



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

## 2023（令和5）年度事業報告書 資料集

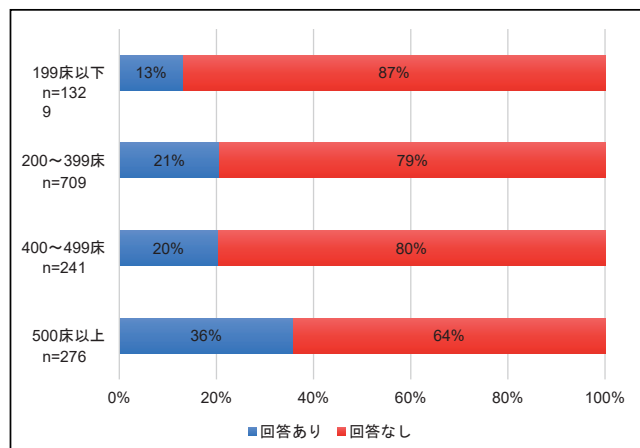
資料1	健診事業実施状況に関するアンケート	P.1～6
資料2	2022年度QIプロジェクト結果報告	P.7～258
資料3	要望・提言	P.259～346
資料4	看護師の確保状況に関する緊急調査（最終報告）	P.347～352
資料5	医療機関経営状況調査 －「2023年度病院経営定期調査」に基づく収支速報－	P.353～361
資料6	2023年度病院経営定期調査概要版－中間報告（集計結果）－	P.362～378
資料7	2023年度病院経営定期調査 概要版－最終報告（集計結果）－	P.379～395
資料8	病院における賃上げ状況等の調査について	P.396～402
資料9	四病院団体協議会病院医師の働き方検討委員会 「医師の働き方改革に関する状況調査」	P.403～410
資料10	第50回国際モダンホスピタルショー2023結果報告書	P.411～450

## 健診事業実施状況に関するアンケート 集計結果

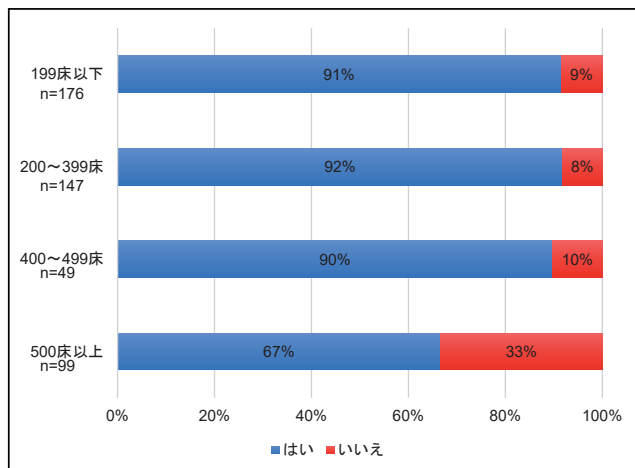
一般社団法人 日本病院会 健診事業推進委員会

## 健診事業実施状況等に関するアンケート

1. 調査対象 2,555病院
2. 回答数 471病院
3. 調査期間  
2023年12月6日 ~ 12月22日
4. 調査方法  
Webおよびメール、FAX回答



## 健診事業の実施の有無



### 実施していない理由

#### 199床以下

- ・ スタッフや施設・設備が整っていないため
- ・ 採算が合わないため

#### 200~399床

- ・ 周辺医療機関との役割分担のため
- ・ 健診部門は他事業所に集約しているため

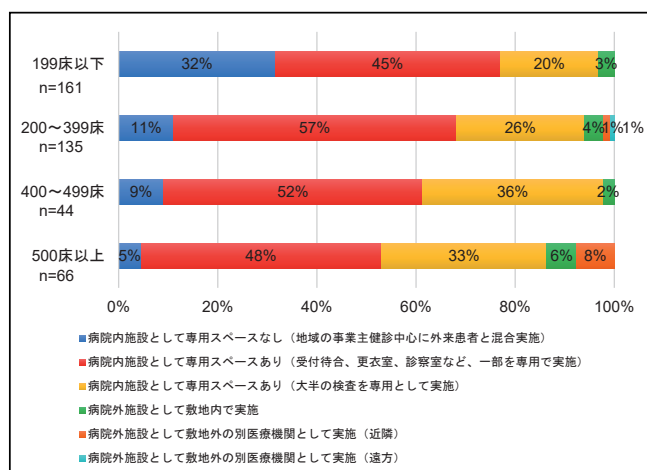
#### 400~499床

- ・ 地域の基幹病院としての役割を担うため
- ・ 健診部門は他事業所に集約しているため

#### 500床以上

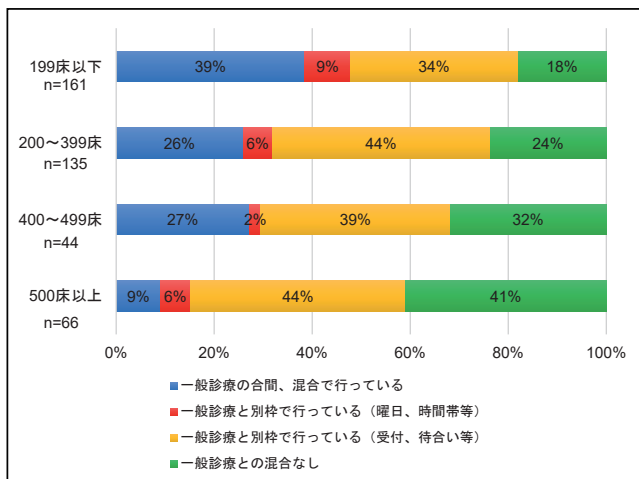
- ・ 急性期病院として一般診療に注力するため
- ・ 周辺地域で健診事業が確立されており、2次健診(精査)より対応している など

## 健診事業を行っている場所について



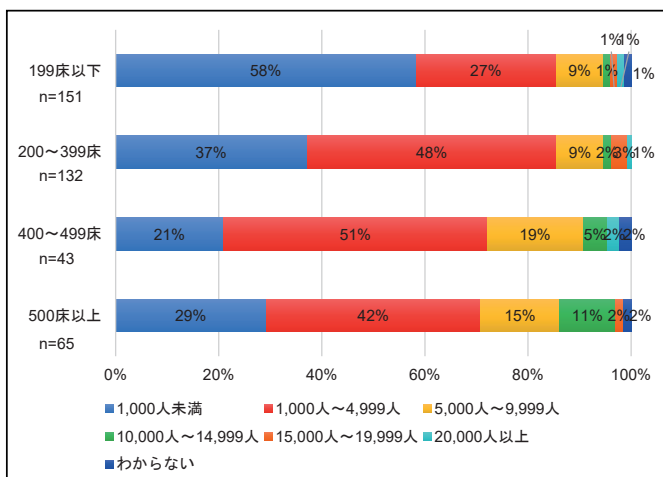
病床数の少ない病院において、病院内に専用スペースがなく健診事業を行っている傾向であるとわかった。

### 健診事業の実施方法について



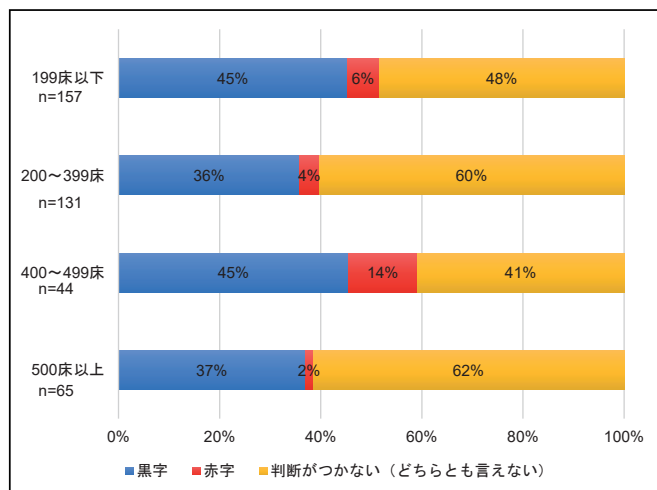
病床数の少ない病院において一般診療の合間に健診事業を混合で行っている傾向であるとわかった。

### 2022年度における人間ドック総受診者数



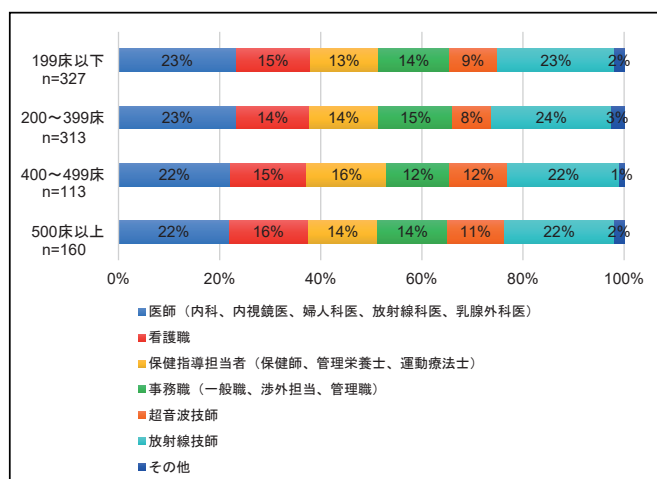
病床数の少ない病院においては年間総受診者数1,000人未満の割合が多く、病床数の多い病院においては10,000人以上の割合が多い傾向である。

### 健診事業の採算について



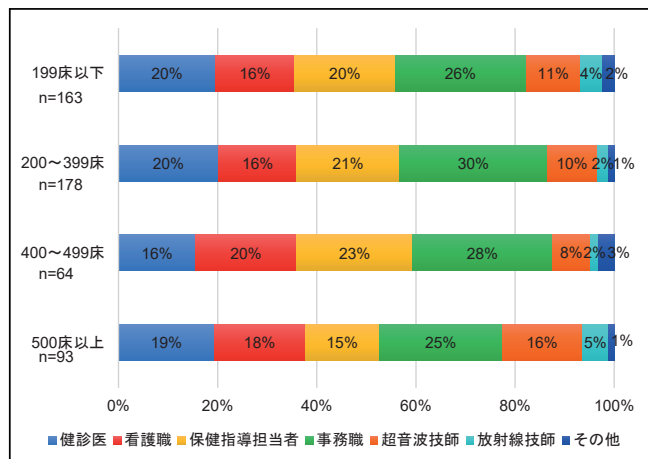
採算については「判断がつかない」との回答も多いのは、健診事業を単独で行っていないために算出が困難であった可能性がある。

### スタッフの確保に困っている職種（複数回答可）



- その他
- 読影医の確保 (外注するとコストや結果処理に時間がかかってしまう)
  - 臨床工学技士
  - 検査技師
  - 薬剤師
  - 女性職員
  - 自動車運転手
  - 事務職派遣スタッフ

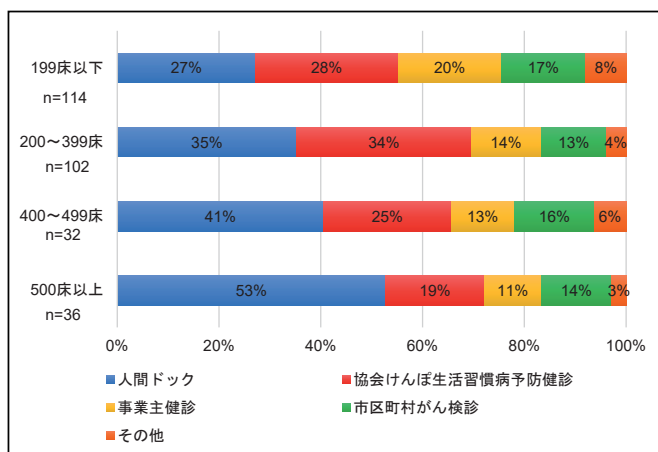
### 人材育成に困っている職種（複数回答可）



その他

- システム担当者
- 健診医確保の継続
- 人材育成の前にスタッフの確保困難
- 外来担当医師の中に健診への理解度が低い方がおり、健診では基準に従い要精査だが、外来医師より診察は必要ないと言われ、精査を行ってもらえない事がある。
- 産業保健担当者
- 検査技師
- 女性の(腹部)超音波技師

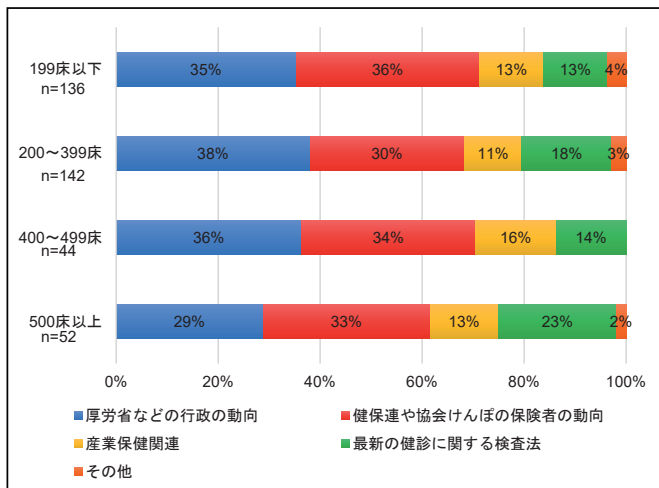
### 受診者数の増大について困っていること（複数回答可）



その他

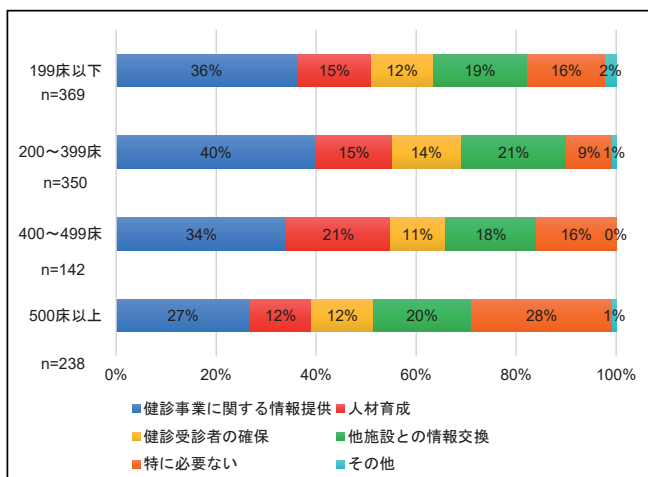
- 特定健診
- 特殊健診
- 婦人科検診
- 健診部門が狭い
- 専従医師が不在
- スタッフの確保困難のため
- 検査枠とマンパワーの確保
- 近隣に健診を行う医療機関が少ないため予約が集中する
- 超音波検査、内視鏡検査など付加項目の多い健診
- 物価高騰のこのご時世、価格を上げたいが簡単にはいかない

### 健診事業に関する情報の収集について困っていること




- その他
- 判定基準などの学会の動向
  - マイナンバーへの結果紐づけなどあらゆるもののデジタル化に、取り残されないよう必死
  - 健診施設の「マイナ保険証」に関する情報
  - 保健指導スキルに関わる情報の獲得
  - 予診票の持参のない受診
  - 他施設の動向
  - 他施設における人間ドック受診者数、年齢別・地域別受診者数

### 日本病院会に対して希望する支援（複数回答可）



- その他
- スタッフの確保
  - 健診医確保等も含んだ人材育成
  - 特に内視鏡医確保への手助けや斡旋、その他職種に於いても同様
  - 婦人科検診の紹介先情報提供、調整
  - 各システムの連携を進めるための規格統一
  - 健診予約、請求業務の業界としての標準化
  - 標準的な健診ソフト
  - 健診事業が実施不可となった場合の他健診可能機関の情報が欲しい
  - 健診できる機関の増大と、それ(どういところで受けられるのか)を一般市民に知らせる広報
  - 健診施設へのマイナ保険証導入補助金について国への働きかけ



# 2022 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、2022 年度で 13 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（病気に罹るかどうか、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、2022 年度は、353 病院が参加して 47 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。

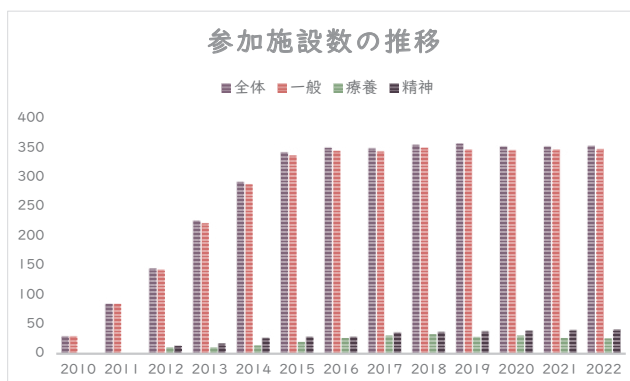
QI 委員会 委員長 福井次矢

### 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	18	0
02	青森県	4	0
03	岩手県	3	0
04	宮城県	6	0
05	秋田県	0	-1
06	山形県	7	0
07	福島県	7	0
08	茨城県	6	0
09	栃木県	3	0
10	群馬県	6	0
11	埼玉県	15	-1
12	千葉県	15	1
13	東京都	30	0
14	神奈川県	16	-1
15	新潟県	3	-1
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	21	1
21	岐阜県	6	0
22	静岡県	12	0
23	愛知県	24	2
24	三重県	3	0
25	滋賀県	8	2
26	京都府	16	0
27	大阪府	37	0
28	兵庫県	12	0
29	奈良県	5	0
30	和歌山県	0	-1
31	鳥取県	0	0
32	島根県	2	0
33	岡山県	4	0
34	広島県	7	1
35	山口県	0	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	19	0
41	佐賀県	1	0
42	長崎県	2	0
43	熊本県	1	0
44	大分県	5	0
45	宮崎県	0	0
46	鹿児島県	2	0
47	沖縄県	5	-1
<b>総計</b>		<b>353</b>	<b>1</b>

### 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	17
2014	292	288	15	26
2015	342	337	20	28
2016	350	345	27	28
2017	349	344	31	35
2018	355	350	33	36
2019	357	347	29	37
2020	352	346	31	38
2021	352	347	27	39
<b>2022</b>	<b>353</b>	<b>348</b>	<b>26</b>	<b>40</b>



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	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
1	北海道	手稲溪仁会病院	○	○	670	9.6						
2	北海道	函館中央病院	○	○	527	12.8						
3	北海道	函館五稜郭病院	○	○	480	11.2						
4	北海道	市立函館病院	○	○	582	12.2						
5	北海道	日鋼記念病院	○	○	387	14.8						
6	北海道	KKR斗南病院	○	○	283	8.4						
7	北海道	札幌厚生病院	○	○	519	13.8						
8	北海道	市立札幌病院	○	○	672	10.4				○	38	35
9	北海道	札幌東徳洲会病院	○	○	325	12.7						
10	北海道	KKR札幌医療センター	○	○	410	10.1						
11	北海道	旭川赤十字病院	○	○	480	10.5						
12	北海道	市立旭川病院	○	○	372	12.6				○	100	37
13	北海道	帯広厚生病院	○	○	606	12.6						
14	北海道	北斗病院	○	○	217	10.7						
15	北海道	帯広第一病院	○	○	230	18.3						
16	北海道	NTT東日本札幌病院	○	○	301	8						
17	北海道	砂川市立病院	○	○	408	11.8				○	80	50.1
18	北海道	北海道病院	○	○	358	11.5						
19	青森県	八戸市立市民病院	○	○	572	13				○	50	74.4
20	青森県	十和田市立中央病院	○	○	315	13.1				○	50	50.3
21	青森県	青森県立中央病院	○	○	684	12.8						
22	青森県	青森市民病院	○	○	459	14.5						
23	岩手県	岩手県立中央病院	○	○	685	11.3						
24	岩手県	岩手県立大船渡病院	○	○	370	12.3				○	105	334.9
25	岩手県	岩手県立中部病院	○	○	414	11.2						
26	宮城県	KKR東北公済病院	○	○	328	7.3	○	40	58			
27	宮城県	坂総合病院	○	○	357	14.2						
28	宮城県	永仁会病院		○	80	8.6						
29	宮城県	仙台赤十字病院	○	○	389	14.4						
30	宮城県	仙台市立病院	○	○	467	10.6				○	50	46.9
31	宮城県	仙台オープン病院	○	○	330	8.7						
32	山形県	済生会山形済生病院	○	○	473	13.6						
33	山形県	三友堂病院	○	○	185	18.1						
34	山形県	公立置賜総合病院	○	○	450	12.9						
35	山形県	山形市立病院済生館	○	○	528	11.6						
36	山形県	山形県立中央病院	○	○	594	10.3						
37	山形県	日本海総合病院	○	○	630	11.6						
38	山形県	鶴岡市立荘内病院	○	○	521	13						
39	福島県	大原総合病院	○	○	353	11.2						
40	福島県	白河厚生総合病院	○	○	471	12						
41	福島県	太田西ノ内病院	○	○	1036	15.1						
42	福島県	寿泉堂総合病院	○	○	305	10.3						
43	福島県	公立藤田総合病院	○	○	299	17.7						
44	福島県	星総合病院	○	○	415	11.4						
45	福島県	総合南東北病院	○	○	461	14.1						
46	茨城県	総合病院 土浦協同病院	○	○	800	11.3						
47	茨城県	JAとりて総合医療センター	○	○	414	15.1						
48	茨城県	筑波メディカルセンター病院	○	○	453	11.6						
49	茨城県	ひたちなか総合病院	○	○	302	12.9						
50	茨城県	つくばセントラル病院	○	○	313	13.5						
51	茨城県	東京医科大学茨城医療センター	○	○	501	14						
52	栃木県	新小山市民病院	○	○	300	11.2						
53	栃木県	足利赤十字病院	○	○	431	12.1	○	69	41.8	○	40	18.7
54	栃木県	栃木県済生会宇都宮病院	○	○	644	13.1						
55	群馬県	前橋赤十字病院	○	○	555	11.9						
56	群馬県	済生会前橋病院	○	○	317	12.2						
57	群馬県	伊勢崎市市民病院	○	○	494	10.1						
58	群馬県	美原記念病院	○	○	45	7.8	○	144	36.8			
59	群馬県	太田記念病院	○	○	386	8.6						
60	群馬県	公立藤岡総合病院	○	○	399	12.3						
61	埼玉県	さいたま市民医療センター	○	○	340	13.3						
62	埼玉県	埼玉協同病院	○	○	399	13.2						
63	埼玉県	戸田中央総合病院	○	○	492	14.7						
64	埼玉県	彩の国東大宮メディカルセンター	○	○	337	15.2						
65	埼玉県	さいたま赤十字病院	○	○	632	10.3						
66	埼玉県	赤心堂病院	○	○	198	11.5						

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	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
67	埼玉県	埼玉石心会病院	○	○	390	11.3						
68	埼玉県	上尾中央総合病院	○	○	659	11.2						
69	埼玉県	伊奈病院	○	○	111	14.9	○	40	254.5			
70	埼玉県	白岡中央総合病院	○	○	143	15.7	○	58	60.9			
71	埼玉県	埼玉医科大学総合医療センター	○	○	1063	13.8						
72	埼玉県	埼玉医科大学国際医療センター	○	○	778	13.5						
73	埼玉県	丸山記念総合病院	○	○	241	12.7						
74	埼玉県	埼玉医科大学病院	○	○	887	12				○	78	69.6
75	埼玉県	埼玉県立循環器・呼吸器病センター	○	○	292	13.3						
76	千葉県	千葉中央メディカルセンター	○	○	272	15.6						
77	千葉県	東葛クリニック病院	○	○	56	19.7	○	39	393.9			
78	千葉県	船橋市立医療センター	○	○	449	9.6						
79	千葉県	板倉病院		○	91	11.9						
80	千葉県	柏厚生総合病院	○	○	276	11.4						
81	千葉県	小張総合病院	○	○	350	13.9						
82	千葉県	成田赤十字病院	○	○	714	12.7						
83	千葉県	総合病院 国保旭中央病院	○	○	763	13.5				○	220	72.2
84	千葉県	国保直営総合病院君津中央病院	○	○	660	11.7						
85	千葉県	亀田総合病院	○	○	865	13						
86	千葉県	津田沼中央総合病院	○	○	160	15	○	108	51			
87	千葉県	東京女子医科大学附属八千代医療センター	○	○	501	11.6						
88	千葉県	セコメディック病院	○	○	292	18.7						
89	千葉県	国立がん研究センター東病院	○	○	425	11.2						
90	千葉県	千葉労災病院	○	○	400	10.4						
91	東京都	聖路加国際病院	○	○	520	8						
92	東京都	東大和病院	○	○	284	15.5						
93	東京都	東京山手メディカルセンター	○	○	418	11.9						
94	東京都	三井記念病院	○	○	482	9.8						
95	東京都	国立病院機構 東京医療センター	○	○	640	10.8						
96	東京都	佼成病院	○	○	340	13						
97	東京都	河北総合病院	○	○	331	10.5						
98	東京都	牧田総合病院	○	○	290	12.6						
99	東京都	青梅市立総合病院	○	○	475	10.9				○	50	34.6
100	東京都	順天堂大学医学部附属順天堂医院	○	○	1036	10.8						
101	東京都	がん研究会有明病院	○	○	686	11.1						
102	東京都	豊島病院	○	○	386	9				○	32	21.7
103	東京都	KKR九段坂病院	○	○	231	14.5						
104	東京都	KKR虎の門病院	○	○	819	11.5						
105	東京都	KKR東京共済病院	○	○	350	16.1						
106	東京都	東京逓信病院	○	○	461	13.6						
107	東京都	昭和大学病院	○	○	815	10.3						
108	東京都	武蔵野赤十字病院	○	○	611	8.9						
109	東京都	榊原記念病院	○	○	212	8.7						
110	東京都	NTT東日本関東病院	○	○	544	9				○	50	52.1
111	東京都	KKR立川病院	○	○	412	8.1				○	38	29
112	東京都	東京都立松沢病院								○	898	71.7
113	東京都	東京都済生会中央病院	○	○	535	13.9						
114	東京都	武蔵村山病院	○	○	144	7	○	156	25.9			
115	東京都	順天堂大学医学部附属練馬病院	○	○	490	10.3						
116	東京都	みなみ野病院					○	180	109			
117	東京都	東京新宿メディカルセンター	○	○	520	15.8						
118	東京都	国立国際医療研究センター病院	○	○	749	12.7						
119	東京都	東京医科大学病院	○	○	885	9.8						
120	東京都	東京都立多摩総合医療センター	○	○	805	10						
121	神奈川県	川崎幸病院	○	○	326	11.1						
122	神奈川県	KKR虎の門病院分院	○	○	300	18.8						
123	神奈川県	菊名記念病院	○	○	218	11.4						
124	神奈川県	KKR横浜南共済病院	○	○	565	9.9						
125	神奈川県	KKR横須賀共済病院	○	○	730	9.6				○	10	26.1
126	神奈川県	聖隷横浜病院	○	○	367	19.1						
127	神奈川県	神奈川県立がんセンター	○	○	415	10.4						
128	神奈川県	国際親善総合病院	○	○	287	10.5						
129	神奈川県	西横浜国際総合病院	○	○	188	19.4						
130	神奈川県	湘南鎌倉総合病院	○	○	659	9.5				○	10	18.4
131	神奈川県	KKR横浜栄共済病院	○	○	430	11.1						
132	神奈川県	湘南藤沢徳洲会病院	○	○	419	11.5						

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	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
133	神奈川県	KKR平塚共済病院	○	○	441	11.7						
134	神奈川県	済生会横浜市東部病院	○	○	468	8						
135	神奈川県	横須賀市立うわまち病院	○	○	367	14	○	50	84			
136	神奈川県	聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院	○	○	518	10						
137	新潟県	立川総合病院	○	○	481	13.1						
138	新潟県	新潟市民病院	○	○	660	11.4						
139	新潟県	新潟脳外科病院		○	120	16.3	○	58	78			
140	富山県	富山市立富山市民病院	○	○	495	13.4						
141	富山県	真生会富山病院	○	○	99	11.4						
142	富山県	厚生連高岡病院	○	○	484	10.6						
143	石川県	KKR北陸病院	○	○	125	15.9						
144	石川県	患寿総合病院	○	○	426	21.5						
145	福井県	市立敦賀病院	○	○	330	12.9						
146	福井県	福井赤十字病院	○	○	600	11.8						
147	福井県	林病院	○	○	199	16						
148	山梨県	山梨県立中央病院	○	○	622	10.7						
149	長野県	長野赤十字病院	○	○	635	12.5						
150	長野県	長野市民病院	○	○	400	11.1						
151	長野県	長野県立信州医療センター	○	○	292	17						
152	長野県	北信総合病院	○	○	337	14.2						
153	長野県	浅間南麓こもろ医療センター	○	○	246	16.2						
154	長野県	佐久総合病院	○	○	170	22.6						
155	長野県	南長野医療センター篠ノ井総合病院	○	○	433	11.8						
156	長野県	相澤病院	○	○	456	12.3						
157	長野県	丸の内病院	○	○	199	15.3						
158	長野県	諏訪中央病院	○	○	360	14.7						
159	長野県	諏訪赤十字病院	○	○	425	11.6				○	30	31
160	長野県	飯田病院	○	○	212	17.8				○	235	219.3
161	長野県	伊那中央病院	○	○	394	12.1						
162	長野県	富士見高原病院	○	○	151	18.8						
163	長野県	安曇野赤十字病院	○	○	195	11						
164	長野県	北アルプス医療センターあづみ病院	○	○	204	12				○	120	68.2
165	長野県	佐久総合病院 佐久医療センター	○	○	434	9.9						
166	長野県	丸子中央病院	○	○	149	15.5	○	50	128.9			
167	長野県	昭和伊南総合病院	○	○	300	13.4						
168	長野県	飯田市立病院	○	○	403	10.8						
169	長野県	相澤東病院	○	○	54	41.9						
170	岐阜県	岐阜県総合医療センター	○	○	620	11.3						
171	岐阜県	松波総合病院	○	○	501	11.8						
172	岐阜県	羽島市民病院	○	○	271	19.5						
173	岐阜県	岐阜赤十字病院	○	○	311	10.3						
174	岐阜県	高山赤十字病院	○	○	394	13.9						
175	岐阜県	岐阜県立多治見病院	○	○	528	10.2				○	42	27.5
176	静岡県	静岡赤十字病院	○	○	465	13.9						
177	静岡県	静岡県立総合病院	○	○	662	10.9						
178	静岡県	藤枝市立総合病院	○	○	564	11.7						
179	静岡県	島田市立総合医療センター	○	○	445	13.5						
180	静岡県	遠州病院	○	○	340	13.2						
181	静岡県	総合病院 聖隷浜松病院	○	○	750	10.6						
182	静岡県	浜松医療センター	○	○	606	12.6						
183	静岡県	総合病院 聖隷三方原病院	○	○	816	15.3				○	104	57.1
184	静岡県	中東遠総合医療センター	○	○	500	9.9						
185	静岡県	磐田市立総合病院	○	○	500	11.3						
186	静岡県	NTT東日本伊豆病院	○	○	150	43.1				○	46	78.2
187	静岡県	静岡県立静岡がんセンター	○	○	615	11.5						
188	愛知県	豊橋市民病院	○	○	780	12						
189	愛知県	安城更生病院	○	○	749	11.8						
190	愛知県	刈谷豊田総合病院	○	○	704	10.9						
191	愛知県	KKR名城病院	○	○	326	14.3						
192	愛知県	総合上飯田第一病院	○	○	236	13.2						
193	愛知県	KKR東海病院		○	166	15.4						
194	愛知県	日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院	○	○	806	9.9						
195	愛知県	豊田厚生病院	○	○	606	10.3						
196	愛知県	藤田医科大学病院	○	○	1325	15.1				○	51	32.9
197	愛知県	半田市立半田病院	○	○	499	11.5						
198	愛知県	小牧市民病院	○	○	520	11.4						

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	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
199	愛知県	春日井市民病院	○	○	558	11.8						
200	愛知県	総合大雄会病院	○	○	329	11.1						
201	愛知県	一宮市立市民病院	○	○	570	11						
202	愛知県	稲沢市民病院	○	○	320	14.3						
203	愛知県	岡崎市民病院	○	○	660	9.8						
204	愛知県	八千代病院	○	○	308	11.1	○	52	89.5			
205	愛知県	海南病院	○	○	540	12.4						
206	愛知県	名古屋市立大学病院	○	○	772	10.1				○	28	24.4
207	愛知県	名鉄病院	○	○	373	12.4						
208	愛知県	総合病院南生協病院	○	○	313	14.2						
209	愛知県	江南厚生病院	○	○	630	13						
210	愛知県	済衆館病院	○	○	194	20.5	○	143	185.9			
211	愛知県	名古屋市立大学医学部附属東部医療センター	○	○	520	11.5						
212	三重県	三重北医療センターいなべ総合病院	○	○	220	14.5						
213	三重県	鈴鹿中央総合病院	○	○	460	13.1						
214	三重県	松阪中央総合病院	○	○	440	13.2						
215	滋賀県	市立大津市民病院	○	○	393	13.4						
216	滋賀県	近江八幡市立総合医療センター	○	○	403	9.3						
217	滋賀県	淡海医療センター	○	○	362	11.9						
218	滋賀県	彦根市立病院	○	○	424	13.2						
219	滋賀県	滋賀県立総合病院	○	○	535	14.3						
220	滋賀県	淡海ふれあい病院					○	199	56.8			
221	滋賀県	甲南病院		○	100	17.9	○	99	120.2			
222	滋賀県	長浜赤十字病院	○	○	422	11.8				○	70	57
223	京都府	武田病院	○	○	384	12.5						
224	京都府	武田総合病院	○	○	500	11.7						
225	京都府	京都民医連中央病院	○	○	359	12.2						
226	京都府	京都市立病院	○	○	548	10.6						
227	京都府	洛和会音羽病院	○	○	415	11.2						
228	京都府	宇治武田病院	○	○	177	14.9						
229	京都府	男山病院	○	○	199	15.8						
230	京都府	三菱京都病院	○	○	188	8.2						
231	京都府	京都桂病院	○	○	545	12.5						
232	京都府	千春会病院		○	60	14.2						
233	京都府	KKR舞鶴共済病院	○	○	300	11.7						
234	京都府	京都中部総合医療センター	○	○	394	12.7						
235	京都府	京都岡本記念病院	○	○	419	15.1						
236	京都府	市立福知山市民病院	○	○	344	12.9						
237	京都府	宇治徳洲会病院	○	○	473	11.2						
238	京都府	洛和会丸太町病院	○	○	150	10.6						
239	大阪府	中津病院	○	○	670	11.5						
240	大阪府	大阪市立総合医療センター	○	○	975	9.6				○	55	33.8
241	大阪府	野江病院	○	○	400	10.9						
242	大阪府	森之宮病院	○	○	355	27.1						
243	大阪府	KKR大手前病院	○	○	401	11.8						
244	大阪府	大阪警察病院	○	○	580	10.8						
245	大阪府	多根総合病院	○	○	304	10.6						
246	大阪府	千船病院	○	○	292	8.8						
247	大阪府	西淀病院		○	218	25.2						
248	大阪府	大阪府立急性期・総合医療センター	○	○	831	12				○	34	32.4
249	大阪府	南大阪病院	○	○	400	14.3						
250	大阪府	市立豊中病院	○	○	613	10.3						
251	大阪府	箕面市立病院	○	○	317	11.7						
252	大阪府	高槻病院	○	○	477	8.9						
253	大阪府	北摂総合病院	○	○	217	11.3						
254	大阪府	松下記念病院	○	○	323	11.6						
255	大阪府	萱島生野病院	○	○	140	13.4						
256	大阪府	小松病院	○	○	190	10.5						
257	大阪府	KKR枚方公済病院	○	○	313	12.4						
258	大阪府	佐藤病院	○	○	177	12.3						
259	大阪府	関西医科大学附属病院	○	○	751	10.7						
260	大阪府	わかさき竜間リハビリテーション病院		○	78	192.4	○	422	152.9			
261	大阪府	若草第一病院	○	○	230	13.7						
262	大阪府	八尾市立病院	○	○	380	8.8						
263	大阪府	運動器ケアしまだ病院	○	○	88	11.3						
264	大阪府	P.L.病院	○	○	323	10.4	○	47	238.6			

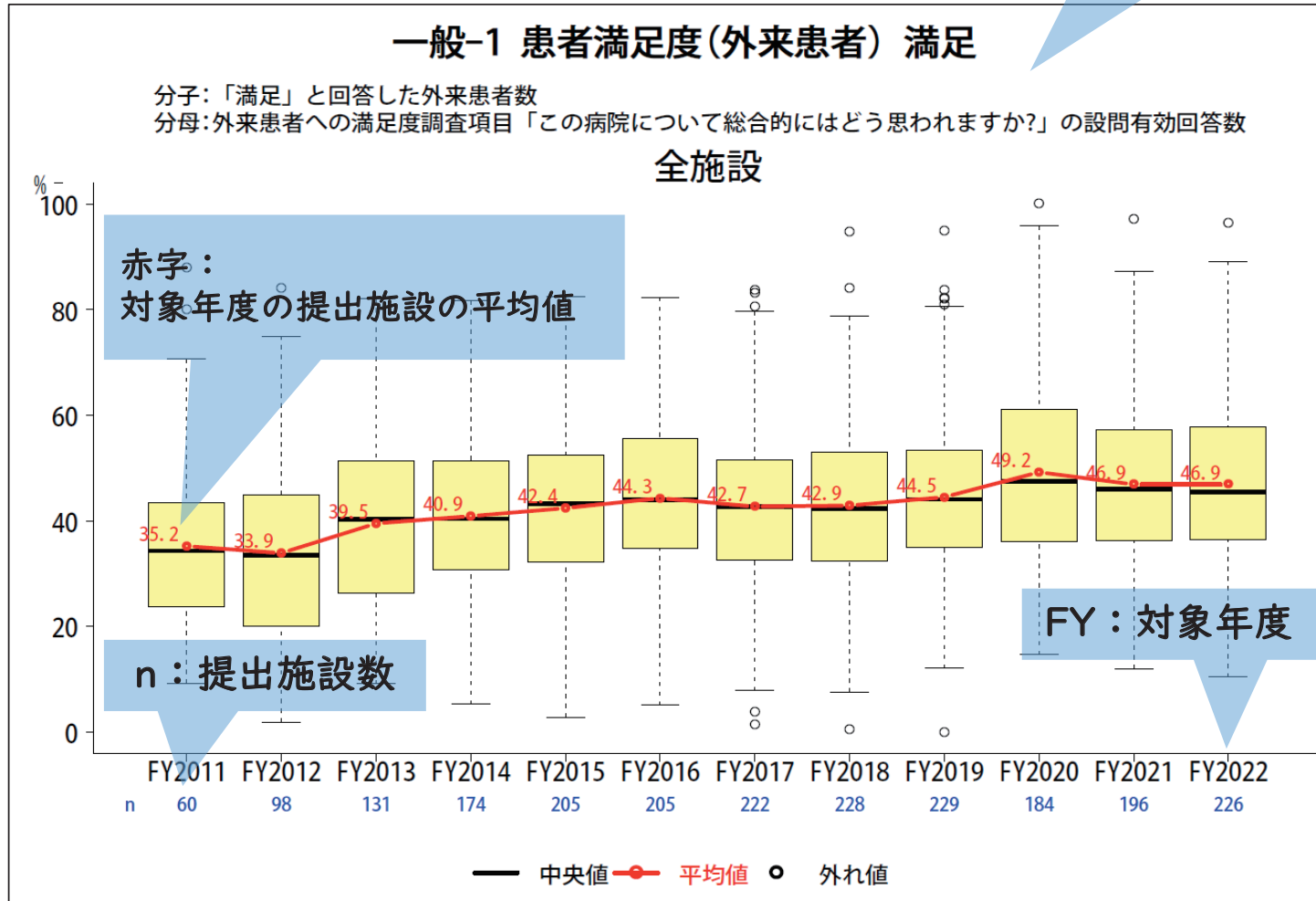
No.	都道府県	施設名	DPC	一般病床			療養病床			精神病床		
				参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
265	大阪府	清恵会病院	○	○	241	17.8						
266	大阪府	馬場記念病院	○	○	300	16.4						
267	大阪府	府中病院	○	○	299	11.4						
268	大阪府	阪南市民病院	○	○	185	12.1						
269	大阪府	ベルランド総合病院	○	○	477	11.2						
270	大阪府	淀川キリスト教病院	○	○	581	10.6						
271	大阪府	耳原総合病院	○	○	386	13.6						
272	大阪府	日本生命病院	○	○	350	10						
273	大阪府	大阪市立十三市民病院	○	○	224	9.9						
274	大阪府	大阪医科薬科大学病院	○	○	792	12.8				○	40	26.5
275	大阪府	東大阪病院	○	○	120	16	○	145	47.1			
276	兵庫県	神戸市立医療センター中央市民病院	○	○	760	11.2				○	8	17.4
277	兵庫県	神鋼記念病院	○	○	333	12.6						
278	兵庫県	川崎病院	○	○	228	13						
279	兵庫県	三菱神戸病院	○	○	164	12.2						
280	兵庫県	甲南医療センター	○	○	461	11.1						
281	兵庫県	明和病院	○	○	319	12.6						
282	兵庫県	西宮協立脳神経外科病院	○	○	167	14						
283	兵庫県	井野病院	○	○	100	16.8						
284	兵庫県	明石医療センター	○	○	382	10						
285	兵庫県	加古川中央市民病院	○	○	600	9.9						
286	兵庫県	西宮協立リハビリテーション病院					○	120	68.2			
287	兵庫県	大西脳神経外科病院	○	○	172	20.6						
288	奈良県	奈良県総合医療センター	○	○	540	10.3				○	40	58.9
289	奈良県	天理よろづ相談所病院	○	○	715	11.2						
290	奈良県	平成記念病院	○	○	180	14.9	○	120	36.5			
291	奈良県	国保中央病院	○	○	220	14.2						
292	奈良県	西奈良中央病院	○	○	166	13						
293	島根県	松江赤十字病院	○	○	554	11.8				○	45	68.9
294	島根県	島根県立中央病院	○	○	568	12.4				○	40	44
295	岡山県	岡山県精神科医療センター								○	255	44.5
296	岡山県	光生病院	○	○	198	18.8						
297	岡山県	岡山旭東病院	○	○	214	12.3						
298	岡山県	倉敷中央病院	○	○	1172	11.3						
299	広島県	KKR呉共済病院忠海分院		○	44	16.8						
300	広島県	KKR広島記念病院	○	○	149	12						
301	広島県	KKR吉島病院	○	○	111	11.3	○	47	42.3			
302	広島県	荒木脳神経外科病院	○	○	110	18.6						
303	広島県	マツダ病院	○	○	270	11.5						
304	広島県	KKR呉共済病院	○	○	373	14.2						
305	広島県	JR広島病院	○	○	275	13.6						
306	徳島県	徳島県立中央病院	○	○	390	11				○	60	33.5
307	香川県	高松市立みんなの病院	○	○	305	13.3						
308	香川県	香川県立中央病院	○	○	526	10.6						
309	香川県	回生病院	○	○	397	23.2						
310	香川県	坂出市立病院	○	○	194	11.8						
311	香川県	さぬき市民病院	○	○	175	16.6						
312	愛媛県	済生会松山病院	○	○	199	13.3						
313	愛媛県	市立宇和島病院	○	○	435	12.9						
314	愛媛県	済生会今治病院	○	○	191	17.2						
315	高知県	近森病院	○	○	452	12						
316	高知県	いずみの病院	○	○	189	30.8	○	48	504.9			
317	高知県	高知高須病院	○	○	63	13.8						
318	高知県	高知医療センター	○	○	548	8.6				○	44	36.4
319	福岡県	三萩野病院	○	○	181	19.8						
320	福岡県	KKR新小倉病院	○	○	259	9.8						
321	福岡県	製鉄記念八幡病院	○	○	453	16.9						
322	福岡県	九州病院	○	○	575	12.4						
323	福岡県	済生会福岡総合病院	○	○	380	10.4						
324	福岡県	KKR浜の町病院	○	○	468	10.5						
325	福岡県	福岡市民病院	○	○	204	12.5						
326	福岡県	KKR千早病院	○	○	175	13.1						
327	福岡県	福岡徳洲会病院	○	○	602	13.4						
328	福岡県	西福岡病院	○	○	145	30.9	○	45	109.8			
329	福岡県	聖マリア病院	○	○	931	12.7				○	60	269.7
330	福岡県	新古賀病院	○	○	256	10.6						

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	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数	参加有無	病床数	平均 在院日数
331	福岡県	嶋田病院	○	○	100	9.4						
332	福岡県	古賀病院2 I	○	○	144	14.1						
333	福岡県	社会保険田川病院	○	○	335	17.6						
334	福岡県	田主丸中央病院	○	○	178	20.6	○	72	79.9	○	93	323.5
335	福岡県	北九州市立医療センター	○	○	636	12.9						
336	福岡県	戸畑共立病院	○	○	218	12.7						
337	福岡県	九州がんセンター	○	○	411	13.3						
338	佐賀県	佐賀県医療センター好生館	○	○	450	10						
339	長崎県	佐世保中央病院	○	○	312	14.3						
340	長崎県	KKR佐世保共済病院	○	○	373	11.9						
341	熊本県	KKR熊本中央病院	○	○	361	9.5						
342	大分県	大分岡病院	○	○	203	12.5						
343	大分県	大分県立病院	○	○	566	11.8				○	36	33
344	大分県	KKR新別府病院	○	○	269	15.6						
345	大分県	大分記念病院	○	○	84	22.9	○	34	88			
346	大分県	大分県厚生連鶴見病院	○	○	216	12.2						
347	鹿児島県	いづろ今村病院	○	○	115	15.8						
348	鹿児島県	今村総合病院	○	○	330	14.7				○	48	24.2
349	沖縄県	友愛医療センター	○	○	378	10.1						
350	沖縄県	ハートライフ病院	○	○	308	10.6						
351	沖縄県	中頭病院	○	○	355	10.4						
352	沖縄県	沖縄県立中部病院	○	○	559	12.3						
353	沖縄県	大浜第一病院	○	○	214	13.3						



# グラフの見方

指標名および簡易定義



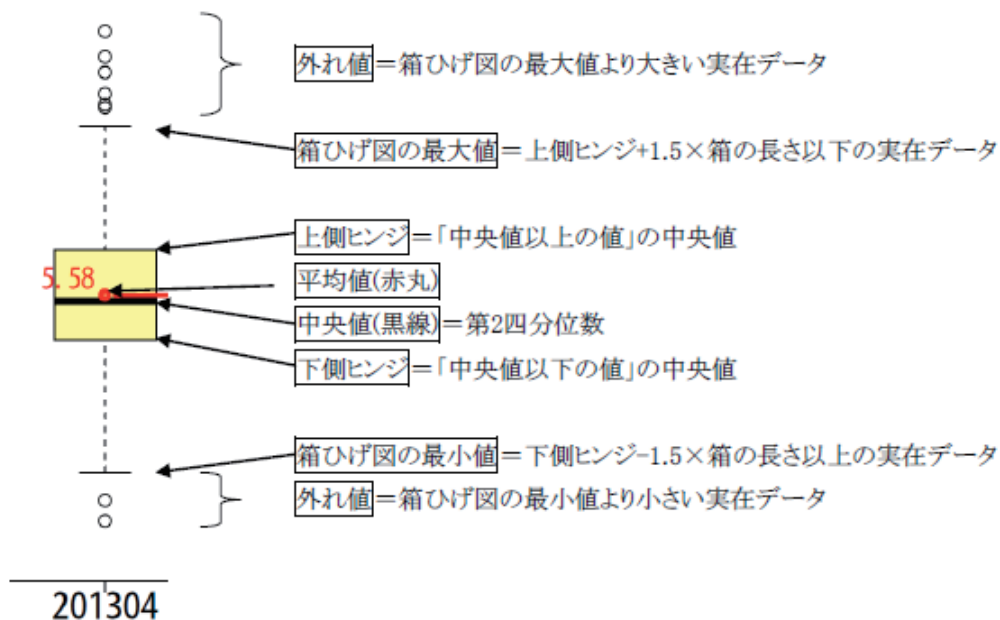
※最新年度に参加している施設を基準に作成

# 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。



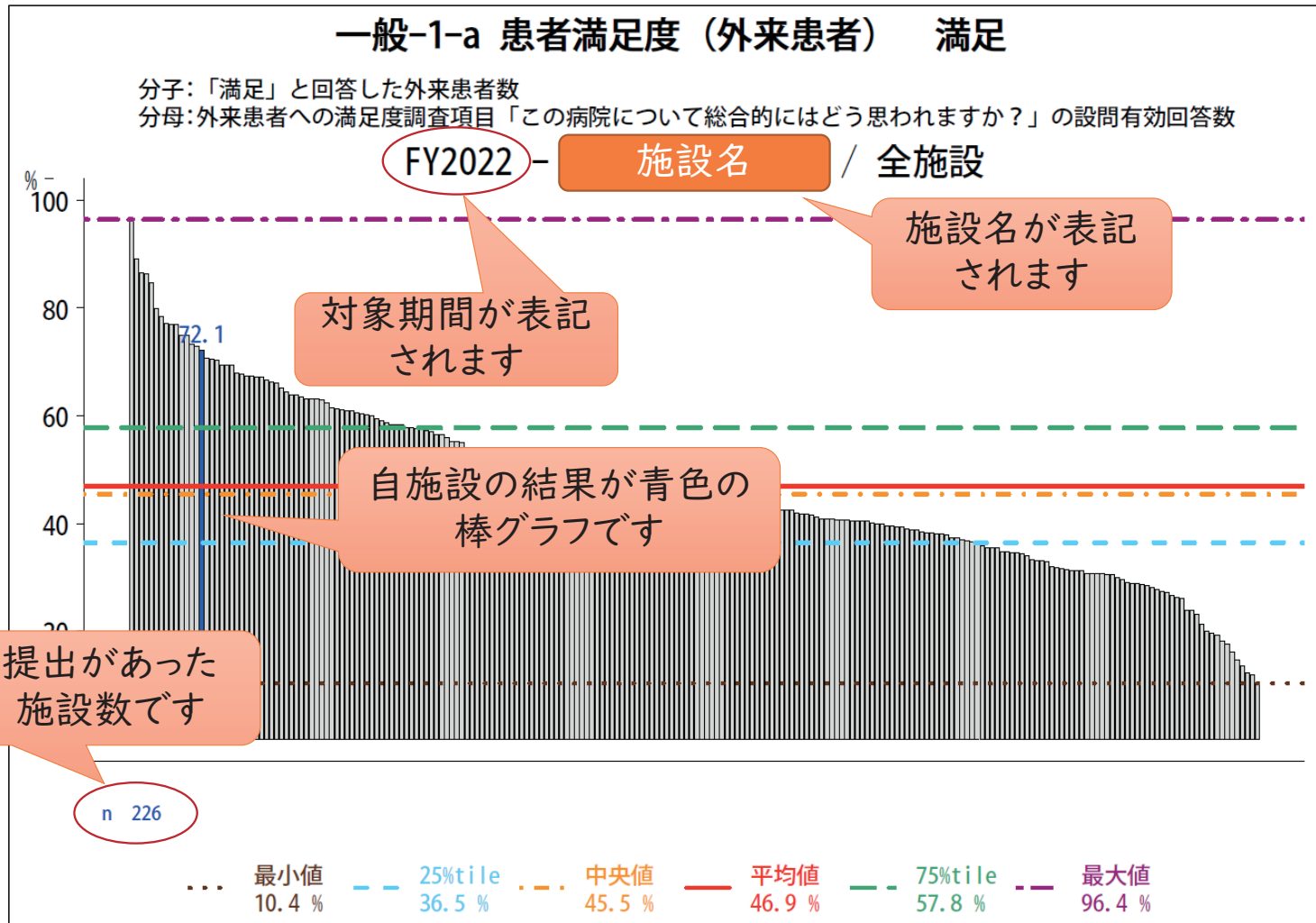
箱ひげ図とその名称

「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。

## 参加病院へのフィードバックグラフ

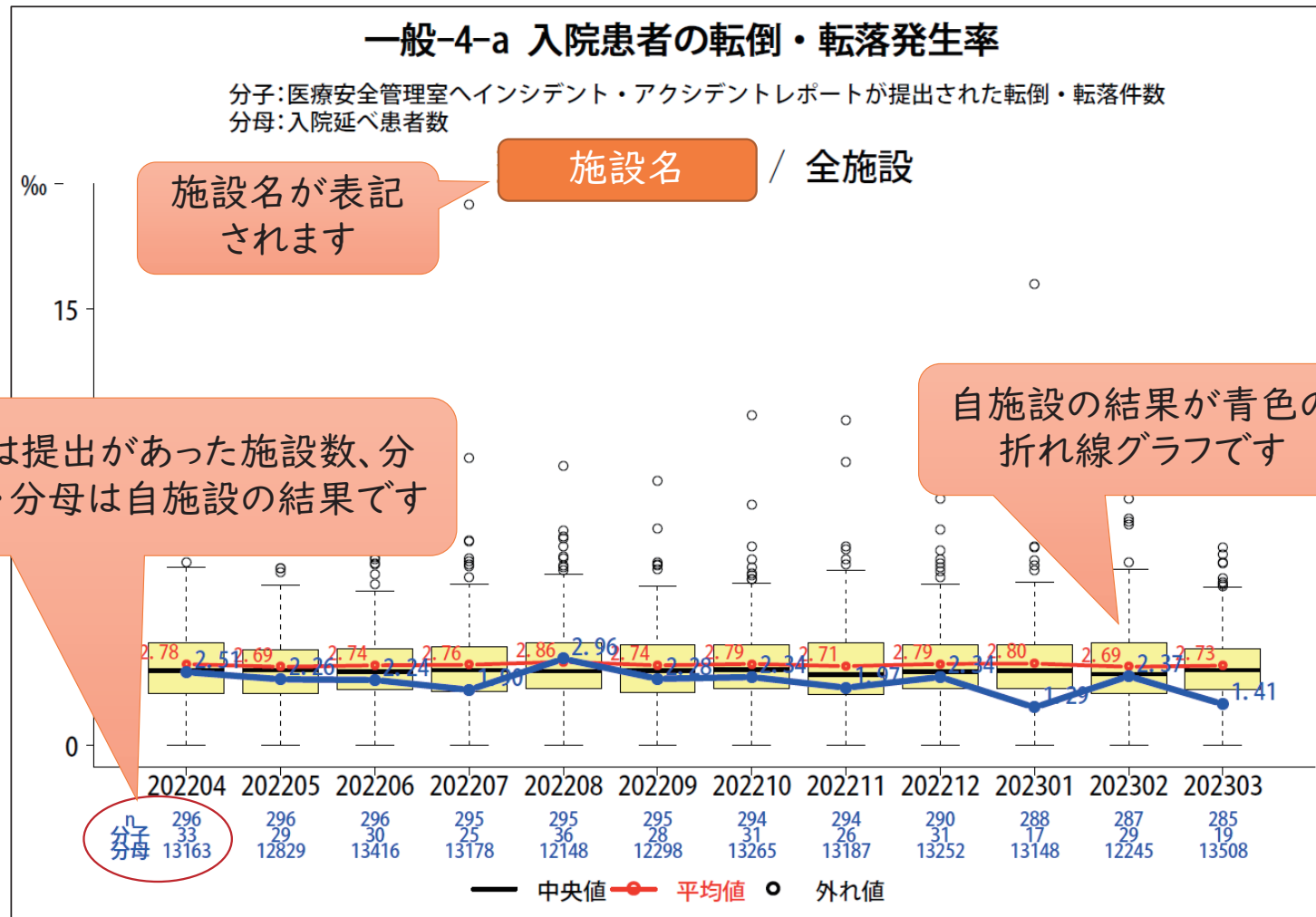
# フィードバックグラフ[ 棒グラフ ]



# フィードバックグラフ[箱ひげ図]

一般-4-a 入院患者の転倒・転落発生率

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  
分母:入院延べ患者数



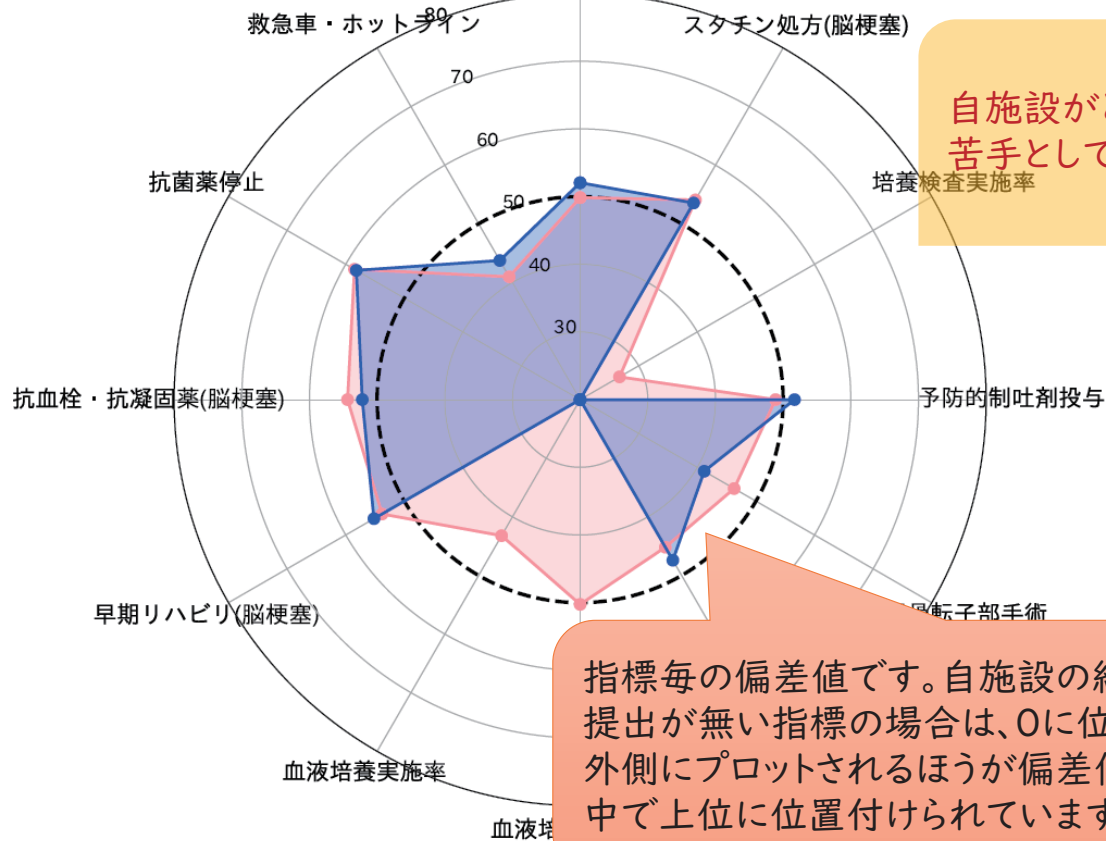
# フィードバックグラフ [レーダーチャート]

施設名が表記されます

施設名

転倒転落損傷発生率(損傷レベル4以上)

2021 2022



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  
結果がプロットされます。提出  
が無い指標の場合は、0に位置  
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、2022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	スタチン処方(脳梗塞)	脳梗塞患者におけるスタチン処方割合
3	培養検査実施率	広域抗菌薬使用までの培養検査実施率
4	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投与率
5	大腿骨転子部手術	大腿骨転子部骨折の早期手術割合
6	大腿骨頸部手術	大腿骨頸部骨折の早期手術割合
7	血液培養2セット	血液培養実施時の2セット実施率
8	血液培養実施	広域抗菌薬使用時の血液培養実施率
9	早期リハビリ(脳梗塞)	脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合
10	抗血栓・抗凝固薬(脳梗塞)	脳梗塞(TIA含む)患者のうち入院2日目までに抗血小板療法もしくは抗凝固療法を受けた患者の割合
11	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
12	救急車・ホットライン	救急車・ホットラインの応需率

# 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.01 患者満足度(外来患者) a)満足 b)満足またはやや満足

No.02 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.01 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.02 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。

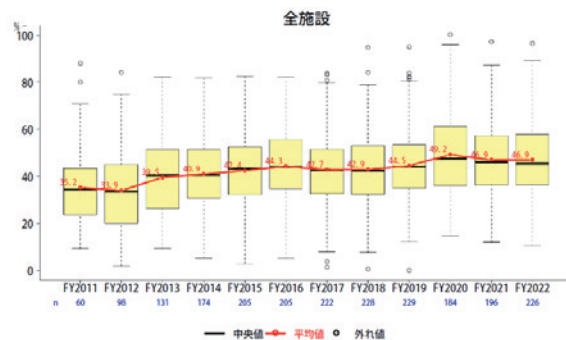
#### 指標の種類・値の解釈

アウトカム

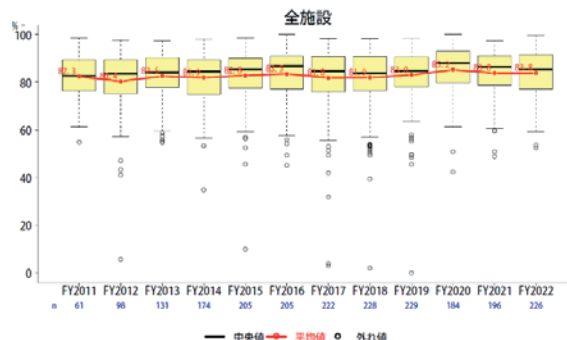
より高い値が望ましい

## 結果

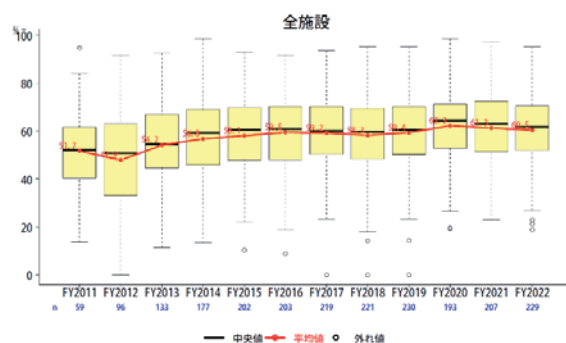
### 患者満足度(外来患者) 満足



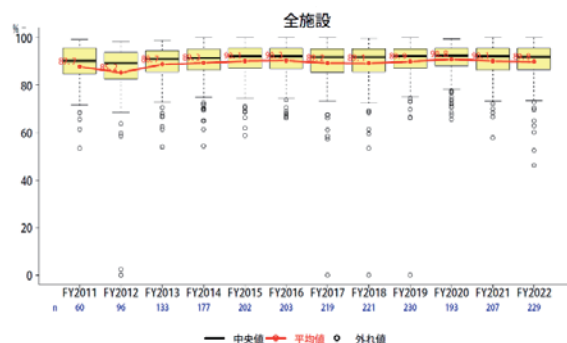
### 患者満足度(外来患者) 満足またはやや満足



### 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122施設で、提出割合は64.9%(226/348, 前年比+7.6)でした。満足のみでは、平均値46.9%(前年比±0)、中央値45.5%(前年比-0.5)、最大値96.4%(前年比-0.7)、最小値10.4%(前年比-1.6)、満足またはやや満足では、平均値83.8%(前年比±0)、中央値85.3%(前年比-1.1)、最大値99.6%(前年比+2.2)、最小値52.5%(前年比+3.8)という結果でした。提出割合は新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の流行に伴い低下した2020年度と比べると2021年度、2022年度と改善してきています。また、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119施設で、提出割合は65.8%(229/348, 前年比+5.3)でした。満足のみでは、平均値60.5%(前年比-0.8)、中央値61.8%(前年比-1.2)、最大値95.2%(前年比-2.2)、最小値18.8%(前年比-4.2)、満足またはやや満足では、平均値89.8%(前年比-0.3)、中央値91.9%(前年比-0.2)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値46.1%(前年比-11.7)という結果でした。提出割合は外来満

足度調査同様改善してきていますが、結果は2020年度よりやや下がっていることがわかります。これらは、提出数に伴う変化と考えられ、同程度の提出数であった2017年度～2019年度と比べると、同水準を維持しています。

アンケート結果からも、患者満足度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。

#### 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.03 死亡退院患者率

### 指標の説明・定義

どの病院でも、死亡退院患者率を把握できますが、病院単位での医療アウトカムを客観的に把握するシステムは存在しません。医療施設の特徴（職員数、病床数、救命救急センターや集中治療室、緩和ケア病棟の有無、平均在院日数、地域の特性など）、入院患者のプロフィール（年齢、性別、疾患の種類と重症度など）が異なるため、この死亡退院患者率から直接医療の質を比較することは適切ではありません。

分母を退院患者数、分子を死亡退院患者数としています。死亡率に大きく影響すると考えられた緩和ケア等退院患者と「救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床に入院したものとみなされるもの（死亡時の1日分の入院料等を算定するもの）」を分母、分子から除外しています。

**分 子:** 死亡退院患者数

**分 母:** 退院患者数

**除 外:** 緩和ケア等（診療報酬の算定を認可されて病棟のみでなく、同様の病棟を設置している場合も含む）退院患者

DPCで様式1に含まれる「救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床に入院したものとみなされるもの（死亡時の1日分の入院料等を算定するもの）。」

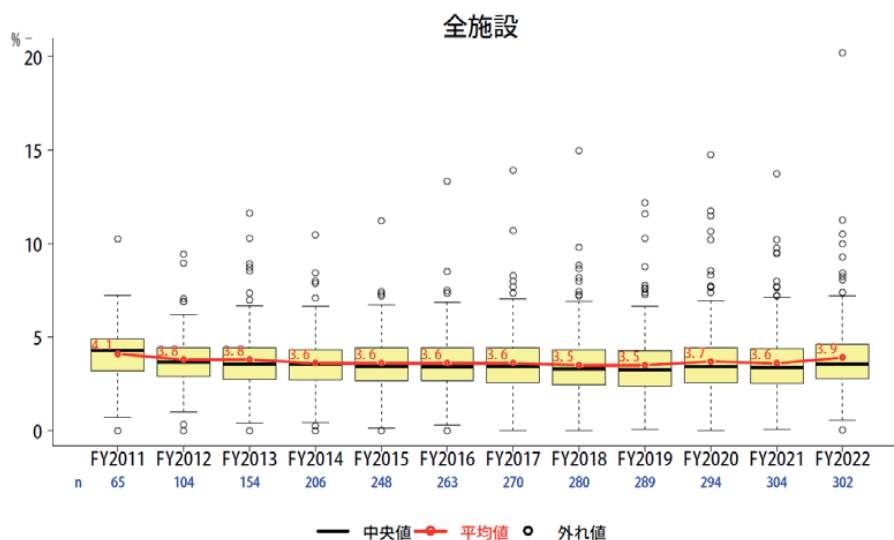
**収集期間:** 年1回（ただし、月1ヶ月毎）

### 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46施設で、提出割合は86.8%(302/348, 前年比-1.9)でした。

1年間の結果は、平均値3.9%(前年比+0.3)、中央値3.6%(前年比+0.2)、最大値20.2%(前年比+6.5)、最小値0.0%(前年比-0.1)で、測定を開始した2010年度以降、大きな変化もなく、同水準を維持しています。

2010年度より、算出が容易であることもあり計測を続けてきましたが、前述したように施設毎の特徴や患者背景が異なることやいくつものプロセスを経ての結果であり、この指標単独での改善活動を行うことは難しいことから、2022年度で計測を終了することにしました。

## 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. Miyata, H, Hashimoto H, Horiguchi H, Matsuda S, Motomura N, Takamoto S. Performance of in-hospital mortality prediction models for acute hospitalization: hospital standardized mortality ratio in Japan: BMC Health Serv Res 2008 Nov 7;8:229.
3. Miyata, H, Hashimoto H, Horiguchi H, Fushimi K, Matsuda S. Assessment of hospital performance with a case-mix standardized mortality model using an existing administrative database in Japan: BMC Health Serv Res 2010 May 19;10:130.
4. Mohammed A Mohammed, Jonathan J Deeks, Alan Girling, Gavin Rudge, Martin Carmalt, Andrew J Stevens, Richard J Lilford, Evidence of methodological bias in hospital standardised mortality ratios: retrospective database study of English hospitals: BMJ 2009;338:b780.

## No.04-a 入院患者の転倒・転落発生率

## No.04-bc 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

## No.04-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.04-a) 入院中の患者に発生した転倒・転落件数 No.04-b) 入院中の患者に発生した <b>損傷レベル2以上</b> の転倒・転落件数 No.04-c) 入院中の患者に発生した <b>損傷レベル4以上</b> の転倒・転落件数 No.04-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.04-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

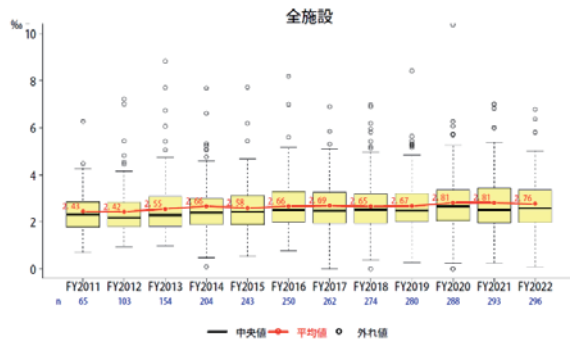
- ① 最初の転倒・転落報告が記載される時には、損傷の程度がまだ不明かもしれない。転倒24時間後の患者の状態をフォローアップする方法を決める必要がある。
- ② 患者が転倒 24 時間以内に退院する場合は、退院時の損傷レベルを判断する。
- ③ X線、CTスキャン、またはその他の放射線学的評価により損傷の所見がなく、治療もなく、損傷の兆候及び症状もない場合は、“1\_なし”を選択する。
- ④ 凝固障害のある患者で、転倒の結果血液製剤を受ける場合は、“4\_重度”を選択する。

### 指標の種類・値の解釈

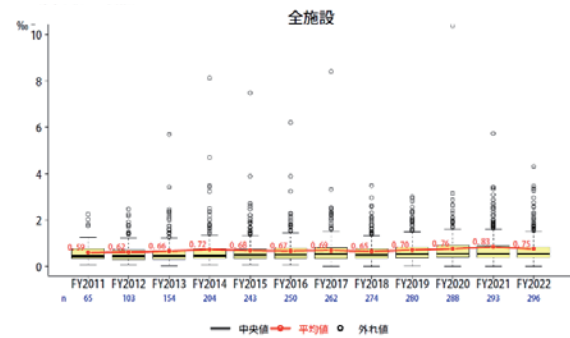
アウトカム  
より低い値が望ましい

### 結果

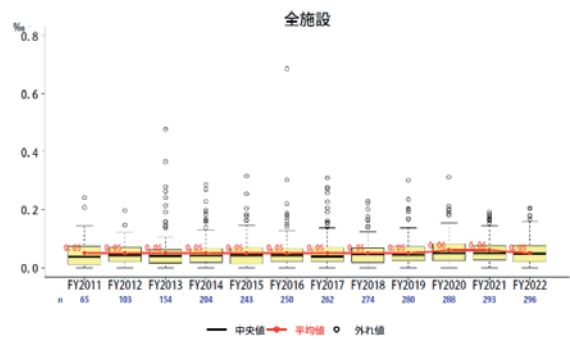
入院患者の転倒・転落発生率



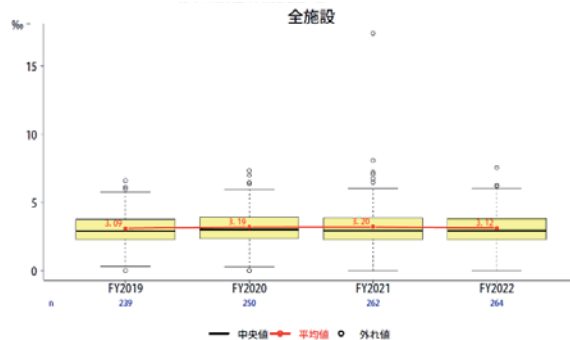
入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル 2 以上)



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52施設で、提出割合は85.1%(296/348, 前年比-0.8)、65歳以上では84施設で、提出割合は75.9%(264/348, 前年比-0.8)でした。

転倒転落発生率の1年間の結果は、平均値2.76%(前年比-0.05)、中央値2.56%(前年比+0.05)、最大値10.75%(前年比-11.42)、最小値0.10%(前年比+0.16)、損傷発生率(損傷レベル2以上)の1年間の結果は、平均値0.75%(前年比-0.08)、中央値0.56%(前年比±0)、最大値4.31%(前年比-16.65)、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0.05%(前年比-0.01)、中央値0.05%(前年比±0)、最大値0.21%(前年比-1.18)、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3.12%(前年比-0.08)、中央値2.90%(前年比-0.02)、最大値7.55%(前年比-9.83)、最小値0.00%(前年比±0)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。

## 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](https://www.achsi.org/media/176362/acir_2019_-_final_-_compressed__1_.pdf) 2022/10/18 available)

## No.05 褥瘡発生率

### 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1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癒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1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。

日本褥瘡学会の褥瘡状態評価スケールが改定されたことに伴い、分母の定義で確認していた褥瘡保有の記録(d1,d2,D3,D4,D5,DU)を(d1,d2,D3,D4,D5,DTI,U)に変更しました。

本プロジェクトの定義は、目の前の患者が褥瘡発生する確率を見ているものであり、日々のケアの質に関わるものです。

**分 子:** d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数

**分 母:** 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)

**分母除外:** 同日入退院の患者

入院時刻から24時間以内にDESIGN-R® 2020 Depth(深さ)のd1, d2, D3, D4, D5, DTI, Uのいずれかの記録がある患者

同一入院期間中の調査月間以前に院内新規褥瘡があった患者

**収集期間:** 1ヶ月毎

### <Depth(深さ)>

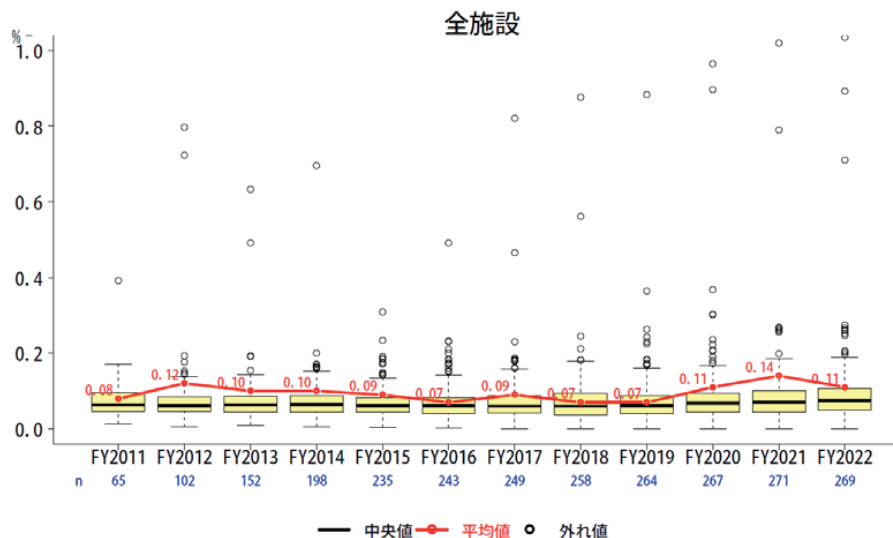
d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷
D5	関節腔、体腔に至る損傷
DTI	深部損傷褥瘡(DTI)疑い
U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能

### 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



## 考察

今回、提出がなかったのは79施設で、提出割合は77.3% (269/348, 前年比-3.1) でした。

1年間の結果は、平均値0.11% (前年比-0.03)、中央値0.08% (前年比+0.01)、最大値4.32% (前年比-0.77)、最小値0.0% (前年比±0) で、参加施設全体のばらつきは小さいものの、外れ値が多い指標です。分母の除外条件がやや複雑であり、四半期毎の各施設へのフィードバックでも、「入院患者延べ数」ではなく、「入院患者数」で算出していると思われる施設も存在するため、個別の確認を継続していく予定です。

また、2021年度実施したアンケートでも本指標は算出が難しい指標に挙げられていたため、定義を変更することが可能か、いくつかの施設に協力いただき、パイロットスタディを行いました。2022年度は、パイロットスタディの結果を踏まえ、2023年度に向けて定義変更や新たな指標追加について、検討を重ねてきました。アンケートから、指標自体の有用性は高いため、定義を見直すことで、より改善活動に役立ててほしいと思います。

## 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
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> 2017/06/24 available)

5. European Pressure Ulcer Advisory Panel and National Pressure Ulcer Advisory Panel; Pressure Ulcer Prevention: Quick Reference Guide.(Internet:  
[http://www.npuap.org/Final\\_Quick\\_Prevention\\_for\\_web\\_2010.pdf](http://www.npuap.org/Final_Quick_Prevention_for_web_2010.pdf) 2017/06/24 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](http://minds.jcqhc.or.jp/stc/0036/1/0036_G0000181_GL.html) 2017/06/24 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](http://www.jspu.org/jpn/member/pdf/design-r2020_doc.pdf) 2021/05/19 available)

# No.06 紹介割合

# No.07 逆紹介割合

## 指標の説明・定義

2022年度から採用した新しい項目です。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しました。

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.06) 紹介患者数+救急患者数  
No.07) 逆紹介患者数

分母: No.06) 初診患者数  
No.07) 初診+再診患者数

収集期間: 1ヶ月毎

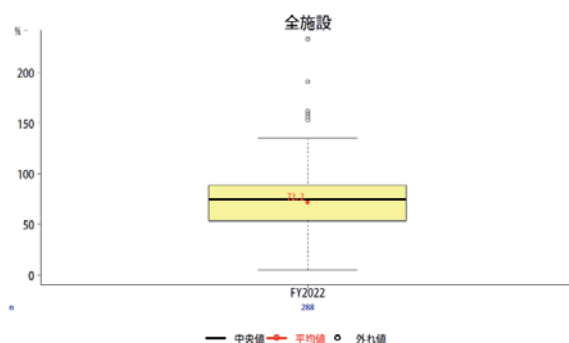
調整方法: ‰(パーミル: 1000分の1を1とする単位) ※逆紹介割合のみ適用

## 指標の種類・値の解釈

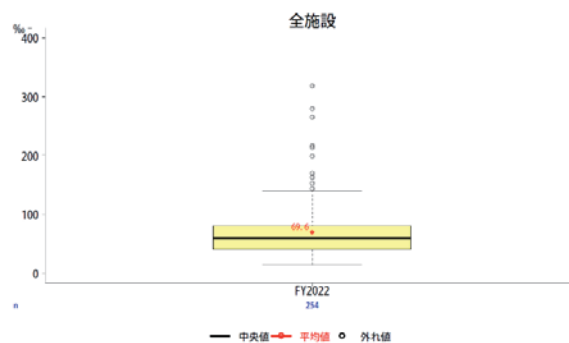
プロセス

## 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60施設、逆紹介割合が94施設で、提出割合は82.8% (288/348)、73.0% (254/348) でした。紹介割合の1年間の結果は、平均値72.4%、中央値75.3%、最大値232.5%、最小値5.1%、逆紹介割合の1年間の結果は、平均値69.6%、中央値56.0%、最大値635.1%、最小値14.6%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、算出間違いの可能性のある施設が50施設ほど見られました。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、30施設程度は修正をしていただけましたが、残りの20施設は未対応となり、集計時には除外することとしました。2023年度も継続して、算出間違いについては確認していく予定です。

## 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.08 尿道留置カテーテル使用率

---

---

### 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。

本指標は、この尿路感染症発生率を算出するための事前準備指標となり、どのぐらいの患者に尿道留置カテーテルが使用されているかをみています。

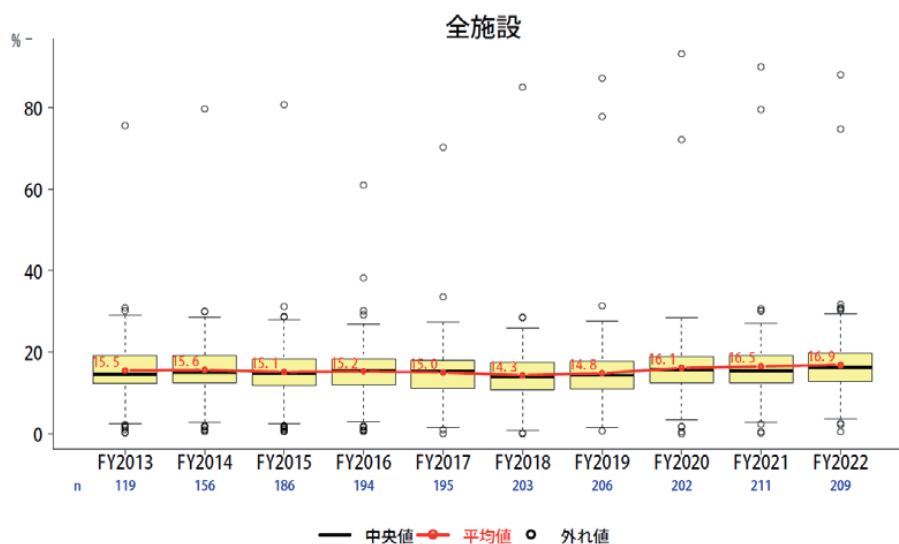
分 子:	尿道留置カテーテルが挿入されている延べ患者数
分 母:	入院延べ患者数
分子包含:	自院での挿入行為の有無にかかわらず尿道留置カテーテルが留置されている患者
分子除外:	恥骨上膀胱留置カテーテル、コンドーム型カテーテル、間欠的な導尿目的のカテーテル挿入、洗浄目的で挿入された尿道留置カテーテル
収集期間:	1ヶ月毎

### 指標の種類・値の解釈

プロセス



## 結果



## 考察

今回、提出がなかったのは139施設で、提出割合は60.1% (209/348, 前年比-1.6) でした。1年間の結果は、平均値17.0% (前年比+0.5)、中央値16.2% (前年比+0.8)、最大値88.0% (前年比-1.8)、最小値0.5% (前年比+0.4) でした。

経時的に見ても、測定を開始した2013年度以降、毎年同水準で推移しています。つまり入院患者の14~16%に尿道留置カテーテルが使用されていることとなります。CAUTIのリスクを減らすためにも、カテーテルの適正使用、必要のないカテーテルの抜去については、意識することが必要です。そのためにも、各施設では、急に使用率が増えていないか等をモニタリングすることは重要です。

本指標は、指標の説明・定義で前述した通り、尿路感染症発生率を算出するための事前準備指標であり、単独で比較する指標ではないため、2022年度で計測を終了することにしました。

## 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. 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](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.09 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

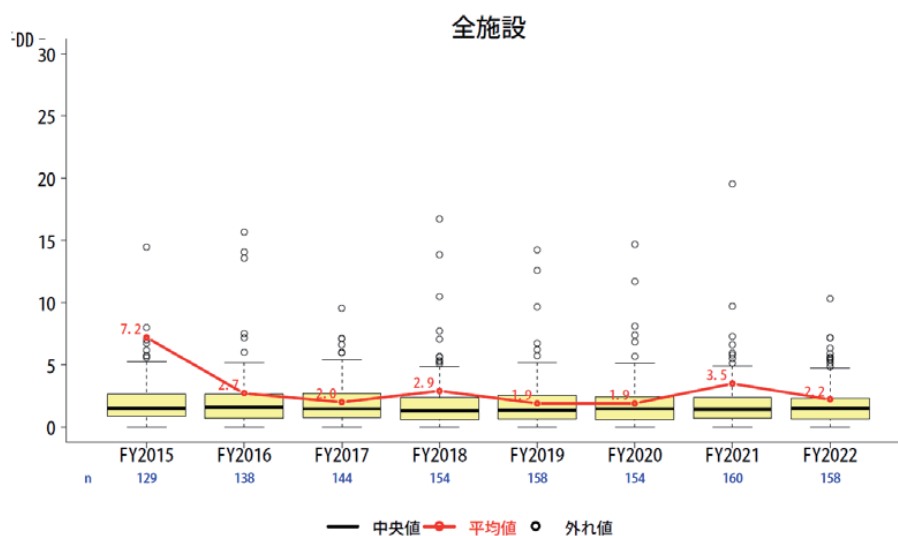
**調整方法:** DD(Device-dayの略: 対1000カテーテル使用日数)

## 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190施設で、提出割合は45.4% (158/348, 前年比-1.3)でした。1年間の結果は、平均値 2.2 対 1000 カテーテル使用日数 (前年比-1.3)、中央値 1.5 対 1000 カテーテル使用日数 (前年比+0.1)、最大値 61.0 対 1000 カテーテル使用日数 (前年比-199.5)、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。2021年度の最大値に該当する施設は2021年度に初めて本指標の算出を行っており、算出の間違いの可能性もありましたが、2022年度では正しい計測方法で提出されています。

2021年度実施したアンケートでは本指標は算出も難しく、有用性もあまり高くない結果となりました。この対応については、継続して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](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.10 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

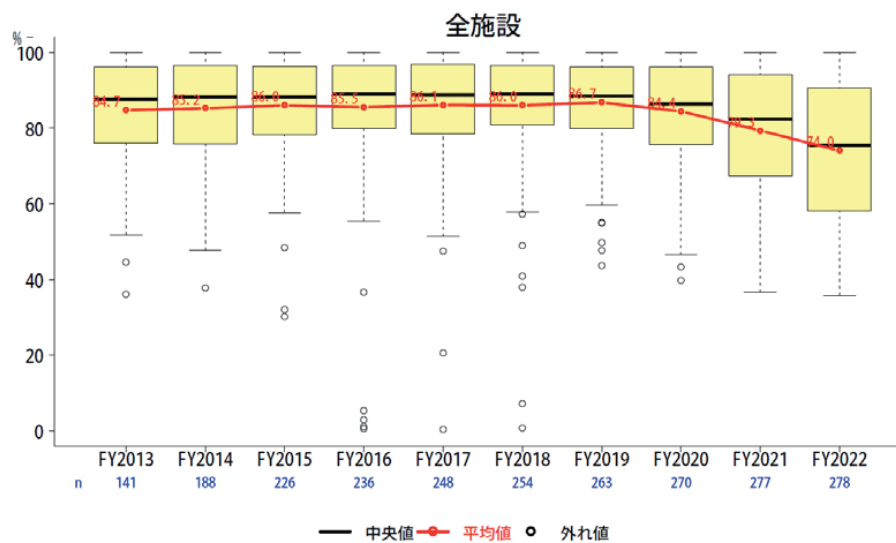
収集期間： 1ヶ月毎

### 指標の種類・値の解釈

プロセス

より高い値が望ましい

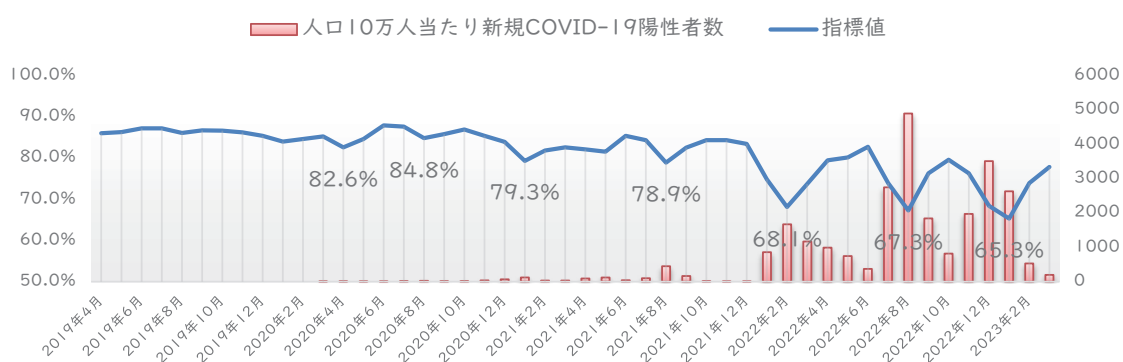
### 結果



## 考察

今回、提出がなかったのは70施設で、提出割合は79.9%(278/348, 前年比-1.4)でした。1年間の結果は、平均値74.0%(前年比-5.2)、中央値75.5%(前年比-6.5)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値35.7%(前年比-0.9)でした。

2019年度は毎月84~87%程度で推移していましたが、2020年度は4月から12月は82~87%程度で推移し、2021年1月から3月は79~82%程度、4月から7月は81~85%程度、8月は78.9%に下がりました。その後持ち直しましたが、2022年1月は74.8%、そして2月は68.1%と悪化しました。2022年度も以下に示すように第何波と言われる流行期に指標値が低下していることがわかります。



## 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
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.11 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

## 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。

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 1 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。

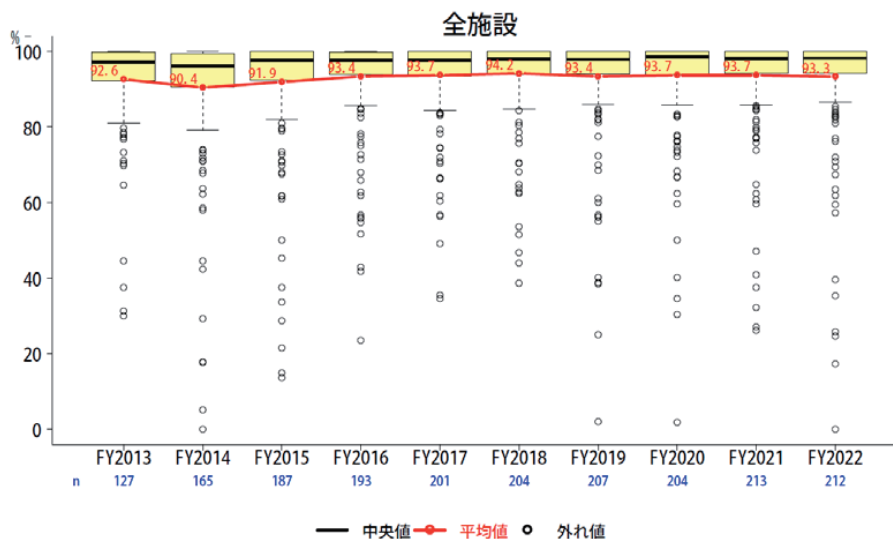
<b>分 子:</b>	手術開始前 1 時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数
<b>分 母:</b>	特定術式の手術件数 (冠動脈バイパス手術、その他の心臓手術、股関節人工骨頭置換術、膝関節置換術、血管手術、大腸手術、子宮全摘除術)
<b>分母除外:</b>	入院時年齢が 18 歳未満の患者 在院日数が 120 日以上の患者 帝王切開手術施行患者 臨床試験・治験を実施している患者 術前に感染が明記されている患者 全身/脊椎/硬膜外麻酔で行われた手術・手技が、主たる術式の前後 3 日 (主たる術式が冠動脈バイパス手術またはその他の心臓手術の場合は 4 日)に行われた患者 (日数計算は麻酔開始日/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
<b>収集期間:</b>	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136施設で、提出割合は60.9% (212/348, 前年比-1.9) でした。1年間の結果は、平均値93.3% (前年比-0.4)、中央値98.2% (前年比-0.1)、最大値100.0% (前年比±0)、最小値0.0% (前年比-26.0) でした。経時的に見ても、大きな変化はなく、提出施設の多くはよい結果を維持するフェーズに入っていると思われます。

本指標は、算出するための手順が多く2021年度実施したアンケートでも算出の難易度が高いと回答されている指標ですが、提出できていない約40%の施設は、算出が難しいから提出ができないのか、それとも対象となる特定の手術を行っていないのかは、切り分けて考える必要があります。

## 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
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](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.12 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 日以上の患者  
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)  
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

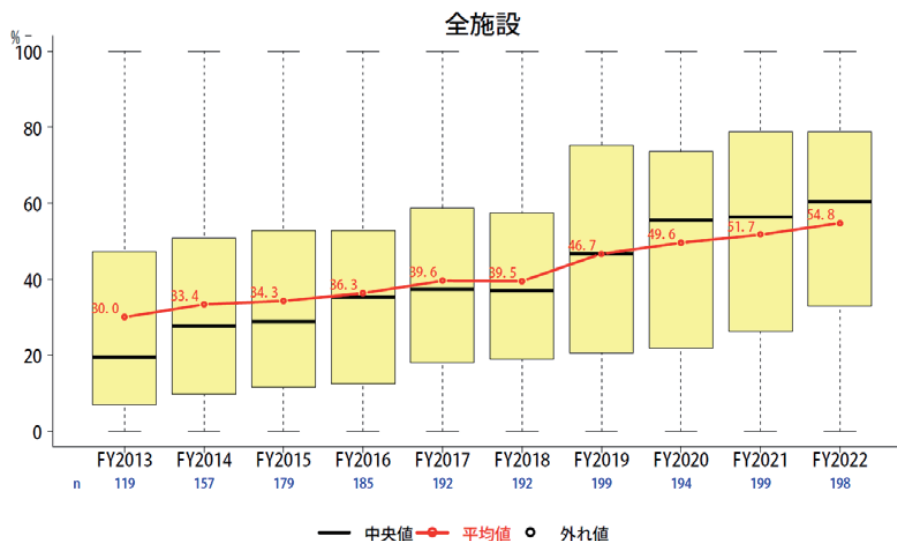
**収集期間:** 1 ヶ月毎

### 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150施設で、提出割合は56.9%(198/348, 前年比-1.6)でした。1年間の結果は、平均値54.8%(前年比+3.1)、中央値60.4%(前年比+4.0)、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24.8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。

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、本指標も算出難易度が高い指標です。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が、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 WWithin 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](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.13 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 日以上の患者  
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

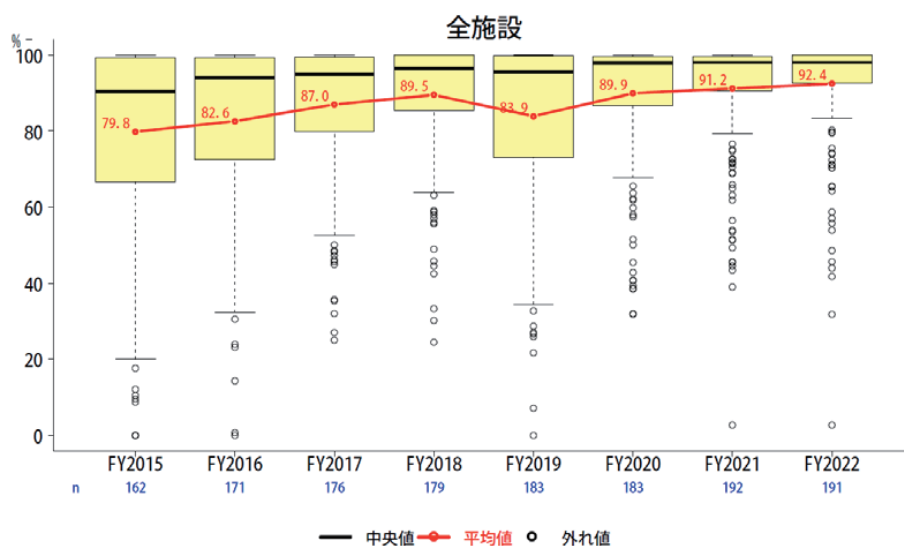
**収集期間:** 1ヶ月毎

### 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157施設で、提出割合は54.9% (191/348, 前年比-1.6) でした。1年間の結果は、平均値92.4% (前年比+1.2)、中央値98.0% (前年比±0)、最大値100.0% (前年比±0)、最小値2.7% (前年比+0.1) 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。2015年度と比べると、全体のばらつきも少なくなってきました。

## 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-2 Prophylactic Antibiotic Selection for Surgical Patients (Internet: [http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM\\_v4\\_3a\\_PDF\\_10\\_2\\_2013.zip](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/NHQM_v4_3a_PDF_10_2_2013.zip) 2016/10/15 available)

## No.14-a 糖尿病患者の血糖コントロール HbA1c<7.0%

## No.14-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1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、低血糖を感知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.14-a HbA1c(NGSP)の最終値が7.0%未満の外来患者数 No.14-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.14-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.14-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

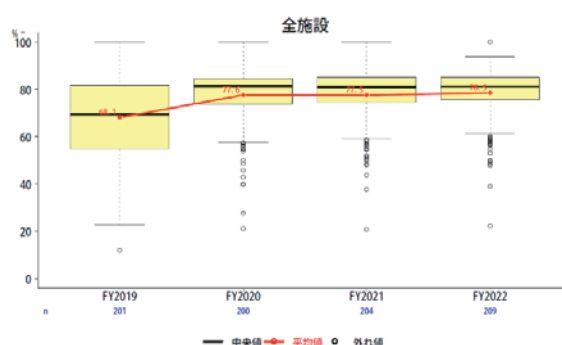
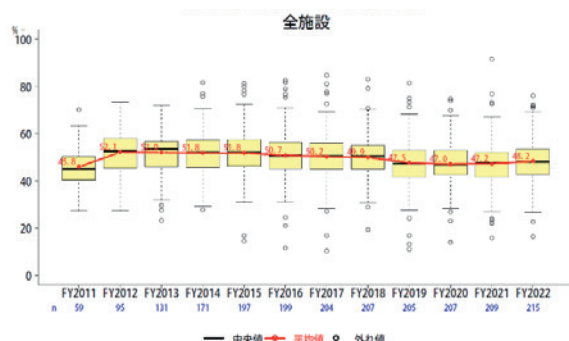
### 指標の種類・値の解釈

アウトカム  
より高い値が望ましい

## 結果

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.14-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133施設で、提出割合は61.8% (215/348, 前年比+0.7)でした。1年間の結果は、平均値48.2% (前年比+1.0)、中央値48.1% (前年比+0.6)、最大値75.9% (前年比-15.6)、最小値16.4% (前年比+0.8)で、経時的に見ると、2012年度、2013年度頃がピークで、徐々に下降しています。これは、前述したように、患者個々に合わせた治療を行っていることが影響していると考えます。しかし、大きな下降をしているわけではなく、同水準を維持していることは、各施設の努力であると考えます。

<No.14-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139施設で、提出割合は59.7% (209/348, 前年比+0.4)でした。1年間の結果は、平均値78.5% (前年比+1.0)、中央値81.3% (前年比+0.2)、最大値100.0% (前年比±0)、最小値22.3% (前年比+1.5)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/nhqrdr/jsp/nhqrdr.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.15 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」

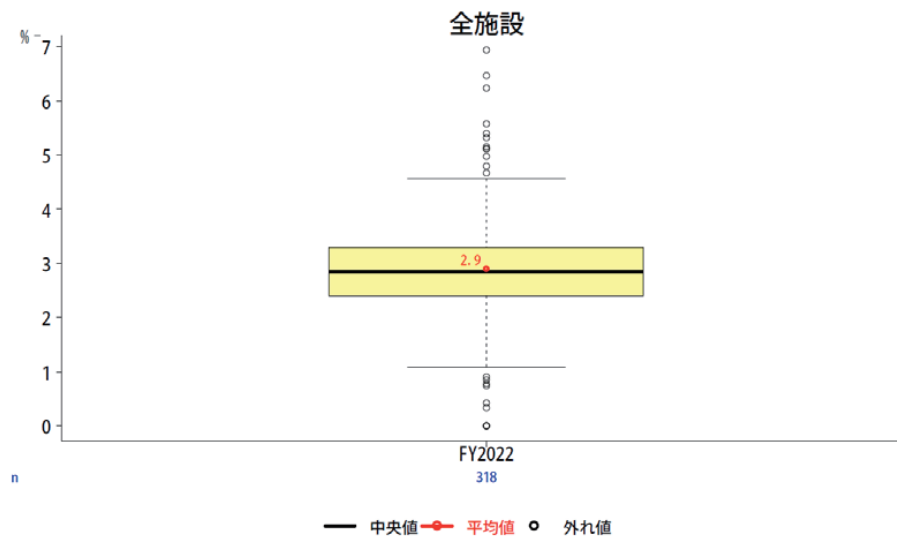
分 子:	分母のうち、前回退院から 4 週間以内に計画外で再入院した患者数
分 母:	退院患者数(様式 1 の「退院年月日」が調査期間に該当する一般入院症例数)
収集期間:	4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分
使用データ	DPC 様式 1

### 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 2.8%、中央値 2.8%、最大値 6.9%、最小値 0.0%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 2.4% (N=48)、200 床以上 400 床未満は平均値 2.8% (N=116)、400 床以上 500 床未満は平均値 3.0% (N=60)、500 床以上は平均値 3.0% (N=94)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.16 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

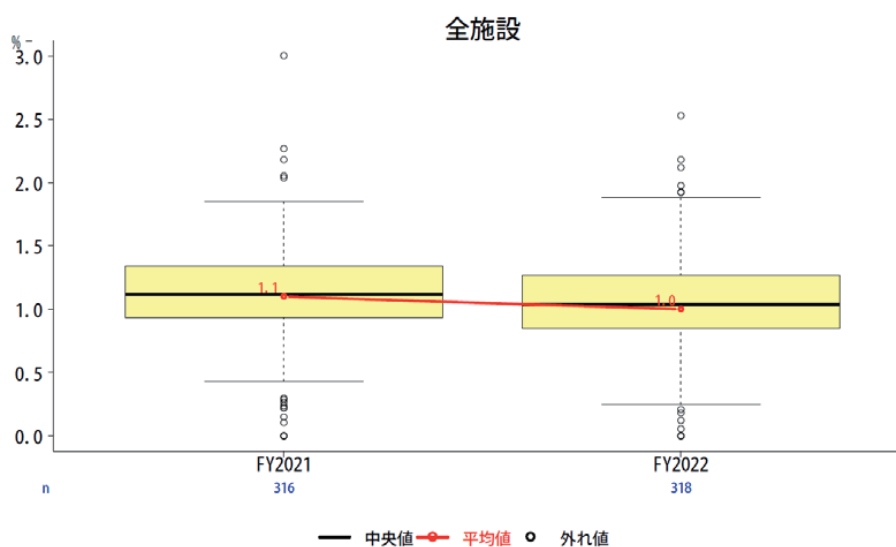
使用データ DPC 様式 I

### 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 1.0% (前年比-0.1)、中央値 1.0% (前年比-0.1)、最大値 2.5% (前年比-0.5)、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=48)、200 床以上 400 床未満の平均値は 1.0% (N=116)、400 床以上 500 床未満の平均値は 1.1% (N=60)、500 床以上の平均値は 1.1% (N=94) であり、「退院後 4 週間以内の予定外再入院割合」同様、やや小規模施設が低い結果ですが、そこまで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.17 脳梗塞(TIA 含む)患者のうち入院2日目までに抗血小板療法もしくは抗凝固療法を受けた患者の割合

### 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もしくは抗凝固療法の投与が開始されていることが望まれます。

算出条件としては、アルテプラゼ投与後 24 時間以内に、抗凝固薬・抗血小板薬もしくは血栓溶解薬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、分母からは除外しています。また、ガイドラインでは、抗凝固薬としてのヘパリンの使用はグレード C1 で考慮してもよいという推奨にとどまっており、分子から除外しています。さらに、抗凝固薬としてのワルファリンは、心原性脳梗塞に適応であり、また効果の発現まで時間を要するため、分子から除外しています。

**分子:** 分母のうち、入院 2 日目までに抗血小板療法もしくは一部の抗凝固療法 (オザグレリナトリウム) を施行された患者数

**分母:** 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

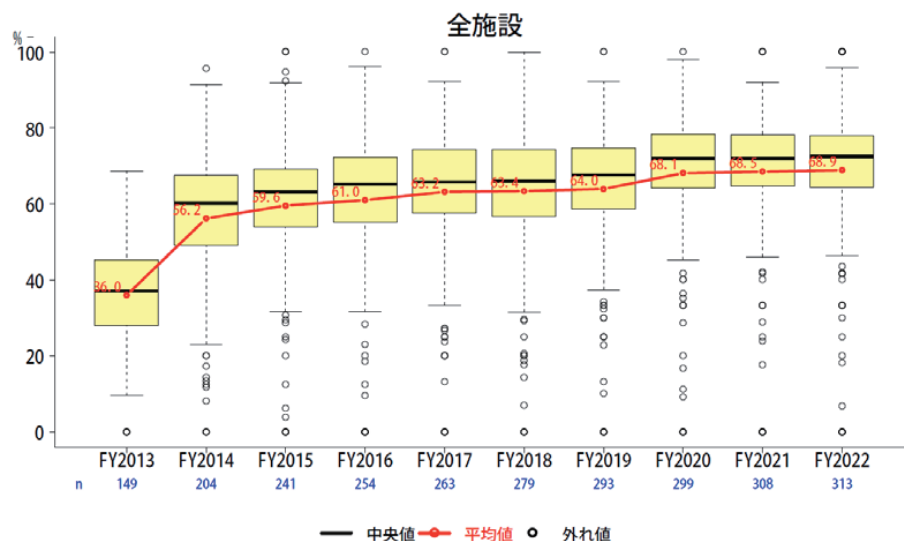
**使用データ** DPC 様式 1、EF ファイル

### 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 68.8% (前年比+0.2)、中央値 72.2% (前年比+0.3)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) で、経時的に見ると、測定を開始した 2013 年度から年々改善をしており、2013 年度と比べると 32.9 ポイントと大きな改善が見られました。特定の疾患に対する薬物治療の指標はプロセスに該当するため、改善がしやすい指標の一つです。

## 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.18 脳梗塞(TIA 含む)患者における抗血小板薬 処方割合

## 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、抗血小板薬を処方された患者数

分 母: 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

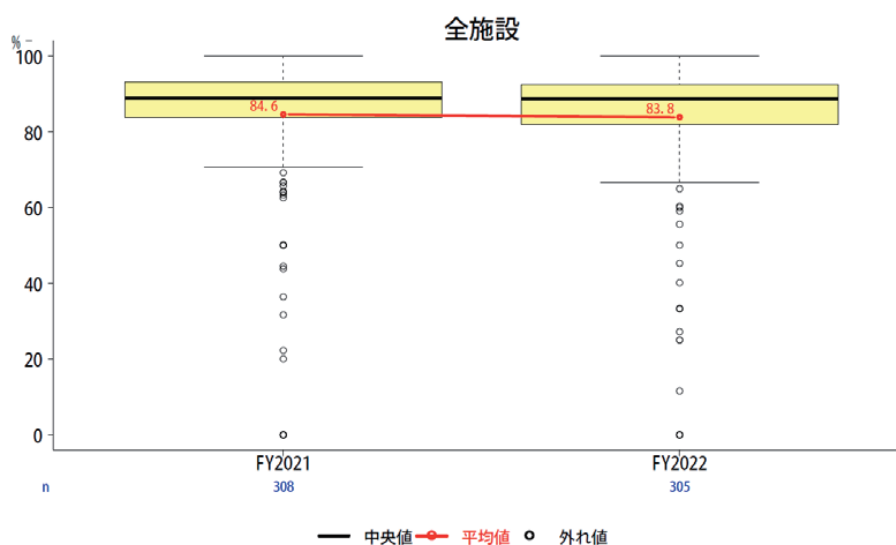
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

## 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 83.5% (前年比-1.1)、中央値 88.7% (前年比-0.2)、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。

## 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.19 脳梗塞患者におけるスタチン処方割合

### 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

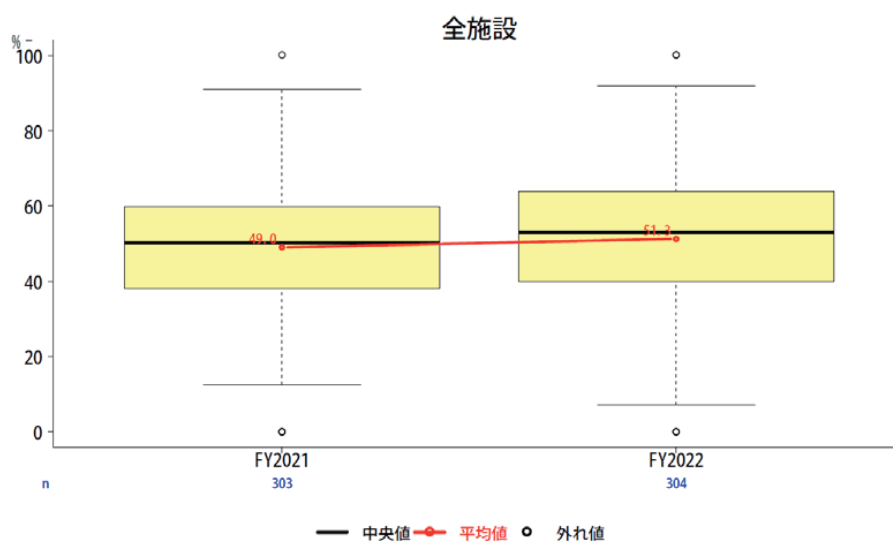
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

### 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 51.2% (前年比+2.2)、中央値 52.9% (前年比+2.7)、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。

## 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.20 心房細動を伴う脳梗塞(TIA 含む)患者への 抗凝固薬処方割合

## 指標の説明・定義

心原性脳梗塞での再発予防には抗凝固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(2009、2015、2021)では、「心原性脳塞栓症の再発予防は通常、抗血小板薬ではなく抗凝固薬が第一選択薬である(グレードA)」とされ、適応のある患者には抗凝固薬の投与が開始されていることが望まれます。「出血性合併症はINR 2.6を超えると急増する(グレードB)」ことも知られており、ワルファリン投与時のモニタリングは重要であり、本指標にはワルファリン以外にも推奨される抗凝固薬も分母に含めています。

分 子: 分母のうち、抗凝固薬を処方された患者数

分 母: 脳梗塞かTIAと診断され、かつ心房細動と診断された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

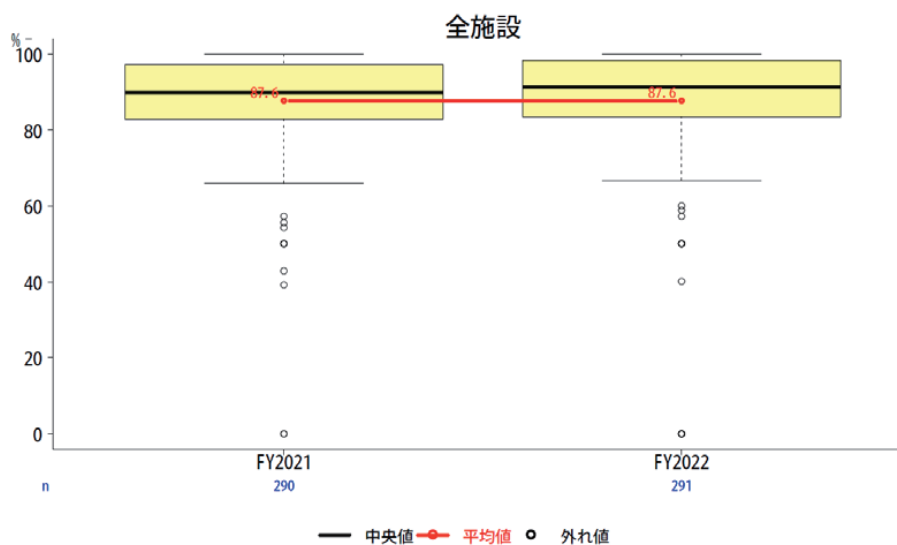
使用データ DPC様式1、Fファイル、EFファイル

## 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 87.6% (前年比±0)、中央値 91.9% (前年比+2.1)、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。

## 参考文献

1. 「脳卒中治療ガイドライン」日本脳卒中学会 (2009、2015、2021)
2. Albers GW, Amarenco P, Easton JD, Sacco RL, Teal P. 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); 2010 Sep. 26 p.
4. American College of Cardiology, American Heart Association, European Society of Cardiology. ACC/AHA/ESC guidelines for the management of patients with atrial fibrillation. *J Am Coll Cardiol* 2001 Oct; 38:1266i-1xx.
5. Sacco RL, Adams R, Albers G, Alberts MJ, Benavente O, Furie K, Goldstein LB, Gorelick P, Halperin J, Harbaugh R, Johnston SC, Katzan I, Kelly-Hayes M, Kenton EJ, Marks M, Schwamm LH, Tomsick T. 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.
6. 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
7. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

## No.21 脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者の割合

### 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

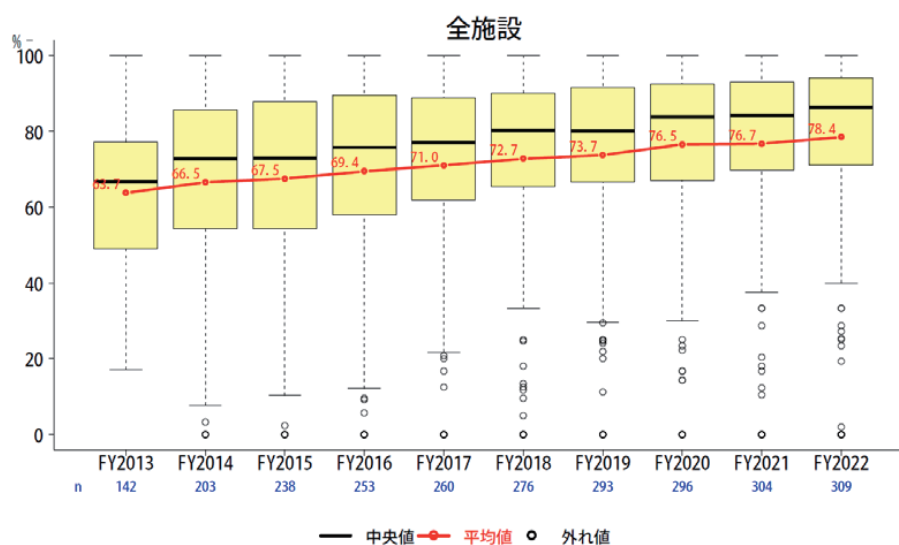
使用データ DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

### 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 78.5% (前年比+1.8)、中央値 86.0% (前年比+1.9)、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。

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](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.22 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の評価できます。

分子: 指標 No.11,12,13 の分子の合計

分母: 指標 No.11,12,13 の分母の合計

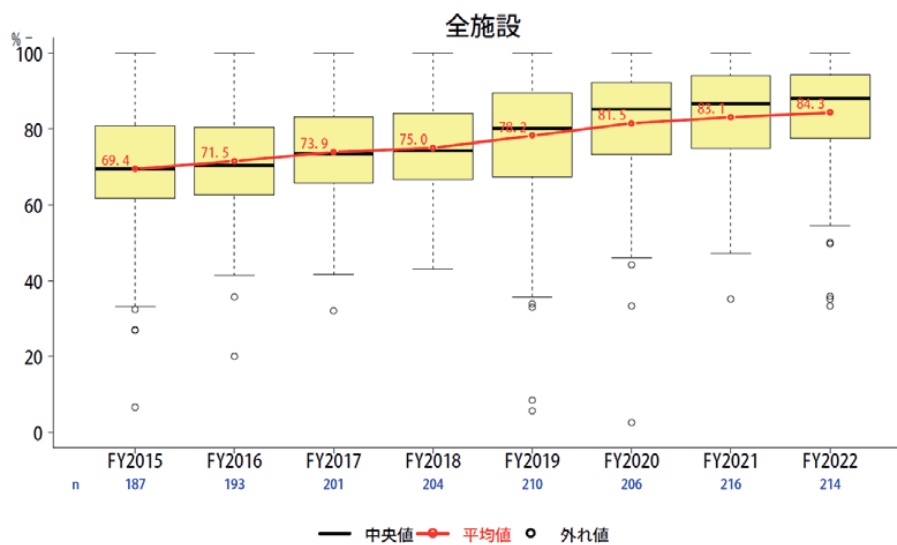
収集期間: 1ヶ月毎

#### 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 84.3% (前年比+1.2)、中央値 88.0% (前年比+1.4)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 33.3% (前年比-1.8) 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 14.9 ポイントと大きな改善が見られました。

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.23 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を評価できます。

分子: 指標 No.17,18,19,20,21 の分子の合計

分母: 指標 No.17,18,19,20,21 の分母の合計

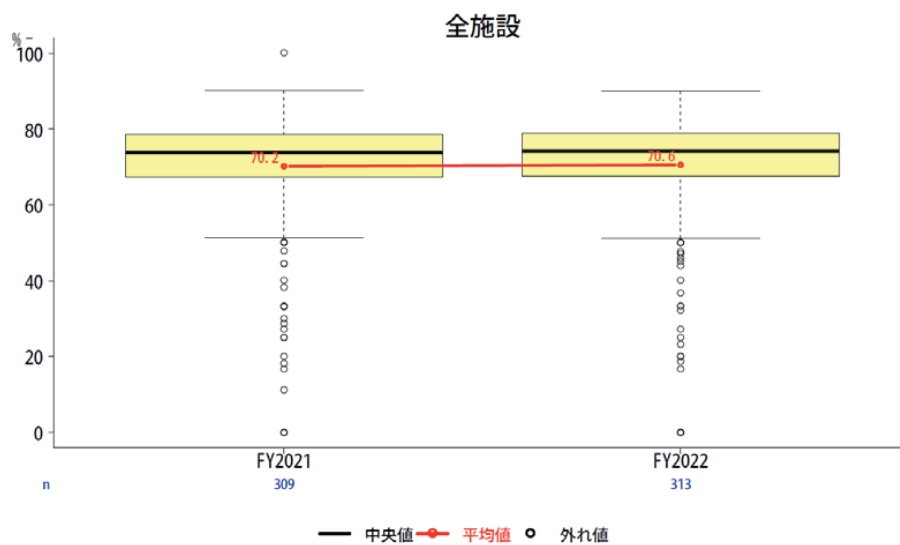
収集期間: 1ヶ月毎

#### 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 70.6% (前年比+0.4)、中央値 74.2% (前年比+0.3)、最大値 90.0% (前年比-10.0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

統合指標のため、「脳梗塞 (TIA 含む) 患者のうち第 2 病日までに抗血小板療法もしくは抗凝固療法を受けた患者の割合」「脳梗塞 (TIA 含む) 患者における抗血小板薬処方割合」「脳梗塞患者におけるスタチン処方割合」「心房細動を伴う脳梗塞 (TIA 含む) 患者への抗凝固薬処方割合」「脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合」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.24-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.24-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.24-a>

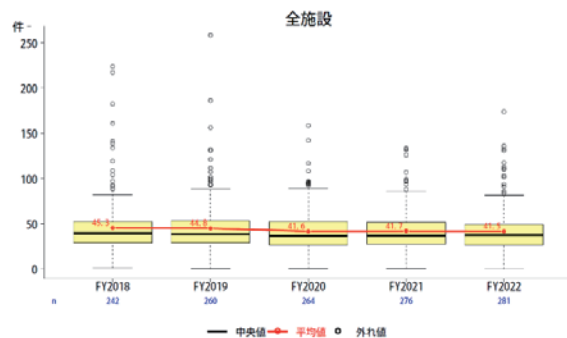
分 子:	調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告件数×100
分 母:	許可病床数
備 考:	インシデント・アクシデント報告とは、インシデント影響度分類に定められた範囲で医療安全管理部門へ報告されたのを指す。
収集期間:	1ヶ月毎

#### <No.24-b>

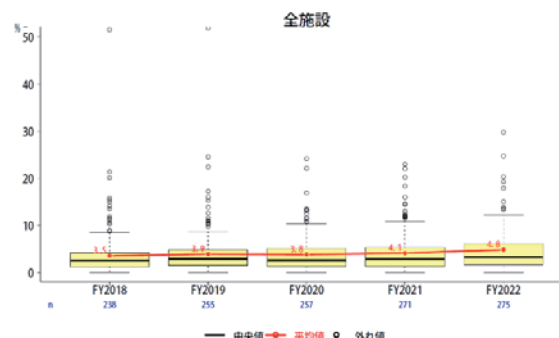
分 子:	分母のうち医師が提出したインシデント・アクシデント報告総件数
分 母:	調査期間中の月毎のインシデント・アクシデント報告総件数
備 考:	インシデント・アクシデント報告とは、インシデント影響度分類に定められた範囲で医療安全管理部門へ報告されたのを指す。
収集期間:	1ヶ月毎

## 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.24-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67施設で、提出割合は80.7% (281/348, 前年比±0) でした。1年間の結果は、平均値41.5件 (前年比-0.2)、中央値37.3件 (前年比+0.4)、最大値173.6件 (前年比+40.2)、最小値0件 (前年比-0.4) で、測定を開始した2018年度からやや下降してはいますが、ばらつきが少なくなっており、正確にデータ提出ができるようになってきた可能性があります。

### <No.24-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73施設で、提出割合は79.0% (275/348, 前年比-0.3) でした。1年間の結果は、平均値4.8% (前年比+0.7)、中央値3.2% (前年比+0.4)、最大値100.0% (前年比+30.9)、最小値0.0% (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。

## 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.25 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。

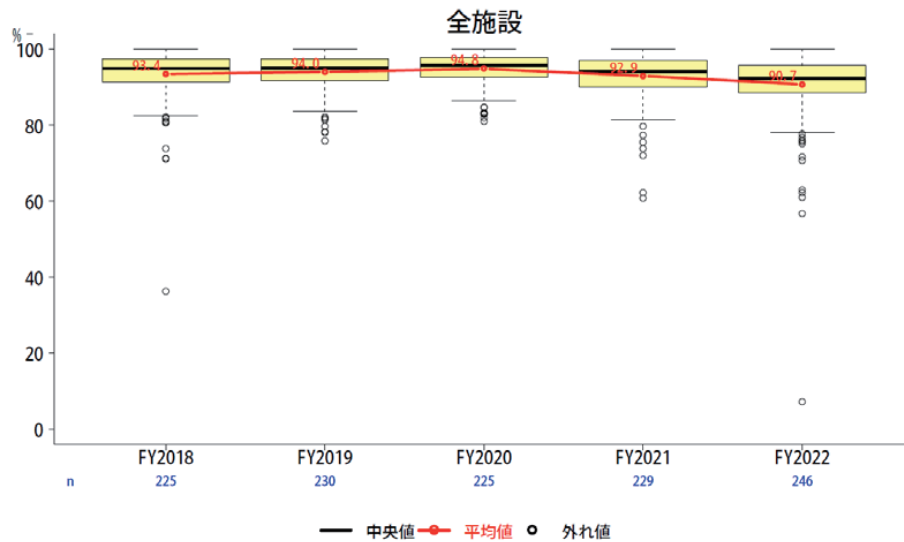
収集期間： 年1回

### 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102施設で、提出割合は70.7%(246/348,前年比+3.8)でした。1年間の結果は、平均値90.7%(前年比-2.2)、中央値92.2%(前年比-1.9)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値7.1%(前年比-53.7)で、2020年度をピークに、徐々に低下しています。

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も影響しているのではないかと考えます。

## 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.26 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

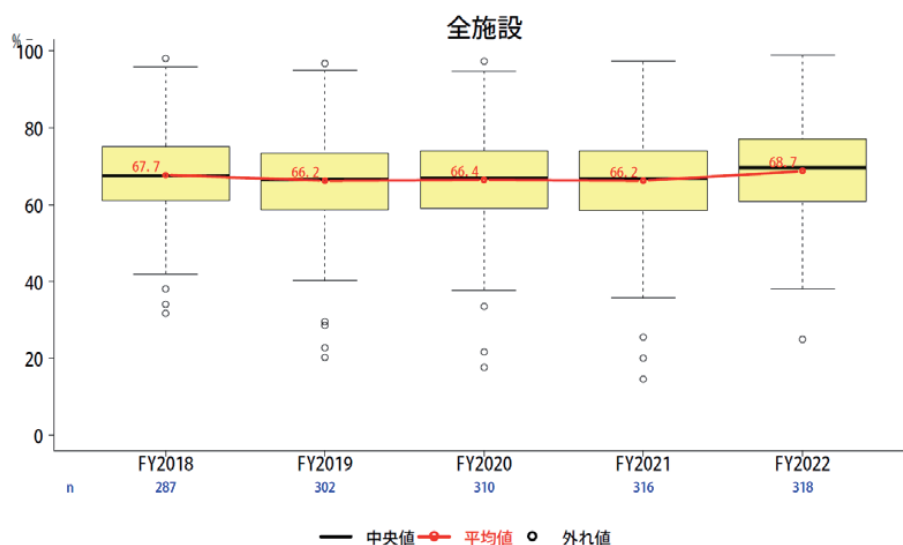
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

### 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 68.6% (前年比+2.4)、中央値 69.3% (前年比+2.5)、最大値 99.0% (前年比+1.8)、最小値 24.9% (前年比+10.3) 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。

## 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.27-a 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率

No.27-b 広域抗菌薬使用までの培養検査実施率

No.27-c 血液培養実施時の2セット実施率

---

---

#### 指標の説明・定義

広域抗菌薬は、使用前までの最近培養検査、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。また、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。

※本指標は特定機能病院では算出除外(微生物学的検査は基本的検体検査実施料に含まれるため)

#### <No.27-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:	広域抗菌薬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.27-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:	広域抗菌薬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

#### <No.27-c>

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

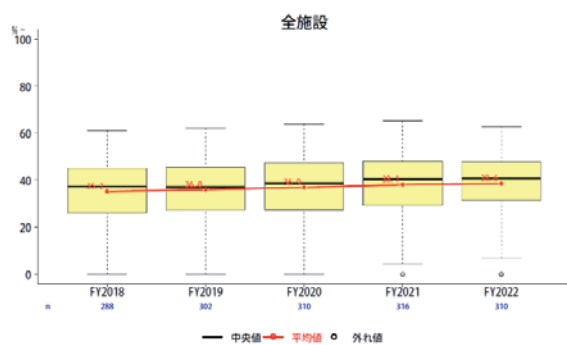
#### 指標の種類・値の解釈

プロセス

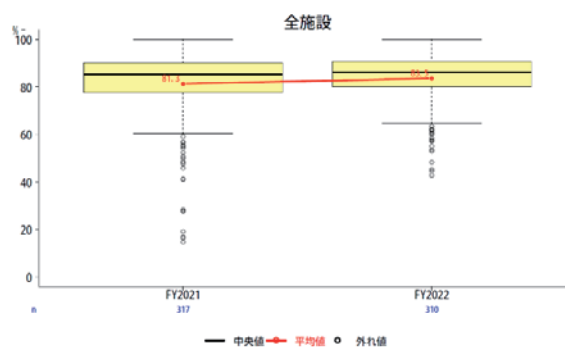
より高い値が望ましい

## 結果

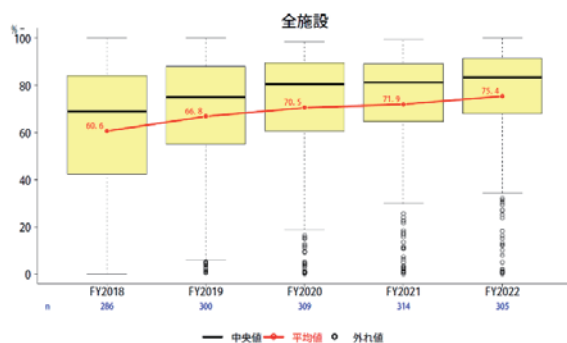
### a) 血液培養実施率



### b) 培養検査実施率



### c) 2セット実施率



## 考察

### <No.27-a 広域抗菌薬使用時の血液培養実施率>

1年間の結果は、平均値 38.6% (前年比+0.5)、中央値 40.6% (前年比+0.1)、最大値 63.3% (前年比-1.9)、最小値 0.0% (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.27-b 広域抗菌薬使用までの培養検査実施率>

1年間の結果は、平均値 83.5% (前年比+2.2)、中央値 86.3% (前年比+1.2)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 42.7% (前年比+28.0) でした。

### <No.27-b 血液培養実施時の2セット実施率>

1年間の結果は、平均値 75.1% (前年比+3.2)、中央値 83.4% (前年比+2.2)、最大値 100.0% (前年比+0.7)、最小値 0.0% (前年比±0) で、測定を開始した 2018 年度から徐々に改善し、2018 年度と比べると 14.8 ポイント改善しました。

## 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/>

---

## No.28-a 脳卒中患者に対する地域連携の実施割合

## No.28-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.28-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.28-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

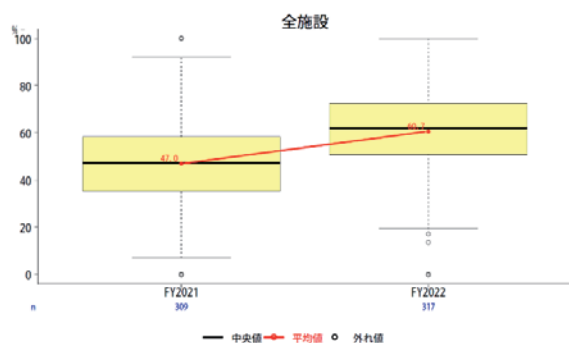
### 指標の種類・値の解釈

プロセス

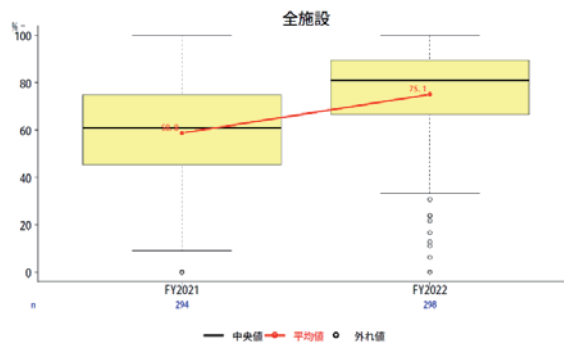
より高い値が望ましい

## 結果

### a) 脳卒中患者



### b) 大腿骨頸部骨折患者



## 考察

### <No.28-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 45.4% (前年比-1.6)、中央値 45.5% (前年比-1.8)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

### <No.28-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 60.9% (前年比+2.1)、中央値 63.6% (前年比+2.7)、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、脳卒中患者および大腿骨頸部骨折患者の地域連携パスの使用率を算出していましたが、施設からのご意見を踏まえ、地域連携に関する算定がされた患者に変更しています。

## 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. 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/contentdata/shihyo/20170425/i\\_19.pdf](https://www.jmha.or.jp/contentdata/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/contentdata/shihyo/20171018/i\\_20.pdf](https://www.jmha.or.jp/contentdata/shihyo/20171018/i_20.pdf)

## No.29 18歳以上の身体抑制率

### 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。

**分子:** 分母のうち(物理的)身体抑制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抑制と定義する。

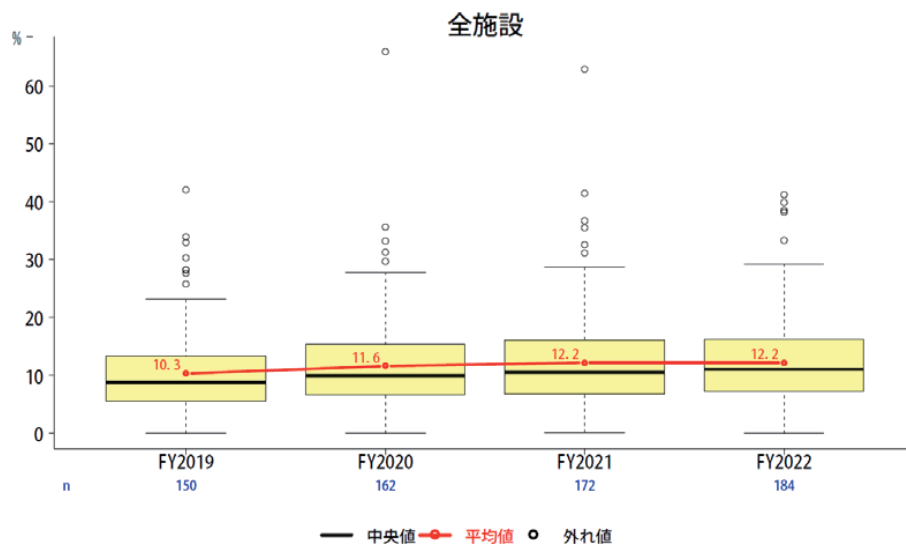
- 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 2) 転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。
- 3) 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。
- 4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- 5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- 6) 車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- 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164施設で、提出割合は52.9%(184/348, 前年比+2.2)でした。1年間の結果は、平均値12.2%(前年比±0)、中央値11.1%(前年比+0.5)、最大値41.1%(前年比-21.7)、最小値0.0%(前年比-0.1)でした。

本指標は、厚生労働省補助事業である医療の質向上のための体制整備事業の中で行われている医療の質可視化プロジェクトでも選択され、今後、多くの病院への展開が期待される指標でもあることから、提出施設数が増加するよう促すことが課題です。

## 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.30-a 大腿骨頸部骨折の早期手術割合

## No.30-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.30-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.30-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

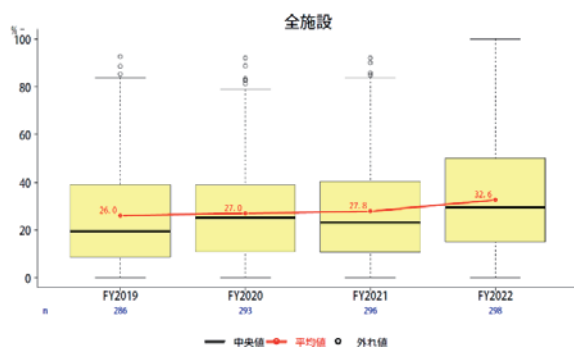
### 指標の種類・値の解釈

プロセス

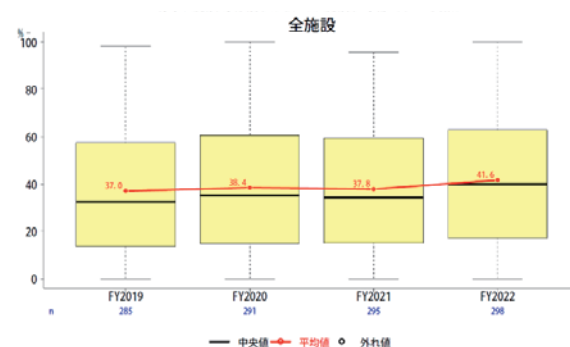
より高い値が望ましい

## 結果

### a) 大腿骨頸部骨折



### b) 大腿骨転子部骨折



## 考察

### <No.30-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 32.4% (前年比+4.6)、中央値 28.9% (前年比+5.8)、最大値 100.0% (前年比+8.0)、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6.6ポイント改善しています。

### <No.30-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 41.5% (前年比+3.7)、中央値 39.7% (前年比+5.4)、最大値 100.0% (前年比+4.4)、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4.6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.31 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率

### 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。

※2022 年発売のホスネツピタントについて、本指標では含めていないため、指標値が低く算出されることがある

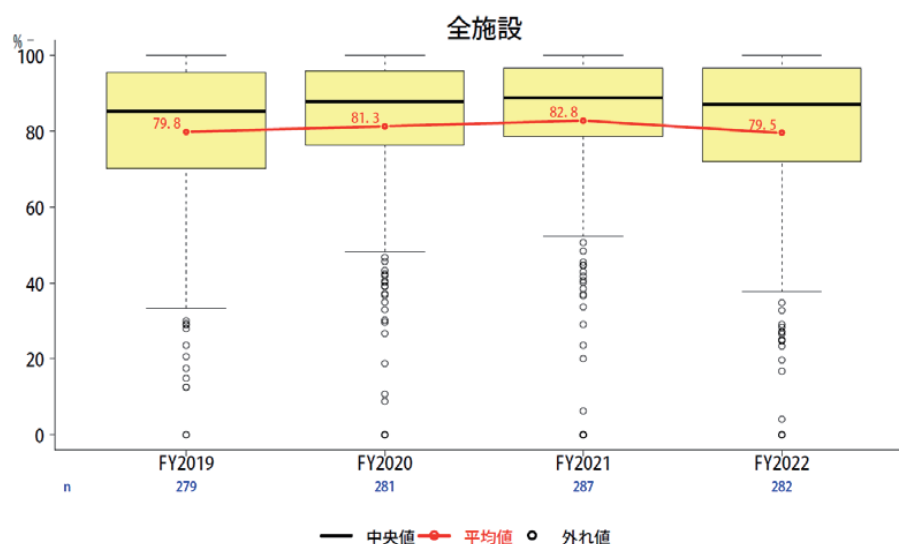
分子:	分母の実施日の前日または当日に、5HT3 受容体拮抗薬、NK1 受容体拮抗薬およびデキサメタゾンの 3 剤すべてを併用した数
分母:	入院にてシスプラチンを含む化学療法を受けた 18 歳以上の患者の実施日数
収集期間:	4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分
使用データ	DPC 様式 1、F ファイル、EF ファイル

### 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 79.5% (前年比-3.3)、中央値 86.8% (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。2019年度から新しく採用した項目で、2021年度までは徐々にばらつきが減ってきていましたが、2022年度はやや値が下がっています。どこに要因があるのか、注視して継続していく予定です。

## 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. 「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.32 抗 MRSA 薬投与に対する薬物血中濃度測定割合

### 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

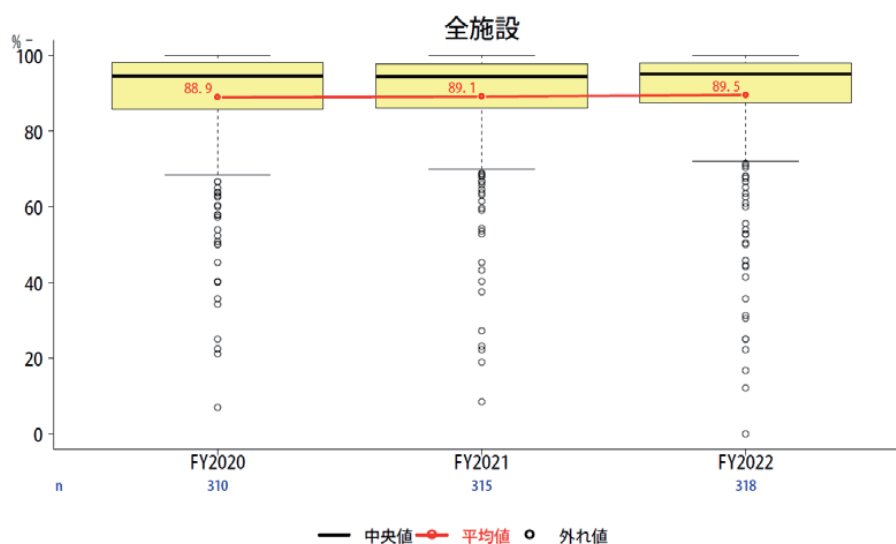
使用データ DPC 様式 1、EF ファイル

### 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 89.6% (前年比+0.5)、中央値 95.5% (前年比+0.6)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 8.3% (前年比+1.2) 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.33-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.33-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、その決定にそ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

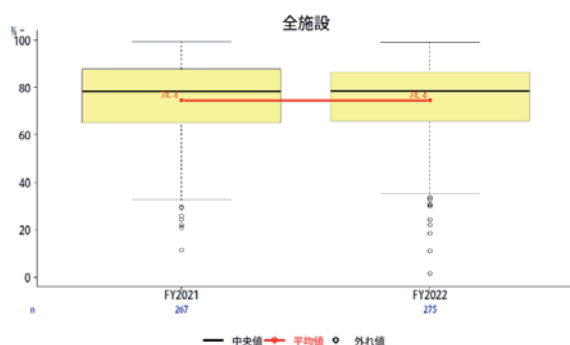
### 指標の種類・値の解釈

プロセス

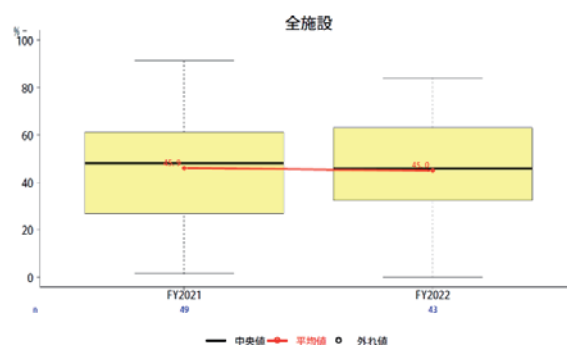
より高い値が望ましい

### 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.33-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 74.3% (前年比-0.1)、中央値 78.1% (前年比-0.2)、最大値 99.0% (前年比-0.5)、最小値 1.4% (前年比-10.0)でした。

<No.33-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 44.9% (前年比-1.0)、中央値 45.7% (前年比-2.3)、最大値 84.2% (前年比-6.8)、最小値 0.0% (前年比-1.4)でした。

2021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. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>



## No.34 集中治療を要する重症患者に対する 早期栄養介入割合

### 指標の説明・定義

重症患者に対する早期栄養開始により、感染症の合併減少や死亡率低下が指摘されています。

本指標では、2020年度に新設された早期栄養介入管理加算(特定集中治療室管理料)を利用し、早期栄養介入の状況をモニタリングします。指標算出では集中治療室入室理由は限定しておらず、術後管理目的など本指標の主旨とは異なる症例も一部含まれる場合も考えられますが、術後症例についても多くが早期の栄養介入が望ましいとされており、全身麻酔下での手術症例のみ当てはまる加算(2022年度新設、周術期栄養管理加算)を分子に加えることで、適切な栄養介入がされているものは分子として検知できるようにしています。一方で、特定の術後管理症例(縫合不全が疑われる消化管手術等)や非推奨症例(コントロール不良のショック状態、低酸素状態、極度のアシドーシス、腸管虚血、腹部コンパートメント症候群、活動性の上部消化管出血など)も含まれるため、その場合、値が低く算出される可能性があります。

**分 子:** 分母のうち、集中治療室入室後3日以内に栄養介入を受けた症例数

**分 母:** 集中治療室に3日間以上連続して入室していた18歳以上の症例数

**収集期間:** 4~6月分、7~9月分、10~12月分、1~3月分

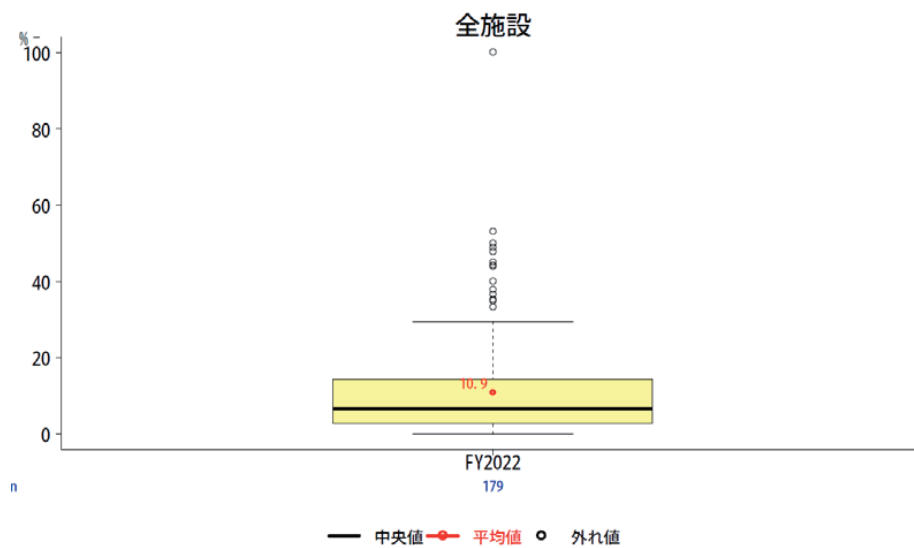
**使用データ** DPC様式1、EFファイル

### 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 10.9%、中央値 6.5%、最大値 100.0%、最小値 0.0%でした。  
2022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. QIP Quality Indicator/Improvement Project 医療の質の指標 <http://med-econ.umin.ac.jp/QIP/QI/>

---

## No.35 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。

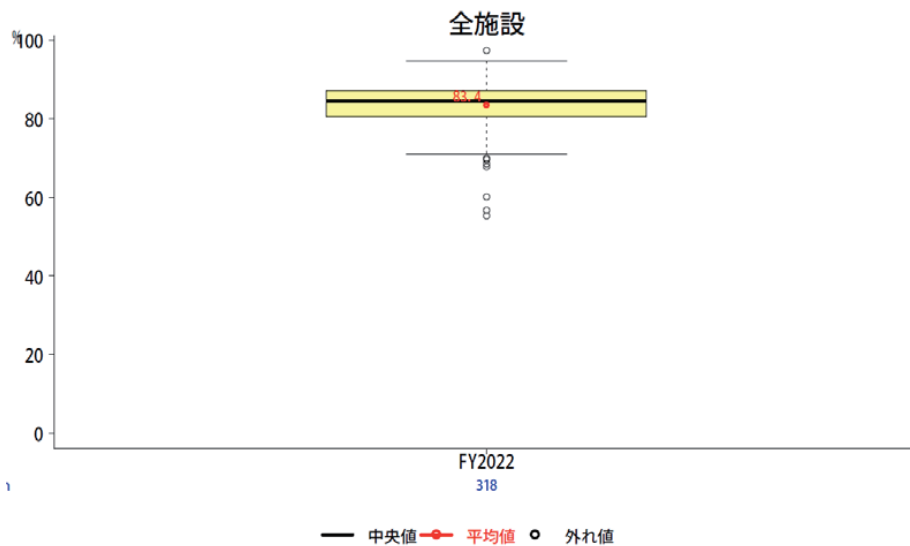
分 子:	分母のうち、退院時に酸分泌抑制薬 (PPI/H2RA) が退院時に処方された症例数
分 母:	退院時にアスピリン内服薬が処方されている 18 歳以上の患者数
収集期間:	4~6 月分、7~9 月分、10~12 月分、1~3 月分
使用データ	DPC 様式 1、EF ファイル

### 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 83.5%、中央値 84.4%、最大値 97.2%、最小値 55.2%でした。  
2022 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. 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.01 紹介率

# No.02 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

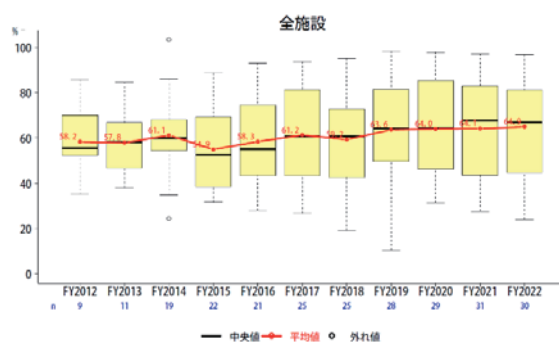
収集期間: 1ヶ月毎

## 指標の種類・値の解釈

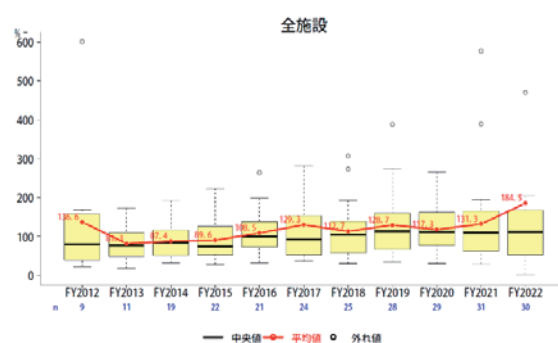
プロセス

## 結果

紹介率



逆紹介率



## 考察

### <No.01 紹介率>

今回、提出がなかったのは10施設で、提出割合は75.0%(30/40, 前年比-7.1)でした。1年間の結果は、平均値64.9%(前年比+0.8)、中央値66.8%(前年比-0.9)、最大値96.8%(前年比-0.4)、最小値24.0%(前年比-3.6)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。

### <No.02 逆紹介率>

今回、提出がなかったのは10施設で、提出割合は75.0%(30/40, 前年比-7.1)でした。1年間の結果は、平均値184.5%(前年比+53.2)、中央値111.7%(前年比+2.6)、最大値2108%(前年比+1531)、最小値1.7%(前年比-27.4)でした。

外れ値の施設においては、算出の間違いであるか、今一度確認が必要と考えています。

## 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.03-a 入院患者の転倒・転落発生率

## No.03-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

## No.03-c 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

## No.03-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.03-a) 入院中の患者に発生した転倒・転落件数

No.03-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.03-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.03-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

