



一般社団法人 日本病院会
Japan Hospital Association

2025（令和7）年度事業報告書 資料集

資料1	第8回診療情報管理士現況調査報告書……………	P. 1～54
資料2	2024年度QIプロジェクト結果報告……………	P. 55～273
資料3	要望・提言・調査……………	P. 274～515
資料4	国際モダンホスピタルショウ2025結果報告書……………	P. 516～551

第8回 診療情報管理士(診療録管理士含む)

現況調査アンケート報告書

2025年12月

一般社団法人日本病院会
診療情報管理士教育委員会
専門課程小委員会

「第8回診療情報管理士現況調査」報告書発刊にあたり(武田 隆久) 1

はじめに(阿南 誠) 2

【調査について】

調査概要 3

I. あなたご自身のことについてお尋ねします 4

II. 勤務先のことについてお尋ねします 14

III. 診療情報管理に関する業務についてお尋ねします 35

あとがき(細川 敬貴) 47

「第8回診療情報管理士現況調査」報告書発刊にあたり

本会の診療情報管理士通信教育は、昭和47年に診療録管理士の養成課程として開講し、本年で53年目を迎えました。診療録管理士は、平成8年に『診療情報管理士』(Health Information Manager ; HIM)として新たに出発し、現在に至ります。昭和49年10月には第1回診療録管理士82名を認定、現在の認定者数は約48,000名となり、様々な場で活躍しています。

近年、診療情報管理士を取り巻く環境は大きく変化し、その業務も拡大しています。当初はカルテ管理やICDコーディングが中心であった業務は、医師事務作業補助、がん登録、診療情報の管理・データ活用、量的・質的点検、監査など、医療の安全管理や病院経営に関わる多岐の業務にわたり、より高い専門性とスキルが求められるようになっていきます。

本通信教育では、平成28年7月よりカリキュラムを変更し、指定大学・専門学校と協力して新たな時代の診療情報管理士の育成に取り組んでいます。また、日本診療情報管理学会では、平成30年に業務指針の見直しを行い、「診療情報管理士業務指針2018」を発行して、卒後教育(生涯教育)にも力を注いでいます。

現況調査アンケートは、平成16年度から実施され、今回で第8回目を迎えました。これまで郵送による調査を行ってきましたが、第6回よりWebアンケートを導入し、今回も多くの診療情報管理士の皆様にご協力いただきました。ご回答いただいた皆様に心より感謝申し上げます。

本報告書は、アンケート結果をもとに診療情報管理士の属性、勤務状況、業務の変化を集計・比較したものであり、今後の教育や業務内容の充実、さらなる発展への貴重な資料となります。ICD-11、ICHI、ICFなどのトピックスへの関心も確認できましたが、卒後教育への関心が依然として低い点は、今後の課題として捉えています。

大規模調査の継続は困難とされる中、本通信教育では診療情報管理士の認知度、地位、待遇向上を目的に今後も継続していく所存です。次回以降もぜひご回答いただきたく、引き続きのご理解とご協力をお願い申し上げます。

最後に、本調査の企画・実施・集計・報告書作成にご尽力いただいた診療情報管理士教育委員会専門課程小委員会の阿南誠委員長、赤澤宏平委員、中川原譲二委員、細川敬貴委員に深く感謝申し上げます。

2025年12月

一般社団法人 日本病院会
診療情報管理士教育委員会
委員長 武田 隆久

はじめに

2004年（平成16年）から数えて今回の調査は8回目となります。

第1回目の、2004年といえますと、2003年からの個人情報保護の関する法律の全面施行、特定機能病院等を対象としたDPC/PDPS制度の導入が行われた時期でした。その時代の潮流に合わせて、診療情報管理士の通信教育入講者が爆発的に拡大し、同時に診療情報管理士教育の指定校も増加を始め、学校教育でも診療情報管理士を目指す者が出現してきた時期であり、現在の診療情報管理士の隆盛に繋がる起点であったと感じます。

それからの継続的な本調査によって、前述の個人情報の取り扱いやDPC/PDPS制度に対応するための人材として、今ではそれなりの規模の病院であれば、診療情報管理士の配置が当然であり、また同時に大きな期待がなされていること。さらに、本調査結果を振り返ってみますと、回数を重ねるごとに担当する業務も拡大の一途であり、かつての「診療録」管理士であった時代とは隔世の感があります。特に、DPC/PDPSデータが起爆剤となった地域医療構想等、多くの施策のための基礎データ構築やがん登録等の国家的なデータベースインフラ構築にも診療情報管理士が大きく関与しており、事実上、制度を支えているといっても過言ではありません。一方、ここ数年、人類の生活を一変させる可能性があるとして大きな話題となっている、AIやビッグデータの活用への関わりでもその役割は注目されると考えています。AIは60年代の第一次ブーム、80年代の第二次ブーム、そして現在の第三次ブームがあるといわれています。過去のブームがなぜ終焉を迎えたかという点、AIが人工知能と言われるように、膨大なデータを学習させることが技術的に困難であったことが大きな原因と考えます。現在ではコンピュータ技術の進歩による高速、大容量化、そして、インターネットの発達がこの隆盛を招いています。しかし、技術の進歩による劇的改善は認めつつ、しかし、その基盤となる学習データ等については、恐らく、診療情報管理実務者の方々は医療の記録や情報は、「美しくない」と感じておられると思います。人間から発生したデータを人間が記録やデータから情報に変換していく、その過程での欠落や個人差、単純なケアレスミスを数え上げると枚挙に暇が無いということをご承知だと思います。すなわち、AIやビッグデータを活用する時代になっても、医療現場における記録や情報の精度はさらに重要になっていくことに気付かねばなりません。2015年に某シンクタンクがAIの登場で淘汰される職種に診療情報管理士をノミネートした事に、その結果よりも診療情報管理士が一つの業務として知られていたことに驚きましたが、10年経過して業務はなくなりそうか、それどころか、益々重要性が増してきたと感じています。逆になくならないはずのアート分野が生成系AIの普及で危機的な状況に陥っているという皮肉なことになっています。しかし、AIが生成するアートについては、ノイズが思わぬ傑作を生む可能性はありますが、健康や命に大切なものは、傑作ではなく、当たり前のことが正確にわかることだと考えます。すなわち、AIやビッグデータが重要視されればされるほど、そのAIの基盤となる学習や根拠、つまりデータや情報の重要性は増してくると考えており正に診療情報管理士がそれを担うと考えております。

さて、今回の調査結果をみても、従来からの傾向とは大きく変わることなく、担当業務は拡大を続けて存在感を増しています。その内容もデータベース構築やデータ分析等に関わることが期待されていますが、現時点では、どちらかというの内向け情報活用となっています。今後はそれが外で活用される、特にAI学習やビッグデータ活用の根拠となる高精度の記録や情報インフラを担うのは診療情報管理士である、等に繋がることだと考えています。もちろん、AIを活用する側にもなるので、どのように活用するのかという提案する側にもなり得ます。

ついに診療情報管理士の認定者の累計が48,595名（診療録管理士から移行の1,015名を含む）を数え、5万人を超えようとしている今、医療DX推進の流れにあって、わが国の医療への影響も無視出来ない存在になってきています。しかし新しい時代に向けて、さらなるスキルアップが必須であり、今後とも本調査によってその状況把握が必要であり、極めて重要な意味をもつと考えております。

最後にこのような重要な調査に協力していただいた方々、分析にご尽力をいただいた日本病院会事務局の方々、そして委員の方々に厚く御礼申し上げますと共に、本調査結果がAI時代における診療情報管理士のあり方について、広く国や社会、医療に関わる方々へのアピールにも繋がることを期待しております。

2025年12月

一般社団法人日本病院会
診療情報管理士教育委員会
専門課程小委員会 委員長 阿南 誠

調査について

調査概要

1. 調査目的

この調査は、診療録管理士を含む、診療情報管理士の現況を継続的に調査し、今後の日本の医療機関における診療情報管理体制の向上に資することを目的とする。

2. 調査対象

調査の対象は、一般社団法人日本病院会の診療情報管理士通信教育を受講、もしくは認定大学・専門学校で所定の教育を受け、診療録管理士もしくは診療情報管理士の認定を受けたものとする。

a	郵送をした配布票数	36,865
b	住所不明等で返送があった票数	2,780
c	有効配布票数(a-b)	34,085
d	返送があった票数	10,563
e	全ての項目が未記入だった票数(白紙)	0
f	有効回収票数(d-e)	10,563

有効配布票数(c)	返送があった票数(d)	回収率
34,085	10,563	31.0%

有効配布票数(c)	有効回収票数(f)	有効回答率
34,085	10,563	31.0%

3. 調査方法

2025年5月23日に認定者の自宅へ、アンケート回答用WebサイトのユーザーID・パスワードを郵送。

2025年6月15日の回答分までを有効回答として処理。

※回答終了時点で「一時保存」状態で未提出の回答は集計対象外。

4. 調査項目

調査の項目は、大きく次の3つに分け、72項目について回答を求めた。

I. あなたご自身のことについて

性別、年齢等

II. 勤務先のことについて

従事年数、所属施設等

III. 診療情報管理に関する業務について

電子化の状況、会議への参加等

I. あなたご自身のことについてお尋ねします

Q1. 現在の勤務先がある都道府県

【考察】

前回に引き続き、今回の調査では回答数が10,000人を超えた。都道府県別の回答数を見ると、東京都929人、大阪府747人、愛知県536人、福岡県492人、神奈川県485人となり、以降は北海道、兵庫県、埼玉県、千葉県等の大都市圏が続いた。なお、4番目に多い回答として無効があった。これは既に病院を退職している方や、他の職業に就かれている方などが含まれていると考えられる。前回から認定者数は約4,700人増加しているが、調査回答者数は10,563人と約300人減少している。調査精度の向上のためには、回答率の改善に向けた取組を強化する必要がある。また、発送した調査票のうち、約2,700通が住所不明等で返送されており、住所変更手続きを確実に行っていただけるよう、周知に取り組みなければならない。なお、人口10万人あたりの認定者数については、令和6年1月1日時点の住民基本台帳、令和5年の人口動態統計を基に算出している。

都道府県別回答数と病院及び病床数

※人口は、令和6年1月1日住民基本台帳人口・世帯数、令和5年人口動態（都道府県別）（総計）より

※病院・病床数は令和5年医療施設（静態・動態）調査（確定数）・病院報告の概況、統計表10-1、11-1より

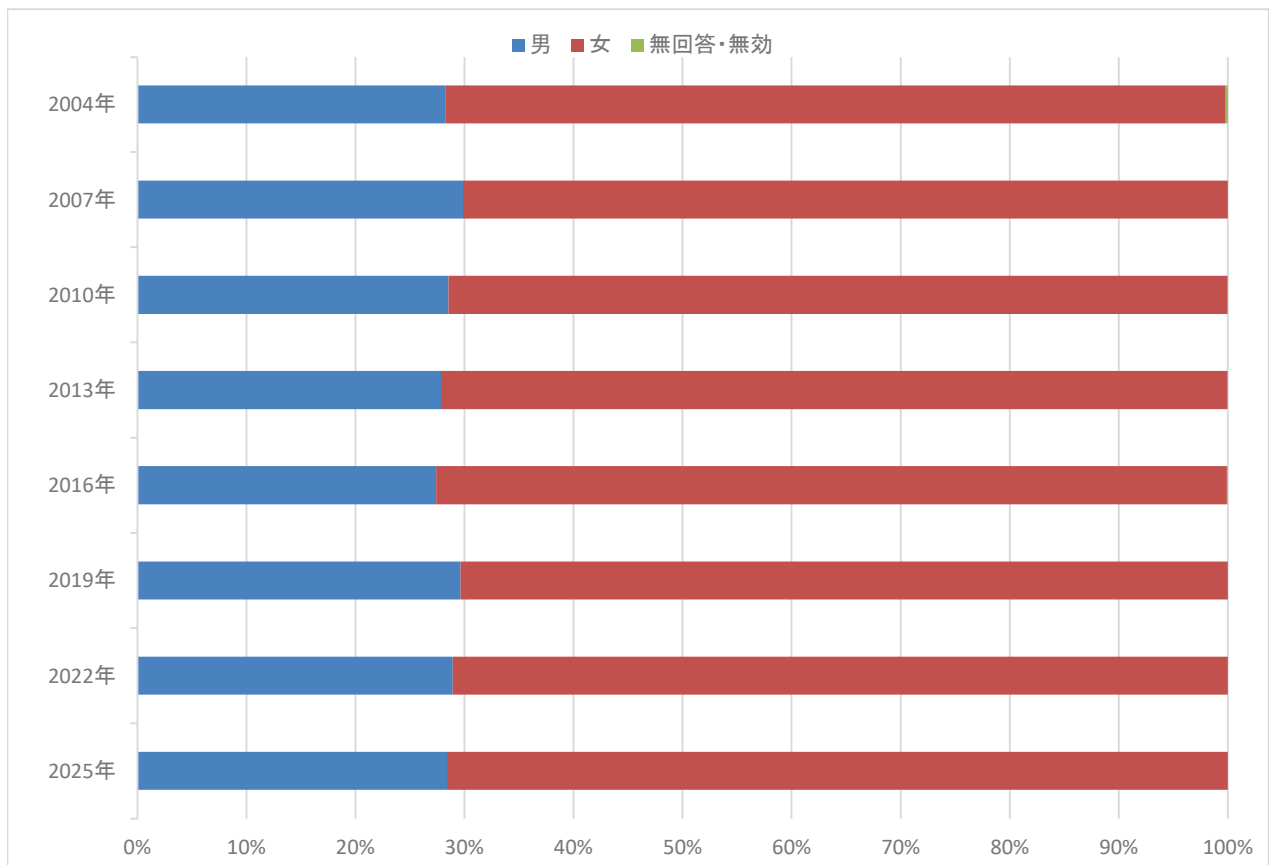
	2025年度 現在の 認定者数	認定者 構成比率	人口10万 あたり 認定者数	調 査 回 答 数	回 答 数 構 成 比 率	認定者 100人 あたり回答数	100病院あたり回答数		100病床あたり回答数		
							合計	一般病棟	合計	病院 一般病床	一般 診療所
全 国	48,595		38.9	10,563		21.7	130.1	149.5	0.68	1.20	13.94
北 海 道	2,420	6.6%	47.5	439	4.2%	18.1	82.2	94.6	0.46	0.85	9.12
青 森	408	1.1%	33.8	106	1.0%	26.0	119.1	147.2	0.60	1.12	7.16
岩 手	324	0.9%	27.6	79	0.7%	24.4	86.8	103.9	0.47	0.81	8.41
宮 城	1,070	2.9%	47.7	206	2.0%	19.3	152.6	190.7	0.80	1.36	17.47
秋 田	269	0.7%	29.1	69	0.7%	25.7	107.8	143.8	0.48	0.83	11.84
山 形	422	1.1%	41.1	97	0.9%	23.0	147.0	186.5	0.69	1.21	21.60
福 島	716	1.9%	39.9	155	1.5%	21.6	127.0	156.6	0.62	1.05	16.11
茨 城	943	2.6%	32.9	221	2.1%	23.4	128.5	145.4	0.70	1.24	15.29
栃 木	947	2.6%	49.4	166	1.6%	17.5	153.7	186.5	0.75	1.37	12.50
群 馬	987	2.7%	51.4	222	2.1%	22.5	174.8	194.7	0.92	1.57	27.31
埼 玉	1,854	5.0%	25.1	361	3.4%	19.5	105.6	122.0	0.55	0.95	15.36
千 葉	1,550	4.2%	24.6	340	3.2%	21.9	117.6	132.8	0.55	0.93	18.16
東 京	4,558	12.4%	32.8	929	8.8%	20.4	145.8	158.0	0.72	1.13	27.91
神 奈 川	2,631	7.1%	28.6	485	4.6%	18.4	145.2	167.8	0.65	1.03	23.83
新 潟	987	2.7%	46.2	189	1.8%	19.1	158.8	189.0	0.72	1.16	37.65
富 山	401	1.1%	39.4	112	1.1%	27.9	106.7	130.2	0.74	1.41	28.00
石 川	472	1.3%	42.6	115	1.1%	24.4	130.7	153.3	0.67	1.18	14.92
福 井	377	1.0%	50.1	92	0.9%	24.4	137.3	161.4	0.85	1.48	12.89
山 梨	298	0.8%	37.0	65	0.6%	21.8	108.3	125.0	0.60	1.04	16.93
長 野	818	2.2%	40.3	212	2.0%	25.9	172.4	196.3	0.91	1.42	29.12
岐 阜	589	1.6%	29.9	154	1.5%	26.1	163.8	187.8	0.76	1.25	11.52
静 岡	928	2.5%	25.7	243	2.3%	26.2	142.9	174.8	0.65	1.16	15.68
愛 知	2,708	7.3%	36.1	536	5.1%	19.8	170.7	192.8	0.78	1.35	15.90
三 重	585	1.6%	33.3	116	1.1%	19.8	124.7	143.2	0.58	1.06	13.58
滋 賀	477	1.3%	33.8	116	1.1%	24.3	200.0	227.5	0.82	1.30	27.36
京 都	1,125	3.1%	45.2	220	2.1%	19.6	137.5	147.7	0.68	0.98	34.43
大 阪	3,683	10.0%	42.0	747	7.1%	20.3	148.8	161.3	0.71	1.15	39.05
兵 庫	1,816	4.9%	33.5	431	4.1%	23.7	125.3	138.1	0.66	1.09	21.10
奈 良	383	1.0%	29.1	101	1.0%	26.4	134.7	142.3	0.62	0.97	26.23
和 歌 山	260	0.7%	28.5	71	0.7%	27.3	85.5	94.7	0.54	0.83	10.07
鳥 取	245	0.7%	45.4	56	0.5%	22.9	130.2	143.6	0.66	1.16	14.29
島 根	280	0.8%	43.0	64	0.6%	22.9	139.1	173.0	0.64	1.13	16.80
岡 山	1,879	5.1%	101.5	267	2.5%	14.2	167.9	186.7	0.94	1.53	16.30
広 島	1,263	3.4%	45.9	272	2.6%	21.5	117.2	135.3	0.69	1.30	11.63
山 口	507	1.4%	38.7	127	1.2%	25.0	91.4	113.4	0.50	1.16	10.37
徳 島	315	0.9%	44.4	87	0.8%	27.6	82.9	96.7	0.60	1.37	6.87
香 川	375	1.0%	39.5	83	0.8%	22.1	96.5	110.7	0.54	0.96	6.43
愛 媛	530	1.4%	40.4	143	1.4%	27.0	106.7	118.2	0.65	1.23	8.04
高 知	434	1.2%	64.2	105	1.0%	24.2	89.0	98.1	0.63	1.38	11.11
福 岡	2,934	8.0%	57.6	492	4.7%	16.8	108.6	126.2	0.56	1.13	8.38
佐 賀	392	1.1%	48.9	72	0.7%	18.4	75.8	87.8	0.45	1.13	3.85
長 崎	538	1.5%	41.7	115	1.1%	21.4	78.8	97.5	0.41	0.99	4.25
熊 本	1,099	3.0%	63.6	232	2.2%	21.1	114.9	142.3	0.65	1.42	6.38
大 分	621	1.7%	55.8	140	1.3%	22.5	92.7	111.1	0.62	1.19	4.47
宮 崎	520	1.4%	49.1	102	1.0%	19.6	79.1	91.1	0.51	1.14	4.87
鹿 児 島	1,127	3.1%	71.5	192	1.8%	17.0	83.5	100.5	0.54	1.25	4.61
沖 縄	527	1.4%	35.5	104	1.0%	19.7	116.9	136.8	0.54	1.08	13.83
無 効	-	-	-	512	4.8%	-	-	-	-	-	-
外 国	3	0.0%	-	3	0.0%	100.0	-	-	-	-	-

Q2. あなたの性別

【考察】

前回調査から、男女の割合に大きな変化はなく、これまで同様、女性の回答割合が70%を超える結果となった。

	No.	1	2	無回答 無効	合計
	回答	男	女		
2004年	回答数	830	2,097	6	2,933
	率	28.3%	71.5%	0.2%	100.0%
2007年	回答数	1,243	2,919	0	4,162
	率	29.9%	70.1%	0.0%	100.0%
2010年	回答数	2,146	5,376	1	7,523
	率	28.5%	71.4%	0.0%	100.0%
2013年	回答数	2,239	5,802	3	8,044
	率	27.8%	72.1%	0.0%	100.0%
2016年	回答数	2,187	5,787	7	7,981
	率	27.4%	72.5%	0.1%	100.0%
2019年	回答数	2,439	5,787	0	8,226
	率	29.6%	70.3%	0.0%	100.0%
2022年	回答数	3,146	7,731	0	10,877
	率	28.9%	71.1%	0.0%	100.0%
2025年	回答数	3,000	7,563	0	10,563
	率	28.4%	71.6%	0.0%	100.0%

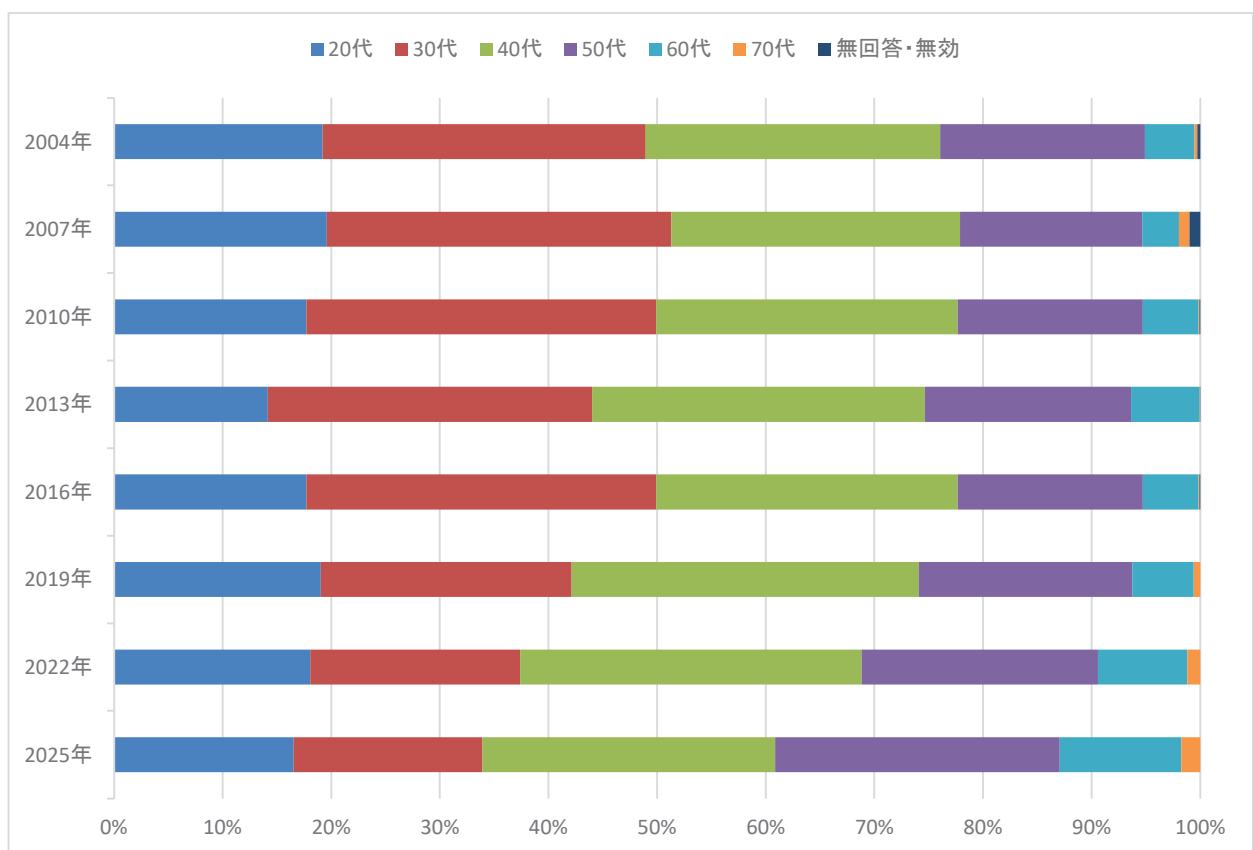


Q3. あなたの現在の年齢

【考察】

2000年に診療録管理体制加算が新設されて以降、診療情報管理士の認定者は大幅に増加した。これらの認定者の中心は40代、50代であり、特にこの世代の占める割合は大きい。40代・50代を合計した割合は前回調査と同じではあるものの、50代が前回から4%以上増加し、60代もついに10%を超えた。

	No.	1	2	3	4	5	6	無回答 無効	合計
	回答	20代	30代	40代	50代	60代	70代～		
2004年	回答数	565	875	796	555	134	0	8	2,933
	率	19.3%	29.8%	27.2%	18.9%	4.6%	0.0%	0.3%	100.0%
2007年	回答数	822	1,327	1,113	702	140	17	41	4,162
	率	19.7%	31.9%	26.7%	16.9%	3.4%	0.4%	1.0%	100.0%
2010年	回答数	1,327	2,412	2,081	1,278	384	35	6	7,523
	率	17.6%	32.1%	27.6%	17.0%	5.1%	0.5%	0.1%	100.0%
2013年	回答数	1,133	2,385	2,448	1,518	505	53	2	8,044
	率	14.1%	29.6%	30.4%	18.9%	6.3%	0.7%	0.0%	100.0%
2016年	回答数	1,093	2,018	2,470	1,597	684	105	14	7,981
	率	13.7%	25.3%	30.9%	20.0%	8.6%	1.3%	0.2%	100.0%
2019年	回答数	1,566	1,900	2,630	1,616	464	50	0	8,226
	率	19.0%	23.1%	32.0%	19.6%	5.6%	0.6%	0.0%	100.0%
2022年	回答数	1,964	2,103	3,419	2,366	896	129	0	10,877
	率	18.1%	19.3%	31.4%	21.8%	8.2%	1.2%	0.0%	100.0%
2025年	回答数	1,748	1,835	2,848	2,766	1,183	183	0	10,563
	率	16.5%	17.4%	27.0%	26.2%	11.2%	1.7%	0.0%	100.0%

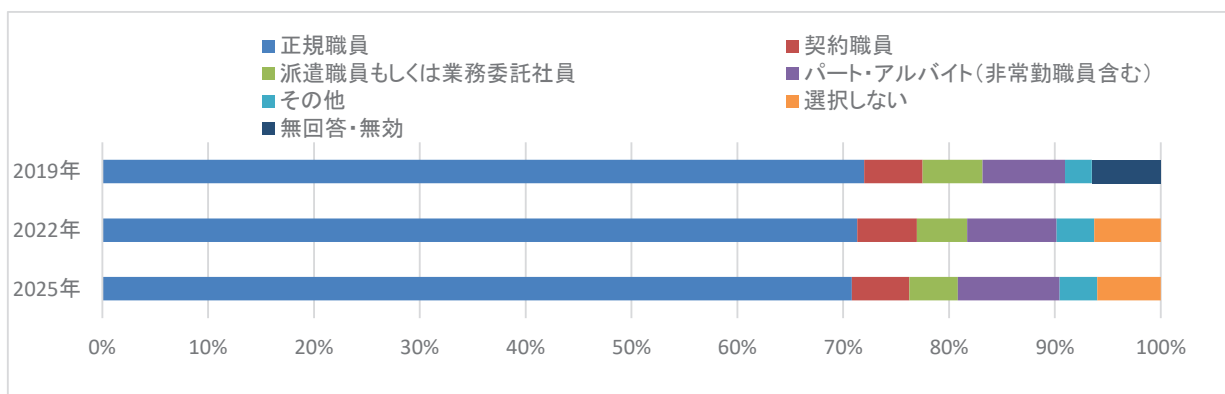


Q4. あなたの雇用形態

【考察】

前回調査では、「あなたの勤務形態」としていたが、今回の調査から「雇用形態」へ名称を変更した。選択肢の内容に変更はない。2019年調査からの経年比較では、わずかではあるが正規職員の割合が減少し、パート・アルバイトの回答が増加している。なお、令和6年度 総務省労働力調査から、平均正規雇用者数3,662万人、平均非正規雇用者数2,132万人、正規雇用の割合63.3%であった。本調査結果をこれと比較した場合、正規雇用の割合はやや高い水準にあるといえる。一方で、他職種との比較検証も必要であるが、現時点では正確な数値の算出は困難である。

	No.	1	2	3	4	5	6	無回答 無効	合計
	回答	正規職員	契約職員	派遣職員 もしくは 業務委託社員	パート、 アルバイト (非常勤職員 含む)	その他	選択しない		
2019年	回答数	5,920	456	464	642	208		536	8,226
	率	72.0%	5.5%	5.6%	7.8%	2.5%		6.5%	100.0%
2022年	回答数	7,758	614	517	917	386	685	0	10,877
	率	71.3%	5.6%	4.8%	8.4%	3.5%	6.3%	0.0%	100.0%
2025年	回答数	7,481	572	485	1,014	377	634	0	10,563
	率	70.8%	5.4%	4.6%	9.6%	3.6%	6.0%	0.0%	100.0%

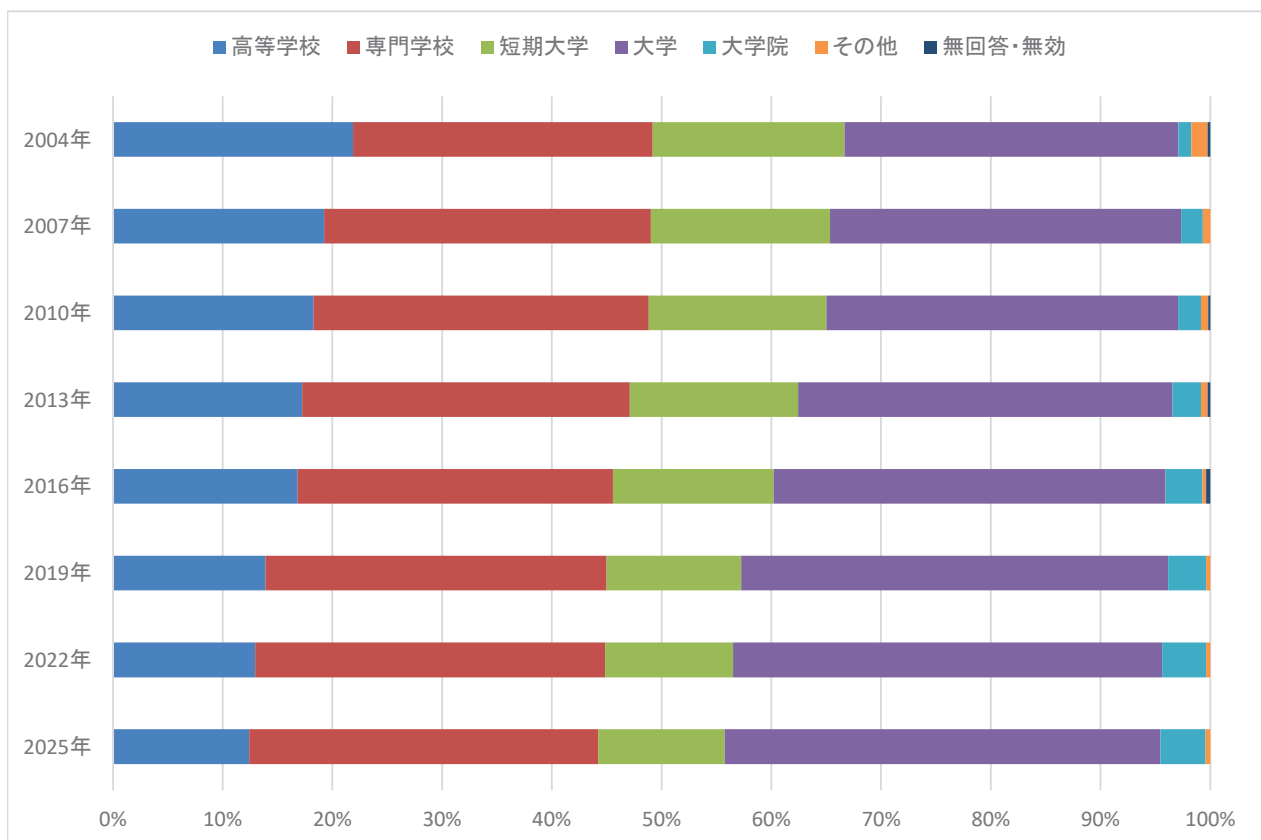


Q5. あなたの最終学歴

【考察】

専門学校、大卒者の割合は、過去2回の調査結果と比較し、大きな変動は見られない。大学院は前回の調査とほぼ変わらない結果であった。

	No.	1	2	3	4	5	6	無回答 無効	合計
	回答	高等学校	専門学校	短期大学	大学	大学院	その他		
2004年	回答数	642	801	512	893	35	43	7	2,933
	率	21.9%	27.3%	17.5%	30.4%	1.2%	1.5%	0.2%	100.0%
2007年	回答数	795	1,231	674	1,322	82	28	0	4,132
	率	19.2%	29.8%	16.3%	32.0%	2.0%	0.7%	0.0%	100.0%
2010年	回答数	1,374	2,300	1,218	2,412	156	49	14	7,523
	率	18.3%	30.5%	16.2%	32.1%	2.1%	0.7%	0.2%	100.0%
2013年	回答数	1,388	2,400	1,235	2,745	208	50	18	8,044
	率	17.3%	29.8%	15.4%	34.1%	2.6%	0.6%	0.2%	100.0%
2016年	回答数	1,343	2,293	1,171	2,848	271	25	30	7,981
	率	16.8%	28.7%	14.7%	35.7%	3.4%	0.3%	0.4%	100.0%
2019年	回答数	1,143	2,557	1,009	3,201	286	30	0	8,226
	率	13.9%	31.1%	12.3%	38.9%	3.5%	0.4%	0.0%	100.0%
2022年	回答数	1,410	3,468	1,268	4,256	435	40	0	10,877
	率	13.0%	31.9%	11.7%	39.1%	4.0%	0.4%	0.0%	100.0%
2025年	回答数	1,311	3,359	1,218	4,195	436	44	0	10,563
	率	12.4%	31.8%	11.5%	39.7%	4.1%	0.4%	0.0%	100.0%

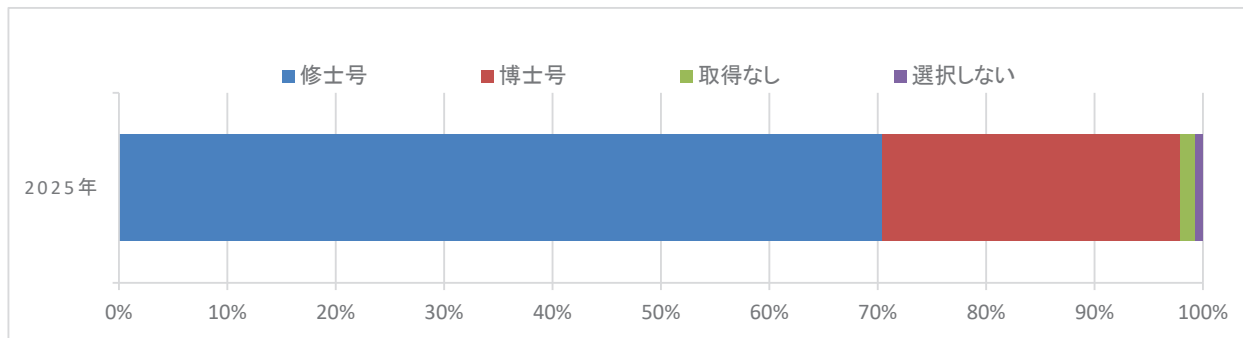


Q5-2. [5]で「大学院」と答えた方に質問です。学位について教えてください。

【考察】

今回、新たに設けた項目である。診療情報管理士が学位を取得する意義としては、診療情報管理士および学術団体としての社会的地位向上、高度な分析・研究を支える人材の育成、診療情報管理学の学術的基盤の強化、同領域における学術的研究の推進、さらには科学研究費助成事業(科研費/厚労・文科)の獲得促進などがあげられる。

	No.	1	2	3	4	無回答 無効	合計
	回答	修士号	博士号	取得なし	選択しない		
2025年	回答数	307	120	6	3	0	436
	率	70.4%	27.5%	1.4%	0.7%	0.0%	100.0%

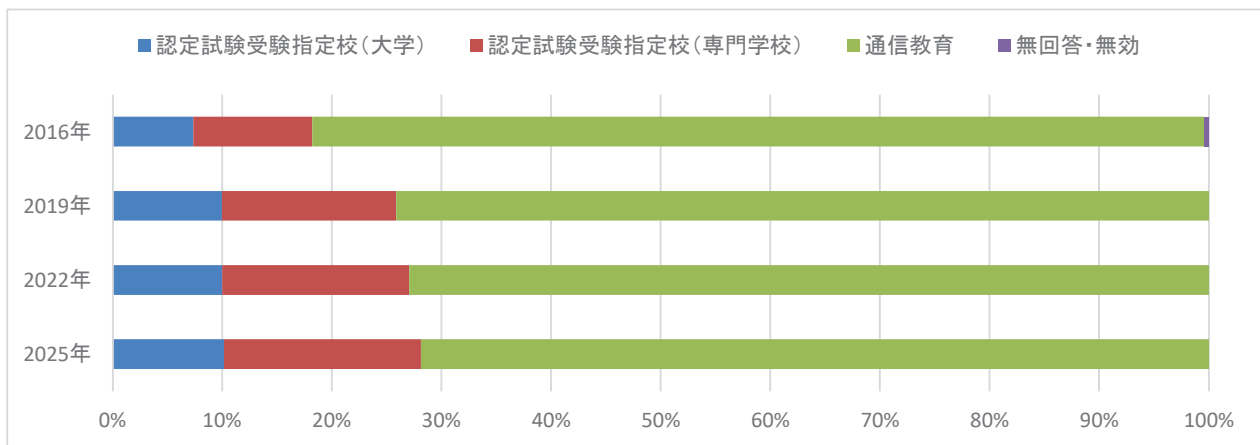


Q6. あなたはどの方法で、資格取得の勉強をしましたか。

【考察】

前回調査まで、「認定大学」「認定専門学校」としていた選択肢について、「認定試験受験指定校(大学)」「同(専門学校)」へと変更した。通信教育における認定者の回答数が特に多いことがわかる一方で、前回調査と比較すると、通信教育の回答者数は大きく減少している。各項目の比率から鑑みても、この通信教育回答数の減少が全体の回答数減少に影響している可能性がある。今後は、若者人口の減少もあるため、引き続き注視すべき項目である。

No.	1	2	3	無回答 無効	合計	
						回答
2016年	回答数	588	866	6,494	33	7,981
	率	7.4%	10.9%	81.4%	0.4%	100.0%
2019年	回答数	819	1,310	6,097	0	8,226
	率	10.0%	15.9%	74.1%	0.0%	100.0%
2022年	回答数	1,086	1,856	7,935	0	10,877
	率	10.0%	17.1%	73.0%	0.0%	100.0%
2025年	回答数	1,074	1,897	7,592	0	10,563
	率	10.2%	18.0%	71.9%	0.0%	100.0%



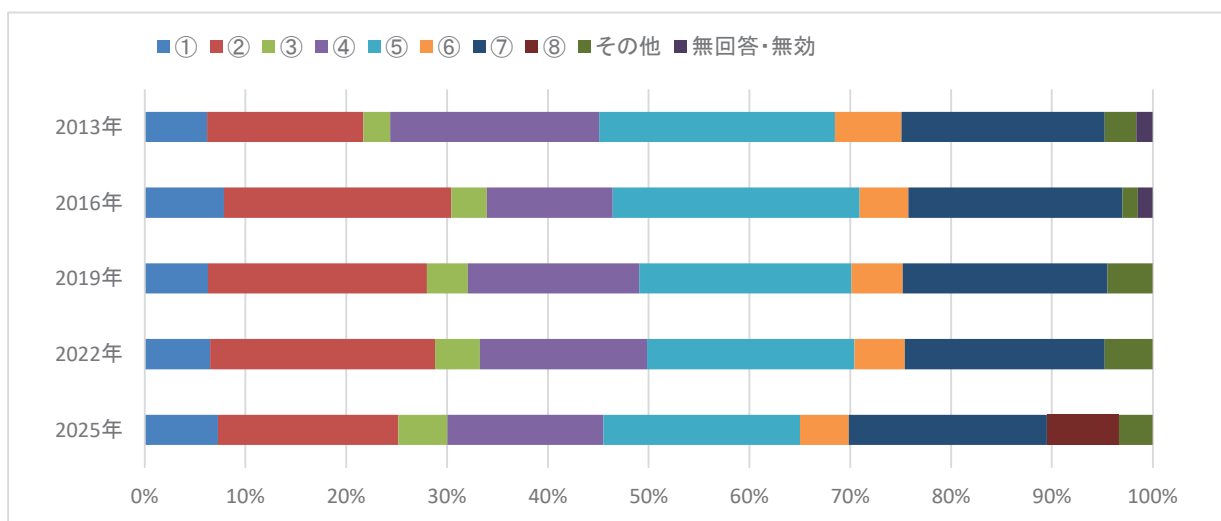
Q7. あなたが診療情報管理士の資格を取得した動機について、主なものを1つ選択してください。

【考察】

今回、新たに「⑧認定試験受験指定校生のため」を設けたことにより、各項目の回答割合に変動が生じた。最も多かった項目は、「⑧認定試験受験指定校生のため」であり、これまで「②就職に有利と判断したため」に回答していた者の一部が、この項目へ移行したものと考えられる。一方、「⑤職場・上司からの指示・勧めがあったため」「⑦自己研鑽のため」「④診療情報管理士としての知識を求めたため」については、大きな変化は見られなかった。これらの項目への回答者の多くは、通信教育を通して認定を受けた者であると推察される。診療情報管理士の認定が就職、転職に有利であるという認識については、依然として変わりはないものと考えられる。

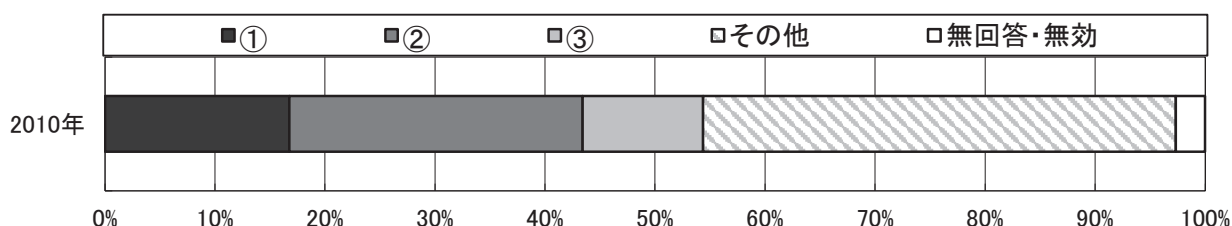
- ① 診療情報管理部門へ配属されたため
- ② 就職に有利と判断したため
- ③ 昇給・昇格・昇任などで有利と判断したため
- ④ 診療情報管理士としての知識を求めたため
- ⑤ 職場・上司からの指示・勧めがあったため
- ⑥ DPCに関わる知識が必要なため
- ⑦ 自己研鑽のため
- ⑧ 認定試験受験指定校生のため

	No.	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	その他	無回答 無効	合計
2013年	回答数	334	836	142	1,117	1,260	357	1,085		170	87	5,388
	率	6.2%	15.5%	2.6%	20.7%	23.4%	6.6%	20.1%		3.2%	1.6%	100.0%
2016年	回答数	628	1,799	283	997	1,954	386	1,694		123	117	7,981
	率	7.9%	22.5%	3.5%	12.5%	24.5%	4.8%	21.2%		1.5%	1.5%	100.0%
2019年	回答数	517	1,786	334	1,400	1,731	417	1,672		369	0	8,226
	率	6.3%	21.7%	4.1%	17.0%	21.0%	5.1%	20.3%		4.5%	0.0%	100.0%
2022年	回答数	707	2,427	484	1,803	2,240	541	2,157		518	0	10,877
	率	6.5%	22.3%	4.4%	16.6%	20.6%	5.0%	19.8%		4.8%	0.0%	100.0%
2025年	回答数	769	1,888	515	1,634	2,060	514	2,076	753	354	0	10,563
	率	7.3%	17.9%	4.9%	15.5%	19.5%	4.9%	19.7%	7.1%	3.4%	0.0%	100.0%



- ① 診療情報管理室の立ち上げのため
- ② とりあえず資格を取得し、就職に有利と判断したため
- ③ 昇給・昇格・昇任などで有利と判断したため

	No.	①	②	③	その他	無回答 無効	合計
2010年	回答数	871	1,385	568	2,232	139	5,195
	率	16.8%	26.7%	10.9%	43.0%	2.7%	100.0%

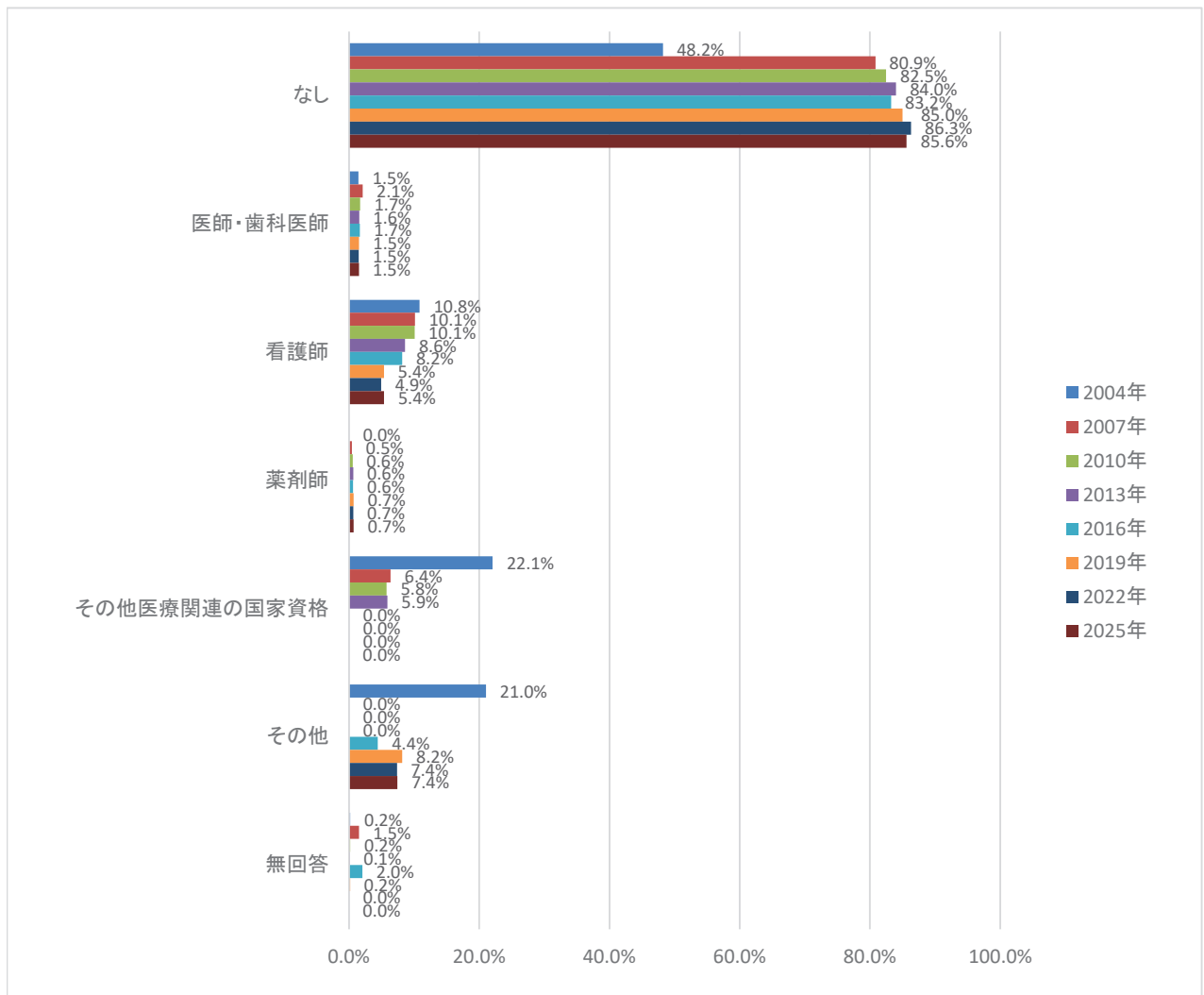


Q8. あなたは診療録管理士・診療情報管理士のほかに医療関連の国家資格をお持ちですか。(複数回答可)

【考察】

「なし」が多い傾向に変化はない。医師の回答者数が前回同様に160名を超えた。看護師の回答者数は前回調査から増加しているものの、2010年には759名の回答を得ていたことと比較すると減少している。引き続き、医療従事者が診療情報管理士の認定を取得したいと思えるような価値の提供に努め続けることが求められる。

	No.	1	2	3	4	5	6	無回答	合計
	回答	なし	医師、 歯科医師	看護師	薬剤師	その他医療 関連の国家 資格	その他		
2004年	回答数	1,414	43	318		647	617	63	2,933
	率	48.2%	1.5%	10.8%		22.1%	21.0%	0.2%	
2007年	回答数	3,365	87	422	19	266		64	4,162
	率	80.9%	2.1%	10.1%	0.5%	6.4%		1.5%	
2010年	回答数	6,205	130	759	43	434		15	7,523
	率	82.5%	1.7%	10.1%	0.6%	5.8%		0.2%	
2013年	回答数	6,755	127	692	52	475		10	8,044
	率	84.0%	1.6%	8.6%	0.6%	5.9%		0.1%	
2016年	回答数	6,643	134	651	50		353	163	7,981
	率	83.2%	1.7%	8.2%	0.6%		4.4%	2.0%	
2019年	回答数	6,992	127	441	59		673	14	8,226
	率	85.0%	1.5%	5.4%	0.7%		8.2%	0.2%	
2022年	回答数	9,386	163	536	72		803	0	10,877
	率	86.3%	1.5%	4.9%	0.7%		7.4%	0.0%	
2025年	回答数	9,044	161	568	77		785	0	10,563
	率	85.6%	1.5%	5.4%	0.7%		7.4%	0.0%	

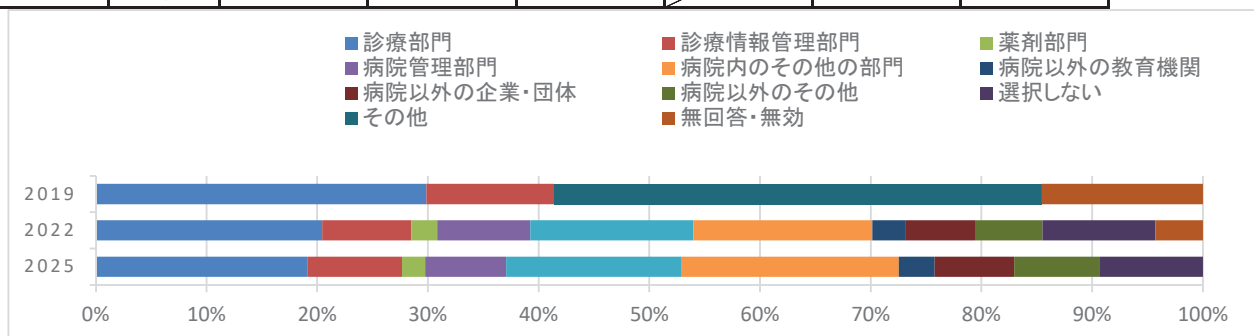


Q8-2. [8]で「医師、歯科医師」「看護師」「薬剤師」「その他」いずれかの国家資格をお持ちと
 答えた方に質問です。あなたの主たる所属(業務)はどこですか。

【考察】

前回調査から、選択項目を詳細なものに変更している。認定者数の増加に伴い、「病院内のその他の部門」「診療部門」「事務部門」など、所属は多岐にわたっている。

	No.	1	2	3	4	5	6	7
	回答	診療部門	診療情報 管理部門	薬剤部門	病院管理部門	事務部門	病院内の その他の部門	病院以外の 教育機関
2019年	回答数	365	141					
	率	29.9%	11.5%					
2022年	回答数	305	120	35	125	220	241	44
	率	20.5%	8.0%	2.3%	8.4%	14.8%	16.2%	3.0%
2025年	回答数	291	129	32	111	241	298	49
	率	19.2%	8.5%	2.1%	7.3%	15.9%	19.6%	3.2%
	No.	8	9	10	11	無回答 無効	合計	
	回答	病院以外の 企業・団体	病院以外の その他	選択しない	その他			
2019年	回答数				538	178	1,222	
	率				44.0%	14.6%	100.0%	
2022年	回答数	94	91	152		64	1,491	
	率	6.3%	6.1%	10.2%		4.3%	100.0%	
2025年	回答数	109	118	141		0	1,519	
	率	7.2%	7.8%	9.3%		0.0%	100.0%	



Ⅱ. 勤務先のことについてお尋ねします

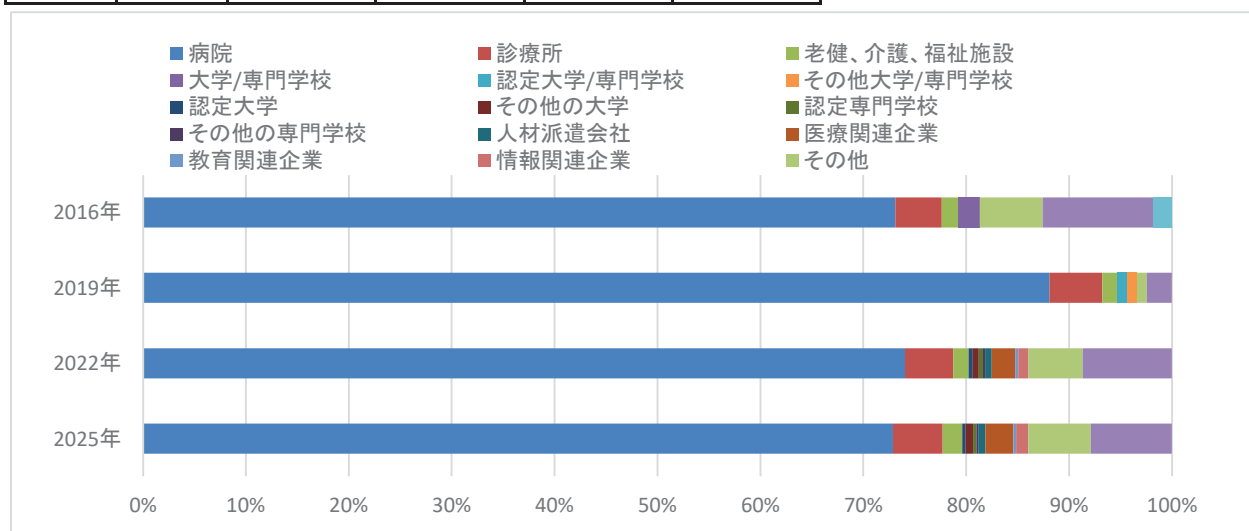
Q9. あなたの勤務先

(少しでも勤務している方は記入してください。複数ある場合は主な勤務先を1つ選択してください。)

【考察】

勤務先として病院と回答した割合が72.9%で大多数を占めた。この割合は2019年からわずかながら減少傾向にある。また、診療所、老健・介護・福祉施設および医療関連企業に勤務している割合は微増傾向である。その他の多岐にわたる勤務先の傾向には大きな変化は認められない。「現在、全く勤務していない」の割合が7.9%であり、求職中もしくは退職・休職などの理由を把握したいところである。

	No.	1	2	3	4	5	6	7
	回答	病院	診療所	老健、介護、福祉施設	大学/専門学校	認定大学/専門学校	その他大学/専門学校	認定大学
2016年	回答数	5,836	359	129	166			
	率	73.1%	4.5%	1.6%	2.1%			
2019年	回答数	6,250	375	108		68	70	
	率	78.3%	4.6%	1.3%		0.8%	0.9%	
2022年	回答数	8,055	509	164				43
	率	74.1%	4.7%	1.5%				0.4%
2025年	回答数	7,698	510	203				34
	率	72.9%	4.8%	1.9%				0.3%
	No.	8	9	10	11	12	13	14
	回答	その他の大学	認定専門学校	その他専門学校	人材派遣会社	医療関連企業	教育関連企業	情報関連企業
2016年	回答数							
	率							
2019年	回答数				70	179	18	73
	率				0.9%	2.2%	0.2%	0.9%
2022年	回答数	64	46	22	68	249	32	109
	率	0.6%	0.4%	0.2%	0.6%	2.3%	0.3%	1.0%
2025年	回答数	77	34	17	74	287	28	125
	率	0.7%	0.3%	0.2%	0.7%	2.7%	0.3%	1.2%
	No.	15	16					
	回答	その他	現在全く勤務していない	無回答無効	合計			
2016年	回答数	488	856	147	7,981			
	率	6.1%	10.7%	1.8%	100.0%			
2019年	回答数	434	581	0	8,226			
	率	5.3%	7.1%	0.0%	100.0%			
2022年	回答数	571	945	0	10,877			
	率	5.2%	8.7%	0.0%	100.0%			
2025年	回答数	642	834	0	10,563			
	率	6.1%	7.9%	0.0%	100.0%			



Q9-2. 勤務先が「病院」「診療所」「老健、介護、福祉施設」の方に質問です。

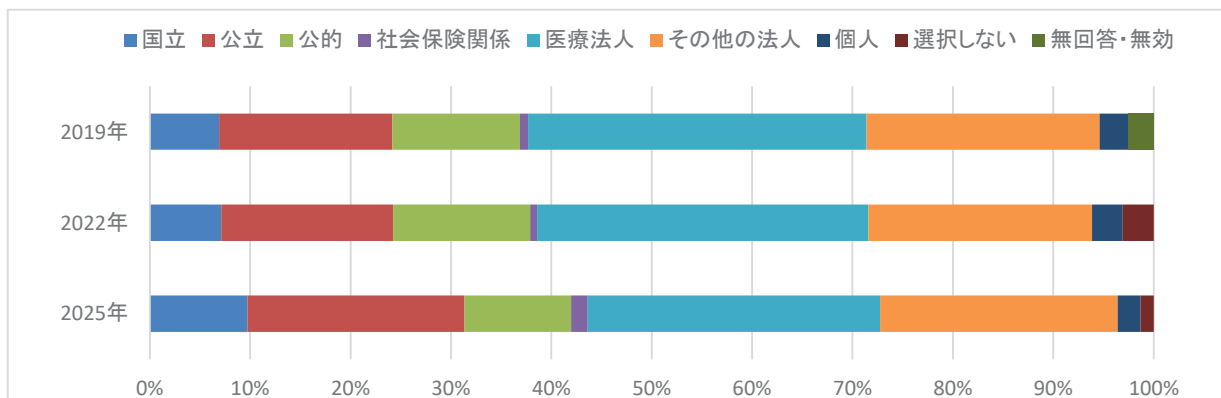
勤務先の開設者について、当てはまるものを選択してください。

【考察】

勤務先の開設者における割合で見ると、20%以上を占めるのが「医療法人」、「その他の法人」、「公立」であった。年次変化で見ると、「医療法人」が漸減、「国立」と「公立」が微増であった。

- ①国立(国、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立高度専門医療研究センター、独立行政法人地域医療機能推進機構)
- ②公立(都道府県、市町村、地方独立行政法人)
- ③公的(日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、国民健康保険団体連合会)
- ④社会保険関係(健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合)
- ⑤医療法人(社会医療法人は含まない)
- ⑥その他の法人(公益法人、学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、社会医療法人等、その他法人)
- ⑦個人

	No.	1	2	3	4	5	6	7	8	無回答 無効	合計
	回答	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	選択 しない		
2019年	回答数	464	1,162	856	55	2,271	1,563	194	/	168	6,733
	率	6.9%	17.3%	12.7%	0.8%	33.7%	23.2%	2.9%		2.5%	100.0%
2022年	回答数	621	1,496	1,190	61	2,878	1,946	268	268	0	8,728
	率	7.1%	17.1%	13.6%	0.7%	33.0%	22.3%	3.1%	3.1%	0.0%	100.0%
2025年	回答数	819	1,818	893	140	2,450	1,989	191	111	0	8,411
	率	9.7%	21.6%	10.6%	1.7%	29.1%	23.6%	2.3%	1.3%	0.0%	100.0%



Q9-3. 病床数はどのくらいですか。(勤務先が「病院」「診療所」「老健、介護、福祉施設」の方対象)

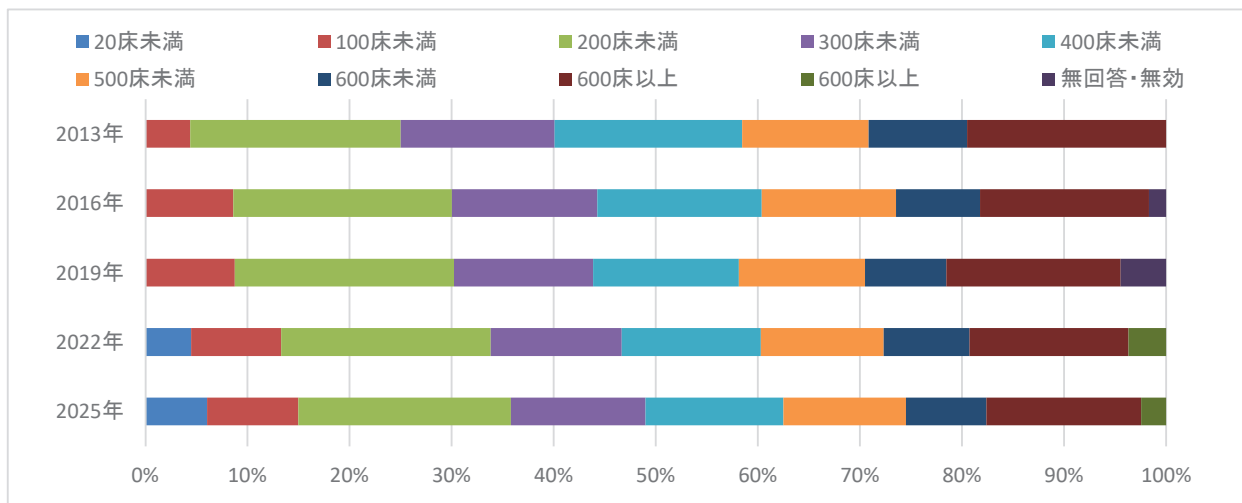
【考察】

勤務先の病床数別割合は、最頻値が「100床以上200床未満」の20.8%で、次に高いのが「600床以上」15.2%であった。令和5年医療施設調査結果(表の最下段)と比較すると、200床以上の病院での割合が高い傾向にある。年次変化では特徴的な傾向はない。

	No.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	無回答 無効	合計
	回答	20床 未満	100床 未満	200床 未満	300床 未満	400床 未満	500床 未満	600床 未満	600床 以上	選択 しない		
2013年	回答数		110	518	379	462	311	242	490		0	2,512
	率		4.4%	20.6%	15.1%	18.4%	12.4%	9.6%	19.5%		0.0%	100.0%
2016年	回答数		503	1,249	832	940	768	481	965		98	5,836
	率		8.6%	21.4%	14.3%	16.1%	13.2%	8.2%	16.5%		1.7%	100.0%
2019年	回答数		548	1,342	851	893	772	498	1,068		278	6,250
	率		8.8%	21.5%	13.6%	14.3%	12.4%	8.0%	17.1%		4.4%	100.0%
2022年	回答数	392	770	1,792	1,118	1,191	1,051	733	1,359	322	0	8,728
	率	4.5%	8.8%	20.5%	12.8%	13.6%	12.0%	8.4%	15.6%	3.7%	0.0%	100.0%
2025年	回答数	508	751	1,752	1,110	1,137	1,009	662	1,276	206	0	8,411
	率	6.0%	8.9%	20.8%	13.2%	13.5%	12.0%	7.9%	15.2%	2.4%	0.0%	100.0%
全国病床割合			41.0%	21.2%	20.3%	7.4%	4.9%	2.6%	1.1%	1.7%		

※病床割合は、令和5年医療施設(静態・動態)調査(各定数)・病院報告の概況:統計表6より

※2019年は「あなたの勤務先」に対し、「病院」に回答した人を対象としていた。



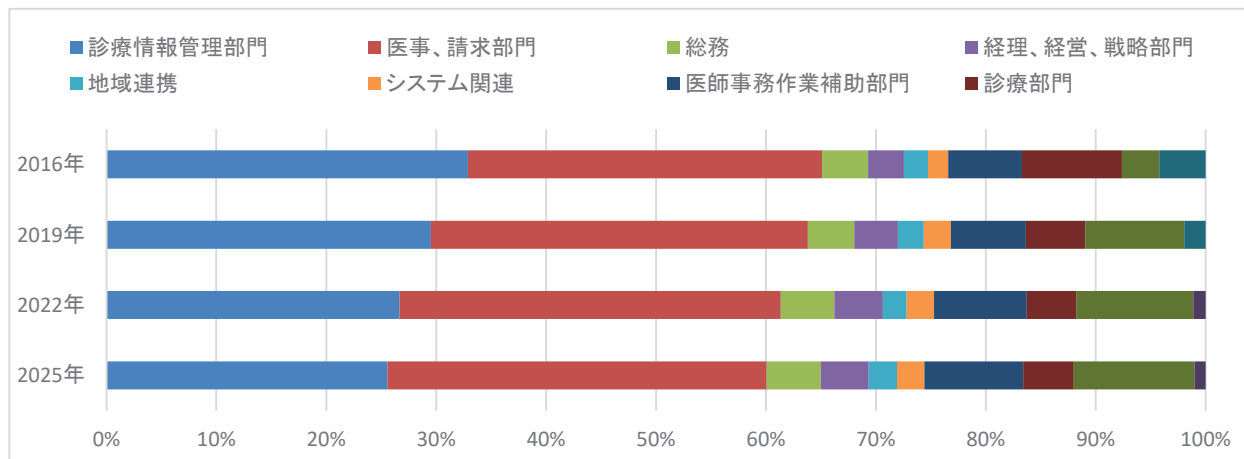
Q9-4. 現在の所属先はどちらですか。(勤務先が「病院」「診療所」「老健、介護、福祉施設」の方対象)

【考察】

勤務先での所属では、「診療情報管理部門」(25.6%)と「医事・請求部門」(34.5%)が突出しており、この2部門で全体の6割に達する。年次変化では「診療情報管理部門」の割合の減少が認められ、診療情報管理士の業務の多様性が一段と進んでいると思われる。今後、診療情報管理士は診療情報管理業務のみならず、医学医療の幅広い知識を持つ人材として医療機関や老健・介護・福祉施設の様々な業務をこなす能力を求められると考える。

	No.	1	2	3	4	5	6
	回答	診療情報管理部門	医事、請求部門	総務	経理、経営戦略部門	地域連携	システム関連
2016年	回答数	1,920	1,880	244	190	129	106
	率	32.9%	32.2%	4.2%	3.3%	2.2%	1.8%
2019年	回答数	1,845	2,144	263	249	147	154
	率	29.5%	34.3%	4.2%	4.0%	2.4%	2.5%
2022年	回答数	2,328	3,027	426	384	190	216
	率	26.7%	34.7%	4.9%	4.4%	2.2%	2.5%
2025年	回答数	2,152	2,899	415	366	217	211
	率	25.6%	34.5%	4.9%	4.4%	2.6%	2.5%
	No.	7	8	9	10	無回答無効	合計
	回答	医師事務作業補助部門	診療部門	その他の業務	選択しない		
2016年	回答数	392	531	198		246	5,836
	率	6.7%	9.1%	3.4%		4.2%	100.0%
2019年	回答数	427	337	563		121	6,250
	率	6.8%	5.4%	9.0%		1.9%	100.0%
2022年	回答数	738	391	931	97	0	8,728
	率	8.5%	4.5%	10.7%	1.1%	0.0%	100.0%
2025年	回答数	756	386	925	84	0	8,411
	率	9.0%	4.6%	11.0%	1.0%	0.0%	100.0%

※2019年は「あなたの勤務先」に対し、「病院」に回答した人を対象としていた。



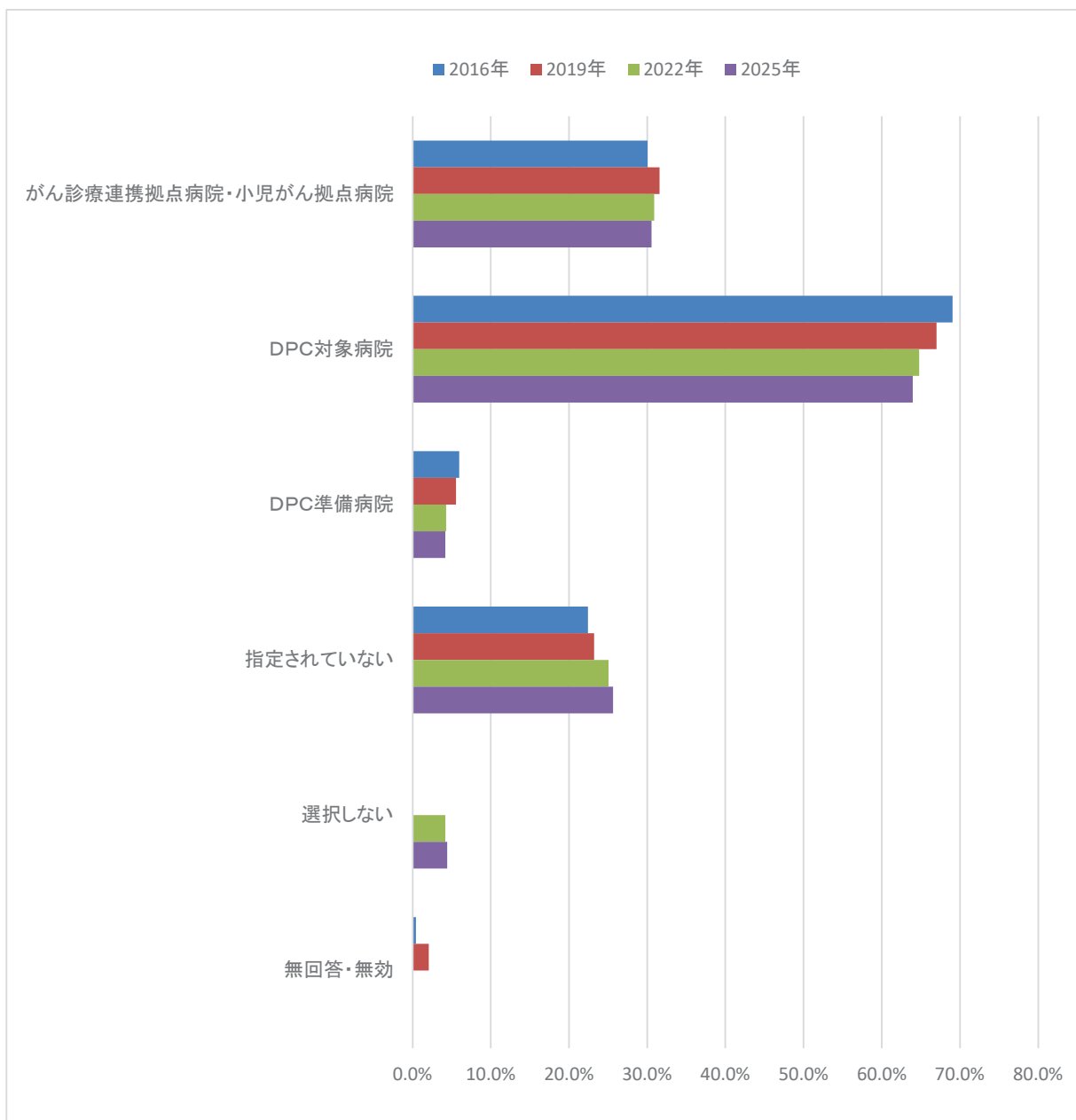
Q9-5. 現在の勤務先は、以下に指定されていますか。(複数回答可)
 (勤務先が「病院」「診療所」「老健、介護、福祉施設」の方対象)

【考察】

「DPC対象病院」と「DPC準備病院」の割合が漸減している。3つの指定を受けていない割合は微増している。

	No.	1	2	3	4	5	無回答	合計
	回答	がん診療連携拠点病院・小児がん拠点病院	DPC対象病院	DPC準備病院	指定されていない	選択しない		
2016年	回答数	1,520	3,493	302	1,135		22	5,059
	率	30.0%	69.0%	6.0%	22.4%		0.4%	
2019年	回答数	1,973	4,189	346	1,450		129	6,250
	率	31.6%	67.0%	5.5%	23.2%		2.1%	
2022年	回答数	2,696	5,655	373	2,186	365	0	8,728
	率	30.9%	64.8%	4.3%	25.0%	4.2%	0.0%	
2025年	回答数	2,571	5,381	353	2,155	371	0	8,411
	率	30.6%	64.0%	4.2%	25.6%	4.4%	0.0%	

※2019年は「あなたの勤務先」に対し、「病院」に回答した人を対象としていた。



Q9-6. 現在の勤務先の診療録管理体制加算の取得状況を教えてください。

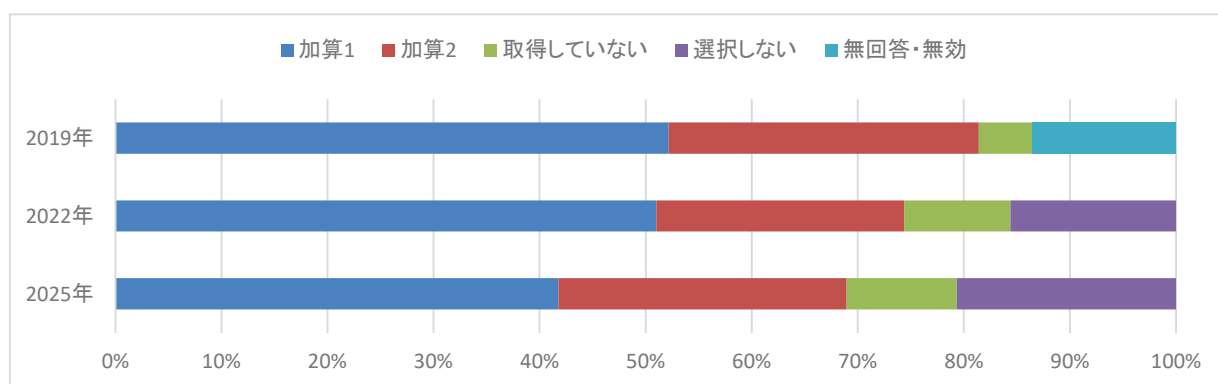
(勤務先が「病院」「診療所」「老健、介護、福祉施設」の方対象)

【考察】

2025年では診療録管理体制加算1の割合が41.8%であった。これは、2024年度の診療報酬改定で加算1は実質新設されたもので前回調査結果と比較はできないが、2025年の加算1では要件として、「医療情報システムのオフラインバックアップ体制の確保」や「BCPの策定および訓練・演習の実施」などの厳格なサイバーセキュリティ対策を施すことを課された結果として約4割の施設で加算1を取得している。サイバーセキュリティ対策は病院にとって経費負担や運用の取り決めの問題が大きい、最重要課題として認識すべきでありこの割合の増加が期待される。

	No.	1	2	3	4	無回答 無効	合計
	回答	加算1	加算2	取得して いない	選択しない		
2019年	回答数	3,260	1,828	318		844	6,250
	率	52.2%	29.2%	5.1%		13.5%	100.0%
2022年	回答数	4,451	2,039	876	1,362	0	8,728
	率	51.0%	23.4%	10.0%	15.6%	0.0%	100.0%
2025年	回答数	3,513	2,285	874	1,739	0	8,411
	率	41.8%	27.2%	10.4%	20.7%	0.0%	100.0%

※2019年までは「あなたの勤務先」に対し、「病院」に回答した人を対象としていた。

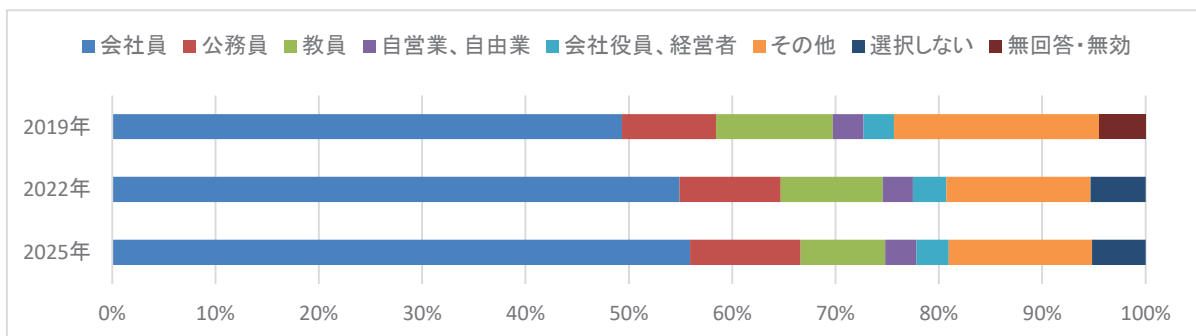


Q9-7. 勤務先として「認定大学」「認定専門学校」「その他の大学」「その他の専門学校」「人材派遣会社（派遣元）」「医療関連企業」「教育関連企業」「情報関連企業」「その他」を選択された方に質問です。職種について具体的に教えてください。

【考察】

医療機関や老健・介護・福祉施設以外に勤務する診療情報管理士1,318名の回答結果では、会社員が55.9%と最も高かった。教員の年次変化を見ると漸減している傾向がある。少子化の影響で学生数が減少している可能性があるが、学生数の減少が他の要因による場合には何らかの対策が必要かもしれない。

	No.	1	2	3	4	5
	回答	会社員	公務員	教員	自営業、自由業	会社役員、経営者
2019年	回答数	450	83	103	27	27
	率	49.3%	9.1%	11.3%	3.0%	3.0%
2022年	回答数	661	118	119	35	39
	率	54.9%	9.8%	9.9%	2.9%	3.2%
2025年	回答数	737	141	108	40	41
	率	55.9%	10.7%	8.2%	3.0%	3.1%
	No.	6	7	無回答 無効	合計	
	回答	その他	選択しない			
2019年	回答数	181	/	41	912	
	率	19.8%		4.5%	100.0%	
2022年	回答数	168	64	0	1,204	
	率	14.0%	5.3%	0.0%	100.0%	
2025年	回答数	183	68	0	1,318	
	率	13.9%	5.2%	0.0%	100.0%	

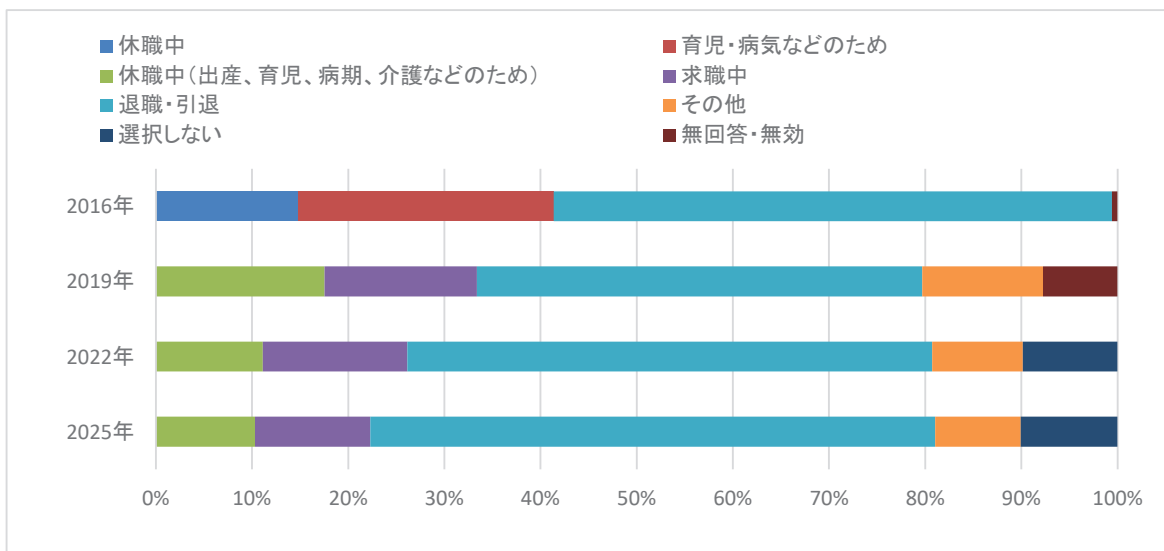


Q9-8. 現在全く勤務していない方にお聞きます。その理由を選択してください。

【考察】

全く勤務していない診療情報管理士834名の回答結果として、「退職・引退」が約6割を占めた。年次変化では、休職中の割合が漸減している。

	No.	1	2	3	4	5
	回答	休職中	育児・病気などのため	休職中 (出産、育児、病気、介護などのため)	求職中	退職・引退
2016年	回答数	127	227			497
	率	14.8%	26.5%			58.1%
2019年	回答数			102	92	269
	率			17.6%	15.8%	46.3%
2022年	回答数			105	142	516
	率			11.1%	15.0%	54.6%
2025年	回答数			86	100	490
	率			10.3%	12.0%	58.8%
	No.	6	7	無回答 無効	合計	
	回答	その他	選択しない			
2016年	回答数			5	856	
	率			0.6%	100.0%	
2019年	回答数	73		45	581	
	率	12.6%		7.7%	100.0%	
2022年	回答数	89	93	0	945	
	率	9.4%	9.8%	0.0%	100.0%	
2025年	回答数	74	84	0	834	
	率	8.9%	10.1%	0.0%	100.0%	



Q10. 業務の内容について、当てはまるものをすべて選択してください。

(「現在全く勤務していない」以外の方対象)

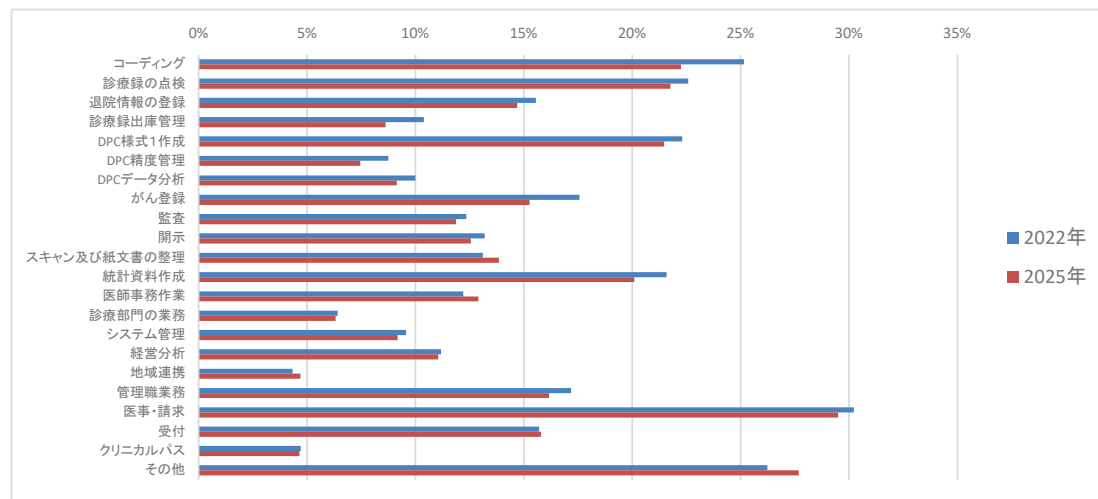
各業務に関する業務割合を詳細に問う設問であるため、該当業務について、業務従事割合が10%以上と回答した回答数と割合を表示している。したがって、割合は合計で100%を超えている。

【考察】

業務従事割合が10%以上の業務内容の割合が高いものとして、コーディング、診療録の点検、DPC様式1作成、統計資料作成、医事・請求(いずれも20%以上の回答)であった。年次変化では、コーディング、診療録出庫管理が微減していることがわかる。

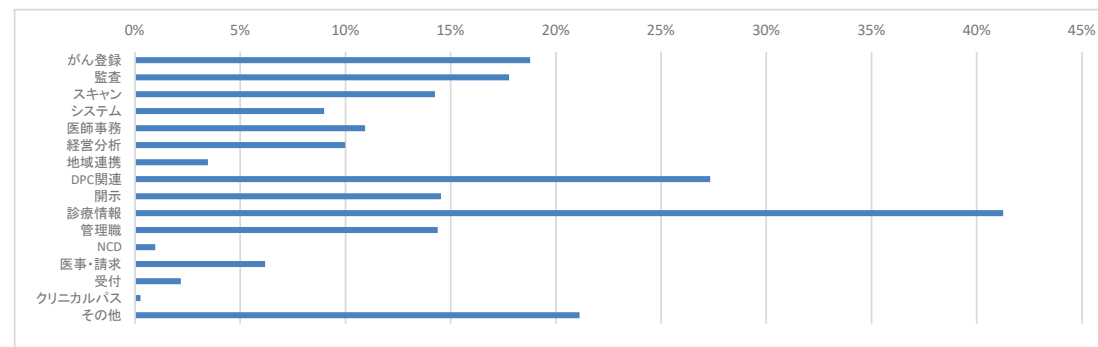
	No.	1	2	3	4	5	6	7	8
	回答	コーディング	診療録の点検	退院情報の登録	診療録出庫管理	DPC様式1作成	DPC精度管理	DPCデータ分析	がん登録
2022年	回答数	2,498	2,243	1,545	1,032	2,215	869	993	1,745
	率	25.2%	22.6%	15.6%	10.4%	22.3%	8.7%	10.0%	17.6%
2025年	回答数	2,165	2,117	1,430	839	2,089	725	889	1,485
	率	22.3%	21.8%	14.7%	8.6%	21.5%	7.5%	9.1%	15.3%
	No.	9	10	11	12	13	14	15	16
	回答	監査	開示	スキャン及び紙文書の整理	統計資料作成	医師事務作業	診療部門の業務	システム管理	経営分析
2022年	回答数	1,227	1,310	1,302	2,144	1,213	637	951	1,111
	率	12.4%	13.2%	13.1%	21.6%	12.2%	6.4%	9.6%	11.2%
2025年	回答数	1,156	1,222	1,347	1,956	1,255	615	893	1,076
	率	11.9%	12.6%	13.8%	20.1%	12.9%	6.3%	9.2%	11.1%
	No.	17	18	19	20	21	22	合計	
	回答	地域連携	管理職業務	医事・請求	受付	クリニカルパス	その他		
2022年	回答数	430	1,707	3,002	1,560	467	2,606	9,932	
	率	4.3%	17.2%	30.2%	15.7%	4.7%	26.2%	100.0%	
2025年	回答数	456	1,573	2,871	1,537	453	2,693	9,729	
	率	4.7%	16.2%	29.5%	15.8%	4.7%	27.7%	100.0%	

※2022・2025年度は各業務に関する業務割合を問う設問であるため、該当業務について、業務従事割合が10%以上と回答した回答数・率を表示



	No.	1	2	3	4	5	6	7	8-10	11	
	回答	がん登録	監査	スキャン	システム	医師事務	経営分析	地域連携	DPC関連	開示	
2019年	回答数	1,545	1,462	1,173	739	899	822	285	2,248	1,196	
	率	18.8%	17.8%	14.3%	9.0%	10.9%	10.0%	3.5%	27.3%	14.5%	
	No.	12-17			18	19	20	21	22	23	合計
	回答	診療情報管理業務			管理職	NCD	医事・請求	受付	クリニカルパス	その他	
2019年	回答数	3,394			1,183	79	508	179	21	1,737	8,226
	率	41.3%			14.4%	1.0%	6.2%	2.2%	0.3%	21.1%	100.0%

※2019年は「現在全く勤務していない人」も対象に含んでいた。



Q10. 業務の内容について、当てはまるものをすべて選択してください。

(「現在全く勤務していない」以外の方対象)

※該当する業務について、業務量全体に占める、その選択肢の業務量の割合を0～100で選択。

【考察】

業務割合が50%以上であると回答している割合が高い業務として、「医事・請求」、「医師事務作業」、「管理職業務」、「受付」(いずれも5%以上)がある。その他の割合も高いが中味について興味あるところである。

【A】:業務割合が50%以上である回答者の割合

	業務割合											【A】	合計
	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%		
コーディング	7,564	1,007	480	285	137	141	37	29	23	7	19	2.6%	9,729
診療録の点検	7,612	1,301	430	211	48	69	15	13	15	5	10	1.3%	9,729
退院情報の登録	8,299	877	324	138	42	30	7	6	6	0	0	0.5%	9,729
診療録出庫管理	8,890	738	71	22	2	4	1	0	1	0	0	0.1%	9,729
DPC様式1作成	7,640	819	546	315	137	138	37	44	20	10	23	2.8%	9,729
DPC精度管理	9,004	517	126	53	12	9	5	3	0	0	0	0.2%	9,729
DPCデータ分析	8,840	623	162	64	14	19	1	3	1	1	1	0.3%	9,729
がん登録	8,244	779	248	144	59	68	24	30	57	24	52	2.6%	9,729
監査	8,573	848	176	69	15	24	5	4	5	2	8	0.5%	9,729
開示	8,507	996	141	48	15	17	0	1	2	1	1	0.2%	9,729
スキャン及び紙文書の整理	8,382	930	217	93	27	38	7	7	7	6	15	0.8%	9,729
統計資料作成	7,773	1,292	349	183	40	62	10	8	2	2	8	0.9%	9,729
医師事務作業	8,474	267	121	79	44	97	29	57	79	75	407	7.6%	9,729
診療部門の業務	9,114	202	97	44	25	52	18	26	26	24	101	2.5%	9,729
システム管理	8,836	384	125	80	40	64	19	24	28	32	97	2.7%	9,729
経営分析	8,653	428	253	150	58	111	15	19	11	0	31	1.9%	9,729
地域連携	9,273	175	49	27	16	35	15	19	19	16	85	1.9%	9,729
管理職業務	8,156	344	219	195	99	215	57	86	73	37	248	7.4%	9,729
医事・請求	6,858	472	358	330	262	541	146	188	184	105	285	14.9%	9,729
受付	8,192	470	224	181	115	341	33	39	30	19	85	5.6%	9,729
クリニカルパス	9,276	328	64	29	8	8	3	1	1	1	10	0.2%	9,729
その他	7,036	253	185	111	100	144	55	71	75	91	1,608	21.0%	9,729

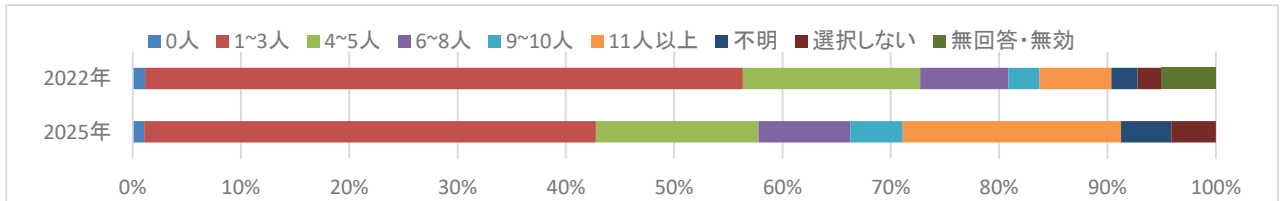
Q10-2(1). 勤務先が「がん登録を行っている」方に質問です。
【全スタッフ数】を教えてください。

【考察】

がん登録の全スタッフ数の割合を2022年と比較すると、2025年では6人以上の割合が増加していることがわかる。特に、11人以上の割合が2022年の6.6%から20.1%に急激に増加した。一方、1～3人の割合が55.2%から41.7%に減少している。がん登録業務のスタッフ数が増えることは登録業務の充実に好ましい傾向と思われる。

※Q10で「がん登録」を「0%」以外で回答した方が対象

	No.	1	2	3	4	5	6	7	8	無回答 無効	合計
	回答	0人	1～3人	4～5人	6～8人	9～10人	11人以上	不明	選択 しない		
2022年	回答数	20	963	286	142	50	116	42	39	87	1,745
	率	1.1%	55.2%	16.4%	8.1%	2.9%	6.6%	2.4%	2.2%	5.0%	100.0%
2025年	回答数	16	619	223	126	72	299	69	61	0	1,485
	率	1.1%	41.7%	15.0%	8.5%	4.8%	20.1%	4.6%	4.1%	0.0%	100.0%



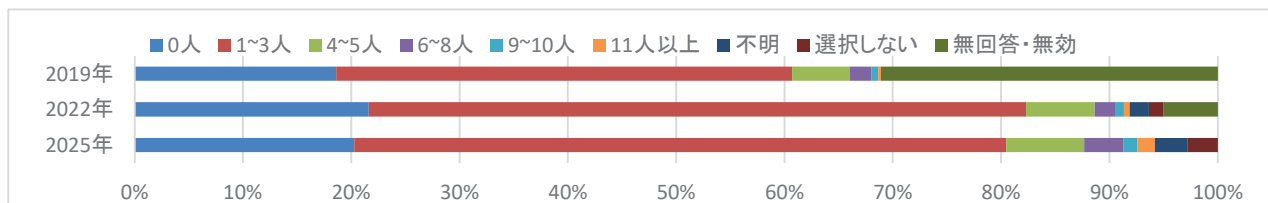
Q10-2(2). 勤務先が「がん登録を行っている」方に質問です。
【専従の診療情報管理士(あなたを含めて)】の担当者数を教えてください。

【考察】

がん登録業務の専従の診療情報管理士が1～3人である割合が60.2%と大きな割合を占めている。その一方で、専従者が不在である割合が20.3%である点にも注目すべきである。

	No.	1	2	3	4	5	6	7	8	無回答 無効	合計
	回答	0人	1～3人	4～5人	6～8人	9～10人	11人以上	不明	選択 しない		
2019年	回答数	820	1,853	234	89	27	12	/	/	1,369	4,404
	率	18.6%	42.1%	5.3%	2.0%	0.6%	0.3%			31.1%	100.0%
2022年	回答数	377	1,059	111	34	13	9	31	24	87	1,745
	率	21.6%	60.7%	6.4%	1.9%	0.7%	0.5%	1.8%	1.4%	5.0%	100.0%
2025年	回答数	301	894	107	54	19	24	45	41	0	1,485
	率	20.3%	60.2%	7.2%	3.6%	1.3%	1.6%	3.0%	2.8%	0.0%	100.0%

※2022年、2025年はQ10で「がん登録」を「0%」以外で回答した方が対象



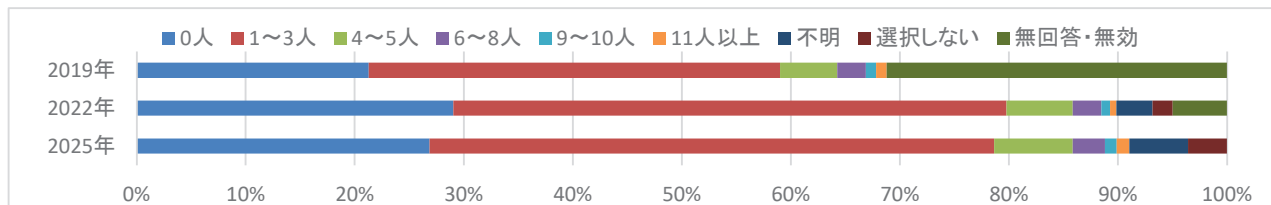
Q10-2(3). 勤務先が「がん登録を行っている」方に質問です。
【専従ではない診療情報管理士(あなたを含めて)】の担当者数を教えてください。

【考察】

がん登録業務を専従で行っていない診療情報管理士の割合では、1～3人が51.8%と高い値を示した。一方、0人の割合は26.9%という結果となった。

	No.	1	2	3	4	5	6	7	8	無回答 無効	合計
	回答	0人	1～3人	4～5人	6～8人	9～10人	11人以上	不明	選択 しない		
2019年	回答数	938	1,661	231	116	41	42	/	/	1,375	4,404
	率	21.3%	37.7%	5.2%	2.6%	0.9%	1.0%			31.2%	100.0%
2022年	回答数	507	885	106	46	14	10	58	32	87	1,745
	率	29.1%	50.7%	6.1%	2.6%	0.8%	0.6%	3.3%	1.8%	5.0%	100.0%
2025年	回答数	399	769	107	44	16	17	80	53	0	1,485
	率	26.9%	51.8%	7.2%	3.0%	1.1%	1.1%	5.4%	3.6%	0.0%	100.0%

※2022年、2025年はQ10で「がん登録」を「0%」以外で回答した方が対象



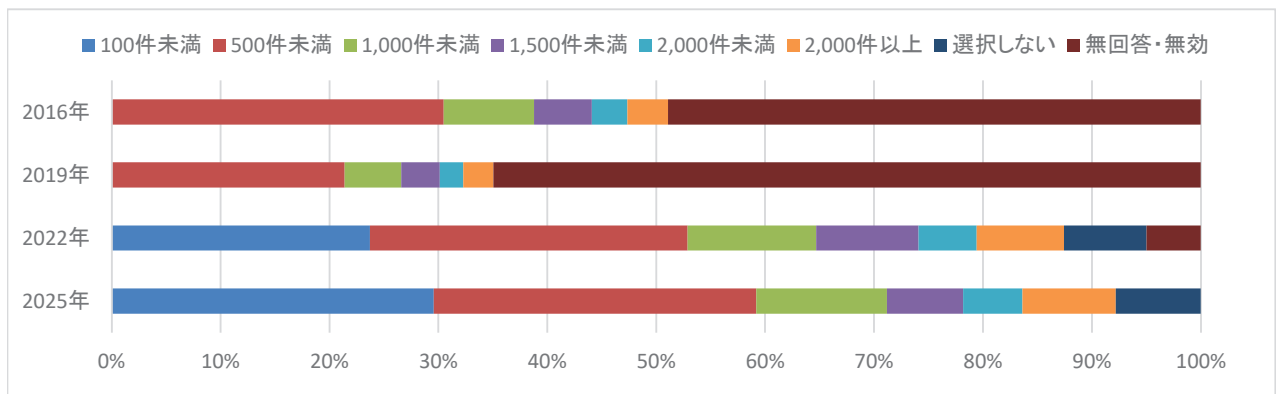
Q10-3. 昨年1年間(1月～12月)のがん登録件数を教えてください。
(勤務先が「がん登録を行っている」方対象)

【考察】

がん登録件数の割合の分布では、500件未満が59.2%であった。2022年との比較では、100件未満の割合が増えた以外は大きな変動はない。

	No.	1	1	2	3	4	5	6	無回答 無効	合計
	回答	100件未満	500件未満	1,000件未満	1,500件未満	2,000件未満	2,000件以上	選択しない		
2016年	回答数		1,543	419	268	166	188		2,475	5,059
	率		30.5%	8.3%	5.3%	3.3%	3.7%		48.9%	100.0%
2019年	回答数		929	226	154	93	121		2,821	4,344
	率		21.4%	5.2%	3.5%	2.1%	2.8%		64.9%	100.0%
2022年	回答数	414	509	206	164	93	140	132	87	1,745
	率	23.7%	29.2%	11.8%	9.4%	5.3%	8.0%	7.6%	5.0%	100.0%
2025年	回答数	439	440	178	104	81	127	116	0	1,485
	率	29.6%	29.6%	12.0%	7.0%	5.5%	8.6%	7.8%	0.0%	100.0%

※2022、2025年はQ10で「がん登録」を「0%」以外で回答した方が対象

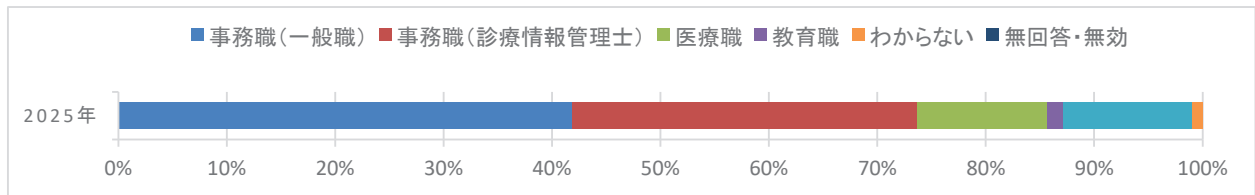


Q11. 現在勤務している方に質問です。あなたの職種を教えてください。

【考察】

前回までの傾向は診療情報管理部門の割合が減少していた。今回、設問が異なるので断定的にいけないものの、ある意味、明確に診療情報管理士の業務が確立しているとも考えられる。一方で回答の中には、医療職など、その他の職種が増加している。また、既に病院職員採用要件として、診療情報管理士を資格要件もしくは資格取得者優遇にする求人も多いため、診療情報管理士有資格者は、診療情報管理から病院内の広範囲な部門に広がりつつありと思われる。すなわち、診療情報管理士の資格そのものが医療機関の事務職員として、持つべき一般的な資格要件になっていることも窺える。

	No.	1	2	3	4	5	6	無回答 無効	合計
	回答	事務職(一般職)	事務職(診療情報管理士)	医療職	教育職	その他	わからない		
2025年	回答数	4,076	3,094	1,164	145	1,158	92	0	9,729
	率	41.9%	31.8%	12.0%	1.5%	11.9%	0.9%	0.0%	100.0%

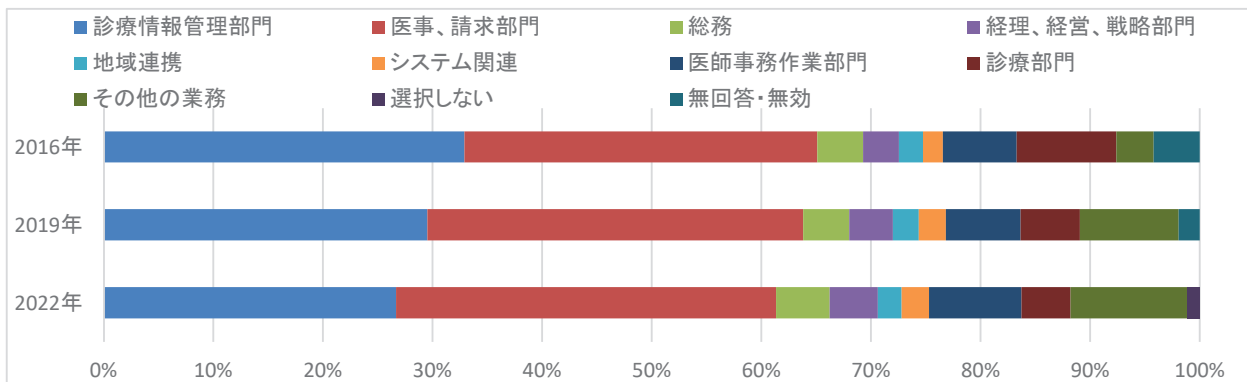


(参考)現在の所属先はどちらですか。

(勤務先が「病院」「診療所」「老健、介護、福祉施設」の方対象)

	No.	1	2	3	4	5	6
	回答	診療情報管理部門	医事、請求部門	総務	経理、経営戦略部門	地域連携	システム関連
2016年	回答数	1,920	1,880	244	190	129	106
	率	32.9%	32.2%	4.2%	3.3%	2.2%	1.8%
2019年	回答数	1,845	2,144	263	249	147	154
	率	29.5%	34.3%	4.2%	4.0%	2.4%	2.5%
2022年	回答数	2,328	3,027	426	384	190	216
	率	26.7%	34.7%	4.9%	4.4%	2.2%	2.5%
	No.	7	8	9	10	無回答 無効	合計
	回答	医師事務作業部門	診療部門	その他の業務	選択しない		
2016年	回答数	392	531	198		246	5,836
	率	6.7%	9.1%	3.4%		4.2%	100.0%
2019年	回答数	427	337	563		121	6,250
	率	6.8%	5.4%	9.0%		1.9%	100.0%
2022年	回答数	738	391	931	97	0	8,728
	率	8.5%	4.5%	10.7%	1.1%	0.0%	100.0%

※2019年は「あなたの勤務先」に対し、「病院」に回答した人を対象としていた。



Q12. 現在の勤務先での勤務年数(「現在全く勤務していない」以外の方対象)

(※同一施設内または同一系列の施設内での勤務年数は職種を問わず合算してください。)

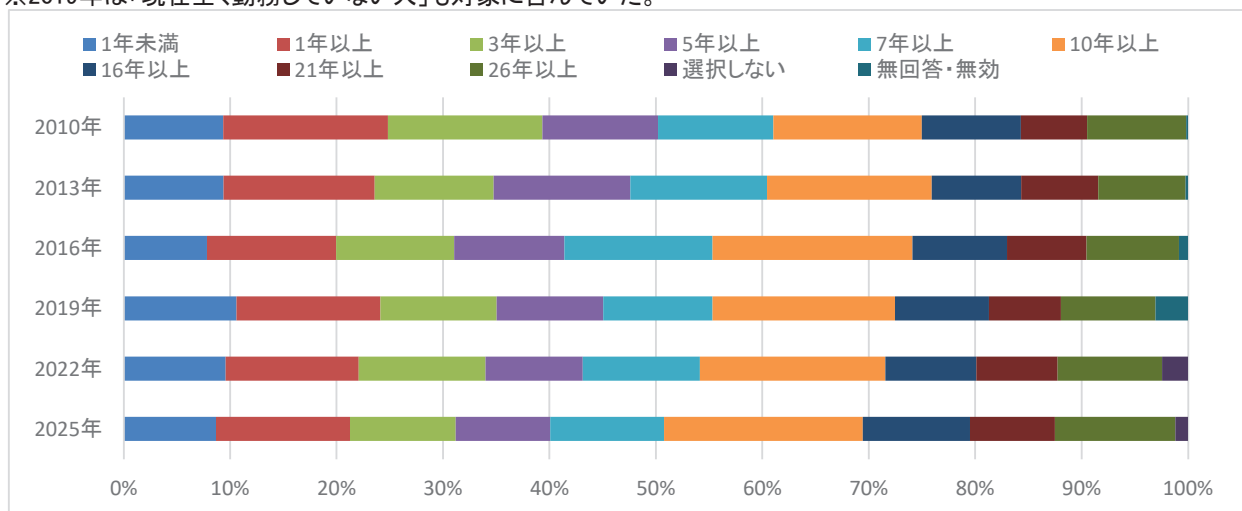
【考察】

これまでの調査と大きな傾向の変化はないが、1年未満の求人は安定していることから、雇用も安定していることがうかがえる。また、診療情報管理士の認定者は2000年以降の個人情報保護法の施行やDPC制度の導入に大きく関連していることから、しばらくは経験年数については、長期への移行という傾向が続くと思われる。少なくとも調査データでは経験年数のギャップは目立たない。

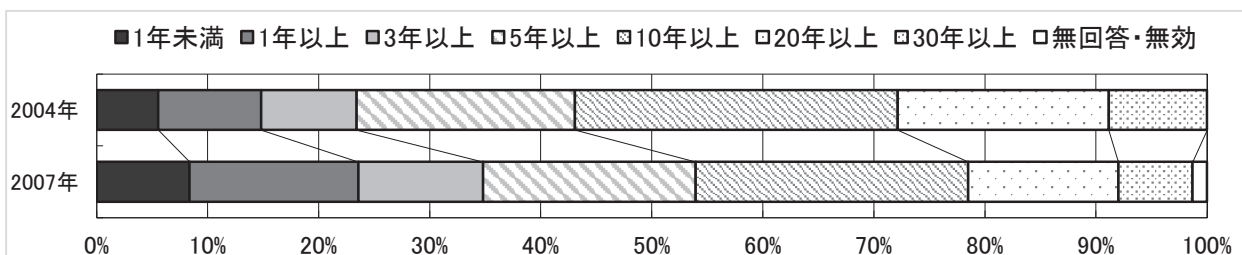
	No.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	無回答 無効	合計	★有効 回答
	回答	1年 未満	1年 以上	3年 以上	5年 以上	7年 以上	10年 以上	16年 以上	21年 以上	26年 以上	選択し ない			
2010年	回答数	214	354	332	248	248	319	213	142	213		4	2,287	2,283
	率	9.4%	15.5%	14.5%	10.9%	10.9%	14.0%	9.3%	6.2%	9.3%		0.2%		
2013年	回答数	239	361	284	327	327	393	214	184	209		6	2,544	2,538
	率	9.4%	14.2%	11.2%	12.9%	12.9%	15.5%	8.4%	7.2%	8.2%		0.2%		
2016年	回答数	396	614	561	523	704	951	449	378	439		44	5,059	5,015
	率	7.9%	12.2%	11.2%	10.4%	14.0%	19.0%	9.0%	7.5%	8.8%		0.9%		
2019年	回答数	809	1,034	833	764	785	1,309	675	516	678		242	7,645	7,403
	率	10.9%	14.0%	11.3%	10.3%	10.6%	17.7%	9.1%	7.0%	9.2%		3.2%		
2022年	回答数	950	1,243	1,182	909	1,094	1,730	847	761	973	243	0	9,932	9,932
	率	9.6%	12.5%	11.9%	9.2%	11.0%	17.4%	8.5%	7.7%	9.8%	2.4%	0.0%		
2025年	回答数	844	1,225	967	864	1,038	1,819	980	776	1,099	117	0	9,729	9,729
	率	8.7%	12.6%	9.9%	8.9%	10.7%	18.7%	10.1%	8.0%	11.3%	1.2%	0.0%		

※有効回答に対する率

※2019年は「現在全く勤務していない」も対象に含んでいた。



	No.	1	2	3	4	5	6	7	無回答 無効	合計
	回答	1年 未満	1年 以上	3年 以上	5年 以上	10年 以上	20年 以上	30年 以上		
2004年	回答数	135	225	209	478	706	462	215		2,430
	率	5.6%	9.3%	8.6%	19.7%	29.1%	19.0%	8.8%		100.0%
2007年	回答数	129	234	173	295	378	208	103	20	1,540
	率	8.4%	15.2%	11.2%	19.2%	24.5%	13.5%	6.7%	1.3%	100.0%



Q13. 1週間の正規の勤務時間（「現在全く勤務していない」以外の方対象）

【考察】

令和6年度の厚生労働省就労条件総合調査によると、1日の所定労働時間は、平均7時間47分であり、産業分類別にみても40時間を切っているとされている。今回の調査によつては、働き方改革の影響もあり、勤務時間そのものは、短縮傾向にあるものの、41時間以上が18%ほど存在する。勤務時間の短縮傾向については、週休二日を選択する勤務先が増えたことも要因ではあるが、一方で、短時間の勤務時間（パートタイム、非常勤等）のデータも増加しており、働き方の多様性が推察される。いずれにしても、勤務時間は短縮しているものの他の業界と比べると勤務時間は長いと言わざるを得ない状況にある。これまで調査をしていないが、日直等の影響も考えられる。

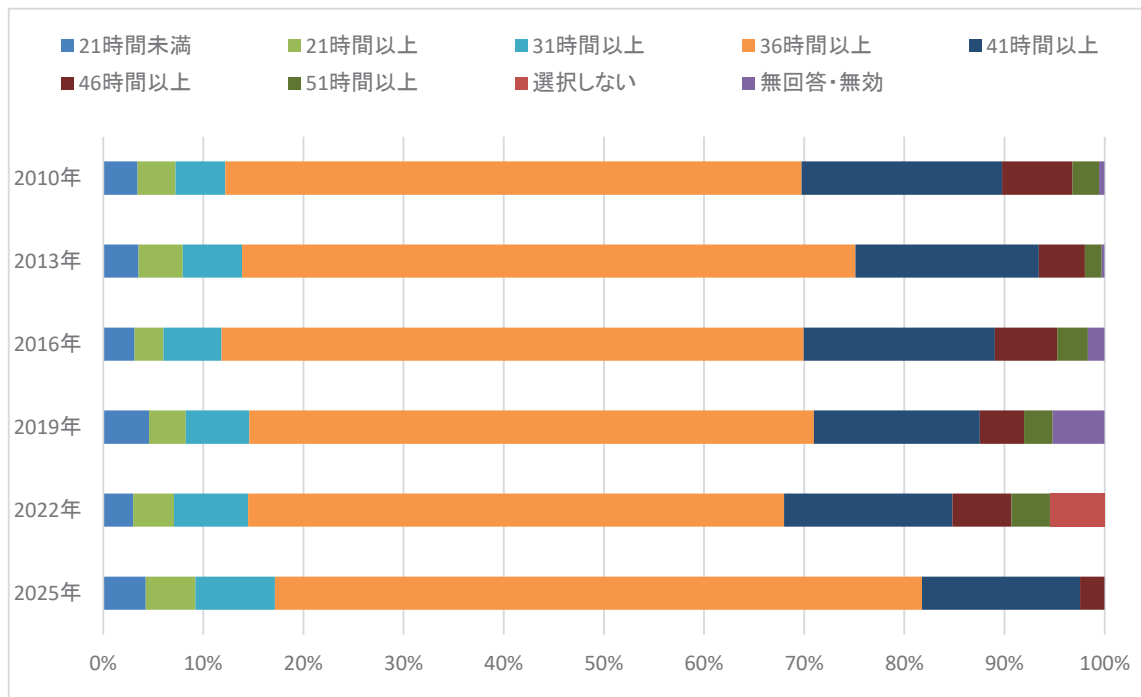
	No.	1	2	3	4	5	6	7	8	無回答 無効	合計	★有効 回答
	回答	21時間 未満	21時間 以上	31時間 以上	36時間 以上	41時間 以上	46時間 以上	51時間 以上	選択し ない			
2010年	回答数	79	86	114	1,316	458	161	60		13	2,287	2,274
	率	3.5%	3.8%	5.0%	57.9%	20.1%	7.1%	2.6%		0.6%		
2013年	回答数	90	112	151	1,558	466	117	43		7	2,544	2,537
	率	3.5%	4.4%	6.0%	61.4%	18.4%	4.6%	1.7%		0.3%		
2016年	回答数	159	145	294	2,940	966	314	155		86	5,059	4,973
	率	3.2%	2.9%	5.9%	59.1%	19.4%	6.3%	3.1%		1.7%		
2019年	回答数	349	281	482	4,297	1,264	337	218		417	7,645	7,228
	率	4.8%	3.9%	6.7%	59.4%	17.5%	4.7%	3.0%		5.5%		
2022年	回答数	298	404	737	5,313	1,670	586	381	543	0	9,932	9,932
	率	3.0%	4.1%	7.4%	53.5%	16.8%	5.9%	3.8%	5.5%	0.0%		
2025年	回答数	414	481	774	6,285	1,536	239	0	0	0	9,729	9,729
	率	4.3%	4.9%	8.0%	64.6%	15.8%	2.5%	0.0%	0.0%	0.0%		

※有効回答に対する率

※2019年は「現在全く勤務していない人」も対象に含んでいた。

※2019年までの「11時間未満」「11～21時間未満」を上記「21時間未満」として合算している。

※2019年までの「21～26時間未満」「26～31時間未満」を上記「21時間以上」として合算している。



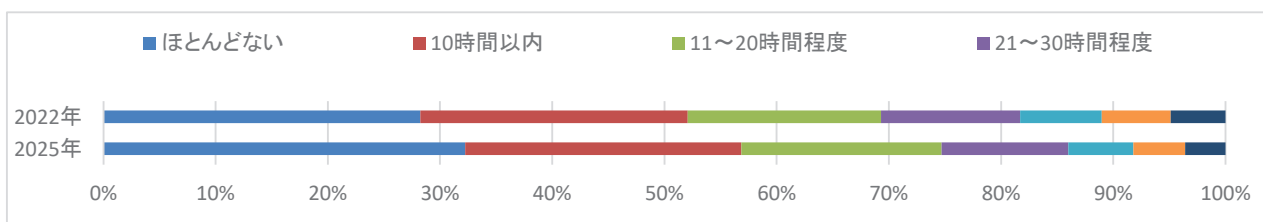
Q14. 残業について(1か月平均) (「現在全く勤務していない」以外の方対象)

【考察】

2000年代初期の調査と比較すると長時間の残業については明らかに減少傾向にあるが、一部は長時間残業を強いられていることがわかる。ほとんどないか、20時間程度の範囲で見ると、70%程度が該当している傾向は大きな変動はない。単純な前回との比較では残業がほとんどないという比率が高くなっているが誤差程度と思われる。基本的に長時間残業は減少傾向にはある。

	No.	1	2	3	4	5	6	7	無回答 無効	合計	★有効 回答
	回答	ほとんど ない	10時間 以内	11~20 時間程度	21~30 時間程度	31~40 時間程度	41~50 時間以上	選択 しない			
2022年	回答数	2,804	2,367	1,711	1,232	722	610	486	0	9,932	9,932
	率	28.2%	23.8%	17.2%	12.4%	7.3%	6.1%	4.9%	0.0%		
2025年	回答数	3,138	2,394	1,735	1,100	563	448	351	0	9,729	9,729
	率	32.3%	24.6%	17.8%	11.3%	5.8%	4.6%	3.6%	0.0%		

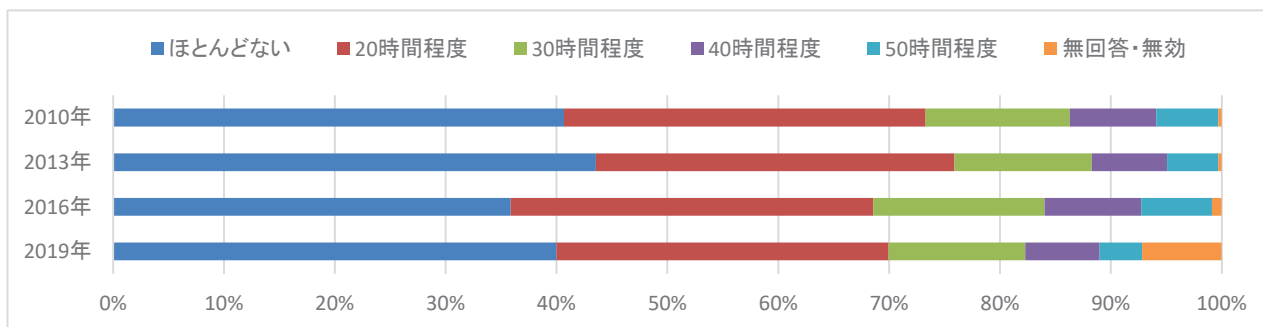
※有効回答に対する率



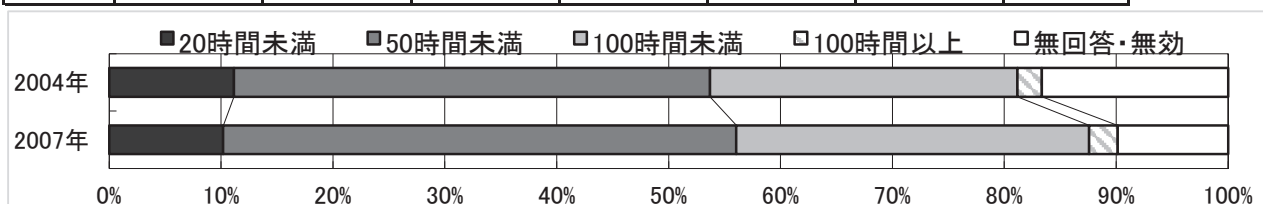
	No.	1	2	3	4	5	無回答 無効	合計	★有効 回答
	回答	ほとんど ない	20時間 程度	30時間 程度	40時間 程度	50時間 以上			
2010年	回答数	930	746	298	178	128	7	2,287	2,280
	率	40.8%	32.7%	13.1%	7.8%	5.6%	0.3%		
2013年	回答数	1,108	823	315	173	117	8	2,544	2,536
	率	43.7%	32.5%	12.4%	6.8%	4.6%	0.3%		
2016年	回答数	1,814	1,654	783	441	322	45	5,059	5,014
	率	36.2%	33.0%	15.6%	8.8%	6.4%	0.9%		
2019年	回答数	3,058	2,290	943	513	293	548	7,645	7,097
	率	43.1%	32.3%	13.3%	7.2%	4.1%	7.7%		

※有効回答に対する率

※2019年は「現在全く勤務していない人」も対象に含んでいた。



	No.	1	2	3	4	無回答 無効	合計
	回答	20時間未 満	50時間未 満	100時間未 満	100時間以 上		
2004年	回答数	71	271	175	14	106	637
	率	11.1%	42.5%	27.5%	2.2%	16.6%	
2007年	回答数	32	144	99	8	31	314
	率	10.2%	45.9%	31.5%	2.5%	9.9%	



Q14-2. 残業の理由(複数回答可) (「現在全く勤務していない」以外の方対象)

【考察】

微々たる変化ではあるものの、業務が多いという理由は減少傾向にある。これは残業時間とも関連していると思われる。一方で、本来の業務以外については減少傾向が顕著にみられる。ある程度、業務が確立してきたとも考えられるが、逆に診療情報管理士でありながら、診療情報管理以外の業務比率も増加傾向にあるため、診療情報管理士自身が本来の業務をどう捉えるのか、その意識も変化していることが推察される。

※2010年は択一回答

	No.	1	2	3	4	5	無回答 無効	合計	★有効 回答
	回答	業務が 多い	月初めなど忙しい 時期が片寄る	本来の業務以外 の仕事が多い	その他	選択 しない			
2010年	回答数	814	378	319	104		672	2,287	1,615
	率	50.4%	23.4%	19.8%	6.4%				

※複数回答でないため合計は各項目の総数に一致

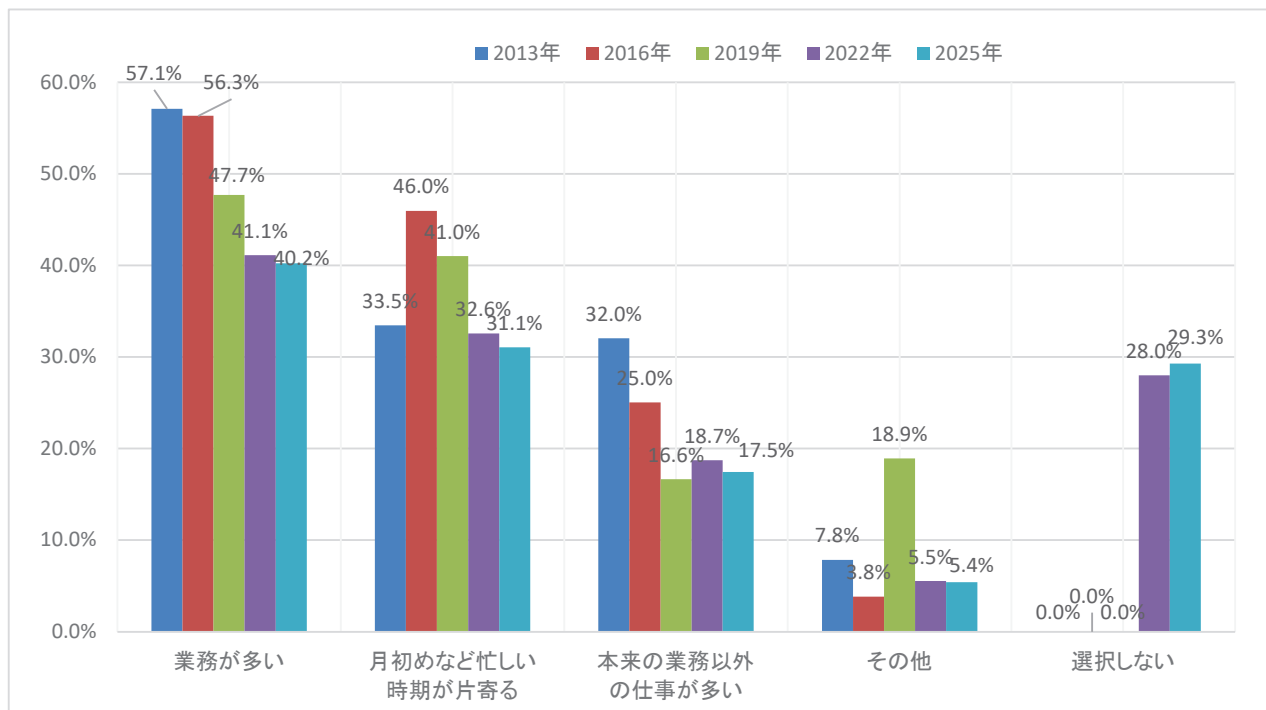
※有効回答に対する率

	No.	1	2	3	4	5	無回答	合計	★有効 回答
	回答	業務が 多い	月初めなど忙しい 時期が片寄る	本来の業務以外 の仕事が多い	その他	選択 しない			
2013年	回答数	1,005	589	564	138		784	3,080	1,760
	率	57.1%	33.5%	32.0%	7.8%				
2016年	回答数	2,067	1,686	919	140		1,390	6,202	3,669
	率	56.3%	46.0%	25.0%	3.8%				
2019年	回答数	2,902	2,496	1,012	1,151		2,142	7,645	6,084
	率	47.7%	41.0%	16.6%	18.9%				
2022年	回答数	4,085	3,234	1,860	551	2,779	0	9,932	9,932
	率	41.1%	32.6%	18.7%	5.5%	28.0%			
2025年	回答数	3,914	3,021	1,698	526	2,849	0	9,729	9,729
	率	40.2%	31.1%	17.5%	5.4%	29.3%			

※複数回答のため合計は一致しない

※有効回答に対する率

※2019年は「現在全く勤務していない人」も対象に含んでいた。



Q15. 休日・休暇について（「現在全く勤務していない」以外の方対象）

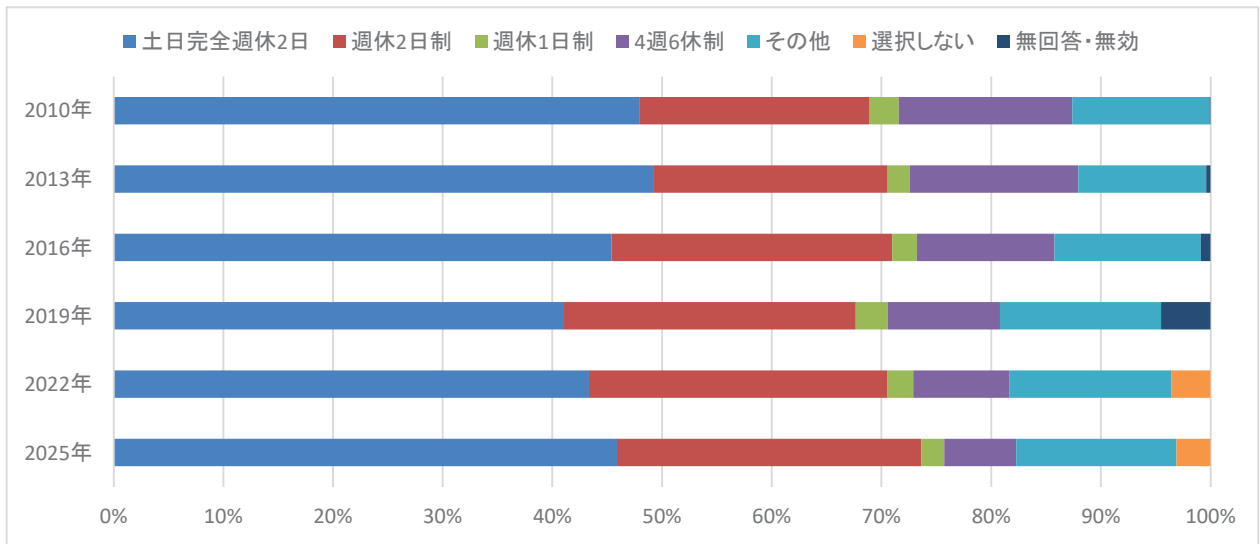
【考察】

令和6年度の厚生労働省就労条件総合調査によると、何らかの週休2日制を採用している企業割合は90.9%となっており、完全週休2日制を採用している企業割合は56.7%である。この状況と比較すると、医療機関においては、完全週休2日制については、昨今の医療経営の方向性を反映して、土曜日を休診にしない医療機関もあり、休診状況が多様化していると推察される。ただし、4週6休制は、顕著に減少傾向にあり、概ね、何らかの形の週休2日制に移行していることがうかがわれるが、医療機関は小規模であることが多く、人員確保が困難である状況が見て取れる。

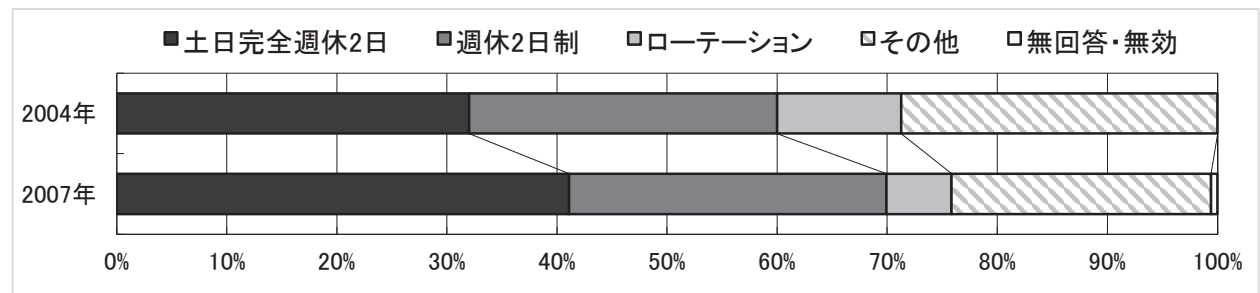
	No.	1	2	3	4	5	6	無回答 無効	合計	★有効回答
	回答	土日完全 週休2日	週休2日制	週休1日制	4週6休制	その他	選択しない			
2010年	回答数	1,097	478	62	362	286		2	2,287	2,285
	率	48.0%	20.9%	2.7%	15.8%	12.5%		0.1%		
2013年	回答数	1,251	544	51	391	297		10	2,544	2,534
	率	49.4%	21.5%	2.0%	15.4%	11.7%		0.4%		
2016年	回答数	2,296	1,295	113	635	675		45	5,059	5,014
	率	45.8%	25.8%	2.3%	12.7%	13.5%		0.9%		
2019年	回答数	3,132	2,029	222	782	1,119		361	7,645	7,284
	率	43.0%	27.9%	3.0%	10.7%	15.4%		4.7%		
2022年	回答数	4,304	2,699	237	872	1,468	352	0	9,932	9,932
	率	43.3%	27.2%	2.4%	8.8%	14.8%	3.5%	0.0%		
2025年	回答数	4,466	2,698	203	638	1,421	303	0	9,729	9,729
	率	45.9%	27.7%	2.1%	6.6%	14.6%	3.1%	0.0%		

※有効回答に対する率

※2019年は「現在全く勤務していない人」も対象に含んでいた。



	No.	1	2	3	4	無回答 無効	合計
	回答	土日完全 週休2日	週休2日制	ローテーション	その他		
2004年	回答数	702	613	247	630		2,192
	率	32.0%	28.0%	11.3%	28.7%		100.0%
2007年	回答数	633	444	91	363	9	1,540
	率	41.1%	28.8%	5.9%	23.6%	0.6%	100.0%



Q16. あなたの年収(※ 昨年1年間(1月～12月)の年収、本業のみ、「現在全く勤務していない」以外の方対象)

【考察】

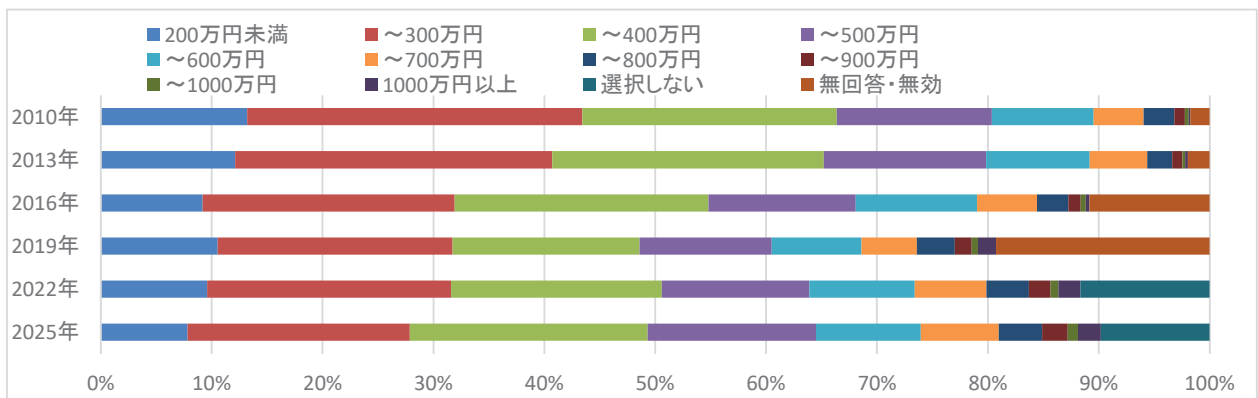
全体の趨勢としては、調査ごとに高収入にシフトしている傾向にある。Q12の調査によると経験年数は上位にシフトしていることから考えても当然とも思われる。ただし、時代にそったベースアップや働き方の様態や勤務時間等も変動していることもあり、状況は複雑であろうと思われるが、400万円未満は総じて比率は減少し、400万円以上は増加傾向にあり、傾向としては望ましいと評価される。

※2010、2013年、2016年分は前年の年収

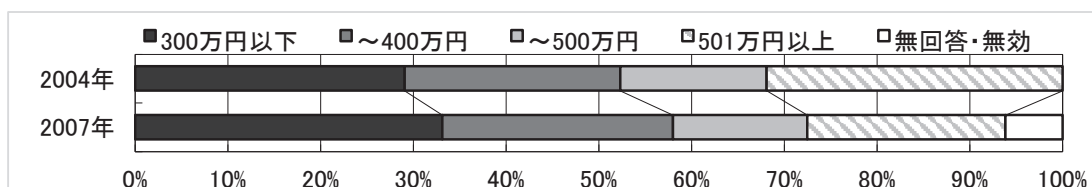
	No.	1	2	3	4	5	6	7
	回答	200万円未満	200万円以上 300万円未満	300万円以上 400万円未満	400万円以上 500万円未満	500万円以上 600万円未満	600万円以上 700万円未満	700万円以上 800万円未満
2010年	回答数	302	691	525	320	210	103	63
	率	13.4%	30.8%	23.4%	14.2%	9.3%	4.6%	2.8%
2013年	回答数	308	728	623	372	238	132	57
	率	12.3%	29.2%	25.0%	14.9%	9.5%	5.3%	2.3%
2016年	回答数	464	1,150	1,158	672	554	274	143
	率	10.3%	25.5%	25.7%	14.9%	12.3%	6.1%	3.2%
2019年	回答数	805	1,621	1,288	911	619	382	263
	率	13.0%	26.3%	20.9%	14.8%	10.0%	6.2%	4.3%
2022年	回答数	953	2,183	1,889	1,322	944	641	382
	率	9.6%	22.0%	19.0%	13.3%	9.5%	6.5%	3.8%
2025年	回答数	762	1,950	2,086	1,477	921	684	379
	率	7.8%	20.0%	21.4%	15.2%	9.5%	7.0%	3.9%
	No.	8	9	10	11	無回答 無効	合計(無回答・ 無効を除く)	
	回答	800万円以上 900万円未満	900万円以上 1000万円未満	1000万円以上	選択しない			
2010年	回答数	22	8	3		40	2,247	
	率	1.0%	0.4%	0.1%		1.8%	100.0%	
2013年	回答数	24	6	6		50	2,494	
	率	1.0%	0.2%	0.2%		2.0%	100.0%	
2016年	回答数	56	23	17		548	4,511	
	率	1.2%	0.5%	0.4%		12.1%	100.0%	
2019年	回答数	115	45	124		1,472	6,173	
	率	1.9%	0.7%	2.0%		23.8%	100.0%	
2022年	回答数	194	71	197	1,156	0	9,932	
	率	2.0%	0.7%	2.0%	11.6%	0.0%	100.0%	
2025年	回答数	225	91	200	954	0	9,729	
	率	2.3%	0.9%	2.1%	9.8%	0.0%	100.0%	

※本調査項目では、2016年、2019年の無効回答が非常に多いため、各カテゴリーの比率は無効回答を除いて算出した。

※2019年は任意回答



	No.	1	2	3	4	無回答 無効	合計
	回答	300万円以下	301万円～ 400万円	401万円～ 500万円	501万円以上		
2004年	回答数	664	531	361	729		2,285
	率	29.1%	23.2%	15.8%	31.9%		100.0%
2007年	回答数	510	383	223	329	95	1,540
	率	33.1%	24.9%	14.5%	21.3%	6.2%	100.0%

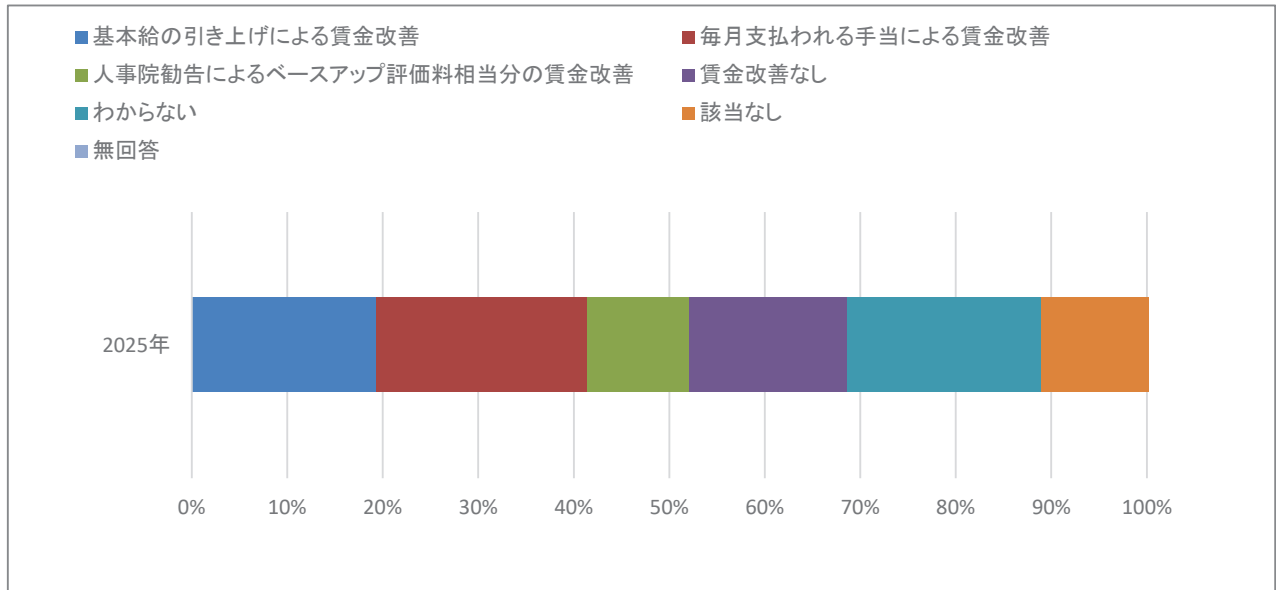


Q17. あなたは外来・在宅・入院ベースアップ評価料による賃金改善が行われましたか。(複数回答可)
 (「現在全く勤務していない」以外の方対象)

【考察】

新たな診療報酬の評価ではあるが、現時点では経年変化はわからないものの、該当しないもの、わからないものを除くと約75%が改善されたと答えている。ただ、当該評価については職種の限定があり、いわゆる事務作業を担う者は対象外であるため、該当なしと回答した者の他にも、賃金改善なしと回答した者が含まれる可能性がある。一方で届け出の範疇には派遣社員等も含まれるが実際の対応の実態の把握は困難な部分も残る。また、給与改善の配分については医療機関次第であることもあり、実質的なメリットに見合った回答かというところもさらなる調査が必要と思われる。

	No.	1	2	3	4	5	5	無回答	合計
	回答	基本給の引き上げによる賃金改善	毎月支払われる手当による賃金改善	人事院勧告によるベースアップ評価料相当分の賃金改善	賃金改善なし	わからない	該当なし		
2025年	回答数	1,875	2,158	1,031	1,617	1,970	1,574	0	9,729
	率	19.3%	22.2%	10.6%	16.6%	20.2%	16.2%	0.0%	



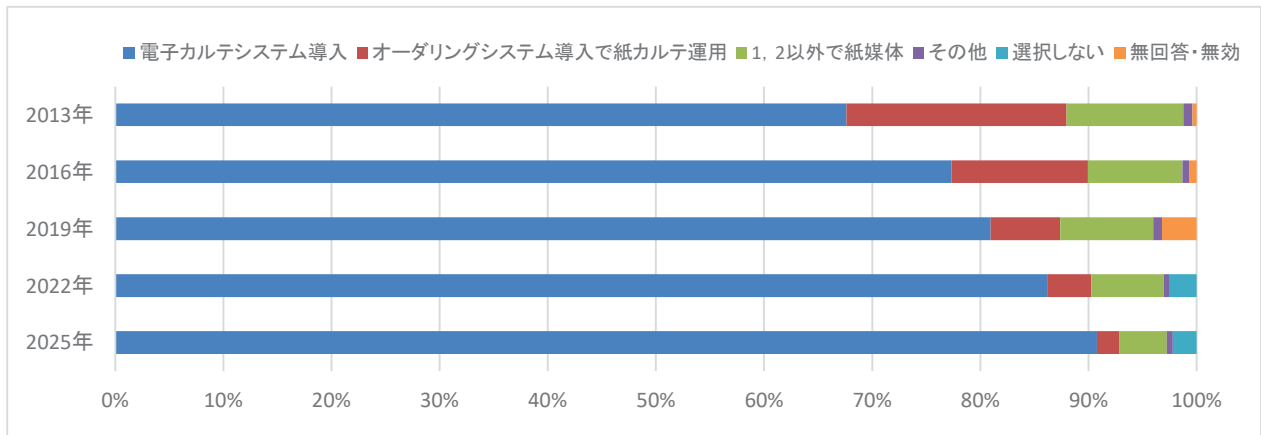
Ⅲ. 診療情報管理に関する業務についてお尋ねします

Q18. 勤務先が「病院」「診療所」「老健、介護、福祉施設」の方に質問です。
勤務先の診療記録の電子化の状況

【考察】

勤務先においては、電子カルテシステムの導入による診療記録の電子化が進展し、紙媒体による業務が経年的に縮減する傾向が続いていると思われる。電子カルテシステムの導入が90%を超え、診療記録のオーダリングシステム+紙カルテ保存や紙媒体保存の減少が続いている。医療現場でのDXの進展に必要な情報インフラとしての医療情報の電子保存がようやく整いつつあると思われる。

	No.	1	2	3	4	5	無回答 無効	合計
	回答	電子カルテシステム導入	オーダリングシステム導入で紙カルテ運用	1, 2以外で紙媒体	その他	選択しない		
2013年	回答数	1,720	518	275	21		10	2,544
	率	67.6%	20.4%	10.8%	0.8%		0.4%	100.0%
2016年	回答数	3,913	637	443	31		35	5,059
	率	77.3%	12.6%	8.8%	0.6%		0.7%	100.0%
2019年	回答数	5,451	432	580	54		216	6,733
	率	81.0%	6.4%	8.6%	0.8%		3.2%	100.0%
2022年	回答数	7,527	351	585	49	216	0	8,728
	率	86.2%	4.0%	6.7%	0.6%	2.5%	0.0%	100.0%
2025年	回答数	7,635	176	368	48	184	0	8,411
	率	90.8%	2.1%	4.4%	0.6%	2.2%	0.0%	100.0%



Q19. 勤務先が「病院」「診療所」「老健、介護、福祉施設」の方に質問です。

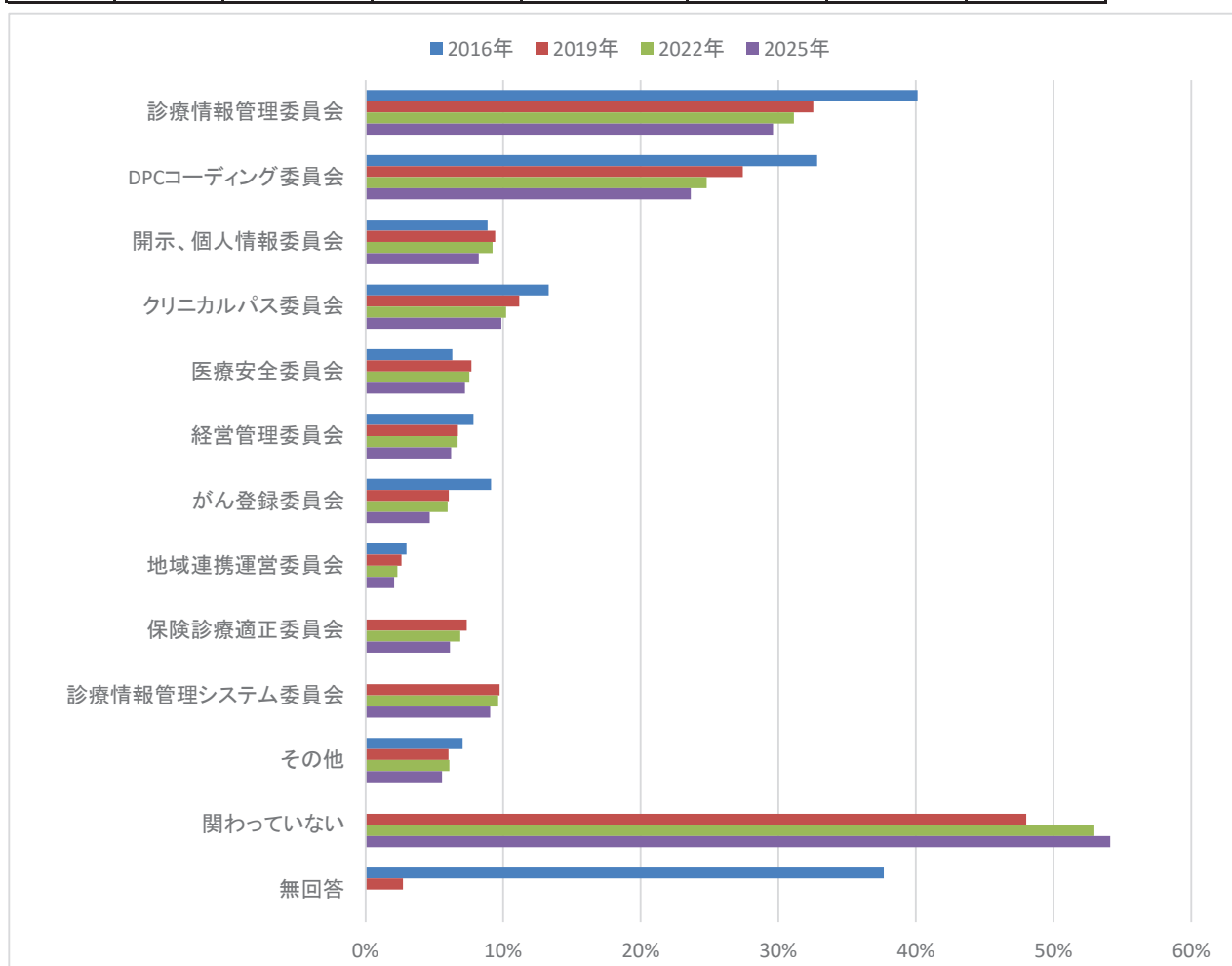
あなたは下記の会議または類似する役割をもつ会議に診療情報管理士として関わっていますか。

(複数回答可)

【考察】

診療情報管理士は、診療情報管理委員会に30%前後、DPCコーディング委員会に25%前後が関わっているが、他の8委員会には10%以下の関わりで、経年的に大きな変化はない。一方、これらの委員会に関わっていない診療情報管理士が、5割前後存在する実態は2019年以来変わらず継続しており、勤務先の規模などの条件で、そもそも委員会が設置されていないことによるとも考えられる。

	No.	1	2	3	4	5	6	7
	回答	診療情報管理委員会	DPCコーディング委員会	開示、個人情報委員会	クリニカルパス委員会	医療安全委員会	経営管理委員会	がん登録委員会
2016年	回答数	2,030	1,660	449	673	319	397	462
	率	40.1%	32.8%	8.9%	13.3%	6.3%	7.8%	9.1%
2019年	回答数	2,191	1,846	635	752	519	452	408
	率	32.5%	27.4%	9.4%	11.2%	7.7%	6.7%	6.1%
2022年	回答数	2,718	2,164	806	892	659	585	522
	率	31.1%	24.8%	9.2%	10.2%	7.6%	6.7%	6.0%
2025年	回答数	2,492	1,989	692	831	609	524	393
	率	29.6%	23.6%	8.2%	9.9%	7.2%	6.2%	4.7%
	No.	8	9	10	11	12	無回答	合計
	回答	地域連携運営委員会	保険診療適正委員会	診療情報管理システム委員会	その他	関わっていない		
2016年	回答数	151			357		1,906	5,059
	率	3.0%			7.1%		37.7%	
2019年	回答数	177	496	656	407	3,233	184	6,733
	率	2.6%	7.4%	9.7%	6.0%	48.0%	2.7%	
2022年	回答数	203	601	841	533	4,624	0	8,728
	率	2.3%	6.9%	9.6%	6.1%	53.0%	0.0%	
2025年	回答数	176	516	762	468	4,552	0	8,411
	率	2.1%	6.1%	9.1%	5.6%	54.1%	0.0%	

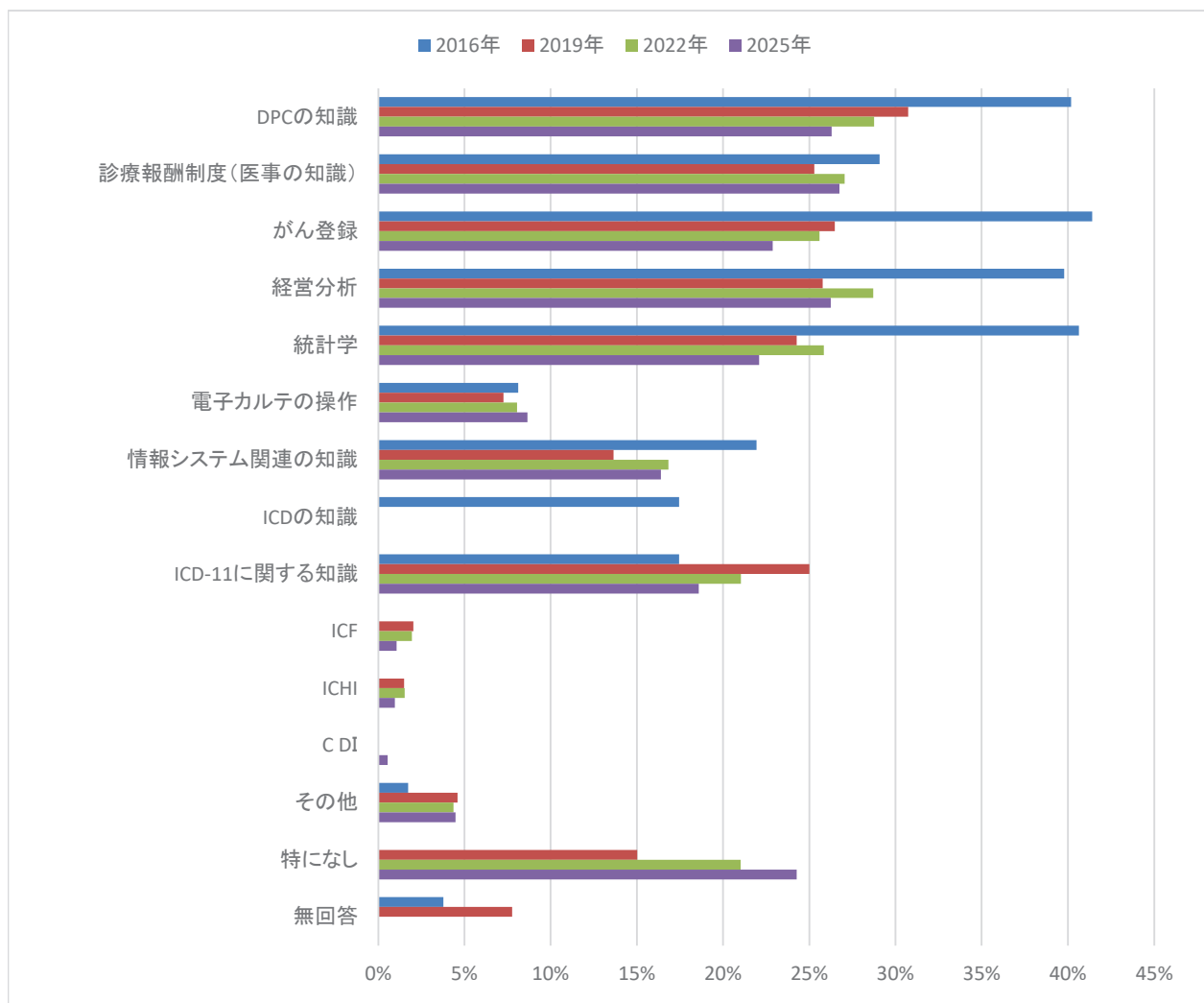


Q20. あなたが今後身に着けたいスキル(上位3つまで)

【考察】

診療情報管理士の関心が、DPCの知識、医事の知識、がん登録、経営分析、統計学、情報システム関連の知識、ICD-11に関する知識などに恒常的に向けられているが、WHO-FICの中心分類であるICFやICHI、あるいはCDIなどへの関心は依然としてかなり低い状態にあると思われる。

	No.	1	2	3	4	5	6	7	8
	回答	DPCの知識	診療報酬制度 (医事の知識)	がん登録	経営分析	統計学	電子カルテ の操作	情報システム関連の 知識(セキュリティ対 策を含む)	ICDの知識
2016年	回答数	2,033	1,471	2,095	2,013	2,056	411	1,110	883
	率	40.2%	29.1%	41.4%	39.8%	40.6%	8.1%	21.9%	17.5%
2019年	回答数	2,528	2,081	2,178	2,120	1,997	598	1,123	
	率	30.7%	25.3%	26.5%	25.8%	24.3%	7.3%	13.7%	
2022年	回答数	3,129	2,943	2,784	3,123	2,812	876	1,830	
	率	28.8%	27.1%	25.6%	28.7%	25.9%	8.1%	16.8%	
2025年	回答数	2,778	2,825	2,416	2,773	2,333	915	1,731	
	率	26.3%	26.7%	22.9%	26.3%	22.1%	8.7%	16.4%	
	No.	9	10	11	12	13	14	無回答	合計
	回答	ICD-11に 関する知識	ICF	ICHI	CDI	その他	特になし		
2016年	回答数	883				88		191	5,059
	率	17.5%				1.7%		3.8%	
2019年	回答数	2,057	167	123		378	1,236	639	8,226
	率	25.0%	2.0%	1.5%		4.6%	15.0%	7.8%	
2022年	回答数	2,289	213	167		475	2,286	0	10,877
	率	21.0%	2.0%	1.5%		4.4%	21.0%	0.0%	
2025年	回答数	1,963	112	102	57	474	2,563	0	10,563
	率	18.6%	1.1%	1.0%	0.5%	4.5%	24.3%	0.0%	

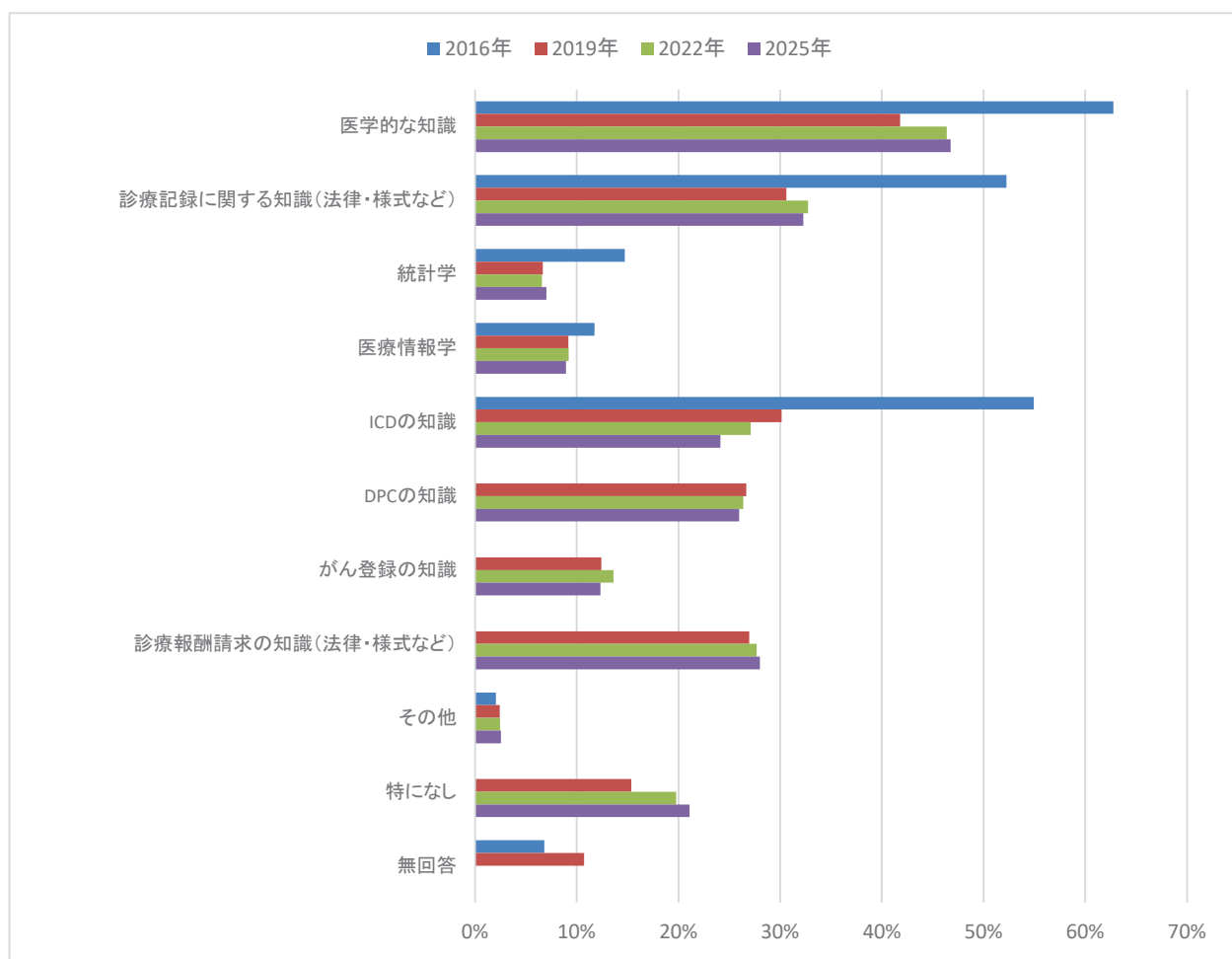


Q21. 現在の業務で特にあなたが診療情報管理士の専門性を活かしている知識(上位3つまで)

【考察】

医学的な知識、診療記録に関する知識、ICDの知識、DPCの知識、診療報酬請求の知識などへの回答比率が経年的に比較的高く、これらの知識は診療情報管理士の教育課程で得られる専門的知識であり、実際に行っている業務でも特に必要な専門的知識であることが明確となっている。

	No.	1	2	3	4	5	6
	回答	医学的な知識	診療記録に関する知識 (法律・様式など)	統計学	医療情報学	ICDの知識	DPCの知識
2016年	回答数	3,175	2,644	745	594	2,779	
	率	62.8%	52.3%	14.7%	11.7%	54.9%	
2019年	回答数	3,438	2,519	547	754	2,480	2,193
	率	41.8%	30.6%	6.6%	9.2%	30.1%	26.7%
2022年	回答数	4,608	3,252	654	913	2,692	2,621
	率	46.4%	32.7%	6.6%	9.2%	27.1%	26.4%
2025年	回答数	4,549	3,139	681	869	2,348	2,527
	率	46.8%	32.3%	7.0%	8.9%	24.1%	26.0%
	No.	7	8	9	10	無回答	合計
	回答	がん登録の知識	診療報酬請求の知識 (法律・様式など)	その他	特になし		
2016年	回答数			104		344	5,059
	率			2.1%		6.8%	
2019年	回答数	1,021	2,219	200	1,265	881	8,226
	率	12.4%	27.0%	2.4%	15.4%	10.7%	
2022年	回答数	1,351	2,751	245	1,963	0	9,932
	率	13.6%	27.7%	2.5%	19.8%	0.0%	
2025年	回答数	1,199	2,726	248	2,053	0	9,729
	率	12.3%	28.0%	2.5%	21.1%	0.0%	

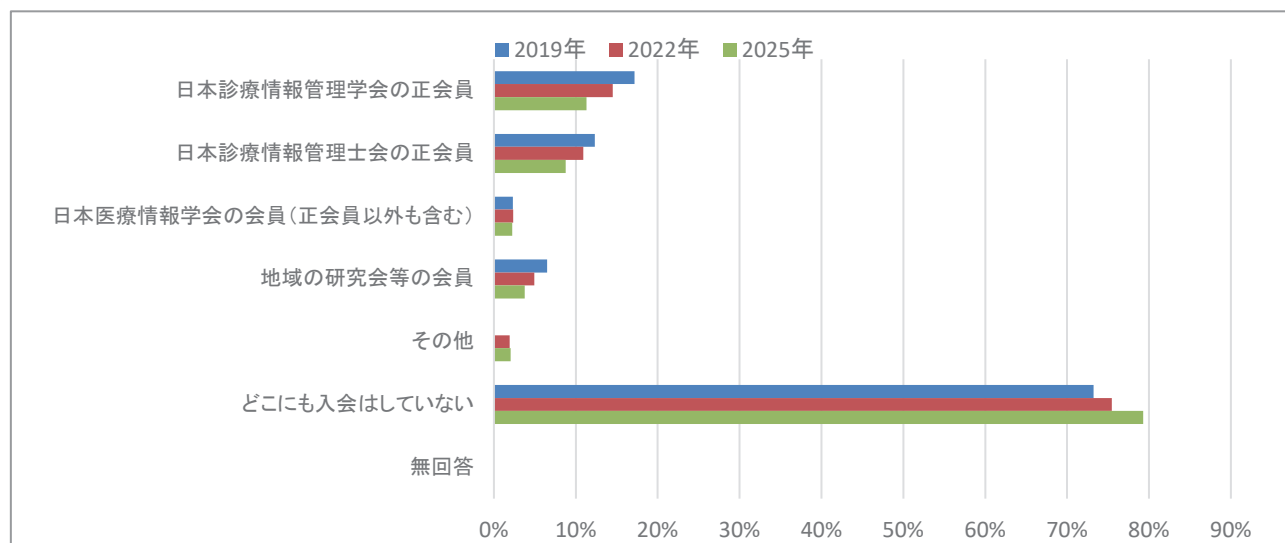


Q22. 診療情報、医療情報にかかわる団体等への、あなたの参加状況（複数回答可）

【考察】

日本診療情報管理学会や日本診療情報管理士会の正会員の比率が年々減少し10%前後となっている一方で、診療情報、医療情報に関わる学術団体のどこにも入会していない診療情報管理士が70%以上で年々に増加していることは、診療情報管理士の知識がUp-dateされなくても短期的には日常業務には当面支障がないことを示唆している。また、診療情報管理士の資格が、院内事務職員の資格の一つに過ぎず、診療情報管理士が専門職として職能団体を構成するという意識が希薄であることも示唆している。しかし、診療情報管理士にとって、資格取得後も、専門職としての学際的活動や知識の更新が必要であることは言うまでもないことであり、そのためには学会等の学術団体に入会し、学術会議に参加することが重要であることを資格取得者に周知する必要がある。

	No.	1	2	3	4	5	6	無回答	合計
	回答	日本診療情報管理学会の正会員	日本診療情報管理士会の正会員	日本医療情報学会の会員 (正会員以外も含む)	地域の研究会等の会員	その他	どこにも入会はしていない		
2019年	回答数	1,411	1,013	191	533		6,025	0	8,226
	率	17.2%	12.3%	2.3%	6.5%		73.2%	0.0%	
2022年	回答数	1,577	1,188	255	537	208	8,208	0	10,877
	率	14.5%	10.9%	2.3%	4.9%	1.9%	75.5%	0.0%	
2025年	回答数	1,195	924	235	398	214	8,375	0	10,563
	率	11.3%	8.7%	2.2%	3.8%	2.0%	79.3%	0.0%	

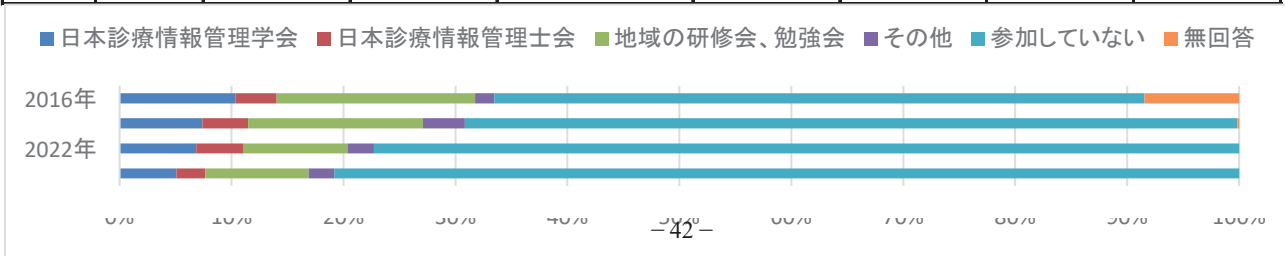


Q23. 昨年1年間(1月～12月)に、あなたは以下のような卒後の研修会や学術大会等へ参加しましたか。（複数回答可）

【考察】

卒後の研修会等に参加している診療情報管理士が年々減少し、参加していない診療情報管理士が2025年には80%を超えている。彼らの多くは診療情報、医療情報に関わる学術団体に入会していない診療情報管理士と思われる。診療情報管理士の知識や実務能力については、資格取得後も継続してUp-dateする必要性を周知する仕組みが重要である。日本診療情報管理学会は、日本診療情報管理士会や地域の団体とも連携して、実務能力の向上に重点を置く研修・専門資格認定制度等を創設することが必要と思われる。

	No.	1	2	3	4	5	無回答	合計
	回答	日本診療情報管理学会	日本診療情報管理士会	地域の研修会、勉強会	その他	参加していない		
2016年	回答数	525	184	897	87	2,938	428	5,059
	率	10.4%	3.6%	17.7%	1.7%	58.1%	8.5%	
2019年	回答数	665	369	1,407	338	6,219	15	8,226
	率	8.1%	4.5%	17.1%	4.1%	75.6%	0.2%	
2022年	回答数	798	493	1,083	272	8,994	0	10,877
	率	7.3%	4.5%	10.0%	2.5%	82.7%	0.0%	
2025年	回答数	561	284	1,018	252	8,920	0	10,563
	率	5.3%	2.7%	9.6%	2.4%	84.4%	0.0%	

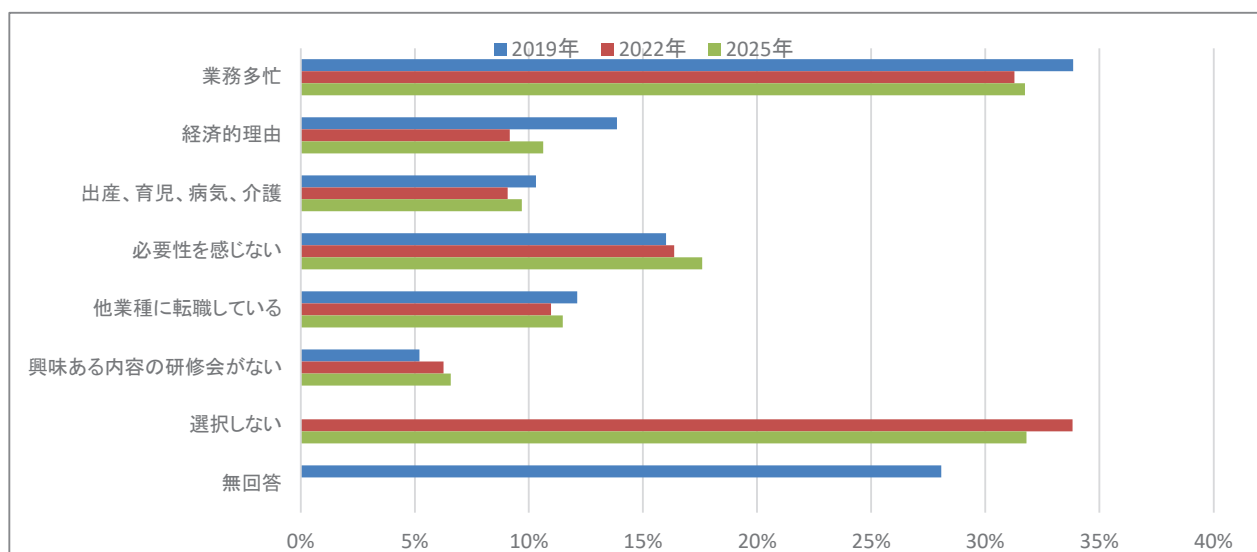


Q23-2. 卒後の研修会や学術大会等について「受けていない」を選択した方に質問です。
その理由を選択してください。(複数回答可)

【考察】

2019年～2025年において、回答の傾向は経年的に変わらず、診療情報管理士の資格を「専門職としての資格」であることを十分に認識していないに基づくことを示唆している。卒後の研修会などの必要性を感じないと回答が徐々に増加しているが、これが減少するように、研修会等の開催形式を、実務能力の向上に重点を置く形式に移行することが必要と考えられる。

	No.	1	2	3	4	5	5	6	無回答	合計
	回答	業務多忙	経済的理由	出産、育児、病気、介護	必要性を感じない	他業種に転職している	興味ある内容の研修会がない	選択しない		
2019年	回答数	2,105	862	641	996	754	324		1,746	6,219
	率	33.8%	13.9%	10.3%	16.0%	12.1%	5.2%		28.1%	
2022年	回答数	2,813	824	816	1,472	987	563	3,042	0	8,994
	率	31.3%	9.2%	9.1%	16.4%	11.0%	6.3%	33.8%	0.0%	
2025年	回答数	2,831	948	864	1,569	1,025	587	2,837	0	8,920
	率	31.7%	10.6%	9.7%	17.6%	11.5%	6.6%	31.8%	0.0%	

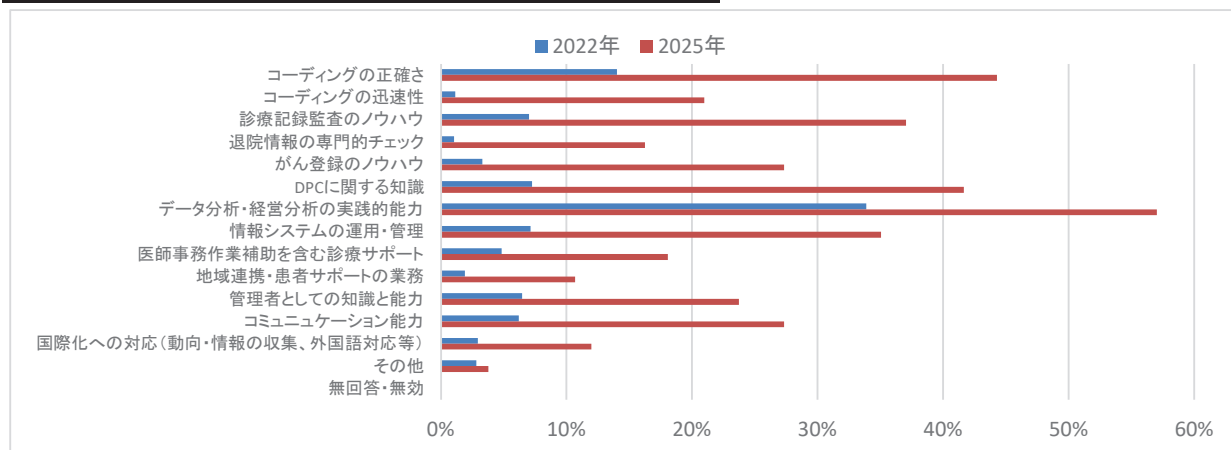


Q24. 今後診療情報管理士には何が求められると思いますか。
(2025年は複数回答可)

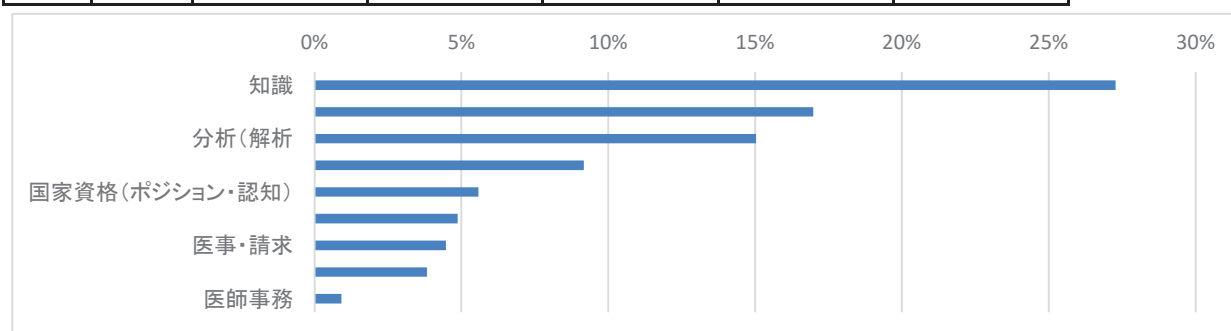
【考察】

何れの項目に対しても、2025年の回答率が2022年に比べて著明に高くなっていることは、診療情報管理士が取り扱う業務の拡大により、診療情報管理士には多くの専門的知識や実務能力の向上が求められるようになってきていることを反映していると思われる。専門的に管理された診療情報は、病院経営や医療マネジメントに必要な情報へと2次利用されるため、診療情報管理士には、診療情報の適切な管理、分析(解析)の手法を体得し、組織の一員としての貢献、役割の向上が期待されている。多くの管理士は、このような社会的要請を感じ取って、今後何が求められるかについて、回答したと思われる。

	No.	1	2	3	4	5	6
	回答	コーディングの正確さ	コーディングの迅速性	診療記録監査のノウハウ	退院情報の専門的チェック	がん登録のノウハウ	DPCIに関する知識
2022年	回答数	1,525	124	764	113	360	791
	率	14.0%	1.1%	7.0%	1.0%	3.3%	7.3%
2025年	回答数	4,679	2,215	3,914	1,717	2,888	4,400
	率	44.3%	21.0%	37.1%	16.3%	27.3%	41.7%
	No.	7	8	9	10	11	12
	回答	データ分析・経営分析の実践的能力	情報システムの運用・管理	医師事務作業補助を含む診療サポート	地域連携・患者サポートの業務	管理者としての知識と能力	コミュニケーション能力
2022年	回答数	3,685	777	526	207	703	676
	率	33.9%	7.1%	4.8%	1.9%	6.5%	6.2%
2025年	回答数	6,024	3,702	1,909	1,130	2,508	2,888
	率	57.0%	35.0%	18.1%	10.7%	23.7%	27.3%
	No.	13	14	無回答 無効	合計		
	回答	国際化への対応	その他				
2022年	回答数	320	306	0	10,877		
	率	2.9%	2.8%	0.0%			
2025年	回答数	1,267	399	0	10,563		
	率	12.0%	3.8%	0.0%			



	No.	1	2	3	4	5	無回答 無効	合計
	回答	知識	経営	分析(解析)	専門 (エキスパート)	国家資格 (ポジション・認知)		
2019年	回答数	2,244	1,397	1,237	754	459		
	率	27.3%	17.0%	15.0%	9.2%	5.6%		
	No.	6	7	8	9			
	回答	コーディング	医事・請求	コミュニケーション	医師事務			
2019年	回答数	401	368	315	75	61	8,226	
	率	4.9%	4.5%	3.8%	0.9%	0.7%		



Q11(職種)とQ17(賃金改善)のクロス集計

	賃金改善が行われたか	基本給の引き上げによる賃金改善	毎月支払われる手当による賃金改善	人事院勧告によるベースアップ評価料相当分の賃金改善	賃金改善なし	
職種	事務職(一般職)	814	968	422	726	
		20.0%	23.7%	10.4%	17.8%	
	事務職(診療情報管理士)	688	833	440	494	
		22.2%	26.9%	14.2%	16.0%	
	医療職	189	216	113	228	
		16.2%	18.6%	9.7%	19.6%	
	教育職	7	2	3	23	
		4.8%	1.4%	2.1%	15.9%	
	その他	158	133	46	136	
		13.6%	11.5%	4.0%	11.7%	
	わからない	19	6	7	10	
		20.7%	6.5%	7.6%	10.9%	
		賃金改善が行われたか	わからない	該当なし		
	職種	事務職(一般職)	760	597		
18.6%			14.6%			
事務職(診療情報管理士)		700	137			
		22.6%	4.4%			
医療職		285	183			
		24.5%	15.7%			
教育職		14	97			
		9.7%	66.9%			
その他		179	537			
		15.5%	46.4%			
わからない		32	23			
		34.8%	25.0%			

※Q17は複数回答

Q9-4(現在の所属先)とQ22(診療情報、医療情報等への参加状況)のクロス集計

	参加状況	日本診療情報管理学会の正会員	日本診療情報管理士会の正会員	日本医療情報学会の会員(正会員以外も含む)	地域の研究会等の会員
現在の所属先	診療情報管理部門	486 22.6%	338 15.7%	51 2.4%	179 8.3%
	医事、請求部門	239 8.2%	241 8.3%	34 1.2%	88 3.0%
	総務	30 7.2%	25 6.0%	5 1.2%	14 3.4%
	経理、経営戦略部門	44 12.0%	36 9.8%	6 1.6%	11 3.0%
	地域連携	18 8.3%	12 5.5%	2 0.9%	4 1.8%
	システム関連	26 12.3%	19 9.0%	32 15.2%	14 6.6%
	医師事務作業補助部門	39 5.2%	46 6.1%	9 1.2%	15 2.0%
	診療部門	61 15.8%	26 6.7%	19 4.9%	11 2.8%
	その他の業務	109 11.8%	67 7.2%	20 2.2%	19 2.1%
	選択しない	3 3.6%	2 2.4%	0 0.0%	2 2.4%
		参加状況	その他	どこにも入会していない	
現在の所属先	診療情報管理部門	42 2.0%	1,399 65.0%		
	医事、請求部門	41 1.4%	2,394 82.6%		
	総務	8 1.9%	346 83.4%		
	経理、経営戦略部門	13 3.6%	283 77.3%		
	地域連携	4 1.8%	186 85.7%		
	システム関連	6 2.8%	140 66.4%		
	医師事務作業補助部門	15 2.0%	653 86.4%		
	診療部門	8 2.1%	289 74.9%		
	その他の業務	28 3.0%	736 79.6%		
	選択しない	2 2.4%	75 89.3%		

※Q22は複数回答

Q3(年齢)とQ16(年収)とQ22(診療情報、医療情報にかかわる団体等への参加状況)のクロス集計

	参加状況／ 年収	日本診療情報管 理学会の正会員	日本診療情報管 理士会の正会員	日本医療情報学 会の会員(正会 員以外も含む)	地域の研究会等 の会員	その他	どこにも入会して いない	
20代	200万円未満	10 6.1%	8 4.9%	2 1.2%	1 0.6%	2 1.2%	146 89.0%	
	200万円以上～ 300万円未満	19 2.8%	28 4.1%	8 1.2%	9 1.3%	7 1.0%	619 90.2%	
	300万円以上～ 400万円未満	24 5.9%	36 8.9%	4 1.0%	7 1.7%	2 0.5%	339 83.9%	
	400万円以上～ 500万円未満	9 7.3%	6 4.8%	1 0.8%	2 1.6%	2 1.6%	110 88.7%	
	500万円以上～ 600万円未満	2 8.3%	1 4.2%	1 4.2%	2 8.3%	0 0.0%	19 79.2%	
	600万円以上～ 700万円未満	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 100.0%	
	700万円以上～ 800万円未満	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	
	800万円以上～ 900万円未満	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	
	900万円以上～ 1000万円未満	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	
	1000万円以上	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	0 -	
	選択しない	11 4.5%	5 2.0%	4 1.6%	2 0.8%	7 2.8%	219 89.0%	
	30代	200万円未満	1 0.8%	4 3.1%	2 1.5%	2 1.5%	0 0.0%	123 94.6%
		200万円以上～ 300万円未満	17 4.5%	17 4.5%	4 1.0%	11 2.9%	8 2.1%	333 87.4%
		300万円以上～ 400万円未満	36 7.9%	28 6.2%	5 1.1%	14 3.1%	6 1.3%	383 84.5%
		400万円以上～ 500万円未満	37 10.7%	27 7.8%	5 1.4%	13 3.8%	9 2.6%	277 80.1%
500万円以上～ 600万円未満		19 11.5%	12 7.3%	5 3.0%	6 3.6%	1 0.6%	131 79.4%	
600万円以上～ 700万円未満		5 8.6%	5 8.6%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	49 84.5%	
700万円以上～ 800万円未満		4 23.5%	5 29.4%	3 17.6%	2 11.8%	1 5.9%	9 52.9%	
800万円以上～ 900万円未満		1 20.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 80.0%	
900万円以上～ 1000万円未満		0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%	
1000万円以上		1 12.5%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	7 87.5%	
選択しない		4 3.4%	5 4.3%	1 0.9%	4 3.4%	3 2.6%	106 90.6%	
40代		200万円未満	9 5.7%	7 4.5%	0 0.0%	2 1.3%	1 0.6%	142 90.4%
		200万円以上～ 300万円未満	32 8.4%	31 8.1%	5 1.3%	13 3.4%	2 0.5%	318 83.2%
		300万円以上～ 400万円未満	70 11.7%	50 8.3%	12 2.0%	22 3.7%	5 0.8%	473 78.8%
		400万円以上～ 500万円未満	80 15.9%	55 10.9%	11 2.2%	28 5.6%	13 2.6%	362 71.8%
	500万円以上～ 600万円未満	68 18.2%	39 10.5%	14 3.8%	22 5.9%	4 1.1%	268 71.8%	
	600万円以上～ 700万円未満	39 16.2%	34 14.1%	8 3.3%	21 8.7%	11 4.6%	163 67.6%	
	700万円以上～ 800万円未満	20 16.1%	12 9.7%	6 4.8%	6 4.8%	4 3.2%	91 73.4%	
	800万円以上～ 900万円未満	12 17.9%	10 14.9%	4 6.0%	5 7.5%	4 6.0%	43 64.2%	
	900万円以上～ 1000万円未満	2 18.2%	1 9.1%	1 9.1%	1 9.1%	0 0.0%	9 81.8%	
	1000万円以上	10 27.0%	4 10.8%	4 10.8%	2 5.4%	1 2.7%	22 59.5%	
	選択しない	27 13.2%	13 6.4%	4 2.0%	6 2.9%	2 1.0%	161 78.9%	

	参加状況／ 年収	日本診療情報管 理学会の正会員	日本診療情報管 理士会の正会員	日本医療情報学 会の会員(正会 員以外も含む)	地域の研究会等 の会員	その他	どこにも入会して いない	
50代	200万円未満	9 6.0%	7 4.7%	4 2.7%	3 2.0%	2 1.3%	127 85.2%	
	200万円以上～ 300万円未満	29 9.1%	27 8.4%	4 1.3%	11 3.4%	5 1.6%	263 82.2%	
	300万円以上～ 400万円未満	53 11.8%	56 12.4%	7 1.6%	20 4.4%	10 2.2%	335 74.4%	
	400万円以上～ 500万円未満	72 18.9%	51 13.4%	10 2.6%	25 6.6%	9 2.4%	269 70.6%	
	500万円以上～ 600万円未満	68 23.3%	49 16.8%	8 2.7%	20 6.8%	10 3.4%	187 64.0%	
	600万円以上～ 700万円未満	58 18.2%	46 14.5%	8 2.5%	22 6.9%	12 3.8%	217 68.2%	
	700万円以上～ 800万円未満	45 22.1%	30 14.7%	7 3.4%	13 6.4%	8 3.9%	135 66.2%	
	800万円以上～ 900万円未満	24 19.5%	15 12.2%	6 4.9%	6 4.9%	5 4.1%	86 69.9%	
	900万円以上～ 1000万円未満	15 24.6%	10 16.4%	8 13.1%	6 9.8%	5 8.2%	36 59.0%	
	1000万円以上	23 28.4%	13 16.0%	5 6.2%	3 3.7%	1 1.2%	49 60.5%	
	選択しない	35 12.9%	29 10.7%	11 4.0%	7 2.6%	9 3.3%	209 76.8%	
	60代	200万円未満	9 6.7%	13 9.6%	0 0.0%	7 5.2%	1 0.7%	115 85.2%
		200万円以上～ 300万円未満	21 12.3%	19 11.1%	3 1.8%	6 3.5%	1 0.6%	133 77.8%
		300万円以上～ 400万円未満	31 18.2%	20 11.8%	3 1.8%	6 3.5%	5 2.9%	123 72.4%
400万円以上～ 500万円未満		14 11.9%	15 12.7%	4 3.4%	6 5.1%	8 6.8%	85 72.0%	
500万円以上～ 600万円未満		11 17.5%	8 12.7%	2 3.2%	6 9.5%	2 3.2%	42 66.7%	
600万円以上～ 700万円未満		14 24.1%	7 12.1%	2 3.4%	5 8.6%	0 0.0%	41 70.7%	
700万円以上～ 800万円未満		8 25.0%	5 15.6%	1 3.1%	2 6.3%	2 6.3%	20 62.5%	
800万円以上～ 900万円未満		3 11.5%	1 3.8%	1 3.8%	2 7.7%	0 0.0%	21 80.8%	
900万円以上～ 1000万円未満		3 18.8%	4 25.0%	1 6.3%	1 6.3%	0 0.0%	9 56.3%	
1000万円以上		25 39.7%	7 11.1%	8 12.7%	7 11.1%	3 4.8%	30 47.6%	
選択しない		12 12.0%	10 10.0%	4 4.0%	2 2.0%	2 2.0%	79 79.0%	
70代～		200万円未満	2 7.4%	2 7.4%	2 7.4%	1 3.7%	2 7.4%	23 85.2%
		200万円以上～ 300万円未満	1 10.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	9 90.0%
		300万円以上～ 400万円未満	2 22.2%	1 11.1%	0 0.0%	0 0.0%	1 11.1%	6 66.7%
	400万円以上～ 500万円未満	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 100.0%	
	500万円以上～ 600万円未満	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	4 100.0%	
	600万円以上～ 700万円未満	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	2 100.0%	
	700万円以上～ 800万円未満	1 50.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	1 50.0%	
	800万円以上～ 900万円未満	0 0.0%	1 25.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	3 75.0%	
	900万円以上～ 1000万円未満	1 100.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	0 0.0%	
	1000万円以上	3 27.3%	1 9.1%	0 0.0%	1 9.1%	1 9.1%	7 63.6%	
	選択しない	4 26.7%	4 26.7%	1 6.7%	3 20.0%	1 6.7%	8 53.3%	

一般社団法人日本病院会

担当副会長 牧野 憲一 旭川赤十字病院 名誉院長

【診療情報管理士教育委員会】

委員長 武田 隆久 武田病院グループ 理事長
委員 吉住 秀之 国立病院機構 都城医療センター 院長
委員 阿南 誠 川崎医療福祉大学 医療福祉マネジメント学部
医療秘書学科 学科長・特任教授
委員 住友 正幸 地方独立行政法人 徳島県鳴門病院 理事長・病院長
委員 林田 賢史 東京大学大学院医学系研究科
社会連携講座ナースングデータサイエンス講座 特任教授
委員 須貝 和則 国立健康危機管理研究機構 国立国際医療センター 事務部長
委員 岸 真司 日本赤十字社 愛知医療センター名古屋第二病院
小児科部長、医療情報管理センター長
特別委員 島 弘志 日本診療情報管理学会 理事長

【専門課程小委員会 診療情報管理士現況調査ワーキンググループ】

阿南 誠 川崎医療福祉大学 医療福祉マネジメント学部
医療秘書学科 学科長・特任教授
赤澤 宏平 新潟大学 名誉教授
中川原譲二 梅田脳・脊髄・神経クリニック 院長
細川 敬貴 東京大学医学部附属病院 医事課長

あとがき

1974年の認定開始から50年以上が経過し、診療情報管理士（当初は診療録管理士）の認定者数は48,000人を超えました。現在では医療機関をはじめ、多くの診療情報管理士が様々な分野で幅広い役割を担いながら活躍しています。

この現況調査は2004年に第1回を実施して以降、3年毎に継続して調査が行われてきました。今回はその第8回目の調査結果報告となります。

調査の実施にあたり、認定者36,865人の自宅へアンケート回答用Webサイトの情報を郵送しましたが、住所不明等により2,780人（約7.5%、前回3,209人）にアンケートをお届けすることが出来ませんでした。また、有効配布票数34,085人のうち、有効回収票数は10,563人（約31%、前回10,877人（33.8%））という結果となりました。住所不明等は減少したものの、認定者数が増加しているにもかかわらず、有効回収票数が減少したことは大きな課題であると認識しています。まずは住所不明等の返送数を減らすため、住所変更時の手続きの周知や、アンケート実施時の協力依頼の強化に取り組む必要があると考えています。

さて、今回の調査結果からも、診療情報管理士の認定者が多様な活躍をしていることが確認できました。2019年の調査以降、「医事、請求部門」への所属が「診療情報管理部門」を上回っています。「経理、経営部門」、「地域連携」などへの所属を含め、昨今の厳しい病院運営の中であって、診療情報管理士が病院経営に関与する必要性が高まっていることが示唆されます。一方で、「診療情報、医療情報にかかわる団体等への、あなたの参加状況」において、学会や職能団体のいずれにも入会していない認定者が79.3%に達し、前回アンケートと比べても悪化している結果となりました。この点は引き続き改善に向けて様々な取り組みを行う必要があります。

我が国は急激な人口減少に直面しています。これは診療情報管理士の業務にも影響が出始め、既に人材確保が困難な状況も生じています。学生数の減少もみられていることから、学校では診療情報管理士を目指す優秀な学生を確保することが容易ではなくなっています。これからは医療機関や教育機関で働く診療情報管理士が連携し、診療情報管理士の魅力を若い世代に伝えることも必要であると思います。

このような状況を踏まえ、今回の現況調査は診療情報管理士の現状を把握し、後世に繋げるためにも非常に重要な資料となるものです。診療情報管理士がこれからどうあるべきか、一人ひとりがどう進むべきか、さらに優秀な人材をどのようにして確保し育成していくのかを考える際の判断材料として、今回の現況調査の結果が有意義に活用されますことを切に望みます。

最後に、調査にご協力いただきました多くの診療情報管理士の皆様、調査の集計にご尽力くださいました関係者の皆様に、心より感謝申し上げます。

2025年12月

一般社団法人 日本病院会
診療情報管理士教育委員会
専門課程小委員会 委員 細川 敬貴

診療情報管理士 登録内容変更届

年 月 日

登録情報の変更があった場合は、メールまたは郵送で事務局までお送りください。

<メールの場合>

送信先: shinryo@hospital.or.jp

件名: 診療情報管理士 登録内容変更届

本文: A欄すべての項目とB欄①から⑩のうちの変更があった項目を入力必要事項を入力し、事務局までメールしてください。

<郵送の場合>

本紙、A欄すべての項目とB欄①から⑩のうちの変更があった項目を記入し、事務局まで郵送してください。

●A欄: すべての項目を記入してください。

フリガナ 氏名 :	認定番号 又は 受講番号
生年月日 : 西暦 年 月 日	日中連絡先 TEL: — —

●B欄: 変更項目のみ記入してください。

① フリガナ	
② 氏名 :	(旧姓 :)
③ 勤務先名 :	④ 所属・役職 :
⑤ 勤務先住所 : 〒 _____	
⑥ 勤務先TEL :	
⑦ 自宅住所 : 〒 _____	
⑧ 自宅TEL :	⑨ 携帯番号 :
⑩ メールアドレス :	
連絡欄:	

【個人情報の取り扱いについて】

記入された個人情報は、以下の利用目的に限り使用します。

- ・診療情報管理士資格者への連絡事項、情報の提供
- ・診療情報管理士の資格発展のための調査・研究(アンケートなど)

※3年に一度実施している診療情報管理士現況調査の案内は、「自宅」に送付します。

【問い合わせ・送付先】

一般社団法人日本病院会 教育1課
診療情報管理士係
〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15
TEL: 03-5215-6647 (平日10:00~17:00)
Mail: shinryo@hospital.or.jp

診療情報管理士・診療情報管理士通信教育の修了者 対象

医師事務作業補助者 基礎知識研修 修了証発行のご案内

平成30年10月、厚生労働省より、疑義解釈として右記のとおり、医師事務作業補助者が配置前に基礎知識を習得するための適切な内容の研修を既に受けている場合は、再度基礎知識を習得するための研修を行う必要はない旨、発出されました。診療情報管理士は現行の教育カリキュラム内にて、すでに医師事務作業補助体制加算に関する施設基準に基づく所定の基礎知識を学習しています。

診療情報管理士・診療情報管理士通信教育の修了者（詳細は下記）は、基礎知識を習得するための研修は受講済みとして、所定の申請により、基礎知識研修修了証が発行されます。申請方法や対象等につきましては、以下のとおり、ご案内申しあげます。

※ 医師事務作業補助体制加算の取得には、①基礎知識習得と②新たに医師事務作業補助者を配置してから6か月間、業務内容についての研修の実施が必要となります。このご案内は、①基礎知識研修の修了証明のみとなり、②業務内容についての研修は、施設での実施となります。

厚生労働省 保険局医療課 疑義解釈資料の送付について（その8）

-----問3-----

【医師事務作業補助体制加算】

区分番号「A207-2」医師事務作業補助体制加算について、「疑義解釈の送付について」（平成20年5月9日付け事務連絡）の間8において、基礎知識習得については、適切な内容の講習の時間に代えることは差し支えないとされているが、医師事務作業補助者が新たに配置される前に基礎知識習得に係る研修を既に受けている場合には改めて研修を受ける必要があるのか。

答) 医師事務作業補助者を新たに配置する前に、**当該医師事務作業補助者が基礎知識を習得するための適切な内容の研修を既に受けている場合は、当該医師事務作業補助者に再度基礎知識を習得するための研修を行う必要はない。ただし、業務内容についての6ヶ月間の研修は実施すること。**

《平成30年10月9日発出》

対象者

- 診療情報管理士(※1) • 診療情報管理士通信教育の修了者(※2)

※1：平成20年5月1日以降認定の診療情報管理士（認定番号：13405以降の方）。

※2：平成17年7月以降（編入生は平成18年7月以降）入講の診療情報管理士通信教育の修了者。

※3：指定大学および指定専門学校を卒業した場合は、診療情報管理士の認定者（※1の条件を満たす方）を対象とします。

申請料

5,500円（申請料5000円 税500円）

- 修了証、比較対照表、修了証発行手数料として • 既納の申請料は返却できません。

申請 方法

1. 以下のいずれかの方法で申請してください。

<eメール> 件名を「医事補修了証の申請」とし、本文に裏面（申請書）の必要事項の①～⑥を入力の上、送信してください。

送信先アドレス：shinryo@hospital.or.jp

<郵送> 裏面（申請書）に必要事項を記入し、返信用長3封筒（切手を貼付してください）を同封して、以下に送付してください。

宛先：日本病院会 医事補修了証申請係

〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 榎ビル4F

2. 申請書受理後、受付番号を事務局から返信します。
3. 受付番号を確認後、裏面の口座に申請料をお振込みください。
4. 申請料の入金確認後、修了証と比較対照表を送付します。

【eメールの場合】 送信先：shinryo@hospital.or.jp

件名を「**医事補修了証の申請**」とし、以下の①～⑥を入力して送信してください。

- ①氏名
- ②診療情報管理士認定番号 または 通信教育受講番号
- ③送付先郵便番号・住所 および 勤務先名・所属（送付先が勤務先の場合のみ）
- ④送付先電話番号
- ⑤申請料の振込予定日
- ⑥「個人情報等の取扱いに関して」の同意の有無（同意する・しないの記載。同意しない場合、発行できません）

【郵送の場合】

以下の申請書を記入し、**返信用の長3封筒（110円切手貼付）**を同封して送付してください。

宛先：日本病院会 医事補修了証申請係 〒102-8414 東京都千代田区三番町 9-15 札幌プラザビル4F

「医師事務作業補助者 基礎知識研修 修了証」申請書

記入日： 年 月 日

	姓										名											
フリガナ																						
①氏名																						
②診療情報管理士認定番号												②通信教育受講番号										
③送付先住所	〒																					
③勤務先名・所属 ※送付先が勤務先の場合のみ																						
④送付先電話番号												⑤申請料の振込予定日										
⑥「個人情報等の取扱いに関して」の同意の有無	<input type="checkbox"/> 同意します ※ <input checked="" type="checkbox"/> チェックを入れてください。チェックがない場合は発行できません。																					

▼個人情報等の使用に係る同意（下記【個人情報等の取扱いに関して】に同意いただけたらチェック願います。チェックがない場合は申し込みできません）

【個人情報等の取扱いに関して】

一般社団法人日本病院会診療情報管理士教育委員会は、下記により貴殿の個人情報等を取り扱います。内容を確認のうえ、ご承諾いただきますようお願いいたします。

- 個人情報の利用目的について：貴殿から提示いただいた氏名、住所、電話番号、メールアドレス、顔写真など個人を識別できる情報（以下「個人情報」という）の利用目的は以下の通りとし、貴殿の承諾なく目的外の利用は行いません。
 - ・申し込みいただいた教育等の提供のため
 - ・申し込みいただいた試験の実施のため
 - ・修了もしくは認定の管理のため
 - ・教育、試験、修了および認定等に関する受講料、受験料、認定料等のお支払い手続きのため
 - ・各種問い合わせ対応、案内のため
- 個人情報の第三者提供について：取得した個人情報を、以下に該当する場合を除き、第三者へ提供することはありません。
 - ・上記1の利用目的の範囲内において、必要に応じて厳正に管理された委託先に個人情報の取り扱いを委託する場合
- 個人情報の提供の任意性について：個人情報の開示、変更、削除の求めがあった場合には、貴殿からの申し出であることを確認させていただいたうえで、すみやかに対応いたします。
- 個人情報の提供の任意性について：個人情報の提供がされない場合は、上記1の教育、試験、修了および認定等を受けることはできません。
- その他：事業の記録および紹介の目的で、個人の特定ができない範囲で講義風景等の写真、映像を撮影、使用することがあります。

▼振込先

郵便局備え付けの振込用紙（青印字）を利用し、**申請者氏名と受付番号を必ず記入してください。**

《郵便振替》

□座番号：00190-5-396045

□座名：一般社団法人 日本病院会 通信教育部

事務局記入欄	
受理日：	年 月 日 担当：
受付番号	

第8回 診療情報管理士(診療録管理士含む) 現況調査アンケート報告書

発刊 2025年12月

一般社団法人 日本病院会
診療情報管理士教育委員会
専門課程小委員会

〒102-8414 東京都千代田区三番町9-15 4F
TEL : 03-3265-1281 FAX : 03-3265-1282

本資料内容の無断転載、複製、複写(コピー)、頒布、公衆送信、翻訳、翻案等を禁じます。

2024 年度 QI プロジェクト 結果報告



序文

日本病院会における QI プロジェクトは、2010 年度に開始され、2024 年度で 15 年になります。

QI (Quality Indicator) とは「質を表す指標」であり、医療分野においては、患者さんの健康の度合いを直接あるいは間接的に示す数値を意味します。患者さんの健康は、身体的側面（病気に罹るかどう、痛みなどの自覚症状や麻痺などの他覚的徴候を有するかどうか等）、精神心理的側面（不安感やうつ症状の有無、満足度等）、そして社会的側面（医療費、日常生活への悪影響等）から捉えられます。直接的に表す指標とは、例えば病院内で膀胱留置カテーテル関連感染症がどのくらいの頻度で起こったかという数値で、それに関連する間接的な指標とは、例えば院内での感染症の発生を防ぐために職員がどのくらい頻回に手指消毒を行ったかを示す数値ということになります。

日本病院会の QI プロジェクトでは、最初の 2010 年は 30 病院が参加して 11 項目の QI を測定・公表しました。その後大幅に参加病院が増え、2024 年度は、381 病院が参加して、一般病床 32 項目、精神病床 12 項目、療養病床 15 項目の QI を測定してまいりました。一般病床向けには参加施設からの提案指標や国際比較が可能になる OECD 提案指標を新たに追加し、全病院の記述統計を背景に、各病院の数値がどこに位置するかを示した図表をフィードバックしてまいりました。数値が他の病院と著しく異なる場合、測定方法に違いがあるのか、対象患者の属性が異なるのか、あるいは医療内容が異なるのかなど、様々な要因について考察する必要があります。そのような横の比較も、医療の質向上への動機づけになりうることから、是非行っていただきたいのですが、より重要なことは、各病院で同じ測定方法を用いた年度ごとの数値の比較であり、時系列での QI の改善であることに変わりはありません。

改善なくして、QI 測定・公表の意義はありません。できるだけ多くの病院が本プロジェクトに参加され、医療の質の改善を日常的に行っていることに矜持を持って、その結果を示されますよう、願ってやみません。

海外では、英国やフランスなどのように、義務的に全病院で QI の測定・公表を行っている国もあれば、義務的ではないものの、米国やオーストラリアのように、70%以上の病院が QI の測定・公表を行っている国もあります。わが国でも数年前から全国展開する方向への動きがあり、さらには OECD 等による国際的な枠組みでの展開も視野に入ってきております。

自院が提供している医療の質を改善するという最終目的のためできるだけ多くの病院が QI プロジェクトに参加されることを祈念いたします。

QI 委員会 委員長 福井次矢

No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床		療養病床		精神病床	
				参加有無	病床数	参加有無	病床数	参加有無	病床数
1	北海道	手稲溪仁会病院	○	○	670		0		0
2	北海道	函館五稜郭病院	○	○	480		0		0
3	北海道	市立函館病院	○	○	582		0		0
4	北海道	日鋼記念病院	○	○	387		0		0
5	北海道	KKR斗南病院	○	○	283		0		0
6	北海道	札幌厚生病院	○	○	519		0		0
7	北海道	市立札幌病院	○	○	672		0	○	38
8	北海道	札幌東徳洲会病院	○	○	325		0		0
9	北海道	KKR札幌医療センター	○	○	410		0		0
10	北海道	旭川赤十字病院	○	○	480		0		0
11	北海道	市立旭川病院	○	○	372		0	○	100
12	北海道	帯広厚生病院	○	○	606		0		0
13	北海道	北斗病院	○	○	217		0		0
14	北海道	帯広第一病院	○	○	199		0		0
15	北海道	NTT東日本札幌病院	○	○	301		0		0
16	北海道	砂川市立病院	○	○	408		0	○	80
17	青森県	八戸市立市民病院	○	○	572		0		0
18	青森県	十和田市立中央病院	○	○	315		0	○	50
19	青森県	青森県立中央病院	○	○	584		0		0
20	青森県	青森市民病院	○	○	459		0		0
21	岩手県	岩手県立中央病院	○	○	685		0		0
22	岩手県	岩手県立大船渡病院	○	○	370		0	○	105
23	岩手県	岩手県立中部病院	○	○	414		0		0
24	宮城県	KKR東北公済病院	○	○	328	○	40		0
25	宮城県	坂総合病院	○	○	357		0		0
26	宮城県	永仁会病院	×	○	80		0		0
27	宮城県	仙台赤十字病院	○	○	389		0		0
28	宮城県	仙台市立病院	○	○	467		0	○	50
29	宮城県	仙台オープン病院	○	○	330		0		0
30	山形県	済生会山形済生病院	○	○	473		0		0
31	山形県	公立置賜総合病院	○	○	450		0		0
32	山形県	山形市立病院済生館	○	○	528		0		0
33	山形県	山形県立中央病院	○	○	594		0		0
34	山形県	日本海総合病院	○	○	590		0		0
35	山形県	鶴岡市立荘内病院	○	○	521		0		0
36	山形県	山形県立河北病院	○	○	136		0		0
37	福島県	大原総合病院	○	○	353		0		0
38	福島県	白河厚生総合病院	○	○	471		0		0
39	福島県	太田西ノ内病院	○	○	1036		0		0
40	福島県	寿泉堂総合病院	○	○	305		0		0
41	福島県	公立藤田総合病院	○	○	299		0		0
42	福島県	星総合病院	○	○	415		0		0
43	福島県	総合南東北病院	○	○	461		0		0
44	福島県	竹田総合病院	○	○	693		0		0
45	福島県	福島赤十字病院	○	○	296		0		0
46	福島県	いわき市医療センター	○	○	700		0		0
47	茨城県	総合病院 土浦協同病院	○	○	800		0		0
48	茨城県	JAとりで総合医療センター	○	○	414		0		0
49	茨城県	筑波メディカルセンター病院	○	○	408		0		0
50	茨城県	ひたちなか総合病院	○	○	302		0		0
51	茨城県	つくばセントラル病院	○	○	313		0		0
52	茨城県	東京医科大学茨城医療センター	○	○	501		0		0
53	栃木県	新小山市民病院	○	○	300		0		0
54	栃木県	足利赤十字病院	○	○	431	○	0	○	40
55	栃木県	栃木県済生会宇都宮病院	○	○	644		0		0
56	群馬県	前橋赤十字病院	○	○	555		0		0

No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床		療養病床		精神病床	
				参加有無	病床数	参加有無	病床数	参加有無	病床数
57	群馬県	済生会前橋病院	○	○	317		0		0
58	群馬県	伊勢崎市民病院	○	○	494		0		0
59	群馬県	美原記念病院	○	○	45	○	144		0
60	群馬県	太田記念病院	○	○	386		0		0
61	群馬県	公立藤岡総合病院	○	○	399		0		0
62	埼玉県	さいたま市民医療センター	○	○	340		0		0
63	埼玉県	埼玉協同病院	○	○	377		0		0
64	埼玉県	戸田中央総合病院	○	○	492		0		0
65	埼玉県	彩の国東大宮メディカルセンター	○	○	337		0		0
66	埼玉県	さいたま赤十字病院	○	○	632		0		0
67	埼玉県	赤心堂病院	○	○	198		0		0
68	埼玉県	埼玉石心会病院	○	○	426		0		0
69	埼玉県	上尾中央総合病院	○	○	659		0		0
70	埼玉県	伊奈病院	○	○	102		0		0
71	埼玉県	白岡中央総合病院	○	○	143	○	58		0
72	埼玉県	埼玉医科大学総合医療センター	○	○	1063		0		0
73	埼玉県	埼玉医科大学国際医療センター	○	○	778		0		0
74	埼玉県	丸山記念総合病院	○	○	241		0		0
75	埼玉県	埼玉医科大学病院	○	○	887		0	○	78
76	埼玉県	埼玉県立循環器・呼吸器病センター	○	○	292		0		0
77	埼玉県	草加市立病院	○	○	380		0		0
78	埼玉県	新座志木中央総合病院	○	○	282	○	120		0
79	埼玉県	熊谷総合病院	○	○	310		0		0
80	埼玉県	関越病院	○	○	229		0		0
81	千葉県	千葉中央メディカルセンター	○	○	272		0		0
82	千葉県	船橋市立医療センター	○	○	449		0		0
83	千葉県	板倉病院	×	○	91		0		0
84	千葉県	柏厚生総合病院	○	○	276		0		0
85	千葉県	小張総合病院	○	○	308		0		0
86	千葉県	成田赤十字病院	○	○	710		0		0
87	千葉県	総合病院 国保旭中央病院	○	○	763		0	○	220
88	千葉県	国保直営総合病院君津中央病院	○	○	660		0		0
89	千葉県	亀田総合病院	○	○	865		0		0
90	千葉県	津田沼中央総合病院	○	○	198		108		0
91	千葉県	東京女子医科大学附属八千代医療センター	○	○	500		0		0
92	千葉県	セコメディック病院	○	○	292		0		0
93	千葉県	国立がん研究センター東病院	○	○	425		0		0
94	千葉県	千葉労災病院	○	○	400		0		0
95	千葉県	みつわ台総合病院	○	○	261		0		0
96	千葉県	千葉県がんセンター	○	○	450		0		0
97	東京都	聖路加国際病院	○	○	520		0		0
98	東京都	東大和病院	○	○	284		0		0
99	東京都	東京山手メディカルセンター	○	○	418		0		0
100	東京都	三井記念病院	○	○	482		0		0
101	東京都	河北総合病院	○	○	331		0		0
102	東京都	牧田総合病院	○	○	290		0		0
103	東京都	市立青梅総合医療センター	○	○	475		0	○	50
104	東京都	順天堂大学医学部附属順天堂医院	○	○	1036		0		0
105	東京都	がん研究会有明病院	○	○	686		0		0
106	東京都	豊島病院	○	○	386		0	○	32
107	東京都	KKR虎の門病院	○	○	819		0		0
108	東京都	KKR東京共済病院	○	○	350		0		0
109	東京都	東京逓信病院	○	○	461		0		0
110	東京都	昭和大学病院	○	○	815		0		0
111	東京都	武蔵野赤十字病院	○	○	611		0		0
112	東京都	榊原記念病院	○	○	212		0		0

