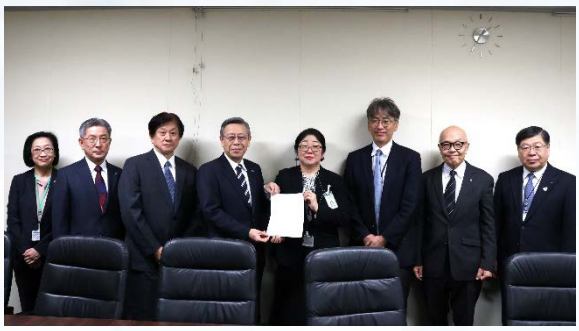
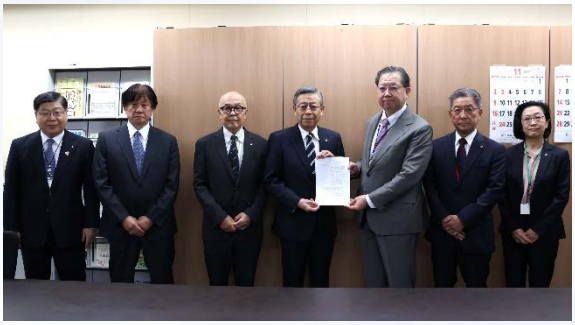
「2025 年度の日本病院会の取組」に関する具体的な要望

日本病院会は適切な病院医療を提供するため
政府や国会議員および広く国民に訴えて参ります





【2025 年 11 月 6 日（木）上野賢一郎厚労大臣宛の要望書を医政局長と保険局長へ手渡し】

1. 病院の経営支援として緊急に財政出動を要望
2. 入院基本料の引上げ（最低 10%以上）を要望
3. 地域包括医療病棟の基準緩和を要望
4. 病院総合医への段階的評価制度の導入を要望
5. 建替・更新整備のため地域医療介護総合確保基金を活用できる仕組を要望

一般社団法人 日本病院会

「2025 年度の日本病院会の取組」に関する具体的な要望

１．病院の経営支援として緊急に財政出動を要望

病院経営は、新型コロナウイルス感染症流行以前からすでに赤字基調にありました。そこへ近年の人件費と物価の高騰、医療材料費の増加、さらには控除できない消費税負担の拡大等が重なり、医業収益を大きく上回る医業費用が発生し、経営継続が困難な状況は一層深刻化しています。特に急性期や救急医療を担う病院では赤字が慢性化し、地域における入院医療体制そのものが崩壊の危機に直面しています。

この危機を回避し、地域の医療提供体制を守るためには、年内の迅速な財政支援により、とりわけ今冬のボーナス支払いに支障が生じないようにすることが不可欠です。そのため、次の即効的な対応を強く要望いたします。

１）病床数適正化支援事業（R7.4.11、R7.6.27 内示）の確実かつ速やかな給付実施
（1 床当たり 4,104,000 円を下回らないこと）

２）同支援事業を活用した改めての財政出動および係る要件の緩和
（要件の緩和：複数年連続の赤字期間および給付上限を撤廃）

＜理由＞

急性期病院では、1 床あたりの医業収益が増加傾向にある一方で、それを上回る費用の増加がみられ、結果として深刻な経営悪化につながっている。たとえば、1 床あたり費用が年間で 50.7 万円程度増加している例もあり、補填されなければ赤字拡大につながる。さらに、診療材料費のうち、保険償還されない材料費が増加しており、病院経営にとって無視できない負担となっている。具体的には、2019 年度には月額約 3,800 万円（税抜）であったものが、2024 年度には約 4,900 万円（税抜）にまで膨らんでいる。

全国規模で地域に不可欠な病院を支える仕組みが求められているが、とりわけ高齢者救急や地域一般救急を担うべき病院のうち、大都市部に立地する中小病院は、報道でも取り上げられているように、極めて厳しい経営状況に直面している。

こうした現実を踏まえ、今冬のボーナス支払いに間に合う迅速な措置が必要であり、現行制度を最大限に活用する観点から上記の対応を求める。

また、給食業務等の委託費増加と医薬品の薬価差益の減少、さらには上述した保険償還されない診療材料費増大が病院経営に大きく影響を及ぼしていることから、今年中の財政出動と来年の診療報酬改定でこの点も踏まえ支援していただきますよう要望いたします。