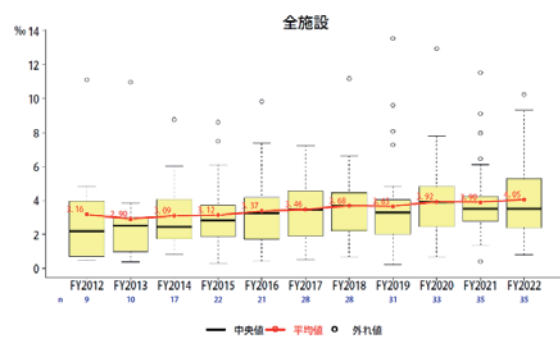
- ① 最初の転倒・転落報告が記載される時には、損傷の程度がまだ不明かもしれない。転倒24時間後の患者の状態をフォローアップする方法を決める必要がある。
- ② 患者が転倒24時間以内に退院する場合は、退院時の損傷レベルを判断する。
- ③ X線、CTスキャン、またはその他の放射線学的評価により損傷の所見がなく、治療もなく、損傷の兆候及び症状もない場合は、“1\_なし”を選択する。
- ④ 凝固障害のある患者で、転倒の結果血液製剤を受ける場合は、“4\_重度”を選択する。

### 指標の種類・値の解釈

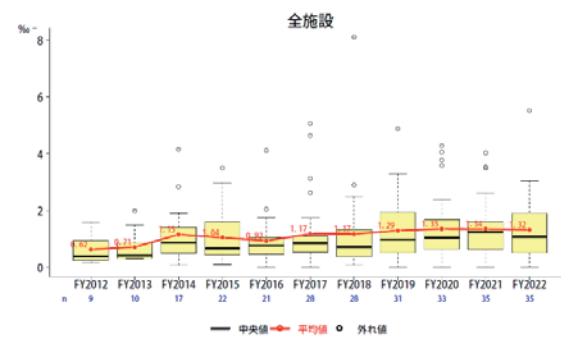
アウトカム  
より低い値が望ましい

### 結果

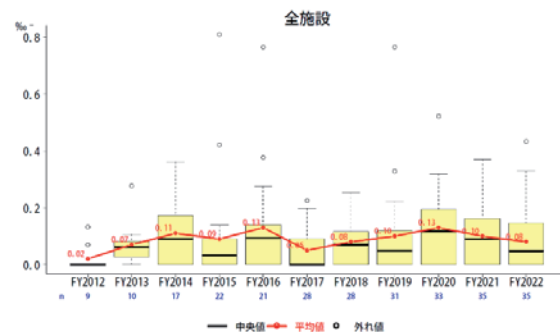
入院患者の転倒・転落発生率



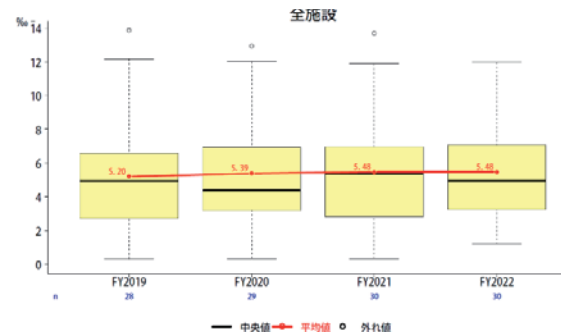
入院患者の転倒・転落による損傷発生率 (損傷レベル 2 以上)



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5施設で、提出割合は87.5% (35/40, 前年比-4.8)、65歳以上では10施設で、提出割合は75.0% (30/40, 前年比-4.5)でした。転倒転落発生率の1年間の結果は、平均値4.05% (前年比+0.15)、中央値3.52% (前年比+0.02)、最大値10.23% (前年比-1.30)、最小値0.79% (前年比+0.41)、損傷発生率(損傷レベル2以上)の1年間の結果は、平均値1.32% (前年比-0.02)、中央値1.07% (前年比-0.17)、最大値5.51% (前年比+1.49)、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0.08% (前年比-0.02)、中央値0.05% (前年比-0.03)、最大値0.43% (前年比+0.06)、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5.49% (前年比+0.01)、中央値4.94% (前年比-0.43)、最大値11.98% (前年比-1.73)、最小値1.19% (前年比+0.86)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が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は見られますが、転倒転落発生率は2012年度と比べると徐々に値が上がっています。これは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。

## 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.04 身体抑制率

### 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。

**分子:** 分母のうち(物理的)身体抑制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抑制と定義する。

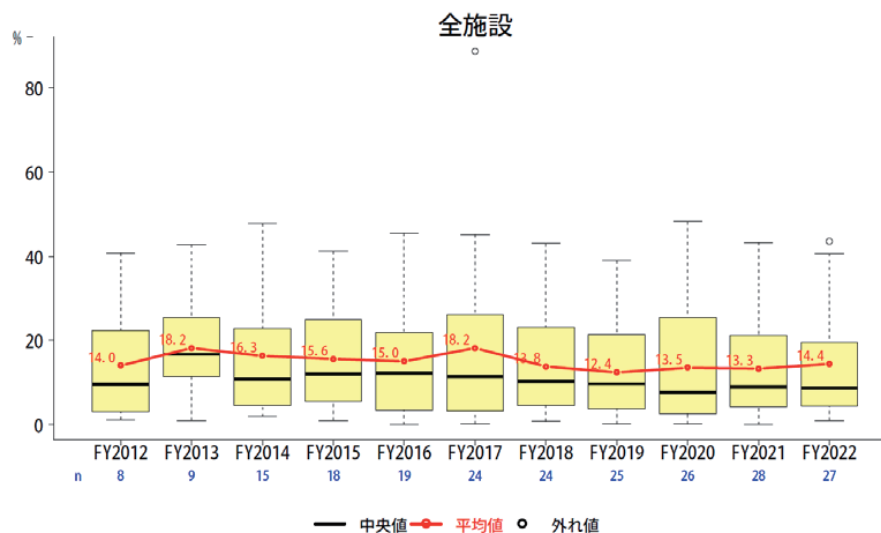
- 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 2) 転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。
- 3) 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。
- 4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- 5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- 6) 車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- 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13施設で、提出割合は67.5% (27/40, 前年比-4.3) でした。1年間の結果は、平均値14.4% (前年比+1.1)、中央値8.7% (前年比-0.3)、最大値43.5% (前年比+0.02)、最小値1.0% (前年比+1.0) で、測定を開始した2012年度以降、平均値は12~18%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.05 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

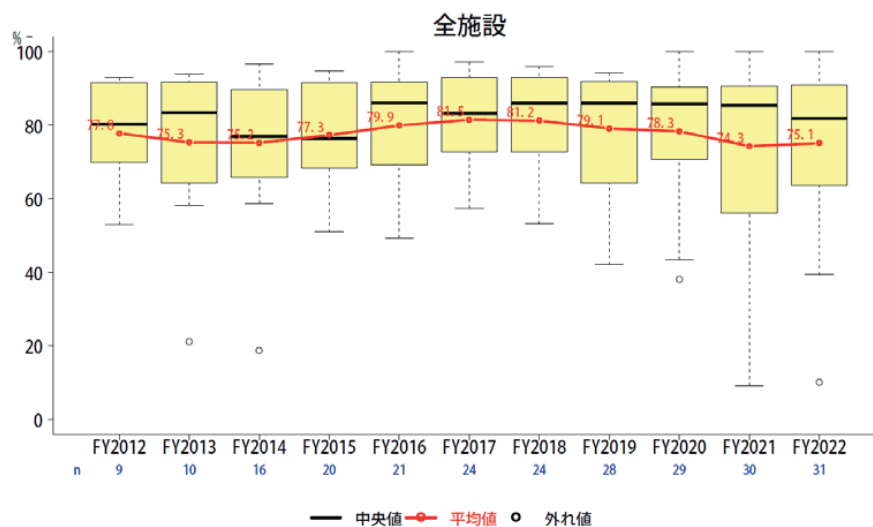
分母除外： 死亡退院患者数、在宅退院希望ではない患者数

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9施設で、提出割合は77.5% (31/40, 前年比+0.6) でした。1年間の結果は、平均値 75.1% (前年比+0.8)、中央値 81.8% (前年比-3.6)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 10.1% (前年比+1.6) であり、2021年度と同様に平均値は低い値でした。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が増加したと考えられます。

## 参考文献

## No.06 褥瘡発生率

### 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1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癒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1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。

日本褥瘡学会の褥瘡状態評価スケールが改定されたことに伴い、分母の定義で確認していた褥瘡保有の記録(d1,d2,D3,D4,D5,DU)を(d1,d2,D3,D4,D5,DTI,U)に変更しました。

本プロジェクトの定義は、目の前の患者が褥瘡発生する確率を見ているものであり、日々のケアの質に関わるものです。

**分 子:** d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数

**分 母:** 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)

**分母除外:** 同日入退院の患者

入院時刻から24時間以内にDESIGN-R® 2020 Depth(深さ)のd1, d2, D3, D4, D5, DTI, Uのいずれかの記録がある患者

同一入院期間中の調査月間以前に院内新規褥瘡があった患者

**収集期間:** 1ヶ月毎

### <Depth(深さ)>

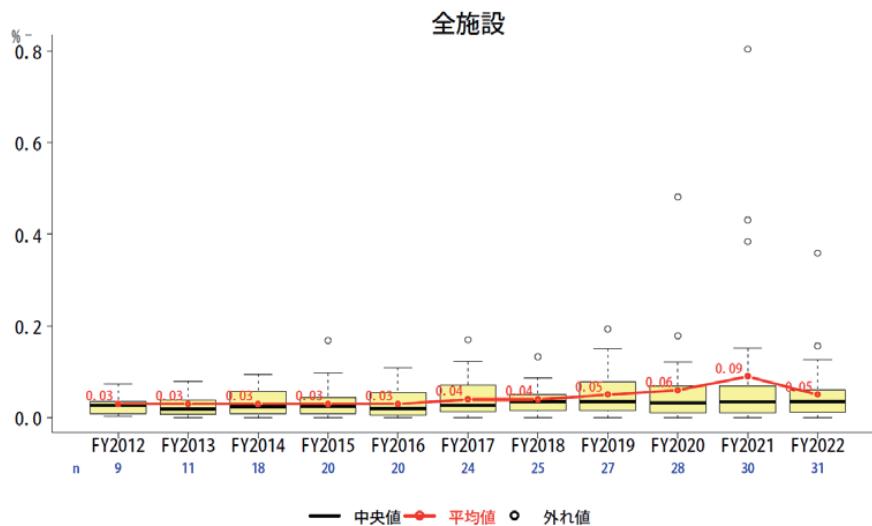
d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷
D5	関節腔、体腔に至る損傷
DTI	深部損傷褥瘡(DTI)疑い
U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能

### 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



## 考察

今回、提出がなかったのは9施設で、提出割合は77.5% (31/40, 前年比+0.6)でした。1年間の結果は、平均値 0.05% (前年比-0.04)、中央値 0.04% (前年比+0.01)、最大値 0.36% (前年比-0.44)、最小値 0.00% (前年比±0)でした。

外れ値が大きく、平均値が悪化している年もありますが、中央値に大きな変化はありません。看護ケアの取り組みにより褥瘡予防対策が継続されている成果と考えられます。

## 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](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](http://www.jspu.org/jpn/member/pdf/design-r2020_doc.pdf) 2021/05/19 available)

---

## No.07 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 $\leq 90$ 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

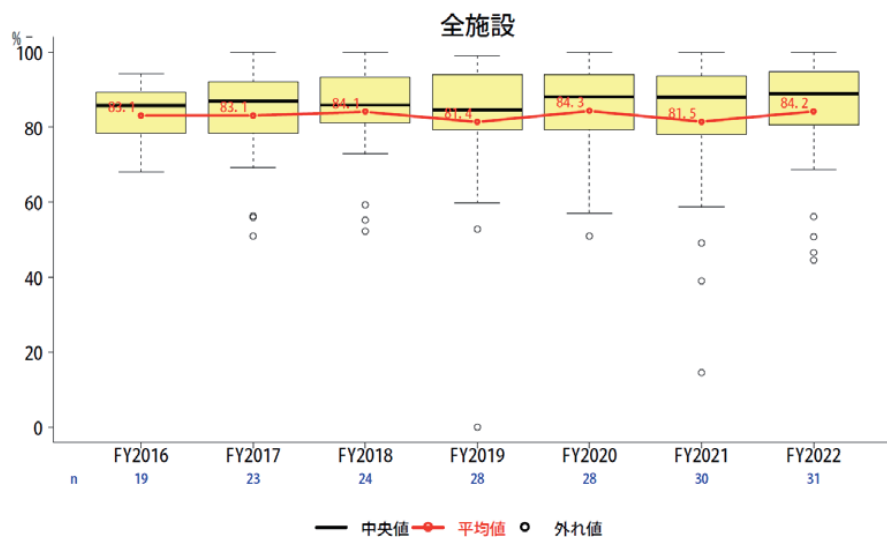
**収集期間:** 1ヶ月毎

### 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9施設で、提出割合は77.5% (31/40, 前年比+0.6)でした。1年間の結果は、平均値 84.2% (前年比+2.7)、中央値 89.0% (前年比+1.0)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 44.4% (前年比+30.0)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/83\\_2017/12/05 available](https://www.jmha.or.jp/jmha/contents/info/83_2017/12/05_available))

## No.08 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

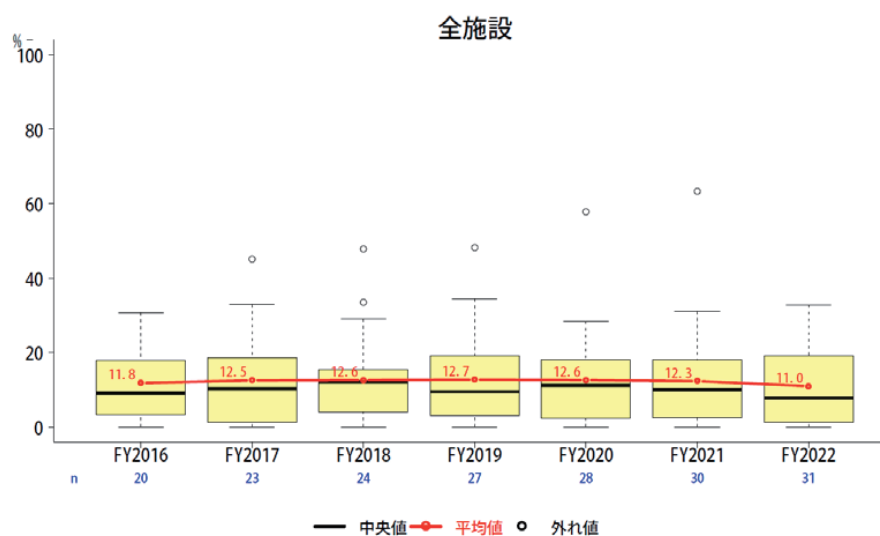
**収集期間：** 1ヶ月毎

### 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9施設で、提出割合は77.5%(31/40, 前年比+0.6)でした。1年間の結果は、平均値11.0%(前年比-1.3)、中央値7.8%(前年比-2.3)、最大値32.8%(前年比-30.5)、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11~13%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.09 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

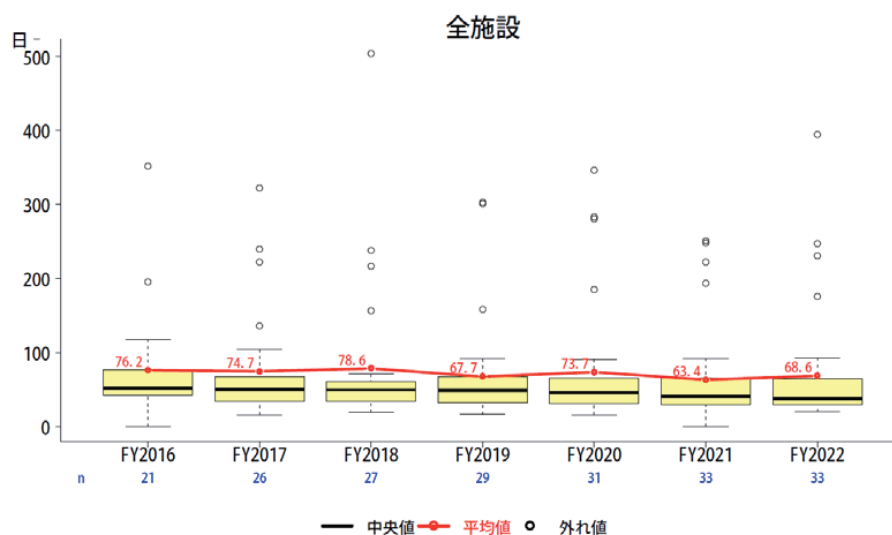
収集期間： 1 ヶ月毎

### 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7施設で、提出割合は82.5% (33/40, 前年比-2.1) でした。1年間の結果は、平均値 68.6 日 (前年比+5.2)、中央値 37.9 日 (前年比-2.5)、最大値 394.7 日 (前年比+143.9)、最小値 19.9 日 (前年比+19.9) で、測定を開始した 2016 年度以降、平均値は 63~79 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



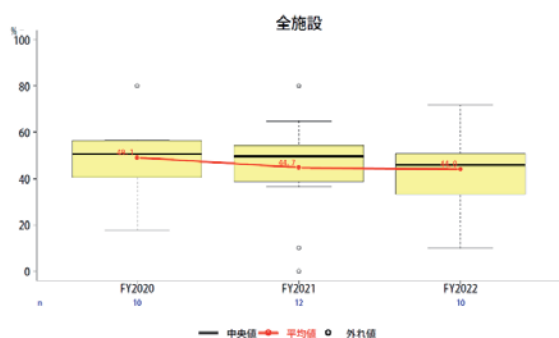
## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

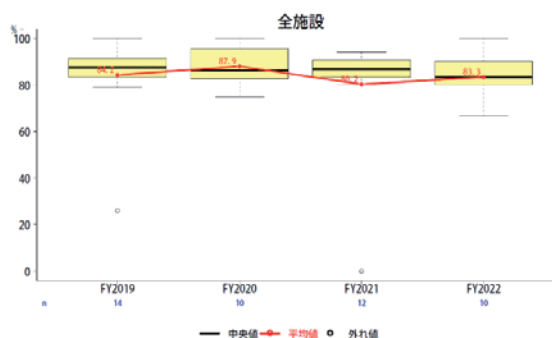
より高い値が望ましい

## 結果

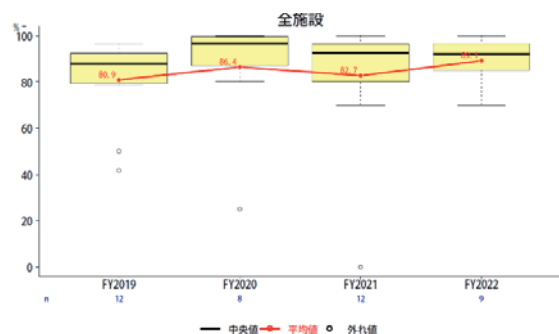
a) 総合評価(満足)



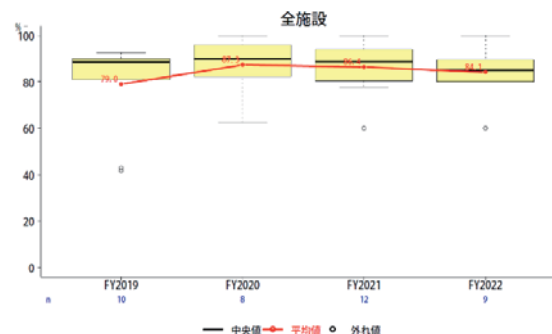
b) 総合評価(満足・やや満足)



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25.8%(10/40, 前年比-5.0)でした。満足のみの1年間の結果は、平均値44.0%(前年比-0.7)、中央値45.8%(前年比-3.7)、最大値71.7%(前年比-8.3)、最小値10.0%(前年比+10.0)、満足またはやや満足の1年間の結果は、平均値83.3%(前年比+3.1)、中央値83.3%(前年比-3.5)、最大値100.0%(前年比+5.9)、最小値66.7%(前年比+66.7)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31施設で、提出割合は22.5%(9/40, 前年比-8.3)でした。

1年間の結果は、平均値 89.1% (前年比+6.4)、中央値 92.0% (前年比-0.6)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 70.0% (前年比+70.0) 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 31 施設で、提出割合は 22.5% (9/40, 前年比-8.3) でした。

1年間の結果は、平均値 84.1% (前年比-2.3)、中央値 85.0% (前年比-3.6)、最大値 100.0% (前年比±0)、最小値 60.0% (前年比±0) 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。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。

<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

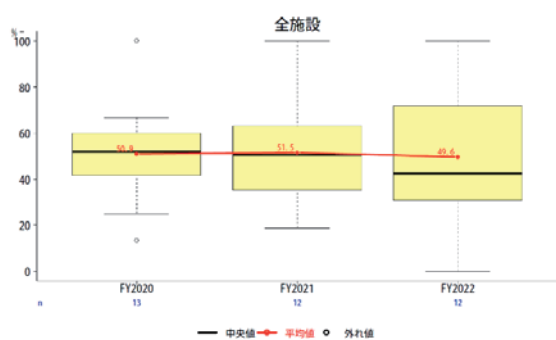
## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

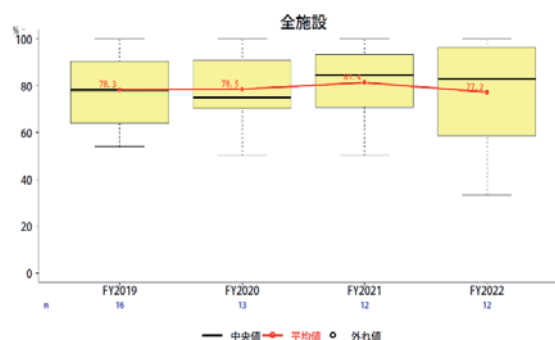
より高い値が望ましい

## 結果

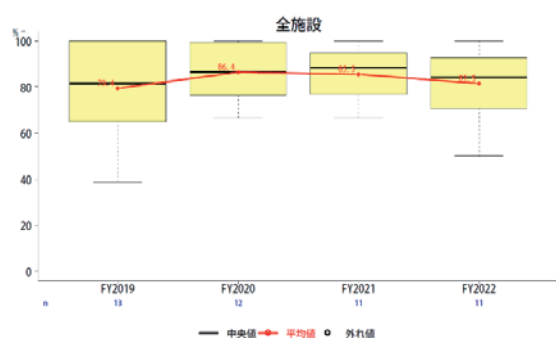
a) 総合評価(満足)



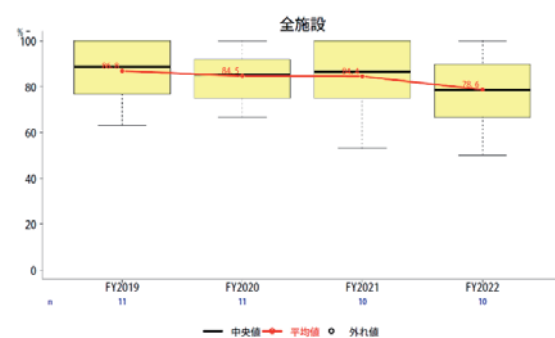
b) 総合評価(満足・やや満足)



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28施設で、提出割合は30.0%(12/40,前年比-0.8)でした。  
満足のみの1年間の結果は、平均値49.6%(前年比-1.9)、中央値42.4%(前年比-8.1)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値0%(前年比-18.8)、満足またはやや満足の1年間の結果は、平均値77.2%(前年比-4.2)、中央値82.8%(前年比-1.7)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値33.3%(前年比-16.7)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29施設で、提出割合は27.5%(11/40,前年比-0.7)でした。

1年間の結果は、平均値81.5%（前年比-4.0）、中央値84.2%（前年比-4.0）、最大値100.0%（前年比±0）、最小値50.0%（前年比-16.7）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30施設で、提出割合は25.0%（10/40, 前年比-0.6）でした。

1年間の結果は、平均値78.6%（前年比-5.8）、中央値78.5%（前年比-8.0）、最大値100.0%（前年比±0）、最小値50.0%（前年比-2.9）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 年度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

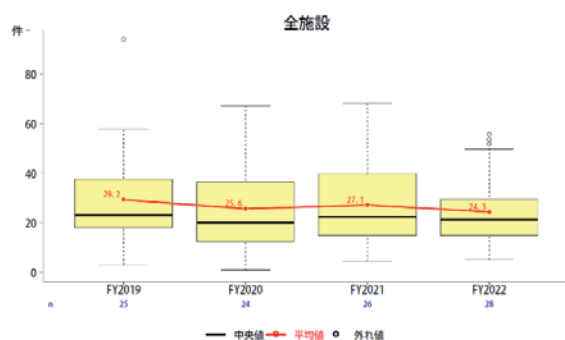
### 指標の種類・値の解釈

アウトカム

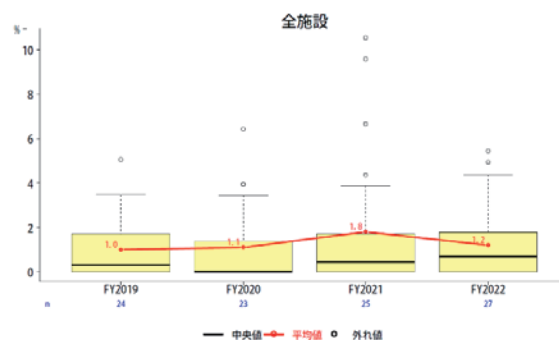
より高い値が望ましい

## 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12施設で、提出割合は70.0% (28/40, 前年比+3.3) でした。

1年間の結果は、平均値 24.3 件 (前年比-2.8)、中央値 21.2 件 (前年比-1.1)、最大値 55.6 件 (前年比-12.4)、最小値 5.1 件 (前年比+0.7) 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13施設で、提出割合は67.5% (27/40, 前年比+3.4) でした。

1年間の結果は、平均値 1.3% (前年比-0.5)、中央値 0.7% (前年比+0.3)、最大値 5.4% (前年比-5.1)、最小値 0.0% (前年比±0) でした。

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.01 紹介率

## No.02 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

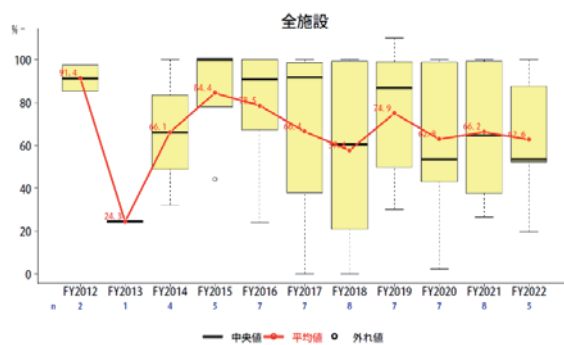
収集期間： 1ヶ月毎

### 指標の種類・値の解釈

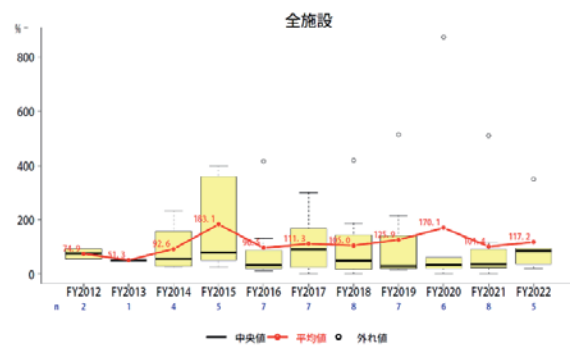
プロセス

### 結果

紹介率



逆紹介率



## 考察

### <No.01 紹介率>

今回、提出がなかったのは21施設で、提出割合は19.2%(5/26, 前年比-10.4)でした。

1年間の結果は、平均値62.6%(前年比-3.6)、中央値53.4%(前年比-11.3)、最大値100.0%(前年比±0)、最小値19.7%(前年比-6.9)でした。

### <No.02 逆紹介率>

今回、提出がなかったのは21施設で、提出割合は19.2%(5/26, 前年比-10.4)でした。

1年間の結果は、平均値117.2%(前年比+15.8)、中央値85.2%(前年比+47.9)、最大値350.0%(前年比-159.4)、最小値20.8%(前年比+20.8)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.03-a 入院患者の転倒・転落発生率

## No.03-b 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

## No.03-c 入院患者の転倒・転落による損傷発生率

## No.03-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.03-a) 入院中の患者に発生した転倒・転落件数

No.03-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.03-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.03-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

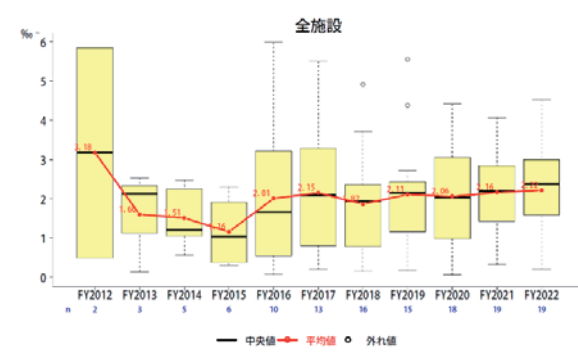
- ① 最初の転倒・転落報告が記載される時には、損傷の程度がまだ不明かもしれない。転倒24時間後の患者の状態をフォローアップする方法を決める必要がある。
- ② 患者が転倒24時間以内に退院する場合は、退院時の損傷レベルを判断する。
- ③ X線、CTスキャン、またはその他の放射線学的評価により損傷の所見がなく、治療もなく、損傷の兆候及び症状もない場合は、“1\_なし”を選択する。
- ④ 凝固障害のある患者で、転倒の結果血液製剤を受ける場合は、“4\_重度”を選択する。

### 指標の種類・値の解釈

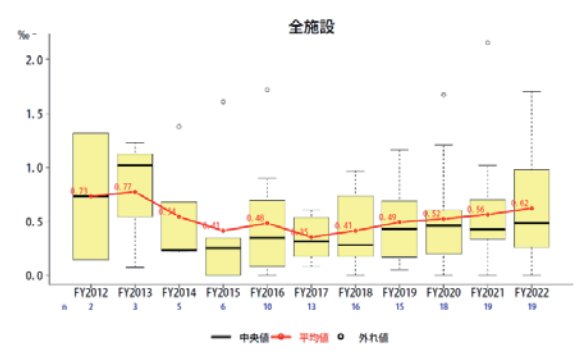
アウトカム  
より低い値が望ましい

### 結果

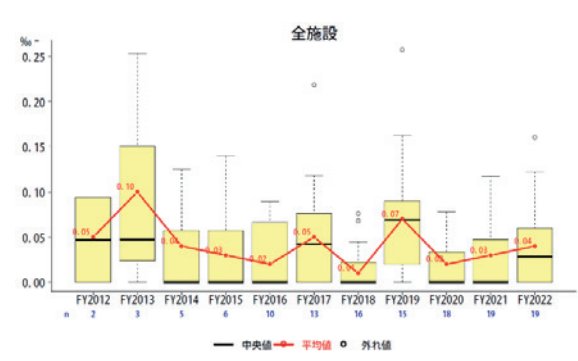
入院患者の転倒・転落発生率



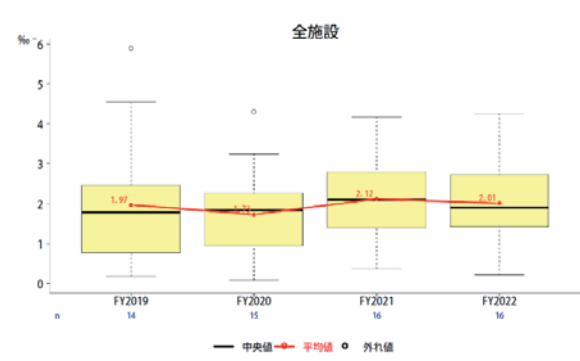
入院患者の転倒・転落による損傷発生率 (損傷レベル 2 以上)



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7施設で、提出割合は73.1%(19/26,前年比-1.0)、65歳以上では10施設で、提出割合は61.5%(16/26,前年比-1.5)でした。

転倒転落発生率の1年間の結果は、平均値2.22%(前年比+0.06)、中央値2.38%(前年比+0.19)、最大値4.52%(前年比+0.45)、最小値0.21%(前年比-0.12)、損傷発生率(損傷レベル2以上)の1年間の結果は、平均値0.62%(前年比+0.06)、中央値0.48%(前年比+0.06)、最大値1.70%(前年比-0.45)、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0.04%(前年比+0.01)、中央値0.03%(前年比+0.03)、最大値0.16%(前年比+0.04)、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2.02%(前年比-0.10)、中央値1.90%(前年比-0.19)、最大値4.26%(前年比+0.08)、最小値0.21%(前年比-0.15)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、10施設以上が提出している2016年度以降、転倒転落発生率は1.8~2.2%を推移し、損傷レベル2以上は0.3~0.6%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.04 身体抑制率

### 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。

**分子:** 分母のうち(物理的)身体抑制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抑制と定義する。

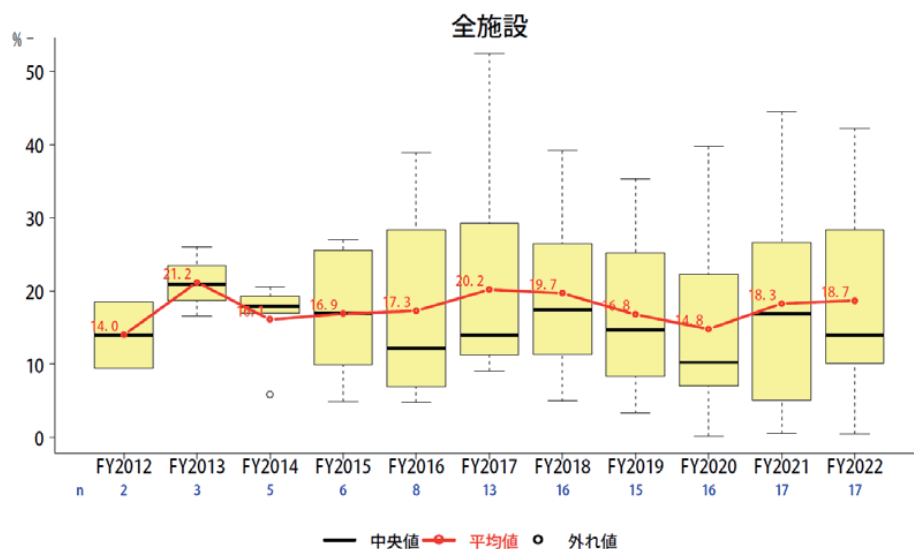
- 1) 徘徊しないように、車椅子や椅子、ベッドに体幹や四肢をひも等で縛る。
- 2) 転落しないように、ベッドに体幹四肢をひも等で縛る。
- 3) 自分で降りられないように、ベッドを柵(サイドレール)で囲む。
- 4) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、四肢をひも等で縛る。
- 5) 点滴・経管栄養等のチューブを抜かないように、または皮膚をかきむしらないように、手指の機能を制限するミトン型の手袋等をつける。
- 6) 車椅子からずり落ちたり、立ち上がったりにしないように、Y字型拘束帯や腰ベルト、車椅子テーブルをつける。
- 7) 立ち上がる能力のある人の立ち上がりを妨げるような椅子を使用する。
- 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9施設で、提出割合は65.4% (17/26, 前年比-1.3)でした。  
1年間の結果は、平均値 18.7% (前年比+0.4)、中央値 14.0% (前年比-2.9)、最大値 42.2% (前年比-2.3)、最小値 0.5% (前年比±0)でした。

## 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.05 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。

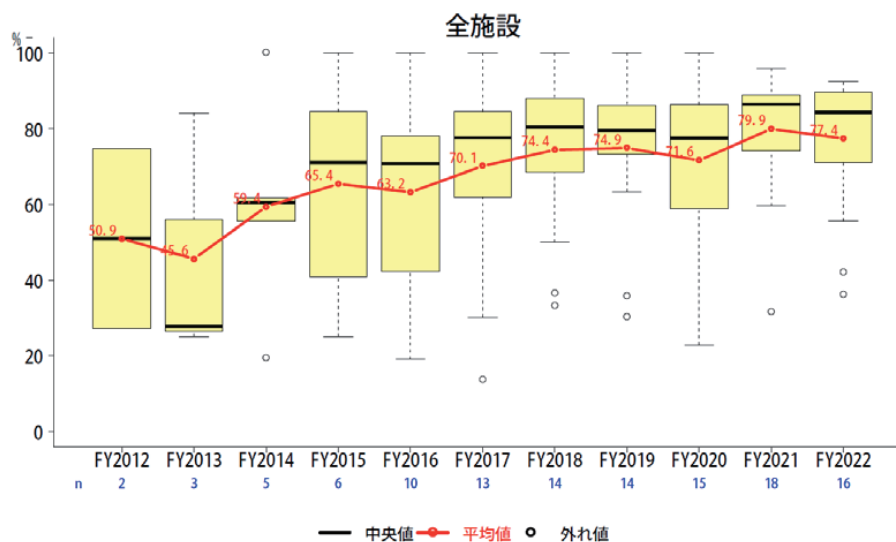
分 子:	在宅退院患者数
分 母:	全退院患者数
分子包含:	在宅医療機関へ転院等した患者数
分母除外:	死亡退院患者数、在宅退院希望ではない患者数
収集期間:	1ヶ月毎

### 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61.5% (16/26, 前年比-8.9) でした。1年間の結果は、平均値77.4% (前年比-2.5)、中央値84.3% (前年比-2.1)、最大値92.4% (前年比-3.6)、最小値36.2% (前年比++4.5) でした。

まだ、提出施設が多くないためばらつきもありますが、経時的に見ると、改善傾向です。

## 参考文献

## No.06 褥瘡発生率

### 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1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癒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1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。

日本褥瘡学会の褥瘡状態評価スケールが改定されたことに伴い、分母の定義で確認していた褥瘡保有の記録(d1,d2,D3,D4,D5,DU)を(d1,d2,D3,D4,D5,DTI,U)に変更しました。

本プロジェクトの定義は、目の前の患者が褥瘡発生する確率を見ているものであり、日々のケアの質に関わるものです。

分 子:	d2(真皮までの損傷)以上の院内新規褥瘡発生患者数
分 母:	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)
分母除外:	同日入退院の患者 入院時刻から24時間以内にDESIGN-R® 2020 Depth(深さ)のd1, d2, D3, D4, D5, DTI, Uのいずれかの記録がある患者 同一入院期間中の調査月間以前に院内新規褥瘡があった患者
収集期間:	1ヶ月毎

### <Depth(深さ)>

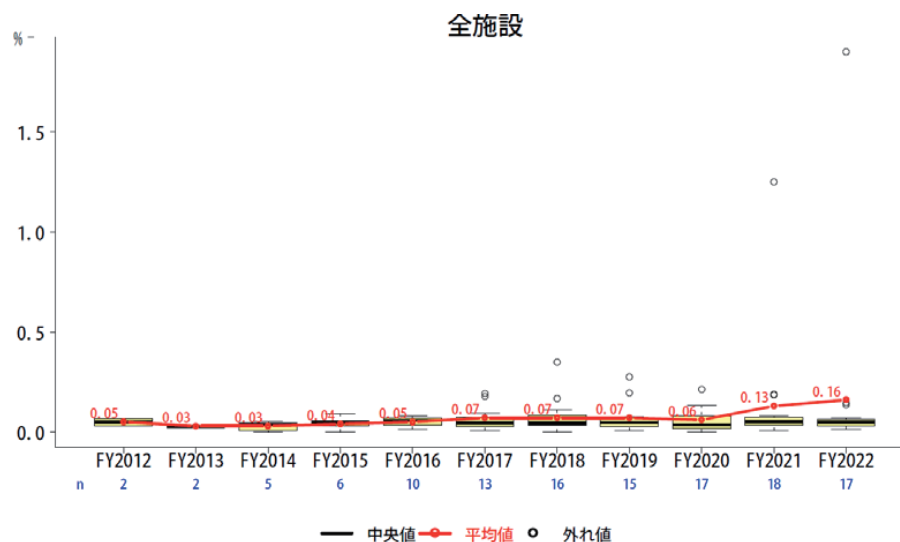
d0	皮膚損傷・発赤なし
d1	持続する発赤
d2	真皮までの損傷
D3	皮下組織までの損傷
D4	皮下組織をこえる損傷
D5	関節腔、体腔に至る損傷
DTI	深部損傷褥瘡(DTI)疑い
U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能

### 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



## 考察

今回、提出がなかったのは9施設で、提出割合は65.4% (17/26, 前年比-5.0)でした。1年間の結果は、平均値0.16% (前年比+0.03)、中央値0.05% (前年比±0)、最大値1.90% (前年比+0.65)、最小値0.01% (前年比±0)で、平均値を見るとやや悪化しているように見えますが、高い外れ値があるため、外れ値の施設には、算出の間違ひではないか、確認の必要があると考えています。

## 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. 「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](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](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。

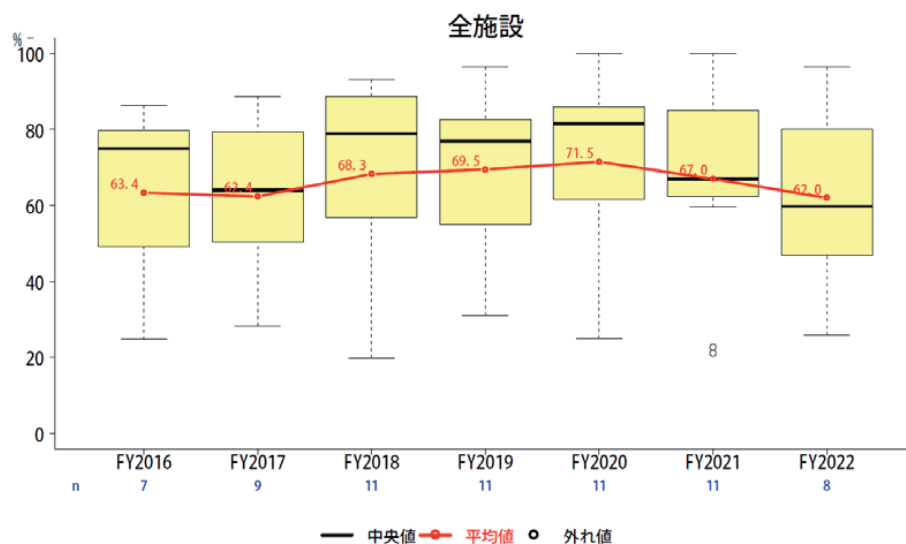
分 子:	HbA1c(NGSP)の最終値が8.0%未満の入院患者数
分 母:	糖尿病の薬物治療を入院で30日以上投与されている入院患者数
分母除外:	運動療法または食事療法みの糖尿病患者
収集期間:	3ヶ月毎

### 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



## 考察

今回、提出がなかったのは18施設で、提出割合は30.8% (8/26, 前年比-13.6) でした。1年間の結果は、平均値62.0% (前年比-5.0)、中央値59.8% (前年比-7.2)、最大値96.4% (前年比-3.6)、最小値25.9% (前年比+4.7) でした。

2022年度はやや低下しているように見えますが、提出割合が下がったことによる影響と考えます。

## 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。

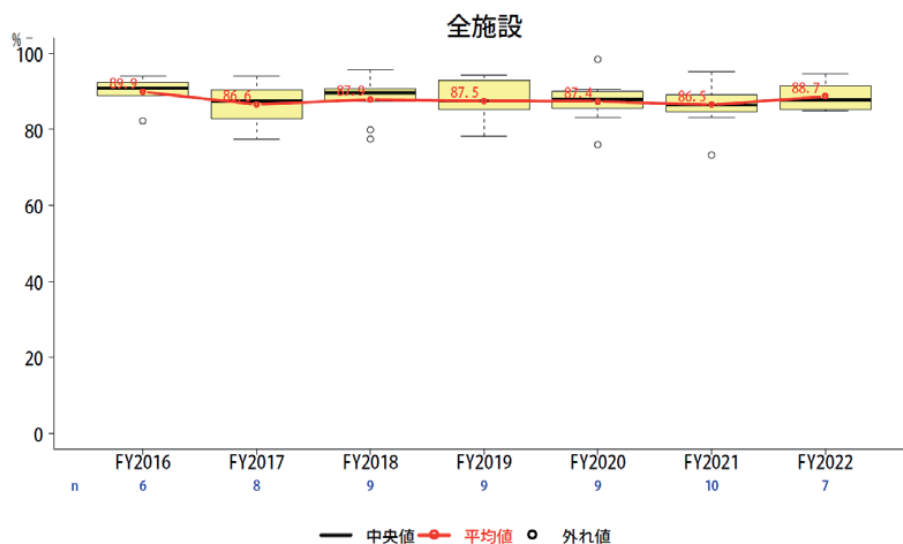
分子:	血圧の最終値が 150/90mmHg 未満の入院患者数
分母:	入院で降圧薬を 30 日以上服用している入院患者数
分母除外:	透析患者
収集期間:	3 ヶ月毎

### 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19施設で、提出割合は26.9%(7/26, 前年比-13.8)でした。1年間の結果は、平均値88.7%(前年比+2.2)、中央値87.8%(前年比+1.4)、最大値94.6%(前年比-0.6)、最小値84.9%(前年比+11.8)で、測定を開始した2016年度以降大きな変化はありませんでした。

## 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. α, 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・療養についての気付きや、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。

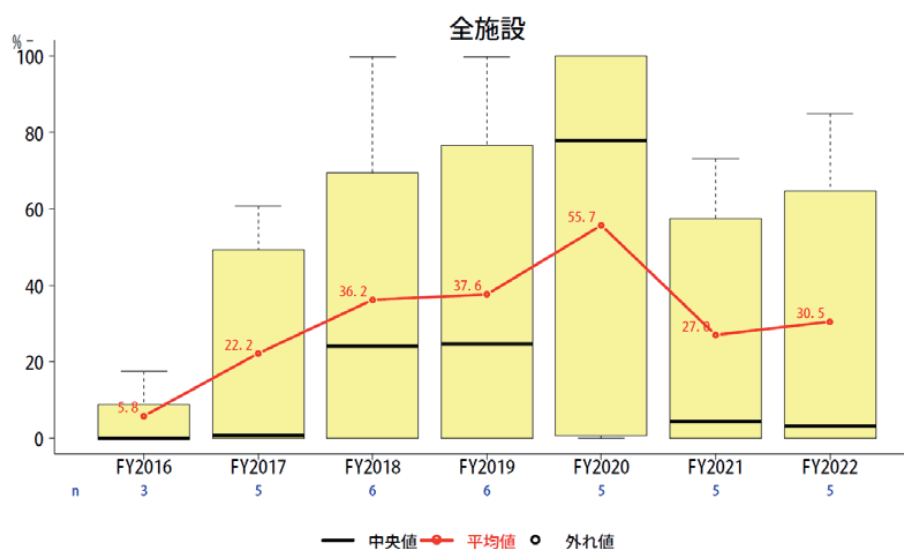
**収集期間:** 1ヶ月毎

### 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21施設で、提出割合は19.2%(5/26, 前年比-3.0)でした。  
1年間の結果は、平均値30.5%(前年比+3.5)、中央値3.1%(前年比-1.3)、最大値84.9%(前年比+11.8)、最小値0.0%(前年比±0)でした。

2016年度より計測を続けていますが、提出施設数が伸び悩んでいるため、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

1. National Committee for Quality Assurance; Advance Care Plan  
([https://www.qualityforum.org/QPS/0326\\_2017/12/06 available](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](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.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

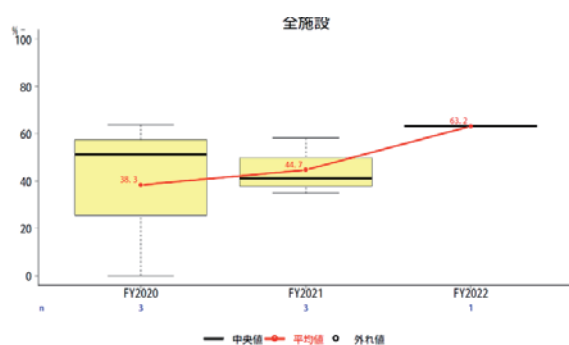
## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

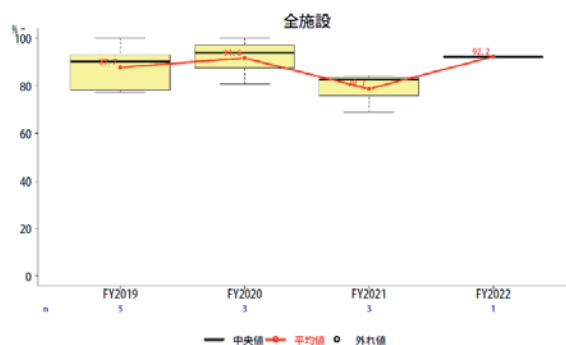
より高い値が望ましい

## 結果

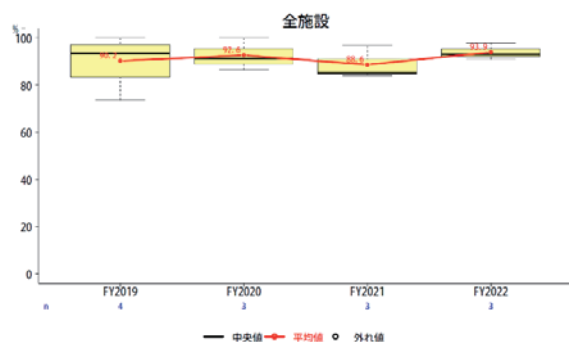
### a) 総合評価(満足)



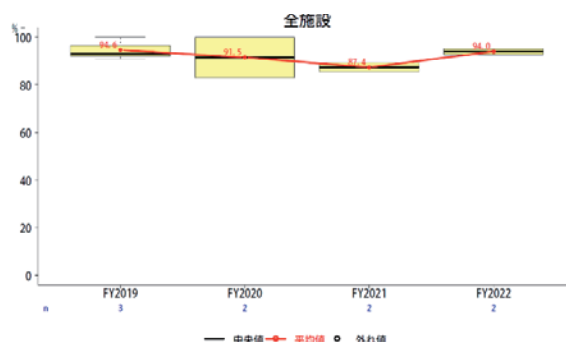
### b) 総合評価(満足・やや満足)



### 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 25 施設で、提出割合は 3.8% (1/26, 前年比-7.3) 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 23 施設で、提出割合は 11.5% (3/24, 前年比+0.4) でした。

1 年間の結果は、平均値 93.9% (前年比+5.3)、中央値 93.0% (前年比+7.8)、最大値 97.8% (前年比+1.2)、最小値 90.9% (前年比+6.7) 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 24 施設で、提出割合は 7.7% (2/26, 前年比+0.4) でした。

1 年間の結果は、平均値 94.0% (前年比+6.6)、中央値 94.0% (前年比+6.6)、最大値 95.2% (前年比+6.0)、最小値 92.8% (前年比+7.2) 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.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

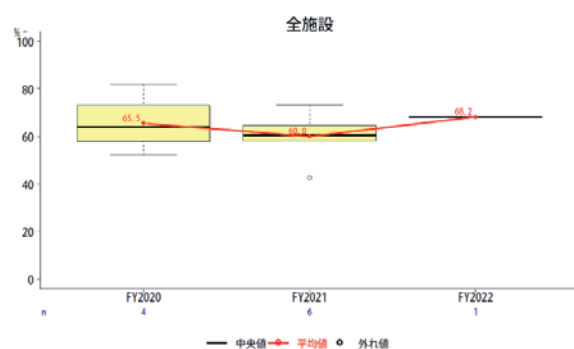
## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

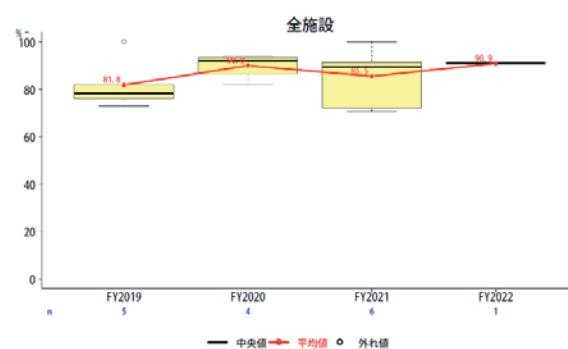
より高い値が望ましい

## 結果

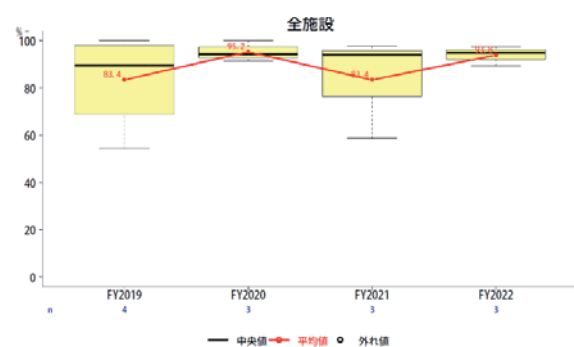
### a) 総合評価(満足)



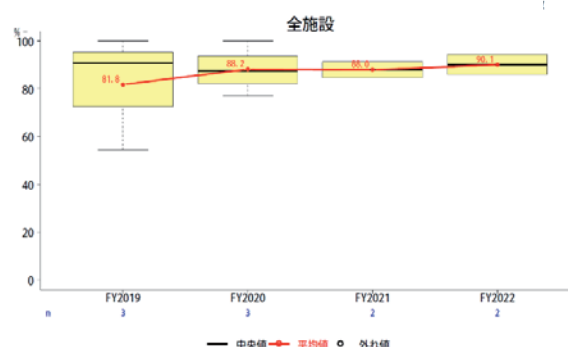
### b) 総合評価(満足・やや満足)



### 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25施設で、提出割合は3.8%(1/26, 前年比-18.4)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23施設で、提出割合は11.5%(3/26, 前年比+0.4)でした。

1年間の結果は、平均値93.8%(前年比+10.4)、中央値94.8%(前年比+0.9)、最大値97.3%(前年比-0.2)、最小値89.3%(前年比+30.5)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 24 施設で、提出割合は 7.7% (2/26, 前年比+0.3) でした。

1 年間の結果は、平均値 90.1% (前年比+2.1)、中央値 90.1% (前年比+2.1)、最大値 94.2% (前年比+3.0)、最小値 86.0% (前年比+1.3) 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

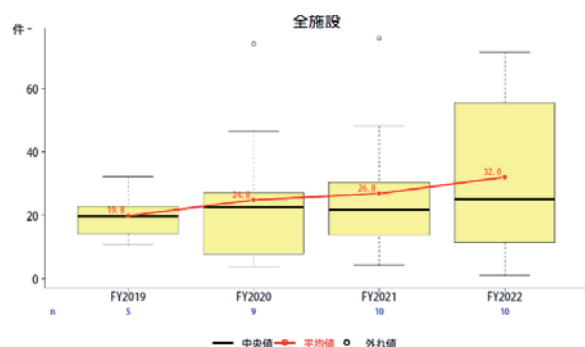
### 指標の種類・値の解釈

アウトカム

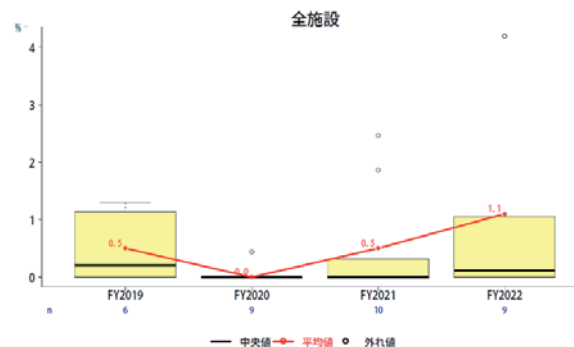
より高い値が望ましい

## 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16施設で、提出割合は38.5% (10/26, 前年比-2.2) でした。1年間の結果は、平均値32.0件 (前年比+5.2)、中央値25.1件 (前年比+3.3)、最大値71.4件 (前年比-4.4)、最小値1.0件 (前年比-3.2) 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17施設で、提出割合は34.6% (9/26, 前年比-6.1) でした。1年間の結果は、平均値1.1% (前年比+0.6)、中央値0.1% (前年比+0.1)、最大値4.2% (前年比+1.7)、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

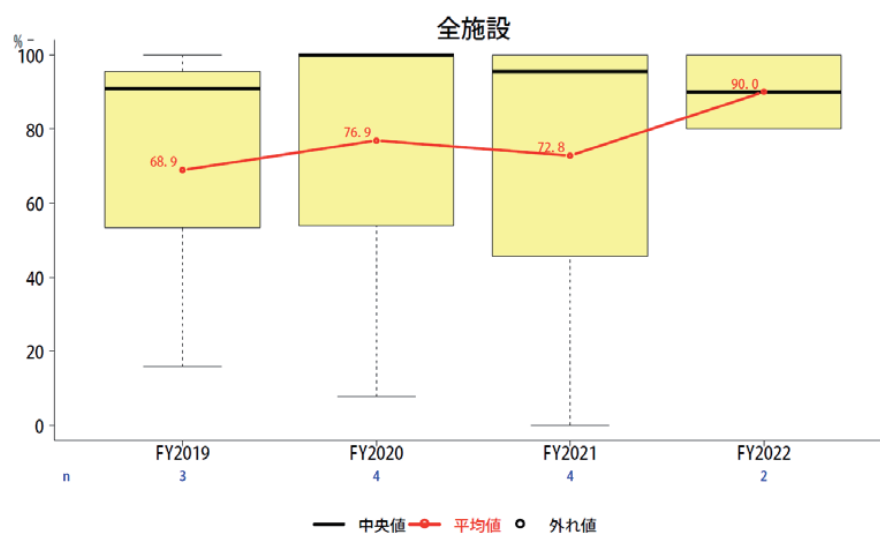
**収集期間：** 1ヶ月毎

### 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24施設で、提出割合は7.7%(2/26, 前年比-7.1)でした。1年間の結果は、平均値 90.0%(前年比+17.2)、中央値 90.0%(前年比-5.6)、最大値 100.0%(前年比±0)、最小値 80.0%(前年比+80.0)でした。

2019年度から採用した項目で、まだ2~4施設しか提出できていません。提出施設数が伸び悩んでいるため、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

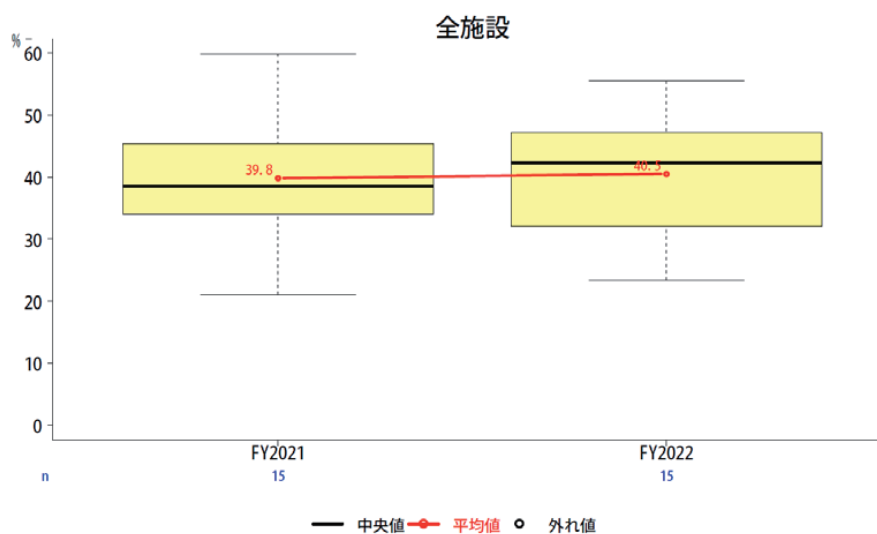
使用データ DPC 様式 1、F ファイル

### 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 40.5% (前年比+0.7)、中央値 42.3% (前年比+3.8)、最大値 55.5% (前年比-4.3)、最小値 23.4% (前年比+2.3) 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、より安全と考えて策定した指標です。

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

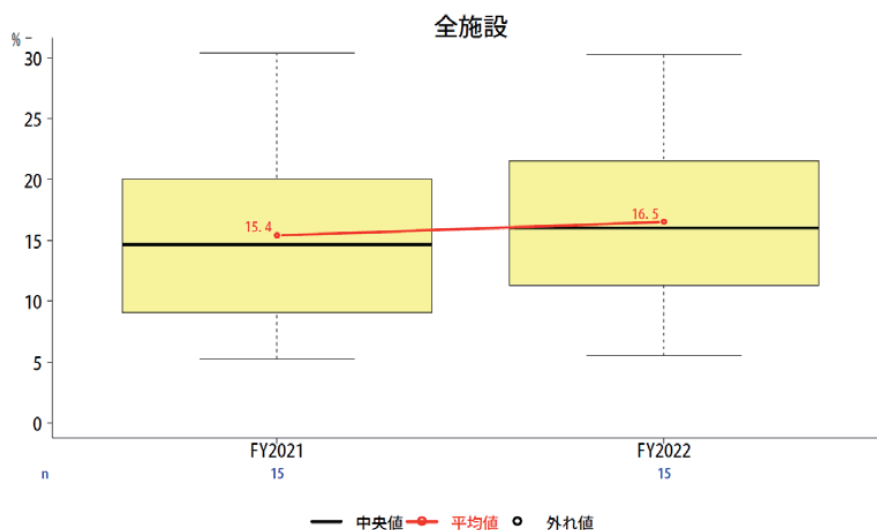
使用データ DPC 様式 1、F ファイル

### 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 16.5% (前年比+1.1)、中央値 16.0% (前年比+1.3)、最大値 30.3% (前年比-0.1)、最小値 5.5% (前年比+0.2) 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



## 脳梗塞・心不全退院後 365 日以内の救急再入院/死亡

### 心不全症例 30 日以内の死亡

#### 指標の説明・定義

OECD の Integrated Care チームによって提案された国際比較が可能になる指標で、継続的にフォローされている指標です。厚生労働省からの要望により、本プロジェクト参加施設の集計値を日本の値として提出・協力しているものです。

脳梗塞患者の退院後 1 年以内の再入院・死亡は、脳梗塞後の二次予防的介入の評価をすることができます。二次予防的介入には、禁煙、食事療法のカウンセリング、身体活動の支援、薬理的療法、頸動脈内膜剥離術などのライフスタイル要因に影響を与える介入も含まれます。

心不全患者の指標は、プライマリケアと専門外来の両方で心不全患者のケアの質を反映することを目的としています。病院への再入院・死亡の原因には、例えば、早期退院、不十分な薬理的治療、疾患に関する患者への不十分な情報、および次のケアにおけるフォローアップの欠如が含まれる可能性があります。

2021 年度は脳出血患者も対象でしたが、その指標は削除され、また対象も 15 歳以上から 45 歳以上に変更となっています。

#### <脳梗塞患者>

- |      |  |
|------|--|
| 分 子: | 1) 分母のうち、退院後 365 日以内の救急再入院患者数 (傷病問わず)<br>2) 分母のうち、退院後 365 日以内の救急再入院患者数 (傷病限定)<br>3) 分母のうち、退院後 365 日以内の死亡患者数 (傷病問わず)<br>4) 分母のうち、退院後 365 日以内の死亡あるいは救急再入院患者数 (傷病問わず)<br>5) 分母のうち、退院後 365 日以内の死亡あるいは救急再入院患者数 (傷病限定) |
|------|--|

分 母:	45 歳以上の脳梗塞入院患者数
------	-----------------

使用データ	DPC 様式 I
-------	----------

#### <心不全患者>

- |      |   |
|------|---|
| 分 子: | 6) 分母のうち、退院後 365 日以内の救急再入院患者数 (傷病問わず)<br>7) 分母のうち、退院後 365 日以内の救急再入院患者数 (傷病限定)<br>8) 分母のうち、退院後 365 日以内の死亡患者数 (傷病問わず)<br>9) 分母のうち、退院後 365 日以内の死亡あるいは救急再入院患者数 (傷病問わず)<br>10) 分母のうち、退院後 365 日以内の死亡あるいは救急再入院患者数 (傷病限定)<br>11) 分母のうち、30 日以内の死亡患者数 |
|------|---|

分 母:	45 歳以上の心不全入院患者数
------	-----------------

使用データ	DPC 様式 I
-------	----------

## 指標の種類・値の解釈

アウトカム

低い方が望ましい

## 参考文献

1. Health at a Glance 2021 OECD Indicators (<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/d6e80df4-en/index.html?itemId=/content/component/d6e80df4-en> 2022/10/23 available)
2. Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle (<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/b291ab11-en/index.html?itemId=/content/component/b291ab11-en> 2023/10/30 available)

# 全体像

病床規模	日本病院会 会員病院数	構成割合	協力施設数	構成割合
20-99床	431	17%	12	3%
100-199床	843	34%	66	15%
200-299床	343	14%	61	14%
300-399床	362	15%	102	24%
400-499床	234	9%	78	18%
500床以上	278	11%	112	26%
計	2491	100%	431	100%

※会員病院数は2022/03/31時点

日本病院会会員病院のうち、2010年度以降一度でもQIプロジェクトに参加したことがあり、DPCデータ取得可能な施設数

都道府県	会員病院数	協力施設数	割合
北海道	101	25	25%
青森県	18	5	28%
岩手県	38	3	8%
宮城県	29	7	24%
秋田県	26	1	4%
山形県	18	7	39%
福島県	37	7	19%
茨城県	52	12	23%
栃木県	30	4	13%
群馬県	40	10	25%
埼玉県	95	17	18%
千葉県	129	14	11%
東京都	216	33	15%
神奈川県	125	22	18%
新潟県	74	7	9%
富山県	25	5	20%
石川県	20	5	25%
福井県	27	3	11%
山梨県	17	1	6%
長野県	50	21	42%
岐阜県	40	9	23%
静岡県	71	12	17%
愛知県	113	24	21%
三重県	34	5	15%

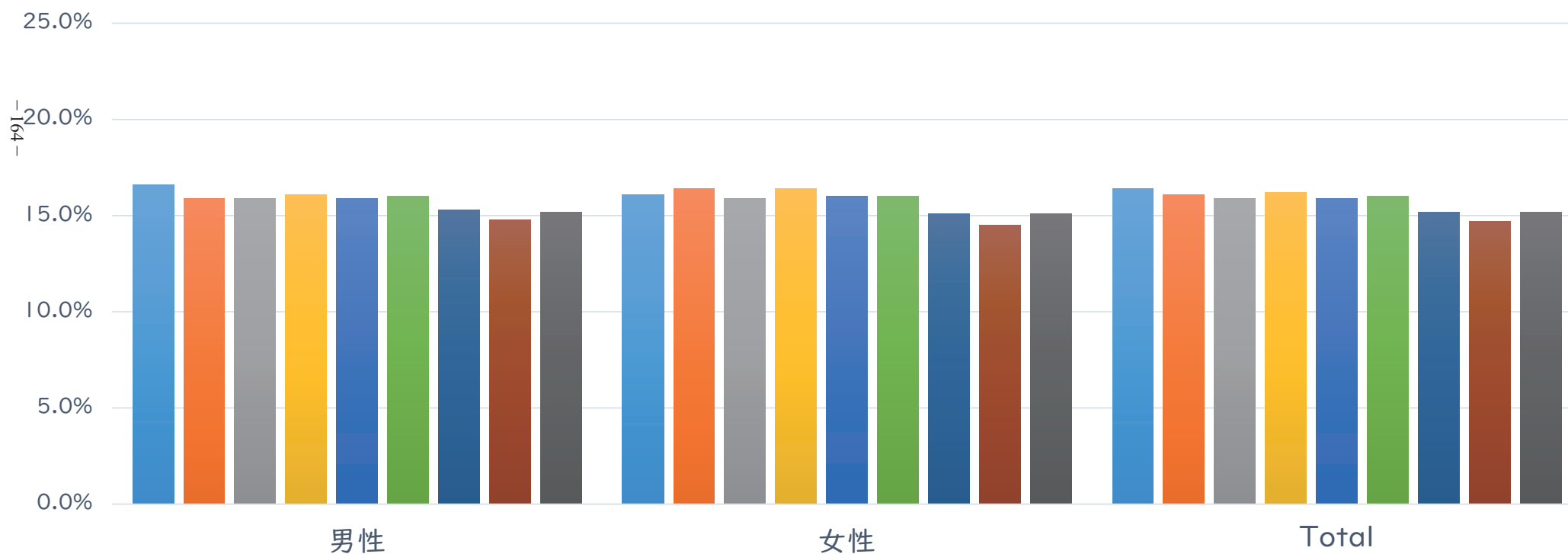
滋賀県	29	6	21%
京都府	79	16	20%
大阪府	194	46	24%
兵庫県	133	18	14%
奈良県	41	8	20%
和歌山県	40	1	3%
鳥取県	10	0	0%
島根県	18	2	11%
岡山県	50	4	8%
広島県	65	8	12%
山口県	34	2	6%
徳島県	11	1	9%
香川県	25	8	32%
愛媛県	28	3	11%
高知県	37	6	16%
福岡県	100	21	21%
佐賀県	8	1	13%
長崎県	37	2	5%
熊本県	51	2	4%
大分県	17	6	35%
宮崎県	10	0	0%
鹿児島県	33	3	9%
沖縄県	16	8	50%
<b>総数</b>	<b>2491</b>	<b>431</b>	<b>17%</b>

	Indicator Code	指標名	Indicator Name
1	ICISC-ACR	脳梗塞退院後365日以内の救急再入院（傷病問わず）	Ischaemic Stroke - All-cause hospital readmissions within 365 days after discharge
2	ICISC-DSR	脳梗塞退院後365日以内の救急再入院（傷病限定）	Ischaemic Stroke - Disease-specific hospital readmissions within 365 days after discharge
3	ICISC-ACM	脳梗塞退院後365日以内の死亡（傷病問わず）	Ischaemic Stroke - All-cause mortality within 365 days after discharge
4	ICISC-MACR	脳梗塞退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院（傷病問わず）	Ischaemic Stroke - All-cause mortality or all-cause readmission within 365 days after discharge
5	ICISC-MDSR	脳梗塞退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院（疾病限定）	Ischaemic Stroke - All-cause mortality or disease-specific readmission within 365 days after discharge
6	ICCHF-ACR	心不全退院後365日以内の救急再入院（傷病問わず）	CHF - All-cause hospital readmissions within 365 days after discharge
7	ICCHF-DSR	心不全退院後365日以内の救急再入院（傷病限定）	CHF - Disease-specific hospital readmissions within 365 days after discharge
8	ICCHF-ACM	心不全退院後365日以内の死亡（傷病問わず）	CHF - All-cause mortality within 365 days after discharge
9	ICCHF-MACR	心不全退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院（傷病問わず）	CHF - All-cause mortality or all-cause readmission within 365 days after discharge
10	ICCHF-MDSR	心不全退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院（疾病限定）	CHF - All-cause mortality or disease-specific readmission within 365 days after discharge
11	ICCHF-CF	心不全症例30日以内の死亡率	CHF - Case fatality within 30 days of the admission date

# 脳梗塞退院後365日以内の救急再入院（傷病問わず）

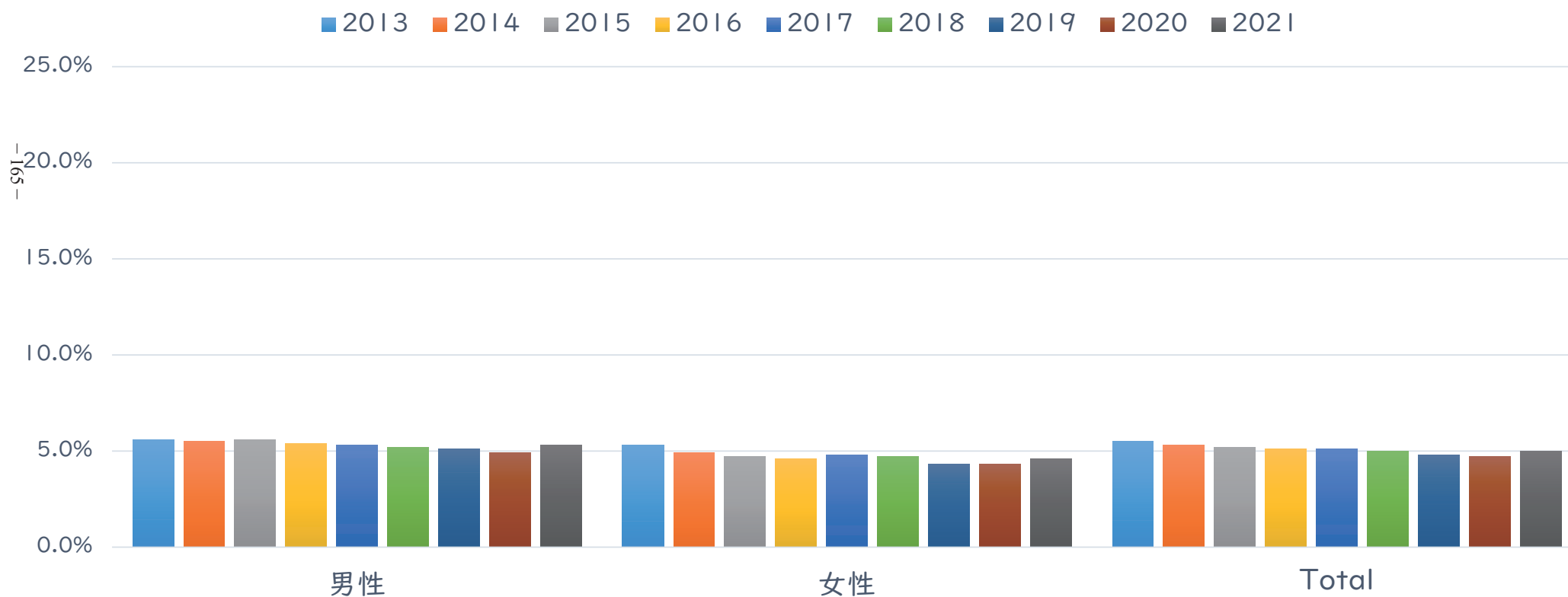
分子	分母のうち、365日以内の救急再入院症例（傷病問わず）
分母	45歳以上の脳梗塞入院症例

■ 2013 ■ 2014 ■ 2015 ■ 2016 ■ 2017 ■ 2018 ■ 2019 ■ 2020 ■ 2021



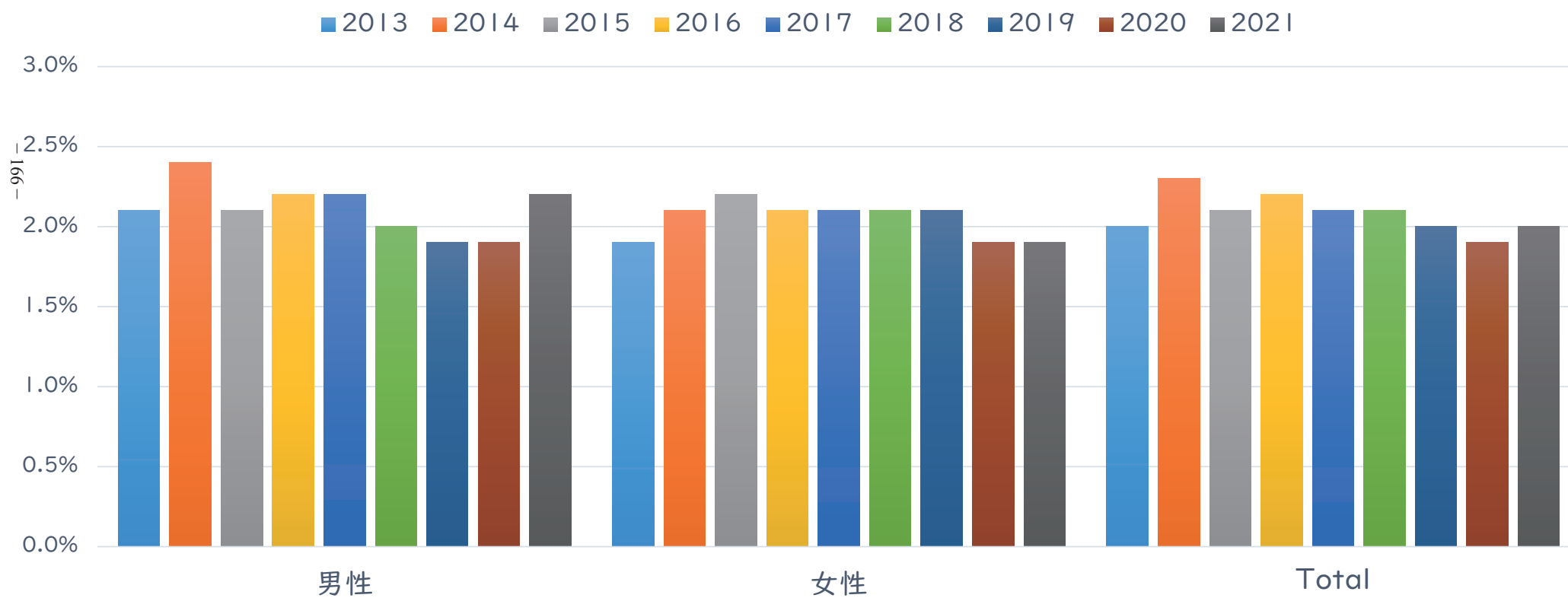
# 脳梗塞退院後365日以内の救急再入院（傷病限定）

分子	分母のうち、365日以内の救急再入院症例（傷病限定）
分母	45歳以上の脳梗塞入院症例



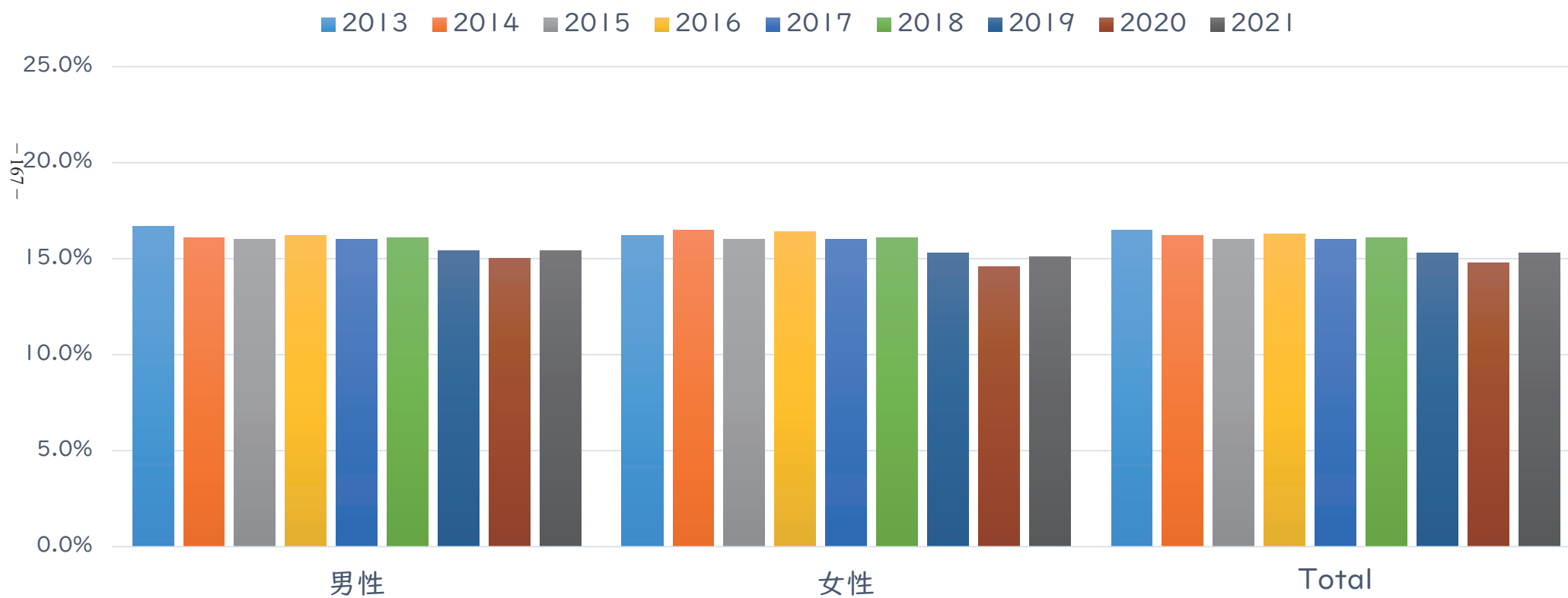
# 脳梗塞退院後365日以内の死亡（傷病問わず）

分子	分母のうち、退院後365日以内の死亡症例
分母	45歳以上の脳梗塞入院症例



## 脳梗塞退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院（傷病問わず）

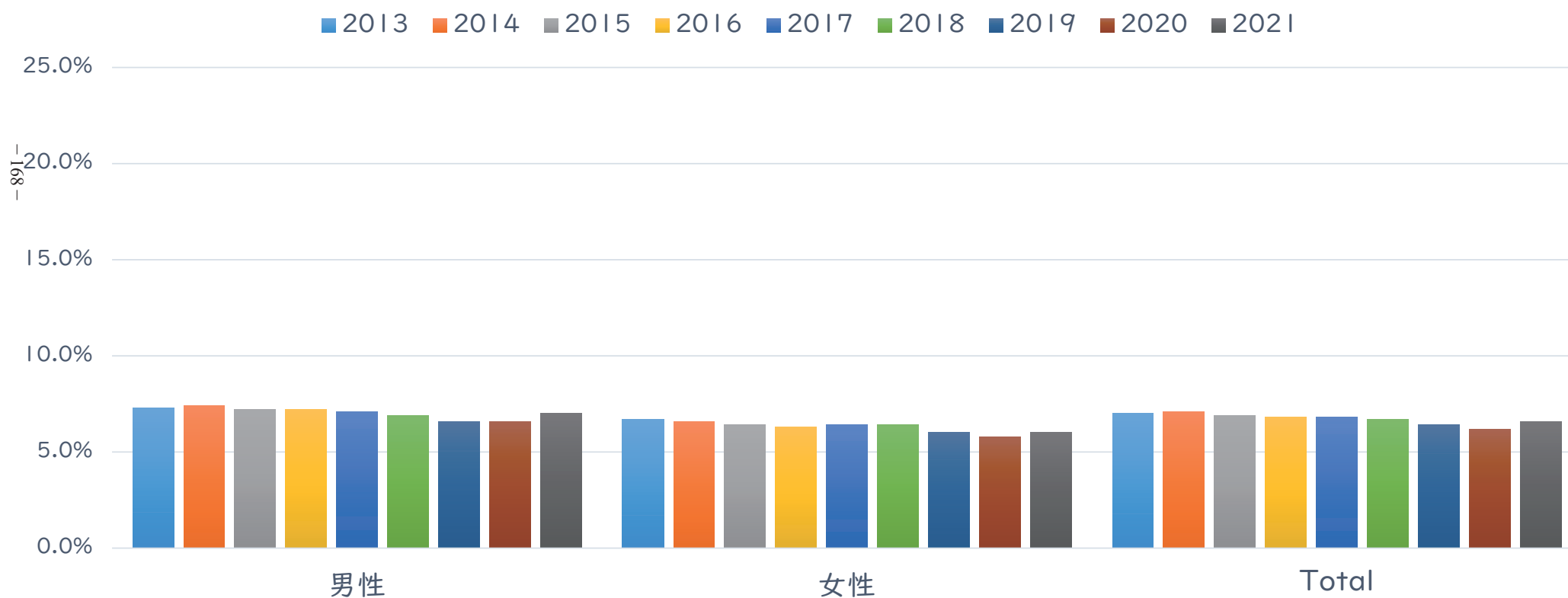
分子	分母のうち、退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院症例（傷病問わず）
分母	45歳以上の脳梗塞入院症例





## 脳梗塞退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院（疾病限定）

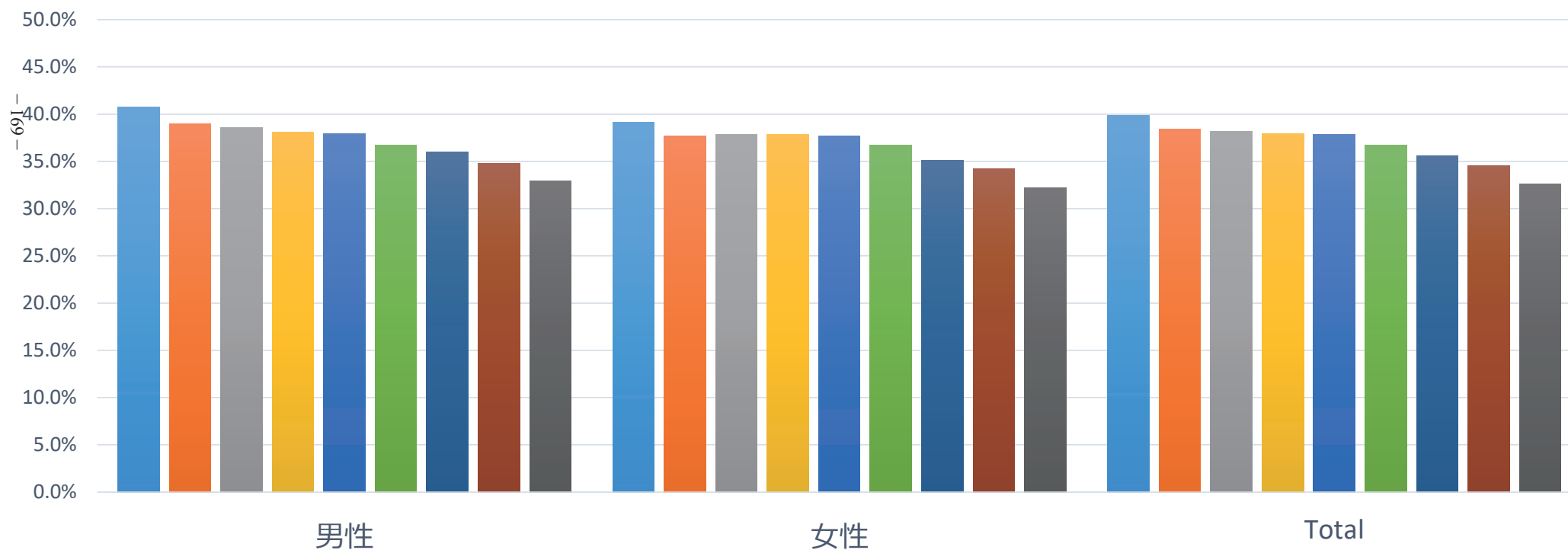
分子	分母のうち、退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院症例（傷病限定）
分母	45歳以上の脳梗塞入院症例



# 心不全退院後365日以内の救急再入院（傷病問わず）

分子	分母のうち、365日以内の救急再入院症例（傷病問わず）
分母	45歳以上の心不全入院症例

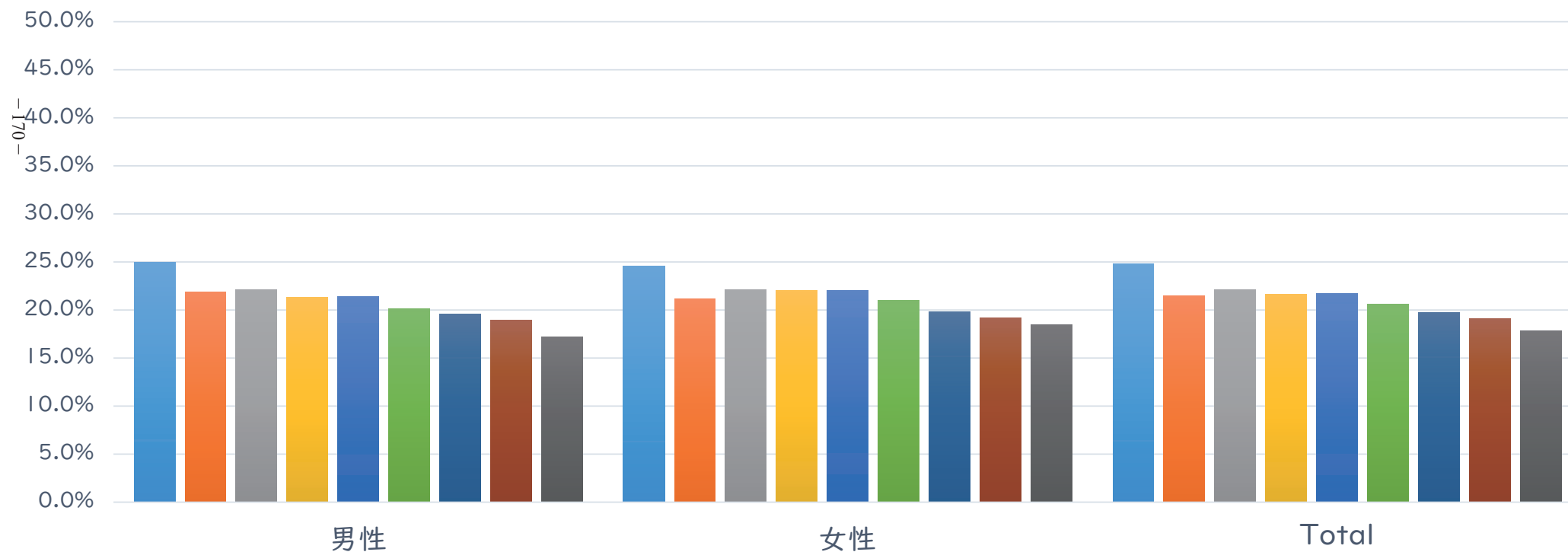
■ 2013 ■ 2014 ■ 2015 ■ 2016 ■ 2017 ■ 2018 ■ 2019 ■ 2020 ■ 2021



# 心不全退院後365日以内の救急再入院（傷病限定）

分子	分母のうち、365日以内の救急再入院症例（傷病限定）
分母	45歳以上の心不全入院症例

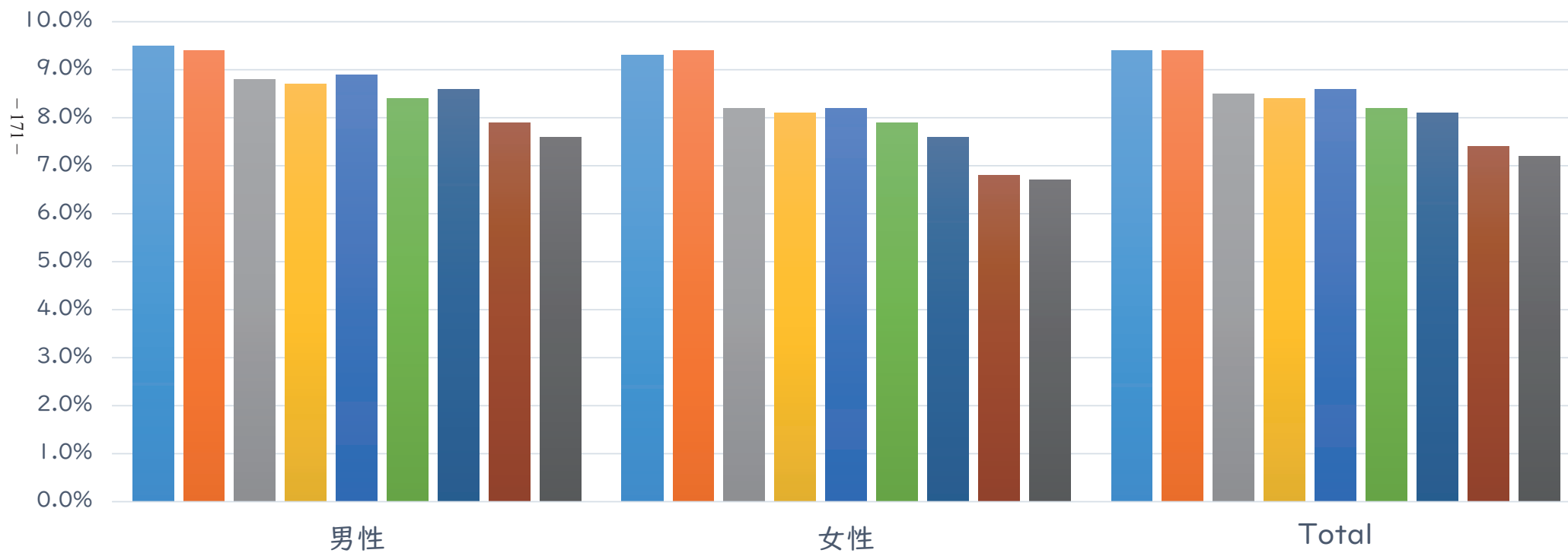
■ 2013 ■ 2014 ■ 2015 ■ 2016 ■ 2017 ■ 2018 ■ 2019 ■ 2020 ■ 2021



# 心不全退院後365日以内の死亡（傷病問わず）

分子	分母のうち、退院後365日以内の死亡症例
分母	45歳以上の心不全入院症例

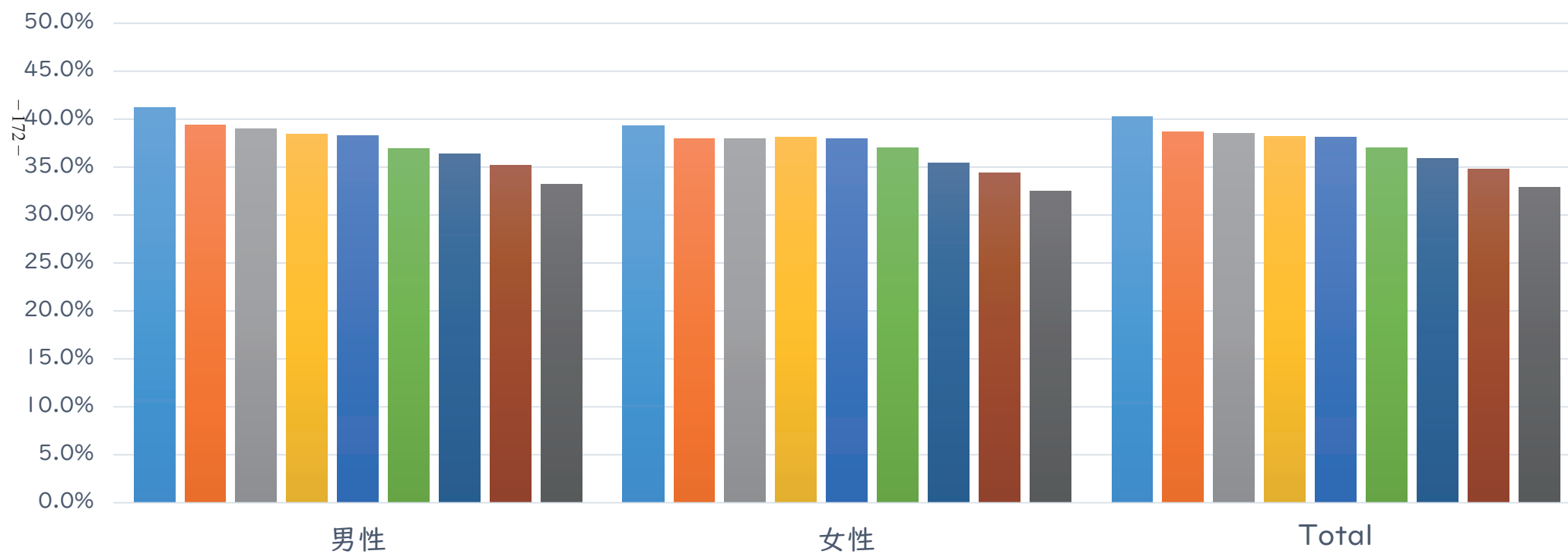
■ 2013 ■ 2014 ■ 2015 ■ 2016 ■ 2017 ■ 2018 ■ 2019 ■ 2020 ■ 2021



## 心不全退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院（傷病問わず）

分子	分母のうち、退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院症例（傷病問わず）
分母	45歳以上の心不全入院症例

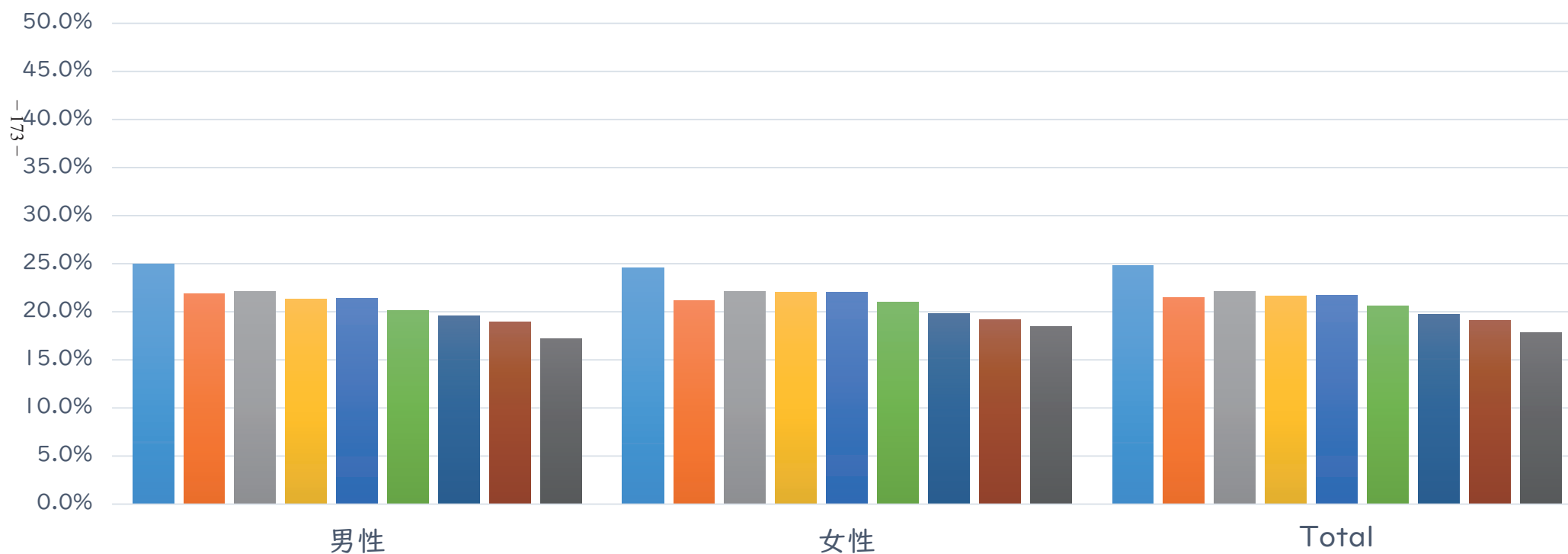
■ 2013 ■ 2014 ■ 2015 ■ 2016 ■ 2017 ■ 2018 ■ 2019 ■ 2020 ■ 2021



## 心不全退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院（疾病限定）

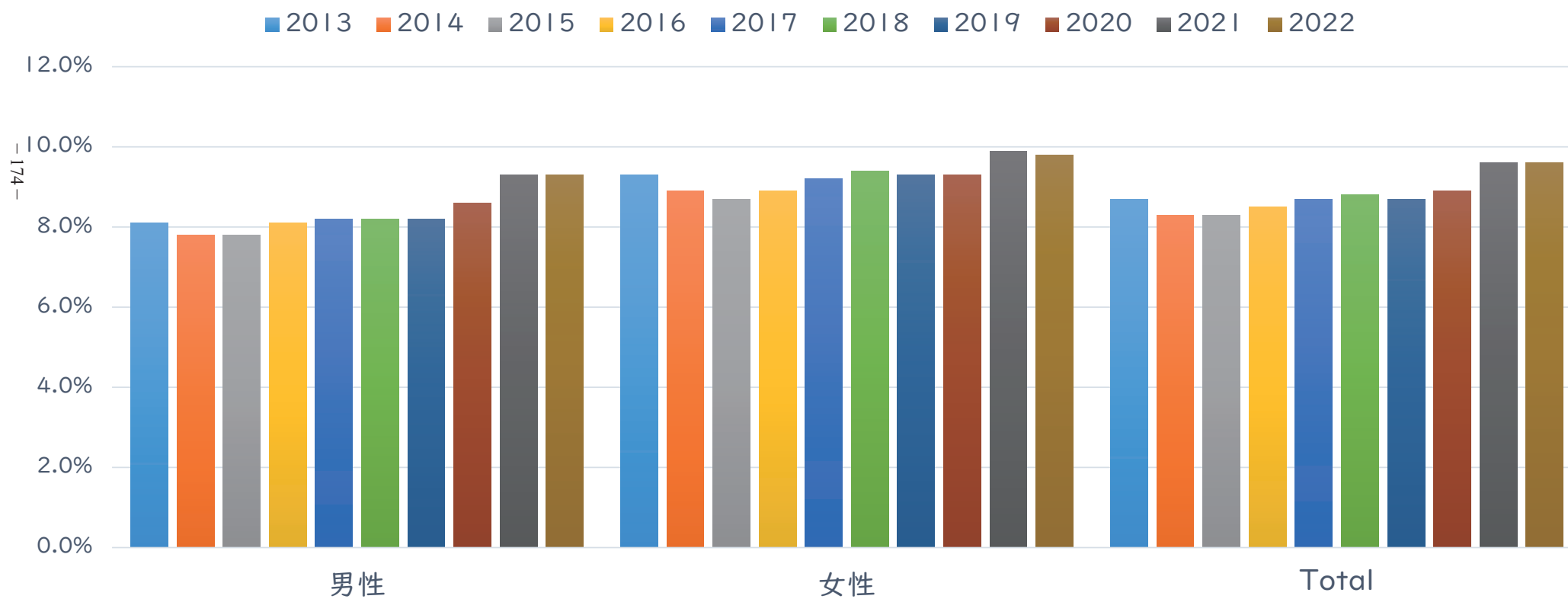
分子	分母のうち、退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院症例（傷病限定）
分母	45歳以上の心不全入院症例

■ 2013 ■ 2014 ■ 2015 ■ 2016 ■ 2017 ■ 2018 ■ 2019 ■ 2020 ■ 2021



# 心不全症例30日以内の死亡率

分子	分母のうち、30日以内の死亡症例
分母	45歳以上の心不全入院症例



# 最新年(2021年)の年齢別結果

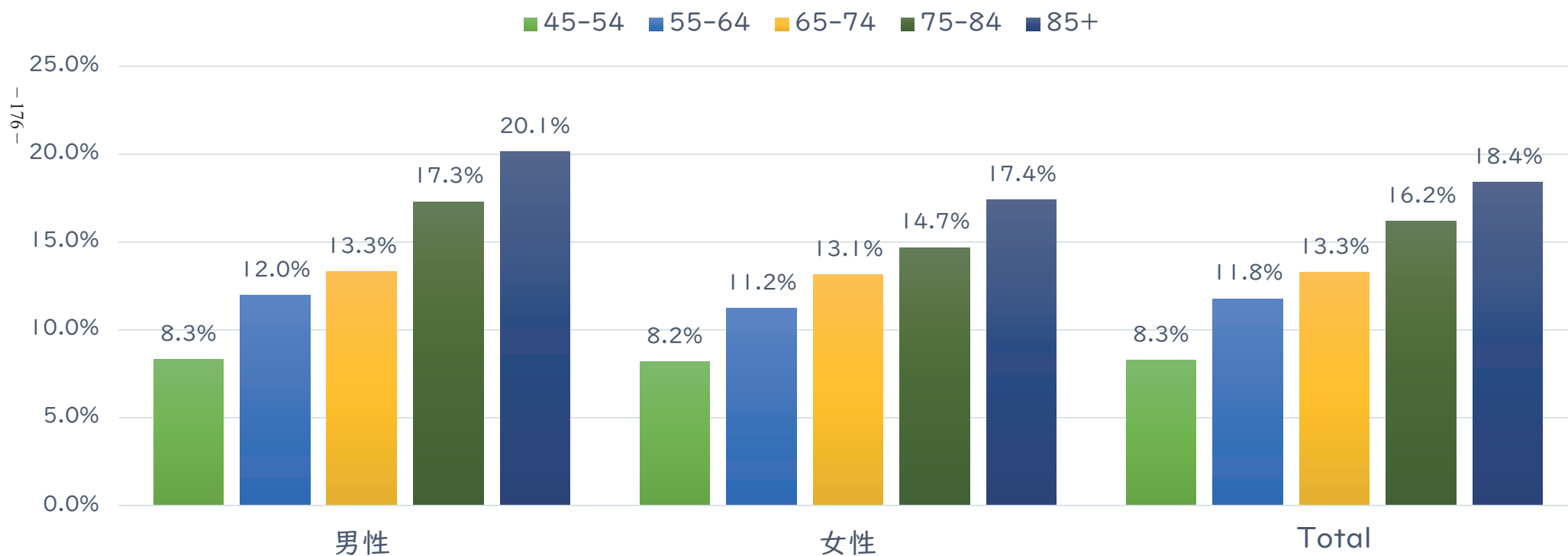
※心不全症例30日以内の死亡率のみ2022年



# 脳梗塞退院後365日以内の救急再入院（傷病問わず）

分子	分母のうち、365日以内の救急再入院症例（傷病問わず）
分母	45歳以上の脳梗塞入院症例

2021年

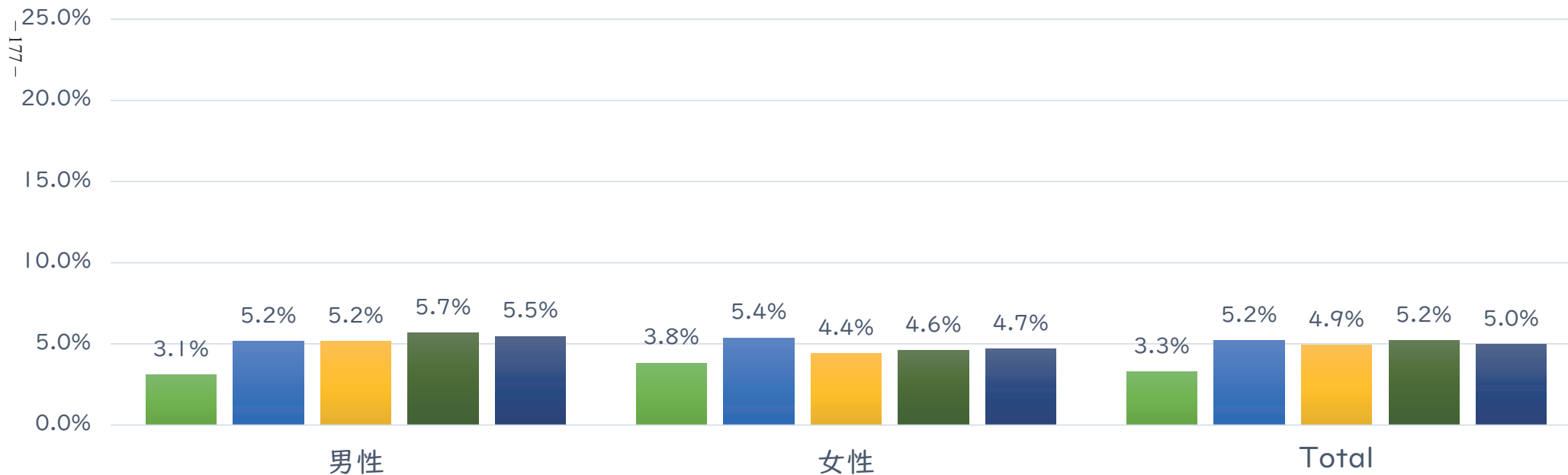


# 脳梗塞退院後365日以内の救急再入院（傷病限定）

分子	分母のうち、365日以内の救急再入院症例（傷病限定）
分母	45歳以上の脳梗塞入院症例

2021年

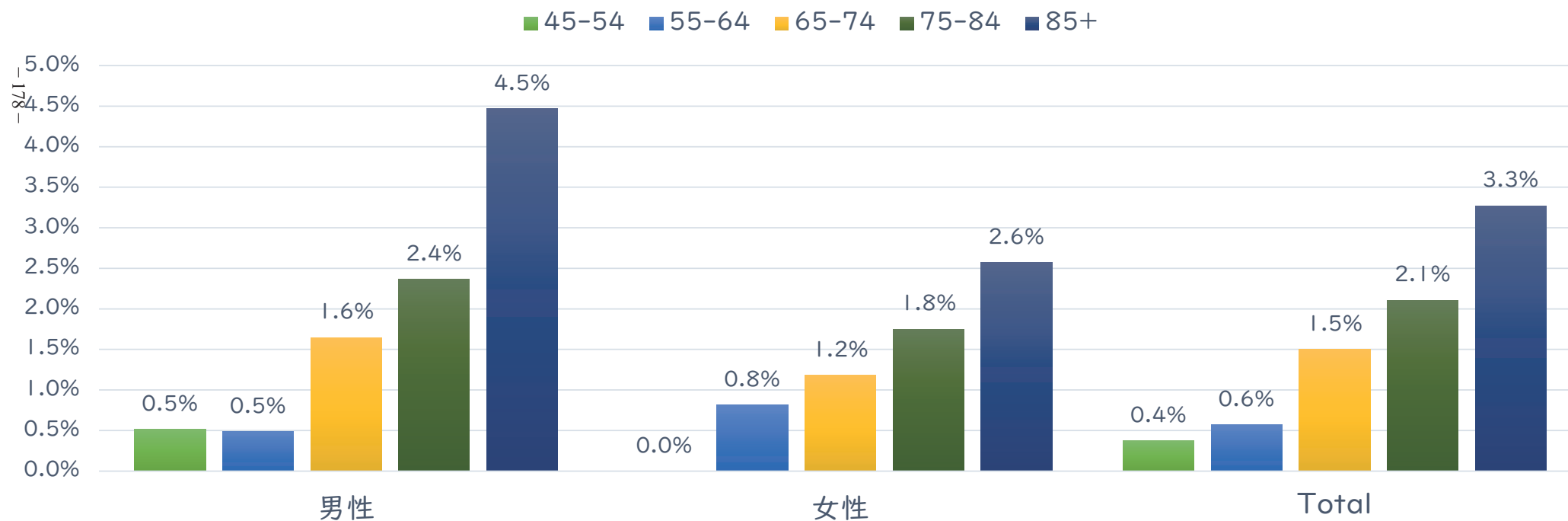
■ 45-54 ■ 55-64 ■ 65-74 ■ 75-84 ■ 85+



# 脳梗塞退院後365日以内の死亡（傷病問わず）

分子	分母のうち、退院後365日以内の死亡症例
分母	45歳以上の脳梗塞入院症例

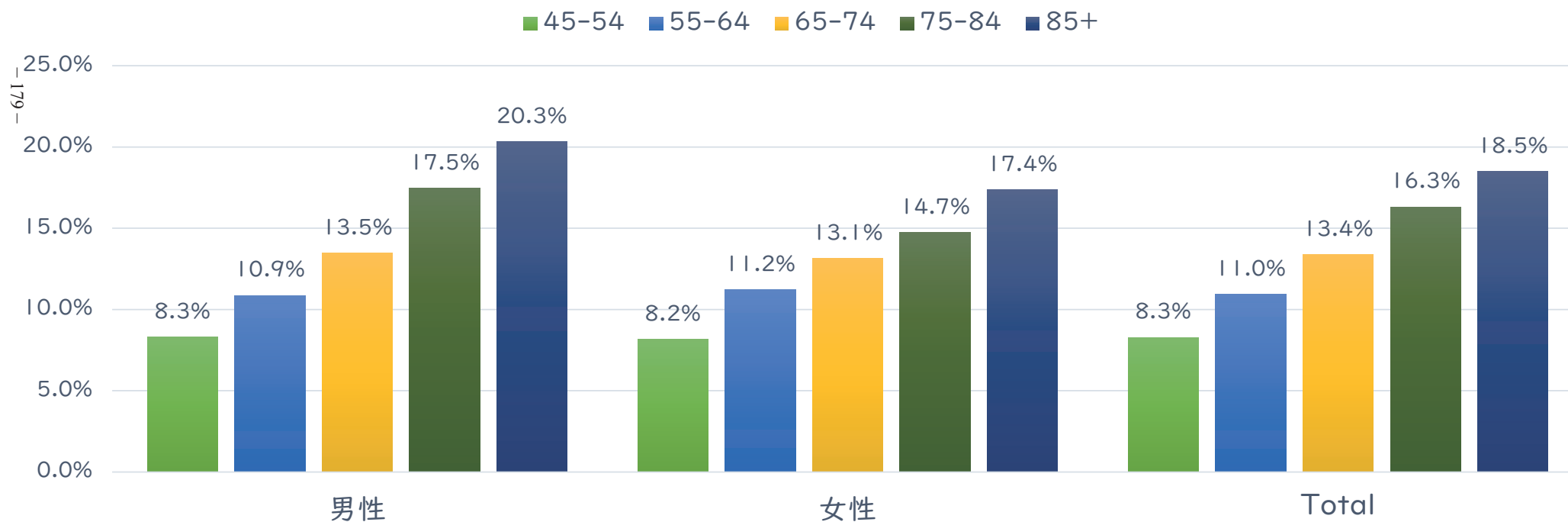
2021年



## 脳梗塞退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院（傷病問わず）

分子	分母のうち、退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院症例（傷病問わず）
分母	45歳以上の脳梗塞入院症例

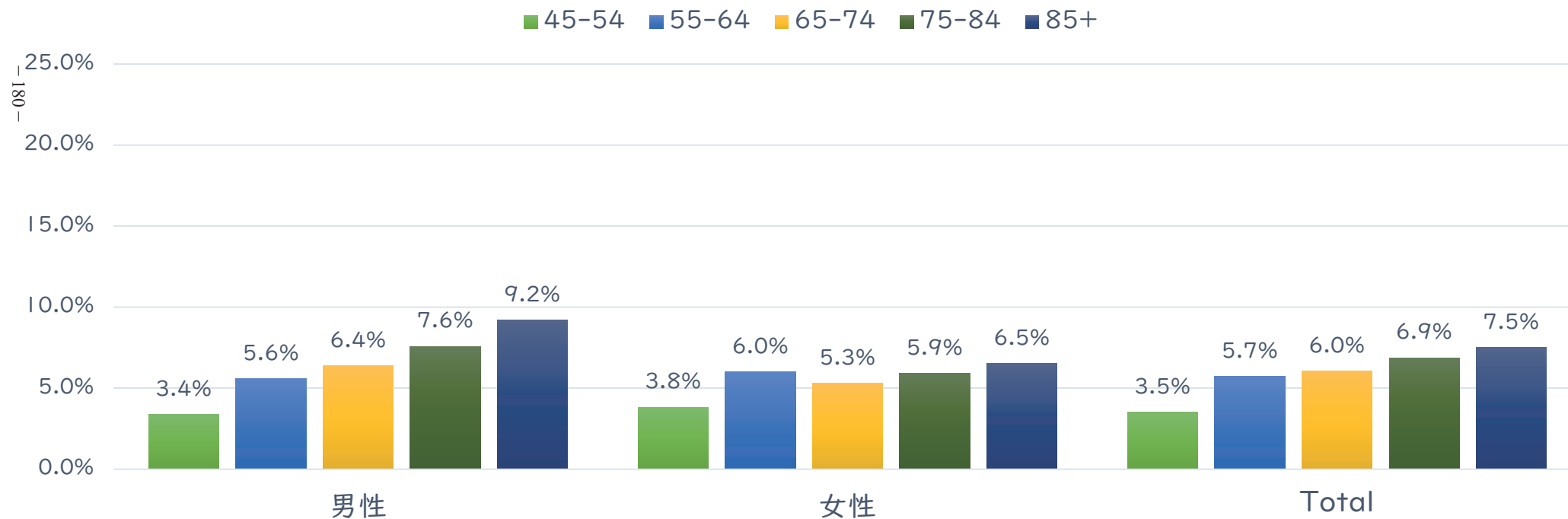
2021年



## 脳梗塞退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院（疾病限定）

分子	分母のうち、退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院症例（傷病限定）
分母	45歳以上の脳梗塞入院症例

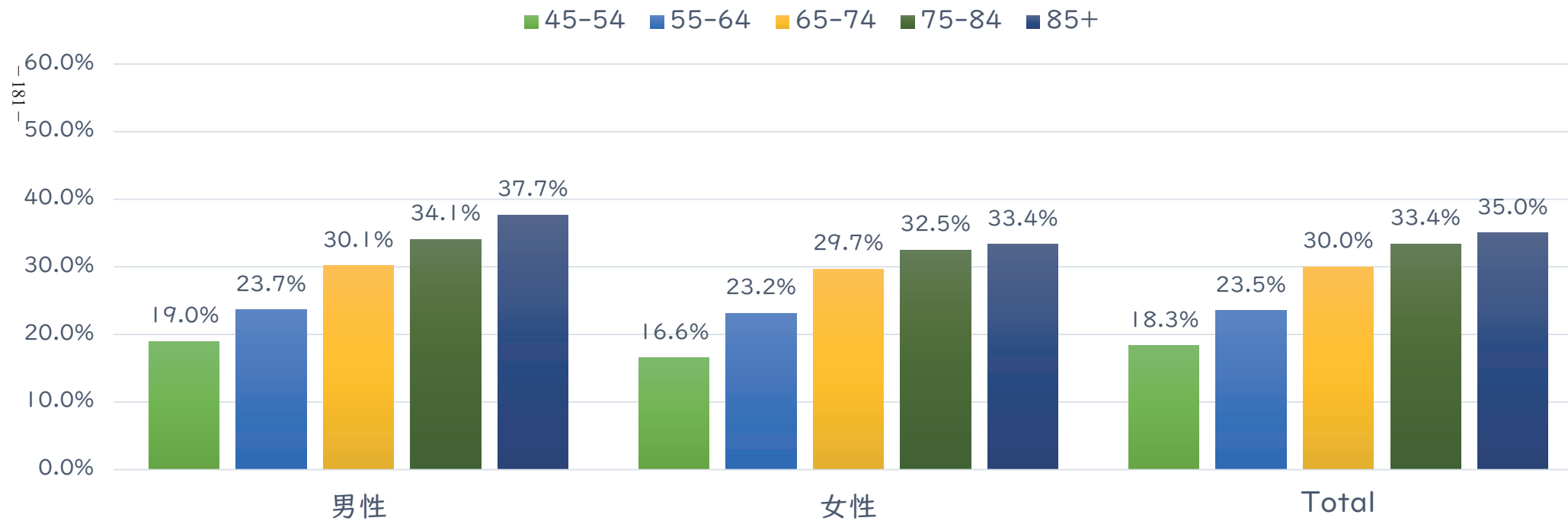
2021年



# 心不全退院後365日以内の救急再入院（傷病問わず）

分子	分母のうち、365日以内の救急再入院症例（傷病問わず）
分母	45歳以上の心不全入院症例

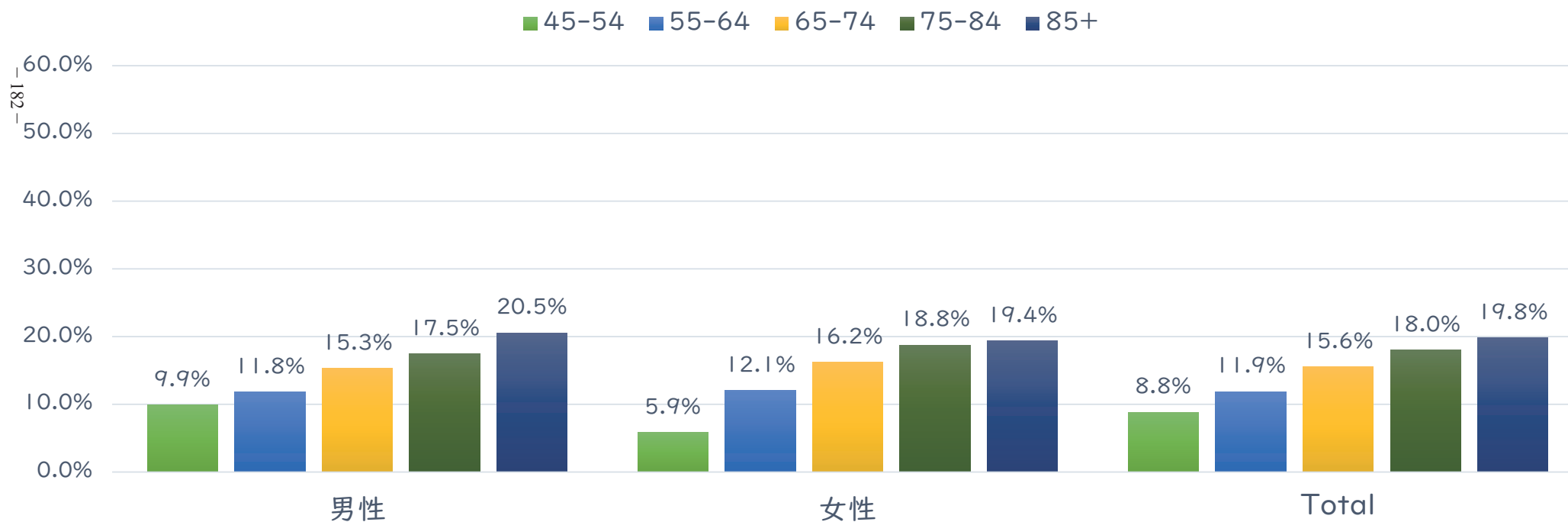
2021年



# 心不全退院後365日以内の救急再入院（傷病限定）

分子	分母のうち、365日以内の救急再入院症例（傷病限定）
分母	45歳以上の心不全入院症例

2021年

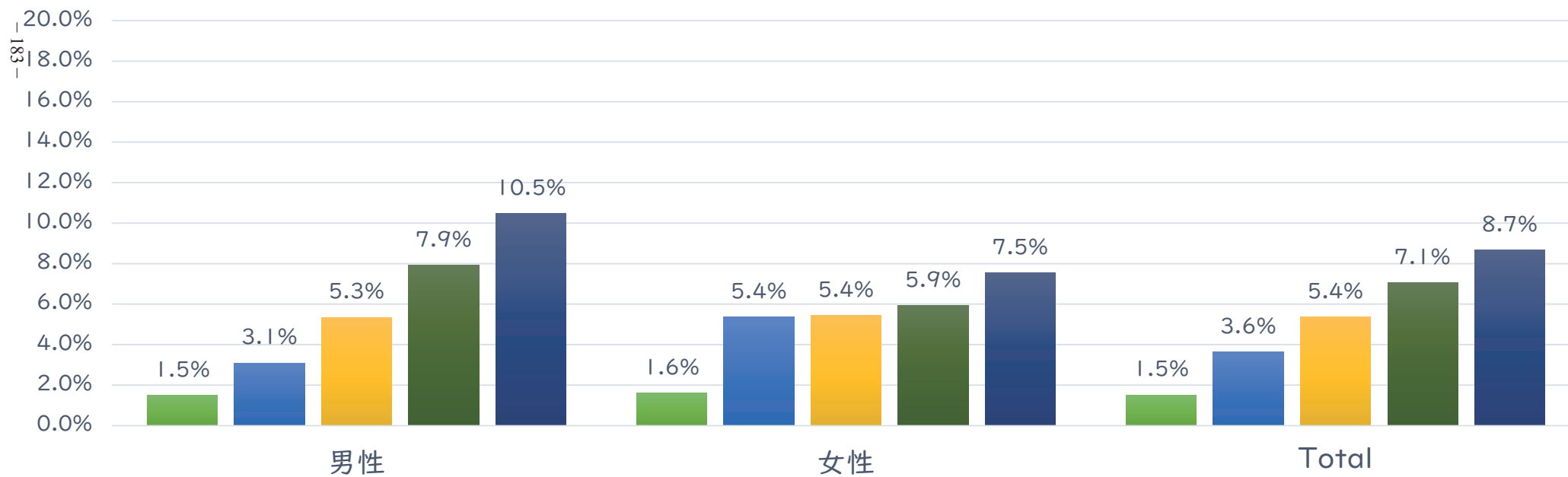


# 心不全退院後365日以内の死亡（傷病問わず）

分子	分母のうち、退院後365日以内の死亡症例
分母	45歳以上の心不全入院症例

2021年

■ 45-54 ■ 55-64 ■ 65-74 ■ 75-84 ■ 85+

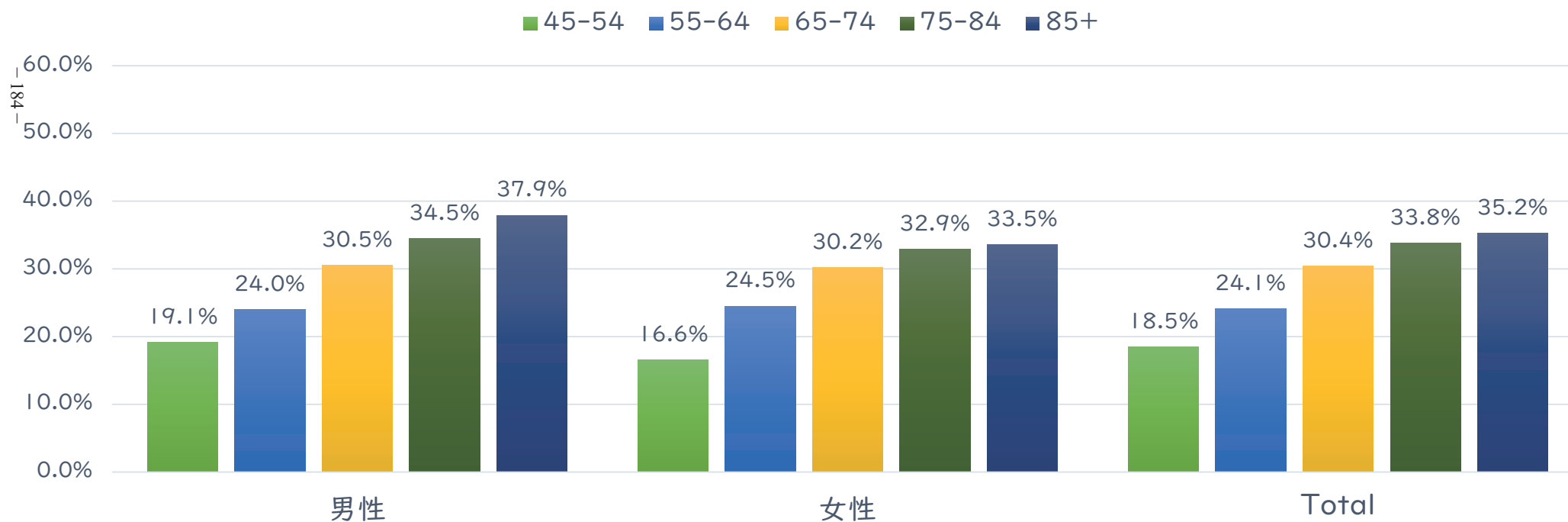




## 心不全退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院（傷病問わず）

分子	分母のうち、退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院症例（傷病問わず）
分母	45歳以上の心不全入院症例