No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床		療養病床		精神病床	
				参加有無	病床数	参加有無	病床数	参加有無	病床数
113	東京都	KKR立川病院	○	○	412		0	○	38
114	東京都	東京都立松沢病院	×		0		0	○	898
115	東京都	東京都済生会中央病院	○	○	535		0		0
116	東京都	武蔵村山病院	○	○	144	○	156		0
117	東京都	順天堂大学医学部附属練馬病院	○	○	490		0		0
118	東京都	東京新宿メディカルセンター	○	○	520		0		0
119	東京都	国立国際医療研究センター病院	○	○	749		0		0
120	東京都	東京医科大学病院	○	○	885		0		0
121	東京都	東京都立多摩総合医療センター	○	○	805		0		0
122	東京都	東邦大学医療センター大橋病院	○	○	320		0		0
123	東京都	日本大学医学部附属板橋病院	○	○	947		0		43
124	東京都	大久保病院	○	○	304		0		0
125	東京都	佐々総合病院	○	○	183		0		0
126	東京都	練馬光が丘病院	○	○	405	○	52		0
127	東京都	多摩北部医療センター	○	○	337		0		0
128	東京都	慶應義塾大学病院	○	○	934		0	○	16
129	東京都	板橋中央総合病院	○	○	569		0		0
130	神奈川県	川崎幸病院	○	○	326		0		0
131	神奈川県	KKR虎の門病院分院	○	○	300		0		0
132	神奈川県	菊名記念病院	○	○	218		0		0
133	神奈川県	KKR横浜南共済病院	○	○	565		0		0
134	神奈川県	KKR横須賀共済病院	○	○	730		0	○	10
135	神奈川県	聖隷横浜病院	○	○	367		0		0
136	神奈川県	神奈川県立がんセンター	○	○	415		0		0
137	神奈川県	国際親善総合病院	○	○	287		0		0
138	神奈川県	西横浜国際総合病院	○	○	188		0		0
139	神奈川県	湘南鎌倉総合病院	○	○	659		0	○	10
140	神奈川県	KKR横浜栄共済病院	○	○	430		0		0
141	神奈川県	湘南藤沢徳洲会病院	○	○	419		0		0
142	神奈川県	KKR平塚共済病院	○	○	441		0		0
143	神奈川県	済生会横浜市東部病院	○	○	468		0		0
144	神奈川県	横須賀市立総合医療センター	○	○	450	○	0		0
145	神奈川県	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院	○	○	518		0		0
146	新潟県	立川総合病院	○	○	481		0		0
147	新潟県	新潟市民病院	○	○	660		0		0
148	新潟県	長岡中央総合病院	○	○	500		0		0
149	新潟県	田宮病院	×		0		0	○	419
150	富山県	富山市立富山市民病院	○	○	495		0		0
151	富山県	真生会富山病院	○	○	99		0		0
152	富山県	厚生連高岡病院	○	○	484		0		0
153	石川県	KKR北陸病院	○	○	125		0		0
154	石川県	恵寿総合病院	○	○	426		0		0
155	福井県	市立敦賀病院	○	○	330		0		0
156	福井県	福井赤十字病院	○	○	529		0		0
157	福井県	林病院	○	○	199		0		0
158	山梨県	山梨県立中央病院	○	○	622		0		0
159	長野県	長野赤十字病院	○	○	617		0		0
160	長野県	長野市民病院	○	○	400		0		0
161	長野県	長野県立信州医療センター	○	○	292		0		0
162	長野県	北信総合病院	○	○	337		0		0
163	長野県	浅間南麓こもろ医療センター	○	○	246		0		0
164	長野県	佐久総合病院	○	○	170		0		0
165	長野県	南長野医療センター篠ノ井総合病院	○	○	433		0		0
166	長野県	相澤病院	○	○	456		0		0
167	長野県	丸の内病院	○	○	199		0		0
168	長野県	諏訪中央病院	○	○	360		0		0

No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床		療養病床		精神病床	
				参加有無	病床数	参加有無	病床数	参加有無	病床数
169	長野県	諏訪赤十字病院	○	○	425		0	○	30
170	長野県	飯田病院	○	○	212		0	○	235
171	長野県	伊那中央病院	○	○	394		0		0
172	長野県	富士見高原病院	○	○	151		0		0
173	長野県	安曇野赤十字病院	○	○	195		0		0
174	長野県	北アルプス医療センターあづみ病院	○	○	204		0	○	120
175	長野県	佐久総合病院 佐久医療センター	○	○	434		0		0
176	長野県	丸子中央病院	○	○	149	○	50		0
177	長野県	昭和伊南総合病院	○	○	300		0		0
178	長野県	飯田市立病院	○	○	403		0		0
179	長野県	相澤東病院	×	○	54		0		0
180	長野県	松本市立病院	○	○	117	○	82		0
181	岐阜県	岐阜県総合医療センター	○	○	620		0		0
182	岐阜県	松波総合病院	○	○	501		0		0
183	岐阜県	羽島市民病院	○	○	271		0		0
184	岐阜県	高山赤十字病院	○	○	394		0		0
185	岐阜県	岐阜県立多治見病院	○	○	506		0	○	33
186	岐阜県	東海中央病院	○	○	332		0		0
187	岐阜県	中部国際医療センター	○	○	502		0		0
188	岐阜県	中濃厚生病院	○	○	495		0		0
189	静岡県	静岡赤十字病院	○	○	465		0		0
190	静岡県	静岡県立総合病院	○	○	662		0	○	6
191	静岡県	藤枝市立総合病院	○	○	564		0		0
192	静岡県	島田市立総合医療センター	○	○	445		0		0
193	静岡県	遠州病院	○	○	340		0		0
194	静岡県	総合病院 聖隷浜松病院	○	○	750		0		0
195	静岡県	浜松医療センター	○	○	606		0		0
196	静岡県	総合病院 聖隷三方原病院	○	○	810		0	○	104
197	静岡県	中東濃総合医療センター	○	○	500		0		0
198	静岡県	磐田市立総合病院	○	○	500		0		0
199	静岡県	NTT東日本伊豆病院	×	○	150		0	○	46
200	静岡県	静岡県立静岡がんセンター	○	○	615		0		0
201	静岡県	静岡済生会総合病院	○	○	561		0		0
202	愛知県	豊橋市民病院	○	○	780		0		0
203	愛知県	安城更生病院	○	○	771		0		0
204	愛知県	刈谷豊田総合病院	○	○	704		0		0
205	愛知県	KKR名城病院	○	○	326		0		0
206	愛知県	総合上飯田第一病院	○	○	236		0		0
207	愛知県	KKR東海病院	×	○	166		0		0
208	愛知県	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院	○	○	801		0		0
209	愛知県	豊田厚生病院	○	○	606		0		0
210	愛知県	藤田医科大学病院	○	○	1325		0	○	51
211	愛知県	半田市立半田病院	○	○	499		0		0
212	愛知県	小牧市民病院	○	○	520		0		0
213	愛知県	春日井市民病院	○	○	558		0		0
214	愛知県	総合大雄会病院	○	○	329		0		0
215	愛知県	一宮市立市民病院	○	○	570		0		0
216	愛知県	稲沢市民病院	○	○	278		0		0
217	愛知県	岡崎市民病院	○	○	660		0		0
218	愛知県	八千代病院	○	○	308	○	52		0
219	愛知県	海南病院	○	○	540		0		0
220	愛知県	名古屋市立大学病院	○	○	772		0		0
221	愛知県	名鉄病院	○	○	373		0		0
222	愛知県	総合病院南生協病院	○	○	313		0		0
223	愛知県	江南厚生病院	○	○	630		0		0
224	愛知県	済衆館病院	○	○	194	○	143		0

No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床		療養病床		精神病床	
				参加有無	病床数	参加有無	病床数	参加有無	病床数
225	愛知県	名古屋市立大学医学部附属東部医療センター	○	○	498		0		0
226	愛知県	豊川市民病院	○	○	436		0	○	65
227	愛知県	協立総合病院	○	○	434		0		0
228	愛知県	常滑市民病院	○	○	107	○	85		0
229	三重県	三重北医療センターいなべ総合病院	○	○	220		0		0
230	三重県	鈴鹿中央総合病院	○	○	460		0		0
231	三重県	松阪中央総合病院	○	○	440		0		0
232	滋賀県	市立大津市民病院	○	○	393		0		0
233	滋賀県	近江八幡市立総合医療センター	○	○	403		0		0
234	滋賀県	淡海医療センター	○	○	362		0		0
235	滋賀県	彦根市立病院	○	○	424		0		0
236	滋賀県	滋賀県立総合病院	○	○	535		0		0
237	滋賀県	長浜赤十字病院	○	○	422		0	○	70
238	京都府	武田病院	○	○	384		0		0
239	京都府	武田総合病院	○	○	500		0		0
240	京都府	京都民医連中央病院	○	○	359		0		0
241	京都府	京都市立病院	○	○	548		0		0
242	京都府	洛和会音羽病院	○	○	415		0		0
243	京都府	宇治武田病院	○	○	177		0		0
244	京都府	男山病院	○	○	199		0		0
245	京都府	三菱京都病院	○	○	188		0		0
246	京都府	京都桂病院	○	○	545		0		0
247	京都府	千春会病院	×	○	60		0		0
248	京都府	KKR舞鶴共済病院	○	○	300		0		0
249	京都府	京都中部総合医療センター	○	○	394		0		0
250	京都府	市立福知山市民病院	○	○	344		0		0
251	京都府	宇治徳洲会病院	○	○	479		0		0
252	京都府	洛和会丸太町病院	○	○	150		0		0
253	京都府	京都田辺中央病院	○	○	199		0		0
254	京都府	日本パプテスト病院	○	○	167		0		0
255	大阪府	中津病院	○	○	570		0		0
256	大阪府	大阪府立総合医療センター	○	○	975		0	○	55
257	大阪府	野江病院	○	○	400		0		0
258	大阪府	森之宮病院	○	○	355		0		0
259	大阪府	KKR大手前病院	○	○	401		0		0
260	大阪府	大阪警察病院	○	○	650		0		0
261	大阪府	多根総合病院	○	○	304		0		0
262	大阪府	千船病院	○	○	308		0		0
263	大阪府	西淀病院	×	○	218		0		0
264	大阪府	大阪府立急性期・総合医療センター	○	○	831		0	○	34
265	大阪府	南大阪病院	○	○	400		0		0
266	大阪府	市立豊中病院	○	○	613		0		0
267	大阪府	箕面市立病院	○	○	317		0		0
268	大阪府	高槻病院	○	○	477		0		0
269	大阪府	北摂総合病院	○	○	217		0		0
270	大阪府	松下記念病院	○	○	323		0		0
271	大阪府	小松病院	○	○	190		0		0
272	大阪府	KKR枚方公済病院	○	○	313		0		0
273	大阪府	佐藤病院	○	○	177		0		0
274	大阪府	関西医科大学附属病院	○	○	751		0		0
275	大阪府	わかさ竜間リハビリテーション病院	×	○	166	○	334		0
276	大阪府	若草第一病院	○	○	230		0		0
277	大阪府	八尾市立病院	○	○	380		0		0
278	大阪府	運動器ケアしまだ病院	○	○	88		0		0
279	大阪府	P L 病院	○	○	323	○	47		0
280	大阪府	清恵会病院	○	○	241		0		0

No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床		療養病床		精神病床	
				参加有無	病床数	参加有無	病床数	参加有無	病床数
281	大阪府	馬場記念病院	○	○	300		0		0
282	大阪府	府中病院	○	○	299		0		0
283	大阪府	阪南市民病院	○	○	185		0		0
284	大阪府	ベルランド総合病院	○	○	477		0		0
285	大阪府	淀川キリスト教病院	○	○	581		0		0
286	大阪府	耳原総合病院	○	○	386		0		0
287	大阪府	日本生命病院	○	○	350		0		0
288	大阪府	大阪市立十三市民病院	○	○	224		0		0
289	大阪府	大阪医科薬科大学病院	○	○	792		0	○	40
290	大阪府	東大阪病院	○	○	112	○	143		0
291	大阪府	城山病院	○	○	299		0		0
292	大阪府	国立循環器病研究センター病院	○	○	550		0		0
293	大阪府	育和会記念病院	○	○	265		0		0
294	兵庫県	神戸市立医療センター中央市民病院	○	○	760		0	○	8
295	兵庫県	神鋼記念病院	○	○	333		0		0
296	兵庫県	川崎病院	○	○	228		0		0
297	兵庫県	三菱神戸病院	○	○	164		0		0
298	兵庫県	甲南医療センター	○	○	461		0		0
299	兵庫県	明和病院	○	○	319		0		0
300	兵庫県	西宮協立脳神経外科病院	○	○	167		0		0
301	兵庫県	井野病院	○	○	100		0		0
302	兵庫県	明石医療センター	○	○	382		0		0
303	兵庫県	加古川中央市民病院	○	○	600		0		0
304	兵庫県	西宮協立リハビリテーション病院	×		0	○	120		0
305	兵庫県	兵庫医科大学病院	○	○	919		0		0
306	兵庫県	神戸百年記念病院	○	○	199		0		0
307	奈良県	奈良県総合医療センター	○	○	540		0		0
308	奈良県	天理よろづ相談所病院	○	○	715		0		0
309	奈良県	国保中央病院	○	○	214		0		0
310	奈良県	西奈良中央病院	○	○	166		0		0
311	島根県	松江赤十字病院	○	○	554		0	○	45
312	島根県	島根県立中央病院	○	○	526		0	○	36
313	岡山県	岡山県精神科医療センター	×		0		0	○	255
314	岡山県	光生病院	○	○	198		0		0
315	岡山県	岡山旭東病院	○	○	214		0		0
316	岡山県	倉敷中央病院	○	○	1172		0		0
317	岡山県	倉敷中央病院リバーサイド	×	○	130		0		0
318	岡山県	重井医学研究所附属病院	○	○	198		0		0
319	広島県	KKR呉共済病院忠海分院	×	○	44		0		0
320	広島県	KKR広島記念病院	○	○	200		0		0
321	広島県	KKR吉島病院	×	○	111	○	47		0
322	広島県	荒木脳神経外科病院	○	○	110		0		0
323	広島県	マツダ病院	○	○	270		0		0
324	広島県	JR広島病院	○	○	275		0		0
325	広島県	土谷総合病院	○	○	351		0		0
326	広島県	安芸太田病院	×	○	53	○	42		0
327	山口県	周東総合病院	○	○	360		0		0
328	徳島県	徳島県立中央病院	○	○	390		0	○	60
329	香川県	高松市立みんなの病院	○	○	305		0		0
330	香川県	香川県立中央病院	○	○	526		0		0
331	香川県	回生病院	○	○	397		0		0
332	香川県	坂出市立病院	○	○	194		0		0
333	香川県	さぬき市民病院	○	○	175		0		0
334	愛媛県	済生会松山病院	○	○	199		0		0
335	愛媛県	市立宇和島病院	○	○	435		0		0
336	愛媛県	済生会今治病院	○	○	191		0		0

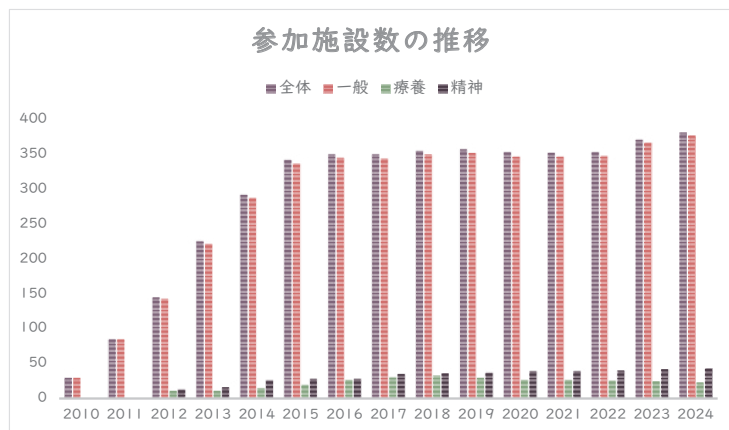
No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床		療養病床		精神病床	
				参加有無	病床数	参加有無	病床数	参加有無	病床数
337	高知県	近森病院	○	○	452		0		0
338	高知県	いずみの病院	○	○	189	○	48		0
339	高知県	高知高須病院	○	○	63		0		0
340	高知県	高知医療センター	○	○	548		0	○	44
341	福岡県	三萩野病院	×	○	146		0		0
342	福岡県	KKR新小倉病院	○	○	259		0		0
343	福岡県	製鉄記念八幡病院	○	○	453		0		0
344	福岡県	九州病院	○	○	575		0		0
345	福岡県	済生会福岡総合病院	○	○	369		0		0
346	福岡県	KKR浜の町病院	○	○	468		0		0
347	福岡県	福岡市民病院	○	○	204		0		0
348	福岡県	KKR千早病院	○	○	175		0		0
349	福岡県	福岡徳洲会病院	○	○	602		0		0
350	福岡県	西福岡病院	○	○	145	○	45		0
351	福岡県	聖マリア病院	○	○	931		0	○	60
352	福岡県	新古賀病院	○	○	256		0		0
353	福岡県	嶋田病院	○	○	100		0		0
354	福岡県	古賀病院2 I	○	○	144		0		0
355	福岡県	社会保険田川病院	○	○	335		0		0
356	福岡県	田主丸中央病院	○	○	178	○	72	○	93
357	福岡県	北九州市立医療センター	○	○	636		0		0
358	福岡県	戸畑共立病院	○	○	218		0		0
359	福岡県	九州がんセンター	○	○	411		0		0
360	福岡県	久留米大学病院	○	○	965		0	○	53
361	福岡県	貝塚病院	○	○	199		0		0
362	福岡県	宗像水光会総合病院	○	○	300		0		0
363	福岡県	北九州市立八幡病院	○	○	350		0		0
364	福岡県	福岡大学病院	○	○	731		0	○	40
365	福岡県	産業医科大学病院	○	○	638		0	○	36
366	佐賀県	佐賀県医療センター好生館	○	○	450		0		0
367	長崎県	佐世保中央病院	○	○	312		0		0
368	長崎県	KKR佐世保共済病院	○	○	373		0		0
369	熊本県	KKR熊本中央病院	○	○	361		0		0
370	熊本県	熊本地域医療センター	○	○	227		0		0
371	大分県	大分岡病院	○	○	203		0		0
372	大分県	大分県立病院	○	○	509		0	○	36
373	大分県	KKR新別府病院	○	○	269		0		0
374	大分県	大分記念病院	○	○	84	○	34		0
375	大分県	大分県厚生連鶴見病院	○	○	226		0		0
376	鹿児島県	いづろ今村病院	○	○	115		0		0
377	鹿児島県	今村総合病院	○	○	330		0	○	48
378	沖縄県	友愛医療センター	○	○	388		0		0
379	沖縄県	ハートライフ病院	○	○	308		0		0
380	沖縄県	中頭病院	○	○	355		0		0
381	沖縄県	大浜第一病院	○	○	217		0		0

都道府県別参加施設数

県番号	都道府県	参加施設数	前年比
01	北海道	16	-1
02	青森県	4	0
03	岩手県	3	0
04	宮城県	6	0
05	秋田県	0	0
06	山形県	7	0
07	福島県	10	2
08	茨城県	6	0
09	栃木県	3	0
10	群馬県	6	0
11	埼玉県	19	3
12	千葉県	16	2
13	東京都	33	-2
14	神奈川県	16	0
15	新潟県	4	0
16	富山県	3	0
17	石川県	2	0
18	福井県	3	0
19	山梨県	1	0
20	長野県	22	1
21	岐阜県	8	1
22	静岡県	13	0
23	愛知県	27	2
24	三重県	3	0
25	滋賀県	6	-1
26	京都府	17	1
27	大阪府	39	1
28	兵庫県	13	0
29	奈良県	4	-1
30	和歌山県	0	0
31	鳥取県	0	0
32	島根県	2	0
33	岡山県	6	0
34	広島県	8	0
35	山口県	1	0
36	徳島県	1	0
37	香川県	5	0
38	愛媛県	3	0
39	高知県	4	0
40	福岡県	25	3
41	佐賀県	1	0
42	長崎県	2	0
43	熊本県	2	-1
44	大分県	5	0
45	宮崎県	0	0
46	鹿児島県	2	0
47	沖縄県	4	0
総計		381	10

参加施設数の推移

年度	全体	一般	療養	精神
2010	30	30		
2011	85	85		
2012	145	143	11	13
2013	226	222	11	16
2014	292	288	15	26
2015	342	337	20	28
2016	350	345	27	28
2017	350	344	31	35
2018	355	350	33	36
2019	357	352	30	37
2020	353	347	27	39
2021	352	347	27	39
2022	353	348	26	40
2023	371	367	25	42
2024	381	377	23	43



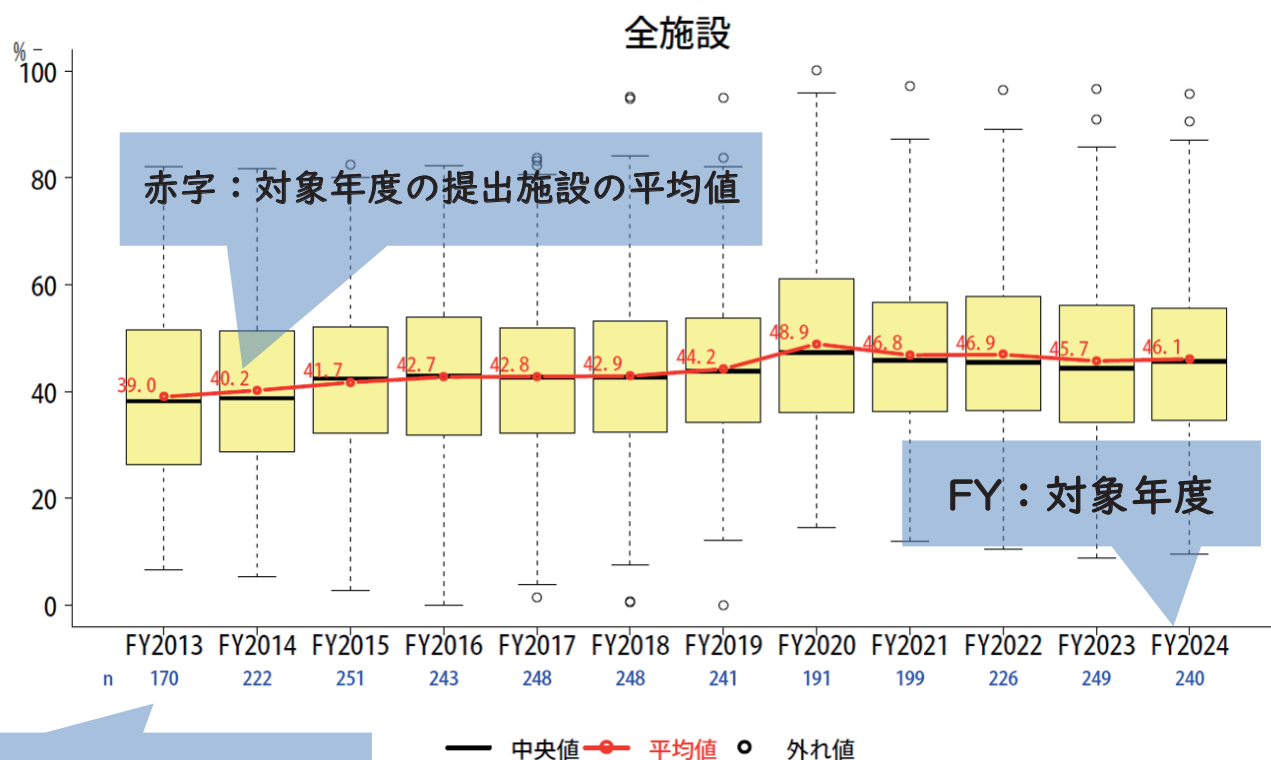
グラフの見方

指標名および簡易定義

一般-1 患者満足度(外来患者) 満足

分子:「満足」と回答した外来患者数

分母:外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数



n: 提出施設数

変更点:

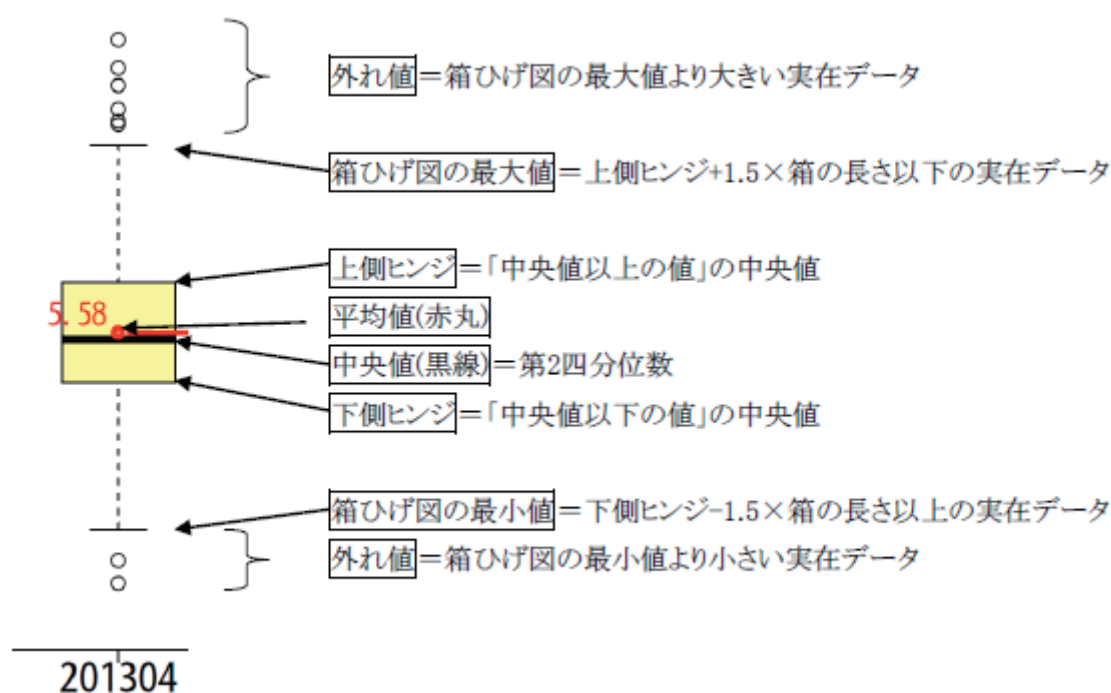
- 2022年度までは、最新の年度(上記グラフの場合は2024年度)に参加した施設に限定して経年変化のグラフを作成していましたが、毎年過去の値が変化してしまうため、2023年度より、本プロジェクトが開始された2010年度以降、一度でも参加したことがある施設を対象に経年変化のグラフを作成するよう変更しております。
- 箱ひげ図のグラフ表示上、12年分としており、2024年度の場合、最大で2013年度~2024年度の表示となります。

箱ひげ図の作成方式

箱ひげ図の作成方法にはいくつかの方法があります。本プロジェクトで採用している方式を解説します。

箱ひげ図（はこひげず、箱髭図、box plot）とは、ばらつきのあるデータをわかりやすく表現するための統計学的グラフである。様々な分野で利用されるが、特に品質管理で盛んに用いられる。細長い箱と、その両側に出たひげで表現されることからこの名がある。（Wikipedia より）

本プロジェクトで採用しているグラフは縦型であるため、縦に細長い箱と、その上下に伸びたひげで表現されています。



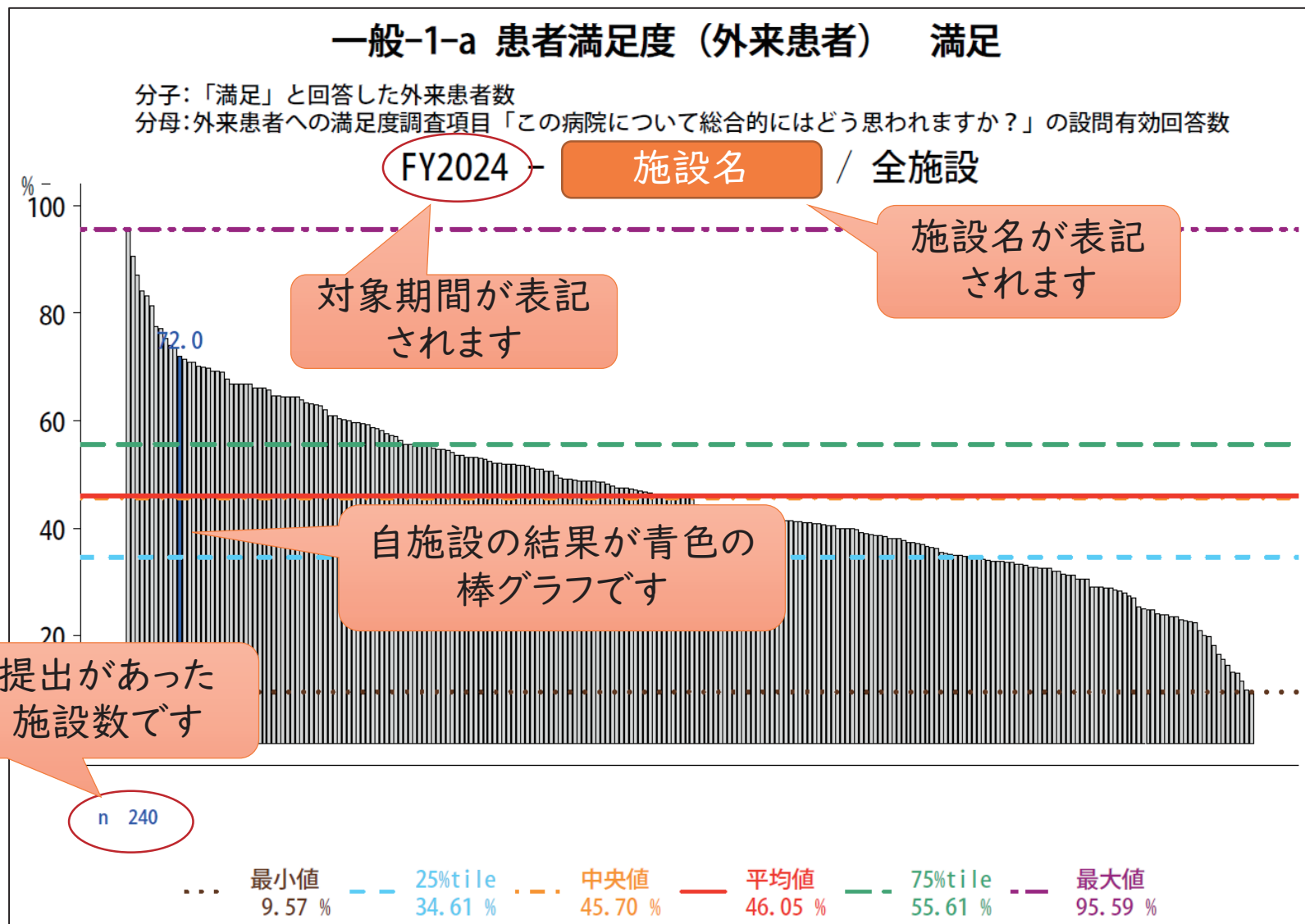
箱ひげ図とその名称

「箱ひげ図の最小値」、「下側ヒンジ」、「上側ヒンジ」、「箱ひげ図の最大値」と「フィードバックデータ詳細」の最小値、25%tile(第1四分位数)、75%tile(第3四分位数)、最大値の値とは、数値のばらつき具合によっては必ずしも一致しません。

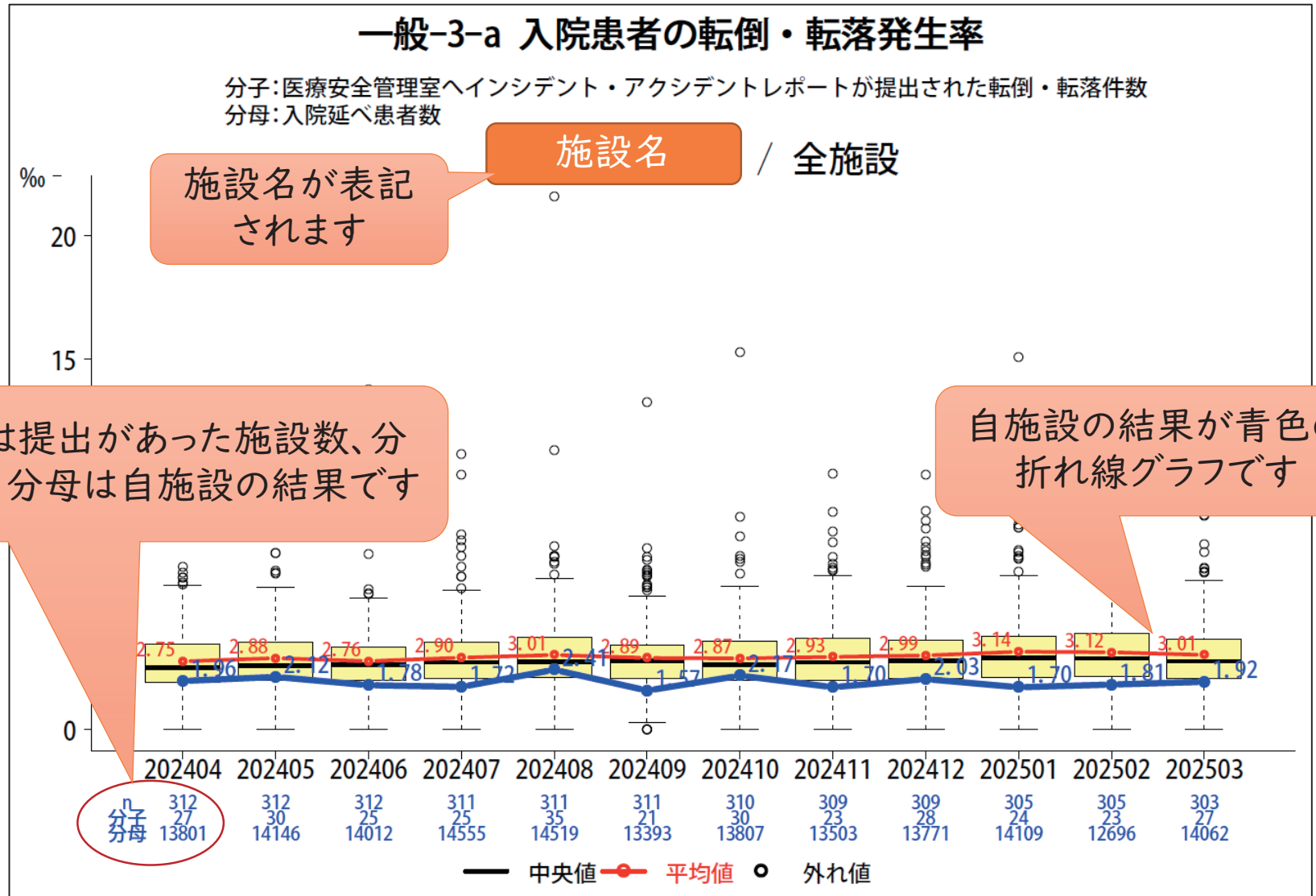
本プロジェクトで採用している計算ルール、**偶数への丸め(round to even)**は、端数が0.5より小さいなら切り捨て、端数が0.5より大きいなら切り上げ、端数がちょうど0.5なら切り捨てと切り上げのうち結果が偶数となる方へ丸めるとしており、これは JIS Z 8401 で規則 A として定められていて、規則 B(四捨五入)より「望ましい」とされています。

フィードバックグラフについて

フィードバックグラフ[棒グラフ]



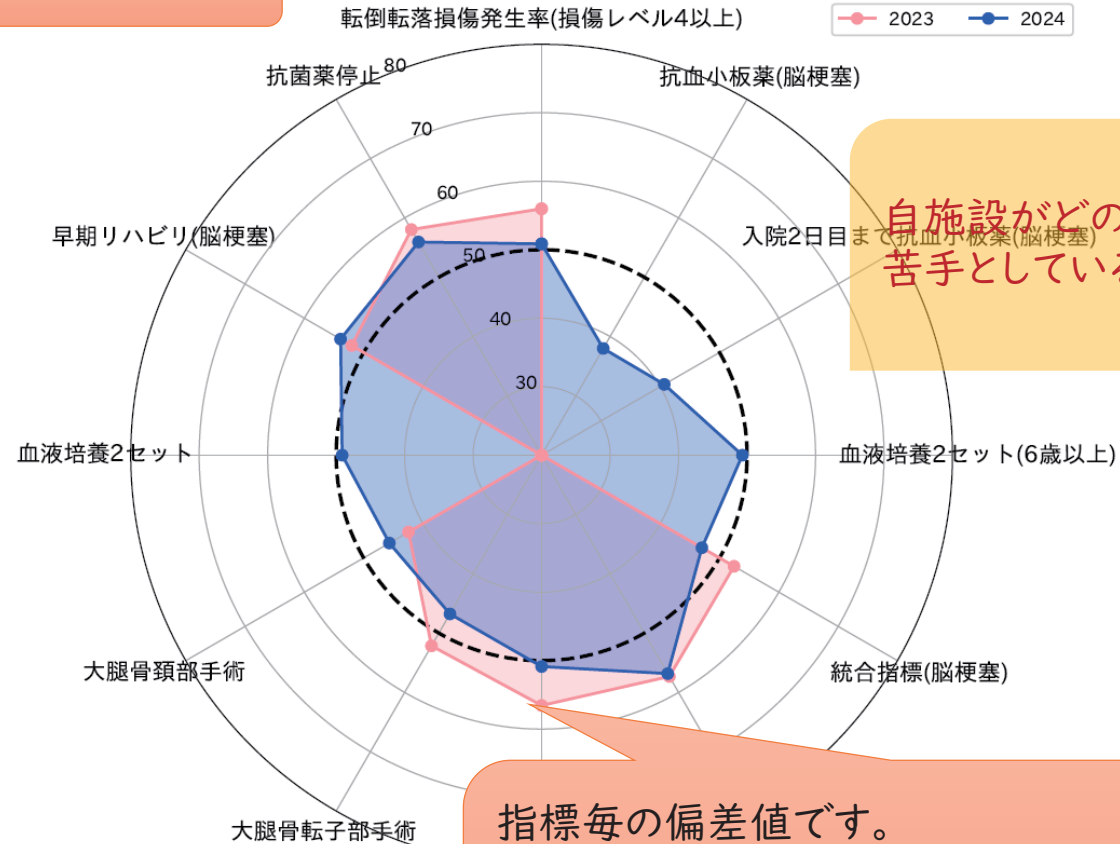
フィードバックグラフ[箱ひげ図]



フィードバックグラフ [レーダーチャート]

施設名が表記されます

施設名



自施設がどの領域に強いか、
苦手としているかがわかります。

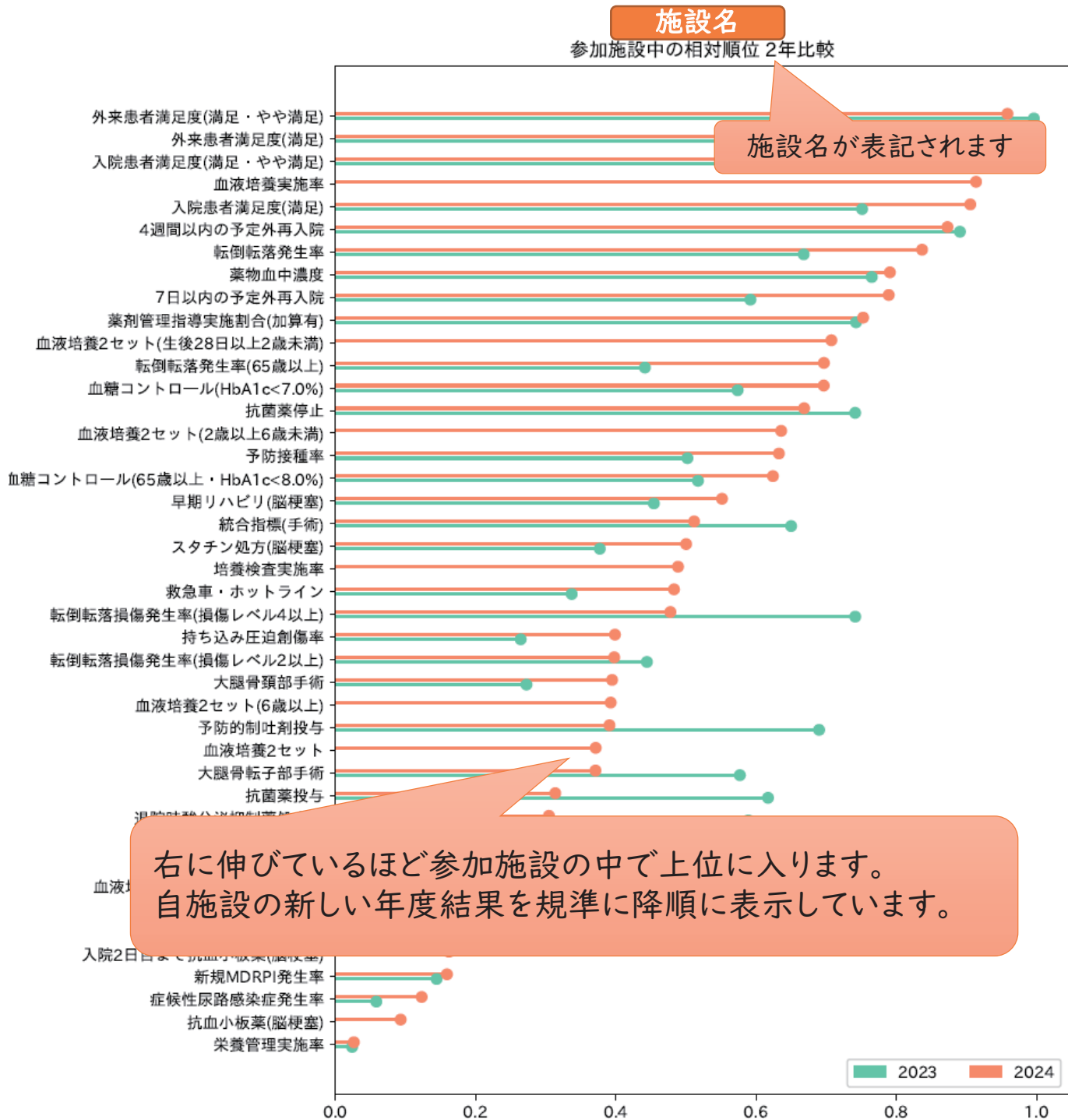
指標毎の偏差値です。
自施設の結果が箱ひげ図の形でプロットされます。
外側にプロットされるほうが偏差値が高く、参加施設
の中で上位に位置付けられています。

レーダーチャートに表示する項目

表示項目は、バラつきの多い指標を選定しています。
以下は、2024年度の結果より、選定した指標です。

番号	表示名	正式名
1	転倒転落損傷発生率(損傷レベル4以上)	入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4以上)
2	抗血小板薬(脳梗塞)	非心原性脳梗塞(TIA含む)患者の入院中の抗血小板療法施行割合
3	入院2日目まで抗血小板薬(脳梗塞)	非心原性脳梗塞(TIA含む)患者の入院2日目までの抗血小板療法施行割合
4	血液培養2セット(6歳以上)	血液培養検査において、同日に2セット以上の実施割合(6歳以上)
5	統合指標(脳梗塞)	統合指標(Composite Measures) 【脳梗塞】
6	薬剤管理指導実施割合(加算有)	薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の有る医療機関)
7	予防的制吐剤投与	シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤の投与割合
8	大腿骨転子部手術	大腿骨転子部骨折の早期手術割合
9	大腿骨頸部手術	大腿骨頸部骨折の早期手術割合
10	血液培養2セット	血液培養検査において、同日に2セット以上の実施割合
11	早期リハビリ(脳梗塞)	脳梗塞の診断で入院し、入院後早期にリハビリ治療を受けた症例の割合
12	抗菌薬停止	特定術式における術後24時間(心臓手術は48時間)以内の予防的抗菌薬投与停止率

フィードバックグラフ [ロリポップチャート]



ロリポップチャートは相対順位であり、単独の1位の場合にTop=1、単独の最下位の場合にLast=0となります。
同率の1位が複数施設存在する場合には、Top=1になりません。

フィードバックグラフの使い方

- 頻度

- レーダーチャート、ロリポップチャートは年度値を用いて集計していますので、最終結果として年1回のフィードバックです。

- 使い方

- 最初にレーダーチャート、ロリポップチャートで自施設の立ち位置や弱みを確認し、次に棒グラフ、箱ひげ図の結果を確認することで、経時的な変化を見つつ、改善すべき項目が何かを見つけることに役立ちます。

一般病床向けの指標

No.1 患者満足度(外来患者) a)満足 b)満足またはやや満足

No.2 患者満足度(入院患者) a)満足 b)満足またはやや満足

指標の説明・定義

受けた治療の結果、入院期間、安全な治療に対する患者の満足度をみることは、医療の質を測るうえで直接的な評価指標の重要な一つです。

2012年度までは、「この病院での診療に満足していますか?」の設問で「大変満足、満足、どちらともいえない、不満足、大変不満足」の5段階評価でしたが、2013年度以降は、「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問で「満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満、不満」の5段階評価に変更しています。

<No.1 患者満足度(外来患者)>

分子:	a) 「この病院について総合的に満足している」と回答した外来患者数 b) 「この病院について総合的に満足またはやや満足している」と回答した外来患者数
分母:	患者満足度調査に回答した外来患者数(未記入患者を除く)
収集期間:	2日以上(3月までに1回の報告とする)(連日でなくともよい)
備考:	調査票への追加修正が難しい場合、似た項目があれば、それを代用する。

<No.2 患者満足度(入院患者)>

分子:	a) 「この病院について総合的に満足している」と回答した入院患者数 b) 「この病院について総合的に満足またはやや満足している」と回答した入院患者数
分母:	患者満足度調査に回答した入院患者数(未記入患者を除く)
収集期間:	1週間以上(3月までに1回の報告とする)(連日でなくともよい)
備考:	調査票への追加修正が難しい場合、似た項目があれば、それを代用する。

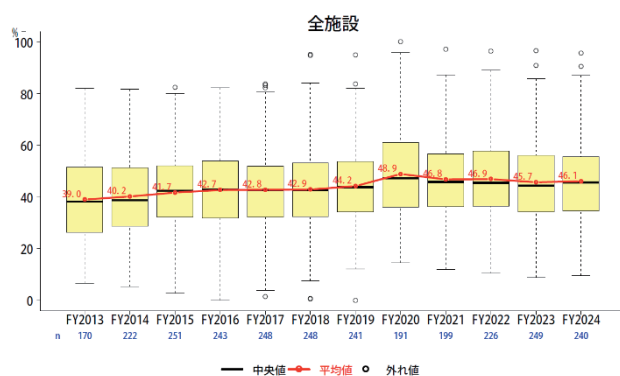
指標の種類・値の解釈

アウトカム

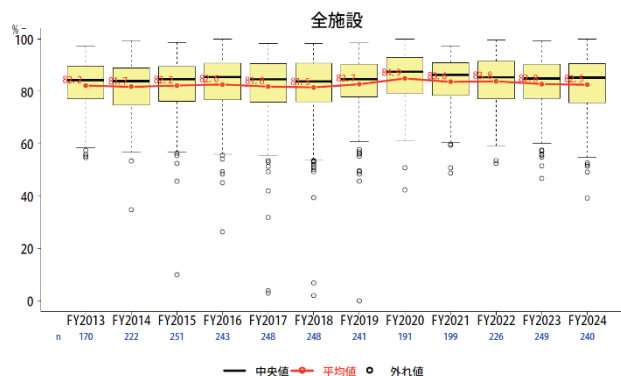
より高い値が望ましい

結果

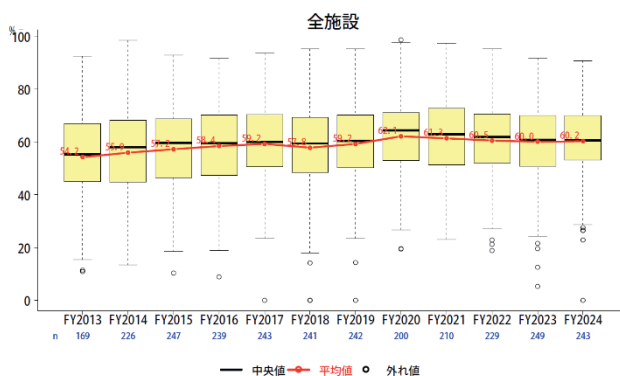
患者満足度(外来患者) 満足



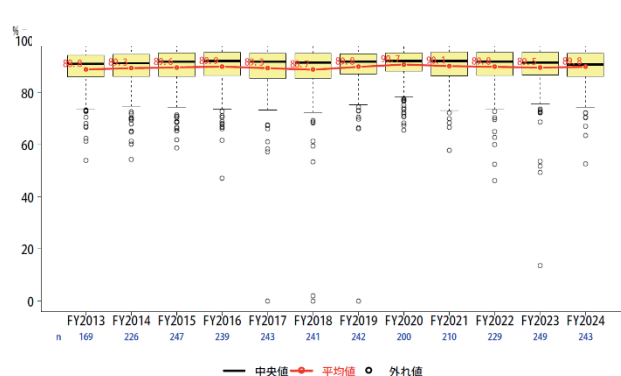
患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足



患者満足度(入院患者) 満足



患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足



考察

<No.01 患者満足度(外来患者)>

今回、提出がなかったのは137施設で、提出割合は63.7%(240/377, 前年比-4.0)でした。満足のみでは、平均値46.1%(前年比+0.4)、中央値45.7%(前年比+1.4)、最大値95.6%(前年比-1.0)、最小値9.6%(前年比+0.7)、満足またはやや満足では、平均値82.5%(前年比-0.3)、中央値85.2%(前年比+0.4)、最大値100.0%(前年比+0.7)、最小値39.1%(前年比-7.6)という結果でした。提出割合が2023年度に比べると下がっていますが、新型コロナウイルス感染症(COVID-19)が流行した2020年度、2021年度の提出施設数と比べると40-50施設が提出できており、過去の水準に戻ってきています。満足またはやや満足は、低い値の外れ値も減り、ばらつきが無くなってきていることがわかります。

<No.02 患者満足度(入院患者)>

今回、提出がなかったのは134施設で、提出割合は64.5%(243/377, 前年比-3.1)でした。満足のみでは、平均値60.2%(前年比+0.2)、中央値60.6%(前年比-0.2)、最大値90.7%(前年比-0.9)、最小値0.0%(前年比-5.2)、満足またはやや満足では、平均値89.8%(前年比+0.3)、中央値90.7%(前年比-0.7)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値52.6%(前年比+39.0)という結果でした。本プロジェクト参加施設における全体結果としては、同水準を維持しています。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

No.3-a 入院患者の転倒・転落発生率

No.3-bc 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

No.3-d 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

指標の説明・定義

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくありません。原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがあります。

転倒・転落の指標としては、転倒・転落によって患者に傷害が発生した損傷発生率と、患者への傷害に至らなかった転倒・転落事例の発生率との両者を指標とすることに意味があります。転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくとも、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。転倒・転落の損傷レベルについては The Joint Commission の定義を使用しています。

2013年度からは、厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」に参加していた2010年度に計測していた損傷レベル2以上を、再度項目に加えることにしました。また、転倒は入院中の高齢者に影響を与え最も一般的な有害事象であることより、2019年度から65歳以上の転倒・転落発生率を採用しました。この指標は The Australian Council on Healthcare Standards(ACHS)の Inpatient falls-patients 65 years and older に準拠した定義です。

分子:	No.3-a) 入院中の患者に発生した転倒・転落件数 No.3-b) 入院中の患者に発生した 損傷レベル2以上 の転倒・転落件数 No.3-c) 入院中の患者に発生した 損傷レベル4以上 の転倒・転落件数 No.3-d) 65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数
分母:	入院患者延べ数(人日) ※No.03-dは65歳以上の入院患者延べ数(人日)
分子包含:	介助時および複数回の転倒・転落
分子除外:	学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落
収集期間:	1ヶ月毎
調整方法:	%(パーミル: 1000分の1を1とする単位)

<損傷レベル>

1	なし	患者に損傷はなかった
2	軽度	包帯、氷、創傷洗浄、四肢の挙上、局所薬が必要となった、あざ・擦り傷を招いた
3	中軽度	縫合、ステリー・皮膚接着剤、副子が必要となった、または筋肉・関節の挫傷を招いた
4	重度	手術、ギプス、牽引、骨折を招いた・必要となった、または神経損傷・身体内部の損傷の診察が

必要となった		
5	死亡	転倒による損傷の結果、患者が死亡した
6	UTD	記録からは判定不可能

- ① 最初の転倒・転落報告が記載される時には、損傷の程度がまだ不明かもしれない。転倒24時間後の患者の状態をフォローアップする方法を決める必要がある。
- ② 患者が転倒24時間以内に退院する場合は、退院時の損傷レベルを判断する。
- ③ X線、CTスキャン、またはその他の放射線学的評価により損傷の所見がなく、治療もなく、損傷の兆候及び症状もない場合は、“1_なし”を選択する。
- ④ 凝固障害のある患者で、転倒の結果血液製剤を受ける場合は、“4_重度”を選択する。

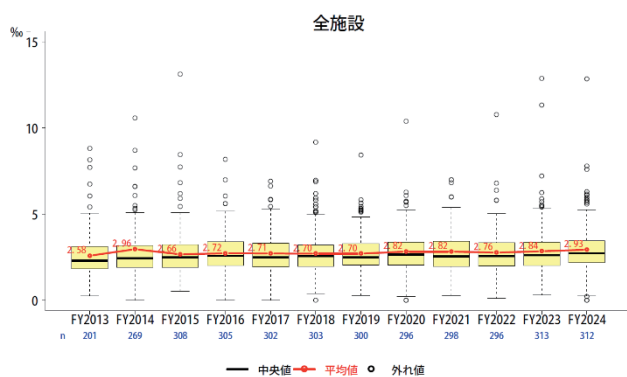
指標の種類・値の解釈

アウトカム

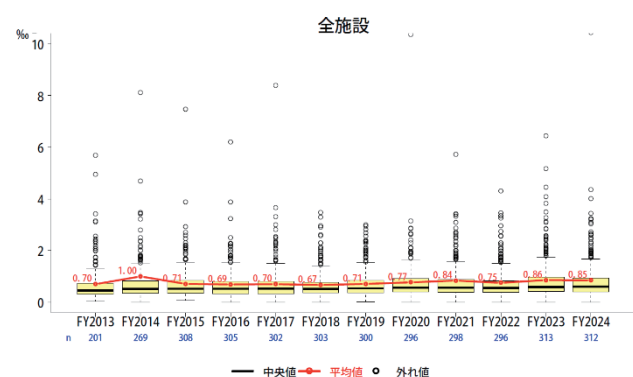
より低い値が望ましい

結果

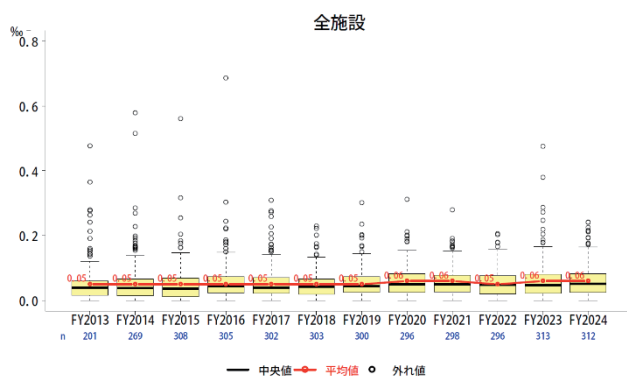
入院患者の転倒・転落発生率



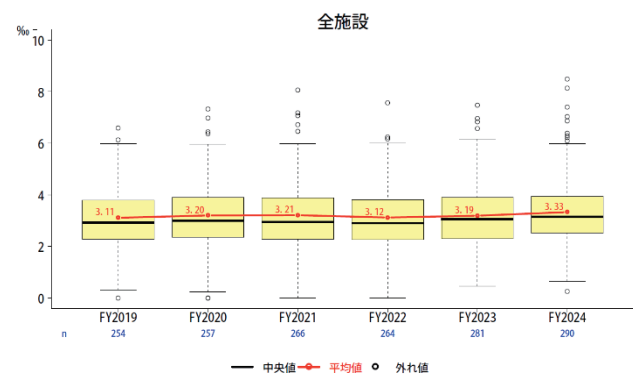
入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)



入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4以上)



65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率



考察

今回、提出がなかったのは入院患者全体では65施設で、提出割合は82.8% (312/377, 前年比-2.2)、65歳以上では87施設で、提出割合は76.9% (290/377, 前年比+0.6)でした。

転倒転落発生率の1年間の結果は、平均値2.93% (前年比+0.09)、中央値2.72% (前年比+0.11)、最大値12.84% (前年比-0.02)、最小値0.00% (前年比-0.29)、損傷発生率(損傷レベル2以上)の1年間の結果は、平均値0.85% (前年比-0.01)、中央値0.60% (前年比+0.02)、最大値10.44% (前年比+4.01)、最小値0.00% (前年比±0)、損傷発生率(損傷レベル4以上)の1年間の結果は、平均値0.06% (前年比±0)、中央値0.05% (前年比±0)、最大値0.24% (前年比-0.23)、最小値0.00% (前年比±0)でした。65歳以上の転倒転落発生率は、平均値3.34% (前年比+0.14)、中央値3.15% (前年比+0.09)、最大値10.72% (前年比+3.25)、最小値0.25% (前年比-0.21)でした。

どの施設も、入院患者の高齢化が進み、転倒転落のリスクが高い患者が増加していることが予想されますが、1年毎に見ると微増で抑えられていることがわかります。アンケート結果からも、転倒転落発生率における改善活動の実施は常に上位に入っていることから、各施設が様々な取り組みを行っていることが、この結果に繋がっていると考えています。

さらに、令和6年度診療報酬改定において、DPCデータ様式1に「転倒・転落回数」、様式3に「転倒・転落発生件数」が加えられました。今後は、各施設算出からDPCデータによる算出への変更も検討していく予定です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf> 2016/10/15 available)
3. 厚生労働科学研究費補助金事業(医療安全・医療技術評価総合研究事業)平成16-18年度「医療安全のための教材と教育方法の開発に関する研究」班研究報告書 別冊『転倒・転落対策のガイドライン』(主任研究者:上原鳴夫)
4. Healey F, Scobie S, Glampson B, Pryce A, Joule N, Willmott M. Slips, trips and falls in hospital. London: NHS 2007;1.
5. Montalvo I. " The National Database of Nursing Quality Indicators TM (NDNQI(R)). OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 2007;12.
6. The Australian Council on Healthcare Standards(ACHS). AUSTRALASIAN CLINICAL INDICATOR REPORT 20th Edition 2011-2018. (https://www.achsi.org/media/176362/acir_2019_-_final_-_compressed__1_.pdf 2022/10/18 available)
7. 2024年度DPCの評価・検証等に係る調査(退院患者調査)実施説明資料 2024年5月31日 (https://www01.prrism.com/dpc/2024/file/setumei_20240531.pdf 2024/11/29 available)

No.4-a 新規圧迫創傷（褥瘡）発生率

No.4-b 新規医療関連機器圧迫創傷（MDRPI）発生率

No.4-c 持ち込み圧迫創傷（褥瘡）率

指標の説明・定義

褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の一つとなっています。褥瘡は患者のQOLの低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治療が長期に及ぶことによって、結果的に在院日数の長期化や医療費の増大にもつながります。そのため、褥瘡予防対策は、提供する医療の重要な項目の一つにとらえられ、1998年からは診療報酬にも反映されています。

褥瘡発生率として、分母の定義「同日入退院患者または褥瘡持込患者または調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く入院患者延べ数（人日）」、分子の定義「d2（真皮までの損傷）以上の院内新規褥瘡発生患者数」を、プロジェクト開始当初から測定してきましたが、参加施設へのアンケート調査においても、算出が難しい指標の一つであったため、パイロット調査を行い、新たな定義を策定し、2023年度より測定を開始しました。

本プロジェクトの定義は、圧迫創傷の持ち込みや調査期間以前の圧迫創傷の発生に関わらず、入院患者全体のうちのどのくらい圧迫創傷が新規に発生しているかを見るもので、圧迫創傷ケアの質を評価するものです。また、持ち込み圧迫創傷率は改善することが一般に困難な指標であり、圧迫創傷を持ち込む新規入院患者が入院患者のうち、どの程度かをみるものです。

<No.4-a>

分 子： 調査期間中に d2（真皮までの損傷）以上の院内新規圧迫創傷発生患者数

分 母： 調査期間初日（0 時時点）の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

<No.4-b>

分 子： 調査月の新規医療関連機器圧迫創傷（Medical Device Related Pressure Injury : MDRPI）発生患者数

分 母： 調査期間初日（0 時時点）の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

<No.4-c>

分 子： 入院後 24 時間以内に圧迫創傷発生の記録がある患者数

分 母： 調査期間に新たに入院した患者数

<Depth (深さ)>

d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷
D5	関節腔、体腔に至る損傷
DTI	深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い
U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能

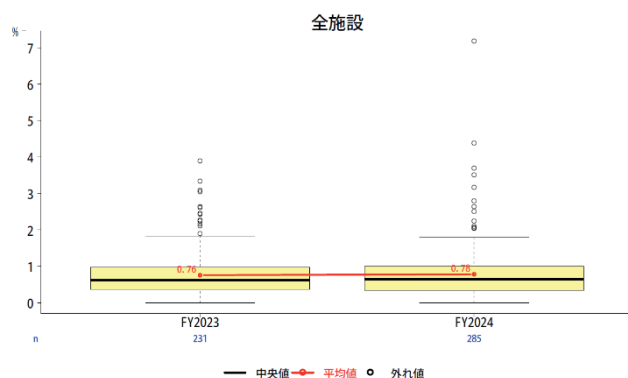
指標の種類・値の解釈

アウトカム

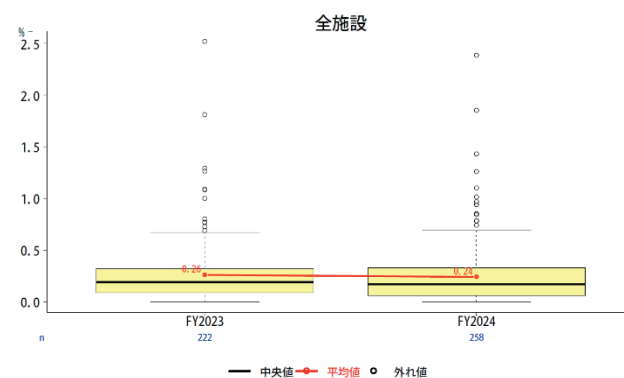
より低い値が望ましい

結果

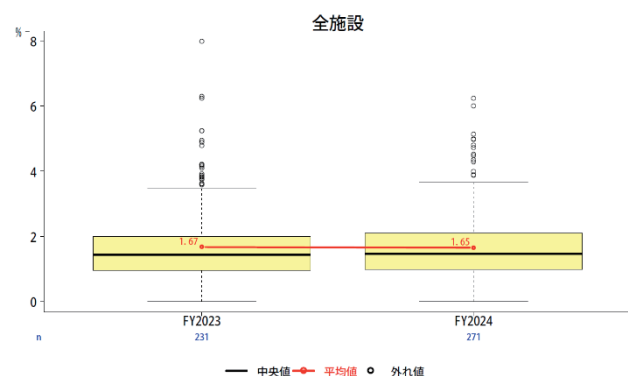
新規圧迫創傷 (褥瘡) 発生率



新規医療関連機器圧迫創傷 (MDRPI) 発生率



持ち込み圧迫創傷 (褥瘡) 率



考察

<No.4-a 新規圧迫創傷(褥瘡)発生率>

今回、提出がなかったのは92施設で、提出割合は75.6%(285/377,前年比+12.9)でした。

1年間の結果は、平均値0.78%(前年比+0.02)、中央値0.64%(前年比+0.02)、最大値7.17%(前年比+3.28)、最小値0.00%(前年比±0)でした。測定2年目で、約50施設が新たに提出しており、算出が難しいと言われていた褥瘡発生率(2023年度までの指標)の提出施設数を超えました。

<No.4-b 新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPI)発生率>

今回、提出がなかったのは119施設で、提出割合は68.4%(258/377,前年比+8.2)でした。

1年間の結果は、平均値0.24%(前年比-0.02)、中央値0.17%(前年比-0.02)、最大値2.39%(前年比-0.13)、最小値0.00%(前年比±0)でした。

<No.4-c 持ち込み圧迫創傷(褥瘡)率>

今回、提出がなかったのは106施設で、提出割合は71.9%(271/377,前年比+9.2)でした。

1年間の結果は、平均値1.65%(前年比-0.02)、中央値1.46%(前年比+0.03)、最大値6.24%(前年比-1.73)、最小値0.00%(前年比±0)でした。

2023年度から新しく採用し、測定2年目の項目のため、変化を継続してみたい予定です。

また、令和6年度診療報酬改定において、DPCデータ様式1に「入院時の褥瘡の有無」、「入院中の褥瘡の最大深度等」、「入院中の褥瘡の最大深度等の日付」が加えられました。今回策定した指標に加えて、DPCデータによる算出を追加するかも検討していく予定です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf> 2016/10/15 available)
3. 厚生労働科学研究費補助金事業(医療安全・医療技術評価総合研究事業)平成16-18年度「医療安全のための教材と教育方法の開発に関する研究」班研究報告書 別冊『転倒・転落対策のガイドライン』(主任研究者:上原鳴夫)
4. Healey F, Scobie S, Glampson B, Pryce A, Joule N, Willmott M. Slips, trips and falls in hospital. London: NHS 2007;1.
5. Montalvo I. " The National Database of Nursing Quality Indicators TM (NDNQI(R)). OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 2007;12.
6. The Australian Council on Healthcare Standards(ACHS). AUSTRALASIAN CLINICAL INDICATOR REPORT 20th Edition 2011-2018. (https://www.achsi.org/media/176362/acir_2019_-_final_-_compressed__1_.pdf)

2022/10/18 available)

7. 2024 年度 DPC の評価・検証等に係る調査（退院患者調査）実施説明資料 2024 年 5 月 31 日
(https://www01.prrism.com/dpc/2024/file/setumei_20240531.pdf 2024/11/29
available)

No.5 紹介割合

No.6 逆紹介割合

指標の説明・定義

2021年度までは、紹介率・逆紹介率として計測してきましたが、令和4年度診療報酬改定に伴い、外来機能の明確化および医療機関間の連携を推進する観点より、名称変更、定義変更し、新たに紹介割合・逆紹介割合として計測することになりました。

紹介割合とは、初診患者に対し、他の医療機関から紹介されて来院した患者と救急患者における割合です。一方、逆紹介割合とは、初診患者と再診患者に対し、他の医療機関へ紹介した患者の割合です。高度な医療を提供する医療機関にだけ患者が集中することを避け、症状が軽い場合は「かかりつけ医」を受診し、そこで必要性があると判断された場合に高い機能を持つ病院を紹介受診する、そして治療を終え症状が落ち着いたら、「かかりつけ医」へ紹介し、治療を継続または経過を観察する、これを地域全体として行うことで、地域の医療連携を強化し、切れ目のない医療の提供を行います。つまり、紹介割合・逆紹介割合の数値は、地域の医療機関との連携の度合いを示す指標です。

分子： No.5) 紹介患者数+救急患者数
No.6) 逆紹介患者数

分母： No.5) 初診患者数
No.6) 初診+再診患者数

収集期間： 1ヶ月毎

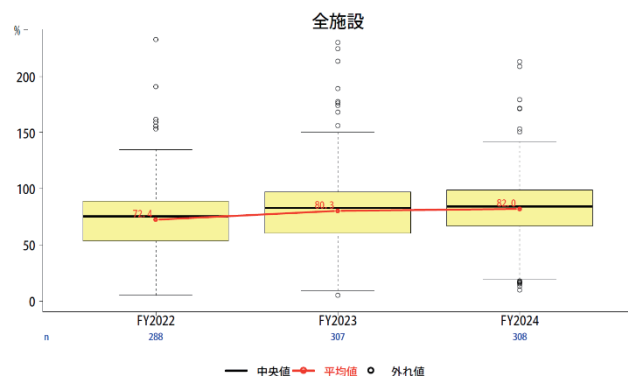
調整方法： ‰(パーミル：1000分の1を1とする単位) ※逆紹介割合のみ適用

指標の種類・値の解釈

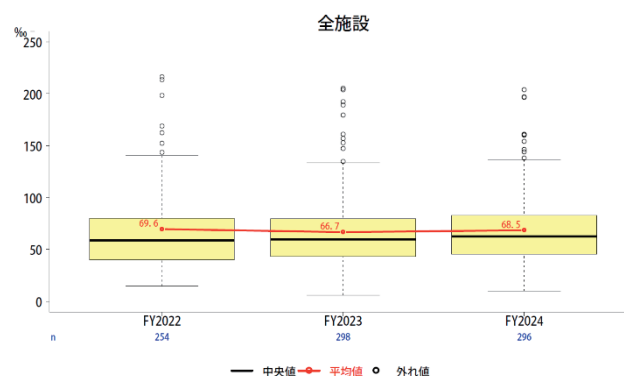
プロセス

結果

紹介割合



逆紹介割合



考察

今回、提出がなかったのは紹介割合が69施設、逆紹介割合が81施設で、提出割合は81.7% (308/377, 前年比-1.7)、78.5% (296/377, 前年比-2.4) でした。紹介割合の1年間の結果は、平均値82.0% (前年比+1.7)、中央値84.4% (前年比+1.7)、最大値212.9% (前年比-17.3)、最小値9.8% (前年比+4.9)、逆紹介割合の1年間の結果は、平均値68.5% (前年比+1.8)、中央値62.7% (前年比+2.7)、最大値471.0% (前年比-37.6)、最小値9.9% (前年比+4.1) でした。

逆紹介割合は、2021年度までの逆紹介率と大きく定義が異なることから、2022年度では算出間違いの可能性がある施設が数十施設ありましたが、四半期毎の施設へのフィードバックで個別に確認を依頼することで、算出間違いの施設は10施設未満まで減少しました。

本指標は、病院経営指標に含まれることも多く、医療の質指標として本プロジェクトで測定を継続していくかは検討が必要と考えます。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

No.7 症候性尿路感染症発生率

指標の説明・定義

尿路感染症は医療関連感染の中でも最も多く、約 40%を占め、その 80%が尿道留置カテーテルによるもの、すなわち CAUTI (catheter-associated urinary tract infection) です。医療機関で起こる血流感染の 15%は CAUTI の合併症であると推計されており、その寄与死亡率は 15%を超えます。CAUTI のリスクは医療機関、部署、患者の特性に左右されますが、エビデンスレベルが高い予防策の実施により、CAUTI の 65%-70% は予防可能と推計されています。

分子: 分母のうちカテーテル関連症候性尿路感染症の定義に合致した延べ回数

分母: 入院患者における尿道留置カテーテル挿入延べ日数

収集期間: 1ヶ月毎

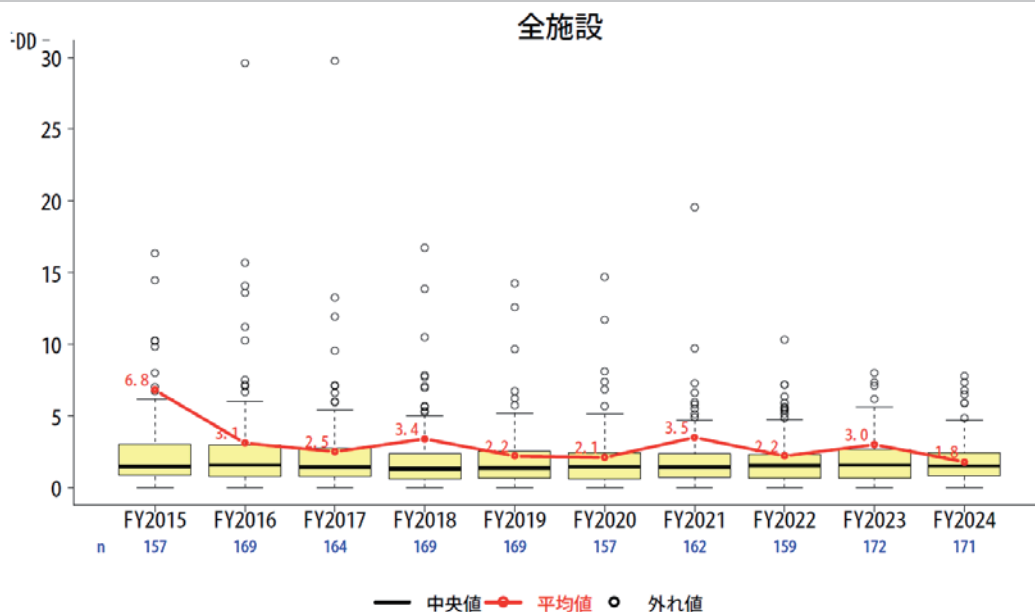
調整方法: DD (Device-day の略: 対 1000 カテーテル使用日数)

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは206施設で、提出割合は45.4% (171/377, 前年比-1.5) でした。1年間の結果は、平均値 1.8 対 1000 カテーテル使用日数 (前年比-1.2)、中央値 1.5 対 1000 カテーテル使用日数 (前年比-0.1)、最大値 7.7 対 1000 カテーテル使用日数 (前年比-76.7)、最小値 0.0 対 1000 カテーテル使用日数 (前年比±0) で、2016 年度以降大きな変化はありませんでしたが、2024 年度は外れ値の施設が減少傾向にあります。

2021 年度実施したアンケートでは本指標は算出も難しく、提出割合も半数を超えることがないため、継続可否については検討していきたいと思えます。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. Centers for Disease Control and Prevention. National Healthcare Safety Network report, data summary for 2013, Device-associated Module 2016/10/15 available)
3. Centers for Disease Control and Prevention. Guidelines for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009 (Internet: http://www.cdc.gov/hicpac/cauti/001_cauti.html 2016/10/15 available)
4. Warren JW. Catheter-associated urinary tract infections. Infect Dis Clin North Am 1997;11:609-622.
5. Umscheid CA, Mitchell MD, Doshi JA, et al. Estimating the proportion of healthcare-associated infections that are reasonably preventable and the related mortality and costs. Infect Control Hosp Epidemiol. 2011;32:101-14
6. Centers for Disease Control and Prevention. Hospital Utilization (in non-Federal short-stay hospitals) (Internet: <http://www.cdc.gov/nchs/fastats/hospital.htm> 2016/10/15 available)

No.8 救急車・ホットライン応需率

指標の説明・定義

救急医療の機能を測る指標であり、救急車受け入れ要請のうち、何台受け入れができたのかを表しています。本指標の向上は、救命救急センターに関連する部署だけの努力では改善できません。救急診療を担当する医療者の人数、診療の効率化、入院を受け入れる病棟看護師や各診療科の協力など、さまざまな要素がかかわります。

分子： 救急車で来院した患者数

分母： 救急車受け入れ要請件数

分子包含： ホットライン件数

分母除外： 他院からの搬送（転送）件数

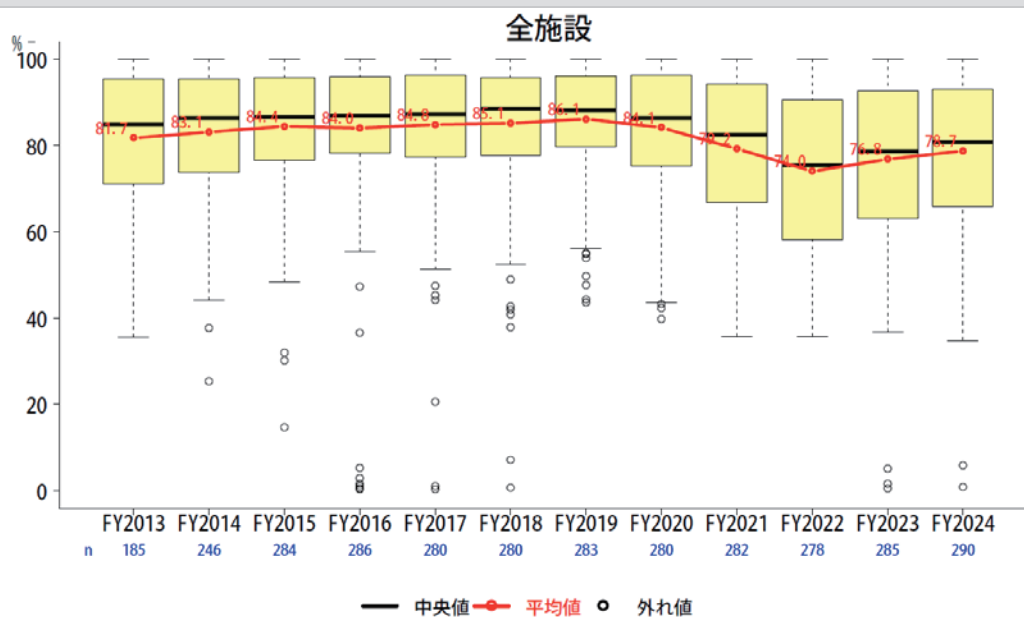
収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 87 施設で、提出割合は 76.9% (290/377, 前年比-0.5) でした。1 年間の結果は、平均値 78.7% (前年比+1.9)、中央値 80.8% (前年比+2.2)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.9% (前年比-0.5) でした。

最小値の施設は、参加期間である 2014 年度～2017 年度、2022 年度の値は 95～99% を推移していましたが、2023 年度、2024 年度は参加施設の中で最も低い値でした。単年度だけではないため、運用が変更されたのか等、対象施設に確認が必要です。

しかし、新型コロナウイルス感染症の流行に伴い、2020 年以降、徐々に値が下がっていましたが、2023 年度以降、少しずつ改善してきています。各施設では、お断り理由の聴取を強化したり、救急隊との受け入れ可能な疾患情報の共有、臨機応変なベッドコントロールなど行いながら、改善に努めています。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. 厚生労働省: データからわかる-新規コロナウイルス感染症情報-人口 10 万人当たり新規陽性者数 (Internet: <https://covid19.mhlw.go.jp/> 2023/10/27 available)

No.9 特定術式における手術開始前 | 時間以内の 予防的抗菌薬投与率

指標の説明・定義

手術後に、手術部位感染(Surgical Site Infection : SSI)が発生すると、入院期間が延長し、入院医療費が有意に増大します。SSIを予防する対策の一つとして、手術前後の抗菌薬投与があり、手術開始から終了後2~3時間まで、血中および組織中の抗菌薬濃度を適切に保つことで、SSIを予防できる可能性が高くなります。このため手術執刀開始の | 時間以内に、適切な抗菌薬を静注することで、SSIを予防し、入院期間の延長や医療費の増大を抑えることができると考えられています。

2013年度からThe Joint CommissionのNQF-ENDORSED VOLUNTARY CONSENSUS STANDARDS FOR HOSPITAL CAREのSurgical Care Improvement Project(SCIP)のSCIP-Inf-1に準拠した定義に変更しました。

手術前に感染症のあることがわかっている患者は除外し、術式も冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術の7つの術式における手術開始 | 時間以内の予防的抗菌薬の投与率を示しています。注射薬だけでなく内服薬も抗菌薬の対象としています。

分 子: 手術開始前 | 時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数

分 母: 特定術式の手術件数(冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術)

分母除外: 入院時年齢が18歳未満の患者
在院日数が120日以上患者
帝王切開手術施行患者
臨床試験・治験を実施している患者
術前に感染が明記されている患者
全身/脊椎/硬膜外麻酔で行われた手術・手技が、主たる術式の前後3日(主たる術式が冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合は4日)に行われた患者(日数計算は麻酔開始日/麻酔終了日を基点とする)
手術開始日時の24時間前に抗菌薬を投与されている患者(大腸手術でフラジールおよびカナマイシンを投与されている場合は除外の必要なし)
外来手術施行患者

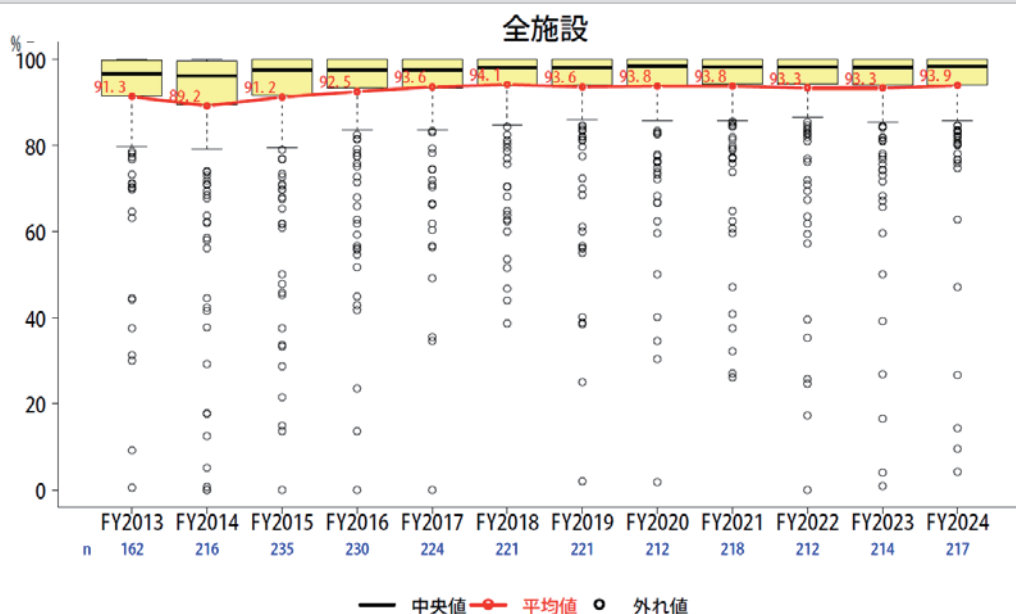
収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは160施設で、提出割合は57.6%(217/377, 前年比-0.7)でした。1年間の結果は、平均値93.9%(前年比+0.6)、中央値98.4%(前年比+0.3)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値4.1%(前年比+3.2)でした。

経時的に見ても、大きな変化はありませんが、指標値80%未滿が11施設ありました。今後は、外れ値の施設へ問い合わせを行い、改善活動実施の有無や値が低い理由などを調査する予定です。

さらに、令和6年度診療報酬改定において、DPCデータ様式1に「予防的抗菌薬投与」が加えられました。各施設算出とDPCデータを用いた算出による検証を行い、算出元の変更が可能か、検討していく予定です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a SCIP-Inf-1 Prophylactic Antibiotic Received Within One Hour Prior to Surgical Incision (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)
3. Kirkland KB, Briggs JP, Trivette SL, Wilkinson WE, Sexton DJ. The impact of surgical-site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1999;20:725-730.
4. CDC: Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 1999. *Infect Cont Hosp Epidemiol* 1999;20:247-278.

No.10 特定術式における術後24時間(心臓手術は48時間)以内の予防的抗菌薬投与停止率

指標の説明・定義

手術後に、手術部位感染(Surgical Site Infection : SSI)が発生すると、入院期間が延長し、入院医療費が有意に増大します。SSIを予防する対策の一つとして、手術前後の抗菌薬投与があり、手術開始から終了後2~3時間まで、血中および組織中の抗菌薬濃度を適切に保つことで、SSIを予防できる可能性が高くなります。このため手術執刀開始の1時間以内に、適切な抗菌薬を静注することで、SSIを予防し、入院期間の延長や医療費の増大を抑えることができると考えられています。

本指標はThe Joint CommissionのNQF-ENDORSED VOLUNTARY CONSENSUS STANDARDS FOR HOSPITAL CAREのSurgical Care Improvement Project(SCIP)のSCIP-Inf-3に準拠した定義です。術式は国内、国外のガイドラインの推奨グレードが異なることより、2019年度から、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術を除いた、冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、大腸手術、子宮全摘除術の4つを対象に変更しました。注射薬だけでなく内服薬も抗菌薬の対象としています。

分子: 術後24時間以内(冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合48時間以内)に予防的抗菌薬投与が停止された手術件数

分母: 特定術式の手術件数(冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、大腸手術、子宮全摘除術)

分母除外: 入院時年齢が18歳未満の患者
在院日数が120日以上
帝王切開手術施行患者
臨床試験・治験を実施している患者
術前に感染が明記されている患者
全身/脊椎/硬膜外麻酔で行われた手術・手技が、主たる術式の前後3日(主たる術式が冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合は4日)に行われた患者(日数計算は麻酔開始日/麻酔終了日を基点とする)
術後の抗菌薬長期投与の理由が記載されている
手術室内または回復室内での死亡患者

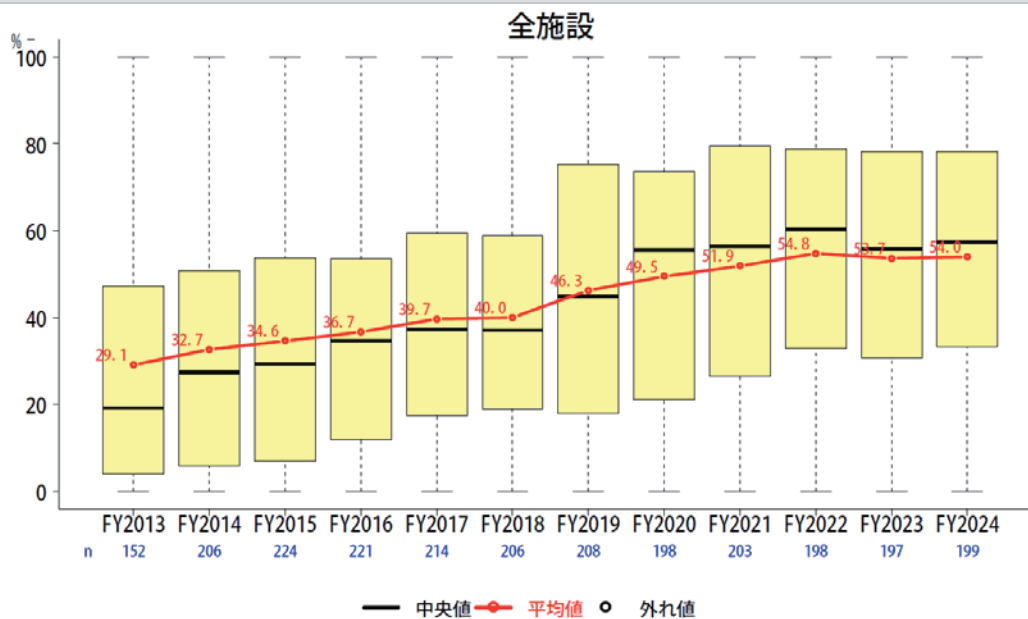
収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは178施設で、提出割合は52.8% (199/377, 前年比-0.9) でした。1年間の結果は、平均値54.0% (前年比+0.3)、中央値57.4% (前年比+1.6)、最大値100.0% (前年比±0)、最小値0.0% (前年比±0) で、経時的に見ても、測定を開始した2013年度以降毎年改善し、2013年度と比べると24.9ポイント上昇しました。これは各施設が、改善活動を続けている結果と考えます。改善活動としては、アンケート結果を見ると、クリニカルパスの内容を改訂することが多くを占めています。

平成29年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」ではDPCデータを用いて算出を行いました。DPCデータでの算出と各施設算出の結果を比較検証したところ、DPCデータでの算出は値が低くなる結果となりました。理由としては、各施設で算出する場合は、24時間、48時間を正確に算出できますが、DPCデータでは+1日、+2日で算出となるためと考えます。そのため、現状をきちんと反映できていないことになり、DPCデータを用いた算出には置き換えられないことで決定しました。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a SCIP-Inf-3 Prophylactic Antibiotic Discontinued WITHin 24 Hours After Surgery End Time (48 hours for CABG or Other Cardiac Surgery) (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)

3. Kirkland KB, Briggs JP, Trivette SL, Wilkinson WE, Sexton DJ. The impact of surgical-site infections in the 1990s: attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1999;20:725-730.
4. CDC: Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 1999. *Infect Cont Hosp Epidemiol* 1999;20:247-278.

No.11 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

指標の説明・定義

手術後に、手術部位感染(Surgical Site Infection : SSI)が発生すると、入院期間が延長し、入院医療費が有意に増大します。SSIを予防する対策の一つとして、手術前後の抗菌薬投与があり、手術開始から終了後2~3時間まで、血中および組織中の抗菌薬濃度を適切に保つことで、SSIを予防できる可能性が高くなります。このため手術執刀開始の1時間以内に、適切な抗菌薬を静注することで、SSIを予防し、入院期間の延長や医療費の増大を抑えることができると考えられています。本指標はThe Joint CommissionのNQF-ENDORSED VOLUNTARY CONSENSUS STANDARDS FOR HOSPITAL CAREのSurgical Care Improvement Project(SCIP)のSCIP-Inf-2に準拠した定義です。

術式は「特定術式における手術開始前1時間以内の予防的抗菌薬投与率」と同様に、冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術の7つ、注射薬だけでなく内服薬も抗菌薬の対象としています。

分子: 術式ごとに適切な予防的抗菌薬が選択された手術件数

分母: 特定術式の手術件数(冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術)

分母除外: 入院時年齢が18歳未満の患者
在院日数が120日以上患者
帝王切開手術施行患者
臨床試験・治験を実施している患者
術前に感染が明記されている患者
全身/脊椎/硬膜外麻酔で行われた手術・手技が、主たる術式の前後3日(主たる術式が冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合は4日)に行われた患者(日数計算は麻酔開始日/麻酔終了日を基点とする)
手術室内または回復室内での死亡患者

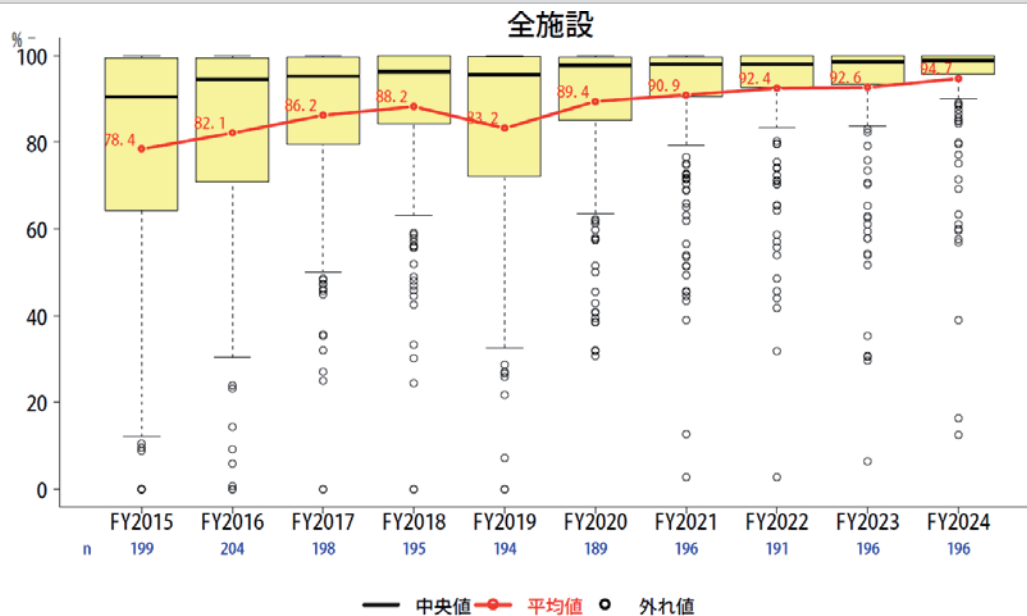
収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは181施設で、提出割合は52.0% (196/377, 前年比-1.4) でした。1年間の結果は、平均値94.7% (前年比+2.1)、中央値98.8% (前年比+0.3)、最大値100.0% (前年比±0)、最小値12.5% (前年比+6.2) でした。経時的に見ると、測定を開始した2015年度から2018年度までは年々改善していましたが、2019年度に下がり、2020年度以降、また改善してきています。さらに、2024年度は、箱ひげ図も小さくなり、全体のばらつきも少なくなってきています。

しかし、外れ値の施設もまだ多くあるため、今後は外れ値の施設に対して、アプローチを行う予定です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a SCIP-Inf-2 Prophylactic Antibiotic Selection for Surgical Patients (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)

No.12-a 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%

No.12-b 65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%

指標の説明・定義

糖尿病の治療には運動療法、食事療法、薬物療法があります。運動療法や食事療法の実施を正確に把握するのは難しいため、薬物療法を受けている患者のうち適切に血糖コントロールがなされているかをみることにしました。HbA1cは、過去2~3か月間の血糖値のコントロール状態を示す指標です。各種大規模スタディの結果から糖尿病合併症、特に細血管合併症の頻度はHbA1cに比例しており、合併症を予防するためには、HbA1cを7.0%未満に維持することが推奨されています。したがって、HbA1cが7.0%未満にコントロールされている患者の割合を調べることは、糖尿病診療の質を判断する指標の一つであるとされていました。ただし、インスリンが必要でもインスリンを打てない高齢者、認知症があり食事したことを記憶できない患者、低血糖を感じてできない糖尿病自律神経症を合併している患者、狭心症があり血糖を高めにコントロールした方が安全である患者など、各患者の条件に応じて目標値を変えることが真の糖尿病治療の“質”であると考えます。したがって、すべての患者において、厳格なコントロールを求めることが正しいとは限らないことも忘れてはなりません。

実際、約10年前から国内外の診療ガイドラインでは血糖コントロール値の個別化を推奨しており、低血糖を起こしやすい高齢者や腎機能低下者、インスリン使用者ではHbA1cを7.5%未満に下げないことも推奨されています。

分子:	No.12-a HbA1c(NGSP)の最終値が7.0%未満の外来患者数 No.12-b HbA1c(NGSP)の最終値が8.0%未満の65歳以上の外来患者数
分母:	No.12-a 糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数 (過去1年間に該当治療薬が外来で合計90日以上処方されている患者) No.12-b 糖尿病の薬物治療を施行されている65歳以上の外来患者数 (過去1年間に該当治療薬が外来で合計90日以上処方されている65歳以上の患者)
分母除外:	運動療法または食事療法みの糖尿病患者
収集期間:	3ヶ月毎

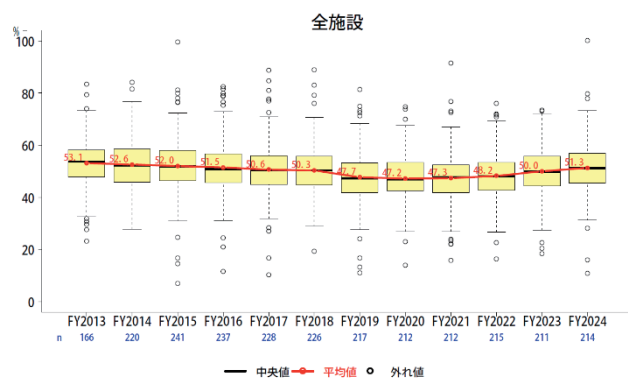
指標の種類・値の解釈

アウトカム

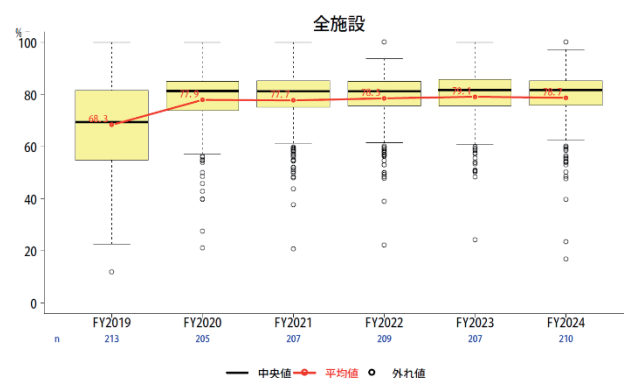
より高い値が望ましい

結果

糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%



65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%



考察

<No.12-a 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%>

今回、提出がなかったのは163施設で、提出割合は56.8% (214/377, 前年比-0.4) でした。1年間の結果は、平均値51.3% (前年比+1.3)、中央値51.1% (前年比+1.2)、最大値100.0% (前年比+26.5)、最小値10.8% (前年比-7.5) で、経時的に見ると、2019~2022年度は47~48%台でしたが、2023年度、2024年度と改善してきています。

<No.12-b 65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%>

今回、提出がなかったのは167施設で、提出割合は55.7% (210/377, 前年比-0.4) でした。1年間の結果は、平均値78.7% (前年比-0.4)、中央値81.8% (前年比±0)、最大値100.0% (前年比±0)、最小値17.0% (前年比-7.3) でした。2019年度は一部定義が適切ではない部分があり、提出データにばらつきが生じました。そのため、2020年度以降が、真の指標値と言えます。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. Perioperative Care Work Group 2; American College of Surgeons/Physician Consortium for Performance Improvement/National Committee for Quality Assurance. Perioperative Care Physician Performance Measurement Set. (Internet <http://www.ama-assn.org/apps/listserv/x-check/qmeasure.cgi?submit=PCPI> 2016/10/15 available)
3. National Quality Measures Clearinghouse; Comprehensive diabetes care: percentage of members 18 through 64 years of age with diabetes mellitus (type 1 and type 2) whose most recent hemoglobin A1c (HbA1c) level is less than 7.0% (controlled). (Internet: <http://www.qualitymeasures.ahrq.gov/content.aspx?id=48628> 2016/10/15 available)

4. U.S. Department of Health and Human Services Agency for Healthcare Research and Quality : National Healthcare Quality & Disparities Report (Internet: <http://nhqrnet.ahrq.gov/nhqrdrr/jsp/nhqrdrr.jsp#snhere#snhere> 2016/10/15 available)
5. 日本糖尿病学会編著:糖尿病診療ガイドライン 2016. 南江堂, 2016.
6. 日本糖尿病・生活習慣病ヒューマンデータ学会. 糖尿病標準診療マニュアル(第16版) 一般診療所・クリニック向け, 2020.
7. 日本糖尿病学会と日本老年医学会の合同委員会. 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 2016.

No.13 退院後 4 週間以内の予定外再入院割合

指標の説明・定義

2021 年度までは「30 日以内の予定外再入院率」として計測していましたが、2022 年度から、定義および名称を変更した項目です。

患者の中には、退院後に予定外の再入院をすることがあります。その要因は一概には言えませんが、例えば入院時の治療が不十分であった、早期退院を強いた、予想外に症状の悪化が進んだ、前回の入院とは関連のない傷病・事故などが考えられます。避けられる要因、避けられない要因ともに様々考えられますが、本指標ではそれらを中期まで総じて、概況します。

関連指標 ⇒ 「退院後 7 日以内の予定外再入院割合」

分 子： 分母のうち、前回退院から 4 週間以内に計画外で再入院した患者数

分 母： 退院患者数（様式 1 の「退院年月日」が調査期間に該当する一般入院症例数）

収集期間： 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

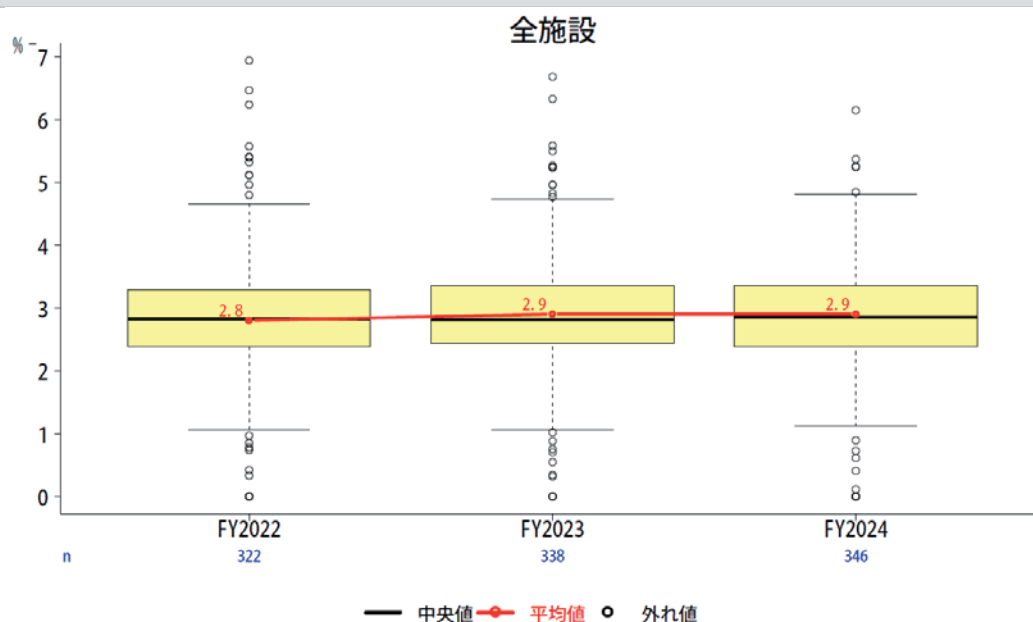
使用データ DPC 様式 1

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 2.9% (前年比±0)、中央値 2.8% (前年比±0)、最大値 6.1% (前年比-0.5)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

しかし、病床区分別に見ると、199 床以下の小規模施設は平均値 2.5% (N=53)、200 床以上 400 床未満は平均値 2.8% (N=123)、400 床以上 500 床未満は平均値 3.0% (N=65)、500 床以上は平均値 3.0% (N=105) と、病床数が増えるにつれ、やや再入院割合が高くなっています。病床規模によって再入院の状況が異なることが予想されるため、どのような患者が再入院しているかは、各施設が確認し、改善に努めていけるとよいと考えます。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

No.14 退院後 7 日以内の予定外再入院割合

指標の説明・定義

患者の中には、退院後に予定外の再入院をすることがあります。その要因は一概には言えませんが、例えば入院時の治療が不十分であった、早期退院を強いた、予想外に症状の悪化が進んだ、前回の入院とは関連のない傷病・事故などが考えられます。避けられる要因、避けられない要因ともに様々考えられますが、本指標では早期のそれらを総じて、概況します。

関連指標 ⇒ 「退院後 4 週間以内の予定外再入院割合」

分 子： 分母のうち、前回退院から 7 日以内に計画外で再入院した患者数

分 母： 退院患者数

収集期間： 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

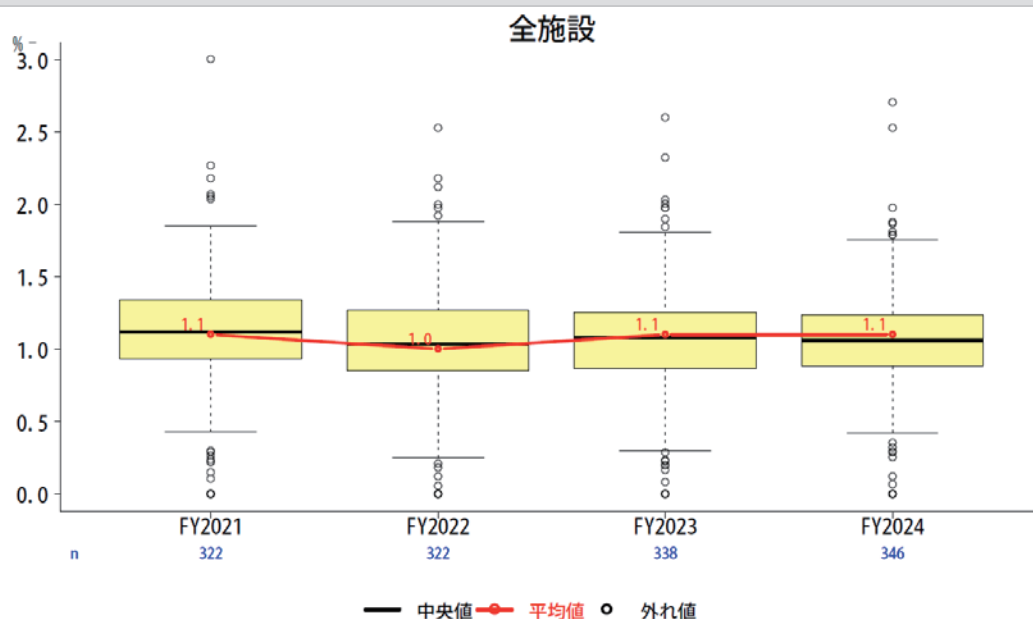
使用データ DPC 様式 I

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



考察

1 年間の結果は、平均値 1.1% (前年比±0)、中央値 1.1% (前年比±0)、最大値 2.7% (前年比+0.1)、最小値 0.0% (±0) でした。病床区分別に見ると、199 床以下の小規模施設は平均値 0.9% (N=53)、200 床以上 400 床未満の平均値は 1.0% (N=123)、400 床以上 500 床未満の平均値は 1.1% (N=65)、500 床以上の平均値は 1.1% (N=105) であり、「退院後 4 週間以内の予定外再入院割合」と比べると、大きな差はありませんでした。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

No.15 非心原性脳梗塞(TIA 含む)の診断で入院し、入院2日目までに抗血小板療法を受けた症例の割合

指標の説明・定義

脳梗塞急性期における抗血栓療法として、発症48時間以内のアスピリン投与が確立された治療法となっています。また、米国心臓協会(AHA)/米国脳卒中協会(ASA)急性期脳梗塞治療ガイドライン2013では、脳梗塞急性期における抗血小板療法として、アスピリンを脳梗塞発症から24~48時間以内に投与することを推奨しています(クラスI,エビデンスレベルA)。

したがって、適応のある患者には入院2日目までに抗血小板療法が開始されていることが望まれます。

アルテプラゼ投与後24時間以内に、抗血小板薬等を投与した場合の安全性と有効性は確立していないため、算出条件として、アルテプラゼ投与症例は分母からは除外しています。

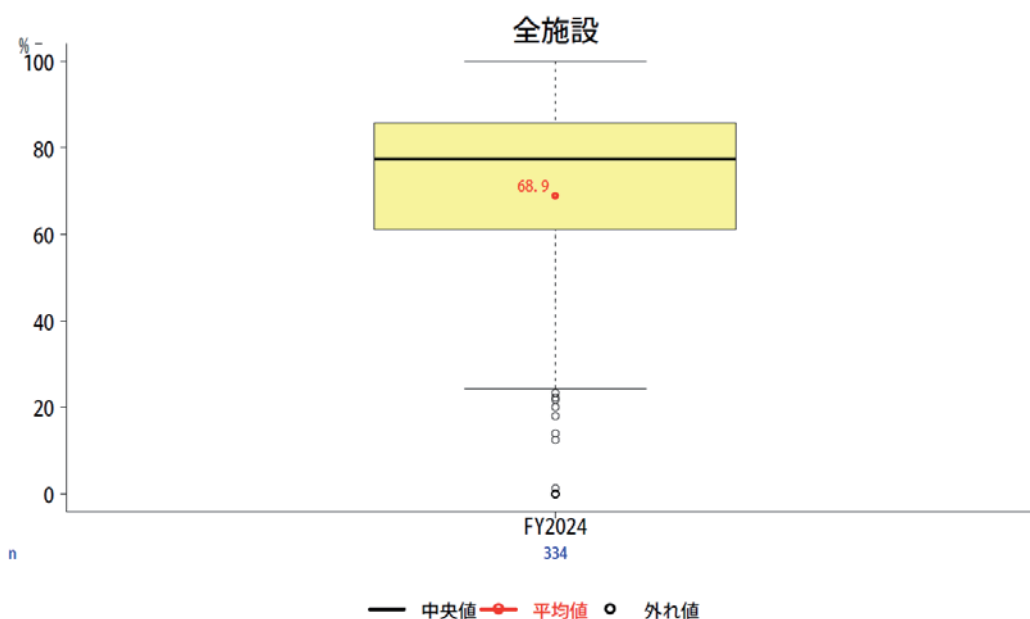
分子:	分母のうち、入院2日目までに抗血小板療法を受けた患者数
分母:	非心原性脳梗塞かTIAと診断された18歳以上の入院患者数
収集期間:	4~6月分、7~9月分、10~12月分、1~3月分
使用データ	DPC様式1、EFファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1 年間の結果は、平均値 68.9%、中央値 77.4%、最大値 100.0%、最小値 0.0%でした。

2023 年度までは「脳梗塞 (TIA 含む) の診断で入院し、入院 2 日目までに抗血小板療法あるいは一部の抗凝固療法を受けた症例の割合」として計測していましたが、その場合、心原性脳塞栓症症例が多くなると指標値が低くなる定義となっていたため、2024 年度からは「非心原性脳梗塞 (TIA 含む) の診断で入院し、入院 2 日目までに抗血小板療法を受けた症例の割合」とし、定義を改訂しました。

2024 年度からの指標となるため、今後どのように変化してくか継続してみたい予定です。

参考文献

1. Anticoagulants and antiplatelet agents in acute ischemic stroke: report of the Joint Stroke Guideline Development Committee of the American Academy of Neurology and the American Stroke Association (a division of the American Heart Association).
2. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups.
3. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack.
4. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with

stroke and transient ischemic attack.

5. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

No.16 非心原性脳梗塞(TIA 含む)の診断で入院し、入院中に抗血小板療法を受けた症例の割合

指標の説明・定義

非心原性脳梗塞(アテローム血栓性脳梗塞、ラクナ梗塞など)や非心原性 TIA では、再発予防のために抗血小板薬の投与が推奨されています。わが国の脳卒中治療ガイドライン 2015 では、「現段階で非心原性脳梗塞の再発予防上、最も有効な抗血小板療法(本邦で使用可能なもの)はシロスタゾール 200 mg/日、クロピドグレル 75 mg/日、アスピリン 75-150mg/日(以上、グレード A)、チクロピジン 200 mg/日(グレード B)である」と書かれています。したがって、適応のある患者には抗血小板薬の投与が開始されていることが望まれます。

分子: 分母のうち、入院中に抗血小板療法を受けた患者数

分母: 非心原性脳梗塞か TIA と診断された 18 歳以上の入院患者数

収集期間: 4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分

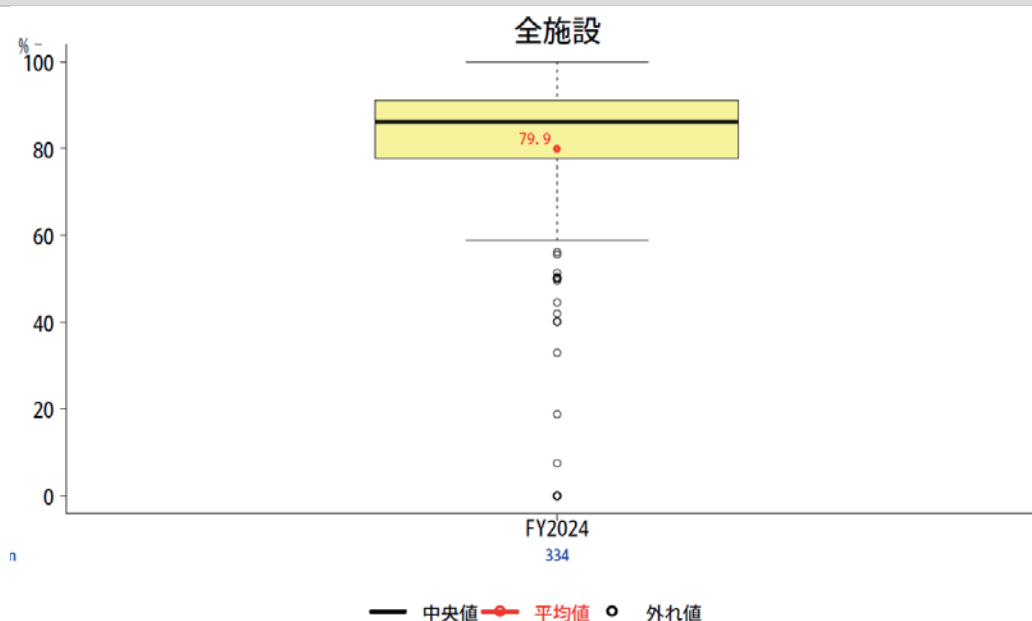
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1 年間の結果は、平均値 79.9%、中央値 86.2%、最大値 100.0%、最小値 0.0%でした。

2023 年度までは「脳梗塞(TIA 含む)の診断で入院し、抗血小板薬を処方された症例の割合」として計測していましたが、抗凝固療法を実施されている心原性脳塞栓症症例が多くなると指標値が低くなることから、もう一つの指標「非心原性脳梗塞(TIA 含む)の診断で入院し、入院 2 日目までに抗血小板療法を受けた症例の割合」に定義を寄せて新規に作成しました。

2024 年度からの指標となるため、今後どのように変化してくか継続してみたい予定です。

参考文献

1. 「脳卒中治療ガイドライン 2015」日本脳卒中学会
2. Albers GW, et al. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke. *Chest* 2001 Jan; 119(1 Suppl):300S-20S.
3. American Academy of Neurology, American College of Radiology, Physician Consortium for Performance Improvement®, National Committee for Quality Assurance. Stroke and stroke rehabilitation physician performance measurement set. Chicago (IL): American Medical Association (AMA), National Committee for Quality Assurance (NCQA); 2009 Feb. 20 p.
4. Sacco RL, et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke [trunc]. *Stroke* 2006 Feb; 37(2):577-617.
5. Anticoagulants and antiplatelet agents in acute ischemic stroke: report of the Joint Stroke Guideline Development Committee of the American Academy of Neurology and the American Stroke Association (a division of the American Heart Association).
6. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups.
7. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack.
8. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack.
9. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
10. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

No.17 脳梗塞患者のスタチン処方割合

指標の説明・定義

脳梗塞再発予防には、抗血栓療法と内科的リスク管理が重要です。内科的リスク管理の一つとして、脂質異常症のコントロールが推奨されており、薬剤、特にスタチンを用いた脂質管理は血管炎症の抑制効果も期待できます。

わが国の脳卒中治療ガイドライン 2015 では、「高容量のスタチン系薬剤は脳梗塞の再発予防に勧められる（グレードB）、低用量のスタチン系薬剤で脂質異常症を治療中の患者において、エイコサペンタエン酸（EPA）製剤の併用が脳卒中再発予防に勧められる（グレードB）」と書かれています。

患者の中にはアレルギーなどの適用外の患者も含まれるため、その場合には本指標の値が低く算出される可能性があります。

分子： 分母のうち、スタチンが処方された患者数

分母： 脳梗塞で入院した患者数

収集期間： 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

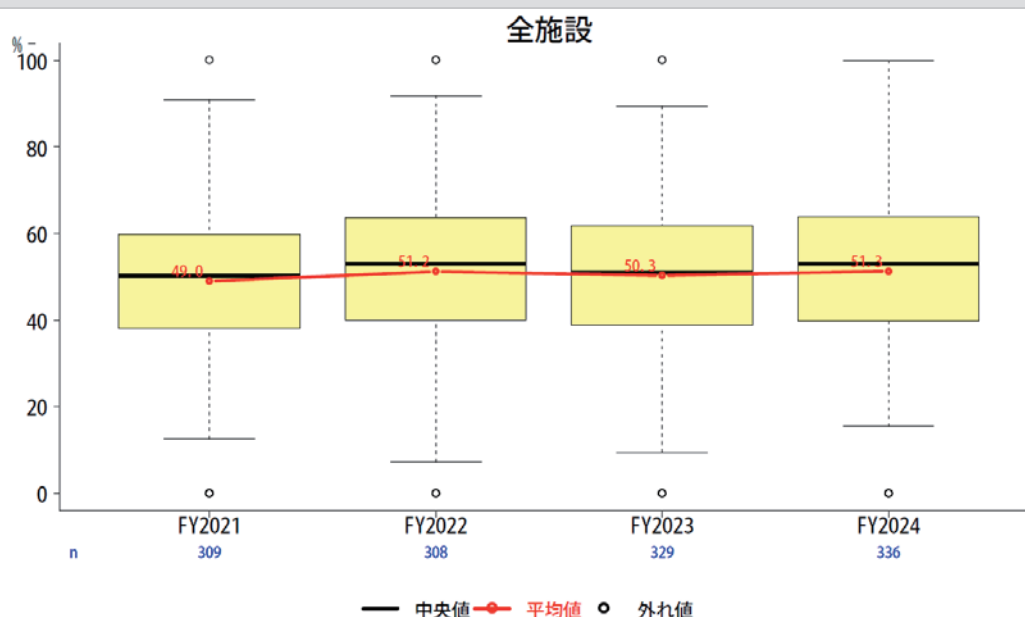
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 51.3% (前年比+1.0)、中央値 53.0% (前年比+2.0)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。2020年度までは、退院時の処方割合として算出していましたが、2021年度以降、退院時に限定しない処方割合として定義を変更しています。

4年間の結果を見ても、大きな変化はありませんでした。

参考文献

1. 「脳卒中治療ガイドライン 2015」日本脳卒中学会
2. Albers GW, et al. Antithrombotic and thrombolytic therapy for ischemic stroke. Chest 2001 Jan;119(1 Suppl):300S-20S.
3. American Academy of Neurology, American College of Radiology, Physician Consortium for Performance Improvement®, National Committee for Quality Assurance. Stroke and stroke rehabilitation physician performance measurement set. Chicago (IL): American Medical Association (AMA), National Committee for Quality Assurance (NCQA); 2009 Feb. 20 p.
4. Sacco RL, et al. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association Council on Stroke [trunc]. Stroke 2006 Feb;37(2):577-617.
5. Anticoagulants and antiplatelet agents in acute ischemic stroke: report of the Joint Stroke Guideline Development Committee of the American Academy of Neurology and the American Stroke Association (a division of the American Heart Association).
6. Guidelines for the early management of adults with ischemic stroke. A guideline from the American Heart Association/American Stroke Association Stroke Council, Clinical Cardiology Council, Cardiovascular Radiology and Intervention Council, and the Atherosclerotic Peripheral Vascular Disease and Quality of Care Outcomes in Research Interdisciplinary Working Groups.
7. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack.
8. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke in patients with stroke and transient ischemic attack.
9. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
10. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標
<http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

No.18 脳梗塞の診断で入院し、入院後早期にリハビリ治療を受けた症例の割合

指標の説明・定義

脳卒中患者では早期にリハビリテーションを開始することで、機能予後をよくなり、再発リスクの増加もみられず、ADLの退院時到達レベルを犠牲にせず入院期間が短縮されることが分かっています。わが国の脳卒中治療ガイドライン 2015 では、「不動・廃用症候群を予防し、早期の日常生活動作 (ADL) 向上と社会復帰を図るために、十分なリスク管理のもとにできるだけ発症後早期から積極的なリハビリテーションを行うことが強く勧められている (グレード A)」と書かれています。したがって、適応のある患者には早期からリハビリテーションが開始されていることが望まれます。

分子： 分母のうち、入院後早期 (3 日以内) に脳血管リハビリテーションが行われた症例数

分母： 18 歳以上の脳梗塞で入院した症例数

収集期間： 4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分

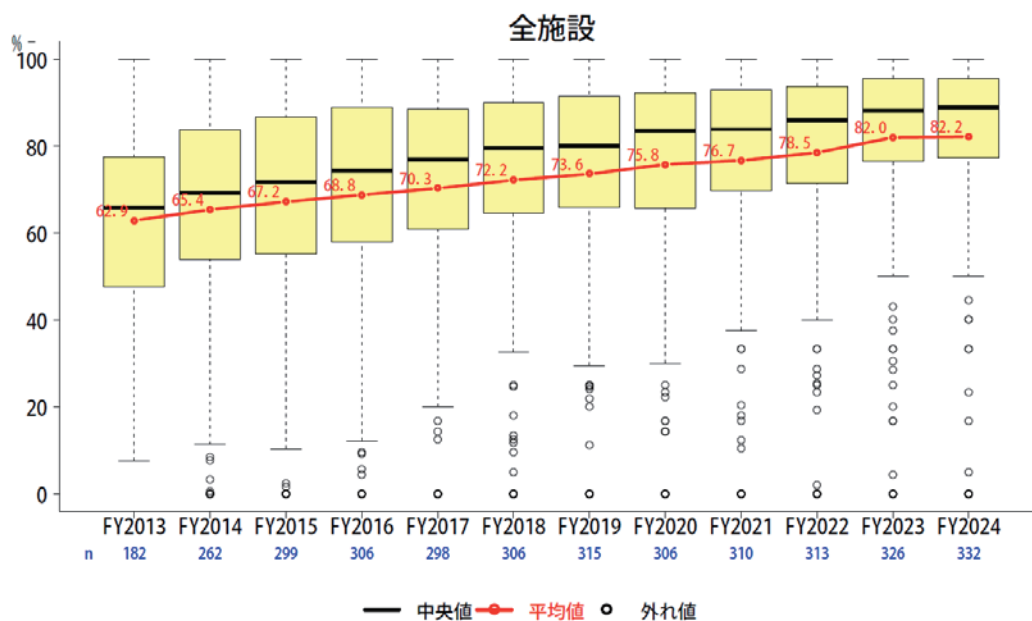
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 82.2% (前年比+0.2)、中央値 88.9% (前年比+0.8)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。2013年度の測定開始以降、毎年改善している指標です。さらに、箱ひげ図も小さくなってきており、ばらつきもなくなってきています。

改善活動を行った施設からは、

- ✓ 医師の早期リハビリテーションに関する意識向上
- ✓ 脳血管チーム設立
- ✓ 土曜日のリハビリテーション対応

といった内容が改善に寄与したと報告されています。

参考文献

1. 「脳卒中治療ガイドライン 2015」日本脳卒中学会
2. The Joint Commission; Specifications Manual for National Hospital Inpatient Quality Measures, Version 4.3a STK-10 Assessed for Rehabilitation (Internet: http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip 2016/10/15 available)
3. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
4. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

No.19 統合指標 (Composite Measures)

【手術】

指標の説明・定義

Composite Measures はその名の通り、「統合」「合成」された指標です。関連する指標群の分子の合計を関連する指標群の分母の合計で割ることにより算出されます。こうすることにより、アウトカムを達成するために必要なケアプロセス群を統合的にどれくらい実施できているかを見ることができ、ケアプロセスを束ねて(ケアバンドルとして)実施しているかどうか評価できます。

分子: 指標 No.9, 10, 11 の分子の合計

分母: 指標 No.9, 10, 11 の分母の合計

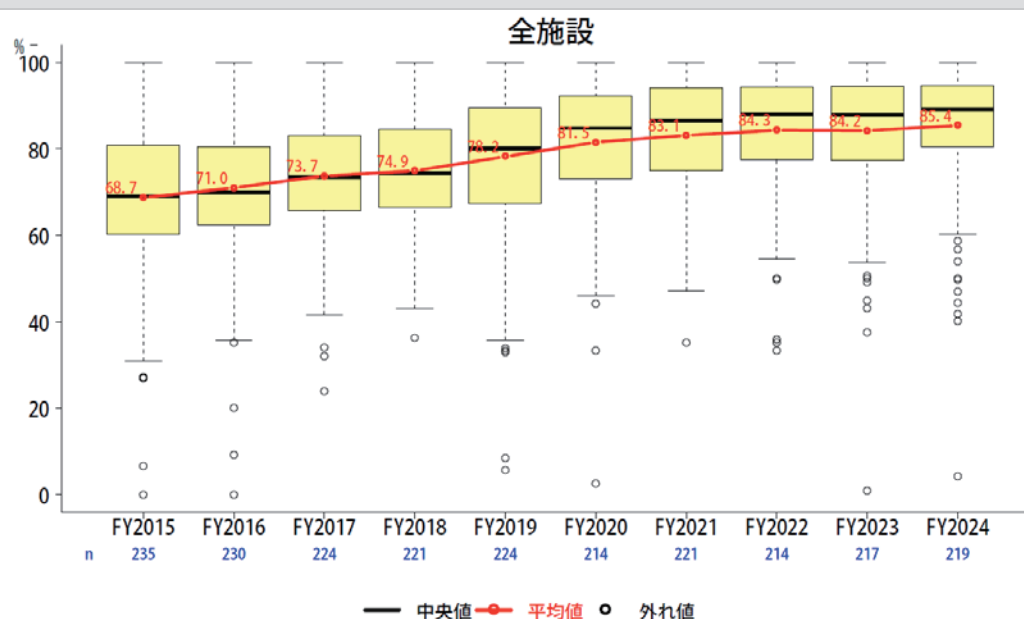
収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1 年間の結果は、平均値 85.4% (前年比+1.2)、中央値 89.1% (前年比+1.2)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 4.1% (前年比+3.2) で、経時的に見ると、測定を開始した 2015 年度から年々改善をしており、2015 年度と比べると 16.7 ポイントと大きな改善が見られました。また全体のばらつきも少なくなっています。

統合指標のため、「特定術式における手術開始 1 時間以内の予防的抗菌薬投与率」「特定術式における術後 24 時間以内 (心臓手術は 48 時間) の予防的抗菌薬投与停止率」「特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率」が改善すると比例して改善する指標です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

No.20 統合指標 (Composite Measures)

【脳梗塞】

指標の説明・定義

Composite Measures はその名の通り、「統合」「合成」された指標です。関連する指標群の分子の合計を関連する指標群の分母の合計で割ることにより算出されます。こうすることにより、アウトカムを達成するために必要なケアプロセス群を統合的にどれくらい実施できているかを見ることができ、ケアプロセスを束ねて(ケアバンドルとして)実施しているかどうかの評価ができます。

分子: 指標 No.15, 16, 17, 18 の分子の合計

分母: 指標 No.15, 16, 17, 18 の分母の合計

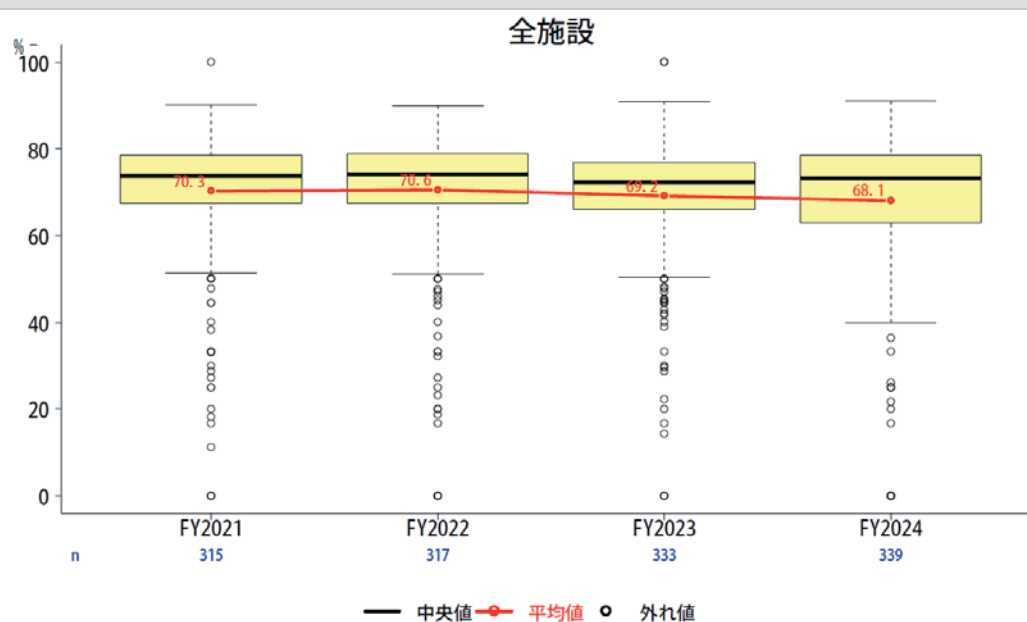
収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 68.1% (前年比-1.1)、中央値 73.2% (前年比+0.9)、最大値 91.1% (前年比-8.9)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

2021年度～2023年度と比べると、全体のばらつきが大きくなってきています。

統合指標のため、「非心原性脳梗塞 (TIA 含む) の診断で入院し、入院 2 日目までに抗血小板療法を受けた症例の割合」「非心原性脳梗塞 (TIA 含む) の診断で入院し、入院中に抗血小板療法を受けた症例の割合」「脳梗塞患者のスタチン処方割合」「脳梗塞の診断で入院し、入院後早期にリハビリ治療を受けた症例の割合」が改善すると比例して改善する指標です。

本指標で 2023 年度と 2024 年度を比較すると、約 4 割の施設の値が下がっていました。それぞれの指標にどういった違いがあるのか、確認をしていく予定です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

No.21-a 1 か月間・100 床当たりのインシデント・アクシデント報告件数

No.21-b 全報告中医師による報告の占める割合

指標の説明・定義

身体への侵襲を伴う医療行為は常にインシデント・アクシデントが発生する危険があります。その発生をできる限り防ぐことは医療安全の基本です。仮にインシデント・アクシデントが生じてしまった場合、原因を調査し、防止策をとることが求められます。そのためにはインシデント・アクシデントをきちんと報告することが必要です。

2021 年度までは「インシデント・アクシデント発生件数」と表記していましたが、2022 年度からは「インシデント・アクシデント報告件数」に変更しています。

一般に医師からの報告が少ないことが知られており、この値が高いことは医師の医療安全意識が高い組織の可能性がります。

<No.21-a>

分子： 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告件数×100

分母： 許可病床数

備考： インシデント・アクシデント報告とは、インシデント影響度分類に定められた範囲で医療安全管理部門へ報告されたのを指す。

収集期間： 1ヶ月毎

<No.21-b>

分子： 分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数

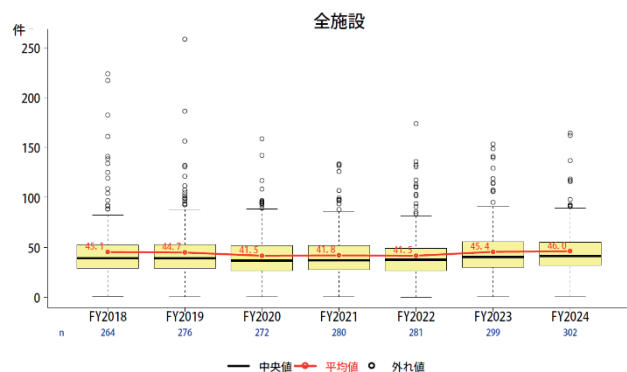
分母： 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

備考： インシデント・アクシデント報告とは、インシデント影響度分類に定められた範囲で医療安全管理部門へ報告されたのを指す。

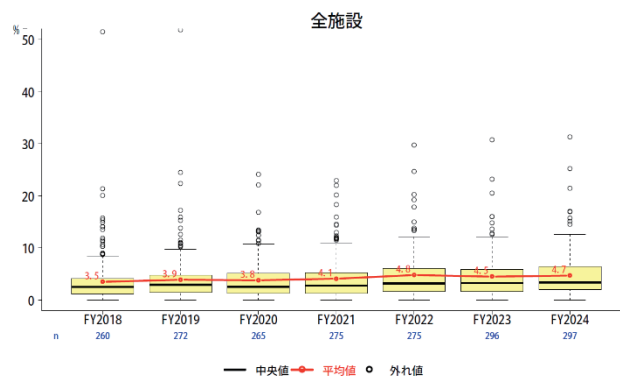
収集期間： 1ヶ月毎

結果

インシデント・アクシデント報告件数



医師による報告の占める割合



考察

<No.21-a 1 か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数>

今回、提出がなかったのは75施設で、提出割合は80.1% (302/377, 前年比-1.1) でした。1年間の結果は、平均値46.0件 (前年比+0.6)、中央値41.4件 (前年比+1.0)、最大値164.4件 (前年比+11.3)、最小値0.4件 (前年比±0) で、測定を開始した2018年度以降、大きな変化はありませんでした。

<No.21-b 全報告中医師による報告の占める割合>

今回、提出がなかったのは80施設で、提出割合は78.8% (297/377, 前年比-1.6) でした。1年間の結果は、平均値4.7% (前年比+0.2)、中央値3.4% (前年比+0.1)、最大値31.3% (前年比-25.4)、最小値0.0% (前年比±0) で、測定を開始した2018年度からは1.2ポイント上昇していますが、大きな変化はありませんでした。

参考文献

1. 国立大学附属病院長会議常置委員会 医療安全管理体制担当校. 国立大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針(改訂版)平成24年6月.

No.22 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

指標の説明・定義

医療機関を受診する患者は、免疫力が低下していることが多く、病院職員からの感染を防止する必要があります。接種率が高い場合には、院内感染防止対策に積極的に取り組んでいると評価できます。

分子： インフルエンザワクチンを予防接種した職員数

分母： 職員数

備考： 職員：各施設の就業規則で規定される範囲とする。

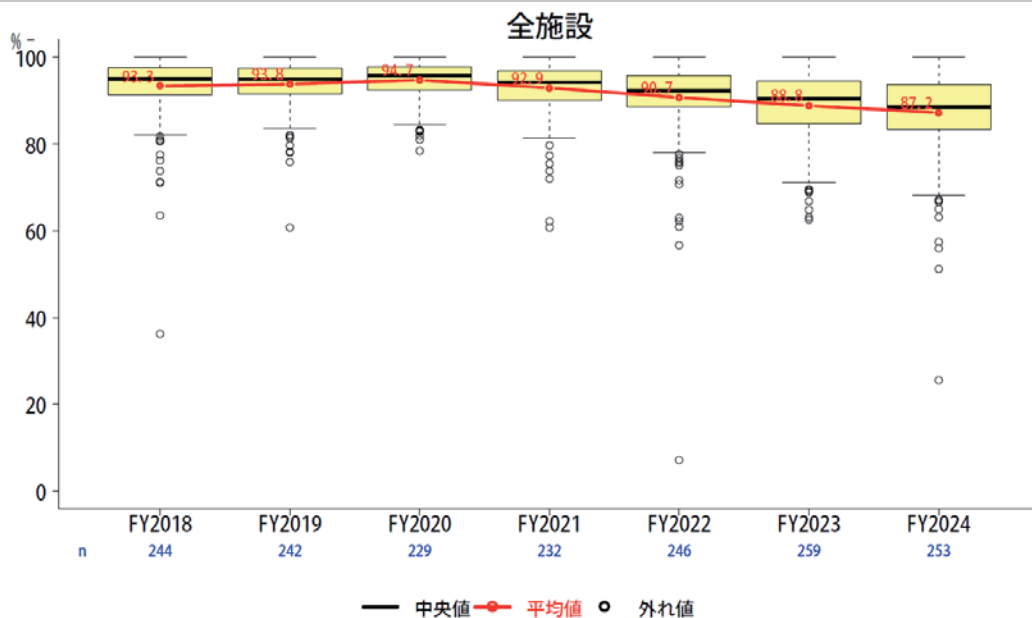
収集期間： 年1回

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは124施設で、提出割合は67.1% (253/377, 前年比-3.2) でした。1年間の結果は、平均値 87.2% (前年比-1.6)、中央値 88.6% (前年比-1.9)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 25.5% (前年比-37.0) で、2020年度をピークに徐々に低下し、2023年度、2024年度は90%を下回りました。新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) のワクチン接種を実施していたことと影響があるのかは確認が必要です。

参考文献

1. Libby TE, Lindley MC, Lorick SA, MacCannell T, Lee SJ, Smith C, Geevarughese A, Makvandi M, Nace DA, Ahmed F. Reliability and validity of a standardized measure of influenza vaccination coverage among healthcare personnel. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2013 Apr;34(4):335-45.
2. National Quality Measures Clearinghouse (NQMC). Measure summary: Influenza vaccination: percentage of healthcare personnel (HCP) who receive the influenza vaccination. In: National Quality Measures Clearinghouse (NQMC) [Web site]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ); 2013 Jan 01. Available: <https://qualitymeasures.ahrq.gov>

No.23 糖尿病・慢性腎臓病を依存症に持つ患者への栄養管理実施割合

指標の説明・定義

糖尿病や慢性腎臓病の患者は、食事も重要な治療の一つです。入院時に提供される食事には、通常食と治療のために減塩や低脂肪などに配慮した特別食があります。

積極的に栄養管理の介入を行うことも、医療の質の向上につながります。

分 子： 分母のうち特別食加算の算定回数

分 母： 18歳以上の糖尿病・慢性腎臓病患者で、それらへの治療が主目的ではない入院患者の食事回数

収集期間： 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

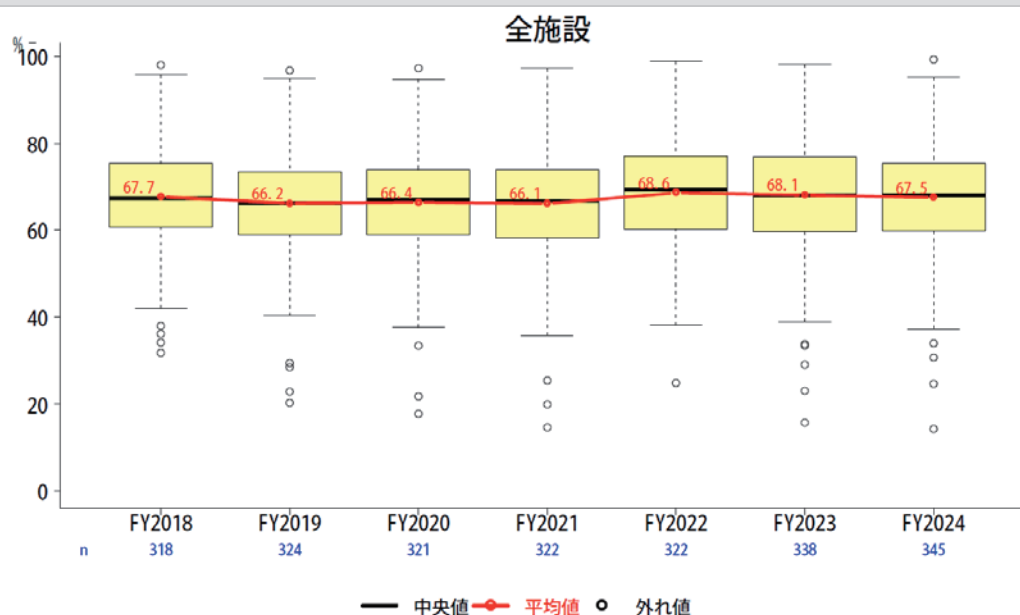
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 67.5% (前年比-0.5)、中央値 68.1% (前年比±0)、最大値 99.2% (前年比+1.0)、最小値 14.2% (前年比-1.4) でした。測定を開始した 2018 年度以降、大きな変化はありませんが、まだばらつきの大きい指標の一つです。

25%tile 値 (59.9%) より低い値の施設が 90 施設ありました。今後は、外れ値の施設に対して、アプローチを行う予定です。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標
<http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

No.24-a カルバペネム・ニューキノロン・抗 MRSA 薬使用時の血液培養実施率

No.24-b カルバペネム・ニューキノロン・抗 MRSA 薬使用までの培養検査実施率

指標の説明・定義

広域抗菌薬は、使用前までの細菌培養検査、投与開始時の血液培養検査は、望ましいプラクティスとなります。

特定機能病院では、微生物学的検査は基本的検体検査実施料に含まれ、検査項目が EF ファイルに記載されない場合が多くありましたが、2024 年 10 月データからは特定機能病院でも記載されるようになりました。そのため、特定機能病院のデータは 2024 年 9 月までは除外、2024 年 10 月からは対象として算出しています。

<No.24-a>

分 子:	分母のうち投与開始初日に血液培養検査を実施した数
分 母:	カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、(バンコマイシン内服は除く)投与を開始した入院患者数
収集期間:	4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分
使用データ	EF ファイル

<No.24-b>

分 子:	分母のうち投与開始初日までに培養検査を実施した数
分 母:	カルバペネム系注射薬、ニューキノロン系注射薬、抗 MRSA 薬(バンコマイシン内服は除く)投与を開始した入院患者数
収集期間:	4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分
使用データ	F ファイル、EF ファイル

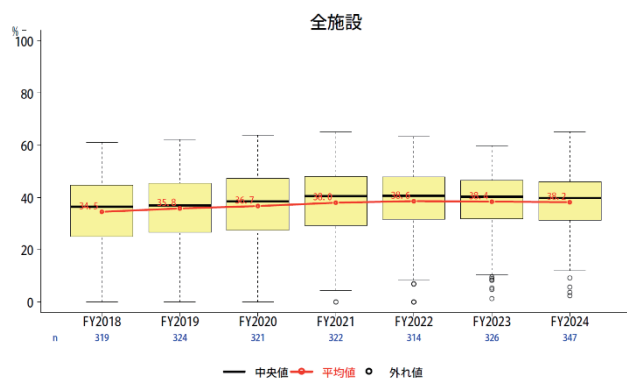
指標の種類・値の解釈

プロセス

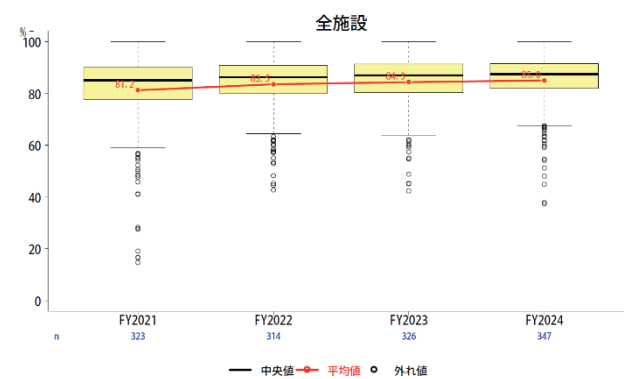
より高い値が望ましい

結果

a) 血液培養実施率



b) 培養検査実施率



考察

<No.24-a カルバペネム・ニューキノロン・抗 MRSA 薬使用時の血液培養実施率>

1 年間の結果は、平均値 38.2% (前年比-0.2)、中央値 39.9% (前年比-0.4)、最大値 65.2% (前年比+5.4)、最小値 2.4% (前年比+1.1) で、測定を開始した 2018 年度以降、微増ですが改善してきています。

<No.24-b カルバペネム・ニューキノロン・抗 MRSA 薬使用までの培養検査実施率>

1 年間の結果は、平均値 85.0% (前年比+0.7)、中央値 87.4% (前年比+0.5)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 37.3% (前年比-5.0) でした。本指標は、外来や紹介元での検査結果をもとに治療している場合は、指標値が低くなる傾向がありますが、測定を開始した 2021 年度以降、微増ですが改善し、ばらつきも少なくなってきました。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>
2. 抗菌薬適正使用支援プログラム実践のためのガイダンス - 日本感染症学会 https://www.kansensho.or.jp/uploads/files/guidelines/1708_ASP_guidance.pdf
3. 抗微生物薬適正使用の手引き第三版, 2023.厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/001169116.pdf>

No.25 血液培養検査において、同日に2セット以上の実施割合

指標の説明・定義

血液培養は1セットのみの場合の偽陽性による過剰治療を防ぐため、2セット以上行うことが推奨されています。

特定機能病院では、微生物学的検査は基本的検体検査実施料に含まれ、検査項目がEFファイルに記載されない場合が多くありましたが、2024年10月データからは特定機能病院でも記載されるようになりました。そのため、特定機能病院のデータは2024年9月までは除外、2024年10月からは対象として算出しています。

<No.25>

分子： 血液培養オーダが1日に2件以上ある日数(人日)

分母： 血液培養オーダ日数(人日)

収集期間： 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

使用データ Fファイル、EFファイル

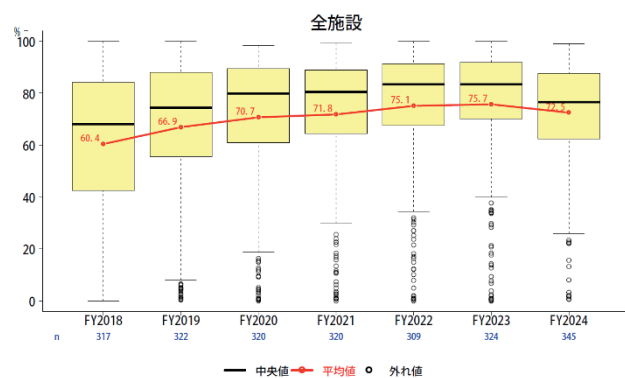
指標の種類・値の解釈

プロセス

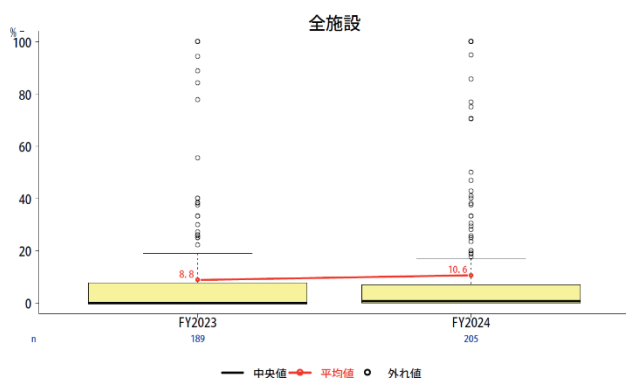
より高い値が望ましい

結果

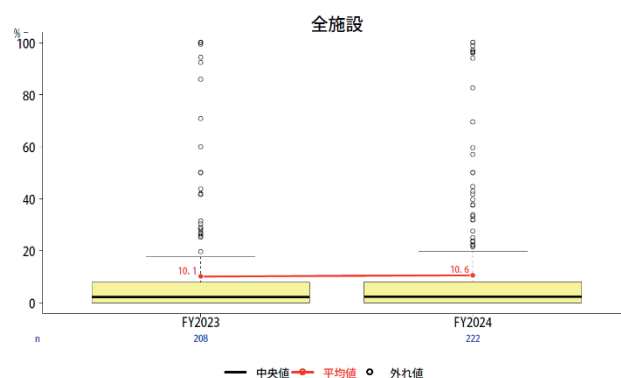
a) 2セット実施率



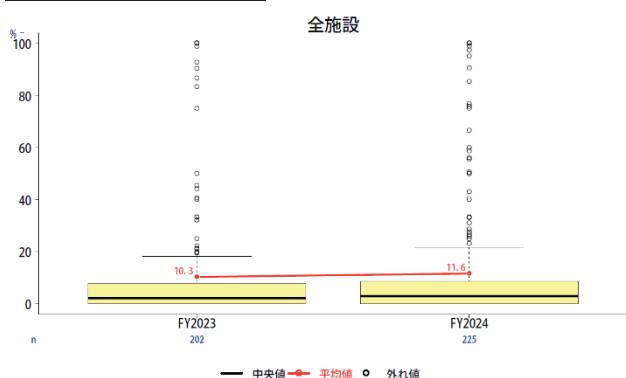
b) 生後 28 日未満



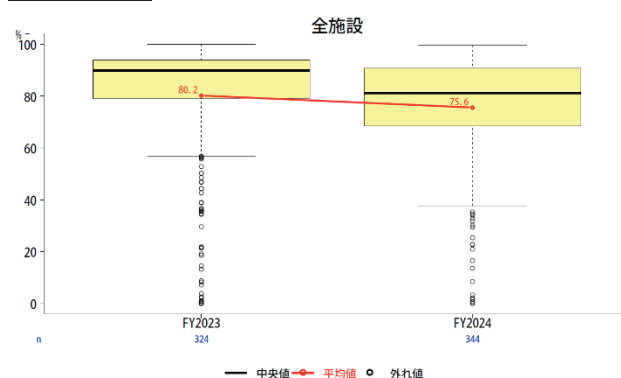
c) 生後 28 日以降 2 歳未満



d) 2 歳以上 6 歳未満



e) 6 歳以上



考察

全体の 1 年間の結果は、平均値 94.8% (前年比-3.2)、中央値 76.5% (前年比-6.9)、最大値 99.0% (前年比-1.0)、最小値 0.5% (前年比+0.05)、生後 28 日未満の結果は、平均値 10.6% (前年比+1.8)、中央値 0.7% (前年比+0.7)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0)、生後 28 日以降 2 歳未満の結果は、平均値 10.6% (前年比+1.8)、中央値 2.4% (前年比+0.3)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0)、2 歳以上 6 歳未満の結果は、平均値 11.6% (前年比+1.3)、中央値 2.9% (前年比±0)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0)、6 歳以上の結果は、平均値 75.6% (前年比-4.7)、中央値 81.1% (前年比-8.7)、最大値 99.7% (前年比-0.3)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

全体の指標値は、2023 年度までは改善傾向でしたが、2024 年度はやや下がりました。約半数の施設の 2024 年度値が低下していますので、こういった理由か確認する予定です。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>
2. JAID/JSC 感染症治療ガイドライン 2017 —敗血症およびカテーテル関連血流感染症—

No.26-a 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合

No.26-b 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携の実施割合

指標の説明・定義

脳卒中や大腿骨頸部骨折の治療は、急性期の治療後も継続的な医学的管理とリハビリテーションが重要です。これらの患者に対する地域連携パスの使用等、地域連携に関連した実施率を見ることは、地域医療に関する医療体制を評価することにつながります。

<No.26-a>

分 子:	分母のうち地域連携に関する算定のある患者数
分 母:	脳卒中で入院した患者数
収集期間:	4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分
使用データ	DPC 様式 1、EF ファイル

<No.26-b>

分 子:	分母のうち地域連携に関する算定のある患者数
分 母:	大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨頸部の手術を受けた患者数
収集期間:	4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分
使用データ	DPC 様式 1、EF ファイル

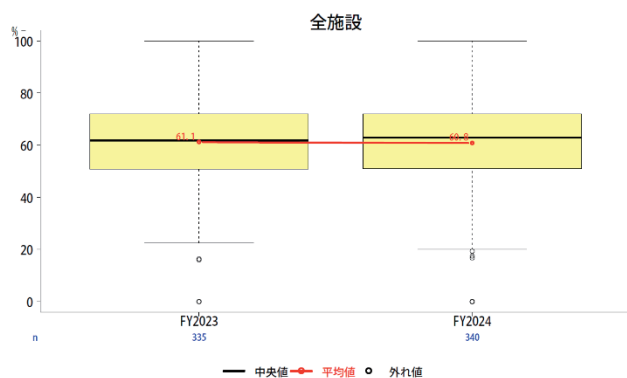
指標の種類・値の解釈

プロセス

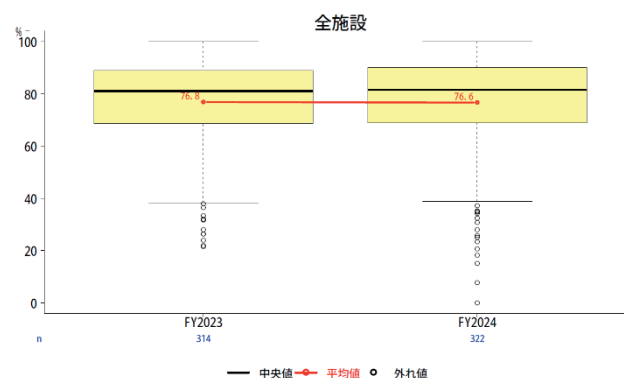
より高い値が望ましい

結果

a) 脳卒中患者



b) 大腿骨頸部骨折患者



考察

<No.26-a 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合>

1年間の結果は、平均値 60.8% (前年比-0.2)、中央値 62.9% (前年比+1.1)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

<No.26-b 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携の実施割合>

1年間の結果は、平均値 76.6% (前年比-0.1)、中央値 81.4% (前年比+0.5)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比-21.4) でした。

2022年度までは分母から転院患者を除外していましたが、施設からの問い合わせがあり、検討の上、定義を改訂しました。そのため、2023年度以降、別な指標として測定することになりました。2023年度、2024年度の結果に大きな変化はありませんが、大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携の実施割合について、25%tile 値未満の施設が増加傾向であり、次年度以降の変化を注視していく予定です。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>
2. 公益社団法人 全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業 https://www.jmha.or.jp/contentsdata/shihyo/20170425/i_19.pdf
3. 公益社団法人 全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業 https://www.jmha.or.jp/contentsdata/shihyo/20171018/i_20.pdf

No.27 18歳以上の身体拘束率

指標の説明・定義

精神保健福祉法において、身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとされています。施設や医療機関などで、患者を、「治療の妨げになる行動がある」、あるいは「事故の危険性がある」という理由で、安易にひもや抑制帯、ミトンなどの道具を使用して、患者をベッドや車椅子に縛ったりする身体拘束、身体抑制は慎むべきものです。

2023年度までは「身体抑制率」と表記していましたが、公益財団法人 日本医療機能評価機構で行われている医療の質可視化プロジェクトでの指標名と合わせることにし、2024年度からは「身体拘束率」と表記することにしました。

分子： 分母のうち（物理的）身体拘束を実施した患者延べ数（device days）

分母： 18歳以上の入院患者延べ数（patient days）

収集期間： 1ヶ月毎

下記項目のうち1～9の項目に準拠する項目を物理的身体拘束と定義する。

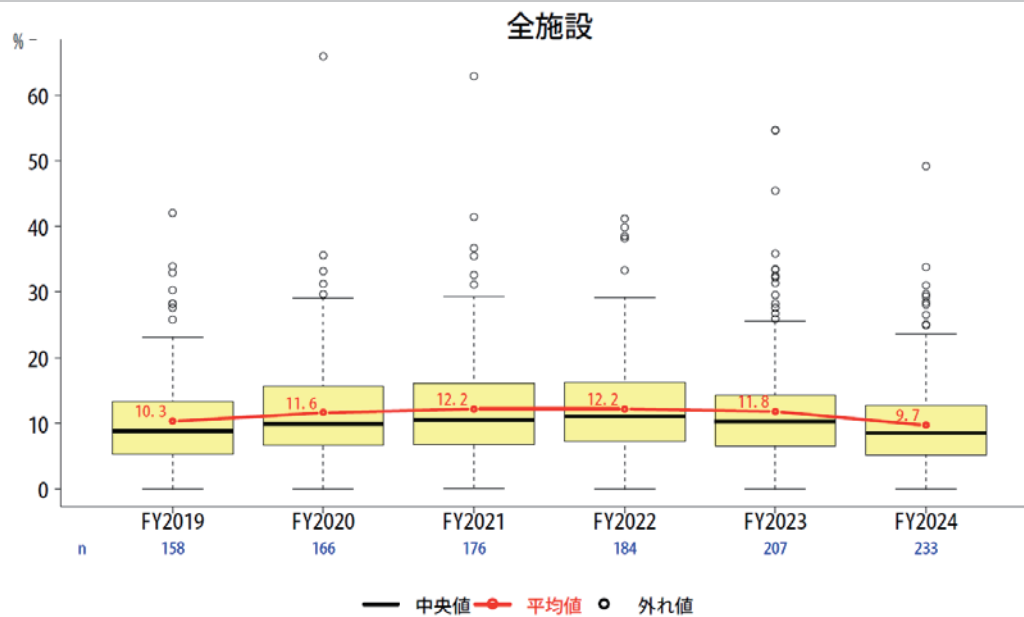
- 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 2) 転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。
- 3) 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
- 4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- 5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- 6) 車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- 8) 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
- 9) 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 10) 行動を落ち着かせるために、向神経薬を過剰に服用させる。
- 11) 自分の意志であけることの出来ない居室等に隔離する。

指標の種類・値の解釈

プロセス

より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは144施設で、提出割合は61.8% (233/377, 前年比+5.7) でした。1年間の結果は、平均値9.7% (前年比-2.1)、中央値8.5% (前年比-1.8)、最大値49.1% (前年比-5.5)、最小値0.0% (前年比±0) でした。

2024年度は提出割合も増加し、さらに平均値も2019年度以降、最も低い値となりました。2024年度の参加施設へのアンケートでは、改善活動を行った指標の第1位であり、身体拘束最小化の指針策定、カンファレンス強化、マニュアルの見直し、看護師向けオンライン研修の実施といった改善策が多く挙がりました。

令和6年度診療報酬改定において、DPCデータ様式1に「身体的拘束日数」が加えられました。今後は、各施設算出からDPCデータによる算出への変更も検討していく予定です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. 文献 HBIPS-2 Hours of physical restraint use. Joint Commission National Quality Core Measures
3. 厚生労働省 身体拘束ゼロ作戦推進会議 「身体拘束ゼロへの手引き」
4. 厚生労働省補助事業 医療の質向上のための体制整備事業
(Internet: <https://jq-qiconf.jcqhc.or.jp/> 2023/10/27 available)

No.28-a 大腿骨頸部骨折の早期手術割合

No.28-b 大腿骨転子部骨折の早期手術割合

指標の説明・定義

大腿骨頸部骨折や大腿骨転子部骨折は、ガイドラインではできる限り早期の手術を推奨されています（Grade B 大腿骨頸部／転子部骨折診療ガイドライン 改訂第2版）。

「早期」の厳密な定義は示されていませんが、本指標では、各手術について、入院2日以内に手術を受けた症例数として計測を行いました。整形手術に関する医療提供体制を評価する指標になると考えています。

<No.28-a>

分 子:	分母のうち、入院2日以内に手術を受けた患者数
分 母:	大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数
収集期間:	4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分
使用データ	DPC 様式 I

<No.28-b>

分 子:	分母のうち、入院2日以内に手術を受けた患者数
分 母:	大腿骨転子部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数
収集期間:	4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分
使用データ	DPC 様式 I

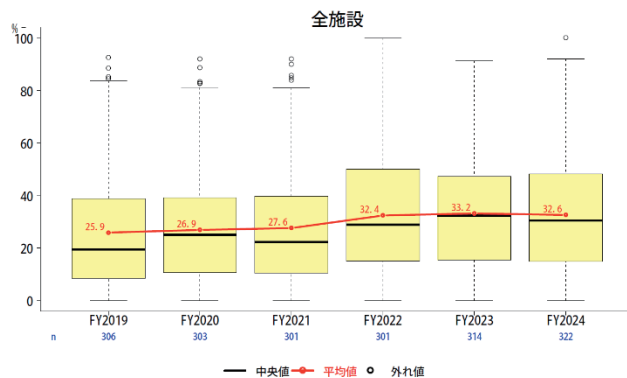
指標の種類・値の解釈

プロセス

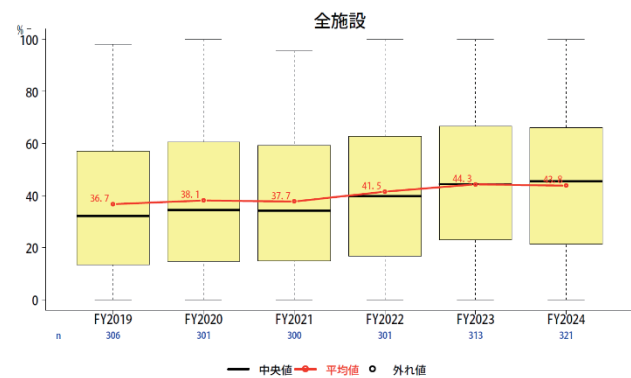
より高い値が望ましい

結果

a) 大腿骨頸部骨折



b) 大腿骨転子部骨折



考察

<No.28-a 大腿骨頸部骨折の早期手術割合>

1年間の結果は、平均値 32.6% (前年比-0.6)、中央値 30.4% (前年比-2.0)、最大値 100.0% (前年比+8.7)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。まだばらつきはありますが、2019年度と比べると6.7ポイント改善しています。

<No.28-b 大腿骨転子部骨折の早期手術割合>

1年間の結果は、平均値 43.8% (前年比-0.5)、中央値 45.5% (前年比+1.0)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。「大腿骨頸部骨折の早期手術割合」同様、2019年度と比べると7.1ポイント改善しています。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>
2. 「大腿骨頸部/転子部骨折診療ガイドライン 改訂第2版」日本整形外科学会・日本骨折治療学会

No.29 シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性 期予防的制吐剤の投与割合

指標の説明・定義

良好な治療アドヒアランスを得て化学療法を円滑に進めるために、催吐リスクに応じた予防的な制吐剤の使用は重要です。高度の抗がん薬による急性の悪心・嘔吐に対しては、NK1 受容体拮抗薬と 5HT3 受容体拮抗薬およびデキサメタゾンを併用することが推奨されています（グレード A 一般社団法人 日本癌治療学会編 制吐薬適正使用ガイドライン 2015 年 10 月【第 2 版】）。

シスプラチンは「高度催吐性リスク」に分類されており、本指標には、この 3 剤の制吐剤が利用されているかどうかを測定しています。

分 子: 分母の実施日の前日または当日に、5HT3 受容体拮抗薬、NK1 受容体拮抗薬およびデキサメタゾンの 3 剤すべてを併用した数

分 母: 入院にてシスプラチンを含む化学療法を受けた 18 歳以上の患者の実施日数

収集期間: 4～6 月分、7～9 月分、10～12 月分、1～3 月分

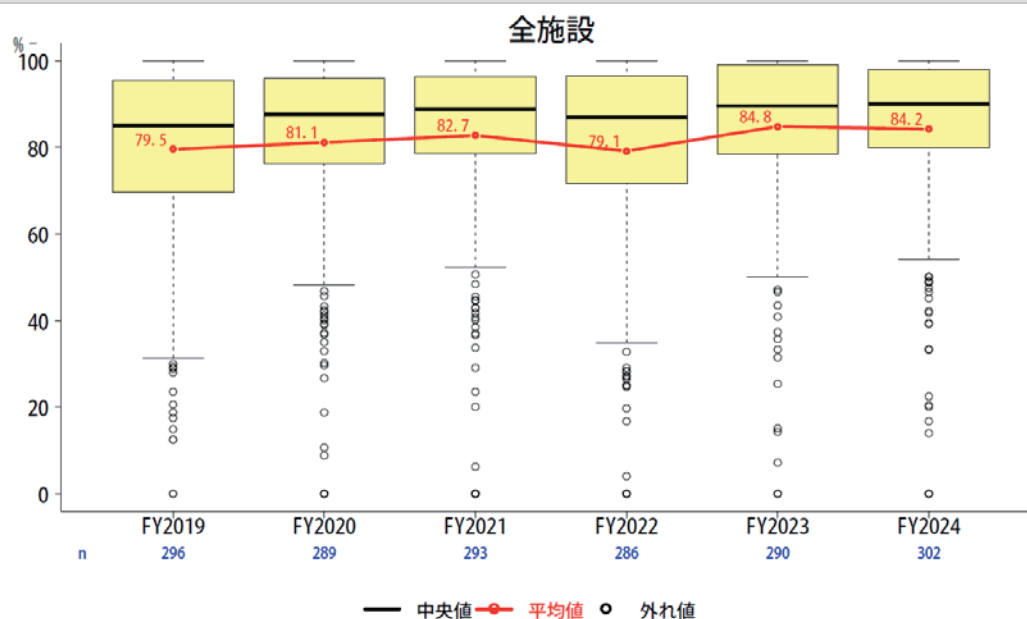
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 84.2% (前年比-0.7)、中央値 90.0% (前年比+0.4)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

2019年度から新しく採用した項目で、2022年度にやや下降しましたが、2023年度、2024年度は値が改善しました。その理由として、2023年10月時点では、新薬のホスネツピタントは、制吐剤適正使用ガイドライン 2015年10月【第2版】には記載されていませんでしたが、添付文書および臨床試験(国内10057030試験)を参照し、NKI受容体拮抗薬の一つとして分子測定に含めることにしたことが挙げられます。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>
2. 「制吐薬適正使用ガイドライン 2015年10月【第2版】」日本癌治療学会

No.30 抗 MRSA 薬投与に対して、薬物血中濃度を測定された症例の割合

指標の説明・定義

有効血中濃度の維持および副作用の抑制に、治療薬物モニタリング (TDM) が重要となる抗 MRSA 薬の使用に際した、TDM の実施を測定する指標です。

バンコマイシンのほか、テイコプラニン、アルベカシンについて 4 日以上投与のある症例を TDM の実施が必要あるいは望ましい症例として設定しました。

分子: 分母のうち、薬物血中濃度を測定された症例数

分母: TDM を行うべき抗 MRSA 薬を投与された症例数

収集期間: 4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分

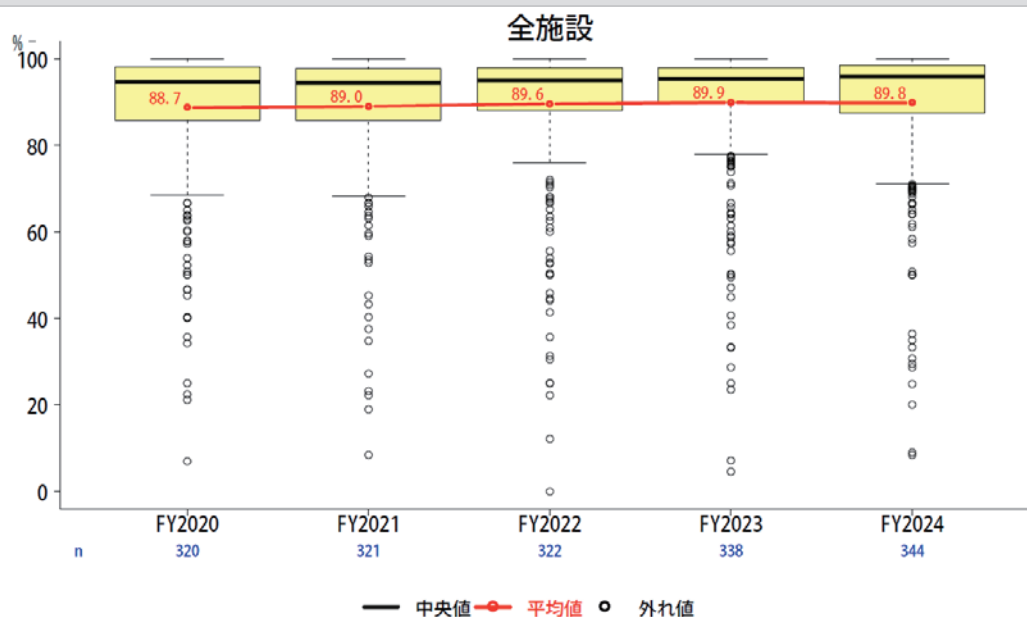
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1 年間の結果は、平均値 89.8% (前年比-0.1)、中央値 95.8% (前年比+0.5)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 8.5% (前年比+3.9) でした。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

No.31-a 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の有る医療機関)

No.31-b 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の無い医療機関)

指標の説明・定義

厚生労働省の医療の質の評価・公表等推進事業における共通指標にも採用され、2019年度まで測定していた指標の改訂版です。本プロジェクト参加施設からの希望により、薬剤師の病棟薬剤業務の有無により病院を分けた指標として再定義しました。

薬剤師の薬学的管理指導は、医療の質改善につながります。また、服薬指導により薬物療法に対する安全性や有用性を患者が認識すれば、アドヒアランスの向上(患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定によって治療を受けること)に繋がると期待されています。

分子: 分母のうち、薬剤管理指導を受けた患者数

分母: 入院患者数

収集期間: 4~6月分、7~9月分、10~12月分、1~3月分

使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

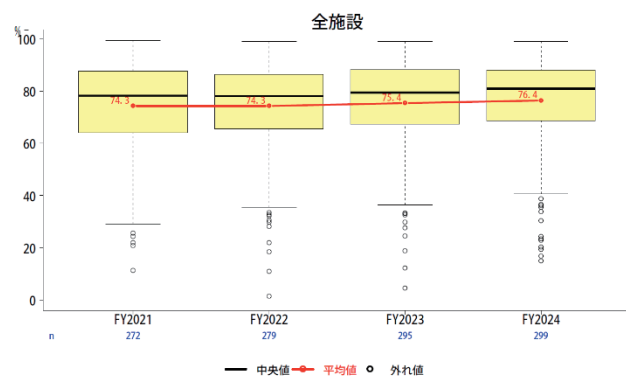
指標の種類・値の解釈

プロセス

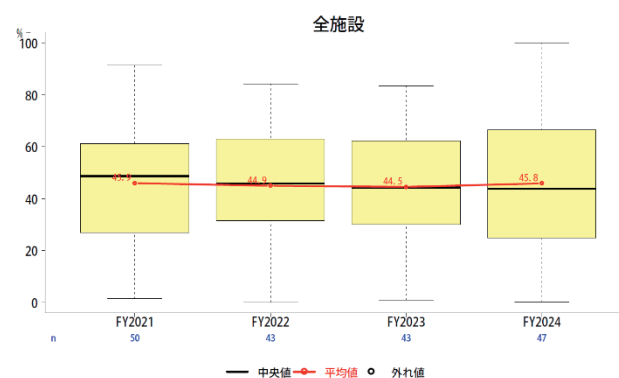
より高い値が望ましい

結果

a) 病棟薬剤業務実施加算の有る



b) 病棟薬剤業務実施加算の無い



考察

<No.31-a 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の有る医療機関)>

1年間の結果は、平均値 76.4%(前年比+1.0)、中央値 81.0%(前年比+1.5)、最大値 99.1%(前年比+0.1)、最小値 15.0%(前年比+10.5)でした。

<No.31-b 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の無い医療機関)>

1年間の結果は、平均値 45.8%(前年比+1.2)、中央値 43.7%(前年比-1.5)、最大値 100.0%(前年比+16.6)、最小値 0.2%(前年比-0.6)でした。

2021年度から新しく採用した項目ですが、大きな変化はありませんでした。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

No.32 アスピリン内服患者の退院時酸分泌抑制薬 (PPI/H2RA) 処方率

指標の説明・定義

消化性潰瘍診療ガイドライン 2015 第 2 版では、「低用量アスピリン (LDA) による消化性潰瘍の発生頻度、有病率の抑制には酸分泌抑制薬が有効である (エビデンスレベル A) ので行うように推奨する (推奨の強さ I)」とあり、この推奨をもとにより望ましいプラクティスとして指標を策定しました。

ただし、消化性潰瘍診療ガイドライン 2020 で示されるように、一次予防での PPI/H2RA 投薬は保険適用外となるため、指標の活用時にはこの矛盾にも留意する必要があります。

分 子: 分母のうち、退院時に酸分泌抑制薬 (PPI/H2RA) が退院時に処方された症例数

分 母: 退院時にアスピリン内服薬が処方されている 18 歳以上の患者数

収集期間: 4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分

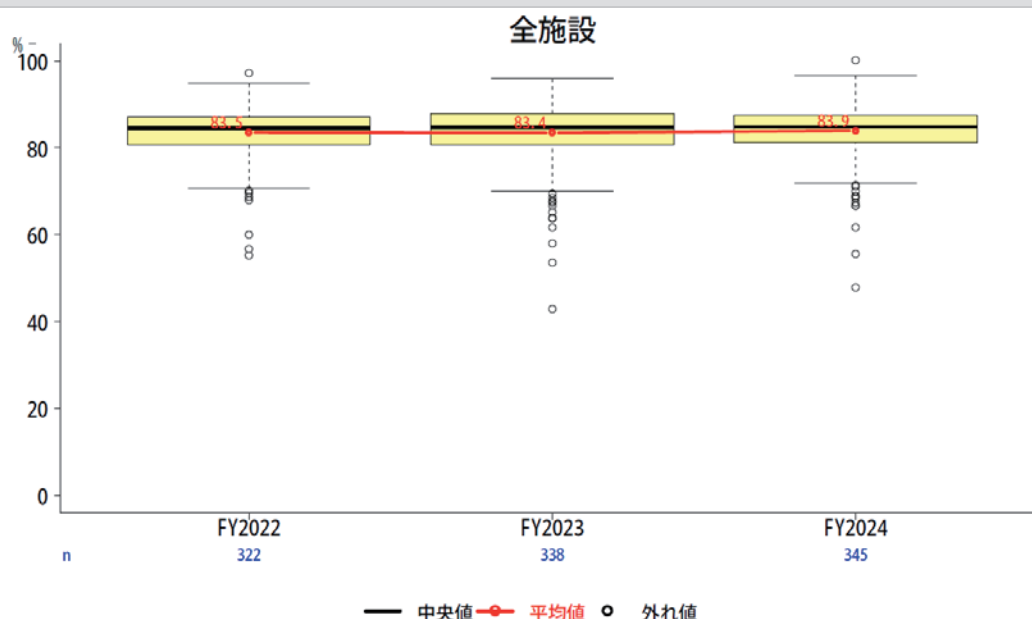
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

1 年間の結果は、平均値 83.9% (前年比+0.5)、中央値 84.8% (前年比+0.1)、最大値 100.0% (前年比+4.1)、最小値 47.8% (前年比+5.0) でした。

2022 年度から新しく採用した項目ですが、大きな変化はありませんでした。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

精神病床向けの指標

No.1 紹介率

No.2 逆紹介率

指標の説明・定義

紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関から紹介されて来院した患者の割合です。一方、逆紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関へ紹介した患者の割合です。高度な医療を提供する医療機関にだけ患者が集中することを避け、症状が軽い場合は「かかりつけ医」を受診し、そこで必要性があると判断された場合に高い機能を持つ病院を紹介受診する、そして治療を終え症状が落ち着いたら、「かかりつけ医」へ紹介し、治療を継続または経過を観察する、これを地域全体として行うことで、地域の医療連携を強化し、切れ間のない医療の提供を行います。つまり、紹介率・逆紹介率の数値は、地域の医療機関との連携の度合いを示す指標です。

分子： No.01) 紹介患者数
No.02) 逆紹介患者数

分母： 初診患者数

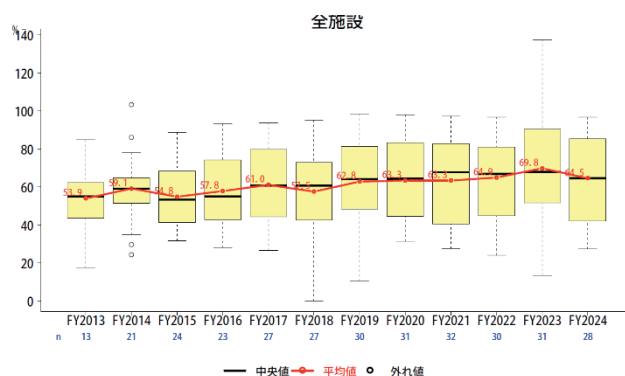
収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

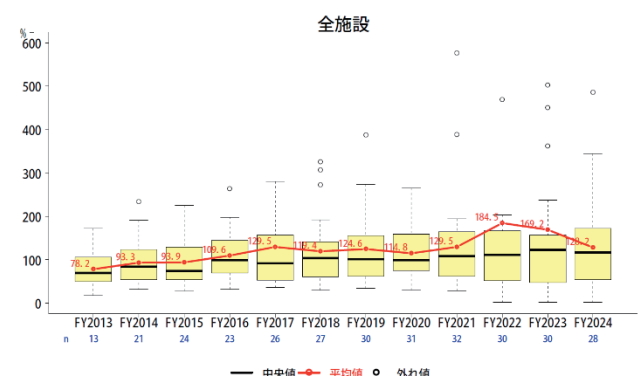
プロセス

結果

紹介率



逆紹介率



考察

<No.1 紹介率>

今回、提出がなかったのは 15 施設で、提出割合は 65.1% (28/43, 前年比-8.7) でした。1 年間の結果は、平均値 64.5% (前年比-5.3)、中央値 64.6% (前年比-3.3)、最大値 96.6% (前年比-40.9)、最小値 27.3% (前年比+13.9) でした。測定を開始した 2012 年度以降徐々に値が上がってきていますが、ばらつきも大きくなっています。値が上がってきている傾向から地域の医療機関との連携は高まっていると考えられます。

<No.2 逆紹介率>

今回、提出がなかったのは 15 施設で、提出割合は 65.1% (28/43, 前年比-6.3) でした。1 年間の結果は、平均値 128.2% (前年比-41.0)、中央値 116.8% (前年比-5.3)、最大値 485.7% (前年比-656.3)、最小値 1.6% (前年比±0) でした。2022 年度、2023 年度は、平均値と中央値に乖離がありましたが、2024 年度はあまり大きな差はありませんでした。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

No.3-a 入院患者の転倒・転落発生率

No.3-bc 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

No.3-d 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

指標の説明・定義

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくありません。原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがあります。

転倒・転落の指標としては、転倒・転落によって患者に傷害が発生した損傷発生率と、患者への傷害に至らなかった転倒・転落事例の発生率との両者を指標とすることに意味があります。転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくとも、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。転倒・転落の損傷レベルについては The Joint Commission の定義を使用しています。

2019年度から65歳以上の転倒・転落発生率を採用しました。この指標は The Australian Council on Healthcare Standards(ACHS)の Inpatient falls-patients 65 years and older に準拠した定義です。

分子:	No.3-a) 入院中の患者に発生した転倒・転落件数 No.3-b) 入院中の患者に発生した 損傷レベル 2 以上 の転倒・転落件数 No.3-c) 入院中の患者に発生した 損傷レベル 4 以上 の転倒・転落件数 No.3-d) 65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数
分母:	入院患者延べ数(人日) ※No.3-dは65歳以上の入院患者延べ数(人日)
分子包含:	介助時および複数回の転倒・転落
分子除外:	学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落
収集期間:	1ヶ月毎
調整方法:	% (パーミル: 1000分の1を1とする単位)

<損傷レベル>

1	なし	患者に損傷はなかった
2	軽度	包帯、氷、創傷洗浄、四肢の挙上、局所薬が必要となった、あざ・擦り傷を招いた
3	中軽度	縫合、ステリー・皮膚接着剤、副子が必要となった、または筋肉・関節の挫傷を招いた
4	重度	手術、ギプス、牽引、骨折を招いた・必要となった、または神経損傷・身体内部の損傷の診察が必要となった
5	死亡	転倒による損傷の結果、患者が死亡した
6	UTD	記録からは判定不可能

- ① 最初の転倒・転落報告が記載される時には、損傷の程度がまだ不明かもしれない。転倒24時間後の患者の状態をフォローアップする方法を決める必要がある。
- ② 患者が転倒24時間以内に退院する場合は、退院時の損傷レベルを判断する。
- ③ X線、CTスキャン、またはその他の放射線学的評価により損傷の所見がなく、治療もなく、損傷の兆候及び症状もない場合は、“1_なし”を選択する。
- ④ 凝固障害のある患者で、転倒の結果血液製剤を受ける場合は、“4_重度”を選択する。

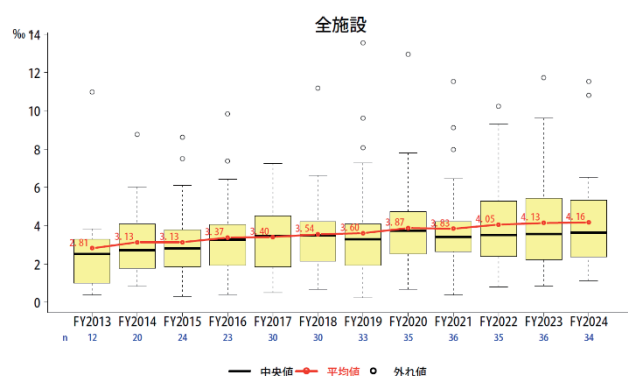
指標の種類・値の解釈

アウトカム

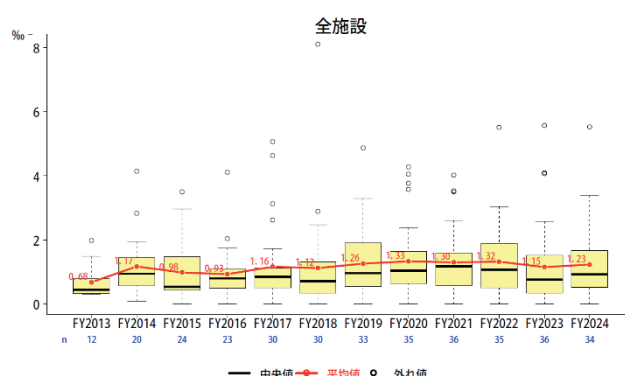
より低い値が望ましい

結果

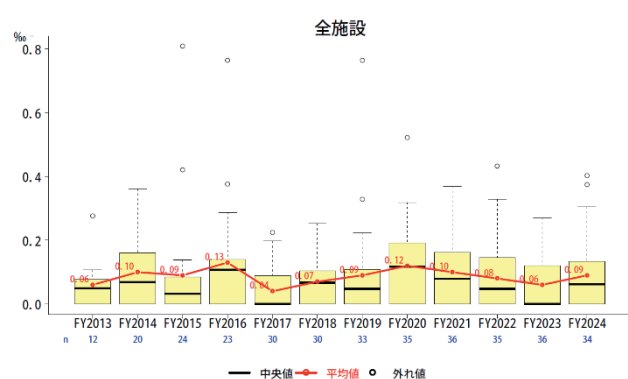
入院患者の転倒・転落発生率



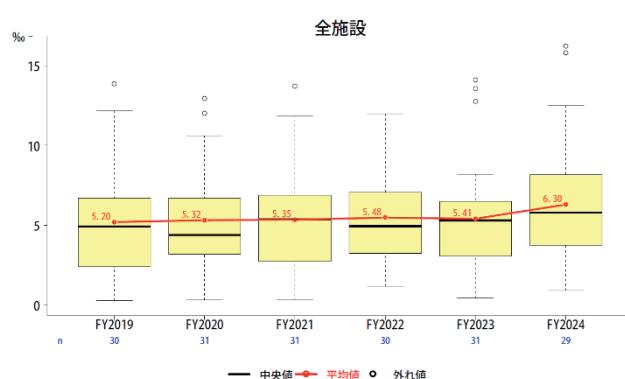
入院患者の転倒・転落による損傷発生率 (損傷レベル2以上)



入院患者の転倒・転落による損傷発生率 (損傷レベル4以上)



65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率



考察

今回、提出がなかったのは入院患者全体では9施設で、提出割合は79.1% (34/43, 前年比-6.6)、65歳以上では14施設で、提出割合は67.4% (29/43, 前年比-6.4)でした。転倒転落発生率の1年間の結果は、平均値4.16‰ (前年比+0.03)、中央値3.63‰ (前年比+0.08)、最大値11.52‰ (前年比-0.19)、最小値1.11‰ (前年比+0.26)、損傷発生率 (損傷レベル2以上)の1年間の結果は、平均値1.23‰ (前年比+0.08)、中央値0.92‰ (前年比+0.16)、最大値5.52‰ (前年比-0.05)、最小値0.00‰ (前年比±0)、損傷発生率 (損傷レベル4以上)の1年間の結果は、平均値0.09‰ (前年比+0.03)、中央値0.06‰ (前年比+0.06)、最大値0.40‰ (前年比+0.13)、最小値0.00‰ (前年比±0)でした。

65歳以上の転倒転落発生率は、平均値6.31‰ (前年比+0.90)、中央値5.80‰ (前年比+0.49)、最大値16.19‰ (前年比+2.11)、最小値0.94‰ (前年比+0.49)でした。

精神科では薬の影響もあり、一般病床と比べて転倒転落発生率は高い傾向にあります。一般病床と比べると参加施設が多くないためばらつきがみられます。転倒転落発生率の平均値は年々上がっていますが、中央値はほぼ横ばいです。また、65歳以上の転倒転落発生率は転倒転落発生率全体より高いですが、平均値と中央値の大きな経年変化はありませんでしたが、2024年度はやや増加しました。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf> 2016/10/15 available)
3. 厚生労働科学研究費補助金事業 (医療安全・医療技術評価総合研究事業) 平成16-18年度「医療安全のための教材と教育方法の開発に関する研究」班研究報告書 別冊『転倒・転落対策のガイドライン』(主任研究者:上原鳴夫)
4. Healey F, Scobie S, Glampson B, Pryce A, Joule N, Willmott M. Slips, trips and falls in hospital. London: NHS 2007;1.
5. Montalvo I. " The National Database of Nursing Quality Indicators TM (NDNQI(R)). OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 2007;12.

No.4 身体拘束率

指標の説明・定義

精神保健福祉法において、身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとされています。施設や医療機関などで、患者を、「治療の妨げになる行動がある」、あるいは「事故の危険性がある」という理由で、安易にひもや抑制帯、ミトンなどの道具を使用して、患者をベッドや車椅子に縛ったりする身体拘束、身体抑制は慎むべきものです。

2023年度までは「身体抑制率」と表記していましたが、公益財団法人 日本医療機能評価機構で行われている医療の質可視化プロジェクトでの指標名と合わせることにし、2024年度からは「身体拘束率」と表記することにしました。

分子： 分母のうち（物理的）身体拘束を実施したのべ患者日数（device days）

分母： 病床入院のべ患者日数（patient days）

収集期間： 1ヶ月毎

下記項目のうち1～9の項目に準拠する項目を物理的身体拘束と定義する。

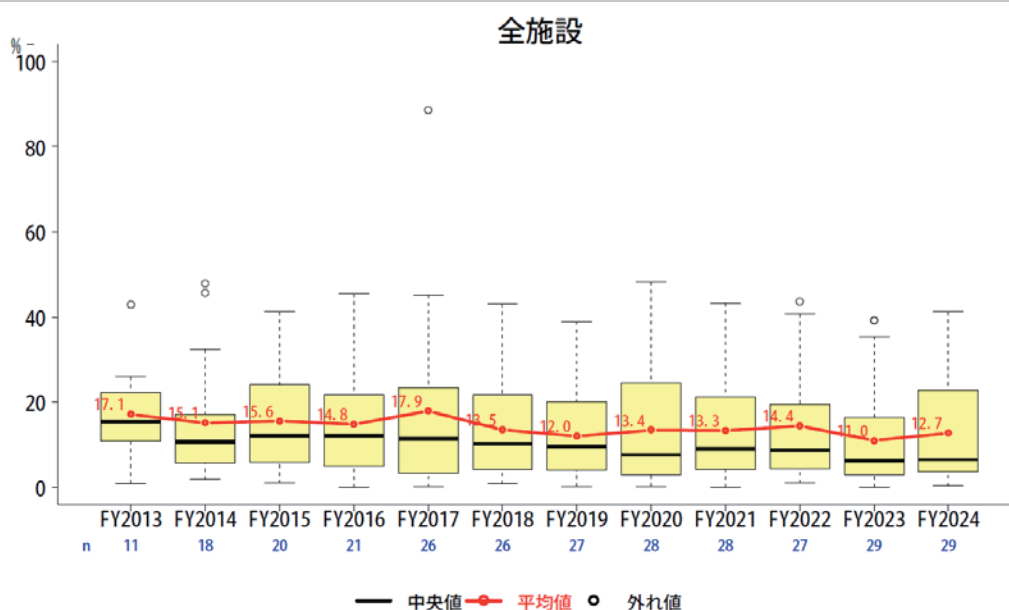
- 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 2) 転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。
- 3) 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
- 4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- 5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- 6) 車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- 8) 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
- 9) 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 10) 行動を落ち着かせるために、向神経薬を過剰に服用させる。
- 11) 自分の意志であけることの出来ない居室等に隔離する。

指標の種類・値の解釈

プロセス

より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは14施設で、提出割合は67.4% (29/43, 前年比-1.6) でした。1年間の結果は、平均値12.7% (前年比+1.7)、中央値6.5% (前年比+0.3)、最大値41.2% (前年比+2.0)、最小値0.3% (前年比+0.3) で、測定を開始した2012年度以降、平均値は11~18%で推移しています。

中央値はやや下がっており、値のばらつきも小さくなっているため各病院における行動制限最小化の取り組みの成果が表れていると考えられます。

参考文献

1. 文献 HBIPS-2 Hours of physical restraint use. Joint Commission National Quality Core Measures
2. 厚生労働省 身体拘束ゼロ作戦推進会議 「身体拘束ゼロへの手引き」

No.5 在宅復帰率

指標の説明・定義

在宅復帰率は、診療報酬上「他の保険医療機関へ転院した者等を除く者」として定められている患者の割合です。介護老人保健施設、医療療養病床や介護療養病床は除かれ、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く)、地域密着型介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、特定施設、指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る)、グループホーム(認知症対応型グループホーム)、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅などに入居する者が含まれます。

本指標は、精神病床を対象に、在宅復帰となった患者の割合をみています。

分子： 在宅退院患者数

分母： 全退院患者数

分子包含： 在宅医療機関へ転院等した患者数

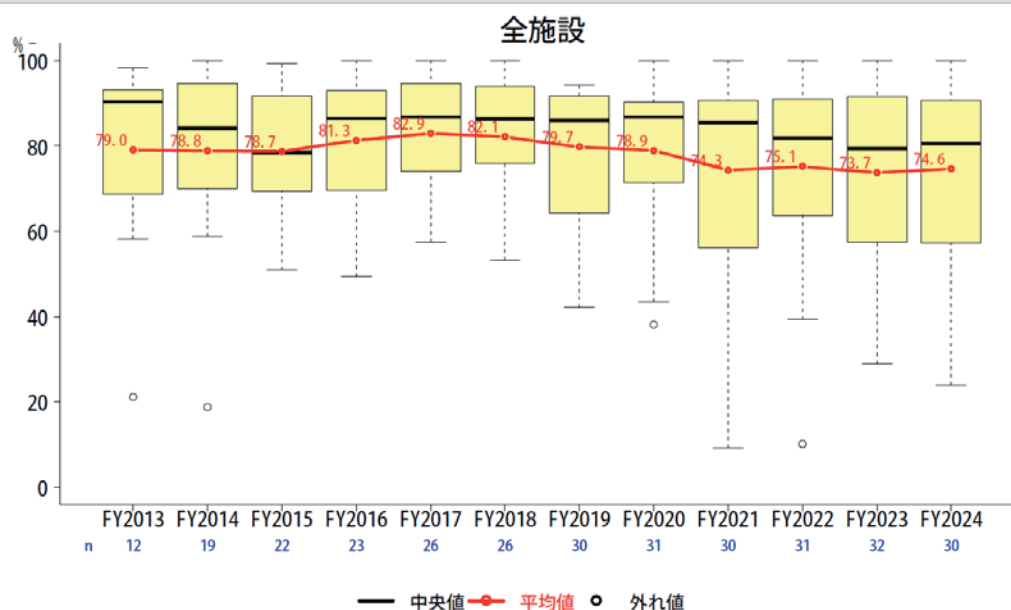
分母除外： 死亡退院患者数、在宅退院希望ではない患者数

収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

結果



考察

今回、提出がなかったのは13施設で、提出割合は69.8% (30/43, 前年比-7.7) でした。

1年間の結果は、平均値 74.6% (前年比+1.0)、中央値 80.5% (前年比+1.2)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 23.9% (前年比-5.1) でした。

2021年度から平均値、中央値ともに低下してきています。この理由として、2021年度～2022年度は新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) の流行に伴い、施設等の入居が難しいケースや一般病床への転院が増加したことが考えられます。2023年度以降も新型コロナウイルス感染症の影響があったと考えられますが、どのように変化していくかは、もう少し継続して測定していく必要があります。

参考文献

No.6-a 新規圧迫創傷(褥瘡)発生率

No.6-b 新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPI)発生率

No.6-c 持ち込み圧迫創傷(褥瘡)率

指標の説明・定義

褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の一つとなっています。褥瘡は患者のQOLの低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治療が長期に及ぶことによって、結果的に在院日数の長期化や医療費の増大にもつながります。そのため、褥瘡予防対策は、提供する医療の重要な項目の一つにとらえられ、1998年からは診療報酬にも反映されています。

褥瘡発生率として、分母の定義「同日入退院患者または褥瘡持込患者または調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く入院患者延べ数(人日)」、分子の定義「d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数」を、プロジェクト開始当初から測定してきましたが、参加施設へのアンケート調査においても、算出が難しい指標の一つであったため、パイロット調査を行い、新たな定義を策定し、2023年度より測定を開始しました。

本プロジェクトの定義は、圧迫創傷の持ち込みや調査期間以前の圧迫創傷の発生に関わらず、入院患者全体のうちのどのくらい圧迫創傷が新規に発生しているかを見るもので、圧迫創傷ケアの質を評価するものです。また、持ち込み圧迫創傷率は改善することが一般に困難な指標であり、圧迫創傷を持ち込む新規入院患者が入院患者のうち、どの程度かをみるものです。

<No.6-a>

分 子： 調査期間中に d2(真皮までの損傷)以上の院内新規圧迫創傷発生患者数

分 母： 調査期間初日(0時時点)の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

<No.6-b>

分 子： 調査月の新規医療関連機器圧迫創傷(Medical Device Related Pressure Injury : MDRPI)発生患者数

分 母： 調査期間初日(0時時点)の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

<No.6-c>

分 子： 入院後 24 時間以内に圧迫創傷発生の記録がある患者数

分 母： 調査期間に新たに入院した患者数

<Depth (深さ)>

d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷
D5	関節腔、体腔に至る損傷
DTI	深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い
U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能

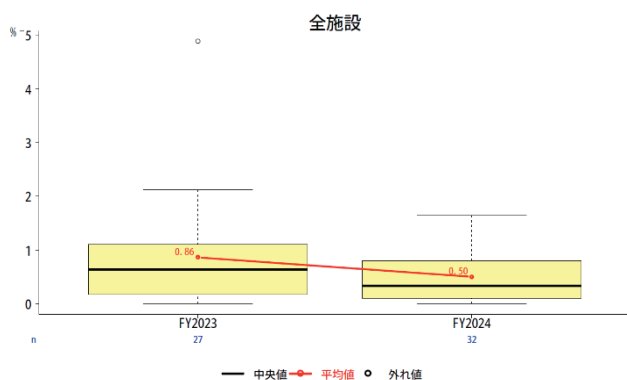
指標の種類・値の解釈

アウトカム

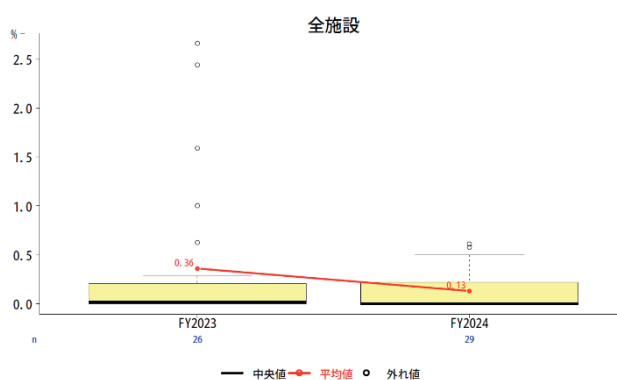
より低い値が望ましい

結果

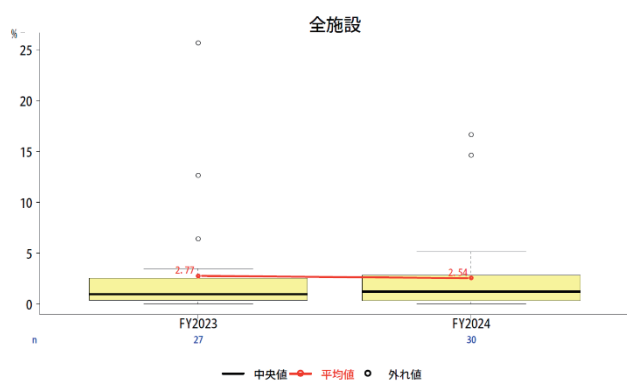
新規圧迫創傷 (褥瘡) 発生率



新規医療関連機器圧迫創傷 (MDRPI) 発生率



持ち込み圧迫創傷 (褥瘡) 率



考察

<No.7-a 新規圧迫創傷(褥瘡)発生率>

今回、提出がなかったのは11施設で、提出割合は74.4%(32/43,前年比+10.1)でした。

1年間の結果は、平均値0.50%(前年比-0.36)、中央値0.33%(前年比-0.31)、最大値1.64%(前年比-3.24)、最小値0.00%(前年比±0)でした。

<No.7-b 新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPI)発生率>

今回、提出がなかったのは14施設で、提出割合は67.4%(29/43,前年比+5.5)でした。

1年間の結果は、平均値0.13%(前年比-0.24)、中央値0.00%(前年比-0.02)、最大値0.61%(前年比-2.05)、最小値0.00%(前年比±0)でした。

<No.7-c 持ち込み圧迫創傷(褥瘡)率>

今回、提出がなかったのは13施設で、提出割合は69.8%(30/43,前年比+5.5)でした。

1年間の結果は、平均値2.54%(前年比-0.23)、中央値1.24%(前年比+0.28)、最大値16.67%(前年比-8.97)、最小値0.00%(前年比±0)でした。

2023年度から新しく採用した項目のため、今後どのように変化していくか継続してみたい予定です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. 「看護ケアの質の評価基準に関する研究」:1993年文部科学研究、主任研究者片田範子
3. American Nurses Credentialing Center: Magnet Recognition Program,2005
4. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf> 2016/10/15 available)
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pressure Ulcer Prevention: Quick Reference Guide.(Internet: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/> 2016/10/15 available)
6. 日本褥瘡学会編; 褥瘡予防・管理ガイドライン.(Internet: http://minds.jcqhc.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html 2016/10/15 available)
7. 厚生労働省 平成29年度医療の質の評価・公表等推進事業 共通指標セット (<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000166331.html> 2021/05/18 available)
8. 編集 一般社団法人日本褥瘡学会. 褥瘡状態評価スケール 改定 DESIGN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント. (http://www.jspu.org/jpn/member/pdf/design-r2020_doc.pdf 2021/05/19 available)

No.7 90日以内の退院患者率

指標の説明・定義

精神疾患の中には、長期の入院治療を必要とするものもあります。一方、入院期間が長期化した場合には、退院後の社会生活に支障をきたす場合もあります。一定の期間での退院、社会復帰を目指すことを指標値としたものです。重度かつ慢性患者を数多く担当している病院では値が低くなる場合があります。

測定し、要因を見つけ改善策を講じることで、長期入院患者の改善が期待できます。

分子: 退院日が調査期間に含まれる患者で、退院日-入院日 ≤ 90 の精神科退院患者数

分母: 調査期間の精神科退院患者数

分子補足: 総合病院有床精神科において精神科とそれ以外で転科をした場合も対象とし、その場合には精神科のみの在院日数で判断する

分母補足: 複数回入院した場合はその都度カウントする
精神科から他診療科への転科もカウントする

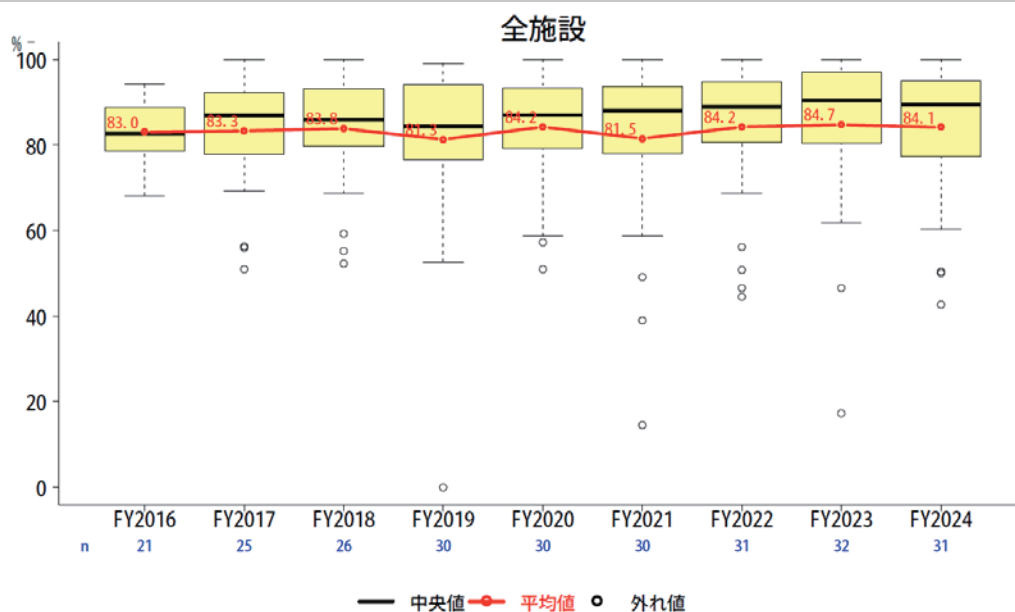
収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは12施設で、提出割合は72.1% (31/43, 前年比-4.1) でした。1年間の結果は、平均値84.1% (前年比-0.7)、中央値89.5% (前年比-0.9)、最大値100.0% (前年比±0)、最小値42.6% (前年比+25.4) で、測定を開始した2016年度以降、平均値は81~85%で推移しています。

参考文献

1. 公益社団法人 全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業(Internet:
<https://www.jmha.or.jp/jmha/contents/info/832017/12/05> available)

No.8 再入院率

指標の説明・定義

精神疾患の中には、複数回の入院治療を必要とするものもあります。病状の安定化を図り、再入院を避けることを指標値としたものです。重度かつ慢性患者を数多く担当している病院では値が低くなることがあります。測定し、要因を見つけ改善策を講じることで、地域定着の向上が期待できます。

分子： 調査期間に精神科に新規入院した患者のうち、今回の入院日から90日以内に自院精神科の入院歴のある患者数

➤ 今回入院日-前回退院日 \leq 90日

分母： 調査期間の病院全体の新入院患者数

分母補足： 他診療科から精神科への転科もカウントする

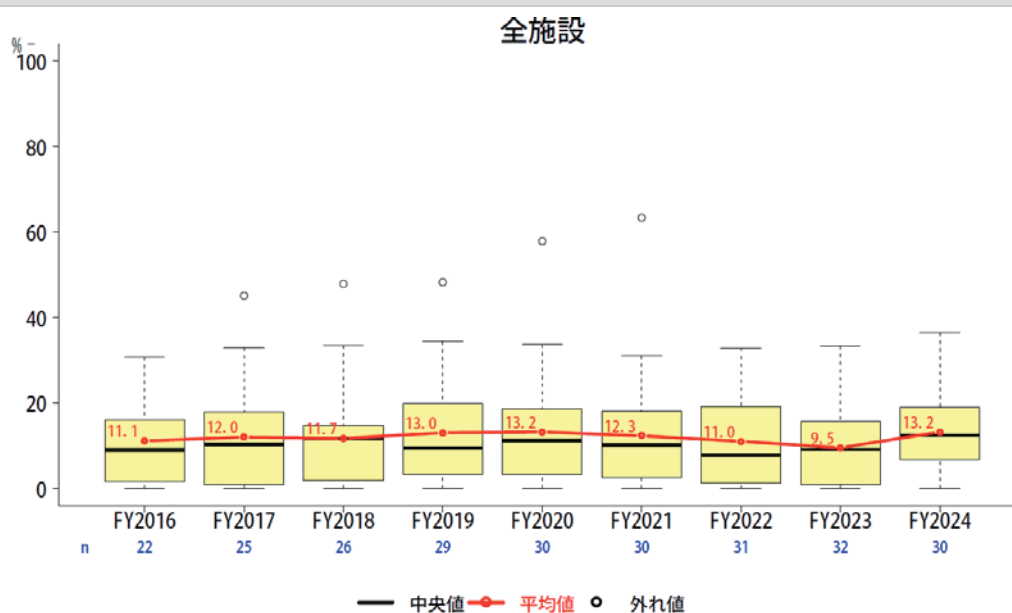
収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは13施設で、提出割合は69.8%(30/43, 前年比-6.4)でした。1年間の結果は、平均値13.2%(前年比+3.7)、中央値12.4%(前年比+3.3)、最大値36.4%(前年比+3.1)、最小値0.0%(前年比±0)で、測定を開始した2016年度以降、平均値は9.5~13%で推移しています。

参考文献

1. 公益社団法人 全国自治体病院協議会 医療の質の評価・公表等推進事業(Internet:
<https://www.jmha.or.jp/jmha/contents/info/83> 2017/12/05 available)

No.9 平均在院日数（医療観察法病棟を除く）

指標の説明・定義

精神疾患の中には、長期の入院治療を必要とするものもあります。一方、入院期間が長期化した場合には、退院後の社会生活に支障をきたす場合もあります。一定の期間での退院、社会復帰を目指すことを指標値としたものです。重度かつ慢性患者を数多く担当している病院では日数が長くなることがあります。

測定し、要因を見つけ改善策を講じることで、長期入院患者の改善が期待できます。

分子： 1 か月間の在院患者延べ日数

分母： (1 か月間の新入棟患者数+1 か月間の新退棟患者数)/2

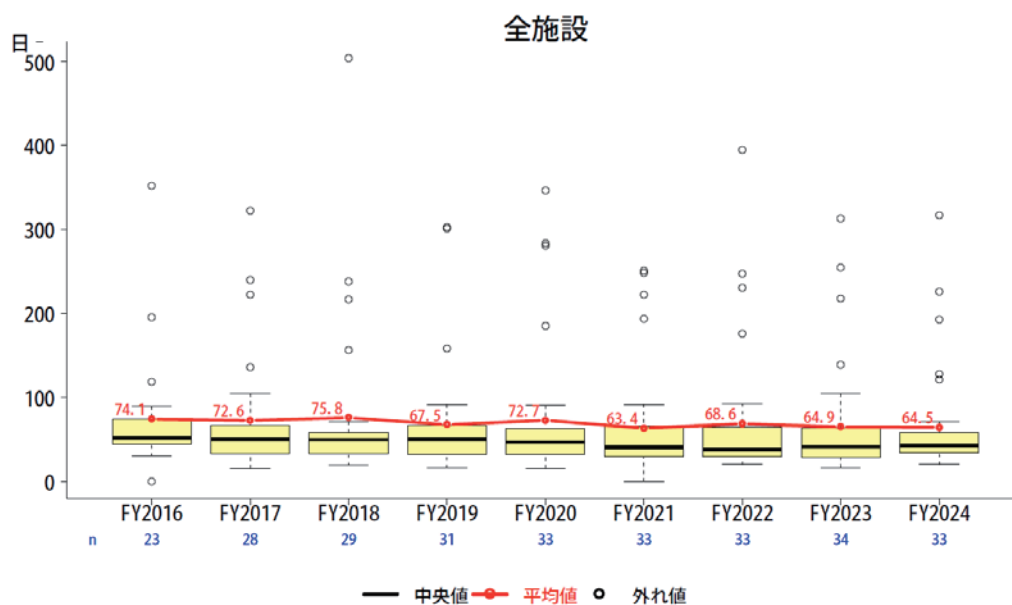
収集期間： 1 ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 10 施設で、提出割合は 76.7% (33/43, 前年比-4.3) でした。1 年間の結果は、平均値 64.5 日 (前年比-0.4)、中央値 42.8 日 (前年比+1.7)、最大値 316.5 日 (前年比+3.3)、最小値 20.0 日 (前年比+3.0) で、測定を開始した 2016 年度以降、平均値は 63~75 日で推移しています。

参考文献

No.10-a 外来:この病院について総合的にはどう思われますか?(満足)

No.10-b 外来:この病院について総合的にはどう思われますか?(満足・やや満足)

No.10-c 外来:診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか?

No.10-d 外来:診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか?

指標の説明・定義

受けた治療の結果、入院期間、安全な治療に対する患者の満足度をみることは、医療の質を測るうえで直接的な評価指標の重要な一つです。2017年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」で出された共通QIセットの項目で、2019年度から採用した項目です。

「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問で「満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満、不満」の5段階評価としています。同様に、「診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか?」の設問で「十分だった、まあまあ十分だった、あまり十分ではなかった、十分ではなかった、説明を受けていない」の5段階評価で、分子は「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した患者数、「診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか?」の設問で「十分に伝えられた、まあまあ伝えられた、あまり伝えられなかった、まったく伝えられなかった、疑問や意見は特になかった」の5段階評価で、分子は「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した患者数としています。

<この病院について総合的にはどう思われますか?>

分 子: No.10-a)分母のうち「満足」と回答した外来患者数

No.10-b)分母のうち「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数

分 母: 外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

<No.10-c 診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか?>

分 子: 分母のうち「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した外来患者数

分 母: 外来患者への満足度調査項目「診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか?」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

<No.10-d 診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか?>

分 子: 分母のうち「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した外来患者数

分 母: 外来患者への満足度調査項目「診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか?」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

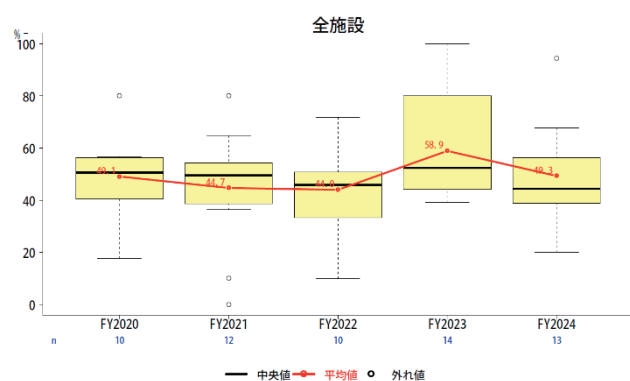
指標の種類・値の解釈

アウトカム

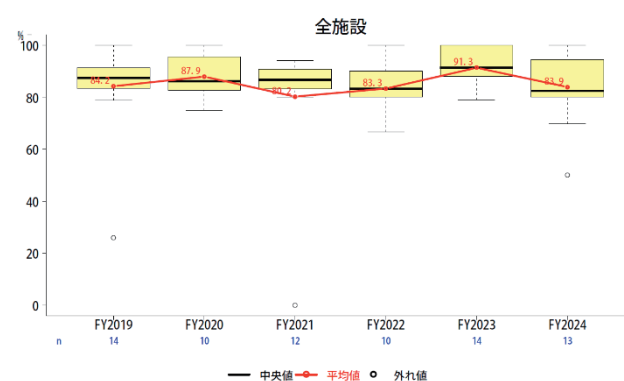
より高い値が望ましい

結果

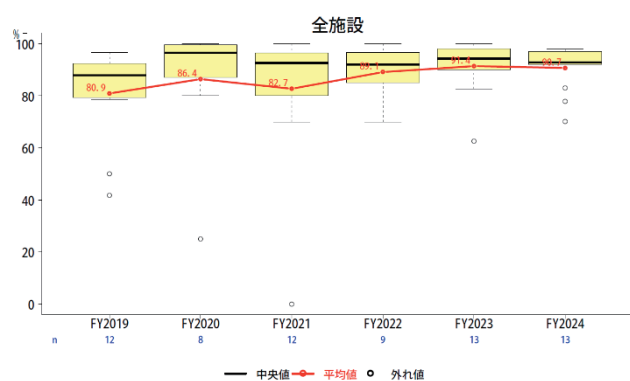
a) 総合評価(満足)



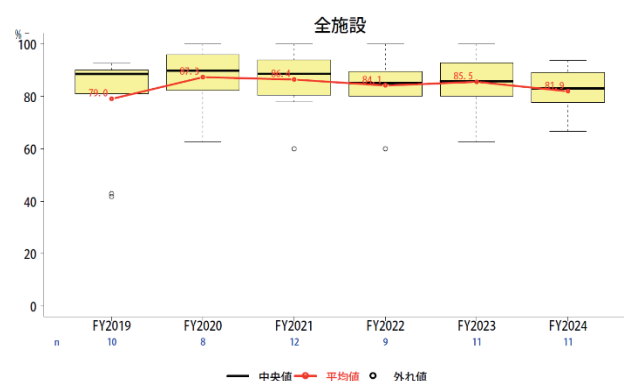
b) 総合評価(満足・やや満足)



c) 医師からの説明



d) 医師への意見



考察

<No.10-a, b この病院について総合的にはどう思われますか?>

今回、提出がなかったのは30施設で、提出割合は30.2% (13/43, 前年比-3.1) でした。

満足のみ1年間の結果は、平均値49.3% (前年比-9.6)、中央値44.4% (前年比-7.9)、最大値94.3% (前年比-5.7)、最小値20.0% (前年比-19.1)、満足またはやや満足の1年間の結果は、平均値83.9% (前年比-7.3)、中央値82.4% (前年比-9.0)、最大値100.0% (前年比±0)、最小値50.0% (前年比-29.0) でした。

<No.10-c 診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか?>

今回、提出がなかったのは30施設で、提出割合は30.2% (13/43, 前年比-0.8) でした。

1年間の結果は、平均値90.7% (前年比-0.7)、中央値92.9% (前年比-1.4)、最大値97.9% (前年比-2.1)、最小値70.0% (前年比+7.5) でした。

<No.10-d 診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか?>

今回、提出がなかったのは32施設で、提出割合は25.6%(11/43,前年比-0.6)でした。

1年間の結果は、平均値81.9%(前年比-3.6)、中央値83.1%(前年比-2.7)、最大値93.8%(前年比-6.3)、最小値66.7%(前年比+4.2)でした。

外来満足度については半数以上の施設が提出できていませんが、医師からの説明は、2019年度と比べると9.8ポイント増加しています。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

No.11-a 入院:この病院について総合的にはどう思われますか?(満足)

No.11-b 入院:この病院について総合的にはどう思われますか?(満足・やや満足)

No.11-c 入院:入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について説明は十分でしたか?

No.11-d 入院:入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか?

