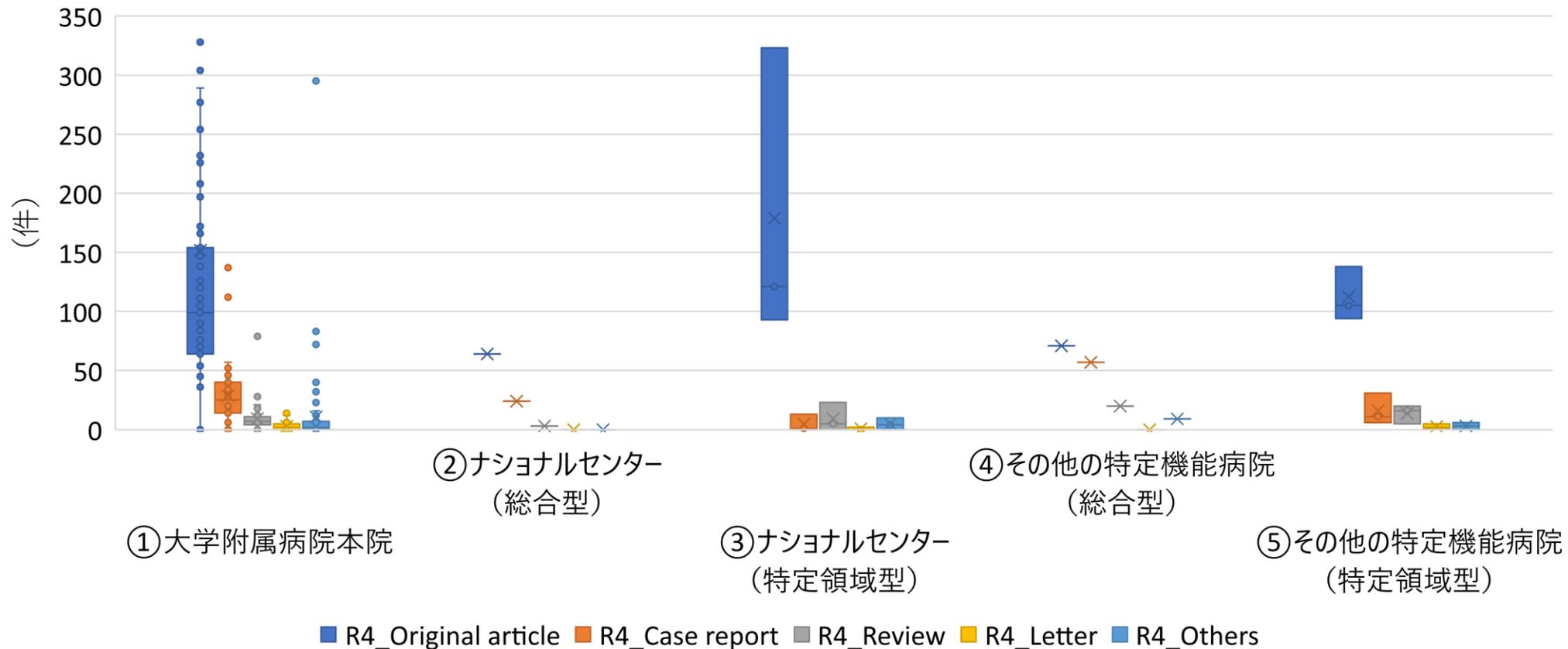
- 新たな地域医療構想に関する今後の検討、特に都道府県との連携・協力等のあり方等を踏まえることを前提としつつ、特定機能病院として大学附属病院本院の承認要件を含めた求められる医師派遣等の内容をどのように考えるか。
- 特に、特定機能病院として、医療提供、研修（教育）、医療技術の開発・評価（研究）、医療安全（求めるとすれば）医師派遣のそれぞれについて、軸となるのは、高度な医療を提供する観点ではないかという議論があったことを踏まえ、どのような医師派遣について、より議論・検討すべきか。

# 大学附属病院本院における医療の開発・評価 (研究)等の状況について

# 特定機能病院における論文発表等の実績について

- 大学附属病院本院、ナショナルセンター（特定領域型）、その他（特定領域型）において、実績平均値が高い傾向にあるが、全般的に論文発表実績があり、Original Articleの実績が多い。一方、大学附属病院本院においては、一部の病院で実績が低い。
- ナショナルセンター/その他の総合型において、Case Reportの実績が多い。

## 令和4年度 論文発表等の実績



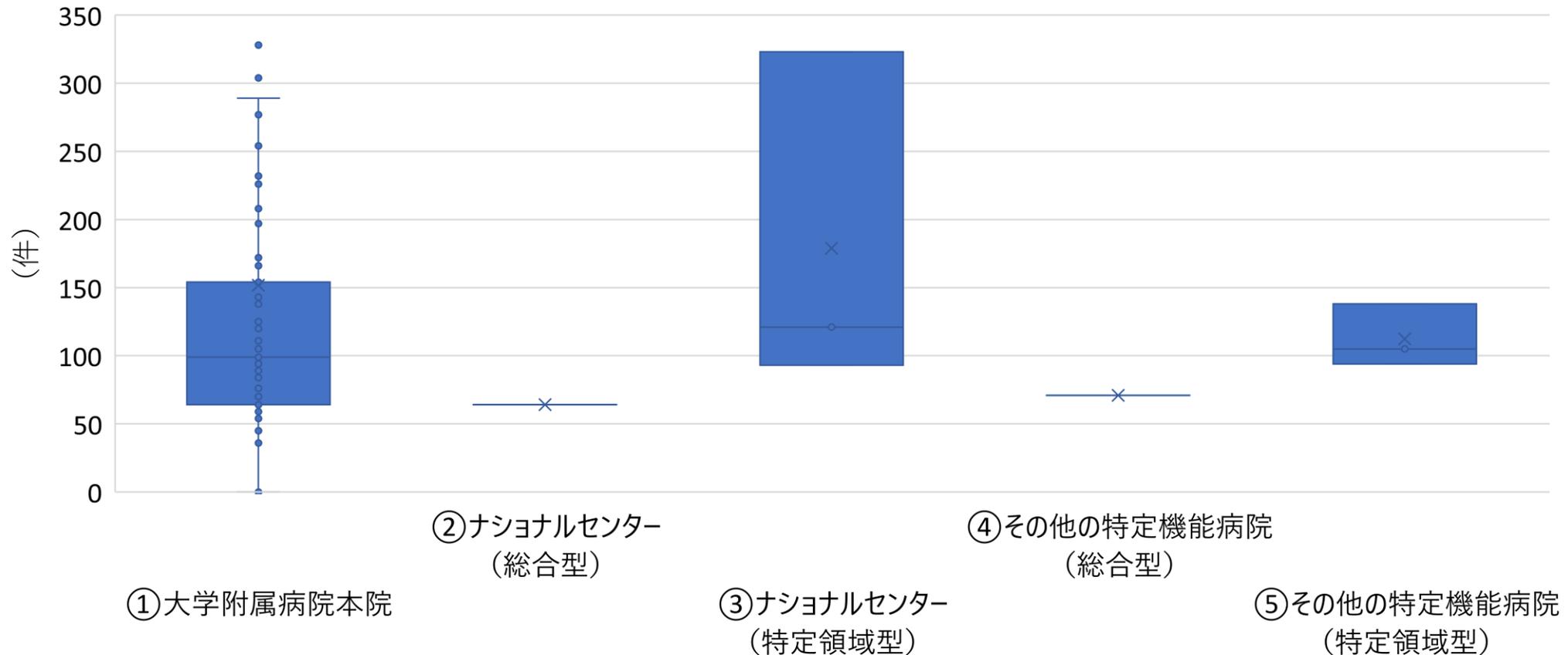
※ 令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）「特定機能病院の評価指標の開発に資する研究」（研究代表者：楠岡 英雄）に基づき作成