2021年

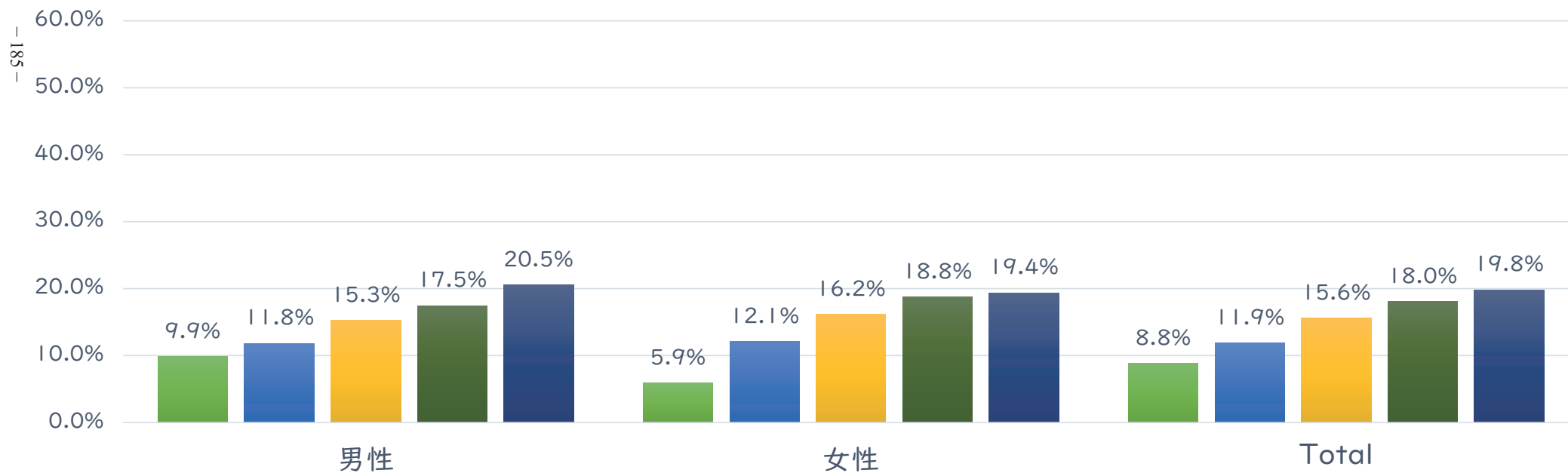


## 心不全退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院（疾病限定）

分子	分母のうち、退院後365日以内の死亡あるいは救急再入院症例（傷病限定）
分母	45歳以上の心不全入院症例

2021年

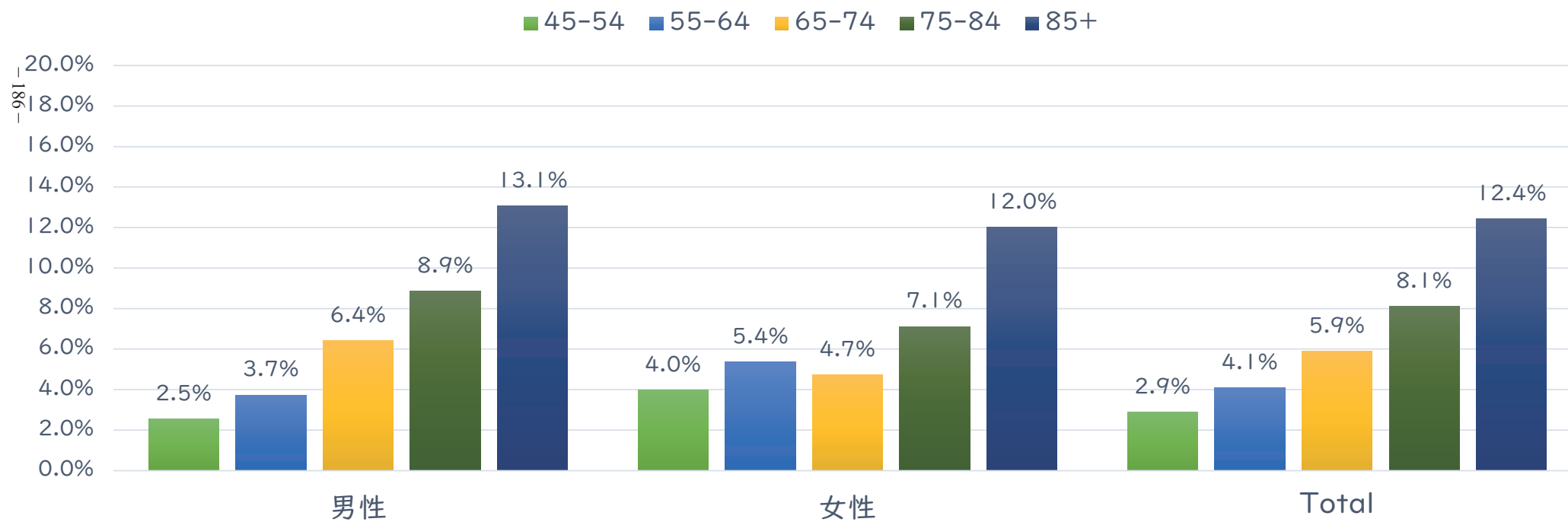
■ 45-54 ■ 55-64 ■ 65-74 ■ 75-84 ■ 85+



# 心不全症例30日以内の死亡率

分子	分母のうち、30日以内の死亡症例
分母	45歳以上の心不全入院症例

2022年

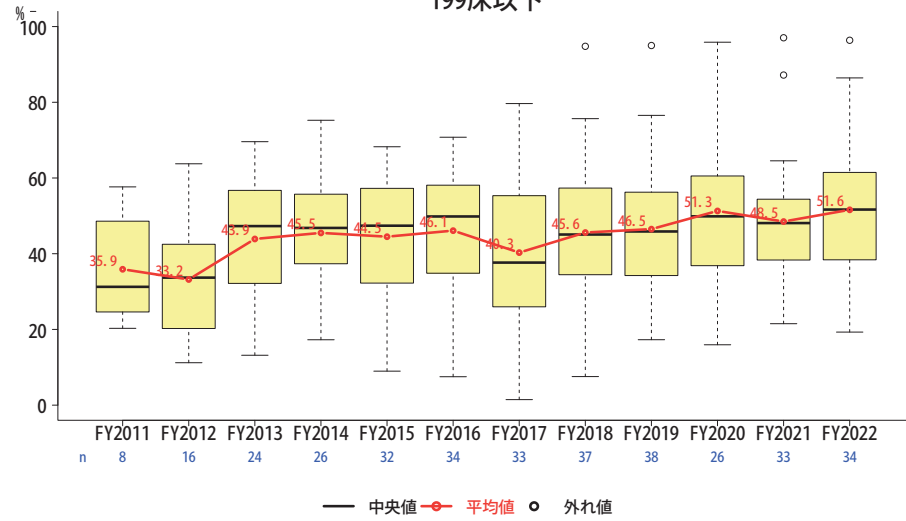


## 病床区分別結果

### 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

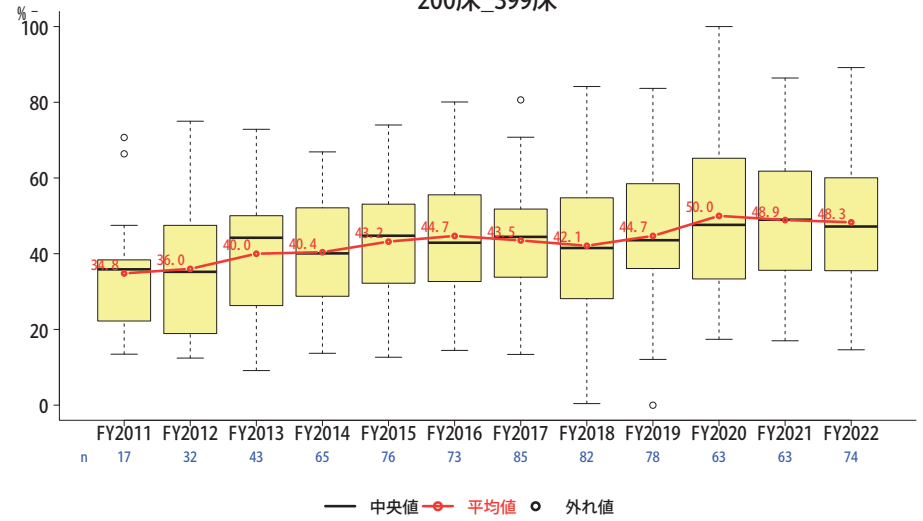
#### 199床以下



### 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

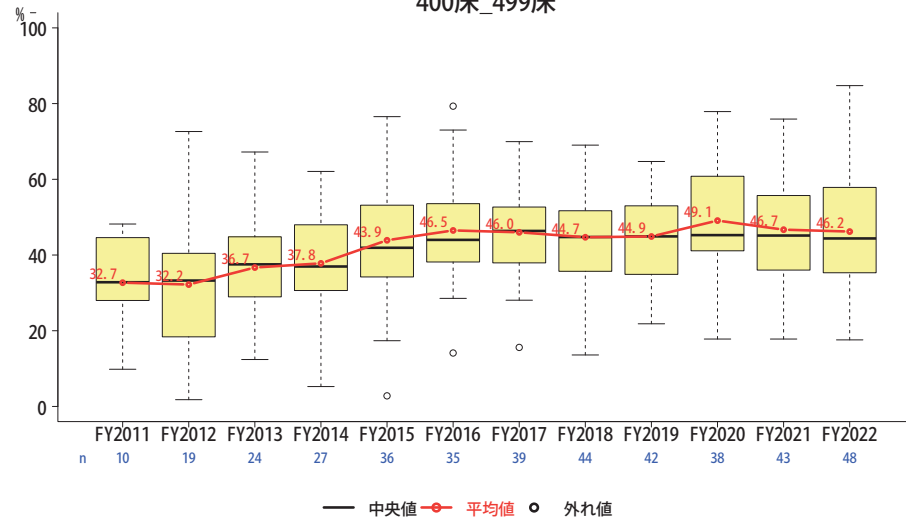
#### 200床\_399床



### 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

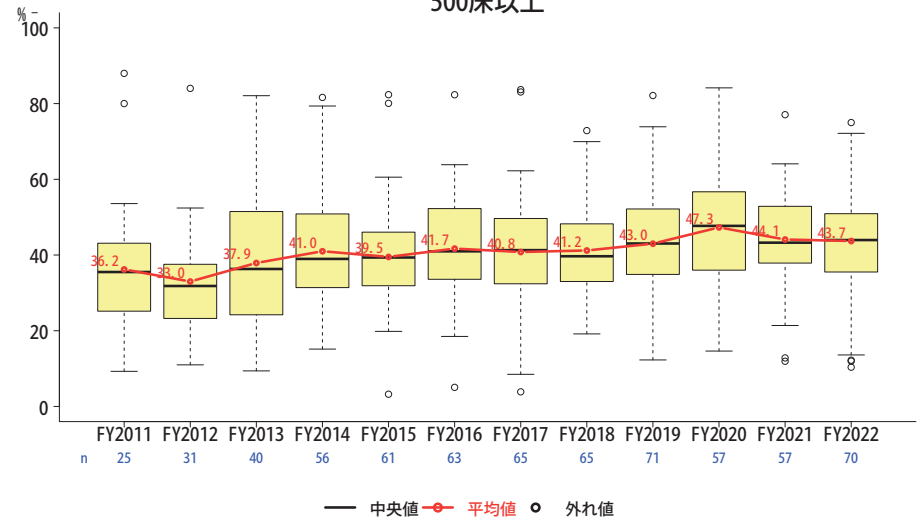
#### 400床\_499床



### 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

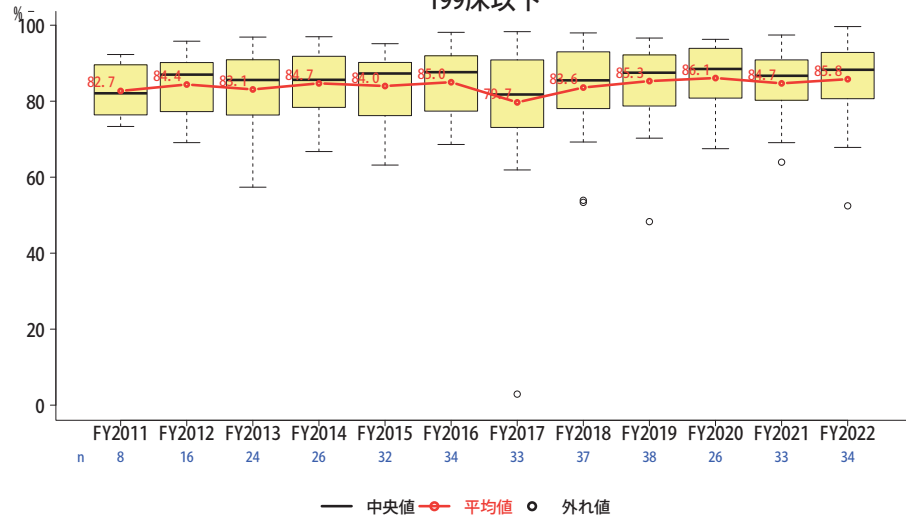
#### 500床以上



### 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

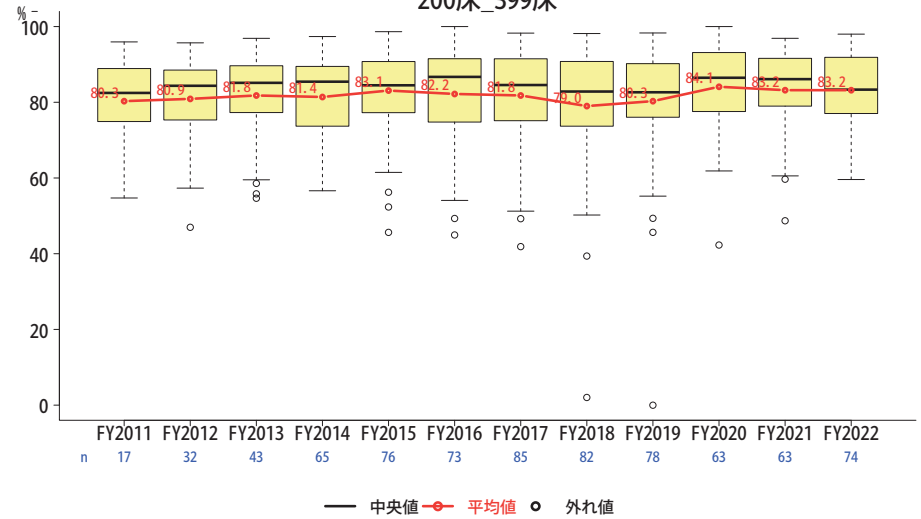
#### 199床以下



### 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

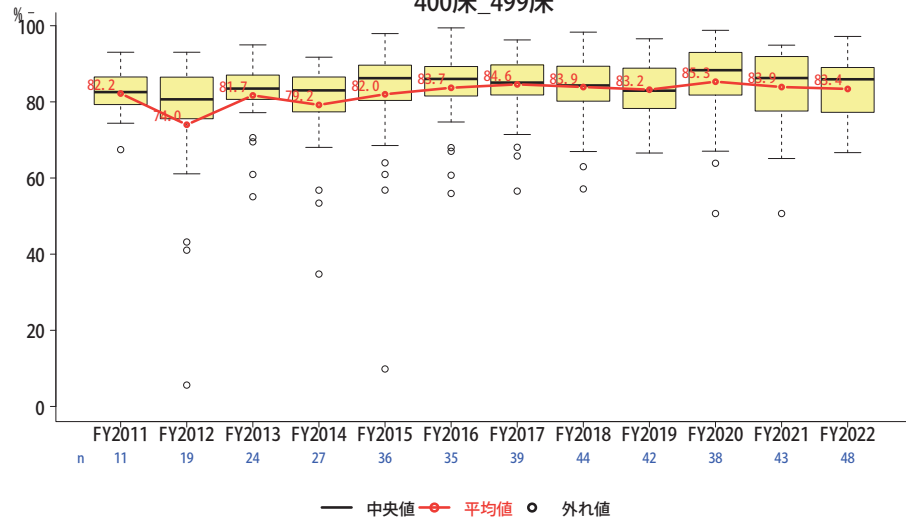
#### 200床\_399床



### 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

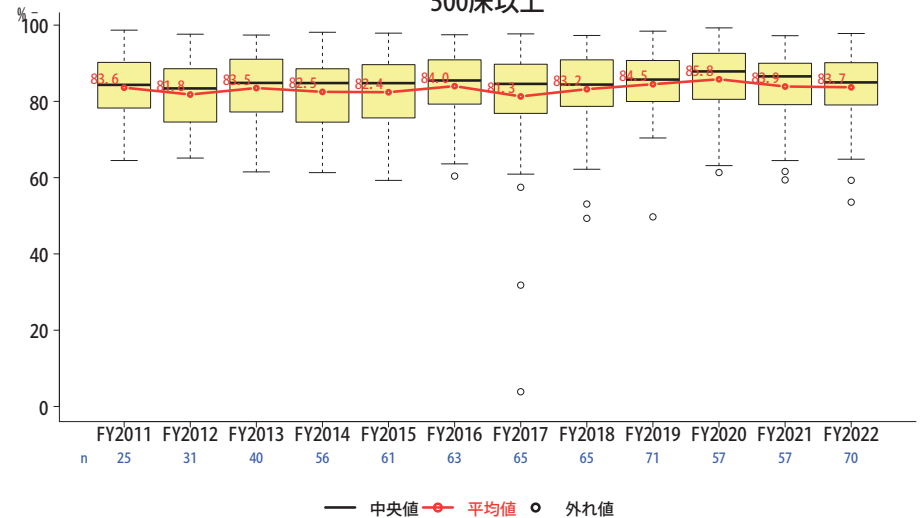
#### 400床\_499床



### 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

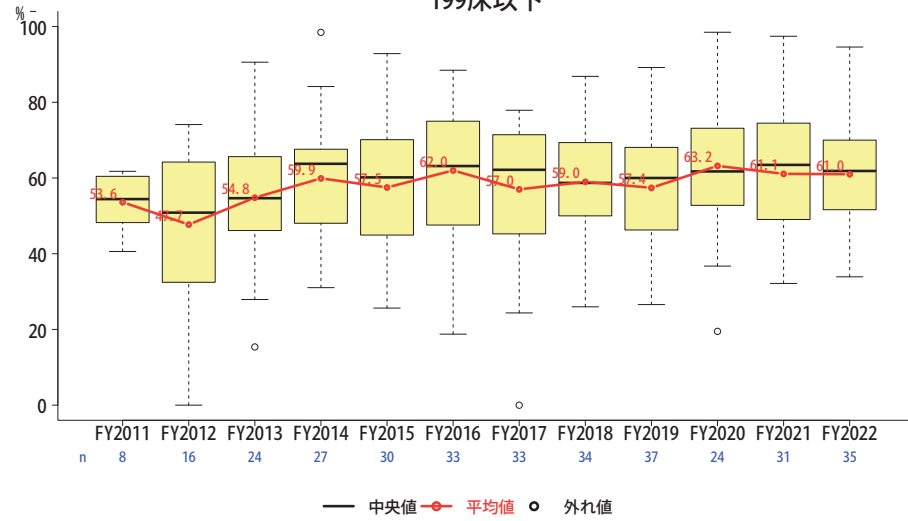
#### 500床以上



### 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

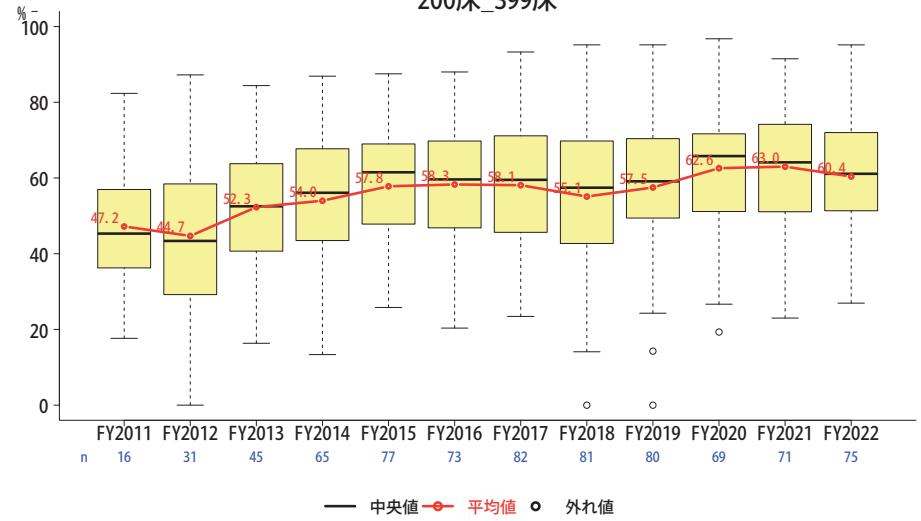
#### 199床以下



### 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

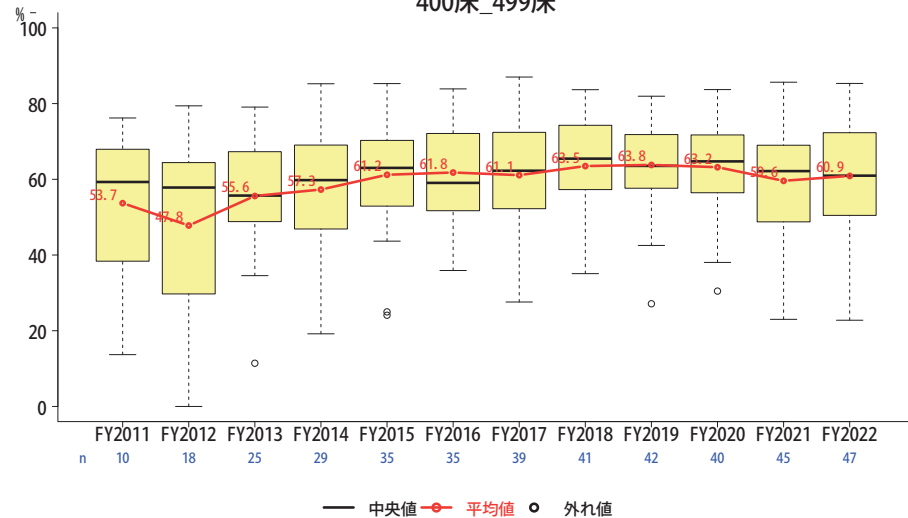
#### 200床\_399床



### 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

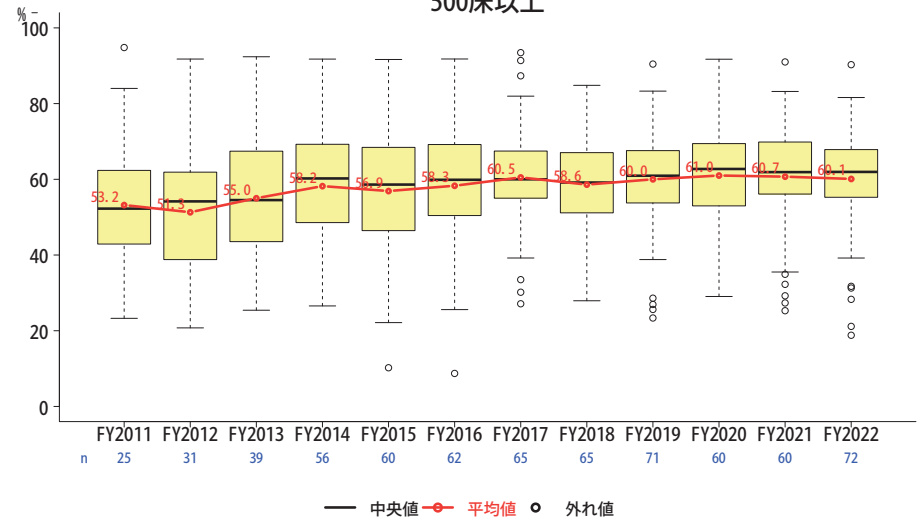
#### 400床\_499床



### 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

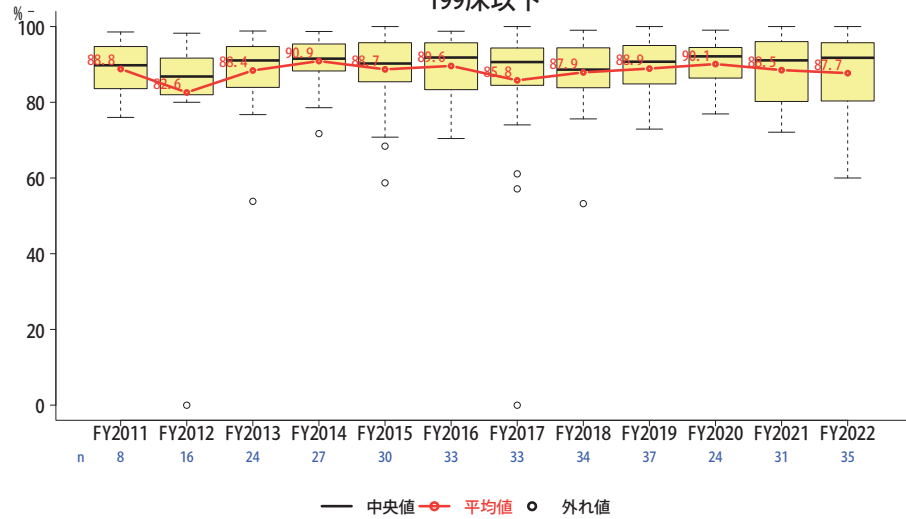
#### 500床以上



### 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

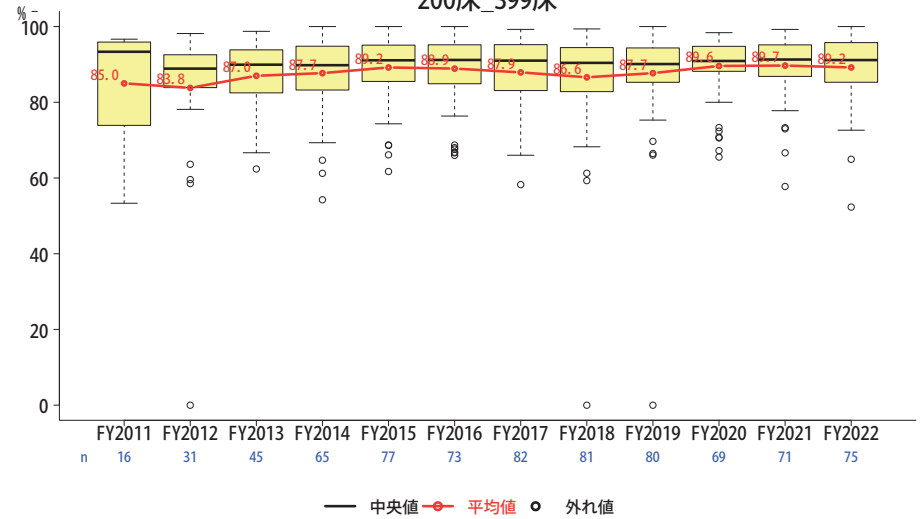
#### 199床以下



### 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

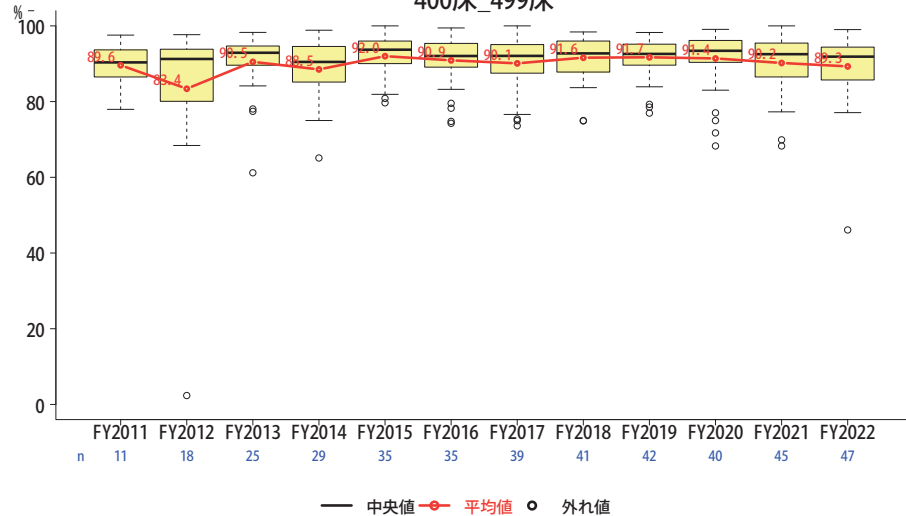
#### 200床\_399床



### 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

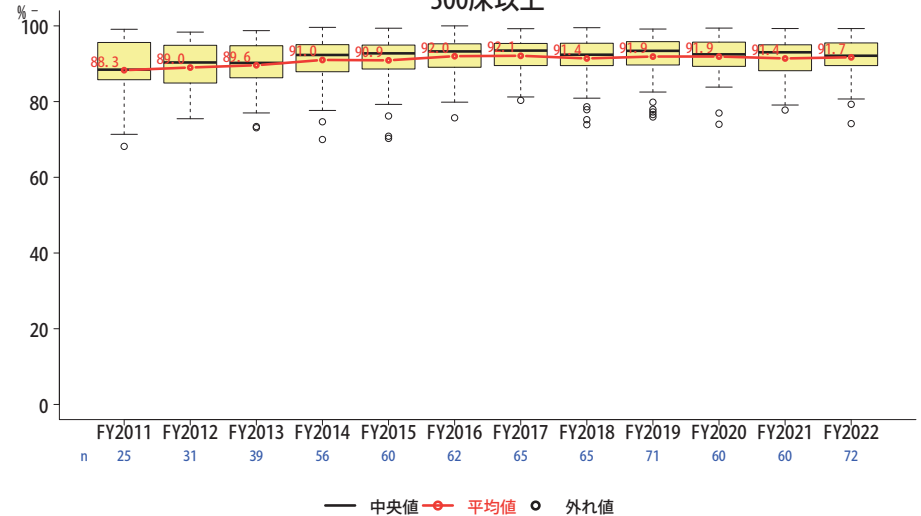
#### 400床\_499床



### 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

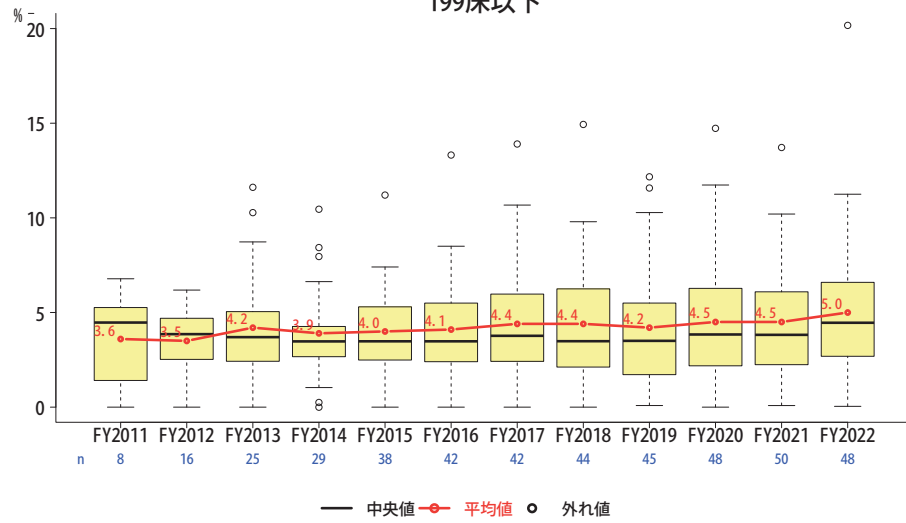




### 一般-5 死亡退院患者率

分子:死亡退院患者数  
分母:退院患者数

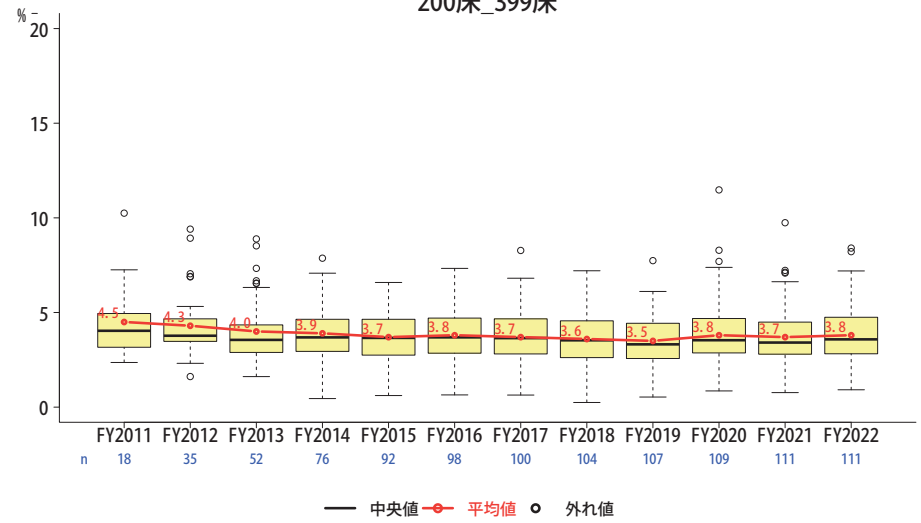
199床以下



### 一般-5 死亡退院患者率

分子:死亡退院患者数  
分母:退院患者数

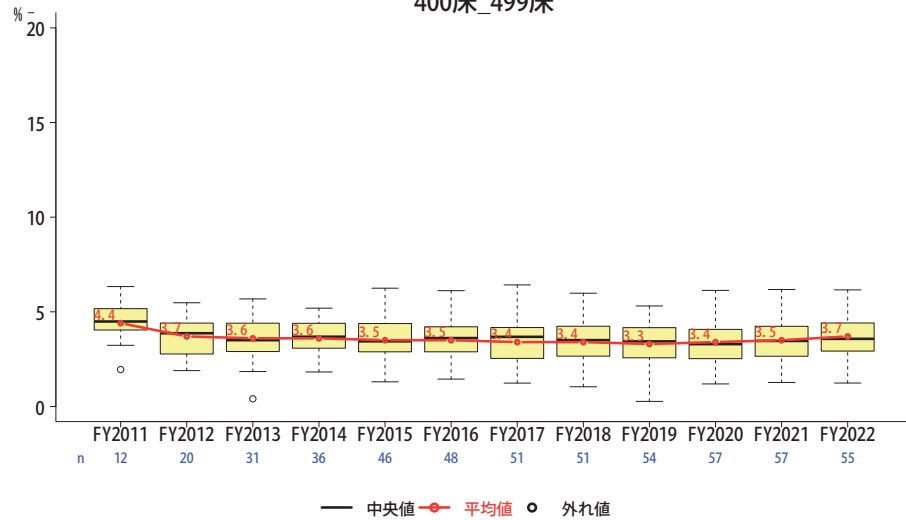
200床\_399床



### 一般-5 死亡退院患者率

分子:死亡退院患者数  
分母:退院患者数

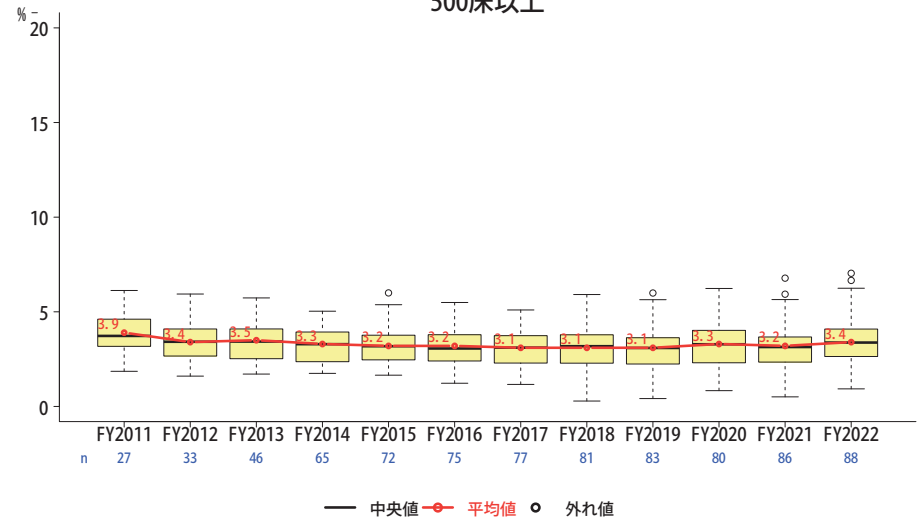
400床\_499床



### 一般-5 死亡退院患者率

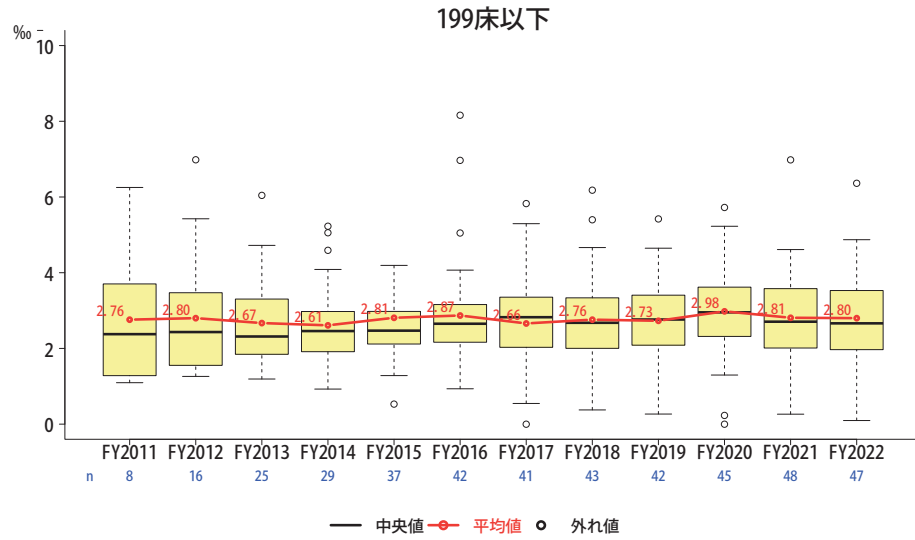
分子:死亡退院患者数  
分母:退院患者数

500床以上



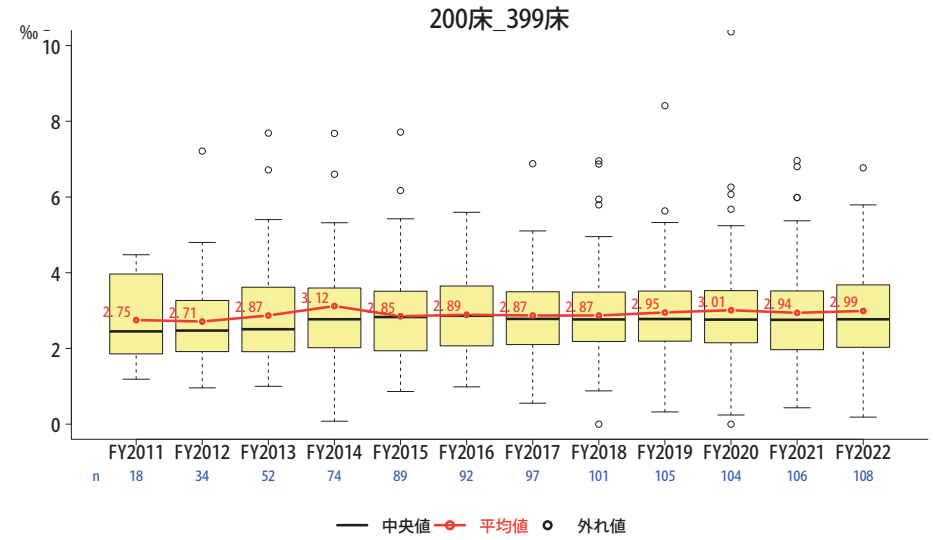
### 一般-6 入院患者の転倒・転落発生率

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  
分母:入院延べ患者数



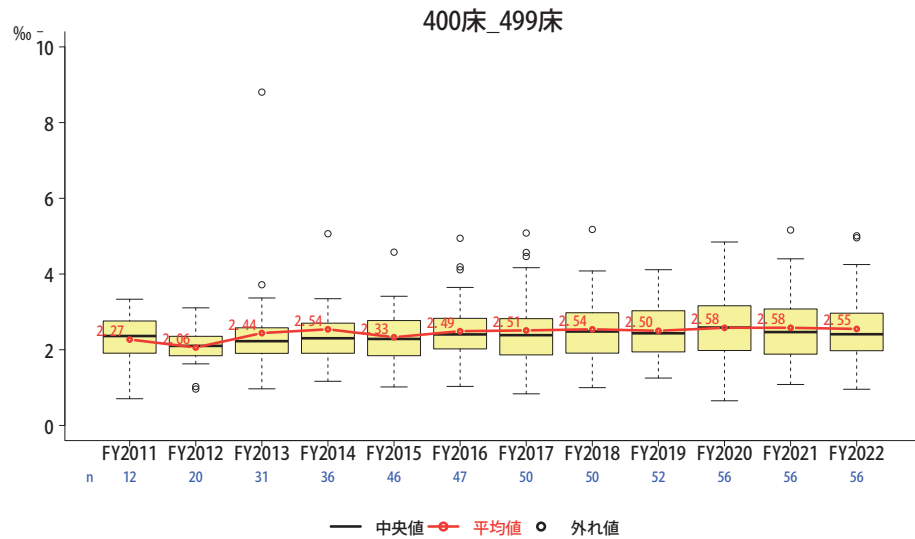
### 一般-6 入院患者の転倒・転落発生率

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  
分母:入院延べ患者数



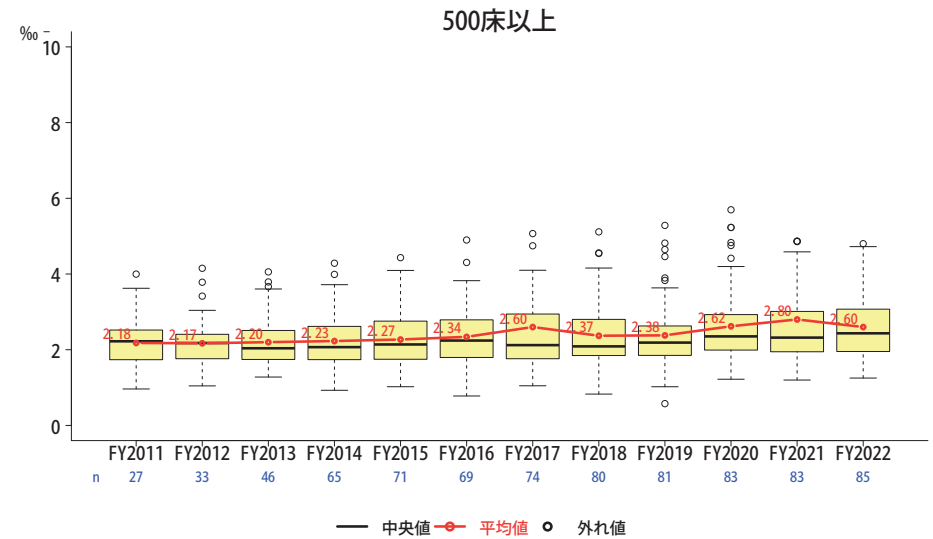
### 一般-6 入院患者の転倒・転落発生率

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  
分母:入院延べ患者数



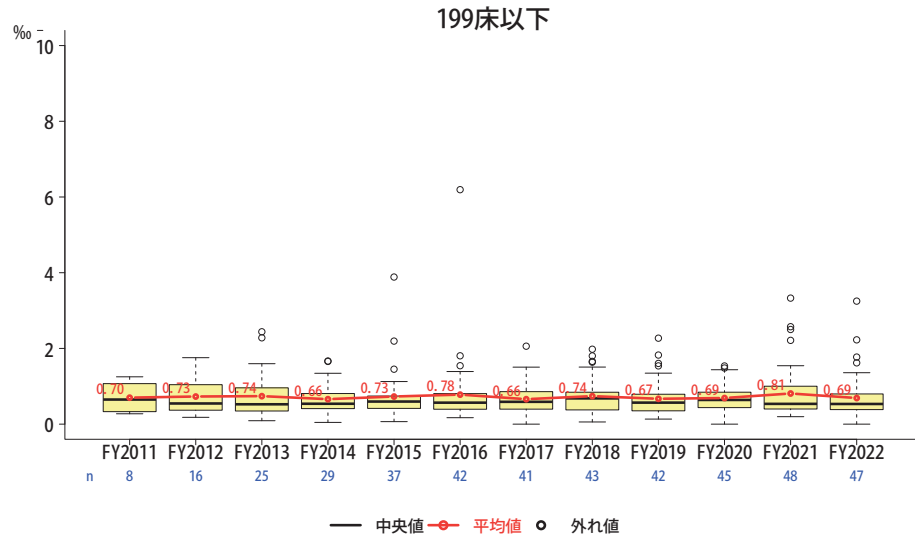
### 一般-6 入院患者の転倒・転落発生率

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  
分母:入院延べ患者数



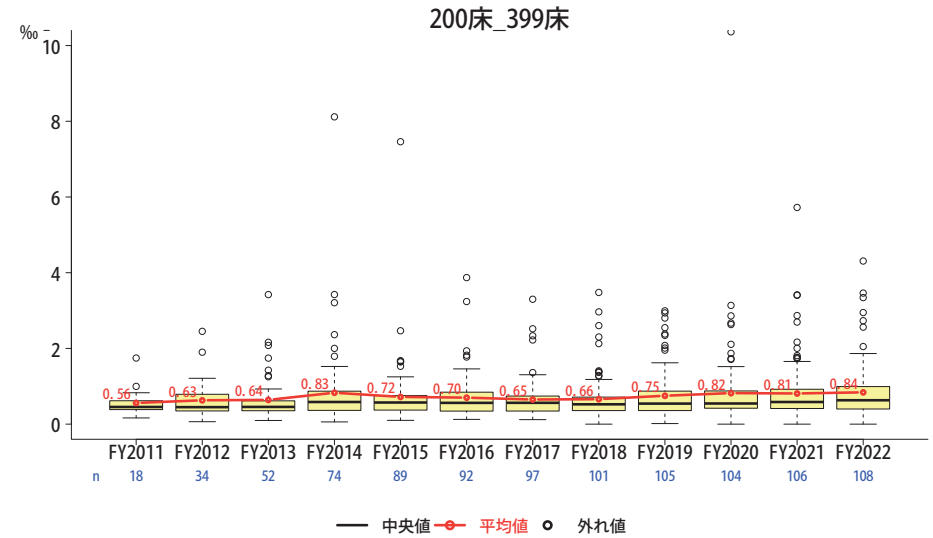
### 一般-7 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)

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2以上の件数  
分母:入院延べ患者数



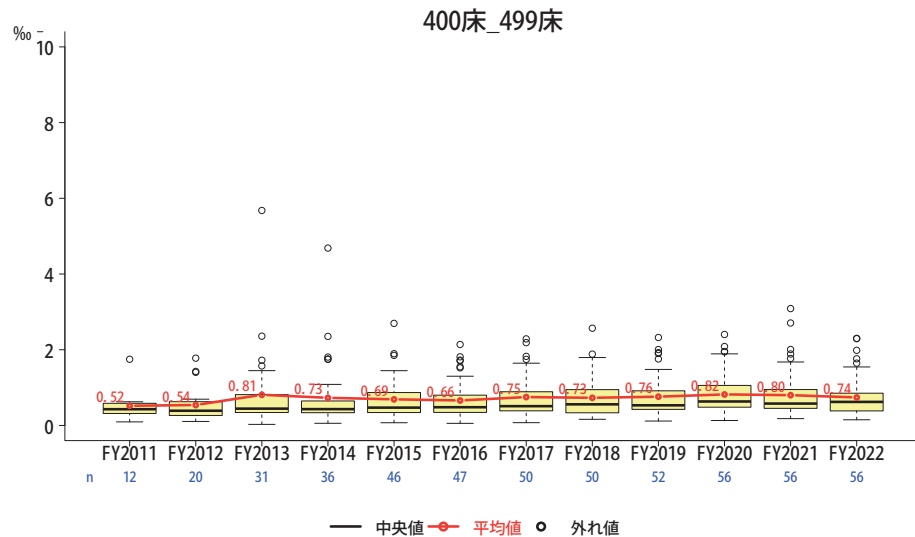
### 一般-7 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)

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2以上の件数  
分母:入院延べ患者数



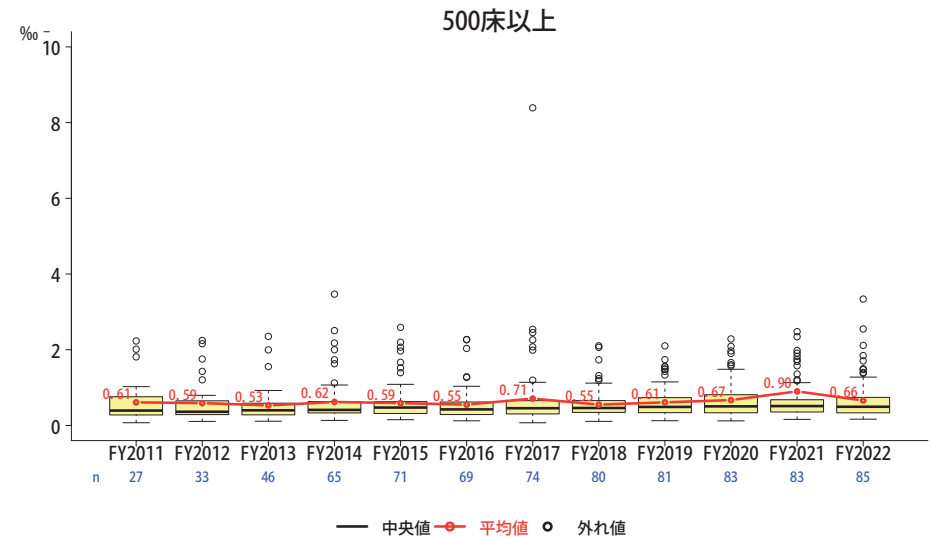
### 一般-7 入院患者の転倒・転落による損傷発生率(損傷レベル2以上)

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2以上の件数  
分母:入院延べ患者数



### 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2以上)

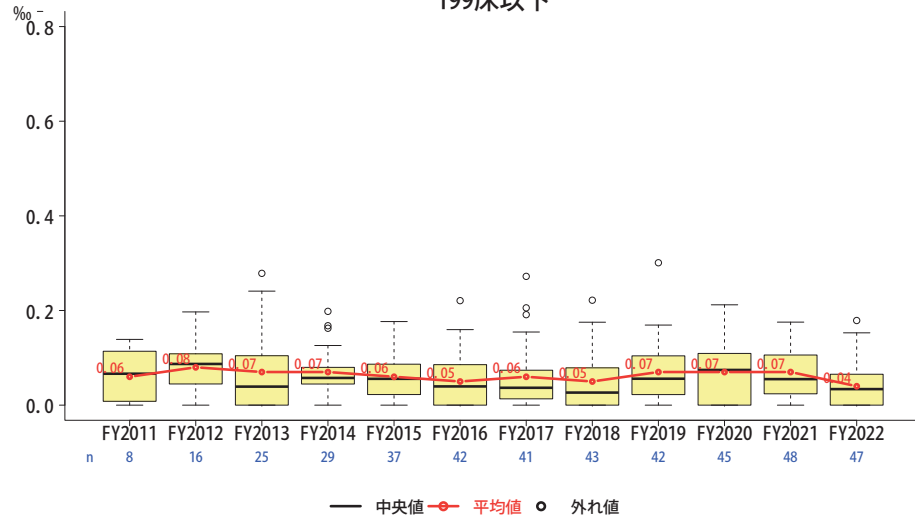
分子:医療安全管理室ヘインシデント・アクシデントレポートが提出された転倒・転落件数のうち損傷レベル2以上の件数  
分母:入院延べ患者数



### 一般-8 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

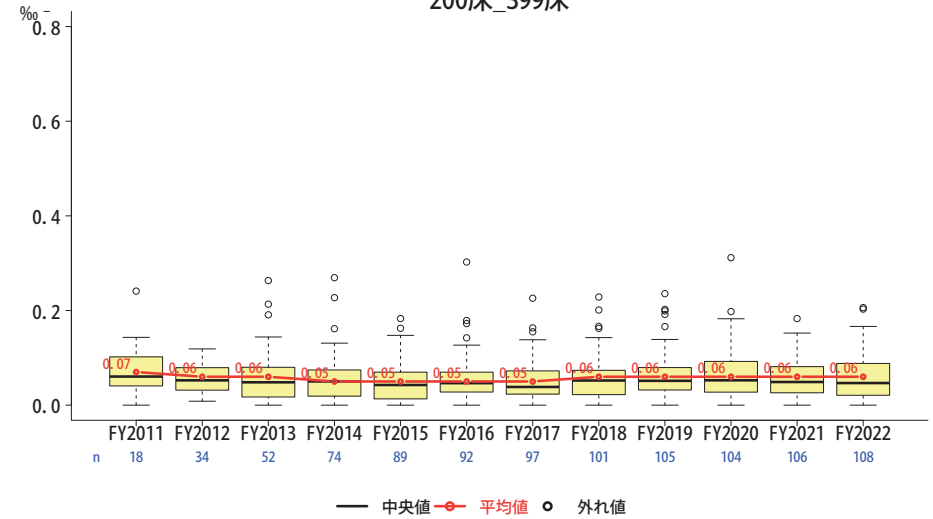
#### 199床以下



### 一般-8 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

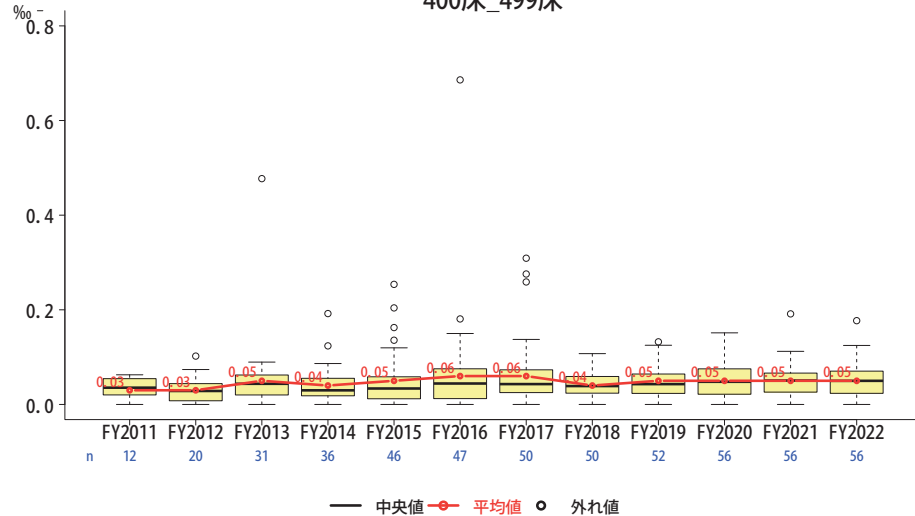
#### 200床\_399床



### 一般-8 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

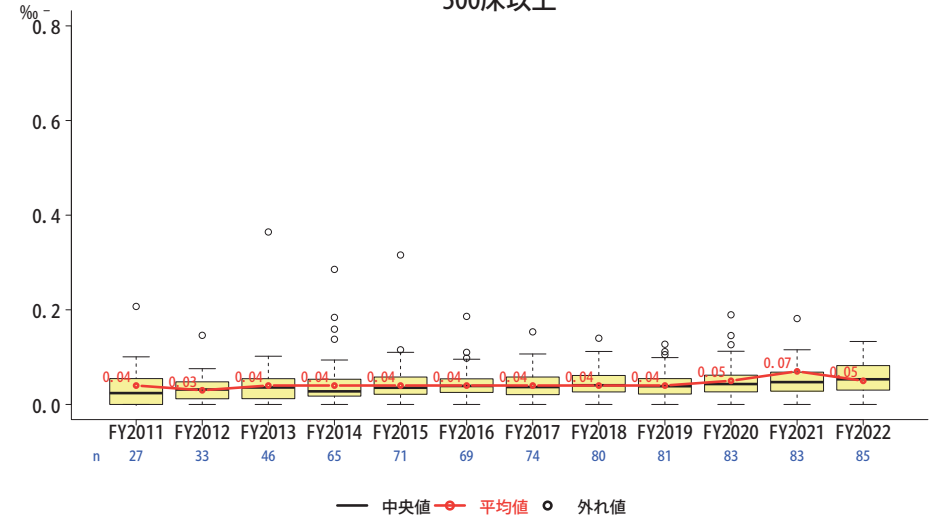
#### 400床\_499床



### 一般-8 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

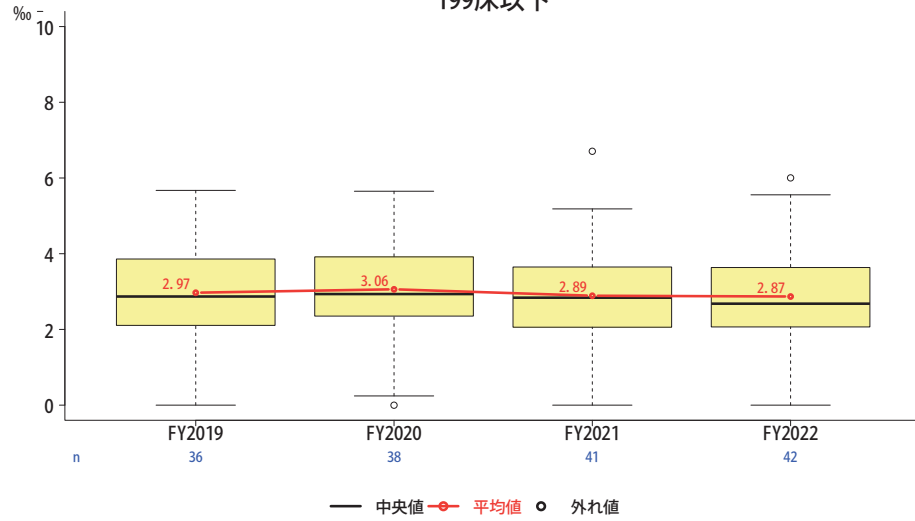
#### 500床以上



### 一般-9 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

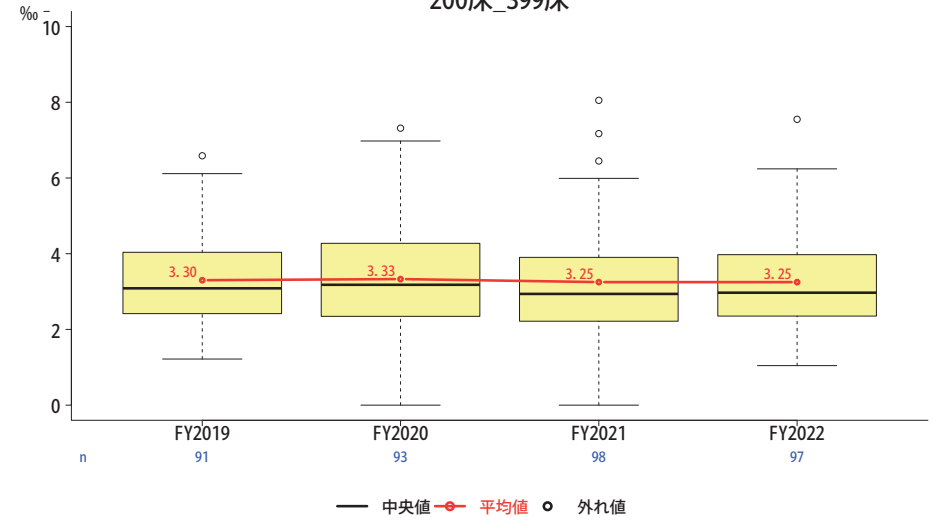
199床以下



### 一般-9 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

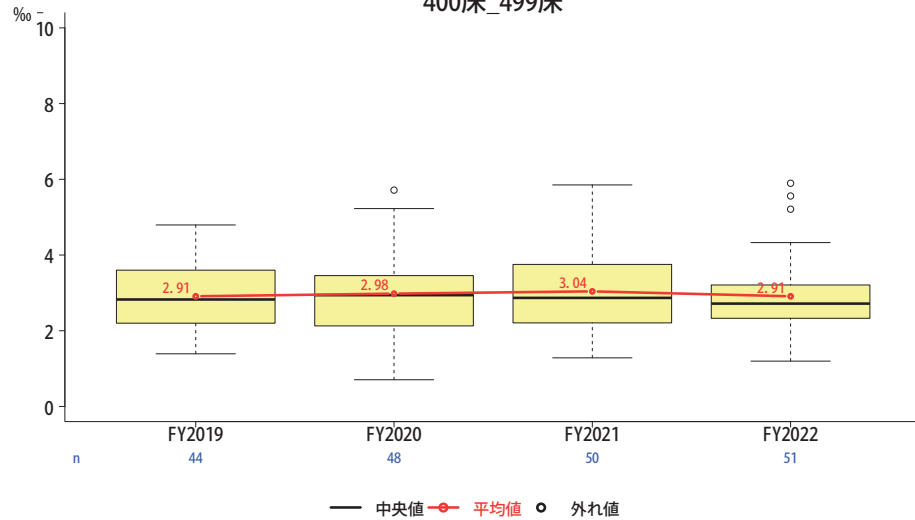
200床\_399床



### 一般-9 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

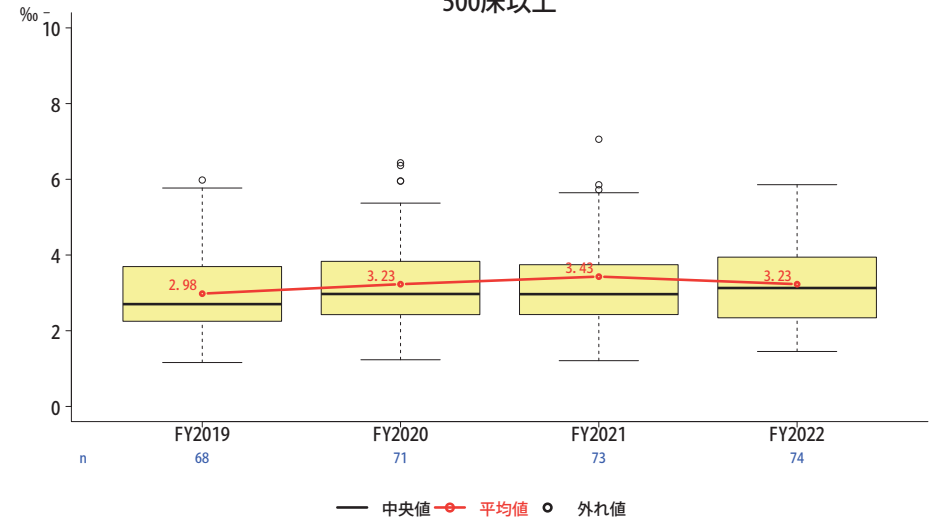
400床\_499床



### 一般-9 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

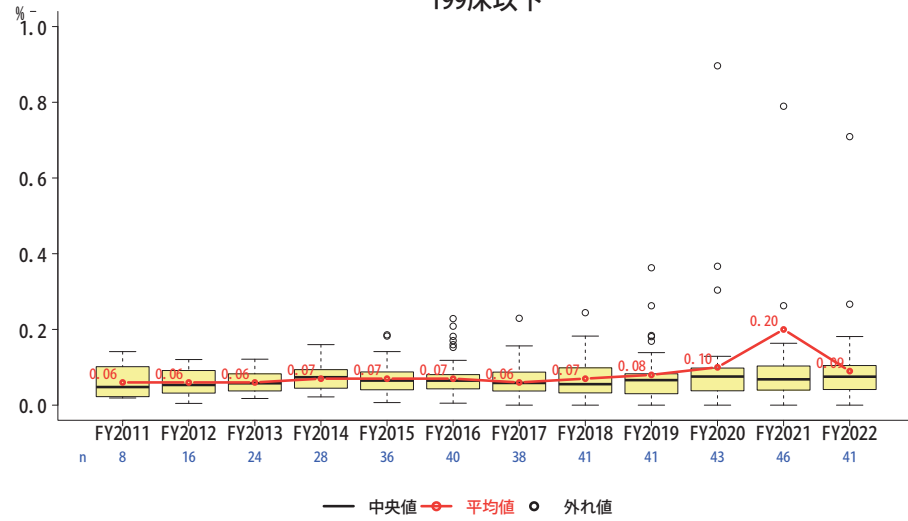
500床以上



### 一般-10 褥瘡発生率

分子:調査期間における分母対象患者のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数  
分母:入院延べ患者数

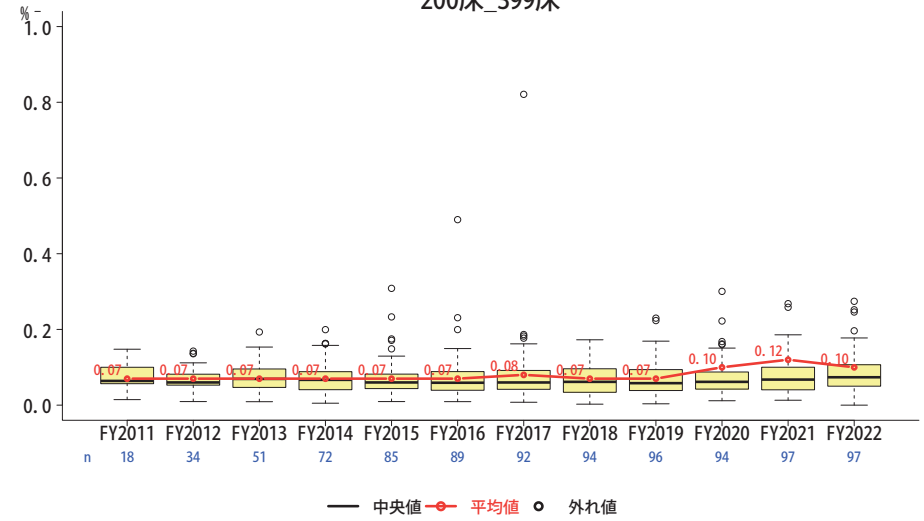
#### 199床以下



### 一般-10 褥瘡発生率

分子:調査期間における分母対象患者のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数  
分母:入院延べ患者数

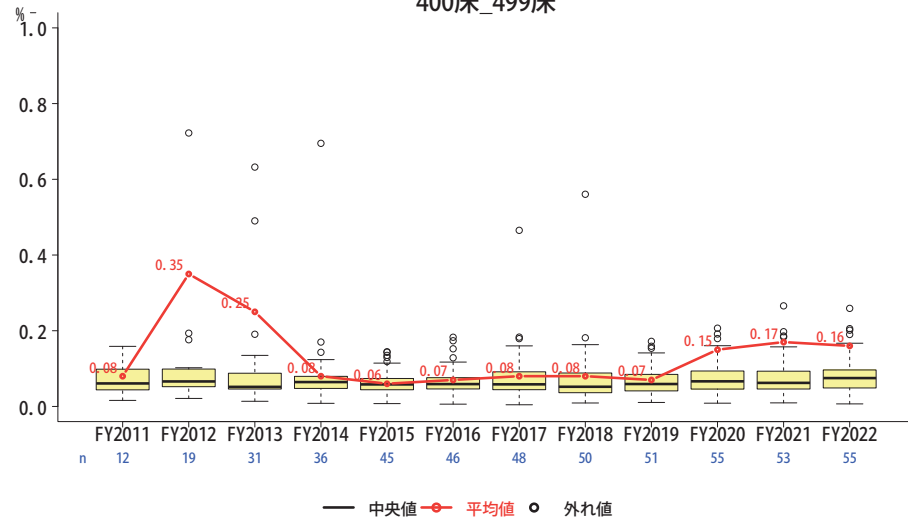
#### 200床\_399床



### 一般-10 褥瘡発生率

分子:調査期間における分母対象患者のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数  
分母:入院延べ患者数

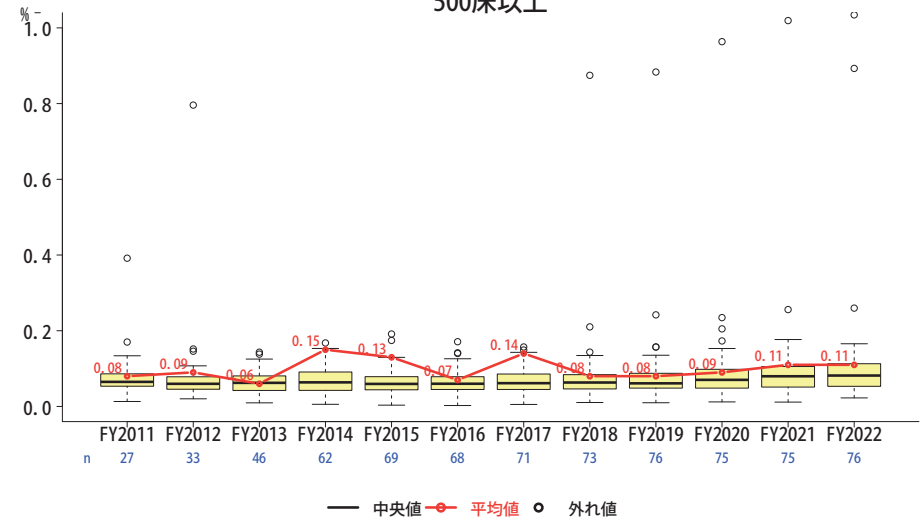
#### 400床\_499床



### 一般-10 褥瘡発生率

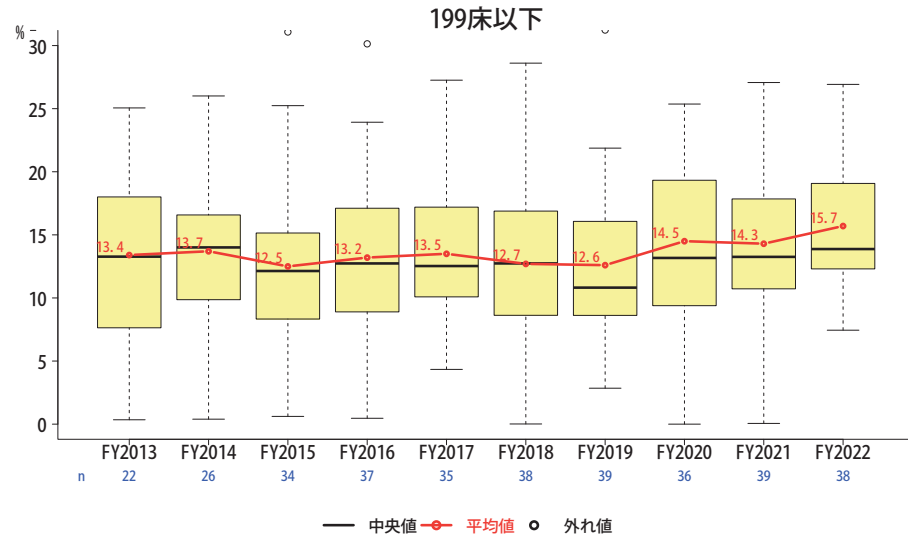
分子:調査期間における分母対象患者のうち、d2以上の褥瘡の院内新規発生患者数  
分母:入院延べ患者数

#### 500床以上



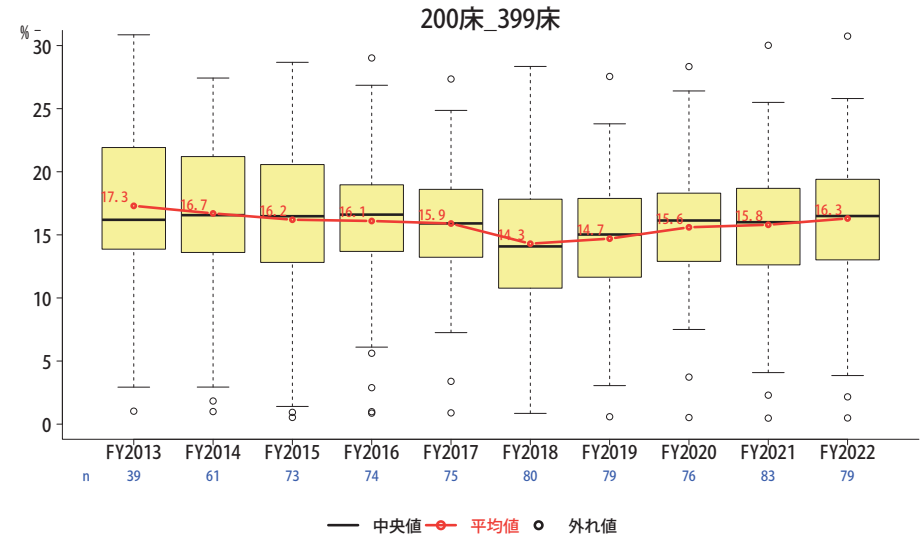
### 一般-11 尿道留置カテーテル使用率

分子:尿道留置カテーテルが挿入されている入院延べ患者数  
分母:入院延べ患者数



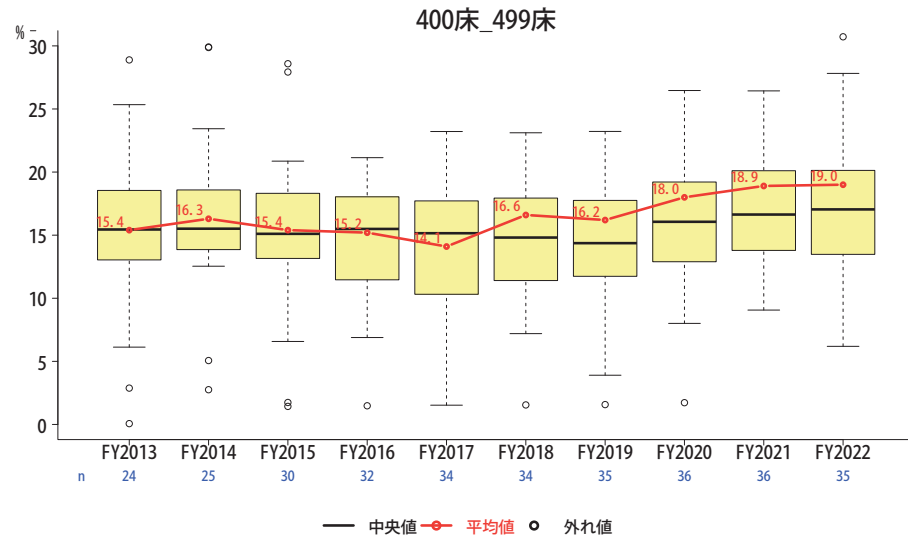
### 一般-11 尿道留置カテーテル使用率

分子:尿道留置カテーテルが挿入されている入院延べ患者数  
分母:入院延べ患者数



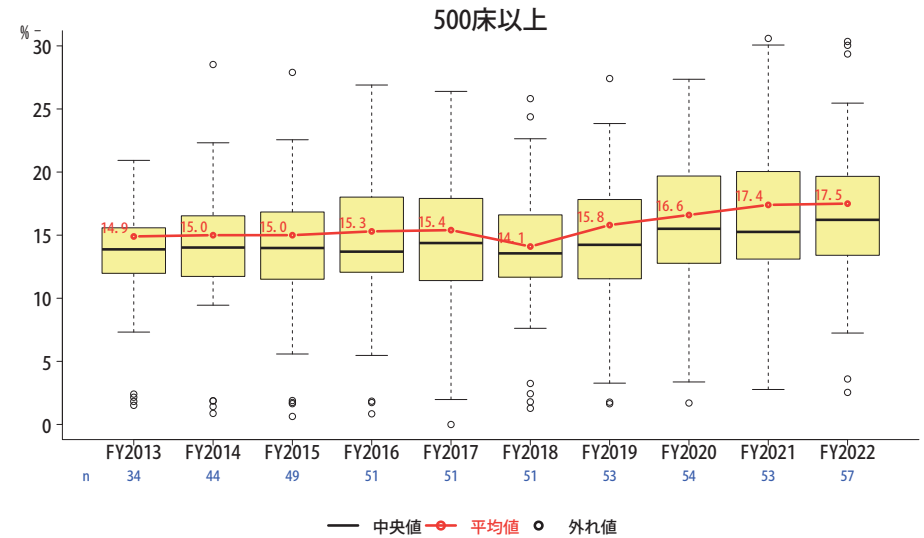
### 一般-11 尿道留置カテーテル使用率

分子:尿道留置カテーテルが挿入されている入院延べ患者数  
分母:入院延べ患者数



### 一般-11 尿道留置カテーテル使用率

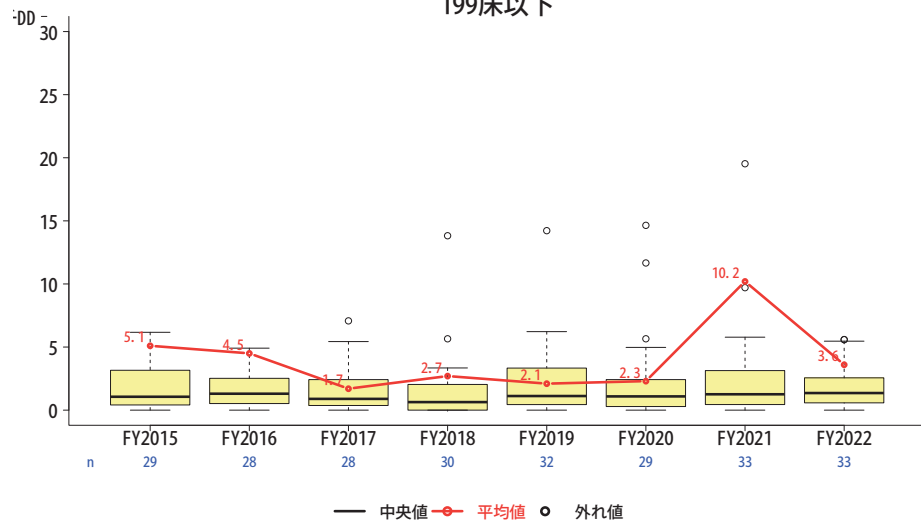
分子:尿道留置カテーテルが挿入されている入院延べ患者数  
分母:入院延べ患者数



### 一般-12 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

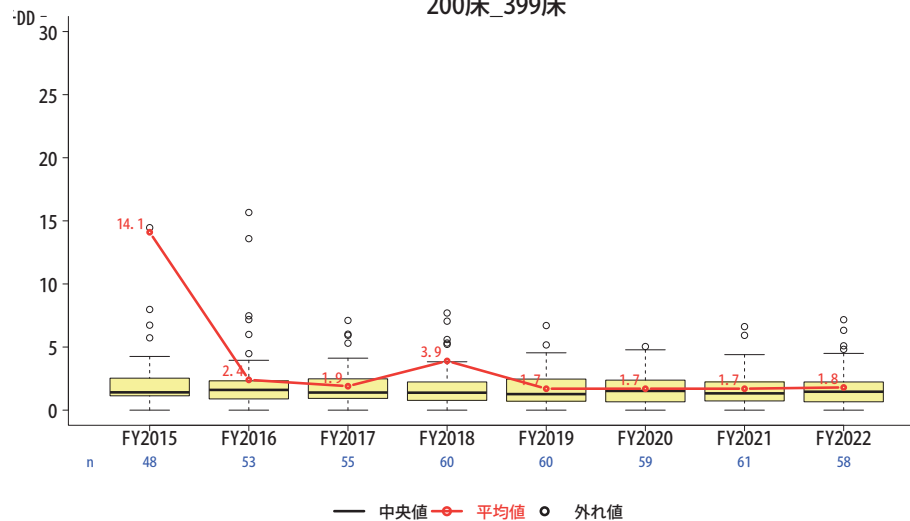
199床以下



### 一般-12 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

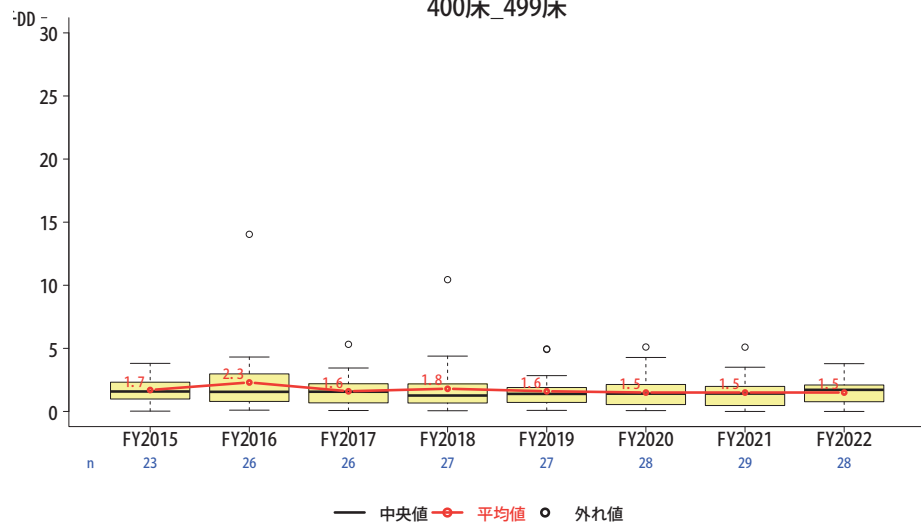
200床\_399床



### 一般-12 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

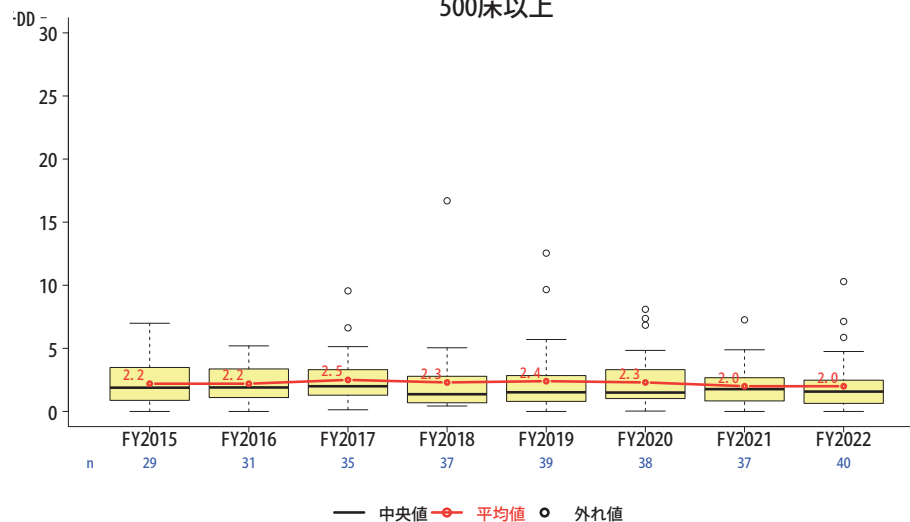
400床\_499床



### 一般-12 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

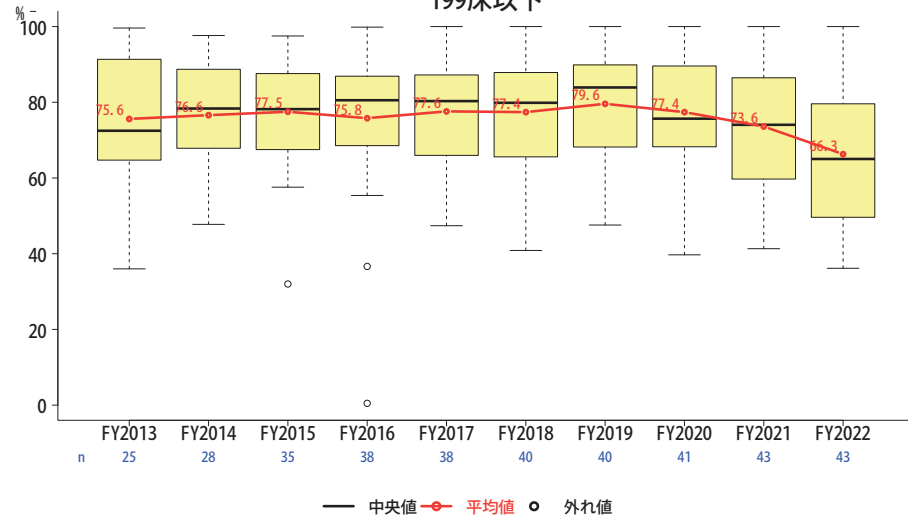




### 一般-13 救急車・ホットラインの応需率

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

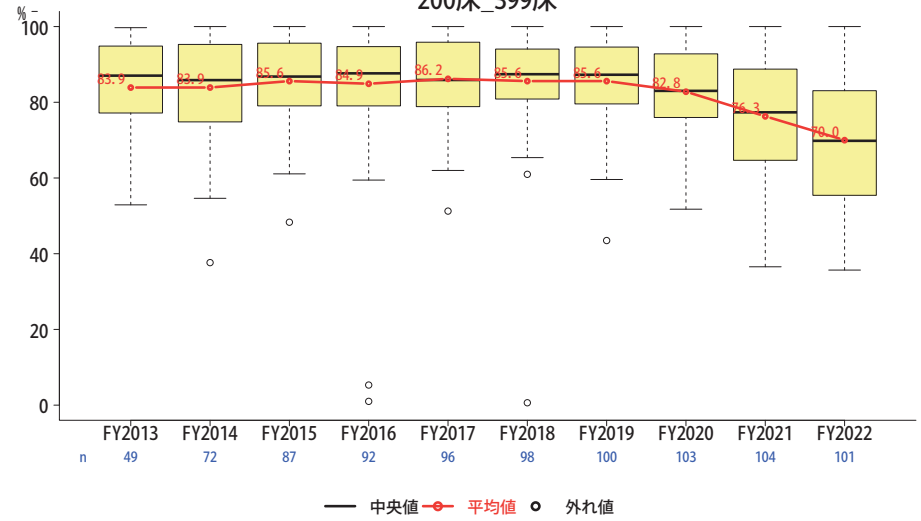
199床以下



### 一般-13 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

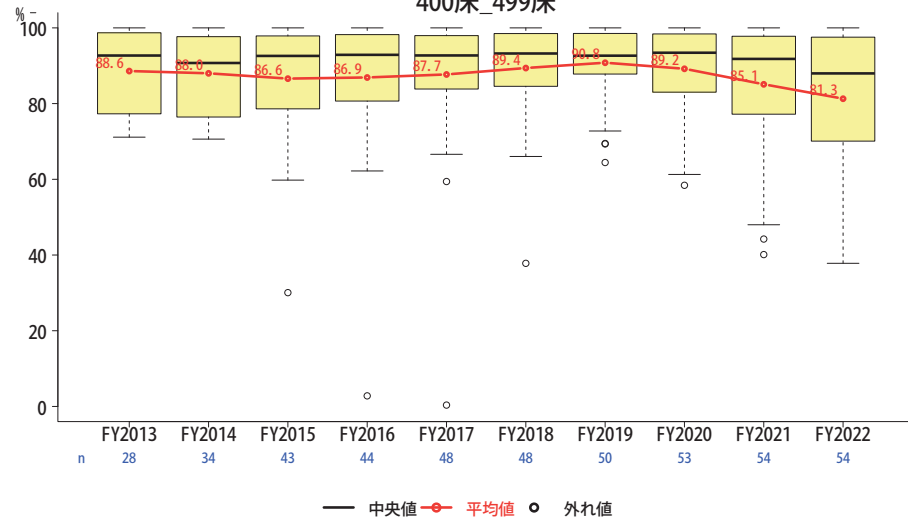
200床\_399床



### 一般-13 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

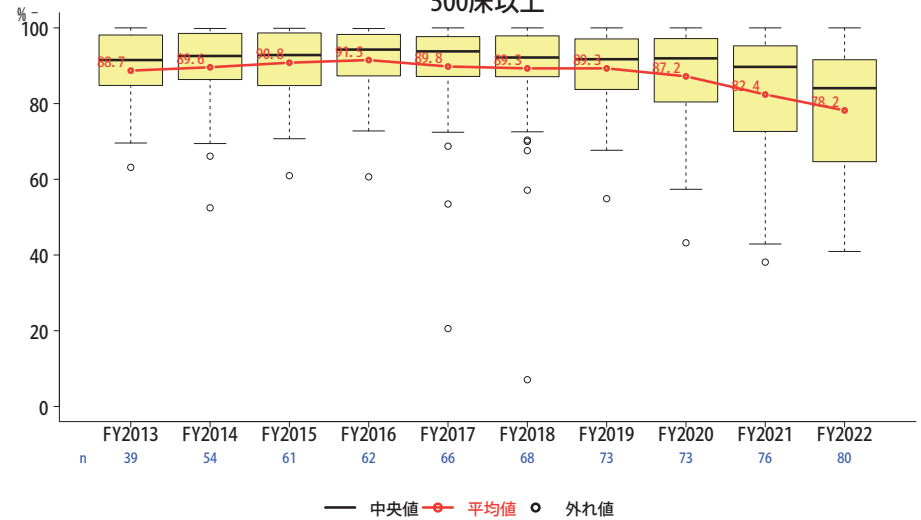
400床\_499床



### 一般-13 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

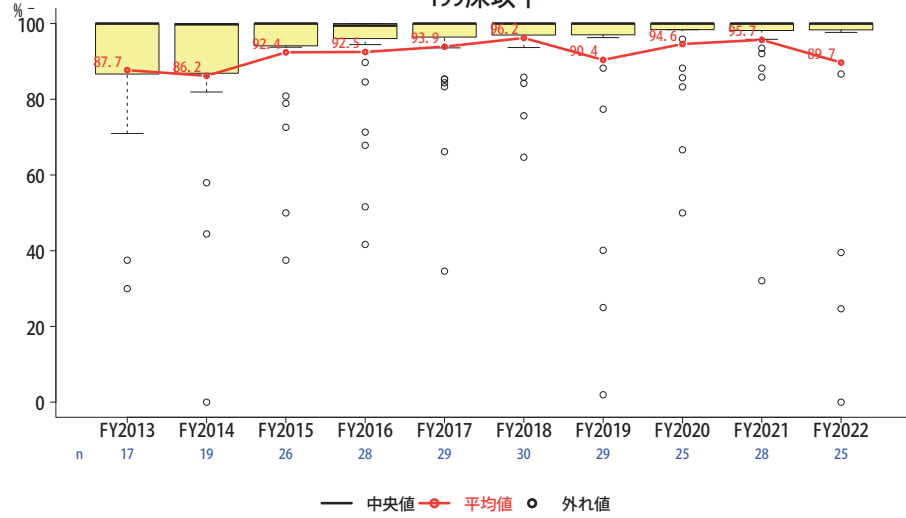
500床以上



### 一般-14 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

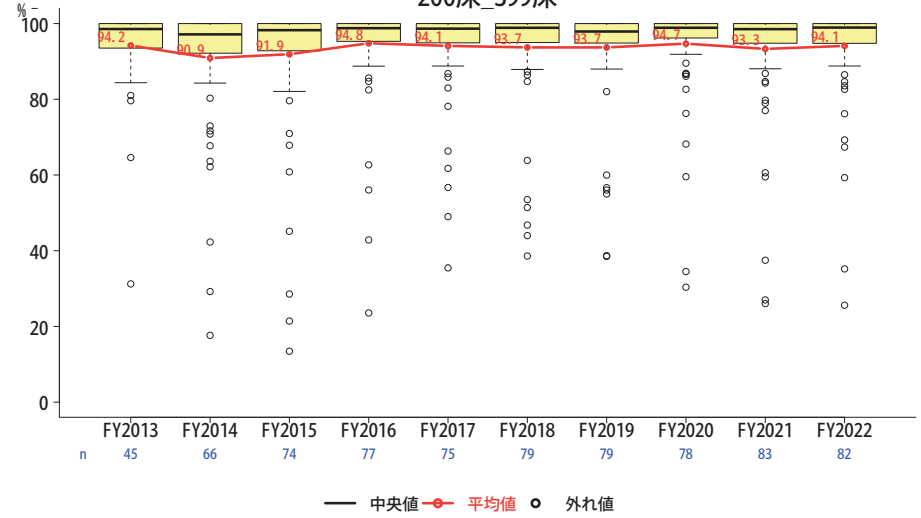
#### 199床以下



### 一般-14 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

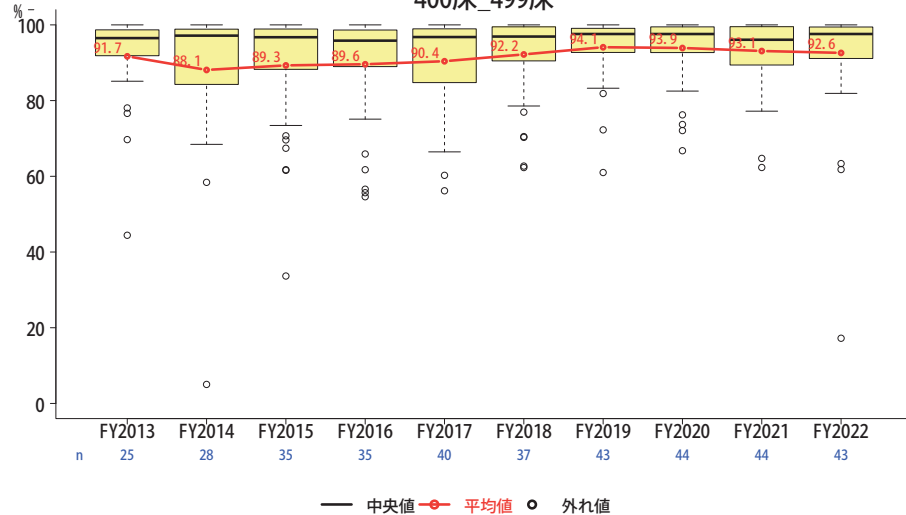
#### 200床\_399床



### 一般-14 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

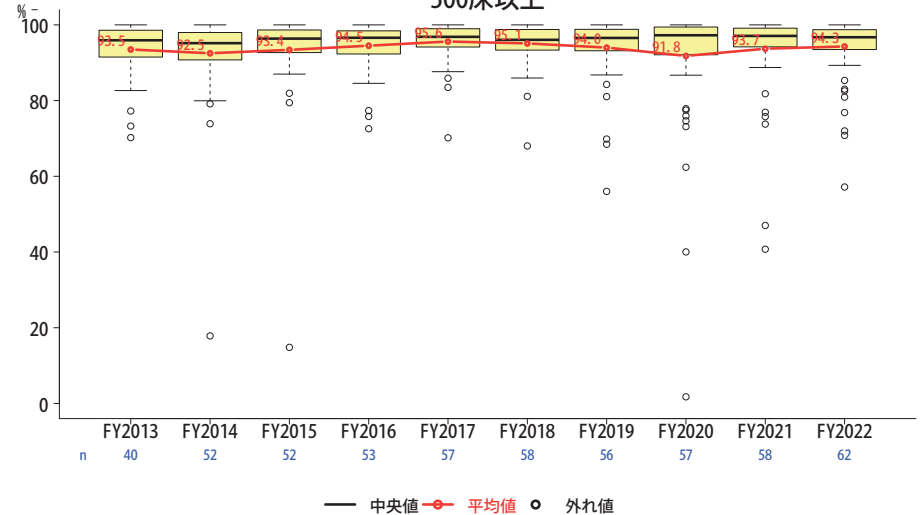
#### 400床\_499床



### 一般-14 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

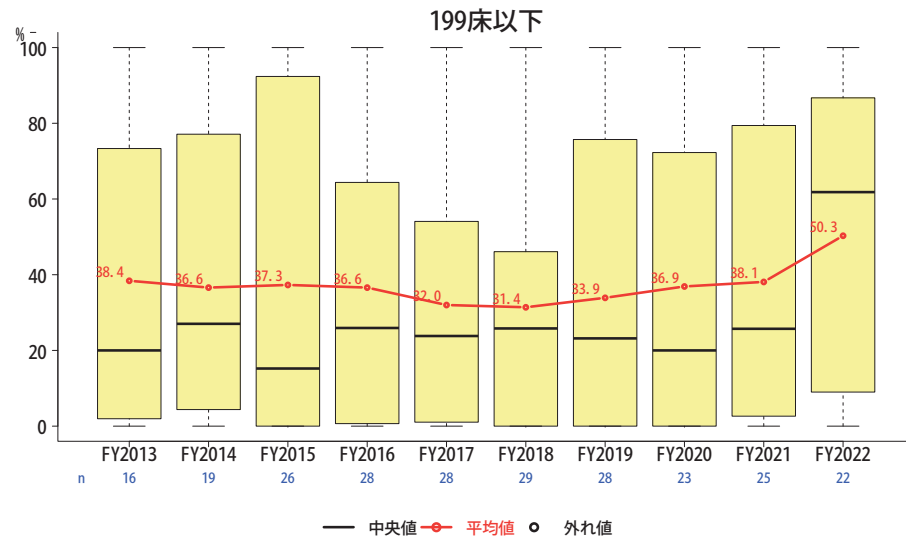
分子:手術開始前1時間以内に予防的抗菌薬が投与開始された手術件数  
分母:特定術式の手術件数

#### 500床以上



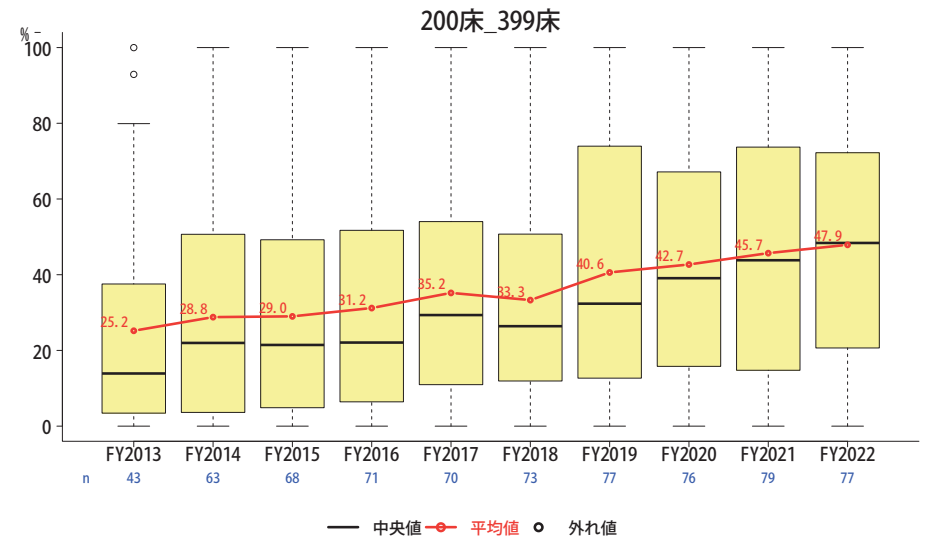
### 一般-15 特定術式における術後24時間\*以内の予防的抗菌薬投与停止率

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



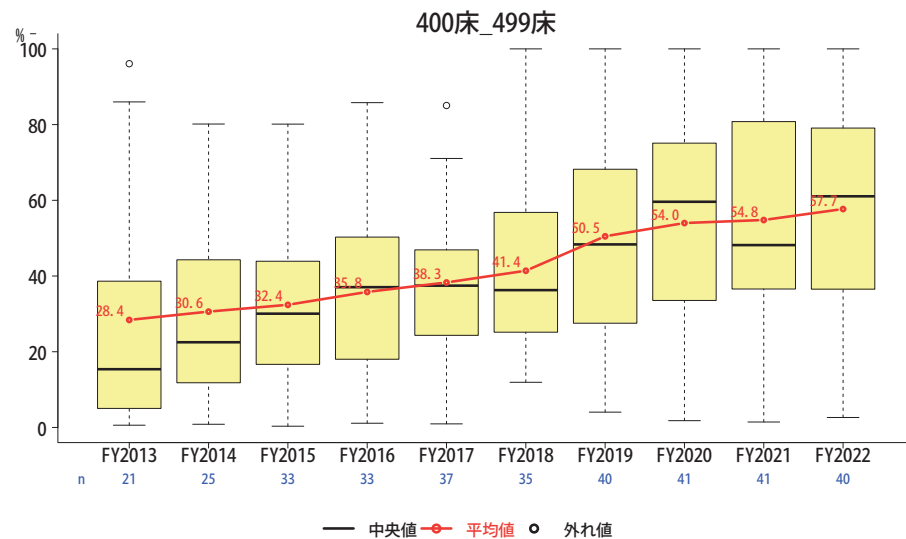
### 一般-15 特定術式における術後24時間\*以内の予防的抗菌薬投与停止率

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



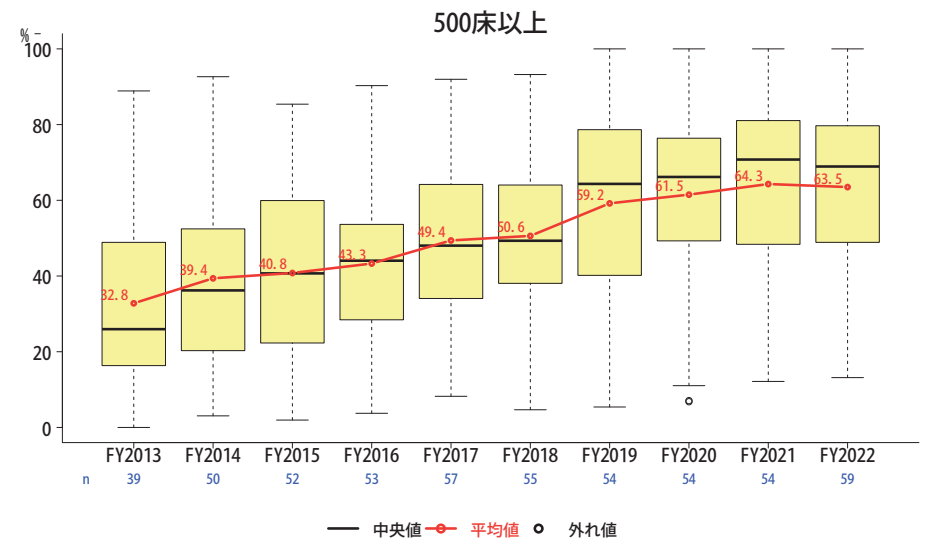
### 一般-15 特定術式における術後24時間\*以内の予防的抗菌薬投与停止率

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



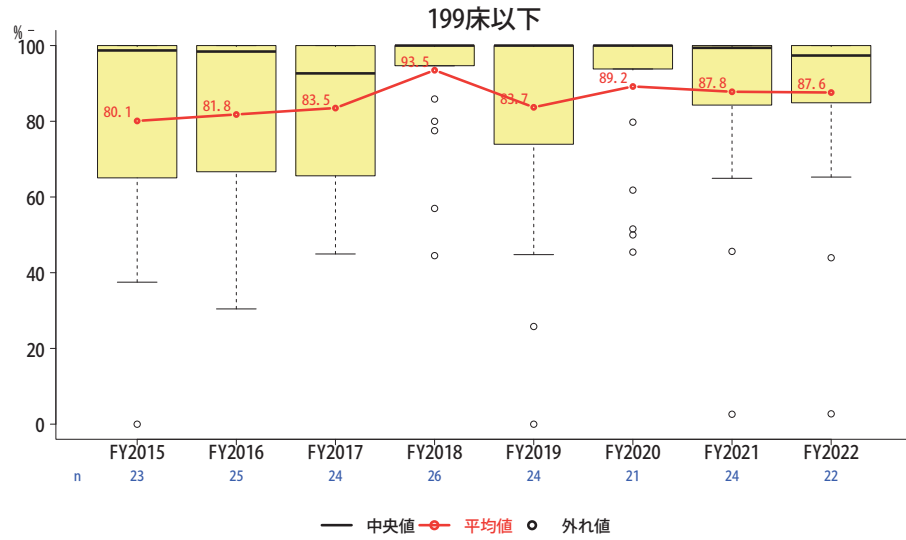
### 一般-15 特定術式における術後24時間\*以内の予防的抗菌薬投与停止率

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



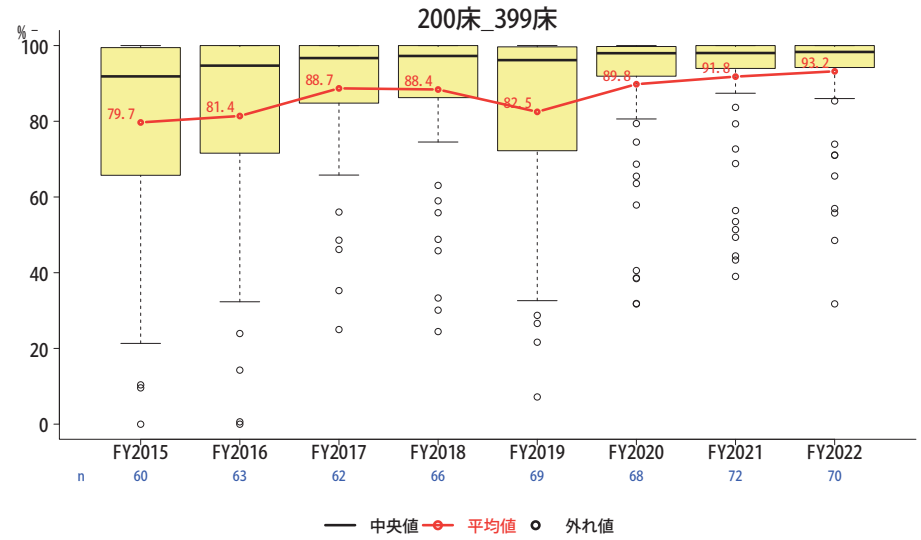
### 一般-16 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

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



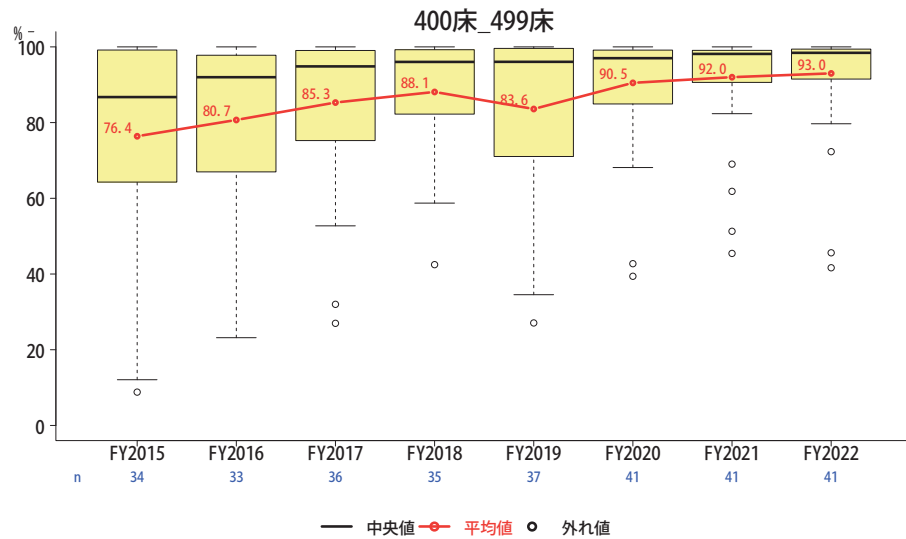
### 一般-16 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

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



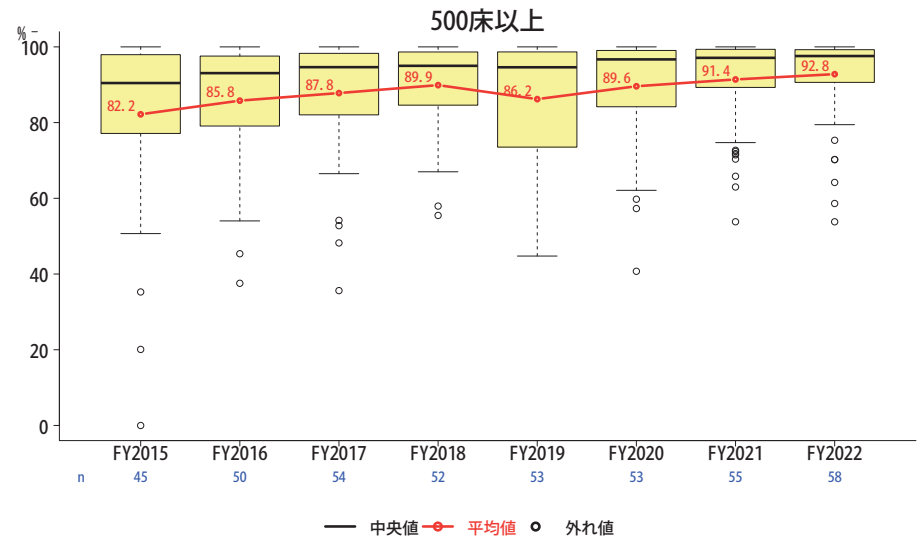
### 一般-16 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

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



### 一般-16 特定術式における適切な予防的抗菌薬選択率

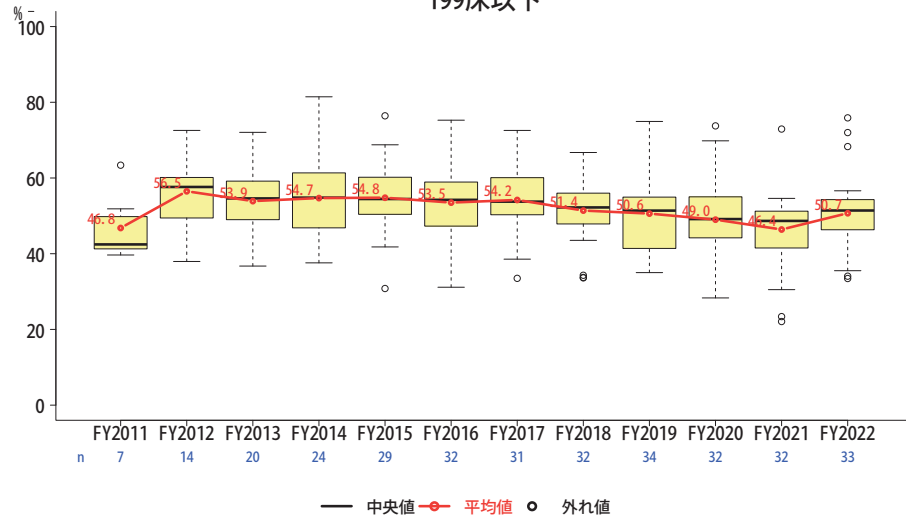
分子:術式ごとに適切な予防的抗菌薬が選択された手術件数  
分母:特定術式の手術件数



### 一般-17 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

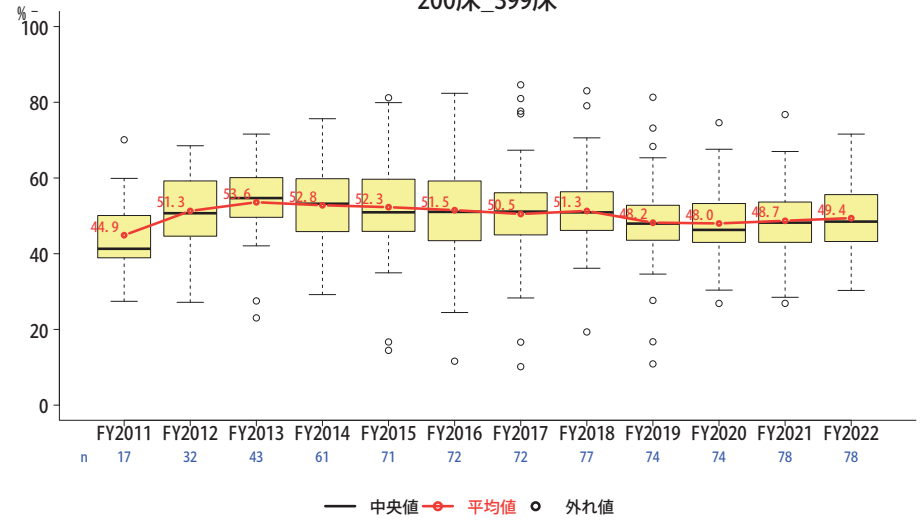
199床以下



### 一般-17 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

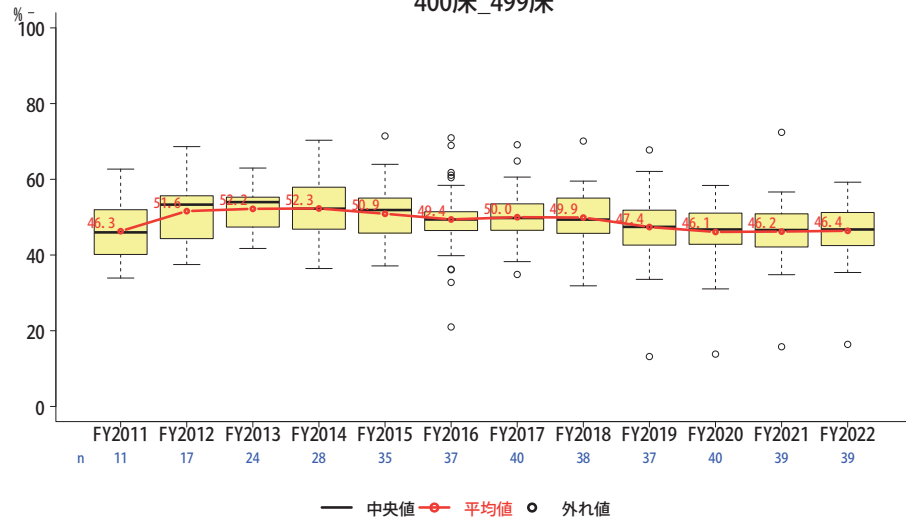
200床\_399床



### 一般-17 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

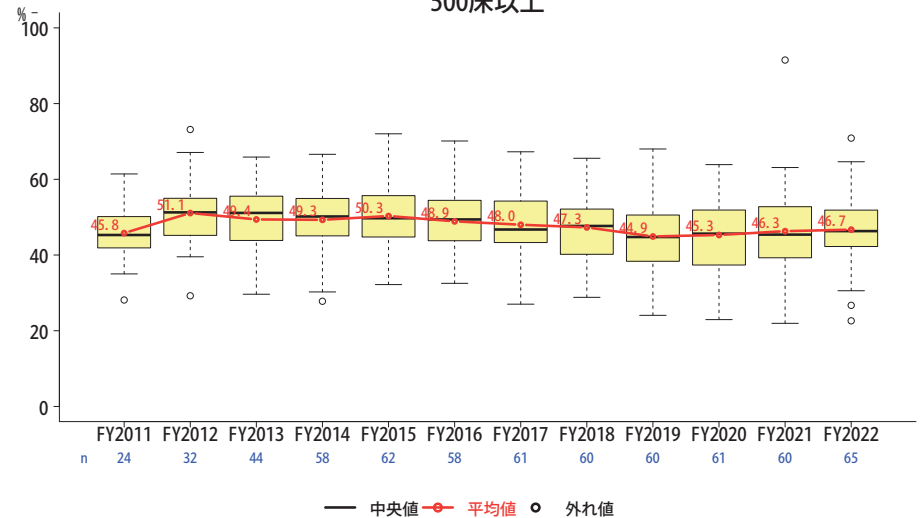
400床\_499床



### 一般-17 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

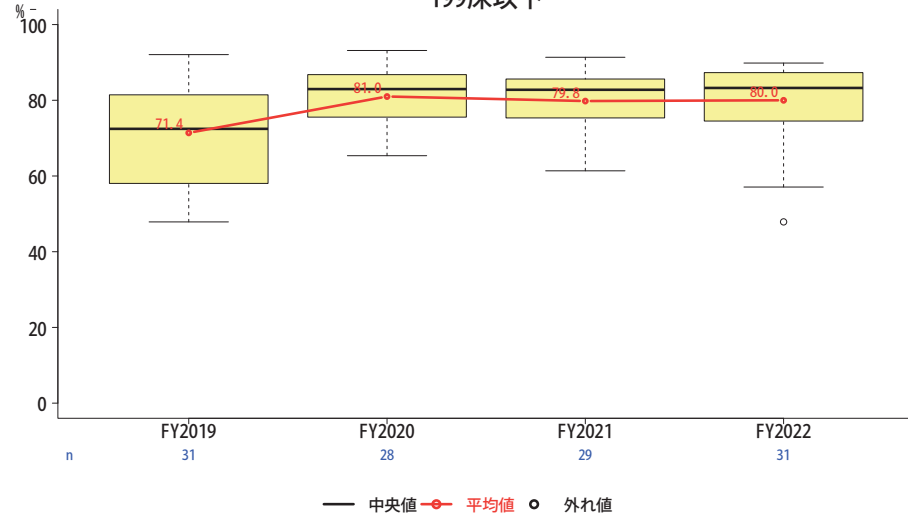
500床以上



### 一般-18 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

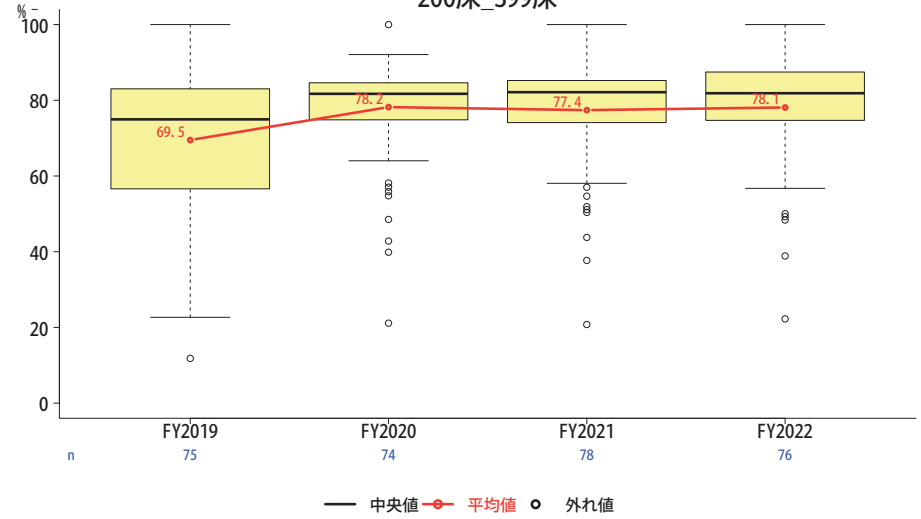
199床以下



### 一般-18 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

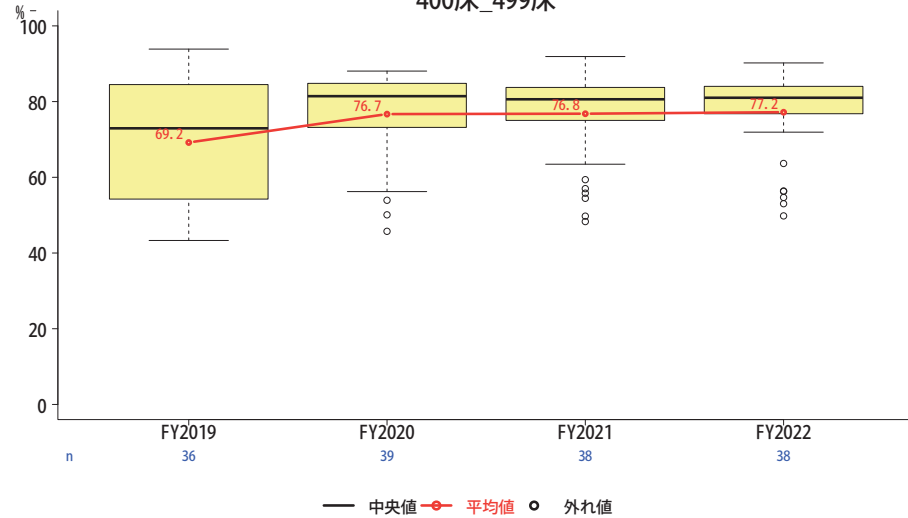
200床\_399床



### 一般-18 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

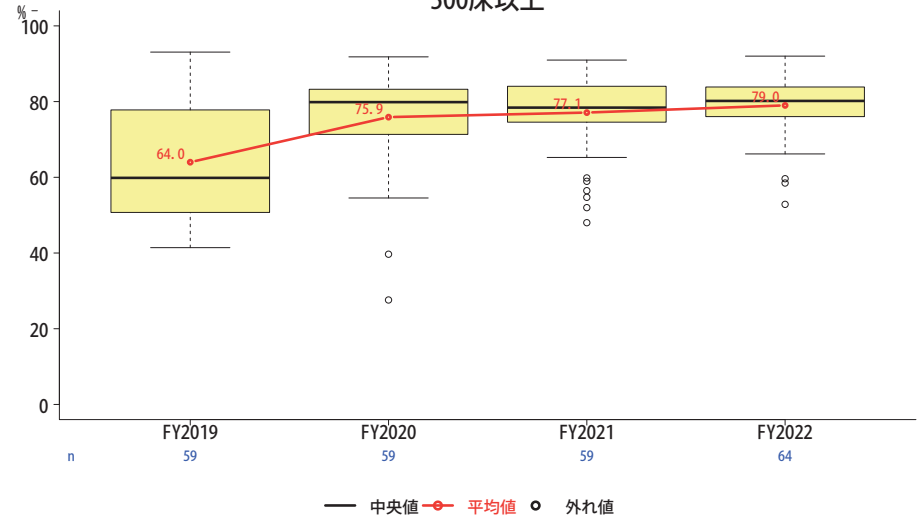
400床\_499床



### 一般-18 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

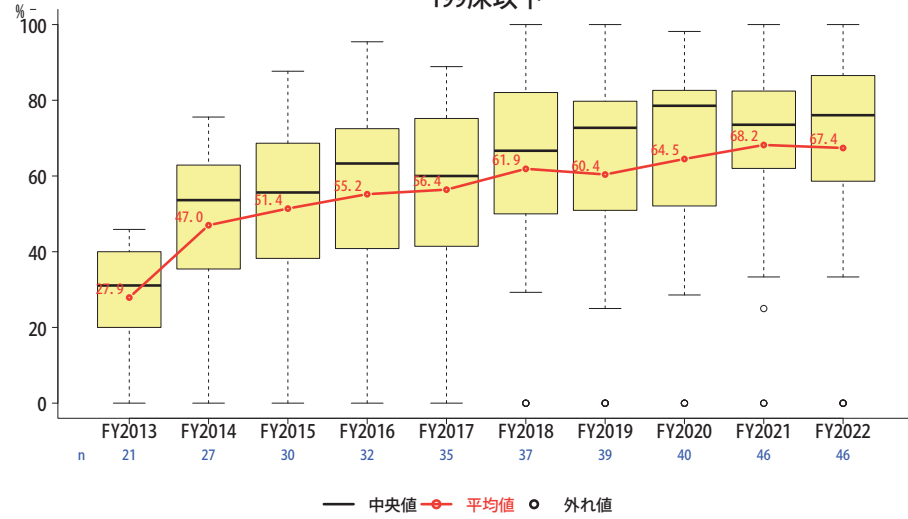
500床以上



### 一般-19 脳梗塞(TIA含む)患者のうち入院2日目までの抗血栓・抗凝固療法処方割合

分子:入院2日目までに抗血栓療法もしくは抗凝固療法を受けた患者数  
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

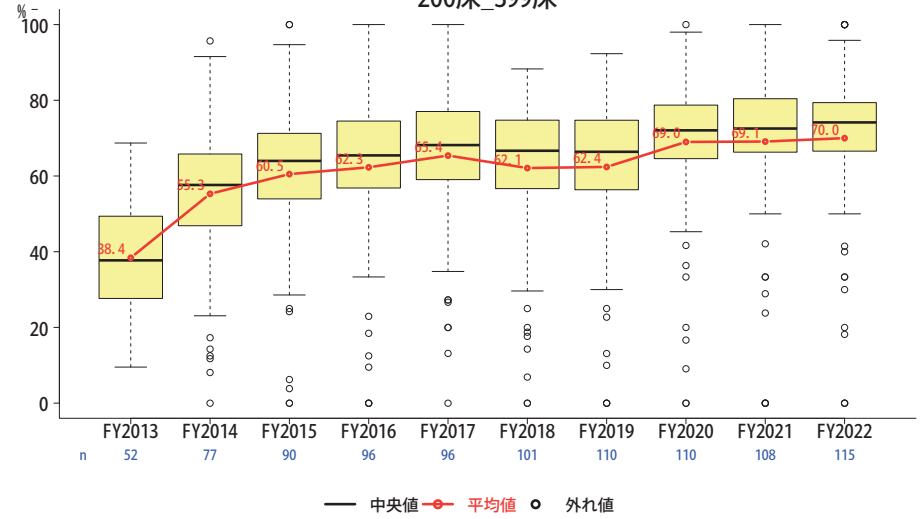
#### 199床以下



### 一般-19 脳梗塞(TIA含む)患者のうち入院2日目までの抗血栓・抗凝固療法処方割合

分子:入院2日目までに抗血栓療法もしくは抗凝固療法を受けた患者数  
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

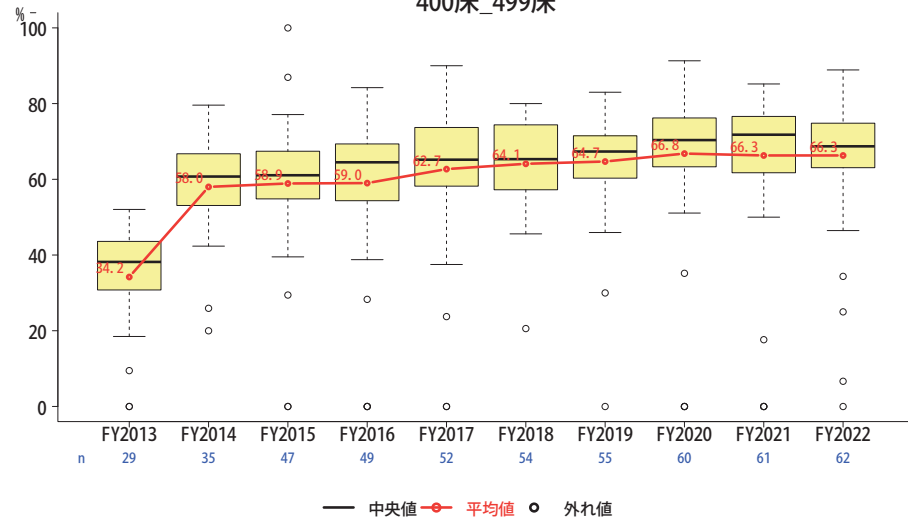
#### 200床\_399床



### 一般-19 脳梗塞(TIA含む)患者のうち入院2日目までの抗血栓・抗凝固療法処方割合

分子:入院2日目までに抗血栓療法もしくは抗凝固療法を受けた患者数  
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

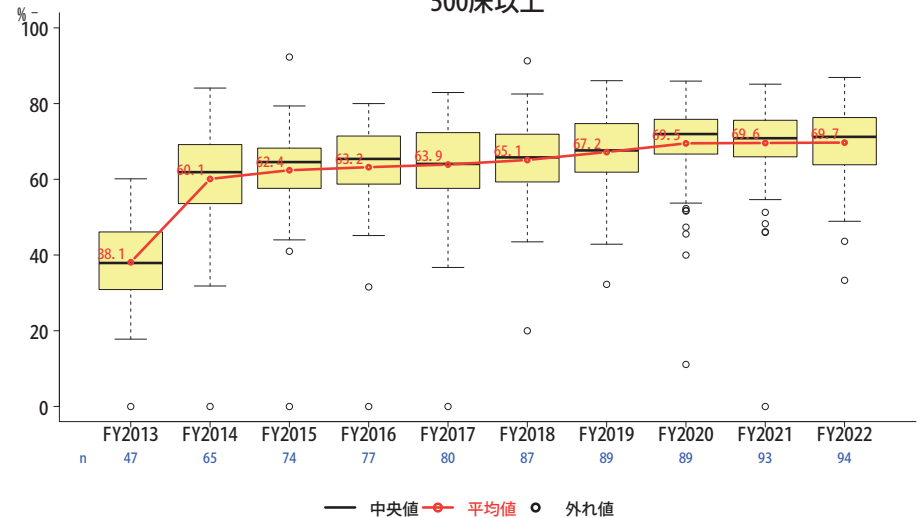
#### 400床\_499床



### 一般-19 脳梗塞(TIA含む)患者のうち入院2日目までの抗血栓・抗凝固療法処方割合

分子:入院2日目までに抗血栓療法もしくは抗凝固療法を受けた患者数  
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

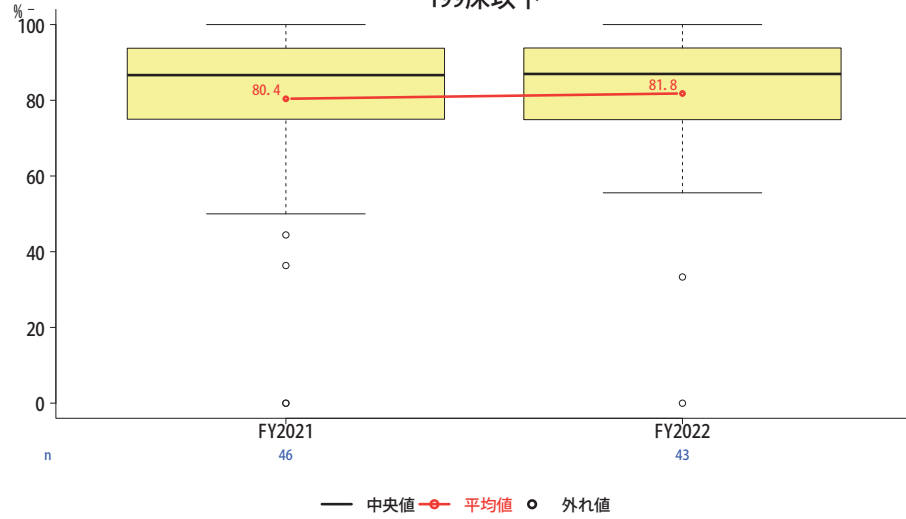
#### 500床以上



### 一般-21 脳梗塞(TIA含む)患者への抗血小板薬処方割合

分子:抗血小板薬を処方された患者数  
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

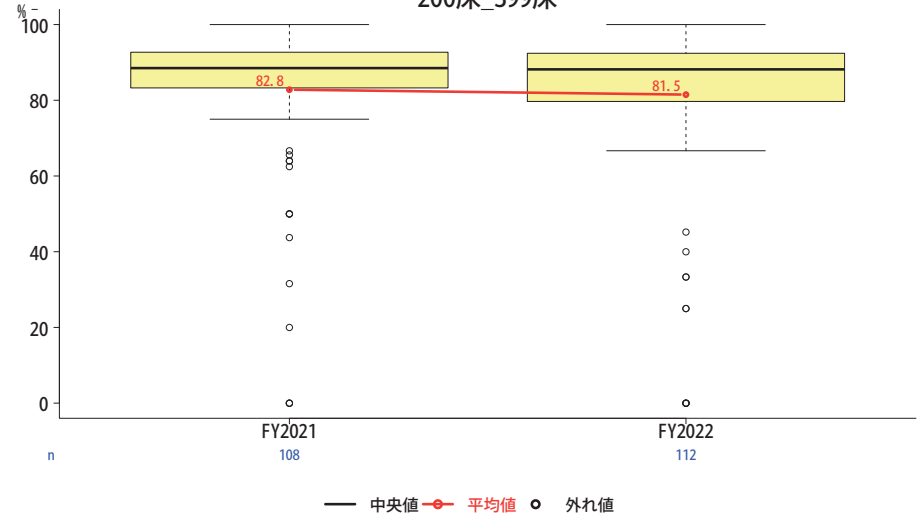
199床以下



### 一般-21 脳梗塞(TIA含む)患者への抗血小板薬処方割合

分子:抗血小板薬を処方された患者数  
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

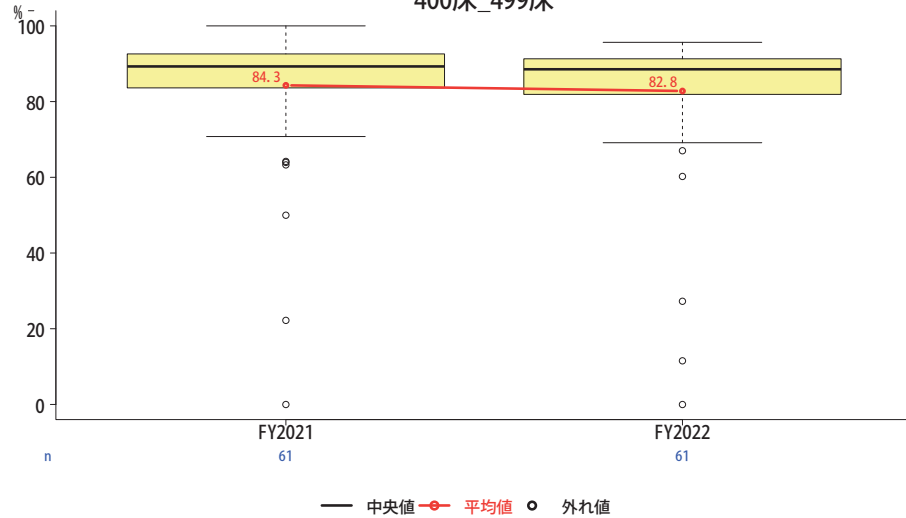
200床\_399床



### 一般-21 脳梗塞(TIA含む)患者への抗血小板薬処方割合

分子:抗血小板薬を処方された患者数  
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

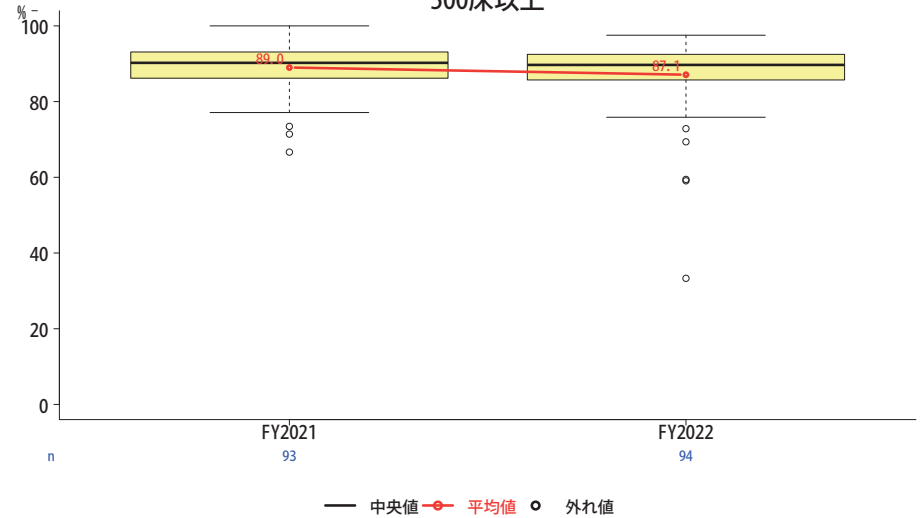
400床\_499床



### 一般-21 脳梗塞(TIA含む)患者への抗血小板薬処方割合

分子:抗血小板薬を処方された患者数  
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断された入院患者数

500床以上

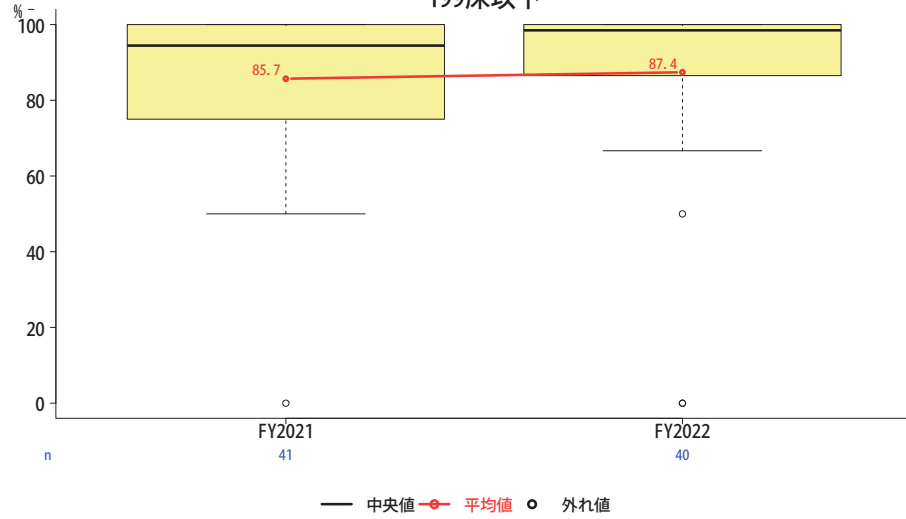




### 一般-23 心房細動を合併する脳梗塞(TIA含む)患者における抗凝固薬処方割合

分子:抗凝固薬を処方された患者数  
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断され、かつ心房細動と診断された入院患者数

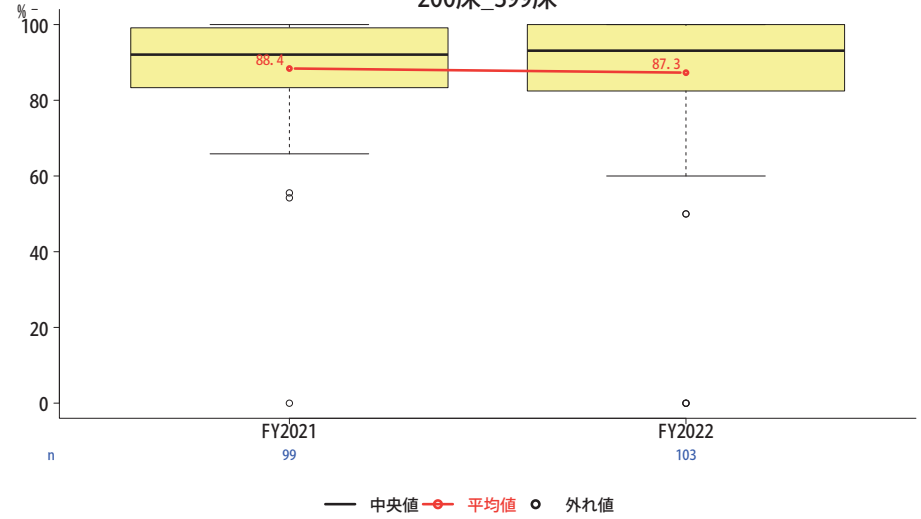
199床以下



### 一般-23 心房細動を合併する脳梗塞(TIA含む)患者における抗凝固薬処方割合

分子:抗凝固薬を処方された患者数  
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断され、かつ心房細動と診断された入院患者数

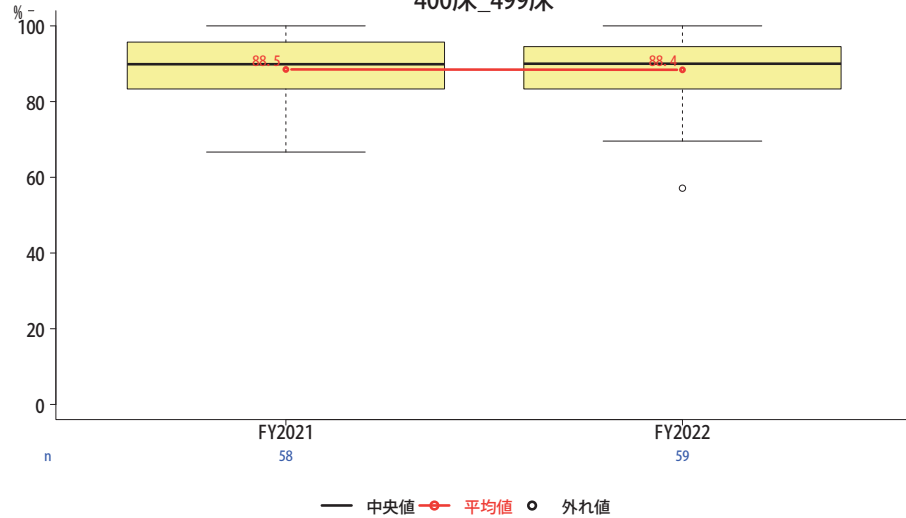
200床\_399床



### 一般-23 心房細動を合併する脳梗塞(TIA含む)患者における抗凝固薬処方割合

分子:抗凝固薬を処方された患者数  
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断され、かつ心房細動と診断された入院患者数