指標の説明・定義

受けた治療の結果、入院期間、安全な治療に対する患者の満足度をみることは、医療の質を測るうえで直接的な評価指標の重要な一つです。2017年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」で出された共通QIセットの項目で、2019年度から採用した項目です。

「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問で「満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満、不満」の5段階評価としています。同様に、「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師から受けた説明は十分でしたか?」の設問で「十分だった、まあまあ十分だった、あまり十分ではなかった、十分ではなかった、説明を受けていない」の5段階評価で、分子は「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した患者数、「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか?」の設問で「十分に伝えられた、まあまあ伝えられた、あまり伝えられなかった、まったく伝えられなかった、疑問や意見は特になかった」の5段階評価で、分子は「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した患者数としています。

<この病院について総合的にはどう思われますか?>

分 子: No.11-a) 分母のうち「満足」と回答した入院患者数

No.11-b) 分母のうち「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数

分 母: 入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

<No.11-c 入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について説明は十分でしたか?>

分 子: 分母のうち「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した入院患者数

分 母: 入院患者への満足度調査項目「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師から受けた説明は十分でしたか?」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

<No.11-d 入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか?>

分 子: 分母のうち「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した入院患者数

分 母: 入院患者への満足度調査項目「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか?」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

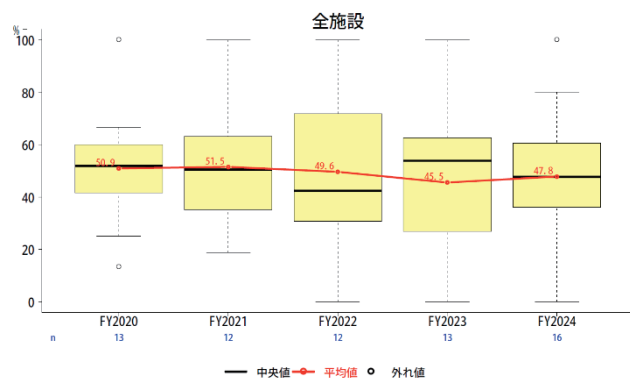
指標の種類・値の解釈

アウトカム

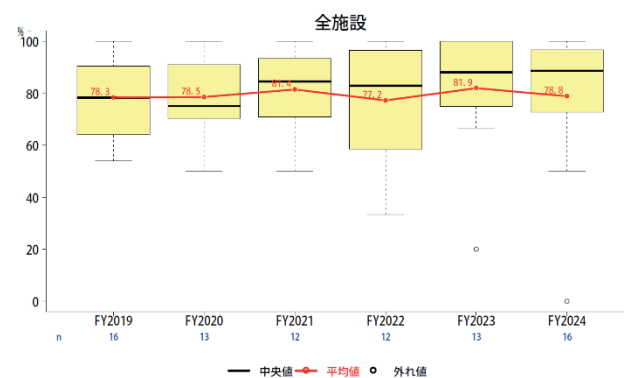
より高い値が望ましい

結果

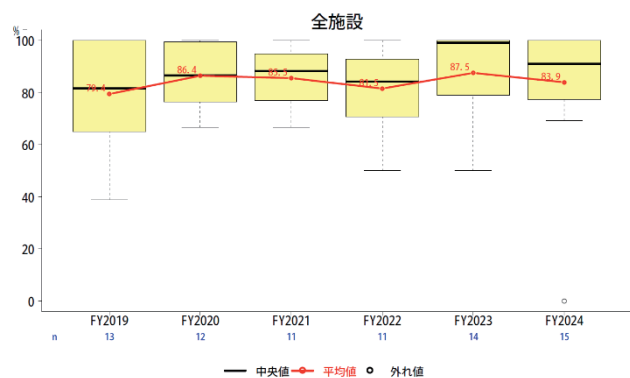
a) 総合評価(満足)



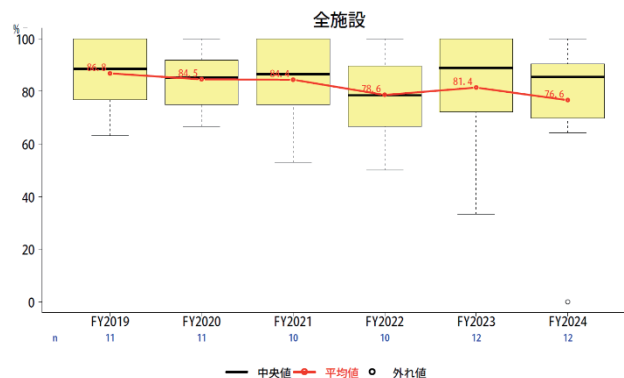
b) 総合評価(満足・やや満足)



c) 医師からの説明



d) 医師への意見



考察

<No.11-a, b この病院について総合的にはどう思われますか?>

今回、提出がなかったのは27施設で、提出割合は37.2%(16/43, 前年比+6.2)でした。

満足のための1年間の結果は、平均値47.8%(前年比+2.3)、中央値47.7%(前年比-6.1)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値0%(前年比±0)、満足またはやや満足の1年間の結果は、平均値78.8%(前年比-3.1)、中央値88.7%(前年比+0.6)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値0.0%(前年比-20.0)でした。

<No.11-c 入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について説明は十分でしたか?>

今回、提出がなかったのは28施設で、提出割合は34.9%(15/43, 前年比+1.6)でした。

1年間の結果は、平均値83.9%(前年比-3.6)、中央値90.9%(前年比-8.1)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値0.0%(前年比+50.0)でした。

<No.11-d 入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか?>

今回、提出がなかったのは31施設で、提出割合は27.9%(12/43, 前年比-0.7)でした。

1年間の結果は、平均値76.6%(前年比-4.8)、中央値85.4%(前年比-3.4)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値0.0%(前年比-33.3)でした。

精神科では強制入院があるため、入院患者満足度は一般病床と比べると低いと考えられます。

入院満足度については半数以上の施設が提出できていません。本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、継続して測定していくことで見えてくると思います。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

No.12-a 1 か月間・100 床当たりのインシデント・アクシデント報告件数

No.12-b 全報告中医師による報告の占める割合

指標の説明・定義

2017年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」で出された共通QIセットの項目で、2019年から採用した項目です。

身体への侵襲を伴う医療行為は常にインシデント・アクシデントが発生する危険があります。その発生をできる限り防ぐことは医療安全の基本です。仮にインシデント・アクシデントが生じてしまった場合、原因を調査し、防止策をとることが求められます。そのためにはインシデント・アクシデントをきちんと報告することが必要です。

2021年度までは「インシデント・アクシデント発生件数」と表記していましたが、2022年度からは「インシデント・アクシデント報告件数」に変更しています。

一般に医師からの報告が少ないことが知られており、この値が高いことは医師の医療安全意識が高い組織の可能性ががあります。

<No.12-a>

分子： 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告件数×100

分母： 許可病床数

備考： インシデント・アクシデント報告とは、インシデント影響度分類に定められた範囲で医療安全管理部門へ報告されたのを指す。

収集期間： 1ヶ月毎

<No.12-b>

分子： 分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数

分母： 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

備考： インシデント・アクシデント報告とは、インシデント影響度分類に定められた範囲で医療安全管理部門へ報告されたのを指す。

収集期間： 1ヶ月毎

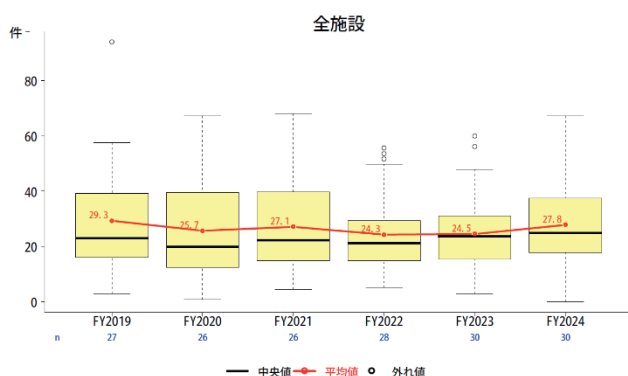
指標の種類・値の解釈

アウトカム

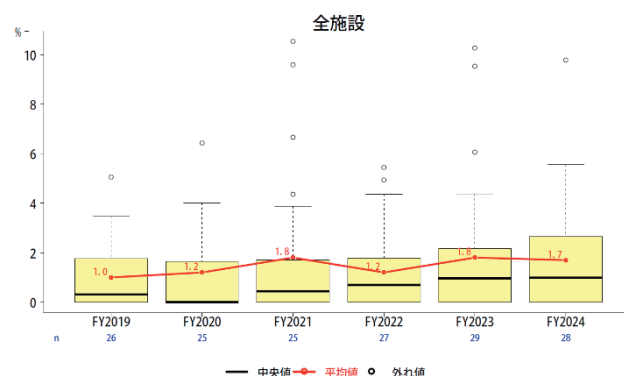
より高い値が望ましい

結果

インシデント・アクシデント報告件数



医師による報告の占める割合



考察

<No.12-a 1 か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数>

今回、提出がなかったのは13施設で、提出割合は69.8% (30/43, 前年比-1.6) でした。

1年間の結果は、平均値27.8件(前年比+3.3)、中央値24.9件(前年比+1.2)、最大値67.2件(前年比+7.3)、最小値0.0件(前年比-3.0)でした。

<No.12-b 全報告中医師による報告の占める割合>

今回、提出がなかったのは15施設で、提出割合は65.1% (28/43, 前年比-3.9) でした。

1年間の結果は、平均値1.7%(前年比-0.1)、中央値1.0%(前年比±0)、最大値9.8%(前年比-0.5)、最小値0.0%(前年比±0)でした。

医師による報告の占める割合は中央値、平均値共に増加しており、医師の安全意識が向上していると考えられます。一般病床の結果と比較すると、報告件数は少なくまだまだ改善の余地がありますが、2019年度から追加された指標であり、本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、もう少し継続して測定していく必要があります。

参考文献

1. 国立大学附属病院長会議常置委員会 医療安全管理体制担当校. 国立大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針(改訂版)平成24年6月.

療養病床向けの指標

No.1 紹介率

No.2 逆紹介率

指標の説明・定義

紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関から紹介されて来院した患者の割合です。一方、逆紹介率とは、初診患者に対し、他の医療機関へ紹介した患者の割合です。高度な医療を提供する医療機関にだけ患者が集中することを避け、症状が軽い場合は「かかりつけ医」を受診し、そこで必要性があると判断された場合に高い機能を持つ病院を紹介受診する、そして治療を終え症状が落ち着いたら、「かかりつけ医」へ紹介し、治療を継続または経過を観察する、これを地域全体として行うことで、地域の医療連携を強化し、切れ間のない医療の提供を行います。つまり、紹介率・逆紹介率の数値は、地域の医療機関との連携の度合いを示す指標です。

分子： No.1) 紹介患者数
No.2) 逆紹介患者数

分母： 初診患者数

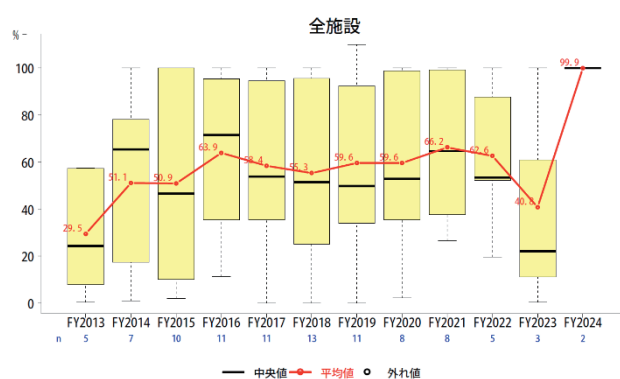
収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

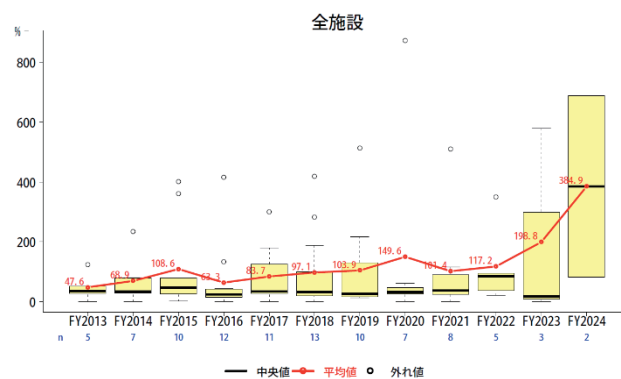
プロセス

結果

紹介率



逆紹介率



考察

<No.1 紹介率>

今回、提出がなかったのは21施設で、提出割合は8.7%(2/23, 前年比-3.3)でした。

1年間の結果は、平均値99.9%(前年比+40.8)、中央値99.9%(前年比+77.9)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値99.9%(前年比+99.4)でした。

<No.2 逆紹介率>

今回、提出がなかったのは21施設で、提出割合は8.7%(2/23, 前年比-3.3)でした。

1年間の結果は、平均値384.9%(前年比+186.1)、中央値384.9(前年比+367.8)、最大値688.0%(前年比+108.8)、最小値81.7%(前年比+81.6)でした。

2021年度頃までは参加施設の約半数程度の施設が提出していましたが、2022年度以降は5施設未満となっています。本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、もう少し継続して測定していく必要があります。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

No.3-a 入院患者の転倒・転落発生率

No.3-bc 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

No.3-d 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

指標の説明・定義

入院中の患者の転倒やベッドからの転落は少なくありません。原因としては、入院という環境の変化によるものや疾患そのもの、治療・手術などによる身体的なものなどさまざまなものがあります。

転倒・転落の指標としては、転倒・転落によって患者に傷害が発生した損傷発生率と、患者への傷害に至らなかった転倒・転落事例の発生率との両者を指標とすることに意味があります。転倒・転落による傷害発生事例の件数は少なくとも、それより多く発生している傷害に至らなかった事例もあわせて報告して発生件数を追跡するとともに、それらの事例を分析することで、より転倒・転落発生要因を特定しやすくなります。こうした事例分析から導かれた予防策を実施して転倒・転落発生リスクを低減していく取り組みが、転倒による傷害予防につながります。転倒・転落の損傷レベルについては The Joint Commission の定義を使用しています。

2019年度から65歳以上の転倒・転落発生率を採用しました。この指標は The Australian Council on Healthcare Standards(ACHS)の Inpatient falls-patients 65 years and older に準拠した定義です。

分子:	No.3-a) 入院中の患者に発生した転倒・転落件数 No.3-b) 入院中の患者に発生した 損傷レベル 2 以上 の転倒・転落件数 No.3-c) 入院中の患者に発生した 損傷レベル 4 以上 の転倒・転落件数 No.3-d) 65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数
分母:	入院患者延べ数(人日) ※No.3-d は 65歳以上の入院患者延べ数(人日)
分子包含:	介助時および複数回の転倒・転落
分子除外:	学生、スタッフなど入院患者以外の転倒・転落
収集期間:	1ヶ月毎
調整方法:	% (パーミル: 1000分の1を1とする単位)

<損傷レベル>

1	なし	患者に損傷はなかった
2	軽度	包帯、氷、創傷洗浄、四肢の挙上、局所薬が必要となった、あざ・擦り傷を招いた
3	中軽度	縫合、ステリー・皮膚接着剤、副子が必要となった、または筋肉・関節の挫傷を招いた
4	重度	手術、ギプス、牽引、骨折を招いた・必要となった、または神経損傷・身体内部の損傷の診察が必要となった
5	死亡	転倒による損傷の結果、患者が死亡した
6	UTD	記録からは判定不可能

- ① 最初の転倒・転落報告が記載される時には、損傷の程度がまだ不明かもしれない。転倒24時間後の患者の状態をフォローアップする方法を決める必要がある。
- ② 患者が転倒24時間以内に退院する場合は、退院時の損傷レベルを判断する。
- ③ X線、CTスキャン、またはその他の放射線学的評価により損傷の所見がなく、治療もなく、損傷の兆候及び症状もない場合は、“1_なし”を選択する。
- ④ 凝固障害のある患者で、転倒の結果血液製剤を受ける場合は、“4_重度”を選択する。

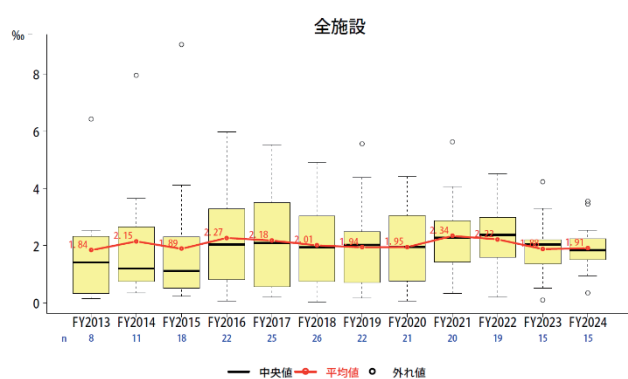
指標の種類・値の解釈

アウトカム

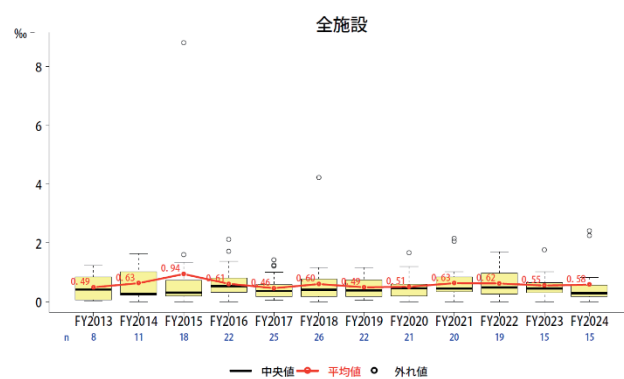
より低い値が望ましい

結果

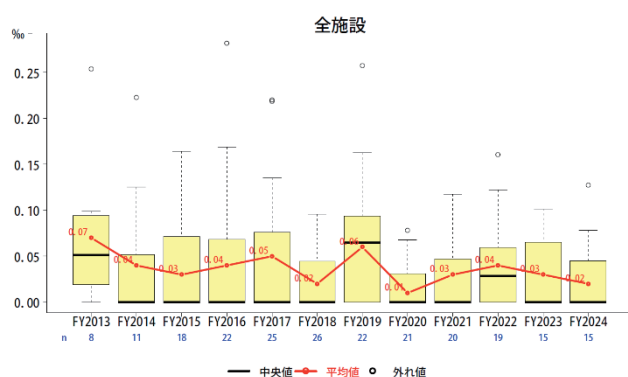
入院患者の転倒・転落発生率



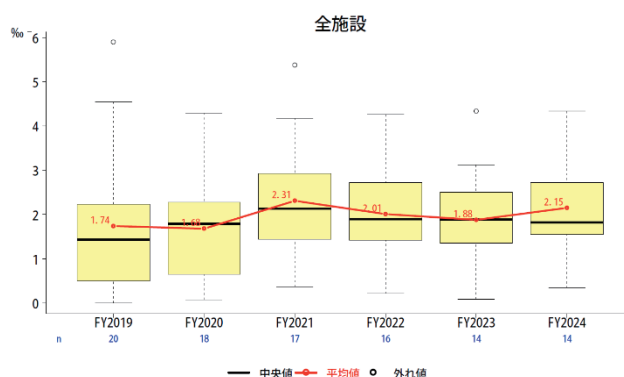
入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)



入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4以上)



65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率



考察

今回、提出がなかったのは入院患者全体では 8 施設で、提出割合は 65.2% (15/23, 前年比+5.2)、65 歳以上では 9 施設で、提出割合は 60.9% (14/23, 前年比+4.9) でした。

転倒転落発生率の 1 年間の結果は、平均値 1.91‰ (前年比+0.03)、中央値 1.84‰ (前年比-0.21)、最大値 3.54‰ (前年比-0.70)、最小値 0.34‰ (前年比+0.25)、損傷発生率 (損傷レベル 2 以上) の 1 年間の結果は、平均値 0.58‰ (前年比+0.03)、中央値 0.30‰ (前年比-0.15)、最大値 2.41‰ (前年比+0.65)、最小値 0.00‰ (前年比±0)、損傷発生率 (損傷レベル 4 以上) の 1 年間の結果は、平均値 0.02‰ (前年比-0.01)、中央値 0.00‰ (前年比±0)、最大値 0.13‰ (前年比+0.03)、最小値 0.00‰ (前年比±0) でした。

65 歳以上の転倒転落発生率は、平均値 2.15‰ (前年比+0.27)、中央値 1.82‰ (前年比-0.06)、最大値 4.34‰ (前年比+0.01)、最小値 0.34‰ (前年比+0.25) でした。

一般と比べると参加施設が多くないためばらつきは見られますが、転倒転落発生率は 1.8~2.4‰ を推移し、損傷レベル 2 以上は 0.4~0.9‰ を推移しています。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf> 2016/10/15 available)
3. 厚生労働科学研究費補助金事業 (医療安全・医療技術評価総合研究事業) 平成 16-18 年度「医療安全のための教材と教育方法の開発に関する研究」班研究報告書 別冊『転倒・転落対策のガイドライン』(主任研究者:上原鳴夫)
4. Healey F, Scobie S, Glampson B, Pryce A, Joule N, Willmott M. Slips, trips and falls in hospital. London: NHS 2007; 1.
5. Montalvo I. " The National Database of Nursing Quality Indicators TM (NDNQI(R)). OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing 2007; 12.

No.4 身体拘束率

指標の説明・定義

精神保健福祉法において、身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとされています。施設や医療機関などで、患者を、「治療の妨げになる行動がある」、あるいは「事故の危険性がある」という理由で、安易にひもや抑制帯、ミトンなどの道具を使用して、患者をベッドや車椅子に縛ったりする身体拘束、身体抑制は慎むべきものです。

2023年度までは「身体抑制率」と表記していましたが、公益財団法人 日本医療機能評価機構で行われている医療の質可視化プロジェクトでの指標名と合わせることにし、2024年度からは「身体拘束率」と表記することにしました。

分子： 分母のうち（物理的）身体拘束を実施したのべ患者日数（device days）

分母： 病床入院のべ患者日数（patient days）

収集期間： 1ヶ月毎

下記項目のうち1～9の項目に準拠する項目を物理的身体拘束と定義する。

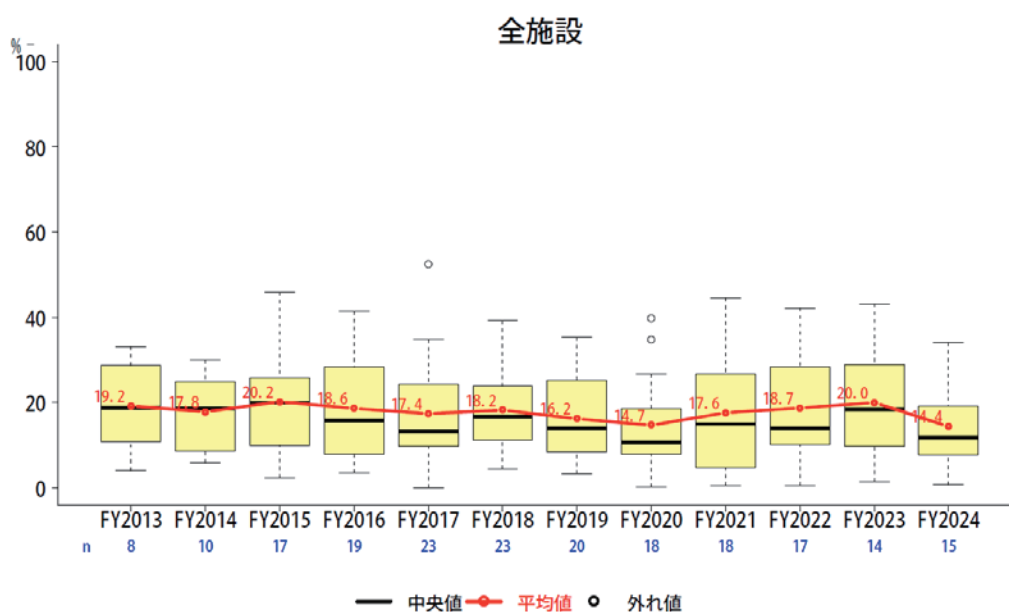
- 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 2) 転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。
- 3) 自分で降りられないように、ベッドを柵（サイドレール）で囲む。
- 4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- 5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- 6) 車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- 8) 脱衣やおむつはずしを制限するために、介護衣（つなぎ服）を着せる。
- 9) 他人への迷惑行為を防ぐために、ベッドなどに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 10) 行動を落ち着かせるために、向神経薬を過剰に服用させる。
- 11) 自分の意志であけることの出来ない居室等に隔離する。

指標の種類・値の解釈

プロセス

より低い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは8施設で、提出割合は65.2% (15/23, 前年比+9.2) でした。

1年間の結果は、平均値 14.4% (前年比-5.6)、中央値 11.7% (前年比-6.6)、最大値 34.1% (前年比-9.1)、最小値 0.8% (前年比-0.6) で、2013年度以降で最も低い値となりました。

参考文献

1. 文献 HBIPS-2 Hours of physical restraint use. Joint Commission National Quality Core Measures
2. 厚生労働省 身体拘束ゼロ作戦推進会議 「身体拘束ゼロへの手引き」

No.5 在宅復帰率

指標の説明・定義

在宅復帰率は、診療報酬上「他の保険医療機関へ転院した者等を除く者」として定められている患者の割合です。介護老人保健施設、医療療養病床や介護療養病床は除かれ、社会福祉施設、身体障害者施設等(短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く)、地域密着型介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)、特定施設、指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る)、グループホーム(認知症対応型グループホーム)、有料老人ホーム、高齢者専用賃貸住宅などに入居する者が含まれます。

本指標は、療養病床を対象に、在宅復帰となった患者の割合をみています。

急性期医療を終了し、在宅復帰を目指す回復期リハビリ病棟の役割を示す指標であるとともに、回復期リハビリ病棟の診療報酬制度上の施設基準として一定の割合を保つことが規定されています。

分子： 在宅退院患者数

分母： 全退院患者数

分子包含： 在宅医療機関へ転院等した患者数

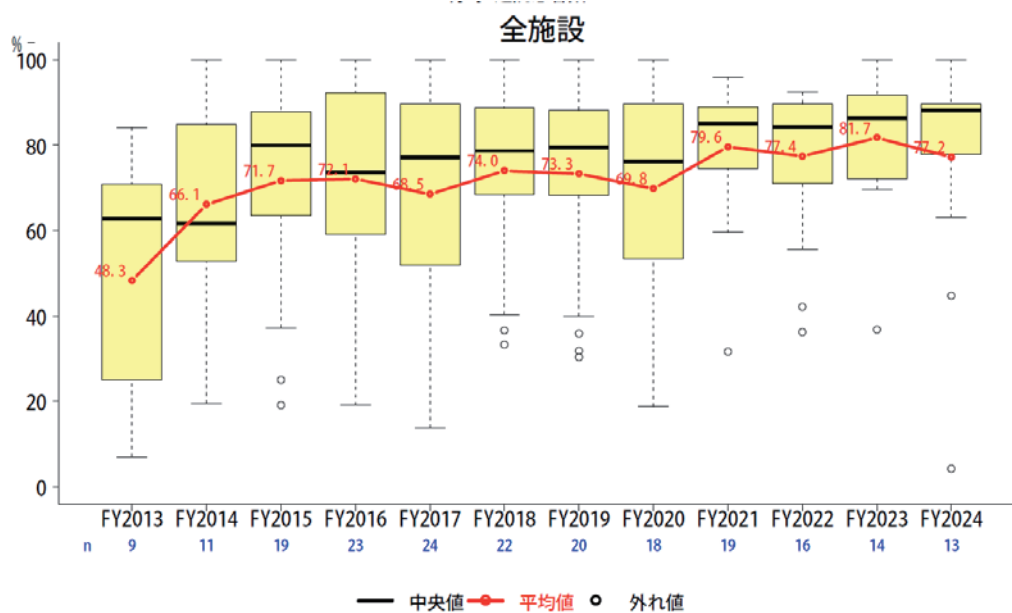
分母除外： 死亡退院患者数、在宅退院希望ではない患者数

収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

結果



考察

今回、提出がなかったのは 10 施設で、提出割合は 56.5% (13/23, 前年比+0.5) でした。1 年間の結果は、平均値 77.2% (前年比-4.5)、中央値 88.1% (前年比+1.8)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 4.2% (前年比-32.6) でした。

提出施設が多くはありませんが、徐々にばらつきも減少しており、2024 年度の中央値は 2013 年度以降で最もよい値となっています。

参考文献

No.6-a 新規圧迫創傷(褥瘡)発生率

No.6-b 新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPI)発生率

No.6-c 持ち込み圧迫創傷(褥瘡)率

指標の説明・定義

褥瘡は、看護ケアの質評価の重要な指標の一つとなっています。褥瘡は患者のQOLの低下をきたすとともに、感染を引き起こすなど治療が長期に及ぶことによって、結果的に在院日数の長期化や医療費の増大にもつながります。そのため、褥瘡予防対策は、提供する医療の重要な項目の一つにとらえられ、1998年からは診療報酬にも反映されています。

褥瘡発生率として、分母の定義「同日入退院患者または褥瘡持込患者または調査月間以前の院内新規褥瘡発生患者を除く入院患者延べ数(人日)」、分子の定義「d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数」を、プロジェクト開始当初から測定してきましたが、参加施設へのアンケート調査においても、算出が難しい指標の一つであったため、パイロット調査を行い、新たな定義を策定し、2023年度より測定を開始しました。

本プロジェクトの定義は、圧迫創傷の持ち込みや調査期間以前の圧迫創傷の発生に関わらず、入院患者全体のうちのどのくらい圧迫創傷が新規に発生しているかを見るもので、圧迫創傷ケアの質を評価するものです。また、持ち込み圧迫創傷率は改善することが一般に困難な指標であり、圧迫創傷を持ち込む新規入院患者が入院患者のうち、どの程度かをみるものです。

<No.6-a>

分 子: 調査期間中に d2(真皮までの損傷)以上の院内新規圧迫創傷発生患者数

分 母: 調査期間初日(0時時点)の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

<No.6-b>

分 子: 調査月の新規医療関連機器圧迫創傷(Medical Device Related Pressure Injury : MDRPI)発生患者数

分 母: 調査期間初日(0時時点)の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

<No.6-c>

分 子: 入院後 24 時間以内に圧迫創傷発生の記録がある患者数

分 母: 調査期間に新たに入院した患者数

<Depth (深さ)>

d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷
D5	関節腔、体腔に至る損傷
DTI	深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い
U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能

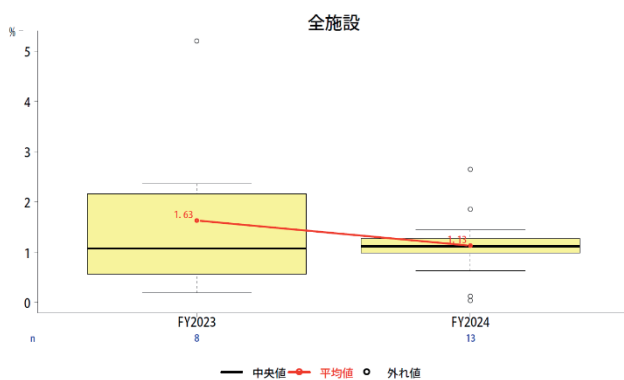
指標の種類・値の解釈

アウトカム

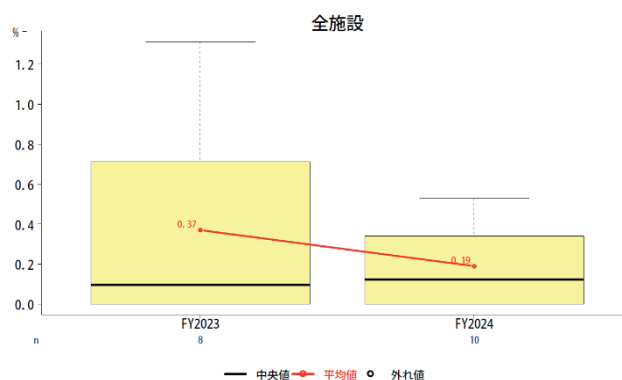
より低い値が望ましい

結果

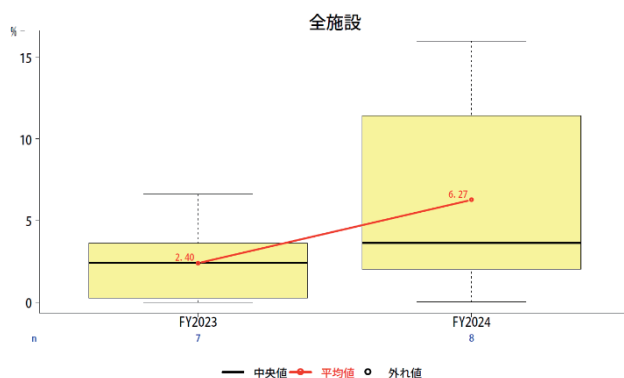
新規圧迫創傷 (褥瘡) 発生率



新規医療関連機器圧迫創傷 (MDRPI) 発生率



持ち込み圧迫創傷 (褥瘡) 率



考察

<No.6-a 新規圧迫創傷(褥瘡)発生率>

今回、提出がなかったのは10施設で、提出割合は56.5%(13/23,前年比+24.5)でした。

1年間の結果は、平均値1.13%(前年比+1.63)、中央値1.12%(前年比+1.08)、最大値2.65%(前年比-2.55)、最小値0.03%(前年比-0.16)でした。

<No.6-b 新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPI)発生率>

今回、提出がなかったのは13施設で、提出割合は43.5%(10/23,前年比+11.5)でした。

1年間の結果は、平均値0.19%(前年比-0.18)、中央値0.12%(前年比+0.03)、最大値0.53%(前年比-0.78)、最小値0.00%(前年比±0)でした。

<No.6-c 持ち込み圧迫創傷(褥瘡)率>

今回、提出がなかったのは15施設で、提出割合は34.8%(8/23,前年比+6.8)でした。

1年間の結果は、平均値6.27%(前年比+3.87)、中央値3.64%(前年比+1.21)、最大値16.00%(前年比+9.37)、最小値0.01%(前年比+0.01)でした。

2023年度から新しく採用した項目のため、今後どのように変化していくか継続してみたい予定です。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
2. 「看護ケアの質の評価基準に関する研究」:1993年文部科学研究、主任研究者片田範子
3. American Nurses Credentialing Center: Magnet Recognition Program,2005
4. The Joint Commission; The Implementation Guide for the NQF Endorsed Nursing-Sensitive Care Measure Set 2009, version 2.0. (Internet: <http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NSC%20Manual.pdf> 2016/10/15 available)
5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pressure Ulcer Prevention: Quick Reference Guide.(Internet: <http://www.npuap.org/resources/educational-and-clinical-resources/prevention-and-treatment-of-pressure-ulcers-clinical-practice-guideline/> 2016/10/15 available)
6. 日本褥瘡学会編; 褥瘡予防・管理ガイドライン.(Internet: http://minds.jcqhc.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html 2016/10/15 available)
7. 厚生労働省 平成29年度医療の質の評価・公表等推進事業 共通指標セット (<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000166331.html> 2021/05/18 available)
8. 編集 一般社団法人日本褥瘡学会. 褥瘡状態評価スケール 改定 DESIGN-R®2020 コンセンサス・ドキュメント. (http://www.jspu.org/jpn/member/pdf/design-r2020_doc.pdf 2021/05/19 available)

No.7 療養病床における 糖尿病患者の血糖コントロール

指標の説明・定義

糖尿病の治療には運動療法、食事療法、薬物療法があります。運動療法や食事療法の実施を正確に把握するのは難しいため、薬物療法を受けている患者のうち適切に血糖コントロールがなされているかをみることにしました。血糖コントロールの治療目標は、年齢、罹病期間、低血糖の危険性、サポート体制などに加え、高齢者では認知機能や基本的 ADL、手段的 ADL、併存疾患なども考慮して個別に設定します。

一般病床向けでは HbA1c が 7.0% 未満としていますが、療養病床向けでは HbA1c が 8.0% 未満としました。低血糖を起こしやすい高齢者では HbA1c を 7.0% 未満に下げないことが推奨されています。

分子： HbA1c(NGSP)の最終値が 8.0%未満の入院患者数

分母： 糖尿病の薬物治療を入院で 30 日以上投与されている入院患者数

分母除外： 運動療法または食事療法のみ糖尿病患者

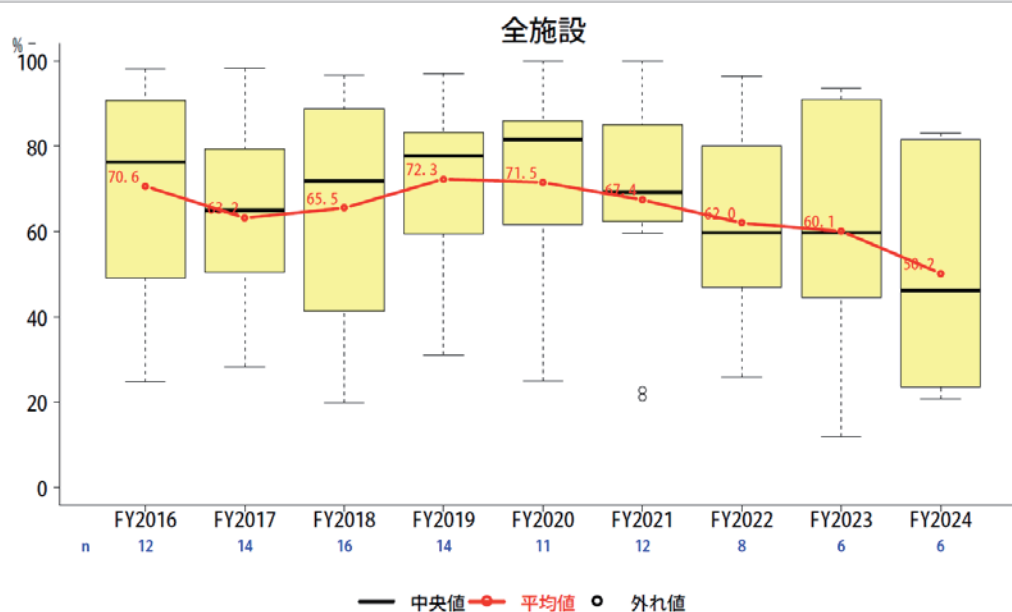
収集期間： 3ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 17 施設で、提出割合は 26.1% (6/23, 前年比+2.1) でした。

1 年間の結果は、平均値 50.2% (前年比-9.8)、中央値 46.1% (前年比-13.6)、最大値 83.1% (前年比-10.4)、最小値 20.8% (前年比+8.9) でした。

提出施設数が徐々に減少しており、指標の継続について検討をしていく予定です。

参考文献

1. 日本糖尿病学会編著:糖尿病診療ガイドライン 2016. 南江堂, 2016.
2. 日本糖尿病学会. 日本老年医学会の合同委員会 高齢者糖尿病の血糖コントロール目標 2016.
3. 日本糖尿病・生活習慣病ヒューマンデータ学会. 糖尿病標準診療マニュアル(第 16 版) 一般診療所・クリニック向け, 2020.
4. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

No.8 療養病床における 降圧薬服用患者の血圧コントロール

指標の説明・定義

高血圧が心血管病に与える悪影響は、古くから周知の事実です。近年、血圧値だけでなく、臓器障害への影響を考慮した高血圧治療が行われています。血圧コントロールの不良が予後に影響を及ぼすことは、過去のエビデンスから明らかであり、血圧値を下降させることにより、心血管病の発症を予防できるとされています。欧米においても、血圧コントロール率は医療の質の項目にも挙げられており、日本のようにかかりつけ医が必須でない環境においては、少なくとも病院に受診され、高血圧に対しての加療（降圧薬処方）をしている患者の血圧コントロールが、重要な医療の質を表す指標となると考えています。

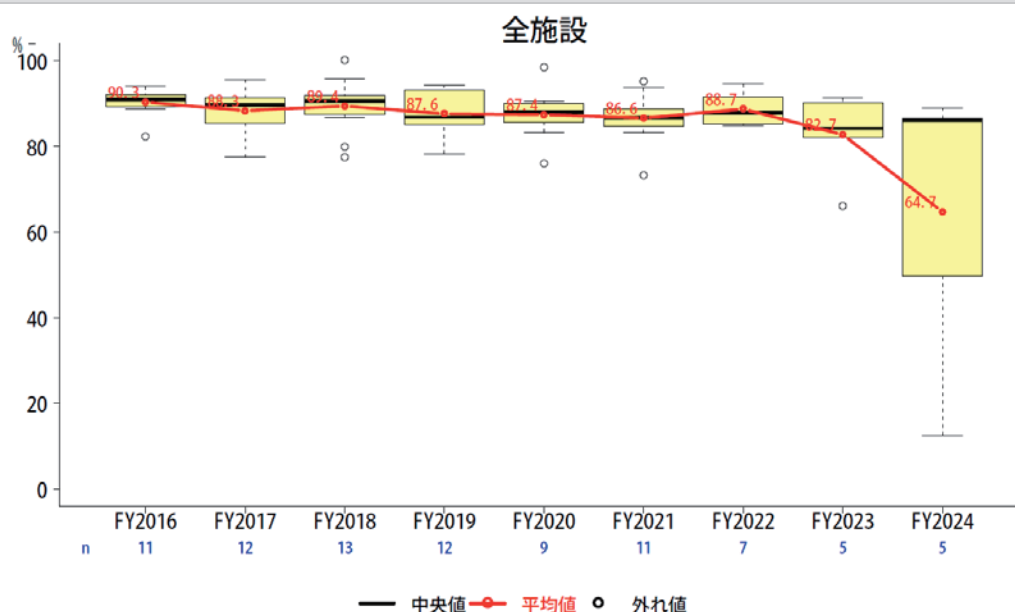
分子:	血圧の最終値が 150/90mmHg 未満の入院患者数
分母:	入院で降圧薬を 30 日以上服用している入院患者数
分母除外:	透析患者
収集期間:	3ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 18 施設で、提出割合は 21.7% (5/23, 前年比+1.7) でした。

1 年間の結果は、平均値 64.7% (前年比-18.1)、中央値 86.1% (前年比+1.9)、最大値 89.0% (前年比-2.3)、最小値 12.5% (前年比-53.5) でした。

提出施設数が徐々に減少しており、さらに 2023 年度と比べると最小値が大きく下がっています。該当の施設へは、状況を調査する予定です。

参考文献

1. Thom T, Haase N, Rosamond W, Howard VJ, et al.; American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. Heart disease and stroke statistics--2006 update: a report from the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. *Circulation*. 2006 Feb 14; 113(6):e85-151. Epub 2006 Jan 11. Erratum in: *Circulation*. 2006 Dec 5; 114(23):e630. *Circulation*. 2006 Apr 11; 113(14):e696. PubMed PMID: 16407573.
2. Psaty, B. M., Manolio, T. a, Smith, N. L., Heckbert, S. R., Gottdiener, J. S., Burke, G. L., et al. (2002). Time trends in high blood pressure control and the use of antihypertensive medications in older adults: the Cardiovascular Health Study. *Archives of internal medicine*, 162(20), 2325-32. PubMed PMID: 12418946.
3. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9
4. 日本高血圧学会高血圧治療ガイドライン作成委員会編:高血圧治療ガイドライン 2014. 日本高血圧学会, 2014.

No.9 急変時や終末期における インフォームドコンセント実施率

指標の説明・定義

急変時や終末期における患者の希望を予め取得し、その情報が共有されているかをみるための指標です。将来の意思決定能力低下に備えて、治療方針・療養についての気がかりや、自分が大切にしてきた価値観を、患者・家族と医療者が共有し、ケアを計画する包括的なプロセスとしての「Advance Care Plan」が実施されているかをみています。

分子: 急変時や終末期におけるインフォームドコンセントを実施した記録がされている患者数

分母: 全入院患者数

分子包含: 主要な確認項目（輸液、中心静脈栄養、経管栄養（胃瘻含む）、昇圧剤の投与、人工呼吸器、蘇生術）これらより詳細な内容を取り決めている場合は対象とする。

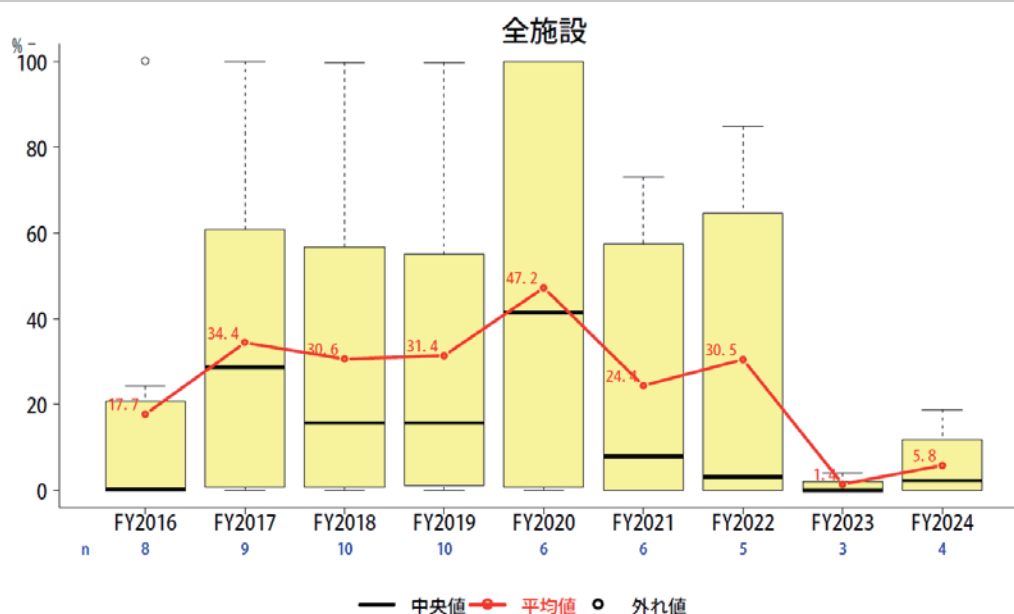
収集期間: 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

アウトカム

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 19 施設で、提出割合は 17.4% (4/23, 前年比+5.4) でした。

1 年間の結果は、平均値 5.8% (前年比+4.5)、中央値 2.3% (前年比+2.3)、最大値 18.8% (前年比+14.8)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

提出施設数が伸び悩んでいる指標であり、継続の可否を含めて、検討する予定です。

参考文献

1. National Committee for Quality Assurance; Advance Care Plan
(<https://www.qualityforum.org/QPS/0326> 2017/12/06 available)
2. アドバンス・ディレクティブとリビング・ウィル (総論); 日本老年医学会雑誌 52 巻 3 号 (2015:7)
207-210
(https://www.jpn-geriat-soc.or.jp/publications/other/pdf/clinical_practice_52_3_207.pdf
f 2017/12/06 available)

No.10-a 外来:この病院について総合的にはどう思われますか?(満足)

No.10-b 外来:この病院について総合的にはどう思われますか?(満足・やや満足)

No.10-c 外来:診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか?

No.10-d 外来:診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか?

指標の説明・定義

受けた治療の結果、入院期間、安全な治療に対する患者の満足度をみることは、医療の質を測るうえで直接的な評価指標の重要な一つです。2017年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」で出された共通QIセットの項目で、2019年度から採用した項目です。

「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問で「満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満、不満」の5段階評価としています。同様に、「診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか?」の設問で「十分だった、まあまあ十分だった、あまり十分ではなかった、十分ではなかった、説明を受けていない」の5段階評価で、分子は「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した患者数、「診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか?」の設問で「十分に伝えられた、まあまあ伝えられた、あまり伝えられなかった、まったく伝えられなかった、疑問や意見は特になかった」の5段階評価で、分子は「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した患者数としています。

<No.10 この病院について総合的にはどう思われますか?>

分子: No.11-a)分母のうち「満足」と回答した外来患者数

No.11-b)分母のうち「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数

分母: 外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

<No.10-c 診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか?>

分子: 分母のうち「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した外来患者数

分母: 外来患者への満足度調査項目「診断や治療方針について、今日までに医師から受けた説明は十分でしたか?」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

<No.10-d 診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか?>

分子: 分母のうち「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した外来患者数

分母: 外来患者への満足度調査項目「診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか?」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

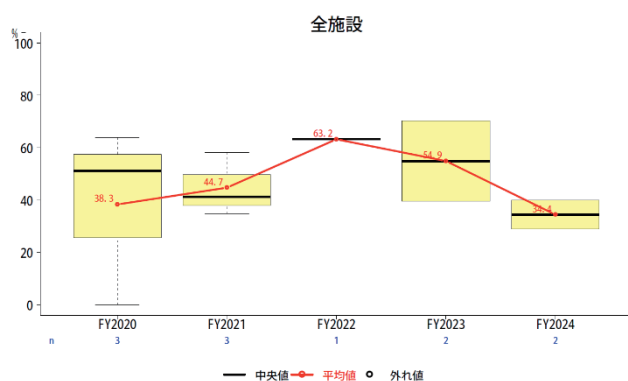
指標の種類・値の解釈

アウトカム

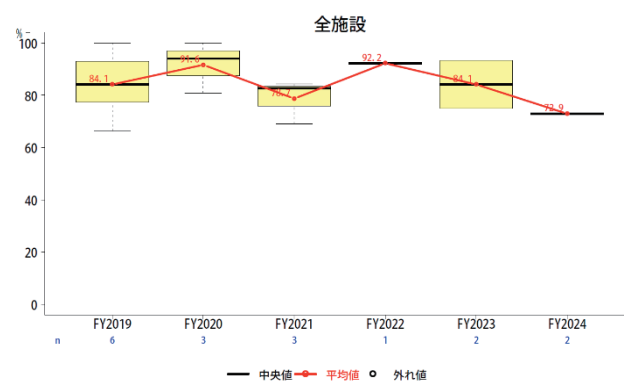
より高い値が望ましい

結果

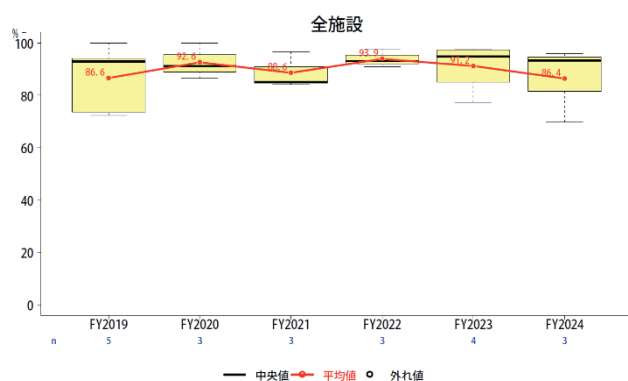
a) 総合評価(満足)



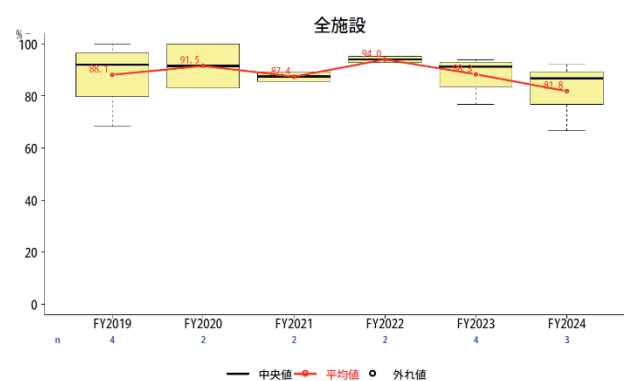
b) 総合評価(満足・やや満足)



c) 医師からの説明



d) 医師への意見



考察

<No.10- a, b この病院について総合的にはどう思われますか?>

今回、提出がなかったのは21施設で、提出割合は8.7%(2/23, 前年比+0.7)でした。

満足のみ1年間の結果は、平均値34.4%(前年比-20.5)、中央値34.4%(前年比-20.5)、最大値40.0%(前年比-30.2)、最小値28.9%(前年比-10.7)、満足またはやや満足の1年間の結果は、平均値72.9%(前年比-11.2)、中央値72.9%(前年比-11.2)、最大値73.3%(前年比-19.9)、最小値72.5%(前年比-2.5)でした。

<No.10-c 診断や治療方針について医師の説明は十分でしたか?>

今回、提出がなかったのは20施設で、提出割合は13.0%(3/23, 前年比-3.0)でした。

1年間の結果は、平均値86.4%(前年比-4.8)、中央値93.3%(前年比-1.5)、最大値95.9%(前年比-1.8)、最小値69.8%(前年比-7.5)でした。

<No.10-d 診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか?>

今回、提出がなかったのは 20 施設で、提出割合は 13.0% (3/23, 前年比-3.0) でした。

1 年間の結果は、平均値 81.8% (前年比-6.5)、中央値 86.7% (前年比-4.5)、最大値 92.0% (前年比-1.9)、最小値 66.7% (前年比-10.2) でした。

2019 年度から採用した項目で、まだ数施設しか提出できていません。提出が難しい理由を調査する必要があると考えていますが、本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、継続して測定していくことで見えてくると思います。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

No.11-a 入院:この病院について総合的にはどう思われますか?(満足)

No.11-b 入院:この病院について総合的にはどう思われますか?(満足・やや満足)

No.11-c 入院:入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について説明は十分でしたか?

No.11-d 入院:入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか?

指標の説明・定義

受けた治療の結果、入院期間、安全な治療に対する患者の満足度をみることは、医療の質を測るうえで直接的な評価指標の重要な一つです。2017年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」で出された共通QIセットの項目で、2019年度から採用した項目です。

「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問で「満足、やや満足、どちらともいえない、やや不満、不満」の5段階評価としています。同様に、「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師から受けた説明は十分でしたか?」の設問で「十分だった、まあまあ十分だった、あまり十分ではなかった、十分ではなかった、説明を受けていない」の5段階評価で、分子は「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した患者数、「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか?」の設問で「十分に伝えられた、まあまあ伝えられた、あまり伝えられなかった、まったく伝えられなかった、疑問や意見は特になかった」の5段階評価で、分子は「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した患者数としています。

<No.11 この病院について総合的にはどう思われますか?>

分 子: No.12-a)分母のうち「満足」と回答した入院患者数

No.12-b)分母のうち「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数

分 母: 入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

<No.11-c 入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について説明は十分でしたか?>

分 子: 分母のうち「十分だった」または「まあまあ十分だった」と回答した入院患者数

分 母: 入院患者への満足度調査項目「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師から受けた説明は十分でしたか?」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

<No.11-d 入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか?>

分 子: 分母のうち「十分に伝えられた」または「まあまあ伝えられた」と回答した入院患者数

分 母: 入院患者への満足度調査項目「入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について、医師の説明を受けた際の疑問や意見は、医師に伝えられましたか?」の設問有効回答数

収集期間: 年1回

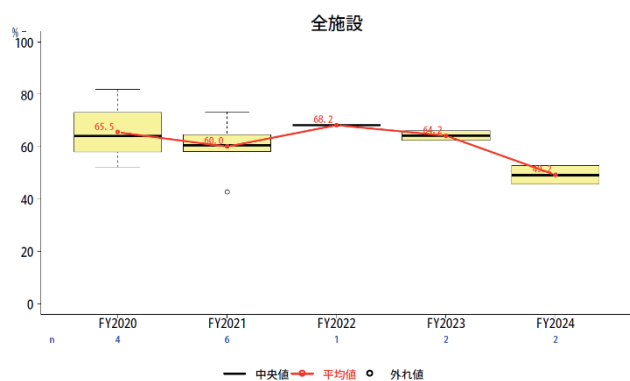
指標の種類・値の解釈

アウトカム

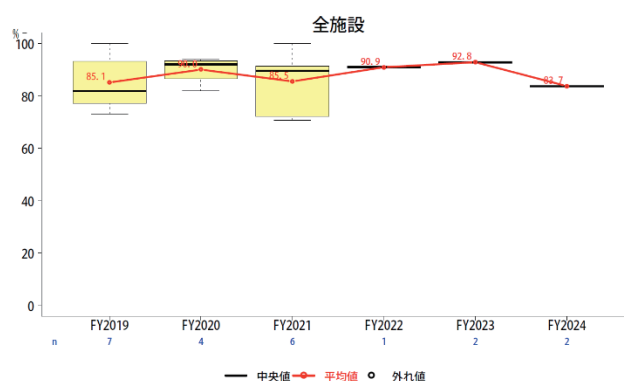
より高い値が望ましい

結果

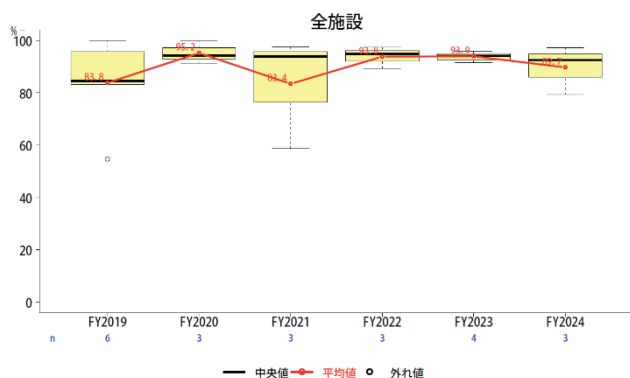
a) 総合評価(満足)



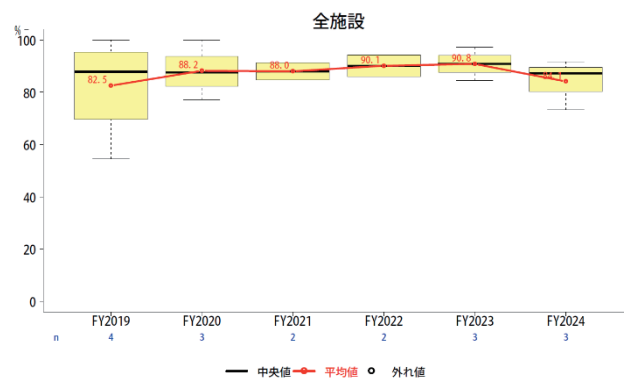
b) 総合評価(満足・やや満足)



c) 医師からの説明



d) 医師への意見



考察

<No.11-a, b この病院について総合的にはどう思われますか?>

今回、提出がなかったのは21施設で、提出割合は8.7%(2/23, 前年比+0.7)でした。

満足のみ1年間の結果は、平均値49.2%(前年比-15.0)、中央値49.2%(前年比-15.0)、最大値52.8%(前年比-13.3)、最小値45.6%(前年比-16.7)、満足またはやや満足の1年間の結果は、平均値83.7%(前年比-9.1)、中央値83.7%(前年比-9.1)、最大値84.0%(前年比-8.9)、最小値83.3%(前年比-9.4)でした。

<No.11-c 入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について説明は十分でしたか?>

今回、提出がなかったのは20施設で、提出割合は13.0%(3/23, 前年比-3.0)でした。

1年間の結果は、平均値89.7%(前年比-4.2)、中央値92.5%(前年比-1.5)、最大値97.2%(前年比

+1.3)、最小値 79.3% (前年比-12.2) でした。

<No.11-d 入院の原因となった病気や症状に対する診断や治療方針について疑問や意見は医師に伝えられましたか?>

今回、提出がなかったのは 20 施設で、提出割合は 13.0% (3/23, 前年比+1.0) でした。

1 年間の結果は、平均値 84.1% (前年比-6.8)、中央値 87.2% (前年比-3.6)、最大値 91.7% (前年比-5.4)、最小値 73.3% (前年比-11.2) でした。

2019 年度から採用した項目で、まだ数施設しか提出できていません。提出が難しい理由を調査する必要があると考えていますが、本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、継続して測定していくことで見えてくると思います。

参考文献

1. 福井次矢監修; Quality Indicator 2020 聖路加国際病院の先端的試み [医療の質]を測り改善する インターメディカ ISBN 978-4-89996-433-9

No.12-a 1 か月間・100 床当たりのインシデント・アクシデント報告件数

No.12-b 全報告中医師による報告の占める割合

指標の説明・定義

2017年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」で出された共通QIセットの項目で、2019年度から採用した新しい項目です。

身体への侵襲を伴う医療行為は常にインシデント・アクシデントが発生する危険があります。その発生をできる限り防ぐことは医療安全の基本です。仮にインシデント・アクシデントが生じてしまった場合、原因を調査し、防止策をとることが求められます。そのためにはインシデント・アクシデントをきちんと報告することが必要です。

2021年度までは「インシデント・アクシデント発生件数」と表記していましたが、2022年度からは「インシデント・アクシデント報告件数」に変更しています。

一般に医師からの報告が少ないことが知られており、この値が高いことは医師の医療安全意識が高い組織の可能性がります。

<No.12-a>

分 子： 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告件数×100

分 母： 許可病床数

備 考： インシデント・アクシデント報告とは、インシデント影響度分類に定められた範囲で医療安全管理部門へ報告されたのを指す。

収集期間： 1ヶ月毎

<No.12-b>

分 子： 分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数

分 母： 調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

備 考： インシデント・アクシデント報告とは、インシデント影響度分類に定められた範囲で医療安全管理部門へ報告されたのを指す。

収集期間： 1ヶ月毎

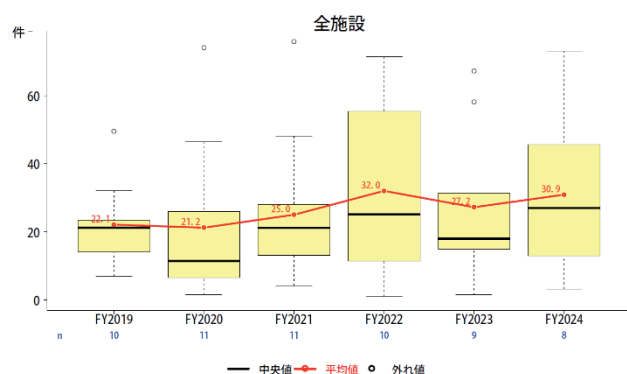
指標の種類・値の解釈

アウトカム

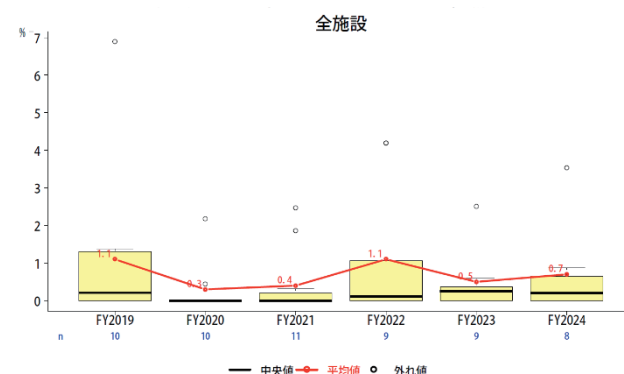
より高い値が望ましい

結果

インシデント・アクシデント報告件数



医師による報告の占める割合



考察

<No.12-a 1 か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数>

今回、提出がなかったのは15施設で、提出割合は34.8% (8/23, 前年比-1.2) でした。1年間の結果は、平均値30.9件 (前年比+3.7)、中央値27.0件 (前年比+9.0)、最大値73.1件 (前年比+6.0)、最小値3.2件 (前年比+1.7) でした。

<No.12-b 全報告中医師による報告の占める割合>

今回、提出がなかったのは15施設で、提出割合は34.8% (8/23, 前年比-1.2) でした。1年間の結果は、平均値0.7% (前年比+0.2)、中央値0.2% (前年比-0.1)、最大値3.5% (前年比+1.0)、最小値0.0% (±0) でした。

一般病床の結果と比較すると、まだまだ改善の余地がありますが、2019年度から追加された指標であり、本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、もう少し継続して測定していく必要があります。

参考文献

1. 国立大学附属病院長会議常置委員会 医療安全管理体制担当校. 国立大学附属病院における医療上の事故等の公表に関する指針(改訂版)平成24年6月.

No.13 麻薬処方患者における痛みの程度の記載率

指標の説明・定義

2017年度の厚生労働省「医療の質の評価・公表等推進事業」で出された共通QIセットの項目で、2019年度から採用した項目です。がん患者へ麻薬を処方する際に、疼痛のアセスメントが適切にされているかをみる指標です。

痛みの記載は、「NRS (Numerical Rating Scale) の記載がある」「言葉による痛みの程度に関する記載がある」「その他、疼痛の評価尺度の形態は問わず、診療録上で疼痛の有無・程度の変化の確認などの記載がある」ものを対象としています。

分子： 分母のうち当該施設において初めて麻薬が処方された日もしくは次回の診察時の診療録に痛みの程度の記載がある患者数

分母： 当該施設において麻薬が処方された患者数

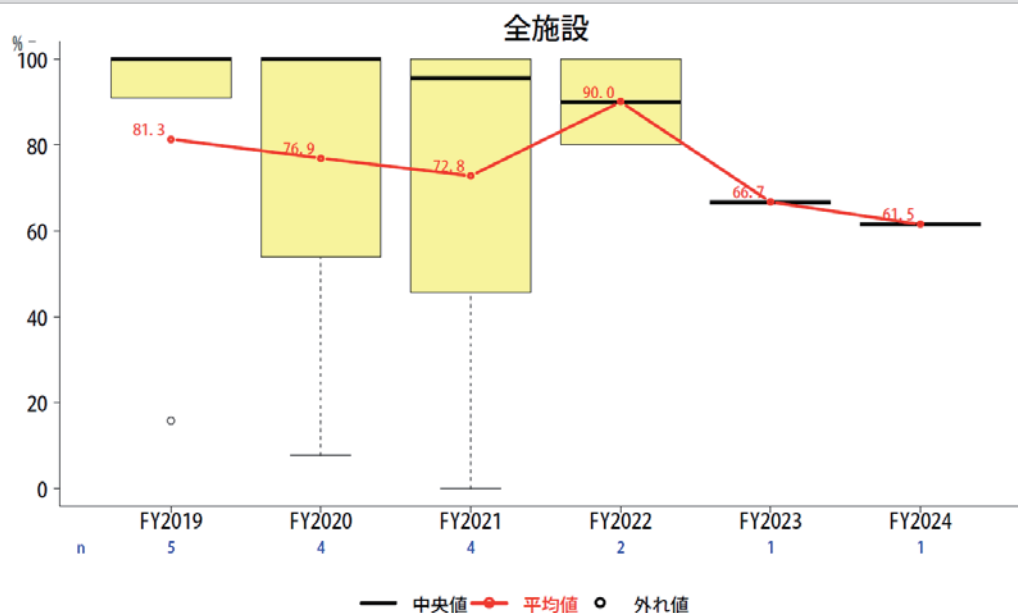
収集期間： 1ヶ月毎

指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

結果



考察

今回、提出がなかったのは 22 施設で、提出割合は 4.3% (1/23, 前年比+0.3) でした。

2019 年度から採用した項目で、2023 年度、2024 年度は 1 施設しか提出がありませんでした。
今後は指標の継続可否も含めて検討していく予定です。

参考文献

No.14 療養病棟入院中の抗不安薬・睡眠薬処方割合 (高齢者)

指標の説明・定義

向精神薬の使用はリスクが伴います。特に高齢者については転倒、それによる骨折などのリスクが考えられ(高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015)、抗不安薬・睡眠薬の利用が少ないほうが、より安全と考えて策定した指標です。本指標では非ベンゾジアゼピン系薬剤でも転倒・骨折のリスクが報告されているため、対象薬剤含めています。

分子: 分母のうち、療養病棟入院中、抗不安薬・睡眠薬の処方があった患者数

分母: 60歳以上の療養病棟へ入院した患者数

収集期間: 4~6月分、7~9月分、10~12月分、1~3月分

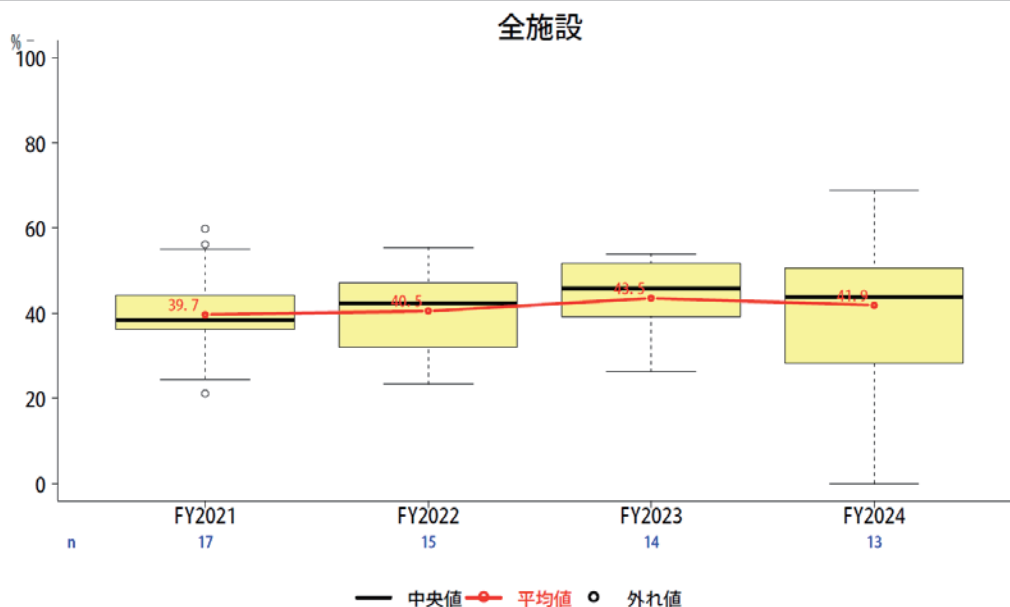
使用データ DPC 様式 1、F ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

低い方が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 41.9% (前年比-1.60)、中央値 43.8% (前年比-2.0)、最大値 68.9% (前年比+14.9)、最小値 0.0% (前年比-26.2) でした。

本指標は、一般と療養に参加していて、かつ DPC データを提出している施設が対象となります。2021 年度から採用した項目で、本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、継続して測定していくことで見えてくると思います。

参考文献

1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>
2. 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015

No.15 療養病棟入院中のベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬処方割合（高齢者）

指標の説明・定義

向精神薬の使用はリスクが伴います。特に高齢者については転倒、それによる骨折などのリスクが考えられ（高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015）、特にベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬の利用が少ないほうが、より安全と考える策定した指標です。

分子： 分母のうち、療養病棟入院中、ベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬の処方のあった患者数

分母： 60歳以上の療養病棟へ入院した患者数

収集期間： 4～6月分、7～9月分、10～12月分、1～3月分

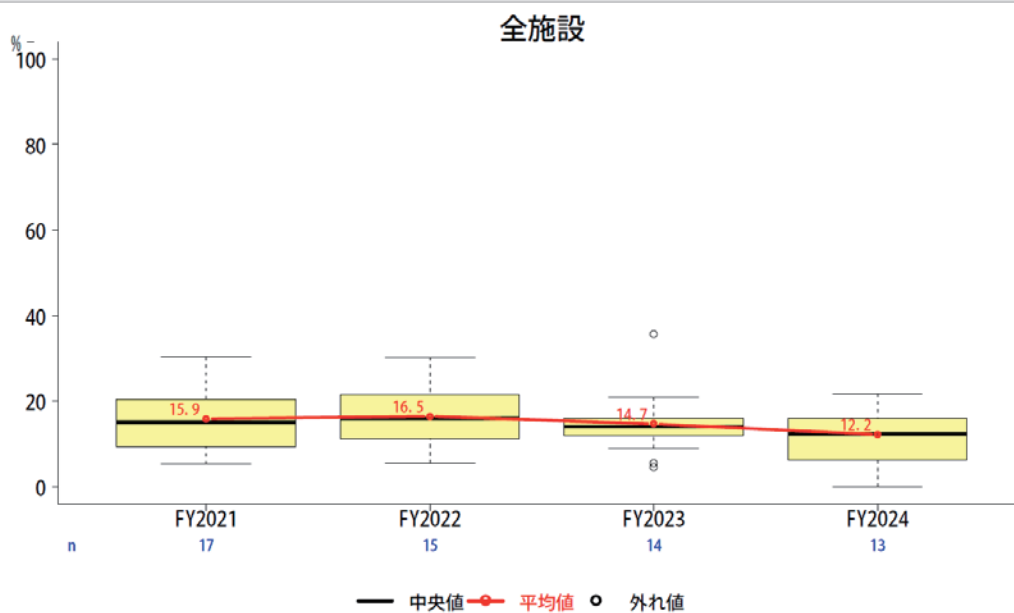
使用データ DPC 様式 1、F ファイル

指標の種類・値の解釈

プロセス

低い方が望ましい

結果



考察

1年間の結果は、平均値 12.2% (前年比-2.5)、中央値 12.4% (前年比-1.7)、最大値 21.8% (前年比-13.9)、最小値 0.0% (前年比-4.6) でした。

本指標は、一般と療養に参加していて、かつ DPC データを提出している施設が対象となります。2021 年度から採用した項目ですが、徐々に値が下がっています。本プロジェクト全体としてどのように変化していくかは、継続して測定していくことで見えてくると思います。

参考文献

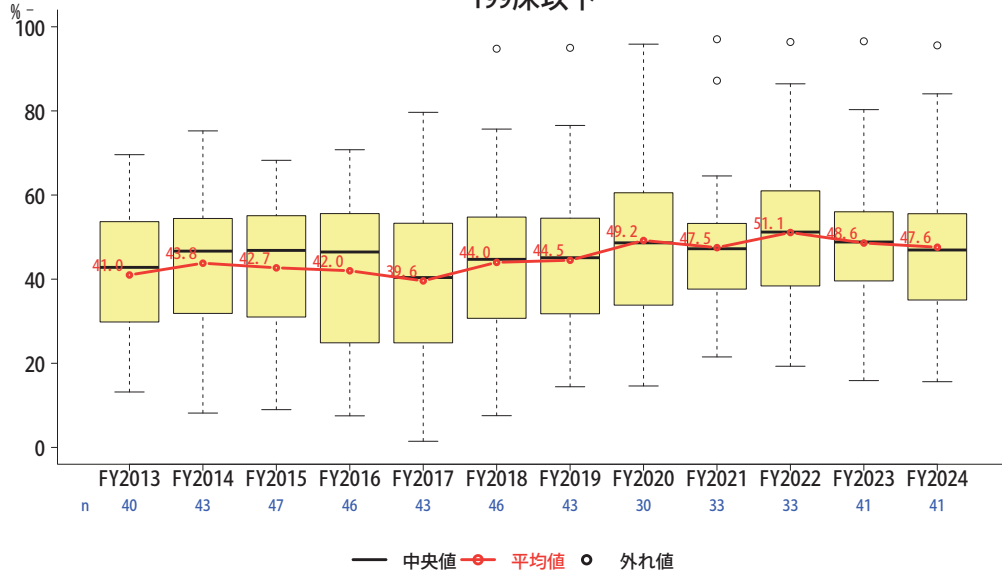
1. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>
2. 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン 2015

病床区分別結果

一般-1 患者満足度(外来患者) 満足

分子:「満足」と回答した外来患者数
 分母:外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

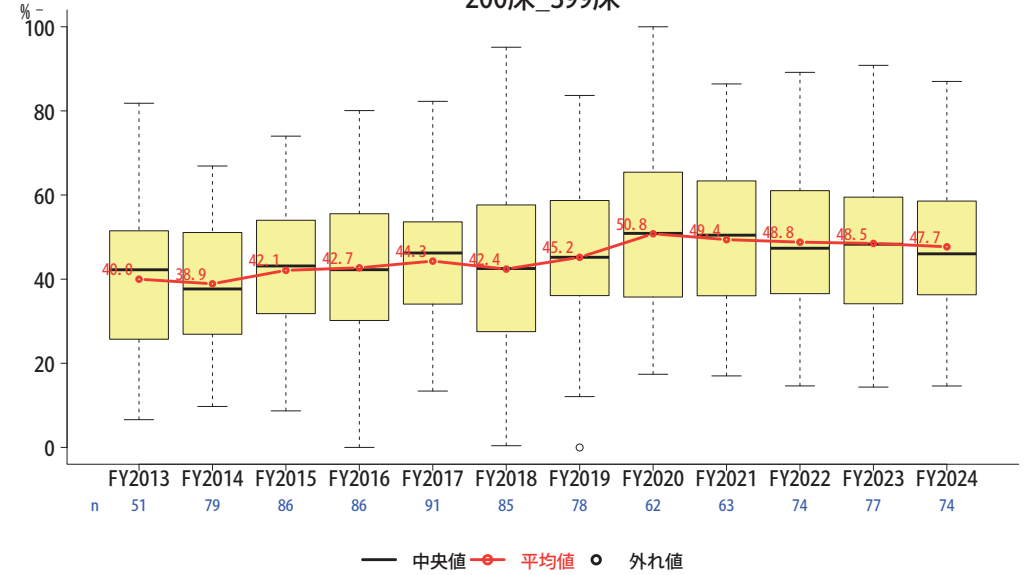
199床以下



一般-1 患者満足度(外来患者) 満足

分子:「満足」と回答した外来患者数
 分母:外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

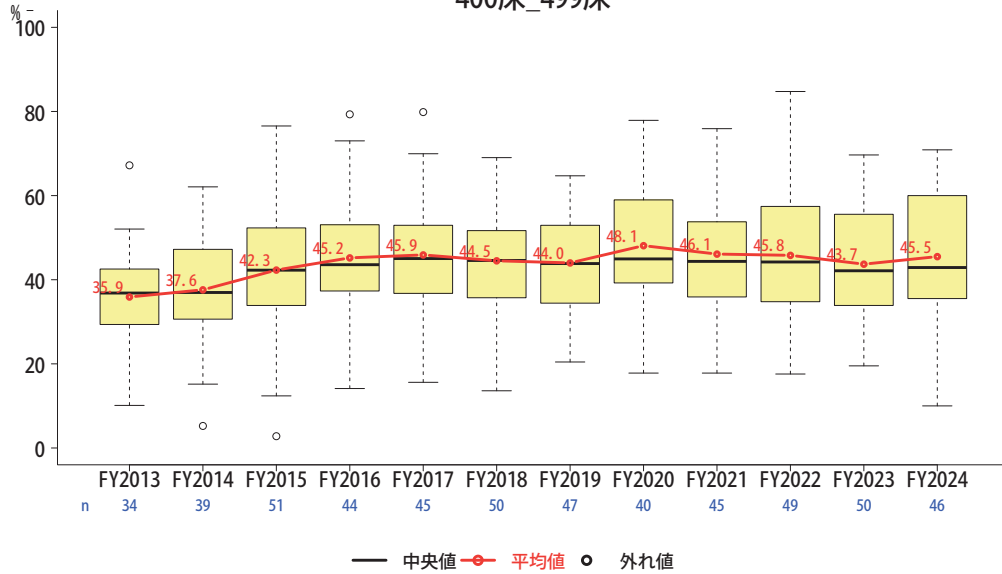
200床_399床



一般-1 患者満足度(外来患者) 満足

分子:「満足」と回答した外来患者数
 分母:外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

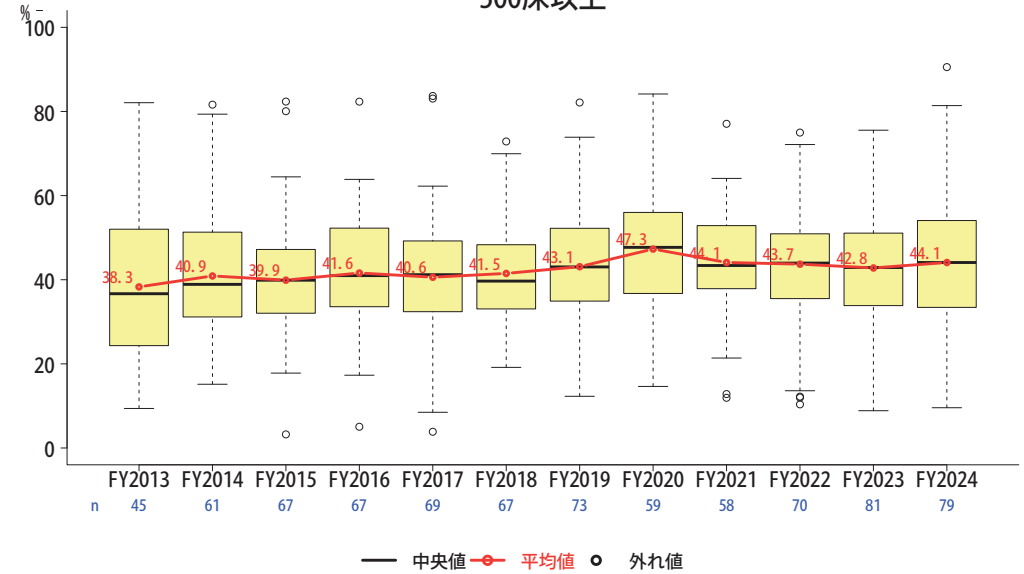
400床_499床



一般-1 患者満足度(外来患者) 満足

分子:「満足」と回答した外来患者数
 分母:外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

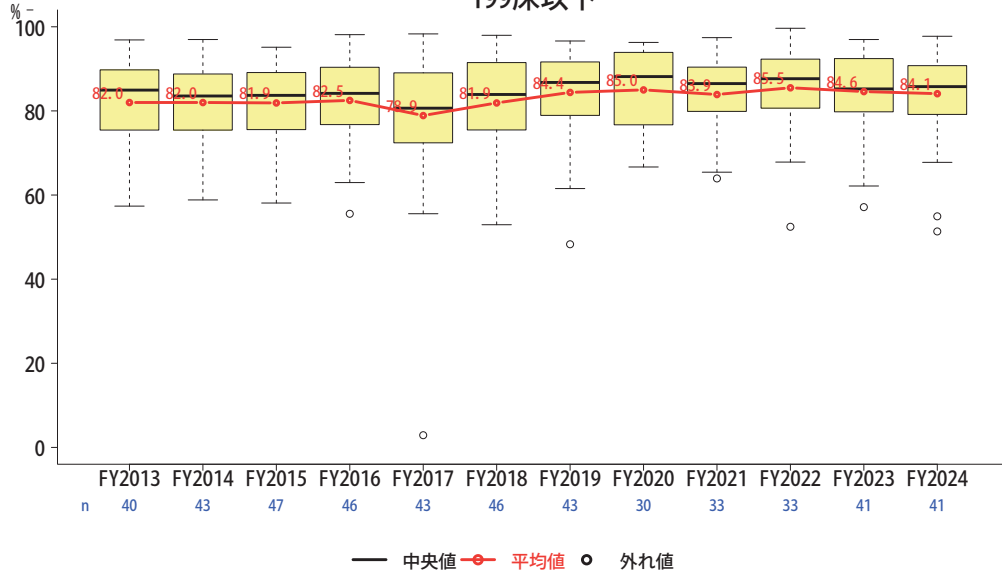
500床以上



一般-2 患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数
 分母:外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

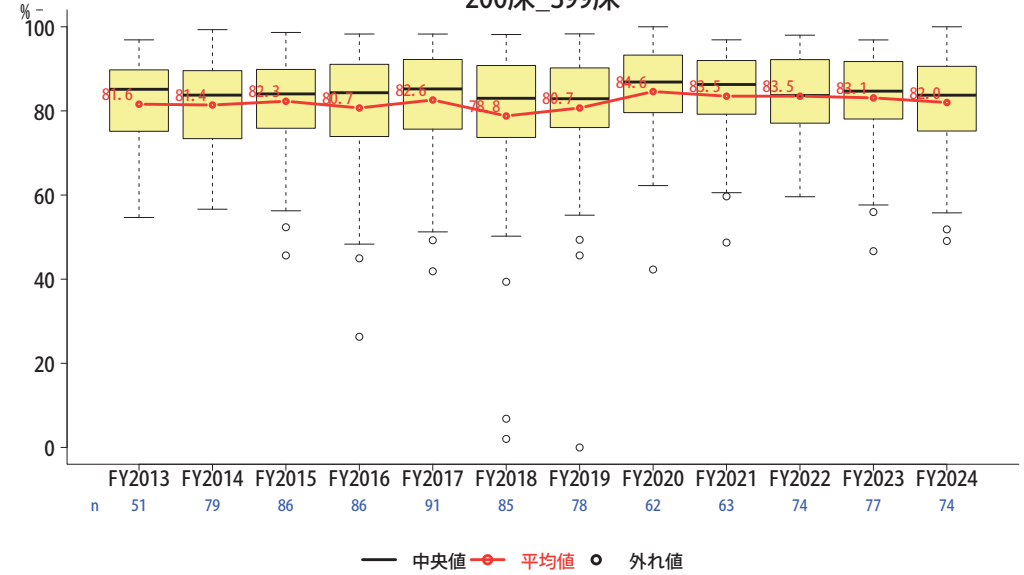
199床以下



一般-2 患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数
 分母:外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

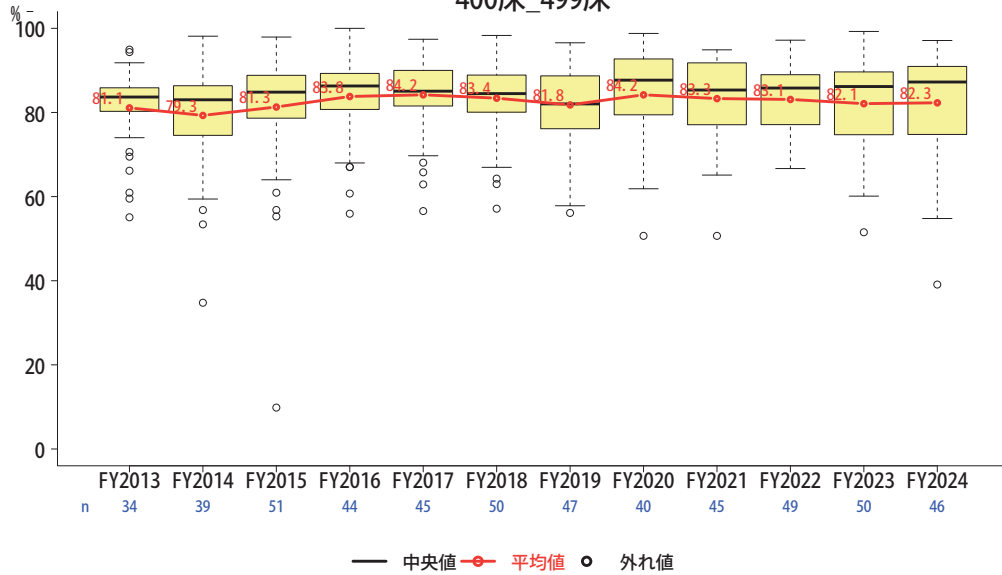
200床_399床



一般-2 患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数
 分母:外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

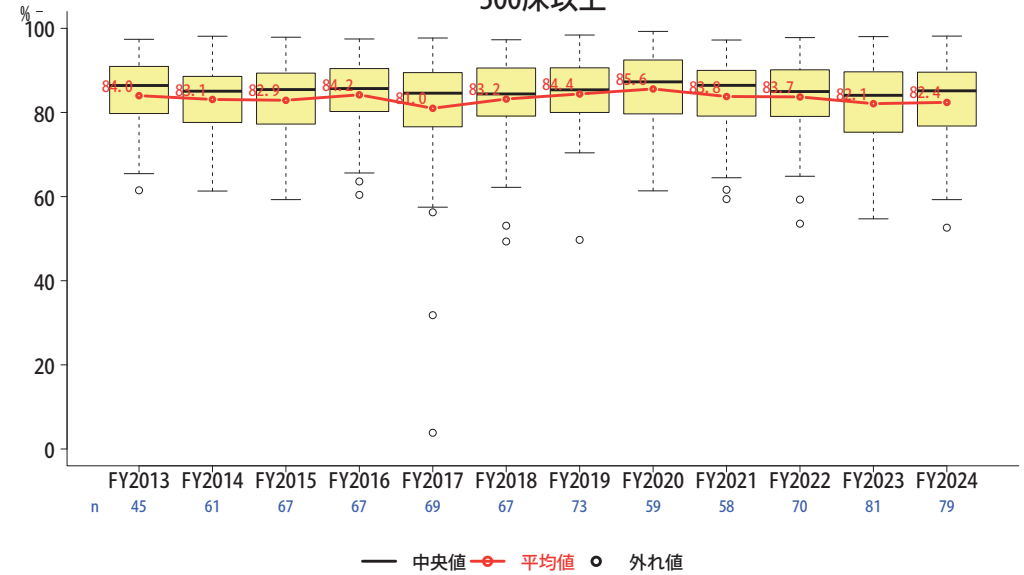
400床_499床



一般-2 患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した外来患者数
 分母:外来患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

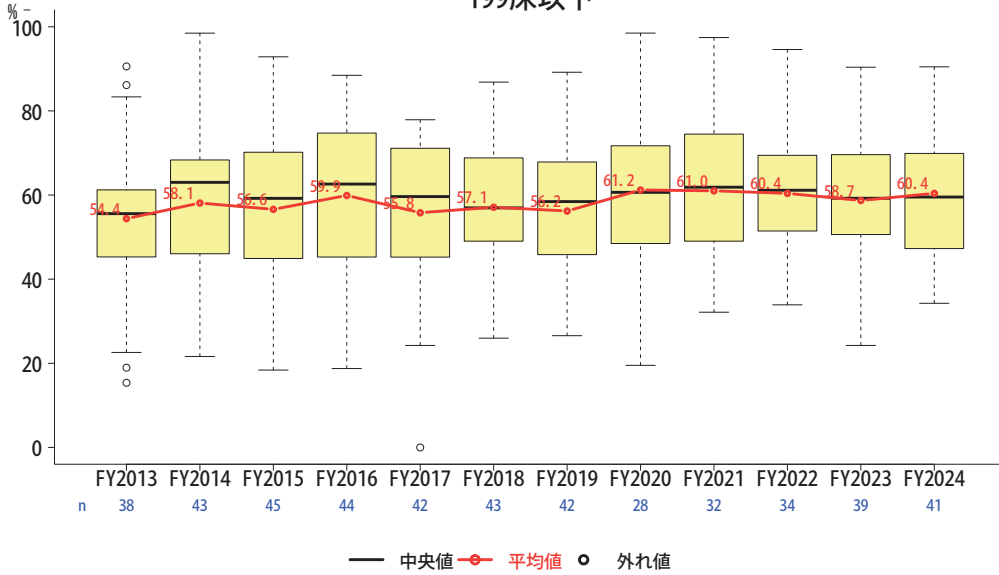
500床以上



一般-3 患者満足度(入院患者) 満足

分子:「満足」と回答した入院患者数
 分母:入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

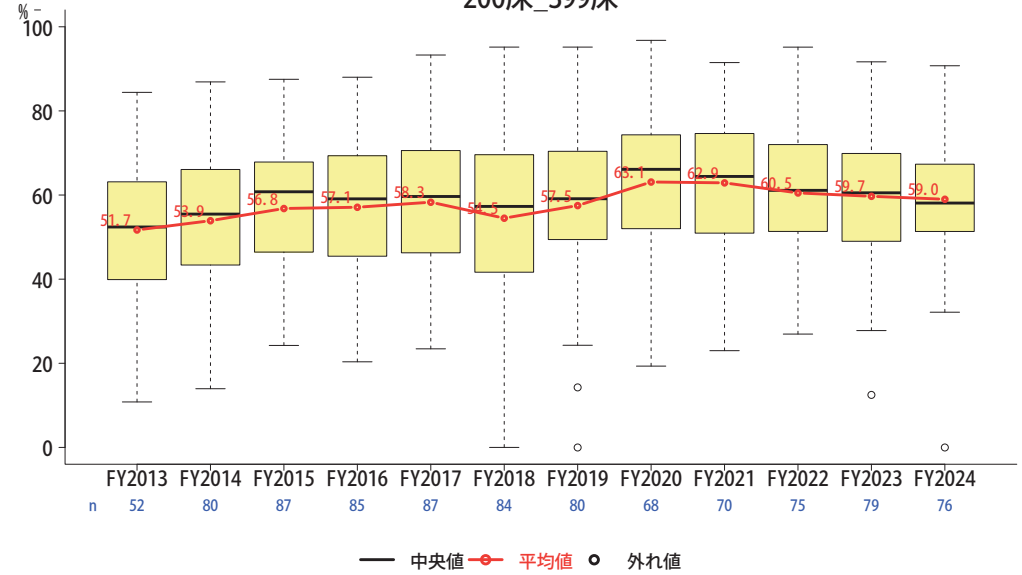
199床以下



一般-3 患者満足度(入院患者) 満足

分子:「満足」と回答した入院患者数
 分母:入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

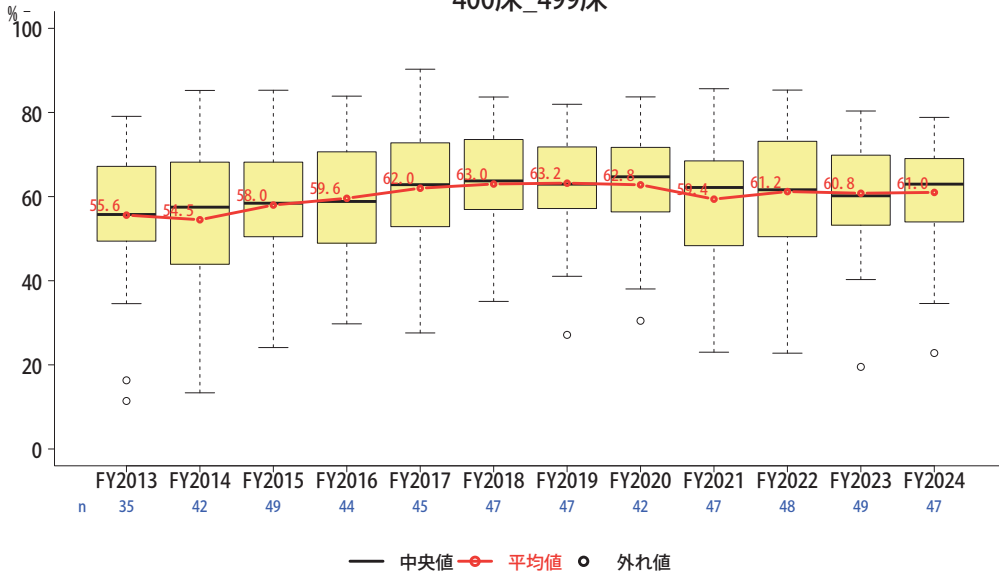
200床_399床



一般-3 患者満足度(入院患者) 満足

分子:「満足」と回答した入院患者数
 分母:入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

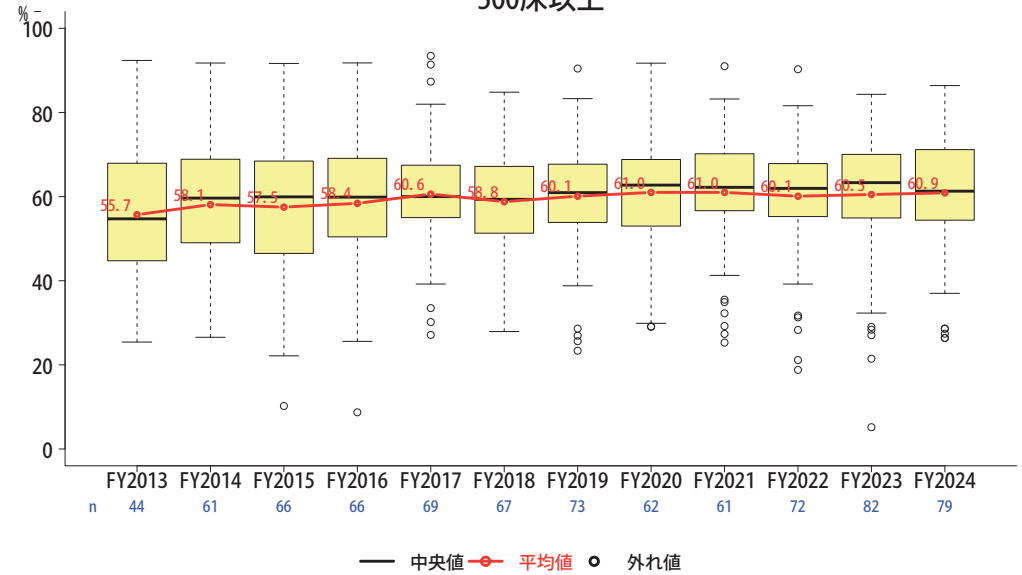
400床_499床



一般-3 患者満足度(入院患者) 満足

分子:「満足」と回答した入院患者数
 分母:入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

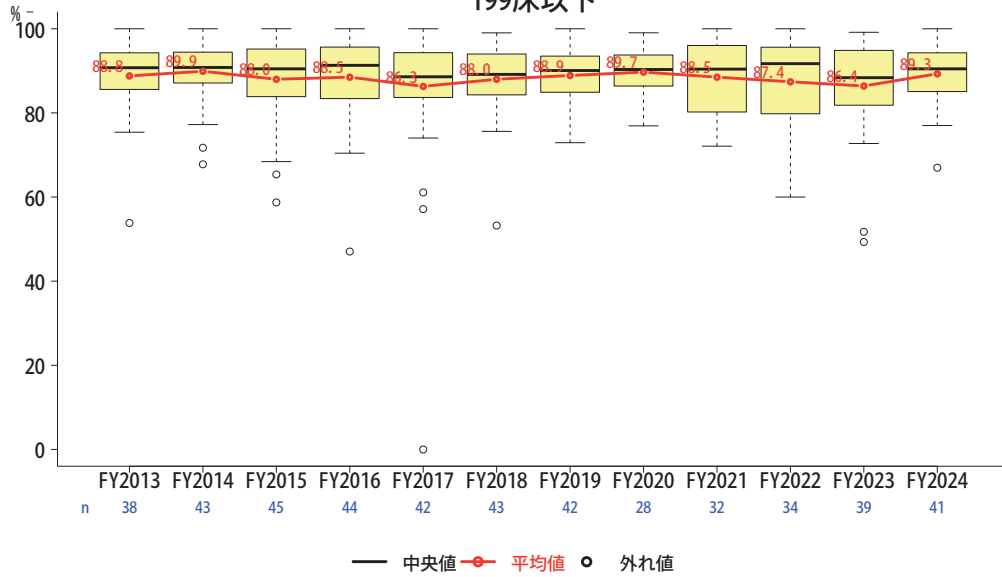
500床以上



一般-4 患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数
 分母:入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

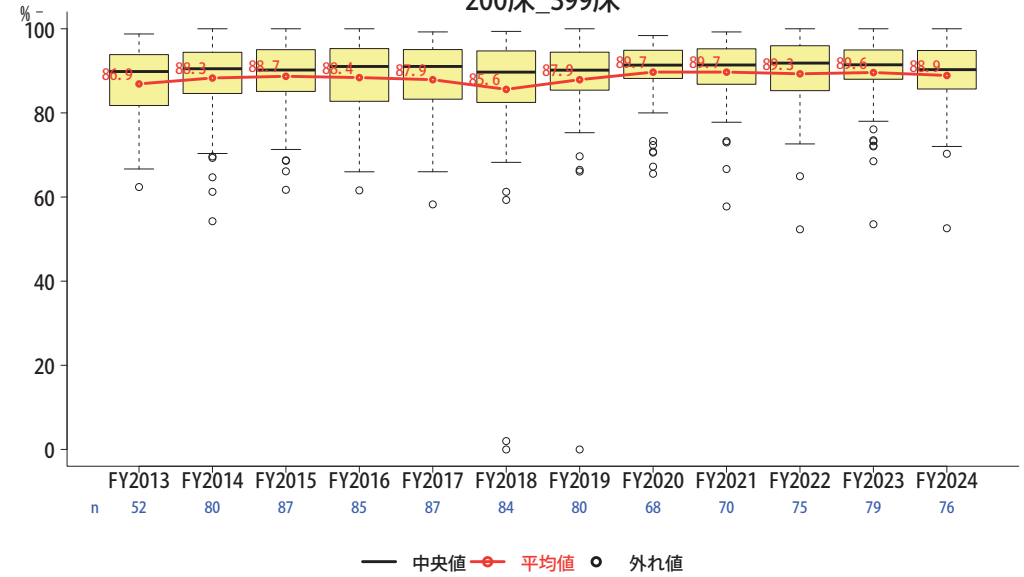
199床以下



一般-4 患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数
 分母:入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

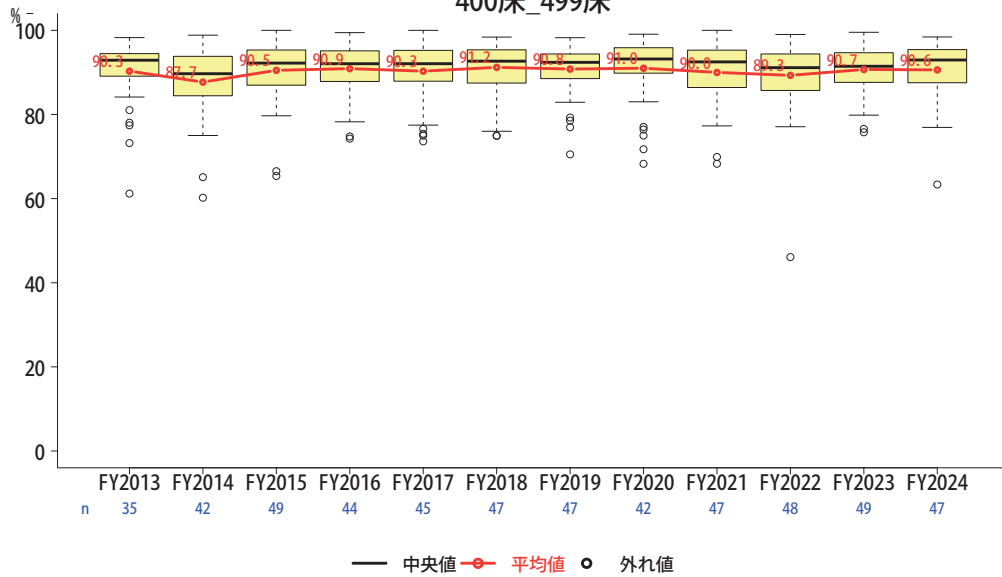
200床_399床



一般-4 患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数
 分母:入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

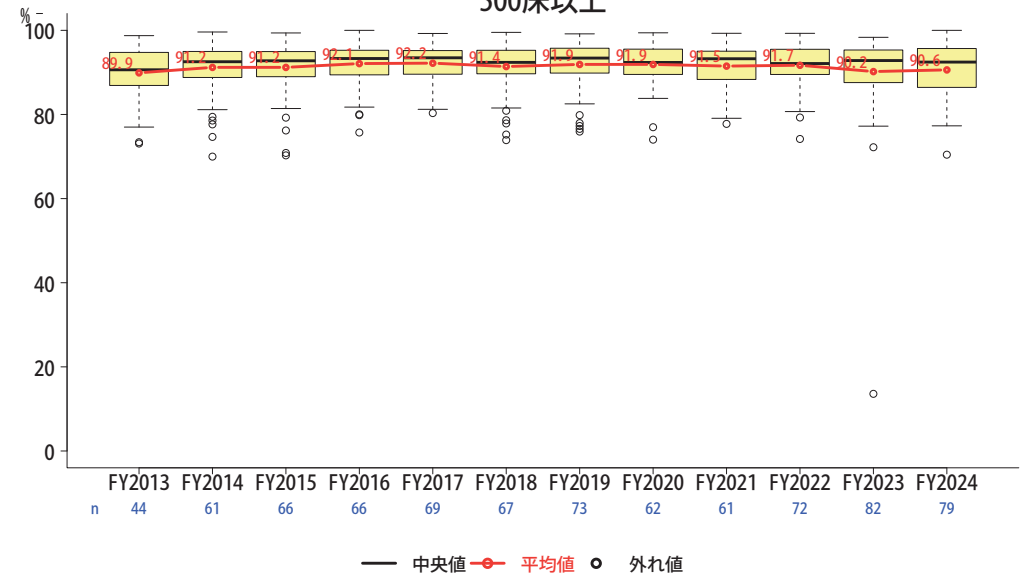
400床_499床



一般-4 患者満足度(入院患者) 満足またはやや満足

分子:「満足」または「やや満足」と回答した入院患者数
 分母:入院患者への満足度調査項目「この病院について総合的にはどう思われますか?」の設問有効回答数

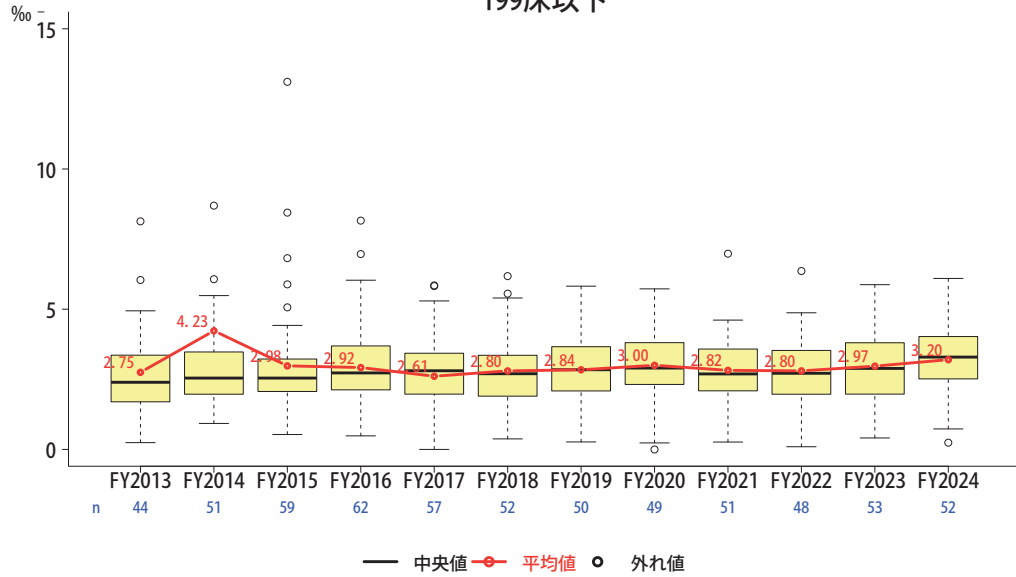
500床以上



一般-5 入院患者の転倒・転落発生率

分子:医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数
分母:入院延べ患者数

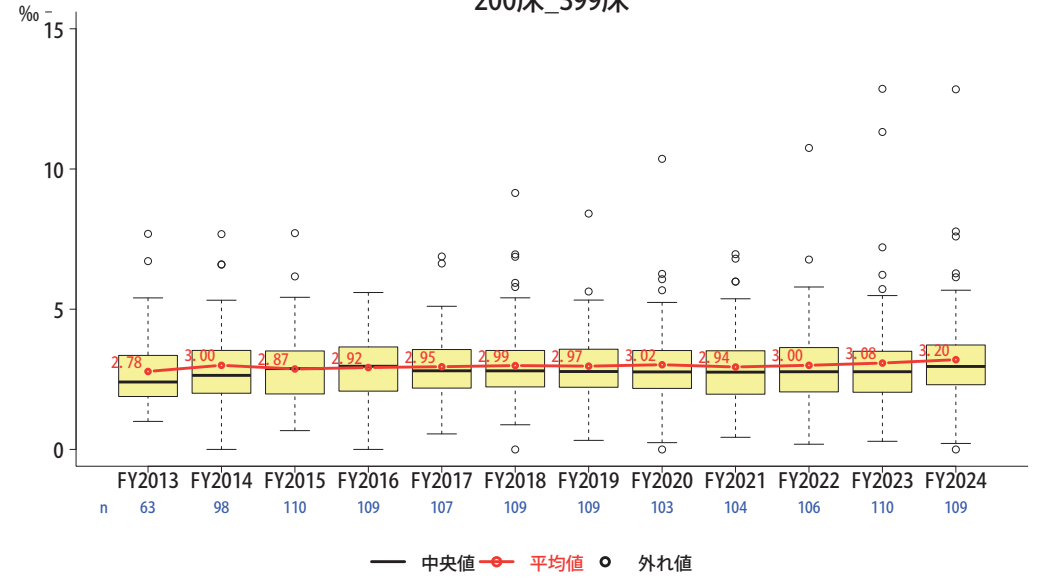
199床以下



一般-5 入院患者の転倒・転落発生率

分子:医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数
分母:入院延べ患者数

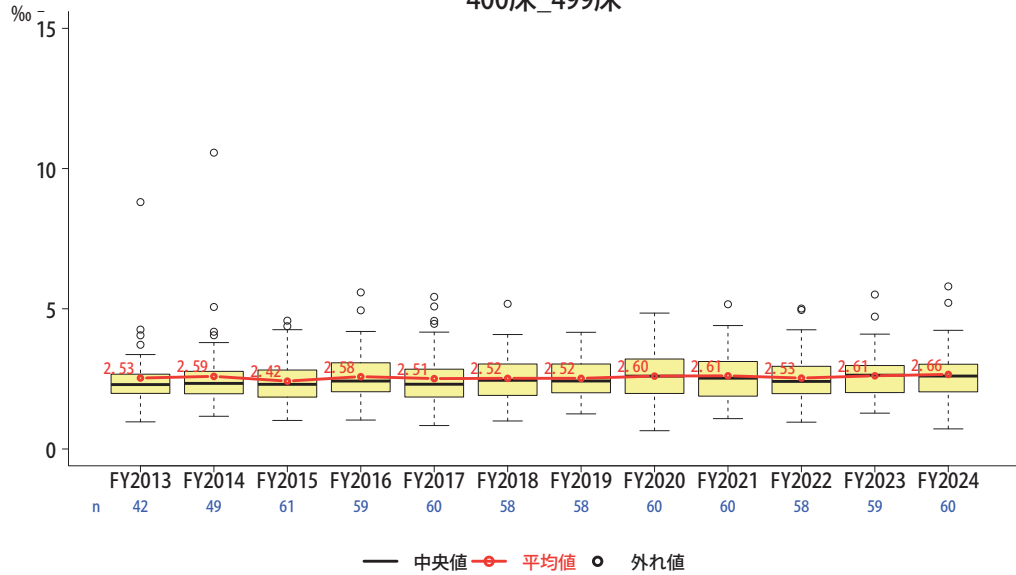
200床_399床



一般-5 入院患者の転倒・転落発生率

分子:医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数
分母:入院延べ患者数

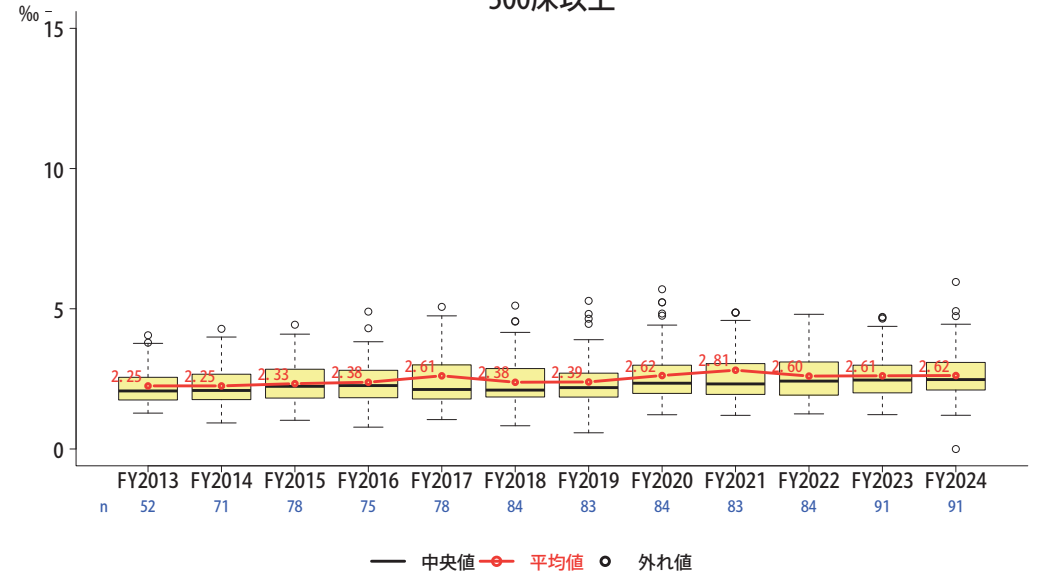
400床_499床



一般-5 入院患者の転倒・転落発生率

分子:医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数
分母:入院延べ患者数

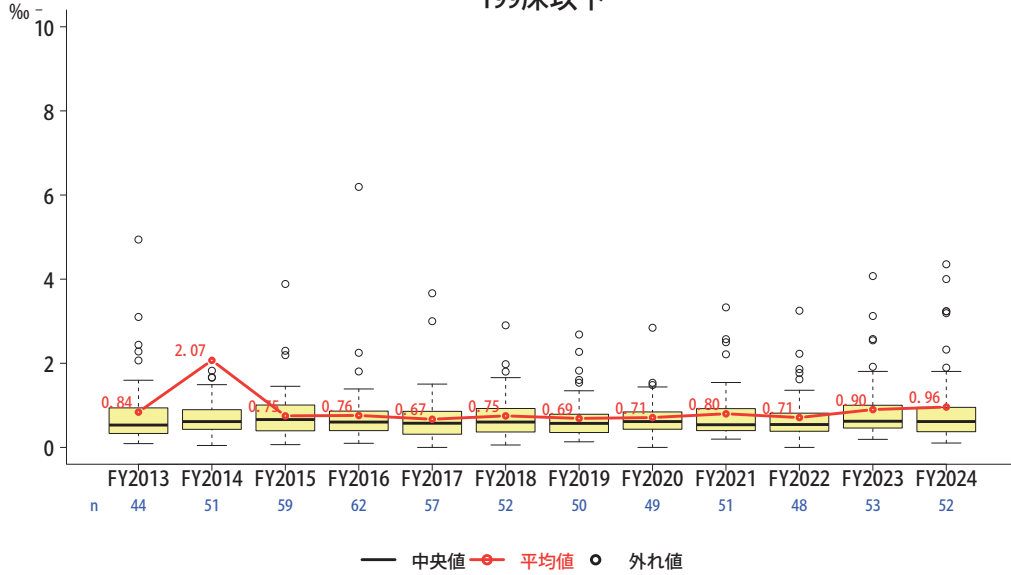
500床以上



一般-6 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)

分子:医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル2以上の件数
分母:入院延べ患者数

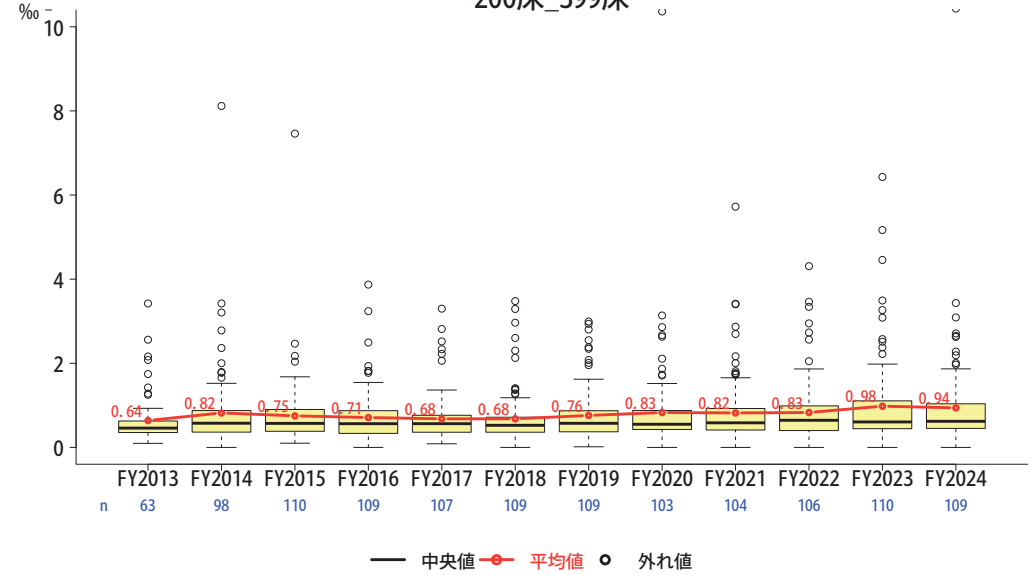
199床以下



一般-6 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)

分子:医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル2以上の件数
分母:入院延べ患者数

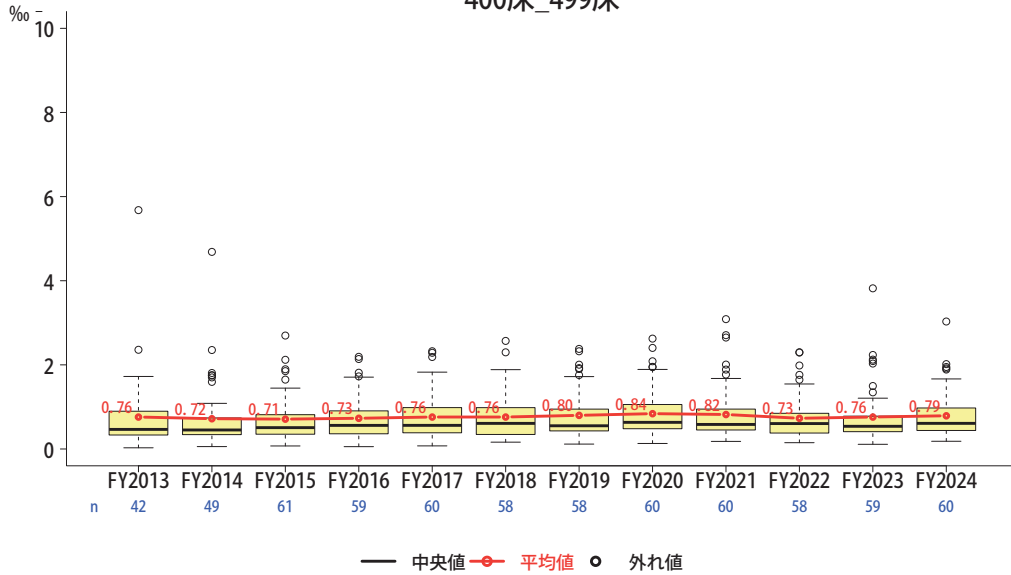
200床_399床



一般-6 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)

分子:医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル2以上の件数
分母:入院延べ患者数

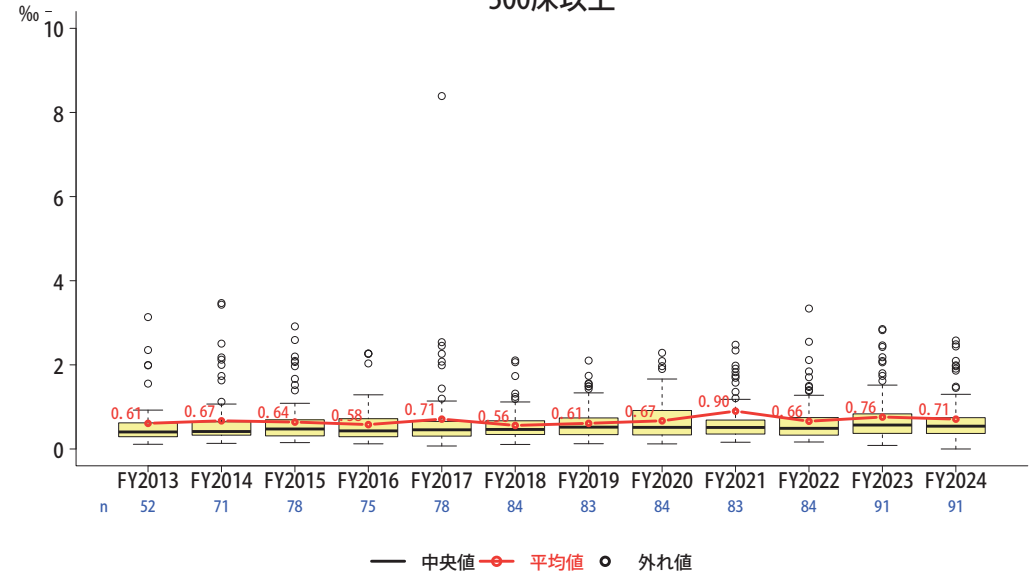
400床_499床



一般-6 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)

分子:医療安全管理室へインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル2以上の件数
分母:入院延べ患者数

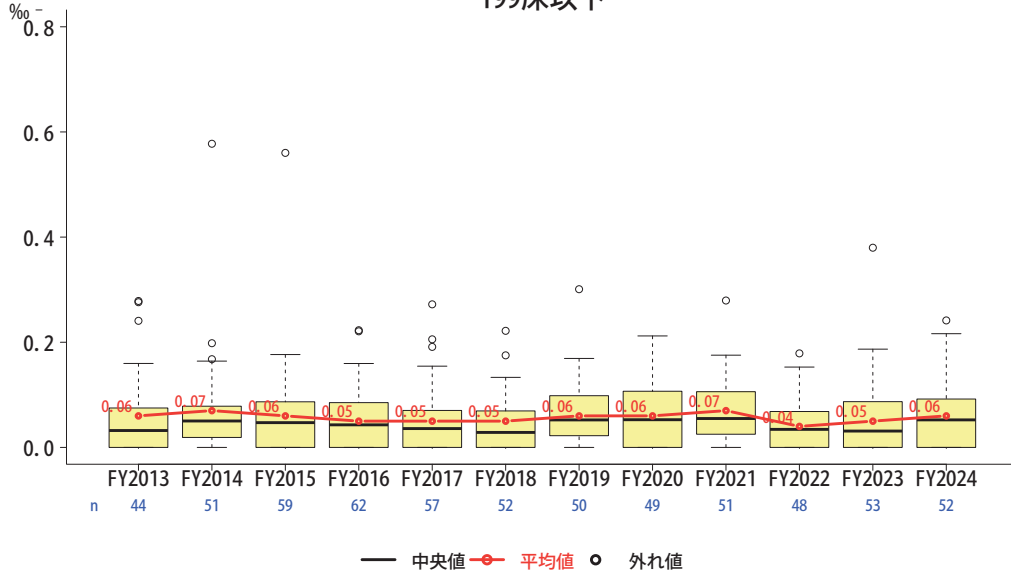
500床以上



一般-7 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4以上)

分子:医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル4以上の件数
分母:入院延べ患者数

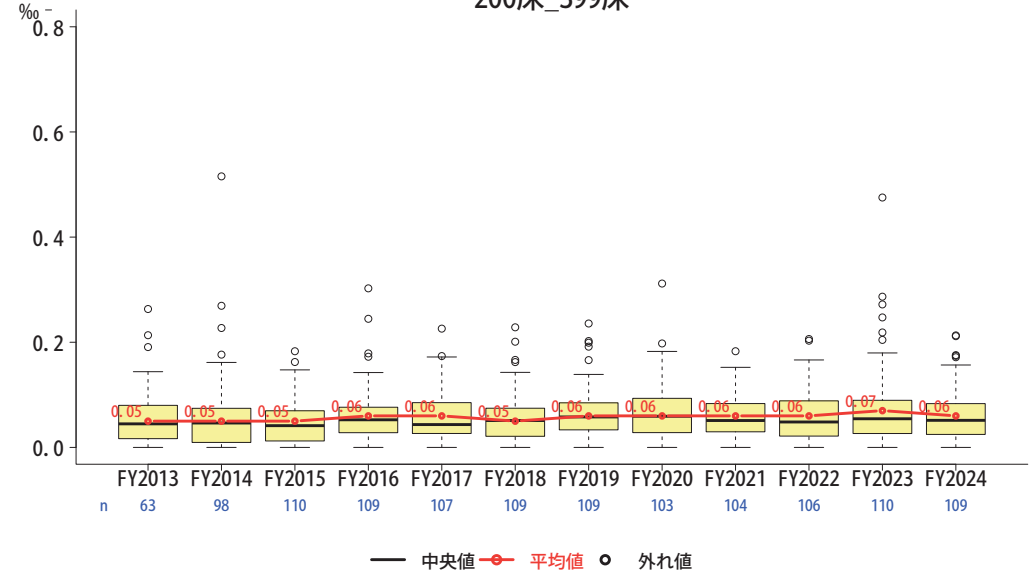
199床以下



一般-7 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4以上)

分子:医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル4以上の件数
分母:入院延べ患者数

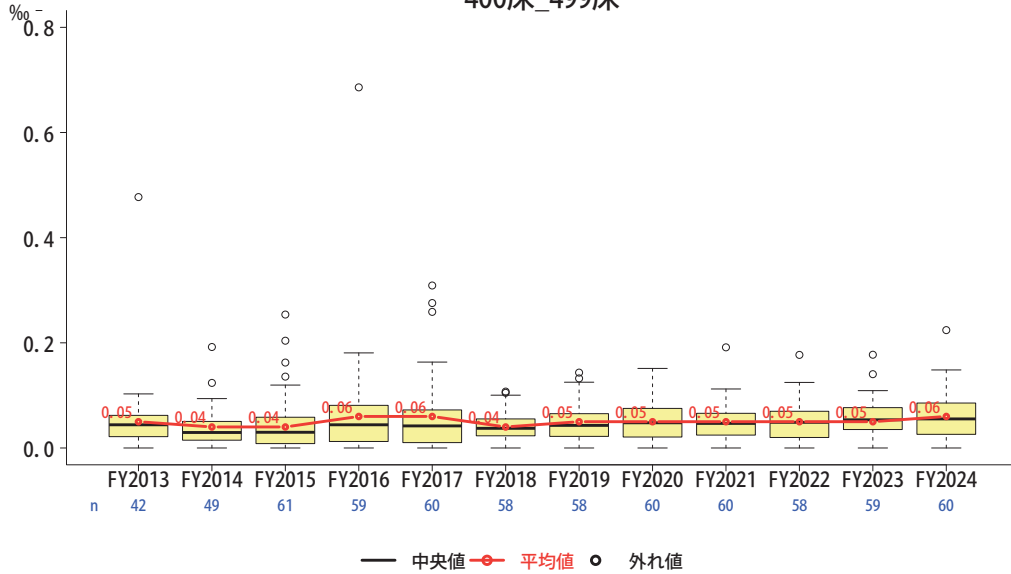
200床_399床



一般-7 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4以上)

分子:医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル4以上の件数
分母:入院延べ患者数

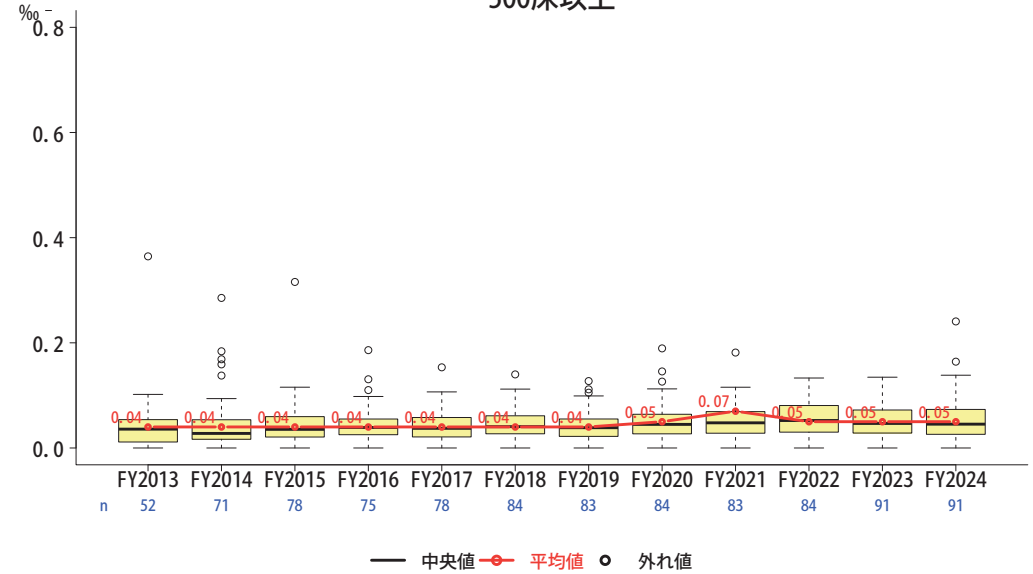
400床_499床



一般-7 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル4以上)

分子:医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル4以上の件数
分母:入院延べ患者数

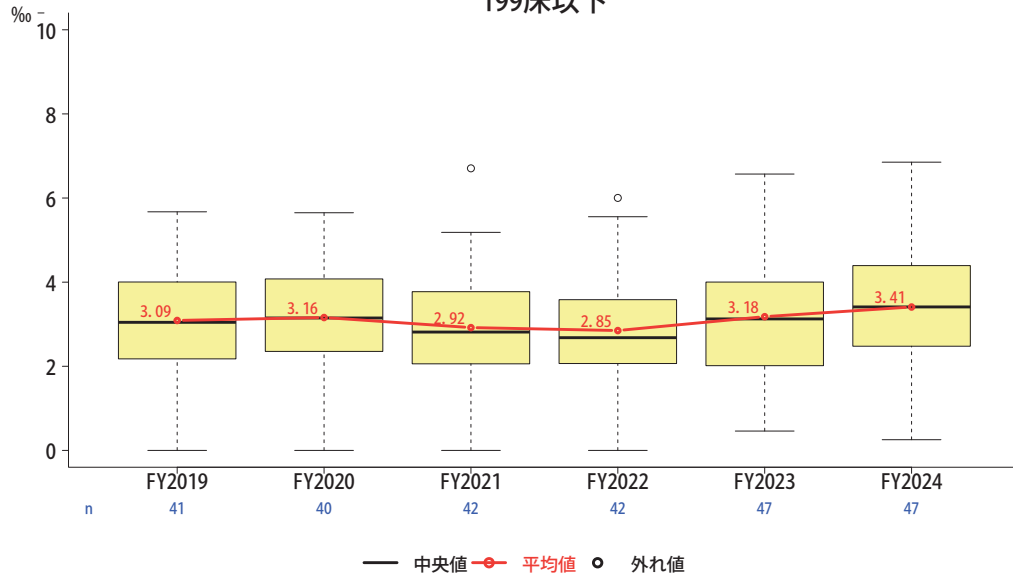
500床以上



一般-8 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

分子:65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数
分母:65歳以上の入院患者延べ数

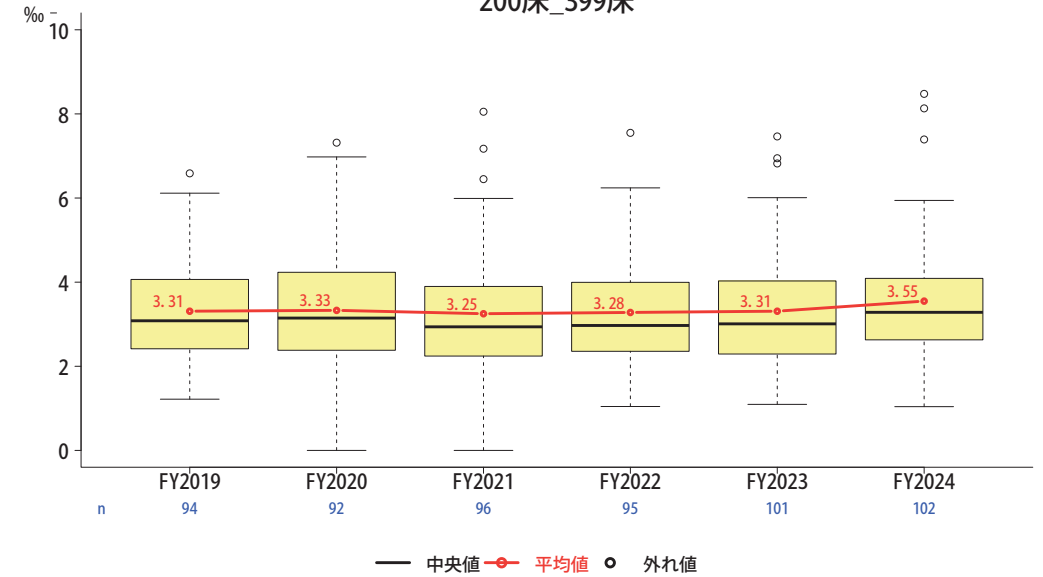
199床以下



一般-8 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

分子:65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数
分母:65歳以上の入院患者延べ数

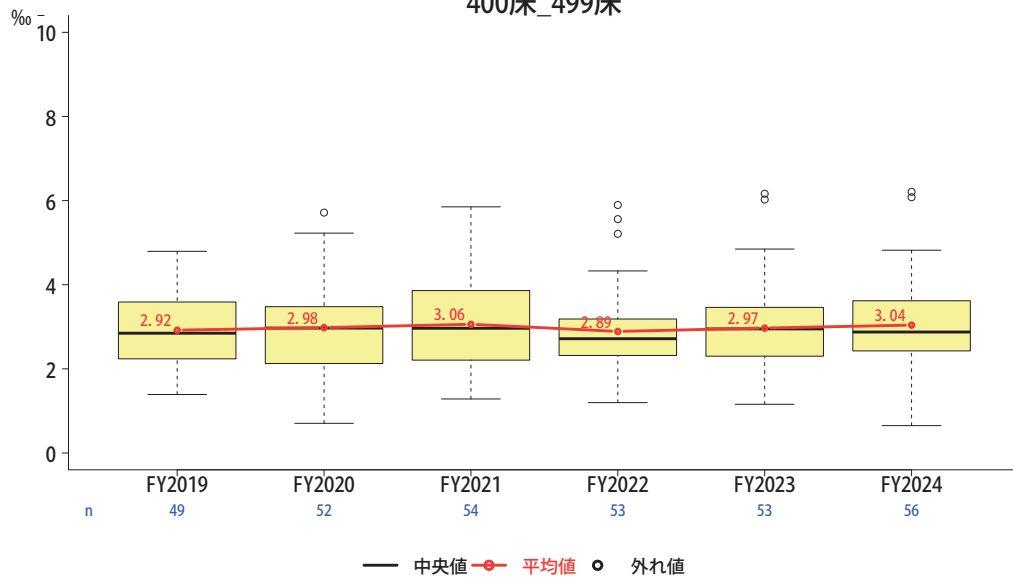
200床_399床



一般-8 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

分子:65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数
分母:65歳以上の入院患者延べ数

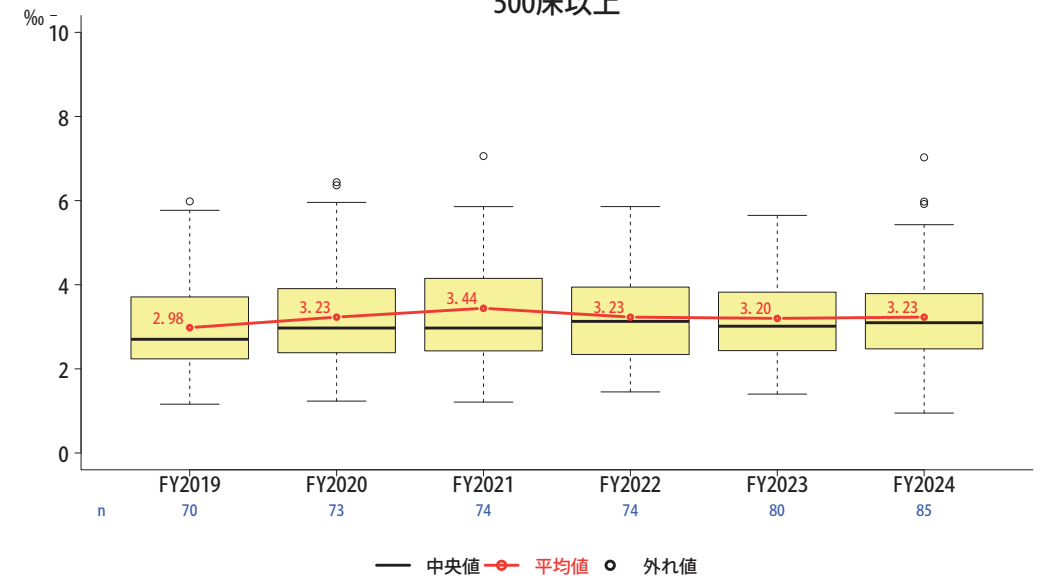
400床_499床



一般-8 65歳以上の入院患者における転倒・転落発生率

分子:65歳以上の入院中の患者に発生した転倒・転落件数
分母:65歳以上の入院患者延べ数

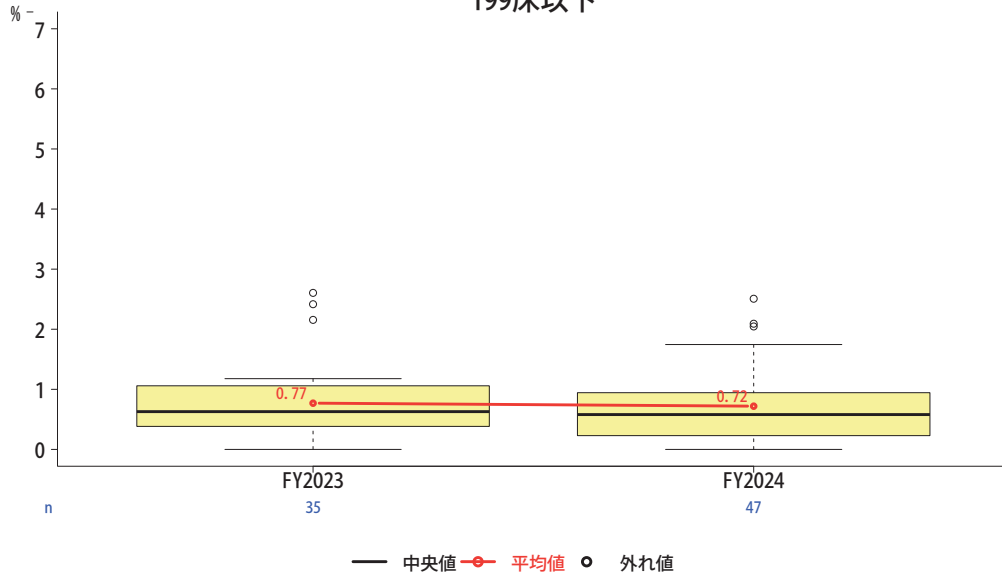
500床以上



一般-9 新規圧迫創傷(褥瘡)発生率

分子: 調査期間中にd2(真皮までの損傷)以上の院内新規圧迫創傷発生患者数
 分母: 調査期間初日(0時時点)の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

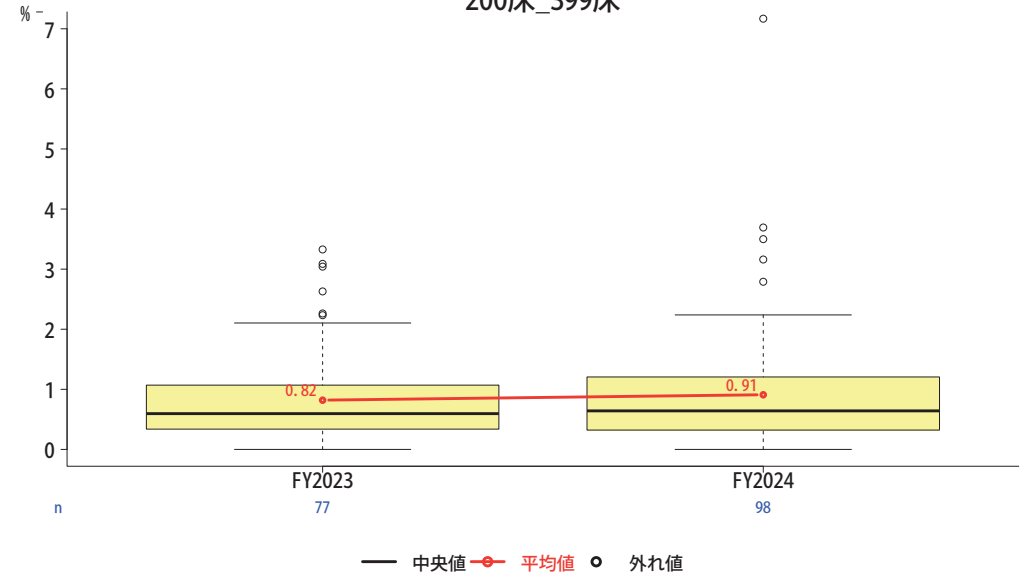
199床以下



一般-9 新規圧迫創傷(褥瘡)発生率

分子: 調査期間中にd2(真皮までの損傷)以上の院内新規圧迫創傷発生患者数
 分母: 調査期間初日(0時時点)の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

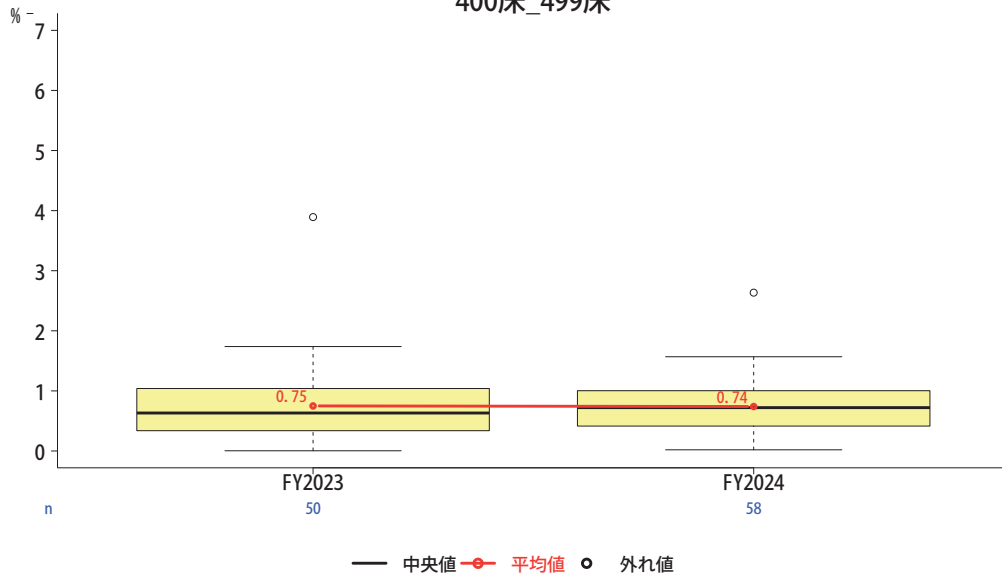
200床_399床



一般-9 新規圧迫創傷(褥瘡)発生率

分子: 調査期間中にd2(真皮までの損傷)以上の院内新規圧迫創傷発生患者数
 分母: 調査期間初日(0時時点)の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

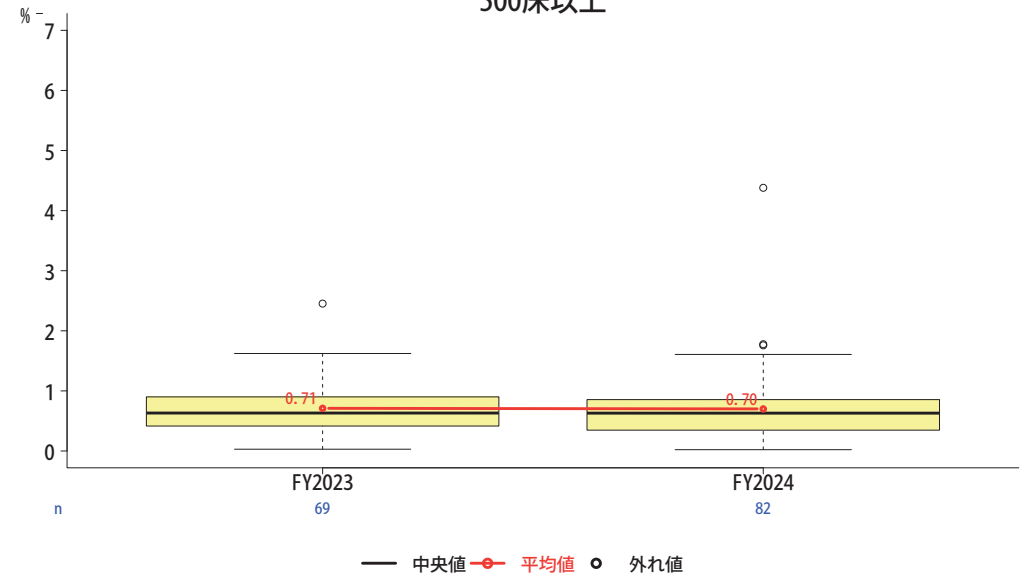
400床_499床



一般-9 新規圧迫創傷(褥瘡)発生率

分子: 調査期間中にd2(真皮までの損傷)以上の院内新規圧迫創傷発生患者数
 分母: 調査期間初日(0時時点)の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

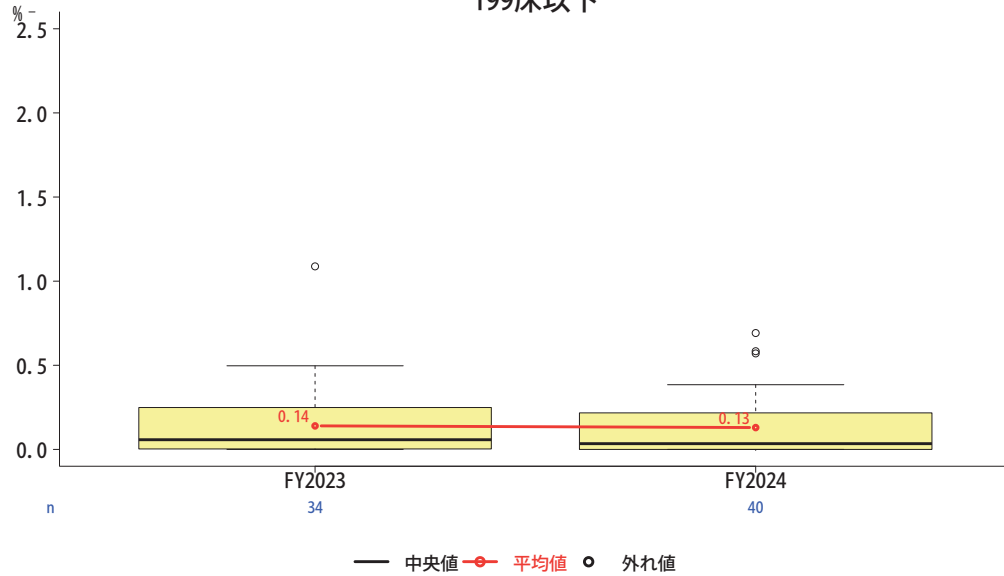
500床以上



一般-10 新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPI)発生率

分子: 調査月の新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPI)発生患者数
 分母: 調査期間初日(0時時点)の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

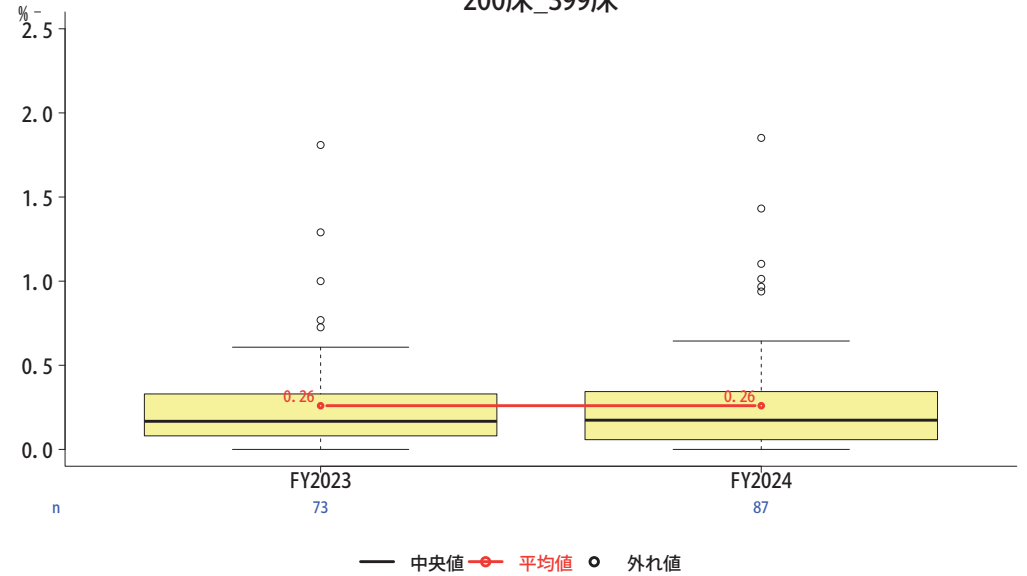
199床以下



一般-10 新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPI)発生率

分子: 調査月の新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPI)発生患者数
 分母: 調査期間初日(0時時点)の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

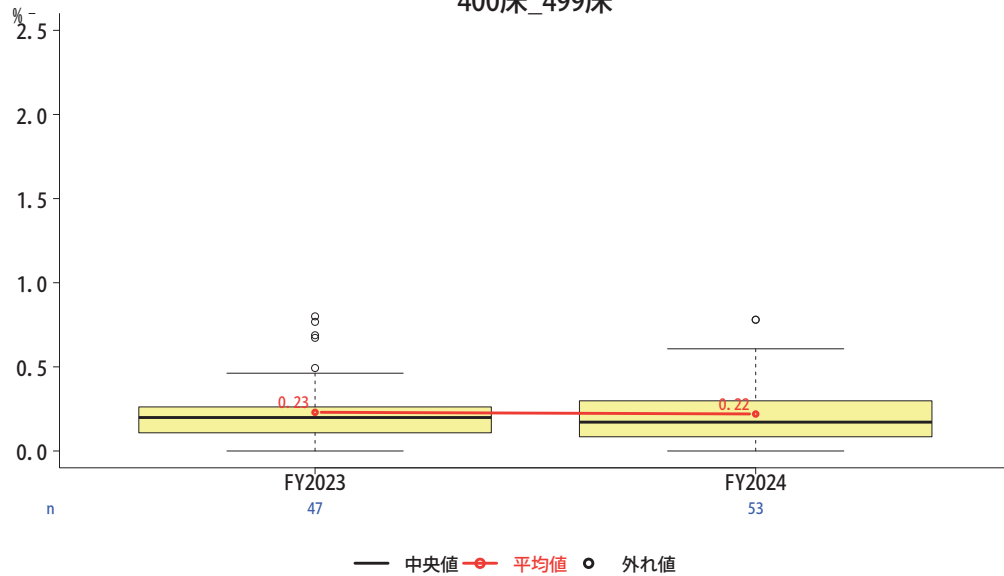
200床_399床



一般-10 新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPI)発生率

分子: 調査月の新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPI)発生患者数
 分母: 調査期間初日(0時時点)の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

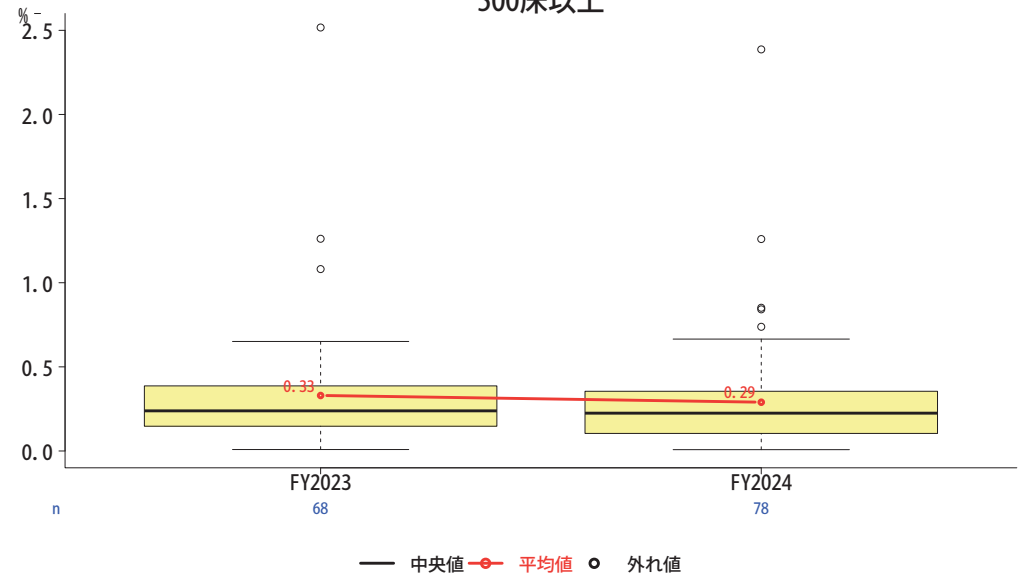
400床_499床



一般-10 新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPI)発生率

分子: 調査月の新規医療関連機器圧迫創傷(MDRPI)発生患者数
 分母: 調査期間初日(0時時点)の入院患者数+調査期間に新たに入院した患者数

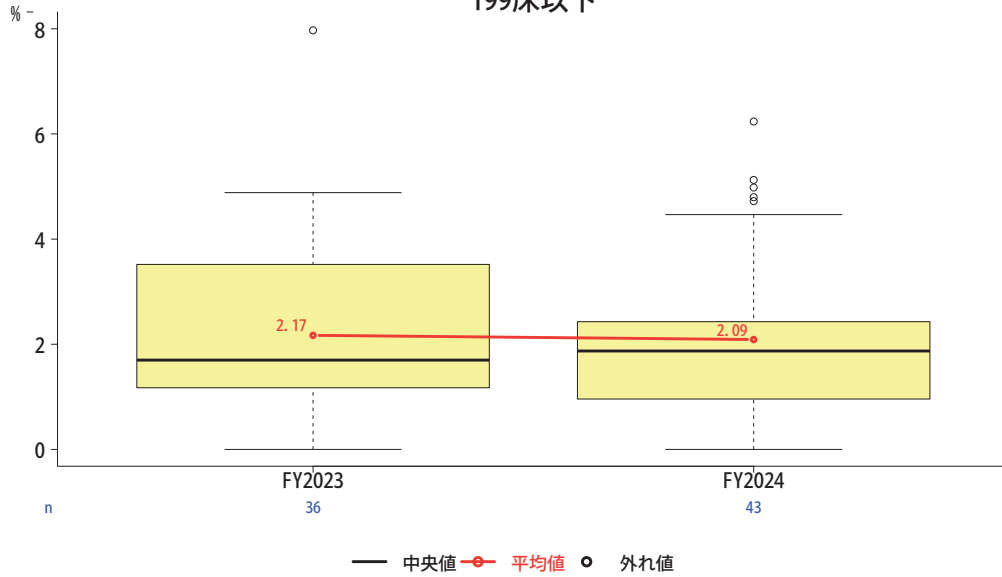
500床以上



一般-11 持ち込み圧迫創傷(褥瘡)率

分子:入院後24時間以内に圧迫創傷発生の記録がある患者数
分母:調査期間に新たに入院した患者数

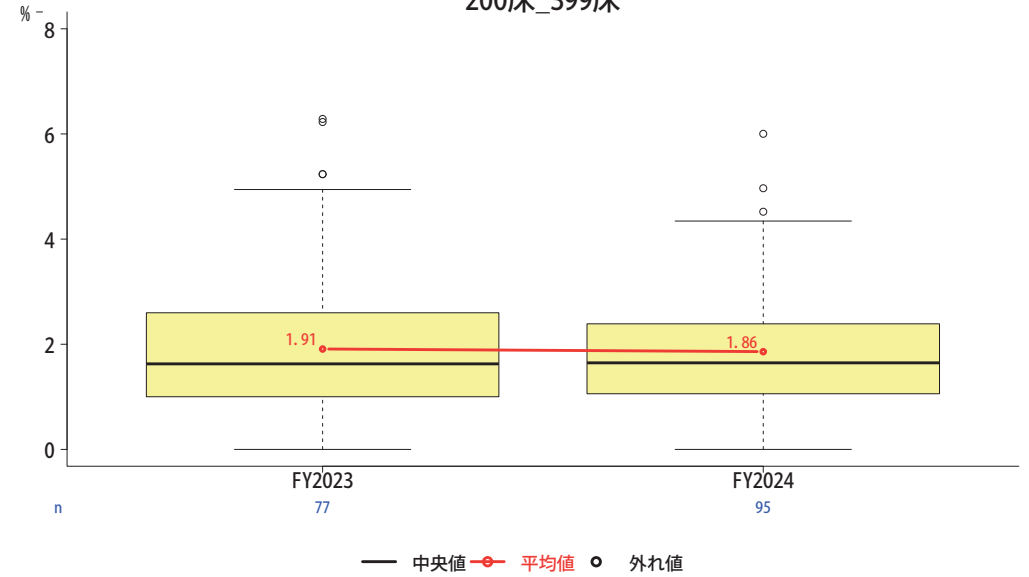
199床以下



一般-11 持ち込み圧迫創傷(褥瘡)率

分子:入院後24時間以内に圧迫創傷発生の記録がある患者数
分母:調査期間に新たに入院した患者数

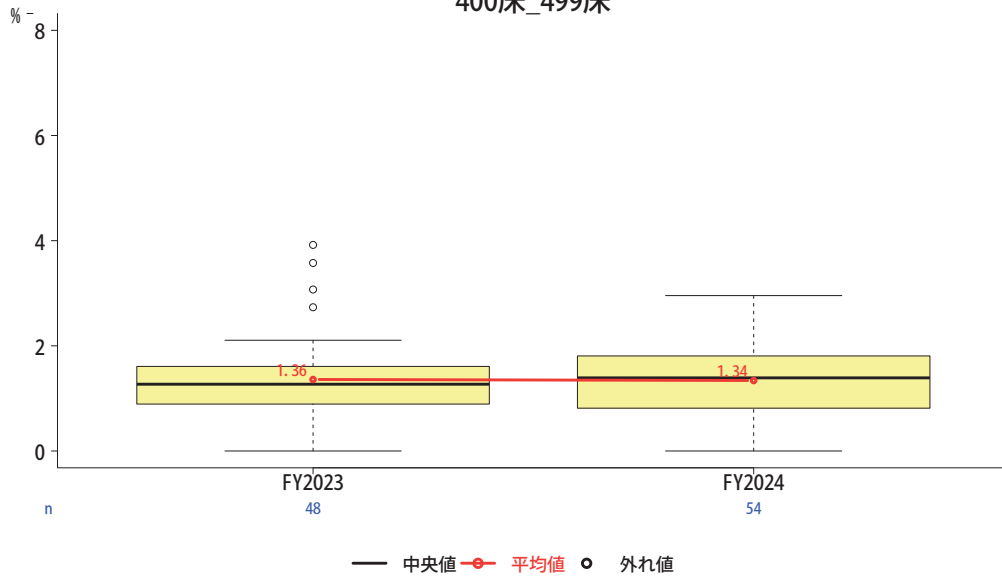
200床_399床



一般-11 持ち込み圧迫創傷(褥瘡)率

分子:入院後24時間以内に圧迫創傷発生の記録がある患者数
分母:調査期間に新たに入院した患者数

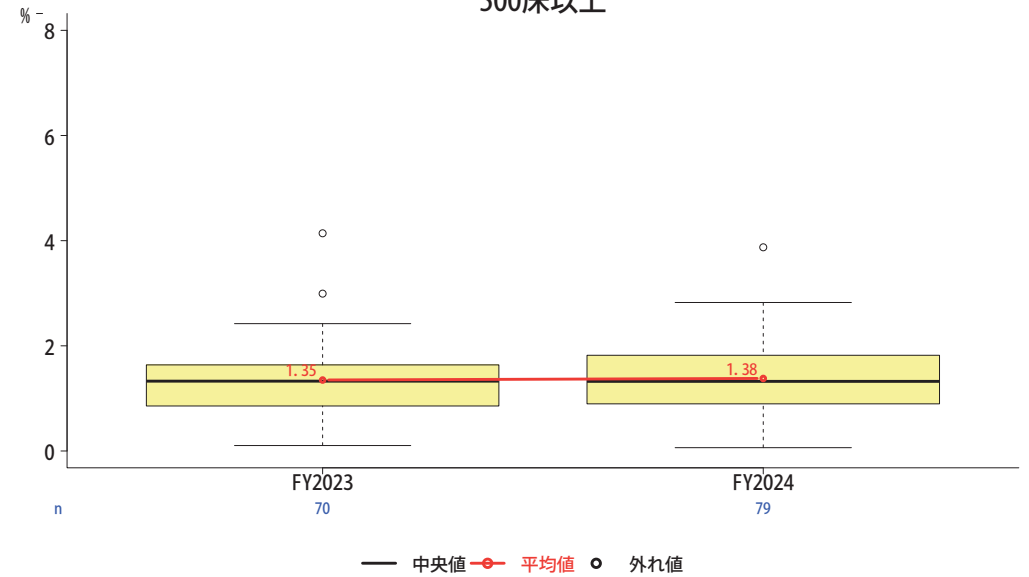
400床_499床



一般-11 持ち込み圧迫創傷(褥瘡)率

分子:入院後24時間以内に圧迫創傷発生の記録がある患者数
分母:調査期間に新たに入院した患者数

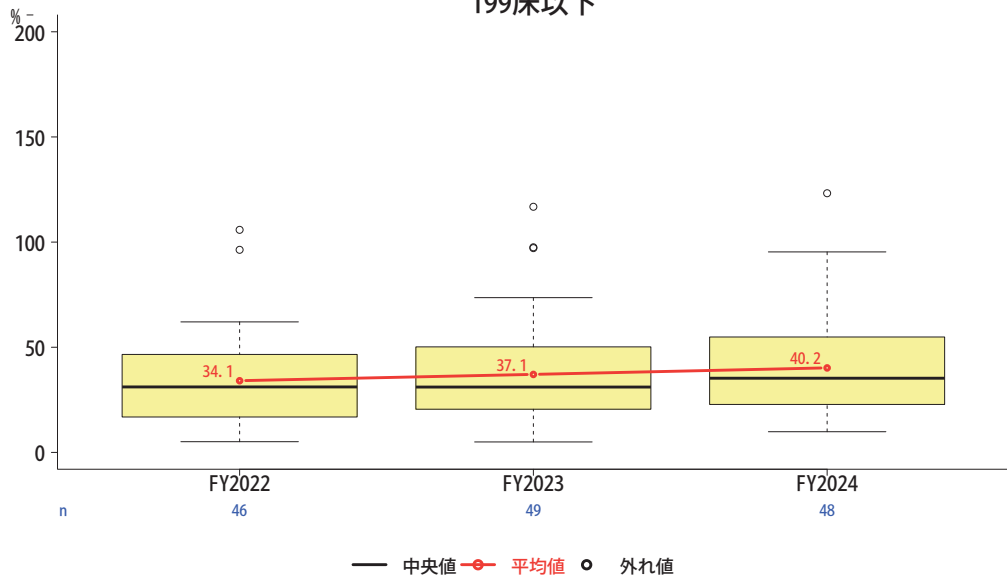
500床以上



一般-12 紹介割合

分子:(紹介患者数+救急患者数)
分母:初診患者数

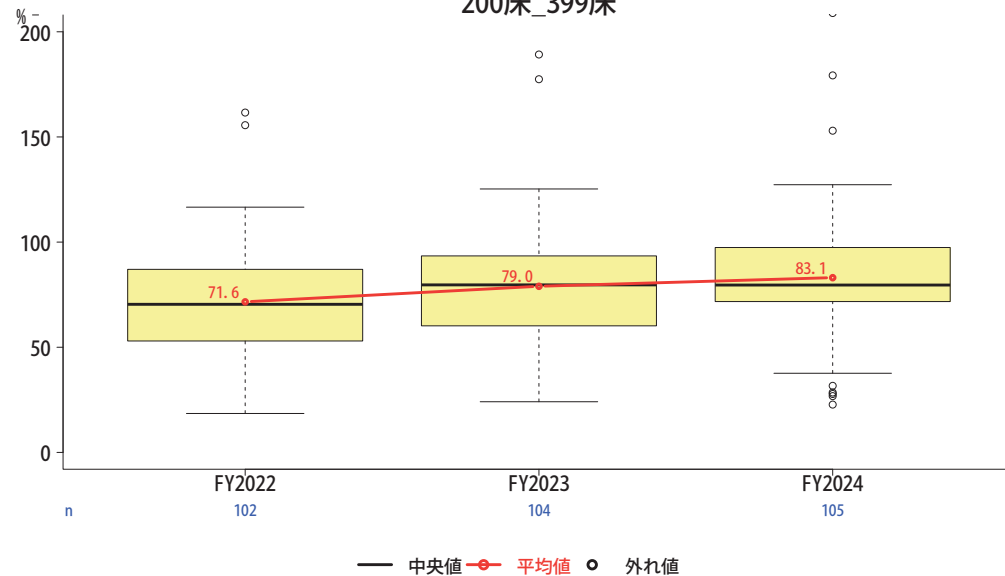
199床以下



一般-12 紹介割合

分子:(紹介患者数+救急患者数)
分母:初診患者数

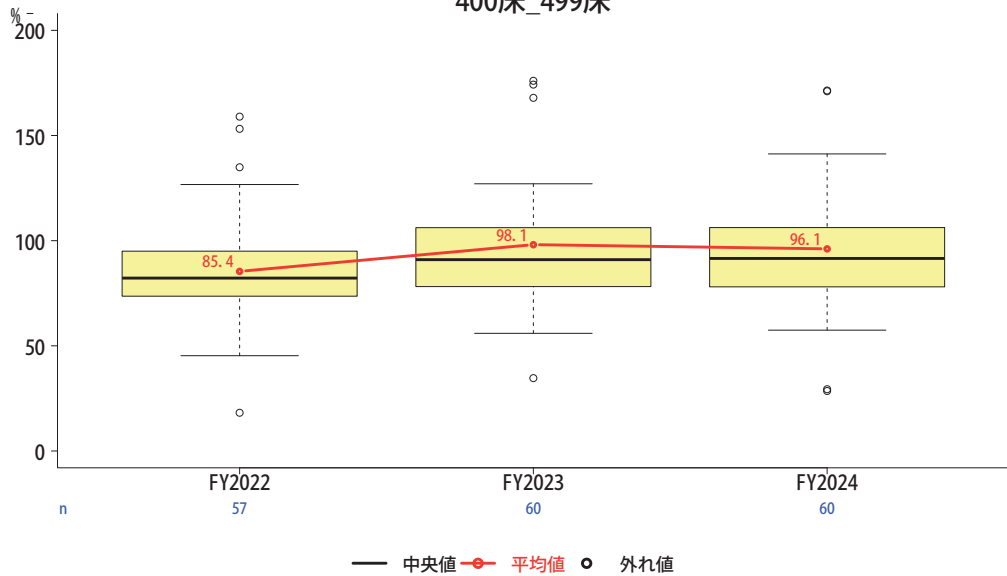
200床_399床



一般-12 紹介割合

分子:(紹介患者数+救急患者数)
分母:初診患者数

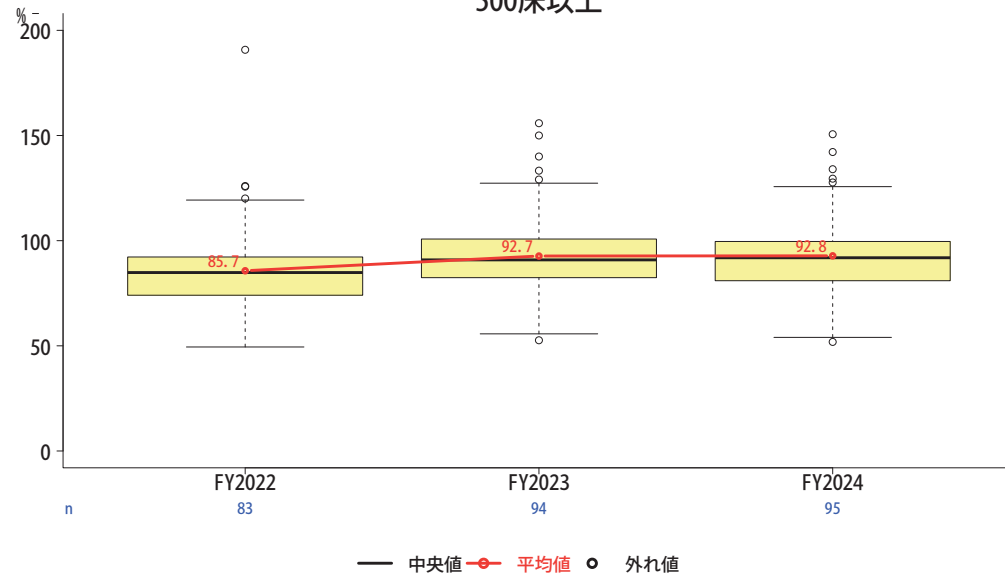
400床_499床



一般-12 紹介割合

分子:(紹介患者数+救急患者数)
分母:初診患者数

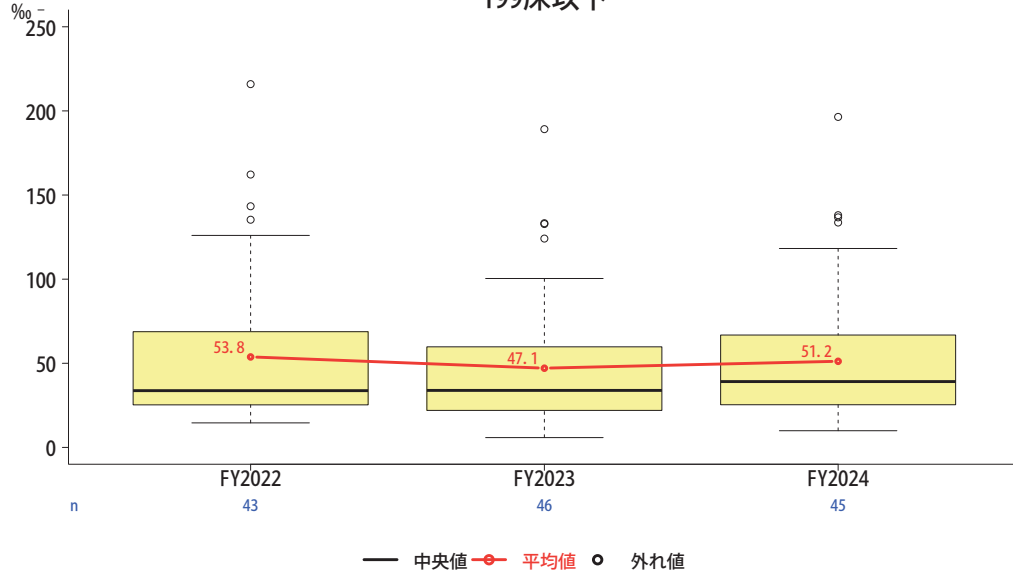
500床以上



一般-13 逆紹介割合

分子:逆紹介患者数
分母:(初診+再診患者数)

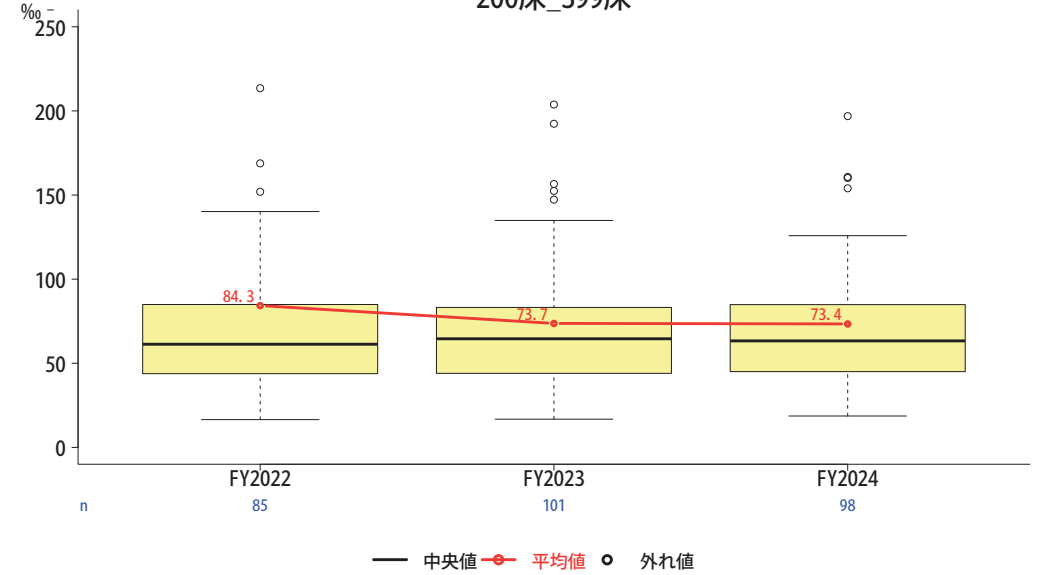
199床以下



一般-13 逆紹介割合

分子:逆紹介患者数
分母:(初診+再診患者数)

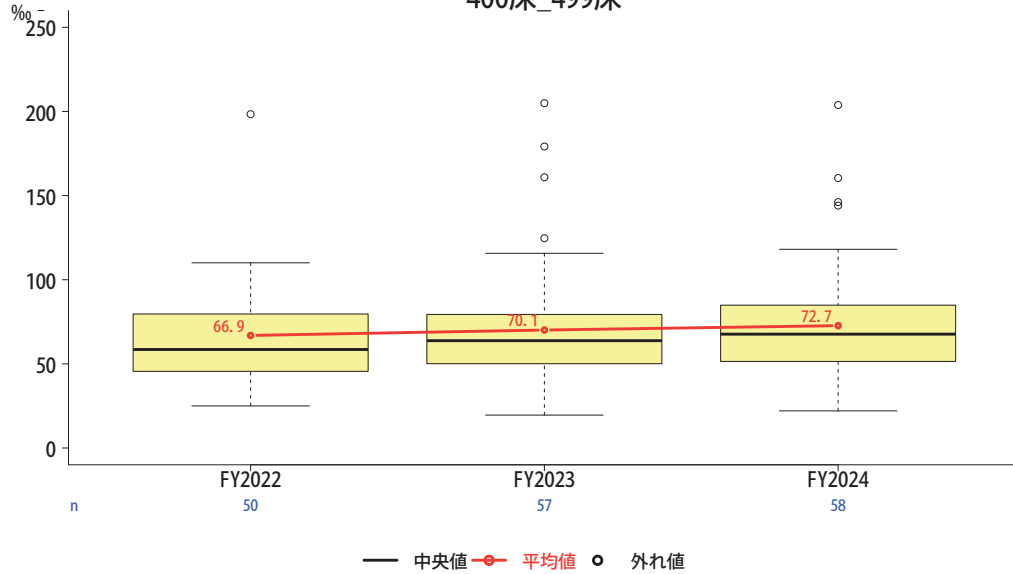
200床_399床



一般-13 逆紹介割合

分子:逆紹介患者数
分母:(初診+再診患者数)

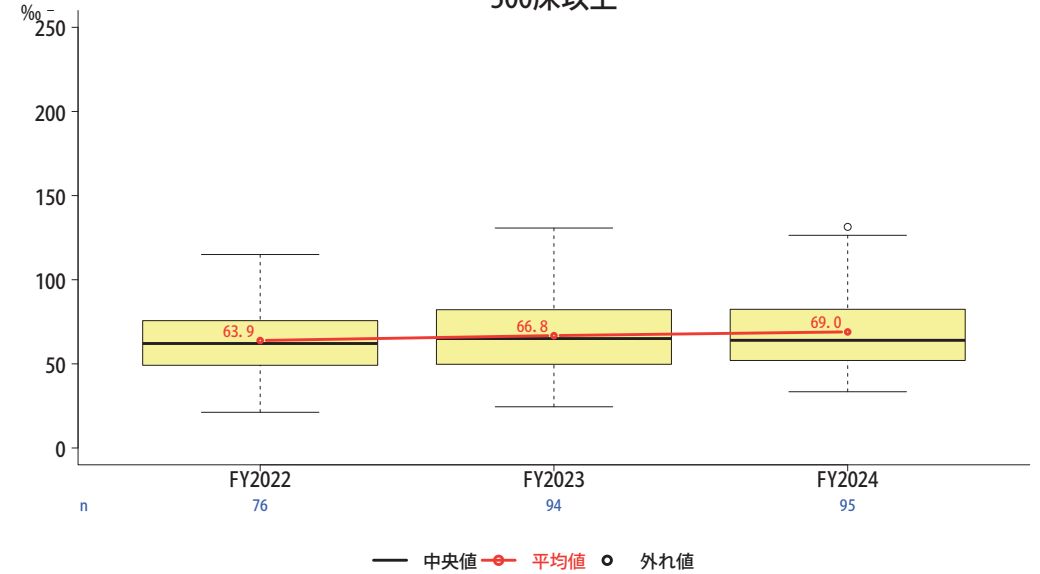
400床_499床



一般-13 逆紹介割合

分子:逆紹介患者数
分母:(初診+再診患者数)

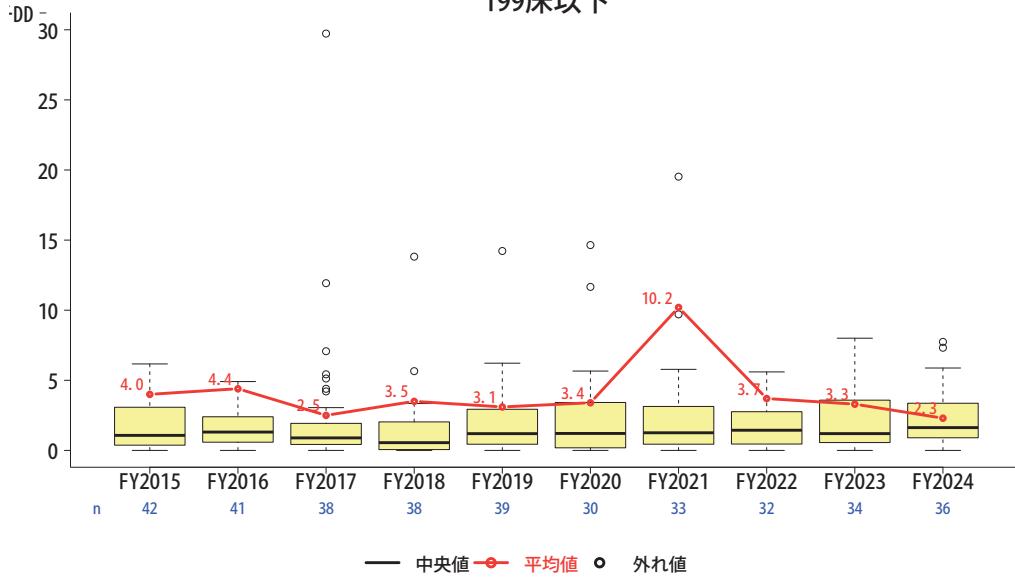
500床以上



一般-14 症候性尿路感染症発生率

分子:分母のうちカテーテル関連症候性尿路感染症の定義に合致した延べ回数
分母:入院患者における尿道留置カテーテル挿入延べ日数

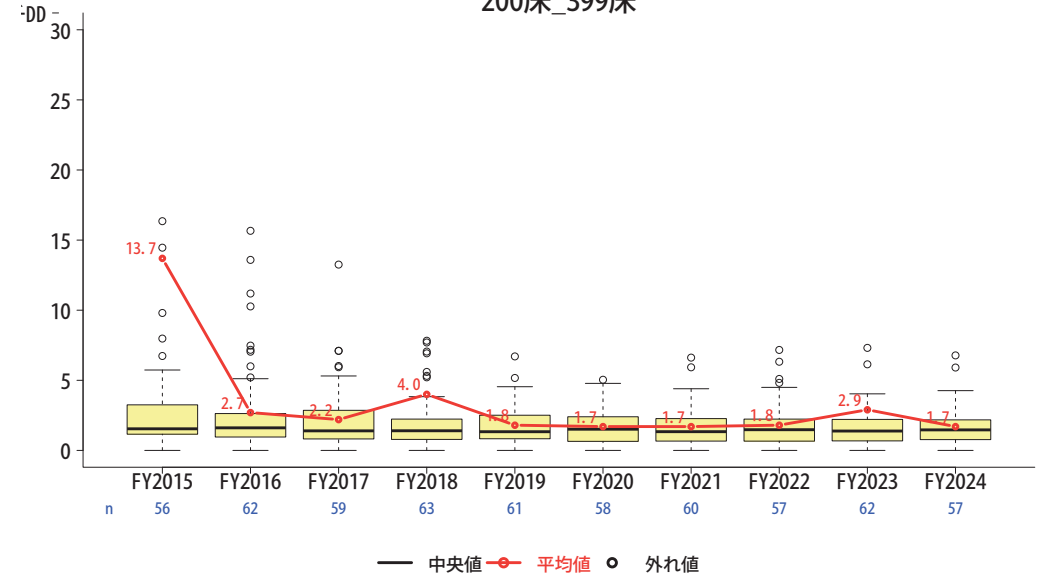
199床以下



一般-14 症候性尿路感染症発生率

分子:分母のうちカテーテル関連症候性尿路感染症の定義に合致した延べ回数
分母:入院患者における尿道留置カテーテル挿入延べ日数

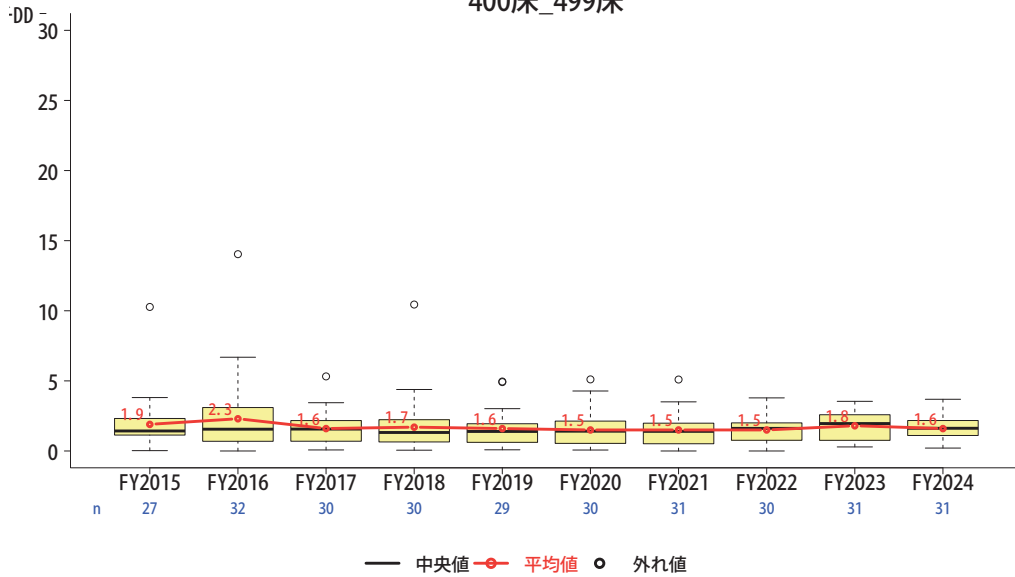
200床_399床



一般-14 症候性尿路感染症発生率

分子:分母のうちカテーテル関連症候性尿路感染症の定義に合致した延べ回数
分母:入院患者における尿道留置カテーテル挿入延べ日数

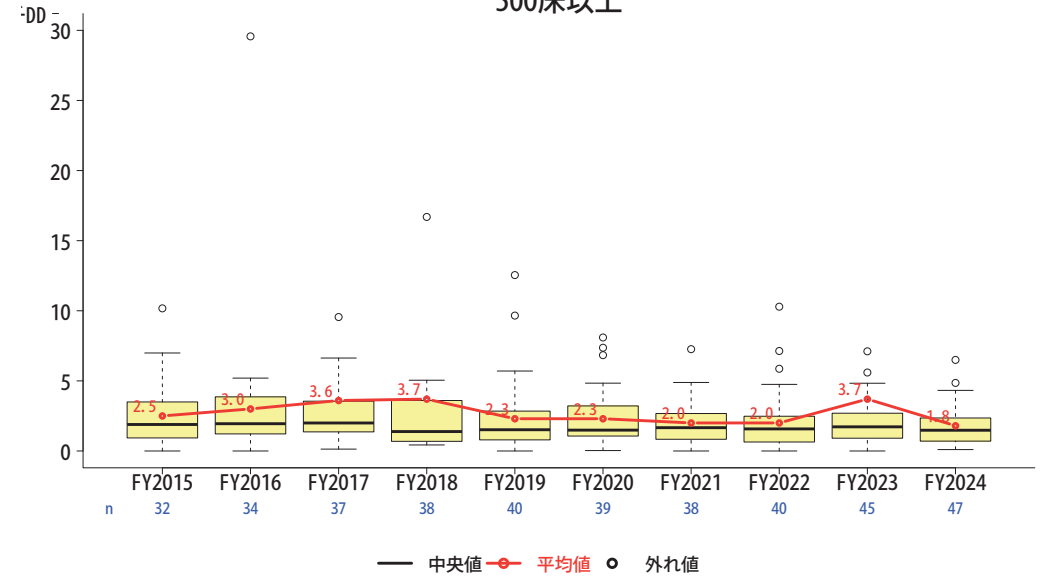
400床_499床



一般-14 症候性尿路感染症発生率

分子:分母のうちカテーテル関連症候性尿路感染症の定義に合致した延べ回数
分母:入院患者における尿道留置カテーテル挿入延べ日数

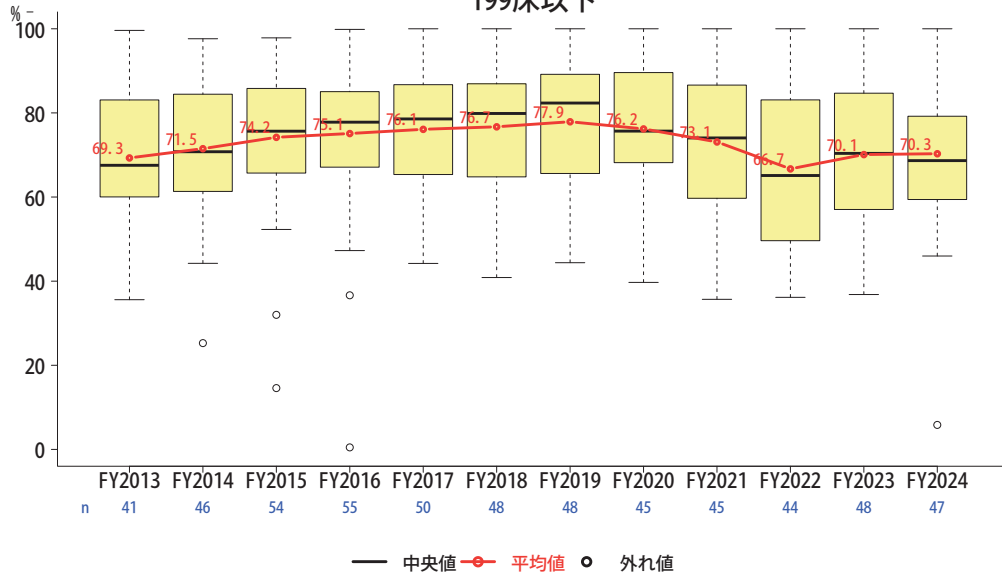
500床以上



一般-15 救急車・ホットラインの応需率

分子:救急車で来院した患者数
分母:救急車受け入れ要請件数

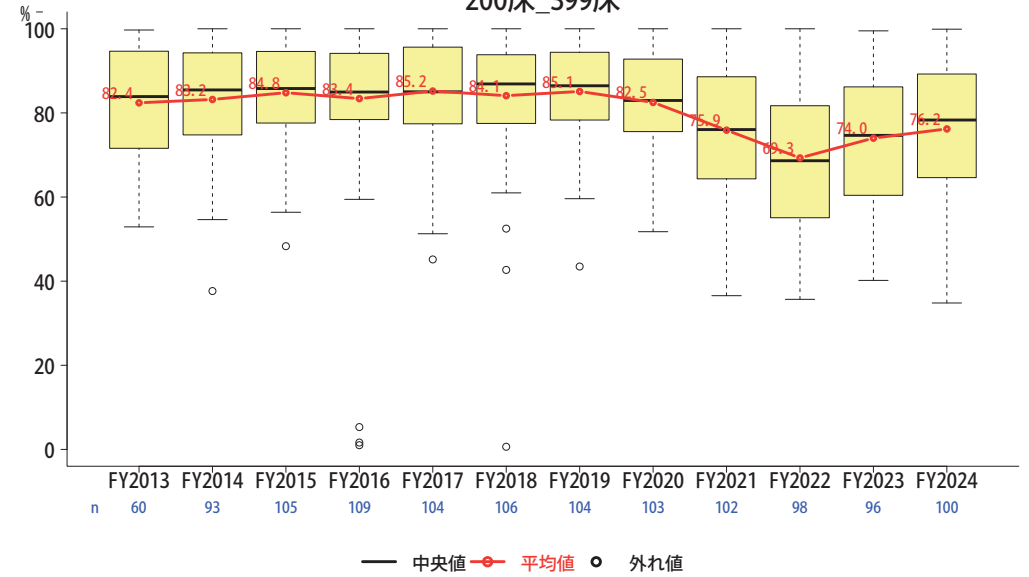
199床以下



一般-15 救急車・ホットラインの応需率

分子:救急車で来院した患者数
分母:救急車受け入れ要請件数

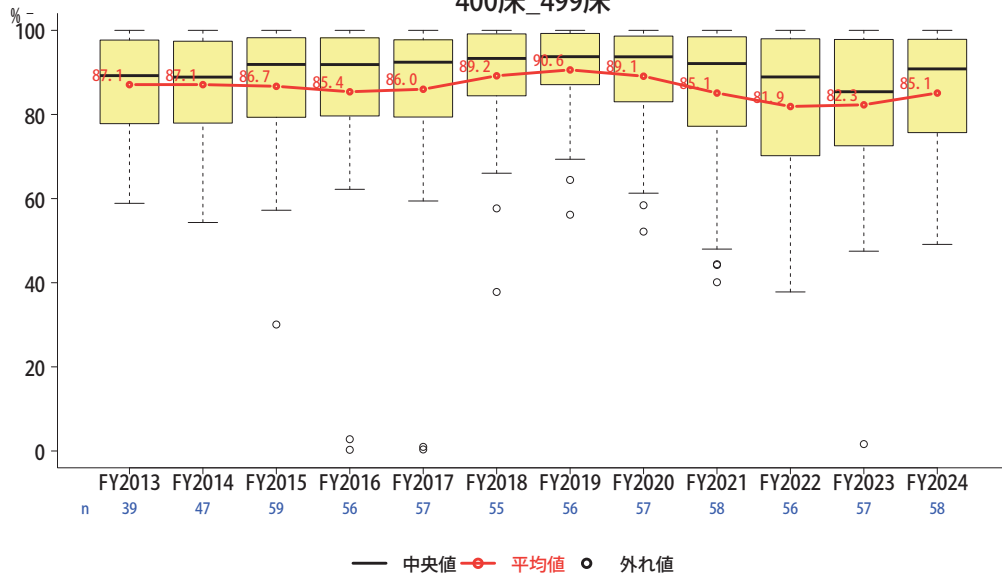
200床_399床



一般-15 救急車・ホットラインの応需率

分子:救急車で来院した患者数
分母:救急車受け入れ要請件数

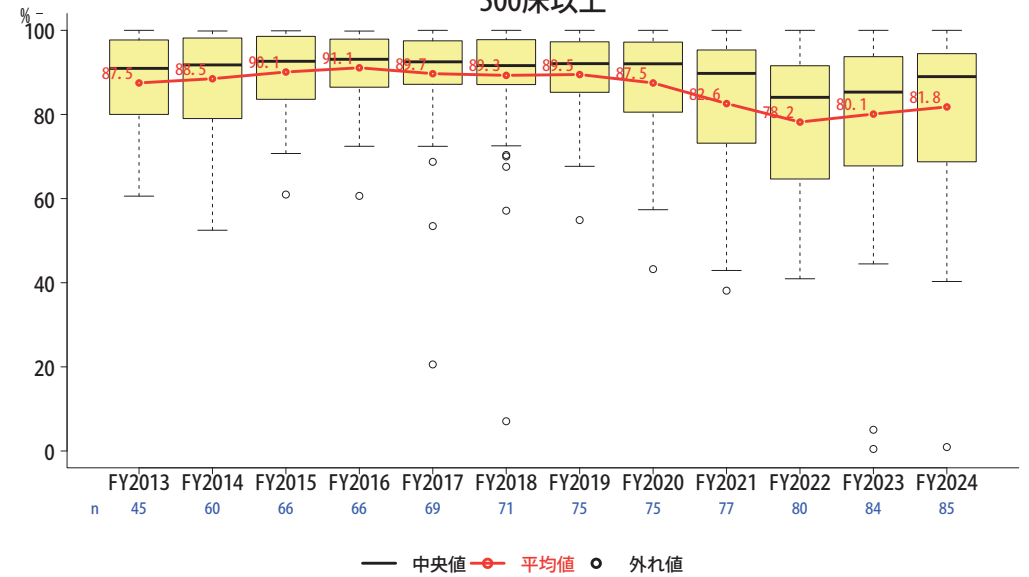
400床_499床



一般-15 救急車・ホットラインの応需率

分子:救急車で来院した患者数
分母:救急車受け入れ要請件数

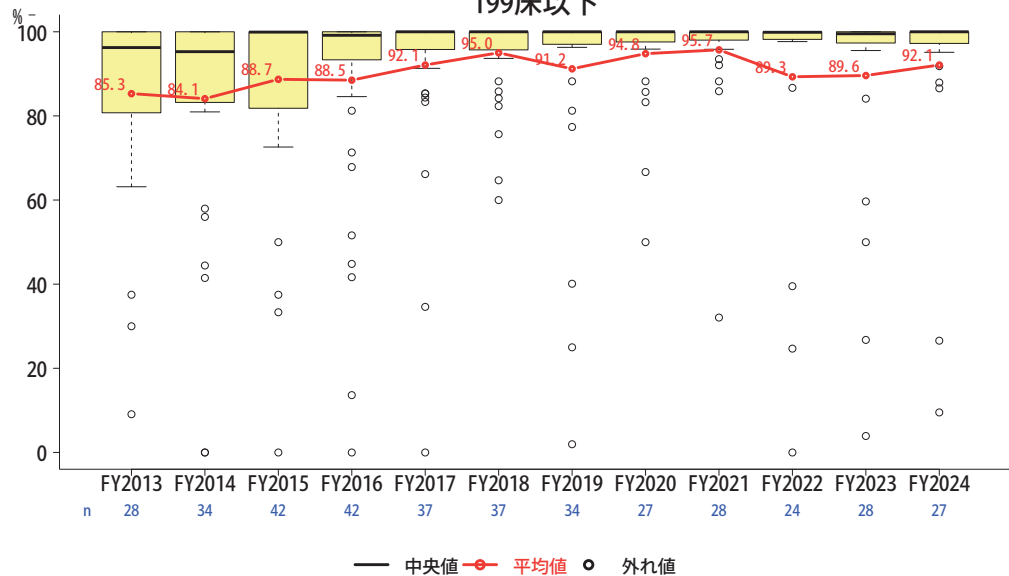
500床以上



一般-16 特定術式における手術開始1時間以内の予防的抗菌薬投与率

分子:手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数
分母:特定術式の手術件数

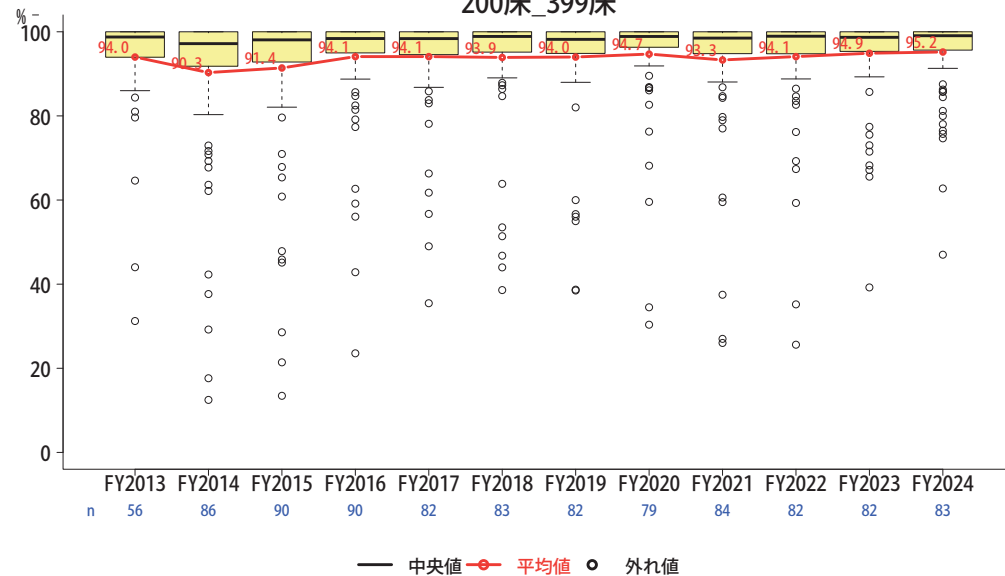
199床以下



一般-16 特定術式における手術開始1時間以内の予防的抗菌薬投与率

分子:手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数
分母:特定術式の手術件数

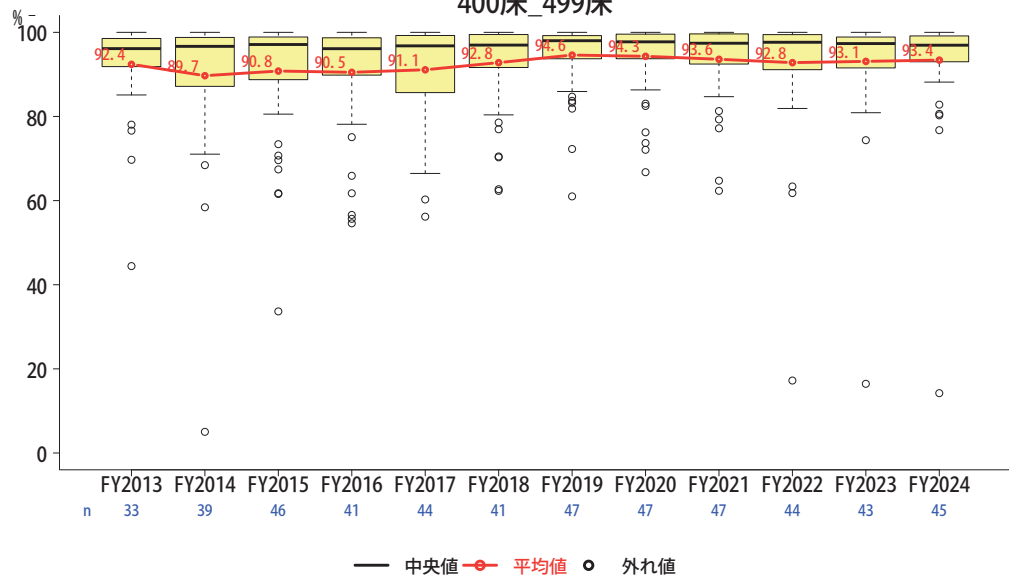
200床_399床



一般-16 特定術式における手術開始1時間以内の予防的抗菌薬投与率

分子:手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数
分母:特定術式の手術件数

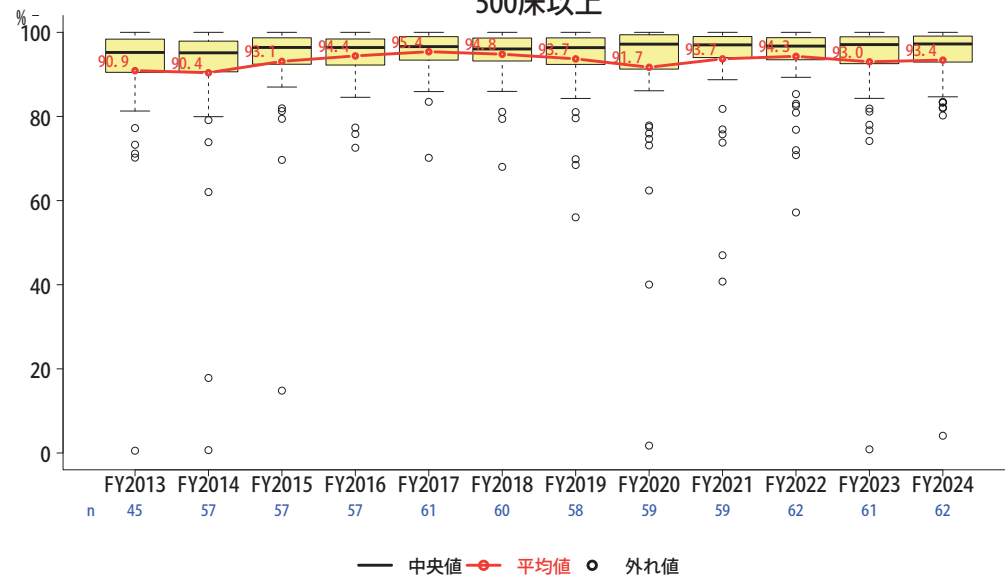
400床_499床



一般-16 特定術式における手術開始1時間以内の予防的抗菌薬投与率

分子:手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数
分母:特定術式の手術件数

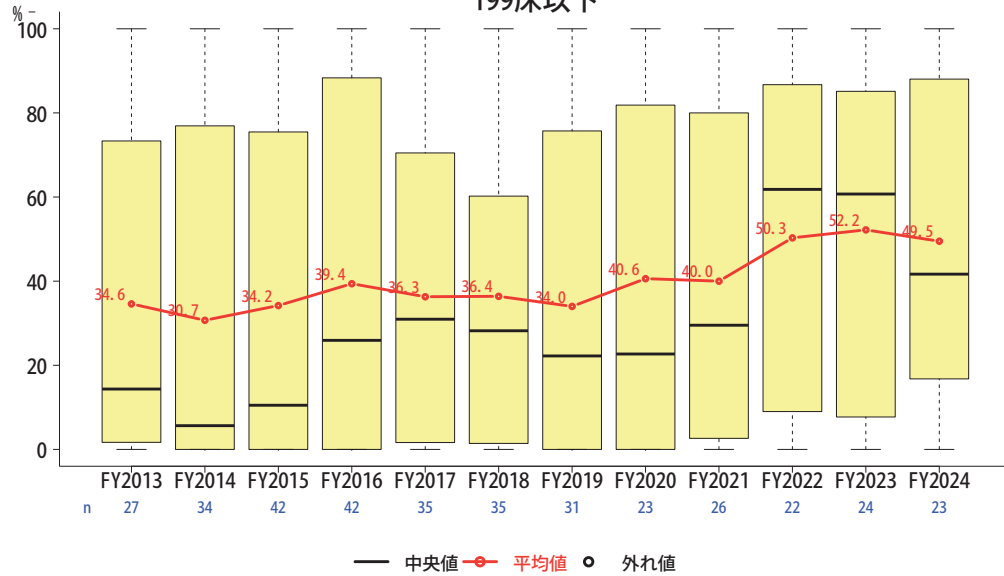
500床以上



一般-17 特定術式における術後24時間*以内の予防的抗菌薬投与停止率

分子:術後24時間以内に予防的抗菌薬投与が停止された手術件数(*心臓手術は48時間以内)
 分母:特定術式の手術件数

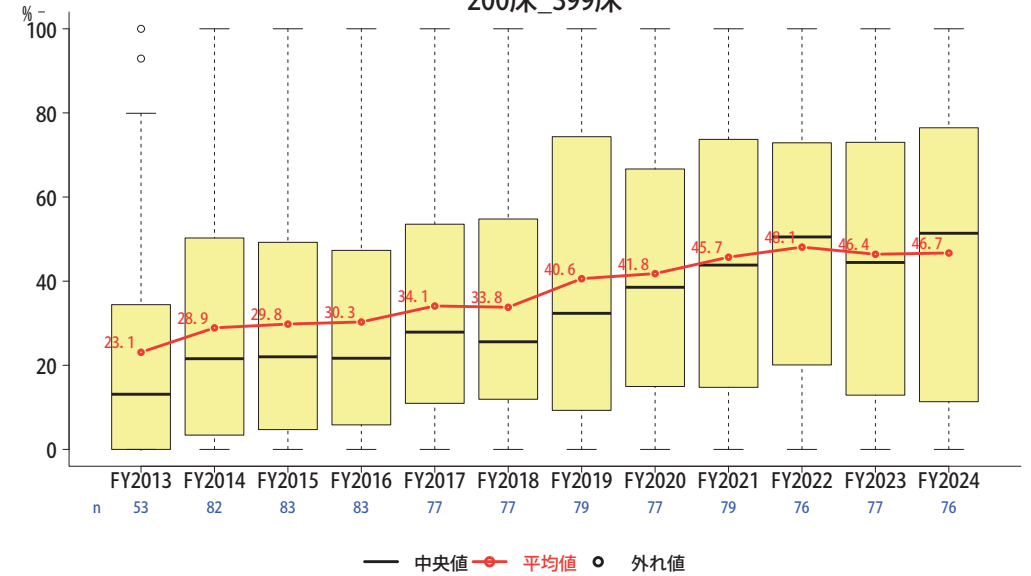
199床以下



一般-17 特定術式における術後24時間*以内の予防的抗菌薬投与停止率

分子:術後24時間以内に予防的抗菌薬投与が停止された手術件数(*心臓手術は48時間以内)
 分母:特定術式の手術件数

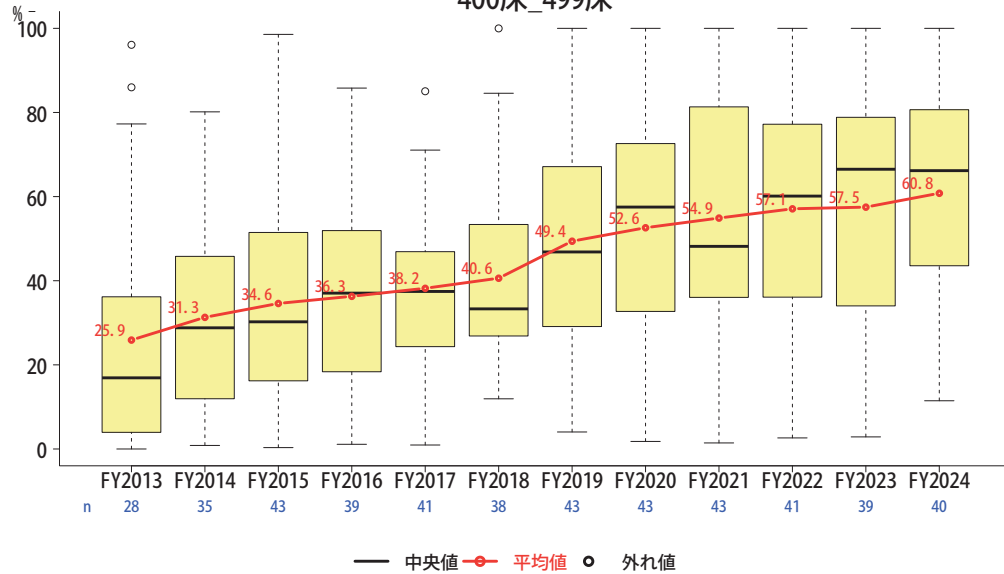
200床_399床



一般-17 特定術式における術後24時間*以内の予防的抗菌薬投与停止率

分子:術後24時間以内に予防的抗菌薬投与が停止された手術件数(*心臓手術は48時間以内)
 分母:特定術式の手術件数

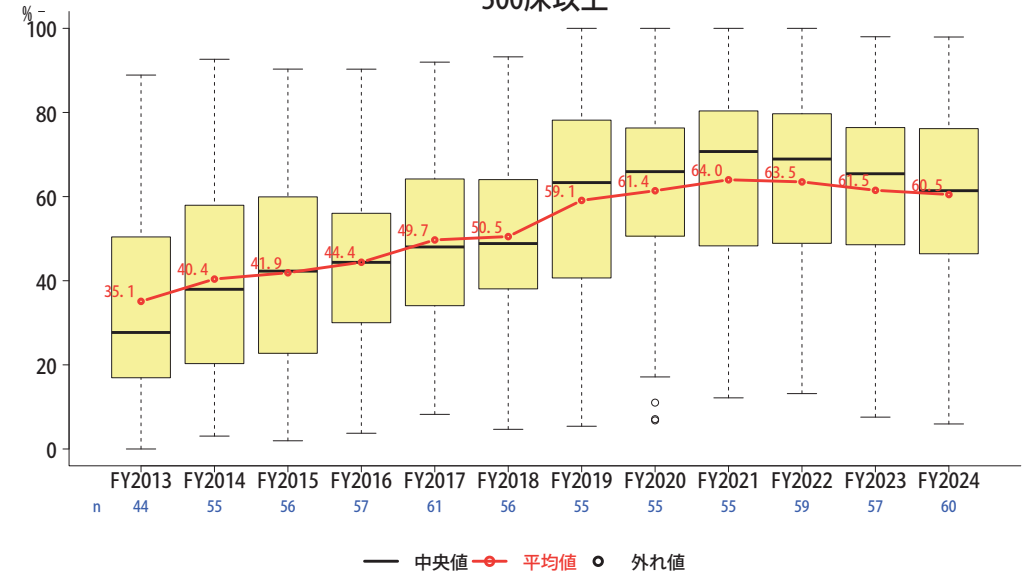
400床_499床



一般-17 特定術式における術後24時間*以内の予防的抗菌薬投与停止率

分子:術後24時間以内に予防的抗菌薬投与が停止された手術件数(*心臓手術は48時間以内)
 分母:特定術式の手術件数

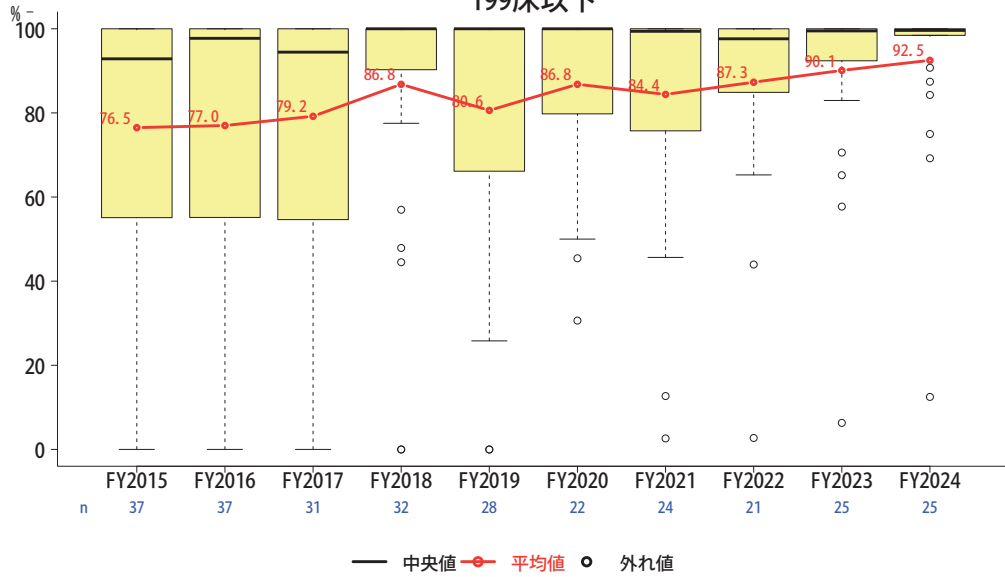
500床以上



一般-18 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

分子:術式ごとに適切な予防的抗菌薬が選択された手術件数
分母:特定術式の手術件数

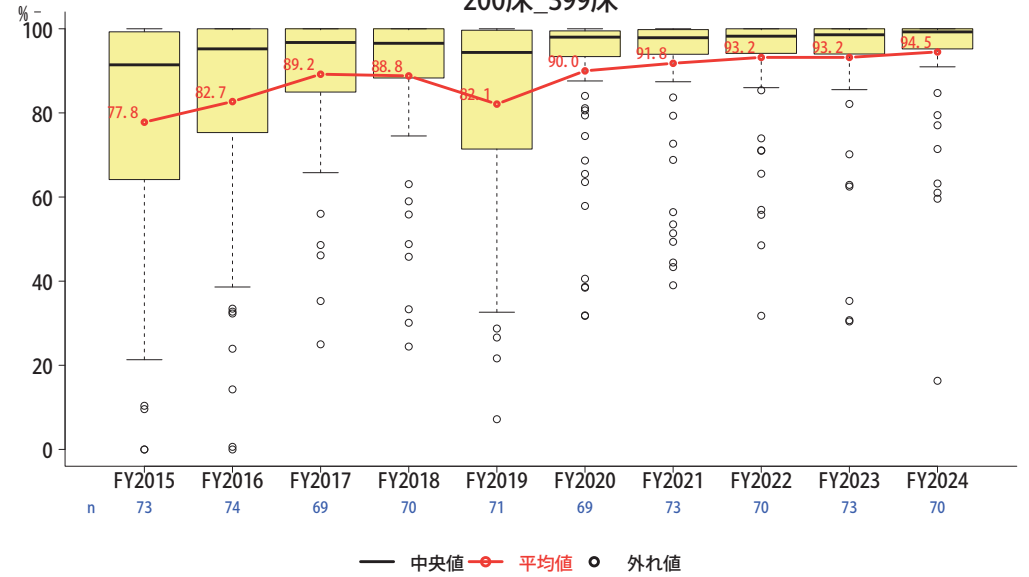
199床以下



一般-18 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

分子:術式ごとに適切な予防的抗菌薬が選択された手術件数
分母:特定術式の手術件数

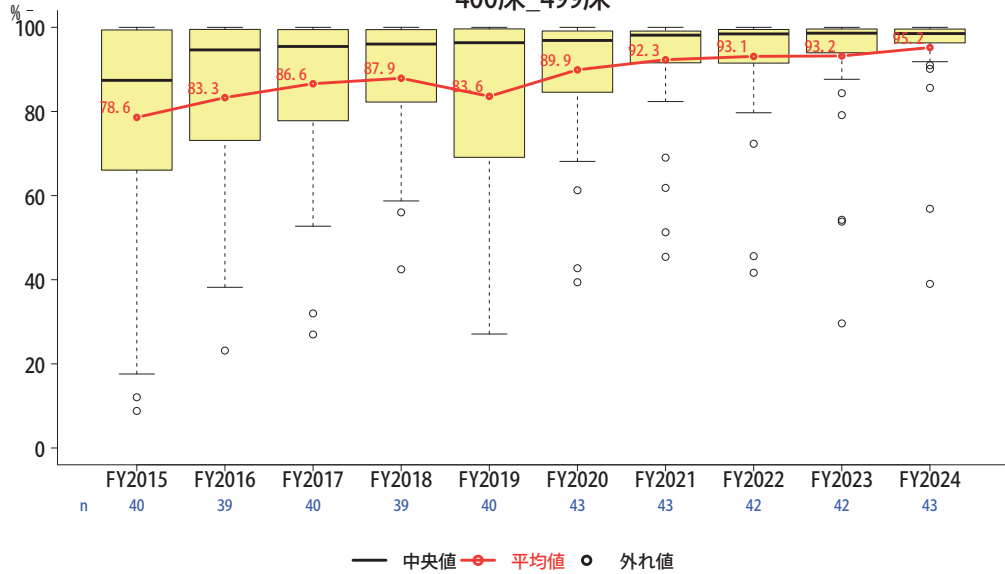
200床_399床



一般-18 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

分子:術式ごとに適切な予防的抗菌薬が選択された手術件数
分母:特定術式の手術件数

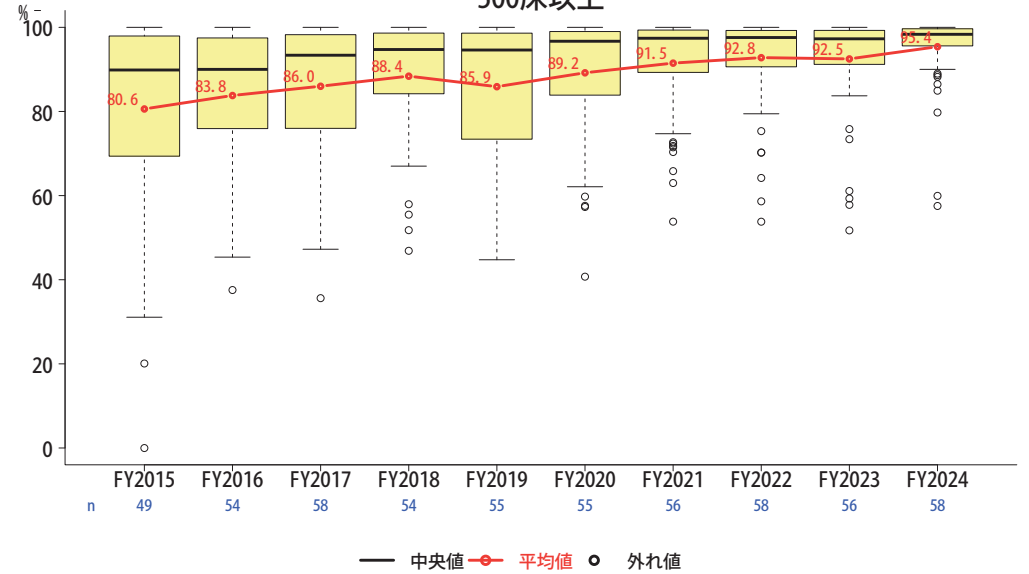
400床_499床



一般-18 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

分子:術式ごとに適切な予防的抗菌薬が選択された手術件数
分母:特定術式の手術件数

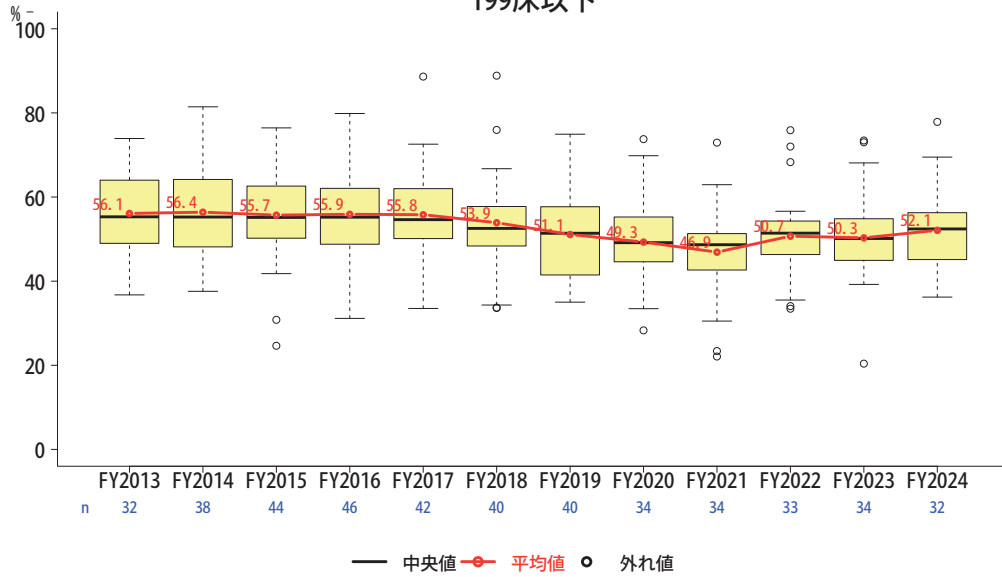
500床以上



一般-19 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%

分子:HbA1cの最終値が7.0%未満の外来患者数
分母:糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数

