

第2回 独立行政法人国立病院機構（NHO）ビジョン検討委員会

議事次第

令和6年10月3日（木）
15:00～17:00
国立病院機構本部大会議室

議 題

国立病院機構が提供している医療及び経営状況について

- 資料1 地域医療構想の現状・課題と検討状況について
（厚生労働省提出資料）
- 資料2 国立病院機構が提供している医療及び経営状況について
- 参考資料1 国立病院機構における災害・新興感染症対応等について
- 参考資料2 調査報告及び再発防止策の報告書（要約版）（国立病院機構大牟田病院 性的虐待事案に係る第三者委員会）

地域医療構想の現状・課題と検討状況について

厚生労働省 大臣官房参事官(医療提供体制改革担当)

高宮 裕介

目 次

1. 2025年に向けた地域医療構想の推進について
2. 新たな地域医療構想に向けて

1. 2025年に向けた地域医療構想の推進について

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。

2023年度病床機能報告について

速報値

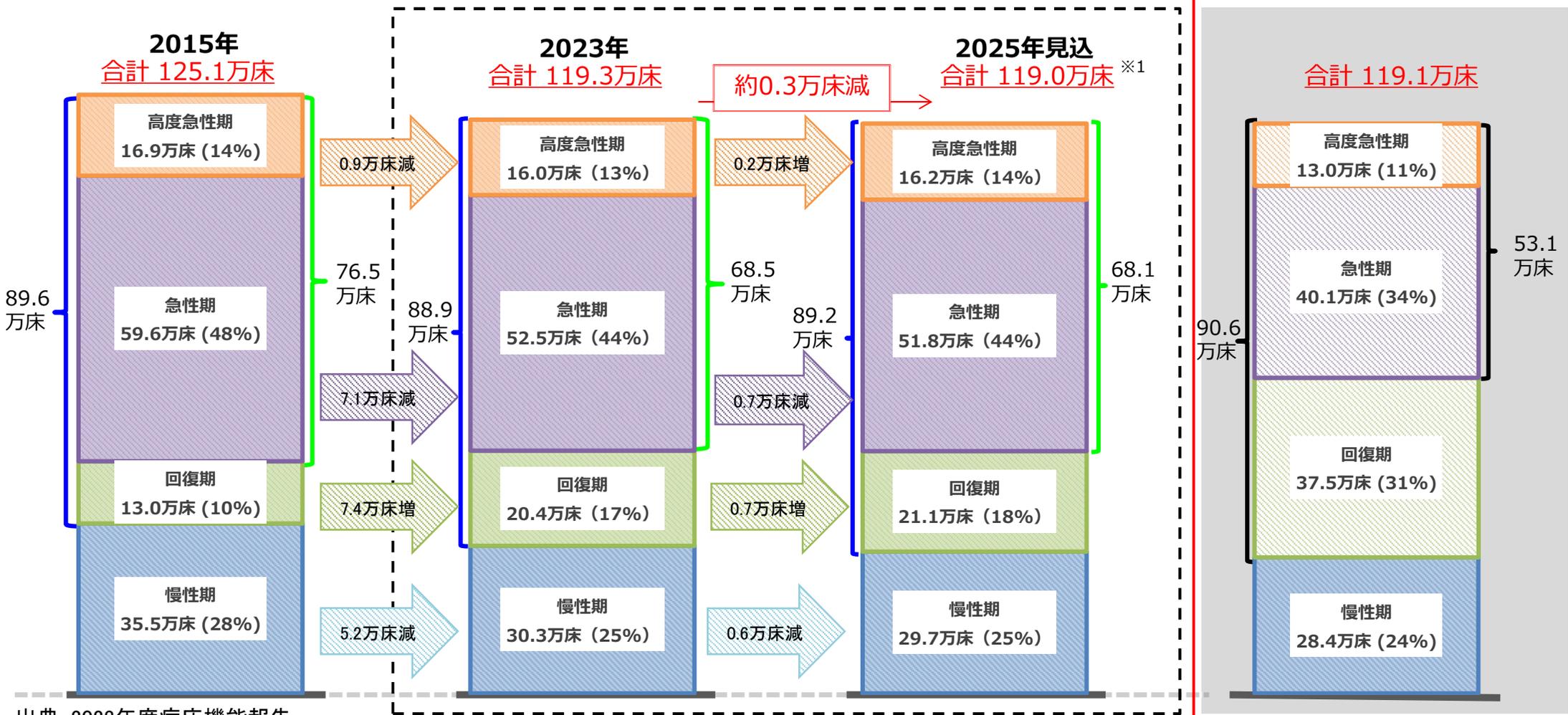
2015年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告)※6

2023年度病床機能報告

(各医療機関が病棟単位で報告)※6

地域医療構想における2025年の病床の必要量
(入院受療率や推計人口から算出した2025年の医療需要に基づく推計(平成28年度末時点))※4 ※6



出典: 2023年度病床機能報告

※1: 2023年度病床機能報告において、「2025年7月1日時点における病床の機能の予定」として報告された病床数

※2: 対象医療機関数及び報告率が異なることから、年度間比較を行う際は留意が必要

(報告医療機関数/対象医療機関数(報告率) 2015年度病床機能報告: 13,863/14,538(95.4%)、2023年度病床機能報告: 12,203/12402(98.4%))

※3: 端数処理をしているため、病床数の合計値が合わない場合や、機能ごとの病床数の割合を合計しても100%にならない場合がある

※4: 平成25年度(2013年度)のNDBのレセプトデータ及びDPCデータ、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(平成25年(2013年)3月中位推計)』等を用いて推計

※5: 高度急性期のうちICU及びHCUの病床数(*): 18,423床(参考 2022年度病床機能報告: 18,399床)

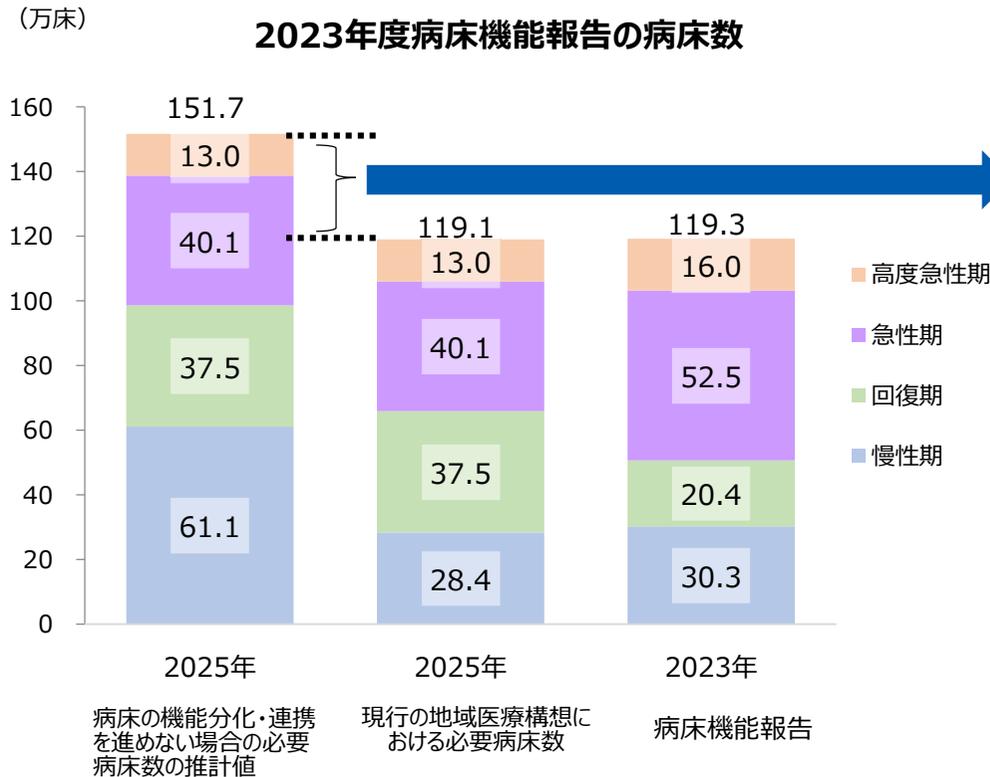
*救命救急入院料1~4、特定集中治療室管理料1~4、ハイケアユニット入院医療管理料1・2のいずれかの届出を行っている届出病床数

※6: 病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

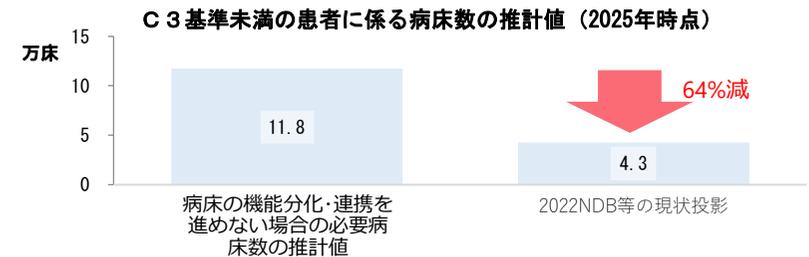
現行の地域医療構想の評価について

- 現行の地域医療構想においては、病床の機能分化・連携を進めない場合は高齢化により2025年時点で152万床程度の病床が必要と推計されたが、①一般病床のC3基準未滿の医療資源投入量の患者数は在宅医療等の医療需要とすること、②療養病床の医療区分1の患者の70%は在宅医療等の医療需要とすること、③療養病床の入院受療率の地域差解消の取組を進めることにより、2025年時点の必要病床数を119万床程度とする目標としている。
- 2025年時点の必要病床数の推計値（病床の機能分化・連携を進めない場合）と、2022年度の診療実績（NDBのデータ）に基づく2025年時点の推計値を比べると、①一般病床のC3基準未滿の患者に係る病床数は11.8万床から4.3万床に減少（64%減）、②療養病床の医療区分1の患者に係る病床数は12.5万床から3.0万床に減少（76%減）、③医療区分1以外の慢性期病床の減少は11.9万床に近い11.3万床の減床となっている。

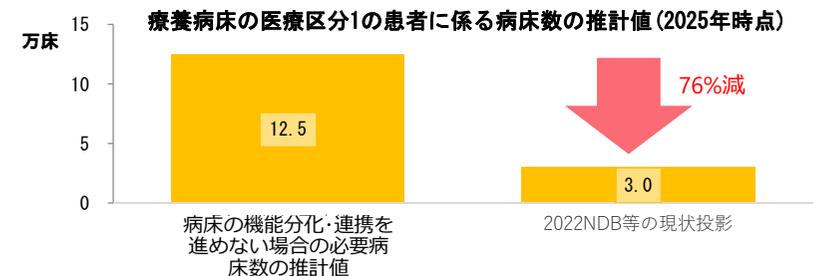
現行の地域医療構想の病床の推計値と
2023年度病床機能報告の病床数



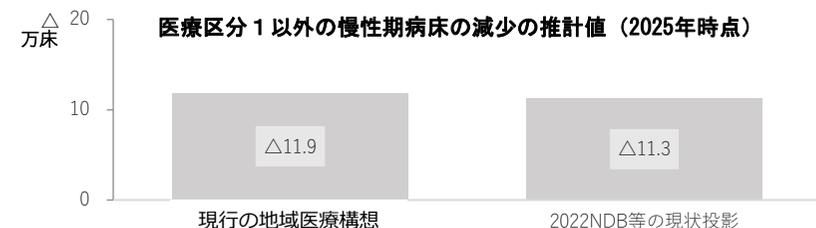
① C3基準未滿の患者に係る病床



② 療養病床の医療区分1の患者に係る病床



③ 医療区分1以外の慢性期病床の減少



※病床機能報告の集計結果と将来の病床の必要量は、各構想区域の病床数を機械的に足し合わせたものであり、また、それぞれ計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

広島県尾三構想区域 (令和3年12月選定)

対象医療機関:2病院

総合病院三原赤十字病院、三菱三原病院

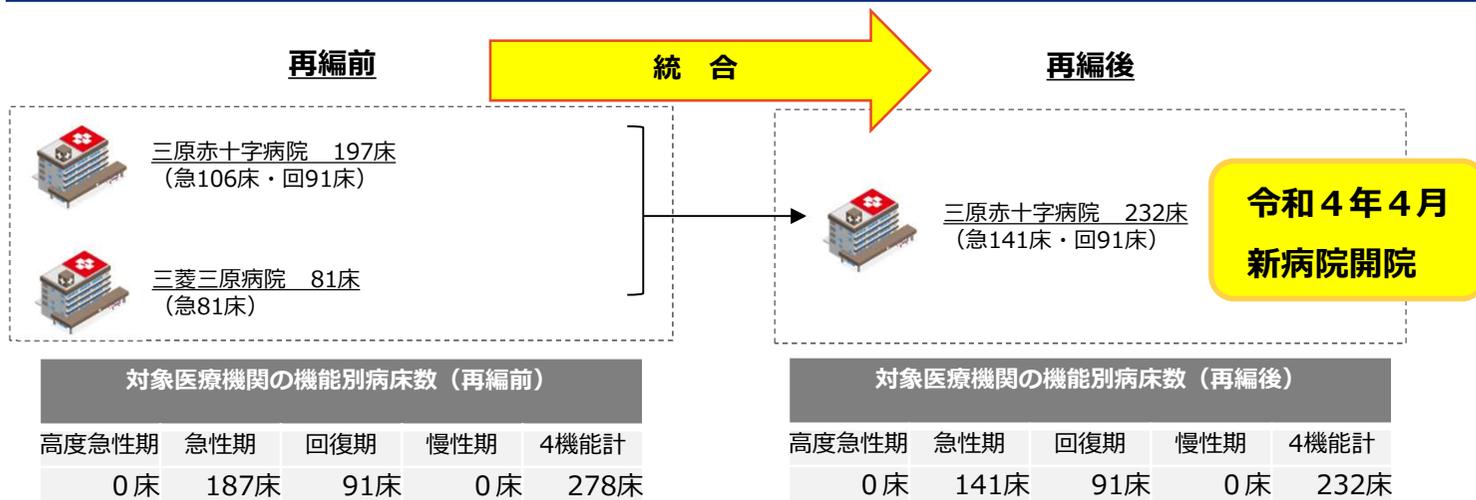
構想区域における課題

- 尾三構想区域は、全国又は県内と比較しても早いスピードで人口減少や高齢化が進んでいる。今後の医療需要を踏まえて、医療体制を見直すとともに、安定的に医師を確保する必要がある。
- 人口10万人あたりの病院数・病床数は多い一方、1病院あたりの医師数が少なく、資源が分散している状況にあり、二次救急の体制維持に不安がある。限られた医療資源を集約化することで、効率的かつ持続可能な医療提供体制を構築することを目指す。

国の主な支援内容

- 地域医療介護総合確保基金による財政的支援
- 再編統合後の効果検証として、DPC症例数の推移、救急受入件数・割合、地域内需要に対する割合、人員確保の状況に関する定期的なフォローアップ

再編内容



効果

- 消化器病センターを新設し、診断と治療を強化し消化器疾患全般をカバーできるよう強化した。統合後1年目に三原赤十字病院の対応患者の割合の伸びが見られ、月によっては三原市内の52.8%と高い対応割合となった。
- 統合により医師・看護師などの医療スタッフが充実し、救急対応能力の強化につながった。三原市内での救命救急センターへの中継機能の強化が図られ、救急搬送事例における医療圏内での完結率も95%前後の対応を維持している。

山形県置賜構想区域（令和3年1月選定）

対象医療機関:3病院

米沢市立病院、三友堂病院、三友堂リハビリテーションセンター

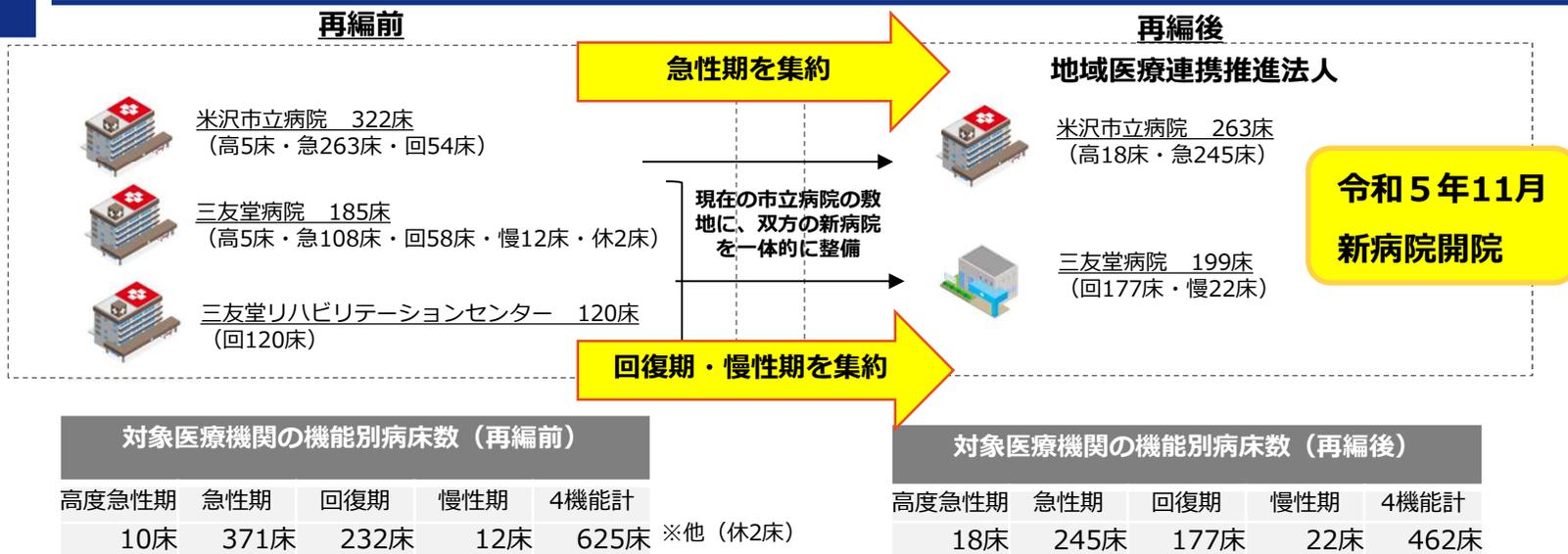
構想区域における課題

- 置賜構想区域は県平均を下回って少子高齢化や人口減少が進み、更に医師不足が問題となっている。
- 医師不足により、救急医療の体制維持に課題があり、医療機能の見直しが必要である。

国の主な支援内容

- 病棟別患者数の推計及び分析
- 地域医療介護総合確保基金による財政的支援

再編内容



効果

- 新米沢市立病院は、救急医療体制の維持・強化を含めた急性期医療の充実を図り、新三友堂病院は、回復期医療を充実させつつ、緩和ケア、慢性期の人工透析等の地域に必要とされる医療の充実を図る見込み。
- 医療機能を集約しながら、両病院が連携し、急性期医療と回復期医療の連携強化・充実が図られると見込まれる。

岐阜県東濃構想区域（令和3年1月選定）

対象医療機関:2病院

土岐市立総合病院、JA岐阜厚生連東濃中部医療センター東濃厚生病院

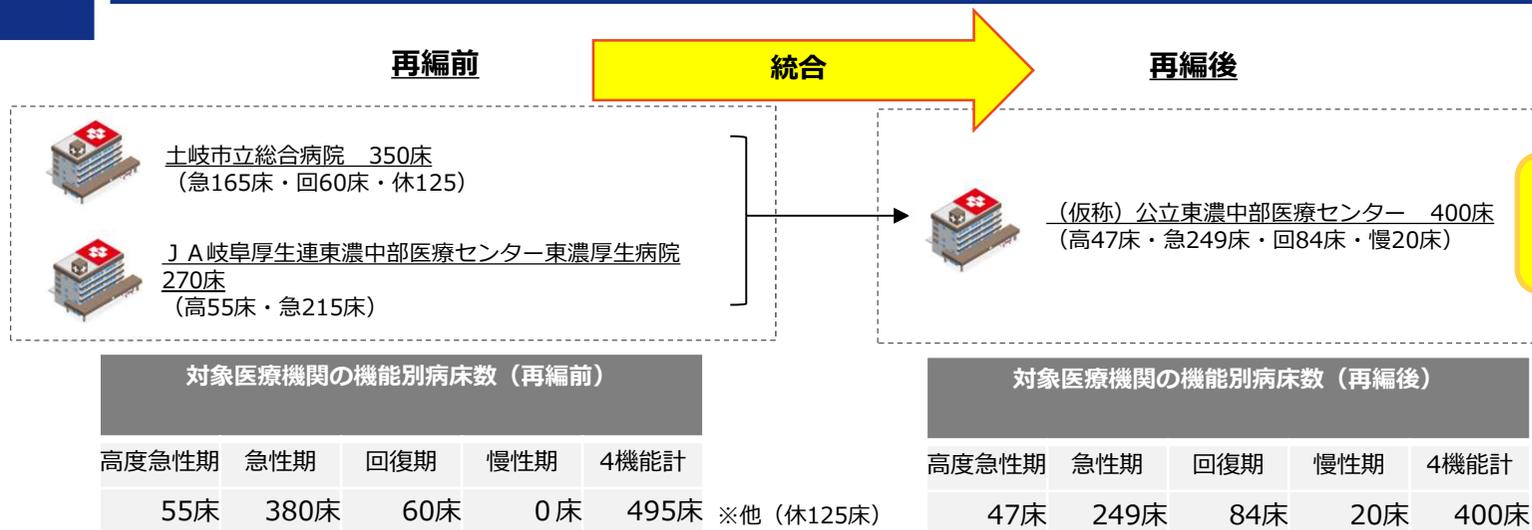
構想区域における課題

- 東濃構想区域の土岐市と瑞浪市には、類似機能(急性期・救急対応)を持った同規模の病院（土岐市立総合病院、JA岐阜厚生連東濃中部医療センター東濃厚生病院）が存在し、慢性的な医師不足が生じている。
- 急性期病床が供給過剰の一方、回復期病床が不足しており、人口減少に伴う医療需要の減少が見込まれる。

国の主な支援内容

- 救急搬送件数等のデータ分析
- 地域医療介護総合確保基金による財政的支援

再編内容



効果

- 医療資源、人材の集約化により救急医療の対応を強化し、東濃中部における2次救急医療の完結、3次救急との連携強化が見込まれる。

- 地域医療構想のPDCAサイクルを通じた取組を更に推進するため、令和6年3月28日付で通知を発出し、2025年に向けて各年度に国・都道府県・医療機関が取り組む事項を明確化するとともに、国による積極的な支援を実施。

※ その際、令和4年通知に記載のとおり、各都道府県においては、今回の新型コロナウイルス感染症の感染拡大により病床の機能分化・連携等の重要性が改めて認識されたことを十分に考慮する。また、2024年度より医師の時間外労働の上限規制が適用され、2035年度末に暫定特例水準を解消することとされており、各医療機関において上限規制を遵守しながら、同時に地域の医療提供体制の維持・確保を行うためには、医療機関内の取組に加え、各構想区域における地域医療構想の実現に向けた病床機能の分化・連携の取組など、地域全体での質が高く効率的で持続可能な医療提供体制の確保を図る取組を進めることが重要であることに十分留意する。

なお、地域医療構想の推進の取組は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるものである。

2025年に向けた取組の通知内容（令和6年3月28日）

1. 2025年に向けて国・都道府県・医療機関が取り組む事項の明確化

- ・ 国において推進区域(仮称)・モデル推進区域(仮称)を設定してアウトリーチの伴走支援を実施、都道府県において推進区域の調整会議で協議を行い区域対応方針の策定・推進、医療機関において区域対応方針に基づく医療機関対応方針の検証・見直し等の取組を行い、構想区域での課題解決に向けた取組の推進を図る。

※ 病床機能報告上の病床数と必要量の差異等を踏まえ、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性があると考えられる推進区域（仮称）を都道府県あたり1～2か所設定。当該推進区域（仮称）のうち全国に10～20か所程度のモデル推進区域（仮称）を設定。なお、設定方法等については、追って通知。

- ・ 引き続き、構想区域ごとの年度目標の設定、地域医療構想の進捗状況の検証、当該進捗状況の検証を踏まえた必要な対応等を行う。

2. 国による積極的な支援

①地域別の病床機能等に見える化

- ・ 都道府県別・構想区域別に、病床機能報告上の病床数と必要量、医療機関の診療実績等に見える化
- ・ これらのデータを有効に活用して、地域医療構想調整会議の分析・議論の活性化につなげる

②都道府県の取組の好事例の周知

- ・ 地域医療構想の実現に向けた都道府県の取組の好事例を周知

③医療機関の機能転換・再編等の好事例の周知

- ・ 医療機関の機能転換・再編等の事例について、構想区域の規模、機能転換・再編等の背景や内容等を整理して周知

④基金等の支援策の周知

- ・ 地域医療介護総合確保基金やデータ分析体制構築支援等の支援策の活用方法について、都道府県・医療機関向けリーフレットを作成

⑤都道府県等の取組のチェックリスト

- ・ 地域医療構想策定ガイドラインや関連通知等で示してきた地域医療構想の進め方について、都道府県等の取組のチェックリストを作成。都道府県等において、これまでの取組状況を振り返り、今後、必要な取組を実施。

⑥モデル推進区域(仮称)におけるアウトリーチの伴走支援

- ・ データ分析等の技術的支援や地域医療介護総合確保基金の優先配分等の財政的支援を活用して、モデル推進区域(仮称)においてアウトリーチの伴走支援を実施

モデル推進区域の設定

- モデル推進区域について、都道府県との調整を踏まえ、推進区域の中から、医療提供体制上の課題や重点的な支援の必要性、地域医療構想の実現に向けた取組状況等を総合的に勘案して、以下のとおり設定する。
※以下の都道府県以外について、引き続き調整を行う。

【7月31日時点】

- | | |
|--------------------|---------------|
| ▪ 秋田県【大館・鹿角、能代・山本】 | ▪ 滋賀県【湖北】 |
| ▪ 山形県【庄内】 | ▪ 京都府【丹後】 |
| ▪ 栃木県【宇都宮】 | ▪ 山口県【宇部・小野田】 |
| ▪ 群馬県【伊勢崎、藤岡】 | ▪ 高知県【中央】 |
| ▪ 石川県【能登北部】 | ▪ 長崎県【長崎】 |
| ▪ 山梨県【峡南】 | |
| ▪ 三重県【松阪】 | |

伴走支援の内容

○技術的支援

(下線は従来の重点支援区域における技術的支援では実施していない新たな支援策)

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域の医療事情に関するデータ提供・分析 ・ 構想区域からの依頼に基づき議論の場・講演会、住民説明会などへの国職員の出席 ・ 関係者との議論を行う際の資料作成支援 ・ 関係者の協議の場の設定 | <ul style="list-style-type: none"> ・ <u>都道府県コンシェルジュ（ワンストップ窓口）の設置</u> ・ <u>区域対応方針（※）の作成支援</u> ・ <u>構想区域内の課題の把握</u> ・ <u>分析結果を踏まえた取組に関する支援</u> ・ <u>地域の枠組みを超えた構想区域や都道府県間の意見交換会の設定</u> ・ <u>定量的基準の導入に関する支援</u> 等 |
|---|---|

(※) 「地域医療構想の進め方について」(令和5年3月31日付け医政地発0331第1号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)において示した、構想区域の今後対応すべき具体的な課題を明確化した上で、当該課題を解決するために年度毎に策定する工程表を含む。

○財政的支援

モデル推進区域が属する都道府県に対しては、重点支援区域への支援と同様に、地域医療介護総合確保基金について、事業区分Ⅱ・Ⅳの優先配分を行うほか、個別医療機関の再編統合を実施する場合における上乗せの財政支援を行う。

※ 病床機能報告の集計結果と将来の病床数の必要量の計算方法が異なることから、単純に比較するのではなく、詳細な分析や検討を行った上で地域医療構想調整会議で協議を行うことが重要。

※ 地域医療構想の推進の取組は、病床の削減や統廃合ありきではなく、各都道府県が、地域の実情を踏まえ、主体的に取組を進めるものである。

これまでの地域医療構想 まとめ

【これまでの取組】

- 現行の地域医療構想については、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、高齢化により増大する医療需要に対応するため、病床の機能分化・連携を通じて、質の高い効率的な医療提供体制の確保を目指し、地域医療構想を医療計画の記載事項の一つとして位置づけて取組を推進。
- その中で、4つの病床機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）に着目し、各都道府県において、二次医療圏を基本とする構想区域の単位で、2025年の病床の必要量を推計した上で、毎年度、病床機能報告制度により、医療機関から病棟単位で病床機能等の報告を受け、当該報告等をもとに地域医療構想調整会議での協議を行うとともに、必要に応じて知事権限を行使しながら、地域の実情に応じて、病床機能の転換や再編等を進めてきた。
- 国においても、地域医療介護総合確保基金、重点支援区域、地域医療構想アドバイザー、データ分析体制構築等の支援を行うことにより、都道府県と連携し、取組を推進してきた。

【評価】

- 現行の地域医療構想においては、病床の機能分化・連携を進めない場合は高齢化により2025年時点で152万床程度の病床が必要と推計されたところ、2025年時点の必要病床数を119.1万床とする目標としているが、病床機能報告による病床数は2015年の125.1万床から2023年には119.3万床になり、現行の地域医療構想で推計した病床数の必要量と同程度の水準となっている。
- 機能区分別にみても、急性期病床が減少し、回復期病床が増加したほか、介護医療院等の在宅・介護施設等への移行等により慢性期病床が減少するなど、病床数の必要量に近づいており、全体として、進捗が認められる。

【課題】

- 医療機関の機能転換・再編等は医療機関の経営に大きく影響することから、多くの関係者の理解が必要であり、合意形成に時間を要し、依然として構想区域ごと・機能ごとに必要量との差異が生じている中で、2040年頃に向けて、医療需要のピークやその後の減少にも対応できる更なる取組が求められる。
- また、病床の機能分化・連携を図る仕組み等について、これまで以下のような指摘もなされている。
 - ✓ 病床機能報告制度において、高度急性期と急性期、急性期と回復期の違いがわかりづらい。また、将来の病床の必要量と基準病床数との関係もわかりづらい。
 - ✓ 病床数に着目した議論をしてきたため、医療機関の役割分担・連携の推進につながりにくい。
 - ✓ 病床数の必要量の議論が中心となり、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けた議論が十分になされたとは言いがたい。

2. 新たな地域医療構想に向けて

経済財政運営と改革の基本方針2024（令和6年6月21日閣議決定） [抜粋]

第3章 中長期的に持続可能な経済社会の実現～「経済・財政新生計画」～

（社会医療・介護サービスの提供体制等）

高齢者人口の更なる増加と人口減少に対応するため、限りある資源を有効に活用しながら、質の高い効率的な医療・介護サービスの提供体制を確保するとともに、医療・介護DXの政府を挙げての強力な推進、ロボット・デジタル技術やICT・オンライン診療の活用、タスクシフト/シェア、医療の機能分化と連携など地域の実情に応じ、多様な政策を連携させる必要がある。国民目線に立ったかかりつけ医機能が発揮される制度整備、地域医療連携推進法人・社会福祉連携推進法人の活用、救急医療体制の確保、持続可能なドクターヘリ運航の推進や、居住地によらず安全に分べんできる周産期医療の確保、都道府県のガバナンスの強化を図る。地域医療構想について、2025年に向けて国がアウトリーチの伴走支援に取り組む。また、2040年頃を見据えて、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大や現役世代の減少等に対応できるよう、地域医療構想の対象範囲について、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携、人材確保等を含めた地域の医療提供体制全体に拡大するとともに、病床機能の分化・連携に加えて、医療機関機能の明確化、都道府県の責務・権限や市町村の役割、財政支援の在り方等について、法制上の措置を含めて検討を行い、2024年末までに結論を得る。

地域医療構想の検討体制

- **現行の地域医療構想**については、引き続き、**既設の地域医療構想及び医師確保計画に関するWG**において進捗状況の評価、更なる取組等の検討を行う。
- **新たな地域医療構想**については、2040年頃を視野に入れつつ、病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含めて検討を行う必要があることから、**必要な関係者が参画する新たな検討会を新設して検討**を行う。

<現行の地域医療構想>

第8次医療計画等に関する検討会【既設】

地域医療構想及び医師確保計画に関するWG【既設】

(敬称略。五十音順)

- 伊藤 伸一 一般社団法人日本医療法人協会会長代行
- 江澤 和彦 公益社団法人日本医師会常任理事
- 今村 知明 奈良県立医科大学教授
- 大屋 祐輔 一般社団法人全国医学部長病院長会議地域の医療及び医師養成の在り方に関する委員会委員長
- 尾形 裕也 九州大学名誉教授
- 織田 正道 公益社団法人全日本病院協会副会長
- 幸野 庄司 健康保険組合連合会参与
- 櫻木 章司 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
- 田中 一成 一般社団法人日本病院会常任理事
- 野原 勝 全国衛生部長会
- 望月 泉 公益社団法人全国自治体病院協議会会長

○：座長

<新たな地域医療構想>

新たな地域医療構想等に関する検討会【新設】

- 石原 靖之 岡山県鏡野町健康推進課長 (敬称略。五十音順)
- 伊藤 伸一 一般社団法人日本医療法人協会会長代行
- 猪口 雄二 公益社団法人全日本病院協会会長
- 今村 知明 奈良県立医科大学教授
- 江澤 和彦 公益社団法人日本医師会常任理事
- 遠藤 久夫 学習院大学長
- 大屋 祐輔 一般社団法人全国医学部長病院長会議地域の医療及び医師養成の在り方に関する委員会委員長
- 岡 俊明 一般社団法人日本病院会副会長
- 尾形 裕也 九州大学名誉教授
- 香取 照幸 一般社団法人未来研究所臥龍代表理事/兵庫県立大学大学院特任教授
- 河本 滋史 健康保険組合連合会専務理事
- 櫻木 章司 公益社団法人日本精神科病院協会常務理事
- 高橋 泰 国際医療福祉大学大学院教授
- 玉川 啓 福島県保健福祉部次長 (保健衛生担当)
- 土居 丈朗 慶應義塾大学経済学部教授
- 東 憲太郎 公益社団法人全国老人保健施設協会会長
- 松田 晋哉 産業医科大学教授
- 望月 泉 公益社団法人全国自治体病院協議会会長
- 森山 明 富山県魚津市民生部参事兼魚津市健康センター所長
- 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
- 吉川 久美子 公益社団法人日本看護協会常任理事

○：座長、□：座長代理 ※ 必要に応じて参考人の出席を要請

新たな地域医療構想の主な検討事項（案）

- 新たな地域医療構想については、2040年頃を見据え、医療・介護の複合ニーズを抱える85歳以上人口の増大等に
対応できるよう、**病院のみならず、かかりつけ医機能や在宅医療、医療・介護連携等を含め、地域の医療提供体制
全体の地域医療構想として検討予定。**

※ 現状、課題、検討事項等についても、今後の検討会等で検討

【現状】

- 各構想区域の
2025年の病床の必
要量について、**病床
機能ごとに推計し、
都道府県が地域医療
構想を策定。**
- 各医療機関から都
道府県に、**現在の病
床機能と2025年の
方向性等を報告。**
- 将来の病床の必要
量を踏まえ、地域の
関係者が**地域医療構
想調整会議（二次医
療圏が多数）**で協議。
- 都道府県は**地域医
療介護総合確保基金
等**を活用して支援。

など

【主な課題】

- 2025年の**病床の必要量**に病床の
合計・機能別とも近付いているが、
構想区域ごと・機能ごとに乖離。
- 将来の病床の必要量を踏まえ、
各構想区域で病床の機能分化・連
携が議論されているが、**外来や在
宅医療等**を含めた、**医療提供体制
全体の議論が不十分。**
- 医療・介護の複合ニーズを抱え
る85歳以上が増大する中、**在宅を
中心に入退院を繰り返し最後は看
取りを要する高齢者を支える医療
を提供する必要。その際、かかり
つけ医機能の確保、在宅医療の強
化、介護との連携強化等が必要。**
- 2040年までみると、都市部と過
疎地等で、**地域ごとに人口変動の
状況が異なる。**
- **生産年齢人口の減少等**がある中、
医師の働き方改革を進めながら、
地域で必要な医療提供体制を確保
する必要。

など

【主な検討事項（案）】

- **2040年頃を見据えた医療提供体制のモデル**
 - ・ 地域の類型（都市部、過疎地等）ごとの医療需要の変化に対応する医療提供体制のモデル（医療DX、遠隔医療等の取組の反映） 等
- **病床の機能分化・連携の更なる推進**
 - ・ 病床の将来推計：機能区分、推計方法、推計年等
 - ・ 病床必要量と基準病床数の関係
 - ・ 病床機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限 等
- **地域における入院・外来・在宅等を含めた医療提供体制の議論**
 - ・ 入院・救急・外来・在宅・介護連携・人材確保等を含めた医療機関の役割分担・連携のあり方
 - ・ 将来推計：外来、在宅、看取り、医療従事者等
 - ・ 医療機関からの機能報告：機能区分、報告基準等
 - ・ 構想区域・調整会議：外来・在宅・介護連携等の議論を行う区域、構成員、進め方等
 - ・ 地域医療介護総合確保基金
 - ・ 都道府県の権限
 - ・ 介護保険事業等を担う市町村の役割 等

新たな地域医療構想等に関する検討会の今後のスケジュール（予定）

- 引き続き、各論の議論を進め、制度改革の具体的な内容に関する検討を行い、年末に取りまとめを行う予定。社会保障審議会医療部会に報告しながら検討を進める。

- 第1回 令和6年3月29日
 ・新たな地域医療構想に関する検討の進め方について
 ・新たな地域医療構想に関する関係団体・有識者ヒアリングの進め方について
- 第2回 令和6年4月17日
 ・新たな地域医療構想に関する関係団体・有識者ヒアリングについて（第1回）
- 第3回 令和6年5月22日
 ・新たな地域医療構想に関する関係団体・有識者ヒアリングについて（第2回）
- 第4回 令和6年5月27日
 ・新たな地域医療構想に関する関係団体・有識者ヒアリングについて（第3回）
- 第5回 令和6年5月31日
 ・新たな地域医療構想に関する関係団体・有識者ヒアリングについて（第4回）
- 第6回 令和6年6月21日
 ・新たな地域医療構想に関する論点について
- 第7回 令和6年8月26日
 ・新たな地域医療構想を通じて目指すべき医療について（総論）
- 第8回 令和6年9月6日
 ・入院医療（急性期を中心として病床機能・医療機関機能）



- ・入院医療（回復期・慢性期を中心として病床機能・医療機関機能、必要病床数など）、在宅医療、外来医療、介護との連携、構想区域、地域医療構想調整会議、地域医療介護総合確保基金、都道府県知事の権限、市町村の役割 など
- ・医師偏在是正対策