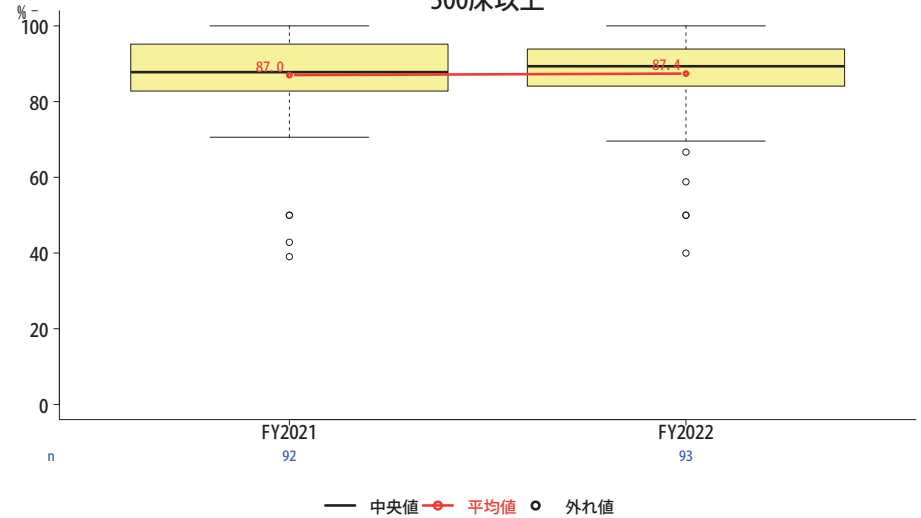
400床\_499床



### 一般-23 心房細動を合併する脳梗塞(TIA含む)患者における抗凝固薬処方割合

分子:抗凝固薬を処方された患者数  
分母:18歳以上の脳梗塞かTIAと診断され、かつ心房細動と診断された入院患者数

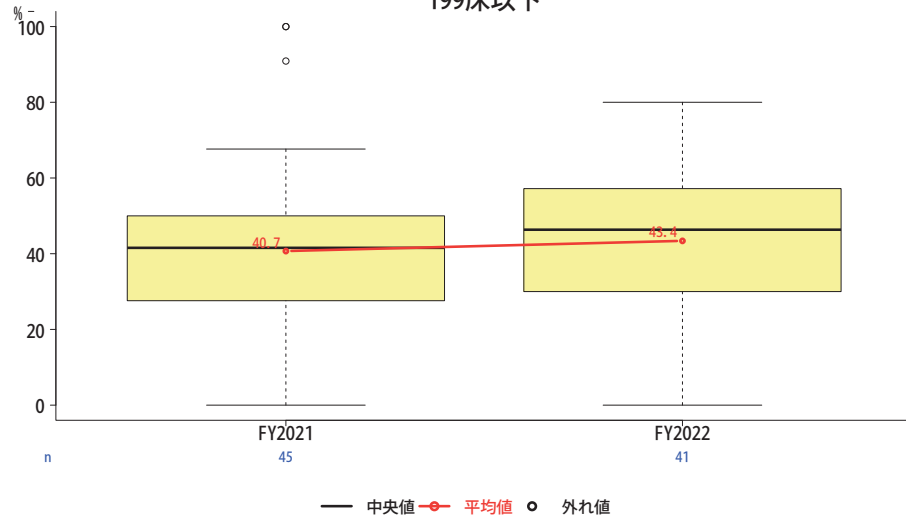
500床以上



### 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

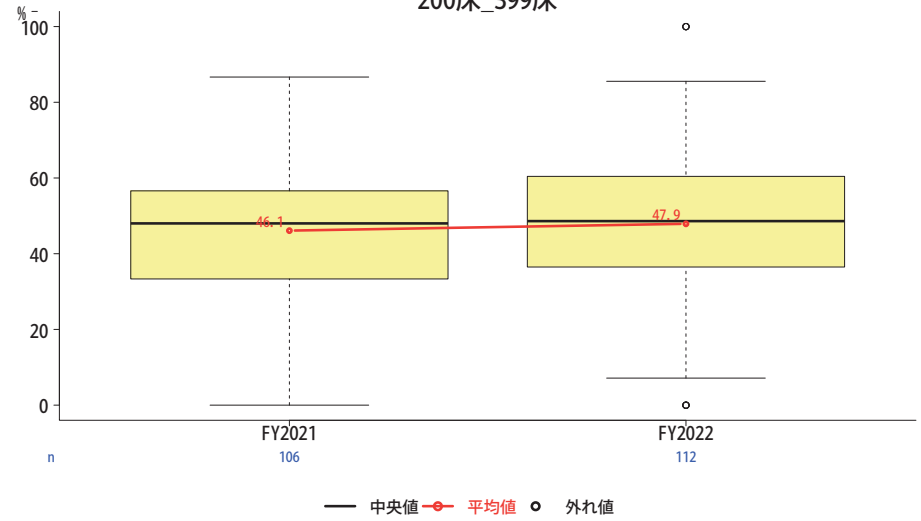
199床以下



### 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

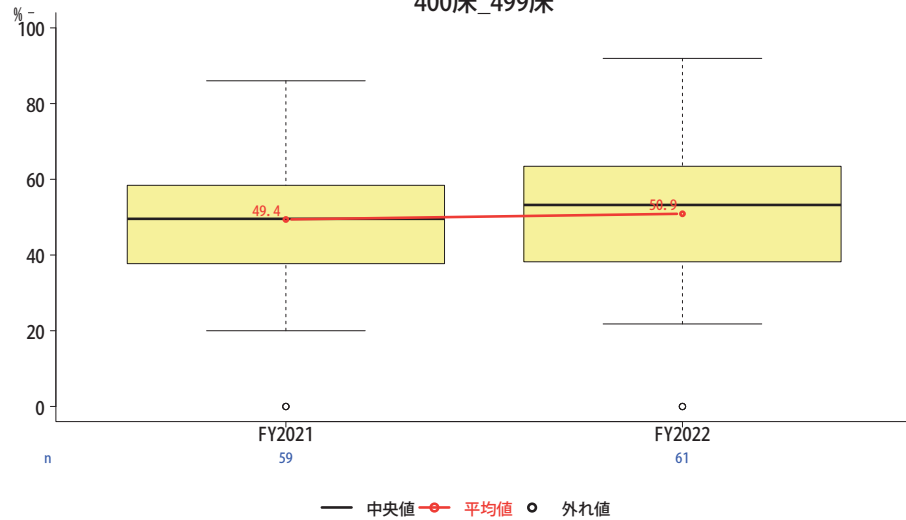
200床\_399床



### 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

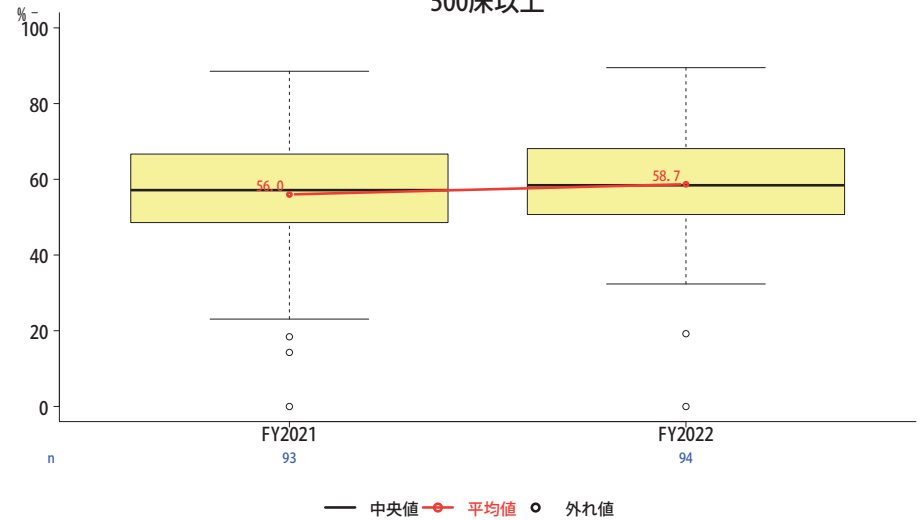
400床\_499床



### 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

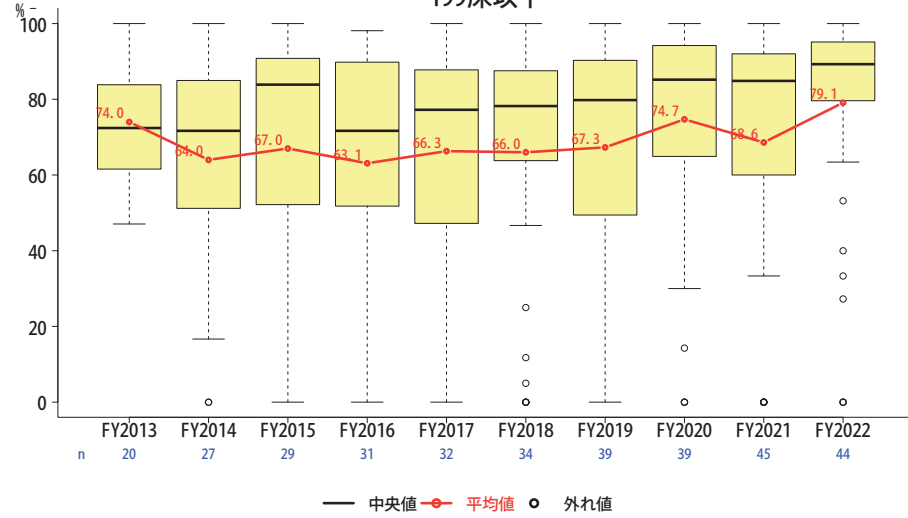
500床以上



### 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

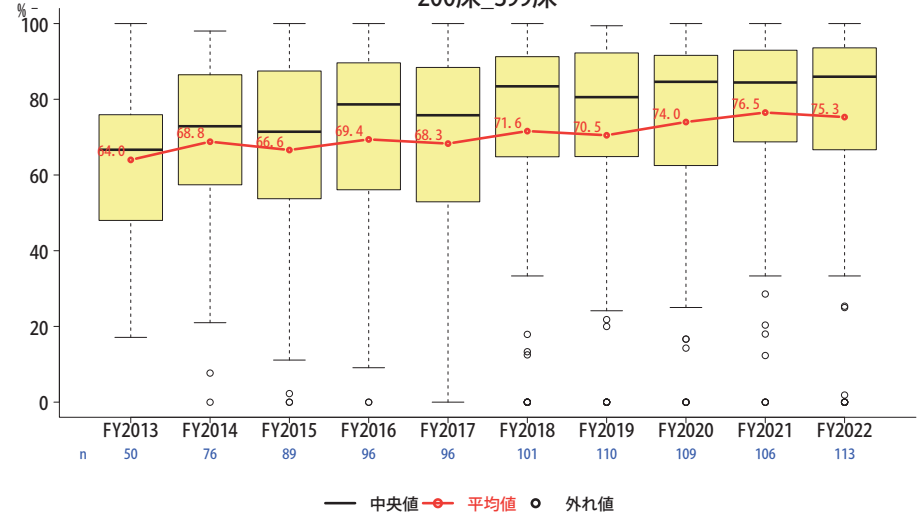
#### 199床以下



### 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

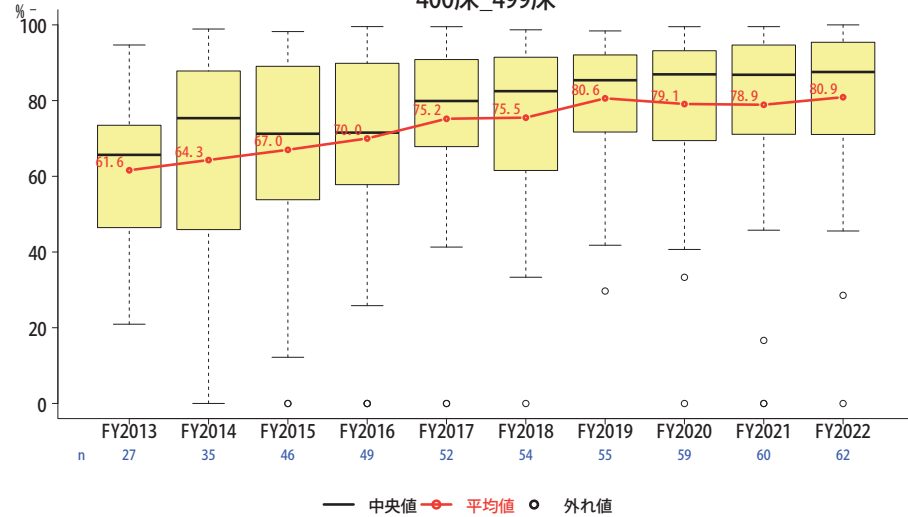
#### 200床\_399床



### 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

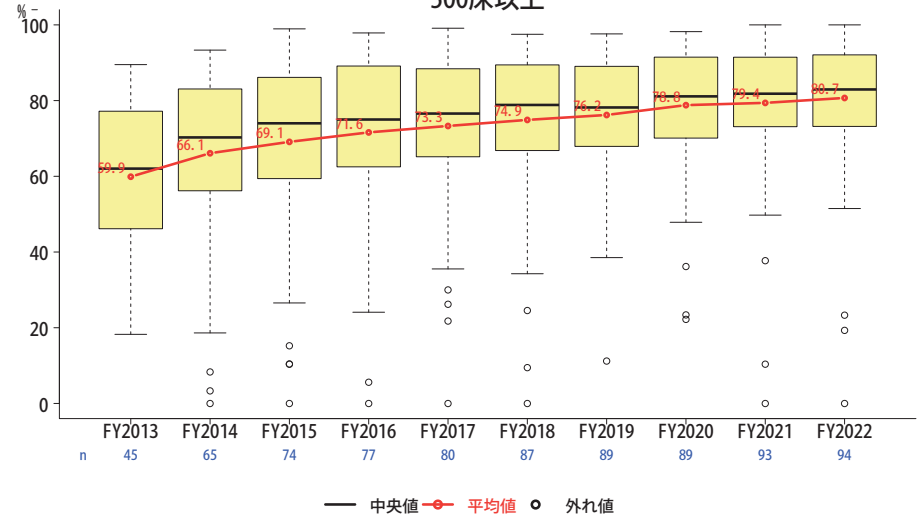
#### 400床\_499床



### 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

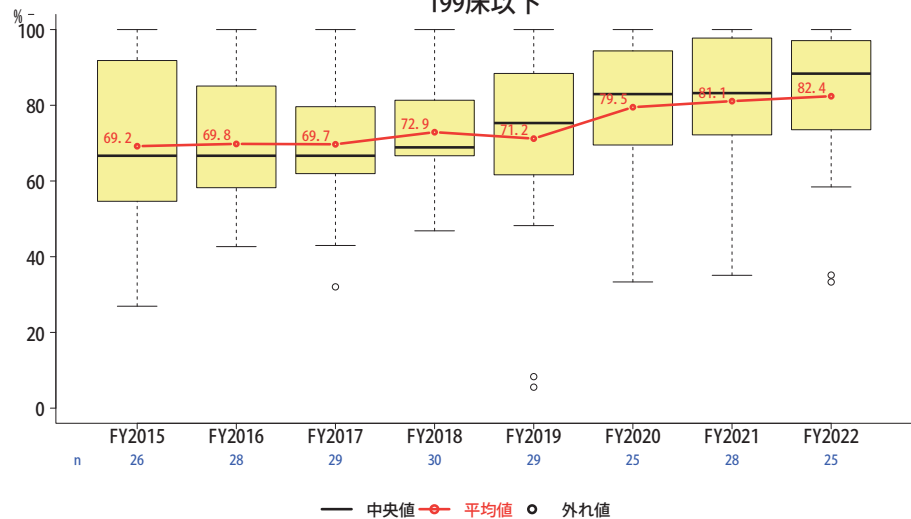
#### 500床以上



### 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

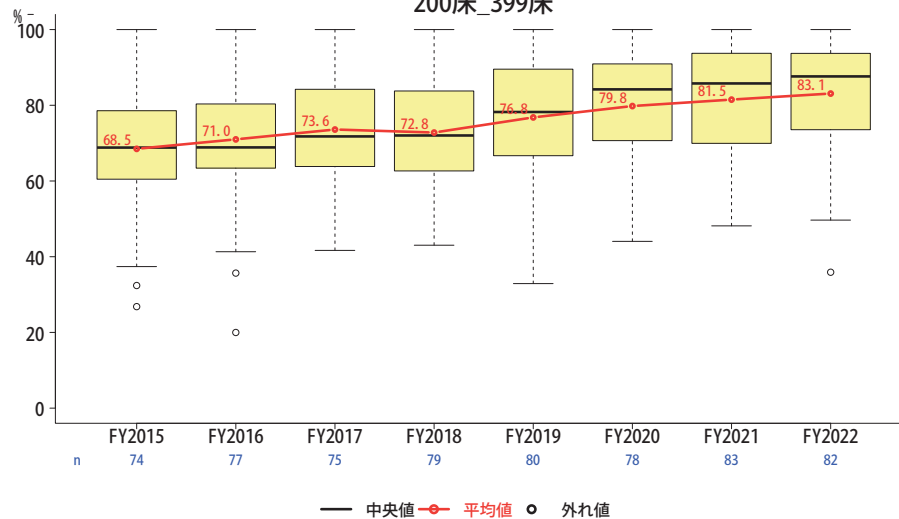
199床以下



### 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

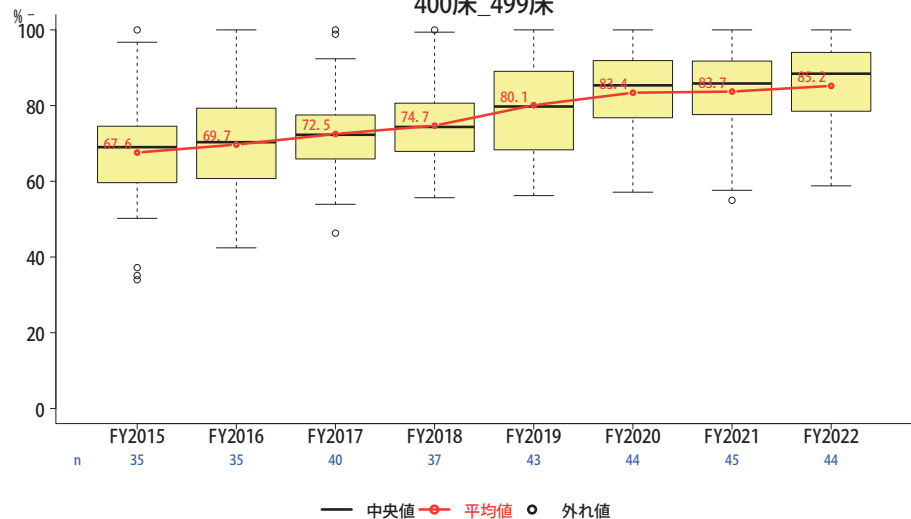
200床\_399床



### 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

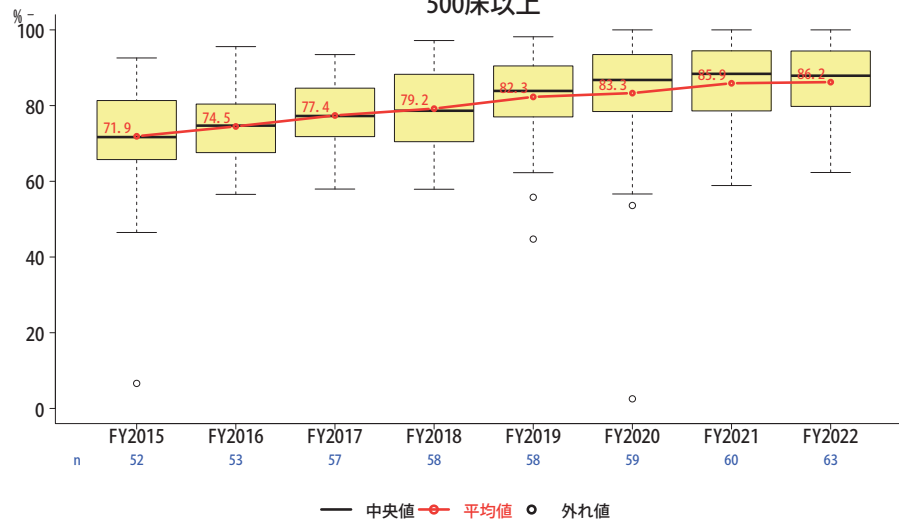
400床\_499床



### 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

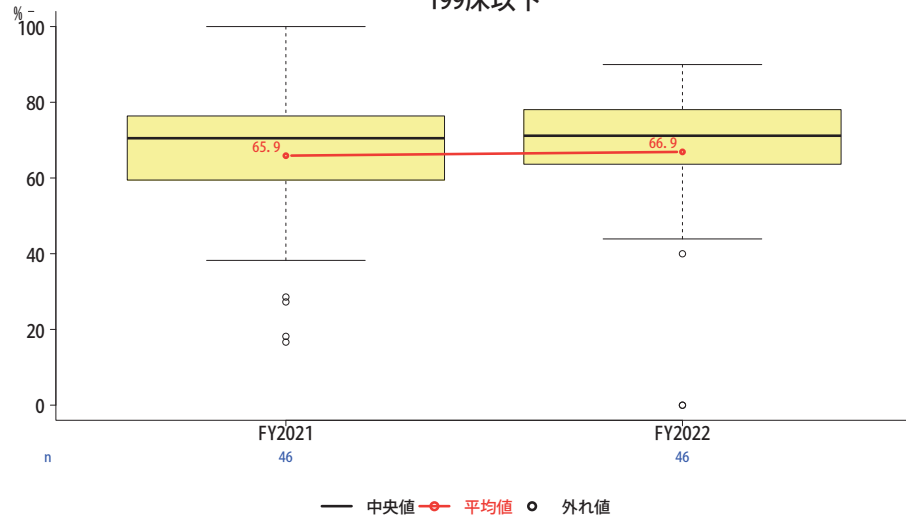
500床以上



一般-29 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

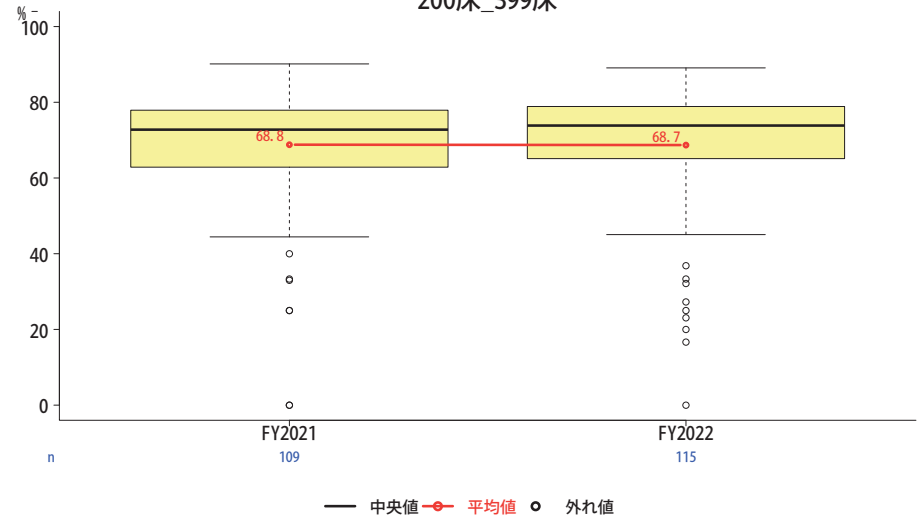
199床以下



一般-29 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

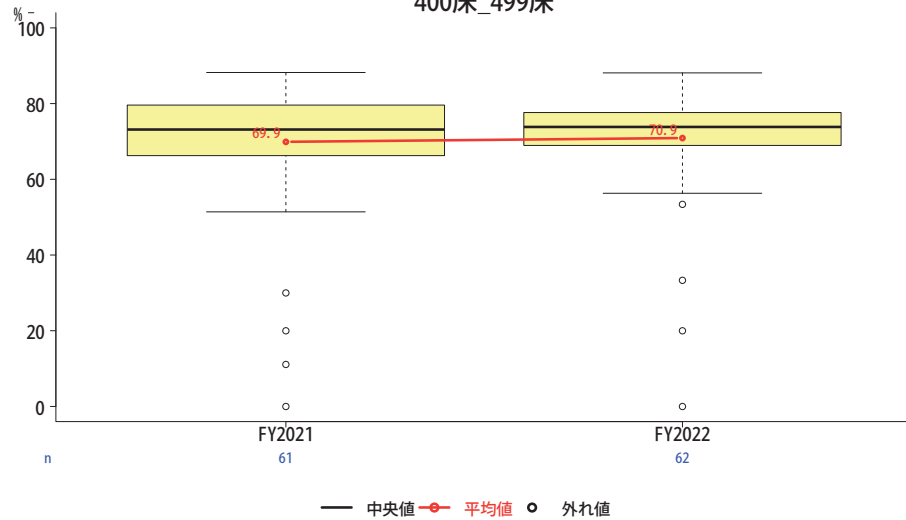
200床\_399床



一般-29 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

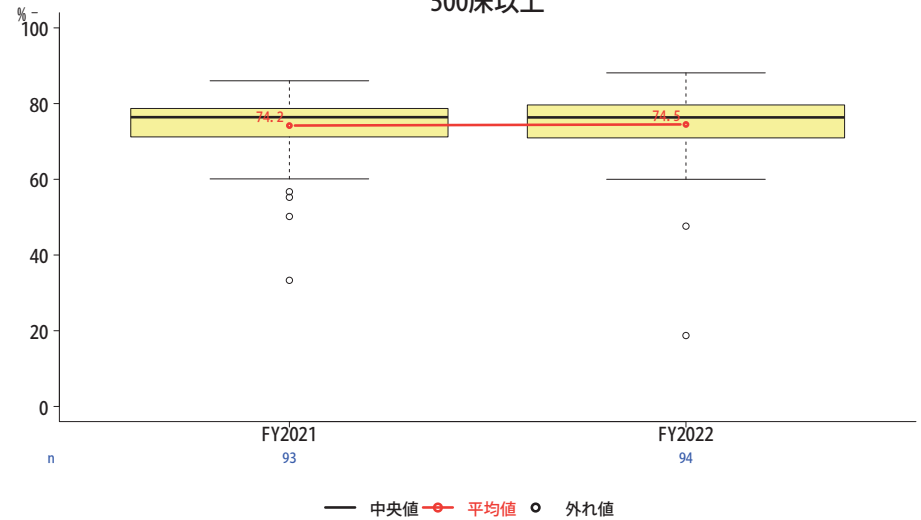
400床\_499床



一般-29 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

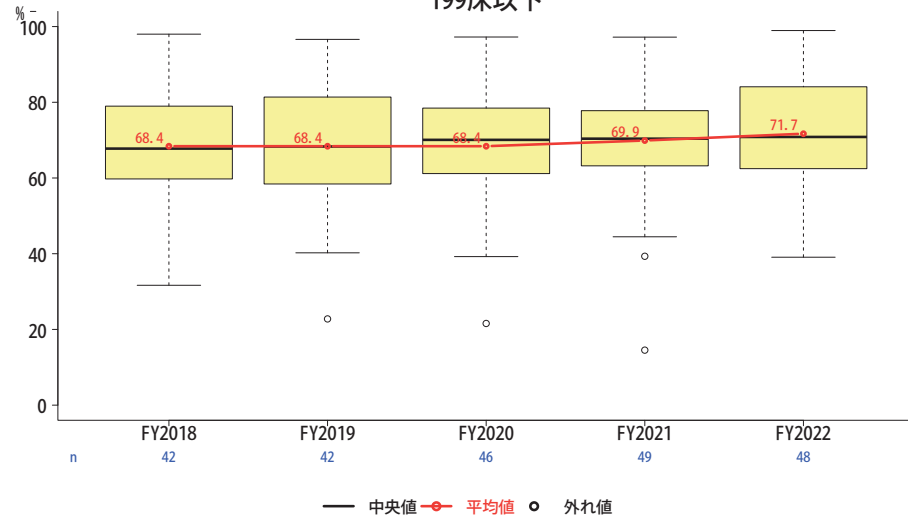
500床以上



### 一般-30 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率

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

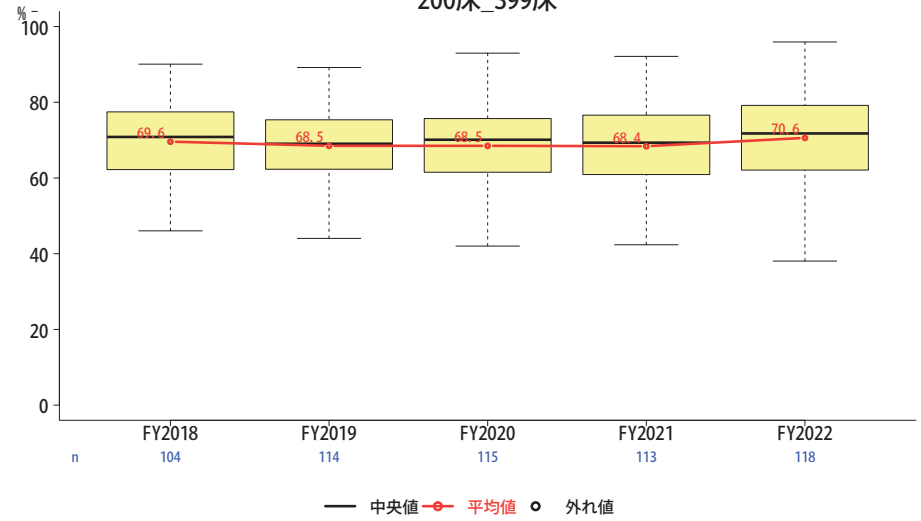
199床以下



### 一般-30 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率

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

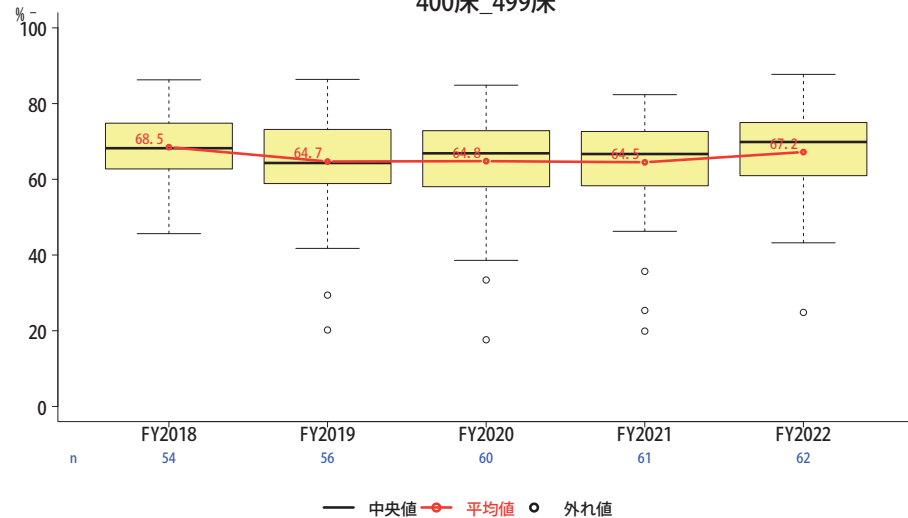
200床\_399床



### 一般-30 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率

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

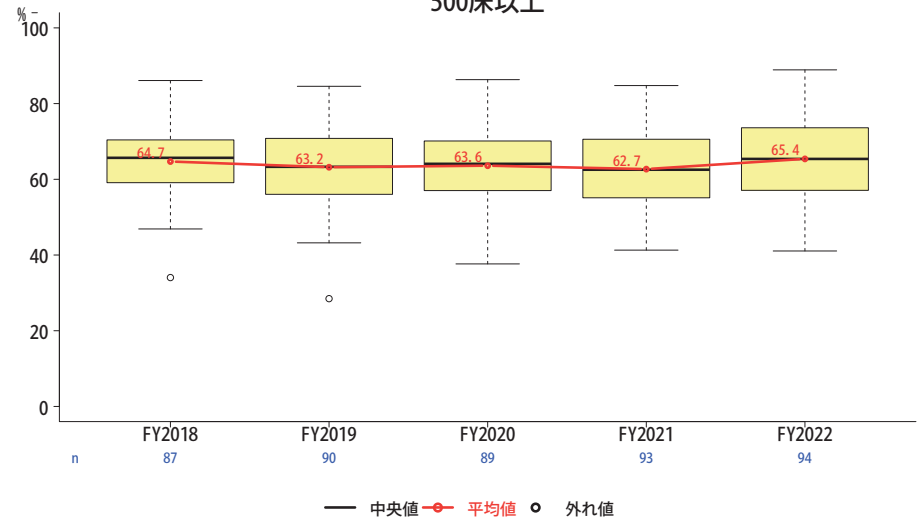
400床\_499床



### 一般-30 糖尿病・慢性腎臓病患者への栄養管理実施率

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

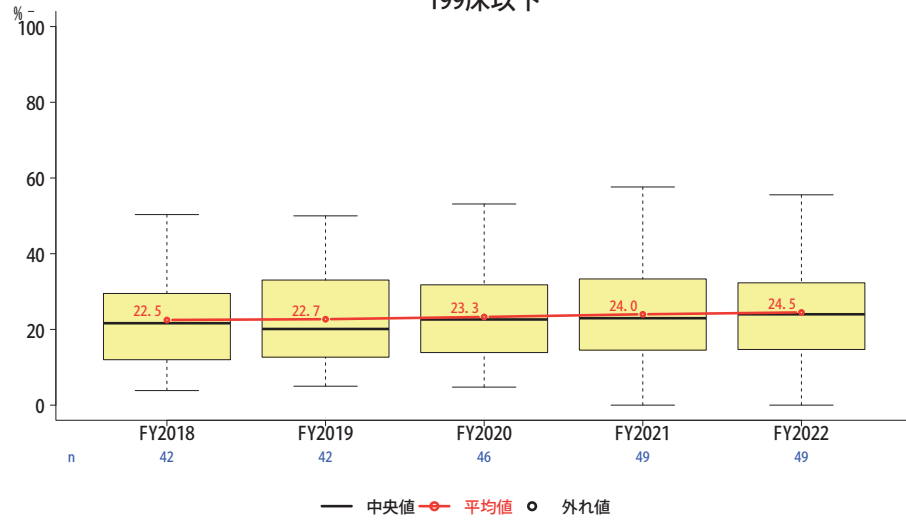
500床以上



### 一般-31 広域抗菌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

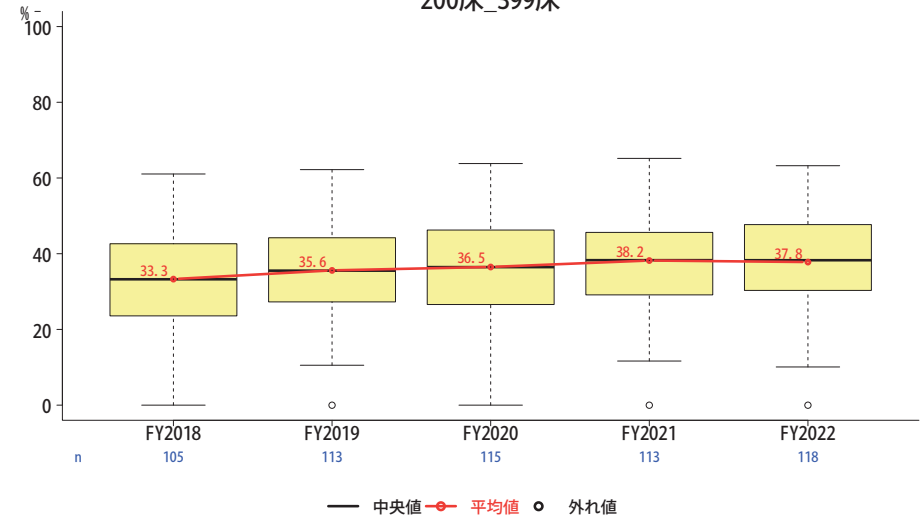
199床以下



### 一般-31 広域抗菌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

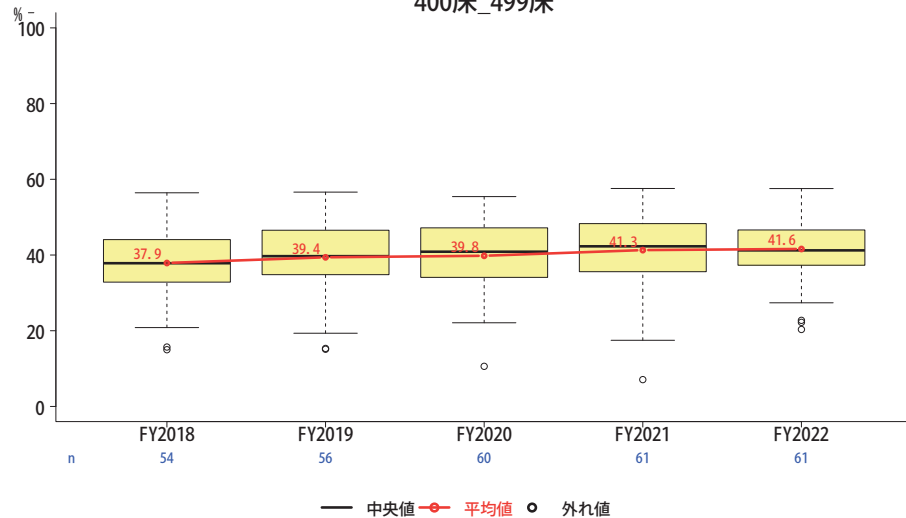
200床\_399床



### 一般-31 広域抗菌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

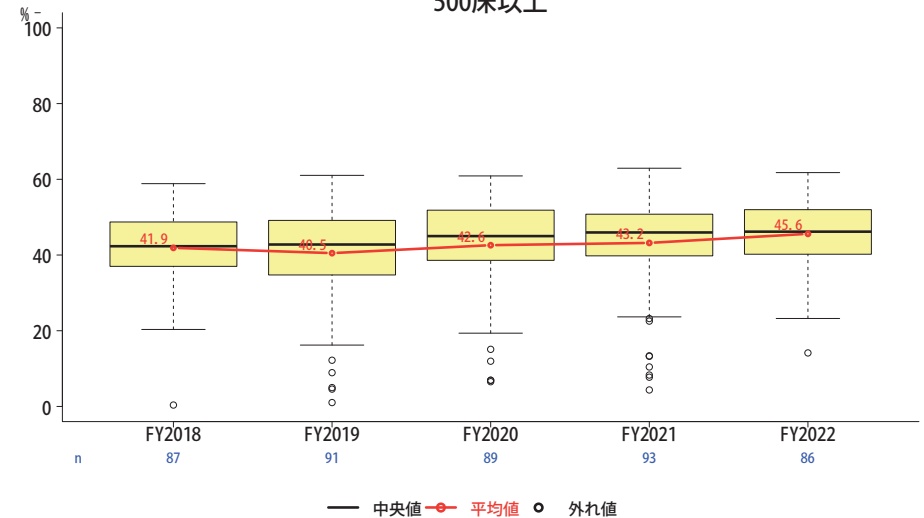
400床\_499床



### 一般-31 広域抗菌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

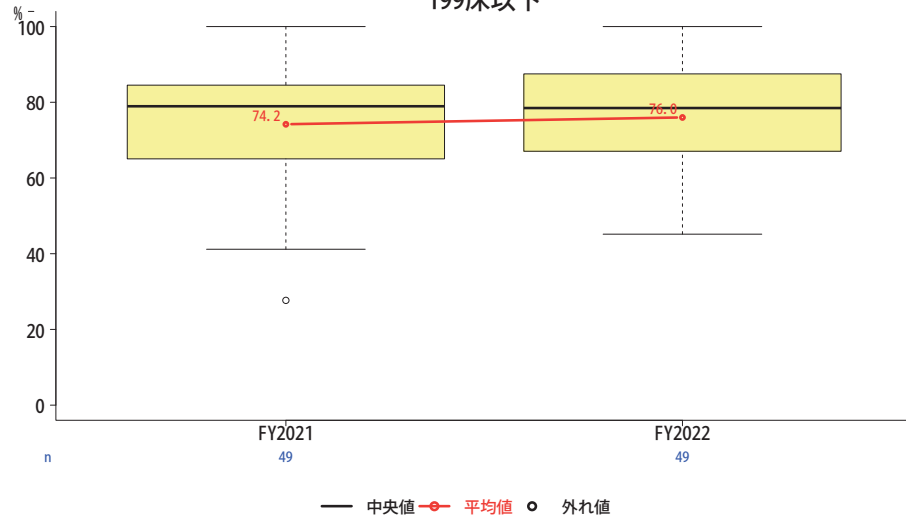
500床以上



### 一般-32 広域抗菌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

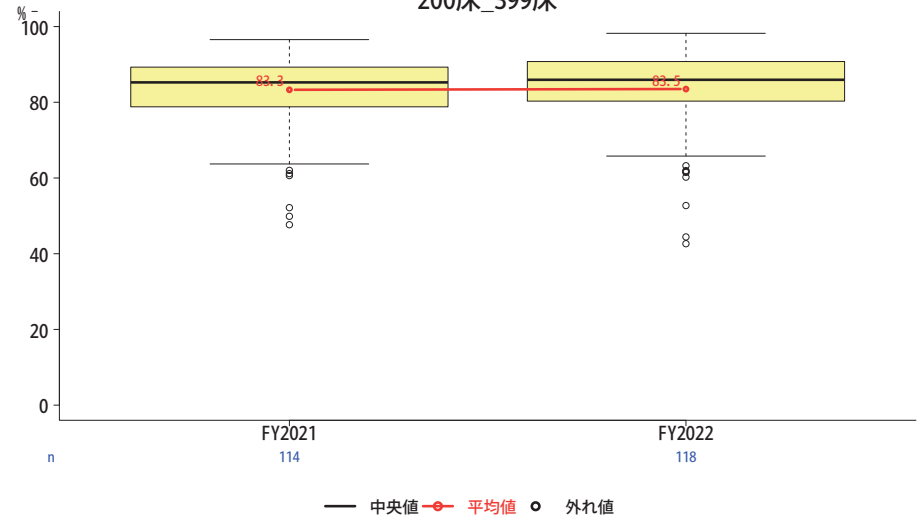
199床以下



### 一般-32 広域抗菌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

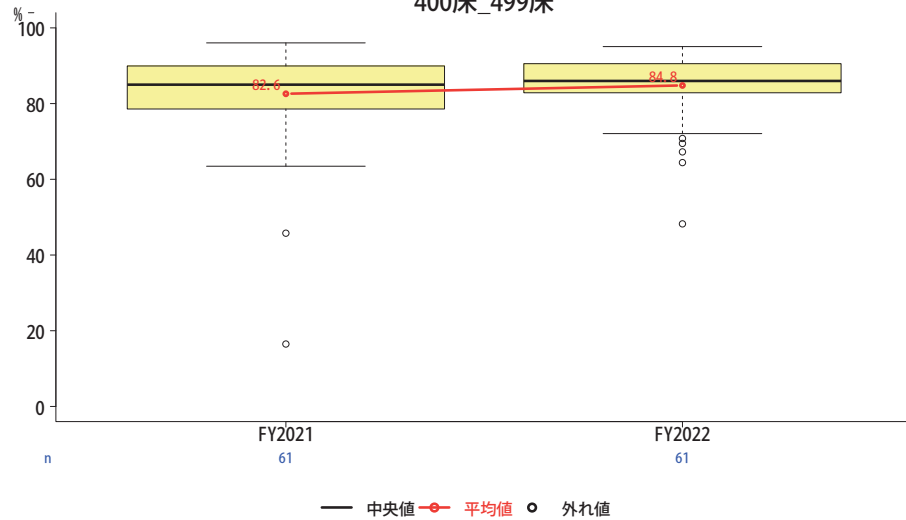
200床\_399床



### 一般-32 広域抗菌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

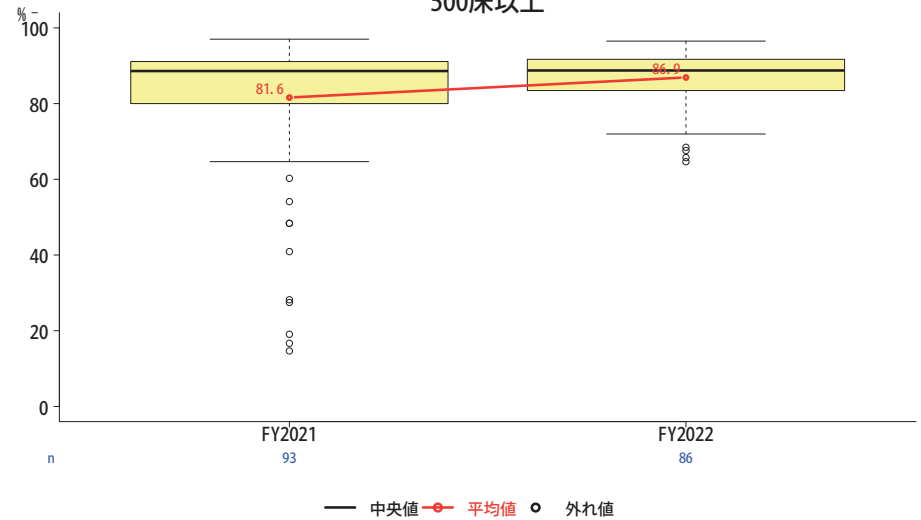
400床\_499床



### 一般-32 広域抗菌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

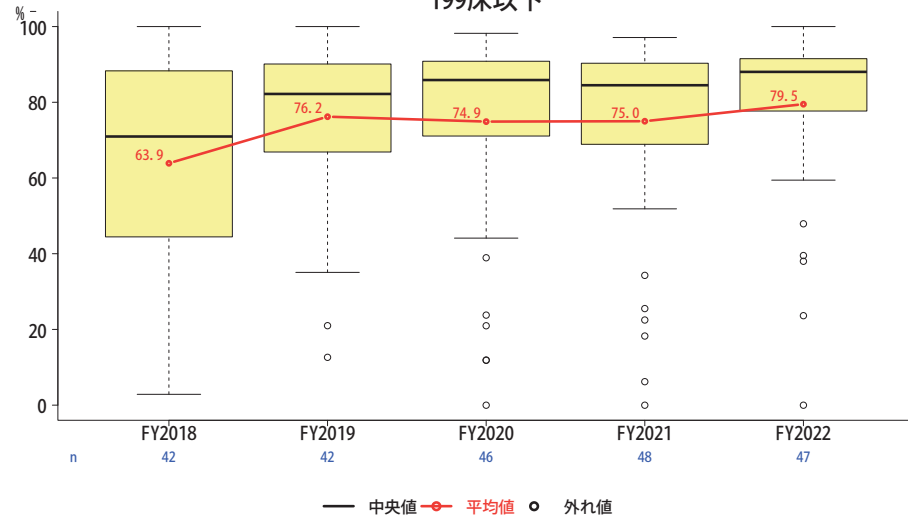




### 一般-33 血液培養実施時の2セット実施率

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

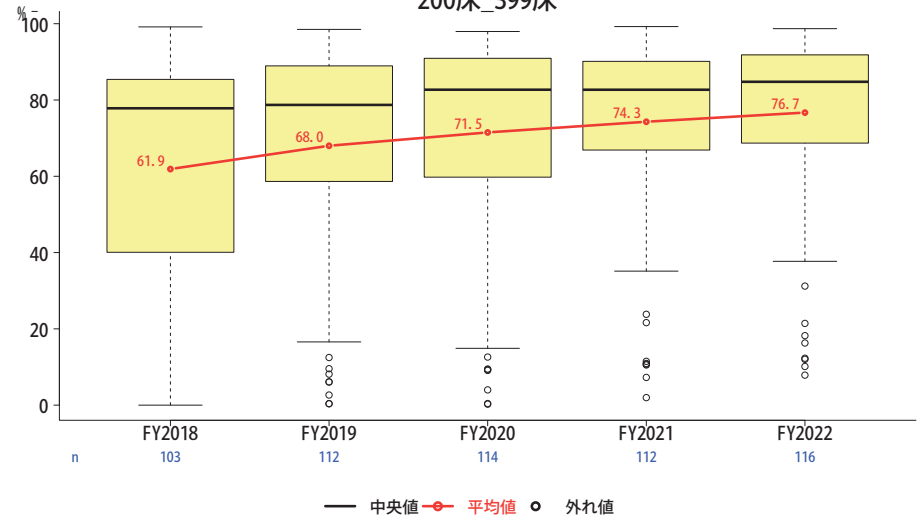
199床以下



### 一般-33 血液培養実施時の2セット実施率

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

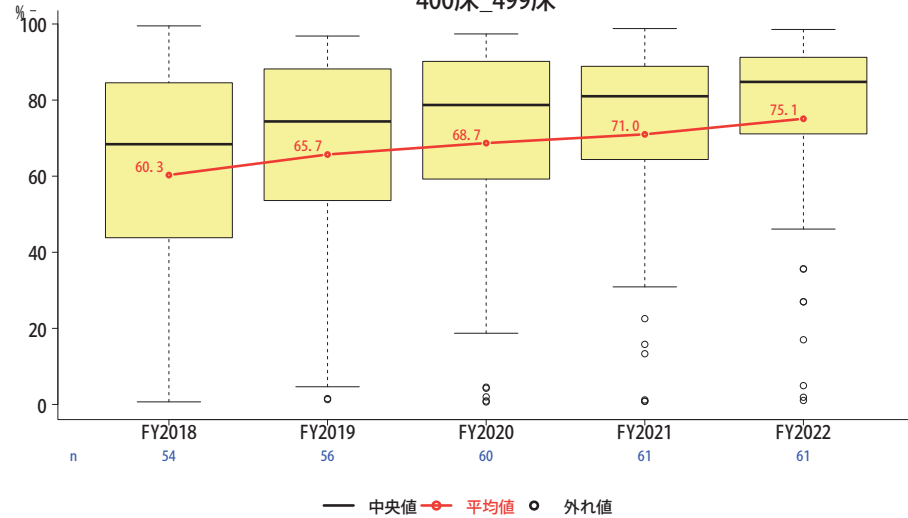
200床\_399床



### 一般-33 血液培養実施時の2セット実施率

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

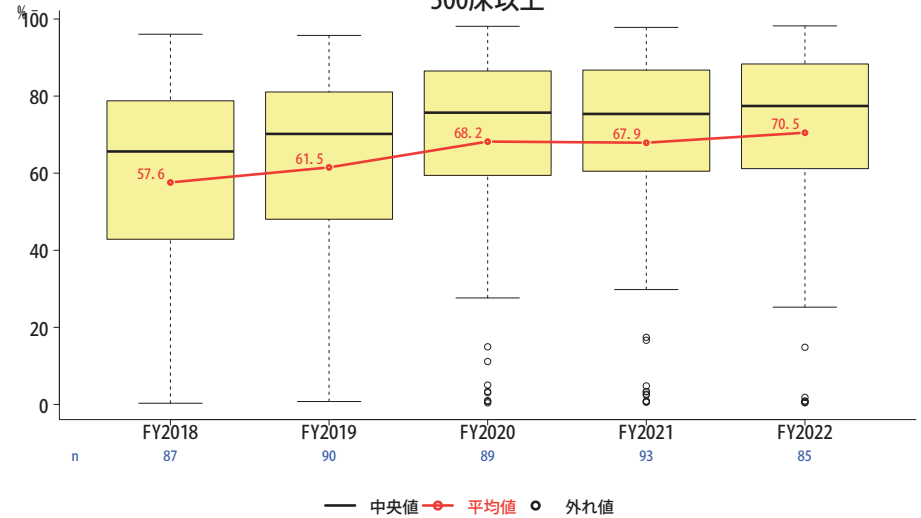
400床\_499床



### 一般-33 血液培養実施時の2セット実施率

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

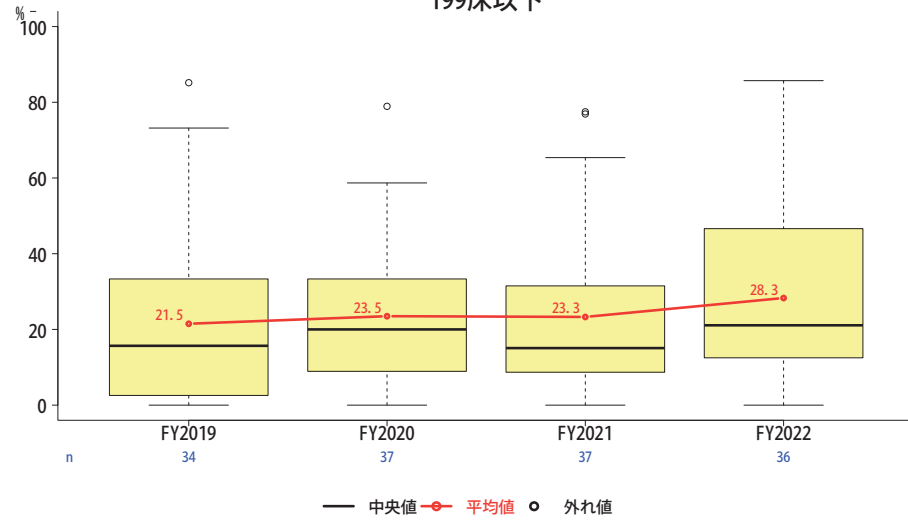
500床以上



### 一般-34 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

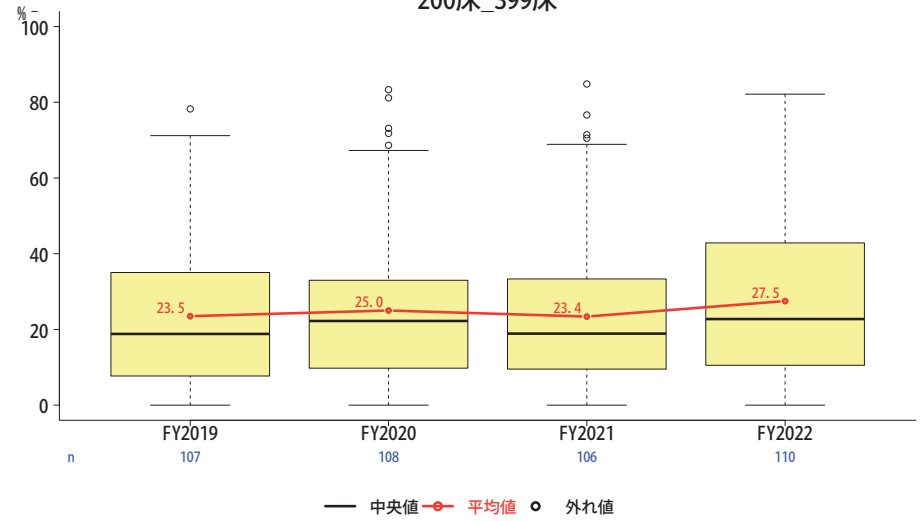
199床以下



### 一般-34 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

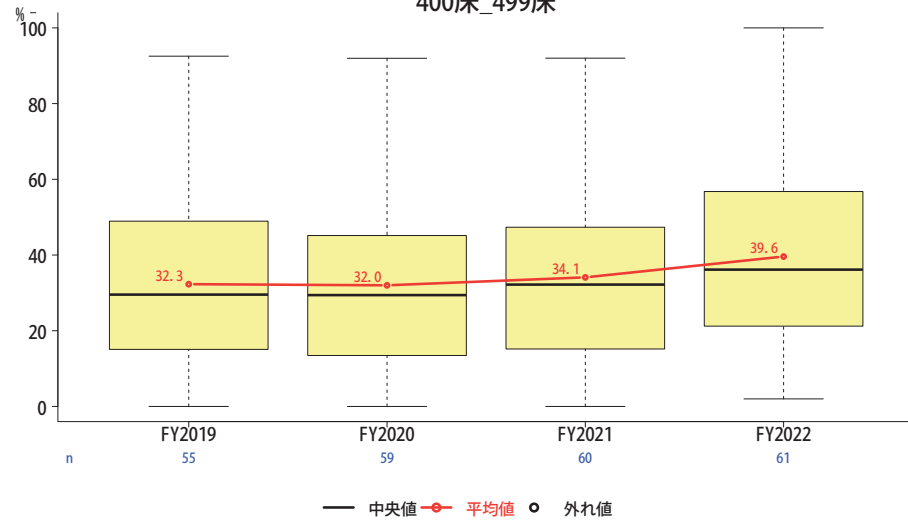
200床\_399床



### 一般-34 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

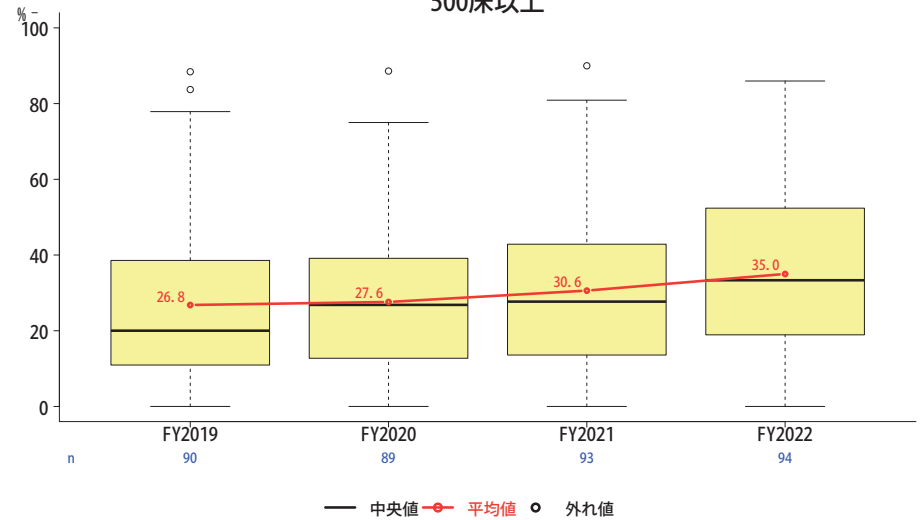
400床\_499床



### 一般-34 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

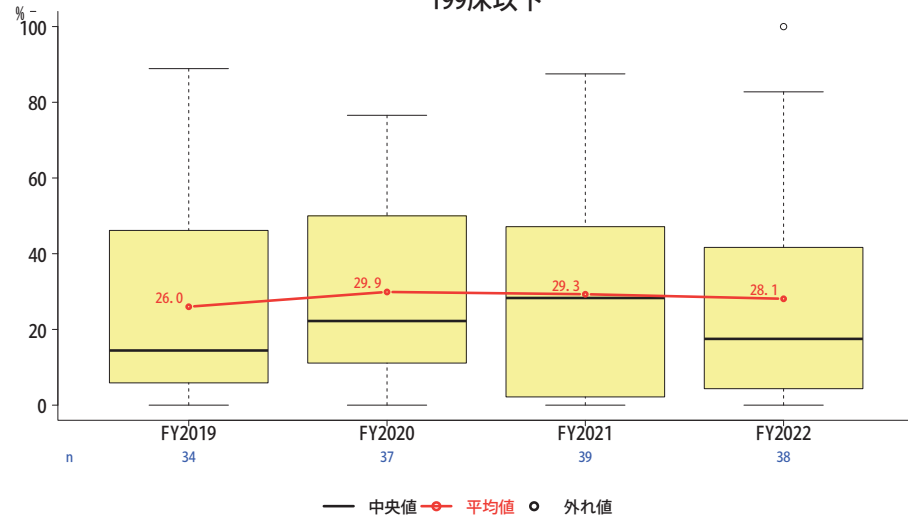
500床以上



### 一般-35 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

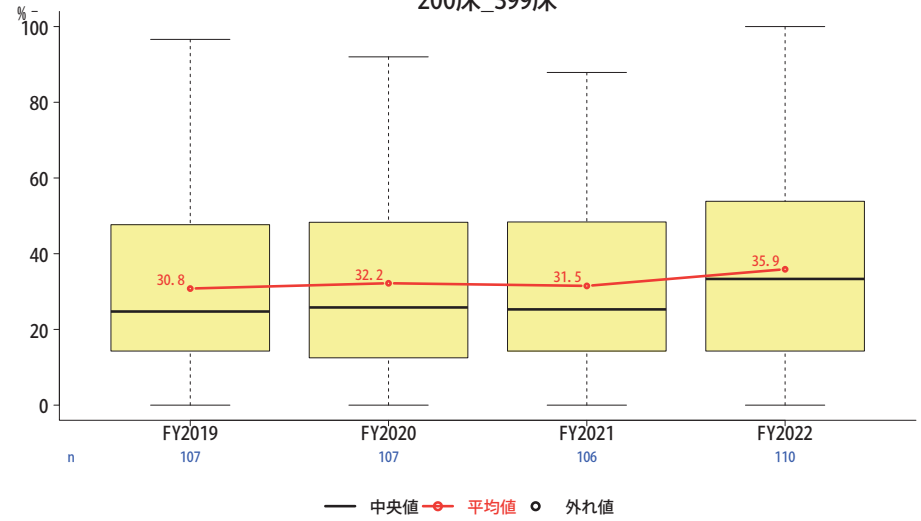
199床以下



### 一般-35 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

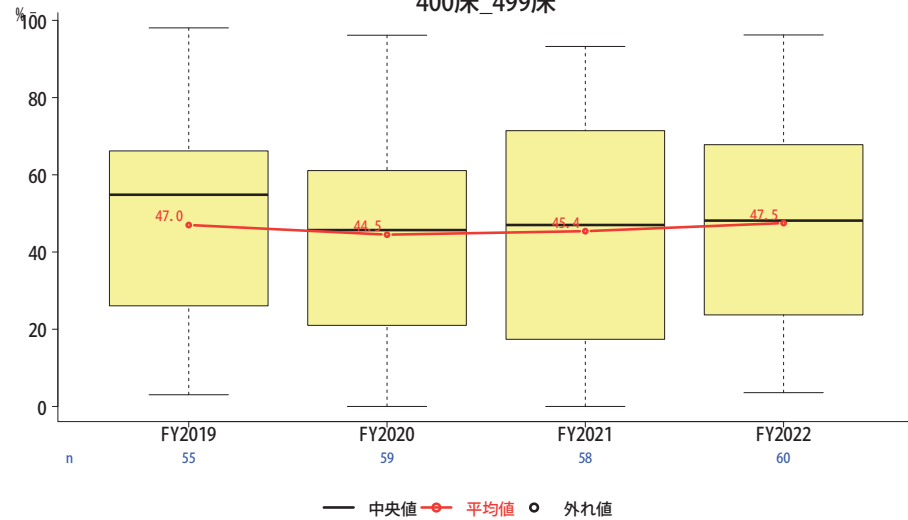
200床\_399床



### 一般-35 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

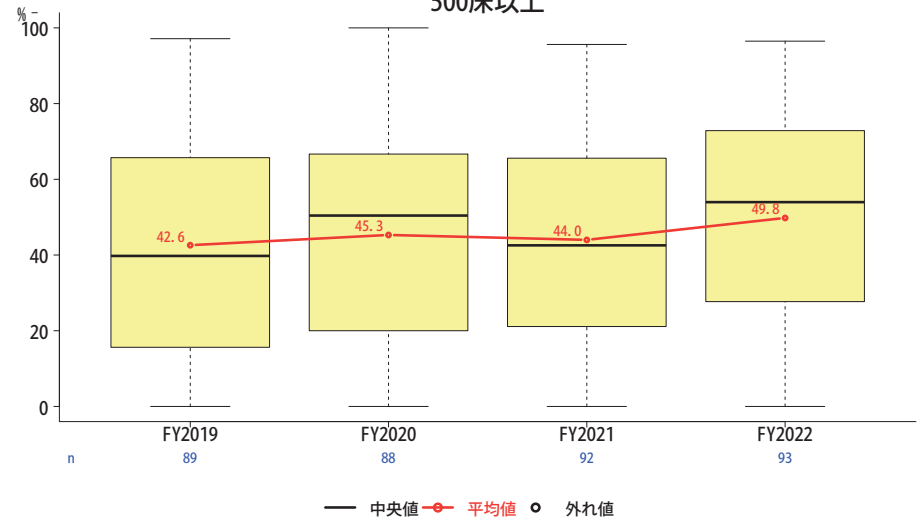
400床\_499床



### 一般-35 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

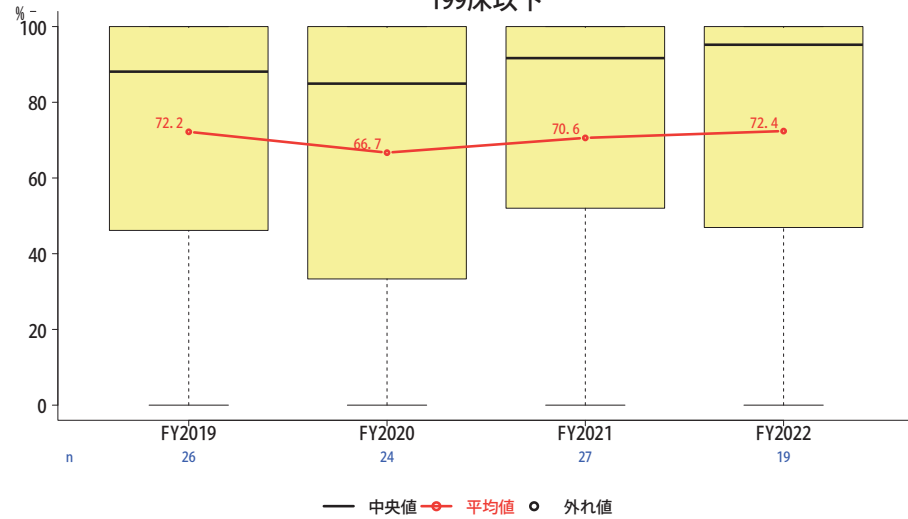
500床以上



### 一般-36 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率

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

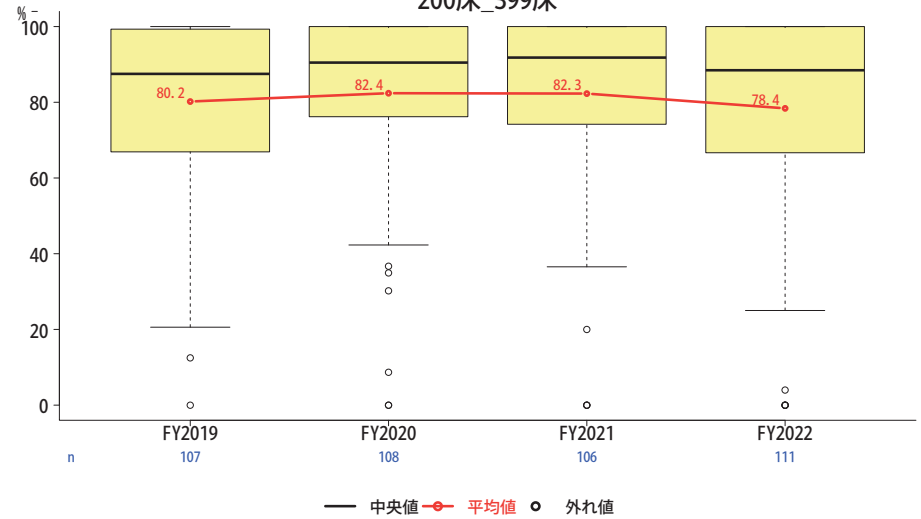
199床以下



### 一般-36 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率

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

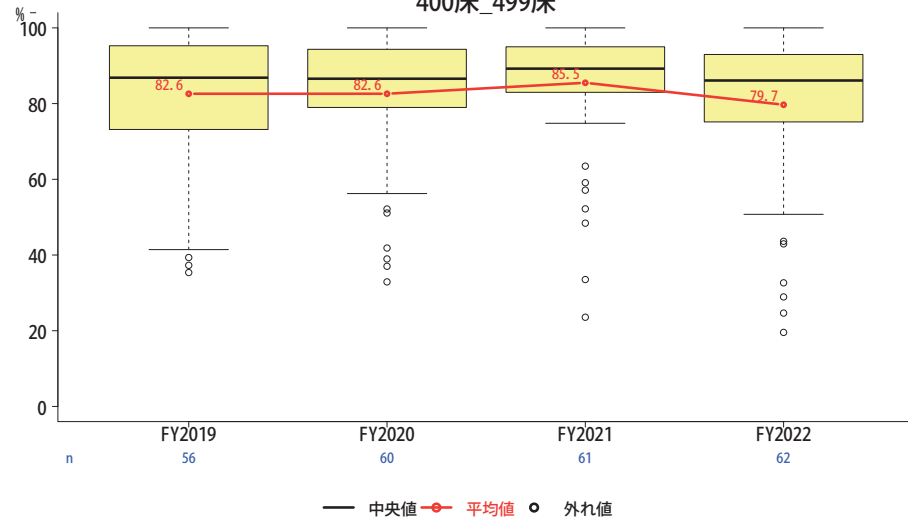
200床\_399床



### 一般-36 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率

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

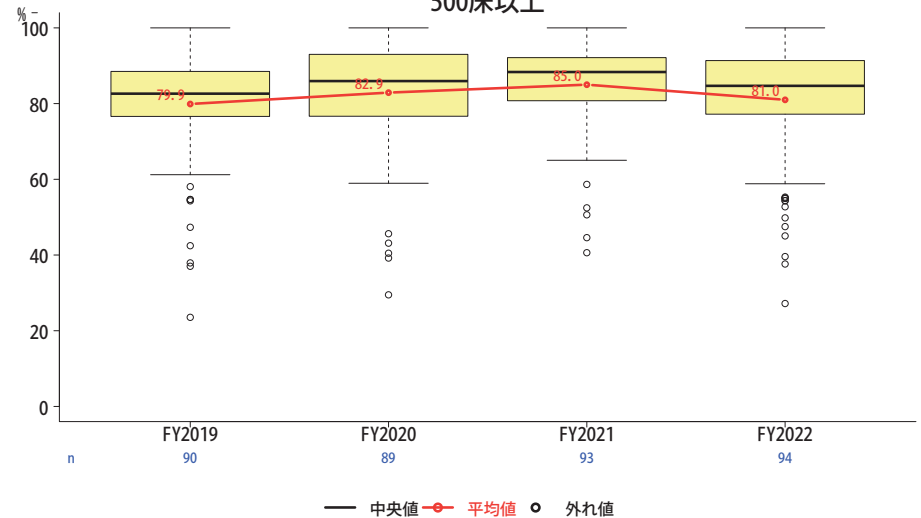
400床\_499床



### 一般-36 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率

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

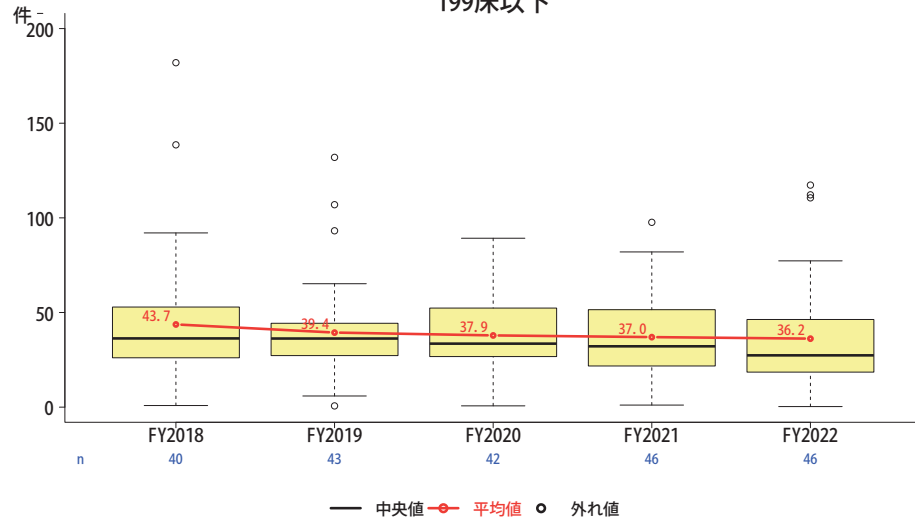
500床以上



### 一般-37 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

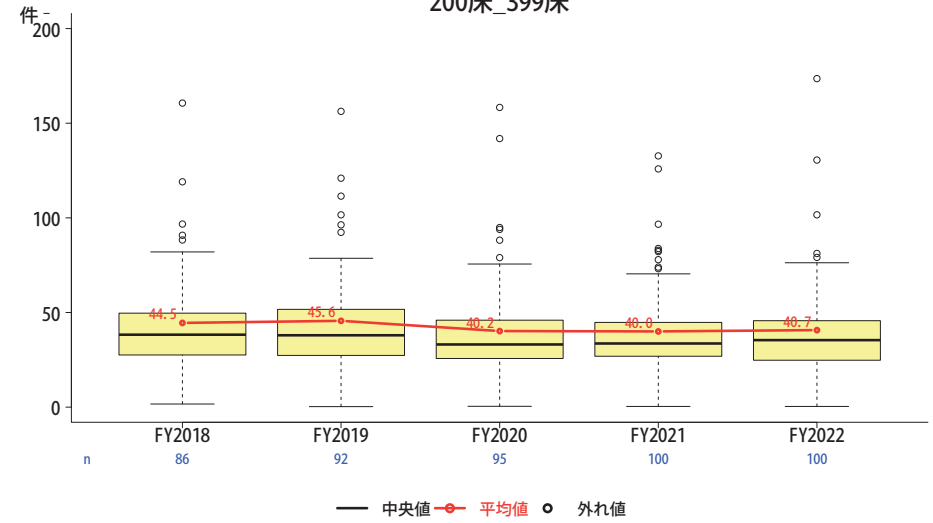
#### 199床以下



### 一般-37 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

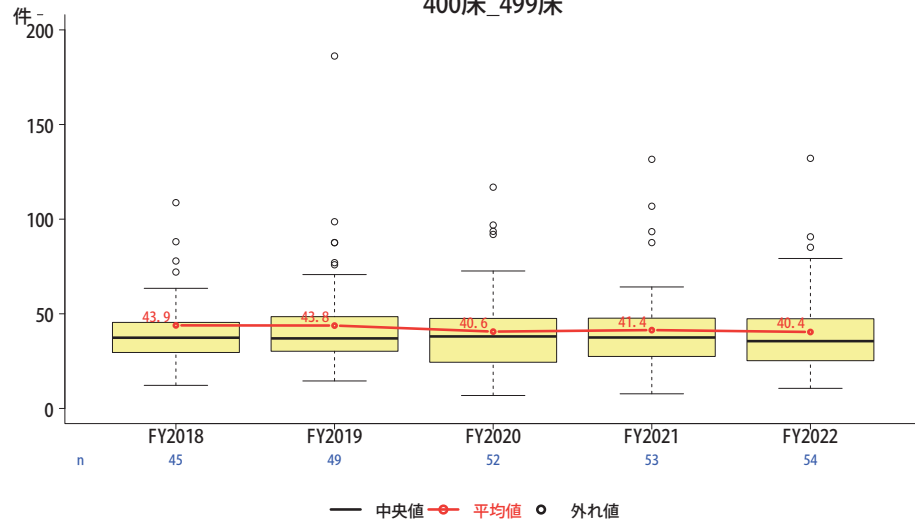
#### 200床\_399床



### 一般-37 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

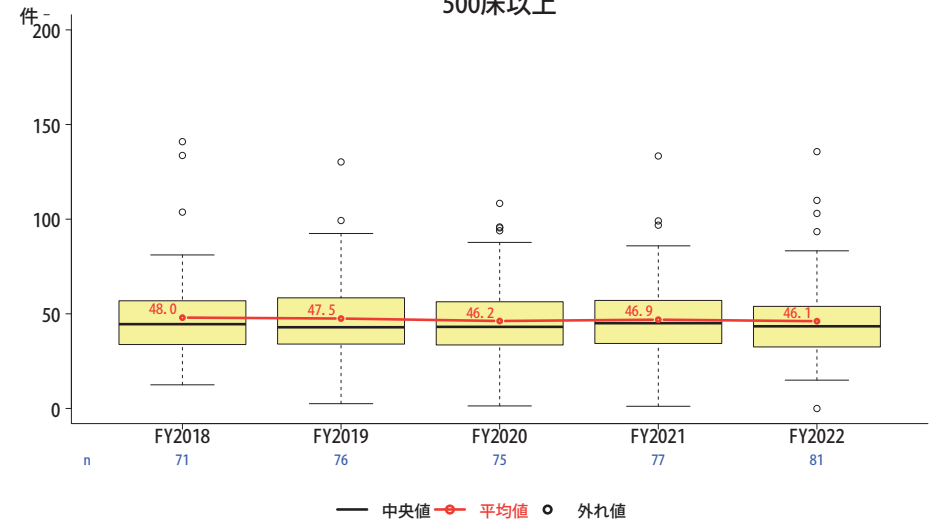
#### 400床\_499床



### 一般-37 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

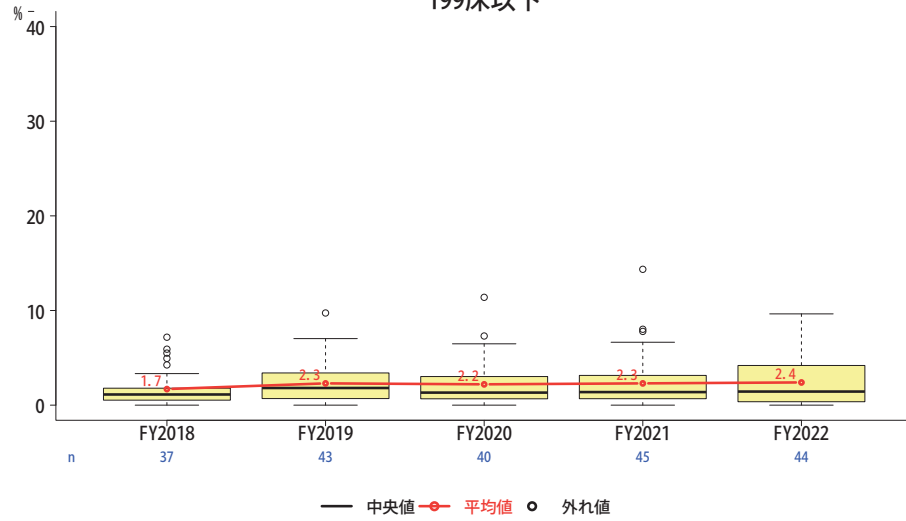
#### 500床以上



### 一般-38 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

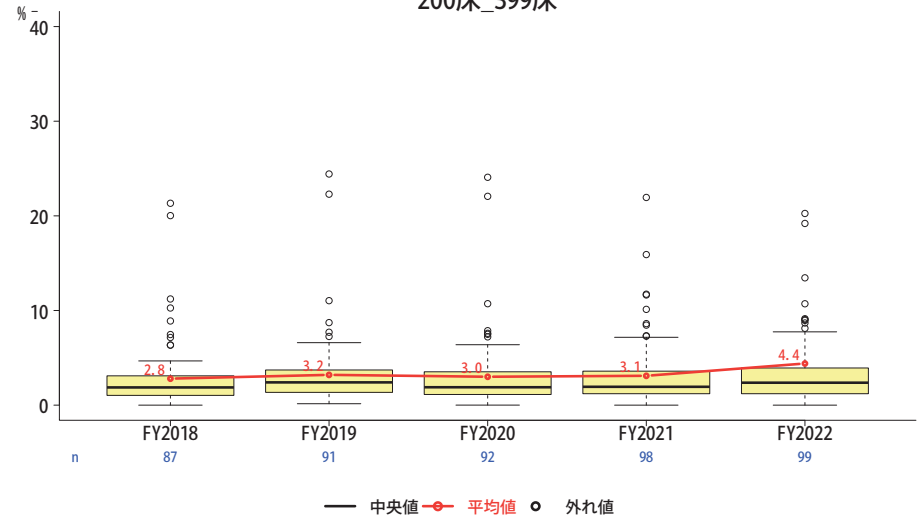
199床以下



### 一般-38 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

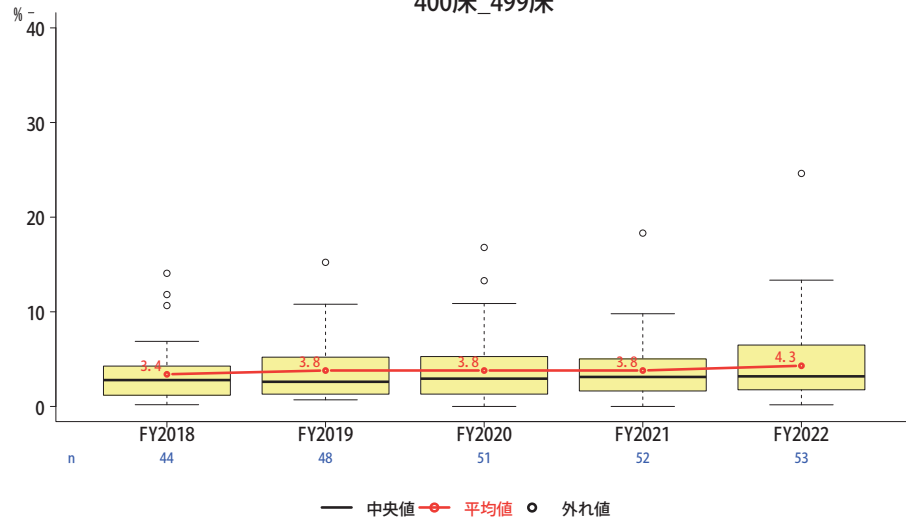
200床\_399床



### 一般-38 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

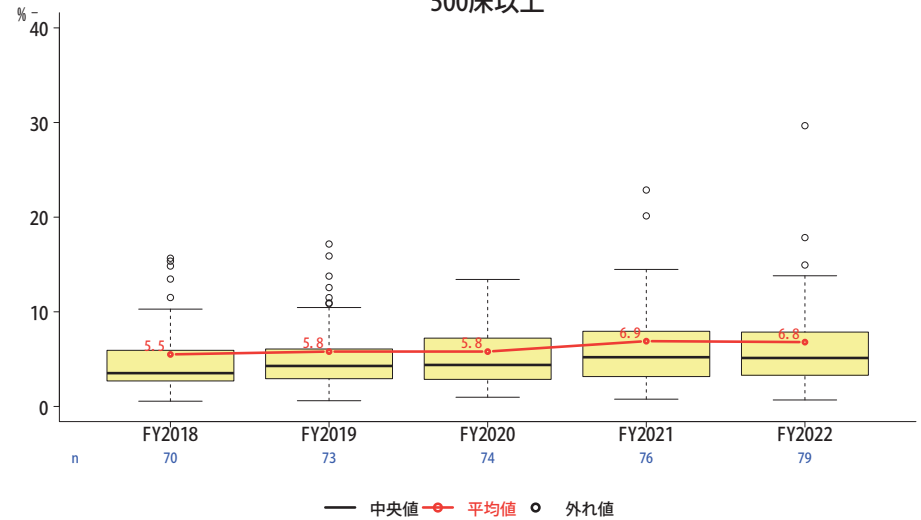
400床\_499床



### 一般-38 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

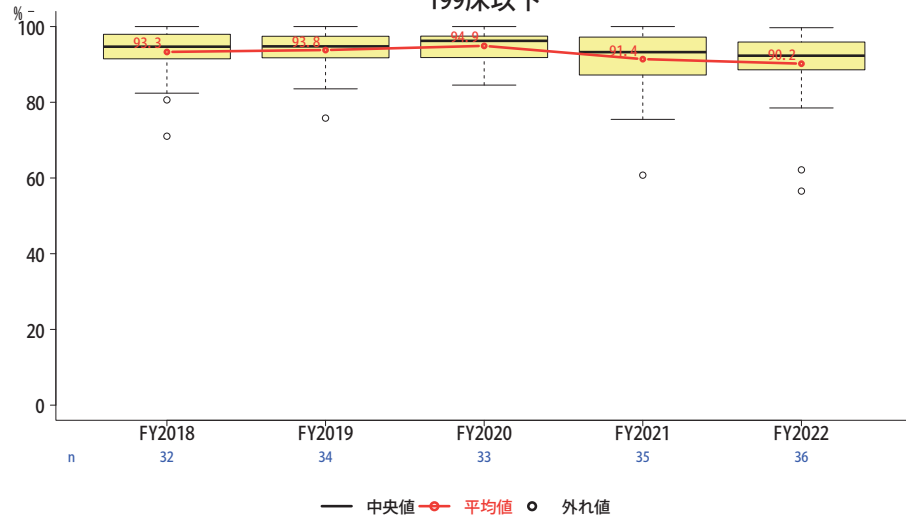
500床以上



### 一般-39 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

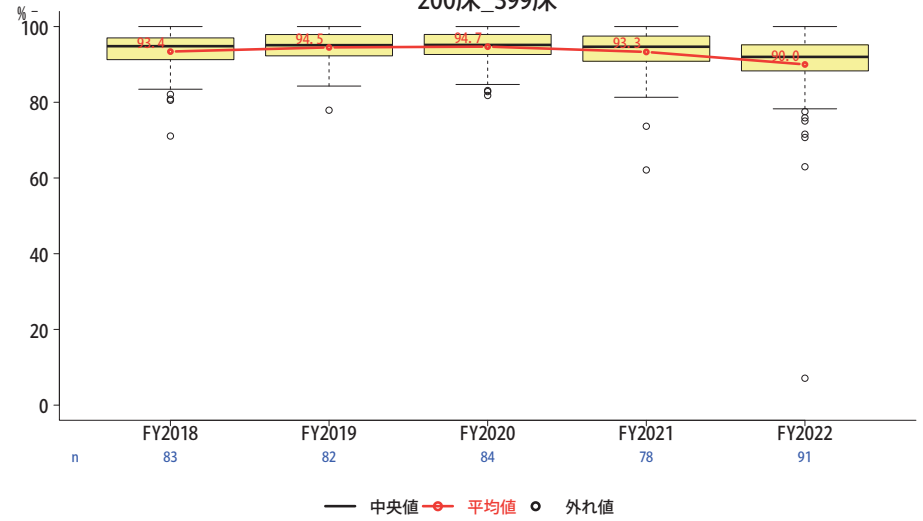
#### 199床以下



### 一般-39 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

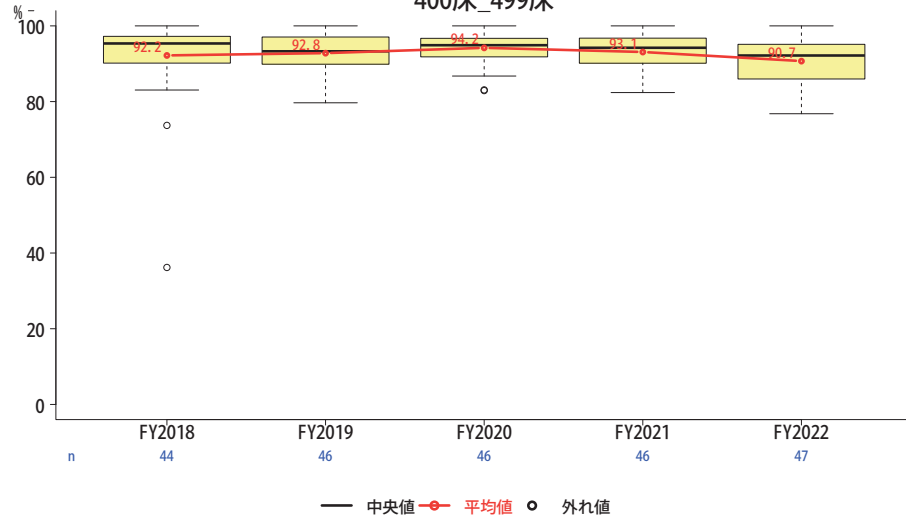
#### 200床\_399床



### 一般-39 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

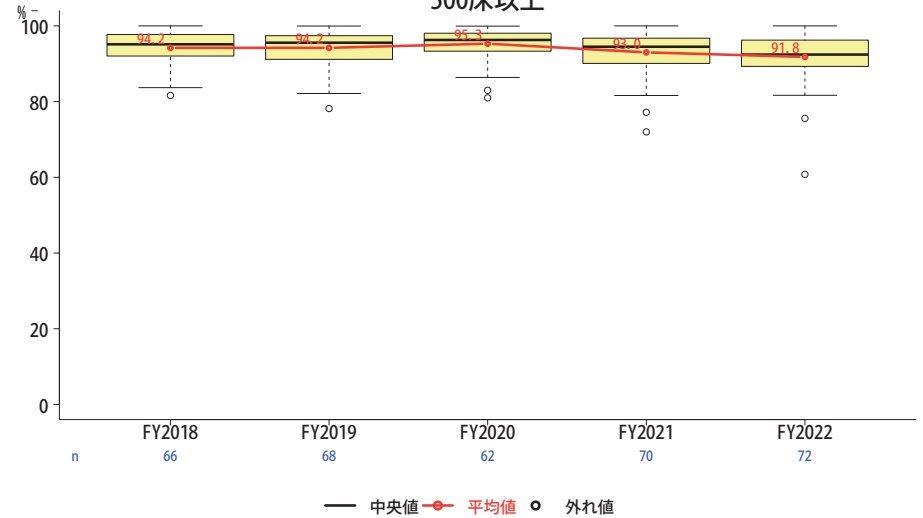
#### 400床\_499床



### 一般-39 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

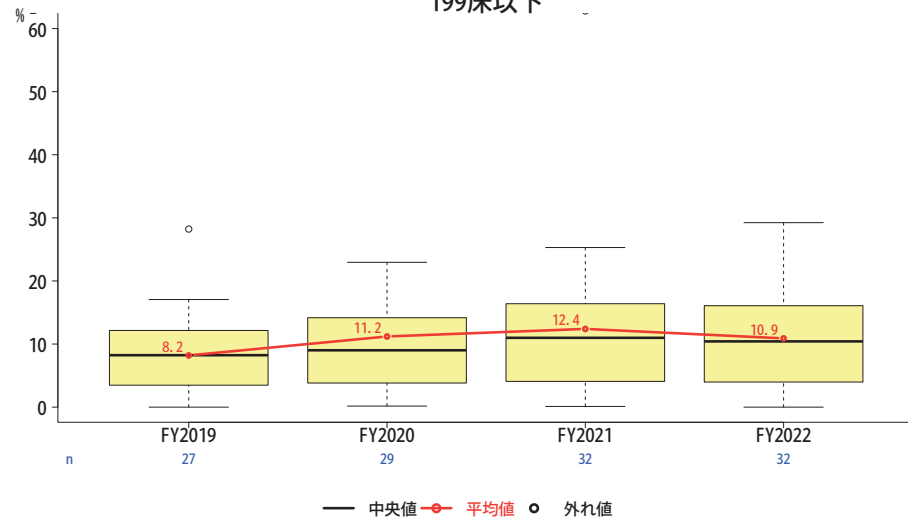
#### 500床以上



### 一般-40 18歳以上の身体抑制率

分子: (物理的)身体抑制を実施した患者延べ数  
分母: 18歳以上の入院患者延べ数

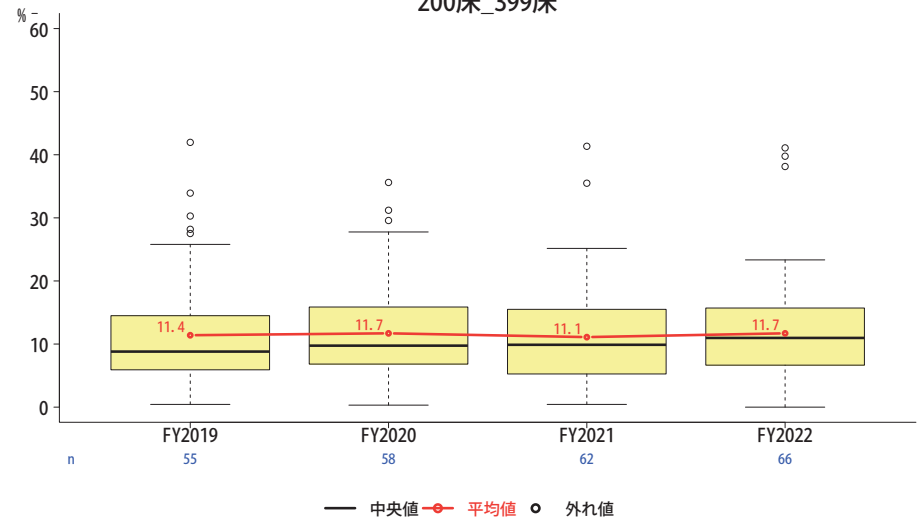
199床以下



### 一般-40 18歳以上の身体抑制率

分子: (物理的)身体抑制を実施した患者延べ数  
分母: 18歳以上の入院患者延べ数

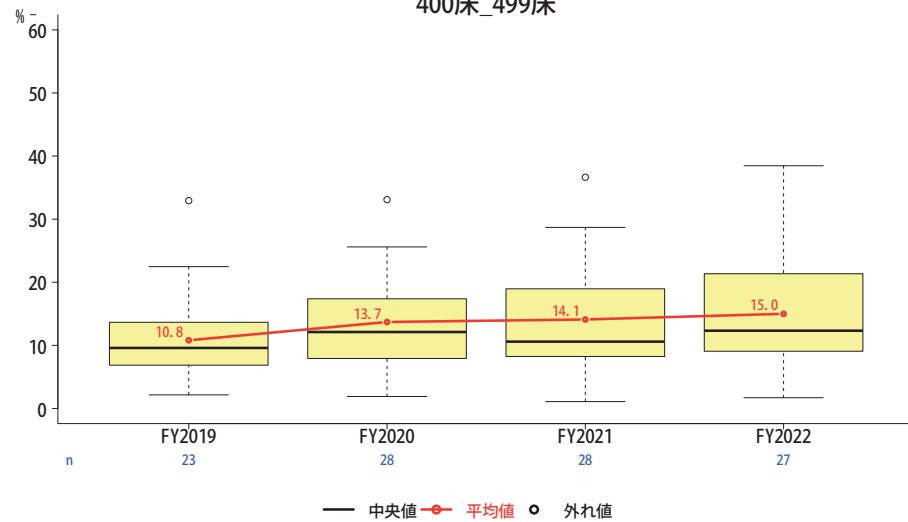
200床\_399床



### 一般-40 18歳以上の身体抑制率

分子: (物理的)身体抑制を実施した患者延べ数  
分母: 18歳以上の入院患者延べ数

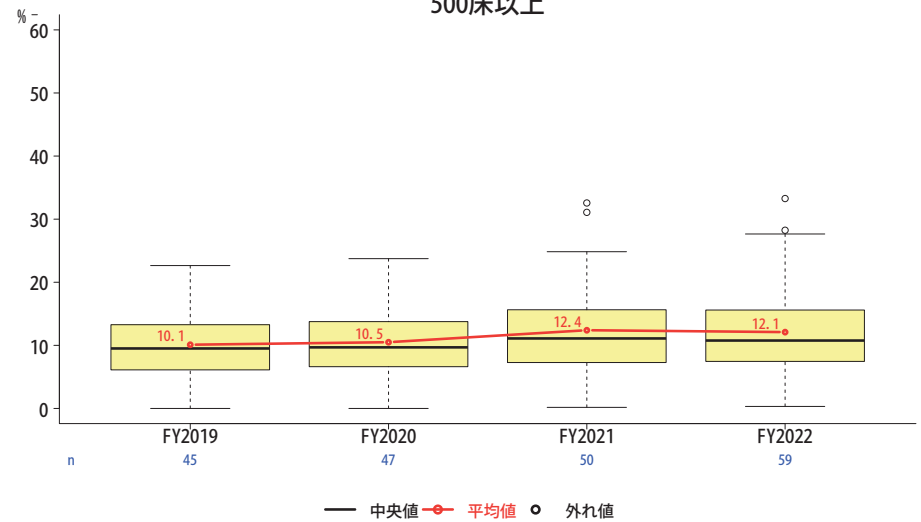
400床\_499床



### 一般-40 18歳以上の身体抑制率

分子: (物理的)身体抑制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

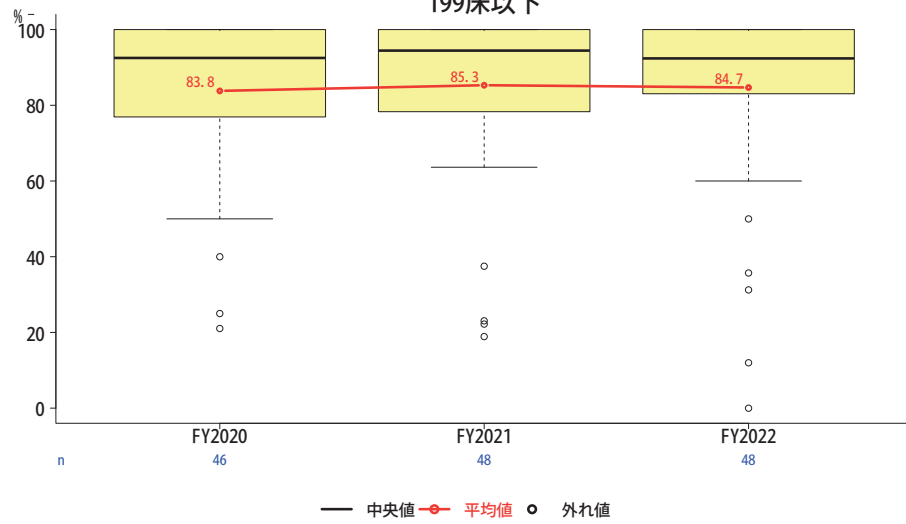




### 一般-41 抗MRSA薬投与に対する薬物血中濃度測定割合

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

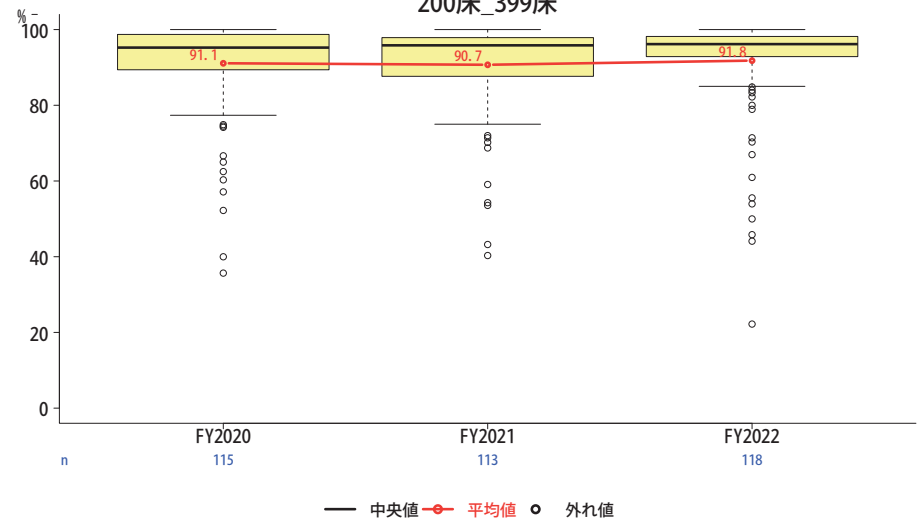
#### 199床以下



### 一般-41 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

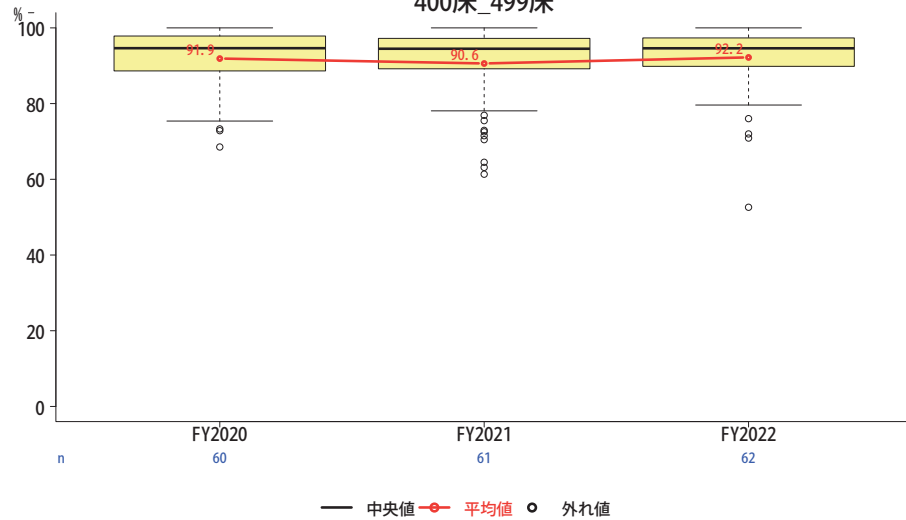
#### 200床\_399床



### 一般-41 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

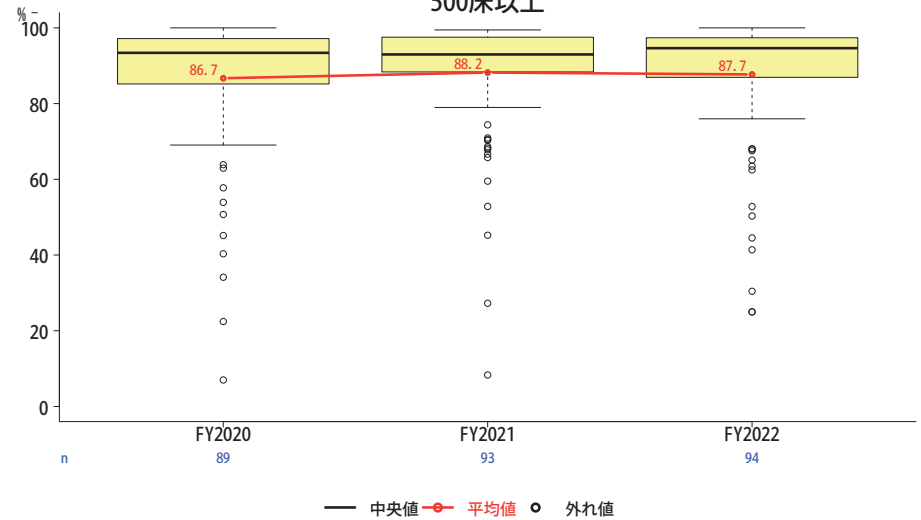
#### 400床\_499床



### 一般-41 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

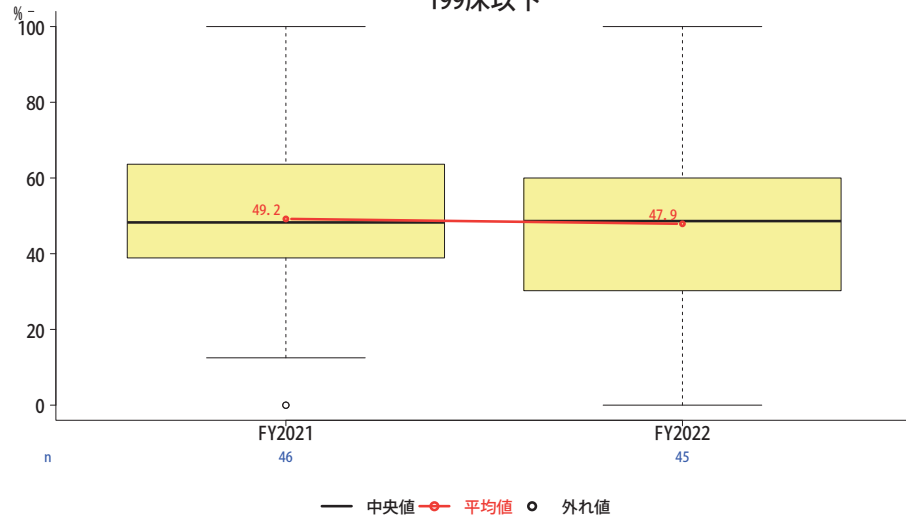
#### 500床以上



### 一般-42 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

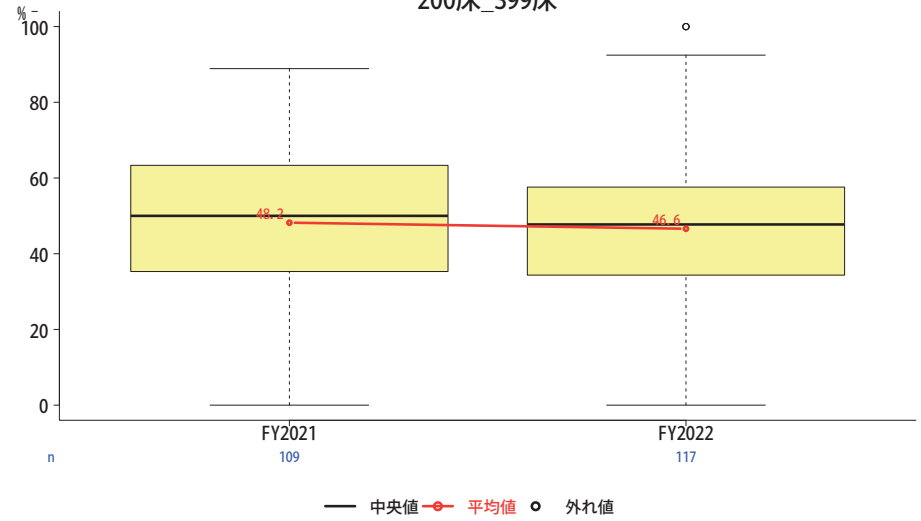
199床以下



### 一般-42 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

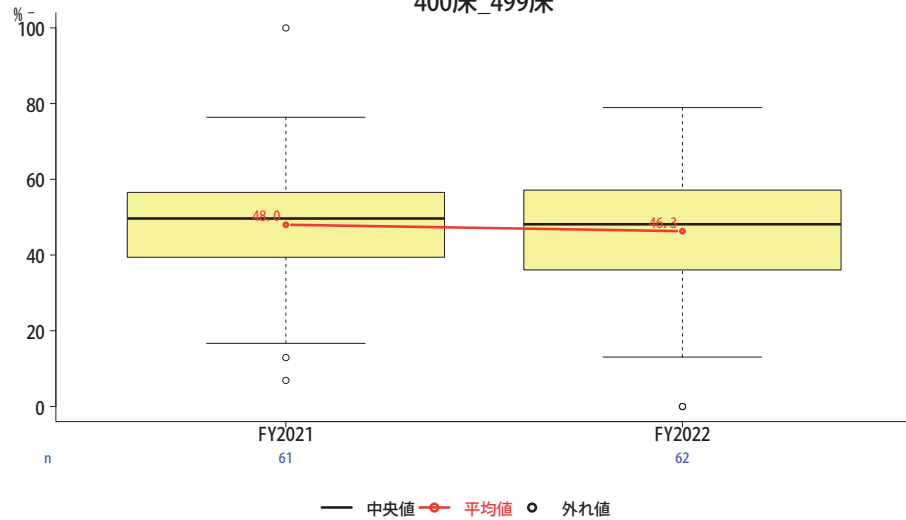
200床\_399床



### 一般-42 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

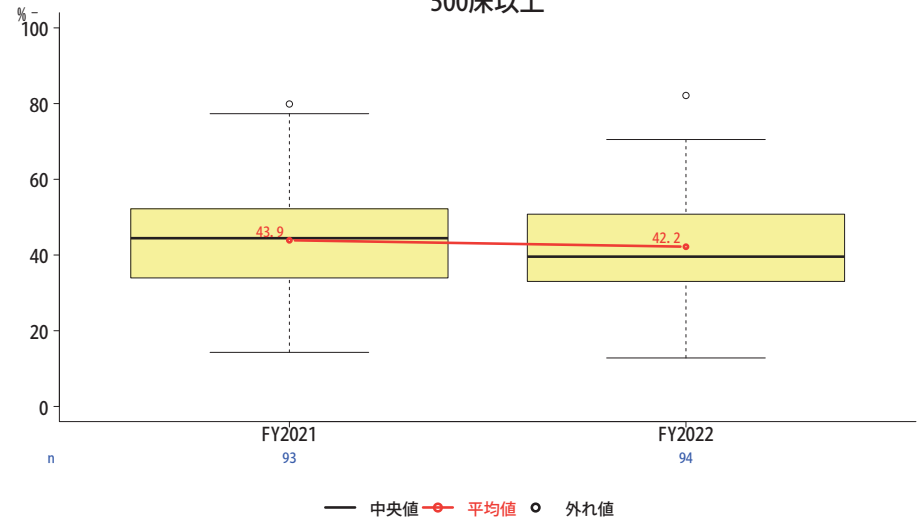
400床\_499床



### 一般-42 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

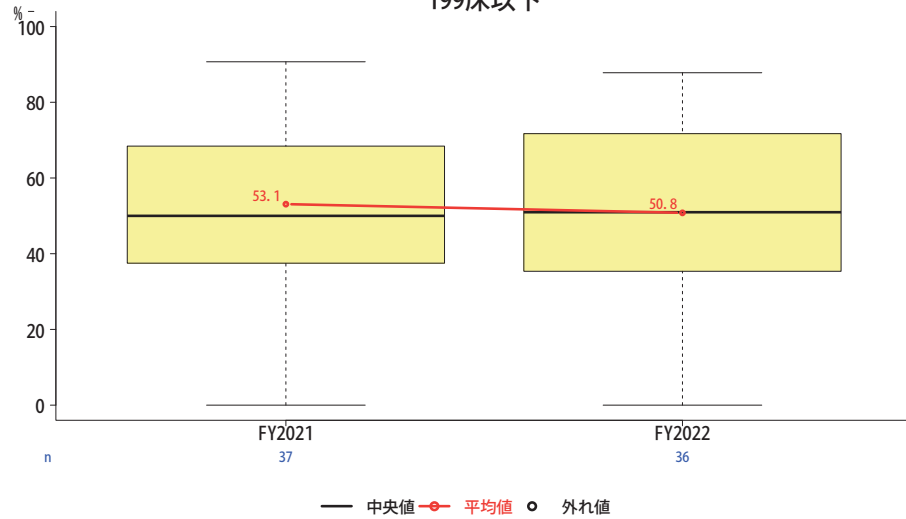
500床以上



### 一般-43 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

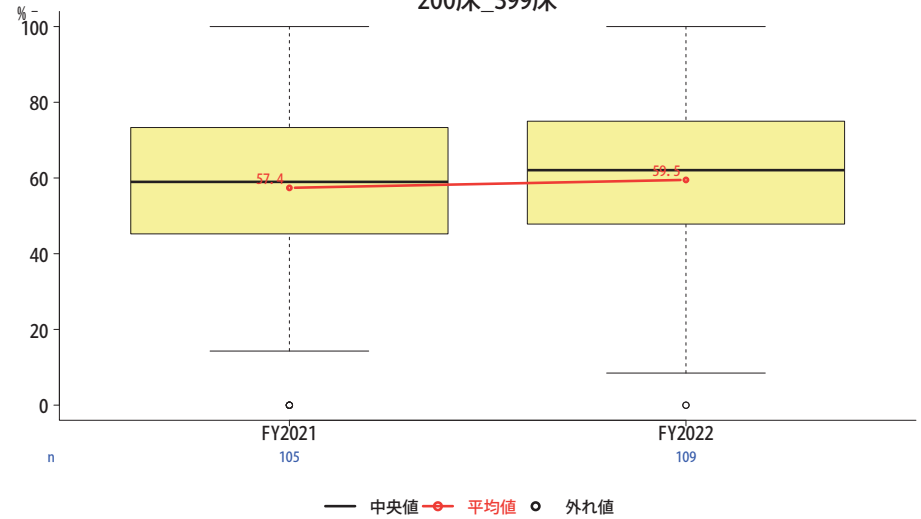
199床以下



### 一般-43 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

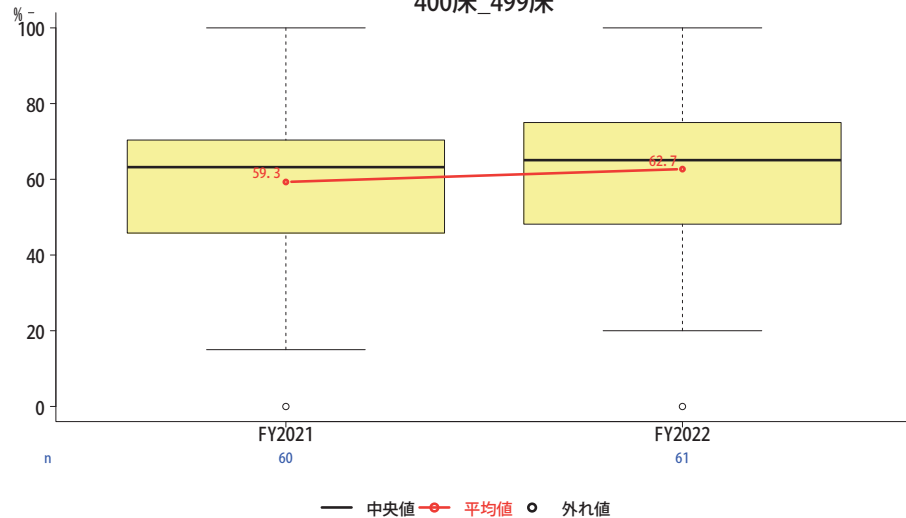
200床\_399床



### 一般-43 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

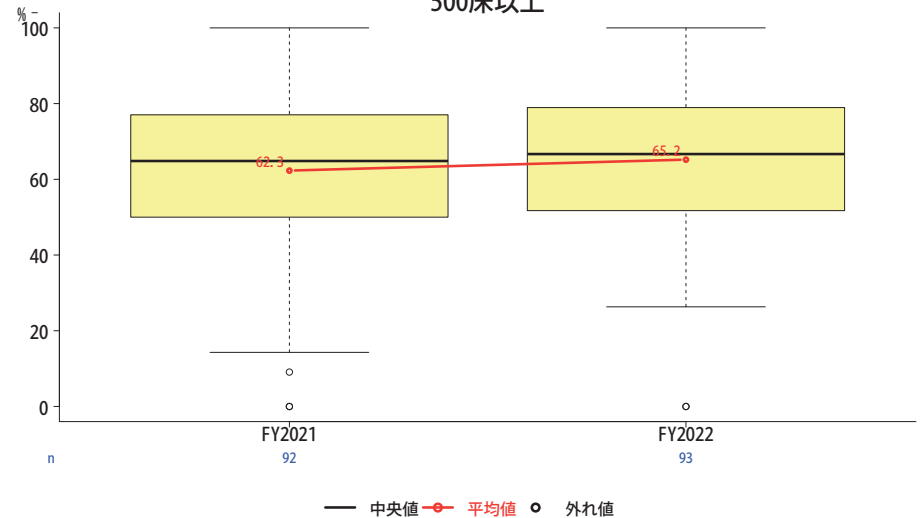
400床\_499床



### 一般-43 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

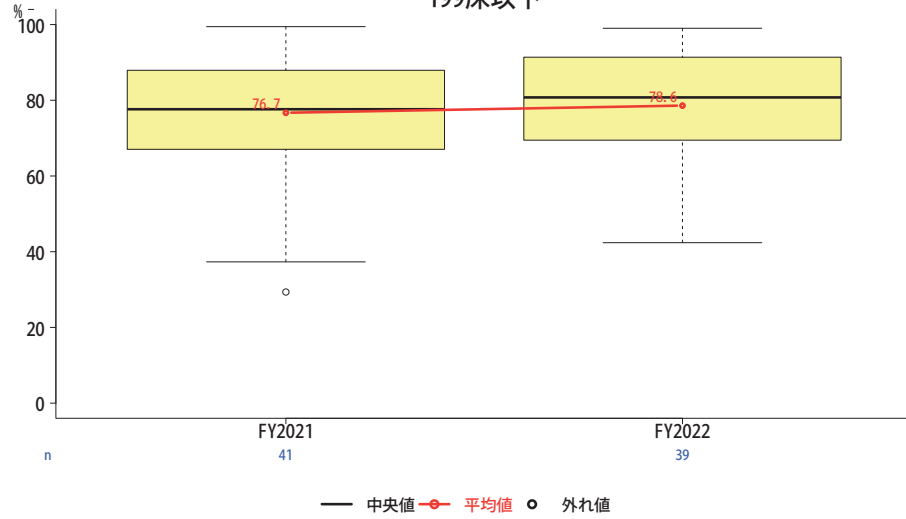
500床以上



一般-44 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

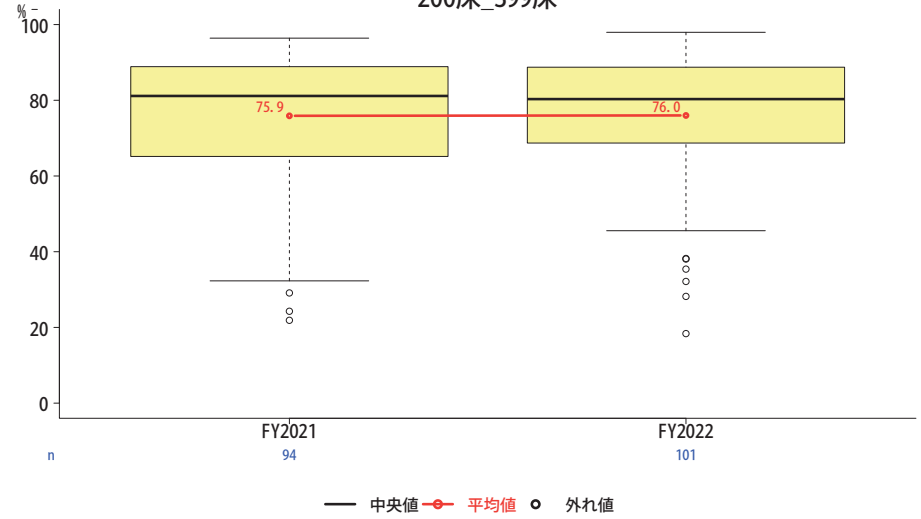
199床以下



一般-44 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

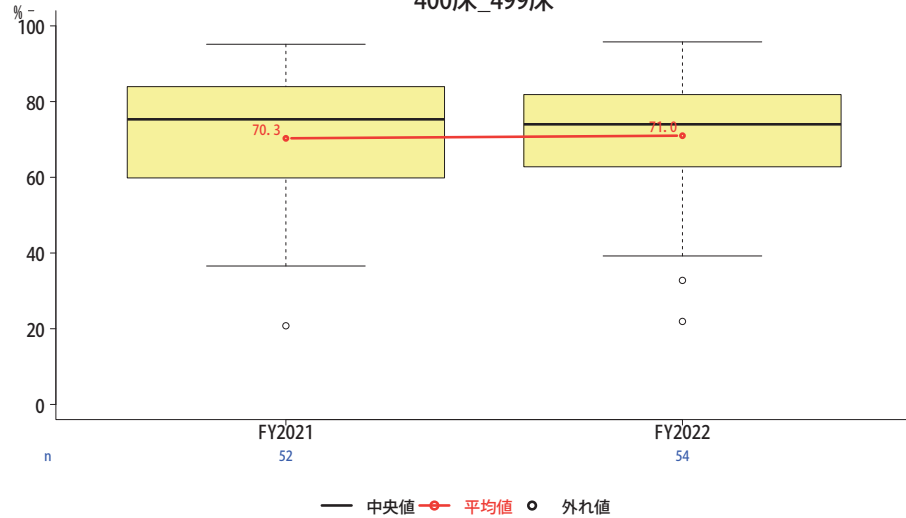
200床\_399床



一般-44 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

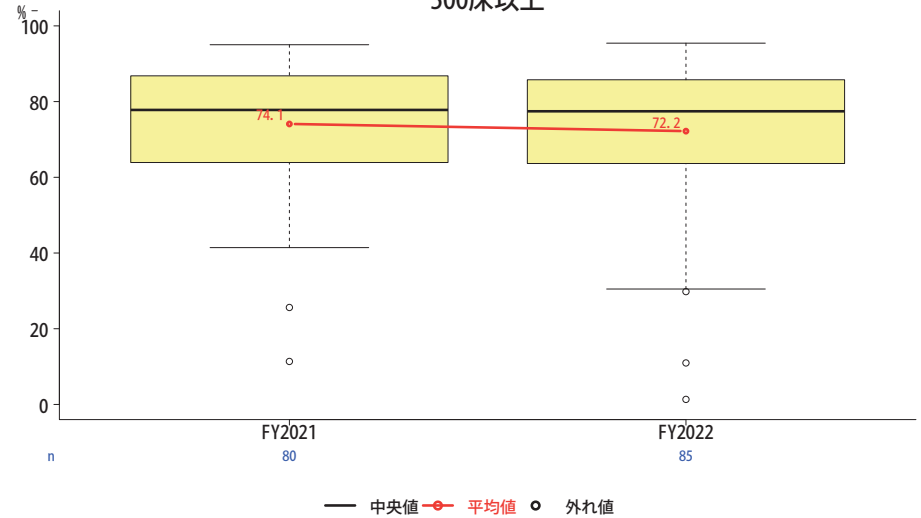
400床\_499床



一般-44 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

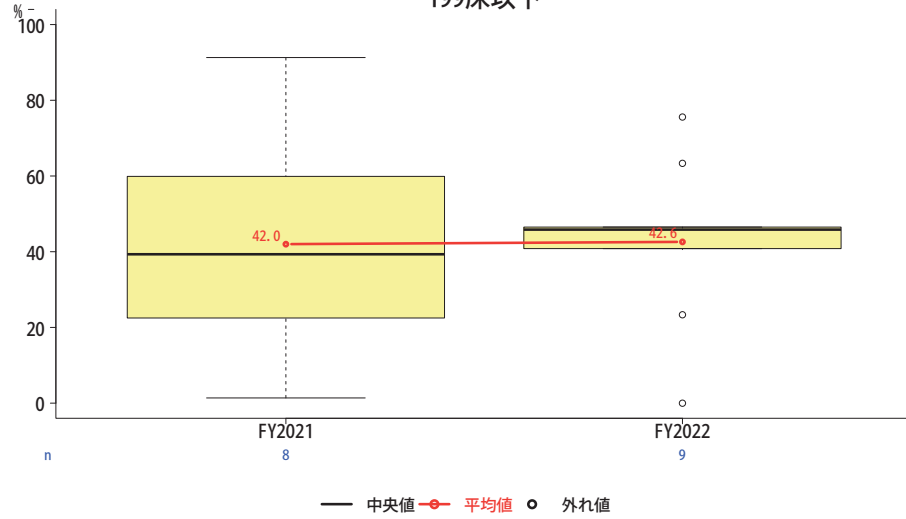
500床以上



### 一般-45 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

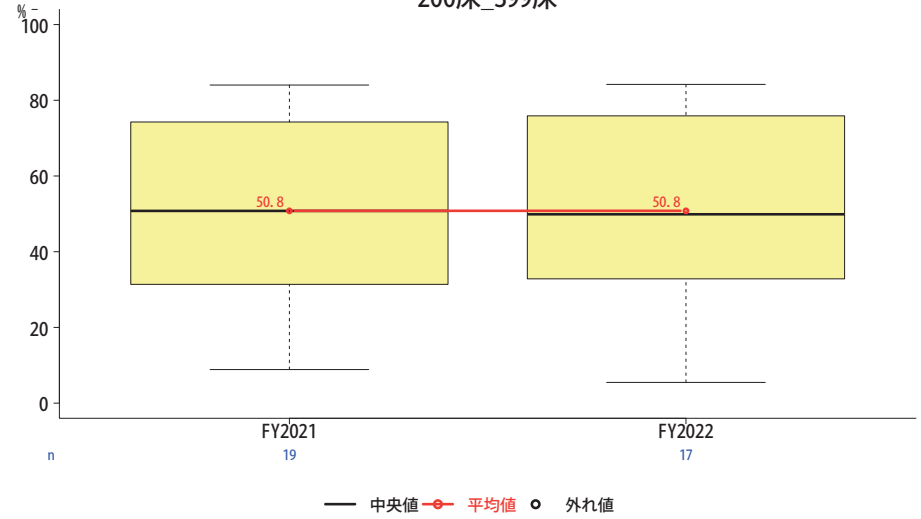
199床以下



### 一般-45 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

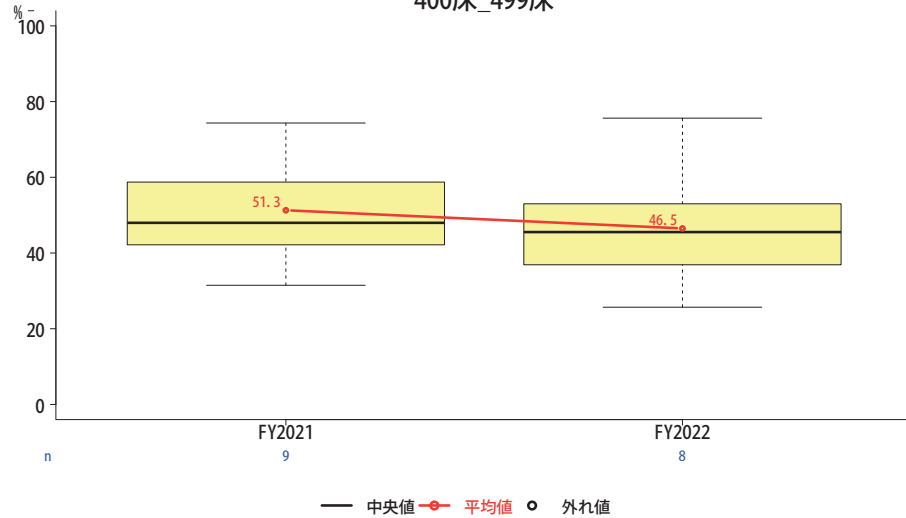
200床\_399床



### 一般-45 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

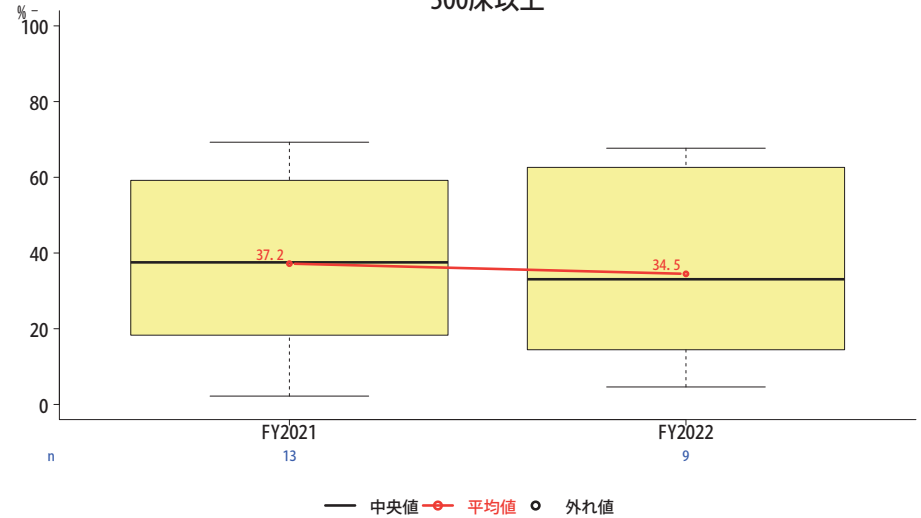
400床\_499床



### 一般-45 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

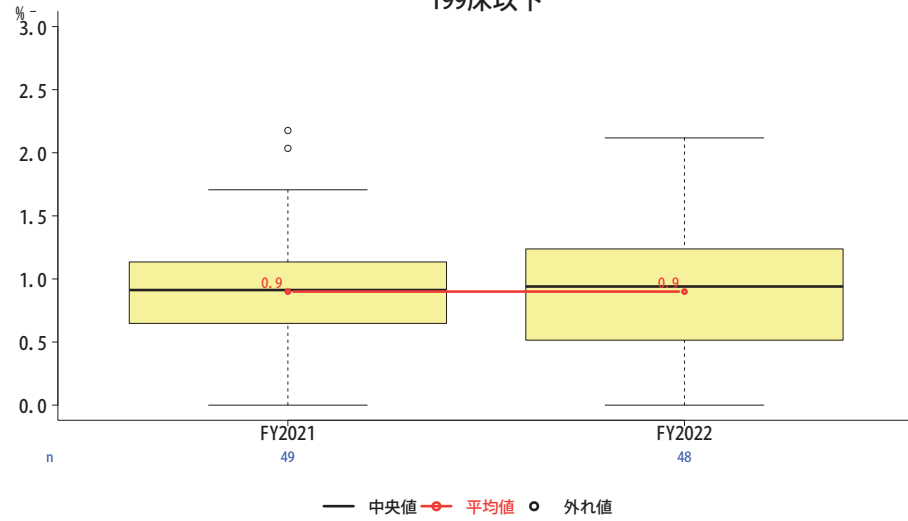
500床以上



### 一般-46 退院後7日以内の予定外・緊急再入院割合

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

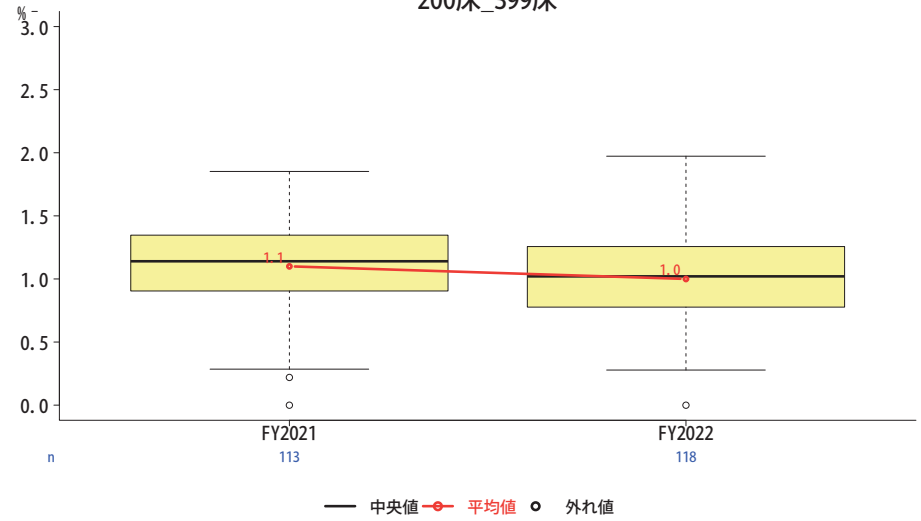
199床以下



### 一般-46 退院後7日以内の予定外・緊急再入院割合

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

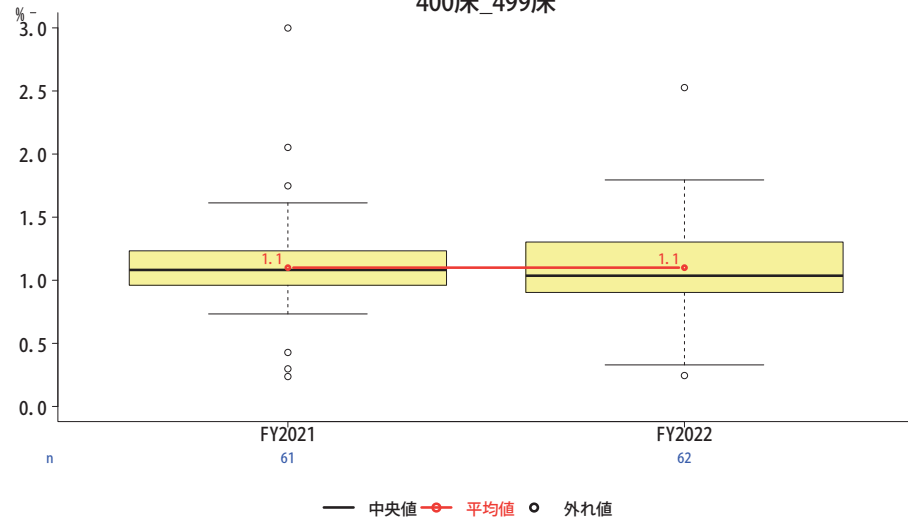
200床\_399床



### 一般-46 退院後7日以内の予定外・緊急再入院割合

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

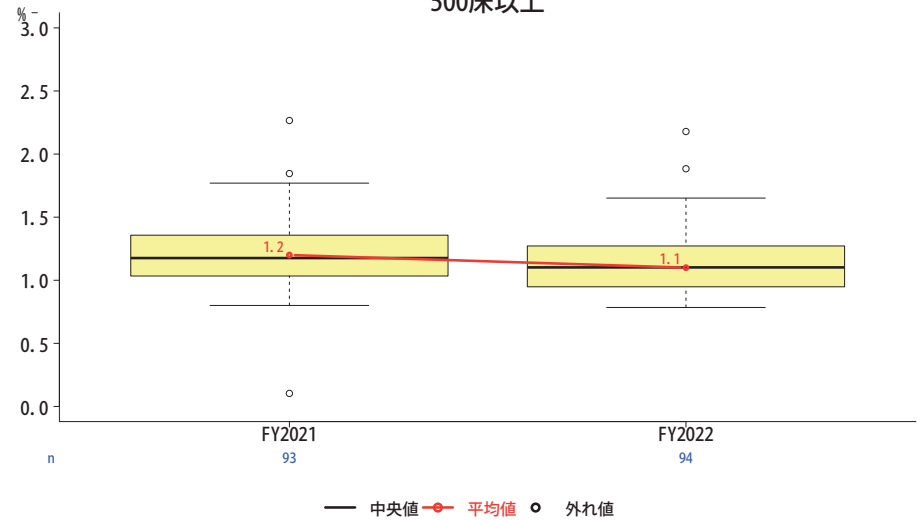
400床\_499床



### 一般-46 退院後7日以内の予定外・緊急再入院割合

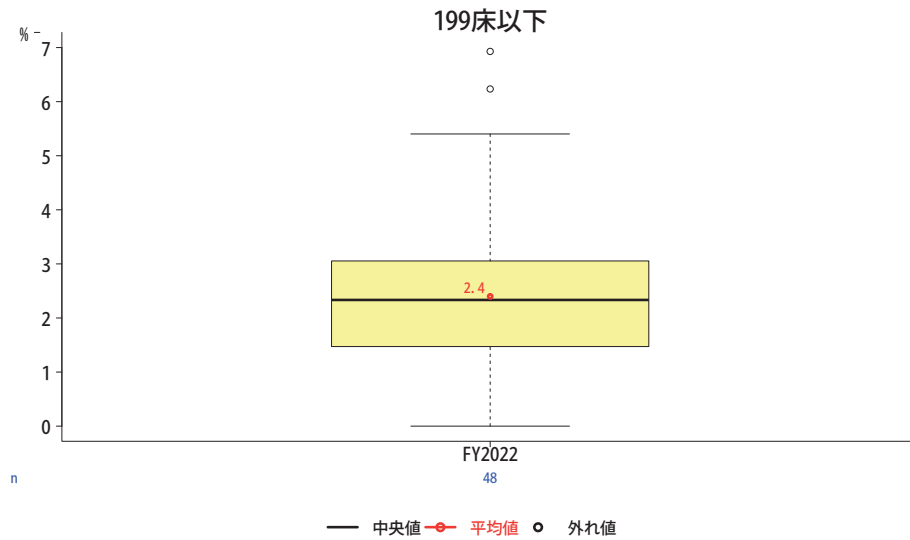
分子: 前回退院から7日以内に計画外で再入院した患者数  
分母: 退院患者数

500床以上



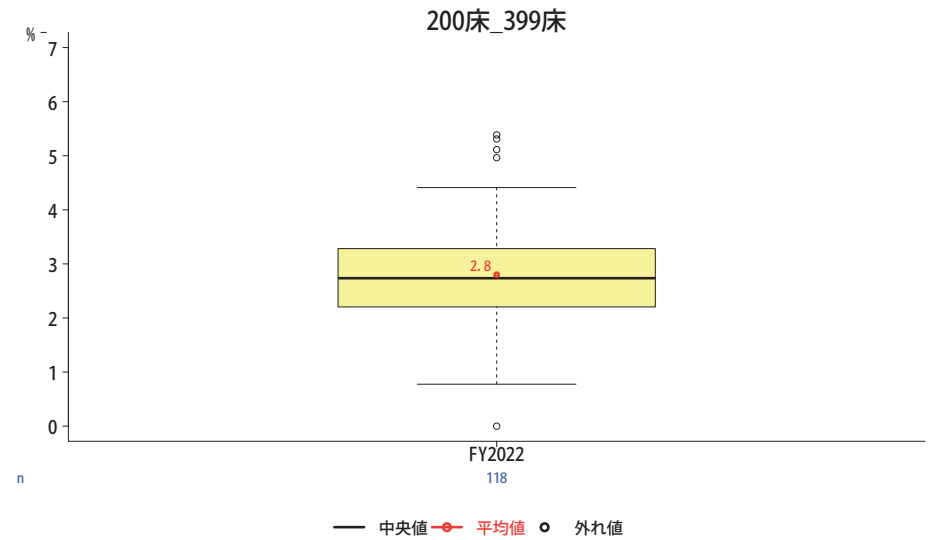
### 一般-47 退院後4週間以内の予定外再入院割合

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



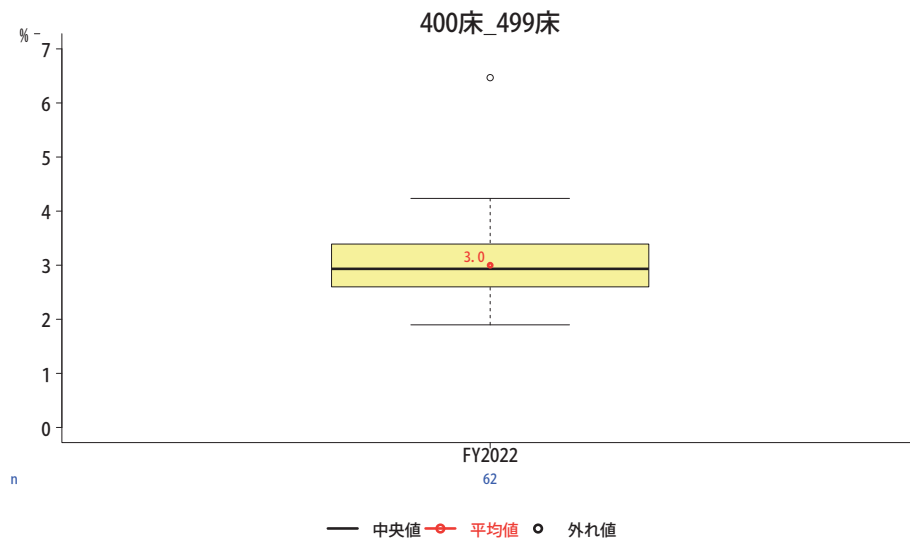
### 一般-47 退院後4週間以内の予定外再入院割合

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



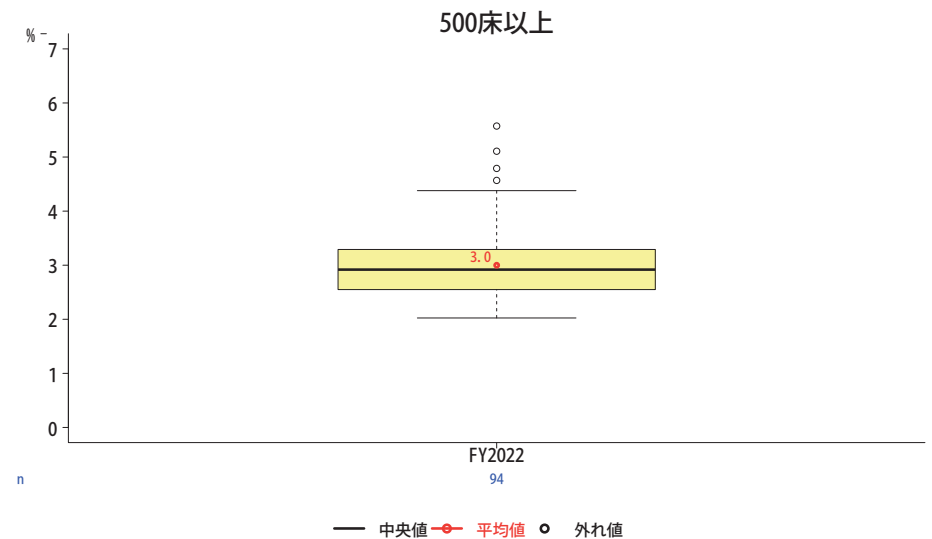
### 一般-47 退院後4週間以内の予定外再入院割合

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



### 一般-47 退院後4週間以内の予定外再入院割合

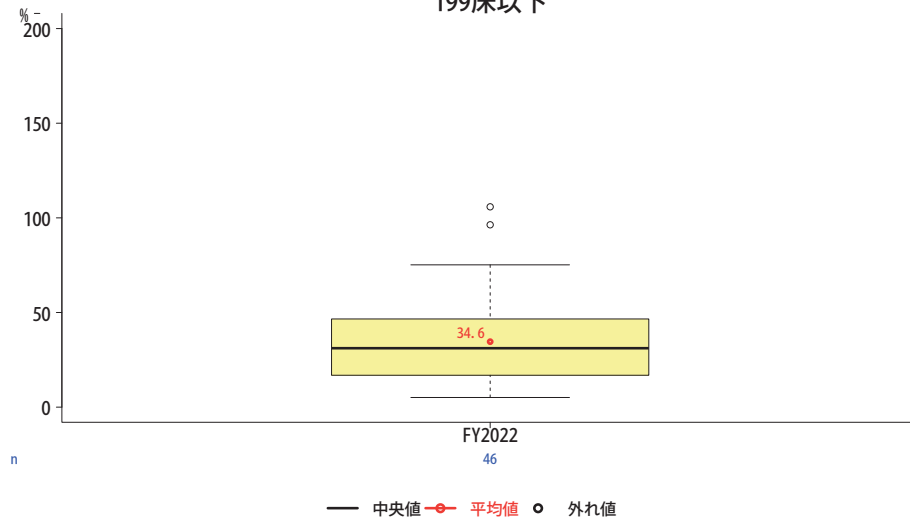
分子: 前回退院から4週間以内に計画外で再入院した患者数  
分母: 退院患者数



### 一般-48 紹介割合

分子:(紹介患者数+救急患者数)  
分母:初診患者数

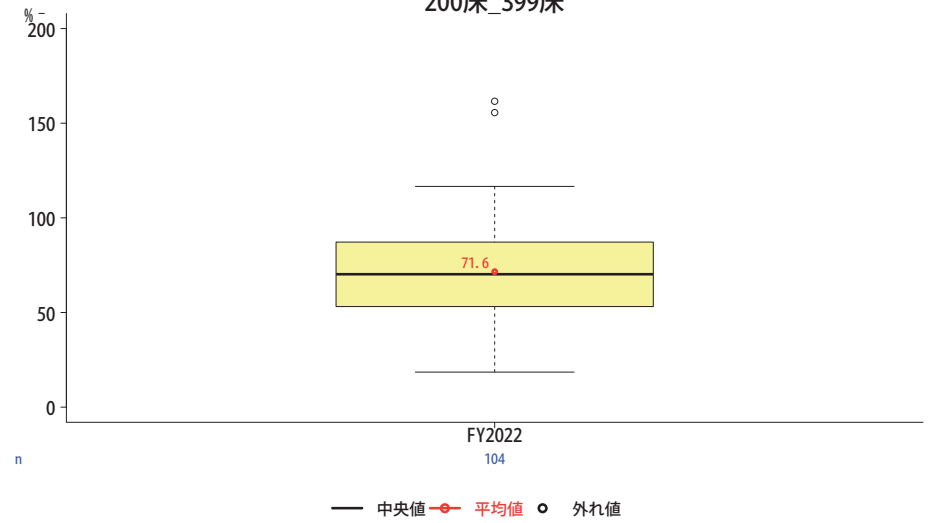
199床以下



### 一般-48 紹介割合

分子:(紹介患者数+救急患者数)  
分母:初診患者数

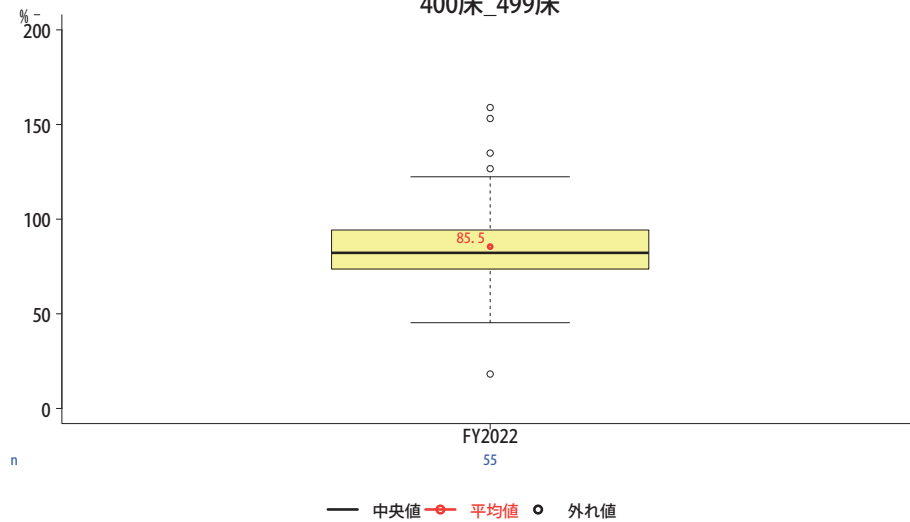
200床\_399床



### 一般-48 紹介割合

分子:(紹介患者数+救急患者数)  
分母:初診患者数

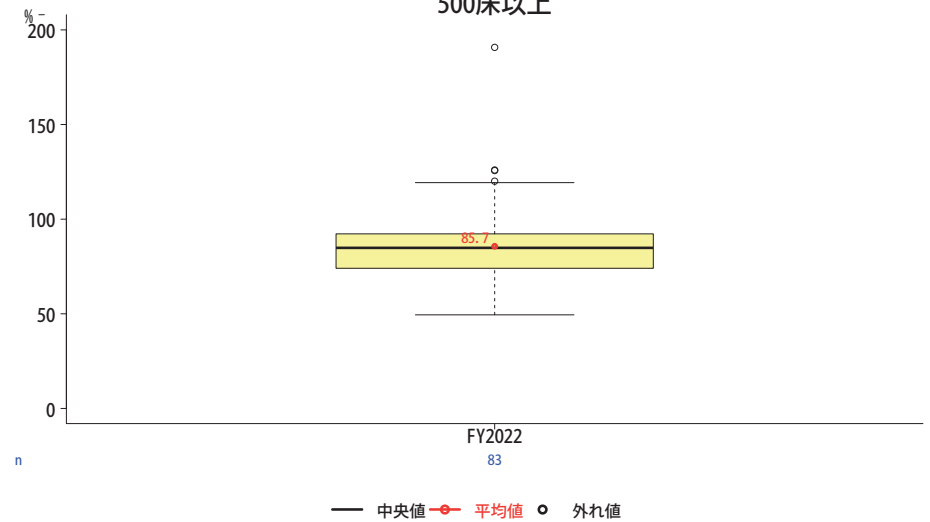
400床\_499床



### 一般-48 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

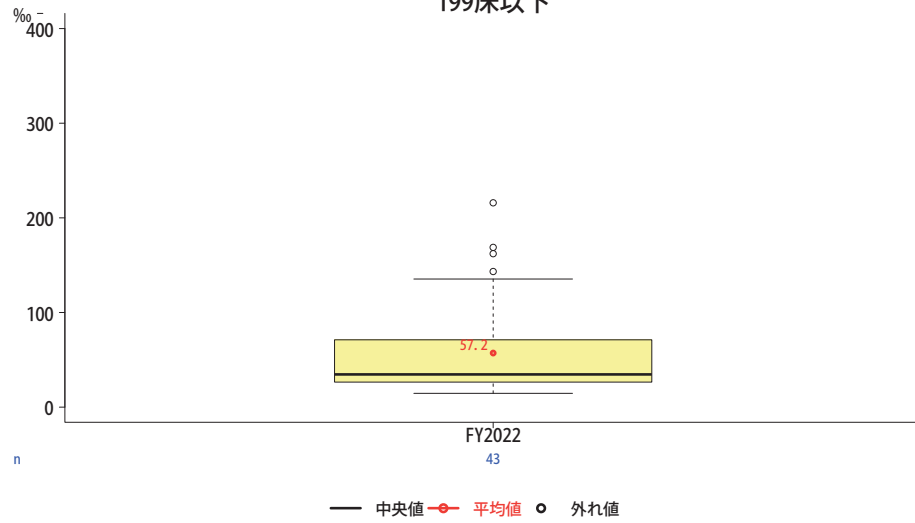




### 一般-49 逆紹介割合

分子:逆紹介患者数  
分母:(初診+再診患者数)

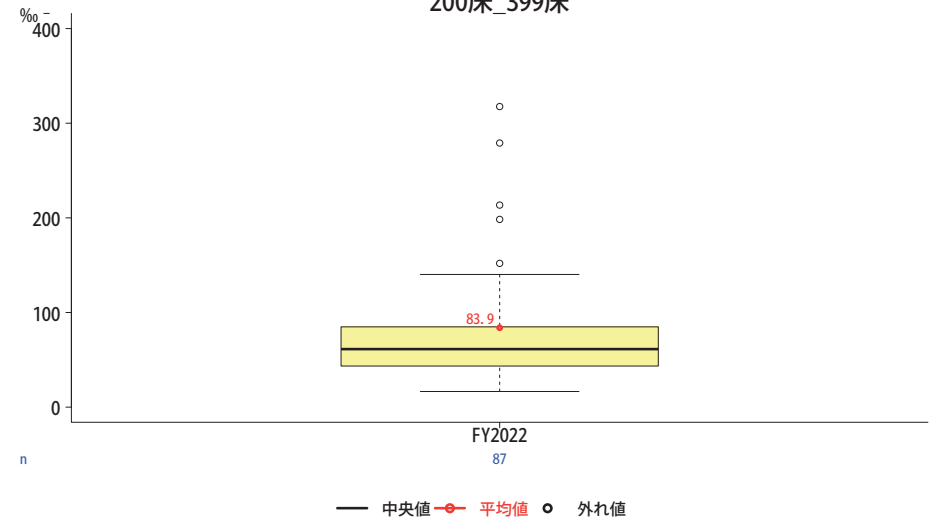
199床以下



### 一般-49 逆紹介割合

分子:逆紹介患者数  
分母:(初診+再診患者数)

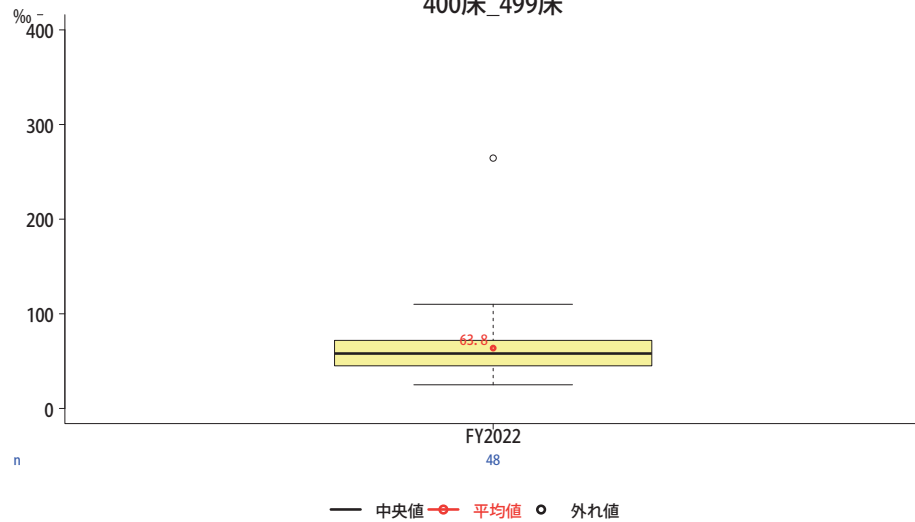
200床\_399床



### 一般-49 逆紹介割合

分子:逆紹介患者数  
分母:(初診+再診患者数)

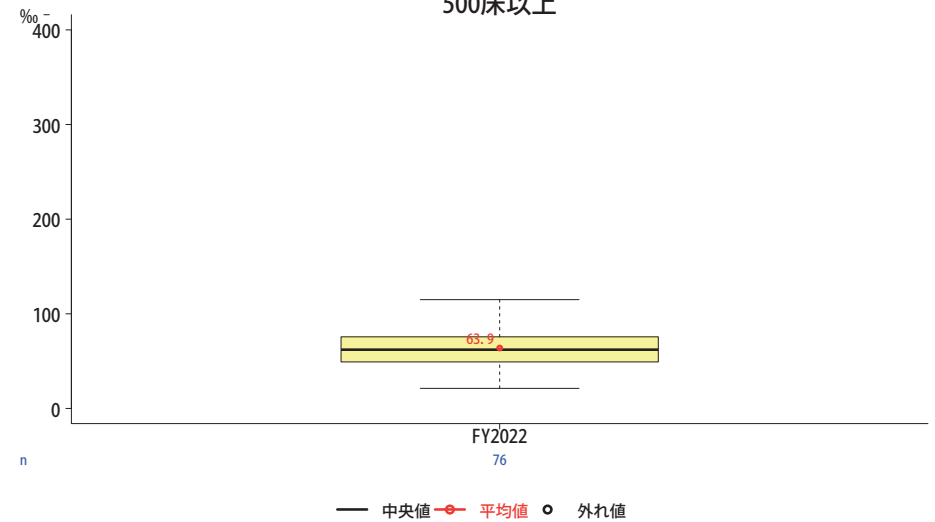
400床\_499床



### 一般-49 逆紹介割合

分子:逆紹介患者数  
分母:(初診+再診患者数)

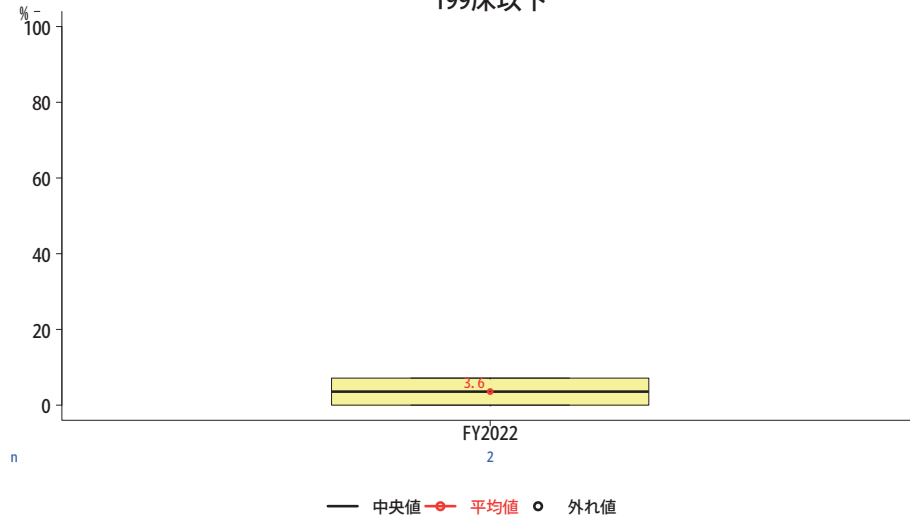
500床以上



### 一般-50 集中治療を要する重症患者に対する早期栄養介入割合

分子:集中治療室入室後3日以内に栄養介入を受けた患者数  
分母:集中治療室に3日間以上連続して入室していた18歳以上の患者数

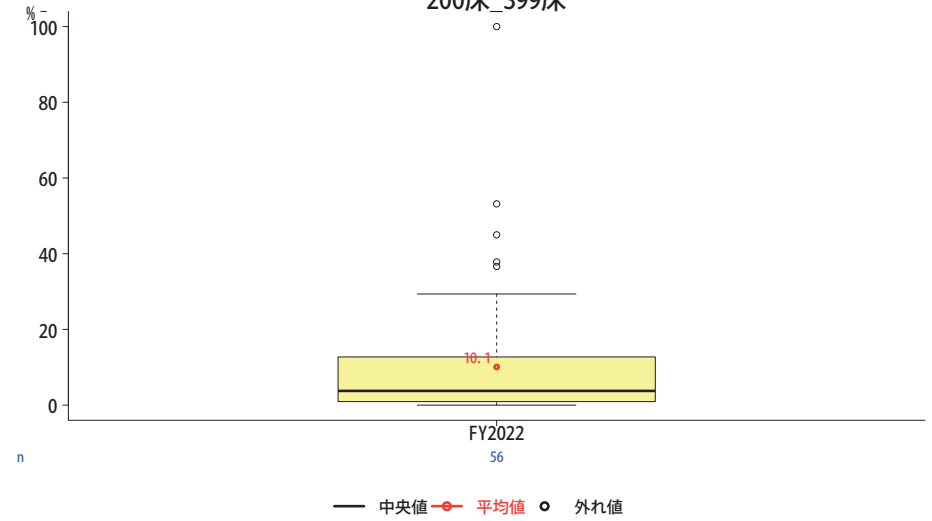
199床以下



### 一般-50 集中治療を要する重症患者に対する早期栄養介入割合

分子:集中治療室入室後3日以内に栄養介入を受けた患者数  
分母:集中治療室に3日間以上連続して入室していた18歳以上の患者数

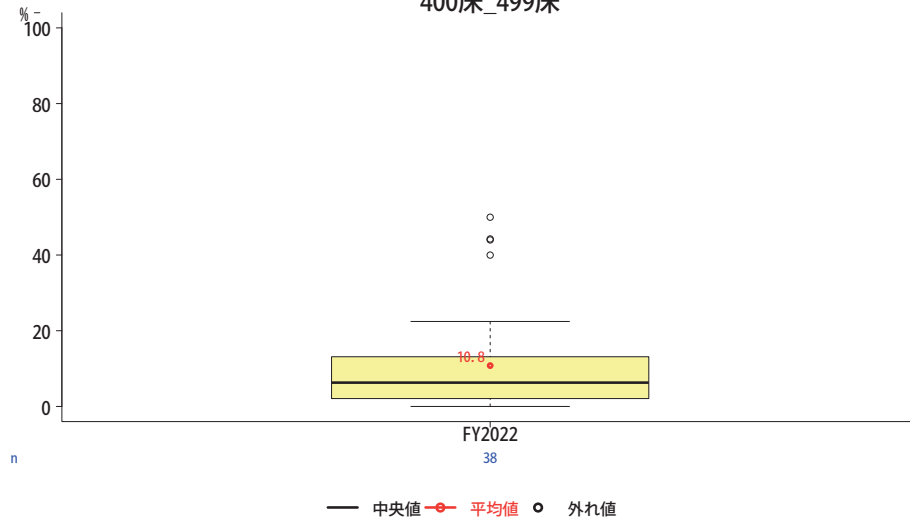
200床\_399床



### 一般-50 集中治療を要する重症患者に対する早期栄養介入割合

分子:集中治療室入室後3日以内に栄養介入を受けた患者数  
分母:集中治療室に3日間以上連続して入室していた18歳以上の患者数

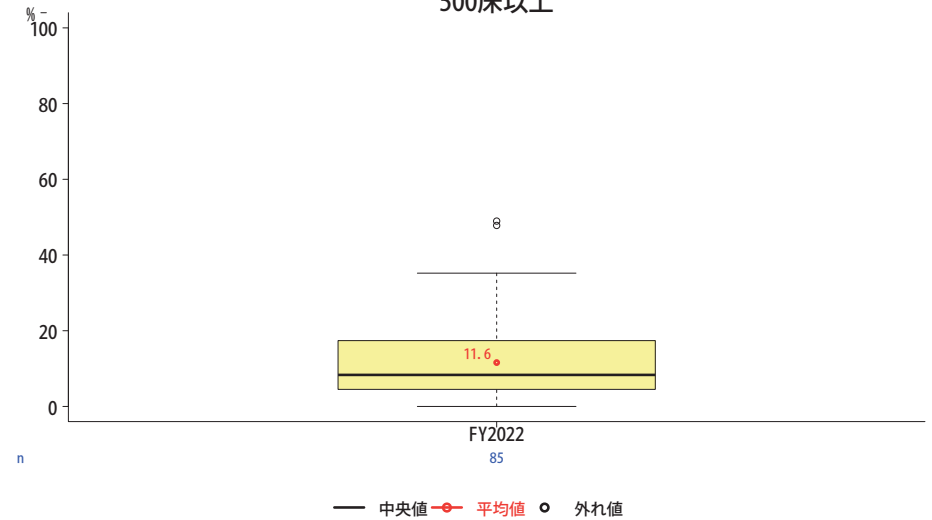
400床\_499床



### 一般-50 集中治療を要する重症患者に対する早期栄養介入割合

分子:集中治療室入室後3日以内に栄養介入を受けた患者数  
分母:集中治療室に3日間以上連続して入室していた18歳以上の患者数

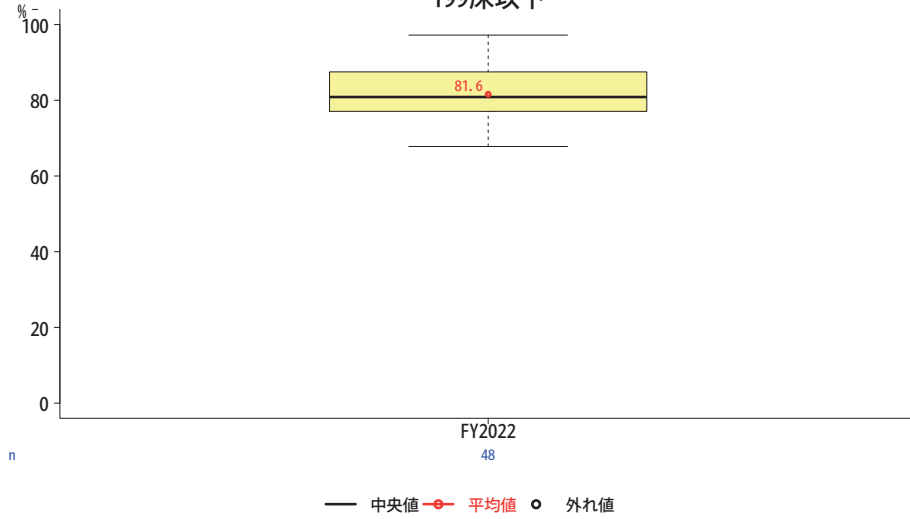
500床以上



### 一般-51 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

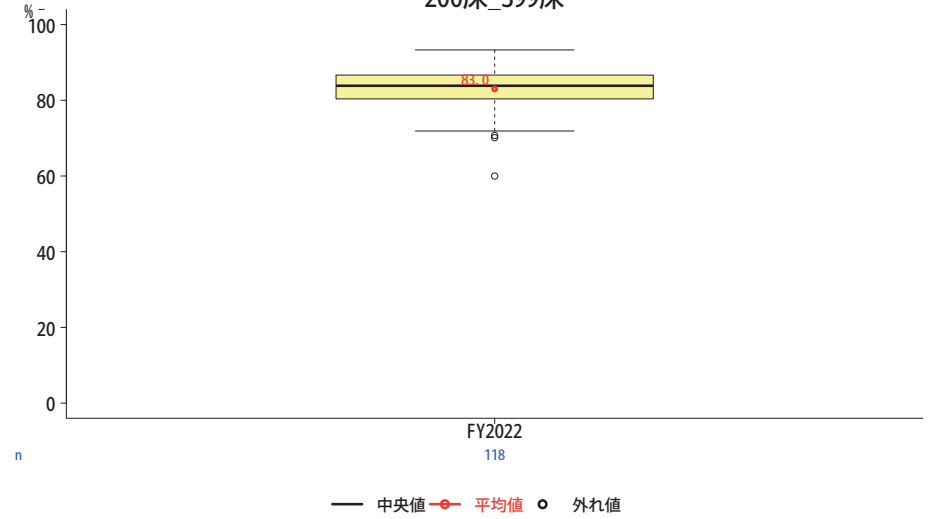
199床以下



### 一般-51 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

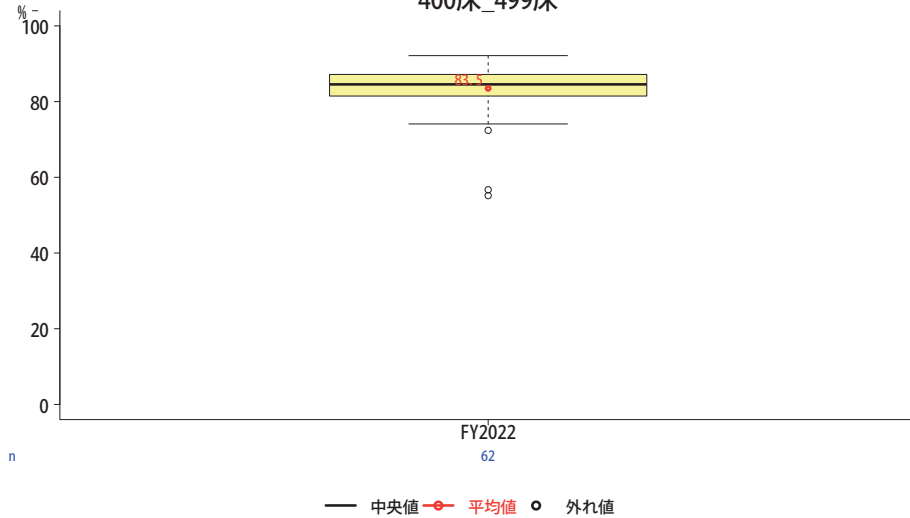
200床\_399床



### 一般-51 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

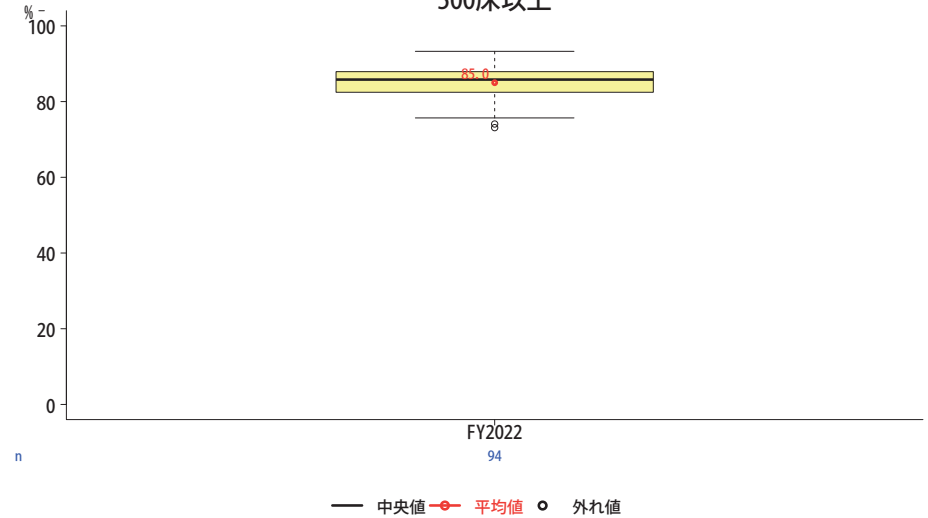
400床\_499床



### 一般-51 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2022 アンケート集計

2023.02.06時点

回答率=69.7%(246/353施設)

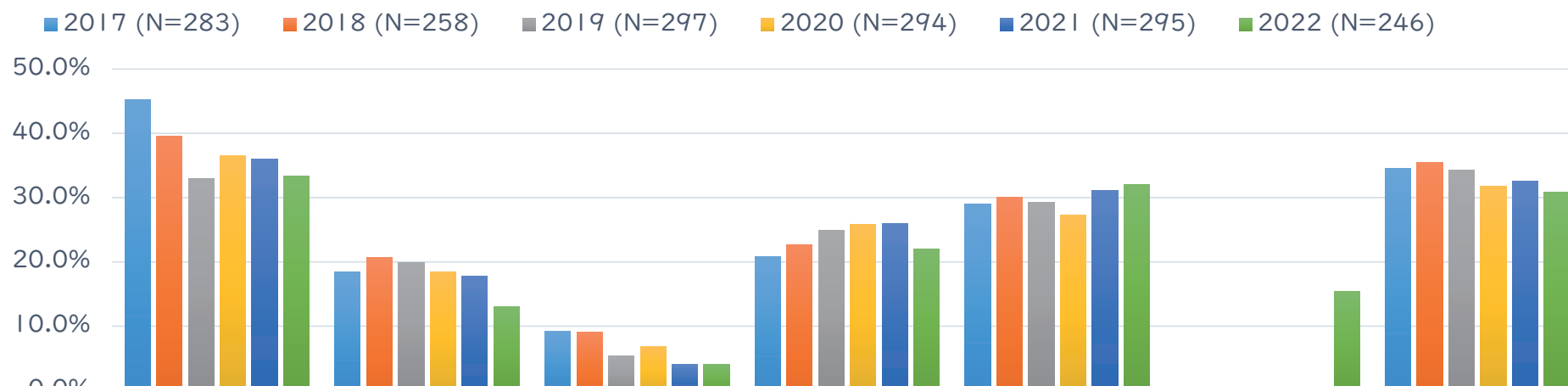
参考：2021年度一般病床回答率=85.0%

精神病床回答率=82.1%

療養病床回答率=74.1%

# 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)

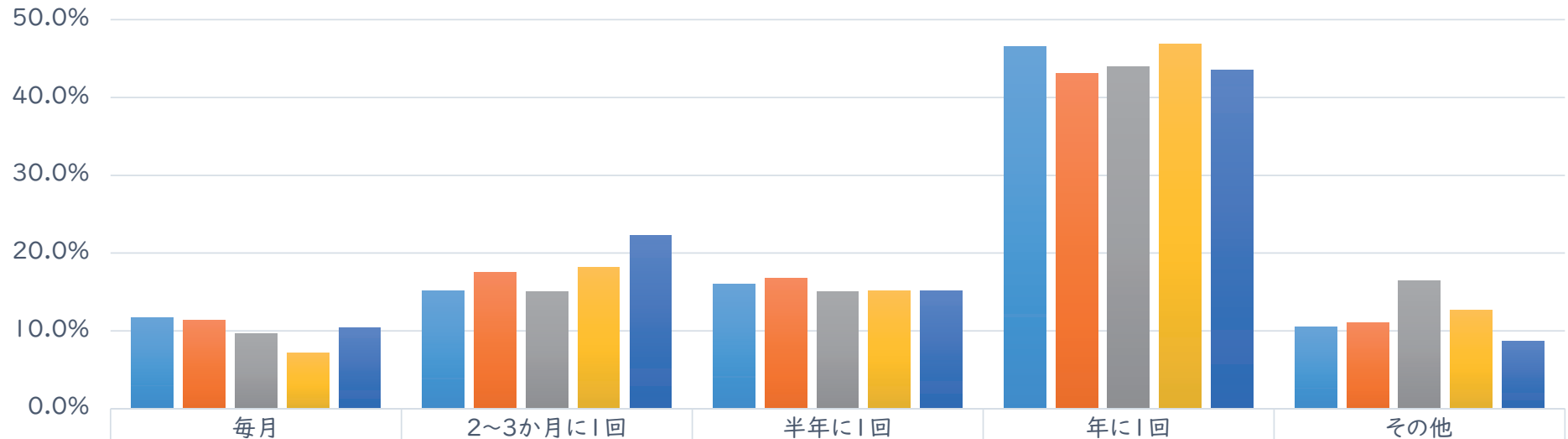


	病院管理 ・運営部	職責者会議	医局	各部署	病院全体	特に報告の場は 設けていない	その他
■ 2017 (N=283)	45.2%	18.4%	9.2%	20.8%	29.0%		34.6%
■ 2018 (N=258)	39.5%	20.7%	9.0%	22.7%	30.1%		35.5%
■ 2019 (N=297)	33.0%	19.9%	5.4%	24.9%	29.3%		34.3%
■ 2020 (N=294)	36.5%	18.4%	6.8%	25.9%	27.3%		31.7%
■ 2021 (N=295)	36.0%	17.8%	4.1%	26.0%	31.2%		32.5%
■ 2022 (N=246)	33.3%	13.0%	4.1%	22.0%	32.1%	15.4%	30.9%

# 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？

■ 2018 (N=256) ■ 2019 (N=297) ■ 2020 (N=293) ■ 2021 (N=292) ■ 2022 (N=230)

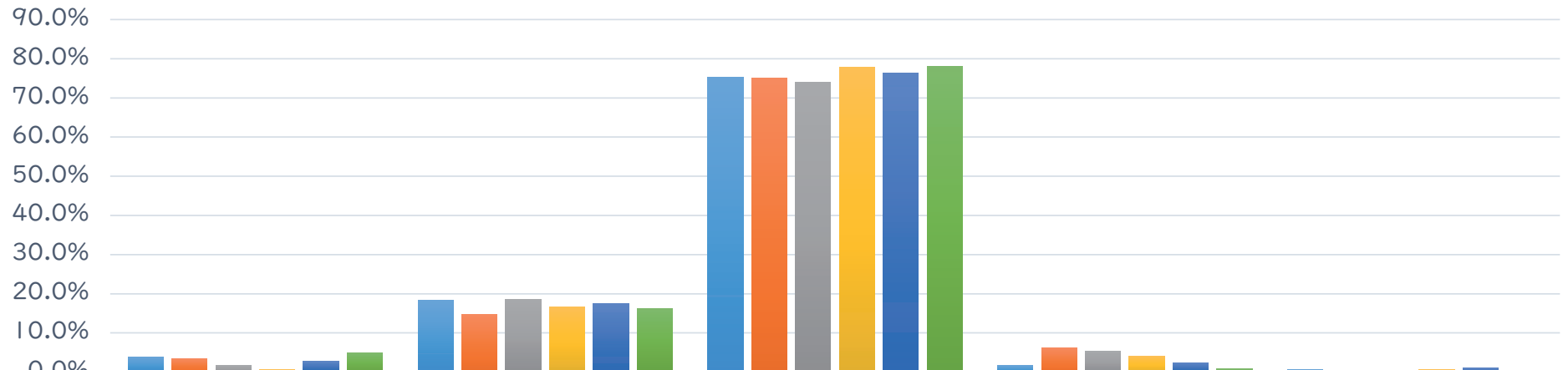


■ 2018 (N=256)	11.7%	15.2%	16.0%	46.5%	10.5%
■ 2019 (N=297)	11.4%	17.5%	16.8%	43.1%	11.1%
■ 2020 (N=293)	9.6%	15.0%	15.0%	44.0%	16.4%
■ 2021 (N=292)	7.2%	18.2%	15.1%	46.9%	12.7%
■ 2022 (N=230)	10.4%	22.2%	15.2%	43.5%	8.7%

# 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？

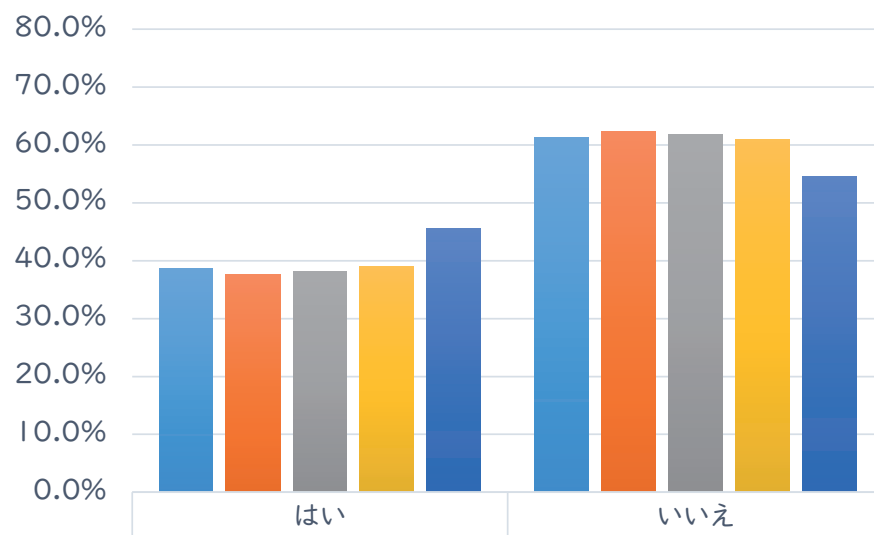
■ 2017 (N=282) ■ 2018 (N=256) ■ 2019 (N=297) ■ 2020 (N=293) ■ 2021 (N=292) ■ 2022 (N=246)



	好意的	やや好意的	どちらともいえない	やや否定的	否定的
■ 2017 (N=282)	3.9%	18.4%	75.2%	1.8%	0.7%
■ 2018 (N=256)	3.5%	14.8%	75.0%	6.3%	0.4%
■ 2019 (N=297)	1.7%	18.5%	74.1%	5.4%	0.3%
■ 2020 (N=293)	0.7%	16.7%	77.8%	4.1%	0.7%
■ 2021 (N=292)	2.7%	17.5%	76.4%	2.4%	1.0%
■ 2022 (N=246)	4.9%	16.3%	78.0%	0.8%	0.0%

# QIプロジェクトにおける全体像

当プロジェクトに関する内容（指標やフィードバック結果等）  
を外部に公表していますか？



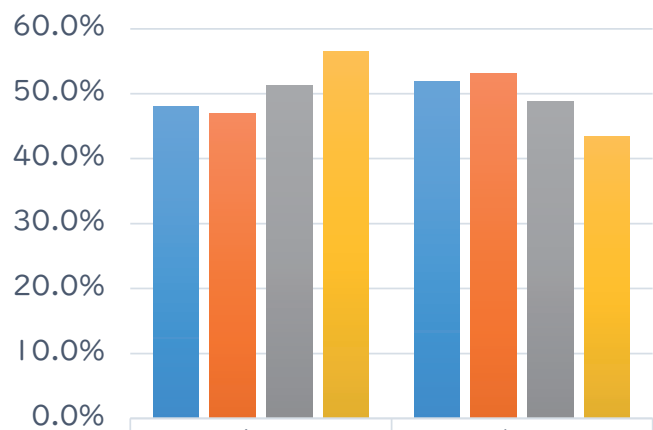
## 「はい」の理由

- 当院の実績として病院ホームページへ掲載。
- 病院機能評価で求められているため。病院情報の公開目的。
- 医療の質の維持と向上への取組の一環として。
- 医療の質の向上に取り組んでいることや外部に当院の実績をアピールするため。
- 医療の透明性を確保するため。
- 外部への公表により、客観的な評価を受けて、さらなる医療の質の改善に繋げるため。
- 改善に取り組んでくださった診療科もあり、臨床指標と改善活動の報告のため。
- 各部署の励みとなるため。
- 患者サービスの向上のため。
- 患者や患者家族への情報提供（病院選びの指標としてもらうため）。
- 近隣病院でも公表しているため。
- 見られていることでのデータ精緻化効果を図る目的と、指標をモニタリングする意図を職員に広く意識付けするため。
- 他病院との比較を根拠に当院の置かれた現状把握、質改善が目的。
- 当院スタッフと当院を利用されるすべての方と医療の質指標を情報共有することで、スタッフの質改善に対する意識を高め、更なる質改善への動機づけを行うため。
- 病院の診療実績などを市民に知ってほしいから。
- 非公表とする理由がないから。