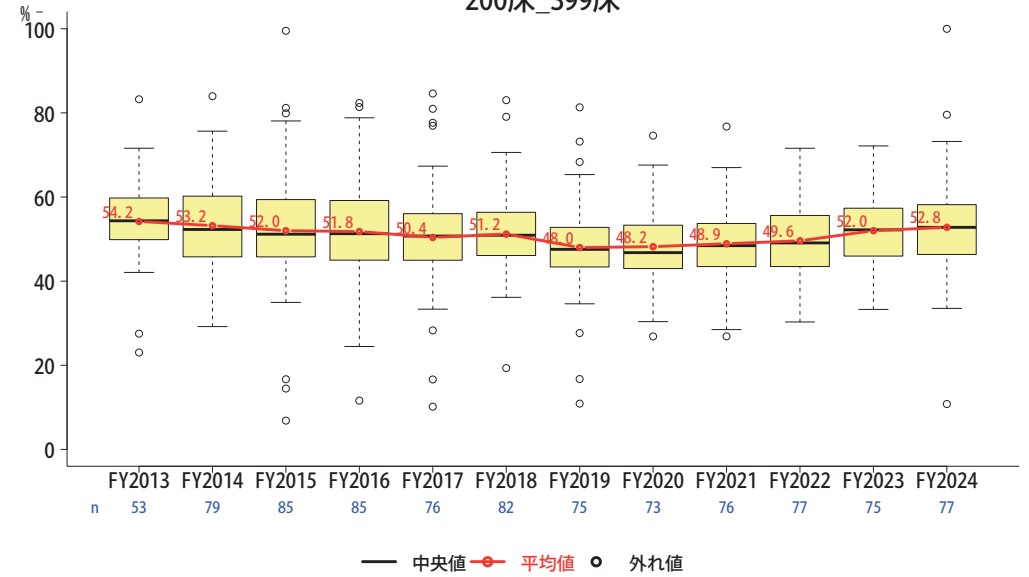
199床以下



一般-19 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%

分子:HbA1cの最終値が7.0%未満の外来患者数
分母:糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数

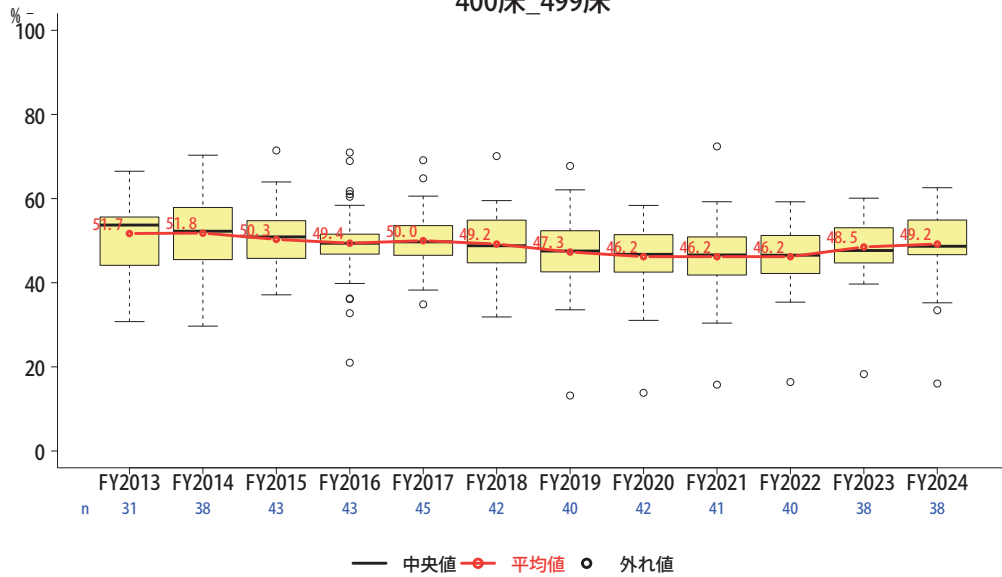
200床_399床



一般-19 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%

分子:HbA1cの最終値が7.0%未満の外来患者数
分母:糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数

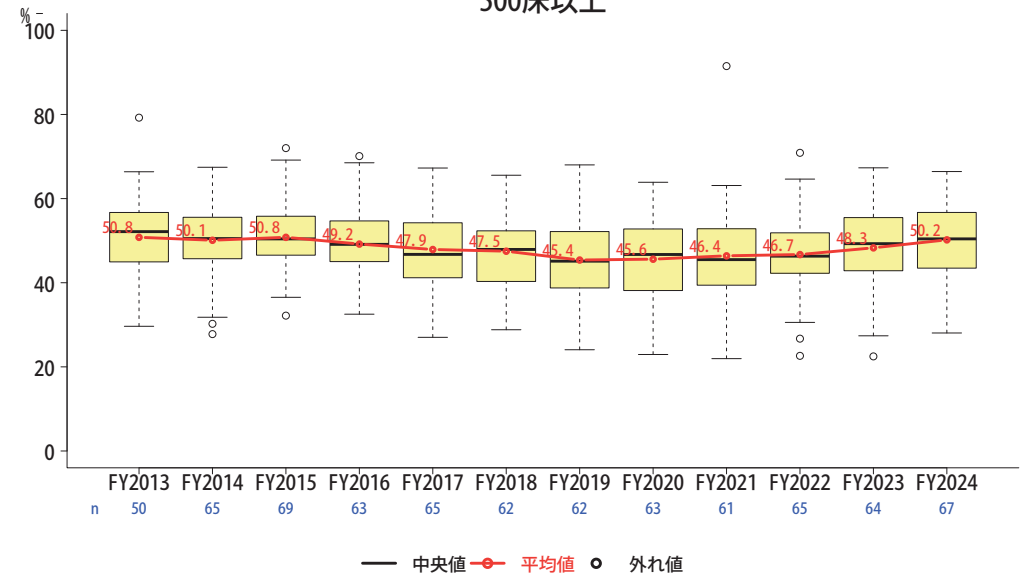
400床_499床



一般-19 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%

分子:HbA1cの最終値が7.0%未満の外来患者数
分母:糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数

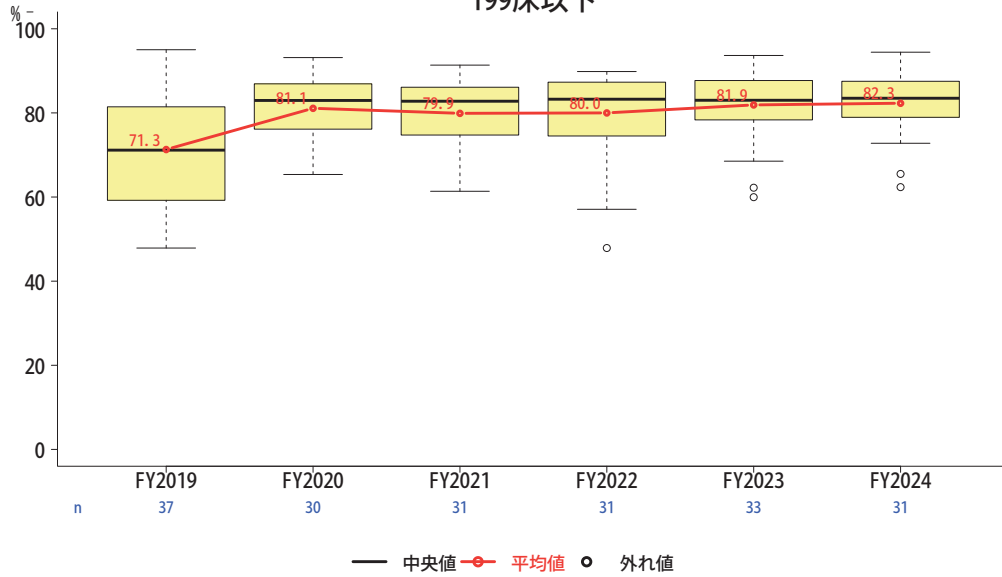
500床以上



一般-20 65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%

分子:HbA1cの最終値が8.0%未満の外来患者数
分母:糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数

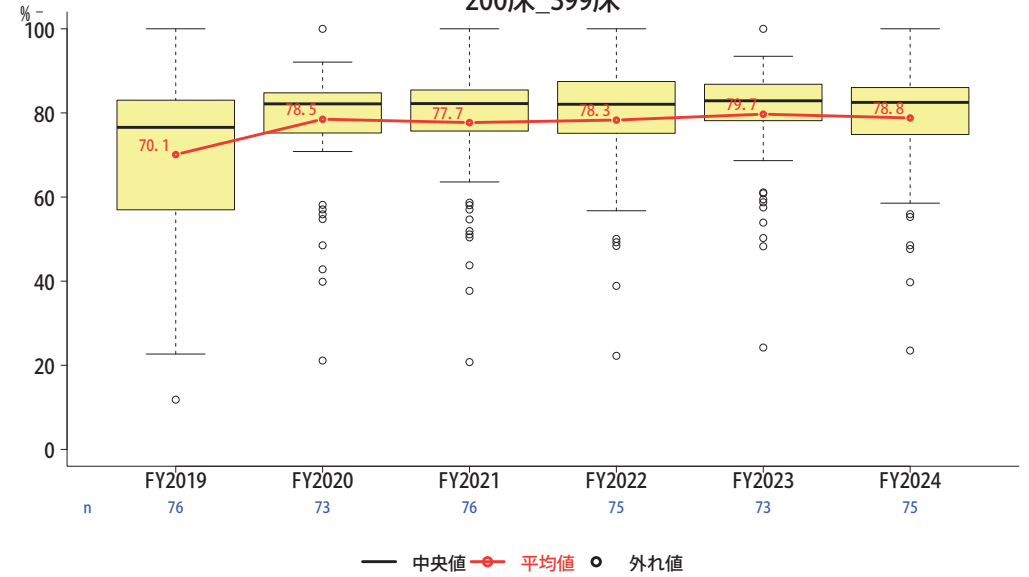
199床以下



一般-20 65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%

分子:HbA1cの最終値が8.0%未満の外来患者数
分母:糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数

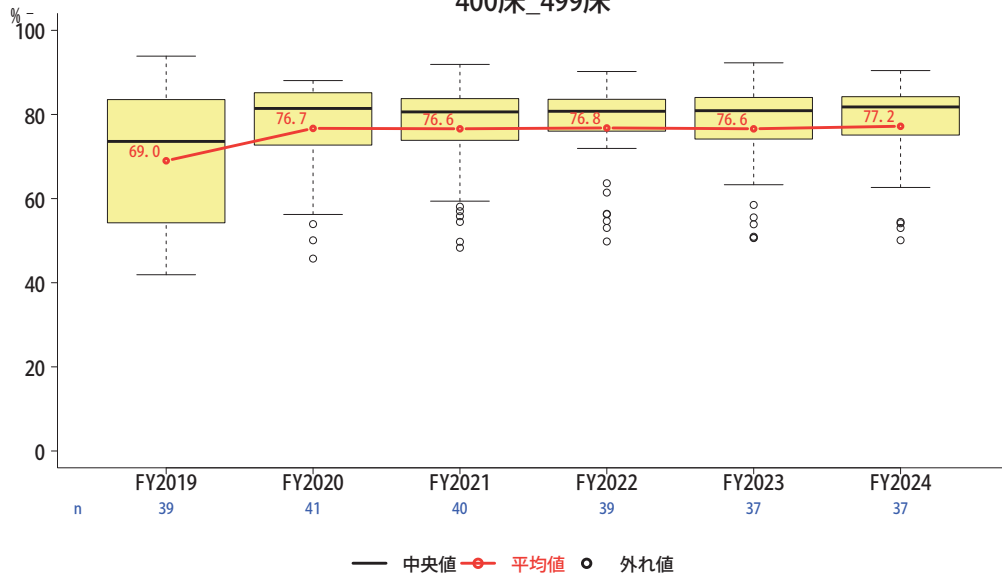
200床_399床



一般-20 65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%

分子:HbA1cの最終値が8.0%未満の外来患者数
分母:糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数

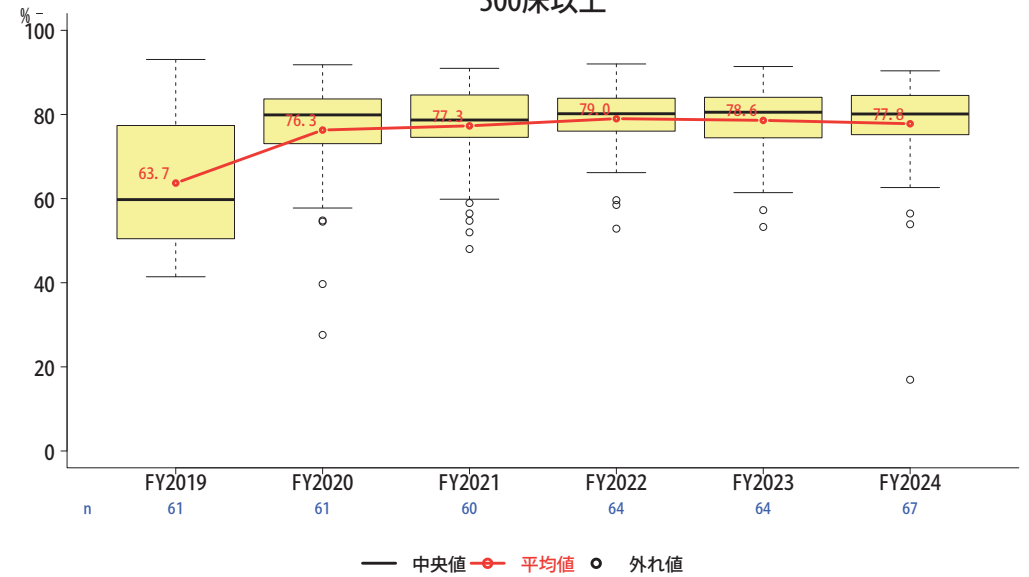
400床_499床



一般-20 65歳以上の糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<8.0%

分子:HbA1cの最終値が8.0%未満の外来患者数
分母:糖尿病の薬物治療を施行されている外来患者数

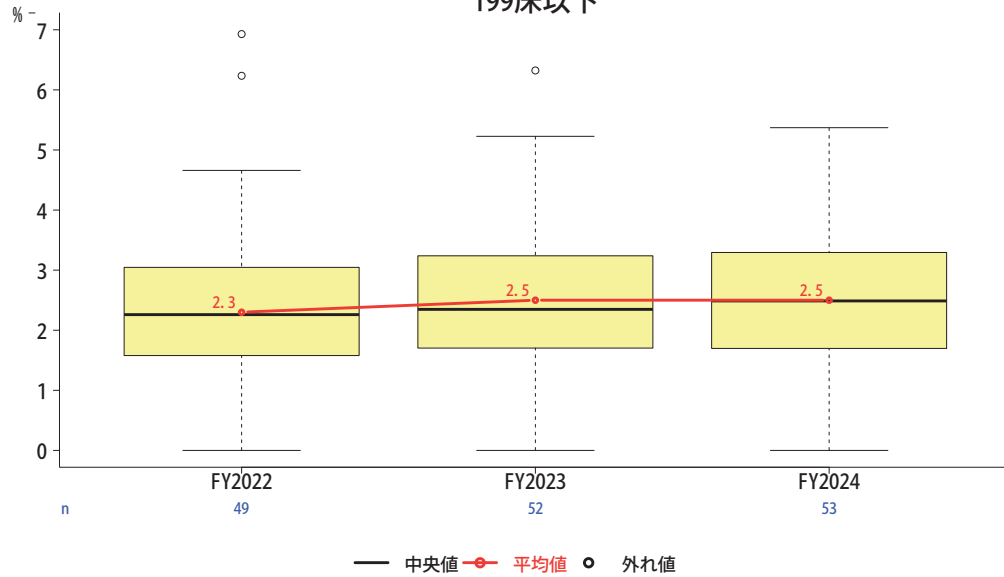
500床以上



一般-21 退院後4週間以内の予定外再入院割合

分子: 前回退院から4週間以内に計画外で再入院した患者数
分母: 退院患者数

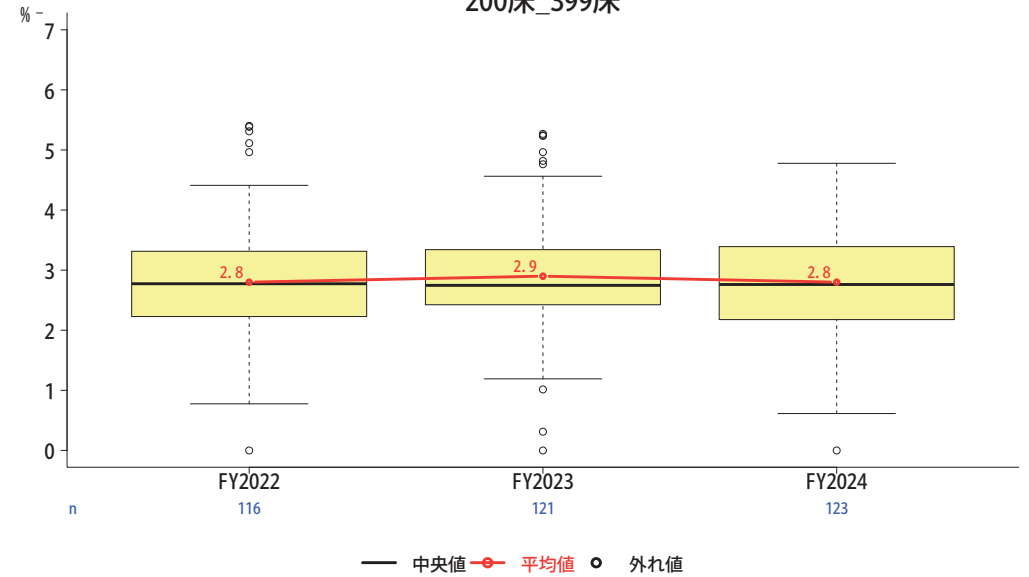
199床以下



一般-21 退院後4週間以内の予定外再入院割合

分子: 前回退院から4週間以内に計画外で再入院した患者数
分母: 退院患者数

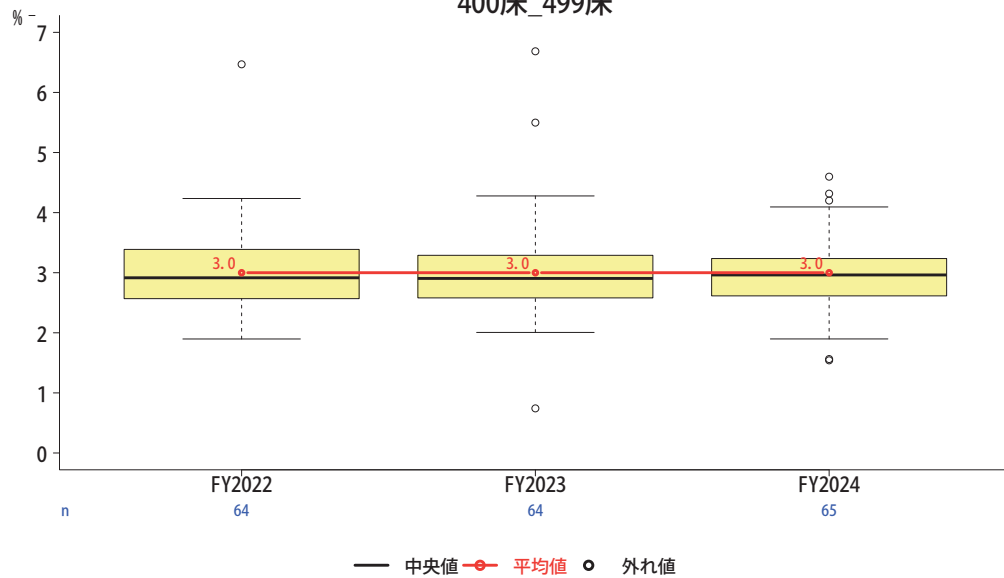
200床_399床



一般-21 退院後4週間以内の予定外再入院割合

分子: 前回退院から4週間以内に計画外で再入院した患者数
分母: 退院患者数

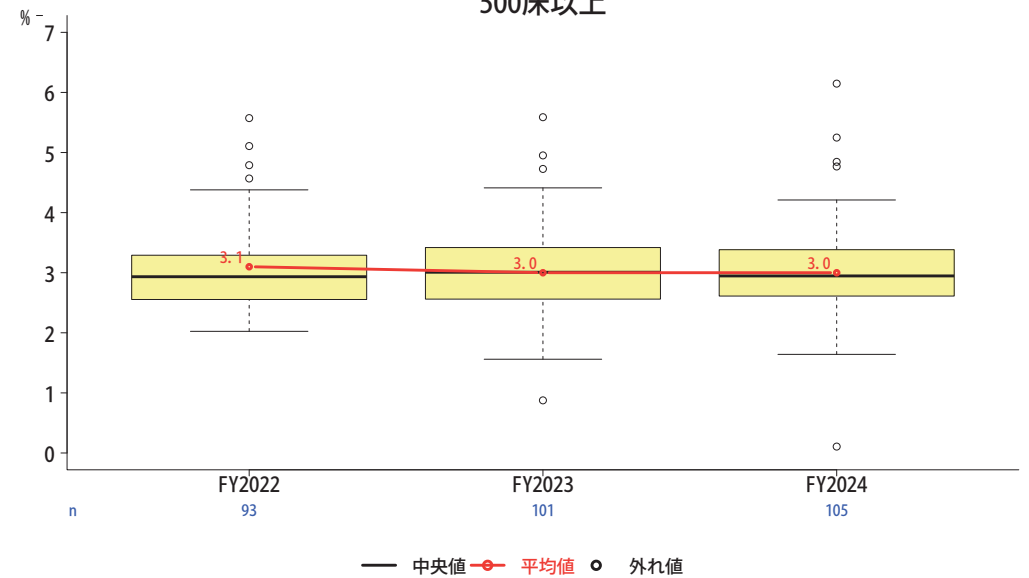
400床_499床



一般-21 退院後4週間以内の予定外再入院割合

分子: 前回退院から4週間以内に計画外で再入院した患者数
分母: 退院患者数

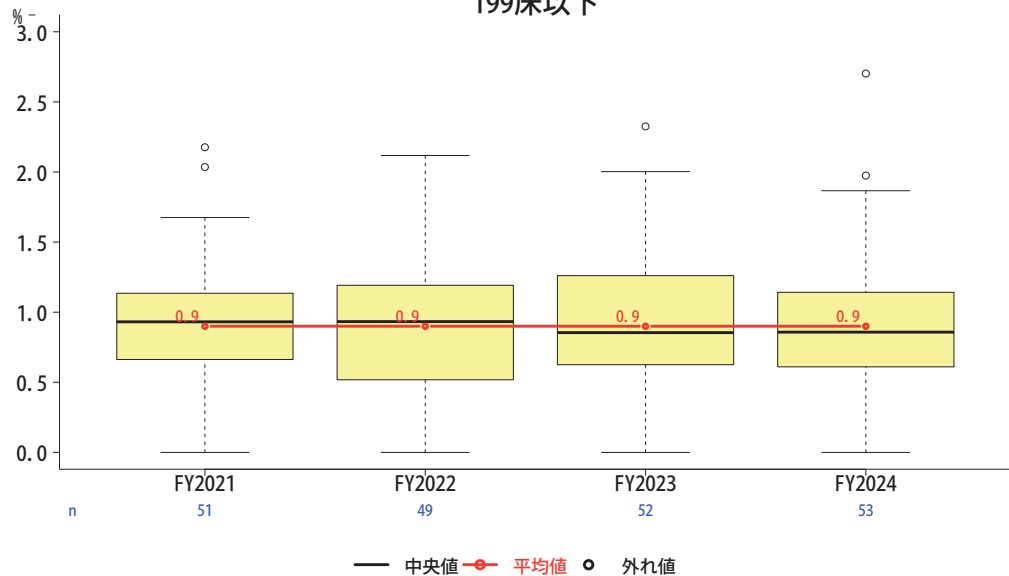
500床以上



一般-22 退院後7日以内の予定外再入院割合

分子:前回退院から7日以内に計画外で再入院した患者数
分母:退院患者数

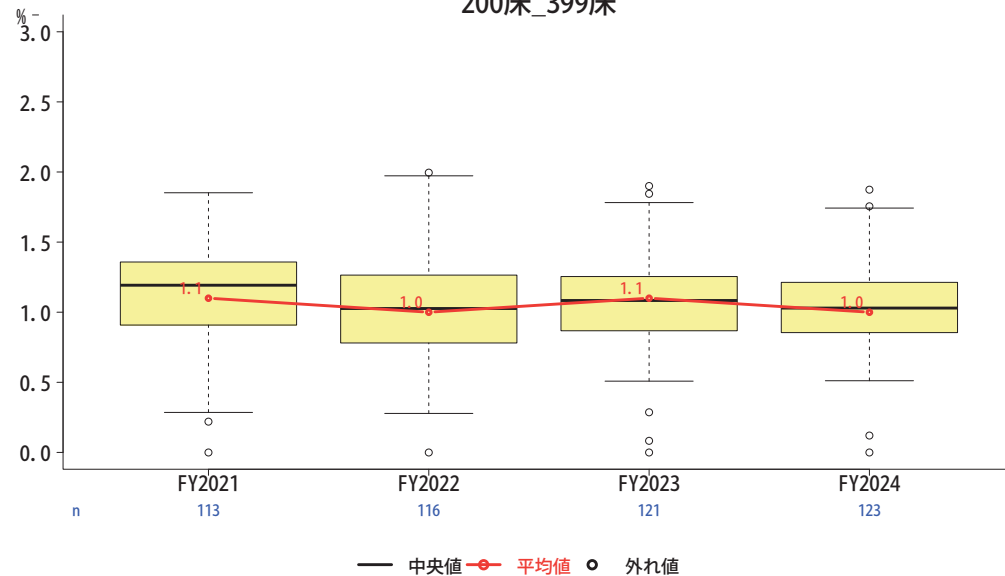
199床以下



一般-22 退院後7日以内の予定外再入院割合

分子:前回退院から7日以内に計画外で再入院した患者数
分母:退院患者数

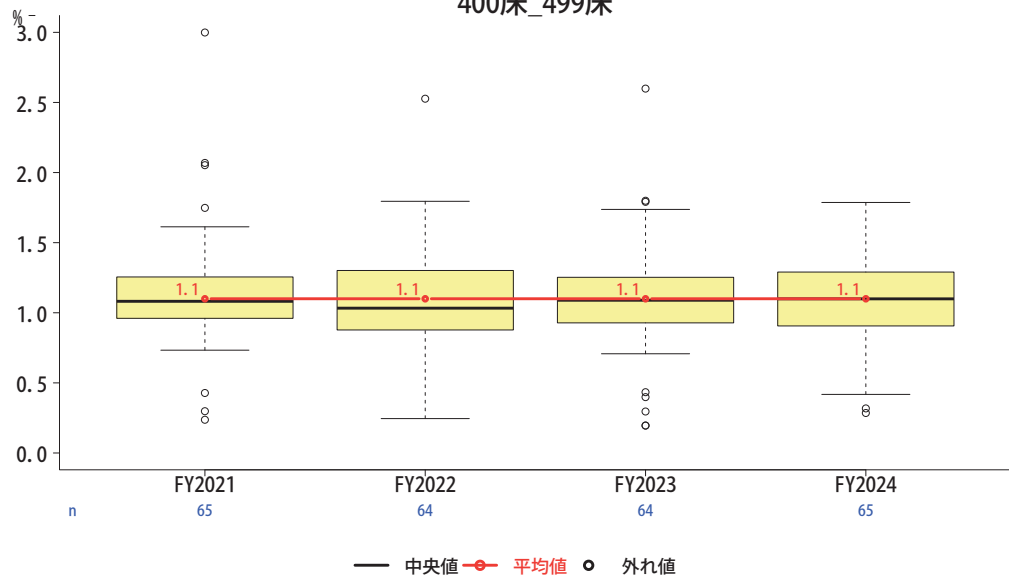
200床_399床



一般-22 退院後7日以内の予定外再入院割合

分子:前回退院から7日以内に計画外で再入院した患者数
分母:退院患者数

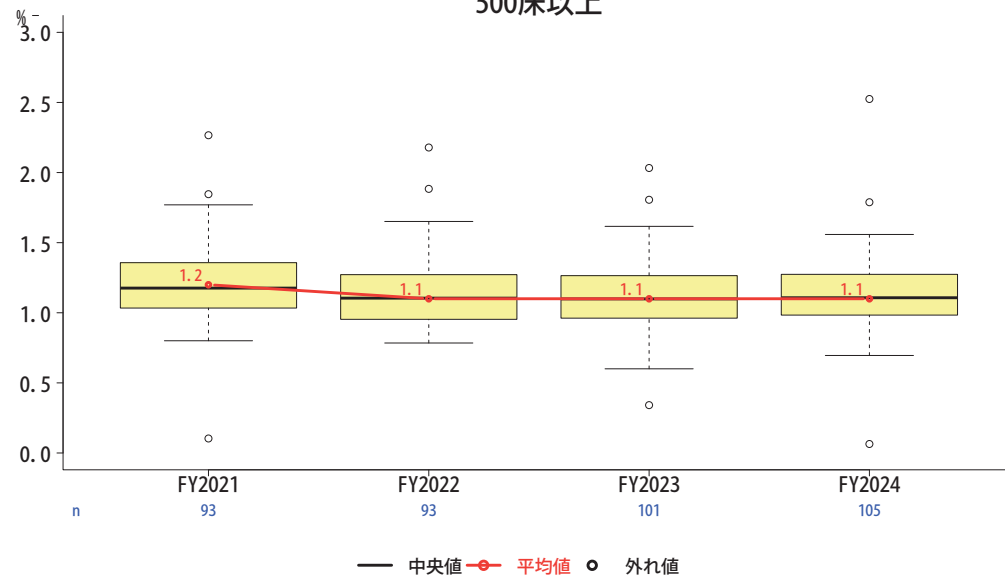
400床_499床



一般-22 退院後7日以内の予定外再入院割合

分子:前回退院から7日以内に計画外で再入院した患者数
分母:退院患者数

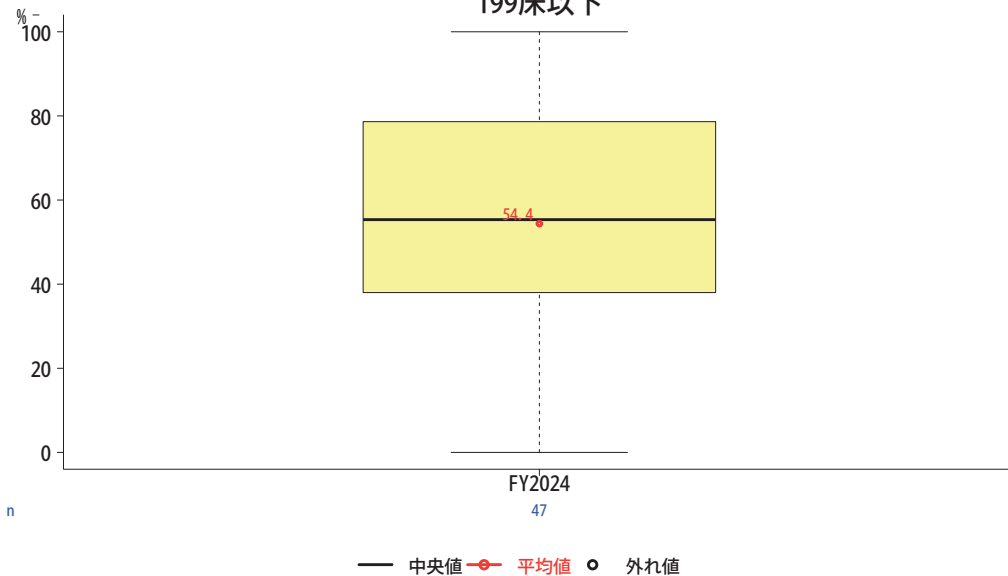
500床以上



一般-23 非心原性脳梗塞(TIA含む)患者の入院2日目までの抗血小板療法施行割合

分子:入院2日目までに抗血小板療法を受けた患者数
分母:18歳以上の非心原性脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

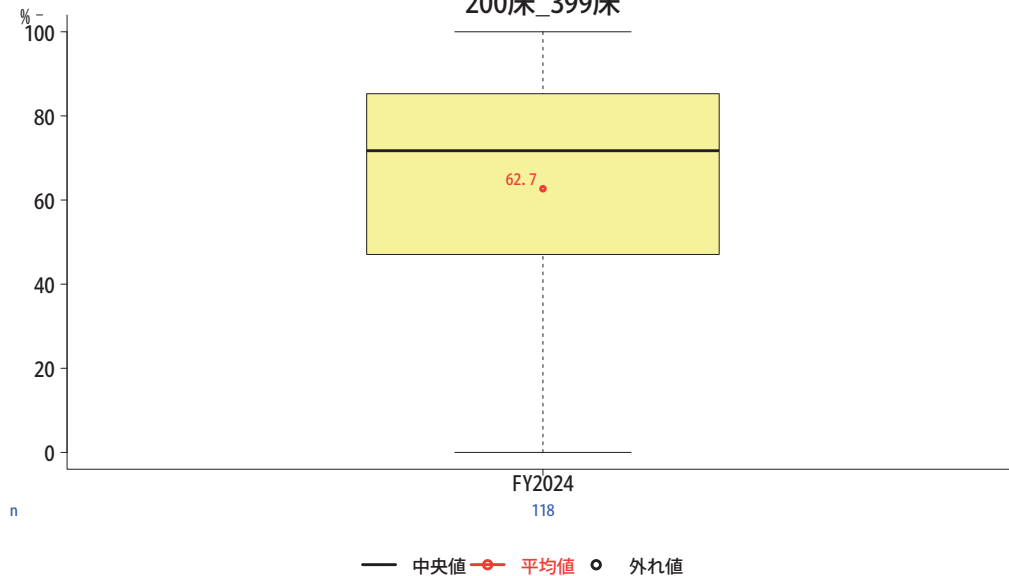
199床以下



一般-23 非心原性脳梗塞(TIA含む)患者の入院2日目までの抗血小板療法施行割合

分子:入院2日目までに抗血小板療法を受けた患者数
分母:18歳以上の非心原性脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

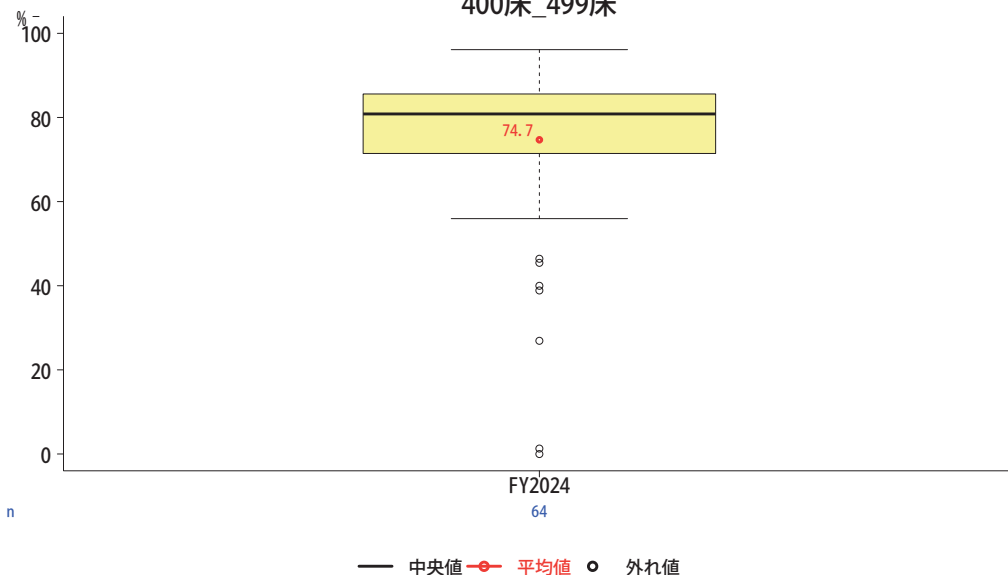
200床_399床



一般-23 非心原性脳梗塞(TIA含む)患者の入院2日目までの抗血小板療法施行割合

分子:入院2日目までに抗血小板療法を受けた患者数
分母:18歳以上の非心原性脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

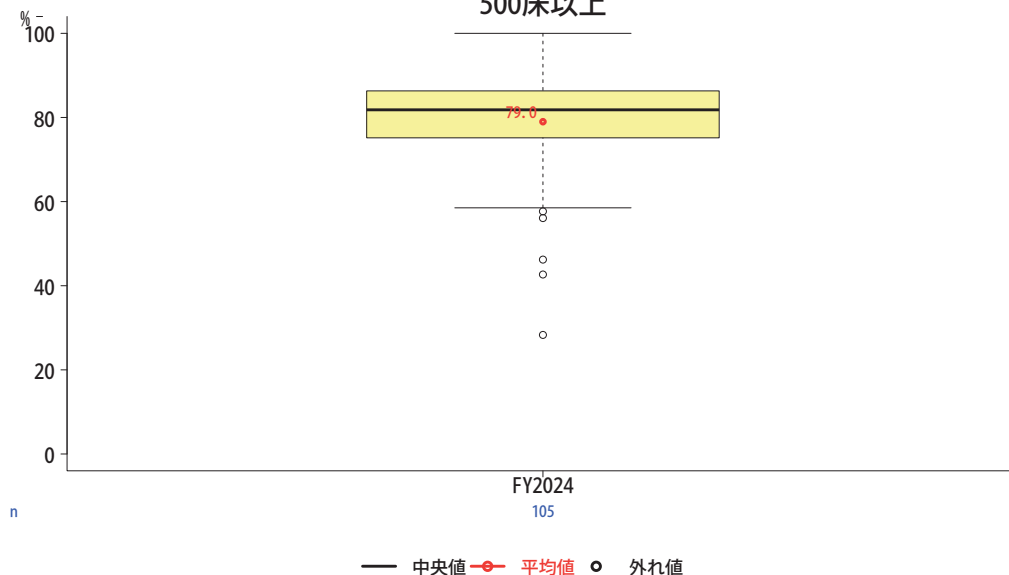
400床_499床



一般-23 非心原性脳梗塞(TIA含む)患者の入院2日目までの抗血小板療法施行割合

分子:入院2日目までに抗血小板療法を受けた患者数
分母:18歳以上の非心原性脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

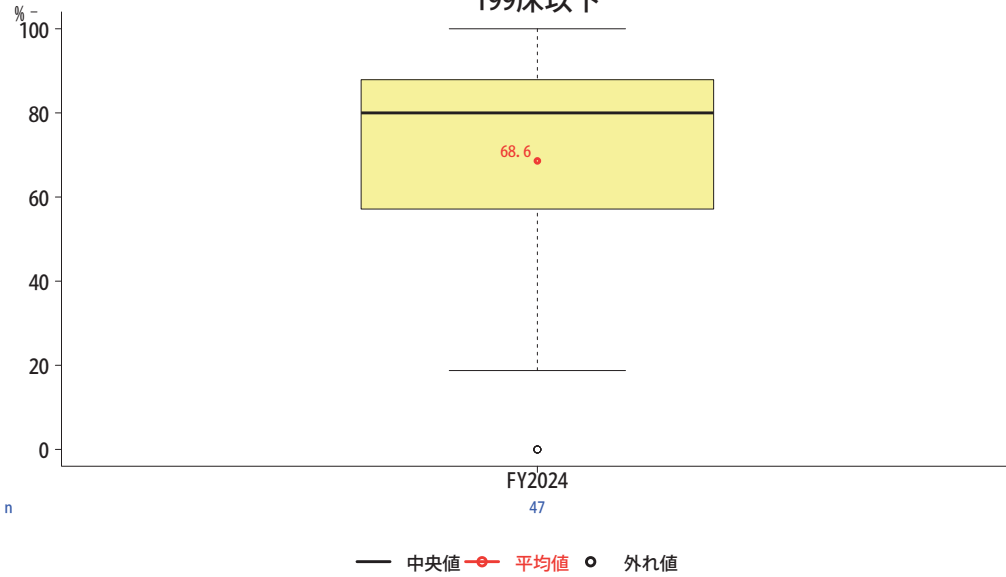
500床以上



一般-24 非心原性脳梗塞(TIA含む)患者の入院中の抗血小板療法施行割合

分子:入院中に抗血小板療法を受けた患者数
分母:18歳以上の非心原性脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

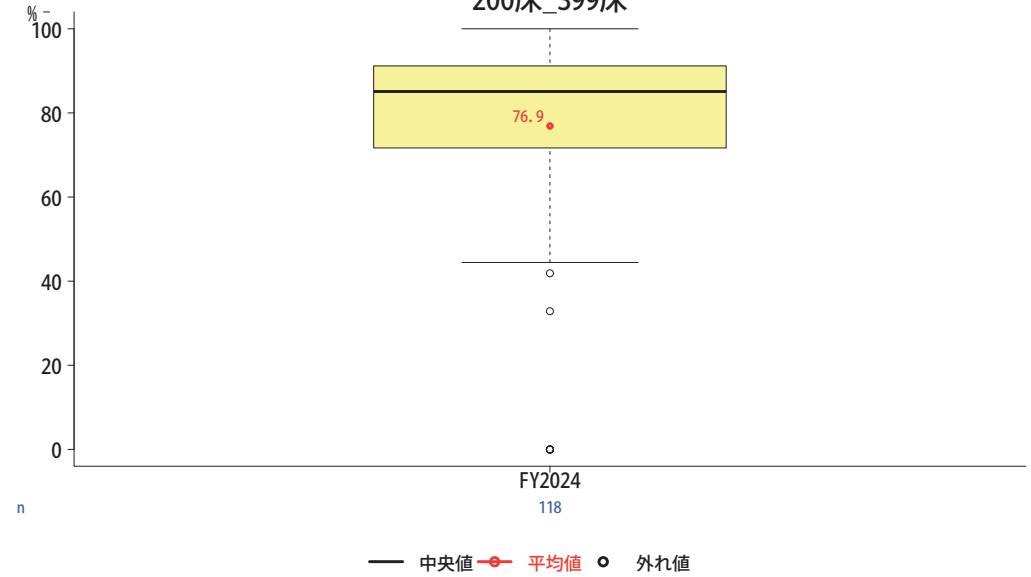
199床以下



一般-24 非心原性脳梗塞(TIA含む)患者の入院中の抗血小板療法施行割合

分子:入院中に抗血小板療法を受けた患者数
分母:18歳以上の非心原性脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

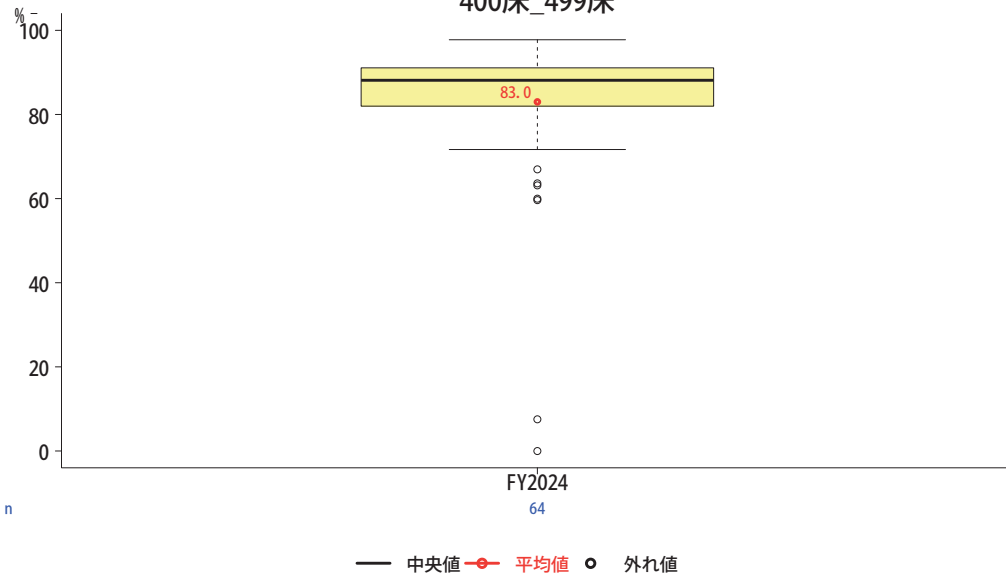
200床_399床



一般-24 非心原性脳梗塞(TIA含む)患者の入院中の抗血小板療法施行割合

分子:入院中に抗血小板療法を受けた患者数
分母:18歳以上の非心原性脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

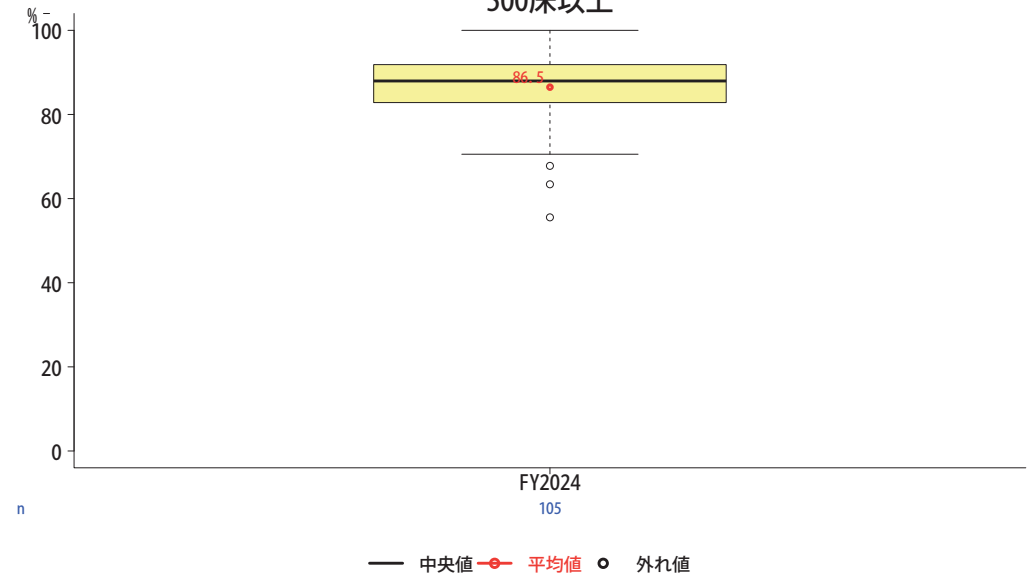
400床_499床



一般-24 非心原性脳梗塞(TIA含む)患者の入院中の抗血小板療法施行割合

分子:入院中に抗血小板療法を受けた患者数
分母:18歳以上の非心原性脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

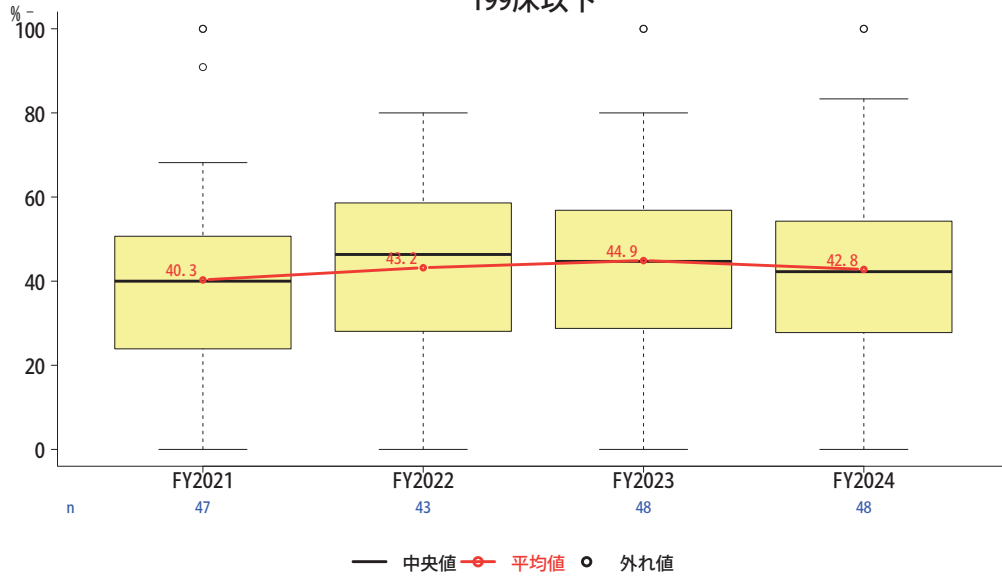
500床以上



一般-25 脳梗塞患者におけるスタチン処方割合

分子:スタチンが処方された患者数
分母:脳梗塞で入院した患者数

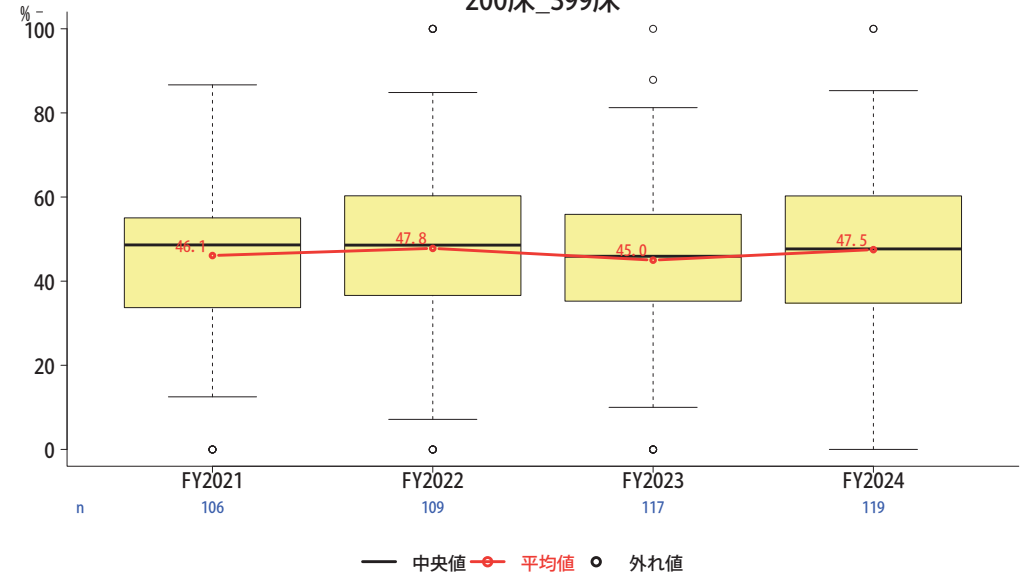
199床以下



一般-25 脳梗塞患者におけるスタチン処方割合

分子:スタチンが処方された患者数
分母:脳梗塞で入院した患者数

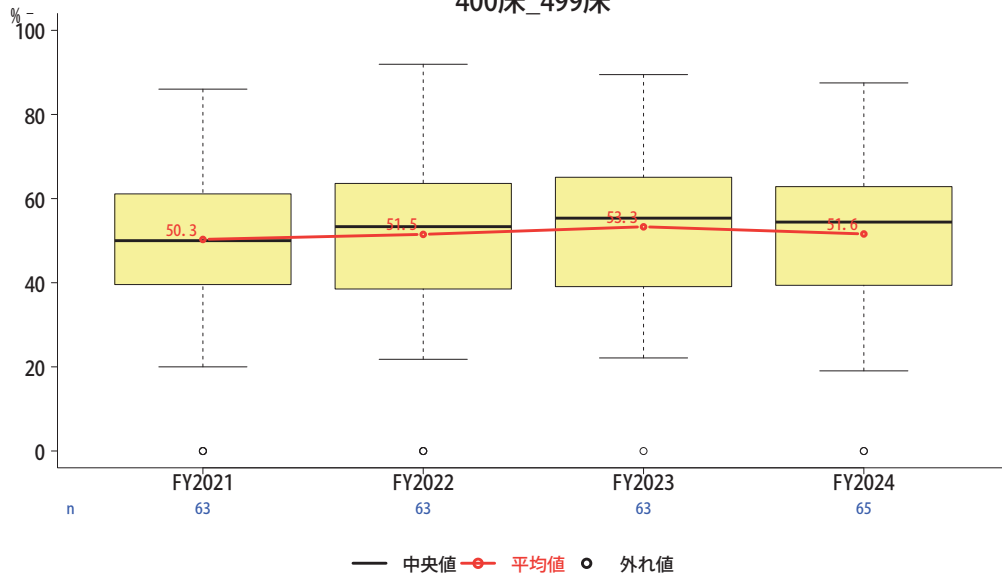
200床_399床



一般-25 脳梗塞患者におけるスタチン処方割合

分子:スタチンが処方された患者数
分母:脳梗塞で入院した患者数

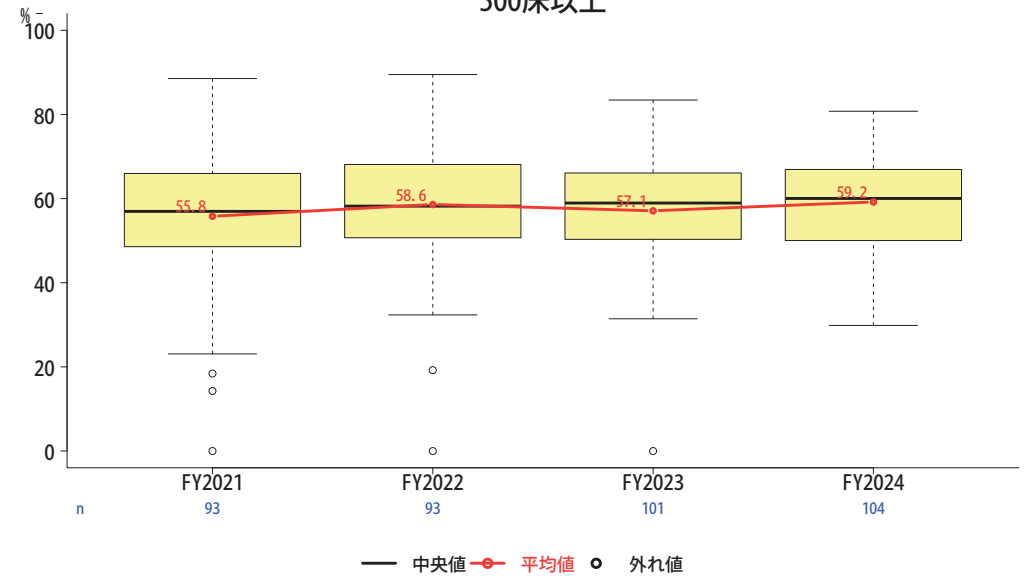
400床_499床



一般-25 脳梗塞患者におけるスタチン処方割合

分子:スタチンが処方された患者数
分母:脳梗塞で入院した患者数

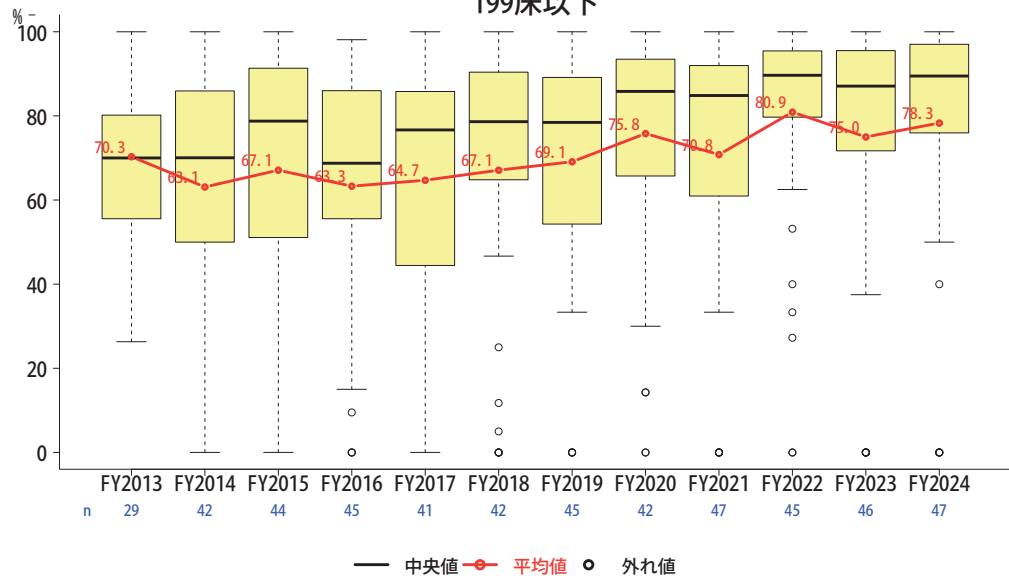
500床以上



一般-26 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合

分子:入院後早期に脳血管リハビリテーションが行われた患者数
分母:脳梗塞で入院した患者数

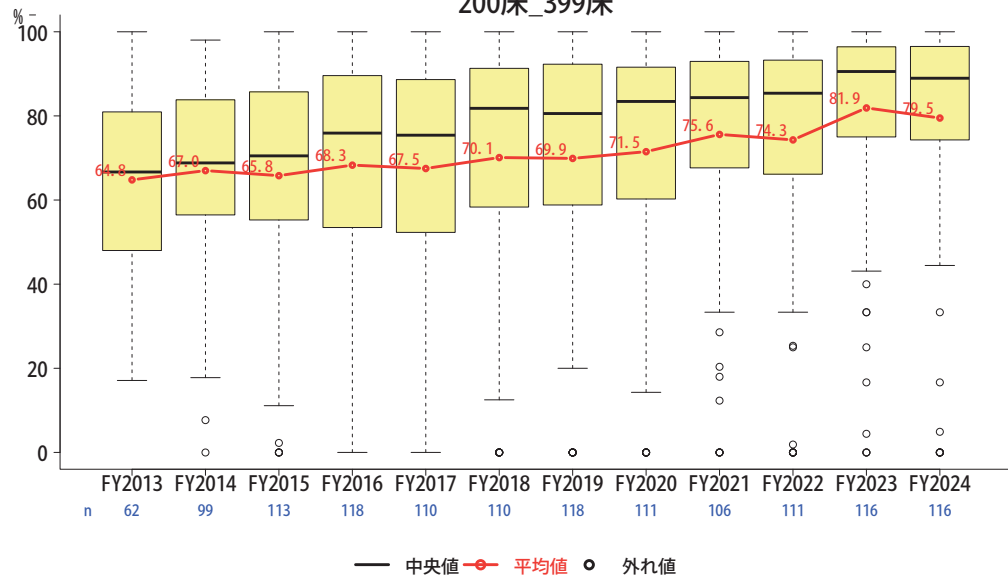
199床以下



一般-26 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合

分子:入院後早期に脳血管リハビリテーションが行われた患者数
分母:脳梗塞で入院した患者数

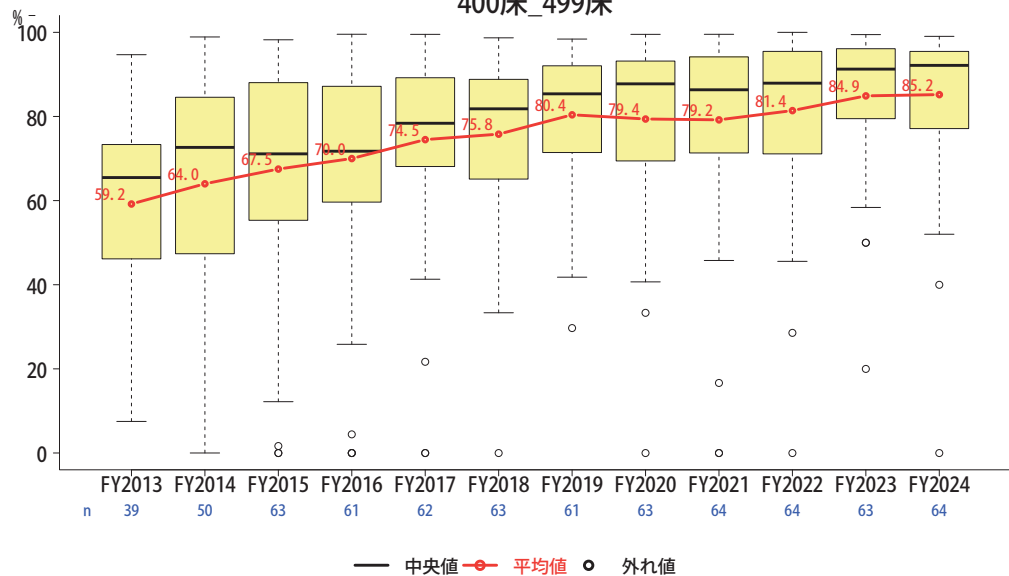
200床_399床



一般-26 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合

分子:入院後早期に脳血管リハビリテーションが行われた患者数
分母:脳梗塞で入院した患者数

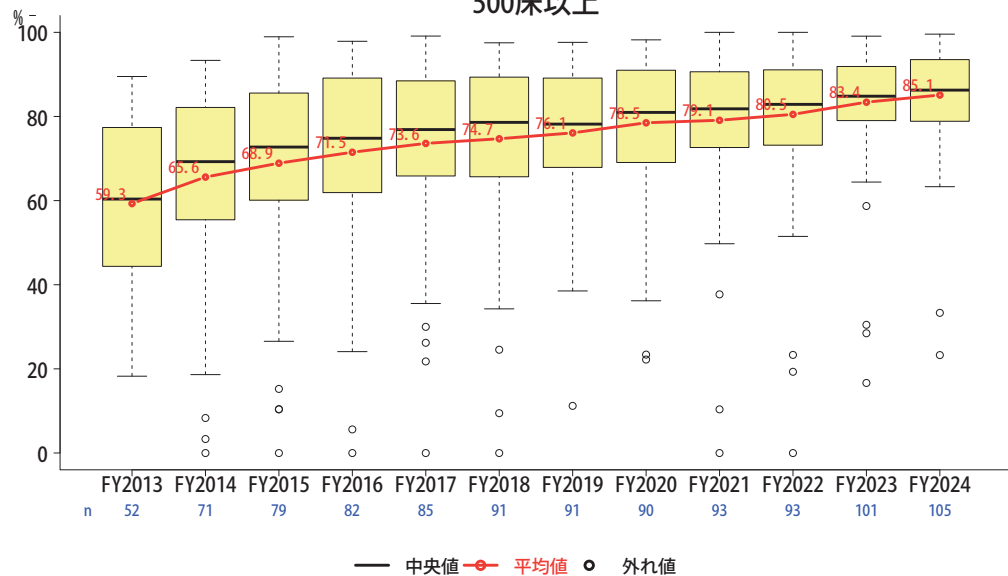
400床_499床



一般-26 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合

分子:入院後早期に脳血管リハビリテーションが行われた患者数
分母:脳梗塞で入院した患者数

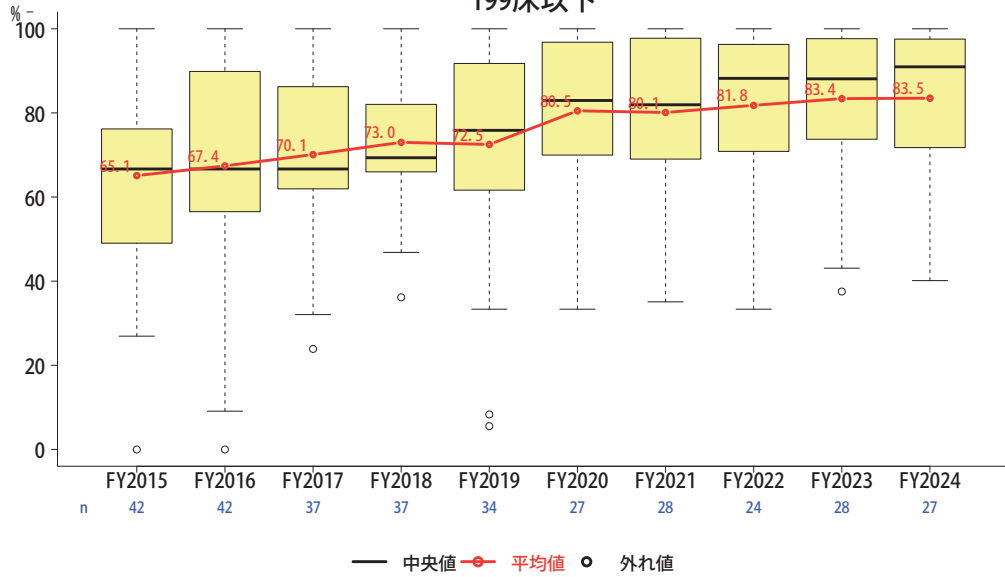
500床以上



一般-27 統合指標(Composite Measures) 【手術】

分子:手術関連指標の分子合計
分母:手術関連指標の分母合計

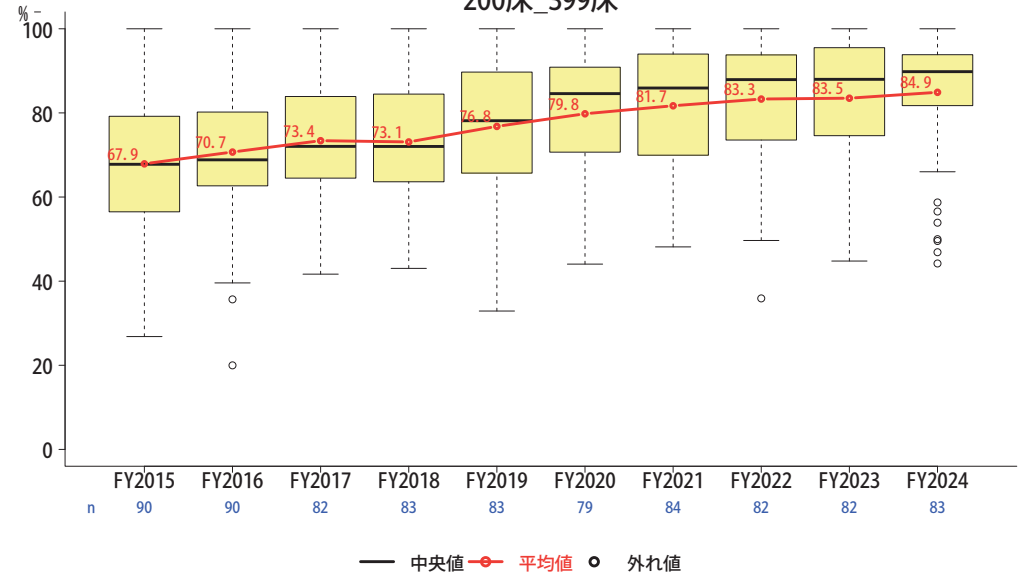
199床以下



一般-27 統合指標(Composite Measures) 【手術】

分子:手術関連指標の分子合計
分母:手術関連指標の分母合計

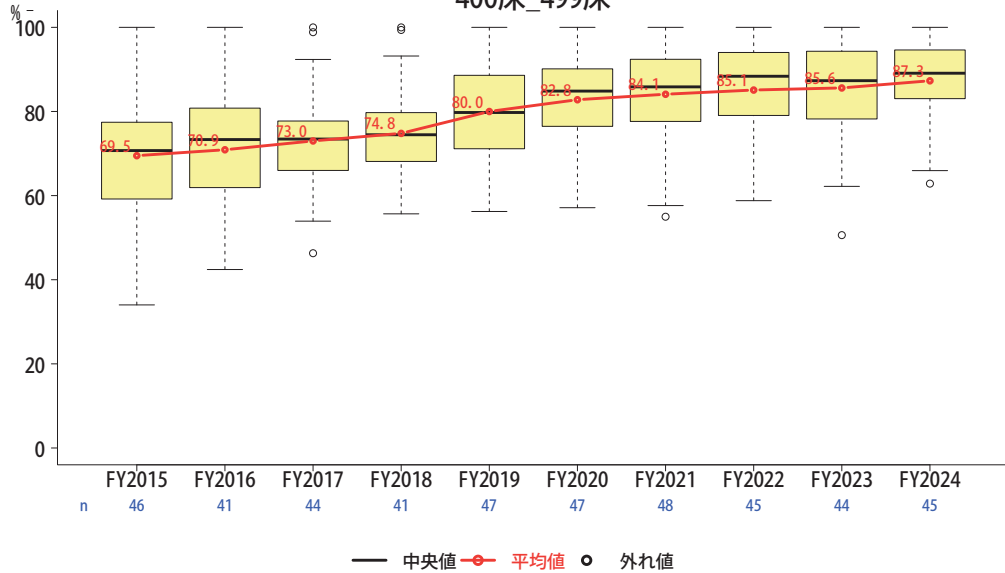
200床_399床



一般-27 統合指標(Composite Measures) 【手術】

分子:手術関連指標の分子合計
分母:手術関連指標の分母合計

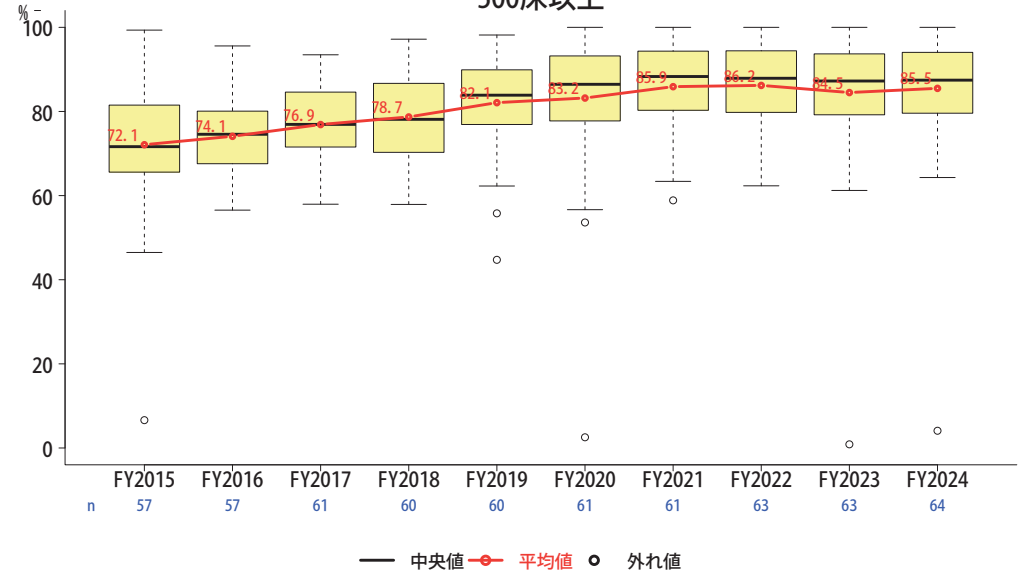
400床_499床



一般-27 統合指標(Composite Measures) 【手術】

分子:手術関連指標の分子合計
分母:手術関連指標の分母合計

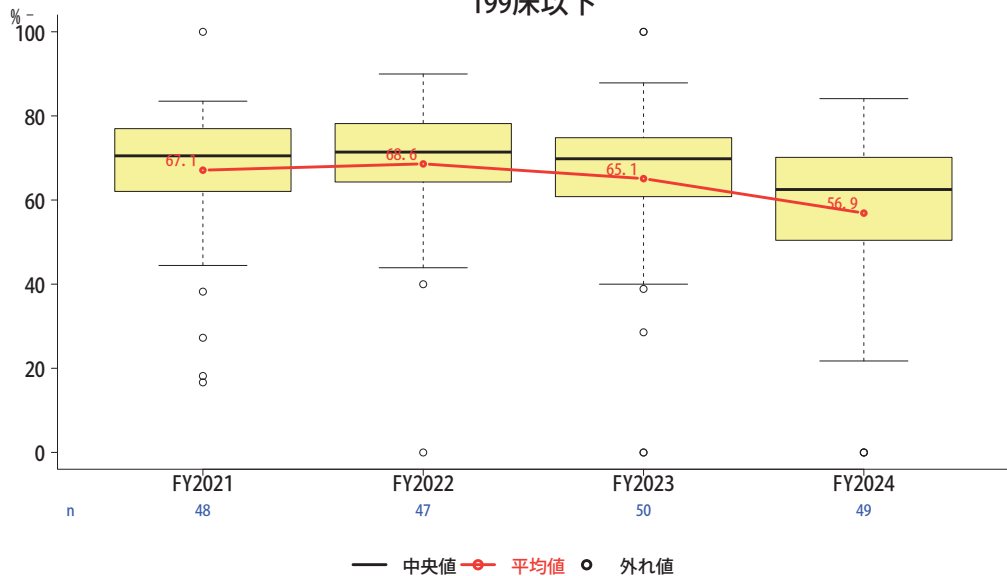
500床以上



一般-28 統合指標 (Composite Measures) 【脳梗塞】

分子:脳梗塞関連指標の分子合計
分母:脳梗塞関連指標の分母合計

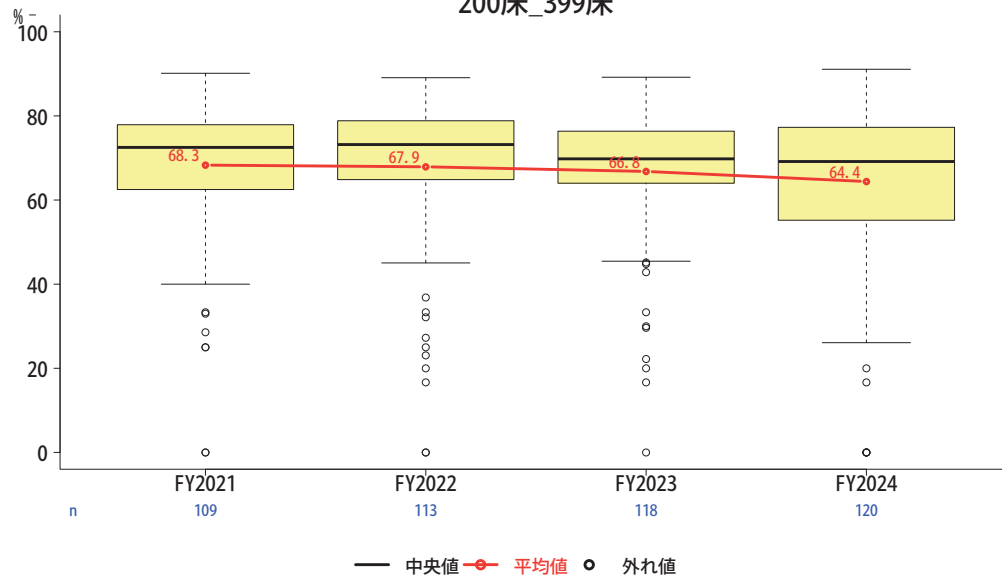
199床以下



一般-28 統合指標 (Composite Measures) 【脳梗塞】

分子:脳梗塞関連指標の分子合計
分母:脳梗塞関連指標の分母合計

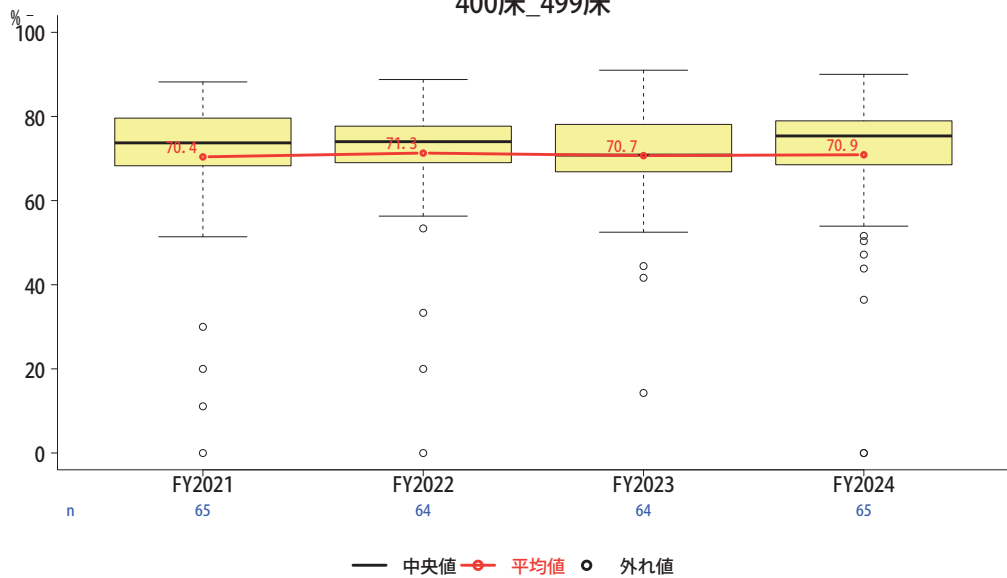
200床_399床



一般-28 統合指標 (Composite Measures) 【脳梗塞】

分子:脳梗塞関連指標の分子合計
分母:脳梗塞関連指標の分母合計

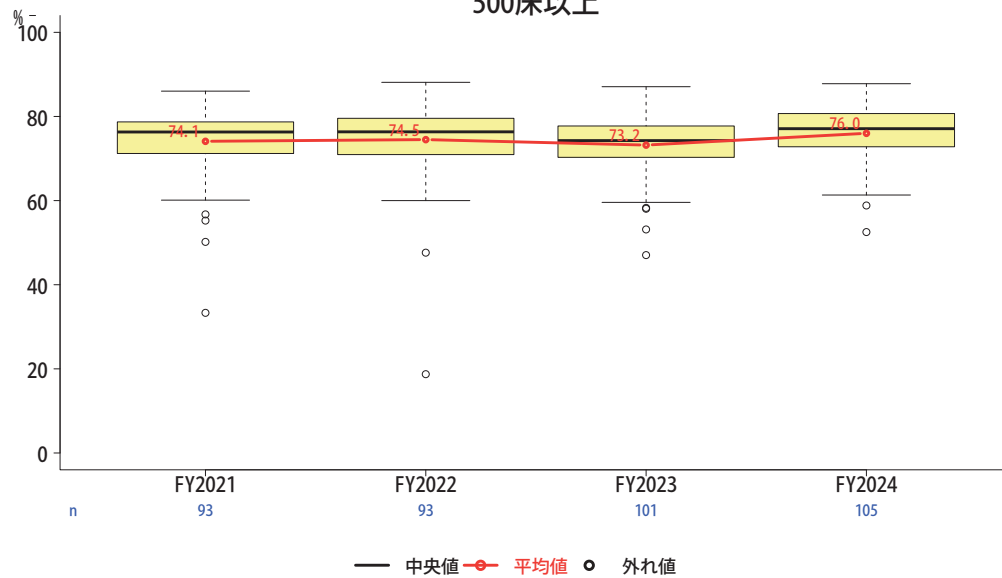
400床_499床



一般-28 統合指標 (Composite Measures) 【脳梗塞】

分子:脳梗塞関連指標の分子合計
分母:脳梗塞関連指標の分母合計

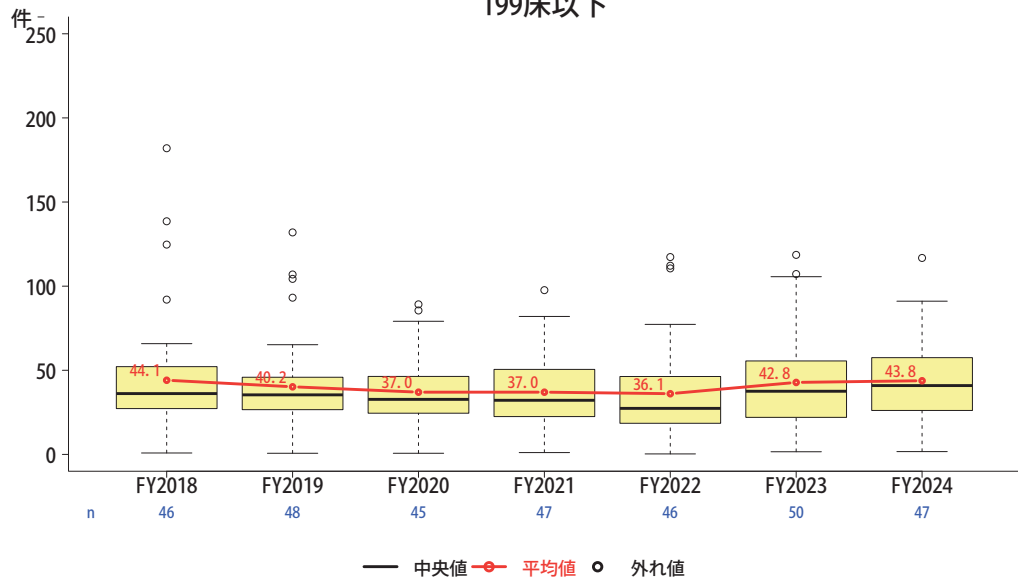
500床以上



一般-29 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数

分子：調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告件数×100
分母：許可病床数

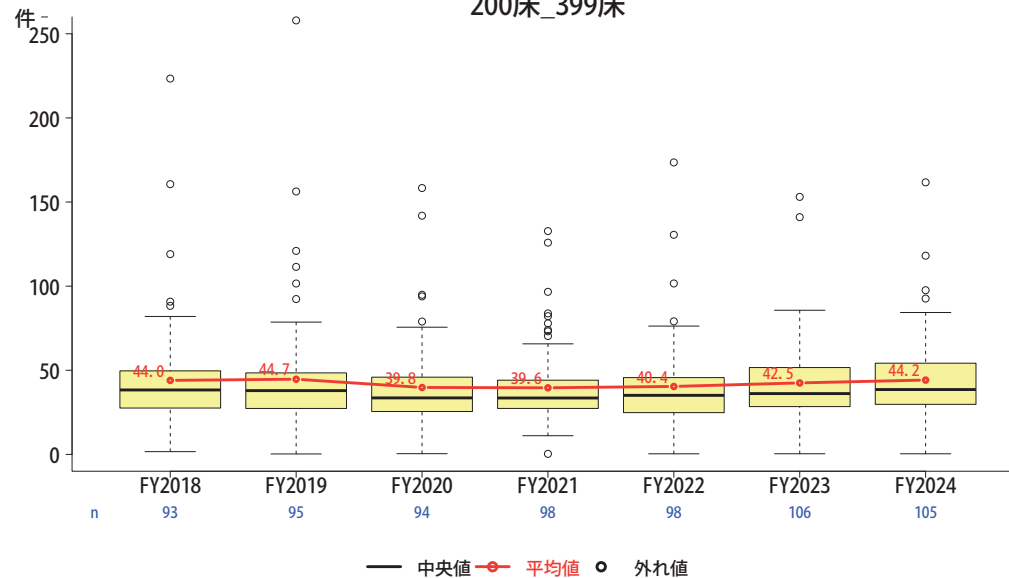
199床以下



一般-29 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数

分子：調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告件数×100
分母：許可病床数

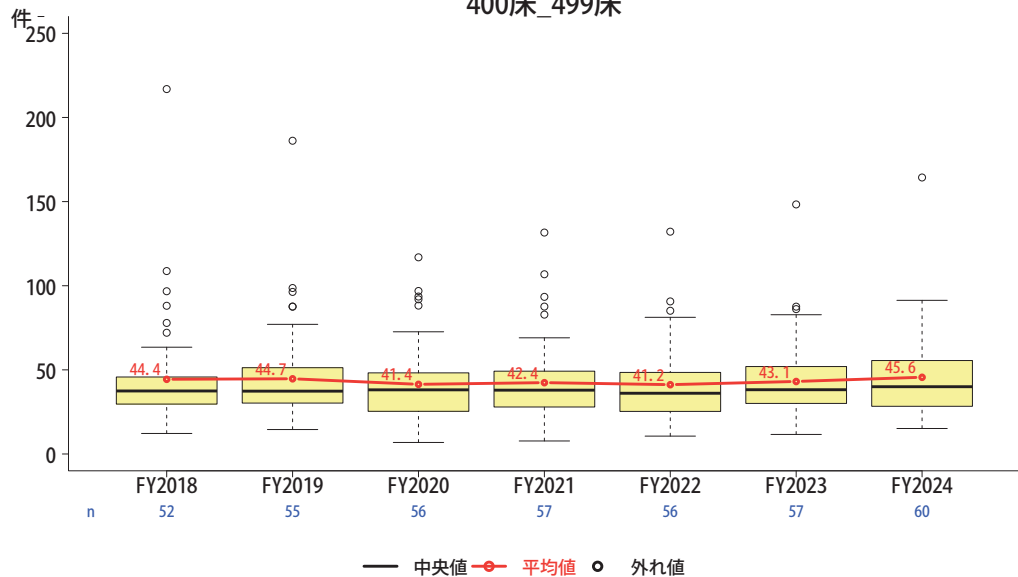
200床_399床



一般-29 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数

分子：調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告件数×100
分母：許可病床数

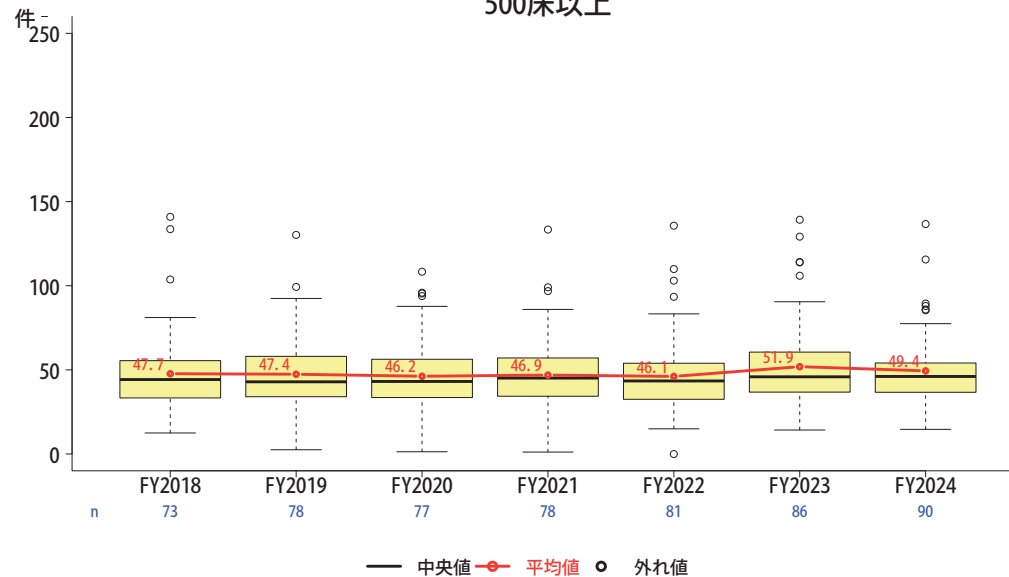
400床_499床



一般-29 1か月間・100床当たりのインシデント・アクシデント報告件数

分子：調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告件数×100
分母：許可病床数

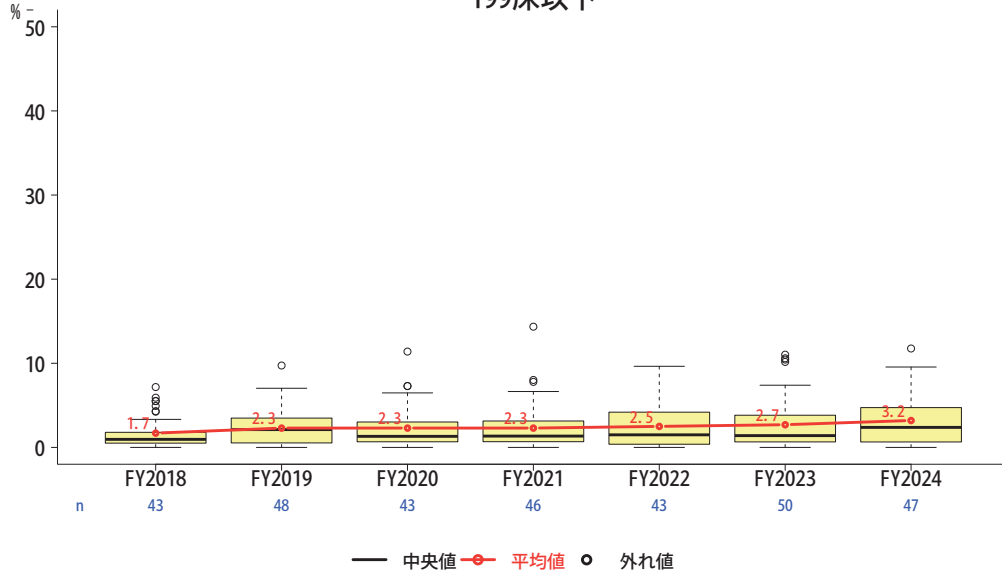
500床以上



一般-30 全報告中医師による報告の占める割合

分子:分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数
分母:調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

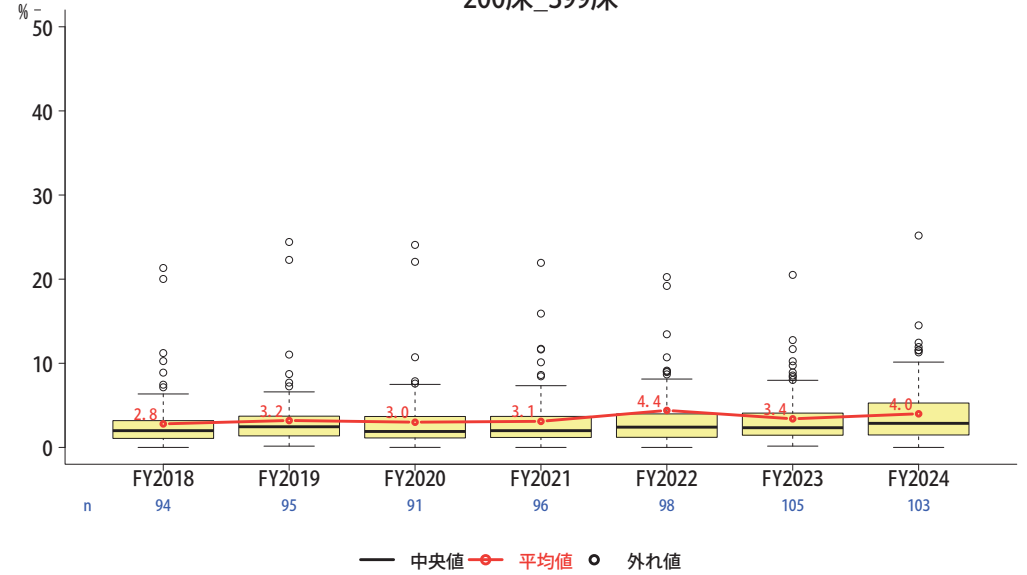
199床以下



一般-30 全報告中医師による報告の占める割合

分子:分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数
分母:調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

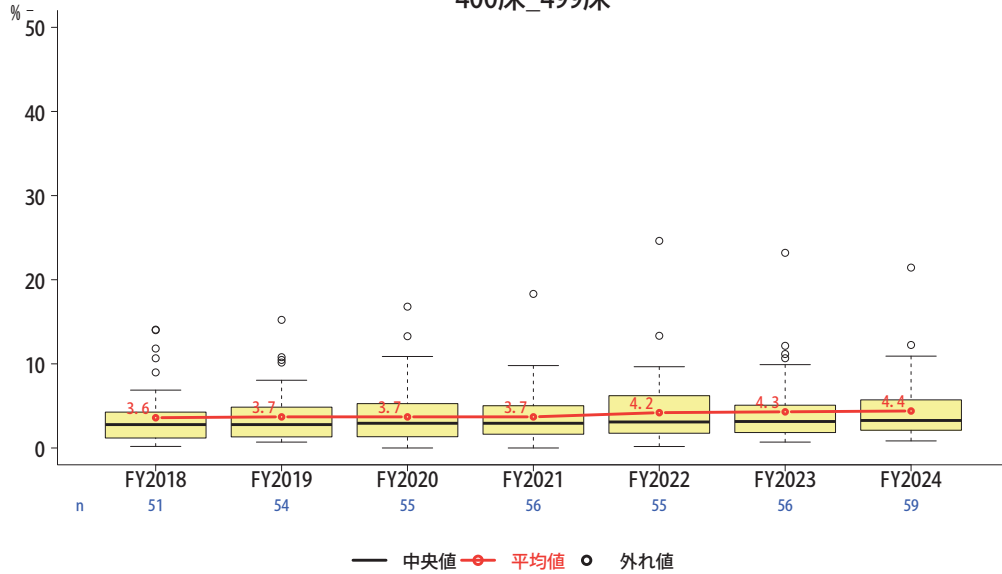
200床_399床



一般-30 全報告中医師による報告の占める割合

分子:分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数
分母:調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

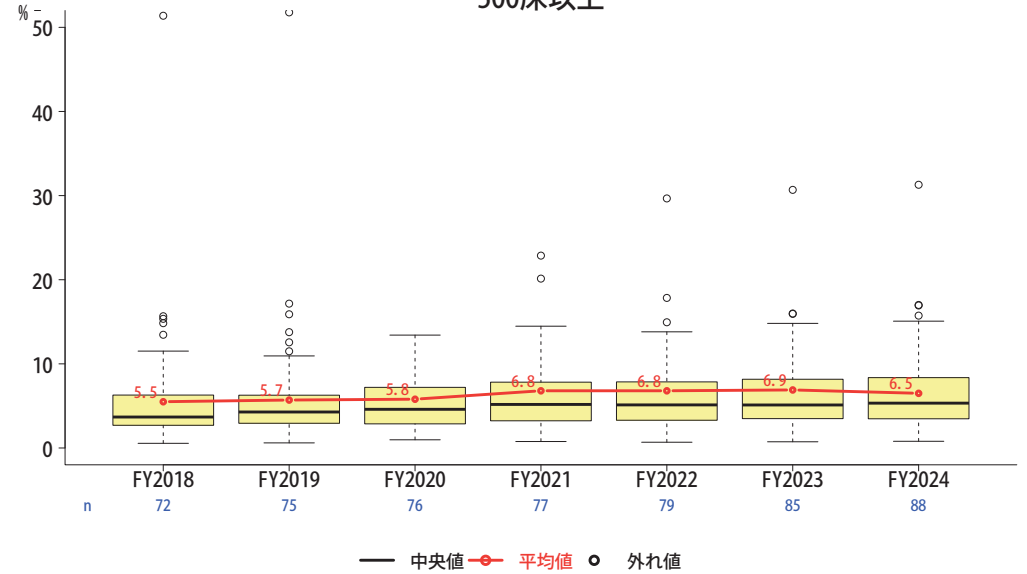
400床_499床



一般-30 全報告中医師による報告の占める割合

分子:分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数
分母:調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数

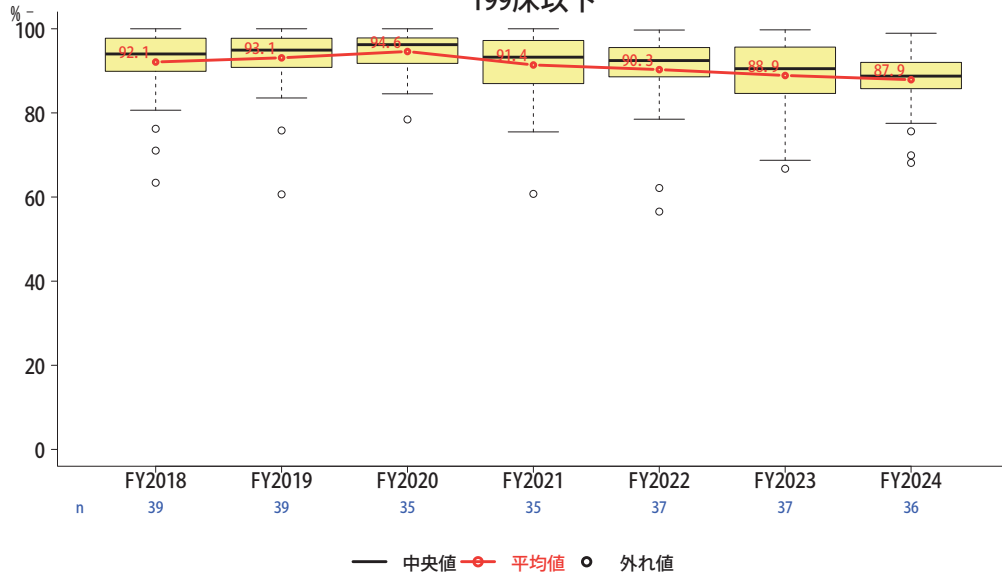
500床以上



一般-31 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

分子:インフルエンザワクチンを予防接種した職員数
分母:職員数

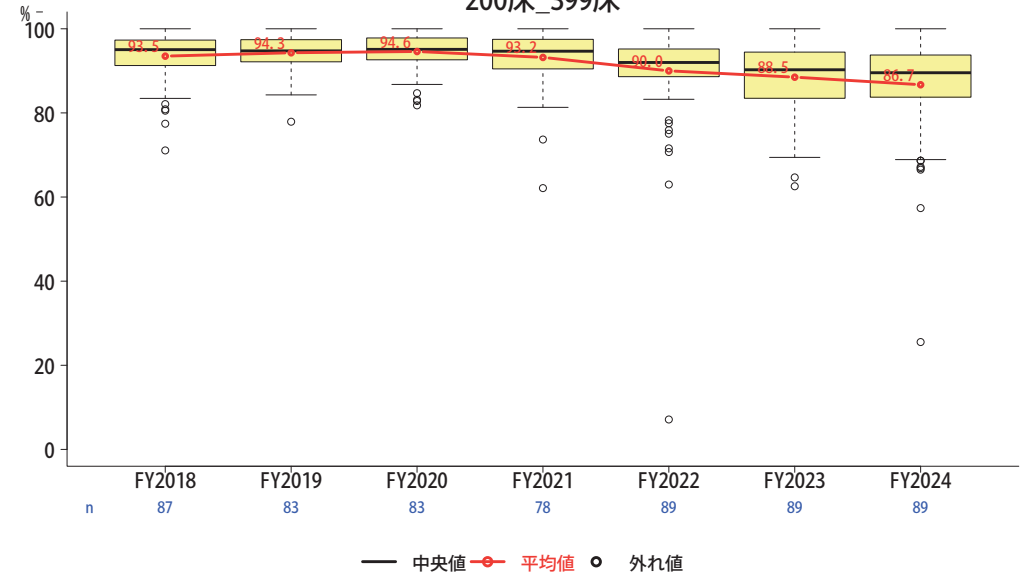
199床以下



一般-31 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

分子:インフルエンザワクチンを予防接種した職員数
分母:職員数

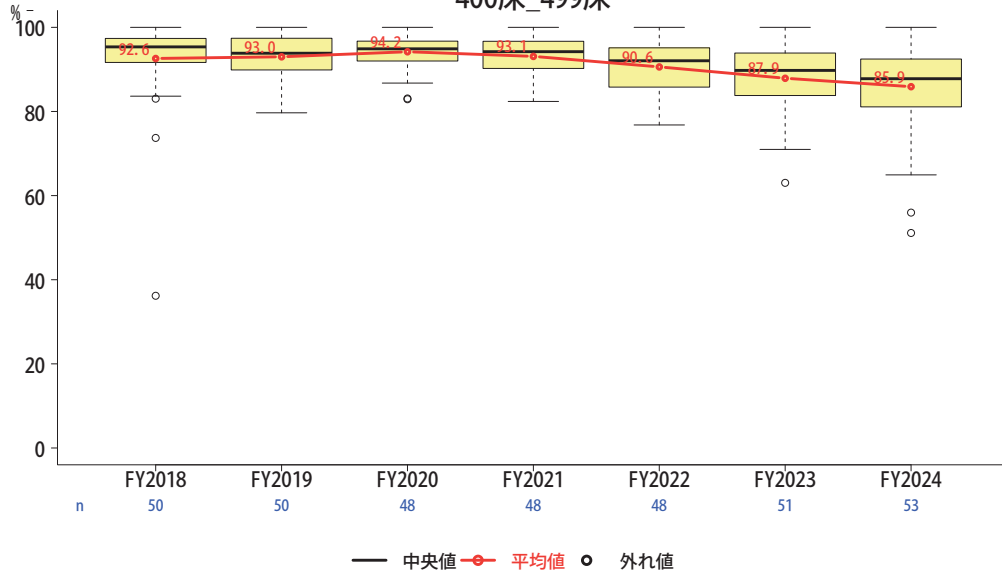
200床_399床



一般-31 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

分子:インフルエンザワクチンを予防接種した職員数
分母:職員数

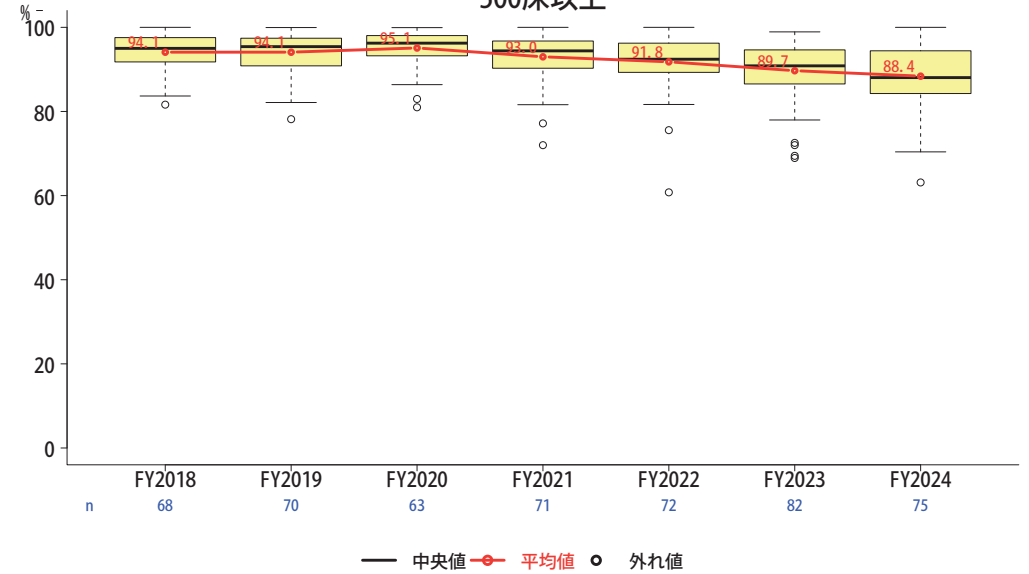
400床_499床



一般-31 職員におけるインフルエンザワクチン予防接種率

分子:インフルエンザワクチンを予防接種した職員数
分母:職員数

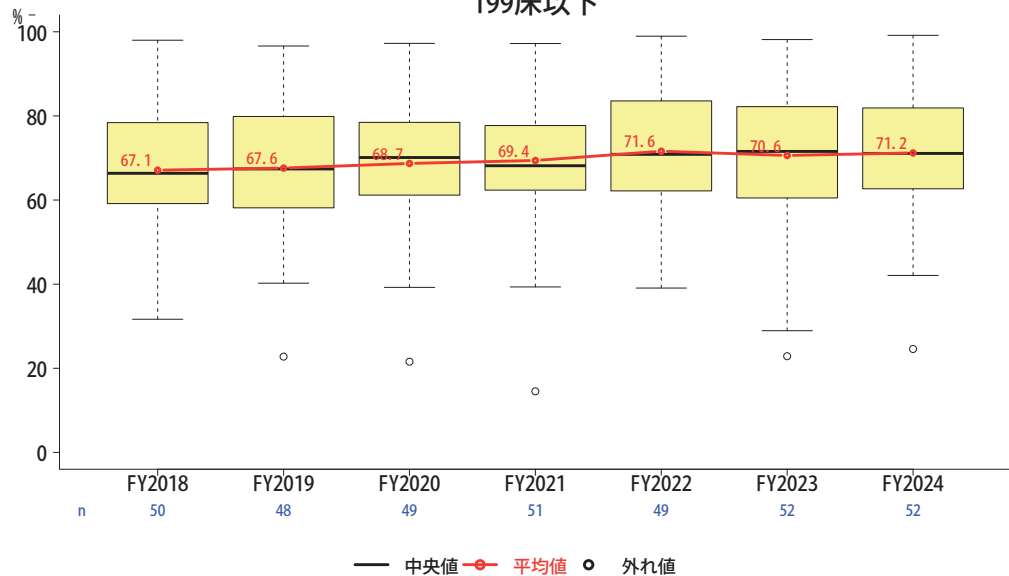
500床以上



一般-32 糖尿病・慢性腎臓病を併存症に持つ患者への栄養管理実施割合

分子:特別食加算の算定回数
分母:18歳以上の糖尿病・慢性腎臓病患者で、それらへの治療が主目的ではない入院患者の食事回数

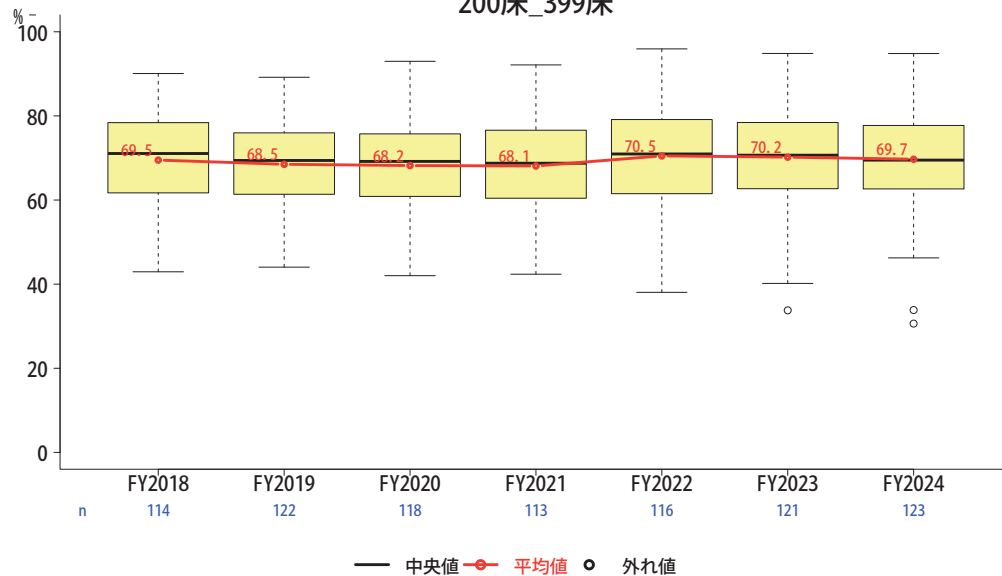
199床以下



一般-32 糖尿病・慢性腎臓病を併存症に持つ患者への栄養管理実施割合

分子:特別食加算の算定回数
分母:18歳以上の糖尿病・慢性腎臓病患者で、それらへの治療が主目的ではない入院患者の食事回数

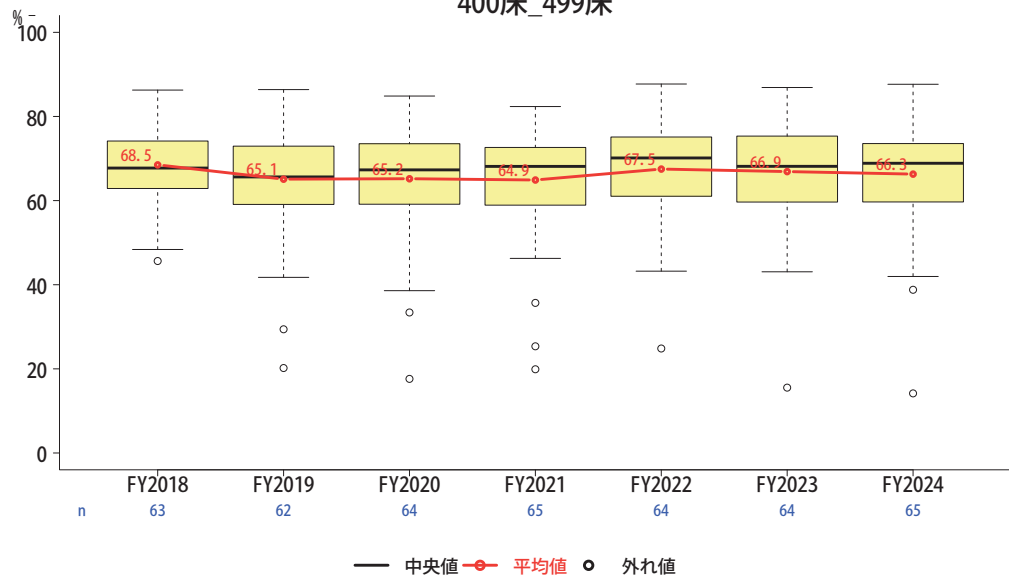
200床_399床



一般-32 糖尿病・慢性腎臓病を併存症に持つ患者への栄養管理実施割合

分子:特別食加算の算定回数
分母:18歳以上の糖尿病・慢性腎臓病患者で、それらへの治療が主目的ではない入院患者の食事回数

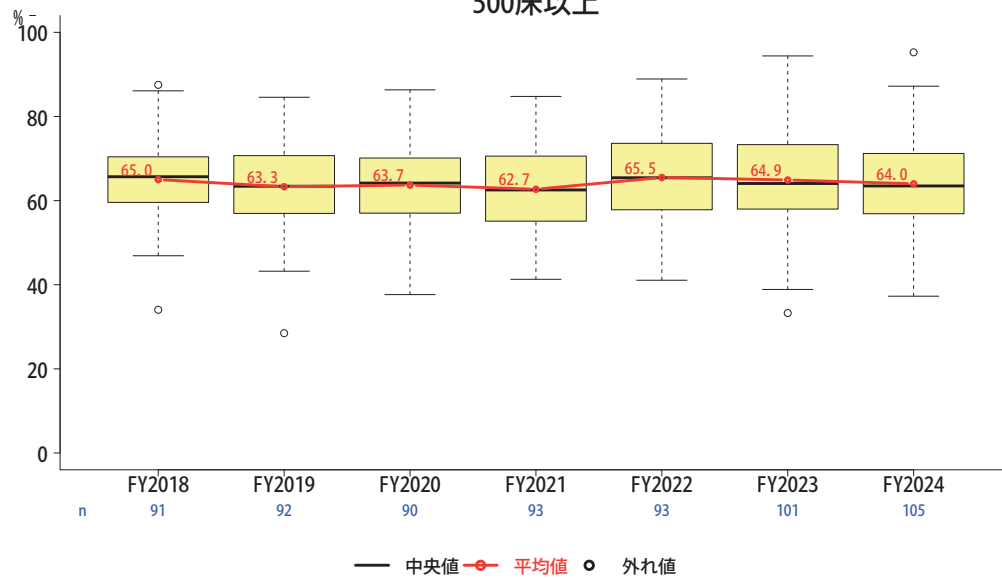
400床_499床



一般-32 糖尿病・慢性腎臓病を併存症に持つ患者への栄養管理実施割合

分子:特別食加算の算定回数
分母:18歳以上の糖尿病・慢性腎臓病患者で、それらへの治療が主目的ではない入院患者の食事回数

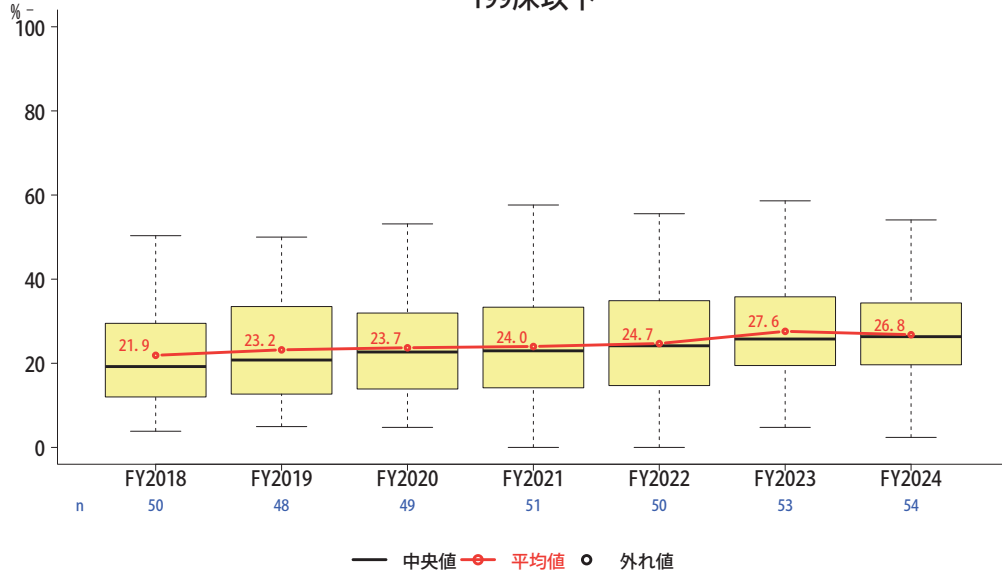
500床以上



一般-33 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用時の血液培養実施率

分子:投与開始初日に血液培養検査を実施した数
分母:広域抗菌薬投与を開始した入院患者数

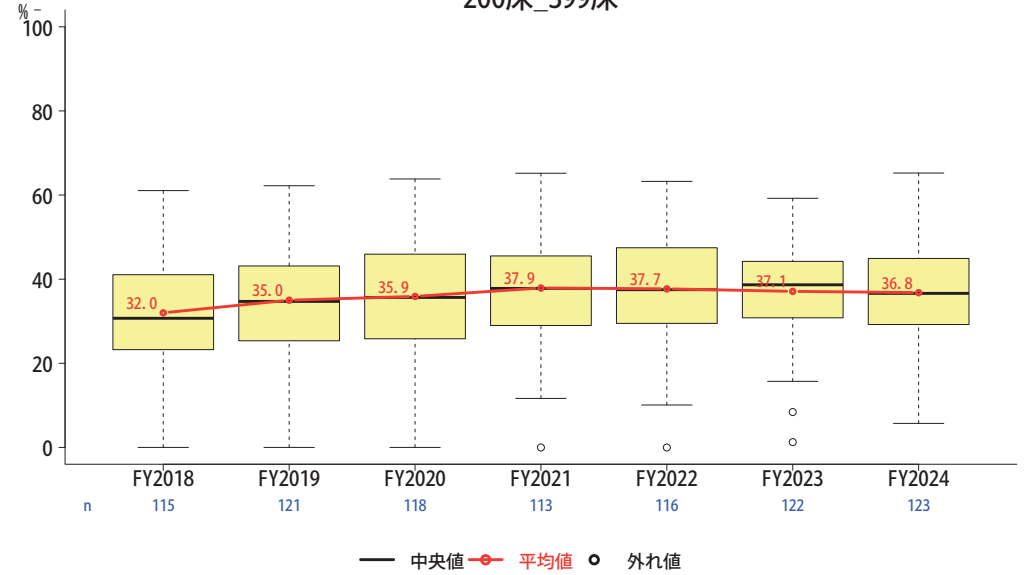
199床以下



一般-33 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用時の血液培養実施率

分子:投与開始初日に血液培養検査を実施した数
分母:広域抗菌薬投与を開始した入院患者数

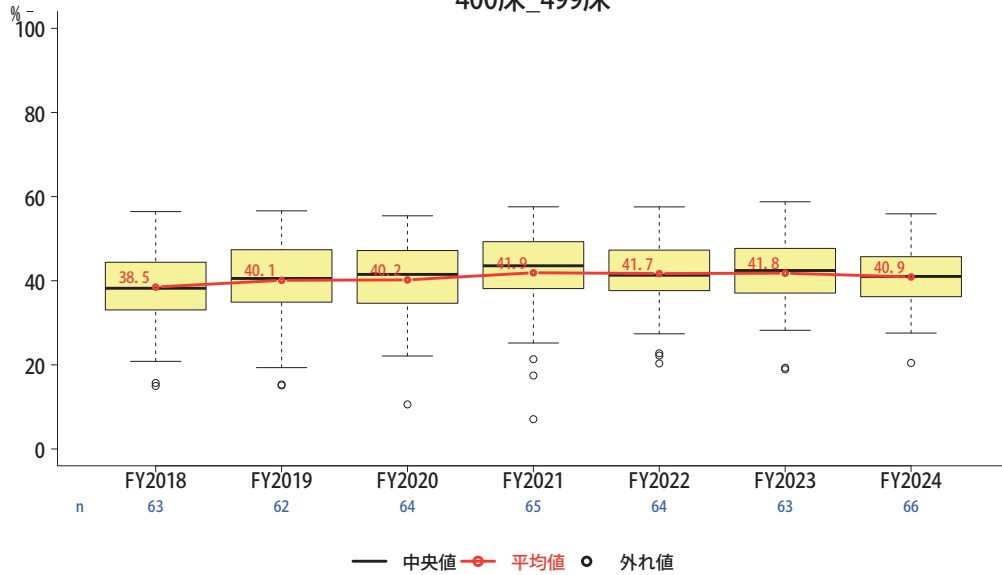
200床_399床



一般-33 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用時の血液培養実施率

分子:投与開始初日に血液培養検査を実施した数
分母:広域抗菌薬投与を開始した入院患者数

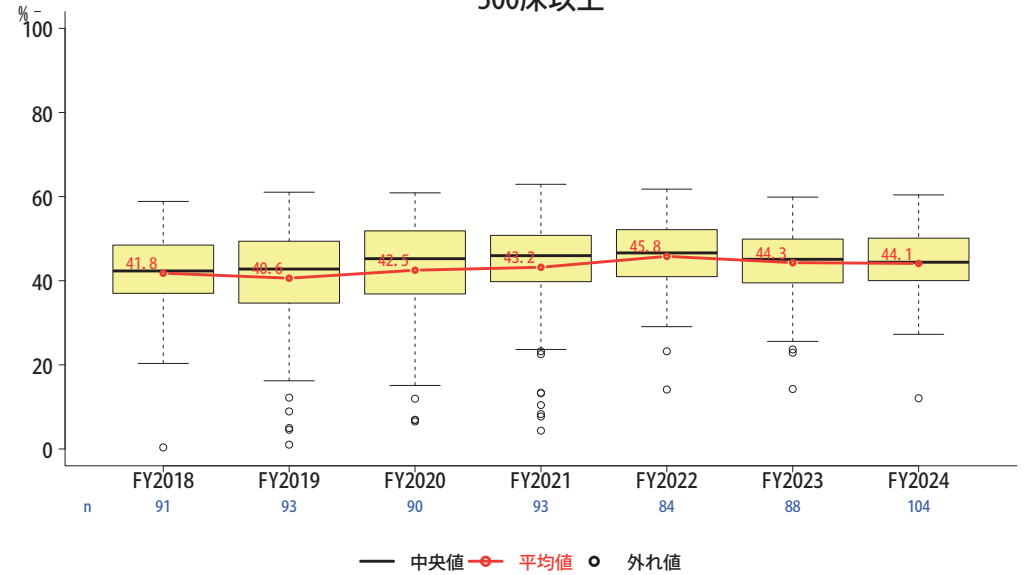
400床_499床



一般-33 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用時の血液培養実施率

分子:投与開始初日に血液培養検査を実施した数
分母:広域抗菌薬投与を開始した入院患者数

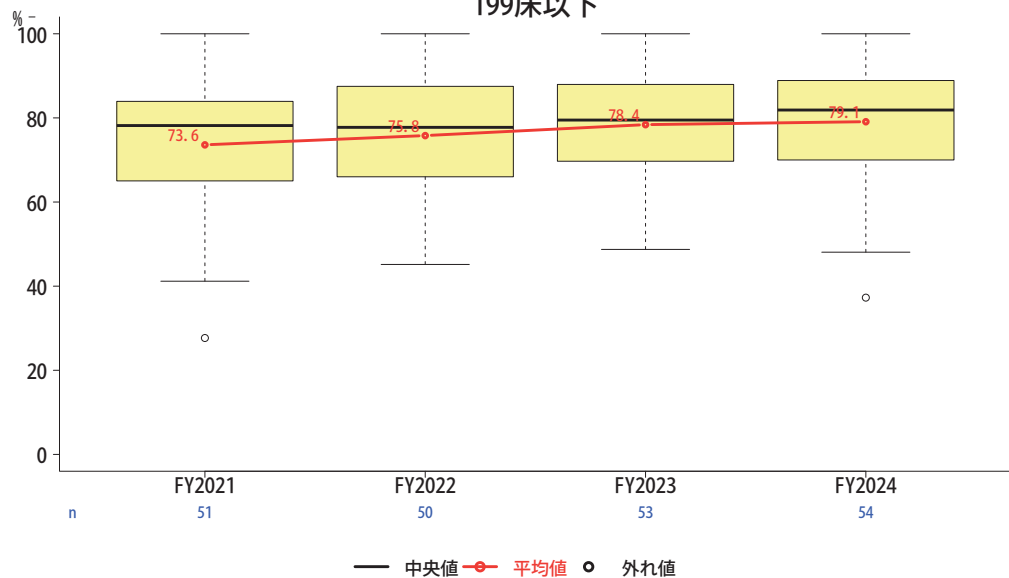
500床以上



一般-34 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用までの培養検査実施率

分子:投与開始初日までに培養検査を実施した数
分母:広域抗菌薬投与を開始した入院患者数

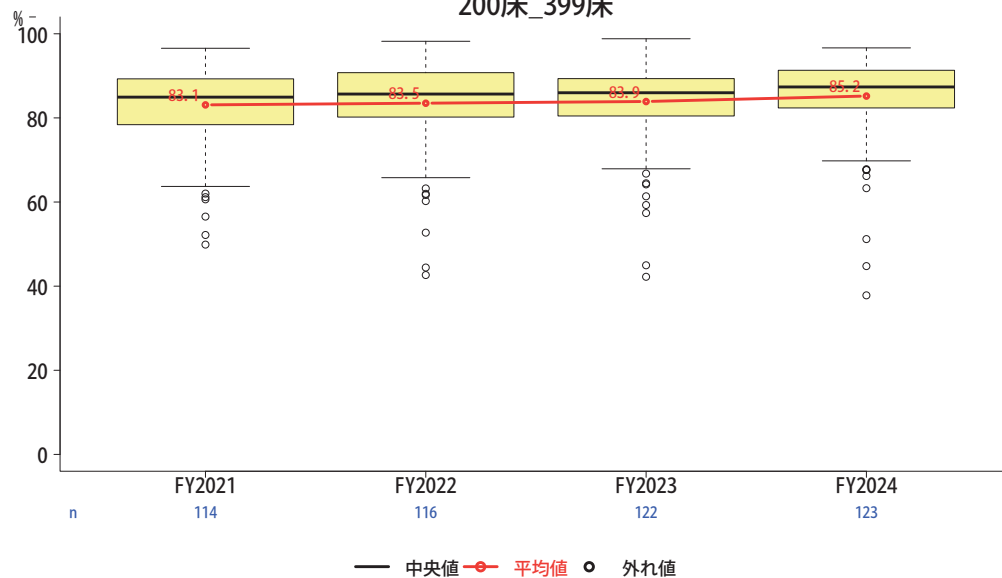
199床以下



一般-34 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用までの培養検査実施率

分子:投与開始初日までに培養検査を実施した数
分母:広域抗菌薬投与を開始した入院患者数

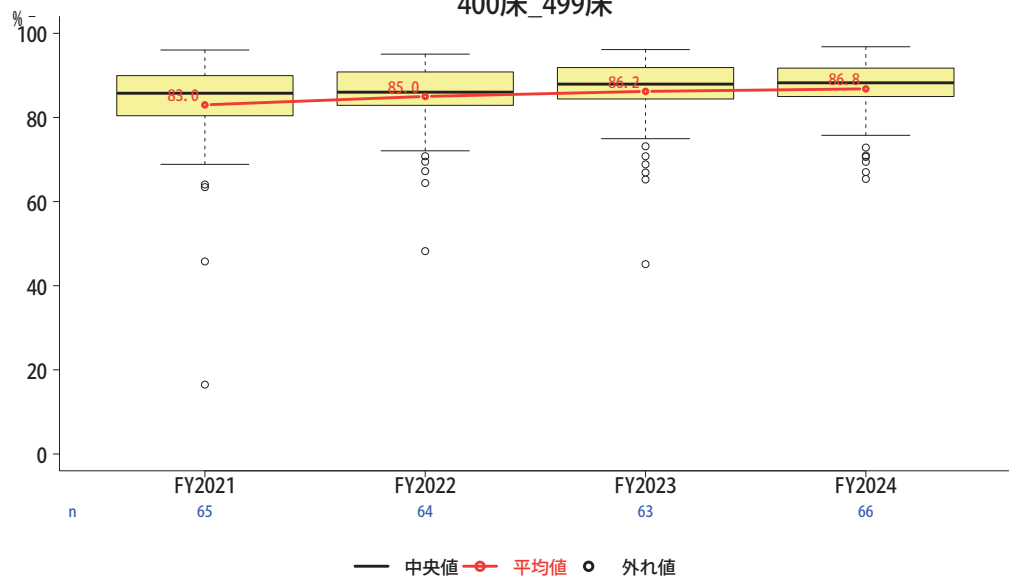
200床_399床



一般-34 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用までの培養検査実施率

分子:投与開始初日までに培養検査を実施した数
分母:広域抗菌薬投与を開始した入院患者数

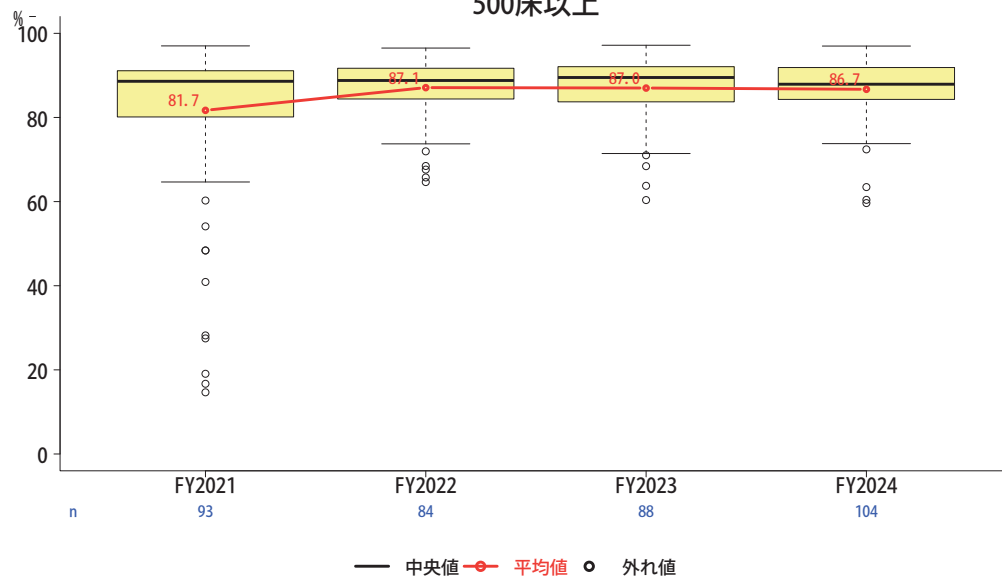
400床_499床



一般-34 カルバペネム・ニューキノロン・抗MRSA薬使用までの培養検査実施率

分子:投与開始初日までに培養検査を実施した数
分母:広域抗菌薬投与を開始した入院患者数

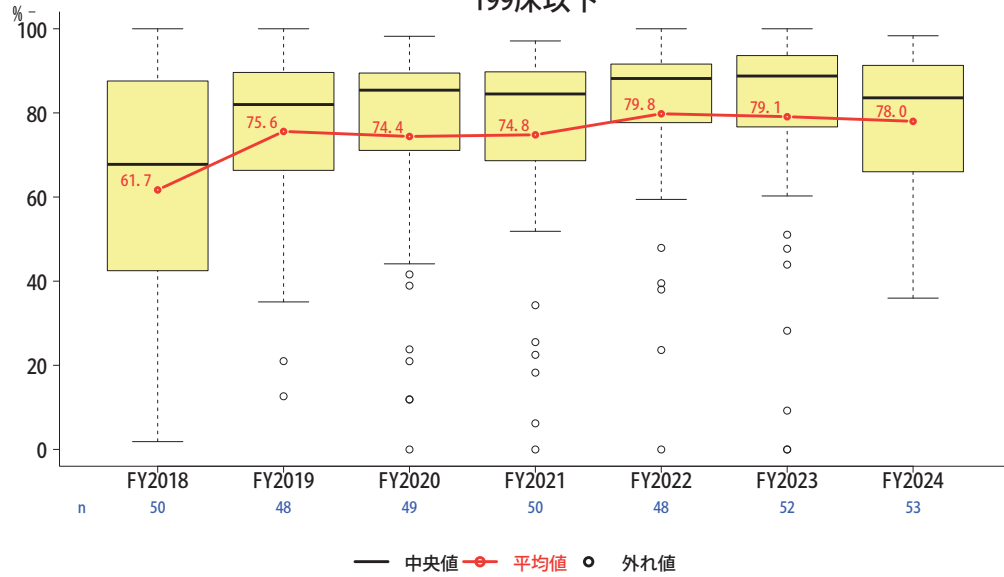
500床以上



一般-35 血液培養検査時の2セット実施割合

分子:血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数
 分母:血液培養オーダー日数

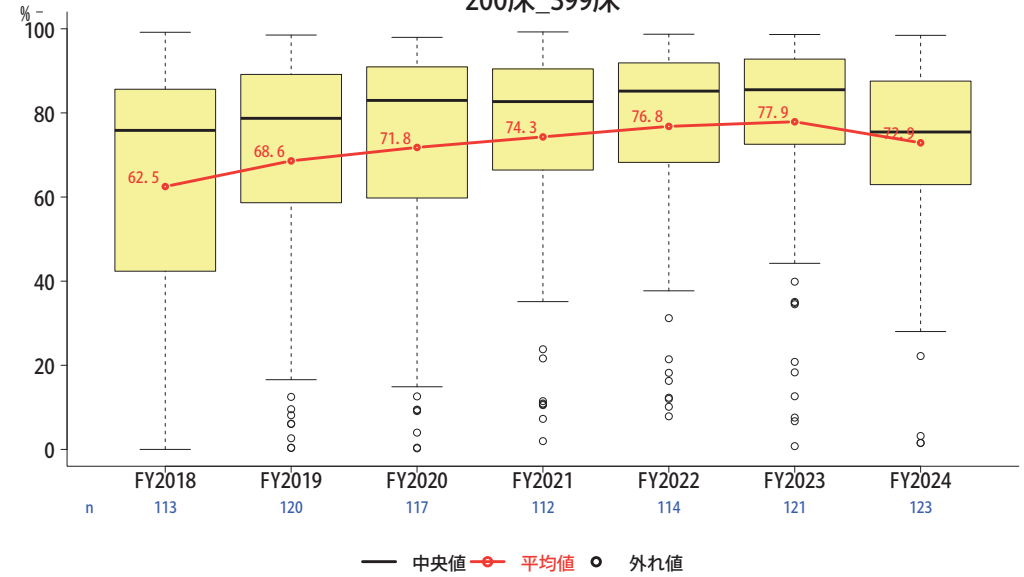
199床以下



一般-35 血液培養検査時の2セット実施割合

分子:血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数
 分母:血液培養オーダー日数

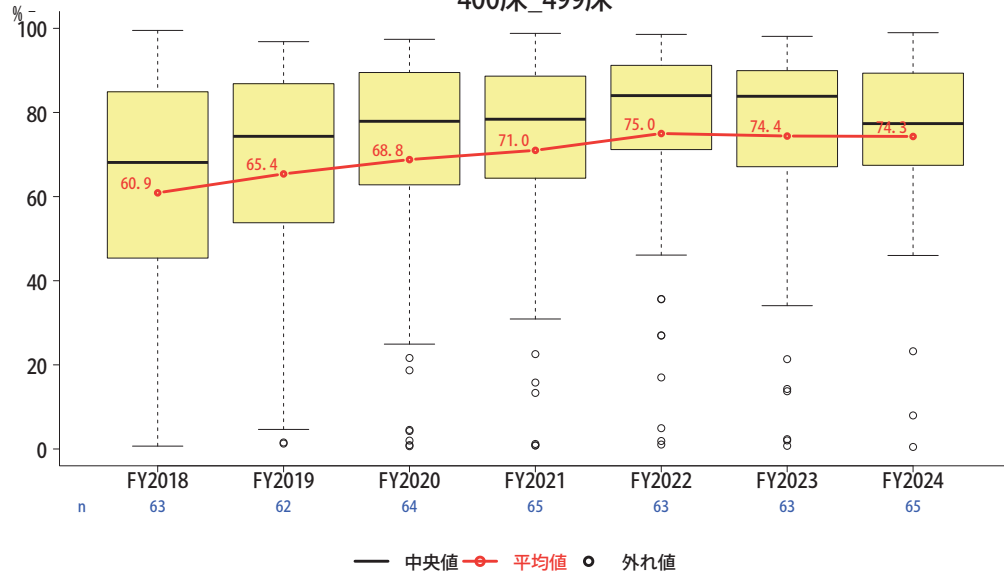
200床_399床



一般-35 血液培養検査時の2セット実施割合

分子:血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数
 分母:血液培養オーダー日数

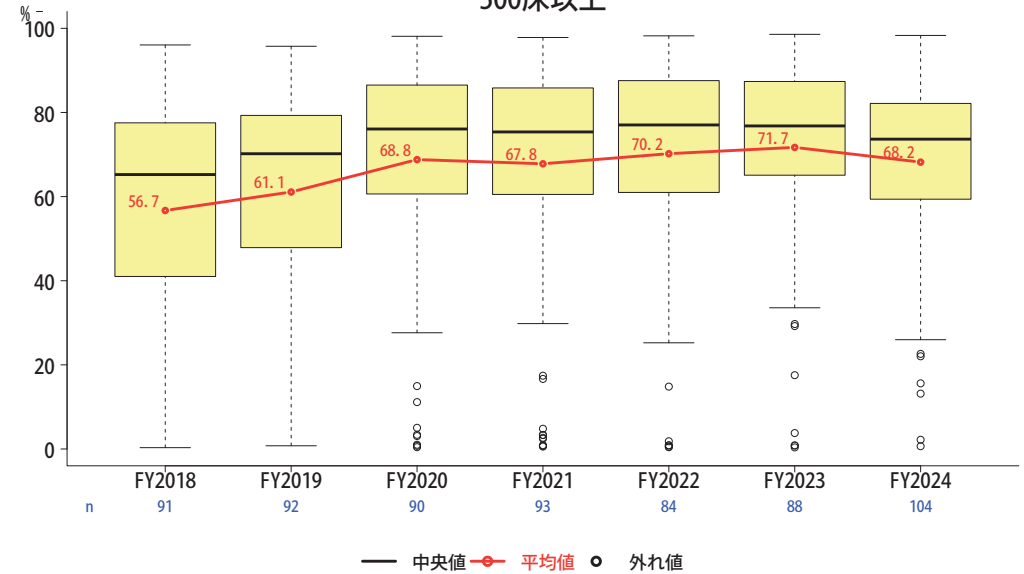
400床_499床



一般-35 血液培養検査時の2セット実施割合

分子:血液培養オーダーが1日に2件以上ある日数
 分母:血液培養オーダー日数

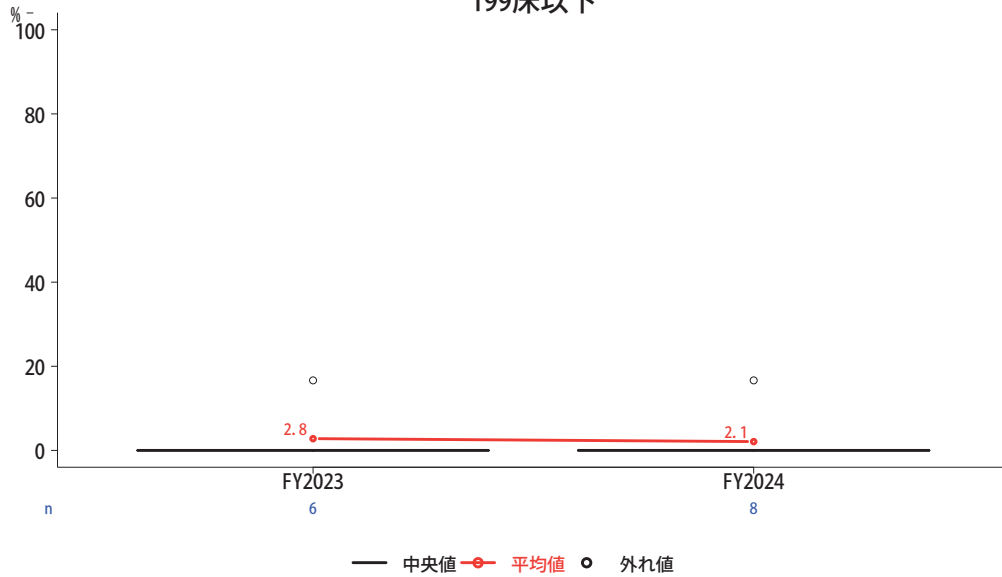
500床以上



一般-36 血液培養検査時の2セット実施割合(生後28日未満)

分子:血液培養のオーダー日数(人日)(実施日が生後28日未満)
 分母:血液培養検査における同日2セット以上の実施割合(生後28日未満)

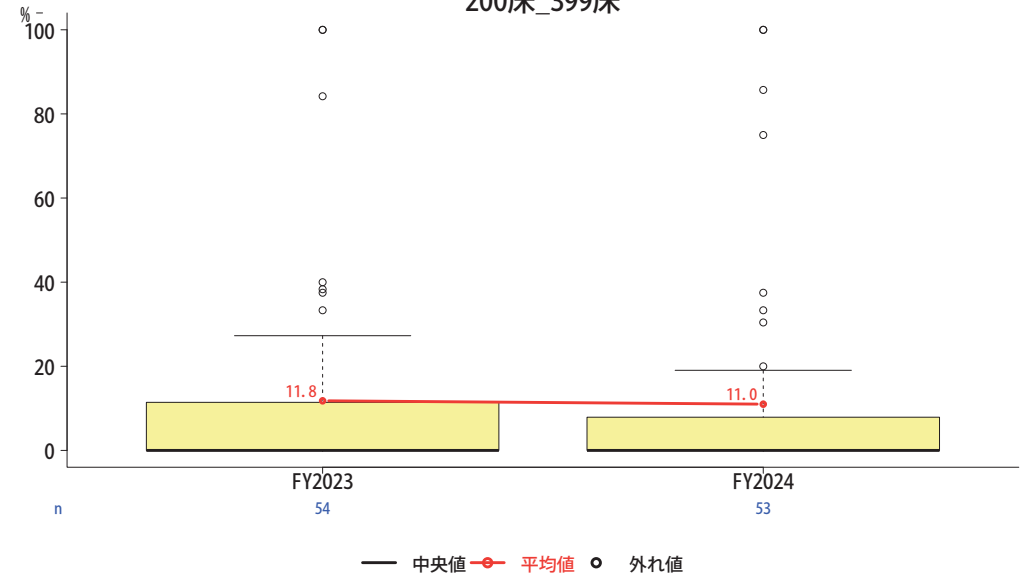
199床以下



一般-36 血液培養検査時の2セット実施割合(生後28日未満)

分子:血液培養のオーダー日数(人日)(実施日が生後28日未満)
 分母:血液培養検査における同日2セット以上の実施割合(生後28日未満)

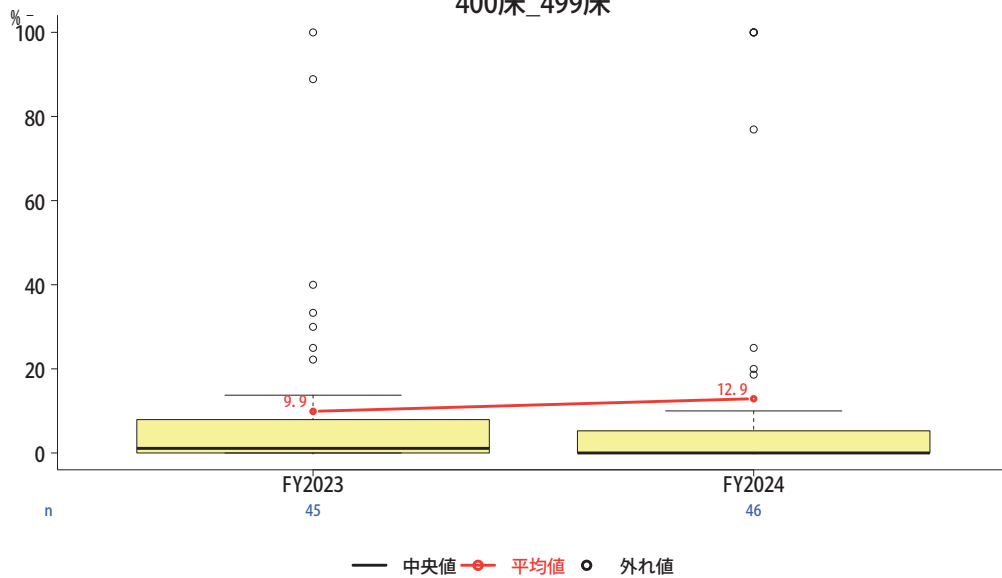
200床_399床



一般-36 血液培養検査時の2セット実施割合(生後28日未満)

分子:血液培養のオーダー日数(人日)(実施日が生後28日未満)
 分母:血液培養検査における同日2セット以上の実施割合(生後28日未満)

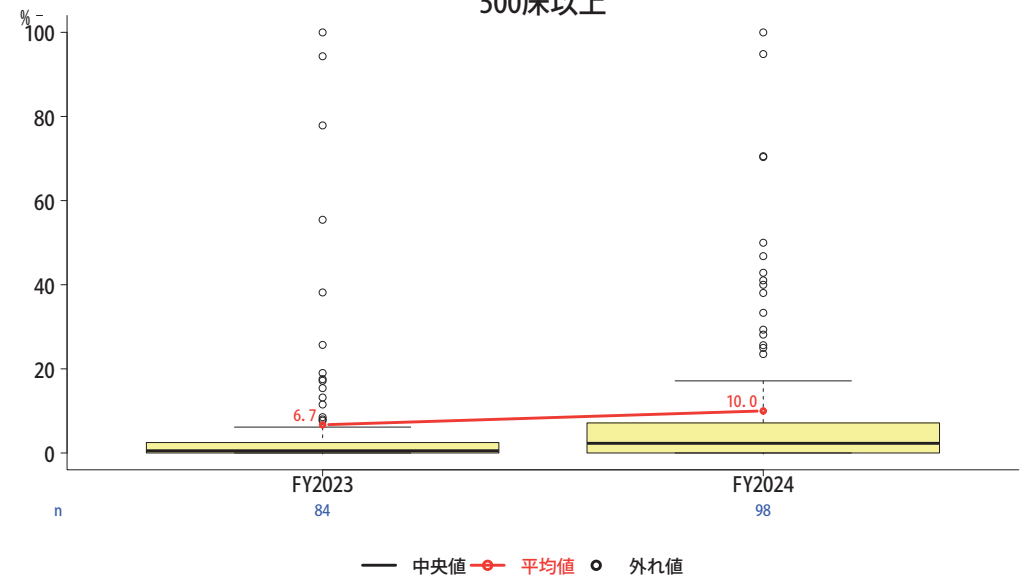
400床_499床



一般-36 血液培養検査時の2セット実施割合(生後28日未満)

分子:血液培養のオーダー日数(人日)(実施日が生後28日未満)
 分母:血液培養検査における同日2セット以上の実施割合(生後28日未満)

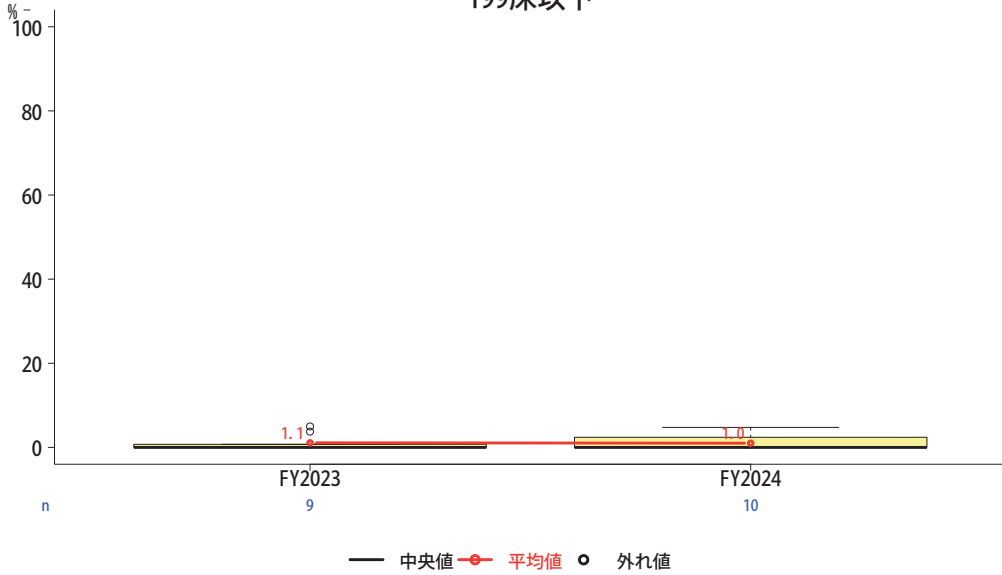
500床以上



一般-37 血液培養検査時の2セット実施割合(生後28日以上2歳未満)

分子:血液培養のオーダー日数(人日)(実施日が生後28日以上2歳未満)
分母:血液培養検査における同日2セット以上の実施割合(生後28日~2歳未満)

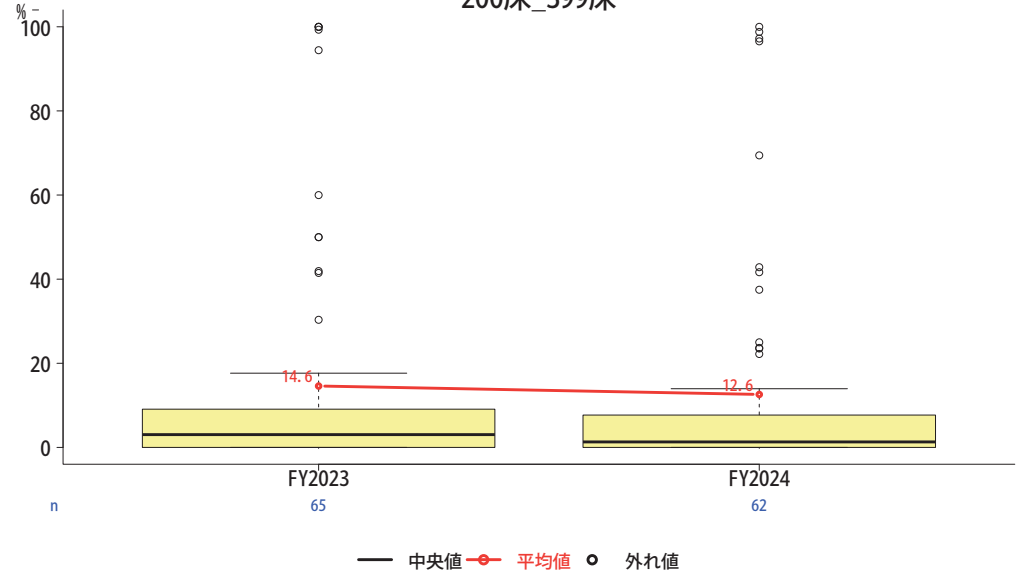
199床以下



一般-37 血液培養検査時の2セット実施割合(生後28日以上2歳未満)

分子:血液培養のオーダー日数(人日)(実施日が生後28日以上2歳未満)
分母:血液培養検査における同日2セット以上の実施割合(生後28日~2歳未満)

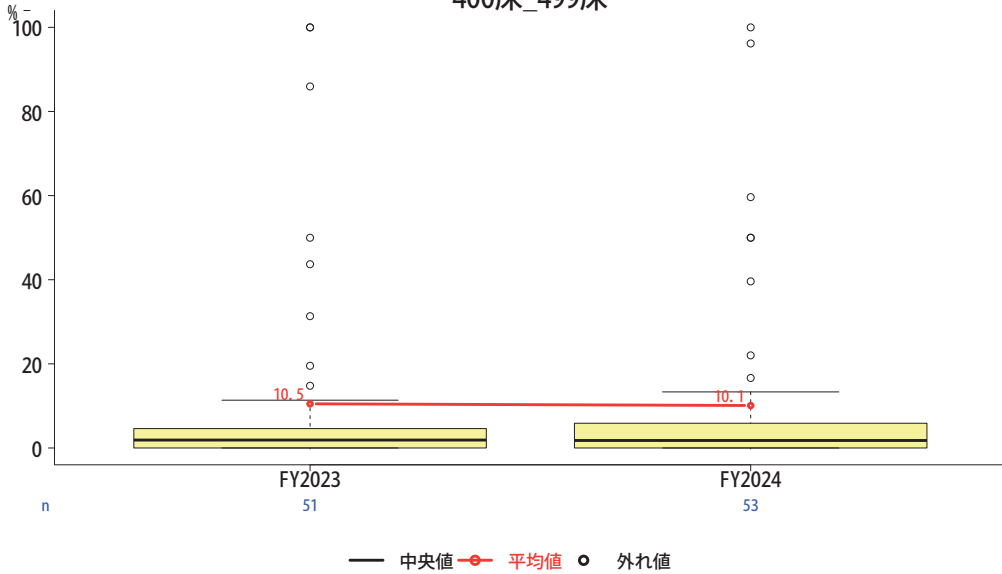
200床_399床



一般-37 血液培養検査時の2セット実施割合(生後28日以上2歳未満)

分子:血液培養のオーダー日数(人日)(実施日が生後28日以上2歳未満)
分母:血液培養検査における同日2セット以上の実施割合(生後28日~2歳未満)

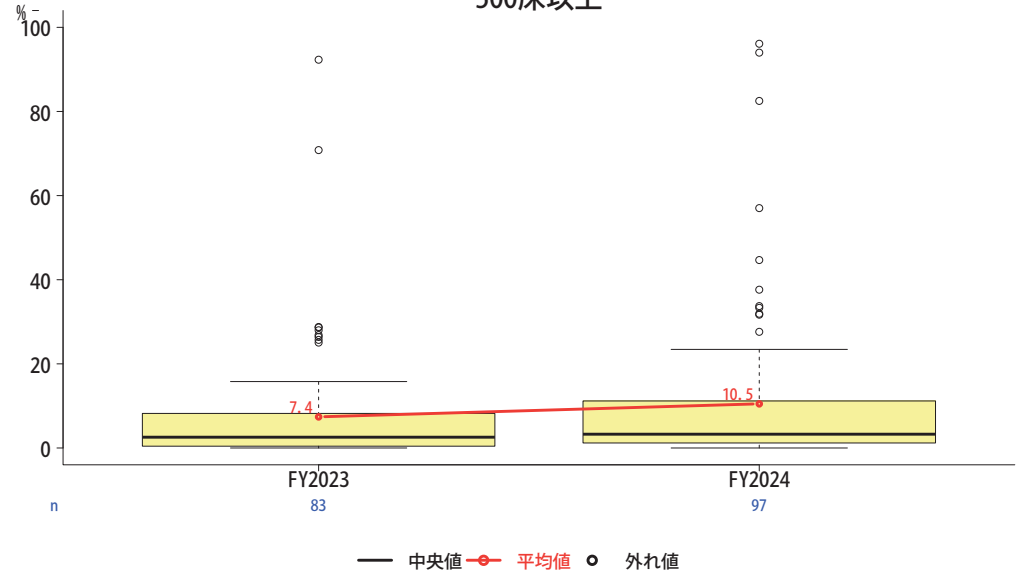
400床_499床



一般-37 血液培養検査時の2セット実施割合(生後28日以上2歳未満)

分子:血液培養のオーダー日数(人日)(実施日が生後28日以上2歳未満)
分母:血液培養検査における同日2セット以上の実施割合(生後28日~2歳未満)

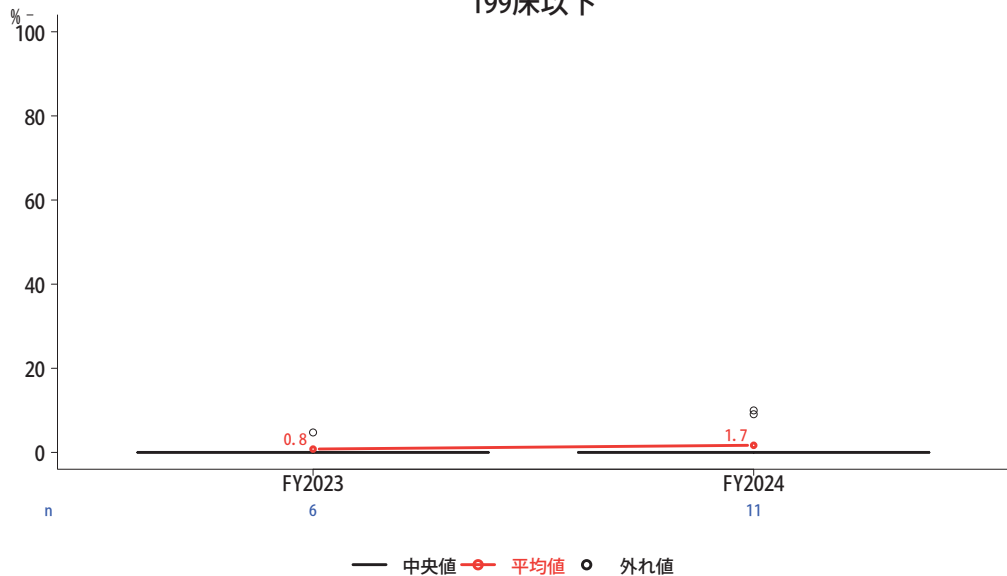
500床以上



一般-38 血液培養検査時の2セット実施割合(2歳以上6歳未満)

分子:血液培養のオーダー日数(人日)(実施日が2歳以上6歳未満)
 分母:血液培養検査における同日2セット以上の実施割合(2歳-6歳未満)

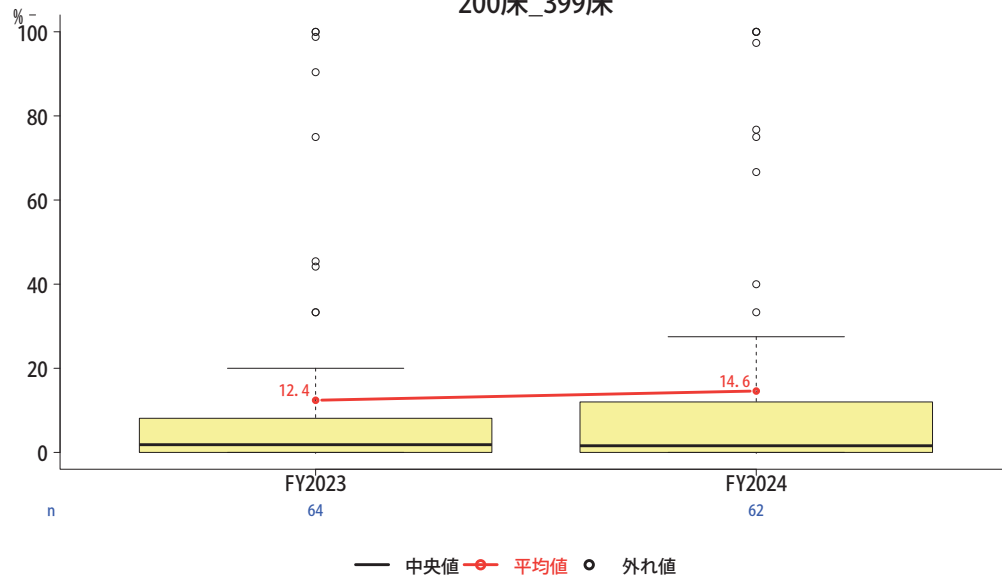
199床以下



一般-38 血液培養検査時の2セット実施割合(2歳以上6歳未満)

分子:血液培養のオーダー日数(人日)(実施日が2歳以上6歳未満)
 分母:血液培養検査における同日2セット以上の実施割合(2歳-6歳未満)

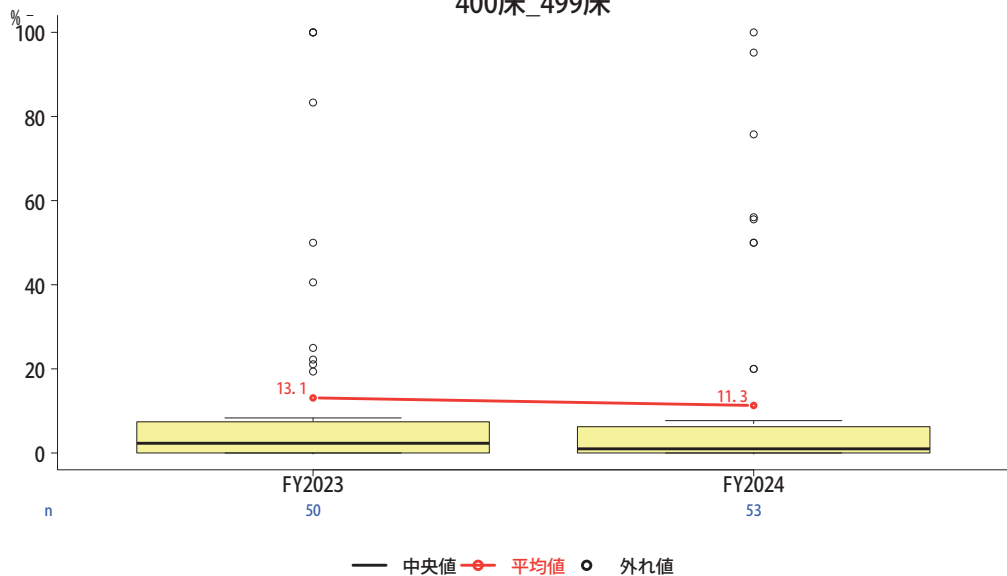
200床_399床



一般-38 血液培養検査時の2セット実施割合(2歳以上6歳未満)

分子:血液培養のオーダー日数(人日)(実施日が2歳以上6歳未満)
 分母:血液培養検査における同日2セット以上の実施割合(2歳-6歳未満)

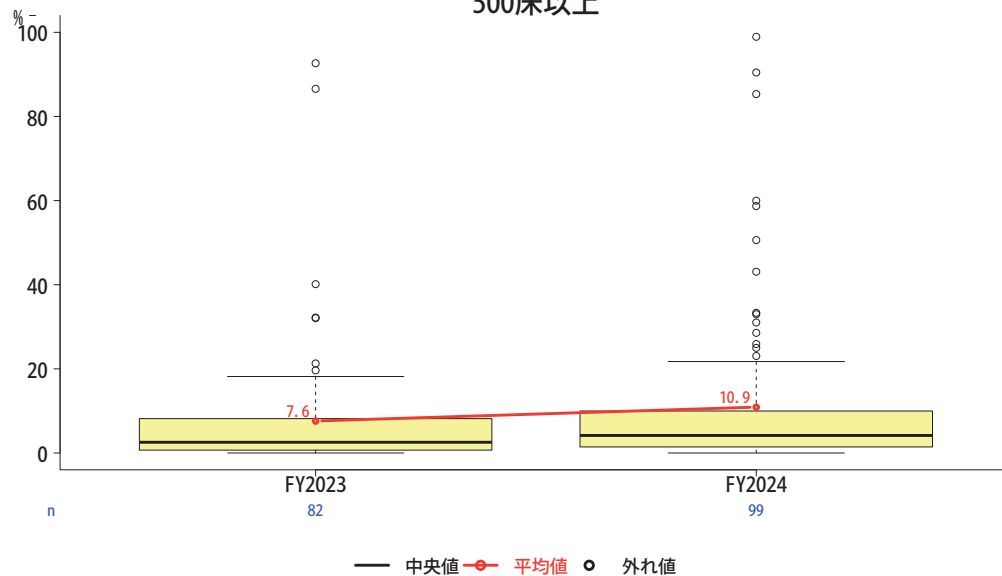
400床_499床



一般-38 血液培養検査時の2セット実施割合(2歳以上6歳未満)

分子:血液培養のオーダー日数(人日)(実施日が2歳以上6歳未満)
 分母:血液培養検査における同日2セット以上の実施割合(2歳-6歳未満)

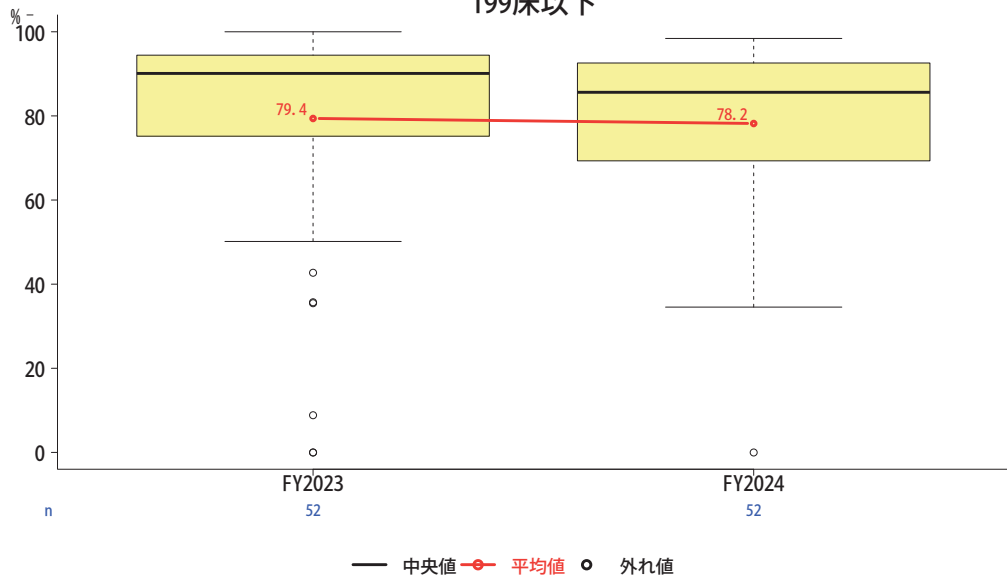
500床以上



一般-39 血液培養検査時の2セット実施割合(6歳以上)

分子:血液培養のオーダー日数(人日)(実施日が6歳以上)
分母:血液培養検査における同日2セット以上の実施割合(6歳以上)

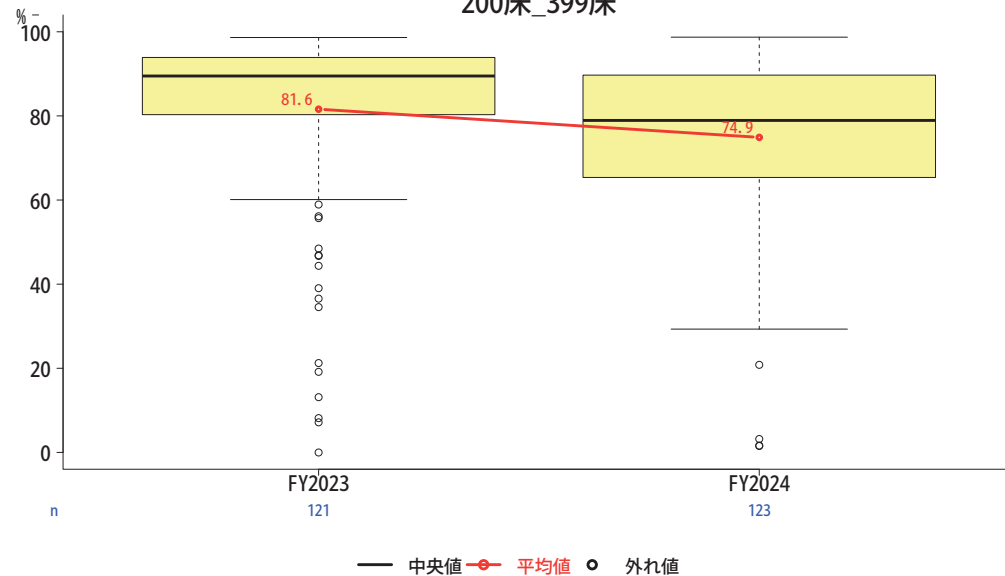
199床以下



一般-39 血液培養検査時の2セット実施割合(6歳以上)

分子:血液培養のオーダー日数(人日)(実施日が6歳以上)
分母:血液培養検査における同日2セット以上の実施割合(6歳以上)

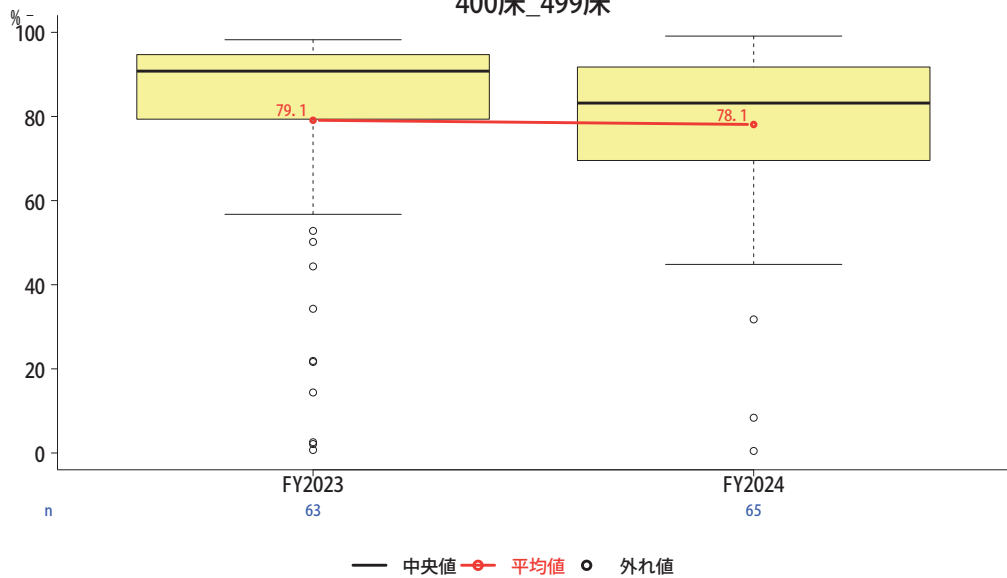
200床_399床



一般-39 血液培養検査時の2セット実施割合(6歳以上)

分子:血液培養のオーダー日数(人日)(実施日が6歳以上)
分母:血液培養検査における同日2セット以上の実施割合(6歳以上)

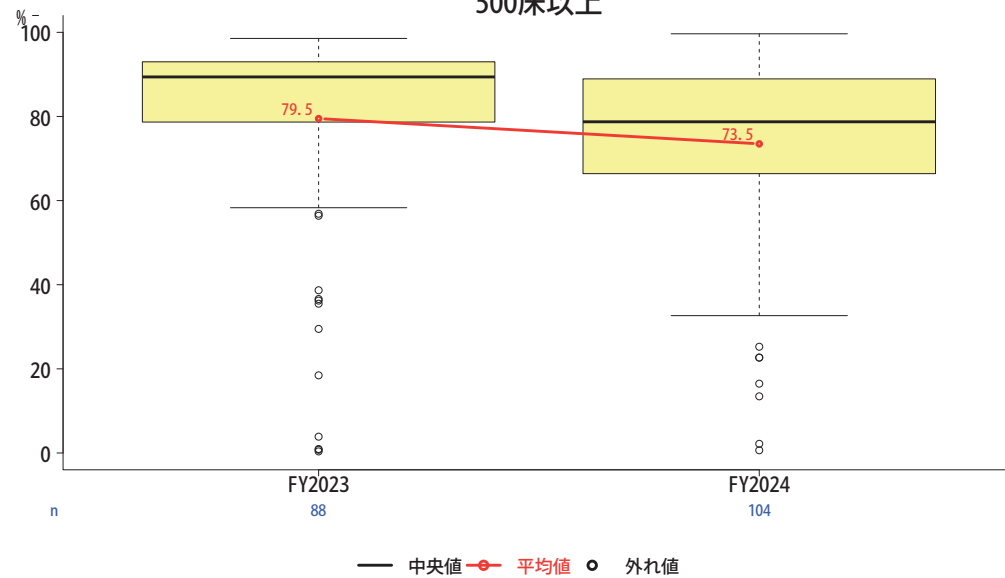
400床_499床



一般-39 血液培養検査時の2セット実施割合(6歳以上)

分子:血液培養のオーダー日数(人日)(実施日が6歳以上)
分母:血液培養検査における同日2セット以上の実施割合(6歳以上)

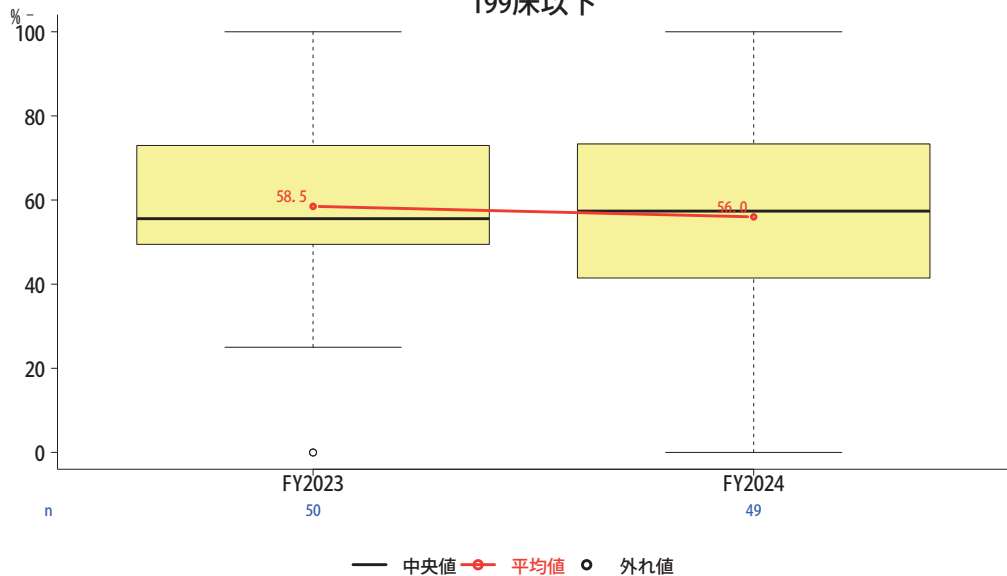
500床以上



一般-40 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合

分子:地域連携に関する算定のある患者数
分母:脳卒中中で入院した患者数

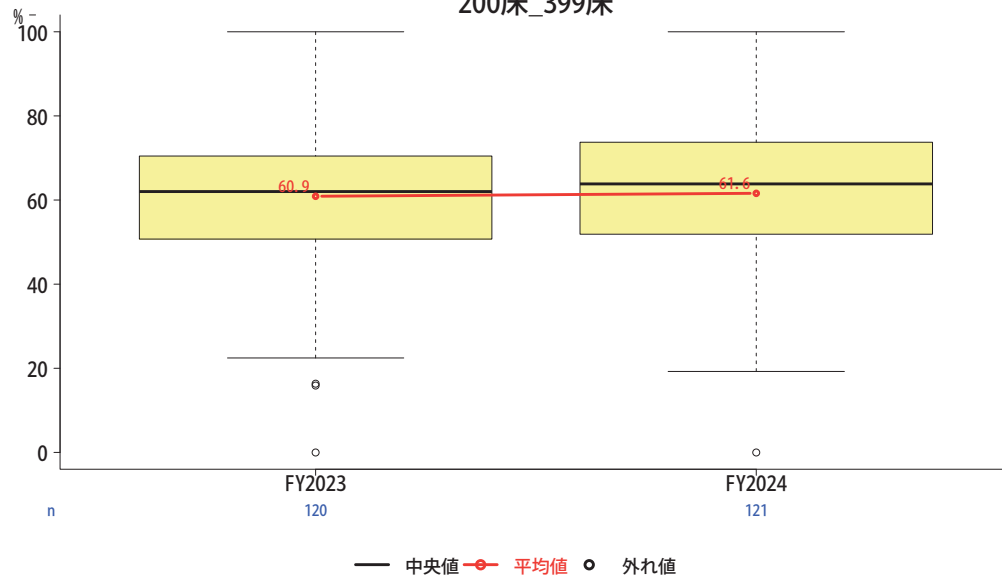
199床以下



一般-40 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合

分子:地域連携に関する算定のある患者数
分母:脳卒中中で入院した患者数

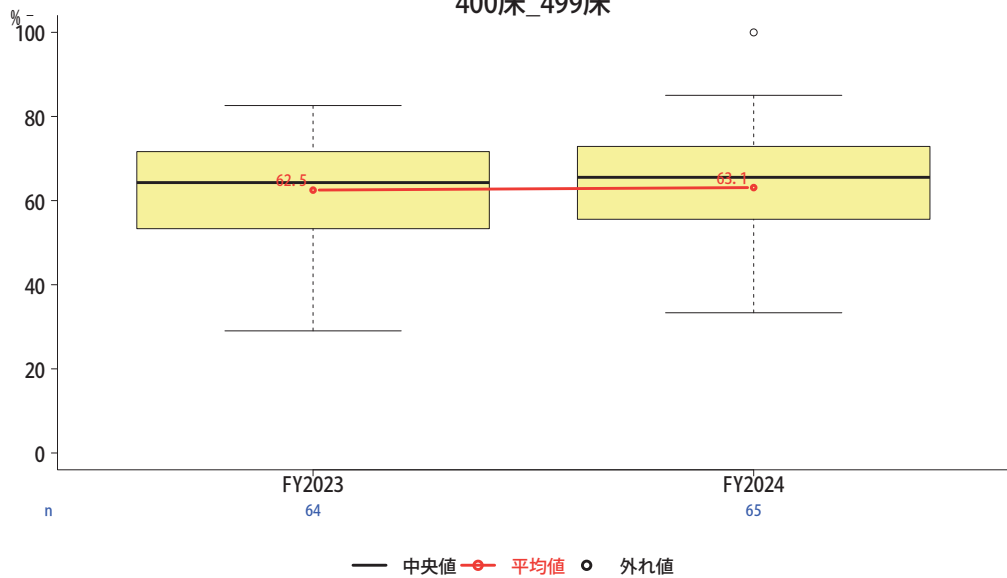
200床_399床



一般-40 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合

分子:地域連携に関する算定のある患者数
分母:脳卒中中で入院した患者数

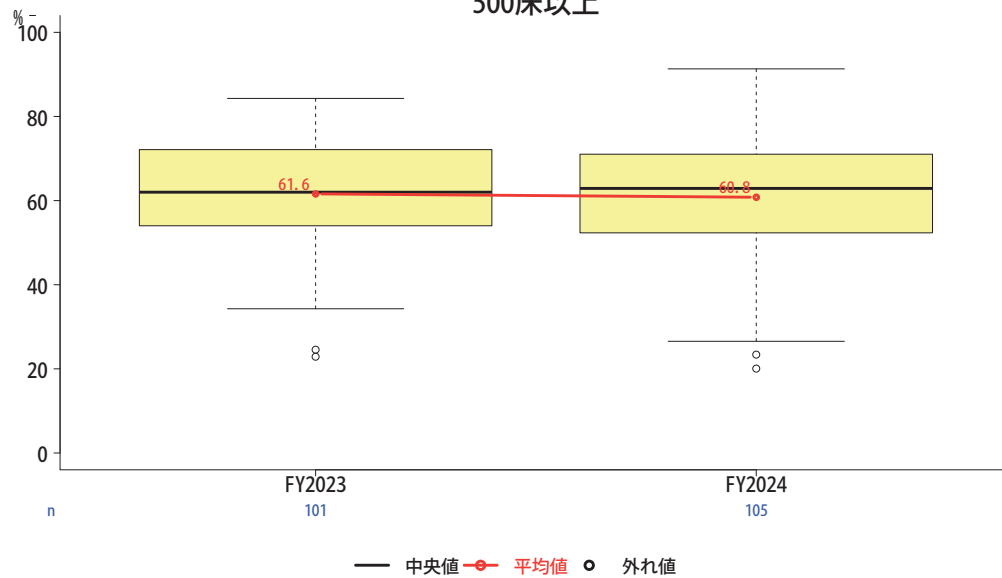
400床_499床



一般-40 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合

分子:地域連携に関する算定のある患者数
分母:脳卒中中で入院した患者数

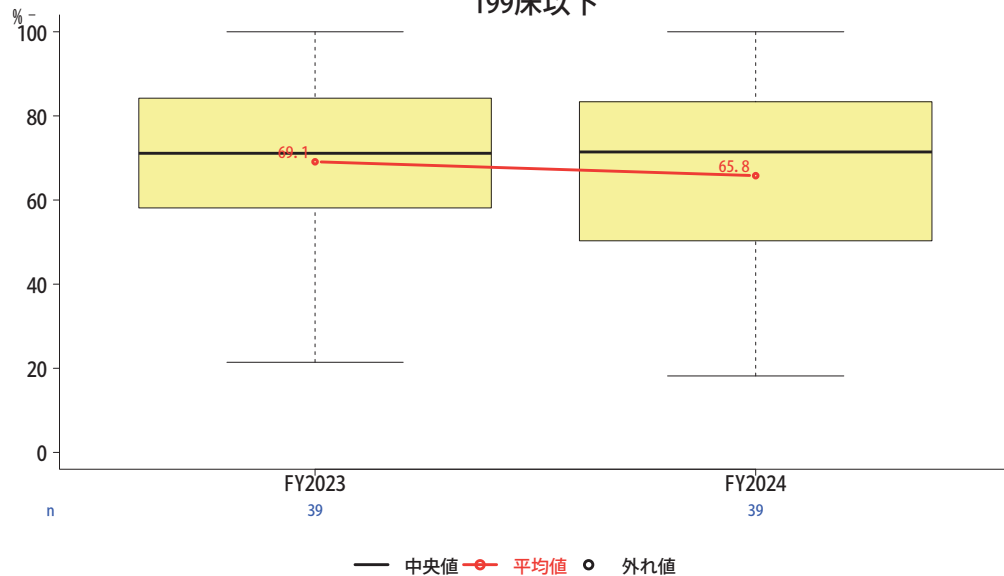
500床以上



一般-41 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携の実施割合

分子:地域連携に関する算定のある患者数
分母:大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨頸部の手術を受けた患者数

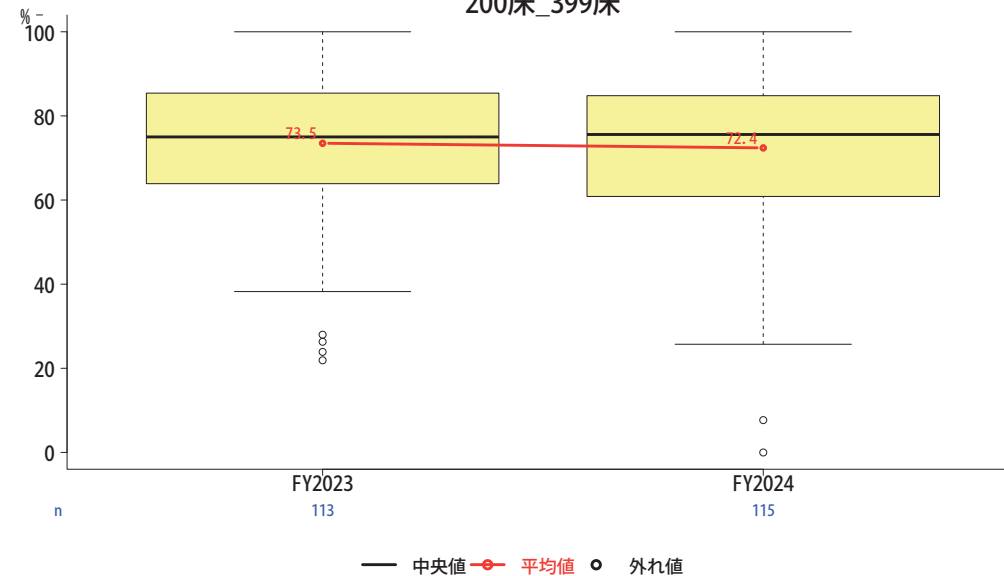
199床以下



一般-41 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携の実施割合

分子:地域連携に関する算定のある患者数
分母:大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨頸部の手術を受けた患者数

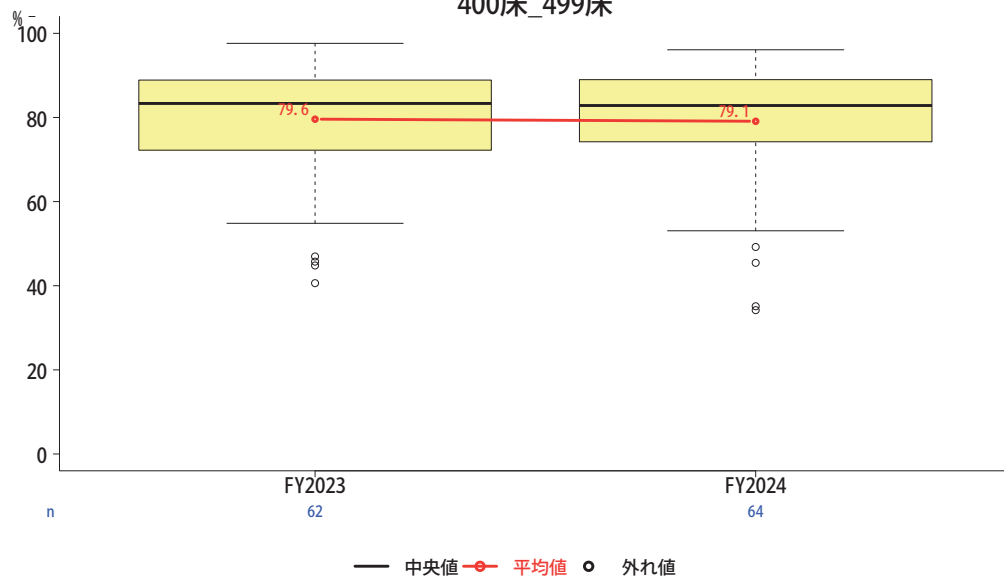
200床_399床



一般-41 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携の実施割合

分子:地域連携に関する算定のある患者数
分母:大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨頸部の手術を受けた患者数

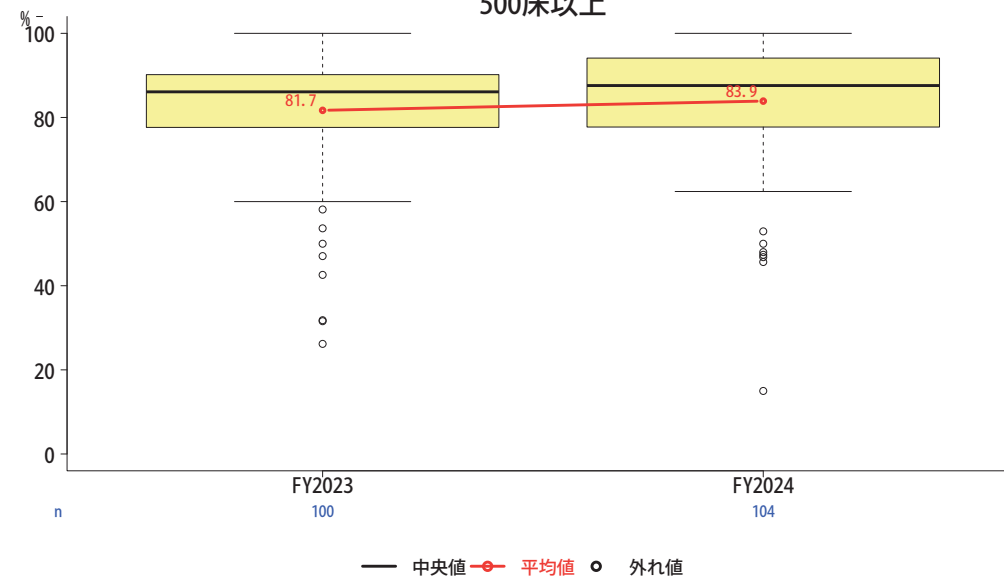
400床_499床



一般-41 大腿骨頸部骨折患者に対する地域連携の実施割合

分子:地域連携に関する算定のある患者数
分母:大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨頸部の手術を受けた患者数

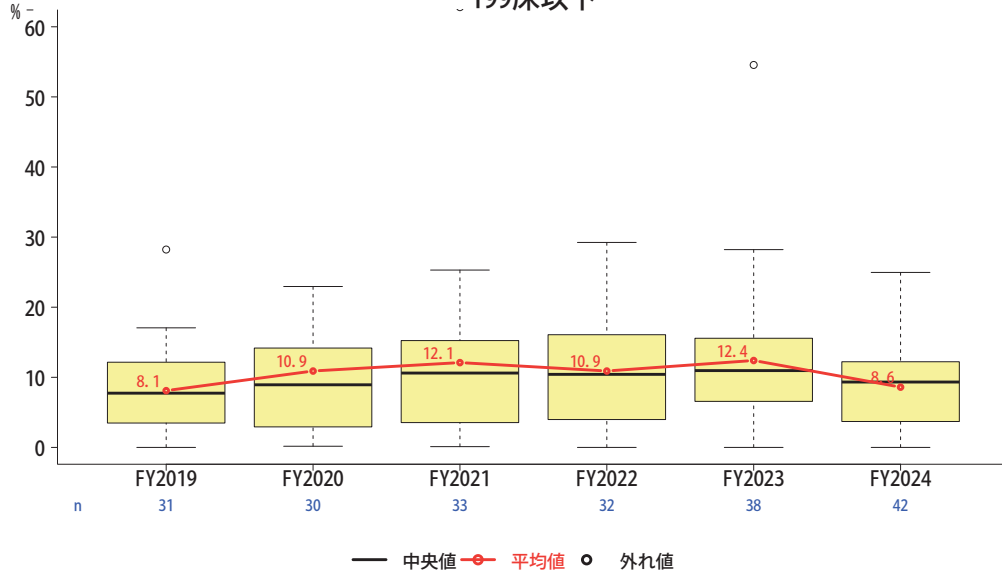
500床以上



一般-42 18歳以上の身体拘束率

分子：(物理的)身体拘束を実施した患者延べ数
分母：18歳以上の入院患者延べ数

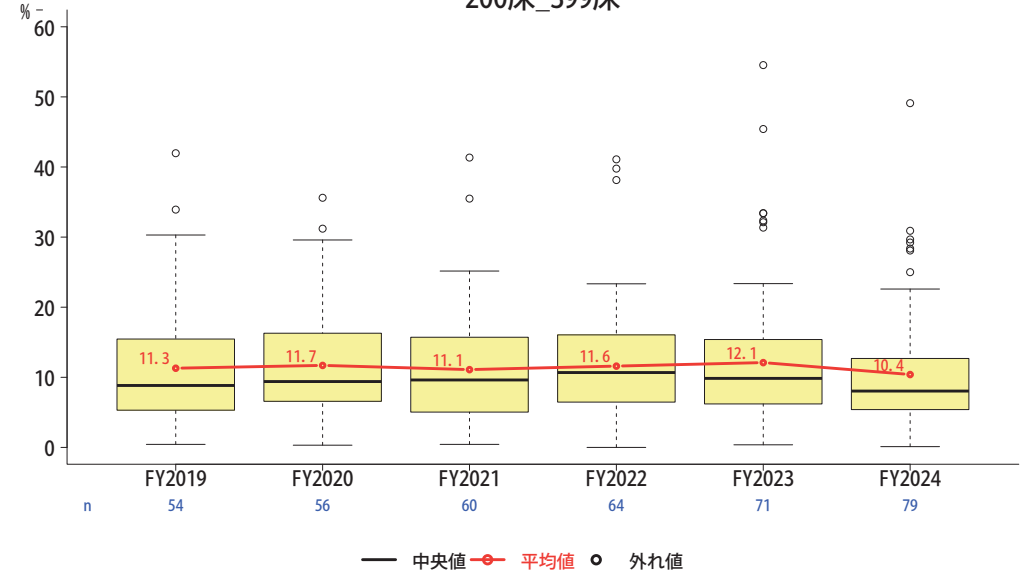
199床以下



一般-42 18歳以上の身体拘束率

分子：(物理的)身体拘束を実施した患者延べ数
分母：18歳以上の入院患者延べ数

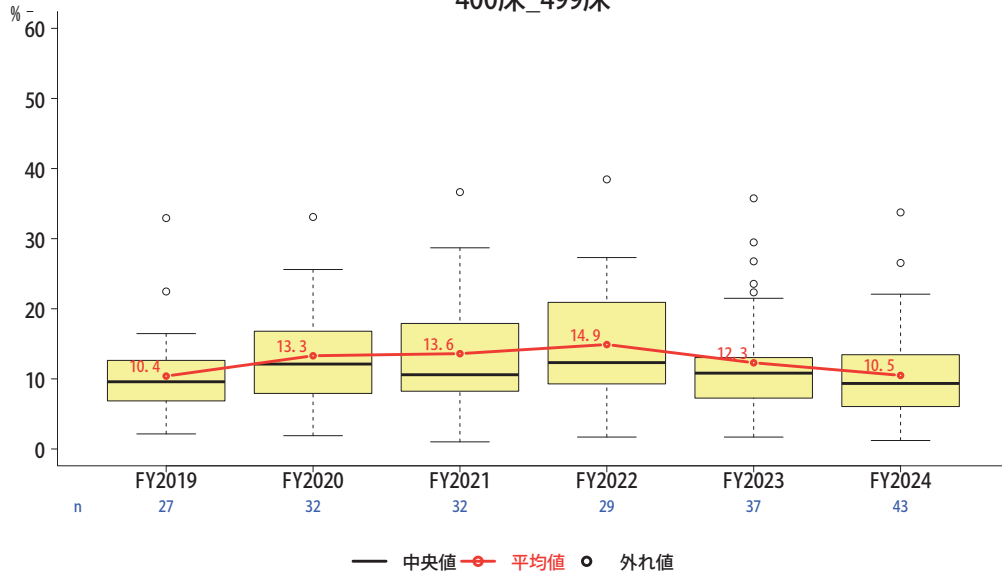
200床_399床



一般-42 18歳以上の身体拘束率

分子：(物理的)身体拘束を実施した患者延べ数
分母：18歳以上の入院患者延べ数

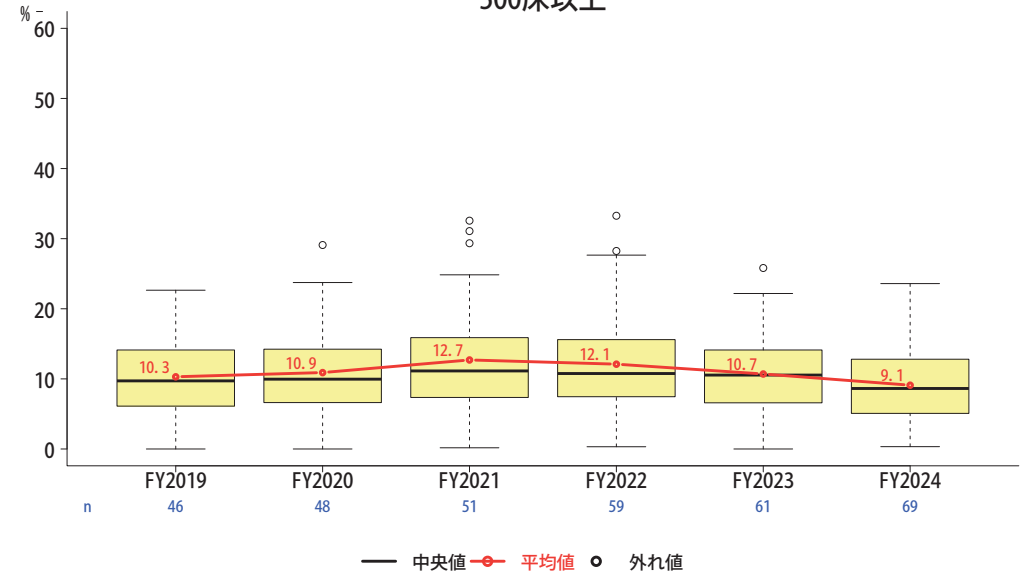
400床_499床



一般-42 18歳以上の身体拘束率

分子：(物理的)身体拘束を実施した患者延べ数
分母：18歳以上の入院患者延べ数

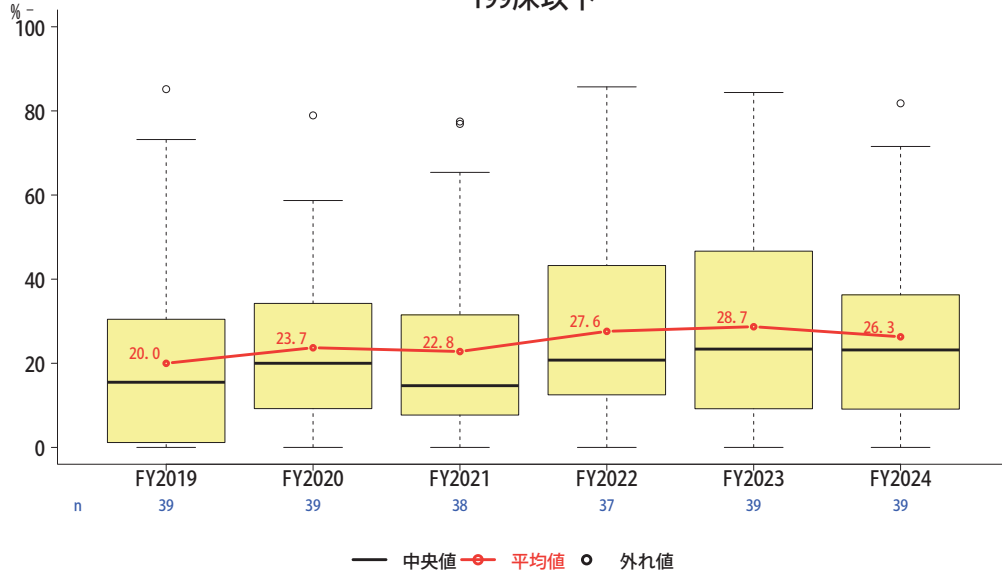
500床以上



一般-43 大腿骨頸部骨折の早期手術割合

分子:入院2日以内に手術を受けた患者数
分母:大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

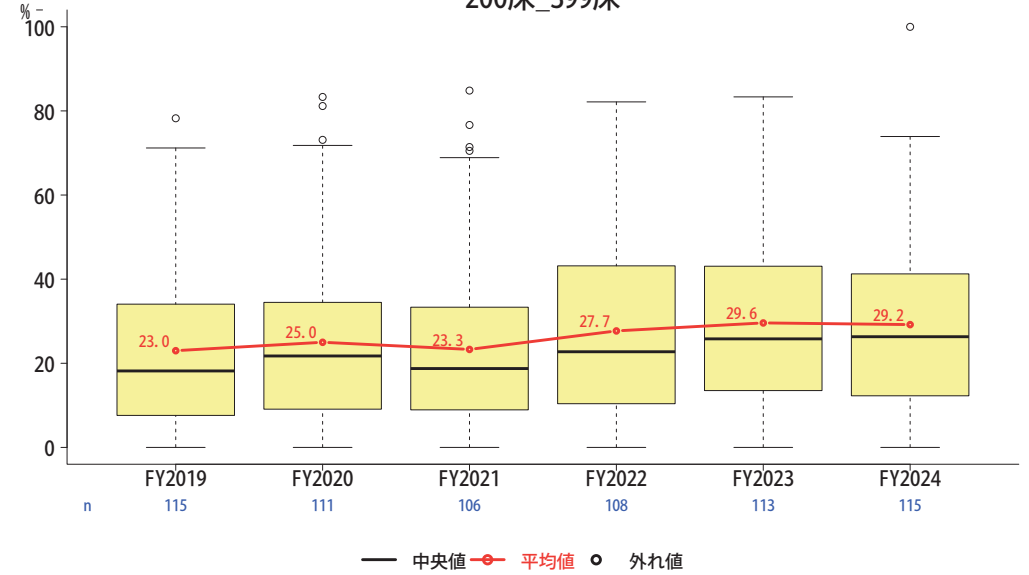
199床以下



一般-43 大腿骨頸部骨折の早期手術割合

分子:入院2日以内に手術を受けた患者数
分母:大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

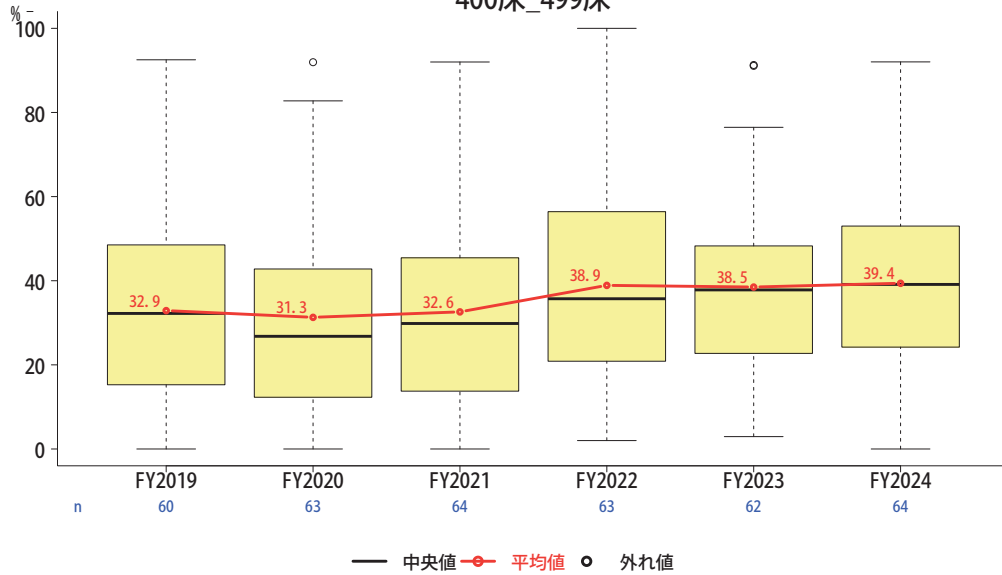
200床_399床



一般-43 大腿骨頸部骨折の早期手術割合

分子:入院2日以内に手術を受けた患者数
分母:大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

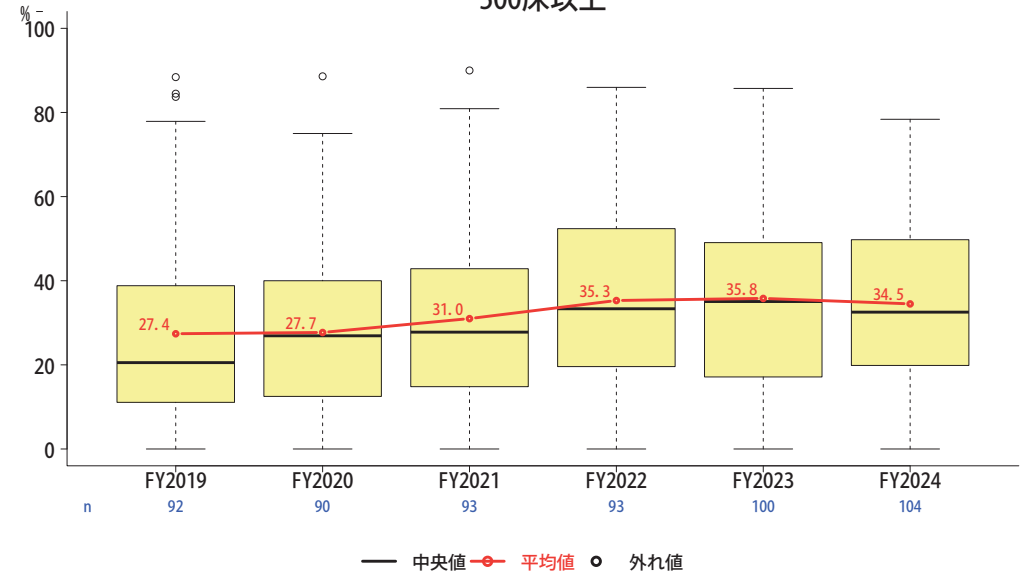
400床_499床



一般-43 大腿骨頸部骨折の早期手術割合

分子:入院2日以内に手術を受けた患者数
分母:大腿骨頸部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

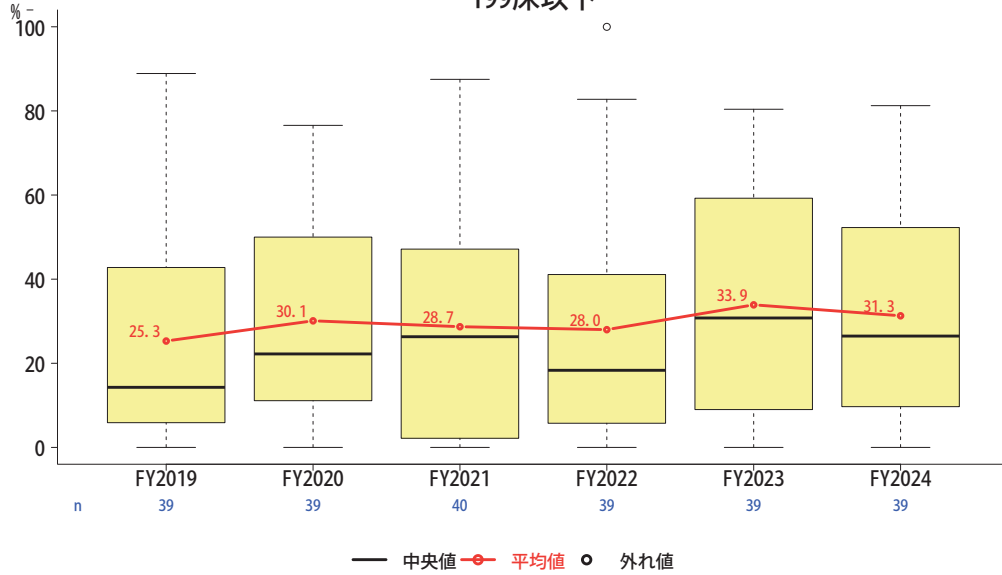
500床以上



一般-44 大腿骨転子部骨折の早期手術割合

分子:入院2日以内に手術を受けた患者数
 分母:大腿骨転子部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

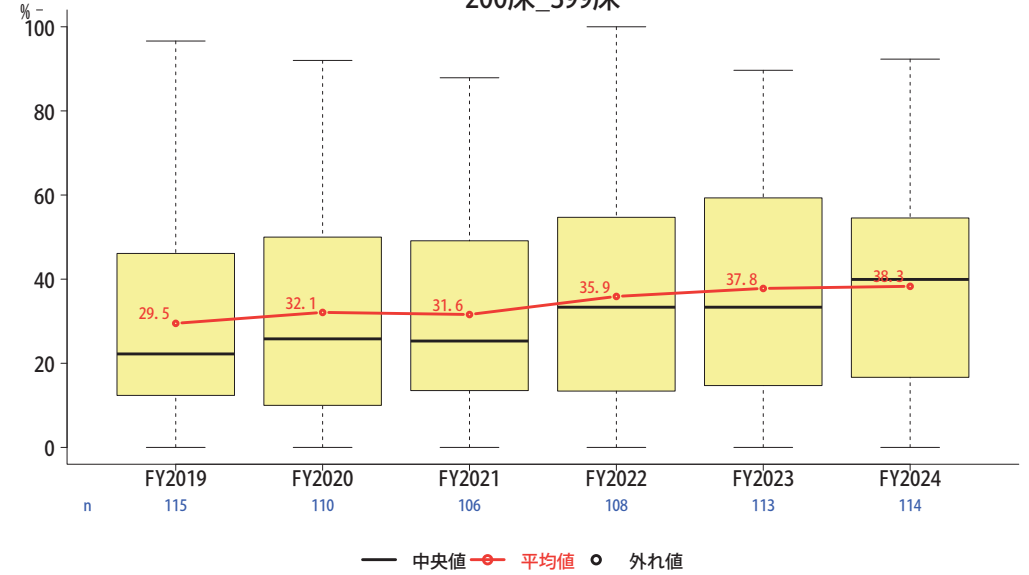
199床以下



一般-44 大腿骨転子部骨折の早期手術割合

分子:入院2日以内に手術を受けた患者数
 分母:大腿骨転子部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