年内に取りまとめを行う予定

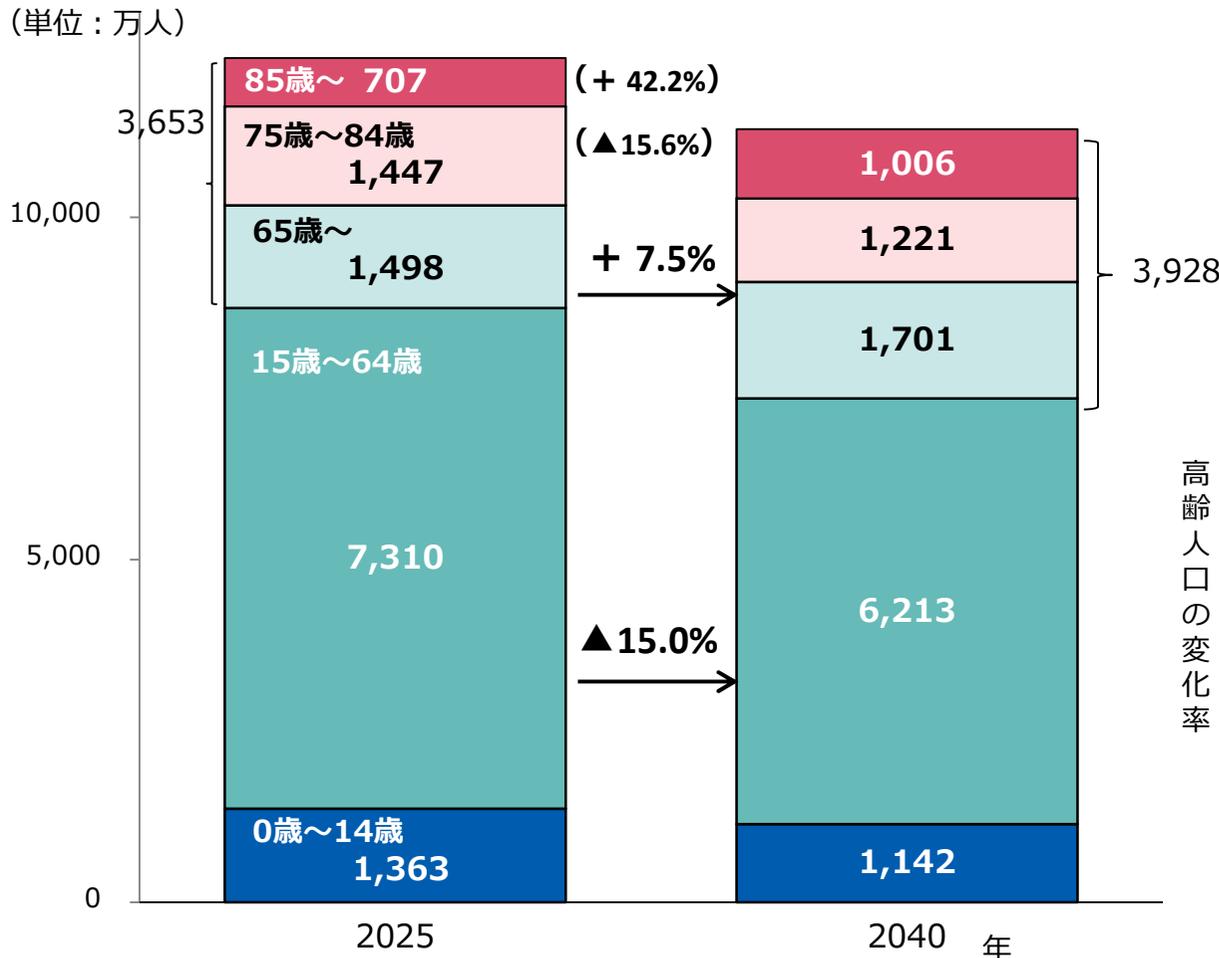
（その後の想定スケジュール）

- | | |
|---------------|---------------------------------|
| 令和7年度（2025年度） | 新たな地域医療構想に関するガイドラインの検討・発出 |
| 令和8年度（2026年度） | 新たな地域医療構想の検討・策定 |
| 令和9年度（2027年度） | 新たな地域医療構想の取組（第8次医療計画の中間見直し後の取組） |

2040年の人口構成について

- 2040年には、85歳以上人口を中心とした高齢化と生産年齢人口の減少が見られる。
- 地域ごとに見ると、生産年齢人口はほぼ全ての地域で減少し、高齢人口は、大都市部では増加、過疎地域では減少、地方都市部では高齢人口が増加する地域と減少する地域がある。

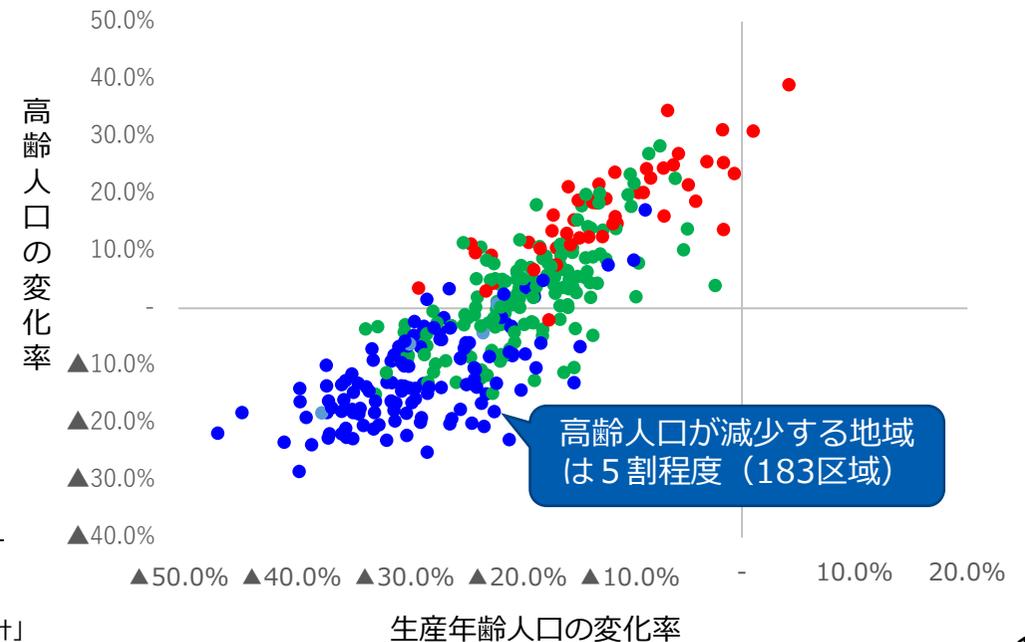
<人口構造の変化>



<2025年→2040年の年齢区分別人口の変化の状況>

| | 年齢区分別人口の変化率の平均値 | |
|---------|-----------------|--------|
| | 生産年齢人口 | 高齢人口 |
| ● 大都市型 | -11.9% | 17.2% |
| ● 地方都市型 | -19.1% | 2.4% |
| ● 過疎地域型 | -28.4% | -12.2% |

大都市型：人口が100万人以上（又は）人口密度が2,000人/km²以上
 地方都市型：人口が20万人以上（又は）人口10～20万人（かつ）人口密度が200人/km²以上
 過疎地域型：上記以外

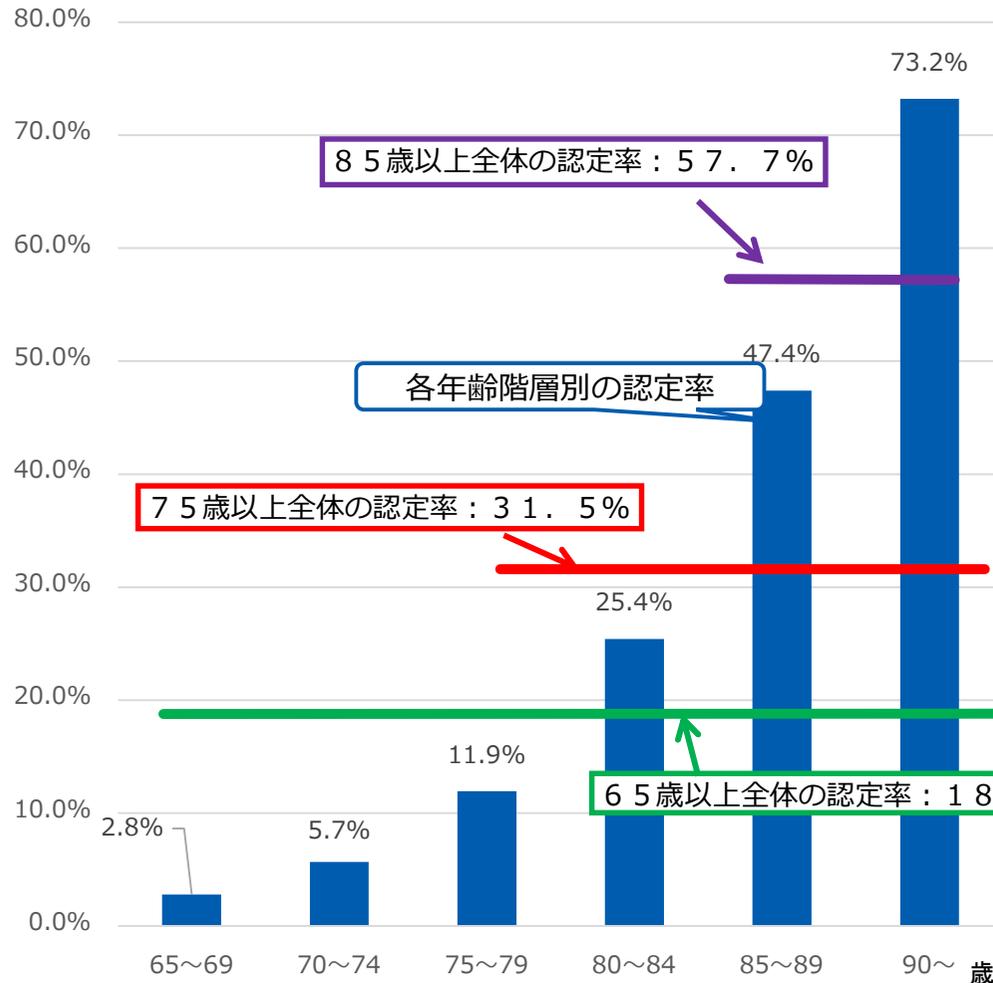


(出典) 総務省「国勢調査」「人口推計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口 令和5年推計」

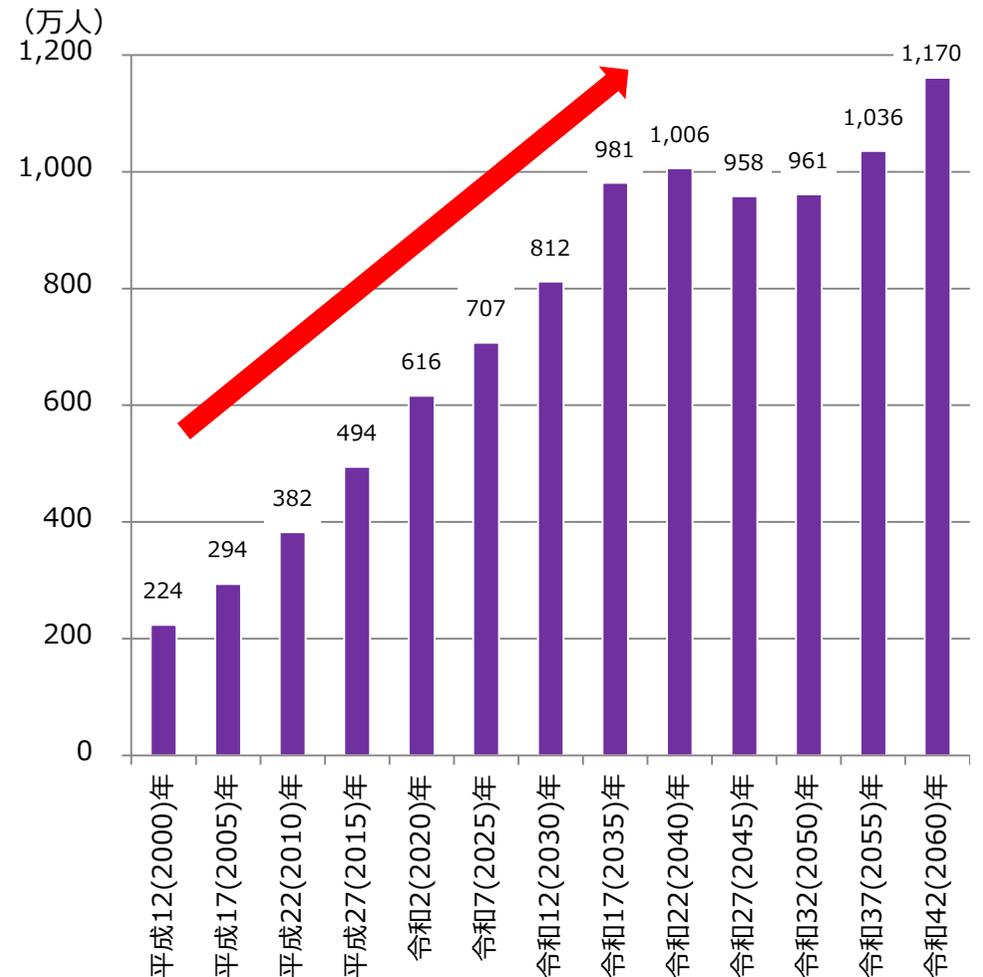
医療需要の変化④ 医療と介護の複合ニーズが一層高まる

- 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



85歳以上の人口の推移



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

(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

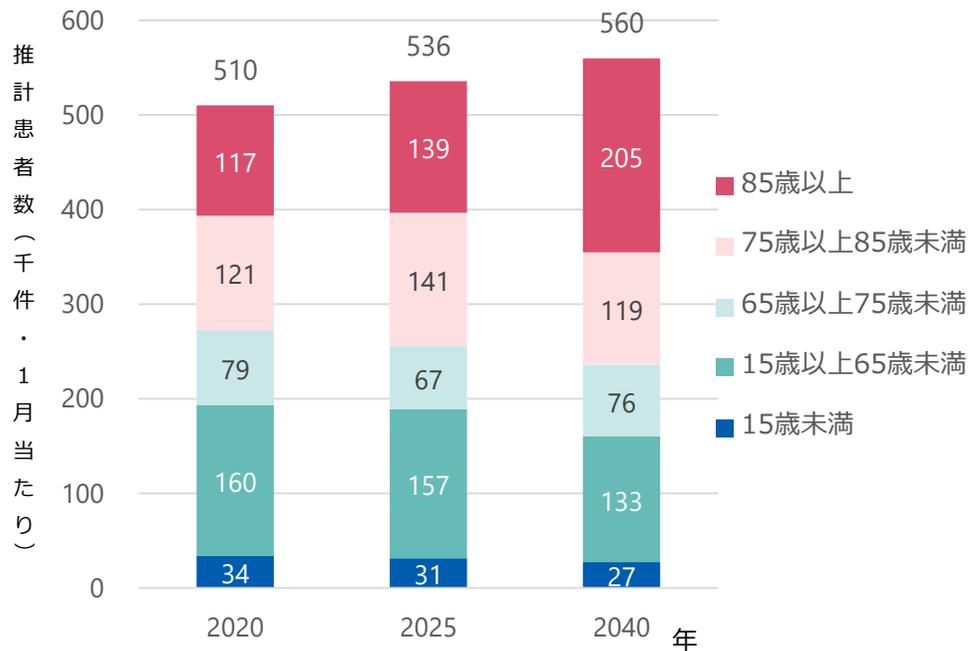
2020年までの実績は、総務省統計局「国勢調査」(年齢不詳人口を按分補正した人口) 19

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

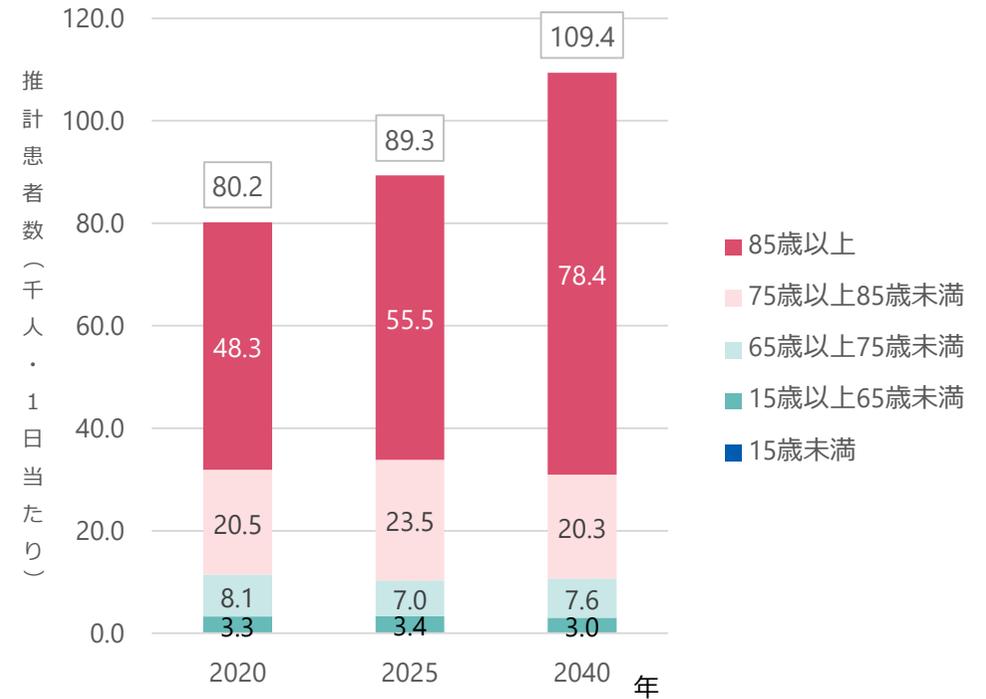
年齢階級別の救急搬送の件数の将来推計



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課において推計。

高齢者の急性期における疾病の特徴

85歳以上の急性期における入院は、若年者と比べ、医療資源を多く要する手術を実施するものは少なく、疾患の種類は限定的で、比較的多くの病院で対応可能という特徴がある。

85歳以上の頻度の高い傷病名（注）

| 傷病名 | 手術 | 割合 | 累積 | 病院数 |
|----------------------------------|----|------|-------|-------|
| 食物及び吐物による肺臓炎 | なし | 5.8% | 5.8% | 3,726 |
| うっ血性心不全 | なし | 5.1% | 10.8% | 3,350 |
| コロナウイルス感染症 2019, ウイルスが同定されたもの | なし | 3.6% | 14.5% | 3,369 |
| 肺炎, 詳細不明 | なし | 2.7% | 17.2% | 3,399 |
| 転子貫通骨折 閉鎖性 | あり | 2.4% | 19.6% | 2,510 |
| 尿路感染症, 部位不明 | なし | 2.3% | 21.9% | 3,399 |
| 大腿骨頸部骨折 閉鎖性 | あり | 2.0% | 23.9% | 2,511 |
| 細菌性肺炎, 詳細不明 | なし | 1.6% | 25.4% | 2,615 |
| 体液量減少 (症) | なし | 1.6% | 27.0% | 3,480 |
| 腰椎骨折 閉鎖性 | なし | 1.4% | 28.4% | 3,540 |

15-65歳の頻度の高い傷病名（注）

| 傷病名 | 手術 | 割合 | 累積 | 病院数 |
|--|----|------|------|-------|
| 大腸<結腸>のポリープ | あり | 2.2% | 2.2% | 2,811 |
| 睡眠時無呼吸 | なし | 1.2% | 3.4% | 1,881 |
| コロナウイルス感染症 2019, ウイルスが同定されたもの | なし | 0.8% | 4.2% | 2,680 |
| 尿管結石 | あり | 0.8% | 5.0% | 1,138 |
| 穿孔又は膿瘍を伴わない大腸の憩室性疾患 | なし | 0.8% | 5.8% | 2,603 |
| 乳房の悪性新生物<腫瘍>, 乳房上外側4分の1 | あり | 0.8% | 6.6% | 1,129 |
| 急性虫垂炎, その他及び詳細不明 | あり | 0.8% | 7.3% | 1,877 |
| 子宮平滑筋腫, 部位不明 | あり | 0.7% | 8.0% | 840 |
| 一側性又は患側不明のそけい<鼠径>ヘルニア, 閉塞及びえ<壊>瘻を伴わないもの | あり | 0.7% | 8.8% | 2,141 |
| 気管支及び肺の悪性新生物<腫瘍>, 上葉, 気管支又は肺 | なし | 0.7% | 9.5% | 1,055 |

85歳以上の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
15 51%

15歳～65歳の上位50疾患までの 手術ありの数 累積割合
30 28%

注 傷病名は、急性期入院料等を算定する病棟におけるICD-10傷病名

高齢者の入院時のADL低下防止の重要性について

- 高齢者は10日程度のベッド上での安静により筋力の低下（除脂肪体重が3.2%、下肢筋力が15.6%低下）が報告されており、入院早期から離床し、ADLを維持させる取組が重要。
- リハ職以外の介入の有用性についても、一定の成果が報告されている。

高齢者について、10日間の安静で、除脂肪体重が3.2%、下肢筋力が15.6%低下する。

Table. Effects of 10 Days of Bed Rest in Older Adults

| | No. of Participants (N = 12)* | Mean (95% Confidence Interval) | | | P Value |
|---|----------------------------------|--------------------------------|------------------------|---------------------------|---------|
| | | Bed Rest | | Change | |
| | | Before | After | | |
| Muscle fractional synthetic rate, % per hr | 10 | 0.077 (0.059 to 0.095) | 0.051 (0.035 to 0.067) | -0.027 (-0.007 to -0.047) | .02 |
| % Change | | | | -30.0 (-7.0 to -54.0) | |
| DEXA lean mass, kg† | 10 | 48.05 (40.51 to 55.49) | 46.51 (39.57 to 53.45) | -1.50 (-0.62 to -2.48) | .004 |
| % Change | | | | -3.2 (-1.4 to -5.0) | |
| Lower Extremity | | 15.01 (12.41 to 17.61) | 14.06 (11.85 to 16.27) | -0.95 (-0.42 to -1.48) | .003 |
| % Change | | | | -6.3 (-3.1 to -9.5) | |
| Isokinetic muscle strength, Nm per s§ | 11 | 120 (96 to 145) | 101 (81 to 121) | -19 (-11 to -30) | .001 |
| % Change | | | | -15.6 (-8.0 to -23.1) | |

Kortebein et al. Effect of 10 Days of Bed Rest on Skeletal Muscle in Healthy Older Adults. *JAMA*. 2007

心疾患で入院する80歳以上の高齢者に対する、看護師による早期の20分程度のベッド外での活動プログラムにより、在宅復帰率や入院時死亡の改善が見られた。

| Variable | Intervention, N= 234 | Preintervention N= 178 | P-value |
|---|----------------------|------------------------|---------|
| Primary outcome | | | |
| Discharge home | 174 (74.4%) | 117 (65.7%) | 0.047 |
| Secondary outcomes | | | |
| CICU length of stay, days | 3.0±2.4 | 2.7±3.4 | 0.43 |
| Hospital length of stay, days | 11.9±19.4 | 9.9±17.1 | 0.27 |
| Discharge to rehab or another acute care facility | 32 (13.7%) | 28 (15.7%) | 0.56 |
| Discharge to long-term care facility | 13 (5.6%) | 7 (3.9%) | 0.45 |
| In-hospital death | 15 (6.4%) | 26 (14.6%) | 0.006 |
| 30-Day ER visit postdischarge | 45 (19.2%) | 39 (21.9%) | 0.50 |
| 30-Day hospital readmission | 21 (9.0%) | 21 (11.8%) | 0.35 |

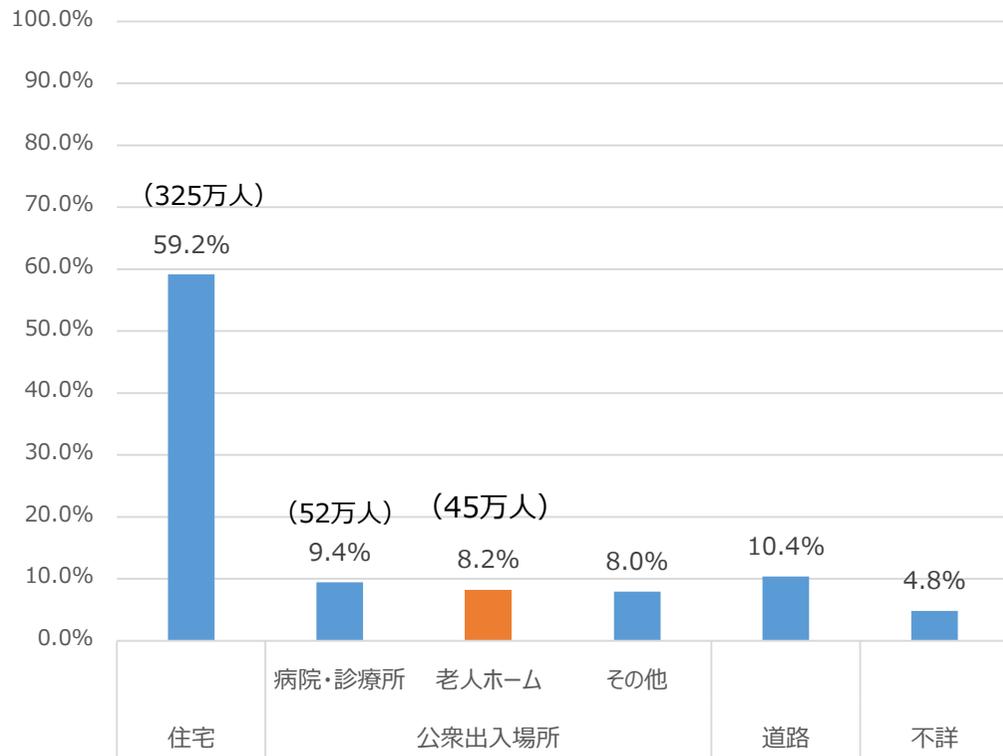
Abbreviations: CICU, cardiovascular intensive care unit; ER, emergency room.

Goldfarb et al. Early Mobilization in Older Adults with Acute Cardiovascular Disease. *Age and Ageing*. 2021

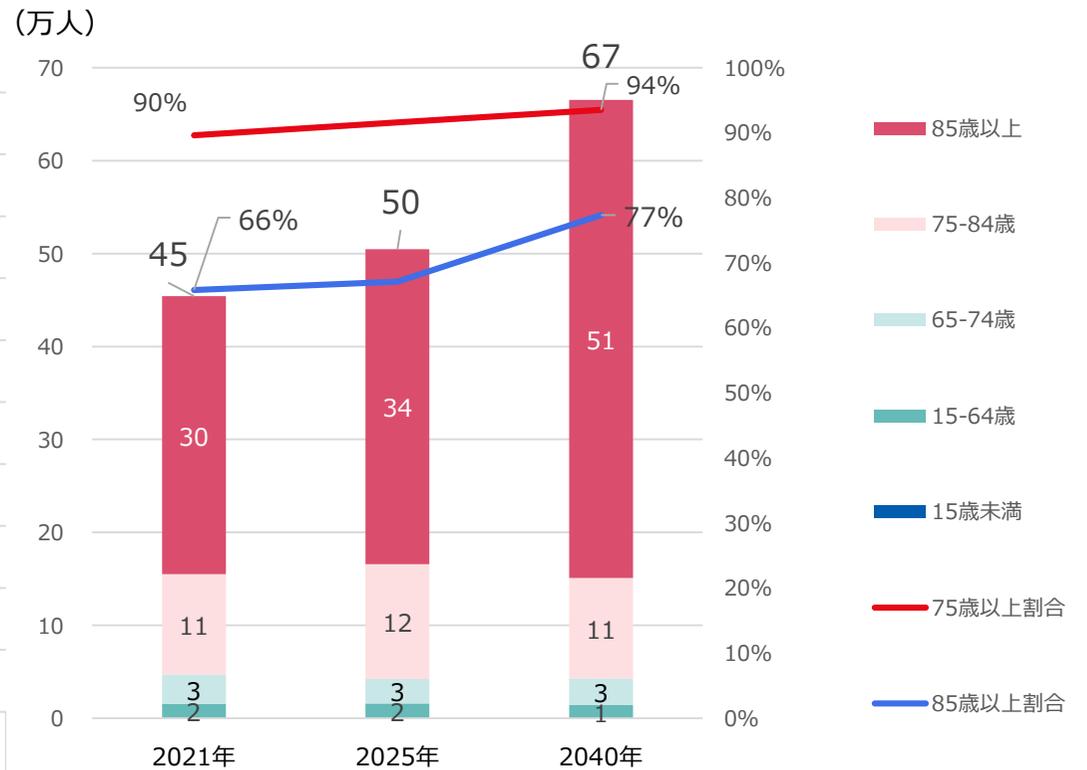
老人ホームからの救急搬送件数の見通し

老人ホーム(特養、有老等)からの救急搬送件数について、令和3年(2021年)の約45万人(全体の8.2%)から、2040年には約67万人に増加、特に85歳以上が増加する見込み。

事故発生場所別の搬送人員内訳（令和3年）



老人ホームからの救急搬送件数の見通し

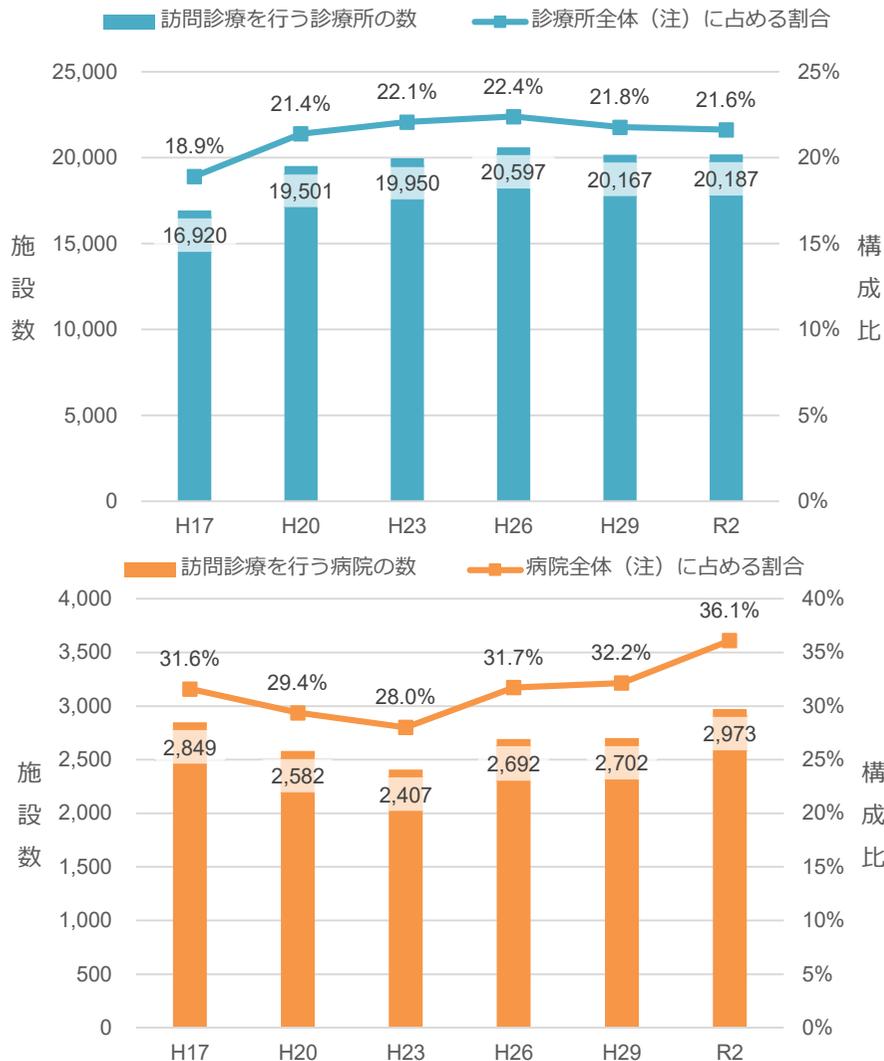


資料出所：総務省消防庁「救急統計」データ（2021年）特別集計データ、総務省統計局「人口推計」（2021年）及び
 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口」（2023年推計）を基に厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

在宅医療の需要と供給

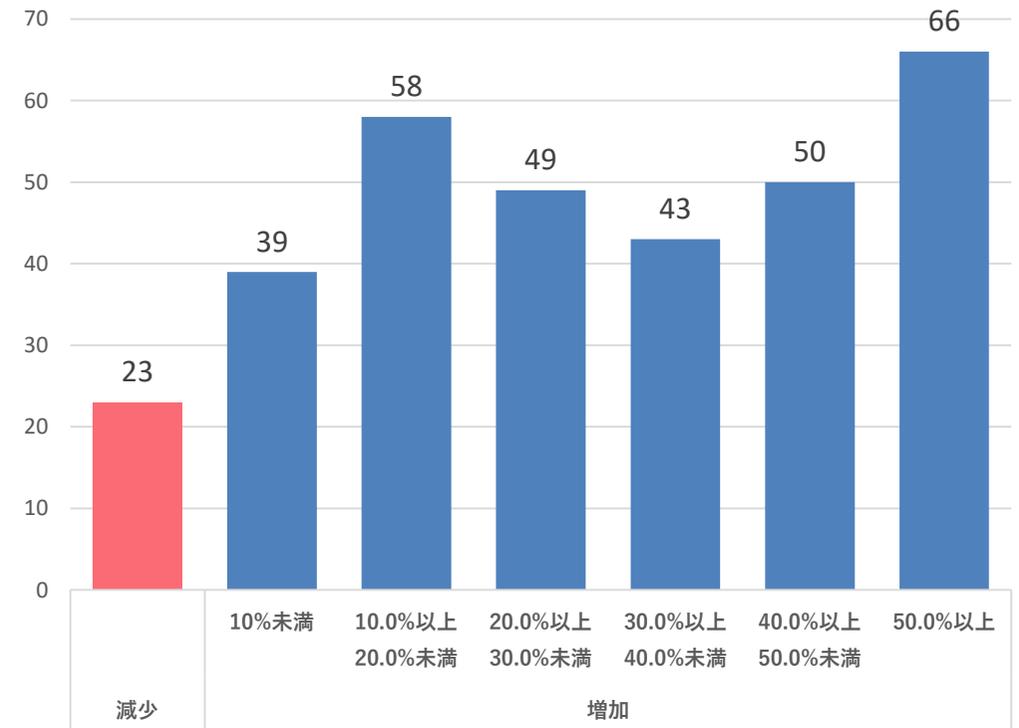
在宅医療を提供する医療機関は、近年、病院数は増加傾向にあるが、診療所数は横ばい。在宅医療の需要は、2020年から2040年にかけて需要が50%以上増加する二次医療圏が66あるなど、増加が見込まれる。

在宅医療の提供体制



在宅医療の需要（二次医療圏毎）

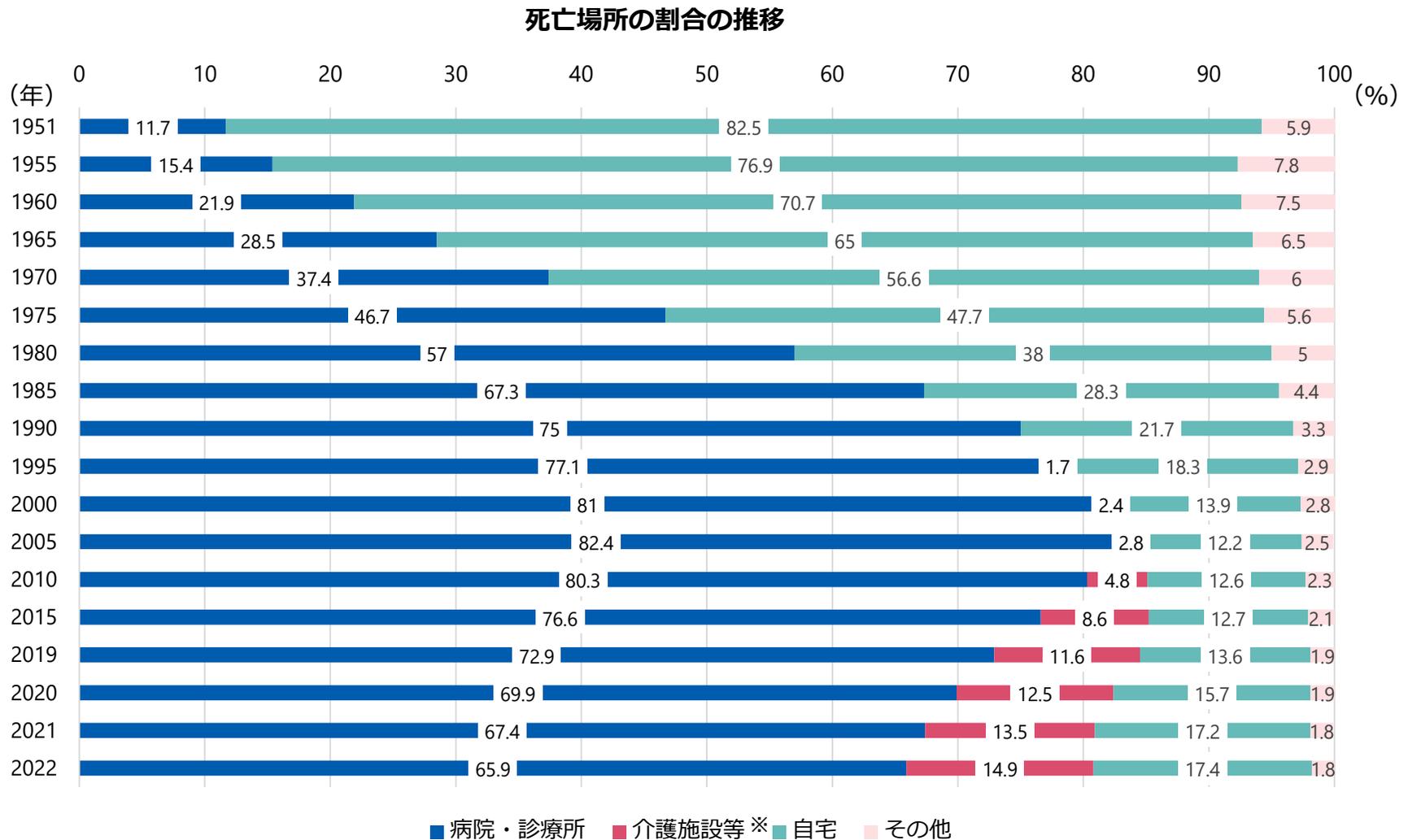
2020年から2040年への
訪問診療需要の変化率別二次医療圏数



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課において推計。
 ※令和6年4月1日時点において二次医療圏は330であるが、上記の将来推計人口について、福島県相
 双及びいわきの2二次医療圏は推計結果がないため、328二次医療圏の推計結果である。

死亡場所の割合の推移

- 死亡場所の割合の推移をみると、病院・診療所での死亡の割合は、2005年をピークに減少し、自宅や介護施設等での死亡の割合が増加している。



資料出所：厚生労働省 構成統計要覧 第1編第2章人口動態

※ 介護施設等は、介護医療院(平成30年より追加)、介護老人保健施設、老人ホーム（養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム）

※ その他には助産所を含む

※ 構成比は小数点以下第2位を四捨五入しているため、合計しても必ずしも100とはならない

訪問診療・訪問看護の体制整備の考え方

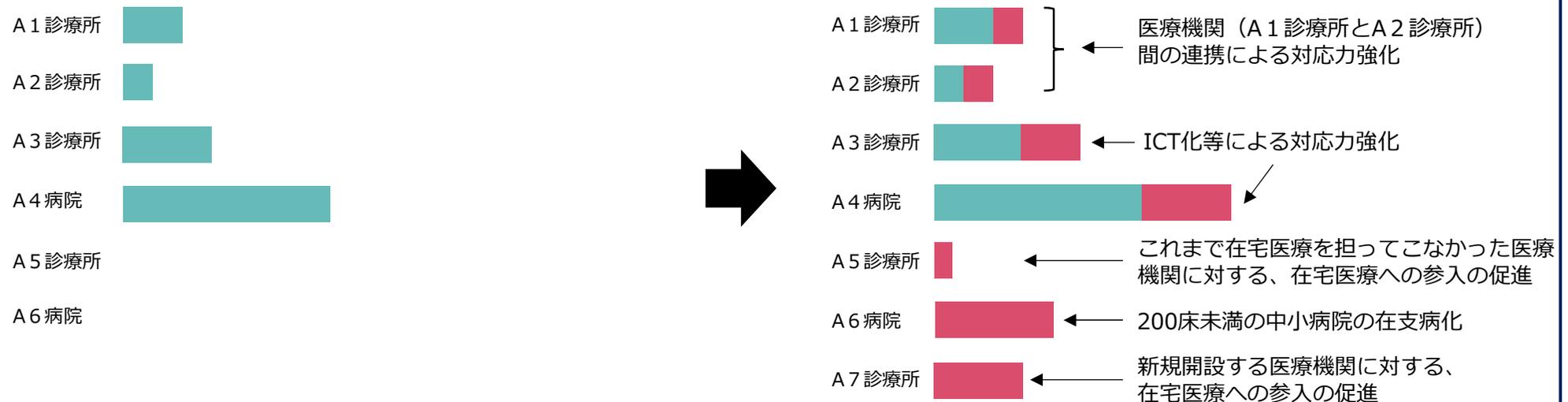
第6回在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ
令和4年9月28日
資料

