

Dr武藤の看護マネジメントプチ動画講座

どうなる病院経営危機



社会福祉法人

日本医療伝道会

Kinugasa Hospital Group

衣笠病院グループ

理事 武藤正樹

よこすか地域包括推進センター長

衣笠病院グループの概要

- 神奈川県横須賀市(人口約39万人)に立地
- 横須賀・三浦医療圏(4市1町)は人口約70万人
- 衣笠病院許可病床198床 <稼働病床194床>
- 病院診療科 <○は常勤医勤務>

○内科、神経科、小児科、○外科、乳腺外科、
脳神経外科、形成外科、○整形外科、○皮膚科、
○泌尿器科、婦人科、○眼科、○耳鼻咽喉科、
○リハビリテーション科、○放射線科、○麻酔科、○ホスピス、東洋医学

■病棟構成

DPC病棟(50床)、地域包括ケア病棟(91床)、回復期リハビリ病棟(33床)、ホスピス(緩和ケア病棟:20床)

- 併設施設 老健(衣笠ろうけん)、特養(衣笠ホーム)、訪問診療クリニック、訪問看護ステーション
通所介護事業所など

- グループ職員数750名



【2021年9月時点】



社会福祉法人日本医療伝道会 衣笠病院グループ

富士山

箱根

小田原

横浜

江の島

港南台

鎌倉

逗子

葉山



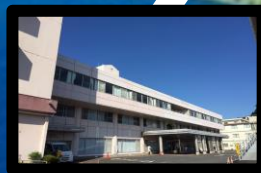
衣笠ホーム

衣笠城址



横須賀

衣笠病院グループ



長瀬
ケアセンター

浦賀

三浦

目次

- パート1
 - どうなる病院経営危機
- パート2
 - 売りに出される病床
- パート3
 - どうする病院経営危機
- パート4
 - どうする財源？
- パート5
 - 病床転換とダウンサイズ



パート1 どうなる病院経営危機





物価高などで多くの病院が経営危機 団体が 国に対策要望

2025年1月22日

5病院団体の緊急要望

- 5病院団体が緊急的な財政支援措置などを要望
- 1月22日
- 日本病院会・全日本病院協会・日本医療法人協会・日本精神科病院協会・日本慢性期医療協会の5病院団体が1月22日、福岡資麿厚生労働大臣に宛てて緊急要望を行った



病院経営は破綻寸前 地域医療崩壊の危機

病院医療は、地域社会の最も重要なインフラのひとつです。

しかし昨今の物価の高騰や賃金の急激な上昇局面の中、

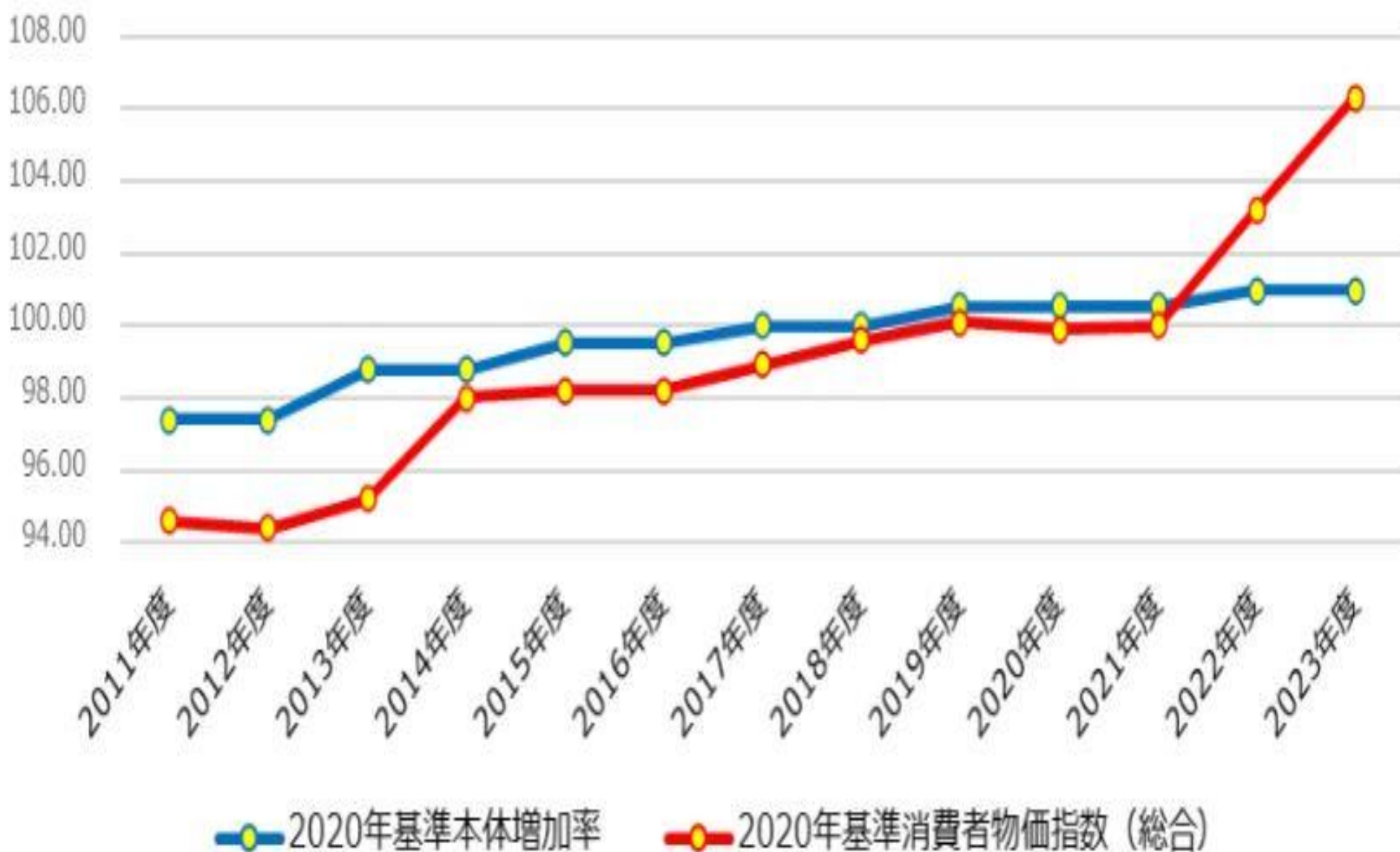
多くの病院がいま深刻な経営危機に陥っています。

緊急要望

- 直近の病院の経営状況を考慮し、地域医療を守るため、緊急的な財政支援措置を講ずること。
- 病院の診療報酬について、物価・賃金の上昇に適切に対応できる仕組みを導入すること。
- 社会保障予算に関して、財政フレームの見直しを行い、「社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する」という取扱いを改めること。

- 現在、**物価の高騰や賃金の急激な上昇**局面の中、病院の経営は非常に厳しい状況に置かれています。2024年に診療報酬改定が行われましたが、**物価が3%弱上昇**し、職員の処遇改善が求められた環境にもかかわらず、**本体改定率は0.88%**と非常に低く設定されました。
- **医療は診療報酬という公定価格で価格**が決められており、各病院は**物価上昇分を価格転嫁できない**環境にあります。
- 2024年度診療報酬改定において、過去のデフレ時代から継続されている「**社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する**」という**財政制約**が、物価や人件費が上昇する環境下にもかかわらず踏襲されました。その結果、**病院の経営状況はさらに悪化し経営破綻の危機に直面**しています。

診療報酬改定率（本体）・消費者物価指数（総数）時系列比較



2026年度診療
報酬改定では
10%以上の引
き上げ必要

日本医療法人協会
加納繁照会長



6	JUNE						2025
SUN	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT	
1	2	3	4	5	6	7	
8	9	10	11	12	13	14	
15	16	17	18	19	20	21	
22	23	24	25	26	27	28	
29	30	31					

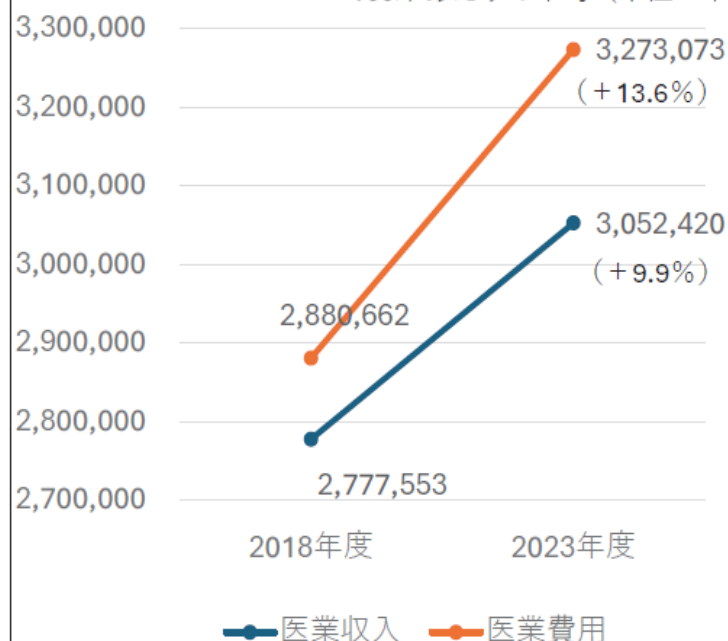


コロナ前（2018年）とコロナ後（2023年） 一般病院の医業収入・医業費用と経費の変化

2024年度病院経営定期調査【3病院団体合同調査】より

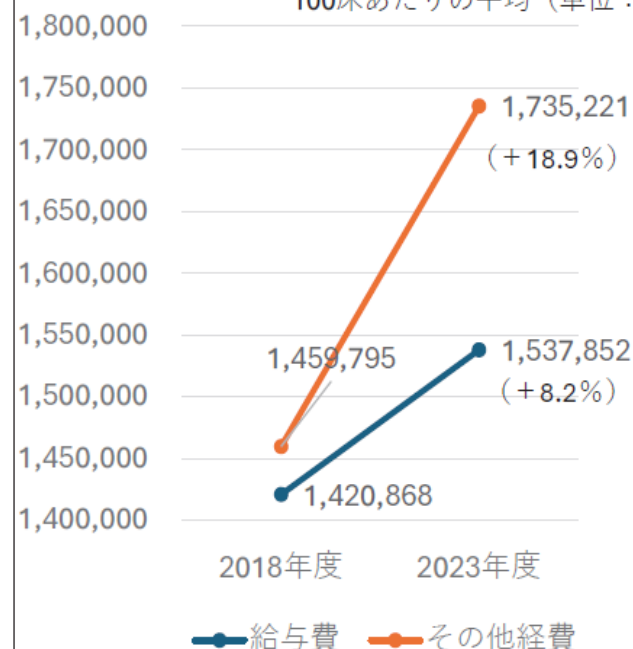
医業収入・医業費用の変化

100床あたりの平均（単位：千円）



経費の変化

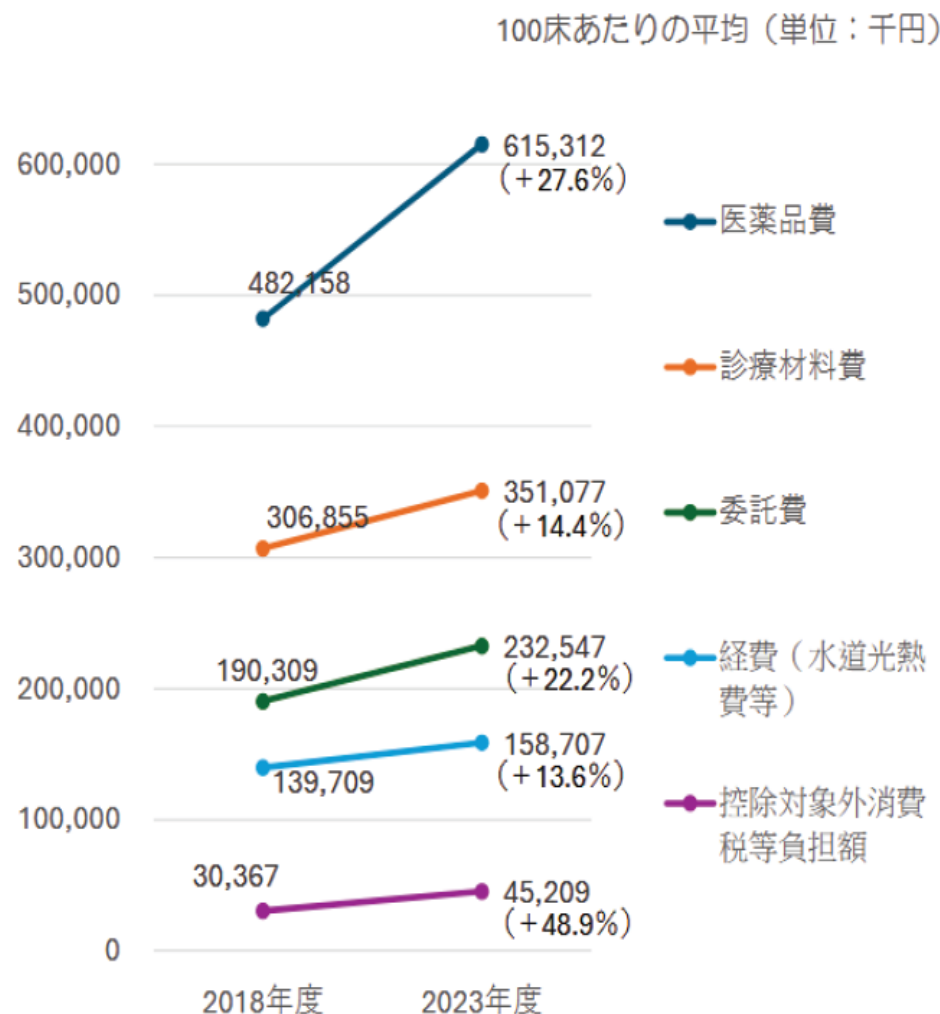
100床あたりの平均（単位：千円）



コロナ前後で、100床あたりの医業収入は約2.7億円（+9.9%）の増加に対し、医業費用は約3.9億円（+13.6%）増加している。この結果、医業収支は▲1億円から▲2.2億円まで悪化した。医業費用の約5割を占める給与費は1.2億円（+8.2%）の増加に対し、その他経費は2.8億（+18.9%）増加しており、給与費の増加を大きく上回っている。

コロナ前（2018年）とコロナ後（2023年） 一般病院のその他経費の内訳と変化

2024年度病院経営定期調査【3病院団体合同調査】より



100床あたりの医薬品費は1億3300万円増と大きく増加している。また、診療材料費も4400万増と増加している（但しこれら費用は医療保険にて償還されているものを含む）。

一方、委託費は4200万円、経費（水道光熱費等）は1900万円増加している。また、控除対象外消費税負担額は5年間で1500万円と1.5倍ほど増えている。

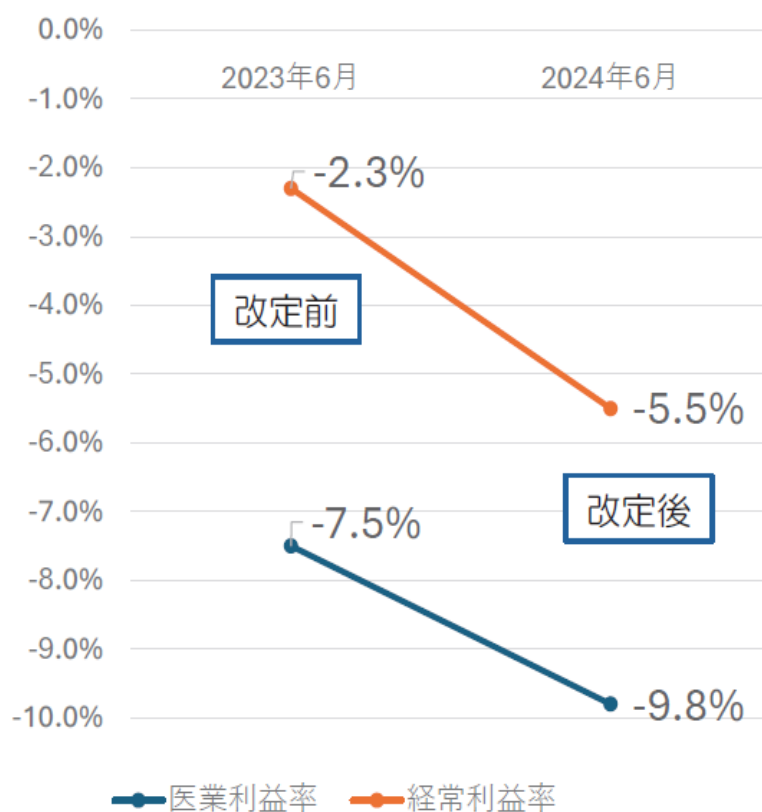
これらの、医療保険で償還されない経費の増加が、医業収支悪化の原因となっている。

2024年診療報酬改定前後の病院の経営状況の変化

2024年度病院経営定期調査【3病院団体合同調査】より

2023年6月（改定前）と2024年6月（改定後）
経営状況の変化

(N = 1043)



2023年6月（改定前）と2024年6月（改定後）の比較では、医業利益率、経常利益率ともに2024年において悪化している。

2024年診療報酬改定において +0.88%の本体改定率により、医療従事者の処遇改善などが図られたが、経費増加などにより病院の経営状況は前年よりさらに悪化しており、危機的な状況となっている。