# 特定機能病院における論文発表等の実績について

令和6年8月20日

- 大学附属病院本院、ナショナルセンター（特定領域型）、その他（特定領域型）において、実績平均値が高い傾向にあるが、全般的に論文発表実績があり、Original Articleの実績が多い。一方、大学附属病院本院においては、一部の病院で実績が低い。
- ナショナルセンター/その他の総合型において、Case Reportの実績が多い。

## 令和4年度 論文発表等の実績

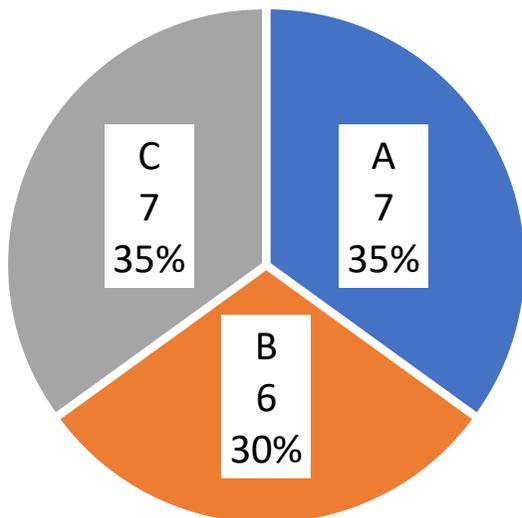


# 大学病院本院同士で比較した際に論文発表等の実績が 下位となっている大学附属病院本院の状況

- 特定機能病院かつ大学病院本院である医療機関について、令和4年度の論文発表等の実績（Original article、Case report、Review、Letter、Othersの合計件数）が下位20位の医療機関について、同一都道府県内に、いくつの大学附属病院本院があるか（1, 2, 3以上）によって分類。

当該医療機関と同一都道府県に所在する  
特定機能病院の数

- 1施設(n=7/32) : グループA ■  
 2施設(n=6/14) : グループB ■  
 3施設以上(n=7/33) : グループC ■



(下からの)順位	グループ
1	A
2	B
3	A
4	C
5	A
6	B
7	B
8	A
9	A
9	C

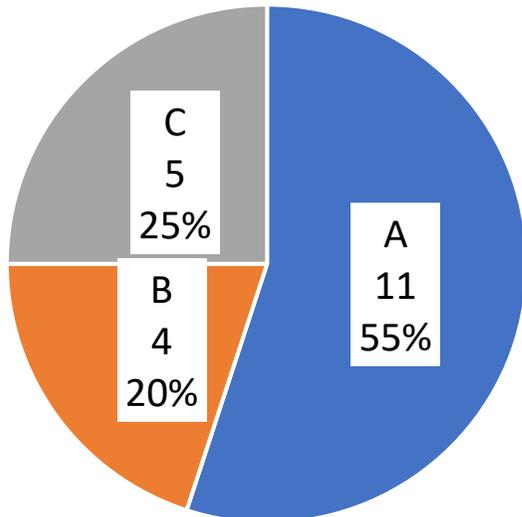
(下からの)順位	グループ
11	B
12	C
13	A
14	B
14	A
16	C
17	B
18	C
19	C
19	C

# 大学病院本院同士で比較した際に論文発表等の実績が 下位となっている大学附属病院本院の状況

○ 大学病院本院である医療機関について、令和4年度の論文発表等の実績（Original articleの件数）が下位20位の医療機関について、同一都道府県内に、いくつの大学附属病院本院があるか（1, 2, 3以上）によって分類。

## 当該医療機関と同一都道府県に所在する 特定機能病院の数

- 1 施設(n=11/32) : グループ A ■  
うち、医師多数は10都道府県、医師少数は12都道府県
- 2 施設(n=4/14) : グループ B ■  
うち、医師多数は3都道府県、医師少数は3都道府県
- 3 施設以上(n=5/33) : グループ C ■  
うち、医師多数は3都道府県、医師少数は1都道府県



(下からの)順位	Original article	グループ
1	0件	A
1	0件	B
1	0件	A
1	0件	C
1	0件	A
1	0件	A
7	2件	A
8	36件	B
9	45件	C
10	48件	A

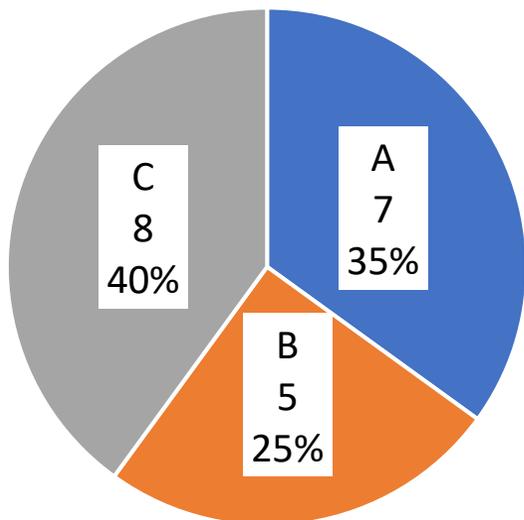
(下からの)順位	Original article	グループ
10	48件	C
12	49件	A
13	54件	C
14	55件	A
15	56件	A
16	57件	B
17	58件	B
17	58件	A
19	59件	C
20	64件	A

# 大学病院本院同士で比較した際に論文発表等の実績が 下位となっている大学附属病院本院の状況

○ 大学病院本院である医療機関について、令和4年度の論文発表等の実績（Original articleの件数）が下位20位の医療機関について、同一都道府県内に、いくつの大学附属病院本院があるか（1, 2, 3以上）によって分類。

## 当該医療機関と同一都道府県に所在する 特定機能病院の数

- 1 施設(n=7/35) : グループ A ■  
うち、医師多数は10都道府県、医師少数は12都道府県
- 2 施設(n=5/12) : グループ B ■  
うち、医師多数は3都道府県、医師少数は3都道府県
- 3 施設以上(n=8/32) : グループ C ■  
うち、医師多数は3都道府県、医師少数は1都道府県



(下からの)順位	Original article	グループ
1	0.00件	A
1	0.00件	B
1	0.00件	A
1	0.00件	C
1	0.00件	A
1	0.00件	A
7	0.01件	A
8	0.07件	C
9	0.08件	B
10	0.09件	B

(下からの)順位	Original article	グループ
11	0.10件	C
12	0.10件	C
13	0.10件	C
14	0.11件	C
15	0.11件	C
16	0.11件	A
17	0.12件	A
18	0.13件	C
19	0.13件	B
20	0.14件	B

※ 令和5年度厚生労働行政推進調査事業費補助金（厚生労働科学特別研究事業）「特定機能病院の評価指標の開発に資する研究」（研究代表者：楠岡 英雄）に基づき作成  
 ※ 医師多数都道府県・医師少数都道府県は第4回地域医療構想及び医師確保計画に関するワーキンググループ 参考資料1 都道府県の現医師確保計画（R2-5年度）に用いられている医師偏在指標を参照

# 臨床研究法（平成29年法律第16号）の概要

## 目的

臨床研究の実施の手続、認定臨床研究審査委員会による審査意見業務の適切な実施のための措置、臨床研究に関する資金等の提供に関する情報の公表の制度等を定めることにより、臨床研究の対象者をはじめとする国民の臨床研究に対する信頼の確保を図ることを通じてその実施を推進し、もって保健衛生の向上に寄与することを目的とする。