# QIプロジェクトにおける組織体制

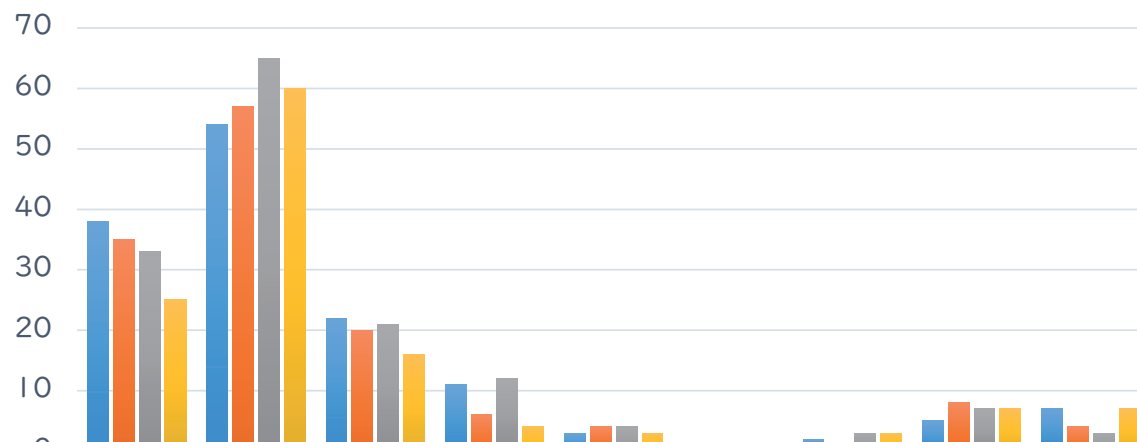
貴院内に、指標の改善活動に係る委員会がありますか？



- 240 -

■ 2019 (N=297)	48.1%	51.9%
■ 2020 (N=290)	46.9%	53.1%
■ 2021 (N=289)	51.2%	48.8%
■ 2022 (N=246)	56.5%	43.5%

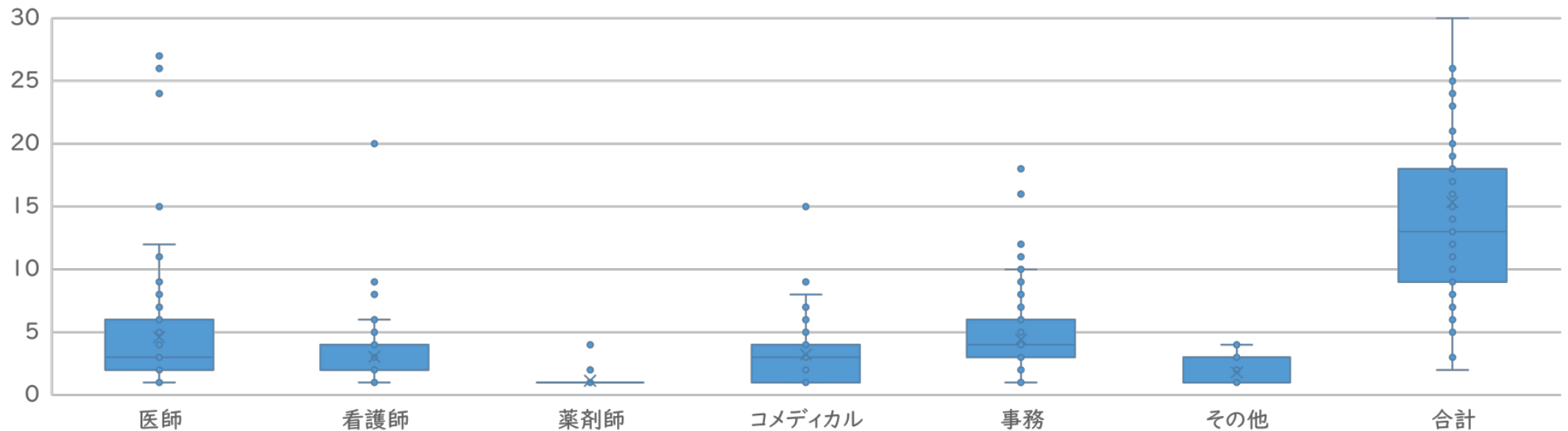
委員会の委員長はどなたですか？



■ 2019 (N=143)	38	54	22	11	3	1	2	5	7
■ 2020 (N=136)	35	57	20	6	4	1	1	8	4
■ 2021 (N=148)	33	65	21	12	4	0	3	7	3
■ 2022 (N=125)	25	60	16	4	3	0	3	7	7

# 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。

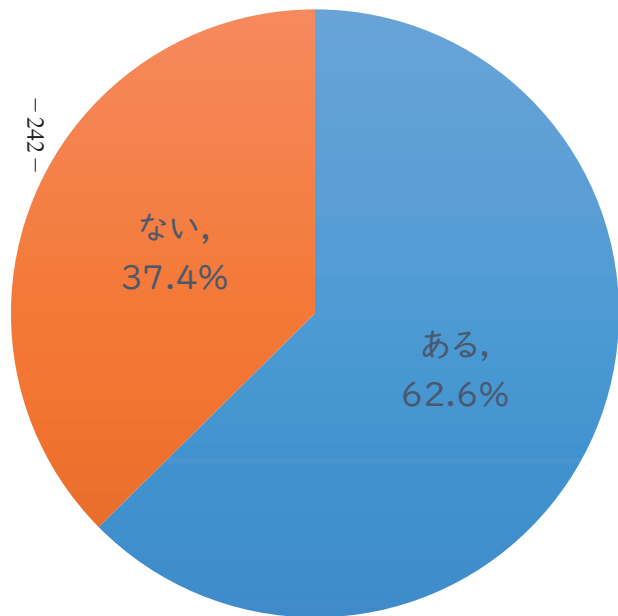


平均値	4.6人	3.1人	1.1人	3.2人	4.4人	1.8人	15.4人
最小値	1人	1人	1人	1人	1人	1人	2人
中央値	3人	2人	1人	3人	4人	1人	13人
最頻値	3人	2人	1人	3人	3人	1人	13人
最大値	27人	20人	4人	15人	18人	4人	51人

※中央値は2021年度と大きな変化はない

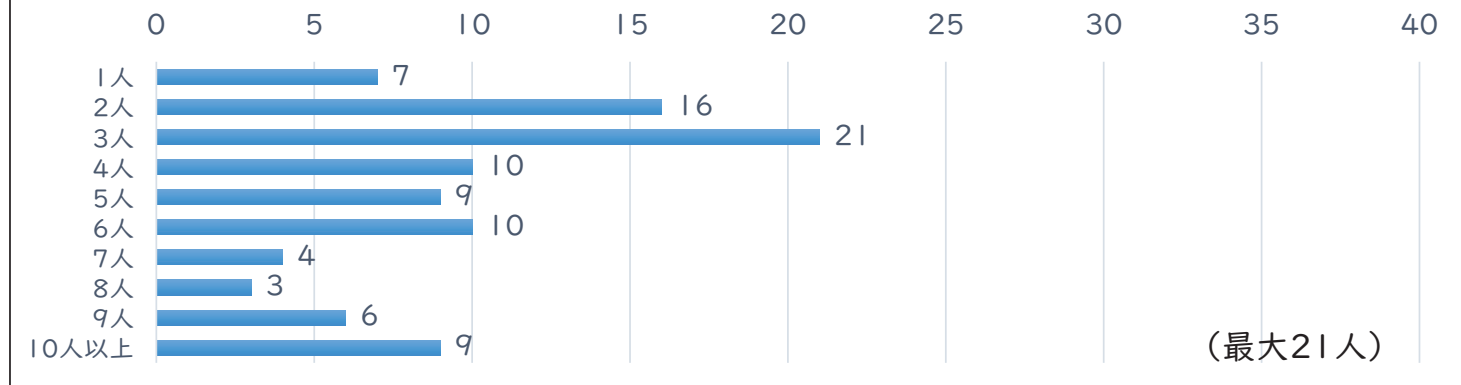
# QIプロジェクトにおける組織体制

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？

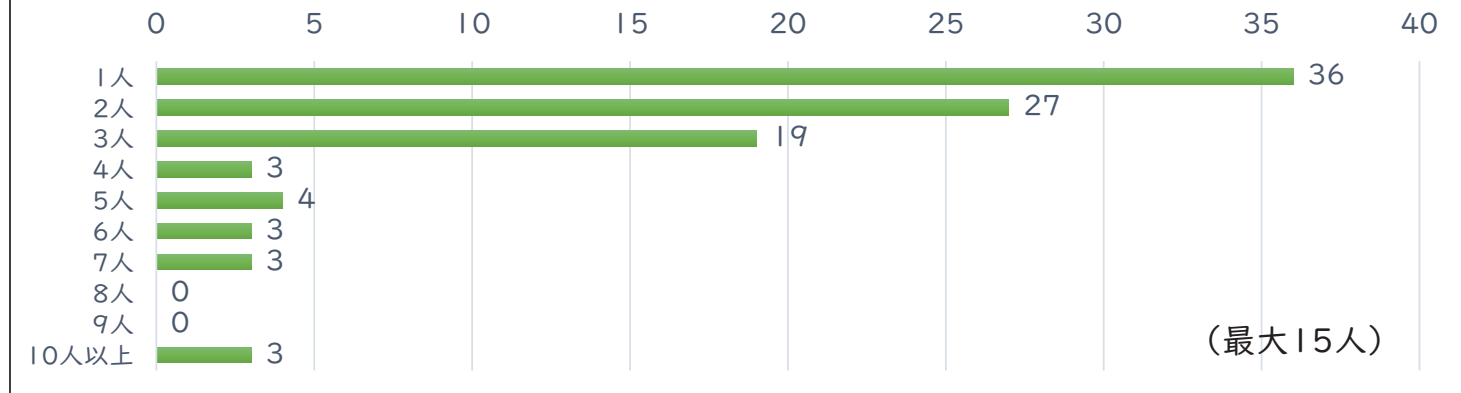


N=246

「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。

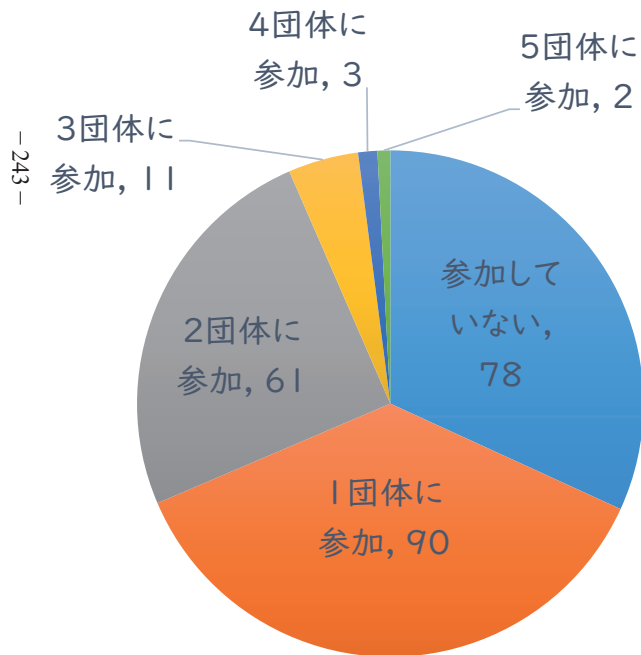


上記で回答したスタッフ数のうち、指標の算出を行っている人数をお答えください。



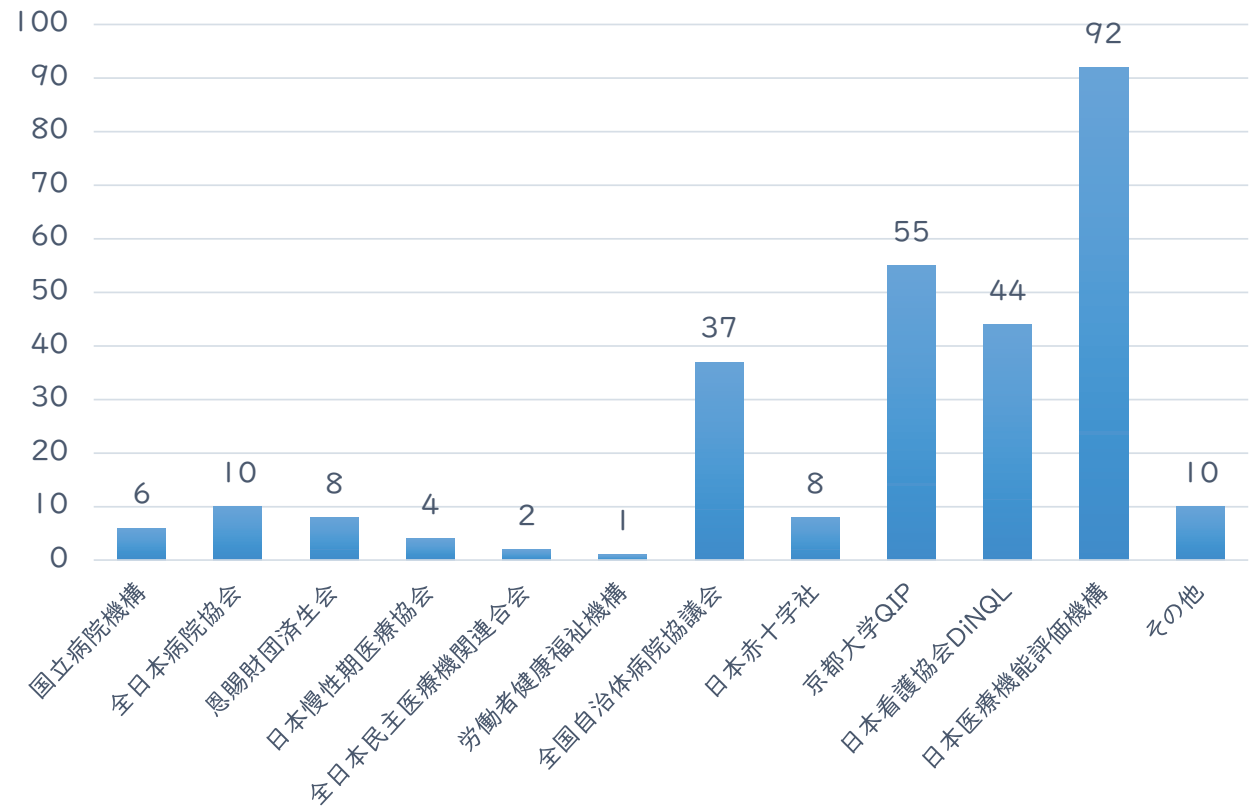
# QIプロジェクトにおける組織体制

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？



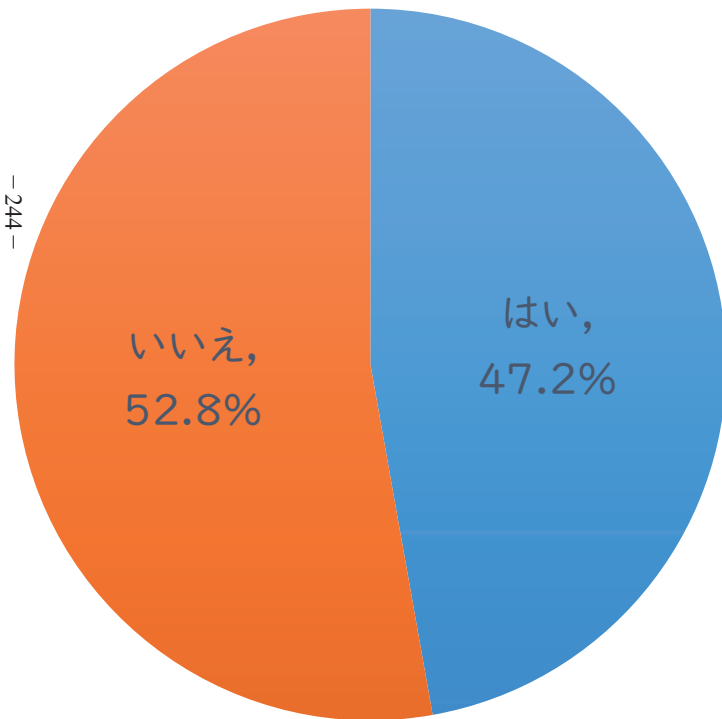
N=246

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？



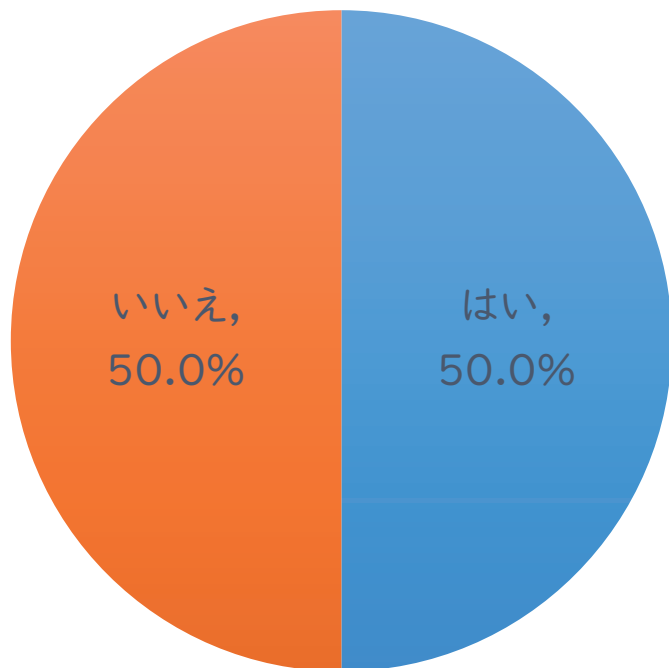
N=246

## 「はい」の理由

- 参加当初に比べ、特に救急応需率は改善したと感じます。
- 病院機能評価受審と併せて効果があった。
- 各部門で目標を設定することにより、目標達成に向けて、活動するようになった。
- 紹介逆紹介を他院と比較することで取り組みが進んだ。
- 自院の状況把握に役立っている。
- 各指標を確認し、委員会を通じて活動に活かしている。
- 医療の質という言葉を知ることができた。
- 定期的にQIワーキングを開催し、各指標の担当者が指標の分析結果、改善活動の報告を行っている。自分達の医療活動を可視化、見える化することで、経年比較、他施設との比較が可能になり、医療の質を向上する取り組みに役立っている。
- 2021年度「脳梗塞における入院後早期リハビリ実施患者割合」について改善活動に取り組んだ。値が低い原因分析を行い、関係部署と協議を行った結果、56%から80%に改善した。取り組みの成果がみられ、医療の質向上につながった。
- 転倒転落発生率を他院とベンチマークすることで、実質的な目標値を設定出来る様になった。
- 転倒・転落やインシデント等の安全管理に関する分析と対策が日々行われている。
- 他病院との比較することで、改善が必要な項目については、例えばクリニカルパスに組み込むことにより、少しずつはあるが医療の質改善することができた。
- 院内でQC活動を開始した。
- 当院は身体抑制率が参加施設内平均より高く、低減化を目指し活動した結果、以前より低減した。
- 指標に対する意識が付き、カルテ記事等の記載の工夫が出来てきた。

# 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？



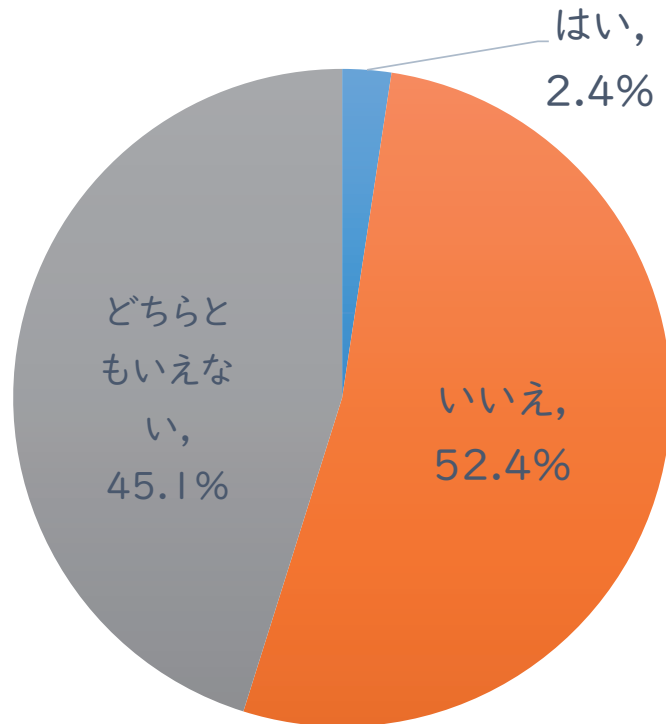
## 「はい」の理由

- 自院の立ち位置がわかるだけで意識が変わってきたと感じます。
- 各診療科の医局目標として採用している。
- 自部署が関連する指標について照会が増えた。
- QIデータの抽出の精度が上がった。
- 定期的なワーキングの他、QI活動を取りまとめた冊子の刊行、配布を通じて、多職種のメンバーが同じ目的に向かって取り組んだことにより、スタッフ間のモチベーションやコミュニケーションの向上に繋がった。また、所属から新しい指標作成についての相談もあった。
- 臨床指標を算出し改善活動を行った結果、成果がみられた。それにより職員が医療の質の重要性を認識できたと考える。
- 患者満足度の指標から、なぜ当院の立ち位置が現状となっているかの検証が行われた。
- まだ取り組みをはじめて1年以内のため、結果はでていないが、数値をもって示すことで説得力がある。
- 医療安全研修にQIデータを使用し、職員に周知している。
- 指標をもとに、自院の弱い指標について検討を行う材料となったため。
- ISO/JCIへの取り組み。
- 第三者機関の高い評価を得たことで職員のモチベーション向上に繋がったと考える。
- 各部門で目標を設定することにより、目標達成への意識が高まっている。
- 抗菌薬の予防的投与について、担当部署が関心を持つようになった。
- 転倒転落発生率や救急車応需率等について、特に意識していると感じる

N=246

# QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

外部（患者等）の反応はありましたか？

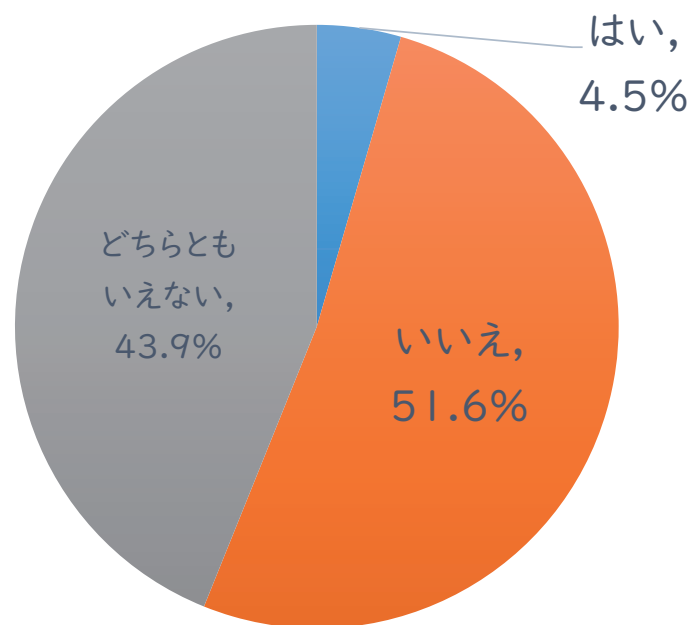


## 「はい」の理由

- 医療の質向上により満足度が上がっていると考える。
- ホームページに公開している。

# 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?



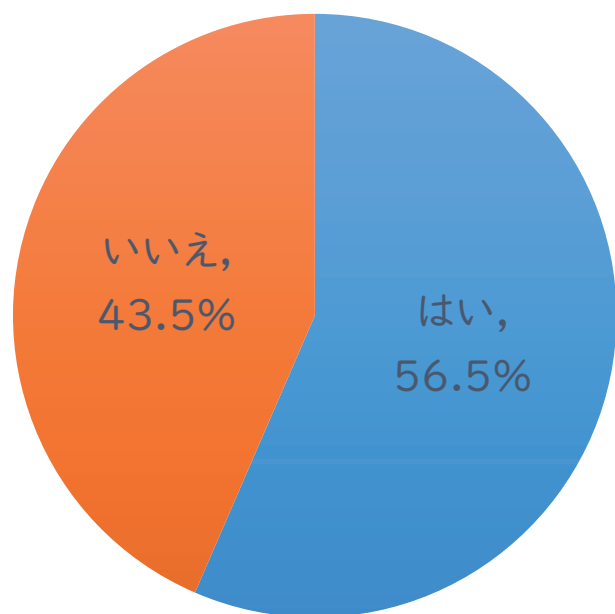
## 「はい」の理由

- コスト漏れの発見ができた。
- 自院の状況把握ができた。
- 外部評価等に提出するデータとして利用できた。
- 算定面での注意喚起ができた。
- 身体抑制の同意書の見直しがあった。
- 各種委員会で同指標を用いて改善取り組みが行われるようになった。
- 「指標の結果」と「現場感覚」のギャップによる算定漏れを発見できた。
- 抑制率が外れ値だが、安全に配慮してナースコールを押せない患者が多いことがわかったり、更に使用方法や対策を考える機会になっている。
- 身体拘束について考える機会が増えた。
- 具体的な数値がグラフ化されているので、当院の立ち位置がよくわかり、院内でフィードバックすることで、具体的に興味を持ってもらえるようになってきた。



# QIプロジェクトにおける全体的な効果や活動

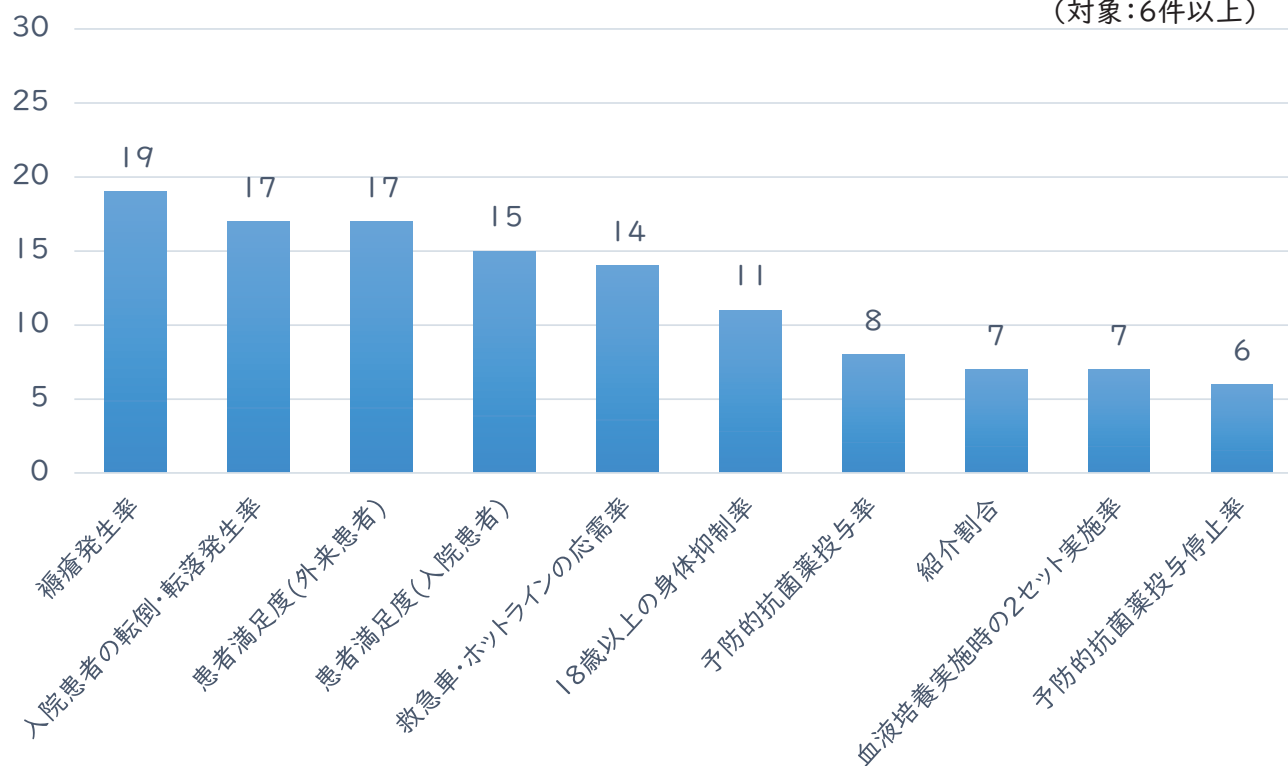
今年度、日本病院会QIプロジェクトの指標の中で、改善活動を行いましたか？



N=246

## 改善活動を行った上位10項目

(対象:6件以上)



# 褥瘡発生率

## 【施設・設備・機器の見直し】

- 器材の充実を図った。
- マットレス・エアマットの管理方法の検討、購入に向けた取り組みを行った。
- 褥瘡マットの追加購入。
- エアマット(ラグーナ)、体圧分散シート(フィール)の追加購入による発生率の低下。
- エアーマット等、器具の入れ替えて院内発生を予防。
- 尾骨部の褥瘡発生が多かったため、車椅子用クッションを導入した。
- 実績をもとに褥瘡予防に必要な物品の検討購入に繋がり、過不足なく迅速な対応ができています。

## 【勉強会・研修会の開催】

- 看護師の新採用者研修で褥瘡予防ケアの基礎を組み込み、特に踵の褥瘡は防ぐことができる褥瘡といえるので、踵の褥瘡発生件数を少なくすることを優先に取り組んでいる。
- エアマットの正しい使用方法について病棟勉強会の実施。
- 褥瘡チーム内で数値を共有、リンクナースへの研修会を実施。
- フィードバック資料を活用した医療安全研修。

## 【フィードバック、情報共有、その他】

- 委員会にて適宜報告している。
- 専門委員会で検討している。
- 看護部内の委員会での改善活動。
- 褥瘡委員会が目標値を設定、毎月の病院運営会議に発生率を報告。
- 褥瘡対策チームを組織して院内の褥瘡発生予防や発症後早期からの適切な処置を含めた対策を、年に1回褥瘡対策委員会の中で行っている。そこで、月ごとの発生率を確認し増減の把握や対策に活用している。
- 褥瘡ラウンドの実施
- 毎月新規褥瘡発生者のインシデントの分析・予防ケア用品の使用についてパンフレット作成、活用推進。

# 入院患者の転倒・転落発生率

## 【詳細分析、検証】

- 医療安全委員会を中心に、転倒転落原因の検証や発生防止策を検討している。
- インシデンド・アクシデンドレポートの分析から、転倒転落の要因を確認し、具体的対策について医療安全チームにて年3回協議している。
- 全国共同行動に沿って、個別要因の精査、対策の見直しをしている。
- 医療安全管理委員会にてデータ分析・原因調査・対策活動を行った。
- 医療安全月間を設けて、レベル0のヒヤリハットを拾い上げやすくし情報量を増やしたところで、多職種による検証回数を増やした。
- 根本原因分析を進め、要因ごとに対策チームで詳細対策を進めた（進捗中）。

## 【評価およびラウンド】

- 毎月多職種（外来看護師を含めた看護師 リハ、薬剤師、事務等）でラウンドを実施し療養環境を整えている。
- 患者によるアセスメント（自己評価）実施。
- 転倒予防策実施率などのプロセス指標を独自に収集している。
- 入院前問診記録の確認。
- 転倒転落フローシートの導入。
- 認知症、せん妄ハイリスクケア加算算定率向上のためのスクリーニングシート改訂。

## 【勉強会・研修会の開催】

- 医療安全ポスターの掲示や研修会の実施。

## 【フィードバック、情報共有、その他】

- 転倒転落委員会での事例報告の共有。
- ベンチマークを利用した医療の質向上のための取り組み。
- 転倒転落防止において医療安全を中心に取り組んでいる。
- 指標を元にQI委員会から医療安全管理室に提言を行っている。
- 緩衝マットの購入。
- 転ぶから抑制するということもあり得ることで、大けがをしない対策をしている。
- 超低床ベッドやベッドから転落した際の衝撃吸収マットを導入した。
- 転倒転落時に痛みや衝撃を和らげるために衝撃吸収マットを患者のベッドサイドに設置できるように一般病棟へ徐々に導入を開始した。
- 低床ベッドの使用。
- テレビジョンの入院案内での転倒に関する注意喚起。
- DST精神リエゾンの早期介入により転倒リスク低下。

# 患者満足度（外来患者・入院患者）

## 【施設・設備・機器の見直し】

- カスタマーサービス室を設置
- 食事内容の改善
- トイレ自動洗浄、デイルーム椅子の入れ替え、トイレごみ箱変更
- 会計後払いシステムの導入、診察室入口の医師ネームプレート変更など
- 院内設備の改修
- ナビダイヤル導入、蛍光管変更、空気清浄機造設
- BS放送受信、温冷配膳車の導入、妊婦さん病衣の変更など

## 【接遇、研修】

- 接遇研修等を実施したことにより、職員に対する満足度が向上した。
- ANA元CA講師による接遇研修（新規入職者及び中間管理者への）
- クレーム対応研修
- 接遇向上委員会発信による職員全体での「おもてなし」の取り組み

## 【待ち時間】

- 待ち時間短縮の取り組み。

## 【フィードバック、情報共有、その他】

- いただいたご意見の中で対応可能な内容を関連部門に連絡し対応
- 幹部職員へ分析結果の報告及び提案を行い、次年度の事業計画の判断材料とした
- ご意見箱に投書された内容をサービス委員会で検討、対応を広報誌に掲載した
- 満足度調査結果を元に設備環境改善を行った
- 不満点をより詳細に聴取し、割合の大きい順に対策を進めた（進捗中）
- アンケート内容と設問を改訂
- 定期的にミーティングを行い、患者からのファーストコールはすぐ対応するよう徹底している。

# 救急車・ホットラインの応需率

## 【組織・体制の変更、教育】

- 救急搬送を良く断る医師は、一般救急当直ではなく、ICU当直に回す。
- 救急人員配置の見直し
- 対応スピード向上のため医師に毎回確認することをやめ看護部で受け入れ判断をするようにした。
- 原則救急患者を断らない取り組みとして救命救急士が救急隊からの電話をとるように変更した。

## 【フィードバック、情報共有、その他】

- 救急隊との定例会開催による課題の解決
- 医局への周知と呼びかけ
- 救急センター運営会議にて報告し改善活動を行っている。
- 応需率向上に向けた取り組みを行った
- ドクタカー導入
- 断り理由調査
- コロナ対応等でぶれ幅が大きく、毎月会議等で院内に報告している
- 救急医療に特化したQI指標の公表
- 消防署への営業活動

# 18歳以上の身体抑制率

## 【評価およびラウンド】

- 認知症ケアラウンドに活用
- 医師、看護師、社会福祉士、薬剤師、管理栄養士、作業療法士等で認知症ケアチームを組織して、せん妄、認知機能低下のある患者を対象に週1回病棟ラウンドし、抑制患者の実態を把握するとともに、認知症症状の悪化やせん妄発症予防の対策を行っている。
- 委員会によるラウンド

## 【詳細分析、検証】

- 委員会でチームを作り1か月に1回ミーティングを行い現状把握を行っている。その中で抑制の種類としてミトンと体幹抑制が多いことがわかり、抑制しないための対策としてコールマットとセンサーマットの買い増しを行った。また、ねむりセンサーを1か月導入し本導入を検討している最中である。
- 身体抑制を低減すべく、まずはその主な原因となるせん妄を予防を目指し、睡眠薬の適正使用に取り組んだ。
- 採用しているベッド柵について、妥当性の検証が行われた。

## 【フィードバック、情報共有、その他】

- 各病棟ごとの身体抑制率を抽出しフィードバックした
- 看護部の今年度の取り組み目標として毎月病棟別に数値を出し、病棟ごとに改善に向けて取り組んでいる
- 抑制解除に向けた取り組みの院内研修、事例検討会等を行いながらQI実務担当者と認知症看護認定看護師との間で、身体抑制の種類や期間、身体抑制実施背景などの情報を共有し、身体抑制率の増減の把握や対策に活用している。
- 身体抑制委員会活動
- 身体拘束予防委員会の設置
- 抑制が必要な患者でもできるだけ時間を短くしている。

# 予防的抗菌薬

## 予防的抗菌薬投与率

- 術前抗菌薬投与をすべて術場で実施することにした。
- 手術の術前投与を病棟から手術室で実施に変更した。
- 麻酔科医、手術室スタッフへの実績報告。

## 予防的抗菌薬投与停止率

- 対象手術のクリニカルパスを手術後24時間以内で予防的抗菌薬が停止するように修正した。
- 外科でベンチマーク結果について検討し、クリニカルパスを改訂。翌月から全国平均以上の結果となった。
- 術後抗菌薬の削除をクリニカルパス上で行った。
- 他院との比較を最重要としてクリニカルパスの内容を修正した。
- 停止率の低い疾患を調査し、委員会で報告。
- ベンチマークを利用した医療の質向上のための取り組み。

# 紹介割合

- 地域医療機関への営業活動、開業医訪問
- 診療報酬の算定方法の変更に伴い、診療部会議で毎月推移を報告している
- 開業医の先生方向けの説明会
- 地域医療連携セミナーの実施
- 院内医師紹介の各診療科別に記載した「診療のご案内」発刊



# 血液培養実施時の2セット実施率

- 診療科ごとに抽出し、実施率の低い診療科へ情報を提供した。
- 2021年度実施率が平均以下であり、原因を調査し、改善した。
- 徐々に横ばいから上がっている兆しがある。
- 正確な会計入力の徹底
- 感染管理室からのデータとQIのフィードバックデータに乖離があり、原因を精査。その結果、医事請求のマスターが2回実施のオーダーを取り込んだ際、1回実施になるよう設定されていたことが判明。すぐに修正していただいたところ、全国平均以上の結果となった。
- 現場でのカウントと病院会に提出したDPCデータから抽出して頂いた結果と齟齬があり、確認中である。
- JANIS還元情報を院内感染対策委員会にて報告している。

---

# 一般社団法人 日本病院会 2022 年度 QI 委員会

---

(50 音順)

(2023 年度 4 月時点)

- 委員長 福井次矢(東京医科大学茨城医療センター 病院長)
- 委員 今中雄一(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 教授)
- 委員 岩崎 榮(NPO 法人卒後臨床研修評価機構 理事長)
- 委員 岩淵勝好(山形市立病院済生館 呼吸器内科長)
- 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 理事長)
- 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 松本隆利(社会医療法人財団新和会 八千代病院 名誉院長)
- 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 仙賀 裕(茅ヶ崎市立病院 名誉院長)

事務局 竹内幸大(一般社団法人 日本病院会 政策部 学術研修課 課長)

事務局 佐藤美幸(一般社団法人 日本病院会 政策部 学術研修課)

## <開催報告>

### 【委員会】

第1回 QI 委員会 2022 年 8 月 30 日(出席委員 10 名)

第2回 QI 委員会 2022 年 10 月 27 日(出席委員 10 名)

第3回 QI 委員会 2023 年 3 月 23 日(出席委員 11 名)

### 【実務担当者説明会・フィードバック説明会 合同説明会】

開催日:2022 年 5 月 31 日(木) 13:00~15:40

開催方法:Zoom ウェビナーによる LIVE 配信およびオンデマンド配信

参加数:137 施設

- 昨年度同様 COVID-19 の影響により実務担当者説明会・フィードバック説明会を合同開催した。
- フィードバックデータのグラフの見方や各指標の算出方法についての説明、参加施設からの事例発表、厚生労働科学研究「医療の質評価と医療情報の提供に関する調査研究」の現情報告を行った。

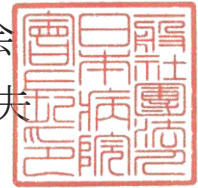
初版 2023年10月30日

2版 2023年12月7日

令和5年4月27日

厚生労働大臣  
加藤勝信様

一般社団法人日本病院会  
会長 相澤 孝夫



## 入院基本料の引き上げのお願い(嘆願書の提出)

令和5年3月14日付で提出しました標記の要望書について、本要望に賛同する旨の1,227病院(令和5年4月27日現在)からの嘆願書を取りまとめたので提出します。

国民に対し病院医療を安定的に確保するためには、諸物価高騰の対応、医療機器等の更新、医師及び看護職員等の職員確保並びに処遇改善を図る必要があることはご承知のとおりであります。

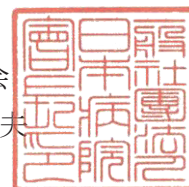
政府におかれましては、安定的な病院医療を提供するための財源には、入院基本料の引き上げが必要であることをご理解いただくとともに、迅速、かつ適正にご対応いただきますよう、重ねて強く要望いたします。

以上

日病会発第 14 号  
令和 5 年 4 月 27 日

厚生労働省  
保険局長 伊原 和人 殿

一般社団法人 日本病院会  
会長 相澤 孝夫



## 令和 6 年度診療報酬改定に係る要望書【第 1 報】

令和 4 年度診療報酬改定における全体の改定率は、令和 2 年度に続きマイナス改定となった。令和 4 年度の 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 2022 年度病院経営定期調査によれば、緊急包括支援事業等コロナ関連の補助金を除くと、医業利益、経常利益ともに大きく赤字額が拡大しており、新型コロナウイルス感染症の影響は極めて大きいとの集計結果であった。より正確な影響度については医療経済実態調査などの結果を待つ必要があるものの、ほぼ同一の傾向が出されると想定される。

一方、将来の少子超高齢社会へ向けて、病院の機能分化と強化は避けて通れない道筋であると認識しており、日本病院会としても変えるべきところは変えるとの方針のもと、新型コロナウイルス感染症下の社会状況に配慮した医療提供体制の構築は必須と考えている。令和 4 年度診療報酬改定では、看護の処遇改善、リフィル処方箋の導入・活用促進による効率化、不妊治療の保険適用等が行われた。また、社会保障審議会では、2040 年を見据えた社会保障の将来の見通しが示されており、今後、各医療機関は、中長期的な展望を含め地域性を考慮した様々な選択が必要になるものと考えられる。また、医療界は今回の新型コロナウイルス感染症の甚大なる影響から、2024 年の第 8 次医療計画に組み込まれる新興感染症への体制整備を行いつつ、AI や IoT を駆使したデジタルトランスフォーメーション（DX）による効率化が進んでいくと思われる。令和 6 年度の診療報酬改定では、働き方改革の更なる推進、オンライン診療の恒久化や少子化対応が改定内容になる。変えるべきところは変えつつも、これまでのわが国の良好な医療レベルを保つためにも、簡潔で分かり易い診療報酬体系であることが望ましい。

令和 6 年度診療報酬改定へ向けて、日本病院会の診療報酬検討委員会において会員からの診療報酬改定への意見を募り、上記の観点からこれらを集約した。今後も健全かつ安定的な医療提供体制を確保しつつ、発展させるため、以下を要望する。

## 令和 6 年度診療報酬改定に係る要望項目【第 1 報】

### ・入院基本料の見直し、増額

電気・ガス・灯油等の高騰、食材費の値上げや、最低賃金の上昇等により給与費増の負担も大きく、医業費用が増加する一方で、診療報酬はそれらに対応していない。特に入院医療に関して経営への圧迫が顕著となっているため、入院基本料の増額を要望する。

また、令和 5 年度内の臨時的対応措置として、本年 10 月の入院基本料の見直しを検討いただきたい。

(A100～106 入院基本料)

### ・入院時食事療養費・入院時生活療養費の増額

給食用材料費、光熱水費、厨房機器の購入費用、人件費等の高騰が続き、経営的な努力は重ねているが、医療機関として食事を提供することが非常に厳しい状況である。平成 6 年(1994 年)以降、入院時食事療養費が据え置かれていることとあわせて、食事療養の重要性を鑑み、適正な評価の見直しを要望する。

(入院時食事療養費、入院時生活療養費)

### ・ハイケアユニット入院医療管理料における重症度、医療・看護必要度の評価方法の見直し

一般病棟用および特定集中治療室用の重症度、医療・看護必要度については「レセプト電算処理システム用コード」による評価方法(必要度Ⅱ)が導入されているが、ハイケアユニット用の評価方法についても必要度Ⅱで評価できるよう要望する。

(A301-2 ハイケアユニット入院医療管理料)

### ・診療録管理体制加算における要件見直し及び施設基準の緩和

DPC/PDPS 制度における分類選択や影響調査データの作成には、診療情報管理者の高い知識や経験が必要とされる。正確かつ適切な医療データは幅広く活用することができ、正確な保険請求は多くのコスト削減にもつながる。今後、診療情報管理を発展させる上で、有能な診療情報管理者を確保することが重要であるため、診療記録管理者について病床数に応じた診療情報管理士の適正配置に関する評価を要望する。また、診療録管理は紙カルテから電子カルテへと ICT 化が進んでいることもあり、かつさらなる医療 DX を進めるために「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠する施設基準(診療録管理室の入退室管理や施錠管理等)の緩和を要望する。

(A207 診療録管理体制加算)

・情報通信機器を用いた診療（オンライン診療）にかかる算定要件拡大と点数見直し

今後も非対面診療は求められると考えられるが、現行の診療報酬では対応しきれない。新しい生活様式としてオンライン診療を継続、拡大していくためには、評価の拡充と指導料等の算定可能な対象患者を拡大する事を要望する。

（A 初・再診料、B 医学管理料、C 在宅療養指導管理料 等）

・サイバーセキュリティ対策にかかる入院基本料等加算、初・再診料加算の新設

医療機関のサイバーセキュリティが問題視され、電子カルテを円滑に活用するために全国の医療機関がランサムウェア等の対策にかかるシステム導入費用・保守費用、SE の人件費に莫大な費用をかける必要に迫られている。システム導入等の初期費用に関しては、補助金による手当てが妥当と考えられるが、永続的にかかる保守費用や人件費に対しては、診療報酬での充当が必要である。入院料加算及び初再診料の加算としてそれぞれサイバーセキュリティ対策実施加算の新設を要望する。

（A2〇〇 入院基本料等加算、A000～A002 初・再診料加算）

## 令和 6 年度診療報酬改定に係る要望項目（精神医療）

### ・精神科救急急性期医療入院料で算定する場合のクロザピン要件について

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）この要件を外していただきたい。

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。

更に、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も必要である。そしてこの手順を順守しなければ投与ができないことになっている。重症患者を対象としている精神科救急急性期医療入院料病棟では、早急な判断・治療が必要でありまた早期退院を視野に入れている。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）

### ・発達障害の検査の点数について

（1）「Conners（DSM-5 対応）」

（2）「CAARS 日本語版（ADHD 評価尺度）」

（3）「CAADID 日本語版（ADHD 診断面接ツール）」

発達障害については、児童のみならず 18 歳以上の成人者にも診断を受けたいという診察希望が増加傾向にある。この発達障害の診断として、上記(1)~(3)の検査を実施することが多い。しかし、この検査は診療報酬点数として認められていないため、全て医療機関負担となっている。特に(1)、(2)の検査については、発達障害の診断補助として有効であり、発達障害の診断にかかすことのできない検査となっている。多職種でのチーム医療の推進、そして医療の質の向上のためにも発達障害検査の診療報酬上の点数化を要望する。

（D283 発達及び知能検査）

### ・診療報酬の新設

近年、医療は急速に高度化・複雑化している。特に精神科医療では、医師による精神療法や薬物療法を中心とした医学的治療のみでは十分な治療効果を得にくい疾患（発達障害、高次脳機能障害、依存・嗜癖、摂食障害、心的外傷後ストレス反応、認知症等）が多くなっている。そのため心理的ケアのニーズが急増しており、公認心理師による心理面接希望は多く、患者の



社会生活の維持に大きく寄与している。公認心理師による心理面接（カウンセリング）は、今後もニーズは多くなっていくと思われること、そして医師の負担軽減やチーム医療推進のためにも診療報酬での新設を要望する。

（例）

- ・公認心理師が入院、外来患者に心理面接を行った場合、30分以上で200点、さらに15分ごとに50点を週に1回限り算定できるものとする。
- ・医師の指示のもと、公認心理師が心理面接計画書を策定し、評価を行う。
- ・連続10回を限度とする。

（（仮称）精神科心理面接料）

#### ・施設基準の見直し・緩和

「自殺対策等に関する適切な研修」がかかりつけ医にとってハードルが高すぎる。県医師会などが主催する自殺対策研修を要件に含めるべきである

（B005-12 ころの連携指導料（I））

#### ・研修中の非指定医を指導する指定医に、週に1回（もしくは2回）の精神療法（I）の算定を認める

現行：入院精神療法（I）400点指定医が、週3回まで行える。入院精神療法（II）150点（6か月）

指定医が認める場合週2回まで同一週に精神療法（I）と（II）は同時算定不可

研修中の非指定医を指導する指定医に、週に1回（もしくは2回）の精神療法（I）の算定を認める

指定医を養成する研修病院において、そのコストが病院持ち出しとなっている

患者が12週間入院する場合

- ・指定医 400点×3回×12週=14400点
- ・非指定医 150点×2回×12週=3600点

研修中非指定医が5人いる場合

ひとり年に25人の患者を担当するとした場合、

病院側の減収は $(14400-3600) \times 25 \times 5 = 135$ 万点 1000万円以上の減収となる。

（I001 入院精神療法1、2）

#### ・病院の拘束ゼロの取り組みに対しての新設

精神科病院では、「医療保護入院等診療料」を届出している医療機関については、行動制限最小化委員会での活動を実施していると思うが、近年、身体拘束についての裁判も増えてきており現状を上回る身体拘束についての取り組みが必要となっている。身体拘束については、精神保健福祉法の基本理念（法第1条）に沿って行う必要があり、告示第130号に示されている処

遇の基準をみたしていることが必須であることを再認識し、行動制限最小化に向けた更なる取り組みに対する診療報酬の新設を要望する。

新設に際しては、感染対策向上加算を参考に、身体拘束最小化に取り組んでいる模範となる基幹病院を中心に、その他の医療機関と連携を組み、互いに助言、支援そして相互に評価し合える体制の構築を基本として加算新設を要望する。

(A311 精神科救急急性期医療入院料、A311-2 精神科急性期治療病棟入院料1・2、  
A311-3 精神科救急・合併症入院料、A312 精神療養病棟入院料、  
A314 認知症治療病棟入院料、A318 地域移行機能強化病棟入院料、  
A103 精神病棟入院基本料)

以上

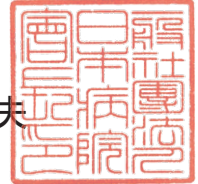


厚生労働省保険局医療課 眞鍋課長に「令和6年度診療報酬改定に係る要望書【第1報】」を手渡す万代副会長、北村理事

2023年6月1日

厚生労働大臣  
加藤勝信様

一般社団法人 日本病院会  
会長 相澤孝夫



## 看護師の確保等に関する提言

病院では、医師、薬剤師、看護師をはじめとする、多職種かつ多数職員がチーム医療として、様々な疾病の患者に対し医療を提供しております。

このような中、当会会員病院からの「看護師の離職が増えている」等の声を受け、本年3月に『看護師の確保状況に関する緊急調査』を実施したところ、看護師の離職が増加していることとともに、2年前に比べ看護師の採用が困難となった病院が著しく増加している実態が明らかとなりました。

看護師が離職する原因は様々で、結婚・出産、人間関係以外にも、

- ・夜勤の無い美容クリニックや訪問看護ステーションへの転職
- ・夜勤実施可能者（看護師、看護補助者）の減少による夜勤の激務化
- ・過酷な労働に見合わない給与
- ・新型コロナ禍における学生時代の実習経験不足による新人看護師の離職
- ・新人看護師の離職に伴う他の看護師への負担増加による疲弊
- ・新型コロナによるメンタルの不調や風評被害（家族からの要請等）

等の業務に関する内容を含む離職理由が多数出されました。

このことから当会は、生産年齢人口が減少する一方、入院患者の高齢化等によりケア業務が増加する中でも看護師が十分に確保できるよう、病院に勤務する全国約87万人の看護師の処遇改善のためにも入院基本料の引き上げほか、当会調査から明らかとなった離職理由を踏まえた看護師の確保および養成に関する政策の再検討が必要と考えます。

以上

# 看護師の確保状況に関する緊急調査（最終報告）

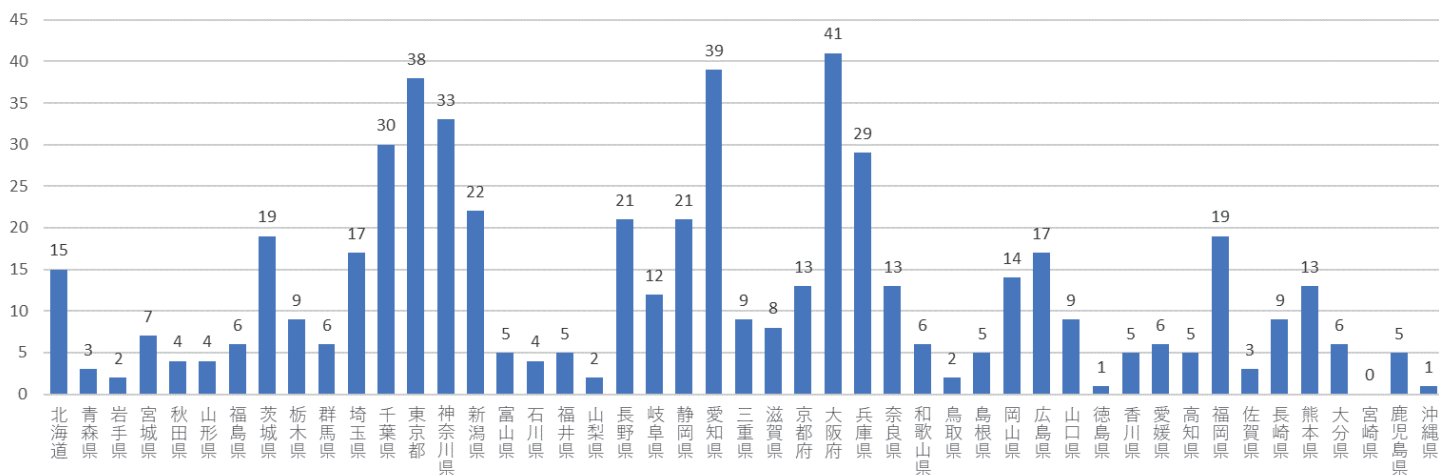
○調査期間：2023年3月10日(金)～2023年4月5日(水)

○回答数：563病院／2476病院（回答率22.7%）

## 【基本項目】

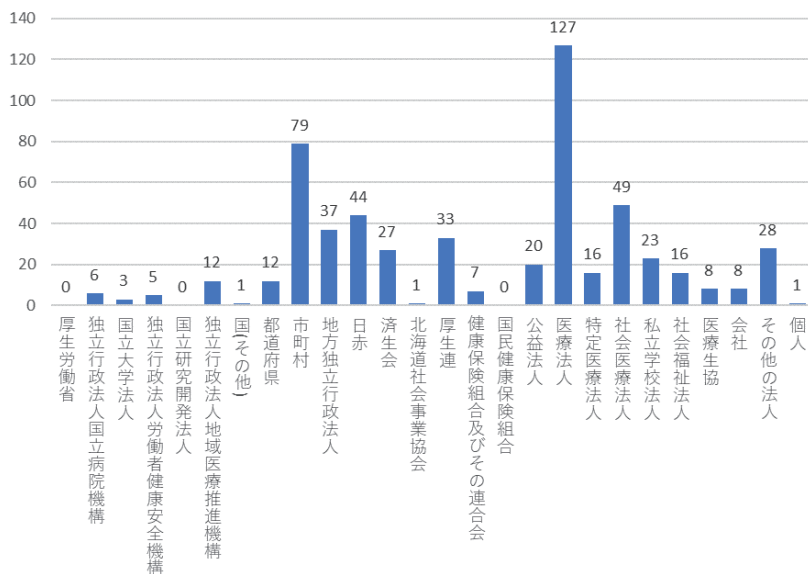
### 1. 都道府県別 [n=563]

(件)

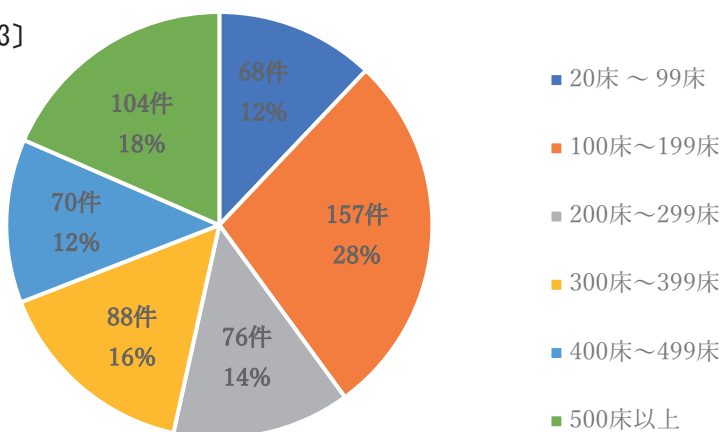


### 2. 開設主体別 [n=563]

(件)

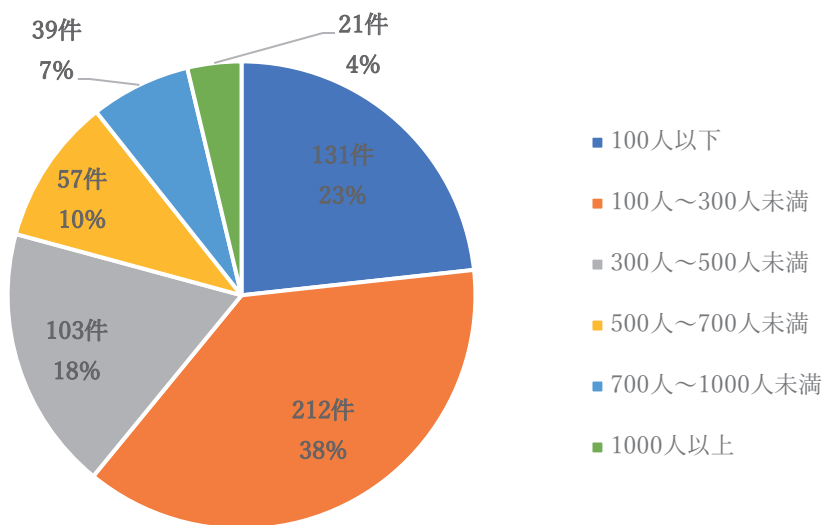


### 3. 病床数別 [n=563]

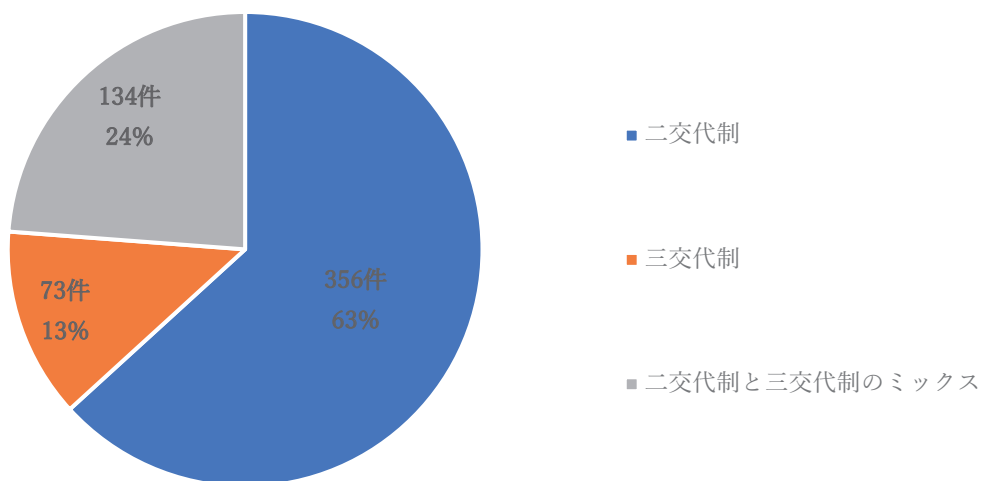


【調査項目】

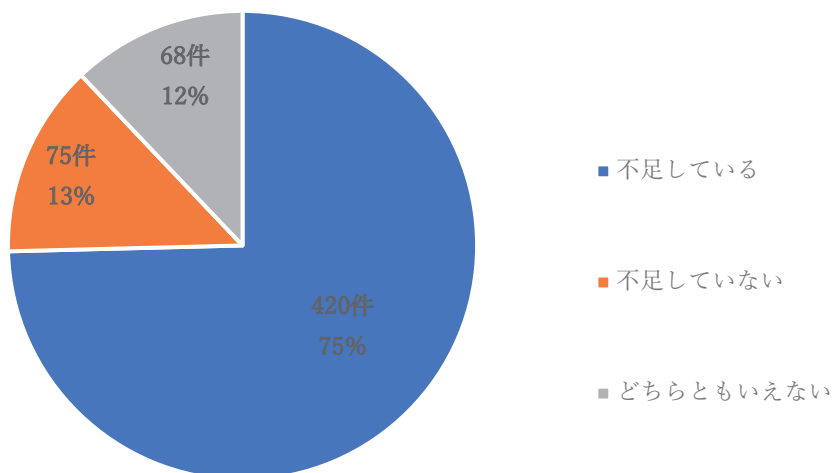
1. 現在の看護職員数〔保健師、助産師、看護師、准看護師〕〔n=563〕



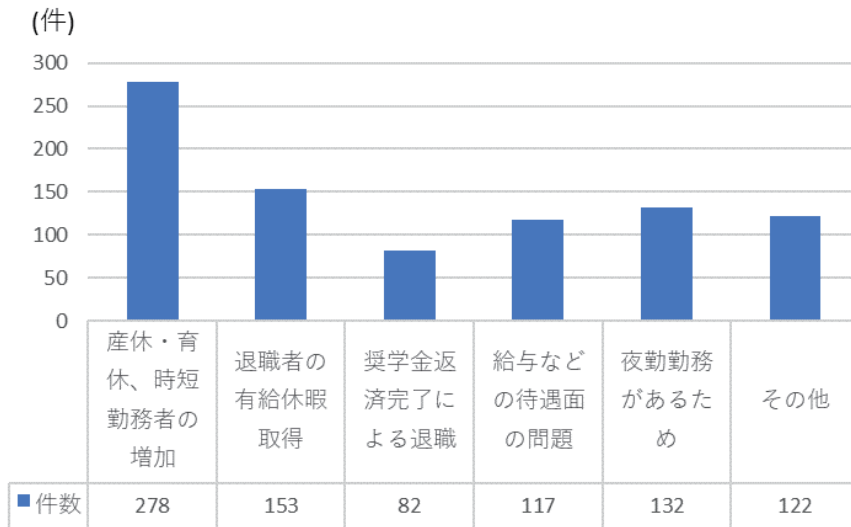
2. 病棟における夜勤形態〔n=563〕



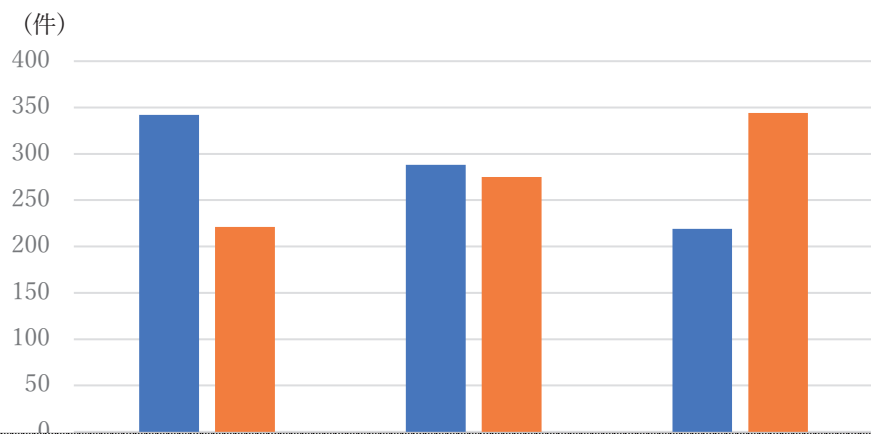
3. 看護職員が現在不足していますか〔n=563〕



4. 3で「不足している」と回答した方にお伺いします。不足している理由として何が考えられますか  
〔複数回答可〕〔n=420〕

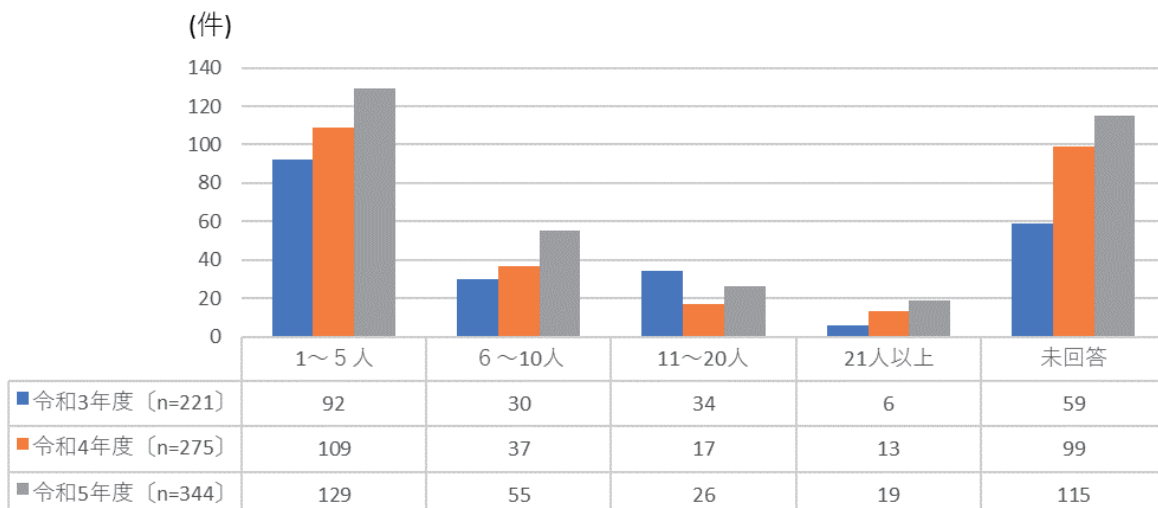


5. 看護師の採用についてお聞きします〔n=563〕

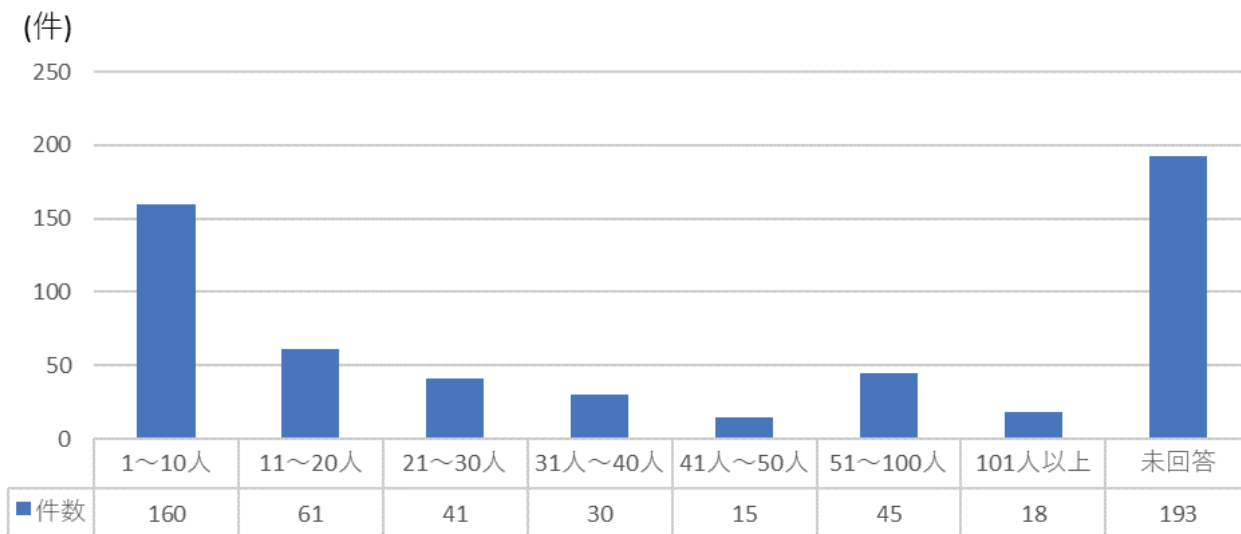


	令和3年度	令和4年度	令和5年度
採用計画通り採用できた	342 (61%)	288 (51%)	219 (39%)
採用計画通り採用できなかった	221 (39%)	275 (49%)	344 (61%)

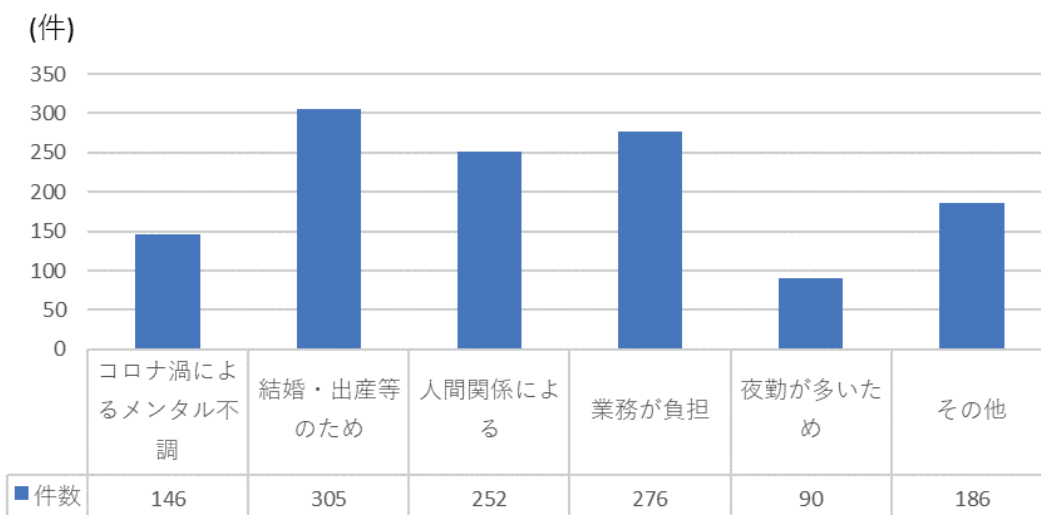
5-2. 5で「採用計画通り採用できなかった」と回答した方にお伺いします。何人程度不足していますか。



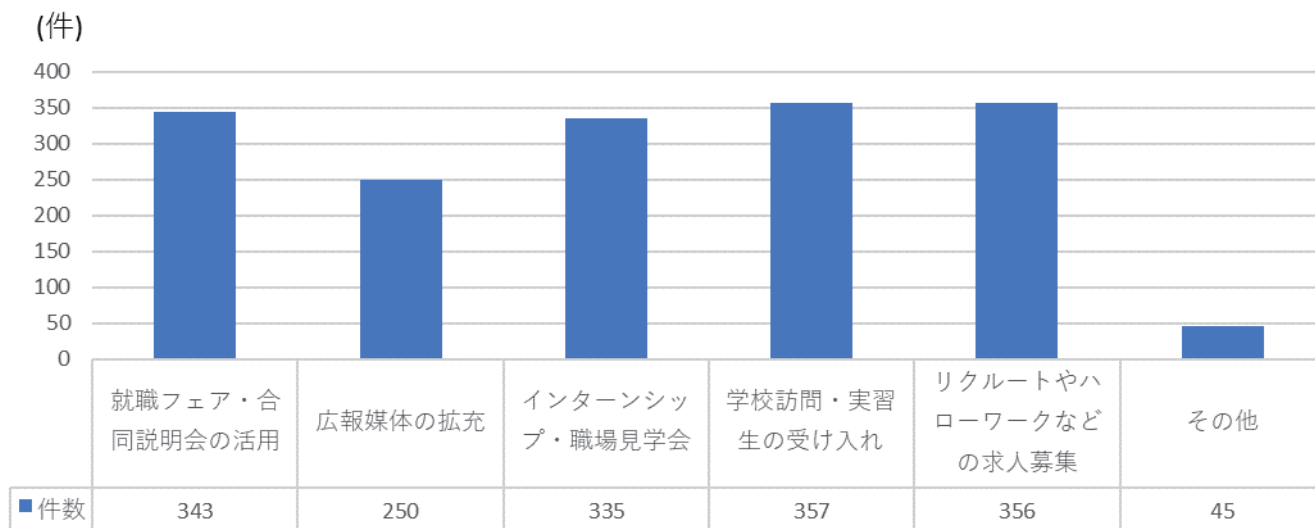
5-3. 令和5年度の採用計画人数〔n=563〕



6. 離職する理由についてお聞きします〔複数回答可〕〔n=563〕



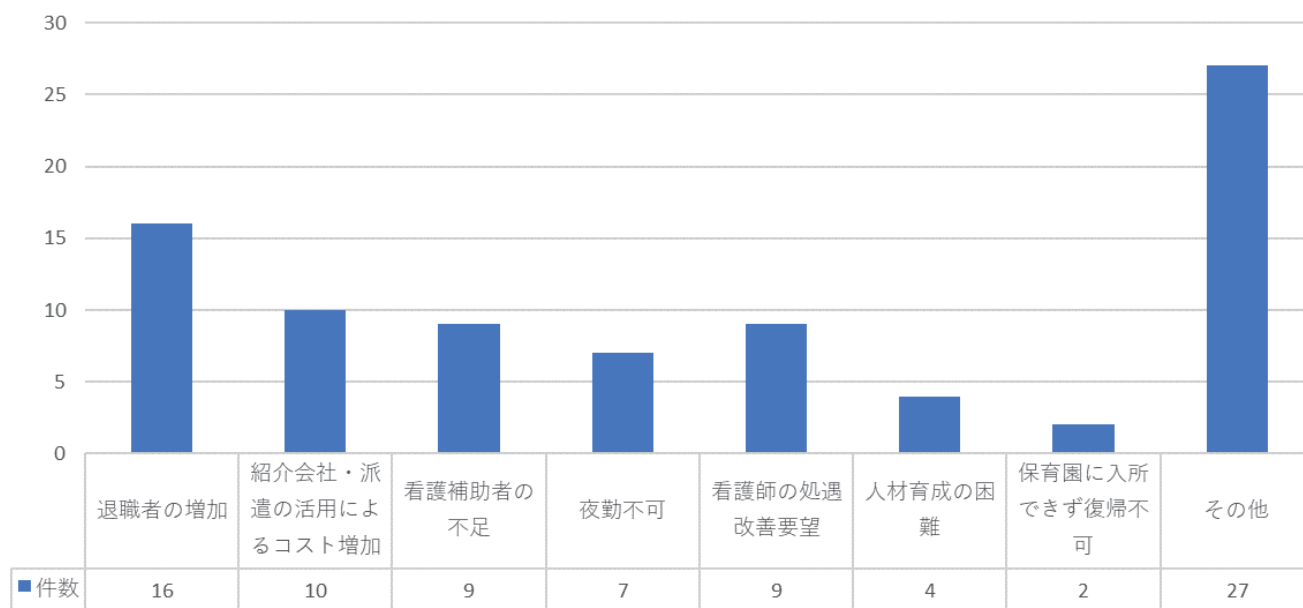
7. 看護職員採用の取り組みについてお聞きします〔複数回答可〕〔n=563〕





## 8. その他意見 [n=563]

(件)



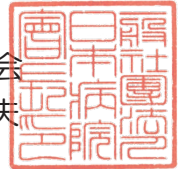
項目	意見
退職者の増加	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ コロナ禍による学生時代の実習経験不足による新人の退職、実務可能者への負担が増加し、疲弊による退職も増加傾向。</li> <li>・ 計画通りには採用できているが、退職者が予想よりも多く、人員不足となっている。</li> <li>・ 近年は入職し、3年～5年程度の戦力となる層の転職が相次ぎ、体制維持が容易ではない。</li> </ul>
紹介会社・派遣の活用によるコスト増加	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 紹介会社のみならず派遣を使うことでの、採用に係るコスト増大も大きな問題。</li> <li>・ 採用できても夜勤不可ばかりで高額かつ期間限定の応援ナースに頼らざるを得ない状況。</li> <li>・ 高額な紹介手数料は経営の圧迫につながるだけでなく、求職活動の妨げにもなっている。</li> </ul>
看護補助者の不足	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 看護師だけでなく看護補助者の不足も著しい。給与面で福祉施設は補助が出るため条件では勝てず採用が難しい。</li> <li>・ 看護補助者を増やしたい為、ホームページ等で募集をしているがほとんど応募がない。</li> <li>・ 看護職の採用だけではなく、看護補助者の不足も深刻。入院患者の高齢化、認知症等で看護だけではなく介護も必要となっている状況の中、満足なケアが提供できない。</li> </ul>
夜勤不可	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 20～30代で夜勤を実施できる看護師が年々少なくなっている。</li> <li>・ 子育てのため、夜勤免除を希望する看護師が増加。夜勤専従は募集しても集まらない。</li> </ul>
看護師の処遇改善要望	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 待遇の大幅改善や職場環境改善がなければ、今後も急性期病院を希望する看護師等の確保は困難ではないか。</li> <li>・ 看護職員処遇改善評価料算定に付加される施設もあるが全施設看護職員への基本給ベース up が検討されることを引き続き要望していく。</li> <li>・ 退職者数の問題だけでなく、全体的に看護師の処遇が更によくなれば応募者も増えるのではないか。</li> </ul>

項目	意見
人材育成の困難	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人員不足による業務過多で指導人員が確保できない。</li> <li>・ 役職者が育たないので指導力の不足もある</li> <li>・ 採用者のうち新人が 70 人以上のため教育の負担も多くなっている。</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 美容整形や訪問看護ステーションへの転職が目立つ。</li> <li>・ 看護師の人員は配置基準としては、不足はしていない。しかし、実際の患者の重症度やケア密度を考えると十分とは言えない現状がある。</li> </ul>

日病会発第 71 号  
令和 5 年 8 月 28 日

厚生労働大臣 加藤 勝信 殿

一般社団法人 日本病院会  
会 長 相 澤 孝 夫



## 令和 6 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、何卒よろしくお願い申し上げます。

記

### 税制改正要望

#### 要 望 事 項

国 税	7 項目
地方税	2 項目
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

以 上

## 要望の優先順位上位 4 項目

### (国税)

1. 控除対象外消費税等を病院が負担しないように税制上の措置を含めた抜本的な対応を行うこと。
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6年度税制改正に関する要望事項

## 【国税】

### 1. 控除対象外消費税等について、社会保険診療報酬等を課税売上とする取扱いに改める等の抜本的措置を講じること。

#### 《理由》

現行制度上、社会保険診療報酬等が非課税売上とされているため、材料仕入、委託費、設備投資等に係る仕入消費税の相当部分（控除対象外消費税等）について医療機関が最終負担者となる状態が生じている。このような状態を放置すると、医療機関の設備投資等が抑制され、ひいては全国各地の地域医療提供体制に重大な悪影響を与える事になりかねない。

平成31年度の与党税制改正大綱において、控除対象外消費税等を診療報酬で補てんする仕組みをより精緻化することで対応することとされ、それが現在も継続されている。

しかるに、高度急性期、急性期、回復期等の病床機能区分ごとグループ単位で補てん調整することはある程度可能ではあるものの、個別病院レベルで不公平が生じないといえる水準で補填の仕組みが構築できるか否かについては大いなる疑問が残る。

したがって、診療報酬で控除対象外消費税等がどれだけ精緻に補填されているかを継続して確認検証し、診療報酬制度における補填の仕組みでは病院ごとの不公平が解消できないと認められる場合には、社会保険診療報酬等の課税化転換を含めた税制の抜本的な改正による問題の解決を検討する必要がある。

なお、個々の病院ごとに発生する控除対象外消費税等を診療報酬に完全に上乗せする仕組みが講じられれば問題は解消されるが、その方法は、診療費自己負担額や健康保険料の支払いを通じて患者が控除対象外消費税を負担することと同義である。すなわち、診療報酬制度によって控除対象外消費税の解消を図る手法（解消方法①）は医療サービスの最終受益者である国民が消費税を負担することを意味し、社会保険診療報酬を課税化転換すること（解消方法②）と国民負担の観点からは実質的な差異はない。

よって、解消方法①と解消方法②のいずれを採用するかは、公平性・中立性・簡便性という基本的観点から検討されるべきである。

## 2. 中小企業の事業承継税制を持分のある医療法人に対しても適用すること。

### 《理由》

中小企業に対しては「非上場株式等に係る納税猶予・免除」の制度が設けられ、継続して事業を行う企業の株式継続保有（現経営者から後継者への事業承継）に対する税負担が軽減されている。

このような制度が設けられているのは、中小企業を取り巻く多くの利害関係者（従業員、株主、債権者、取引先、消費者等）にとって、地域中小企業の円滑な事業承継は雇用確保や地域経済の活性化の観点から極めて重要であるためである。

医療法人のうち約7割は持分ありの法人形態である。持分のある医療法人は全国各地域の医療を支えており、従業員や取引先等の直接的な利害関係者に限らず、地域住民や地域行政にとって欠くことのできない重要な存在である。

円滑な事業承継の重要性は医療法人にも当然に認められるべきであり、持分のある医療法人についても相続税・贈与税の納税猶予・免除を認める事業承継税制を整備すべきである。

## 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》

認定医療法人において、出資者が何らかの理由で持分放棄の意思決定ができない不測の事態が生じ、期限内に移行が完了できないこともあり得る。

このように認定医療法人となった後、何からの理由で移行期限内に持分放棄を完了して持分のない医療法人に移行できなかった場合、現在は再認定を受けることができない。このようなリスクは、認定医療法人の申請をためらわせる理由の一つと考えられる。

持分のない医療法人への移行を望む法人が積極的に認定医療法人の申請を行うことができるよう、期限内に移行手続きを完了できなかった法人についても要件を充足していれば認定医療法人の申請を再度行うことができるようにしていただきたい。

## 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》

令和4年3月31日現在、持分のある医療法人は医療法人総数57,141の65.6%を占めており、医療提供体制において未だに大きな役割を果たしている。

持分のある医療法人への出資を類似業種比準方式により評価する場合の業種目は「その他の産業」である。その理由は「医療法人は、医療法上剰余金の配当が禁止されているなど、会社法上の会社とは異なる特色を有している」ためとされている。

持分のある医療法人は、剰余金配当が禁止されているという点で会社と異なるものの、その事

業内容からは「医療福祉」に分類することも可能である。すなわち、持分のある医療法人は「医療福祉」と「その他の産業」の両方の要素を併せ持つ法人であるといえる。

このような特性を考慮すると「その他の産業」で画一的に株価を評価する現状の取扱いは合理的では無く、「医療福祉」と「その他の産業」の両方の性格を併せ持つ法人として、「医療福祉」と「その他の産業」のいずれか低い株価を基礎として持分のある医療法人の類似業種比準方式の株価を計算するように改めるべきである。

## 5. 医療機関の設備投資に係る税制を整備拡充すること。

《理由》

全国の病院は、地域医療構想等の政策に沿った機能分化や災害対策、高度な医療技術への対応、感染症対策などのため多額の設備投資を行う必要性に迫られている。

技術革新による陳腐化が生じる医療関係設備（建物、建物附属設備、医療機器、電子カルテ等の情報システム、ロボットフレンドリーな環境整備等）については早期の投資回収/再投資が必要である。

病院における投資回収を促進し、次代の設備投資財源を確保するために次のような税制上の手当を行うべきである。

- ・病院用建物、医療機器、医療情報システム等に関する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（現在は60月の分割損金計上）
- ・病床転換改修費用の即時損金算入
- ・耐震基準を充足する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、持分の定めをなくして残余財産については国等への寄附が義務付けられ、同族役員構成比率の制限も受けた、公的な運営体制が確保された医療法人（公的医療法人）である。公的医療法人が運営する病院の多くは地域医療を支える重要な存在であり、その存続・発展を図ることは公益の増進に資するものである。

診療報酬制度の改定や控除対象外消費税など病院を巡る経営環境は厳しさを増しつつある。寄附金も含めた法人運営の財源多様化等を図ることは重要であり、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必要がある。

現状、医療法人に寄附した個人に対して所得税法上の優遇措置は設けられていない。法人に対する法人税法上の取扱いも同様である。公的医療法人を特定公益増進法人に含め、公的医療法人に対する寄附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すべきである。

また、持分のない医療法人に対して不動産を贈与した場合、贈与者（個人）の側では時価で不動産を譲渡したものとみなして譲渡所得税の課税（みなし譲渡所得課税）が原則として発生する。このため、病院運営の安定化や持続性担保を願って不動産を医療法人に贈与したいという場合に、

贈与者の税負担が障害となり、贈与が実現しないことがある。

租税特別措置法第40条に基づく譲渡所得税非課税申請が認められればみなし譲渡所得課税を回避できるが、当該申請手続は極めて煩雑であり、またその審査には長期間を要する。

公的医療法人に対する不動産の贈与については、租税特別措置法第40条の適用を当然に受けられるようにし、公的医療法人の運営基盤強化を支援する仕組みが必要である。

## 7. 医療費控除の制度を拡充すること。

《理由》

年間10万円を超える医療費（保険金などで補てんされる金額を除く。）は所得税法上の医療費控除の対象となっている。

平成29年にはセルフメディケーション税制（医療費控除と選択適用）も整備されている。

一方、健康診査については、結果として重大な疾病が発見されてその疾病の治療を行った場合以外は、医療費控除の対象に含めることができないとされている。

超高齢化社会において国民皆保険制度を持続可能にするためには、全国民が健康維持に自ら取り組む運動をより一層促進する制度を充実させる必要がある。また、感染症拡大が国民生活に甚大な影響を与える事実を目の当たりにした今日、多くの国民に対して予防接種推奨を図ることも重要である。

そのため、現在の医療費控除の制度を次の点で拡充すべきである。

- 医療費控除金額の10万円下限規制を撤廃し、セルフメディケーション税制を通常の医療費控除の仕組みに統合すること。
- 健診結果にかかわらず、一定金額の上限を設けて健康診査費用を医療費控除の対象とすること。
- すべての予防接種費用を医療費控除の対象とすること。



## 【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》

医療機関、特に病院は、地域医療計画に定められた地域医療提供体制の重要な一員である。我が国の民間病院は地域医療の重要な担い手であるという意味において、国公立病院や公的病院と何ら変わりない。

1952年の議員立法によって社会保険診療報酬に係る事業税の非課税措置が設けられたのは、医師に応召義務が課された我が国の医療機関が、国民皆保険制度のもとで国民の健康と命を守り、学校健診・救急医療などの地域公共サービス提供主体を担っていること等が考慮されたからである。

超高齢化社会を迎えて地域における民間医療機関の役割はますます重要性を増しており、議員立法当時の地方税法関連規定創設趣旨を踏まえて、社会保険診療報酬に係る事業税の非課税措置を今後とも存続していく必要がある。

また、地方税法第72条の23第1項では、事業税非課税措置の適用を受けることが出来る法人が限定されているが、上述のような趣旨からは、開設者を問わず全ての民間医療機関が事業税非課税措置の適用を受けることが出来るようにされたい。

### 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、登録免許税を非課税あるいは減税とすること。

#### 《理由》

国公立・公的病院や社会医療法人は、病院運営に直接的に関係する不動産について固定資産税及び都市計画税（以下「固定資産税等」という。）が非課税となっている（社会医療法人の場合は救急医療等確保事業の用に供する病院及び診療所に限る。）。一方、これらの病院と実質的に変わらぬ機能を持ち、地域医療を支えている医療法人や個人等が開設する病院には固定資産税等の非課税措置は適用されない。

養護老人ホームや特別養護老人ホーム、軽費老人ホームなどの老人福祉施設等は開設者に関係無く固定資産税等が非課税とされており、病院についても同様の取扱い（施設属性に対して一律の固定資産税等の非課税扱い）とすべきである。

また、医師や看護師等の医療従事者確保に苦慮している医療機関は多く、人材確保を目的として医療従事者向けの宿舍（職員寮）の整備を行う病院は少なくない。このような宿舍に係る不動産については、医業関連不動産でも教育用不動産でもないものとして、民間病院だけでなく公的病院においても固定資産税等が課税される。有料で提供している病院付属の駐車場についても同様である。

公的病院や、社会医療法人が直接「救急医療等確保事業に係る業務」の用に供する不動産で政令で定めるものについて不動産取得税の非課税措置はあるが、それ以外の病院不動産の取得については不動産取得税も課税されている。

国公立・公的病院は当然に営利を目的としないが、医療法人も営利を目的としない存在である。社会福祉法人や学校法人、公益財団法人・公益社団法人も同様である。このように病院は基本的には非営利の開設主体によって運営されている。

非営利の開設主体が運営する病院に対する課税の公平性を確保するため、その付属設備(宿舍、駐車場等)を含めて、病院関連不動産の固定資産税等、不動産取得税及び登録免許税(所有権移転登記又は所有権保存登記時に発生するもの)に係る非課税措置あるいは軽減措置を整備する必要がある。

## 【地域医療の拠点としての役割と税制に関する要望】

1. 地域医療の重要な拠点としての役割を果たす病院が、指定感染症や検疫感染症、あるいは地震・台風等の自然災害により経営に甚大な影響を受けた場合の税制上の特段の手当を早急に制定すること。

### 《理由》

新型コロナウイルス感染症の流行に対応するため、多くの病院が運営方針を変更して地域医療に多大な貢献を果たしてきた。当該感染症の流行沈静化後に向けて病院運営のあり方を再構築する必要があるが、短期間でそれを実現することは極めて困難であり、また、類似感染症等の再流行に備えた対応も重要である。

地震や台風、あるいは噴火などの大規模な災害が発生した場合にも、同様の事態が生じうる。感染症の流行や自然災害発生といった緊急時にこそ、地域住民の生命を守る病院の機能を維持する必要がある。

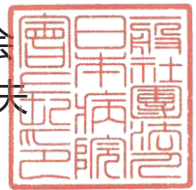
新型コロナウイルス感染症の流行により全国の病院が今も受け続けている影響について税制上の支援を行うことも考慮し、次のような制度を早急に整備していただきたい。

- ・ 感染症対応の補助金や助成金などの公的支援金を益金不算入とすること（法人税）。
- ・ 自然災害復旧のための補助金や助成金などの公的支援金を益金不算入とすること（法人税）。
- ・ 激甚指定された自然災害を原因とする受取保険金を益金不算入とすること（法人税）。
- ・ 指定感染症、検疫感染症、激甚災害の発生による損害を補填するために病院が受け入れる寄付金を益金不算入にするとともに、寄付者に対しては寄付額の税制上の控除を認めること（法人税、所得税）。
- ・ 欠損金の繰戻還付制度の適用要件を緩和して全ての病院が適用できるようにするとともに、遡って法人税の還付請求ができる期間を拡大すること（法人税）。
- ・ 欠損金の翌年度以降への繰越控除期間の制限を撤廃し、欠損金の適用期限切れが生じることがないように期間を無期限とすること（法人税）。

令和5年10月20日

厚生労働大臣  
武見敬三様

一般社団法人 日本病院会  
会長 相澤孝夫



## 入院基本料引き上げのお願い(嘆願書の提出)

日本病院会では、本年3月に別紙のとおり「入院基本料の引き上げに関する要望書」を提出させていただきましたところ、本要望に賛同する4,605病院(10月16日現在)から嘆願書が届けられました。

国民に対し病院医療を安定的に提供するため、現行制度では入院という組織的な医療提供体制を総合的に評価する観点から、入院環境料、看護料、入院時医学管理料が一体的に評価されているものと承知しております。

しかしながら、入院基本料は、これまで2006年度から15年間は消費税増税時を除き、ほぼ据え置かれております。

このため病院においては、職員の確保・教育・処遇改善、施設設備機器の維持更新のための財源として、また、医師の働き方改革への対応としてのワークシェア等のためにも、入院基本料の引き上げが必須と考えております。

厚生労働大臣におかれましては、病院の訴えである嘆願書を受け入れられ入院基本料の引き上げの必要性をご理解いただき、そして次期診療報酬改定においては、大幅な入院基本料の引き上げを決断されますよう、日本病院会は4,605病院の声を代弁し強く要望いたします。



武見敬三厚生労働大臣（右）に入院基本料引き上げに関する嘆願書を手渡す相澤孝夫会長  
同席者：恩賜財団済生会 松原了理事、労働者健康安全機構 永江京二理事、全国厚生農業協同組合連合会

入院基本料引き上げに関する嘆願書を説明し手渡す相澤孝夫会長



6日 三ッ林裕巳 議員



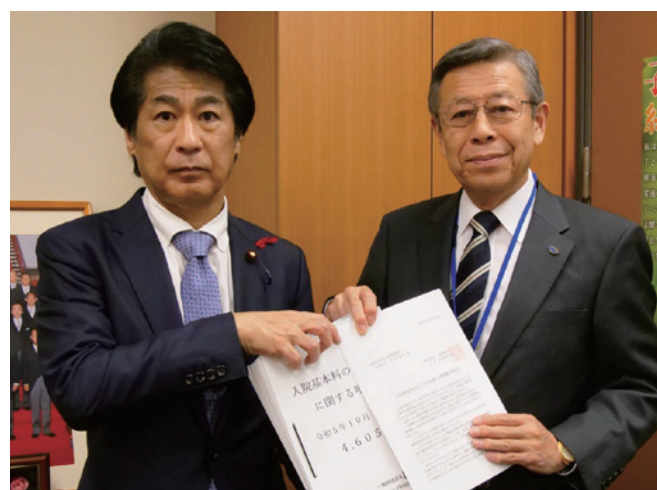
26日 下村博文 議員



26日 松本尚 議員



27日 田畑裕明 議員

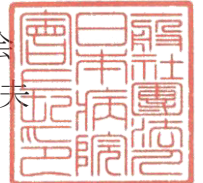


27日 田村憲久 議員

日病会発第 83 号  
令和 5 年 11 月 20 日

厚生労働省  
保険局長 伊原 和人 殿

一般社団法人 日本病院会  
会 長 相澤 孝夫



## 令和 6 年度診療報酬改定に係る要望書【第 2 報】

令和 4 年度診療報酬改定における全体の改定率は、令和 2 年度に続きマイナス改定となった。令和 5 年度の 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 2023 年度病院経営定期調査によれば、緊急包括支援事業等コロナ関連の補助金を除くと、医業利益、経常利益ともに赤字額となり、新型コロナウイルス感染症の影響は極めて大きいとの集計結果であった。より正確な影響度については医療経済実態調査などの結果を待つ必要があるものの、ほぼ同一の傾向が出されると想定される。

一方、将来の少子超高齢社会に向け、病院の機能分化と強化は避けて通れない道筋であると認識しており、日本病院会としても変えるべきところは変えるとの方針のもと、外部環境に対応した医療提供体制の構築は必須と考えている。今後、医療界は新型コロナウイルス感染症の甚大なる影響を踏まえ、2024 年の第 8 次医療計画に組み込まれる新興感染症への体制整備を行いつつ、AI や IoT を駆使したデジタルトランスフォーメーション（DX）による効率化を進めていかなければならない。令和 6 年度の診療報酬改定では、働き方改革の更なる推進、オンライン診療の恒久化や少子高齢化対応が改定内容になる。

令和 6 年度診療報酬改定へ向けて、日本病院会の診療報酬検討委員会において会員からの診療報酬改定への意見を募り、上記の観点からこれらを集約した。今後も良質かつ安定的な医療提供をおこなう体制を確保しつつ、発展させるため、以下を要望する。

## 令和6年度診療報酬改定に係る要望項目【第2報】

### ・入院基本料および入院食事療養費の増額

電気・ガス・灯油等の高騰、食材費の値上げにより、医業収益は従来と変わらないにもかかわらず、医業費用は増加となっている。特に入院医療に関して経営への圧迫が顕著となっているため、入院基本料および入院食事療養費の増額を要望する。

(A100～109 入院基本料、入院時食事療養費)

### ・入院基本料または診療録管理体制加算の引き上げ、評価項目の新設

医療DXやサイバーセキュリティ対策、将来的な標準電子カルテの導入など、デジタル機器の導入、更新およびその維持にあたり、SEを含む専任のシステム担当者を多数雇用しているが、診療報酬上で直接的な評価はなく、その労務費は全て病院が負担していると言っても過言ではない。国の方針として医療DX、セキュリティ強化等を推進するのであれば、補助金だけでなく、診療報酬上の評価もあわせて行うことが望まれる。具体的には入院基本料や診療録管理体制加算の増点、新たな点数項目の設定をおこなう等を要望する。

(A100 一般病棟入院基本料・急性期一般入院料、A207 診療録管理体制加算)

### ・医師事務作業補助体制加算の引き上げ

医師の働き方改革を実現するには、タスクシフト/シェアの推進が不可欠である。医師の事務作業をタスクシフト/シェアするために重要な役割を担っているのが医師事務作業補助者である。一方で、重要なポジションにも関わらず、それに見合った加算点数となっていないと考えられる。医師の働き方改革の推進のため、点数の引き上げを要望する。

(A207-2 医師事務作業補助体制加算)



## 令和 6 年度診療報酬改定に係る要望項目【第 2 報】（精神医療）

### ・精神科急性期充実体制加算の点数引き上げについて

精神科充実体制加算は、急性期充実体制加算を算定する医療機関において、精神疾患を有する患者を精神病棟にて受け入れ可能であることを評価した加算である。急性期充実体制加算と同様に急性期医療体制を評価する総合入院体制加算においては、同加算 1 を算定するには精神病棟の存在が必須であり本体に組み込まれている。同加算 1 は 240 点、精神病棟なしの同加算 2 は 180 点である。精神病床分が 60 点分とすると現行の 30 点は十分とはいえない。精神科充実体制加算を 30 点から 60 点へ増点されたい。

(A200-2 急性期充実体制加算)

### ・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。令和 6 年度 4 月 1 日以降も引き続き一定の状態像を有する認知症患者については対象とするよう要望する。特に夜間に救急入院する高齢者は、一定の状態像を有する患者は搬送された時点での認知症の有無はわからないため。

(A311 精神科救急急性期医療入院料（1 日につき）（注 6）精神科救急医療体制加算（1 日につき））

### ・新規入院患者 6 割以上の入院形態の見直しについて

新規入院患者のうち 6 割以上が措置入院、緊急措置入院、医療保護入院、応急入院、鑑定入院、医療観察法入院のいずれかとなっている。厚労省は可能な限り任意入院での入院治療を推奨しており、患者に説明を尽くして入院に納得してもらおうとすると、医療保護入院患者が減り、この施設基準に矛盾する。また昨今人権問題の一つとしてあげられており、医療保護入院の廃止を訴えている団体もある。令和 6 年 4 月からの精神保健福祉法改正に鑑みて施設基準の見直しを提案したい。

(A311 精神科救急急性期医療入院料（1 日につき））

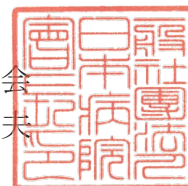
(A311-3 精神科救急・合併症入院料（1 日につき））

以上

2024年3月22日

厚生労働大臣  
武見敬三様

一般社団法人 日本病院会  
会長 相澤孝夫



## 「かかりつけ医機能報告制度」創設に向けた提言

全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するため、2025年4月1日施行予定の改正医療法第六条の三において、「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」として「かかりつけ医機能」が規定されたところです。

また、同じく改正医療法により、国民への情報提供の一環として創設される「かかりつけ医機能報告制度」では、医療機関に報告を求める項目等の詳細が今後の厚生労働省令に委任されています。

日本病院会では一昨年11月に「かかりつけ医機能」に関し概念的な事項をお示ししましたが、このような状況を踏まえ、今般、厚生労働省令において定める必要がある医療機関及び医療機関に報告を求める事項等について、改めて昨年6回にわたり協議を重ね、この度、以下のとおり取りまとめたので提言いたします。

### 記

#### 1. 「かかりつけ医機能の報告対象医療機関の範囲」について

##### 日本病院会（案）

原則、当該医療機関にかかっている者（以下、自院の患者）に対して医療法第六条の三に規定する日常的な診療を提供し、当該医療機関単独もしくは当該医療機関が所在する地域の他の医療機関と連携（例えば当番制等）することによって、自院の患者より診療の要請があった際には診療時間内外にかかわらず対応できる医療機関とする。

#### 2. 「報告を求めるかかりつけ医機能の内容」について

改正医療法（2025年4月1日施行）第三十条の十八第四項に明記されている「かかりつけ医機能報告対象病院等の報告内容」に対応するものとして以下のとおりまとめた。（別添 対照表も参照）

第三十条の十八第四項

一 かかりつけ医機能のうち、継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能（厚生労働省令で定めるものに限る。）の有無及びその内容

に対応するものとして

日本病院会（案）

- ・診療体制（医師数、看護師数）
- ・自院にかかっている患者に対して、当該患者より診療の要請があった際には、
  - ①自院単独で診療時間内外にかかわらず対応が可能な体制の有無
  - ②自院が所在する地域の他の医療機関と連携して診療時間内外にかかわらず対応が可能な体制の有無
- ※①②どちらかが有であることが必要
- ・必要に応じて他の医療機関へ紹介できる体制の有無
- ・医療相談（人間ドック、健康診断などの結果）の助言の可否

二 前号に規定する機能を有するかかりつけ医機能報告対象病院等にあつては、かかりつけ医機能のうち、継続的な医療を要する者に対する次に掲げる機能（イからニまでに掲げる機能にあつては、厚生労働省令で定めるものに限る。）の有無及びその内容

イ 当該かかりつけ医機能報告対象病院等の通常の診療時間以外の時間に診療を行う機能

に対応するものとして

日本病院会（案）

- ・休日や夜間の診療（初診を含む）の可否
- ・休日夜間の診療体制（医師数・看護師数）

ロ 病状が急変した場合その他入院が必要な場合に入院させるため、又は病院若しくは診療所を退院する者が引き続き療養を必要とする場合に当該者を他の病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院若しくは居宅等における療養生活に円滑に移行させるために必要な支援を提供する機能

に対応するものとして

日本病院会（案）

- ・連携医療機関等の有無（連携がある場合の当番制の有無）
- ・急性疾患を発症した際の対応方法の助言の可否
- ・慢性疾患の継続的管理方法の助言の可否
- ・緊急時の電話相談の可否

ハ 居宅等において必要な医療を提供する機能

に対応するものとして

日本病院会（案）

- ・訪問診療、往診の可否

ニ 介護その他医療と密接に関連するサービスを提供する者と連携して必要な医療を提供する機能

に対応するものとして

日本病院会（案）

- ・介護その他医療と密接に関連するサービスを提供する者、例えば介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、訪問看護ステーション等との連携の有無

ホ その他厚生労働省令で定める機能

に対応するものとして

日本病院会（案）

- ・ターミナルケア、看取りの実施有無

三 当該かかりつけ医機能報告対象病院等及び他の病院又は診療所が厚生労働省令で定めるところにより相互に連携して前号に規定する機能を確保するときは、当該他の病院又は診療所の名称及びその連携の内容

に対応するものとして

日本病院会（案）

- ・連携医療機関名、訪問看護ステーション名等と連携内容
- ・当番制の場合は当番医療機関名と連携内容
- ・他機関への紹介数

### 3. その他の提案事項について

- ・当該医療機関にかかっている者に対する医療法第六条の三に規定する日常的な診療を行う医師は、2003年6月12日発出「医師法第十六条の二第一項に規定する臨床研修に関する省令の施行について」に規定する臨床研修の到達目標を修得していることが望まれる。
- ・継続的な医療を要する者以外の者に対しても、継続的な医療を要する者に対する機能と同様の項目の明示・報告が望まれる。

- 「かかりつけ医機能」を国民が正しく、かつ十分に理解することを目的に、正式名称としての「かかりつけ医機能」を有する医療機関の「通称」を別途検討、設定することが望まれる。

案) 地域密着型医療機関

以上

(別添)「報告を求めるとかかりつけ医機能の内容」対照表

改正医療法（令和7年4月1日施行）第三十条の十八の四 に明記されている、かかりつけ医機能報告対象病院等の報告内容	「省令で定めるもの」についての日本病院会（案）
一 かかりつけ医機能のうち、継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能（厚生労働省令で定めるものに限る。）の有無及びその内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・診療体制（医師数、看護師数）</li> <li>・自院にかかっている患者に対して、当該患者より診療の要請があった際には、 <ul style="list-style-type: none"> <li>①自院単独で診療時間内外にかかわらず対応が可能な体制の有無</li> <li>②自院が所在する地域の他の医療機関と連携して診療時間内外にかかわらず対応が可能な体制の有無</li> </ul> </li> <li>※①②どちらかが有であることが必要</li> <li>・必要に応じて他の医療機関へ紹介できる体制の有無</li> <li>・医療相談（人間ドック、健康診断などの結果）の助言の可否</li> </ul>
二 前号に規定する機能を有するかかりつけ医機能報告対象病院等にあつては、かかりつけ医機能のうち、継続的な医療を要する者に対する次に掲げる機能（イからニまでに掲げる機能にあつては、厚生労働省令で定めるものに限る。）の有無及びその内容	
イ 当該かかりつけ医機能報告対象病院等の通常の診療時間以外の時間に診療を行う機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・休日や夜間の診療（初診を含む）の可否</li> <li>・休日夜間の診療体制（医師数・看護師数）</li> </ul>
ロ 病状が急変した場合その他入院が必要な場合に入院させるため、又は病院若しくは診療所を退院する者が引き続き療養を必要とする場合に当該者を他の病院、診療所、介護老人保健施設、介護医療院若しくは居宅等における療養生活に円滑に移行させるために必要な支援を提供する機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携医療機関等の有無（連携がある場合の当番制の有無）</li> <li>・急性疾患を発症した際の対応方法の助言の可否</li> <li>・慢性疾患の継続的管理方法の助言の可否</li> <li>・緊急時の電話相談の可否</li> </ul>
ハ 居宅等において必要な医療を提供する機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・訪問診療、往診の可否</li> </ul>
ニ 介護その他医療と密接に関連するサービスを提供する者と連携して必要な医療を提供する機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護その他医療と密接に関連するサービスを提供する者、例えば介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設、訪問看護ステーション等との連携の有無</li> </ul>
ホ その他厚生労働省令で定める機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ターミナルケア、看取りの実施有無</li> </ul>
三 当該かかりつけ医機能報告対象病院等及び他の病院又は診療所が厚生労働省令で定めるところにより相互に連携して前号に規定する機能を確保するときは、当該他の病院又は診療所の名称及びその連携の内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携医療機関名、訪問看護ステーション名等と連携内容</li> <li>・当番制の場合は当番医療機関名と連携内容</li> <li>・他機関への紹介数</li> </ul>
四 その他厚生労働省令で定める事項	

令和5年4月28日

自由民主党政務調査会 社会保障制度調査会  
会長 田村 憲久 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 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  
一般社団法人 全国医学部長病院長会議  
会長 横手 幸太郎

### 医療分野における物価・賃金高騰対策に関する要望

政府・与党におかれましては、今般、「第8回物価・賃金・生活総合対策本部」において、物価高騰に対する追加策として、「電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金」の積み増しをお示し頂き、更に価格高騰への対応に効果的と考えられる推奨事業メニューとして、引き続き「医療・介護・保育施設、学校施設、公衆浴場等に対する物価高騰対策支援」を推奨頂きましたことを併せて御礼申し上げます。

現在、ロシアによるウクライナへの軍事侵攻等による世界的なエネルギー価格の高騰や、それと相まって人件費の上昇をはじめとする急激な価格高騰の状況にあります。しかしながら、公定価格により運営する医療機関等は、価格に転嫁することができず、物価高騰と賃上げへの対応には十分な原資が必要です。

岸田総理から本年1月4日の年頭記者会見、1月24日に開催されました「第6回物価・賃金・生活総合対策本部」において、春闘では「インフレ率を超える賃上げの実現をお願いしたい」等のご発言がありました。

全国における医療・介護従事者は、労働力人口6,900万人の約12%に当たる、約800万人おります。今般の政府のご方針に沿うためには、喫緊に医療・介護従事者の賃上げを実現することが重要です。

一方、多くの介護施設においても、コロナ禍および物価高騰の影響によって経営上の収支が悪化し、更に元々不足している介護従事者が、比較的賃金の高い他産業へ流出してしまうことが増えており、これらにより施設の維持に支障、困難を来す状況となっております。

診療報酬・介護報酬という公定価格で運営を行っている医療機関・介護施設等においては、昨今の物価高騰も相まって、岸田総理ご発言の賃上げに対応できない状況となっております。

つきましては、これら医療機関・介護施設等を取り巻く事情をご賢察頂きまして、医療・介護従事者の賃上げに対応するため、令和5年度における緊急的な措置や、令和6年度のトリプル改定で物価高騰と賃上げへの対応を「骨太の方針」に記載するなど、何らかの財政措置を強くお願いいたします。



# 医療分野における物価・賃金高騰対策に関する要望

令和5年4月28日

公益社団法人 日本医師会

四病院団体協議会

一般社団法人 全国医学部長病院長会議

## 目次

1. 物価高騰対策
2. 医療従事者等の賃上げ
3. 出産費用等
4. その他

## 物価高騰への支援(2023年3月)

今般の光熱費等をはじめとする物価高騰に関して、公定価格により経営する医療機関等においては価格転嫁ができないこと等により経営努力のみでは対応が困難なことから、2023年3月17日に加藤勝信厚生労働大臣に対して、予備費の活用を含む必要な財政措置を早急に講じていただくよう要望した。

また、加藤厚生労働大臣への要望に先立ち、与党の関係議員にも要望を行った。その結果、3月15日に自由民主党が岸田文雄総理大臣に提出した提言には、医療・介護施設等をはじめ、負担軽減策がきめ細かく行き渡るよう十分留意する旨が盛り込まれた。



3月22日に開催された政府の「物価・賃金・生活総合対策本部」において、新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金における「電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金」の増額が決定された。

予算額1兆2,000億円のうち、推奨事業メニューとして7,000億円が確保された。推奨事業メニューにおいては「医療機関、介護施設等に対するエネルギー・食料品価格の高騰分などの支援」が事業者支援の筆頭に位置付けられた。

2

### 電力・ガス・食料品等価格高騰重点支援地方交付金

追加額1兆2,000億円(I及びIIの合計)

#### I. 低所得世帯支援枠(5,000億円)

- ・低所得世帯への支援枠を措置。
- ・1世帯当たりの予算の目安は3万円。ただし、下記の推奨事業メニュー①や③と組み合わせてプレミアム商品券やマイナポイントを配付するなど、支援の方法(現物・現金)や1世帯当たり単価といった具体的内容は地域の事情に応じて決められる。

(注)住民税非課税世帯×3万円及び事務費分を市町村に交付。

#### II. 推奨事業メニュー(7,000億円)

生活者支援	事業者支援
<p>① エネルギー・食料品価格等の物価高騰に伴う低所得世帯支援 低所得世帯を対象とした、電力・ガス(LPガスを含む)をはじめエネルギー・食料品価格等の物価高騰による負担を軽減するための支援 ※ 住民税非課税世帯に対しては上記Iによる支援を行う。</p> <p>② エネルギー・食料品価格等の物価高騰に伴う子育て世帯支援 物価高騰による小中学生の保護者の負担を軽減するための小中学校等における学校給食費等の支援 ※ こども食堂に対する負担軽減のための支援やヤングケアラーに対する配食支援等も可能。</p> <p>③ 消費下支えを通じた生活者支援 エネルギー・食料品価格等の物価高騰の影響を受けた生活者に対してプレミアム商品券や地域で活用できるマイナポイント等を発行して消費を下支えする取組やLPガス使用世帯への給付などの支援</p> <p>④ 省エネ家電等への買い換え促進による生活者支援 家庭におけるエネルギー費用負担を軽減するための省エネ性能の高いエアコン・給湯器等への買い換えなどの支援</p>	<p>⑤ 医療・介護・保育施設、学校施設、公衆浴場等に対する物価高騰対策支援 医療機関、介護施設等、障害福祉サービス施設等、保育所等、学校施設、公衆浴場等に対するエネルギー・食料品価格の高騰分などの支援(特別高圧で受電する施設への支援を含む)</p> <p>⑥ 農林水産業における物価高騰対策支援 高騰する配合飼料の使用量低減の取組や飼料高騰等の影響を受ける酪農経営の負担軽減の支援、農業者が構成員となる土地改良区における農業水利施設の電気料金高騰に対する支援、高騰する化学肥料からの転換に向けて地域内資源を活用する独自の取組などの支援</p> <p>⑦ 中小企業等に対するエネルギー価格高騰対策支援 特別高圧での受電(ビル・工業団地・卸売市場のテナントを含む)、LPガスの使用や、街路灯等の維持を含め、エネルギー価格高騰の影響を受ける中小企業、商店街、自治会等の負担緩和や省エネの取組支援のほか、中小企業の賃上げ環境の整備などの支援</p> <p>⑧ 地域公共交通や地域観光業等に対する支援 地域公共交通事業者や地域観光事業者等(飲食店を含む)のエネルギー価格高騰に対する影響緩和、省エネ対策、地域に不可欠な交通手段の確保、アフターコロナに向けた事業再構築を含めた事業継続、地域特性を踏まえた生産性向上に向けた取組などの支援</p>

※1 地方公共団体が、上記の推奨事業メニューよりも更に効果があると考ええるものについては、実施計画に記載して申請可能。

※2 地方公共団体が運営する公営企業や直接住民の用に供する施設における活用も可能。

\*内閣府地方創生推進室 令和5年3月29日付事務連絡「令和5年度における新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金の取扱等について」を基に作成

3

新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金（重点交付金）交付限度額

(令和5年3月29日通知分)

〔都道府県分〕

(単位：千円)

都道府県	合計
北海道	20,469,140
青森	6,449,262
岩手	6,057,705
宮城	6,915,447
秋田	5,755,732
山形	5,515,250
福島	6,818,856
茨城	8,265,102
栃木	5,949,753
群馬	5,888,751
埼玉	16,014,145
千葉	13,545,158
東京	19,467,745
神奈川	16,678,154
新潟	8,414,916
富山	4,146,487
石川	4,443,676
福井	3,907,027
山梨	4,494,117
長野	7,882,739
岐阜	6,659,459
静岡	10,069,077
愛知	15,180,192
三重	5,525,778

都道府県	合計
滋賀	4,600,889
京都	7,795,735
大阪	21,018,943
兵庫	14,527,416
奈良	5,505,641
和歌山	5,232,475
鳥取	4,354,019
島根	4,632,595
岡山	7,004,182
広島	8,552,437
山口	5,459,650
徳島	4,418,919
香川	4,351,221
愛媛	6,269,781
高知	4,846,164
福岡	15,619,505
佐賀	4,871,066
長崎	6,739,988
熊本	8,062,308
大分	5,857,434
宮崎	5,914,267
鹿児島	7,713,073
沖縄	7,138,624
合計	385,000,000

〔市町村分〕〔都道府県内の市区町村に係る交付限度額の合算額〕

(単位：千円)

都道府県	合計
北海道	17,481,779
青森	4,660,400
岩手	4,215,021
宮城	6,229,413
秋田	3,768,107
山形	3,874,699
福島	6,063,266
茨城	7,553,387
栃木	4,941,496
群馬	5,045,925
埼玉	14,976,209
千葉	12,853,767
東京	19,898,016
神奈川	15,619,739
新潟	6,988,969
富山	2,814,930
石川	3,216,644
福井	2,244,950
山梨	2,730,150
長野	7,259,846
岐阜	5,887,546
静岡	8,633,009
愛知	14,751,152
三重	4,837,631

都道府県	合計
滋賀	3,566,505
京都	6,264,642
大阪	20,151,309
兵庫	12,698,962
奈良	3,897,857
和歌山	3,273,133
鳥取	2,086,731
島根	2,553,257
岡山	5,236,510
広島	7,573,190
山口	4,250,822
徳島	2,398,325
香川	2,855,033
愛媛	4,152,395
高知	2,733,299
福岡	13,400,151
佐賀	2,737,425
長崎	4,466,817
熊本	6,048,352
大分	3,604,017
宮崎	3,697,626
鹿児島	5,744,617
沖縄	5,062,974
合計	315,000,000

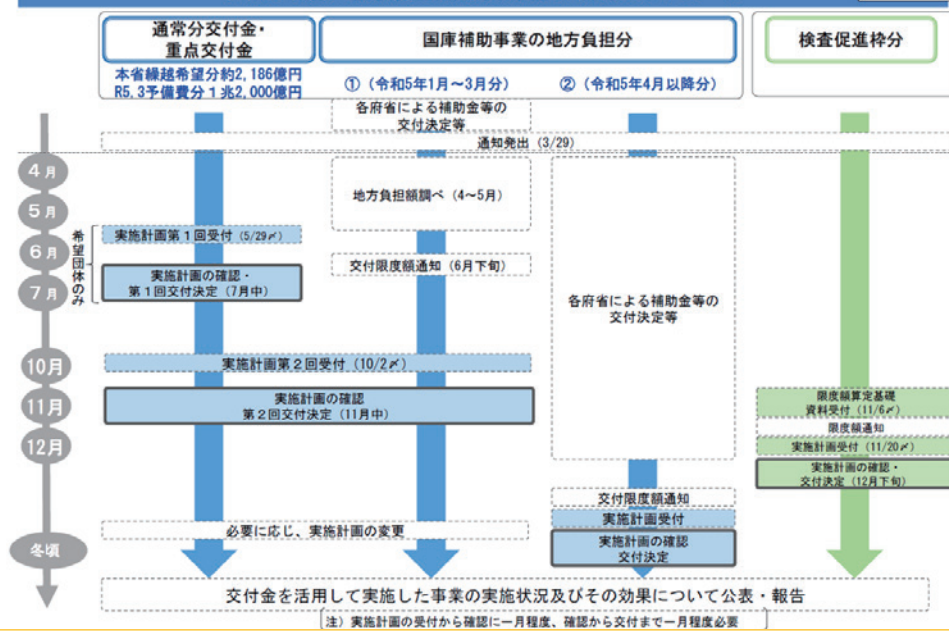
都道府県等の対応によって地域でばらつきがある。

4

\*内閣官房・内閣府総合サイト「地方創生」交付限度額 重点交付金分(令和5年3月29日通知分)(都道府県分・市町村分)

令和5年度 地方創生臨時交付金の執行スケジュール

別紙1



地方創生臨時交付金が届くまでには一定の期間を要する。

5

\*内閣府地方創生推進室 令和5年3月29日付事務連絡「令和5年度における新型コロナウイルス感染症対応地方創生臨時交付金の取扱等について」

## 日本医師会 診療所の光熱費の変動に関する実態調査

1. 調査対象 診療所を対象とし、  
対象医療機関は都道府県医師会において  
任意に抽出
2. 調査項目 2021年10月～12月及び2022年10月～12月分の  
電気・ガス料金及びその使用量等を調査
3. 調査期間 2023年1月30日～3月24日
4. 回答状況 回答件数 461件  
うち、無床診療所 400件  
有床診療所 61件

※設問ごとの集計に係る有効回答数は各図表に記載の通り

6

## 日本医師会 診療所の光熱費の変動に関する実態調査

2022年10月～12月における診療所1施設当たり電気料金、都市ガス料金は、対前年130～150%と上昇し、電気と都市ガスを合わせた対前年増加額は、有床診療所は21.8万円/月、無床診療所は3.8万円/月となった。これを単純に年換算（×12）すれば、有床診療所は261.5万円、無床診療所で45.9万円の増加となる。加えて更なる値上げの動きもある。

### 診療所1施設当たり1ヶ月当たり電気料金、都市ガス料金（総括表）

（単位：円）

		2021年	2022年	対前年比	増加額/月	増加額×12ヶ月
		10月～12月 (3ヶ月平均)	10月～12月 (3ヶ月平均)			
電気	有床診療所 (n=61)	349,161	526,673	150.8%	177,511	2,130,132
	無床診療所 (n=392)	105,842	138,207	130.6%	32,365	388,380
都市ガス	有床診療所 (n=27)	121,917	162,405	133.2%	40,488	485,856
	無床診療所 (n=110)	13,320	19,267	144.6%	5,947	71,364
合計	有床診療所	471,078	689,077	146.3%	217,999	2,615,988
	無床診療所	119,163	157,474	132.2%	38,312	459,744

※調査対象全月（2021年10月～12月、2022年10月～12月）の料金を回答した診療所のみを集計

7

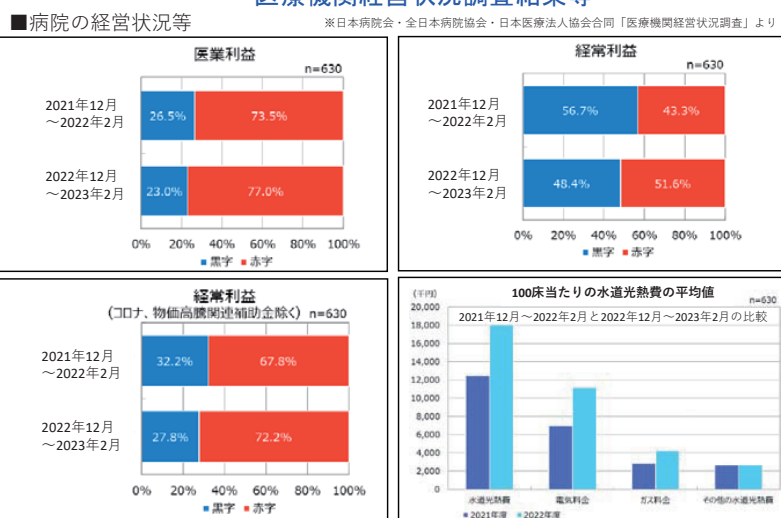
## 日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会 医療機関経営状況調査結果

<b>調査目的：</b>	医療機関の経営状況を厚生労働省に提示し、医療機関の経営状況を考慮した診療報酬改定となるように進めるため。
<b>調査方法：</b>	日本病院会、全日本病院協会及び日本医療法人協会に加盟する4,051病院に、経営状況等についてEメールによる調査票配布により実施、回収を行った。
<b>調査期間：</b>	2023年3月29日～4月5日
<b>調査目的：</b>	2021年12月、2022年1月、2月と2022年12月、2023年1月、2月の医業損益等の比較。
<b>回答数：</b>	690病院（回答率：17.0%）有効回答数630病院

### 結果概要

- ・ 医業利益、経常利益ともに赤字病院の割合が前年度よりも増加している。
- ・ 医業利益の比較では、2021年度、2022年度ともに赤字病院の割合が7割を超えている。
- ・ 2022年度の赤字病院の割合は2021年度より3.5ポイント増加している。
- ・ 経常利益の比較では、赤字病院の割合が2021年度より8.3ポイント増加している。
- ・ 経常利益からコロナ、物価高騰関連補助金を除くと、2021年度、2022年度ともに赤字病院の割合が約7割となる。2022年度の赤字病院の割合は2021年度より4.4ポイント増加している。
- ・ 医業収益と医業費用の比較では、医業費用の伸びが医業収益の伸びを上回っている。
- ・ 電力、ガス等の水道光熱費が前年比で4割以上増加している。

## 日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会 医療機関経営状況調査結果等

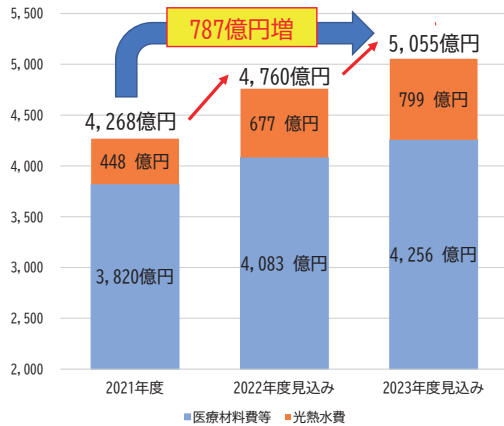


■平均賃上げ率 ※日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会合同「医療機関における賃金上げの状況に関する調査」より

	平均月額賃金額 (賃上げ前) (円) (A)	平均賃上げ額 (月) (円)			平均賃上げ率 (月) (%)		
		合計 (B) = (C+D)	定期昇給分 (C)	ベースアップ分 (D)	合計 (B/A)	定期昇給分 (C/A)	ベースアップ分 (D/A)
医師 (常勤職員)	883,672	15,001	13,920	1,081	1.8%	1.7%	0.1%
看護職員 (常勤職員)	274,716	5,370	3,898	1,473	2.0%	1.4%	0.5%
その他の職員 (常勤職員)	246,794	4,637	3,600	1,037	1.9%	1.5%	0.4%
全体	310,868	5,889	4,630	1,259	1.9%	1.5%	0.4%

## 全国医学部長病院長会議 物価高騰への財政支援

大学病院の医療材料費等及び光熱水費の物価上昇見込み  
2023.04.17現在(75病院)調査結果



- ◆ 2021年度に比べ2023年度は787億円の負担増となる見込み(1病院10.5億円の増)
- ◆ 医療機関はコスト増加分を価格転嫁できない
- ◆ 2022年度の都道府県からの地方創生臨時交付金による支援額は、26億円(未交付の都道府県もある)
- ◆ 大学病院は電力を多く使用する医療機器や設備が多く、治療に使用するため節電が困難
- ◆ 診療報酬上の適正な措置をお願いしたい

※会員81大学病院のうち、回答のあった75病院における診療材料費・医療消耗器具備品費および光熱水費の2021年実績および2022年度、2023年度見込み額の調査結果

10

## 岸田総理と松本会長の面会(2023年4月11日)

2023年4月11日に総理官邸を訪れ、岸田文雄内閣総理大臣と会談を行い、昨今の光熱費等の物価高騰による影響を踏まえた医療従事者等の賃上げや労働環境の改善などを強く求めた。

1. 日本医学会総会ご臨席のお願い
2. 医療従事者の賃金その他労働環境について



11

## 医療従事者等の賃上げ等への対応について

光熱費・食料品等の価格高騰対策として、地方交付金に7,000億円(推奨事業メニュー分)の積み増しを頂きましたことに、御礼申し上げます。

ロシアによるウクライナへの軍事侵攻等による世界的なエネルギー価格の高騰や、それと相まって人件費の上昇をはじめとする急激な価格高騰の状況にあります。

賃金については、政府の方針に沿い産業界で賃上げが進んでいますが、医療・介護従事者は、労働力人口6,900万人の約12%に当たる約800万人おります。

介護施設においても、より賃金の高い他産業へ介護従事者が流出しており、施設の維持に困難を来たしています。

診療報酬・介護報酬という公定価格により運営する医療機関等は、物価高騰、賃上げを価格に転嫁することができず、対応するには十分な原資が必要です。何らかの財政措置を強くお願いします。

12

## 労働環境の改善について

令和6年4月より医師の働き方改革の新制度が施行され、医師の時間外労働に上限規制が適用されます。

医師の働き方改革では「地域医療の継続性」と「医師の健康への配慮」の2つを両立することが重要であり、日本医師会はこれを推進してまいりますので、総理におかれましてもご理解、ご協力のほどお願いします。

各大学病院等から各地域の医療機関に派遣されていた医師が引きあげ、地域医療、特に産科・救急に影響を及ぼすことが懸念されます。地域から産科・救急が無くなると、大きな社会問題に発展する恐れがあります。

賃上げを含めた労働環境の改善により、地域における産科・救急医療機関が減らないような対応をお願いします。

13

## 内閣官房「こども・子育て政策の強化について(試案)」

### (2) 出産等の経済的負担の軽減～妊娠期からの切れ目ない支援～

○ これまで実施してきた幼児教育・保育の無償化に加え、支援が手薄になっている妊娠・出産期から2歳までの支援を強化する。令和4年度第二次補正予算で創設された「出産・子育て応援交付金」(10万円)について、制度化等を検討することを含め、妊娠期からの伴走型相談支援とともに着実に実施する。また、令和5年4月からの出産育児一時金の大幅な引上げ(42万円→50万円)及び低所得の妊婦に対する初回の産科受診料の費用助成を着実に実施するとともに、出産費用の見える化について令和6年度からの実施に向けた具体化を進める。その上でこれらの効果等の検証を行い、出産費用(正常分娩)の保険適用の導入を含め出産に関する支援等の在り方について検討を行う。

14

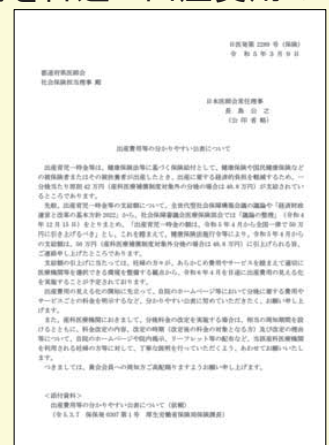
\*内閣官房「こども・子育て政策の強化について(試案)～次元の異なる少子化対策の実現に向けて～」(令和5年3月31日)10頁

## 出産費用等の分かりやすい公表について

支給額の引上げに当たっては、妊婦の方々が、あらかじめ費用やサービスを踏まえて適切に医療機関等を選択できる環境を整備する観点から、令和6年4月を目途に出産費用の見える化を実施することが予定されております。

出産費用の見える化の開始に先立って、自院のホームページ等において分娩に要する費用やサービスごとの料金を明示するなど、分かりやすい公表に努めていただきたく、お願い申し上げます。

また、産科医療機関におきまして、分娩料金の改定を実施する場合は、相当の周知期間を設けるとともに、料金改定の内容、改定の時期(改定後の料金の対象となる方)及び改定の理由等について、自院のホームページや院内掲示、リーフレット等の配布など、当該産科医療機関を利用される妊婦の方等に対して、丁寧な説明を行っていただくよう、あわせてお願いいたします。



15

\*日本医師会「出産費用等の分かりやすい公表について」(日医第289号令和5年3月9日付文書)



## 出産費用の保険適用

出産は、これまで病気や疾病でないとの理由のもとに、健康保険の現物給付ではなく、現金給付であった。令和5年度の出産育児一時金は50万円である。

### 出産費用の保険適用への様々な課題

- 給付形態 現金給付から現物給付
- 出産費用 地域の実情によって異なる→全国一律
- 全額公費 健康保険上、自己負担割合を病気や疾病別で変更することは難しい
- 健診費用 妊産婦健診と出産費用の切り分け(健診は保険適用外)
- 医療安全 集約化等により、スタッフ数の減少や陣痛から医療機関への到着時間等、医療安全上の課題等

等



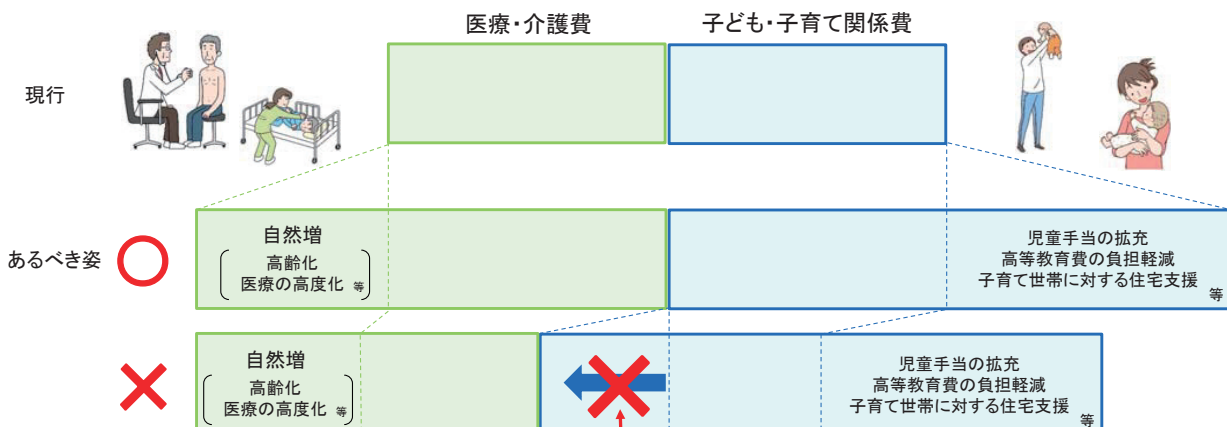
国民や医療機関に混乱が生じないようにする必要がある。

出産育児一時金は令和5年4月から42万円から50万円に増額したばかりである。出産費用の見える化を進め、その状況をしっかり見極めることが必要ではないか。

16

## 子ども・子育て関係の財源について(イメージ)

子育て、少子化対策は大変重要な政策ではあるが、医療保険・介護保険の財源が、本来とは異なる目的に使われることは、決してあってはならない。社会全体で支えるべきである。



子ども・子育て関係費は社会全体で支えるべきであり、病に苦しむ方々のための財源を切り崩すべきではない。

17

# 診療報酬改定DX

自由民主党政務調査会 社会保障制度調査会・デジタル社会推進本部 健康・医療情報システム推進合同PT 提言  
 「医療DX令和ビジョン2030」の実現に向けて 令和5年4月13日  
 ~保健医療情報のデジタル活用により、すべての国民が最適な医療を受けられる国へ~ (概要)

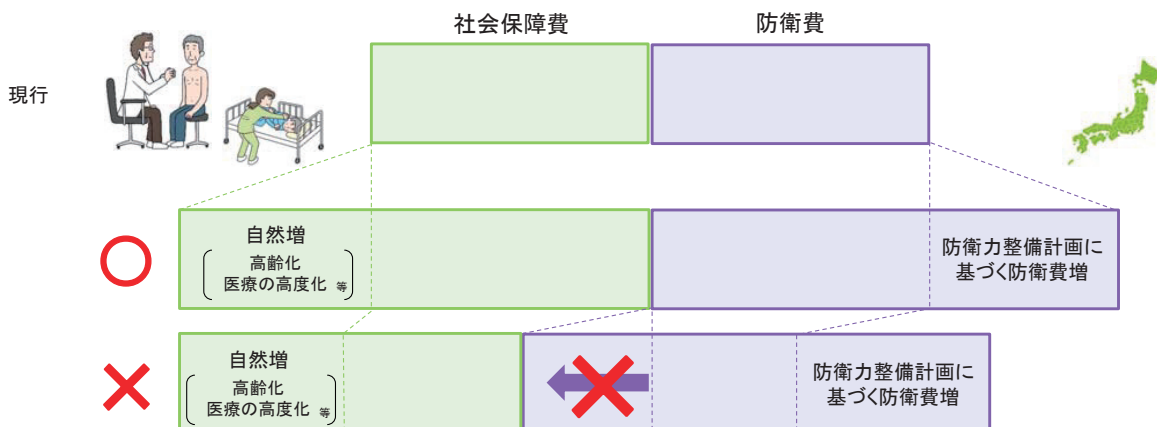
- グランドデザイン**
  - 医療DXを通じて、より効果的かつ効率的で質の高い医療の提供を実現
  - PHRの推進により、疾病の予防を促進し、国民の健康寿命を延伸
  - 医療機関等においてデジタル化による業務改革を行い、人材不足の状況を改善
  - 医療情報を研究や事業開発に活用し、その結果を社会実装する取組（二次利用）を促進
  - 強力かつ一元的な司令塔の下、データ連携やアクセス管理を行うためのガバナンスの確保等
- 医療DXの推進体制（ガバナンス）の強化**
  - 社会保険診療報酬支払基金を抜本的に改組し、医療DXに関するシステムの開発・運用主体の母体に
  - 厚生労働省の大臣官房に司令塔機能を有する部署を確保し、改組後の新組織のあり方と厚生労働省内の体制等とを一体的に検討して、必要な法整備を速やかに実施
- 全国医療情報プラットフォーム**
  - オンライン資格確認等システムを拡充し、全国医療情報プラットフォームを構築
  - 電子カルテ情報共有サービス（仮称）を構築し、共有する情報を拡大
  - 二次利用に係る検討体制の立ち上げと利活用促進のための法令等を整備
  - PHR等事業者が行うサービスに係るデータの規格標準化を早急に整えるなどにより、PHRを推進
  - 全国医療情報プラットフォームの運用費用は、情報の共有・交換が普及するまでの間、国が負担し責任をもって運営。その後は、国、オンライン資格確認等システムに拠出する保険者のほか、プラットフォームの利用に係る受益者が幅広く費用負担。二次利用のネットワークについては先行している取組事例も踏まえつつ、今後検討
- 電子カルテ情報の標準化等**
  - 電子カルテ情報の標準化と標準型電子カルテの提供により、必要とされる、すべての医療情報が共有される
  - 中小規模を含むすべての医療機関への導入及び普及を目指し、国が責任をもって取り組む
- 診療報酬改定DX**
  - 医療機関等における診療報酬改定に伴う間接経費の極小化に向け、マスタを改善・開発し、早期に提供
  - 共通算定モジュール・標準型電子カルテを併せて提供し、医療機関システムを抜本的に改革
  - 診療報酬改定の施行時期について、合理的な期間が確保されるよう、数ヶ月後ろ倒しに

医療機関の負担の極小化を目指すべきで、ベンダーに生じる負担軽減効果については、運営保守経費の軽減を通じて医療機関に確実に目に見える形で還元されるべきである。

\*自由民主党政務調査会 社会保障制度調査会・デジタル社会推進本部 健康・医療情報システム推進合同PT提言(令和5年4月13日)を基に作成

## 防衛費の財源について(イメージ)

国防は大変重要な政策ではあるが、社会保障費の財源が使われることは、決してあってはならない。国全体で支えるべきである。



# 日本医師会 診療所の光熱費の変動に関する実態調査 結果報告

1. 調査対象 診療所を対象とし、  
対象医療機関は都道府県医師会において  
任意に抽出
2. 調査項目 2021年10月～12月及び2022年10月～12月分の  
電気・ガス料金及びその使用量等を調査
3. 調査期間 2023年1月30日～3月24日
4. 回答状況 回答件数 461件  
うち、無床診療所 400件  
有床診療所 61件

※設問ごとの集計に係る有効回答数は各図表に記載の通り

1

# 日本医師会 診療所の光熱費の変動に関する実態調査

2022年10月～12月における診療所1施設当たり電気料金、都市ガス料金は、対前年130～150%と上昇し、電気と都市ガスを合わせた対前年増加額は、有床診療所は21.8万円/月、無床診療所は3.8万円/月となった。これを単純に年換算（×12）すれば、有床診療所は261.5万円、無床診療所で45.9万円の増加となる。加えて更なる値上げの動きもある。

## 診療所1施設当たり1ヶ月当たり電気料金、都市ガス料金（総括表）

（単位：円）

		2021年	2022年	対前年比	増加額/月	増加額×12ヶ月
		10月～12月 (3ヶ月平均)	10月～12月 (3ヶ月平均)			
電気	有床診療所 (n=61)	349,161	526,673	150.8%	177,511	2,130,132
	無床診療所 (n=392)	105,842	138,207	130.6%	32,365	388,380
都市ガス	有床診療所 (n=27)	121,917	162,405	133.2%	40,488	485,856
	無床診療所 (n=110)	13,320	19,267	144.6%	5,947	71,364
合計	有床診療所	471,078	689,077	146.3%	217,999	2,615,988
	無床診療所	119,163	157,474	132.2%	38,312	459,744

※調査対象全月（2021年10月～12月、2022年10月～12月）の料金を回答した診療所のみを集計

2

## 電気料金（診療所全体、n=453）

（金額単位：円）

	2021年10月	2021年11月	2021年12月	3ヶ月平均
1 施設当たり電気料金 (①)	127,998	132,241	155,582	138,607
	2022年10月	2022年11月	2022年12月	3ヶ月平均
1 施設当たり電気料金 (②)	171,579	175,083	224,889	190,517
増加額 (②-①)	43,581	42,842	69,307	51,910
対前年比 (②÷①)	134.0%	132.4%	144.5%	137.5%

※調査対象全月の料金を回答した診療所のみを集計

2022年10月～12月の1施設当たり電気料金は、金額、増加額、対前年比のいずれにおいても、10月、11月よりも12月の方が上昇していた。

3

## 電気料金（有床診療所、n=61）

（金額単位：円）

	2021年10月	2021年11月	2021年12月	3ヶ月平均
1 施設当たり電気料金 (①)	326,302	324,382	396,800	349,161
	2022年10月	2022年11月	2022年12月	3ヶ月平均
1 施設当たり電気料金 (②)	471,305	479,779	628,934	526,673
増加額 (②-①)	145,003	155,397	232,134	177,511
対前年比 (②÷①)	144.4%	147.9%	158.5%	150.8%

※調査対象全月の料金を回答した診療所のみを集計

2022年12月分電気料金は前年同月分との比較して1診療所あたり、**月額232,134円の上昇であり**、粗い計算だが、これが仮に**1年間続けば2,785,608円上昇することになる**。

加えて、大手電力会社7社が4月から6月にかけてのさらなる値上げを申請している。

4

## 電気料金（無床診療所、n=392）

（金額単位：円）

	2021年10月	2021年11月	2021年12月	3ヶ月平均
1施設当たり電気料金（①）	97,140	102,341	118,046	105,842

	2022年10月	2022年11月	2022年12月	3ヶ月平均
1施設当たり電気料金（②）	124,938	127,668	162,015	138,207

増加額（②－①）	27,799	25,327	43,969	32,365
対前年比（②÷①）	128.6%	124.7%	137.2%	130.6%

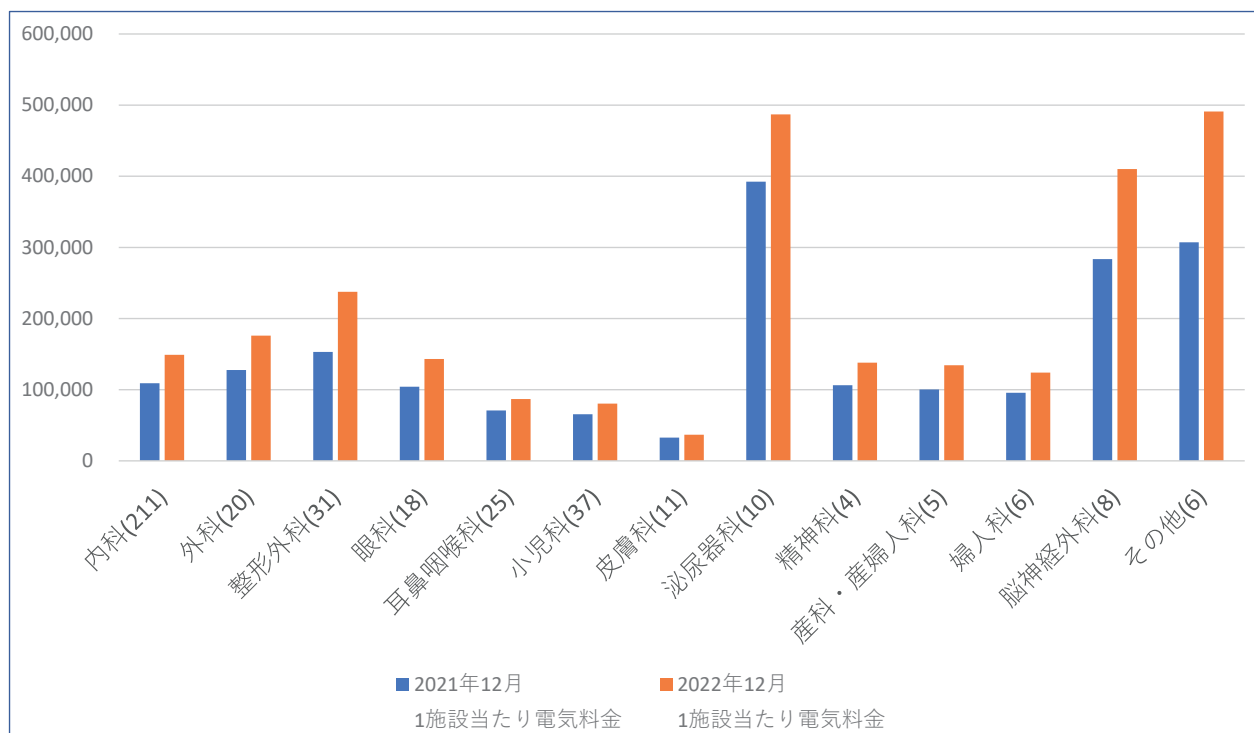
※調査対象全月の料金を回答した診療所のみを集計

2022年12月分電気料金は前年同月分と比較して1診療所（無床）あたり、**月額43,969円の上昇であり**、粗い計算だが、これが仮に**1年間続けば527,628円上昇することになる**。

加えて、大手電力会社7社が4月から6月にかけてのさらなる値上げを申請している。

5

## 無床診療所 診療科ごとの1施設当たり電気料金



\* 調査対象全月の料金を回答した診療所のみを集計

\* 横軸（）内の数値は施設数

\* 「その他」6件の内にはCTのある診療所が2件、透析を行う診療所が2件含まれる

6

## 都市ガス料金（診療所全体、n=137）

（金額単位：円）

	2021年10月	2021年11月	2021年12月	3ヶ月平均
1 施設当たり都市ガス料金 (①)	26,482	33,441	44,244	34,723
	2022年10月	2022年11月	2022年12月	3ヶ月平均
1 施設当たり都市ガス料金 (②)	37,237	43,894	61,298	47,477
増加額 (②-①)	10,755	10,453	17,054	12,754
対前年比 (②÷①)	140.6%	131.3%	138.5%	136.7%

※調査対象全月の料金を回答した診療所のみを集計

2022年12月分都市ガス料金は前年同月分と比較して、1診療所あたり、**月額17,054円の上昇であり**、粗い計算だが、これが仮に**1年間続けば204,648円上昇**することになる。

7

## 都市ガス料金（病床の有無別）

都市ガス料金（有床診療所、n=27）

（金額単位：円）

	2021年10月	2021年11月	2021年12月	3ヶ月平均
1 施設当たり都市ガス料金 (①)	95,489	119,794	150,468	121,917
	2022年10月	2022年11月	2022年12月	3ヶ月平均
1 施設当たり都市ガス料金 (②)	125,745	155,286	206,182	162,405
増加額 (②-①)	30,256	35,492	55,715	40,488
対前年比 (②÷①)	131.7%	129.6%	137.0%	133.2%

都市ガス料金（無床診療所、n=110）

（金額単位：円）

	2021年10月	2021年11月	2021年12月	3ヶ月平均
1 施設当たり都市ガス料金 (①)	9,544	12,245	18,171	13,320
	2022年10月	2022年11月	2022年12月	3ヶ月平均
1 施設当たり都市ガス料金 (②)	15,513	16,553	25,735	19,267
増加額 (②-①)	5,968	4,307	7,564	5,947
対前年比 (②÷①)	162.5%	135.2%	141.6%	144.6%

8

## LPG/プロパンガス料金（診療所全体、n=162）

（金額単位：円）

	2021年10月	2021年11月	2021年12月	3ヶ月平均
1施設当たりLPG/プロパンガス料金（①）	20,109	22,071	30,167	24,116

	2022年10月	2022年11月	2022年12月	3ヶ月平均
1施設当たりLPG/プロパンガス料金（②）	21,703	23,361	33,313	26,126

