

2025年9月29日（月）

（Web 会議）

第2回都道府県病院協会連絡協議会次第

1. 開会宣言
2. 各団体の取組状況・課題等について
3. 地域医療構想などの国の動向について、
4. 経営状況について
5. その他

2025年9月10日

厚生労働大臣  
福岡 資麿 殿

一般社団法人 日本病院会 会長 相澤 孝夫  
公益社団法人 全日本病院協会 会長 神野 正博  
一般社団法人 日本医療法人協会 会長 伊藤 伸一  
公益社団法人 日本精神科病院協会 会長 山崎 學  
一般社団法人 日本慢性期医療協会 会長 橋本 康子  
公益社団法人 全国自治体病院協議会 会長 望月 泉

## 緊 急 要 望

現在、病院の経営は危機的状況です。ここ数年の物価・賃金の高騰や医療の高度化により、経費は急増しています。しかし、診療報酬は公定価格であり、これらに対応していません。2024年度診療報酬改定が行われ、職員の処遇改善が求められましたが、賃上げは2.51%（医療機関における賃金引き上げの状況に関する緊急調査より）であり、他産業の5.25%に大きく及びません。

また、賃上げ促進税制については、公立公的病院や社会医療法人では利用できない制度であり、利用可能な医療機関における利用率も19%（医療機関における賃金引き上げの状況に関する緊急調査より）と極めて低いものでした。

現在、医業収益を上回る医業費用の伸びにより、医業利益で約7割、経常利益で約6割の病院が赤字となっています。この状況では、医療・介護に従事する職員の賃金を他産業と同じように上げることができません。また、病床閉鎖による地域医療の崩壊が起こってしまいます。

このような状況を改善させるため、下記を要望します。

### 要 望 事 項

1. 2025年度補正予算において、緊急に病院への支援策を講ずること  
(1病床あたり50万円から100万円)
2. 病院への2026年度診療報酬改定率については、10%超が必要であること

以上

# 地域の病院経営は危機的状況です

物価高騰が続く中、医療従事者の給与を  
他産業と同じように上げることができません

地域医療の崩壊を防ぐため、以下を強く要望します

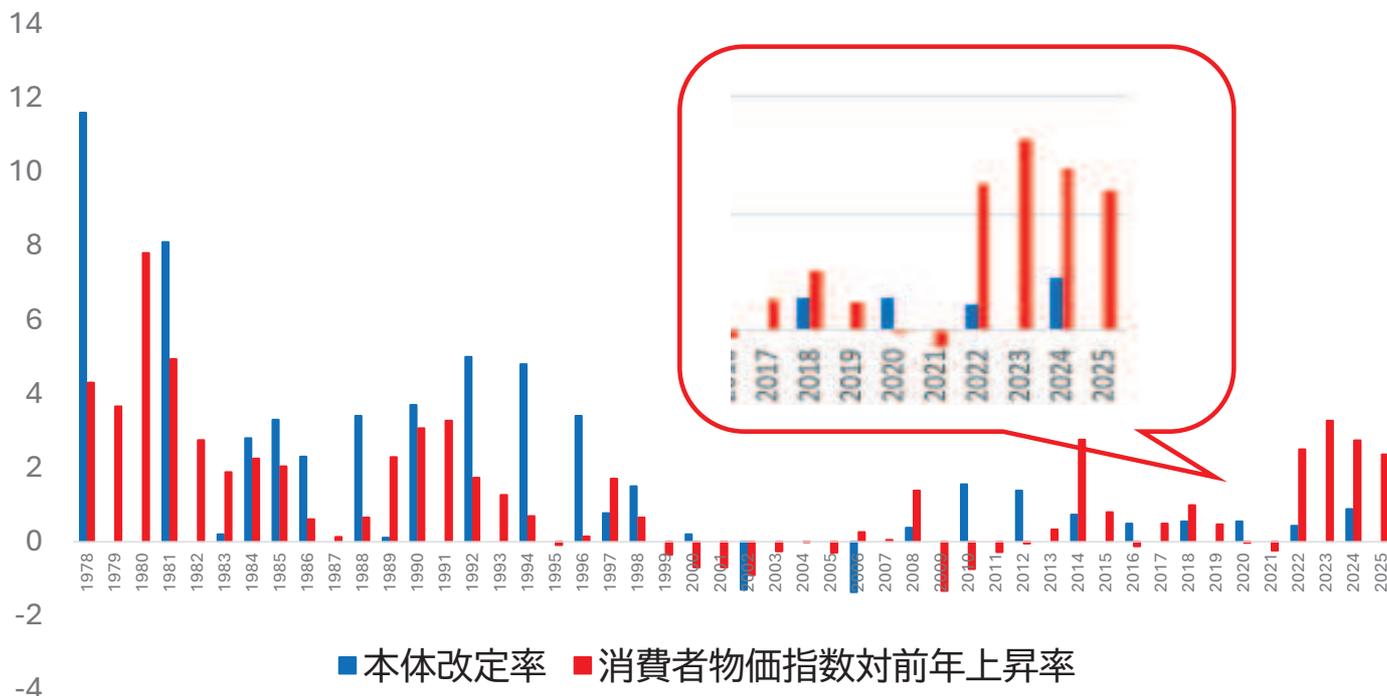
1. 2025年度補正予算において、緊急に病院への支援策を講ずること(1病床あたり50万円から100万円)
2. 病院への2026年度診療報酬改定率については、10%超が必要であること