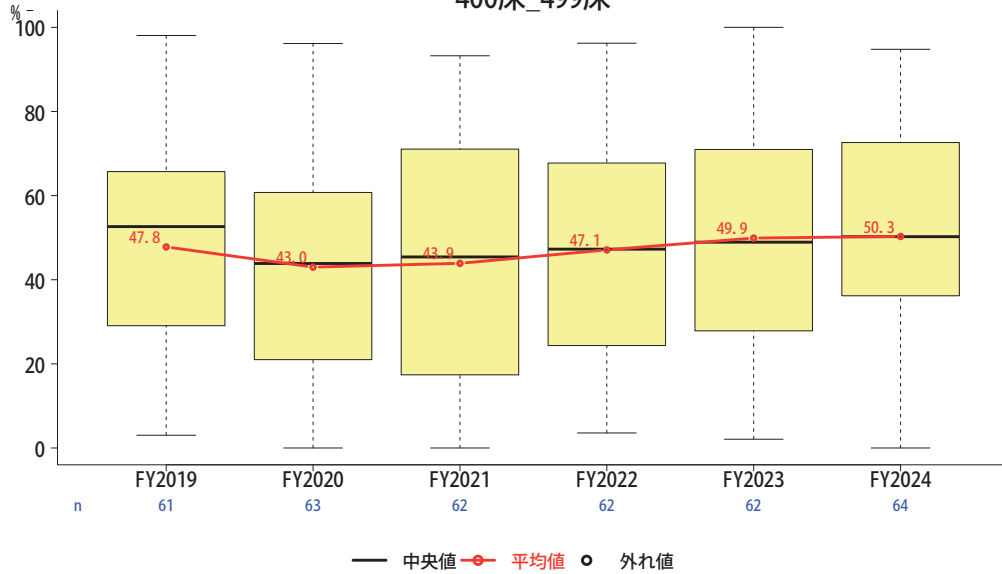
200床_399床



一般-44 大腿骨転子部骨折の早期手術割合

分子:入院2日以内に手術を受けた患者数
 分母:大腿骨転子部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

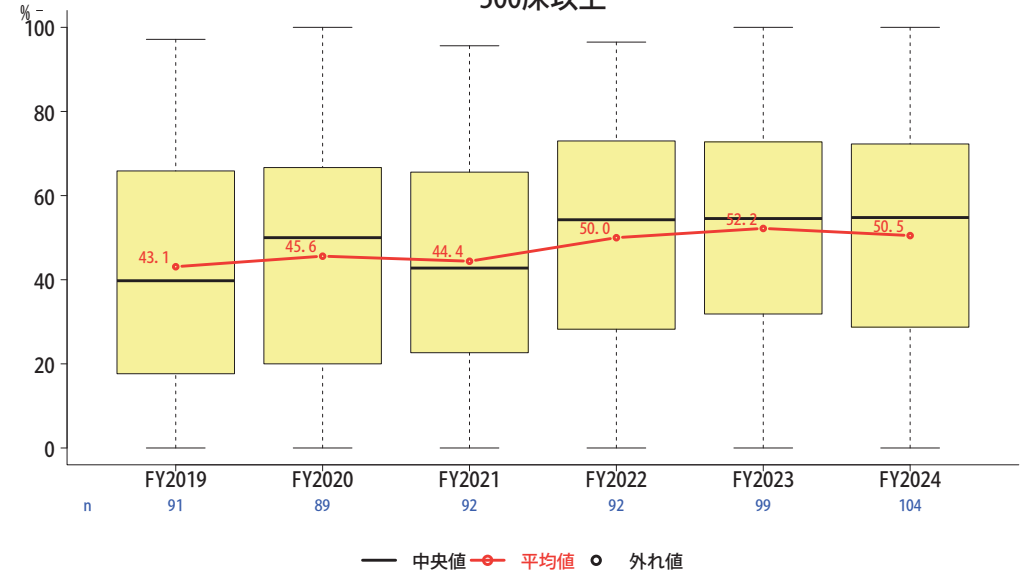
400床_499床



一般-44 大腿骨転子部骨折の早期手術割合

分子:入院2日以内に手術を受けた患者数
 分母:大腿骨転子部骨折で入院し、大腿骨折の手術を受けた患者数

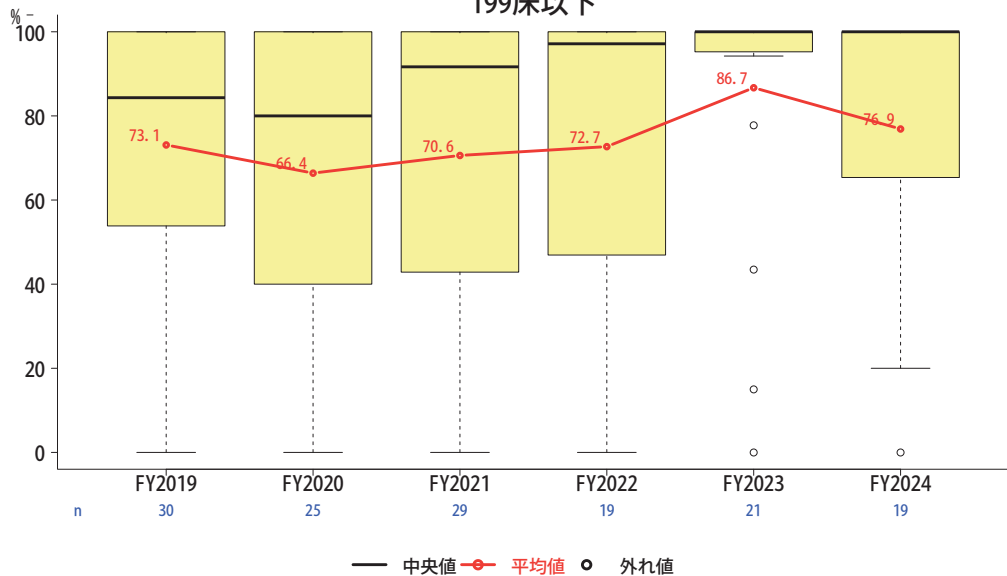
500床以上



一般-45 シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤投与割合

分子:実施日の前日または当日に、5HT3受容体拮抗薬、NK1受容体拮抗薬およびデキサメタゾンの3剤すべてを併用した数
分母:18歳以上の患者で、入院にてシスプラチンを含む化学療法を受けた実施日数

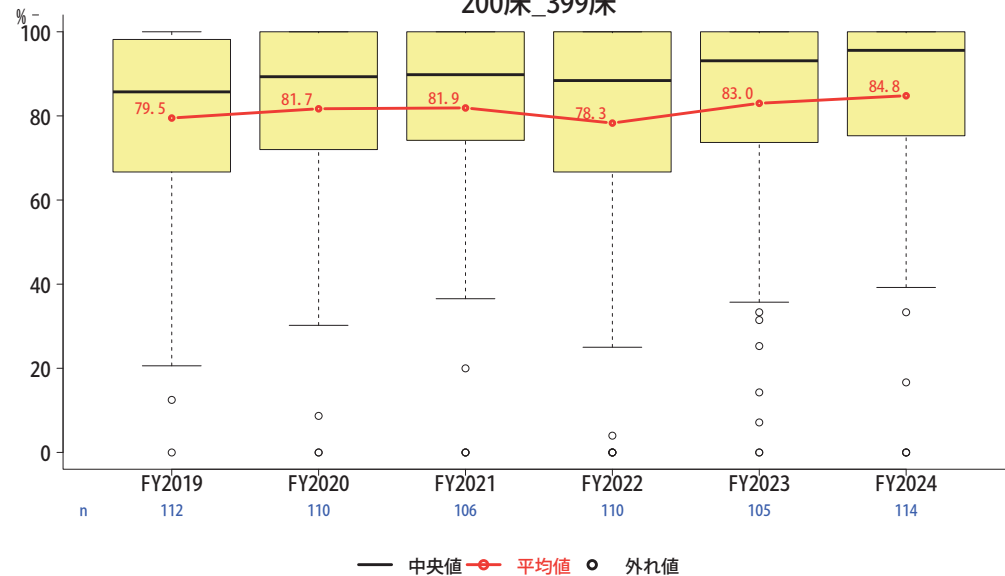
199床以下



一般-45 シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤投与割合

分子:実施日の前日または当日に、5HT3受容体拮抗薬、NK1受容体拮抗薬およびデキサメタゾンの3剤すべてを併用した数
分母:18歳以上の患者で、入院にてシスプラチンを含む化学療法を受けた実施日数

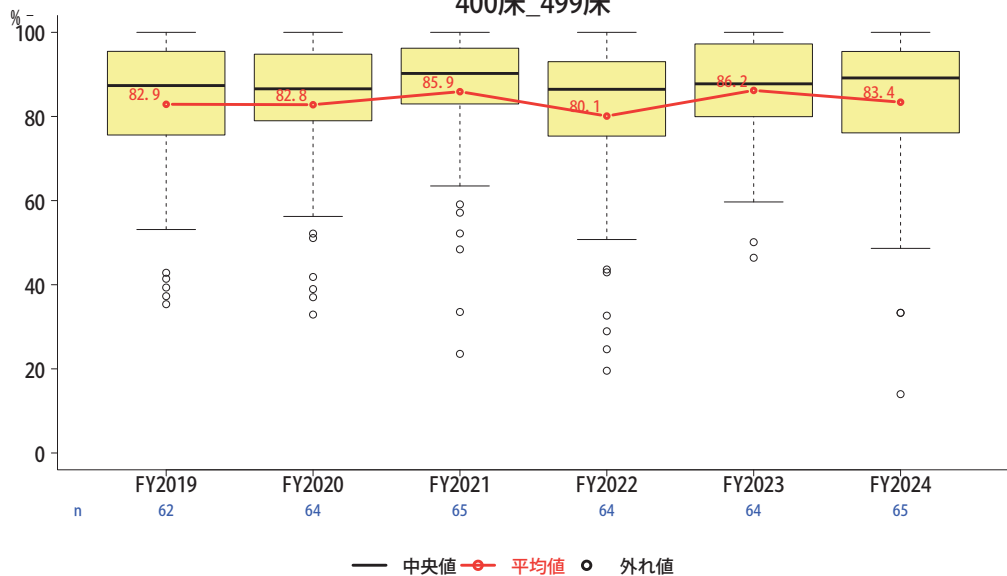
200床_399床



一般-45 シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤投与割合

分子:実施日の前日または当日に、5HT3受容体拮抗薬、NK1受容体拮抗薬およびデキサメタゾンの3剤すべてを併用した数
分母:18歳以上の患者で、入院にてシスプラチンを含む化学療法を受けた実施日数

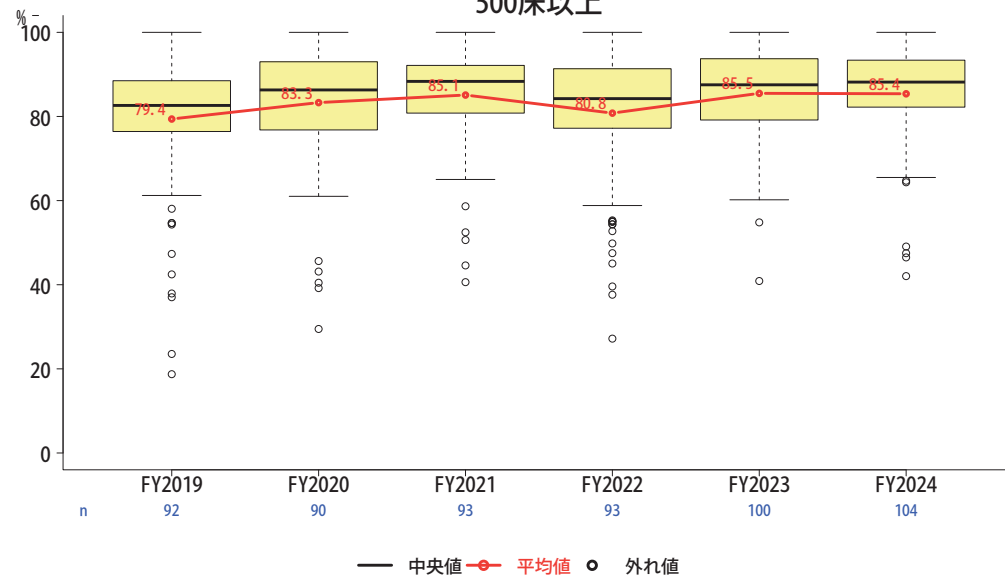
400床_499床



一般-45 シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤投与割合

分子:実施日の前日または当日に、5HT3受容体拮抗薬、NK1受容体拮抗薬およびデキサメタゾンの3剤すべてを併用した数
分母:18歳以上の患者で、入院にてシスプラチンを含む化学療法を受けた実施日数

500床以上



一般-46 抗MRSA薬投与に対する薬物血中濃度測定割合

分子:薬物血中濃度を測定された患者数
分母:TDMを行うべき抗MRSA薬を投与された患者数

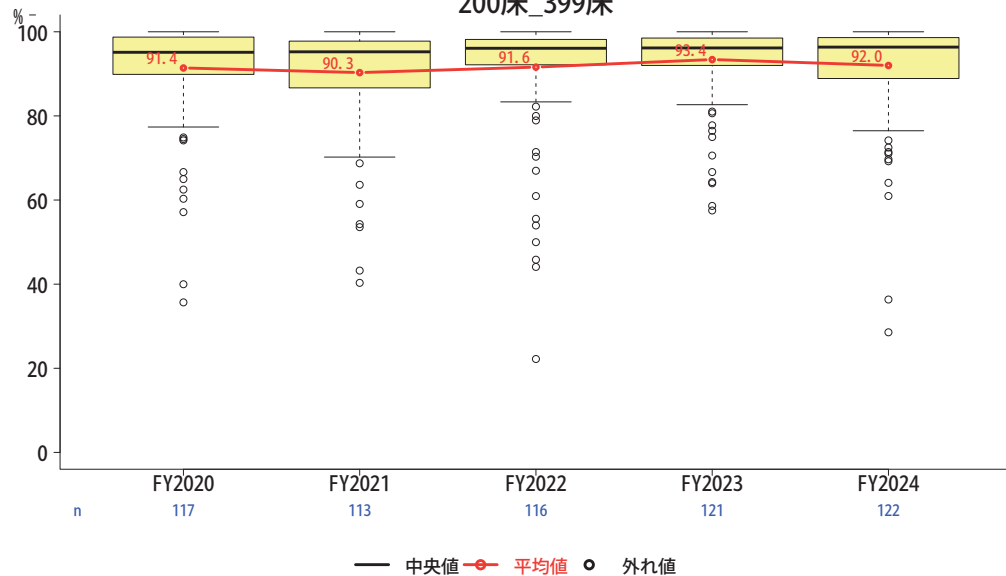
199床以下



一般-46 抗MRSA薬投与に対する薬物血中濃度測定割合

分子:薬物血中濃度を測定された患者数
分母:TDMを行うべき抗MRSA薬を投与された患者数

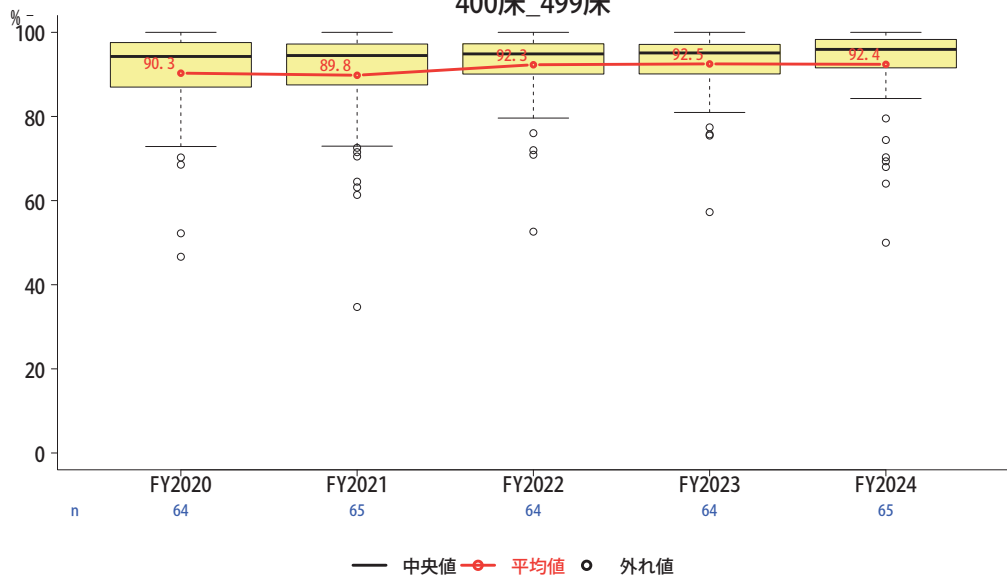
200床_399床



一般-46 抗MRSA薬投与に対する薬物血中濃度測定割合

分子:薬物血中濃度を測定された患者数
分母:TDMを行うべき抗MRSA薬を投与された患者数

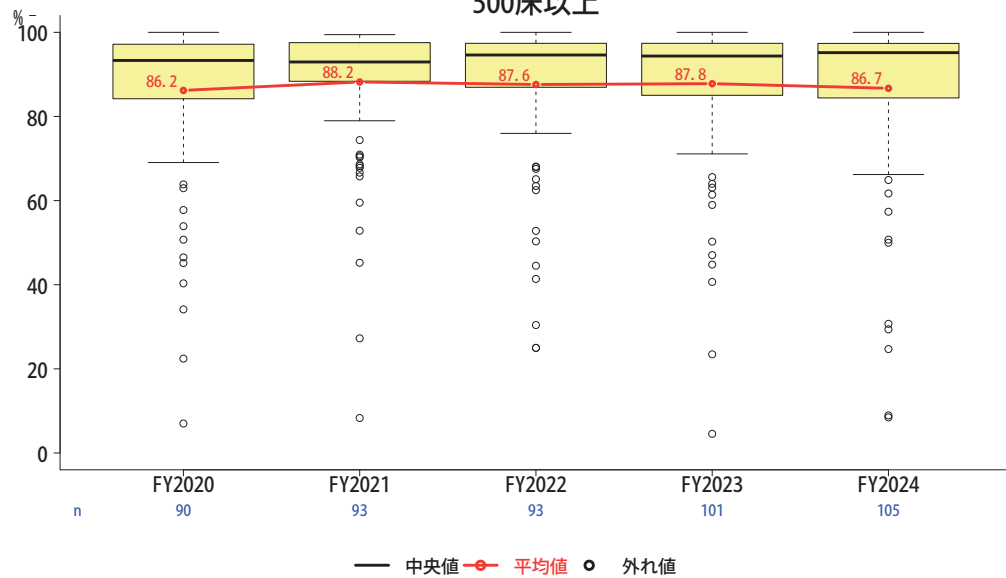
400床_499床



一般-46 抗MRSA薬投与に対する薬物血中濃度測定割合

分子:薬物血中濃度を測定された患者数
分母:TDMを行うべき抗MRSA薬を投与された患者数

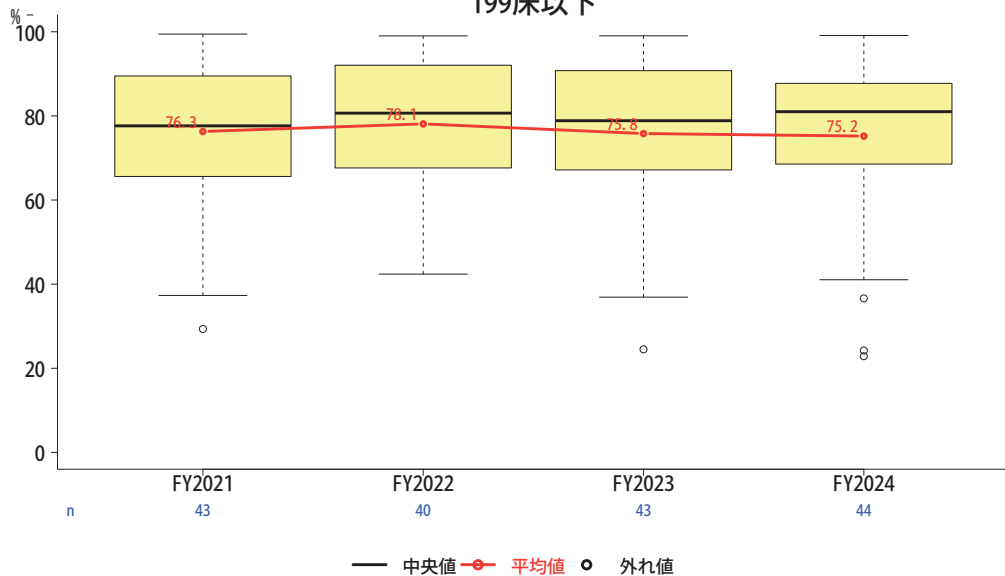
500床以上



一般-47 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の有る医療機関)

分子:薬剤管理指導を受けた患者数
分母:入院患者数

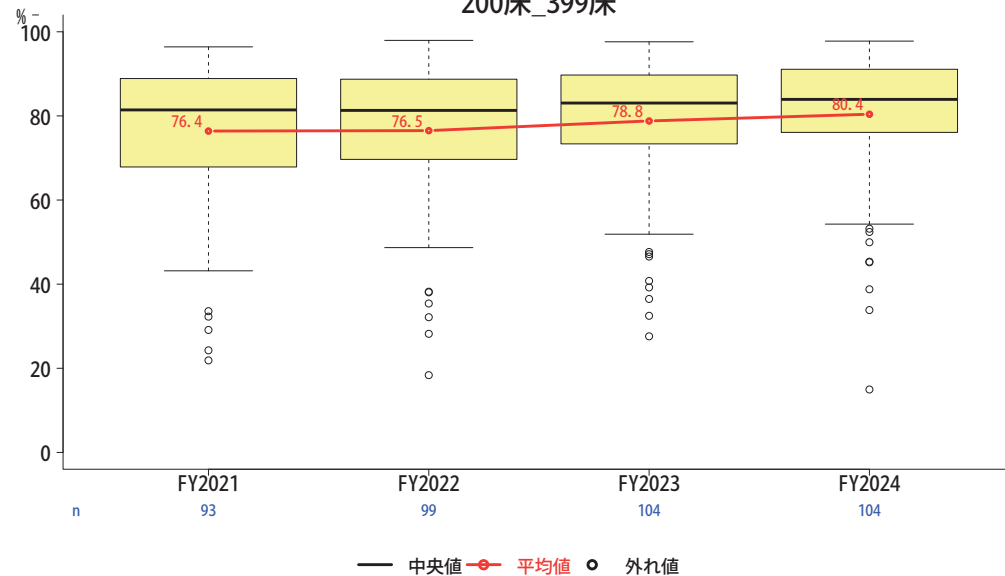
199床以下



一般-47 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の有る医療機関)

分子:薬剤管理指導を受けた患者数
分母:入院患者数

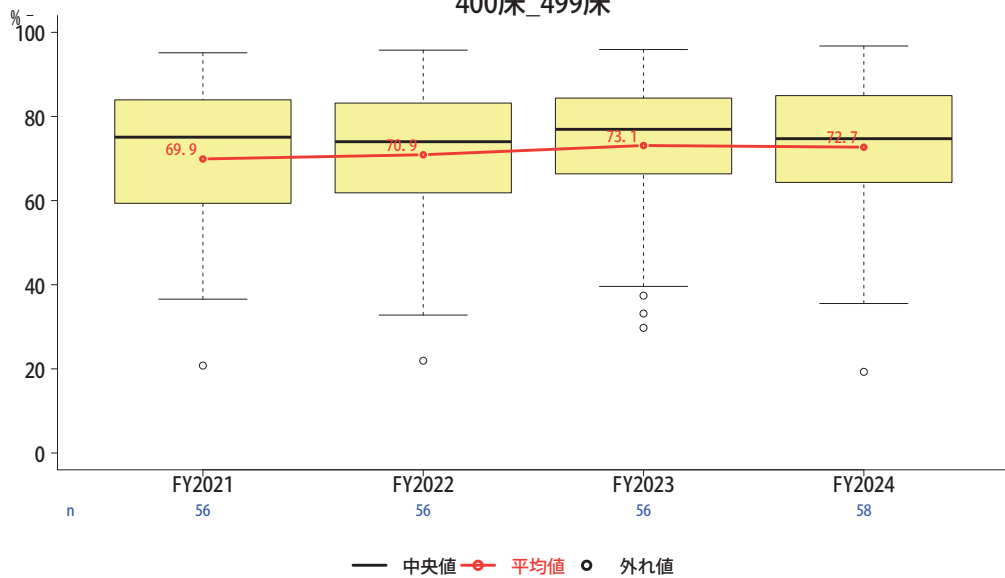
200床_399床



一般-47 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の有る医療機関)

分子:薬剤管理指導を受けた患者数
分母:入院患者数

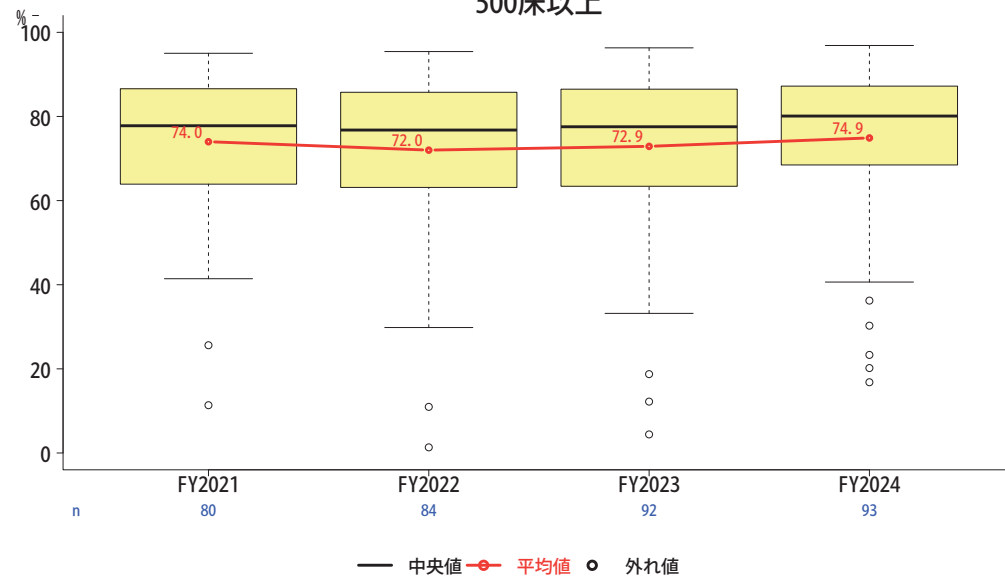
400床_499床



一般-47 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の有る医療機関)

分子:薬剤管理指導を受けた患者数
分母:入院患者数

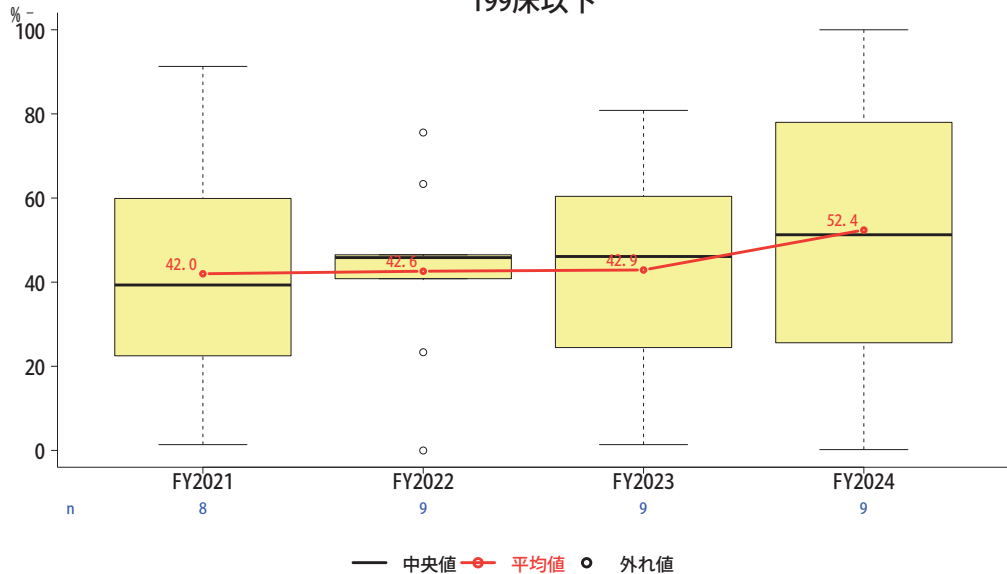
500床以上



一般-48 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の無い医療機関)

分子:薬剤管理指導を受けた患者数
分母:入院患者数

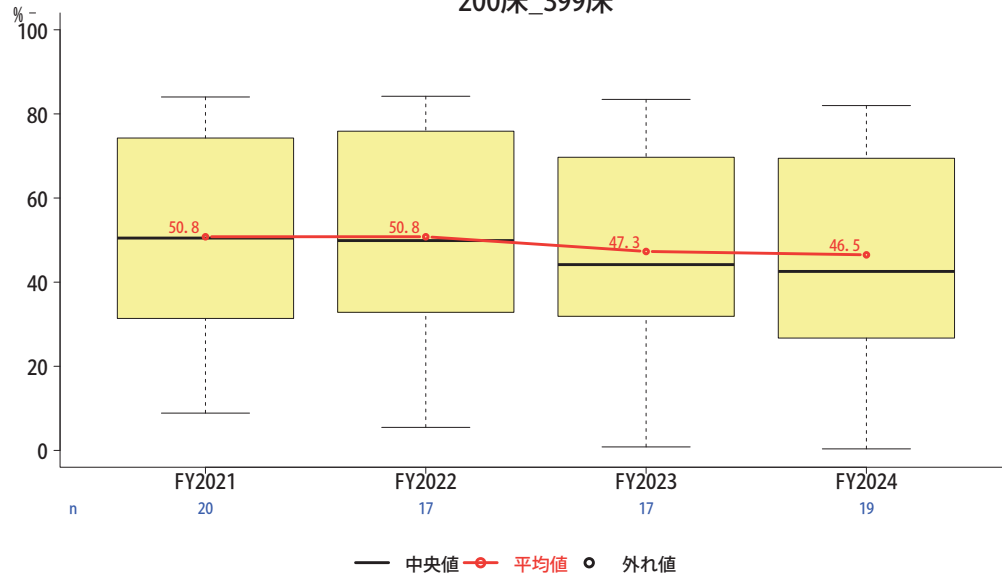
199床以下



一般-48 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の無い医療機関)

分子:薬剤管理指導を受けた患者数
分母:入院患者数

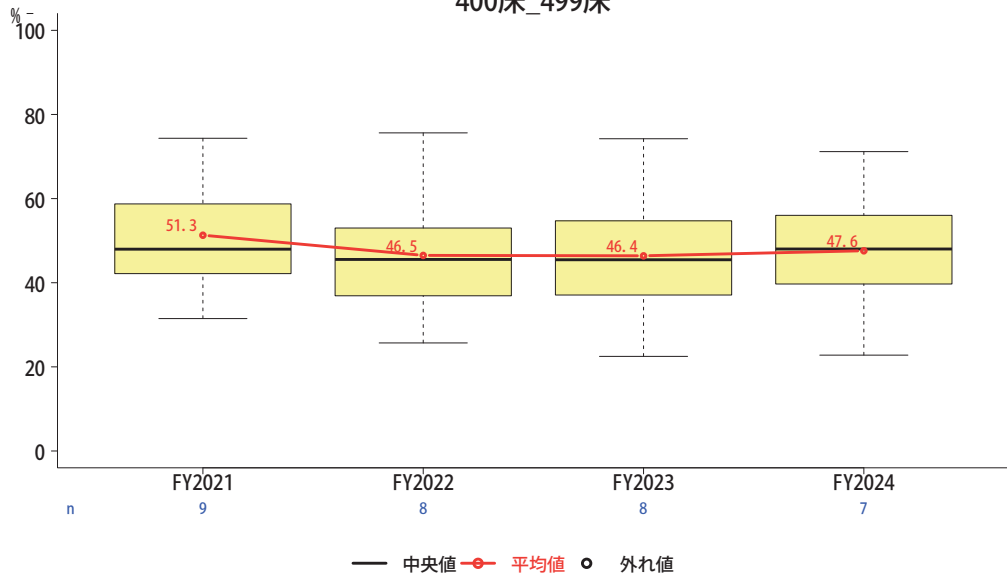
200床_399床



一般-48 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の無い医療機関)

分子:薬剤管理指導を受けた患者数
分母:入院患者数

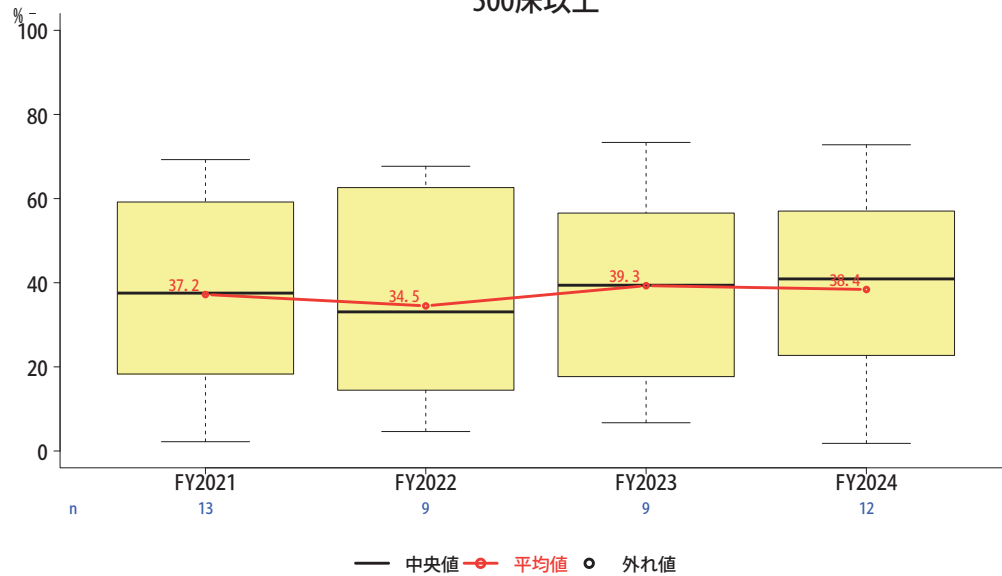
400床_499床



一般-48 薬剤管理指導実施割合(病棟薬剤業務実施加算の無い医療機関)

分子:薬剤管理指導を受けた患者数
分母:入院患者数

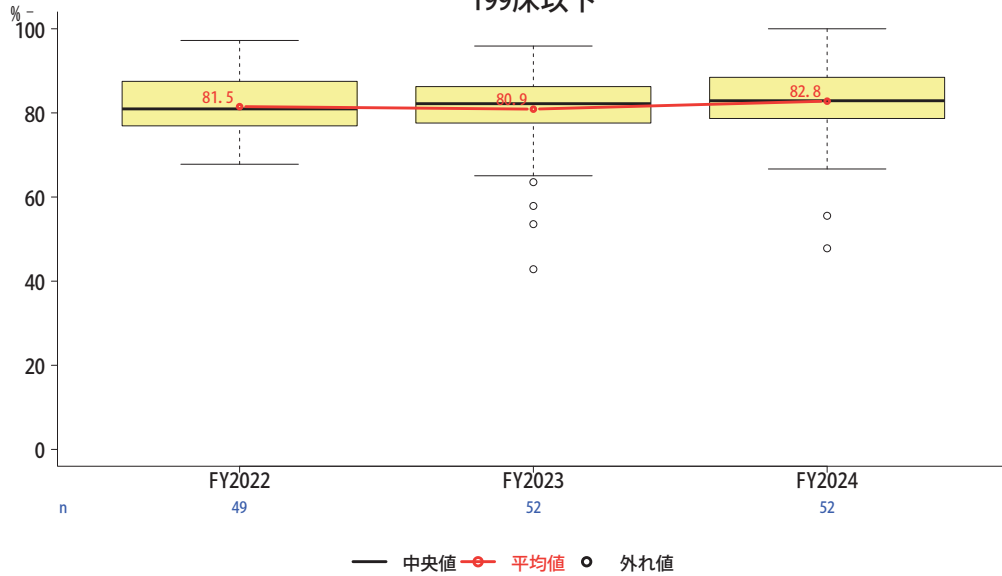
500床以上



一般-49 アスピリン内服患者の退院時酸分泌抑制薬(PPI/H2RA)処方率

分子:退院時に酸分泌抑制薬(PPI/H2RA)が退院時に処方された患者数
分母:退院時にアスピリン内服薬が処方されている18歳以上の患者数

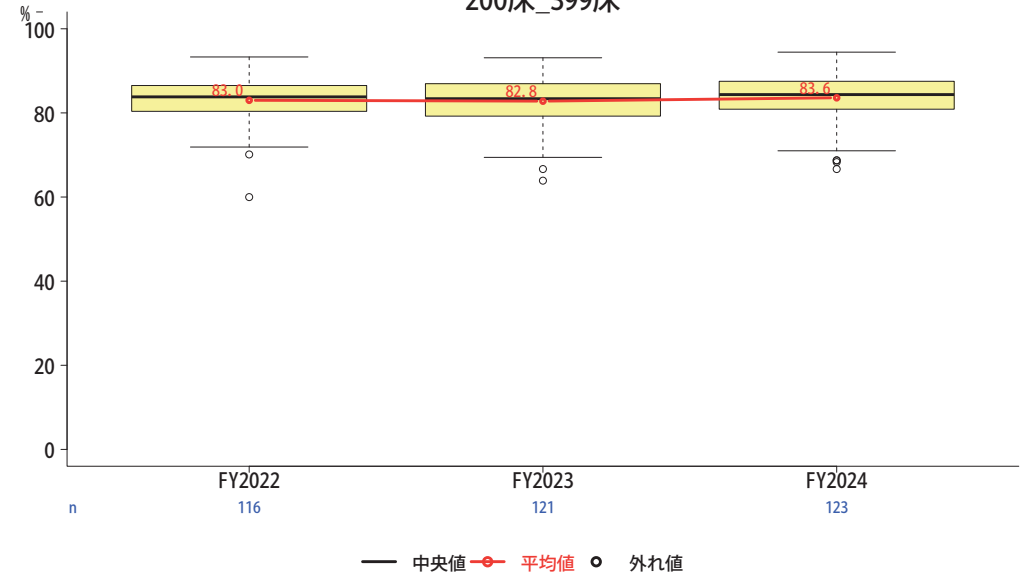
199床以下



一般-49 アスピリン内服患者の退院時酸分泌抑制薬(PPI/H2RA)処方率

分子:退院時に酸分泌抑制薬(PPI/H2RA)が退院時に処方された患者数
分母:退院時にアスピリン内服薬が処方されている18歳以上の患者数

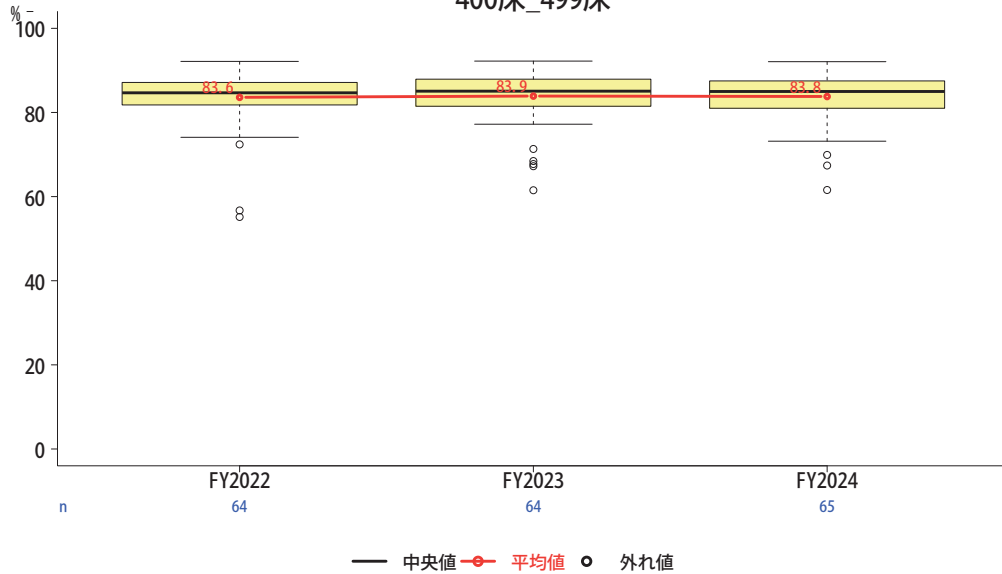
200床_399床



一般-49 アスピリン内服患者の退院時酸分泌抑制薬(PPI/H2RA)処方率

分子:退院時に酸分泌抑制薬(PPI/H2RA)が退院時に処方された患者数
分母:退院時にアスピリン内服薬が処方されている18歳以上の患者数

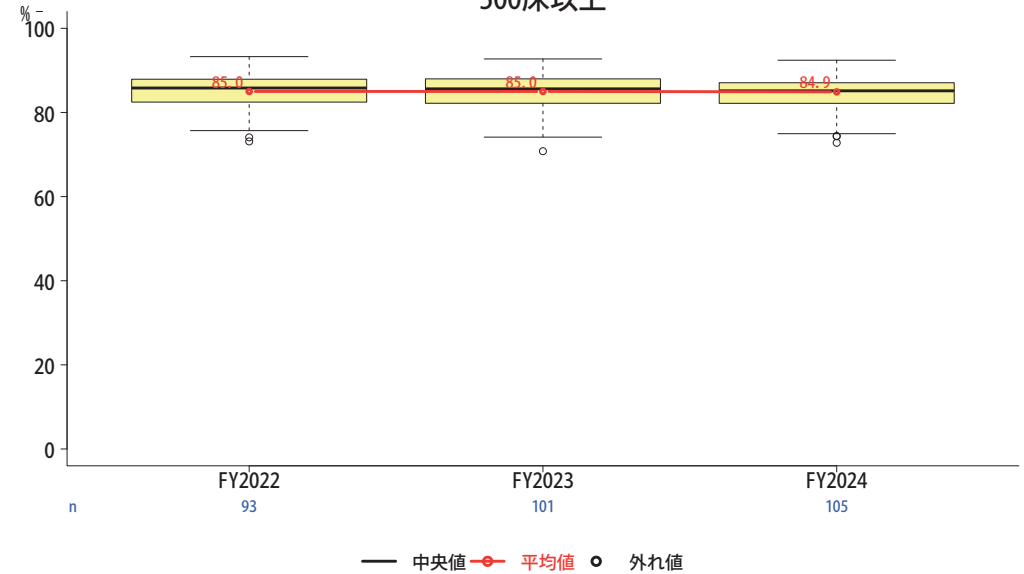
400床_499床



一般-49 アスピリン内服患者の退院時酸分泌抑制薬(PPI/H2RA)処方率

分子:退院時に酸分泌抑制薬(PPI/H2RA)が退院時に処方された患者数
分母:退院時にアスピリン内服薬が処方されている18歳以上の患者数

500床以上



QIプロジェクト2024 アンケート集計

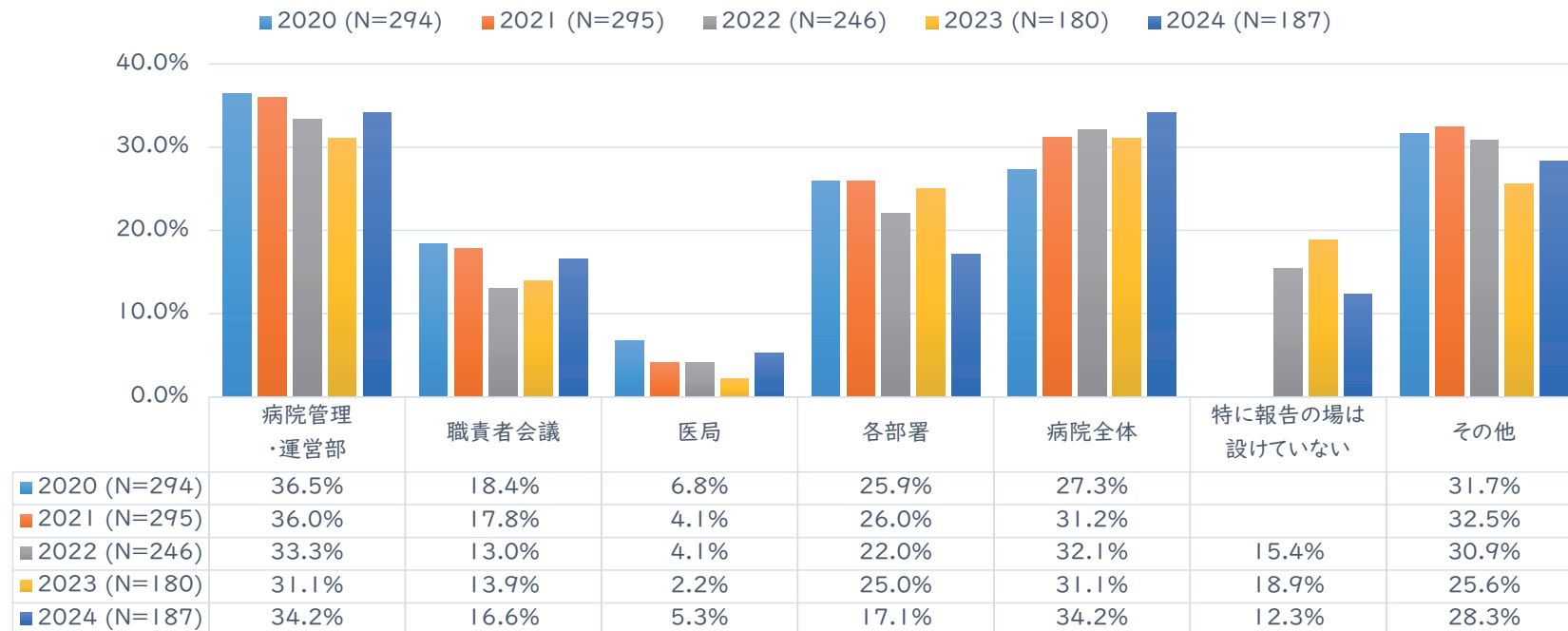
2025.3.10時点

回答率=49.0%(187/382施設)

参考: 2023年度 回答率=49.0%(180/367施設)

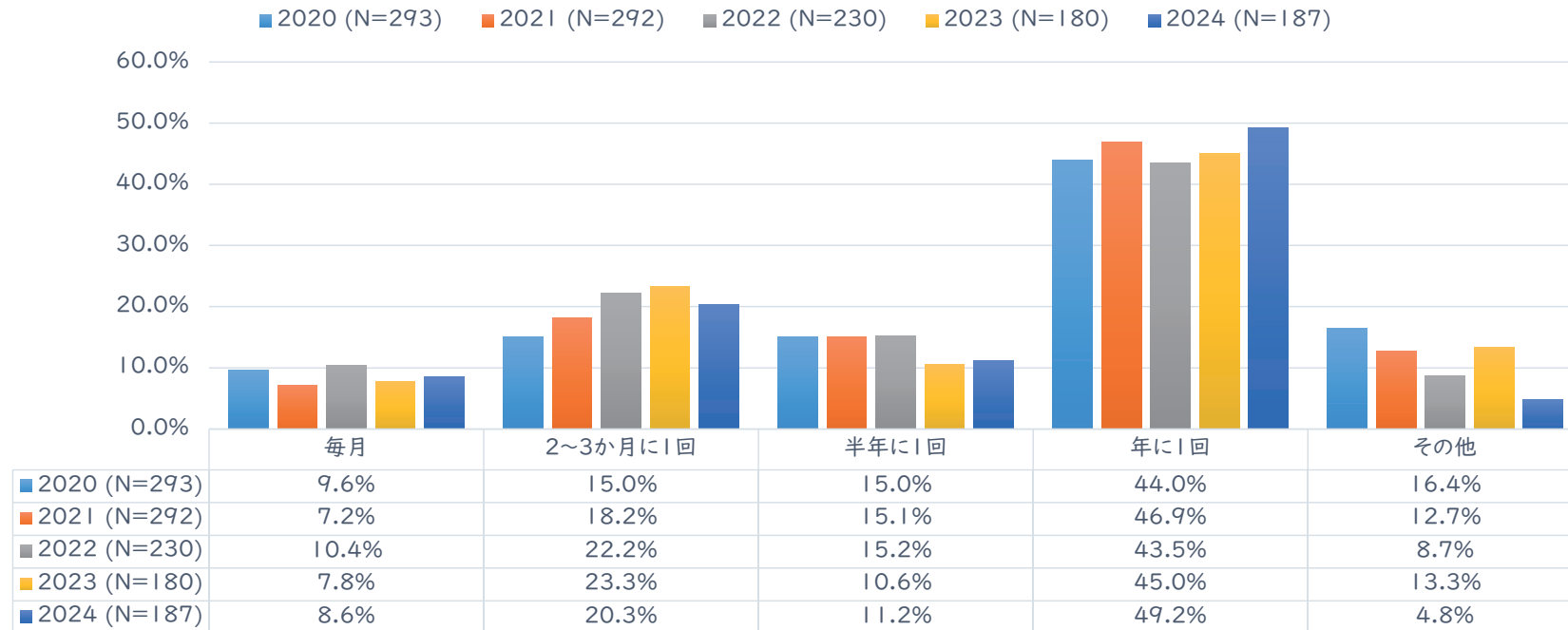
QIプロジェクトにおける全体像

QIの測定結果を院内のどのような場で報告していますか？(複数回答可)



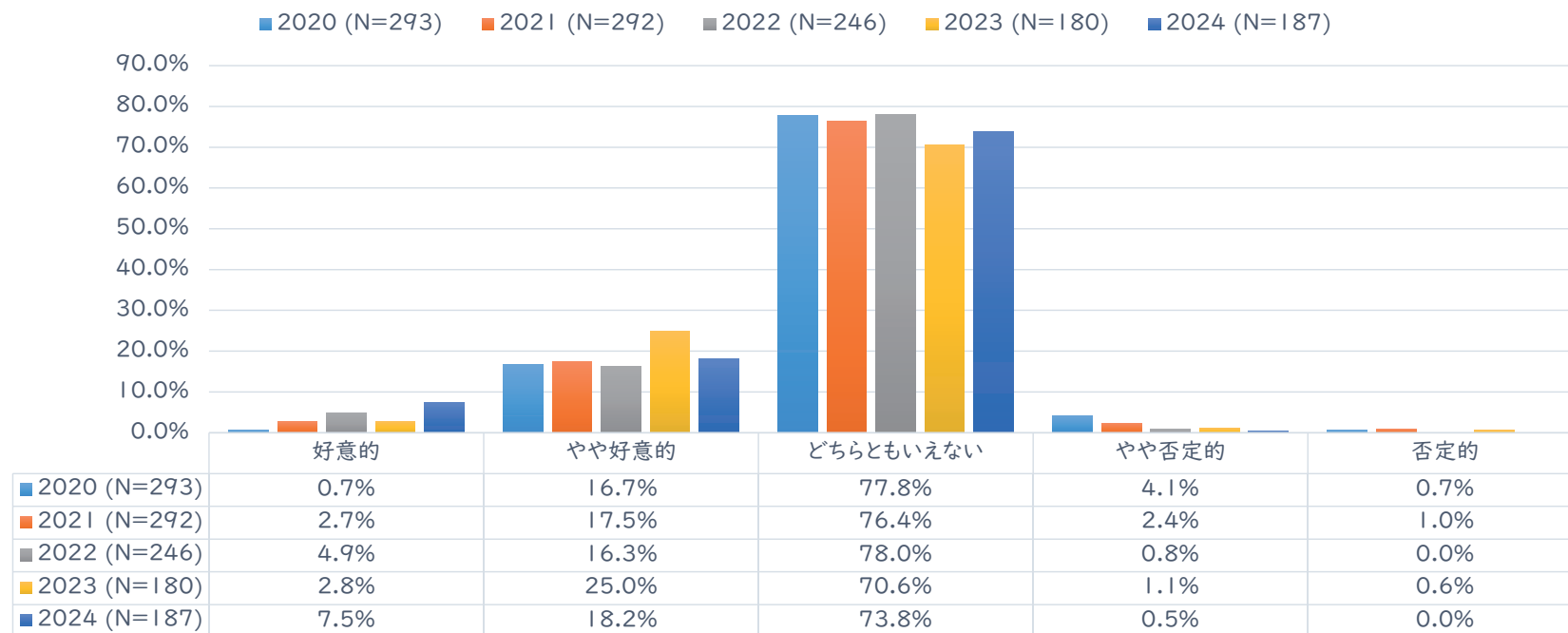
QIプロジェクトにおける全体像

測定結果の報告はどのぐらいの頻度で行っていますか？



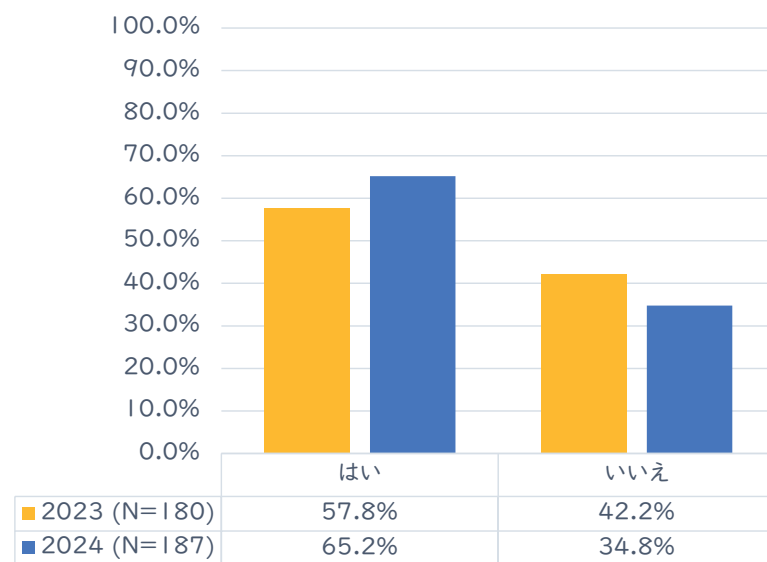
QIプロジェクトにおける全体像

現場の反応や感想はいかがでしたか？



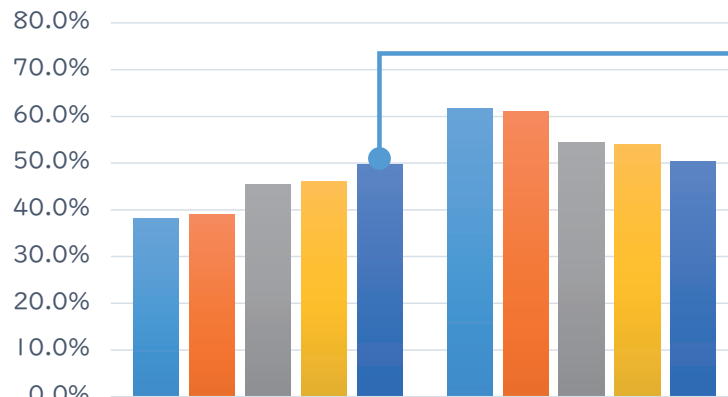
QIプロジェクトにおける全体像

当プロジェクトに参加していることを外部に公表
していますか？



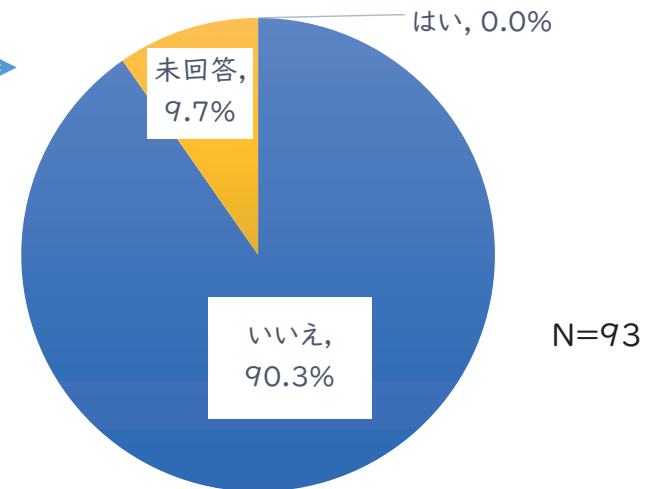
QIプロジェクトにおける全体像

QIの測定結果あるいはフィードバック結果を外部に公表していますか？



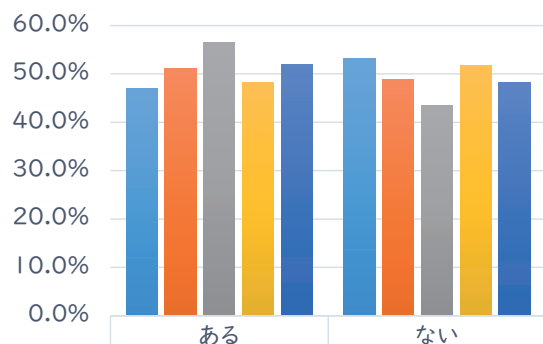
	はい	いいえ
■ 2020 (N=293)	38.2%	61.8%
■ 2021 (N=292)	39.0%	61.0%
■ 2022 (N=246)	45.5%	54.5%
■ 2023 (N=180)	46.1%	53.9%
■ 2024 (N=187)	49.7%	50.3%

外部（患者等）から問い合わせ等の反応はありましたか？



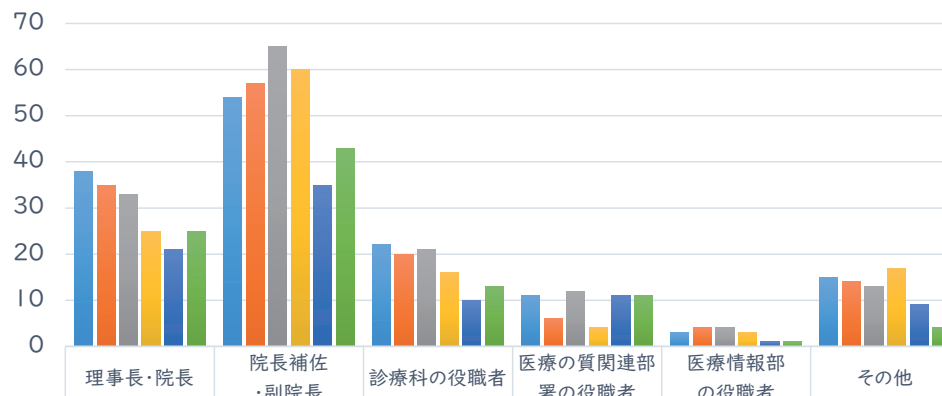
QIプロジェクトにおける組織体制

貴院内に、指標の改善活動に係る委員会がありますか？



年	ある	ない
2020 (N=290)	46.9%	53.1%
2021 (N=289)	51.2%	48.8%
2022 (N=246)	56.5%	43.5%
2023 (N=180)	48.3%	51.7%
2024 (N=187)	51.9%	48.1%

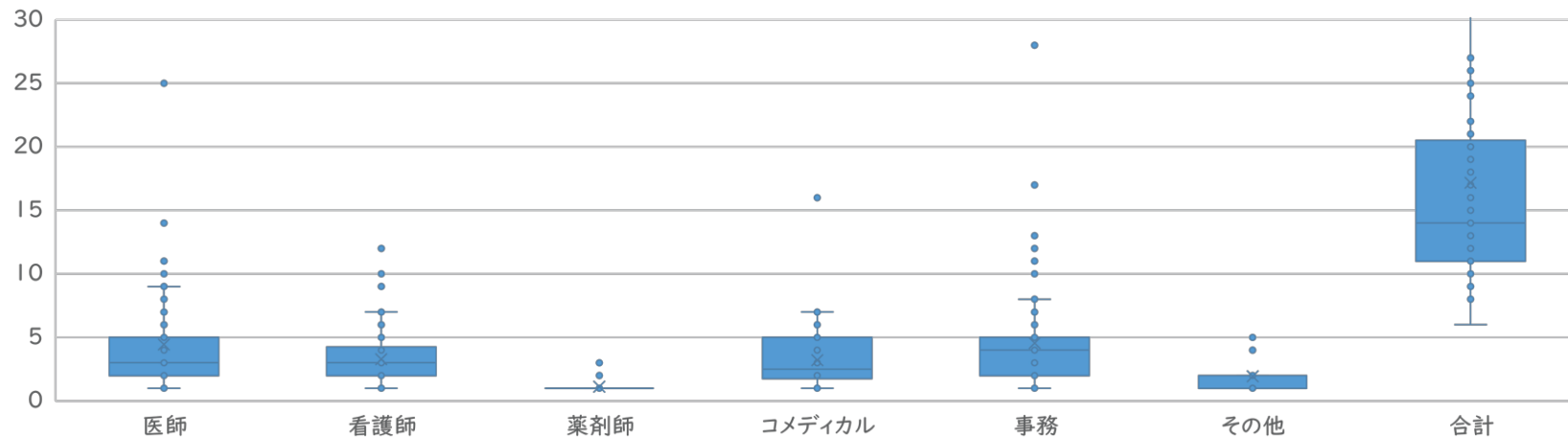
委員会の委員長はどなたですか？



年	理事長・院長	院長補佐・副院長	診療科の役職者	医療の質関連部署の役職者	医療情報部の役職者	その他
2019 (N=143)	38	54	22	11	3	15
2020 (N=136)	35	57	20	6	4	14
2021 (N=148)	33	65	21	12	4	13
2022 (N=125)	25	60	16	4	3	17
2023 (N=87)	21	35	10	11	1	9
2024 (N=97)	25	43	13	11	1	4

QIプロジェクトにおける組織体制

委員の職種別人数をお答えください。

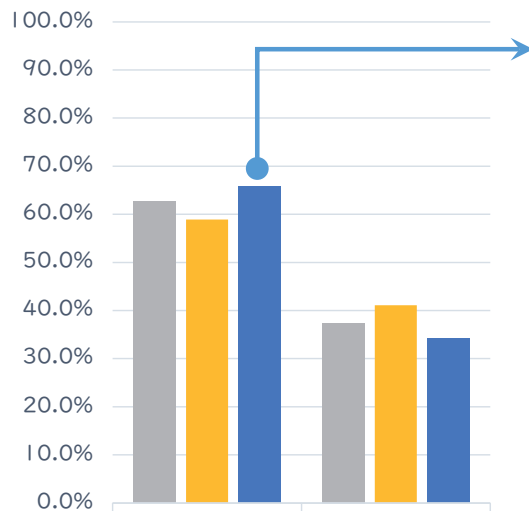


平均値	4.4人	3.3人	1.1人	3.2人	4.6人	1.9人	16.0人
最小値	1人	1人	1人	1人	1人	1人	4人
中央値	3人	3人	1人	2.5人	4人	1人	14人
最頻値	1人	2人	1人	2人	5人	1人	14人
最大値	42人	12人	3人	16人	28人	5人	70人

※中央値は2023年度と大きな変化はない

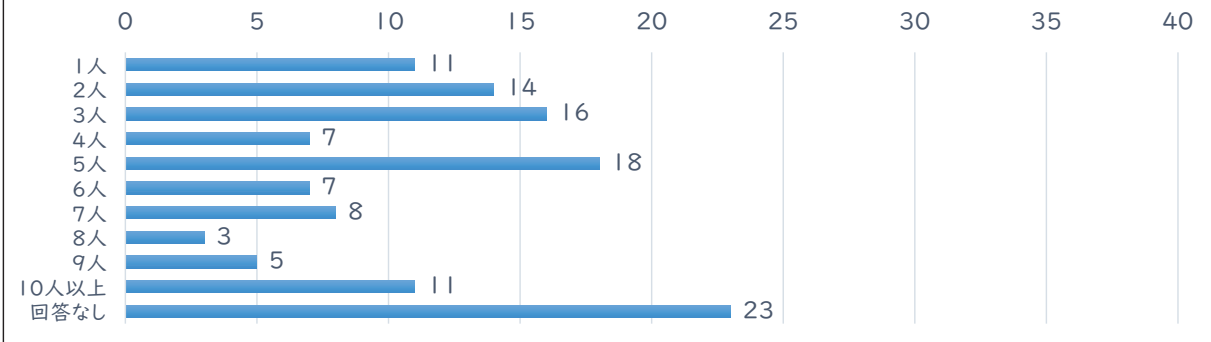
QIプロジェクトにおける組織体制

医療情報のデータ抽出や分析を行う
専門の部署・部門はありますか？

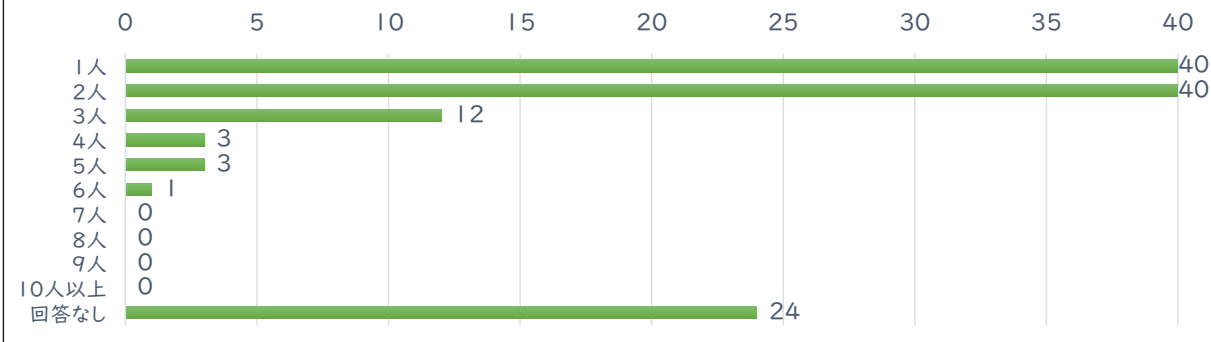


年	ある	ない
2022 (N=246)	62.6%	37.4%
2023 (N=180)	58.9%	41.1%
2024 (N=187)	65.8%	34.2%

「ある」とお答えいただいた施設は、そのスタッフの人数をお答えください。

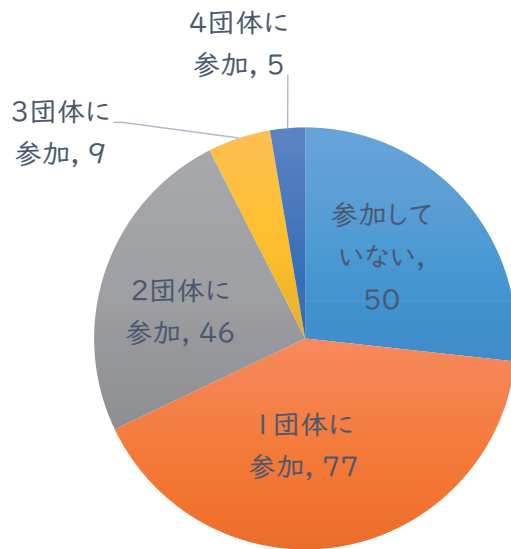


上記で回答したスタッフ数のうち、指標の算出を行っている人数をお答えください。



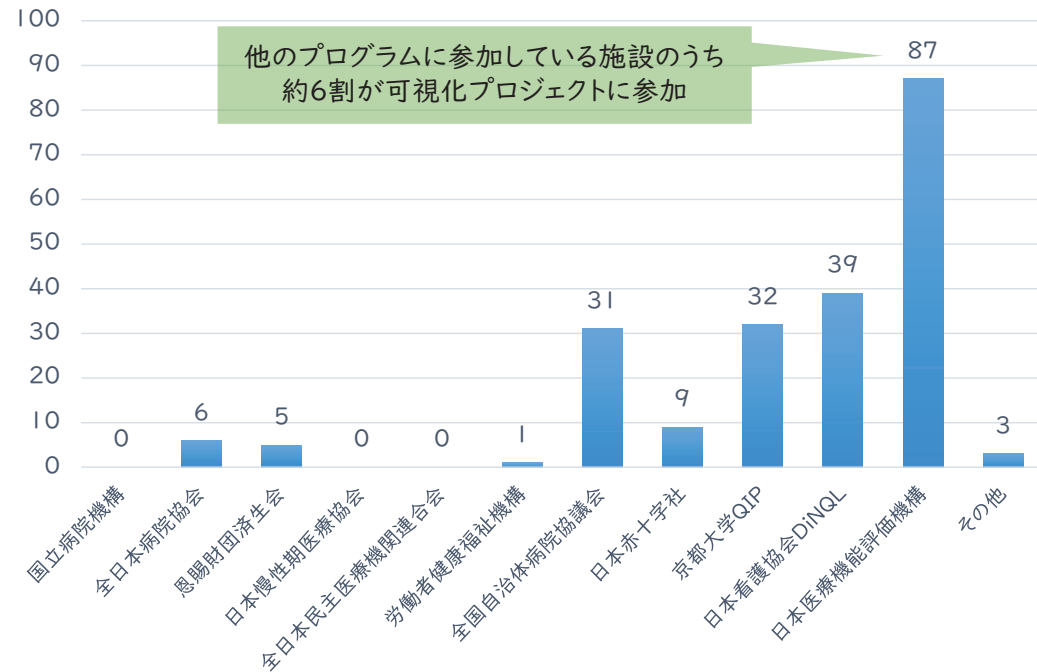
QIプロジェクトにおける組織体制

日本病院会QIプロジェクトの他に、他団体が実施している測定・公表プログラムに参加されていますか？



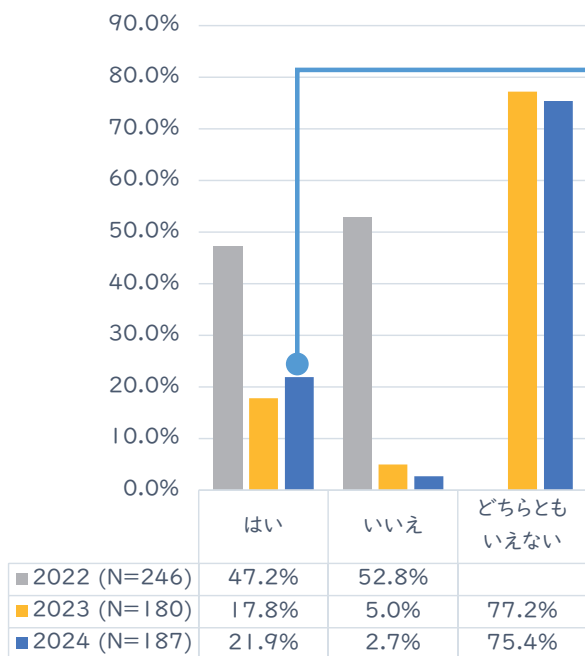
N=187

参加している団体(複数回答可)



QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

施設全体の医療の質が向上しましたか？

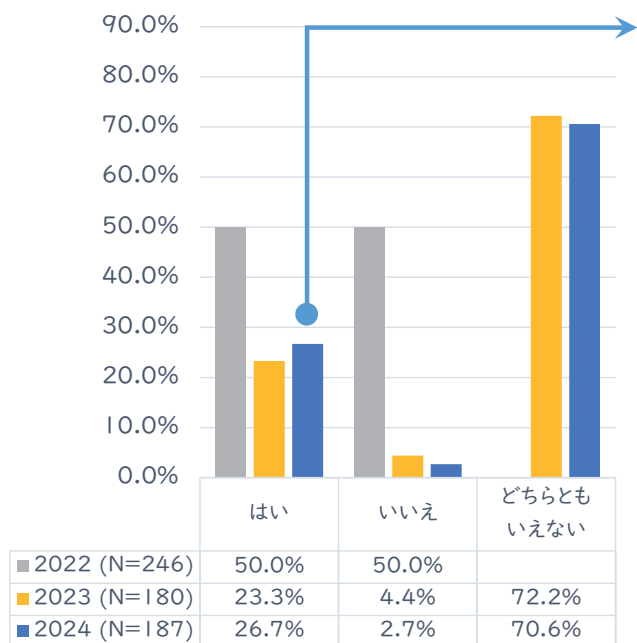


「はい」の理由 ※指標名だけの記載は除外

- 救急車・ホットラインの応需率や予防的抗菌薬の適正使用について厳しく評価されるようになった。
- 身体拘束率の減少が進み、改善のための取り組みが進行中。
- 抗菌薬の適正使用が改善され、予防的抗菌薬の適切な選択率がほぼ100%に向上。
- 同規模病院との比較や経年変化の把握が重要なデータとなり、考察材料となっている。
- 転倒転落発生率の実質的な目標値設定のため、他院とのベンチマークが活用されている。
- 救急応需率や薬剤管理指導率が改善し、QC活動に結びついて数値改善が見られた。
- 身体拘束率、転倒転落発生率、患者満足度が改善のための指標となり、意識づけが行われている。
- シスプラチンを含むがん薬物療法後の急性期予防的制吐剤の投与割合を継続的に確認し、改善に取り組んでいる。
- 2023年度の身体拘束率が高かったが、2024年度からの取り組みにより現在は8%に減少。

QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

医療の質に関して職員の意識が向上しましたか？

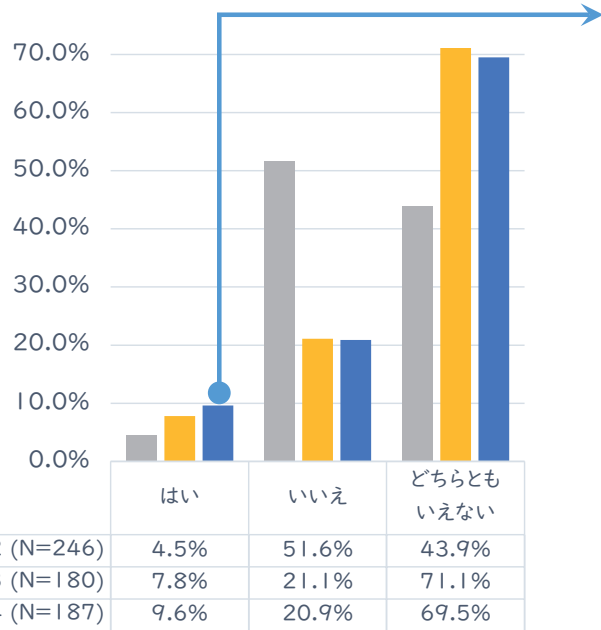


「はい」の理由

- 他施設とのベンチマークを通じて、自院の課題を発見できた。
- 活発に議論ができるようになり、指標を見る職員が増加した。
- ICNおよび手術室スタッフにおいて、抗菌薬の適正使用意識が向上した。
- 指標算出方法やDPCデータ作成方法について関連部署と検討を行った。
- 他院との乖離を意識して改善に取り組んでいる。
- 全国平均との比較が数値化され、改善・目標に向けて動きやすくなった。
- 機能評価受審とQIプロジェクト参画により、医療の質に関する議論が活発に行われた。
- 身体抑制率が平均より高いことを問題意識として持ち、改善に取り組んだ。
- 救急医療における当院の地域での役割について理解が深まった。
- 脳血管患者に対する早期介入とリハビリの重要性が再認識された。
- 紹介率・逆紹介率の低下防止のため、科ごとの算出と毎月の報告を行い職員の意識を高めた。
- 病院全体での取り組みにより、問題・課題の把握と知識・技術の共有が進んだ。
- 指標に直接関与するスタッフの日常的な目標として根付いている。

QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

その他(当初予定していなかった副次的な効果等)の反応がありましたか？

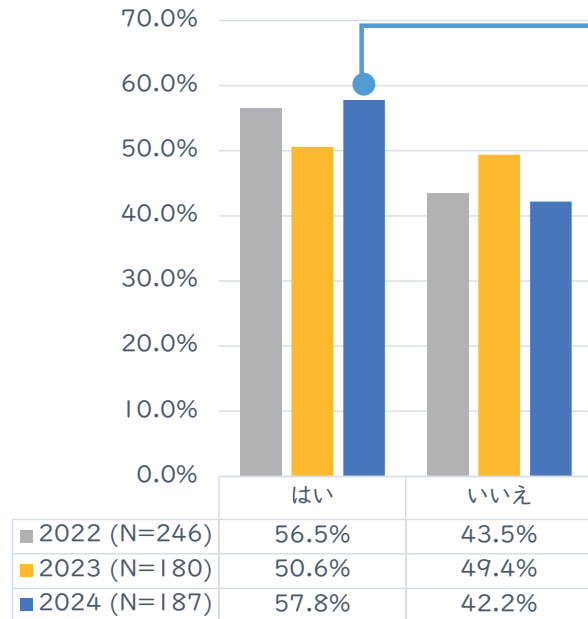


「はい」の理由

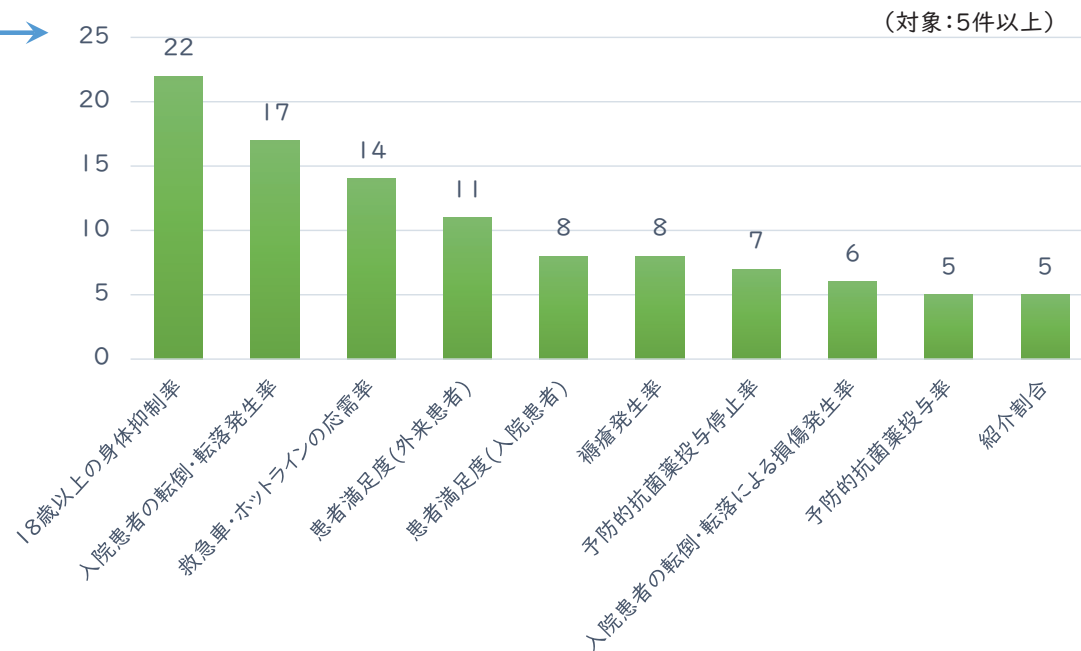
- DPC入力上の課題が発覚し、改善が必要とされた。
- 結果を気にして県内他施設との比較を行うようになった。
- 抗菌薬の停止率に関する改善が進んでいる。
- 血液培養の実施数と会計数に差異があることが判明し、医事課の意識が向上。
- 患者や家族から称賛の意見を受け、サービスの質が向上。
- DPCデータの精度が向上し、電子カルテ変更に伴うコード登録ミスが発見できた。
- QIニュースに対する意見や感想を得るようになり、意識改革が進んでいる。
- QI活動の認知が向上し、少しずつ意識改革が進行中。
- 幹部がQI活動に興味を持ち、支持が広がっている。
- 病院の行動計画に「質の視点」が組み込まれ、QIによる継続的な改善活動が行われている。
- 収益が向上した。

QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

今年度、日本病院会QIプロジェクトの指標の中で、改善活動を行いましたか？



改善活動を行った上位10項目



18歳以上の身体抑制率

目標設定と改善活動

- ・ 病棟毎の抑制率を毎月算出し、不要な身体抑制率をゼロにすることを目指して取り組んでいる。
- ・ QIプロジェクトの定義を参考に、身体拘束の考え方を改定し全職員に周知。
- ・ 身体拘束最小化の指針策定、カンファレンス強化、マニュアル見直しを実施。

職員教育と意識改革

- ・ 看護師向けオンライン研修やイントラネットによる情報提供強化。
- ・ 認知症ケアチームによる週1回病棟ラウンドで、せん妄予防や抑制解除を進めている。
- ・ 職員の意識調査と分析を通じて、身体拘束最小化の意識改革を推進。

施設設備と実施体制

- ・ 身体抑制率の数値化で患者状況の把握を強化し、身体拘束最小化チームが介入。
- ・ 身体拘束と転倒・転落の関連性を分析し、対策を検討。
- ・ 低床ベッド、衝撃吸収マットの配置で転倒リスクを低減。

入院患者の転倒・転落発生率 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

予防活動とチーム編成

- ・ 多職種チームを編成し、病棟ラウンド
- ・ 転倒転落リスクチェックリストを見直し、パンフレット作成
- ・ ベンチマークを活用した対策検討
- ・ 転倒転落後の対応フローの活用

データ収集と改善活動

- ・ インシデント・アクシデントレポートを分析し、年3回の協議で改善策を検討
- ・ 発生率のモニタリングと転倒24時間後のアセスメント入力確認
- ・ 毎週の業務量報告にて各部署の転倒件数、発生状況の情報共有

職員教育と環境整備

- ・ 転倒防止調査実施、転倒防止策の仕組み見直し
- ・ 転倒骨折対策のころやわマットの導入
- ・ 損傷リスク低減の物品導入
- ・ 転倒歴のある患者をカルテで分かるように改修依頼

救急車・ホットラインの応需率

受け入れ体制の強化

- ・ 断り理由の聴取を強化
- ・ 院長からの受け入れ指示の強化
- ・ 救急部門の体制変更、日中の救急搬送受け入れ強化
- ・ 救急時の受け入れ担当医師を決定し、一般業務と並行して対応

救急搬送受け入れの改善

- ・ 救急隊との受け入れ可能な疾患情報の共有
- ・ 救急断り事例の検討
- ・ お断り件数減少を目指した臨機応変なベッドコントロール
- ・ 救急外来担当者と応需率が上がらない理由について検討

応需率向上とデータ分析

- ・ 運動器救急受入を推進（診療所・高齢者施設からの受入）
- ・ プロジェクトチームによる搬送地域の分析、改善要因分析
- ・ 医師や時間帯、曜日ごとの比較
- ・ 月次で救急委員会事務局が稼働状況や年度推移情報の作成・支援策検討を実施

患者満足度（外来患者・入院患者）

アンケート結果分析と改善

- ・ アンケート結果を分析し、各部署の課題を抽出⇒目標設定
- ・ 前年度の結果を元に、院内委員会で課題を共有し改善活動
- ・ アンケートの回答を対象部署にフィードバックし、改善活動を促進
- ・ 解答用紙とWeb形式の回答方法を変更

接遇改善活動

- ・ 待ち時間や声掛けの改善を推進
- ・ サービス向上委員会で接遇改善策を確認・検討
- ・ 病院全体で接遇チェックを実施

患者アンケートと対応

- ・ 患者の声への回答を行い、院内掲示で共有
- ・ 「不満」や「やや不満」の項目について、該当部署への聞き取りと検討を実施

褥瘡発生率

褥瘡発生の見える化と 情報共有

- ・ 褥瘡発生数を毎月確認し、対策に活用
- ・ 褥瘡の発生状況（発症、部位、深さ）を確認し、増減を把握
- ・ QI実務担当者と皮膚排泄ケア認定看護師が情報を共有

褥瘡対策チームと活動

- ・ 医師、看護師、薬剤師、栄養士等で褥瘡対策チームを編成
- ・ 褥瘡予防と治療を行い、月1回の対策委員会で対策を検討
- ・ 褥瘡ラウンド、予防ケア、寝具・クッション整備
- ・ 教育（院内研修）を実施

委員会とTQM活動による 対策強化

- ・ 委員会で褥瘡対策を検討し、実行
- ・ TQM活動に基づき、褥瘡対策の強化を図る

予防的抗菌薬投与停止率 予防的抗菌薬投与率

現状調査と報告

- ・ QI結果をスタッフに報告
- ・ 感染管理担当医師および部門へフィードバック
- ・ 感染制御委員会で現状把握を行い、使用日数の一覧表を作成

改善活動と対策

- ・ 手術室スタッフと麻酔科医師へ、1時間以内投与の遵守を繰り返しお願いした
- ・ 感染委員会でデータ共有と結果報告を実施し、抗菌薬停止時期を検討
- ・ 手術室での抗菌薬投与タイミングを見直し

クリニカルパスと薬剤師の関与

- ・ クリニカルパスの見直し
- ・ 月別で手術科別に分子・分母・術式・停止時間を一覧表にし、診療科へ検証依頼
- ・ 手術室常駐の薬剤師が適正な予防抗菌薬のオーダーがされているかを確認

一般社団法人 日本病院会 2024年度 QI 委員会

(50音順)

(2025年度 11月時点)

- 委員長 福井次矢(NPO 法人卒後臨床研修評価機構 理事長)
- 委員 今中雄一(京都大学 大学院医学研究科 ヘルスセキュリティセンター
健康危機管理システム学分野/社会健康医学系専攻 医療経済学分野 教授)
- 委員 岩渕勝好(山形市立病院済生館 副館長)
- 委員 國澤 進(京都大学 大学院医学研究科 社会健康医学系専攻 医療経済学分野 准教授)
- 委員 嶋田 元(聖路加国際病院 ヘルニアセンター センター長)
- 委員 深田順一(医療法人博愛会 横浜病院 院長)
- 委員 堀川知香(聖路加国際病院 病院事務部 医療情報課)
- 委員 森川公彦(岡山県精神科医療センター 診療情報管理室 室長)
- 委員 山本貴道(聖隷三方原病院 病院長)

副会長 大道道大(社会医療法人大道会 森之宮病院 理事長)

事務局 瀧澤文子(一般社団法人 日本病院会 事業部 学術研修課 課長)

事務局 堀江美史(一般社団法人 日本病院会 事業部 学術研修課)

<開催報告>

【委員会】

第1回 QI 委員会 2024年 5月9日(出席委員9名)

第2回 QI 委員会 2024年 11月14日(出席委員9名)

【QI2024フィードバック説明会】

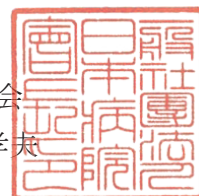
開催日:2025年3月18日(火)13:00~14:40

開催方法:オンライン(Zoom ウェビナー)開催およびオンデマンド配信

参加数:約80施設

初版

2025年12月22日

厚生労働省
保険局長 鹿沼 均 殿一般社団法人 日本病院会
会 長 相澤 孝夫

令和 8 年度診療報酬改定に係る要望書

令和 6 年度の診療報酬改定では、本体改定率がプラス 0.88%とされたものの、日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会の 3 団体が合同で実施した「2024 年度病院経営定期調査」によると、医業収益の増加を上回る医業費用の増大により、病院の経営状況は前年より一層悪化していることが明らかになった。さらに、改定後の経営状況を把握するために実施した「2024 年度診療報酬改定後の病院経営状況調査」においても、改定前と比較して病床利用率は上昇傾向にあるものの、医業利益率・経常利益率がさらに悪化していることが明らかになった。より正確な影響度の評価には、今後公表される医療経済実態調査などの結果を待つ必要があるが、同様の傾向が示されることが予想される。

令和 6 年度の診療報酬改定では、医療提供体制の適正化・効率化、医療従事者の処遇改善、医療 DX の推進などを目的とした改定が行われた。特にベースアップ評価料の新設は、病院における賃上げの原資確保に一定の役割を果たすことが期待されたが、支給対象の制限や継続的な報告義務による事務負担の増大など、現場の実態に即した運用には依然として課題が残る。また、入院基本料については、物価高騰や人件費の増加に伴い病院運営のコストが大幅に上昇している一方で、これらの実情が診療報酬の評価に十分に反映されているとは言い難く、病院経営の厳しさが一層深刻化している。

令和 8 年度診療報酬改定に向け、日本病院会の診療報酬検討委員会では、会員からの意見を募り、上記の課題を踏まえた要望を取りまとめた。今後も健全かつ安定的な医療提供体制を確保し、さらに発展させるため、以下の事項を要望する。

令和 8 年度診療報酬改定に係る要望項目

・入院基本料の引き上げ

物価・賃金の急激な上昇により、医業収益の伸びを上回って医業費用が増大している。病院運営のコストが大幅に増加する一方で、診療報酬は公定価格であることから診療収入は費用増加分を価格に転嫁することができないため病院経営が圧迫されている。(参考資料①)

また、7対1入院基本料は平成18年度診療報酬改定時に創設以降、消費税率引き上げと賃上げによる対応分を除くと18年間ほぼ据え置かれており、昨今の物価変動に対応していない(参考資料②)。安定した病院経営のもとで持続可能な医療提供体制を確保するために、入院基本料の引き上げを強く要望する。

(A100～106 入院基本料)

・消費税補てんの見直し

中央社会保険医療協議会・診療報酬調査専門組織「医療機関等における消費税負担に関する分科会」において控除対象外消費税の診療報酬による補てん状況が公表され、病院全体で見た補てん率は令和3年度、令和4年度ともに100%を超え、補てん不足になっていないとして令和6年度改定では診療報酬の上乗せは行われなかった(参考資料③④)。しかしながら昨今の物価上昇により消費税負担額は年々増加し、現行の補てんでは不十分との懸念もあるなかで、本調査の詳細は公表されておらず、調査方法の検証が必要である。

同調査では、算定回数に基づき消費税補てん上乗せ分を算出し、その合計額が医療・介護収益に対する割合から充足しているとする見解があるが、「医業・介護収益」の詳細な項目が不明であり、控除すべき項目が含まれていない可能性がある。コロナ禍以降、患者数の増加が鈍化し、収益増加が単価上昇によるものであるため、収益に対する消費税補てん額は2019年当時より増加していないと考えられ、さらには企業物価指数の上昇により、ほぼ全ての医業費用が増加し(参考資料⑤)、消費税負担額の増加が病院経営を圧迫している。以上の点を踏まえ、次回の令和8年度診療報酬改定においては、消費税負担に見合った補てん点数の引き上げを強く要望する。

・ベースアップ評価料の見直し

ベースアップ評価料は対象職種が限定されており、経営管理・医事・人事・会計・総務部門の貢献が評価されていない。これらの職種に対しては病院負担での賃上げを余儀なくされている。医療提供を支えるすべての職種を適切に評価すべきである。また、患者数に基づく算定方法では収入変動が大きく、3ヶ月ごとの評価料の見直し(届出直し)も事務的に大きな負担となっている。医療スタッフの処遇改善および離職防止のため、ベースアップ評価料の見直しを要望する。

ひいては、賃上げについてはベースアップ評価料ではなく入院基本料での対応あるいは入院基本料の加算として統合することを要望する。

一方で、令和4年10月に地域でコロナ医療など一定の役割を担う医療機関に勤務する看護職員の処遇改善のために新設された「看護職員処遇改善評価料」についても処遇改善という措置は同じでありながら、それぞれについて賃金改善計画書及び賃金改善実績報告書の提出を要し、また制度設計も異なることから、収益へ対応した給与費の管理等、非常に煩雑なものとなっている。処遇改善に係る報酬を一つに統合することもご検討いただきたい。

(O100～102 ベースアップ評価料)

・重症度、医療・看護必要度Ⅱの評価基準の見直し

内科系患者の割合が高い医療機関では、現行の評価基準では必要度を維持できず、経営に深刻な影響を及ぼしている。評価票のA項目の該当患者割合の基準を見直さなければ、高齢者救急・内科救急を担う病院への影響が大きくなる。C項目の見直しとともに、重症度、医療・看護必要度の評価基準の緩和を要望する。

また、急性期一般入院基本料1などは、施設基準の要件でなくともB項目評価が義務付けられており、評価のための研修・日々の評価作業・正確な測定のための定期的な院内確認が看護職の大きな負担となっている。施設基準の要件でない入院料等については、B項目評価を不要とする要件緩和を要望する。

(A100 一般病棟入院基本料)

・地域包括医療病棟入院料の施設基準の見直し

2040年を見据えた高齢者の救急医療体制の整備のために地域包括医療病棟の拡充は必須である。一方で、重症度、医療・看護必要度の施設基準は高齢者の病態に比べて高く、ADL低下患者割合が年間実績であるなど、移行が困難であるため施設基準の緩和を要望する。

(A304 地域包括医療病棟入院料)

・診療録管理体制加算の見直し

適切な診療記録の管理を行うための体制整備や人員の確保が求められる一方で、本加算3は2000年の創設以来、30点のまま据え置かれている。一方で、昨今の賃金引き上げや物価高騰により、診療情報管理室の運営にかかる負担は一層増大している。加えて、実業務の高度化や必要人員の確保の観点からも、現行の点数では実情に即した評価とは言えない。

現状との乖離を是正し、適切な診療記録管理を継続的に維持できるよう、点数の引き上げを要望する。また、当該加算1・2の施設基準について「診療記録管理者」を「診療情報管理士」として管理体制の強化を要望する。

(A207 診療録管理体制加算)

・医療 DX 推進に対する補助金もしくは診療報酬上の評価

電子カルテ情報の共有化、電子処方箋の発行など医療 DX を進めるうえでその導入費用、改修費用などの病院の負担は非常に大きい。また、救命救急入院料および急性期充実体制加算の施設基準要件である救急時医療情報閲覧機能の導入には高額な費用が必要である。医療 DX を積極的に推進していくためにも諸費用への資金補助、永続的にかかる費用負担に対応する診療報酬上の十分な評価を要望する。

・薬剤業務の評価に係る加算・管理料の新設

医師の働き方改革推進のためのタスクシフト・シェアの加速により、医師の業務の一部を薬剤師が担うケースが増えている。薬剤師の業務は増大しているものの、保険点数がつかないため人員増が困難であり、限られた人数で多くの業務をこなさざるを得ない。さらに、薬剤師の業務を他職種にシフト・シェアする選択肢がないため、負担の増加が避けられない状況となっている。

また、薬剤師が薬物療法に直接関与し薬学的ケアを実践することは、患者の不利益（副作用、相互作用、治療効果不十分など）を回避あるいは軽減するプレアボイドの実践につながり、薬物療法に対して薬剤師が貢献している証拠となるが、多くの時間や労力を割いてプレアボイドを実践しても保険点数には結びついていない現状がある。

病院内での薬剤師の業務拡大が進む中、人員確保のためにも薬剤師が PBPM（プロトコールに基づく薬物治療管理）を行った際に算定できる十分な保険点数の加算・管理料等の新設を要望する。

・DPC における遺伝子検査の評価の見直し

高額な遺伝子検査が増加しており、紹介による入院、外来通院が困難な患者、早期に治療が必要な進行がん患者に対する場合など、診療行為を行う関係上入院期間中に高額な遺伝子検査を行う必要がある場合、検査機関への検査委託費が病院負担になり病院経営への影響が大きいため、遺伝子検査は DPC 包括対象外として出来高請求可とすることを要望する。

令和 8 年度診療報酬に係る要望項目（精神医療）

・精神科救急急性期医療入院料の精神科救急医療体制加算における算定対象の拡大について

現行では「認知症を除く症状性を含む器質性精神障害（精神症状を有する状態に限る。）ただし、令和 6 年 3 月 31 日までの間は、精神症状を有する状態に限り、認知症を含むものとする。」とされている。

救急時間帯および、市町村、警察、保健所、消防（救急車）などの依頼で入院した認知症の BPSD の患者については、その患者の入院期間中は、対象患者とすることを要望する。以下にその理由をあげる。

- ・認知症という疾患名で判断するのではなく、あくまでも症状および状態像で判断することが必要。
- ・夜間に救急入院する高齢者は、その時点で認知症の有無はわからない。
- ・暴力が主訴で、体格が大きな男性の認知症者を入院時から認知症病棟等でみることは危険を伴う。BPSD は環境への不適応で生じるが、不適応をおこし破局的な反応を示している人が精神科に連れて来られるからである。
- ・顕著な精神症状があっても認知症者を算定要件から外すならば、知的障害者にも同じ対応が必要なのではないか。

・精神科急性期医師配置加算の施設基準見直し

精神科救急急性期医療入院料で「精神科急性期医師配置加算」を算定する場合には、クロザピン新規導入患者数が直近 1 年間で、加算 1 は 6 件、加算 3 は 3 件以上となっている。（加算 2 については算定不可）この新規導入件数の要件の廃止を要望する。

クロザピン普及のために施設基準に入れられたと考えるが、クロザピン認可後 10 年以上を経過し、地方では対象者が少なくなっている。高齢者など合併症リスクの高い患者に無理に導入されることも懸念される。よって精神科急性期医師配置加算のクロザピン要件を外していただきたい。

また、クロザピンについては CPMS への患者登録が必要となり、プロトコールに則った血液検査などの手順を順守しなければならない。精神科救急急性期医療入院料病棟では、重症患者に手厚い治療を行い、早期退院を目指しており、現状の看護体制でも手薄である。新規率や退院率からは除外されてはいるが、クロザピン投与患者が必ずしも精神科救急急性期医療入院料病棟でなくてはならないという根拠がない。

（A249 精神科急性期医師配置加算）

・通院・在宅精神療法の要件および点数の見直し

<現行>

1 通院精神療法

ロ 区分番号 A 0 0 0 に掲げる初診料を算定する初診の日において、60 分以上行った場合

(1) 精神保健指定医による場合 600 点

(2) (1) 以外の場合 550 点

ハ イ及びロ以外の場合

(1) 30 分以上の場合

① 精神保健指定医による場合 410 点

② ①以外の場合 390 点

(2) 30 分未満の場合

① 精神保健指定医による場合 315 点

② ①以外の場合 290 点

<要望>

・上記、ハの項目の精神保健指定医を、精神保健指定医及び精神科専門医（専門医機構認定）とし、①以外の場合（その他の医師）の要件を、日本精神神経学会精神科専攻医（または指定医取得のため研修中と病院長が認める医師）とする。

・そのうえで、30 分未満の精神療法を、指定医の場合 330 点、それ以外の場合を 315 点と、令和 6 年改定前の点数に戻す。

<その理由>

近年通院精神療法の急増が指摘されているが、その理由として、精神科のトレーニングを受けていない医師（すなわち身体科の医師）による通院精神療法の増加が懸念されている。

(I002 通院・在宅精神療法)

・入院精神療法（Ⅲ）の新設

<現行>

入院精神療法（Ⅰ） 400 点 精神保健指定医による 30 分以上 週に 3 回まで

入院精神療法（Ⅱ） 150 点 入院 6 か月まで 指定医が認めた場合は週 2 回まで

<要望>

入院精神療法（Ⅲ） 250 点 の新設

指定医以外による 30 分以上 週に 3 回まで 3 か月まで

・専攻医など非指定医が急性期病棟で患者を診療する場合でも、精神療法Ⅱは週に 2 回しか算定できない。急性期においては手厚い治療が必要であり、指定医同様週 3 回の通院精神療法を認め

て欲しい。

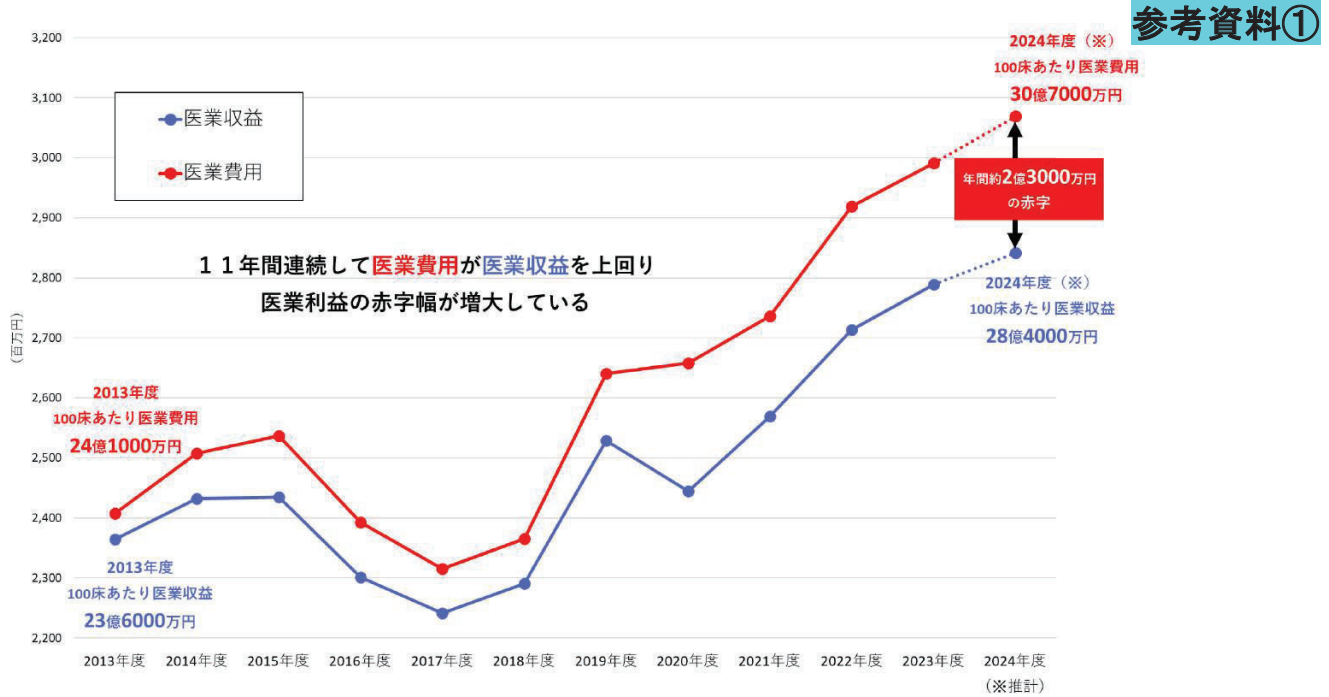
・これを算定する場合は、まず指導する指定医を定める。入院 1 週間以内と 3 週間以内、8 週以内。12 週以内に、指定医と治療計画等について協議し、指定医は指導内容をカルテに記載するという条件をつける。

(I001 入院精神療法)

令和8年度診療報酬改定に係る要望書

参考資料

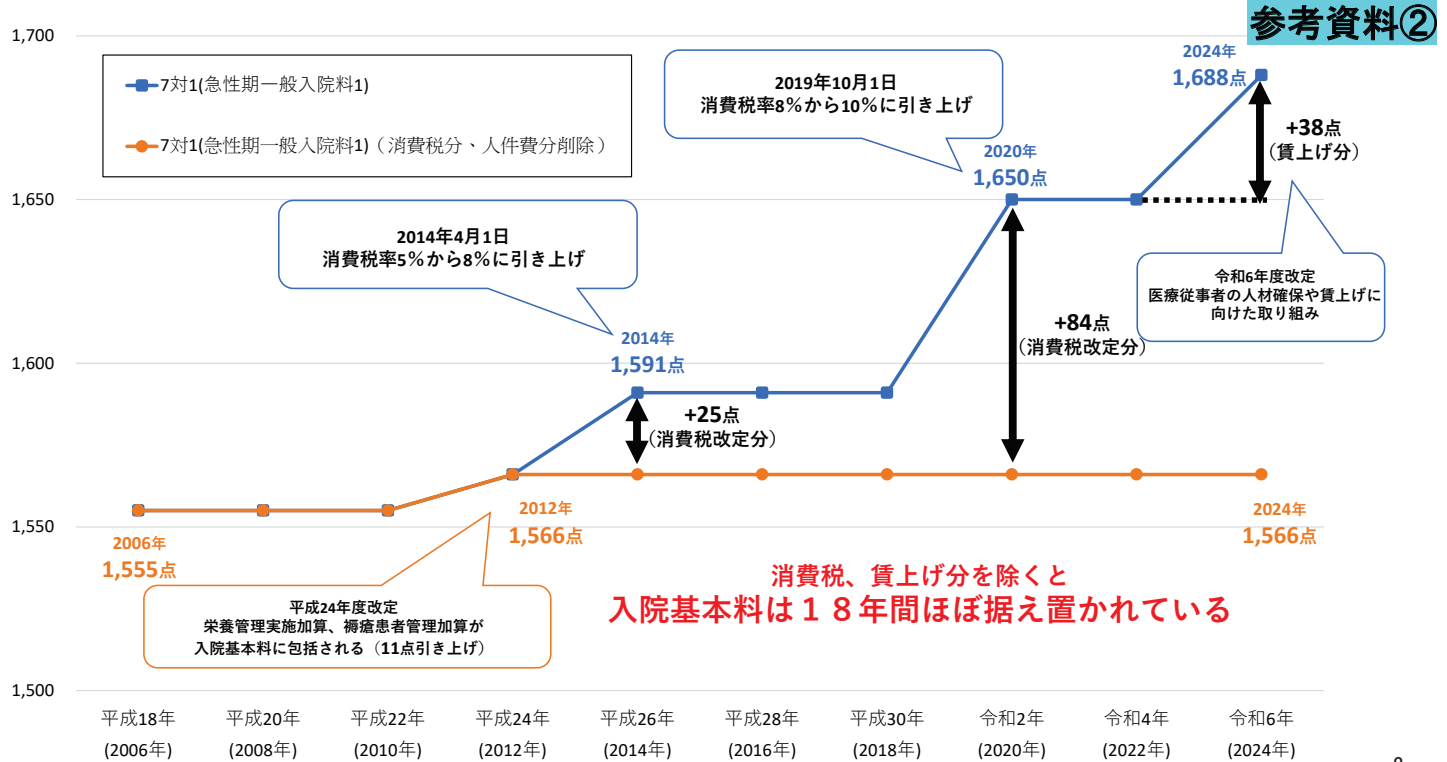
100床あたりの医業収益・医業費用の推移（各年度実施病院経営定期調査および緊急調査より）



※2024年度は緊急調査（2024年度診療報酬改定後の病院経営状況）の結果より2024年6月～11月合計を2倍にし、2024年度病院経営定期調査の実績値との割合で補正した推計値である

【引用】 3団体合同（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会）病院経営定期調査 結果報告（2015年度～2024年度調査）
6団体合同（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会、日本慢性期医療協会、全国自治体病院協議会）緊急調査（2024年度診療報酬改定後の病院経営状況）

入院基本料（急性期一般入院料1）の推移



令和3年度、4年度の消費税補てん状況（医療機関等における消費税負担に関する分科会より）

参考資料③

令和6年度診療報酬改定における対応(案)

診調組 税-2
5. 1 2. 6

- 令和5年度の医療経済実態調査によると、令和3年度・4年度においては保険診療収益について、新型コロナウイルスの影響から一定程度回復傾向がみられる一方で、令和4年度においては、物価高騰の影響から医療・介護費用（課税対象経費）も増加している。
- こうした中、医療機関等の消費税負担(5～10%部分)の診療報酬による補てん状況については、**医科、歯科、調剤を合わせた全体の補てん率はそれぞれ106.1%、104.5%となっており、また、医科全体、歯科それぞれにおいても補てん不足になっておらず、調剤においても令和3年度から4年度にかけて改善がみられている。**
- **このため、令和6年度診療報酬改定においては、診療報酬の上乗せ点数の見直しは行わないこととして、引き続き、消費税負担額と診療報酬の補てん状況を把握して検証を行うことが適当ではないか。**

【令和4年度の消費税負担の補てん状況】 病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局ごとの施設数による加重平均により、全体の補てん率を算出すると、**106.1%** (1施設・1年間あたり)

	医科全体	病院	一般診療所	歯科診療所	保険薬局
補てん差額 (A-B)	286千円	4,841千円	▲73千円	38千円	▲61千円
補てん率 (A/B)	107.1%	112.8%	94.6%	105.4%	91.7%
集計施設数	(2,838)	(774)	(2064)	(516)	(1,102)

【令和3年度の消費税負担の補てん状況】 病院、一般診療所、歯科診療所、保険薬局ごとの施設数による加重平均により、全体の補てん率を算出すると、**104.5%** (1施設・1年間あたり)

	医科全体	病院	一般診療所	歯科診療所	保険薬局
補てん差額 (A-B)	225千円	4,898千円	▲149千円	23千円	▲80千円
補てん率 (A/B)	105.6%	113.2%	88.9%	103.2%	89.5%
集計施設数	(2,813)	(772)	(2041)	(513)	(1,101)

※ 医療機関等種別ごとの施設数により加重平均を行ったもの。

【引用】 中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織（医療機関等における消費税負担に関する分科会） 2023年12月6日第24回資料

（参考）補てん状況把握のイメージ

診調組 税-1
5.10.4

参考資料④

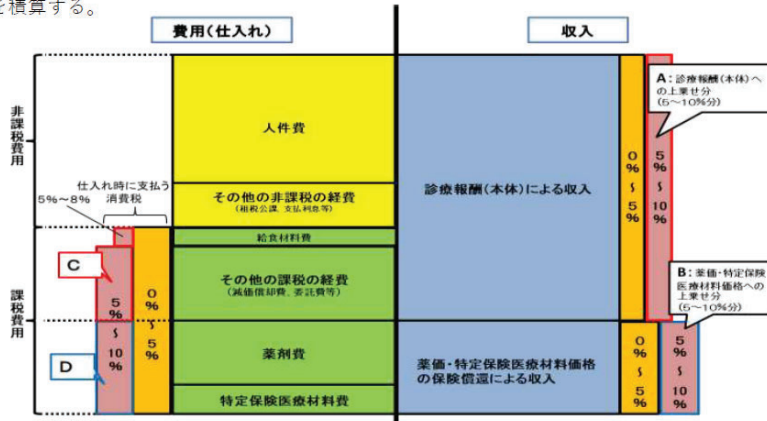
○収入のうち診療報酬本体へ上乗せされている消費税分（下図のAの部分）と、支出のうち課税経費の消費税相当額（下図のCの部分）とを比較し、補てん状況を把握する。

・収入のうち診療報酬本体へ上乗せされている消費税分（Aの部分）

消費税10%引上げに伴い上乗せした各診療項目（初・再診料、入院料等）の点数に、レセプト情報・特定健診等情報データベースから抽出した算定回数を乗じて積算する。

・支出のうち課税経費の消費税相当額（Cの部分）

第24回医療経済実態調査のデータより、個々の医療機関等の課税経費額を推計し、「その他の課税の経費」の消費税5%分を積算する。



3

【引用】 中央社会保険医療協議会診療報酬調査専門組織（医療機関等における消費税負担に関する分科会） 2023年12月6日第24回資料

100床あたりの医業収益・医業費用の推移（2024年度病院経営定期調査より2018年度～2023年度 6期連続回答病院）

参考資料⑤

n = 102

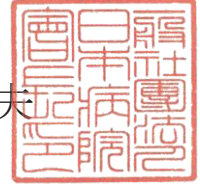
科目 (単位：千円)	100床あたりの平均		増加率
	2018年度	2023年度	
①医業収益	2,777,553	3,052,420	9.9%
入院診療収入	1,828,705	1,981,190	8.3%
室料差額収益	44,343	41,699	-6.0%
外来診療収入	826,174	953,578	15.4%
その他医業収入	78,332	75,953	-3.0%
②医業費用	2,880,662	3,273,073	13.6%
材料費	812,617	991,074	22.0%
医薬品費（再掲）	482,158	615,312	27.6%
診療材料費（再掲）	306,855	351,077	14.4%
給与費	1,420,868	1,537,852	8.2%
委託費	190,309	232,547	22.2%
設備関係費	270,233	292,030	8.1%
減価償却費（再掲）	186,430	194,609	4.4%
研究研修費	9,159	8,092	-11.7%
経費	139,709	158,707	13.6%
控除対象外消費税等負担額	30,367	45,209	48.9%
本部費配賦額	7,401	7,563	2.2%
③医業利益（①-②）	-103,109	-220,653	

【引用】 3団体合同（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会）病院経営定期調査 結果報告（2024年度調査）

2025年6月4日

厚生労働大臣
福岡資麿様

一般社団法人日本病院会
会長 相澤孝夫
独立行政法人国立病院機構
理事長 新木一弘
独立行政法人労働者健康安全機構
理事長 大西洋英
独立行政法人地域医療機能推進機構
理事長 山本修一
公益社団法人全国自治体病院協議会
会長 望月泉
日本赤十字社
医療事業推進本部長 渡部洋一
社会福祉法人恩賜財団済生会
理事長 炭谷茂
全国厚生農業協同組合連合会
代表理事会長 長谷川浩敏



国民に適切な病院医療を安定的に 提供するための提言2025

全国多くの病院が直面する問題点の改善と国民に適切な病院医療を安定的に提供するための基本方針を別紙のとおり取りまとめたので提言いたします。

2025年度の日本病院会の取組（基本方針）

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

一般社団法人日本病院会 会長 相澤 孝夫

1. 病院の経営支援が必要 2025年中の財政出動を要望する

入院医療を提供する病院の経営状況は、医業収益を上回る医業費用の増加が年々加速し、経営の継続が困難な状況に直面しています。特に、高度な医療や救急医療を提供し、手術件数も多い病院は、現在、厳しい経営状況に追い込まれています。こうした背景には、もともと診療報酬*の入院基本料が適切に評価されていないことに加え、昨今の物価高騰や診療報酬でカバーされず病院の持ち出しとなる医療材料費の増加、消費税負担の重さなどが重なり、医業収益を上回る医業費用の増加が加速し、経営の継続が困難となる病院も少なくなく、病院医療が崩壊しつつある地域もあります。

国民に対し、手術や検査など入院を必要とする病院医療を安定的に提供していくためには、病院経営の安定化が不可欠であり、そのための財政支援は緊急を要する状況にあります。2025年中の迅速な財政出動を強く要望いたします。

*診療報酬：保険診療において、医療機関や薬局が行った医療サービスや調剤に対して、患者の自己負担分と公的医療保険から支払われる給付分を合わせた、公的に定められた医療機関や薬局への報酬（公定価格）

2. 診療報酬による入院基本料の引上げを要望する

現行の診療報酬制度における「入院基本料」は、入院時医学管理料・看護料・室料・入院環境料などを統合し、入院という組織的な医療提供体制を総合的に評価する重要な報酬項目として2000年に創設されました。なかでも、高度な医療や救急医療を提供し、手術件数も多い病院を対象とした「7対1入院基本料（患者7人に対して看護師1人以上を配置している手厚い看護体制に応じた診療報酬）」はその代表的な例ですが、2006年にこの区分が設定されて以降、その本体部分は長年にわたり実質的に据え置かれてきました。たしかに、2012年度には栄養管理実施加算および褥瘡患者管理加算の包括化に伴い11点、2014年度には消費税率の引き上げ（5%から8%）に対応して25点、さらに2020年度には消費税率の再引き上げ（8%から10%）に伴い59点の増加がありました。しかし、これらはいずれも個別加算の包括化や消費税対応といった制度的・財政的要因によるものであり、入院基本料本体の評価が純粋に改善されたとは言えません。加えて、2024年度の診療報酬改定においても、人件費の改善に限定された引き上げにとどまり、入院基本料本体に対する根本的な評価の見直しには至っていないのが実情です。このように入院基本料本体に対する評価の見直しがなされない現状の限定的な対応では、病院が直面する経費の増加を十分に賄うことはできず、経営の改善には繋がりませんでした。このことは、当会を含む三病院団体が実施した病院経営定期調査の結果からも明らかです。

現行の入院基本料水準では、医療職の確保・教育・処遇改善、さらには施設・設備・医療機器の維持更新等に必要な財源が確保できず、地域における持続可能な医療提供体制の維持が困難となっています。

一方、診療報酬制度は年々複雑化し、加算取得のための厳格な配置基準や文書作成義務が現場に過重な負担をもたらしています。こうした状況を踏まえ、制度の簡素化と、病院医療の実態と役割を的確に評価する報酬体系への見直しが急務です。

また、診療報酬は公定価格である以上、他の公共料金と同様、安定的な医療提供の維持という観点から必要な改定が行われるべきです。例えば、2024年10月には郵便はがきが「今後とも、郵便サービスの安定的な提供を維持していくため」として34.9%の値上げが行われているように、公定価格である入院基本料も他の公共料金と同様の引上げが必要です。

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

3. 休日夜間も「とりあえず診てくれる」病院が必要です

医療法で規定される「かかりつけ医機能」は、「主治医」や「かかりつけの医師」との混同もあり、国民や医療者の理解が十分でないと考えられます。

医療法では「かかりつけ医機能」を、発熱・腹痛・嘔吐・下痢・頭痛・腰痛・呼吸困難などの症状に対して、「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と位置付けていますが、国民の多くは、こうした症状に対して「とりあえず診てくれる」医療機関を休日・夜間を含めて必要としています。

このような背景から、「かかりつけ医機能」を有する医療機関を制度上明確にし、その役割と必要性について国民や医療関係者の理解が深まるよう取り組むことが重要です。あわせて、かかりつけ医機能を発揮しつつ、地域で高齢者医療のニーズが増すなかで入院医療を担う病院の重要性にも、国民の理解が得られるよう国が取り組むことを要望します。

4. 地域において「まず診る」役割を担う総合的な医師＝総合医が不足しており、医師偏在対策としても病院での総合診療機能の強化が求められます

2024年12月に厚生労働省が策定した「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」に先立ち、当会では2024年11月に、医師偏在対策として、医師個人の意思を尊重した自発的な仕組みの重要性を訴えました。特に、医師を重要インフラである“人財”と捉え、税制上の優遇措置や多様な働き方の推進など、医師が魅力を感じられる施策が求められます。

2040年には85歳以上人口の増加と生産年齢人口の減少が見込まれ、多くの構想区域で手術件数が減少することが予測されています。このような将来像に対応するためには、特定の診療領域に偏らず、高齢者の多様な疾患に総合的に対応できる「総合医」の存在が必要不可欠です。

当会では複数の病院団体と連携し、病院において総合的な診療を担う医師の養成を進めています。こうした医師が交代しながら24時間365日体制で勤務することによって、「とりあえず診てくれる」医療の提供が可能となり、かかりつけ医機能の充実や医師偏在の解消につながります。これらの機能に対する診療報酬での評価、および総合医養成への支援を政府に対して強く要望いたします。

5. 地方の生き残りや創生には“病院”の存在が不可欠です

全国に約8千の病院が存在し、約210万人の職員が就労しています。病院数の約7割が200床未満の中小病院であり、地域の医療を支える重要な基盤となっています。一方、人口減少や物価上昇、消費税負担の影響を受け、経営が困難な病院も少なくありません。こうした中で、病院は医療機関としてだけでなく、地域の重要な雇用の受け皿としても機能しており、病院収入の約半分が人件費に充てられることで、地域経済に波及効果をもたらしています。

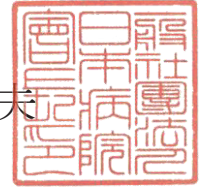
また、近年進む人口減少や働き方改革に対して、デジタルトランスフォーメーション（DX）による業務補完が求められていますが、これに対応するための設備投資や人材確保には、国の積極的な財政支援が必要です。

新しい地方経済・生活環境創生本部提言にも示されているとおり、医療は日常生活に不可欠なサービスとされています。今後の地方の生き残りや創生を進める上でも、医療の提供を担う病院の役割はますます重要となることから、その存続と機能強化のために、国による支援を強く訴えて参ります。

2025年6月30日

財務大臣
加藤 勝 信 様

一般社団法人日本病院会
会 長 相 澤 孝 夫
独立行政法人国立病院機構
理 事 長 新 木 一 弘
独立行政法人労働者健康安全機構
理 事 長 大 西 洋 英
独立行政法人地域医療機能推進機構
理 事 長 山 本 修 一
公益社団法人全国自治体病院協議会
会 長 望 月 泉
日本赤十字社
医療事業推進本部長 渡 部 洋 一
社会福祉法人恩賜財団済生会
理 事 長 炭 谷 茂
全国厚生農業協同組合連合会
代表理事会長 長谷川 浩 敏



国民に適切な病院医療を安定的に 提供するための提言2025

全国多くの病院が直面する問題点の改善と国民に適切な病院医療を安定的に提供するための基本方針を別紙のとおり取りまとめたので提言いたします。

2025年度の日本病院会の取組（基本方針）

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

一般社団法人日本病院会 会長 相澤 孝夫

1. 病院の経営支援が必要 2025年中の財政出動を要望する

入院医療を提供する病院の経営状況は、医業収益を上回る医業費用の増加が年々加速し、経営の継続が困難な状況に直面しています。特に、高度な医療や救急医療を提供し、手術件数も多い病院は、現在、厳しい経営状況に追い込まれています。こうした背景には、もともと診療報酬*の入院基本料が適切に評価されていないことに加え、昨今の物価高騰や診療報酬でカバーされず病院の持ち出しとなる医療材料費の増加、消費税負担の重さなどが重なり、医業収益を上回る医業費用の増加が加速し、経営の継続が困難となる病院も少なくなく、病院医療が崩壊しつつある地域もあります。

国民に対し、手術や検査など入院を必要とする病院医療を安定的に提供していくためには、病院経営の安定化が不可欠であり、そのための財政支援は緊急を要する状況にあります。2025年中の迅速な財政出動を強く要望いたします。

*診療報酬：保険診療において、医療機関や薬局が行った医療サービスや調剤に対して、患者の自己負担分と公的医療保険から支払われる給付分を合わせた、公的に定められた医療機関や薬局への報酬（公定価格）

2. 診療報酬による入院基本料の引上げを要望する

現行の診療報酬制度における「入院基本料」は、入院時医学管理料・看護料・室料・入院環境料などを統合し、入院という組織的な医療提供体制を総合的に評価する重要な報酬項目として2000年に創設されました。なかでも、高度な医療や救急医療を提供し、手術件数も多い病院を対象とした「7対1入院基本料（患者7人に対して看護師1人以上を配置している手厚い看護体制に応じた診療報酬）」はその代表的な例ですが、2006年にこの区分が設定されて以降、その本体部分は長年にわたり実質的に据え置かれてきました。たしかに、2012年度には栄養管理実施加算および褥瘡患者管理加算の包括化に伴い11点、2014年度には消費税率の引き上げ（5%から8%）に対応して25点、さらに2020年度には消費税率の再引き上げ（8%から10%）に伴い59点の増加がありました。しかし、これらはいずれも個別加算の包括化や消費税対応といった制度的・財政的要因によるものであり、入院基本料本体の評価が純粋に改善されたとは言えません。加えて、2024年度の診療報酬改定においても、人件費の改善に限定された引き上げにとどまり、入院基本料本体に対する根本的な評価の見直しには至っていないのが実情です。このように入院基本料本体に対する評価の見直しが必要とされる現状の限定的な対応では、病院が直面する経費の増加を十分に賄うことはできず、経営の改善には繋がりませんでした。このことは、当会を含む三病院団体が実施した病院経営定期調査の結果からも明らかです。

現行の入院基本料水準では、医療職の確保・教育・処遇改善、さらには施設・設備・医療機器の維持更新等に必要な財源が確保できず、地域における持続可能な医療提供体制の維持が困難となっています。

一方、診療報酬制度は年々複雑化し、加算取得のための厳格な配置基準や文書作成義務が現場に過重な負担をもたらしています。こうした状況を踏まえ、制度の簡素化と、病院医療の実態と役割を的確に評価する報酬体系への見直しが急務です。

また、診療報酬は公定価格である以上、他の公共料金と同様、安定的な医療提供の維持という観点から必要な改定が行われるべきです。例えば、2024年10月には郵便はがきが「今後とも、郵便サービスの安定的な提供を維持していくため」として34.9%の値上げが行われているように、公定価格である入院基本料も他の公共料金と同様の引上げが必要です。

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

3. 休日夜間も「とりあえず診てくれる」病院が必要です

医療法で規定される「かかりつけ医機能」は、「主治医」や「かかりつけの医師」との混同もあり、国民や医療者の理解が十分でないと考えられます。

医療法では「かかりつけ医機能」を、発熱・腹痛・嘔吐・下痢・頭痛・腰痛・呼吸困難などの症状に対して、「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と位置付けていますが、国民の多くは、こうした症状に対して「とりあえず診てくれる」医療機関を休日・夜間を含めて必要としています。

このような背景から、「かかりつけ医機能」を有する医療機関を制度上明確にし、その役割と必要性について国民や医療関係者の理解が深まるよう取り組むことが重要です。あわせて、かかりつけ医機能を発揮しつつ、地域で高齢者医療のニーズが増すなかで入院医療を担う病院の重要性にも、国民の理解が得られるよう国が取り組むことを要望します。

4. 地域において「まず診る」役割を担う総合的な医師＝総合医が不足しており、医師偏在対策としても病院での総合診療機能の強化が求められます

2024年12月に厚生労働省が策定した「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」に先立ち、当会では2024年11月に、医師偏在対策として、医師個人の意思を尊重した自発的な仕組みの重要性を訴えました。特に、医師を重要インフラである“人財”と捉え、税制上の優遇措置や多様な働き方の推進など、医師が魅力を感じられる施策が求められます。

2040年には85歳以上人口の増加と生産年齢人口の減少が見込まれ、多くの構想区域で手術件数が減少することが予測されています。このような将来像に対応するためには、特定の診療領域に偏らず、高齢者の多様な疾患に総合的に対応できる「総合医」の存在が必要不可欠です。

当会では複数の病院団体と連携し、病院において総合的な診療を担う医師の養成を進めています。こうした医師が交代しながら24時間365日体制で勤務することによって、「とりあえず診てくれる」医療の提供が可能となり、かかりつけ医機能の充実や医師偏在の解消につながります。これらの機能に対する診療報酬での評価、および総合医養成への支援を政府に対して強く要望いたします。

5. 地方の生き残りや創生には“病院”の存在が不可欠です

全国に約8千の病院が存在し、約210万人の職員が就労しています。病院数の約7割が200床未満の中小病院であり、地域の医療を支える重要な基盤となっています。一方、人口減少や物価上昇、消費税負担の影響を受け、経営が困難な病院も少なくありません。こうした中で、病院は医療機関としてだけでなく、地域の重要な雇用の受け皿としても機能しており、病院収入の約半分が人件費に充てられることで、地域経済に波及効果をもたらしています。

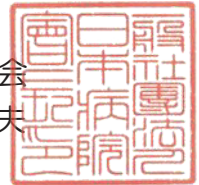
また、近年進む人口減少や働き方改革に対して、デジタルトランスフォーメーション（DX）による業務補完が求められていますが、これに対応するための設備投資や人材確保には、国の積極的な財政支援が必要です。

新しい地方経済・生活環境創生本部提言にも示されているとおり、医療は日常生活に不可欠なサービスとされています。今後の地方の生き残りや創生を進める上でも、医療の提供を担う病院の役割はますます重要となることから、その存続と機能強化のために、国による支援を強く訴えて参ります。

日病会発第45号
令和7年8月25日

厚生労働大臣 福岡 資麿 殿

一般社団法人 日本病院会
会長 相澤 孝夫



令和8年度税制改正に関する要望

標記に関して別添の通り要望いたしますので、何卒よろしくお願ひ申し上げます。

記

税制改正要望

要 望 事 項

国 税	7 項 目
地方税	2 項 目

【その他】

- ・地域医療の拠点としての役割と
税制に関する要望 1 項 目
- ・自費診療要件の緩和に関する要望 1 項 目

以 上

要望の優先順位上位 4 項目

(国税)

1. 社会保険診療報酬等に関する消費税の取扱いを軽減税率による課税取引に改めること。
2. 持分のある医療法人に対する事業承継税制を整備すること。

(地方税)

1. 社会保険診療報酬に係る事業税非課税措置を存続すること。
2. 病院不動産について、固定資産税及び都市計画税ならびに不動産取得税、登録免許税の非課税措置を整備すること。

令和8年度税制改正に関する要望事項

【国税】

1. 社会保険診療報酬等に係る消費税の非課税を見直し、軽減税率による課税取引に改めること。

《理由》

現行の消費税制度では、社会保険診療報酬等が非課税とされているため、医療機関が設備投資や医薬品・医療材料の仕入れ、業務委託などで支払った消費税が控除されず、全額自己負担（控除対象外消費税）となっています。この負担は、もはや個々の医療機関の努力で吸収できる水準を超えており、病院経営を深刻に圧迫しています。

診療報酬による補填も行われていますが、これはあくまで機能ごとの平均的な補填に過ぎず、各医療機関の実情に応じた完全な補填は不可能です。このままでは、設備更新や人材確保への投資が滞り、地域医療の提供体制そのものが危うくなる恐れがあります。

医療提供体制の崩壊という最悪の事態を避けるためにも、社会保険診療報酬等を軽減税率の課税対象とし、控除対象外消費税問題を税制の抜本改正によって解決していただくよう強く要望します。

2. 持分のある医療法人に対する事業承継税制を整備すること。

《理由》

中小企業の円滑な事業承継は、雇用確保や地域経済活性化の観点から極めて重要であるとの認識のもと、非上場株式等に係る納税猶予・免除制度が設けられています。医療法人もまた、地域住民の生命と健康を守り、多くの職員の雇用を支える、地域に不可欠な存在です。

令和6年3月末現在、全医療法人の6割以上を占める「持分のある医療法人」において、後継者への出資持分の承継に伴う相続税・贈与税の負担が、事業継続の大きな障壁となっています。このままでは、後継者不在による廃院が各地で相次ぎ、地域医療に深刻な空白を生みかねません。

地域医療の継続性を確保するため、中小企業と同様に、持分のある医療法人についても円滑な事業承継を支援する税制（相続税・贈与税の納税猶予・免除制度）を早急に創設していただくよう要望します。

3. 認定医療法人に係る相続税・贈与税の納税猶予等の特例措置について、認定医療法人が期限内に移行手続きが完了できなかった場合に再認定が受けられるようにすること。

《理由》

出資者が予期せぬ事態に陥り、期限内に持分放棄の意思決定ができないなど、認定医療法人が

やむを得ない理由で持分のない医療法人へ移行できないケースが想定されます。しかし、現行制度では一度期限を過ぎると再認定が受けられず、このリスクが制度活用の大きな足かせとなっています。

持分のない医療法人への移行は、医療の非営利性を徹底し、より公益性の高い医療提供体制を構築するという国の政策にも合致するものです。移行を希望する法人が安心して制度を活用できるよう、たとえ期限内に移行手続きを完了できなかった場合でも、要件を満たしていれば再度認定を受けられるよう制度を改善していただくことを要望します。

4. 医療法人の出資評価で類似業種比準方式を採用する場合の参照株価は「医療福祉」と「その他の産業」のいずれか低い方とすること。

《理由》

持分のある医療法人の出資評価において、類似業種比準方式を用いる際、業種目が画一的に「その他の産業」とされているのは、医療法人が剰余金配当を禁止されているという特殊性によるものです。しかし、その事業内容は明らかに「医療・福祉」に分類されるべきものであり、医療法人は両方の性質を併せ持つ存在と言えます。

現状の評価方法は医療法人の実態を適切に反映しておらず、合理性を欠いています。法人の持つ二面性を考慮し、「医療・福祉」と「その他の産業」のうち、いずれか株価が低い方を採用できるように評価方法を改め、より実態に即した公平な評価がなされるよう要望します。

5. 医療機関の設備投資を支援するための税制を整備すること。

《理由》

医療機関は今、地域医療構想の推進、新興感染症対策、災害への備え、そして日進月歩で高度化する医療技術への対応など、多額の設備投資を迫られています。特に医療機器や情報システムは技術革新のスピードが速く、早期の投資回収と再投資が不可欠です。

しかし、厳しい経営環境の中、質の高い医療を提供し続けるための財源確保は極めて困難な状況です。国民に必要な医療を安定的に提供し続けるため、以下の税制措置を通じて、医療機関の計画的な設備投資を強力に後押ししていただくよう要望します。

- ・病院用建物、医療機器、医療情報システム等の法定耐用年数の短縮
- ・設備投資に係る控除対象外消費税等の即時損金算入
- ・病床転換や耐震化のための改修費用の即時損金算入

6. 公的運営が担保された医療法人に対する寄附税制を整備すること。

《理由》

社会医療法人や特定医療法人は、剰余金配当の禁止、役員同族制限、解散時の財産の国等へ

の帰属などが定められ、極めて公共性の高い運営が担保されています。これらの法人は地域医療に不可欠な役割を担っており、その存続・発展は公益の増進に直結します。

しかし、診療報酬の抑制や消費税負担など経営環境は厳しく、運営財源の多様化が急務です。現状では、これらの法人への寄附に対する税制上の優遇措置がなく、善意の寄附が集まりにくい構造になっています。

地域医療を支える公的医療法人の経営基盤を強化するため、これらの法人を特定公益増進法人に位置づけ、個人・法人からの寄附が税制上の優遇措置（寄附金控除、損金算入）の対象となるよう、また、不動産の寄附に係る「みなし譲渡所得課税」が原則非課税となるよう、制度を整備していただくことを強く要望します。

7. 医療費控除の制度を拡充すること。

《理由》

国民皆保険制度を持続可能なものとするためには、国民一人ひとりが自らの健康維持に努め、疾病の重症化を予防する取り組みが不可欠です。しかし現行の医療費控除は、年間10万円という下限設定があり、また、病気の治療に至らない限り健康診断の費用は対象外となるなど、予防医療や早期発見へのインセンティブとして十分に機能しているとは言えません。

国民の健康意識を高め、将来の医療費増大を抑制するため、以下の制度拡充を要望します。

- ・10万円の下限を撤廃し、少額の医療費でも控除を受けられるようにする。
- ・セルフメディケーション税制を医療費控除に統合し、制度を簡素化する。
- ・病気の発見有無にかかわらず、健康診断や人間ドックの費用を控除対象とする。
- ・全ての予防接種費用を控除対象とする。

【地方税】

1. 医療機関における社会保険診療報酬に係る事業税非課税措置を存続すること。

《理由》

社会保険診療報酬に係る事業税の非課税措置は、医師に応召義務が課され、国民皆保険制度の下で公的な役割を担う医療機関の特殊性を考慮し、1952年に議員立法によって創設された歴史的経緯があります。超高齢化社会を迎え、民間医療機関が地域医療に果たす役割はますます重要になっており、この措置の創設趣旨は何ら変わるものではありません。

地域医療提供体制の根幹を揺るがすことのないよう、本非課税措置を今後も堅持していただくとともに、国公立病院と同様に地域医療の担い手であるという実態に鑑み、開設主体を問わず全ての民間医療機関が適用を受けられるよう、対象を拡充していただくことを要望します。

2. 病院運営に直接的又は間接的に必要な固定資産について、固定資産税及び都市計画税並びに不動産取得税、登録免許税の非課税措置を整備すること。

《理由》

国公立病院や社会医療法人、また特別養護老人ホーム等の福祉施設では、その公共性から事業用の不動産に対する固定資産税等が非課税とされています。一方で、それらと全く同じ機能で地域医療を支えている他の多くの民間病院には、重い固定資産税等が課されており、著しく公平性を欠く状況です。

また、医師・看護師確保のために不可欠な職員宿舍や、患者の利便性に資する駐車場も、病院運営と一体不可分であるにもかかわらず課税対象となっています。

医療法人は営利を目的としない法人であり、その事業の公共性に鑑み、開設主体に関わらず、病院の建物や土地、さらには運営に不可欠な付属施設（職員宿舍、駐車場等）を含め、固定資産税・都市計画税、不動産取得税、登録免許税の非課税措置を創設していただくよう強く要望します。

【地域医療の拠点としての役割と税制に関する要望】

1. 新興感染症の流行や災害の発生時にも、病院が地域医療の重要な拠点としての役割を十分に果たせるよう、優遇措置を講じること。

《理由》

近年の新興感染症のパンデミックや頻発する大規模災害において、病院が地域住民の生命を守る最後の砦となることが改めて浮き彫りになりました。多くの医療機関は、都道府県との協定に基づき感染症対応の役割を担い、また災害拠点病院として有事に備えるなど、平時から公的な責務を果たしています。

こうした緊急時に医療機能が麻痺することのないよう、平時からその体制を維持・強化するための支援が不可欠です。都道府県と感染症対応の協定を締結している病院や、災害救助法が適用された地域に所在する病院に対し、以下のような時限的ではない恒久的な税制優遇措置を早急に整備し、地域における医療提供体制の強靱化を図っていただくよう要望します。

- ・当該法人への寄附に対する税制優遇（寄附金控除・損金算入）
- ・欠損金の繰越控除期間の無期限化と繰戻し還付の拡充
- ・感染症・災害対応に関する補助金や保険金の益金不算入

【自費診療要件の緩和に関する要望】

1. 社会医療法人等において自費診療の請求金額を自由に設定できるよう改めること。

《理由》


近年の急激な物価高騰は、建築費、人件費、医薬品・材料費など、病院運営に関わるあらゆるコストを押し上げています。しかし、収入の柱である社会保険診療報酬は抑制されており、保険診療だけでは支出を賄いきれないという構造的な問題に直面しています。

このような状況下で病院が存続していくためには、保険診療以外の収入を確保する自助努力が不可欠です。しかし、社会医療法人や認定医療法人等は、税制優遇の要件として、自由診療の価格を社会保険診療報酬と同基準に設定することが義務付けられています。これにより、例えば訪日外国人への診療などで、かえって赤字を生むという矛盾した事態が発生しています。

これらの法人には既に収入の8割以上を社会保険診療等とする「収入要件」が課されており、公的な性格は十分に担保されています。医療機関の経営努力を不当に阻害する自費診療の価格設定要件を撤廃し、各法人が実情に応じて柔軟な価格設定を行えるよう、制度を改めていただくことを強く要望します。

2025年11月6日

厚生労働大臣
上野賢一郎様

一般社団法人日本病院会
会長 相澤孝夫 
独立行政法人国立病院機構
理事長 新木一弘
独立行政法人労働者健康安全機構
理事長 大西洋英
独立行政法人地域医療機能推進機構
理事長 山本修一
公益社団法人全国自治体病院協議会
会長 望月泉
日本赤十字社
医療事業部長 渡部洋一
社会福祉法人恩賜財団済生会
理事長 炭谷茂
全国厚生農業協同組合連合会
代表理事会長 長谷川浩敏

「2025年度の日本病院会の取組」 に関する具体的な要望

全国多くの病院が直面する問題点の改善と国民に適切な病院医療を安定的に提供するための具体的な要望書を別紙のとおり取りまとめたので提出いたします。

「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で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。

○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>

○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。)

○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。

○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。

○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。

○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)

○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。

○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に設定し、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
休日を含めたりハ対応	○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乘せ）

・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みを要望

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、制度の抜本の見直しが必要です。そこで、下記のとおり要望いたします。

○補助単価：1床あたり3,000万円を国基準として設定

○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

○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>

○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。

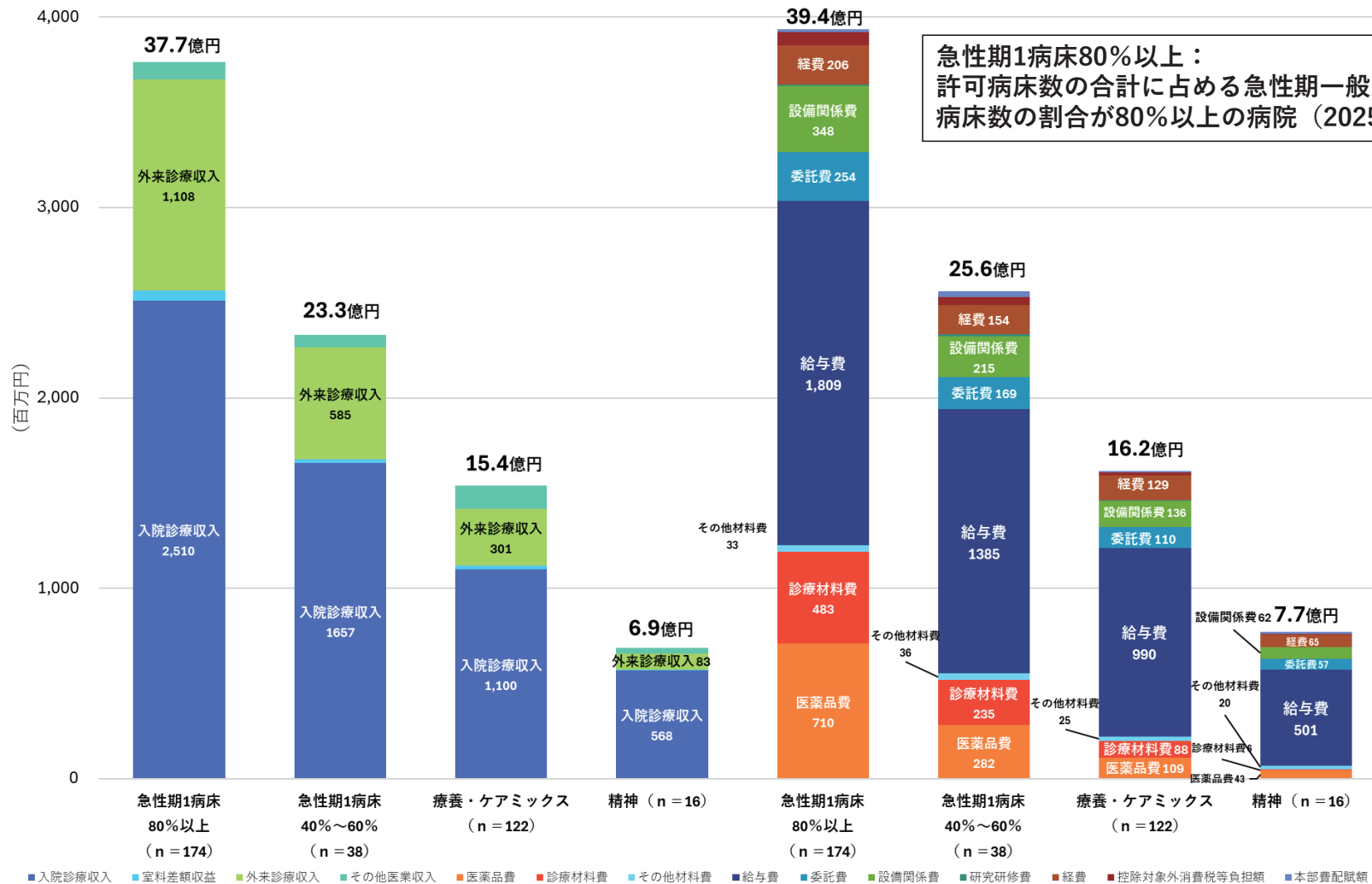
（あわせて、補助対象となる病床数の上限設定について調整を行う必要がある）

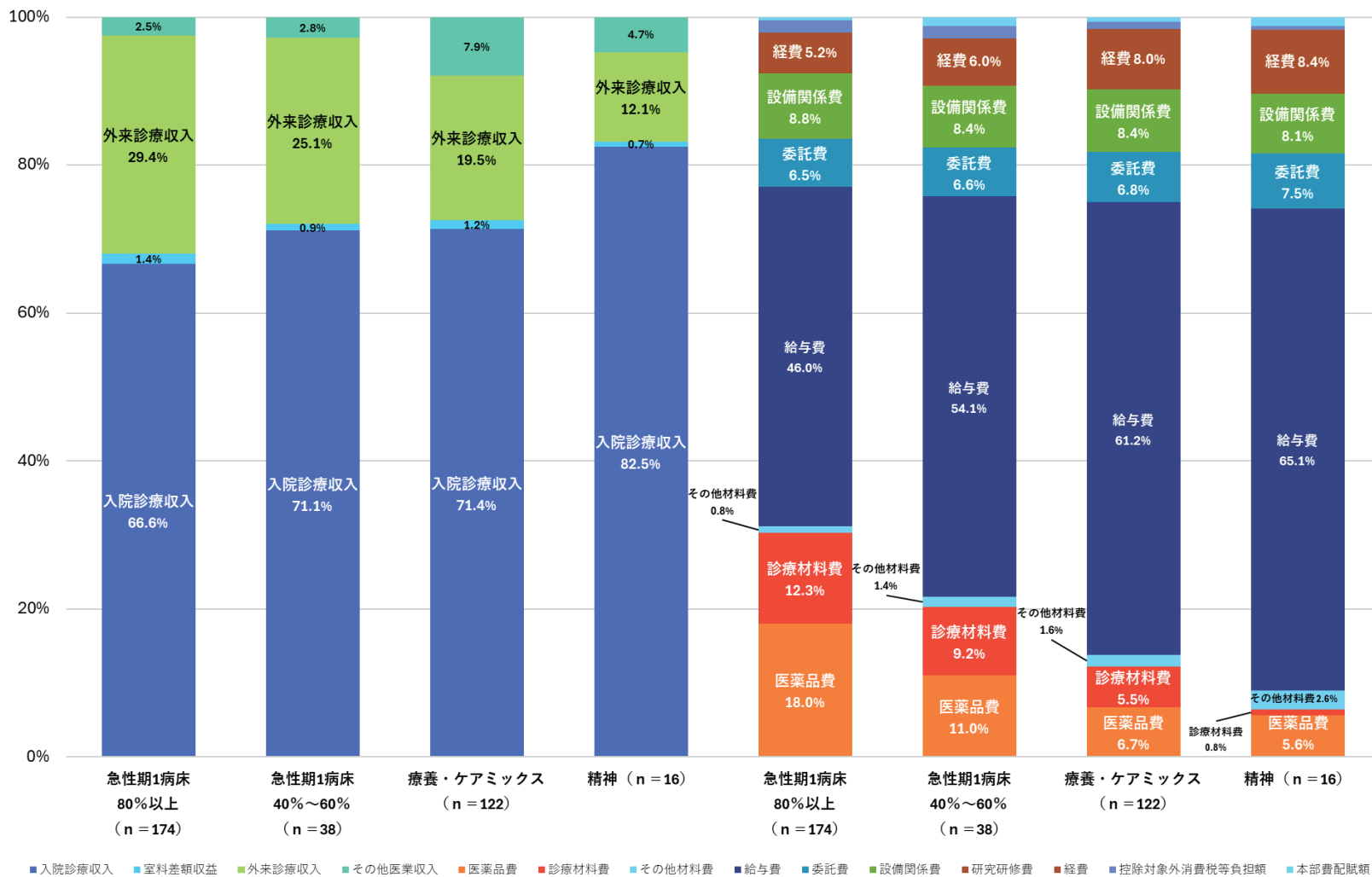
加えて、国の医療情報化推進の観点から、電子カルテの導入については補助金額自体を引き上げること、また補助の対象を保守（いわゆるランニングコスト）まで拡大すること、特にクラウドサービスを利用する場合には利用料の50%を補助することを要望いたします。建替・更新と同時に情報基盤を整備することで、地域医療の持続性と質の向上を図ることが可能となります。

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。

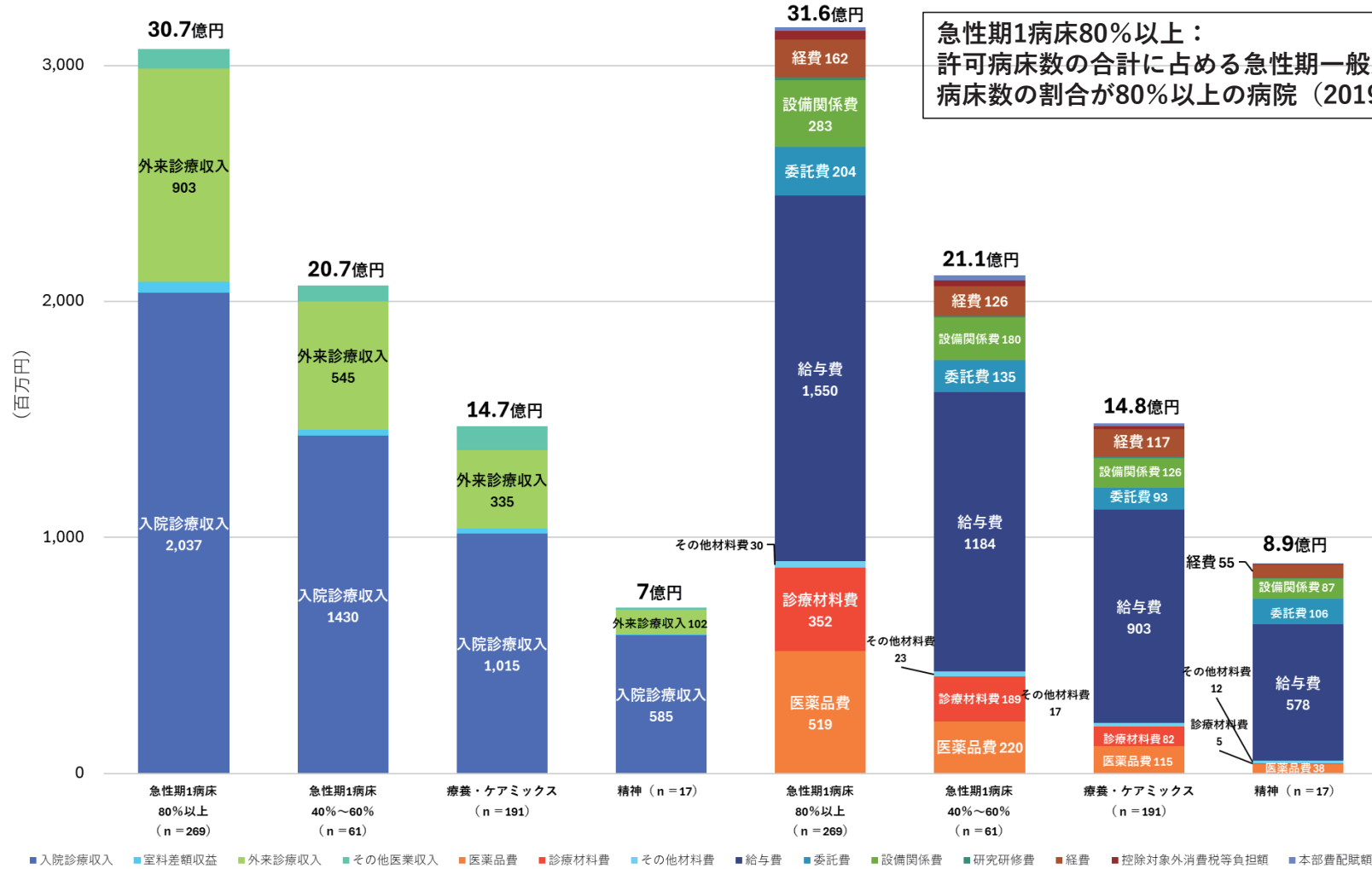
以上

【日病会員回答データ抽出】費用構成割合について
(2019年度病院経営定期調査および2025年度病院経営定期調査 中間報告より
日本病院会にて追加集計)

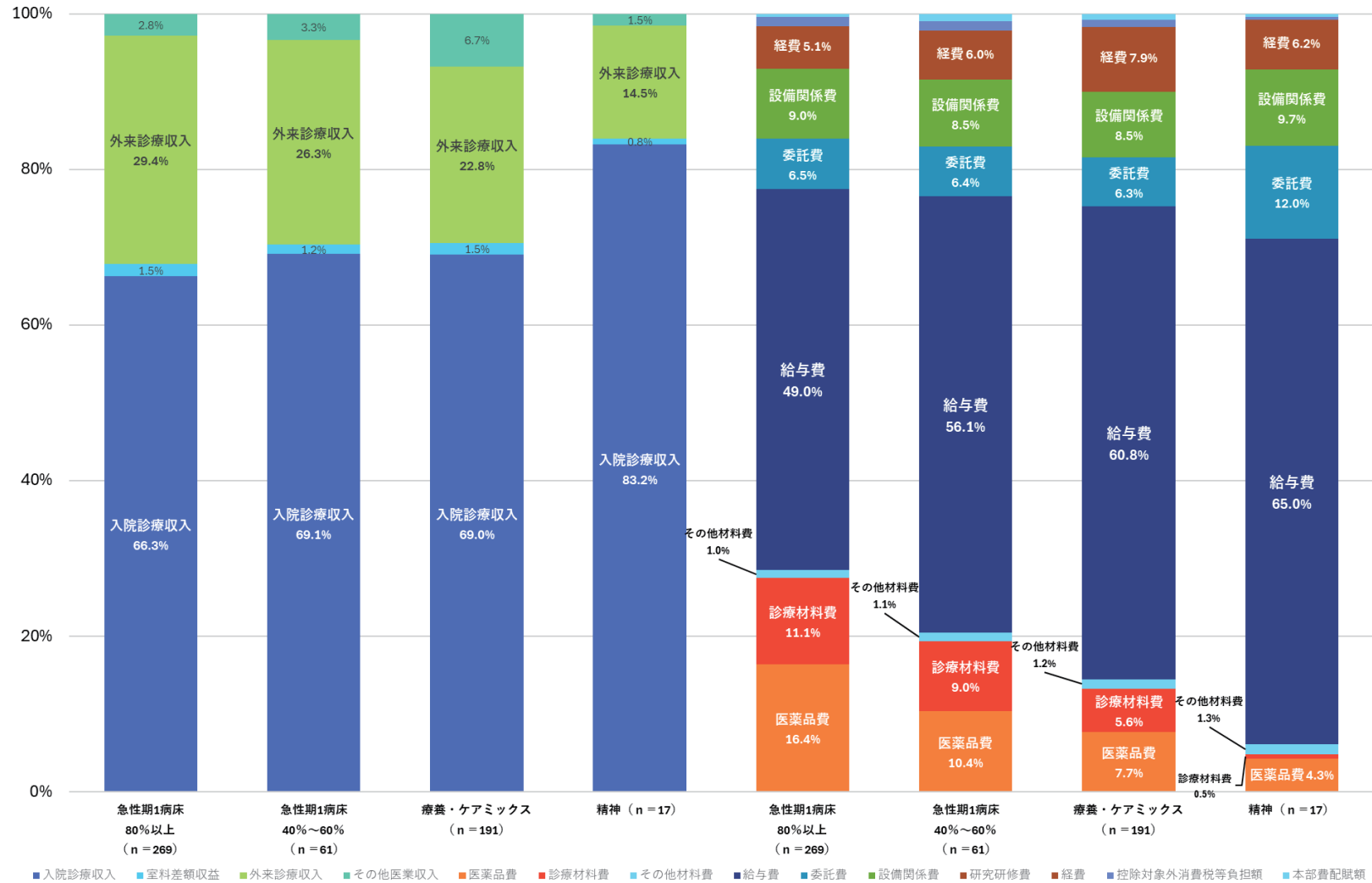




【日病会員 急性期1・療養ケアミックス・精神】
 2018年度の100床あたりの医業収益・医業費用の内訳（金額）（2019年度病院経営定期調査より）

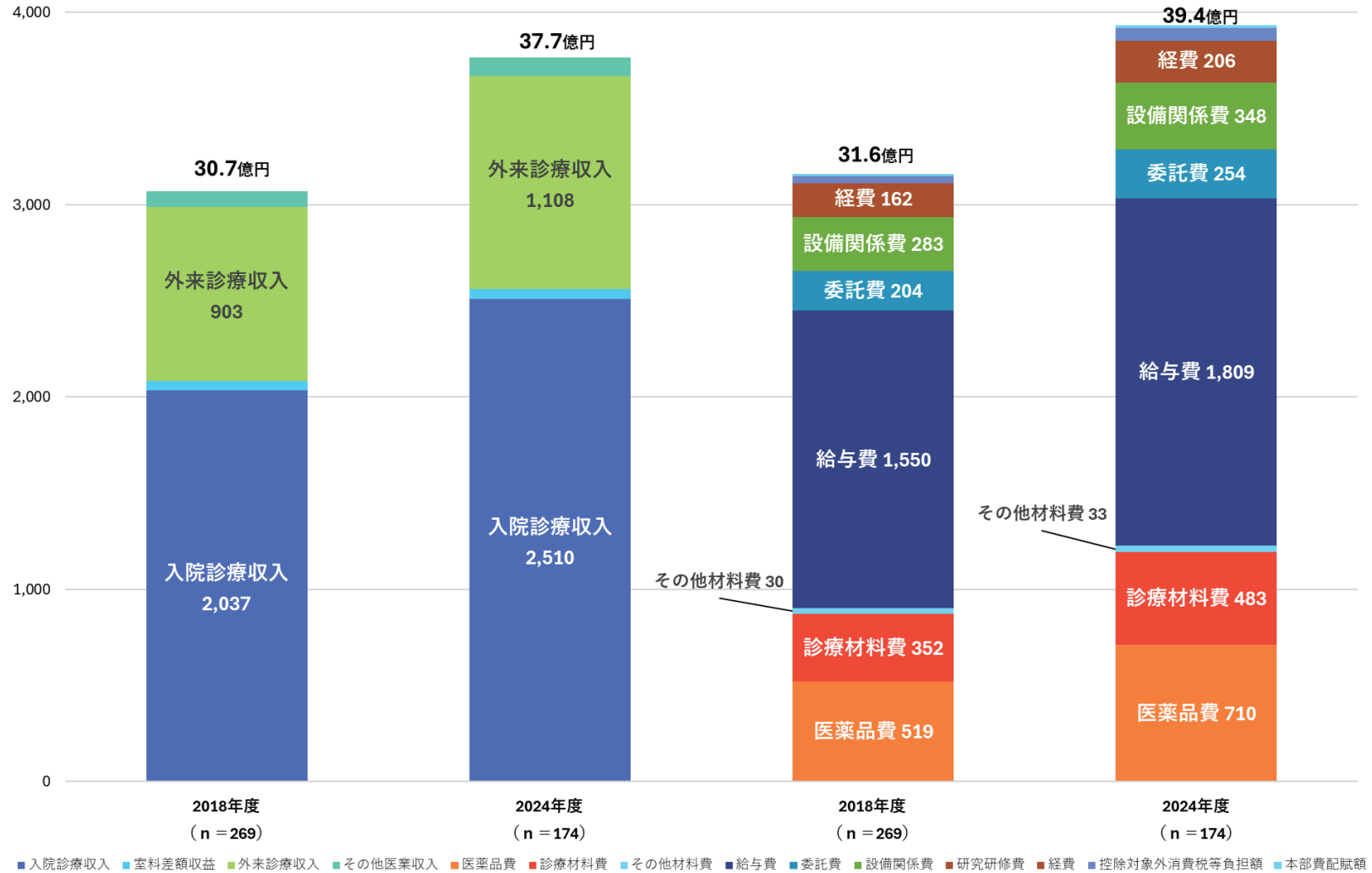


【日病会員 急性期1・療養ケアミックス・精神】
 2018年度の100床あたりの医業収益・医業費用の内訳（割合）（2019年度病院経営定期調査より）



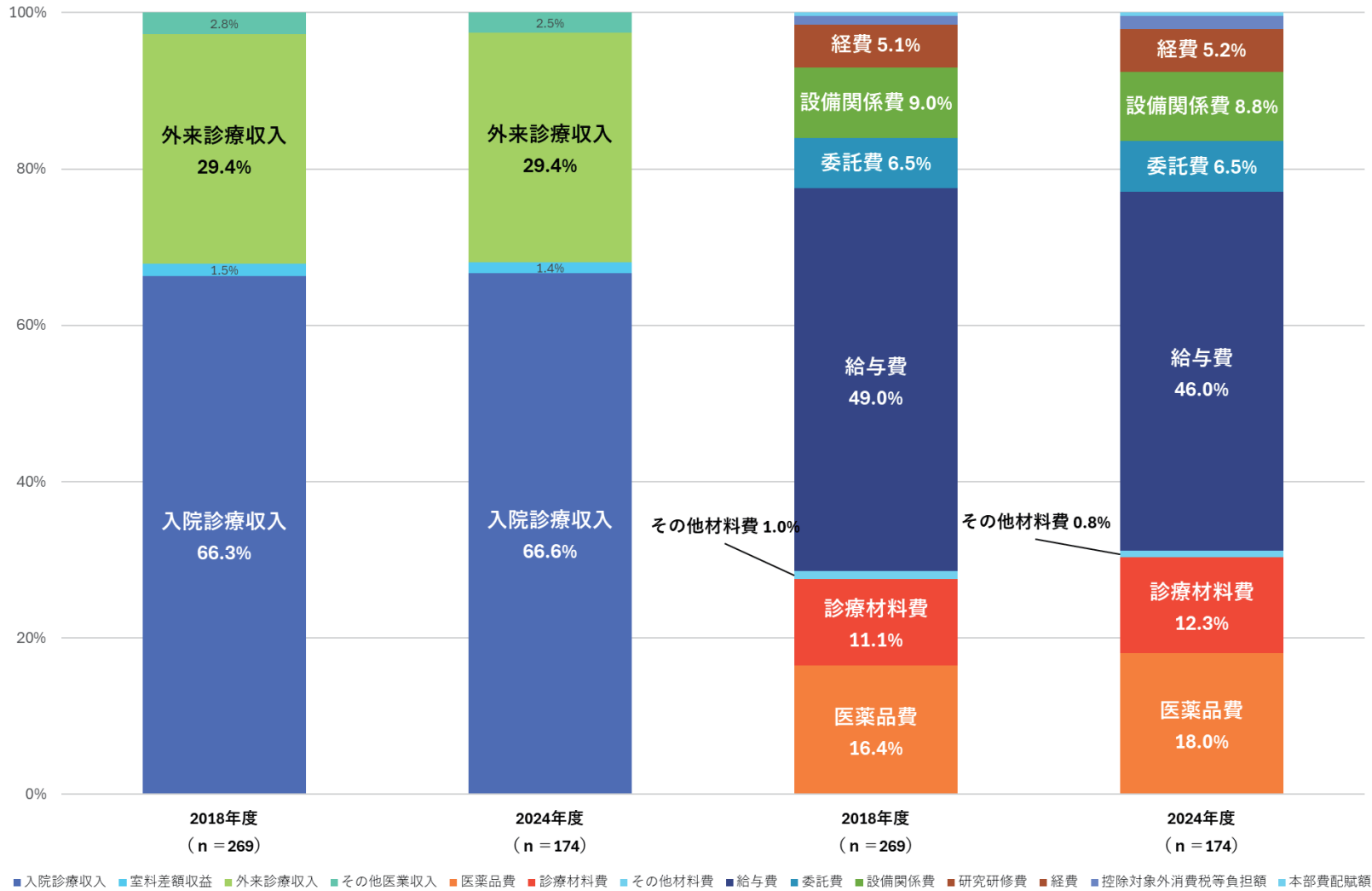
【日病会員 急性期1病床80%以上 年度比較】

2018年度・2024年度の100床あたりの医業収益・医業費用の内訳（金額）（2019年度病院経営定期調査および2025年度病院経営定期調査 中間報告より）



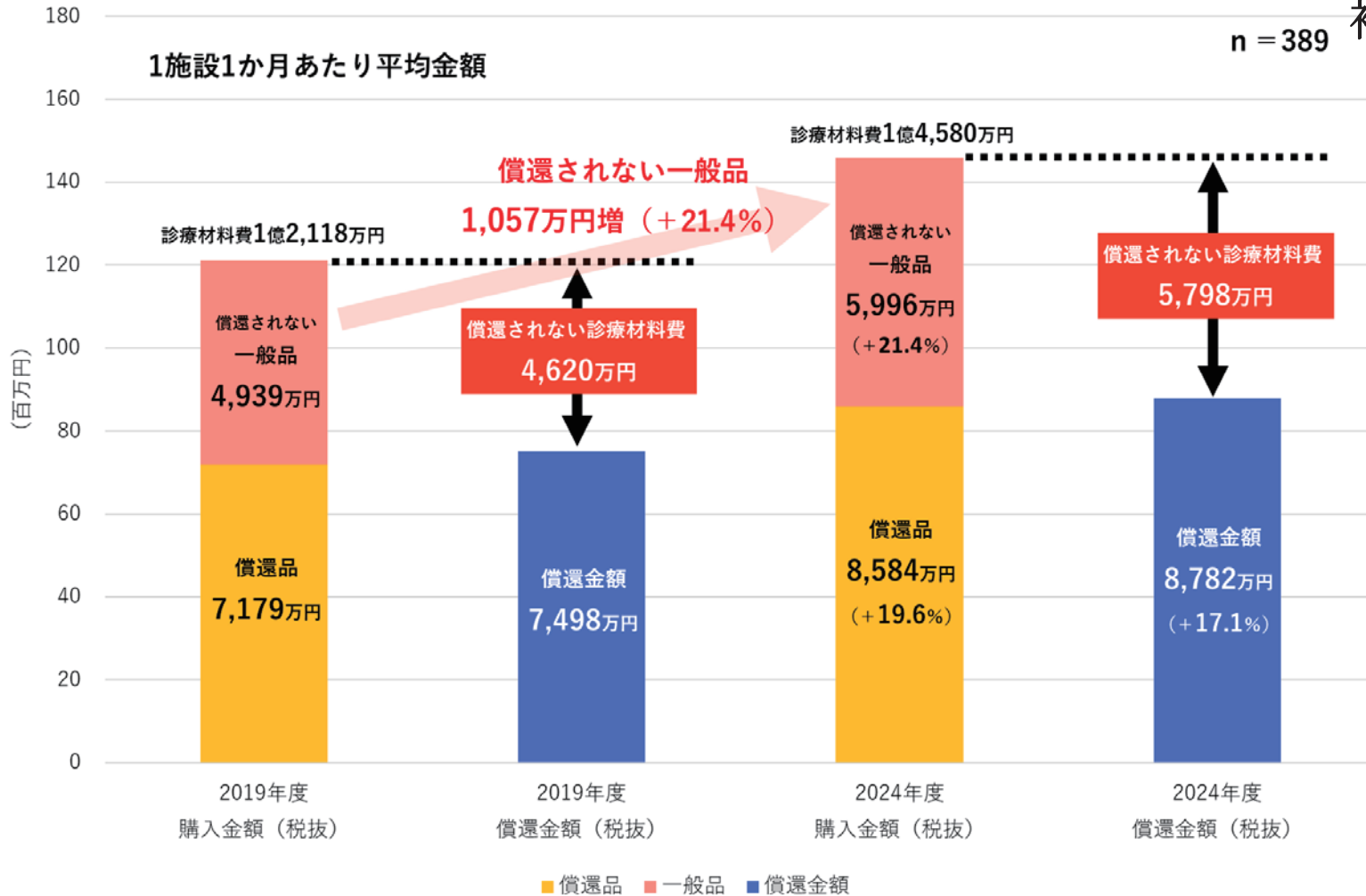
【日病会員 急性期1病床80%以上 年度比較】

2018年度・2024年度の100床あたりの医業収益・医業費用の内訳（割合）（2019年度病院経営定期調査および2025年度病院経営定期調査 中間報告より）

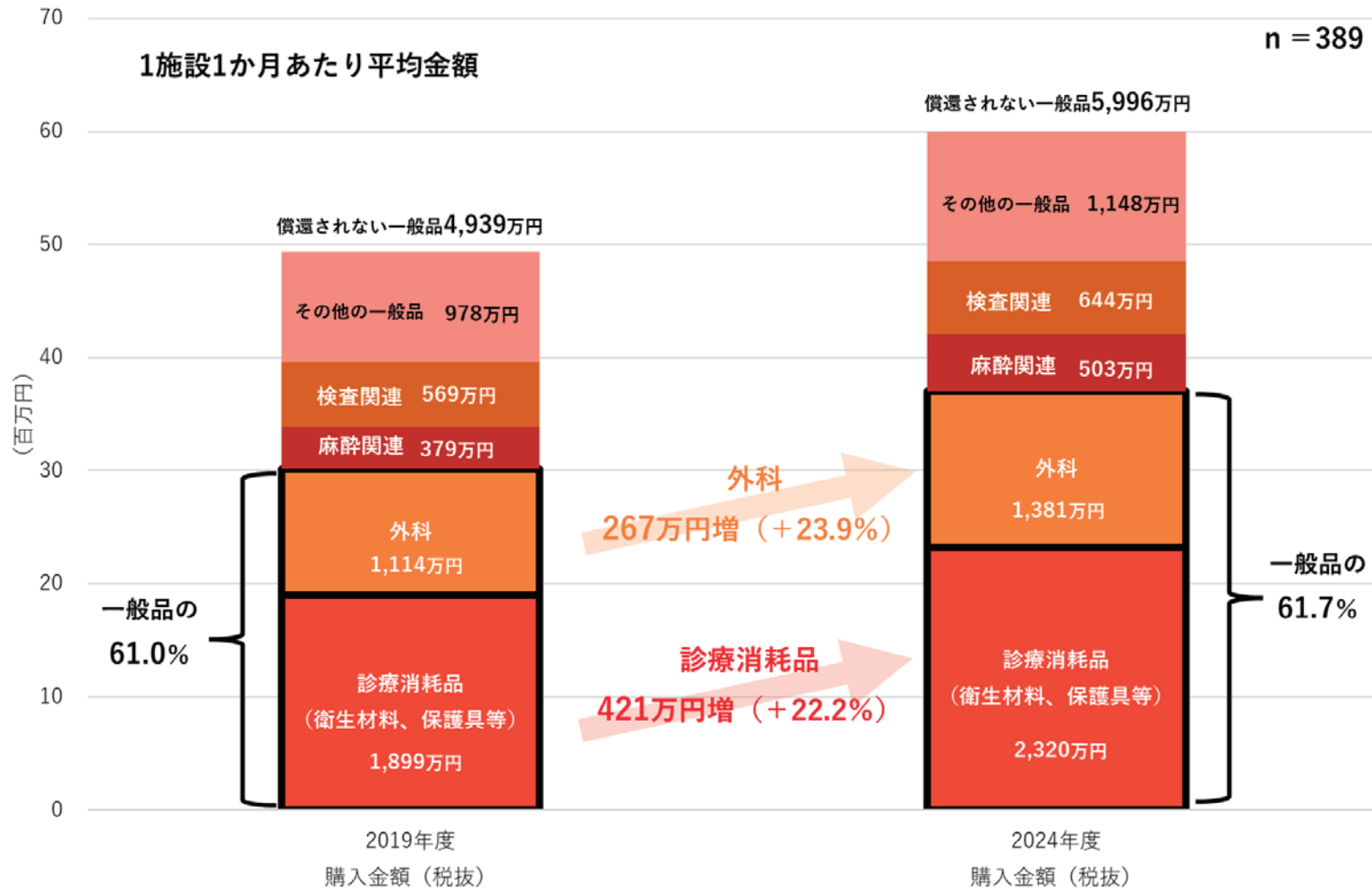


■ 診療材料__7対1病院__1施設1か月あたり平均金額（施設数：389）

補足資料②

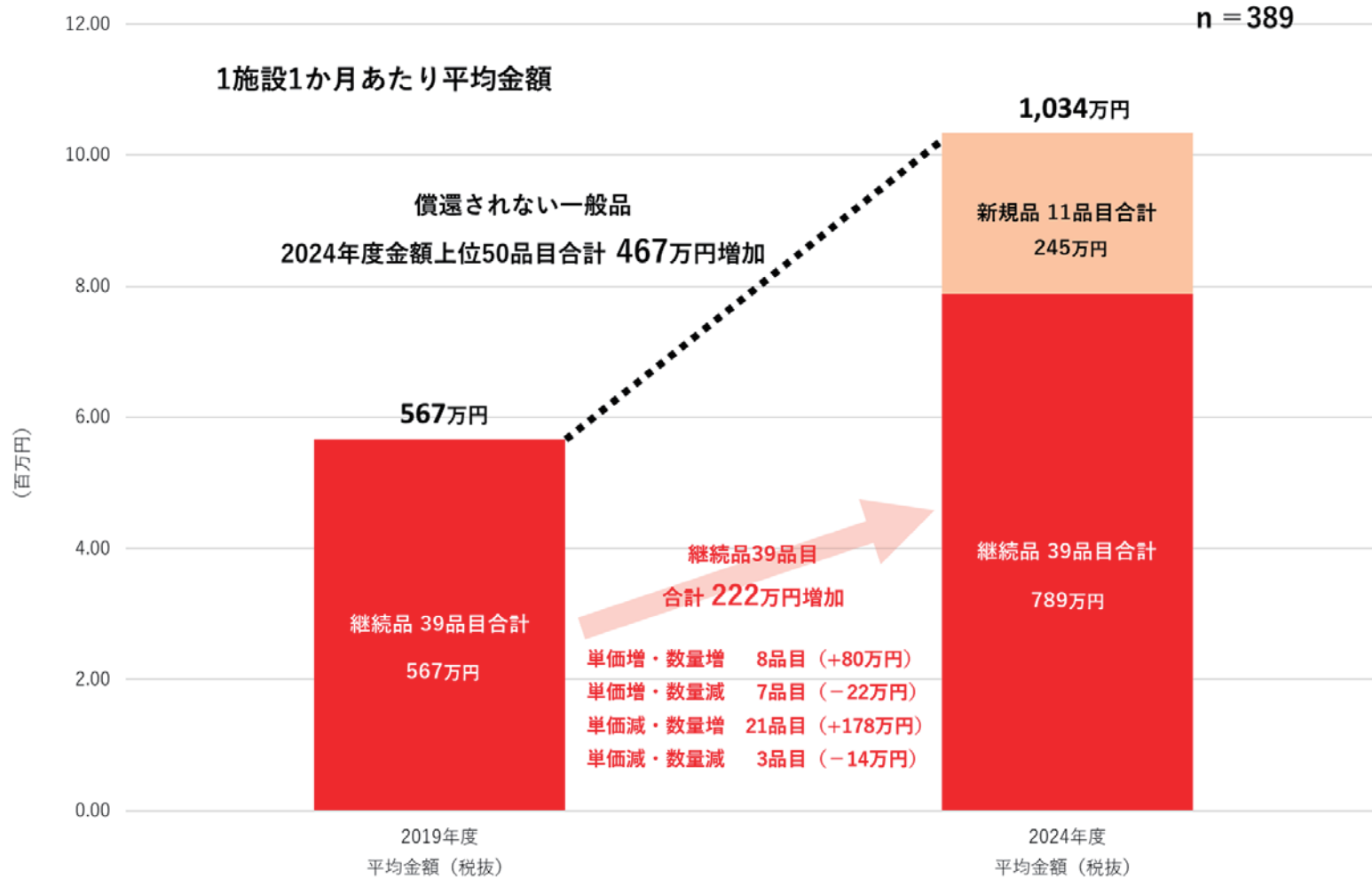


株式会社 エム・アール・ピー資料をもとに日本病院会が作成



株式会社 エム・アール・ピー資料をもとに日本病院会が作成

■償還されない一般品_7対1病院_1施設1か月あたり平均金額（施設数：389）
2024年度金額上位50品目



株式会社 エム・アール・ピー資料をもとに日本病院会が作成

■償還されない一般品_7対1病院_2019年度～2024年度1施設1か月あたり増減（施設数：389）
2024年度金額上位50品目（継続品39品目、新規品11品目）一覧

（1施設・1か月あたり平均）2019年度～2024年度

販売元名	商品名	分類		2019年度 平均金額[円]	2024年度 平均金額[円]	金額増減[円]	単価増減[円]	数量増減
インテュイティブサージカル	da Vinci モノポーラカーブドシザーズ Xi	外科	切開関連	99,243	374,885	+275,642	-87,797	0.9
インテュイティブサージカル	da Vinci ベッセルシーラーエクステンド	外科	電気メス・関連品	55,573	323,687	+268,114	-4,032	3.3
インテュイティブサージカル	da Vinci ドレープ	外科	切開関連	71,278	320,061	+248,783	69	35.1
インテュイティブサージカル	da Vinci ステープラー 45 リロード	外科	その他(内視鏡下手術関連)	704	230,240	+229,535	-2,353	8.2
ジョンソン・エンド・ジョンソン	ECHELON CIRCULAR パワードステイプラー	外科	自動吻合器	706	167,330	+166,625	-769	2.3
センチュリーメディカル	Ambu aScope4 プロンコ	麻酔関連	気管支鏡	41	150,487	+150,447	-5,565	4.3
日本光電工業	ディスポオキシプロープ	麻酔関連	プローブ	827	145,406	+144,579	-362	37.3
コヴィディエンジャパン	LigaSure Exact	外科	電気メス・関連品	145,873	264,232	+118,359	1,522	1.6
ジョンソン・エンド・ジョンソン	GSTリロード	外科	自動縫合器	436,203	544,213	+108,010	412	4.3
カーディナルヘルス	Kendall SCD Comfort Sleeve	共通・その他	圧式マッサージ器	170,393	274,683	+104,290	-211	40.1
ASP Japan	STERRAD 100NX用過酸化水素カセット	共通・その他	その他(滅菌(中材)関連)	1,238	105,178	+103,940	2,768	6.4
インテュイティブサージカル	da Vinci TIP-UP フェネストレイテッド Xi	外科	切開関連	19,139	110,343	+91,204	-36,057	0.4
エム・シー・メディカル	オプティカルエアシールドロカー	外科	その他(内視鏡下手術関連)	44,151	126,459	+82,308	2,030	4.9
オリンパスマーケティング	SONICBEAT	外科	切開関連	78,184	151,363	+73,180	-1,684	2.2
エム・シー・メディカル	トライルーマン フィルターチューブセット	外科	その他(内視鏡下手術関連)	43,846	111,015	+67,169	1,870	4.5
ソルベンタム	マスクにくっつくアイガード	共通・その他	その他(診察処置関連)	38,289	100,118	+61,828	-1	1,421.5
コヴィディエンジャパン	SIGNIAパワーシェル	外科	縫合関連	100,495	151,575	+51,081	-147	3.3
テレフレックスメディカルジャパン	Hem-o-lok クリップ	外科	クリップ	76,830	120,457	+43,627	-140	12.0
テルモ	シュアプラグAD延長チューブ	共通・その他	輸血・輸液関連	70,002	107,034	+37,032	16	148.4
ニプロ	セーフタッチ PSVセット 翼状針	検査関連	採血血液検査(真空採血管含む)	118,778	154,128	+35,350	2	829.5
ジョンソン・エンド・ジョンソン	CARTO3専用リファレンスパッチ	検査関連	心電	162,242	189,279	+27,037	-256	0.8
メディキット	スーパーキャス 5	共通・その他	プラスチック静脈留置針	173,948	198,851	+24,903	-2	386.2
LifeScan Japan	ワンタッチベリオセンサー	検査関連	その他(採血用器材関連)	125,892	146,343	+20,452	-230	38.5
Applied Medical Japan	Kii パループラントチップシステム	外科	その他(内視鏡下手術関連)	152,806	171,290	+18,484	-235	2.5
マシモジャパン	RD SET 粘着式センサ	麻酔関連	センサ	136,325	152,683	+16,358	-99	6.4
ジョンソン・エンド・ジョンソン	PDSプラス	共通・その他	縫合糸(針付)	97,004	112,447	+15,443	-17	3.4

株式会社エム・アール・ピー資料をもとに日本病院会が作成

■償還されない一般品_7対1病院_2019年度～2024年度1施設1か月あたり増減（施設数：389）
2024年度金額上位50品目（継続品39品目、新規品11品目）一覧

（1施設・1か月あたり平均）2019年度～2024年度

販売元名	商品名	分類		2019年度 平均金額[円]	2024年度 平均金額[円]	金額増減[円]	単価増減[円]	数量増減
日本光電工業	BIS クワトロセンサ	検査関連	脳波	163,580	167,921	+4,340	-123	4.8
リヴァノヴァ	ウォッシュセット	共通・その他	輸血・輸液関連	131,747	131,838	+91	-654	0.1
ジョンソン・エンド・ジョンソン	GSTリロード	外科	自動縫合器	141,071	136,693	-4,378	460	-0.3
コヴィディエンジャパン	ネルコアオキシセンサIII N-25	麻酔関連	センサ	214,295	209,087	-5,208	-196	3.3
ジョンソン・エンド・ジョンソン	バイクリル プラス	共通・その他	縫合糸(針付)	115,279	102,907	-12,372	55	-4.8
オリンパスマーケティング	クリップ単体 回転クリップ装置用	外科	クリップ	164,935	141,642	-23,293	-14	-25.9
コヴィディエンジャパン	エンドGIAトリステーブル	外科	その他(内視鏡下手術関連)	290,840	267,046	-23,794	356	-1.2
コヴィディエンジャパン	エンドGIAトリステーブル	外科	その他(内視鏡下手術関連)	662,466	627,475	-34,990	405	-1.8
ジョンソン・エンド・ジョンソン	Powered ECHELON FLEX7 カートリッジ	外科	自動縫合器	144,563	106,577	-37,986	475	-1.7
コヴィディエンジャパン	LigaSure Maryland 23 NC	外科	電気メス・関連品	439,721	396,360	-43,361	902	-0.8
ジョンソン・エンド・ジョンソン	エンドパス XCELブレードレストロッカー	外科	その他(内視鏡下手術関連)	151,206	99,673	-51,532	-454	-4.6
テルモ	メディセーフフィットチップ	検査関連	その他(採血用器材関連)	229,707	169,670	-60,038	-6	-716.5
コヴィディエンジャパン	LigaSure Maryland 37 NC	外科	電気メス・関連品	397,276	329,749	-67,527	820	-1.1
継続品 39品目合計				5,666,692	7,890,427	+2,223,735		
ジョンソン・エンド・ジョンソン	Harmonic 1100 シアーズ	外科	切開関連		587,509	+587,509		
日本光電工業	ディスボオキシプローブ	麻酔関連	プローブ		482,910	+482,910		
インテュイティブサージカル	da Vinci フェネストレイテッドバイポーラXi	外科	切開関連		270,871	+270,871		
インテュイティブサージカル	da Vinci ラージニードルドライバXi	外科	切開関連		182,858	+182,858		
インテュイティブサージカル	da Vinci メリーランドバイポーラ Xi	外科	切開関連		182,269	+182,269		
コヴィディエンジャパン	LigaSure XP Maryland One-Step Sealing	外科	電気メス・関連品		159,473	+159,473		
モレーンコーポレーション	グレイシアゼロ ニトリル検査用グローブ	共通・その他	ニトリル		125,660	+125,660		
アボットジャパン	FreeStyle リブレ6センサーバック60	検査関連	その他(採血用器材関連)		122,917	+122,917		
ジョンソン・エンド・ジョンソン	エンドパス Powered echelon flex3000	外科	縫合関連		117,724	+117,724		
インテュイティブサージカル	da Vinci ProGraspフォーセプス Xi	外科	切開関連		116,352	+116,352		
インテュイティブサージカル	da Vinci ユニバーサルシール	外科	その他(内視鏡下手術関連)		101,053	+101,053		
新規品 11品目合計					2,449,598	+2,449,598		

株式会社 エム・アール・ピー資料をもとに日本病院会が作成

2025年11月18日

財務大臣
片山 さつき 様

一般社団法人日本病院会
会長 相澤 孝 夫
独立行政法人国立病院機構
理事長 新木 一 弘
独立行政法人労働者健康安全機構
理事長 大西 洋 英
独立行政法人地域医療機能推進機構
理事長 山本 修 一
公益社団法人全国自治体病院協議会
会長 望 月 泉
日本赤十字社
医療事業推進部長 渡部 洋 一
社会福祉法人恩賜財団済生会
理事長 炭谷 茂
全国厚生農業協同組合連合会
代表理事会長 長谷川 浩 敏



「2025年度の日本病院会の取組」 に関する具体的な要望

全国多くの病院が直面する問題点の改善と国民に適切な病院医療を安定的に提供するための具体的な要望書を別紙のとおり取りまとめたので提出いたします。

「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で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。

○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>

○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。)

○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。

○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。

○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。

○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)

○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。

○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に設定し、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
休日を含めたりハ対応	○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乘せ）

・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みを要望

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、制度の抜本の見直しが必要です。そこで、下記のとおり要望いたします。

○補助単価：1床あたり3,000万円を国基準として設定

○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

○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>

○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。

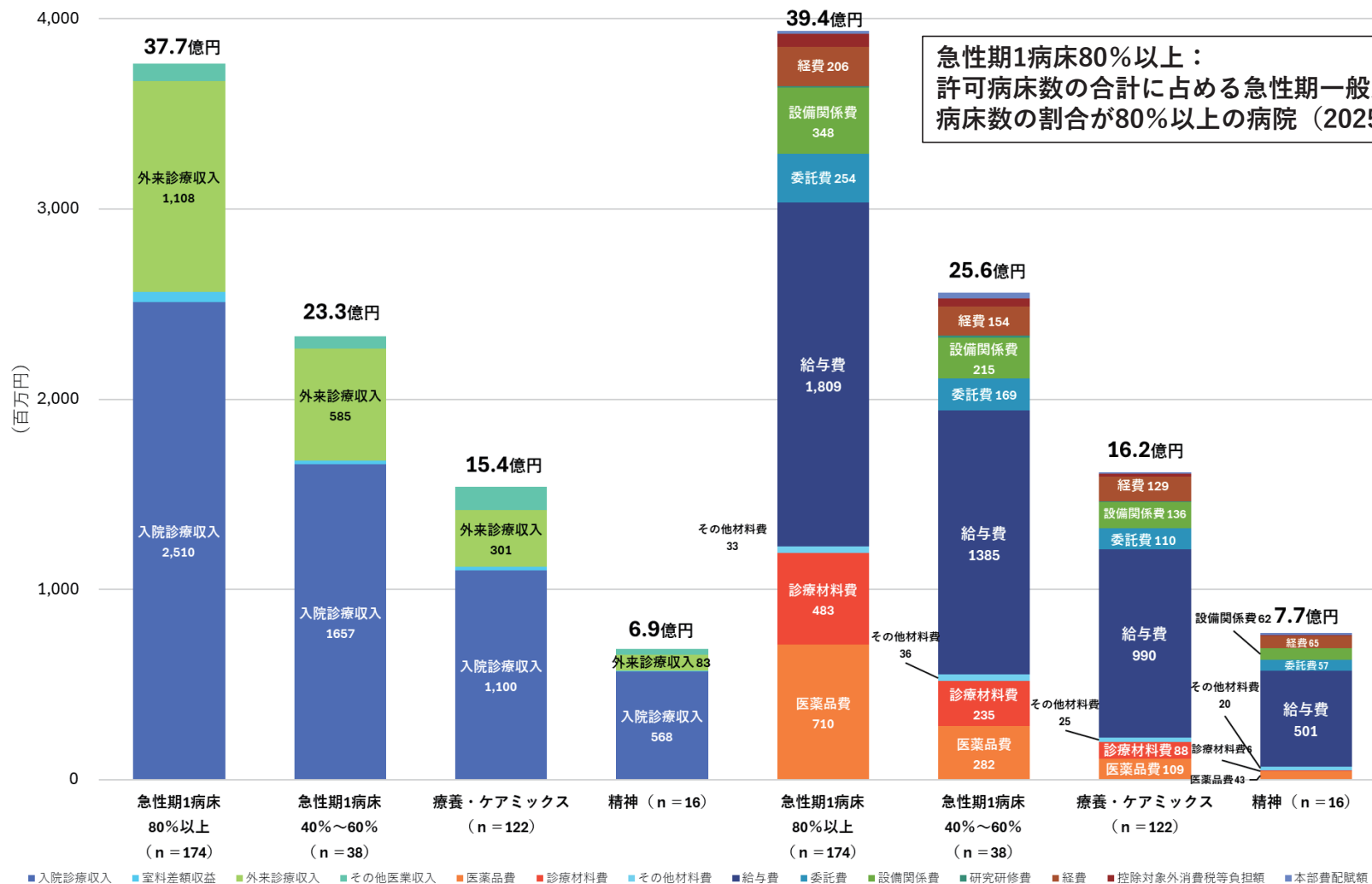
（あわせて、補助対象となる病床数の上限設定について調整を行う必要がある）

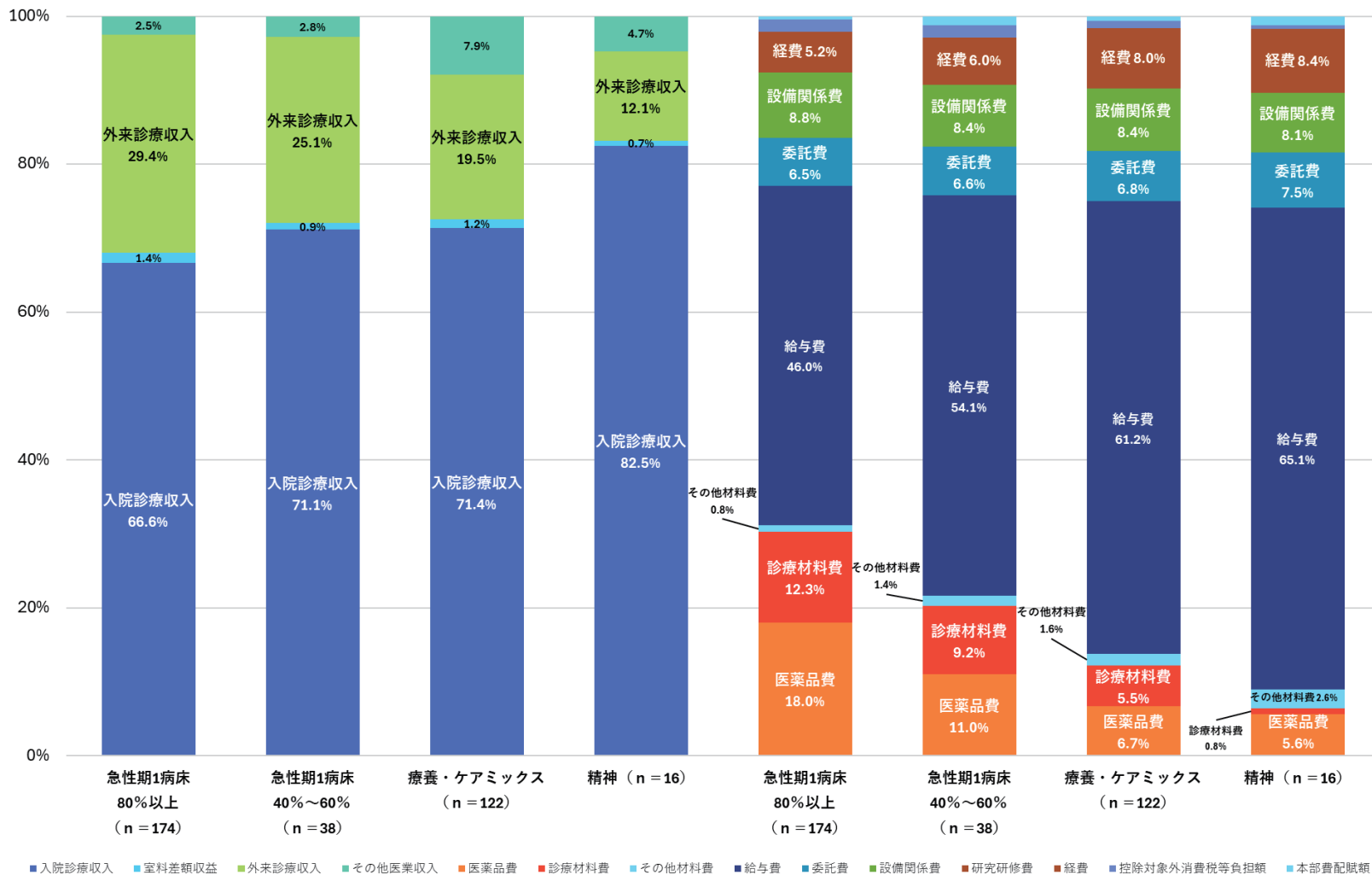
加えて、国の医療情報化推進の観点から、電子カルテの導入については補助金額自体を引き上げること、また補助の対象を保守（いわゆるランニングコスト）まで拡大すること、特にクラウドサービスを利用する場合には利用料の50%を補助することを要望いたします。建替・更新と同時に情報基盤を整備することで、地域医療の持続性と質の向上を図ることが可能となります。

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

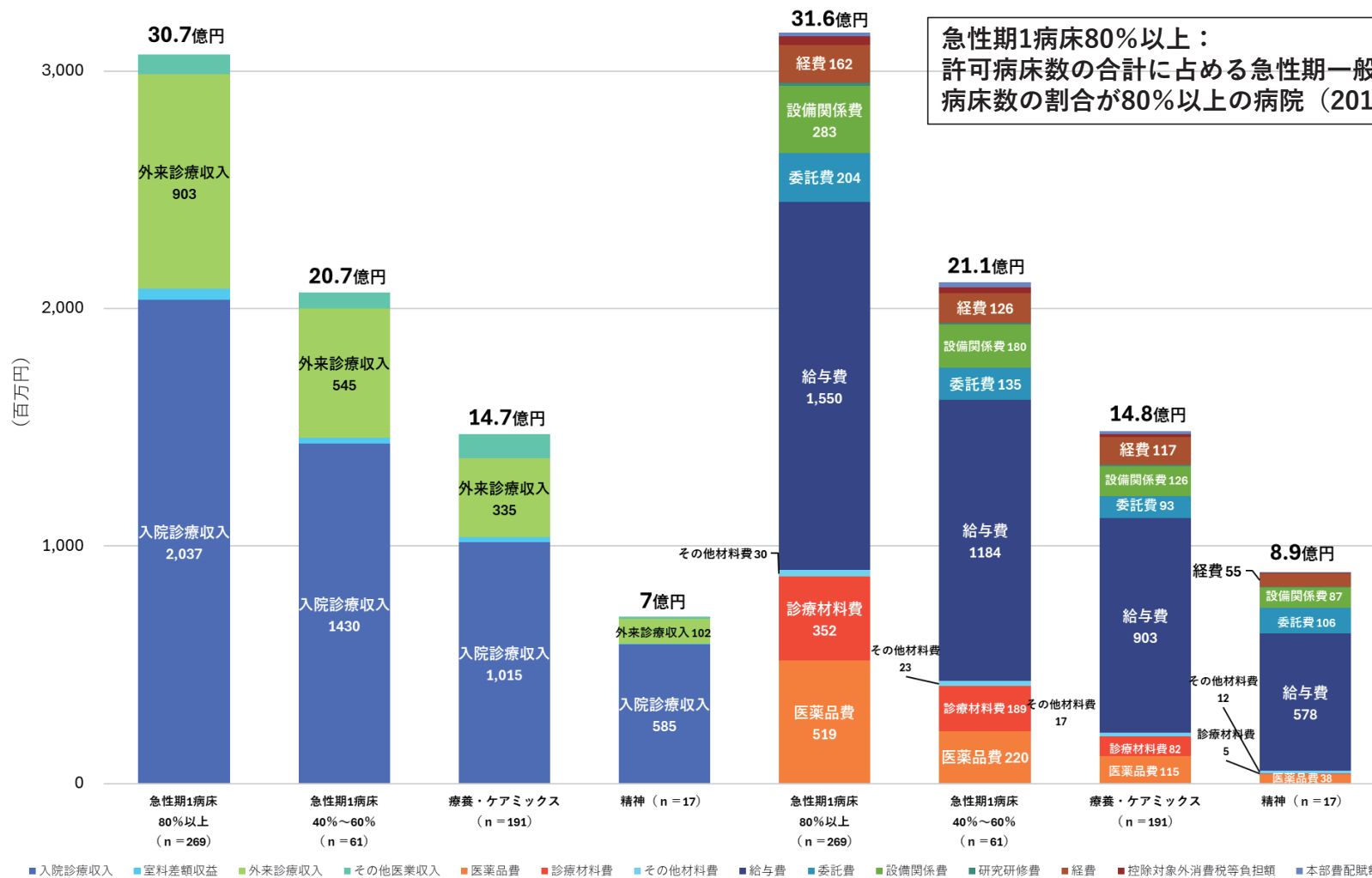
【日病会員回答データ抽出】費用構成割合について
(2019年度病院経営定期調査および2025年度病院経営定期調査 中間報告より
日本病院会にて追加集計)





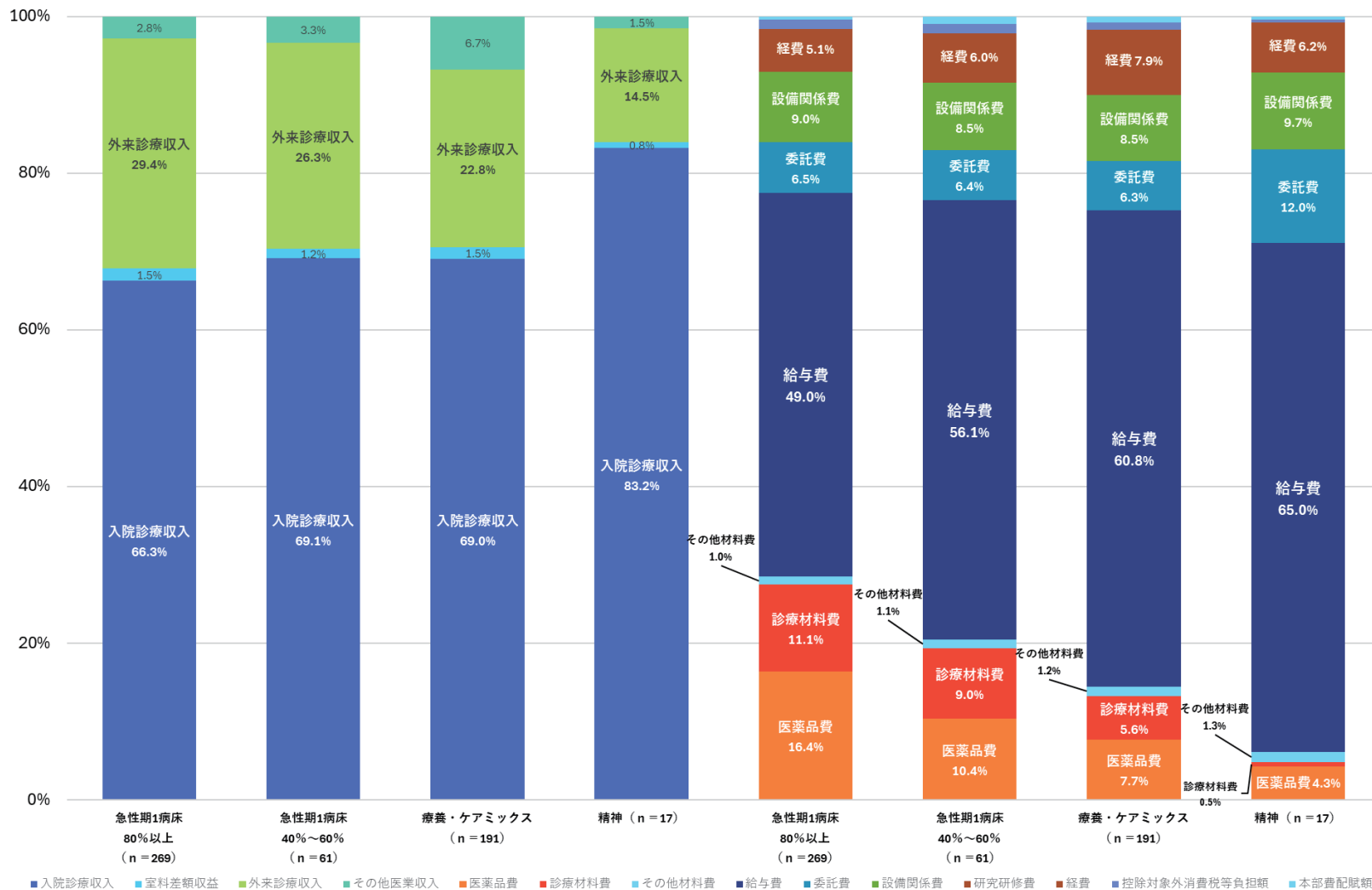
【日病会員】 急性期1・療養ケアミックス・精神

2018年度の100床あたりの医業収益・医業費用の内訳（金額）（2019年度病院経営定期調査より）



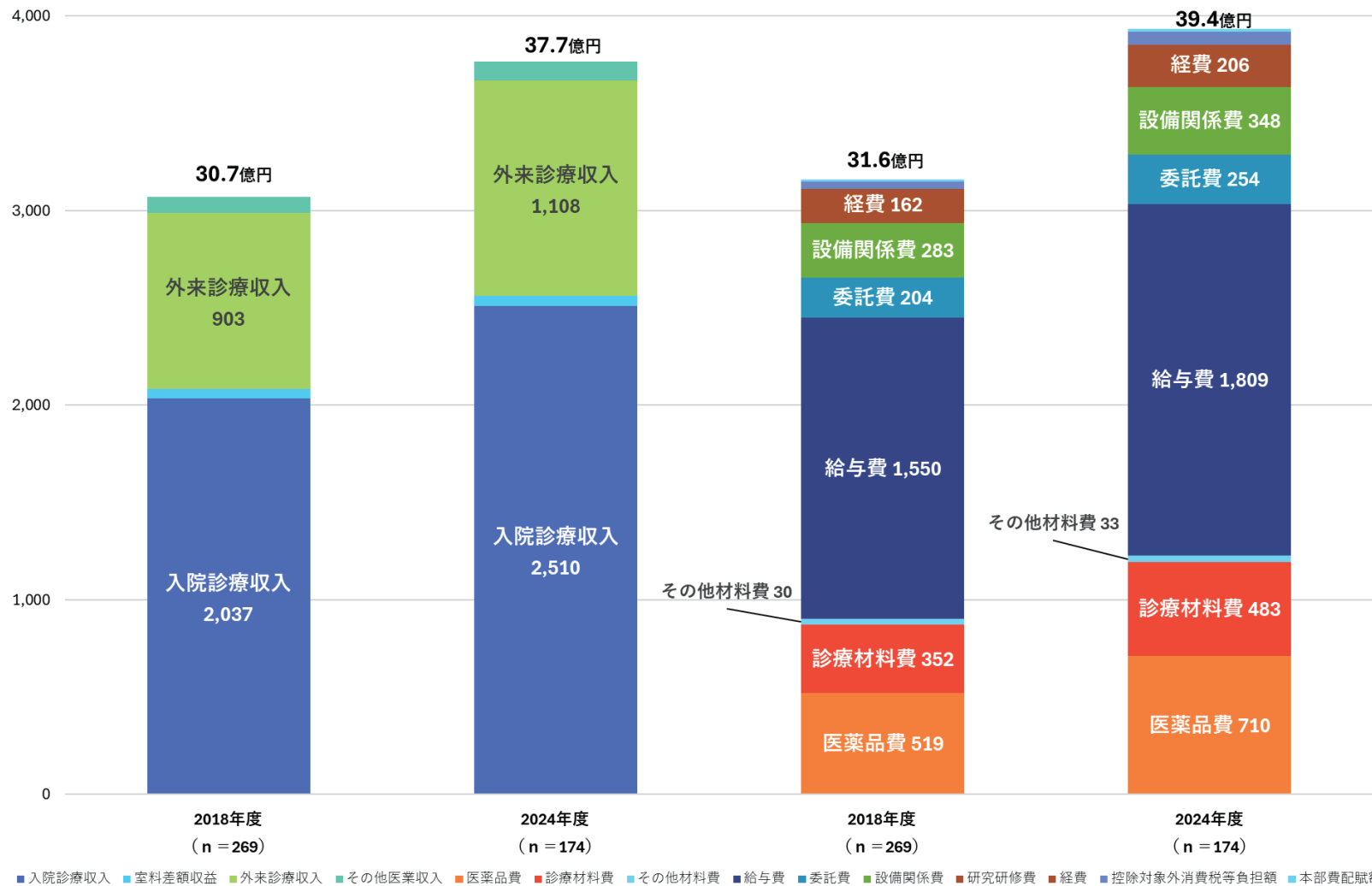
【日病会員 急性期1・療養ケアミックス・精神】

2018年度の100床あたりの医業収益・医業費用の内訳（割合）（2019年度病院経営定期調査より）



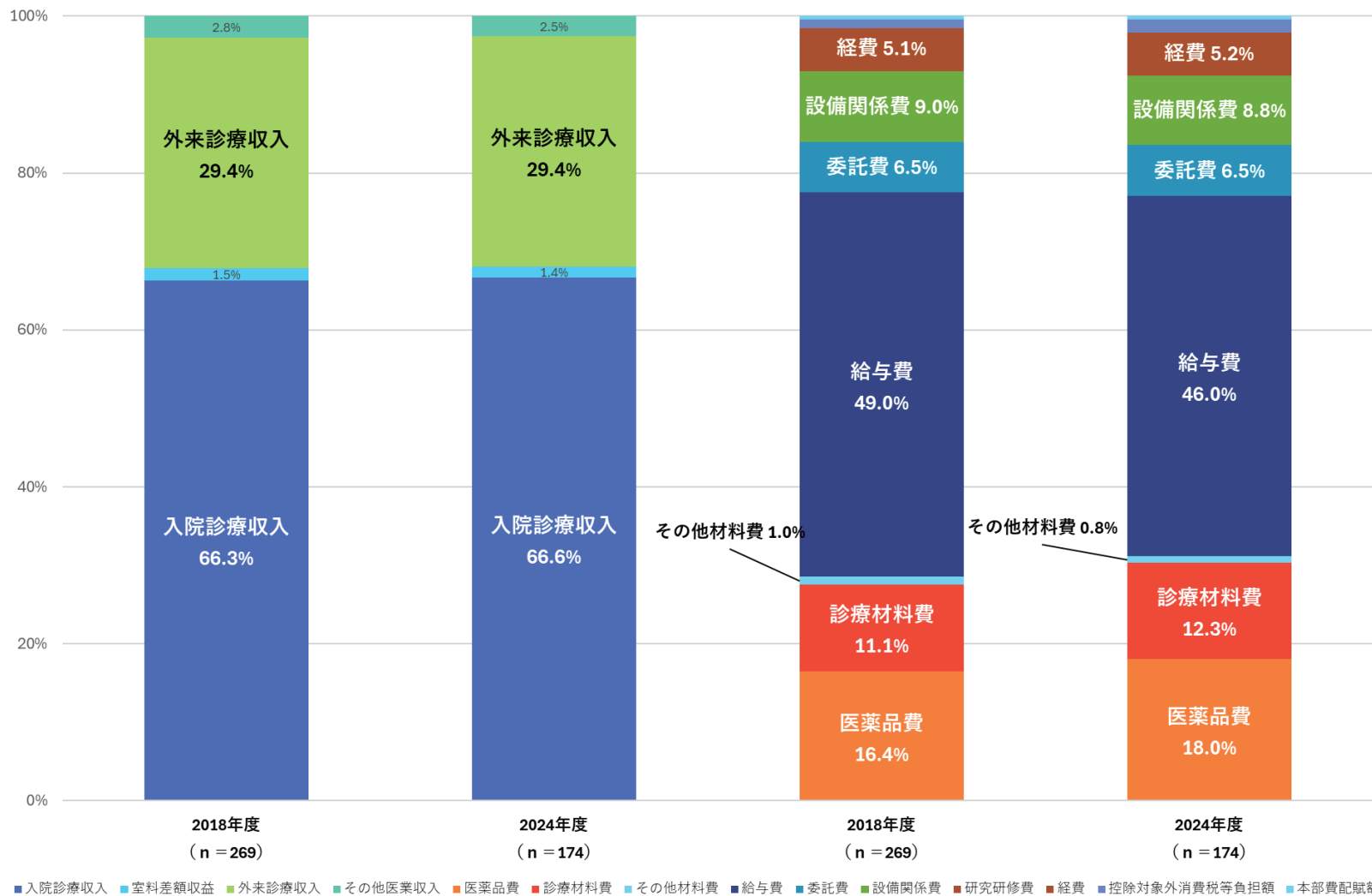
【日病会員 急性期1病床80%以上 年度比較】

2018年度・2024年度の100床あたりの医業収益・医業費用の内訳（金額）（2019年度病院経営定期調査および2025年度病院経営定期調査 中間報告より）

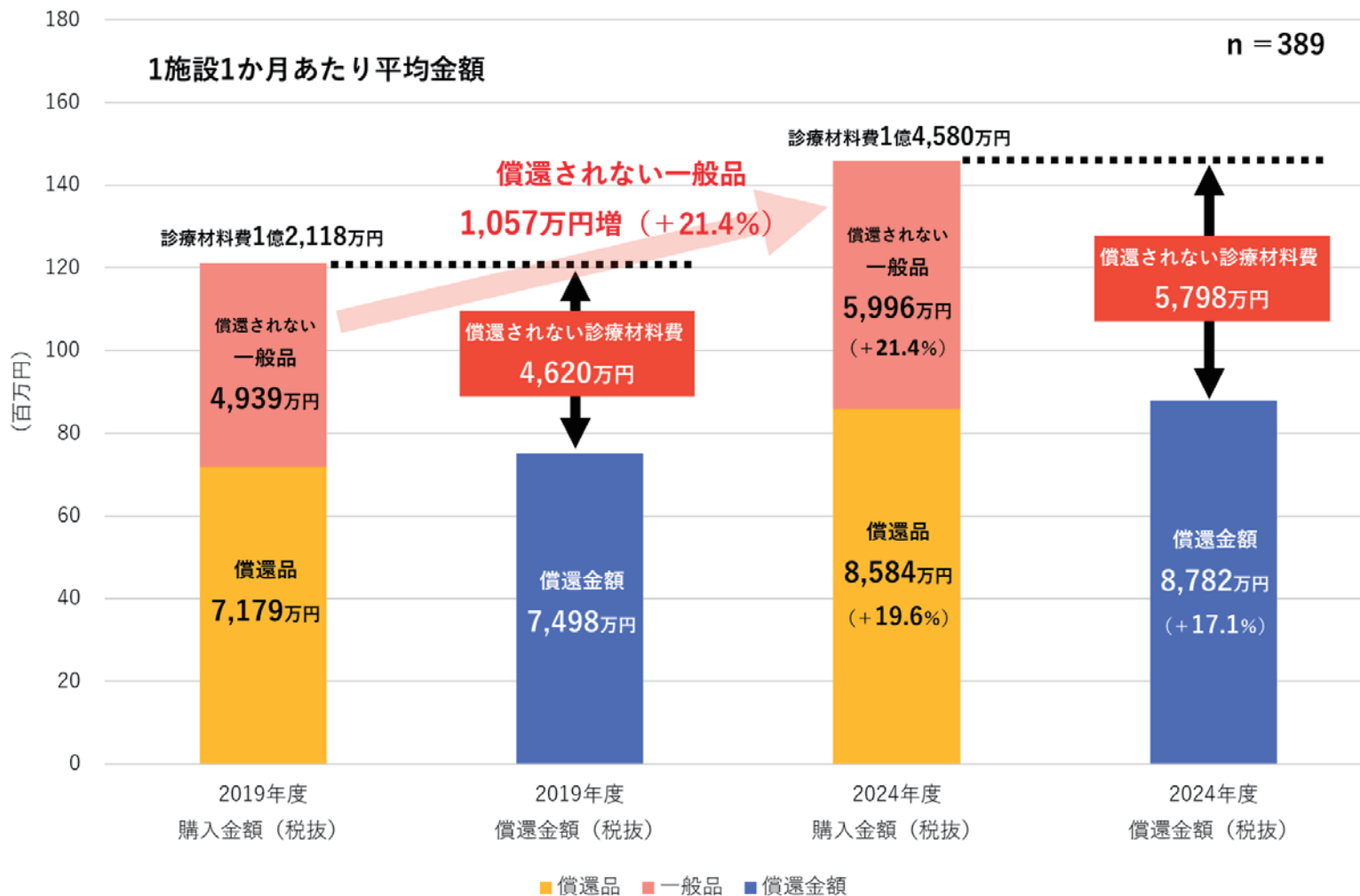


【日病会員 急性期1病床80%以上 年度比較】

2018年度・2024年度の100床あたりの医業収益・医業費用の内訳（割合）（2019年度病院経営定期調査および2025年度病院経営定期調査 中間報告より）

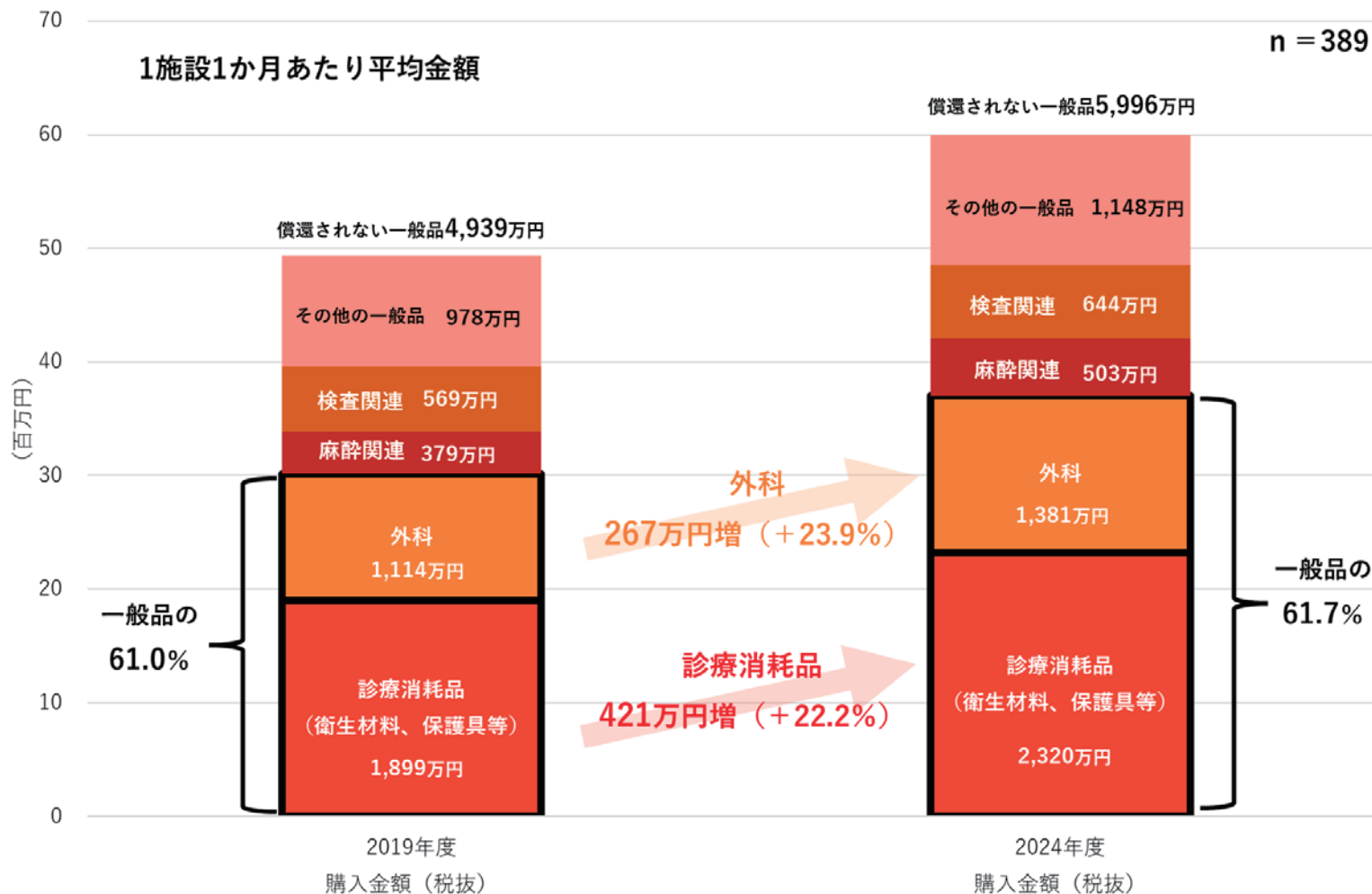


■ 診療材料__7対1病院__ 1施設1か月あたり平均金額（施設数：389）



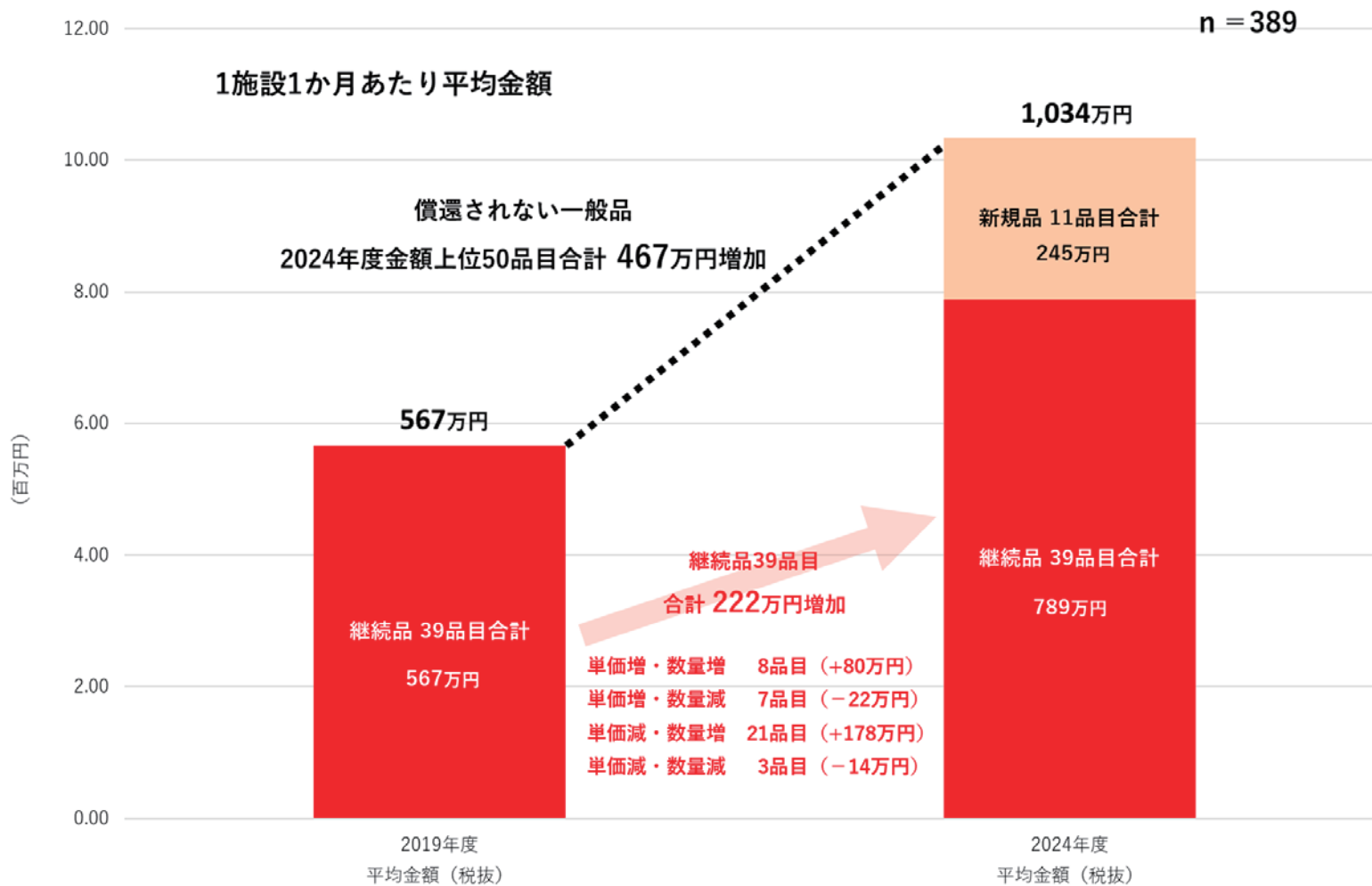
株式会社 エム・アール・ピー資料をもとに日本病院会が作成

■ 診療材料__7対1病院__ 1施設1か月あたり平均金額__償還されない一般品 内訳 (施設数：389)