増加額（②-①）	1,594	1,290	3,146	2,010
対前年比（②÷①）	107.9%	105.8%	110.4%	108.3%

※ 調査対象全月の料金を回答した診療所のみを集計

※ 施設数162の内訳は、有床診療所29、無床診療所133施設

2022年12月分LPG/プロパンガス料金は前年同月分と比較して、1診療所あたり、**月額3,146円の上昇**である。

9

## 電気・ガス単位当たり料金の対前年比

電気料金は、1kWh当たり料金の対前年比、

都市ガス・LPG/プロパン料金は、1m<sup>3</sup>当たり料金の対前年比

	2022年10月	2022年11月	2022年12月
電気料金 (n=330)	140.7%	143.1%	142.3%
都市ガス料金 (n=84)	141.6%	145.2%	150.8%
LPG/プロパン (n=107)	114.6%	112.0%	107.1%

※調査対象全月の料金と使用量に回答した診療所のみを集計している。

10

## 大手電力会社・新電力会社の 単位当たり料金の対前年比

1kWh当たり料金の対前年比

	2022年10月	2022年11月	2022年12月
大手電力会社 (n=261)	138.5%	140.6%	136.6%
新電力会社 (n=61)	141.0%	145.8%	153.4%

※調査対象全月の料金と使用量に回答した診療所のみを集計している。

11

## 単位当たり電気料金の推移 (n=330)

(単位：円/kWh)

	10月	11月	12月	3ヶ月平均
2021年	25.4	25.5	23.4	24.8
2022年	35.8	36.5	33.3	35.2

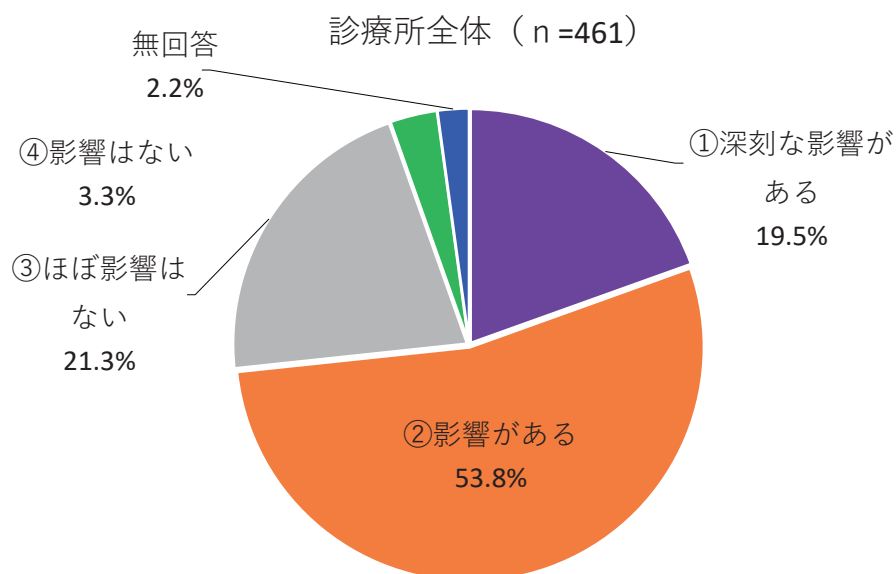
※調査対象全月の料金と使用量に回答した診療所のみを集計している。

- 1kWh当たり電気料金は、2021年10月～12月の3ヶ月平均は24.8円であったのに対し、2022年10月～12月の3ヶ月平均では35.2円と、10円を超える価格上昇が認められた。
- 2023年1月使用分以降については、政府の激変緩和措置により1 kWh当たり3.5円（高圧）又は7円（低圧）の値引きが行われる効果と、電力会社によるさらなる値上げの影響を注視する必要がある。

12



問 光熱費の上昇が自身の医療機関の経営（必要な経費の支出、従事者の処遇改善、その他）に与える影響はどの程度ありますか。



	深刻な影響がある	影響がある	ほぼ影響はない	影響はない	無回答
有床診療所 (n=61)	44.3%	45.9%	8.2%	0.0%	1.6%
無床診療所 (n=400)	15.8%	55.0%	23.3%	3.8%	2.3%

13

問 令和4年10月～12月に、都道府県・市町村から光熱費の高騰に対する補助金・助成金がありますか。

	都道府県	市町村
ある	155	40
ない	294	407
無回答	12	14
合計	461	461

令和4年度下半期に地方創生臨時交付金による補助が決定したが、令和4年10月～12月時点では地方自治体から補助を受けた診療所はまだ限定的であった。

14

## まとめ

- 2022年の10月～12月分における診療所の光熱費の調査結果（概要）は以下の通り。
  - 1施設当たりの電気料金と都市ガス料金の合計で対前年増加額は、  
有床診療所 対前年増加額 約21.8万円（10月～12月の3ヶ月平均）  
無床診療所 対前年増加額 約 3.8万円（同上）
  - 1 kWh当たり電気料金 対前年140%超
  - 1 m<sup>3</sup>当たり都市ガス料金 対前年140%～150%
  - 7割を超える診療所が自身の医療機関の経営に影響があると回答
- 地方交付金による物価高騰への補助が行われたが、光熱費の値上がり分の1ヶ月～数か月分にとどまる（自治体により補助額にはバラつきがある）
- 電気料金の単価の上昇は10円/1kWhを超えており、国の「激変緩和措置」による支援（1月分以降）では追いつかない状況
- 本年3月に決定された地方交付金の積み増しによる支援において、さらに今後の機動的な支援等、公定価格で運営される医療機関への十分な配慮が必要

# 医療機関における賃金引き上げの状況に関する調査



一般社団法人 日本病院会



公益社団法人 全日本病院協会



一般社団法人 日本医療法人協会

この度、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は、厚生労働省からの緊急調査実施の依頼を受け、今後の政策に適切に反映されることを目的とし、医療機関における賃金上げの状況について合同調査を実施した。

調査期間は4月7日～4月13日、3団体に加盟した4,051病院を対象としてメールで実施した。回答数は588病院（有効回答数574病院、有効回答率14.2%）であった。2023年の医療機関の賃上げ状況の集計結果は次のとおり。

- ・定期昇給のみ実施している病院は69.0%、ベースアップを含む賃上げを実施している病院は23.3%、賃上げ未実施の病院7.7%。
- ・病床規模別の比較では、全ての病床規模別で定期昇給またはベースアップの賃上げの実施が80%を超えているが、200床から299床を除く全ての病床規模別で4%を超える医療機関が賃上げ未実施。
- ・開設主体別(\*)の比較では、定期昇給とベースアップの両方を実施している病院の割合が大きかったのは国の病院であり、最も少なかったのはその他私的の病院であった。
- ・平均賃上げ率を職種ごとに比較すると、医師は1.8%、看護職員は2.0%、その他職員は1.9%、平均は1.9%となった。

病院職員の平均ベースアップは0.4%（賃金額1,259円）は、全労連の全産業のベースアップ2.1%（賃金額6,086円）を著しく下回っており、病院職員への処遇改善が不十分であることが明らかとなった。

## 調査目的

厚生労働省からの緊急調査実施の依頼を受け、医療機関の実態を踏まえた上で今後の政策に適切に反映されることを目的とする。

## 調査方法

日本病院会、全日本病院協会及び日本医療法人協会に加盟する4,051病院に、経営状況等について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

2023年4月7日～4月13日

## 主な調査項目

賃上げ実施（予定含む）の有無、常勤職員の医師、看護職員、その他の職員の賃上げ率等。

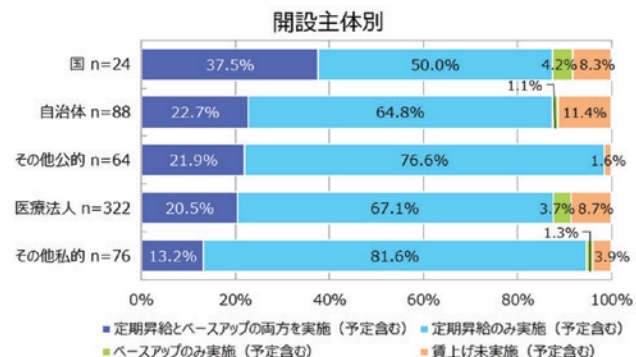
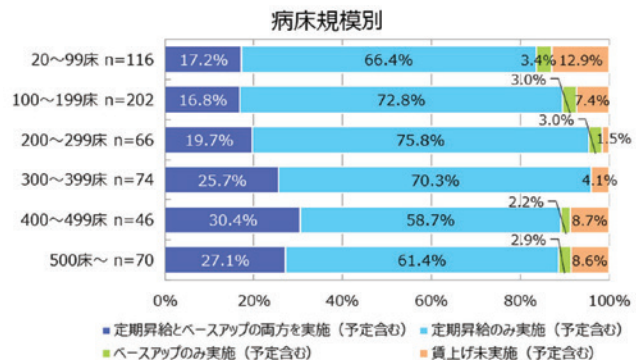
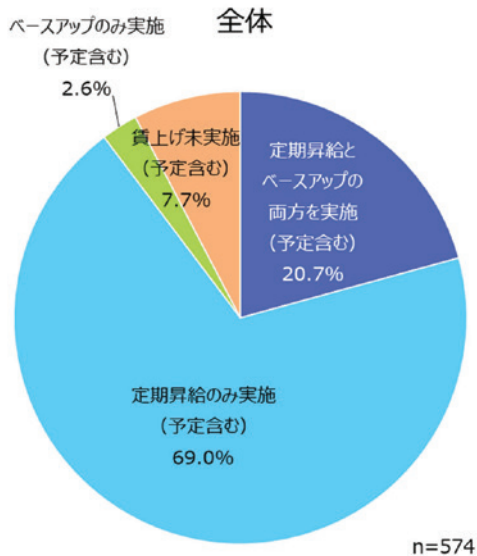
## 回答数

588病院（回答率：14.5%） 有効回答数574病院

### \* 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

## ■ 賃上げ実施の有無



## ■ 平均賃上げ率

	病院数	対象者数 (人)	平均月例賃金額 (賃上げ前) (円) (A)	平均賃上げ額 (月) (円)			平均賃上げ率 (月) (%)		
				合計 (B)=(C+D)	定期昇給分 (C)	ベースアップ分 (D)	合計 (B/A)	定期昇給分 (C/A)	ベースアップ分 (D/A)
医師 (常勤職員)	232	11,339	833,672	15,001	13,920	1,081	1.8%	1.7%	0.1%
看護職員 (常勤職員)	352	66,621	274,716	5,370	3,898	1,473	2.0%	1.4%	0.5%
その他の職員 (常勤職員)	350	54,930	246,794	4,637	3,600	1,037	1.9%	1.5%	0.4%
全体	-	132,890	310,868	5,889	4,630	1,259	1.9%	1.5%	0.4%

# 医療機関経営状況調査



一般社団法人 日本病院会



公益社団法人 全日本病院協会



一般社団法人 日本医療法人協会

この度、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は、医療機関の経営状況を厚生労働省に提示し、医療機関の経営状況を考慮した診療報酬改定となるように進める事を目的として、2021年12月、2022年1月、2月と2022年12月、2023年1月、2月の収支に関して緊急に合同調査を実施した。

調査期間は3月29日～4月5日であり、3団体に加盟した4,051病院を対象としてメールで調査票を配布した。4月5日時点の回答数は690病院（有効回答数630病院、有効回答率15.6%）であった。

2021年度（2021年12月、2022年1月、2月）と2022年度（2022年12月、2023年1月、2月）の医業損益等について各3か月分の合計額を比較した。

- ・ 医業利益、経常利益ともに赤字病院の割合が前年度よりも増加している。
- ・ 医業利益の比較では、2021年度、2022年度ともに赤字病院の割合が7割を超えている。2022年度の赤字病院の割合は2021年度より3.5ポイント増加している。
- ・ 経常利益の比較では、赤字病院の割合が2021年度より8.3ポイント増加している。
- ・ 経常利益からコロナ、物価高騰関連補助金を除くと、2021年度、2022年度ともに赤字病院の割合が約7割となる。2022年度の赤字病院の割合は2021年度より4.4ポイント増加している。
- ・ 医業収益と医業費用の比較では、医業費用の伸びが医業収益の伸びを上回っている。
- ・ 電力、ガス等の水道光熱費が前年比で4割以上増加している。

2021年度と2022年度ともに赤字病院の割合が7割を超え、経常利益においても補助金がないければ殆どの病院が赤字経営となる異常な状態にあり、現在の診療報酬について構造的な問題があると言わざるを得ない。安定的な医療提供体制を確保するためには大幅な入院基本料の引き上げが必要である。

## 調査目的

医療機関の経営状況を厚生労働省に提示し、医療機関の経営状況を考慮した診療報酬改定となるように進めるため。

## 調査方法

日本病院会、全日本病院協会及び日本医療法人協会に加盟する4,051病院に、経営状況等について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

2023年3月29日～4月5日

## 主な調査項目

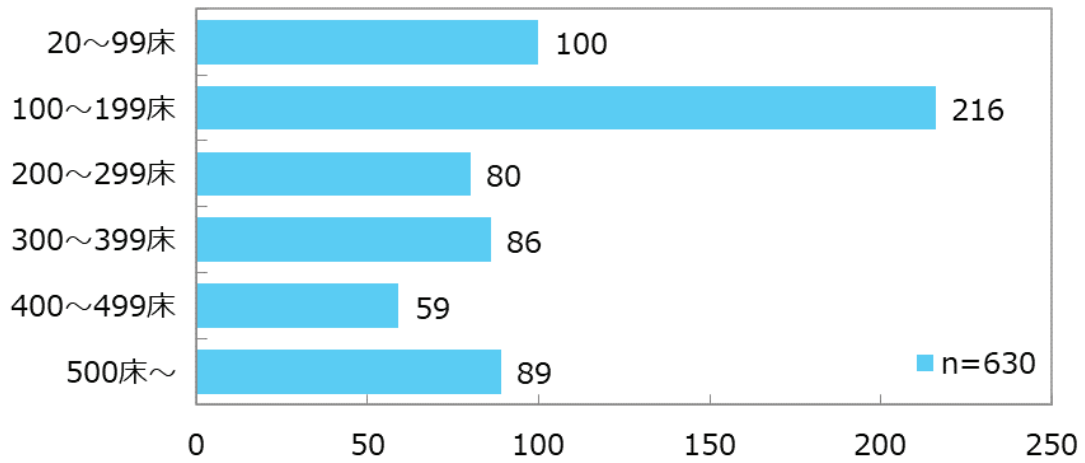
2021年12月、2022年1月、2月と2022年12月、2023年1月、2月の医業損益等の比較。

## 回答数

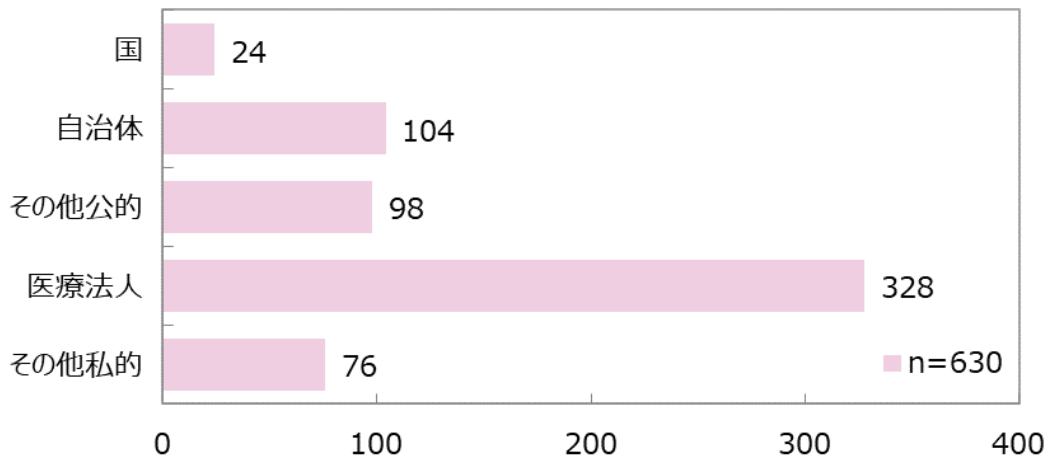
690病院（回答率：17.0%） 有効回答数630病院

## ■基本情報

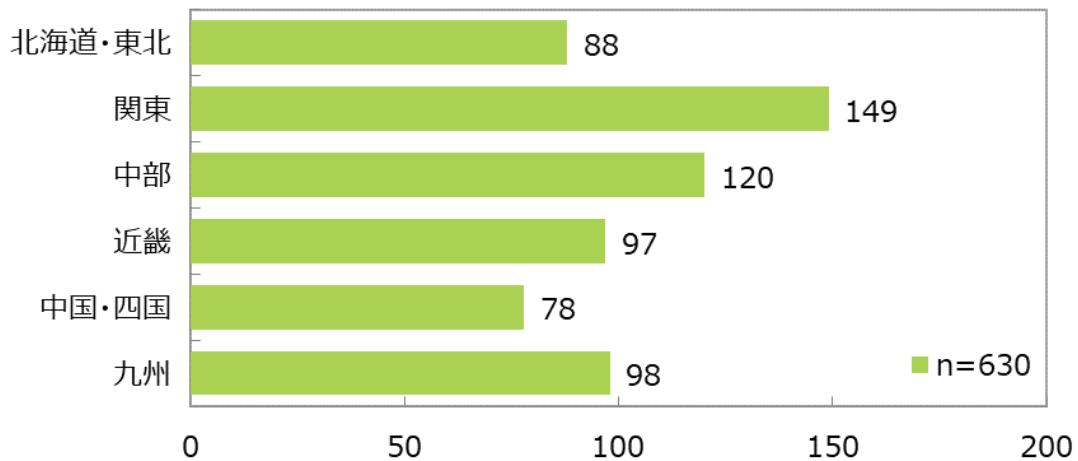
### 病床規模別



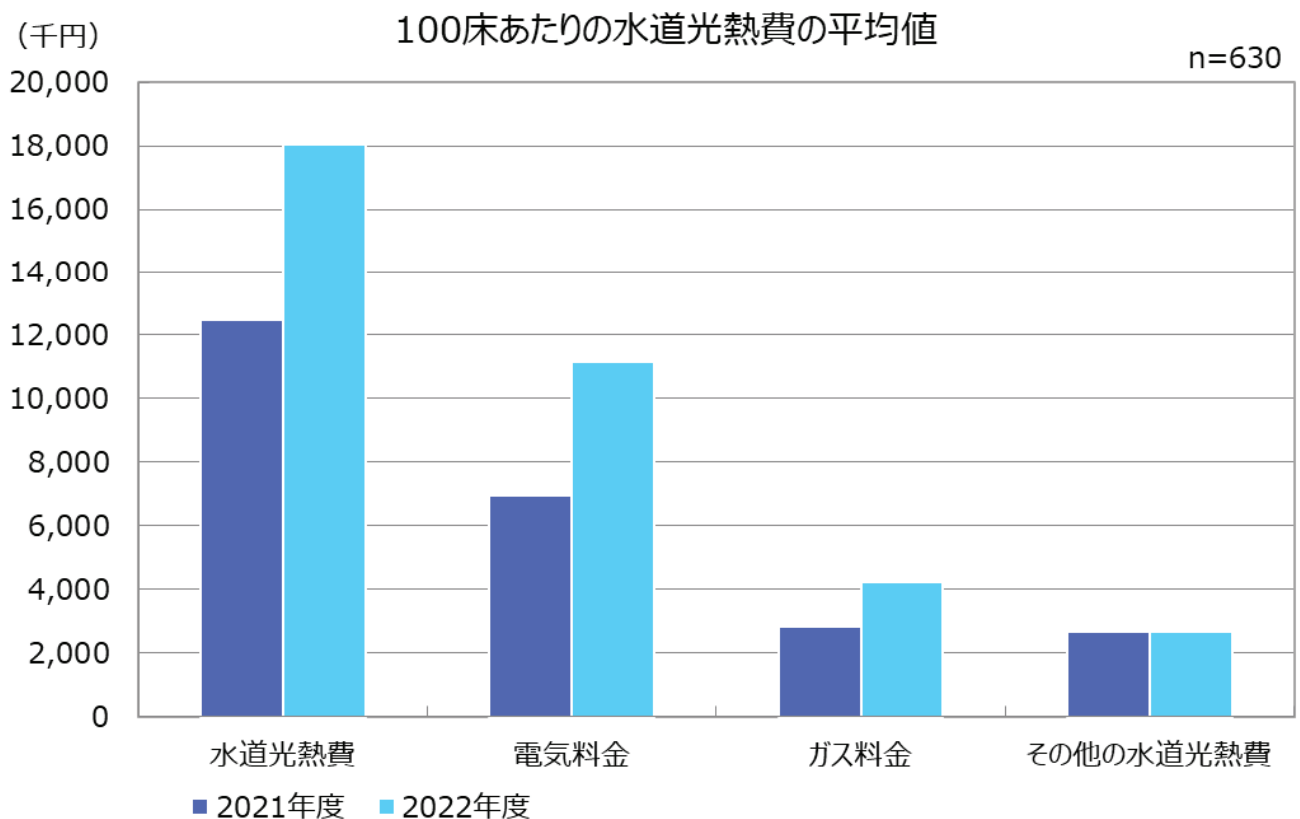
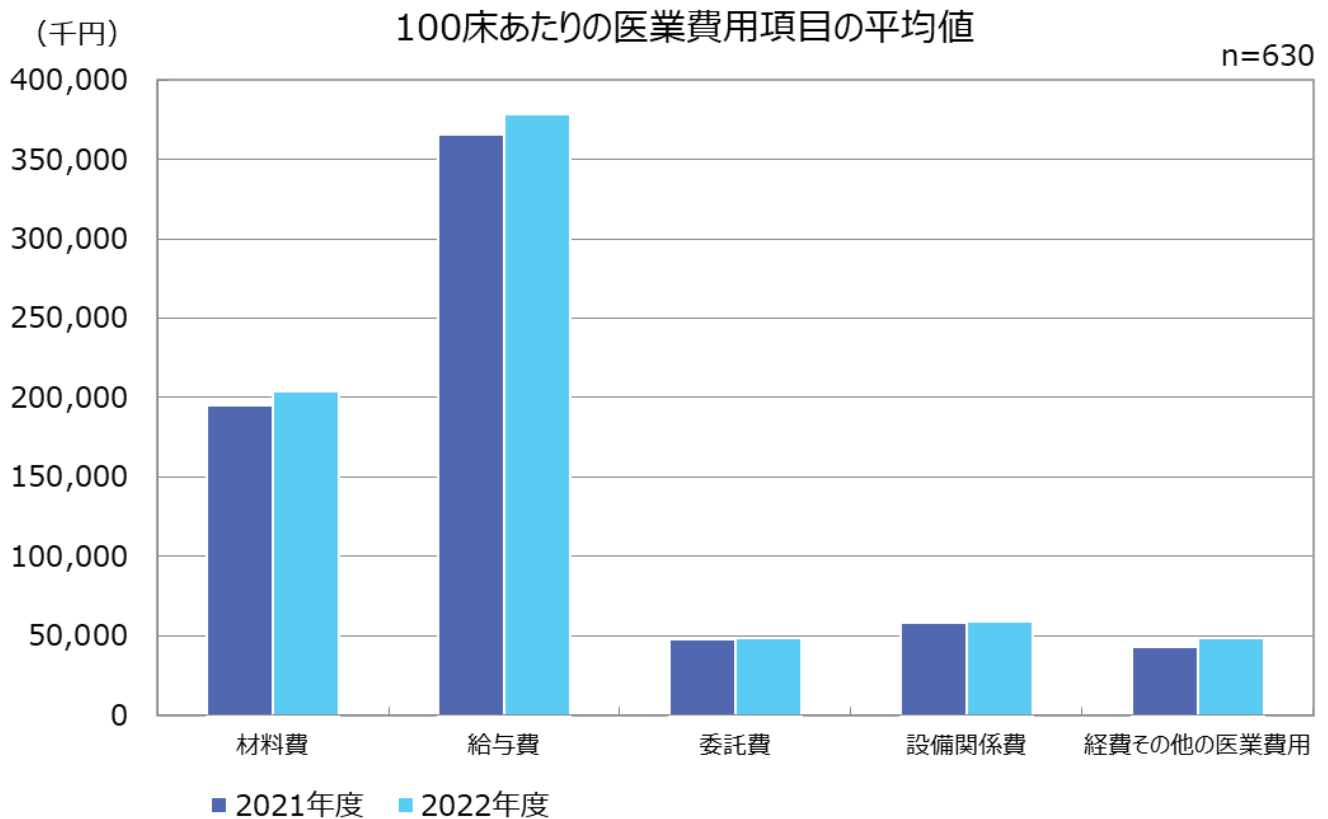
### 開設主体別



### 地域別

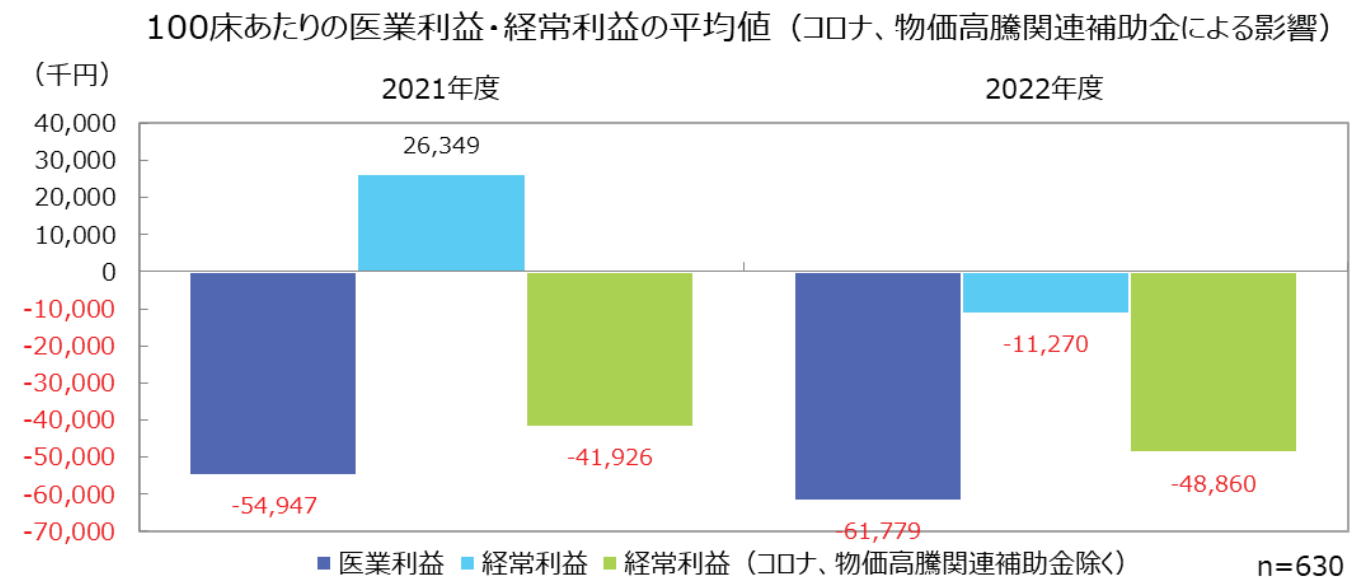
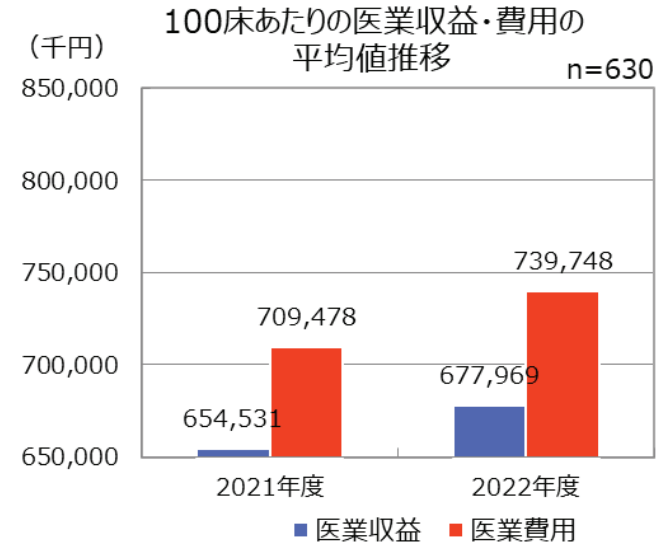
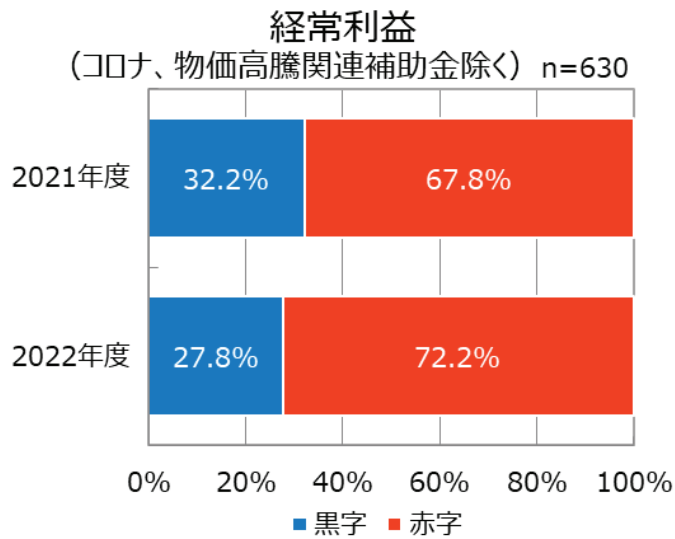
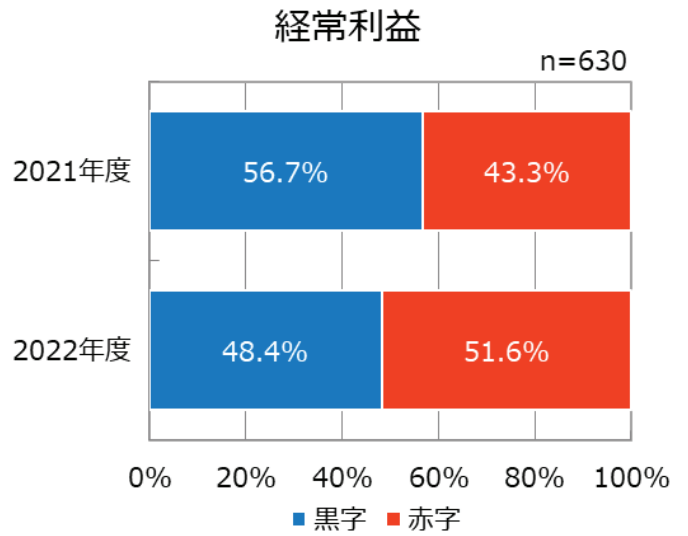
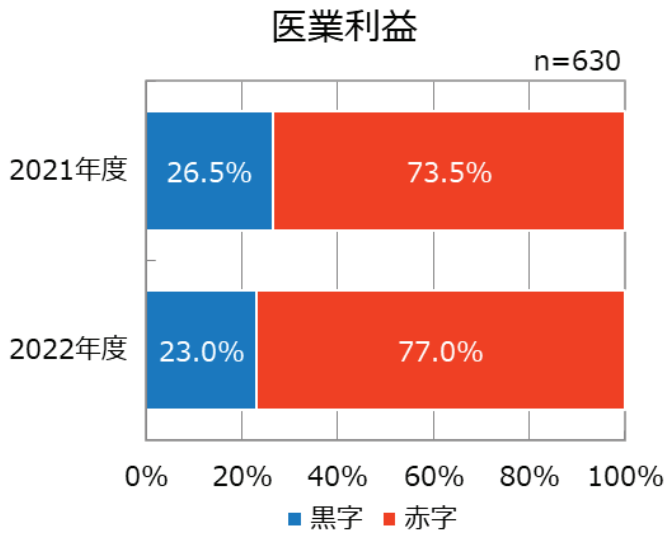


## ■ 医業費用\_全体





## ■ 医業利益、経常利益\_全体



■一病院あたりの平均\_全体  
(2021年12月/2022年1月/2022年2月)

平均病床数：282

n=630

科目 (単位：千円)	一病院あたりの損益			
	2021/12	2022/01	2022/02	合計(A)
①医業収益	644,255	625,597	574,742	1,844,594
②医業費用	758,948	628,180	612,317	1,999,444
③医業利益 (又は医業損失)	-114,693	-2,582	-37,575	-154,850
④医業外収益	80,723	70,306	107,176	258,205
⑤医業外費用	10,434	9,525	9,140	29,099
⑥経常利益 (又は経常損失)	-44,404	58,199	60,461	74,256
コロナ、物価高騰関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	-99,627	9,051	-27,578	-118,154
医業利益率 (③÷①)	-17.8%	-0.4%	-6.5%	-8.4%
経常利益率 (⑥÷①)	-6.9%	9.3%	10.5%	4.0%
⑦新型コロナウイルス感染症、物価高騰関連補助金収益	55,223	49,148	88,039	192,410

n=630

科目 (単位：千円)	一病院あたりの損益			
	2021/12	2022/01	2022/02	合計(A)
①医業収益	644,255	625,597	574,742	1,844,594
入院診療収益	417,760	413,020	373,087	1,203,867
外来診療収益	196,583	188,099	176,561	561,244
その他の医業収益	29,912	24,478	25,094	79,483
②医業費用	758,948	628,180	612,317	1,999,444
材料費	199,814	178,086	171,860	549,760
医薬品費	116,036	106,616	104,367	327,019
診療材料費、医療消耗器具備品費	80,367	68,303	64,478	213,149
給食用材料費	3,411	3,167	3,015	9,592
給与費	415,741	311,363	302,862	1,029,965
委託費	46,228	45,577	43,973	135,777
うち給食委託費	6,025	5,978	5,962	17,965
設備関係費	56,817	53,313	53,537	163,666
うち減価償却費	33,167	31,899	31,989	97,056
経費その他の医業費用	40,348	39,842	40,085	120,275
うち水道光熱費	10,468	12,233	12,449	35,151
電気料金	6,071	6,670	6,896	19,636
ガス料金	2,021	2,835	3,091	7,947
その他の水道光熱費	2,377	2,728	2,462	7,567
③医業利益 (又は医業損失)	-114,693	-2,582	-37,575	-154,850
④医業外収益	80,723	70,306	107,176	258,205
運営費補助金収益	4,428	7,680	5,014	17,122
施設設備補助金収益	1,974	1,401	1,424	4,799
新型コロナウイルス感染症、物価高騰関連補助金収益	55,223	49,148	88,039	192,410
看護職員等処遇改善事業補助金収益	49	3	26	79
他会計からの繰入 (公立のみ)	6,757	2,623	2,963	12,343
その他の医業外収益	12,292	9,451	9,710	31,452
⑤医業外費用	10,434	9,525	9,140	29,099
⑥経常利益 (又は経常損失)	-44,404	58,199	60,461	74,256
⑦臨時収益	1,413	16,388	1,760	19,561
⑧臨時費用	1,781	2,168	1,370	5,319
⑨当期純利益 (又は当期純損失)	-44,772	72,419	60,851	88,498

## ■一病院あたりの平均\_全体 (2022年12月/2023年1月/2023年2月)

平均病床数：281

n=630

科目 (単位：千円)	一病院あたりの損益				前年比 (=(B-A)/A)
	2022/12	2023/01	2023/02	合計(B)	
① 医業収益	649,840	644,039	614,368	1,908,247	3.5%
② 医業費用	800,794	649,665	631,674	2,082,132	4.1%
③ 医業利益 (又は医業損失)	-150,954	-5,626	-17,305	-173,885	
④ 医業外収益	59,997	41,368	67,393	168,757	-34.6%
⑤ 医業外費用	8,977	8,740	8,877	26,595	-8.6%
⑥ 経常利益 (又は経常損失)	-99,934	27,001	41,211	-31,722	
コロナ、物価高騰関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	-136,569	3,692	-4,647	-137,524	
医業利益率 (③÷①)	-23.2%	-0.9%	-2.8%	-9.1%	
経常利益率 (⑥÷①)	-15.4%	4.2%	6.7%	-1.7%	
⑦ 新型コロナウイルス感染症、物価高騰関連補助金収益	36,635	23,309	45,858	105,802	-45.0%

n=630

科目 (単位：千円)	一病院あたりの損益				前年比 (=(B-A)/A)
	2022/12	2023/01	2023/02	合計(B)	
① 医業収益	649,840	644,039	614,368	1,908,247	3.5%
入院診療収益	421,488	426,586	407,269	1,255,343	4.3%
外来診療収益	201,162	192,799	183,445	577,407	2.9%
その他の医業収益	27,190	24,654	23,654	75,497	-5.0%
② 医業費用	800,794	649,665	631,674	2,082,132	4.1%
材料費	210,001	184,556	179,498	574,055	4.4%
医薬品費	127,748	113,303	106,357	347,409	6.2%
診療材料費、医療消耗器具備品費	78,712	68,011	69,947	216,669	1.7%
給食用材料費	3,541	3,242	3,195	9,977	4.0%
給与費	439,391	318,686	308,295	1,066,371	3.5%
委託費	47,324	45,980	44,544	137,847	1.5%
うち給食委託費	6,148	6,155	6,050	18,354	2.2%
設備関係費	57,273	54,029	54,579	165,882	1.4%
うち減価償却費	33,210	32,003	32,159	97,372	0.3%
経費その他の医業費用	46,806	46,414	44,757	137,977	14.7%
うち水道光熱費	15,885	18,213	16,643	50,741	44.4%
電気料金	9,940	11,037	10,392	31,369	59.7%
ガス料金	3,526	4,514	3,863	11,902	49.8%
その他の水道光熱費	2,419	2,662	2,388	7,469	-1.3%
③ 医業利益 (又は医業損失)	-150,954	-5,626	-17,305	-173,885	
④ 医業外収益	59,997	41,368	67,393	168,757	-34.6%
運営費補助金収益	4,196	4,232	6,745	15,173	-11.4%
施設設備補助金収益	1,520	1,422	1,726	4,667	-2.7%
新型コロナウイルス感染症、物価高騰関連補助金収益	36,635	23,309	45,858	105,802	-45.0%
看護職員等処遇改善事業補助金収益	196	221	234	651	726.1%
他会計からの繰入 (公立のみ)	6,591	3,033	2,779	12,403	0.5%
その他の医業外収益	10,859	9,150	10,051	30,061	-4.4%
⑤ 医業外費用	8,977	8,740	8,877	26,595	-8.6%
⑥ 経常利益 (又は経常損失)	-99,934	27,001	41,211	-31,722	
⑦ 臨時収益	1,800	938	556	3,294	-83.2%
⑧ 臨時費用	1,525	3,634	3,991	9,150	72.0%
⑨ 当期純利益 (又は当期純損失)	-99,659	24,305	37,776	-37,579	

P6

## ■100床あたりの平均\_全体 (2021年12月/2022年1月/2022年2月)

平均病床数：282

n=630

科目 (単位：千円)	100床あたりの平均			
	2021/12	2022/01	2022/02	合計(A)
①医業収益	228,606	221,985	203,940	654,531
②医業費用	269,303	222,902	217,273	709,478
③医業利益(又は医業損失)	-40,697	-916	-13,333	-54,947
④医業外収益	28,644	24,947	38,030	91,621
⑤医業外費用	3,703	3,380	3,243	10,326
⑥経常利益(又は経常損失)	-15,756	20,651	21,454	26,349
コロナ、物価高騰関連の補助金を除く経常利益(⑥-⑦)	-35,351	3,212	-9,786	-41,926
医業利益率(③÷①)	-17.8%	-0.4%	-6.5%	-8.4%
経常利益率(⑥÷①)	-6.9%	9.3%	10.5%	4.0%
⑦新型コロナウイルス感染症、物価高騰関連補助金収益	19,595	17,439	31,240	68,274

n=630

科目 (単位：千円)	100床あたりの平均			
	2021/12	2022/01	2022/02	合計(A)
①医業収益	228,606	221,985	203,940	654,531
入院診療収益	148,237	146,555	132,385	427,177
外来診療収益	69,755	66,745	62,651	199,150
その他の医業収益	10,614	8,686	8,904	28,204
②医業費用	269,303	222,902	217,273	709,478
材料費	70,901	63,192	60,982	195,075
医薬品費	41,174	37,831	37,033	116,039
診療材料費、医療消耗器具備品費	28,517	24,237	22,879	75,633
給食用材料費	1,210	1,124	1,070	3,404
給与費	147,521	110,483	107,467	365,470
委託費	16,403	16,172	15,603	48,179
うち給食委託費	2,138	2,121	2,115	6,374
設備関係費	20,161	18,917	18,997	58,075
うち減価償却費	11,769	11,319	11,351	34,439
経費その他の医業費用	14,317	14,137	14,224	42,678
うち水道光熱費	3,715	4,341	4,417	12,473
電気料金	2,154	2,367	2,447	6,968
ガス料金	717	1,006	1,097	2,820
その他の水道光熱費	843	968	874	2,685
③医業利益(又は医業損失)	-40,697	-916	-13,333	-54,947
④医業外収益	28,644	24,947	38,030	91,621
運営費補助金収益	1,571	2,725	1,779	6,076
施設設備補助金収益	700	497	505	1,703
新型コロナウイルス感染症、物価高騰関連補助金収益	19,595	17,439	31,240	68,274
看護職員等処遇改善事業補助金収益	18	1	9	28
他会計からの繰入(公立のみ)	2,398	931	1,051	4,380
その他の医業外収益	4,362	3,353	3,445	11,160
⑤医業外費用	3,703	3,380	3,243	10,326
⑥経常利益(又は経常損失)	-15,756	20,651	21,454	26,349
⑦臨時収益	501	5,815	625	6,941
⑧臨時費用	632	769	486	1,887
⑨当期純利益(又は当期純損失)	-15,887	25,697	21,592	31,402

## ■100床あたりの平均\_全体 (2022年12月/2023年1月/2023年2月)

平均病床数：281

n=630

科目 (単位：千円)	100床あたりの平均				前年比 (=(B-A)/A)
	2022/12	2023/01	2023/02	合計(B)	
① 医業収益	230,878	228,817	218,275	677,969	3.6%
② 医業費用	284,509	230,815	224,423	739,748	4.3%
③ 医業利益 (又は医業損失)	-53,631	-1,999	-6,148	-61,779	
④ 医業外収益	21,316	14,697	23,944	59,957	-34.6%
⑤ 医業外費用	3,190	3,105	3,154	9,449	-8.5%
⑥ 経常利益 (又は経常損失)	-35,505	9,593	14,642	-11,270	
コロナ、物価高騰関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	-48,521	1,312	-1,651	-48,860	
医業利益率 (③÷①)	-23.2%	-0.9%	-2.8%	-9.1%	
経常利益率 (⑥÷①)	-15.4%	4.2%	6.7%	-1.7%	
⑦ 新型コロナウイルス感染症、物価高騰関連補助金収益	13,016	8,281	16,293	37,590	-44.9%

n=630

科目 (単位：千円)	100床あたりの平均				前年比 (=(B-A)/A)
	2022/12	2023/01	2023/02	合計(B)	
① 医業収益	230,878	228,817	218,275	677,969	3.6%
入院診療収益	149,748	151,559	144,696	446,003	4.4%
外来診療収益	71,470	68,499	65,175	205,143	3.0%
その他の医業収益	9,660	8,759	8,404	26,823	-4.9%
② 医業費用	284,509	230,815	224,423	739,748	4.3%
材料費	74,610	65,570	63,773	203,952	4.6%
医薬品費	45,387	40,255	37,787	123,429	6.4%
診療材料費、医療消耗器具備品費	27,965	24,163	24,851	76,979	1.8%
給食用材料費	1,258	1,152	1,135	3,545	4.1%
給与費	156,108	113,224	109,532	378,865	3.7%
委託費	16,813	16,336	15,826	48,975	1.7%
うち給食委託費	2,184	2,187	2,149	6,521	2.3%
設備関係費	20,348	19,196	19,391	58,935	1.5%
うち減価償却費	11,799	11,370	11,426	34,595	0.5%
経費その他の医業費用	16,629	16,490	15,901	49,021	14.9%
うち水道光熱費	5,644	6,471	5,913	18,027	44.5%
電気料金	3,532	3,921	3,692	11,145	59.9%
ガス料金	1,253	1,604	1,372	4,229	50.0%
その他の水道光熱費	859	946	849	2,654	-1.2%
③ 医業利益 (又は医業損失)	-53,631	-1,999	-6,148	-61,779	
④ 医業外収益	21,316	14,697	23,944	59,957	-34.6%
運営費補助金収益	1,491	1,504	2,396	5,391	-11.3%
施設設備補助金収益	540	505	613	1,658	-2.6%
新型コロナウイルス感染症、物価高騰関連補助金収益	13,016	8,281	16,293	37,590	-44.9%
看護職員等処遇改善事業補助金収益	70	79	83	231	727.2%
他会計からの繰入 (公立のみ)	2,342	1,078	987	4,407	0.6%
その他の医業外収益	3,858	3,251	3,571	10,680	-4.3%
⑤ 医業外費用	3,190	3,105	3,154	9,449	-8.5%
⑥ 経常利益 (又は経常損失)	-35,505	9,593	14,642	-11,270	
⑦ 臨時収益	640	333	198	1,170	-83.1%
⑧ 臨時費用	542	1,291	1,418	3,251	72.2%
⑨ 当期純利益 (又は当期純損失)	-35,407	8,635	13,421	-13,351	

P8

## 医療・介護における物価高騰・賃金上昇への 対応を求める合同声明

令和5年5月25日

エネルギー価格の高騰や、それと相まって人件費の上昇をはじめとする急激な物価・賃金高騰の状況にあります。しかしながら、公定価格により運営する医科歯科医療機関、薬局、介護施設等は、価格に転嫁することができず、物価高騰と賃上げへの対応には十分な原資が必要です。

一方で、こども・子育て、少子化対策の財源を捻出するため、診療報酬・介護報酬の抑制、医療機関収支の適正化等を行うべきとの意見もあります。こども・子育て、少子化対策は大変重要な政策ですが、病や障害に苦しむ方々のための財源を切り崩してはなりません。

国民の生命と健康を守るため、全就業者の約12%（約800万人）を占める医療・介護分野の就業者がしっかりと役割を果たせるよう、医療・介護分野における物価高騰・賃金上昇に対する取組を進める必要があります。

国民に不可欠な医療・介護を確保するため、「骨太の方針」に、令和6年度のトリプル改定での物価高騰と賃上げへの対応を明記していただき、必要財源を確保することを医療・介護界全体で強く求めます。

- 公益社団法人 日本医師会  
会長 松本 吉郎
- 公益社団法人 日本歯科医師会  
会長 堀 憲郎
- 公益社団法人 日本薬剤師会  
会長 山本 信夫
- 公益社団法人 日本看護協会  
会長 福井 トシ子
- 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
- 一般社団法人 全国医学部長病院長会議  
会長 横手 幸太郎
- 公益社団法人 全国老人保健施設協会  
会長 東 憲太郎
- 公益社団法人 全国老人福祉施設協議会  
会長 平石 朗
- 公益社団法人 日本認知症グループホーム協会  
会長 河崎 茂子

2023年7月12日

厚生労働大臣  
加藤 勝 信 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 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

## 入院中の食事療養に関する要望書

2017（平成29）年10月に中央社会保険医療協議会で報告された「入院時食事療養の収支等に関する実態調査」において、給食部門は全面委託・一部委託・完全直営、いずれの運営形態を問わず、赤字となっていることが報告された。赤字となっている要因は、給食収入の減少、給食業務委託費（人件費）、光熱水費の上昇とされた。この状況は年々増悪しており、特に新型コロナ禍で、光熱水費や食材料費の高騰、さらに、人材不足が顕著となり、現行の制度のもとで、安定的かつ持続的な病院給食の提供が不可能な事態に陥っているとわざるを得ない。

医療機関としても病院給食業務に係る作業内容の見直し、院内で取り扱う食種の集約化、セントラルキッチン方式や様々な新調理システムの導入など、あらゆる努力をしているが抜本的解決には至っていない。

そもそも、病院給食に関しては国民皆保険制度のもと治療の一環として診療報酬制度に組み込まれたが、1994（平成6）年の制度創設以降、設定金額は据え置かれ、その一方で患者の食事療養標準負担額は増え続けている。さらに2006（平成18）年度診療報酬改定で入院中の食事療養に必要な費用は1日単位から1食単位に変更となり、提供食数に関わらず必要となる固定費を無視した制度に改変された。

医療法施行規則では「給食施設は入院患者のすべてに給食することのできる施設とする」と決められているが、現状は、もはや小手先の食事療養費の見直しのみでは解決できない事態となっており、このような状況ではまっとうな病院給食を提供し続けることは不可能である。

そこで、入院中の食事療養について、以下のとおり強く要望する。

### 記

#### 【要望事項】

1. 治療として必要な臨床栄養管理を含む病院給食制度を抜本的に改革する。
2. 改革に必要な調査研究を速やかに遂行する。
3. 抜本的な改革が行われるまでの間、入院中の食事療養に必要な費用について、適正な額に改正する。

以上



# 1. 病院給食問題

～入院時食事療養費の設定金額が据え置きになっている。  
その一方で、患者の自己負担額（窓口負担額）は増え続けている～



入院時食事療養費制度の変遷	自己負担額（一般）の変遷
<p>1994（平成6）年度 <b>1,900円/日</b>                      特別食加算 350円/日 食堂加算 50円/日                      特別管理加算 200円/日 選択メニュー加算 50円/日</p>	<p>1994（平成6）年10月 ～1996（平成8）年9月 →<b>1日当たり600円</b></p>
<p>1998（平成10）年度 <b>1,920円/日（+20円）</b>                      ※その他は変更なし <b>3%→5%に対応</b></p>	<p>1996（平成8）年10月 ～2000（平成12）年12月 →<b>1日当たり760円（+160円）</b></p>
<p>2006（平成18）年度 <b>640円/食</b>                      （1日当→1食当に算定方法変更）                      特別食加算 76円/食 食堂加算 50円/食                      →3食換算で228円/日 選択メニュー加算 50円                      特別管理加算 200円</p>	<p>2001（平成13）年1月 ～2006（平成18）年3月 →<b>1日当たり780円（+20円）</b></p>
<p>2016（平成28）年度 市販の濃厚流動食 640円→575円（▲65円）</p>	<p>2006（平成18）年4月 ～2016（平成28）年3月 →<b>1食当たり260円</b></p>
<p>2019（令和元）年10月 消費税8%→10%に増税</p>	<p>2016（平成28）年4月 ～2018（平成30）年3月 →<b>1食当たり360円（+100円）</b></p>
<p>2020（令和2）年度診療報酬改定 2022（令和4）年度診療報酬改定</p>	<p>2018（平成30）年4月 ～現在に至る →<b>1食当たり460円（+100円）</b></p>

**1,920円を3食で除すと1食換算640円**

「選択メニューではなく、基本メニューとは別に通常の費用では提供困難な高価な材料を使用した場合等であれば1食17円を標準として社会的な支払を受けられる（特別メニュー＝全額自費）」

いわゆる基本診療料（初診料、再診料、入院基本料等）で対応も、5→8%時は補填が不十分であることが後に問題になった。

**令和4年5月現在まで1食640円は変更なし**

# 病院給食に関連する社会情勢について

## ◇人件費関連

### 1) 最低賃金改定

年度	平成 24年 (2012)	平成 25年 (2013)	平成 26年 (2014)	平成 27年 (2015)	平成 28年 (2016)	平成 29年 (2017)	平成 30年 (2018)	令和 元年 (2019)	令和 2年 (2020)	令和 3年 (2021)	令和 4年 (2022)
全国加重平均	749円	764円	780円	798円	823円	848円	874円	901円	902円	930円	961円
引上単価 (前年比)	-	+15円	+16円	+18円	+25円	+25円	+26円	+27円	+1円	+28円	+31円
※平成24年基準	-	+15円	+31円	+49円	+74円	+99円	+125円	+152円	+153円	+181円	+212円
引上率 (平成24年基準)	100%	102.0%	104.1%	106.5%	109.9%	113.2%	116.7%	120.3%	120.4%	124.2%	128.3%

#### 【ポイント】

- ①全国加重平均単価：過去10年間で212円アップ 749円 → 961円 (引上げ率 128.3%)  
 ※入院時食事療養費の前回アップ時 (平成10年) の最低賃金649円 令和4年比 +312円 (148.1%)
- ②2023年度 最低賃金見込み 993円以上  
 ※平成24年比 引上げ率 132.6% 入院時前回改定時 (平成10年) との比較 153.0%

## ◇材料費関連

### 食材料価格

年度	平成 25年 (2013)	平成 26年 (2014)	平成 27年 (2015)	平成 28年 (2016)	平成 29年 (2017)	平成 30年 (2018)	令和 元年 (2019)	令和 2年 (2020)	令和 3年 (2021)	令和 4年 (2022)
平成25年基準 年度率	100	102.7	103.9	103.4	104.0	105.0	105.5	105.2	105.2	107.3
※平成25年の1日1人 あたりの材料単価を 700円とした場合	700円	719円	727円	724円	728円	735円	739円	736円	736円	751円
	-	+19円	+27円	+24円	+28円	+35円	+39円	+36円	+36円	+51円

※消費者物価指数 (総務省統計局データ) を参考に作成

#### 【ポイント】

- ①年度別状況：  
 平成26年以降、平成25年度を下回ることなく、令和4年は平成25年度比 107.3%と大幅上昇 (円安等の社会情勢影響等)
- ②材料単価状況：  
 平成25年の患者1日1人あたりの材料費を700円基準とすると、10年間で51円の上昇となっている

※令和4年度より大幅な食材の値上り影響を受けている。特に、令和5年仕入れ分からは過去例のない規模での値上り要請がある

出典：公益社団法人日本メディカル給食協会「2024年度 (令和6年度) 診療報酬改定に係る入院時食事療養費の見直し要望について」より

# 病院給食に関連する社会情勢について

## 1) 契約単価 (税込み)

単位：円

年度	平成27年 10月	平成28年 10月	平成29年 10月	平成30年 10月	令和元年 10月	令和2年 10月	令和3年 10月	令和4年 10月	平成27年・ 令和4年 との差
病院計	1,676	1,719	1,757	1,796	1,860	1,921	1,962	1,997	+321円
病院50床未満	2,392	2,480	2,596	2,604	2,635	2,644	2,677	2,618	+226円
病院50床以上	2,047	2,081	2,057	2,110	2,193	2,240	2,285	2,332	+285円
病院100床以上	1,806	1,860	1,869	1,936	1,978	2,014	2,061	2,102	+296円
病院150床以上	1,752	1,815	1,865	1,905	1,972	2,067	2,122	2,158	+406円
精神科病院	1,282	1,302	1,329	1,346	1,403	1,425	1,452	1,485	+203円

※令和元年 消費税8%→10%

太字 (赤文字) は1,920円以上

- 【ポイント】 ① 病院との受託契約単価は過去7年間（平成27年・令和4年比較）で +321円増  
 ② 令和2年度以降、委託契約費は病院給食部門収入を上回っている（下記委託費以外の必要費用を含むと差額がさらに広がる）

◆委託費以外の病院側必要経費（病院栄養士給与、水道光熱費）を含めた支出試算 ※病院外注化率 62.4% 令和4年11月時点

※機器修理費、食器・備品購入費、廃棄物処理費、厨房消毒費等は除く  
 ・病院栄養士配置想定（150床未満 1名、150床以上 2名、精神科病院 2名 病院計 1.5名で試算） ※1名あたり40万試算（社会保険料、賞与引当含む）  
 ・水道光熱費 1日1人当たり 100円で試算

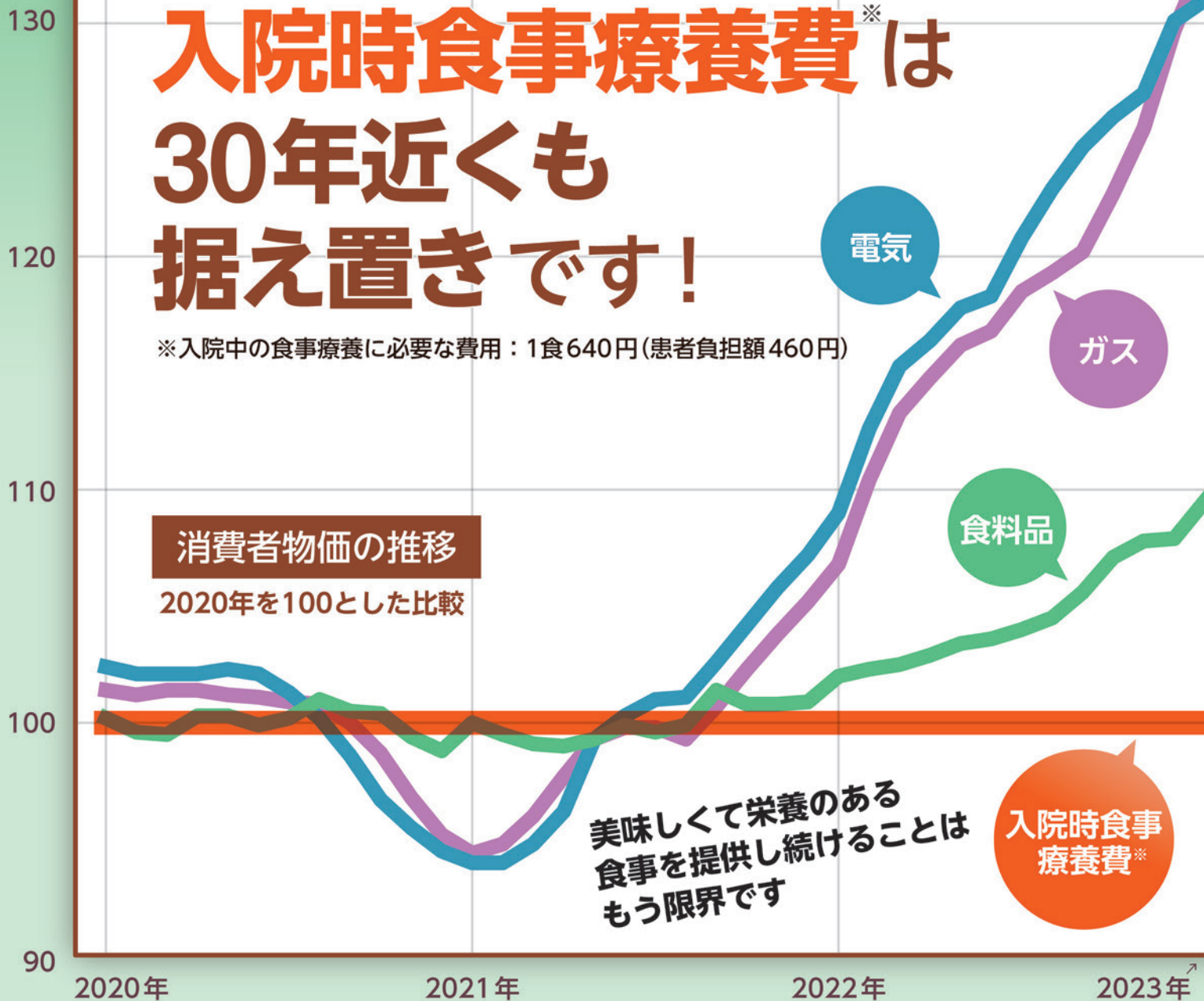
単位：円

年度	平成27年 10月	平成28年 10月	平成29年 10月	平成30年 10月	令和元年 10月	令和2年 10月	令和3年 10月	令和4年 10月	平成27年・ 令和4年 との差
病院計	1,955	1,998	2,033	2,072	2,141	2,204	2,245	2,280	+325円
病院50床未満	3,030	3,167	3,283	3,242	3,296	3,331	3,364	3,305	+275円
病院50床以上	2,478	2,512	2,464	2,517	2,608	2,663	2,716	2,763	+285円
病院100床以上	2,096	2,150	2,156	2,223	2,262	2,304	2,354	2,395	+299円
病院150床以上	2,003	2,067	2,118	2,157	2,220	2,319	2,377	2,413	+410円
精神科病院	1,503	1,524	1,549	1,564	1,617	1,641	1,670	1,703	+200円

【ポイント】 入院時食療養費は平成10年から25年間見直しはなされなかったが、平成27年から病院給食部門は赤字となっている

# 物価が上がっているのに 入院時食事療養費<sup>※</sup>は 30年近くも 据え置きです！

※入院中の食事療養に必要な費用：1食640円(患者負担額460円)



病院給食の質を維持するため  
**入院時食事療養費**を  
適正な額に改正するよう  
**政府に求めます**

## ポストコロナ医療体制充実宣言

厳しい医療機関の経営状況が続いていた中で新型コロナウイルスの感染拡大が起こり、医療従事者はこの3年間、新型コロナウイルスに対応してきた。

この間、国民のご理解・ご協力も大きく、我が国における死亡者数は相対的に低く抑えられてきた。

一方で、著しい感染者の増加により、感染流行初期等において医療の逼迫を招いたことから、医療提供体制において新興感染症への平時からの備えが必要であることが明らかとなった。

加えて、平時から感染症有事を通じて、切れ目なくより質の高い医療を提供する観点から、医療におけるデジタル・トランスフォーメーション（医療DX）が必要であることが明らかになった。

新型コロナウイルスの感染は継続している状況ではあるが、次の感染症拡大への備えを厚生労働省、医療界ともに先手先手で実施するため、下記についての取組を集中的に進めることを共同で宣言する。

### <新興感染症対応>

新興感染症の発生に備え、いわゆるサージキャパシティの確保に向けて、現在、改正感染症法に基づき、新型コロナウイルス対応の最大規模の体制を目指して、医療機関等と都道府県が協定締結の協議を行っている。新型コロナ対応を行った病院及び診療所は、協議の結果を踏まえ、病床確保や発熱外来を行う協定締結医療機関となり、新興感染症対応に参画する。

今後、厚生労働省は「デフレ完全脱却のための総合経済対策（令和5年11月2日閣議決定）」等を通じた医療機関への支援策を確実に講じ、医療機関等は、個室病床、ゾーニング可能な病棟、簡易陰圧装置等の整備や個人防護具等の備蓄、検査機能の維持や感染症対応人材の確保に取り組む。

こうした取組により、具体的には、令和6年4月までに策定される都道府県の予防計画・医療計画において、感染症の流行初期（発生公表から3か月程度）の体制として、全国で1.9万床の確保病床、1500機関の発熱外来等を確保し、それ以降の体制として、全国で5.1万床の確保病床、4.2万機関の発熱外来等を確保する。協定締結作業は令和6年9月を目途に完了する。

### <医療DXの推進>

新型コロナ対応の教訓も踏まえ、全国の医療機関・薬局・訪問看護ステーションで国民一人一人の診療情報等を全国的な規模で共有可能とする全国医療情報プラットフォームを構築するとともに、マイナ保険証の利用を促進することで、感染症危機も含めて、全国いつどの医療機関等にかかっても、切れ目なくより質の高い医療を提供することを可能とする。

今後、「デフレ完全脱却のための総合経済対策（令和5年11月2日閣議決定）」等の内容も踏まえつつ、電子カルテ情報共有サービス（仮称）の構築、電子処方箋の活用・普及の推進、医療機関におけるサイバーセキュリティの確保に取り組む。

こうした取組みにより、具体的には、電子カルテについて、医療機関間等での情報共有に必要な標準化への対応を順次進める。厚生労働省は、FHIR 規格への対応について支援を行うとともに、クラウドベースの標準型電子カルテの整備を行っていく。

電子処方箋等について、厚生労働省において、各施設の円滑な導入に向けた環境整備を行うとともに、医療機関・薬局において、できる限り速やかに導入するよう取り組む。公的病院においては、可能な限り令和6年度の診療報酬改定に合わせて導入するよう厚生労働大臣より要請する。

サイバーセキュリティについて、厚生労働省が必要な支援を行いながら、医療機関等において、外部ネットワークとの接続の安全性検証やオフライン・バックアップの構築等を順次進める。

看護業務について、医療DXの推進等により、効率化を図る。

以上

令和5年11月6日

厚生労働大臣	武見 敬三
公益社団法人日本医師会会長	松本 吉郎
公益社団法人日本歯科医師会会長	高橋 英登
公益社団法人日本薬剤師会会長	山本 信夫
公益社団法人日本看護協会会長	高橋 弘枝
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

## 令和6年度診療報酬改定に向けた日本医師会・四病院団体協議会合同声明

医療機関は、新型コロナウイルス感染症対応をはじめ、地域における医療提供に貢献してきました。

これを継続するためには、支え手が減少する中での人材確保が不可欠であり、政府からも持続的な賃上げが呼び掛けられています。今年の春闘では平均賃上げ率3.58%、人事院勧告では3.3%の上昇が示されており、医療界においても、これらとの差を埋めるだけでなく、岸田総理が掲げる「賃上げ」という国の重要政策を踏まえて、さらに加速すると見込まれる来春の春闘に匹敵する対応のための財源の確保が必要です。全従事者の13.5%にも上る医療・介護就業者約900万人に対する賃上げは、我が国全体の賃金上昇と地方の成長の実現につながり、経済の活性化も見込めます。

加えて、30年近く類を見ない物価高騰の局面を迎えており、今後も続くことが見込まれる物価高騰には、緊急避難的な対応だけでなく、恒常的な対応が必要です。

公定価格である診療報酬により運営する医療機関等は、その物価高騰、人件費等の上昇分を価格に転嫁できません。

一方、11月10日に閣議決定された補正予算で、入院中の食事療養等への新たな対応や、光熱費等の物価高騰への継続支援がとりまとめられました。これは来年度の報酬改定を待たず、引き上げるまでの応急処置として、あくまでも当面の対応であり、今後、報酬改定でしっかりと対応していただきますようお願いいたします。

国民の生命と健康を守るため、医療・介護分野における物価高騰・賃金上昇に対



する取組を進め、質の高い適切な医療・介護を安定的に国民に提供しなければなりません。そのためには、人事院勧告 3.3%を大きく上回る賃上げと物価高騰、さらには日進月歩する技術革新への対応には十分な原資が必要不可欠です。

つきましては、令和 6 年度診療報酬改定において、大幅な診療報酬の引き上げの改定を強く求めます。

医療界が一体・一丸となって、国の経済対策と歩調をあわせて進んでいく重要な年であり、診療報酬改定の大きな方向性において、声を一つにして、歩んでいくべきという想いです。

令和 5 年 11 月 15 日

公益社団法人日本医師会

会 長 松本 吉郎

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

## 良質な医療・介護を守るために必要な財源確保に係る緊急声明

2023年6月7日  
日本病院団体協議会

少子化対策を充実することは未来の日本のために極めて重要な政策であると考えます。子育て世代が安心して生活するための社会基盤として医療は不可欠であり、その充実は大切です。

一方で、医療を取り巻く環境はエネルギー価格、物価、賃金等の高騰により非常に厳しいものになっています。少子化対策の財源を単に社会保障費の中での付け替えにより捻出することは病や障害に苦しむ方、高齢者の方などの財源を切り崩すことになり許容できるものではありません。

また、医療・介護分野で働く人々が国民の生命と健康を守るという責務を果たすため、他の分野と同様に賃上げ等の取組を進める必要があります。

国民に不可欠な医療・介護を確保するため「骨太の方針」に令和6年度のトリプル改定での物価高騰と賃上げへの対応を明記していただき、必要財源を確保することを強く求めます。

併せて、適切な財源のもと、全ての国民へ良質かつ効果的な医療・介護を提供する体制の確立のために必要な診療報酬改定を実施することを求めます。

日本病院団体協議会

議 長 山本 修一



一般社団法人国立大学病院長会議 会 長 横手 幸太郎

独立行政法人国立病院機構 理事長 楠岡 英雄

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 小熊 豊

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 有賀 徹

2023年7月11日

厚生労働大臣  
加藤 勝信 殿

日本病院団体協議会	議長	山本 修一	
一般社団法人国立大学病院長会議	会長	横手 幸太郎	
独立行政法人国立病院機構	理事長	楠岡 英雄	
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	小熊 豊	
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	有賀 徹	
一般社団法人日本病院薬剤師会	会長	武田 泰生	



## 病院薬剤師確保に係る要望書

少子高齢化のさらなる進行や、今後人口減少地域が増大することが予測される中で、人口構造の変化や地域の実情に応じた医薬品提供体制を確保することが求められており、病院薬剤師は院内における薬剤の専門家として、薬物療法のプロトコル策定、医師への処方提案等を行うことにより、薬物療法の有効性・安全性の向上やタスクシェアに寄与することが期待されています。

一方で、令和3年6月に公表された「薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会とり

まとめ」では、薬剤師の従事先には地域偏在や業態偏在があり、特に病院薬剤師の確保が喫緊の課題であることが指摘されています（令和2年の薬剤師統計によると、「薬局の従事者」は188,982人（総数の58.7%）で、「医療施設の従事者」は61,603人（同19.1%））。さらに、薬剤師の偏在状況を調べた厚生労働省の最新の調査では、全ての都道府県で医療需要に対する病院薬剤師が充足していない状況が明らかになっています（令和5年3月29日 薬剤師の養成及び資質向上等に関する検討会）。

「第8次医療計画等に関する検討会」の意見のとりまとめにおいても、「薬剤師の資質向上の観点に加え、薬剤師確保の観点から、病院薬剤師及び薬局薬剤師それぞれの役割を明確にし、薬剤師の就労状況の把握及び地域の実情に応じた薬剤師の確保策を講じること、地域医療介護総合確保基金（修学資金貸与、病院への薬剤師派遣）の積極的な活用、都道府県の薬務主管課と医療政策主管課が連携して取り組むこと等が必要である。」と明記され、医療計画作成指針において、地域の実情に応じた薬剤師確保策の実施等が新たに規定される予定であり、都道府県においては、今後、当該指針に基づき、薬剤師確保に係る計画を策定することが求められますが、現時点では病院薬剤師の確保は非常に困難であり、国家レベルでの迅速な対応が必要な状況にあります。

このような背景から、日本病院団体協議会および日本病院薬剤師会は病院薬剤師確保について強い危機意識を抱き、以下の3項目を要望します。

## 1. 診療報酬上の要望について

### ① 病棟薬剤業務実施加算の算定対象の拡大

病院薬剤師が医師の持参薬オーダー入力支援を行った場合、効率的に病棟業務が行われることや、処方設計支援を行うことで、総処方件数や時間外オーダーの割合が減少することが示されています。また、病棟専任で勤務する病院薬剤師がいることで病棟薬剤業務が円滑に運営され、医師、看護師等の働き方改革に寄与するのみならず医療安全にも大きく貢献することから、急性期、周術期、回復期、慢性期など全ての入院基本料を算定する病棟業務に関する評価を要望します。

特に、病院薬剤師による病棟薬剤業務が十分に実施されていない中小病院や回復期リハビリテーション病床、地域包括ケア病床等においては、病棟薬剤業務実施加算の要件である時間設定を段階的に緩和するなどの検討をお願いいたします。

### ② 退院時薬剤情報管理指導料、退院時薬剤情報連携加算の算定対象の拡大

病院薬剤師の役割が拡大し、回復期リハビリテーション病床及び地域包括ケア病床の割合が高い中小病院や障害者病棟、精神病棟等においても、急性期病棟と遜色なく病院薬剤師が様々な役割を担っています。回復期リハビリテーション病床及び地域包括ケア病床の役割の一つである「在宅復帰支援」の場面においては、療養環境が変化しても薬物療法が適切に継続されるよう、退院時の薬剤情報連携を実施しています

が、診療報酬の多くが包括され、適切な評価がなされておられません。

病院薬剤師が適切に配置された病棟において、退院時薬剤情報管理指導料、退院時薬剤情報連携加算の算定対象の拡大を要望します。

### **③ 病院薬剤師による転院、転所時における薬剤管理サマリー等の情報提供に関する評価の創設**

薬剤管理サマリーは、薬歴だけでなく、入院中の薬剤投与状況の経緯や、退院後の服薬管理支援等の薬物療法に必要な患者情報を病院薬剤師が薬学的視点から一元的に記載し、医師が提供する薬剤情報を薬学的視点から補完するものであり、転院先の病院のみならず、かかりつけ医、訪問看護師、ケアマネージャー、介護施設等の多職種に対する薬物療法及びその支援のための情報提供ツールとして幅広く活用されています。特に、回復期病棟においては、病院薬剤師が処方書の整理や服薬管理支援を介した処方提案を行うことによって薬剤費削減効果が認められています。

現在、ポリファーマシー解消等の取組を推進する目的で、退院時1回に限り薬剤総合評価調整加算が算定可能ですが、薬剤管理サマリーによる情報提供については診療報酬上、評価されておられません。

ポリファーマシー解消等の取組をさらに効果的に促進させる観点からも、病院薬剤師による転院、転所時における薬剤管理サマリーの情報提供に関する評価の創設を要望します。

### **④ 病院薬剤師の外来業務に関する評価の創設**

医師の外来診療時（前後の場合を含む）に、病院薬剤師が薬剤使用歴の確認・評価、副作用・アレルギー歴の確認、初療室で使用する薬剤の管理、処方設計支援等を行うことで、医師の業務負担軽減に資するのみではなく医療安全にも大きく貢献することから、外来業務で薬学的管理を実施し、必要に応じて保険薬局と情報連携した場合の評価を要望します。

### **⑤ 病院薬剤師の時間外業務に関する評価の創設**

当直等、病院薬剤師が夜間対応していない病院においては、医師自らが薬剤部に調剤等を行っております。病院薬剤師の夜間勤務体制が充実すると、医師の業務負担軽減に資するのみではなく医療安全にも大きく貢献することから、薬剤師の夜間勤務について診療報酬上の評価を要望します。

## **2. 地域医療介護総合確保基金等の優先的な活用について**

地域医療介護総合確保基金が病院薬剤師の確保のために積極的に活用されている事例は少なく、病院薬剤師確保に向けて基金が優先的に活用されるよう、国から自治体

への働きかけをお願いいたします。

### ① 奨学金返済免除及び病院への薬剤師派遣

病院薬剤師を確保するためには、病院・薬局間の初任給の給与格差を是正する必要があり、病院で一定期間勤務した薬剤師に対して、奨学金の借用元にかかわらず奨学金返済を免除するための経費や、都道府県が指定する病院へ、期間を定めて薬剤師派遣を行うための経費について、地域医療介護総合確保基金等の優先的な活用への支援を要望します。

### ② 調剤業務のデジタル化推進

ロボット調剤システムや調剤鑑査システム等を導入し、調剤業務をデジタル化することで、病院薬剤師の就業環境を改善し、医療安全の確保や質の高い薬物療法の提供が可能となります。地域医療介護総合確保基金等について、調剤業務のデジタル化推進の確保への優先的な活用への支援を要望します。

## 3. 薬学部の卒前及び卒後教育の充実について

薬剤師を養成するための薬学部での教育期間は6年間に延長されたにもかかわらず、実務実習（臨床実習）の期間は22週のまま拡大されず、実務実習の場が薬局と病院で11週ずつであることも変更されていません。質の高い病院薬剤師育成のために、卒前教育の現場において病院での実務実習の期間を拡大し、実習内容をさらに充実させることを要望します。

また、医療職の卒後臨床研修は、医療現場における実践力を習得する上で重要であり、その後のキャリア形成にも影響することから、医師の卒後臨床研修のように、薬剤師も免許取得後に一定の臨床研修を受けるべきとの指摘があります。

厚生労働省予算事業「卒後臨床研修の効果的な実施のための調査検討事業」では、卒後臨床研修の現状、課題及び調査研究で検討された卒後臨床研修プログラムの考え方等を踏まえ、令和5年度に卒後臨床研修をモデル事業として実施し、卒後臨床研修の効果的な実施のための調査・検討を行うことが予定されております。

将来的な薬学教育における卒前の臨床教育との連携を見据え、医療機関等において用いられる標準的な卒後臨床研修カリキュラムを作成し、ガイドラインに基づいた卒後臨床研修を継続的に行う基盤を作る方向性となっており、医療機関側の受け入れ体制の強化や卒後臨床研修を希望する学生とのマッチングの仕組の構築等を行う必要があります。

質の高い病院薬剤師を継続的に育成するためには、卒前及び卒後教育を効果的に実施することが必要であり、研修体制が整った施設を増やす等の体制強化に資する予算の確保を要望します。

2023年10月23日

厚生労働大臣  
武見 敬三 殿



日本病院団体協議会	議長	山本 修一
一般社団法人国立大学病院長会議	会長	横手 幸太郎
独立行政法人国立病院機構	理事長	楠岡 英雄
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	小熊 豊
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	有賀 徹

## 令和6年度（2024年度）診療報酬改定に係る要望書【第2報】

現在、全国の病院はコロナ診療と一般診療の両立が求められる WITH コロナ時代の地域医療を提供するために、さまざまな努力を行っています。

しかし、この1年で、病院の経営環境は大きく変化しております。光熱費の高騰に加え、給食委託費を含む委託費の上昇、諸物価の上昇により、医療提供コストの大幅な上昇が続き病院経営はひっ迫しています。また、諸物価の上昇に対応するため医療従事者への処遇の改善も喫緊の課題となっています。

医師の働き方改革、医療 DX の推進、感染症対策など、病院が対応をしていかなければならない課題が山積しています。日本病院団体協議会は介護報酬改定、障害福祉サービス等報酬改定と同時に行われる令和6年度の診療報酬改定において春の要望書とともに、改めて以下の12項目を要望します。



## 1. 入院基本料の引き上げ

エネルギーコストの上昇、物価上昇など医療提供コストの上昇に対応し、かつ医療従事者に対する適切な処遇改善を実現するために、すべての入院基本料の大幅な引き上げを要望します。

## 2. 適切な食事療養費の設定

入院時食事療養費は、過去20年間以上にわたり一食640円と据え置かれています。食材費、光熱費の高騰や人件費の増加により、近年、ほとんどの病院の給食部門は赤字に陥っており、やむを得ず食材費の厳しい削減等をせざるを得ない状況にあります。高齢者の入院が増加している我が国において、入院中に適切な食事を提供することは患者のADLを維持・改善するためにも非常に重要です。入院時食事療養費の適切な水準への引き上げを、強く要望します。

## 3. 病棟における介護専門職の評価

近年、病院に入院する患者の高齢化が顕著となり、介護が必要な割合が急増しています。今後ますます増え続ける高齢患者に対応していくためには、病院内で介護業務を担うスタッフの確保が不可欠です。しかし現状、病院における介護職は看護補助者と位置づけられ、国家資格を持った介護福祉士など専門職がやりがいを持ち専門性を発揮し働くことが難しく、病院内の介護人材の確保は非常に困難を極めています。病院医療において、適切に介護専門職が位置づけられ評価されるよう要望します。

## 4. 病院におけるICT推進のための評価

現在、国が進めている医療DXの推進は、今後の我が国における効率的な医療提供体制の構築に非常に重要です。しかし病院における電子カルテ、オンライン資格確認システム、電子処方箋システムなどの導入・維持管理等は、病院にとり経営的にも大きな負担となっています。また、昨今のサイバー攻撃へ対応するためのサイバーセキュリティー体制の構築にも、多額の費用がかかります。改めて、病院におけるICT推進のための適切な評価を要望します。

## 5. 急性期入院医療におけるリハビリテーションの充実

現在、中医協総会および分科会において、高齢者の入院の在り方が議論されており、急性期入院医療における早期のリハビリテーションの重要性が指摘されています。患者を早期に回復期や慢性期機能の病床へ移動することも重要ですが、入院中に高齢者のADLを維持することも同じく重要です。ADL維持向上等加算のさらなる評価や、疾患別リハビリテーション料との併算定化など、急性期入院医療においてのリハビリテーションの充実を要望します。

## 6. 急性期病院からの、後方支援病院への転送の評価

高齢者の救急搬送が急増している中、高次の急性期病院へ的高齢者の入院も増加しています。しかし、その中には、地域の後方支援病院での療養で対応可能な患者も存在します。地域における病院の機能分化と連携を推進するため、救急外来で対応した患者を後方支援病院に転送する際に、直接救急外来からの外来転送と、入院してからの転送に対しての評価を要望します。

## 7. 地域医療体制確保加算の新たな評価の新設

現在の地域医療体制確保加算の算定要件は、救急車の搬送件数が2,000件以上とされています。しかし、地域により要件を満たすことが困難な地域が存在すること、また今後増加する高齢者救急に対応する地域包括ケア病棟を中心とする中小の病院が地域の救急医療体制を確保していくためにも、救急搬送1,000件以上2,000件未満でも算定可能な加算2と、500件以上1,000件未満でも算定可能な加算3の新設を要望します。

## 8. 薬剤費が包括される病棟における高額薬剤の除外薬剤の新設

地域の回復期機能を担う後方支援病院は、ほとんどが地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟、医療療養病棟など薬剤費が包括される特定入院料の病棟となっています。高齢患者を急性期病院からの早期の転院をすすめる際に、高額薬剤を使用している患者では、受け入れがスムーズに進まない現状があります。昨今、高額薬剤を内服している患者も増加していることを考慮し、これら薬剤費が包括化されている入院料において、高額薬剤の除外制度の新設や特定入院料の大幅な引き上げを要望します。

## 9. 高額医薬品の管理に関する評価の新設

昨今の高額医薬品は、使用に至るまでの適切で慎重な薬剤保管（低温フリーザの使用）、解凍作業等が必要な事が多く、医療機関は管理コストと当該薬剤の使用不能・破損リスクを負うばかりか、なんらかの理由により投与中止となった場合、病院が当該薬品費を負担しなければなりません。医薬品の価格設定は薬価にて定められており、自助努力ではカバーできないことから、高額医薬品の管理に関する評価を要望します。

## 10. 夜間休日救急搬送医学管理料、院内トリアージ加算の再診症例での算定

地域の救急医療体制を維持することがますます重要になっている中、現在、上記点数は初診症例に算定が限定されています。しかし病院は初診症例だけに救急医療を提供しているわけではありません。救急医療に対する評価を充実するため初診症例とは異なる疾病での再診においては算定を可能とするよう要望します。

### 1 1. 精神科における地域包括ケアシステムの推進に資する入院料の新設

精神科における地域包括ケアシステムの推進のためには、入院から退院後に至るまで切れ目のない医療および地域定着支援を行う体制が必要です。しかしその体制の構築は道半ばであり、特に入院において不十分であるため、精神科における地域包括ケアシステムの推進に資する入院料の新設を要望します。

### 1 2. 入退院支援加算、入院時支援加算の見直し

本加算は、早期の退院支援を進める上で非常に効果的です。しかし現在の点数は、支援業務を行う人的コストを考慮すると過少であり、専従人員の確保も困難な状況にあります。現在の算定要件に見合うような加算の増点、または専従要件を緩和する等の見直しを要望します。

また入院時支援加算は、予定入院患者のみ算定可能ですが、もっとも入院時に労力が発生するのは救急入院等の当日入院患者です。入院時支援加算をより広く算定できるよう、算定要件の見直しを要望します。

以上

# 資料4

## 看護師の確保状況に関する緊急調査（最終報告）

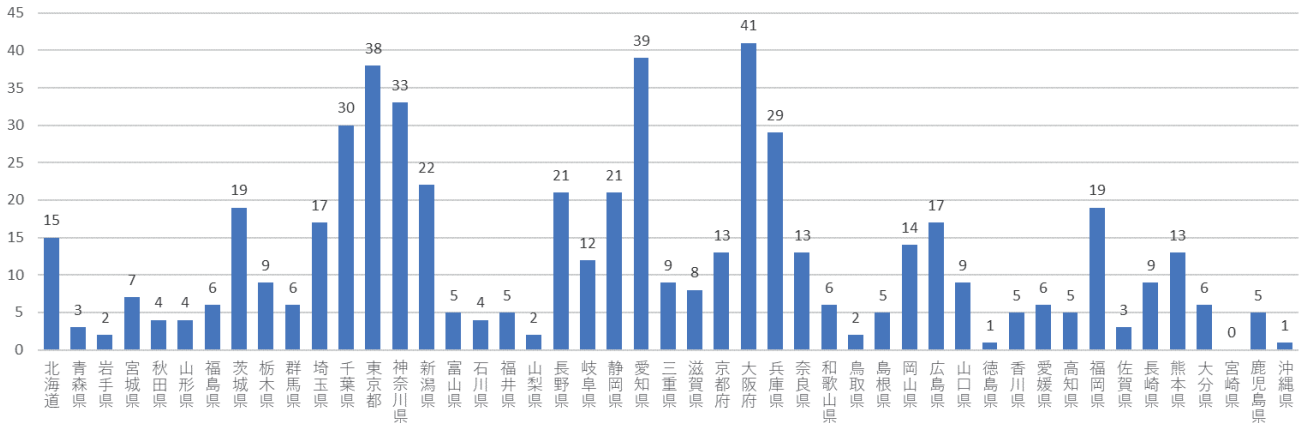
○調査期間：2023年3月10日(金)～2023年4月5日(水)

○回答数：563病院／2476病院（回答率22.7%）

### 【基本項目】

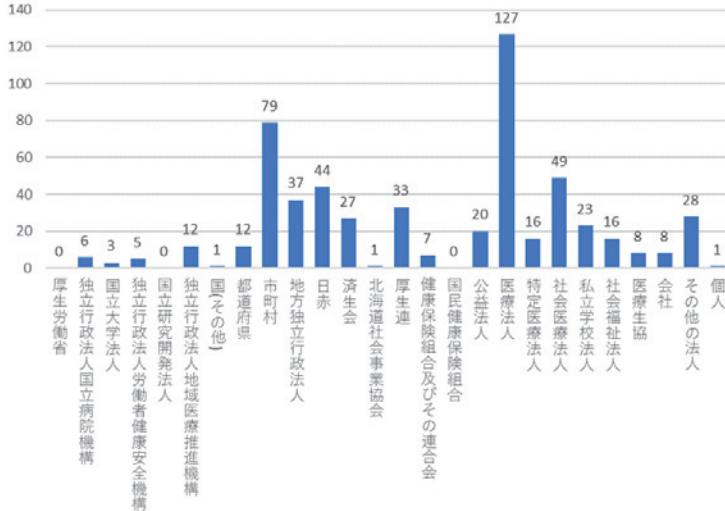
#### 1. 都道府県別 [n=563]

(件)

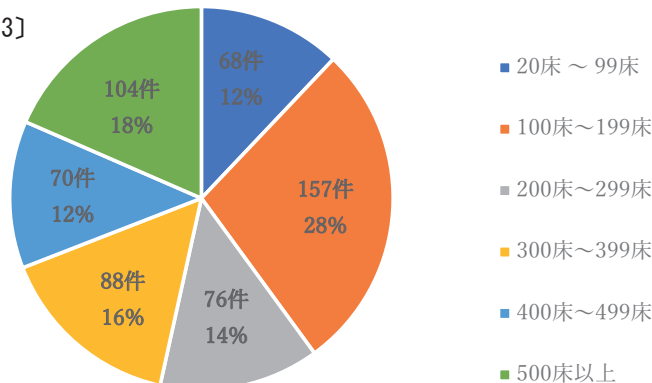


#### 2. 開設主体別 [n=563]

(件)

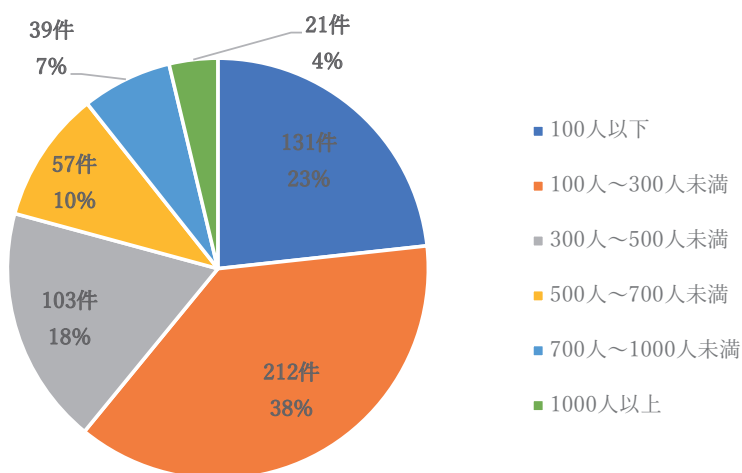


#### 3. 病床数別 [n=563]

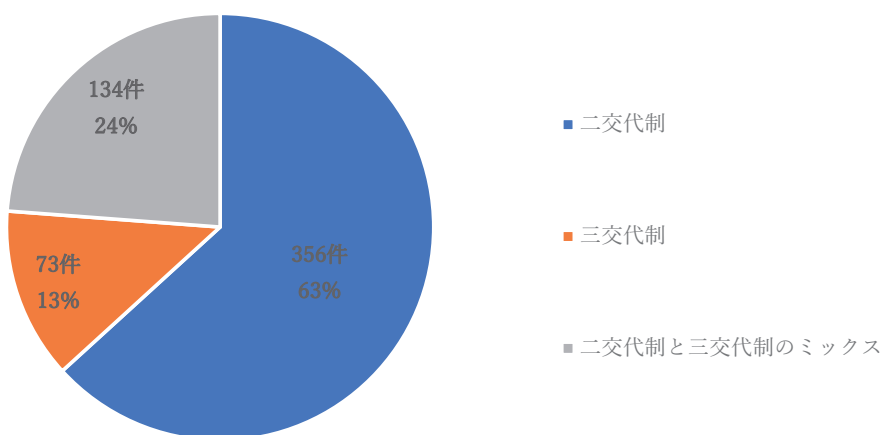


【調査項目】

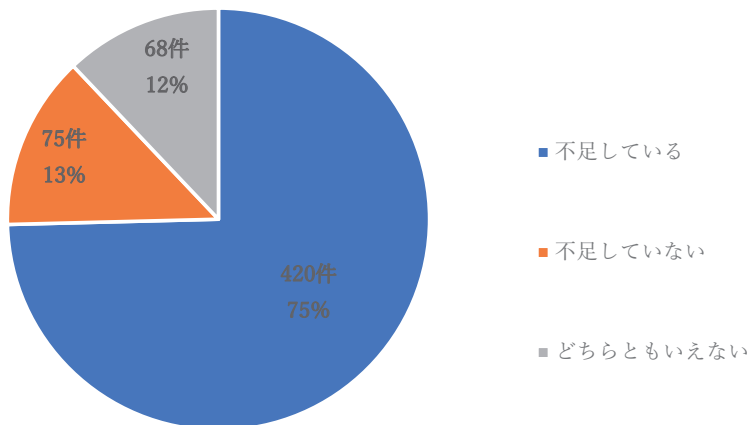
1. 現在の看護職員数〔保健師、助産師、看護師、准看護師〕〔n=563〕



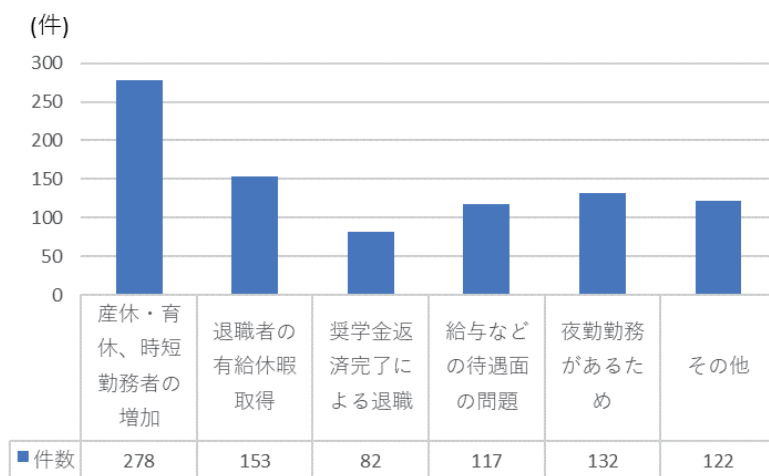
2. 病棟における夜勤形態〔n=563〕



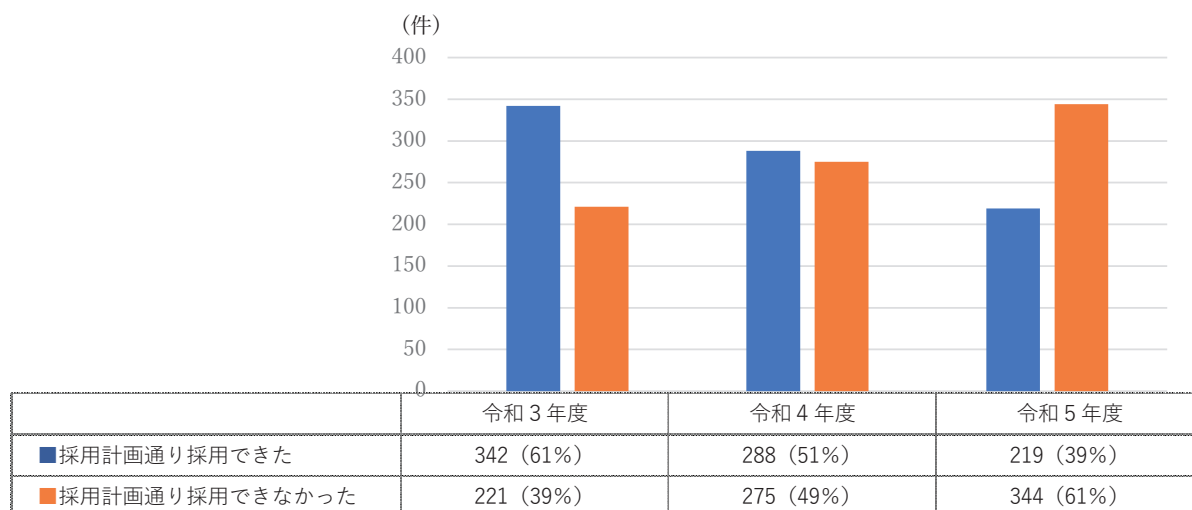
3. 看護職員が現在不足していますか〔n=563〕



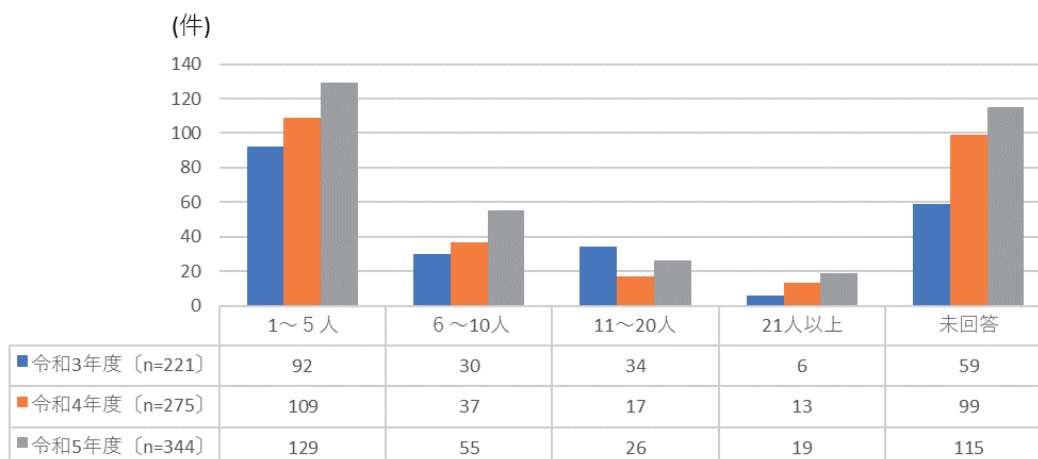
4. 3で「不足している」と回答した方にお伺いします。不足している理由として何が考えられますか  
〔複数回答可〕〔n=420〕



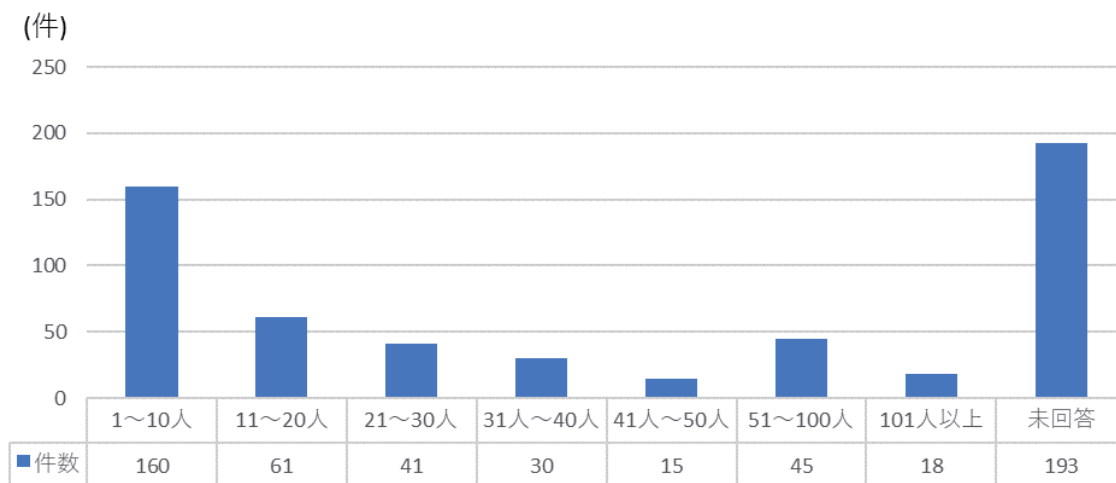
5. 看護師の採用についてお聞きします〔n=563〕



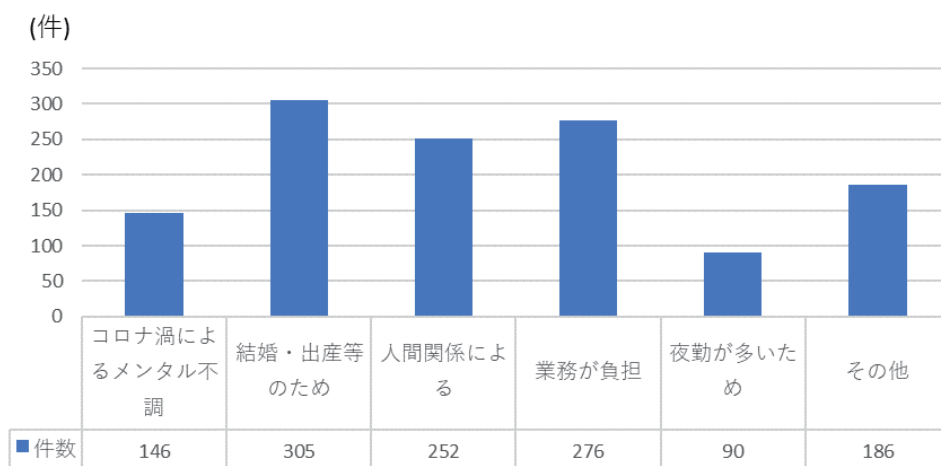
5-2. 5で「採用計画通り採用できなかった」と回答した方にお伺いします。何人程度不足していますか。



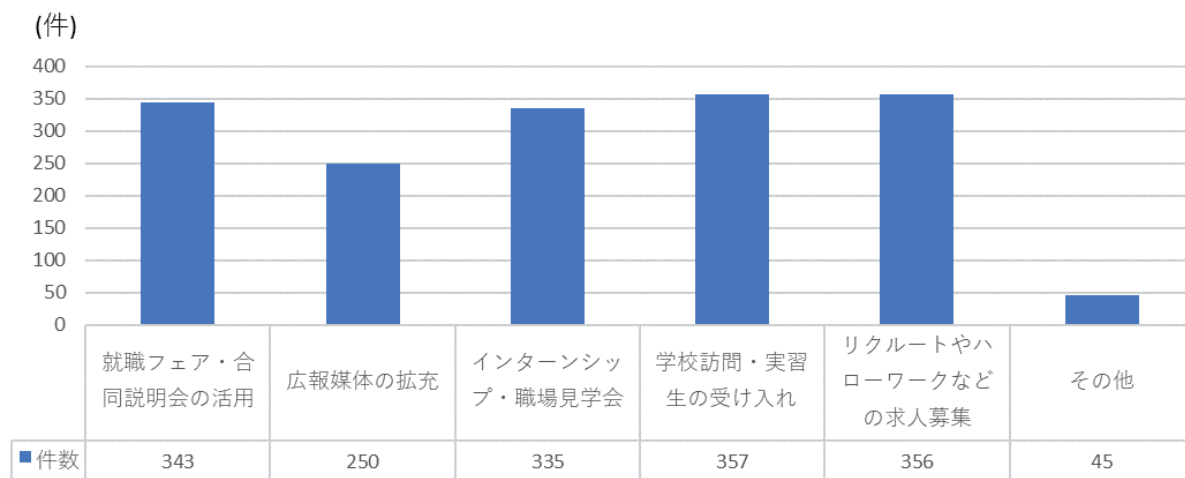
5-3. 令和5年度の採用計画人数〔n=563〕



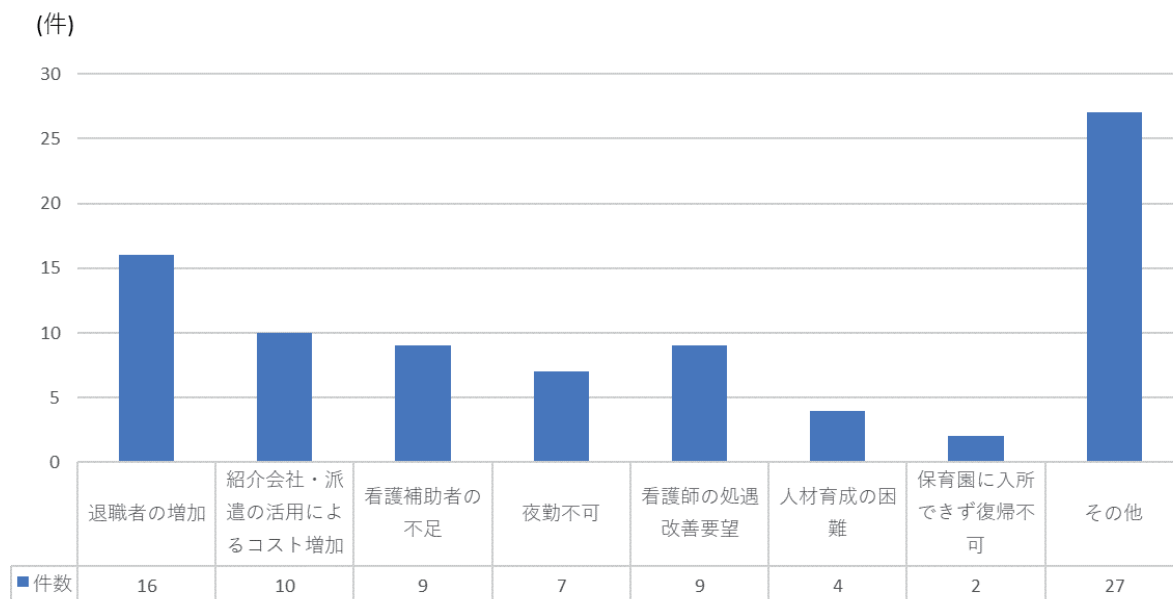
6. 離職する理由についてお聞きします〔複数回答可〕〔n=563〕



7. 看護職員採用の取り組みについてお聞きします〔複数回答可〕〔n=563〕



## 8. その他意見 [n=563]



項目	意見
退職者の増加	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コロナ禍による学生時代の実習経験不足による新人の退職、実務可能者への負担が増加し、疲弊による退職も増加傾向。</li> <li>・計画通りには採用できているが、退職者が予想よりも多く、人員不足となっている。</li> <li>・近年は入職し、3年～5年程度の戦力となる層の転職が相次ぎ、体制維持が容易ではない。</li> </ul>
紹介会社・派遣の活用によるコスト増加	<ul style="list-style-type: none"> <li>・紹介会社のみならず派遣を使うことでの、採用に係るコスト増大も大きな問題。</li> <li>・採用できても夜勤不可ばかりで高額かつ期間限定の応援ナースに頼らざるを得ない状況。</li> <li>・高額な紹介手数料は経営の圧迫につながるだけでなく、求職活動の妨げにもなっている。</li> </ul>
看護補助者の不足	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護師だけでなく看護補助者の不足も著しい。給与面で福祉施設は補助が出るため条件では勝てず採用が難しい。</li> <li>・看護補助者を増やしたい為、ホームページ等で募集をしているがほとんど応募がない。</li> <li>・看護職の採用だけではなく、看護補助者の不足も深刻。入院患者の高齢化、認知症等で看護だけではなく介護も必要となっている状況の中、満足なケアが提供できない。</li> </ul>
夜勤不可	<ul style="list-style-type: none"> <li>・20～30代で夜勤を実施できる看護師が年々少なくなっている。</li> <li>・子育てのため、夜勤免除を希望する看護師が増加。夜勤専従は募集しても集まらない。</li> </ul>
看護師の処遇改善要望	<ul style="list-style-type: none"> <li>・待遇の大幅改善や職場環境改善がなければ、今後も急性期病院を希望する看護師等の確保は困難ではないか。</li> <li>・看護職員処遇改善評価料算定に付加される施設もあるが全施設看護職員への基本給ベース up が検討されることを引き続き要望していく。</li> <li>・退職者数の問題だけでなく、全体的に看護師の処遇が更によくなれば応募者も増えるのではないか。</li> </ul>



項目	意見
人材育成の困難	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人員不足による業務過多で指導人員が確保できない。</li> <li>・ 役職者が育たないので指導力の不足もある</li> <li>・ 採用者のうち新人が 70 人以上のため教育の負担も多くなっている。</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 美容整形や訪問看護ステーションへの転職が目立つ。</li> <li>・ 看護師の人員は配置基準としては、不足はしていない。しかし、実際の患者の重症度やケア密度を考えると十分とは言えない現状がある。</li> </ul>

# 医療機関経営状況調査

— 「2023年度病院経営定期調査」に基づく収支速報 —



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

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の3団体は、診療報酬改定が病院経営の実態を調査・検証し会員病院の運営に資することを目的に合同調査を実施している。2023年度についても病院経営定期調査を実施し、中間報告を集計しているところであるが、同調査の収支データを用いて2022年度末に実施した3団体による医療機関経営状況調査（2021年12月、2022年1月、2月と2022年12月、2023年1月、2月の収支に関する緊急合同調査）と同様の集計方法により2022年4月～6月、2023年4月～6月の収支状況を調査したので、速報として報告する。

調査期間は、当初7月7日～8月18日（現在、提出期限延長中）であり、3団体に加盟した4,445病院を対象としてメールで調査票を配布した。8月21日時点の回答数は810病院（うち、月次医業損益に関する有効回答数333病院、回答率18.2%）であった。

2022年度（2022年4月、5月、6月）と2023年度（2023年4月、5月、6月）の医業損益等について各3か月分の合計額を比較した。

- ・ 医業利益、経常利益ともに赤字病院の割合が前年度より増加していた。
- ・ 医業利益の比較では、2022年度、2023年度ともに赤字病院の割合が6割を超え、2023年度の赤字病院割合は2022年度より4.5ポイント増加し70.3%であった。
- ・ 経常利益の比較では、赤字病院割合が2021年度より4.2ポイント増加し63.1%であった。
- ・ 経常利益からコロナ関連補助金を除くと2022年度、2023年度ともに赤字病院の割合は、それぞれ61.9%、66.7%であった。2023年度の赤字病院割合は2022年度より4.8ポイント増加していた。
- ・ 医業収益と医業費用の比較では、医業費用の伸びが医業収益を上回っていた。
- ・ 電力、ガス等の水道光熱費が前年比で8.0%の増加であった。

2022年度、2023年度ともに赤字病院の割合が6割を超え、経常利益においても補助金がなければさらに赤字経営が拡大する危機的な状態が続いている。本年9月には診療報酬の新型コロナ特例加算や病床確保料等のコロナ関連の補助金制度が終了する予定であり、現在、診療報酬改定DXをはじめ次期診療報酬改定に向け、入院医療等について課題が議論されているところであるが、安定的な医療提供体制を確保するためには診療報酬による経営改善、例えば大幅な入院基本料の引き上げ等が必要である。

2023年9月11日

## 調査目的

「病院経営定期調査」は、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ている。本報告は、機関の経営状況をいち早く厚生労働省に提示し、医療機関の経営状況を考慮した診療報酬改定となるように進めるため。

## 調査方法

日本病院会、全日本病院協会及び日本医療法人協会に加盟する4,445病院に、経営状況等について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

2023年7月7日～8月18日（現在、期限を延長し集計中）

## 主な調査項目

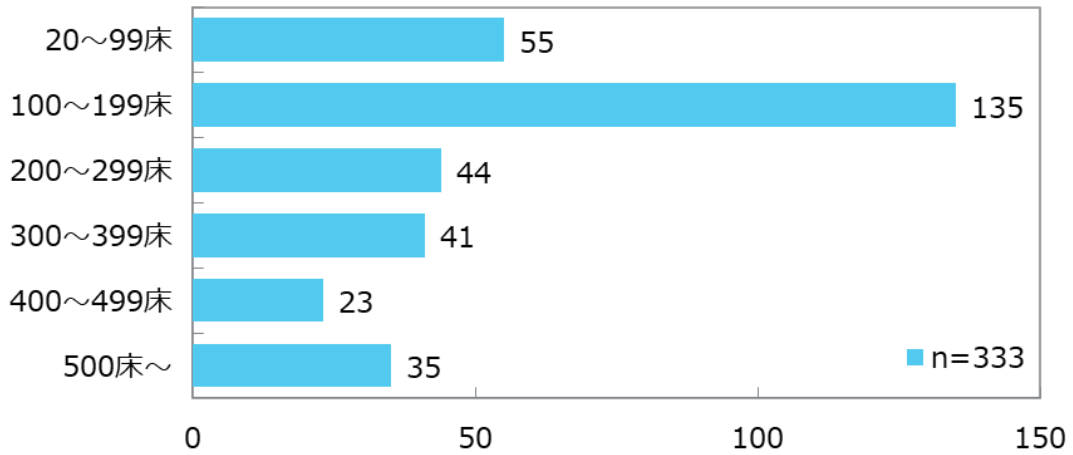
2022年4月、5月、6月と2023年4月、5月、6月の医業損益等の比較。

## 回答数

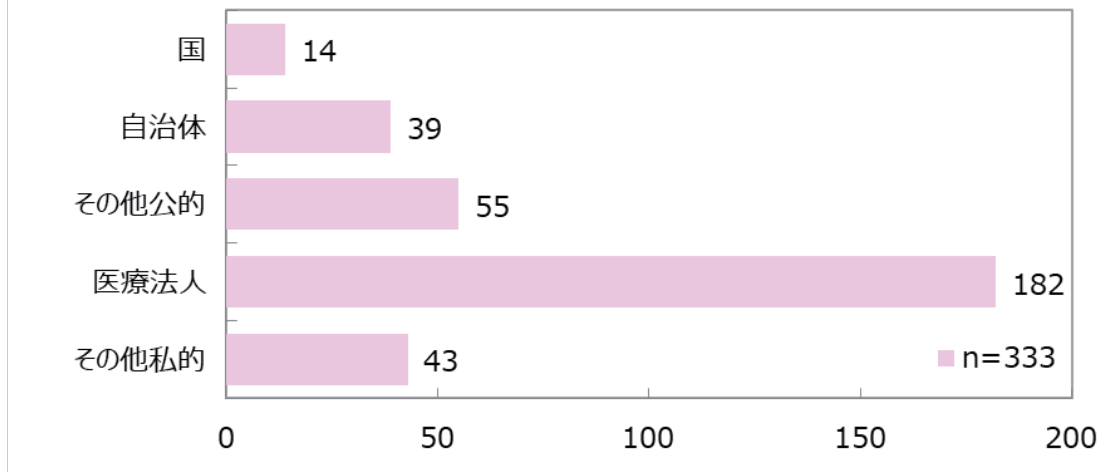
810病院（回答率：18.2%）有効回答数333病院  
無効回答例：集計項目のいずれか未回答

## ■ 基本情報

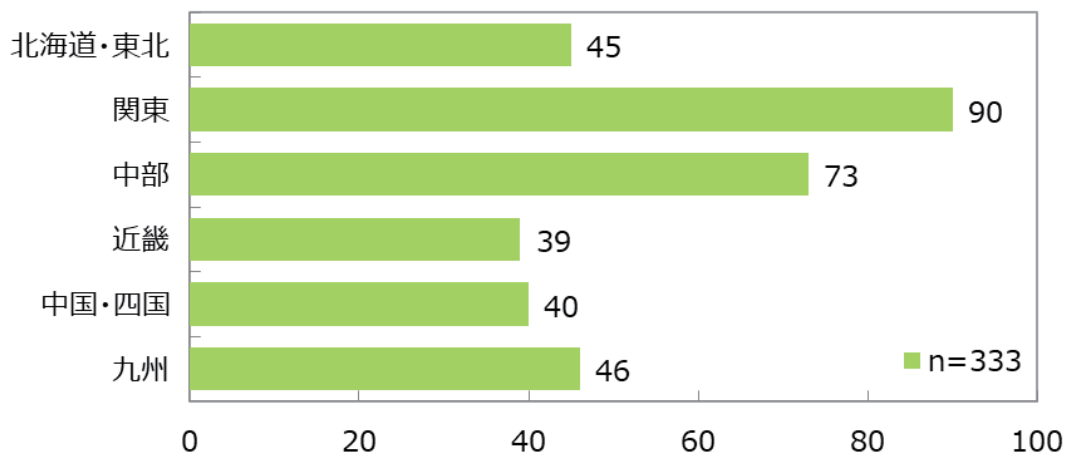
### 病床規模別



### 開設主体別



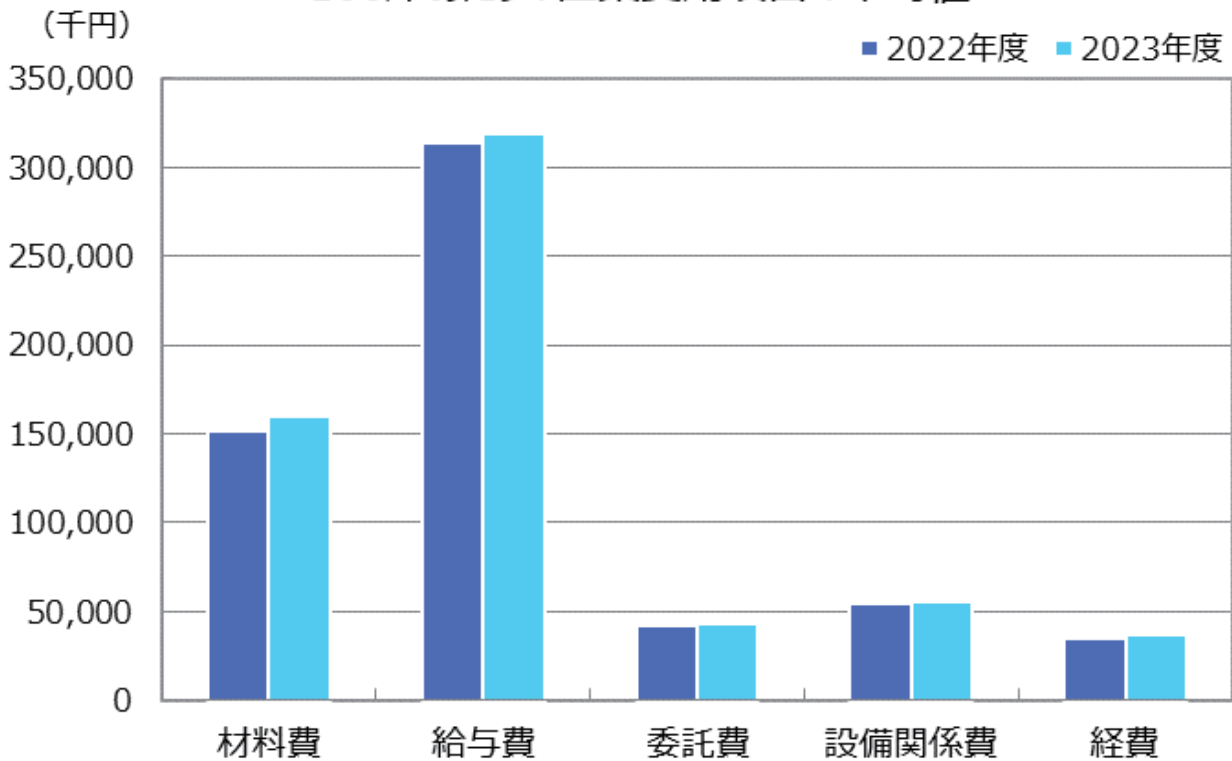
### 地域別



## ■ 医業費用\_全体

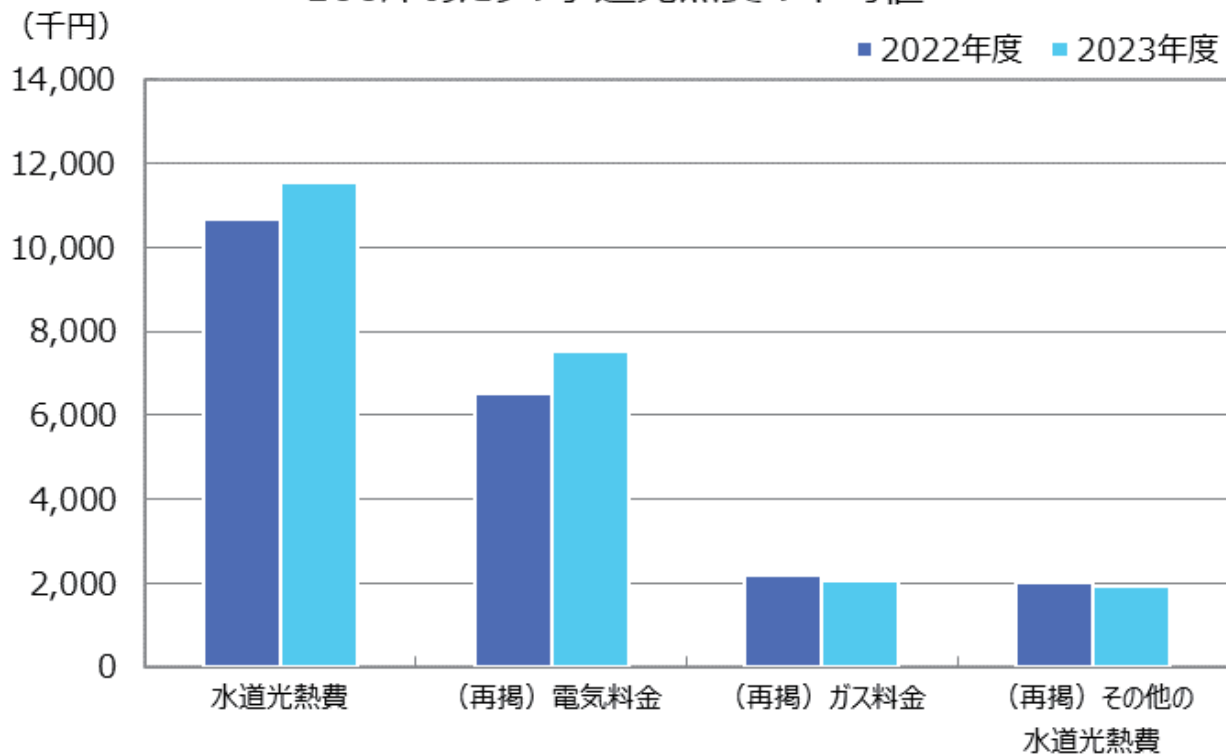
### 100床あたりの医業費用項目の平均値

n=333



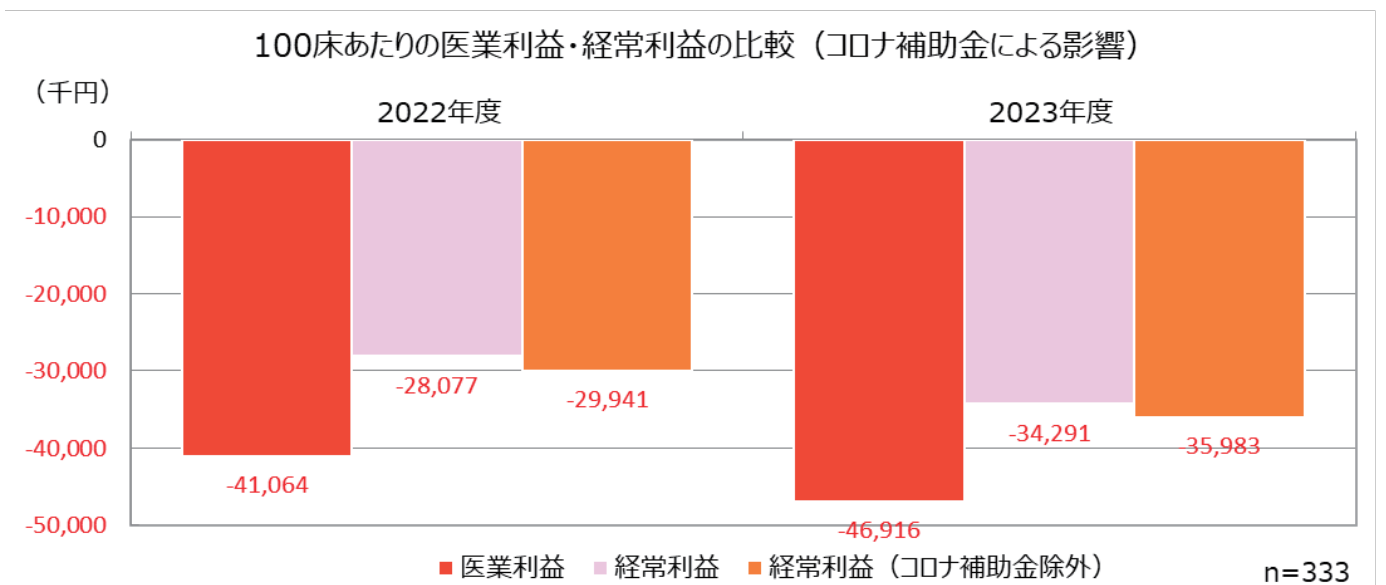
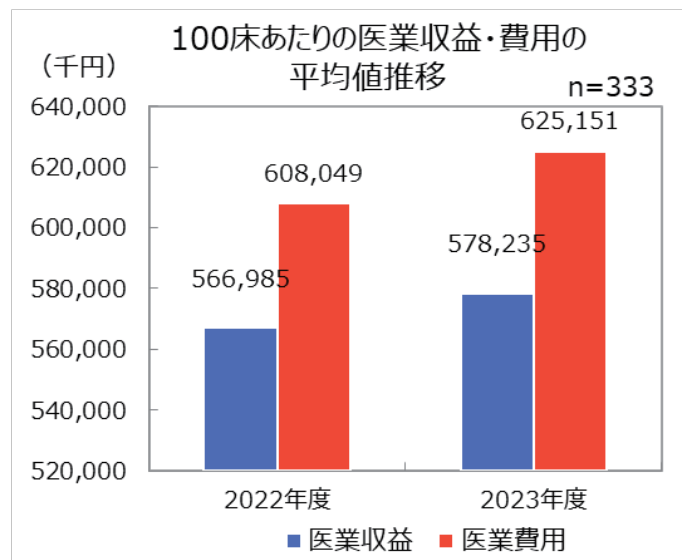
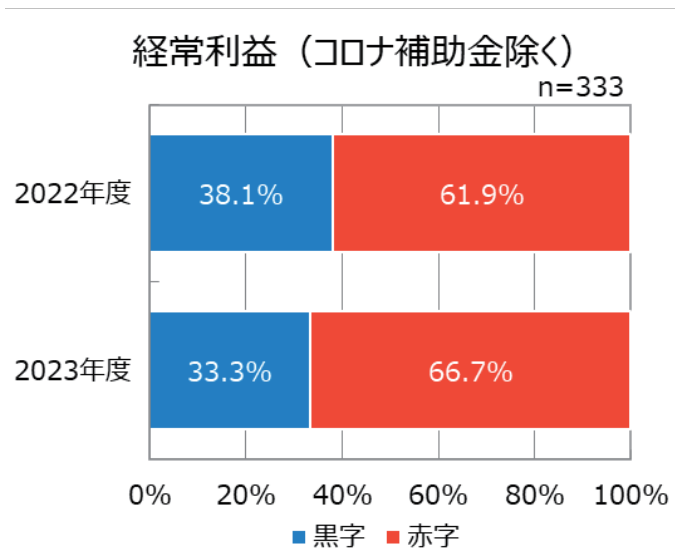
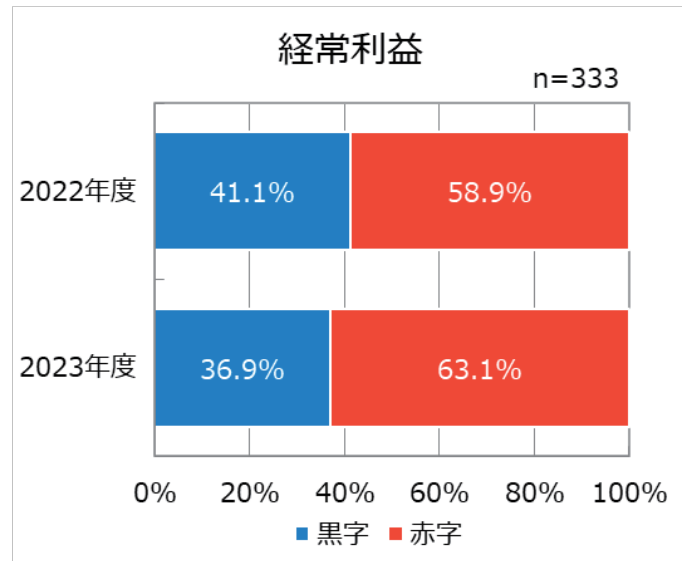
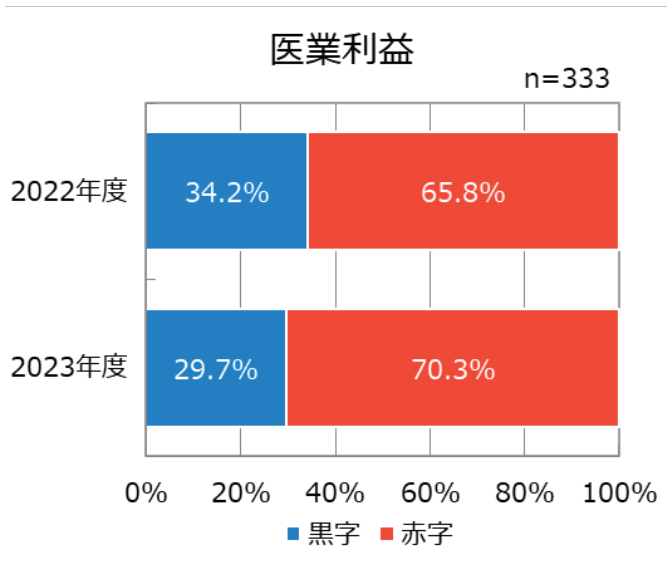
### 100床あたりの水道光熱費の平均値

n=333



※水道,重油などの費用

## ■ 医業利益、経常利益\_全体



■一病院あたりの平均\_全体  
(2022年4月/2022年5月/2022年6月)

平均病床数：249 n=333

科目 (単位：千円)	一病院あたりの損益			
	2022年4月	2022年5月	2022年6月	合計(A)
①医業収益	458,588	464,113	486,861	1,409,562
②医業費用	496,935	488,098	526,617	1,511,651
③医業利益 (①-②)	-38,347	-23,985	-39,756	-102,089
④医業外収益	15,691	17,047	18,195	50,932
⑤医業外費用	6,401	6,800	5,444	18,645
⑥経常利益 ( (①+④) - (②+⑤) )	-29,057	-13,738	-27,006	-69,802
コロナ関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	-30,033	-15,727	-28,675	-74,435
医業利益率 (③÷①)	-8.4%	-5.2%	-8.2%	-7.2%
経常利益率 (⑥÷①)	-6.3%	-3.0%	-5.5%	-5.0%
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	975	1,989	1,669	4,633
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	0	0	0	0

n=333

科目 (単位：千円)	一病院あたりの損益			
	2022年4月	2022年5月	2022年6月	合計(A)
①医業収益	458,588	464,113	486,861	1,409,562
入院診療収入	309,131	313,824	322,927	945,883
室料差額収益	7,197	7,285	7,450	21,931
外来診療収入	129,047	128,842	138,101	395,990
その他医業収入	13,212	14,162	18,383	45,758
②医業費用	496,935	488,098	526,617	1,511,651
材料費	128,690	119,794	129,303	377,787
医薬品費 (再掲)	75,362	68,876	72,885	217,123
診療材料費 (再掲)	48,128	46,004	51,034	145,165
給与費	250,555	253,671	276,483	780,709
委託費	34,085	34,247	35,725	104,057
設備関係費	44,494	44,465	47,518	136,477
減価償却費 (再掲)	28,194	28,176	29,813	86,183
研究研修費	1,630	858	1,027	3,515
経費	30,003	27,892	29,193	87,088
水道光熱費 (再掲)	8,349	8,807	9,434	26,589
電気料金	5,012	5,383	5,797	16,193
ガス料金	1,793	1,700	1,915	5,408
その他の水道光熱費	1,544	1,723	1,722	4,989
控除対象外消費税等負担額	4,975	4,682	4,922	14,579
本部費配賦額	2,502	2,490	2,447	7,439
③医業利益 (①-②)	-38,347	-23,985	-39,756	-102,089
④医業外収益	15,691	17,047	18,195	50,932
⑤医業外費用	6,401	6,800	5,444	18,645
⑥経常利益 ( (①+④) - (②+⑤) )	-29,057	-13,738	-27,006	-69,802

■一病院あたりの平均\_全体  
(2023年4月/2023年5月/2023年6月)

平均病床数：249

n=333

科目 (単位：千円)	一病院あたりの損益				前年比 (=(B-A)/A)
	2023年4月	2023年5月	2023年6月	合計(B)	
①医業収益	464,914	479,403	493,213	1,437,531	2.0%
②医業費用	508,365	505,776	540,025	1,554,166	2.8%
③医業利益 (①-②)	-43,451	-26,373	-46,811	-116,636	
④医業外収益	16,994	17,325	16,223	50,541	-0.8%
⑤医業外費用	6,660	6,827	5,669	19,156	2.7%
⑥経常利益 ( (①+④) - (②+⑤) )	-33,118	-15,875	-36,258	-85,251	
コロナ関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	-34,381	-18,324	-36,751	-89,456	
医業利益率 (③÷①)	-9.3%	-5.5%	-9.5%	-8.1%	
経常利益率 (⑥÷①)	-7.1%	-3.3%	-7.4%	-5.9%	
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	1,263	2,449	493	4,206	-9.2%
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	1	62	148	210	-

n=333

科目 (単位：千円)	一病院あたりの損益				前年比 (=(B-A)/A)
	2023年4月	2023年5月	2023年6月	合計(B)	
①医業収益	464,914	479,403	493,213	1,437,531	2.0%
入院診療収入	314,093	323,961	327,483	965,537	2.1%
室料差額収益	7,102	7,375	7,484	21,960	0.1%
外来診療収入	129,289	132,456	140,311	402,055	1.5%
その他医業収入	14,431	15,612	17,936	47,978	4.9%
②医業費用	508,365	505,776	540,025	1,554,166	2.8%
材料費	131,728	128,330	137,308	397,366	5.2%
医薬品費 (再掲)	77,163	75,142	79,623	231,928	6.8%
診療材料費 (再掲)	48,683	47,500	51,876	148,059	2.0%
給与費	254,969	258,951	279,509	793,428	1.6%
委託費	34,568	35,602	36,350	106,520	2.4%
設備関係費	45,314	44,489	47,600	137,403	0.7%
減価償却費 (再掲)	28,310	28,484	30,133	86,927	0.9%
研究研修費	1,884	1,043	1,164	4,091	16.4%
経費	32,270	30,028	30,541	92,839	6.6%
水道光熱費 (再掲)	9,427	9,682	9,618	28,727	8.0%
電気料金	6,169	6,357	6,223	18,749	15.8%
ガス料金	1,762	1,658	1,741	5,161	-4.6%
その他の水道光熱費	1,495	1,668	1,655	4,817	-3.4%
控除対象外消費税等負担額	5,033	4,821	5,039	14,893	2.2%
本部費配賦額	2,599	2,511	2,514	7,624	2.5%
③医業利益 (①-②)	-43,451	-26,373	-46,811	-116,636	
④医業外収益	16,994	17,325	16,223	50,541	-0.8%
⑤医業外費用	6,660	6,827	5,669	19,156	2.7%
⑥経常利益 ( (①+④) - (②+⑤) )	-33,118	-15,875	-36,258	-85,251	



■100床あたりの平均\_全体  
(2022年4月/2022年5月/2022年6月)

平均病床数：249 n=333

科目 (単位：千円)	100床あたりの平均			
	2022年4月	2022年5月	2022年6月	合計(A)
① 医業収益	184,463	186,686	195,836	566,985
② 医業費用	199,888	196,334	211,828	608,049
③ 医業利益 (①-②)	-15,425	-9,648	-15,992	-41,064
④ 医業外収益	6,311	6,857	7,319	20,487
⑤ 医業外費用	2,575	2,735	2,190	7,500
⑥ 経常利益 ( (①+④) - (②+⑤) )	-11,688	-5,526	-10,863	-28,077
コロナ関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	-12,081	-6,326	-11,534	-29,941
医業利益率 (③÷①)	-8.4%	-5.2%	-8.2%	-7.2%
経常利益率 (⑥÷①)	-6.3%	-3.0%	-5.5%	-5.0%
⑦ コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	392	800	671	1,864
⑧ 水道光熱費関連補助金 入金額	0	0	0	0

n=333

科目 (単位：千円)	100床あたりの平均			
	2022年4月	2022年5月	2022年6月	合計(A)
① 医業収益	184,463	186,686	195,836	566,985
入院診療収入	124,346	126,233	129,895	380,474
室料差額収益	2,895	2,930	2,997	8,822
外来診療収入	51,908	51,826	55,550	159,284
その他医業収入	5,314	5,697	7,395	18,406
② 医業費用	199,888	196,334	211,828	608,049
材料費	51,765	48,186	52,011	151,962
医薬品費 (再掲)	30,314	27,705	29,318	87,336
診療材料費 (再掲)	19,359	18,505	20,528	58,391
給与費	100,784	102,037	111,213	314,034
委託費	13,710	13,776	14,370	41,856
設備関係費	17,897	17,886	19,114	54,897
減価償却費 (再掲)	11,341	11,334	11,992	34,666
研究研修費	656	345	413	1,414
経費	12,068	11,219	11,743	35,030
水道光熱費 (再掲)	3,358	3,542	3,795	10,695
電気料金	2,016	2,165	2,332	6,513
ガス料金	721	684	770	2,175
その他の水道光熱費	621	693	693	2,007
控除対象外消費税等負担額	2,001	1,883	1,980	5,864
本部費配賦額	1,007	1,001	984	2,992
③ 医業利益 (①-②)	-15,425	-9,648	-15,992	-41,064
④ 医業外収益	6,311	6,857	7,319	20,487
⑤ 医業外費用	2,575	2,735	2,190	7,500
⑥ 経常利益 ( (①+④) - (②+⑤) )	-11,688	-5,526	-10,863	-28,077

## ■100床あたりの平均\_全体 (2023年4月/2023年5月/2023年6月)

平均病床数：249

n=333

科目 (単位：千円)	100床あたりの平均				前年比 (=(B-A)/A)
	2023年4月	2023年5月	2023年6月	合計(B)	
①医業収益	187,008	192,836	198,391	578,235	2.0%
②医業費用	204,486	203,444	217,221	625,151	2.8%
③医業利益 (①-②)	-17,478	-10,608	-18,830	-46,916	
④医業外収益	6,836	6,969	6,525	20,330	-0.8%
⑤医業外費用	2,679	2,746	2,280	7,705	2.7%
⑥経常利益 ( (①+④) - (②+⑤) )	-13,321	-6,386	-14,584	-34,291	
コロナ関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	-13,829	-7,371	-14,783	-35,983	
医業利益率 (③÷①)	-9.3%	-5.5%	-9.5%	-8.1%	
経常利益率 (⑥÷①)	-7.1%	-3.3%	-7.4%	-5.9%	
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	508	985	199	1,692	-9.2%
⑧水道光熱費関連補助金 入金額	0	25	59	85	-

n=333

科目 (単位：千円)	100床あたりの平均				前年比 (=(B-A)/A)
	2023年4月	2023年5月	2023年6月	合計(B)	
①医業収益	187,008	192,836	198,391	578,235	2.0%
入院診療収入	126,341	130,311	131,727	388,379	2.1%
室料差額収益	2,857	2,966	3,010	8,833	0.1%
外来診療収入	52,006	53,279	56,439	161,724	1.5%
その他医業収入	5,805	6,280	7,215	19,299	4.9%
②医業費用	204,486	203,444	217,221	625,151	2.8%
材料費	52,987	51,620	55,231	159,837	5.2%
医薬品費 (再掲)	31,038	30,225	32,028	93,291	6.8%
診療材料費 (再掲)	19,582	19,106	20,867	59,556	2.0%
給与費	102,559	104,161	112,430	319,150	1.6%
委託費	13,905	14,321	14,621	42,847	2.4%
設備関係費	18,227	17,895	19,147	55,269	0.7%
減価償却費 (再掲)	11,387	11,457	12,121	34,966	0.9%
研究研修費	758	420	468	1,646	16.4%
経費	12,980	12,079	12,285	37,344	6.6%
水道光熱費 (再掲)	3,792	3,895	3,869	11,555	8.0%
電気料金	2,482	2,557	2,503	7,542	15.8%
ガス料金	709	667	700	2,076	-4.6%
その他の水道光熱費	601	671	666	1,938	-3.4%
控除対象外消費税等負担額	2,025	1,939	2,027	5,991	2.2%
本部費配賦額	1,045	1,010	1,011	3,067	2.5%
③医業利益 (①-②)	-17,478	-10,608	-18,830	-46,916	
④医業外収益	6,836	6,969	6,525	20,330	-0.8%
⑤医業外費用	2,679	2,746	2,280	7,705	2.7%
⑥経常利益 ( (①+④) - (②+⑤) )	-13,321	-6,386	-14,584	-34,291	

2023 年度  
病院経営定期調査 概要版  
— 中間報告（集計結果） —

2023 年 10 月 10 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

# 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(2021年度/2022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 医業損益	8
2. 医業損益の前年同月比較(2022年6月/2023年6月)	9
(1) 医業損益への影響(全病院)	9
(2) 病床区分別の医業損益	10
(3) 開設主体別 医業損益	10
VI. 5年連続比較《参考》	11
1. 延患者数、診療単価、診療収益(新型コロナウイルス感染拡大による影響)	11
(1) 延患者数の対前年比 同月比較	11
(2) 一人一日あたりの診療収入(単価)の対前年比 同月比較	11
(3) 一病院あたりの診療収益の対前年比	11
(4) 5年連続同月比較 医業利益、経常利益(新型コロナウイルス感染拡大による影響)	12
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	12
(1) 5年連続年度比較 医業利益、経常利益 年度比較	12
(2) 一病院あたりの損益	13
VII. 診療収益・診療単価・延患者数の前年同月比較(2022年6月/2023年6月)	13
(1) 一病院あたりの診療収益の前年比	13
(2) 一人一日あたりの診療単価の前年比	13
(3) 延患者数の前年比	14
VIII. その他	14
(1) 水道光熱費等の比較(2021年度および2022年度)	14
(2) 水道光熱費等の比較(2022年および2023年度4月~6月分)	15
IX. 名簿	16

## I. はじめに

日本病院会、全日本病院協会及び日本医療法人協会の3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3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。

2023年度の病院をとりまく経営環境について、新型コロナウイルス感染拡大による影響は、コロナ関連の補助金などによって支援されたものの、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、電気料金の高騰などの影響もあり、病院経営における収益環境は厳しさを増したものでした。また、病院を標的としたサイバー攻撃の発生は、医療現場の運営に影響をきたす事態になりかねない危険もあります。

医師の働き方改革による労働時間の制約を受け入れ、医療材料等の値上げによる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、昨年（2022年）と本年（2023年）の比較になります。ただし、コロナ禍の影響が大きく真の病院経営の実態が分かり難い結果となっていることは否めません。病院現場の実態を明らかにできるものとして、ここに速報として「中間報告（概要版）」の集計結果を公表します。

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する。
- 調査方法：日本病院会、全日本病院協会及び日本医療法人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：2023年7月7日～8月18日※本中間報告書は、9月6日提出分までを集計。現在、10月6日まで回答期限延長中。
- 主な調査項目：2021年・2022年の各6月の診療収益、一人一日あたりの診療収入、延患者数、診療行為別点数等の前年同月比較、医業損益のみ各4月～6月の前年比較。2021年度～2022年度の医業損益等の通年比較等。
- 回答数：999病院（回答率：22.5%）  
有効回答数：964病院

- 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2021年6月1日/2022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、月次の医業損益に関する任意回答として2021年、2022年の各6月に各4月、5月を加えて、高騰する水道光熱費等の3か月比較を追加した。さらに新型コロナ感染拡大の影響をみるため、4年連続比較に直近1年を加え、5年連続で2018年度～2022年度の損益年度比較、2019年～2023年の各6月の診療収益、診療単価、延患者数、経常利益、医業利益について集計を実施した。今年度調査の主な構成は、以下のとおり。
  - 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 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

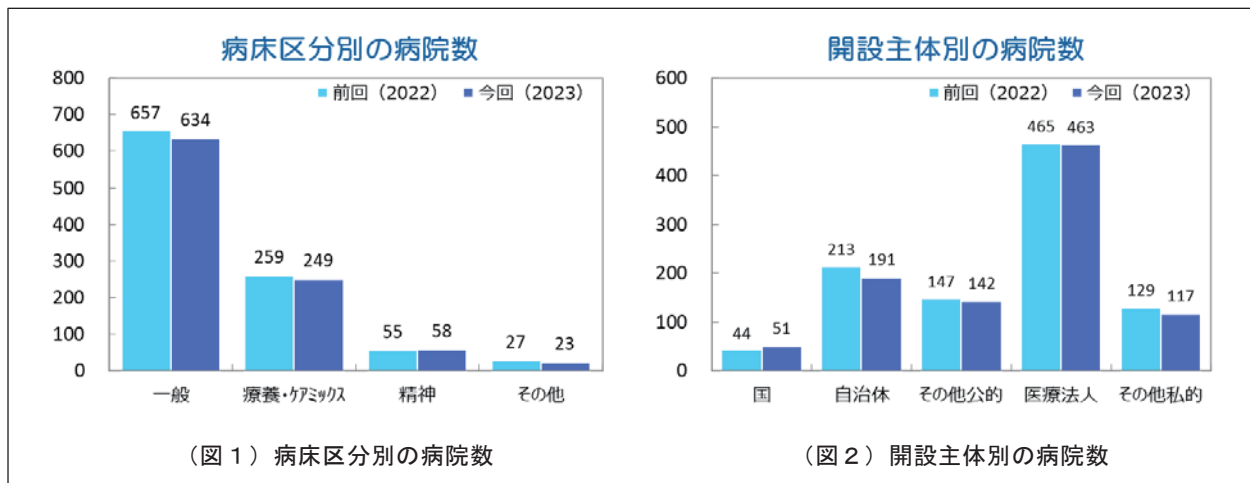
2023 年度調査の全回答病院数は 999 病院、うち有効回答数は 964 病院であり、実働病床数による病床規模別に有効回答数を 2022 年度および 2023 年度調査と比較した。200～299 床での減少が大きく、全体では 34 病院の減少となった。病床規模別有効回答数の比較では、100～199 床が 30.7%と最も多くを占めた。(表 1)。

病床区分別の割合では、一般が 65.8%を占めており、続いて療養・ケアミックスが 25.8%であった(図 1)。

開設主体別の割合では、医療法人が 48.0%を占め、次に自治体、その他公的と続いた。それら 3 つの合計は全体の 82.6%を占めていた(図 2)。

(表 1) 有効回答の病床規模別件数

	2022年度		2023年度		前年度との比較	
	有効回答数	割合	有効回答数	割合	回答数増減	増減比率
20～99床	146	14.6%	147	15.2%	+1	+0.7%
100～199床	305	30.6%	296	30.7%	-9	-3.0%
200～299床	150	15.0%	130	13.5%	-20	-13.3%
300～399床	140	14.0%	149	15.5%	+9	+6.4%
400～499床	100	10.0%	96	10.0%	-4	-4.0%
500床～	157	15.7%	146	15.1%	-11	-7.0%
合計	998	100.0%	964	100.0%	-34	-3.4%



(図 1) 病床区分別の病院数

(図 2) 開設主体別の病院数

## IV. 集計結果とまとめ

新型コロナウイルス感染拡大は病院経営に大きな影響を及ぼし、感染拡大中の直近 2 期の比較ではその評価が不十分であることから、本報告書では任意の調査項目ではあるが《参考》として、感染拡大前の 2019 年 6 月から拡大後の 2023 年 6 月までの 5 年連続同月比較、2018 年度から 2022 年度に至る 5 年連続年度比較を実施した。

なお、調査項目は 2022 年に引き続き「コロナ関連緊急包括支援事業 補助金」ならびに「コロナ関連の補助金を除く経常利益」を加え、さらには電気料金をはじめとする水道光熱費等の高騰問題に対応するため、2023 年 3 月に実施した医療機関経営状況調査と同様に医業損益の科目に水道光熱費等を追加し、あわせて 2022 年、2023 年の各 4 月～6 月の医業損益について調査を行った。

2021 年度、2022 年度の医業損益比較をみると、2022 年度の医業利益は 100 床あたり平均で -21,504 万円となり、赤字額の拡大がみられた。医業利益の赤字病院割合は 2 年続けて 60% を超え、2022 年度は 74.2% に上っていた。コロナ関連の補助金等により経常利益は黒字に転化していたが黒字額は縮小し、補助金を除くと依然赤字基調が続いている。

また、2018 年度～2022 年度の 5 年連続年度比較について 101 病院の追跡調査をみると、医業利益の赤字病院割合は 2018 年度の 64.4% から 2020 年度、2022 年度に 84.2% に拡大していた。

経常利益とコロナ関連補助金を除いた経常利益の黒字病院割合を比較すると、2020 年度 70.3% と 26.7%、2021 年度 83.2% と 41.6%、2022 年度 82.2% と 29.7% となり、3 年続けて両者の間に 40 ポイント以上の乖離がみられた。

### 《医業損益に関する調査結果》

※（ ）内は、コロナ関連の補助金を除いた経常利益額、経常利益の赤字病院の割合

#### \* 年度比較（2021 年度／2022 年度）稼働 100 床当たり

- ▼ 医業利益 -17,738 万円 から -21,504 万円に赤字が拡大した。
- ▼ 経常利益 21,366 万円（-4,407 万円※） から 12,810 万円（-8,097 万円※） に黒字が縮小し、コロナ関連の補助金を除くと赤字であった。
- ◆ 医業利益 赤字病院の割合 67.2% から 74.2% に 7.0 ポイント増加した。
- ◆ 経常利益 赤字病院の割合 17.8%（53.5%※） から 23.1%（63.2%※） に 5.3 ポイント増加した。

#### \* 前年同月比較（2022 年 6 月／23 年 6 月）稼働 100 床当たり

- ▼ 医業利益 -1,810 万円 から -2,217 万円 に赤字が拡大した。
- ▼ 経常利益 -1,258 万円（-1,348 万円※） から -1,802 万円（-1,836 万円※） に赤字が拡大した。
- ◆ 医業利益 赤字病院の割合 67.2% から 74.2% に 7.0 ポイント増加した。
- ◆ 経常利益 赤字病院の割合 55.9%（58.2%※） から 65.6%（67.0%※） に 9.7 ポイント増加した。