- 今後増加が見込まれる訪問診療・訪問看護の需要に対し、都道府県においては、国から提供を受けた、在宅医療提供体制の現状を把握するためのデータ等を踏まえ、適切な在宅医療の圏域を設定し、地域での協議・調整を通じて、より実効性のある体制整備を進める必要がある。
- 医療機関間及び事業所間の連携やICT化等による対応力強化を進めるとともに、これまで訪問診療を担ってこなかった医療機関や新規に開業する医療機関の訪問診療への参入促進、訪問看護事業所の機能強化等、地域医療介護総合確保基金等を活用し、地域の医療資源に応じた取組を進めていく。

<A医療圏における訪問診療・訪問看護の2019年の実績数と需要推計>



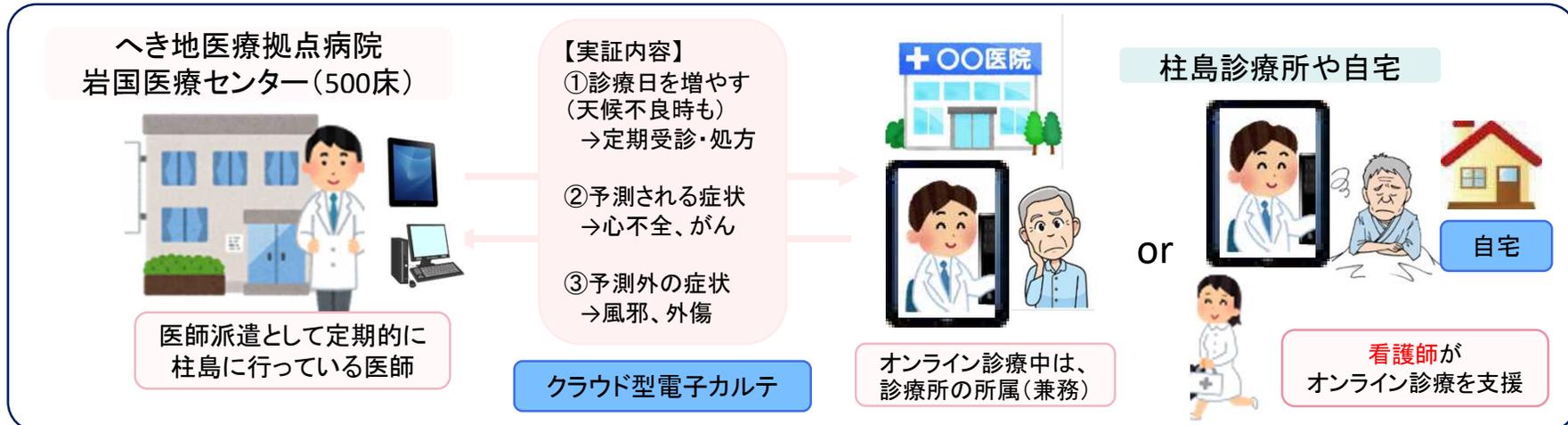
<A医療圏の2019年度における医療機関ごとの訪問診療の供給実績を踏まえた体制整備のイメージ>



離島へき地におけるオンライン診療には「D to P with N」が有効

【研究班の実証ケース】 岩国市立柱島診療所（常勤医なし）

- ・同医療圏のへき地医療拠点病院から**月2回、医師が派遣**される。島民は診療日を増やしてほしいと要望。
- ・令和2年から実証開始。**本土から看護師のみ離島にわたり**、オンライン診療を支援し、診療日を増やす。



- ・オンライン診療「D to P with N」は、患者の同意の下、看護師が患者のそばにいる状態での診療である。医師は診療の補助行為を看護師等に指示することで、予測された範囲内における治療行為や予測されていない新たな症状等に対する検査が看護師等を介して可能となる(オンライン診療の適切な実施に関する指針)。
- ・離島等の診療所においては、荒天等により医師及び薬剤師がやむをえず不在となる場合に、一定の条件のもと医師又は薬剤師が確認しながら看護師が一定の薬剤を患者に渡すことができる(令和4年3月23日厚労省事務連絡)。

【オンライン診療において「with N(看護師)」のメリット】

- ① 医師が現地にいなくても、通常のオンライン診療に比べて、質の高い診療(検査、処置)を届けることができる。
- ② デバイス操作が困難、難聴、認知症などの高齢者にも対応できる。
- ③ 急患対応時の看護師の精神的な不安を軽減。特に緊急オンライン代診には看護師は必須。

課題

- ・デバイスの操作など、オンライン診療支援に必要なスキルの習得。普段からの医師とのコミュニケーション。
- ・看護師によるオンライン診療支援には多大な人的コストやスキルが必要。

介護施設等における対応力の強化

- 増加する高齢者救急への対応として、老健も含む介護施設や在宅等での適切な管理や、医療機関との緊急時の対応を含めた連携体制の構築・情報共有等を通じて、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水等、適切な管理によって状態悪化を防ぐとともに、必要時には円滑な入院につなげるための対応力の強化が重要。

■ Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSCs)

ACSCs：緊急入院を避けることができると考えられる喘息や糖尿病等の一連の疾患・状態。

Hodgson et al. Ambulatory care-sensitive conditions: their potential uses and limitations. *BMJ Quality & Safety*. 2019

高齢者に関しては、肺炎や尿路感染症、心不全や脱水、COPD等があげられる。

■ 老健施設における治療管理などの対応の評価

■ 単位等

- ・ 所定疾患施設療養費（Ⅰ） 239単位/日
- ・ 所定疾患施設療養費（Ⅱ） 480単位/日

- 注1 所定疾患施設療養費（Ⅰ）（Ⅱ）は、いずれか一方のみ算定可能。
 注2 同一の入所者に対して1月に1回、連続する7日（Ⅰ）もしくは10日（Ⅱ）を限度とする
 注3 所定疾患施設療養費は、緊急時施設療養費を算定した日は算定不可

■ 算定要件等

<対象疾患>

- ・ 肺炎、尿路感染症、带状疱疹、蜂窩織炎、慢性心不全の増悪

<所定疾患施設療養費（Ⅰ）>

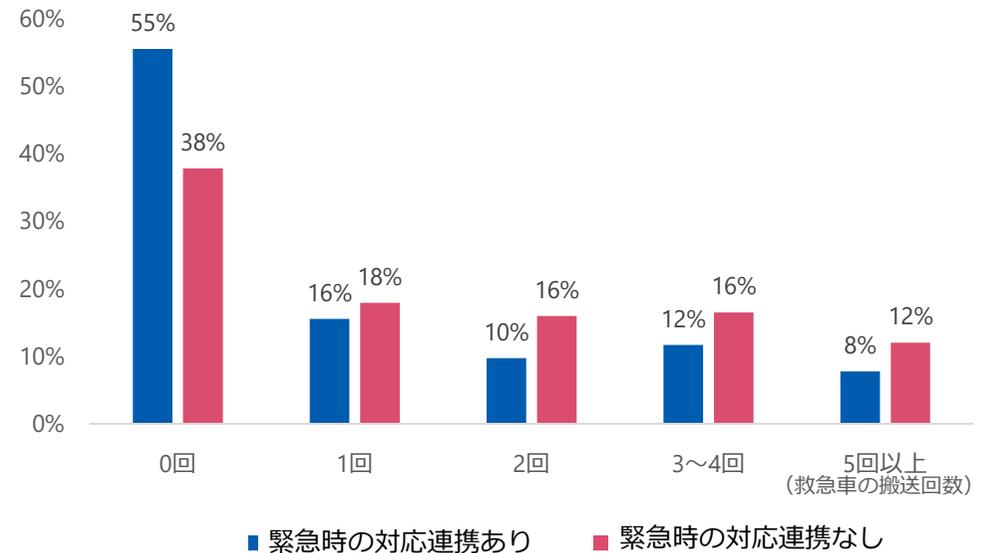
- ・ 診断・診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容を診療録に記載していること
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること

<所定疾患施設療養費（Ⅱ）>

- ・ 診断及び診断に至った根拠、診断を行った日、実施した投薬、検査、注射、処置等の内容を診療録に記載していること
- ・ 所定疾患施設療養費の算定開始年度の翌年度以降において、当該施設の前年度における当該入所者に対する投薬、検査、注射、処置等の実施状況を公表していること
- ・ 当該介護保健施設サービスを行う介護老人保健施設の医師が感染症対策に関する研修を受講していること

■ 介護施設と協力医療機関における緊急時の対応の連携

介護施設における協力医療機関との緊急時の対応連携の有無別の2か月間の救急車の搬送回数

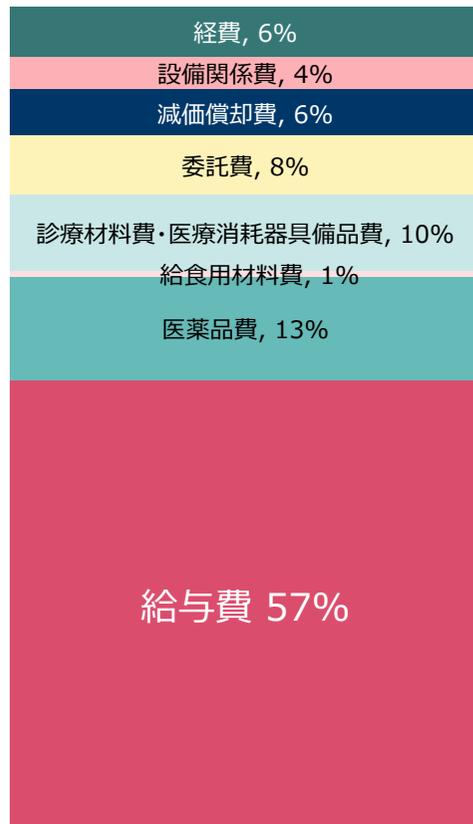


資料出所：「特別養護老人ホームと医療機関の協力体制に関する調査研究事業」PwCコンサルティング合同会社（令和4年度老人保健健康増進等事業）データから厚生労働省医政局地域医療計画課において作成

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。

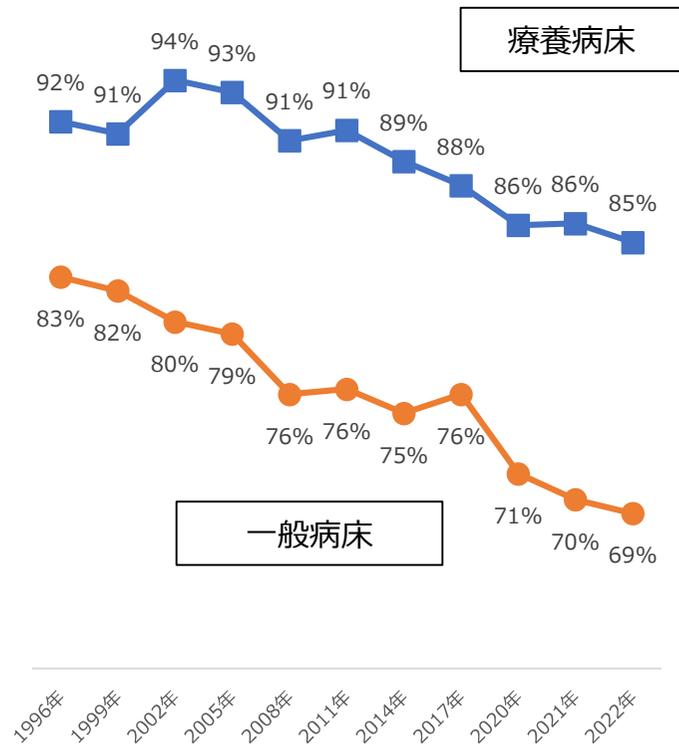
一般病院の費用構造



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

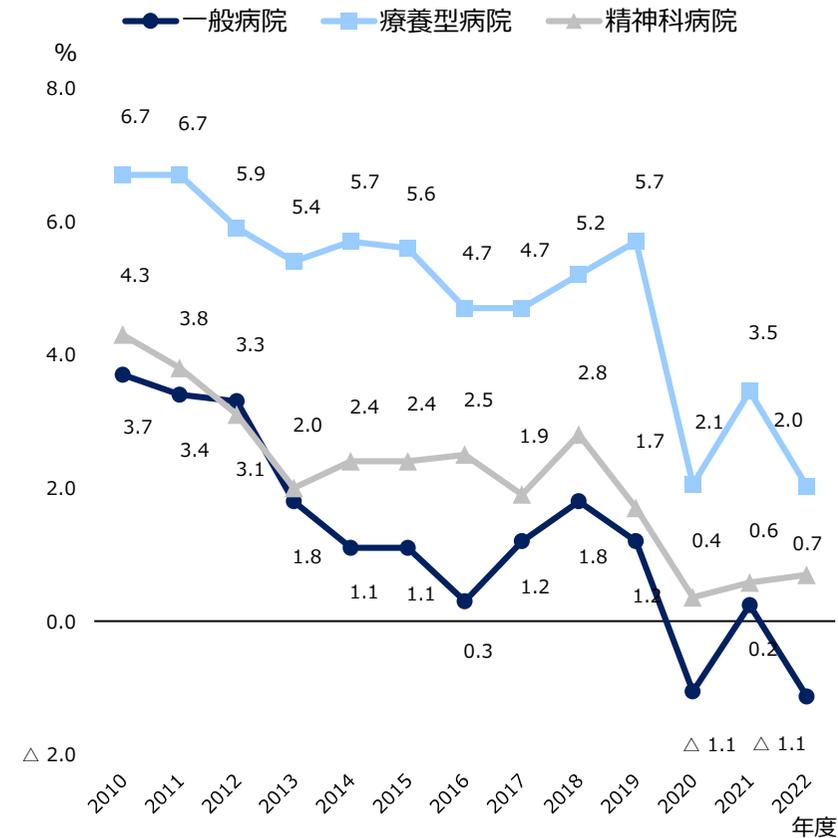


資料出所：厚生労働省「病院報告」

- ※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的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的旧その他の病床（経過的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

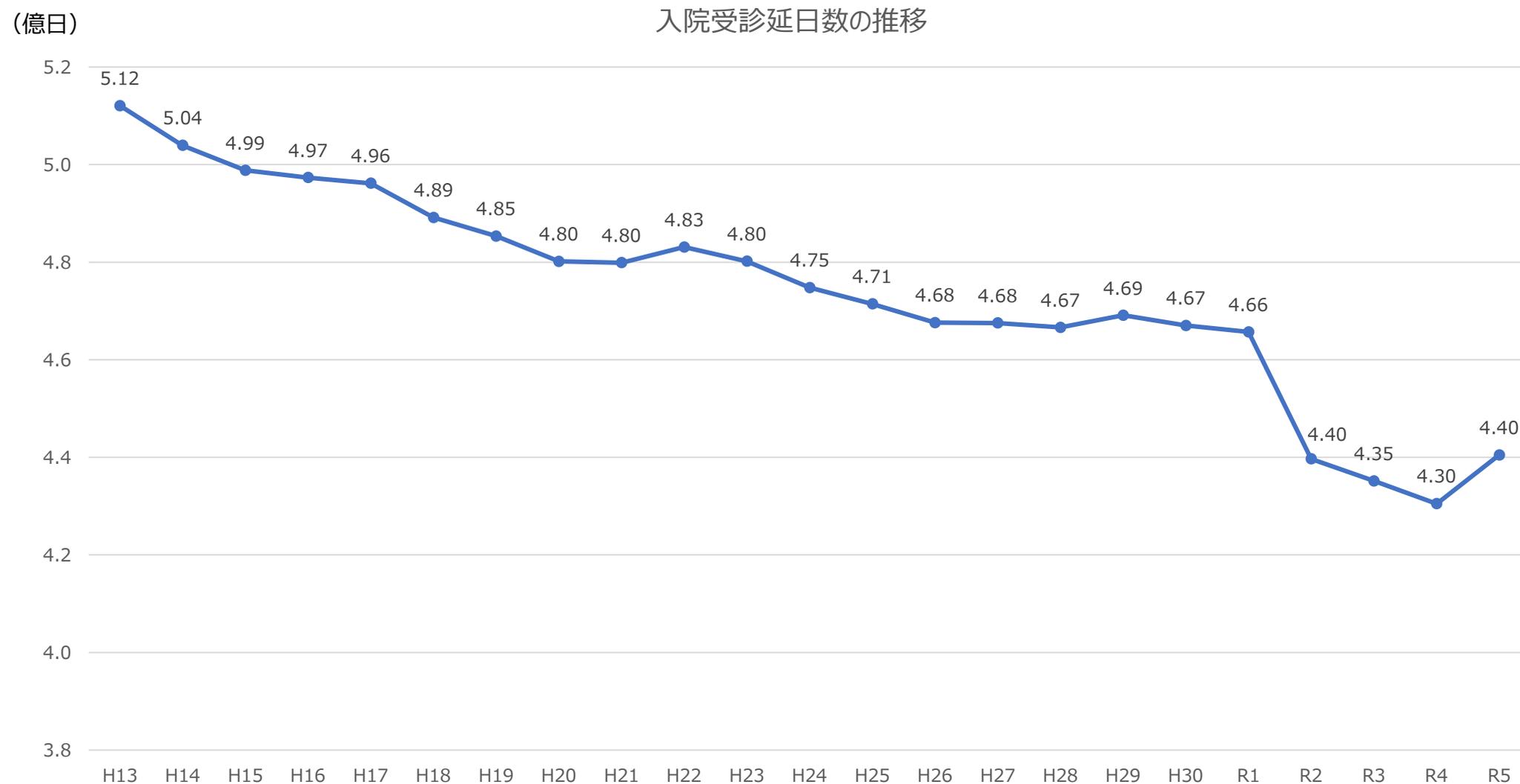


- 注1) コロナ対応等の補助金について、多くの病院では医業外収益に計上しているものの、一部の病院では医業収益内や特別利益に計上している。そのため、医業利益率については、一部の補助金収益が含まれている点に留意されたい
- 注2) コロナ対応のかかり増し経費等は医業費用として計上される一方、注1のとおり補助金収益の計上先は異なるため、医業利益率と経常利益率の間には乖離が生じている。

出典：「2022年度 病院の経営状況について」WAM Research Reportより

入院の受診延日数の推移（平成13年度～令和5年度）

○入院の受診延日数は減少傾向にある。



資料出所：厚生労働省「医療費の動向調査」（2023年度）

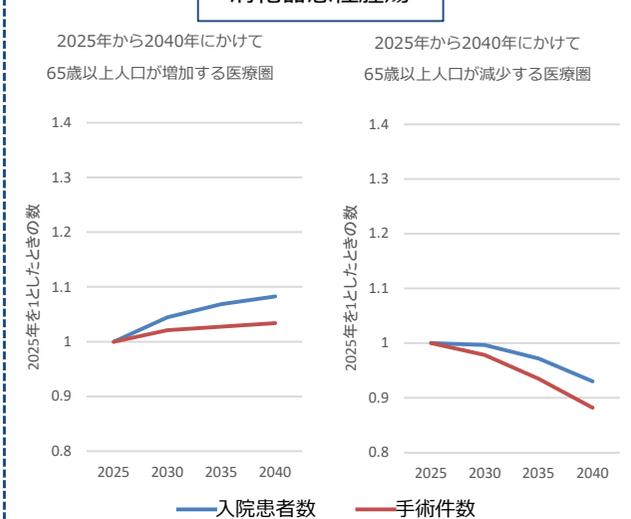
※1 労災・全額自費等の費用を含まない概算医療費ベース。なお、概算医療費は、医療機関などを受診し傷病の治療に要した費用全体の推計値である国民医療費の約98%に相当。

※2 各年度の入院受診延日数の推移をみたもの。

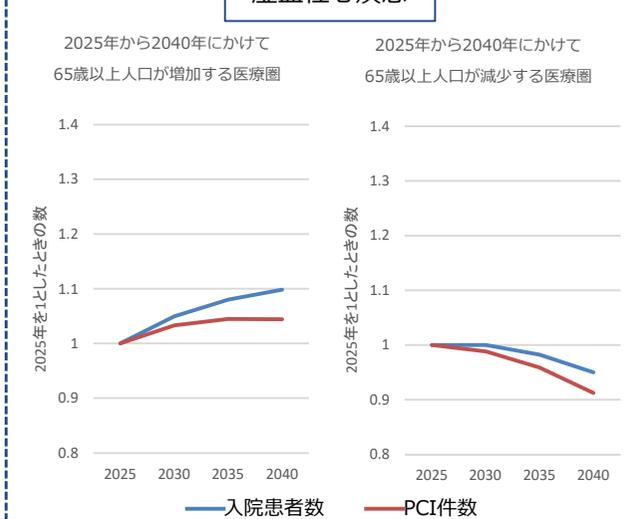
需要面： 超高齢化・人口急減で、急性期の医療ニーズが大きく変化

- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が増加する2次医療圏（135の医療圏）では、急性期の医療需要が引き続き増加することが見込まれるが、がん・虚血性心疾患・脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は大幅な増加が見込まれる。
- 2025年から2040年にかけて65歳以上人口が減少する2次医療圏（194の医療圏）では、がん・虚血性心疾患の入院患者数の減少が見込まれる。脳梗塞については、入院患者数の増加ほどは急性期の治療の件数は増加しないことが見込まれる。また、大腿骨骨折の入院患者数・手術件数は増加が見込まれる。

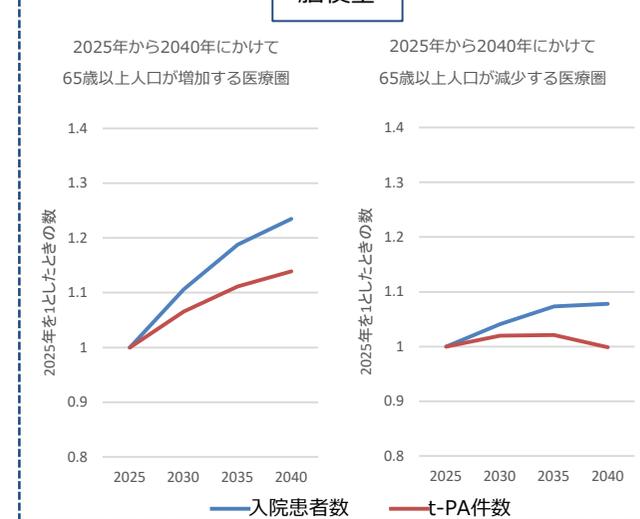
消化器悪性腫瘍



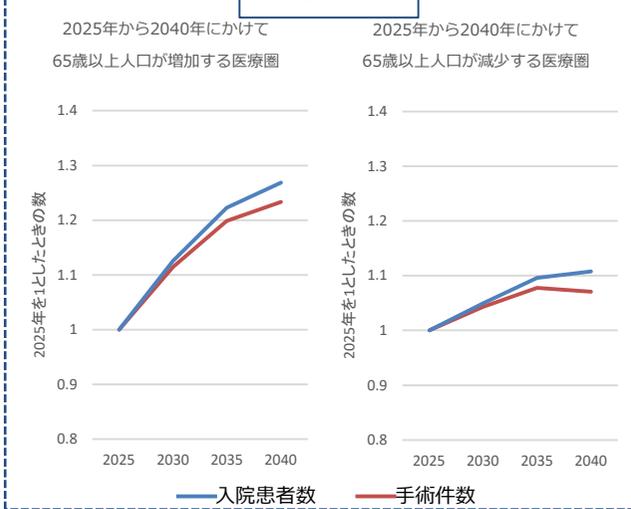
虚血性心疾患



脳梗塞



大腿骨骨折



出典：レセプト情報・特定健診等情報データベース（NDB）（2019年度分、医政局において集計）

患者調査（平成29年）「入院受療率（人口10万対）、性・年齢階級×傷病分類別」

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（平成30（2018）年推計）」

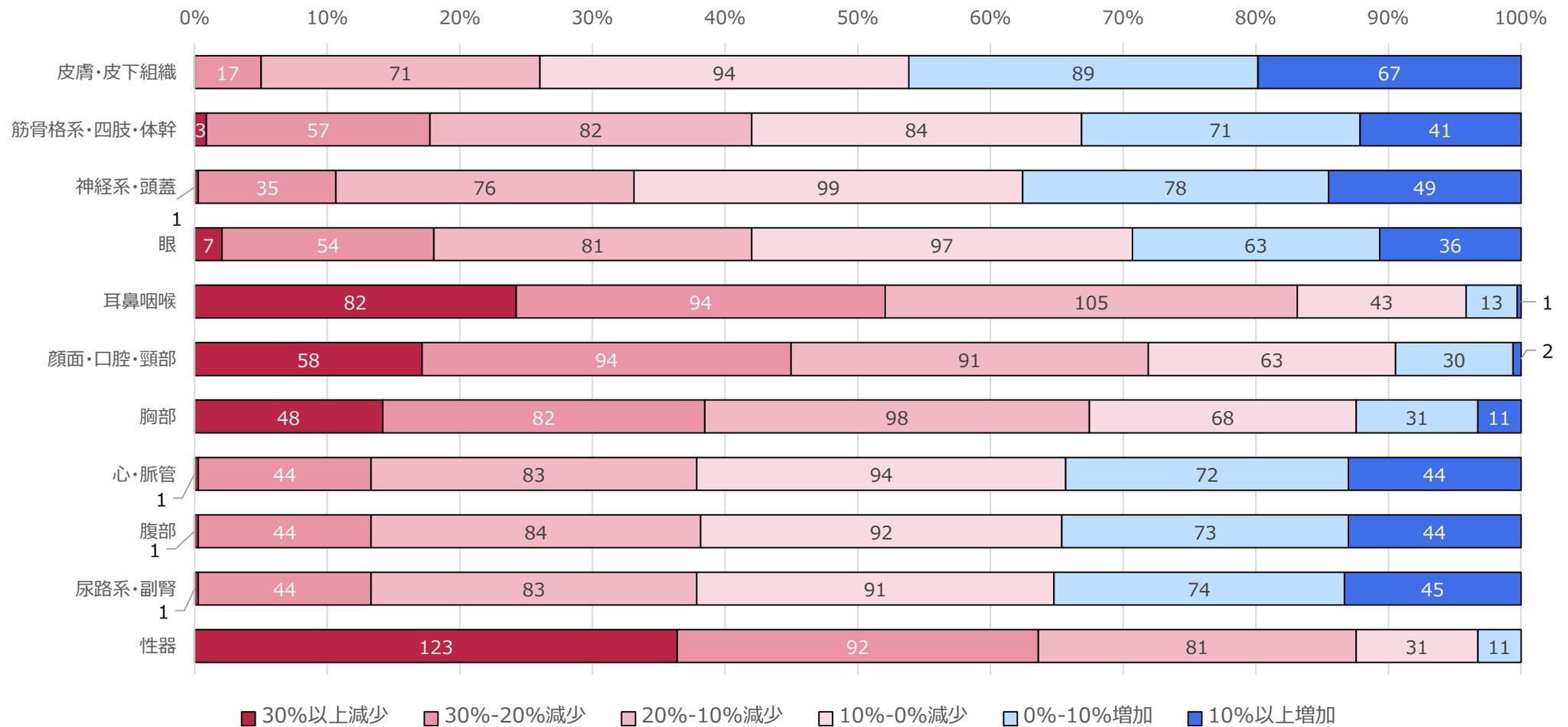
総務省「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（令和2年1月1日現在）」

- ※ 入院患者数は、各疾患の都道府県ごとの入院受療率に二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。
- ※ 手術件数・PCI件数・t-PA件数は、NDBの集計（下記定義による）による実績値から、令和2年1月1日時点での住民人口を用いて都道府県ごとの受療率を算出し、二次医療圏ごとの将来の人口推計を掛け合わせて算出。
- ※ 消化器悪性腫瘍の手術件数とは、消化管及び肝胆膵等にかかる悪性腫瘍手術の算定回数の合計である。
- ※ 虚血性心疾患のPCI件数とは、「経皮的冠動脈形成術」「経皮的冠動脈ステント留置術」等の算定回数の合計である。
- ※ 脳梗塞のt-PA（アルテプラゼによる血栓溶解療法）件数とは、「超急性期脳卒中加算」の算定回数の合計である。
- ※ 大腿骨骨折の手術件数とは、「人工骨頭挿入術（股）」の算定回数の合計である。
- ※ 福島県は市区町村ごとの人口推計が行われていないため、福島県の二次医療圏を除く329の二次医療圏について推計。

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）



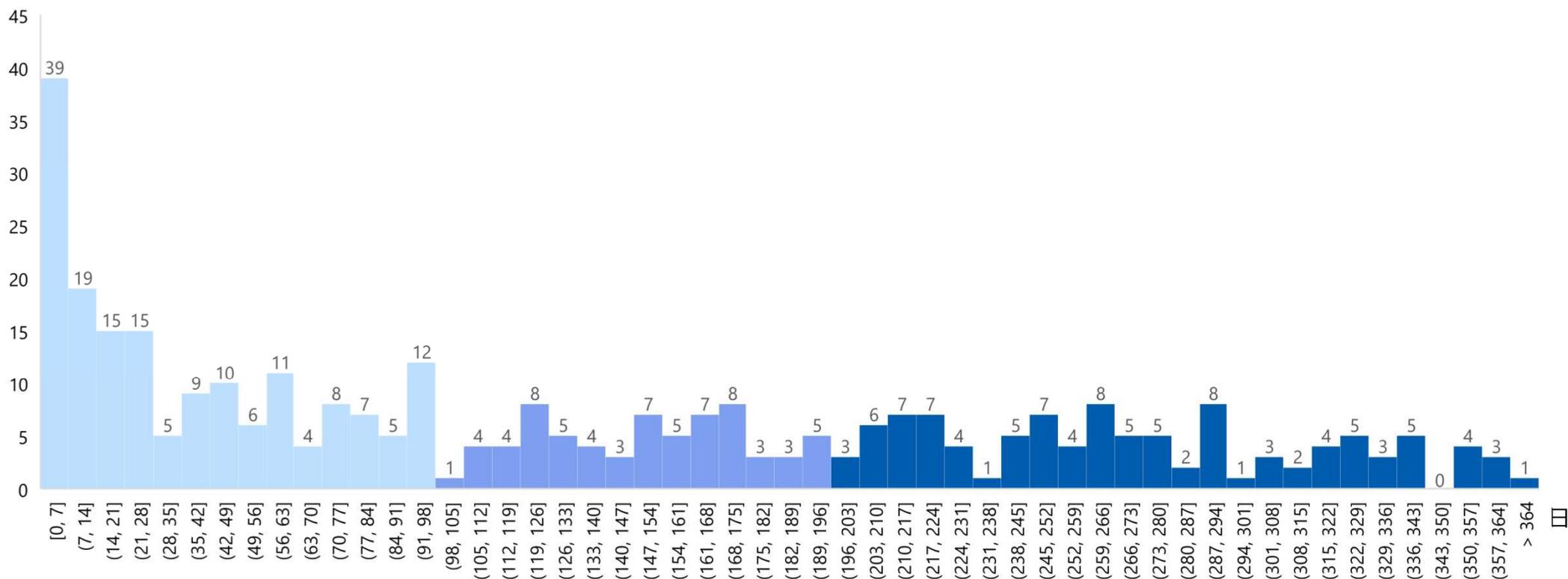
資料出所：厚生労働省「NDBオープンデータ」（令和4年度）、総務省「人口推計」2022年、国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口」を用いて、厚生労働省医政局地域医療計画課において作成。
 ※推計については、年齢構成の変化による需要の変化をみるため、全国計の性・年齢階級別の領域別の算定回数を分子、全国の性・年齢階級別人口を分母として受療率を作成し、これを構想区域別の性・年齢階級別の2020年、2040年時点のそれぞれの人口に適用して作成しているものであり、地域別の受療行動の変化の実態を織り込んでいるものではないことに留意が必要。

24時間緊急手術を実施するために必要な体制について

- 緊急手術を24時間体制で実施するためには、手術の主たる診療科、救急部門、麻酔科に関わる医師・看護師のほか、血液検査や画像検査等の検査部門、薬剤部門等、様々な人員が必要となる。
- 二次医療圏毎に年間における夜間や休日等の緊急手術（※）を実施する日数は、360日以上実施する医療圏は3、300日以上は31、200日以上は102、100日以下の医療圏は165であった。

二次医療圏数

二次医療圏別の年間での時間外等の緊急手術（※）の発生日数



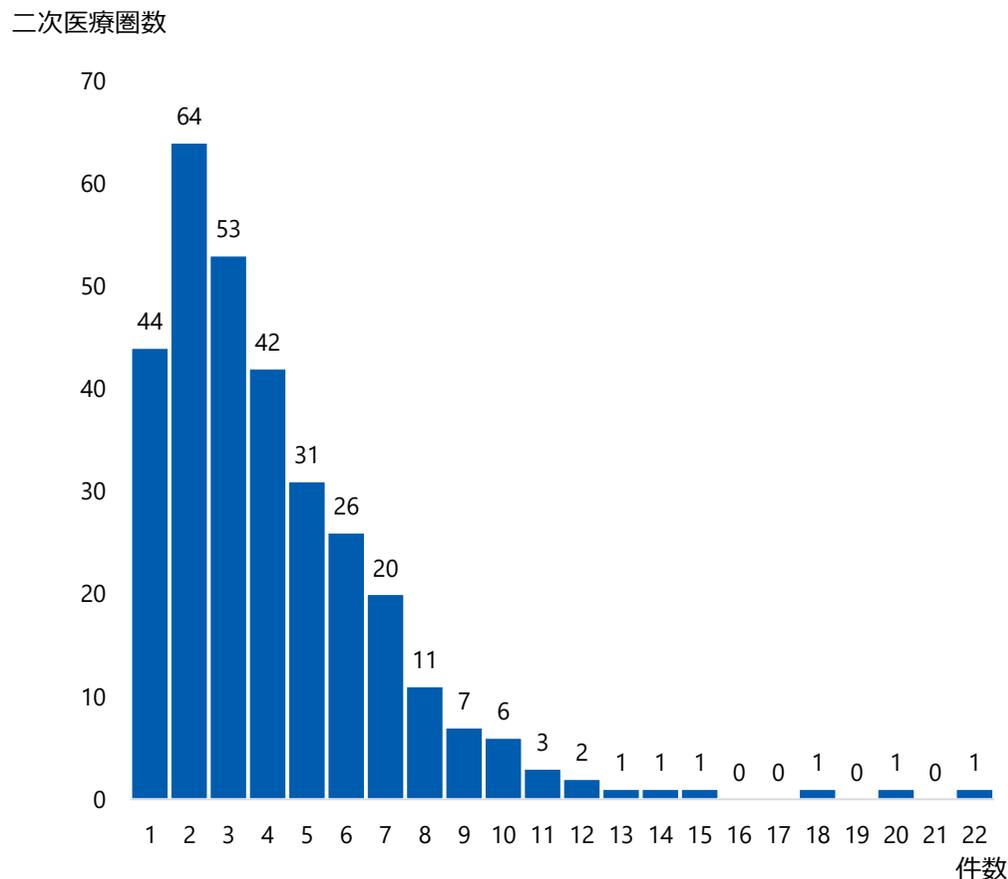
2022年度NDBデータ

※緊急手術：時間外加算、休日加算、深夜加算を算定する全身麻酔を実施する手術及び帝王切開

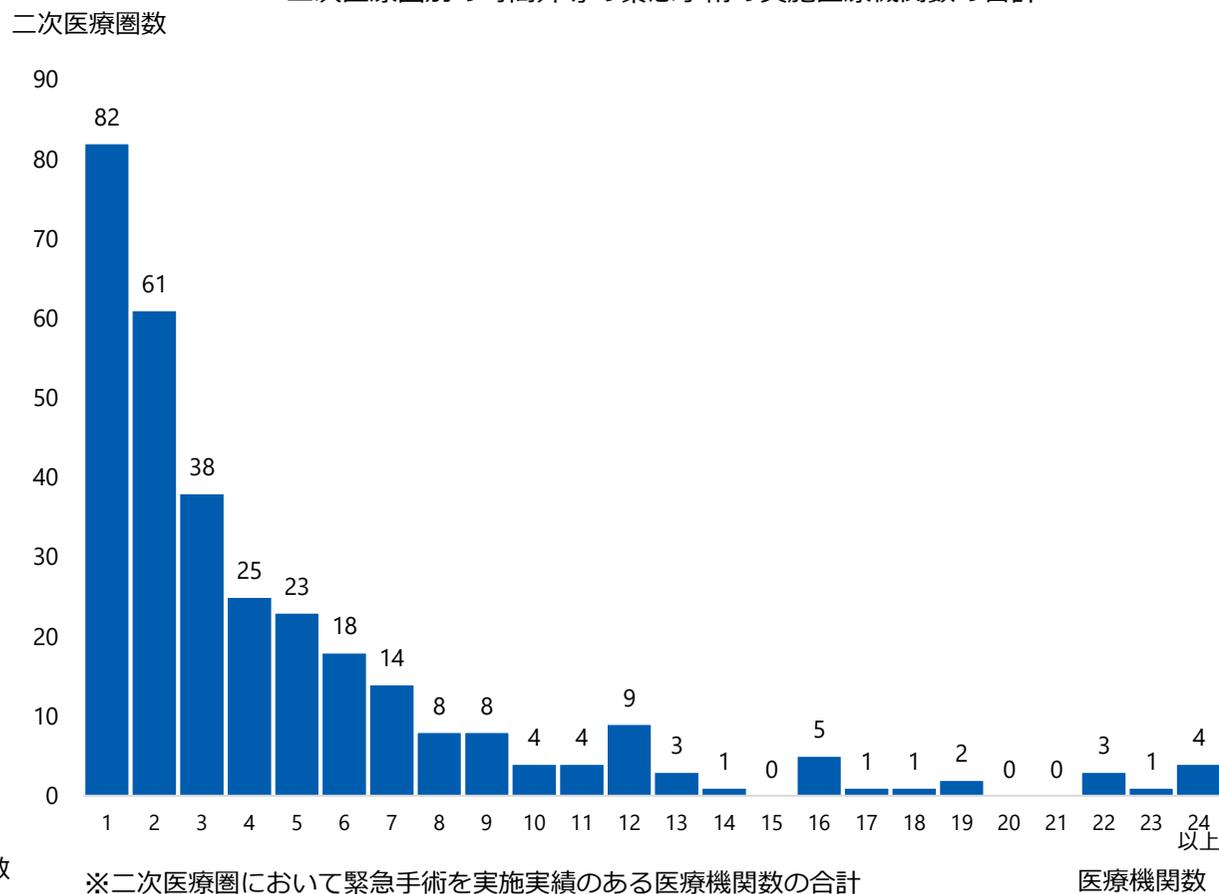
時間外等の緊急手術の件数と対応状況について

- ・二次医療圏において、1日あたりの時間外等の緊急手術について、1年のうち最多の日でも1 - 4件程度である二次医療圏が大半となっている。
- ・緊急手術を実施する医療機関数が1である二次医療圏は82、2である二次医療圏は61あり、その他の医療圏は3医療機関以上において緊急手術を実施する体制にある。