２．入院基本料の引上げ（最低 10%以上）を要望

現行の入院基本料は、2006 年以降、実質的に据え置かれており、入院医療体制を支える基礎的評価としては不十分です。
（2006 年以降の点数増は、加算の包括化や消費税率引上げと 2024 年度診療報酬改定における医療従事者（医師を除く）の賃上げ支援に限定された対応）

こうした状況を踏まえ、医療人材の確保・処遇改善、設備維持、病院の経営安定、ひいては入院医療の質の維持を図るため、次期診療報酬改定においての次の実施を要望いたします。

○入院基本料を現行点数に対して最低 10%以上引上げる

＜理由＞
他の公定価格では、2018 年比で、郵便はがきが約 35%引上げ（63 円→85 円）、最低賃金が約 20%増、生活保護（住宅扶助等）も一部地域で 10%超の引上げとなっており、安定的なサービス提供に向けた価格改定が着実に実施されていることから、最低 10%の基準を設定した。

加えて、入院基本料に関わる詳細事項として次のとおり要望いたします。

（1）入院基本料引き上げに伴う DPC 係数の適切な調整について

DPC 病院におきましては、入院基本料の九割以上が包括評価の対象となっております。このため、入院基本料を引き上げる際には、DPC 係数についてもその効果が出来高換算における増点と同等となるよう、適切に引き上げていただきますよう要望いたします。

（2）重症度、医療・看護必要度Ⅰの要件見直しについて

高齢者を中心とした救急搬送後の入院は、医療現場において極めて大きな業務負担を伴っております。現状を踏まえ、例えば、次のとおり A 項目 7 の要件を見直すなどの対応をお願いいたします。

現行	見直し例（要望）
救急搬送後の入院：2 日間	緊急入院（予約外含む）：2 日間 救急用自家用車による搬送入院：3 日間

（3）重症度、医療・看護必要度Ⅱにおける内科系症例の評価改善について

手術等を伴わない内科系症例は入院件数が多く、実際には医療・看護の必要性が高いにもかかわらず、現行の A 項目では評価点数が得られにくい状況にあります。つきましては、例えば、「重症者等療養環境特別加算」を算定する病室において治療を行う場合、A 項目に 3 点を付与するなどの改善を要望いたします。

また、手術や高度技術を要する医療行為については、施術を行うほど赤字となる現状があり、医業収益構造の健全化のため、コストに見合った手術料・技術料の見

直しも併せて求めます。

さらに、将来にわたり持続可能な入院医療体制を確保するためには、国民的な理解と議論を前提としつつ、制度のあり方について受益者負担も含めた中長期的な検討が必要です。

３．地域包括医療病棟の基準緩和を要望

～休日・夜間も“とりあえず診てくれる”病院の明確化に向けて～

現行制度における「かかりつけ医機能」は、制度上の位置づけと国民の理解との間に乖離があり、特に休日・夜間に“とりあえず診てくれる”病院へのニーズが高まっています。

2024 年度診療報酬改定で新設された地域包括医療病棟は、まさにこうしたニーズに対応するための新たな制度ですが、極めて厳格な施設基準が課されており、参入できる病院はごく限られたものにとどまっていることから、“まず診る”機能の裾野拡大を主眼とし、次期診療報酬改定において次の基準緩和を要望いたします。

〇要望内容

項目	現行	要望（緩和案）
看護配置	10:1 以上	12:1 以上
リハビリ常勤職	2 名	2 名のうち 1 名は必須、1 名は代替措置可（他病棟・外来との兼務、非常勤・派遣職員、他施設からの訪問リハ（業務委託））
管理栄養士	専任常勤 1 名	外部委託（給食受託会社や医療支援企業等）・共同配置（同一法人内の複数病棟、施設でシェア）可
ADL 低下率（入退院）	<5%	<8%
B3 点初日比率	≧50%	≧40%
平均在院日数	≦21 日	≦24 日
在宅復帰率	≧80%	≧70%

なお、上記以外の基準として「看護必要度 16%以上（必要度 I）・15%以上（必要度 II）、」、「自院の一般病棟からの転棟患者割合 5%未満」、「救急搬送患者等割合 15%以上」、「包括的な入院医療・救急医療体制整備（2 次救急・救急告示、CT 撮影、MRI 撮影体制　等）」、「データ提出加算・入退院支援加算 1 の取得」等がありますが、いずれも必須から推奨への変更を要望いたします。