## V. 医業損益の2年連続比較

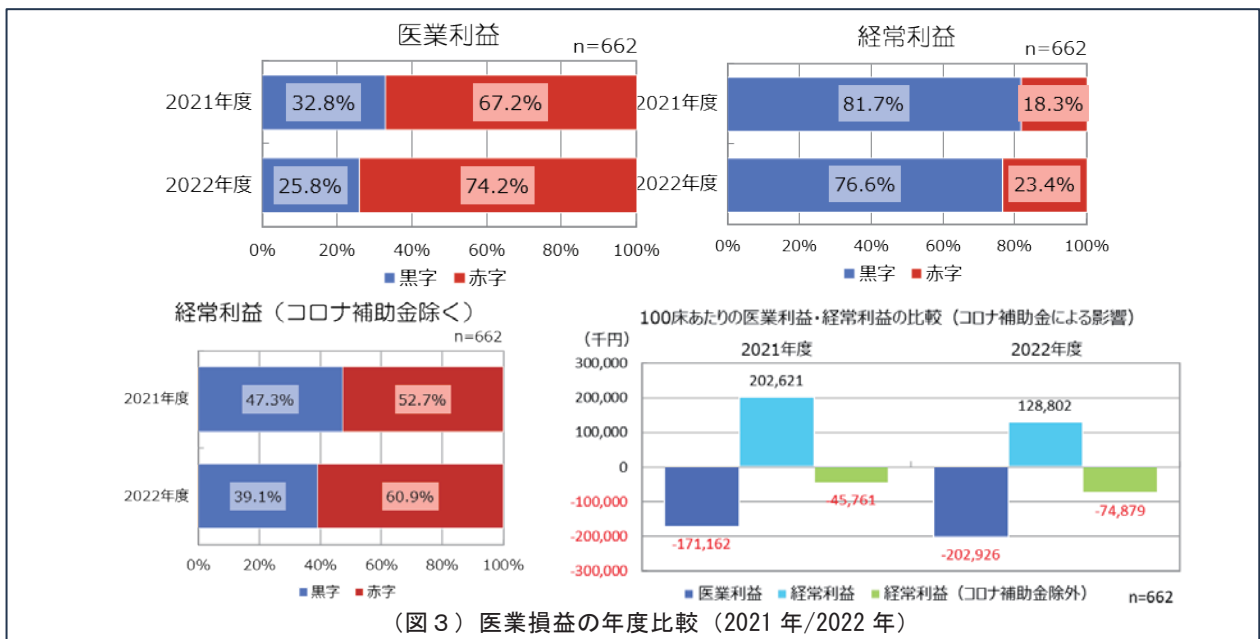
### 1. 年度比較（2021年度／2022年度）

#### （1）医業損益への影響（全病院）

医業利益における赤字病院割合は、2021年度の67.2%から22年度には74.2%に7.0ポイント増加していた。経常利益は、2022年度の黒字病院割合が76.6%、一方、赤字病院割合は2021年度の18.3%から2022年度には23.4%へと5.1ポイント増加していた。コロナ関連の補助金を除く経常利益の赤字病院割合は、2021年度52.7%、2022年度60.9%へと経常利益の赤字病院割合に比べて大幅な増加がみられた（図3）。

2022年度の100床あたり医業利益が-20,292万円の赤字に対して、経常利益は+12,880万円の黒字に転じ、コロナ関連の補助金を除く経常利益では-7,487万円の赤字であった（表2）。

また、医業収益の内訳では、入院+2.8%、外来+3.3%の増収であった。医業費用では、経費+10.7%の増加率が顕著であり、内訳では水道光熱費+39.8%（電気料金+48.6%、ガス料金49.3%）であった。また医薬品費+5.6%の増加率も高かった。一方、医業外収益-9.9%の内訳をみると運営費補助金-10.9%、施設設備補助金-15.5%と減少していた（表3）。



（図3）医業損益の年度比較（2021年/2022年）

科目 (単位：千円)	全病院 (n=662) 平均病床数：306				2022年度 黒字病院 (n=507) 平均病床数：323				2022年度 赤字病院 (n=155) 平均病床数：250			
	2021年度	2022年度	差引増減	前年比	2021年度	2022年度	差引増減	前年比	2021年度	2022年度	差引増減	前年比
①医業収益	2,597,395	2,668,785	71,389	2.7%	2,648,432	2,730,912	82,479	3.1%	2,381,386	2,405,839	24,453	1.0%
②医業費用	2,768,557	2,871,711	103,154	3.7%	2,787,460	2,894,023	106,563	3.8%	2,688,550	2,777,275	88,725	3.3%
③医業利益 (①-②)	-171,162	-202,926	-31,764		-139,028	-163,112	-24,084		-307,164	-371,436	-64,272	
④医業外収益	433,511	390,776	-42,735	-9.9%	440,743	401,831	-38,913	-8.8%	402,900	343,988	-58,912	-14.6%
⑤医業外費用	59,728	59,048	-680	-1.1%	56,464	54,710	-1,755	-3.1%	73,541	77,410	3,869	5.3%
⑥経常利益 ( (①+④) - (②+⑤) )	202,621	128,802	-73,819		245,251	184,009	-61,242		22,195	-104,858	-127,053	
コロナ関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	-45,761	-74,879	-29,118		-18,685	-38,706	-20,021		-160,360	-227,978	-67,618	
医業利益率 (③÷①)	-6.6%	-7.6%			-5.2%	-6.0%			-12.9%	-15.4%		
経常利益率 (⑥÷①)	7.8%	4.8%			9.3%	6.7%			0.9%	-4.4%		
⑨補助金 (運営・施設・その他) *1	315,986	279,010	-36,976	-11.7%	328,348	292,407	-35,940	-10.9%	263,666	222,306	-41,360	-15.7%
⑩補助金を除く医業外収益 *2 (④-⑨)	117,525	111,766	-5,759	-4.9%	112,396	109,423	-2,972	-2.6%	139,234	121,682	-17,552	-12.6%
⑪損益差額 *3 (③+⑩-⑤)	-113,365	-150,208	-36,843		-83,097	-108,398	-25,301		-241,471	-327,164	-85,693	
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 補助金	248,383	203,681			263,936	222,715			182,554	123,120		
⑧水道光熱費 補助金	16	2,039			20	2,032			1	2,066		

（表2）全病院の医業損益・100床あたりの平均

科目 (単位：千円)	全病院 (n=662) 平均病床数：306				2022年度 黒字病院 (n=507) 平均病床数：323				2022年度 赤字病院 (n=155) 平均病床数：250			
	2021年度	2022年度	差引増減	前年比	2021年度	2022年度	差引増減	前年比	2021年度	2022年度	差引増減	前年比
① 医業収益	2,597,395	2,668,785	71,389	2.7%	2,648,432	2,730,912	82,479	3.1%	2,381,386	2,405,839	24,453	1.0%
入院診療収入	1,707,621	1,755,964	48,343	2.8%	1,746,785	1,804,158	57,373	3.3%	1,541,863	1,551,989	10,125	0.7%
室料差額収益	33,551	32,922	-629	-1.9%	34,481	33,975	-506	-1.5%	29,615	28,463	-1,152	-3.9%
外来診療収入	776,363	801,872	25,509	3.3%	787,770	814,084	26,313	3.3%	728,084	750,189	22,105	3.0%
その他医業収入	79,860	78,026	-1,834	-2.3%	79,396	78,694	-702	-0.9%	81,824	75,199	-6,625	-8.1%
② 医業費用	2,768,557	2,871,711	103,154	3.7%	2,787,460	2,894,023	106,563	3.8%	2,688,550	2,777,275	88,725	3.3%
材料費	759,555	793,384	33,829	4.5%	776,161	811,659	35,497	4.6%	689,270	716,038	26,767	3.9%
医薬品費 (再掲)	448,568	473,577	25,009	5.6%	456,820	482,632	25,811	5.7%	413,642	435,255	21,612	5.2%
診療材料費 (再掲)	285,238	293,224	7,986	2.8%	292,616	301,494	8,878	3.0%	254,013	258,222	4,209	1.7%
給与費	1,356,204	1,396,791	40,587	3.0%	1,361,262	1,405,829	44,567	3.3%	1,334,796	1,358,540	23,744	1.8%
委託費	196,073	200,082	4,009	2.0%	194,496	199,207	4,710	2.4%	202,745	203,785	1,040	0.5%
設備関係費	247,107	251,725	4,617	1.9%	248,324	251,928	3,604	1.5%	241,959	250,865	8,905	3.7%
減価償却費 (再掲)	165,076	166,965	1,889	1.1%	164,539	165,847	1,309	0.8%	167,352	171,697	4,345	2.6%
研究研修費	5,666	7,031	1,365	24.1%	5,302	6,574	1,272	24.0%	7,206	8,968	1,762	24.4%
経費	154,507	171,011	16,504	10.7%	151,325	166,017	14,692	9.7%	167,975	192,146	24,171	14.4%
水道光熱費 (再掲)	44,303	61,925	17,622	39.8%	43,694	60,896	17,203	39.4%	46,881	66,277	19,396	41.4%
電気料金	25,656	38,137	12,481	48.6%	25,068	37,198	12,130	48.4%	28,144	42,109	13,965	49.6%
ガス料金	9,540	14,239	4,699	49.3%	9,448	14,089	4,642	49.1%	9,932	14,873	4,941	49.7%
その他の水道光熱費	9,107	9,549	442	4.9%	9,178	9,609	431	4.7%	8,804	9,294	490	5.6%
控除対象外消費税等負担額	34,568	36,476	1,908	5.5%	34,786	36,456	1,670	4.8%	33,645	36,565	2,919	8.7%
本部費配賦額	14,878	15,211	333	2.2%	15,805	16,355	550	3.5%	10,953	10,369	-583	-5.3%
④ 医業外収益	433,511	390,776	-42,735	-9.9%	440,743	401,831	-38,913	-8.8%	402,900	343,988	-58,912	-14.6%
運営費補助金 (再掲)	205,734	183,293	-22,442	-10.9%	214,067	190,373	-23,694	-11.1%	170,467	153,327	-17,140	-10.1%
施設設備補助金 (再掲)	18,529	15,648	-2,881	-15.5%	19,799	17,194	-2,605	-13.2%	13,155	9,106	-4,049	-30.8%
その他補助金 (再掲)	91,722	80,669	-11,653	-12.7%	94,482	84,841	-9,641	-10.2%	80,044	59,873	-20,171	-25.2%

(表 3) 全病院の医業損益の内訳・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増を下回り、医業利益が減少し、2期続けて赤字であった。経常利益では医業利益の赤字額を上回る医業外収益により、すべての病床区分で2期黒字であった。

2022年度の一般における稼働100床あたり医業利益が-24,460万円の赤字に対して、経常利益は+15,118万円の黒字、損益差額は-18,609万円であった。コロナ関連の補助金を除く経常利益は-9,318万円であった。なお、コロナ関連緊急包括支援事業補助金額は24,436万円であった(表4)。

科目 (単位：千円)	一般 (n=447) 平均病床数：358				療養＋ケアミックス (n=158) 平均病床数：159				精神 (n=41) 平均病床数：279				その他 (n=16) 平均病床数：376			
	2021年度	2022年度	差引増減	前年比	2021年度	2022年度	差引増減	前年比	2021年度	2022年度	差引増減	前年比	2021年度	2022年度	差引増減	前年比
① 医業収益	2,970,700	3,055,520	84,819	2.9%	1,403,772	1,431,592	27,821	2.0%	673,950	682,665	8,715	1.3%	1,299,851	1,314,763	14,912	1.1%
② 医業費用	3,179,201	3,300,127	120,926	3.8%	1,421,383	1,465,764	44,381	3.1%	687,549	698,378	10,829	1.6%	1,417,435	1,468,384	50,949	3.6%
③ 医業利益 (①-②)	-208,501	-244,607	-36,106	-17.6%	-17,612	-34,172	-16,560	-13.6%	-13,600	-15,713	-2,114	-15.5%	-117,585	-153,621	-36,036	-30.7%
④ 医業外収益	522,883	466,211	-56,672	-10.8%	100,422	112,665	12,243	12.2%	53,014	57,811	4,797	9.0%	168,041	176,500	8,459	5.0%
⑤ 医業外費用	71,326	70,419	-907	-1.3%	17,096	19,284	2,188	12.8%	11,969	8,174	-3,794	-31.7%	19,731	19,046	-686	-3.5%
⑥ 経常利益 ((①+④)-(②+⑤))	243,056	151,185	-91,871	-37.8%	65,714	59,209	-6,505	-10.0%	27,446	33,924	6,478	23.6%	30,725	3,833	-26,892	-87.2%
コロナ関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	-60,457	-93,180	-32,722	-53.8%	21,533	3,076	-18,457	-85.7%	11,029	10,338	-691	-6.2%	-43,353	-75,091	-31,738	-73.2%
⑧ 医業利益率 (③÷①)	-7.0%	-8.0%		-1.3%	-1.3%	-2.4%		-1.0%	-2.0%	-2.3%		-0.9%	-11.7%			
⑨ 経常利益率 (⑥÷①)	8.2%	4.9%		-4.0%	4.7%	4.1%		4.1%	5.0%		4.1%	5.0%	2.9%	0.3%		
⑩ 補助金 (運営・施設・その他) ※1	386,584	337,284	-49,300	-12.8%	63,247	74,640	11,393	18.0%	19,214	24,454	5,240	27.3%	55,761	64,734	8,974	16.1%
⑪ 補助金を除く医業外収益 ※2 (④-⑩)	136,299	128,928	-7,372	-5.4%	37,175	38,026	851	2.3%	33,800	33,358	-443	-1.3%	112,280	111,766	-515	-0.5%
⑫ 損益差額 ※3 (③+⑩-⑤)	-143,527	-186,099	-42,571	-29.7%	2,467	-15,431	-17,898	-725.1%	8,232	9,470	1,238	15.0%	-25,036	-60,901	-35,865	-143.3%
⑬ コロナ関連 緊急包括支援事業 補助金	303,514	244,365			44,181	56,133			16,417	23,586			74,078	78,925		
⑭ 水道光熱費 補助金	21	2,119			1	1,793			0	2,083			1	838		

(表 4) 病床区分別の医業損益・100床あたりの平均

## (3) 開設主体別 医業損益

開設主体別の医業損益比較では、医業収益の増収割合は国の+3.8%が最も高く、その他私的が+1.2%で最も低かった。医業利益の比較では、すべての開設主体で2期赤字・減益であった。2022年度の赤字額は、自治体の-41,182万円が最も多かった。

医業外収益はすべての開設主体で減収となったが医業利益の赤字額を上回り、経常利益はすべて

の開設主体で 2 期黒字・減益であった。2022 年度ではその他公的の+22,076 万円が最も多かった（表 5）。

科目 (単位：千円)	国 (n=47) 平均病床数：424				自治体 (n=150) 平均病床数：412				その他公的 (n=87) 平均病床数：383			
	2021年度	2022年度	差引増減	前年比	2021年度	2022年度	差引増減	前年比	2021年度	2022年度	差引増減	前年比
① 医業収益	2,730,913	2,833,561	102,648	3.8%	2,783,058	2,863,569	80,512	2.9%	3,131,213	3,215,585	84,372	2.7%
② 医業費用	2,910,750	3,065,562	154,812	5.3%	3,168,956	3,275,394	106,438	3.4%	3,191,972	3,332,664	140,691	4.4%
③ 医業利益 (①-②)	-179,837	-232,001	-52,164		-385,898	-411,824	-25,926		-60,760	-117,079	-56,319	
④ 医業外収益	574,246	475,874	-98,373	-17.1%	689,325	622,039	-67,286	-9.8%	419,295	386,312	-32,983	-7.9%
⑤ 医業外費用	115,667	119,173	3,506	3.0%	98,531	97,592	-939	-1.0%	52,028	48,465	-3,563	-6.8%
⑥ 経常利益 (①+④) - (②+⑤)	278,743	124,700	-154,042		204,897	112,623	-92,274		306,508	220,768	-85,740	
⑦ コロナ関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	-60,782	-131,065	-70,283		-125,183	-143,082	-17,900		13,829	-35,883	-49,712	
⑧ 医業利益率 (③+①)	-6.6%	-8.2%			-13.9%	-14.4%			-1.9%	-3.6%		
⑨ 経常利益率 (⑥+①)	10.2%	4.4%			7.4%	3.9%			9.8%	6.9%		
⑩ 補助金 (運営・施設・その他) ※1	398,956	308,481	-90,475	-22.7%	490,780	428,795	-61,986	-12.6%	360,132	318,330	-41,802	-11.6%
⑪ 補助金を除く医業外収益 ※2 (④-⑧)	175,291	167,393	-7,898	-4.5%	198,545	193,245	-5,301	-2.7%	59,163	67,982	8,818	14.9%
⑫ 損益差額 ※3 (③+⑩-⑪)	-120,213	-183,780	-63,567		-285,884	-316,172	-30,288		-53,624	-97,562	-43,938	
⑬ コロナ関連 緊急包括支援事業 補助金	339,524	255,766			330,079	255,705			292,678	256,651		
⑭ 水道光熱費 補助金	14	1,724			19	1,977			55	2,759		

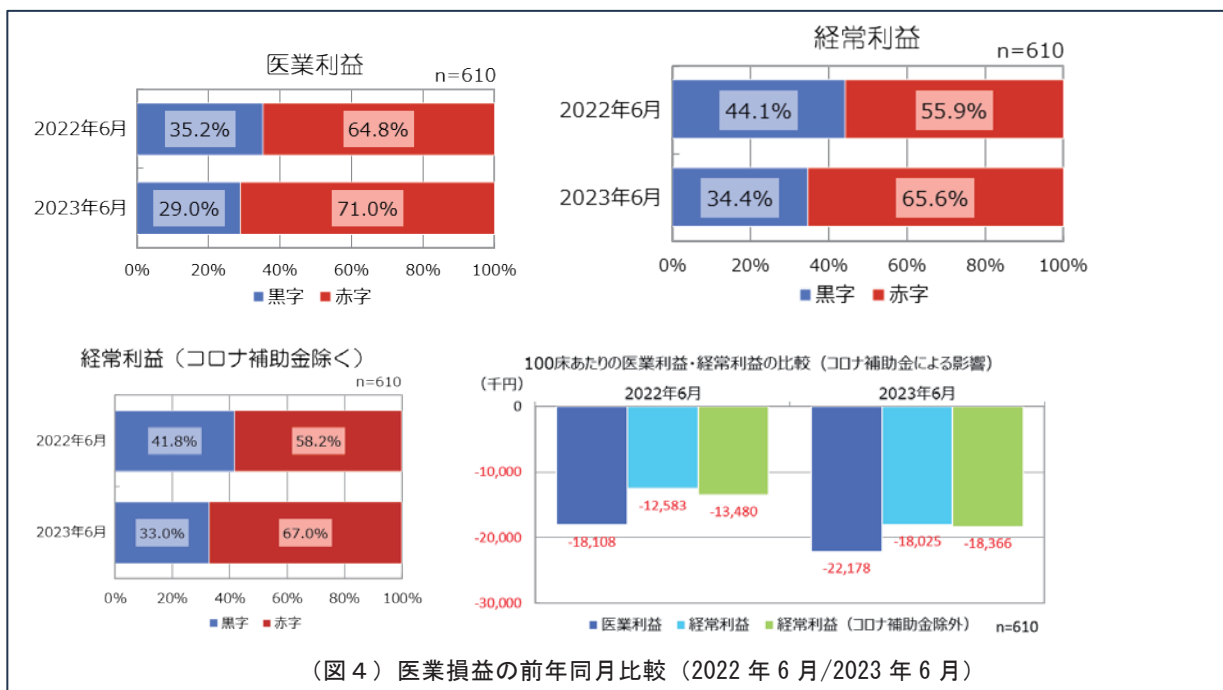
科目 (単位：千円)	医療法人 (n=296) 平均病床数：197				その他私的 (n=82) 平均病床数：355			
	2021年度	2022年度	差引増減	前年比	2021年度	2022年度	差引増減	前年比
① 医業収益	1,832,821	1,893,856	61,035	3.3%	3,033,039	3,069,557	36,518	1.2%
② 医業費用	1,836,444	1,912,925	76,481	4.2%	3,204,514	3,275,830	71,316	2.2%
③ 医業利益 (①-②)	-3,623	-19,069	-15,446		-171,475	-206,273	-34,798	
④ 医業外収益	153,323	147,536	-5,787	-3.8%	371,896	334,122	-37,774	-10.2%
⑤ 医業外費用	23,223	19,970	-3,252	-14.0%	21,054	26,518	5,465	26.0%
⑥ 経常利益 (①+④) - (②+⑤)	126,478	108,496	-17,982		179,368	101,331	-78,036	
⑦ コロナ関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	18,853	8,627	-10,226		-64,597	-103,665	-39,068	
⑧ 医業利益率 (③+①)	-0.2%	-1.0%			-5.7%	-6.7%		
⑨ 経常利益率 (⑥+①)	6.9%	5.7%			5.9%	3.3%		
⑩ 補助金 (運営・施設・その他) ※1	109,070	111,124	2,055	1.9%	252,222	232,239	-19,983	-7.9%
⑪ 補助金を除く医業外収益 ※2 (④-⑧)	44,253	36,411	-7,842	-17.7%	119,675	101,884	-17,791	-14.9%
⑫ 損益差額 ※3 (③+⑩-⑪)	17,408	-2,628	-20,036		-72,854	-130,907	-58,053	
⑬ コロナ関連 緊急包括支援事業 補助金	107,625	99,869			243,965	204,997		
⑭ 水道光熱費 補助金	1	1,870			1	1,898		

(表 5) 開設主体別の医業損益・100床あたりの平均

## 2. 医業損益の前年同月比較 (2022年6月/2023年6月)

### (1) 医業損益への影響 (全病院)

医業利益の比較では、赤字病院割合は 2022 年 6 月期の 64.8%から 2023 年 6 月期には 71.0%へと 6.2 ポイント増加し、経常利益の前年同月比較では、赤字病院割合が 55.9%から 65.6%へと 9.7 ポイント増加していた (図 4)。100 床あたりの医業損益では、2023 年 6 月期で医業利益-2,217 万円、経常利益-1,802 万円であり、コロナ補助金を除く経常利益は-1,836 万円であった (表 6)。



(図 4) 医業損益の前年同月比較 (2022年6月/2023年6月)

科目 (単位：千円)	全病院 (n=610) 平均病床数：268				2023年6月 黒字病院 (n=210) 平均病床数：215				2023年6月 赤字病院 (n=400) 平均病床数：296			
	2022年6月	2023年6月	差引増減	前年比	2022年6月	2023年6月	差引増減	前年比	2022年6月	2023年6月	差引増減	前年比
① 医業収益	206,849	209,775	2,925	1.4%	166,549	171,854	5,305	3.2%	222,230	224,247	2,017	0.9%
② 医業費用	224,957	231,953	6,996	3.1%	164,758	167,589	2,831	1.7%	247,931	256,517	8,585	3.5%
③ 医業利益 (①-②)	-18,108	-22,178	-4,071		1,791	4,265	2,474		-25,702	-32,270	-6,568	
④ 医業外収益	7,821	6,427	-1,394	-17.8%	4,679	5,085	406	8.7%	9,020	6,939	-2,081	-23.1%
⑤ 医業外費用	2,296	2,274	-22	-1.0%	1,425	1,314	-111	-7.8%	2,629	2,640	12	0.4%
⑥ 経常利益 ( (①+④) - (②+⑤) )	-12,583	-18,025	-5,442		5,045	8,036	2,991		-19,310	-27,971	-8,661	
⑦ コロナ関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	-13,480	-18,366	-4,886		4,005	7,247	3,243		-20,153	-28,141	-7,988	
医業利益率 (③÷①)	-8.8%	-10.6%			1.1%	2.5%			-11.6%	-14.4%		
経常利益率 (⑥÷①)	-6.1%	-8.6%			3.0%	4.7%			-8.7%	-12.5%		
⑧ コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	897	341			1,041	789			843	170		
⑨ 水道光熱費関連補助金 入金額	0	49			0	152			0	10		

(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

病床区分別の医業損益2期比較では、一般病院の医業収益は前年比+1.7%、医業費用+3.4%の増加となり、医業利益、経常利益の赤字幅は増加した。2023年6月期の医業利益は-2,846万円、経常利益は-2,346万円であった。療養+ケアミックスでは、医業収益が-0.7%、医業費用+1.3%となり、医業利益、経常利益の赤字幅も増加となった。精神では、医業収益が-0.8%、医業費用-6.4%となり医業利益の赤字幅は微増、経常利益も2期連続で赤字となっていた(表7)。

科目 (単位：千円)	一般 (n=378) 平均病床数：314				療養+ケアミックス (n=171) 平均病床数：157				精神 (n=44) 平均病床数：268				その他 (n=17) 平均病床数：367			
	2022年6月	2023年6月	差引増減	前年比	2022年6月	2023年6月	差引増減	前年比	2022年6月	2023年6月	差引増減	前年比	2022年6月	2023年6月	差引増減	前年比
① 医業収益	246,315	250,504	4,189	1.7%	114,184	113,397	-787	-0.7%	65,933	65,385	-548	-0.8%	119,117	120,462	1,345	1.1%
② 医業費用	269,772	278,967	9,195	3.4%	117,379	118,866	1,487	1.3%	68,199	67,879	-320	-0.5%	129,275	131,846	2,570	2.0%
③ 医業利益 (①-②)	-23,457	-28,462	-5,006		-3,195	-5,469	-2,274		-2,267	-2,495	-228		-10,158	-11,384	-1,226	
④ 医業外収益	9,596	7,875	-1,721	-17.9%	3,201	2,275	-926	-28.9%	1,676	1,862	185	11.0%	5,464	5,305	-159	-2.9%
⑤ 医業外費用	2,886	2,878	-9	-0.3%	807	768	-39	-4.8%	411	385	-26	-6.4%	1,005	805	-200	-19.9%
⑥ 経常利益 ( (①+④) - (②+⑤) )	-16,747	-23,465	-6,718		-801	-3,963	-3,162		-1,002	-1,018	-16		-5,699	-6,883	-1,184	
⑦ コロナ関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	-17,730	-23,769	-6,039		-1,520	-4,569	-3,049		-1,087	-1,025	62		-7,276	-7,437	-161	
医業利益率 (③÷①)	-9.5%	-11.4%			-2.8%	-4.8%			-3.4%	-3.8%			-8.5%	-9.4%		
経常利益率 (⑥÷①)	-6.8%	-9.4%			0.7%	-3.5%			-1.5%	-1.6%			-4.8%	-5.7%		
⑧ コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	982	303			719	606			85	7			1,577	554		
⑨ 水道光熱費関連補助金 入金額	0	23			0	118			0	176			0	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 医業損益

医業損益の開設主体別の2期比較では、すべての開設主体で医業利益が2期赤字となっていた。経常利益では医療法人が黒字から赤字になり、2023年6月はすべての開設主体で赤字となった。医業利益の赤字額では、自治体の-4,761万円が最大で、最小は医療法人の-416万円であった。経常利益は、自治体の-3,684万円が赤字額の最大であった。コロナ関連緊急包括支援事業補助金入金額は、医療法人の56万円が最も多かった。医業費用はすべての開設主体で増額となり、自治体が+4.2%と最も増加、医療法人+1.8%と最も少ない増加であった(表8)。

科目 (単位：千円)	国 (n=37) 平均病床数：399				自治体 (n=104) 平均病床数：366				その他公的 (n=91) 平均病床数：362				医療法人 (n=299) 平均病床数：176				その他私的 (n=79) 平均病床数：318			
	2022年6月	2023年6月	差引増減	前年比	2022年6月	2023年6月	差引増減	前年比	2022年6月	2023年6月	差引増減	前年比	2022年6月	2023年6月	差引増減	前年比	2022年6月	2023年6月	差引増減	前年比
① 医業収益	233,561	244,901	11,340	4.9%	227,800	231,012	3,213	1.4%	252,892	257,064	4,172	1.6%	138,196	138,005	-191	-0.1%	243,151	245,609	2,458	1.0%
② 医業費用	256,016	264,729	8,713	3.4%	267,504	278,629	11,125	4.2%	270,848	277,651	6,803	2.5%	139,650	142,166	2,516	1.8%	261,184	270,579	9,395	3.6%
③ 医業利益 (①-②)	-22,455	-19,828	2,627		-39,704	-47,617	-7,913		-17,956	-20,587	-2,631		-1,454	-4,161	-2,707		-18,033	-24,970	-6,937	
④ 医業外収益	6,550	8,351	1,901	2.9%	14,353	14,063	-290	-2.0%	5,610	4,875	-735	-13.1%	3,428	2,392	-1,036	-30.2%	9,631	4,252	-5,379	-55.9%
⑤ 医業外費用	6,847	7,068	221	3.2%	3,215	3,291	76	2.4%	1,922	1,925	4	0.2%	1,028	954	-74	-7.2%	1,387	1,149	-238	-17.2%
⑥ 経常利益 ( (①+④) - (②+⑤) )	-20,753	-18,545	2,208		-28,566	-36,844	-8,278		-14,268	-17,638	-3,369		946	-2,724	-3,670		-9,790	-21,868	-12,078	
⑦ コロナ関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	-20,873	-18,577	2,296		-29,354	-37,315	-7,961		-14,810	-17,873	-3,063		421	-3,284	-2,863		-10,478	-21,871	-11,443	
医業利益率 (③÷①)	-9.6%	-8.1%			-17.4%	-20.6%			-7.1%	-8.0%			3.0%	-3.0%			-7.4%	-10.2%		
経常利益率 (⑥÷①)	-8.9%	-7.6%			-12.5%	-15.9%			-5.6%	-6.9%			0.7%	-2.0%			-4.0%	-8.9%		
⑧ コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	220	31			988	471			541	235			1,367	560			639	4		
⑨ 水道光熱費関連補助金 入金額	0	0			0	0			0	148			0	59			0	1		

(表8) 開設主体別の医業損益・100床あたりの平均

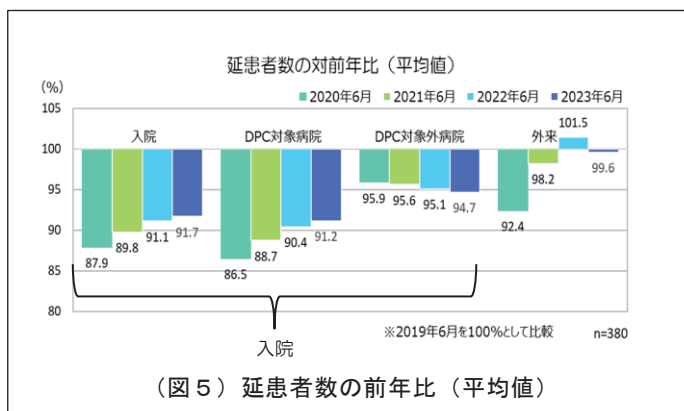
## VI. 5年連続比較《参考》

### 1. 延患者数、診療単価、診療収益（新型コロナウイルス感染拡大による影響）

(2019年6月/2020年6月/2021年6月/2022年6月/2023年6月)

#### (1) 延患者数の対前年比 同月比較

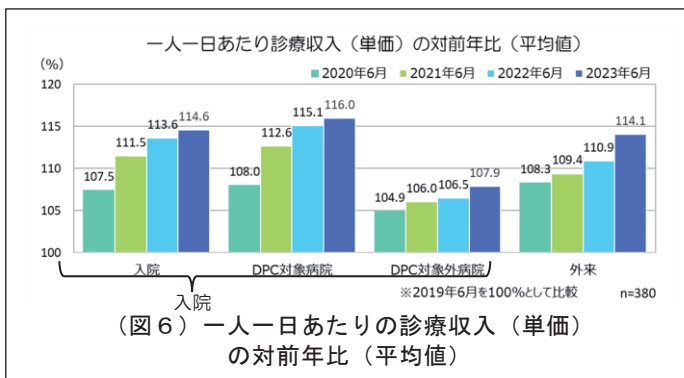
延患者数について2019年6月を100%として5年連続同月比較では、入院患者数は2020年6月は87.9%であったが、2021年89.8%、2022年91.1%、2023年91.7%と対前年比はマイナスの中でも年々増加傾向であった。外来患者数は2020年の92.4%から2022年101.5%へと増加したが、2023年は99.6%に減少し2019年を下回った(図5)。



(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月期を100%とした5年連続同月比較では、入院単価は2020年の107.5%から111.5%、113.6%、114.6%と年々増加し、外来単価は、2020年の108.3%から2022年110.9%、2023年には114.1%へと増加していた(図6)。

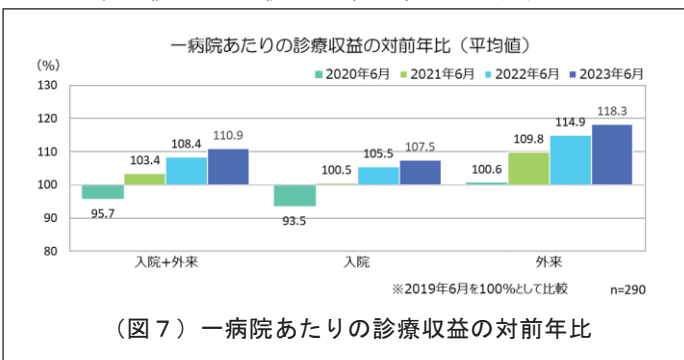


(図6) 一人一日あたりの診療収入(単価)の対前年比(平均値)

#### (3) 一病院あたりの診療収益の対前年比

診療収益について2019年6月を100%として5年連続同月比較では、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、2022年は110.9%であった。

入院収益は、2020年に93.5%であったが、2021年100.5%、2023年には107.5%へと増加し、外来収益は、2020年100.6%から2021年109.8%に、2023年は118.3%であった(図7)。

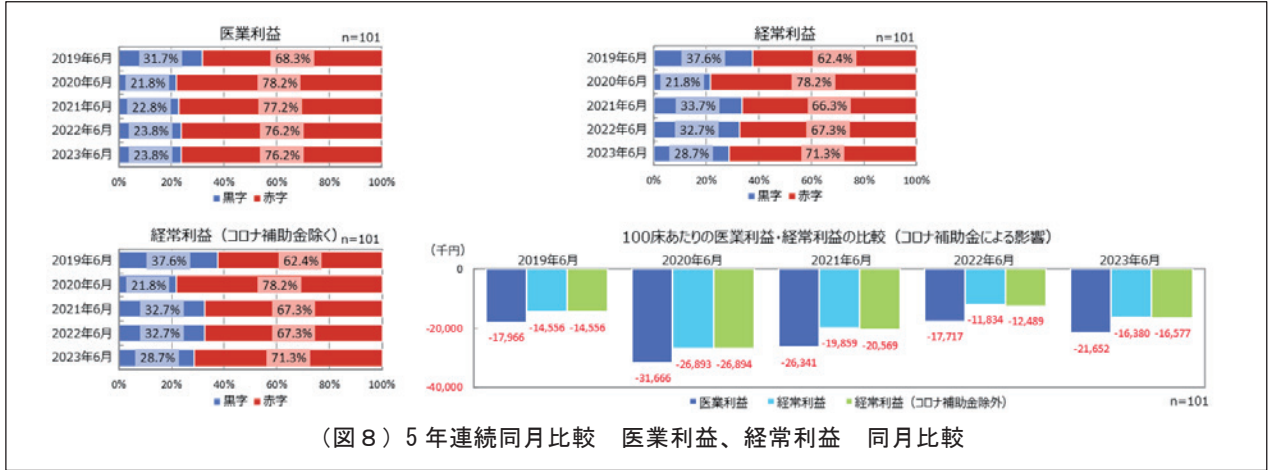


(図7) 一病院あたりの診療収益の対前年比

#### (4) 5年連続同月比較 医業利益、経常利益(新型コロナウイルス感染拡大による影響)

医業利益の赤字病院割合は、2019年68.3%より2020年は78.2%に増加し、2021年77.2%、2022年・2023年76.2%とほぼ横ばいで推移し、4年連続で70%台後半の赤字割合であった。

経常利益の赤字病院割合では、2019年は62.4%より2020年は78.2%に急増し、2021年66.3%、2022年67.3%と回復がみられたが、2023年には71.3%へと増加していた(図8)。



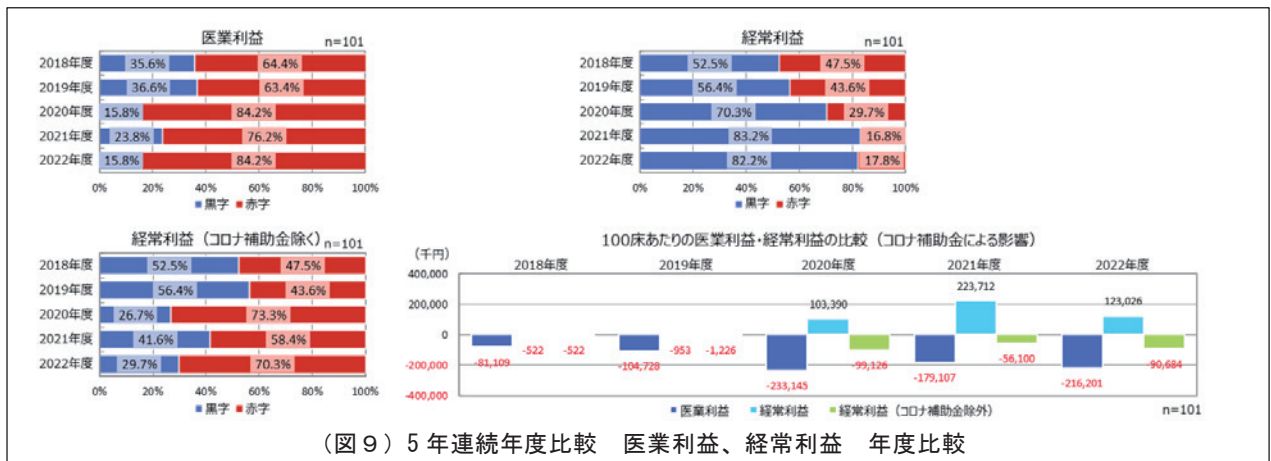
(図8) 5年連続同月比較 医業利益、経常利益 同月比較

## 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)

### (1) 5年連続年度比較 医業利益、経常利益 年度比較

医業利益の赤字病院割合は、2018年度、2019年が60%台から2020年度に84.2%に急増し、2021年度76.2%、2022年度84.2%へと再び増加した。経常利益は黒字病院割合が2018年度、2019年度は50%台であったが、2020年度には70.3%へと大幅に増加し、2021年度83.2%、2022年度は82.2%であった。一方で、緊急包括支援事業等コロナ関連の補助金を除くと経常利益の赤字病院割合は、2020年度では経常利益の赤字病院割合が29.7%から73.3%に、2021年度は同16.8%から58.4%、2022年度は同17.8%から70.3%へと大幅に増加していた。また、100床あたりの経常利益は2020年度、2021年度、2022年度で3期黒字となったが、コロナ関連の補助金を除くと赤字であった(図9)。



(図9) 5年連続年度比較 医業利益、経常利益 年度比較

## (2) 一病院あたりの損益

一病院あたりの医業利益は5年続けて赤字となり、赤字額は2018年度の-27,939万円から2020年度には-80,312万円に大幅に増加し、2021年度は-61,708万円に若干の減少がみられたが2022年度には-74,488万円へと再び増加に転じた。

医業収益では、2020年度が最少、2022年度が医業収益、医業費用ともに最大であった。

経常利益では、2018年度、2019年度が赤字、2020年度以降は補助金を含む医業外収益の増収により黒字となっていた。(表9)。

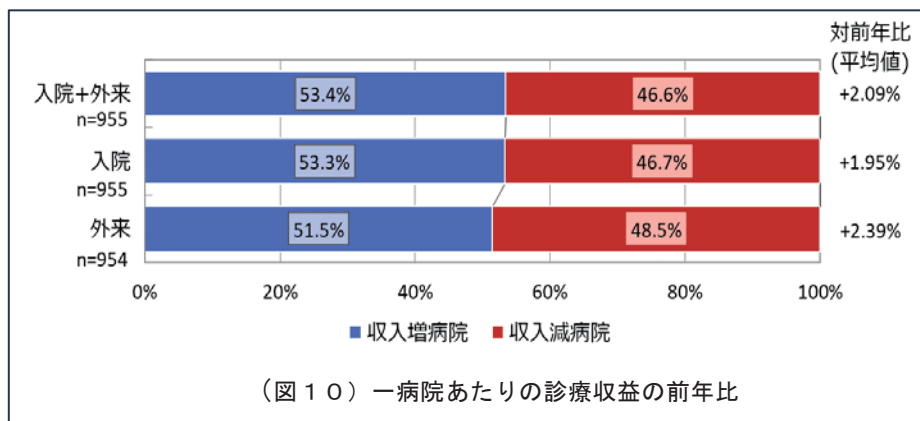
科目 (単位:千円)	一病院あたりの損益					100床あたりの平均					n=101			
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	対2018年 比	対2019年 比	対2020年 比	対2021年 比
①医業収益	9,156,791	9,414,031	8,938,188	9,427,823	9,629,025	2,658,185	2,732,861	2,594,726	2,736,393	2,794,791	5.1%	2.3%	7.7%	2.1%
②医業費用	9,436,190	9,774,794	9,741,314	10,044,910	10,373,913	2,739,294	2,837,590	2,827,870	2,915,501	3,010,993	9.9%	6.1%	6.5%	3.3%
③医業利益 (①-②)	-279,399	-360,763	-803,125	-617,087	-744,888	-81,109	-104,728	-233,145	-179,107	-216,201				
④医業外収益	510,718	539,708	1,332,400	1,572,357	1,349,988	148,260	156,675	386,791	456,371	391,829	164.3%	150.1%	1.3%	-14.1%
⑤医業外費用	233,118	182,227	173,124	184,504	181,234	67,673	52,900	50,257	53,552	52,603	-22.3%	-0.6%	4.7%	-1.8%
⑥経常利益 ((①+④)-(②+⑤))	-1,800	-3,283	356,151	770,767	423,866	-522	-953	103,390	223,712	123,026				
⑦コロナ関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	-1,800	-4,224	-341,466	-193,284	-312,438	-522	-1,226	-99,126	-56,100	-90,684				
医業利益率 (③÷①)	-3.1%	-3.8%	-9.0%	-6.5%	-7.7%	-3.1%	-3.8%	-9.0%	-6.5%	-7.7%				
経常利益率 (⑥÷①)	-0.0%	-0.0%	4.0%	8.2%	4.4%	-0.0%	-0.0%	4.0%	8.2%	4.4%				
⑨補助金 (運営・施設・その他) ※1	287,575	312,945	1,113,978	1,316,778	1,071,887	83,482	90,847	323,384	382,190	311,112	272.7%	242.5%	-3.8%	-18.6%
⑩補助金を除く医業外収益 ※2 (④-⑨)	223,142	226,762	218,423	255,579	278,101	64,777	65,828	63,407	74,181	80,718	24.6%	22.6%	27.3%	8.8%
⑪損益差額 ※3 (③+⑩-⑤)	-289,375	-316,228	-757,826	-546,011	-648,021	-84,005	-91,800	-219,994	-158,478	-188,086				
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 補助金		941	697,617	964,051	736,304		273	202,516	279,812	213,710				
⑧水道光熱費 補助金				0	6,817				0	1,979				

(表9) 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 (2022年6月/2023年6月)

### (1) 一病院あたりの診療収益の前年比

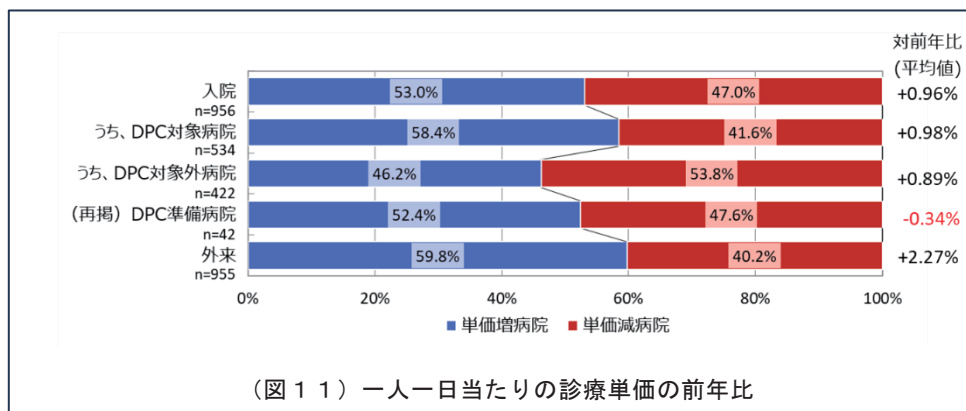
入院+外来の診療収益は53.4%の病院が増収、対前年比は+2.09%であった。入院、外来診療収益の増収病院割合は、入院が53.3%、外来が51.5%となっていた。対前年比は、入院+1.95%、外来+2.39%であった(図10)。



(図10) 一病院あたりの診療収益の前年比

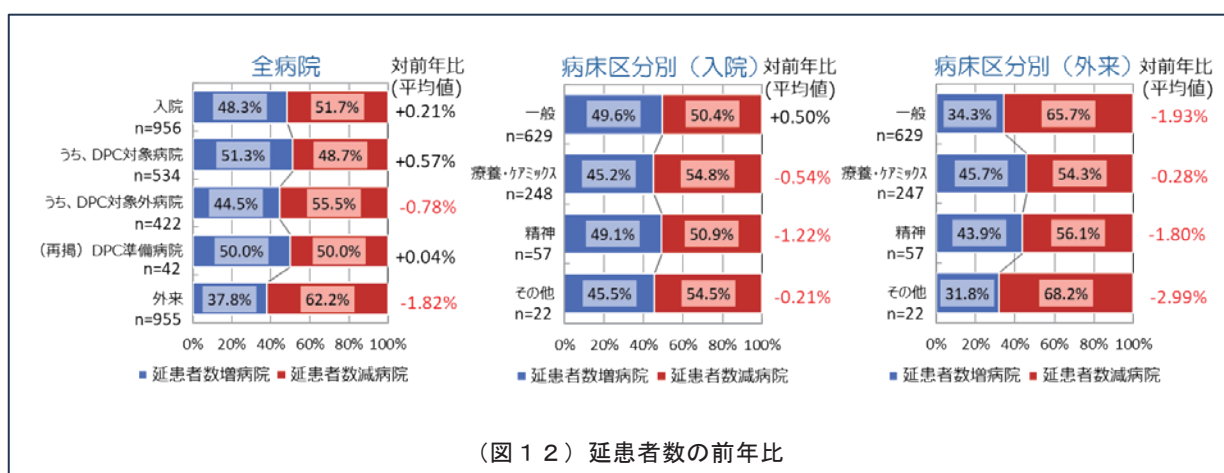
### (2) 一人一日あたりの診療単価の前年比

診療単価増病院の割合は、入院53.0% (うちDPC対象病院58.4%、DPC対象外病院46.2%)、外来59.8%であった。対前年比(平均値)では、入院全体で+0.96% (DPC対象病院+0.98%、DPC対象外病院+0.89%)、外来は+2.27%の単価増となっていた(図11)。



### (3) 延患者数の前年比

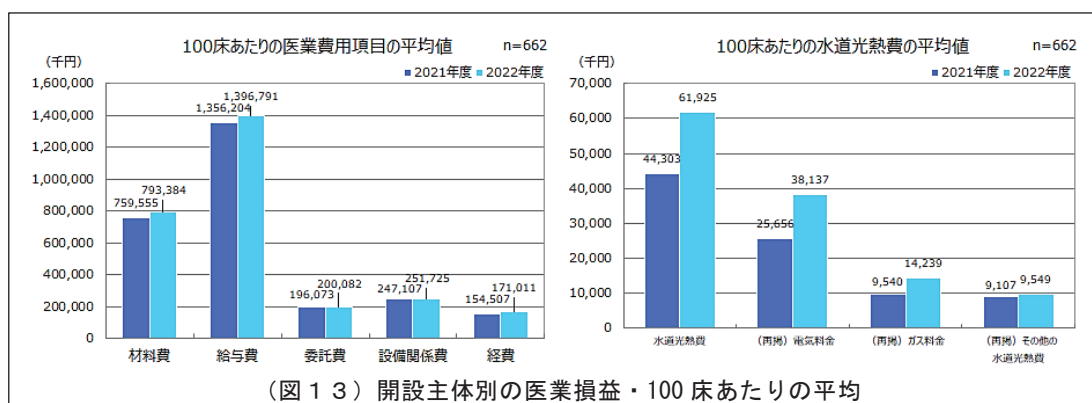
延患者数増病院の割合は、入院 48.3% (DPC 対象病院 51.3%)、外来 37.8%であった。対前年比は、入院+0.21% (DPC 対象病院+0.57%)、外来-1.82%であった (図 12)。



## Ⅷ. その他

### (1) 水道光熱費等の比較 (2021年度および2022年度)

100床あたりの医業費用項目の平均値では、すべての科目で2021年度より2022年度は増加していた。また、経費のうち水道光熱費は1,762万円(前年比+39.8%)増加していた。水道光熱費の内訳では電気料金が前年比+48.6%、ガス料金+49.3%、その他の水道光熱費+4.9%とすべてが増加、金額では電気料金が+1,248万円以最も増加し、ガス料金が+469万円であった(図13、表10)。





科目 (単位：千円)	全病院 (n=662) 平均病床数：306			
	2021年度	2022年度	差引増減	前年比
① 医業収益	2,597,395	2,668,785	71,389	2.7%
入院診療収入	1,707,621	1,755,964	48,343	2.8%
室料差額収益	33,551	32,922	-629	-1.9%
外来診療収入	776,363	801,872	25,509	3.3%
その他医業収入	79,860	78,026	-1,834	-2.3%
② 医業費用	2,768,557	2,871,711	103,154	3.7%
材料費	759,555	793,384	33,829	4.5%
医薬品費 (再掲)	448,568	473,577	25,009	5.6%
診療材料費 (再掲)	285,238	293,224	7,986	2.8%
給与費	1,356,204	1,396,791	40,587	3.0%
委託費	196,073	200,082	4,009	2.0%
設備関係費	247,107	251,725	4,617	1.9%
減価償却費 (再掲)	165,076	166,965	1,889	1.1%
研究研修費	5,666	7,031	1,365	24.1%
経費	154,507	171,011	16,504	10.7%
水道光熱費 (再掲)	44,303	61,925	17,622	39.8%
電気料金	25,656	38,137	12,481	48.6%
ガス料金	9,540	14,239	4,699	49.3%
その他の水道光熱費	9,107	9,549	442	4.9%
控除対象外消費税等負担額	34,568	36,476	1,908	5.5%
本部費配賦額	14,878	15,211	333	2.2%
④ 医業外収益	433,511	390,776	-42,735	-9.9%
運営費補助金 (再掲)	205,734	183,293	-22,442	-10.9%
施設設備補助金 (再掲)	18,529	15,648	-2,881	-15.5%
その他補助金 (再掲)	91,722	80,069	-11,653	-12.7%

(表 10) 医業損益 年度比較 (2021 年度/2022 年度) 100 床あたりの平均

## (2) 水道光熱費等の比較 (2022 年および 2023 年度 4 月～6 月分)

2022 年および 2023 年の各 4 月～6 月の 3 か月集計では、医業収益が前年比+2.0%に対して医業費用+2.8%となり、医業費用の伸びが医業収益を上回っていた。医業費用の内訳では、材料費+5.2% (医薬品費+6.8%)、経費+6.6% (水道光熱費+8.0%、電気料金+15.8%) の伸びが大きく、給与費の増加をはじめ医業費用の増加傾向が続き、病院経営を大きく圧迫している (図 13、表 11)。

科目 (単位：千円)	100床あたりの平均 n=333				前年比 (=(B-A)/A)
	2022年4月	2022年5月	2022年6月	合計(A)	
① 医業収益	184,463	186,686	195,836	566,985	
入院診療収入	124,346	126,233	129,895	380,474	
室料差額収益	2,895	2,930	2,997	8,822	
外来診療収入	51,908	51,826	55,550	159,284	
その他医業収入	5,314	5,697	7,395	18,406	
② 医業費用	199,888	196,334	211,828	608,049	
材料費	51,765	48,186	52,011	151,962	
医薬品費 (再掲)	30,314	27,705	29,318	87,336	
診療材料費 (再掲)	19,359	18,505	20,528	58,391	
給与費	100,784	102,037	111,213	314,034	
委託費	13,710	13,776	14,370	41,856	
設備関係費	17,897	17,886	19,114	54,897	
減価償却費 (再掲)	11,341	11,334	11,992	34,666	
研究研修費	656	345	413	1,414	
経費	12,068	11,219	11,743	35,030	
水道光熱費 (再掲)	3,358	3,542	3,795	10,695	
電気料金	2,016	2,165	2,332	6,513	
ガス料金	721	684	770	2,175	
その他の水道光熱費	621	693	693	2,007	
控除対象外消費税等負担額	2,001	1,883	1,980	5,864	
本部費配賦額	1,007	1,001	984	2,992	
③ 医業利益 (①-②)	-15,425	-9,648	-15,992	-41,064	
④ 医業外収益	6,311	6,857	7,319	20,487	
⑤ 医業外費用	2,575	2,735	2,190	7,500	
⑥ 経常利益 (①+④)-(②+⑤)	-11,688	-5,526	-10,863	-28,077	
⑦ コナ関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	-12,081	-6,326	-11,534	-29,941	
医業利益率 (③+④)	-8.4%	-5.2%	-8.2%	-7.2%	
経常利益率 (⑥+④)	-6.3%	-3.0%	-5.5%	-5.0%	
⑧ コナ関連 緊急包括支援事業 入金額	392	800	671	1,864	
⑨ 水道光熱費関連補助金 入金額	0	0	0	0	

科目 (単位：千円)	100床あたりの平均 n=333				前年比 (=(B-A)/A)
	2023年4月	2023年5月	2023年6月	合計(B)	
① 医業収益	187,008	192,836	198,391	578,235	2.0%
入院診療収入	126,341	130,311	131,727	388,379	2.1%
室料差額収益	2,857	2,966	3,010	8,833	0.1%
外来診療収入	52,006	53,279	56,439	161,724	1.5%
その他医業収入	5,805	6,280	7,215	19,299	4.9%
② 医業費用	204,486	203,444	217,221	625,151	2.8%
材料費	52,987	51,620	55,231	159,837	5.2%
医薬品費 (再掲)	31,038	30,225	32,028	93,291	6.8%
診療材料費 (再掲)	19,582	19,106	20,867	59,556	2.0%
給与費	102,559	104,161	112,430	319,150	1.6%
委託費	13,905	14,321	14,621	42,847	2.4%
設備関係費	18,227	17,895	19,147	55,269	0.7%
減価償却費 (再掲)	11,387	11,457	12,121	34,966	0.9%
研究研修費	758	420	468	1,646	16.4%
経費	12,980	12,079	12,285	37,344	6.6%
水道光熱費 (再掲)	3,792	3,895	3,869	11,555	8.0%
電気料金	2,482	2,557	2,503	7,542	15.8%
ガス料金	709	667	700	2,076	-4.6%
その他の水道光熱費	601	671	666	1,938	-3.4%
控除対象外消費税等負担額	2,025	1,939	2,027	5,991	2.2%
本部費配賦額	1,045	1,010	1,011	3,067	2.5%
③ 医業利益 (①-②)	-17,478	-10,608	-18,830	-46,916	
④ 医業外収益	6,836	6,969	6,525	20,330	-0.8%
⑤ 医業外費用	2,679	2,746	2,280	7,705	2.7%
⑥ 経常利益 (①+④)-(②+⑤)	-13,321	-6,386	-14,584	-34,291	
⑦ コナ関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	-13,829	-7,371	-14,783	-35,983	
医業利益率 (③+④)	-9.3%	-5.5%	-9.5%	-8.1%	
経常利益率 (⑥+④)	-7.1%	-3.3%	-7.4%	-5.9%	
⑧ コナ関連 緊急包括支援事業 入金額	508	985	199	1,692	-9.2%
⑨ 水道光熱費関連補助金 入金額	0	25	59	85	-

(表 11) 医業損益 3 か月比較 (2020 年/2023 年 4 月～6 月) 100 床あたりの平均

## 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	猪口 雄二
一般社団法人	日本医療法人協会	会長	加納 繁照

### <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	病院長
	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	病院長
	松本 隆利	八千代病院	名誉院長
	永易 卓	若弘会本部	理事・総務部長
	須貝 和則	国立国際医療研究センター	医事管理課 課長

＜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
	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
副委員長	佐合 茂樹	中部国際医療センター	病院長補佐・事務長
委員	荒井 康夫	北里大学病院	医療支援部 診療情報管理室 課長
	池田 隆一	相澤東病院	事務長・医療連携センター センター長
	北澤 将	国家公務員共済連合会	病院部経営指導第一課 課長
	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	新古賀病院	診療情報管理室 統括課長
特別委員	田畑 久美	沼津中央病院	事務部長

2023 年度  
病院経営定期調査 概要版  
—最終報告（集計結果）—

2023 年 11 月 25 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

# 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(2021年度/2022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 医業損益	8
2. 医業損益の前年同月比較(2022年6月/2023年6月)	9
(1) 医業損益への影響(全病院)	9
(2) 病床区分別の医業損益	10
(3) 開設主体別 医業損益	10
VI. 5年連続比較《参考》	11
1. 延患者数、診療単価、診療収益(新型コロナウイルス感染拡大による影響)	11
(1) 延患者数の対前年比 同月比較	11
(2) 一人一日あたりの診療収入(単価)の対前年比 同月比較	11
(3) 一病院あたりの診療収益の対前年比	11
(4) 5年連続同月比較 医業利益、経常利益(新型コロナウイルス感染拡大による影響)	12
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	12
(1) 5年連続年度比較 医業利益、経常利益 年度比較	12
(2) 一病院あたりの損益	13
VII. 診療収益・診療単価・延患者数の前年同月比較(2022年6月/2023年6月)	13
(1) 一病院あたりの診療収益の前年比	13
(2) 一人一日あたりの診療単価の前年比	13
(3) 延患者数の前年比	14
VIII. その他	14
(1) 水道光熱費等の比較(2021年度および2022年度)	14
(2) 水道光熱費等の比較(2022年および2023年度4月~6月分)	15
IX. 名簿	16

## I. はじめに

日本病院会、全日本病院協会及び日本医療法人協会の3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3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。

2023年度の病院をとりまく経営環境について、新型コロナウイルス感染拡大による影響は、コロナ関連の補助金などによって支援されたものの、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、電気料金の高騰などの影響もあり、病院経営における収益環境は厳しさを増したものでした。また、病院を標的としたサイバー攻撃の発生は、医療現場の運営に影響をきたす事態になりかねない危険もあります。

医師の働き方改革による労働時間の制約を受け入れ、医療材料等の値上げによる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、昨年（2022年）と本年（2023年）の比較になります。ただし、コロナ禍の影響が大きく真の病院経営の実態が分かり難い結果となっていることは否めません。病院現場の実態を明らかにできるものとして、ここに調査の集計結果を公表します。

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する。
- 調査方法：日本病院会、全日本病院協会及び日本医療法人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：2023年7月7日～8月18日  
(10月6日まで回収期限を延長し、未記入等についてEメールおよび電話による問い合わせを実施した。)
- 主な調査項目：2022年・2023年の各6月の診療収益、一人一日あたりの診療収入、延患者数、診療行為別点数等の前年同月比較、医業損益のみ各4月～6月の前年比較。2021年度～2022年度の医業損益等の通年比較 等。
- 回答数：1,168病院 (回答率：26.3%)  
有効回答数：1,116病院  
(会員数：4,445病院：2023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2022年6月1日/2023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、月次の医業損益に関する任意回答として2022年、2023年の各6月に各4月、5月を加えて、高騰する水道光熱費等の3か月比較を追加した。さらに新型コロナ感染拡大の影響をみるため、4年連続比較に直近1年を加え、5年連続で2018年度～2022年度の損益年度比較、2019年～2023年の各6月の診療収益、診療単価、延患者数、経常利益、医業利益について集計を実施した。今年度調査の主な構成は、以下のとおり。  
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 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

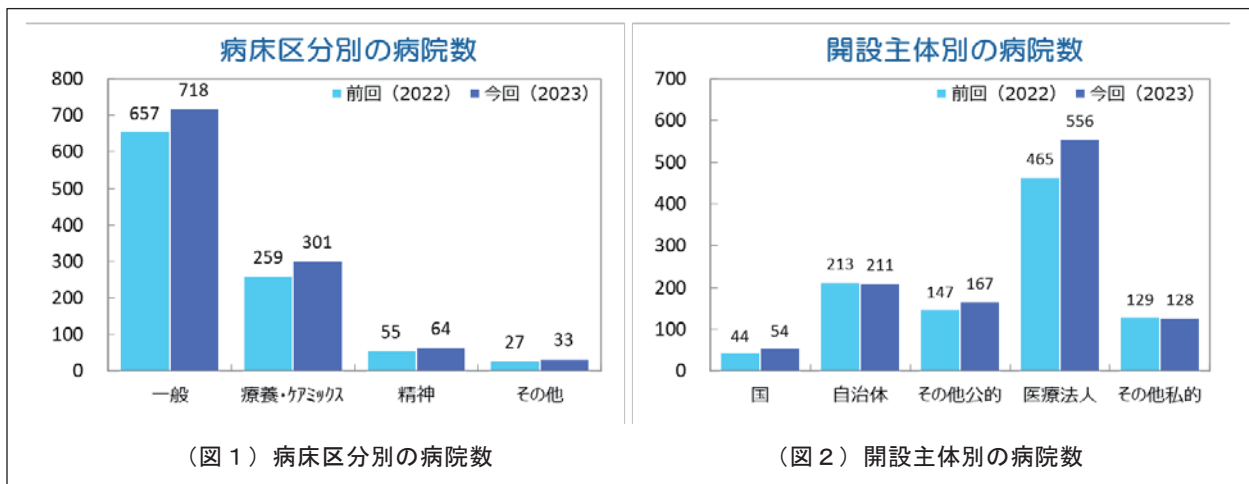
2023年度調査の全回答病院数は1,168病院、うち有効回答数は1,116病院であり、実働病床数による病床規模別に有効回答数を2022年度および2023年度調査と比較した。200～299床を除いて回答数は増加し、全体では118病院の増加となった。病床規模別有効回答数の比較では、100～199床が31.7%と最も多くを占めた。(表1)。

(表1) 有効回答の病床規模別件数

	2022年度		2023年度		前年度との比較	
	有効回答数	割合	有効回答数	割合	回答数増減	増減比率
20～99床	146	14.6%	176	15.8%	+30	+20.5%
100～199床	305	30.6%	354	31.7%	+49	+16.1%
200～299床	150	15.0%	150	13.4%	0	0%
300～399床	140	14.0%	165	14.8%	+25	+17.9%
400～499床	100	10.0%	111	9.9%	+11	+11.0%
500床～	157	15.7%	160	14.3%	+3	+1.9%
合計	998	100.0%	1,116	100.0%	+118	+11.8%

病床区別の割合では、一般が64.3%を占めており、続いて療養・ケアミックスが27.0%であった(図1)。

開設主体別の割合では、医療法人が49.8%を占め、次に自治体、その他公的と続いた。それら3つの合計は全体の83.7%を占めていた(図2)。





#### IV. 集計結果とまとめ

新型コロナウイルス感染拡大は病院経営に大きな影響を及ぼし、感染拡大中の直近 2 期の比較ではその評価が不十分であることから、本報告書では任意の調査項目ではあるが《参考》として、感染拡大前の 2019 年 6 月から拡大後の 2023 年 6 月までの 5 年連続同月比較、2018 年度から 2022 年度に至る 5 年連続年度比較を実施した。

なお、調査項目は 2022 年に引き続き「コロナ関連緊急包括支援事業 補助金」ならびに「コロナ関連の補助金を除く経常利益」を加え、さらには電気料金をはじめとする水道光熱費等の高騰問題に対応するため、2023 年 3 月に実施した医療機関経営状況調査と同様に医業損益の科目に水道光熱費等を追加し、あわせて 2022 年、2023 年の各 4 月～6 月の医業損益について調査を行った。

2021 年度、2022 年度の医業損益比較をみると、2022 年度の医業利益は 100 床あたり平均で -19,966 万円となり、赤字額の拡大がみられた。医業利益の赤字病院割合は 2 年続けて 60% を超え、2022 年度は 72.8% に上っていた。コロナ関連の補助金等により経常利益は黒字に転化していたが黒字額は縮小し、補助金を除くと依然赤字基調が続いている。

また、2018 年度～2022 年度の 5 年連続年度比較について 111 病院の追跡調査をみると、医業利益の赤字病院割合は 2018 年度の 64.0% から 2022 年度には 83.8% に拡大していた。

経常利益とコロナ関連補助金を除いた経常利益の黒字病院割合を比較すると、2020 年度 70.3% と 28.8%、2021 年度 83.8% と 42.3%、2022 年度 82.0% と 28.8% となり、3 年続けて両者の間に 40 ポイント以上の乖離がみられた。

#### 《医業損益に関する調査結果》

※（ ）内は、コロナ関連の補助金を除いた経常利益額、経常利益の赤字病院の割合

##### \* 年度比較（2021 年度／2022 年度）稼働 100 床当たり

- ▼ 医業利益 -16,670 万円 から -19,966 万円に赤字が拡大した。
- ▼ 経常利益 20,150 万円（-4,242 万円※） から 12,836 万円（-7,342 万円※） に黒字が縮小し、コロナ関連の補助金を除くと赤字であった。
- ◆ 医業利益 赤字病院の割合 65.8% から 72.8% に 7.0 ポイント増加した。
- ◆ 経常利益 赤字病院の割合 18.1%（51.4%※） から 23.3%（60.1%※） に 5.2 ポイント増加した。

##### \* 前年同月比較（2022 年 6 月／23 年 6 月）稼働 100 床当たり

- ▼ 医業利益 -1,789 万円 から -2,201 万円 に赤字が拡大した。
- ▼ 経常利益 -1,240 万円（-1,328 万円※） から -1,793 万円（-1,825 万円※） に赤字が拡大した。
- ◆ 医業利益 赤字病院の割合 64.0% から 70.2% に 6.2 ポイント増加した。
- ◆ 経常利益 赤字病院の割合 55.5%（57.5%※） から 64.4%（65.7%※） に 8.9 ポイント増加した。

## V. 医業損益の2年連続比較

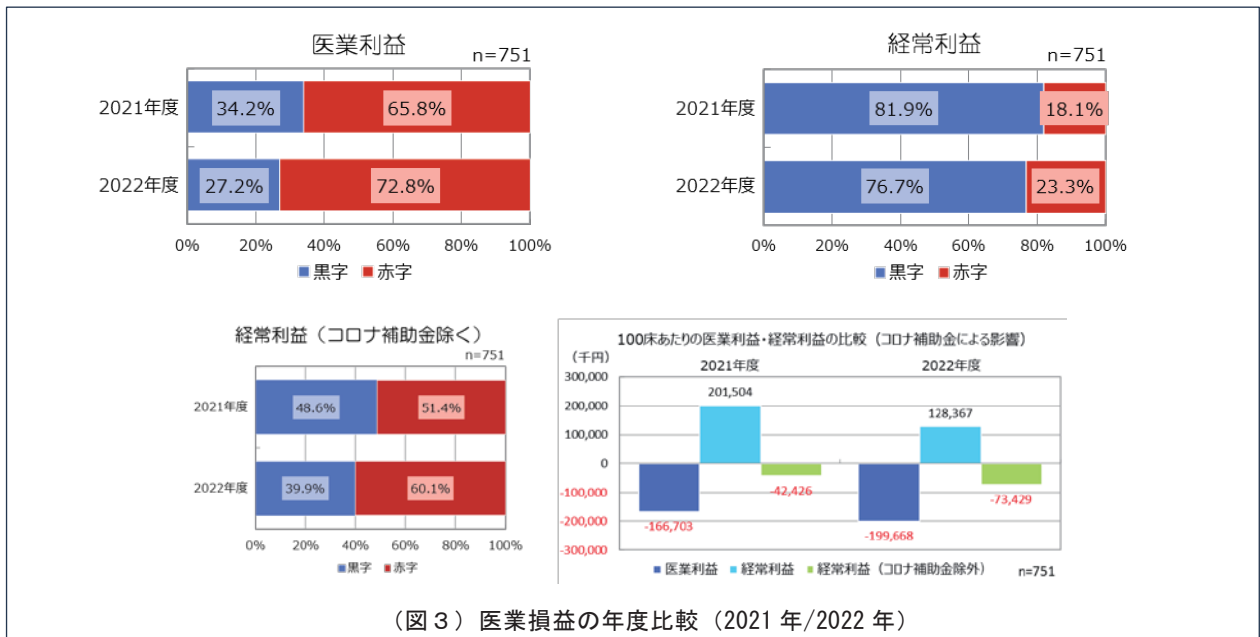
### 1. 年度比較（2021年度／2022年度）

#### （1）医業損益への影響（全病院）

医業利益における赤字病院割合は、2021年度の65.8%から22年度には72.8%に7.0ポイント増加していた。経常利益は、2022年度の黒字病院割合が76.7%、一方、赤字病院割合は2021年度の18.1%から2022年度には23.3%へと5.2ポイント増加していた。コロナ関連の補助金を除く経常利益の赤字病院割合は、2021年度51.4%、2022年度60.1%となり、2年続けて30ポイントを超える経常利益の赤字病院割合との乖離がみられた（図3）。

2022年度の100床あたり医業利益が-19,966万円の赤字に対して、経常利益は+12,836万円の黒字に転じ、コロナ関連の補助金を除く経常利益では-7,342万円の赤字であった（表2）。

また、医業収益の内訳では、入院+2.7%、外来+3.8%の増収であった。医業費用では、経費+11.2%の増加率が顕著であり、内訳では水道光熱費+38.8%（電気料金+47.6%、ガス料金47.9%）であった。また医薬品費+5.7%の増加率も高かった。一方、医業外収益-9.6%の内訳をみると運営費補助金-10.4%、施設設備補助金-12.4%と減少していた（表3）。



（図3）医業損益の年度比較（2021年/2022年）

科目 (単位：千円)	全病院 (n=751) 平均病床数：300				2022年度 黒字病院 (n=576) 平均病床数：317				2022年度 赤字病院 (n=175) 平均病床数：245			
	2021年度	2022年度	差引増減	前年比	2021年度	2022年度	差引増減	前年比	2021年度	2022年度	差引増減	前年比
①医業収益	2,569,252	2,639,059	69,807	2.7%	2,627,004	2,707,842	80,838	3.1%	2,323,151	2,345,953	22,802	1.0%
②医業費用	2,735,954	2,838,727	102,772	3.8%	2,764,811	2,871,141	106,331	3.8%	2,612,990	2,700,600	87,609	3.4%
③医業利益 (①-②)	-166,703	-199,668	-32,965		-137,806	-163,299	-25,493		-289,840	-354,647	-64,807	
④医業外収益	426,399	385,542	-40,857	-9.6%	438,036	399,735	-38,301	-8.7%	376,810	325,061	-51,748	-13.7%
⑤医業外費用	58,192	57,507	-685	-1.2%	55,630	53,955	-1,675	-3.0%	69,109	72,646	3,537	5.1%
⑥経常利益 (①+④) - (②+⑤)	201,504	128,367	-73,137		244,600	182,482	-62,118		17,861	-102,232	-120,093	
コロナ関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	-42,426	-73,429	-31,003		-16,484	-38,920	-22,436		-152,971	-220,478	-67,507	
医業利益率 (③÷①)	-6.5%	-7.6%			-5.2%	-6.0%			-12.5%	-15.1%		
経常利益率 (⑥÷①)	7.8%	4.9%			9.3%	6.7%			0.8%	-4.4%		
⑨補助金 (運営・施設・その他) *1	313,519	278,889	-34,630	-11.0%	329,512	295,409	-34,104	-10.3%	245,370	208,495	-36,875	-15.0%
⑩補助金を除く医業外収益 *2 (④-⑨)	112,879	106,653	-6,226	-5.5%	108,524	104,327	-4,197	-3.9%	131,440	116,567	-14,873	-11.3%
⑪損益差額 *3 (③+⑩-⑤)	-112,015	-150,522	-38,507		-84,912	-112,927	-28,014		-227,509	-310,727	-83,218	
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 補助金	243,930	201,795			261,084	221,402			170,832	118,246		
⑧水道光熱費 補助金	15	1,996			18	1,996			1	1,994		

（表2）全病院の医業損益・100床あたりの平均

科目 (単位：千円)	全病院 (n=751)				2022年度 黒字病院 (n=576)				2022年度 赤字病院 (n=175)			
	平均病床数：300				平均病床数：317				平均病床数：245			
	2021年度	2022年度	差引増減	前年比	2021年度	2022年度	差引増減	前年比	2021年度	2022年度	差引増減	前年比
① 医業収益	2,569,252	2,639,059	69,807	2.7%	2,627,004	2,707,842	80,838	3.1%	2,323,151	2,345,953	22,802	1.0%
入院診療収入	1,687,603	1,734,143	46,540	2.8%	1,729,705	1,785,217	55,512	3.2%	1,508,198	1,516,505	8,307	0.6%
室料差額収益	32,938	32,357	-581	-1.8%	34,134	33,665	-469	-1.4%	27,843	26,784	-1,059	-3.8%
外来診療収入	768,268	794,071	25,803	3.4%	782,922	809,541	26,619	3.4%	705,822	728,150	22,327	3.2%
その他医業収入	80,443	78,487	-1,955	-2.4%	80,244	79,420	-824	-1.0%	81,287	74,513	-6,774	-8.3%
② 医業費用	2,735,954	2,838,727	102,772	3.8%	2,764,811	2,871,141	106,331	3.8%	2,612,990	2,700,600	87,609	3.4%
材料費	747,826	781,553	33,727	4.5%	766,980	802,630	35,650	4.6%	666,204	691,737	25,533	3.8%
医薬品費(再掲)	441,891	467,056	25,165	5.7%	452,503	478,579	26,076	5.8%	396,672	417,953	21,281	5.4%
診療材料費(再掲)	280,410	287,995	7,585	2.7%	288,287	296,904	8,617	3.0%	246,842	250,030	3,188	1.3%
給与費	1,344,240	1,383,824	39,584	2.9%	1,353,959	1,397,240	43,281	3.2%	1,302,825	1,326,653	23,828	1.8%
委託費	192,002	196,224	4,222	2.2%	191,587	196,328	4,741	2.5%	193,770	195,782	2,012	1.0%
設備関係費	243,578	248,188	4,610	1.9%	245,630	249,275	3,645	1.5%	234,837	243,559	8,722	3.7%
減価償却費(再掲)	163,117	165,006	1,889	1.2%	163,735	165,132	1,397	0.9%	160,483	164,470	3,987	2.5%
研究研修費	5,630	6,936	1,307	23.2%	5,356	6,586	1,230	23.0%	6,795	8,428	1,633	24.0%
経費	153,542	170,769	17,227	11.2%	151,050	166,766	15,715	10.4%	164,161	187,829	23,668	14.4%
水道光熱費(再掲)	43,961	61,036	17,075	38.8%	43,647	60,351	16,704	38.3%	45,298	63,952	18,654	41.2%
電気料金	25,395	37,491	12,096	47.6%	24,963	36,748	11,785	47.2%	27,236	40,657	13,421	49.3%
ガス料金	9,335	13,809	4,474	47.9%	9,328	13,763	4,435	47.5%	9,367	14,005	4,638	49.5%
その他の水道光熱費	9,230	9,736	505	5.5%	9,356	9,840	484	5.2%	8,695	9,290	595	6.8%
控除対象外消費税等負担額	34,549	36,339	1,790	5.2%	35,104	36,693	1,589	4.5%	32,184	34,830	2,645	8.2%
本部費配賦額	14,587	14,894	306	2.1%	15,144	15,624	479	3.2%	12,214	11,783	-432	-3.5%
④ 医業外収益	426,399	385,542	-40,857	-9.6%	438,036	399,735	-38,301	-8.7%	376,810	325,061	-51,748	-13.7%
運営費補助金(再掲)	204,552	183,365	-21,187	-10.4%	215,674	193,159	-22,516	-10.4%	157,157	141,630	-15,527	-9.9%
施設設備補助金(再掲)	18,481	16,186	-2,295	-12.4%	19,808	17,826	-1,982	-10.0%	12,827	9,199	-3,629	-28.3%
その他補助金(再掲)	90,486	79,338	-11,148	-12.3%	94,030	84,424	-9,606	-10.2%	75,385	57,666	-17,719	-23.5%

(表3) 全病院の医業損益の内訳・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増を下回り、医業利益が減少し、2期続けて赤字であった。経常利益では医業利益の赤字額を上回る医業外収益により、すべての病床区分で2期黒字であった。

2022年度の一般における稼働100床あたり医業利益が-24,084万円の赤字に対して、経常利益は+15,244万円の黒字、損益差額は-18,600万円であった。コロナ関連の補助金を除く経常利益は-9,098万円であった。なお、コロナ関連緊急包括支援事業補助金額は24,343万円であった(表4)。

科目 (単位：千円)	一般 (n=498)				療養+ケアミックス (n=188)				精神 (n=41)				その他 (n=24)			
	平均病床数：352				平均病床数：157				平均病床数：279				平均病床数：384			
	2021年度	2022年度	差引増減	前年比	2021年度	2022年度	差引増減	前年比	2021年度	2022年度	差引増減	前年比	2021年度	2022年度	差引増減	前年比
① 医業収益	2,949,677	3,033,118	83,441	2.8%	1,363,712	1,391,422	27,710	2.0%	673,950	682,665	8,715	1.3%	1,550,452	1,571,707	21,255	1.4%
② 医業費用	3,153,217	3,273,964	120,747	3.8%	1,379,383	1,424,874	45,491	3.3%	687,549	698,378	10,829	1.6%	1,690,684	1,749,323	58,638	3.5%
③ 医業利益(①-②)	-203,540	-240,846	-37,306	-18.3%	-15,671	-33,451	-17,781	-11.3%	-13,600	-15,713	-2,114	-15.5%	-140,233	-177,616	-37,383	-26.6%
④ 医業外収益	516,715	461,700	-55,015	-10.6%	98,323	108,618	10,294	10.5%	53,014	57,811	4,798	9.0%	223,683	231,486	7,803	3.5%
⑤ 医業外費用	69,323	68,411	-911	-1.3%	16,272	18,252	1,980	12.2%	11,969	8,174	-3,794	-31.7%	38,227	37,176	-1,051	-2.7%
⑥ 経常利益(①+④)-(②+⑤)	243,852	152,443	-91,409	-37.5%	66,381	56,914	-9,466	-14.3%	27,446	33,924	6,478	23.6%	45,224	16,695	-28,529	-63.1%
コロナ関連の補助金を除く経常利益(⑥-⑦)	-56,221	-90,988	-34,767	-61.3%	22,726	2,793	-19,933	-87.7%	11,029	10,338	-691	-6.2%	-55,232	-87,758	-32,525	-58.9%
⑦ 経常利益率(⑥+①)	-6.9%	-7.9%			-1.1%	-2.4%			-2.0%	-2.3%			-9.0%	-11.3%		
⑧ 医業利益率(③+①)	8.3%	5.0%			4.9%	4.1%			4.1%	5.0%			2.9%	1.1%		
⑨ 補助金(運営・施設・その他) <sup>※1</sup>	385,463	338,443	-47,020	-12.2%	60,954	71,078	10,124	16.6%	19,214	24,454	5,240	27.3%	120,032	128,114	8,082	6.7%
⑩ 補助金を除く医業外収益 <sup>※2</sup> (④-⑨)	131,251	123,257	-7,994	-6.1%	37,369	37,539	170	0.5%	33,800	33,358	-443	-1.3%	103,651	103,372	-279	-0.3%
⑪ 損益差額 <sup>※3</sup> (③+⑩-⑤)	-141,611	-186,000	-44,389	-31.3%	5,426	-14,164	-19,591	-353.5%	8,232	9,470	1,238	15.0%	-74,809	-111,420	-36,611	-48.9%
⑫ コロナ関連 緊急包括支援事業 補助金	300,073	243,431			43,655	54,121			16,417	23,586			100,456	104,453		
⑬ 水道光熱費 補助金	19	2,055			1	1,762			0	2,083			1	1,506		

(表4) 病床区分別の医業損益・100床あたりの平均

## (3) 開設主体別 医業損益

開設主体別の医業損益比較では、医業収益の増収割合は国の+3.6%が最も高く、その他私的が+1.2%で最も低かった。医業利益の比較では、すべての開設主体で2期赤字・減益であった。2022年度の赤字額は、自治体の-41,260万円が最も多かった。

医業外収益はすべての開設主体で減収となったが医業利益の赤字額を上回り、経常利益はすべて

の開設主体で 2 期黒字・減益であった。2022 年度ではその他公的の+21,425 万円が最も多かった（表 5）。

科目 (単位：千円)	国 (n=50) 平均病床数：422				自治体 (n=165) 平均病床数：414				その他公的 (n=102) 平均病床数：380			
	2021年度	2022年度	差引増減	前年比	2021年度	2022年度	差引増減	前年比	2021年度	2022年度	差引増減	前年比
① 医業収益	2,726,196	2,824,719	98,523	3.6%	2,775,472	2,853,811	78,338	2.8%	3,075,677	3,160,866	85,189	2.8%
② 医業費用	2,897,436	3,050,237	152,801	5.3%	3,161,354	3,266,411	105,057	3.3%	3,140,629	3,283,993	143,364	4.6%
③ 医業利益 (①-②)	-171,240	-225,518	-54,278		-385,882	-412,601	-26,719		-64,952	-123,127	-58,175	
④ 医業外収益	560,243	463,565	-96,678	-17.3%	693,825	627,633	-66,192	-9.5%	414,615	385,385	-29,230	-7.0%
⑤ 医業外費用	114,344	116,939	2,595	2.3%	96,796	95,995	-801	-0.8%	51,427	47,999	-3,429	-6.7%
⑥ 経常利益 (①+④)-(②+⑤)	274,659	121,108	-153,551		211,147	119,037	-92,110		298,236	214,259	-83,977	
⑦ コロナ関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	-58,046	-129,688	-71,643		-121,628	-141,893	-20,266		5,834	-45,582	-51,417	
医業利益率 (③+④)	-6.3%	-8.0%			-13.9%	-14.5%			-2.1%	-3.9%		
経常利益率 (⑥+①)	10.1%	4.3%			7.6%	4.2%			9.7%	6.8%		
⑧ 補助金 (運営・施設・その他) <sup>※1</sup>	387,236	298,773	-88,462	-22.8%	502,368	442,017	-60,351	-12.0%	358,608	322,540	-36,068	-10.1%
⑨ 補助金を除く医業外収益 <sup>※2</sup> (④-⑧)	173,007	164,792	-8,216	-4.7%	191,457	185,616	-5,841	-3.1%	56,007	62,845	6,838	12.2%
⑩ 損益差額 <sup>※3</sup> (③+⑧-⑨)	-112,576	-177,665	-65,089		-291,221	-322,980	-31,759		-60,372	-108,281	-47,909	
⑦ コロナ関連 緊急包括支援事業 補助金	332,705	250,797			332,775	260,930			292,401	259,842		
⑧ 水道光熱費 補助金	13	1,687			17	2,047			47	2,494		

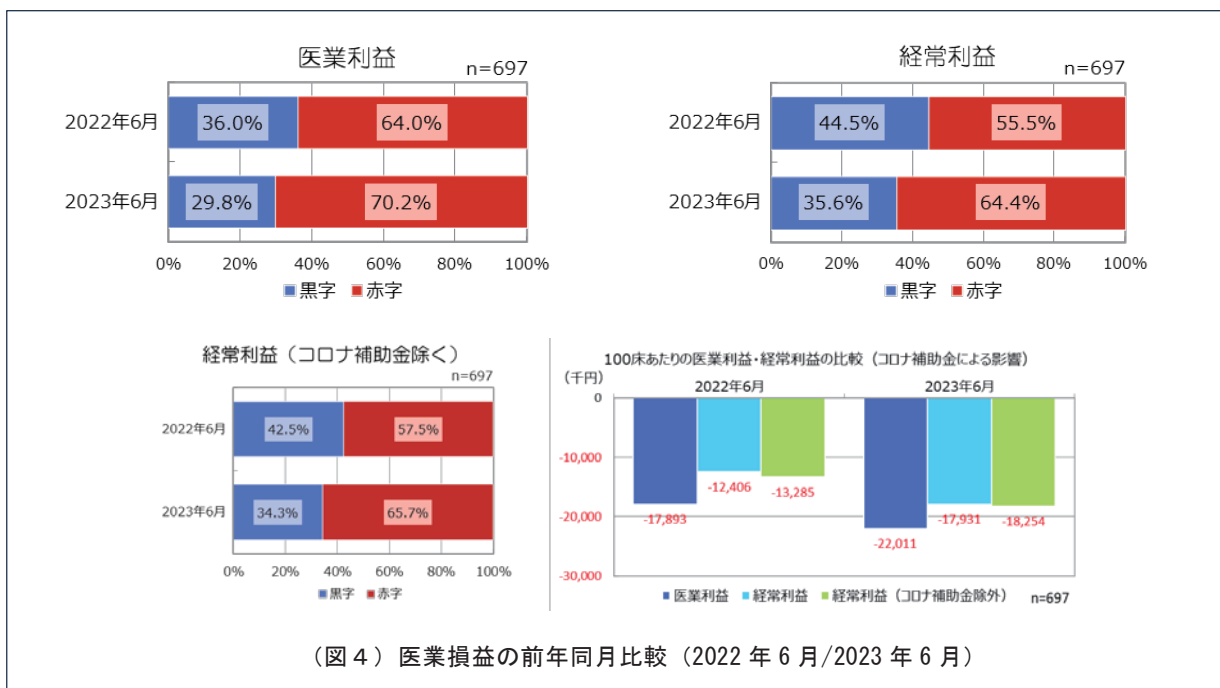
科目 (単位：千円)	医療法人 (n=344) 平均病床数：191				その他私的 (n=90) 平均病床数：348			
	2021年度	2022年度	差引増減	前年比	2021年度	2022年度	差引増減	前年比
① 医業収益	1,799,461	1,858,195	58,734	3.3%	3,005,657	3,041,795	36,138	1.2%
② 医業費用	1,800,435	1,875,417	74,983	4.2%	3,165,108	3,237,473	72,365	2.3%
③ 医業利益 (①-②)	-974	-17,223	-16,249		-159,451	-195,678	-36,227	
④ 医業外収益	145,378	140,812	-4,566	-3.1%	357,982	319,366	-38,617	-10.8%
⑤ 医業外費用	21,885	19,301	-2,585	-11.8%	20,822	25,563	4,741	22.8%
⑥ 経常利益 (①+④)-(②+⑤)	122,518	104,289	-18,230		177,709	98,124	-79,585	
⑦ コロナ関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	22,793	10,817	-11,976		-55,783	-97,604	-41,821	
医業利益率 (③+④)	-0.1%	-0.9%			-5.3%	-6.4%		
経常利益率 (⑥+①)	6.8%	5.6%			5.9%	3.2%		
⑧ 補助金 (運営・施設・その他) <sup>※1</sup>	102,469	105,109	2,640	2.6%	239,732	220,916	-18,816	-7.8%
⑨ 補助金を除く医業外収益 <sup>※2</sup> (④-⑧)	42,909	35,703	-7,206	-16.8%	118,250	98,450	-19,800	-16.7%
⑩ 損益差額 <sup>※3</sup> (③+⑧-⑨)	20,050	-820	-20,870		-62,023	-122,791	-60,768	
⑦ コロナ関連 緊急包括支援事業 補助金	99,725	93,472			233,492	195,729		
⑧ 水道光熱費 補助金	1	1,818			1	1,848		

(表 5) 開設主体別の医業損益・100 床あたりの平均

## 2. 医業損益の前年同月比較 (2022 年 6 月/2023 年 6 月)

### (1) 医業損益への影響 (全病院)

医業利益の比較では、赤字病院割合は 2022 年 6 月期の 64.0%から 2023 年 6 月期には 70.2%へと 6.2 ポイント増加し、経常利益の前年同月比較では、赤字病院割合が 55.5%から 64.4%へと 8.9 ポイント増加していた (図 4)。100 床あたりの医業損益では、2023 年 6 月期で医業利益-2,201 万円、経常利益-1,793 万円であり、コロナ補助金を除く経常利益は-1,825 万円であった (表 6)。



(図 4) 医業損益の前年同月比較 (2022 年 6 月/2023 年 6 月)

科目 (単位：千円)	全病院 (n=697) 平均病床数：263				2023年6月 黒字病院 (n=248) 平均病床数：205				2023年6月 赤字病院 (n=449) 平均病床数：294			
	2022年6月	2023年6月	差引増減	前年比	2022年6月	2023年6月	差引増減	前年比	2022年6月	2023年6月	差引増減	前年比
	① 医業収益	203,894	206,755	2,861	1.4%	163,406	168,485	5,079	3.1%	219,510	221,515	2,005
② 医業費用	221,787	228,766	6,978	3.1%	161,282	164,236	2,954	1.8%	245,123	253,654	8,531	3.5%
③ 医業利益 (①-②)	-17,893	-22,011	-4,118		2,124	4,249	2,125		-25,614	-32,139	-6,525	
④ 医業外収益	7,768	6,465	-1,304	-16.8%	4,797	5,161	364	7.6%	8,914	6,967	-1,947	-21.8%
⑤ 医業外費用	2,281	2,384	103	4.5%	1,385	1,270	-115	-8.3%	2,627	2,814	187	7.1%
⑥ 経常利益 ((①+④)-(②+⑤))	-12,406	-17,931	-5,524		5,535	8,140	2,604		-19,326	-27,986	-8,659	
⑦ コロナ関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	-13,285	-18,254	-4,969		4,572	7,431	2,859		-20,173	-28,160	-7,988	
医業利益率 (③÷①)	-8.8%	-10.6%			1.3%	2.5%			-11.7%	-14.5%		
経常利益率 (⑥÷①)	-6.1%	-8.7%			3.4%	4.8%			-8.8%	-12.6%		
⑦ コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	879	323			963	708			846	175		
⑧ 水道光熱費関連補助金 入金額	0	44			0	135			0	9		

(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

病床区分別の医業損益 2 期比較では、一般病院の医業収益は前年比+1.7%、医業費用+3.4%の増加となり、医業利益、経常利益の赤字幅は増加した。2023 年 6 月期の医業利益は-2,838 万円、経常利益は-2,331 万円であった。療養+ケアミックスでは、医業収益が-0.4%、医業費用+1.4%となり、医業利益、経常利益の赤字幅も増加となった。精神では、医業収益が-1.0%、医業費用-0.4%となり医業利益の赤字幅は微増、経常利益も 2 期連続で赤字となっていた (表 7)。

科目 (単位：千円)	一般 (n=426) 平均病床数：306				療養+ケアミックス (n=201) 平均病床数：156				精神 (n=46) 平均病床数：269				その他 (n=24) 平均病床数：376			
	2022年6月	2023年6月	差引増減	前年比	2022年6月	2023年6月	差引増減	前年比	2022年6月	2023年6月	差引増減	前年比	2022年6月	2023年6月	差引増減	前年比
	① 医業収益	243,483	247,648	4,165	1.7%	112,583	112,094	-489	-0.4%	65,744	65,067	-677	-1.0%	138,611	139,120	509
② 医業費用	266,875	276,034	9,159	3.4%	115,471	117,073	1,602	1.4%	67,636	67,385	-251	-0.4%	151,140	155,211	4,071	2.7%
③ 医業利益 (①-②)	-23,392	-28,386	-4,994		-2,888	-4,979	-2,091		-1,892	-2,318	-426		-12,529	-16,092	-3,562	
④ 医業外収益	9,484	7,844	-1,640	-17.3%	3,044	2,340	-703	-23.1%	1,656	1,824	167	10.1%	7,772	7,230	-542	-7.0%
⑤ 医業外費用	2,810	2,777	-33	-1.2%	826	1,655	829	100.3%	412	386	-25	-6.2%	2,257	1,981	-276	-12.2%
⑥ 経常利益 ((①+④)-(②+⑤))	-16,718	-23,319	-6,601		-670	-4,293	-3,623		-647	-881	-234		-7,014	-10,842	-3,828	
⑦ コロナ関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	-17,707	-23,613	-5,906		-1,295	-4,820	-3,525		-729	-888	-159		-8,274	-11,313	-3,039	
医業利益率 (③÷①)	-9.6%	-11.5%			-2.6%	-4.4%			-2.9%	-3.6%			-9.0%	-11.6%		
経常利益率 (⑥÷①)	-6.9%	-9.4%			-0.6%	-3.8%			-1.0%	-1.4%			-5.1%	-7.8%		
⑦ コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	989	294			625	527			81	7			1,260	471		
⑧ 水道光熱費関連補助金 入金額	0	21			0	101			0	168			0	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 医業損益

医業損益の開設主体別の 2 期比較では、すべての開設主体で医業利益が 2 期赤字となっていた。経常利益では医療法人が黒字から赤字になり、2023 年 6 月はすべての開設主体で赤字となった。医業利益の赤字額では、自治体の-4,817 万円が最大で、最小は医療法人の-391 万円であった。経常利益は、自治体の-3,727 万円が赤字額の最大であった。コロナ関連緊急包括支援事業補助金入金額は、医療法人の 52 万円が最も多かった。医業費用はすべての開設主体で増額となり、自治体が +4.2%と最も増加、医療法人+1.9%と最も少ない増加であった (表 8)。

科目 (単位：千円)	国 (n=40) 平均病床数：399				自治体 (n=118) 平均病床数：370				その他公的 (n=104) 平均病床数：349				医療法人 (n=350) 平均病床数：173				その他私的 (n=85) 平均病床数：311			
	2022年6月	2023年6月	差引増減	前年比	2022年6月	2023年6月	差引増減	前年比	2022年6月	2023年6月	差引増減	前年比	2022年6月	2023年6月	差引増減	前年比	2022年6月	2023年6月	差引増減	前年比
	① 医業収益	233,512	243,850	10,339	4.4%	226,780	229,771	2,991	1.3%	248,643	252,460	3,817	1.5%	137,188	137,244	56	0.0%	239,956	243,218	3,262
② 医業費用	254,495	263,020	8,525	3.3%	266,738	277,946	11,208	4.2%	265,824	272,442	6,617	2.5%	138,476	141,154	2,677	1.9%	258,646	268,075	9,429	3.6%
③ 医業利益 (①-②)	-20,983	-19,170	1,813		-39,958	-48,175	-8,217		-17,181	-19,982	-2,801		-1,288	-3,910	-2,622		-18,689	-24,857	-6,168	
④ 医業外収益	8,377	8,074	-303	-3.6%	14,549	14,169	-379	-2.6%	5,490	4,944	-545	-9.9%	3,452	2,447	-1,004	-29.1%	9,239	4,080	-5,159	-55.8%
⑤ 医業外費用	6,892	6,954	62	0.9%	3,249	3,268	19	0.6%	1,884	1,888	4	0.2%	1,024	1,405	381	37.2%	1,331	1,096	-235	-17.6%
⑥ 経常利益 ((①+④)-(②+⑤))	-19,499	-18,050	1,448		-28,659	-37,274	-8,615		-13,575	-16,926	-3,350		1,139	-2,867	-4,007		-10,782	-21,874	-11,092	
⑦ コロナ関連の補助金を除く経常利益 (⑥-⑦)	-19,702	-18,080	1,623		-29,555	-37,698	-8,143		-14,094	-17,155	-3,061		-238	-3,392	-3,154		-11,391	-21,877	-10,487	
医業利益率 (③÷①)	-9.0%	-7.9%			-17.6%	-21.0%			-6.9%	-7.9%			-0.9%	-2.8%			-7.8%	-10.2%		
経常利益率 (⑥÷①)	-8.4%	-7.4%			-12.6%	-16.2%			-5.5%	-6.7%			0.8%	-2.1%			-4.5%	-9.0%		
⑦ コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	204	29			896	424			519	229			1,377	524			609	4		
⑧ 水道光熱費関連補助金 入金額	0	0			0	0			0	135			0	51			0	1		

(表8) 開設主体別の医業損益・100床あたりの平均

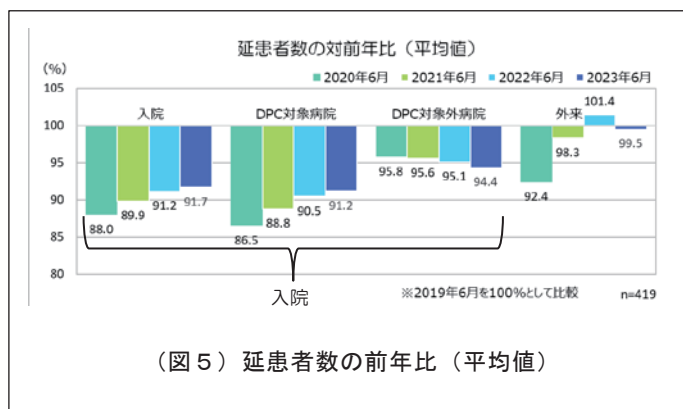
## VI. 5年連続比較《参考》

### 1. 延患者数、診療単価、診療収益（新型コロナウイルス感染拡大による影響）

（2019年6月/2020年6月/2021年6月/2022年6月/2023年6月）

#### （1）延患者数の対前年比 同月比較

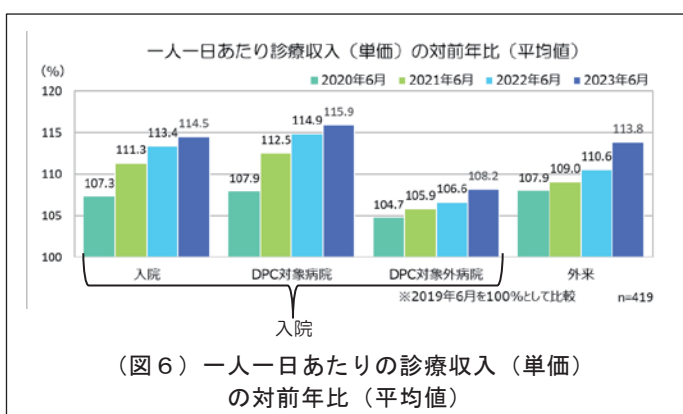
延患者数について2019年6月を100%として5年連続同月比較では、入院患者数は2020年6月は88.0%であったが、2021年89.9%、2022年91.2%、2023年91.7%と対前年比はマイナスの中でも年々増加傾向であった。外来患者数は2020年の92.4%から2022年101.4%へと増加したが、2023年は99.5%に減少し2019年を下回った（図5）。



（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月期を100%とした5年連続同月比較では、入院単価は2020年の107.3%から111.3%、113.4%、114.5%と年々増加し、外来単価は、2020年の107.9%から2022年110.6%、2023年には113.8%へと増加していた（図6）。

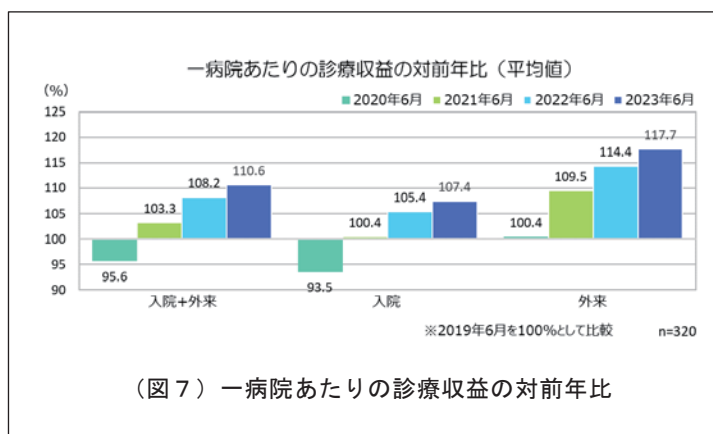


（図6）一人一日あたりの診療収入（単価）の対前年比（平均値）

#### （3）一病院あたりの診療収益の対前年比

診療収益について2019年6月を100%として5年連続同月比較では、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、2023年は110.6%であった。

入院収益は、2020年に93.5%であったが、2021年100.4%、2023年には107.4%へと増加し、外来収益は、2020年100.4%から2021年109.5%に、2023年は117.7%であった（図7）。

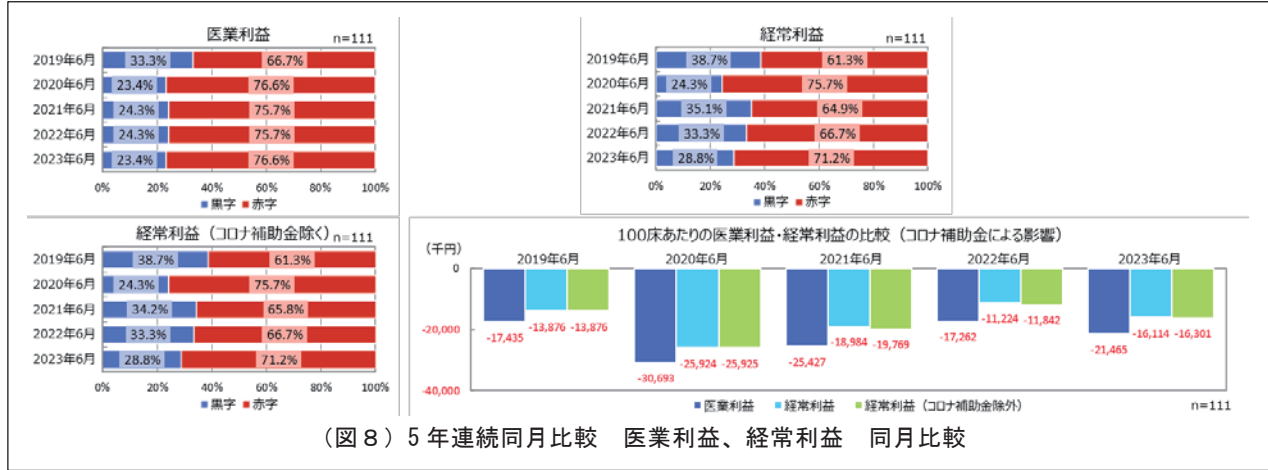


（図7）一病院あたりの診療収益の対前年比

#### (4) 5年連続同月比較 医業利益、経常利益(新型コロナウイルス感染拡大による影響)

医業利益の赤字病院割合は、2019年66.7%より2020年は76.6%に増加し、2021年・2022年75.7%、2023年76.6%とほぼ横ばいで推移し、4年連続で70%台後半の赤字割合であった。

経常利益の赤字病院割合では、2019年は61.3%より2020年は75.7%に急増し、2021年64.9%、2022年66.7%と回復がみられたが、2023年には71.2%へと増加していた(図8)。

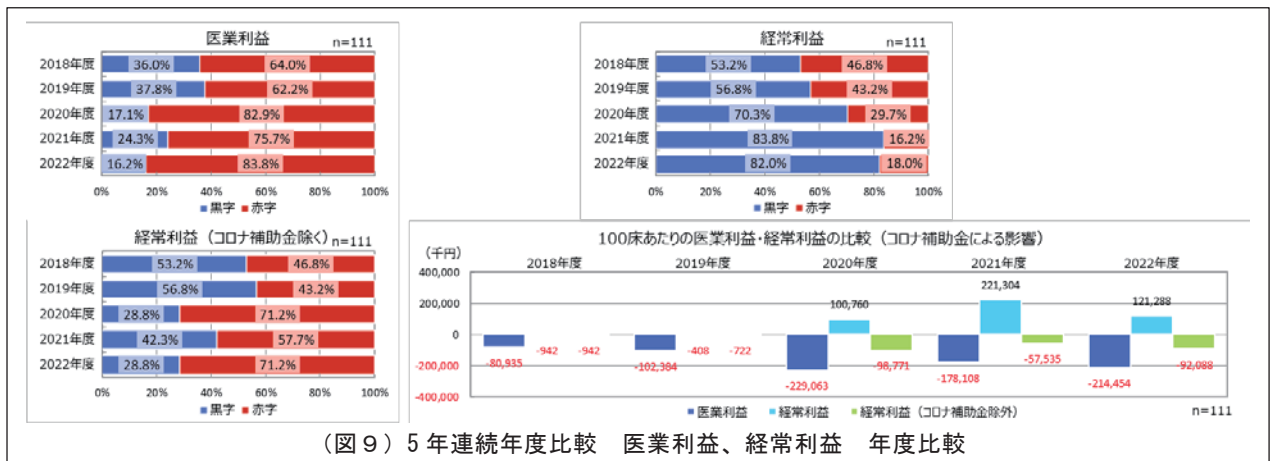


## 2. 医業損益(新型コロナウイルス感染拡大による影響)の年度比較

(2018年度/2019年度/2020年度/2021年度/2022年度)

### (1) 5年連続年度比較 医業利益、経常利益 年度比較

医業利益の赤字病院割合は、2018年度、2019年が60%台から2020年度に82.9%に急増し、2021年度75.7%、2022年度83.8%へと再び増加した。経常利益は黒字病院割合が2018年度、2019年度は50%台であったが、2020年度には70.3%へと大幅に増加し、2021年度83.8%、2022年度は82.0%であった。一方で、経常利益とコロナ関連補助金を除いた経常利益の黒字病院割合を比較すると、2020年度70.3%と28.8%、2021年度83.8%と42.3%、2022年度82.0%と28.8%となり、3年続けて両者の間に40ポイント以上の乖離がみられた。また、100床あたりの経常利益は2020年度、2021年度、2022年度で3期黒字となったが、コロナ関連の補助金を除くと赤字であった(図9)。



## (2) 一病院あたりの損益

一病院あたりの医業利益は5年続けて赤字となり、赤字額は2018年度の-27,496万円から2020年度には-77,819万円に大幅に増加し、2021年度は-60,357万円に若干の減少がみられたが2022年度には-72,674万円へと再び増加に転じた。

医業収益では、2020年度が最少、2022年度が医業収益、医業費用ともに最大であった。

経常利益では、2018年度、2019年度が赤字、2020年度以降は補助金を含む医業外収益の増収により黒字となっていた。(表9)。

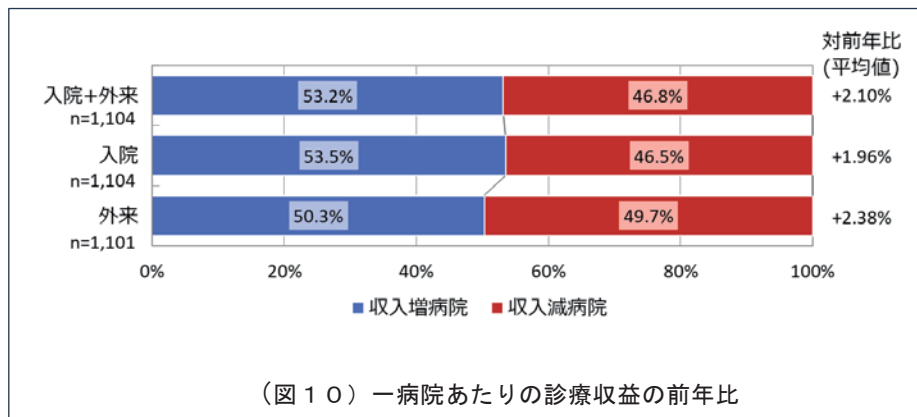
科目 (単位:千円)	一病院あたりの損益					100床あたりの平均					対前年比			
	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2018年度	2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	対2018年比	対2019年比	対2020年比	対2021年比
①医業収益	8,997,814	9,248,525	8,791,668	9,257,921	9,454,010	2,648,521	2,722,318	2,587,842	2,731,894	2,789,757	5.3%	2.5%	7.8%	2.1%
②医業費用	9,272,774	9,596,353	9,569,863	9,861,499	10,180,757	2,729,456	2,824,702	2,816,905	2,910,002	3,004,211	10.1%	6.4%	6.6%	3.2%
③医業利益(①-②)	-274,960	-347,828	-778,195	-603,578	-726,747	-80,935	-102,384	-229,063	-178,108	-214,454				
④医業外収益	495,929	523,996	1,291,827	1,534,885	1,316,186	145,978	154,239	380,252	452,925	388,390	166.1%	151.8%	2.1%	-14.2%
⑤医業外費用	224,170	177,555	171,322	181,346	178,415	65,985	52,264	50,429	53,513	52,648	-20.2%	0.7%	4.4%	-1.6%
⑥経常利益((①+④)-(②+⑤))	-3,201	-1,387	342,310	749,961	411,024	-942	-408	100,760	221,304	121,288				
⑦コロナ関連の補助金を除く経常利益(⑥-⑦)	-3,201	-2,453	-335,555	-194,977	-312,070	-942	-722	-98,771	-57,535	-92,088				
医業利益率(③÷①)	-3.1%	-3.8%	-8.9%	-6.5%	-7.7%	-3.1%	-3.8%	-8.9%	-6.5%	-7.7%				
経常利益率(⑥÷①)	-0.0%	-0.0%	3.9%	8.1%	4.3%	-0.0%	-0.0%	3.9%	8.1%	4.3%				
⑧補助金(運営・施設・その他) <sup>*1</sup>	267,080	290,131	1,065,676	1,280,290	1,040,889	78,615	85,400	313,684	377,797	307,153	290.7%	259.7%	-2.1%	-18.7%
⑨補助金を除く医業外収益 <sup>*2</sup> (④-⑧)	228,850	233,865	226,151	254,595	275,297	67,362	68,838	66,568	75,128	81,237	20.6%	18.0%	22.0%	8.1%
⑩損益差額 <sup>*3</sup> (③+⑨-⑤)	-270,280	-291,518	-723,366	-530,329	-629,865	-79,557	-85,809	-212,924	-156,493	-185,865				
⑦コロナ関連 緊急包括支援事業 補助金		1,066	677,865	944,938	723,094		314	199,531	278,839	213,376				
⑧水道光熱費 補助金				0	6,348				0	1,873				

(表9) 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(2022年6月/2023年6月)

### (1) 一病院あたりの診療収益の前年比

入院+外来の診療収益は53.2%の病院が増収、対前年比は+2.10%であった。入院、外来診療収益の増収病院割合は、入院が53.5%、外来が50.3%となっていた。対前年比は、入院+1.96%、外来+2.38%であった(図10)。

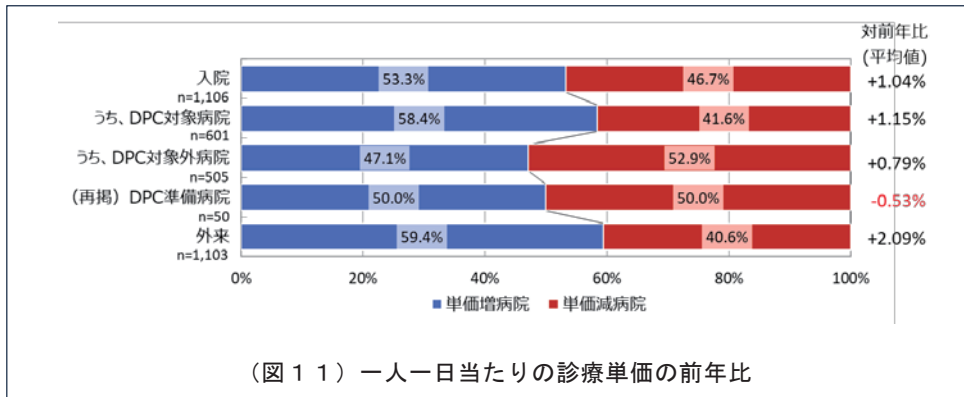


(図10) 一病院あたりの診療収益の前年比

### (2) 一人一日あたりの診療単価の前年比

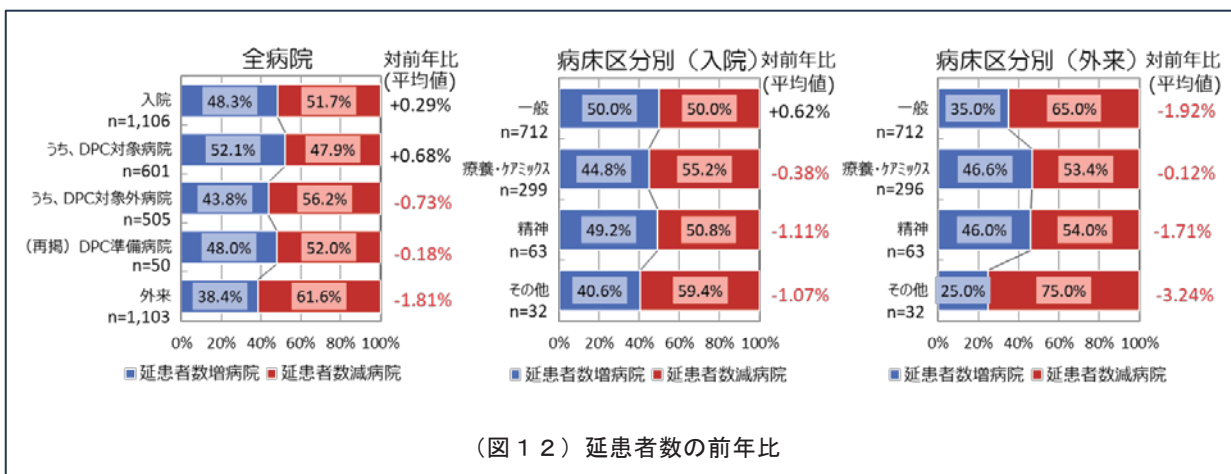
診療単価増病院の割合は、入院53.3%(うちDPC対象病院58.4%、DPC対象外病院47.1%)、外来59.4%であった。対前年比(平均値)では、入院全体で+1.04%(DPC対象病院+1.15%、DPC対象外病院+0.79%)、外来は+2.09%の単価増となっていた(図11)。





### (3) 延患者数の前年比

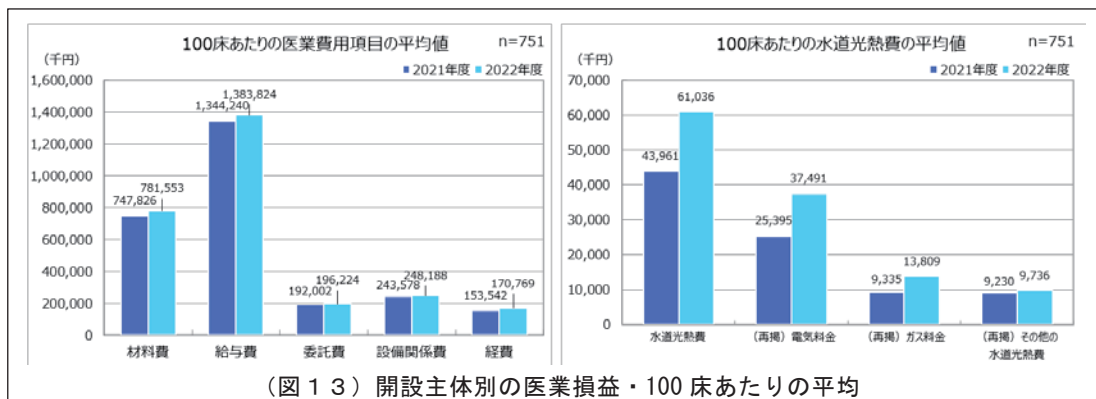
延患者数増病院の割合は、入院 48.3% (DPC 対象病院 52.1%)、外来 38.4%であった。対前年比は、入院+0.29% (DPC 対象病院+0.68%)、外来-1.81%であった (図 12)。



## Ⅷ. その他

### (1) 水道光熱費等の比較 (2021 年度および 2022 年度)

100 床あたりの医業費用項目の平均値では、すべての科目で 2021 年度より 2022 年度は増加していた。また、経費のうち水道光熱費は、2021 年度の 4,396 万円より 2022 年は 6,103 万円 (前年比 +38.8%) に増加していた。水道光熱費の内訳では電気料金が前年比+47.6%、ガス料金+47.9%、その他の水道光熱費+5.5%とすべてが増加、金額では電気料金が+1,209 万円でも最も増加し、ガス料金が+447 万円であった (図 13、表 10)。



科目 (単位：千円)	全病院 (n=751) 平均病床数：300			
	2021年度	2022年度	差引増減	前年比
① 医業収益	2,569,252	2,639,059	69,807	2.7%
入院診療収入	1,687,603	1,734,143	46,540	2.8%
室料差額収益	32,938	32,357	-581	-1.8%
外来診療収入	768,268	794,071	25,803	3.4%
その他医業収入	80,443	78,487	-1,955	-2.4%
② 医業費用	2,735,954	2,838,727	102,772	3.8%
材料費	747,826	781,553	33,727	4.5%
医薬品費 (再掲)	441,891	467,056	25,165	5.7%
診療材料費 (再掲)	280,410	287,995	7,585	2.7%
給与費	1,344,240	1,383,824	39,584	2.9%
委託費	192,002	196,224	4,222	2.2%
設備関係費	243,578	248,188	4,610	1.9%
減価償却費 (再掲)	163,117	165,006	1,889	1.2%
研究研修費	5,630	6,936	1,307	23.2%
経費	153,542	170,769	17,227	11.2%
水道光熱費 (再掲)	43,961	61,036	17,075	38.8%
電気料金	25,395	37,491	12,096	47.6%
ガス料金	9,335	13,809	4,474	47.9%
その他の水道光熱費	9,230	9,736	505	5.5%
控除対象外消費税等負担額	34,549	36,339	1,790	5.2%
本部費配賦額	14,587	14,894	306	2.1%
④ 医業外収益	426,399	385,542	-40,857	-9.6%
運営費補助金 (再掲)	204,552	183,365	-21,187	-10.4%
施設設備補助金 (再掲)	18,481	16,186	-2,295	-12.4%
その他補助金 (再掲)	90,486	79,338	-11,148	-12.3%

(表 10) 医業損益 年度比較 (2021 年度/2022 年度) 100 床あたりの平均

## (2) 水道光熱費等の比較 (2022 年および 2023 年度 4 月～6 月分)

2022 年および 2023 年の各 4 月～6 月の 3 か月集計では、医業収益が前年比+2.0%に対して医業費用+2.8%となり、医業費用の伸びが医業収益を上回っていた。医業費用の内訳では、材料費+5.0% (医薬品費+6.7%)、経費+6.6% (水道光熱費+9.0%、電気料金+17.2%) の伸びが大きく、給与費の増加をはじめ医業費用の増加傾向が続き、病院経営を大きく圧迫している (図 13、表 11)。

科目 (単位：千円)	100床あたりの平均 n=448				前年比 (=(B-A)/A)
	2022年4月	2022年5月	2022年6月	合計(A)	
① 医業収益	177,538	179,476	188,218	545,233	
入院診療収入	119,578	121,409	125,049	366,036	
室料差額収益	2,569	2,593	2,664	7,826	
外来診療収入	50,118	49,867	53,414	153,399	
その他医業収入	5,273	5,608	7,091	17,972	
② 医業費用	192,247	188,549	203,570	584,366	
材料費	49,017	45,271	49,074	143,362	
医薬品費 (再掲)	28,291	25,691	27,343	81,326	
診療材料費 (再掲)	18,617	17,587	19,527	55,730	
給与費	97,214	98,792	107,796	303,802	
委託費	13,027	12,984	13,556	39,567	
設備関係費	17,110	17,078	18,152	52,341	
減価償却費 (再掲)	10,605	10,625	11,225	32,456	
研究研修費	624	338	394	1,356	
経費	12,360	11,303	11,733	35,396	
水道光熱費 (再掲)	3,262	3,409	3,635	10,306	
電気料金	1,987	2,112	2,261	6,360	
ガス料金	652	608	688	1,948	
その他の水道光熱費	623	689	686	1,998	
控除対象外消費税等負担額	1,833	1,727	1,814	5,374	
本部費配賦額	1,062	1,057	1,052	3,170	
③ 医業利益 (①-②)	-14,709	-9,073	-15,352	-39,133	
④ 医業外収益	6,688	7,040	7,220	20,948	
⑤ 医業外費用	2,353	2,512	2,093	6,958	
⑥ 経常利益 ( (①+③) - (②+⑤) )	-10,374	-4,545	-10,225	-25,144	
コロナ関連の補助金を除く(経常利益 (⑥-⑦))	-10,967	-5,756	-11,079	-27,802	
医業利益率 (③+④)	-8.3%	-5.1%	-8.2%	-7.2%	
経常利益率 (⑥+④)	-5.8%	-2.5%	-5.4%	-4.6%	
⑦ コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	593	1,211	854	2,659	
⑧ 水道光熱費関連補助金 入金額	0	0	0	0	

科目 (単位：千円)	100床あたりの平均 n=448				前年比 (=(B-A)/A)
	2023年4月	2023年5月	2023年6月	合計(B)	
① 医業収益	180,033	185,459	190,386	555,877	2.0%
入院診療収入	121,859	125,344	126,657	373,860	2.1%
室料差額収益	2,533	2,643	2,687	7,863	0.5%
外来診療収入	50,086	51,329	54,092	155,507	1.4%
その他医業収入	5,555	6,143	6,949	18,647	3.8%
② 医業費用	196,786	195,475	208,727	600,988	2.8%
材料費	50,154	48,531	51,857	150,542	5.0%
医薬品費 (再掲)	29,015	28,045	29,744	86,804	6.7%
診療材料費 (再掲)	18,807	18,524	19,799	56,829	2.0%
給与費	98,955	100,902	109,218	309,075	1.7%
委託費	13,229	13,458	13,796	40,482	2.3%
設備関係費	17,474	17,193	18,212	52,880	1.0%
減価償却費 (再掲)	10,691	10,772	11,274	32,738	0.9%
研究研修費	700	415	447	1,562	15.3%
経費	13,306	12,135	12,285	37,726	6.6%
水道光熱費 (再掲)	3,712	3,789	3,734	11,236	9.0%
電気料金	2,465	2,525	2,464	7,454	17.2%
ガス料金	634	588	618	1,839	-5.6%
その他の水道光熱費	614	676	652	1,942	-2.8%
控除対象外消費税等負担額	1,844	1,786	1,860	5,490	2.2%
本部費配賦額	1,124	1,055	1,052	3,230	1.9%
③ 医業利益 (①-②)	-16,753	-10,016	-18,341	-45,110	
④ 医業外収益	6,841	6,900	6,438	20,179	-3.7%
⑤ 医業外費用	2,405	2,588	2,389	7,382	6.1%
⑥ 経常利益 ( (①+③) - (②+⑤) )	-12,317	-5,704	-14,293	-32,314	
コロナ関連の補助金を除く(経常利益 (⑥-⑦))	-12,988	-6,872	-14,616	-34,476	
医業利益率 (③+④)	-9.3%	-5.4%	-9.6%	-8.1%	
経常利益率 (⑥+④)	-6.8%	-3.1%	-7.5%	-5.8%	
⑦ コロナ関連 緊急包括支援事業 入金額	671	1,168	323	2,162	-18.7%
⑧ 水道光熱費関連補助金 入金額	0	31	47	78	-

(表 11) 医業損益 3 か月比較 (2020 年/2023 年 4 月～6 月) 100 床あたりの平均

## 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	猪口 雄二
一般社団法人	日本医療法人協会	会長	加納 繁照

### <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	病院長
	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	病院長
	松本 隆利	八千代病院	名誉院長
	永易 卓	若弘会本部	理事・総務部長
	須貝 和則	国立国際医療研究センター	医事管理課 課長

<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
	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
副委員長	佐合 茂樹	中部国際医療センター	病院長補佐・事務長
委員	荒井 康夫	北里大学病院	医療支援部 診療情報管理室 課長
	池田 隆一	相澤東病院	事務長・医療連携センター センター長
	北澤 将	国家公務員共済連合会	病院部経営指導第一課 課長
	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	新古賀病院	診療情報管理室 統括課長
特別委員	田畑 久美	沼津中央病院	事務部長

## 病院における賃上げ状況等の調査について



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

日本病院会、全日本病院協会及び日本医療法人協会は、厚生労働省から依頼を受け、医療機関における賃金引上げ等の状況について緊急的に合同調査を実施。

調査期間は令和5年10月10日～10月20日の11日間、4月に3団体で実施した「医療機関における賃金引上げの状況に関する調査」に協力いただいた587病院にメールで依頼。回答数は227病院（回答率38.7%）、集計結果は次のとおり。

- ・令和5年度は賃上げの実施（予定含む）病院は86.7%、賃上げをおこなわない（予定含む）病院は11.9%。
- ・令和4年8月1日及び令和5年8月1日現在の常用労働者数の比較では、医師0.6人増、薬剤師0.1人増、看護職員0.7人減、看護補助職員変動なし、医療技術員2.8人増、その他職員1.3人増、全体では4.3人増加。
- ・令和4年8月1日及び令和5年8月1日現在の平均基本給金額の比較は、医師0.8%増、薬剤師2.8%増、看護職員2.5%増、看護補助職員1.9%増、医師技術員2.5%増、その他職員2.4%増、全体で5,930円、2.0%増。
- ・令和5年度の賞与は、現状維持が約64%、引上げ約21%、引下げ約6%。
- ・令和5年度の特別手当は、手当をださないが約75%、手当をだすが約12%。
- ・人材確保の状況は、総じて満たさず、特に看護職員は求人数に対して平均32人不足。

厚生労働省が公表した「令和5年 民間主要企業春季賃上げ要求・妥結状況」によると資本金10億円以上かつ従業員1,000人以上の労働組合のある企業364社の賃上げ額は11,245円、賃上げ率は3.60%であったのに対し、本調査で明らかとなった227病院の賃上げ額は5,930円で、賃上げ率は2.0%に留まっている。

### 調査目的

厚生労働省からの緊急調査実施の依頼を受け、医療機関の実態を踏まえた上で今後の政策に適切に反映されることを目的とする。

### 調査方法

4月に日本病院会、全日本病院協会及び日本医療法人協会で開催した「医療機関における賃金引上げの状況に関する調査」にご協力いただいた587病院を対象としてメールで実施した。

### 調査期間

2023年10月10日～10月20日

### 主な調査項目

賃上げ実施（予定含む）の有無、常用労働者数、賞与・特別手当の引き上げの実施（予定含む）の有無、人材確保状況

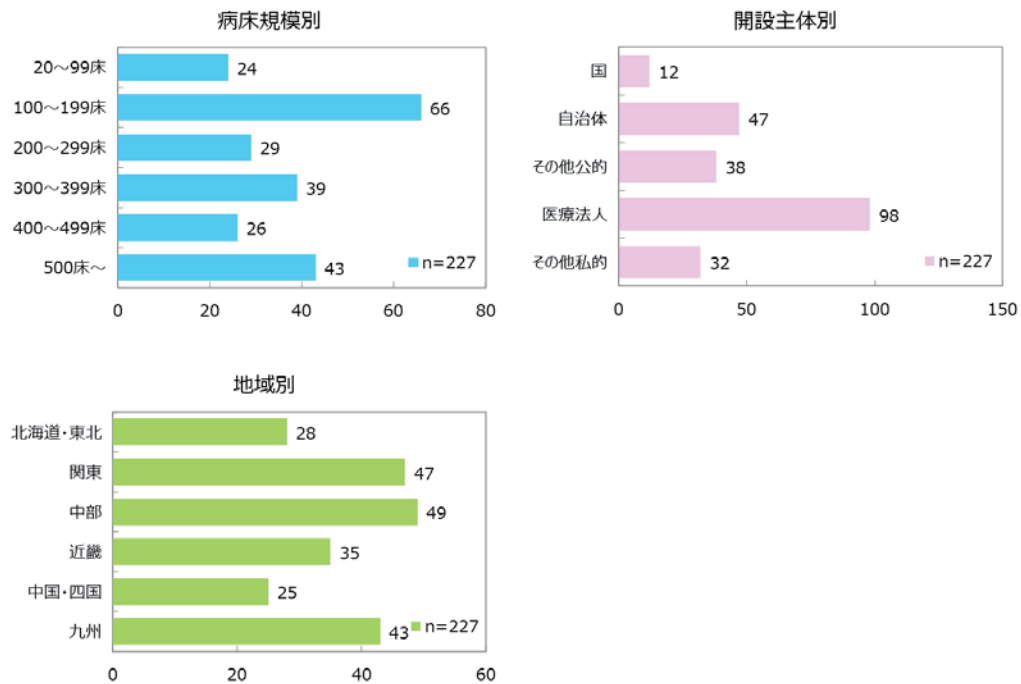
### 回答数

227病院（回答率：38.7%）

### \* 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

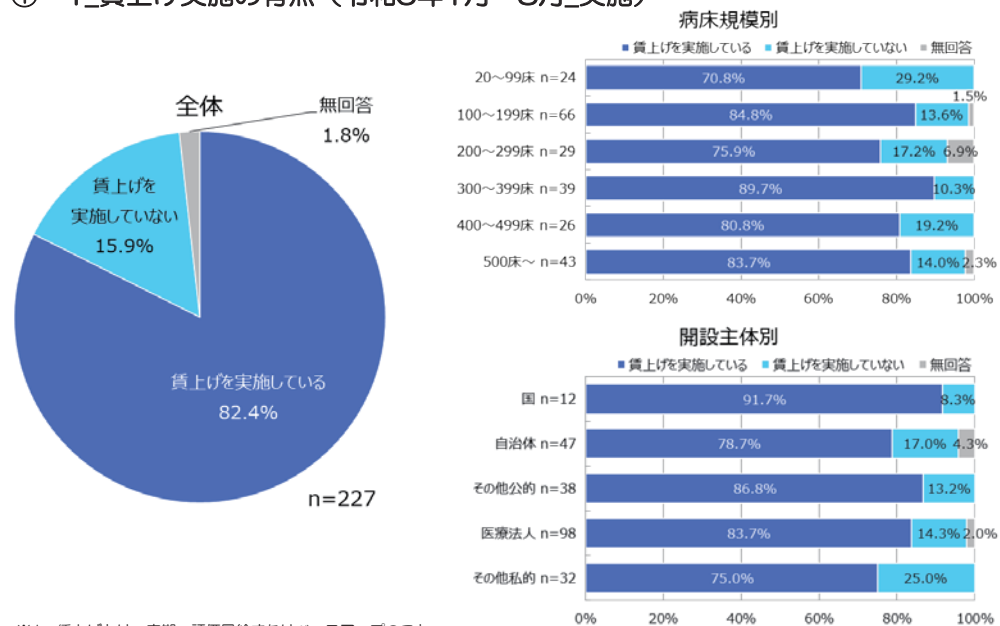
## ■基本情報



2

## 1. 令和5年の賃上げ※1実施の状況

### ①-1\_賃上げ実施の有無（令和5年1月～8月\_実施）



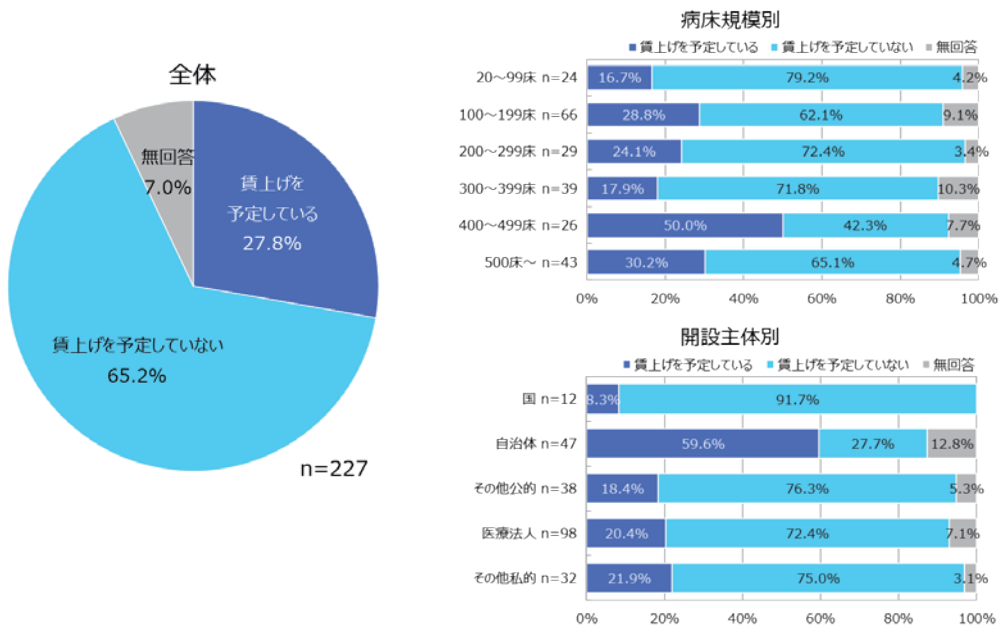
※1 賃上げとは、定期・評価昇給またはベースアップのこと。

※2 定期・評価昇給等とは、予め労働協約、就業規則等で定められた制度に従って行われる昇給のことで、一定の時期に毎年増額すること、年齢、勤続年数による自動昇給のほかにも能力、業績評価に基づく昇給があり、毎年時期を定めて査定を行っている場合も含まれる。

※3 ベースアップとは、賃金表などの改定により賃金水準を引き上げること。

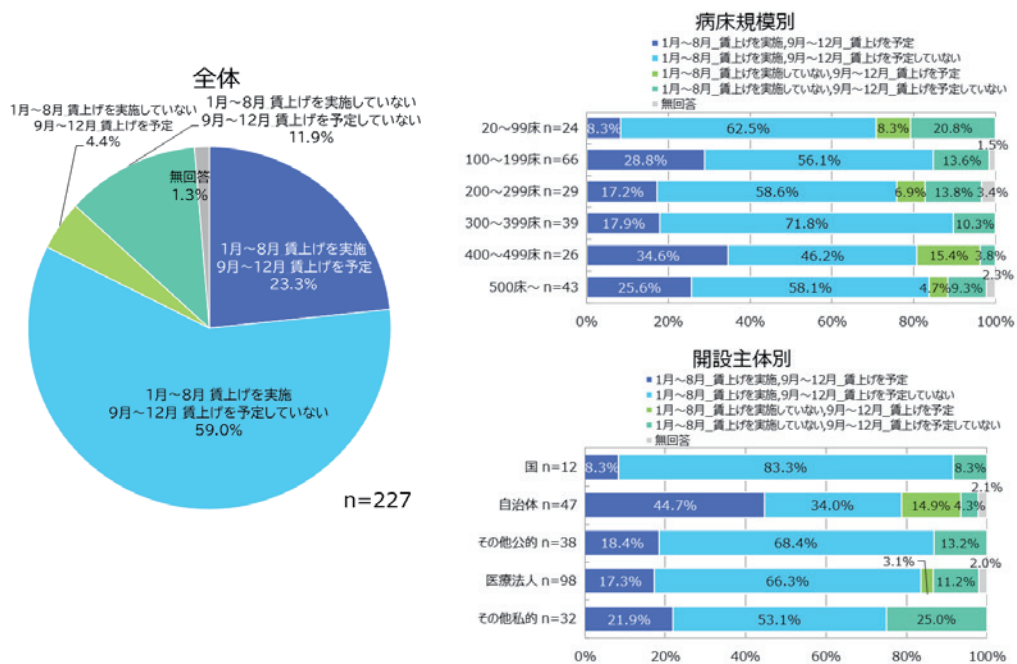
3

①-2\_賃上げ実施の有無（令和5年9月～12月\_予定）



4

①-3\_賃上げ実施の有無（令和5年1月～12月\_実施と予定）



5

①-4\_令和4年8月1日及び令和5年8月1日現在の常用労働者数

		病院数	平均値_常用労働者数※4 (8月1日現在) (単位:人)													
			合計		医師		薬剤師		看護職員※5		看護補助職員		医療技術員※6		その他の職員	
			4年	5年	4年	5年	4年	5年	4年	5年	4年	5年	4年	5年	4年	5年
病床規模別	20~99床	21	127.4	128.2	7.0	7.1	2.6	2.4	49.5	49.5	13.9	13.5	28.3	28.7	26.1	27.0
	100~199床	65	246.7	246.5	16.4	16.3	6.0	5.8	106.7	106.1	21.2	21.3	52.2	53.0	44.6	44.4
	200~299床	27	376.5	377.2	29.9	30.3	8.9	9.0	173.7	173.9	30.0	28.6	72.4	73.4	61.7	62.1
	300~399床	39	602.4	601.3	66.3	66.0	18.8	18.7	302.5	299.8	21.0	21.2	103.6	105.4	91.4	91.3
	400~499床	25	820.0	826.6	95.4	96.0	22.8	23.0	444.4	440.5	22.9	23.2	132.4	138.8	103.0	106.0
	500床~	41	1,474.8	1,494.0	241.6	244.4	48.1	48.9	808.6	811.2	28.4	29.1	198.3	205.7	152.5	157.5
	合計	218	611.6	615.9	77.5	78.1	18.2	18.3	315.3	314.6	23.0	23.0	98.3	101.1	80.3	81.6
開設主体別	国	12	937.5	938.3	121.9	121.0	26.3	26.3	541.6	538.2	8.4	9.1	116.8	120.7	122.5	123.0
	自治体	45	694.3	701.6	88.5	89.6	21.2	21.5	418.2	418.5	8.1	7.9	97.4	101.4	62.1	64.0
	その他公的	37	623.3	623.7	69.7	69.5	19.1	19.6	328.1	326.5	17.6	18.1	96.5	97.4	92.8	93.2
	医療法人	92	357.5	358.4	28.8	29.1	9.3	9.2	156.2	155.1	28.6	28.2	73.9	75.5	60.6	61.3
	その他私的	32	1,090.3	1,105.9	194.2	196.6	35.1	35.2	528.1	529.9	36.4	36.8	164.4	171.3	132.1	136.1
	合計	218	611.6	615.9	77.5	78.1	18.2	18.3	315.3	314.6	23.0	23.0	98.3	101.1	80.3	81.6

※4: 雇用期間を定めず雇用されている労働者をいい、定年までの場合を含む。パートやアルバイト等と呼称されていても、雇用期間を定めず雇用されていれば常用労働者となる。(院長、理事、取締役などの役員、家族従業員、委託職員は除く)

※5: 保健師、助産師、看護師、准看護師

※6: 診療放射線技師、臨床検査技師、栄養士、理学療法士、作業療法士など医療に関わる専門技術員(歯科衛生士及び歯科技工士は除く)

6

①-5\_令和4年8月1日及び令和5年8月1日現在の平均基本給金額

		病院数	割合	抽出者数(人)	令和4年8月1日時点		令和5年8月1日時点		平均賃上げ率(%) (B/A)
					平均基本給金額(月額)	(円) (A)	平均基本給金額(月額)	(円) (A)	
・医師		n=182							
全体		182	100.0%	1,540	668,602	673,767	0.8%		
病床規模別	20~99床	12	6.6%	29	1,329,114	1,343,081	1.1%		
	100~199床	47	25.8%	182	1,020,857	977,010	-4.3%		
	200~299床	22	12.1%	142	870,868	888,881	2.1%		
	300~399床	39	21.4%	330	678,047	690,168	1.8%		
	400~499床	25	13.7%	226	554,337	564,790	1.9%		
	500床~	37	20.3%	631	527,120	537,600	2.0%		
	合計	182	100.0%	1,540	668,602	673,767	0.8%		
開設主体別	国	12	6.6%	140	498,315	506,266	1.6%		
	自治体	40	22.0%	408	624,462	630,124	0.9%		
	その他公的	35	19.2%	233	697,963	705,428	1.1%		
	医療法人	70	38.5%	372	1,056,842	1,038,012	-1.8%		
	その他私的	25	13.7%	387	541,140	555,533	2.7%		
	合計	182	100.0%	1,540	668,602	673,767	0.8%		
・薬剤師		n=178							
全体		178	100.0%	882	272,729	280,301	2.8%		
病床規模別	20~99床	11	6.2%	15	324,060	323,685	-0.1%		
	100~199床	43	24.2%	109	277,119	283,347	2.2%		
	200~299床	21	11.8%	70	298,862	305,998	2.4%		
	300~399床	39	21.9%	240	263,820	271,480	2.9%		
	400~499床	26	14.6%	138	259,745	269,433	3.7%		
	500床~	38	21.3%	310	275,479	282,997	2.7%		
	合計	178	100.0%	882	272,729	280,301	2.8%		
開設主体別	国	12	6.7%	75	295,267	301,679	2.2%		
	自治体	42	23.6%	214	275,849	282,639	2.5%		
	その他公的	34	19.1%	146	277,031	286,450	3.4%		
	医療法人	64	36.0%	274	278,028	285,064	2.5%		
	その他私的	26	14.6%	173	266,374	270,882	1.7%		
	合計	178	100.0%	882	272,729	280,301	2.8%		

※在職5年以上10年以下の職員、職位の異動がなかった職員(4~10名程度)でかつ、令和4年度8月1日および令和5年8月1日時点で在職している職員の抽出者数、平均年齢、平均基本給金額。

7



①-6\_令和4年8月1日及び令和5年8月1日現在の平均基本給金額

・看護職員 n=206

	病院数	割合	抽出者数 (人)	令和4年8月1日時点		令和5年8月1日時点		平均賃上げ率 (%) (B/A)
				平均基本給金額 (月額) (円) (A)	平均基本給金額 (月額) (円) (A)	平均基本給金額 (月額) (円) (A)	平均基本給金額 (月額) (円) (A)	
全体	206	100.0%	4,736	261,558	267,990	267,990	2.5%	
病床規模別								
20~99床	22	10.7%	209	245,152	243,518	243,518	-0.7%	
100~199床	57	27.7%	646	252,231	257,725	257,725	2.2%	
200~299床	24	11.7%	651	257,884	261,927	261,927	1.6%	
300~399床	39	18.9%	714	256,211	264,901	264,901	3.4%	
400~499床	26	12.6%	623	255,265	262,102	262,102	2.7%	
500床~	38	18.4%	1,893	271,905	279,384	279,384	2.8%	
合計	206	100.0%	4,736	261,558	267,990	267,990	2.5%	
開設主体別								
国	11	5.3%	467	275,198	281,432	281,432	2.3%	
自治体	42	20.4%	1,138	274,316	282,875	282,875	3.1%	
その他公的	36	17.5%	618	263,620	272,052	272,052	3.2%	
医療法人	89	43.2%	1,283	243,343	247,049	247,049	1.5%	
その他私的	28	13.6%	1,230	258,033	262,097	262,097	1.6%	
合計	206	100.0%	4,736	261,558	267,990	267,990	2.5%	

・看護補助職員 n=152

	病院数	割合	抽出者数 (人)	令和4年8月1日時点		令和5年8月1日時点		平均賃上げ率 (%) (B/A)
				平均基本給金額 (月額) (円) (A)	平均基本給金額 (月額) (円) (A)	平均基本給金額 (月額) (円) (A)	平均基本給金額 (月額) (円) (A)	
全体	152	100.0%	943	191,023	194,686	194,686	1.9%	
病床規模別								
20~99床	17	11.2%	78	173,840	176,886	176,886	1.8%	
100~199床	50	32.9%	269	190,137	194,294	194,294	2.2%	
200~299床	24	15.8%	178	192,188	194,729	194,729	1.3%	
300~399床	30	19.7%	198	191,530	193,453	193,453	1.0%	
400~499床	14	9.2%	82	196,324	201,710	201,710	2.7%	
500床~	17	11.2%	138	197,085	203,055	203,055	3.0%	
合計	152	100.0%	943	191,023	194,686	194,686	1.9%	
開設主体別								
国	10	6.6%	68	196,377	202,293	202,293	3.0%	
自治体	8	5.3%	34	275,109	275,606	275,606	0.2%	
その他公的	29	19.1%	136	196,314	200,844	200,844	2.3%	
医療法人	85	55.9%	541	177,829	181,503	181,503	2.1%	
その他私的	20	13.2%	164	197,315	199,738	199,738	1.2%	
合計	152	100.0%	943	191,023	194,686	194,686	1.9%	

※在職5年以上10年以下の職員、職位の異動がなかった職員（4~10名程度）でかつ、令和4年度8月1日および令和5年8月1日時点で在職している職員の抽出者数、平均年齢、平均基本給金額。

8

①-7\_令和4年8月1日及び令和5年8月1日現在の平均基本給金額

・医療技術員 n=208

	病院数	割合	抽出者数 (人)	令和4年8月1日時点		令和5年8月1日時点		平均賃上げ率 (%) (B/A)
				平均基本給金額 (月額) (円) (A)	平均基本給金額 (月額) (円) (A)	平均基本給金額 (月額) (円) (A)	平均基本給金額 (月額) (円) (A)	
全体	208	100.0%	2,517	244,381	250,398	250,398	2.5%	
病床規模別								
20~99床	21	10.1%	131	237,582	240,327	240,327	1.2%	
100~199床	59	28.4%	536	235,258	239,554	239,554	1.8%	
200~299床	25	12.0%	374	241,159	244,082	244,082	1.2%	
300~399床	39	18.8%	483	240,372	247,823	247,823	3.1%	
400~499床	26	12.5%	387	243,398	250,545	250,545	2.9%	
500床~	38	18.3%	606	259,731	268,023	268,023	3.2%	
合計	208	100.0%	2,517	244,381	250,398	250,398	2.5%	
開設主体別								
国	12	5.8%	220	267,311	273,200	273,200	2.2%	
自治体	42	20.2%	510	259,726	268,204	268,204	3.3%	
その他公的	36	17.3%	384	250,645	258,484	258,484	3.1%	
医療法人	90	43.3%	950	229,914	233,530	233,530	1.6%	
その他私的	28	13.5%	453	237,121	242,168	242,168	2.1%	
合計	208	100.0%	2,517	244,381	250,398	250,398	2.5%	

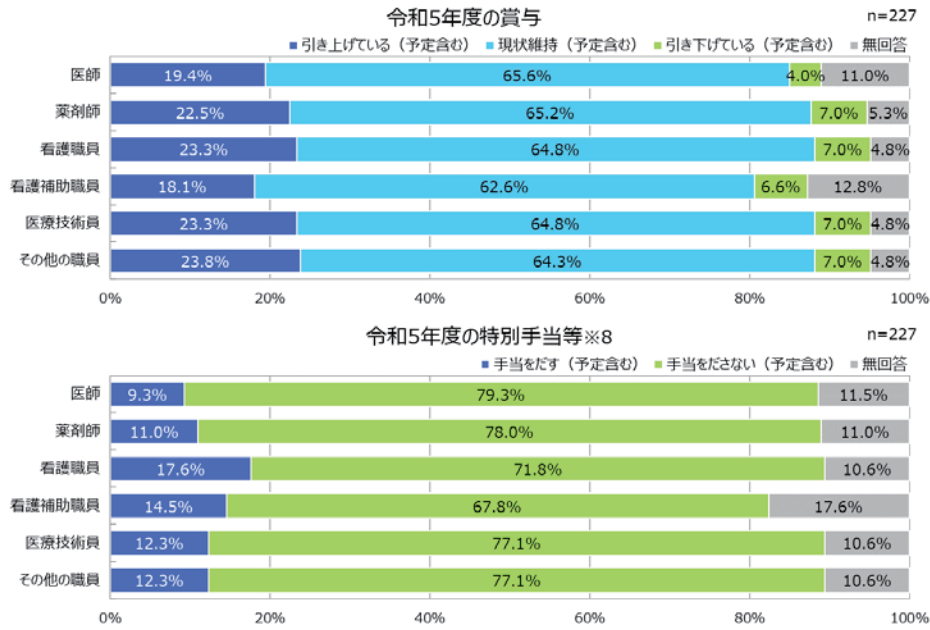
・その他の職員 n=203

	病院数	割合	抽出者数 (人)	令和4年8月1日時点		令和5年8月1日時点		平均賃上げ率 (%) (B/A)
				平均基本給金額 (月額) (円) (A)	平均基本給金額 (月額) (円) (A)	平均基本給金額 (月額) (円) (A)	平均基本給金額 (月額) (円) (A)	
全体	203	100.0%	1,760	232,829	238,353	238,353	2.4%	
病床規模別								
20~99床	21	10.3%	102	193,250	194,412	194,412	0.6%	
100~199床	57	28.1%	355	214,195	219,184	219,184	2.3%	
200~299床	24	11.8%	309	220,638	223,904	223,904	1.5%	
300~399床	39	19.2%	418	242,505	247,872	247,872	2.2%	
400~499床	25	12.3%	171	237,757	245,951	245,951	3.4%	
500床~	37	18.2%	405	256,374	264,222	264,222	3.1%	
合計	203	100.0%	1,760	232,829	238,353	238,353	2.4%	
開設主体別								
国	12	5.9%	157	268,119	273,518	273,518	2.0%	
自治体	40	19.7%	316	272,439	280,690	280,690	3.0%	
その他公的	34	16.7%	266	235,986	242,606	242,606	2.8%	
医療法人	88	43.3%	692	201,941	205,846	205,846	1.9%	
その他私的	29	14.3%	329	225,544	229,964	229,964	2.0%	
合計	203	100.0%	1,760	232,829	238,353	238,353	2.4%	