時間外等の緊急手術の1日当たり最大件数（二次医療圏）



二次医療圏別の時間外等の緊急手術の実施医療機関数の合計



※緊急手術：時間外加算、休日加算、深夜加算を算定する全身麻酔を実施する手術及び帝王切開

医療機関あたりの症例数と医療の質について

様々な手術において、症例の多い医療機関ほど死亡リスクが低い傾向があることが知られている。

胃や大腸、肺等のがんに対する手術について、症例数の少ない医療機関において死亡リスクが高い傾向が見られた。

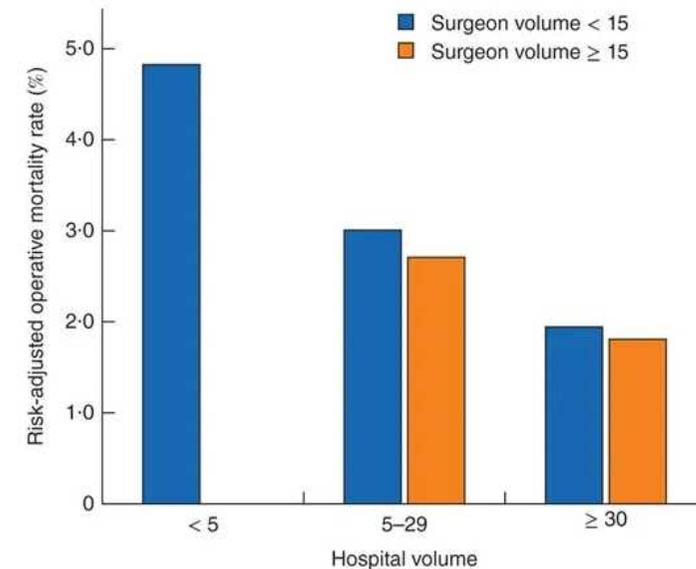
手術種類毎の医療機関の症例数規模と死亡リスク

| | Stomach | | Colorectum | | Lung | | Breast | | Uterus | |
|----------|---------|-----------|------------|-----------|------|-----------|--------|-----------|--------|-----------|
| | HR | 95% CI | HR | 95% CI | HR | 95% CI | HR | 95% CI | HR | 95% CI |
| Crude HR | | | | | | | | | | |
| High | 1.00 | | 1.00 | | 1.00 | | 1.00 | | 1.00 | |
| Medium | 1.17 | 0.93-1.47 | 1.08 | 0.93-1.25 | 1.17 | 0.83-1.65 | 1.18 | 0.98-1.42 | 0.97 | 0.82-1.15 |
| Low | 1.39 | 1.11-1.73 | 1.20 | 1.04-1.39 | 1.11 | 0.81-1.52 | 1.29 | 1.06-1.56 | 1.15 | 1.05-1.24 |
| Very low | 2.29 | 1.81-2.91 | 1.76 | 1.49-2.07 | 1.70 | 1.23-2.36 | 1.75 | 1.43-2.12 | 1.19 | 1.00-1.41 |

Okawa et al. Hospital volume and postoperative 5-year survival for five different cancer sites: A population-based study in Japan. *Cancer Science*. 2020

食道切除術について、症例数の多い医療機関では術後・30日死亡率が症例数の少ない施設と比べて低い傾向が見られた。

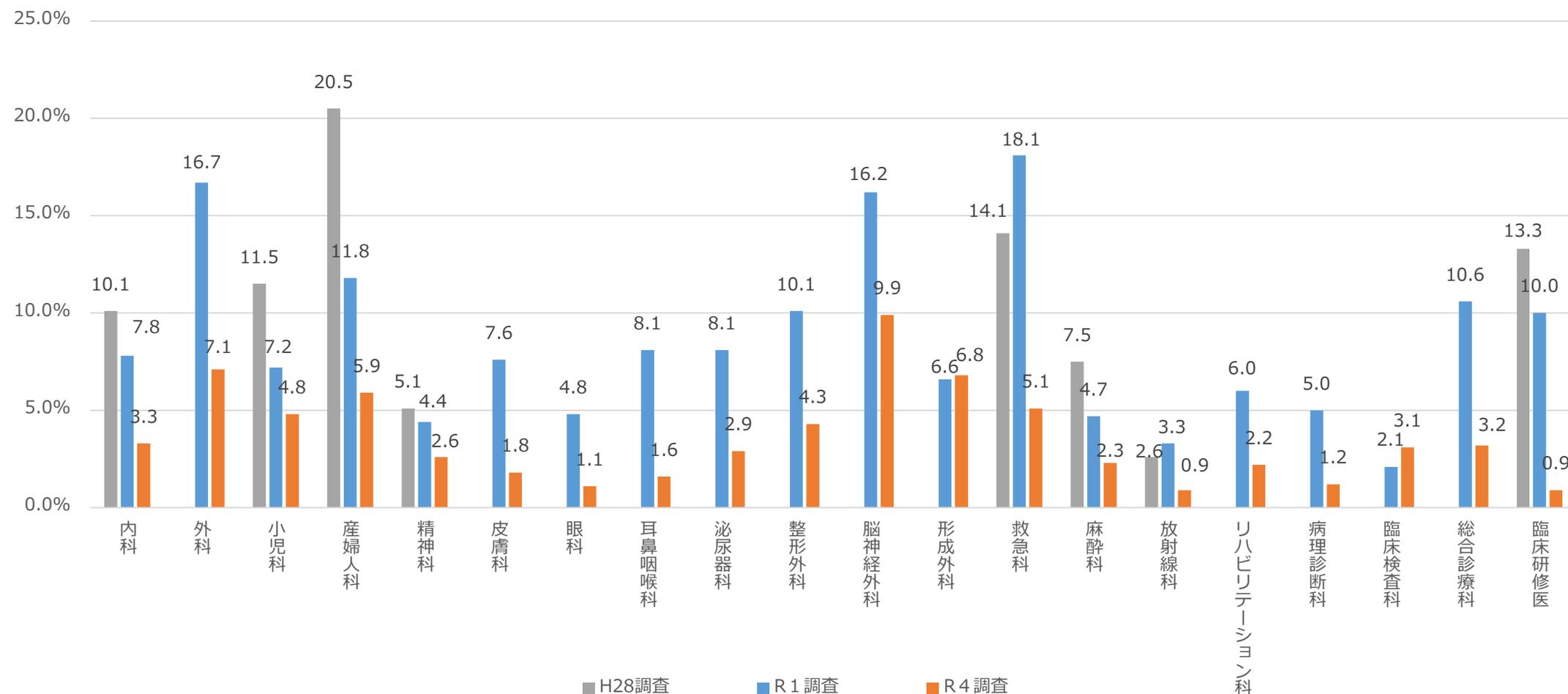
食道切除術の症例数規模と死亡率の関係



Nishigori et al. Impact of hospital volume on risk-adjusted mortality following oesophagectomy in Japan. *Br J Surg*. 2016

診療科別の時間外・休日労働時間が年1,860時間超の医師の割合

- H28調査、R1調査、今回調査（R4調査）の病院・常勤勤務医の時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合を診療科別に集計した。
- 時間外・休日労働時間が年1,860時間換算を超える医師の割合が高い診療科は脳神経外科（9.9%）、外科（7.1%）、形成外科（6.8%）、産婦人科（5.9%）、救急科（5.1%）であった。



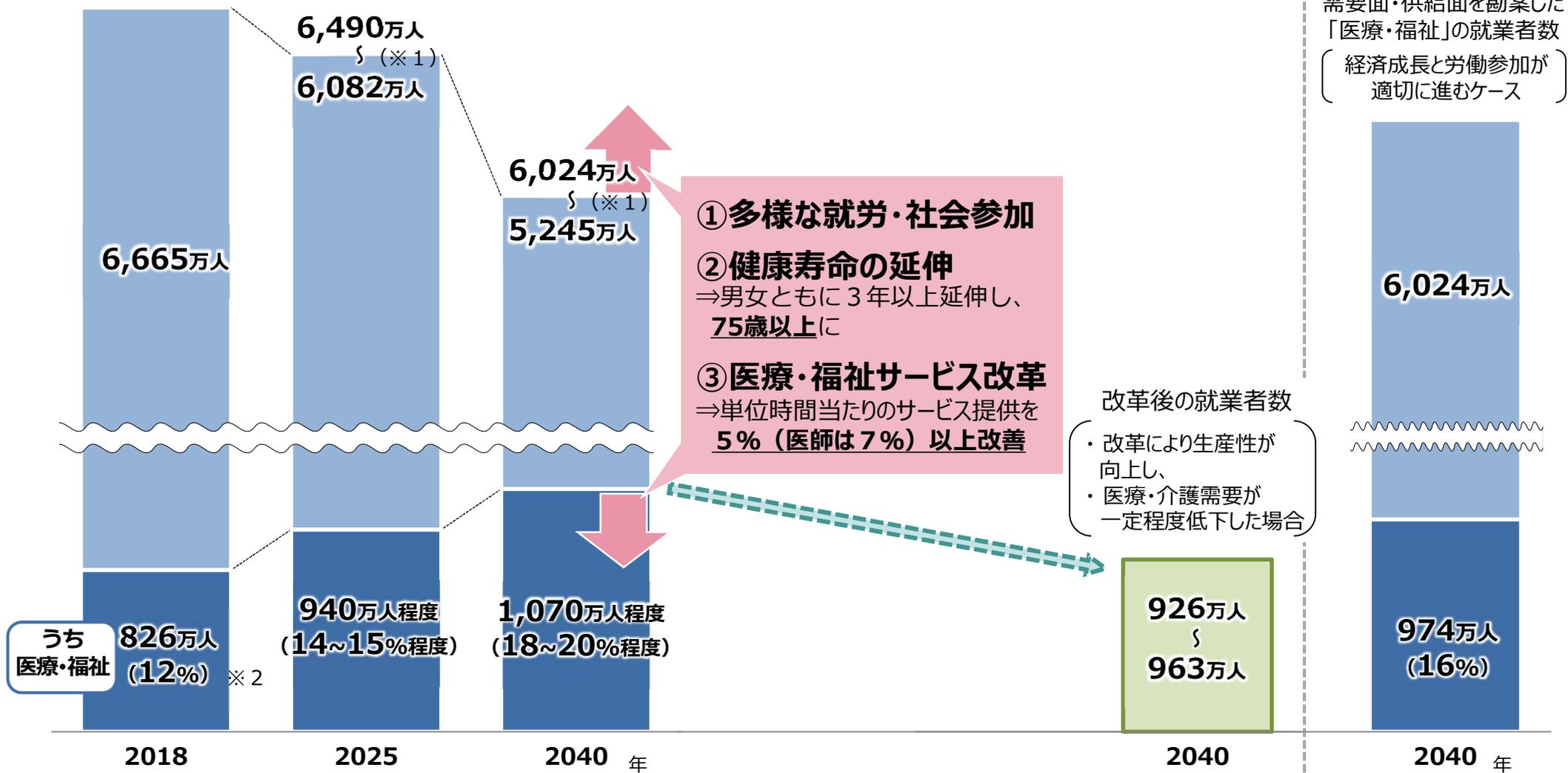
- ※ H28調査の分析対象者は常勤勤務医であり、勤務先を問わない。
- ※ H28調査の設問は、19診療科ではないため、比較不可な診療科がある。
- ※ 労働時間には、兼業先の労働時間を含み、指示無し時間を除外している。
- ※ 宿日直の待機時間は労働時間を含め、オンコールの待機時間は労働時間から除外した（労働時間 = 診療時間 + 診療外時間 + 宿日直の待機時間）。
- ※ R1調査、R4調査では宿日直許可を取得していることがわかっている医療機関に勤務する医師の宿日直中の待機時間を労働時間から除外している。
- ※ R1調査ではさらに診療科別の性、年齢調整、診療科ごとの勤務医療機関調整を行っている。
- ※ 「時間外・休日労働時間が年1,860時間超」は週78時間45分超勤務と換算した。

マンパワー① 2025年以降、人材確保がますます課題となる

令和4年3月4日 第8次医療計画等に関する検討会 資料1(一部改)

○2040年には就業者数が大きく減少する中で、医療・福祉職種の人材は現在より多く必要となる。

需要面から推計した医療福祉分野の就業者数の推移



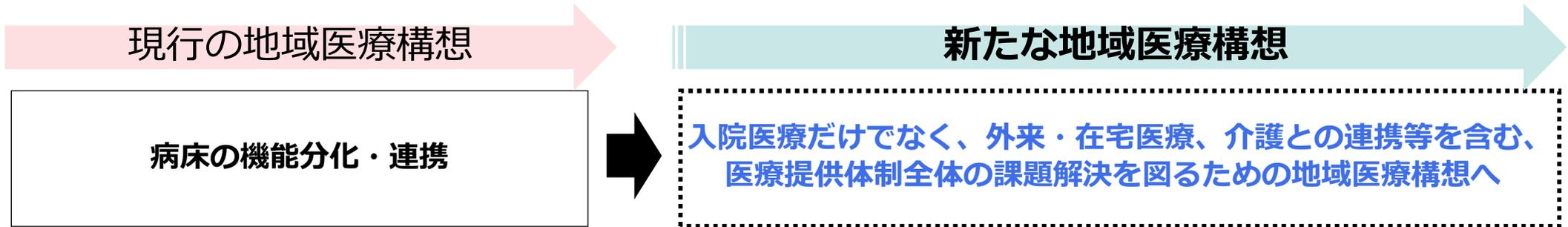
※1 総就業者数は独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」(2019年3月)による。総就業者数のうち、下の数値は経済成長と労働参加が進まないケース、上の数値は進むケースを記載。
 ※2 2018年度の医療・福祉の就業者数は推計値である。
 ※3 独立行政法人労働政策研究・研修機構「労働力需給の推計」は、2024年3月11日に新しい推計が公表されている。2024年3月推計では、成長実現・労働参加進展シナリオで、総就業者数は、2022年の6,724万人から2040年に6,734万人と概ね横ばいであり、「医療・福祉」の就業者数は、2022年の897万人から2040年に1,106万人と増加する推計となっている。現時点では、『需要面から推計した医療福祉分野の就業者数』を更新したデータはないため、比較には留意が必要。

目指すべき医療提供体制の基本的な考え方（案）

- 85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年以降においても、全ての地域・全ての世代の患者が、適切な医療・介護を受け、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実現する必要がある。
- このため、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等を含め、地域における長期的に共有すべき医療提供体制のあるべき姿・目標として、地域医療構想を位置づける。人口や医療需要の変化に柔軟に対応できるよう、二次医療圏を基本とする構想区域や調整会議のあり方等を見直した上で、医療・介護関係者、都道府県、市区町村等が連携し、限りある医療資源を最適化・効率化しながら、「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、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築する。
- 具体的には、
 - 増加する高齢者救急に対応するため、軽症・中等症を中心とした高齢者の救急の受入体制を強化する。ADLの低下を防ぐため、入院早期から必要なリハビリを適切に提供し、早期に生活の場に戻ることを目指す。その際、医療DXの推進等により、日頃から在宅や高齢者施設等と地域の医療機関の連携、かかりつけ医機能の発揮等を通じ、救急搬送や状態悪化の減少等が図られるよう、在宅や高齢者施設等を含む対応力の強化を目指す。
 - 増加する在宅医療需要に対応するため、必要に応じて現行の構想区域よりも小さい単位で、地域の医療機関の連携による24時間の在宅医療の提供体制の構築、オンライン診療の積極的な活用、介護との連携等、効率的かつ効果的な在宅医療の体制強化を目指す。外来医療においても、時間外対応や在宅医療等のかかりつけ医機能を発揮して必要な医療提供を行う体制を目指す。
 - 医療の質やマンパワーの確保のため、手術等の労働集約的な治療が減少し、急性期病床の稼働率の低下による医療機関の経営への影響が見込まれる中、必要に応じて現行の構想区域を越えて、一定の症例や医師を集約して、医師の修練や医療従事者の働き方改革を推進しつつ、高度医療・救急を提供する体制の構築を目指す。
 - 必要な医療機能を維持するため、特に過疎地域において、人口減少や医療従事者の不足が顕著となる中で、地域で不可欠な医療機能（日常診療や初期救急）について、拠点となる医療機関からの医師の派遣、巡回診療、ICT等を活用し、生産性の向上を図り、機能維持を目指す。

新たな地域医療構想の基本的な方向性（案）

病床の機能分化・連携を中心とした地域医療構想をバージョンアップし、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年頃、さらにその先も見据え、全ての地域・全ての世代の患者が適切な医療を受けられる体制を構築できるよう、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の新たな地域医療構想を策定する。



地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想

85歳以上の高齢者の増加に伴う高齢者救急や在宅医療等の医療・介護需要の増大等、2040年頃を見据えた課題に対応するため、入院に限らず医療提供体制全体を対象とした地域医療構想を策定する。

今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目した医療提供体制の構築

病床機能だけでなく、急性期医療の提供、高齢者救急の受け皿、在宅医療提供の拠点等、地域で求められる医療機関の役割も踏まえ医療提供体制を構築する。

限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供の実現

医療DXや働き方改革の取組、地域の医療・介護の連携強化等を通じて、生産性を向上させ、持続可能な医療提供体制モデルを確立する。

病床機能・医療機関機能の整理（イメージ）

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。

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

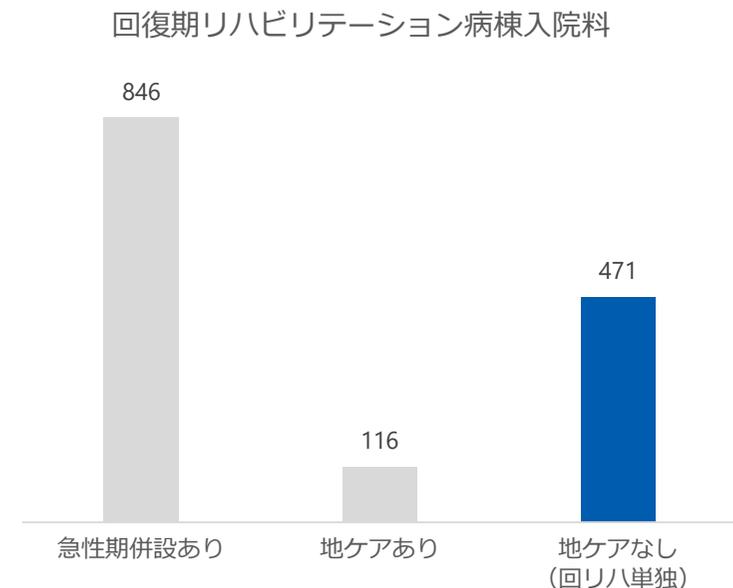
地域ごとに求められる医療機関機能

- 医療機関機能としては、地域ごとに、【高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能】、【在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能】、【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】（必要に応じて圏域を拡大して対応）を確保することが考えられる。
- このほか、地域によっては、回復期リハビリテーションや一部の診療科に特化した医療機関等が存在し、その役割を發揮している。

■地域ごとに求められる医療機関機能

| 医療機関機能 | 具体的な内容（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 | <ul style="list-style-type: none"> 救急搬送を受けるだけでなく、入院早期からのリハビリ等の離床のための介入を行う 必要に応じて専門病院等と協力・連携するとともに、高齢者が抱える背景事情も踏まえて退院調整を行うなどにより早期退院につなげ、他施設とも連携しながら通所や訪問でのリハビリを継続できる |
| 在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能 | <ul style="list-style-type: none"> 地域で在宅医療を実施し、他の医療機関、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設等と連携して、24時間の対応や在宅患者の入院対応ができる |
| 救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能 | <ul style="list-style-type: none"> 持続可能な医療従事者の働き方や医療の質も確保するため、搬送体制の強化等に取り組みつつ、一定の症例数を集約して対応する地域の拠点として対応できる |

■その他の医療機関機能



構想区域・医療機関機能の考え方（案）②

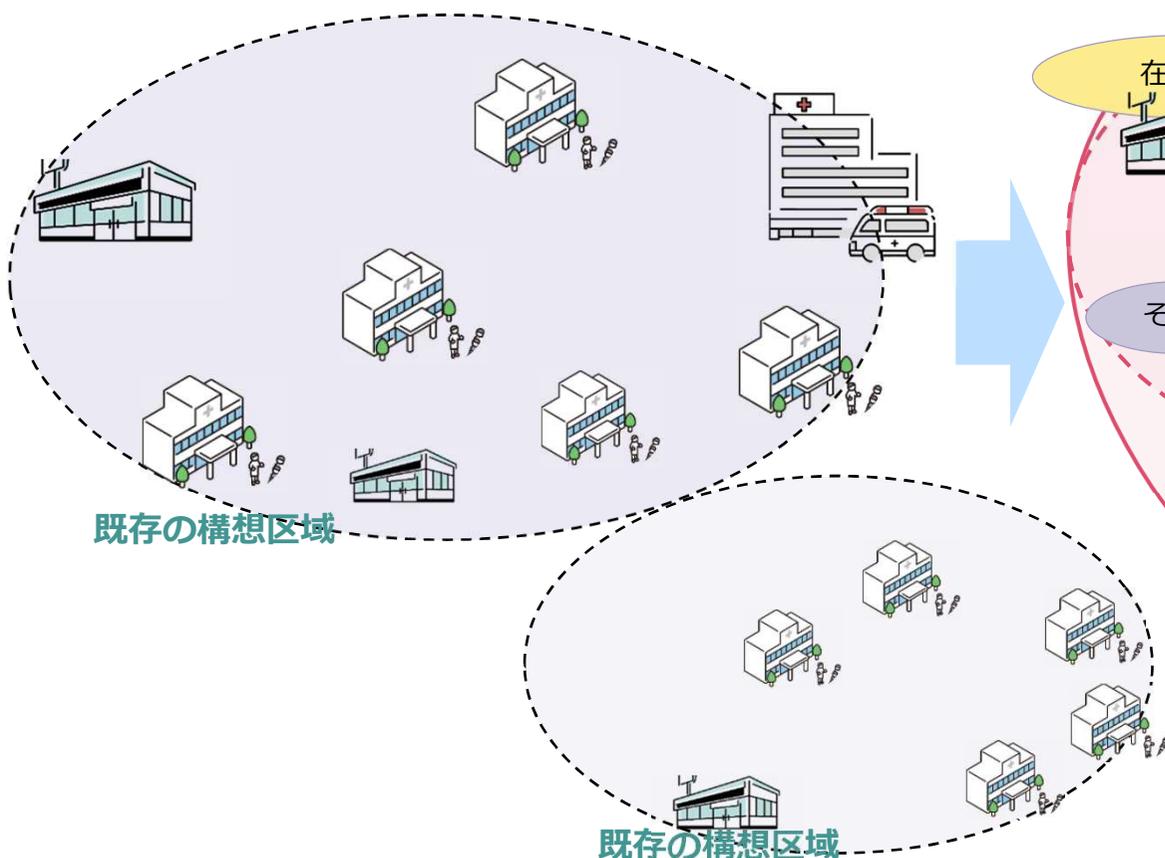


- 新たな地域医療構想における構想区域の範囲については、2040年頃を見据えると、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大する必要があるのではないか。
- 在宅医療については、二次医療圏よりも狭い区域での議論が必要であり、在宅医療の圏域ごとに、医療機関、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設等が連携しながら、在宅医療提供体制を確保するとともに、市町村の在宅医療・介護連携推進事業の取組との連携をより一層深めることができる枠組みが必要ではないか。
- 医療機関機能としては、地域ごとに、【高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能】、【在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能】、【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】（必要に応じて圏域を拡大して対応）を確保するとともに、地域によって役割を發揮している、回復期リハビリテーションや一部の診療科に特化した医療機関等の機能について、【その他地域を支える機能】として位置づけることとしてはどうか。

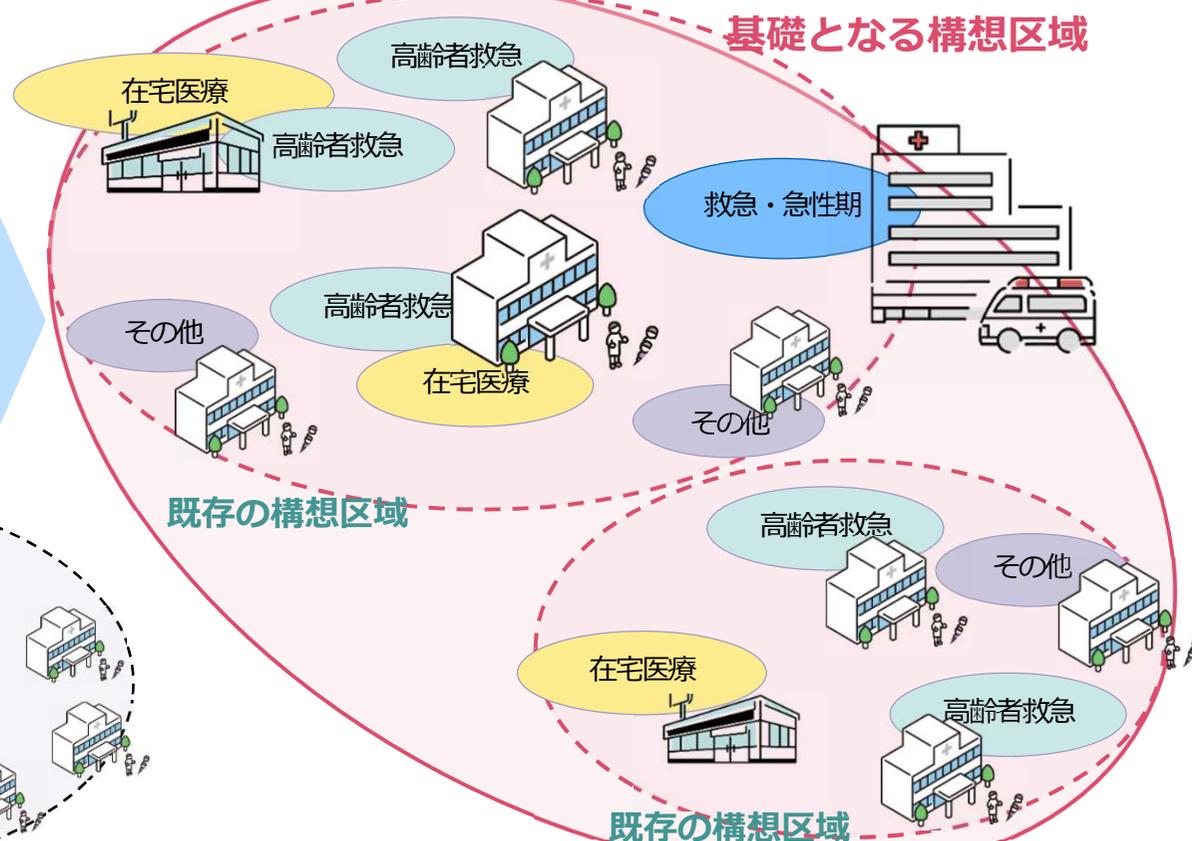
2040年に求められる基礎となる構想区域（イメージ）（案）

- 2040年頃を見据えると、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するとともに、地域の実情に応じて、地域ごとに、【高齢者救急の受け皿となり、地域への復帰を目指す機能】、【在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能】、【救急医療等の急性期の医療を広く提供する機能】（必要に応じて圏域を拡大して対応）を確保することが考えられるのではないかと。
- 地域によっては、回復期リハビリテーションや一部の診療科に特化した医療機関等が【その他地域を支える機能】を発揮する。

これまでのイメージ



2040年におけるイメージ

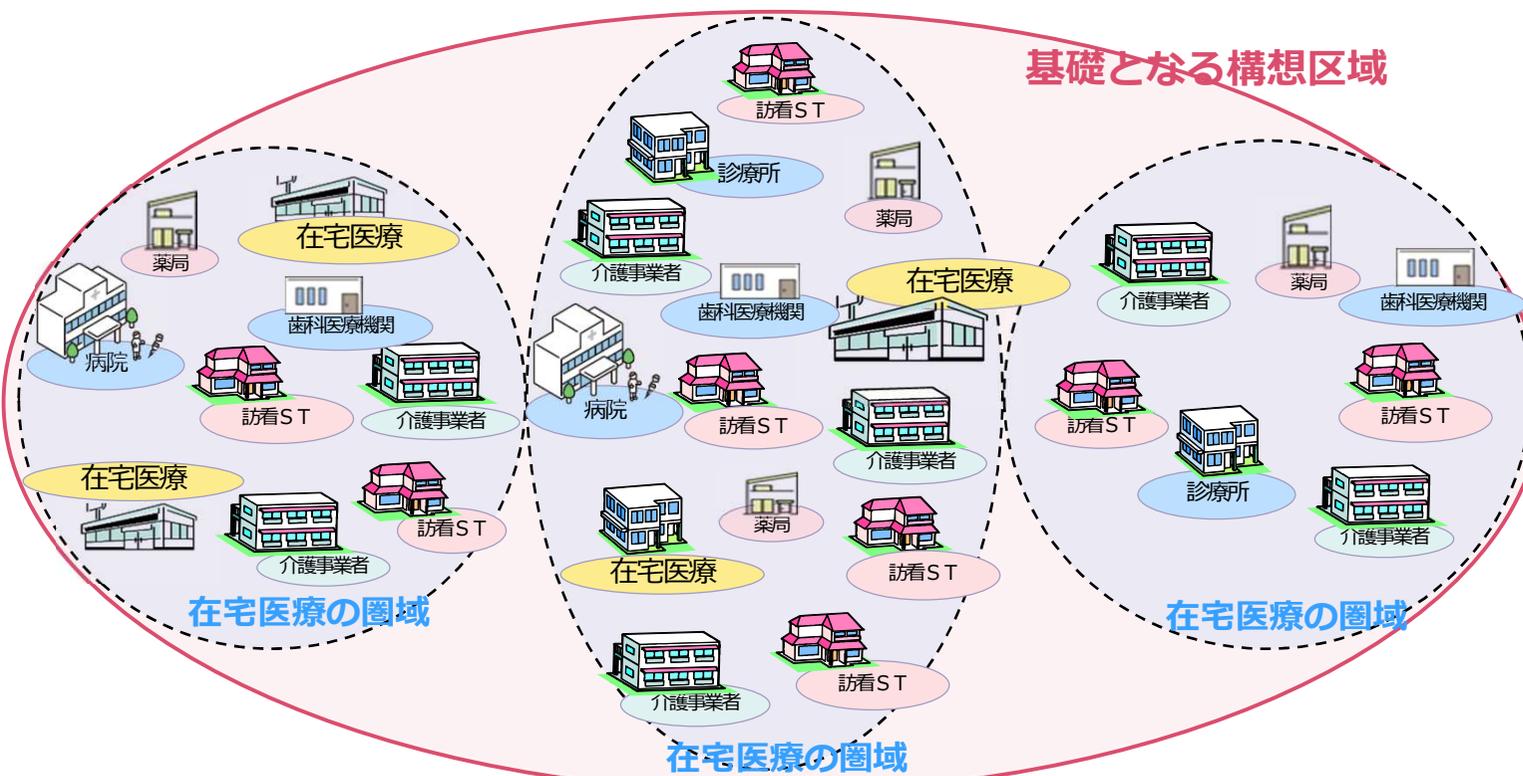


その他：専門医療の提供等を通じ、地域を支える機能

在宅医療の圏域について（案）

- 医療計画における「在宅医療の体制構築に係る指針」において、在宅医療の圏域の設定にあたっては、従来の二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定することとしている。
- 新たな地域医療構想においても、都道府県において適切な在宅医療の圏域を設定し、医療関係者、介護関係者、市町村等も参画して、2040年頃を見据えて、医療機関機能の1つである【在宅医療を提供し、地域の生活を支える機能】を確保し、医療機関、訪問看護ステーション、歯科医療機関、薬局、介護施設等が連携して、24時間の対応や在宅患者の入院対応等ができる在宅医療提供体制を構築することが考えられるのではないかと。

在宅医療の圏域イメージ



■在宅医療の体制構築に係る指針（抜粋）

2 圏域の設定

- 都道府県は、在宅医療提供体制を構築するに当たって（略）退院支援、生活の場における療養支援、急変時の対応、看取りといった各区分に求められる医療機能を明確にして、圏域を設定する。圏域の設定は、課題の抽出や数値目標の設定、施策の立案の前提となるものであり、施策の実効性を確保する観点から、圏域の設定は確実にを行うことが望ましい。
- 圏域を設定するに当たって、在宅医療の場合、医療資源の整備状況や介護との連携のあり方が地域によって大きく変わることを勘案し、従来の二次医療圏にこだわらず、できる限り急変時の対応体制（重症例を除く。）や医療と介護の連携体制の構築が図られるよう、市町村単位や保健所圏域等の地域の医療及び介護資源等の実情に応じて弾力的に設定する。

国立病院機構が提供している医療及び 経営状況について

1. 国立病院機構（NHO）の概要

2. NHOが提供している医療

(1) 5疾病6事業等

(2) 重症心身障害、神経・筋疾患

(3) 結核

3. NHOの経営状況

4. NHOが担うべき医療や経営改善等の方向性

※精神疾患、心神喪失者等医療観察法は次回（第3回）議論予定

独立行政法人国立病院機構法（平成十四年十二月二十日法律第九十一号）

（機構の目的）

第三条 独立行政法人国立病院機構（以下「機構」という。）は、医療の提供、医療に関する調査及び研究並びに技術者の研修等の業務を行うことにより、国民の健康に重大な影響のある疾病に関する医療その他の医療であつて、国の医療政策として機構が担うべきものの向上を図り、もつて公衆衛生の向上及び増進に寄与することを目的とする。

（業務の範囲）

第十五条 機構は、第三条の目的を達成するため、次の業務を行う。

- 一 医療を提供すること。
 - 二 医療に関する調査及び研究を行うこと。
 - 三 医療に関する技術者の研修を行うこと。
 - 四 前三号に掲げる業務に附帯する業務を行うこと。
- 2 機構は、前項の業務のほか、同項の業務の遂行に支障のない範囲内で、その建物の一部、設備、器械及び器具を、機構に勤務しない医師又は歯科医師の診療又は研究のために利用させることができる。

（緊急の必要がある場合の厚生労働大臣の要求）

第二十一条 厚生労働大臣は、災害が発生し、若しくはまさに発生しようとしている事態又は公衆衛生上重大な危害が生じ、若しくは生じるおそれがある緊急の事態に対処するため必要があると認めるときは、機構に対し、第十五条第一項第一号又は第二号の業務のうち必要な業務の実施を求めることができる。

- 2 機構は、厚生労働大臣から前項の規定による求めがあつたときは、正当な理由がない限り、その求めに応じなければならない。

- NHOは病院数が多く、急性期から慢性期まで幅広い医療を提供していることから、各病院の経営管理や経営分析にあたって、同規模・同機能病院同士での比較・分析をしやすいするために、病院をいくつかのグループに分類・区分している。

病院の診療機能と病床規模を基に、以下の区分に分類
(診療機能：入院基本料別の病床区分・特定の施設基準を取得・特定機能の運営)

| 要件① | 分類 | 要件② | 要件③ | 区分 (R6の病院数) |
|--------------------------------|----------------|--|---|----------------|
| 運営病床数に占める 一般病床の割合が 50%以上 | 一般病床中心 | 運営病床数が 400床以上 | 以下のいずれかを満たす ・救命救急センター ・急性期充実体制加算 | 一般1 (18病院) |
| | | | 上記以外 | 一般2 (16病院) |
| | | 運営病床数が 400床未満 | 以下のいずれかを満たす ・救命救急センター ・総合・地域周産期母子医療センター ・がん拠点病院 ・急性期充実体制加算 ・総合入院体制加算 | 一般3 (17病院) |
| | | | 上記以外 | 一般4 (18病院) |
| 運営病床数に占める 一般病床の割合が 50%未満 | セーフティ系病床 中心 | 精神病床が概ね50%以上または医療観察法病棟運営病院 | | 精神 (14病院) |
| | | 障害者関係病床（重症心身障害、筋ジストロフィー、障害者施設等入院基本料算定病床）が概ね75%以上 | | 障害1 (31病院) |
| | | 上記以外 | | 障害2 (25病院) |

※ 一般病床中心の要件②の考え方は、医療法や診療報酬上の基準が、病床機能に関わらず400床以上を基準としていることから、これに準じて設定

※ 障害関係病床中心の基準である75%の考え方は、基本的に障害病床＋一般や回復期などの病棟が2つ以下になるように設定
(障害病床の割合：300床(6個病棟)÷400床(8個病棟)=75%)。

○病院のグループ分け（令和6年度確定版）

| 一般病床中心 | | | |
|-------------|-------------|-------------|-------------|
| 一般1 18病院 | 一般2 16病院 | 一般3 17病院 | 一般4 18病院 |
| 北海道医療 | 北海道がん | 西埼玉中央 | 函館医療 |
| 仙台医療 | 弘前総合医療 | 千葉医療 | 旭川医療 |
| 水戸医療 | 渋川医療 | 甲府 | 霞ヶ浦医療 |
| 高崎総合医療 | 東京 | 信州上田医療 | 茨城東 |
| 埼玉 | 相模原 | 舞鶴医療 | 栃木医療 |
| 東京医療 | まつもと医療 | 大阪南医療 | 宇都宮 |
| 災害医療 | 金沢医療 | 神戸医療 | 沼田 |
| 横浜医療 | 静岡医療 | 南和歌山医療 | 村山医療 |
| 名古屋医療 | 三重中央医療 | 浜田医療 | 豊橋医療 |
| 京都医療 | 姫路医療 | 福山医療 | 東近江総合医療 |
| 大阪医療 | 四国こどもとおとな | 東広島医療 | 近畿中央呼吸器 |
| 岡山医療 | 高知 | 関門医療 | 米子医療 |
| 呉医療 | 九州がん | 四国がん | 山口宇部医療 |
| 岩国医療 | 熊本再春医療 | 小倉医療 | 福岡 |
| 九州医療 | 別府医療 | 佐賀 | 長崎川棚医療 |
| 福岡東医療 | 鹿児島医療 | 嬉野医療 | 熊本南 |
| 長崎医療 | | 都城医療 | 大分医療 |
| 熊本医療 | | | 指宿医療 |

| セーフティ系病床中心 | | | | |
|------------|-------------|--------|-------------|---------|
| 精神 14病院 | 障害1 31病院 | | 障害2 25病院 | |
| 花巻 | 八戸 | 七尾 | 帯広 | 宇多野 |
| 下総精神医療 | 青森 | 三重 | 盛岡医療 | 大阪刀根山医療 |
| 久里浜医療 | 岩手 | 鈴鹿 | 東埼玉 | 奈良医療 |
| さいがた医療 | 釜石 | あわら | 千葉東 | 和歌山 |
| 小諸高原 | 仙台西多賀 | 紫香楽 | 下志津 | 南岡山医療 |
| 北陸 | 宮城 | 南京都 | 神奈川 | 広島西医療 |
| 東尾張 | あきた | 兵庫あおの | 西新潟中央 | 愛媛医療 |
| 神原 | 山形 | 兵庫中央 | 石川 | 東佐賀 |
| やまと精神医療 | 米沢 | 松江医療 | 長良医療 | 宮崎東 |
| 鳥取医療 | 福島 | 柳井医療 | 静岡てんかん・神経 | 宮崎 |
| 賀茂精神医療 | いわき | とくしま医療 | 天竜 | 南九州 |
| 肥前精神医療 | 箱根 | 高松医療 | 東名古屋 | 沖縄 |
| 菊池 | 新潟 | 大牟田 | 敦賀医療 | |
| 琉球 | 東長野 | 長崎 | | |
| | 富山 | 西別府 | | |
| | 医王 | | | |

※ このグループは、令和6年4月1日の運営病床数・令和6年6月3日時点施設基準届出状況等を用い区分した。

1. 国立病院機構（NHO）の概要

2. NHOが提供している医療

（1）5疾病6事業等

（2）重症心身障害、神経・筋疾患

（3）結核

3. NHOの経営状況

4. NHOが担うべき医療や経営改善等の方向性

地域における医療に貢献するため、都道府県が策定する医療計画を踏まえ、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患の5疾病及び救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急を含む）、新興感染症発生・まん延時における医療の6事業を中心に、地域の医療機関との連携強化を図っている。