2024年度の経営状況については近日中に調査、検討を行い、公表する予定である。

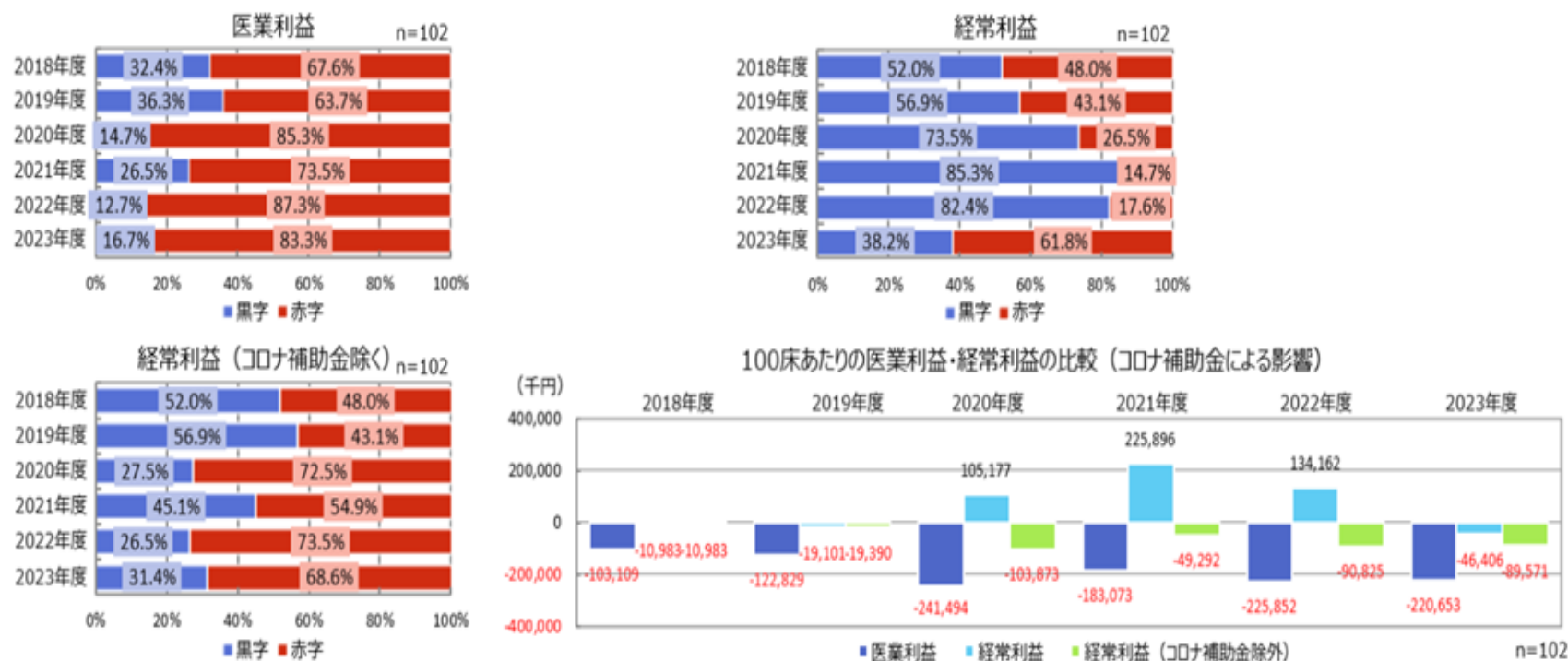
自治体病院は増収減益

- 全国自治体病院協議会の定例記者会見（2024年12月12日）
- 望月泉会長（八幡平市病院事業管理者兼八幡平市立病院統括院長）
- 2023年度上半期（4－9月）と2024年度上半期とを比較すると、医業収益は「1.8%増加」したが、医業費用はそれを上回る「3.5%増」となっており、増収減益となっている



- 望月泉会長（八幡平市病院事業管理者兼八幡平市立病院統括院長）

「医業収益は上がってきているが、赤字に陥っている」 病院が増加



(図9) 6年連続年度比較 医業利益、経常利益 年度比較

大学病院の経営の窮状について訴える 国立大学病院長会議(2025年5月9日)



悲鳴を上げる国立大学病院

- 大鳥精司会長（千葉大医学部付属病院長）は大学病院の窮状を訴えた。
- 国内42の国立大学病院の2024年度収支決算は、全体の6割にあたる25病院で現金収支がマイナスに転落
- 42病院の赤字総額は前年度の26億円を大きく上回る213億円に上った。
- 背景には、エネルギー価格や物価の高騰により、光熱費や材料費、医薬品費などが軒並み上昇した。
- 医師の働き方改革に伴う残業時間の正確な把握や職員の処遇改善を一部行ったこともあり、人件費の負担増にも直面した
- 「限界にきている」「潰れる病院が出かねない」。会見に臨んだ各地の病院長からも、悲痛な声が次々と上がった。

日医・松本会長 26年度診療報酬改定へ 「物価・賃金上昇に対応する仕組み導入を」

- 2025年1月9日
- 病院経営の厳しさに危機感「賃上げに対応する診療報酬となっていない」
- 予算対応も「人手不足や新たな設備投資が中断されるなど、対応はまだまだ不十分」
- 現行の診療報酬改定は「賃金・物価動向反映するはっきりした方程式がない」



- 日本医師会松本会長



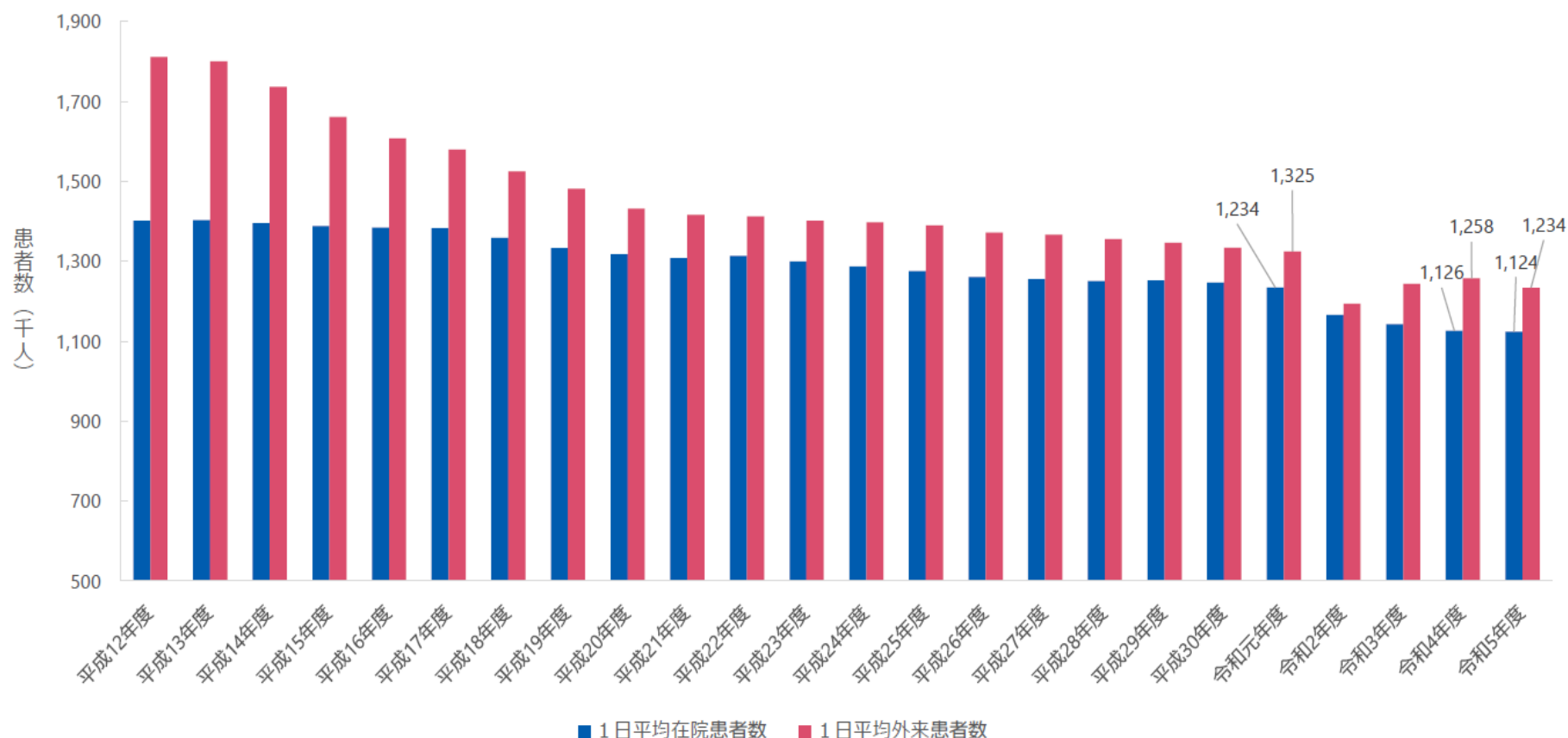
中医協総会 2025年4月23日

1. 医療需要と医療費に関する概況

病院の患者数の推移

病院の在院患者数と外来患者数はいずれも令和2年度に大きく減少。その後、引き続き在院患者数は減少傾向にあるが、外来患者数は令和4年度にかけて回復し、令和5年度に減少した。

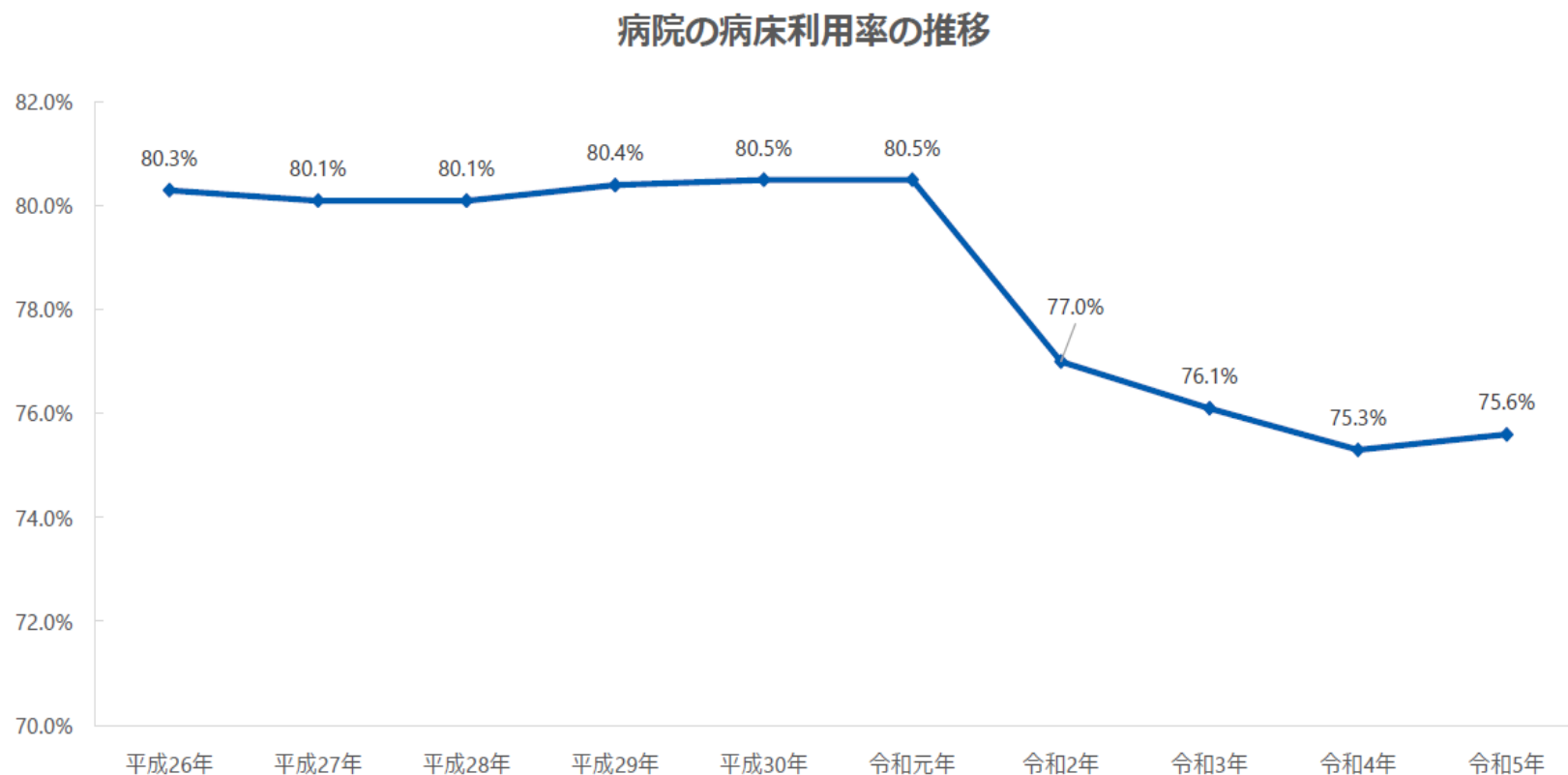
病院の1日平均在院患者数・1日平均外来患者数の推移



出典：厚生労働省「令和5（2023）年医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況」

病院の病床利用率の推移

病院の病床利用率は令和2年度に大きく低下。その後も低下傾向が続いたものの令和4年度には75.3%で底を打ち、令和5年度には75.6%と0.3ポイント増加している。



出典：厚生労働省「令和5(2023)年医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況」

病床利用率 = (年間在院患者延数 / (月間日数 × 月末病床数) の1月～12月の合計) × 100

医療法人経営情報データベースシステム（MCDB）

｜令和4年度・5年度の医療法人の利益率（経営する施設の類型別）

＜法人単位での集計＞

令和4年度 2022年 【R4.4.1～R5.3.31の間に決算を迎えた法人】		病院 のみ経営	無床診療所 のみ経営	有床診療所 のみ経営
経常利益率	平均値	4.6%	9.6%	5.0%
	中央値	2.7%	6.7%	3.2%
	最頻値（※1）	0.0～1.0%	0.0～1.0%	0.0～1.0%
令和5年度（※2）2023年 【R5.4.1～R6.3.31の間に決算を迎えた法人】		病院 のみ経営	無床診療所 のみ経営	有床診療所 のみ経営
経常利益率	平均値	2.0%	8.8%	4.1%
	中央値	1.2%	6.1%	2.3%
	最頻値（※1）	0.0～1.0%	0.0～1.0%	0.0～1.0%

分析数は令和4年度は45,199法人、令和5年度は40,094法人

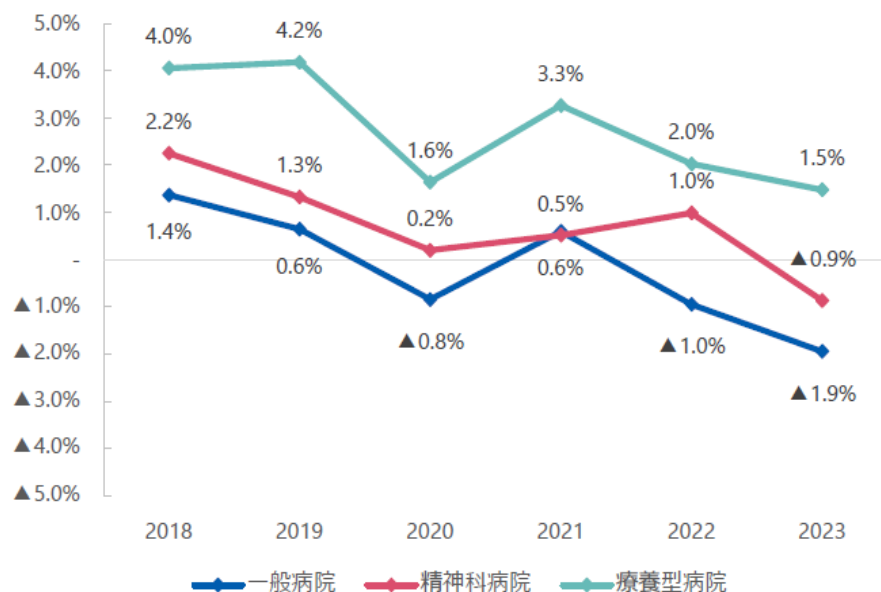
※1 利益率を1%ごとに区切った上で階級をつくり、その階級内の法人（施設）数が最も多い階級を最頻値としている。

※2 令和5年度は提出率76%時点のデータであり、昨年の実績（R4年度に決算を迎えた医療法人の経常利益率が、R5.11月時点で6.2%、R6.11月時点で5.9%に減少していること）を踏まえると、利益率は、提出率が上がるに従い減少する可能性がある。