## 内容

### 1. 臨床研究の実施に関する手続

#### (1) 特定臨床研究（※）の実施に係る措置

- ① 以下の特定臨床研究を実施する者に対して、モニタリング・監査の実施、利益相反の管理等の実施基準の遵守及びインフォームド・コンセントの取得、個人情報保護の確保、記録の保存等を義務付け。
- ② 特定臨床研究を実施する者に対して、実施計画による実施の適否等について、厚生労働大臣の認定を受けた認定臨床研究審査委員会の意見を聴いた上で、厚生労働大臣に提出することを義務付け。
- ③ 特定臨床研究以外の臨床研究を実施する者に対して、①の実施基準等の遵守及び②の認定臨床研究審査委員会への意見聴取に努めることを義務付け。

※ 特定臨床研究とは

- ・ 薬機法における未承認・適応外の医薬品等の臨床研究
- ・ 製薬企業等から資金提供を受けて実施される当該製薬企業等の医薬品等の臨床研究

#### (2) 重篤な疾病等が発生した場合の報告

特定臨床研究を実施する者に対して、特定臨床研究に起因すると疑われる疾病等が発生した場合、認定臨床研究審査委員会に報告して意見を聴くとともに、厚生労働大臣にも報告することを義務付け。

#### (3) 実施基準違反に対する指導・監督

- ① 厚生労働大臣は改善命令を行い、これに従わない場合には特定臨床研究の停止等を命じることができる。
- ② 厚生労働大臣は、保健衛生上の危害の発生・拡大防止のために必要な場合には、改善命令を経ることなく特定臨床研究の停止等を命じることができる。

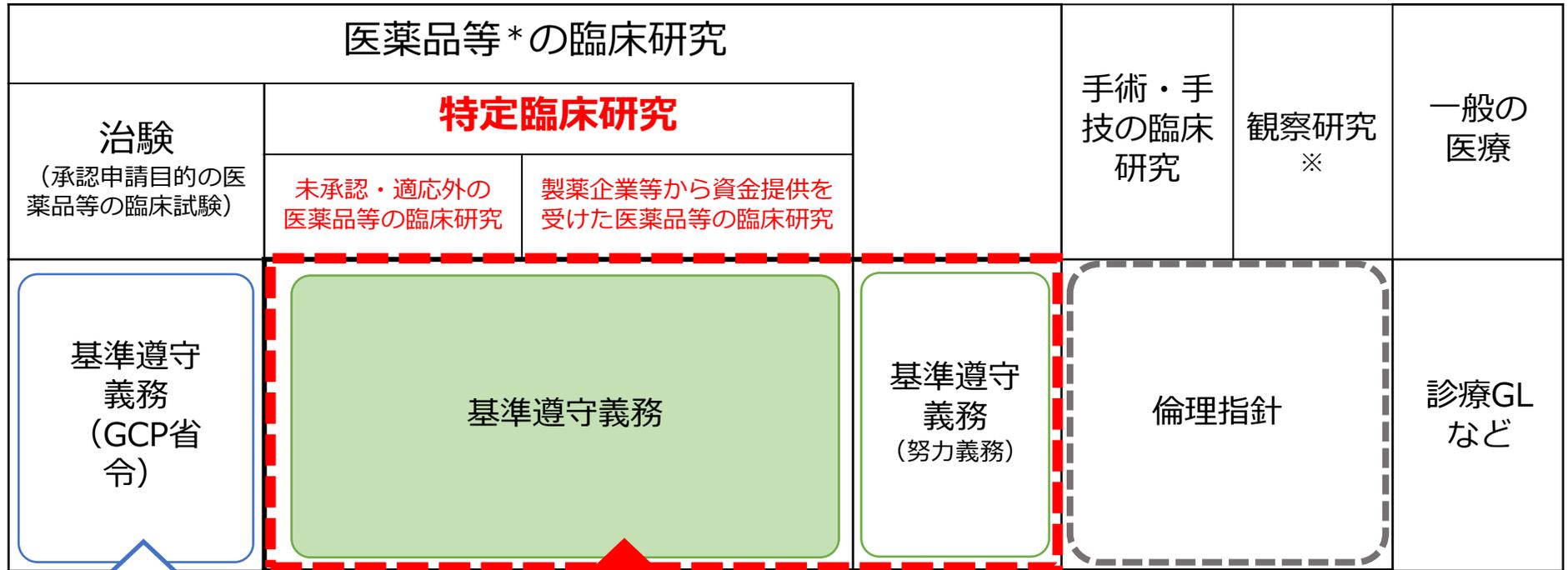
### 2. 製薬企業等の講ずべき措置

- ① 製薬企業等に対して、当該製薬企業等の医薬品等の臨床研究に対して資金を提供する際の契約の締結を義務付け。
- ② 製薬企業等に対して、当該製薬企業等の医薬品等の臨床研究に関する資金提供の情報等（※詳細は厚生労働省令で規定）の公表を義務付け。

## 施行日

平成30年4月1日（公布日：平成29年4月14日）

# 臨床研究法の対象範囲



医薬品医療機器等法

臨床研究法

※研究目的で研究対象者に著しい負担を与える検査等を研究の目的で診療に追加して行う場合は、臨床研究法の対象

\* 医薬品等：医薬品（体外診断用医薬品を除く。）、  
医療機器、再生医療等製品

# 臨床研究中核病院の承認要件（概要）

能力要件 (四条の三第一項第一号～第四号,第十号)		施設要件 (四条の三第一項第五号、六号、八号、九号)	人員要件 (四条の三第一項第七号)
実施体制	実績		
<p>○不適正事案の防止等のための管理体制の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・病院管理者の権限及び責任を明記した規程等の整備</li> <li>・病院管理者を補佐するための会議体の設置</li> <li>・取組状況を監査する委員会の設置</li> </ul> <p>* 上記の他、申請時に過去の不適正事案の調査、再発防止策の策定等の義務づけ。</p> <p>○以下の体制について担当部門・責任者の設置、手順書の整備等を規定</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・臨床研究支援体制 特定領域においては、当該領域にかかる治験・臨床研究実施・調整事務局の設置を含めた支援体制整備</li> <li>・データ管理体制</li> <li>・安全管理体制</li> <li>・認定臨床研究審査委員会での審査体制 特定領域においては、当該領域にかかる技術専門員の配置・育成等を含めた体制整備</li> <li>・利益相反管理体制</li> <li>・知的財産管理・技術移転体制</li> <li>・国民への普及・啓発及び研究対象者への相談体制</li> <li>・患者申出療養及び先進医療の相談・申請・実施等に係る体制整備</li> </ul>	<p>○自ら行う特定臨床研究の実施件数（注1）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師主導治験 <b>8件</b>、又は</li> <li>・医師主導治験 <b>4件</b>、かつ臨床研究<b>40件</b></li> </ul> <p>※特定領域においては医師主導治験2件、又は医師主導治験1件、かつ臨床研究40件</p> <p>○主導する多施設共同の特定臨床研究の実施件数（注1）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・多施設共同医師主導治験<b>2件</b>、又は</li> <li>・多施設共同臨床研究<b>20件</b></li> </ul> <p>※特定領域においても<b>同数</b></p> <p>○論文数（注1）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>45報以上</b>*（英文、査読有）</li> </ul> <p>※特定領域においては22報以上</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・筆頭著者の所属機関が当該申請機関である論文 又は 研究責任者の所属機関が当該申請機関であり、当該申請機関から研究支援を受けて研究を実施した論文</li> <li>・プロトコル論文 <b>6報以内</b></li> </ul> <p>○他の医療機関が行う特定臨床研究に対する支援件数（注2）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>15件以上</b>（支援業務数）</li> </ul> <p>○特定臨床研究を行う者等への研修会の開催件数（注2）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定臨床研究を行う者に対する研修会 <b>6回以上</b></li> <li>・特定臨床研究に携わる従業者に対する研修会 <b>6回以上</b></li> <li>・認定臨床研究審査委員会の委員に対する研修会 <b>3回以上</b></li> </ul>	<p>○診療科</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>10以上</b></li> </ul> <p>○病床数</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・<b>400以上</b></li> </ul> <p>○技術能力について外部評価を受けた臨床検査室</p>	<p>○臨床研究に携わる人員数（臨床研究支援・管理部門等に所属する人員数）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医師・歯科医師 <b>5人</b></li> <li>・薬剤師 <b>5人</b></li> <li>・看護師 <b>10人</b></li> <li>・臨床研究の実施支援者 専従<b>24人</b></li> </ul> <p>臨床研究コーディネーター（CRC）/ モニター/ プロジェクトマネージャー（スタディーマネージャー）/ 治験・臨床研究調整業務担当者/ 研究倫理相談員/ 臨床検査技術・品質管理者/ 研究監査担当者/ メディカルライター</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・データマネージャー 専従<b>3人</b></li> <li>・生物統計家 専任<b>2人</b> 常勤換算でエフォート合計<b>2人</b></li> <li>・薬事承認審査機関経験者 専従<b>1人</b></li> </ul>
<p>（注1）申請の前月又は前年度から過去3年間の実績</p> <p>（注2）申請の前月から過去1年間又は前年度の実績</p>			