地域における診療拠点として、拠点病院等の認定を受けており、5疾病6事業等の地域における医療提供体制の確保に貢献している。

都道府県医療計画における5疾病5事業の記載状況（令和5年度末）

| | | |
|---|--|--|
| 【がん】 医療計画記載 86病院 がん診療拠点病院 34病院 | 【救急医療】 医療計画記載 115病院 救命救急センター 21病院 | 【周産期医療】 医療計画記載 62病院 総合周産期母子医療センター 5病院 地域周産期母子医療センター 19病院 |
| 【心筋梗塞】 医療計画記載 66病院 | 【災害医療】 医療計画記載 69病院 災害拠点病院 38病院 | 【小児医療】 医療計画記載 97病院 |
| 【脳卒中】 医療計画記載 90病院 | 【精神疾患】 医療計画記載 46病院 認知症疾患医療センター 15病院 | 【へき地医療】 医療計画記載 15病院 へき地拠点病院 8病院 |
| 【糖尿病】 医療計画記載 80病院 | | |

※ 令和5年度末の記載のため、令和6年度から医療計画の記載事項に追加された「新興感染症発生・まん延時における医療」の記載はない。

| 全国に占める国立病院機構の割合 | NHO病院 | 全国 | 割合 (%) |
|-----------------|------------|--------------|-------------|
| 総病院数 | 140 | 8,156 | 1.7% |
| 地域医療支援病院 | 61 | 700 | 8.7% |
| 救命救急センター | 21 | 304 | 6.9% |
| 総合周産期母子医療センター | 5 | 112 | 4.5% |
| 地域周産期母子医療センター | 19 | 296 | 6.4% |
| 基幹災害拠点病院 | 5 | 63 | 7.9% |
| 地域災害拠点病院 | 33 | 713 | 4.6% |
| がん診療連携拠点病院等【全体】 | 34 | 460 | 7.4% |
| 都道府県がん診療連携拠点病院 | 3 | 51 | 5.9% |
| 地域がん診療連携拠点病院 | 29 | 348 | 8.5% |
| 地域がん診療病院 | 2 | 61 | 4.4% |
| へき地拠点病院 | 8 | 348 | 2.6% |

■ 手術件数、救急車受入数（令和5年度）

| | |
|--------------|-----------|
| 手術件数 | 197,495 件 |
| 救急車受入数 | 229,530 件 |

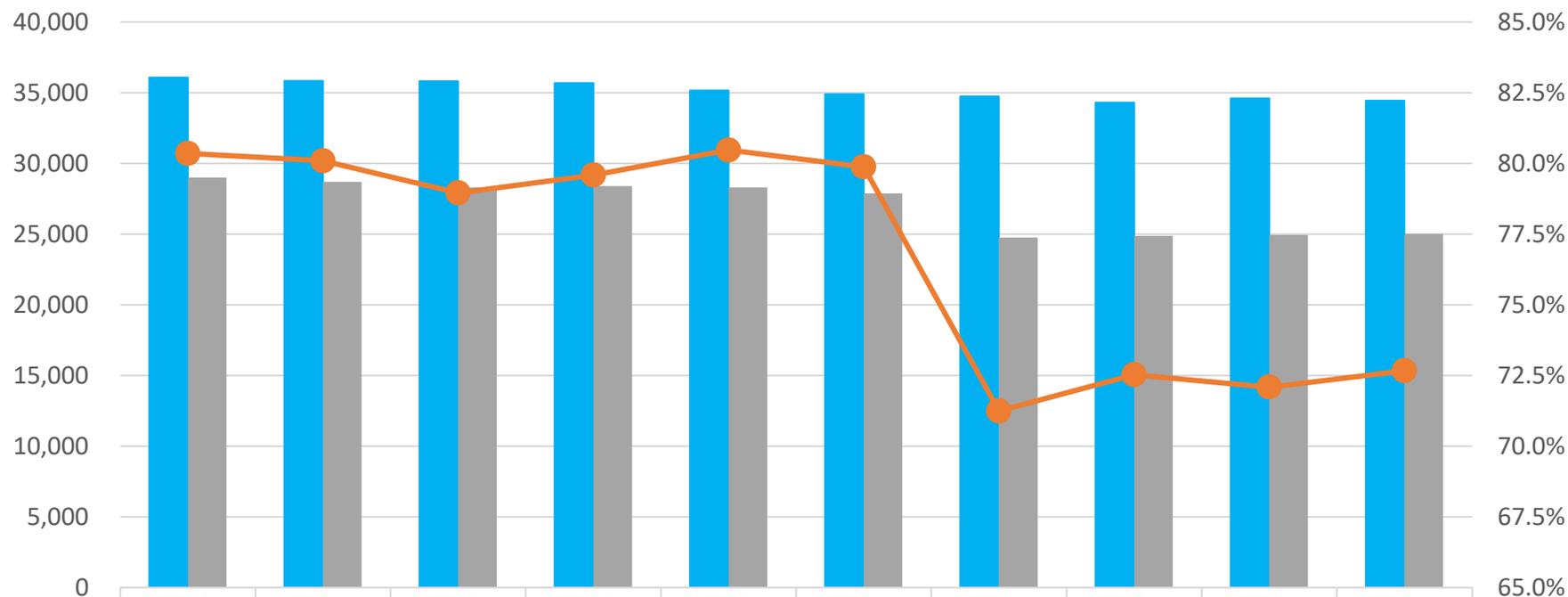
■ 在宅医療

| | |
|------------------|------|
| 訪問看護ステーション | 17病院 |
| 在宅療養後方支援病院 | 39病院 |

NHO病院における一般病棟（重心・筋ジス除く）の状況

- 元々、運営病床数と入院患者数は減少傾向。新型コロナの影響により、令和2年度に患者数が急減し、病床利用率が低下。
- 令和3年度以降、患者数が横ばいであり、コロナ前の水準に戻る見込みは極めて低い。

【運営病床数、一日平均入院患者数、病床利用率】



| | | | | | | | | | | |
|-----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 運営病床数 | 36,081 | 35,841 | 35,831 | 35,677 | 35,159 | 34,894 | 34,752 | 34,309 | 34,604 | 34,445 |
| 一日平均入院患者数 | 28,991.9 | 28,707.2 | 28,292.3 | 28,394.2 | 28,293.8 | 27,872.3 | 24,757.9 | 24,883.4 | 24,945.4 | 25,030.4 |
| 病床利用率 | 80.4% | 80.1% | 79.0% | 79.6% | 80.5% | 79.9% | 71.2% | 72.5% | 72.1% | 72.7% |

1. 国立病院機構（NHO）の概要

2. NHOが提供している医療

(1) 5疾病6事業等

(2) 重症心身障害、神経・筋疾患

(3) 結核

3. NHOの経営状況

4. NHOが担うべき医療や経営改善等の方向性

重症心身障害、神経・筋疾患

重症心身障害とは、「重度の知的障害及び重度の肢体不自由が重複（児童福祉法第7条第2項）し、発達期に発症し、医療的ケアが必要な児者」であり、昭和41年厚生事務次官通知により国立療養所において重症心身障害児の受入れを開始した。

（出典）厚生労働省の平成24年度重症心身障害児者の地域生活モデル検討委員会事業報告書

筋ジストロフィーについては、昭和39年、厚生省「進行性筋萎縮症児対策要綱」に基づき、国立療養所における筋ジス患者の受入れを開始した。

筋ジストロフィー病棟を有する病院は平成18年10月から、重症心身障害病棟を有する病院は平成24年4月から療養介護事業所となった。

現在は、重症心身障害児（者）等の在宅療養を支援するため、一時的入院や通所支援等に取り組んでいる。

独立行政法人国立病院機構中期計画（令和6年度～令和10年度）

セーフティネット分野の医療を提供する病院においては、重症心身障害児（者）、筋ジストロフィー、神経難病等の在宅療養患者の支援のための一時的入院や通所支援等に取り組む。

【短期入所、通所事業を実施する病院数】

| | 26年度 | 27年度 | 28年度 | 29年度 | 30年度 | 元年度 | 2年度 | 3年度 | 4年度 | 5年度 |
|------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 短期入所事業 | 調査なし | 69病院 | 69病院 | 72病院 | 73病院 | 74病院 | 76病院 | 78病院 | 78病院 | 78病院 |
| 生活介護 | 33病院 | 32病院 | 32病院 | 33病院 | 33病院 | 35病院 | 35病院 | 35病院 | 35病院 | 33病院 |
| 放課後等デイサービス | 26病院 | 28病院 | 28病院 | 28病院 | 28病院 | 29病院 | 29病院 | 29病院 | 29病院 | 29病院 |
| 児童発達支援 | 30病院 | 32病院 | 32病院 | 32病院 | 32病院 | 35病院 | 35病院 | 35病院 | 35病院 | 34病院 |

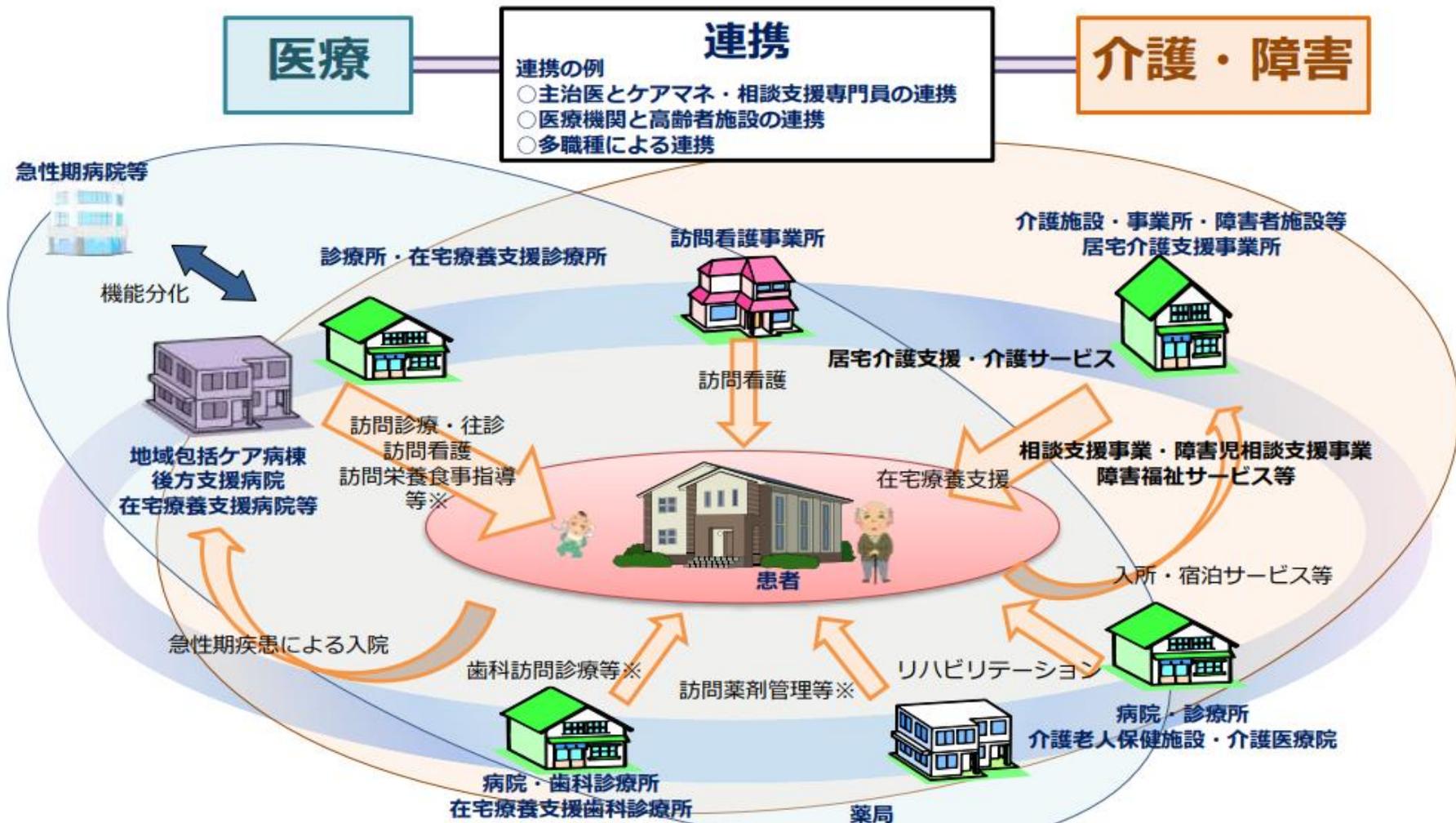
【短期入所、通所事業の年間延べ利用者数】

| | 30年度 | 元年度 | 2年度 | 3年度 | 4年度 | 5年度 |
|------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 短期入所 | 39,932名 | 49,993名 | 30,194名 | 31,347名 | 34,035名 | 39,942名 |
| 通所事業 | 48,788名 | 48,081名 | 39,543名 | 37,012名 | 37,097名 | 36,391名 |

新型コロナウイルスの影響により利用者数減少

地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

○ 在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。



※居宅療養管理指導を含む

障害福祉サービス等における主なサービス種類別に見た利用者数の推移(各年度月平均)

(単位:千人)



注:その他は、同行援護、行動援護、重度障害者等包括支援、療養介護、共同生活援助(外部サービス利用型、日中サービス支援型)、宿泊型自立訓練、自立訓練(機能訓練、生活訓練)、就労移行支援、就労定着支援、自立生活援助、地域移行支援、地域定着支援、障害児相談支援、医療型児童発達支援、居宅訪問型児童発達支援、保育所等訪問支援、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設の合計である。

出典:国保連データ

重症心身障害、神経・筋疾患

※ 医療法病床数は令和6年4月1日現在

| 重心・筋ジス病床を有する病院 | 医療法病床数 | |
|----------------|--------|-----|
| | 重心 | 筋ジス |
| 北海道医療 | 56 | 116 |
| 函館 | 60 | 0 |
| 旭川医療 | 0 | 40 |
| 帯広 | 120 | 0 |
| 八戸 | 100 | 0 |
| 青森 | 120 | 80 |
| 盛岡医療 | 46 | 0 |
| 花巻 | 60 | 0 |
| 岩手 | 150 | 0 |
| 釜石 | 80 | 0 |
| 仙台西多賀 | 80 | 160 |
| 宮城 | 120 | 0 |
| あきた | 160 | 80 |
| 山形 | 102 | 0 |
| 米沢 | 120 | 0 |
| 福島 | 170 | 0 |
| いわき | 84 | 0 |
| 茨城東 | 120 | 0 |
| 宇都宮 | 100 | 0 |
| 渋川医療 | 106 | 0 |
| 東埼玉 | 80 | 120 |
| 千葉東 | 120 | 0 |
| 下志津 | 120 | 100 |
| 箱根 | 0 | 120 |
| 神奈川 | 120 | 0 |
| 西新潟中央 | 120 | 0 |
| 新潟 | 116 | 116 |
| さいがた医療 | 82 | 0 |

| 重心・筋ジス病床を有する病院 | 医療法病床数 | |
|----------------|--------|-----|
| | 重心 | 筋ジス |
| 甲府 | 132 | 0 |
| 東長野 | 130 | 0 |
| まつもと医療 | 100 | 0 |
| 小諸高原 | 80 | 0 |
| 富山 | 170 | 0 |
| 北陸 | 50 | 0 |
| 医王 | 100 | 100 |
| 七尾 | 50 | 0 |
| 石川 | 50 | 0 |
| 長良医療 | 140 | 40 |
| 静岡てんかん・神経医療 | 160 | 0 |
| 天竜 | 110 | 0 |
| 静岡医療 | 58 | 0 |
| 東名古屋 | 50 | 0 |
| 豊橋医療 | 40 | 0 |
| 三重 | 50 | 0 |
| 鈴鹿 | 120 | 120 |
| 敦賀医療 | 120 | 0 |
| あわら | 90 | 0 |
| 紫香楽 | 98 | 0 |
| 宇多野 | 0 | 60 |
| 南京都 | 120 | 0 |
| 大阪刀根山医療 | 0 | 106 |
| 兵庫あおの | 200 | 0 |
| 兵庫中央 | 50 | 100 |
| 奈良医療 | 100 | 36 |
| やまと精神医療 | 100 | 0 |
| 和歌山 | 159 | 0 |

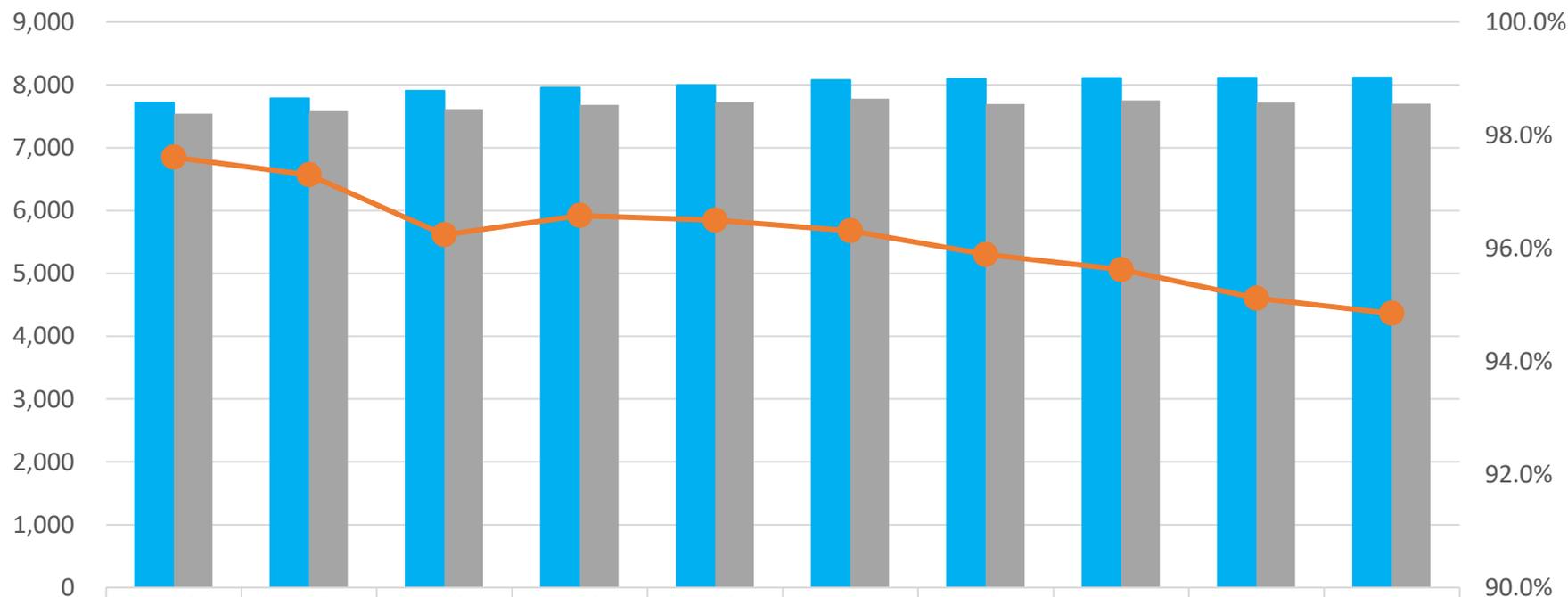
| 重心・筋ジス病床を有する病院 | 医療法病床数 | |
|----------------|--------|-------|
| | 重心 | 筋ジス |
| 鳥取医療 | 160 | 0 |
| 松江医療 | 90 | 90 |
| 南岡山医療 | 120 | 0 |
| 広島西医療 | 120 | 120 |
| 賀茂精神医療 | 100 | 0 |
| 山口宇部医療 | 120 | 0 |
| 柳井医療 | 76 | 0 |
| とくしま医療東病院 | 156 | 0 |
| とくしま医療西病院 | 0 | 120 |
| 四国こどもとおとなの医療 | 215 | 0 |
| 愛媛医療 | 160 | 0 |
| 高知 | 120 | 0 |
| 福岡 | 130 | 0 |
| 大牟田 | 80 | 80 |
| 福岡東医療 | 120 | 0 |
| 肥前精神医療 | 100 | 0 |
| 東佐賀 | 165 | 0 |
| 長崎 | 112 | 0 |
| 長崎川棚医療 | 0 | 60 |
| 菊池 | 100 | 0 |
| 熊本再春医療 | 100 | 80 |
| 西別府 | 124 | 75 |
| 宮崎東 | 0 | 50 |
| 宮崎 | 120 | 0 |
| 南九州 | 135 | 80 |
| 沖縄 | 0 | 100 |
| 琉球 | 90 | 0 |
| 全国 | 8,152 | 2,349 |

※ 重心病床を有する病院数は75病院、筋ジス病床を有する病院数は26病院、重心又は筋ジス病床を有する病院数は83病院

NHO病院における重症心身障害病棟の状況

- 元々、入院患者数は微増傾向であったが、新型コロナの影響により、令和2年度に患者数が減少。令和4年度以降は微減傾向。
- 平成30年度以降は病床利用率が低下傾向。
- また、入院患者の高齢化や人工呼吸器装着率の増加がみられる。

【運営病床数、一日平均入院患者数、病床利用率】

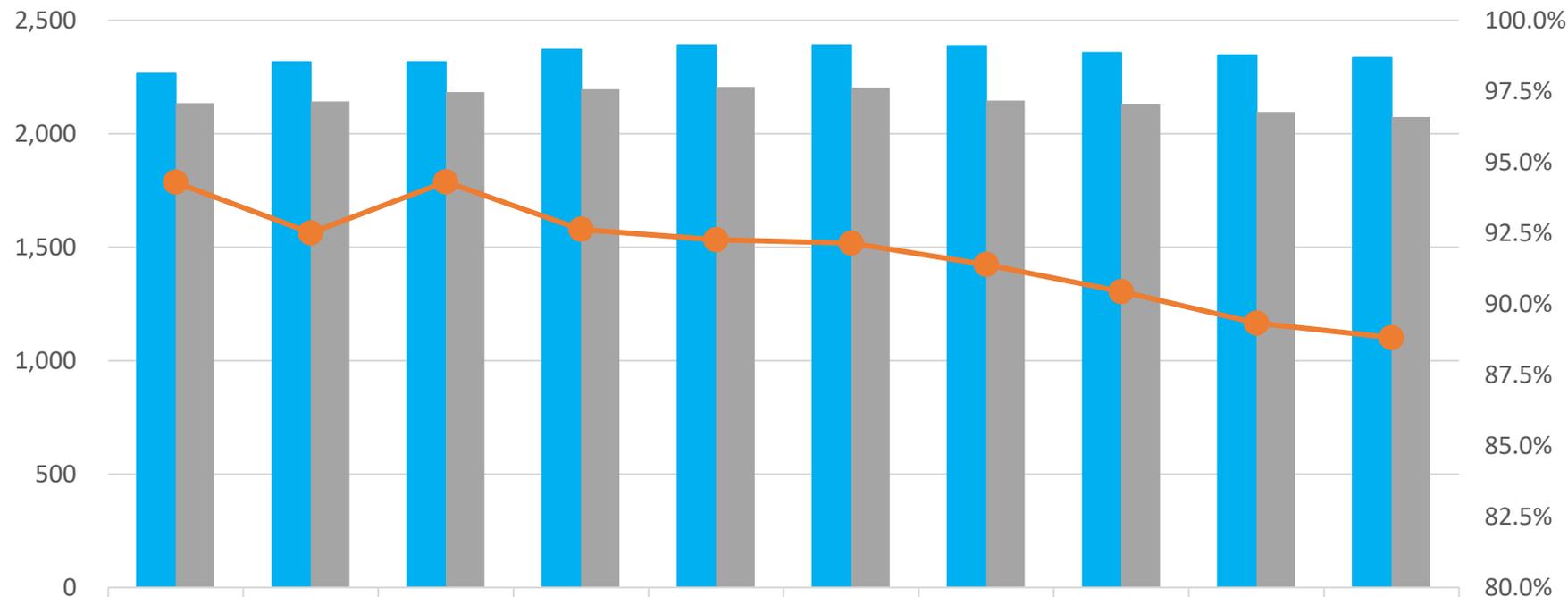


| | | | | | | | | | | |
|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 運営病床数 | 7,719 | 7,787 | 7,909 | 7,955 | 7,998 | 8,080 | 8,096 | 8,110 | 8,116 | 8,118 |
| 一日平均入院患者数 | 7,542.8 | 7,583.5 | 7,616.8 | 7,684.4 | 7,720.6 | 7,782.0 | 7,695.2 | 7,755.0 | 7,719.6 | 7,699.9 |
| 病床利用率 | 97.6% | 97.3% | 96.2% | 96.6% | 96.5% | 96.3% | 95.9% | 95.6% | 95.1% | 94.8% |

NHO病院における筋ジストロフィー病棟の状況

- 新型コロナの影響により、令和2年度以降、入院患者数が減少傾向。
- それに伴い、病床利用率が低下傾向。
- また、入院患者の高齢化や人工呼吸器装着率の増加がみられる。

【運営病床数、一日平均入院患者数、病床利用率】



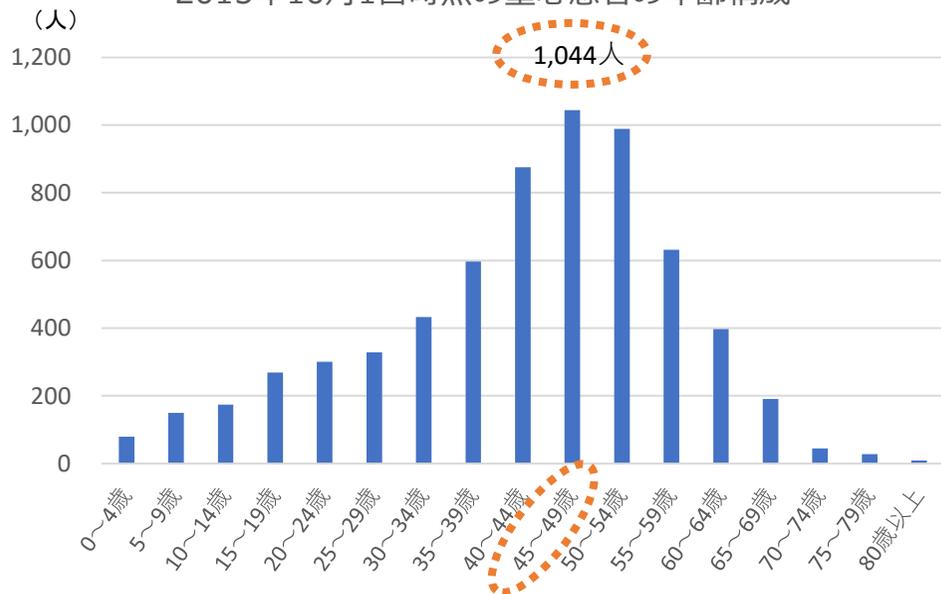
| | H26 | H27 | H28 | H29 | H30 | R1 | R2 | R3 | R4 | R5 |
|-----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 運営病床数 | 2,265 | 2,316 | 2,316 | 2,371 | 2,392 | 2,392 | 2,388 | 2,358 | 2,347 | 2,335 |
| 一日平均入院患者数 | 2,135.6 | 2,142.3 | 2,184.1 | 2,196.2 | 2,206.9 | 2,204.0 | 2,146.9 | 2,132.4 | 2,096.4 | 2,073.7 |
| 病床利用率 | 94.3% | 92.5% | 94.3% | 92.6% | 92.3% | 92.1% | 91.4% | 90.4% | 89.3% | 88.8% |

(参考) 重症心身障害の入院患者の高齢化について

重症心身障害の入院患者は、平成27年10月には「45歳～49歳」の年齢層に最も多かったところ、令和3年10月には「50歳～54歳」の年齢層に最も多くなるとともに、全体的に高年齢層における患者数が増えている。

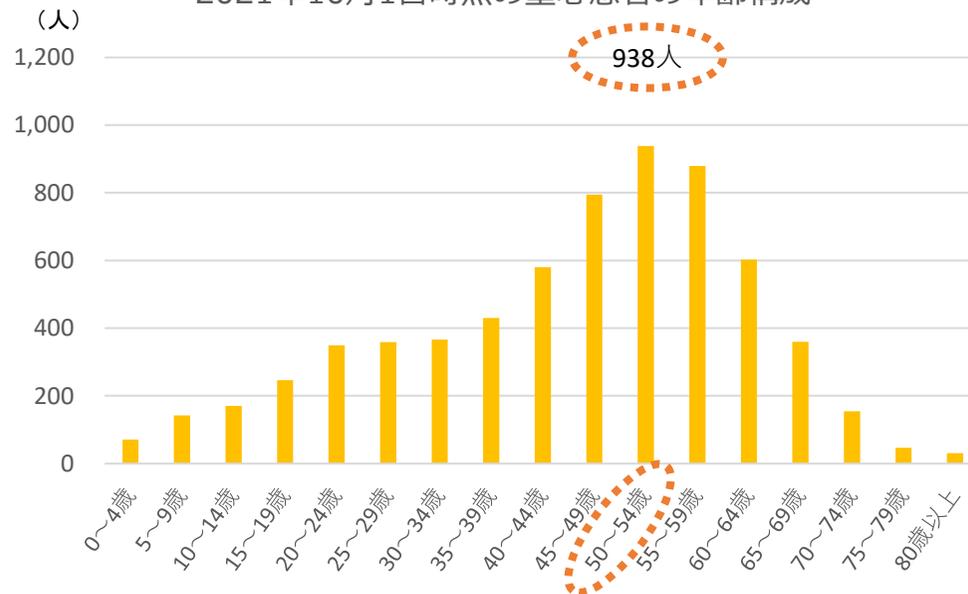
(平成27年)

2015年10月1日時点の重心患者の年齢構成



(令和3年)

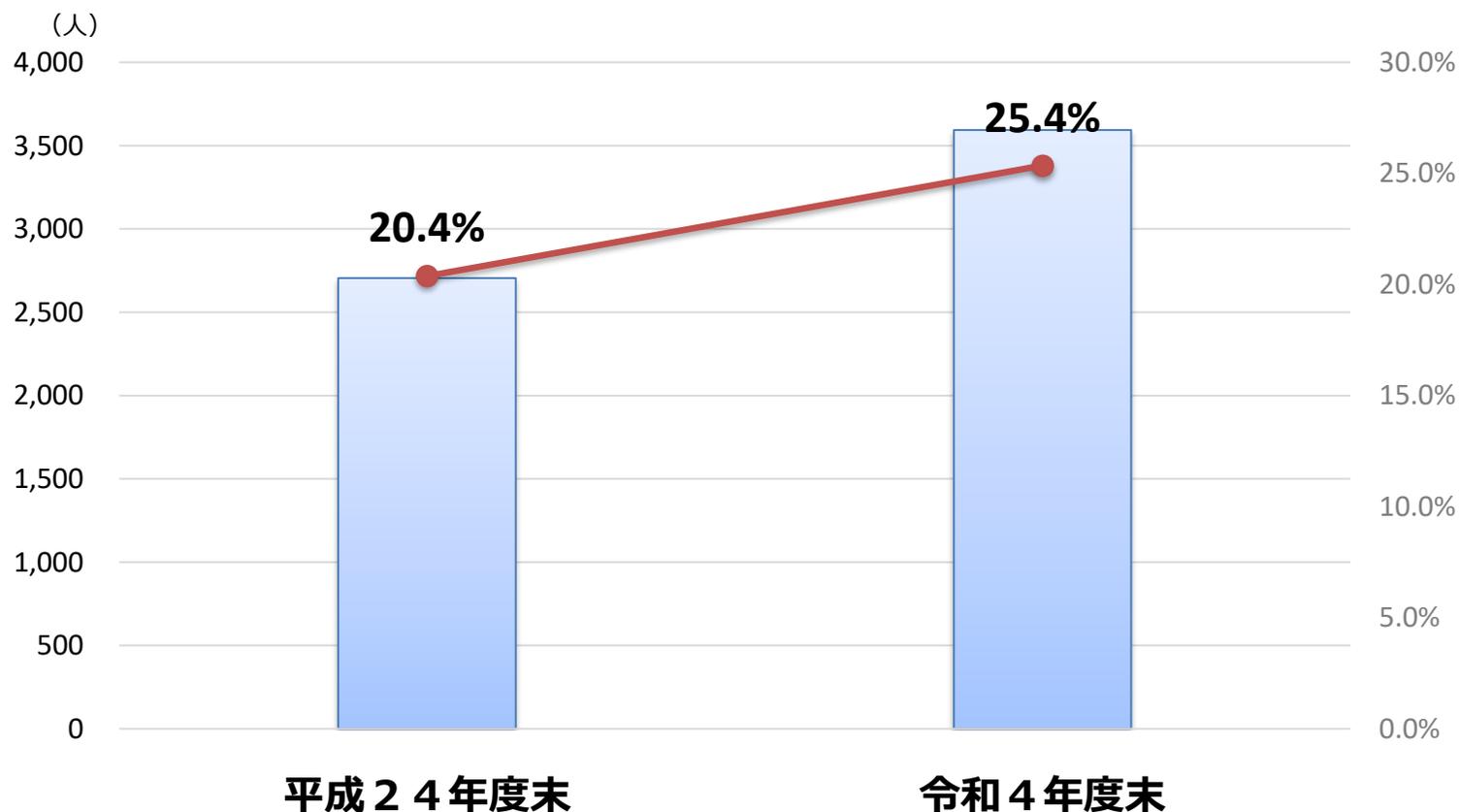
2021年10月1日時点の重心患者の年齢構成



出典：令和5年7月21日 厚生労働省障害保健福祉部 第30回障害福祉サービス等報酬改定検討チーム
ヒアリング資料3（独立行政法人国立病院機構）

(参考) 障害者施設等入院基本料病棟の人工呼吸器装着患者の増加について

障害者施設等入院基本料を取得している病棟の入院患者のうち人工呼吸器を装着している患者の割合は、平成24年度末には病棟の20.4%であったが、令和4年度末には病棟の25.4%となり、患者数とともに増加している。



左軸(棒グラフ): 障害者施設等入院基本料を取得している病棟の入院患者のうち人工呼吸器を装着している患者数(1日当たり)
右軸(折れ線グラフ): 障害者施設等入院基本料を取得している病棟の入院患者数に占める人工呼吸器床装着患者割合

出典: 令和5年7月21日 厚生労働省障害保健福祉部 第30回障害福祉サービス等報酬改定検討チーム
ヒアリング資料3 (独立行政法人国立病院機構)

(参考) 筋ジストロフィーの入院患者の高齢化・重症化について

筋ジストロフィーの入院患者についても、高齢化・重症化がみられる。

原 著

国内筋ジストロフィー専門入院施設における Duchenne 型筋ジストロフィーの病状と死因の経年変化 (1999 年～2012 年)

齊藤 利雄^{1)*} 多田羅勝義²⁾ 川井 充³⁾

要旨：1999～2012年の毎年10月1日時点で国内27筋ジストロフィー専門入院施設に入院中のDuchenne型筋ジストロフィー患者の病状と死因の経年変化を解析した。1999年は入院総数873例、平均年齢23.6歳、人工呼吸器装着率58.6%、経口摂取率は95.1%であったが、2012年には各々733例、30.1歳、86.1%、66.8%となった。胃瘻栄養例は経年的に増加した。死亡報告総数は521例で、死因の半数は心臓関連死であったが、死亡時平均年齢は2000年の26.7歳から2012年に32.4歳になった。集学的医療の効果によりDuchenne型筋ジストロフィーの寿命は延長している。

(臨床神経 2014;54:783-790)

Key words: 筋ジストロフィー専門入院施設, Duchenne 型筋ジストロフィー, 人工呼吸器, 集学的医療

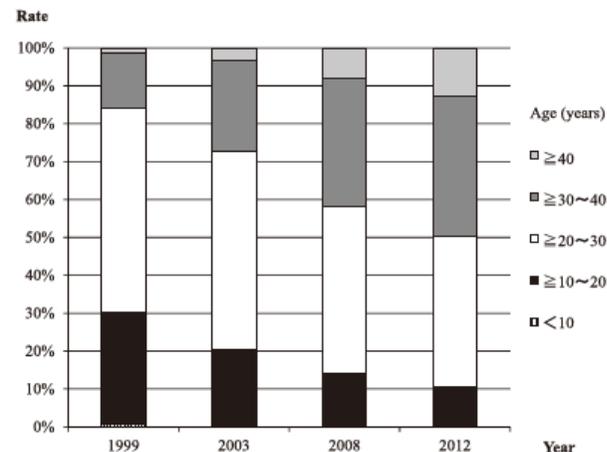


Fig. 2 Demographic changes in age distribution of inpatients with DMD.

| | DMD総数 | 平均年齢 (歳) | 呼吸器装着率 (%) | 経口摂取率 (%) |
|-------|-------|----------|------------|-----------|
| 1999年 | 873 | 23.6 | 58.6 | 96.1 |
| 2012年 | 733 | 30.1 | 86.1 | 66.8 |

死亡時平均年齢 26.7歳 (2000年) →32.4歳 (2012年)

出典：齊藤利雄, 多田羅勝義, 川井充「国内筋ジストロフィー専門入院施設におけるDuchenne型筋ジストロフィーの病状と死因の経年変化 (1999年～2012年)」『臨床神経』54巻10号, 2014, p.783-790

1. 国立病院機構（NHO）の概要

2. NHOが提供している医療

(1) 5疾病6事業等

(2) 重症心身障害、神経・筋疾患

(3) 結核

3. NHOの経営状況

4. NHOが担うべき医療や経営改善等の方向性

結核

※ 医療法病床数は令和6年4月1日現在

昭和22年4月に日本医療団の結核療養施設（93施設）が国立療養所に移管され運営を開始した以降、かつては国民病と言われ死亡原因の第1位であった結核医療の中心的役割を果たしてきたところであり、現在においても、ほぼ全ての都道府県で結核の入院医療機関として指定されるとともに、多剤耐性結核など難易度の高い結核に対応している。

| 結核病床を有する病院 | 医療法病床数 |
|------------|--------|
| 北海道医療 | 21 |
| 旭川医療 | 20 |
| 青森 | 33 |
| 盛岡医療 | 10 |
| あきた | 6 |
| 茨城東 | 10 |
| 宇都宮 | 30 |
| 渋川医療 | 46 |
| 東埼玉 | 80 |
| 千葉東 | 19 |
| 東京 | 50 |
| 神奈川 | 30 |
| 西新潟中央 | 30 |
| 甲府 | 6 |
| まつもと医療 | 21 |
| 富山 | 5 |
| 七尾 | 40 |
| 長良医療 | 18 |
| 天竜 | 8 |
| 東名古屋 | 40 |
| 三重中央 | 15 |
| 東近江総合医療 | 16 |
| 南京都 | 35 |
| 近畿中央呼吸器 | 40 |

| 結核病床を有する病院 | 医療法病床数 |
|------------|--------------|
| 兵庫中央 | 10 |
| 奈良医療 | 30 |
| 和歌山 | 15 |
| 松江医療 | 6 |
| 南岡山医療 | 25 |
| 東広島医療 | 16 |
| 山口宇部医療 | 30 |
| とくしま医療東病院 | 20 |
| 高松医療 | 12 |
| 愛媛医療 | 16 |
| 高知 | 22 |
| 大牟田 | 20 |
| 福岡東医療 | 38 |
| 東佐賀 | 30 |
| 熊本南 | 22 |
| 西別府 | 10 |
| 宮崎東 | 54 |
| 沖縄 | 30 |
| 全国 | 1,035 |