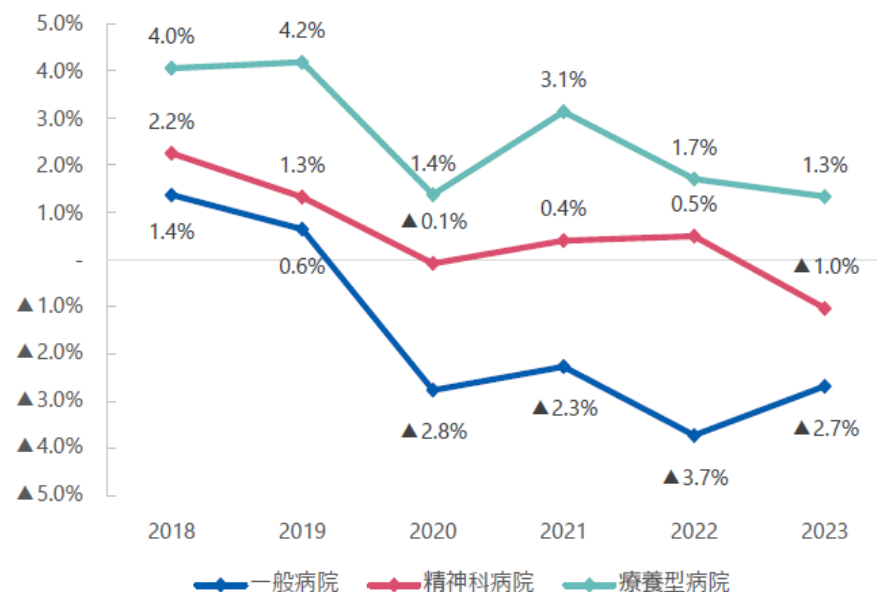
病院の事業利益率の推移

事業利益率は各病院類型のいずれも低下傾向にあり、療養型病院以外はすべてマイナスとなっている。また、コロナ補助金の影響を除外すると、より利益率は低下している状況。

事業利益率の推移



事業利益率の推移（コロナ補助金影響を除く）



計算式：事業利益率＝事業利益÷事業収益

※2020年度以降、一部の医療機関では事業収益にコロナ補助金が含まれている点に留意

2020年度以降、一部の医療機関では事業収益にコロナ補助金が含まれていることから、当該影響を除く事業利益率を算出

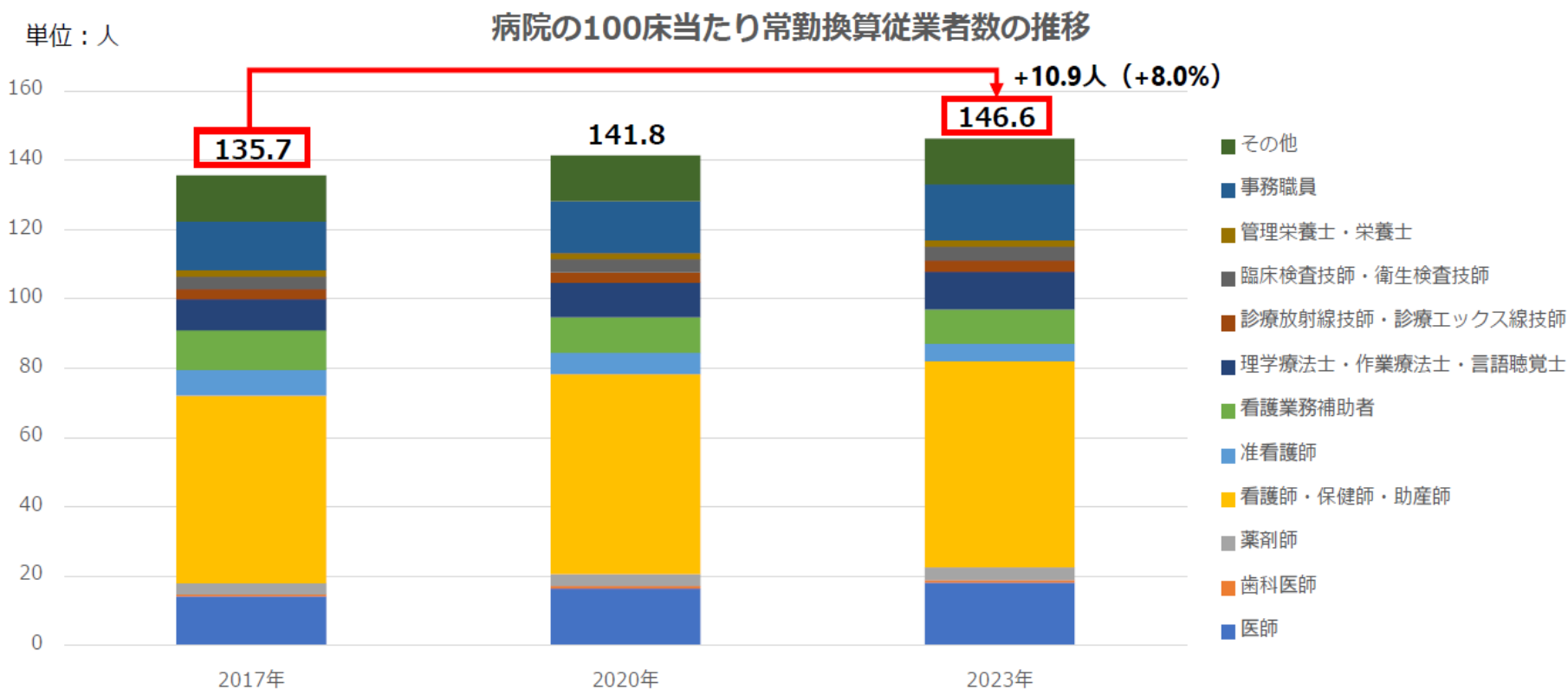
計算式：事業利益率＝（事業利益－事業収益に計上されたコロナ補助金）÷（事業収益－事業収益に計上されたコロナ補助金）

出典：福祉医療機構提供データに基づき、厚生労働省保険局医療課にて作成

対象病院は、福祉医療機構に貸借対照表・損益計算書いずれも提供している貸付先としており、2018年度1,061施設、2019年度997施設、2020年度2,014施設、2021年度1,875施設、2022年度1,689施設、2023年度1,943施設が対象。

人件費：職員数について | 病院の100床当たり従業者数の推移

- 病院の100床当たり常勤換算従業者数について、2023年は2017年と比較して+10.9人（+8.0%）。1年平均の増加率で見ると、2017年から2020年は+2.0人/年（+1.5%/年）、2020年から2023年は+1.6人/年（+1.1%/年）増加。
- 2023年と2017年を比較して特に増加している職種としては、医師が+4.0人、看護師等が+5.3人、理学療法士・作業療法士・言語聴覚士が+1.9人、事務職員が+2.0人である。一方で准看護師は▲2.4人となっており、減少している。



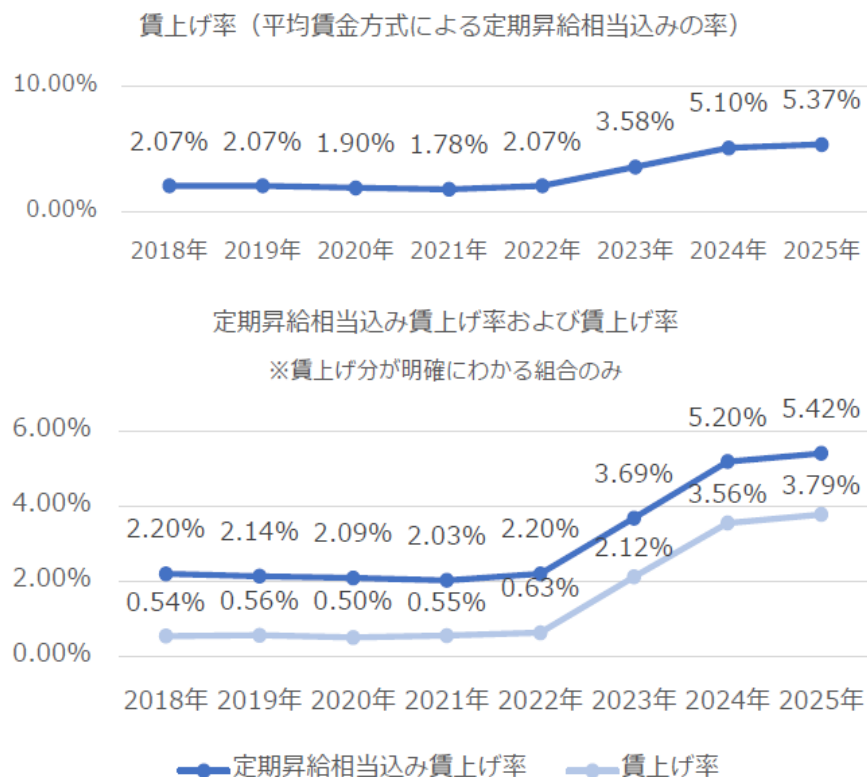
出典：厚生労働省「医療施設調査・病院報告」を元に作成

※その他に合計している職種：視能訓練士・義肢装具士・歯科衛生士・歯科技工士・臨床工学技士・あん摩マッサージ指圧師・柔道整復師・精神保健福祉士・社会福祉士・介護福祉士・保育士・公認心理師・救急救命士・その他の技術員・医療社会事業従事者・その他の職員

人件費：給与単価について① | 国内の賃上げの動向

- 2018年以降の春闘における賃上げ情勢を見ると、2022年以降は賃上げ率の水準が高まっている。賃金引上げ等の実態に関する調査でも、産業全体の1人平均賃金の改定率が2022年以降高まっているが、医療・福祉においてはそれに届いていない。
- 医療関係職種の平均を見ると給与額も上昇しているが、産業全体の平均には届いていない。

直近の賃上げ情勢（春闘結果より・医療以外を含む）

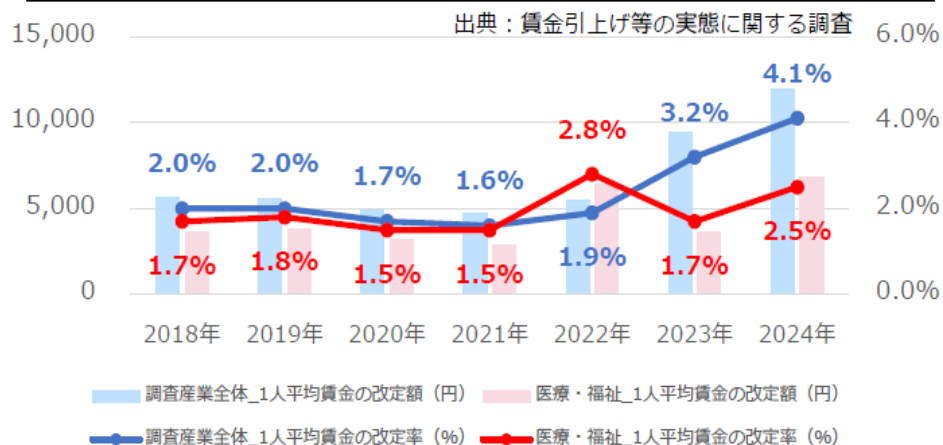


※対象産業（連合を構成する産別組織より）

金属／食品／交通・運輸／医療・福祉／金融・保険／建設・資材・林産／化学・繊維／資源・エネルギー／サービス・一般／商業・流通／情報・出版／公務

※出典：日本労働組合総連合会「春季生活闘争 回答集計結果」（2025年は第4回集計時点）

産業全体（青）と医療・福祉（赤）の賃上げ状況の比較



産業全体（青）と医療業の医療関係職種（赤）の給与額の比較 単位：千円



※医療関係職種は医師・歯科医師・獣医師以外の以下で集計している

薬剤師／保健師／助産師／看護師／准看護師／診療放射線技師／臨床検査技師／理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・視能訓練士／歯科衛生士／歯科技工士／栄養士／その他の保健医療従事者／介護支援専門員（ケアマネジャー）／看護補助者（看護助手）

※出典：厚生労働省「賃金構造基本統計調査」の調査票データに基づき、厚生労働省保険局医療課にて作成

材料費：薬剤費について①

1施設当たり薬剤費等の伸び（2019→2023年度）

2019年度と2023年度の1施設当たり薬剤費（院内分）を比較すると、病院は+21.1%増加している。なお、診療所は▲12.3%減少しているものの、調剤（院外）分を含めると▲3.1%の減少であり、薬価改定のほか院外処方への切り替えが進んだ影響がうかがえる。

1施設当たり薬剤費の伸び（2019年度→2023年度）

	2019年度→2023年度の伸び率			（参考）2023年度1施設当たり薬剤費		
	院内+調剤			院内+調剤		
		院内	調剤		院内	調剤
	%	%	%	千万円	千万円	千万円
病院	+15.2%	+21.1%	+8.7%	75.8	41.6	34.3
国立病院	+20.1%	+24.9%	+15.3%	227.3	118.1	109.2
公的病院	+15.4%	+20.1%	+10.3%	179.1	98.3	80.8
大学病院	+28.1%	+33.4%	+20.8%	932.6	559.5	373.1
法人病院	+3.7%	+10.0%	▲2.2%	30.3	15.5	14.7
個人病院	▲5.1%	▲3.6%	▲6.9%	9.9	5.7	4.2
診療所	▲3.1%	▲12.3%	+0.3%	4.7	1.1	3.6
公的診療所	▲14.0%	▲25.8%	▲6.5%	2.1	0.7	1.4
法人診療所	▲4.2%	▲11.1%	▲1.8%	5.8	1.4	4.4
個人診療所	▲3.4%	▲16.6%	+1.6%	3.5	0.8	2.7

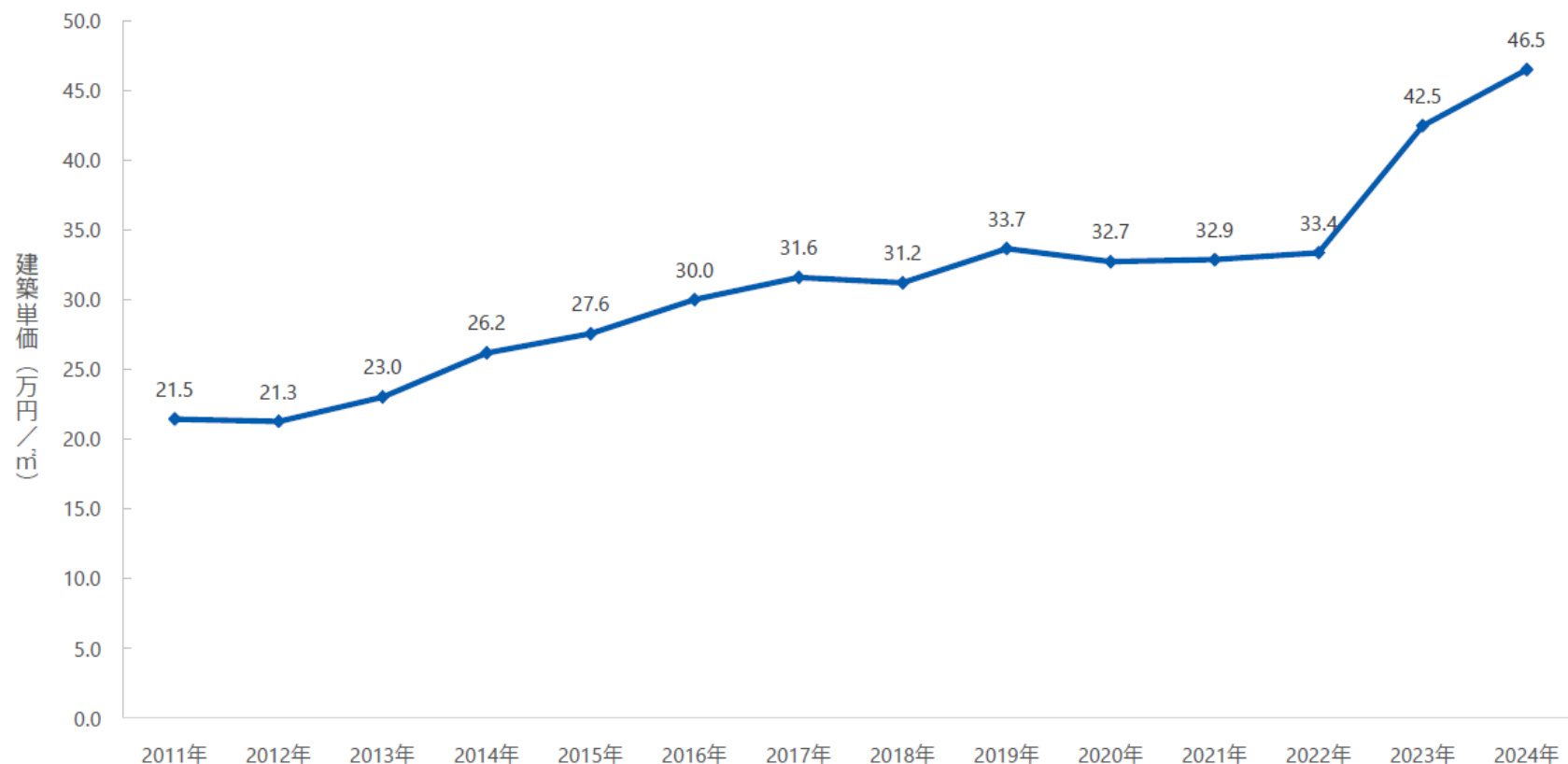
出典：医科医療費の動向（医科MEDIAS）につき、保険局調査課にて特別集計して作成

薬剤費は、出来高算定されているもののみ集計（診療行為に包括されるもの等は含まない）、電算処理分（電子レセプト）のみ（参考）紙レセプト等を含んだ1施設当たり医療費（概算医療費）では、同期間で、病院は8.7%、診療所は10.3%増

設備投資コスト：建築費① | 病院・診療所の新規着工建築単価の推移

新規に着工された病院・診療所の建築単価は増加傾向にある。

病院・診療所の新規着工建築単価の推移

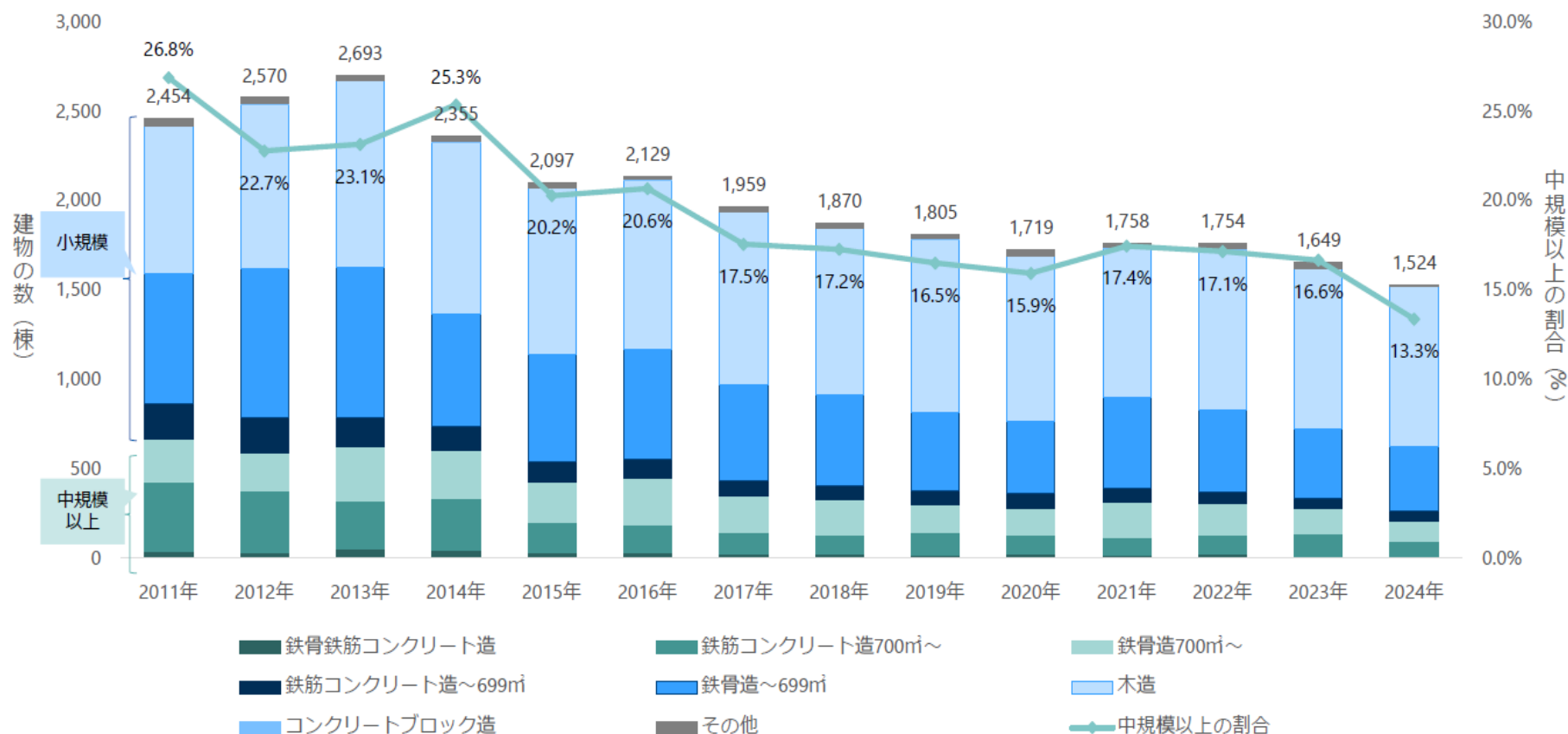


出典：国土交通省「建築着工統計調査」に基づき、厚生労働省保険局医療課にて作成

設備投資コスト：建築費② | 病院・診療所の構造別新規着工建築物の推移

新規に着工された病院・診療所の建築物の数は減少傾向にある。この点、鉄筋鉄骨コンクリート造や700㎡以上の中規模以上の建築物の多くは病院であると推察されるが、その実数・割合ともに低下傾向にある。