＜理由＞
〇看護配置 12：1（現行 10：1）
　現行の地域包括ケア病棟では、看護配置 13：1（入院料 1 の場合）などの基準が設けられており、急性期（7：1・10：1）からの転換促進も踏まえ、今回の要望ではやや厳しい 12:1 を設定した。（人員不足と安全性のバランスを考慮、「13：1 では質低下懸念」の不安に対応。）

〇リハ職・管理栄養士配置緩和
　地方・中小病院での人材確保は困難であること、ただし地域包括ケア病棟より緩くしすぎず、最低限の機能確保を前提に緩和した。

〇ADL 低下率 8%未満（現行 5%）
　5 %では対象施設が限定される懸念があり、緩和基準として 8 %未満とした。

〇B3 点割合 40%以上（現行 50%）
　50%は都市部大病院中心で、地方・中小では困難であることが推察され、40%は機能維持と達成可能性の下限と判断した。

〇平均在院日数 24 日以内（現行 21 日）
　実際には多くの地域包括ケア病棟の平均在院日数が 20 日以上 30 日未満となっており、こうした実情を参考とすると 21 日以内のクリアは容易ではない現実があり、地域差や患者重症度に応じ柔軟運用が可能となる 24 日を上限とした。（25 日以上は療養病棟化の恐れ）

〇在宅復帰率 70%以上（現行 80%）
　80 %以上は都市部など一部の病院しか達成できない場合が多く、可能な下限ラインとして在宅復帰率を 70 %以上とした。

〇必須から推奨への変更理由
　看護必要度、自院転棟割合 5%未満、救急搬送割合 15%以上、二次救急・CT／MRI 整備、データ提出加算取得等の条件は、厚生労働省の調査からも達成困難である病院が存在することが明らかになっている。これらの基準については、必要な機能を担う病院が対象から除外されないよう、柔軟な対応・解釈の通知等が求められる。さらに、設備要件については、地域内連携によって補完が可能であるとの判断から、必須除外対象とした。
　なお、自院転棟割合 5%未満について、必須から推奨とした際も、ICU や HCU からの転床については治療の延長上であるため、この要件に含まれないようにすることが合理的である。

　現場の人員・設備制約に配慮しつつ、基準が地域包括ケア病棟より緩くなりすぎないよう設定し、質確保と制度趣旨維持を両立させた。

また、地域包括医療病棟入院料に関わる「リハビリテーション・栄養・口腔連携

加算」の要件についても、届出病院の裾野拡大を主眼に次のとおり要望いたします。

項目	現行	要望（緩和案）
研修修了要件（医師）	常勤医師 1 名以上が、リハビリ医療の経験(3 年以上）に加え、リハビリ・栄養・口腔管理に関する研修を修了していることが必須	「必須」から「望ましい」に緩和。 → 実務的に患者に適切な管理をしていても、研修未修了で届出不可となる現状を改善
ADL 評価（BI 評価研修）	BI 評価を用いることが必須。 BI 測定に関わる職員を対象にした研修を年 1 回以上開催することが施設基準	回復期リハ病棟で行われている FIM 評価 も選択可能とする。 また、研修も「BI 評価研修または FIM 評価研修」のいずれかで可とする
休日を含めたリハ対応	○休日リハ提供量： 平日の 8 割以上 ○早期リハ実施割合： 8 割以上	○休日リハ提供量： 平日の 5 割以上 ○早期リハ実施割合： 5 割以上

加えて、診療報酬における人員配置基準については、人口減少が進行している現状を踏まえると、現行の基準を将来的にそのまま維持することは困難です。したがって、中長期的な視点から、人員配置に代わり得る新たな基準のあり方について、早急に議論を進める必要があります。

４．病院総合医への段階的評価制度の導入を要望

高齢化の進展により、複数の疾患や社会的背景を持つ患者に対し、全人的に対応できる病院総合医の存在は不可欠です。特に、地域において「かかりつけ医機能」を発揮しながら、より包括的な入院医療を担う存在として、病院総合医の役割は今後一層重要になります。

しかしながら、現行の診療報酬制度では、その役割に対する明確な評価がなされておらず、医師の偏在解消やチーム医療推進の観点からも制度的な支援が求められます。

そこで、段階的整備と評価により、地域における「病院での総合医機能」が持続可能なものとなるよう、次期診療報酬改定において次のような段階的評価制度の導入を要望いたします。