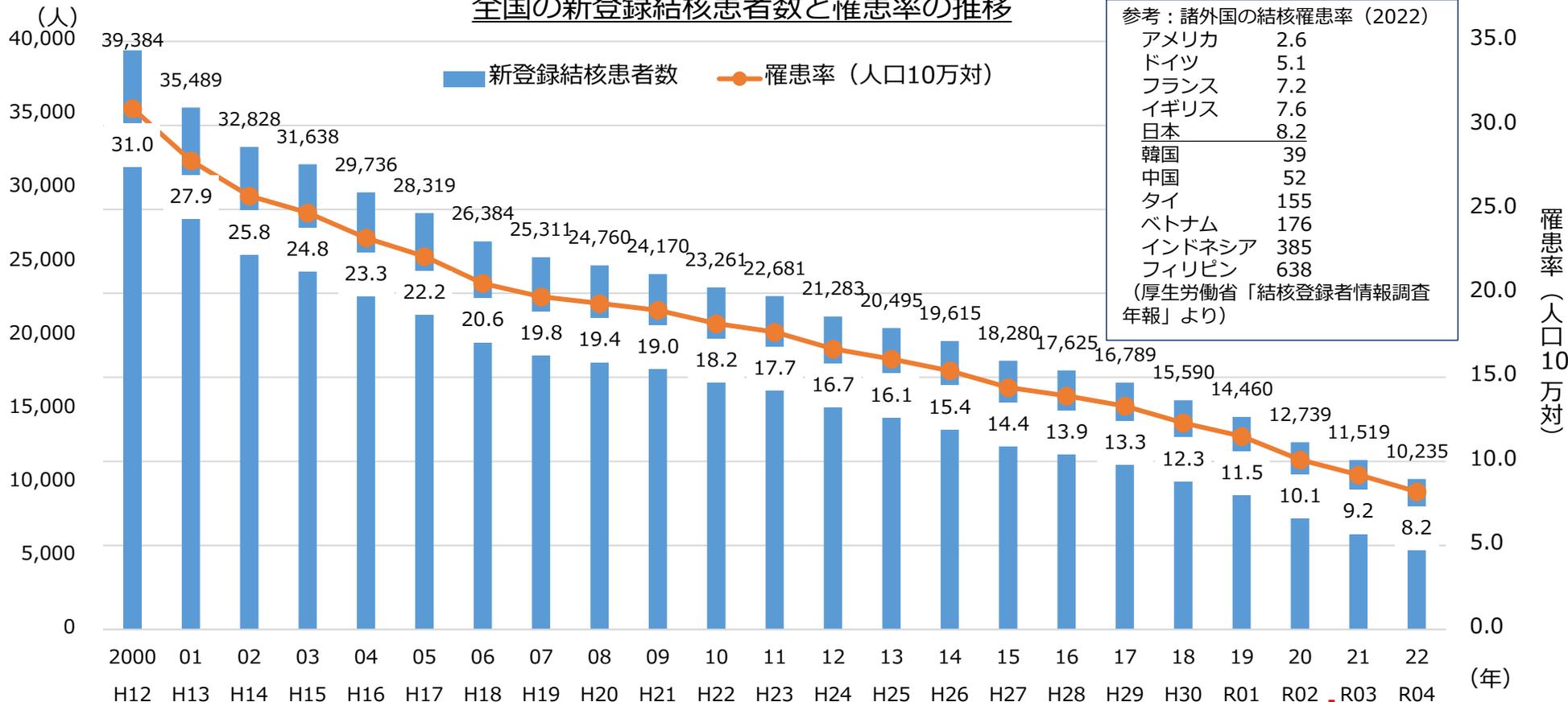
※ 結核病床を有する病院数は42病院

結核医療の現状

長年、結核のまん延国と位置付けられてきた日本の患者数が減少し、2021年の統計で罹患率（人口10万対）が9.2となり、初めて欧米並みの「結核低まん延国」となった。

（公益財団法人結核予防会「結核の統計」より）

全国の新登録結核患者数と罹患率の推移



参考：諸外国の結核罹患率（2022）

| | |
|--------|-----|
| アメリカ | 2.6 |
| ドイツ | 5.1 |
| フランス | 7.2 |
| イギリス | 7.6 |
| 日本 | 8.2 |
| 韓国 | 39 |
| 中国 | 52 |
| タイ | 155 |
| ベトナム | 176 |
| インドネシア | 385 |
| フィリピン | 638 |

（厚生労働省「結核登録者情報調査年報」より）

H16「結核に関する特定感染症予防指針」策定

H17「医療計画における結核病床の基準病床数の算定について」

H19結核予防法が感染症法に統合

H23「結核に関する特定感染症予防指針」改正

H28「結核に関する特定感染症予防指針」改正

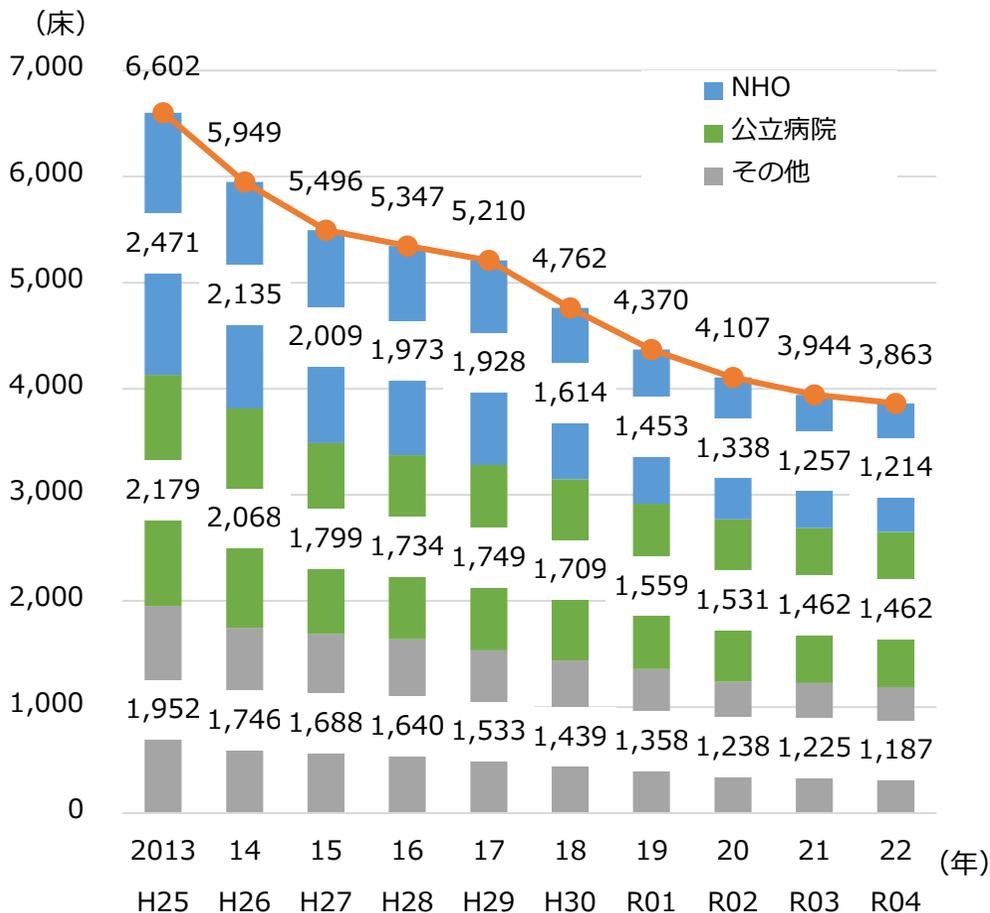
結核低まん延国

※世界保健機関（WHO）が定める基準で、人口10万人あたりの結核罹患率が10未満を結核低まん延と定義。

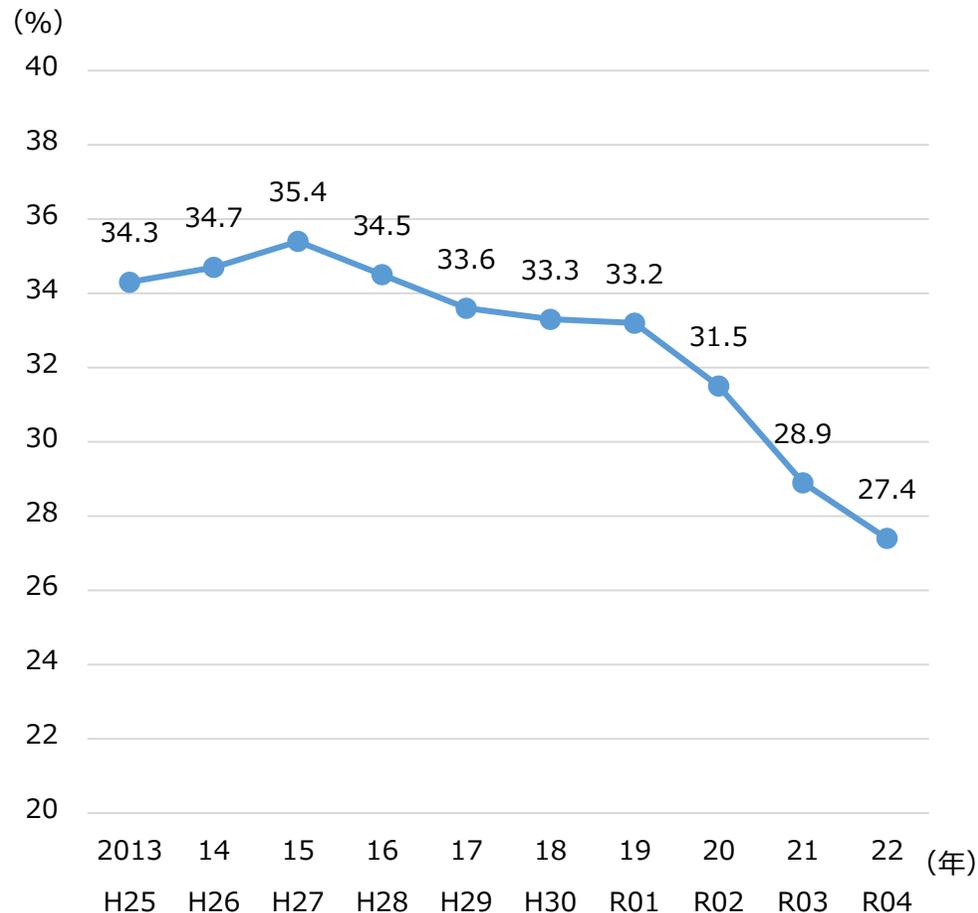
結核医療の現状

(厚生労働省 医療施設調査・病院報告より)

全国の結核病床数の推移（開設者別）



全国の結核病床利用率の推移

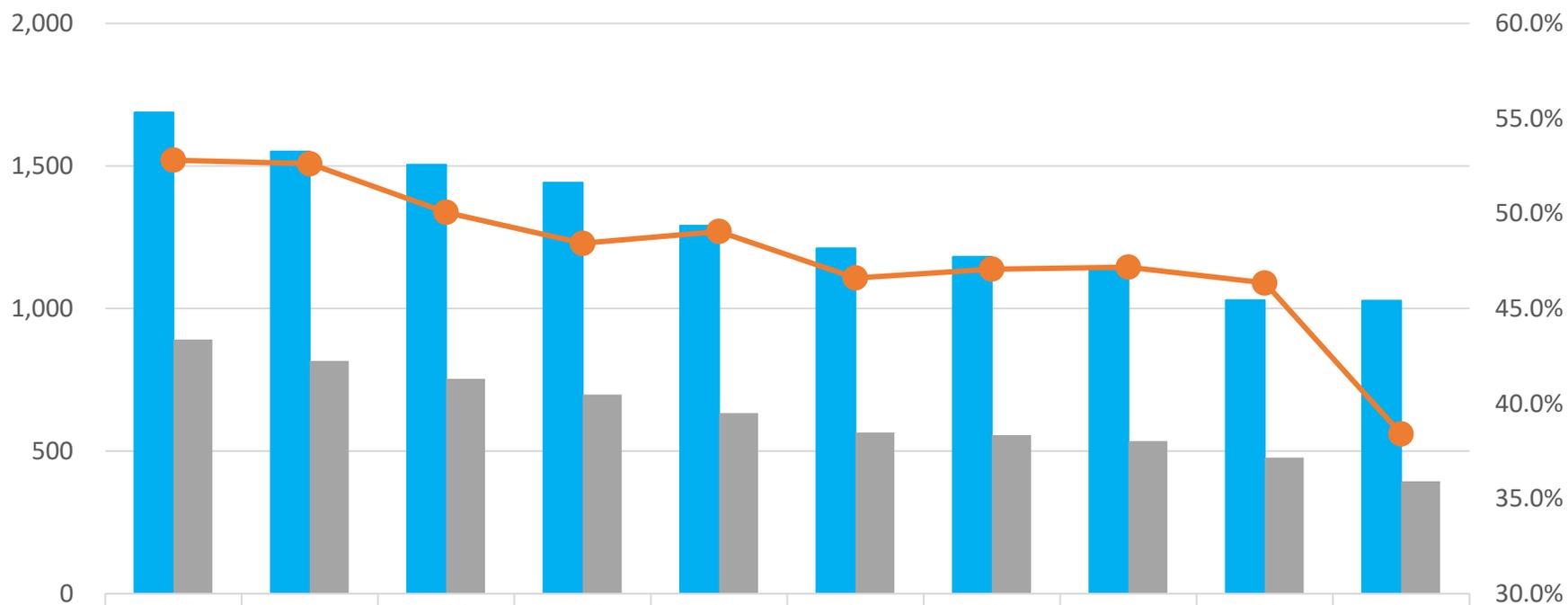


- 各年10月1日時点。
- 公立病院…都道府県、市町村、地方独立行政法人
- その他…国立大学法人、JCHO、日赤、済生会、厚生連、社会保険関係団体、医療法人等

NHO病院における結核病棟の状況

- 入院患者数は一貫して減少傾向。
- 病床利用率は極めて低い状況。

【運営病床数、一日平均入院患者数、病床利用率】



| | | | | | | | | | | |
|-----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 運営病床数 | 1,688 | 1,551 | 1,505 | 1,442 | 1,291 | 1,212 | 1,182 | 1,134 | 1,029 | 1,027 |
| 一日平均入院患者数 | 891.3 | 816.1 | 753.4 | 698.3 | 633.3 | 564.9 | 556.4 | 535.0 | 476.9 | 394.4 |
| 病床利用率 | 52.8% | 52.6% | 50.1% | 48.4% | 49.1% | 46.6% | 47.1% | 47.2% | 46.3% | 38.4% |

1. 国立病院機構（NHO）の概要

2. NHOが提供している医療

(1) 5疾病6事業等

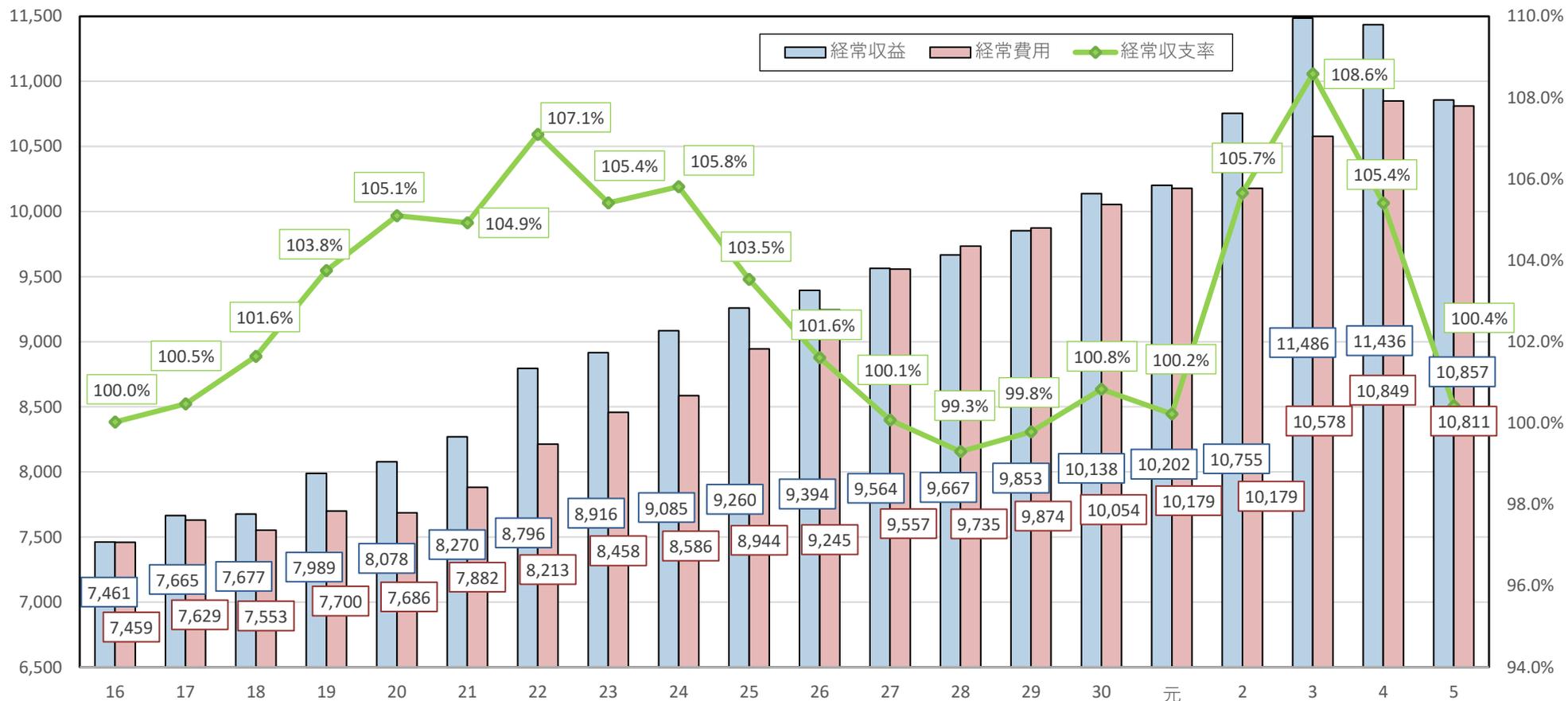
(2) 重症心身障害、神経・筋疾患

(3) 結核

3. NHOの経営状況

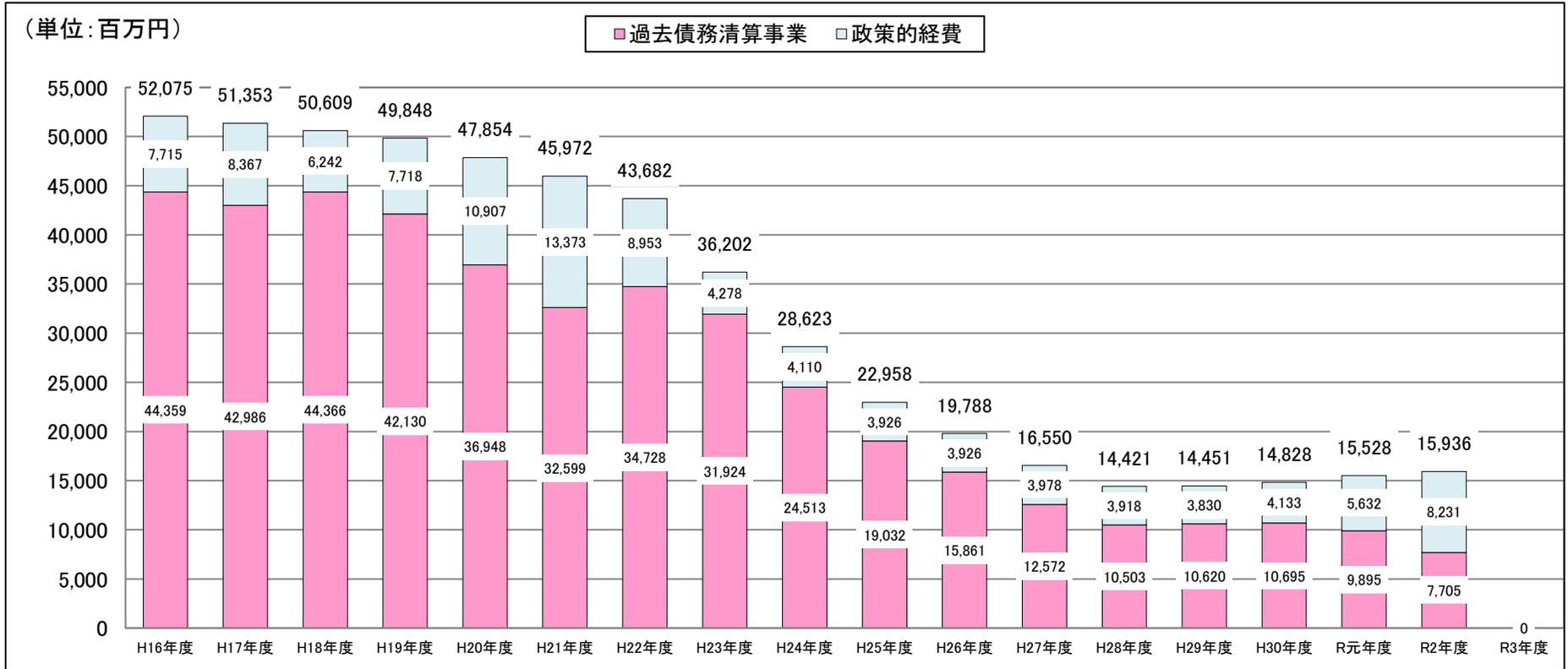
4. NHOが担うべき医療や経営改善等の方向性

経常収支及び経常収支率の推移



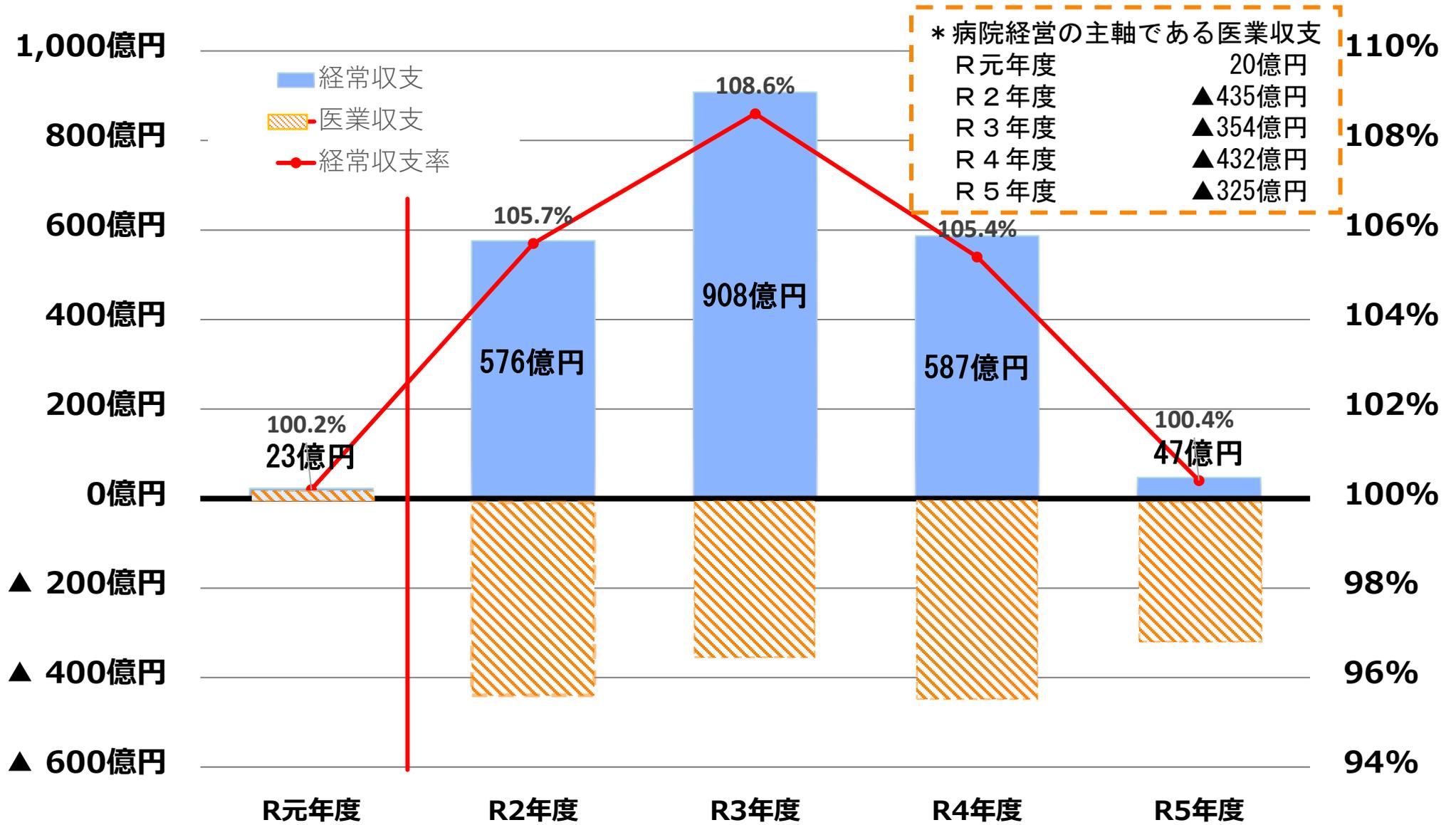
| | 16実績 | 17実績 | 18実績 | 19実績 | 20実績 | 21実績 | 22実績 | 23実績 | 24実績 | 25実績 | 26実績 | 27実績 | 28実績 | 29実績 | 30実績 | 01実績 | 02実績 | 03実績 | 04実績 | 05実績 |
|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 経常収益 | 7,461 | 7,665 | 7,677 | 7,989 | 8,078 | 8,270 | 8,796 | 8,916 | 9,085 | 9,260 | 9,394 | 9,564 | 9,667 | 9,853 | 10,138 | 10,202 | 10,755 | 11,486 | 11,436 | 10,857 |
| 経常費用 | 7,459 | 7,629 | 7,553 | 7,700 | 7,686 | 7,882 | 8,213 | 8,458 | 8,586 | 8,944 | 9,245 | 9,557 | 9,735 | 9,874 | 10,054 | 10,179 | 10,179 | 10,578 | 10,849 | 10,811 |
| 経常利益 | 2 | 36 | 124 | 289 | 392 | 388 | 583 | 458 | 498 | 317 | 149 | 8 | △68 | △22 | 84 | 23 | 576 | 908 | 587 | 47 |
| 経常収支率 | 100.0% | 100.5% | 101.6% | 103.8% | 105.1% | 104.9% | 107.1% | 105.4% | 105.8% | 103.5% | 101.6% | 100.1% | 99.3% | 99.8% | 100.8% | 100.2% | 105.7% | 108.6% | 105.4% | 100.4% |

運営費交付金予算額の推移



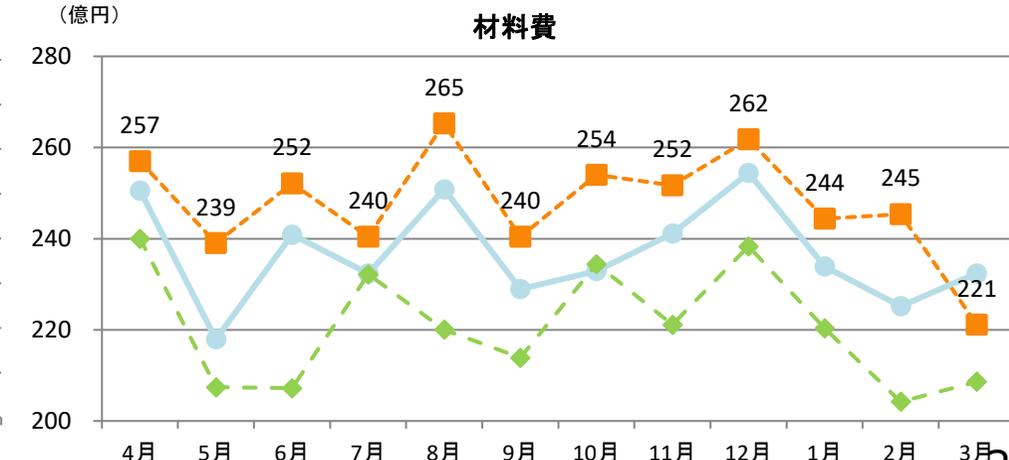
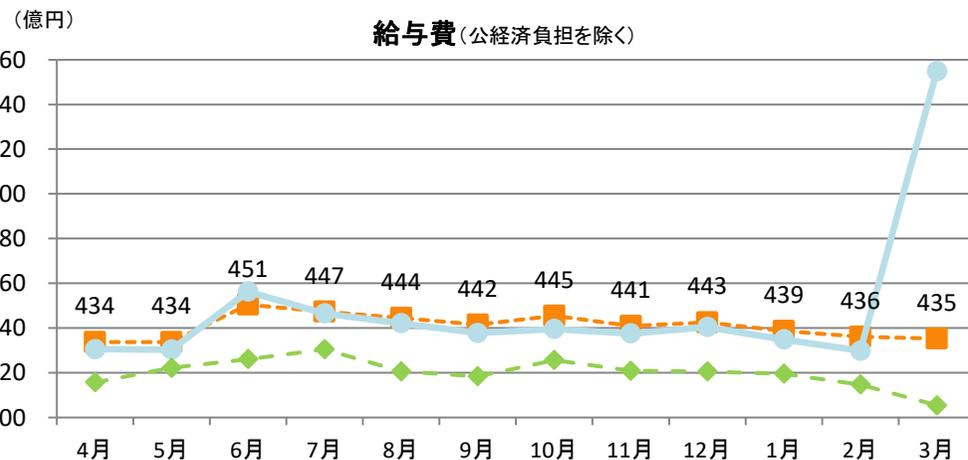
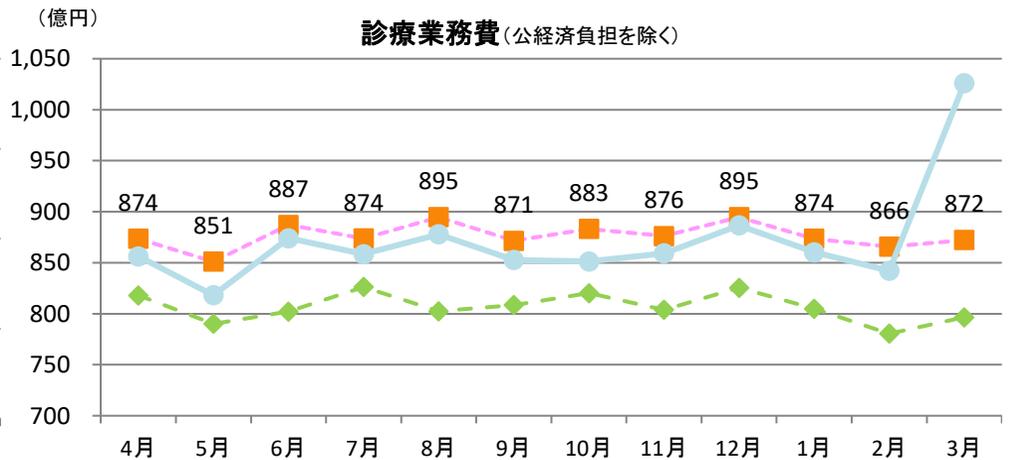
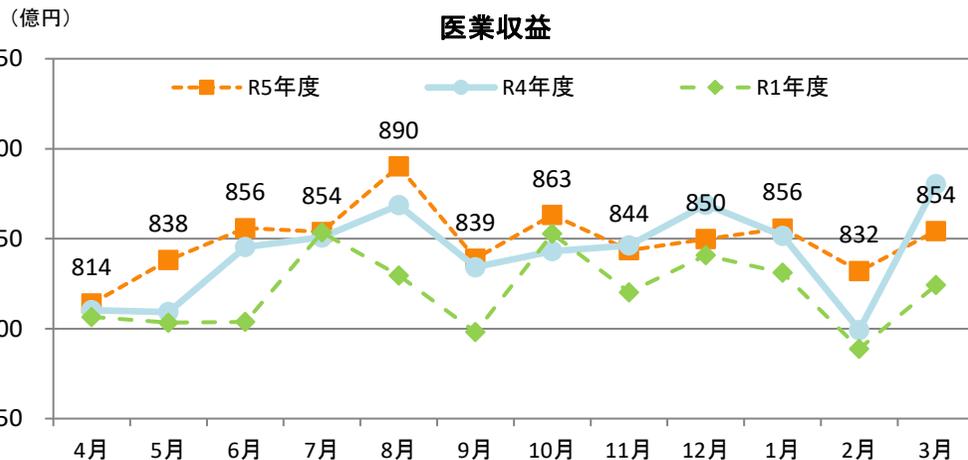
| 区 分 | H16年度 | H17年度 | H18年度 | H19年度 | H20年度 | H21年度 | H22年度 | H23年度 | H24年度 | H25年度 | H26年度 | H27年度 | H28年度 | H29年度 | H30年度 | R元年度 | R2年度 | R3年度 |
|-----------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| 政策的経費 | 7,715 | 8,367 | 6,242 | 7,718 | 10,907 | 13,373 | 8,953 | 4,278 | 4,110 | 3,926 | 3,926 | 3,978 | 3,918 | 3,830 | 4,133 | 5,632 | 8,231 | 0 |
| 診療事業 | 4,059 | 4,296 | 3,161 | 4,624 | 6,973 | 7,524 | 4,898 | 223 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 教育研修事業 | 31 | 31 | 17 | 20 | 19 | 1,102 | 629 | 629 | 646 | 646 | 646 | 151 | 148 | 148 | 182 | 180 | 179 | 0 |
| 臨床研究事業 | 3,625 | 4,041 | 3,065 | 3,074 | 3,527 | 4,237 | 3,074 | 3,074 | 3,074 | 3,074 | 3,074 | 3,074 | 3,028 | 2,778 | 2,966 | 5,030 | 6,740 | 0 |
| その他の事業 | 0 | 0 | 0 | 0 | 388 | 509 | 352 | 352 | 390 | 206 | 206 | 753 | 742 | 904 | 984 | 422 | 1,312 | 0 |
| 過去債務清算事業 | 44,359 | 42,986 | 44,366 | 42,130 | 36,948 | 32,599 | 34,728 | 31,924 | 24,513 | 19,032 | 15,861 | 12,572 | 10,503 | 10,620 | 10,695 | 9,895 | 7,705 | 0 |
| 退職給付費用 | 44,359 | 42,986 | 43,910 | 41,896 | 36,563 | 32,491 | 34,728 | 31,655 | 24,464 | 18,983 | 15,812 | 12,493 | 10,500 | 10,499 | 10,647 | 9,895 | 7,705 | 0 |
| 医療廃棄物処理費用 | 0 | 0 | 456 | 234 | 384 | 109 | 0 | 270 | 49 | 49 | 49 | 79 | 3 | 121 | 48 | 0 | 0 | 0 |
| 計 | 52,075 | 51,353 | 50,609 | 49,848 | 47,854 | 45,972 | 43,682 | 36,202 | 28,623 | 22,958 | 19,788 | 16,550 | 14,421 | 14,451 | 14,828 | 15,528 | 15,936 | 0 |
| 対前年度割合 | - | ▲1.4% | ▲1.4% | ▲1.5% | ▲4.0% | ▲3.9% | ▲5.0% | ▲17.1% | ▲20.9% | ▲19.8% | ▲13.8% | ▲16.4% | ▲12.9% | 0.2% | 2.6% | 4.7% | 2.6% | ▲100.0% |

経常収支の推移（令和元年度→令和5年度）



令和5年4月～令和6年3月までの医業収益・費用の推移

- 年間を通じて、医業収益は、入外共に診療単価の上昇などにより対前年度で増収となっているものの、一方で診療単価の上昇に伴う医薬品費を含む材料費の増加などを要因として、診療業務費も増加しており、令和5年度の医業収支は325億円の赤字となっている（対令和4年度では令和5年3月の臨時特別一時金支給の影響で+107億円）。

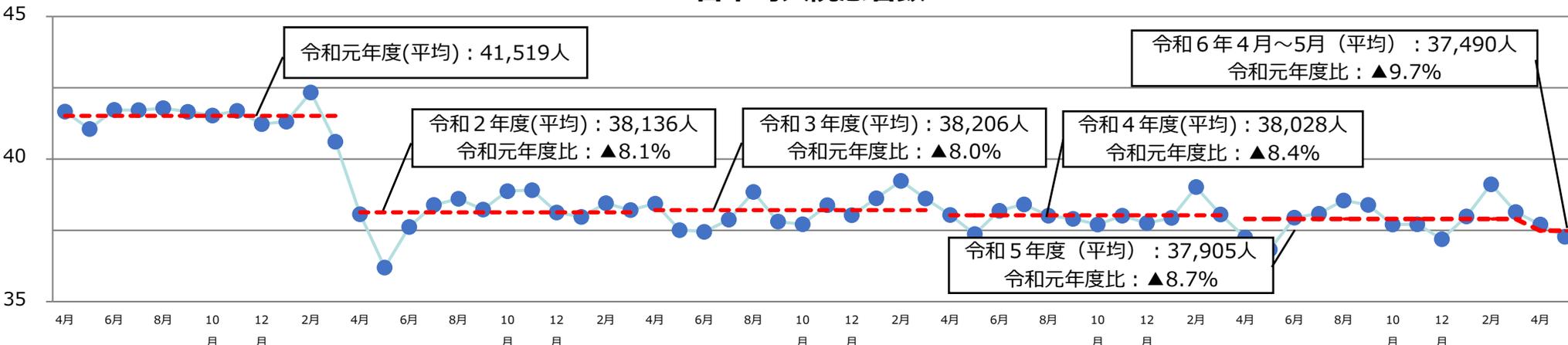


令和元年4月～令和6年5月までの患者数の推移

○ 令和5年度以降、新型コロナウイルスが5類に移行した後も患者数が戻らず、入院・外来ともにコロナ前の令和元年度と比較して減少している。

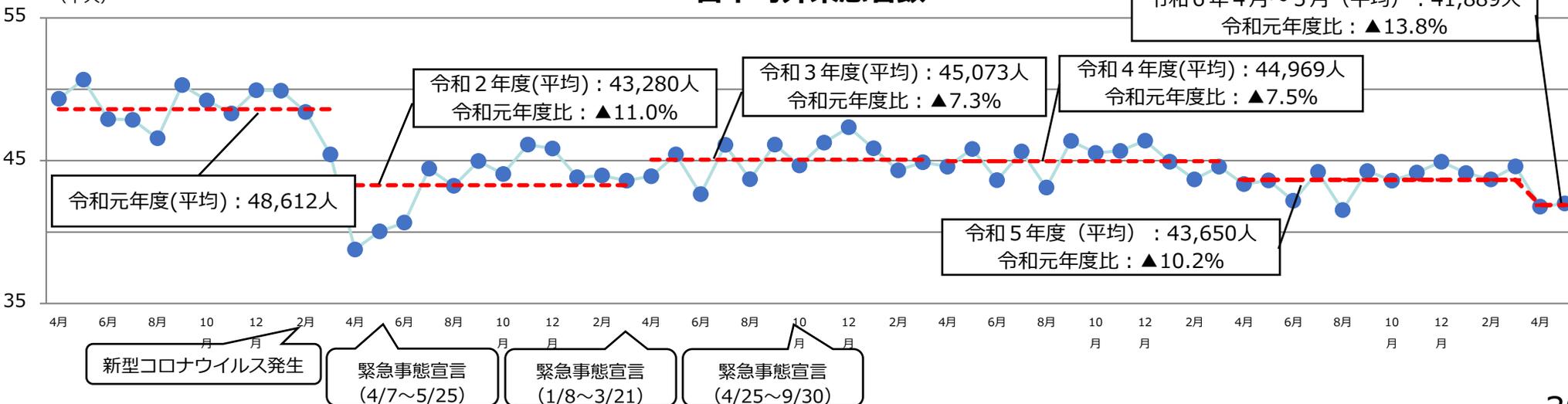
(千人)