病院・診療所の構造別新規着工建築物の数の推移



出典：国土交通省「建築着工統計調査」に基づき、厚生労働省保険局医療課にて作成

中規模以上の割合は、病院・診療所の建築物の数の合計のうち、鉄骨鉄筋コンクリート造・鉄筋コンクリート造（700㎡～）・鉄骨造（700㎡～）の建築物の数の占める割合
なお、建物の老朽化への対応としては、新築や改築による建て替えに限らず、改修工事などが行われる場合もある。

まとめ

- 物価・人件費の高騰により、医療機関、とりわけ病院のコストが上昇し経営状況が厳しくなっている
- 人件費高騰は「人員配置の増加」「給与費の引き上げ」の両側面から生じているが、給与費は上昇しているにもかかわらず、全産業平均には及んでいない
- 地域医療構想の実現(急性期病院の集約化、病院機能の分化・連携の強化)が求められるが、建築コストが増加している

パート2

売りに出される病床



2024年度補正予算

- 病院経営を支援する補助事業
- 医療施設等経営強化緊急支援事業実施要綱の7事業
 - (1) 生産性向上・職場環境整備等支援事業
 - **(2) 病床数適正化支援事業**
 - **病床1床減当たり400万円**
 - (3) 施設整備促進支援事業
 - (4) 分娩取扱施設支援事業・小児医療施設支援事業
 - (5) 地域連携周産期支援事業（分娩取扱施設）
 - (6) 地域連携周産期支援事業（産科施設）
 - (7) 医療施設等経営強化緊急支援執行事業

病床数適正化支援事業に 応募殺到

- ・厚生労働省は2025年4月11日、病床の削減を行う医療機関を対象とした補助金である「**病床数適正化支援事業**（予算額約**428億円**）」の第1次内示の配分額を通知した。配分額は約**294億円**、**対象病床数は7170床**。
- ・この事業への申請数は約**200**の公立病院などから**8000床**、約**1800**の民間病院などから**4万6000床**、合計**5万4000床**もの応募があったという。

病院はもはやタケノコ生活！



たけのこ生活

タケノコの皮を1枚ずつはぐように、衣類・家財などの持ち物を少しずつ売って食いつないでいく生活のこと。

診療報酬だけでは 病院経営の維持はムリ

診療報酬だけで病院経営を維持することはムリであり、診療報酬と補助金・支援金を組み合わせる必要がある。

パート3 どうする病院経営危機



実は過去にも同じような
インフレ危機があった！



オイルショック比較

		第1次	第2次
発生		1973年10月	79年1月
きっかけ		第4次 中東戦争	イラン革命
原油価格		約4倍に急騰	約3倍に急騰
影響		「狂乱物価」、 トイレット ペーパー騒動	電力、各産業 分野で石油離 れ加速へ

オイルショックとは？

石油価格が4倍に上がりインフレを起こした

① 1973年
中東地域
戦争勃発



② 石油価格
急上昇



③ 世界中で
不景気

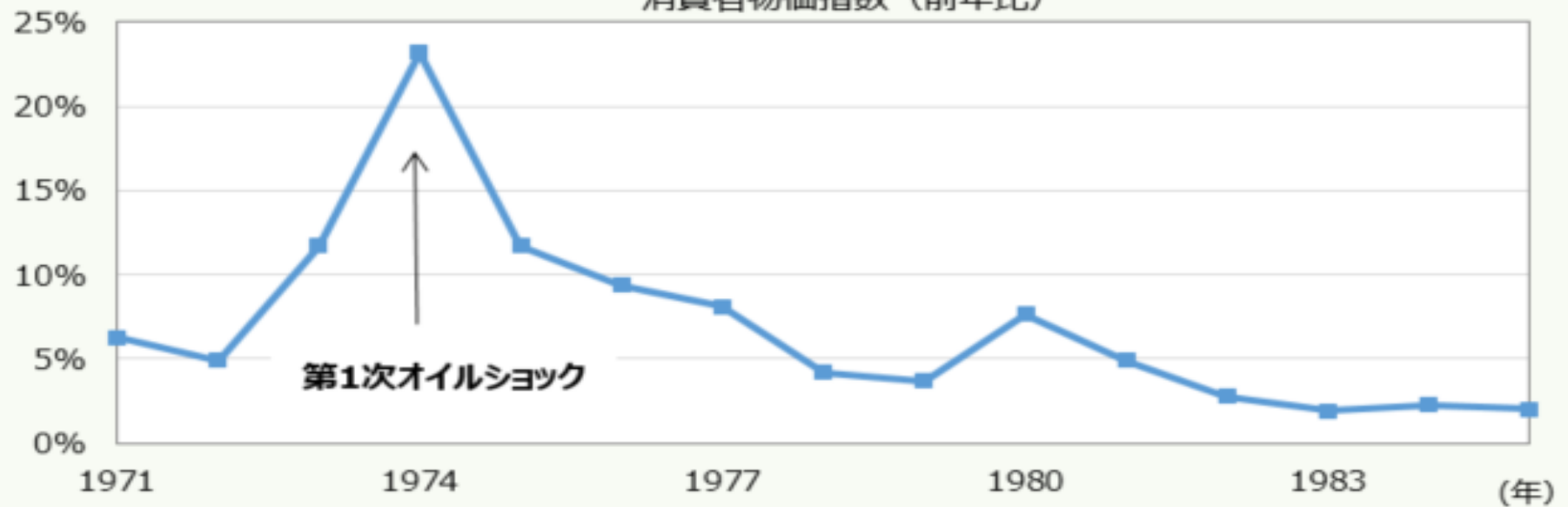


石油は**超重要**

- ① 燃料 : 電気をつくる/車を走らせる
- ② 原料 : プラスチック/ゴム/繊維を作る

※ 中東地域 = 石油がたくさん採れる地域

消費者物価指数（前年比）



※期間：1971年～1985年（年次）

実質GDP成長率（年率）



※期間：1966年～1985年（年次）



第1次石油危機時、店員を押しのかけて買い物をする人々
東京都港区のスーパー・青山ピーコック

1973年11月21日



トイパレット
全専ま/さリてみ

半乳ハニー豆乳



なら
田中内閣

消える一円
かけ足値上げ

たちまち

値とり
買いものコワイ
値とり

完全
非ガス規制
実施
主婦連

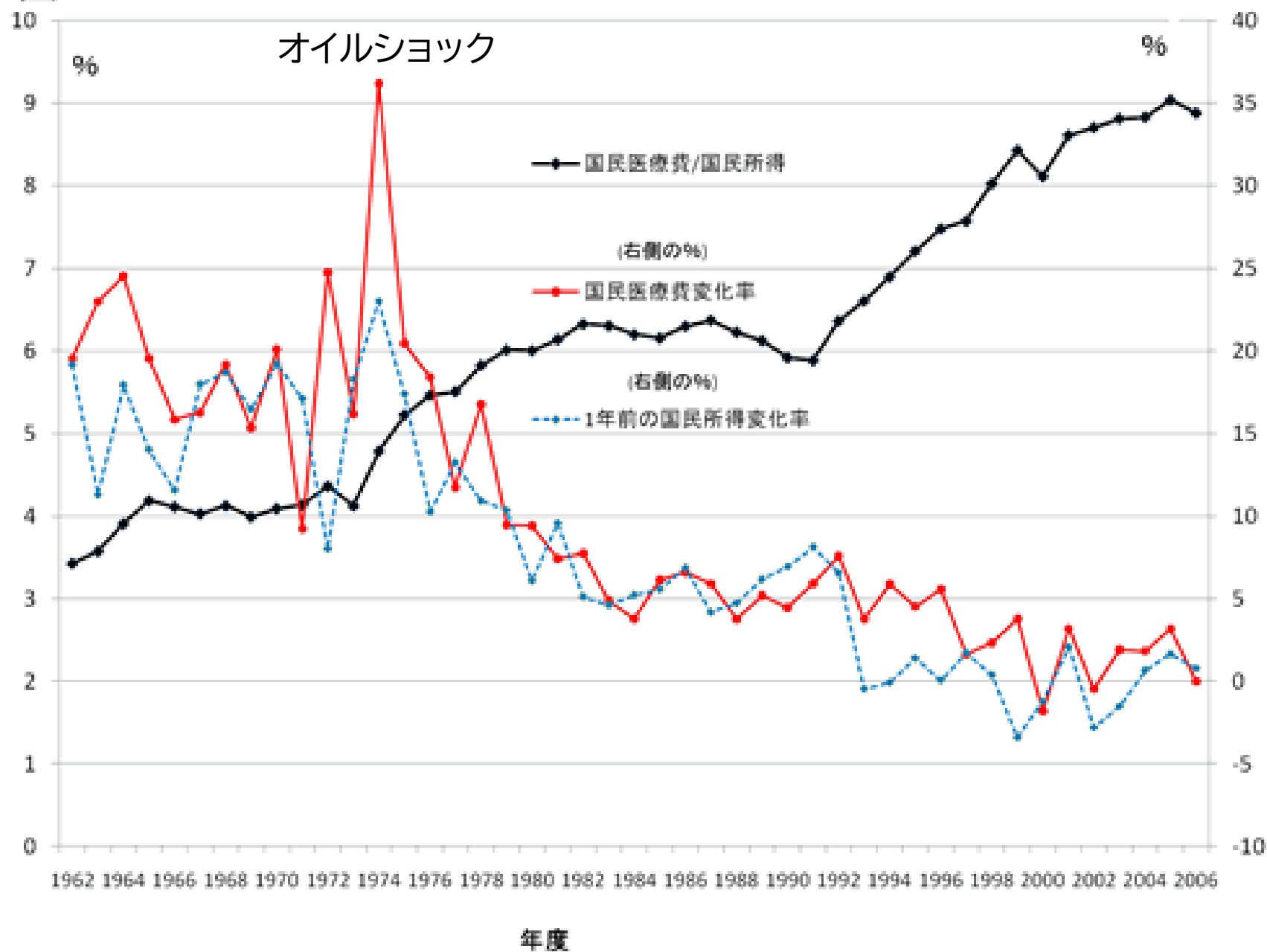
日本の
インフレ
世界一

1974年の診療報酬引き上げ

- 1973年年暮れに答申のあった19%の診療報酬引き上げは、斎藤邦吉厚相によって1974年1月に告示され、2月から実施された。
- しかし、答申に書き込まれた病院と診療所の格差の変更は認められず、厚相の当初の諮問案どおりとされた。このため支払い側が反発し、中央社会保険医療協議会（中医協）は実質的に8月まで審議が中断した。
- 1974年再開された中医協では、石油ショックによる狂乱物価に対応するために診療報酬の引き上げが合意され、10月から16%引き上げられた。年2回を合わせて、**35ポイントの引き上げ**となった。

図2

国民医療費の対国民所得比および国民医療費変化率と国民所得変化率



パート4 どうする財源



財源は税金の増収分から

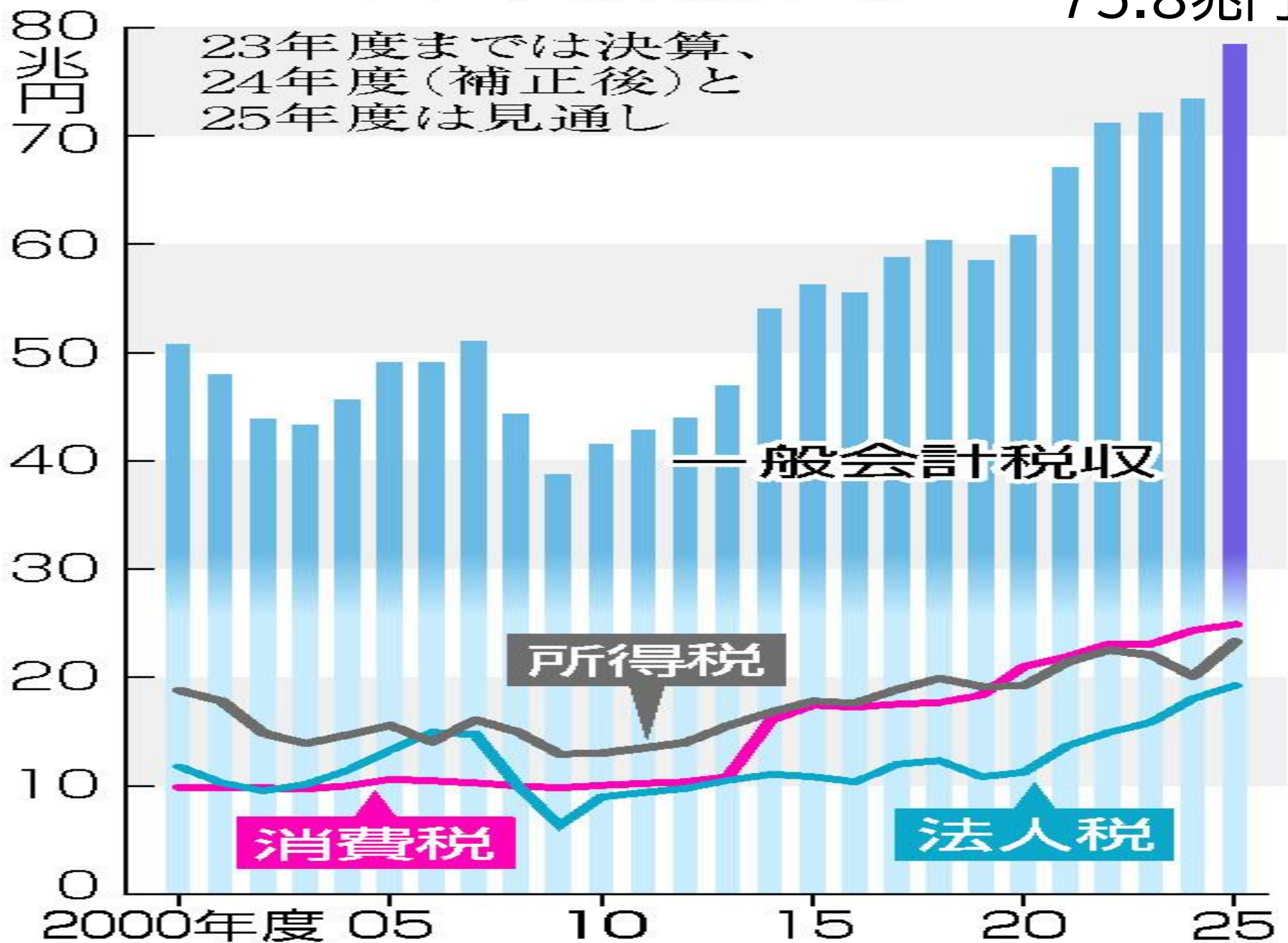
国民医療推進協議会総会 2025年6月4日

日医ら医療関係43団体が決議

- 国民医療推進協議会総会（2025年6月4日）
- 日本医師会をはじめとする医療・介護の関係43団体で組織する国民医療推進協議会は以下、決議
- 日本医師会、日本歯科医師会、日本薬剤師会など三師会など43団体からなる国民医療推進協議会は消費税などの税増収分を財源に活用する仕組みを構築し、物価高騰や賃金上昇に対応するための原資を医療機関や薬局などが確保できるようにすべき
- 政府が6月中に策定する「骨太方針」への反映をめざす。日本医師会の茂松茂人副会長は、消費税は22年度から25年度にかけて2兆円増収したが、そのうち1.7兆円を「後代への負担のつけ回しの軽減」につぎ込み「社会保障にほとんど回ってきていない」と主張。
- 社会保障関連費について「高齢化の伸びの範囲内に抑える」ことを訴え、賃金や物価上昇分を診療報酬や介護報酬に適切に反映するよう求めた。

国の税收推移

75.8兆円



新規国債発行額の推移

2/2

(兆円)



論戦

石破首相「消費税減税」しないワケは

「日本の財政状況はギリシャよりも」

2025年5月19日

参院予算委員会

参院予算委(集中審議)