# 臨床研究データベース（Japan Registry of Clinical Trials (jRCT)) について



## ○臨床研究等提出・公開システム

- 医療機関等で実施される臨床研究について、臨床研究法の規定に基づき、厚生労働大臣に対して、実施計画の提出などの届出手続を行うためのシステム
- 同法に規定する臨床研究実施基準に基づき、世界保健機関（WHO）が公表を求める事項や研究過程の透明性確保及び国民の臨床研究への参加の選択に資する情報について公開
- 治験の実施状況等の登録についても、jRCTに登録されている（令和2年8月31日医薬品審査管理課長通知）

※令和2年8月以前は日本医薬情報センター臨床試験情報（JapicCTI）、日本医師会臨床試験登録システム（JMACCT-CTR）、又はjRCTのいずれかに登録されていた。なお、令和5年3月にjRCTに統合し情報を一本化している。



臨床研究等提出・公開システム

お知らせ

重要なお知らせ

利用者の皆様へ jRCT（ほか国内の臨床試験情報登録センター（UMIN-CTR）に登録された臨床試験の情報を横断的に検索する場合は以下の URL をご利用ください。  
[rctportal.niph.go.jp](https://rctportal.niph.go.jp)

In addition to jRCT, for cross-searching other clinical trial information on domestic registries (UMIN-CTR), please use the JPRN (Japan Primary Registry Network) Search Portal.  
[rctportal.niph.go.jp/en](https://rctportal.niph.go.jp/en)

### <利用者実績数>

- 登録試験数（令和6年11月時点）  
約13,000件
- HPアクセス数  
100万人／年
- 研究者数  
（情報を新規・変更申請する人）  
8,000人／年

<https://jrct.niph.go.jp/>

# 臨床研究実施の流れ



研究責任医師が、実施計画・研究計画書等を認定臨床研究審査委員会に提出



認定臨床研究審査委員会が実施計画・研究計画書等を審査



厚生労働大臣に実施計画を提出（認定臨床研究審査委員会の意見書を添付）  
**jRCT (Japan Registry of Clinical Trial) への登録・公開により行う**

※ 治験については、治験計画届書を届け出た場合、jRCTへ登録



**研究責任医師が特定臨床研究を実施（国民へ公開）**

⇒以下の事項について遵守することを義務付け

◎ 適切なインフォームド・コンセントの取得

◎ 記録の作成・保存

◎ 研究対象者の秘密の保持

◎ 臨床研究実施基準

- ・ 臨床研究の実施体制・構造設備に関する事項
- ・ モニタリング・監査の実施に関する事項
- ・ 健康被害の補償・医療の提供に関する事項
- ・ 製薬企業等との利益相反管理に関する事項 等

<上記の手續に違反した場合の対応>

立入検査・報告徴収

改善命令

(保健衛生上の危害の発生又は拡大防止のために必要と認めるとき)

研究の全部又は一部の停止命令

緊急命令  
(研究の停止等)

罰則

(検査の忌避・虚偽報告の場合)

# jRCT登録データの公表状況について

- 令和5年3月に日本医薬情報センター臨床試験情報（JapicCTI）及び日本医師会臨床試験登録システム（JMACCT-CTR）の登録情報をjRCTに統合。研究の種別は一度未分類として移行したため、登録者による種別の変更を受付中。

令和6年11月1日時点

種別	H30.3 以前	H30.4 – H31.3	H31.4 – R2.3	R2.4 – R3.3	R3.4 – R4.3	R4.4- R5.3	R5.4- R6.3	R6.4-現在	合計
特定臨床研究	※1 909	188	423	429	403	394	351	220	3317 (終了件数：1573)
非特定臨床研究	※1 21	19	65	80	112	100	135	81	613 (終了件数：98)
企業治験	148	132	222	※2 405	608	516	525	309	2865
医師主導治験	3	27	67	※2 74	77	75	59	32	414
その他 ※3	71	16	34	75	※2 275	337	446	318	1572
未分類	4274	379	302	118	0	0	0	0	5073

※1：経過措置対象。人を対象とする医学系研究に関する倫理指針に基づき、法施行前から実施されていた、医薬品、医療機器又は再生医療等製品を用いた侵襲及び介入を伴う臨床研究で、法施行に伴い、jRCTへの登録が必要となったものを指す。

※2：治験の実施に関するデータベース登録は、令和2年8月31日付けの薬機法施行規則改正に伴って発出された施行通知により、新規に開始する治験の登録先はjRCTに一本化。令和3年6月30日に施行された人を対象とする生命科学・医学系研究に関する倫理指針により、当該指針に基づいて実施される研究はjRCT等に登録することを義務付け。