一日平均入院患者数

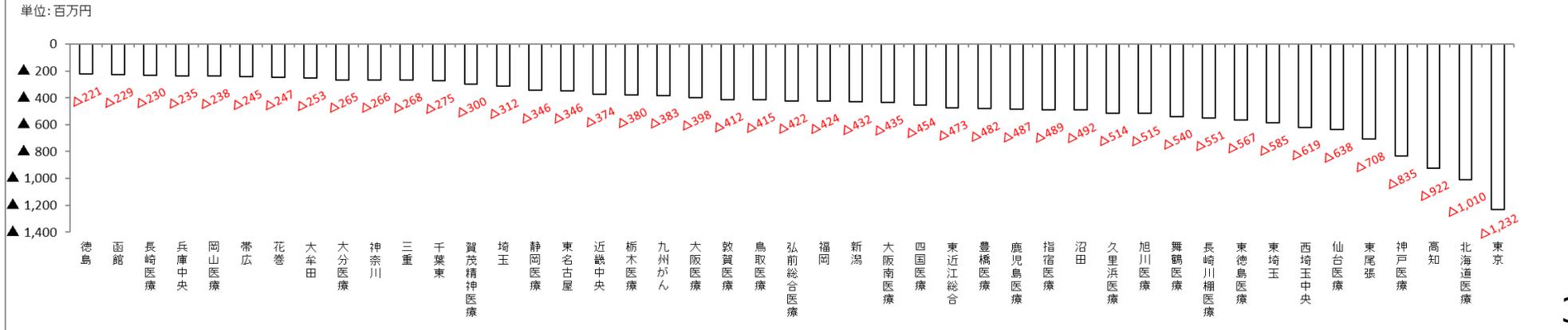
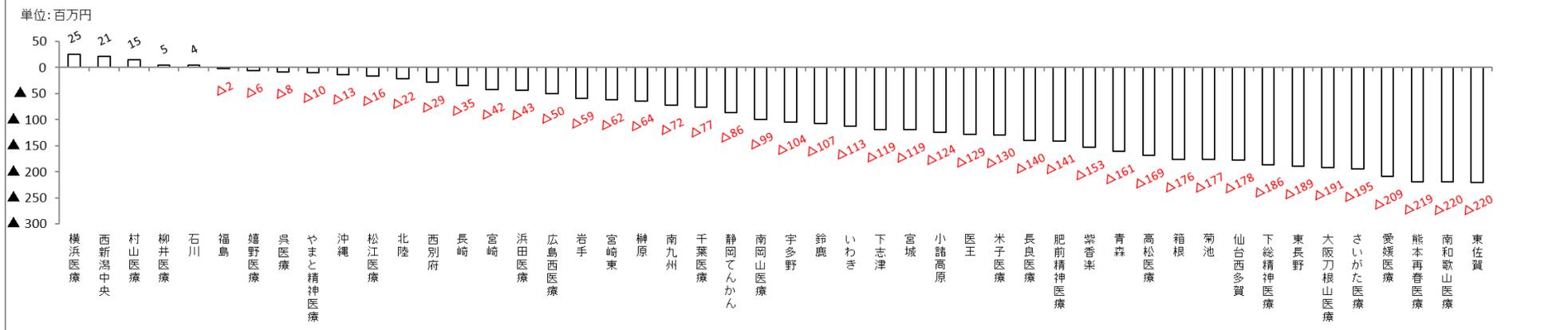
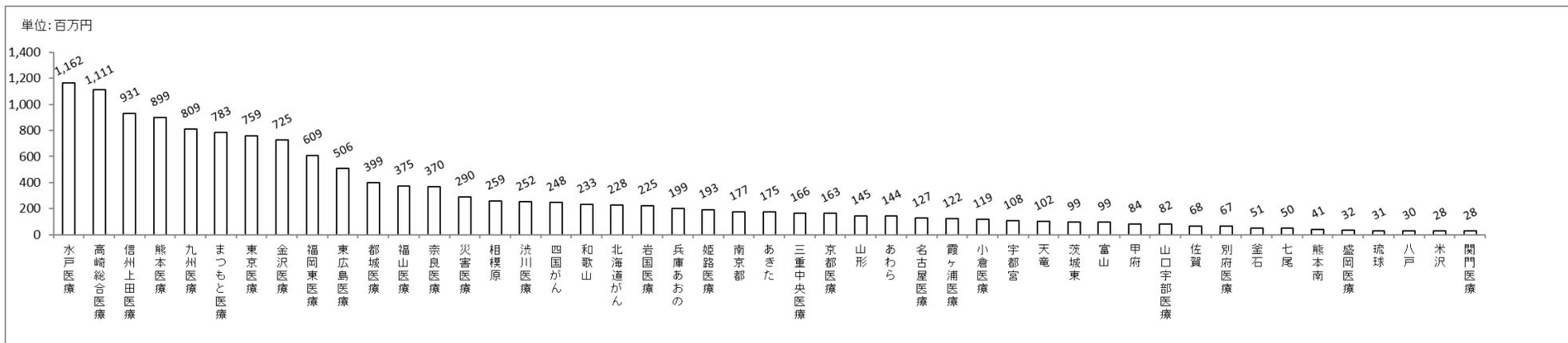


(千人)

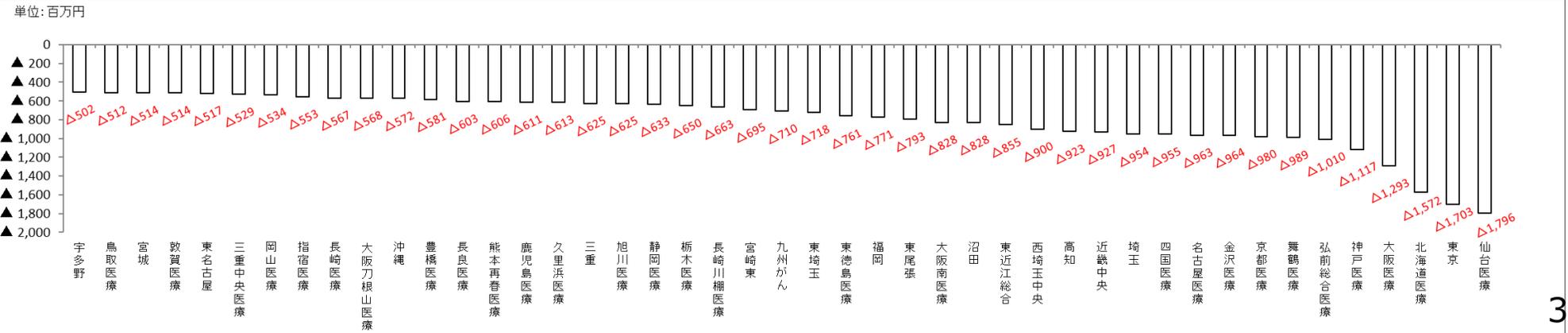
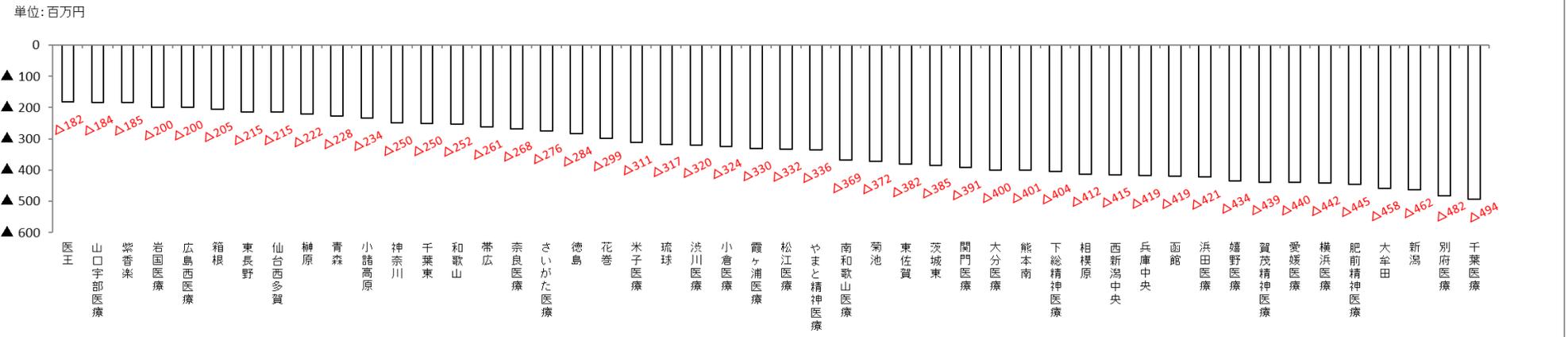
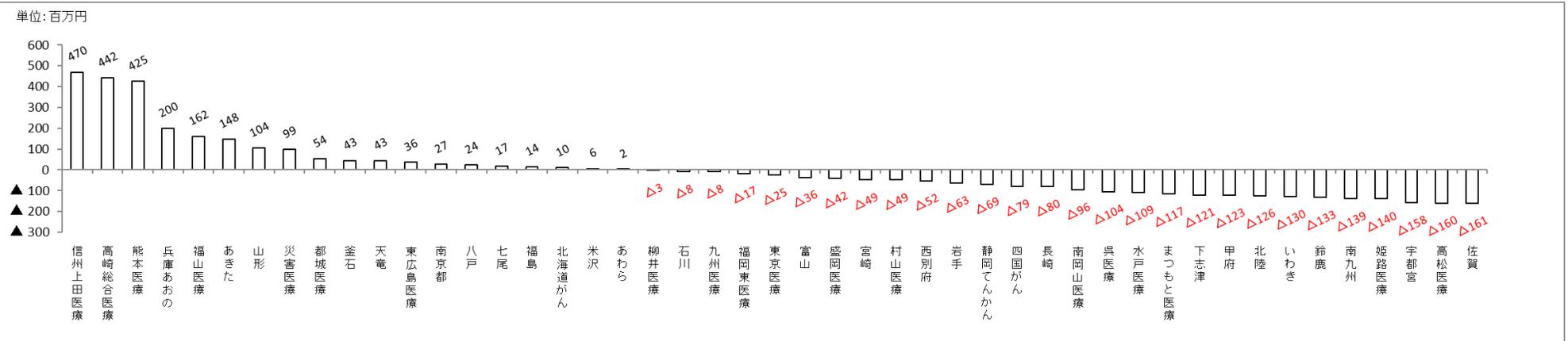
一日平均外来患者数



令和5年度の各病院の経常収支



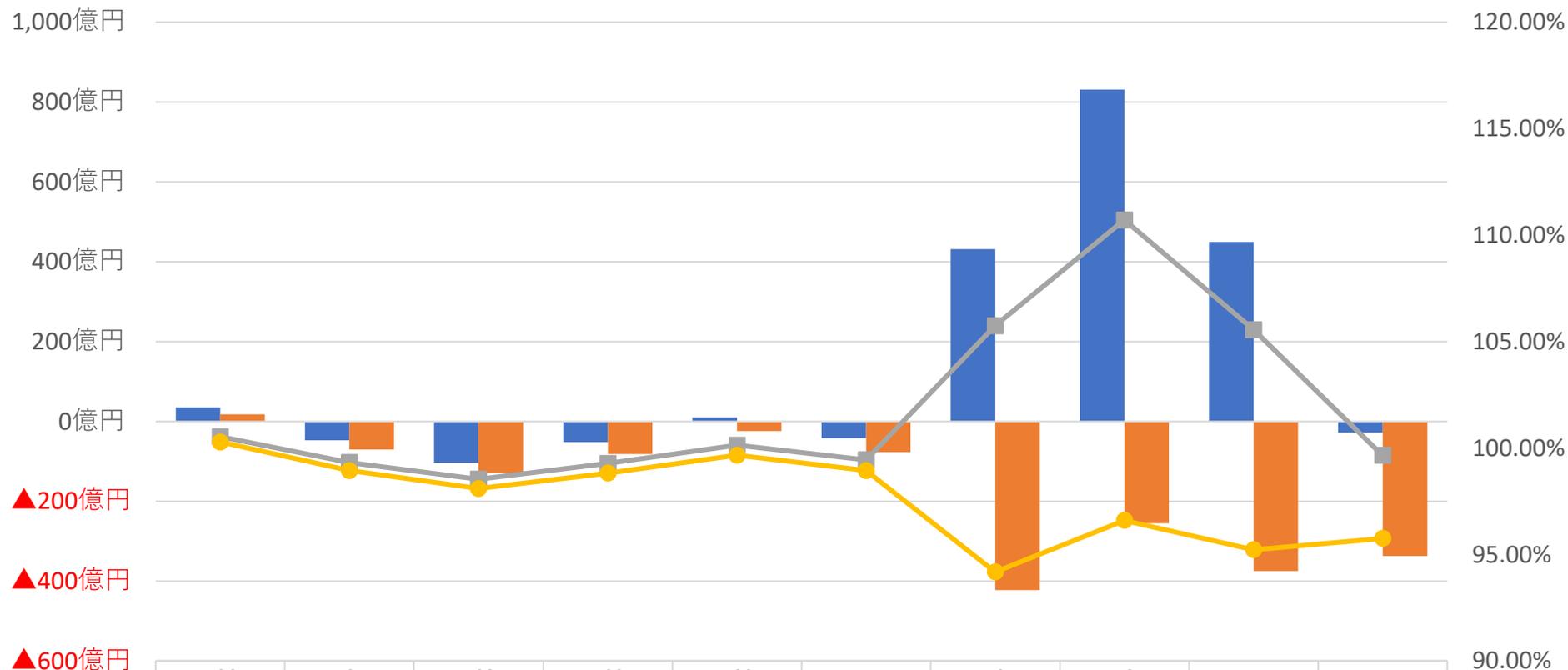
令和5年度の各病院の医業収支



NHO病院の経常収支及び医業収支（一般1～4）

- 【医業収支】H26を除きR1以前は継続的な赤字の状況、R2以降はコロナの影響で一段と赤字幅が拡大。
- 【経常収支】直近の10年間で赤字と黒字が一進一退の状況、R2以降は補助金により大幅黒字となるが、R5は補助金の減少に伴い、経常赤字に転落。

【NHO病院の経常収支及び医業収支（一般1～4 69病院）】

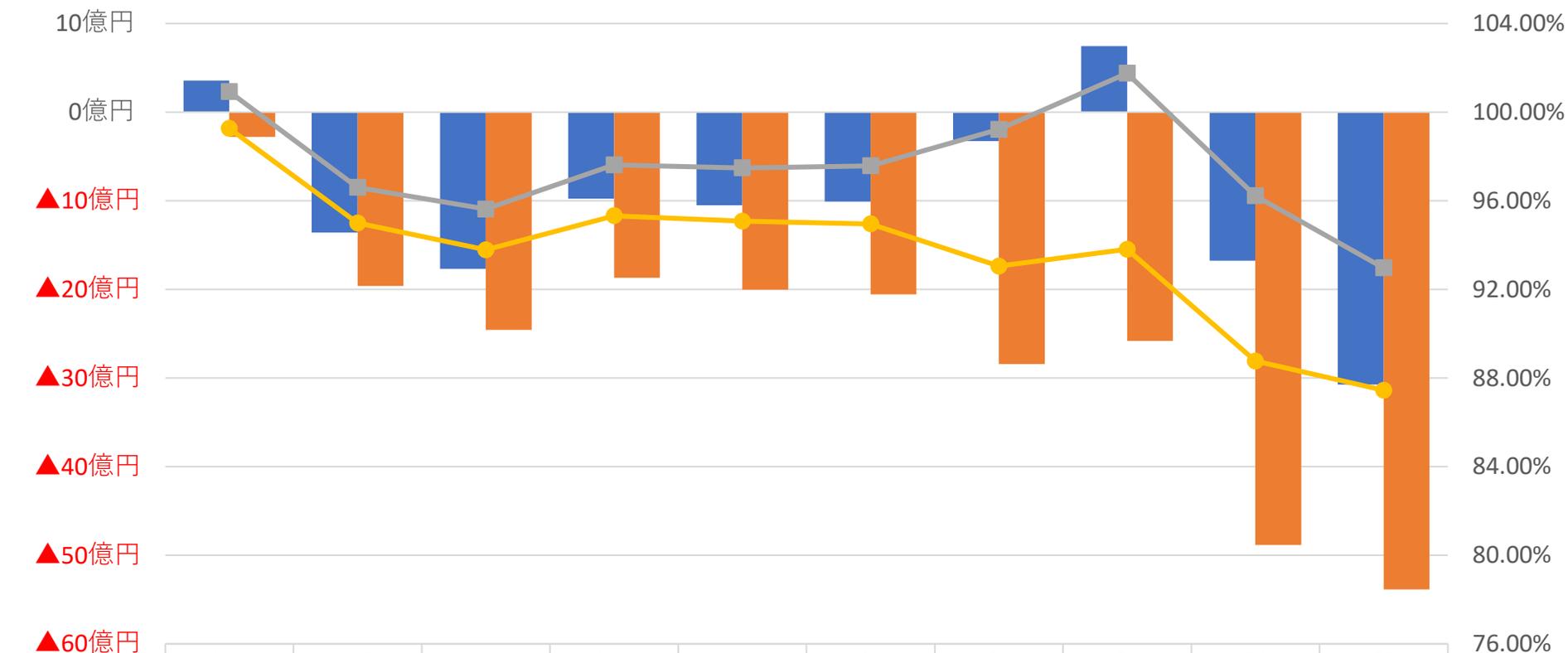


| | H26 | H27 | H28 | H29 | H30 | R1 | R2 | R3 | R4 | R5 |
|---------|---------|----------|-----------|----------|----------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| ■ 経常収支 | 35.12億円 | ▲47.16億円 | ▲103.20億円 | ▲51.98億円 | 9.92億円 | ▲41.88億円 | 431.65億円 | 831.35億円 | 449.76億円 | ▲28.01億円 |
| ■ 医業収支 | 18.00億円 | ▲70.40億円 | ▲129.40億円 | ▲81.70億円 | ▲23.92億円 | ▲76.94億円 | ▲422.97億円 | ▲255.46億円 | ▲375.00億円 | ▲337.04億円 |
| ■ 経常収支率 | 100.53% | 99.32% | 98.54% | 99.28% | 100.14% | 99.44% | 105.75% | 110.72% | 105.56% | 99.66% |
| ■ 医業収支率 | 100.28% | 98.94% | 98.09% | 98.82% | 99.66% | 98.94% | 94.18% | 96.60% | 95.22% | 95.75% |

NHO病院の経常収支及び医業収支（精神）

- 【医業収支】直近の10年間で、継続して赤字である中、R2以降はコロナの影響で赤字幅が拡大し、R4以降が一段と顕著。
- 【経常収支】令和3年度は一時的に黒字となったが、令和4年度以降は医業収支の赤字拡大に伴い経常赤字に逆戻りし、その幅を拡大。

【NHO病院の経常収支及び医業収支（精神 14病院）】

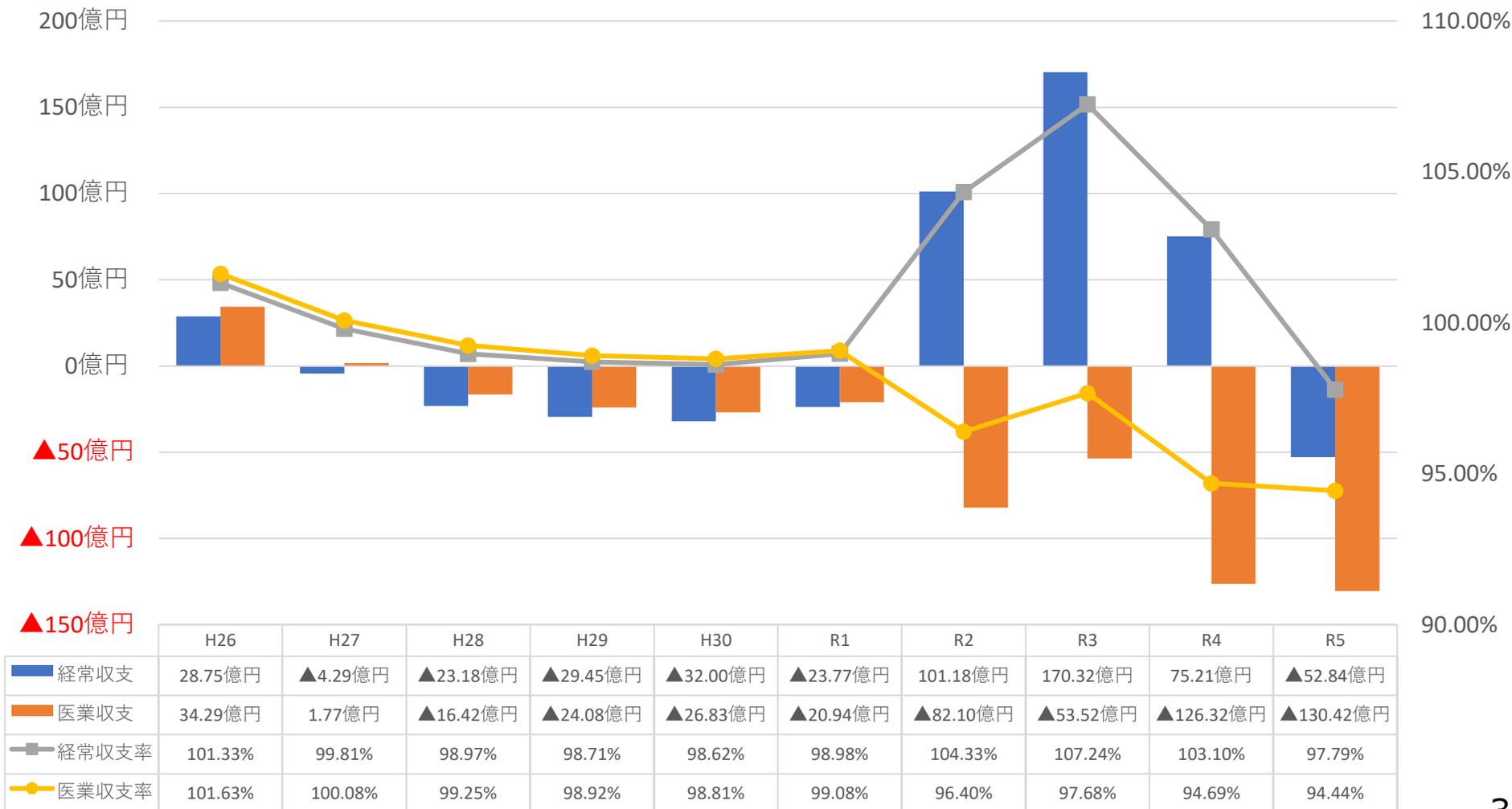


| | H26 | H27 | H28 | H29 | H30 | R1 | R2 | R3 | R4 | R5 |
|-------|---------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 経常収支 | 3.55億円 | ▲13.60億円 | ▲17.68億円 | ▲9.77億円 | ▲10.51億円 | ▲10.10億円 | ▲3.27億円 | 7.43億円 | ▲16.76億円 | ▲30.73億円 |
| 医業収支 | ▲2.81億円 | ▲19.63億円 | ▲24.58億円 | ▲18.71億円 | ▲20.02億円 | ▲20.58億円 | ▲28.44億円 | ▲25.81億円 | ▲48.84億円 | ▲53.87億円 |
| 経常収支率 | 100.92% | 96.60% | 95.62% | 97.61% | 97.48% | 97.57% | 99.22% | 101.75% | 96.22% | 92.97% |
| 医業収支率 | 99.26% | 94.99% | 93.78% | 95.32% | 95.07% | 94.95% | 93.05% | 93.80% | 88.76% | 87.44% |

NHO病院の経常収支及び医業収支（障害1～2）

- 【医業収支】H26以降黒字が減少傾向となりH28より継続して赤字の状況、R2以降はコロナの影響で一段と赤字幅が拡大。
- 【経常収支】H26を除きR1以前は継続的な赤字の状況、R2以降コロナ補助金により黒字に戻したが、R5は補助金の減少に伴い、経常赤字に逆戻り。

【NHO病院の経常収支及び医業収支（障害1～2 56病院）】



経営改善の取り組み

① K P I の活用

- 一般病床中心病院の経営改善を図るため、各病院が把握しやすいデータであって、経営改善を図る上で最も効果が高い代表的なK P I (※) を本部において整理。

(※) 病床利用率、修正人件費等比率 $((\text{人件費} + \text{委託費}) / (\text{医業収益} - \text{材料費}))$ など

- 各病院の月次決算評価会等において、K P I の推移と現状についての情報共有、評価、分析を実施し、各指標改善のための具体的方策についての討議、方針の決定を行うことを依頼。
- 本部に設置した経営改善推進委員会においても、各病院のK P I の推移を把握、議論。

② 重点支援病院

- K P I の活用によるN H O全体の自律的な底上げと併せて、個別に経営改善を目指す1 2病院を一般病床中心病院の中から指定。
- 指定を受けた病院については、
 - ・ 本部・グループや本部顧問による病院訪問等の実施
 - ・ 院長が本部の経営改善推進委員会に出席し、取り組み状況を報告、討議を行い、病院と本部・グループが力を合わせて経営改善に取り組む体制を構築。

建物・医療機器等の整備状況

①建物・医療機器等整備の背景

- 国立病院機構における建物・医療機器等について、その多くを財政融資により長期借入金をもとに整備し、毎年度、自らの収益から返済をしており、各病院における建物・医療機器等の整備は当該病院の収入により賄うことを前提としている。
- 国立病院機構では、国から約7,600億円の長期借入負債を承継し、こうした債務償還が独立行政法人移行後の建物・医療機器等の整備に影響を与えてきている。

②建物整備の状況

- 国立病院機構における建物整備について
 - ・ 独立行政法人移行当初は国から承継した債務の償還を優先しつつ、平成21年度、22年度の政府出資金によって老朽化した重心、筋ジス及び精神病棟の建替による機能維持等を図ってきた
 - ・ しかし、平成29年度以降は悪化した経営状況を踏まえ、新たな建替等整備は行わず、老朽化対応等機能維持のため最低限の整備に抑制してきたが、それでも毎年度50億円から100億円程度の整備を実施している
- 現在、国立病院機構140病院の約半数の外来棟が法定耐用年数である築39年を超え、経年による老朽化のためその維持管理が課題となっているが、仮にこれらを建替えた場合は少なくとも8,000億円超が必要となる。更に、旧耐震基準の建物も多く残っている。

建物・医療機器等の整備状況

③ 医療機器整備の状況

- 国立病院機構における医療機器整備について、
 - ・ 医療の高度化等にも対応しつつ病院機能を維持するためには必須であることから、既存機器の更新を中心に毎年150億円から200億円超の整備を行っている
 - ・ 一方で、CT、MRIのような大型医療機器については、導入時に稼働見込み等を検証しても当初の見込み通り稼働できないものが一定数生じ、経営の重荷となっている。

1. 国立病院機構（NHO）の概要

2. NHOが提供している医療

(1) 5疾病6事業等

(2) 重症心身障害、神経・筋疾患

(3) 結核

3. NHOの経営状況

4. NHOが担うべき医療や経営改善等の方向性

NHOが担うべき医療や経営改善等の方向性

(5疾病6事業等)

- 各病院において、自院が果たすべき地域における役割を踏まえ、ニーズに応じた医療を提供するとともに、NHO病院の経営の健全化に努める。
- 災害医療や新興感染症対応など、広域的な対応が求められる医療の提供については、全国に病院を有するNHOのネットワークを生かしながら、引き続き積極的に取り組んでいく。
- コロナ後の患者数の減少、高齢化の進展等の医療ニーズの変化、地域の医療提供体制の状況等を踏まえ、必要に応じて、病院の規模・機能を見直すとともに、再編・統合も含めて検討していく。

(重症心身障害、神経・筋疾患)

- 引き続き、確実に入院医療を提供していく。
- さらに、時代の要請や個々の患者の希望に合わせた医療を提供する観点から、地域移行のニーズへ対応するため、在宅療養支援に向けた機能を強化していく。

(結核)

- モデル病床（国の結核患者収容モデル事業）の活用を含め効率的な病床運用を検討するとともに、NHO内外で著しく低い病床利用率であることや地域におけるニーズを踏まえ、NHOが有する結核病床の在り方を検討していく。

NHOが担うべき医療や経営改善等の方向性

(経営改善)

- 運営費交付金が皆減された中、今後もNHOに求められる役割を果たしていくため、法人全体として自収自弁の経営を行う必要がある。
- 救急受入体制の強化や地域の医療機関との連携等を通じて、さらに経営改善に取り組んでいくとともに、本部においても、個別の病院に対する支援をさらに推進する。
- あわせて、医薬品費を含む材料費の増加などに対応するため、NHO病院のスケールメリットを活かした費用削減や業務効率化に取り組んでいく。

(投資)

- 建物・医療機器等の整備は、医療を提供する上で不可欠であるものの、多額の資金を要し法人経営にも影響を与える。このため、これまで以上に限られた資源を効果的に投入する必要がある。
- これまで建物・医療機器等の整備は、経営状況等を踏まえ抑制的に行ってきたが、投資効果に着目した整備を計画的に取り組んでいく。

国立病院機構における災害・新興感染症 対応等について

国立病院機構は、災害対策基本法、新型インフルエンザ等対策特別措置法、国民保護法に基づき、指定公共機関に指定されており、災害発生時など国の危機管理に際して求められる医療を、迅速かつ確実に提供できるよう取り組んでいる。

災害などが発生した場合には、当機構の全国ネットワークを活用し、いち早く医療班や災害派遣医療チーム（DMAT）を派遣するなどの対応を行っている。

国立病院機構の災害医療体制

「NHO基幹災害拠点病院」「NHO災害拠点病院」を中心に、災害発生時に必要な医療を提供する体制を整備している。

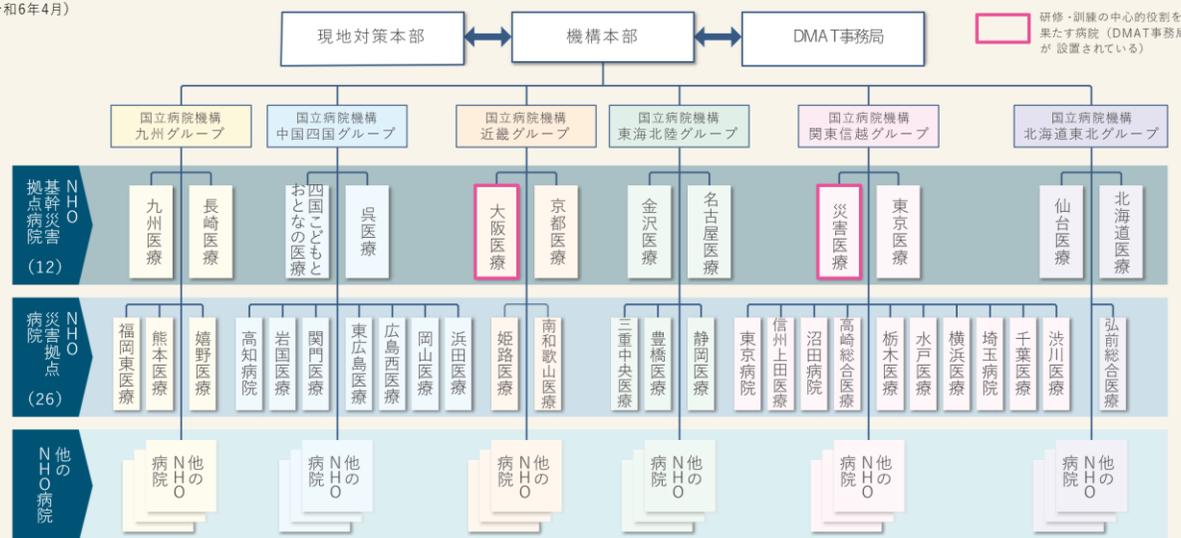
○NHOの各グループの災害医療の拠点となる病院（12か所）を「NHO基幹災害拠点病院」、その他の都道府県から基幹災害拠点病院又は地域災害拠点病院に指定されている病院若しくは救命救急センターを有している病院を「NHO災害拠点病院」と定めている。

初動医療班・医療班

災害急性期には、「NHO基幹災害拠点病院」及び「NHO災害拠点病院」に常時配置されている「初動医療班」を先遣隊として送る。「初動医療班」は発災後48時間以内に被災地へ派遣され、情報収集をしつつ避難所等の医療救護活動を開始する。

「初動医療班」に続いて、全病院に配置している「医療班」を派遣し、被災地の避難所等で継続的な医療活動等を行っている。

国立病院機構における災害医療体系
(令和6年4月)



これまでの災害等における各地での活動実績

| | | |
|-------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|
| 2011年(平成23年) 3月 東日本大震災 | 2016年(平成28年) 4月 熊本地震 | 2020年(令和2年) 2月 新型コロナウイルス感染 (COVID-19) |
| 2013年(平成25年) 11月 フィリピン共和国台風被害 | 2017年(平成29年) 7月 九州北部豪雨 | 7月 熊本県豪雨災害 |
| 2014年(平成26年) 8月 広島市土砂災害 | 2018年(平成30年) 6月 大阪府北部地震 | 2024年(令和6年) 1月 能登半島地震 |
| 9月 御嶽山噴火 | 7月 平成30年7月豪雨 | |
| 11月 長野県神城断層地震 | 9月 北海道胆振東部地震 | |
| 2015年(平成27年) 4月 ネパール地震 | 2019年(令和元年) 10月 台風19号による災害 | |
| 9月 関東・東北豪雨 | | |

(参考) 能登半島地震への対応

国の危機管理に際して求められる医療の提供

○能登半島地震への対応

- 令和6年1月1日の発災直後から、NHO本部内にNHO災害対策本部を設置し、被害状況の情報収集等や医療班派遣の調整を開始した。2日には、現地対策本部を金沢医療センター内に設置することを決定し、3日中に本部職員を現地に派遣した。
- 4日からは、金沢医療センター内に現地災害対策本部を設置した。
- 5日からは、穴水町や七尾市でNHO医療班による避難所支援活動を開始し、7日からは、被害の大きかった輪島市にも医療班を派遣し、同市の避難所支援の中心的な役割を担い、DMAT、自衛隊等、他の機関と連携しながら活動した(延べ活動日数：214班日)。
- 金沢医療センターにおいては、発災直後より、被災した医療機関の透析患者や介護老人保健施設等の入所者(寝たきり状態など)などの転院受入れ体制を整え、積極的に受入れを行った。10日からは、受入れ体制をさらに拡大すべく休棟病棟(42床)を開棟して、これに対応するために、全国のNHO病院から医師及び看護師を派遣した(延べ入院患者数：4,695人日)(延べ派遣人数：852人日)。
- また、国の災害救助活動にも積極的に対応しており、2日からDMAT(延べ活動日数：508チーム日)に、5日からDPAT(延べ活動日数：42チーム日)にNHO病院が参加を開始した。
- 12日からは、厚生労働省からの要請に基づき、NHO病院の看護師を被災地の医療機関に派遣する広域看護師派遣に対応した(延べ派遣人数：224人日)。
- NHOのネットワークを最大限に活かすことで、医療班や医療従事者を継続的に派遣し、被災地において切れ目のない医療活動を実施した。

【主な活動状況まとめ】(3/27時点)

| NHOの取組 | | 延べ活動日数 | 現地での活動期間 |
|-----------------|-------|--------|-----------|
| NHO医療班 | 班・日 | 214 | 1/5~2/18 |
| NHO金沢医療センターへの派遣 | 人・日 | 852 | 1/11~3/27 |
| 国の災害救助活動への参加(※) | | 延べ活動日数 | 現地での活動期間 |
| DMAT派遣 | チーム・日 | 508 | 1/2~3/14 |
| DPAT派遣 | チーム・日 | 42 | 1/5~2/12 |
| 広域看護師派遣 | 人・日 | 224 | 1/12~3/21 |

※ 職能団体の活動(例：JMAT)等への参加も含め、延べ2,858人日を派遣

【主な支援活動の経過】

| | | |
|-------|---|---|
| 1月1日 | 能登半島地震発生 NHO災害対策本部を設置(NHO本部内) |  |
| 2日 | NHO病院がDMATに参加開始 | |
| 3日 | 石川県からNHO医療班の派遣要請 関東信越G,東海北陸G,近畿Gへ医療班派遣に係る協力依頼 ・基本構成：1班5名(医師1名,薬剤師1名,看護師2名,事務1名) ・活動期間：5日(移動2日,活動3日) ・活動体制：6班を編成して活動 |  |
| 4日 | NHO現地災害対策本部を設置(NHO金沢医療センター内) | |
| 5日 | NHO医療班が活動開始 ・活動場所：穴水町,七尾市,能登町,志賀町内 ・活動内容：避難所支援 NHO病院がDPATに参加開始 |  |
| 6日 | 石川県からNHO医療班の輪島市内への派遣要請 | |
| 7日 | NHO医療班が輪島市内での活動開始 ・活動内容：避難所支援 | |
| 8日 | NHO医療班が穴水町,七尾市,能登町,志賀町内での活動終了 | |
| 10日 | 全グループへ医療班派遣に係る協力を依頼 NHO金沢医療センターの休棟病棟(42床)を開棟 | |
| 12日 | NHO病院が広域看護師派遣(厚労省からの要請)に参加開始 | |
| 19日 | 石川県からNHO医療班の市立輪島病院への夜間診療援助を要請 NHO医療班が市立輪島病院への夜間診療援助を開始 ・活動内容：夜間救急外来 | |
| 2月1日 | NHO医療班が市立輪島病院への夜間診療援助を終了 | |
| 4日 | NHO医療班の活動体制を6班から3班へ変更 | |
| 18日 | NHO医療班活動終了 | |
| 3月21日 | 広域看護師派遣終了 | |

(参考) 新興感染症等への対応

感染症は、ウイルスなどの病原体に感染した人に様々な症状を引き起こすだけでなく、感染した人との接触などを通じて感染が拡大し、多くの人々の生命や健康に重大な影響を与えるおそれのある病気である。

こうした感染症に対応することは医療機関の重要な役割であり、国立病院機構は新型コロナウイルス感染症の流行において、積極的に病床確保や発熱外来を実施して多くの患者を受け入れるとともに、医療従事者を派遣して他の医療機関を支援した。

当機構は今後の新興感染症等に対してもしっかりと対応していく。

国立病院機構の新興感染症等への対応

- ▶ 社会全体に大きな影響を及ぼした令和2年からの新型コロナウイルス感染症の対応を踏まえ、国や都道府県では、平時から新興感染症等の発生及びまん延に備える医療提供体制の整備を進めている。
- ▶ 国立病院機構は、今後の新興感染症等に対しても公的医療機関等としての役割を確実に果たすため、各病院が地域において果たしている役割や医療機能等を踏まえ、感染症が発生・まん延した際に提供する医療措置について、都道府県との協議を進めているところ。
- ▶ 感染症が発生・まん延した際には、あらかじめ各病院が都道府県との間で定める医療措置（病床の確保、発熱外来の実施、自宅療養者等への医療の提供、後方支援、医療人材の派遣）を実施して、国としての感染症の対応に当機構も取り組んでいく。

都道府県との医療措置協定締結状況（令和6年6月末時点）

：NHO 98病院が協定締結済み

【医療措置別の内訳：病床確保 88病院、発熱外来 78病院、自宅療養 26病院、後方支援 41病院、人材派遣 62病院】

新型コロナウイルス感染症（以下新型コロナという）へのこれまでの対応

- **令和2年1月22日**に各病院に対して、感染対策の徹底や診療等に当たっては、**保健所と連携して対応**するよう指示した。また**1月31日**に、本部内に「国立病院機構新型コロナウイルス関連肺炎に関する緊急対策会議」を立ち上げた。
- **令和2年1月**より**中国武漢からの帰国者(チャーター機)の健康観察等の支援に職員を派遣**した。
- **令和2年2月**より、**ダイヤモンド・プリンセス号で発生したクラスターへの対応**として船内での診療活動や横浜検疫所に看護師等を派遣し、乗客等陽性者を7病院で受け入れるなど1か月以上の長期にわたり取組んだ。



- **令和2年3月**より、水際対策への対応として**羽田空港・成田空港の各検疫所に医師を延べ16人・看護師を延べ20人・臨床検査技師を延べ15人派遣**し、PCR検査を実施した。
- **令和2年6月29日**新型コロナの感染患者もそれ以外の患者も**安心して受診してもらうための基本的な考え方**を各病院に示した(理事長通知により各病院に周知)
- 市中感染対応として、**休棟している病棟を新型コロナ病棟に転用**を行うなど、**受入体制をとることが極めて困難な病院も含めて新型コロナ患者受入病床の確保を積極的に進め、令和2年12月から令和3年1月**にかけての第3波、**令和3年8月から9月**にかけての第5波等にはより多くの新型コロナ患者を受け入れた。
- **令和3年2月**に中期目標が改定され、新たに新型コロナにかかるNHOの枠を越えた研修の実施等が定められたことを受けて、**中期計画を改定し、NHO職員のみならず、地域の医療機関や介護・障害福祉分野の関係者に対して、感染症対応にかかる研修を実施**。また、東京医療センターにおいて、**国内で初めてのワクチン接種**が行われた。