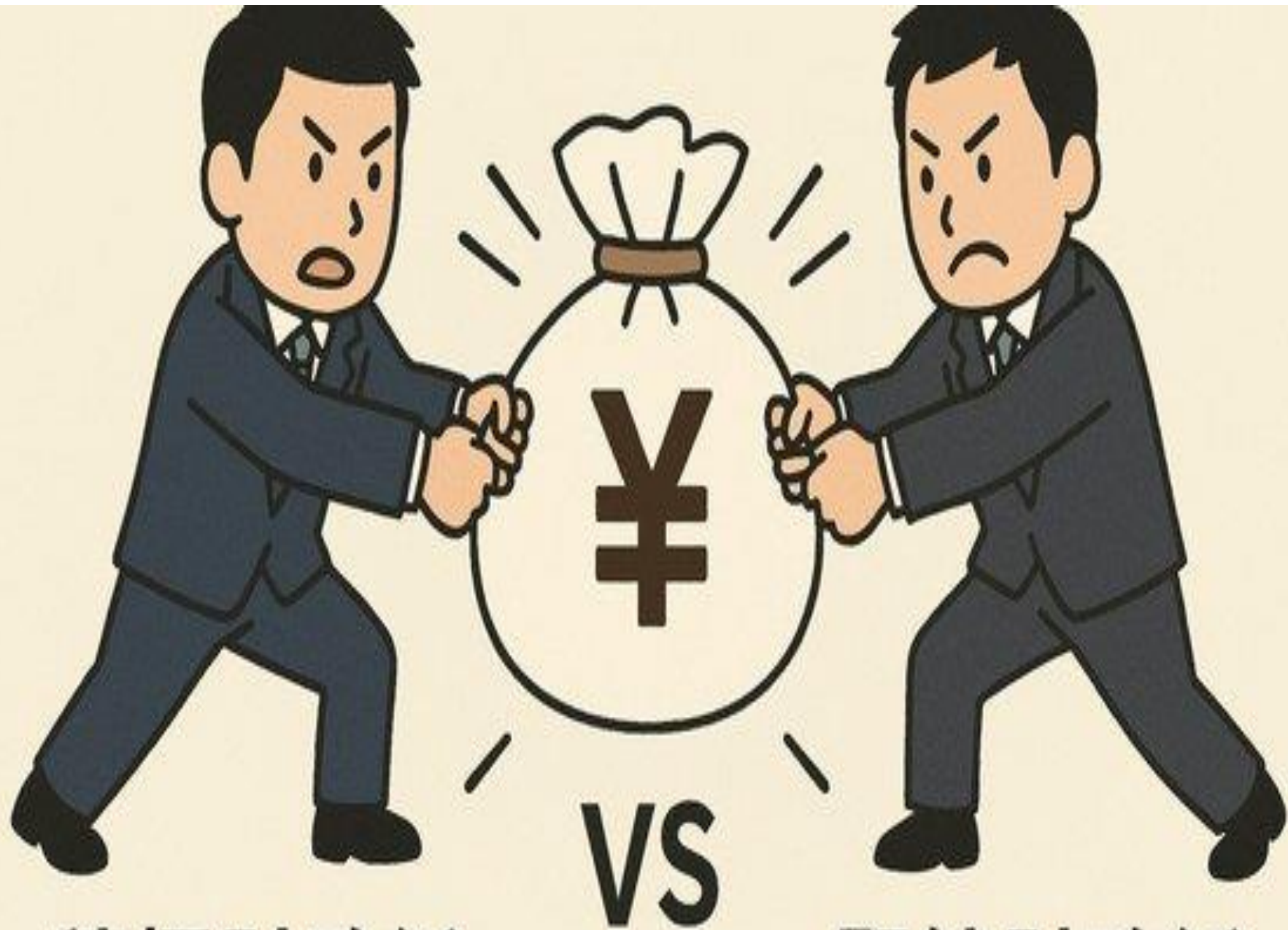
午前

石破首相

“ギリシャ”よりもよろしくない…

考えられる財源は？

- 消費税アップ？
 - 10%を12%にして4兆円財源確保??
 - 手取りが減る、景気が後退する
- 保険料アップ？
 - 3%の保険料を4－5%にアップして財源確保？
 - 手取りがますます下がる
- 薬価引き下げ？
 - 薬価マイナスで財源確保？
 - 薬が日本から消える



積極財政派

緊縮財政派

皆さんはどっち？ 決めるのはあなた！

選挙区選挙



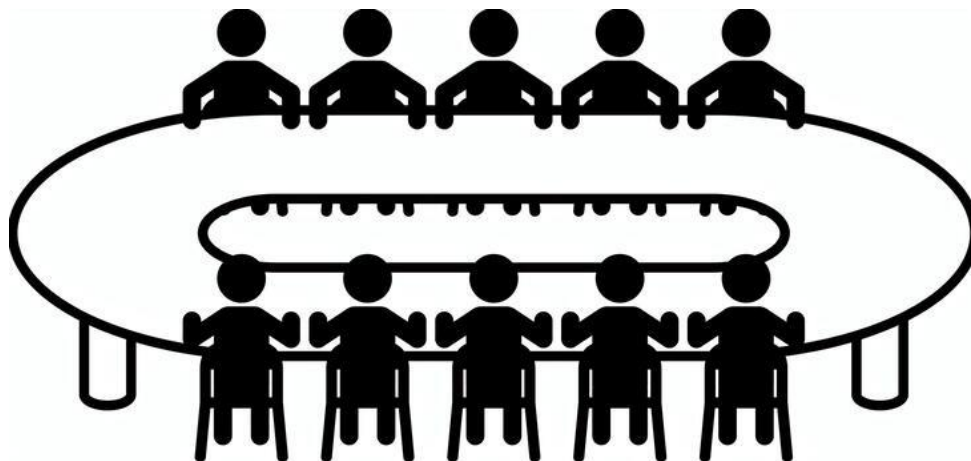
比例代表選挙



7月20日の参院選挙に行こう

パート5

病床転換とダウンサイズ



社会保険料負担の軽減目指し

余剰病床の削減で自公維が大筋合意

自・公・維の協議

国会内

11万床減らして
1兆円の医療費
削減を

田村元厚生労働大臣

自民・公明・維新

全国の病院などの余剰病床を
削減していくことで大筋合意

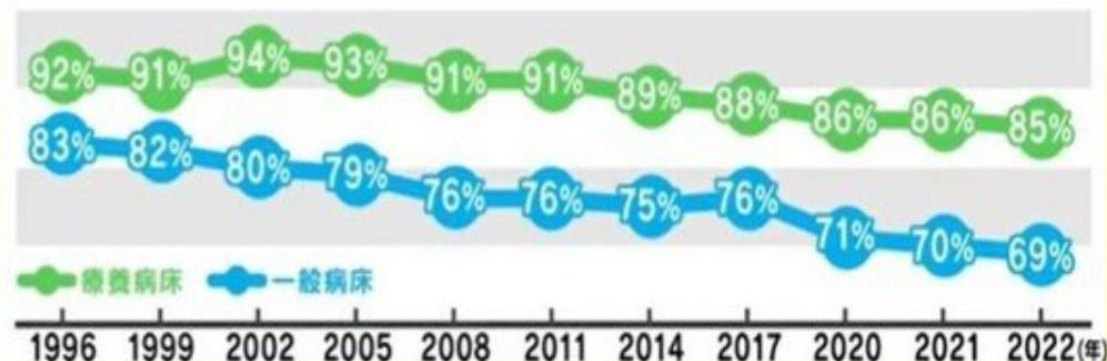
自民 公明、維新の3党は29日の協議で全国の病院などで
あまり使われていない入院者用のベッドを削減していく

11万床削減案 医療に影響は？

病床利用率の推移

●病床数 約120万床
(別途 精神病床約30万床)

●入院患者数や
病床利用率が低下傾向

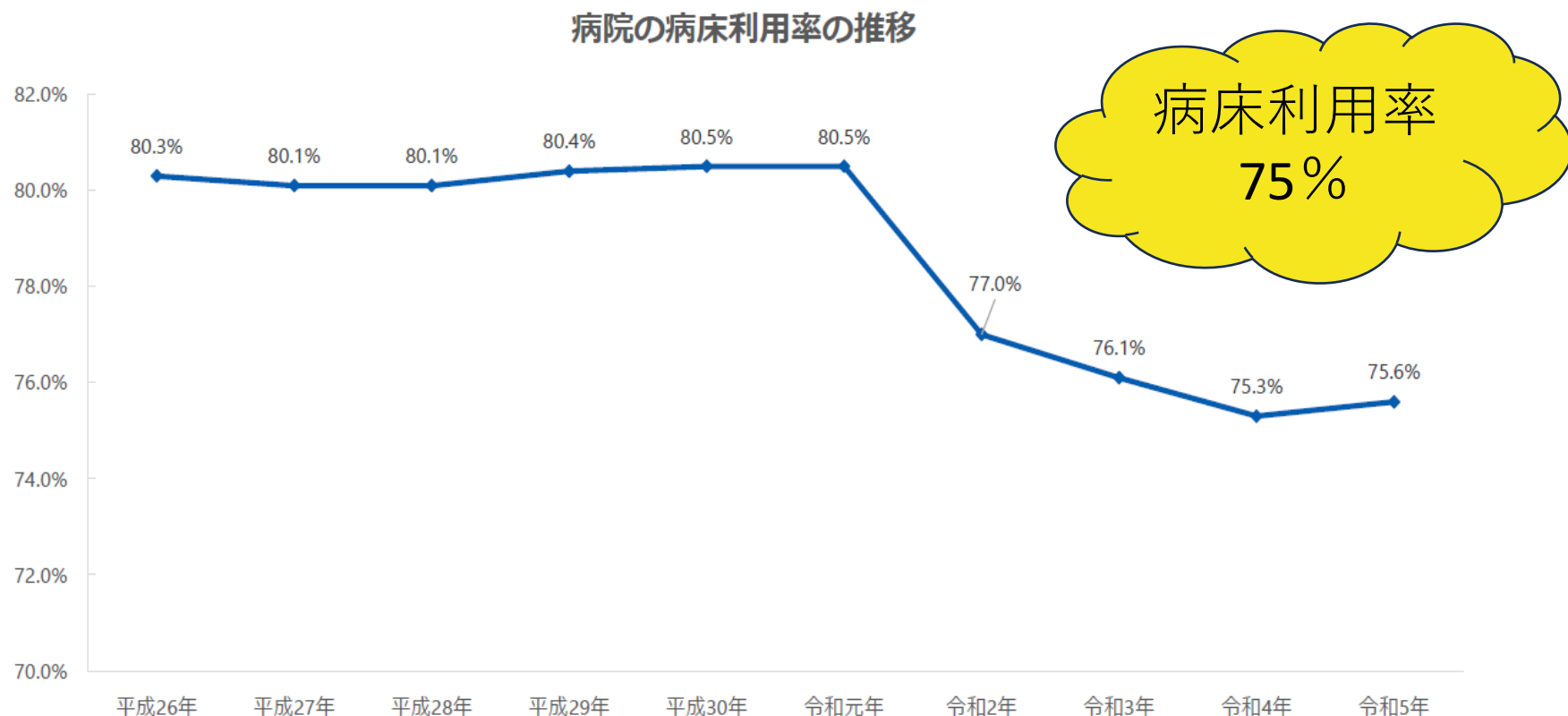


慶應義塾大学
伊藤 由希子 教授

ほとんど利用されていない病床が35万床程度あるなかで
その余剰病床を減らすことは医療の需給面で問題ない
ただし単に量を減らすだけでなく機能を転換できるか
統廃合によって地域医療の機能強化と
質の向上を図れるかが重要

病院の病床利用率の推移

病院の病床利用率は令和2年度に大きく低下。その後も低下傾向が続いたものの令和4年度には75.3%で底を打ち、令和5年度には75.6%と0.3ポイント増加している。



出典：厚生労働省「令和5(2023)年医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況」

病床利用率 = (年間在院患者延数 / (月間日数 × 月末病床数) の1月～12月の合計) × 100

- 各医療機関（有床診療所を含む。）は、毎年、病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を、自ら1つ選択して、都道府県に報告。

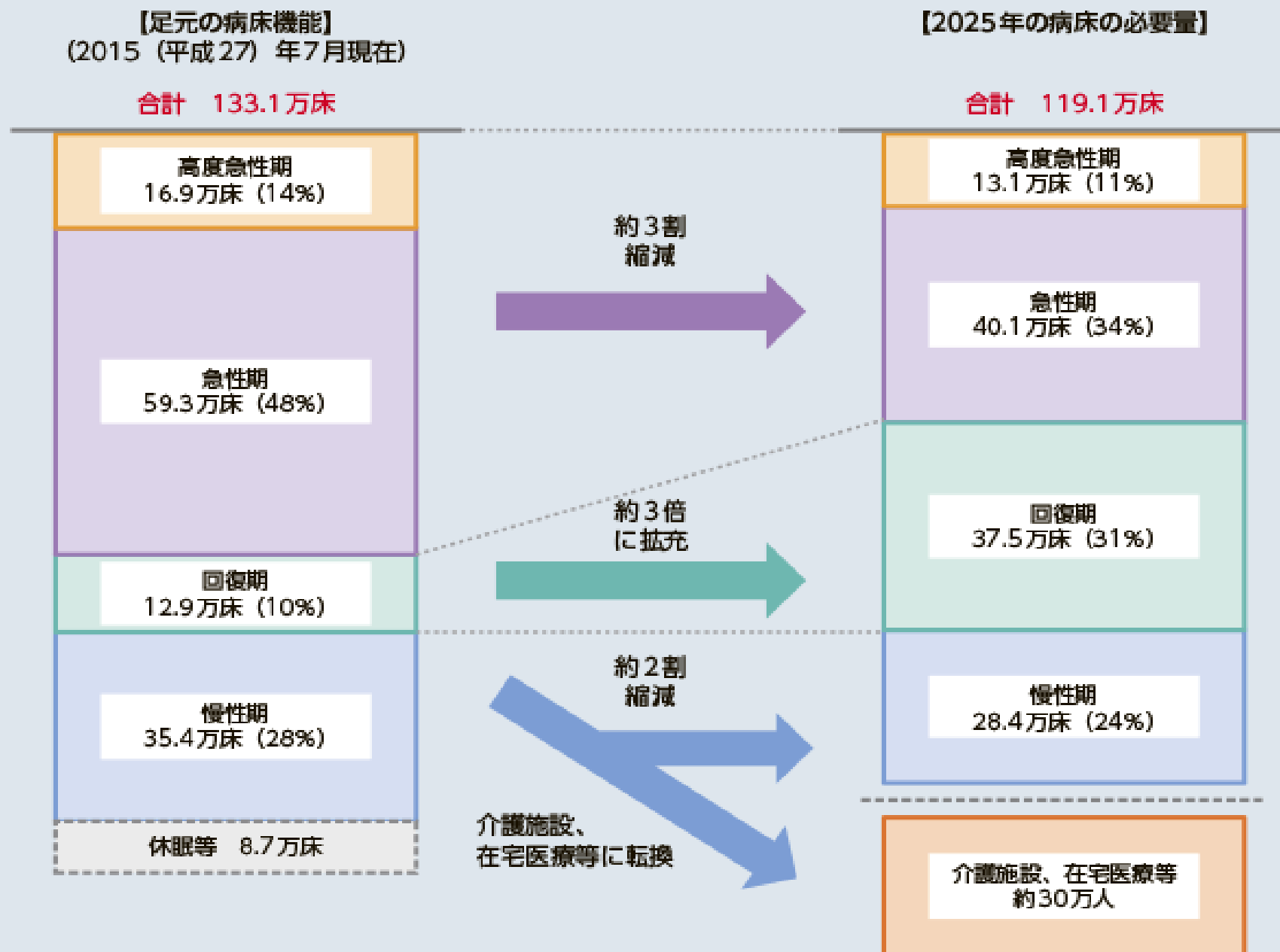
中 医 協 総 - 2
3 . 8 . 2 5

医療機能の名称	医療機能の内容
高度急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能※高度急性期機能に該当すると考えられる病棟の例 救命救急病棟、集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、新生児治療回復室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室であるなど、急性期の患者に対して診療密度が特に高い医療を提供する病棟
急性期機能	○ 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期機能	○ 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。 ○ 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、A D Lの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）。
慢性期機能	○ 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○ 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

- 回復期機能については、「リハビリテーションを提供する機能」や「回復期リハビリテーション機能」のみではなく、リハビリテーションを提供していなくても「急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療」を提供している場合には、回復期機能を選択できることに留意ください。
- 地域包括ケア病棟については、当該病棟が主に回復期機能を提供している場合は、回復期機能を選択し、主に急性期機能を提供している場合は急性期機能を選択するなど、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。
- 特定機能病院においても、病棟の機能の選択に当たっては、一律に高度急性期機能を選択するのではなく、個々の病棟の役割や入院患者の状態に照らして、医療機能を適切に選択してください。

