

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ため、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. 加算として取り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