株式会社 エム・アール・ピー資料をもとに日本病院会が作成

■償還されない一般品__7対1病院__1施設1か月あたり平均金額（施設数：389）
2024年度金額上位50品目



株式会社 エム・アール・ピー資料をもとに日本病院会が作成

■償還されない一般品_7対1病院_2019年度～2024年度1施設1か月あたり増減（施設数：389）
2024年度金額上位50品目（継続品39品目、新規品11品目）一覧

（1施設・1か月あたり平均）2019年度～2024年度

販売元名	商品名	分類		2019年度 平均金額[円]	2024年度 平均金額[円]	金額増減[円]	単価増減[円]	数量増減
インテュイティブサージカル	da Vinci モノポラカーブドシザーズ Xi	外科	切開関連	99,243	374,885	+275,642	-87,797	0.9
インテュイティブサージカル	da Vinci ベッセルシーラーエクステンド	外科	電気メス・関連品	55,573	323,687	+268,114	-4,032	3.3
インテュイティブサージカル	da Vinci ドレープ	外科	切開関連	71,278	320,061	+248,783	69	35.1
インテュイティブサージカル	da Vinci ステープラー 45 リロード	外科	その他(内視鏡下手術関連)	704	230,240	+229,535	-2,353	8.2
ジョンソン・エンド・ジョンソン	ECHELON CIRCULAR パワードステイプラー	外科	自動吻合器	706	167,330	+166,625	-769	2.3
センチュリーメディカル	Ambu aScope4 ブロンコ	麻酔関連	気管支鏡	41	150,487	+150,447	-5,565	4.3
日本光電工業	ディスポオキシプロープ	麻酔関連	プロープ	827	145,406	+144,579	-362	37.3
コヴィディエンジャパン	LigaSure Exact	外科	電気メス・関連品	145,873	264,232	+118,359	1,522	1.6
ジョンソン・エンド・ジョンソン	GSTリロード	外科	自動縫合器	436,203	544,213	+108,010	412	4.3
カーディナルヘルス	Kendall SCD Comfort Sleeve	共通・その他	圧式マッサージ器	170,393	274,683	+104,290	-211	40.1
ASP Japan	STERRAD 100NX用過酸化水素カセット	共通・その他	その他(滅菌(中材)関連)	1,238	105,178	+103,940	2,768	6.4
インテュイティブサージカル	da Vinci TIP-UP フェネストレイテッド Xi	外科	切開関連	19,139	110,343	+91,204	-36,057	0.4
エム・シー・メディカル	オプティカルエアシールドロカー	外科	その他(内視鏡下手術関連)	44,151	126,459	+82,308	2,030	4.9
オリンパスマーケティング	SONICBEAT	外科	切開関連	78,184	151,363	+73,180	-1,684	2.2
エム・シー・メディカル	トライルーマン フィルターチューブセット	外科	その他(内視鏡下手術関連)	43,846	111,015	+67,169	1,870	4.5
ソルベンタム	マスクにくっつくアイガード	共通・その他	その他(診察処置関連)	38,289	100,118	+61,828	-1	1,421.5
コヴィディエンジャパン	SIGNIAパワーシェル	外科	縫合関連	100,495	151,575	+51,081	-147	3.3
テレフレックスメディカルジャパン	Hem-o-lok クリップ	外科	クリップ	76,830	120,457	+43,627	-140	12.0
テルモ	シニアプラグAD延長チューブ	共通・その他	輸血・輸液関連	70,002	107,034	+37,032	16	148.4
ニプロ	セーフタッチ PSVセット 翼状針	検査関連	採血血液検査(真空採血管含む)	118,778	154,128	+35,350	2	829.5
ジョンソン・エンド・ジョンソン	CARTO3専用リファレンスパッチ	検査関連	心電	162,242	189,279	+27,037	-256	0.8
メディキット	スーパーキャス 5	共通・その他	プラスチック静脈留置針	173,948	198,851	+24,903	-2	386.2
LifeScan Japan	ワンタッチベリオセンサー	検査関連	その他(採血用器材関連)	125,892	146,343	+20,452	-230	38.5
Applied Medical Japan	Kii パループラントチップシステム	外科	その他(内視鏡下手術関連)	152,806	171,290	+18,484	-235	2.5
マシモジャパン	RD SET 粘着式センサ	麻酔関連	センサ	136,325	152,683	+16,358	-99	6.4
ジョンソン・エンド・ジョンソン	PDSプラス	共通・その他	縫合糸(針付)	97,004	112,447	+15,443	-17	3.4

株式会社 エム・アール・ピー資料をもとに日本病院会が作成

■償還されない一般品_7対1病院_2019年度～2024年度1施設1か月あたり増減（施設数：389）
2024年度金額上位50品目（継続品39品目、新規品11品目）一覧

（1施設・1か月あたり平均）2019年度～2024年度

販売元名	商品名	分類		2019年度 平均金額[円]	2024年度 平均金額[円]	金額増減[円]	単価増減[円]	数量増減
日本光電工業	BIS クワトロセンサ	検査関連	脳波	163,580	167,921	+4,340	-123	4.8
リヴァノヴァ	ウォッシュセット	共通・その他	輸血・輸液関連	131,747	131,838	+91	-654	0.1
ジョンソン・エンド・ジョンソン	GSTリロード	外科	自動縫合器	141,071	136,693	-4,378	460	-0.3
コヴィディエンジャパン	ネルコアオキシセンサIII N-25	麻酔関連	センサ	214,295	209,087	-5,208	-196	3.3
ジョンソン・エンド・ジョンソン	バイクリル プラス	共通・その他	縫合糸(針付)	115,279	102,907	-12,372	55	-4.8
オリンパスマーケティング	クリップ単体 回転クリップ装置用	外科	クリップ	164,935	141,642	-23,293	-14	-25.9
コヴィディエンジャパン	エンドGIAトライステーブル	外科	その他(内視鏡下手術関連)	290,840	267,046	-23,794	356	-1.2
コヴィディエンジャパン	エンドGIAトライステーブル	外科	その他(内視鏡下手術関連)	662,466	627,475	-34,990	405	-1.8
ジョンソン・エンド・ジョンソン	Powered ECHELON FLEX7 カートリッジ	外科	自動縫合器	144,563	106,577	-37,986	475	-1.7
コヴィディエンジャパン	LigaSure Maryland 23 NC	外科	電気メス・関連品	439,721	396,360	-43,361	902	-0.8
ジョンソン・エンド・ジョンソン	エンドパス XCELプレードレストロッカー	外科	その他(内視鏡下手術関連)	151,206	99,673	-51,532	-454	-4.6
テルモ	メディセーフフィットチップ	検査関連	その他(採血用器材関連)	229,707	169,670	-60,038	-6	-716.5
コヴィディエンジャパン	LigaSure Maryland 37 NC	外科	電気メス・関連品	397,276	329,749	-67,527	820	-1.1
継続品 39品目合計				5,666,692	7,890,427	+2,223,735		
ジョンソン・エンド・ジョンソン	Harmonic 1100 シアーズ	外科	切開関連		587,509	+587,509		
日本光電工業	ディスポオキシプローブ	麻酔関連	プローブ		482,910	+482,910		
インテュイティブサージカル	da Vinci フェネストレイテッドバイポーラXi	外科	切開関連		270,871	+270,871		
インテュイティブサージカル	da Vinci ラージニードルドライバXi	外科	切開関連		182,858	+182,858		
インテュイティブサージカル	da Vinci メリーランドバイポーラ Xi	外科	切開関連		182,269	+182,269		
コヴィディエンジャパン	LigaSure XP Maryland One-Step Sealing	外科	電気メス・関連品		159,473	+159,473		
モレーンコーポレーション	グレイシアゼロ ニトリル検査用グローブ	共通・その他	ニトリル		125,660	+125,660		
アポットジャパン	FreeStyle リプレ6センサーパック60	検査関連	その他(採血用器材関連)		122,917	+122,917		
ジョンソン・エンド・ジョンソン	エンドパス Powered echelon flex3000	外科	縫合関連		117,724	+117,724		
インテュイティブサージカル	da Vinci ProGraspフォーセプス Xi	外科	切開関連		116,352	+116,352		
インテュイティブサージカル	da Vinci ユニバーサルシール	外科	その他(内視鏡下手術関連)		101,053	+101,053		
新規品 11品目合計					2,449,598	+2,449,598		

株式会社 エム・アール・ピー資料をもとに日本病院会が作成

2026年2月18日

厚生労働大臣
上野賢一郎様

一般社団法人 日本病院会
会長 相澤孝夫



新たな地域医療構想策定ガイドラインに向けた 日本病院会の意見について

現在、「地域医療構想および医療計画に関する検討会」において、新たなガイドラインの取りまとめに向けた検討が進められていることを承知しております。

しかしながら現状では、本来検討すべき「地域の日常医療の在り方」や「地域に密着した病院（高齢者救急・地域急性期・在宅医療機能やかかりつけ医機能を担う病院）」の整理が十分とは言い難い状況です。また、医療需要は構造的に減少局面にあり、特に、医療人材は慢性的に不足しており、これらは今後急速に加速し地域差がますます拡大しますが、このようなことを踏まえた検討が十分とは言えません。今後の我が国の社会変化を見据えつつ、進歩発展する医療の質を担保し、医療需要に見合う医療の量を確保することで国民が医療に関して安心できる社会を構築していくためには、現在の延

長線上での医療提供体制の持続は困難であり、大きな転換期にあると認識しております。

したがって、今般のガイドラインは、この現実を踏まえ、持続可能な地域の医療提供体制を再構築するための方向性を示す必要があるということはいふまでもありません。

そこで日本病院会は、以下のとおり意見を取りまとめたので提出いたします。

1. 医療需要と医療資源の現状認識

今後従来型の急性期医療は、手術件数減少と在院日数短縮、人口構造の変化に伴う医療の質変化により需要の縮小が見込まれる。他方、高齢者を中心とする身近な地域で提供すべき医療の需要は増加が見込まれる。なお、地域によっては、双方の医療需要が減少する圏域があることを認識すべきである。

これまで病院は、基準病床や医療計画等により様々な制約を受けてきたが、他方、保険調剤薬局や訪問看護ステーションは規制されずに増加している。また無床診療所も大都市中心に増加している。更に CT、MRI、手術支援ロボット等の医療機器を含めた医療供給はすでに過剰供給にある。これらの認識の下、制度設計を行うことが必要である。また、医師・看護師等の病院に必要とされる人材は慢

性的に不足し、医療の過剰供給と人材不足が同時に進む「ミスマッチ状態」が存在していることも共通認識としてとらえたうえで制度設計する必要がある、このような現状認識を、ガイドラインの前提として明記すべきである。

2. 基準病床数と必要病床数の整理

「基準病床数」（法的上限管理）と「必要病床数」（将来需要）は、指標としての性格が異なることは理解できるが、病床数を考えるうえでダブルスタンダードとなり現場の混乱を招いている。ガイドラインでは、両指標の関係性・運用方法・将来の整合性の取り方を明確にすべきである。

必要病床数の計算は、様々な要因による変動幅が大きく現場が混乱することから、現行の算定方法の再考が必要である。

3. 構想区域・二次医療圏について

構想区域と二次医療圏が一致しない県もあり、報告単位や分析の適正化を図り、医療現場の混乱を防ぐためにも、構想区域と二次医療圏という二重の圏域の在り方、考え方を是正すべきである。都市部では患者や医療従事者のフローが複雑化・多様化している一方で、地方では人口減少等により一つの圏域として考えることすら難しい

地域もあることから、ガイドラインにおいては圏域設定の考え方の原則と例外を明確にすべきである。また、都道府県をまたいで圏域を設定した方が実態に即している場合の圏域設定の具体的方法等についても明確に示すべきである。

4. 病床機能と医療機関機能

病床機能と医療機関機能の違いと活用方法についてガイドラインにおいて明確な整理を行い、示すべきである。

5. 急性期拠点機能に関する考え方

(1) 急性期拠点機能の設定基準

「人口 20～30 万人で 1 拠点」はあくまでも目安であり、患者の流入・流出、地勢、交通条件、人口密度、高齢化、病院の医療分野別機能分化等の地域特性を踏まえながら、今後の医療需要の変化に適切に対応できるよう柔軟に運用すべきである。急性期拠点機能を一定の設定基準で縛るのではなく、あくまでも医療提供体制を構築しようとする圏域内の様々な病院が、役割分担と連携により圏域内に必要な医療を継続的に提供することが重要であり、このために必要となる拠点機能とは何かを急性期医療機能だけではなく、救急医療機能も含めて圏域ごとに検討することを優先すべきである。

(2) 拠点病院の救急医療機能

あくまでも圏域内の救急医療の確保を、圏域内の様々な病院間の役割分担と連携で確保するという視点で救急医療を捉え、圏域ごとに適切な救急医療体制整備を検討することが重要である。

(3) 急性期医療を提供する圏域の見直し

急性期医療の提供体制を構築する地域範囲を二次医療圏にこだわることなく、社会の変化に見合うように圏域を再設定することが望まれる。

6. 手術機能の集約化と均てん化

手術需要は、人口や疾病構造の変化により減少し、手術数が縮小、また、手技が大きく変わることも予測されることから、従来と異なる新たな体制を構築する必要がある。その際、集約することが望ましい手術や、85歳以上の頻度の高い傷病に対する手術など最低限均てん化すべきものを、地域の医療事情や患者搬送に要する時間と距離、術者や麻酔科医の数、術者の育成等を考慮して、住民が適切な手術を適切に受けられるよう、手術体制を構築することが重要である。

7. 看護師等の医療人材確保

看護師等医療人材の養成校における定員の充足率の低下や、病院看護師数や医療専門職の減少等、医療人材の逼迫は構造的課題として認識すべきである。地域任せの医療人材育成はもはや限界にきていることから、国の責任において、看護師等の医療人材を計画的に養成・確保する制度的枠組みの構築が必要である。

若手医師の多くが都市部での勤務と専門領域の志向を強める中、地域に密着した病院で多様な疾患・患者を総合的に診療する医師「病院総合医」の存在は今後の地域医療に不可欠である。地域に密着した病院を主たる活躍の場とする「病院総合医」の育成・定着を国の重要課題として制度設計を図り、専門医偏重ではない医師のキャリア像を国が示すことが重要である。

若手医師は症例数の多い都市部に集中する傾向が強まっている一方、専門医制度や医師数シーリングの影響により、大学病院から地方への医師派遣の余力は低下している。しかしながら、地方の病院は大学医局に医師派遣を依存せざるを得ない現状があることを踏まえ、医師確保を大学医局からの派遣に依存しない多様な手法を国が検討・支援する制度的枠組みが必要である。

8. ガイドラインの設計と地域医療構想調整会議の機能強化

ガイドラインは、地域の創意工夫を阻害しない「柔軟（穏やか）な設計」とすべきであり、救急車の受け入れ台数、地域のシェア率等の単一の数値指標を過度に重視した画一的・要件化された運用は、人口構造、医療介護資源、患者動線等が多様な地域医療の現場を尊重しないものである。数値はあくまでも参考として位置づけ、定性的な機能評価や地域での合意形成を重視する設計が不可欠である。

地域医療構想は国から押し付けられてやむなく実施するものではなく、地方行政、医療関係者、地域住民がその必要性と方向性に理解納得するプロセスがあって初めて実効性を持つものと考えられる。ガイドラインには、この「納得形成」を重視する姿勢を明確に位置づけるべきである。

地域医療構想調整会議が機能不全に陥った背景には、リーダーシップ不足に加え、NDB データ等の客観的データを活用して各医療機関が担っている医療内容を可視化・提示したうえで、データに基づく実質的な協議が行えなかったことがある。また圏域にある個々の医療機関が個々に対応することには限界があることから、圏域全体を一つのメディカルエリアと捉えて、圏域内の医療機関が役割分担と連携を前提として、人の柔軟な活用、医療機能補完等を可能とす

る圏域単位での体制構築をガイドラインで位置付けるべきである。

地域差や圏域間差を踏まえたいくつかの類型・パターンをガイドラインにおいては最低限提示し、地域が主体的に構想を描けるようにすべきである。

併せて、圏域を一体として機能させる観点から、診療情報、患者ID、業務プロセス、電子カルテ等の医療情報システムやCT、MRI等の医療機器、医療材料、さらには医師、看護師等の医療職員の働き方等について圏域内で標準化・共有化を進めることを国が後押しする制度的枠組みを整備すべきである。

9. 地域に密着した病院、日常医療、在宅医療連携の議論・検討の不足

現在の地域医療構想および医療計画に関する検討会では、地域医療の根幹を支える

- ・ 地域の日常医療を担う「地域に密着した病院」
- ・ 高齢者救急・地域急性期機能
- ・ 在宅医療等連携機能

についての役割・機能が十分に議論されていない。

地方における開業医の減少や高齢化、診療所機能の変化等により、今後は従来どおりの診療所の存在を前提とする医療提供体制の構築

が現実的ではない中で、地域医療を担う主体として、地域に密着した中小規模の病院が果たす役割は今後さらに重要性を増すものと考えられる。しかしながら、現在の議論は急性期拠点病院の議論が先行し、こうした病院が担うべき日常医療、高齢者救急、在宅医療との連携が十分に位置づけられているとは言い難い。まずは地域の身近な日常医療をどう維持するかを出発点とし、その医療を補完する機能をどう位置づけるかという整理を行わなければ地域医療構想は絵にかいた餅に終わる。併せて、地域医療構想は病院機能を介護・在宅医療を含めた地域包括ケアシステム全体の中で位置づける必要がある。特に高齢者救急については、医療と介護の連携不足が救急医療逼迫の一因となっており、介護や生活分野を視野に入れた総合的検討が地域医療構想において不可欠である。

10. 国の財政的支援

地域の医療提供体制の再構築においては、病院が機能転換や縮小、場合によっては撤退を選択せざるを得ない局面が想定される。その際、経営的・人的・制度的な支援なくして方向転換を求めることは現実的でない。財政支援、人的再配置、診療報酬上の配慮等を含め、国・自治体が一体となって病院の機能転換・撤退を支える仕組みの構築が重要である。

11. おわりに

地域医療構想の再構築は限られた資源の中で医療を持続的に提供することを可能とする仕組みづくりである。

地域医療構想調整会議においては、データに基づく実質的な協議を活性化させるとともに、適切な圏域設定と、圏域全体を見渡した判断が可能となる強力なリーダーシップが発揮できる体制の構築が急務である。地域医療構想は、地域の実情をデータ等を下に理解した上で、介護も踏まえた医療提供体制を、医療現場と住民の理解・納得で構築するプロセスそのものである。

そのためガイドラインは、「地域が自ら考え、選択し、責任を持つための指針」として設計されることを強く求める。

以上

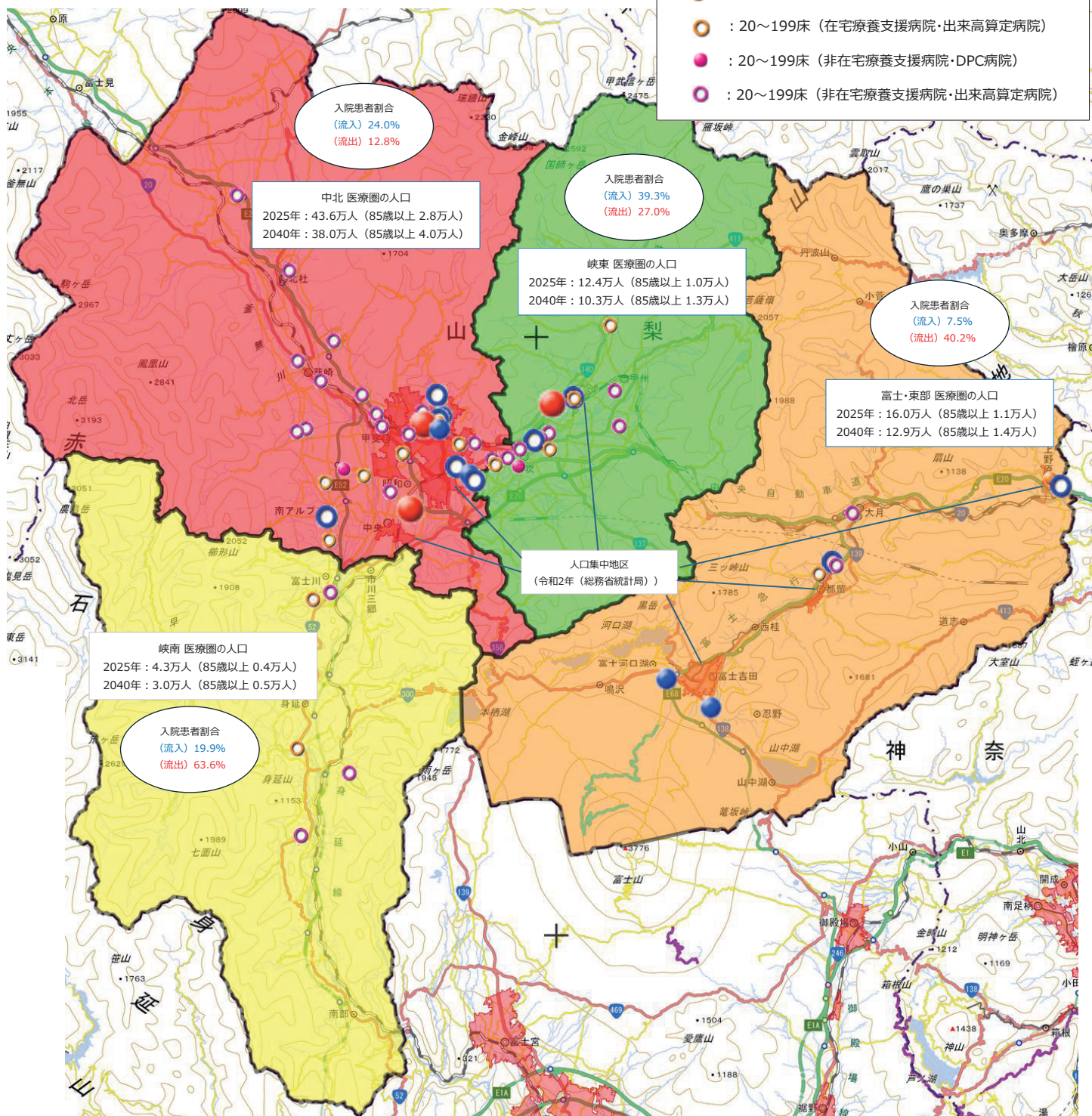
地域における協議資料の一例①

-山梨県の病院マッピング状況-

～二次医療圏区分～

【凡例】

- : 400床～ (DPC病院)
- : 200～399床 (DPC病院)
- : 200～399床 (出来高算定病院)
- : 20～199床 (在宅療養支援病院・DPC病院)
- : 20～199床 (在宅療養支援病院・出来高算定病院)
- : 20～199床 (非在宅療養支援病院・DPC病院)
- : 20～199床 (非在宅療養支援病院・出来高算定病院)



出典：
 ・病院基本情報と在宅療養支援病院について→厚生局 (令和7年11月公表分)
 ・DPC対象病院について→厚生労働省「中央社会保険医療協議会資料 機能評価係数Ⅱの内訳 (医療機関別) 令和7年6月1日時点」
 ・医療圏別の推計人口について→第8回第8次医療計画等に関する検討会 (令和4年5月25日) 参考資料2 (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) 」)
 ・入院患者の流入・流出割合について→患者調査 令和5年患者調査 二次医療圏編

*備考

計算式

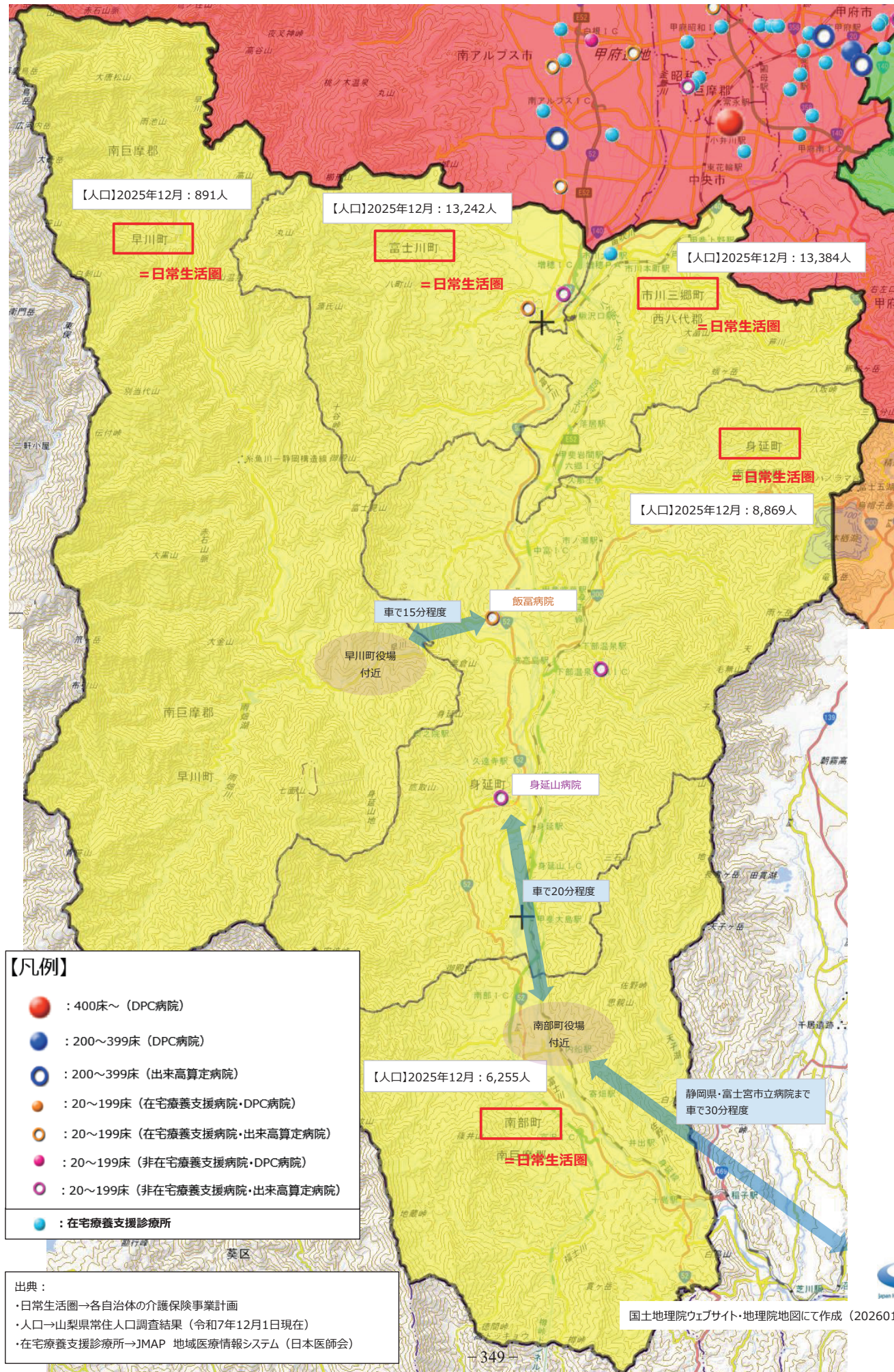
$$\text{圏内への流入患者割合 (\%)} = \frac{\text{当該医療圏内の病院に入院している「住所地が圏外」の推計入院患者数}}{\text{当該医療圏内の病院に入院している推計入院患者数 (総数)}} \times 100$$

$$\text{圏外への流出患者割合 (\%)} = \frac{\text{当該医療圏に住所を有し「圏外の病院」に入院している推計入院患者数}}{\text{当該医療圏に住所を有する推計入院患者数 (総数)}} \times 100$$



地域における協議資料の一例②

-山梨県 峡南医療圏 日常生活圏の状況-



地域における協議資料の一例③ (山梨県 病院詳細データ)

本列以降3ページまで→「空欄」:0/「-」:報告なし、または対象外/「*」:少数件数の秘匿

20260113作成

No.	二次医療圏	開設主体	施設名	凡例	主な入院基本料等(厚生局_202505公表)	住所	病床数総計	一般_病床数	療養_病床数	精神_病床数	結核_病床数	感染_病床数	入院基本料等の順位	救急車の受入件数	医師数_常勤(人)	医師数_非常勤(人)	看護師数_常勤(人)	看護師数_非常勤(人)	薬剤師数_常勤(人)	薬剤師数_非常勤(人)			
1	中北	国立大学法人	山梨大学医学部附属病院	●	特定機能病院7対1入院基本料	中央市下河東1110	618	578			4			2	288	411	65.8	723	48.5	52	0.8		
2	中北	地方独立行政法人	山梨県立中央病院	●	急性期一般入院料1	甲府市富士見一丁目1-1	644	622			4	16	2	1	7875	225	1.3	794	25.1	44	0.8		
3	中北	市町村	市立甲府病院	●	急性期一般入院料1	甲府市増坪町366	399	393					6	2	3848	74	8.6	272	14.9	2	0.7		
4	中北	公益法人	甲府共立病院	●	急性期一般入院料1	甲府市宝一丁目9-1	283	283						2	3737	64	1.4	188	28.4	1			
5	中北	医療法人	医療法人徳洲会 白根徳洲会病院	●	急性期一般入院料1	南アルプス市西野2294-2	199	157	42					2	264	14	8.1	123	16	5			
6	中北	独立行政法人地域医療機能推進機構	独立行政法人地域医療機能推進機構 山梨病院	●	急性期一般入院料2	甲府市朝日3丁目11番16号	168	168						3	736	26	13.7	112	15.3	1			
7	中北	独立行政法人国立病院機構	独立行政法人国立病院機構 甲府病院	●	急性期一般入院料4	甲府市天神町11-3-5	276	27				6		5	517	28	1.4	177	13.2	8			
8	中北	市町村	市町村民健康保険 市立病院	●	急性期一般入院料4	市立病院 三丁目5-3	155	137	18					5	951	15	3.6	77	1.5	5			
9	中北	医療法人	医療法人社団篠原会 甲府脳神経外科病院	●	急性期一般入院料4	甲府市酒折一丁目16-18	7	7						5	734	5	4.6	37	0.8	3			
10	中北	市町村	北杜市立 堀川病院	●	急性期一般入院料4	北杜市須玉町藤田773	18	54	54					5	517	6	2.4	38	8.7	3			
11	中北	医療法人	医療法人小宮山会 貢川整形外科病院	●	急性期一般入院料4	甲府市新田町10-26	53	53						5*	8	3.5	36	7.4	1	1.3			
12	中北	公益法人	巨摩共立病院	●	急性期一般入院料6	南アルプス市桃園340	151	13	48					7	47	5	3	84	15.5	3	1		
13	中北	市町村	北杜市立甲陽病院	●	急性期一般入院料6	北杜市長坂町大八田3954番地	122	86	32					4	7	463	7	3.5	4	6.4	3		
14	中北	医療法人	恵信市立病院	●	急性期一般入院料6	市立病院 一ツ谷1865番1	64	27	37					7*	4	1.9	37	3.4	2	1.6			
15	中北	医療法人	医療法人弘済会 宮川病院	●	地域一般入院料1	南アルプス市今諏訪1750	41	41						8*	3		19	0.8	2				
16	中北	医療法人	医療法人社団慈成会 三枝病院	●	地域一般入院料3	甲斐市竜王新町西裏1440	96	96						1*	2	2.6	1	1	2	0.7			
17	中北	医療法人	医療法人武川会 武川病院	●	地域一般入院料3	中巨摩郡昭和町飯喰1277	45	45	74					1	1	11	14	9	2				
18	中北	医療法人	医療法人慈光会 甲府城南病院	●	療養病棟入院基本料1	甲府市上町753番地1	298	74	224					11	715	14	2.7	113	15.2	7	1.6		
19	中北	医療法人	赤坂台病院	●	療養病棟入院基本料1	甲斐市竜王新町2150	1	48	52					11*	2	0.5	24	7.6	1	1.4			
21	中北	医療法人	恵信甲府病院	●	療養病棟入院基本料1	甲府市上阿原町338-1	15	15						11	4	0.4	22	3.1	3				
23	中北	医療法人	医療法人仁心会 竜王リハビリテーション病院	●	療養病棟入院基本料1	甲斐市万才287-7	118		118					11*	4	0.5	3	4.3	2	0.5			
24	中北	医療法人	恵信リハビリテーション病院	●	療養病棟入院基本料1	甲斐市岩森1111番地	92		92					11	3	1.5	22	0.8	2	0.1			
20	中北	医療法人	医療法人慶友会 城東病院	●	療養病棟入院基本料1	甲府市城東四丁目13-15	62		62					11	5		56	5	3	1			
22	中北	医療法人	高原病院	●	療養病棟入院基本料1	南アルプス市沢沢255	42		42					11*	3	1.3	9	1.6	1				
27	中北	公益法人	住吉病院	●	精神病棟15対1入院基本料	甲府市住吉四丁目10-32	249			249				15	-	-	-	-	-	-	-		
26	中北	公益法人	公益財団法人リヴィーズ HANA ZONOホスピタル	●	精神病棟15対1入院基本料	甲府市和田町2968番地	229			229				15	-	-	-	-	-	-	-		
28	中北	特定医療法人	特定医療法人山角会 山角病院	●	精神病棟15対1入院基本料	甲府市美咲一丁目6-10	222			222				15	-	-	-	-	-	-	-		
25	中北	地方独立行政法人	山梨県立北病院	●	精神病棟15対1入院基本料	市立病院 旭町上條南割3314-13	188			188				15	-	-	-	-	-	-	-		
29	中北	医療法人	医療法人市立病院 市立病院	●	精神病棟15対1入院基本料	市立病院 榑坂町宮久保1216	147		48	99				15*	5	1.3	35	1.6	2	0.3			
30	中北	都道府県	山梨県立あけほの医療福祉センター	●	障害者病棟10対1入院基本料	市立病院 旭町上條南割3251-1	98	98						16	5	0.6	56	8.4	1	0.6			
31	中北	医療法人	医療法人八幡会 湯村温泉病院	●	回復期リハビリテーション病棟入院料3	甲府市湯村三丁目3-4	19	151	39					19	6	1.9	56	5.8	2	1.4			
32	中北	特定医療法人	特定医療法人南山会 峡西病院	●	認知症治療病棟入院料1	南アルプス市下宮地421番地	24			24				31	-	-	-	-	-	-	-		
33	峡東	公益法人	公益財団法人山梨厚生会 山梨厚生病院	●	急性期一般入院料1	市立病院 落合860	471	293			174			4	2	1952	66	9.3	292	2.6	12	0.4	
34	峡東	社会医療法人	加納岩総合病院	●	急性期一般入院料2	市立病院 上神内川1309	16	16						3	856	18	1.5	115	25.8	2	0.6		
35	峡東	医療法人	医療法人社団 協友会 笛吹中央病院	●	急性期一般入院料3	市立病院 石和町四丁目市場47-1	15	15						4	174	24	2.6	13	1.7	8	1.9		
36	峡東	公益法人	石和共立病院	●	急性期一般入院料5	市立病院 笛吹市石和町飯喰623	99	99						6	557	7	3.1	61	8.3	2			
37	峡東	市町村	山梨市立牧丘病院	●	地域一般入院料1	市立病院 牧丘町窪平302-2	3	3						8*		5	0.4	13	1.9	2			
38	峡東	その他法人	一般財団法人山梨整肢更生会 富士温泉病院	●	地域一般入院料3	市立病院 春日居町小松下河原1177	161	122	39					1*	5	3	27	0.8	1	1			
39	峡東	市町村	甲州市立勝沼病院	●	地域一般入院料3	市立病院 勝沼町勝沼950	39	39						1*	1	1.8	16	1.6	4				
40	峡東	公益法人	公益財団法人山梨厚生会 塩山市民病院	●	療養病棟入院基本料1	市立病院 塩山山西門田433-1	161	12	59					11*	9	5.7	52	21.1	5				
41	峡東	医療法人	春日居総合リハビリテーション病院	●	療養病棟入院基本料1	市立病院 春日居町国府436	2		2					11		7	3.4	53	8.3	2	1.7		
42	峡東	社会医療法人	日下部記念病院	●	精神病棟15対1入院基本料	市立病院 上神内川1363	282			282				15	-	-	-	-	-	-	-		
43	峡東	医療法人	医療法人石和温泉病院	●	回復期リハビリテーション病棟入院料1	市立病院 石和町八田330-5	187	187						17	6	6.8	51	1.2	2	0.7			
44	峡東	医療法人	医療法人鑑門会 甲州リハビリテーション病院	●	回復期リハビリテーション病棟入院料1	市立病院 石和町四丁目市場2031-25	18	91	89					17	11	2.1	69	8.3	2	2.9			
45	峡東	社会医療法人	山梨リハビリテーション病院	●	回復期リハビリテーション病棟入院料1	市立病院 春日居町小松855	135		135					17	7	1.6	45	1.2	2				
46	峡東	医療法人	医療法人桃花会 一宮温泉病院	●	地域包括ケア病棟入院料1	市立病院 一宮町坪井1745	14	58	46					23		6	4.2	29	4.9	2			
47	峡南	市町村	峡南医療センター企業団 富士川病院	●	急性期一般入院料4	南巨摩郡富士川町飯沢340-1	148	144					4	5	647	13	5.1	72	1.1	5	0.6		
48	峡南	公益法人	公益財団法人身延山病院	●	急性期一般入院料4	南巨摩郡身延町延平2483-167	8	5	3					5	285	1	1.3	36	1.8	1			
49	峡南	市町村	身延町早川町国民健康保険病院一部事務組合立飯富病院	●	急性期一般入院料6	南巨摩郡身延町飯富1628	6	6						7	273	2	5.9	26	2.8	1			
50	峡南	医療法人	医療法人峡南会 峡南病院	●	地域一般入院料3	南巨摩郡富士川町飯沢1806番地	4	4						1*	3	1.9	14	6.5	1				
51	峡南	医療法人	医療法人財団交通会 しもべ病院	●	療養病棟入院基本料1	南巨摩郡身延町下部1063	68		68					11*	1	2.5	9	0.4			1		
52	富士・東部	市町村	国民健康保険 富士吉田市立病院	●	急性期一般入院料1	富士吉田市上吉田東七丁目11番1号	31	256	5					4	2	2498	51	1	213	33.5	13	0.5	
53	富士・東部	市町村	上野原市立病院	●	急性期一般入院料2	上野原市上野原3504番地3	135	135						3	468	1	9.1	65	14.6	4			
54	富士・東部	日赤	山梨赤十字病院	●	急性期一般入院料4	南都留郡富士河口湖町船津6663-1	264	219	45					5	2396	36	2.8	127	15.5	6			
55	富士・東部	市町村	都留市立病院	●	急性期一般入院料4	都留市つる五丁目1-55	126	126						5	1267	15	13.9	79	1.6	5			
56	富士・東部	社会医療法人	ツル虎ノ門整形外科/リハビリテーション病院	●	地域一般入院料3	都留市四日市場188	37	37						1*	2	2.8	12	3	1	0.5			
57	富士・東部	地方独立行政法人	地方独立行政法人 大月市立中央病院	●	療養病棟入院基本料2	大月市大月町花咲1225番地	184	138	42					4	12	959	12	1.7	5	14.7	3	1.4	
58	富士・東部	公益法人	三生会病院	●	精神病棟15対1入院基本料	上野原市上野原1185	258			258				15	-	-	-	-	-	-	-		
59	富士・東部	医療法人	医療法人回生堂病院	●	精神病棟18対1入院基本料	都留市四日市場270	22			22				15	-	-	-	-	-	-	-		

※1【並び順】二次医療圏→主な入院基本料等→一般病床の病床数→総病床数

※2 出典: ・病床の種類:厚生局_11月公表分

・「一般病棟入院基本料」の区分:厚生局_5月公表分

・その他:令和6年度病床機能報告

地域における協議資料の一例③ (山梨県 病院詳細データ)

→医療機器の保有状況(台数)

No.	二次医療圏	開設主体	施設名	凡例	主な入院基本料等(厚生局202505公表)	マルチスライスCT_64列以上	マルチスライスCT_16列以上64列未満	マルチスライスCT_16列未満	その他のCT	MRI_3テスラ以上	MRI_1.5テスラ以上3テスラ未満	MRI_1.5テスラ未満	血管連続撮影装置	SPECT	マンモグラフィ	PET	PETCT	PETMRI	ガンマナイフ	サイバーナイフ	強度変調放射線治療器(LMRT)	遠隔操作式需針小輸液治療装置	内視鏡手術用支援機器	
1	中北	国立大学法人	山梨大学医学部附属病院	●	特定機能病院7対1入院基本料		3	2		3	1		3	3	1						2	1	2	
2	中北	地方独立行政法人	山梨県立中央病院	●	急性期一般入院料1		3		4	1	1		3	1	1							1	1	2
3	中北	市町村	市立甲府病院	●	急性期一般入院料1		2	1		1			2			1								
4	中北	公益法人	甲府共立病院	●	急性期一般入院料1		1				1					1								
5	中北	医療法人	医療法人徳洲会 白根徳洲会病院	●	急性期一般入院料1			1					1			1								
6	中北	独立行政法人地域医療機能推進機構	独立行政法人地域医療機能推進機構 山梨病院	●	急性期一般入院料2		1	1					1	1	1	1								
7	中北	独立行政法人国立病院機構	独立行政法人国立病院機構 甲府病院	●	急性期一般入院料4		1			1	1			1										
8	中北	市町村	韮崎市国民健康保険 韮崎市立病院	●	急性期一般入院料4		1				1			1		1								
9	中北	医療法人	医療法人社団篠原会 甲府脳神経外科病院	●	急性期一般入院料4			1		2			1	1	1									
10	中北	市町村	北杜市立 塩川病院	●	急性期一般入院料4		1				1			1		1								
11	中北	医療法人	医療法人小宮山会 貢川整形外科病院	●	急性期一般入院料4			1				1												
12	中北	公益法人	巨摩共立病院	●	急性期一般入院料6			1																
13	中北	市町村	北杜市立甲陽病院	●	急性期一般入院料6		1					1												
14	中北	医療法人	恵信韮崎病院	●	急性期一般入院料6			1																
15	中北	医療法人	医療法人弘済会 宮川病院	●	地域一般入院料1			1																
16	中北	医療法人	医療法人社団慈成会 三枝病院	●	地域一般入院料3			1																
17	中北	医療法人	医療法人武川会 武川病院	●	地域一般入院料3				1															
18	中北	医療法人	医療法人慈光会 甲府城南病院	●	療養病棟入院基本料1		1					1		1		1								
19	中北	医療法人	赤坂台病院	●	療養病棟入院基本料1				1															
21	中北	医療法人	恵信甲府病院	●	療養病棟入院基本料1			1																
23	中北	医療法人	医療法人仁和会 竜王リハビリテーション病院	●	療養病棟入院基本料1																			
24	中北	医療法人	恵信リハビリテーション病院	●	療養病棟入院基本料1			1																
20	中北	医療法人	医療法人慶友会 城東病院	●	療養病棟入院基本料1			1																
22	中北	医療法人	高原病院	●	療養病棟入院基本料1			1																
27	中北	公益法人	住吉病院	●	精神病棟15対1入院基本料	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26	中北	公益法人	公益財団法人リヴィーズ HANAZONOホスピタル	●	精神病棟15対1入院基本料	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
28	中北	特定医療法人	特定医療法人山角会 山角病院	●	精神病棟15対1入院基本料	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
25	中北	地方独立行政法人	山梨県立北病院	●	精神病棟15対1入院基本料	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
29	中北	医療法人	医療法人韮崎東ヶ丘病院	●	精神病棟15対1入院基本料	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
30	中北	都道府県	山梨県立あけぼの医療福祉センター	●	障害者病棟10対1入院基本料	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
31	中北	医療法人	医療法人八音会 湯村温泉病院	●	回復期リハビリテーション病棟入院料3			1																
32	中北	特定医療法人	特定医療法人南山会 峡西病院	●	認知症治療病棟入院料1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
33	関東	公益法人	公益財団法人山梨厚生会 山梨厚生病院	●	急性期一般入院料1		2			1			1		2									1
34	関東	社会医療法人	加納岩総合病院	●	急性期一般入院料2			1				2												
35	関東	医療法人	医療法人社団 協友会 笛吹中央病院	●	急性期一般入院料3		1				1													
36	関東	公益法人	石和共立病院	●	急性期一般入院料5			1																
37	関東	市町村	山梨市立牧丘病院	●	地域一般入院料1				1															
38	関東	その他法人	一般財団法人山梨整肢更生会 富士温泉病院	●	地域一般入院料3		1																	
39	関東	市町村	甲州市立勝沼病院	●	地域一般入院料3																			
40	関東	公益法人	公益財団法人山梨厚生会 塩山市民病院	●	療養病棟入院基本料1			1				1		1										
41	関東	医療法人	春日居総合リハビリテーション病院	●	療養病棟入院基本料1			1				1												
42	関東	社会医療法人	日下部記念病院	●	精神病棟15対1入院基本料	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
43	関東	医療法人	医療法人石和温泉病院	●	回復期リハビリテーション病棟入院料1			1																
44	関東	医療法人	医療法人銀門会 甲州リハビリテーション病院	●	回復期リハビリテーション病棟入院料1			1																
45	関東	社会医療法人	山梨リハビリテーション病院	●	回復期リハビリテーション病棟入院料1			1																
46	関東	医療法人	医療法人桃花会 一宮温泉病院	●	地域包括ケア病棟入院料1		1									1								
47	関東	市町村	峡南医療センター企業団 富士川病院	●	急性期一般入院料4			1				1				1								
48	関東	公益法人	公益財団法人身延山病院	●	急性期一般入院料4		1					1												
49	関東	市町村	身延町早川町国民健康保険病院一部事務組合立飯富病院	●	急性期一般入院料6		1					1												
50	関東	医療法人	医療法人峡南会 峡南病院	●	地域一般入院料3																			
51	関東	医療法人	医療法人財団交通会 しもべ病院	●	療養病棟入院基本料1				1															
52	富士・東部	市町村	国民健康保険 富士吉田市立病院	●	急性期一般入院料1		1	2			1		2			1						1		1
53	富士・東部	市町村	上野原市立病院	●	急性期一般入院料2			1				1		1			1							
54	富士・東部	日赤	山梨赤十字病院	●	急性期一般入院料4		1					1		1										
55	富士・東部	市町村	都留市立病院	●	急性期一般入院料4			1				1		1			1							
56	富士・東部	社会医療法人	ツル虎ノ門整形外科・リハビリテーション病院	●	地域一般入院料3			1				1												
57	富士・東部	地方独立行政法人	地方独立行政法人 大月市立中央病院	●	療養病棟入院基本料2		1					1		1		1								
58	富士・東部	公益法人	三生会病院	●	精神病棟15対1入院基本料	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
59	富士・東部	医療法人	医療法人回生堂病院	●	精神病棟18対1入院基本料	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

地域における協議資料の一例③ (山梨県 病院詳細データ)

(件数) →手術_臓器別の状況

→全身麻酔の手術_臓器別の状況

No.	二次医療圏	開設主体	施設名	凡例	主な入院基本料等 (厚生局 202505公表)	手術総数	手術_臓器別の状況																	全身麻酔の手術_臓器別の状況						
							皮膚・皮下組織	筋骨格系・四肢・体幹	神経系・頭蓋	眼	耳鼻咽喉	顔面・口腔・頸部	胸部	心・肺管	腹部	泌尿系・副腎	生殖器	歯科	全身麻酔の手術総数	皮膚・皮下組織	筋骨格系・四肢・体幹	神経系・頭蓋	眼	耳鼻咽喉	顔面・口腔・頸部	胸部	心・肺管	腹部	泌尿系・副腎	生殖器
1	中北	国立大学法人	山梨大学医学部附属病院	●	特定機能病院7対1入院基本料	7256	285	743	152	1444	282	55	333	1272	1118	286	772	3623	246	689	48	72	271	45	35	375	387	222	461	
2	中北	地方独立行政法人	山梨県立中央病院	●	急性期一般入院料1	69	26	754	35	548	217	1	42	122	1288	297	115	361	23	412		187		46	349	524	1	547		
3	中北	市町村	市立甲府病院	●	急性期一般入院料1	3149		44		42	36			24	29	1143	448	11	1395		212		261		13	452	355			
4	中北	公益法人	甲府共立病院	●	急性期一般入院料1	1485		72						27	754		115	151									152			
5	中北	医療法人	医療法人徳洲会 白根徳洲会病院	●	急性期一般入院料1	655		354										344									22			
6	中北	独立行政法人地域医療機能推進機構	独立行政法人地域医療機能推進機構 山梨病院	●	急性期一般入院料2	926		195						44	631			48								31	242			
7	中北	独立行政法人国立病院機構	独立行政法人国立病院機構 甲府病院	●	急性期一般入院料4	1528		1432		3								178									131			
8	中北	市町村	韮崎市国民健康保険 韮崎市立病院	●	急性期一般入院料4	729		366										186									22			
9	中北	医療法人	医療法人社団篠原会 甲府脳神経外科病院	●	急性期一般入院料4	144				112																				
10	中北	市町村	北杜市立 塩川病院	●	急性期一般入院料4	185		26																						
11	中北	医療法人	医療法人小宮山会 貢川整形外科病院	●	急性期一般入院料4	852		1224											843		127									
12	中北	公益法人	巨摩共立病院	●	急性期一般入院料6																									
13	中北	市町村	北杜市立甲陽病院	●	急性期一般入院料6	211																								
14	中北	医療法人	恵信韮崎病院	●	急性期一般入院料6	25																								
15	中北	医療法人	医療法人弘済会 宮川病院	●	地域一般入院料1	2										1														
16	中北	医療法人	医療法人社団慈成会 三枝病院	●	地域一般入院料3																									
17	中北	医療法人	医療法人武川会 武川病院	●	地域一般入院料3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
18	中北	医療法人	医療法人慈光会 甲府城南病院	●	療養病棟入院基本料1	8									82															
19	中北	医療法人	赤坂台病院	●	療養病棟入院基本料1	1																								
21	中北	医療法人	恵信甲府病院	●	療養病棟入院基本料1																									
23	中北	医療法人	医療法人仁和会 竜王リハビリテーション病院	●	療養病棟入院基本料1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
24	中北	医療法人	恵信リハビリテーション病院	●	療養病棟入院基本料1																									
20	中北	医療法人	医療法人慶友会 城東病院	●	療養病棟入院基本料1																									
22	中北	医療法人	高原病院	●	療養病棟入院基本料1																									
27	中北	公益法人	住吉病院	●	精神病棟15対1入院基本料	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
26	中北	公益法人	公益財団法人リヴィーズ HANA ZONOホスピタル	●	精神病棟15対1入院基本料	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
28	中北	特定医療法人	特定医療法人山角会 山角病院	●	精神病棟15対1入院基本料	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
25	中北	地方独立行政法人	山梨県立北病院	●	精神病棟15対1入院基本料	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
29	中北	医療法人	医療法人韮崎東ヶ丘病院	●	精神病棟15対1入院基本料	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
30	中北	都道府県	山梨県立あけぼの医療福祉センター	●	障害者病棟10対1入院基本料																									
31	中北	医療法人	医療法人八音会 湯村温泉病院	●	回復期リハビリテーション病棟入院料3																									
32	中北	特定医療法人	特定医療法人南山会 峡西病院	●	認知症治療病棟入院料1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
33	峡東	公益法人	公益財団法人山梨厚生会 山梨厚生病院	●	急性期一般入院料1	2448	21	261		395					469	54	13	163		93		214				12	221	1	159	
34	峡東	社会医療法人	加納岩総合病院	●	急性期一般入院料2	787		34																			11			
35	峡東	医療法人	医療法人社団 協友会 笛吹中央病院	●	急性期一般入院料3	572		372																			33			
36	峡東	公益法人	石和共立病院	●	急性期一般入院料5																									
37	峡東	市町村	山梨市立牧丘病院	●	地域一般入院料1																									
38	峡東	その他法人	一般財団法人山梨整肢更生会 富士温泉病院	●	地域一般入院料3																									
39	峡東	市町村	甲州市立勝沼病院	●	地域一般入院料3																									
40	峡東	公益法人	公益財団法人山梨厚生会 塩山市民病院	●	療養病棟入院基本料1	227		11																						
41	峡東	医療法人	春日居総合リハビリテーション病院	●	療養病棟入院基本料1																									
42	峡東	社会医療法人	日下部記念病院	●	精神病棟15対1入院基本料	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
43	峡東	医療法人	医療法人石和温泉病院	●	回復期リハビリテーション病棟入院料1																									
44	峡東	医療法人	医療法人銀門会 甲州リハビリテーション病院	●	回復期リハビリテーション病棟入院料1																									
45	峡東	社会医療法人	山梨リハビリテーション病院	●	回復期リハビリテーション病棟入院料1																									
46	峡東	医療法人	医療法人桃花会 一宮温泉病院	●	地域包括ケア病棟入院料1	21		213																						
47	峡南	市町村	峡南医療センター企業団 富士川病院	●	急性期一般入院料4	134		617																			1			
48	峡南	公益法人	公益財団法人身延山病院	●	急性期一般入院料4	161		23																						
49	峡南	市町村	身延町早川町国民健康保険病院一部事務組合立飯富病院	●	急性期一般入院料6																									
50	峡南	医療法人	医療法人峡南会 峡南病院	●	地域一般入院料3																									
51	峡南	医療法人	医療法人財団交通会 しもべ病院	●	療養病棟入院基本料1																									
52	富士・東部	市町村	国民健康保険 富士吉田市立病院	●	急性期一般入院料1	33		41		992					83	58	12	139		123		353				1	23			
53	富士・東部	市町村	上野原市立病院	●	急性期一般入院料2	388		166		1																	68			
54	富士・東部	日赤	山梨赤十字病院	●	急性期一般入院料4	132		175							11	363		271		41		31				43	115			
55	富士・東部	市町村	都留市立病院	●	急性期一般入院料4	633		183																			37			
56	富士・東部	社会医療法人	ツル虎ノ門整形外科・リハビリテーション病院	●	地域一般入院料3																									
57	富士・東部	地方独立行政法人	地方独立行政法人 大月市立中央病院	●	療養病棟入院基本料2	281		48																						
58	富士・東部	公益法人	三生会病院	●	精神病棟15対1入院基本料	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
59	富士・東部	医療法人	医療法人回生堂病院	●	精神病棟18対1入院基本料	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		

地域における協議資料の一例③ (山梨県 病院詳細データ)

No.	二次医療圏	開設主体	施設名	凡例	主な入院基本料等 (厚生局 202505公表)	400床以上	200~399 床	~199床_在 宅療養支援 病院	~199床_そ れ以外	DPC対象 病院	在宅療養 支援病院	※備考
1	中北	国立大学法人	山梨大学医学部附属病院	●	特定機能病院7対1入院基本料	○				○		
2	中北	地方独立行政法人	山梨県立中央病院	●	急性期一般入院料1	○						
3	中北	市町村	市立甲府病院	●	急性期一般入院料1		○			○		
4	中北	公益法人	甲府共立病院	●	急性期一般入院料1		○			○		
5	中北	医療法人	医療法人徳洲会 白根徳洲会病院	●	急性期一般入院料1				○	○		
6	中北	独立行政法人地域医療機能推進機構	独立行政法人地域医療機能推進機構 山梨病院	●	急性期一般入院料2			○		○		
7	中北	独立行政法人国立病院機構	独立行政法人国立病院機構 甲府病院	●	急性期一般入院料4		○			○		
8	中北	市町村	韮崎市国民健康保険 韮崎市立病院	●	急性期一般入院料4				○			
9	中北	医療法人	医療法人社団篠原会 甲府脳神経外科病院	●	急性期一般入院料4				○			
10	中北	市町村	北杜市立 塩川病院	●	急性期一般入院料4				○			
11	中北	医療法人	医療法人小宮山会 貢川整形外科病院	●	急性期一般入院料4				○			
12	中北	公益法人	巨摩共立病院	●	急性期一般入院料6			○			○	
13	中北	市町村	北杜市立甲陽病院	●	急性期一般入院料6				○			
14	中北	医療法人	恵信韮崎病院	●	急性期一般入院料6				○			
15	中北	医療法人	医療法人弘済会 宮川病院	●	地域一般入院料1			○			○	
16	中北	医療法人	医療法人社団慈成会 三枝病院	●	地域一般入院料3				○			
17	中北	医療法人	医療法人武川会 武川病院	●	地域一般入院料3				○			
18	中北	医療法人	医療法人慈光会 甲府城南病院	●	療養病棟入院基本料1		○					
19	中北	医療法人	赤坂台病院	●	療養病棟入院基本料1				○			
21	中北	医療法人	恵信甲府病院	●	療養病棟入院基本料1				○			
23	中北	医療法人	医療法人仁和会 竜王リハビリテーション病院	●	療養病棟入院基本料1			○			○	
24	中北	医療法人	恵信リハビリテーション病院	●	療養病棟入院基本料1				○			
20	中北	医療法人	医療法人慶友会 城東病院	●	療養病棟入院基本料1			○				
22	中北	医療法人	高原病院	●	療養病棟入院基本料1			○			○	
27	中北	公益法人	住吉病院	●	精神病棟15対1入院基本料		○					
26	中北	公益法人	公益財団法人リヴィーズ HANAZONOホスピタル	●	精神病棟15対1入院基本料		○					
28	中北	特定医療法人	特定医療法人山角会 山角病院	●	精神病棟15対1入院基本料		○					
25	中北	地方独立行政法人	山梨県立北病院	●	精神病棟15対1入院基本料					○		
29	中北	医療法人	医療法人韮崎東ヶ丘病院	●	精神病棟15対1入院基本料				○			
30	中北	都道府県	山梨県立あけぼの医療福祉センター	●	障害者病棟10対1入院基本料				○			
31	中北	医療法人	医療法人八音会 湯村温泉病院	●	回復期リハビリテーション病棟入院料3				○			
32	中北	特定医療法人	特定医療法人南山会 峡西病院	●	認知症治療病棟入院料1		○					
33	峡東	公益法人	公益財団法人山梨厚生会 山梨厚生病院	●	急性期一般入院料1	○				○		
34	峡東	社会医療法人	加納岩総合病院	●	急性期一般入院料2			○			○	
35	峡東	医療法人	医療法人社団 協友会 笛吹中央病院	●	急性期一般入院料3					○		
36	峡東	公益法人	石和共立病院	●	急性期一般入院料5						○	
37	峡東	市町村	山梨市立牧丘病院	●	地域一般入院料1			○				
38	峡東	その他法人	一般財団法人山梨整肢更生会 富士温泉病院	●	地域一般入院料3				○			
39	峡東	市町村	甲州市立勝沼病院	●	地域一般入院料3				○			
40	峡東	公益法人	公益財団法人山梨厚生会 塩山市民病院	●	療養病棟入院基本料1				○			
41	峡東	医療法人	春日居総合リハビリテーション病院	●	療養病棟入院基本料1		○					
42	峡東	社会医療法人	日下部記念病院	●	精神病棟15対1入院基本料		○					
43	峡東	医療法人	医療法人石和温泉病院	●	回復期リハビリテーション病棟入院料1				○			
44	峡東	医療法人	医療法人銀門会 甲州リハビリテーション病院	●	回復期リハビリテーション病棟入院料1				○			
45	峡東	社会医療法人	山梨リハビリテーション病院	●	回復期リハビリテーション病棟入院料1				○			
46	峡東	医療法人	医療法人桃花会 一宮温泉病院	●	地域包括ケア病棟入院料1			○			○	
47	峡南	市町村	峡南医療センター企業団 富士川病院	●	急性期一般入院料4				○			
48	峡南	公益法人	公益財団法人身延山病院	●	急性期一般入院料4				○			
49	峡南	市町村	身延町早川町国民健康保険病院一部事務組合立飯富病院	●	急性期一般入院料6			○				
50	峡南	医療法人	医療法人峡南会 峡南病院	●	地域一般入院料3			○			○	
51	峡南	医療法人	医療法人財団交通会 しもべ病院	●	療養病棟入院基本料1				○			
52	富士・東部	市町村	国民健康保険 富士吉田市立病院	●	急性期一般入院料1			○			○	
53	富士・東部	市町村	上野原市立病院	●	急性期一般入院料2					○	○	
54	富士・東部	日赤	山梨赤十字病院	●	急性期一般入院料4		○			○		
55	富士・東部	市町村	都留市立病院	●	急性期一般入院料4					○		
56	富士・東部	社会医療法人	ツルル/ノ門整形外科・リハビリテーション病院	●	地域一般入院料3				○			
57	富士・東部	地方独立行政法人	地方独立行政法人 大月市立中央病院	●	療養病棟入院基本料2					○		
58	富士・東部	公益法人	三生会病院	●	精神病棟15対1入院基本料		○					
59	富士・東部	医療法人	医療法人回生堂病院	●	精神病棟18対1入院基本料		○					

令和7年5月27日

厚生労働大臣

福岡資麿 殿

令和8年度予算概算要求に関する要望

四病院団体協議会

一般社団法人 日本病院会

会長 相澤 孝夫

公益社団法人 全日本病院協会

会長 猪口 雄二

一般社団法人 日本医療法人協会

会長 加納 繁照

公益社団法人 日本精神科病院協会

会長 山崎 學



【最重要要望事項】

物価変動および人件費高騰に対し適切に対応できる診療報酬体系の創設

安全で良質な医療を提供するためには相応な費用が必要であり、本来であれば診療報酬でこの費用を充分に手当する仕組みが必要であることは明白です。

しかし、現在の病院を取り巻く経営環境は、これまでにない非常に厳しい状況にあります。多くの病院は従前通り、あるいはそれ以上の業績を残しているにも関わらず、増大し続ける支出に打ち消されるように、医業収益マイナスを毎月計上し続けています。その結果、病院の存続自体が危機的な状況となり、地域医療の均衡が崩れ始めています。

このような状況を打破するため、四病院団体協議会は、「社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する」という社会保障予算の目安対応の廃止を行い、令和8年度診療報酬改定で病院が存続しうる財源を確保し、緊急的な財政支援措置を行うとともに、物価変動および人件費高騰に対し適切に対応できる診療報酬体系の創設に速やかに着手することを唯一の最重要事項として要望します。

病院経営が苦境に置かれている原因には、

- 1) 電気・水道・ガス・給食食材費・医療備品などほぼ全てにおいて
価格高騰
- 2) 人件費・委託費の増大、人材の他業種への流出、人材紹介手数料の負担
- 3) 医療の高度化に係る費用の高額化および医療 DX を含めた設備投資、システム維持に係る費用の高額化
(不透明な価格設定)

などと、枚挙に暇がないほどの状況となっております。そういう事情の中、本来着手すべき病院自体の老朽化に伴う改修や建て替えに手が出せなくなっています。

また、社会保障関係費に関する財政制約も、インフレ時代に見合っておらず、医療財政を協議するにあたり大きな障壁になっています。医療の安全・安心が社会構造の歪みで大きく揺らぎ始めており、誰の目から見ても決して容認できない事態となっております。

言うまでもなく病院運営の主体は診療報酬という公定価格に依存しており、それは2年に一度の改定に委ねられています。しかし昨今の物価ならびに人件費高騰の波は、この2年間の改定間隔とは明らかに掛け離れた速度感で突き進んでおり、診療報酬との乖離が地域医療の崩壊という形で既に具現化しています。

四病院団体協議会としては毎年細かな事項も含めた要望を挙げてきましたが、今回はただ1点、『物価変動および人件費高騰に対し適切に対応できる診療報酬体系の創設』を心よりお願いする次第です。それは本事項が全ての病院にとって共通の問題であり、抜本的な改革を今この段階で行わないと、日本の医療体制を維持することはできない、待ったなしの状況に置かれているからです。

敢えてこのただ1項目の要望という形にすることで、我々の切実な叫びを現実のものとしてインパクトを持って受け止めて戴き、早急なる対応策の策定に

執りかかって下さることをお願い申し上げます。

また、以下の要望は従前から重要項目としてお願いしてきたものですが、この度の要望を一点に絞り込むためにこれからも継続的に検討して要望していく項目として列挙しました。

【重要要望検討事項】

1. 病院の災害面・感染対策面を含めた強靱化対策

<要望内容>

不測の事態にも、安定した経営のもと急変に対応できる病院の体質作りの支援が必要であると要望する。

近年だけでも東日本大震災・熊本地震、能登半島地震と大きな地震に悩まされる我が国は、頻発する水害にもいまだに翻弄されている。これらを教訓とした予防的対応や、新興感染症等に柔軟かつ速やかに対応できる医療機関づくりも、これからは必須と考える。災害時に地域の医療機関が機能し続けることは、被災地域における住民の安心・安全にも繋がるため、医療機関の強靱化対策を要望する。

2. 職員の待遇改善により人材確保に資する予算措置

<要望内容>

令和 6 年度診療報酬改定において医療従事者の賃上げに対応した財源が確保された。しかし、人材不足を解消するためにも今以上の賃上げが必要である。病院経営が逼迫している中、その原資を確保することは困難であり、賃上げ・人材確保・育成に関する診療報酬とは別（調整基金創設等）の財源を要望する。

3. 物価高騰に対する予算措置

<要望内容>

公定価格で運営している医療機関は、物価高騰や人件費増などを価格に転嫁することができない。物価や原材料、資源価格の高騰による影響は医療機関も例外ではない。令和 6 年度診療報酬改定において、入院時の食事にかかる費用のうち自己負担が 30 円増額されたが、その他の物価高騰等に対する評価はない。特に建築コストの高騰は病院の増改築に大きな影響を与えている。世界情勢や国内情勢等に左右される物価に対応するための予算措置や、例えば「歯科用貴金

属価格の随時改定」のような仕組みを活用しての素早く、柔軟で恒久的な新たな仕組みづくりを要望する。

4. 災害や新興感染症に対する強靱化に対する予算措置

<要望内容>

震災等からの復旧に対する支援として「医療施設等災害復旧費補助金」があるが、建物の原状復帰が原則である。医療機関等は社会的インフラであり、東日本大震災、熊本地震、能登半島地震や、頻発する水害等の災害の教訓を生かし、建物の原状復帰だけでなく、被災しないための建物の改修、新型コロナウイルス感染症を教訓とした新興感染症等に対応できる医療機関とするための改修に対する予算措置、ハザードマップ等で危険地域に所在する医療機関に対して建物の改修・設備等の更新や移転に対する予算措置、設備等の更新等の予防措置も行える補助金とすることを要望する。これらハード面を強靱化することによって、地域住民の安定と定着が得られると思われる。

5. 医療 DX 推進に対する予算措置

<要望内容>

医療 DX は、これからの医療に欠かせないインフラであり、一刻も早い実装が求められています。しかし、医療 DX を推進するためには電子カルテや医事システム等の改修や入れ替え、サイバーセキュリティ対策等が必要となり、それには費用が発生します。国民の保健医療の向上を図るとともに、最適な医療を実現するための基盤整備を推進するための予算措置を要望する。

なお、検討要望の詳細は「別紙」を参照願います。

以 上

(別 紙)

目 次

I	新興感染症対策関係	
1	新たな新興感染症に対する予算措置	7
II	働き方改革関係	
1	医師の働き方改革に伴う医療人材確保と養成に係る予算措置	7
2	病院における看護補助者（介護職）の処遇改善への予算確保	8
3	外国人技能実習生受入れ事業への補助	8
4	ケアマネージャー（介護支援専門員）の処遇改善	9
III	医療従事者の能力向上関係	
1	病院で働く医師の総合的診療能力開発支援事業	9
IV	地域医療介護総合確保基金関係	
1	地域医療介護総合確保基金の十分な財源確保と公私の隔たりない配分	9
2	地域医療構想推進のための病床ダウンサイジング支援の充実	9
V	病院における食事療養関係	
1	病院給食に関する構造の転換に係る補助、及び抜本的な構造の転換に係る研究のための財政的支援	10
VI	医療機関の DX 関係	
1	医療情報化支援基金による、電子カルテの標準化等にかかる初期導入経費への補助	10
2	病院のサイバーセキュリティ対策への公的補助金の支給	11
3	医療人的資源を補完する ICT・AI 等の導入への財政的補助	11
4	電子処方箋導入に伴う補助金拡充	11
5	地域医療充実のためのオンライン（遠隔）診療補助	12
6	電子カルテの導入・維持にかかる費用に関する調査研究のための財政的補助	12
VII	障害保健福祉関係	
1	精神保健指定医の業務を評価し、精神保健福祉法に基づく業務に対する報酬に充てるための予算措置	12
2	「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に関連する予算の充実、「にも包括」の構築を促進するための予算要望	13
3	公衆電話の代替電話機設置に関する補助	14
VIII	災害対策関係	
1	災害派遣精神医療チーム（DPAT）整備費の新設	15
2	災害拠点精神科病院設備整備事業の拡充	15
3	DPAT 体制整備事業予算の大幅な拡充	15

4	DPAT 及び災害拠点精神科病院の診療報酬上の評価	16
5	新たな新興感染症に向けた対策に係る支援について	16
6	震災及び火災時等において医療機関の非常用設備が適切に機能するよう当該設備の保守に係る財政的支援	17
7	震災・火災・水害等の災害からの復旧・復興への継続的な支援及び適時適切な支援を実施するための仕組み作りに関する予算の確保	17
IX 環境への配慮		
1	医療機関における省エネルギー設備投資に係る財政的補助	18
その他		18
1	消費税関係	
2	事務手続きの多様化への対応関係	

(別 紙)

I 新興感染症対策関連

1 新たな新興感染症に対する予算措置

新興感染症拡大時には医療機関は感染拡大に備えた重点的・集中的な対策を行いながら、通常の医療提供体制への移行を段階的に進めることになる。

移行に際して財政的補助の継続を強化するとともに、新興感染症患者に対応している医療従事者に対し、診療報酬による感染防止対応の評価や業務で感染した場合の補償など十分な財政的補助を要望する。

今後新たな感染症によるパンデミックの発生時は緊急事態に対応できるような柔軟性のある財政的支援（事後的な経費を支弁できる）が可能な基金等の創設を求める。

また、新興感染症へ対応するための建物等の建て替えや修繕、機器整備等を行う際の費用に対して、建築費用等が急激に高騰していることを踏まえ、適切な予算措置を要望する。

II 働き方改革関係

1 医師の働き方改革に伴う医療人材確保と養成に係る予算措置

今般の医師の働き方改革に伴い、医療機関は医師の健康を保つために改革を進めながら、地域医療を維持するには、さらなる医師の増員が必要である。

については、地域医療の維持のための医師確保において、診療報酬以外に医師の人件費に相当する部分への予算措置を要望する。

また、医療機関においては早くからタスク・シフティング（業務の移管）が進められ、チーム医療によるタスク・シェアリング（業務の共同化）の試みも実施されてはいるものの、充分とはいいがたい。

今後の医師の労働時間の短縮のため医療機関でのタスク・シフティング、タスク・シェアリングを効果的に実施するための研究および医療人材確保と養成に係る財政的補助を要望する。

2 病院における看護補助者（介護職）の処遇改善への予算確保

現在、医療機関における医療従事者の確保が困難な中で、医療ニーズが多様化し、質の高い医療提供体制が求められている。病院は入院期間の長短に関わらず、患者にとって診療を受けるだけでなく、日常生活へ復帰するための準備の場でもあり、看護に加えて食事、清拭、排泄、入浴等の介護や介助はその機能発揮になくはならない存在である。病院においては、これらの多くを、看護補助者（介護職）が担っている。これらの業務は、介護報酬による介護職への処遇改善が行われている介護保険施設の介護職員と同等でありながら、病院で働く看護補助者（介護職）に対する処遇改善に係る仕組みはなく、必要不可欠な看護補助者（介護職）の確保に多くの病院が苦慮しているのが現状である。

かかる状況において、医療人材の確保が困難な将来にも亘って病院が地域医療を提供していくために、病院介護職員の処遇改善における予算措置を要望する。

3 外国人技能実習生受入れ事業への補助

技能実習制度と特定技能制度が始まってから数年経過した中、国は技能実習制度を廃止し、人材育成等を目的とする新たな在留資格「育成就労」を検討中である。

この新たな制度等を活用し、人材育成という観点から介護福祉士を目指すためには、この国家試験の受験要件に、介護福祉士実務者研修の修了が必須となっており、現在も技能実習修了者が特定技能1号に移行し、同研修を修了してから介護福祉士国家試験を受験している。

同研修が介護福祉士国家試験の受験要件であること自体、腑に落ちないところであるが、同研修費用を受入れ病院等が負担している。

更に同研修を理解できる日本語能力にするための日本語学習費も受入れ病院等が負担している。

よって、介護福祉士の資格に関する実務者研修及び日本語学習に対する費用の大幅な財政支援を要望する。

4 ケアマネージャー（介護支援専門員）の処遇改善

高齢者の増加に伴い、居宅や高齢者支援センターは従事するケアマネージャーの不足により運営が逼迫している。介護従事者がスキルアップし、ケアマネージャーとして従事する道筋が大事であるにもかかわらず介護士支援金により、介護士のまま勤務する方の収入が多く、ケアマネージャーの業務に携わる道筋が閉ざされている。ケアマネージャーにも介護士同等の支援金が必要であり予算措置を要望する。

Ⅲ 医療従事者の能力向上関係

1 病院で働く医師の総合的診療能力開発支援事業

高齢患者が著増する中で、医療機関には従来とは異なる役割が求められており、臓器別にとらわれない幅広い診療、多職種からなるチーム医療のマネジメントが実践できる組織が求められており、病院における医師の総合的診療技能の向上は急務である。ついては、総合的診療能力の獲得を促すキャリア支援事業に参加する医師や、医師が所属する医療機関等への経費補助を実施するための予算措置を要望する。

Ⅳ 地域医療介護総合確保基金関係

1 地域医療介護総合確保基金の十分な財源確保と公私の隔たりない配分

医療介護総合確保推進法に基づき各都道府県に設置された地域医療介護総合確保基金に、消費税率 10%への引上げによる増収額を基に十分な財源を確保するとともに、公私の隔たりなく適切な配分を行うことを要望する。

2 地域医療構想推進のための病床ダウンサイジング支援の充実

令和 3 年 5 月 28 日に良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律が公布・一部施行され、創設された「病床機能再編支援事業」における、全額国庫負担による支援を今後も継

続するとともに、地域医療構想に即した病床機能再編を実施する場合には、適切に請求できるように要望する。

併せて、休床や許可病床からの削減についても、地域医療構想の推進の観点から、何らかの国庫補助が行われることを要望する。

V 病院における食事療養関係

1 病院給食に関する構造の転換に係る補助、及び抜本的な構造の転換に係る研究のための財政的支援

今日の病院給食は、収支の悪化が加速しており、働き方改革の推進に伴い病院給食業務の見直し等の対応等、喫緊の課題である。

病院給食業務に係る課題がセントラルキッチン方式や急速冷却調理・加工機を使用する新調理システムの導入が求められている。

治療や健康管理の一環として重要な役割を担っている病院給食を破綻させないために、今できる構造の転換に係る財政的補助を要望する。

また、長期的な視野に立って病院給食の持続可能性を考慮した実態調査を行い、各病院で取り組んでいる画期的な改善策の収集・共有を進め、それぞれの地域事情等を考慮した対策の検討や、入院時食事療養費を1日単位に戻すことの有用性等の検討が必要である。

については、病院団体や病院給食を提供している企業や団体等と協同で病院給食に関する抜本的な構造の転換に係る研究を実施するための補助を要望する。

VI 医療機関のDX関係

1 医療情報化支援基金による、電子カルテの標準化等にかかる初期導入経費への補助

医療分野においてもICTを積極的に活用し、効率的かつ質の高い医療提供体制の構築として、平成31年度予算において、医療情報化支援基金が創設された。その対象事業として、電子カルテの標準化に向けた医療機関の電子カル

テシステム等を導入の支援などが記されている。その措置の確実な実施に加えて医療機関における初期導入経費への補助金を要望する。

2 病院のサイバーセキュリティ対策への公的補助金の支給

昨今、複数の病院で電子カルテ等のシステムがランサムウェアに感染し、診療が大幅に制限される事態が発生している。一方、このような事態に対して内閣サイバーセキュリティセンター（NISC）は医療機関に一定水準以上のセキュリティ対策を求めているが、そもそも医療機関が持つ患者情報などは国民全体の財産であり、それにかかる費用をただでさえ厳しい経営状況の医療機関側が負担することは極めて困難である。

医療分野における ICT の利活用は国が推進してきた政策であり、医療機関のサイバーセキュリティ対策に関しては国が措置を講ずるべきであり、公的な補助金などの支給を要望する。

また、被害を受けた医療機関が元の診療体制に戻るには、膨大な時間と費用を要することから、被害を受けた医療機関に対する財政的補助も要望する。

3 医療人的資源を補完する ICT・AI 等の導入への財政的補助

少子高齢化社会に向けて、医療現場においても働き手の減少が現実に起りつつある。人的資源を援助し、個々の生産性を向上させるには、ICT や AI の活用は必須である。すでに導入例がみられるものの、まだ少数である。医療全般に亘って、これらの技術を活用するための予算措置を要望する。

4 電子処方箋導入に伴う補助金拡充

令和 4 年度から電子処方箋の運用が開始され、電子処方箋導入費用の補助として、令和 5、6 年度導入完了した大規模病院には事業額上限 486.6 万円の 1/4 である 121.7 万円を上限に、大規模病院以外の病院においては事業額上限 325.9 万円の 1/4 である 81.5 万円を上限に補助がなされることになっている。

病院で電子処方箋を導入するための電子カルテシステム等の改修を行う場合、その費用は 486.6 万円または 325.9 万円の事業額上限金額に収まらない。医療機関への導入を促進するため、導入に際し想定される費用について項目の細分化を行い、各項目について実勢に基づく標準費用を設定し事業額上限を引

き上げるとともに、令和3年3月以前に顔認証付きカードリーダーを申し込んだ医療機関に対して事業額上限の全額が実費補助された際と同様、電子処方箋導入費用の補助についても、全額の実費補助もしくは補助率の引き上げを要望する。

また、令和5年4月1日以降の導入の場合の補助率低減の廃止、もしくは期限の大幅な延長を要望する。

5 地域医療充実のためのオンライン（遠隔）診療補助

新型コロナウイルス感染症による感染防止対策としても有効であり、また専門医が不足している地域ではとくに重要である遠隔医療は、医療の安全や持続性が担保された安定したシステムとして地域医療充実にきわめて有用であり、オンライン（遠隔）診療等、環境整備を充実させるための財政的補助を要望する。

6 電子カルテの導入・維持にかかる費用に関する調査研究のための財政的補助

電子カルテの導入・維持にかかる費用の価格は常に提供側にあり、その適格性の判断が困難である。医療施設が過度の負担を強いられることへの対策が肝要であり、調査研究の体制作りに係る予算を要望する。

VII 障害保健福祉関係

1 精神保健指定医（以下、指定医と略す）の業務を評価し、精神保健福祉法に基づく以下の業務に対する報酬に充てるための予算措置を要望する。

指定医の業務は多岐に亘り、日々雇用の非常勤国家公務員として任用され医学・法律両面から高度に専門的かつ重大である。一方その報酬については地方自治体法に基づく条例（地方自治体法第203条）において行われるものの、その労力と、時に職業生命に関わる指定医資格取り消しに至るまでの責任を負うにもかかわらず、一般的な医師の時給と比較しても不当に低額である。

新規指定医申請者への指導業務を含め、指定医業務に関してはこれまで各

医師の善意のみに頼ってきた実情があり、近年、その職務を忌避する例も増え、指定医の確保に困難を来たす状況を招いている。

このような構造的矛盾を改善するため、指定医業務に関する報酬については、別途予算を計上すると共に優遇措置を設けることを要望する。

2 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム（以下、「にも包括」と略す）」の構築に関連する予算の充実を要望する。

「にも包括」の構築を促進するために、以下の予算を要望する。

（1）普及啓発に関して

「にも包括」の構築に係る「普及啓発関連事業」としては、「心のサポーター養成事業」が実施されている。精神疾患や精神障害者に対する国民の認知や理解の促進には、障害特性ならびに代表的な疾患についての基礎知識の習得に資する研修内容の拡充や研修体制の更なる強化が必要であり、こうした普及啓発に関連する事業の強化・充実に向けた予算措置の拡充を要望する。

（2）精神科救急医療体制整備に関して

精神科救急医療体制の整備は、地域共生社会の実現に向けた「にも包括」の構築において、誰もが必要な時に適切な精神医療を受けることができる体制を構築する観点からも特に求められるものであり、精神障害を有する方等及び地域住民を支える重要な基盤の一つであることが、政策立案過程で継続的に確認されている。

「にも包括」の構築がさらに推進されるにつれ、危機介入機能を担う高次・即応型の救急医療体制整備の必要性や求められる水準は継続的に高まることが自明である。このため、整備事業に係る費用の継続的な増額は必須であり、また将来的なデータヘルス構想を見据え、本医療体制の維持管理や検証に耐える抜本的な大型予算化も本来必要であり、これらの実現に向けた予算措置を要望する。

（3）精神障害者の地域生活の安定維持について

地域には未治療者や治療中断者がいるものの、本人や家族を取り巻く複合的な理由から、自ら受診や相談に行くことができず、医療機関や公的サービスに繋がるまでに、家族や地域の支援者は対応に苦慮している現状がある。

そのため、医師をはじめとする多職種が積極的に地域の未治療者の所へ出

向きやすくなるよう、アウトリーチ事業の充実に向けた予算措置を要望する。
(4) 精神障害者や精神疾患について専門知識を持つ人材として精神科病院の多職種チームを活用することについて

周産期の母子保健対策・児童思春期の発達障害支援から高齢者の認知症対策まで各地域が抱えるメンタルヘルスの課題に対して重層的な連携による支援体制を構築・維持するには、精神科領域の多職種による専門対応チームの関与が必須である。

「にも包括」の構築においては精神保健相談業務を市町村が直接担当することになっているが、特に小規模の市町村では相談対応の専門知識を持つ人材の安定的確保や育成が非常に難しく、担当職員の負担が過大となっている現状がある。

精神科病院は多職種によるチーム医療の拠点機能を担うことから、地域の社会資源との連携を精神科病院主体で支援・構築する仕組みへの予算措置を要望する。

3 公衆電話の代替電話機設置に関する補助

精神科病院において、公衆電話の病棟内設置は、精神保健福祉法第37条第1項の規定（「電話機は、患者が自由に利用できるような場所に設置される必要があり、閉鎖病棟内にも公衆電話等を設置するものとする。また、都道府県精神保健福祉主管部局、地方法務局人権擁護主管部局等の電話番号を、見やすいところに掲げる等の措置を講ずるものとする。」）に基づき、厚生労働省の指導の基に公衆電話を病棟内に設置している。

このような法令による規定があるにも関わらず、携帯電話の普及に伴い、NTTが第一種公衆電話でないことを理由に使用額が少ない公衆電話から撤去を進めており、上記の法令遵守に支障を来している。

公衆電話が撤去された病棟では、代替電話機を設置する必要性が生じており、こうした公衆電話の代替電話機設置に関する予算措置を要望する。

VIII 災害対策関係

1 災害派遣精神医療チーム（DPAT）整備費の新設

災害時等の緊急時においても専門的な心のケアに関する対応が円滑に行われるよう災害派遣精神医療チーム（以下、DPAT）の設置は必須であり、内閣府の防災基本計画では国及び都道府県に整備に務めるよう求めており、多くの民間精神科病院が DPAT に参加している。DPAT 先遣隊では一部補助はあるものの、都道府県が指定した DPAT の資機材整備に関しては全額自己負担となっており不合理である。都道府県が指定した DPAT を有する病院に対して、DPAT 資機材整備に関する補助事業の新設を要望する。

2 災害拠点精神科病院設備整備事業の拡充

災害拠点精神科病院は、都道府県において災害時における精神科医療を提供する上での中心的な役割を担う拠点として位置付けられている。第 8 次医療計画においても災害拠点精神科病院の整備が重要とされている。近年の災害が頻発する昨今の状況を鑑み、一刻も早く各都道府県において災害拠点精神科病院の設置を進め、災害時における精神科医療の体制を強化することが求められている。また、大規模な災害発生には災害拠点精神科病院自体が被災する事もあるため、各都道府県に複数設置する必要がある。しかし、指定要件となっている施設及び設備等の整備と維持に必要な費用は、医療機関の自己負担が大きいため整備が進んでいない現状がある。そのため災害拠点精神科病院設備整備事業のさらなる拡充と持続的な財政的支援を要望する。

3 DPAT 体制整備事業予算の大幅な拡充

標記事業は災害発生時に迅速かつ適切な精神科医療を提供するため、DPAT 先遣隊の育成・派遣を行うものであり、その意義は極めて大きいと考えている。しかしながら、昨今の災害の頻発化や規模の拡大を鑑みると、現在の DPAT 先遣隊の体制では、大規模災害発生時のニーズに応えきれない状況が懸念される。第 8 次医療計画においても、今後の災害医療への対応の重要性が謳われ、能登半島地震発生後の令和 6 年度の DPAT 先遣隊研修においては全国の精神科医療機関から定員を大幅に超える研修受講の申し込みがあり、これは、南海ト

ラフ巨大地震などの大規模災害発生に備え、多くの精神科医療関係者が DPAT の重要性を認識し、その体制強化を求めていることの表れである。令和 5 年・6 年度の受講希望者の積み残しが 300 名以上（約 3 年間分）となり、研修回数を増やさざるを得ない状況にある。また、隊員数の増加に伴い今後は技能維持研修の対象者も増加することになる。については DPAT 事務局が開催する研修会の定員の増員や開催回数の増加のために DPAT 体制整備事業費の大幅な拡充を要望する。

4 DPAT 及び災害拠点精神科病院の診療報酬上の評価

DMAT は診療報酬上、DPC の機能評価係数Ⅱの地域医療係数の「災害」の中に DMAT の指定が 0.25 ポイントとして評価されている。しかし、DPAT においては診療報酬で評価されておらず、所属する精神科病院の持ち出しで体制整備や維持を行なっている。精神科については DPC 対象になっていないため、DPAT を整備する精神科医療機関に対する診療報酬上の評価の新設を要望する。

また、各都道府県において整備が進められている災害拠点精神科病院については、24 時間対応可能な緊急体制を確保していること、被災地からの精神疾患を有する患者の受入れ、DPAT 派遣隊の整備といった「運営体制」と、耐震構造を有すること、燃料・食料・飲料水・医薬品等の備蓄、病院敷地内に一時避難所を有する等、「施設及び設備」の 2 つの視点から指定要件がそれぞれ定められている。耐震化や自家発電設備、備品等については国による補助金が一定拠出されている都道府県もあるが、体制や設備を維持することへの評価がなされていない。DPAT 隊の整備と合わせて災害拠点精神科病院の整備や維持について、診療報酬上の評価を強く要望する。

5 新たな新興感染症に向けた対策に係る支援について

第 8 次医療計画においては、新興感染症の感染拡大時の対応が 6 事業のひとつとして新たに事業化されている。なかでも精神疾患を有する患者や認知症患者は、妊産婦や小児、透析患者等と同様に、特に配慮が必要な患者として平時からの病床確保を含め、特段の対策が求められるところである。精神疾患を有する患者や認知症患者は、その疾患特性から手指消毒やマスク装着等の標準的予防策の実施が難しい点が指摘される。また、入院患者については、ゾ

ーニング設定等の衛生管理の徹底が困難で、閉鎖病棟での感染発生がクラスターに発展することが懸念される。平時よりの精神科病院におけるハード・ソフト両面における感染症への対応が可能となるよう、財政的支援を要望する。

6 震災及び火災時等において医療機関の非常用設備が適切に機能するよう当該設備の保守に係る財政的支援

大小の災害が頻発している近年の状況において、医療機関が適切に機能するためにも事前防災を含む非常用設備の維持管理は重要な責務となっている。その一方で、建築基準法や消防法などの法改正による各種設備の点検方法が変更され、非常用設備の保守費が増加し医療機関の経営を年々圧迫している。にもかかわらず、医療行為に対して支払われる診療報酬ではこれらの整備や保守に関わる費用の増加に関して直接手当がなされておらず、定期的に発生するこれらの多大な費用によって医療機関の負担は増える一方で財政的な困難に陥っている。現在推奨されている医療機関におけるBCP（事業継続計画）の策定においても非常用設備を整備することは被災時にも診療機能を維持、または早期回復するためには重要である。精神科医療機関を含む全ての医療機関は災害時等においては必要不可欠な社会インフラ兼セーフティネットであり、その診療機能を継続させていくためにも、防災設備や自家発電設備等の非常用設備の整備と保守に必要な費用に関しての継続的な財政的支援を要望する。

7 震災・火災・水害等の災害からの復旧・復興への継続的な支援及び適時適切な支援を実施するための仕組み作りに関する予算の確保

昨今、大規模な自然災害が頻発しており、各地で大きな被害が発生している。

まず、現状回復にかかる費用については、医療施設等災害復旧費補助金があるが、この補助金はあくまで復旧に要する費用に対してのものであり、恒久対策には他の補助金を含めて一切の補助制度がない。災害を経て必要と思われる止水設備設置、非常用電源用給油タンクの強靱化や液体酸素設備の防水対策などの防災施設の設置に伴う増改築工事についても補助の対象とするよう制度の新設或いは現行補助金の補助対象の拡大を要望する。

また、災害が発生したとしても、急激に増加する可能性がある各種医療が円

滑に提供できるよう、災害拠点医療機関以外の医療機関においても、あらかじめ病院の立地についてアセスメントを行う経費、その結果に基づく防災対策に必要な費用、更には場合によってはより安全な地点への移転あるいは、建て替えの際の嵩上げ等に必要な費用等に関する新たな補助制度を創設するよう要望する。

さらに、災害に際して公私の隔たりのない支援を行う仕組みづくりのための財源確保を、併せて要望する。

IX 環境への配慮

1 医療機関における省エネルギー設備投資に係る財政的補助

政府が掲げる 2050 年カーボンニュートラルの実現に向けて、医療機関の省エネルギー対策を強化・推進することが急務となっている。国や地方自治体を実施する補助・助成事業は様々なものがあるが、内容は複雑で、地方自治体毎に具体的内容が異なり、原則として年度またぎ事業が認められないなど、制度の使い勝手には改善余地が多い。医療機関の省エネルギー対策を促進するため、医療機関における高効率空調、高効率コージェネレーション、冷凍冷蔵設備、調光制御設備等の省エネルギー投資を対象とした国単位で統一された継続性を持った補助事業の創設の充実を要望する。

その他

1 消費税関係

控除対象外消費税問題については抜本的な見直しが必要であり、持続的な調査研究費用に対する予算を要望する。

2 事務手続きの多様化への対応関係

キャッシュレス決済等の多様な決済手段や訪日外国人対応の整備における費用は価格転嫁できず、整備に対する支援措置を要望する。

令和7年8月21日

厚生労働大臣
福岡資麿 殿

四病院団体協議会

一般社団法人 日本病院会
会長 相澤 孝 夫

公益社団法人 全日本病院協会
会長 神野 正 博

一般社団法人 日本医療法人協会
会長 伊藤 伸 一

公益社団法人 日本精神科病院協会
会長 山 崎 學



令和8年度税制改正要望の重点事項について

超高齢社会に突入したわが国では、地域差はあるものの、各年代に応じた医療ニーズが今後一層高まっていくと考えられます。また近年の気候変動により、いつ発生するかわからない自然災害に備えるためには、平時から医療体制を充実すべきであります。

さらに、ウィズコロナ時代以降も、将来の新興感染症にも対応できる医療提供体制の整備が求められると同時に、質の高い医療・介護の効率的な提供や業務の効率化、医療情報の活用のための医療DXの実現に向けた設備投資、近年の人件費や諸物価の高騰による大幅なコスト増が、利益率の低い医療機関経営に重くのしかかっています。令和7年6月13日の「骨太の方針2025」には高齢化による増加分に加え経済・物価動向を踏まえた対応を加算すると明記されましたが次期診療報酬改定での確実な引き上げが実現されなければなりません。

こうした状況のなかで、さらに医療機関に対する税制を含めた各種の支援措置が不可欠ですが、残念ながら医業税制は必ずしも医療の実情を踏まえたものになっていません。

特に医療に係る消費税制は、建物、設備や医療機器、各種の運営コストに含まれる消費税等を医療機関に負担するよう強いており、控除対象外消費税額は拡大しています。

医療機関の経営破綻を防ぎ、医療体制を維持・確保するためにも、この問題を抜本的に解決する税制上の措置を講ずるべきであります。

実際、建築費の高騰で老朽化に伴う建て替えも困難な上に、さらに高額な消費税が重くのしかかっています。

この消費税問題をはじめ、四病院団体協議会は令和8年度税制改正に関して、別紙のとおり重点的な要望事項を掲げましたので、その実現に向け格段のご配慮をお願いいたします。

(別 紙)

I 消費税関係

1 社会保険診療報酬等の非課税に伴う控除対象外消費税問題 の抜本的な解決

控除対象外消費税問題の解消のため、医療および介護に係る消費税について、社会保険診療報酬および介護報酬の非課税を見直し、診療所においては非課税制度のまま診療報酬上の補てんを継続しつつ、病院においては軽減税率による課税取引に改められたい。

(消費税法（昭和 63・12・30 法律 108）第 6 条、第 30 条、別表第一関係）

[理 由]

医療機関は消費税を上乗せされた医療機器や医薬品、医療材料、消耗品等を購入しているが、医療が非課税であるため仕入税額控除を通じて仕入税額の還付を受けることはできない。他の非課税事業者ならば、この仕入税額分を商品価格に転嫁して回収できるのに対し、医療の対価は法令上、社会保険診療報酬として決定されているという特殊性があり、転嫁することもできない。

これをカバーするため、社会保険診療報酬には仕入消費税相当額を補填することとされているが、補填の十分性や、個々の医療機関における補填のばらつきが大きさが課題となっている。特に病院は高額な設備投資を行うことが多いため、補填不足が生じやすい。中央社会保険医療協議会・診療報酬調査専門組織「医療機関等における消費税負担に関する分科会」において、平成 30 年 7 月に公表された「消費税率 8%への引上げに伴う補てん状況把握結果」によれば、病院の補填率は 85%であり、15%もの補填不足が生じている。

こうした状況に対し、与党の平成 31 年度税制改正大綱において「所轄省庁を中心に、実際の補填状況を継続的に調査するとともに、その結果を踏まえて、必要に応じて診療報酬の配点方法の見直しなど対応をしていくことが望まれる」との記載がなされた。これらの措置により、全体としての補填不足や補填のばらつきについて、是正が進むことが期待される。

しかしながら、そのような画一的補填方式には個々の医療機関の仕入税額が考慮されていないことから、どれほど補填方法を精緻化しようとも、税負担の不公平性は解消し得ない。そもそも、消費税非課税制度と診療報酬等の公定価格制度は、その目的を異にする以上、消費税問題を診療報酬によって補填する方法にはおのずと限界がある。

令和元年10月の消費税率引上げ、さらには急激な物価高騰とインフレに伴う賃金上昇によって支出が増加していることも相俟って、病院における補填不足はより深刻な状況となっている。病院の経営破綻を防ぎ、医療体制を維持・確保するためには、病院にかかる社会保険診療報酬等に対する消費税を軽減税率による課税取引に改めるよう要望する。

II 事業税関係

1 医療機関に対する事業税の非課税措置及び軽減措置の存続

事業税における次の措置を恒久的に存続されたい。

①社会保険診療報酬に対する非課税（個人、医療法人共通）

②自由診療収入等に対する軽減税率（医療法人のみ）

（地方税法（昭和25・7・31法律226）第72条の23、第72条の24の7、第72条の49の12関係）

[理由]

1) 与党の令和7年度税制改正大綱は、医療機関に対する事業税の措置について、「事業税における社会保険診療報酬に係る実質的非課税措置及び医療法人に対する軽減税率については、税負担の公平性を図る観点や、地域医療の確保を図る観点から、そのあり方について検討する」と、見直しがあり得ることを示唆している。

本来事業税は、事業に対する行政サービスの享受に応じた負担ということであるが、そもそも医療は公共的なものであり、そのため医療法でも非営利性が義務付けられ、医療機関は住民健診、予防接種、学校医等の地域医療活動に積極的に取り組んでいる。

すなわち、医療機関は行政サービスを享受するというより、行政が行うべき公共的サービスを自ら担っている実態から医療機関への措置が適正公平課税に反するというのは誤りである。

2) 事業税の非課税としては、非課税事業（林業、農業、鉱業）や非課税所得（公益法人等の収益事業以外の所得）等の包括的な規定により非課税とされているものが広範に存在する。

これに対し社会保険診療報酬に対する現行の措置内容は、課税標準の算定上の「課税除外措置」という限定的なものにすぎない。事業税の非課税制度全般の見直しもせず、ひとり医療のみを犠牲にすることは、あまりに社会保障を軽視するものである。

Ⅲ 事業承継税制関係

1 認定医療法人制度の存続と 認定期限の緩和等

平成 26 年度税制改正により創設された認定医療法人に係る相続税・贈与税の納税猶予等の特例措置について、令和 9 年 1 月 1 日以後も延長していただきたい。あわせて、相続発生後に移行申請を行う際の、申請期限につき緩和を図られたい。

また、認定医療法人が移行期限内に持分なし医療法人に移行できずに、認定取消となった場合は、再度認定を受けることができるようにしていただきたい。

(租税特別措置法第 70 条の 7 の 5～第 70 条の 7 の 14)

[理 由]

1) 認定医療法人に係る相続税・贈与税の納税猶予等の特例措置制度は令和 8 年 12 月末を期限とする時限措置であるが、中小企業の事業承継税制のような優遇措置のない医療法人にとって、相続問題に直面した際の支援措置となっているため、期限を当分の間、延長していただきたい。

2) 持分のある医療法人の出資者に相続が発生した後に移行計画の申請手続を開始した場合、相続税の申告期限までに移行計画の認定を受け、移行計画の認定を受けた認定医療法人である旨を記載した定款変更の認可を受けた上で、納税猶予の手続きを行わなければ、当該税制措置の対象とはならない。

しかし、認定要件には、これを満たすために時間がかかる項目もあるため、相続税の申告期限内にすべての要件を満たし、移行申請を行うことは困難である。このことは、認定医療法人制度を利用する上で大きな障害となっている。制度の実効性を確保し、持分のある医療法人から持分のない医療法人への移行を促進するためにも、相続が発生した後の移行申請につき、認定要件の達成時期の延期などの緩和を図られたい。

3) 現在、認定医療法人として認められた後、何らかの理由で持分を放棄できなかった場合は、再認定を受けることができない。このことは、持分のない医療法人へ申請すること自体を慎重にならざるを得ないこと、また認定医療法人数が増えない理由のひとつと考えられる。

については、持分放棄を出来ずに期限切れとなってしまった法人が一定期間経過したのち、再度認定医療法人成りできることを認められたい。

2 持分のある医療法人に係る 相続税・贈与税の納税猶予・免除制度の創設

持分のある医療法人に対して、中小企業の事業承継における相続税・贈与税の納税猶予・免除制度と同様の制度を創設されたい。

(租税特別措置法(昭和32・3・31法律26)第70条の7～第70条の7の8、中小企業における経営の承継の円滑化に関する法律(平成20・5・16法律33)関係)

[理由]

1) 中小企業の事業承継に関しては、「非上場株式等に係る納税猶予・免除制度」が設けられている。

これは、経営者が自分の保有株式等を後継者に贈与したり、相続等によって取得させた場合、その後継者が会社を経営していくならば、贈与税は株式等に対応する税額の全額、相続税は株式等に対応する税額の80%の納税が猶予され、後継者が死亡時まで株式等を保有し続ければ最終的に納税が免除されるというものである。

さらに本制度は平成30年度税制改正で抜本的な拡充が行われ、10年間に限って次の特例措置が追加されることになった。

- ① 従来は総株式数の3分の2までに制限されていた対象株数の上限を撤廃するとともに、相続税の猶予割合も100%に拡大することで、事業承継時の贈与税・相続税の現金負担をゼロにする。
- ② 1人の後継者のみでなく最大3人までの後継者への承継も対象とする。
- ③ 事業承継後5年平均で雇用の8割維持要件を弾力化し、満たせなかった場合も納税猶予を継続可能とする。

2) 企業には消費者、従業員、株主、債権者、仕入先、得意先、地域社会、行政機関等のさまざまなステークホルダーが存在しており、中小企業の事業承継の円滑化は、地域経済の活力維持や雇用確保の観点から極めて重要であるというのが承継税制の趣旨と考えられる。

民間医療の中心をなす医療法人についてみた場合、平成 18 年医療法改正により医療法人は持分のないことを原則とすることとされたものの、現時点で 6 割以上が持分のある医療法人で占められている。

これらの医療法人も相続税の課税対象となるが、こちらには中小企業の事業承継税制のような税制上の措置が設けられていない。

持分のある医療法人は平成 18 年改正法の経過措置に「当分の間…効力を有する」と位置付けられているものではあるが、決して暫定的な存在ではないし、事業承継せずに消滅していいものでもない。

むしろ、医療の公共性という面から言えば、患者を含めた地域社会全体が医療機関のステークホルダーであり、失われた場合の社会的損失は営利企業よりも大きいと思われる。

3) 事業承継における営利企業優遇、医療機関冷遇は明らかに政策上のバランスを失っており、その不均衡は平成 30 年度税制改正により拡大の一途をたどっている。持分のある医療法人についても、中小営利企業と同様に相続税・贈与税の納税猶予・免除制度を創設すべきである。

なお、これについては厚生労働省の医療従事者の需給に関する検討会でも、「地域の医療機関の事業の承継に関し、中小企業と同様、事業承継に当たっての優遇税制について検討してはどうか」と指摘している。

3 社団医療法人の出資評価の見直し

財産評価基本通達における社団医療法人の出資の評価方法を見直し、営利企業の株式等の評価に比して著しく不利とならないよう改めていただきたい。(国税庁通達「財産評価に関する基本通達」(昭和39・4・25直56/直審(資17、194-2関係))

[理由]

1) 持分のある医療法人においてとくに問題となるのは、事業承継の際の課税問題である。

出資持分が存する以上、これが相続税の課税対象となるのは当然であるが、その際の課税評価が一般の営利企業より高額になる現行の評価方法を見直し、せめて営利企業並みに改めていただきたいというのが本要望の主旨である。

現行の国税庁財産評価基本通達は、出資評価について規定した194-2において、評価方法として類似業種比準方式を掲げている。この方式は、市場性のない株式や出資持分について上場株式に準拠して評価するもので、営利企業に関しては配当、利益、純資産の3要素から評価額を算出する計算式が設定されている。

しかし、医療法人は配当が禁止されているため、営利企業の評価ではカウントされる配当要素が除外されるのである。

理論上これは一見正当ではあるが、いざ実際に適用すると、医療法人の出資評価額は無配当の営利企業よりも高額になってしまう(後出「取引相場のない株式と医療法人出資の評価方法の比較(現行)」参照)。

こうした現状は医療資源保護という政策的な観点から見て不適切であるばかりでなく、財産評価理論としても、出資の財産価値という点でマイナスに作用する配当禁止が反映されていないという問題がある。

そこで現行の評価方法を見直し、持分ある医療法人の出資評価は、取引相場のない株式で無配当のものと同様の方法を適用することとしていただきたい。

具体的には、現行の計算式の分母を「2」から「3」とし、分子に置くべき配当要素は「0」とするよう要望する。

2) 平成 29 年度与党税制改正大綱に基づき、国税庁は取引相場のない株式の評価の見直しを行い、類似業種比準価額の計算式については、配当、利益、純資産の比重を 1 : 1 : 1 へと変更した。

医療法人の出資評価の計算式も変更されたが、利益、純資産の比重を 1 : 1 としたのみで、配当要素を取り入れていないため、医療法人の出資評価に対する不利益な取扱いは変わっていない。

平成 18 年医療法改正において「経過措置医療法人」とされた持分のある医療法人は、あたかも「当分の間」存続するにすぎないかのように、事業承継税制等で冷遇されている。

財産評価について見直しを行うのであれば、持分のある医療法人の事業承継税制における位置づけとも照らし合わせて、今後は矛盾のない評価体系としていくべきである。

3) 持ち分のある医療法人においては、過去からの経営努力や配当禁止規定等により、構造的に純資産が多額になりがちであるが、病院機能を確保するための設備投資は行わざるを得ないため、純資産額と同等ないしははるかに超える借入金が同時に存在している事も多い。この状況下で、新型コロナウイルス感染症の影響により赤字に転落した場合、赤字経営や資金繰りの悪化による追加借入が発生するものの、形式的な内部留保額（純資産額）は大幅に減少することがないまま、出資持分の多くを所有している高齢の理事長に相続が発生するケースが考えられる。そして、大会社として評価される医療法人の場合、赤字により利益要素が 0 となることにより比準要素数 1 の会社と判定され、業績が悪化したにもかかわらず評価が高くなるという矛盾も生じている。

こうした状況においても、現在適用されている相続税基本通達によって持ち分の評価を行い、相続税を計算することが妥当であるか、地域医療の保持、医療提供体制の確保の観点から再考する必要がある。少なくとも、取引相場のない株式で無配当の営利企業よりも高額になってしまう現状の計算方法については、早急に改める必要がある。

〔参 考〕

取引相場のない株式と医療法人出資の評価方法の比較（現行）

1 取引相場のない株式評価における類似業種比準価額の計算式

（財産評価基本通達 180）

$$A \times \left\{ \frac{\frac{\textcircled{B}}{B} + \frac{\textcircled{C}}{C} + \frac{\textcircled{D}}{D}}{3} \right\} \times 0.7 \sim 0.5$$

A = 類似業種の株価

ⓑ = 評価会社の 1 株当たりの配当金額

ⓒ = " " 1 年間の利益金額

ⓓ = " " 直前期末の純資産価
額（帳簿価額）

B = 類似業種の 1 株当たりの配当金額

C = " " 年利益金額

D = " " 純資産価額（帳簿
価額）

2 医療法人の出資評価における類似業種比準価額の計算式

（財産評価基本通達 194-2）

$$A \times \left\{ \frac{\frac{\textcircled{C}}{C} + \frac{\textcircled{D}}{D}}{2} \right\} \times 0.7 \sim 0.5$$

類似業種目は「その他の産業」とする。

IV 法人税関係

1 中小企業関係設備投資減税の医療界への適用拡大

中小医療機関の設備投資を支援するため、次の措置を講じていただきたい。

- 1) 中小企業経営強化税制の医療保健業についての対象設備に医療用機器及び建物附属設備を追加するとともに、適用期限を令和9年4月1日以後も延長すること。
- 2) 中小医療機関の医療機器購入については中小企業経営強化税制と商業・サービス業・農林水産業活性化税制、高額医療用機器の特別償却制度の選択適用を認めること。
- 3) 中小企業投資促進税制の適用期限を令和9年4月1日以後も延長すること。

(中小企業等経営強化法(平成11・3・31法律18)第19条、第20条、租税特別措置法第10条の3、第10条の5の2、第10条の5の3、第42条の6、第42条の12の3、第42条の12の4関係)

[理由]

1) 中小企業者等が、中小企業等経営強化法の認定を受けた経営力向上計画に基づき、一定の設備を新規取得した場合、中小企業経営強化税制により、即時償却か10%税額控除(出資金が3,000万円超の法人は7%)の選択適用が認められている。

しかし、医療保健業を行う事業者が取得する医療機器や建物附属設備は、対象から除外されているため、医療機関が検査機器や手術機器を購入した場合でも適用できない。

中小企業経営強化税制においても、医療保健業を行う事業者が取得する医療機器を適用対象としたうえで、その適用期限を延長していただきたい。

2) 上記の1)を実施した上で、中小医療機関の医療機器取得には中小企業経営強化税制、高額医療用機器の特別償却制度の選択適用を認めるべきである。

3) 中小企業投資促進税制は、電子カルテシステムや医事会計システム等のソフトウェア、機械装置の取得に30%特別償却や7%税額控除(出資金等3,000万円超の法人には税額控除不適用)が適用される。本税制の適用期限を令和9年4月1日以後も延長していただきたい。

2 病院用建物等の耐用年数の短縮

病院・診療所用の建物の耐用年数を短縮されたい。

(減価償却資産の耐用年数等に関する省令(昭和40・3・31 蔵令15) 別表第一関係)

[理由]

病院・診療所用の建物および附属設備については、医学・医療の進歩に対応した構造や機能が要求され、陳腐化が激しいのが実情である。

また、令和4年12月に公布された、「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等の一部を改正する法律」では、国民の生命及び健康に重大な影響を与えるおそれがある新たな感染症の発生及びまん延に備え、都道府県と医療機関は協定を結び、新型コロナウイルス感染症への対応を念頭に入院、外来の体制整備を行うこととなった。

平成10年度税制改正において、建物の減価償却方法が定額法に限定された際に耐用年数も短縮されたが、ウィズコロナの時代における民間医療機関は、医療の質の向上を図りつつ、新たな新興感染症に対しても備えるべく、医療体制を整えることが求められることから、いまだ十分とは言えないため、これら減価償却資産の耐用年数をさらに短縮されたい。

要望年数は下表の通りであるが、これは四病院団体協議会と日本医師会の実施した実態調査によっても裏付けられたところである。

減価償却資産の種類等	現行耐用年数	要望耐用年数
病院・診療所用建物		
鉄骨鉄筋コンクリート造又は鉄筋コンクリート造のもの	39年	31年

3 医療機関における医療 DX への対応及び 省エネルギー対策への設備投資等に対する税制措置

医療機関における医療 DX への対応及び省エネルギー対策のための設備投資等(建物附属設備、構築物、器具備品、ソフトウェア)について、即時償却又は税額控除を選択適用できる措置、一定期間の固定資産税(償却資産税)の非課税措置の創設を要望する。

[理由]

政府は、医療 DX の実現に向けて、「全国医療情報プラットフォーム」の創設、電子カルテの標準化等、診療報酬改定 DX その他関連する施策を推進している。医療機関においては、これらの施策へ対応するために、導入時には必ず負担が生じることになる。国によるデータヘルス改革の一環として医療情報を連携する仕組みを構築するのであれば、その費用は、全額国費とすべきである。現在、医療情報化支援基金などによる補助金が交付されているが、その補完する施策として医療設備のデジタル化等に資する設備投資ならびにシステム投資を支援する税制措置を要望する。

また、近年の電気、ガス等のエネルギー価格の高騰によって必要コストが上昇し、国が定める公定価格により経営する医療機関は、経営状況が大変厳しい現状にある。2027 年末には、一般照明用蛍光灯の製造が終了されることに伴い、照明器具の LED 化が必要となる。このような状況において、医療機関が省エネルギー効果の高い設備等の取得を支援する税制措置を要望する。

4 医療法人の法人税率軽減と 特定医療法人の法人税非課税

医療法人の法人税率を、公益法人等の収益事業並みに引き下げられたい。
また、特定医療法人に対する法人税は、原則非課税とされたい。
(法人税法第 66 条、租税特別措置法第 42 条の 3 の 2、第 67 条の 2 関係)

[理 由]

1) 医療法人は医療法に基づき設立された法人で、医療の公益性を反映して多くの規制を受けている。特に同法で剰余金の配当が禁止され、営利追求を目的としていないにもかかわらず、営利法人並みの税率を課されているのはきわめて不公平である。公益法人等や協同組合等の営む医療保健業に対する課税との公平を図る観点からも、医療法人の法人税率は現行の 23.2%から 19%へ引き下げるべきである。

2) 特定医療法人は、その組織、運営、最終財産の帰属等において、高い公益性の課された医療法人であり、その要件は、原則として法人税が非課税の社会福祉法人や農業協同組合連合会と同様であるにもかかわらず、特定医療法人のみが原則課税（税率 19%）とされていることは、きわめて不公平である。したがって特定医療法人についても、原則として法人税は非課税とすべきである。

5 介護医療院への転換時の改修等に関する 税制上の支援措置の創設

平成 30 年 4 月から新たな介護保険施設として創設された「介護医療院」に、既存の病院や診療所が転換した場合、新施設の施設基準を満たすために要した建物の改修等について、取得価額の 30%の特別償却または 7%税額控除を認めるほか、固定資産税・不動産取得税の減免等の支援措置を講じていただきたい。

(介護保険法（平成 9・12・17 法律 123）第 107 条～第 115 条関係)

[理 由]

今後、増加が見込まれる慢性期の医療・介護ニーズへの対応のため、平成 30 年 4 月から「日常的な医学管理が必要な重介護者の受入れ」や「看取り・ターミナル」等の機能と、「生活施設」としての機能を兼ね備えた「介護医療院」が創設された。

新施設には、従来の介護療養病床や医療療養病床を有する病院、診療所からの転換が期待されるが、新たな施設類型の施設基準に合致させるためには、改修等に少なからぬ投資が必要となる。

そこで、予算面で地域医療介護総合確保基金等による補助を行うほか、税制面でも改修後の施設について特別償却や税額控除、固定資産税・不動産取得税の減免等による支援措置を講じていただきたい。

V その他税制関係

1 社会医療法人等における訪日外国人に対する 自費診療要件の見直し

訪日外国人に対する医療提供体制の整備が必要とされている中で、訪日外国人診療に生じる追加費用を請求できるよう、社会医療法人等における自費診療要件（自費患者への請求金額は社会保険診療報酬と同一基準とする）を見直していただきたい。

[理由]

訪日外国人旅行者数は、2024年に約3,687万人となり、新型コロナウイルス感染拡大前の水準を超えて、過去最高を記録した。政府は、観光立国推進基本計画において、2030年に訪日外国人旅行者数を6,000万人とする目標を掲げており、今後、訪日外国人観光客はますます増加するものとみられる。

これに伴い、訪日外国人に対する医療提供体制を確保することが必要となるが、社会医療法人や特定医療法人、認定医療法人は、自費患者への請求金額は社会保険診療報酬と同一の基準により計算されることとする要件が課されている。

訪日外国人診療は、言語・文化・宗教的な理由から、日本人と比べて追加的な費用が生じているが、自費診療について社会保険診療報酬と同一の金額でしか請求できないことで、医療機関の経営に支障を及ぼすおそれがあるとともに、地域における訪日外国人に対する医療提供体制にも影響を及ぼすことが懸念される。

また、訪日外国人診療で医療機関が負担している赤字分は、最終的に、社会保険料や税金を支払っている国民の負担となるため、国民の保険料負担の抑制努力を継続するという政府方針にも相反することとなる。

そこで、訪日外国人に対する医療提供にあつては、社会医療法人等が、自費患者に追加的な費用も併せて請求できるようにする等の措置を講じていただきたい。

2 賃上げ促進税制における税額控除上限の緩和要望

賃上げ促進税制における税額控除額は、法人税額又は所得税額の 20%が上限とされているところ、人件費率が高くかつ利益率の低い産業においては控除税額が上限に達しやすく税制を十分に活用できないおそれがある。そういった産業においても構造的な賃上げを実現するために、税額控除額の上限を緩和されたい。

なお、同税制は、経営状況が赤字の医療機関や公的病院には適用されないため、これら医療機関に対しては、診療報酬上の措置を講じていただきたい。

[理 由]

1) 令和 5 年 6 月 16 日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針 2023 加速する新しい資本主義～未来への投資の拡大と構造的賃上げの実現～」

(いわゆる骨太の方針)において、構造的賃上げの実現を通じた賃金と物価の好循環へとつなげることが目指されている。

2) 骨太の方針を受けて、「令和 6 年度診療報酬改定の基本方針」において賃金上昇や人材確保の必要性等が重点課題とされ、令和 6 年度診療報酬改定では+2.3%分の賃上げを行うためのベースアップ評価料が新設された。

3) 厚生労働省は、賃上げ目標のある対象職種において、必達とはしていないものの、令和 6 年度に+2.5%、令和 7 年度に（令和 5 年度対比で）+4.5%の賃上げ目標を掲げている（2 年間の平均は+3.5%）。一方、この目標（年+3.5%）は、診療報酬における+2.3%の措置だけではまかなえない。厚生労働省は、+0.6%を医療機関の自主財源によるもの、残りの+0.6%分は賃上げ促進税制を活用するものとしている。

4) ところで、賃上げ促進税制における税額控除額は、法人税額又は所得税額の 20%が上限とされているが、人件費率が高い産業では賃上げ額が高くなるため、高い利益率を確保していないと控除しきれない税額が生まれやすくな

る。医療界に限らず人件費率が高く、利益率が低い業界・企業においては制度のメリットを十分に活用しきれないおそれがある。

5) そこで、骨太の方針が示す構造的な賃上げを実現するために、人件費率が高く、利益率が低い業界・企業においても十分に活用できるよう、税額控除額の上限を緩和されたい。

6) 2025年6月に四病院団体協議会で実施した、2025年度医療機関における賃金引き上げの状況に関する緊急調査において、賃上げ促進税制に関して、利用できていた病院は189病院中36病院（19%）に留まっている。このような実態を踏まえ、経営状況が赤字の医療機関や公的病院に対しては、診療報酬にて対応していただきたい。

3 社会医療法人に対する寄附金税制の整備 および非課税範囲の拡大等

社会医療法人に対して、次の措置を講じられたい。

- 1) 社会医療法人を税法上の特定公益増進法人とし、これらに対して寄附が行われた場合、寄附をした側については支出額の一定部分を所得税法上の寄附金控除の対象および法人税法上の損金としていただきたい。
- 2) 社会医療法人が行う医療保健業は法人税法上の「収益事業」から除外され非課税であるが、このうち附帯業務として行うものは例外的に課税されている。社会医療法人の行う医療保健業をすべて「収益事業」から除外し、非課税としていただきたい。
- 3) 社会医療法人が「救急医療等確保事業の用に供する固定資産」に対しては、固定資産税が非課税とされている。この非課税範囲の取扱いが全国の市町村で必ずしも統一されていないため、通知等により範囲を明示されたい。併せて、今後は非課税の範囲を「医療の用に供する固定資産」全般に拡大していただきたい。

(医療法(昭和23・7・30法律205)第42条の2、所得税法(昭和40・3・31法律33)第78条、所得税法施行令(昭和40・3・31政令96)第217条、法人税法(昭和40・3・31法律34)第7条、第37条、別表第二、法人税法施行令(昭和40・3・31政令97)第5条第1項第29号、第77条、地方税法第348条第2項第11号の5、地方税法施行令(昭和25・7・31政令245)第50条の3の2、地方税法施行規則(昭和29・5・13総令23)第10条の7の7関係)

[理由]

1) ①社会医療法人は救急、へき地、小児、周産期医療のような、採算性の乏しい医療に自治体病院に代わって取り組んでいる、公共性・公益性のきわめて高い医療法人であり、その存続・発展を図ることは公益の増進に資する。

②教育の分野では学校法人が、福祉の分野では社会福祉法人が特定公益増進

法人とされているが、社会医療法人がこれらに比して公益性において劣るとは考えられない。

③社会医療法人を特定公益増進法人とすることにより、一般医療法人がこれらに移行することを促し、医療の非営利性を徹底することは、今後の超高齢社会を支えるためにぜひとも必要である。

2) 医療法人の業務には病院、診療所の運営という本来業務に加え、医療関係者の養成や薬局の開設等の附帯業務があるほか、社会医療法人には広範な収益業務が認められている。

法人税法上の「収益事業」から除外されているのは、このうち社会医療法人の本来業務たる医療保健業だけであるが、附帯業務には巡回診療所やへき地診療所の開設等も含まれるなど、公共性・公益性の面において必ずしも本来業務に劣るとは言えない。

したがって、附帯業務の医療保健業も「収益事業」から除外すべきである。

3) ①平成 21 年度税制改正により「社会医療法人が直接救急医療等確保事業に係る業務の用に供する固定資産」は、固定資産税が非課税とされたところである。しかしながら、この非課税の範囲については、必ずしも全国の市町村で統一的な運用がなされておらず、本来非課税とされるべきものが課税されるなどの混乱が生じている。これを解消するため、通知等により非課税の範囲を明示し、全国の自治体の運用を統一していただきたい。

②社会医療法人は法人単位で認定を受けるものであるため、認定対象となった施設以外の医療施設にも高い公益性が認められる。今後、非課税の範囲をこうした医療施設全般に拡大していただきたい。

4 医療機関同士での再編による資産の取得を行った場合における登録免許税、不動産取得税及び固定資産税の軽減措置

地域医療構想を実現するための地域の医療機関同士の再編について、必要な不動産の取得につき、登録免許税、不動産取得税の軽減措置を継続するほか、固定資産税の軽減措置を講じること。

[理由]

地域医療構想の実現においては、民間医療機関についても、地域医療の重要な担い手であるという点において、公立医療機関や公的医療機関とは何ら変わらないものである。また、公立・公的医療機関は当然に営利を目的としないが、医療法人等の民間医療機関も営利を目的としない存在であり、医療機関は基本的には非営利の開設主体によって運営がなされている。

しかしながら、資産の取得を行った場合において、基本的に非課税の公立・公的医療機関と課税される民間医療機関の間には、地域に必要な医療を補完し合っているにもかかわらず、税の負担においては公平性が担保されていない状況である。

医療機関同士での再編による資産の取得を行った場合における軽減措置については、登録免許税（令和3年度税制改正）、不動産取得税（令和4年度税制改正）の軽減措置が創設された。これにより、民間医療機関が再編により資産を取得した場合において、税負担が緩和されたところである。

民間医療機関を含めて地域医療構想の実現を進めていくのであれば、公立・公的医療機関と民間医療機関の間において、税負担の公平性を担保することは当然のことであり、医療機関同士で再編統合を行う際に必要な不動産の取得につき、登録免許税、不動産取得税の軽減措置を継続するとともに、固定資産税についても、不動産取得税と同様に軽減措置を講ずるべきである。

5 医療従事者確保対策用資産および 公益社団法人等に対する固定資産税等の減免措置

次の土地、建物について、固定資産税および都市計画税ならびに不動産取得税、登録免許税の減免措置を講じていただきたい。

①医療従事者確保対策の用に供される土地、建物

②公益社団法人および公益財団法人ならびに一般社団法人、一般財団法人で医療保健業を営むもののうち、当該医療保健業が法人税法上の収益事業から除外されているものについて、当該業務の用に供する土地、建物（法人税法第2条第6号、第13号、法人税法施行令第5条第1項第29号、法人税法施行規則（昭和40・3・31 蔵令12）第6条、登録免許税法（昭和42・6・12 法律35）第4条第2項、別表第三、地方税法第6条、第73条の4第1項第3号の2、第8号の2、第348条第2項第9号の2、第11号の5、第702条の2第2項関係）

[理由]

1) 医療機能の高度化、医療ニーズの拡大に伴い、医師、看護師等の不足を訴える医療機関が増加している。絶対数の不足に加え、地域偏在が重なり、地方の医療機関ほど医療従事者確保に困難を感じており、その打開のためには住環境の整備や子育て支援の実施など、各種の対策が必要とされる。

医療機関が医療従事者を確保するため、職員寮等を取得した場合、税制上の負担軽減措置を講じていただきたい。

2) 法人税法上、医療保健業は原則として収益事業とされているものの、一定の公益法人等が行う当該業務に関しては収益事業から除外されている。

これは税法上も十分な公益性を有すると認めていることを意味するから、同じく公益性による非課税制度の定められている固定資産税等に関しても、減免措置を講じるべきである。

【その他 今後も継続して検討していく項目】

以下の項目は、要望項目とはしていないが、次年度以降も継続して検討していく項目である。

（新興感染症関係）

- ・ 新興感染症の影響による税金等の納付猶予期間の延長
- ・ 欠損金の取扱いの拡充
- ・ 感染対策のための設備投資、消耗品等の支出への税制上の支援措置

（特定医療法人関係）

- ・ 特定医療法人の存続と要件の緩和

2025年9月10日

厚生労働大臣
福岡 資麿 殿

一般社団法人 日本病院会 会長 相澤 孝夫
公益社団法人 全日本病院協会 会長 神野 正博
一般社団法人 日本医療法人協会 会長 伊藤 伸一
公益社団法人 日本精神科病院協会 会長 山崎 學
一般社団法人 日本慢性期医療協会 会長 橋本 康子
公益社団法人 全国自治体病院協議会 会長 望月 泉

緊 急 要 望

現在、病院の経営は危機的状況です。ここ数年の物価・賃金の高騰や医療の高度化により、経費は急増しています。しかし、診療報酬は公定価格であり、これらに対応していません。2024年度診療報酬改定が行われ、職員の処遇改善が求められましたが、賃上げは2.51%（医療機関における賃金引き上げの状況に関する緊急調査より）であり、他産業の5.25%に大きく及びません。

また、賃上げ促進税制については、公立公的病院や社会医療法人では利用できない制度であり、利用可能な医療機関における利用率も19%（医療機関における賃金引き上げの状況に関する緊急調査より）と極めて低いものでした。

現在、医業収益を上回る医業費用の伸びにより、医業利益で約7割、経常利益で約6割の病院が赤字となっています。この状況では、医療・介護に従事する職員の賃金を他産業と同じように上げることができません。また、病床閉鎖による地域医療の崩壊が起こってしまいます。

このような状況を改善させるため、下記を要望します。

要 望 事 項

1. 2025年度補正予算において、緊急に病院への支援策を講ずること
(1病床あたり50万円から100万円)
2. 病院への2026年度診療報酬改定率については、10%超が必要であること

以上

地域の病院経営は危機的状況です

物価高騰が続く中、医療従事者の給与を
他産業と同じように上げることができません

地域医療の崩壊を防ぐため、以下を強く要望します

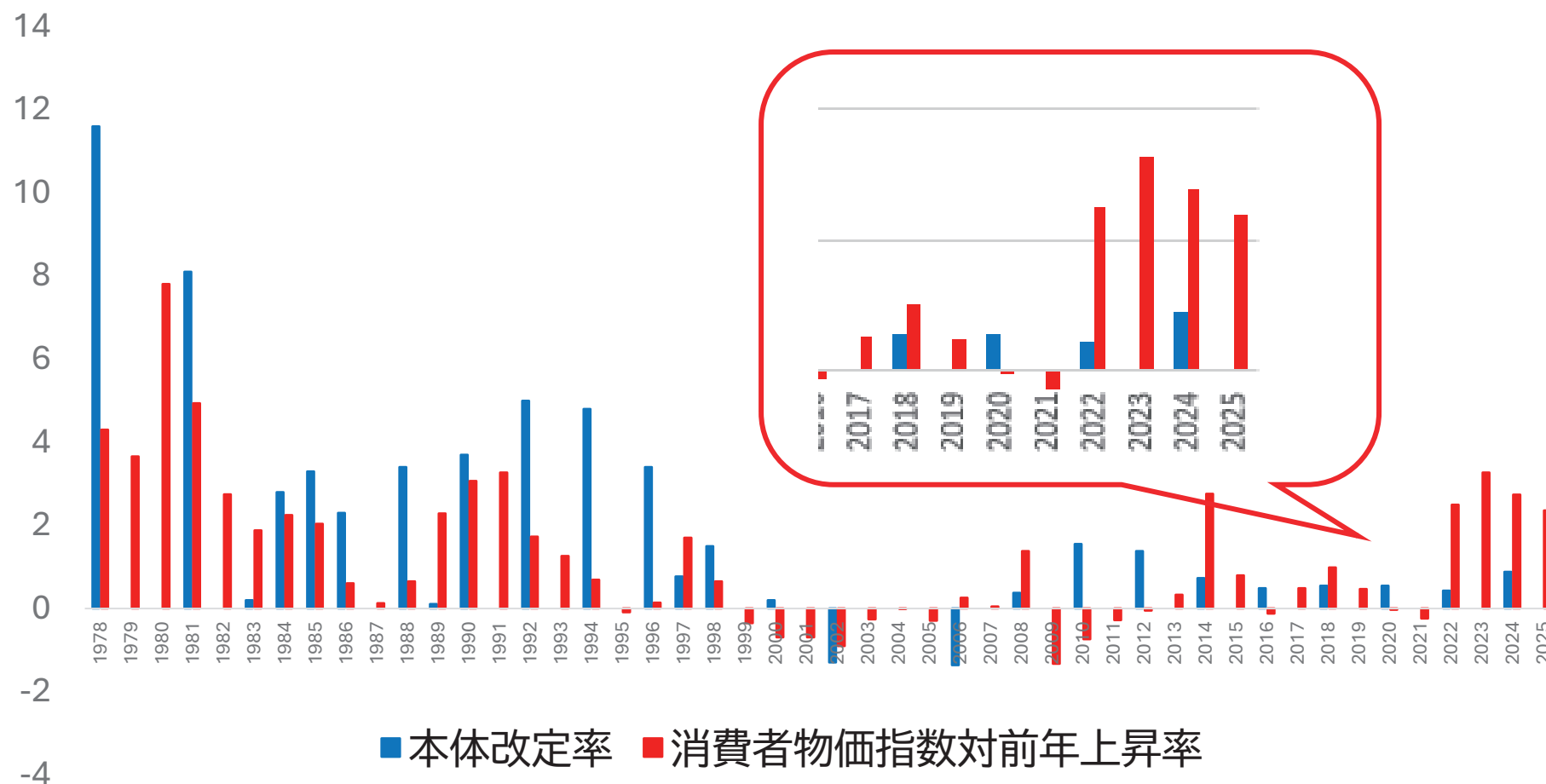
1. 2025年度補正予算において、緊急に病院への支援策を講ずること(1病床あたり50万円から100万円)
2. 病院への2026年度診療報酬改定率については、10%超が必要であること

このままでは

ある日突然、病院がなくなります

過去の診療報酬本体改定率とインフレ率の推移

- 過去、診療報酬本体改定率とインフレ率は連動していた
- 改定は原則2年に1回のため、改定率が物価上昇率を上回ることが通常
- しかし**2022年以降は、物価上昇率と本体改定率が大きく乖離**
- 診療報酬財源の確保不足が、現在の病院の危機的経営状況の主要因



物価・賃金上昇は、病院の診療コストに甚大な影響を与えています(毎年約3%)

例えば、賃上げ4.0%、物価上昇3.0%の場合、診療のコストは、1年あたり3.1%上昇

(内訳)

- 賃上げ 約4.0% × 人件費率 57.2% = 2.3%
- 物価上昇 約3.0% × 物件費率(薬剤等除く)28.5% = 0.8%

しかし、医療機関は、コストの上昇を価格に転嫁することが認められていません

- 診療報酬改定による引き上げは、コスト上昇のうちごく一部です
- 2024年度診療報酬改定率 0.88% → 年平均では 0.44%
- これでは物価や賃金の上昇に遠く及びません

病院は、コスト削減等の努力を凶っていますが、努力の限界を超えています
赤字の病院が増え、従事者の賃金を上げることもできなくなっています

2022年度頃から物価上昇が始まり、医療提供コスト(医薬品・保険医療材料除く)が約6.2%上昇

2018年度→2024年度で病院の収支は2.8ポイント悪化

差し引き3.4ポイント分は
病院は経費節減や
必死の経営努力を行っています

医業赤字病院割合 55%→69%に増加
(2018年度→2024年度)

2025年度の職員のベースアップ見込み 約1%

(参考:全産業平均3.7% 経営悪化の影響で他産業に遠く及びません)

2026年度診療報酬改定で必要な病院診療報酬改定率

2026年度の
病院診療報酬改定で
必要な改定率**要望**
(2年分)

10%超
医療費:約2.5兆円
(国費 :約0.63兆円)
(保険料 約1.25兆円)

まず、補正予算で対応
→2026年度以降は診療報酬に
病院1床あたり50万円から100万円

2026年度
2027年度
物価、賃金上昇分

通常改定
(新規技術等)

2024年までの
経営悪化分

2022年度以降**6.2%**
のコスト上昇。これまでの
診療報酬改定や、**病院**
の**必死の努力**にもかかわらず、
収支差が**2.8ポイント**悪化しています。

2025年度の不足分

2024年度診療報酬
改定で措置されたよ
りも、賃金・物価上昇
が大きいいため、対応が
不足しています。
(人件費1.5%分※1 +
物価対応0.9%分)

	2026年度	2027年度
(毎年度4%) 賃上げ対応	約2.3%	(2.3% +2.3%) 約4.6%
(毎年度3%) 物価高騰 対応	約0.8%	(0.8% +0.8%) 約1.6%
合計	約3.1%	約6.2%

新たな手術・検査
の導入など、我が
国の医療が、技術
革新を享受して進
歩するために、こ
れまでも診療報酬
改定で対応してき
ました。

2.8% + **約2.5%** + (2年分)**約4.7%※2** + **0.3%**

※1 2025年に人勤ペア3.62%であったが1.0%しか実施できていない(人件費比率57%) ※2 (3.1%+6.2%)÷2=4.7%

必要な病院の診療報酬改定率10%超の財源

国費

消費税込は、増税前に1%あたり2.66兆円であったが、現在では1%あたり3.3兆円程度と、**7000億円弱増加**している。
消費税込は社会保障に充てるとされており、経済成長の果実である**消費税込増を社会保障に活用すべき**である。

保険料

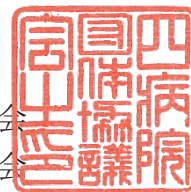
現役世代の収入は増えており、協会けんぽなど健康保険組合の**保険料収入は上振れ**している。
現行の保険料水準のままでも、財源は増加している。

※協会健保の2024年度収入は、前年度比**3374億円増**
※健保連の2024年収入は、前年度比**3891億円増**

物価・賃金に連動するこれら国費・保険料の財源を、病院医療に活用して頂きたい

2025年9月12日

法務省民事局長
松井 信憲 殿



四病院団体協議会
一般社団法人日本病院会
会長 相澤 孝夫
公益社団法人全日本病院協会
会長 神野 正博
一般社団法人日本医療法人協会
会長 伊藤 伸一
公益社団法人日本精神科病院協会
会長 山崎 學

医療法人等を代表者等住所非表示措置の対象とする要望書

2024年10月1日に施行された「代表取締役等住所非表示措置」は、株式会社の代表取締役等を対象としたプライバシー保護強化の画期的な措置である。

しかし、本措置の対象が株式会社に限定されており、医療法人、社会福祉法人、特定非営利活動法人（NPO 法人）等、公共性の高い事業を担う法人については対象外とされており、登記簿謄本を通じて代表者個人の住所が公開されている。このため、悪質なクレーマーや不審者による自宅訪問、ストーカー行為、サイバー攻撃といった犯罪のリスクに常に晒されている。特に医療機関代表者は、診療時間や経歴を公開し広く地域に伝えるという事業の性質上、他の業種と比較して本人の自宅不在時や年齢等の個人情報に第三者に容易に把握されるリスクが高く、過去には強盗に合う等の被害が発生している。

国民の健康と生命を守る医療法人等の経営者が安心して職務に専念できるよう、現行の代表取締役等住所非表示措置の対象に医療法人等を加え、その代表者等の住所の一部を非表示にできるよう、早急な制度の見直しを強く要望する。

令和7年10月29日

厚生労働大臣
上野 賢一郎 殿

四病院団体協議会
一般社団法人 日本病院会
会長 相澤 孝夫
公益社団法人 全日本病院協会
会長 神野 正博
一般社団法人 日本医療法人協会
会長 伊藤 伸一
公益社団法人 日本精神科病院協会
会長 山崎 學



病院医療提供体制を維持し地域医療を確保する為の要望書

現在、病院の経営は物価および賃金上昇の影響により危機的状況に陥っており、このままでは病院が病院医療を継続することが困難となり、地域医療が崩壊してしまいます。

この窮状は2025年10月に四病院団体協議会が公表した『2025年病院経営定期調査の中間報告』の中で以下のように明らかとなりました。

- ① 2024年度は73.8%の病院が赤字となり、前年度と比較して赤字病院割合は3.9ポイント増加した。
- ② 2024年-25年の6月単月の比較では、赤字病院割合がさらに拡大した。
- ③ 2025年度、職員の賃上げは87.7%が実施していたが、平均の賃上げ率は「2%～3%未満」が最も多く、他産業の半分程度の賃上げ率であった。

また、『病院における控除対象外消費税に関する調査』では病院の種別と規模の違いによって消費税補填状況が大きく異なることが明らかとなりました。1病院で1億円を超える補填不足も散見され、控除対象外消費税の補填のバラツキが病院経営に一層の悪影響を与えている現状が確認されました。

記

病院経営が逼迫する中、病院の存続と地域医療の継続のために、

1. 2025年度補正予算にあたり早急に病院への支援策を講ずること
2. 病院への2026年度診療報酬改定については10%超の引き上げが必要であること
3. 病院における社会保障診療報酬にかかる消費税について、各病院間における補填状況に係るバラツキが解消されるよう、抜本的な対策を講ずることを要望します。

以上

令和8年3月24日

厚生労働大臣

上野 賢一郎 殿

公益社団法人日本医師会

会長 松本 吉郎

四病院団体協議会

一般社団法人日本病院会

会長 相澤 孝夫

公益社団法人全日本病院協会

会長 神野 正博

一般社団法人日本医療法人協会

会長 伊藤 伸一

公益社団法人日本精神科病院協会

会長 山崎 學

(公 印 省 略)

有料職業紹介事業の適正化とハローワークの機能強化に関する要望書

医療界におきましては、2010年代初頭より、有料職業紹介事業に係る高額な紹介手数料やお祝い金の提供を背景とした早期転職勧奨等の諸問題について、貴省に対し実態調査の実施及び是正措置を要望してまいりました。

貴省におかれましては、この間、金銭等の提供や2年以内の転職勧奨の禁止といった規制に加え、適正事業者認定制度の創設、紹介手数料や離職者数に関する情報公開の義務化など、当該問題の改善に向けご対応いただき、またハローワークにおいても医療・介護分野の人材確保に力を入れ、新たな取り組みも実施していただいていることに、深く感謝申し上げます。

しかしながら、現在、医療機関の経営状況は一段と逼迫しており、とりわけ有料職業紹介事業等に係る過大な紹介手数料は経営悪化に拍車をかけ、医療機関の持続性を揺るがしかねないほど大きな負担となっています。また、依然として早期離職の問題も指摘されており、現場からは対応を求める切実な声が寄せられています。

このような現状を踏まえ、日本医師会および四病院団体協議会では、有料職業紹介事業等の適正化ならびに公的な無料職業紹介事業の一層の活性化・利用促進は喫緊の課題と捉え、ワーキンググループを設置し検討を重ねてまいりました。検討結果は添付の報告書に詳述しております。

今般、報告書の要望のうち、特に優先して取り組んでいただきたい事項を下記の通り取りまとめました。貴省におかれましては、本趣旨をご理解のうえ、格別のご対応を賜りますようお願い申し上げます。

記

【重点要望事項】

1. 高額な紹介手数料への緊急的対応

① 紹介手数料の上限規制の導入

医療機関は非営利性を原則としており、その収入は保険料や税金といった公的財源を原資とした公定価格であるため、採用コストを転嫁することができません。紹介手数料について適切な対応を講じない場合、今後さらに上昇する可能性があり、個々の医療機関のみならず、地域の医療提供体制の持続性をも脅かすおそれがあります。

医療・介護分野における職業紹介事業について、紹介手数料の上限規制の導入を要望いたします。

注：上限を高く設定した場合は、高い水準に収れん・固定化するリスクがある一方、過度に低く設定した場合は、現場の体制維持が困難となるおそれがある。こうした点にも配慮した制度設計を要望する。

② 早期離職に係る返戻金制度の義務化と返戻水準の標準化、離職動向のさらなる見える化

医療・介護分野の有料職業紹介は、他分野に比べ6か月以内の早期離職が多く、また返戻期間経過直後の離職も少なくないとの声が寄せられています。医療機関側にも離職防止の取り組みが求められる一方で、マッチングの質に起因する離職もあり、医療機関側のみが経済的損失を負担するのではなく、紹介事業者も離職リスクを分担する仕組みが必要と考えます。現状では、返戻金制度を設けている場合でも、返戻率は早期から大きく低下するケースが多く、十分とは言えません。

早期離職に係る返戻金制度の義務化と、返戻水準（期間、率）の標準化についてご検討くださいますようお願いいたします。

また、「人材サービス総合サイト」では「6か月以内の離職者数」が公表されていますが、6か月の返戻期間を経過した後の離職の実態が把握できない状況です。事業者の選択に資するため、「6か月以上1年以内の離職者数」の報告を新たに義務付け、一層の見える化を図っていただきますようお願いいたします。

2. 法令の遵守等について

① 転職勧奨の禁止及び適正な広告・広報の徹底

自らが紹介した就職者に対し2年以内に転職を勧奨することは禁止されていますが、現場からは依然として懸念が寄せられています。指針遵守の徹底を指導していただくようお願いいたします。

願いをいたします。

あわせて、転職を濫りに助長する不適切な広告表現や過度な広報活動が行われないよう、国および業界団体において適正な広告・広報ガイドラインを整備していただくよう要望いたします。

② 職業安定法上の手数料明示義務の実効性確保

職業安定法第32条の13に基づく手数料の明示が、有料職業紹介事業者から求職者に十分に行われていないとの指摘があります。手数料表の提示のみでは、求人者が負担する手数料の仕組みや水準が理解されにくいため、個別かつ具体的な金額を提示することを要望いたします。求職者が手数料の実態を理解することで、責任意識が高まり、安易な離職の抑制にも寄与すると考えます。

③ 定期的な指導監督の実施、悪質事例・トラブル事例の公表

2023年～2024年にかけて実施された有料職業紹介事業者に対する集中指導監督では、約6割の有料職業紹介事業者で違反が確認されました。また都道府県労働局に設置されている「医療・介護・保育求人者向け特別相談窓口」にも相談が寄せられていると存じます。

医療機関が安心してサービスを利用できるよう、定期的に指導監督を行うとともに、悪質事例あるいは他の医療機関にも注意喚起すべきトラブル事例については、積極的に公表していただくようお願いいたします。

3. ハローワークの新たな施策の推進と広報活動の強化

医療機関にとって、ハローワークは人材確保の重要な手段の一つであり、現在、医療・介護・保育分野に重点を置き、主要なハローワークへの「人材確保対策コーナー」の設置や、令和8年度からは全ハローワークで病院・施設へのアウトリーチ支援等を予定していることに深く感謝申し上げます。

これらの取り組みを実効あるものとし、求人者・求職者双方に積極的に利用してもらうために、以下の取り組みをお願いいたします。

- 「人材確保対策コーナー」の増設（ツアー型面接会や職場見学会等各種イベントの積極的開催を含む）
- インターネットサービスの利便性の向上、機能のさらなる充実（インターネットサービスの効果的な活用や利用方法に関する動画・マニュアル等の作成を含む）
- 求人者・求職者に対する広報活動の強化

特に求職者の利用促進に向けて、ハローワークが新たな取り組みや機能の拡充を進めていることを周知し、従来の「現地に出向かなければならない」「利用しにくい」といったイメージを払拭していくことも不可欠と考えます。私ども医療関係団体といたしましても、医療機関がこれらの取り組みを活用し人材確保につなげられるよう、周知に努めてまいります。

併せて、これらの施策の実施に必要な予算措置を講じ、継続的な支援を賜りますようよろしくお願い申し上げます。

日本医師会・四病院団体協議会

有料職業紹介事業に関するワーキンググループ報告書

～医療分野における人材確保と有料職業紹介事業等の
適正化に向けた提言～

2026年3月

日本医師会・四病院団体協議会

目次

はじめに ～ワーキンググループの設置～	1
1. 有料職業紹介事業の利用状況と高額な手数料負担の現状	2
(1) 有料職業紹介事業の利用状況	2
(2) 費用負担の増大と経営への影響	2
2. 人材紹介サービスを巡る課題、トラブルについて	5
(1) 医療・介護・保育分野で際立つトラブル経験率と低い満足度	5
(2) 早期離職の問題	5
(3) ミスマッチ・人材の質の問題	6
(4) 手数料・違約金に関するトラブル	6
3. 有料職業紹介事業対策～病院団体と日本医師会が協働して何ができるか～	8
4. 医療・介護提供体制を維持するために必要な対応・提言	9
(1) 高額な紹介手数料への緊急的対応	9
(2) サービスの質の向上および法令の遵守	10
(3) 違反や不適切事例に対する指導監督の強化、さらなる情報公開の推進	11
(4) 事業者の選別・淘汰につながる活動	12
(5) 求職者に無料職業紹介を活用してもらうために	12
5. ハローワークの機能強化と利用促進に向けて	15
(1) 迅速な対応への期待	15
(2) インターネットサービスの利便性向上	16
(3) 新たな施策の周知、アウトリーチ支援の推進	16
(4) 都道府県ナースセンターとの連携強化	17
(5) 日本医師会ドクターバンクとの連携強化	17
6. 有料職業紹介事業等の利用にあたって医療機関が留意すべき事項	19
(1) 事業者の選定にあたって	19
(2) トラブル防止のための注意事項	19
(3) トラブルが発生した場合の相談窓口	20
まとめ	21

はじめに ～ワーキンググループの設置～

医療界では、2010年代初めより、有料職業紹介事業の高額な紹介手数料やお祝い金の提供による早期転職勧奨等の不適切行為を一貫して問題として取り上げ、厚生労働省に対して実態調査の実施や是正の申し入れを行ってきた。一方で、医療・介護現場は慢性的な人手不足にあり、課題があることを認識しつつも、確実性・即応性の点で有料職業紹介事業等を利用せざるを得ない状況が続いている。人材確保の一手段として一定の役割を果たしているが、必ずしも長期的な定着につながっているとは言い難い。

現在、医療機関の経営は物価高騰や人件費の上昇等により極めて逼迫し、かつてない危機的状況に直面している。有料職業紹介事業等にかかる高額な紹介手数料は経営悪化に拍車をかけ、医療機関の持続性を揺るがしかねないほど大きな負担となっている。現場からは、対応を求める切実な声が相次いでいる。

診療報酬という公定価格の仕組みの中では、十分な処遇改善ができず、他分野への人材流出が加速している。さらに診療報酬収入の中から有料職業紹介の手数料を支払うことで、十分な賃上げが困難となり、さらなる離職や採用難を招く悪循環に陥りかねない。

こうした状況を受け、日本医師会および四病院団体協議会では、「有料職業紹介事業に関するワーキンググループ」を設置して、5回にわたり協議した。人材確保を巡る現状と課題を整理するとともに、有料職業紹介事業等の適切な運営及び公的な無料職業紹介事業の利用促進等を含め、国や業界への提言を取りまとめた。併せて、有料職業紹介事業等のトラブルを未然に防ぐため、医療機関が取るべき対応についても示すこととした。

1. 有料職業紹介事業の利用状況と高額な手数料負担の現状

(1) 有料職業紹介事業の利用状況

医療機関が有料職業紹介事業者を利用する主な理由として、「他の採用手段(無料)では採用できなかった」、「迅速に求職者を確保できる」といった点が上位にあがる¹。

近年は、有料職業紹介事業者や求人サイトの広告が巷にあふれ、求職者にとってはスマートフォンひとつで手軽に就職活動が行える環境が整っている。さらに、エージェントが本人に代わって条件交渉などを行うため、求職者はハローワーク等の無料職業紹介ではなく、民間の人材紹介サービスを利用する傾向が強くなっている。その結果、求人側もこうしたサービスを利用せざるを得ない現状がある。

一方で、こうした状況が拡大すれば、無料職業紹介に十分な求職者が集まらなくなり、結果として、高額な紹介手数料の負担が難しい中小規模の医療機関は人材確保が著しく困難となり、ひいては地域の医療提供体制全体を揺るがすリスクにもなり得る。

<採用活動で使用した媒体・経路>

福祉医療機構の「2025年度病院の人材確保に関する調査結果」²によれば、「常勤医師を募集する際に使用した媒体・経路」(複数回答)としては「人材紹介会社」が最も高く(78.4%)、また「採用に結び付く効果をもっとも高かった媒体・経路」は「人材紹介会社」が43.9%と約4割を占めていた。

「医師以外(正規職員)」の募集に関しては、ハローワーク(89.0%)、病院ホームページ(84.0%)、人材紹介会社(82.9%)の利用が上位となっているが、「採用に結び付く効果をもっとも高かった媒体・経路」は人材紹介会社が73.6%と最も高く、次いでハローワーク(52.3%)、病院ホームページ(39.9%)となっている。

(2) 費用負担の増大と経営への影響

このように、有料職業紹介事業への依存度は高く、採用コストの増大につながっている。実際、有料職業紹介の手数料総額³は年々増加し、2023年度には医師の紹介手数料は約247.6億円、看護職は約579.9億円、介護職は約233.8億円に達している(図1)。

物価や人件費の上昇等、経営環境が一段と厳しさを増す中、高額な紹介手数料は医療機関の収益を圧迫する大きな要因となっている。他分野と比較して、医療分野の紹介手数料率は特段高いわけではないものの、医療機関は公定価格の中で運営しているため、採用コストを価格へ転嫁することができない特殊性がある。

¹ 令和4年度厚生労働省委託 民間人材サービスの活用検討事業「職業紹介業に関するアンケート調査報告書」(令和5年3月 三菱UFJリサーチ&コンサルタント)

<https://www.mhlw.go.jp/content/11650000/001084023.pdf>

² 福祉医療機構「2025年度病院の人材確保に関する調査結果」

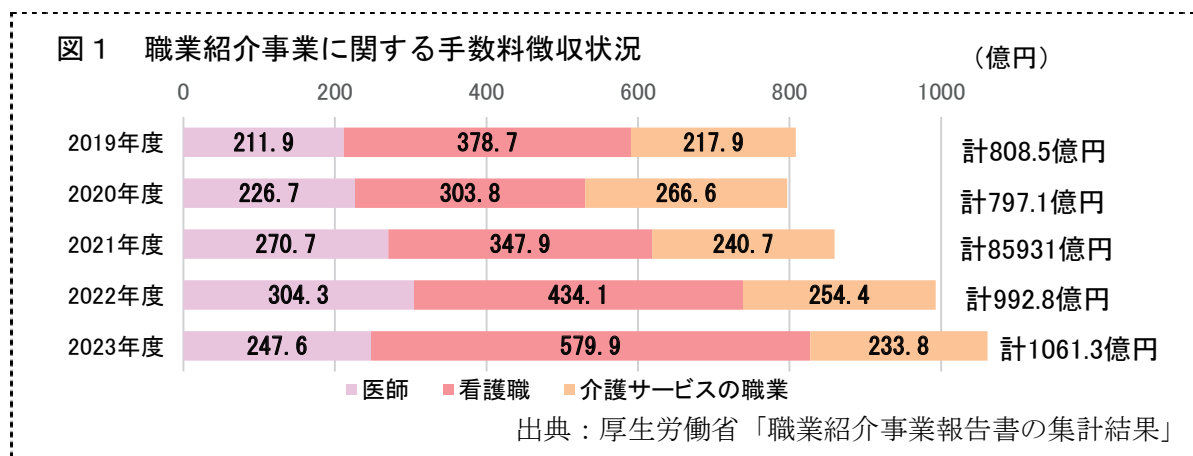
https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/251015_No005_detail.pdf

³ 厚生労働省「職業紹介事業報告書の集計結果」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/haken-shoukai/shoukaishukei.html

本来であれば、医療の質向上や職員処遇改善に充てられるべき公的財源が、人材紹介業界へと流出している点も問題である。診療報酬のベースアップ評価料の新設以降は、紹介手数料が上昇しているとの指摘もある。診療報酬を引き上げても、増額分が人材紹介業界に流れ、医療現場の職員の待遇改善につながらないとすれば大きな問題である。

加えて、早期離職が少なくなき、現場の疲弊を招くとともに採用コストが繰り返し発生するという「負の連鎖」が生じている。



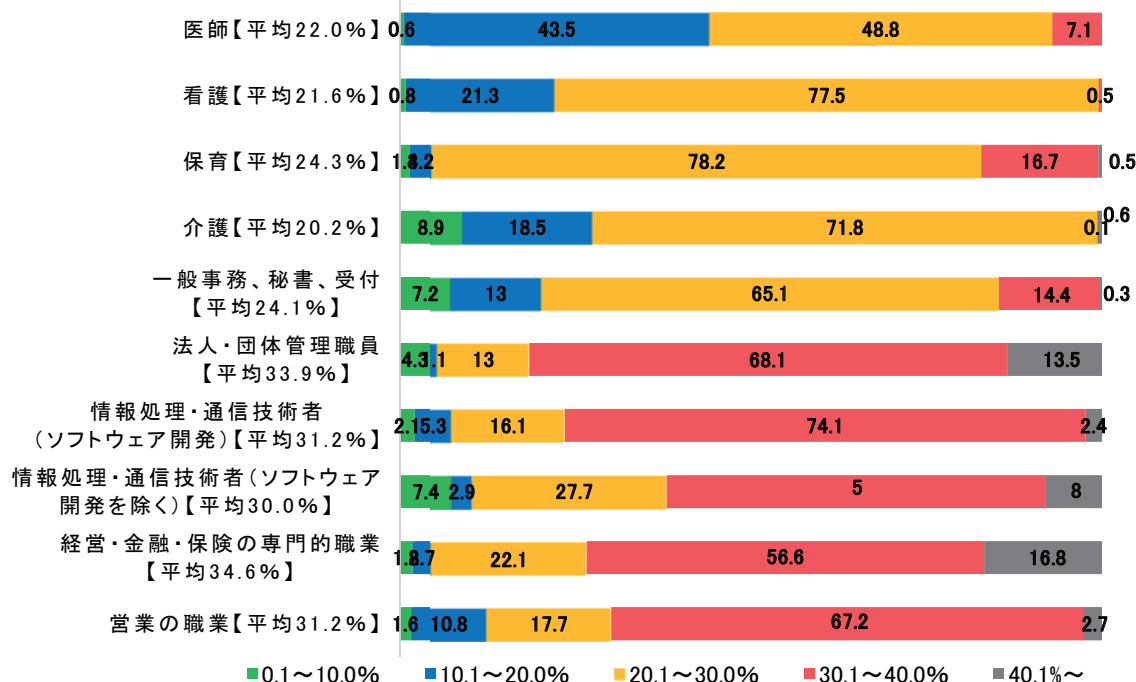
<手数料の実態>

- ・ 東京都病院協会の報告書⁴では、医師の場合は平均手数料率 22.7%、平均手数料額 335.9 万円、看護師の場合は平均手数料率 20.1%、平均手数料額 159.8 万円と、非常に高額となっている (いずれも 2022 年度)。

⁴ 東京都病院協会「新型コロナウイルス感染症下における東京都内病院の運営状況～人材紹介会社の紹介手数料の状況も含めて～」(2024年3月) <https://tha.or.jp/important/20240710.html>

厚生労働省の公表資料⁵（図2）によれば、「看護」の平均手数料率は「20.1%～30.0%」のレンジが77.5%を占めている（平均21.6%、2024年度）。

図2 手数料実績の構成比（主な取扱職種別）



※人材サービス総合サイトに掲載されている手数料率実績について、主な取扱職種別に構成比をあらわしたもの。手数料率実績は、2024年度における常用就職1件当たりの実績の平均（2025年10月末時点人材サービス総合サイト掲載分）。「平均手数料率実績」は、事業所ごとの手数料率実績の平均であり、各事業所の就職件数による重みづけを行ったものでないことに留意。

<紹介手数料が医業収益に占める割合等>

- 東京都病院協会報告書（2024年3月）⁶では、医業収益に占める割合は平均1.16%、分布では「2%以上」にもピークがある（2022年度）。
（※福祉医療機構の「2022年度病院の経営状況について」⁷では、2022年度の一般病院の医業利益率が△1.1%であった）
- 福祉医療機構「2025年度病院の人材確保に関する調査結果」⁸では、人材紹介会社に支払った紹介手数料は平均1,469万円に上り、医業収益に占める割合は0.60%であった。
- 日本医師会「令和7年病院の緊急経営調査」⁹では、人材紹介手数料を支払っている病院の100床当たりの手数料は、令和5年度から6年度にかけて654.8万円から706.6万円に増加（+7.9%）した。特に医療法人での負担は大きく、令和6年度の100床当たり平均は843.5万円であった。

⁵ 厚生労働省 職業紹介事業における職種別手数料、離職状況について
<https://www.mhlw.go.jp/content/11600000/001622750.pdf>

⁶ 4に同じ

⁷ 福祉医療機構「2022年度 病院の経営状況について」
https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/240308_No.014.pdf

⁸ 福祉医療機構「2025年度病院の人材確保に関する調査結果」
https://www.wam.go.jp/hp/wp-content/uploads/251015_No005_detail.pdf

⁹ 公益社団法人日本医師会「令和7年病院の緊急経営調査結果—令和5年度、6年度実態報告—」
https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20251022_4.pdf

2. 人材紹介サービスを巡る課題、トラブルについて

(1) 医療・介護・保育分野で際立つトラブル経験率と低い満足度

「職業紹介業に関するアンケート調査報告書」(令和5年3月 三菱UFJリサーチ&コンサルタント)¹⁰によれば、医療・介護・保育の3分野の求人者は、3分野以外の職種の求人者と比べて有料職業紹介サービスへの満足度が低く、過去3年間に困りごとやトラブルを経験した割合も高いことが明らかとなっている。

特に、利用にあたって「特に問題はない」と回答した割合が、3分野以外では54.8%と半数を超える一方、3分野では20.4%にとどまり、約8割が何らかの問題や困りごとを抱えていた。

<困りごと、トラブルの内容で多いもの>

- ・ 紹介された人材がすぐに離職してしまう：56.8% (3分野以外：16.5%)
- ・ 求人条件と合わない応募者が紹介される：25.8% (3分野以外：21.5%)
- ・ 担当者の対応が悪いなど、担当者への不満：24.3% (3分野以外：10.8%)

<利用満足度の面で、「不満」「やや不満」とする割合が高いもの>

- ・ 紹介手数料 82.0% (3分野以外：41.6%)
- ・ 採用した人材の定着 50.8% (3分野以外：16.1%)
- ・ 紹介される人材の質 48.0% (3分野以外：23.1%)

(2) 早期離職の問題

早期離職に関しては、これまで職業安定法に基づく指針(以下「指針」)において、有料職業紹介事業者が求職者に対して「お祝い金の提供」や「2年以内の転職勧奨」を行うことを禁止するなどの対応が取られてきた。しかし、その後も事業者から電話やメールによる転職勧奨が行われているとの報告もあり、2025年1月からは「お祝い金等の提供の禁止」及び「転職勧奨の禁止」が職業紹介事業の許可条件に加えられている。2025年4月からは、募集情報等提供事業についてもお祝い金の提供が禁止されている。これらは法制度上の仕組みであり、違反があれば指導対象となる。

一方、早期離職に関する手数料の返戻金制度は、指針上では設けることが望ましいとされているが、法的な拘束力はない。そのため、厚生労働省の委託事業として運営されている「医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者の認定制度」では、早期離職に対する返戻金制度を有することを認定の必須要件とし、2024年度には基準を引き上げ「6か月以内の離職」に対する返戻金制度を有することとした¹¹。

しかし、返戻率は期間経過により逡減するため6か月で離職した場合はほとんど返金されないのが一般的である(後述)。また手数料の返戻期間を過ぎた直後に離職するケースが多いとの声も寄せられている(認定事業者か否かは不明)¹²。6か月以内の離職に対する返戻金制度は一定の歯止めにはなり得るものの、この期間設定自体が現場の

¹⁰ 1に同じ

¹¹ 既存の認定事業者は更新時(3年毎)に適用されるため、現時点で全ての認定事業者が6か月以内の早期離職に対する返戻金制度を導入しているわけではない。

¹² 4に同じ

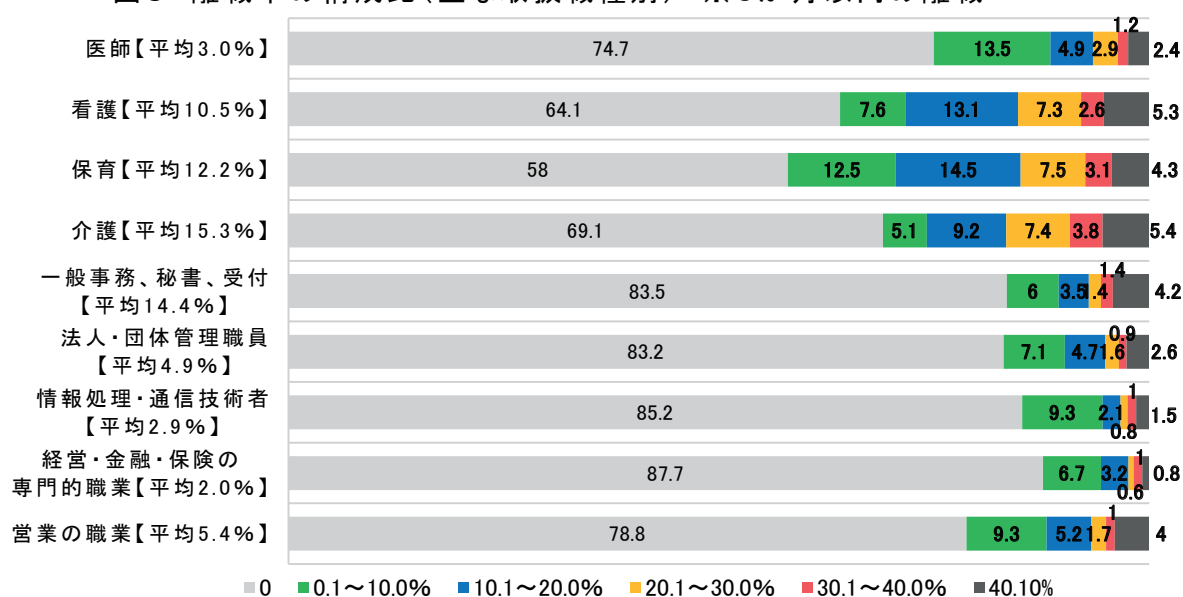
期待とは乖離している。

さらには、退職代行を使うなどして、短期間で転職を繰り返すような悪質なケースも一部にみられる。こうした事例に対しては、何らかの対応をすべきではないか。

<離職率>

- ・ 図3は、厚生労働省の公表資料¹³で、6か月以内の離職率について、主な取扱種別ごとの構成比を示したものである。医療・介護・保育の3分野の離職率は、他の分野に比べ高いと言える。
- ・ 4ページに示す手数料率実績とあわせると、3分野以外の職業は、手数料率は高いものの、6か月以内の離職率は低い傾向にあると言える。

図3 離職率の構成比(主な取扱職種別) ※6か月以内の離職



※事業所ごとの常用就職件数(2022年度実績、無期雇用のみ)とそれに係る離職者数(就職後6ヶ月以内の離職)により算出。「平均離職率」は、事業所ごとの離職率の平均であり、各事業所の就職件数による重みづけを行ったものでないことに留意。

(3) ミスマッチ・人材の質の問題

医療機関が求める条件に合致しない人材の紹介や、求職者のスキル・能力が事前の情報と異なるケース、あるいは健康状態に関する情報を伏せて紹介するケース等が報告されている。こうしたミスマッチは、早期離職の一因となる。

また、十分なヒアリングを行わず、メール中心の簡易なやり取りでマッチングを進める事業者も報告されている。

このような、高額な手数料に見合わないサービス内容と早期離職も、紹介手数料の高さへの不満につながっていると考える。

(4) 手数料・違約金に関するトラブル

有料職業紹介事業や募集情報等提供事業の利用に関して、複数の事業者から手数料や違約金を請求されるトラブルも発生している。詳細は後述するが、医療機関側も十分

¹³ 5に同じ

注意が必要である（「6. 有料職業紹介事業等の利用にあたって医療機関が留意すべき事項」参照）。

3. 有料職業紹介事業対策～病院団体と日本医師会が協働して何ができるか～

こうした現状から、病院団体や地域医師会において、独自に無料あるいは低額での職業紹介事業や求人サイトの運営に取り組む例もみられる（以下に一例を示す）。

四病院団体協議会および日本医師会においても、看護職等を対象とした無料または低額の職業紹介事業の実施や、すでに病院団体等で実施されている職業紹介事業を全国展開できるか否か検討した。その結果、以下の課題が挙げられた。

- 地域偏在を助長する可能性
全国版の職業紹介事業として運営した場合、求職者が都市部の医療機関へ集中し、地方の医療人材流出を加速させる恐れがあり、事業目的と矛盾する。
- 就職先として病院が選ばれるとは限らず、病院団体が主体として運営する意義やメリットが必ずしも明確にならない。
- 職業紹介事業の品質を担保するには、専門性と経験を持つエージェントが必要となる。しかし、そうしたエージェントの採用・育成には多額の費用が発生し、無料・低額の事業モデルと両立させるのは現実的に難しい。

以上の点から、病院団体および日本医師会が全国規模で無料・低額の職業紹介事業を新規に実施することは現段階では困難であると言わざるを得ない。しかし、医療現場の人材確保は喫緊の課題であり、今後もその実現可能性について検討していく。

<病院団体や医師会等による無料・有料職業紹介事業や求人サイト等の運営事例>

- 日本医師会ドクターバンク、各都道府県医師会ドクターバンク
- 日本病院経営革新機構（東京都病院協会）：「とうきょうナースステーション」（有料職業紹介）
- 認定NPO法人全世代：医師のセカンドキャリアと地域医療を支えるネットワーク（有料職業紹介）
- 全国自治体病院協議会：自治体病院・診療所医師求人求職支援センター
- 北海道地域医療振興財団：ドクターバンク推進事業（無料職業紹介：ドクターバンク、熟練ドクターバンク、北海道女性医師バンク）
- 京都私立病院協会：「メディワークセンター」（無料職業紹介）
- 岡山県病院協会：女性医師のための求人情報
- 高知医療再生機構：「こうち医師ウェルカムネット」（無料職業紹介）
- 仙台市医師会：求人サイト「仙台 医療のおしごと」
- 川崎市医師会：LINEを活用したマッチングサービス
- 名古屋市医師会：求人サイト「名古屋 de 医療のおしごと」
- 神戸市医師会：求人サイト「神戸 de 医療のおしごと」
- 福岡市医師会監修：求人マッチングプラットフォーム「for-us」
- 佐世保市医師会：無料職業紹介所
- 鹿児島県医師協同組合：医療従事者無料職業紹介所

4. 医療・介護提供体制を維持するために必要な対応・提言

(1) 高額な紹介手数料への緊急的対応

① 紹介手数料の上限規制の導入

紹介手数料が過度に増大することは、個々の医療機関の経営基盤を揺るがすだけでなく、地域の医療提供体制そのものの持続性を脅かすものである。

医療は極めて公益性が高い分野であり、医療機関の収入は保険料・税金といった公的財源である。最終的には保険料の引き上げ等の形で、国民の負担増として跳ね返る可能性もある。

このまま適切な対応を講じなければ、紹介手数料が今後さらに上がっていく可能性も十分考えられる。こうした状況を踏まえれば、紹介手数料率の上限規制を緊急措置として導入する必要性は極めて高い。ただし、上限規制の導入にあたっては、その副作用にも十分留意する必要がある。例えば、上限を高く設定すれば高い水準に収れん・固定化するリスクがある。また、上限を過度に低く設定した場合には、現場の体制維持が困難となる可能性もある。こうした点にも配慮した制度設計を要望する。

② 返戻金制度の義務化及び返戻水準の標準化

早期離職は、必ずしも紹介事業者のみに帰責するものではなく、医療機関側の受け入れ体制や職場環境など、複数の要因が重なって生じる場合もある。しかし、マッチングの質に起因する早期離職があることも事実であり、その結果として生じる早期離職による経済的損失を医療機関のみが一方的に負担するのは不合理である。離職リスクを紹介事業者が適切に分担する仕組みが必要である。

すなわち、返戻金制度の義務化と返戻水準の標準化である。適正認定事業者の場合は6か月以内の早期離職に対する返戻金制度が設けられているものの、返戻率は事業者によって異なり、期間に応じた返戻率も採用や教育にかかるコストや負担を考えれば納得のいくものではない。実際、多くの事業者では、1か月以内で80～50%、2か月～3か月以内で30%程度にまで低下し、3か月～6か月以内では5～10%程度とほとんど返金されない状況にある。

医療界としては、職業紹介に伴う責任として、現在の早期離職に対する保証期間や返戻率が妥当とは考えておらず、また返戻保証期間直後の離職も多くみられることから、業界全体としてより長期の返戻期間の設定と、返戻率については少なくとも初期数か月においては高率を確保し、それ以降も合理性のある水準を定めることを強く求める。

<返戻期間と返戻率の例> ※人材サービス総合サイト掲載の手数料表より

- ・ 就職後1週間以内…100%、1か月以内…50%、2か月以内…30%、3か月以内…10%、6か月以内…5%
- ・ 入職後14日未満…90%、1か月未満…50%、2か月未満…30%、4か月未満…20%
6か月未満…10%、12か月未満…5%

※「契約締結日」を基準としているところもあるため、注意が必要である。

③ 定着期間に応じた手数料体系の導入（成果型報酬体系）

②の返戻金制度の不十分さから、就職後の定着期間に応じた成果型報酬体系の導入を

求める声もある。定着期間に応じて手数料を段階的に確定させる料金体系は、返戻金制度と本質的な考え方は同一であるが、事後的に返す仕組みよりも、成果の達成に応じて報酬が確定する仕組みの方が、マッチングの質向上やその後のフォローアップにもつながると考える。

他方、医療機関側による定着支援や職場環境への配慮が重要となる点はどちらも変わらない。医療機関が主体となって、就職者や紹介事業者との面談やフォローアップを行うことなども有効と考える。

(2) サービスの質の向上および法令の遵守

① 高額な紹介手数料に見合った質の高いサービスの提供（マッチング精度の向上）

有料職業紹介事業者においては、医療機関が求める人材の条件を正確に理解し、求職者についても、職歴・スキル・適性等を把握したうえでマッチングを行う責任がある。他方、有料職業紹介事業の構造上、転職の回数やスピードが収益に結びつくことから、マッチングの精度向上や就業後の定着が必ずしも重視されていないのではないかとの懸念も根強い。仮にこのような姿勢があるとすれば、個別案件のミスマッチにとどまらず、業界全体の信頼を損ないかねない。

有料職業紹介事業者には、医療機関と求職者双方の調整役としての責務を改めて認識し、十分な聞き取りを通じてマッチングの精度向上に取り組むよう求める。メール等による簡易なやり取りのみで紹介を完結させるような対応は、職業紹介事業者としての役割を十分に果たしているとは言い難い。

② 転職勧奨の禁止と広告ガイドラインの整備

2年以内の転職勧奨の禁止は引き続き遵守することが求められるが、併せて、広告・広報活動の在り方についても見直しを求めたい。昨今、転職を積極的に促すテレビCMやインターネット広告が大量に流れている。「医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者の認定制度」では、「転職を濫りに助長するような不適切な広告表現・広報活動を行ってはならない」ことを必須基準として定めているが、この基準が十分に機能しているとは言い難い。

また、一度転職サービスを利用した求職者に対して、就職後も継続的にメール等で他施設の情報が送付されている可能性も否定できない。フォローアップとしての働きかけが、結果として転職を促す方向に作用することも考えられる。

業界全体の信頼性を確保する観点からも、厚生労働省および業界団体において、広告・広報活動に関する適正なガイドラインを早期に整備していただきたい。

③ 職業安定法上の手数料明示義務の実効性確保

職業安定法第32条の13には、有料職業紹介事業者は手数料に関する事項を求人者及び求職者に対して明示しなければならないと規定されている。しかし、現状では求職者への明示が十分に行われていないとの指摘がある。

手数料表を提示すればよいとされるが、それでは各種書類の一つとして埋もれ、求人者側が支払う手数料の仕組み・水準を理解することにはつながらないとする。また、「人材サービス総合サイト」で公表されている手数料表には、「当該求職者の就職後1

年間に支払われる賃金の〇〇%を上限（最大 100%）」のような上限値ベースの表記が広く見られ、非常に曖昧である。

そこで、求職者に対し、求人側が支払う手数料率や金額について、個別かつ具体的な金額を記載し、提示することを義務付けるよう強く要望する。これは、必ずしも初期段階で行う必要はなく、内定や条件提示の段階など、適切な時点で行うことが現実的である。

求職者が、医療機関側が負担する紹介手数料の実態を理解した上で就職を決定することは、就職後の職場に対する責任意識を高め、安易な離職を抑制する効果が期待できる。

（3）違反や不適切事例に対する指導監督の強化、さらなる情報公開の推進

2023年～2024年にかけて、厚生労働省では集中指導監督が行われ、約6割の事業者で違反が指摘された^{14,15}。その後、職業安定法施行規則や指針の改定が行われているが、今後も定期的に指導監督を行うとともに、さらなる情報の見える化を進めるべきである。また、募集情報等提供事業者に関しても、同様に情報公開を進めるべきと考える。具体的には、以下の対応を要望する。

① 定期的な指導監督の実施、悪質事例の公表

「職業紹介業に関するアンケート調査報告書」¹⁶によれば、職業紹介事業者自身も、国への要望として「悪質な民間人材サービス事業者の取り締まりの強化」をトップに挙げている。同業者から見ても悪質と認識される事業者が一定数存在すること、そしてその存在が業界全体の信頼性を損ねていると考えていることがうかがえる。法令遵守は当然のことであり、医療機関が安心してサービスを利用できるよう、定期的な指導監督と悪質事例の公表を要望する。

② 手数料実績の公表対象の拡大

現状では、募集情報等提供事業については「人材サービス総合サイト」において手数料表や手数料実績の公表は義務付けられていない。

募集情報等提供事業者のうち、少なくとも成功報酬型の手数料を取る業態に関しては、有料職業紹介事業と同様に、「人材サービス総合サイト」で手数料実績の公表を義務付けるべきと考える。

③ 離職者数のさらなる見える化

返戻期間経過直後（概ね6か月）の離職も多いことから、「6か月以内の離職者数」だけでなく「6か月以上1年以内の離職者数」の報告も義務付け、さらなる見える化を進めるべきである。

¹⁴ 労働政策審議会職業安定分科会労働力需給制度部会資料（第369回 令和6年5月29日）
<https://www.mhlw.go.jp/content/11650000/001257689.pdf>

¹⁵ 労働政策審議会職業安定分科会労働力需給制度部会資料（第372回 令和6年7月24日）
<https://www.mhlw.go.jp/content/11650000/001270740.pdf>

¹⁶ 1に同じ

これに関しては、職業紹介事業者から医療機関に対し、就業状況について問い合わせがあった場合は、医療機関もきちんと回答することが重要である（無回答の場合、「離職が判明せず」として扱われるため、実態を反映できない）。

（４）事業者の選別・淘汰につながる活動

① 「医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者の認定制度」の認知度向上と実効性強化

厚生労働省の委託事業として、「医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者の認定制度」が運営されている。医療機関が事業者を選択する際の判断基準として本制度を活用し、認定事業者を選ぶことで、結果として悪質な事業者の排除につながることを期待されている。現場からは、国民の保険料や税金を原資として運営される医療・介護分野に関しては、認定事業者のみが紹介を行える仕組みとするよう求める声もある。制度の認知度は依然として低いことから、今後さらなる周知が必要である。

他方、本認定制度においては、紹介手数料の水準そのもの（多寡）は認定基準には含まれていない。また、認定基準が定められた 2020 年度以降（認定制度開始は 2021 年度）、法令や指針の改正等により有料職業紹介事業者に対する規制は段階的に強化されてきた。当初は基準のうち上乘せであったものが、法令等で位置づけられるようになり、認定事業者であることの優位性は制度創設当初に比べやや低下しているのではないかとの見方もある。また、2024 年に「6 か月の早期離職に関する返戻金制度を有していること」を必須基準とした後に、事業を継続しているにも関わらず認定更新を行わなかった事業者も存在する。

医療機関、認定事業者の双方にとって、より意義のある制度となるよう、引き続き制度の改善・充実に向けた検討を進めていく必要があると考える。

（５）求職者に無料職業紹介を活用してもらうために

① 医療機関が負担する紹介手数料の現状と理解促進

求職者に対して、医療機関が高額な紹介手数料を負担しており、そのことが経営を圧迫している実態があること、さらに、保険料や税金を財源とする医療機関の収入は、本来医療機器の導入や職員の処遇改善等に充てられるべきものであることを、広く広報することが重要である。

その上で、ハローワーク等の無料職業紹介事業を利用することが、医療機関の負担軽減のみならず、医療現場全体の持続性の確保につながる選択肢であることについて、理解を深めてもらう必要がある。

② 有料職業紹介事業者等を通じて不採用になった場合の不利益

医師・看護師等が人材紹介サービス経由で応募し不採用になった（資質・能力ではなく、紹介手数料額等の理由による場合を含む）後、一定期間内に再度同じ医療機関や同一法人内の別事業所が、直接応募やハローワーク経由等で採用すると、当該医療機関が人材紹介会社から高額な違約金を請求される可能性がある。そうしたトラブルを恐れ、医療機関が採用を見送ってしまった場合は、結果として本人の就業機会を狭めてしま

う。また、医療機関側においても、有為な人材採用ができなかったことになる。それは、求人・求職双方にとって不利益といえる。このようなトラブルやそれを回避した結果として生ずる可能性のある不利益について、求人側だけでなく、求職者に理解してもらうことも重要と考える。

③ ハローワーク、日本医師会ドクターバンク、都道府県ナースセンター等の広報の強化

ハローワークは、従来の失業者や就職困難者に対する支援や失業給付の手続き面のイメージが強いと思われるが、近年、ハローワークの職業紹介機能は充実してきており、地域・世代等の多種多様な要望に応える専門の窓口が設置され、きめ細かな雇用支援が実施されている。

医療・介護・保育分野についても、社会インフラを支える重要な分野として捉え、専任のスタッフを配置した「人材確保対策コーナー」を主要なハローワークに設置している。ツアー型面接会や就職面接会、職場見学会などのイベントの開催や、求職者に対しては担当者制（マンツーマン方式）によるきめ細かな職業相談・職業紹介が実施されている。インターネットサービスも提供されており、医療・介護・保育分野の求人検索ページも開設されている¹⁷。

日本医師会ドクターバンクでは、厚生労働省の指定事業として医師の無料職業紹介を行っている。昨年名称変更を行い、求職者ならびに求人施設の登録数が大きく増加している。マッチング精度向上のため全国47都道府県単位のドクターバンクと、業務提携による職業紹介ネットワークの構築を進めつつある。

都道府県ナースセンターは、看護師等の人材確保の促進に関する法律に基づき都道府県の指定を受け、各都道府県看護協会により運営されている。看護師の資格を持った相談員による就業相談や再就業支援研修の他、訪問看護や介護施設等新たな領域にチャレンジする方への入門研修や施設見学等を実施している。

求職者にこうした公的な無料職業紹介サービスを利用してもらうためには、これらの強みを分かりやすく発信し、認知を高めていく必要がある。

また、専門職にあっては、養成段階から、ハローワークやナースセンターの役割・活用方法を広報していくべきである。

④ 医療機関がすべきこと

人材の定着は、受け入れる医療機関側の主体的な取り組みなしには実現しない。処遇改善、職員の意見を踏まえた業務改善の推進、ワークライフバランスの確保、キャリア形成支援、良好な職場風土づくりなど、職員が安心して長く働き続けられる環境を整えることを、医療機関自ら進めていくことが求められる。

その上で、求職者が求人サイト等を選択する際には、求人件数の多さや、希望に合った条件の求人が掲載されているかが判断要素となる。このため、採用活動を行う場合には、有料職業紹介事業者や募集情報等提供事業（求人サイト）だけでなく、ハローワーク等にも求人を出すことが大事である。

¹⁷ インターネットハローワーク（医療・介護・保育分野の求人検索ページ）

https://www.mhlw.go.jp/hellowork_iryoukaigohoiku/

あわせて、求人票の内容を高めることも欠かせない。求職者が知りたい情報を適切に盛り込み、求人票を職場の魅力を具体的に伝えるツールとして活用していくことが求められる。ハローワークでは、求人条件の見直しや求人票の書き方のアドバイスも行われていることから、こうした支援も積極的に活用していきたい。

⑤ 学生の就職活動について

近年、新卒学生の就職活動においても、有料職業紹介事業を利用するケースが見られる。就職情報サイトに医療機関が自院の情報を掲載し、学生がそれらを参考とすること自体はごく一般的であり、自分に合った就職先を選択する助けにもなる。しかし、これらの情報提供サービスを起点として、有料職業紹介事業者が新卒学生の就職活動に紹介手数料を徴収する形で介入していくべきではない。こうした事業者の関与により、従来からある地元の医療機関への就職の流れが弱まり、都市部の医療機関への就業を促す可能性も懸念される。

そうした動きを抑制するためには、これまで以上に学校との連携が重要になる。例えば自治体やハローワークが関与し、学校と医療機関等の地域のネットワークを構築することも有効と考える。合同説明会の開催など、学生が地域の医療機関等と直接接点を持つことが重要である。

5. ハローワークの機能強化と利用促進に向けて

医療・介護・保育の3分野全体で見ると、2023年度におけるハローワークと民間職業紹介事業所の就職実績は、それぞれ約17万人と、ほぼ同水準である。ただし、分野別に見ると傾向には違いがあり、医療分野では、ハローワーク経由よりも民間職業紹介事業所を介して就職した人が多く、約2.3倍となっている。特に看護職においては、民間職業紹介事業所経由が、2022年度から2023年度にかけて約2.2万人増加している。

民間職業紹介事業所の利用が広がっている現状にあっても、医療機関にとってハローワークは人材確保の重要な手段の一つであり、できる限り無料職業紹介を通じて採用できることが望ましい。

今後さらにハローワークの機能強化、利便性向上を図るとともに、医療機関・求職者の双方に対する利用促進に向けた周知を進めていくことが求められる。日本医師会でも、後述の通りリーフレットを作成し、周知に努めているところである。

<ハローワークと民間職業紹介事業所の就職実績>

2023年度		(人)
	ハローワーク	民間職業紹介事業所
医療分野	48,686	112,114
介護分野	108,675	42,117
保育分野	14,537	21,405
計	171,898	175,636

<民間職業紹介事業所の就職実績>

	2022年度	2023年度	対前年増減
医師	21,354	23,553	+2,199
看護師	65,839	88,561	+22,722
介護分野	46,389	42,117	▲4,272
保育分野	26,816	21,405	▲5,411
計	160,398	175,636	+15,238

(1) 迅速な対応への期待

病院では人員配置基準が定められており、欠員が出た場合には即時の補充が必要となる。2026年度診療報酬改定では、やむを得ない事情によって一時的に看護職員確保ができない場合について、看護職員の配置基準を柔軟化する方針が示されている。具体的には、「看護職員の確保に係る取組を行っているにもかかわらず、突発的で想定が困難な事象によりやむを得ない事情が生じ、1日当たり勤務する看護要員の数等について、暦月で1か月を超える1割以内の一時的な変動があった場合、3か月を超えない期間に限り変更の届出を行わなくてもよいと新たに規定する。」こととなる見込みである¹⁸。

従来と比較して一定の猶予期間が認められたことで、短期間で的人员補充を迫られる中でも、ハローワークを活用した募集・採用活動を行う余地が広がったと考えられる。ハローワークの迅速な対応に、大きな期待を寄せるものである。

¹⁸ 中医協総会資料「個別改定項目について」（第647回 令和8年2月13日），pp.79-81
<https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/001655176.pdf>

(2) インターネットサービスの利便性向上

ハローワークでもインターネットサービスは提供されているものの、依然として「現地に出向かなければ手続きが完結しない」「対面でなければ紹介が受けられない」という認識が根強く残っていると考えられる。こうしたイメージが、利用のハードルを高める一因となっている。

また、スマートフォンへの対応や、条件の絞り込み・並べ替えといった操作性の面で、民間の職業紹介サービスと比べて劣ることは否めない。これらの点については、2026年に改修が予定されているが、改修後においても、求人・求職双方の意見や利用実態を十分に踏まえ、継続的な改善に努めていただきたい。

また、ハローワークにおいても、求人者から求職者へ直接アプローチすることが可能な、いわゆるスカウトサービスに類する機能が導入されているが、十分に周知されておらず活用が進んでいない。

ハローワークは若年層の登録が少ないと指摘されていることから、オンライン機能の一層の拡充を進めるとともに、若年層に向けた積極的な情報発信・アピールを行うことが重要である。

併せて、医療機関をはじめとする求人者側に対しても、ハローワークのインターネットサービスを効果的に活用するための分かりやすい手引きの提供をお願いしたい。

(3) 新たな施策の周知、アウトリーチ支援の推進

前述の通り、医療・介護・保育分野等の人材確保を強化するため、主要なハローワークに「人材確保対策コーナー」が設置されている（令和7年度補正予算により124か所に増設予定）。しかしながら、こうした取り組みは求人者・求職者双方に十分認知されているとは言い難い。

また令和8年度からは、全ハローワーク（544か所）において、地域の病院や施設等を直接訪問するアウトリーチ型支援を本格的に開始し、求人の開拓から求人充足まで継続して支援することが予定されている。令和7年度に実施された試行的取り組みでは、一定の成果が上がったとされており（次頁参照）、令和8年度以降の取り組みを期待しているところである。

このように、ハローワークでも、医療・介護・保育分野の人材確保を重点分野として位置づけ、新たな施策に取り組んでいる。今後は、インターネットサービスも含め、医療機関等にわかりやすく周知していくことが重要であり、我々医療界としても、「ハローワークは活用しにくい」といった固定的な見方を改め、積極的に周知に協力し、活用につなげていく必要がある。

なお、日本医師会では、医療機関向けには人材紹介サービスに関するトラブルの注意喚起を、求職者向けには医療機関が負担する手数料の仕組みに関するリーフレットを作成し¹⁹、医療機関・求職者の双方に対して、まずはハローワーク等の無料職業紹介を活用するよう呼びかけている。

¹⁹ 日医ニュース折り込みリーフレット（令和8年2月20号）

<https://www.med.or.jp/doctor/region/001940.html>

＜ハローワークの新たな取り組み＞

1. 令和7年度のアウトリーチ型支援実績

- ・ 医療分野（病院訪問 6月～8月）
→ 1,329回訪問、14,757求人を開拓、10月末時点の充足数1,418人
- ・ 介護分野（事業所訪問 9月～11月）
→ 2,083回訪問、24,748求人を開拓、11月末時点の充足数1,659人

2. 令和8年度「医療・福祉ささえる求人充足プロジェクト」より

○アウトリーチによる求人充足支援の強化

- ・ 医療機関・介護施設・保育所へのアウトリーチ支援による求人充足支援を、全ハローワーク（544所）の最重点事項として通年で実施。
※ 特定の分野を対象とした取組を全ハローワークの最重点事項とするのは初の試み。
- ・ 急募求人（配置基準を満たすため迅速な充足が必要な求人など）は、求職者への優先的な求人情報の提供など、早期の求人充足に向けて迅速に対応。
- ・ 賃金引き上げ含め求人条件の見直しや求人票の書き方のアドバイスを重点的に実施。

○公的な無料職業紹介機関との連携強化

- ・ ナースセンター等によるハローワークへの巡回相談の対象所や回数拡充、急募求人
の情報を共有し双方で迅速な充足支援の実施（下記）

○関係団体との連携強化

- ・ 都道府県労働局が地域の関係団体を訪問し、①上記取組の周知依頼、②充足支援が
必要な事業所情報の収集、③雇用仲介事業者利用の留意点の説明や法令違反が疑わ
れる事例の把握等を行う。

（4）都道府県ナースセンターとの連携強化

都道府県ナースセンターは、看護師等人材確保法に基づき、全都道府県で1か所ずつ設置・運営されている。2024年度には9,128人を就職に結びつけているが、地域の医療機関の人材確保のニーズを十分に満たしているとは言いがたく、更なる取組の強化が必要である。

厚生労働省においては、ハローワークの取組強化の動きに合わせ、ハローワークとナースセンターの連携要領を改正し、ハローワークが開拓した急募の求人の迅速な充足支援や、巡回相談の拡大等を、都道府県ナースセンターの優先業務として位置づけたとのことである。

我々医療界としては、こうした連携強化の取組が現場で円滑に実行されることを強く期待するとともに、ハローワーク・都道府県ナースセンター等の公的な無料職業紹介サービスの活用に積極的につなげていく必要がある。

（5）日本医師会ドクターバンクとの連携強化

日本医師会ドクターバンクは医師専門の職業紹介事業所である。日本医師会が、2025年4月に「医師偏在是正に向けた広域マッチング事業」の実施事業者として選定され、従来運営してきた女性医師バンクと統合し、現在の組織となった。

ハローワークとは女性医師バンク時代（2024年度）に業務提携を開始し、情報共有の同意を得た求人と求職者の連携をすでに開始している。

日本医師会ドクターバンクは現在、全国都道府県の無料職業紹介所（都道府県医師会のドクターバンク等）との、全国職業紹介ネットワークづくりに取り組んでおり、ハローワークとの連携も当該ネットワークに組み込まれることから、医療機関・求職者へその周知と活用を図っていききたい。

6. 有料職業紹介事業等の利用にあたって医療機関が留意すべき事項

(1) 事業者の選定にあたって

有料職業紹介事業者の見える化を図るため、2025年4月より、職種毎の常用就職（無期雇用又は4カ月以上の有期雇用）1件あたりの平均手数料率を、厚生労働省の「人材サービス総合サイト」に掲載することが義務付けられた。同サイトでは、手数料実績の他、紹介者数・6か月以内の離職者数等の情報や、認定事業者であるか否かも確認できる。事業者を選定する際には、まずは同サイトで各事業所の実績を必ず確認すべきである。

(2) トラブル防止のための注意事項

有料職業紹介事業者等から紹介や情報提供を受けた求職者について、その時は採用に至らなかった場合でも、一定期間内に他社のサービスやハローワーク経由、または直接採用した場合に、違約金を払う契約条項を設けている場合がある。こうした契約により、多額の違約金を請求されるトラブルが発生している。他にも、見学の結果、採用に至らなかったにもかかわらず、後日「1日でもいれば手数料が発生する」と手数料を請求された例も報告されている²⁰。

募集情報等提供事業（求人サイト）に関しては、求人情報の掲載無料期間内に、契約を終了しようとしたところ、連絡がつかないうちに有料契約に移行し、一括で高額な利用料を請求された事例もあった。

① 利用料金・違約金等の確認

上記のようなトラブルを受けて職業安定法に基づく指針が改正され、2025年4月から、有料職業紹介事業、募集情報等提供事業ともに、サービスの利用料金や違約金について、発生条件や内容等を、求人者に対してわかりやすく、明瞭かつ正確に記載した書面または電子メール等により、誤解が生じないようにあらかじめ明示することが義務付けられている。

契約する前に、契約内容（早期離職時の返戻金の有無、不採用後に他のルートで採用した場合の取扱い、契約主体の範囲（求人事業所のみか、法人全体に適用される契約か）など）をしっかりと確認し、内容に納得できない場合はその業者は利用しないことが重要である。

② 求職者の過去の応募履歴の確認、採用プロセスの記録

紹介された求職者が以前、他の求人サイトや紹介会社経由で応募していないかを確認することも重要である。また、どのサービスを利用して採用活動を行ったのか、求職者との連絡日時・方法等についても記録しておくべきである。

③ 求職者の過去の職歴の確認

いわゆる「渡り」を防止する観点から、求職者が短期間の離職を繰り返していないか、

²⁰ 労働政策審議会職業安定分科会労働力需給制度部会資料（第372回 令和6年7月24日）
都道府県労働局等に寄せられた主な相談事例（令和5年2月～令和6年6月）
<https://www.mhlw.go.jp/content/11650000/001270739.pdf>

過去の離職・就職において継続的に人材紹介サービスを利用していないかなど、職歴全体を踏まえた確認を行うことが重要である。

(3) トラブルが発生した場合の相談窓口

① 都道府県労働局『「医療・介護・保育」求人者向け特別相談窓口』

有料職業紹介事業者等の利用にあたり、契約や利用条件等を巡ってトラブルが発生したり、法令違反が疑われる場合には、各都道府県労働局に設置されている『「医療・介護・保育」求人者向け特別相談窓口』に相談することが可能である。

② 適正認定事業者に関する苦情窓口

「医療・介護・保育分野における適正な有料職業紹介事業者の認定制度」の認定事業者に関する苦情・意見・要望は、同制度の苦情窓口でも受け付けている。苦情については事実確認の上、認定制度協議会に報告するとともに、必要に応じて当該事業者にしかなるべき回答を求めるとしている。

まとめ

日本医師会および四病院団体協議会では、本報告書で整理した内容を踏まえ、厚生労働省等に対して必要な対応を要望していく予定である。また、引き続き情報収集に努め、現場から不適切な事例等が報告された場合には、必要に応じて他の医療機関への注意喚起や、改善に向けた対応を関係当局に要望していく。

また、本報告書で述べた通り、現在ハローワークでは医療・介護・保育分野の人材確保支援に重点的に取り組んでおり、地域の病院や施設等を直接訪問するアウトリーチ型支援や、ナースセンターと連携した急募求人への対応などが本格的に開始される予定である。こうした公的機関による支援は、地域の医療機関が安定的に人材を確保していくうえで、現実的かつ有効な手段の一つとなり得るものである。

日本医師会および四病院団体協議会としても、これらの取り組みが十分に活用されるよう、医療機関への周知・啓発を推進していく。

職業紹介事業は、職業安定法に基づき実施されるものであり、労働力需給の適正かつ円滑な調整を通じて、職業の安定と経済・社会の発展に寄与することを目的としている。民間の有料職業紹介事業者においても、医療機関と求職者双方の視点に立ち、専門性や勤務環境、将来的なキャリア形成まで見据えた丁寧なマッチングを行うとともに、高い社会性・公共性を前提とした運営が期待される。

国や人材紹介業界、各事業者においては、医療人材の安定的な確保と定着が地域医療提供体制の維持に直結することを踏まえ、さまざまな課題の改善に取り組んでいただくよう要望する。

また、医療機関側も、処遇改善や離職防止のための取り組みが求められており、国においては、安定的な財源確保を含め、制度的・政策的な支援を講じていただくよう要望する。

日本医師会及び四病院団体協議会では、今回の議論・提言を一過性のものとせず、人材の確保・定着を巡る状況の改善に向け、今後も定期的に現場の状況や課題を把握するとともに、有料職業紹介事業等の動向やハローワークの取り組みによる効果についても継続的にフォローアップしていく所存である。

2025年度 医師の働き方改革に関する状況調査

一般社団法人 日本病院会
公益社団法人 全日本病院協会
公益社団法人 日本精神科病院協会
一般社団法人 日本医療法人協会

2025.9.18

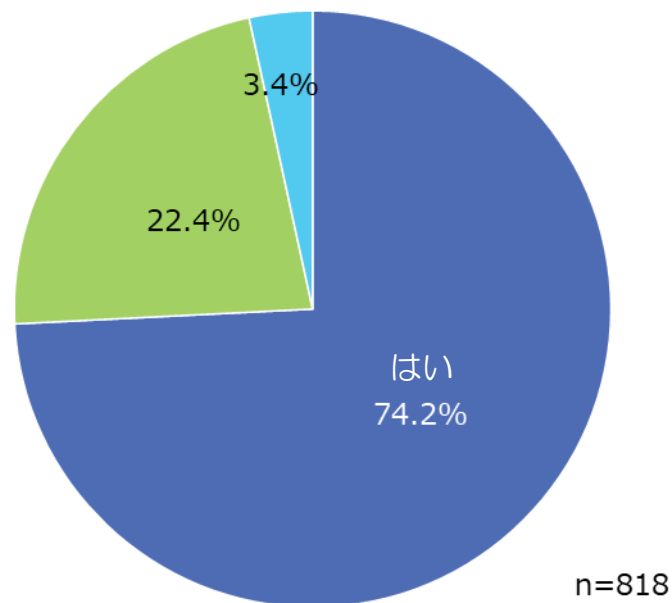
調査目的	2024年4月から医師の働き方改革制度がスタートし、1年が経過し、地域医療へどのような影響を及ぼすのかを把握するため。
調査方法	日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会に加盟する各団体の会員病院5,149病院に、医師の働き方改革に関する状況についてEメールおよびFAXによる調査票配布・回収を行った。
調査機関	2025年6月18日～7月31日
主な調査項目	宿日直許可取得の有無、医師との間での取り決めの有無、医師の時間外・休日労働時間の水準について、医師派遣受入の状況について等。
回答数	818病院（回答率…15.9%）

開設主体別

国	厚生労働省、独立行政法人国立病院機構、国立大学法人、独立行政法人労働者健康安全機構、国立研究開発法人、独立行政法人地域医療機能推進機構、国（その他）
自治体	都道府県、市町村、地方独立行政法人
その他公的	日赤、済生会、北海道社会事業協会、厚生連、健康保険組合及びその連合会、共済組合及びその連合会、国民健康保険組合
医療法人	医療法人、特定医療法人、社会医療法人
その他私的	公益法人、私立学校法人、社会福祉法人、医療生協、会社、その他の法人、個人

Q1. 貴院では宿日直許可を取得していますか。当てはまるものを1つ選択してください。

- はい（病院全体で宿日直許可を取得）
- 一部の診療科のみ、もしくは一部の時間帯のみの許可を取得している
- いいえ



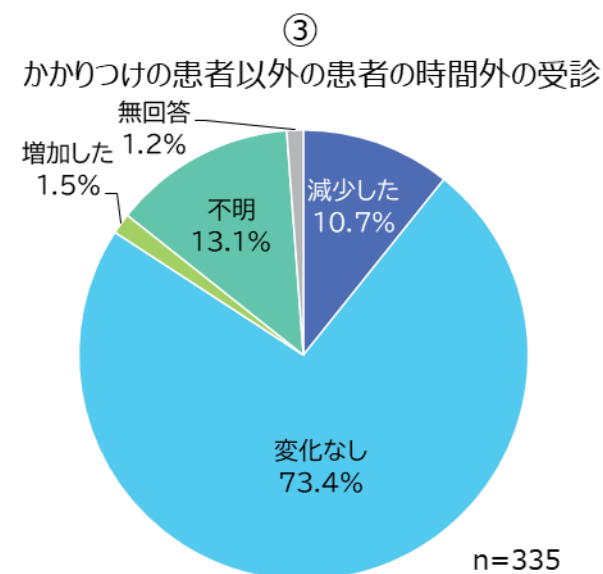
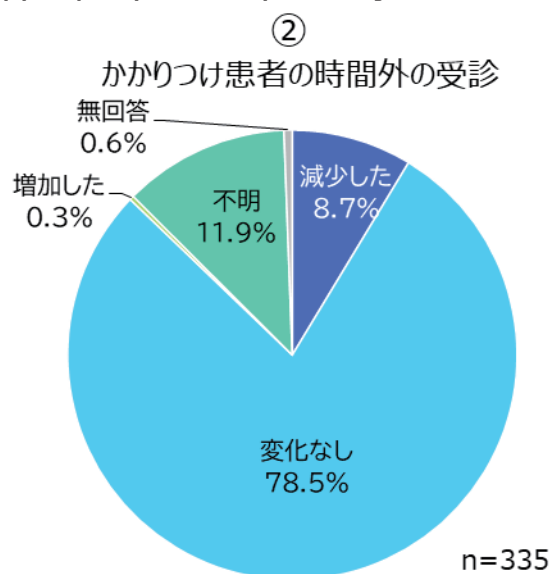
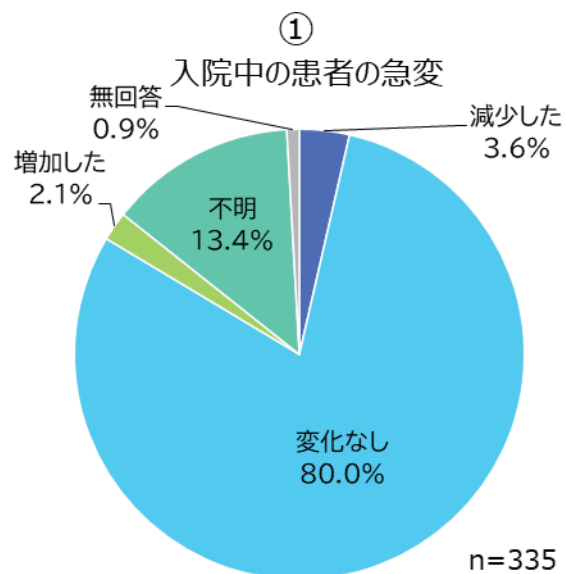
前回調査（令和6年）と比較して病院全体で宿日直許可を取得している病院は、70.1%から74.2%の4.1ポイント増加し、宿日直許可を取得していない病院は10.6%から3.4%の7.2ポイント減少した。

「貴院の宿日直中の診療範囲について、医師との間での取り決めの有無について当てはまるものを選択してください。」で「ある（2024年4月以前からあり、変更なし）」「ある（2024年4月以前からあり、施行後見直しを行った）」と回答した病院のみ回答

Q2. 医師との間での取り決めについてお伺いします。

医師の働き方改革施行前と比較して件数の変化がありますか。当てはまるものを選択してください。

宿日直中の医師の診療への関与



④ 医師との間での取り決めについてお伺いします。宿日直中の医師の診療への関与について、医師の働き方改革施行前と比較して変化はありましたか（自由回答より抜粋）

関与が減少した・明確化された（10件）

- ・宿日直中の業務が軽度なものに限定され、時間外手当の対象業務が明確になった。
- ・宿直医が担当する診療科の患者のみを診るようになり、他科の患者は待機医師が対応するようになった。
- ・深夜の救急搬送が減少した。
- ・夜間透析が中止された。
- ・夜間の電話対応のファーストコールを看護師が行うようになり、医師の対応が減少した。