図表7-2-1

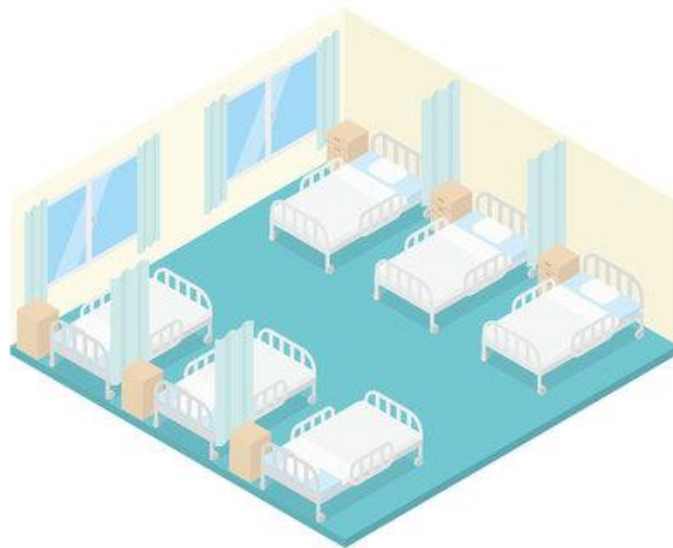
地域医療構想による2025年の病床の必要量



なんちゃって急性期が
まだまだ多い



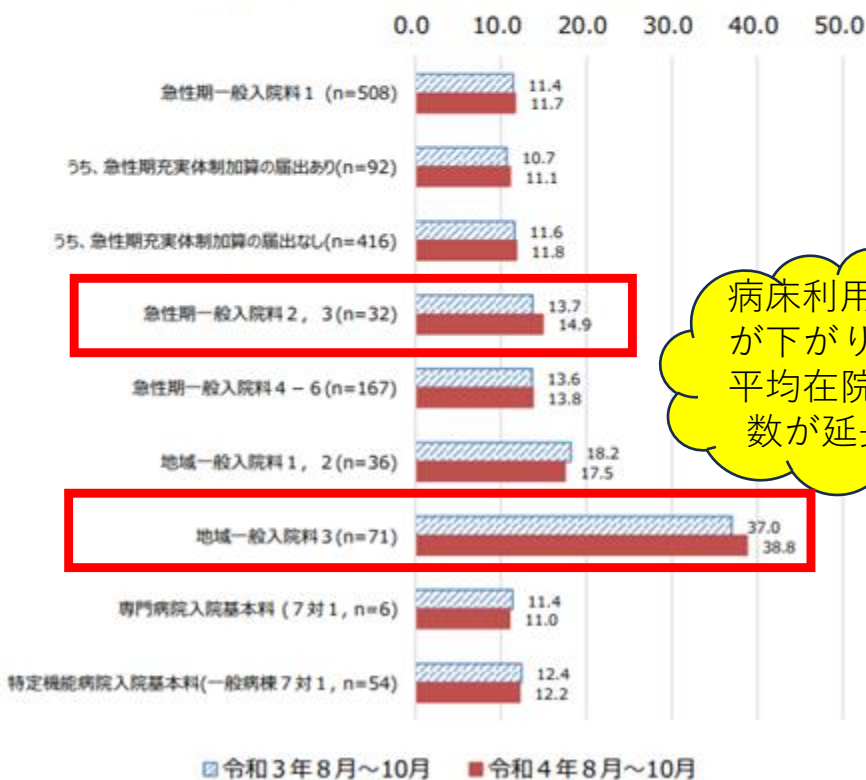
病床利用率が下がると
在院日数延長が起きる



一般病棟入院基本料等を届け出ている病棟等における平均在院日数

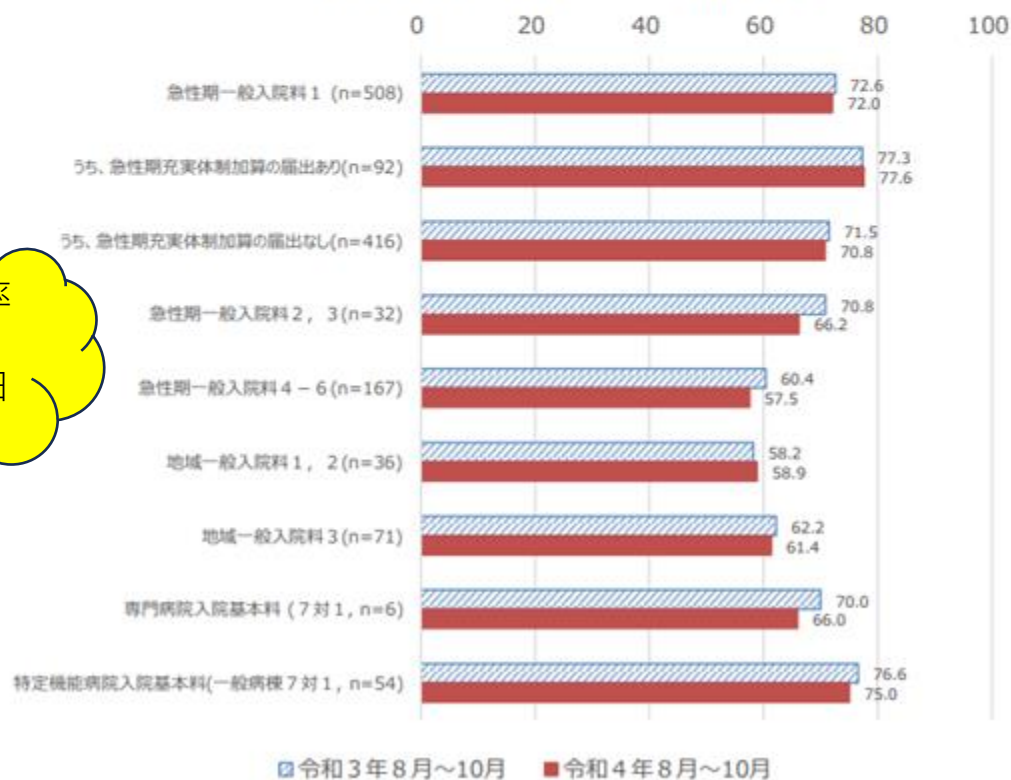
- 急性期一般入院料1においては、急性期充実体制加算の届出のある施設のほうが届出のない施設よりも平均在院日数が短い傾向にあった。
- 急性期一般入院料2, 3及び地域一般入院料3においては、令和3年と比べて平均在院日数が約1～2日増加していた。

入院料ごとの各施設の平均在院日数（日）



病床利用率
が下がり、
平均在院日
数が延長

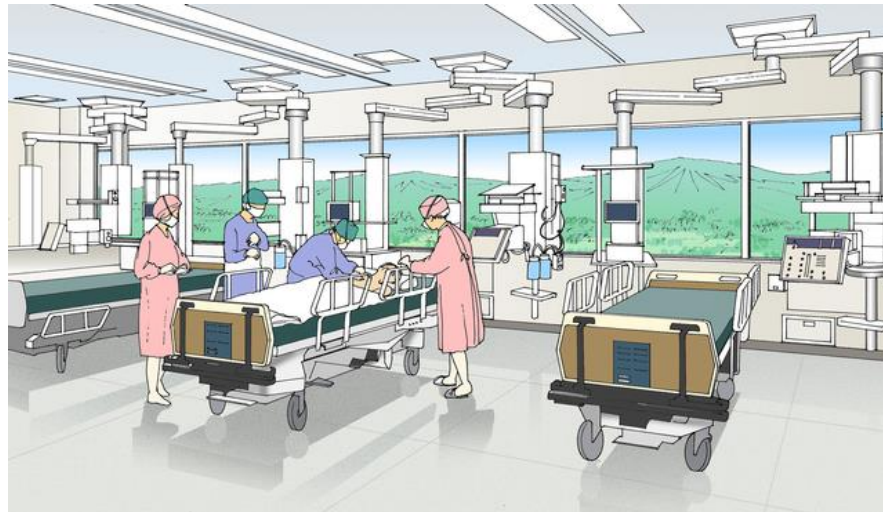
入院料ごとの各施設の病床利用率（%）



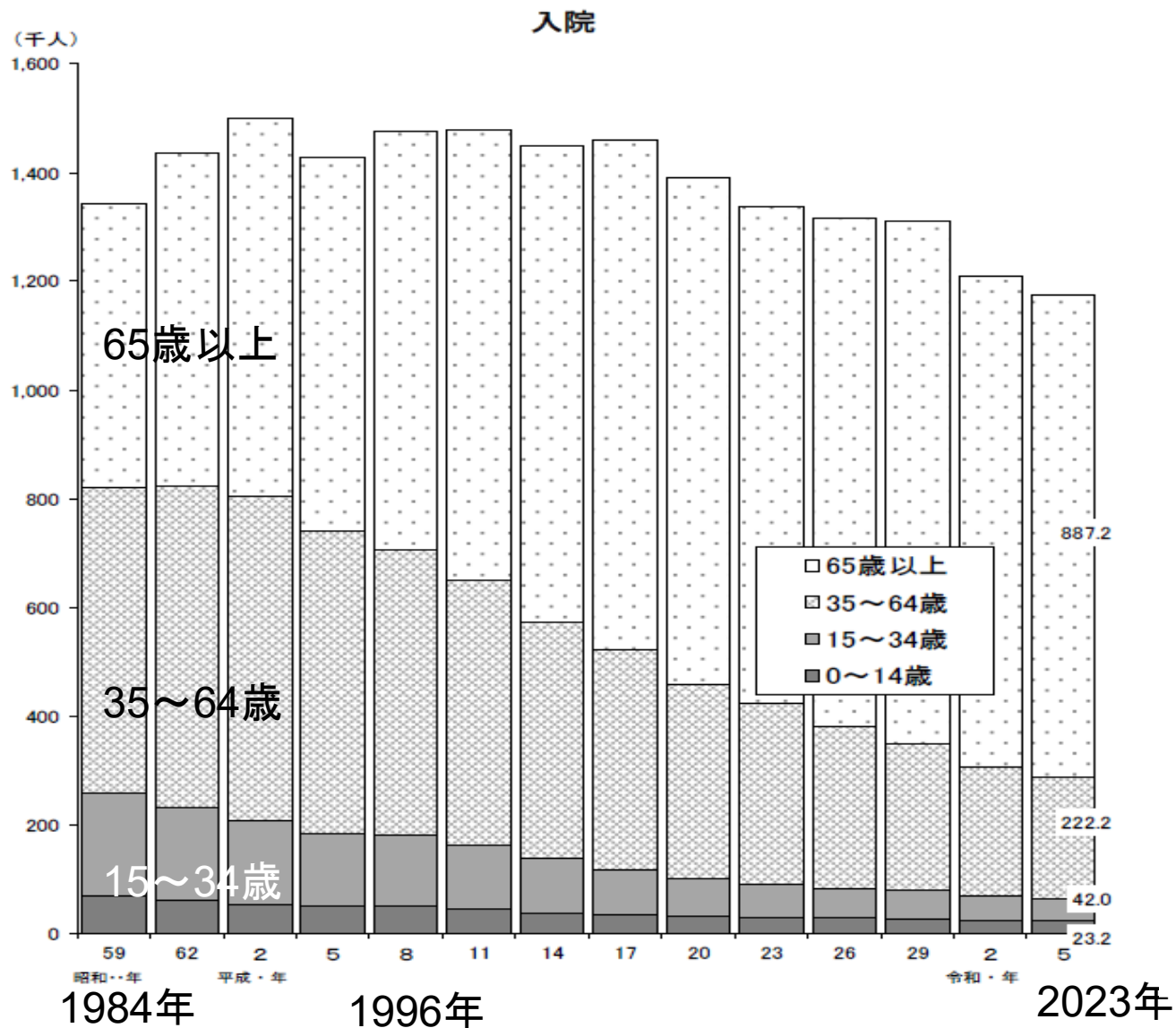
在院日数延長が
起きているところは、
「なんちゃって急性期病院」

地域包括ケア病棟、地域包括医療病棟に転
換しよう！

急性期医療ニーズが 減っている

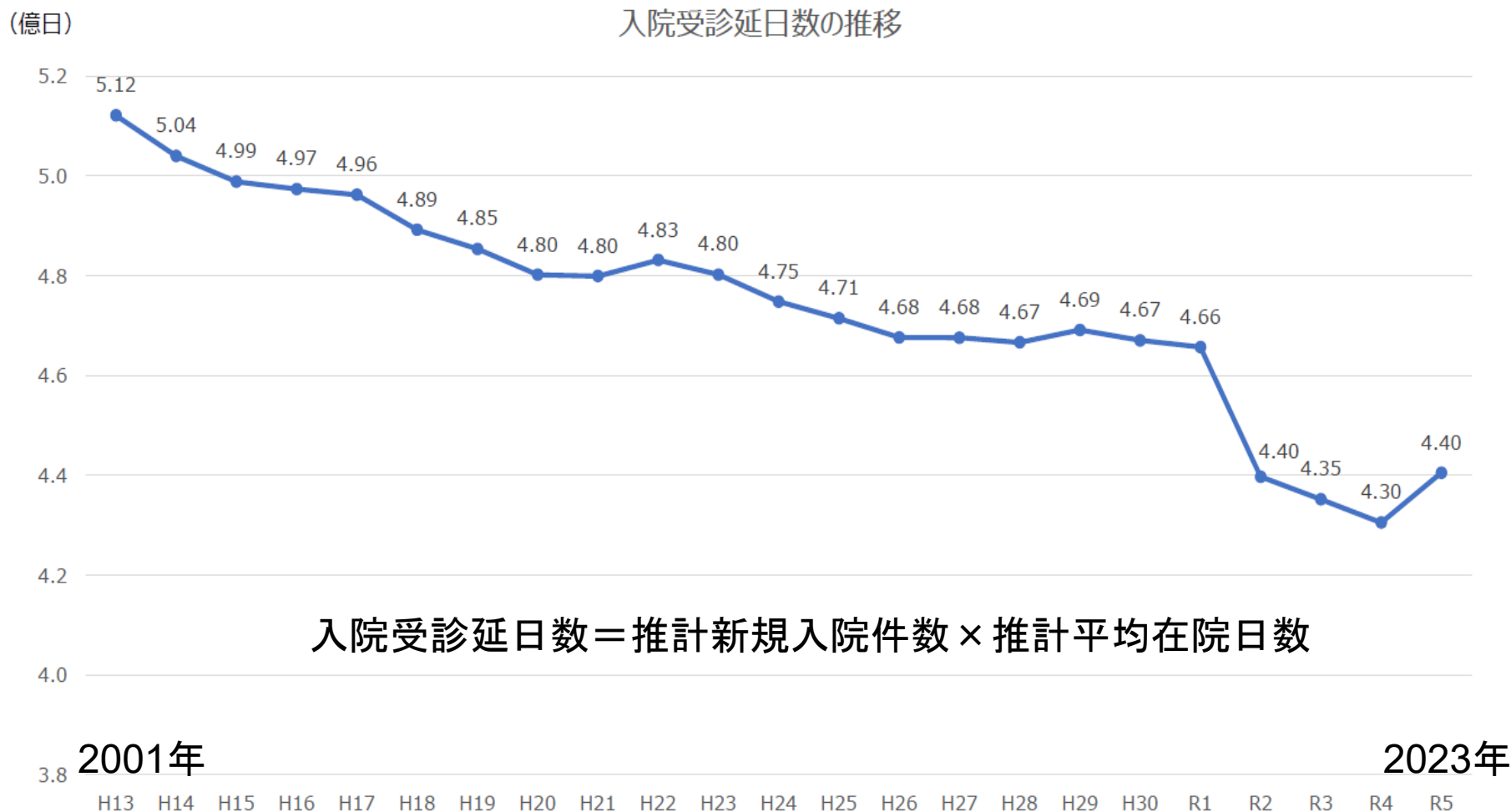


患者調査でみる入院患者の年次推移



入院の受診延日数の推移（平成13年度～令和5年度）

○入院の受診延日数は減少傾向にある。



資料出所：厚生労働省「医療費の動向調査」（2023年度）

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

※ 2 各年度の入院受診延日数の推移をみたもの。

足りない包括期(回復期)



病床機能区分の名称について

【前回の議論について】

- ・ 高齢者等の急性期患者について治療と入院早期からのリハビリテーション等を行い、早期の在宅復帰を目的とした治し支える医療を提供する機能及びこれまでの【回復期機能】について、新たな名称を議論している。
- ・ 前回の検討会においては、【包括期機能】等の複数の案が提案されたほか、まだなじみの少ない概念であり、いずれの名称になるにせよ、今後丁寧な説明と周知が必要との議論があった。

【提案があった名称】

包括期機能 → 包括期機能（急性増悪～在宅復帰等）

包括期機能 → 包括期機能（入院～在宅復帰等）

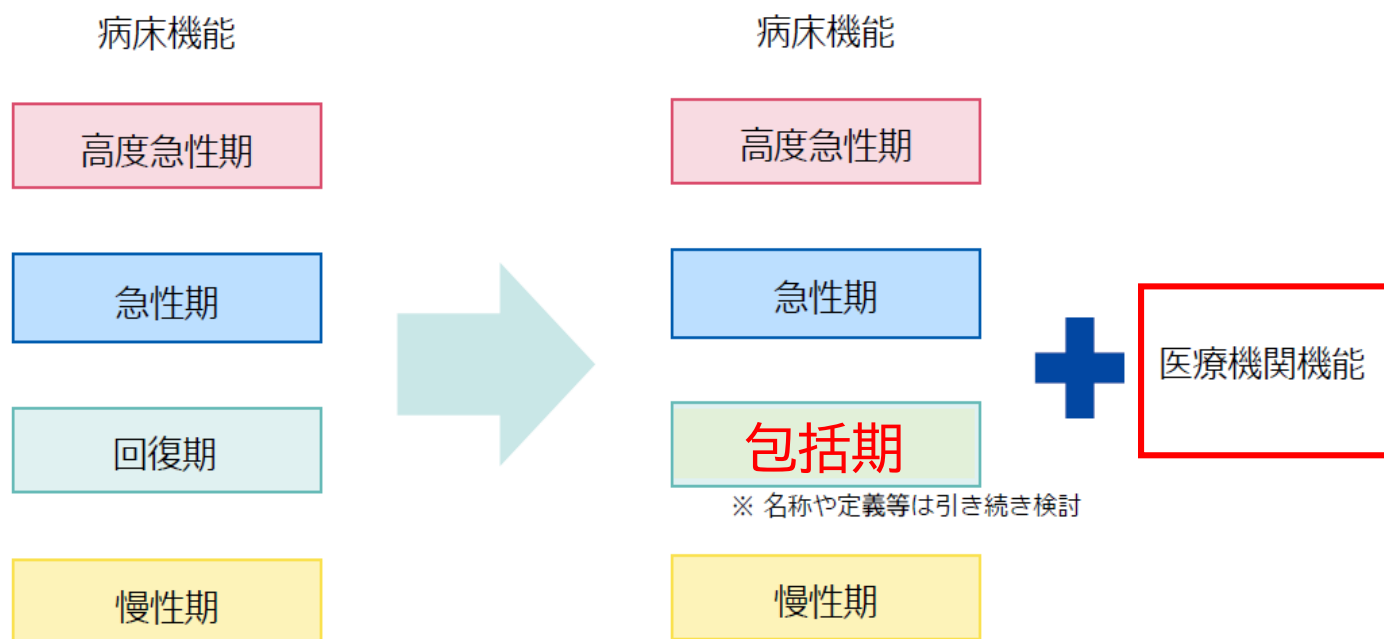
回復サポート期機能

地域包括・リハビリテーション機能

回復期機能の名称を
高齢者救急受け入れと
高齢者リハを併せ持つと
いう意味で
「**包括期機能**」と改める

病床機能報告の病床機能について（案）

- 新たな地域医療構想においては、医療機関機能報告を新設するほか、病床機能報告の病床機能の区分について、これまでの取組の連続性等を踏まえ、引き続き4つの区分で報告を求めることとしてはどうか。
- その際、現行の病床機能報告においては、患者の治療経過として【高度急性期】【急性期】【回復期】【慢性期】の区分で報告を求めていたが、2040年に向けて増加する高齢者救急の受け皿として、これまでの【急性期】と【回復期】の機能をあわせもつことが重要となること等を踏まえ、例えば【回復期】については、急性期の機能の一部も担うこととして位置づけ、名称や定義を変更するなど、今後の病床機能報告のあり方についてどのように考えるか。