※在職5年以上10年以下の職員、職位の異動がなかった職員（4~10名程度）でかつ、令和4年度8月1日および令和5年8月1日時点で在職している職員の抽出者数、平均年齢、平均基本給金額。

9

①-8\_賞与及び特別手当等※7の実施有無



※7：賞与及び特別手当等とは、定期・評価昇給等分及びベースアップ分を除く。

※8：賞与以外の賞金に充当することを目的に支払った一時金などの金額。なお、時間外・休日手当や深夜手当等の割増手当や慶弔手当等の特別手当を除く。

10

2. 人材確保の状況

②-1\_令和3年8月1日～令和4年7月31日

	病院数	平均値_常用労働者 ※同一法人からの入職者、離職者は除く (単位: 人)												
		医師				薬剤師				看護職員				
		求人数	入職者	離職者数	入職者-離職者-求人数	求人数	入職者	離職者数	入職者-離職者-求人数	求人数	入職者	離職者数	入職者-離職者-求人数	
病床規模別	20~99床	23	1.1	0.7	0.6	-1.1	0.6	0.3	0.3	-0.6	5.5	6.2	6.8	-6.0
	100~199床	64	1.5	2.7	2.4	-1.2	0.9	0.5	0.5	-0.9	9.7	13.8	13.2	-9.0
	200~299床	26	4.8	7.3	5.4	-2.9	1.5	0.7	0.9	-1.7	18.9	19.2	18.0	-17.7
	300~399床	38	7.2	18.0	16.0	-5.2	2.7	1.8	1.6	-2.5	32.0	32.9	37.7	-36.9
	400~499床	24	19.1	27.1	24.7	-16.7	3.1	2.0	1.2	-2.3	43.7	40.2	41.9	-45.4
	500床~	40	30.7	42.7	38.3	-26.2	5.6	4.0	2.4	-3.9	86.8	84.2	80.6	-83.2
	合計	215	8.7	15.9	14.3	-7.1	2.4	1.6	1.2	-2.0	32.8	33.2	33.3	-32.9
開設主体別	国	10	3.0	12.2	12.1	-2.9	1.1	0.9	1.6	-1.8	39.7	53.9	58.5	-44.3
	自治体	45	9.5	21.4	20.0	-8.1	2.9	1.7	1.0	-2.2	40.6	37.2	35.1	-38.4
	その他公的	36	9.6	20.0	17.0	-6.6	2.0	1.4	1.4	-1.9	30.8	33.5	34.3	-31.6
	医療法人	93	4.0	6.0	5.4	-3.4	1.6	1.1	0.8	-1.3	17.9	20.7	21.0	-18.1
	その他私的	31	26.7	33.4	29.1	-22.5	5.2	3.5	2.2	-3.9	63.7	57.4	58.0	-64.4
	合計	215	8.7	15.9	14.3	-7.1	2.4	1.6	1.2	-2.0	32.8	33.2	33.3	-32.9

	病院数	平均値_常用労働者 ※同一法人からの入職者、離職者は除く (単位: 人)												
		看護補助職員				医療技術員				その他の職員				
		求人数	入職者	離職者数	入職者-離職者-求人数	求人数	入職者	離職者数	入職者-離職者-求人数	求人数	入職者	離職者数	入職者-離職者-求人数	
病床規模別	20~99床	23	2.7	2.0	1.8	-2.4	2.4	2.6	2.4	-2.2	3.0	3.4	2.8	-2.4
	100~199床	64	3.8	3.7	3.3	-3.5	4.8	5.3	4.4	-3.9	5.1	5.1	4.4	-4.4
	200~299床	26	6.8	4.0	4.6	-7.4	8.6	7.3	5.2	-6.5	6.7	6.7	5.1	-5.1
	300~399床	38	5.0	3.2	2.7	-4.6	8.5	9.4	7.4	-6.5	6.0	8.8	7.5	-4.6
	400~499床	24	4.5	1.8	3.1	-5.8	14.6	12.1	8.9	-11.4	12.5	9.7	9.8	-12.7
	500床~	40	4.1	1.3	1.8	-4.6	18.6	14.1	10.1	-14.6	13.7	9.7	9.3	-13.3
	合計	215	4.3	2.8	2.9	-4.4	9.4	8.4	6.4	-7.4	7.6	7.1	6.4	-6.9
開設主体別	国	10	0.4	0.4	0.3	-0.3	2.7	4.8	6.5	-4.4	1.1	5.0	6.1	-2.2
	自治体	45	1.4	0.6	1.1	-1.8	7.5	6.6	4.2	-5.1	4.4	4.8	4.3	-3.9
	その他公的	36	2.6	2.0	1.8	-2.4	7.5	7.1	5.8	-6.2	7.4	7.4	7.1	-7.0
	医療法人	93	6.3	4.2	4.3	-6.4	8.1	8.3	6.6	-6.4	7.0	7.5	6.1	-5.6
	その他私的	31	6.5	2.8	3.0	-6.7	21.0	14.5	9.8	-16.3	16.9	9.7	9.7	-17.0
	合計	215	4.3	2.8	2.9	-4.4	9.4	8.4	6.4	-7.4	7.6	7.1	6.4	-6.9

11

②-2\_令和4年8月1日~令和5年7月31日

病院数	平均値_常用労働者 ※同一法人からの入職者、離職者は除く(単位:人)													
	医師				薬剤師				看護職員					
	求人数	入職者	離職者数	入職者- 離職者- 求人数	求人数	入職者	離職者数	入職者- 離職者- 求人数	求人数	入職者	離職者数	入職者- 離職者- 求人数		
20~99床	23	1.2	0.7	0.7	-1.2	0.7	0.2	0.2	-0.7	6.1	7.1	5.5	-4.5	
100~199床	64	1.6	2.8	2.4	-1.2	0.9	0.4	0.4	-0.9	9.4	13.5	13.2	-9.2	
200~299床	26	3.7	6.7	6.2	-3.2	2.2	1.0	1.0	-2.2	20.1	19.8	17.8	-18.1	
300~399床	38	7.3	17.1	16.6	-6.9	3.3	1.8	1.8	-3.3	36.4	34.6	34.9	-36.7	
400~499床	24	17.2	26.4	24.6	-15.4	3.0	1.6	1.6	-3.0	49.3	40.8	42.7	-51.2	
500床~	40	30.1	50.4	43.9	-23.6	5.6	4.0	2.7	-4.3	85.8	90.7	80.4	-75.5	
合計	215	8.3	16.9	15.4	-6.9	2.6	1.5	1.3	-2.4	34.1	34.7	32.6	-32.0	
開設主体別	国	10	2.7	11.8	11.6	-2.4	1.6	0.4	1.5	-2.7	40.9	51.5	56.4	-45.8
	自治体	45	8.2	21.0	20.3	-7.4	3.1	1.6	1.4	-2.9	41.1	37.5	34.0	-37.6
	その他公的	36	9.2	21.0	20.9	-9.1	2.6	1.5	1.1	-2.3	33.1	33.3	33.0	-32.8
	医療法人	93	4.2	6.3	5.7	-3.5	1.6	1.0	0.8	-1.4	19.4	20.8	20.2	-18.8
	その他私的	31	25.8	39.2	31.3	-17.9	5.1	3.5	2.6	-4.2	64.6	68.7	59.6	-55.6
合計	215	8.3	16.9	15.4	-6.9	2.6	1.5	1.3	-2.4	34.1	34.7	32.6	-32.0	

病院数	平均値_常用労働者 ※同一法人からの入職者、離職者は除く(単位:人)													
	看護補助職員				医療技術員				その他の職員					
	求人数	入職者	離職者数	入職者- 離職者- 求人数	求人数	入職者	離職者数	入職者- 離職者- 求人数	求人数	入職者	離職者数	入職者- 離職者- 求人数		
20~99床	23	3.0	2.4	2.8	-3.3	3.1	3.4	2.7	-2.4	3.2	3.6	3.6	-3.2	
100~199床	64	3.8	3.6	3.0	-3.2	5.1	5.4	4.7	-4.4	5.4	4.9	4.3	-4.8	
200~299床	26	7.3	4.3	4.2	-7.2	8.1	7.3	4.4	-5.2	5.3	6.8	6.8	-5.3	
300~399床	38	4.5	2.9	2.8	-4.4	9.7	11.3	8.4	-6.8	5.7	8.5	9.1	-6.4	
400~499床	24	5.1	2.7	3.5	-5.9	15.7	13.7	7.9	-9.9	11.9	10.9	8.9	-10.0	
500床~	40	4.1	1.7	2.4	-4.8	19.6	17.9	10.1	-11.7	13.1	14.8	10.0	-8.3	
合計	215	4.4	3.0	3.0	-4.4	10.0	9.8	6.5	-6.7	7.3	8.1	6.9	-6.1	
開設主体別	国	10	0.3	1.0	0.3	0.4	3.0	6.2	4.8	-1.6	1.4	6.2	6.6	-1.8
	自治体	45	1.5	1.1	1.3	-1.7	7.6	8.0	4.6	-4.1	3.8	5.6	4.8	-3.0
	その他公的	36	2.9	1.8	2.0	-3.0	9.0	7.8	5.8	-7.1	6.7	9.4	7.6	-4.9
	医療法人	93	6.1	4.3	4.3	-6.1	8.6	9.4	6.7	-5.9	7.1	7.5	6.7	-6.4
	その他私的	31	6.6	3.0	3.2	-6.9	21.9	17.0	9.8	-14.7	16.3	12.7	9.9	-13.5
合計	215	4.4	3.0	3.0	-4.4	10.0	9.8	6.5	-6.7	7.3	8.1	6.9	-6.1	

12

②-3\_(参考) 令和5年8月1日~令和5年9月30日

病院数	平均値_常用労働者 ※同一法人からの入職者、離職者は除く(単位:人)													
	医師				薬剤師				看護職員					
	求人数	入職者	離職者数	入職者- 離職者- 求人数	求人数	入職者	離職者数	入職者- 離職者- 求人数	求人数	入職者	離職者数	入職者- 離職者- 求人数		
20~99床	23	1.0	0.4	0.2	-0.8	0.5	0.1	0.1	-0.5	3.4	2.3	1.5	-2.5	
100~199床	64	1.4	0.2	0.4	-1.5	0.7	0.0	0.1	-0.8	3.8	1.6	2.5	-4.7	
200~299床	26	1.5	0.4	0.8	-1.9	1.7	0.2	0.2	-1.7	8.2	1.6	2.7	-9.2	
300~399床	38	3.2	0.8	2.1	-4.5	1.6	0.1	0.2	-1.7	12.3	2.2	4.9	-14.9	
400~499床	24	2.5	1.3	2.3	-3.5	1.1	0	0.3	-1.4	5.5	0.6	2.3	-7.2	
500床~	40	9.6	5.7	8.2	-12.1	3.4	0.9	1.4	-3.9	32.9	16.4	18.2	-34.7	
合計	215	2.8	1.5	2.4	-3.7	1.5	0.2	0.4	-1.6	10.8	4.6	5.7	-11.9	
開設主体別	国	10	2.8	0	1.9	-4.7	1.7	0.2	1.1	-2.6	10.4	0.9	2.7	-12.2
	自治体	45	4.6	4.0	4.9	-5.6	1.3	0.4	0.5	-1.5	15.7	8.6	8.5	-15.6
	その他公的	36	1.4	0.3	2.4	-3.5	1.2	0.0	0.2	-1.4	5.9	1.0	3.4	-8.3
	医療法人	93	2.4	0.3	0.7	-2.7	0.9	0.1	0.2	-1.0	5.8	2.1	3.2	-7.0
	その他私的	31	4.6	3.2	4.3	-5.6	3.8	0.8	0.9	-3.9	28.2	11.8	13.7	-30.1
合計	215	2.8	1.5	2.4	-3.7	1.5	0.2	0.4	-1.6	10.8	4.6	5.7	-11.9	

病院数	平均値_常用労働者 ※同一法人からの入職者、離職者は除く(単位:人)													
	看護補助職員				医療技術員				その他の職員					
	求人数	入職者	離職者数	入職者- 離職者- 求人数	求人数	入職者	離職者数	入職者- 離職者- 求人数	求人数	入職者	離職者数	入職者- 離職者- 求人数		
20~99床	23	1.7	0.6	0.6	-1.8	2.0	0.3	0.4	-2.0	2.0	1.2	1.1	-2.0	
100~199床	64	2.4	0.8	0.5	-2.1	2.3	0.8	1.2	-2.6	2.4	0.6	0.7	-2.4	
200~299床	26	4.7	0.9	1.2	-5.0	3.2	0.2	0.7	-3.7	3.4	1.1	1.1	-3.4	
300~399床	38	3.0	0.8	0.6	-2.7	3.2	0.9	1.5	-3.8	2.4	0.9	1.7	-3.2	
400~499床	24	1.7	0.2	0.3	-1.8	3.8	0.3	0.9	-4.3	2.4	0.9	1.2	-2.8	
500床~	40	2.9	0.2	0.6	-3.3	13.2	3.2	2.4	-12.4	9.0	1.9	3.9	-11.0	
合計	215	2.7	0.6	0.6	-2.7	4.5	1.1	1.3	-4.7	3.5	1.1	1.6	-4.1	
開設主体別	国	10	0.3	0	0	-0.3	1.1	0.3	0.6	-1.4	0.6	0.4	0.4	-0.6
	自治体	45	0.4	0.1	0.4	-0.7	3.0	1.1	1.0	-3.0	1.9	1.0	2.4	-3.3
	その他公的	36	1.7	0.4	0.3	-1.6	1.7	0.4	0.8	-2.1	2.5	0.8	0.9	-2.6
	医療法人	93	3.7	1.0	0.9	-3.5	3.3	0.7	1.4	-4.1	3.0	1.1	1.4	-3.4
	その他私的	31	5.1	0.3	0.6	-5.3	17.3	3.7	2.1	-15.8	11.2	1.6	2.5	-12.1
合計	215	2.7	0.6	0.6	-2.7	4.5	1.1	1.3	-4.7	3.5	1.1	1.6	-4.1	

13

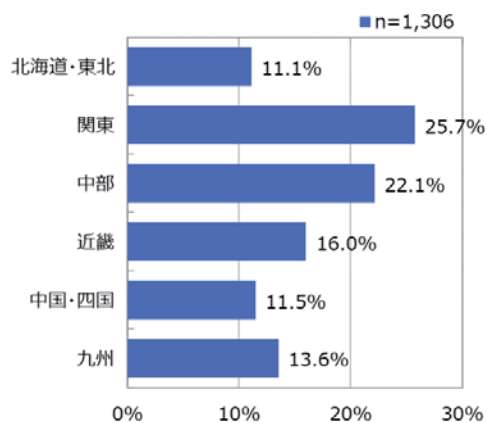
## 四病院団体協議会 病院医師の働き方検討委員会

### 「医師の働き方改革に関する状況調査」

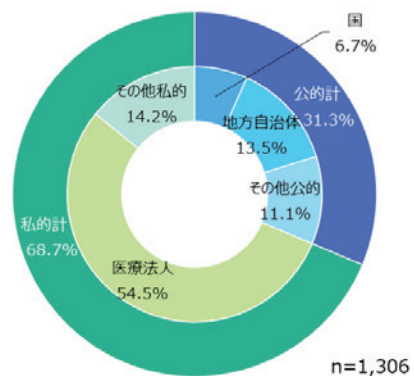
- ・調査対象施設 5,425 施設
- ・回答施設 1,306 施設
- ・回答率 24.1 %
- ・調査期間 令和6年1月29日～2月9日

0

## ●地域別



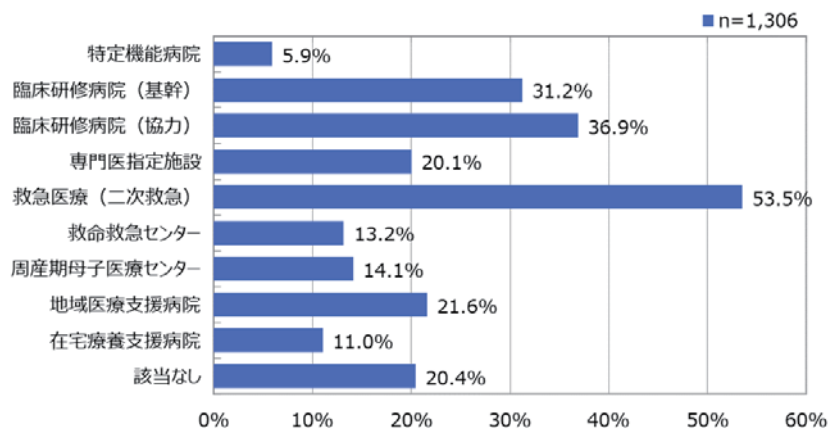
## ●開設主体別



1

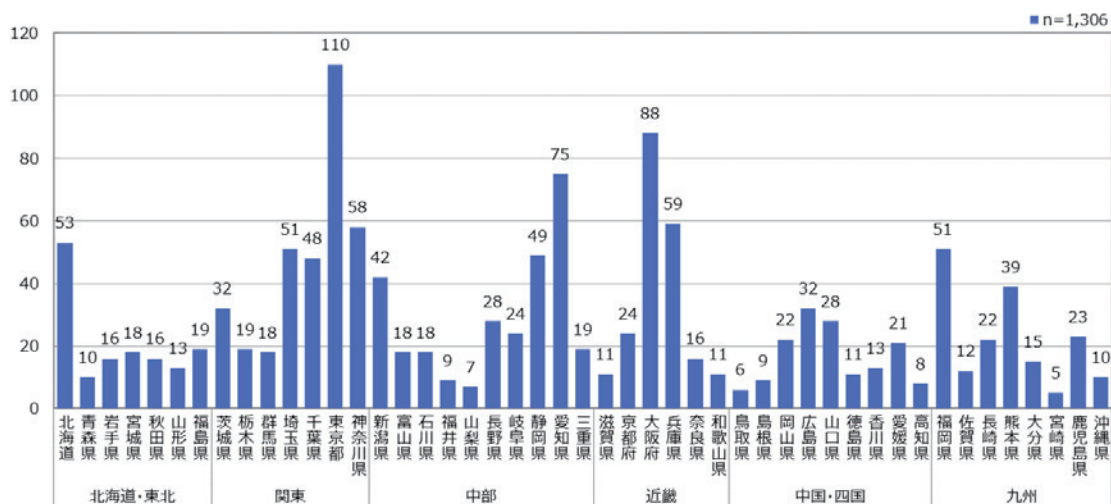
医師の働き方改革に関する状況調査

●病院機能等（複数選択可）



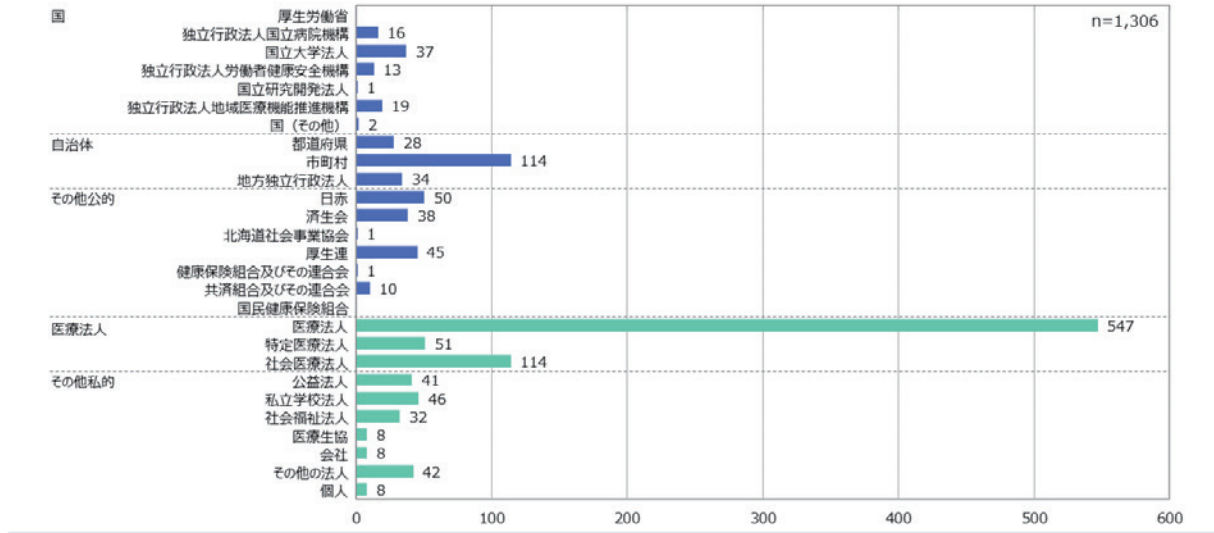
医師の働き方改革に関する状況調査

●参考\_都道府県



医師の働き方改革に関する状況調査

●参考\_開設者

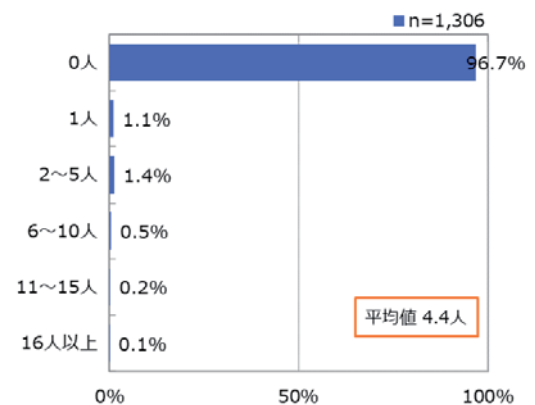
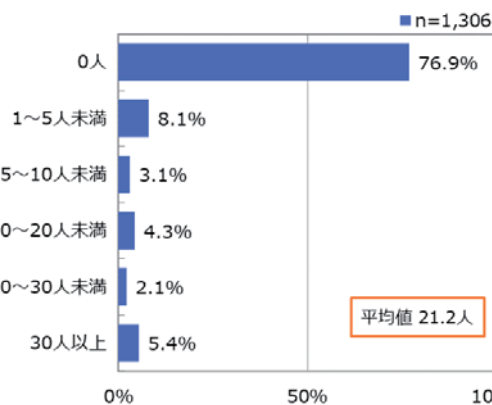


医師の働き方改革に関する状況調査

Q1. 貴院を主たる勤務先とする医師のうち、2023年度見込みで、年間の時間外・休日労働（副業・兼業先における時間も通算）が960時間、うち1,860時間を超える医師は何人ですか。

・960時間を超える医師数

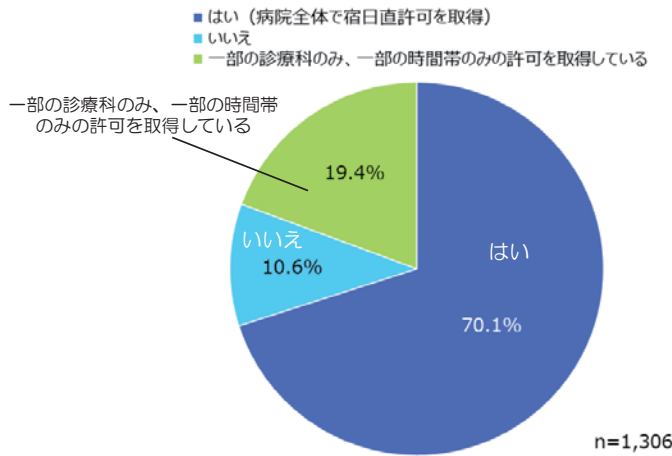
・1,860時間を超える医師数



※「平均値」は、0人以外を対象  
960時間超の医師は「0」とした医療機関は76.9%。  
1,860時間超の医師が、一人以上いると回答した医療機関は、3.3%。

医師の働き方改革に関する状況調査

Q2. 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。



6

医師の働き方改革に関する状況調査

※Q2で「いいえ」と回答した病院のみ回答

Q2-2. 貴院の宿日直許可の取得・申請状況について、当てはまるものを1つ選択してください。

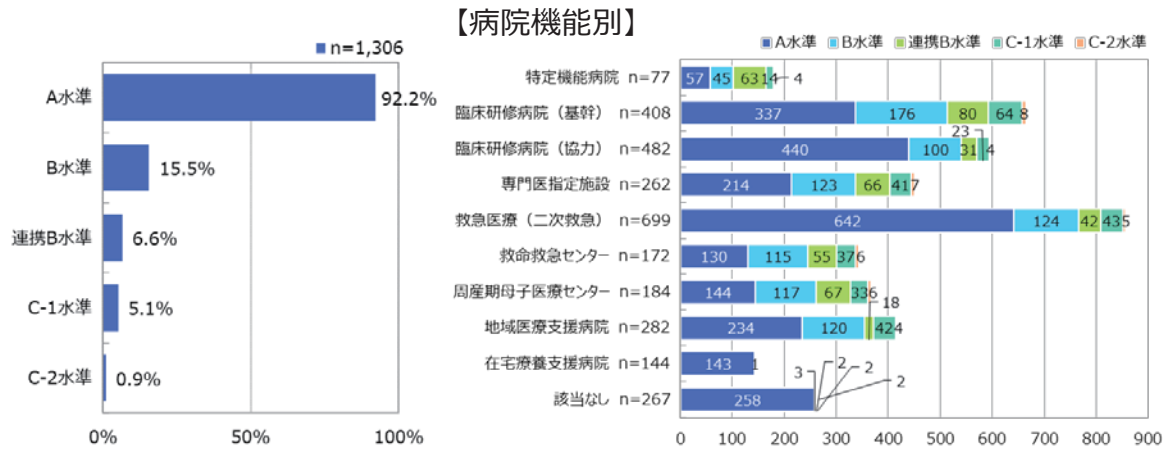


宿日直許可を取得していない医療機関のうち、病院全体で宿日直許可を申請しているのは25.4%、一部の宿日直許可を申請しているのは9.4%、申請の準備中は36.2%、許可が得られなかったと回答したのは、2.2%

7

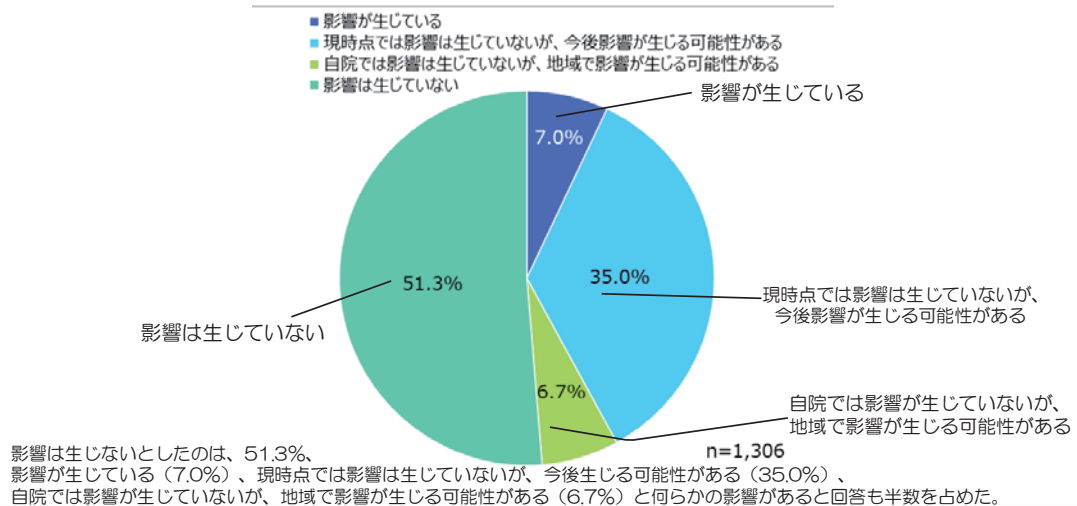
医師の働き方改革に関する状況調査

Q3. 貴院で予定されている医師の時間外・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）



医師の働き方改革に関する状況調査

Q4. 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ている、または生じる可能性はあるか当てはまるものを1つ選択してください。





## 医師の働き方改革に関する状況調査

### Q4-2. 医師の働き方改革推進に伴い、診療体制の縮小など既に生じている影響について（自由回答より抜粋）

#### 宿日直、医師派遣等

- ・大学病院派遣の中止・縮小（当直時間の制限や派遣日数の減少）
- ・日当直業務を行う医師不足による確保困難および診療体制の縮小
- ・救命救急センターでの業務は「宿日直」ではなく「勤務」としているため、他院からの非常勤医師の派遣が受けにくくなり、当院の医師の負担が増す。また、周辺の医療機関が宿日直許可を受けることで、救急患者の受け入れが困難となり、当院へ患者が集中すること。
- ・常勤医不足により今後の日当直体制の維持が難しいため、診療所化を予定している。
- ・日当直回数に上限が設けられたことで、医師数の少ない診療科では日当直体制をとれない日が生じている。

#### 救急外来、診療体制等

- ・救急医療の逼迫
- ・医師の人手不足による救急・小児周産期医療体制の縮小
- ・診療体制の縮小や他職種の超過勤務増加など
- ・医師の確保が困難になっている産婦人科・消化器内科においては、現時点では断らない救急・外来診療を実施しているものの、上限が960時間になると同時に病院として診療制限も視野に入れていかないといけない状況。同じ医療圏にある総合病院は全診療科A水準で申請をしていることからどのような働き方改革によって実現できているのかを再度確認し、より具体的な内容での協力要請も含め検討しなければならない。

#### 人員体制・労務管理等

- ・自院の医師数や、地域の開業医の数が足りず、逆紹介推進や複数主治医制の導入などが順調に進まない。
- ・960時間を超えそうな医師は兼業を制限するため、常勤医師確保が困難である。
- ・人員、財源および勤務間インターバルの確保。
- ・人件費の高騰・医師不足
- ・入院患者数の減少に伴う病院経営の悪化、地域医療の質の低下

10

## 医師の働き方改革に関する状況調査

### Q4-2. 医師の働き方改革推進に伴い、診療体制の縮小など今後生じる可能性のある影響について（自由回答より抜粋）

#### 宿日直・医師派遣等

- ・休日、夜間の救急医療対応の頻度や内容によっては、他院（主として大学病院）から派遣されてる医師の宿日直許可が認められなくなることも想定され、その場合当院のみならず地域医療への何らかの影響が懸念される。
- ・当直の確保に影響があるか心配。
- ・当院は救急車受入台数が年間約3,900台を超えているため、時間外も多忙であり宿日直許可が取れていない。時間外の救急外来を常勤医のみで行っておらず、地域の基幹病院等から医師派遣の協力を得ているが、4月以降は派遣元の基幹病院から医師が派遣されなくなる可能性がある。その場合は時間外の救急車の受入を縮小せざるを得なくなる可能性がある。

#### 救急外来、診療体制等

- ・時間外・休日労働の上限960時間により、日中の外来や土曜日の外来診療について中止を検討する可能性があり、診療体制に影響を及ぼす恐れがある。また、代償休息等の取得義務により、日中の外来や診療体制に影響を及ぼす恐れがある。
- ・マンパワー不足の診療科においては、外来診療時間を短縮することを検討しており、患者に迷惑が掛かることが予測される。
- ・残業時間を抑制することで、医療が提供できなくなる可能性がある。

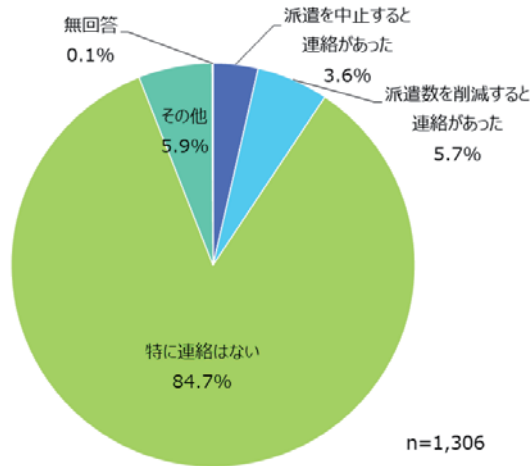
#### 人員体制・労務管理等

- ・勤務間インターバル・代償休息を確保するため、外来診療を制限する可能性あり。
- ・時間外労働の上限規制及び健康確保措置の順守に伴い、診療体制や兼業先の見直しが必要になる可能性がある。
- ・診療体制の縮小が必要となる可能性がある。診療体制を維持するために医師の人件費が上がり経営状態が悪化する可能性がある。
- ・派遣医師の派遣元の病院から、勤務状況の確認があったので今後の影響が心配される。

11

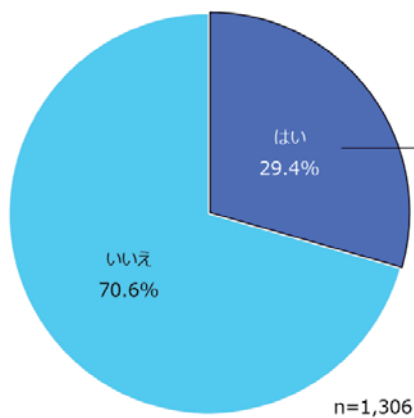
医師の働き方改革に関する状況調査

Q5. 他院から派遣されている医師について、派遣を中止するもしくは削減すると連絡があったか当てはまるものを1つ選択してください。

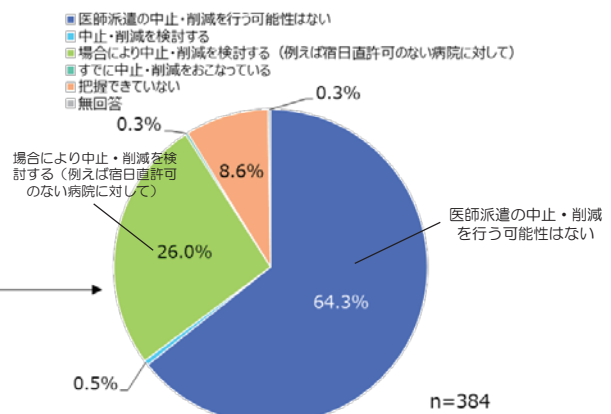


医師の働き方改革に関する状況調査

Q6. 貴院では、医師派遣を行っていますか。当てはまるものを1つ選択してください。



※Q6で「はい」と回答した病院のみ回答  
Q6-2. 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。





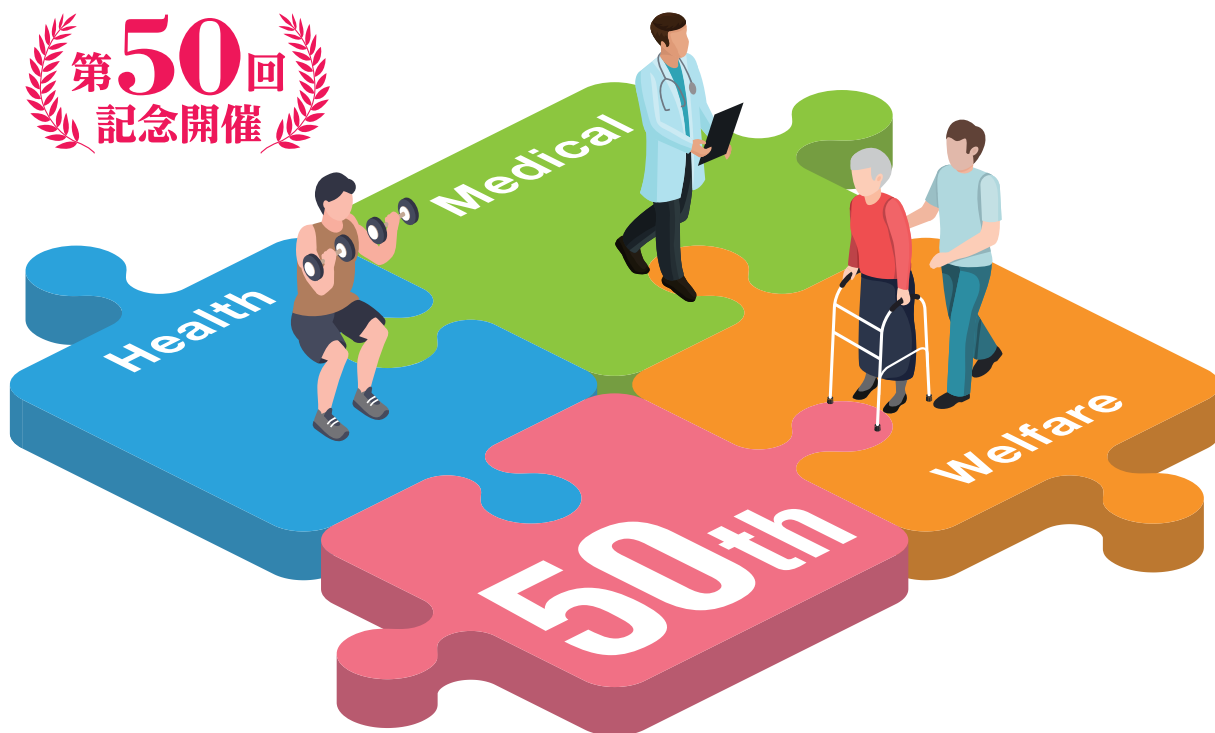
第50回

# 国際モダンホスピタルショー2023

INTERNATIONAL MODERN HOSPITAL SHOW2023

## 結果報告書

第50回  
記念開催



### 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

International Modern Hospital Show 2023

2023年 7月12日(水) 13日(木) 14日(金) [10:00  
17:00]

東京ビッグサイト [東展示棟] 東1・2・3ホール

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ー2023

## INTERNATIONAL MODERN HOSPITAL SHOW 2023

# 結果報告書



## CONTENTS



国際モダンホスピタルショー2023 実施概要、開催要綱	1
来場者数、開会式	2
広報・PR活動	3
パブリシティ結果	4
主催者企画展示	5
セミナープログラム、ヘルステック展inホスピタルショー (主催者セミナー／ショートプレゼンステージ／出展者プレゼンテーションセミナー)	6
日本病院会主催 セミナー	9
後援・協賛団体／学会 インフォメーションコーナー出展団体一覧、出展者カタログコーナー	10
来場者アンケート集計結果	11
出展者アンケート集計結果	21
ホスピタルショウオンライン2023活用レポート	25
会場MAP	27
出展者一覧	28
国際モダンホスピタルショー委員会組織	29
国際モダンホスピタルショウのあゆみ	31

## 国際モダンホスピタルショー 2023 実施概要



国際モダンホスピタルショー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～』をメインテーマに7月12日(水)・13日(木)・14日(金)の3日間、東京ビッグサイト 東1・2・3ホール(会場面積26,000㎡・展示面積 6,500㎡)を使用して開催した。会期中3日間の来場者数は32,919名、出展者数254社を数えた。

主催者企画展示では、第50回を迎える国際モダンホスピタルショーと連載50周年を迎える「ブラック・ジャック」のコラボレーション企画を実施した。

また、会期中は主催者セミナー、公開シンポジウム、出展者プレゼンテーションセミナー、ショートプレゼンステージ、企業・団体など66セッションのセミナーを実施、延べ5,046名を越す聴講者を集めた。

## 国際モダンホスピタルショー 2023 開催要綱

- 1名称** 国際モダンホスピタルショー2023
- 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～半世紀の歩みを、確かな進化へ～」
- 5会期** 2023年7月12日(水)・13日(木)・14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:26,000㎡ 展示面積:6,500㎡ **8出展者数** 254社・団体(2022年開催時213社・団体)
- 9来場者数** 32,919人(3日間延べ) [2022年開催時25,088人(2日間延べ)]
- 10会場** 東京ビッグサイト 東1・2・3ホール 〒135-0063 東京都江東区有明3-10-1
- 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、(公社)日本人間ドック学会、(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(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、(一社)日本医療機器テクノロジー協会、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、(商組)日本医療機器協会、(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)日本医療機器学会、(一社)Medical Excellence JAPAN、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(順不同)
- 13展示内容** ①医療環境設備・機器 ②医療機器・材料 ③医療情報システム ④看護支援  
⑤介護・リハビリ支援 ⑥健診・ヘルスケア ⑦病院・介護・医療施設運営サポート・サービス  
⑧医療・福祉関連団体事業
- 14主催者企画展示** 「ブラック・ジャック」とコラボレーションした特別企画展
- 15展示構成**
- 医療情報システム
  - 施設環境・運営サポート
  - 介護・福祉・リハビリ
  - 健診・健康増進
  - 看護
  - 医療機器
  - ヘルステック展inホスピタルショー





## 来場者数

### 1 来場者数

会期3日間の来場者数と前回開催(2022年)の来場者数は以下のとおりである。

2023年 東展示棟 東1・2・3ホール (第50回)

2022年 東展示棟 東2・3ホール (第49回)

会場面積	26,000㎡	展示面積	6,500㎡
1日目	7月12日(水)	(晴)	9,402人
2日目	7月13日(木)	(曇)	11,585人
3日目	7月14日(金)	(曇)	11,932人
合計			32,919人

会場面積	17,000㎡	展示面積	5,500㎡
1日目	7月13日(水)	(曇のち雨)	7,514人
2日目	7月14日(木)	(曇のち雨)	8,625人
3日目	7月15日(金)	(雨)	8,949人
合計			25,088人



## 開会式

開幕初日(7月12日)午前9時30分から、開会式が東京ビッグサイト・東展示棟 ガレリアにて挙行され、関係者多数が出席した。

(以下、順不同)

※所属・役職は2023年7月12日現在

### ●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 特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官 田中 彰子 様  
公益社団法人 日本医師会 会長 松本 吉郎 様  
公益社団法人 日本看護協会 常任理事 井本 寛子 様

#### 出展者代表挨拶

富士通 Japan 株式会社 代表取締役社長 COO 長堀 泉 様

#### ホスピタルショウ委員長挨拶

ホスピタルショウ委員会 委員長 大道 久

#### テープカット

厚生労働省 特定医薬品開発支援・医療情報担当参事官 田中 彰子 様  
公益社団法人 日本医師会 会長 松本 吉郎 様  
公益社団法人 日本看護協会 常任理事 井本 寛子 様  
富士通 Japan 株式会社 代表取締役社長 COO 長堀 泉 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  
ホスピタルショウ委員会 委員長 大道 久





## 広報・PR活動

主催者ならびに出展者から、病院関係者、ユーザーに対し30万部の案内状が発送されたほか、ニュースリリース、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 ご案内状（制作部数：300,000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 専門紙・誌広告

- 「病院新聞」 2月6日付号、6月15日付号、6月29日付号、7月7日付号(会期までの発行を記載)
- 「シルバー新報」 7月7日付号
- 「日本病院会ニュース」 2月25日付号

### 3 インターネットホームページ

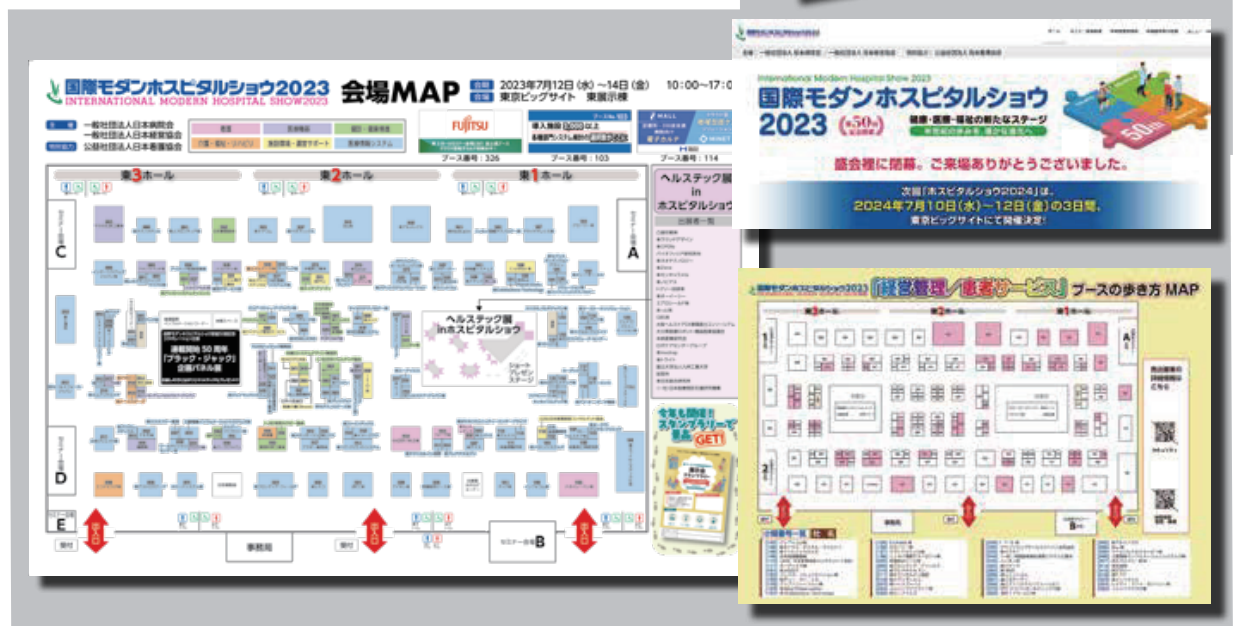
ホスピタルショウホームページにより年間を通して最新の展示会情報を提供した。ホスピタルショウオンラインの登録への誘導ページとして設定。また、出展者一覧PDFをホームページ上に掲載した。  
(URL: <https://www.noma-hs.com>)

### 4 国際モダンホスピタルショウ会場MAP／ブースの歩き方MAP

- 会期中、会場にて無料配布。
- ①会場案内図
- ②セミナープログラム

### 5 報道資料の配信

PR TIMESを活用し、プレスリリースを配信した。







## パブリシティ結果 (2023年8月1日現在)

### プレスリリース配信とプレスルームの設置

下記のニュースリリースを「PR TIMES」から配信した。

日付	内容
2023年1月26日	【50回記念 国際モダンホスピタルショー2023】医療・福祉の国内最大規模展示会が出展者募集開始！
2023年2月6日	『国際モダンホスピタルショー』開催50回 × 『ブラック・ジャック』連載開始50周年 記念コラボレーションを決定！
2023年6月5日	【医療・介護・福祉の総合展示会】国際モダンホスピタルショー2023のインターネット事前登録をスタート
2023年6月13日	【来場登録で視聴可能に！】国際モダンホスピタルショー2023 公式ホームページで主催者企画動画の配信を開始
2023年6月26日	今年注目の集まる医療DXをテーマにしたセミナーの受付を開始【国際モダンホスピタルショー2023】
2023年7月5日	好評につき今年も開催!「展示会スタンプラリー」in国際モダンホスピタルショー2023 会場MAPも公開
2023年7月11日	連載50周年を迎える『ブラック・ジャック』とコラボレーションした特別展を開催!(7月12日~14日 東京ビッグサイト)



### 会期中プレス来場

会期中は、下記のメディア媒体など多くの方が取材のために来場された。

日本経済新聞／週刊高齢者住宅新聞／aperza／医薬経済／電子デバイス産業新聞／商業施設新聞／医療産業情報／工場計画情報／月刊FDI／innavi net／INNERVISION／IT VISION／ラベル新聞／m3.com／展示会ドットコム／電子版ガスメディア／溶接ニュース／産業特信溶接版／溶接ニュース／シルバー新報／月刊ケアマネジメント／化学工業日報／日刊工業新聞／医事業務／医療サイト朝日新聞アピタル／社会保険旬報／静岡新聞／月刊新医療／Web Magazine 金型産業情報／最新医療経営／月刊医療経営士／介護ビジョン／物流ニッポン／月刊新薬と臨床／都政新聞／繊維ニュース／金融総合専門紙ニッキン／Tech Target ジャパン／病院新聞／見本市展示会通信／EventBiz／展示会とMICE 等



## 主催者企画

### <展示企画>「ブラック・ジャック」コラボレーション特別展

【協力：(株)手塚プロダクション】

ホスピタルショー開催50回の記念回として、連載50周年を迎える最も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を開催した。連載開始当初からのファンの方はもちろん、初めて触れる方にもお楽しみいただける、ここでしか見られないパネル展示や、記念フォトスポットを用意し、多くの来場者が訪れた。



### 関連セミナー

**7 / 12(水)**  
**16:00~16:50**  
**「ブラック・ジャック創作秘話」の原作者・漫画家が語る!ブラック・ジャックの誕生エピソードとそこに秘められた想い**  
 漫画原作者 **宮崎 克氏**  
 漫画家 **吉本 浩二氏**  
 (株)秋田書店 販売部 **切通 修司氏**



### <セミナー企画>

BCP、病院建築、医療DX、電子カルテ、サイバーセキュリティなど、多岐にわたるテーマにて、最新情報の発信および情報交流の場を提供した。

**7 / 12(水)**  
**15:30~16:30**  
**災害時の院内対応とBCP**  
 ~英国ALSGのHospital MIMMSから学ぶ~  
 横浜市立大学附属市民総合医療センター  
 医療の質・安全管理部 **中村 京太氏**

**7 / 13(木)**  
**15:00~16:45**  
**病院設計最新事情シリーズ**  
 ~病院建築計画と癒しの環境~  
 東京大学 名誉教授/工学院大学 名誉教授/長澤 泰氏  
 (一財)ハビネスライフ財団 理事長  
 名古屋市立大学 名誉教授・特任教授 鈴木 賢一氏  
 工学院大学 建築学部建築学科 教授 山下 哲郎氏

**7 / 13(木)**  
**10:30~12:00 医療DX推進に向けた展望と課題**  
 座長: (株)メディヴァ 企業・行政チーム マネージャー/医師 **久富 護氏**  
 登壇者: (株)日本総合研究所 リサーチ・コンサルティング部門 ヘルスケア・事業創造  
 グループ 副部長/上席主任研究員/シニアマネジャー **川崎 真規氏**  
 源美坂井法律事務所・外国法共同事業 フロントタイプ政策研究所 所長/  
 シニアパートナー 弁護士 **落合 孝文氏**  
 国立研究開発法人国立国際医療研究センター 医療情報基盤センター センター長  
 (株)メディヴァ 取締役 **美代 賢吾氏**  
**小松 大介氏**

**7 / 13(木)**  
**15:30~16:50**  
**クラウド型電子カルテの現状と課題**  
 アマゾンウェブサービスジャパン(同)  
 シニア事業開発マネージャー **水島 洋氏**  
 帝京大学医療システム研究センター 教授 **澤 智博氏**  
 福井大学 医学部附属病院 医療情報部 副部长/准教授 **山下 芳範氏**

**7 / 14(金)**  
**10:30~12:00**  
**淘汰の時代に病院が生き残るために必要な条件とは**  
**活路を見出す医療DX ~求められる人材能と配置~**  
 メディカルソリューションパートナー 代表 **兵藤 敏美氏**  
 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 **鳥飼 幸太氏**  
 千葉大学医学部付属病院 患者支援部 特任講師  
 厚生労働省 健康局 参与 (デジタル化担当) **島井 健一郎氏**

**7 / 14(金)**  
**15:00~16:30**  
**サイバーセキュリティ対策アップデート**  
 ~事例・ガイドライン・法改正・テクノロジーを知る~  
 帝京大学医療システム研究センター 教授 **澤 智博氏**  
 千葉大学医学部附属病院患者支援部 特任講師/  
 厚生労働省健康局 参与 (デジタル化担当) **島井 健一郎氏**  
 日本マイクロソフト(株) Chief Security Officer **河野 省二氏**





# セミナープログラム

(団体・所属名は2023年7月12日現在のもの)

## 主催者セミナー

場所：東3ホール内特設会場

無料

総参加人数：2,595名



## セミナーC会場



**7 / 12(水)**  
**C-1** 日本病院会主催  
11:00~12:00  
時代に合う医療提供体制  
～明日を拓くために～  
(-)日本病院会 会長 相澤 孝夫氏

**C-2** 日本病院会主催 公開シンポジウム  
13:00~15:30  
わたくしたちの健康と幸せ  
～新たなステージへ～  
シンポジスト:  
大阪大学大学院 医学系研究科保健学専攻 准教授 山川 みやえ氏  
社会医療法人財団 聖山会 聖寿総合病院 理事長補佐 神野 正隆氏  
藤田医科大学 連携地域医療学 准教授 大杉 泰弘氏  
認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長 エム・シー・ヘルスケアホールディングス(株) 上席執行役員CSO兼CMO 山口 育子氏  
座長: 日本病院会ホスピタルショウ委員会 副委員長/ (株)労働者健康安全機構 理事長 有賀 徹氏  
日本病院会ホスピタルショウ委員会 委員/ (特許)パブリックプレス 代表理事 熊田 梨恵氏

**C-3**  
16:00~16:50  
「ブラック・ジャック創作秘話」の原作者・漫画家が語る「ブラック・ジャックの誕生エピソードとそこに秘められた想い」  
漫画原作者 宮崎 克氏  
漫画家 吉本 浩二氏  
株式会社秋田書店 販売部 切通 修司氏

**7 / 13(木)**  
**C-5** 協力: (-) Healthcare BCPコンソーシアム  
12:00~13:00  
災害拠点病院約4割が浸水危険!  
学ぼう実践的・科学的な水害BCP  
座長: (株)労働者健康安全機構 理事長 / (-) Healthcare BCPコンソーシアム 理事長 有賀 徹氏  
医療法人社団東光会茂原中央病院 事務局長 高草木 勲氏  
戸田中央メディカルケアグループ 災害対策特別顧問 野口 英一氏  
清水建設(株) 設計本部 プリンシパル/ 日本医療福祉建築協会 理事 鳥山 亜紀氏

**C-6**  
13:30~14:30  
未来づくりの主語はワカモノ!  
～産業と世代を越えた化学反応が生み出す、「くらし×医療」の新たな可能性～  
(-)病院マーケティングサミットJAPAN 代表理事 竹田 陽介氏  
琉球大学 教授(理学部) 水産学博士 竹村 明洋氏  
(株)バイオーム 代表取締役 藤木 庄五郎氏  
(株)DigitalBlast 執行役員 及川 雅信氏

**C-7**  
15:00~16:45  
病院設計最新事情シリーズ  
～病院建築計画と癒しの環境～  
東京大学 名誉教授/工学院大学 名誉教授 / (-)ハビネスライフ財団 理事長 長澤 泰氏  
名古屋市立大学 名誉教授・特任教授 鈴木 賢一氏  
工学院大学 建築学部建築学科 教授 山下 哲郎氏

**7 / 14(金)**  
**C-8**  
10:30~12:00  
淘汰の時代に病院が生き残るために必要な条件とは  
活路を見出す医療DX ～求められる人材と配置～  
メディカルソリューションパートナー代表 兵藤 敏美氏  
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 鳥飼 幸太氏  
千葉大学医学部附属病院 患者支援部 特任講師 厚生労働省 健康局 参事 (デジタル化担当) 島井 健一郎氏

**C-9** 日本病院会監修セミナー  
13:00~14:30  
「病院事務職を元気にするセミナー」  
病院事務職のキャリアパスについて考える  
座長: 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  
登壇者: 多摩大学大学院 経営情報学研究所 客員教授 石井 富美氏  
(特許)日本医師事務作業補助者協会 理事 矢口 智子氏  
(一社)上尾中央医療グループ協議会 総局長 久保田 巧氏

**C-10** 日本病院会監修セミナー  
15:00~16:30  
「日本病院会の活動を紹介するセミナー」  
こんなところにもDX  
座長: 日本病院会 ホスピタルショウ委員会 委員/ 日本医療機能評価機構 客員研究主幹 梅里 良正氏  
登壇者: 福井県済生会病院 事務部長 斉藤 哲哉氏  
(株)OPERE 代表取締役/CEO 澤田 優香氏  
医療法人弘仁会 飯倉病院 事務局長補佐兼事務課長 加藤 聡氏



## セミナーD会場



**7 / 12(水)**  
**D-1**  
13:00~15:00  
病院広報アワード2023  
表彰&事例紹介トークセッション  
Supported by 医療介護CB news  
NPO法人メディカルコンソーシアム ネットワークグループ 理事長 山田 隆司氏  
(株)メディアア 代表取締役 渡辺 優氏  
日本医学ジャーナリスト協会 幹事/ 医療情報の提供内容等のあり方に 関する検討会構成員 三浦 直美氏  
積水ハウス(株) 執行役員 コミュニケーション デザイン部長兼CXデザイン室長 足立 紀生氏  
(株)クラウドワークス 広報責任者 飯田 真吾氏

**D-2**  
15:30~16:30  
災害時の院内対応とBCP  
～英国ALSGのHospital MIMMSから学ぶ～  
横浜市立大学附属市民総合医療センター 医療の質・安全管理部 中村 京太氏

**7 / 13(木)**  
**D-3**  
10:30~12:00 医療DX推進に向けた展望と課題  
座長: (株)メディアア 企業・行政チーム マネージャー/医師 久富 護氏  
登壇者: (株)日本総合研究所 リサーチ・コンサルティング部門/ヘルスケア・事業創造 グループ 部長/上層主任研究員/シニアマネージャー 川崎 真規氏  
運美安弁法律事務所/外信法共同事業 フロントイノベーション研究所 所長/ シニアリーダー 弁護士 落合 孝文氏  
国立研究開発法人国立国際医療研究センター 医療情報基盤センター センター長 (株)メディアア 取締役 美代 賢吾氏  
小松 大介氏

**D-4** 日本看護協会セミナー  
12:30~13:30  
バイタルサインは「測定」から「評価」の時代へ  
～プロトコール整備で看護師の役割がより重要に～  
座長: (公社)日本看護協会 前会長  
国際医療福祉大学大学院教授・副大学院長 福井 トシ子氏  
講師: 水戸済生会総合病院 看護部 特定行為室 室長/ (株)ラブラプロジェクト代表 青柳 智和氏

**D-5** 日本看護協会セミナー  
14:00~15:00  
「知らなかった」「聞いていない」では済まされない!!  
看護職が知っておきたい「施設基準」の管理  
座長: 日本施設基準管理士協会理事/(株)ウォームハーツ 代表取締役 長岡川 さより氏  
講師: 岡山市立市民病院 総務課 主任 中田 悠太氏  
鹿児島大学病院医療情報部 特任教授・部長 (兼) 特命副院長 宇都 由美子氏

**D-6**  
15:30~16:50  
クラウド型電子カルテの現状と課題  
アマゾンウェブサービスジャパン(同) シニア事業開発マネージャー 水島 洋氏  
帝京大学医療システム研究センター 教授 澤 智博氏  
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

**7 / 14(金)**  
**D-7** 日本看護協会セミナー  
10:30~11:30  
看護の可視化と質評価の強化に向けて  
～DiNQL事業のリニューアルについて～  
座長: (公社)日本看護協会 医療政策部 看護情報課 調査研究企画調整担当専門職 鈴木 理恵氏  
講師: (公社)日本看護協会 医療政策部 看護情報課 長坂 雄太氏

**D-8** 日本看護協会セミナー  
12:00~13:00  
すでに起こった未来に対して、病院はどう変わるべきか  
座長: パラマウントベッド(株) 執行役員/デジタル事業開発部 部長 伊藤 秀明氏  
講師: 社会医療法人社愛会 福田病院 理事長 織田 正道氏

**D-9** 協力: (-) 日本医療機器学会  
13:30~14:30  
業務改善と医療機器  
～病院経営との関わりを含めて～  
香川大学医学部 地域医療再生医学講座・客員教授 臼杵 尚志氏

**D-10**  
15:00~16:30  
サイバーセキュリティ対策アップデート  
～事例・ガイドライン・法改正・テック/ロジを知る～  
帝京大学医療システム研究センター 教授 澤 智博氏  
千葉大学医学部附属病院患者支援部 特任講師/ 厚生労働省健康局 参事 (デジタル化担当) 島井 健一郎氏  
日本マイクロソフト(株) Chief Security Officer 河野 省二氏



# セミナープログラム

(団体・所属名は2023年7月12日現在のもの)

## 主催者セミナー

場所：東3ホール主催者事務室会場

無料

### セミナー E会場

7 / 14 金

E-1 13:00~16:00

日本医療福祉設備協会特別セミナー

COVID-19パンデミックに対する  
包括的病院機能改善計画  
-都市部の中規模病院ケーススタディ-

東京大学 名誉教授 /  
日本医療福祉設備協会 会長  
安原 洋氏

病院建設における  
最近の課題

清水建設株式会社 ソリューション営業部 部長 /  
日本医療福祉設備協会 理事  
中田 康将氏

COVID-19パンデミック  
を経た病院空調の新しい  
考え方

新菱冷熱工業株式会社 経営統括本部  
イノベーションハブ 主管  
森本 正一氏

COVID-19パンデミックな  
どから見えてきた維持管理  
の重要性

専長 社会衛生事業本部 専任 づくり  
事業部 / 日本医療福祉設備協会  
副会長  
鈴木 明文氏

感染対応と病院BCP  
-建築計画課題とコスト

千葉大学工学部 名誉教授 /  
日本医療福祉設備協会 副会長  
中山 茂樹氏

## ショートプレゼンステージ

場所：東1ホール内特設会場

無料

総参加人数：583名

	7 / 12 水	7 / 13 木	7 / 14 金
11:00	医療業界における RPA活用最新事例セミナー	著名医師2000名が 制作・更新している AI問診票「今日の問診票」のご紹介 セッション	よくわかる！カメラ選び ～院内映像ソリューションを 老舗メーカーがご案内～
11:20	RPAテクノロジーズ株式会社		池上通信機株式会社
11:50	クラウド型健診システム 「CARNAS &g」	遊び場 in The Hospital ～医療機関利用児の遊びの権利を保障する～	RFIDを用いた医療物流DX
12:10	日本事務器株式会社	株式会社アネビー	帝人フロンティア株式会社
12:40	最新の健康羅針盤 ゲノム × AI	新たなフロンティアの開拓: 仮想現実を通じた医療と メタバースの橋渡し レメディ・アンド・カンパニー株式会社	富士フィルムの持続除菌技術「Hydro Ag+」を用いて感染対策に新提案 ～医療現場におけるさらなる安心へ～ 富士フィルムメディカル株式会社
13:00	株式会社Zene		
13:30	医療BCP対策 クラウドバック アップからセキュリティ対策まで	医療機関・介護事業者様の 課題解決に貢献します ～英蓉リースグループのヘルスケアサービス～ 英蓉総合リース株式会社	健診業務のDXと費用対効果
13:50	株式会社イメージワン		株式会社テクノア
14:20	NHKスペシャルで話題の ゴースト血管(毛細血管測定) チェック!	医療DXにおける 多要素認証の活用について	医療情報の標準化と地域医療の これから・電子カルテと地域包括 ケアソリューションのご提案
14:40	あっと株式会社	サイオステクノロジー株式会社	株式会社パシフィックメディカル
15:10	医療機関の就業管理 客観的な在院時間の把握方法と 財政的支援情報の提供	二要素認証ソリューション/ 看護業務のDX化について	COVID-19対策 クラウド型換気管理システムと CO2センサーのご紹介
15:30	インフォコム株式会社	株式会社イードクトル	旭化成株式会社
16:00	ベッドサイドにおける 早期警告スコアの実施について	巡回健診のデジタル化で圧倒的な スピードを手に入れませんか?	ランサムウェアを無力化する サイバーセキュリティ 「AppGuard」
16:20	フジキンソフト株式会社	株式会社エムネス	株式会社Blue Planet-works



# ヘルステック展 in ホスピタルショウ

「ヘルステック × 医療・福祉=新たな課題解決へ」をコンセプトに「治す」～「健康に過ごす」ためのヘルステック分野の企画展示会。すでにヘルステックは、地域や個人の健康・未病に役立っており、今後は、病院やクリニック、施設との関わりも深くなるため医療・福祉での活躍が期待される製品・サービスを紹介した。



## 出展者一覧

- 凸版印刷株式会社
- 株式会社ラウンドデザイン
- 株式会社OPeRe
- バイオフィリア研究所(有)
- 株式会社ネオテクノロジー
- 株式会社Zene
- 株式会社モンキャラメル
- 株式会社ノビアス
- 株式会社トクソー技研
- 株式会社オーイーシー
- 株式会社エアロシールド
- あっと株式会社
- GBS株式会社
- 大阪ヘルスケアDX事業創出コンソーシアム
- 大分県医療ロボット・機器産業協議会
- 未病産業研究会
- ロボケアセンターグループ
- 株式会社medrep
- 株式会社トライト
- 国立大学法人九州工業大学
- 加賀市
- 株式会社日本総合研究所
- (一社)日本医療受診支援研究機構



# セミナープログラム

(団体・所属名は2023年7月12日現在のもの)

## 出展者プレゼンテーションセミナー A

場所：東1ホール内特設会場

無料

総参加人数：875名

	7 / 12(水)	7 / 13(木)	7 / 14(金)
11:30 ~ 12:15	<b>A-1</b> インフォコム(株) まだ間に合う!医師の就業管理 ~求められる勤務実態の把握~ 連続勤務時間チェック・インターバル・兼業/副業・代償休暇ソリューションの紹介 インフォコム(株) 病院情報システム営業部 <b>井上 和人</b> 氏	<b>A-5</b> (株)Blue Planet-works AppGuardでエンドポイントの ゼロトラスト化に挑む ~埼玉医科大学病院編~ (株)Blue Planet-works セキュリティアドバイザー <b>嶋原 祐輔</b> 氏	<b>A-9</b> (株)コア・クリエイトシステム 医療機関が取り組むべき 2大ランサムウェア対策とは 宮崎大学医学部 名誉教授 医学博士 <b>荒木 賢二</b> 氏 アイティーエム(株) 代表取締役社長 <b>河本 剛志</b> 氏
12:45 ~ 13:30	<b>A-2</b> C-United(株) C-United 友成社長が伝える、 カフェ・ド・クリエ ホピタル を出店するメリット C-United(株) 代表取締役社長 <b>友成 勇樹</b> 氏	<b>A-6</b> トレンドマイクロ(株) サイバーセキュリティ対応の義務化 ~厚労省GL、医療法施行 規則改正対応の長期戦略 群馬大学医学部附属病院 システム統合センター 准教授/ (一社)医療サイバーセキュリティ協議会 常任理事 <b>鳥飼 幸太</b> 氏	<b>A-10</b> (株)アイ・オー・データ機器 今すぐ始めるサイバーセキュリティ対策 ~医療機関のサイバーセキュリティを考える~ 登壇者: 日本医師会ORCA管理機構(株) 取締役副社長 <b>上野 智明</b> 氏 東京海上日動火災保険株式会社 企業新事業部 サイバー室 専任部長 <b>教学 大介</b> 氏 株式会社アイ・オー・データ機器 上席執行役員 企画開発部 部長 <b>加藤 光兼</b> 氏 モデレーター 株式会社アイ・オー・データ機器 コーポレート営業部 専任部長 <b>内藤 基夫</b> 氏
14:00 ~ 14:45	<b>A-3</b> 日本データカード(株) 病院DXを推進するデジタル・ グレンシャルソリューション 日本データカード(株) マーケティング部 <b>吉村 晋一</b> 氏	<b>A-7</b> 帝人フロンティア(株) RFIDを活用した医療材料管理の進化 東京医科歯科大学病院 材料部部長 <b>久保田 英雄</b> 氏 学校法人 聖路加国際大学 病院事務部 副部長(経営企画担当) <b>谷部 聡</b> 氏 済生会滋賀県病院 医療情報部 兼 資材課 課長 <b>杉浦 暢彦</b> 氏	
15:15 ~ 16:00	<b>A-4</b> ワールドビジネスセンター(株) 従来型EPPと院内バックアップでは防げない! WBCが提案するランサムウェア対策とは ディープインスティテュート(株) アジア太平洋地区 バイスプレジデント ワールドビジネスセンター(株) ICTソリューション部 <b>主査 西口 智氏</b>	<b>A-8</b> (一社)日本医療受診支援研究機構 コロナ禍に見る AI・ICTを活用した 地域医療持続可能方策 座長: JPSO代表理事 / (独)労働健康安全機構 理事 <b>有賀 徹</b> 氏 講師: JPSO 理事 / (公社)東京都医師会 理事 <b>目々澤 肇</b> 氏 JPSO 理事 / (公社)全日本病院協会 副会長 <b>神野 正博</b> 氏 JPSO 賛助会員 / Ubie(株) 代表(医師) <b>阿部 吉倫</b> 氏 JPSO 賛助会員 / KODI(株) サイバー監査部 シニアアドバイザー <b>田口 健太</b> 氏	<b>A-12</b> (株)WDS 環境に影響のない口中検温をし、 顔認証によって個人の平熱管理も 可能な新たな検温器 (株)WDS SE担当 <b>郡司掛 豪</b> 氏

## 出展者プレゼンテーションセミナー B

場所：東1ホール主催者事務室会場

無料

総参加人数：939名

ライブ配信視聴人数：3,411名

	7 / 12(水)	7 / 13(木)	7 / 14(金)
10:30 ~ 11:15		<b>B-5</b> (株)パシフィックメディカル 医療情報の標準化と 地域医療連携のこれから (株)メドレー 執行役員 <b>豊田 剛一郎</b> 氏	<b>B-10</b> (株)フロンティア・フィールド 病院DXを推進するために 重要な3つの要素とは ~東京医科歯科大学病院での経験から~ (株)クリプラ 代表取締役/ 東京医科歯科大学 客員教授 <b>鐘江 康一郎</b> 氏
11:45 ~ 12:30	<b>B-1</b> (株)フロンティア・フィールド 日本の医療業界の未来から考える病院DX A.T. カーニー(株) シニアパートナー <b>後藤 良平</b> 氏	<b>B-6</b> (株)ソリトンシステムズ 事例から見る 医療機関のセキュリティ対策 ~いま、何からするべきか~ (株)ソリトンシステムズ ITセキュリティ事業部 プロダクトマーケティング部 <b>光井 一輝</b> 氏	<b>B-11</b> (株)AGEST 「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に見る、パスワード管理の重要性 (株)AGEST ITソリューション営業本部 サイバーセキュリティソリューション営業部 <b>宮崎 弘道</b> 氏 Keeper Security APAC 代表 <b>田辺 洋介</b> 氏 アジアパシフィック 地域営業統括本部 <b>寺田 雄一</b> 氏 マジセミ(株) 代表取締役社長
13:00 ~ 13:45	<b>B-2</b> (公社)日本医療経営コンサルタント協会 2024年トリプル改定のポイントと経営対応 (株)ASK 診療報酬研究所 所長/ 認定登録 医療経営コンサルタント <b>中林 梓</b> 氏	<b>B-7</b> インフォコム(株) まだ間に合う!医師の就業管理 ~求められる勤務実態の把握~ 連続勤務時間チェック・インターバル・兼業/副業・代償休暇ソリューションの紹介 インフォコム(株) 病院情報システム営業部 <b>井上 和人</b> 氏	<b>B-12</b> インフォコム(株) まだ間に合う!医師の就業管理 ~求められる勤務実態の把握~ 連続勤務時間チェック・インターバル・兼業/副業・代償休暇ソリューションの紹介 インフォコム(株) 病院情報システム営業部 <b>井上 和人</b> 氏
14:15 ~ 15:00	<b>B-3</b> アライドテレシス(株) 医療現場の働き方改革に向けて ~ネットワークと医療機器連携~ 福井大学 医学部附属病院 医療情報部 副部長/准教授 <b>山下 芳範</b> 氏 アライドテレシス(株) ソリューションエンジニアリング本部 東日本プロジェクトマネージメント部 技術支援グループ 次長 <b>福田 香奈絵</b> 氏	<b>B-8</b> (株)ディー・オー・エス 安全管理ガイドライン改訂で話題! IT資産管理から始める 医療機関のゼロトラスト (株)ディー・オー・エス 営業企画課 <b>古賀 みのり</b> 氏	<b>B-13</b> インターシステムズジャパン(株) HL7® FHIR® を用いた CDSS開発の取り組み、課題と展望 大阪公立大学大学院医学研究科 血液腫瘍制御学 講師/ 臨床検査・医療情報医学 講師/ 大阪公立大学医学部附属病院 医療情報部 副部長 <b>岡村 浩史</b> 氏
15:30 ~ 16:15	<b>B-4</b> PSP(株) 青森県立中央病院のPHR導入とPHRをベースとした地域医療連携のチャレンジ 青森県立中央病院 副院長 <b>的場 元弘</b> 氏 青森県立中央病院 医療連携部 主幹 <b>三浦 浩紀</b> 氏	<b>B-9</b> (株)セールスフォース・ジャパン 地域連携におけるSalesforceの構築と、 Tableauによる経営データ分析 飯田市立病院 医療情報部 医療情報部長補佐 兼 情報システム係長 <b>熊谷 敏克</b> 氏 (株)セールスフォース・ジャパン インダストリアル・トランスフォーメーション事業本部 ヘルスケア業界担当シニアマネージャー <b>上中 進太郎</b> 氏	<b>B-14</b> サイオステクノロジー(株) 医療DXにおける 情報セキュリティ管理の重要性 サイオステクノロジー(株) Cloud Identity Management SL <b>鈴木 祥一</b> 氏



## 日本病院会主催 セミナー

(団体・所属名は2023年7月12日現在のもの)

### オープニングセッション

7月12日(水) 11:00 ~ 12:00

時代に見合う医療提供体制 – 明日を拓くために –

一般社団法人 日本病院会 会長 相澤 孝夫 氏



### 公開シンポジウム

7月12日(水) 13:00 ~ 15:30

テーマ: わたくしたちの健康と幸せ ~新たなステージへ~

【シンポジスト】

大阪大学大学院	医学系研究科保健学専攻 准教授	山川 みやえ 氏
社会医療法人財団 董仙会 恵寿総合病院	理事長補佐	神野 正隆 氏
藤田医科大学	連携地域医療学 准教授	大杉 泰弘 氏
認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML	理事長	山口 育子 氏
エム・シー・ヘルスケアホールディングス(株)	上席執行役員CSO兼CMO	小西 竜太 氏

【座長】

日本病院会ホスピタルショウ委員会 副委員長/独立行政法人 労働者健康安全機構	理事長	有賀 徹 氏
日本病院会ホスピタルショウ委員会 委員/特定非営利活動法人 パブリックプレス	代表理事	熊田 梨恵 氏

### 日本病院会監修セミナー

7月14日(金) 13:00 ~ 14:30

『病院事務職を元気にするセミナー』 病院事務職のキャリアパスについて考える

【座長】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

【登壇者】

多摩大学大学院  
経営情報学研究科 客員教授  
石井 富美 氏



特定非営利活動法人  
日本医師事務作業補助者協会  
理事長 矢口 智子 氏



一般社団法人  
上尾中央医科グループ協議会  
総局長 久保田 巧 氏



7月14日(金) 15:00 ~ 16:30

『日本病院会の活動を紹介するセミナー』こんなところにもDX

【座長】日本病院会ホスピタルショウ委員会 委員/日本医療機能評価機構 客員研究主幹 梅里 良正 氏

【登壇者】

福井県済生会病院  
事務部長 斉藤 哲哉 氏



株OPERe(オペリ)  
代表取締役/CEO 澤田 優香 氏



医療法人弘仁会 板倉病院  
事務長補佐兼総務課長 加藤 聡 氏





## 後援・協賛団体／学会インフォメーションコーナー出展団体一覧

### 【特別協力】

公益社団法人 日本看護協会

### 【後援】

公益社団法人 日本医師会

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 医療関連サービス振興会

一般社団法人 日本医療法人協会

一般財団法人 日本医薬情報センター

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】

日本薬科機器協会

一般社団法人 日本医療機器テクノロジー協会

一般社団法人 日本衛生検査所協会

一般社団法人 日本衛生材料工業連合会

一般社団法人 日本ホームヘルス機器協会

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

一般社団法人 東京都医療ソーシャルワーカー協会

東京商工会議所

公益社団法人 全国老人福祉施設協議会

商工組合 日本医療機器協会

一般社団法人 全国デイ・ケア協会

日本介護用入浴機器工業会

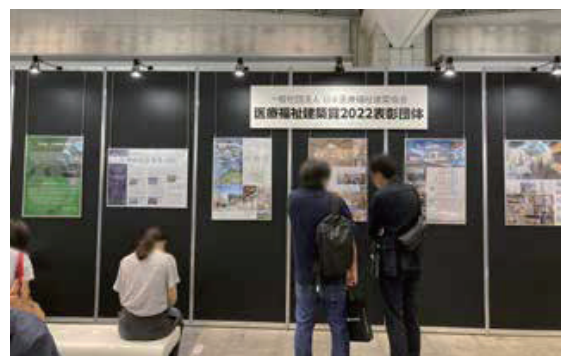
特定非営利活動法人 日本人間ドック健診協会

特定非営利活動法人 日本医師事務作業補助者協会

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 32 回目を迎え、2022 年に表彰された団体を展示した。



## 出展者カタログコーナー

出展者が自由にPRできる出展者専用のカタログコーナーを設置した。





## 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2,697の回答を得た。

#### 1 調査期間

2023年7月12日(水)・13日(木)・14日(金)の3日間

#### 2 調査方法

東1・2・3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2023来場者

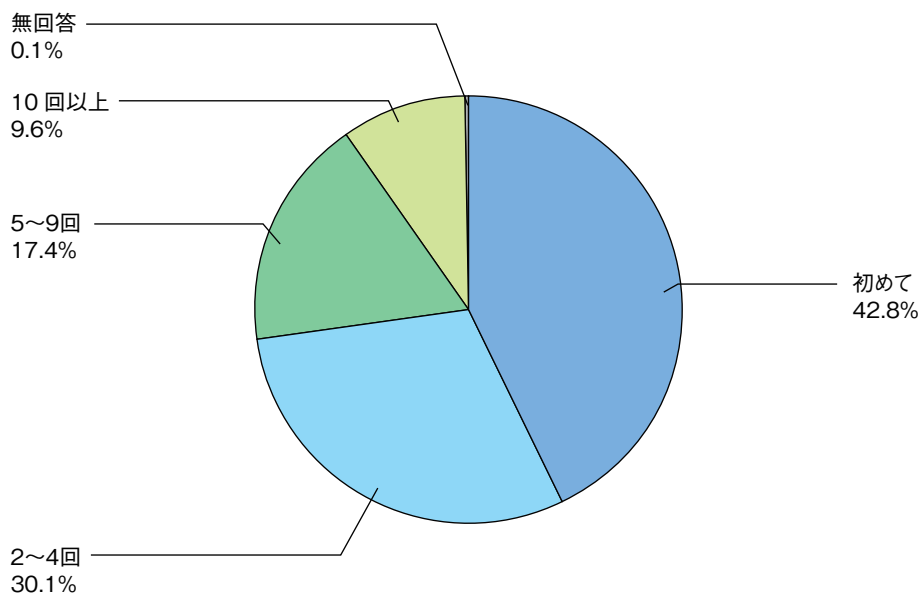
#### 4 有効回答数

2,697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?



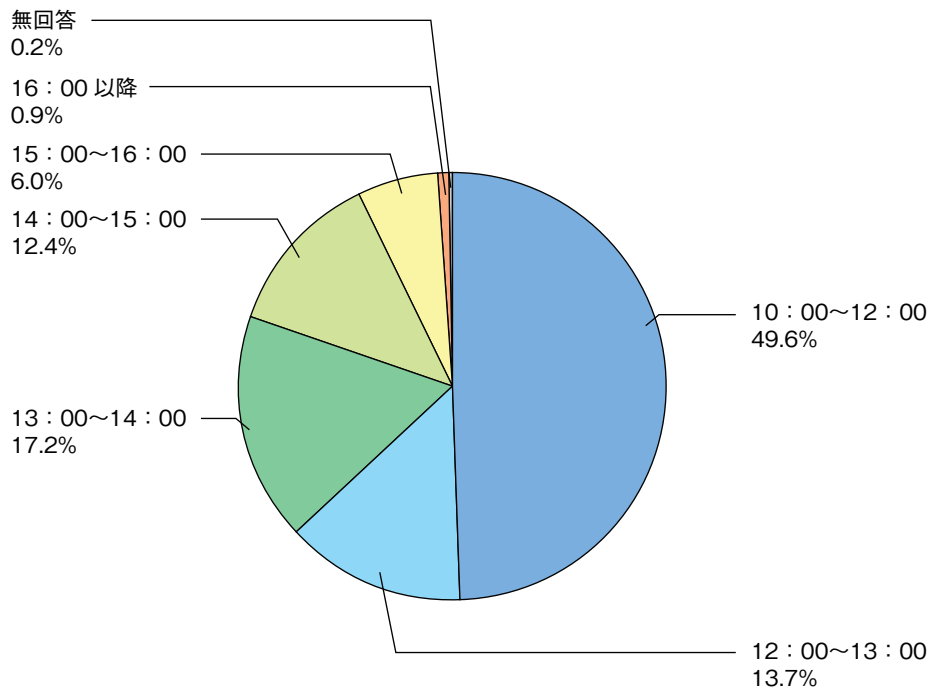
n=2,697





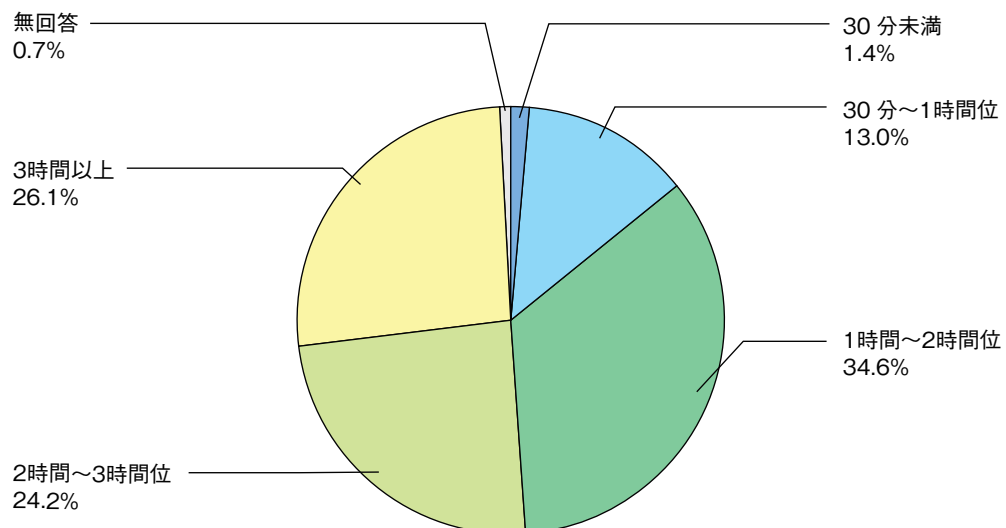
## 来場者アンケート集計結果

### 2. ご来場いただいた時間帯は?



n=2,697

### 3. ご見学された時間は?

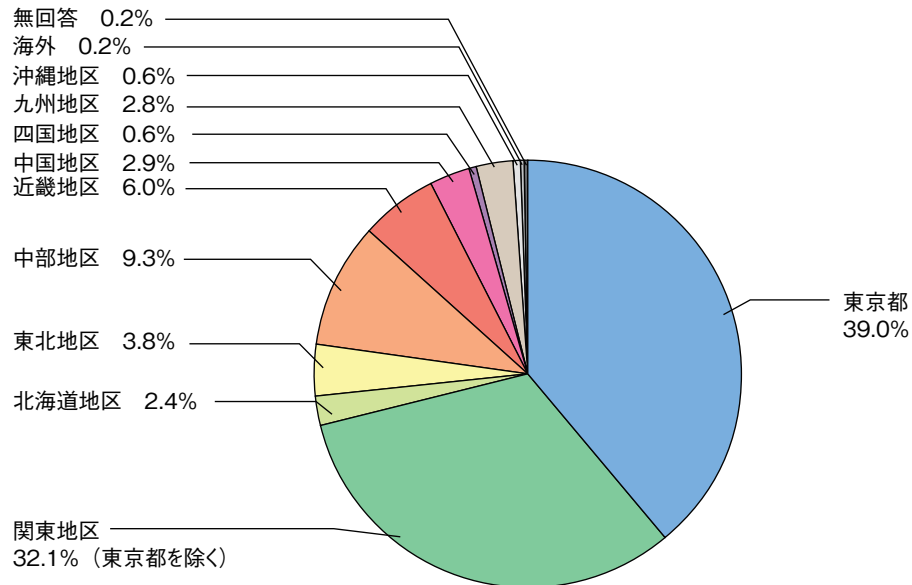


n=2,697



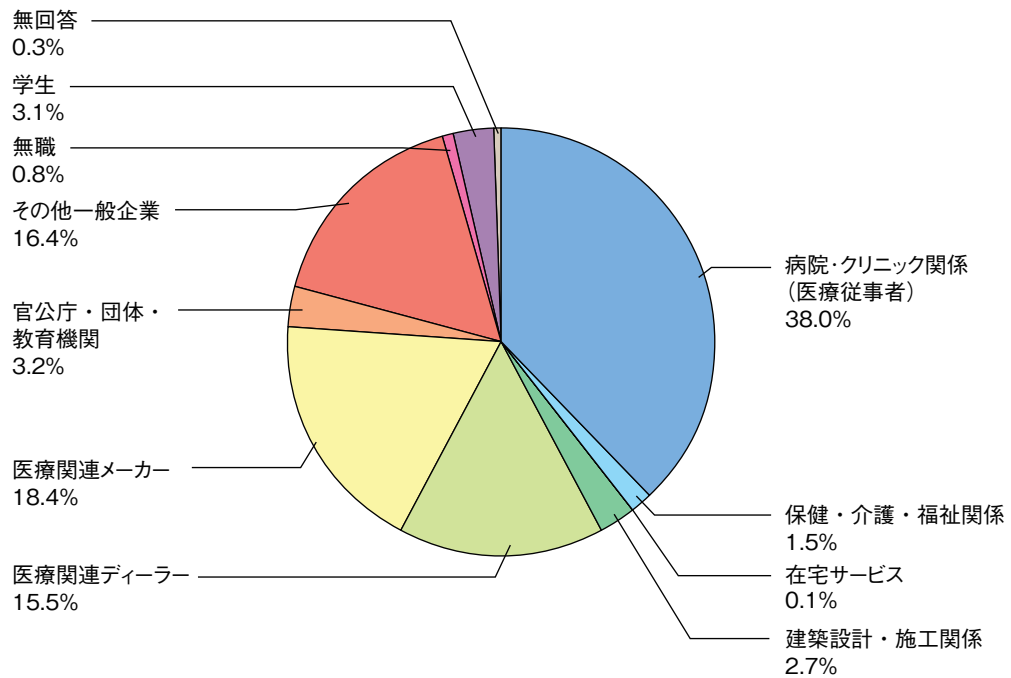
## 来場者アンケート集計結果

### 4. あなたの勤務地（又は、お住まい）は？



n=2,697

### 5. あなたの勤務先は？

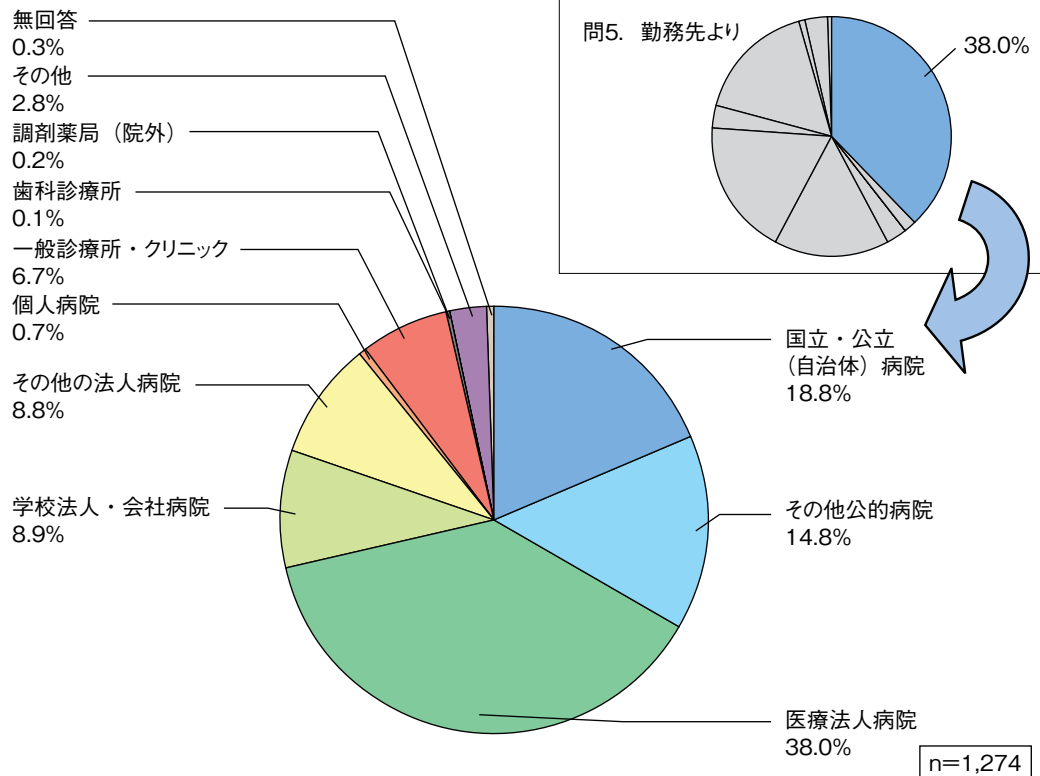


n=2,697

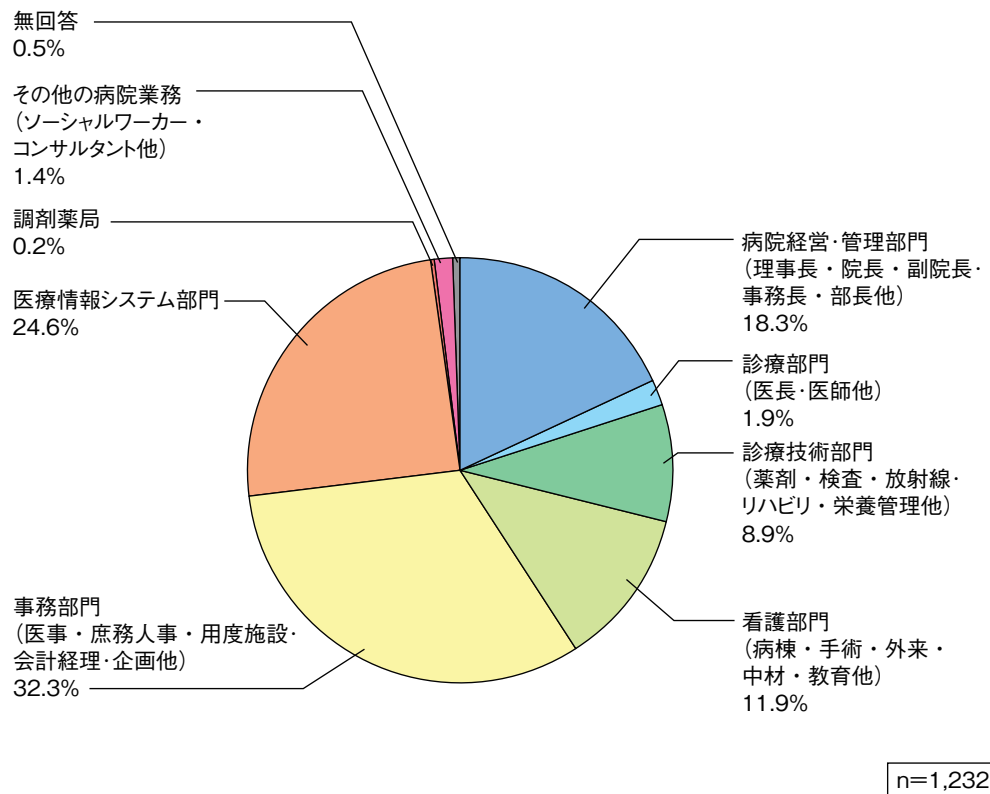


## 来場者アンケート集計結果

### 6. あなたの就業先は？（医療従事者のみ）



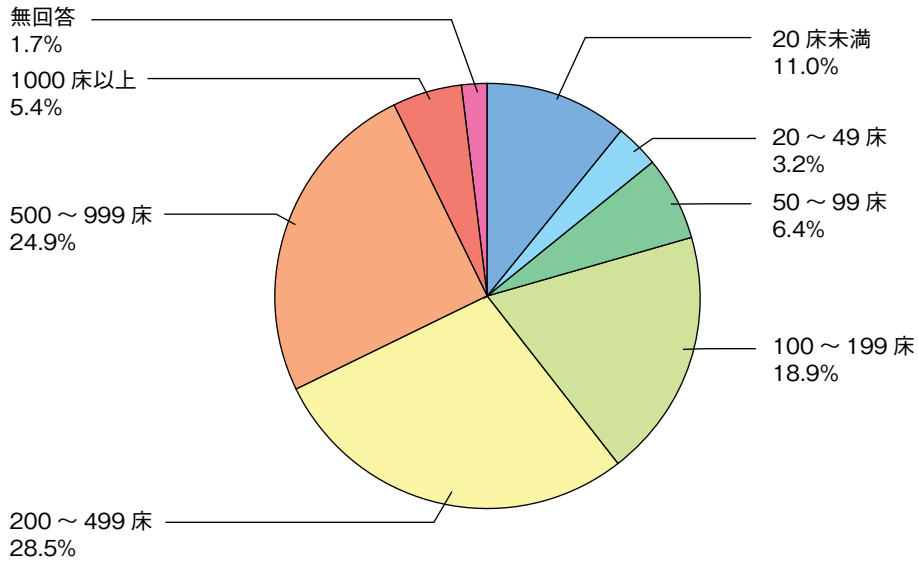
### 7. あなたの所属部門は？（医療従事者のうち調剤薬局とその他を除く）





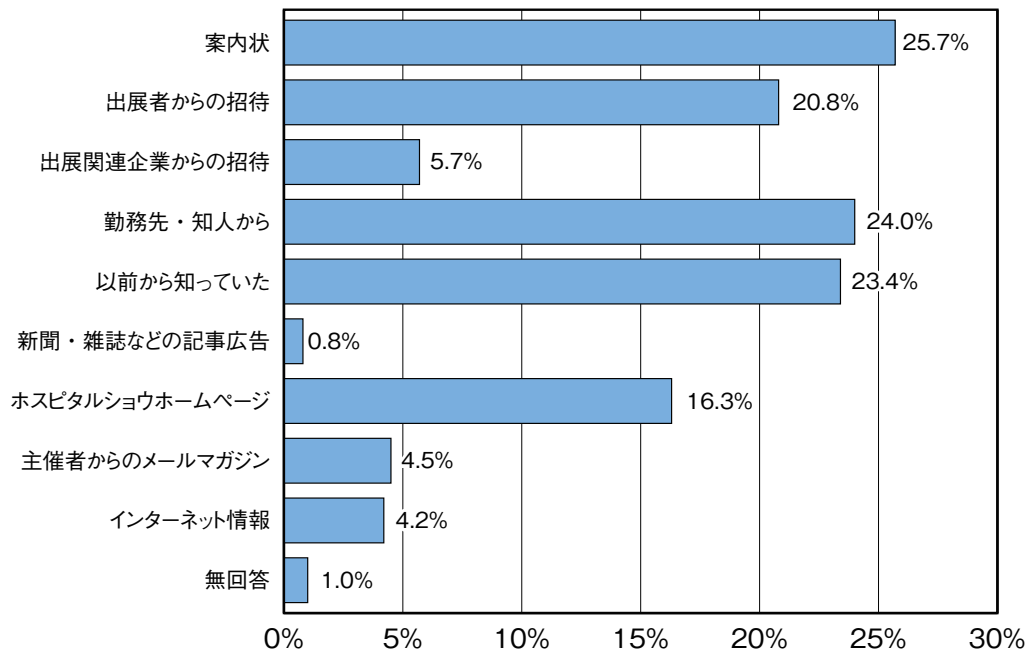
## 来場者アンケート集計結果

### 8. あなたの就業先の病床数は？（医療従事者のうち歯科診療所、調剤薬局その他を除く）



n=1,231

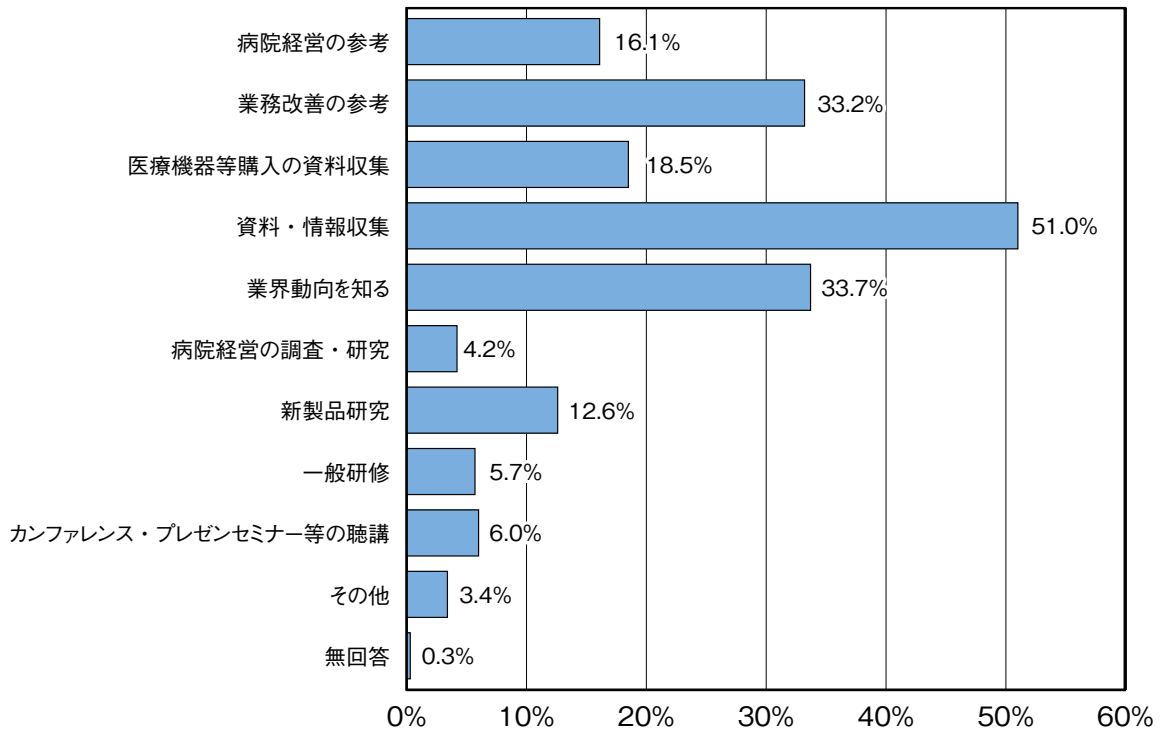
### 9. 国際モダンホスピタルショーについての情報は？（複数回答）



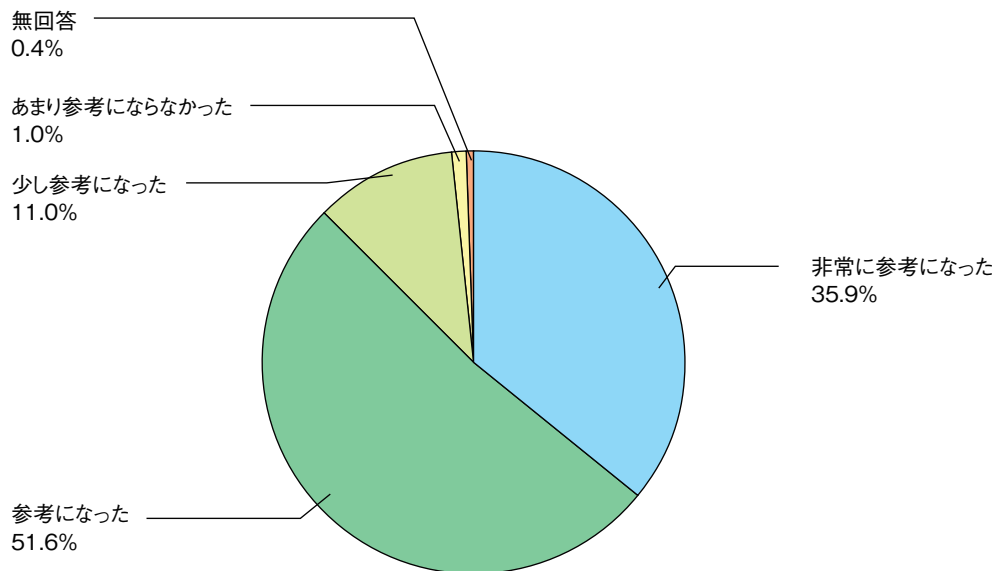


## 来場者アンケート集計結果

### 10. ご来場の目的は？（複数回答）



### 11. 展示会は全体的にいかがでしたか？



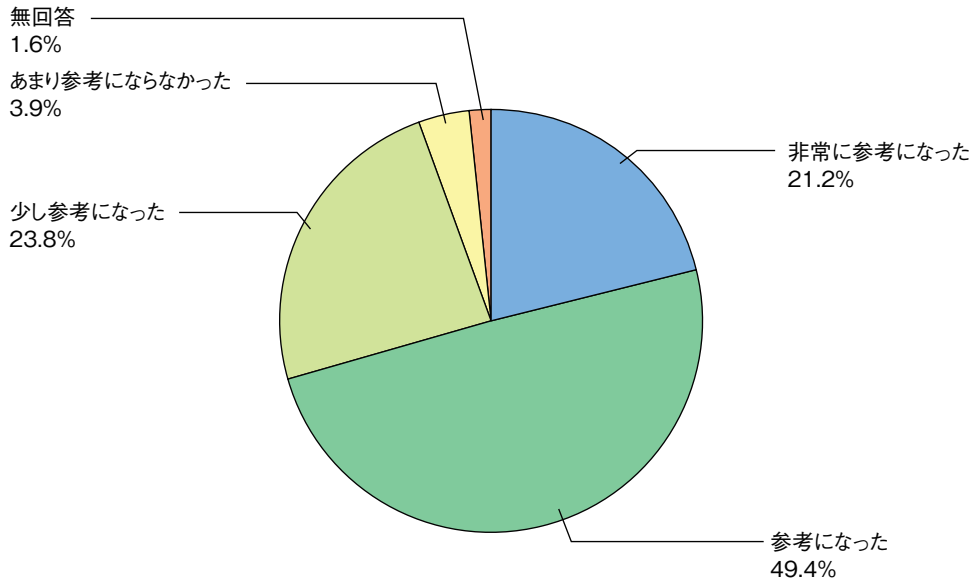
n=2,697



## 来場者アンケート集計結果

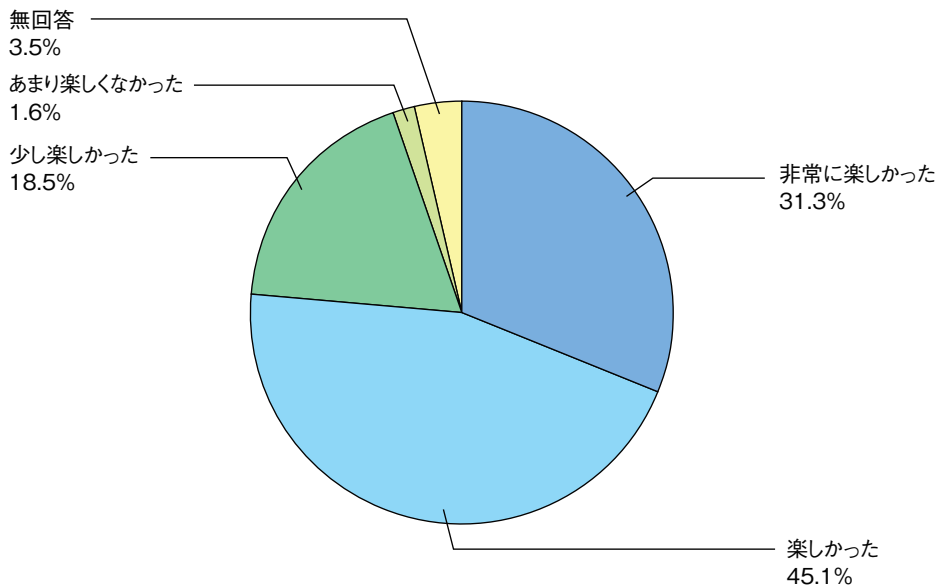
### 12. 主催者企画展示は全体的にいかがでしたか?

展示企画「ヘルステック展inホスピタルショウ」



n=1,804

展示企画「ブラック・ジャック」コラボレーション特別展



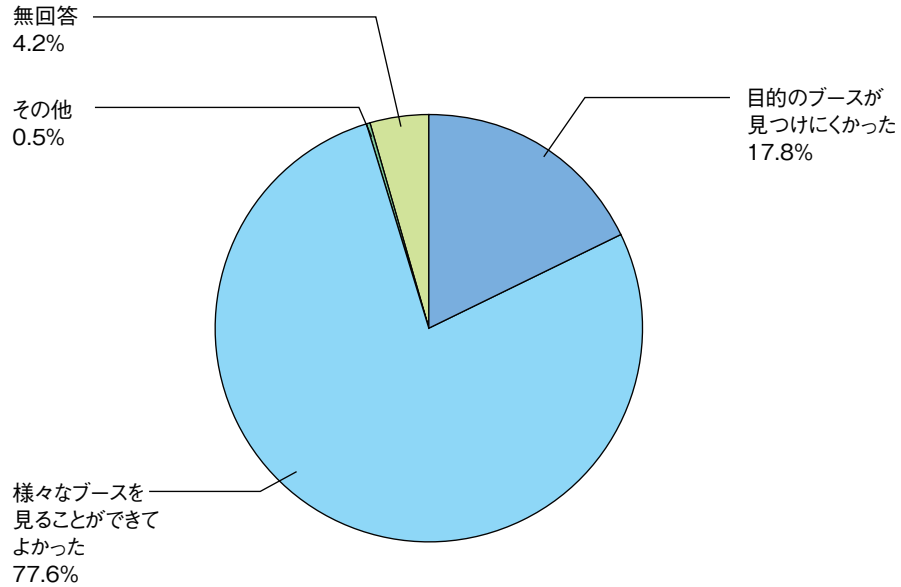
n=1,904



## 来場者アンケート集計結果

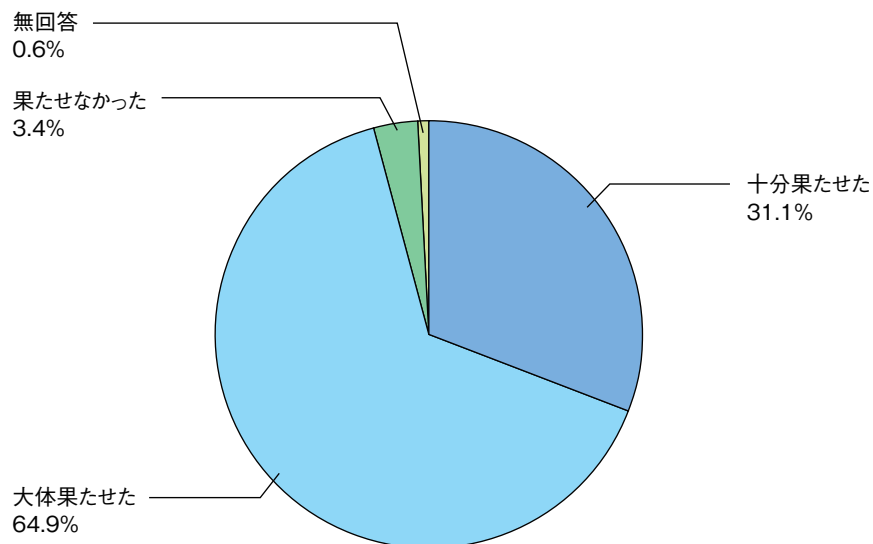
### 13. 展示会場についてお聞かせください

今回展示会レイアウトについて、製品分野ごとにまとめずランダムな配置としましたがいかがでしたか



n=2,697

### 14. ご来場の目的は果たせましたか?

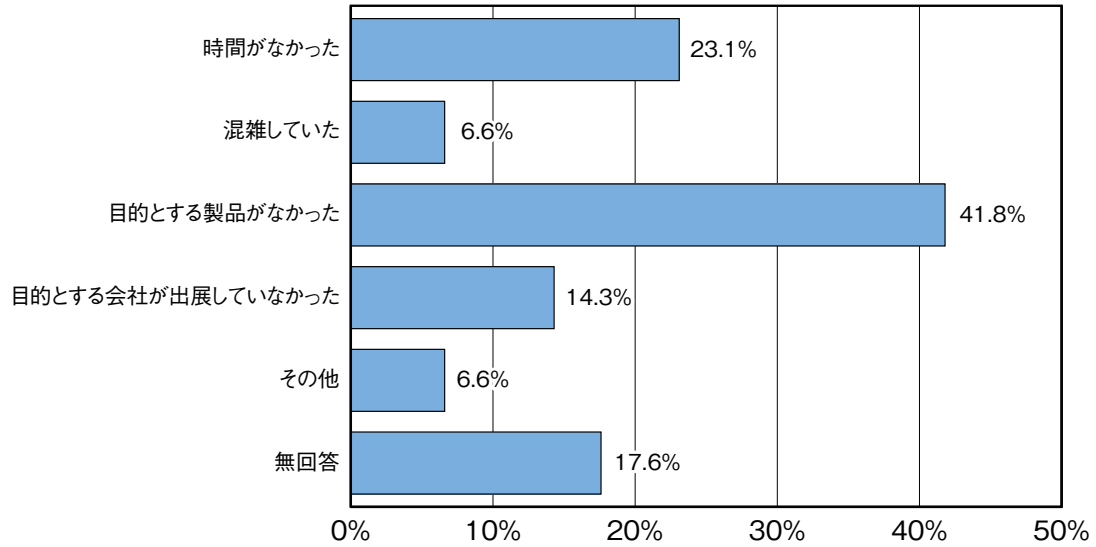


n=2,697

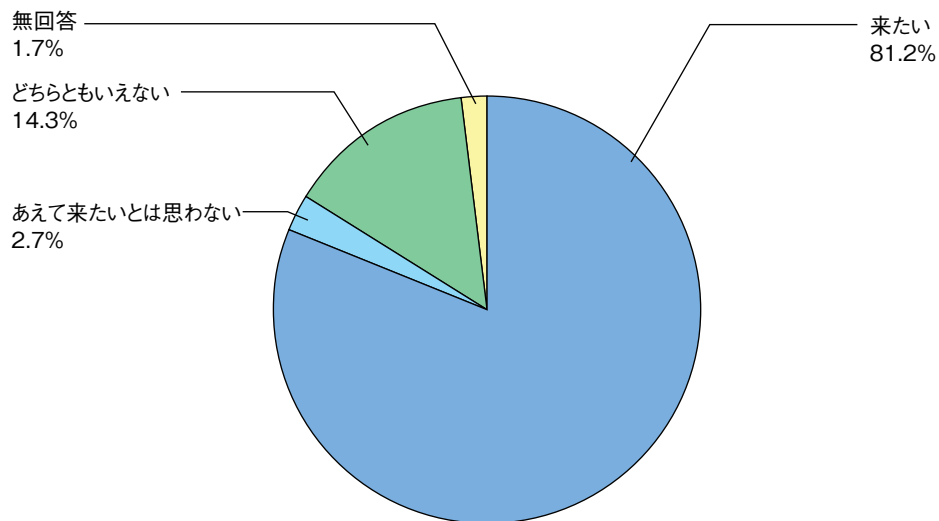


## 来場者アンケート集計結果

### 15. 目的を果たせなかった理由は？（複数回答可）



### 16. 来年も国際モダンホスピタルショウをご覧になりたいですか？



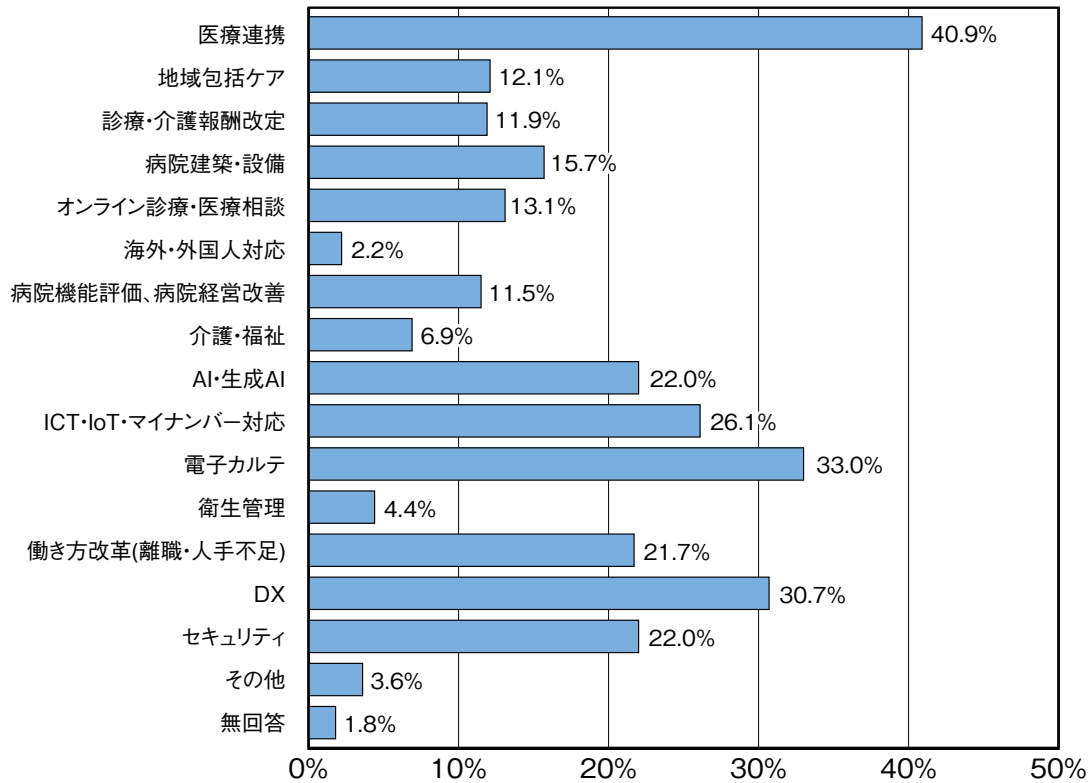
n=2,697





## 来場者アンケート集計結果

### 17. 関心のあるテーマは何ですか？（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ウ2023出展者  
(共同出展者は除く)

#### 3 アンケート数

177通

#### 4 回答数

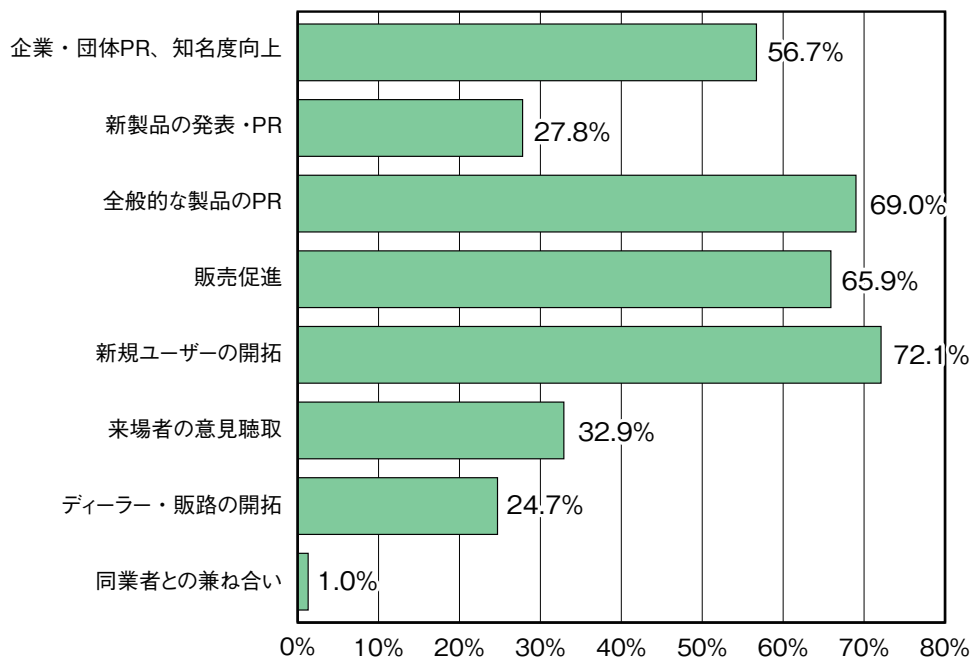
97通

#### 5 回収率

54.8%

※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。

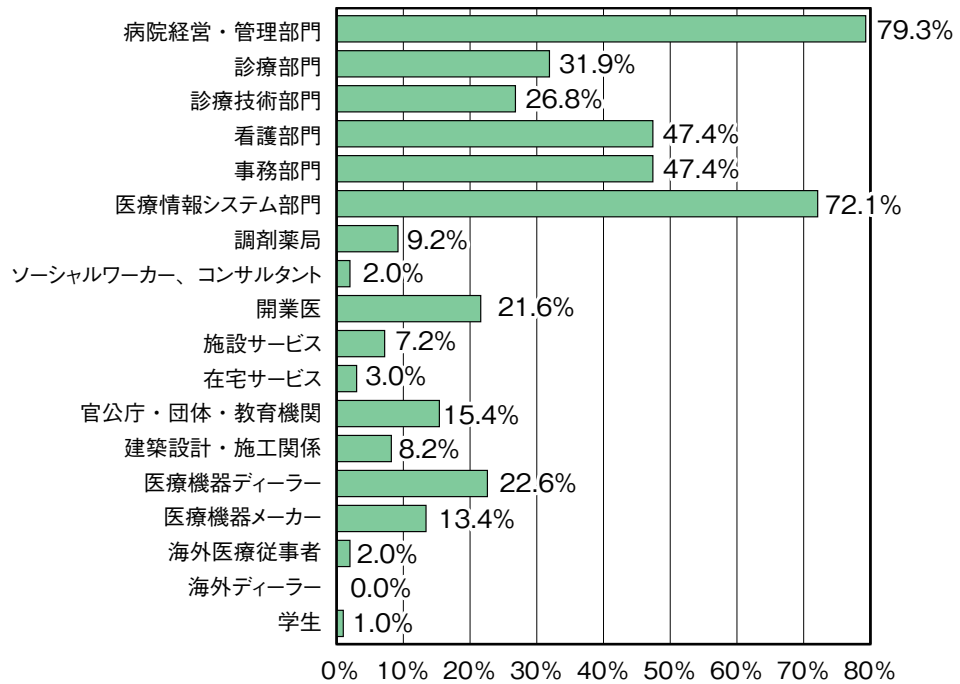
### 1. 今回の出展の目的は、どのようなものでしたか? (複数回答)



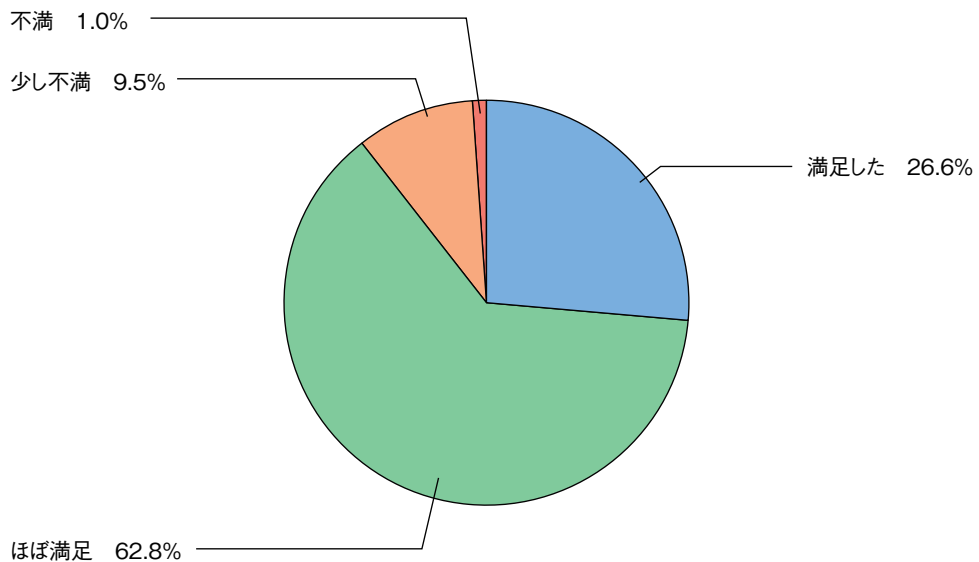


## 出展者アンケート集計結果

### 2. 貴社のねらいとする対象は、下記のいずれですか？（複数回答）



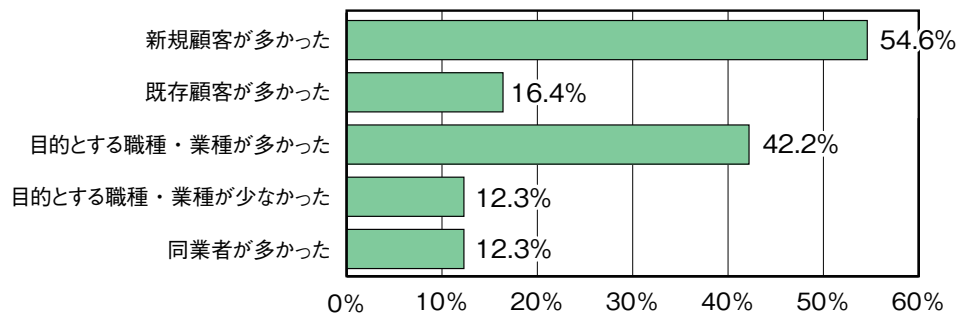
### 3. 今回の来場者の構成（所属・役職）に満足されましたか？



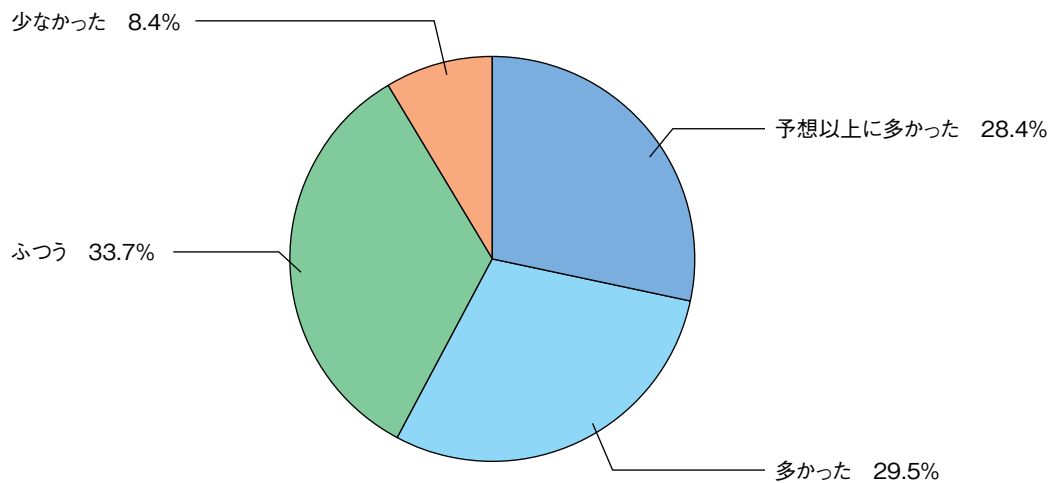


## 出展者アンケート集計結果

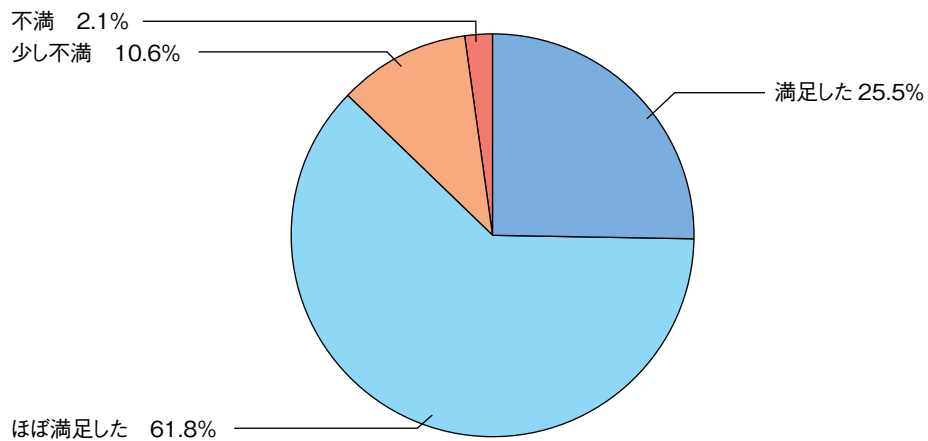
### 4. 来場者層について（複数回答）



### 5. 貴社出展ブースの来場者数は？



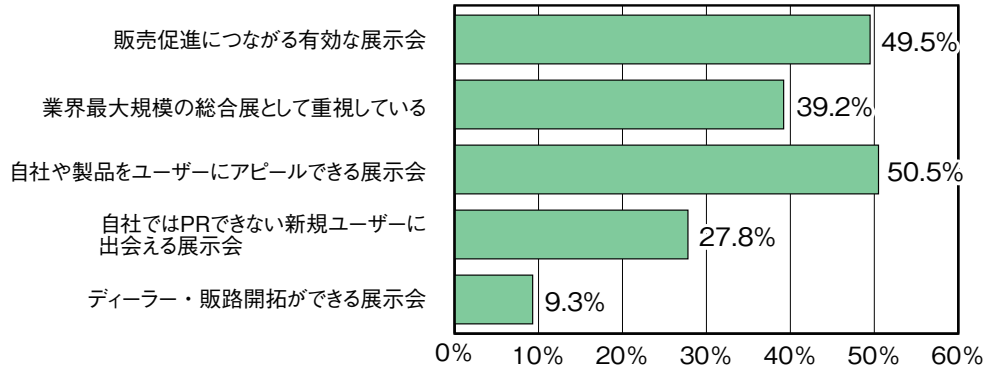
### 6. 今回出展して満足されましたか？



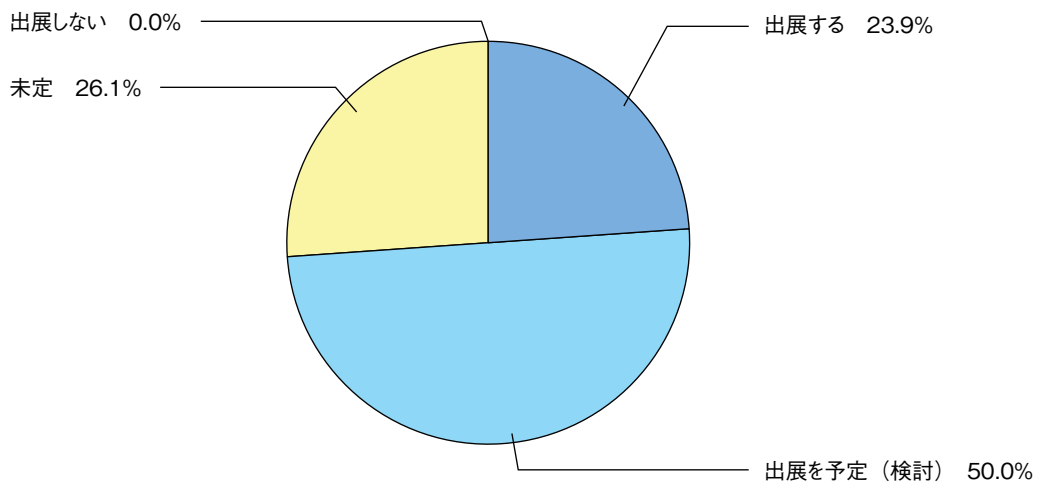


## 出展者アンケート集計結果

### 7. 貴社にとって、ホスピタルショウの位置づけは？（複数回答）



### 8. 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 2023 活用レポート

「国際モダンホスピタルショウ 2023」では、公式 HP 内にオンライン展示会（ホスピタルショウオンライン）を設置し、2023 年 6 月 1 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 1 日（木）～7 月 31 日（月）

出展者数：143 ブース

総来場登録者数：47,513 名

### ① TOP ページ上位



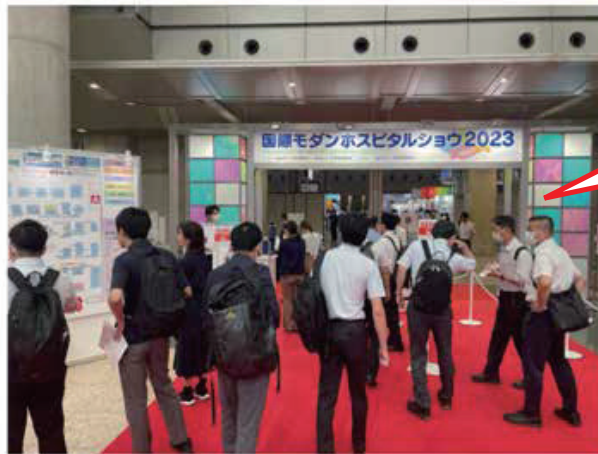
※ TOP ページ上位の表示画面では、スポンサーブース、主催者・協力団体・出展者の企画動画を公開した。ホスピタルショウオンラインに訪れた誰もが目にする画面での PR ができ、多くのリード獲得につながっていた。

### ② 出展者・団体ブース一覧



※ TOP ページ下段では、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



(ブース名) 主催者ブース

画像もしくは動画

紹介文

【紹介】国際モダンホスピタルショウ2023主催者ページです。国際モダンホスピタルショウとは、病院をはじめ、保健・医療・福祉分野における業の向上、充実に役立つ情報、製品、システム、サービスなどを幅広く展示し、最新情報の発信および質疑応答の場を提供することにより、健康福祉社会の発展に寄与することを目的としています。

資料ダウンロード

※ 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る仕組みにした。



## ホスピタルショウオンライン 2023 活用レポート

### ① ページビュー総数： 744,576 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： 61,706 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」「動画配信」「出展者プレゼンテーションセミナー B (Live 配信)」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： 10,266 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。

「動画配信」や「出展者プレゼンテーションセミナー B (Live 配信)」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 出展者プレゼンテーションセミナー B (Live 配信) の活用： 1 枠平均 243.6 回

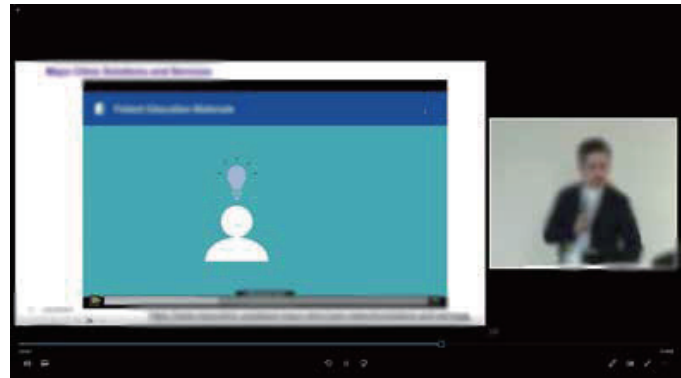
リアル会場での出展者プレゼンテーションセミナーと連動し、ホスピタルショウオンライン上で Live 配信を行った際に視聴された回数。最新動向を知る機会として、リアル会場と Live 配信を併用し非常に多くの方に視聴された。

**ライブ配信実施数：14 コンテンツ** / **総視聴回数：3,411 回**

<リアル会場の様子>



<Live 配信イメージ>



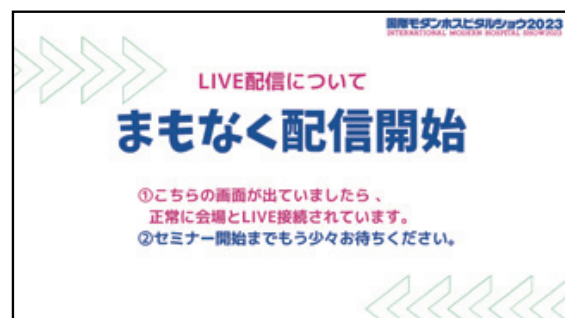
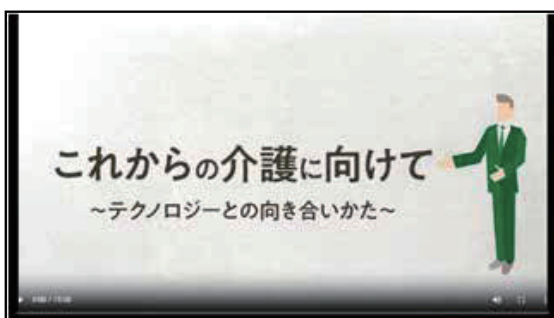
### ⑤ ホスピタルショウオンライン TOP ページ動画配信の活用： 1 動画平均 269.3 回

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 TOP ページ上位画面にて、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：9コンテンツ** / **総視聴回数：2,424 回**

<TOP ページ動画の活用イメージ>

A:動画配信パターン(製品・サービス PR の動画など) / B:Live 配信パターン(出展者プレゼンテーションセミナー)









## 出展者一覧 (50音順)

R P Aテクノロジーズ(株)  
 (株)アイ・オー・データ機器  
 I・T・O (株)  
 iDP (株)  
 アイテック阪急阪神(株)  
 アイフォーク(株)  
 アイホン(株)  
 (株)アイム  
 iMedtac Co., Ltd.  
 (株)アクア・アート  
 アクリーティブ(株)  
 旭化成(株)  
 (株)AGEST  
 (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)  
 アットドウス(株)  
 あっと(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)アナビー  
 アマゾンウェブサービスジャパン合同会社  
 アライドテレシス(株)  
 (株)アルメックス  
 アレイ(株)  
 (株)アイドクトル  
 (株)イグナイス  
 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  
 医療介護 CBnews  
 インターシステムズジャパン(株)  
 (株)インテック  
 (株)インテリム  
 (株)インフィニットテクノロジー  
 インフォコム(株)  
 (株)インボイス  
 エアロシールド(株)  
 (株)エイチ・アイ・ティ  
 eightis (株)  
 (株)エイトス  
 (株)エーアイエス  
 AUO Display Plus Corporation  
 (株)エクセル・クリエイツ  
 エコナビスタ(株)  
 (株)エスエフシー新潟  
 (株)SBS 情報システム  
 (株)NHCS  
 (株)エヌデーデー  
 FPT ジャパンホールディングス(株)  
 (株)F Y F  
 (株)エムアンドエイチ  
 (株)エムエス  
 エムジーファクトリー(株)  
 (株)エムネス  
 (株)エラン  
 エルピクセル(株)  
 (株)オーイーシー  
 大分県医療ロボット・機器産業協議会  
 (株)オーウラ・デジタル・クリエイト  
 大阪ヘルスケアDX事業創出コンソーシアム  
 沖電気工業(株)  
 (株)オケイオス  
 (株)OPERE  
 カーデックス(株)  
 加賀市  
 KAZEN WLD (株)  
 亀田医療情報(株)  
 カリーナシステム(株)  
 かわさき新産業創造センター (新川崎・KBIC)  
 (株)キーエンス  
 Keeper Security APAC (株)  
 キッセイコムテック(株)  
 キヤノン ITS メディカル(株)  
 国立大学法人九州工業大学  
 (株)金星

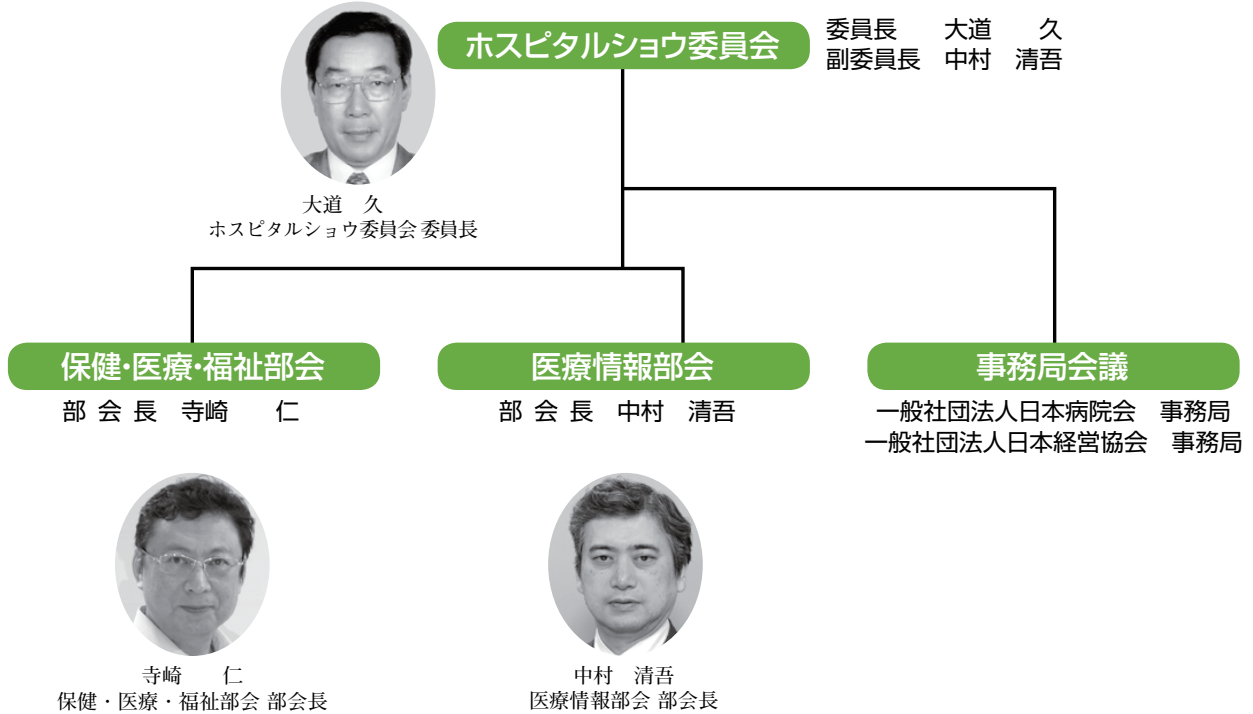
グローリー(株)  
 クロスウェイ(株)  
 (株)ケアコム  
 (株)敬森  
 KDDI (株)  
 (株)コア・クリエイティブシステム  
 (有)磯川システムデザイン事務所  
 江蘇致能医療科技有限公司  
 コニカミノルタジャパン(株)  
 小林クリエイティブ(株)  
 (株)Cobblestone Technology  
 (株)コムズ・ブレイン  
 サイオステクノロジー(株)  
 サイボウズ(株)  
 サカセ化学工業(株)  
 サトーヘルスケア(株)  
 (株)Sansei  
 三和ニューテック(株)  
 GEヘルスケア・ジャパン(株)  
 GBS (株)  
 C-United (株)  
 (株)Zene  
 ジェイズ・コミュニケーション(株)  
 JB アドバンスト・テクノロジー(株)  
 JBCC (株)  
 (株)ジェイマックスシステム  
 (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)  
 シンクロア(株)  
 Sky (株)  
 (株)セールスフォース・ジャパン  
 世界の医療団(認定NPO法人)  
 (株)セブンスディメンジョンデザイン  
 (株)セントレディス  
 (株)ソリトンシステムズ  
 タック(株)  
 (株)WDS  
 ティアック(株)  
 TIS (株)  
 (株)ディー・オー・エス  
 Deep Instinct (株)  
 帝人フロンティア(株)  
 (株)テクニカルイン長野  
 (株)テクノア  
 (株)テクノメディカ  
 テルモ(株)  
 東京ガス(株)  
 東芝ITサービス(株)  
 東芝テック(株)  
 TOTO (株)  
 トクソー技研(株)  
 凸版印刷(株)  
 豊田通商(株)  
 (株)トライト  
 トレンドマイクロ(株)  
 ナースステージ(株)  
 (株)ナイス  
 ナガイレベン(株)  
 ナカバヤシ(株)  
 ナゼロ(株)  
 (株)ナテック  
 ニシム電子工業(株)  
 ニッセイ情報テクノロジー(株)  
 ニッタン(株)  
 ニプロ(株)  
 (公社)日本医業経営コンサルタント協会  
 日本医師会総合政策研究機構  
 (一社)日本医療受診支援研究機構  
 日本金銭機械(株)  
 (株)日本経営  
 日本事務器(株)  
 (株)日本総合研究所  
 日本データカード(株)  
 (一社)日本フェムテック協会  
 (株)二友  
 (株)ネオテクノロジー

ネットワンパートナーズ(株)  
 (株)ノビアス  
 パースジャパン(株)  
 バイオフィリア研究所(有)  
 (株)バシフィックメディカル  
 (株)ばとなコミュニティエンタープライズ  
 (一財)ハブティクス技術協会  
 PSP (株)  
 (株)PFU  
 ピュア・ストレージ・ジャパン(株)  
 (株)ファインデックス  
 フォーク(株)  
 (株)4 DIN  
 (株)F O V E  
 福岡県  
 美奈特 (上海) 医療科技有限公司  
 フジキンソフト(株)  
 富士ゴムナース(株)  
 (株)FUJITA  
 富士通(株)  
 富士フィルムヘルスケアシステムズ(株)  
 富士フィルムメディカル(株)  
 富士フィルムメディカルITソリューションズ(株)  
 芙蓉開発(株)  
 芙蓉総合リース(株)  
 プラザー販売(株)  
 フランスベッド(株)  
 (株)プリズム・メディカル  
 (株)Blue Planet-works  
 (株)プレアデスセブン  
 (株)プレジジョン  
 (株)フロンティア・フィールド  
 (株)ベネフィックス  
 (株)HEMILLIONS  
 (株)ホクシンメディカル  
 (一社)保健医療福祉情報システム工業会  
 POPCHAT (株)  
 マーストークンソリューション  
 マジセミ(株)  
 マップソリューション(株)  
 (株)マトリクス  
 丸紅情報システムズ(株)  
 三菱電機インフォメーションシステムズ(株)  
 三菱電機ビルソリューションズ(株)  
 未病産業研究会  
 (株)ムーブ  
 (株)メッセ・デュッセルドルフ・ジャパン  
 (株)メッツ  
 メディア(株)  
 (一社)メディカルRPA協会  
 (株)Medical-In  
 メディカルシステム(株)  
 (株)メディカルフロント  
 (株)メディサージュ  
 (株)メディスシステムソリューション  
 (株)medrep  
 (株)モンキャラメル  
 YUAN ハイテック開発(株)  
 (株)ユニットコム  
 ラウンドデザイン(株)  
 (株)ラストイ  
 (株)理経  
 理想科学工業(株)  
 (株)両備システムズ  
 (株)レオクラン  
 (株)レスコ  
 (株)レゾナ  
 READYFOR (株)  
 レメディ・アンド・カンパニー(株)  
 RemedyXR (株)  
 ロボケアセンターグループ  
 WorkVision(株)  
 ワールドビジネスセンター(株)  
 (株)ワイテック総合サービス  
 (一社)和気セラピー協会



## 国際モダンホスピタルショー委員会組織

ホスピタルショーは、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。



## 国際モダンホスピタルショー 2023 委員

### ●ホスピタルショー委員会委員

- 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
- 中村 清吾 昭和大学 臨床ゲノム研究所 所長
- 寺崎 仁 メディカルコンサルティングオフィス・JIN
- 山根 知樹 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
- 明石 貴雄 一般社団法人 東京都病院薬剤師会 専務理事
- 瀬戸山隆平 公益社団法人 東京都教職員互助会 三楽病院 名誉院長
- 宇野 彰 一般社団法人 日本医療機器産業連合会 事務局長
- 長澤 泰 東京大学 名誉教授／工学院大学 名誉教授／一般社団法人 ハピネスライフ財団 理事
- 吉川久美子 公益社団法人 日本看護協会 常任理事
- 万代 恭嗣 一般社団法人 日本病院会 副会長
- 山田 恒夫 一般財団法人 健康医療産業推進機構 専務理事
- 齋藤 清 一般社団法人 日本病院会 事務局長
- 辻川 義宏 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ー 2023 委員

### ●ホスピタルショー委員会 保健・医療・福祉部会委員

寺崎 仁	メディカルコンサルティングオフィス・JIN
飯田 達能	医療法人社団永生会 永生病院 院長
川邊 忠	稲城市立病院 事務長
加部 一彦	埼玉医大総合医療センター 新生児科 教授・総合周産期医療センター センター長
斉藤 信彦	ナガイレーベン株式会社 常務取締役
泉 並木	一般社団法人 日本病院会 副会長／武蔵野赤十字病院 院長
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 全国訪問看護事業協会 常務理事
星 博善	東京ガス株式会社 都市エネルギー事業部 公益営業部 法人第二統括部長
正木 義博	社会福祉法人恩賜財団 済生会支部神奈川県済生会 顧問
森村 尚登	帝京大学 医学部救急医学講座 主任教授
矢後 昭彦	株式会社 ハーディ 代表取締役社長

### ●ホスピタルショー委員会 医療情報部会委員

中村 清吾	昭和大学 臨床ゲノム研究所 所長
山田 恒夫	一般財団法人 健康医療産業推進機構 専務理事
池川 充洋	株式会社ケアコム 代表取締役社長
遠藤 裕	富士フィルムメディカル株式会社 営業本部マーケティング部 販売促進・広報グループ グループマネージャー
大石佳能子	株式会社メディヴァ 代表取締役社長
下山 赤城	日本アイ・ピー・エム株式会社 ヘルスケア&ライフサイエンスサービス ヘルスケアイノベーション 部長
小松 清美	富士通株式会社 Japan リージョンビジネスマネジメント本部 戦略企画統括部
大道 道大	一般社団法人 日本病院会 副会長／社会医療法人 大道会 森之宮病院 理事長・院長
澤 智博	帝京大学 医療情報システム研究センター 教授
柿沼 良彦	キヤノンメディカルシステムズ株式会社 ヘルスケアITソリューション事業部 事業部長
兵藤 敏美	メディカルソリューションパートナー 代表
二川 康秀	日本電気株式会社 医療ソリューション事業部門 ソリューション推進グループ ディレクター
水島 洋	アマゾンウェブサービスジャパン合同会社 パブリックセンター シニア事業開発マネージャー



## 「国際モダンホスピタルショー」のあゆみ

### 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、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、(社)日本病院協会、(社)全日本病院協会、および(社)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(社)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。この協力体制については、1979年以降、(社)日本医師会および(社)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(社)日本病院会の各研究会がごぞって本ショーと同時期・同会場で開催され、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。



## 「国際モダンホスピタルショー」のあゆみ

### 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を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 I T—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de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de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。



## 「国際モダンホスピタルショー」のあゆみ

### 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ー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ー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ー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ー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ー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ー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ー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ー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ー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ー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名に会場いただいた。

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ー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名を超す聴講者を集めた。

### 20 半世紀の歩みを、確かな進化へ [2023]

国際モダンホスピタルショー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、今なお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「ヘルステック × 医療・福祉＝新たな課題解決へ」をコンセプトに「治す」～「健康に過ごす」ためのヘルステック分野の企画展示会『ヘルステック展inホスピタルショー』を開催した。

東1・2・3ホールを使用し、3日間合計32,929名に会場いただいた。



## 国際モダンホスピタルショーのおゆみ

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(木) ～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(木) ～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(木) ～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(木) ～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(木) ～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(木) ～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(木) ～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(木) ～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(木) ～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(木) ～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(木) ～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(木) ～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(木) ～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(木) ～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(木) ～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(木) ～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(木) ～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(木) ～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(木) ～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(木) ～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(木) ～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(木) ～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(木) ～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(木) ～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(木) ～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



## 国際モダンホスピタルショウ2023結果報告書

---

●2023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3-11-8  
TEL.(03)3403-8615 MAIL hsg@noma.or.jp  
URL <https://www.noma-hs.com>

※許可なく転載・複製を禁じます。



# 国際モダンホスピタルショウ2024

## INTERNATIONAL MODERN HOSPITAL SHOW 2024

### 開催のご案内

会期 2024年7月10日(水)・11日(木)・12日(金)

会場 東京ビッグサイト(東京国際展示場) 東展示棟

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 2024 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3-11-8 TEL.(03)3403-8615

<https://www.noma-hs.com>

#### ●資料請求欄

MAIL: [hsg@noma.or.jp](mailto: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			

※ご記入いただいた情報は、展示会の出展ご案内・招待状の送付に使用させていただきます。



## 国際モダンホスピタルショウ2023

### 結果報告書