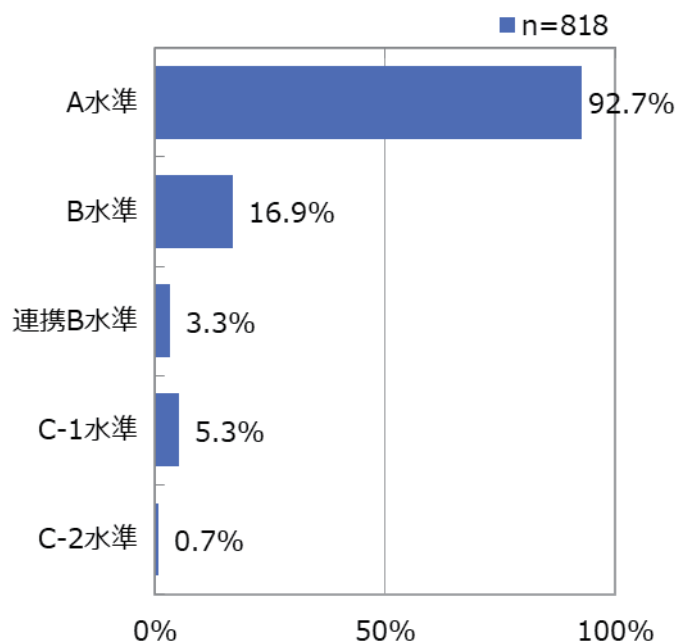
変化なし（6件）

- ・施行前から急変への待機が多く、過度な業務は行っていないため、変化はなかった。
- ・宿日直体制自体を縮小・撤退していないため、変化なし。

その他（3件）

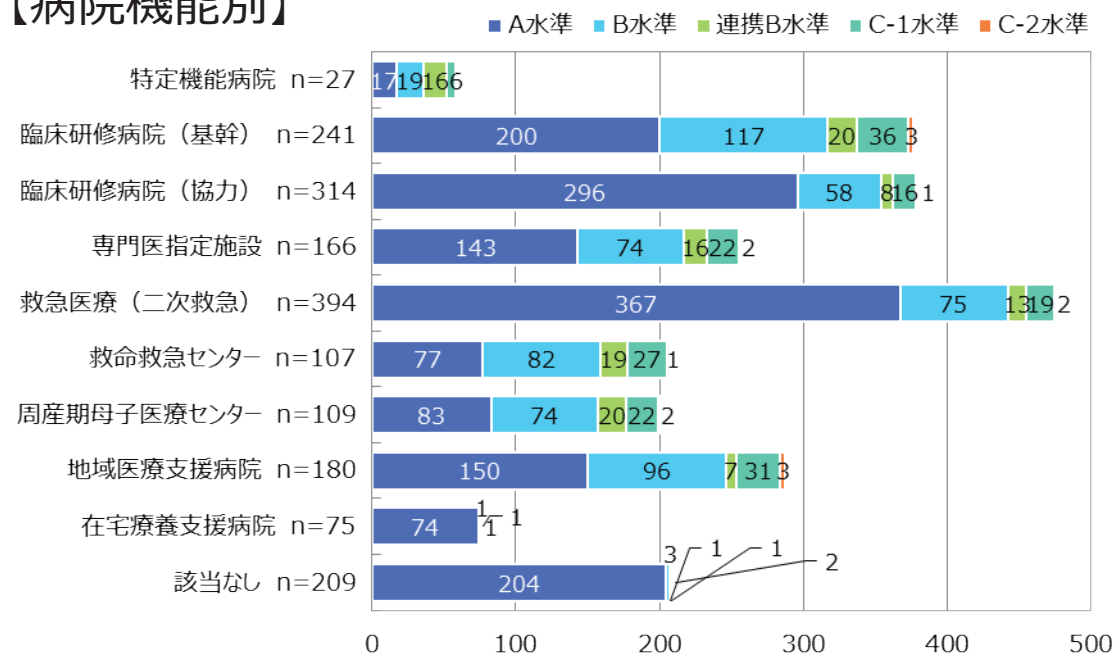
- ・管理者である院長の当直が増加した。
- ・iPadで電子カルテを自宅から閲覧できるようになり、一部診療科の負担が軽減された。
- ・当直を複数名で行うチーム制を導入し、一人当たりの当直回数を減らした診療科がある。

Q3. 貴院の医師の時間外・休日労働時間の水準に当てはまるものを選択してください。
(複数回答可)

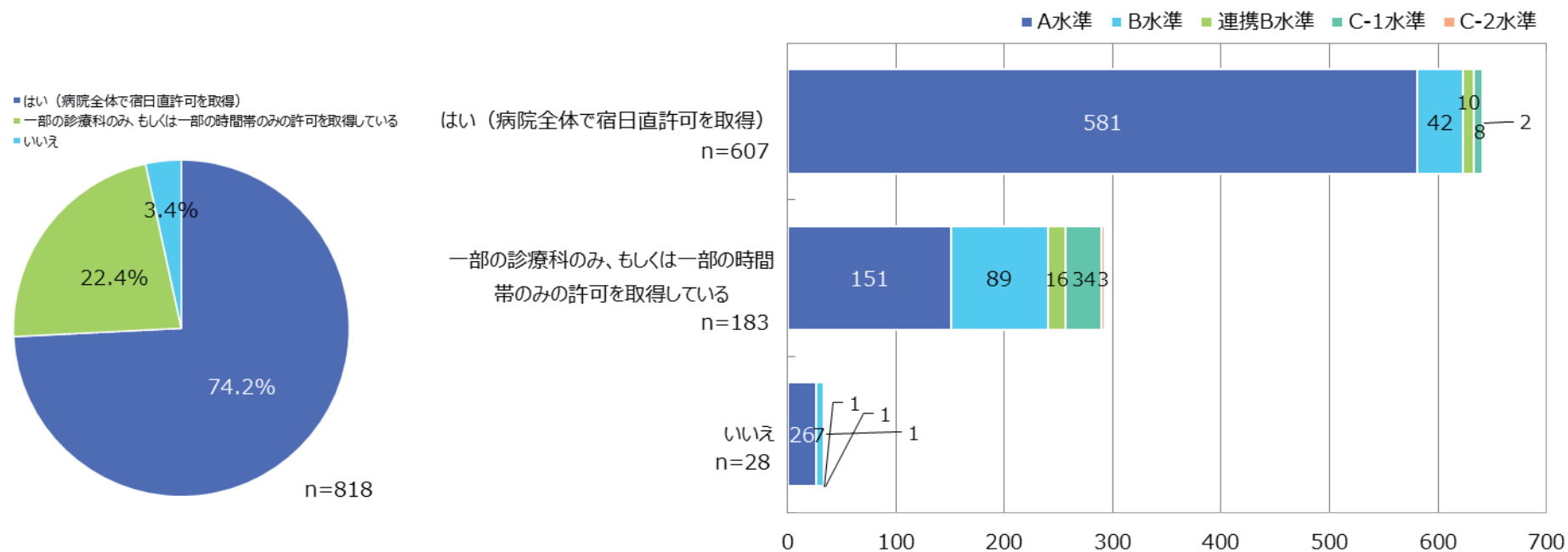


92.7%が「A水準」を選択していると回答した。

【病院機能別】

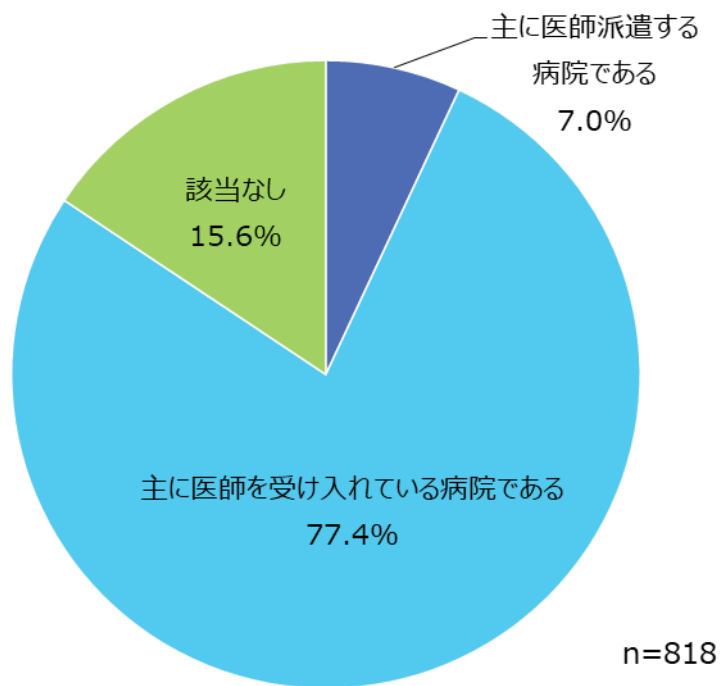


Q3. 貴院の医師の時間外・休日労働時間の水準に当てはまるものを選択してください。
 (複数回答可) 【宿日直許可取得回答別】



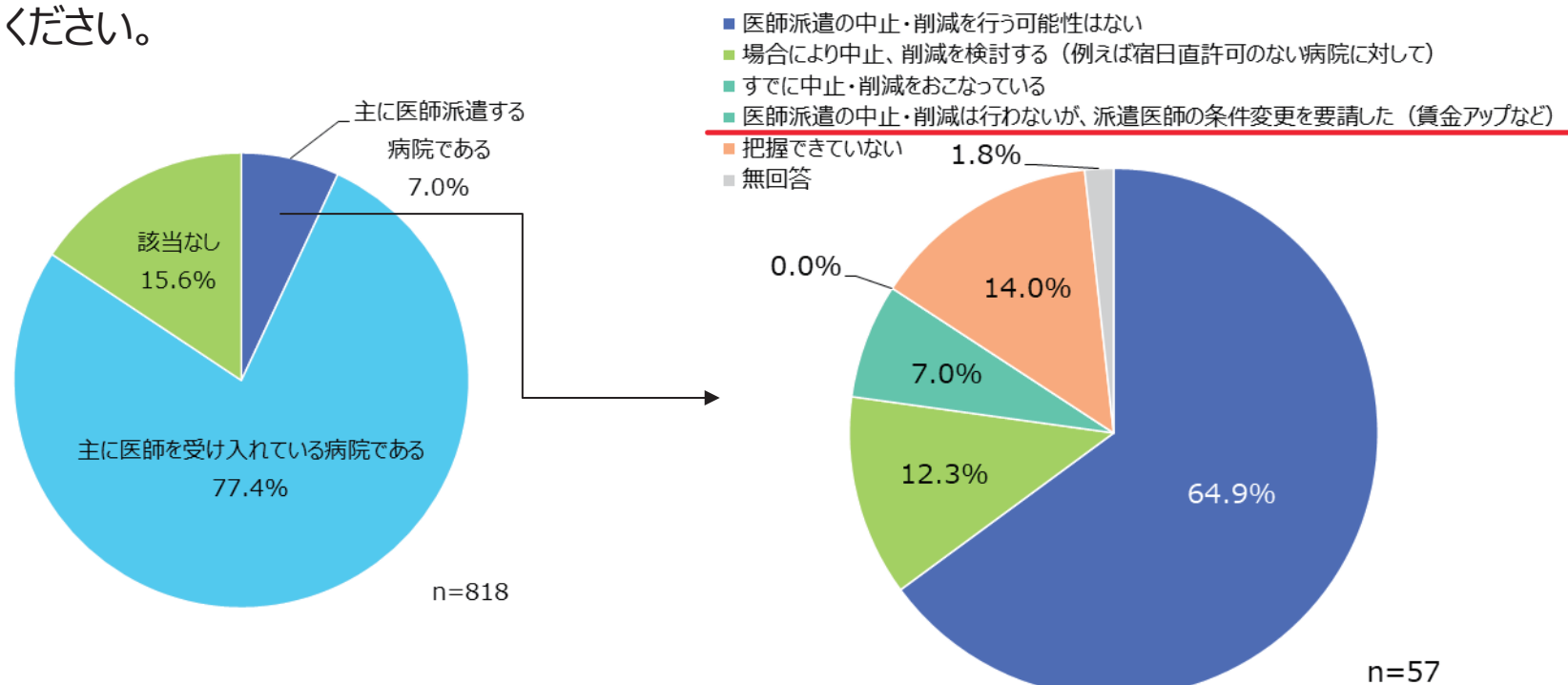
病院全体で宿日直許可を取得している病院が74.2%だった。

Q4. 貴院の医師派遣、受入れの状況について当てはまるものを選択してください。



※Q4で「主に医師派遣する病院である」と回答した病院のみ回答

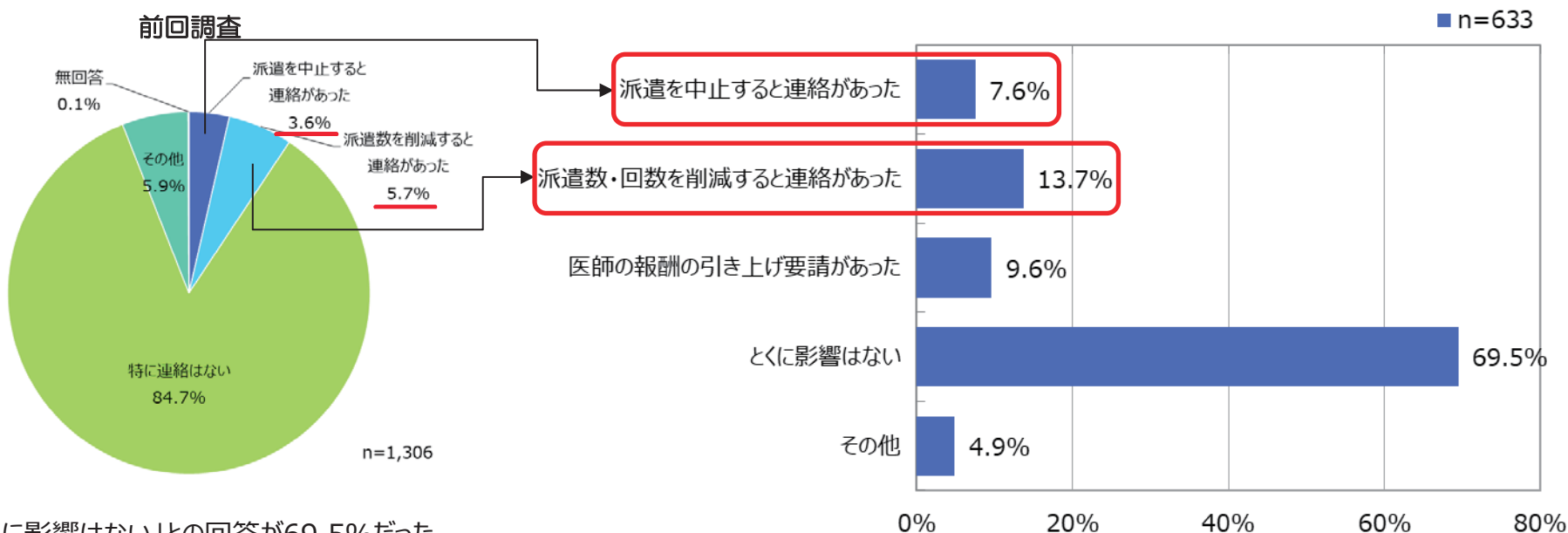
Q5. 医師の働き方改革に関連した医師派遣の中止・削減について当てはまるものを1つ選択してください。



「医師派遣の中止・削減を行う可能性はない」が、64.9%だったが、「場合により中止・削減を検討する」、「すでに中止・削減をおこなっている」との回答も一定数あった。「医師派遣の中止・削減は行わないが、派遣医師の条件変更を要請した（賃金アップなど）」との回答はなかった。

※Q4で「主に医師を受け入れている病院である」と回答した病院のみ回答

Q6. 他院から派遣されている医師に関して医師の働き方改革の影響はありましたか、当てはまるものを選択してください。（複数選択可）

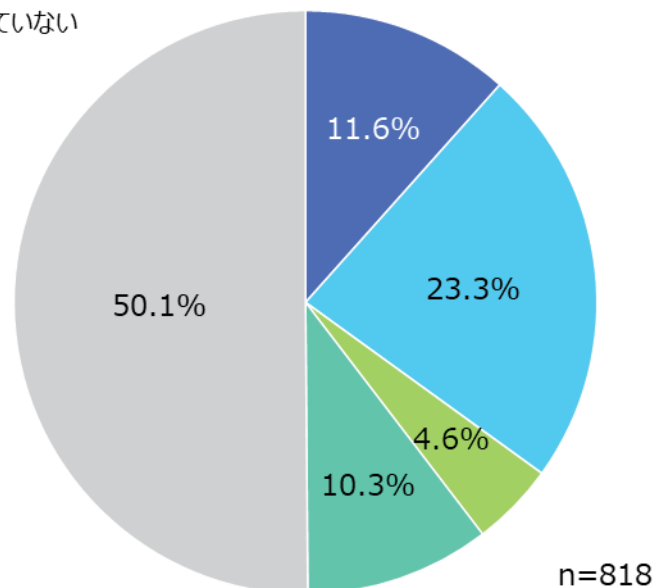


「とくに影響はない」との回答が69.5%だった。

前回調査と比較して「派遣を中止すると連絡があった」3.6%から7.6%の+4ポイント、「派遣数・回数を削減すると連絡があった」5.7%から13.7%の+8ポイント、派遣中止・削減の連絡を受けた病院は、9.3%から21.3%の+12ポイント増加した。

Q7. 医師の働き方改革推進に伴い、診療体制の縮小など何らかの影響が生じる可能性の有無について当てはまるものを1つ選択してください。

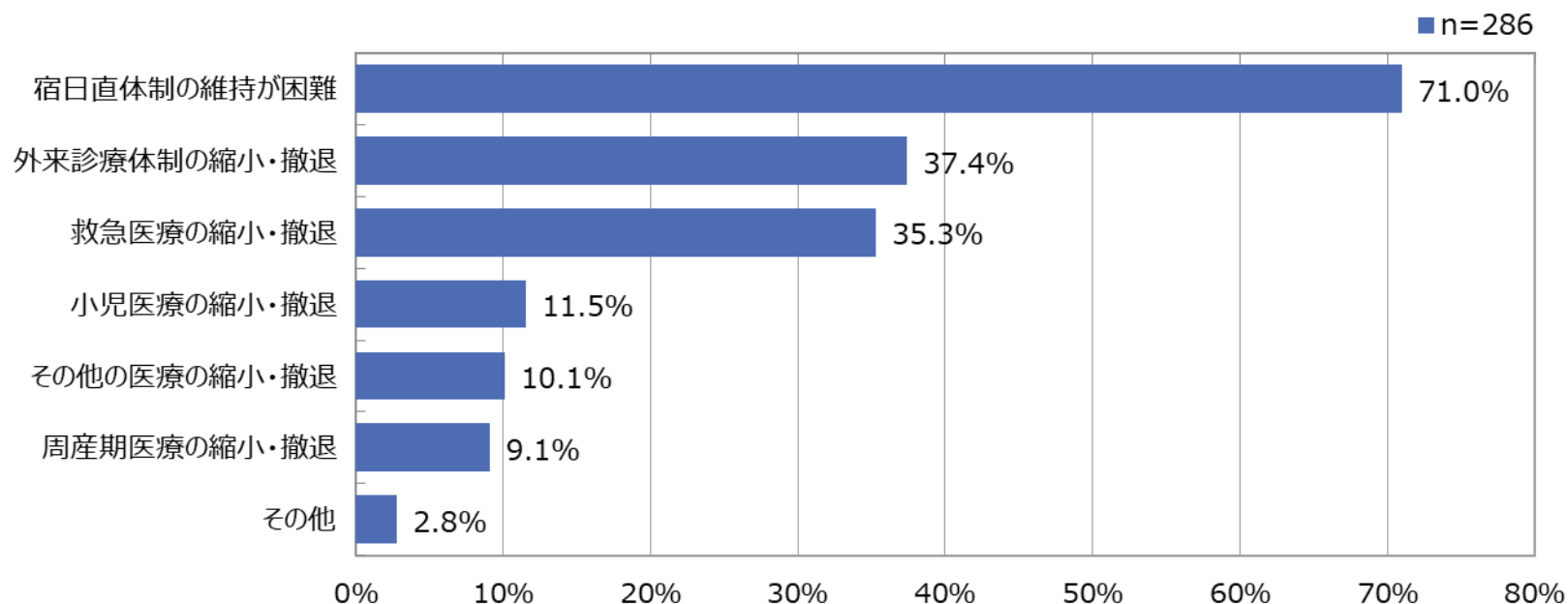
- 自院で影響が生じている
- 現時点では自院で影響は生じていないが、今後自院で影響が生じる可能性がある
- 自院で影響は生じていないが、地域で影響が生じている
- 現時点では自院で影響は生じていないが、今後地域で影響が生じる可能性がある
- 影響は生じていない



「影響は生じていない」との回答が50.1%であったが、「自院で影響が生じている」が11.6%、「今後自院で影響が生じる可能性がある」が23.3%、「自院では生じていないが、地域で影響が生じている」が4.6%、「今後地域で影響が生じる可能性がある」が10.3%と一定数あった。

※Q7で「自院で影響が生じている」「現時点では自院で影響は生じていないが、今後自院で影響が生じる可能性がある」と回答した病院のみ回答

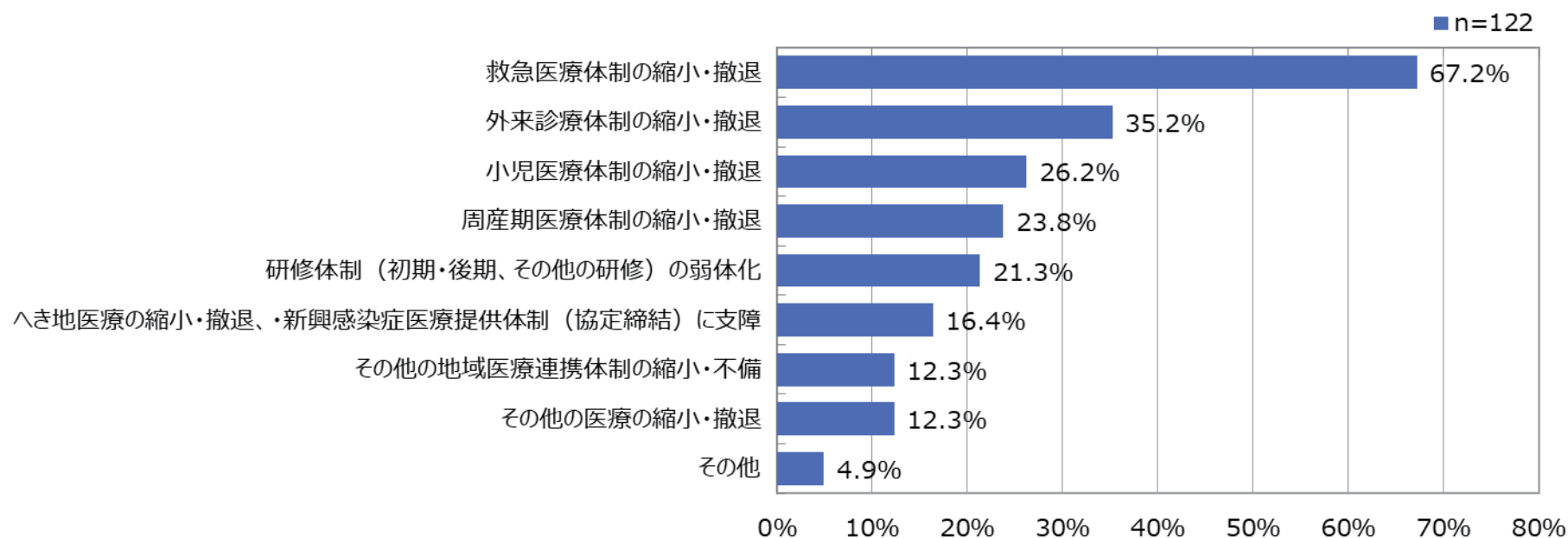
Q8. 貴院の医療提供に関して生じている影響、もしくは生じる可能性がある影響について、当てはまるものを選択してください。（複数回答可）



「宿日直体制の維持が困難」と回答した病院が71.0%だった。

※Q7で「自院で影響は生じていないが、地域で影響が生じている」「現時点では自院で影響は生じていないが、今後地域で影響が生じる可能性がある」と回答した病院のみ回答

Q9. 地域の医療提供体制に関して生じている影響、もしくは生じる可能性がある影響について、当てはまるものを選択してください。（複数回答可）



地域の医療提供体制に関して生じている影響、もしくは生じる可能性がある影響については「救急医療体制の縮小・撤退」との回答が67.2%だった。

まとめ

- ・日本病院会、全日本病院協会、日本精神科病院協会、日本医療法人協会の4団体は合同で、2025年の医師の働き方改革に関する状況調査を実施した。
- ・調査は各団体の会員病院5,149病院を対象に、2025年6月18日～7月31日に、医師の働き方改革に関する状況についての調査票をEメールおよびFAXにより配布・回収により実施した。818病院から回答があり回答率は15.9%であった。
- ・前回調査（令和6年）と比較して病院全体で宿日直許可を取得している病院は、70.1%から74.2%の4.1ポイント増加し、宿日直許可を取得していない病院は10.6%から3.4%の7.2ポイント減少した。
- ・宿日直中の医師の診療への関与としては、2024年4月以前と比較して、入院中の患者の急変への対応は余り変わらなかったが、外来患者の時間外の受診への対応は、かかりつけ患者では8.7%、かかりつけ患者以外では10.7%が減少したと回答した。その理由として、タスクシフト/シェアなどの取り組みによるものと、一部の診療行為の中止によるものなどが含まれていた。
- ・主に医師派遣をする病院では、「医師派遣の中止・削減を行う可能性はない」が、64.9%だったが、「場合により中止・削減を検討する」、「すでに中止・削減をおこなっている」との回答も一定数あった。「医師派遣の中止・削減は行わないが、派遣医師の条件変更を要請した（賃金アップなど）」との回答はなかった。
- ・主に医師を受け入れている病院では「とくに影響はない」との回答が69.5%だった。前回調査と比較して「派遣を中止すると連絡があった」3.6%から7.6%の+4ポイント、「派遣数・回数を削減すると連絡があった」5.7%から13.7%の+8ポイント、派遣中止・削減の連絡を受けた病院は、9.3%から21.3%の+12ポイント増加した。
- ・「影響は生じていない」との回答が50.1%であったが、「自院で影響が生じている」が11.6%、「今後自院で影響が生じる可能性がある」が23.3%、「自院では生じていないが、地域で影響が生じている」が4.6%、「今後地域で影響が生じる可能性がある」が10.3%と一定数あった。「自院で影響が生じている」「現時点では自院で影響は生じていないが、今後自院で影響が生じる可能性がある」と回答した病院では医療提供に関して生じている影響、もしくは生じる可能性がある影響については、「宿日直体制の維持が困難」と回答した病院が71.0%と最も多く、「外来診療体制が縮小・撤退」37.4%、「救急医療の縮小・撤退」35.3%と続いた。
- ・「自院で影響は生じていないが、地域で影響が生じている」「現時点では自院で影響は生じていないが、今後地域で影響が生じる可能性がある」と回答した病院では、地域医療体制に関して生じている影響もしくは生じる可能性がある影響については、「救急医療体制の縮小・撤退」と回答した病院が67.2%と最も多く、「外来診療体制の縮小・徹底」35.2%、「小児医療体制の縮小・徹底」26.2%と続いた。

2025 年度
病院経営定期調査
－中間報告(集計結果)－

2025 年 10 月 6 日

一般社団法人 日本病院会

公益社団法人 全日本病院協会

一般社団法人 日本医療法人協会

公益社団法人 日本精神科病院協会

目次

I. はじめに	3
II. 調査概要	4
III. 回答病院の属性	5
1. 有効回答数の経年比較	5
IV. 集計結果とまとめ	6
V. 医業損益の2年連続比較	7
1. 年度比較（2023年度／2024年度）	7
（1）医業損益への影響（全病院）	7
（2）病床区分別の医業損益	8
（3）開設主体別の医業損益	9
（4）黒字病院・赤字病院の医業損益	9
2. 前年同月比較（2024年6月/2025年6月）	10
（1）医業損益への影響（全病院）	10
（2）病床区分別の医業損益	11
（3）開設主体別の医業損益	11
（4）黒字病院・赤字病院の医業損益	12
VI. 7年連続比較《参考》	13
1. 延患者数、診療単価、診療収益、医業損益（新型コロナウイルス感染拡大による影響）の同月比較	13
（1）延患者数の対前年比 同月比較	13
（2）一人一日あたりの診療収入（単価）の対前年比 同月比較	13
（3）一病院あたりの診療収益の対前年比 同月比較	13
（4）7年連続同月比較 医業利益、経常利益	14
2. 医業損益（新型コロナウイルス感染拡大による影響）の年度比較	14
（1）7年連続年度比較 医業利益、経常利益	14
（2）一病院あたりの損益	15
VII. 診療収益・診療単価・延患者数の前年同月比較（2024年6月/2025年6月）	16
1. 一病院あたりの診療収益の前年比	16
2. 一人一日あたりの診療単価の前年比	16
3. 延患者数の前年比	17
VIII. 賃上げ対応（2025年度）について	17
1. ベースアップ評価料の届出状況・賃上げの実施の有無・賞与支給率の変化	17
2. 賃上げの内訳・賃上げ率	18
3. 「定期・評価昇給、ベースアップ評価料の両方実施」病院の賃上げ率内訳	18
4. 賃上げ促進税制の利用	19
IX. 名簿	20

I. はじめに

日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会及び日本精神科病院協会の4団体は、診療報酬改定が与える影響を調査・検証し、会員病院の運営に資することを目的として合同で実施しています。

上記4団体では、病院における「診療の質」と「経営の質」を大きな柱として、様々な事業に取り組んでいます。なかでも、経営の質については経営指標となるデータの収集と分析、病院機能別の経営状況の把握、さらには病院経営に対する幅広い課題への対応に努めています。

2025年度の病院をとりまく経営環境は、社会保障費の圧縮や医師の働き方改革などの課題に加え、すべての物価が高騰し、加えて最低賃金改定の影響で人件費高騰も、医療業界には大きな影響を与えています。さらに、病床機能報告から法定耐用年数を超えた築40年以上の病棟をもつ病院が全国に1,600以上あることも明らかとなり、建築コスト・建て替え用地の確保など、病院継続に関わる問題が、地域医療提供体制にも大きくのしかかっています。

人口減少・高齢化、コロナ後の医療需要の変化が進むなか、多くの病院が抱える増収減益という経営状況のなか、医師の働き方改革による労働時間の制約を受け入れ、物価高騰による厳しい環境も乗り越えていかなければなりません。個々の病院の受ける影響は異なると思われませんが、方向性を誤ると経営が悪化する恐れも出てくることとなり、まさに気を緩めることができない状況にあります。

さて、病院団体合同調査ワーキンググループでは、会員病院にアンケートをお願いし寄せられたデータを分析検討しました。基本的には、2023年度と2024年度の比較になります。病院現場の実態を明らかにできるものとして、ここに調査の結果を公表します。

ご多忙のところアンケートにご協力いただきました病院様、ご担当者の皆様にお礼申し上げます。

病院団体合同調査ワーキンググループ 委員長 島 弘志

Ⅱ. 調査概要

- 調査目的：診療報酬改定が病院運営に与える影響を検証し、会員病院の運営に資することを目的とし、さらには安定的な病院運営が維持できる報酬設定を求めため、中央社会保険医療協議会や社会保障審議会等の協議の場に、その根拠となるデータを提示する。
- 調査方法：日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会及び日本精神科病院協会に加盟する全病院に、診療収入等についてEメール又はFAX等による調査票配布により実施、回収を行った。
- 調査期間：2025年7月10日～8月22日。9月19日まで回答期限延長。
※本中間報告書は、8月22日提出分までを集計。
- 主な調査項目：2024年・2025年の各6月の診療収益、一人一日あたりの診療単価、延患者数、医業損益等の前年同月比較。2023年度～2024年度の医業損益等の年度比較等。
- 回答数：1,289病院（回答率：25.0%） 有効回答数：1,236病院
（会員数：5,149病院 2025年7月1日現在）

◆ 図表中の数値は、小数点第2位を四捨五入し、小数点第1位までを表示している。このため、百分率の合計が100.0%にならないことがある。

◆ 有効回答として、診療収入、診療単価、延患者数の計算に必要な【1.基本情報】【2.施設基準、病院機能等】【3.患者統計、診療単価】がすべて入力されているものについて集計を実施した。

なお、許可病床数の2024年6月1日/2025年6月1日比が20%以上の変動増減がある病院については、収益に直接的に影響の無いと考えられる設問のみ集計を実施した。また、医業損益に関する2024年、2025年の各6月期の月次比較及び2023年度、2024年度の年度比較、併せて新型コロナ感染拡大後の影響をみるために7年連続で2018年度～2024年度の年度損益比較、2019年～2025年の各6月の延患者数、診療収入（単価）、診療収益、月次損益比較について集計を実施した。

1. 基本情報 2. 施設基準、病院機能等 3. 患者統計、診療単価 4. 診療報酬点数 行為別内訳
5. 損益等 6. 令和6年度診療報酬改定項目について
7. 令和8年度診療報酬改定に関するご意見、要望事項 等々

◆ 開設主体

国：厚生労働省 独立行政法人国立病院機構 国立大学法人 国立研究開発法人
独立行政法人労働者健康安全機構 独立行政法人地域医療機能推進機構

自治体：都道府県 市町村 地方独立行政法人

その他公的：日赤 済生会 北海道社会事業協会 厚生連 健康保険組合及びその連合会
国民健康保険組合 共済組合及びその連合会

医療法人：医療法人 特定医療法人 社会医療法人

その他私的：公益法人 私立学校法人 社会福祉法人 医療生協 会社 その他の法人 個人

◆ 病床区分

一般：一般病床80%以上

療養・ケアミックス：療養病床80%以上、または一般病床+療養病床が80%以上

精神：精神病床80%以上

その他：上記以外

Ⅲ. 回答病院の属性

1. 有効回答数の経年比較

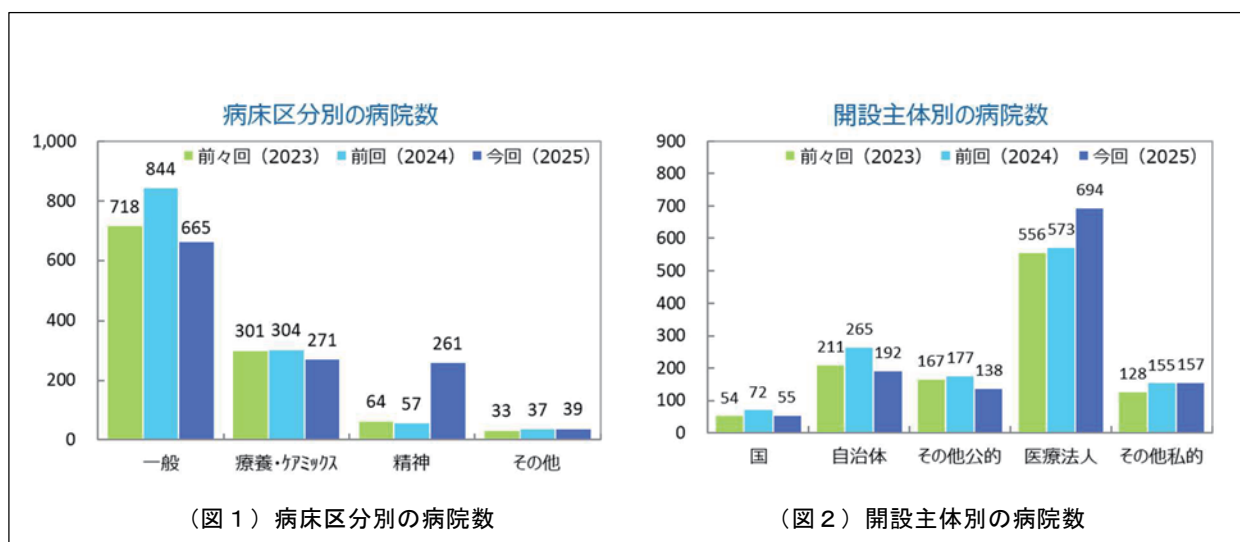
2025 年度調査の全回答病院数は 1,289 病院、うち有効回答数（2025 年 8 月 22 日現在）は 1,236 病院であった。病床規模別有効回答数の比較では、100～199 床が 33.3%と最も多くを占めた（表 1）。

病床区分別の割合では、一般が 53.8%を占めており、続いて療養・ケアミックスが 21.9%であった（図 1）。

開設主体別の割合では、医療法人が 56.1%を占め、次に自治体、その他私的と続いた（図 2）。

（表 1）有効回答の病床規模別件数

病床規模別	有効回答数						前年度との比較	
	2023年度		2024年度		2025年度		回答数増減	増減比率
	件数	割合	件数	割合	件数	割合		
20～99床	176	15.8%	178	14.3%	163	13.2%	-15	-8.4%
100～199床	354	31.7%	389	31.3%	412	33.3%	+23	+5.9%
200～299床	150	13.4%	195	15.7%	217	17.6%	+22	+11.3%
300～399床	165	14.8%	169	13.6%	188	15.2%	+19	+11.2%
400～499床	111	9.9%	129	10.4%	108	8.7%	-21	-16.3%
500床～	160	14.3%	182	14.7%	148	12.0%	-34	-18.7%
合計	1,116	100.0%	1,242	100.0%	1,236	100.0%	-6	-0.5%



IV. 集計結果とまとめ

新型コロナウイルス感染症が拡大した 2019 年度から 5 類移行が行われた 2023 年度以降の患者動向、その後の物価高騰等を背景に悪化した病院経営の実態を把握するため、また、2024 年度診療報酬改定において新設されたベースアップ評価料の実施状況等について調査を実施した。

2023 年度、2024 年度の医業損益比較では、全病院の年度比較では、医業収益+2.8%の伸びが医業費用+3.4%を下回り、2024 年度の医業利益率が-7.2%、経常利益率は-3.1%であった。2024 年度の全病院の 100 床あたりの医業利益が-17,530 万円に対して、経常利益は-7,578 万円、補助金を除く損益差額は-15,042 万円であった。

2024 年 6 月/2025 年 6 月の前年同月比較をみると、全病院の医業収益は前年比+4.4%増収、医業費用は+4.1%増加であったが、金額で医業費用が上回り、100 床あたりの医業利益の赤字額は-1,640 万円から-1,661 万円に増加し、経常利益の赤字額は-904 万円から-875 万円へとわずかに減少していた。

医業損益の年度比較では増収減益傾向が続き、年々病院経営の厳しさが増しているといえる。また、6 月期の前年同月比較では、医業利益で赤字の拡大、経常利益ではほぼ横ばいの赤字額となり、病院経営の悪化傾向は引き続いていた。今後さらなる賃上げや薬価、診療材料等の費用高騰が続き、病院経営をさらに圧迫することが懸念される結果であった。

また参考として、2018 年度～2024 年度の 7 年連続年度比較について追跡調査をみると、2024 年度は医業利益、経常利益ともに赤字病院割合が最大となり、医業利益では 87.0%、経常利益では 77.8%を占めていた。さらには 100 床あたりの経常利益では、コロナ関連の補助金等により黒字となった 2020 年度～2022 年度の 3 期を除き、残り 4 期は赤字となり、2024 年度は-11,377 円で 7 年連続年度比較で最大の赤字額となり、医業利益は-23,649 万円であった。

《医業損益に関する調査結果》

* 年度比較（2023 年度／2024 年度） 100 床あたりの平均

- 医業利益 -15,571 万円 から -17,530 万円 に赤字が拡大した。
- 経常利益 -2,439 万円 から -7,578 万円 に赤字が拡大した。
- 医業利益 赤字病院の割合 69.9% から 73.8% に 3.9 ポイント増加した。
- 経常利益 赤字病院の割合 51.1% から 63.6% に 12.5 ポイント増加した。

* 前年同月比較（2024 年 6 月／2025 年 6 月） 100 床あたりの平均

- 医業利益 -1,640 万円 から -1,661 万円 に赤字がわずかに拡大した。
- 経常利益 -904 万円 から -875 万円 に赤字がわずかに縮小した。
- 医業利益 赤字病院の割合 64.9% から 66.8% に 1.9 ポイント増加した。
- 経常利益 赤字病院の割合 57.2% から 60.9% に 3.7 ポイント増加した。

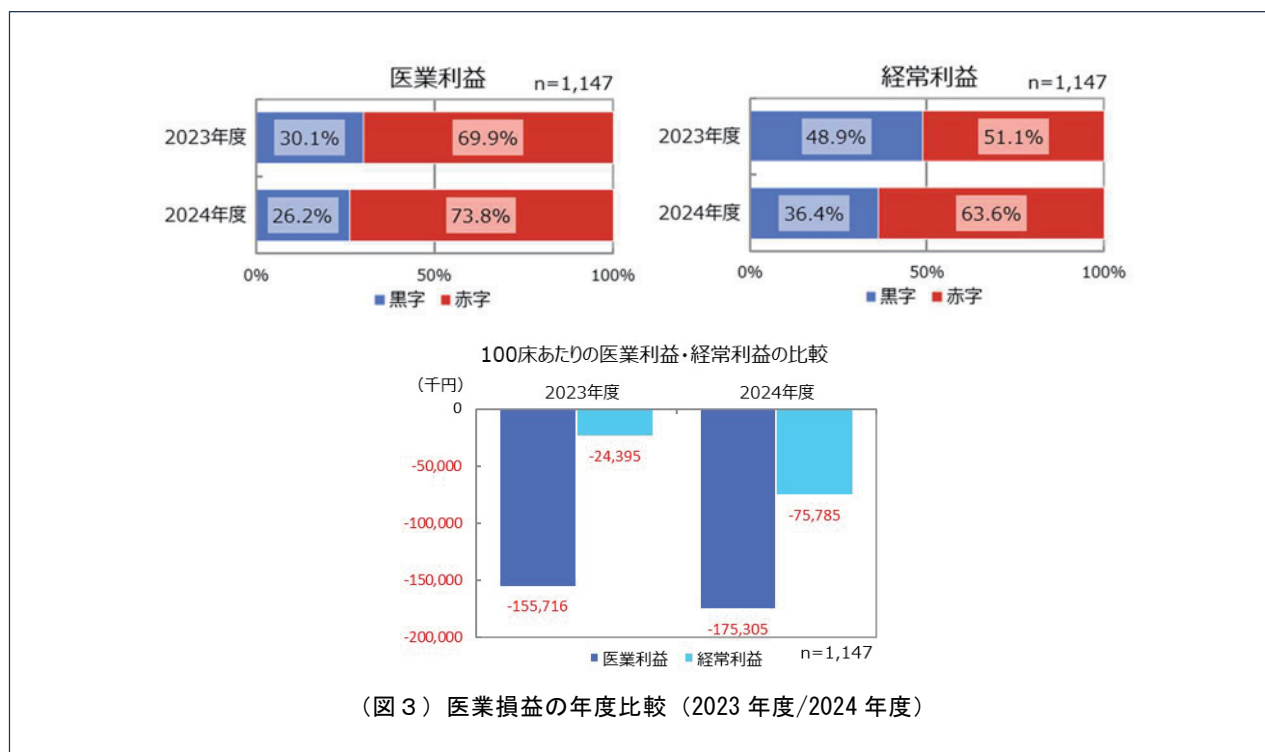
V. 医業損益の2年連続比較

1. 年度比較（2023年度／2024年度）

（1）医業損益への影響（全病院）

医業利益の年度比較では、赤字病院割合は2023年度の69.9%から2024年度は73.8%に3.9ポイント増加していた。経常利益は、2023年度の赤字病院割合が51.1%、2024年度63.6%へと12.5ポイント増加していた。

2024年度の100床あたりの医業利益は-17,530万円、経常利益は-7,578万円となり、いずれも赤字額が前年度を上回っていた（図3）。



全病院の年度比較では、医業収益+2.8%の伸びが医業費用+3.4%を下回り、2024年度の医業利益率が-7.2%、経常利益率は-3.1%であった。

2024年度の全病院の医業利益が-17,530万円に対して、経常利益は-7,578万円、補助金を除く損益差額は-15,042万円であった。

全病院の医業費用+3.4%の内訳では、給与費+3.1%、材料費+3.5%（特に診療材料費+5.6%）の金額の伸びが大きく費用増の72.5%を占め、前年比では経費+4.3%、委託費+4.2%のほか多くの科目が4%超の高い増加率を示していた。水道光熱費+5.5%ではガス料金+12.7%の伸びが大きかった（表2）。

科目 (単位：千円)	全病院 (n=1,147) 平均病床数：274			
	2023年度	2024年度	差引増減	前年比
① 医業収益	2,377,002	2,443,675	66,673	2.8%
入院診療収入	1,581,712	1,642,918	61,206	3.9%
室料差額収益	30,154	32,534	2,380	7.9%
外来診療収入	688,370	693,107	4,736	0.7%
その他医業収入	76,766	75,116	-1,650	-2.1%
② 医業費用	2,532,719	2,618,980	86,261	3.4%
材料費	684,036	707,997	23,961	3.5%
医薬品費（再掲）	410,794	420,217	9,423	2.3%
診療材料費（再掲）	245,995	259,805	13,811	5.6%
給与費	1,250,375	1,288,920	38,545	3.1%
委託費	175,218	182,573	7,355	4.2%
設備関係費	217,974	225,591	7,616	3.5%
減価償却費（再掲）	142,051	145,865	3,814	2.7%
研究研修費	7,038	7,440	402	5.7%
経費	147,759	154,113	6,354	4.3%
水道光熱費（再掲）	47,737	50,345	2,608	5.5%
電気料金	29,217	30,603	1,386	4.7%
ガス料金	9,075	10,228	1,153	12.7%
その他の水道光熱費	9,445	9,513	69	0.7%
控除対象外消費税等負担額	38,833	40,436	1,603	4.1%
本部費配賦額	11,484	11,909	424	3.7%
③ 医業利益 (①-②)	-155,716	-175,305	-19,588	
④ 医業外収益	167,045	136,033	-31,013	-18.6%
運営費補助金（再掲）	76,490	58,028	-18,462	-24.1%
施設設備補助金（再掲）	10,127	8,658	-1,469	-14.5%
その他補助金（再掲）	17,412	7,950	-9,463	-54.3%
⑤ 医業外費用	35,724	36,513	789	2.2%
⑥ 経常利益 (③+④) - (⑤+⑥)	-24,395	-75,785	-51,390	
医業利益率 (③+④)	-6.6%	-7.2%		
経常利益率 (⑥+①)	-1.0%	-3.1%		
※1 補助金（運営・施設・その他）	104,029	74,636	-29,393	-28.3%
※2 補助金を除く医業外収益 (④-※1)	63,016	61,397	-1,619	-2.6%
※3 損益差額 (③+※2-⑤)	-128,424	-150,421	-21,997	

（表2）全病院の医業損益・100床あたりの平均

備考

- ※1 「補助金（運営・施設・その他）」：医業外収益に含まれる運営費補助金、施設設備補助金、その他補助金の合計
 - ※2 「補助金を除く医業外収益」：医業外収益より、※1の補助金合計額を除いた額
 - ※3 「損益差額」：経常利益より補助金額の合計を除いた差益額
- 以下、同じ

（2）病床区分別の医業損益

病床区分別の年度比較では、すべての病床区分で医業収益の伸びが医業費用の増加を下回り、医業利益が減少し、2期続けて赤字であった。経常利益ではすべての病床区分で医業外収益が減少し、2023年度は黒字であった療養・ケアミックス、精神も含めたすべての病床区分で赤字となった。

2024年度の一般における医業利益は-24,862万円の赤字となり、経常利益は-10,885万円の赤字、損益差額は-21,839万円の赤字であった（表3）。

科目 (単位：千円)	一般 (n=620) 平均病床数：323				療養・ケアミックス (n=250) 平均病床数：158				精神 (n=244) 平均病床数：259				その他 (n=33) 平均病床数：359			
	2023年度	2024年度	差引増減	前年比	2023年度	2024年度	差引増減	前年比	2023年度	2024年度	差引増減	前年比	2023年度	2024年度	差引増減	前年比
① 医業収益	3,180,311	3,280,094	99,783	3.1%	1,414,111	1,436,938	22,827	1.6%	645,185	645,506	322	0.0%	1,263,172	1,270,965	7,793	0.6%
入院診療収入	2,060,512	2,149,780	89,268	4.3%	1,031,295	1,058,692	27,397	2.7%	542,375	544,478	2,103	0.4%	877,360	892,789	15,428	1.8%
室料差額収益	43,043	46,505	3,462	8.0%	12,667	13,757	1,090	8.6%	4,314	4,550	236	5.5%	8,689	8,549	-140	-1.6%
外来診療収入	985,662	993,869	8,207	0.8%	272,650	270,295	-2,355	-0.9%	79,416	78,259	-1,157	-1.5%	303,707	304,936	1,229	0.4%
その他医業収入	91,094	89,940	-1,154	-1.3%	97,499	94,194	-3,305	-3.4%	19,079	18,219	-860	-4.5%	73,416	64,691	-8,725	-11.9%
② 医業費用	3,403,980	3,528,718	124,738	3.7%	1,456,279	1,485,088	28,810	2.0%	655,359	667,162	11,803	1.8%	1,426,694	1,452,091	25,397	1.8%
材料費	1,004,200	1,040,381	36,180	3.6%	191,980	196,983	5,003	2.6%	61,306	61,916	609	1.0%	241,288	246,727	5,439	2.3%
医薬品費（再掲）	607,274	621,903	14,629	2.4%	96,032	97,063	1,031	1.1%	35,109	35,090	-19	-0.1%	147,231	147,112	-119	-0.1%
診療材料費（再掲）	365,753	386,595	20,842	5.7%	70,007	73,119	3,112	4.4%	7,654	7,468	-186	-2.4%	82,300	87,742	5,442	6.6%
給与費	1,606,810	1,660,226	53,415	3.3%	896,068	914,879	18,811	2.1%	424,797	432,656	7,859	1.9%	817,763	834,750	16,987	2.1%
委託費	236,930	247,772	10,842	4.6%	94,428	96,310	1,882	2.0%	42,944	43,991	1,047	2.4%	108,325	108,688	362	0.3%
設備関係費	295,184	306,792	11,607	3.9%	125,492	124,796	-697	-0.6%	50,142	51,053	911	1.8%	118,059	121,782	3,723	3.2%
減価償却費（再掲）	194,967	200,787	5,820	3.0%	72,863	73,127	263	0.4%	29,972	30,152	180	0.6%	77,224	78,412	1,188	1.5%
研究研修費	9,948	10,420	471	4.7%	2,842	3,463	621	21.8%	1,008	1,132	124	12.3%	4,073	4,050	-24	-0.6%
経費	180,764	189,971	9,206	5.1%	121,055	123,902	2,847	2.4%	65,918	66,997	1,079	1.6%	116,111	114,139	-1,972	-1.7%
水道光熱費（再掲）	60,521	63,958	3,438	5.7%	31,477	32,733	1,256	4.0%	19,995	21,042	1,047	5.2%	34,100	35,541	1,441	4.2%
電気料金	37,191	38,907	1,716	4.6%	19,988	20,883	895	4.5%	11,430	12,156	726	6.3%	20,239	21,223	984	4.9%
ガス料金	11,921	13,491	1,570	13.2%	4,647	4,993	346	7.4%	3,315	3,761	446	13.5%	6,518	7,089	571	8.8%
その他の水道光熱費	11,409	11,560	151	1.3%	6,842	6,857	15	0.2%	5,249	5,125	-125	-2.4%	7,343	7,229	-114	-1.6%
控除対象外消費税等負担額	55,861	58,229	2,369	4.2%	14,389	14,739	350	2.4%	5,239	5,385	146	2.8%	12,661	12,696	34	0.3%
本部費配賦額	14,282	14,929	646	4.5%	10,025	10,017	-8	-0.1%	4,005	4,031	26	0.7%	9,013	9,260	247	2.7%
③ 医業利益 (①-②)	-223,670	-248,625	-24,955	-11.1%	-42,168	-48,150	-5,982	-14.2%	-10,175	-21,656	-11,481	-114.6%	-163,522	-181,126	-17,603	-10.8%
④ 医業外収益	229,604	190,322	-39,281	-17.1%	73,141	47,946	-25,194	-34.4%	35,655	25,393	-10,262	-28.8%	124,892	103,393	-21,499	-17.2%
運営費補助金（再掲）	109,863	85,157	-24,706	-22.5%	26,118	15,259	-10,859	-41.6%	9,121	4,335	-4,786	-52.5%	40,382	29,036	-11,346	-28.1%
施設設備補助金（再掲）	13,824	13,133	-691	-5.0%	5,820	964	-4,856	-83.4%	1,828	590	-1,238	-67.7%	6,340	1,788	-4,552	-71.8%
その他補助金（再掲）	23,827	11,244	-12,583	-52.8%	6,851	2,219	-4,632	-67.6%	5,268	2,271	-2,997	-56.9%	9,114	1,744	-7,369	-80.9%
⑤ 医業外費用	49,805	50,555	750	1.5%	15,386	15,375	-11	-0.1%	6,824	8,252	1,428	20.9%	19,972	20,681	708	3.5%
⑥ 経常利益 (③+④) - (⑤+⑥)	-43,871	-108,858	-64,987	-148.8%	-15,586	-15,579	-11	-0.1%	-18,657	-4,514	23,171	124.2%	-58,603	-98,414	-39,811	-67.9%
医業利益率 (③+④)	-7.0%	-7.6%			-3.0%	-3.4%			-1.6%	-3.4%			-12.9%	-14.3%		
経常利益率 (⑥+①)	-1.4%	-3.3%			1.1%	-1.1%			2.9%	-0.7%			-4.6%	-7.7%		
※1 補助金（運営・施設・その他）	147,514	109,534	-37,980	-25.7%	38,788	18,442	-20,346	-52.5%	16,218	7,196	-9,021	-55.6%	55,835	32,568	-23,267	-41.7%
※2 補助金を除く医業外収益 (④-※1)	82,089	80,788	-1,301	-1.6%	34,353	29,504	-4,848	-14.1%	19,437	18,197	-1,240	-6.4%	69,056	70,824	1,768	2.6%
※3 損益差額 (③+※2-⑤)	-191,385	-218,392	-27,007	-14.1%	-23,202	-34,021	-10,819	-46.6%	2,439	-11,711	-14,150	-578.2%	-114,438	-130,982	-16,544	-14.9%

（表3）病床区分別の医業損益・100床あたりの平均

(3) 開設主体別の医業損益

開設主体別の年度比較では、医業収益の増収割合はその他私的の+3.4%が最も高く、医療法人が+2.2%で最も低かった。

医業利益の比較では、その他公的を除く開設主体で2期赤字・減益であった。2024年度の赤字額は、自治体の-55,244万円が最も多かった。

医業外収益はすべての開設主体で減収となり、経常利益は医療法人を除く開設主体で2期赤字・減益であった。また、2023年度は経常利益が黒字であった医療法人も赤字となった。2024年度の経常利益の赤字額では自治体の-22,873万円が最大であり、損益差額では、すべての区分で2期赤字であった(表4)。

科目 (単位:千円)	国(n=51)			自治体(n=175)			その他公的(n=127)			医療法人(n=645)			その他私的(n=149)		
	2023年度	2024年度	差引増減	2023年度	2024年度	差引増減	2023年度	2024年度	差引増減	2023年度	2024年度	差引増減	2023年度	2024年度	差引増減
① 医業収益	2,986,082	3,076,492	90,410	2,950,615	3,046,320	95,705	3,121,730	3,193,596	71,866	2,326,232	2,408,153	81,921	2,997,430	3,100,039	102,609
入院診療収入	1,933,489	2,016,049	82,560	1,922,368	2,002,641	80,273	2,008,016	2,082,505	74,489	1,107,688	1,141,878	34,190	1,878,201	1,965,662	87,461
② 医業費用	3,111,727	3,242,595	130,868	3,430,356	3,598,765	168,408	4,257,469	4,327,962	70,494	1,540,342	1,578,702	38,360	2,329,481	2,324,423	104,942
③ 医業外収益	149,390	124,844	-24,546	450,605	414,214	-36,391	157,919	100,244	-57,675	51,548	31,915	-19,633	129,099	114,381	-14,718
④ 医業利益	-125,645	-166,103	-40,458	-479,741	-552,444	-72,703	-135,730	-134,366	1,372	-20,629	-25,449	-4,820	-132,051	-134,384	-2,333
⑤ 経常利益	61,677	34,002	-27,675	297,225	266,988	-30,237	110,309	55,926	-54,384	27,102	-17,633	-65,888	74,029	37,104	-36,925
⑥ 経常利益率	-4.2%	-5.4%	-1.2%	16.3%	14.1%	-2.2%	6.9%	4.2%	-4.3%	1.2%	-1.6%	-2.1%	2.5%	1.1%	-0.6%

(表4) 開設主体別の医業損益・100床あたりの平均

(4) 黒字病院・赤字病院の医業損益

全病院1,147病院中、黒字病院は417病院(36.4%)、赤字病院が730病院(63.6%)であった。黒字病院は、医業収益が+3.1%に対して医業費用+3.0%となり、医業利益の黒字額が増加したが、経常利益は医業外収益(運営費補助金等)が-22.6%と大きく減少し、黒字額が縮小していた。赤字病院は、医業収益が+2.7%に対して医業費用が+3.6%で大きく上回り、医業外収益が-17.5%となったことで医業利益、経常利益ともに赤字額が増加していた(表5)。

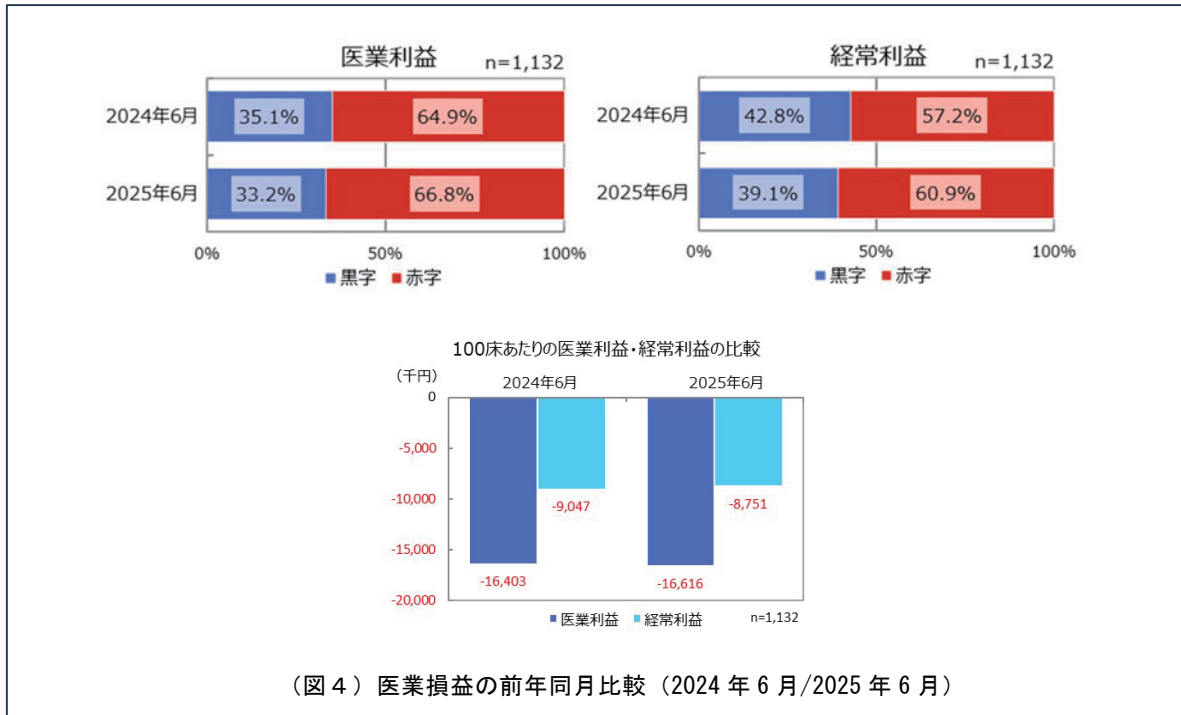
科目 (単位:千円)	全病院(n=1,147)				2024年度 黒字病院(n=417)				2024年度 赤字病院(n=730)			
	2023年度	2024年度	差引増減	前年比	2023年度	2024年度	差引増減	前年比	2023年度	2024年度	差引増減	前年比
① 医業収益	2,377,002	2,443,675	66,673	2.8%	2,394,791	2,468,823	74,032	3.1%	2,367,832	2,430,711	62,879	2.7%
② 医業費用	2,532,719	2,619,980	87,261	3.4%	2,379,733	2,450,052	70,319	3.0%	2,611,582	2,706,601	94,979	3.6%
③ 医業外収益	149,390	124,844	-24,546	-16.4%	450,605	414,214	-36,391	-8.1%	157,919	100,244	-57,675	-36.5%
④ 医業利益	-125,645	-166,103	-40,458	-32.2%	-479,741	-552,444	-72,703	-15.1%	-135,730	-134,366	1,372	1.0%
⑤ 経常利益	61,677	34,002	-27,675	-44.9%	297,225	266,988	-30,237	-10.2%	110,309	55,926	-54,384	-49.3%
⑥ 経常利益率	-4.2%	-5.4%	-1.2%	-28.3%	16.3%	14.1%	-2.2%	-19.3%	6.9%	4.2%	-4.3%	-61.5%

(表5) 黒字病院・赤字病院の医業損益・100床あたりの平均<(再掲)>

2. 前年同月比較（2024年6月/2025年6月）

（1）医業損益への影響（全病院）

医業利益の前年同月比較では、赤字病院割合は64.9%から66.8%と1.9ポイント増加し、経常利益は、赤字病院割合が57.2%から60.9%と3.7ポイント増加していた（図4）。



（図4）医業損益の前年同月比較（2024年6月/2025年6月）

全病院の医業収益は前年比+4.4%増収、医業費用は+4.1%増加となったが、金額で医業費用が上回り、医業利益の赤字額は-1,640万円から-1,661万円に微増した。医業外収益が前年比+7.7%の増収、医業外費用が+11.1%の増加により、経常利益は-904万円から-875万円になり赤字額はわずかに減少していた（表6）。

科目 (単位：千円)	全病院 (n=1,132) 平均病床数：275			
	2024年6月	2025年6月	差引増減	前年比
①医業収益	198,787	207,464	8,677	4.4%
入院診療収入	133,449	138,769	5,319	4.0%
室料差額収益	2,661	2,847	187	7.0%
外来診療収入	56,462	59,348	2,886	5.1%
その他医業収入	6,215	6,500	285	4.6%
②医業費用	215,191	224,080	8,890	4.1%
材料費	57,150	61,152	4,002	7.0%
医薬品費（再掲）	33,726	35,925	2,199	6.5%
診療材料費（再掲）	21,048	22,783	1,735	8.2%
給与費	109,485	112,398	2,913	2.7%
委託費	15,004	15,704	700	4.7%
設備関係費	17,615	18,138	523	3.0%
減価償却費（再掲）	11,357	11,497	140	1.2%
研究研修費	574	577	3	0.5%
経費	12,057	12,659	602	5.0%
水道光熱費（再掲）	3,724	3,884	159	4.3%
電気料金	2,374	2,438	63	2.7%
ガス料金	653	721	68	10.4%
その他の水道光熱費	697	726	29	4.1%
控除対象外消費税等負担額	2,376	2,527	151	6.3%
本部費配賦額	929	926	-3	-0.3%
③医業利益（①-②）	-16,403	-16,616	-213	
④医業外収益	9,192	9,903	712	7.7%
⑤医業外費用	1,835	2,038	203	11.1%
⑥経常利益（③+④）-（⑤）	-9,047	-8,751	296	
医業利益率（③÷①）	-8.3%	-8.0%		
経常利益率（⑥÷①）	-4.6%	-4.2%		

（表6）全病院の医業損益・100床あたりの平均

(2) 病床区分別の医業損益

病床区分別の前年同月比較では、一般病院の医業収益は前年比+4.8%、医業費用+4.3%となり、医業利益、経常利益の赤字幅は減少した。2025年6月の医業利益は-2,359万円、経常利益は-1,250万円であった。

療養+ケアミックスは、医業収益+2.9%、医業費用+3.7%となり、医業利益、経常利益の赤字額も増加となった。精神では、医業収益が+0.6%、医業費用+3.2%となり、医業利益、経常利益ともに赤字に転化した(表7)。

科目 (単位:千円)	一般 (n=615) 平均病床数: 323				療養+ケアミックス (n=246) 平均病床数: 161				精神 (n=236) 平均病床数: 259				その他 (n=35) 平均病床数: 358			
	2024年6月	2025年6月	差引増減	前年比	2024年6月	2025年6月	差引増減	前年比	2024年6月	2025年6月	差引増減	前年比	2024年6月	2025年6月	差引増減	前年比
①医業収益	265,687	278,397	12,710	4.8%	117,355	120,786	3,431	2.9%	53,380	53,688	308	0.6%	105,494	107,679	2,186	2.1%
入院診療収入	173,591	181,279	7,688	4.4%	87,577	89,777	2,200	2.5%	45,189	45,402	213	0.5%	72,965	75,514	2,550	3.5%
室料差額収益	3,772	4,057	284	7.5%	1,166	1,206	40	3.4%	415	415	0	0.0%	732	744	12	1.7%
外来診療収入	80,736	85,130	4,393	5.4%	21,785	22,173	389	1.8%	6,412	6,443	31	0.5%	25,595	26,432	837	3.3%
その他医業収入	7,587	7,931	344	4.5%	6,828	7,630	803	11.8%	1,364	1,428	63	4.6%	6,202	4,989	-1,213	-19.6%
②医業費用	289,481	301,987	12,506	4.3%	122,296	126,798	4,502	3.7%	52,946	54,637	1,691	3.2%	123,154	123,733	579	0.5%
材料費	83,935	90,012	6,077	7.2%	15,564	16,250	687	4.4%	4,791	4,845	54	1.1%	19,638	20,484	847	4.3%
医薬品費(再掲)	49,970	53,400	3,431	6.9%	7,231	7,419	187	2.6%	2,680	2,629	-51	-1.9%	11,547	11,562	15	0.1%
診療材料費(再掲)	31,206	33,809	2,603	8.3%	6,115	6,543	429	7.0%	575	567	-8	-1.4%	7,174	7,783	609	8.5%
給与費	141,051	144,846	3,795	2.7%	77,550	80,150	2,600	3.4%	34,930	36,082	1,152	3.3%	73,936	72,458	-1,478	-2.0%
委託費	20,330	21,327	997	4.9%	7,848	8,132	284	3.6%	3,582	3,674	92	2.6%	8,958	9,225	267	3.0%
設備関係費	23,894	24,623	730	3.1%	9,919	9,918	-1	-0.0%	3,847	3,936	89	2.3%	9,630	10,645	1,015	10.5%
減価償却費(再掲)	15,545	15,778	233	1.5%	5,801	5,743	-58	-1.0%	2,392	2,347	-45	-1.9%	6,276	6,481	206	3.3%
研究研修費	791	805	14	1.8%	279	284	4	1.6%	97	82	-15	-15.3%	408	311	-96	-23.7%
経費	15,022	15,693	671	4.5%	8,986	9,891	906	10.1%	5,069	5,382	313	6.2%	8,873	8,823	-50	-0.6%
水道光熱費(再掲)	4,801	4,999	198	4.1%	2,238	2,385	147	6.6%	1,404	1,467	63	4.5%	2,674	2,730	56	2.1%
電気料金	3,099	3,168	69	2.2%	1,441	1,508	67	4.7%	770	836	66	8.5%	1,668	1,620	-48	-2.9%
ガス料金	864	951	88	10.1%	312	358	46	14.7%	240	257	16	6.8%	402	472	70	17.5%
その他の水道光熱費	838	880	42	5.0%	485	519	34	7.1%	394	375	-19	-4.8%	604	638	34	5.6%
控除対象外消費税等負担額	3,357	3,584	227	6.8%	1,089	1,078	-11	-1.0%	345	358	13	3.8%	801	927	126	15.7%
本部費配賦額	1,102	1,097	-6	-0.5%	1,060	1,093	33	3.1%	286	279	-7	-2.4%	910	859	-51	-5.6%
③医業利益(①-②)	-23,794	-23,590	204		-4,941	-6,011	-1,071		434	-949	-1,383		-17,660	-16,054	1,607	
④医業外収益	12,476	13,867	1,391	11.1%	4,335	4,012	-323	-7.4%	1,576	1,413	-163	-10.3%	9,644	7,134	-2,509	-26.0%
⑤医業外費用	2,549	2,782	233	9.2%	829	951	122	14.7%	399	519	120	30.1%	714	1,102	387	54.2%
⑥経常利益(③+④-⑤)	-13,866	-12,505	1,361		-1,435	-2,950	-1,515		1,612	-55	-1,667		-8,731	-10,021	-1,290	
医業利益率(③÷①)	-9.0%	-8.5%			-4.2%	-5.0%			0.8%	-1.8%			-16.7%	-14.9%		
経常利益率(⑥÷①)	-5.2%	-4.5%			-1.2%	-2.4%			3.0%	-0.1%			-8.3%	-9.3%		

(表7) 病床区分別の医業損益・100床あたりの平均

(3) 開設主体別の医業損益

開設主体別の前年同月比較では、すべての開設主体で医業利益、経常利益ともに2期赤字となっていた。

2025年6月の医業利益の赤字額では、自治体の-5,218万円が最大で、最小は医療法人の-242万円であった。経常利益の赤字額では自治体の-2,138万円が最大であった。

科目 (単位:千円)	国 (n=53) 平均病床数: 386				自治体 (n=166) 平均病床数: 371				その他公的 (n=132) 平均病床数: 359				医療法人 (n=639) 平均病床数: 207				その他私的 (n=142) 平均病床数: 351			
	2024年6月	2025年6月	差引増減	前年比	2024年6月	2025年6月	差引増減	前年比	2024年6月	2025年6月	差引増減	前年比	2024年6月	2025年6月	差引増減	前年比	2024年6月	2025年6月	差引増減	前年比
①医業収益	249,451	262,280	12,829	5.1%	248,280	263,003	14,722	5.9%	262,325	272,472	10,148	3.9%	126,987	131,259	4,272	3.4%	247,161	256,969	9,809	4.0%
入院診療収入	164,040	170,946	6,906	4.2%	162,821	172,199	9,379	5.8%	169,721	174,786	5,065	3.0%	93,176	96,139	2,963	3.2%	157,099	163,252	6,153	3.9%
室料差額収益	4,564	4,913	349	7.6%	2,126	2,329	203	9.5%	3,904	4,223	319	8.2%	1,305	1,393	88	6.8%	4,961	5,197	236	4.8%
外来診療収入	73,965	78,500	4,535	6.1%	75,944	81,418	5,474	7.2%	81,144	85,533	4,388	5.4%	27,684	28,591	907	3.3%	78,185	81,026	2,841	3.6%
その他医業収入	6,882	7,921	1,039	15.1%	7,390	7,057	-333	-4.5%	7,555	7,930	375	5.0%	4,823	5,135	313	6.5%	6,915	7,494	579	8.4%
②医業費用	271,874	284,049	12,175	4.5%	297,531	315,183	17,652	5.9%	278,343	286,727	8,384	3.0%	129,031	133,685	4,654	3.6%	259,012	267,459	8,448	3.3%
材料費	82,141	88,761	6,619	8.1%	78,684	85,393	6,709	8.5%	83,084	89,141	6,057	7.3%	24,123	25,618	1,495	6.2%	83,370	87,655	4,285	5.1%
医薬品費(再掲)	51,602	55,294	3,691	7.2%	47,845	52,147	4,302	9.0%	52,477	56,557	4,080	7.7%	11,422	11,907	485	4.2%	50,364	52,021	1,657	3.3%
診療材料費(再掲)	26,744	29,420	2,676	10.0%	29,822	32,194	2,371	8.0%	27,489	29,664	2,175	7.9%	10,391	11,346	956	9.2%	30,058	32,272	2,215	7.4%
給与費	123,562	124,923	1,361	1.1%	153,804	161,071	7,267	4.7%	136,544	137,534	990	0.7%	74,137	75,849	1,712	2.3%	117,103	120,291	3,188	2.7%
委託費	19,843	21,543	1,700	8.6%	23,744	25,176	1,431	6.0%	17,652	18,261	609	3.5%	7,689	8,101	412	5.4%	19,135	19,373	238	1.2%
設備関係費	26,395	27,190	796	3.0%	20,918	22,246	1,328	6.3%	24,542	24,575	32	0.1%	10,840	11,252	412	3.8%	21,344	21,521	177	0.8%
減価償却費(再掲)	14,755	15,495	740	5.0%	15,821	16,560	739	4.7%	15,698	15,581	-117	-0.7%	6,106	6,133	27	0.4%	14,265	13,964	-300	-2.1%
研究研修費	223	203	-20	-9.0%	1,022	1,036	13	1.3%	720	745	25	3.4%	294	297	3	0.9%	771	751	-20	-2.6%
経費	17,174	18,920	1,746	10.2%	14,748	15,357	608	4.1%	13,686	14,338	653	4.8%	8,969	9,429	460	5.1%	13,286	13,737	452	3.4%
水道光熱費(再掲)	5,242	5,476	234	4.5%	5,009	5,354	344	6.9%	4,728	4,848	120	2.5%	2,258	2,396	138	6.1%	4,455	4,450	-5	-0.1%
電気料金	3,378	3,419	41	1.2%	3,344	3,523	178	5.3%	2,986	3,045	59	2.0%	1,389	1,471	82	5.9%	2,800	2,684	-116	-4.2%
ガス料金	1,090	1,259	170	15.6%	931	1,083	153	16.4%	923	965	42	4.5%	337	372	35	10.5%	713	744	31	4.4%
その他の水道光熱費	774	797	23	2.9%	734	748	13	1.8%	819	838	19	2.3%	532	553	21	3.9%	942	1,022	80	8.5%
控除対象外消費税等負担額	464	460	-4	-0.8%	4,036	4,277	241	6.0%	1,058	1,086	28	2.6%	2,249	2,429	179	8.0%	2,698	2,842	144	5.4%
本部費配賦額	2,072	2,049	-23	-1.1%	575	629	54	9.4%	1,057	1,048	-9	-0.9%	730	712	-19	-2.6%	1,305	1,289	-17	-1.3%
③医業利益(①-②)	-22,423	-21,769	654		-49,251	-52,180	-2,930		-16,018	-14,255	1,764		-2,044	-2,426	-382		-11,851	-10,490	1,361	
④医業外収益	4,550	5,370	820	18.0%	32,251	33,663	1,412	4.4%	5,477	6,002	525	9.6%	2,199	2,416	218	9.9%	4,705	5,998	1,293	27.5%
⑤医業外費用	3,582	3,440	-142	-4.0%	2,919	2,862	-57	-2.0%	2,694	3,073	378	14.0%	972	1,263	290	29.9%	1,253	1,522	269	21.4%
⑥経常利益(③+④-⑤)	-21,454	-19,839	1,615		-19,919	-21,380	-1,461		-13,236	-11,325	1,910		-818	-1,273	-455		-8,399	-6,014	2,385	
医業利益率(③÷①)	-9.0%	-8.3%			-19.8%	-19.8%			-6.1%	-5.2%			-1.6%	-1.8%			-4.8%	-4.1%		
経常利益率(⑥÷①)	-8.6%	-7.6%			-8.0%	-8.1%			-5.0%	-4.2%			-0.6%	-1.0%			-3.4%	-2.3%		

(表8) 開設主体別の医業損益・100床あたりの平均

医業収益はすべての開設主体で前年から増収となり、自治体が+5.9%と最も多く、医療法人が+3.4%と最も少ない増加であった。医業費用はすべての開設主体で前年から増額となり、自治体が+5.9%と最も多く、その他公的が+3.0%と最も少ない増加であった（表8）。

（4）黒字病院・赤字病院の医業損益

全病院 1,132 病院中、黒字病院は 443 病院（39.1%）、赤字病院が 689 病院（60.9%）であった。黒字病院では医業収益+5.6%に対して赤字病院は+3.8%であり、医業費用は黒字病院+4.3%、赤字病院+4.1%であった。医業利益で黒字病院は赤字より黒字に転化し、赤字病院は2期赤字・減益であった。経常利益では、黒字病院は医業外収益+34.1%であり、2期黒字・増益であった。赤字病院は医業外収益-12.1%により2期赤字・減益となった（表9）。

科目 (単位：千円)	全病院 (n=1,132)				2025年6月 黒字病院 (n=443)				2025年6月 赤字病院 (n=689)			
	2024年6月	2025年6月	差引増減	前年比	2024年6月	2025年6月	差引増減	前年比	2024年6月	2025年6月	差引増減	前年比
① 医業収益	198,787	207,464	8,677	4.4%	173,924	183,686	9,762	5.6%	212,371	220,455	8,084	3.8%
入院診療収入	133,449	138,769	5,319	4.0%	119,822	126,184	6,362	5.3%	140,895	145,644	4,750	3.4%
薬料差額収入	2,661	2,847	187	7.0%	1,776	1,934	158	8.9%	3,144	3,347	203	6.4%
外来診療収入	56,462	59,348	2,886	5.1%	45,393	48,175	2,782	6.1%	62,509	65,452	2,944	4.7%
その他医業収入	6,215	6,500	285	4.6%	6,932	7,393	461	6.6%	5,823	6,012	188	3.2%
② 医業費用	215,191	224,080	8,890	4.1%	175,156	182,678	7,522	4.3%	237,063	246,700	9,637	4.1%
材料費	57,150	61,152	4,002	7.0%	45,664	49,499	3,835	8.4%	63,426	67,518	4,092	6.5%
医薬品費 (再掲)	33,726	35,925	2,199	6.5%	25,570	27,816	2,246	8.8%	38,181	40,355	2,174	5.7%
診療材料費 (再掲)	21,048	22,783	1,735	8.2%	17,727	19,313	1,586	8.9%	22,862	24,678	1,816	7.9%
給与費	109,485	112,398	2,913	2.7%	90,851	93,153	2,302	2.5%	119,665	122,912	3,247	2.7%
委託費	15,004	15,704	700	4.7%	11,370	11,987	617	5.4%	16,990	17,735	745	4.4%
設備関係費	17,615	18,138	523	3.0%	13,269	13,650	380	2.9%	19,990	20,590	601	3.0%
減価償却費 (再掲)	11,357	11,497	140	1.2%	8,240	8,206	-33	-0.4%	13,059	13,294	235	1.8%
研究研修費	574	577	3	0.5%	586	551	-35	-6.0%	568	592	24	4.2%
経費	12,057	12,659	602	5.0%	10,570	10,864	294	2.8%	12,869	13,639	770	6.0%
水道光熱費 (再掲)	3,724	3,884	159	4.3%	3,086	3,217	131	4.2%	4,073	4,248	175	4.3%
電気料金	2,374	2,438	63	2.7%	1,962	2,032	70	3.5%	2,600	2,659	59	2.3%
ガス料金	653	721	68	10.4%	535	599	64	11.9%	717	787	70	9.7%
その他の水道光熱費	697	726	29	4.1%	588	586	-2	-0.4%	756	802	45	6.0%
控除対象外消費税等負担額	2,376	2,527	151	6.3%	2,116	2,246	130	6.2%	2,518	2,680	162	6.4%
本部費配賦額	929	926	-3	-0.3%	730	729	-1	-0.0%	1,038	1,034	-4	-0.4%
③ 医業利益 (①-②)	-16,403	-16,616	-213	-1.3%	-1,231	1,008	2,240	181.6%	-24,692	-26,245	-1,553	-6.3%
④ 医業外収益	9,192	9,903	712	7.7%	11,171	14,983	3,812	34.1%	8,110	7,128	-982	-12.1%
⑤ 医業外費用	1,835	2,038	203	11.1%	1,242	1,324	82	6.6%	2,159	2,429	269	12.5%
⑥ 経常利益 ((①+④) - (②+⑤))	-9,047	-8,751	296	3.3%	8,697	14,657	5,960	68.6%	-16,541	-21,541	-4,999	-30.2%
医業利益率 ((③÷①))	-8.3%	-8.0%			-0.7%	0.5%			-11.6%	-11.9%		
経常利益率 ((⑥÷①))	-4.6%	-4.2%			5.0%	8.0%			-8.8%	-9.8%		

（表9）黒字病院・赤字病院の医業損益・100床あたりの平均<（再掲）全病院>

VI. 7年連続比較《参考》

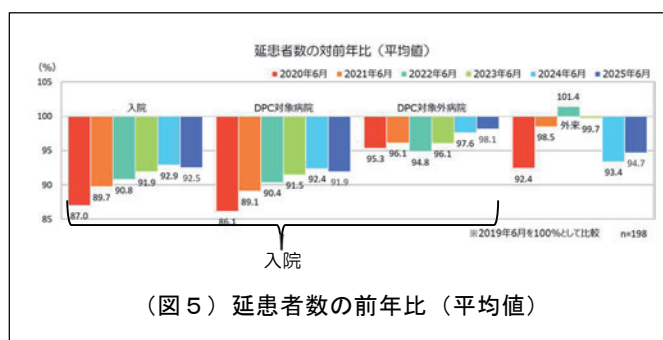
1. 延患者数、診療単価、診療収益、医業損益（新型コロナウイルス感染拡大による影響）の同月比較

（2019年6月/2020年6月/2021年6月/2022年6月/2023年6月/2024年6月/2025年6月）

（1）延患者数の対前年比 同月比較

延患者数について2019年6月を100%とした7年連続の同月比較では、全体の入院患者数は2020年6月の87.0%が最大幅の減少となり、以後、年々微増傾向にあったが、2024年の92.9%から2025年の92.5%へとわずかに減少がみられた。DPC対象別では、DPC対象病院は全入院とほぼ同様の傾向であったが、DPC対象外病院は2020年の95.3%より2025年の98.1%へと徐々に増加していた。

外来患者数は2020年の92.4%から2022年には101.4%へと回復したが、2025年は94.7%に減少していた。入院、外来ともに2019年の患者数には回復していない（図5）。

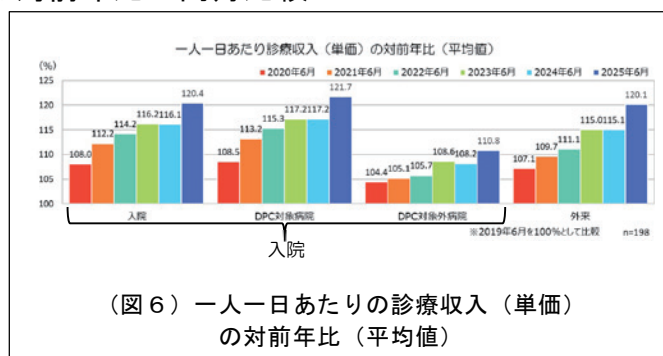


（図5）延患者数の前年比（平均値）

（2）一人一日あたりの診療収入（単価）の対前年比 同月比較

診療単価について2019年6月を100%とした7年連続の同月比較では、入院単価、外来単価ともに増加傾向にあった。入院単価では、入院全体で2020年の108.0%から年々増加し、2025年は120.4%であった。DPC対象病院は全入院とほぼ同様の結果となり2025年は121.7%であった。

外来単価は、2020年の107.1%から年々増加し、2025年には120.1%へと増加していた（図6）。



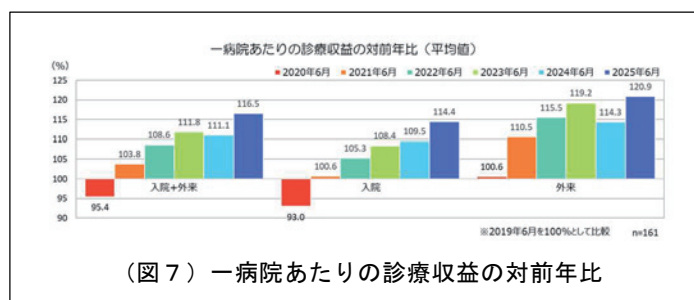
（図6）一人一日あたりの診療収入（単価）の対前年比（平均値）

（3）一病院あたりの診療収益の対前年比 同月比較

診療収益について2019年6月を100%とした7年連続の同月比較では、入院+外来収益では2020年に減収となったが、2021年以降は増収に転じ、2025年は116.5%であった。

入院収益は、2020年に93.0%、2025年は114.4%へと増加していた。

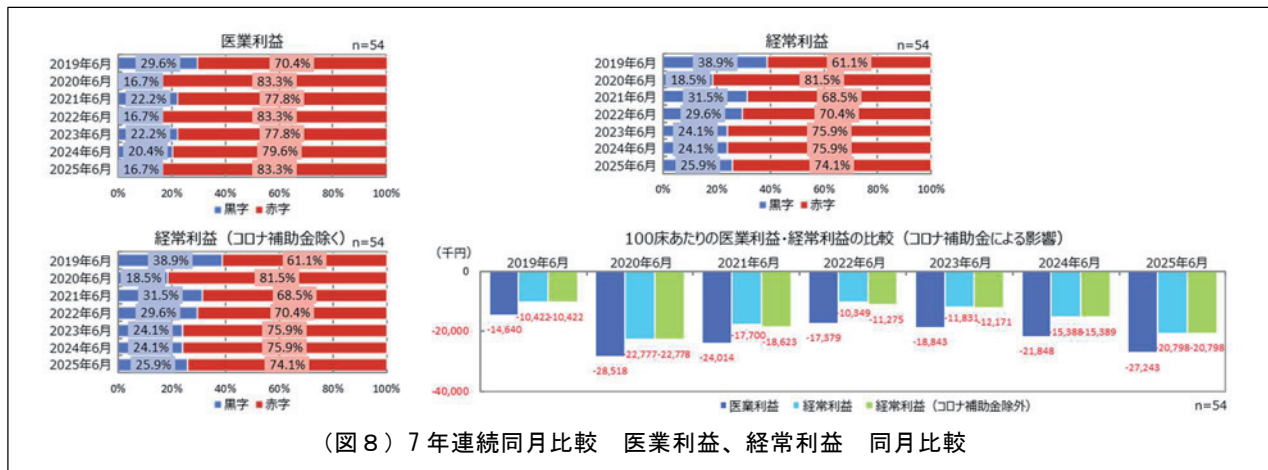
外来収益は、2020年100.6%、2025年は120.9%であった（図7）。



（図7）一病院あたりの診療収益の対前年比

(4) 7年連続同月比較 医業利益、経常利益

2019年から2025年の各6月における7年連続同月比較では、医業利益の赤字病院割合は、2019年70.4%より2020年は83.3%に増加し、以後、70%台後半から80%台前半のほぼ横ばいで推移し、2025年は前年比+3.7ポイントの83.3%であった。経常利益の赤字病院割合では、2019年の61.1%より2020年は81.5%に急増し、2021年68.5%、2022年70.4%と回復がみられたが、2023年には75.9%へと増加し、2025年は74.1%であった。また、コロナ関連の補助金の6月単月比較では、赤字病院割合に大きな影響はみられなかった。2025年6月医業利益が-2,724万円に対して経常利益-2,079万円となり、医業利益・経常利益はともに2022年以降続けて赤字額が拡大していた(図8)。



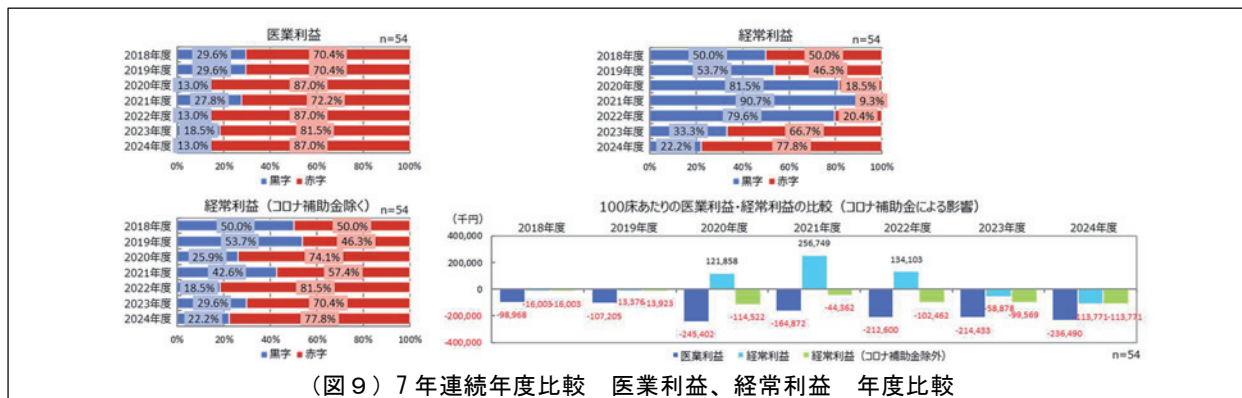
(図8) 7年連続同月比較 医業利益、経常利益 同月比較

2. 医業損益（新型コロナウイルス感染拡大による影響）の年度比較

(2018年度/2019年度/2020年度/2021年度/2022年度/2023年度/2024年度)

(1) 7年連続年度比較 医業利益、経常利益

2018年度から2024年度の7年連続年度比較では、医業利益の赤字病院割合は、2018年度、2019年度が70%台から2020年度に87.0%に急増し、2021年度72.2%、2022年度及び2024年度が87.0%を占めていた。経常利益は黒字病院割合が2018年度、2019年度の50%台より2020年度には81.5%へと大幅に増加し、2021年度が90.7%、2022年度は79.6%であったが、2023年度、2024年度は黒字・赤字割合が大きく反転して、赤字病院割合がそれぞれ66.7%、77.8%となっていた。



(図9) 7年連続年度比較 医業利益、経常利益 年度比較

一方で、緊急包括支援事業等コロナ関連の補助金により、経常利益が大幅に増加した2020年度～2022年度の医業利益と経常利益の黒字病院割合の比較では、2020年度が13.0%と81.5%、2021年度は27.8%と90.7%、2022年度は13.0%と79.6%となり、3年続けて両者の間には60ポイント以上の差がみられた。また、100床あたりの経常利益は2020～2022年度で3期黒字となったが、他の年度は、医業利益、経常利益ともに赤字であった。2024年度の医業利益は-23,649万円、経常利益の赤字額は-11,377万円となり7年間で最大であった(図9)。

(2) 一病院あたりの損益

7年連続年度比較では、2024年度の一病院あたりの医業損益を対2018年度比でみると、医業収益の+13.9%に対して医業費用は+18.2%となり、医業費用が増加率で上回って医業利益の赤字額は拡大し、医業利益率は2018年度の-3.5%から2024年度が-7.4%へと赤字割合が3.9ポイント増加した。経常利益は、補助金を含む医業外収益の増収により黒字となった2020年度～2022年度を除き赤字であり、経常利益の赤字割合は2024年度の-3.6%が最大であった。

100床あたりの医業利益は7年続けて赤字であり、赤字額は2018年度の-9,896万円から2020年度には-24,540万円に大幅に増加し、2024年度は-23,649万円であった。また、100床あたりの経常利益では、2018年度-1,600万円、2019年度-1,337万円から2020年度には12,185万円に黒字転化し、黒字額は2021年度の25,674万円が最大であったが、2023年度には赤字に転じて-5,887万円、2024年度は-11,377万円となり7年比較で最大の赤字額となった(表10)。

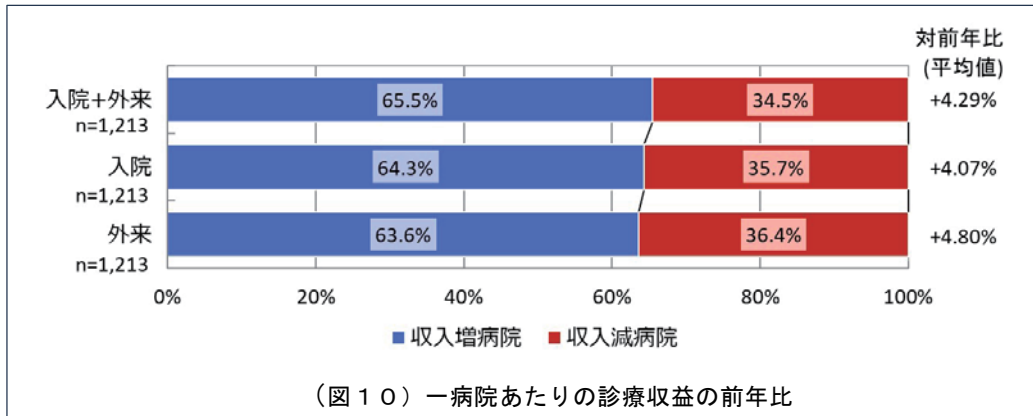
科目 (単位:千円)	一病院あたりの損益						100床あたりの平均						対2018年度比					n=54 対2023年度比		
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度		2022年度	2023年度
① 医業収益	9,926,726	10,207,005	9,696,453	10,308,042	10,515,751	10,751,100	11,091,284	2,798,743	2,897,431	2,752,502	2,946,090	3,010,394	3,077,768	3,189,017	13.9%	10.1%	15.9%	8.2%	5.9%	3.6%
② 医業費用	6,457,237	6,589,779	6,222,549	6,588,747	6,722,546	6,937,285	7,272,612	1,820,554	1,870,620	1,766,376	1,883,097	1,924,495	1,985,969	2,091,055	14.9%	11.8%	18.4%	11.0%	8.7%	5.3%
③ 医業外収益	166,383	171,337	153,032	153,649	150,637	152,583	175,394	46,910	48,637	43,441	43,914	43,124	43,681	50,430	7.5%	3.7%	16.1%	14.8%	16.9%	15.5%
④ 経常利益	3,010,172	3,173,461	3,068,063	3,288,039	3,380,336	3,400,220	3,382,370	848,688	900,840	870,921	939,738	967,705	973,397	972,515	14.6%	8.0%	11.7%	3.5%	0.5%	-0.1%
⑤ 経常費用	292,934	272,429	252,809	277,607	262,232	261,013	260,907	82,590	77,394	71,764	79,342	75,070	74,721	75,017	-9.2%	-3.0%	4.5%	-5.5%	-0.1%	0.4%
⑥ 経常利益率	10,277,750	10,584,663	10,560,949	10,884,911	11,258,292	11,500,145	11,913,789	2,897,710	3,004,636	2,997,904	3,110,962	3,222,993	3,292,201	3,425,508	18.2%	14.0%	14.3%	10.1%	6.3%	4.0%
⑦ 経常利益率	2,934,307	3,135,955	3,011,063	3,226,060	3,340,272	3,491,378	3,588,687	827,299	890,194	854,741	922,024	956,235	999,493	1,031,836	24.7%	15.9%	20.7%	11.9%	7.9%	3.2%
⑧ 経常利益率	1,749,466	1,912,749	1,833,766	1,956,013	2,071,984	2,172,562	2,198,594	493,245	542,966	520,546	559,038	593,157	621,950	632,150	28.2%	16.4%	21.4%	13.1%	6.6%	1.6%
⑨ 経常利益率	1,102,512	1,123,104	1,099,663	1,186,464	1,183,330	1,229,894	1,259,653	310,842	318,812	312,158	339,097	338,758	352,088	372,532	19.8%	16.9%	19.3%	9.9%	10.0%	5.0%
⑩ 経常利益率	5,016,177	5,080,218	5,137,030	5,177,963	5,343,113	5,386,310	5,575,117	1,414,262	1,442,106	1,458,233	1,479,888	1,529,598	1,541,964	1,602,983	13.3%	11.2%	9.9%	8.3%	4.8%	4.8%
⑪ 経常利益率	684,348	719,754	762,655	796,500	803,298	830,599	852,840	192,945	204,314	216,493	227,644	229,964	237,780	245,212	27.1%	20.0%	13.3%	7.7%	6.6%	3.1%
⑫ 経常利益率	973,782	961,243	972,640	996,889	998,923	1,033,434	1,087,656	274,548	272,865	276,100	284,916	285,966	295,846	312,728	13.9%	14.6%	13.3%	9.8%	9.4%	5.7%
⑬ 経常利益率	675,343	656,526	653,360	673,582	658,332	682,202	720,999	190,406	186,366	185,467	192,513	188,464	195,297	207,305	8.9%	11.2%	11.8%	7.7%	10.0%	6.1%
⑭ 経常利益率	34,541	33,019	16,230	18,721	24,850	29,890	30,577	9,739	9,373	4,607	5,355	7,114	8,557	8,792	-7.7%	-6.2%	90.8%	64.2%	23.6%	2.7%
⑮ 経常利益率	505,250	510,299	492,767	502,886	576,194	547,390	572,647	142,450	144,857	139,880	143,727	164,950	156,704	164,650	15.6%	13.7%	17.7%	14.6%	-0.2%	5.1%
⑯ 経常利益率	169,848	239,004	210,584	220,433	210,584	220,433	220,433	48,543	68,421	60,285	63,380	63,380	63,380	63,380	30.6%	-7.4%	5.1%	38.8%	-6.4%	4.7%
⑰ 経常利益率	99,992	148,091	132,298	137,966	137,966	137,966	137,966	28,578	42,395	37,874	39,669	39,669	39,669	39,669	38.8%	-6.4%	4.7%	38.8%	-6.4%	4.7%
⑱ 経常利益率	34,773	53,521	42,307	46,021	46,021	46,021	46,021	9,938	15,322	12,111	13,232	13,232	13,232	33.1%	-13.6%	9.3%	33.1%	-13.6%	9.3%	
⑲ 経常利益率	35,083	37,392	35,980	36,445	36,445	36,445	36,445	10,027	10,704	10,300	10,479	10,479	10,479	10,479	4.5%	-2.1%	1.7%	4.5%	-2.1%	1.7%
⑳ 経常利益率	115,333	130,549	154,772	153,783	159,366	168,023	193,051	32,517	37,059	43,935	45,622	45,622	48,101	55,507	70.7%	49.8%	26.3%	26.3%	21.7%	15.4%
㉑ 経常利益率	14,011	13,626	13,790	12,092	12,376	13,120	13,214	3,950	3,868	3,915	3,456	3,543	3,756	3,799	-3.8%	-1.8%	-2.9%	9.9%	7.2%	1.1%
㉒ 経常利益率	-31,034	-377,633	-894,988	-578,868	-74,842	-249,043	-82,253	-98,985	-107,282	-249,402	-164,072	-212,808	-214,433	-236,481	-3.8%	-1.8%	-2.9%	9.9%	7.2%	1.1%
㉓ 経常利益率	462,714	488,834	1,442,832	1,636,921	1,381,495	687,129	556,371	130,458	138,764	409,572	467,840	395,487	196,708	159,970	22.6%	15.3%	-60.9%	-65.8%	-59.6%	-18.7%
㉔ 経常利益率	189,078	188,201	887,698	986,327	830,867	338,019	218,982	53,309	53,424	251,988	281,897	237,856	96,766	62,963	18.1%	17.9%	-75.0%	-77.7%	-73.5%	-34.9%
㉕ 経常利益率	34,507	36,245	52,659	68,294	63,679	46,028	44,120	9,729	10,289	14,948	19,519	18,230	13,177	12,686	30.4%	23.3%	-15.1%	-35.0%	-30.4%	-31.5%
㉖ 経常利益率	49,499	69,614	312,744	364,887	270,178	74,358	50,716	13,956	19,761	88,778	104,287	77,345	21,287	14,582	4.5%	-26.2%	-83.6%	-86.0%	-81.1%	-37.5%
㉗ 経常利益率	168,449	158,295	149,056	161,718	170,413	143,754	129,557	47,493	44,935	42,312	46,220	48,785	41,153	37,251	-21.6%	-17.1%	-12.0%	-19.4%	-23.6%	-9.5%
㉘ 経常利益率	-56,759	-47,119	429,280	898,335	468,441	-205,670	-395,692	-16,003	-13,376	-121,858	256,749	134,103	-58,878	-113,771						
㉙ 経常利益率	-56,759	-49,049	-403,436	-155,217	-357,916	-347,809	-395,692	-16,003	-13,923	-114,622	-44,362	-102,462	-99,569	-113,771						
㉚ 経常利益率	-3.3%	-3.7%	-8.9%	-5.6%	-7.1%	-7.0%	-7.4%	-3.5%	-3.7%	-8.9%	-5.6%	-7.1%	-7.0%	-7.4%						
㉛ 経常利益率	-0.6%	-0.5%	4.4%	8.7%	4.5%	-1.9%	-3.0%	-0.6%	-0.5%	4.4%	8.7%	4.5%	-1.9%	-3.6%						
㉜ 補助金(運営・施設・その他)	273,084	294,060	1,253,101	1,419,508	1,164,724	458,405	313,818	76,993	83,474	355,714	405,703	333,431	131,230	90,231	17.2%	8.1%	-74.6%	-77.8%	-72.9%	-31.2%
㉝ 補助金を除く医業外収益(㉜-㉜①)	189,630	194,775	189,730	217,413	216,771	228,723	242,552	53,464	55,290	53,858	62,138	62,056	65,478	69,740	30.4%	26.1%	29.5%	12.2%	12.4%	6.5%
㉞ 損益差額(㉜+㉝②)	-329,843	-341,179	-823,821	-521,173	-696,283	-664,075	-709,510	-92,996	-96,849	-233,856	-148,954	-199,328	-190,108	-204,002						
㉟ コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額		1,930	832,716	1,053,551	826,357	142,140			548	236,381	301,110	236,565	40,691							

(表10) 一病院あたりの損益・100床あたりの平均

Ⅶ. 診療収益・診療単価・延患者数の前年同月比較（2024年6月/2025年6月）

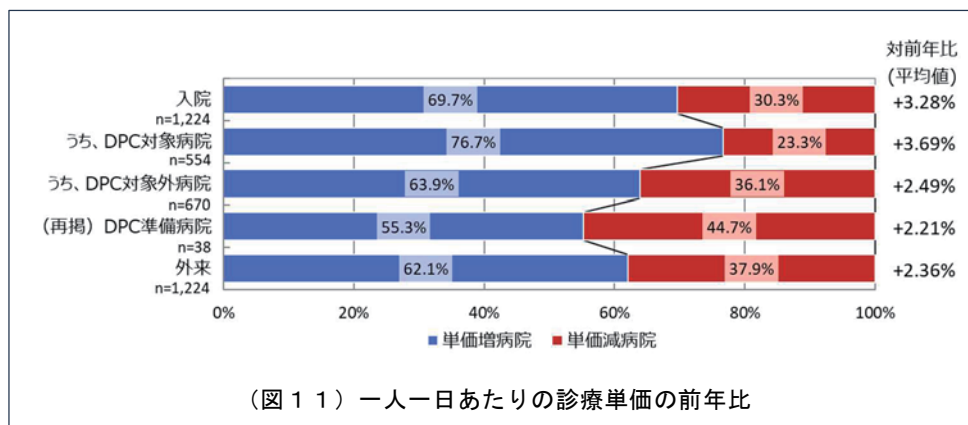
1. 一病院あたりの診療収益の前年比

2024年6月期及び2025年6月期の前年同月比較において入院＋外来の診療収益は、65.5%の病院が増収であり、対前年比(平均値)は+4.29%であった。入院、外来それぞれの診療収益は、入院が64.3%、外来が63.6%の病院で増収であった。対前年比(平均値)は、入院+4.07%、外来+4.80%であった（図10）。



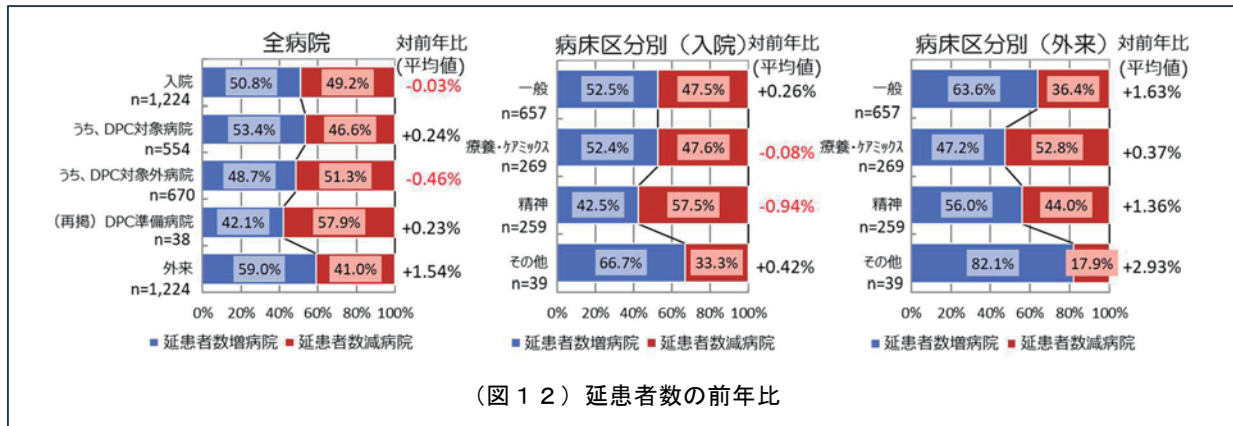
2. 一人一日あたりの診療単価の前年比

一人一日あたりの診療単価の前年同月比較では、入院全体で69.7%の病院が単価増となっていた（DPC対象病院では76.7%、DPC対象外病院では63.9%が単価増）。対前年比（平均値）では、入院全体で+3.28%。内訳としてDPC対象病院が+3.69%、DPC対象外病院が+2.49%と単価増になっている。外来は+2.36%の単価増となっていた（図11）。



3. 延患者数の前年比

全病院の延患者数は、入院は50.8%と延患者数増病院の割合がわずかに高かった。外来も59.0%と延患者数増病院の割合が高かった。対前年比では、入院は-0.03%で横ばい、外来は1.54%の増加となっていた（図12）。

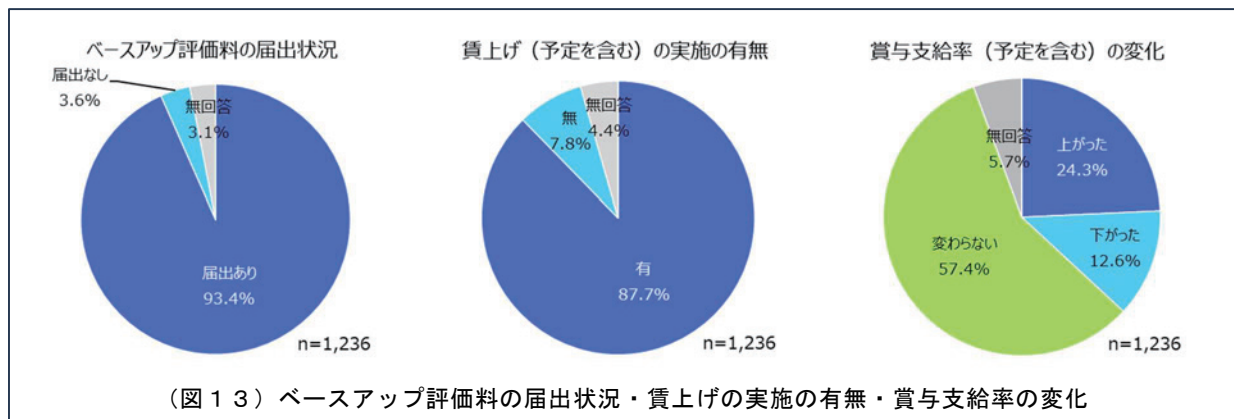


(図12) 延患者数の前年比

VIII. 賃上げ対応 (2025年度) について

1. ベースアップ評価料の届出状況・賃上げの実施の有無・賞与支給率の変化

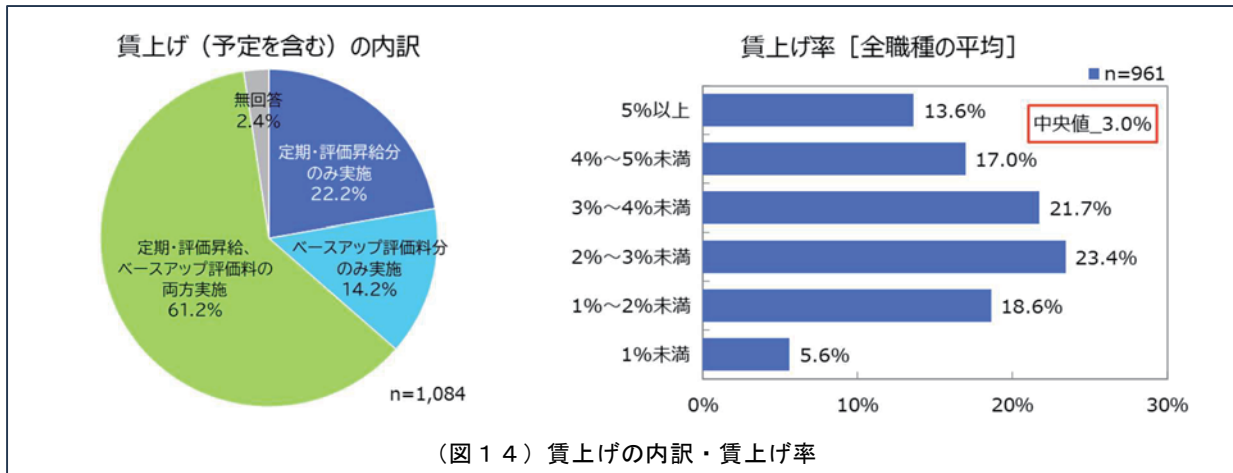
ベースアップ評価料の届出は、93.4%の病院が行っており、賃上げも87.7%が実施していた。賞与支給率（予定を含む）の変化について、「変わらない」と回答した病院が最も多く57.4%、「上がった」が24.3%、「下がった」が12.6%であった（図13）。



(図13) ベースアップ評価料の届出状況・賃上げの実施の有無・賞与支給率の変化

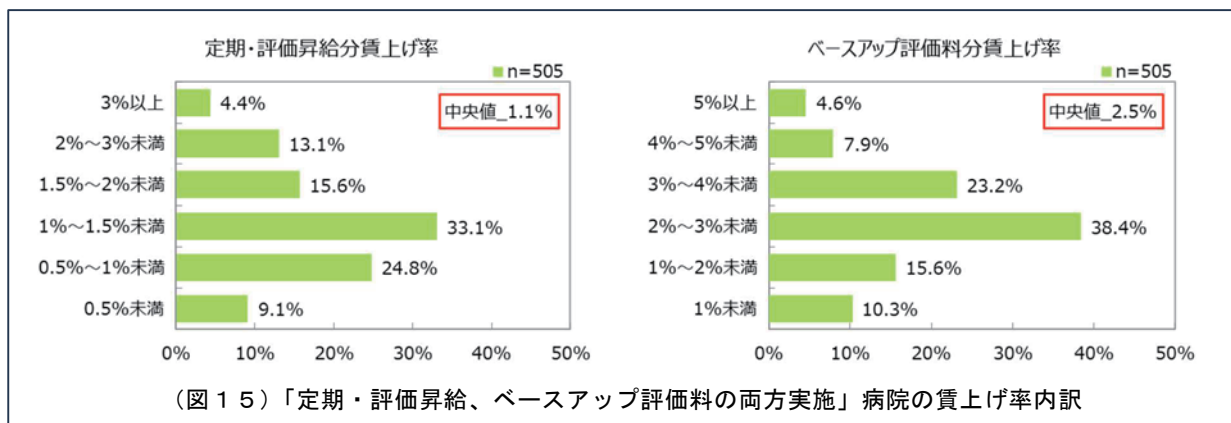
2. 賃上げの内訳・賃上げ率

賃上げ実施「有」と回答した 1,084 病院のうち、61.2%が定期・評価昇給とベースアップ評価料の両方を実施していた。全職種の平均賃上げ率は、「2%～3%未満」が最も多く 23.4%であった。中央値は 3.0%であった（図 14）。



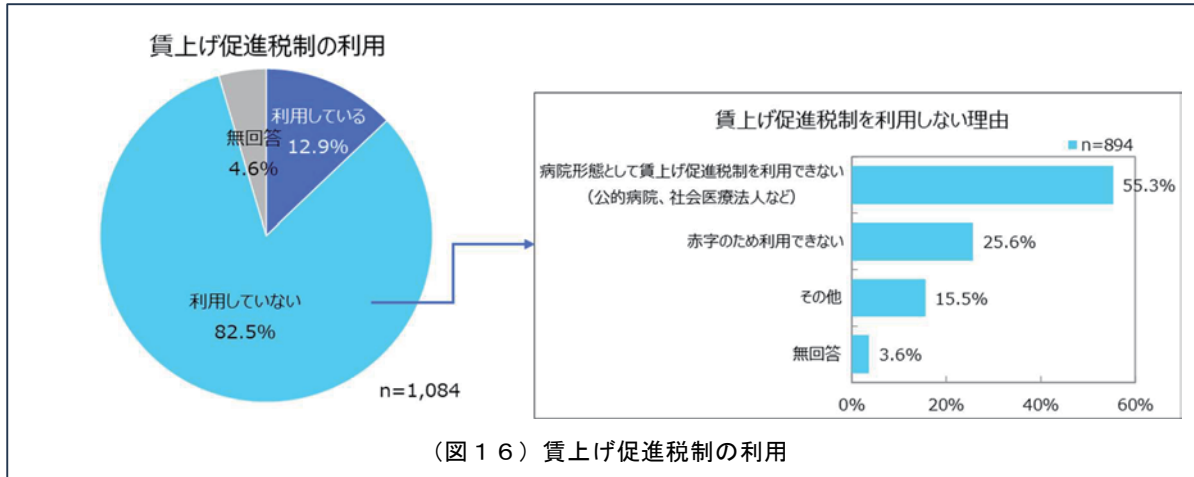
3. 「定期・評価昇給、ベースアップ評価料の両方実施」病院の賃上げ率内訳

「定期・評価昇給、ベースアップ評価料の両方実施」と回答した病院の賃上げ率の内訳では、定期・評価昇給分の賃上げ率は「1%～1.5%未満」が 33.1%と最も多く、中央値は 1.1%であった。ベースアップ評価料の賃上げ率は「2%～3%未満」が 38.4%と最も多く、中央値は 2.5%であった（図 15）。



4. 賃上げ促進税制の利用

賃上げを実施した病院のうち、賃上げ促進税制を利用している病院は12.9%に留まった。賃上げ促進税制を利用していない病院の理由として、55.3%の病院が「病院形態として賃上げ促進税制を利用できない」病院であった（図16）。



IX. 名簿

一般社団法人	日本病院会	会長	相澤 孝夫
公益社団法人	全日本病院協会	会長	神野 正博
一般社団法人	日本医療法人協会	会長	伊藤 伸一
公益社団法人	日本精神科病院協会	会長	山崎 學

<病院団体合同調査ワーキンググループ>

日本病院会	副会長		島 弘志
日本病院会	診療報酬作業小委員会	委員長	永易 卓
日本病院会	診療報酬作業小委員会	委員	中山 和則(代理)
日本病院会	診療報酬作業小委員会	委員	原口 博(代理)
全日本病院協会	医療保険・診療報酬委員会	委員長	津留 英智
全日本病院協会	医療保険・診療報酬委員会	副委員長	太田 圭洋
全日本病院協会	医療保険・診療報酬委員会	委員	西本 育夫
日本医療法人協会	副会長		太田 圭洋
日本精神科病院協会	常務理事		大村 重成

<日本病院会 診療報酬検討委員会>

委員長	島 弘志	新古賀病院	総病院長
副委員長	岡 俊明	聖隷浜松病院	病院長
委員	梶川 昌二	諏訪赤十字病院	名誉院長
	亀田 信介	安房地域医療センター	理事長
	北村 立	石川県立こころの病院	病院長
	富満 弘之	JA とりで総合医療センター	院長
	牧野 憲一	旭川赤十字病院	名誉院長・特別顧問
	永易 卓	若弘会本部	理事・総務部長
	須貝 和則	国立国際医療センター	事務部長

<全日本病院協会 医療保険・診療報酬委員会>

委員長	津留 英智	宗像水光会総合病院	理事長
副委員長	太田 圭洋	名古屋記念病院	理事長
委員	田蔭 正治	たまき青空病院	理事長
	濱砂 カヨ	宮崎善仁会病院	理事長
	丸山 泰幸	岩槻南病院	理事長・院長
	小關 剛	筑波記念病院	理事長
	西本 育夫	横浜メディカルグループ	業務部長
	増田 好美	新生会第一病院	医事課長

<日本医療法人協会 医療・介護保険・地域包括ケア部会>

部会長	関 健	城西病院	理事長・総長
部会員	太田 圭洋	名古屋記念病院	理事長
	西村 直久	西部総合病院	理事長
	金澤 知徳	青磁野リハビリテーション病院	理事長
	佐能 量雄	光生病院	理事長
	高橋 幹治	片倉病院	理事長
	谷本 康信	本郷中央病院	病院長
	鬼塚 一郎	田主丸中央病院	理事長
	田辺 裕久	朝倉病院	理事長
	武田 隆久	武田総合病院	理事長
	武田 敏也	京都武田病院	理事長

<日本病院会 診療報酬作業小委員会>

委員長	永易 卓	若弘会本部	理事・総務部長
委員	荒井 康夫	北里大学未来工学部データサイエンス学科	准教授
	池田 隆一	社会医療法人財団慈泉会 本部 秘書室	室長・理事長秘書
	川越 陽一	虎の門病院	事務部次長
	北澤 将	東北公済病院	事務部長
	田畑 久美	沼津中央病院	事務部長
	中山 和則	筑波メディカルセンター病院	副院長・事務部長
	原口 博	公立昭和病院	事務局長
	平井 幸彦	天神会 法人本部	経営企画部 課長
	町田 洋治	東京都済生会中央病院	事務次長代理

医療機関における 控除対象外消費税に関する調査 報告書

2025年10月29日

一般社団法人 日本病院会

公益社団法人 全日本病院協会

一般社団法人 日本医療法人協会

公益社団法人 日本精神科病院協会

一般社団法人 日本慢性期医療協会

公益社団法人 全国自治体病院協議会

医療機関における控除対象外消費税に関する報告書を

見ていただくにあたっての留意点について

- ・ この調査の目的は、個別の医療機関レベルでの補填のバラつきや過不足の実態を把握するためである。
- ・ 報告書の中の「調査結果からみた診療報酬上乘せ補填方式の評価」においても触れているが、医療機関の負担増加分を診療報酬に上乘せして補填する現行方式では、5割を超える病院で補填不足が発生している、一方で補填率150%を超える病院もあり、バラツキがあることが分かった。
- ・ ここで注意しなければならないことは補填率が100%を超えている病院もあるが、その要因は診療報酬に上乘せした消費税補填の点数は病院が負担した消費税額を正確に反映したものでなく、診療行為の算定回数によって積算される仕組みのため結果として補填が過剰となっているものもあれば、不足となっているものもある。
- ・ この報告書は、消費税の診療報酬上乘せによる一律の補填方式には限界があること、課税方式を含めて、実情に合わせた補填の方法を検討する必要があることを病院団体として訴えるものである。

<調査概要>

- 調査目的 : 個別の医療機関レベルでの補填のバラつきや過不足の実態を把握するため。
- 調査方法 : 日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会、日本精神科病院協会、日本慢性期医療協会及び全国自治体病院協議会に加盟する病院より、800 病院を抽出し、控除対象外消費税に関してEメールによる調査票配布により実施、回収を行った。
- 調査期間 : 2025 年 5 月 19 日 ~ 6 月 6 日
- 回答数 : 267 病院 (回答率 : 約 33%) 有効回答数 : 259 病院
(調査対象 : 800 病院)

◆今回の調査では 2023 年度の実績値を用いて、診療報酬による消費税増税の補填の状況を推計した。

◆給食用材料費については軽減税率の 8%を用いて計算した。それ以外の課税対象費用については 10%を用いた。

◆病院の分類

病院種別に、療養病床を持たない一般病院 (114 病院)、療養病床の割合が 60%未満 (0%を除く) の一般病院 (73 病院)、療養病床の割合が 60%以上の一般病院 (26 病院)、精神科病院 (46 病院) に分類した。

病床規模別に、199 床以下 (90 病院)、200~399 床 (63 病院)、400 床以上 (106 病院) に分類した。

＜調査結果からみた消費税補填状況の分析＞

1. 補填率の分布状況

- ①259 病院の補填率の平均値は 105.0%で、中央値は 96.1%であった。
- ②補填率の分布状況を見ると、補填率が 100%未満の病院は 136 病院あり、5割以上の病院が補填不足の状態であることがわかる。
- ③一方、補填率が 150%以上の病院もあり、病院により補填の状況が大きく異なっている可能性が示唆された。
- ④今回の結果を病院種別と病床規模別に箱ひげ図で表すと以下となる。

図 1 (参考資料 1～5)

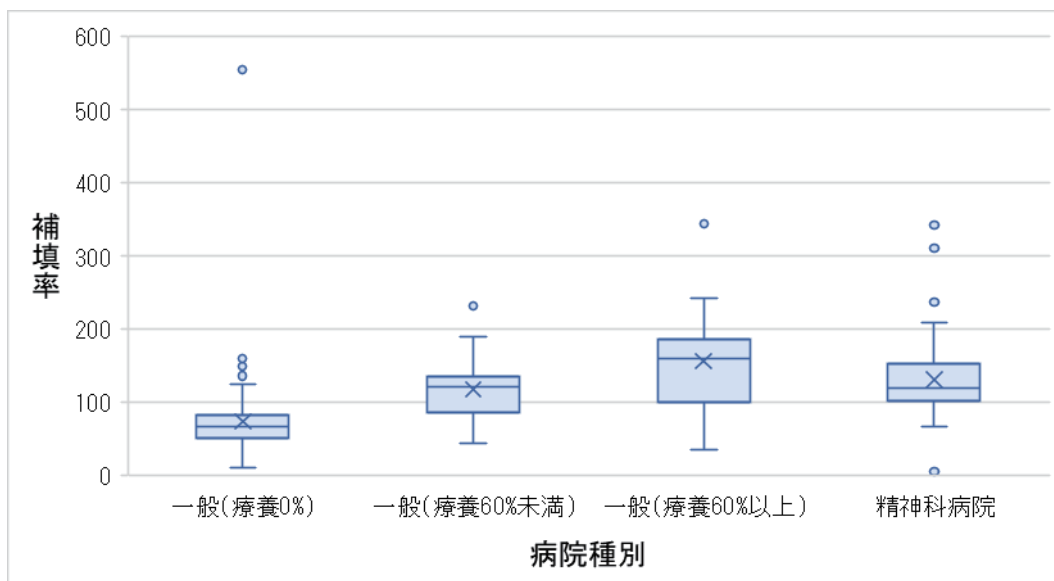
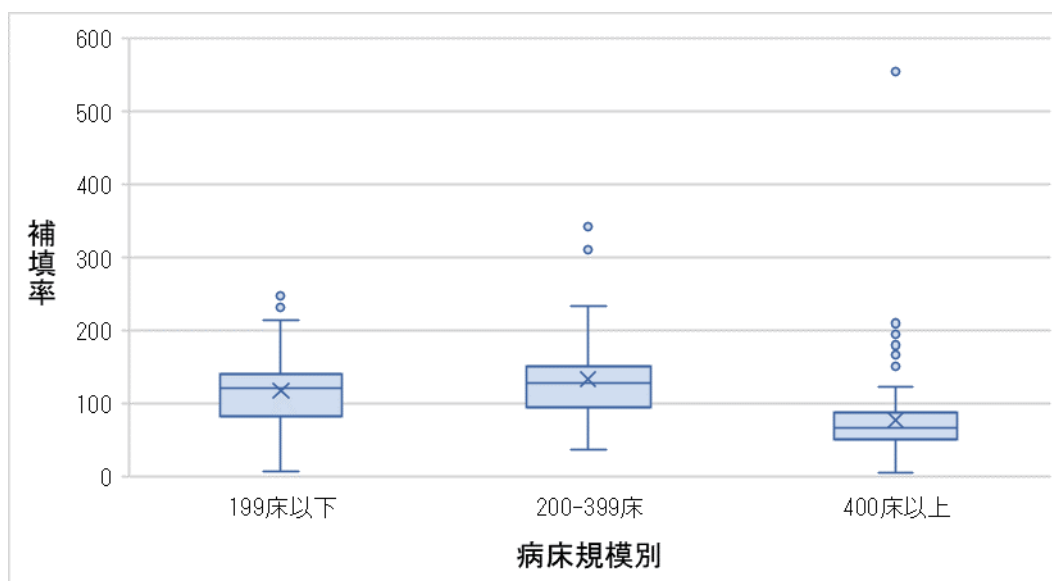


図 2 (参考資料 6~9)



なお、図中の表記は以下のとおりである。

- ・ 箱の中央の線：中央値
- ・ 箱の範囲：四分位範囲
- ・ 箱の上下の端：第一および第三四分位
- ・ ひげの長さ：四分位範囲の 1.5 倍の上下限（外れ値がない場合は、最小値から最大値の長さ）
- ・ ×：平均値
- ・ ○：外れ値

2. 病院種別と補填状況

療養病床を持たない一般病院は平均 74.4%（中央値：67.4%）、療養病床の割合が 60%未満（0%を除く）の一般病院は平均 118.0%（中央値：121.3%）、療養病床の割合が 60%以上の一般病院は平均 156.2%（中央値：159.2%）、精神科病院は平均 131.5%（中央値：119.9%）であり、一般病院では療養病床が少ない病院で補填が不足する傾向が見られた。

3. 病床規模別と補填状況

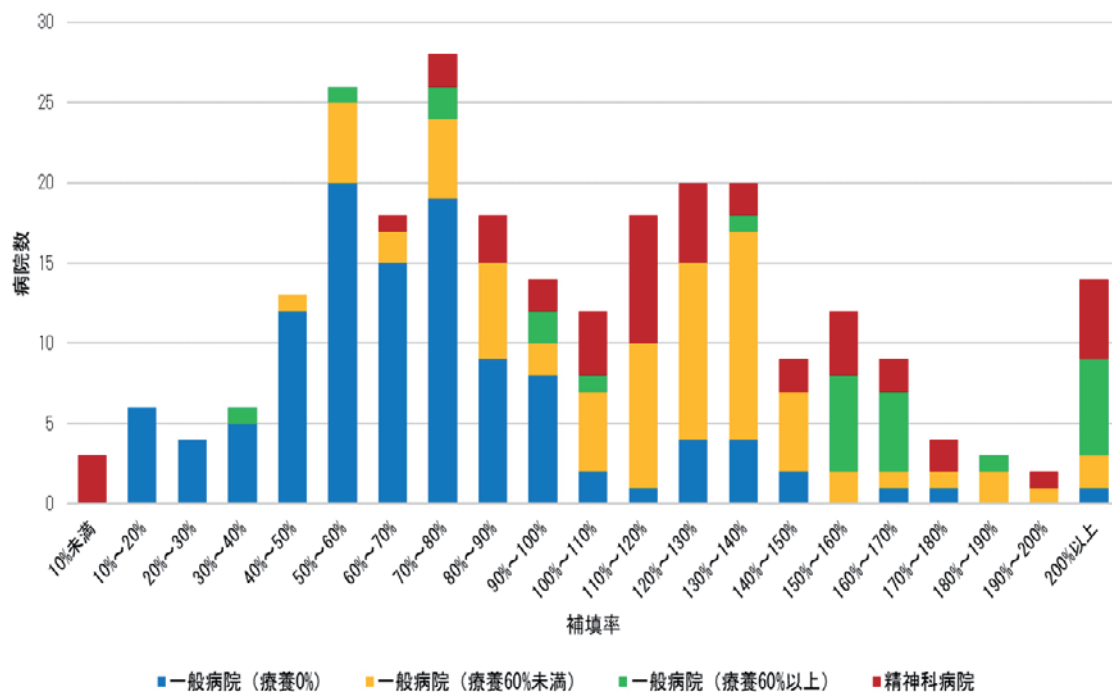
199 床以下は平均 117.7%（中央値：121.7%）、200～399 床は平均 133.8%（中央値：128.5%）、400 床以上は平均 77.1%（中央値：67.4%）と、病床規模の大きい病院で補填が不足する傾向がみられた。

4. 調査結果からみた診療報酬上乘せ補填方式の評価

以上の結果から、医療機関の負担増加分を診療報酬に上乘せして補填する現行方式では、病院数ベースで 5 割を超える病院で補填不足が発生し、さらに 400 床以上の大規模病院および療養病床を持たない一般病院において、特に補填不足となっていることが確認された。一方で補填率 150%を超える病院もあり、診療報酬上乘せによる一律の補填方式には限界がある。課税方式を含めて、実情に合わせた補填の方法を検討する必要がある。

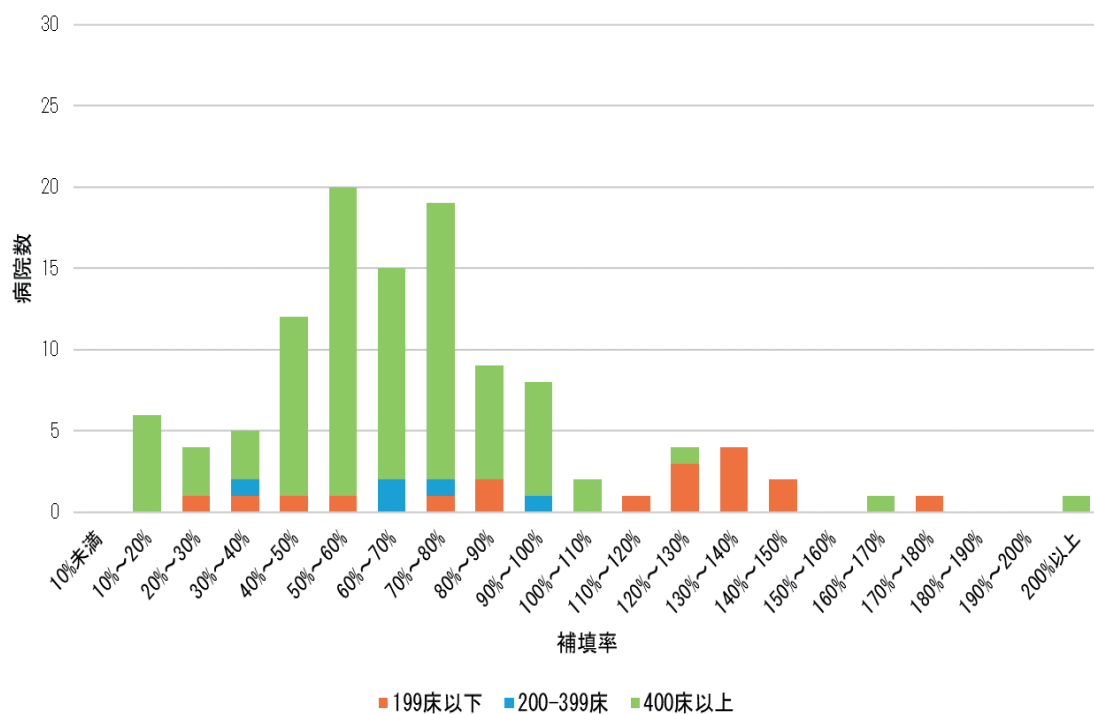
全体（病院種別）

参考資料 1



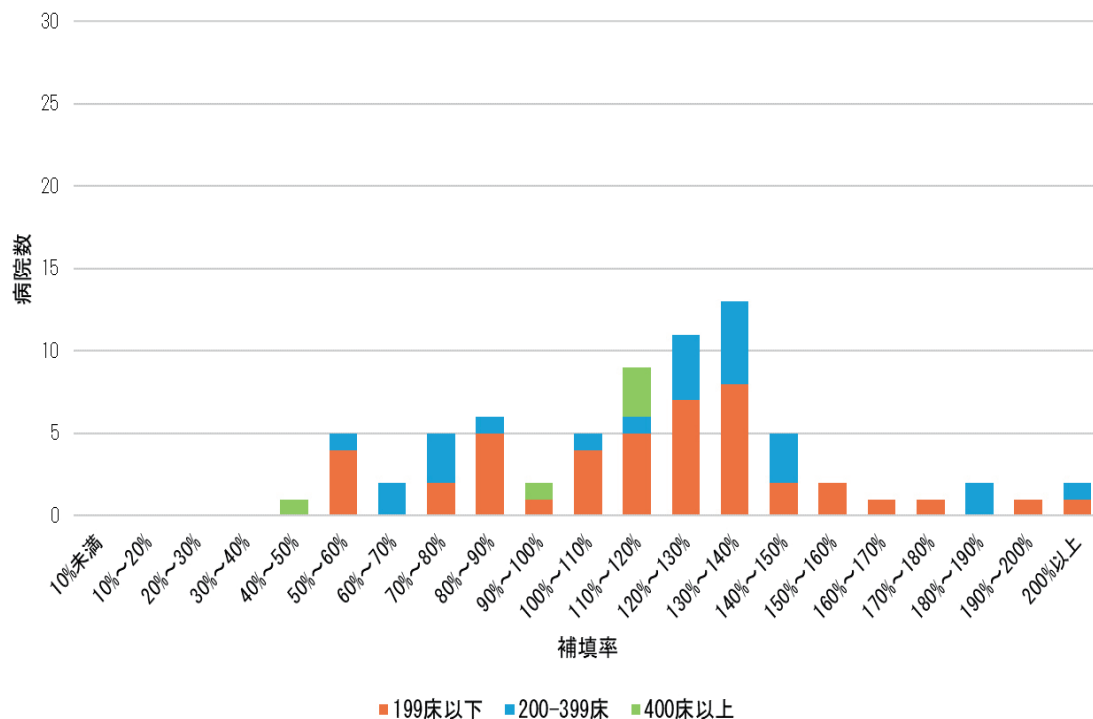
療養病床を持たない一般病院

参考資料 2



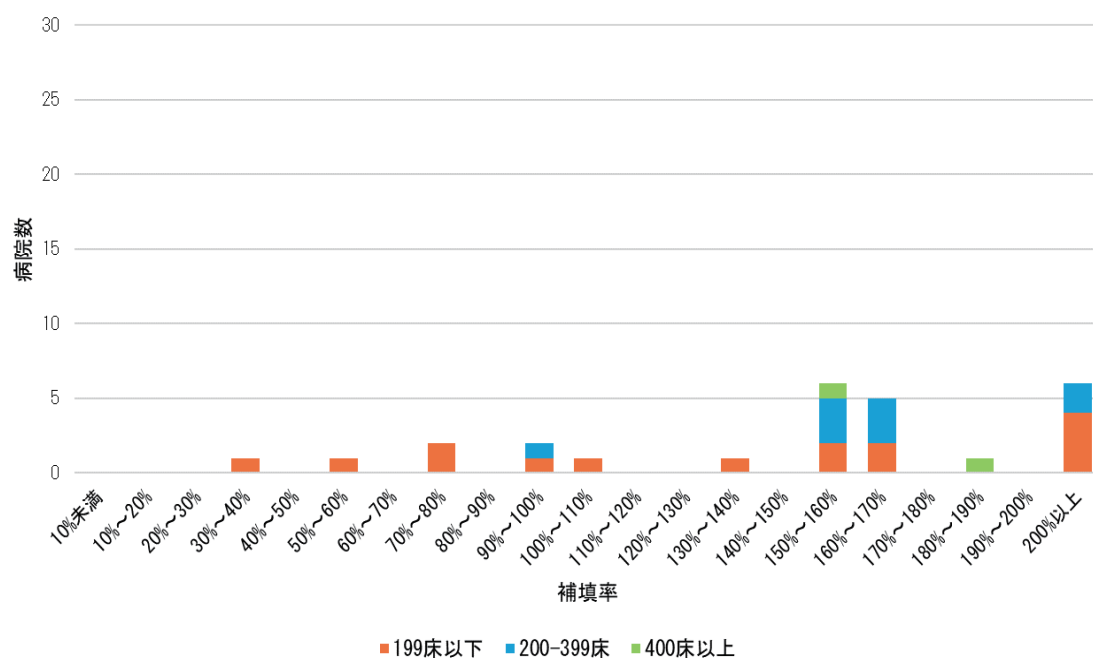
療養病床の割合が 60%未満（0%を除く）の一般病院

参考資料 3

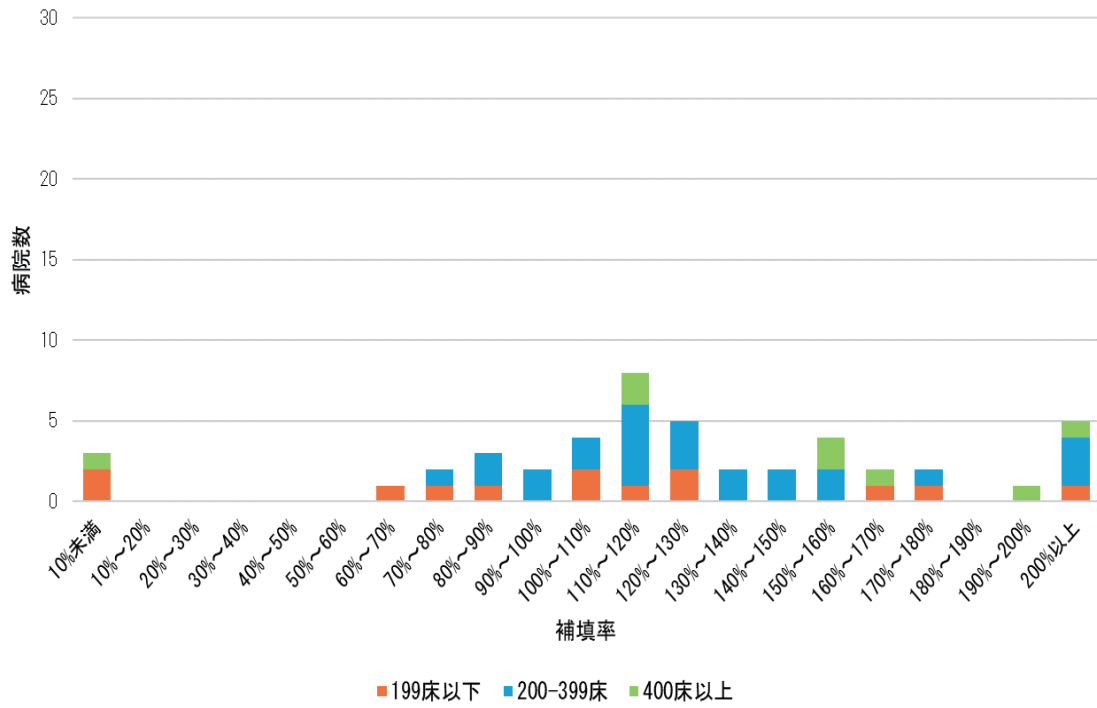


療養病床の割合が 60%以上の一般病院

参考資料 4

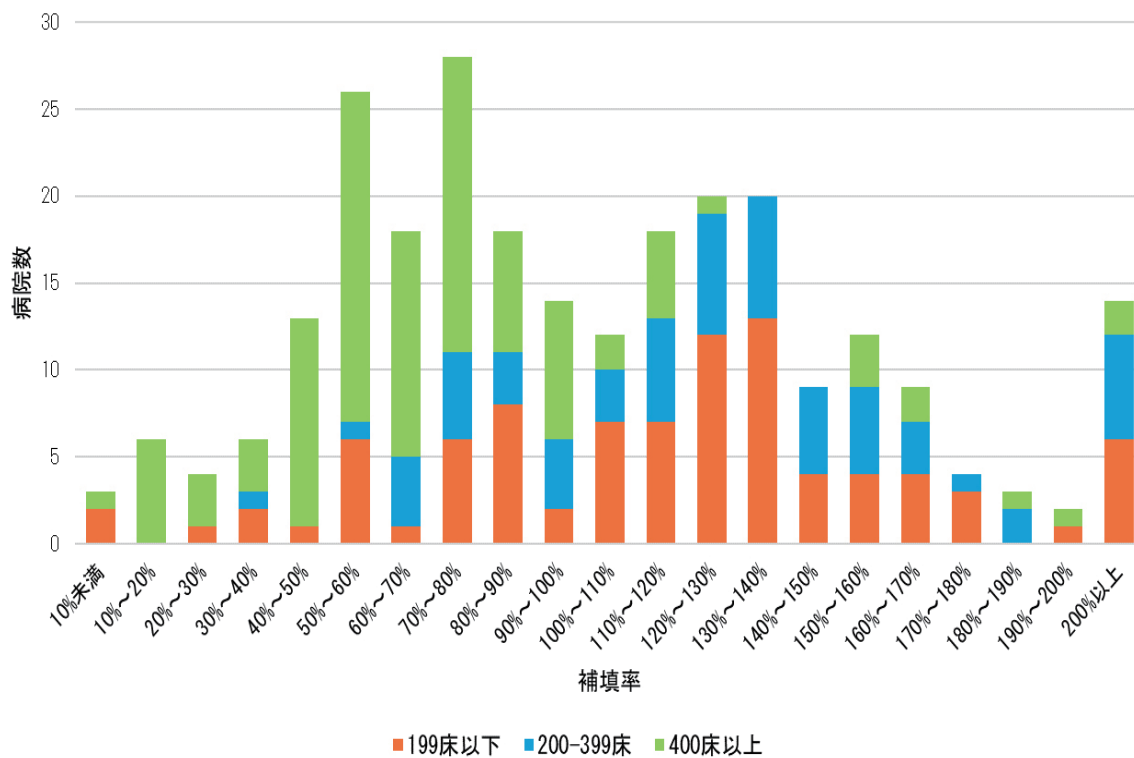


精神科病院 参考資料 5



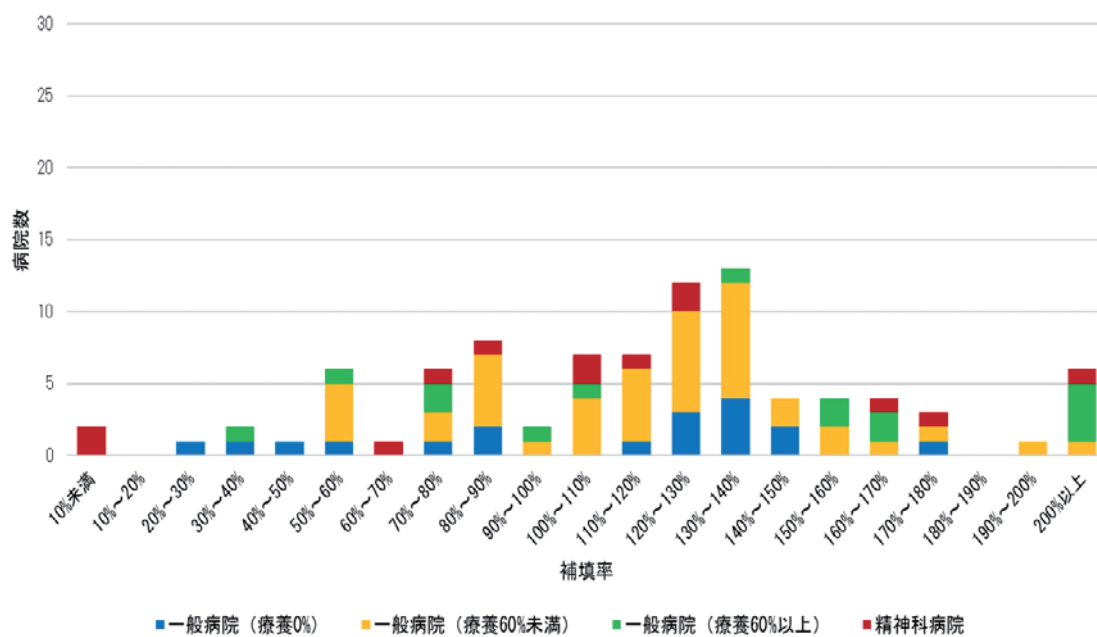
全体（病床規模別）

参考資料 6

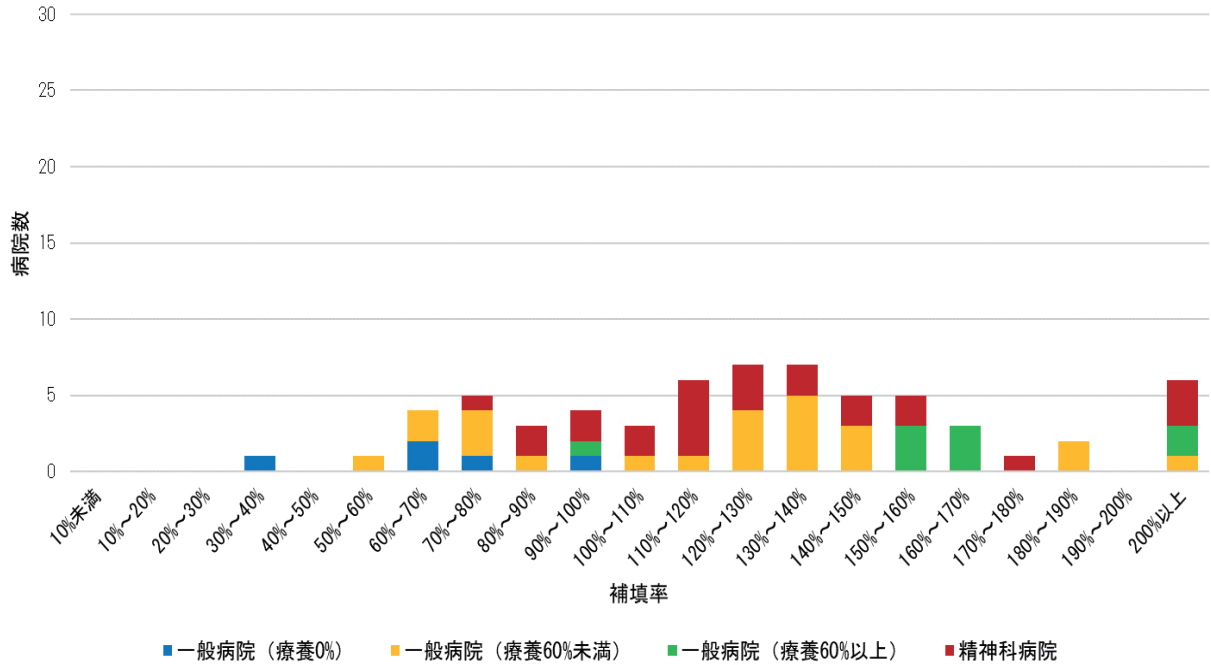


199 床以下

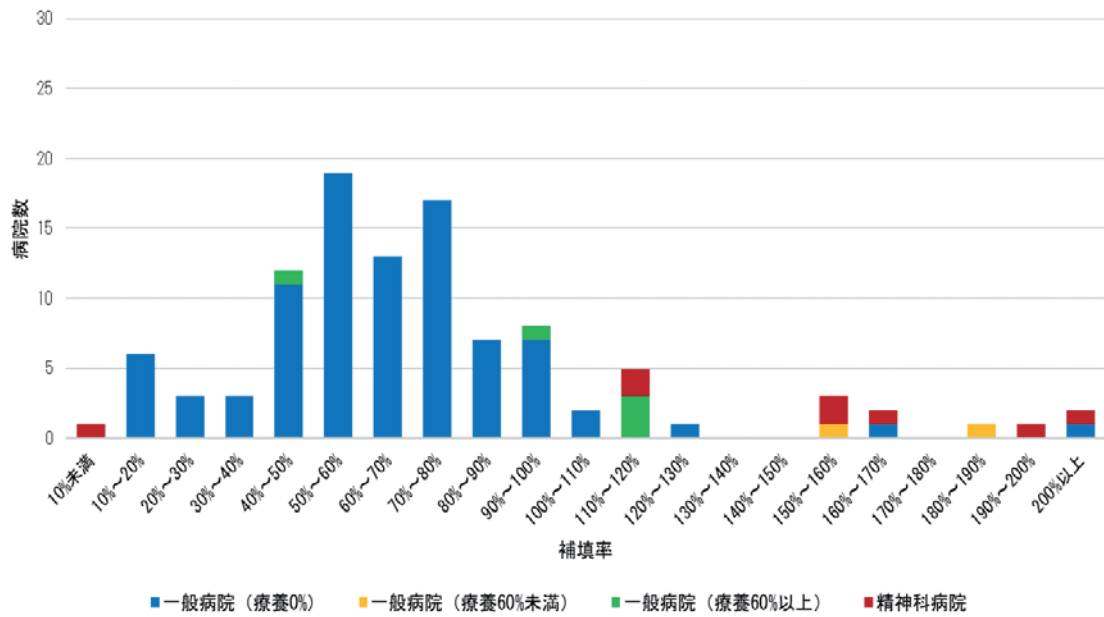
参考資料 7



200-399 床
参考資料 8



400 床以上
参考資料 9



5. 療養病床を持たない一般病院の補填状況

- ・ 抽出条件：療養病床を持たない、かつ急性期一般入院料1を算定している
400床以上の病院

- ・ 結果：n=80

補填率中央値：68.4%

医業収益中央値：20,710百万円

控除対象外消費税中央値：290百万円

診療報酬補填額中央値：180百万円

補填不足額中央値：113百万円

➤ 病床規模別6病院の内訳例

許可病床数	医業収益合計	控除対象外消費税	診療報酬補填額	補填不足額	補填率
800床以上	348.2億円	4.9億円	3.2億円	1.7億円	65.3%
800床以上	340.2億円	4.0億円	2.7億円	1.3億円	68.4%
600～799床	283.5億円	3.6億円	2.5億円	1.1億円	70.6%
600～799床	216.7億円	3.1億円	2.1億円	1.0億円	68.5%
400～599床	194.4億円	2.6億円	1.7億円	0.8億円	67.3%
400～599床	147.8億円	2.5億円	1.7億円	0.8億円	67.1%

(別紙) 集計の方法の詳細

- ・ 診療報酬による補填金額を報告していない病院を除外した。
- ・ 特定保険医療材料費は、「(うち) 特定保険医療材料費」として記載がある場合は特定保険医療材料費／材料費分を課税経費から削除。記載がない場合は、日本病院会提出資料に基づき、58%を特定保険医療材料費割合として計算した。
- ・ 設備関係費は、「(うち) 消費税課税対象費用 (設備機器賃借料を除く)」に記載がある場合は消費税課税対象費用 (設備機器賃借料を除く) + 医療機器賃借料を課税経費とした。記載がない場合は設備関係費 - 減価償却費 - 土地賃借料を設備関係費とした。
- ・ 経費は、該当する列「(うち) 消費税課税対象費用」に記載がある場合はその金額を課税経費とした。記載がない場合は経費に記載されている金額を課税経費とした。
- ・ その他の医療介護費用は、該当する列「(うち) 消費税課税対象費用」に記載がある場合はその金額を課税経費とした。記載がない場合はその他の医療介護費用に記載されている金額を課税経費とした。
- ・ 「(うち) 控除対象外消費税等負担額」の候補対象外消費税等負担額を各費目に割り返した。
- ・ 課税経費合計は、医療材料費 (特定保険医療材料費を除く) + 給食用材料費 + 通勤手当 + 委託費 + 設備関係費 + 経費 + その他の医療介護費用 + 減価償却費とした。医薬品費や給与費、上記計算過程で課税対象外と計算されたものは除外した。
- ・ 診療報酬の消費税分補填額 (診療報酬上乘せ分) が明示されており、病院ごとに補填額総計 (A) を算出した。
- ・ 経費項目から、給食用材料費 $\times 3/108$ 及びそれ以外の課税経費 $\times 5/110$ を、消費税増税による 5%相当負担額として病院ごとに負担額総額 (B) を算出した。
- ・ A、Bに基づき、病院ごとの補填率 (A/B) を算出した。

以上

2025 年度
病院経営定期調査 概要版
－結果報告(集計結果)－

2025 年 11 月 26 日

一般社団法人 日本病院会

公益社団法人 全日本病院協会

一般社団法人 日本医療法人協会

公益社団法人 日本精神科病院協会

目次

I. はじめに	3
II. 調査概要	4
III. 回答病院の属性	5
1. 有効回答数の経年比較	5
IV. 集計結果とまとめ	6
V. 医業損益の2年連続比較	7
1. 年度比較（2023年度／2024年度）	7
（1）医業損益への影響（全病院）	7
（2）病床区分別の医業損益	8
（3）開設主体別の医業損益	9
（4）黒字病院・赤字病院の医業損益	9
2. 前年同月比較（2024年6月/2025年6月）	10
（1）医業損益への影響（全病院）	10
（2）病床区分別の医業損益	11
（3）開設主体別の医業損益	11
（4）黒字病院・赤字病院の医業損益	12
VI. 7年連続比較《参考》	13
1. 延患者数、診療単価、診療収益、医業損益（新型コロナウイルス感染拡大による影響）の同月比較	13
（1）延患者数の対前年比 同月比較	13
（2）一人一日あたりの診療収入（単価）の対前年比 同月比較	13
（3）一病院あたりの診療収益の対前年比 同月比較	13
（4）7年連続同月比較 医業利益、経常利益	14
2. 医業損益（新型コロナウイルス感染拡大による影響）の年度比較	14
（1）7年連続年度比較 医業利益、経常利益	14
（2）一病院あたりの損益	15
VII. 診療収益・診療単価・延患者数の前年同月比較（2024年6月/2025年6月）	16
1. 一病院あたりの診療収益の前年比	16
2. 一人一日あたりの診療単価の前年比	16
3. 延患者数の前年比	17
VIII. 賃上げ対応（2025年度）について	17
1. ベースアップ評価料の届出状況・賃上げの実施の有無・賞与支給率の変化	17
2. 賃上げの内訳・賃上げ率	18
3. 「定期・評価昇給、ベースアップ評価料の両方実施」病院の賃上げ率内訳	18
4. 賃上げ促進税制の利用	19
IX. 名簿	20

I. はじめに

日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会及び日本精神科病院協会の4団体は、診療報酬改定が与える影響を調査・検証し、会員病院の運営に資することを目的として合同で実施しています。

上記4団体では、病院における「診療の質」と「経営の質」を大きな柱として、様々な事業に取り組んでいます。なかでも、経営の質については経営指標となるデータの収集と分析、病院機能別の経営状況の把握、さらには病院経営に対する幅広い課題への対応に努めています。

2025年度の病院をとりまく経営環境は、社会保障費の圧縮や医師の働き方改革などの課題に加え、物価の高騰や最低賃金改定の影響による人件費上昇への対応など、医療業界に大きな影響を与えています。さらに、病床機能報告から法定耐用年数を超えた築40年以上の病棟をもつ病院が全国に1,600以上あることも明らかとなり、建築コスト・建て替え用地の確保など、病院継続に関わる問題が、地域医療提供体制にも大きくのしかかっています。

人口減少・高齢化、コロナ後の医療需要の変化が進み、多くの病院が増収減益という経営状況のなかで、医師の働き方改革による労働時間の制約を受け入れ、物価高騰による厳しい環境も乗り越えていかなければなりません。個々の病院の受ける影響は異なると思われませんが、方向性を誤ると経営が悪化する恐れもあり、まさに気を緩めることができない状況にあります。

さて、病院団体合同調査ワーキンググループでは、会員病院にアンケートをお願いし寄せられたデータを分析検討しました。基本的には、2023年度と2024年度の比較になります。病院現場の実態を明らかにできるものとして、ここに調査の結果を公表します。

ご多忙のところアンケートにご協力いただきました病院様、ご担当者の皆様にお礼申し上げます。

病院団体合同調査ワーキンググループ 委員長 島 弘志

Ⅱ. 調査概要

- 調査目的：診療報酬改定が病院運営に与える影響を検証し、会員病院の運営に資することを目的とし、さらには安定的な病院運営が維持できる報酬設定を求めるため、中央社会保険医療協議会や社会保障審議会等の協議の場に、その根拠となるデータを提示する。
- 調査方法：日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会及び日本精神科病院協会に加盟する全病院に、診療収入等についてEメール又はFAX等による調査票配布により実施、回収を行った。
- 調査期間：2025年7月10日～9月19日。
(当初の8月22日の回収期限を延長し、未記入等についてEメール及びFAXによる問い合わせを実施した。)
- 主な調査項目：2024年・2025年の各6月の診療収益、一人一日あたりの診療単価、延患者数、医業損益等の前年同月比較。2023年度～2024年度の医業損益等の年度比較等。
- 回答数：1,730病院(回答率：33.6%) 有効回答数：1,629病院
(会員数：5,149病院 2025年7月1日現在)

◆ 図表中の数値は、小数点第2位を四捨五入し、小数点第1位までを表示している。このため、百分率の合計が100.0%にならないことがある。

- ◆ 有効回答として、診療収入、診療単価、延患者数の計算に必要な【1.基本情報】【2.施設基準、病院機能等】【3.患者統計、診療単価】がすべて入力されているものについて集計を実施した。
なお、許可病床数の2024年6月1日/2025年6月1日比が20%以上の変動増減がある病院については、収益に直接的に影響の無いと考えられる設問のみ集計を実施した。また、医業損益に関する2024年、2025年の各6月の月次比較及び2023年度、2024年度の年度比較、併せて新型コロナ感染拡大後の影響をみるために7年連続で2018年度～2024年度の年度損益比較、2019年～2025年の各6月の延患者数、診療収入(単価)、診療収益、月次損益比較について集計を実施した。
1. 基本情報 2. 施設基準、病院機能等 3. 患者統計、診療単価 4. 診療報酬点数 行為別内訳
5. 損益等 6. 令和6年度診療報酬改定項目について
7. 令和8年度診療報酬改定に関するご意見、要望事項 等々

◆ 開設主体

- 国：厚生労働省 独立行政法人国立病院機構 国立大学法人 国立研究開発法人
独立行政法人労働者健康安全機構 独立行政法人地域医療機能推進機構
- 自治体：都道府県 市町村 地方独立行政法人
- その他公的：日赤 済生会 北海道社会事業協会 厚生連 健康保険組合及びその連合会
国民健康保険組合 共済組合及びその連合会
- 医療法人：医療法人 特定医療法人 社会医療法人
- その他私的：公益法人 私立学校法人 社会福祉法人 医療生協 会社 その他の法人 個人

◆ 病床区分

- 一般：一般病床80%以上
- 療養・ケアミックス：療養病床80%以上、または一般病床+療養病床が80%以上
- 精神：精神病床80%以上
- その他：上記以外

Ⅲ. 回答病院の属性

1. 有効回答数の経年比較

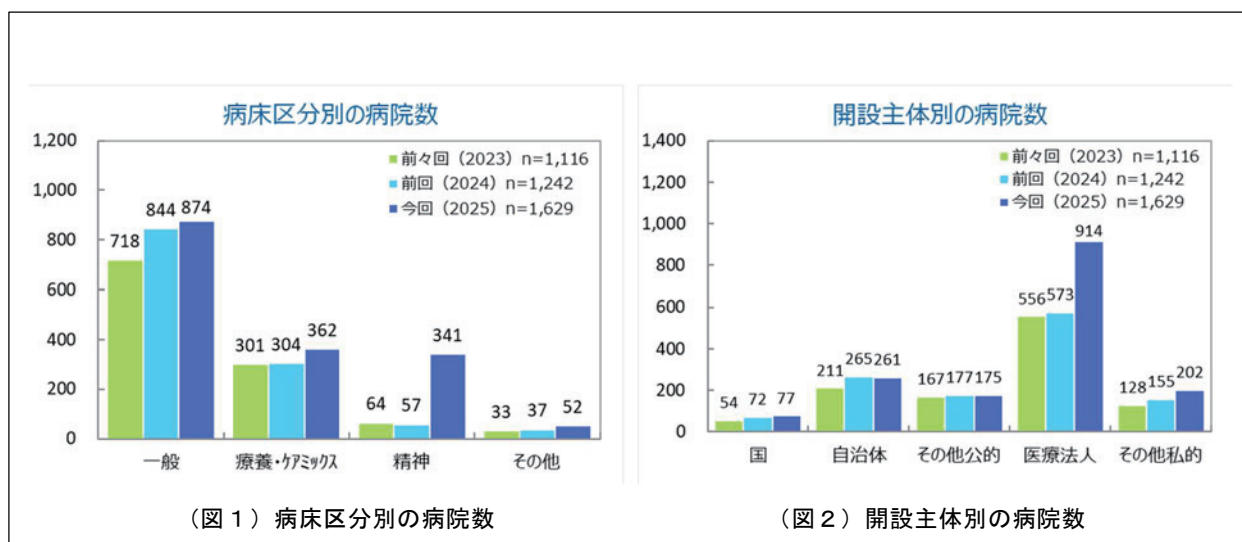
3 団体合同（日本病院会、全日本病院協会、日本医療法人協会）の病院経営定期調査は、2025 年度より日本精神科病院協会が加わり、4 団体合同の調査となった。2025 年度調査の全回答病院数は 1,730 病院、うち有効回答数は 1,629 病院であった。病床規模別有効回答数の比較では、100～199 床が 564 病院（34.6%）と最も多くを占めた（表 1）。

（表 1）有効回答の病床規模別件数

	2023年度		2024年度		2025年度		前年度との比較	
	件数	割合	件数	割合	件数	割合	回答数増減	増減比率
20～99床	176	15.8%	178	14.3%	224	13.8%	+46	+25.8%
100～199床	354	31.7%	389	31.3%	564	34.6%	+175	+45.0%
200～299床	150	13.4%	195	15.7%	279	17.1%	+84	+43.1%
300～399床	165	14.8%	169	13.6%	235	14.4%	+66	+39.1%
400～499床	111	9.9%	129	10.4%	144	8.8%	+15	+11.6%
500床～	160	14.3%	182	14.7%	183	11.2%	+1	+0.5%
合計	1,116	100.0%	1,242	100.0%	1,629	100.0%	+387	+31.2%

病床区分別の割合では、一般が 874 病院（53.7%）、続いて療養・ケアミックスが 362 病院（22.2%）であった（図 1）。

開設主体別の割合では、医療法人が 914 病院（56.1%）、次に自治体、その他私的と続いた（図 2）。



IV. 集計結果とまとめ

新型コロナウイルス感染症が拡大した 2019 年度から 5 類移行が行われた 2023 年度以降の患者動向、その後の物価高騰等を背景に悪化した病院経営の実態を把握するため、また、2024 年度診療報酬改定において新設されたベースアップ評価料の実施状況等について調査を実施した。

2023 年度、2024 年度の医業損益比較では、全病院の年度比較において、医業収益+2.8%の伸びが医業費用+3.5%を下回り、2024 年度の医業利益率が-7.5%、経常利益率は-3.3%であった。2024 年度の全病院の 100 床あたりの医業利益が-18,043 万円に対して、経常利益は-8,102 万円、補助金を除く損益差額は-15,300 万円であった。

2024 年 6 月/2025 年 6 月の前年同月比較をみると、全病院の医業収益は前年比+4.2%の増収、医業費用は+4.1%の増加であったが、金額で医業費用が上回り、100 床あたりの医業利益の赤字額は -1,632 万円から -1,679 万円に増加し、経常利益の赤字額は-943 万円から-924 万円へとわずかに減少していた。

医業損益の年度比較では増収減益傾向が続き、年々病院経営の厳しさが増しているといえる。また、6 月の前年同月比較では、医業利益で赤字の拡大、経常利益ではほぼ横ばいの赤字額となり、病院経営の悪化傾向は引き続いてきた。今後さらなる賃上げや薬価、診療材料等の費用高騰が続き、病院経営をさらに圧迫することが懸念される結果であった。

また参考として、2018 年度～2024 年度の 7 年連続年度比較について追跡調査をみると、2024 年度は医業利益、経常利益ともに赤字病院割合が最大となり、医業利益では 89.2%、経常利益では 81.5%を占めていた。さらには 100 床あたりの経常利益では、コロナ関連の補助金等により黒字となった 2020 年度～2022 年度の 3 期を除き、残り 4 期は赤字となり、2024 年度は-12,716 万円で 7 年連続年度比較のなかで最大の赤字額となり、医業利益は-25,033 万円であった。

《医業損益に関する調査結果》

* 年度比較（2023 年度／2024 年度） 100 床あたりの平均

- 医業利益 -15,828 万円 から -18,043 万円 に赤字が拡大した。
- 経常利益 -2,861 万円 から -8,102 万円 に赤字が拡大した。
- 医業利益 赤字病院の割合 70.8% から 74.6% に 3.8 ポイント増加した。
- 経常利益 赤字病院の割合 52.1% から 65.0% に 12.9 ポイント増加した。

* 前年同月比較（2024 年 6 月／2025 年 6 月） 100 床あたりの平均

- 医業利益 -1,632 万円 から -1,679 万円 に赤字がわずかに拡大した。
- 経常利益 -943 万円 から -924 万円 に赤字がわずかに縮小した。
- 医業利益 赤字病院の割合 65.9% から 67.2% に 1.3 ポイント増加した。
- 経常利益 赤字病院の割合 58.6% から 61.2% に 2.6 ポイント増加した。

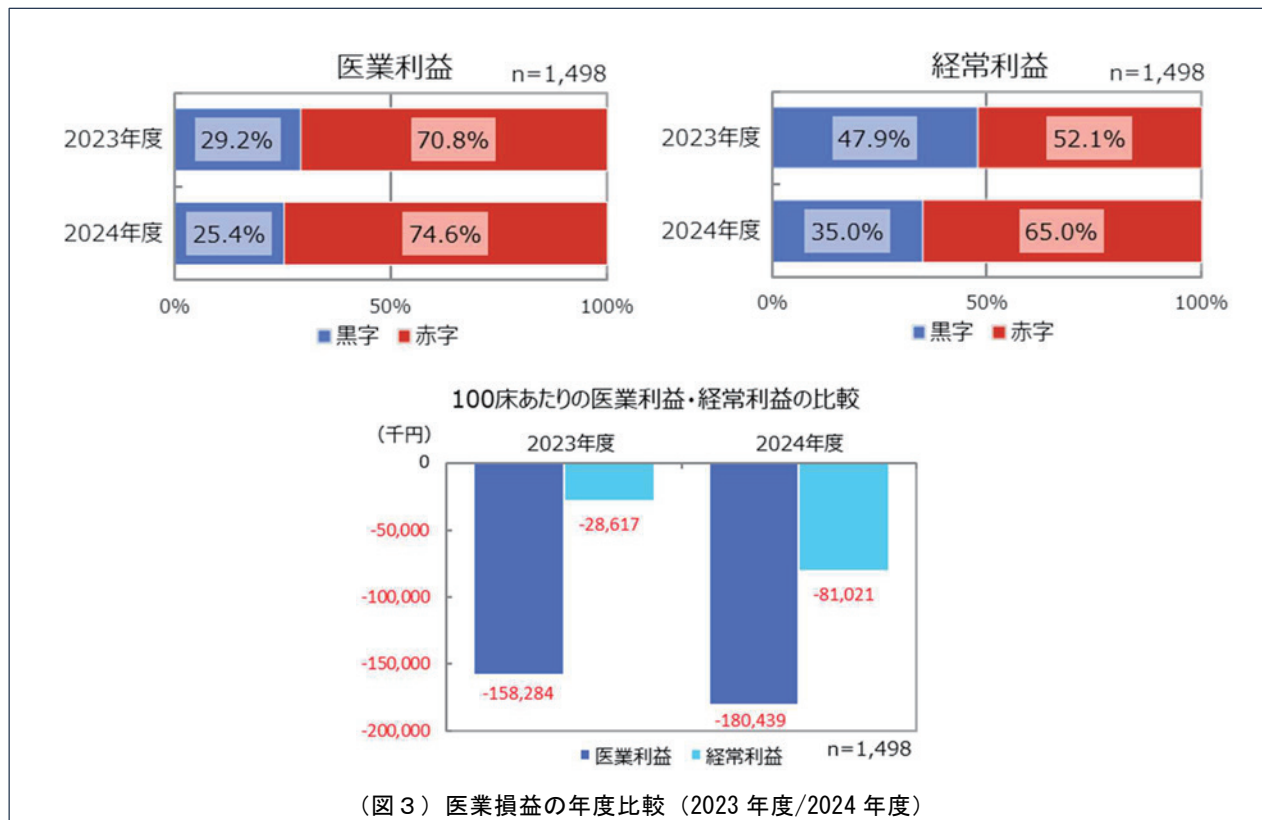
V. 医業損益の2年連続比較

1. 年度比較（2023年度／2024年度）

（1）医業損益への影響（全病院）

医業利益の年度比較では、赤字病院割合は2023年度の70.8%から2024年度は74.6%に3.8ポイント増加していた。経常利益は、2023年度の赤字病院割合が52.1%、2024年度65.0%へと12.9ポイント増加していた。

2024年度の100床あたりの医業利益は-18,043万円、経常利益は-8,102万円となり、いずれも赤字額が前年度を上回っていた（図3）。



（図3）医業損益の年度比較（2023年度/2024年度）

全病院の年度比較では、医業収益+2.8%の伸びが医業費用+3.5%を下回り、2024年度の医業利益率が-7.5%、経常利益率は-3.3%であった。

全病院の医業費用+3.5%の内訳では、給与費+3.2%、材料費+3.5%（特に診療材料費+5.4%）の金額の伸びが大きく費用増（差引増減額）の72.5%を占め、前年比では経費+4.3%、委託費+4.2%のほか多くの科目が4%超の高い増加率を示していた。水道光熱費+5.2%ではガス料金+11.8%の伸びが大きかった（表2）。

科目 (単位: 千円)	全病院 (n=1,498) 平均病床数: 271			
	2023年度	2024年度	差引増減	前年比
① 医業収益	2,356,408	2,421,373	64,965	2.8%
入院診療収入	1,571,739	1,631,455	59,716	3.8%
室料差額収入	29,410	31,883	2,472	8.4%
外来診療収入	678,927	683,732	4,804	0.7%
その他医業収入	76,331	74,304	-2,027	-2.7%
② 医業費用	2,514,691	2,601,812	87,121	3.5%
材料費	672,807	696,644	23,837	3.5%
医藥品費 (再掲)	404,518	414,134	9,616	2.4%
診療材料費 (再掲)	241,731	254,818	13,087	5.4%
給与費	1,244,637	1,283,959	39,322	3.2%
委託費	175,015	182,447	7,432	4.2%
設備関係費	218,826	225,598	6,772	3.1%
減価償却費 (再掲)	143,404	146,586	3,181	2.2%
研究研修費	6,687	7,052	365	5.5%
経費	148,738	155,121	6,384	4.3%
水道光熱費 (再掲)	47,948	50,463	2,515	5.2%
電気料金	29,503	30,926	1,422	4.8%
ガス料金	9,114	10,194	1,080	11.8%
その他の水道光熱費	9,330	9,343	13	0.1%
控除対象外消費税等負担額	36,716	38,913	2,197	6.0%
本部費配賦額	11,266	12,078	812	7.2%
③ 医業利益 (①-②)	-158,284	-180,439	-22,155	
④ 医業外収益	169,135	147,505	-21,630	-12.8%
運営費補助金 (再掲)	73,121	54,609	-18,512	-25.3%
施設設備補助金 (再掲)	10,179	9,140	-1,039	-10.2%
その他補助金 (再掲)	18,941	8,236	-10,705	-56.5%
⑤ 医業外費用	39,468	48,086	8,619	21.8%
⑥ 経常利益 (③+④)-(⑤+⑥)	-28,617	-81,021	-52,404	
医業利益率 (③+④)	-6.7%	-7.5%		
経常利益率 (⑥+①)	-1.2%	-3.3%		
※1 補助金 (運営・施設・その他)	102,241	71,985	-30,257	-29.6%
※2 補助金を除く医業外収益 (④-※1)	66,893	75,520	8,627	12.9%
※3 損益差額 (③+※2-⑤)	-130,858	-153,006	-22,147	

(表2) 全病院の医業損益・100床あたりの平均

備考
 ※1 「補助金(運営・施設・その他)」: 医業外収益に含まれる運営費補助金、施設設備補助金、その他補助金の合計
 ※2 「補助金を除く医業外収益」: 医業外収益より、※1の補助金合計額を除いた額
 ※3 「損益差額」: 経常利益より補助金額の合計を除いた差益額
 以下、同じ

(2) 病床区分別の医業損益

病床区分別の年度比較では、すべての病床区分で医業収益の伸びが医業費用の増加を下回り、医業利益が減少し、2期続けて赤字であった。経常利益ではすべての病床区分で医業外収益が減少し、2023年度は黒字であった療養・ケアミックス、精神も含めたすべての病床区分で赤字となった。

2024年度の一般における医業利益は-25,559万円の赤字となり、経常利益は-11,813万円の赤字、損益差額は-22,186万円の赤字であった(表3)。

科目 (単位: 千円)	一般 (n=811) 平均病床数: 318				療養・ケアミックス (n=331) 平均病床数: 160				精神 (n=310) 平均病床数: 255				その他 (n=46) 平均病床数: 352			
	2023年度	2024年度	差引増減	前年比	2023年度	2024年度	差引増減	前年比	2023年度	2024年度	差引増減	前年比	2023年度	2024年度	差引増減	前年比
① 医業収益	3,131,618	3,227,342	95,723	3.1%	1,411,723	1,440,770	29,046	2.1%	651,229	650,819	-409	-0.1%	1,436,251	1,448,429	12,178	0.8%
入院診療収入	2,036,407	2,122,762	86,356	4.2%	1,029,357	1,059,978	30,621	3.0%	543,771	544,828	1,057	0.2%	970,668	988,021	17,353	1.8%
室料差額収入	41,605	44,799	3,193	7.7%	13,011	16,032	3,022	23.2%	4,204	4,426	222	5.3%	12,065	12,251	186	1.5%
外来診療収入	962,696	970,954	8,259	0.9%	277,788	276,209	-1,579	-0.6%	82,332	81,224	-1,107	-1.3%	388,549	388,135	-414	-0.1%
その他医業収入	90,911	88,826	-2,084	-2.3%	91,567	88,550	-3,017	-3.3%	20,922	20,341	-581	-2.8%	64,969	60,022	-4,946	-7.6%
② 医業費用	3,357,567	3,482,941	125,373	3.7%	1,454,734	1,487,012	32,278	2.2%	664,619	674,990	10,371	1.6%	1,602,450	1,634,992	32,542	2.0%
材料費	981,614	1,016,628	35,014	3.6%	193,569	202,290	8,722	4.5%	61,775	62,298	524	0.8%	310,000	319,259	9,260	3.0%
医藥品費 (再掲)	594,714	609,379	14,666	2.5%	97,335	98,938	1,603	1.6%	35,708	35,504	-204	-0.6%	183,647	187,060	3,414	1.9%
診療材料費 (再掲)	356,925	376,633	19,708	5.5%	70,675	73,577	2,902	4.1%	7,496	7,334	-162	-2.2%	111,906	117,653	5,747	5.1%
給与費	1,589,490	1,644,600	55,110	3.5%	894,858	913,469	18,612	2.1%	429,471	436,155	6,684	1.6%	881,142	896,335	15,193	1.7%
委託費	235,664	246,440	10,776	4.6%	94,265	96,225	1,960	2.1%	44,828	46,032	1,204	2.7%	109,706	112,230	2,525	2.3%
設備関係費	294,261	304,669	10,408	3.5%	127,627	126,937	-690	-0.5%	50,750	51,510	760	1.5%	137,391	140,074	2,682	2.0%
減価償却費 (再掲)	195,424	200,168	4,744	2.4%	74,626	75,185	559	0.7%	30,466	30,702	236	0.8%	92,039	93,311	1,272	1.4%
研究研修費	9,348	9,780	432	4.6%	2,863	3,351	488	17.0%	1,039	1,172	132	12.7%	4,419	4,464	45	1.0%
経費	181,782	190,925	9,143	5.0%	116,905	119,549	2,645	2.3%	67,971	68,817	847	1.2%	121,383	123,119	1,736	1.4%
水道光熱費 (再掲)	60,561	63,802	3,240	5.4%	31,702	33,167	1,465	4.6%	20,389	21,478	1,089	5.3%	34,924	36,297	1,373	3.9%
電気料金	37,356	39,079	1,724	4.6%	20,229	21,307	1,078	5.3%	11,639	12,397	758	6.5%	22,116	23,109	993	4.5%
ガス料金	12,037	13,508	1,471	12.2%	4,486	4,847	360	8.0%	3,380	3,792	413	12.2%	5,743	6,213	470	8.2%
その他の水道光熱費	11,169	11,215	45	0.4%	6,987	7,014	27	0.4%	5,370	5,289	-81	-1.5%	7,065	6,974	-91	-1.3%
控除対象外消費税等負担額	51,467	54,728	3,260	6.3%	14,228	14,582	354	2.5%	5,256	5,455	199	3.8%	29,169	30,224	1,055	3.6%
本部費配賦額	13,941	15,171	1,231	8.8%	10,420	10,609	190	1.8%	3,530	3,551	21	0.6%	9,239	9,286	47	0.5%
③ 医業利益 (①-②)	-225,949	-255,599	-29,650	-13.3%	-43,011	-46,242	-3,232	-7.5%	-13,390	-24,171	-10,780	-80.6%	-166,199	-186,563	-20,364	-12.2%
④ 医業外収益	231,943	205,816	-26,127	-11.3%	71,359	54,083	-17,276	-24.2%	36,068	26,700	-9,368	-26.0%	139,295	115,114	-24,181	-17.4%
運営費補助金 (再掲)	104,195	79,192	-25,003	-24.0%	24,648	14,958	-9,690	-39.3%	10,969	6,887	-4,083	-37.2%	40,688	26,152	-14,536	-35.7%
施設設備補助金 (再掲)	13,925	12,928	-996	-7.2%	5,040	5,577	537	10.7%	1,987	511	-1,476	-74.3%	7,382	2,632	-4,750	-64.3%
その他補助金 (再掲)	26,265	11,611	-14,654	-55.8%	7,553	3,003	-4,550	-60.2%	5,023	2,100	-2,923	-58.2%	7,607	1,609	-5,999	-78.9%
⑤ 医業外費用	55,122	68,348	13,226	24.0%	15,786	16,792	1,007	6.4%	7,043	7,720	677	9.6%	26,160	25,139	-1,021	-3.9%
⑥ 経常利益 (③+④)-(⑤+⑥)	-49,128	-118,131	-69,003	-14.0%	-12,562	-8,952	-21,514	-171.5%	-15,634	-5,191	-20,825	-133.3%	-53,063	-96,588	-43,524	-82.0%
医業利益率 (③+④)	-7.2%	-7.9%			-3.0%	-3.2%			-2.1%	-3.7%			-11.6%	-12.9%		
経常利益率 (⑥+①)	-1.6%	-3.7%			0.9%	-0.6%			2.4%	-0.8%			-3.7%	-6.7%		
※1 補助金 (運営・施設・その他)	144,385	103,731	-40,654	-28.2%	37,241	23,538	-13,703	-36.8%	17,979	9,498	-8,482	-47.2%	55,677	30,393	-25,284	-45.4%
※2 補助金を除く医業外収益 (④-※1)	87,558	102,085	14,527	16.6%	34,118	30,545	-3,573	-10.5%	18,089	17,202	-886	-4.9%	83,618	84,722	1,104	1.3%
※3 損益差額 (③+※2-⑤)	-193,513	-221,862	-28,349	-14.6%	-24,679	-32,490	-7,811	-31.7%	-2,345	-14,689	-12,344	-526.3%	-108,741	-126,980	-18,240	-17.0%

(表3) 病床区分別の医業損益・100床あたりの平均

(3) 開設主体別の医業損益

開設主体別の年度比較では、医業収益の増収割合はその他私的の+3.4%が最も高く、その他公的が+2.1%で最も低かった。

医業利益はすべての開設主体で2期赤字・減益であった。2024年度の赤字額は、自治体の54,463万円が最も大きかった。

医業外収益はその他私的を除くすべての開設主体で減収となり、経常利益は医療法人を除く開設主体で2期赤字・減益であった。また、2023年度は経常利益が黒字であった医療法人も赤字となった。2024年度の経常利益の赤字額では自治体の-23,483万円が最大であり、損益差額では、すべての区分で2期赤字であった(表4)。

科目 (単位:千円)	国(n=69) 平均病床数:381			自治体(n=241) 平均病床数:361			その他公的(n=158) 平均病床数:359			医療法人(n=841) 平均病床数:203			その他私的(n=189) 平均病床数:347		
	2023年度	2024年度	差引増減 前年比	2023年度	2024年度	差引増減 前年比	2023年度	2024年度	差引増減 前年比	2023年度	2024年度	差引増減 前年比	2023年度	2024年度	差引増減 前年比
① 医業収益	2,869,368	2,952,053	83,685 2.9%	2,914,177	3,004,983	90,788 3.1%	3,129,171	3,193,927	64,755 2.1%	1,510,759	1,545,722	34,963 2.3%	2,940,641	3,042,008	101,366 3.4%
入院診療収入	1,891,738	1,967,864	76,126 4.0%	1,885,106	1,960,801	75,695 4.0%	2,026,953	2,098,813	71,860 3.5%	1,101,583	1,136,562	34,980 3.2%	1,855,943	1,941,670	85,727 4.6%
診療料収入	50,449	54,092	3,643 7.2%	23,395	25,438	2,043 8.7%	40,323	43,686	3,363 8.3%	13,911	15,735	1,824 13.1%	59,811	63,301	3,490 5.8%
外来診療収入	854,465	858,216	3,751 0.4%	913,388	926,362	12,974 1.4%	976,565	971,026	-5,539 -0.6%	330,942	332,304	1,361 0.4%	944,600	956,743	12,283 1.3%
その他医業収入	71,716	71,881	164 0.2%	92,288	92,364	76 0.1%	85,330	80,402	-4,928 -5.8%	64,323	61,121	-3,202 -5.0%	80,428	80,294	-134 -0.2%
② 医業費用	3,015,184	3,128,431	113,247 3.8%	3,380,454	3,549,598	169,144 5.0%	3,247,507	3,320,240	72,833 2.2%	1,534,493	1,573,616	39,123 2.5%	3,079,100	3,184,035	104,936 3.4%
材料費	945,428	972,651	27,223 2.9%	909,339	943,865	34,526 3.8%	980,663	1,004,363	23,700 2.4%	286,081	296,842	10,762 3.8%	988,594	1,030,984	42,400 4.3%
医薬品費(再掲)	607,888	617,584	9,697 1.6%	566,434	582,669	16,235 2.9%	624,314	631,952	7,638 1.2%	138,462	141,711	3,249 2.3%	609,590	628,647	19,057 3.1%
診療材料費(再掲)	295,267	311,985	16,718 5.7%	330,014	348,001	17,987 5.5%	328,034	340,606	12,572 3.8%	119,860	126,584	6,724 5.6%	346,530	367,948	20,818 6.0%
給与費	1,245,522	1,382,492	136,970 11.0%	1,627,117	1,722,564	95,447 5.9%	1,577,830	1,600,989	23,159 1.5%	869,078	886,734	17,656 2.0%	1,384,547	1,420,637	36,090 2.6%
委託費	227,849	238,254	10,404 4.6%	275,796	289,223	13,427 4.9%	200,483	209,403	8,920 4.4%	89,996	92,549	2,554 2.8%	219,073	228,751	9,678 4.4%
設備関係費	301,550	332,009	30,459 10.1%	283,081	288,497	5,416 1.9%	283,097	289,755	6,658 2.4%	131,940	135,741	3,801 2.9%	270,666	277,578	6,912 2.6%
減価償却費(再掲)	172,448	186,688	14,240 8.3%	221,161	222,891	1,730 0.8%	179,562	182,285	2,723 1.5%	73,372	75,496	2,124 2.9%	179,335	183,161	3,826 2.1%
研究研修費	2,347	2,332	-15 -0.7%	12,639	12,946	307 2.4%	8,917	9,140	223 2.5%	3,272	3,558	286 8.7%	7,472	8,396	924 12.4%
経費	167,002	176,924	9,922 5.9%	187,435	197,944	10,510 5.6%	164,109	173,620	9,511 5.8%	115,580	118,390	2,810 2.4%	162,958	169,048	6,090 3.7%
水道光熱費(再掲)	65,886	69,181	3,295 5.0%	62,023	65,553	3,530 5.7%	57,752	61,275	3,524 6.1%	31,299	32,934	1,635 5.2%	56,878	59,149	2,271 4.0%
電気料金	39,500	42,249	2,749 7.0%	39,284	40,894	1,610 4.1%	35,451	37,467	2,017 5.7%	19,032	20,141	1,109 5.8%	34,595	35,538	943 2.7%
ガス料金	14,024	14,770	746 5.3%	13,738	15,756	2,017 14.7%	11,644	12,867	1,223 10.5%	4,914	5,481	567 11.5%	9,740	10,920	1,179 12.1%
その他の水道光熱費	12,362	12,163	-199 -1.6%	9,001	8,903	-98 -1.1%	10,657	10,941	285 2.7%	7,353	7,313	-40 -0.5%	12,543	12,691	148 1.2%
控除対象外消費税等負担額	4,649	5,024	375 8.1%	79,122	86,041	6,919 8.7%	18,031	18,604	573 3.2%	28,786	29,538	752 2.6%	30,059	30,840	781 2.6%
本部費配賦額	20,837	18,746	-2,091 -10.0%	5,926	8,518	2,592 43.7%	14,377	14,491	114 0.8%	9,761	9,863	102 1.0%	15,741	17,801	2,060 13.1%
③ 医業利益(①-②)	-146,816	-176,378	-29,562 -20.1%	-466,277	-544,613	-78,336 -16.8%	-118,336	-126,413	-8,077 -6.8%	-23,734	-27,894	-4,160 -17.5%	-138,458	-142,028	-3,570 -2.5%
④ 医業外収益	195,761	158,960	-36,801 -18.8%	435,578	400,674	-34,904 -8.0%	147,689	92,964	-54,724 -37.1%	51,909	32,340	-19,569 -37.7%	128,161	153,492	25,330 19.8%
運営費補助金(再掲)	36,378	26,394	-9,983 -27.4%	210,401	199,616	-10,785 -5.1%	79,753	31,835	-47,918 -60.1%	17,139	5,128	-12,012 -70.1%	45,431	21,799	-23,632 -52.0%
施設設備補助金(再掲)	8,251	4,826	-3,425 -41.5%	18,590	18,089	-501 -2.7%	21,178	17,781	-3,397 -16.0%	3,206	1,474	-1,732 -54.0%	8,395	11,440	3,045 36.3%
その他補助金(再掲)	41,208	15,174	-26,034 -63.2%	46,491	22,525	-23,967 -51.6%	3,559	1,783	-1,776 -49.9%	7,108	2,838	-4,270 -60.1%	17,536	6,113	-11,423 -65.1%
⑤ 医業外費用	72,638	66,452	-6,186 -8.5%	90,323	90,872	549 0.6%	40,251	40,700	449 1.1%	16,124	16,229	104 0.6%	18,706	73,153	54,447 291.1%
⑥ 経常利益(③+④)-⑤	-23,684	-83,869	-60,185 -255.0%	-121,021	-234,811	-113,810 -94.0%	-19,888	-74,149	-54,261 -273.0%	-1,824	-11,782	-10,958 -600.3%	-22,081	-61,689	-39,608 -179.4%
⑦ 経常利益率(⑥÷①)	-8.2%	-28.1%	-19.9%	-4.2%	-23.8%	-20.0%	-6.3%	-23.3%	-6.0%	-1.2%	-7.8%	-0.8%	-7.6%	-19.2%	-20.9%
⑧ 1. 補助金(運営・施設・その他)	85,837	46,394	-39,443 -46.0%	275,482	240,229	-35,253 -12.8%	104,490	51,299	-53,081 -50.8%	27,454	9,439	-18,015 -65.6%	71,362	39,352	-32,011 -44.9%
⑨ 2. 補助金を除く(医業外収益(④-⑧)-⑨)	109,924	112,566	2,642 2.4%	160,096	160,445	349 0.2%	43,199	41,666	-1,533 -3.6%	24,455	23,901	-554 -2.3%	56,799	114,140	57,341 101.0%
⑩ 3. 損益差額(③+⑨-⑩)	-109,530	-130,263	-20,733 -18.9%	-396,504	-475,061	-78,557 -19.8%	-115,388	-125,547	-10,160 -8.8%	-15,402	-21,222	-5,819 -38.4%	-100,366	-101,041	-675 -0.7%

(表4) 開設主体別の医業損益・100床あたりの平均

(4) 黒字病院・赤字病院の医業損益

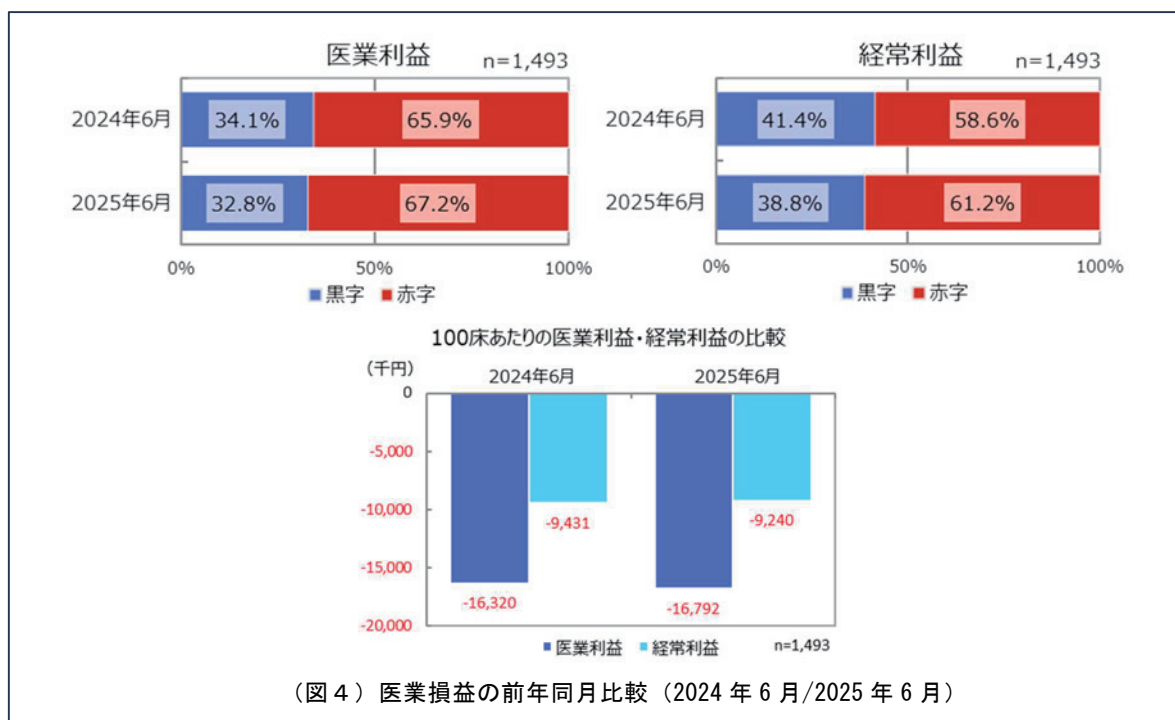
全病院1,498病院中、黒字病院は524病院(35.0%)、赤字病院が974病院(65.0%)であった。黒字病院は、医業収益が+3.1%に対して医業費用+2.9%となり、医業利益の黒字額が増加したが、経常利益は医業外収益(運営費補助金等)が-21.8%と大きく減少し、黒字額が縮小していた。赤字病院は、医業収益が+2.6%に対して医業費用が+3.7%で大きく上回り、医業外収益が-10.7%となったことで医業利益、経常利益ともに赤字額が増加していた(表5)。

科目 (単位:千円)	全病院(n=1,498) 平均病床数:271			2024年度 黒字病院(n=524) 平均病床数:253			2024年度 赤字病院(n=974) 平均病床数:281		
	2023年度	2024年度	差引増減 前年比	2023年度	2024年度	差引増減 前年比	2023年度	2024年度	差引増減 前年比
① 医業収益	2,356,408	2,421,373	64,965 2.8%	2,329,066	2,400,343	71,277 3.1%	2,369,641	2,431,551	61,910 2.6%
入院診療収入	1,571,739	1,631,455	59,716 3.8%	1,572,955	1,633,342	60,387 3.8%	1,571,150	1,630,541	59,391 3.8%
診療料収入	29,410	31,883	2,472 8.4%	34,588	36,499	1,911 5.5%	25,904	29,649	2,744 10.2%
外来診療収入	678,927	683,732	4,804 0.7%	650,415	659,205	8,790 1.4%	692,727	695,603	2,876 0.4%
その他医業収入	76,331	74,304	-2,027 -2.7%	71,108	71,298	190 0.3%	78,859	75,759	-3,101 -3.9%
② 医業費用	2,514,691	2,601,812	87,121 3.5%	2,306,435	2,373,965	67,529 2.9%	2,615,486	2,712,088	96,603 3.7%
材料費	672,807	696,644	23,837 3.5%	660,866	685,876	25,010 3.8%	678,586	701,856	23,269 3.4%
医薬品費(再掲)	404,518	414,134	9,616 2.4%	394,888	407,745	12,858 3.3%	409,179	417,226	8,046 2.0%
診療材料費(再掲)	241,731	254,818	13,087 5.4%	236,976	248,530	11,554 4.9%	244,032	257,861	13,830 5.7%
給与費	1,244,637	1,283,959	39,322 3.2%	1,121,230	1,148,399	27,169 2.4%	1,304,365	1,349,569	45,204 3.5%
委託費	175,015	182,447	7,432 4.2%	143,884	149,547	5,663 3.9%	190,082	198,370	8,288 4.4%
設備関係費	218,826	225,598	6,772 3.1%	193,376	195,786	2,411 1.2%	231,144	240,027	8,883 3.8%
減価償却費(再掲)	143,404	146,586	3,181 2.2%	119,146	120,049	903 0.8%	155,145	159,429	4,284 2.8%
研究研修費	6,687	7,052	365 5.5%	5,987	6,311	324 5.4%	7,025	7,410	385 5.5%
経費	148,738	155,121	6,384 4.3%	136,546	142,176	5,630 4.1%	154,638	161,387	6,748 4.4%
水道光熱費(再掲)	47,948	50,463	2,515 5.2%	42,625	44,716	2,091 4.9%	50,524	53,244	2,720 5.4%
電気料金	29,503	30,926	1,422 4.8%	25,461	26,516	1,054 4.1%	31,460	33,060	1,600 5.1%
ガス料金	9,114	10,194	1,080 11.8%	7,871	8,897	1,027 13.0%	9,716	10,821	1,106 11.4%
その他の水道光熱費	36,716	38,913	2,197 6.0%	32,744	34,031	1,287 3.9%	38,639	41,276	2,637 6.8%
控除対象外消費税等負担額	11,266	12,078	812 7.2%	11,802	11,838	36 0.3%	11,007	12,194	1,187 10.8%
本部費配賦額	11,266	12,078	812 7.2%	11,802	11,838	36 0.3%	11,007	12,194	1,187 10.8%
③ 医業利益(①-②)	-158,284	-180,439	-22,155 -14.0%	-22,371	-26,378	-3,997 -17.9%	-245,845	-280,537	-34,692 -14.1%
④ 医業外収益	169,135	147,505	-21,630 -12.8%	96,425	75,389	-21,037 -21.8%	204,325	182,408	-21,917 -10.7%
運営費補助金(再掲)	73,121	54,609	-18,512 -25.3%	37,935	23,678	-14,256 -37.6%	90,151	69,579	-20,572 -22.8%
施設設備補助金(再掲)	10,179	9,140	-1,039 -10.2%	7,188	8,038	850 11.8%	11,627	9,673	-1,954 -16.8%
その他補助金(再掲)	18,941	8,236	-10,705 -56.5%	11,536	4,791	-6,745 -58.5%	22,525	9,903	-12,622 -56.0%
⑤ 医業外費用	39,618	48,086	8,469 21.8%	17,979	17,645	-334 -1.9%	49,868	62,820	12,952 26.0%
⑥ 経常利益(③+④)-⑤	-28,617	-81,021	-52,404 -182.8%	101,077	84,121	-16,956 -16.7%	-91,388	-160,949	-69,561 -75.1%
⑦ 経常利益率(⑥÷①)	-12								

2. 前年同月比較（2024年6月/2025年6月）

（1）医業損益への影響（全病院）

医業利益の前年同月比較では、赤字病院割合は65.9%から67.2%と1.3ポイント増加し、経常利益は、赤字病院割合が58.6%から61.2%と2.6ポイント増加していた（図4）。



（図4）医業損益の前年同月比較（2024年6月/2025年6月）

全病院の医業収益は前年比+4.2%の増収、医業費用は+4.1%の増加となったが、金額で医業費用が上回り、医業利益の赤字額は-1,632万円から-1,679万円に微増した。医業外収益が前年比+9.7%の増収、医業外費用が+10.0%の増加により、経常利益は-943万円から-924万円になり赤字額はわずかに減少していた（表6）。

科目 (単位：千円)	全病院 (n=1,493) 平均病床数：270			
	2024年6月	2025年6月	差引増減	前年比
①医業収益	195,375	203,582	8,207	4.2%
入院診療収入	131,492	136,386	4,894	3.7%
室料差額収益	2,548	2,717	169	6.6%
外来診療収入	54,968	57,745	2,778	5.1%
その他医業収入	6,366	6,733	367	5.8%
②医業費用	211,694	220,374	8,679	4.1%
材料費	55,022	58,848	3,826	7.0%
医薬品費（再掲）	32,584	34,586	2,003	6.1%
診療材料費（再掲）	20,243	21,924	1,681	8.3%
給与費	108,427	111,387	2,960	2.7%
委託費	14,909	15,616	707	4.7%
設備関係費	17,220	17,804	584	3.4%
減価償却費（再掲）	11,035	11,249	214	1.9%
研究研修費	551	551	-1	-0.1%
経費	12,371	12,864	493	4.0%
水道光熱費（再掲）	3,723	3,908	186	5.0%
電気料金	2,379	2,470	91	3.8%
ガス料金	652	720	69	10.5%
その他の水道光熱費	692	718	26	3.8%
控除対象外消費税等負担額	2,236	2,381	144	6.5%
本部費配賦額	956	923	-34	-3.5%
③医業利益（①-②）	-16,320	-16,792	-472	
④医業外収益	8,849	9,707	858	9.7%
⑤医業外費用	1,960	2,155	195	10.0%
⑥経常利益（③+④）-（②+⑤）	-9,431	-9,240	190	
医業利益率（③÷①）	-8.4%	-8.2%		
経常利益率（⑥÷①）	-4.8%	-4.5%		

（表6）全病院の医業損益・100床あたりの平均

(2) 病床区分別の医業損益

病床区分別の前年同月比較では、一般の医業収益は前年比+4.6%、医業費用+4.3%となり、医業利益の赤字額は増加した。2025年6月の医業利益は-2,387万円、経常利益は-1,325万円であった。

療養・ケアミックスは、医業収益+2.8%、医業費用+3.6%となり、医業利益、経常利益の赤字額は増加した。精神では、医業収益+0.6%、医業費用+2.7%となり、経常利益が赤字に転化した(表7)。

科目 (単位:千円)	一般 (n=805) 平均病床数: 316				療養・ケアミックス (n=334) 平均病床数: 162				精神 (n=305) 平均病床数: 255				その他 (n=49) 平均病床数: 353			
	2024年6月	2025年6月	差引増減	前年比	2024年6月	2025年6月	差引増減	前年比	2024年6月	2025年6月	差引増減	前年比	2024年6月	2025年6月	差引増減	前年比
	①医業収益	260,642	272,665	12,023	4.6%	117,165	120,464	3,299	2.8%	54,066	54,400	334	0.6%	116,546	119,441	2,895
入院診療収入	170,881	177,942	7,061	4.1%	86,998	89,081	2,084	2.4%	45,351	45,678	327	0.7%	79,336	81,722	2,386	3.0%
室料差額収益	3,608	3,854	245	6.8%	1,164	1,236	72	6.2%	399	408	10	2.4%	969	1,036	67	6.9%
外来診療収入	78,298	82,537	4,239	5.4%	22,473	22,841	367	1.6%	6,689	6,733	44	0.7%	30,925	32,059	1,134	3.7%
その他医業収入	7,854	8,333	478	6.1%	6,530	7,306	776	11.9%	1,627	1,580	-47	-2.9%	5,315	4,624	-691	-13.0%
②医業費用	284,267	296,535	12,269	4.3%	121,943	126,283	4,340	3.6%	54,094	55,534	1,440	2.7%	134,908	136,975	2,068	1.5%
材料費	80,862	86,660	5,798	7.2%	15,589	16,294	706	4.5%	4,842	4,892	50	1.0%	24,331	25,917	1,585	6.5%
医藥品費(再掲)	48,341	51,446	3,105	6.4%	7,356	7,618	262	3.6%	2,737	2,675	-62	-2.3%	14,159	14,703	544	3.8%
診療材料費(再掲)	30,050	32,583	2,534	8.4%	5,997	6,391	394	6.6%	584	562	-22	-3.8%	9,115	9,948	833	9.1%
給与費	139,566	143,534	3,968	2.8%	76,830	79,334	2,504	3.3%	35,593	36,482	888	2.5%	77,348	76,237	-1,110	-1.4%
委託費	20,210	21,228	1,018	5.0%	7,854	8,109	255	3.2%	3,752	3,854	102	2.7%	9,267	9,537	269	2.9%
設備関係費	23,193	24,047	855	3.7%	10,246	10,318	72	0.7%	3,910	4,009	100	2.5%	11,141	11,530	389	3.5%
減価償却費(再掲)	15,026	15,382	356	2.4%	5,834	5,785	-49	-0.8%	2,403	2,402	-1	-0.0%	7,484	7,393	-91	-1.2%
研究研修費	759	764	5	0.7%	282	269	-13	-4.4%	95	88	-7	-7.7%	403	383	-20	-5.0%
経費	15,419	15,899	480	3.1%	9,160	9,882	721	7.9%	5,324	5,621	297	5.6%	9,332	10,180	848	9.1%
水道光熱費(再掲)	4,781	5,021	239	5.0%	2,308	2,454	146	6.3%	1,459	1,525	66	4.5%	2,770	2,828	59	2.1%
電気料金	3,092	3,200	108	3.5%	1,476	1,561	85	5.8%	809	870	61	7.5%	1,784	1,775	-9	-0.5%
ガス料金	867	960	94	10.8%	308	344	36	11.7%	251	266	15	6.0%	370	418	48	13.0%
その他の水道光熱費	822	860	38	4.6%	524	549	24	4.6%	399	389	-10	-2.5%	615	635	20	3.2%
控除対象外消費税等負担額	3,088	3,297	209	6.8%	977	994	17	1.7%	334	346	12	3.6%	2,220	2,404	184	8.3%
本部費配賦額	1,170	1,106	-64	-5.5%	1,006	1,084	78	7.7%	243	242	-2	-0.7%	864	788	-76	-8.8%
③医業利益(①-②)	-23,625	-23,870	-245	-1.0%	-4,778	-5,819	-1,041	-21.9%	-28	-1,134	-1,106	-4.3%	-18,362	-17,535	827	4.5%
④医業外収益	12,017	13,530	1,512	12.6%	4,088	3,973	-115	-2.8%	1,530	1,509	-21	-1.3%	10,109	8,338	-1,771	-17.5%
⑤医業外費用	2,714	2,915	201	7.4%	857	1,048	191	22.3%	424	582	158	37.3%	1,242	1,534	292	23.5%
⑥経常利益(③+④)-⑤	-14,321	-13,255	1,066	7.4%	-1,547	-2,895	-1,348	-87.2%	1,078	-207	-1,285	-118.2%	-9,496	-10,731	-1,236	-12.9%
医業利益率(③÷①)	-9.1%	-8.8%			-4.1%	-4.8%			-0.1%	-2.1%			-15.8%	-14.7%		
経常利益率(⑥÷①)	-5.5%	-4.9%			-1.3%	-2.4%			2.0%	-0.4%			-8.1%	-9.0%		

(表7) 病床区分別の医業損益・100床あたりの平均

(3) 開設主体別の医業損益

開設主体別の前年同月比較では、すべての開設主体で医業利益、経常利益ともに2期赤字となっていた。

2025年6月の医業利益の赤字額では、自治体の-5,057万円が最大で、最小は医療法人の-253万円であった。経常利益の赤字額では国の-2,191万円が最大であった。

科目 (単位:千円)	国 (n=72) 平均病床数: 383				自治体 (n=230) 平均病床数: 360				その他公的 (n=164) 平均病床数: 362				医療法人 (n=842) 平均病床数: 203				その他私的 (n=185) 平均病床数: 342			
	2024年6月	2025年6月	差引増減	前年比	2024年6月	2025年6月	差引増減	前年比	2024年6月	2025年6月	差引増減	前年比	2024年6月	2025年6月	差引増減	前年比	2024年6月	2025年6月	差引増減	前年比
	①医業収益	238,134	249,394	11,260	4.7%	240,103	253,237	13,135	5.5%	264,985	274,557	9,573	3.6%	125,589	129,820	4,231	3.4%	241,054	250,927	9,873
入院診療収入	159,005	165,007	6,002	3.8%	157,181	165,076	7,895	5.0%	171,129	176,106	4,977	2.9%	92,213	95,120	2,907	3.2%	154,601	160,367	5,766	3.7%
室料差額収益	4,260	4,549	289	6.8%	2,137	2,304	168	7.8%	3,638	3,930	291	8.0%	1,227	1,316	89	7.2%	4,881	5,100	219	4.5%
外来診療収入	68,916	73,083	4,167	6.0%	73,585	78,387	4,802	6.5%	81,513	85,644	4,131	5.1%	27,120	28,024	903	3.3%	74,705	78,012	3,307	4.4%
その他医業収入	5,955	6,755	801	13.5%	7,200	7,470	270	3.7%	8,704	8,878	174	2.0%	5,029	5,360	332	6.6%	6,867	7,447	581	8.5%
②医業費用	262,634	273,428	10,794	4.1%	285,943	303,811	17,868	6.2%	278,680	287,321	8,641	3.1%	127,910	132,353	4,443	3.5%	255,414	262,613	7,199	2.8%
材料費	77,207	83,823	6,616	8.6%	73,592	79,736	6,144	8.3%	83,887	89,559	5,671	6.8%	23,420	24,866	1,446	6.2%	79,177	83,443	4,265	5.4%
医藥品費(再掲)	48,590	52,097	3,507	7.2%	44,587	48,509	3,923	8.8%	53,560	56,624	3,065	5.7%	11,068	11,584	516	4.7%	48,229	50,078	1,849	3.8%
診療材料費(再掲)	25,029	27,862	2,833	11.3%	27,903	30,108	2,205	7.9%	27,892	30,212	2,320	8.3%	10,064	10,913	849	8.4%	28,402	30,539	2,137	7.5%
給与費	120,889	121,987	1,098	0.9%	149,730	157,397	7,667	5.1%	136,126	137,639	1,513	1.1%	73,669	75,405	1,736	2.4%	116,694	118,967	2,273	1.9%
委託費	19,136	20,877	1,741	9.1%	23,489	24,809	1,320	5.6%	17,298	17,980	682	3.9%	7,715	8,124	409	5.3%	19,002	19,299	297	1.6%
設備関係費	25,682	26,562	879	3.4%	19,151	20,807	1,656	8.6%	24,121	24,388	267	1.1%	10,757	11,147	390	3.6%	21,955	21,925	-30	-0.1%
減価償却費(再掲)	14,479	14,992	512	3.5%	14,351	15,575	1,225	8.5%	15,322	15,202	-120	-0.8%	6,015	6,053	38	0.6%	14,710	14,259	-451	-3.1%
研究研修費	185	173	-12	-6.7%	972	972	0	0.0%	737	762	25	3.4%	292	290	-3	-0.9%	685	669	-16	-2.4%
経費	16,774	17,843	1,069	6.4%	14,816	15,605	789	5.3%	14,054	14,630	576	4.1%	9,200	9,509	309	3.4%	14,228	14,498	270	1.9%
水道光熱費(再掲)	5,097	5,354	257	5.0%	4,992	5,354	361	7.2%	4,672	4,811	139	3.0%	2,316	2,437	121	5.2%	4,364	4,506	142	3.3%
電気料金	3,347	3,404	56	1.7%	3,301	3,490	189	5.7%	2,968	3,041	73	2.5%	1,425	1,503	78	5.5%	2,772	2,801	30	1.1%
ガス料金	950	1,096	145	15.3%	951	1,100	149	15.7%	899	942	43	4.8%	351	381	30	8.6%	710	768	58	8.1%
その他の水道光熱費	799	855	56	6.9%	740	764	24	3.2%	805	828	23	2.9%	541	554	13	2.4%	882	936	55	6.2%
控除対象外消費税等負担額	387	384	-3	-0.7%	3,693	3,937	244	6.6%	1,317	1,355	38	2.8%	2,118	2,276	158	7.4%	2,318	2,460	143	6.2%
本部費配賦額	2,372	1,778	-594	-25.0%	500	549	49	9.8%	1,139	1,129	-10	-0.9%	738	735	-3	-0.3%	1,354	1,351	-4	-0.3%
③医業利益(①-②)	-24,500	-24,034	466	1.9%	-45,840	-50,574	-4,734	-10.3%	-13,695	-12,764	931	6.8%	-2,321	-2,533	-212	-9.1%	-14,360	-11,686	2,674	18.6%
④医業外収益	6,457	6,783	325	5.0%	29,620	31,807	2,186	7.4%	5,113	5,615	501	9.8%	2,098	2,324	226	10.8%	4,436	5,826	1,391	31.4%
⑤医業外費用	4,844	4,661	-183	-3.8%	2,932	2,964	32	1.1%	2,693	3,047	354	13.1%	959	1,268	310	32.3%	1,443	1,559	116	8.1%
⑥経常利益(③+④)-⑤	-22,886	-21,912	974	4.3%	-19,152	-21,731	-2,579	-13.5%	-11,275	-10,196	1,079	9.6%	-1,181	-1,477	-296	-25.1%	-11,367	-7,419	3,949	34.7%
医業利益率(③÷①)	-10.3%	-9.6%			-19.1%	-20.0%			-5.2%	-4.6%			-1.8%	-2.0%			-6.0%	-4.7%		
経常利益率(⑥÷①)	-9.6%	-8.8%			-8.0%	-8.6%			-4.3%	-3.7%			-0.9%	-1.1%			-4.7%	-3.0%		

(表8) 開設主体別の医業損益・100床あたりの平均

医業収益はすべての開設主体で前年から増収となり、前年比では自治体の+5.5%が最も高く、医療法人が+3.4%で最も低かった。医業費用はすべての開設主体で前年から増加し、前年比では自治体の+6.2%が最も高く、その他私的が+2.8%で最も低かった（表8）。

（4）黒字病院・赤字病院の医業損益

全病院 1,493 病院中、黒字病院は 579 病院（38.8%）、赤字病院が 914 病院（61.2%）であった。黒字病院では医業収益+5.3%に対して赤字病院は+3.7%であり、医業費用は黒字病院+4.2%、赤字病院+4.1%であった。医業利益で黒字病院は赤字より黒字に転化し、赤字病院は2期赤字・減益であった。経常利益では、黒字病院は医業外収益+31.8%であり、2期黒字・増益であった。赤字病院は医業外収益-8.3%により2期赤字・減益となった（表9）。