5つの医療機関機能

①高齢者救急・地域急性期機能

高齢者救急の受け皿
となり、地域への復
帰を目指す機能

かかりつけ医等と連携し、増大す
る高齢者救急の受け皿となる機能

②在宅医療等連携機能

在宅医療を提供し、地
域の生活を支える機能

地域での在宅医療を実施し、緊急
時には患者の受け入れも行う機能

③急性期拠点機能

救急医療等の急性期
の医療を広く提供す
る機能

高度な医療や広く救急への対応
を行う機能（必要に応じて圏域
を拡大して対応）

④専門機能

地域ごとに求められる医療提供機能

医師の派遣機能

⑤医育及び広域診療機能

医育機能

より広域な観点で診療を
担う機能

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

医療機関機能について（案）

医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の実情に応じて、「治す医療」を担う医療機関と「治し支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化し、医療機関の連携・再編・集約化が推進されるよう、医療機関（病床機能報告の対象医療機関）から都道府県に、地域で求められる役割を担う「医療機関機能」を報告。地域の医療提供体制の確保に向けて地域で協議を行うとともに、国民・患者に共有。
- 二次医療圏等を基礎とした地域ごとに求められる医療提供機能、より広域な観点から医療提供体制の維持のために必要な機能を設定。
 - ・ 2040年頃を見据えて、人口規模が20万人未満の構想区域等、医療需要の変化や医療従事者の確保、医療機関の維持等の観点から医療提供体制上の課題がある場合には、必要に応じて構想区域を拡大。
 - ・ 従来の構想区域だけでなく、広域な観点での区域や、在宅医療等に関するより狭い区域を設定。新たな地域医療構想の策定・推進に向けて、地域に必要な医療提供体制の確保のため実効性のある議論に資するよう、区域ごとに議論すべき内容や議題に応じた主な参加者等についてガイドラインで明確化。

地域ごとの医療機関機能

主な具体的な内容（イメージ）

- | | |
|---------------|---|
| 高齢者救急・地域急性期機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 高齢者をはじめとした救急搬送を受け入れるとともに、必要に応じて専門病院や施設等と協力・連携しながら、入院早期からのリハビリ・退院調整等を行い、早期の退院につなげ、退院後のリハビリ等の提供を確保する。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定 |
| 在宅医療等連携機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での在宅医療の実施、他の医療機関や介護施設、訪問看護、訪問介護等と連携した24時間の対応や入院対応を行う。 ※ 地域の実情に応じた幅をもった報告のあり方を設定 |
| 急性期拠点機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での持続可能な医療従事者の働き方や医療の質の確保に資するよう、手術や救急医療等の医療資源を多く要する症例を集約化した医療提供を行う。 ※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の実情も踏まえた一定の水準を満たす役割を設定。また、アクセスや構想区域の規模も踏まえ、構想区域ごとにどの程度の病院数を確保するか設定。 |
| 専門等機能 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なリハビリテーション、高齢者等の中長期にわたる入院医療機能、有床診療所の担う地域に根ざした診療機能、一部の診療科に特化し地域ニーズに応じた診療を行う。 |

※ 高齢者医療においては、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者への治し支える医療の観点が重要

広域な観点の医療機関機能

- ・ 医育及び広域診療機能
 - ・ 大学病院本院が担う、広域な観点で担う常勤医師や代診医の派遣、医師の卒前・卒後教育をはじめとした医療従事者の育成、広域な観点が求められる診療を総合的に担い、また、これらの機能が地域全体で確保されるよう都道府県と必要な連携を行う。

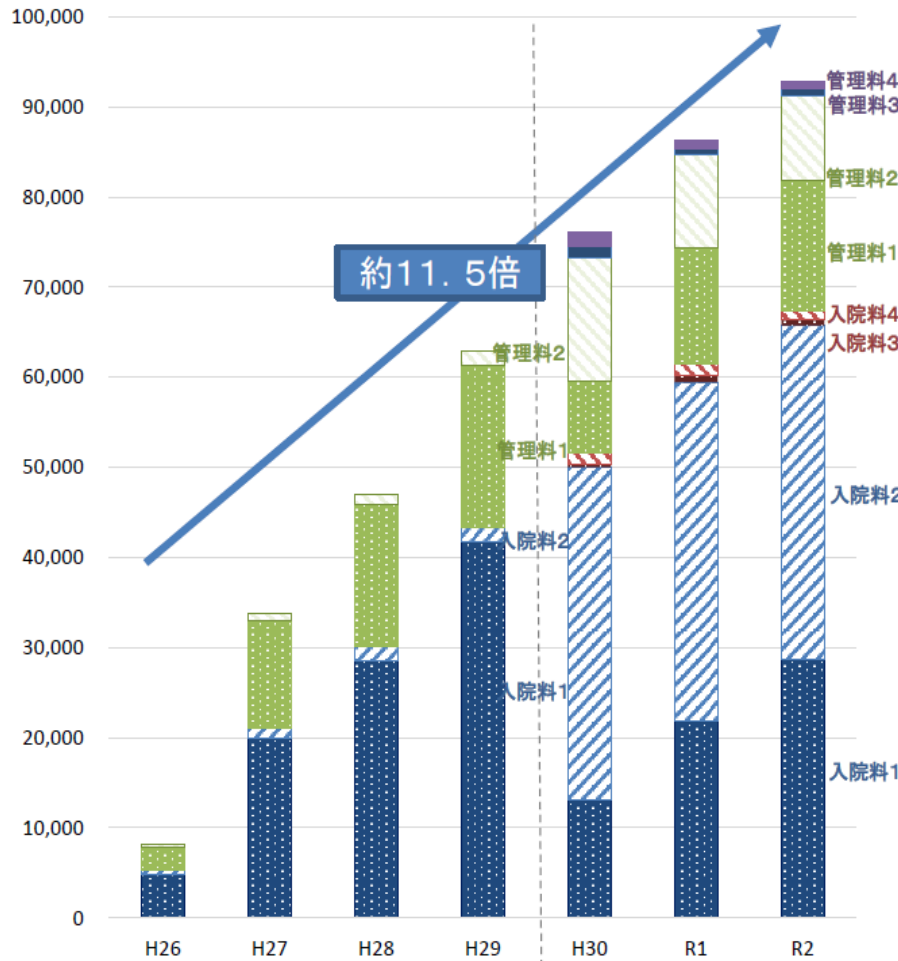
- ・ このほか、急性期拠点機能を担う医療機関等が行う、広域な観点での診療、人材の育成、医師の派遣等の役割についても、報告を求め、地域全体での機能の確保に向けた議論を行う

入院料別の届出病床数の推移

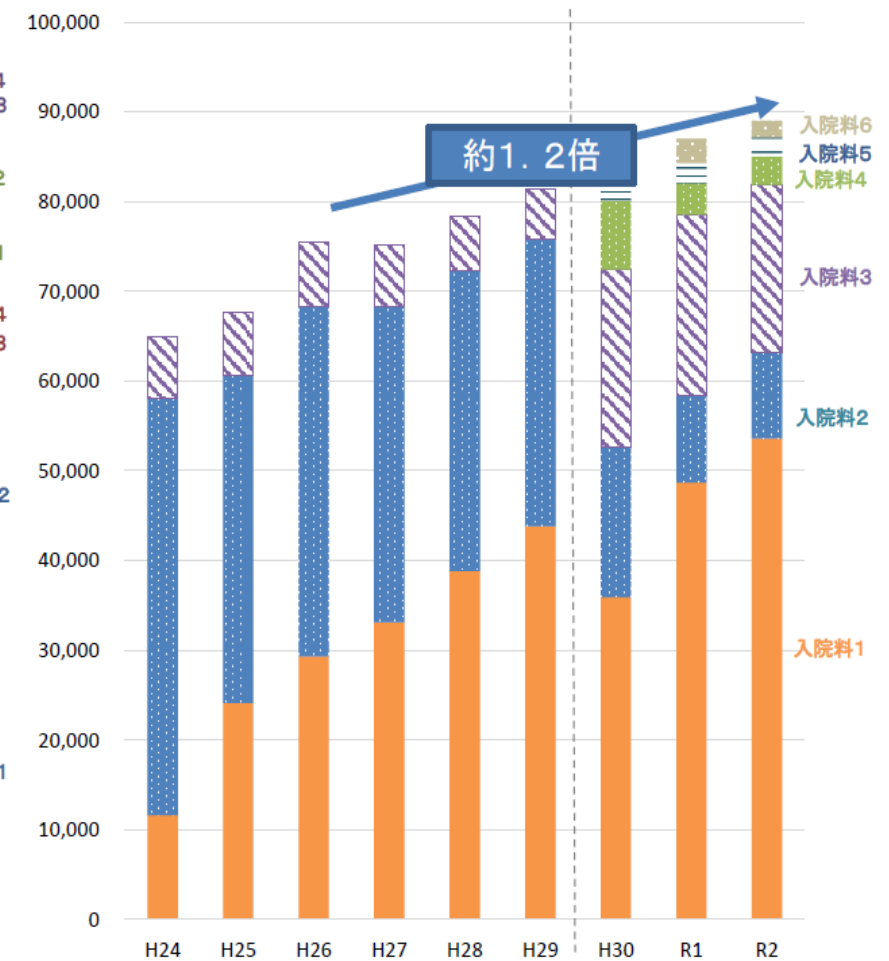
中医協 総-1-2
3 . 1 0 . 2 7

○地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料及び回復期リハビリテーション病棟入院料の届出病床数はいずれも増加傾向であった。特に、地域包括ケア病棟入院料・管理料は、平成26年の新設後、増加が顕著であった。

(病床数) 地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料



(病床数) 回復期リハビリテーション病棟入院料



2024年改定 地域包括医療病棟① 病棟のイメージ

背景

- 高齢者の人口増加に伴い、高齢者の救急搬送者数が増加し、中でも軽症・中等症が増加している。
- 急性期病棟に入院した高齢者の一部は、急性期の治療を受けている間に離床が進まず、ADLが低下し、急性期から回復期に転院することになり、在宅復帰が遅くなるケースがあることが報告されている。
- 高齢者の入院患者においては、医療資源投入量の少ない傾向にある誤嚥性肺炎や尿路感染といった疾患が多い。
(高度急性期を担う病院とは医療資源投入量がミスマッチとなる可能性)
- 誤嚥性肺炎患者に対し早期にリハビリテーションを実施することは、死亡率の低下とADLの改善につながることを示されている
- 入院時、高齢患者の一定割合が低栄養リスク状態又は低栄養である。また、高齢入院患者の栄養状態不良と生命予後不良は関連がみられる。

地域包括医療病棟における医療サービスのイメージ



救急患者を受け入れる体制を整備



一定の医療資源を投入し、急性期を速やかに離脱



早期の退院に向け、リハビリ、栄養管理等を提供



退院に向けた支援
適切な意思決定支援



早期の在宅復帰
在宅医療、介護との連携



10対1の看護配置に加えて、療法士、管理栄養士、看護補助者(介護福祉士含む)による高齢者医療に必要な多職種配置

包括的に提供

地域包括医療病棟算定153病院

地域包括医療病棟入院料（1日につき） 3,050点

令和7年（2025年）5月16日時点の地方厚生局確認データ（R7年4月届出まで）

（一部4月更新あり）

TOP10ランキング

1 大阪府 18

2 東京都 17

3 神奈川県 12

3 兵庫県 12

5 愛知県 7

5 京都府 7

8 岡山県 7

9 千葉県 7

9 長野県 6

9 福岡県 6

病床数8,495床

北海道 2

東北 8

関東信越 54

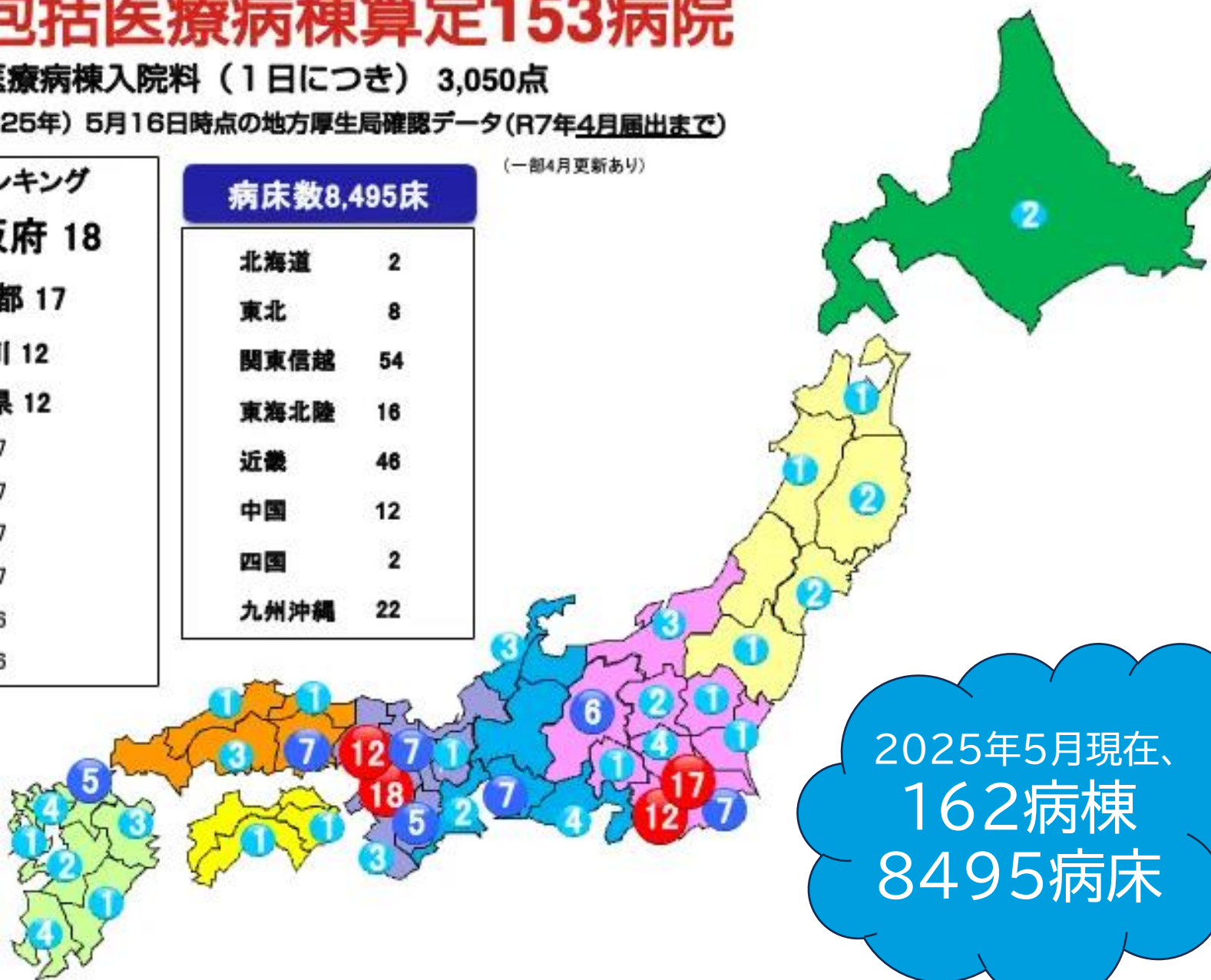
東海北陸 16

近畿 46

中国 12

四国 2

九州沖縄 22



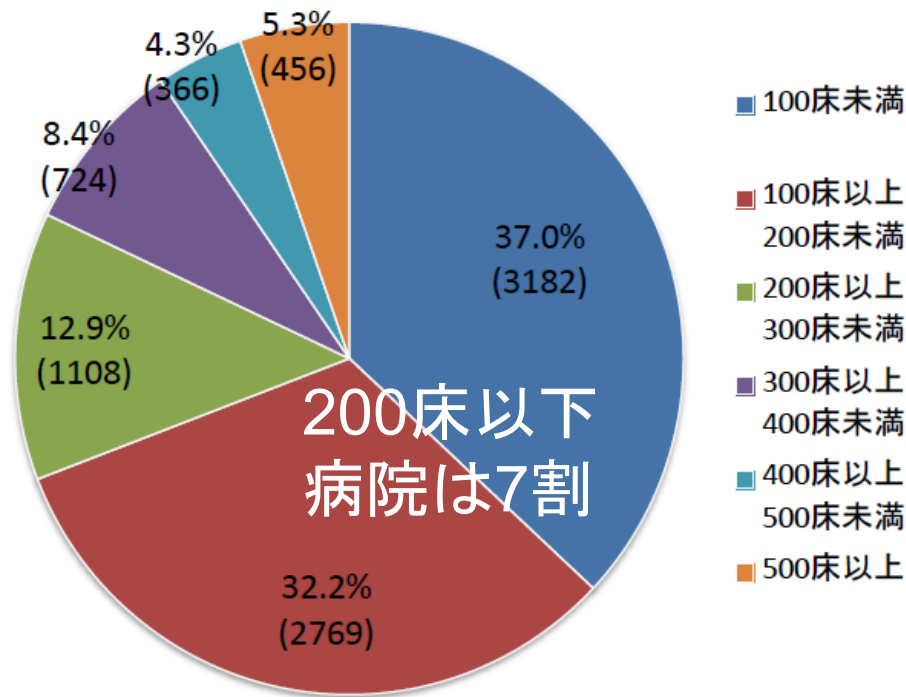
衣笠病院の事例

- ①高齢者救急・地域急性期機能
- ②在宅医療等連携機能

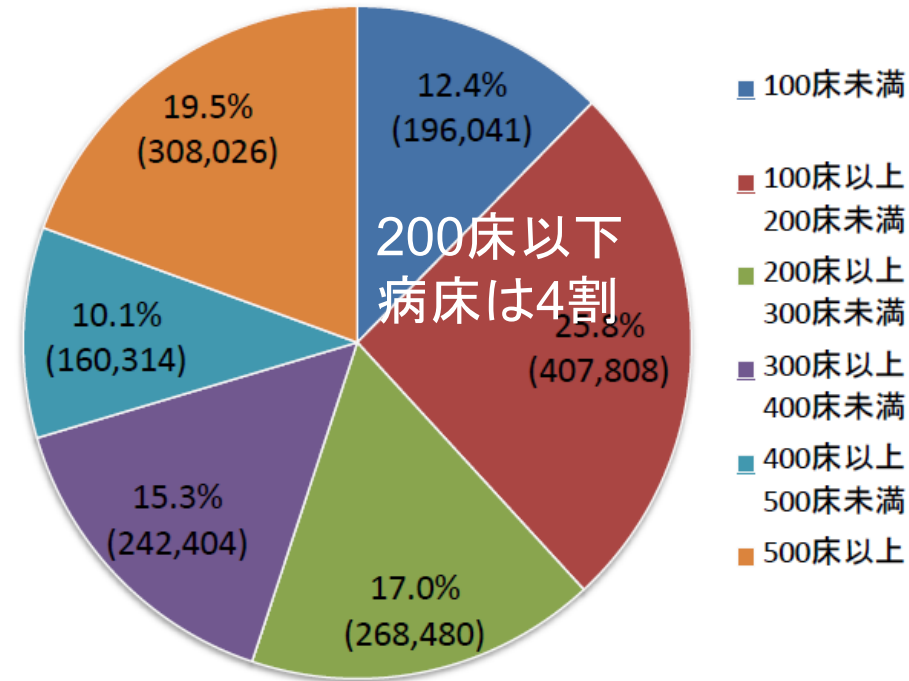
病床規模別病院数の割合

- 全病院8,605病院のうち、100床未満の病院は約4割を占め、100床以上200床未満の病院は約3割を占める。
- 全病床1,583,073床のうち、100床未満の病院の病床は約1割を占め、100床以上200床未満の病院の病床は約3割を占める。