※3：臨床研究法に規定する臨床研究及び治験以外のもの（観察研究、製造販売後臨床試験、使用成績調査、手術・手技等）を指す。

## 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。



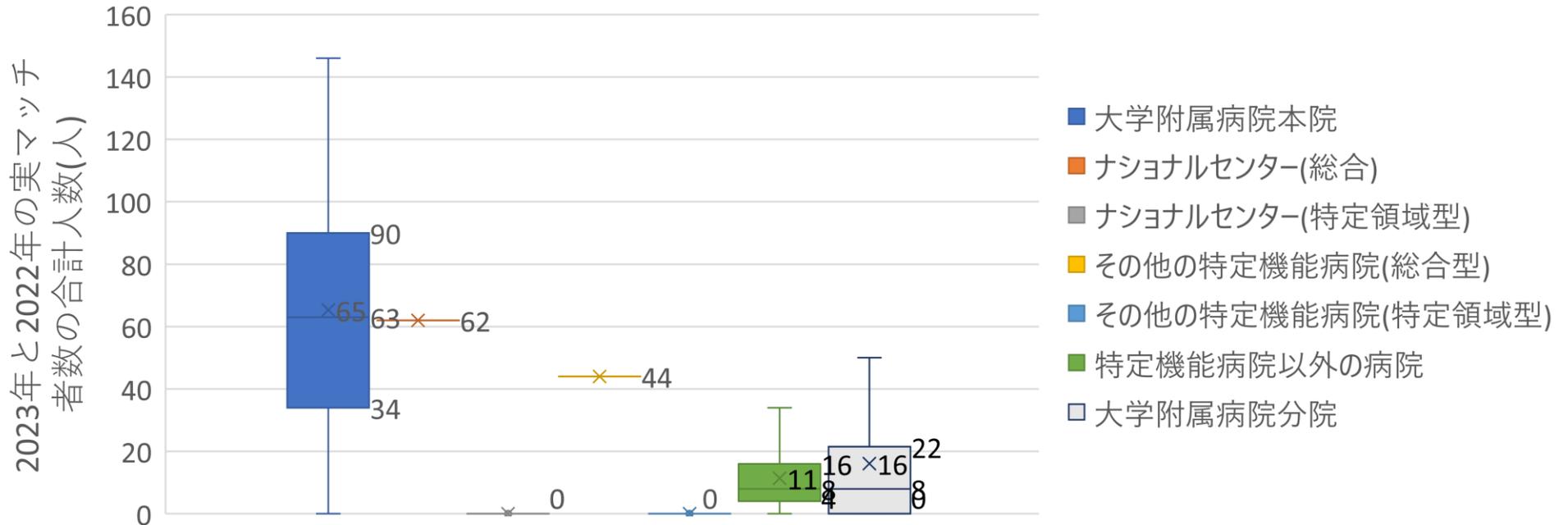
- 特定機能病院としての大学附属病院に求められる医療の開発・評価（研究）をどのように考えるか。
- 特に、Case ReportやLetter等も、Original articleと同等の評価とされていることを含め、論文実績の内容（質を含む）について、どのように具体的なものを求めるか。また、筆頭著者としての論文実績以外の内容（CRC、ARO、倫理審査等の体制や国際共同治験を含む多施設共同研究等への貢献等が筆頭以外の著者として評価されている場合等を含む）について、承認要件を含めて大学附属病院本院に求めるものをどのように考えるか。
- 特に、地方部において、教育や医師派遣等により資源を割かざるを得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

# 大学病院本院における医療に係る研修（教育）等の 状況について

# 特定機能病院等における臨床研修医数の状況

- 大学附属病院本院、ナショナルセンター/その他（総合型）については、多数の臨床研修医を受け入れている。一方、一部の大学附属病院本院においては、受け入れ実績が低くなっている。
- ナショナルセンター（特定領域型）においては、臨床研修医を受け入れていない。

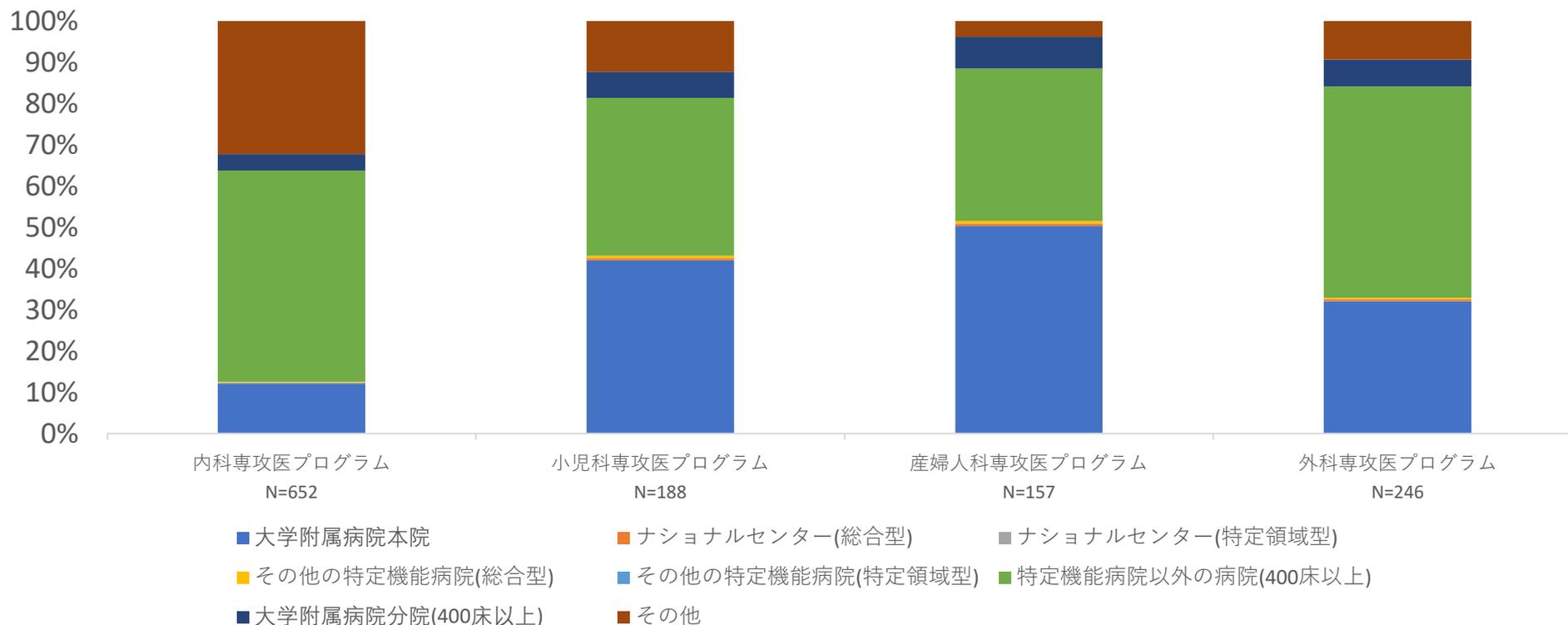
特定機能病院等における臨床研修医数の状況



医師臨床研修マッチング協議会  
「研修プログラム別マッチ結果」をもとに厚生労働省で集計

専門医研修プログラムを提供する基幹施設について、大学病院本院は、全施設数のうち、内科専攻医プログラムで1割、小児科専攻医プログラムで4割、産婦人科専攻医プログラムで5割、外科専攻医プログラムで3割程度を占める。