- 国及び自治体の要請により、**令和3年8月頃**、新型コロナの感染流行が**急激に拡大していた沖縄県に看護職員を派遣**
- **令和3年10月**に厚生労働大臣からNHOに対してなされた国立病院機構法第21条第1項に基づく新型コロナ病床の確保の要求では、**令和3年11月**までに令和3年夏のピークと比べ2割以上増加(+462床)とされているところ、目標を大きく超える**2,857床(+547床(目標の118.4%))**を確保し、各都道府県における保健・医療提供体制確保計画の策定に貢献した。
- 全国的に感染が拡大し、国からも新型コロナ病床の確保を求められている中、**令和4年3月**に運営を開始した**東京都臨時医療施設**では、**令和5年3月末**までに**延べ5,661人**の新型コロナ患者を受け入れている(**5月18日**時点における**病床利用率は都の病床利用率(15.3%)を大きく上回る61.3%**)。医師・看護師等の継続的な確保に加えてマニュアルの整備や地域の医療機関等との連携を新たに構築する必要がある等、まったく新しい病院を1つ設立することに匹敵する多大な人的・物的リソースを投入した。



東京都臨時医療施設対応状況



東京都知事からの感謝状

- DMAT事務局員を現地に派遣しクラスター対応等を行った。(派遣先)
 - ・沖縄県：**令和4年5月、8～9月**・島根県：**令和4年7月**・徳島県：**令和4年9月**
 - ・北海道：**令和4年11月～12月**
- **令和4年度**においては、日本国内で過去最大の感染の波が2度に渡り訪れる中でも感染拡大による病床確保の要請の高まりに応えるため、セーフティネット分野の医療や行政から特に継続を求められる救命救急センターや周産期医療などの機能は維持し、一般医療の提供との両立を図りながら、NHO病院間の職員派遣などの工夫を凝らすことで病床を確保し、**122病院で過去最多延べ約33万人もの新型コロナ患者を受け入れた**。
- **令和4年12月**に感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律の改正が成立し、令和6年4月施行となり、NHOを含む公的医療機関に対して医療提供の義務が課された。

セーフティネットとしての医療提供

重症心身障害、神経難病、精神障害、結核など、多くの設置主体では体制の整備、経験又は不採算とされることからアプローチが困難とされる分野についても、患者・家族が安心して治療、療養ができるよう、各地域の国立病院機構が、セーフティネットとして支えている。



(令和6年4月1日時点)

☆全国の病床に占めるNHOの病床シェア

筋ジストロフィー



約93.7%

心神喪失者等
医療観察法



約48.5%

重症心身障害



約36.9%

結核



約30.0%

☆NHO
病院数

26 病院
140 病院

14 病院
140 病院

75 病院
140 病院

42 病院
140 病院

当院職員による入院患者さまへの虐待事案に係る
第三者委員会による提言書の公表について

当院で発生した虐待事案につきまして、被害者及びご家族の皆さまに心よりお詫び申し上げます。

また、患者の皆さま、地域の皆さま並びに関係機関には、多大なる不安やご心配、ご迷惑をおかけしていますことを深くお詫び申し上げます。

本日、外部専門家から構成される第三者委員会から提言書（徹底した原因究明と再発防止対策等）を受領いたしましたので公表いたします。

頂いた提言は真摯に受け止め、徹底した再発防止対策を講じていき、今後、虐待が発生しない組織づくりに努め、信頼回復に努めてまいります。

当院では事案発覚後、全職員を対象とした虐待に関する研修の実施、介護技術向上の研修の実施、通報窓口の周知徹底、意見箱をより使いやすく改善、患者の皆様やご家族の皆様との意見交換の場の設置、職員のメンタルヘルスのための「こころの相談窓口」の設置、適切な看護・介護体制（業務整理・調整、応援体制等の職員管理）、虐待防止院内ラウンド、人権擁護・虐待防止の標語の毎月作成・唱和、呼称の適正化（さん付け）、虐待防止委員会議事内容の周知等の再発防止策を行っており、病院を挙げて再発防止に取り組んでいくとともに、【二度と虐待を起こさない、虐待を起こさせない、患者（利用者）さまを虐待の被害者にしない】という固い決意を持って信頼回復に全力で取り組んでいく決意であります。

改めて、皆さま方に多大なご迷惑をおかけしていますことを深くお詫びし、信頼回復に向けて誠心誠意努めてまいります。

令和6年10月1日

独立行政法人国立病院機構大牟田病院 院長 川崎 雅之

独立行政法人国立病院機構
大牟田病院 御中

調査報告及び再発防止策の提言書
(要約版)

2024年10月1日

国立病院機構大牟田病院
性的虐待疑い事案に係る第三者委員会

委員長 永尾 廣久
委員 岡田 理恵
委員 奈良 有樹
委員 吉田 雅史

調査報告及び再発防止策の提言書

独立行政法人国立病院機構大牟田病院における性的虐待等疑い事案について、当委員会の行った調査・審議の結論について以下のとおり報告し、あわせて再発防止策を提言します。

第1. 調査・審議の結論及び再発防止策の提言

□ 調査・審議の結論

1. 問題の事案7件のうち4件については障害者虐待防止法第3条に該当する、職員による障がい者に対する性的虐待等の事実が認められた。
残る3件についても、障がい者に対して職員による人権侵害（性的・身体的・心理的な虐待）がなされた疑いがある。
2. 全事案いずれも、近くで目撃した職員がいたにもかかわらず、それが虐待行為であるという認識がなかったことから、通報制度が機能しなかった。すなわち、虐待事案（疑いを含む）が発生したとき、通報しなければいけないという意識・自覚が職員に欠如していた。
職員による通報がなされなかったこと背景には、「言ってもきちんと処理されるとは思えない」、「通報しても（変わらないなら）しかたがない」という雰囲気職場にあったことが認められる。また、「仲間を売るようなことをする人がいる」という言葉が職場でかわされていたというのも看過できない状況であった。
3. 療養介護病棟については、医療面が重視されている反面、福祉施設としての意識が弱く、障害福祉サービス事業所としての倫理観や理念が現実の運営において欠如していた。
4. 療養介護病棟は福祉事業所でもあり、医師、看護師、療養介助職、児童指導員、保育士など、複数の職種が協働し、チームとして職務遂行しなければならないものであるところ、その点がきわめて弱かったうえ、その管理・監督責任者として院長があたることになっているものの、形骸化して名目上のものになっていて、実質的に管理・監督（コーポレートガバナンス）がなされていなかった。
5. サービス管理責任者（以下、「サビ管」という）が大牟田病院の組織図に明示されていないことに示されるように、看護師や療養介助職に対する技術指導を行う権限が与えられておらず、その役割や責務も周知されていなかった。
6. 療育指導室に室長不在の状態が1年半も続いていて、この指導室の責務が大牟田病院として明確ではなく、個々のメンバーの自覚（使命感）と力量にまかされたままとなり、その活動が十分でなかった。

7. 障害者虐待防止委員会は2014年2月に発生した虐待事案のあと、その反省から開催回数が年3回から4回に増やされていたが、職場での問題事案を積極的に収集して検討するという姿勢が欠如していたことが今回再びさらに重大な虐待事案を招来させた。
8. 10年前の虐待事案の発生からその防止のための研修等が実施されてきたにもかかわらず、今回再び深刻かつ重大な人権侵害事案が発生したことは、これまでの研修内容（規模・回数含む）が不十分であったと言わざるをえない。
9. 入所者（利用者）の権利擁護に関する職員教育や、障がい特性や支援技術に関する職員教育のいずれもシステムとして確立しておらず、職員にその知識や技術が不足していた。
10. 性的虐待等があったと認められる案件もその他の人権侵害を疑われる案件も、いずれも職員の懲戒手続を定める就業規則92条に該当するものであるところ、当該職員のみならず、その上司を含めて各事案に応じた適正な懲戒処分がなされなかった（ていない）。この懲戒手続については大牟田病院を統括する国立病院機構九州グループが主導すべきであるが、その指導・監督責任が果たされていない。
11. 療養介護病棟は福岡県から福祉サービス事業所として指定を受けている。その指定更新にあたっては、大牟田病院が過去に虐待事案を発生させている事業所であることから、管理体制や支援サービスの提供状況等を現地で確認し、必要な場合には改善指導することが求められる。ところが、福岡県はこれらの義務を尽くさず漫然と指定更新し、そのことが2度目の虐待事案の発生につながった背景になっている。
12. 以上、要するに今回の虐待事案については、個々の職員の資質等に問題があったことは明らかであるが、それとともに大牟田病院に全体として、院長以下に障がい者の人権（尊厳）を守る意識がきわめて薄弱であって、院長をはじめとする幹部職員は、その監督責任を適切に果たしていなかった。

□ 再発防止策の提言

大牟田病院においては、後記のとおり既に虐待行為再発防止の取り組みがすすめられていて、当委員会として、その取組に異論はなく、その誠実な実践を大いに期待するものであるが、それを踏まえたうえで、次のとおり再発防止策を提言する。

1. 障がい者の人権（尊厳）を守る意識を全職員が自覚するよう、研修の内容・方法について工夫のうえ、一層の充実・強化を図る必要がある。

職員の資質の向上を図るうえでは、療養介護病棟で働くことの社会的意義の理解、大牟田病院に替わる病院がないことの自覚、仕事のなかでの成功体験の共有化などが大切である。これらを「大牟田ビジョン（仮称）」として、大牟田病院の院長以下の幹部が国立病院機構九州グループとともに理念を明文化することを求めたい。

すでに始まっているところであるが、多職種のいりまじった小グループでの討議によって研修内容を深化させ、各職員が自分のものにするように工夫するべきである。

さらに、職場での倫理カンファレンスを管理者やサビ管が中心になって定期的の実施し、記録化して共有化していく必要がある。

2. 国立病院機構九州グループの責任において、院長とは別に管理者を置き、管理者としての実務を担える人を必要な人数だけ配置し、サビ管とともに大牟田病院の組織図に明記する必要がある。そして、管理者会を定期的を開催し、その実効性を確保しなければならない。
3. 国立病院機構九州グループの責任において療育指導室に室長を速やかに置き、管理者及びサビ管とあわせて、職場で実効性ある虐待防止の取り組みをすすめるべきである。
4. 医師、看護師、療養介助職、児童指導員、保育士等によるチームアプローチを強力に推進するべきである。

その際、管理者において医師、看護師、療養介助職、児童指導員、保育士等とともに協働して療養・福祉サービス事業所で働いていることの自覚をさらに高める必要がある。

5. 職場に必要な人員を配置し、同性介助もしくは複数介助ができるようにする。とりわけ夜間に人手不足が発生しないようにし、性的虐待等が発生しない職場環境をつくる。

また、職員のストレス解消のための「こころの相談窓口」について、要綱・細則にもとづいて周知・徹底し、その実効性を確保する。

6. 通報制度を職員に周知・徹底し、その結果が適切に職場に報告されていくシステムを確立する。

不適切なケアが発生した際の具体的な対応フロー図を周知・徹底し、虐待した当該職員及び周囲の職員や関係者への事実確認などを迅速かつ適切に行い、再発防止策を検討しその対応を徹底する。

7. 虐待防止委員会に外部の有識者（虐待問題に精通した弁護士や社会福祉士等）を加え、その機能の実効性を抜本的に向上させる。
8. 就業規則を実態にあわせて改正し、懲戒処分を細かく新設したうえ、入所者（利用者）の虐待事案ないし疑いのある事案が発生したときには、国立病院機構九州グループは大牟田病院の院長以下の管理者とともに速やかに適正なる懲戒処分手続をすすめる。
9. 入所者（利用者）の家族等との交流をすすめ、さらに地域との結びつきを強め、職場が密室環境にあるとの意識を職員から払拭し、前記「大牟田ビジョン（仮称）」の実践に取り組む。
10. 以上の措置を国立病院機構九州グループ及び院長において率先して責任もって実行する。

第2. 調査・審議の結論に至った理由

1. 独立行政法人国立病院機構大牟田病院

(1) 沿革と機構

- 前身は1947年8月に独立・開設した国立療養所銀水園（結核専門病棟、開設時150床）。

1975年に重症心身障害棟を開設して、1977年4月、国立療養所大牟田病院と改称（結核332床、一般100床、重症心身障害40床）。

2004年12月、現在の名称になる。

- 特色として、大牟田病院は、呼吸器内科と脳神経内科を中心に内科、放射線科、循環器内科、リハビリテーション科を加えて、①呼吸器疾患、②神経・筋疾患、③重症心身障害を3本の柱とする専門的な医療を行っている。

呼吸器内科・脳神経内科領域では一般診療を行い地域医療に貢献し、結核、神経難病、筋ジストロフィー、重症心身障害など「政策医療」の分野についても積極的に取り組んでいる。

- 脳神経内科は、福岡県重症神経難病ネットワークの筑後ブロックの基幹協力病院であり、さらに福岡県認知症医療センターにも指定され、次の領域を重点に診療している。診療圏は広く福岡県全域・佐賀県東部・熊本県北部である。

- ・ 神経難病:筋萎縮性側索硬化症（ALS）、パーキンソン病、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、多発性硬化症、重症筋無力症、スモンなどの神経難病の診断、治療方針の決定、入院治療を行っている。

また、リハビリやレスパイト（一時休養）目的での短期入院も随時受け付けている。

- ・ 筋ジストロフィー：福岡県下唯一の専門病床を80床有し、障害者総合支援法の療養介護病棟として障害程度「区分5」、「区分6」の人の入院治療を行っている。

また、診断、病状評価、人工呼吸器導入、リハビリ、レスパイトなどの短期入院も随時受け付けている。

- 医療法承認病床は402床。その内訳は、一般病床380床（一般120床、神経・筋100床、療養介護80床、重症心身障害80床）、結核病床20床、感染症2床である。

6病棟（20床）と11病棟（60床）は重症心身（「重心」）障害病棟。12病棟（40床）と13病棟（40床）は療養介護病棟。

(2) 療養介護病棟と療養介助職

- 療養介護病棟は、障害者総合支援法にもとづく障害者入所施設であり、「療養介護事業とは医療と常時介護を必要とする人に、主として昼間において、病院で行われる、機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び日常生活上の世話をを行う」とされている。そのため、医療と介護が連携して生命と生活を共に支える必要がある。

「療養介護病棟では、医療ケアが必要な患者を受け入れており、医療サービスの一環として身体介助等を提供している。看護ケアと身体介助等の介護は一体不可分であり、病棟における運営に責任を有する看護師長のもとに療養介助職を位置付け、個別具体的な身体介助等の業務については、医療安全上の観点から、看護師の指示・指導を行う」ことになっている。

- 療養介助職には、療養介助専門員と療養介助員の二種の職員がいる。「国立病院機構として、療養介護を提供する病棟において、医療だけでなく介護の視点からも、より質の高い患者サービスを実施するため、2014年4月から療養介助専門員を新設した。

療養介助専門員は介護福祉士の資格を有していることが資格要件である。

2. 事実経過

事実経過及び大牟田病院等の取組等を時系列でまとめる。

2023年

4月～：案件Aについて被害の申告ある。ただし、部外者に報告しないよう被害者が希望した。

12月18日（月）

被害者面談にて得た情報より加害者を特定（案件A）。

院長及び虐待防止委員長へ報告。

12月19日（火）

病棟看護師長より虐待通報あり、受付。

S町福祉環境課福祉・障がい者支援係に電話にて報告・相談。

2024年

1月4日（木）

案件Bの対象4名の利用者について家族へ連絡し、3自治体に通報。

1月25日（木）

家族（保護者会）・後見人への説明会。

2月5日（月）

- 療養介護病棟の利用者への説明会。
- 2月19日（月）
自治体へ改善（経過）報告書を提出（案件B・E・D）。
- 3月29日（金）
第1回・第三者委員会を開催。
- 4月19日（金）
第2回・第三者委員会を開催。
- 5月2日（木）
新聞・テレビが「身体障害ある入院患者に性的虐待」として報道。
記者会見
- 5月10日
6自治体による合同調査
- 5月15日
県による医療型障害児入所施設の調査
- 5月16日
3自治体による合同調査（2回目）
- 5月31日（金）
第3回・第三者委員会を開催。当日、療養介護病棟を委員が視察。
- 6月28日（金）
第4回・第三者委員会を開催。
- 7月30日（火）
第5回・第三者委員会を開催。
- 9月3日（火）
S町に対して大牟田病院は改善報告書を送付した。
- 9月4日（水）
2自治体に対して大牟田病院はそれぞれ改善計画書を送付した。
- 9月11日（水）
大牟田警察署は、案件AとBについて強制わいせつ等、案件Dについては暴行の容疑で検察庁に送致した。
- 9月13日（金）
2自治体に対して大牟田病院は改善報告書を送付した。

3. 7つの事案の概要

大牟田病院としてのアンケート調査にもとづく面談・聴取の結果、案件AからGまでの7つの事案が虐待疑い案件として指定された。

さらに、警察による職員への聴取から判明したものが、案件Dに付加された。

(案件A)

K療養介助専門員（療養介護病棟） 勤続14年、51歳。2024年4月退職。

12月19日、性的虐待通報、1月19日付「改善結果（状況）報告書」提出。

夜間に陰部に触られる（当事者の訴え）。2月21日付通知にて虐待ありと認定（S町）。

Y市より通報要請あり。3月1日に追加通報を実施。8月6日付通知にて「身体的虐待」「心理的虐待」「性的虐待」ありと認定。

(案件B)

N療養介助員（療養介護病棟） 勤続8年、63歳。2024年3月退職。

1月4日、性的虐待通報、2月19日付「改善結果（状況）報告書」提出。

排泄介助時に陰部を観察、こちょこちょで胸元近くを触る（アンケート調査より浮上）。8月6日付通知にて性的虐待ありと認定（Y市）。

8月14日付通知にて性的虐待ありと認定（K市）。

8月22日付通知にて性的虐待ありと認定（O町）。

(案件C)

T療養介助員（療養介護病棟） 勤続10年未満、50歳台。

入浴介助時、陰部にソープをつける、擦（くすぐ）る。

案件Aの加害者より聞き取りのなかで浮上。

(案件D)

H看護師（療養介護病棟） 勤続23年、63歳。一般病棟へ異動。

1月15日、身体的・心理的虐待通報。2月19日付「改善結果（状況）報告書」提出。利用者のベッドを激しく揺らす、利用者を引っ張る、利用者を叩く。「重心」病棟アンケートより浮上。

8月6日付通知にて「身体的虐待」「心理的虐待」ありと認定（Y市）。

警察からの連絡を受け、8月15日にA市が目撃者等を聴取して「身体的虐待」ありと認定。虐待内容は、頭部を掌で強く叩く、首元を掴んで引きずり移動させた。

(案件E)

E療養介助専門員（療養介護病棟） 勤続10年以上、30歳台。2024年6月転出。

1月15日、身体的虐待通報。2月19日付「改善結果（状況）報告書」提出。

ケア時に不意に腹部をつかむ。「痛い」の訴えに対し「大袈裟、大声出さないで」と返答する。12月ころ3回。歯科を「死科」とカレンダーに書いた。療養介護病棟の利用当事者より訴え。

利用者へ謝罪し、利用者は受入れ。利用者の希望により実施した。

C市より虐待認定なしとのこと（電話にて確認）。その後、8月15日付通知にて、虐待があったとは認定しないが、改善を要する事項は認められたとのこと。

(案件F)

M看護師（一般病棟） 勤続10年以上、40歳台。

女性患者の入浴支援の際に両胸に触れ、「なんばいれとつとね」と発言。

その患者は病室で涙を流していた。なお、障害福祉サービス対象外。

(案件G)

Y看護師（一般、療養介護病棟） 勤続10年以上、30歳台。

療養介護病棟の利用者から、抱きしめられた、陰部を触られた、乱暴な言葉をかけられたとの訴えあり。

措置による医療型障害児入所のため、県と児童相談所が介入し、精査。

県から、虐待があったとは認定しない旨の連絡があった。

4. 当委員会の面談・聴取結果

当委員会は虐待疑いをかけられた職員5名、次にアンケート回答者のうち職場の状況について問題があるとした職員と面談して聴取した。

なお、案件A・Bにかかる職員2名については、既に退職していて、S町等の自治体による虐待認定もあることから、この2名については当委員会としては改めて呼び出して面談・聴取することはしないこととした。

報道によると、警察が案件A・Bに関して刑事事件として捜査し、9月11日、案件Aについては準強制わいせつ、案件Bについては強制わいせつ、不同意わいせつの容疑で検察庁に送致したとのこと。

(案件C) T療養介助員の聴取結果

2024年5月20日（月）午後1時30分～2時30分

杉垣朋子・委員長補助者と岡田委員が聴取

(所感)

T療養介助員は「虐待」行為を否認し、こちょこちょは先輩から引き継がれたものでその方法が正しいものと思っていたこと、余裕がなかったことに加えケアが難しい利用者の対応は男性職員によるものとなることが多く、負担が大きいと弁明した。しかしながら、虐待はなかったとするのは適切でなく、少なくとも患者の人権（尊厳）尊重の認識が乏しい。また、障がい特性や支援方法の知識に乏しく、支援技術についても十分でないと思われる。

(案件D) H看護師の聴取結果

2024年5月20日（月）午後2時30分～3時30分

杉垣朋子・委員長補助者と岡田委員が聴取

(所感)

H看護師は「虐待」行為を否認しつつ、誤解されたとしている。「反省した」と言いつつ、患者・家族からのハラスメントを受けたとき病院が守ってくれないとの不満を述べた。しかしながら、Y市が認定したとおり、虐待の事実があったことを認めるのが相当と考えられ、患者の人権（尊厳）尊重の意識が弱いことは明らかである。

その後、警察による職員への聴取のなかで療養介護病棟の男性患者に対する虐待行為が発覚し、A市が目撃者等を聴取して「身体的虐待あり」と追加して認定した。報道によると、警察は暴行容疑でH看護師について9月11日に検察庁へ送致したとのこと。

(案件E) E療養介助専門員の聴取結果

2024年5月21日（火）午後1時40分～2時30分

永尾委員長と岡田委員が聴取

(所感)

E療養介助専門員は「死科」と書いたのは「間違っただけ」との弁明に終始し、いかにも反省が弱く、虐待がなかったという認定には無理がある。

また、長く生きられない可能性が高いなどの利用者が置かれている状況の理解に乏しく、それを理解する必要がないと思っているとの発言もあり、福祉施設で

もあることの意識の欠如が著しい。

(案件F) M看護師の聴取結果

2024年5月30日(木) 午後1時37分～2時30分

永尾委員長と岡田委員が聴取

(所感)

M看護師は「虐待」行為については否認しながら、患者が怒っていると聞いて謝罪したという弁解であり、十分に反省しているとは認められない。本件で性的虐待がなかったと認定するのには無理がある。

(案件G) Y看護師の聴取結果

2024年5月21日(火) 午後2時30分～3時25分

永尾委員長と岡田委員が聴取

(所感)

Y看護師は「虐待」行為を否認する。「犯人」扱いされていることへの不満を強調したが、患者の人権(尊厳)尊重の点が弱いと感じられる。セクハラ被害の訴えもあり、利用者に対する虐待行為がなかったとするのには無理がある。

5. 虐待疑い案件の職員5名の面談・聴取において感じた問題点

- ・ いずれの職員も人権意識が乏しい。聴き取りのなかでも療養介護病棟で「子」という表現があり、「成人している人」としての認識を持っていない。実年齢に則した対応が必要な場面と、精神年齢に応じた対応が必要な場面の区別が組織としてなされていないように思われる。
- ・ 「重心」病棟の利用者はほとんど成人であるが、病棟内に幼児向けの音楽やテレビが流れており、利用者は職員の膝に乗って過ごすなどの行為が常態化しているのは問題ではないか。
- ・ モニタリングは紙面にそれぞれが計画にもとづいた評価を記入する方法となっていて、チームとして計画の進捗状況や支援の状況を共有する場面がない。
- ・ 職員の教育が不足していて、専門知識に乏しいように思われる。

専門性の向上のための学びや教育の機会がなく、動画の視聴による研修はあるが、実務につながっていない。

- ・ 利用者や家族からの苦情に対する対応システムが構築されていない。とくに「筋ジス」病棟では、現場の職員が矢面になることが多く、厳しい言葉等に追いつめられ辞めていく職員が少なくなく、その結果、マンパワー不足が常態化している。
- ・ 医療と福祉サービスが混在しており、福祉サービスの視点が欠如しているように思われる。
- ・ 閉鎖的で外部の目が入りにくい環境にあり、家族がいない利用者等の支援はとくにおざなりになっているように思われる。
- ・ 60名の利用者を週に2回、午前中だけで入浴をすませなければならないので、流れ作業のような状況になっている。
- ・ 虐待防止委員会が形骸化していて、半年ごとにアンケートを行なっても、集計をして結果が回覧されるだけとなっているように思われる。
- ・ 職員の多くが、「虐待」をしてはならないという認識でとどまっていて具体的にどのような行為が虐待にあたるかの認識に欠けている。

6. 2014（平成26）年2月の「虐待」事案

大牟田病院では、10年以上前にも虐待事案が発生しているのです、その教訓が生かされているのかも問題になる。

- ・ 事案は、看護師2名と介助員3名の計5名が患者の口腔ケアの際にふざけていたということ。患者の口腔から強い臭気の流涎が認められていた。
- ・ 「障害者虐待防止と権利擁護」の研修が実施された（2014年4月2日と10日）。全職員（408名）を対象とし、2回の研修に128名が受講した。
今回の案件7名のうち、当時まだ採用されていないN療養介助員とT療養介助員を除いて5名とも研修を受講している。
- ・ このあと看護マニュアルが改訂され、障害者虐待防止対応規定も改訂された。
虐待防止啓発のための職員の研修を年3回（4月、6月、12月）とし、また、障害者虐待防止委員会の開催回数が年3回から4回に増やされた。

第3. 再発防止策の提言に向けて

1. 職員等からの聴取結果

病棟責任者である看護師長（3名）、療育指導室のスタッフ（サビ管4名）、さらに院長・副院長、そして労働組合執行部（3名）、さらに国立病院機構九州グループ総括長とも面談して実情を確認し、あわせて意見を聴取した。また、療養介護病棟の療養活動状況を短時間ではあるが視察した。

(1) K院長の聴取結果

2024年7月1日（月）午後3時35分～4時30分

永尾委員長と奈良・岡田委員が聴取

- 大牟田病院には2011年4月から在籍。呼吸器科の部長、そして統括部長となり、副院長を経て、7年前から院長をつとめている。
- 障がい者に対する性的虐待があったことを知って、院長として大いにショックを受けた。全国からも問い合わせを受けて、再発防止策を含めて、注目されている。
- 大牟田病院は福祉事業所でもあり、「筋ジス」患者などにとっては、セーフティネットとしての役割がある。
- 地域における安全・安心の治療を提供する医療機関であったところの信頼感を今回の件で喪失してしまったので、それを回復したい。
- 今後は研修の強化、グループワークの実施、100%の研修参加を目ざしてやっていく。病棟でのコミュニケーション、家族とのコミュニケーション、虐待がどういうものであるか、職員、患者、家族にも伝えていく。療育指導室が中心的に動いているので、それに従うように指示した。
- 機構本部、具体的には福岡の九州グループと連携して進めていきたい。人事権も懲戒手続も、院長には何の権限もなく、機構のグループにある。
- 療養指導室の室長が不在というのは、まずいと考えている。
ともかく人手不足という点が大牟田では深刻。東京や福岡では、それほどではない。
- 原因としては、A案件、B案件については犯罪行為であり、個人の問題もあると思うが、管理上の責任、風通しが良くない組織風土の面でも問題があったと感じてい

る。

- 大牟田病院は障がい者、難病の医療を地域で守る役割がある。
- 院長が率先してリーダーシップを発揮していかなければならないことは十分自覚している。ただし、いろいろあって、疲れてもいる。

(2) M九州グループ総括長の聴取結果

2024年7月9日(火) 午後2時35分～3時40分
永尾委員長と奈良・岡田委員が聴取

- 2024年4月より現職。
- 人事と懲戒は九州グループが担当する。病院の運営と内部の人員配置は院長が所管する。病院の資金繰りは本部で調整している。病院間の人員配置、採用・退職は本部の理事長から九州グループの担当理事が任されている。懲戒手続は九州グループで行う。
今回の件で、懲戒手続は必要とは考えているが、時間がたち過ぎていることもあって、自治体の認定を待っている。自治体の認定が出れば、それを踏まえて懲戒手続をすすめるつもりである。
- 虐待事案は、よその病院でも起こりうることなので、原因を究明して、法人全体として再発防止につとめたい。大牟田病院だからという特殊性はないと考えている。
- 大牟田病院は地域における障がい者の人権擁護の拠点なので大切にしたい。
- 原因としては、風通しのよい職場ではなかった、通報が、虐待疑いがあってもなかったことは問題だと考えている。
- 10年前にも虐待があって、虐待防止研修がなされたにもかかわらず、今回さらに重大な虐待案件が発生したというのは、座学的な研修にとどまっていたからではないかと思う。
- 通報しても、仕方がない、うやむやにされるなら、言ってもムダだという風土があったのではないか、という指摘はあたっているように思われる。
院内でハラスメントがあって、それがうやむやに終わったという経過があるという

ことは承知していない。

- リーダーシップが弱いという指摘については、本案の経緯を踏まえると否定はできないのではないかと思う。院長は人間的に優しい人と思うが、虐待防止を本気で組織として取り組むなら、院内の統制をきかせてリーダーシップを奮ってもらう必要がある。
院長を支援するというのであれば、九州グループとして積極的に介入して支えるくらいのことが必要ではないか。このように指摘されたら、九州グループとしても考えざるをえない。
- サビ管は、きちんとそれなりの人間を確保して、権限を与える必要があるという指摘は受けとめる。院長1人では何もかもやれるはずがないのは確かだ。
- 療育指導室長が長く不在となっているのは問題だと理解はしているが、人材不足はいろんなところで起きている。何とか工夫しながら配置しようとはしている。現状は主任が代わってがんばっていると認識している。
- 利用者（患者）の希望であっても、職員としてはやってはいけないことがあるというのが徹底していなかった。このことも虐待の発生につながっているように思われる。

2. 既に実施されている虐待防止策

大牟田病院において、今回の性的虐待等疑い事案が発覚したあと、再発防止策としてすすめているのは、次のとおりである。

- (1) 研修会を2024年1月から3月まで15回実施し、全職員のうち受講率95%。さらに、6月から8月にかけて2回目を実施した。45分間のものを18回開催し、これに9割の職員が参加した。残る1割のため研修会を3回追加して、100%を達成した。

この研修会では、日々の業務について虐待防止の観点で見直せるよう、演習形式・グループワークも実施している（5～6人からなる5つのグループに、コメディカルが加わって、多職種で多角的にグループワークする）。また、研修のなかでは不適切なケア（グレーゾーン）が常態化することは虐待につながることも強調されている。

- (2) 看護部でプロジェクトチームをつくって、療養介護病棟において院内ラウンドを始めた。6月から始め、4回、実施した。これは患者への声かけで気になる点がないか、不適切な介助はないか、同性ないし複数介助ができていないかなどをチ

エックしてまわるもの。

- (3) 技術不足による不適切な介助とならないよう、たとえば移乗介助や入浴介助のときに適切な介助ができるように技術研修を実施した。
- (4) 複数介助の徹底に取り組んでいて、単独介助はできるかぎり避ける。同性介助に関する意向確認書を入所者からもらい、異性介助はやむをえないときに限ることとした。
- (5) 虐待防止のための標語を書いたポスター（「あなたを大切に思っています」、言葉と態度で伝えましょう）を作成して院内に貼り出した。職場によっては、標語を朝、唱和しているところもある。
- (6) 通報制度を利用しやすいようにフローチャートを見直し、病院内で通報があったとき、行政に対しても速やかに通報できる体制を整え、研修において通報は義務だと徹底させ、また、院内に大きなポスターを掲示し、通報先は院内と院外の2ヶ所が明示されている。
- (7) 患者・家族の交流の場をもうけることにして、6月19日に第1回をやった。療養介護病棟について、偶数月ないし奇数月の第2水曜日の午後3時から開催している。

たとえば、汚れたカーテンの取りかえやゴミ箱の回収をもっと早く、というような注文（要求）も出てきた。
- (8) 「ご意見箱」を院内12ヶ所に設けて、患者・家族から意見を聞くようにした。そして、意見を寄せた人が希望すれば、寄せられた意見とそれに対する回答を掲示するようにした。
- (9) 入所者（利用者）を「子ども扱い」して、「ちゃん」や「君（くん）」をつけて呼ぶのをやめ、病院全体として「さん」づけすることを周知・徹底した。
- (10) 人権擁護相談日を奇数月の第2水曜日に設定している。7月10日のとき、入所者（利用者）9人から不適切介護について申出があった。
- (11) 職員のメンタルヘルスのための「こころの相談窓口」も院内にポスターが掲示され、周知している。これも院内の受付（相談員には臨床心理士や産業医がいる）と外部（厚労省）の受付と2つある。
- (12) 障害者虐待防止委員会から虐待防止委員会に名称を変更し、高齢者・児童虐待防止も含むこととし、メンバーに院長、看護部長、副看護部長を追加し、病棟看護師長は虐待防止現場責任者（虐待防止マネージャー）として参加することにした。さらに、外部委員における評価を可能とするため、年に2回ほど委員会への参加を依頼することにした。

3. 就業規則と懲戒処分

(1) 就業規則

本件の性的虐待等（疑い）の事案は、いずれも懲戒を定める就業規則第92条に該当する行為と考えられる。

それに対する懲戒処分としては、懲戒解雇、論旨退職のほか、停職、減給、戒告が考えられる。また、第99条の矯正措置（訓告、文書による嚴重注意または口頭による嚴重注意）の活用も考えるべきであろう。就業規則を改正する必要がある。

(2) 懲戒処分

案件AのK療養介助専門員と案件BのN療養介助員については、就業規則92条の2、6、7の各号に反し、繰り返された性的虐待の態様も悪質であるから懲戒解雇相当の事案である。

案件BのN療養介助員については退職手当の支給対象ではなかったとのことであり、案件AのK療養介助専門員については退職手当の支払いが保留されている（独立行政法人国立病院機構職員退職手当規程第17条）。刑事処分を待たずに処理されるべきである。

案件CないしGについては、懲戒処分が相当ではないかと考えられるところ、現行の就業規則では、懲戒解雇のほか、論旨退職、停職、減給、戒告しかない。厚労省のモデルは訓戒、譴責、出勤停止もある。他施設の実例として、昇給停止、降格、出勤停止、懲戒休職そして自宅待機（賃金の60%を支給）と、細かく定めているところがあり、参考とすべきである。

また、いずれの案件についても、当該職員のみならず、その上司の監督責任も問われるべきであり、懲戒手続の対象とすべきものとする。

大牟田病院においては、これまで虐待事案について懲戒処分がほとんど行われてこなかったことが大牟田病院における職場規律の弛緩・倫理感の低下を招いた一因となっていると考えられる。

第4. 第三者委員会の構成等

1. 当委員会の構成

委員長 永尾 廣久 弁護士（福岡県弁護士会所属）
委員 岡田 理恵 社会福祉士（福岡県社会福祉士会所属）
委員 奈良 有樹 一般社団法人日本福祉事業者協会専務理事
委員 吉田 雅史 大牟田市立大牟田特別支援学校前校長
補助者（永尾廣久委員長の補助者）
杉垣 朋子 弁護士（福岡県弁護士会所属）

2. 事務局

当委員会の事務職として、大牟田病院の中村利江子企画課長を指名し、当委員会の必要な資料の作成その他の事務を担当させた。

3. 目的

委員会は、当院職員らに関し、入所患者への性的虐待の有無等について、当院長の諮問に応じ、事実関係の把握および解明のための調査審議、再発防止策等の提言を行なうことを目的とする（第三者委員会設置規程第2条）。

4. 活動スケジュール

第三者委員会を5回、開催した（2024年3月29日、4月19日、5月31日、6月28日、7月30日）。

第三者委員会として職員等合計20名と面談して聴取した。

2024年5月20日、5月21日、5月30日、6月10日、6月19日、6月20日、7月1日、7月8日

第三者委員会として、療養介護病棟の療養活動の状況を視察した（5月31日）。

本文の目次

第1．調査・審議の結論及び再発防止策の提言

- 調査・審議の結論・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
- 再発防止策の提言・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3

第2．調査・審議の結論に至った理由

1. 独立行政法人国立病院機構大牟田病院・・・・・・・・ 5
 - (1) 沿革と機構・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5
 - (2) 療養介護病棟と療養介助職・・・・・・・・・・ 6
2. 事実経過・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
3. 7つの事案の概要・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 14
4. 大牟田病院による7つの案件の調査結果
 - 案件A・・・・・・・・ 15
 - 案件B・・・・・・・・ 19
 - 案件C・・・・・・・・ 26
 - 案件D・・・・・・・・ 28
 - 案件E・・・・・・・・ 30
 - 案件F・・・・・・・・ 32
 - 案件G・・・・・・・・ 37
5. 職員アンケート（回答の概要）・・・・・・・・・・ 39
6. 当委員会の面談・聴取結果
 - 案件C・・・・・・・・ 43
 - 案件D・・・・・・・・ 45
 - 案件E・・・・・・・・ 46
 - 案件F・・・・・・・・ 47
 - 案件G・・・・・・・・ 49
7. 虐待疑い案件の職員5名の面談・聴取において感じた問題点・・・・・・・・ 51
8. マスコミ報道が指摘する大牟田病院における性的虐待に係る問題点・・・・ 52
9. 大牟田病院・虐待事案にかかる記者会見（概要）・・・・・・・・・・ 55
10. 2014（平成26）年2月の「虐待」事案・・・・・・・・・・ 58

第3．再発防止策の提言に向けて

1. 職員等からの聴取結果・・・・・・・・ 60
 - (1) M副看護師長・・・・・・・・ 60
 - (2) N主任児童指導員・・・・・・・・ 62
 - (3) W保育士・・・・・・・・ 63
 - (4) H主任児童指導員・・・・・・・・ 64
 - (5) T主任児童指導員・・・・・・・・ 67
 - (6) T病棟看護師長・・・・・・・・ 69
 - (7) Y病棟看護師長・・・・・・・・ 71
 - (8) S病棟看護師長・・・・・・・・ 73
 - (9) A看護部長・・・・・・・・ 75
 - (10) S事務部長・・・・・・・・ 77
 - (11) S副院長・・・・・・・・ 79
 - (12) K院長・・・・・・・・ 81
 - (13) 労働組合執行部・・・・・・・・ 83
 - (14) M九州グループ総括長・・・・・・・・ 85

| | |
|-------------------------|-----------|
| 2. 職員等との面談・聴取において感じた問題点 | 87 |
| (1) 療養介護病棟の果たすべき役割 | 87 |
| (2) 療育指導室の果たすべき役割 | 87 |
| (3) サービス管理責任者の果たすべき役割 | 88 |
| (4) 虐待防止委員会の果たすべき役割 | 88 |
| (5) 虐待（人権侵害）を生み出す構造的な背景 | 88 |
| 3. 既に実施されている虐待防止策 | 90 |
| 4. 就業規則と懲戒処分 | 91 |
| (1) 就業規則 | 91 |
| (2) 懲戒処分 | 92 |
| 5. 結論として | 93 |
| 問題状況 | 93 |
| 再発防止策の提言 | 95 |
| 第4. 第三者委員会の構成等 | 98 |
| 1. 当委員会の構成 | 98 |
| 2. 事務局 | 98 |
| 3. 目的 | 98 |
| 4. 活動スケジュール | 98 |
| 【資料の標目】 | 99 |