全病院(8,605病院)



全病床(1,583,073床)



衣笠病院の病床の変革

- 1977年 病床数276床
- 2009年 病床数を251床に減床
- 2014年 38床を地域包括ケア病棟に転換
- 2015年 33床を回復期リハビリテーション病棟に
転換
- 2018年 53床を地域包括ケア病棟に転換
- 2022年 病床数198床に減床
- 現状 急性期入院料 4 50床
- 地域包括ケア病棟 91床
- 回復期リハビリテーション病棟 33床
- 緩和ケア病棟 20床

2040年に求められる医療機関機能（イメージ）

① 高齢者救急・地域急性期機能
高齢者救急の受け皿
となり、地域への復
帰を目指す機能

かかりつけ医等と連携し、増大す
る高齢者救急の受け皿となる機能

② 在宅医療等連携機能
在宅医療を提供し、地
域の生活を支える機能

地域での在宅医療を実施し、緊急
時には患者の受け入れも行う機能

③ 急性期拠点機能
救急医療等の急性期
の医療を広く提供す
る機能

高度な医療や広く救急への対応
を行う機能（必要に応じて圏域
を拡大して対応）

④ 専門機能

地域ごとに求められる医療提供機能

医師の派遣機能

⑤ 医育及び広域診療機能

医育機能

より広域な観点で診療を
担う機能

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

衣笠病院

本年度平均 2025/01時点

高齢者救急・地域急性期機能

【救急】

依頼数	[件/月]	74
受入数	[件/月]	51
応需率	[%]	69%
うち入院数	[件/月]	29
入院率	[%]	57%

【外来】

患者数	[人/日]	319
診療単価	[円]	8,873



【入院】

	[全体]	急性期_本4	地ケア_本5	地ケア_東5	回りハ_東4	緩和ケア
実働病床数	194	50	53	38	33	20
延患者数	[人/日] 169	40	45	36	31	17
病床利用率	[%] 87%	79%	85%	95%	95%	85%
平均在院日数	[日] 23	12	30	34	75	18
診療単価	[円/日] 40,468	46,108	36,644	35,651	37,660	51,971
在宅復帰率	[%]		80%	80%	86%	
後期高齢者(75≦)構成	[%] 70%	66%	73%	78%	67%	70%

2040年に求められる医療機関機能（イメージ）

① 高齢者救急・地域急性期機能
高齢者救急の受け皿
となり、地域への復
帰を目指す機能

かかりつけ医等と連携し、増大す
る高齢者救急の受け皿となる機能

② 在宅医療等連携機能
在宅医療を提供し、地
域の生活を支える機能

地域での在宅医療を実施し、緊急
時には患者の受け入れも行う機能

③ 急性期拠点機能
救急医療等の急性期
の医療を広く提供す
る機能

高度な医療や広く救急への対応
を行う機能（必要に応じて圏域
を拡大して対応）

④ 専門機能

地域ごとに求められる医療提供機能

医師の派遣機能

⑤ 医育及び広域診療機能
医育機能
より広域な観点で診療を
担う機能

より広域な観点から、医療提供体制を維持するために求められる機能

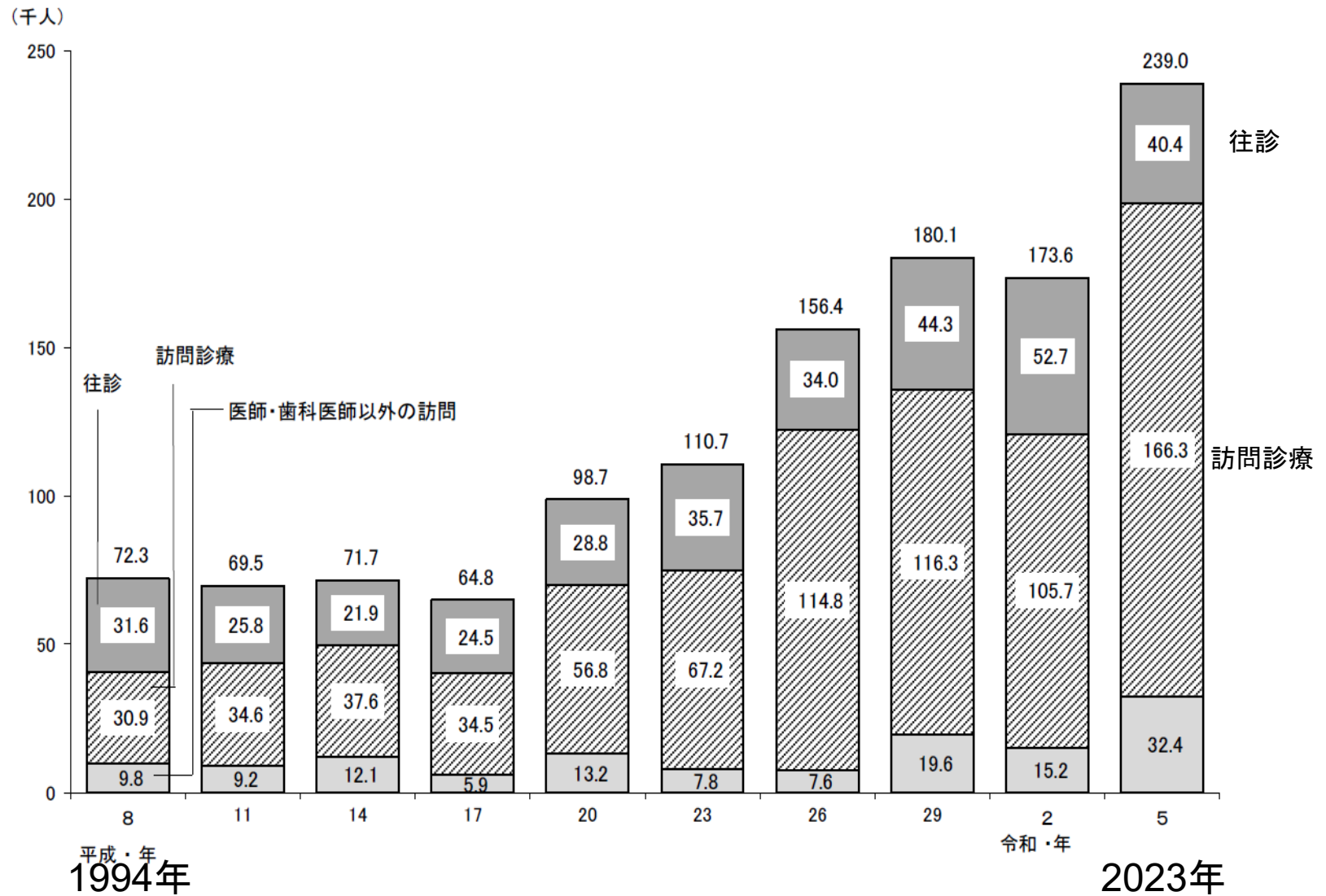
在宅医療・訪問系(2025年1月)

- 衣笠病院グループ
 - 衣笠病院附属在宅クリニック
 - 訪問診療 286件、往診 40件
 - 衣笠病院訪問看護ステーション
 - 訪問看護延べ561件
 - 医療保険 114件
 - 介護保険447件)
 - 訪問リハ
 - 訪問リハ延べ103件

- 衣笠病院
 - 訪問栄養指導 3件
- 長瀬ケアセンター
 - 訪問看護
 - 訪問延べ673件
 - (医療保険 179件、介護保険 494件)
 - 訪問リハ 81件



図3 在宅医療を受けた推計外来患者数の年次推移



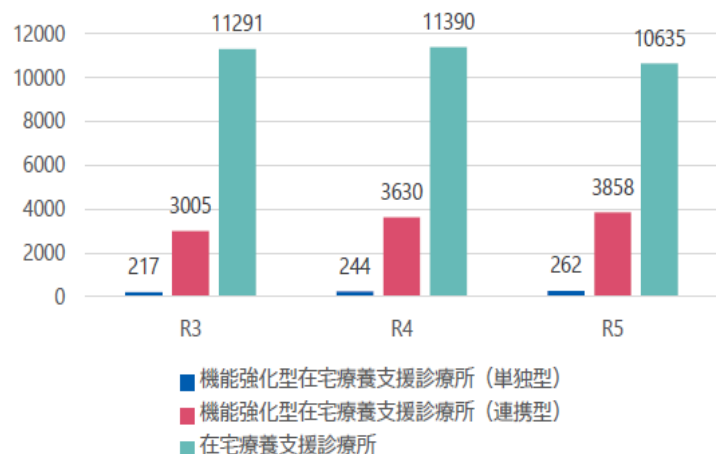
2023年患者調査

在宅療養支援診療所(在支診)及び在宅支援病院(在支病)の施設基準の概要(平成30年度～)

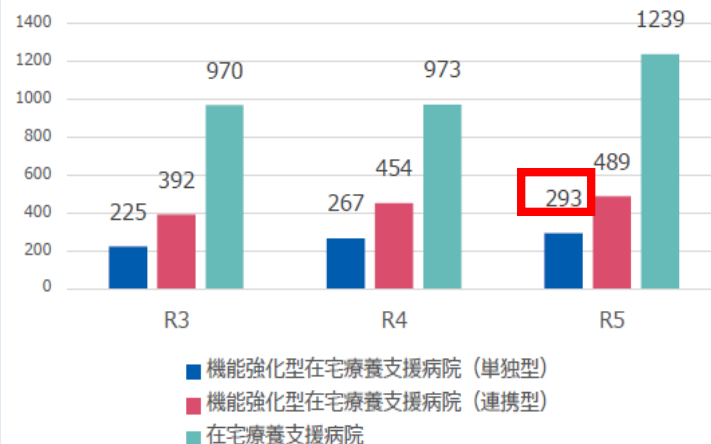
	機能強化型在支診・在支病		在支診・ 在支病	(参考)在宅 療養後方支 援病院
	単独型	連携型		
機能強化型在宅療養支援病院				
全ての在支 診・在支病 が満たすべ き基準		① 24時間連絡を受ける体制の確保 ② 24時間の往診体制 ③ 24時間の訪問看護体制 ④ 緊急時の入院体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑥ 年に1回、看取り数等を報告している		
全ての在支 病が満たす べき基準	「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。 (1) 許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径4km以内に診療所が存在しないこと (2) 往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること ※ 医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあつては240床未満			○ 許可病床数 200床以上 ○ 在宅医療を提 供する医療機関 と連携し、24時 間連絡を受ける 体制を確保 ○ 連携医療機関 の求めに応じて 入院希望患者 の診療が24時 間可能な体制を 確保(病床の確 保を含む) ※ やむを得ず当該病 院に入院させることが できなかった場合は、 対応可能な病院を探 し紹介すること ○ 連携医療機関 との間で、3月 に1回以上、患 者の診療情報 の交換を行い、 入院希望患者 の一覧表を作成
機能強化型 在支診・在 支病が満た すべき基準	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	⑦ 在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上		
	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	⑧ 過去1年間の緊急往診の実績 連携内で10件以上 各医療機関で4件以上		
	⑨ 過去1年間の看取りの実績又は超・ 準超重症児の医学管理の実績 いずれか4件以上	⑨ 過去1年間の看取りの実績 連携内で4件以上 かつ、各医療機関において、看取りの実績又は 超・準超重症児の医学管理の実績 いずれか2件以上		

(参考) 在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、機能強化型訪問看護ステーションの届出数の推移

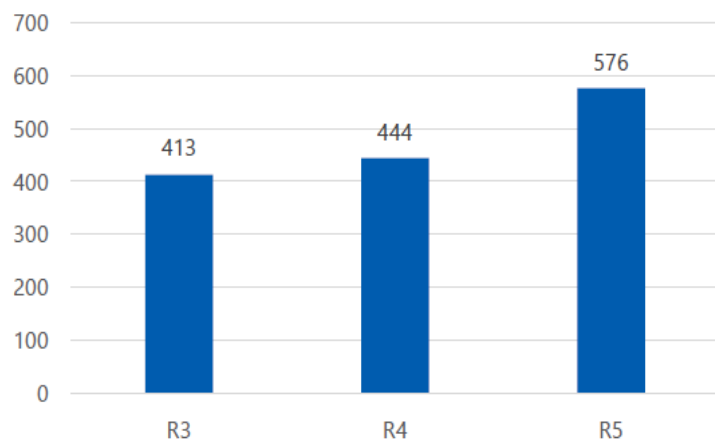
在宅療養支援診療所



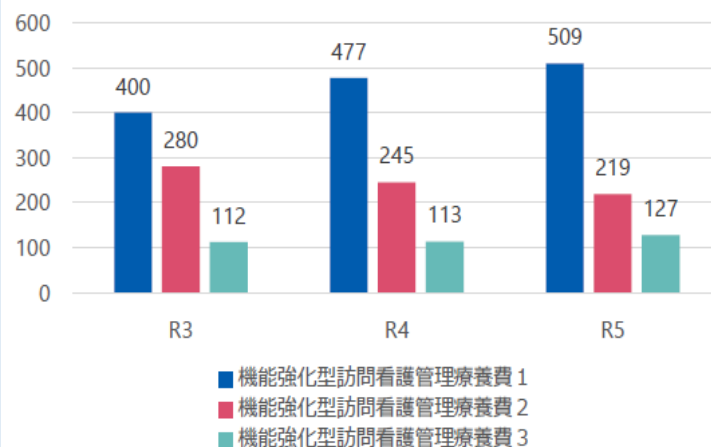
在宅療養支援病院



在宅療養後方支援病院



機能強化型訪問看護ステーション



なんちゃって急性期は 生き残れない

病床転換



地域の医療ニーズに合わせて
病床転換が必要！

まとめと提言

- 物価・人件費高騰で病院は大赤字
- 急性期医療ニーズが減っている
- 包括期ニーズが増えている
- 在宅ニーズも増えている
- 急性期から包括期、在宅への転換が必要
- 直近の病院経営危機は、物価アップに連動した診療報酬改定と補助金で！
- 緊縮財政から積極財政への転換を！

2025-2040 変わりゆく医療のアウトライン

・ 2025年から2040年
へ向けての改革プラン
を概観する！

- ・ 地域医療構想、医療DX
- ・ 働き方改革、かかりつけ医
- ・ 医師偏在対策、少子化対策など
- ・ ポスト2040年も予想
- ・ 医学通信社より、
7月発刊予定
- ・ 2色刷240頁、2600円



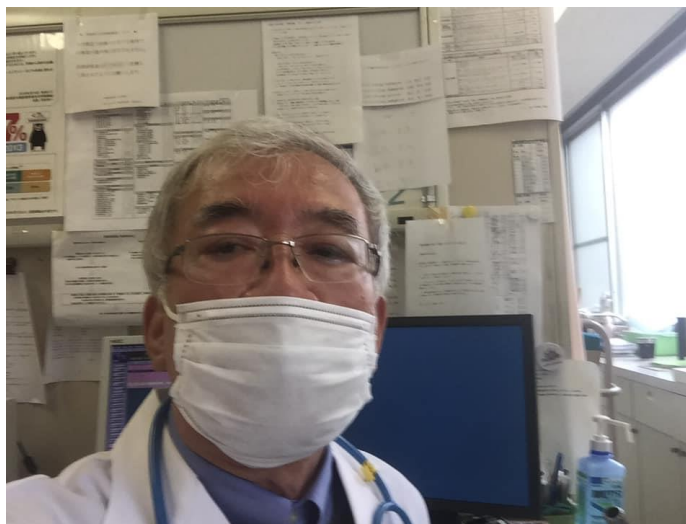
2025年から2040年の15年で、医療と介護は
どう変わるか、医療機関はいかに対応するか——
その難路の行程を的確に指し示す、
新たな時代のロードマップ!!

働き方改革とタスクシフト、第8次医療計画、新地域医療構想、
かかりつけ医機能と外来医療構想、医療費適正化計画、
医師確保・偏在対策、医療DX工程表、診療報酬・介護報酬改定——の
アウトラインとその全体像。

医学通信社



ご清聴ありがとうございました



日本医療伝道会衣笠病院グループで外来、老健、在宅クリニックを担当しています。患者さんをご紹介します

本日の講演はホームページ上で公開しています。
以下をクリックしてご覧ください

武藤正樹

検索



クリック

ご質問お問い合わせは以下のメールアドレスで

muto@kinugasa.or.jp