### 専門医研修プログラムを提供する基幹施設の病院類型ごとのシェア

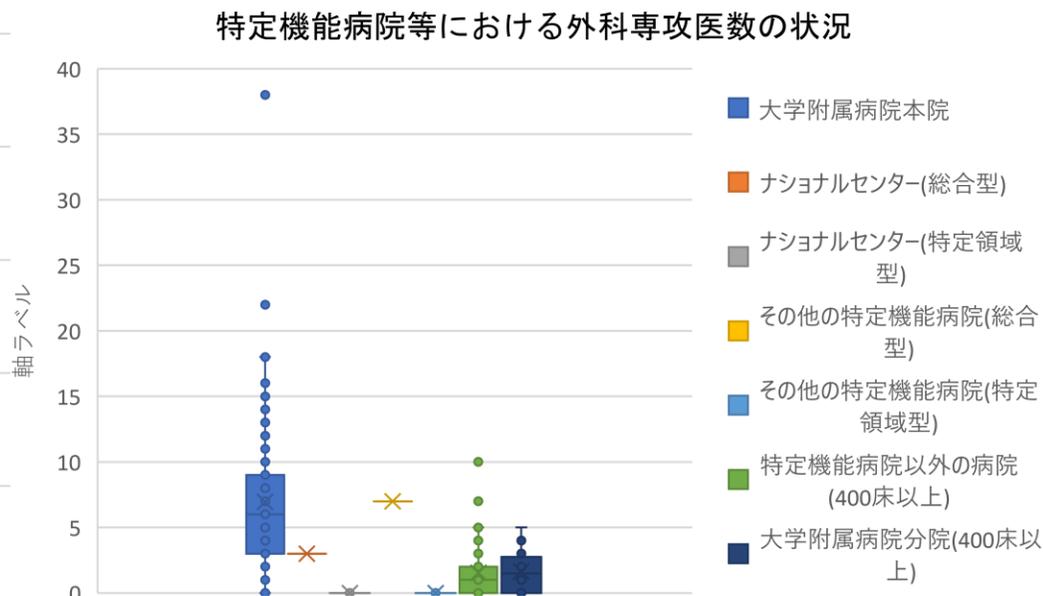
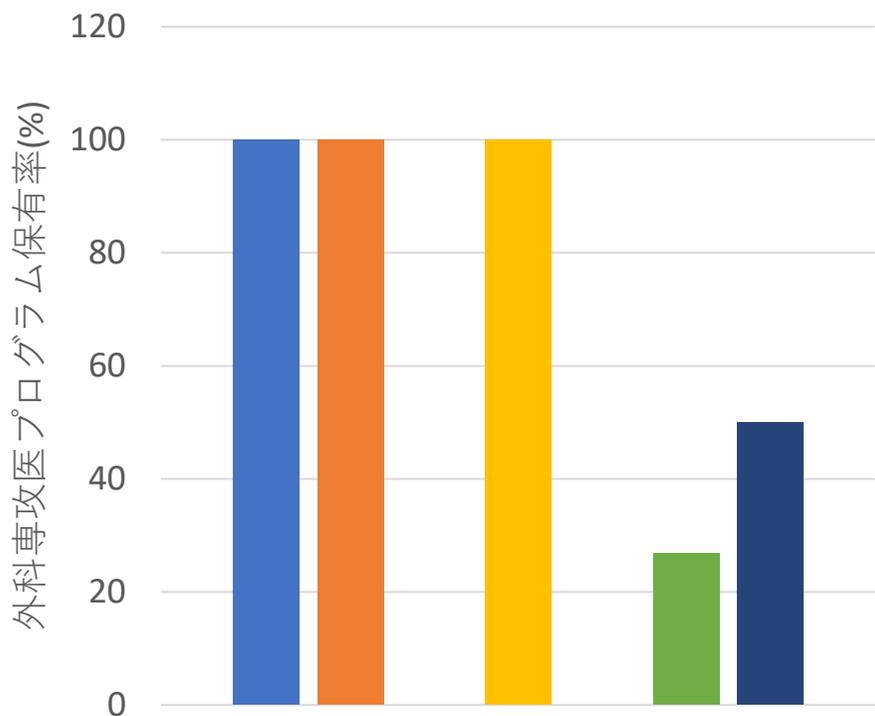


※ 各学会及び各大学webサイトをもとに厚生労働省で集計

# 特定機能病院等における外科専攻医数の状況

- 大学附属病院本院、ナショナルセンター/その他（総合型）については、全ての特定機能病院において、基幹施設として外科専攻医プログラムを整備している。
- 大学附属病院本院、ナショナルセンター/その他（総合型）においては、多数の外科専攻医を受け入れている。一方、一部の大学附属病院本院においては、少数の専攻医受入に留まる。
- ナショナルセンター/その他（特定領域型）においては、外科専攻医を受け入れていない。