○提案する評価ステップと内容

･体制評価：病院総合医の配置、24 時間体制確保に対する加算（病院総合医 1 名体制ごとに月額 40–45 万円の体制加算（24 時間体制で上位加算））の新設

・プロセス評価：多職種連携、在宅支援、退院支援等の医療実践を評価（実績に応じ、上記の体制加算に報酬上乗せ）

・アウトカム評価：制度運用の定着後に再入院率や在宅復帰率等の指標を適切に活用（導入後 3 年目以降、再入院率低下や在宅復帰率向上の実績に対して成果報酬方式のボーナス支給）

＜理由＞
○病院総合医の加算を月 40～45 万円
　救急科専門医配置や集中治療室（ICU）医師配置など、特定専門医配置加算は年間約 500 万円（＝月額 40～45 万円）相当の評価水準と考えられ、病院総合医は急性期・回復期・慢性期をまたぐ全身管理を担い、幅広い患者層に対応するため、救急科専門医等と同等の評価が妥当として設定した。

○病院総合プロセス評価で加算
　既存評価では、地域包括診療料、退院支援加算、栄養サポートチーム加算などの「プロセス評価系加算」があるが、病院総合医はこれら複数領域を横断して実施するため、同様の考え方による実績に応じた加算を求める。
　点数幅を設けることで「最低限の活動」よりも「質の高い活動」を促す。

　さらに、看護師・介護士の人材育成は国が責任を持ち、病院には委託料方式で支援する体制を構築することを要望いたします。これにより、病院総合医と看護・介護職の連携を強化し、多職種チーム医療の質向上を図ることが可能となります。

５．建替・更新整備のため地域医療介護総合確保基金を活用できる仕組を要望

　特に全国の病院の約 7 割を占める 200 床未満の中小病院は、地域医療と地域雇用を担う重要な社会インフラです。しかし、施設老朽化や人口減少、資材費高騰などの影響で経営継続が困難となる事例が増えており、建替・更新を含む機能強化には公的支援が不可欠です。
　地域医療介護総合確保基金は、病床再編や人材確保等を目的に整備され、建替や整備事業にも活用可能ですが、次の課題があります。

《主な課題》
1）補助単価の低さ
　現行の補助単価は国が標準目安を示すものの、都道府県裁量で病床 1 床あたり数百万円程度にとどまる例が多く、実際の建替費用（数千万円～数億円）と大きく乖離しています。

2）条件の厳格さ
　地域医療構想調整会議での合意が必須で、都道府県により用途・対象が異なります。病床削減や機能転換以外の建替が補助対象外となる場合もあります。

3）自治体間の格差
　補助率や運用方針が自治体裁量に依存し、2022 年度までの医療分野での累計執行率は 76.4%にとどまっています。

　現行水準では建替・更新の実効性が低く、地域間格差も拡大しており、制度の抜本的見直しが必要です。そこで、下記のとおり要望いたします。

〇補助単価： 1 床あたり 3,000 万円を国基準として設定
〇支援対象の拡大： 建替・更新に加え、人材確保・運営費（ランニングコスト）にも支援を可能とする
〇制度の全国統一・簡素化： 都道府県ごとのバラツキを是正し、申請手続の一本化・最低補助率の公定化

＜理由＞
〇補助単価：1 床あたり 3,000 万円
・医療施設の建設費については、近年、1 床あたり 2,500～2,600 万円規模との推計が示されている（WAM のデータに基づく用途別建設費分析）。しかしながら、直近では建築費の上昇が急速に進んでおり、1 床あたり 5,000 万円を超え、さらには 1 億円に達するとの声も聞かれる状況で、加えて、資材費・人件費の高騰により、2020 年比で建設コスト指標は 2 桁の上昇を示している（国土交通省「建設コスト指数」）。
これらの状況を踏まえると、1 床あたり 3,000 万円という水準は、実需のおおむね 6 割程度をカバーする水準であり、現実的な数字として設定した。
（あわせて、補助対象となる病床数の上限設定について調整を行う必要がある）

　加えて、国の医療情報化推進の観点から、電子カルテの導入については補助金額自体を引き上げること、また補助の対象を保守（いわゆるランニングコスト）まで拡大すること、特にクラウドサービスを利用する場合には利用料の 50%を補助することを要望いたします。建替・更新と同時に情報基盤を整備することで、地域医療の持続性と質の向上を図ることが可能となります。

　いずれの要望も、地域医療を持続可能な形で維持・発展させるために不可欠な制度的課題を提示するものです。現場に根差した実情とニーズを踏まえ、今後の診療報酬・公的支援制度のあり方に反映されることを強く求めます。

以上