科目 (単位：千円)	全病院 (n=1,493) 平均病床数：270				2025年6月 黒字病院 (n=579) 平均病床数：248				2025年6月 赤字病院 (n=914) 平均病床数：285			
	2024年6月	2025年6月	差引増減	前年比	2024年6月	2025年6月	差引増減	前年比	2024年6月	2025年6月	差引増減	前年比
① 医業収益	195,375	203,582	8,207	4.2%	173,972	183,142	9,170	5.3%	207,167	214,844	7,677	3.7%
入院診療収入	131,492	136,386	4,894	3.7%	119,656	125,780	6,124	5.1%	138,014	142,230	4,216	3.1%
差料差額収入	2,548	2,717	169	6.6%	1,799	1,933	134	7.5%	2,961	3,149	188	6.4%
外来診療収入	54,968	57,745	2,778	5.1%	45,103	47,576	2,474	5.5%	60,403	63,349	2,945	4.9%
その他医業収入	6,366	6,733	367	5.8%	7,415	7,853	438	5.9%	5,789	6,116	327	5.7%
② 医業費用	211,694	220,374	8,679	4.1%	174,605	181,931	7,326	4.2%	232,130	241,555	9,425	4.1%
材料費	55,022	58,848	3,826	7.0%	45,016	48,483	3,467	7.7%	60,536	64,559	4,024	6.6%
医薬品費 (再掲)	32,584	34,586	2,003	6.1%	25,406	27,416	2,010	7.9%	36,538	38,537	1,999	5.5%
診療材料費 (再掲)	20,243	21,924	1,681	8.3%	17,276	18,706	1,429	8.3%	21,878	23,697	1,819	8.3%
給与費	108,427	111,387	2,960	2.7%	91,030	93,516	2,486	2.7%	118,013	121,234	3,221	2.7%
委託費	14,909	15,616	707	4.7%	11,472	11,994	522	4.5%	16,803	17,612	808	4.8%
設備関係費	17,220	17,804	584	3.4%	12,992	13,506	514	4.0%	19,549	20,172	623	3.2%
減価償却費 (再掲)	11,035	11,249	214	1.9%	8,017	8,211	195	2.4%	12,698	12,922	224	1.8%
研究研修費	551	551	-1	-0.1%	546	517	-29	-5.3%	554	569	15	2.6%
経費	12,371	12,864	493	4.0%	10,738	10,977	238	2.2%	13,271	13,904	633	4.8%
水道光熱費 (再掲)	3,723	3,908	186	5.0%	3,082	3,253	172	5.6%	4,076	4,269	193	4.7%
電気料金	2,379	2,470	91	3.8%	1,948	2,043	96	4.9%	2,617	2,705	88	3.4%
ガス料金	652	720	69	10.5%	534	599	65	12.1%	716	787	71	9.9%
その他の水道光熱費	692	718	26	3.8%	599	611	11	1.9%	743	777	34	4.6%
控除対象外消費税等負担額	2,236	2,381	144	6.5%	1,890	2,002	113	6.0%	2,427	2,589	162	6.7%
本部費配賦額	956	923	-34	-3.5%	922	936	14	1.6%	976	915	-60	-6.2%
③ 医業利益 (①-②)	-16,320	-16,792	-472	-2.9%	-634	1,211	1,844	291.0%	-24,963	-26,711	-1,748	-6.4%
④ 医業外収益	8,849	9,707	858	9.7%	11,167	14,722	3,555	31.8%	7,572	6,943	-629	-8.3%
⑤ 医業外費用	1,960	2,155	195	10.0%	1,100	1,219	119	10.8%	2,434	2,671	237	9.7%
⑥ 経常利益 ((③+④)-(②+⑤))	-9,431	-9,240	190	2.0%	9,434	14,714	5,280	56.0%	-19,825	-22,439	-2,614	-13.1%
医業利益率 (③÷①)	-8.4%	-8.2%			-0.4%	0.7%			-12.0%	-12.4%		
経常利益率 (⑥÷①)	-4.8%	-4.5%			5.4%	8.0%			-9.6%	-10.4%		

（表9）黒字病院・赤字病院の医業損益・100床あたりの平均<(再掲)全病院>

VI. 7年連続比較《参考》

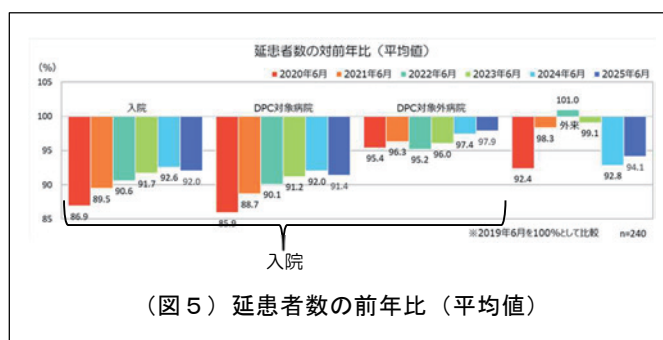
1. 延患者数、診療単価、診療収益、医業損益（新型コロナウイルス感染拡大による影響）の同月比較

（2019年6月/2020年6月/2021年6月/2022年6月/2023年6月/2024年6月/2025年6月）

（1）延患者数の対前年比 同月比較

延患者数について2019年6月を100%とした7年連続の同月比較では、全体の入院患者数は2020年6月の86.9%が最大幅の減少となり、以後、年々微増傾向にあったが、2024年の92.6%から2025年の92.0%へとわずかに減少がみられた。DPC対象別では、DPC対象病院は全入院とほぼ同様の傾向であったが、DPC対象外病院は2020年の95.4%より2025年の97.9%へと徐々に増加していた。

外来患者数は2020年の92.4%から2022年には101.0%へと回復したが、2025年は94.1%に減少していた。入院、外来ともに2019年の患者数には回復していない（図5）。

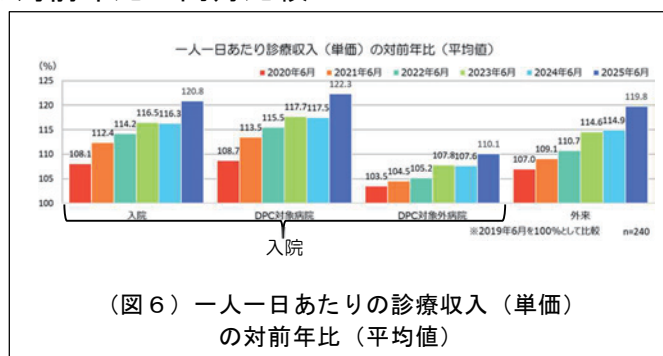


（図5）延患者数の前年比（平均値）

（2）一人一日あたりの診療収入（単価）の対前年比 同月比較

診療単価について2019年6月を100%とした7年連続の同月比較では、入院単価、外来単価ともに増加傾向にあった。入院単価では、入院全体で2020年の108.1%から年々増加し、2025年は120.8%であった。DPC対象病院は全入院とほぼ同様の結果となり2025年は122.3%であった。

外来単価は、2020年の107.0%から年々増加し、2025年には119.8%へと増加していた（図6）。



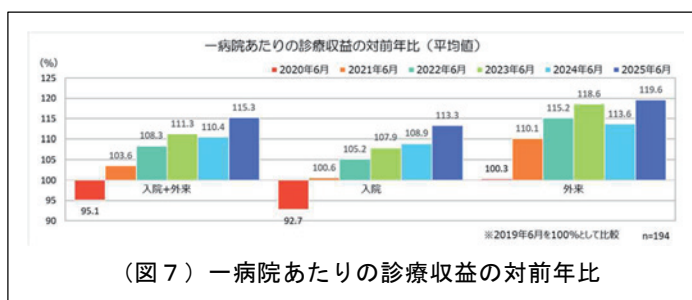
（図6）一人一日あたりの診療収入（単価）の対前年比（平均値）

（3）一病院あたりの診療収益の対前年比 同月比較

診療収益について2019年6月を100%とした7年連続の同月比較では、入院＋外来収益では2020年に減収となったが、2021年以降は増収に転じ、2025年は115.3%であった。

入院収益は、2020年に92.7%、2025年は113.3%へと増加していた。

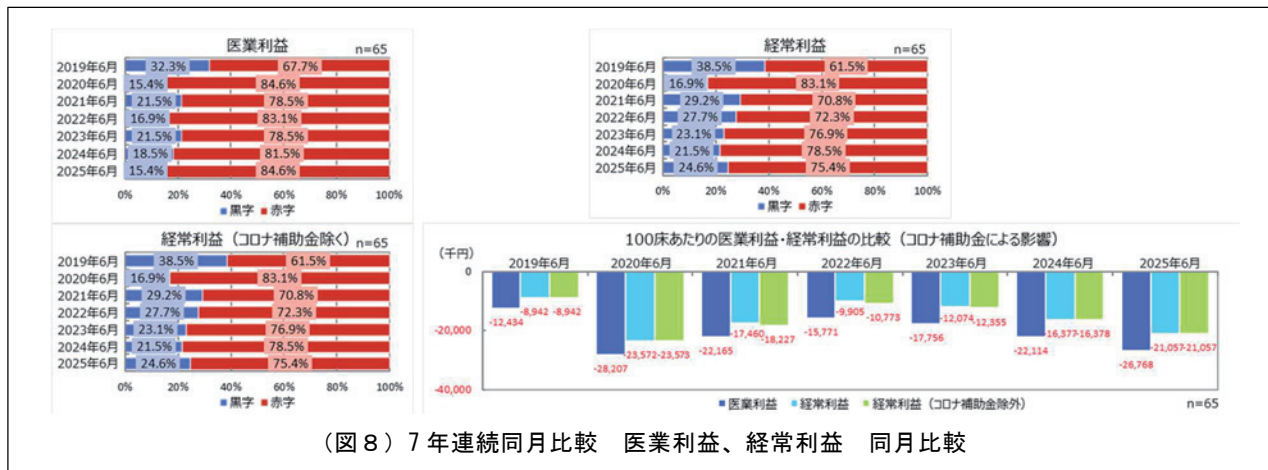
外来収益は、2020年100.3%、2025年は119.6%であった（図7）。



（図7）一病院あたりの診療収益の対前年比

(4) 7年連続同月比較 医業利益、経常利益

2019年から2025年の各6月における7年連続同月比較では、医業利益の赤字病院割合は、2019年67.7%より2020年は84.6%に増加し、以後、70%台後半から80%台前半のほぼ横ばいで推移し、2025年は前年比+3.1ポイントの84.6%であった。経常利益の赤字病院割合では、2019年の61.5%より2020年は83.1%に急増し、2021年70.8%、2022年72.3%と回復がみられたが、2023年には76.9%へと増加し、2025年は75.4%であった。また、コロナ関連の補助金の6月単月比較では、赤字病院割合に大きな影響はみられなかった。2025年6月医業利益が-2,676万円に対し経常利益-2,105万円となり、医業利益・経常利益はともに2022年以降続けて赤字額が拡大していた(図8)。



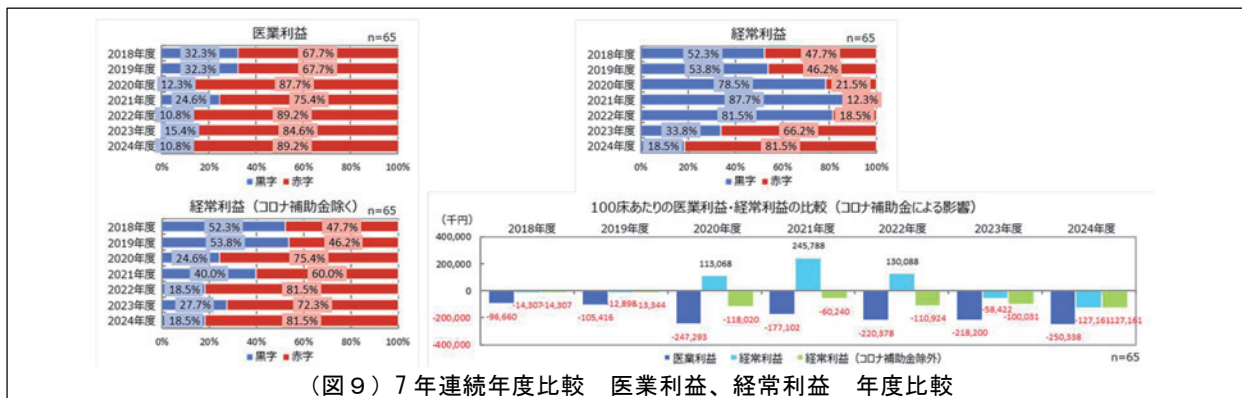
(図8) 7年連続同月比較 医業利益、経常利益 同月比較

2. 医業損益（新型コロナウイルス感染拡大による影響）の年度比較

(2018年度/2019年度/2020年度/2021年度/2022年度/2023年度/2024年度)

(1) 7年連続年度比較 医業利益、経常利益

2018年度から2024年度の7年連続年度比較では、医業利益の赤字病院割合は、2018年度、2019年度が67.7%から2020年度に87.7%に急増し、2021年度75.4%、2022年度及び2024年度が89.2%を占めていた。経常利益は黒字病院割合が2018年度、2019年度の50%台より2020年度には78.5%へと大幅に増加し、2021年度が87.7%、2022年度は81.5%であったが、2023年度、2024年度は黒字・赤字割合が大きく反転して、赤字病院割合がそれぞれ66.2%、81.5%となっていた。



(図9) 7年連続年度比較 医業利益、経常利益 年度比較

一方で、緊急包括支援事業等コロナ関連の補助金により、経常利益が大幅に増加した2020年度～2022年度の医業利益と経常利益の黒字病院割合の比較では、2020年度が12.3%と78.5%、2021年度は24.6%と87.7%、2022年度は10.8%と81.5%となり、3年続けて両者の間には60ポイント以上の差がみられた。また、100床あたりの経常利益は2020～2022年度で3期黒字となったが、他の年度は、医業利益、経常利益ともに赤字であった。2024年度の医業利益は-25,033万円、経常利益の赤字額は-12,716万円となり7年間で最大であった(図9)。

(2) 一病院あたりの損益

7年連続年度比較では、2024年度の一病院あたりの医業損益を対2018年度比で見ると、医業収益の+13.6%に対して医業費用は+18.6%となり、医業費用が増加率で上回って医業利益の赤字額は拡大し、医業利益率は2018年度の-3.6%から2024年度が-8.1%へと赤字割合が4.5ポイント増加した。経常利益は、補助金を含む医業外収益の増収により黒字となった2020年度～2022年度を除き赤字であり、経常利益率では2024年度の-4.1%が最大の赤字割合であった。

100床あたりの医業利益は7年続けて赤字であり、赤字額は2018年度の-9,666万円から2020年度には-24,729万円に大幅に増加し、2024年度は-25,033万円であった。また、100床あたりの経常利益では、2018年度-1,430万円、2019年度-1,289万円から2020年度には11,306万円に黒字転化し、黒字額は2021年度の24,578万円が最大であったが、2023年度には赤字に転じて-5,842万円、2024年度は-12,716万円となり7年比較で最大の赤字額となった(表10)。

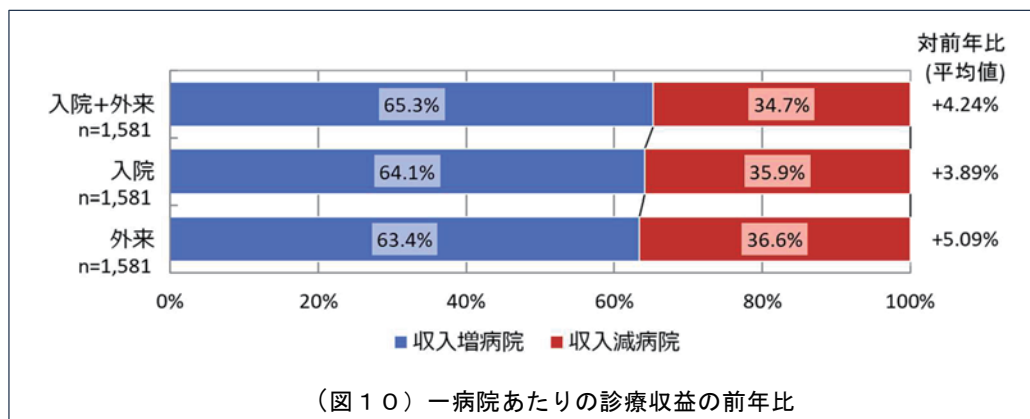
科目 (単位:千円)	一病院あたりの損益							100床あたりの平均							n=65						
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度	対2018年度比	対2019年度比	対2020年度比	対2021年度比	対2022年度比	対2023年度比	
①医業収益	9,978,631	10,260,260	9,719,049	10,263,370	10,493,749	10,752,430	11,047,120	2,708,301	2,813,165	2,664,775	2,829,413	2,905,617	2,977,244	3,075,611	13.6%	9.3%	15.4%	8.7%	5.9%	3.3%	
入院診療収入	6,534,552	6,649,071	6,268,595	6,584,458	6,740,666	6,972,332	7,264,089	1,773,543	1,823,046	1,718,727	1,815,208	1,866,425	1,930,571	2,022,383	14.0%	10.9%	17.7%	11.4%	8.4%	4.8%	
外来診療収入	2,991,198	3,157,353	3,048,282	3,253,389	3,344,181	3,368,254	3,354,338	811,841	865,685	835,780	896,897	925,971	932,637	938,876	5.6%	2.2%	15.8%	14.8%	16.3%	14.1%	
その他医業収入	293,565	290,944	258,442	281,293	267,109	267,292	264,718	79,676	79,771	70,860	77,547	73,960	74,011	73,700	-7.5%	-7.6%	4.0%	-5.0%	-0.4%	-0.4%	
②医業費用	10,334,770	10,644,739	10,620,984	10,905,787	11,289,653	11,540,469	11,946,294	2,804,961	2,918,581	2,912,068	3,006,515	3,125,996	3,195,444	3,325,948	18.6%	14.0%	14.2%	10.6%	6.4%	4.1%	
材料費	2,900,206	3,092,585	2,973,043	3,166,288	3,277,581	3,438,582	3,529,571	787,145	847,927	815,151	872,884	907,530	952,110	982,662	24.8%	15.9%	20.5%	12.6%	8.3%	3.2%	
医薬品費(再掲)	1,724,344	1,871,992	1,803,140	1,915,785	2,026,714	2,136,480	2,161,091	468,004	513,264	494,386	528,145	561,731	591,570	604,666	28.6%	17.2%	21.3%	13.9%	7.1%	1.7%	
診療材料費(再掲)	1,091,658	1,114,442	1,089,215	1,164,121	1,163,603	1,211,942	1,272,903	296,287	305,538	298,642	320,926	322,190	335,575	354,387	19.6%	16.0%	18.7%	10.4%	10.0%	5.6%	
給与費	5,117,007	5,185,200	5,245,409	5,272,691	5,442,164	5,480,737	5,668,500	1,388,807	1,421,681	1,438,190	1,453,579	1,506,882	1,517,563	1,578,158	13.6%	11.0%	9.7%	8.6%	4.7%	4.0%	
委託費	681,848	711,990	756,973	793,295	804,646	833,118	861,846	185,060	195,214	207,547	218,696	222,799	230,682	239,945	29.7%	22.9%	15.6%	9.7%	7.7%	4.0%	
設備維持費	962,720	962,354	966,789	973,272	977,788	1,008,239	1,064,186	261,292	263,859	265,075	268,312	270,740	279,172	296,278	13.4%	12.3%	11.8%	10.4%	9.4%	6.1%	
減価償却費(再掲)	673,294	661,854	652,029	663,780	652,529	668,824	712,386	182,739	181,467	178,774	182,991	180,679	185,191	198,334	8.5%	9.3%	10.9%	8.4%	9.8%	7.1%	
研究開発費	33,848	32,401	15,860	18,405	24,305	29,305	29,919	9,187	8,884	4,349	5,074	6,730	8,114	8,330	-9.3%	-6.2%	91.6%	64.2%	23.8%	2.7%	
経費	509,164	512,992	494,143	511,156	584,608	562,799	587,617	138,192	140,652	135,484	140,916	161,872	155,834	163,597	18.4%	16.3%	20.8%	16.1%	1.1%	5.0%	
水道光熱費(再掲)	171,573	240,877	211,490	220,473	240,877	211,490	220,473	47,299	66,696	58,560	61,381	66,696	58,560	61,381	29.8%	-8.0%	4.8%	38.3%	-7.1%	4.3%	
電気料金	101,631	150,582	134,162	139,185	150,582	134,162	139,185	28,018	41,695	37,146	38,750	41,695	37,146	38,750	33.8%	-12.8%	10.8%	1.5%	-4.9%	-0.2%	
燃料料金	34,318	52,494	41,246	45,470	52,494	41,246	45,470	9,460	14,516	11,421	12,659	14,516	11,421	12,659	26.7%	-20.3%	-16.8%	-21.0%	-23.1%	-4.9%	
その他水道光熱費	35,626	37,871	36,082	35,818	35,626	37,871	35,818	8,821	10,486	9,991	9,972	9,991	9,972	9,991	1.5%	-4.9%	-0.2%				
控除対象外消費税等負担額	112,521	130,116	151,623	153,884	159,487	167,914	186,340	30,539	35,675	41,572	42,423	44,160	46,494	51,879	69.9%	45.4%	24.8%	22.3%	17.5%	11.6%	
本部費負担額	17,456	17,101	17,144	16,797	19,075	19,174	18,316	4,738	4,689	4,701	4,630	5,282	5,475	5,099	7.6%	8.8%	8.5%	10.1%	-3.5%	-6.9%	
③医業利益(①-②)	-356,139	-384,478	-901,935	-642,417	-795,904	-788,039	-899,175	-96,660	-105,416	-247,293	-177,102	-220,378	-218,200	-250,338							
④医業外収益	513,911	529,182	1,498,023	1,726,302	1,462,362	736,058	592,888	139,481	145,092	410,729	475,908	404,914	203,807	165,065	18.3%	13.8%	-59.8%	-65.3%	-59.2%	-19.0%	
運営費補助金(再掲)	184,033	180,877	825,093	969,914	795,397	339,863	224,404	49,948	49,593	226,225	267,387	220,238	94,105	62,476	25.1%	26.0%	-72.4%	-76.6%	-71.6%	-33.6%	
施設設備補助金(再掲)	43,066	42,503	85,548	112,336	88,562	61,286	55,476	11,688	11,653	23,455	30,969	24,522	16,969	15,445	32.1%	32.5%	-34.2%	-50.1%	-37.0%	-9.0%	
その他補助金(再掲)	63,298	79,453	369,822	397,768	290,841	75,214	45,912	17,207	21,785	101,398	109,657	80,531	20,854	12,882	-25.7%	-41.3%	-87.4%	-88.3%	-84.1%	-38.7%	
⑤医業外費用	210,487	191,744	183,702	192,319	196,640	159,014	150,456	57,128	52,573	50,368	53,019	54,448	44,030	41,888	-26.7%	-20.3%	-16.8%	-21.0%	-23.1%	-4.9%	
⑥経常利益((①+④)-(②+⑤))	-52,715	-47,040	412,385	891,567	469,818	-210,955	-456,743	-14,307	-12,898	113,068	245,788	130,088	-58,422	-127,161							
コロナ関連補助金を除く経常利益(⑥-⑦)	-52,715	-48,668	-430,447	-218,514	-400,605	-361,266	-456,743	-14,307	-13,344	-118,020	-60,240	-110,924	-100,031								
医業利益率(③÷①)	-3.6%	-3.7%	-9.3%	-6.3%	-7.6%	-7.3%	-8.1%	-3.6%	-3.7%	-9.3%	-6.3%	-7.6%	-7.3%	-8.1%							
経常利益率(⑥÷①)	-0.5%	-0.5%	4.2%	8.7%	4.5%	-2.0%	-4.1%	-0.5%	-0.5%	4.2%	8.7%	4.5%	-2.0%	-4.1%							
※1 補助金(運営・施設・その他)	290,496	302,833	1,280,463	1,480,018	1,174,799	476,463	325,792	78,844	83,031	351,078	408,012	325,291	131,928	90,703	15.0%	9.2%	-74.2%	-77.8%	-72.1%	-31.2%	
※2 補助金を除く(医業外収益(④-※1))	223,414	226,349	216,560	246,285	287,563	259,596	267,096	60,637	62,061	59,651	67,896	79,623	71,879	74,362	22.6%	19.8%	24.7%	9.5%	-6.6%	3.5%	
※3 損益差額(③+※2-⑤)	-343,212	-349,873	-868,077	-588,450	-704,981	-687,457	-782,535	-93,151	-95,929	-238,010	-162,224	-195,202	-190,350	-217,864							
⑦コロナ関連緊急包括支援事業収入金額		1,627	842,833	1,110,081	870,423	150,272		446	231,088	306,028	241,012	41,609									

(表10) 一病院あたりの損益・100床あたりの平均

Ⅶ. 診療収益・診療単価・延患者数の前年同月比較（2024年6月/2025年6月）

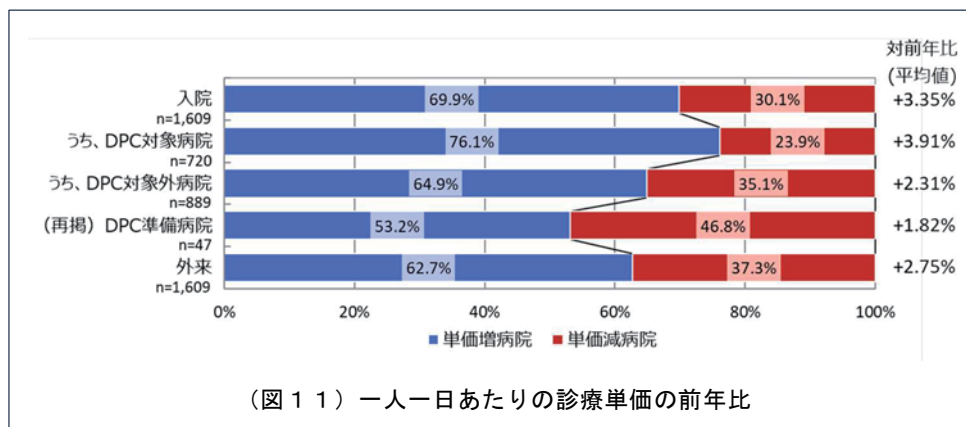
1. 一病院あたりの診療収益の前年比

2024年6月及び2025年6月の前年同月比較において入院＋外来の診療収益は、65.3%の病院が増収であり、対前年比(平均値)は+4.24%であった。入院、外来それぞれの診療収益は、入院が64.1%、外来が63.4%の病院で増収であった。対前年比(平均値)は、入院+3.89%、外来+5.09%であった(図10)。



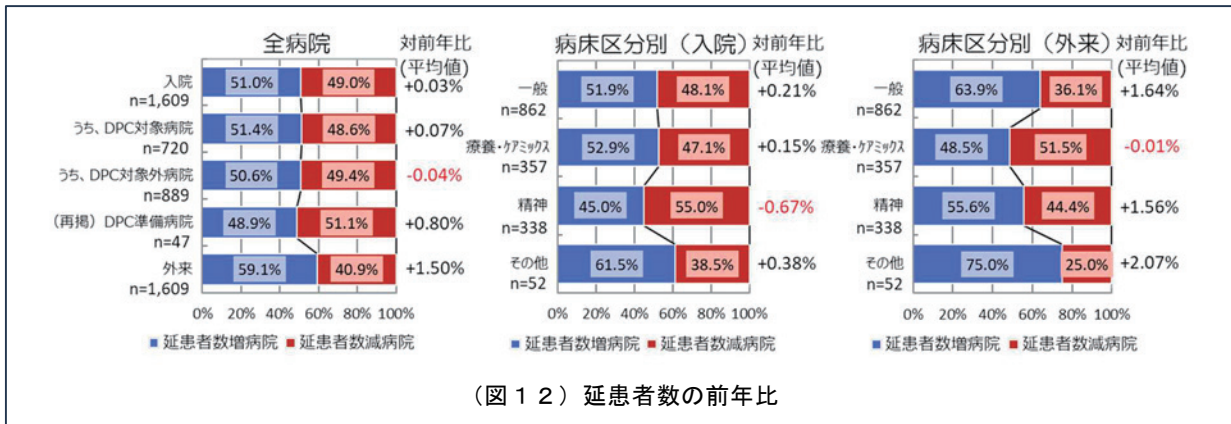
2. 一人一日あたりの診療単価の前年比

一人一日あたりの診療単価の前年同月比較では、入院全体で69.9%の病院が単価増となっていた(DPC対象病院では76.1%、DPC対象外病院では64.9%が単価増)。対前年比(平均値)では、入院全体で+3.35%。内訳としてDPC対象病院が+3.91%、DPC対象外病院が+2.31%と単価増になっていた。外来は+2.75%の単価増となっていた(図11)。



3. 延患者数の前年比

全病院の延患者数は、入院は51.0%と延患者数増病院の割合がわずかに高かった。外来も59.1%と延患者数増病院の割合が高かった。対前年比では、入院は+0.03%で横ばい、外来は+1.50%の増加となっていた（図12）。

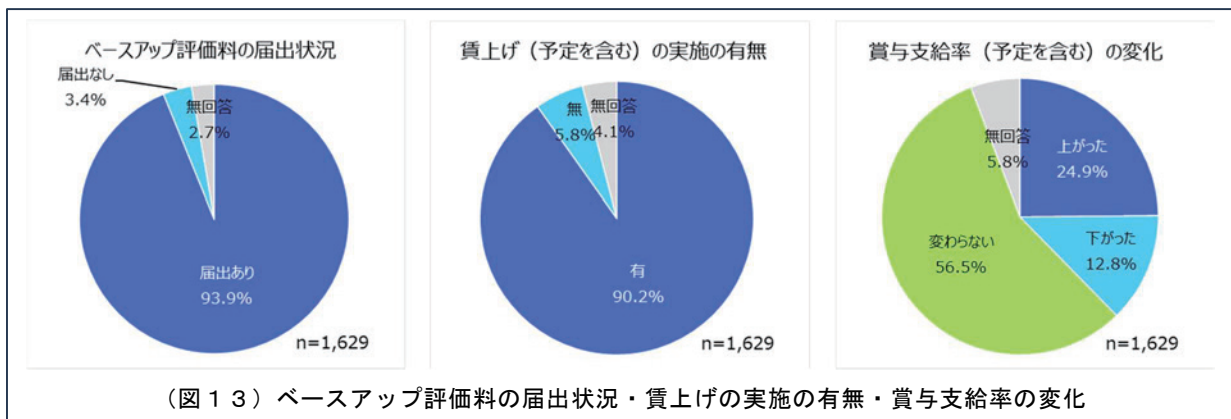


(図12) 延患者数の前年比

Ⅷ. 賃上げ対応 (2025年度) について

1. ベースアップ評価料の届出状況・賃上げの実施の有無・賞与支給率の変化

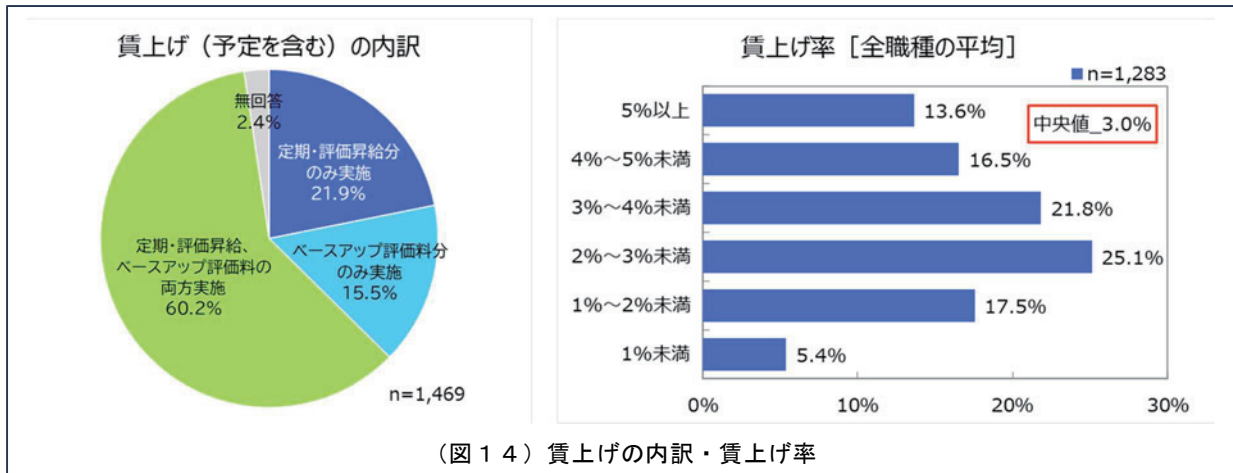
ベースアップ評価料の届出は、93.9%の病院が行っており、賃上げも90.2%が実施していた。賞与支給率（予定を含む）の変化について、「変わらない」と回答した病院が最も多く56.5%、「上がった」が24.9%、「下がった」が12.8%であった（図13）。



(図13) ベースアップ評価料の届出状況・賃上げの実施の有無・賞与支給率の変化

2. 賃上げの内訳・賃上げ率

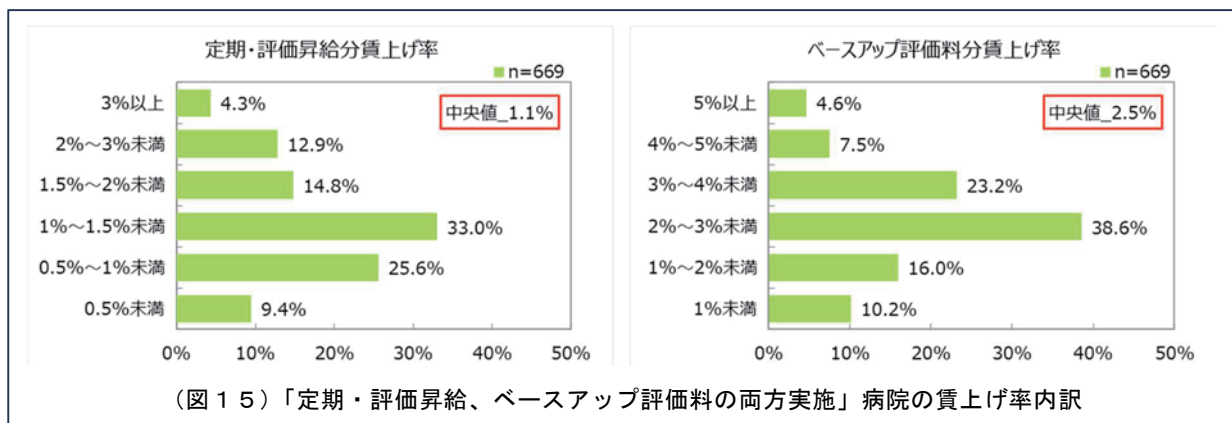
賃上げ実施「有」と回答した 1,469 病院のうち、60.2%が定期・評価昇給とベースアップ評価料の両方を実施していた。全職種の平均賃上げ率は、「2%～3%未満」が最も多く 25.1%であった。中央値は 3.0%であった（図 14）。



(図 14) 賃上げの内訳・賃上げ率

3. 「定期・評価昇給、ベースアップ評価料の両方実施」病院の賃上げ率内訳

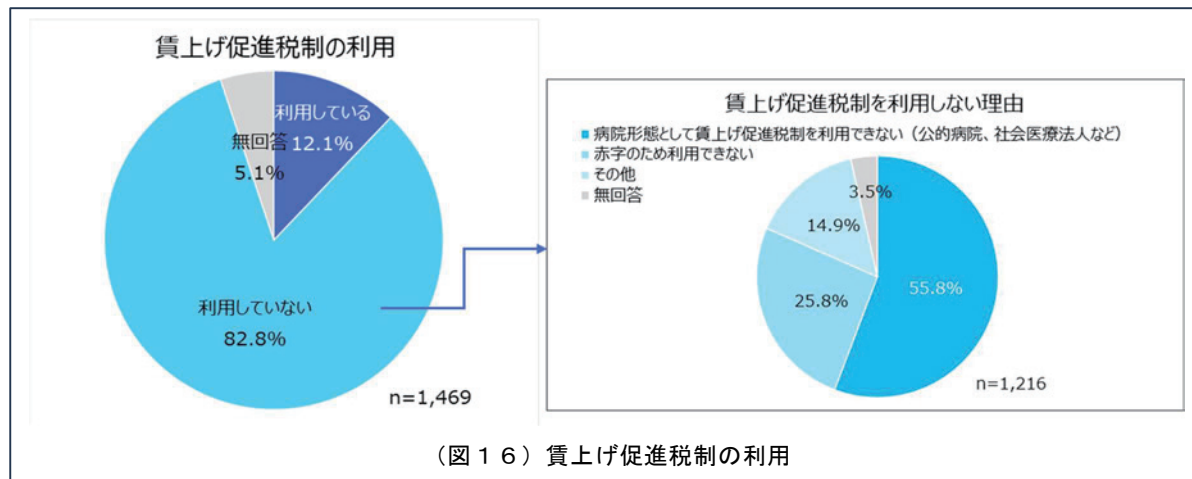
「定期・評価昇給、ベースアップ評価料の両方実施」と回答した病院の賃上げ率の内訳では、定期・評価昇給分の賃上げ率は「1%～1.5%未満」が 33.0%と最も多く、中央値は 1.1%であった。ベースアップ評価料分の賃上げ率は「2%～3%未満」が 38.6%と最も多く、中央値は 2.5%であった（図 15）。



(図 15) 「定期・評価昇給、ベースアップ評価料の両方実施」病院の賃上げ率内訳

4. 賃上げ促進税制の利用

賃上げ実施「有」と回答した1,469病院のうち、賃上げ促進税制を利用している病院は12.1%に留まった。賃上げ促進税制を利用していない病院の理由としては「病院形態として賃上げ促進税制を利用できない」が55.8%を占めていた（図16）。



（図16）賃上げ促進税制の利用

IX. 名簿

一般社団法人	日本病院会	会長	相澤 孝夫
公益社団法人	全日本病院協会	会長	神野 正博
一般社団法人	日本医療法人協会	会長	伊藤 伸一
公益社団法人	日本精神科病院協会	会長	山崎 學

<病院団体合同調査ワーキンググループ>

日本病院会	副会長		島 弘志
日本病院会	診療報酬作業小委員会	委員長	永易 卓
日本病院会	診療報酬作業小委員会	委員	中山 和則(代理)
日本病院会	診療報酬作業小委員会	委員	原口 博(代理)
全日本病院協会	医療保険・診療報酬委員会	委員長	津留 英智
全日本病院協会	医療保険・診療報酬委員会	副委員長	太田 圭洋
全日本病院協会	医療保険・診療報酬委員会	委員	西本 育夫
日本医療法人協会	副会長		太田 圭洋
日本精神科病院協会	常務理事		大村 重成

<日本病院会 診療報酬検討委員会>

委員長	島 弘志	新古賀病院	総病院長
副委員長	岡 俊明	聖隷浜松病院	病院長
委員	梶川 昌二	諏訪赤十字病院	名誉院長
	亀田 信介	安房地域医療センター	理事長
	北村 立	石川県立こころの病院	病院長
	富満 弘之	JA とりで総合医療センター	院長
	牧野 憲一	旭川赤十字病院	名誉院長・特別顧問
	永易 卓	若弘会本部	理事・総務部長
	須貝 和則	国立国際医療センター	事務部長

＜全日本病院協会 医療保険・診療報酬委員会＞

委員長	津留 英智	宗像水光会総合病院	理事長
副委員長	太田 圭洋	名古屋記念病院	理事長
委員	田蒔 正治	たまき青空病院	理事長
	濱砂 カヨ	宮崎善仁会病院	理事長
	丸山 泰幸	岩槻南病院	理事長・院長
	小關 剛	筑波記念病院	理事長
	木村 玄	木村病院	院長
	高橋 大賀	新札幌ひばりが丘病院	理事長
	西本 育夫	横浜メディカルグループ	業務部長
	増田 好美	新生会第一病院	医事課長

＜日本医療法人協会 医療・介護保険・地域包括ケア部会＞

部会長	関 健	城西病院	理事長・総長
部会員	太田 圭洋	名古屋記念病院	理事長
	西村 直久	西部総合病院	理事長
	金澤 知徳	青磁野リハビリテーション病院	理事長
	佐能 量雄	光生病院	理事長
	高橋 幹治	片倉病院	理事長
	谷本 康信	本郷中央病院	病院長
	鬼塚 一郎	田主丸中央病院	理事長
	田辺 裕久	朝倉病院	理事長
	武田 隆久	武田総合病院	理事長
	武田 敏也	京都武田病院	理事長

＜日本精神病院協会 医療経済委員会＞

担当副会長	平川 淳一	平川病院	院長
担当常務理事	馬屋原 健	光の丘病院	理事長・院長
担当常務理事	大村 重成	福岡保養院	理事長・院長
担当理事	長瀬 幸弘	高月病院	院長
担当理事・委員長	澤 滋	さわ病院	理事長・院長
委員	田尾 大樹	大谷地病院	理事長・院長
	小林 和人	山容病院	理事長・院長
	木村 大	木村病院	理事長
	片山 成仁	成仁病院	理事長
	井上 秀之	むつみホスピタル	理事長

<日本病院会 診療報酬作業小委員会>

委員長	永易 卓	若弘会本部	理事・総務部長
委員	朝見 浩一	東京女子医科大学附属足立医療センター	事務部次長
	荒井 康夫	北里大学未来工学部データサイエンス学科	准教授
	池田 隆一	社会医療法人財団慈泉会 本部 秘書室	室長・理事長秘書
	川越 陽一	虎の門病院	事務部次長
	北澤 将	東北公済病院	事務部長
	田畑 久美	沼津中央病院	事務部長
	中山 和則	筑波メディカルセンター病院	副院長・事務部長
	原口 博	公立昭和病院	事務局長
	平井 幸彦	天神会 法人本部	経営企画部 課長
	町田 洋治	東京都済生会中央病院	事務次長代理

厚生労働大臣
福岡 資麿 殿

日本病院団体協議会

議長 望月 泉

一般社団法人国立大学病院長会議	会長	大鳥 精司
独立行政法人国立病院機構	理事長	新木 一弘
一般社団法人全国公私病院連盟	会長	邊見 公雄
公益社団法人全国自治体病院協議会	会長	望月 泉
公益社団法人全日本病院協会	会長	猪口 雄二
独立行政法人地域医療機能推進機構	理事長	山本 修一
一般社団法人地域包括ケア推進病棟協会	会長	仲井 培雄
一般社団法人日本医療法人協会	会長	加納 繁照
一般社団法人日本社会医療法人協議会	会長	西澤 寛俊
一般社団法人日本私立医科大学協会	参与	小山 信彌
公益社団法人日本精神科病院協会	会長	山崎 學
一般社団法人日本病院会	会長	相澤 孝夫
一般社団法人日本慢性期医療協会	会長	橋本 康子
一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会	会長	斉藤 正身
独立行政法人労働者健康安全機構	理事長	大西 洋英



令和8年度（2026年度）診療報酬改定に係る要望書【第1報】

新型コロナウイルス感染症によるパンデミックが明け、社会や経済の情勢も大きく変化し、エネルギー価格の上昇や円安、また経済がインフレ基調に変化したことで、物価高騰・人件費が高騰するさなか、前回令和6年度（2024年度）診療報酬改定を迎えた。

総務省が令和7年1月24日発表した令和6年度（2024年度）消費者物価指数（総合指数）は2020年を100として108.5であり前年比2.7%の上昇だった。また2024年12月の消費者物価指数（CPI、2020年=100）は変動の大きい生鮮食品を除く総合指数が109.6となり、前年同月と比べて3.0%上昇した。一般企業は物価・賃上げコスト増を商品やサービス提供価格に転嫁できるが、我々医療機関はコスト増を診療報酬に上乘せすることが出来ない。令和6年度診療報酬改定率が0.88%と低く抑えられた影響で、病院経営はこれまでに経験のない極めて厳しい状況に置かれている。

病院医療は地域社会の最も必要なインフラの一つである。例えば感染症の流行拡大や、不測の自然災害等に際しても、地域医療を破綻させないためには、安心・安全を守る為にある程度余裕を持たせた診療報酬改定が求められる。そのためにも、社会保障予算に関して、「社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する」と言う財政フレームの根本的な見直しが求められる。

これらの点を踏まえ、日本病院団体協議会としては、次期令和8年度（2026年度）診療報酬改定に於いて、以下の5項目について要望する。

1. 入院基本料の引上げ

諸物価・人件費・各委託費高騰、建築費高騰など医療提供に必要となるコスト上昇に対して、病院経営の持続性を確保し、質の高い医療サービス提供を維持し、患者への適切なケアを継続することが可能となるよう、入院基本料の大幅な引き上げを要望する。

2. 診療報酬が物価高騰や人件費高騰に適切に対応する仕組みの導入

基本的に2年に1度の診療報酬改定では、物価・人件費高騰のスピードに対応出来ない為、病院経営が悪化しており、結果として医療提供サービスの質の低下につながるリスクが高い。コスト上昇に迅速に対応できる診療報酬上の新たな仕組み（自動調整システム、加算制度等）を導入することを要望する。

3. 人員配置を基本要件とした従来型の診療報酬体系の抜本的な見直し

人口減少、少子超高齢社会の到来により、医療スタッフの確保は困難を極めており、更に看護補助者や事務職員等の処遇は、一般企業の賃上げには追い付いておらず、他業種への人材流出に歯止めが掛からない。従来の「人員配置基準ありき」の診療報酬体系を柔軟化し、医療提供実施の質やアウトカム評価、(医療サービス提供の質を維持する為の) プロセス評価等の仕組みを、段階的に導入する事を要望する。

4. 医療DX推進に係る費用に対する適切な評価

医療のマンパワーの確保が困難な中で、医療の質を維持するためには、医療の効率化、医療DXの推進は避けられない。しかし医療DXの推進にはかなりの初期投資と、維持費（ランニングコスト）、人材育成が必要となる。電子カルテにしても、各企業・ベンダーが昨今の物価高騰、人件費高騰の影響でシステム・機器更新に際して、巨額の費用を求めて来るケースが増えており、病院経営を著しく圧迫する原因となっている。これら医療DXの推進に係る費用に対しては、適切に評価する仕組みの導入を要望する。

5. 入院時食事療養費に対する継続的かつ適切な評価

令和6年度（2024年度）診療報酬改定では、約30年ぶりに入院時食事療養費について、一食当たり30円のプラス評価となった。その後の食材費・人件費高騰、給食委託費高騰を踏まえ、期中改定（中間年改定）として、更に一食あたり20円の引き上げとなった。しかしこれら引き上げを加味しても各医療機関における給食部門はほぼ赤字の状態から改善していない。食事療養費については引き続き現状の食材費・人件費・給食委託費高騰に見合う適切な評価を要望する。

以上

2025年5月23日

厚生労働大臣
福岡 資麿 殿

日本病院団体協議会	議長	望月 泉
一般社団法人国立大学病院長会議	会長	大鳥 精司
独立行政法人国立病院機構	理事長	新木 一弘
一般社団法人全国公私病院連盟	会長	邊見 公雄
公益社団法人全国自治体病院協議会	会長	望月 泉
公益社団法人全日本病院協会	会長	猪口 雄二
独立行政法人地域医療機能推進機構	理事長	山本 修一
一般社団法人地域包括ケア推進病棟協会	会長	仲井 培雄
一般社団法人日本医療法人協会	会長	加納 繁照
一般社団法人日本社会医療法人協議会	会長	西澤 寛俊
一般社団法人日本私立医科大学協会	参与	小山 信彌
公益社団法人日本精神科病院協会	会長	山崎 學
一般社団法人日本病院会	会長	相澤 孝夫
一般社団法人日本慢性期医療協会	会長	橋本 康子
一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会	会長	斉藤 正身
独立行政法人労働者健康安全機構	理事長	大西 洋英

公益社団法人日本医師会 会長 松本 吉郎

HPKI セカンド電子証明書による 電子処方箋リモート署名サービス有償化に係る要望書

電子処方箋は、オンライン資格確認等システムを拡張し、処方箋の電子的な運用を実現する仕組みであり、医療の質向上、重複投薬抑制、業務効率化が期待されている。2025年4月6日現在、運用病院は954施設、利用申請済みは2,710施設に上る。

導入までの経緯として、2016年のe文書法施行規則改正以降、実証事業や政府計画を経て2023年1月に運用開始。制度改正、HPKIカードによる電子署名、重複チェック機能などが整備され、導入支援と患者利便性向上が図られてきた。

2025年2月10日～19日に行われた医療機関等へのアンケート調査では、導入後のメリットとして医療安全・質の向上や医療DX推進体制整備加算が挙げられた一方、電子・紙併存の煩雑化や患者利用の少なさがデメリットとして認識されている。未導入の理

由は、システム導入・改修費用やランニングコスト等の経済的負担が大きいことが上位を占めた。また、2024年12月のシステム設定誤り事例を受け、導入を見送る病院も一部に認められた。

日本病院団体協議会は、電子処方箋普及のため厚生労働省医薬局と情報共有を行い、導入支援策や電子署名周りの状況などを確認した。1日1回の本人認証で電子署名が可能になる等のメリットや、半導体供給不足による直近のHPKIカードの後追い発行等を考慮して、リモート署名方式が推奨された。又、マイナポータル経由の電子署名申請無償化やマニュアル作成などの支援策が紹介された。

しかし、2025年2月下旬、一般財団法人 医療情報システム開発センター(MEDIS)からHPKIセカンド電子証明書による電子処方箋・電子調剤記録の電子署名サービス利用料有償化の通知があった。許可病床数に応じて年間5.5万円(400床未満)又は11万円(400床以上)の税込費用が発生し、2025年6月末までに支払われない場合は、7月からサービスが利用停止となる。

この突然の有償化に対し、日本病院団体協議会代表者会議でも議論され、3月にMEDISから有償化の理由が説明された。当初支払い基金が構築予定であったHPKIセカンド鍵署名(クラウド署名)サービスをMEDISが担っていること、公的補助金が年々減少して2024年は補助がなかったこと、災害対応未実装のため開発費と維持費の増額が見込まれることなどが挙げられた。医療DXを支えるセキュリティ基盤として、公的に整備すべきとの認識は日本医師会・日本薬剤師会等の関係団体で共有されているものの、公的補助金は依然として得られていない。

日本病院団体協議会の独自調査では、厚生労働省医薬局が2025年1月に発行したマニュアルにおいて、医療機関に推奨されるリモート署名のデメリットとして、2025年4月からクライアント証明書が有償化され、年度ごとの利用料の発生が明記されていることを確認した。また、ローカル署名の場合もライセンス料が発生する可能性が示唆されている。これらの有償化に関する記述は小さく、周知が十分ではない。

電子処方箋運用開始以来、導入支援が行われてきた中で、医療DXの基盤となるサービスを有償化することは、普及促進の流れに逆行するものである。昨年度末のシステム設定誤りによる混乱や、アンケート調査で明らかになった経済的負担の問題などを考慮すると、十分な説明がないまま性急に有償化を進めることは、普及の機運を損なう懸念がある。災害対応実装による更なる費用増も予想され、今後の電子処方箋利用そのものへの不安も生じている。

上記、医療の質向上や重複投薬抑制、業務の効率化が期待される電子処方箋を導入する病院を支援するために、以下を要望する。

記

- 1, HPKI セカンド電子証明書による電子処方箋リモート署名サービス利用料有償化を見直すこと。
- 2, HPKI セカンド電子証明書による電子処方箋リモート署名サービス提供者に対する公的補助を再開すること。

以上

2025年5月29日

一般財団法人 医療情報システム開発センター
理事長 山本 隆一 殿



日本病院団体協議会	議長	望月 泉
一般社団法人国立大学病院長会議	会長	大鳥 精司
独立行政法人国立病院機構	理事長	新木 一弘
一般社団法人全国公私病院連盟	会長	邊見 公雄
公益社団法人全国自治体病院協議会	会長	望月 泉
公益社団法人全日本病院協会	会長	猪口 雄二
独立行政法人地域医療機能推進機構	理事長	山本 修一
一般社団法人地域包括ケア推進病棟協会	会長	仲井 培雄
一般社団法人日本医療法人協会	会長	加納 繁照
一般社団法人日本社会医療法人協議会	会長	西澤 寛俊
一般社団法人日本私立医科大学協会	参与	小山 信彌
公益社団法人日本精神科病院協会	会長	山崎 學
一般社団法人日本病院会	会長	相澤 孝夫
一般社団法人日本慢性期医療協会	会長	橋本 康子
一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会	会長	斉藤 正身
独立行政法人労働者健康安全機構	理事長	大西 洋英

HPKI セカンド電子証明書による 電子処方箋リモート署名サービス有償化に係る要望

当協議会では、HPKI セカンド電子証明書による電子処方箋リモート署名サービスの有償化に関して議論を重ね、令和7年5月23日付で別紙の厚生労働大臣宛て要望書を厚生労働省医薬局長に提出しました。要望内容は以下の2点です。

1. HPKI セカンド電子証明書による電子処方箋リモート署名サービス利用料有償化を見直すこと
2. HPKI セカンド電子証明書による電子処方箋リモート署名サービス提供者に対する公的補助を再開すること

上記の要望に対し、厚生労働省からは、「システム導入に対する補助金の支出は可能であるが、ランニングコストについては補助の対象外である。とはいえ、医薬局としては、医療機関の負担を少しでも軽減できるよう、今後も方策の検討を進めたい」との回答がありました。

しかしながら、貴団体よりお示しの現在のサービス利用料に関するご案内によると、2025年4月にクライアント証明書の申請を行った医療機関が5月末までに入金できない場合、6月1日以降サービスの利用を停止するとされています。

依然として厳しい経営状況に置かれている多くの病院にとって、本サービスの利用料負担は決して軽視できるものではなく、重大な懸念事項となっています。

つきましては、当面の間サービスの利用停止を猶予いただくとともに、貴団体におかれましても厚生労働省に対して公的補助の必要性について強くご要望いただきたく、ここにお願い申し上げます。

何卒、病院の実情をご賢察のうえ、格別のご高配を賜りますようお願い申し上げます。

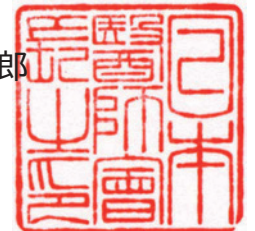
2025年5月23日

厚生労働大臣
福岡 資麿 殿

日本病院団体協議会	議長	望月 泉
一般社団法人国立大学病院長会議	会長	大鳥 精司
独立行政法人国立病院機構	理事長	新木 一弘
一般社団法人全国公私病院連盟	会長	邊見 公雄
公益社団法人全国自治体病院協議会	会長	望月 泉
公益社団法人全日本病院協会	会長	猪口 雄二
独立行政法人地域医療機能推進機構	理事長	山本 修一
一般社団法人地域包括ケア推進病棟協会	会長	仲井 培雄
一般社団法人日本医療法人協会	会長	加納 繁照
一般社団法人日本社会医療法人協議会	会長	西澤 寛俊
一般社団法人日本私立医科大学協会	参与	小山 信彌
公益社団法人日本精神科病院協会	会長	山崎 學
一般社団法人日本病院会	会長	相澤 孝夫
一般社団法人日本慢性期医療協会	会長	橋本 康子
一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会	会長	斉藤 正身
独立行政法人労働者健康安全機構	理事長	大西 洋英



公益社団法人日本医師会 会長 松本 吉郎



HPKI セカンド電子証明書による 電子処方箋リモート署名サービス有償化に係る要望書

電子処方箋は、オンライン資格確認等システムを拡張し、処方箋の電子的な運用を実現する仕組みであり、医療の質向上、重複投薬抑制、業務効率化が期待されている。2025年4月6日現在、運用病院は954施設、利用申請済みは2,710施設に上る。

導入までの経緯として、2016年のe文書法施行規則改正以降、実証事業や政府計画を経て2023年1月に運用開始。制度改正、HPKIカードによる電子署名、重複チェック機能などが整備され、導入支援と患者利便性向上が図られてきた。

2025年2月10日～19日に行われた医療機関等へのアンケート調査では、導入後のメリットとして医療安全・質の向上や医療DX推進体制整備加算が挙げられた一方、電子・紙併存の煩雑化や患者利用の少なさがデメリットとして認識されている。未導入の理

由は、システム導入・改修費用やランニングコスト等の経済的負担が大きいことが上位を占めた。また、2024年12月のシステム設定誤り事例を受け、導入を見送る病院も一部に認めた。

日本病院団体協議会は、電子処方箋普及のため厚生労働省医薬局と情報共有を行い、導入支援策や電子署名周りの状況などを確認した。1日1回の本人認証で電子署名が可能になる等のメリットや、半導体供給不足による直近のHPKIカードの後追い発行等を考慮して、リモート署名方式が推奨された。又、マイナポータル経由の電子署名申請無償化やマニュアル作成などの支援策が紹介された。

しかし、2025年2月下旬、一般財団法人 医療情報システム開発センター(MEDIS)からHPKIセカンド電子証明書による電子処方箋・電子調剤記録の電子署名サービス利用料有償化の通知があった。許可病床数に応じて年間5.5万円(400床未満)又は11万円(400床以上)の税込費用が発生し、2025年6月末までに支払われない場合は、7月からサービスが利用停止となる。

この突然の有償化に対し、日本病院団体協議会代表者会議でも議論され、3月にMEDISから有償化の理由が説明された。当初支払い基金が構築予定であったHPKIセカンド鍵署名(クラウド署名)サービスをMEDISが担っていること、公的補助金が年々減少して2024年は補助がなかったこと、災害対応未実装のため開発費と維持費の増額が見込まれることなどが挙げられた。医療DXを支えるセキュリティ基盤として、公的に整備すべきとの認識は日本医師会・日本薬剤師会等の関係団体で共有されているものの、公的補助金は依然として得られていない。

日本病院団体協議会の独自調査では、厚生労働省医薬局が2025年1月に発行したマニュアルにおいて、医療機関に推奨されるリモート署名のデメリットとして、2025年4月からクライアント証明書が有償化され、年度ごとの利用料の発生が明記されていることを確認した。また、ローカル署名の場合もライセンス料が発生する可能性が示唆されている。これらの有償化に関する記述は小さく、周知が十分ではない。

電子処方箋運用開始以来、導入支援が行われてきた中で、医療DXの基盤となるサービスを有償化することは、普及促進の流れに逆行するものである。昨年度末のシステム設定誤りによる混乱や、アンケート調査で明らかになった経済的負担の問題などを考慮すると、十分な説明がないまま性急に有償化を進めることは、普及の機運を損なう懸念がある。災害対応実装による更なる費用増も予想され、今後の電子処方箋利用そのものへの不安も生じている。

上記、医療の質向上や重複投薬抑制、業務の効率化が期待される電子処方箋を導入する病院を支援するために、以下を要望する。

記

- 1, HPKI セカンド電子証明書による電子処方箋リモート署名サービス利用料有償化を見直すこと。
- 2, HPKI セカンド電子証明書による電子処方箋リモート署名サービス提供者に対する公的補助を再開すること。

以上

2025年 7月 16日

厚生労働大臣
福岡 資麿 殿



日本病院団体協議会	議長	望月 泉
一般社団法人国立大学病院長会議	会長	大鳥 精司
独立行政法人国立病院機構	理事長	新木 一弘
一般社団法人全国公私病院連盟	会長	邊見 公雄
公益社団法人全国自治体病院協議会	会長	望月 泉
公益社団法人全日本病院協会	会長	神野 正博
独立行政法人地域医療機能推進機構	理事長	山本 修一
一般社団法人地域包括ケア推進病棟協会	会長	仲井 培雄
一般社団法人日本医療法人協会	会長	伊藤 伸一
一般社団法人日本社会医療法人協議会	会長	西澤 寛俊
一般社団法人日本私立医科大学協会	参与	小山 信彌
公益社団法人日本精神科病院協会	会長	山崎 學
一般社団法人日本病院会	会長	相澤 孝夫
一般社団法人日本慢性期医療協会	会長	橋本 康子
一般社団法人日本リハビリテーション病院・施設協会	会長	斉藤 正身
独立行政法人労働者健康安全機構	理事長	大西 洋英

令和8年度（2026年度）診療報酬改定に係る要望書【第2報】

令和7年度に入っても、インフレ基調は変わらず、物価高騰、人件費高騰（令和7年春闘賃上げ率2年連続で5%超）は続いており、病院経営は更に深刻な状況へと悪化しています。病院医療は地域社会における最も重要なインフラの一つです。適切に診療報酬が上がらなければ、地域で必要とされる病院が経営難から機能不全に陥り、「助かるべき命が助からない」という本当の意味での医療崩壊が始まります。一旦崩壊した医療インフラは簡単に立ち直す事は出来ません。その危機的状況を回避させるためにも、前回総論的な要望【第1報】でお願いしましたように、基本的な入院料を堅実に引き上げて頂くと共に、より適切な医療サービスの提供が出来る様、改めて13項目の要望【第2報】を提出します。

1. 重症度、医療・看護必要度について内科系急性期患者の適切な評価の見直し

令和6年度診療報酬改定における、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の評価項目の見直しについて、内科系の急性期患者が評価されにくいという内科系評価指標に関する問題点について一定の認識が存在します。この点は（一社）内科系学会社会保険連合（内保連）からも過去に指摘があり、前回改定において内保連からも要望がなされていたところです。重症度、医療・看護必要度での、内科系急性期患者の評価の在り方については、内科系の重症度を的確に示す評価する指標が必要であり、評価の見直しを要望します。

2. 高齢急性期患者の受け入れに適切に機能する地域包括医療病棟入院料の見直し

地域包括医療病棟入院料については、2040年に向けて今後増加が見込まれる高齢者救急、高齢急性期患者に対応する病棟機能として、令和6年度改定で新設されましたが、重症度、医療・看護必要度の基準も含め、施設基準が非常に厳しく、急性期一般入院料1（7対1）の届け出要件を満たせなくなった病棟の受け皿としての意味合いにやや偏った施設基準であったとも言えます。急性期一般入院料と地域包括ケア病棟入院料との中間的機能のバランスを保ちながら、より積極的に高齢者救急、高齢急性期患者の受け入れが可能となるよう、適切な施設基準の見直しを要望します。

3. 介護専門職（介護福祉士）配置、介護を行う看護補助者の更なる評価と配置要件の拡大

令和6年度改定で新たに設けられた「看護補助体制充実加算1」では、看護補助者への評価が見直され、施設基準として初めて、「介護福祉士の資格、または看護補助者として3年以上の勤務経験と適切な研修の修了」が要件に加えられました。今後とも急性期から慢性期まで医療機関における要介護高齢者は増加し、看護師の介護負担は益々大きくなります。介護専門職（介護福祉士）配置、もしくは介護を行う看護補助者の更なる評価を要望します。

4. 精神病床における身体疾患やリハビリテーション、権利擁護等への対応に係る医療資源投入への適切な評価

精神病床では、近年、入院期間に関わらず重い精神症状を抱えた患者が増え、身体疾患の併存やADL低下に対するケアの量も増加しています。さらに、精神保健福祉法の改正等を経て、患者の権利擁護への対応の労力も増加しています。しかし多くの精神科病院が、新設後30年以上も経過している特定入院料等を算定せざるを得ず、医療資源投入量が診療報酬に十分に反映されていないため、精神病床が正當に評価されることを要望します。

5. 外来・在宅ベースアップ、入院ベースアップ評価料の適切な評価の見直しと、全職種を対象へ

令和7年度春闘の賃上げ率が2年連続で5%越えと言われる中で、我々医療界の人材が他産業に移動し、益々人手不足に拍車がかかることが無いように、他産業と同じ水準で賃上げが出来る様に、外来・在宅ベースアップ評価料、入院ベースアップ評価料の適切な評価の見直しを要望します。また加算対象外職員（事務職員・その他）に対しては各医療機関が持ち出しでベースアップを行っている場合があり、人件費負担増が医療経営を悪化の要因となっています。医療機関職員の全ての職種を評価対象にすることを要望します。

6. 在宅救急患者の受入と下り搬送受入側に関する、包括期・慢性期医療への評価

今後軽症、中等症の高齢者救急が増加するにあたり、包括期・慢性期の病棟において、在宅で急変した高齢のマルチモビディティ患者を、直接受け入れる場合の更なる評価を求めます。また、適切な下り搬送の評価として、救急患者連携搬送料が新設されましたが、搬送先の後方医療機関に於いても、夜間休日の受け入れを強化する場合の評価や、救急患者を3次救急医療機関等まで迎えに行き転院搬送する場合の新たな評価を求めます。

7. 地域医療提供体制確保加算 救急車1,000台以上でも評価する仕組み

地域医療提供体制確保加算による評価は、令和4年度改定より、年間2,000台以上の救急車搬送件数に加え、「年間1,000台以上の救急搬送件数かつ総合周産期特定集中治療室等の届出」が追加されました。今後地域での2次救急を担う中小病院等における高齢者救急医療受け入れ体制を確保する為に、周産期医療又は小児救急医療の実績がない場合であっても年間1,000台以上の救急車搬送件数で算定が可能となるよう評価の見直しを求めます。

8. 医師事務作業補助体制加算の更なる評価

医師事務作業補助体制加算は、これまでも診療報酬改定で毎回評価を上げて頂いておりますが、今後医師の働き方改革を更に推進し、医師の負担軽減を図る為にも、医師事務作業補助体制加算1において病床数15対1の配置以上に加配した場合の医師事務作業補助体制加算の更なる評価を求めます。また施設基準においては、年間緊急入院患者数の要件がまだまだ厳しく要件の更なる緩和を求めます。

9. 医療DX推進に係る、実質を反映する更なる評価

医療機関が、情報通信技術（ICT）を活用し、医療の質向上や業務効率化を図ることで、患者満足度向上、医療従事者の負担軽減、そして病院経営の安定化等の多くのメリットをもたらすことを目的とし、医療DXの推進体制を整備した場合に算定できる加算として、医療DX推進体制整備加算や医療情報取得加算が新設されています。しかし、電子処方箋システムや医療情報取得システム（管理側）の整備・改修に於いて、医療機関経営も不安定な中、既に多額の投資費用が発生しており、補助金等のみで安心安全な電子処方箋システム等の構築・完備・維持が可能な状況とは言えません。適切な診療報酬による評価を要望します。

10. 医師の働き方改革に係る「宿日直許可基準」の取扱いと特定集中治療室の医師要件の緩和

医師の働き方改革の一環として、特定集中治療室（ICU）や新生児特定集中治療室（NICU）の宿日直許可基準の取扱いが令和6年度改定で明確化され、宿日直を行う医師を配置するICUに低い点数の特定集中治療室管理料5・6が新設されました。宿日直許可を得れば大幅な減収となり、一方で上位管理料や加算を取得するためにICU等勤務医について夜勤とすれば、翌日の医師確保が困難となる等の影響が大きい為、評価の見直しを要望します。

11. 内視鏡手術支援機器を用いる手術及びロボット手術（ダヴィンチ、ヒノトリ等）の評価

内視鏡手術用支援機器を用いた内視鏡手術（以下ロボット手術／ダヴィンチ・ヒノトリ等）は機器の国内導入は増加、症例数も増加しており、医学的安全性・有用性に関する評価も高まっています。一方で手術時に使用する消耗品や機器類のメンテナンス費用等については、通常の腹腔鏡下手術よりもかなり割高であり、費用実態に合わせた評価を要望します。また算定の為の施設基準（年間症例数）が厳しく、巨額の設備投資を行っても症例数が満たせない場合は届出を取り下げる事になります。今後安全で低侵襲のロボット手術活用が推進されるよう、基準の緩和を要望します。

1 2. 加算として扱われる医療材料等の評価の見直し

特定保険医療材料の価格については、昨今の急激な物価高により、定期的な見直しでは追いついていない現状があります。また「無菌調剤処理」や「自動縫合器」、「自動吻合器」など加算として評価される材料に関しては、長期間評価の見直しが行われないまま放置されているものも存在します。特定保険医療材料の価格上昇に迅速に対応出来る仕組みの構築と評価の見直しを要望します。

1 3. 高額医薬品管理料の新設

超高額医薬品の薬事承認が相次いでおり、使用額は年々増加しています。超高額医薬品は使用に至るまでの適切かつ慎重な薬剤保管（低温フリーザ等）、解凍作業等が必要であり、医療機関ではその管理コストが必要となります。また（患者側の都合等による）当該薬剤の使用不可・破損のリスクを負うばかりか、やむを得ぬ理由により投薬が中止となった場合には、当該医薬品費用を負担しなければなりません。超高額医薬品の管理料の新設を要望します。

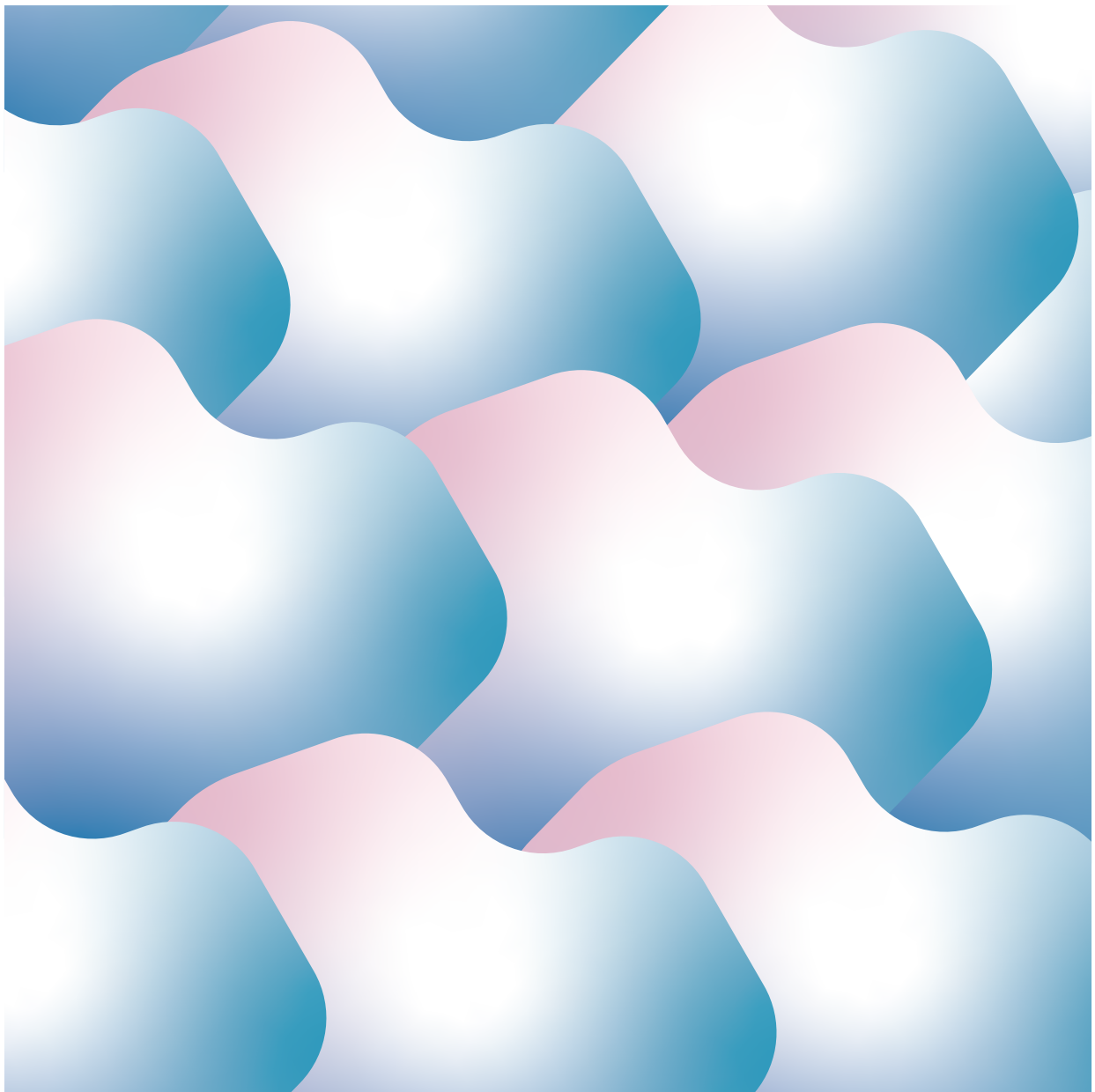
以上

第52回

国際モダンホスピタルショー2025

INTERNATIONAL MODERN HOSPITAL SHOW2025

結果報告書



2025年 7月 16日(水)・17日(木)・18日(金) 10:00
17:00

東京ビッグサイト
西展示棟

主催 一般社団法人日本病院会 / 一般社団法人日本経営協会

特別協力 公益社団法人日本看護協会

国際モダンホスピタルショウ2025

INTERNATIONAL MODERN HOSPITAL SHOW2025

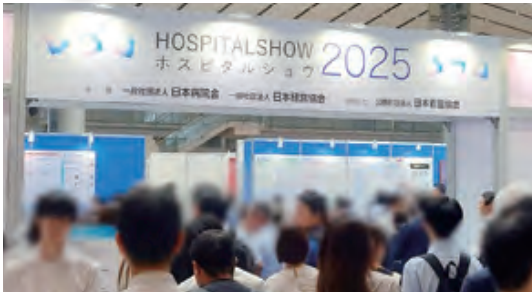
結果報告書



CONTENTS

国際モダンホスピタルショウ2025 実施概要／開催要綱	1
来場者数／開会式	2
広報・PR活動	3
主催者企画	4
セミナープログラム（出展者セミナー／主催者セミナー）	6
日本病院会主催セミナープログラム	8
後援・協賛団体インフォメーションコーナー出展団体一覧	9
来場者アンケート集計結果	10
出展者アンケート集計結果	17
ホスピタルショウオンライン2025活用レポート	20
会場マップ	22
出展者一覧（50音順）	24
国際モダンホスピタルショウ委員会組織	25
国際モダンホスピタルショウのあゆみ	27

国際モダンホスピタルショー2025 実施概要



国際モダンホスピタルショー2025は、『健康・医療・福祉の新たなステージ～いのち輝く安心社会2025～』をテーマに7月16日(水)・17日(木)・18日(金)の3日間、東京ビッグサイト西1・2・4ホール(会場面積26,600㎡・展示面積6,600㎡)を使用して開催した。会期中3日間の来場者数は35,645名、出展者数300社を数えた。

また、会期中は主催者セミナー、出展者セミナー、オープンステージセミナーなど68セッションのセミナーを実施、延べ5,756名を越す聴講者を集めた。

国際モダンホスピタルショー2025 開催要領

- 1名称** 国際モダンホスピタルショー2025
- 2主催** 一般社団法人 日本病院会／一般社団法人 日本経営協会 **3特別協力** 公益社団法人 日本看護協会
- 4テーマ** 「健康・医療・福祉の新たなステージ～いのち輝く安心社会2025～」
- 5会期** 2025年7月16日(水)・17日(木)・18日(金) 3日間 **6開場時間** 午前10時～午後5時
- 7面積** 会場面積:26,600㎡ 展示面積:6,600㎡ **8出展者数** 300社・団体(2024年開催時258社・団体)
- 9来場者数** 35,645人(3日間延べ)[2024年開催時35,408人(3日間延べ)]
- 10会場** 東京ビッグサイト 西1・2・4ホール 〒135-0063 東京都江東区有明3-11-1
- 11後援** 総務省、消防庁、外務省、文部科学省、厚生労働省、経済産業省、環境省、東京都、(独)日本貿易振興機構、(公社)日本医師会、(公社)日本歯科医師会、(公社)日本薬剤師会、(一財)医療情報システム開発センター、(一財)日本医薬情報センター、(公財)医療機器センター、(一財)医療関連サービス振興会、(公社)全国自治体病院協議会、(公社)全日本病院協会、(公社)日本精神科病院協会、(一社)日本医療法人協会、(一社)全国公私病院連盟、(一社)日本病院薬剤師会、(公社)日本栄養士会、(公社)日本診療放射線技師会、(一社)日本臨床衛生検査技師会、(一社)日本作業療法士協会、(公社)日本理学療法士協会、(公財)日本訪問看護財団、(一社)全国訪問看護事業協会、(公財)日本医療機能評価機構、(公社)日本医療ソーシャルワーカー協会、(一社)日本慢性期医療協会、(公社)日本人間ドック・予防医療学会 (順不同)
- 12協賛** (社福)全国社会福祉協議会、(一社)日本医療機器産業連合会、(一社)日本画像医療システム工業会、(一社)電子情報技術産業協会、日本薬科機器協会、(一社)日本医療機器工業会、(商組)日本医療機器協会、(一社)日本医療機器テクノロジー協会、(一社)日本理学療法機器工業会、日本医用光学機器工業会、(一社)日本分析機器工業会、(一社)日本衛生検査所協会、(一社)日本衛生材料工業連合会、(一社)日本ホームヘルス機器協会、(一社)日本医療福祉建築協会、(一社)保健医療福祉情報システム工業会、(一社)東京都医療ソーシャルワーカー協会、(公社)日本臨床工学技士会、東京商工会議所、(公財)テクノエイド協会、(公社)全国老人保健施設協会、(一財)日本救急医療財団、(一社)日本医療情報学会、(公社)全国老人福祉施設協議会、(公社)全国有料老人ホーム協会、(一社)日本ロボット工業会、(一社)日本産業・医療ガス協会、(一社)全国デイ・ケア協会、(一社)Medical Excellence JAPAN、(一社)日本医療機器学会、日本介護用入浴機器工業会、(特非)日本人間ドック健診協会、(特非)日本医師事務作業補助者協会、(一社)日本医療福祉設備協会、(一財)ハピネスライフ財団 (順不同)
- 13展示内容** ①医療情報システム ②施設環境・運営サポート ③医療機器 ④健診・健康増進
⑤看護 ⑥介護・福祉・リハビリ
- 14展示構成**
- メイン展示エリア
 - 主催者企画エリア
 - ・医療健康情報の共有によるパーソナライズドヘルスケアの未来
 - ・より良い病院経営のために
 - ・NPO法人日本人間ドック健診協会パビリオン
 - ・病院広報アワード
 - 主催者セミナー
 - 出展者セミナー
- 15同時開催** ナースまつり2025／自治体総合フェア2025／企業立地フェア2025

来場者数

1 来場者数

会期3日間の来場者数と前回開催(2024年)の来場者数は以下のとおりである。

2025年 西展示棟 西1・2・4ホール(第52回)

会場面積 26,600㎡		展示面積 6,600㎡	
1日目	7月16日(水)	(雨)	11,186人
2日目	7月17日(木)	(曇のち晴れ)	12,004人
3日目	7月18日(金)	(晴れ)	12,455人
合計			35,645人

2024年 東展示棟 東4・5・6ホール(第51回)

会場面積 26,000㎡		展示面積 6,500㎡	
1日目	7月10日(水)	(曇のち雨)	11,046人
2日目	7月11日(木)	(雨のち曇)	12,353人
3日目	7月12日(金)	(雨)	12,009人
合計			35,408人

開会式

開幕初日(7月16日)午前9時30分から、開会式が東京ビッグサイト西展示棟 アトリウムにて挙行され、関係者多数が出席した。

●開会式のプログラム

主催者挨拶

一般社団法人 日本病院会 会長 相澤 孝夫
 一般社団法人 日本経営協会 理事長 引野 隆志

来賓挨拶

厚生労働省 大臣官房医薬産業振興・医療情報審議官
 森 真弘 様
 公益社団法人 日本医師会 会長 松本 吉郎 様
 (代読:公益社団法人 日本医師会 常任理事 城守 国斗 様)
 公益社団法人 日本看護協会 会長 秋山 智弥 様

出展者代表挨拶

株式会社メドレー 代表取締役社長 CEO 瀧口 浩平 様

※所属・役職は2025年7月16日現在(以下、順不同)

ホスピタルショー委員長挨拶

ホスピタルショー委員会 委員長 大道 久

テープカット

厚生労働省 大臣官房医薬産業振興・医療情報審議官
 森 真弘 様
 公益社団法人 日本医師会 会長 松本 吉郎 様
 (代理:公益社団法人 日本医師会 常任理事 城守 国斗 様)
 公益社団法人 日本看護協会 会長 秋山 智弥 様
 株式会社メドレー 代表取締役社長 CEO 瀧口 浩平 様
 一般社団法人 日本病院会 会長 相澤 孝夫
 一般社団法人 日本経営協会 理事長 引野 隆志
 ホスピタルショー委員会 委員長 大道 久



主催者ならびに出展者から、病院関係者、ユーザーに対し約24万部の案内が発送されたほか、プレスリリース、各種印刷物を作成し、積極的なパブリシティ活動を展開するとともに業界専門紙・誌の広告を通じて来場者動員に努めた。

1 来場のご案内 (制作部数: 240,000部)

一般社団法人日本病院会会員病院、後援・協賛団体、ホスピタルショウ委員会委員、出展者および行政機関、公的機関、保健福祉関係施設、医療関係学会等に配布。



2 ホームページ

年間を通して最新の展示会情報を提供した。ホスピタルショウオンラインの登録への誘導ページとして設定。

(URL: <https://www.noma-hs.com>)



3 報道資料の配信

PR TIMESを活用し、プレスリリースを配信。

4 専門紙・誌広告

「病院新聞」 2月号／6月号／7月号
「日本病院会雑誌」 6月号

5 国際モダンホスピタルショウ会場マップ

会期中、会場にて無料配布。



展示ブースとセミナーステージを設置し、PRをした。

**【医療健康情報の共有による
パーソナライズドヘルスケアの未来】**

出展者(50音順)

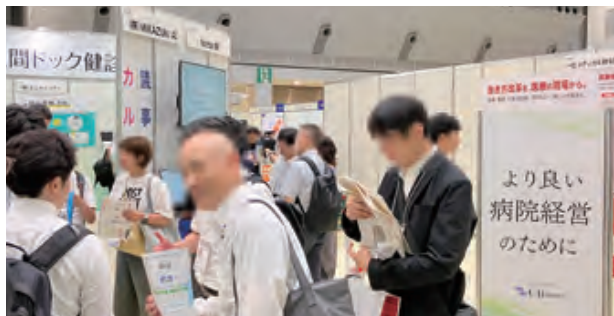
(株)エウクラシア/エムジーファクトリー(株)/神奈川県末病産業研究会/(株)データフォーシーズ/(株)トータルブレインケア/(一社)NeXEHRs/PHRサービス事業協会/(一社)PHR普及推進協議会/(株)ベスプラ/(一社)ヘルスケアイノベーション協会/Ubie(株)/(株)ラムテック



【より良い病院経営のために】

出展者(50音順)

コモン・クリエーション(株)/(株)人的資産研究所/Notta(株)/(株)ブランドクラウド/(株)MIKAZUKI/(一社)メディカルRPA協会



【NPO法人日本人間ドック健診協会パビリオン】

出展者(50音順)

ALTURA X(株)/(株)AND/(株)エムティーアイ/(株)ゼットメディケア/ディーブイエックス(株)/Dr.JOY(株)/NPO法人日本人間ドック健診協会

—— タイアップ企画セミナー ——

健診センターにおけるDXの可能性

PwCコンサルティング(同)

ヘルスケア・医薬ライフサイエンス事業部

ディレクター 増井 郷介氏



【病院広報アワード】

出展者(50音順)

TAKK(株)/(株)TakeAction/(株)ニチイ学館/(株)ヤプリ/LINE WORKS(株)/READYFOR(株)

—— タイアップ企画セミナー ——

病院広報アワード2025 表彰式&事例発表

経営者部門大賞: 社会医療法人大雄会 総合大雄会病院

広報担当部門大賞: 国立大学法人 鳥取大学医学部附属病院



主催者企画

セミナー E会場 場所:西4ホール内特設会場

総参加人数:900名

7/16(水)

- E-1** 11:00 ~ 12:00
健診センターにおけるDXの可能性
PWCコンサルティング(株) ヘルシア・医薬ライフサイエンス事業部 ディレクター 増井 郷介氏
- E-2** 12:20 ~ 12:40
ICTを活用したフレイル予防最新事例紹介
株式会社ベスプラ 代表取締役 遠山 陽介氏
- E-3** 13:00 ~ 13:20
PHR/EHR/生成AIが拓く未来医療
Ubile(株) 医師・プロダクトマネージャー 白石 達也氏
- E-4** 13:40 ~ 14:00
AI電話サービス徹底解説セミナー
Dr.JOY(株) フィールドセールス 牧野 剛士氏
- E-5** 14:20 ~ 14:40
健診の未来! デジタル・ペーパーレス化で解決
株式会社エムティーアイ CARADA営業部 中野渡 和也氏
- E-6** 15:00 ~ 15:20
日本発、世界標準へ—聴診DXが切り拓く新時代—
AMI(株) 代表取締役CEO 小川 晋平氏
- E-7** 15:40 ~ 16:00
症例多数! 新たな転倒予防へのアプローチ
株式会社トータルブレインケア 営業部 本田 新也氏
- E-8** 16:20 ~ 16:40
高齢者介護における危険行動のモニタリング
株式会社ラムテック 医用システム部 備本 真一氏

7/17(木)

- E-9** 11:00 ~ 11:20
なぜ今クラウド健診システムが選ばれるのか?
ALTURA X(株) セールsteam 札幌 将貴氏
- E-10** 11:40 ~ 12:00
誘導支援システムとPHRアプリの導入効果
株式会社ゼットメディア 代表取締役社長 松下 智久氏
- E-11** 12:20 ~ 12:40
医療課題を解決するRPA最新事例
(一社)メディカルRPA協会 理事 村山 典久氏
- E-12** 13:00 ~ 13:20
データで“次の一手”がみえる! 病院経営
株式会社フォーシーズ ライフサイエンスイノベーション推進部 ディレクター 藤井 昌人氏
ライフサイエンスユニット エキスパート 藤井 龍氏
- E-13** 13:40 ~ 14:00
中・大規模病院向け、LINE予約活用術
コモン・クリエーション(株) 取締役 留置 正浩氏
- E-14** 14:20 ~ 14:40
神奈川県が展開する未病指標とPHRの今後について
神奈川県 未病推進ディレクター 牧野 義之氏
- E-15** 15:00 ~ 15:20
医療DXを進める支援の実際
(一社)ヘルスケアイノベーション協会 共同理事 天野 達郎氏
共同理事 大角 知也氏
- E-16** 15:40 ~ 16:00
未病管理革命—Lifeleafの挑戦
株式会社ウクラシア 取締役 浅見 雅敏氏
- E-17** 16:20 ~ 16:40
PHRプラットフォーム コルムの展望について
エムジーファクトリー(株) 代表取締役 大沼 裕氏

7/18(金)

- E-18** 11:00 ~ 11:20
議事録もカルテもAIで時短! 実用のいま
株式会社MIKAZUKI AI 代表取締役 山本 陽平氏
 - E-19** 11:40 ~ 12:00
採用ミスマッチを防ぐ候補者体験の向上策
株式会社人的資産研究所(セブテニグループ) 取締役 平岩 力氏
 - E-20** 12:20 ~ 12:40
PHR産業推進に向けた課題認識と取り組み
PHRサービス事業協会 戦略アドバイザー 産業戦略WGリーダー 鹿渡 洋之氏
 - E-21** 13:00 ~ 14:15
**医療機関の収益を高める次の一手
~バリューイノベーションの発想~**
湘南鎌倉総合病院 事務部長 声原 教之氏
 - E-22** 14:45 ~ 15:45
**1万フォロワーをわずか1000日で獲得!
医療界のSNS女王が語る活用術**
湘南藤沢徳洲会病院 マーケティング課 主任 町田 詩織氏
- 各セミナーについて**

当日ご聴講希望の方は、
直接会場にお越しください。
当日受付が可能でしたら、ご案内いたします。



セミナープログラム

出展者セミナー A会場 場所: 西1ホール内特設会場

総参加人数: 1,034名

	7/16 (水)	7/17 (木)	7/18 (金)
11:30 ▼ 12:15	A-1 トレンドマイクロ(株) 攻撃経路を予測しリスクを軽減する“予防的”セキュリティ トレンドマイクロ(株) プラットフォームイネーブルメント部 プラットフォームマーケティンググループ 大田原 忠雄 氏	A-5 ワールドビジネスセンター(株) セキュリティを認証とバックアップで考える エクスエジョン・ネットワークス(株) マーケティング部 部長 前田 祐一郎 氏 ワールドビジネスセンター(株) ソリューション事業本部 ICTソリューション部 ICTソリューション課 主幹 西口 智 氏	A-9 TXP Medical(株) 生成AI院内活用最先端 TXP Medical(株) 代表取締役 園生 智弘 氏
12:45 ▼ 13:30	A-2 Omi Japan(株) 【開発者が徹底解説】 ~医療現場を支える次世代AIエージェントの開発方法~ OmiGroup(株) 代表取締役社長 チャン・クォック・ズン 氏	A-6 (株)Blue Planet-works 医療システムに対する新たなセキュリティの防御レイヤー「要塞化」と「有効性検証」 (株)Blue Planet-works 上席セキュリティアドバイザー 嶋原 祐輔 氏	A-10 テック情報(株) 医師の働き方改革で時間外労働増!? 実情から考える解決の道 MC 岡田 朋峰 氏 テック情報(株) 坂井 貴博 氏
14:00 ▼ 14:45	A-3 インフォコム(株) 次世代型の集患戦略を学ぶセミナー 医師・看護職の働き方改革への対応(AIの活用・助成金を紹介) インフォコム(株) ヘルスケアサービス事業本部 事業企画グループ 新井田 徹 氏 ヘルスケアサービス事業本部 病院情報システム営業部 井上 和人 氏	A-7 (株)セールスフォース・ジャパン 医療DX最前線: 自律型AIが実現する未来 (株)セールスフォース・ジャパン エンタープライズ 公共・金融・地域SX営業統括本部 保険・医療営業本部 第三営業部 シニアアカウントエグゼクティブ 藤田 孝朗 氏	A-11 (株)レコモット \\そろそろ切り替えたいPHS問題に! 続 iPhoneとクラウド電話帳で実現する院内コミュニケーション改革 (株)レコモット 代表取締役CEO 東郷 剛 氏
15:15 ▼ 16:00	A-4 (株)ケアネット 医療人を支え、 進化するケアネットの取り組み (株)ケアネット 執行役員メディア事業本部長 佐藤 博史 氏	A-8 帝人フロンティア(株) ICタグがもたらす医療現場の未来 — 病院経営DX — 東北大学病院 メディカルITセンター 教授 大田 英揮 氏 済生会滋賀県病院 医療情報部 副部長 兼 資料課 課長 杉浦 暢彦 氏	A-12 インフォコム(株) 次世代型の集患戦略を学ぶセミナー 医師・看護職の働き方改革への対応(AIの活用・助成金を紹介) インフォコム(株) ヘルスケアサービス事業本部 事業企画グループ 新井田 徹 氏 ヘルスケアサービス事業本部 病院情報システム営業部 井上 和人 氏

出展者セミナー B会場 場所: 西2ホール内特設会場

総参加人数: 822名

ライブ配信視聴人数: 4,821名

	7/16 (水)	7/17 (木)	7/18 (金)
10:30 ▼ 11:15	各セミナーについて 当日ご聴講希望の方は、 直接会場にお越しください。 当日受付が可能でしたら、ご案内いたします。	B-5 インフォコム(株) 次世代型の集患戦略を学ぶセミナー 医師・看護職の働き方改革への対応(AIの活用・助成金を紹介) インフォコム(株) ヘルスケアサービス事業本部 事業企画グループ 新井田 徹 氏 ヘルスケアサービス事業本部 病院情報システム営業部 井上 和人 氏	B-10 (株)メドレー 2026年度診療報酬改定の展望 ~新地域医療構想への影響~ (株)ASK 診療報酬研究所 中林 祥 氏
11:45 ▼ 12:30	B-1 (株)エム・イー 経営危機を乗り越えるためのIT・DX改革 (株)エム・イー 藤井 未来 氏	B-6 (株)ソリトンシステムズ 事例から読み解く! ランサムウェア攻撃から多層防御で病院を守る方法 (株)ソリトンシステムズ ITセキュリティ事業部 プロダクト&サービス統括本部 パブリックビジネス戦略本部 鎌田 歩里 氏	B-11 (株)eWeLL 病院経営を支える新戦略! 医療と経営の最適化 (株)eWeLL 常務取締役 北村 亜沙子 氏
13:00 ▼ 13:45	B-2 PSP(株) NOBORIで実現する 新たな医療のカタチ (※医療従事者限定) 社会医療法人財団慈泉会 相澤病院 経営戦略部 DX推進室 百瀬 大昂 氏	B-7 アライドテレシス(株) 医療現場におけるIT-BCP・セキュリティ対策 【第一部】 福井大学 医学部附属病院 医療情報部 副部長/准教授 山下 芳範 氏 【第二部】 アライドテレシス(株) プロダクトラインマネジメント本部 ソリューションマネジメント部 ソリューショングループ 次長 安澤 義則 氏	B-12 富士フイルムビジネスイノベーション(株) 先進技術によるIoMT(医療機器)可視化 富士フイルムビジネスイノベーション(株) マーケティング部 沼田 理恵 氏 荒川 はるな 氏
14:15 ▼ 15:00	B-3 (株)WeBridge Googleビジネスプロフィール活用術を大公開! Googleのロコミについての「あれこれ」 (株)WeBridge WEBマーケティング事業部 加古 美郷 氏	B-8 (株)ディー・オー・エス 【事例に学ぶ】 医療機関でのIT資産管理術 (株)ディー・オー・エス 営業企画課 春田 侑佳 氏	B-13 (株)ディー・ディー・エス 緊急告知! 二要素認証導入のコツはこれだ! (株)ディー・ディー・エス 東日本営業部 部長 欠野 亮 氏 東日本営業課 課長 牧野 由紀子 氏
15:30 ▼ 16:15	B-4 EVIDIAN-BULL JAPAN(株) パスワードレスでも セキュリティと俊敏性を両立 EVIDIAN-BULL JAPAN(株) セールスマネージャー 笠原 重明 氏	B-9 インターシステムズジャパン(株) 「健康関連ひとつなぎデータ」への挑戦 ~複数分野をつなぐデータ連携基盤から「ウェルビーイング」の実感へ~ 浦那市民病院 デジタル医療推進室 室長 (兼 浦那市 デジタル行政推進課) 清水 一 氏 浦那市民病院 デジタル医療推進室 デジタル化推進監 上級医療情報技師(日本医療情報学会) 飯田 征昌 氏	B-14 サイオステクノロジー(株) 令和9年対策! 多要素認証簡単導入のススメ サイオステクノロジー(株) 取締役 専務執行役員 MedTech SL ヘッド 川田 寛也 氏

セミナープログラム

総参加人数 3,000名

主催者セミナー C会場 場所: 西4ホール内特設会場

7/16(水)

C-1 11:00~12:00

日本病院会主催 オープニングセッション

安心して暮らし続けることのできる
社会を目指して
—医療・介護・福祉連携の構築—

(一社)日本病院会 会長 相澤 孝夫 氏

C-2 13:00~15:30

日本病院会主催 公開シンポジウム

安心社会を目指して! ~医療の貢献と課題~

■開会挨拶

日本病院会 ホスピタルショウ委員会 委員長 / 日本大学 名誉教授 大道 久 氏

■座長

日本病院会 ホスピタルショウ委員会 副委員長 / (独)労働者健康安全機構 顧問 有賀 敏 氏 / 日本病院会 ホスピタルショウ委員会 委員 / (特非)パブリックプレス 代表理事 熊田 梨恵 氏

■シンポジスト

東北医科薬科大学 医学部 医療管理学教室 教授 伊藤 弘人 氏 / 仁邦法律事務所 弁護士(副所長) 園岡 亮 氏 / 済生会松阪総合病院 前病院長・緩和ケアセンター長 清水 敦成 氏 / (一社)神奈川県医療ソーシャルワーカー協会 会長 佐野 晴美 氏 / (特非)こめば相談室 代表理事 松田 美南子 氏

C-3 16:00~16:50

日本医療機器学会協力

攻める? 守る?
—情勢複雑化の中での業務改善—

香川大学 医学部 地域医療再生医学講座 客員教授 白竹 尚志 氏

7/17(木)

C-4 10:30~12:00

日本地域看護学会協力

地域と社会を繋げる看護の役割と未来

■モデレーター 日本赤十字看護大学 看護学部 地域看護学教授 石田 千絵 氏

■登壇者

日本赤十字社医療センター 療養支援課 地域医療連携室 地域看護専門看護師 特任副所長 谷口 美穂 氏 / 株式会社シンクハピネス 代表取締役 理学療法士 稲谷 明範 氏

C-5 12:30~13:30

看護・介護人材不足解決のカギ!
外国人採用を成功させるポイント 総チェック

「インドネシアと日本の人材交流・いま私たちができること。」 (特非)日本・インドネシア医療連携協会 理事・事務局長 中丸 九一 氏

「外国人採用のための制度理解と活躍してもらうために行うべき準備」 社会医療法人社団正志会本部 採用育成担当部長、看護アドバイザー 深澤 優子 氏 / 社会医療法人社団正志会 令和あけがけ病院 エース(IT)(看護補助者) メイタ アングラカンティオ 氏

C-6 14:00~15:00

病院情報システムのセキュリティ最新情報と、
医療現場で人工知能を使うためのガイドライン

群馬大学医学部附属病院 システム統合センター 准教授/副センター長 防衛省防衛医科大学校 情報基盤センター 情報戦略官 鳥飼 幸太 氏 / 医療AIプラットフォーム技術研究組合 専務理事 宇賀神 敦 氏 / ■モデレーター 昭和医科大学 客員教授 水島 洋 氏

C-7 15:30~16:50

病院事務長が直面するお悩み解決サミット

■基調講演 人間性脳科学研究所 所長/武蔵野学院大学 大学院教授 澤口 俊之 氏

■登壇者

医療法人谷田会谷田病院 事務部長 藤井 将志 氏 / 平成医療福祉グループ【医療事業部 医療法人平成博愛会 世田谷記念病院 事務長 手老 航一 氏 / 仙台赤十字病院 事務部長 菅野 雅博 氏

7/18(金)

C-8 10:30~12:00

日本看護協会セミナー

看護DXによる業務効率化を通じた
看護人材の確保・就業継続支援

■座長 (公社)日本看護協会 常任理事 橋本 美穂 氏

■解説

(公社)日本看護協会 労働政策部 看護労働課 高橋 良成 氏

■取組紹介

新潟県厚生連佐渡総合病院 病院長 佐藤 賢治 氏 / 看護部長室付地域連携支援部 前看護部長 望月 結花 氏 / 社会医療法人誠光会 理事・統括看護部長 伊波 早苗 氏

C-9 13:00~14:30

ロボットが働く医療現場の今とこれから
—現場の声が語る“本当の価値”—

■登壇者

交遊会グループ 理事長 三井 慎也 氏 / 大成建設 建築営業部 医療施設設計部 松田 祐晴 氏

■モデレーター

(同)メディカールソリューションパートナー 代表 兵藤 敬美 氏

C-10 15:00~16:30

日本病院会監修セミナー
ポストコロナの経営改善

■座長

(公社)日本医療機能評価機構 客員研究主幹 梅里良正 氏

■登壇者

(一財)竹田健康財団 事務局長 東瀬 多美夫 氏 / 学校法人聖路加国際大学 法人事務局長 渡辺 良氏 氏

主催者セミナー D会場 場所: 西4ホール内特設会場

7/16(水)

D-1 12:30 ~ 14:30

CBnews協力

病院広報アワード2025
表彰式&事例発表

D-2 15:00 ~ 16:30

日本医療福祉設備協会協力

医療福祉施設のZEB達成へのアプローチ

ZEBを取り巻く世の中の変動

株式会社A&A Architects 一級建築士事務所 建築設備プランナー 伊藤 昭 氏

省エネ法改正に対応した医療施設の設計手法

〜法改正後の設計状況について〜

株式会社日本設計 第2環境・設備設計部 上席主管 藤原 史彦 氏

関東脳神経外科病棟のZEB事例

清水建設 設計本部 設備設計部4部 水野 真広 氏

〜ZEBをもっと身近に〜 病院ZEBの普及に向けた、小田原市立総合医療センターにおける取組み

株式会社竹中工務店 本店 設計部 設計第2部門 設計1グループ長 白石 晃平 氏 / チーフエンジニア 巽 大輝 氏

7/17(木)

D-3 10:30 ~ 11:30

ヘルスケアインベーション協会協力

医療DXが拓く中小病院の未来:
AI活用と国際トレンドから読み解く経営改革の最前線

(一社)ヘルスケアインベーション協会 共同代表 天野 達郎 氏 / (一社)ヘルスケアインベーション協会 共同代表 大角 知也 氏 / 株式会社MIXS 代表取締役 / Monthlyミクス 編集長 沼田 佳之 氏 / 中央大学ビジネススクール 教授 / 多摩大学大学院 MBA特任教授 真野 俊樹 氏 / 医師・医療法人尚仁会 名古屋ステーションクリニック 理事長 / 株式会社M-aid 代表取締役 CEO 木下 水信 氏

D-4 12:00 ~ 13:00

日本病院DX推進協会協力

医療業界にデジタル変革の推進がここに始まる
〜病院×企業×教育で加速する〜

「富家病院のDXの取り組み」

(一社)日本病院DX推進協会 理事 / 医療法人社団富家会 富家病院 理事長・院長 富家 隆樹 氏 / 「日本病院DX推進協会のご紹介」 (一社)日本病院DX推進協会 事務局 佐伯 潤 氏

D-5 13:30 ~ 15:00

ハピネスライフ財団協力

カナダの多文化コミュニティにおける
包括的で利用しやすい医療福祉建築のデザイン

〜住み慣れた場所で健康に老いる (aging in place) を目指して〜

■基調講演 アサヒカ大学 理工学部建築学科 准教授・建築学科長 東京大学 社会科学研究所 委員研究員 / カタワ立建築学会 アドバイザー ヘルム・ツァン 工学博士 / ■座長 (一財)ハピネスライフ財団 理事長(東大)名誉教授・工学博士(京大) 長澤 泰 氏 / ■モデレーター 株式会社 芝浦工業大学 建築学部 教授 小嶋 瑞希 氏

D-6 15:30 ~ 16:30

くらしと医療をつなぐ医療DX

■登壇者 厚生労働省医政局医療情報担当参事官 医療情報室長 新堀 寛也 氏 / (一社)PHR普及推進協議会 代表理事 石見 拓 氏

■モデレーター 帝京大学 医療情報システム研究センター 教授 澤 智博 氏

7/18(金)

D-7 10:30 ~ 11:30

メディカルRPA協会協力

医療現場の未来を拓くDX
〜働きがいのある環境をテクノロジーで実現〜

社会医療法人財団重山会恵寿総合病院 理事長補佐 神野 正隆 氏 / ■司会 (一社)メディカルRPA協会 理事 村山 典久 氏

D-8 12:00 ~ 13:20

生成AIショウケース

■登壇者

株式会社(株)プレジジョン 代表取締役・医師 佐藤 寿彦 氏 / 東京大学医学部付属病院 循環器内科 小寺 聡 氏 / アマゾンウェブサービスジャパン(株)【パブリックセクターヘルスケア事業部】 プリンシパルビジネスディベロップメントマネージャー 遠山 仁啓 氏 / 日本マイクロソフト 技術統括 クオリティ/エンジニア 博士(医学) 千葉 慎二 氏

■モデレーター

帝京大学 医療情報システム研究センター 教授 澤 智博 氏

D-9 14:00 ~ 15:00

コミュニティ&コミュニティホスピタル協会協力

中小病院の未来戦略「コミュニティ・ホスピタル」

「中小病院の経営環境とコミュニティ・ホスピタル」

株式会社(株)シニアド シニアアドバイザー 羽田 雅史 氏 / (株)メディヴァ シニアアドバイザー 羽田 雅史 氏

「コミュニティ・ホスピタルの事例紹介」

医療法人社団同善会 事務局局長補佐 古澤 英紀 氏

D-10 15:30 ~ 16:30

日本医療経営コンサルタント協会協力

病院が生き残るための、
「マギーズセンター」の設置

マギーズ東京 建築環境担当 / 佐藤由巳子プランニングオフィス 代表 / (公社)日本医療経営コンサルタント協会 副会長 / 認定登録 医療経営コンサルタント 佐藤 由巳子 氏

オープニング
セッション

7月16日(水) 11:00~12:00

安心して暮らし続けることのできる社会を目指して
— 医療・介護・福祉連携の構築 —

(一社)日本病院会 会長
相澤 孝夫氏



7月16日(水) 13:00 ~15:30

テーマ **安心社会を目指して! ~医療の貢献と課題~**

協賛 日本病院会 ホスピタルショー委員会 委員長/日本大学 名誉教授 大道 久氏

副委員長 日本病院会 ホスピタルショー委員会 副委員長/(独)労働者健康安全機構 顧問 有賀 徹氏
日本病院会 ホスピタルショー委員会 委員/(特非)パブリックプレス 代表理事 熊田 梨恵氏

シンポジスト

超高齢社会における自己決定権再考:
医療の特性と地域での
ゆるやかなつながりの強み

東北医科薬科大学 医学部
医療管理学教室 教授 伊藤 弘人氏



シンポジスト

弁護士からみた
ペイシェントハラスメント対応

仁邦法律事務所 弁護士(副所長) 墨岡 亮氏



シンポジスト

地域の救急医療をどう守るか
— 救急搬送における
選定療養費徴収の取り組み —

済生会松阪総合病院 病院長 清水 敦哉氏



シンポジスト

高齢者の入退院に関わる
現状と課題

(一社)神奈川県医療ソーシャルワーカー協会
会長 佐野 晴美氏



シンポジスト

安心できる暮らしのために
知っておきたいこと

(特非)こもれび相談室 代表理事
松田 美南子氏



日本病院会
監修セミナー

7月18日(金) 15:00 ~16:30

ポストコロナの経営改善

司 長

(公財)日本医療機能評価機構
客員研究主幹
梅里 良正氏



登壇者

(一財)竹田健康財団
事務局長
東瀬 多美夫氏



登壇者

学校法人
聖路加国際大学
法人事務局長
渡辺 明良氏



後援・協賛団体インフォメーションコーナー出展団体一覧

【後援】

公益社団法人 日本医師会
 公益社団法人 日本人間ドック・予防医療学会
 一般財団法人 医療情報システム開発センター
 一般財団法人 日本医薬情報センター
 一般財団法人 医療関連サービス振興会
 公益社団法人 全国自治体病院協議会
 一般社団法人 日本医療法人協会
 一般社団法人 全国公私病院連盟
 公益社団法人 日本診療放射線技師会
 一般社団法人 日本作業療法士協会
 公益財団法人 日本訪問看護財団
 一般社団法人 全国訪問看護事業協会
 公益財団法人 日本医療機能評価機構
 一般社団法人 日本慢性期医療協会

【協賛】

一般社団法人 日本画像医療システム工業会
 日本薬科機器協会
 一般社団法人 日本衛生材料工業連合会
 一般社団法人 日本医療福祉建築協会
 一般社団法人 保健医療福祉情報システム工業会
 公益社団法人 日本臨床工学技士会
 東京商工会議所
 一般社団法人 日本ロボット工業会
 一般社団法人 日本産業・医療ガス協会
 商工組合 日本医療機器協会
 一般社団法人 Medical Excellence JAPAN
 一般社団法人 日本医療機器学会
 NPO法人 日本人間ドック健診協会
 一般社団法人 日本医療福祉設備協会



【医療福祉建築賞2024受賞作品紹介の展示】

医療福祉建築賞はJIHaが主催し、1991年に創設後、今年で34回目を迎え、2024年に表彰された団体を展示した。



来場者アンケート集計結果

調査の概要

来場者のニーズや傾向を把握するために実施し、サンプル数として4,595の回答を得た。

1 調査期間

2025年7月16日(水)・17日(木)・18日(金)の3日間

2 調査方法

西1・2ホール出口にてアンケート調査

3 調査対象

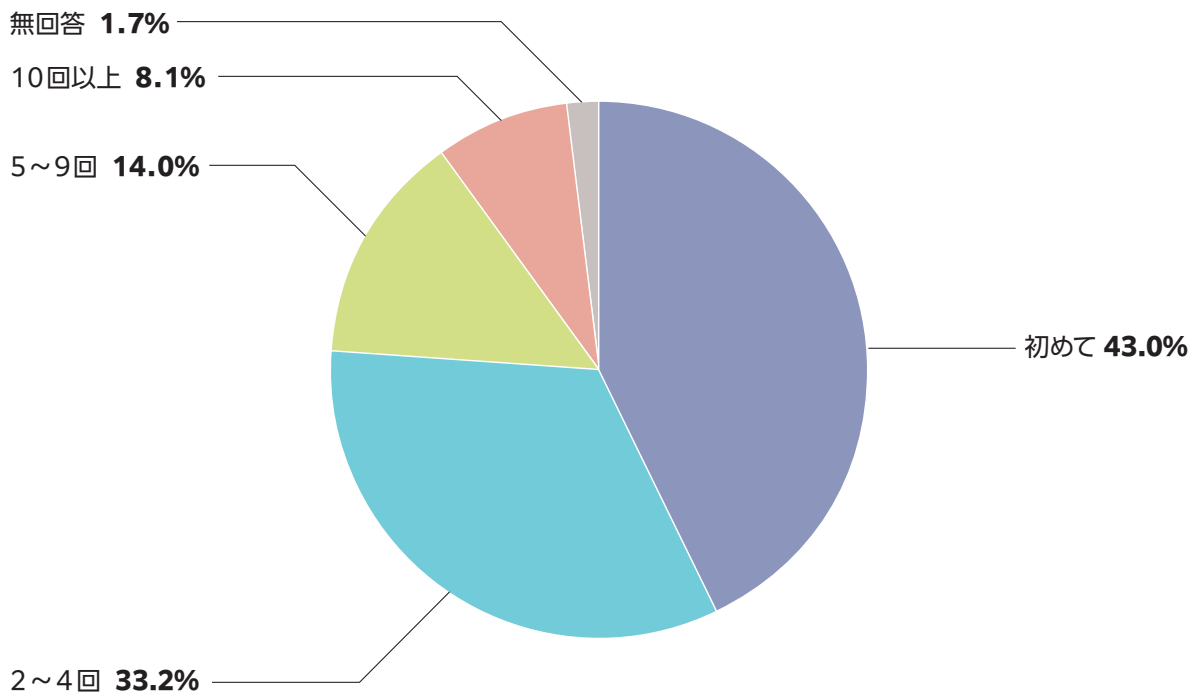
国際モダンホスピタルショー2025来場者

4 有効回答数

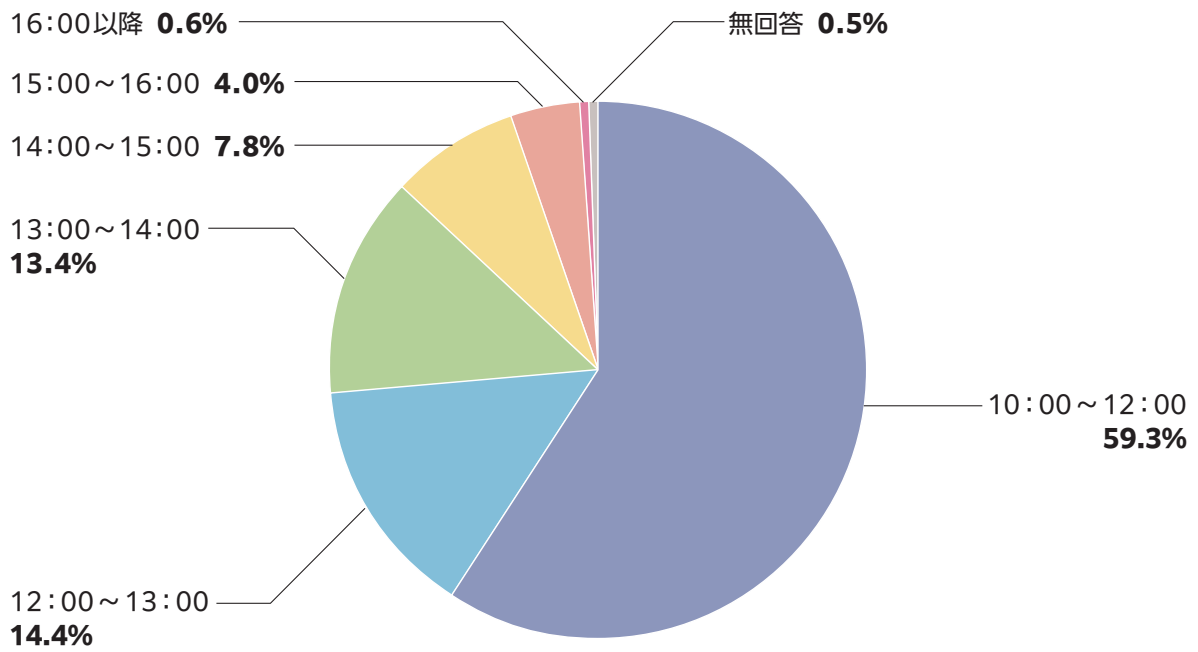
4,595人

※図表中に示した比率は、小数点以下第2位を四捨五入して求めたものです。
したがって、単一回答質問の場合、合計してもちょうど100.0%にならないことがあります。

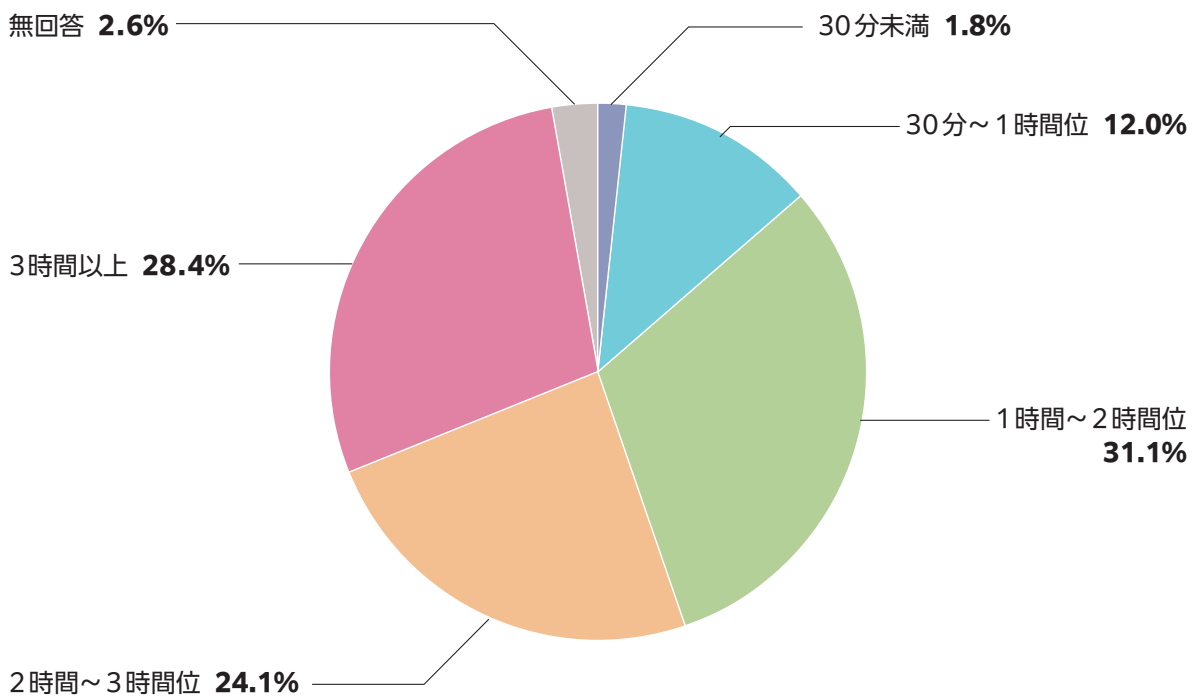
1 国際モダンホスピタルショーのご来場は？



2 会場にご到着された時間帯は？

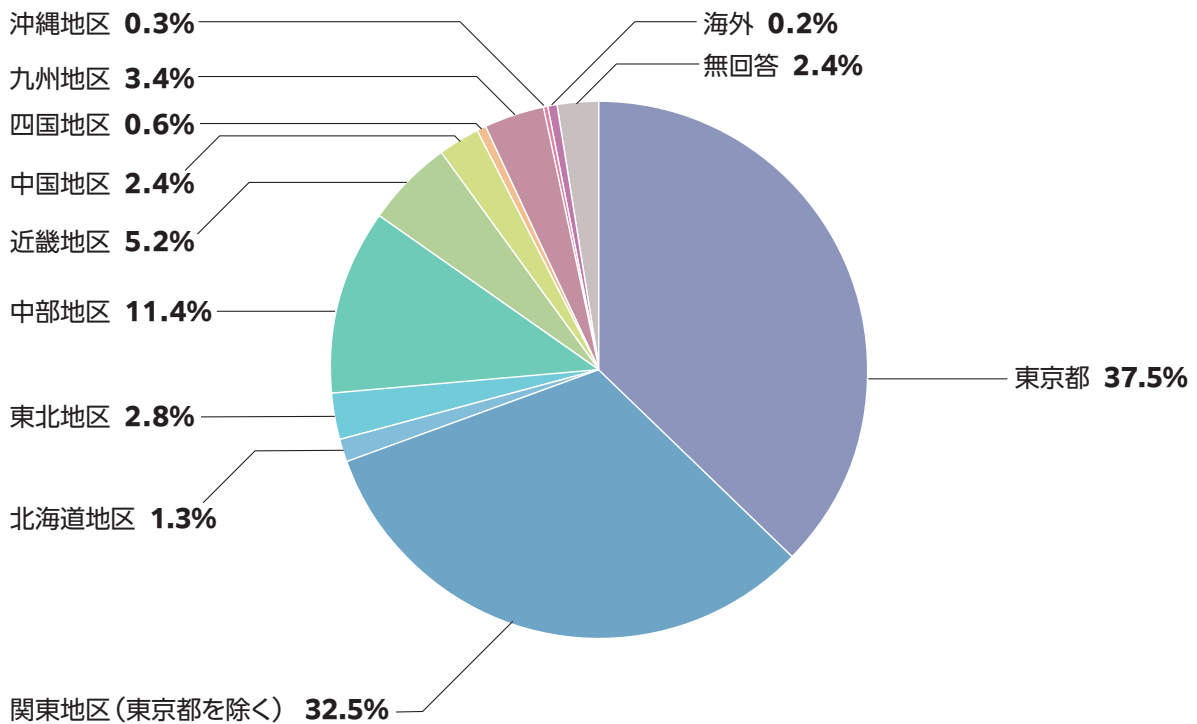


3 ご見学された時間は？

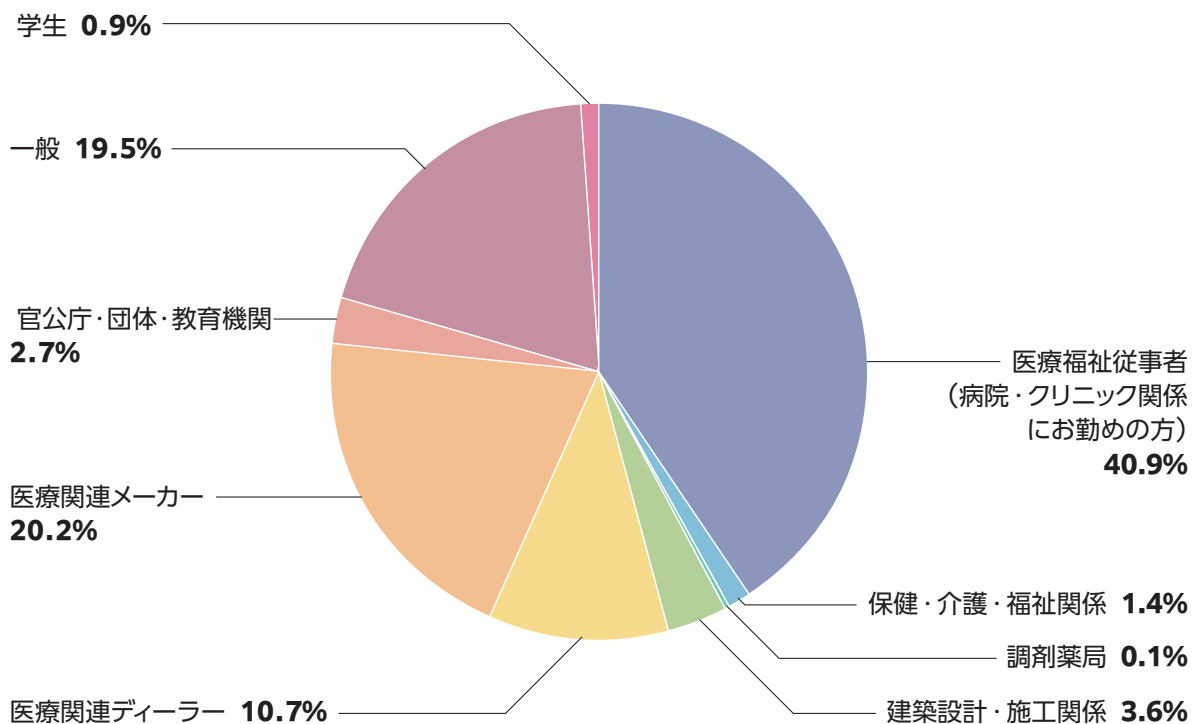


来場者アンケート集計結果

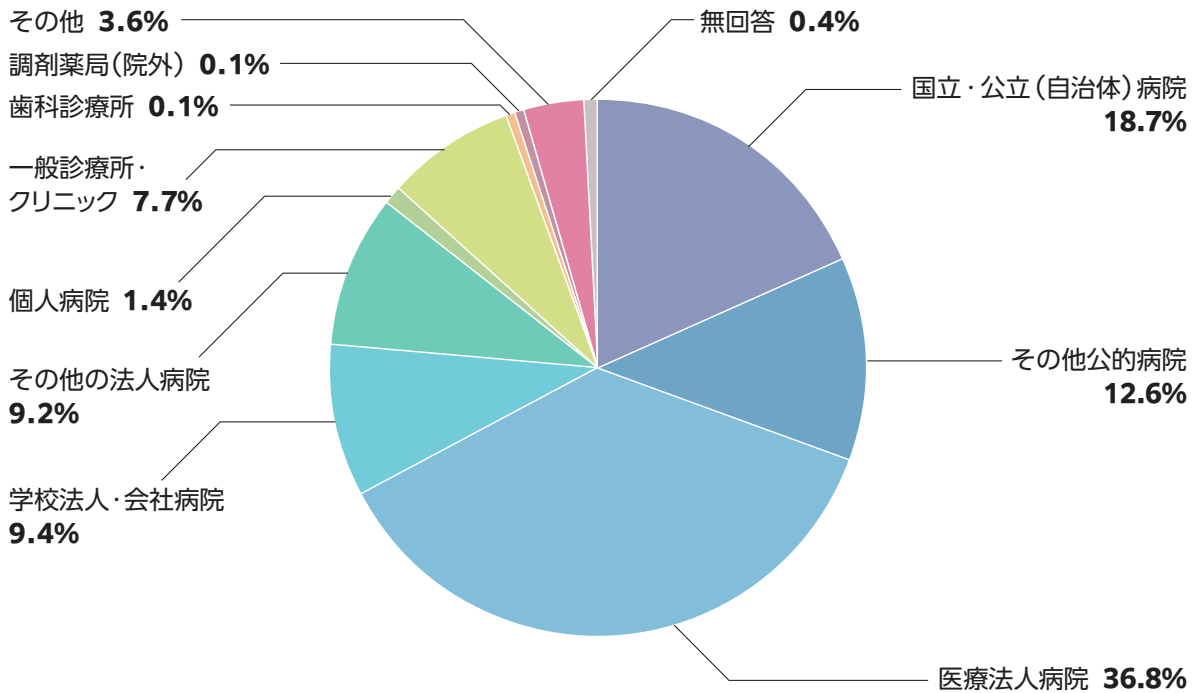
4 あなたの勤務地(又は、お住まい)は？



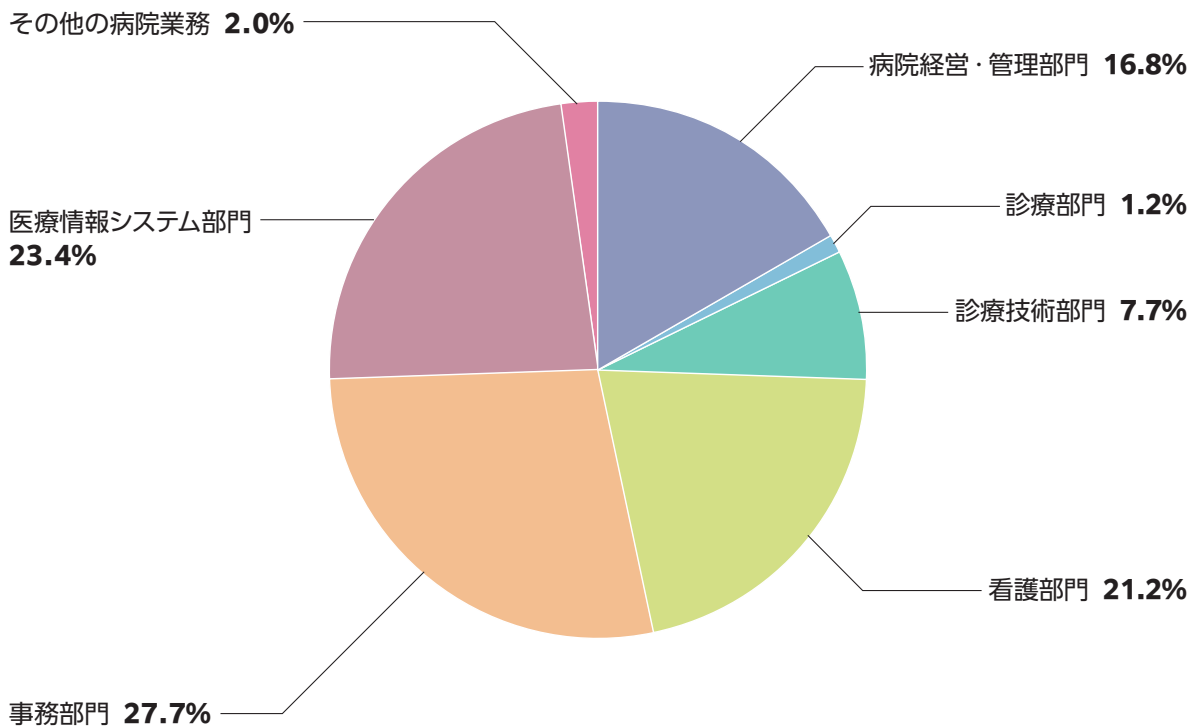
5 あなたの勤務先は？



6 あなたの就業先は？（「医療福祉従事者」のみ）

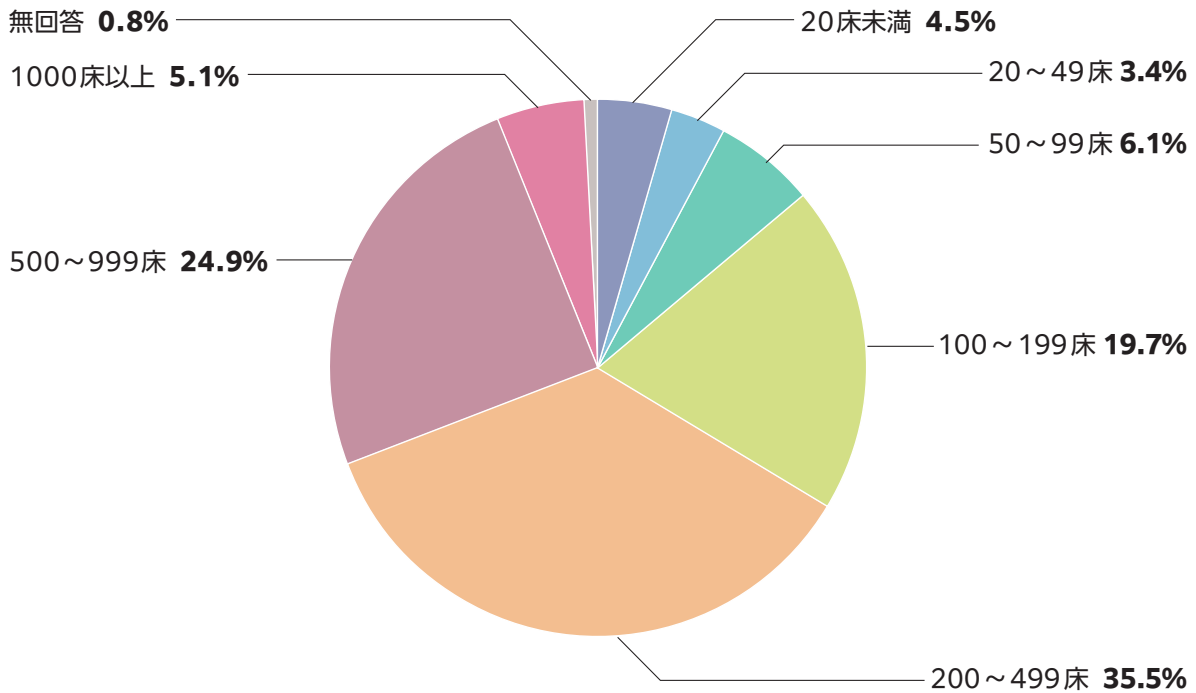


7 あなたの所属部門は？（「医療福祉従事者」のうち、「調剤薬局」と「その他」を除く）

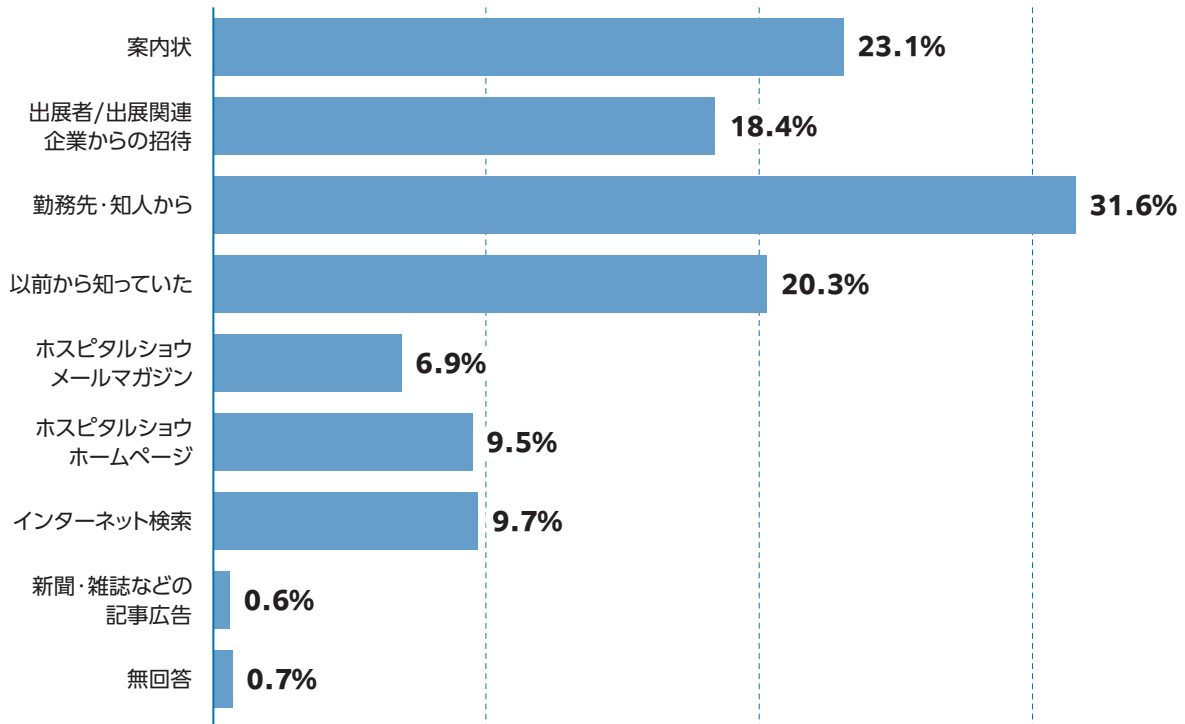


来場者アンケート集計結果

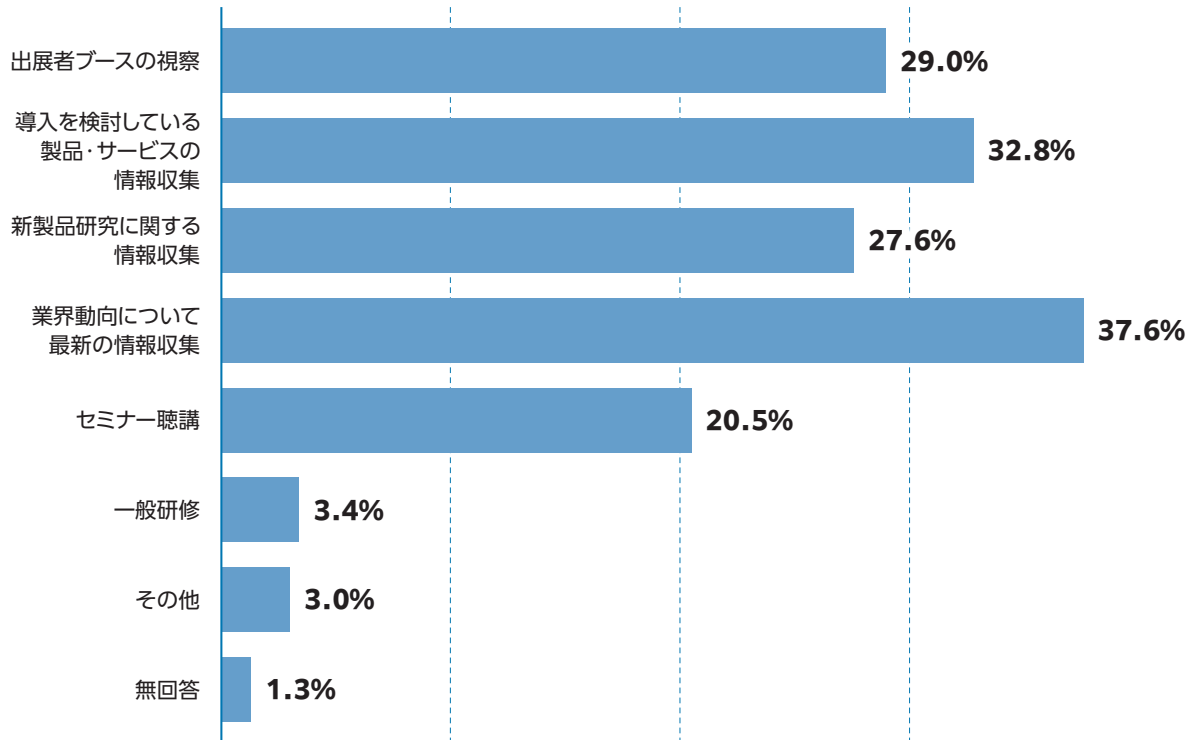
8 あなたの就業先の病床数は？(「医療福祉従事者」のうち、「一般診療所・クリニック」「歯科診療所」「調剤薬局」「その他」を除く)



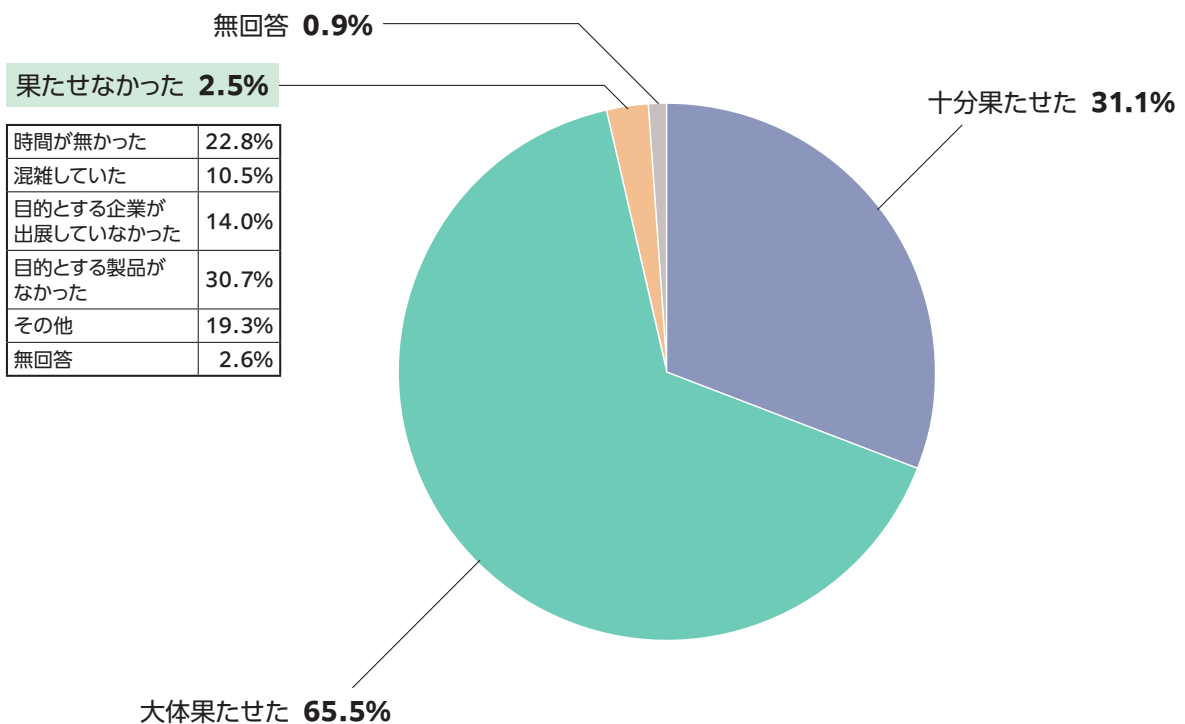
9 国際モダンホスピタルショーについての情報は？(複数回答可)



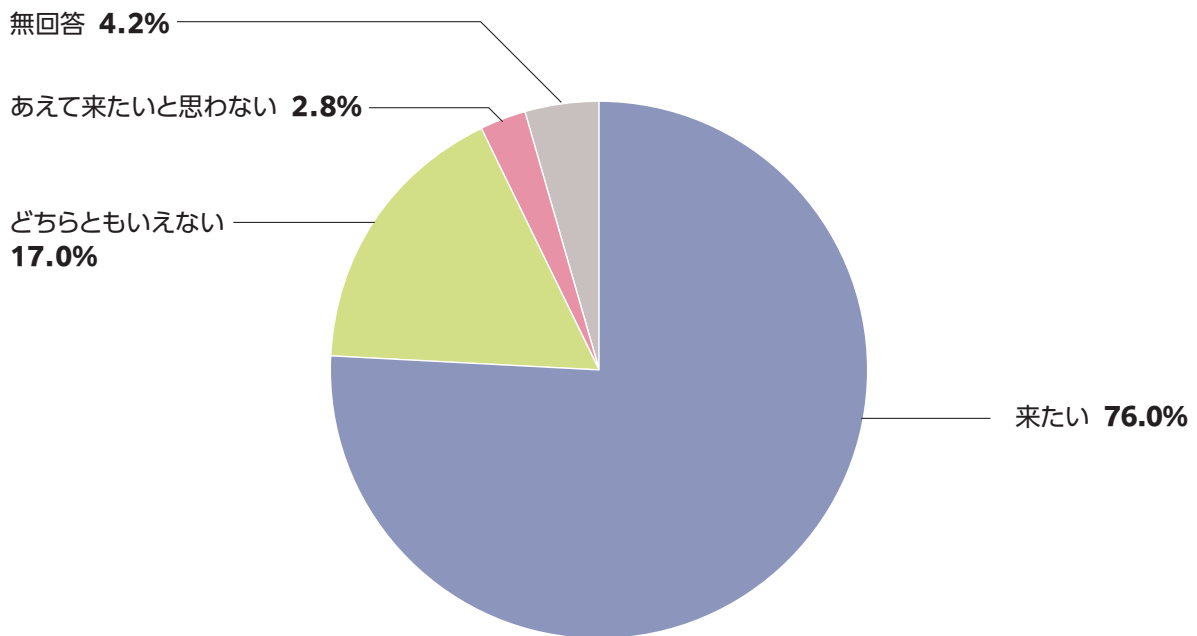
10 ご来場の目的は？(複数回答可)



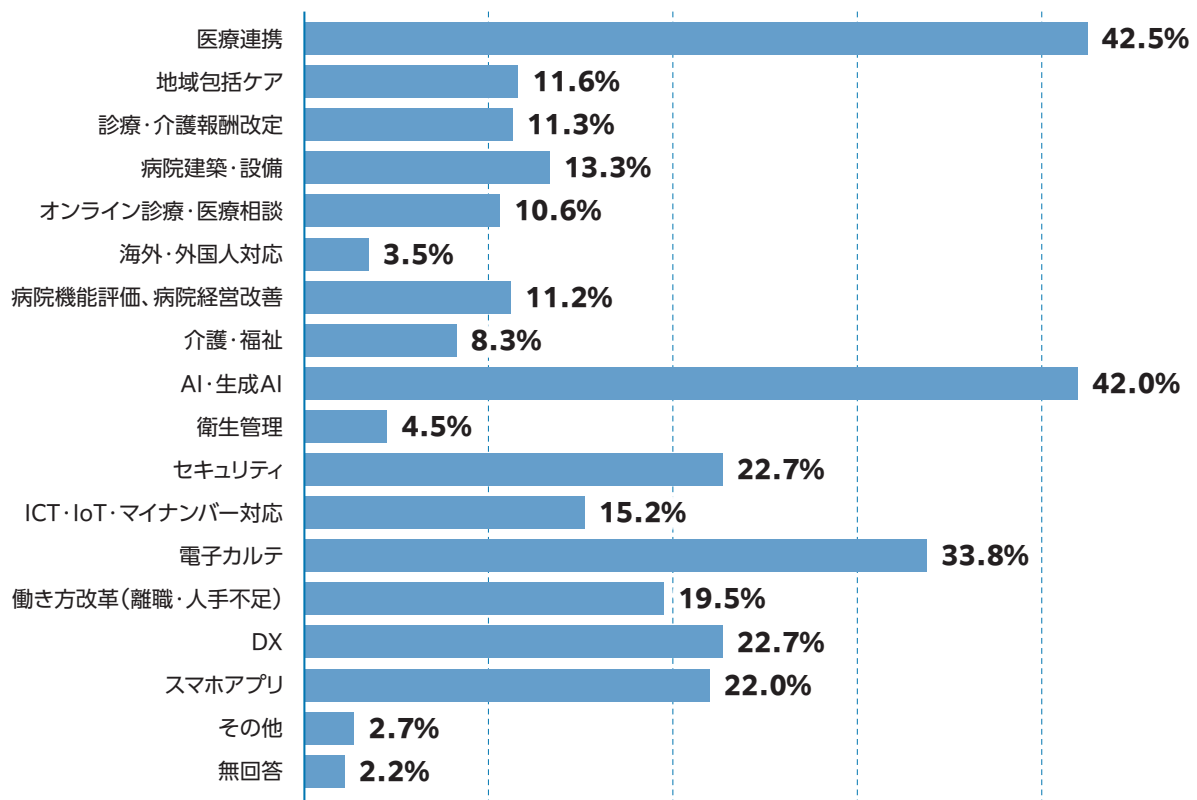
11 ご来場の目的は果たせましたか？



12 来年も国際モダンホスピタルショーをご覧になりたいですか？



13 関心のあるテーマは以下のどちらですか？(複数回答可)



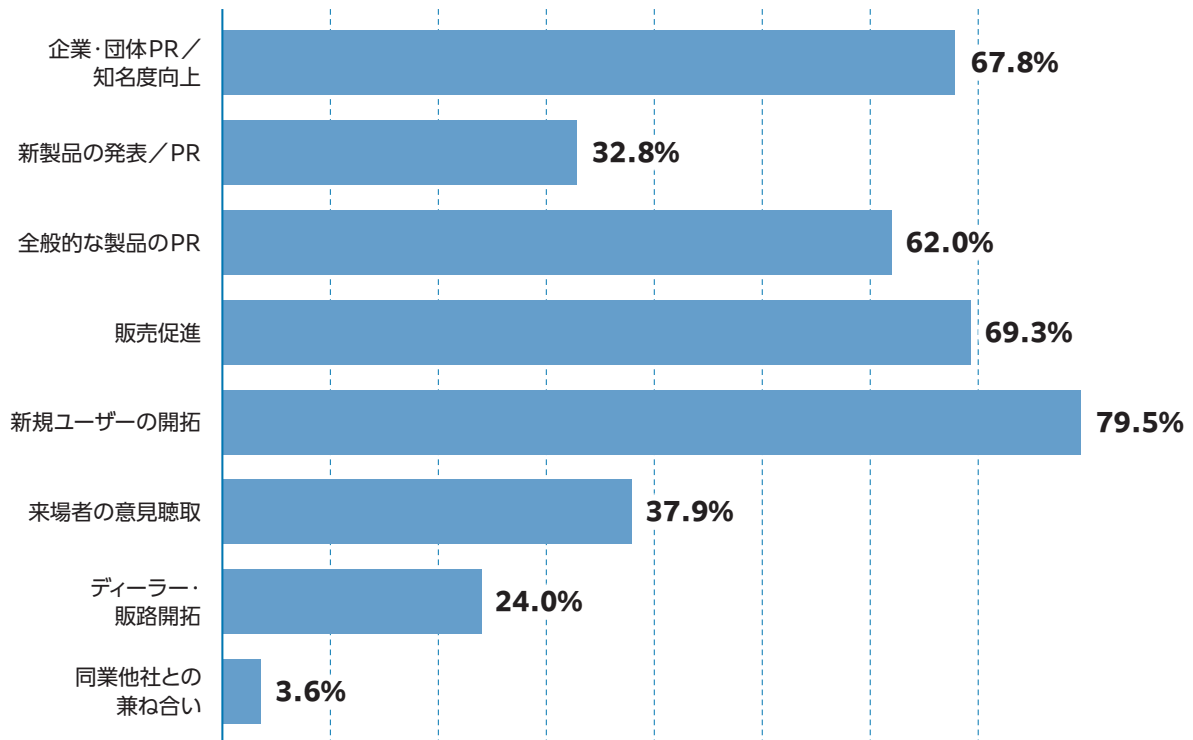
出展者アンケート集計結果

調査の概要

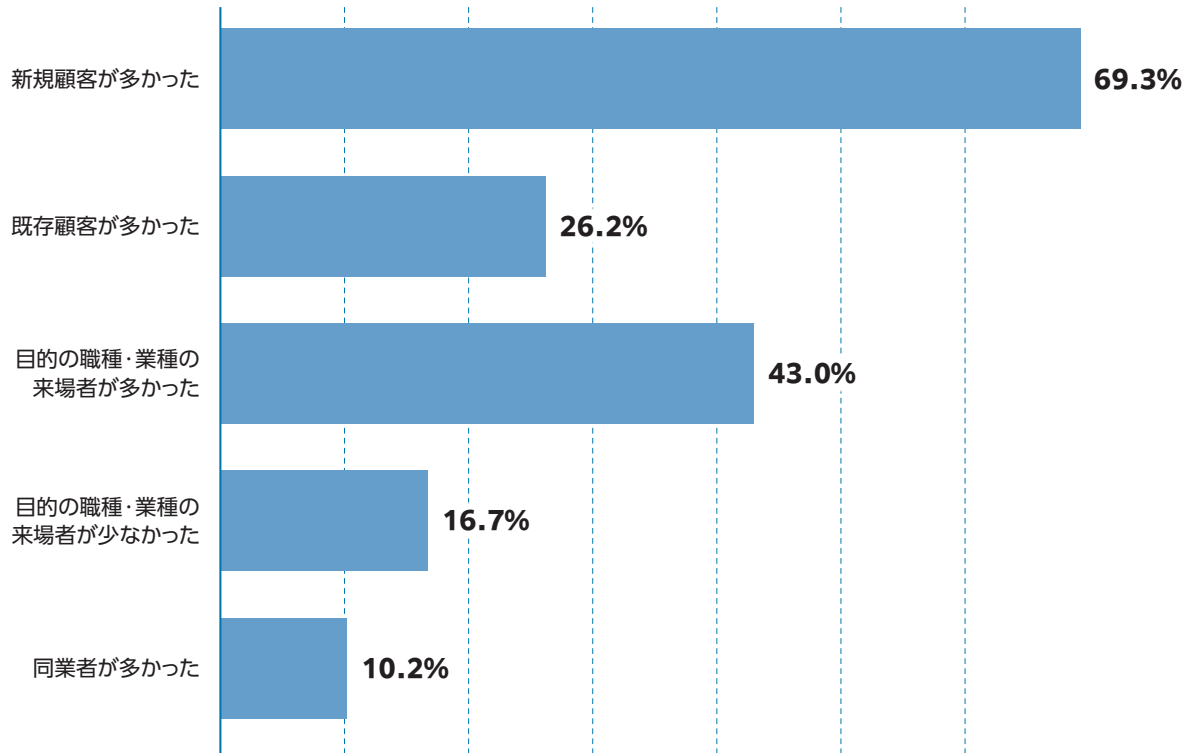
1 調査方法・期間	会期終了後、出展者にアンケート調査を実施
2 調査対象	国際モダンホスピタルショー2025出展者 (共同出展者は除く)
3 アンケート数	207通
4 回答数	137通
5 回収率	66.1%

※図表中に示した比率は、小数点以下第2位を四捨五入して求めたものです。
したがって、単一回答質問の場合、合計してもちょうど100.0%にならないことがあります。

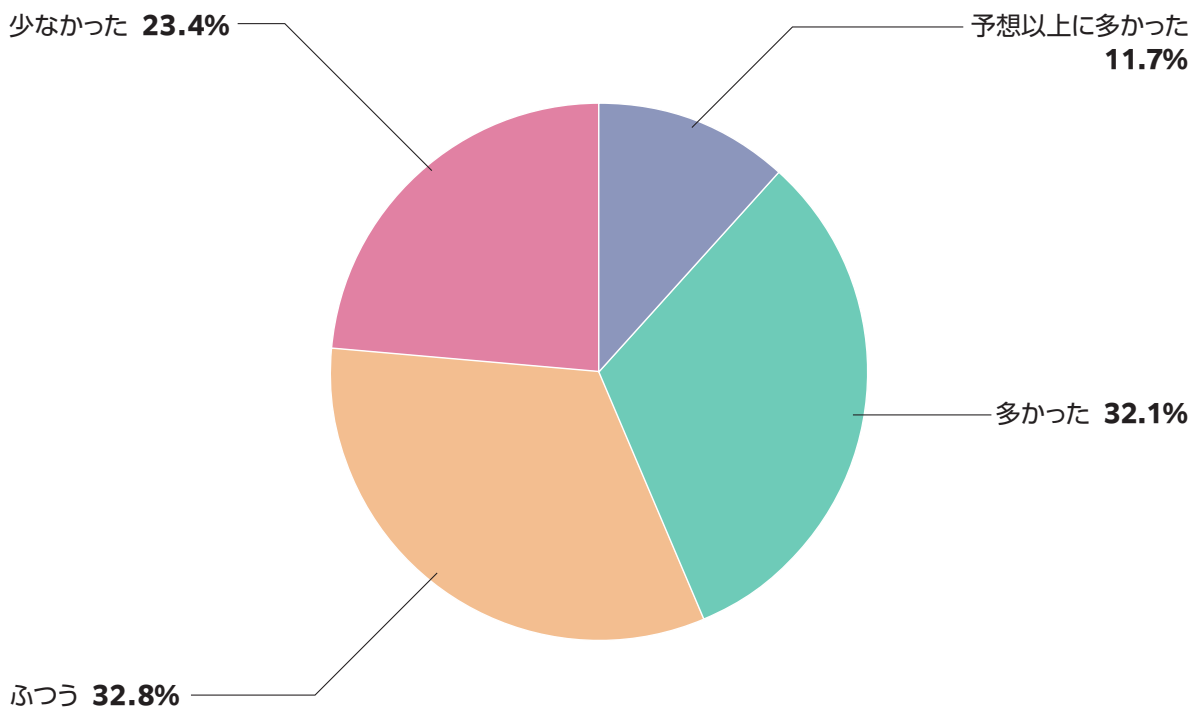
1 今回の出展目的はどのようなものでしたか？（複数回答可）



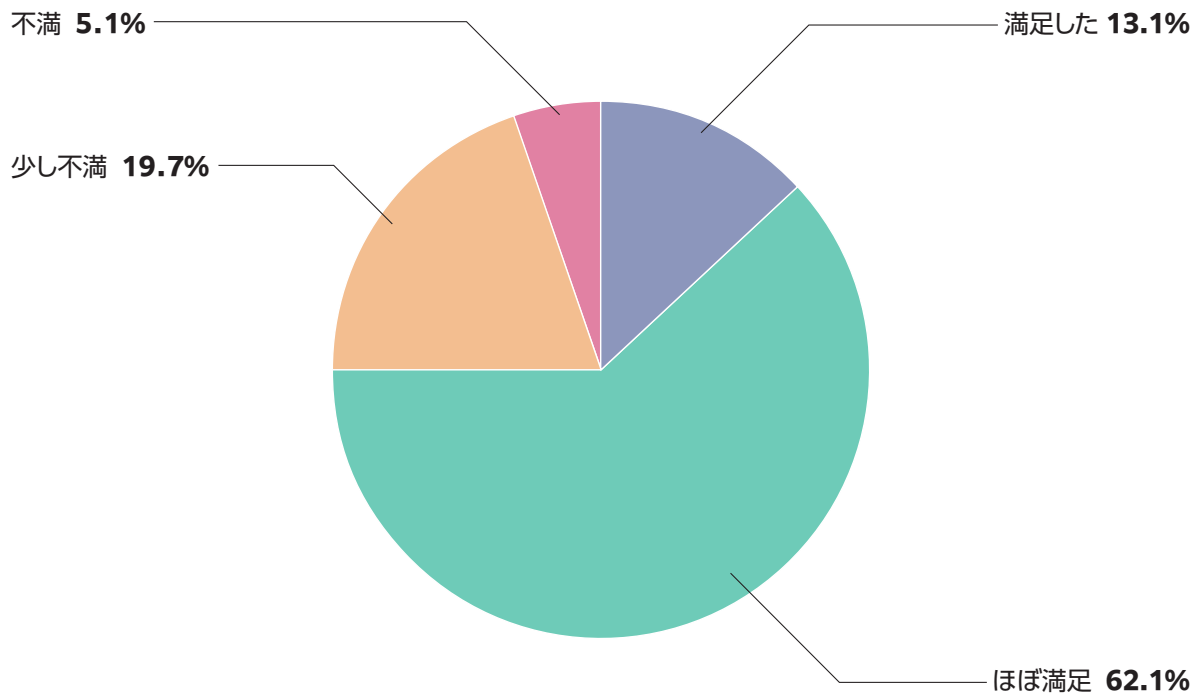
2 来場層について (複数回答可)



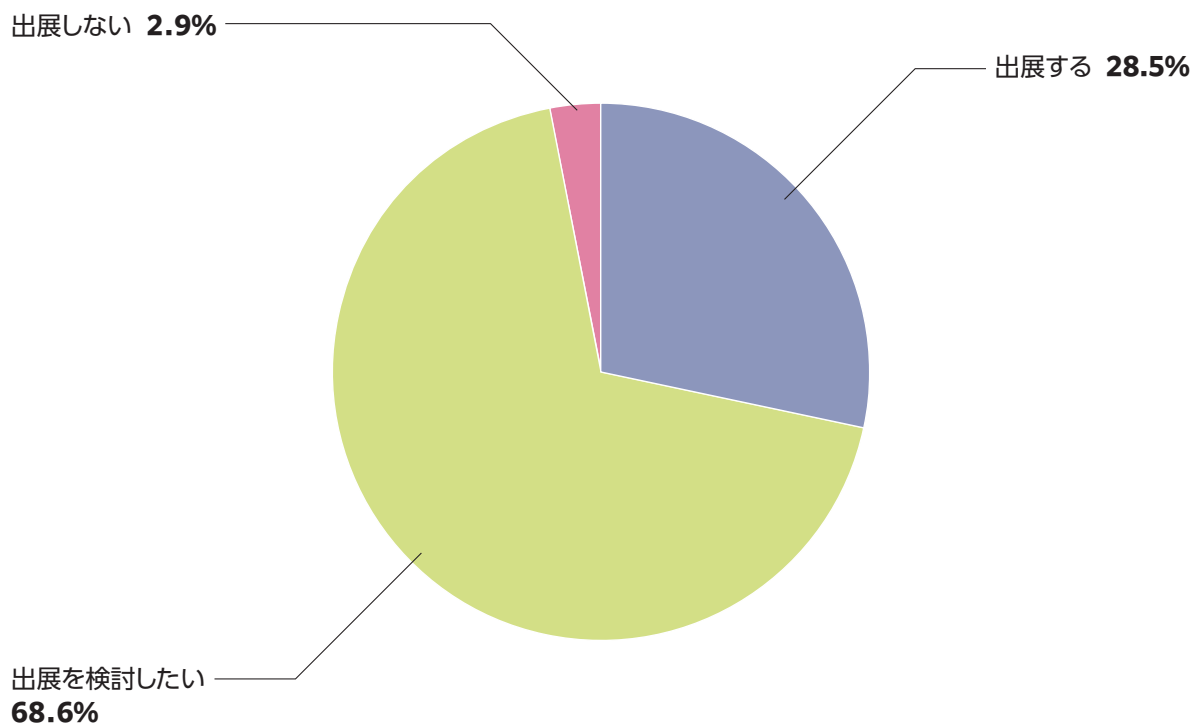
3 貴社出展ブースの来場数は



4 今回出展して、満足されましたか？



5 次回のホスピタルショウ出展について



ホスピタルショウオンライン2025 活用レポート

「国際モダンホスピタルショウ2025」では、公式HP内にホスピタルショウオンラインを設置し、2025年6月2日～7月31日までの期間で開催した。実施概要と結果、および効果的な活用についてレポートする。

〈ホスピタルショウオンライン概要〉

期間：6月2日(月)～7月31日(木)
 出展者数：173ブース
 総来場登録者数：49,224名

① トップページ画面(上部)



トップページの表示画面(上部)では、スポンサーブースと、主催者・協力団体・出展者の企画動画を公開した。ホスピタルショウオンラインに訪れた誰もが目にする画面でのPRができ、多くのリード獲得につながっていた。

② 出展者・団体ブース一覧



トップページ(下部)では、出展者・団体ブースを設置し、検索機能も活用した。各出展者にサムネイル画面の設定や、タイトルなど作成をしていただき、ブースへ誘導した。

③ 各ブース画面ページ



画像もしくは動画

資料ダウンロード

紹介文

各ブース画面では、企業・団体ごとにイメージ画像もしくは動画で製品・サービスを紹介し、さらに資料ダウンロード機能も使用できる仕様にした。ブースを訪問した時点でリードの獲得が可能な仕組みにした。

1 ページビュー総数：1,277,503回

ホスピタルショウオンラインに訪れ各ページが表示された総回数。

2 ブース訪問総数：111,228回

ホスピタルショウオンライン上で来場者が実際に各ブースを訪れた回数。

「スポンサーブース」「ブース内動画」「資料ダウンロード」を活用し、自社ブースに誘導していたブースが訪問回数の上位を占めていた。

3 資料ダウンロード総数：9,183回

自社ブースに設置した製品・サービス紹介資料を、来場者がダウンロードした回数。

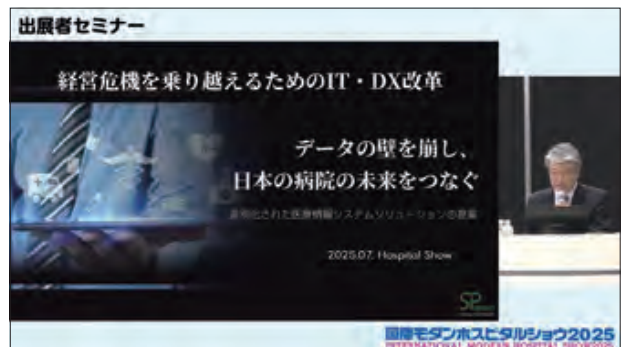
「スポンサーブース特典のTOP動画」や「ブース内動画」の参考資料として紹介するなど、工夫をしているブースが資料ダウンロード回数の上位を占めていた。

4 出展者セミナーB(Live配信)の活用：1枠平均344.3回

リアル会場での出展者セミナーと連動し、ホスピタルショウオンライン上でLive配信を行った際に視聴された回数。最新動向を知る機会として、リアル会場とLive配信を併用し非常に多くの方に視聴された。

Live配信実施数：14コンテンツ / 総視聴回数：4,821回

〈Live配信イメージ〉



5 TOPページ動画配信の活用：1動画平均261.5回

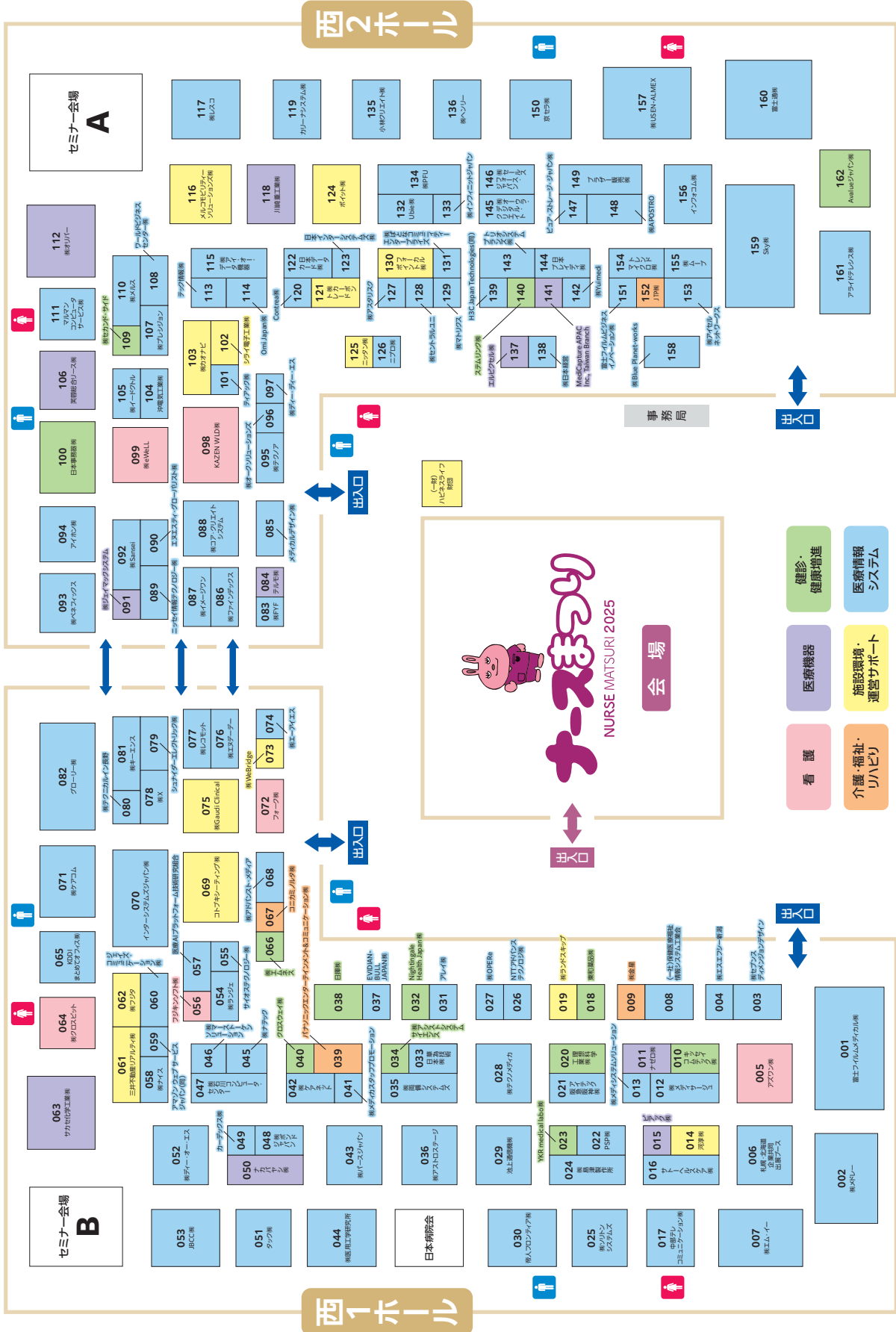
出展者が期間限定で動画配信をできる有料オプションサービス。各社希望する日程で、ホスピタルショウオンラインのトップページ画面(上部)にて、予め作成した動画コンテンツ(セミナーやサービス紹介PV等)を配信し多くのリード獲得につなげた。

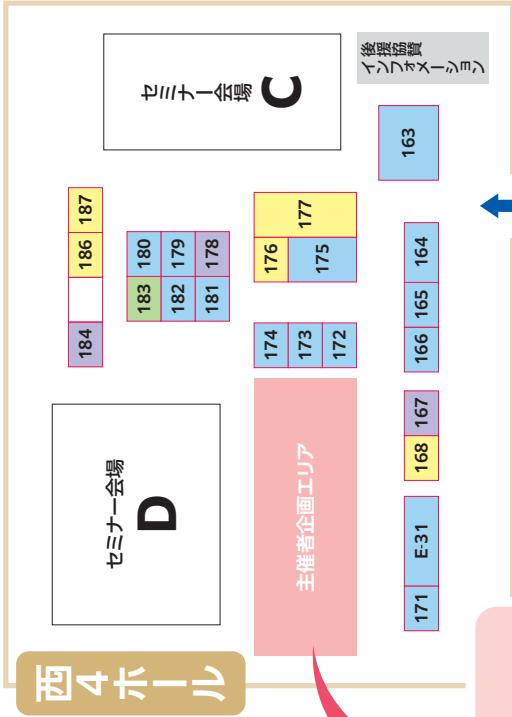
実施コンテンツ動画数：6コンテンツ / 総視聴回数：1,569回

6 アーカイブ配信の活用：1動画平均65.8回

主催者企画エリア内で実施したオープンステージセミナーをホスピタルショウオンラインで一部アーカイブ配信し、会期後もリードの獲得へつなげた。

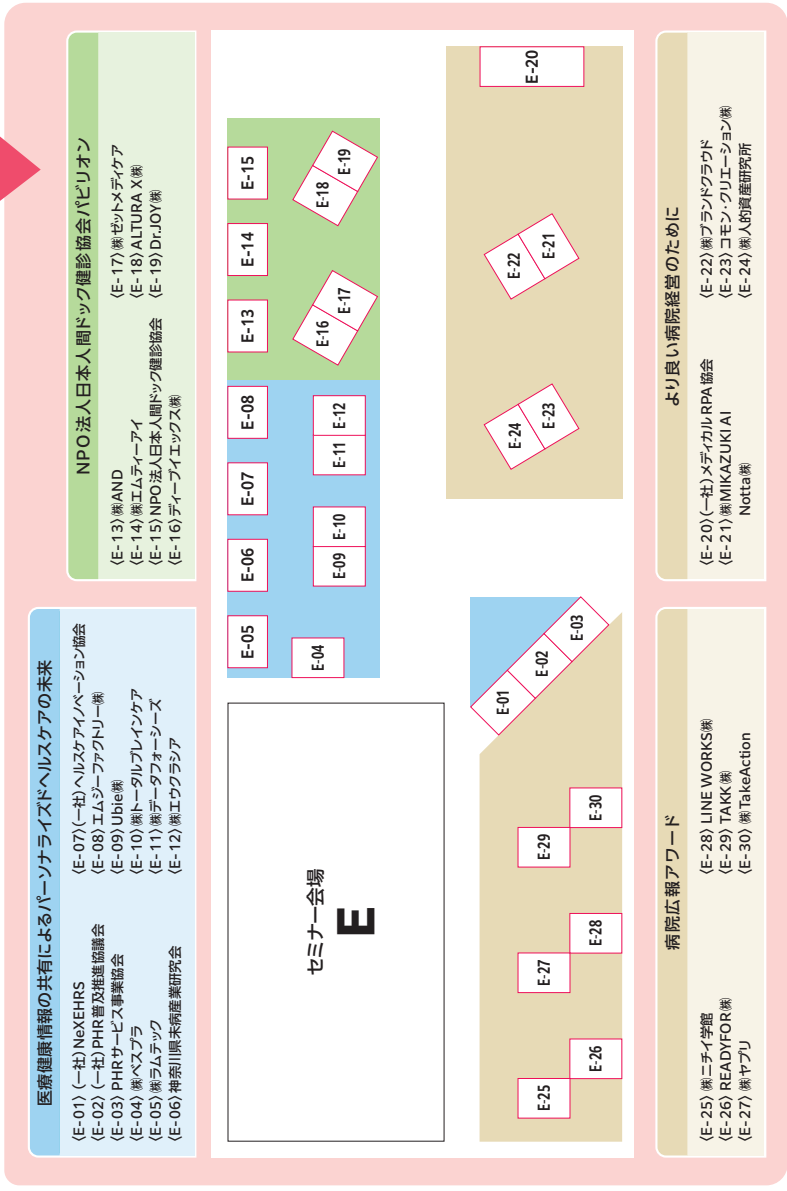
実施コンテンツ動画数：15コンテンツ / 総視聴回数：988回





- (175) 株式会社電算
- (176) シンフォニアエンジニアリング株式会社
- (177) I.T.O.株式会社
- (178) アンフ株式会社
- (179) 丸紅情報システムズ株式会社
- (180) セイコーソリューションズ株式会社
- (181) キヤノンソリューションズ株式会社
- (182) カルストット・エボリューション株式会社
- (183) 株式会社ニッポン・システムズ
- (184) GENOVA株式会社
- (186) パストロコス株式会社
- (187) FCF株式会社
- (E-31) 一般社団法人日本病院DX推進協会

- (163) オープン株式会社
- (164) 株式会社エフセル・クリエイティブ
- (165) 株式会社ジャパネットホスピタルサポート
- (166) 株式会社システム環境研究所
- (167) 株式会社FIXER
- (168) 株式会社メテオAIソリューションズ
- (169) KOTRA大阪貿易館
- (170) Binararity Bridge
- (171) GEOMEXSOFT CO., LTD. 新藤川システムデザイン事務所
- (172) 株式会社エニックス
- (173) 株式会社南江堂
- (174) TXP Medical株式会社



- 医療健康情報の共有によるパーソナライズドヘルスケアの未来
- (E-01) 一般社団法人NoXEHPS
 - (E-02) 一般社団法人PHR普及推進協議会
 - (E-03) PHRサービス事業協会
 - (E-04) 株式会社Ubie
 - (E-05) 株式会社ベスタ
 - (E-06) 株式会社テック
 - (E-07) 株式会社ヘルスケアイノベーション協会
 - (E-08) エムジーアフクトリー株式会社
 - (E-09) Ubie株式会社
 - (E-10) 株式会社リアルプレイング
 - (E-11) テクノロジー・タワーズ
 - (E-12) 株式会社ウクライア

- NPO法人日本人間ドック健診協会パビリオン
- (E-13) AND株式会社
 - (E-14) エムティエーアイ株式会社
 - (E-15) NPO法人日本人間ドック健診協会
 - (E-16) テクノブイエックス株式会社
 - (E-17) セットメディア株式会社
 - (E-18) ALTURA X株式会社
 - (E-19) Dr.IOV株式会社

- セミナー会場 E

- 病院広報アワード
- (E-25) 株式会社ニチ学館
 - (E-26) READYFOR株式会社
 - (E-27) ヤブ株式会社
 - (E-28) LINE WORKS株式会社
 - (E-29) TAKK株式会社
 - (E-30) TakeAction株式会社

- より良い病院経営のために
- (E-20) 一般社団法人メディカルRPA協会
 - (E-21) MIKAZUKI AI Notte株式会社
 - (E-22) プランドクラウド株式会社
 - (E-23) コモン・クリエイション株式会社
 - (E-24) 株式会社人的資産研究所

出展者一覧(50音順)

ア

アートブレイス(株)
 (株)アイ・オー・データ機器
 (株)アイセルネットワークス
 I・T・O(株)
 アイテック阪急阪神(株)
 (株)AIHOBS
 アイホン(株)
 imedtac Co.,Ltd.
 (株)アクア・アート
 アクセラテクノロジー(株)
 (株)アシストシステムサイエンス
 (株)アスタリスク
 (株)アストロステージ
 アズワン(株)
 (株)アドヴァンスト・インフォメーション・デザイン
 (株)アドバンスト・メディア
 (株)APOSTRO
 アマゾン ウェブ サービス ジャパン(同)
 アライドテレシス(株)
 ALTURA X(株)
 アレイ(株)
 (株)AND
 アンブ(株)
 (株)eWeLL
 (株)イーダクトル
 池上通信機(株)
 (株)石川コンピュータ・センター
 (株)イメージワン
 (株)医用工学研究所
 医療AIプラットフォーム技術研究組合
 インターシステムズジャパン(株)
 (株)インテック
 (株)インフィニットジャパン
 インフォコム(株)
 (株)WeBridge
 H3C Japan Technologies (同)
 EVIDIAN-BULL JAPAN(株)
 (株)エウクラシア
 (株)エーアイエス
 Avalue ジャパン(株)
 (株)エクセル・クリエイツ
 (株)エスエフシー新潟
 (株)エクスパイク・メディカルテクノロジー
 (株)X
 (株)NHCS
 エヌエスティ・グローバルリスト(株)
 NTTアドバンステクノロジ(株)
 (株)エヌデーデー
 (株)FCE
 (株)FYF
 (株)エム・イー
 エムジーファクトリー(株)
 (株)エムティーアイ
 (株)エムネス
 エルピクセル(株)
 OEC(株)
 (株)オーウラ・デジタル・クリエイト
 (株)オークソリューションズ
 オーシス(株)
 オープン(株)
 沖電気工業(株)
 (株)OPERe
 Omi Japan(株)
 (株)オリパー

カ

カーデックス(株)
 (株)カーボントレード
 カールストルツ・エンドスコピー・ジャパン(株)
 (株)Gaudi Clinical
 (株)カオナビ
 KAZEN WLD(株)

神奈川県未病産業研究会
 亀田医療情報(株)
 カリーナシステム(株)
 川崎重工業(株)
 河淳(株)
 (株)キーエンス
 キッセイコムテック(株)
 (株)キボロコ
 キヤノンITSメディカル(株)
 キヤノンITソリューションズ(株)
 京セラ(株)
 京セラドキュメントソリューションズジャパン(株)
 (株)金星
 (同)クラウドエンジン
 Clarity Ltd.
 グローリー(株)
 クロスウェイ(株)
 (株)クロスビット
 (株)ケアコム
 (株)ケアネット
 KDDI(株)
 KDDIまとめてオフィス(株)
 (株)コア・クリエイティブシステム
 (有)磯川システムデザイン事務所
 コトブキシーティング(株)
 KOTRA大阪貿易館
 コニカミノルタ(株)
 小林クリエイティブ(株)
 コモン・クリエーション(株)
 Contrea(株)

サ

サイオステクノロジー(株)
 (株)サウスウッド
 サカセ化学工業(株)
 札幌・北海道企業共同出展ブース
 サトーヘルスケア(株)
 (株)Sansei
 (株)サンネット
 (株)サン・プランニング・システムズ
 (株)CBリサーチ
 ジェイズ・コミュニケーション(株)
 JTP(株)
 JBCC(株)
 (株)ジェイマックシステム
 GEOMEXSOFT CO., LTD.
 (株)GENOVA
 (株)システム環境研究所
 システムデザイン開発(株)
 システムバンク(株)
 (株)島津製作所
 島津トラステック(株)
 島津メディカルシステムズ(株)
 (株)ジャパンホスピタルサポート
 シュナイダーエレクトリック(株)
 Shokz
 シライ電子工業(株)
 (有)新札幌サプライ
 (株)人的資産研究所
 シンフォニアエンジニアリング(株)
 Sky(株)
 ステムリンク(株)
 セイコーソリューションズ(株)
 (株)セールスフォース・ジャパン
 (株)セカンド・サイド
 (株)ゼットメディケア
 (株)セブンスディメンションデザイン
 (株)セントラルユニ
 (株)ZenmuTech
 (株)ソリトンシステムズ

タ

タック(株)
 TAKK(株)

中部テレコミュニケーション(株)
 ティアック(株)
 TIS(株)
 TXP Medical(株)
 (株)ディー・オー・エス
 (株)ディー・ディー・エス
 ディー・ブイエックス(株)
 (株)TakeAction
 帝人フロンティア(株)
 (株)データフォーシーズ
 (株)テクニカルイン長野
 (株)テクノア
 (株)テクノメディア
 テック情報(株)
 (有)テックワークス
 テルモ(株)
 デロイトトーマツ コンサルティング(同)
 電制コムテック(株)
 東亜システム(株)
 (株)東計電算
 東和薬品(株)
 (株)トータルブレインケア
 Dr.JOY(株)
 TOPPAN エッジ(株)
 トリオシステムプランズ(株)
 トレンドマイクロ(株)

チ

(株)ナイス
 Nightingale Health Japan(株)
 ナカバヤシ(株)
 ナゼロ(株)
 (株)ナテック
 (株)南江堂
 ニーズシェア(株)
 (株)ニチ学館
 日揮(株)
 ニッセイ情報テクノロジー(株)
 ニッタン(株)
 日本事務器(株)
 日本ブレイディ(株)
 ニプロ(株)
 日本インターシステムズ(株)
 (株)日本経営
 日本光電工業(株)
 日本データカード(株)
 NPO法人日本人間ドック健診協会
 (一社)日本病院DX推進協会
 (一社)NeXEHRs
 Notta(株)

リ

(株)パースジャパン
 (株)Binarity Bridge
 (株)パトスロゴス
 (株)ぱとなコミュニティエンタープライズ
 パソニックエンターテインメント&コミュニケーション(株)
 (一財)ハピネスライフ財団
 ピアック(株)
 PHR サービス事業協会
 (一社)PHR普及推進協議会
 PSP(株)
 (株)PFU
 ピュア・ストレージ・ジャパン(株)
 (株)ヒューマンセントリック
 華為技術日本(株)
 (株)ファインテックス
 (株)ファーストプレス
 (株)FIXER
 フィッティングクラウド(株)
 フォーカルポイント(株)
 フォーク(株)
 フジキンソフト(株)
 (株)フジタ

(株)FUJITA
 富士通(株)
 富士フイルムビジネスイノベーション(株)
 富士フイルムメディカル(株)
 富士フイルムメディカルITソリューションズ(株)
 芙蓉総合リース(株)
 ブラザー販売(株)
 (株)ブランドクラウド
 (株)Blue Planet-works
 (株)プレシジョン
 (株)ベスブラ
 (株)ベネフィックス
 (一社)ヘルスケアイノベーション協会
 (株)ヘンリー
 ボイット(株)
 (一社)保健医療福祉情報システム工業会
 ボーダレス・ビジョン(株)
 (株)ボンドジャパン

マ

(株)マーストリーケンソリューション
 (株)マトリクス
 丸紅情報システムズ(株)
 マルマンコンピュータサービス(株)
 (株)MIKAZUKI AI
 三井不動産リアルティ(株)
 三菱電機ビルソリューションズ(株)
 (株)ミルウス
 (株)ミクロ情報サービス
 (株)ムーブ
 (株)メディカスタッフプロモーション
 (一社)メディカルRPA協会
 (株)メディカルAIソリューションズ
 メディカルシステム(株)
 メディカルデザイン(株)
 (株)メディカルプロジェクト
 MediCapture APAC Inc., Taiwan Branch
 (株)メディサーチ
 (株)メディスシステムソリューション
 (株)メドレー
 メルコムビリティソリューションズ(株)
 (株)メルス

ヤ

(株)ヤブリ
 (株)Yuimedi
 (株)USEN-ALMEX
 (株)ユニットコム
 Ubie(株)

ラ

(株)ライフクエスト
 LINE WORKS(株)
 (株)ラムテック
 (株)ランジェ
 (株)ランドスキップ
 理想科学工業(株)
 (株)両備システムズ
 (株)レコモット
 (株)レスコ
 READYFOR(株)

ワ

(株)WorkVision
 ワールドビジネスセンター(株)
 YKR medical labo(株)

国際モダンホスピタルショウ委員会組織

ホスピタルショウは、その開催基本方針から実施について、下記の委員会のもと検討、審議し運営にあたっています。

ホスピタルショウ委員会

委員長
大道 久



カンファレンス企画部会

部会長
寺崎 仁



事務局会議

一般社団法人 日本病院会 事務局
一般社団法人 日本経営協会 事務局

国際モダンホスピタルショウ2025委員

2024年11月時点(順不同、敬称略)

●国際モダンホスピタルショウ2025委員会 委員名簿

大道 久	日本大学 医学部 名誉教授／横浜中央病院 名誉病院長
寺崎 仁	メディカル コンサルティング オフィス・JIN 代表
泉 並木	武蔵野赤十字病院 名誉院長／一般社団法人 日本病院会 副会長
植木 精司	一般社団法人 保健医療福祉情報システム工業会 事業推進部 部長
池田 俊也	国際医療福祉大学 医学部 公衆衛生学教授／IRセンター 部長
長澤 泰	東京大学 名誉教授／工学院大学 名誉教授／一般財団法人 ハピネスライフ財団 理事長
篠原 高雄	一般社団法人 東京都病院薬剤師会 専務理事
桧山 義雄	一般社団法人 日本医療機器産業連合会 事務局長
山田 恒夫	一般財団法人 健康医療産業推進機構 専務理事
木澤 晃代	公益社団法人 日本看護協会 常任理事
齋藤 清	一般社団法人 日本病院会 事務局長
白石 大輔	一般社団法人 日本経営協会 理事

●国際モダンホスピタルショウ2025カンファレンス企画部会 委員名簿

寺崎 仁	メディカル コンサルティング オフィス・JIN 代表
天海 宏昭	キャノンメディカルシステムズ株式会社 ヘルスケアIT 連携事業推進部 部長
池川 充洋	株式会社ケアコム 代表取締役社長
井上 秀樹	稲城市立病院 事務長
岩津 聖二	富士通Japan株式会社 ヘルスケアソリューションビジネス部 シニアマネージャー
大石佳能子	株式会社メディヴァ 代表取締役社長
加部 一彦	埼玉医科大学総合医療センター 新生児科 教授／総合周産期母子医療センター長
澤 智博	帝京大学 医療情報システム研究センター 教授
四方 大督	東京ガスエンジニアリングソリューションズ株式会社 都市エネルギー営業本部 公益営業部 法人第二統括部長
下山 赤城	日本アイ・ビー・エム株式会社 ヘルスケアイノベーション 部長
中川 徹	日本電気株式会社 ヘルスケア・ライフサイエンス事業部門 医療ソリューション統括部 ソリューション推進グループ グループ長
中島 朋子	東久留米白十字訪問看護ステーション 所長／一般社団法人 全国訪問介護事業協会 常任理事
兵藤 敏美	合同会社メディカルソリューションパートナー 代表
正木 義博	社会福祉法人 恩賜財団 済生会神奈川県支部 顧問
水島 洋	昭和医科大学 客員教授
森 修倫	富士フイルムメディカル株式会社 マーケティング部 マネージャー
森村 尚登	東洋大学 情報連携学部 学術実業連携機構 (INIAD-cHUB) 教授 医学博士
山下 晋矢	医療法人 社団明生会 セントラル病院 統括院長
山田 恒夫	一般財団法人 健康医療産業推進機構 専務理事

1 前史 [1971～1973]

「ホスピタルショー」の名称は、1971年、名古屋で開催した「第21回日本病院学会併設ホスピタルショー」が初めてである。出品社109社が『近代病院のシステム化とマネジメントの効率化』をテーマに、医療機器、病院設備等幅広い分野にわたって展示を行った。「第2回ホスピタルショー」は、1972年、北九州市において、「第3回ホスピタルショー」は、1973年、東京・晴海においてそれぞれ日本病院学会の併設展として開催された。

2 独立展示会として自立 [1974～1976]

「第23回日本病院学会併設第3回ホスピタルショー」は各界に大きな反響を呼び、今後は学会と切り離して、毎年東京において開催すべきであるとの要請が強くなり、このため1974年から「モダンホスピタルショー」として毎年5月に開催されることとなった。主催は、(株)日本病院協会、(株)全日本病院協会、および(株)日本経営協会の3者で行われた。

現在の名称である「国際モダンホスピタルショー」は、1975年に初めて用いられた。これは1977年の〈国際病院学会〉を目指して、国際的視野に立った展示会とするため変更されたものである。

3 国際病院学会との同時期開催 [1977～1979]

1977年、アジア地区において初めての〈第20回国際病院学会〉と〈第16回国際看護婦協会大会〉が開催されたが、両大会と期を同じくして「'77国際モダンホスピタルショー」も開催された。また1977年～1978年は、主催者に(株)日本看護協会が加わり、強力なる病院関係者の体制のもとで実施された。この協体制については、1979年以降、(株)日本医師会および(株)日本看護協会が本ショーを後援する形での開催として現在まで続いている。

4 システム展示への模索 [1980～1982]

本ショーでは、1980年以来毎回、会場内に各種の付帯事業コーナーを設けているが、1982年には本ショーのコア展示ともいえるべき「システム展示コーナー」が設けられた。これは、従来の出品展示がその展示内容において出展社の自由裁量であったのに対し、病院の設備機器を本来のあるべき位置に、あるべき姿で展示しようとするもので、まさにモデル病院のひとつをショー会場内に構築しようというものである。

5 池袋・サンシャインシティへの進出 [1983～1985]

従来、東京・晴海で開催してきたホスピタルショーは、より多くの病院関係者に本ショーへ来場してもらうため、1983年、池袋・サンシャインシティに会場を移して開催し、会期も従来の5月から、比較的学会等の少ない6月に変更された。1984年には、機器の展示だけでなく、病院人自らが積極的に参加して意見を交換する場として、看護、検査、情報の3特別研究会が開かれた。また、1985年からは(株)日本病院会の各研究会がこぞって本ショーと同時期・同会場で実施され、さらに特別企画のセミナー・シンポジウムも開かれるようになり、今日まで続いている。

6 3部門の企画展示でさらに充実 [1986～1990]

1986年より、ホスピタルショー企画委員会の下部組織として医療機器、ホームケア、医療情報の3つの専門部会を設けた。部会では、それぞれの部門において、その時々によさわしいテーマで企画展示を実施し、問題提起や啓発を行うとともに本ショーの一層の充実を図っており、来場者からも高い評価を受けている。

なお、ホームケアコーナーは1985年から設けられた。

7 国際ショーとして前進 [1991～1993]

1991年より、欧米福祉先進国からホームヘルスケア用品・リハビリ機器のメーカー、コンサルタント会社が直接出品。機器展示にあわせ、高齢者や障害者の対策について欧米の理念やシステムを学ぶため、1991年にはデンマーク、1992年にはオランダから医療・福祉の専門家を招聘し、国際シンポジウムを開催。

さらに1993年には、国際モダンホスピタルショーも数えて20回目を迎え、記念として永年出展社表彰を行った。また、イギリスの保健省ならびに地域保健・介護の専門家を招き、21世紀に向けての保健・医療・福祉の連携を考察すべく、イギリスの現状報告をもとに日本側とこれからのあるべき方向を探った。

8 21世紀に向けての新たな船出 [1994～1995]

1994年開催の国際モダンホスピタルショーは、前年に引き続き企画展示として保健・医療・福祉の展開へと一歩踏み込んだ形での展示となった。在宅医療、在宅ケアの問題は、これから21世紀に向けて避けて通れないテーマである。企画展示では、医療機関と生活基盤としての地域における医療、さらに保健・福祉との結びつきを考える糸口を模索した。また、病院経営、医療廃棄物などの問題も、今後さらに重要となることが確実視されている折りでもあり、在宅ケアの問題とあわせて、ホスピタルショー開催期間中に関連するセミナーを実施、参加者の多大なる関心を集めた。

1995年開催の国際モダンホスピタルショーは、展示フロア別に付帯展示の形式で実施した。院内感染防止、移動に役立つリハビリ機器、情報システムを看護に役立てようというそれぞれの観点から製品・システムの紹介ならびにパネル説明で展開した。あわせて、付帯セミナーのテーマも幅を拡げ、カンファレンス型の展示会への幕開けを示唆することになった。

9 きたるべき21世紀への保健、医療、福祉の連携を求めて [1996～1997]

1996年開催の国際モダンホスピタルショーは、「在宅」をキーワードとした企画事業の展開を試みた。具体的な表現方法としては、展示あるいはセミナーにより現況を語る手段とした。初の企画として、EU（欧州連合）との事業連携を含めたテクニカルセミナーの実施、さらに高齢者や障害者が不便に感じる障壁を取り除くバリアフリーについて、医療の立場に立って展示するバリアフリーコーナーの設置等から、今後のホスピタルショーの方向性を探った。

1997年の第24回目から「国際モダンホスピタルショー'97」と表示を変更し、従来の企画事業に加えて、書籍の販売コーナーや老健施設等の見学会、特別コーナー等を設け展示会の充実を図った。なお、この回をもって、サンシャインシティでの開催に幕を閉じ、次回からは東京ビッグサイトで開催することとなった。

10 東京ビッグサイトでの新たな展開 [1998～2000]

1998年開催の国際モダンホスピタルショーから東京ビッグサイトでの開催となった。奇しくも25回の節目を迎えるなかでの開催は、EU（欧州連合）の協力もあり国際色豊かなショーとなった。

東京ビッグサイトでの2回目（1999年）の開催となった国際モダンホスピタルショーは、公的介護保険制度実施を翌年に控えた年でもあり、導入をにらんだ企画が全般的に多く見受けられた。

「国際モダンホスピタルショー2000」は、特別企画展示「蘭学事はじめコーナー」や「ベンチャー企業支援コーナー」、併設展「EMPREP（エムプレップ）2000」など内容の充実に加え、展示面積、出展社ともに過去最大規模での開催となった。20世紀最後のショーは、盛況裡に終了した。

11 新世紀を迎えてさらに質の高い展示会へ [2001～2003]

21世紀最初の「国際モダンホスピタルショー2001」は、今日的なテーマを取りあげた2つの企画展示「開かれた医療と電子カルテ」「安全に医療を提供できる環境をめざして」とともに好評を得た。

医療制度の抜本改革が始まった2002年の国際モダンホスピタルショーは、直面する課題解決の糸口を求めた医療関係者が多数来場し、延べ6万人の来場者を集めた。

「国際モダンホスピタルショー2003」は、開催30回を記念し、秋篠宮同妃両殿下のお成りを賜った。出展社は、過去最大316社を数え、節目の年にふさわしいショーとなった。

12 より確かな健康・医療・福祉をめざして [2004～2006]

新しい世代へと踏み出した2004年の国際モダンホスピタルショーは、より具体的なテーマ「21世紀の健康・医療・福祉-安心できる医療、信頼される病院」を掲げ、展示面積、出展社・来場者数すべてにおいて規模を拡大しての開催となった。

「国際モダンホスピタルショー2005」は、西展示棟での最後の開催となったが、展示面積、出展社・来場者数とも前回の記録をすべて塗り替え、文字どおり過去最高の結果で幕を閉じた。

国際モダンホスピタルショー2006は、テーマ『確かな健康・医療・福祉-クオリティの高いサービスをめざして』を掲げ、東京ビッグサイト東展示棟に移動して初めての開催となった。医療制度改革がすすむ中、医療機関の経営に大きな影響を及ぼす診療ならびに介護報酬の改定も行なわれ、それらを念頭においた展示やセミナーが会期中に繰り広げられた。出展社数、来場者数ともに前回は上回り過去最大の規模となった。

13 健康づくり推進に向けて [2007～2009]

国際モダンホスピタルショー2007は、「健康増進で築く豊かな医療と福祉-新しい地域ケアの姿をめざして」をメインテーマとした。企画展示「予防医療時代の健診イノベーション」を展開し、セミナーや展示ブースでも予防医療・健診への提案が繰り広げられた。

国際モダンホスピタルショー2008は、企画展示として「ユビキタス医療IT一人と地域と医療をつなぐ」を実施した。ユビキタス活用による安全技術等、様々な情報共有ソリューションが提案された。また、初の試みとして「こんなものを作ってみました！看護のアイデア賞」を実施し大きな反響を呼んだ。

国際モダンホスピタルショー2009は、企画展示として「いのちの輝き、地球の輝き、医療人の輝き 地球環境にやさしい病院づくり」を実施し、地球環境に配慮した病室等のモデル的な展示や病院等によるエコ活動について提案された。また、特別企画として「第2回 看護のアイデア賞」を実施した。ともに来場者から高評価を受けた。

14 地域医療のさらなる連携を目指して [2010～2012]

国際モダンホスピタルショー2010は、企画展示として「輝かそう！チーム医療・地域医療ネットワークの未来」を実施し、これからの大きな課題である「チーム医療」と「地域医療ネットワーク」のあり方を提案し、限られた医療資源を有効かつ効率に活用することを掲げ、大きな注目を集めた。

国際モダンホスピタルショー2011では、企画展示として医療サービスの向上を考える「患者サービス提案コーナー」を、またスポット展示では、「さらなる連携を目指すICTソリューション」をテーマに、地域医療連携システムの事例紹介や、タブレット型端末を集めた医療支援ICTの利活用等を展示・実演した。

国際モダンホスピタルショー2012は、企画展示として「ICTで拓く医療連携の未来」をテーマに、最先端技術を駆使した各種の実証実験事例や取り組みを紹介した。また、スポット展示では、「チーム医療と地域連携 - 食からの取り組み -」をテーマに、NST（栄養サポートチーム）の実践やフードサービス、さらに栄養管理・指導・支援などの取り組みを紹介した。

15 保健・医療・福祉の連携による安心社会の実現を目指して [2013～2014]

国際モダンホスピタルショウ2013は、「健康・医療・福祉の明るい未来へ～連携による安心社会の実現を目指して～」をテーマとし、出展面積、来場者数において過去最大の規模で実施した。

企画展示では、「超高齢社会への取組みと自立支援」、スポット展示では「ICTによる医介連携と国際展開の明るい未来」をテーマに掲げ、いずれもこれからの地域包括ケア構築の取組みとして紹介した。

国際モダンホスピタルショウ2014は、前回と同じテーマで実施した。出展者数は、397社（共同出展等を含む）と過去最高となった。企画展示では「明日の医療連携と国際対応を支援するICT活用」を、またスポット展示では、「地域包括ケアシステム構築に向けた仕組みづくり」をテーマとして実施した。

16 連携と地域包括ケアの充実を目指して [2015～2017]

国際モダンホスピタルショウ2015は「健康・医療・福祉の新時代へ～連携と地域包括ケアの充実を目指して～」をテーマとし、出展者数は356社、来場者数は過去最大の規模で実施した。企画展示では、「健康・医療・福祉に活躍する看護・介護ロボット」を、またスポット展示では、「医療・介護・ヘルスケア分野におけるICTの新潮流～急速な進化を遂げる『ウェアラブル』の活用～」をテーマとして実施した。

国際モダンホスピタルショウ2016は、テーマを継続し、出展者数は336社で、出展面積は過去最大での開催となった。

企画展示では、「求められる連携と地域包括ケアの充実に向けて」を、スポット展示では、「高齢社会を支える 看護・介護ロボット」をテーマに実施した。

国際モダンホスピタルショウ2017は、「健康・医療・福祉の未来をひらく～連携と地域包括ケアの充実を目指して～」をテーマとし、出展者数は344社、過去最大のセミナー数での開催となった。企画展示では「ヘルスケアから最先端の健康医療立国へ！- ウェアラブルがつなぐスポーツ×IT×医療の新たな関係 -」と「VRとMRで広がる医療の未来」の2つのテーマで実施した。

17 世代と国境を越えた豊かな共生を目指して [2018～2019]

国際モダンホスピタルショウ2018は、「健康・医療・福祉の未来をひらく～世代と国境を越えた豊かな共生を目指して～」をテーマとし、出展者数は345社、SPECIAL LECTUREとしてレセプションAホールにて特別講演をおこなった。企画展示では「テクノロジーが映し出す変わりゆく医療の今と未来～メディカルIT最新事情～」と「快適な職場環境づくりのために」の2つのテーマで実施した。

国際モダンホスピタルショウ2019は、「健康・医療・福祉の未来をひらく～世代と国境を越えた豊かな共生を目指して～」をテーマとし、新設の南展示棟全ホールで開催した。出展者数は317社、マッチングステージとして特設セミナーステージと展示ブースによる新設コーナーを設置した。企画展示では「遠隔医療の今と未来～医療の国際化を踏まえて～」と「優秀な技術力を持った企業からの各種病院災害対策への提案」の2つのテーマで実施した。

18 世代や国境を越えて、いのちの躍動を [2020～2021]

国際モダンホスピタルショウ2020は、2019年12月初旬からパンデミックと言われる世界的な流行となった新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の拡大・感染防止の観点から開催を見送ることとなった。

国際モダンホスピタルショウ2021は、「健康・医療・福祉の未来をひらく～世代や国境を越えて、いのちの躍動を～」をメインテーマとし、また、本年は東京2020オリンピック・パラリンピック開催に伴い、会場をパシフィコ横浜、開催時期を7月28日（水）・29日（木）の2日間にて開催した。企画展示では、「ニューノーマル時代における医療・介護デジタルトランスフォーメーション（DX）」と「地域医療体制のために～ICT受診支援ツールの活用とHealthcareBCPの構築～」の2つのテーマで実施。

国際モダンホスピタルショウ2021は、コロナ禍での開催となったが、感染症対策を講じ、実施することで、2日間合計10,055名に来場いただいた。また、初のWeb展示会「ホスピタルショウオンライン」を6月21日（月）～8月31日（火）の期間で開催した。

19 人と地域でつむぐ命の輝き [2022]

国際モダンホスピタルショウ2022は、『健康・医療・福祉の未来をひらく～人と地域でつむぐ命の輝き～』をメインテーマに7月13日（水）・14日（木）・15日（金）の3日間、東京ビッグサイト 東2・3ホール（会場面積17,000㎡・展示面積5,500㎡）を使用して開催した。会期中3日間の来場者数は25,088名、出展者数213社を数えた。

さらに主催者企画展示では医療情報部企画「スマート院内マネジメント」、保健・医療・福祉部企画「データヘルス改革で未来をひらく」、「HAPPINESS ROOM」「働く女性応援!PopUpイベント」の4つを実施した。

また、会期中はホスピタルショウセミナー、公開シンポジウム、出展者セミナー、企業・団体など54セッションのセミナーを実施、延べ2,799名を越す聴講者を集めた。

20 半世紀の歩みを、確かな進化へ [2023～2024]

国際モダンホスピタルショウ2023は、「健康・医療・福祉の新たなステージ～半世紀の歩みを、確かな進化へ～」をテーマとし、開催50回の記念回として、連載50周年を迎え、医療従事者から愛されるマンガ『ブラック・ジャック』とコラボレーションした特別企画展や企画展示『ヘルステック展inホスピタルショウ』を実施した。会場は東1・2・3ホールを使用し、3日間合計32,929名に会場に来ていただいた。

国際モダンホスピタルショウ2024は、「健康・医療・福祉の新たなステージ～DX推進による、確かな進化へ～」をテーマに7月10日(水)・11日(木)・12日(金)の3日間、東京ビッグサイト東4・5・6ホールで3日間合計35,408名、出展者258社・団体で実施。同時開催「ナースまつり2024」では、看護師を中心に2,700名が会場に来て様々な企画で盛り上がった。

21 いのち輝く安心社会2025 [2025]

国際モダンホスピタルショウ2025は、「健康・医療・福祉の新たなステージ～いのち輝く安心社会2025～」をテーマとし、展示ブースとオープンステージセミナーを設置した新エリア『医療健康情報の共有によるパーソナライズドヘルスケアの未来』『よりよい病院経営のために』の2つのテーマを設置した。会場は西1・2・4ホールを使用し、3日間合計35,645名に会場に来ていただいた。また、出展者は300名・団体を数えた。

「国際モダンホスピタルショー」のあゆみ

回数	名称	会期	会場	テーマ	出展者数 (社・団体)	入場者数 (人)	展示面積 (㎡)
1	'74モダンホスピタルショー	昭和49年5月22日(水) ～27日(月) 6日間	東京国際貿易センター	健康をまもるみんなの病院	106	192,800	2,000
2	'75国際モダンホスピタルショー	昭和50年5月16日(金) ～20日(火) 5日間	東京国際貿易センター	新しいシステムで、豊かな医療を!	113	156,800	2,000
3	'76国際モダンホスピタルショー	昭和51年5月19日(水) ～23日(日) 5日間	東京国際貿易センター	優れた医療で明日の福祉を!	120	117,100	2,000
4	'77国際モダンホスピタルショー	昭和52年5月26日(水) ～31日(火) 6日間	東京国際貿易センター	のびゆく医療 明るい未来	139	171,600	2,000
5	'78国際モダンホスピタルショー	昭和53年5月18日(水) ～21日(日) 4日間	東京国際貿易センター	のびゆく医療 住みよい社会	113	80,200	2,000
6	'79国際モダンホスピタルショー	昭和54年5月10日(水) ～13日(日) 4日間	東京国際貿易センター	のびゆく医療 住みよい社会 ～福祉との調和～	102	80,100	2,000
7	'80国際モダンホスピタルショー	昭和55年5月15日(水) ～18日(日) 4日間	東京国際貿易センター	のびゆく医療 住みよい社会 ～80年代とヘルスケア～	104	81,300	2,000
8	'81国際モダンホスピタルショー	昭和56年5月14日(水) ～17日(日) 4日間	東京国際貿易センター	のびゆく医療 住みよい社会 ～ガンとのたたかい～	102	39,210	1,400
9	'82国際モダンホスピタルショー	昭和57年5月13日(水) ～16日(日) 4日間	東京国際貿易センター	のびゆく医療 住みよい社会	135	11,500	1,600
10	'83国際モダンホスピタルショー	昭和58年6月17日(金) ～19日(日) 3日間	サンシャインシティ文化会館	明るい病院のびゆく医療 —医療の進歩と病院のシステム化を考える—	90	16,770	1,300
11	'84国際モダンホスピタルショー	昭和59年6月15日(金) ～17日(日) 3日間	サンシャインシティ文化会館	よりよい医療を求めて ～医療における質の改善と実践～	154	26,560	2,000
12	'85国際モダンホスピタルショー	昭和60年6月14日(金) ～16日(日) 3日間	サンシャインシティ文化会館	よりよい医療を求めて ～医療における質の改善と実践～	159	34,450	2,500
13	'86国際モダンホスピタルショー	昭和61年6月13日(金) ～15日(日) 3日間	サンシャインシティ文化会館	よりよい医療を求めて ～医療における質の改善と実践～	181	37,070	2,500
14	'87国際モダンホスピタルショー	昭和62年6月25日(水) ～27日(土) 3日間	サンシャインシティ文化会館	明日の医療を拓く	171	43,140	2,500
15	'88国際モダンホスピタルショー	昭和63年6月23日(水) ～25日(土) 3日間	サンシャインシティ文化会館	明日の医療を拓く	161	44,920	2,700
16	'89国際モダンホスピタルショー	平成元年6月29日(水) ～7月1日(土) 3日間	サンシャインシティ文化会館	今求められるものは…… 愛される病院をめざして	152	45,110	3,000
17	'90国際モダンホスピタルショー	平成2年6月28日(水) ～30日(土) 3日間	サンシャインシティ文化会館	愛される病院をめざして	155	47,110	3,300
18	'91国際モダンホスピタルショー	平成3年7月11日(水) ～13日(土) 3日間	サンシャインシティ文化会館	価値ある健康、愛される病院	176	50,140	3,450
19	'92国際モダンホスピタルショー	平成4年7月9日(水) ～11日(土) 3日間	サンシャインシティ文化会館	価値ある健康、愛される病院	157	48,860	3,200
20	'93国際モダンホスピタルショー	平成5年7月8日(水) ～10日(土) 3日間	サンシャインシティ文化会館	価値ある健康、愛される病院	149	49,150	2,700
21	'94国際モダンホスピタルショー	平成6年7月7日(水) ～9日(土) 3日間	サンシャインシティ文化会館	医療と生活をつなげる —21世紀への保健、医療、福祉の展開	157	51,740	2,600
22	'95国際モダンホスピタルショー	平成7年7月6日(水) ～8日(土) 3日間	サンシャインシティ文化会館	医療と生活をつなげる —21世紀への保健、医療、福祉の展開	159	52,090	2,600
23	'96国際モダンホスピタルショー	平成8年7月4日(水) ～6日(土) 3日間	サンシャインシティ文化会館	医療と生活をつなげる —21世紀への保健、医療、福祉の展開	168	52,510	2,900
24	国際モダンホスピタルショー'97	平成9年7月9日(水) ～11日(金) 3日間	サンシャインシティ文化会館	医療と生活をつなげる —21世紀への保健、医療、福祉の展開	190	53,100	3,000
25	国際モダンホスピタルショー'98	平成10年7月8日(水) ～10日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	医療と生活をつなげる —21世紀への保健・医療・福祉の展開	216	54,100	4,500
26	国際モダンホスピタルショー'99	平成11年7月7日(水) ～9日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	医療と生活をつなげる —21世紀への保健・医療・福祉の展開	190	52,300	3,900
27	国際モダンホスピタルショー2000	平成12年7月12日(水) ～14日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	さらなる飛躍をめざして —21世紀への保健・医療・福祉の展開	307	58,900	6,000
28	国際モダンホスピタルショー2001	平成13年7月11日(水) ～13日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	新世紀の健康・医療・福祉	290	55,300	4,400
29	国際モダンホスピタルショー2002	平成14年7月17日(水) ～19日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	新世紀の健康・医療・福祉 —安心と信頼を求めて	301	60,900	5,500
30	国際モダンホスピタルショー2003	平成15年7月16日(水) ～18日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	21世紀の健康・医療・福祉 —安心と信頼を求めて	316	59,700	5,800

「国際モダンホスピタルショー」のあゆみ

回数	名称	会期	会場	テーマ	出展者数 (社・団体)	入場者数 (人)	展示面積 (㎡)
31	国際モダンホスピタルショー2004	平成16年7月14日(水) ～16日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	21世紀の健康・医療・福祉 ～安心できる医療、信頼される病院	359	68,900	6,900
32	国際モダンホスピタルショー2005	平成17年7月13日(水) ～15日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	確かな健康・医療・福祉 ～クオリティの高いサービスをめざして	365	75,700	7,400
33	国際モダンホスピタルショー2006	平成18年7月12日(水) ～14日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	確かな健康・医療・福祉 ～クオリティの高いサービスをめざして	392	76,700	7,900
34	国際モダンホスピタルショー2007	平成19年7月11日(水) ～13日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	健康増進で築く豊かな医療と福祉 ～新しい地域ケアの姿をめざして	368	77,600	8,000
35	国際モダンホスピタルショー2008	平成20年7月16日(水) ～18日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	健康増進で築く豊かな医療と福祉 ～新しい地域ケアの姿をめざして	375	77,800	8,000
36	国際モダンホスピタルショー2009	平成21年7月15日(水) ～17日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	いのちの輝きを! 明日に架ける健康・医療・福祉	347	76,500	7,200
37	国際モダンホスピタルショー2010	平成22年7月14日(水) ～16日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	いのちの輝きを! 明日に架ける健康・医療・福祉	341	79,150	7,600
38	国際モダンホスピタルショー2011	平成23年7月13日(水) ～15日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	いのちの輝きを! 未来を創る健康・医療・福祉 ～さらなる連携を目指して～	303	77,130	6,800
39	国際モダンホスピタルショー2012	平成24年7月18日(水) ～20日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	いのちの輝きを! 未来を創る健康・医療・福祉 ～さらなる連携を目指して～	317	81,550	7,000
40	国際モダンホスピタルショー2013	平成25年7月17日(水) ～19日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	健康・医療・福祉の明るい未来へ ～連携による安心社会の実現を目指して～	380	81,788	8,500
41	国際モダンホスピタルショー2014	平成26年7月16日(水) ～18日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	健康・医療・福祉の明るい未来へ ～連携による安心社会の実現を目指して～	397	80,260	8,500
42	国際モダンホスピタルショー2015	平成27年7月15日(水) ～17日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	健康・医療・福祉の新時代へ ～連携と地域包括ケアの充実を目指して～	356	82,149	8,500
43	国際モダンホスピタルショー2016	平成28年7月13日(水) ～15日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	健康・医療・福祉の新時代へ ～連携と地域包括ケアの充実を目指して～	336	80,942	8,500
44	国際モダンホスピタルショー2017	平成29年7月12日(水) ～14日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	健康・医療・福祉の未来をひらく ～連携と地域包括ケアの充実を目指して～	344	80,295	8,300
45	国際モダンホスピタルショー2018	平成30年7月11日(水) ～13日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	健康・医療・福祉の未来をひらく ～世代と国境を越えた豊かな共生を目指して～	345	80,121	7,700
46	国際モダンホスピタルショー2019	令和元年7月17日(水) ～19日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	健康・医療・福祉の未来をひらく ～世代と国境を越えた豊かな共生を目指して～	317	68,927	7,000
47	国際モダンホスピタルショー2020	令和2年7月 1 日(水) ～ 3 日(金) 3日間	東京ビッグサイト(青海)	新型コロナウイルス感染症拡大防止に伴い開催見送り			
48	国際モダンホスピタルショー2021	令和3年7月28日(水) ～29日(木) 2日間	パシフィコ横浜	健康・医療・福祉の未来をひらく ～世代や国境を越えて、いのちの躍動を～	150	10,055	3,500
49	国際モダンホスピタルショー2022	令和4年7月13日(水) ～15日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	健康・医療・福祉の未来をひらく ～人と地域でつむぐ命の輝き～	213	25,088	5,500
50	国際モダンホスピタルショー2023	令和5年7月12日(水) ～14日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	健康・医療・福祉の新たなステージ ～半世紀の歩みを、確かな進化へ～	254	32,919	6,500
51	国際モダンホスピタルショー2024	令和6年7月10日(水) ～12日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	健康・医療・福祉の新たなステージ ～DX推進による、確かな進化へ～	258	35,408	6,500
52	国際モダンホスピタルショー2025	令和7年7月16日(水) ～18日(金) 3日間	東京ビッグサイト(有明)	健康・医療・福祉の新たなステージ ～いのち輝く安心社会2025～	300	35,645	6,600



国際モダンホスピタルショウ2026

INTERNATIONAL MODERN HOSPITAL SHOW 2026

開催のご案内

会期 2026年7月8日(水)・9日(木)・10日(金)

会場 東京ビッグサイト(東京国際展示場) 西展示棟

主催 一般社団法人 日本病院会 / 一般社団法人 日本経営協会

特別協力 公益社団法人 日本看護協会

保健・医療・福祉に関する国内最大規模の総合展示会

医療環境設備・機器、医療機器・材料、看護・介護・保健関連機器、医療情報システム等
幅広い分野から最新のハード・ソフトを一堂に展示・実演。

国際モダンホスピタルショウ2026に関するお問い合わせ先



一般社団法人 日本経営協会 ホスピタルショウ事務局

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷五丁目31番11号 住友不動産新宿南口ビル13階
TEL. (03) 6632-7133

<https://www.noma-hs.com>

●資料請求欄

MAIL: hsg@noma.or.jp

社名・団体名			
所属・役職			氏名
所在地	〒		
TEL		E-mail	
取り扱い製品			



国際モダンホスピタルショウ2025

結果報告書

国際モダンホスピタルショウ2025 結果報告書

●2025年8月発行

●発行／一般社団法人 日本経営協会 ホスピタルショウ事務局

〒151-0051 東京都渋谷区千駄ヶ谷5-31-11 住友不動産新宿南口ビル13階

TEL : 03-6632-7133 MAIL : hsg@noma.or.jp

URL : <https://www.noma-hs.com>

※許可なく転載・複製を禁じます。