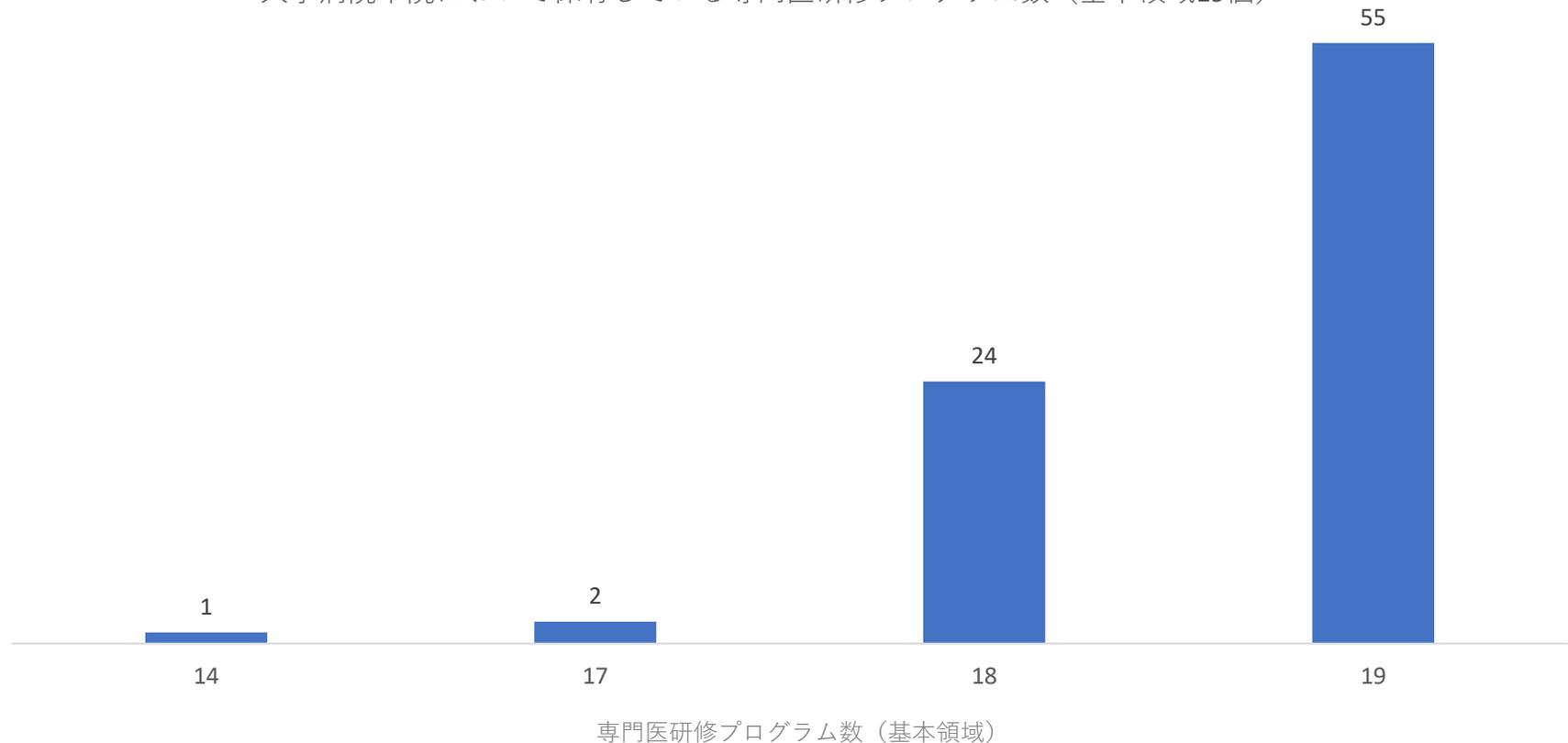
特定機能病院等における外科専攻医プログラム保有率



専門医研修プログラムについて、82の大学病院本院のうち、55の大学病院本院において、すべての基本領域の専門医研修プログラム（19個）を有している。

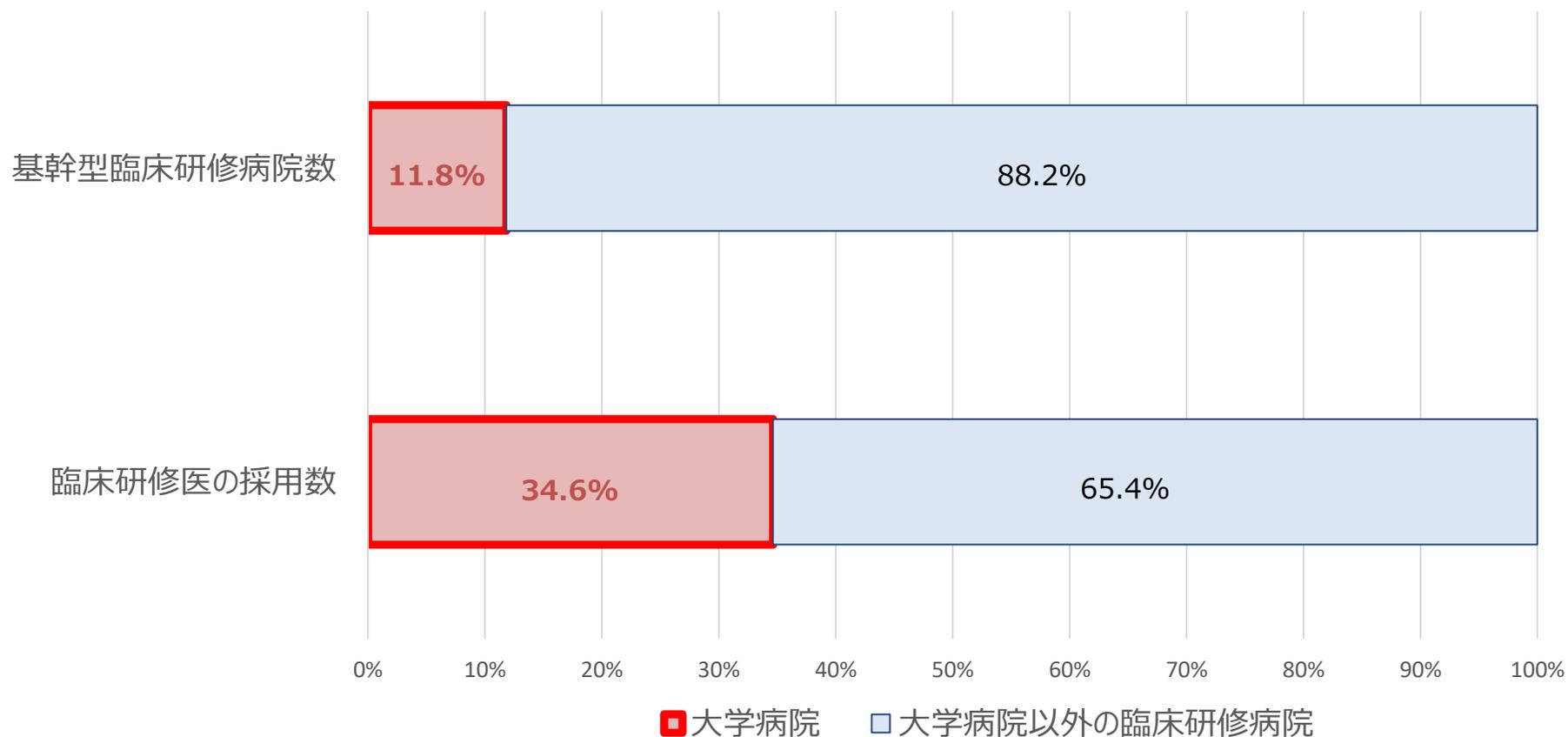
大学病院本院において保有している専門医研修プログラム数（基本領域19個）

大学病院本院の数



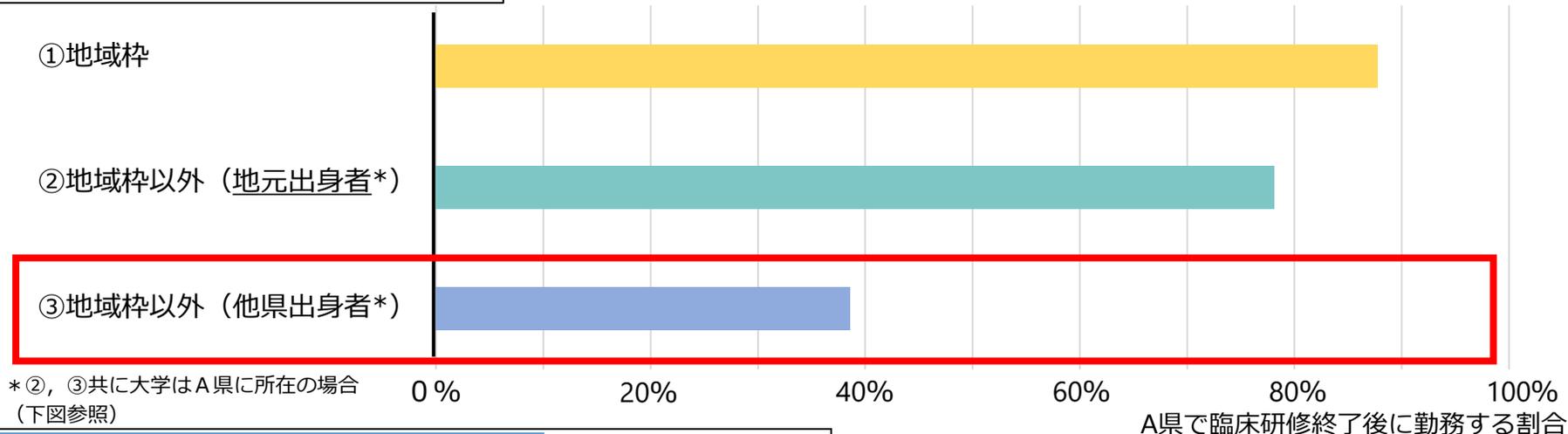
## 臨床研修を行う病院や臨床研修医の採用数における大学病院のシェア

臨床研修が行われる病院のうち大学病院が占める割合は約12%、臨床研修医の採用数のうち大学病院の割合は約3分の1となっており、臨床研修制度において、大学病院が医育機能を一定程度担っている。



医学部卒業後の地域への医師の定着に係る意向の割合をみると、地域枠や地元出身者はもとより、他県出身者も一定の割合で大学所在県で臨床研修後も勤務を続ける意向がある。

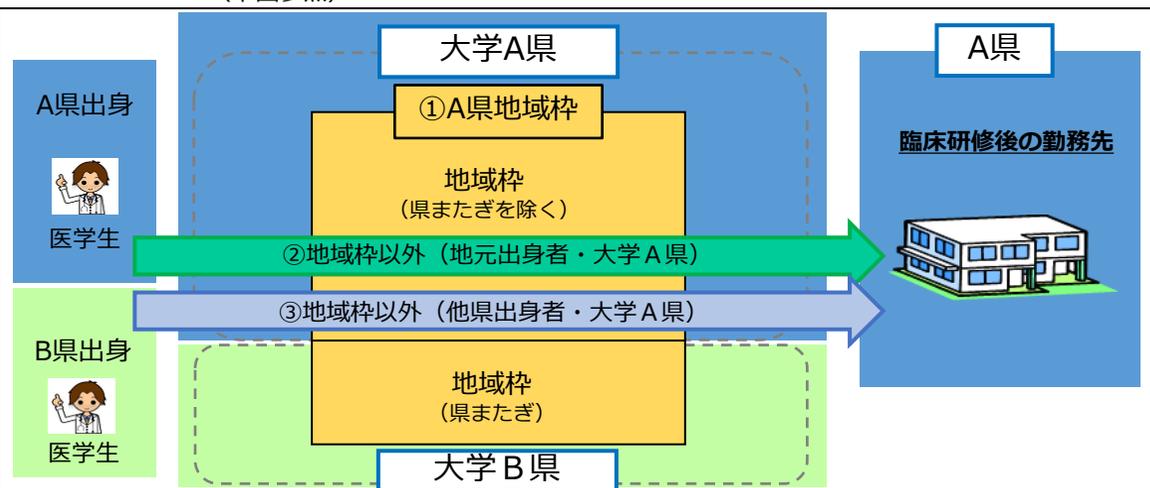
## 医学部卒業後の医師定着に係る意向の割合



A県で臨床研修終了後に勤務する割合

出典：臨床研修修了者アンケート調査（平成29～31年）厚生労働省調べ

- ※ A県は任意の都道府県。B県はA県以外の都道府県（特定の一つの都道府県のデータはなく、全ての都道府県のデータから算出）。
- ※ 出身地又は大学が海外の場合及び当該項目について無回答の場合は除外。
- ※ 出身地：高校等を卒業する前までに過ごした期間が最も長い都道府県。
- ※ 県またぎ地域枠：出身大学の所在地以外の都道府県（A県）における勤務義務がある地域枠。
- ※ 防衛医科大学及び産業医科大学は除外。自治医科大学については県またぎ地域枠についてのみ除外。

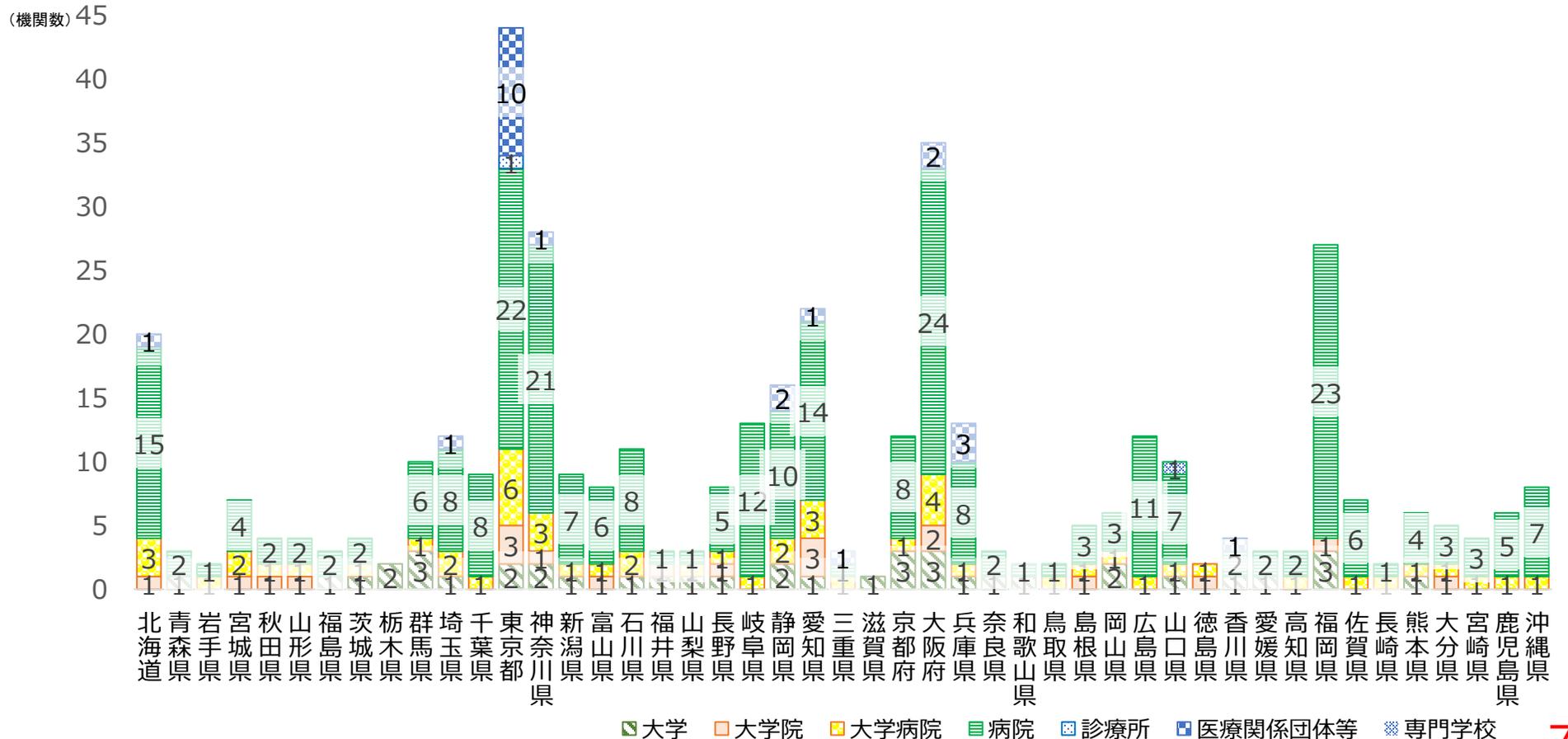


# 看護師の特定行為研修を行う指定研修機関の状況

## ■施設の種別別指定研修機関数(令和6年9月現在)

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	総計
40	20	55	287	23	1	426機関

## ■都道府県別指定研修機関数(令和6年9月現在)



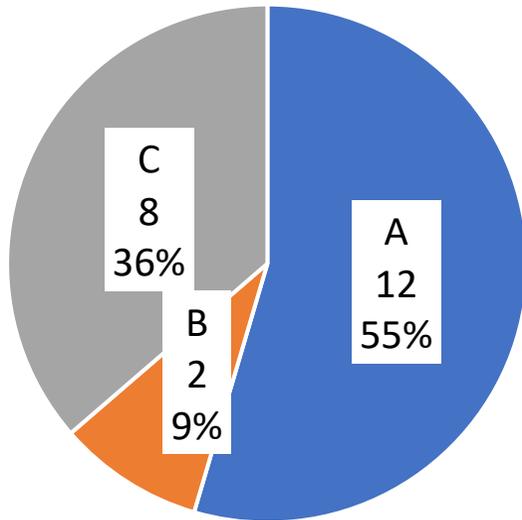
※厚生労働省医政局看護課調べ

# 大学病院本院の専門研修プログラム（外科）採用数の実績

- 大学病院本院である医療機関について、令和4年度の専門研修プログラム（外科）採用数の実績が下位20位の医療機関は以下のとおりである。
- 専門研修プログラム（外科）採用数の実績について、一県一医大の大学附属病院本院において、少ない傾向にあるが、グループC（1つの都道府県に大学附属病院本院が3つ以上）においても該当する病院がある。

当該医療機関と同一都道府県に所在する  
特定機能病院の数

- 1施設(n=12/32) : グループA ■
- 2施設(n=2/14) : グループB ■
- 3施設以上(n=8/35) : グループC ■



(下からの) 順位	グループ
1	B
1	C
1	C
1	C
1	A
1	A
7	A
7	A
7	C
7	C
7	A

(下からの) 順位	グループ
12	A
12	C
12	C
12	A
12	A
12	B
12	A
19	A
19	C
19	A
19	A

# 大学附属病院本院における医療に係る研修（教育）の論点（案）

- 【P7再掲】 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。

**地理的条件等と大学附属病院等が提供する医療提供、  
医師派遣、医療の開発・評価（研究）、医療に係る  
研修（教育）の関係等について**

# 議論のポイント

- 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。

# 本日の議論のまとめ等

# 全体を通じた論点等（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。