このままでは

ある日突然、病院がなくなります

## 過去の診療報酬本体改定率とインフレ率の推移

- 過去、診療報酬本体改定率とインフレ率は連動していた
- 改定は原則2年に1回のため、改定率が物価上昇率を上回ることが通常
- しかし2022年以降は、物価上昇率と本体改定率が大きく乖離
- 診療報酬財源の確保不足が、現在の病院の危機的経営状況の主要因



# 物価・賃金上昇は、病院の診療コストに甚大な影響を与えています(毎年約3%)

例えば、賃上げ4.0%、物価上昇3.0%の場合、診療のコストは、1年あたり3.1%上昇

(内訳)

- 賃上げ 約4.0% × 人件費率 57.2% = 2.3%
- 物価上昇 約3.0% × 物件費率(薬剤等除く)28.5% = 0.8%

しかし、医療機関は、コストの上昇を価格に転嫁することが認められていません

- 診療報酬改定による引き上げは、コスト上昇のうちごく一部です
- 2024年度診療報酬改定率 0.88% → 年平均では 0.44%
- これでは物価や賃金の上昇に遠く及びません

病院は、コスト削減等の努力を凶っていますが、努力の限界を超えています  
赤字の病院が増え、従事者の賃金を上げることもできなくなっています

2022年度頃から物価上昇が始まり、医療提供コスト(医薬品・保険医療材料除く)が約6.2%上昇

2018年度→2024年度で病院の収支は2.8ポイント悪化

差し引き3.4ポイント分は  
病院は経費節減や  
必死の経営努力を行っています

医療赤字病院割合 55%→69%に増加  
(2018年度→2024年度)

2025年度の職員のベースアップ見込み 約1%  
(参考:全産業平均3.7% 経営悪化の影響で他産業に遠く及びません)

## 2026年度診療報酬改定で必要な病院診療報酬改定率

2026年度の  
病院診療報酬改定で  
必要な改定率**要望**  
(2年分)

=

**10%超**

医療費:約2.5兆円  
(国費 :約0.63兆円)  
(保険料 約1.25兆円)

まず、補正予算で対応  
→2026年度以降は診療報酬に  
病院1床あたり50万円から100万円

2026年度  
2027年度  
物価、賃金上昇分

通常改定  
(新規技術等)

2024年までの  
経営悪化分

2025年度の不足分

2022年度以降6.2%  
のコスト上昇。これまでの  
診療報酬改定や、病院  
の必死の努力にもかかわらず、  
収支差が2.8ポイント悪化  
しています。

2024年度診療報酬  
改定で措置されたよ  
りも、賃金・物価上昇  
が大きいので、対応が  
不足しています。  
(人件費1.5%分※1 +  
物価対応0.9%分)

	2026年度	2027年度
(毎年度4%) 賃上げ対応	約2.3%	(2.3% +2.3%) 約4.6%
(毎年度3%) 物価高騰 対応	約0.8%	(0.8% +0.8%) 約1.6%
合計	約3.1%	約6.2%

新たな手術・検査  
の導入など、我が  
国の医療が、技術  
革新を享受して進  
歩するために、こ  
れまでも診療報酬  
改定で対応してき  
ました。

**2.8% + 約2.5% + (2年分)約4.7%※2 + 0.3%**

※1 2025年に人勤バア3.62%であったが1.0%しか実施できていない(人件費比率57%) ※2 (3.1%+6.2%)÷2=4.7%

# 必要な病院の診療報酬改定率10%超の財源

## 国費

## 保険料

消費税収は、増税前に1%あたり2.66兆円であったが、現在では1%あたり3.3兆円程度と、**7000億円弱増加**している。

消費税収は社会保障に充てるとされており、経済成長の果実である**消費税増を社会保障に活用すべき**である。

現役世代の収入は増えており、協会けんぽなど健康保険組合の**保険料収入は上振れ**している。

現行の保険料水準のままでも、財源は増加している。

※協会健保の2024年度収入は、**前年度比3374億円増**

※健保連の2024年収入は、**前年度比3891億円増**

物価・賃金に連動するこれら国費・保険料の財源を、病院医療に活用して頂きたい

令和7年8月27日 第3回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料1

 **厚生労働省** ひと、くらし、みらいのために  
Ministry of Health, Labour and Welfare

**新たな地域医療構想策定ガイドラインについて**  
(区域・医療機関機能、医療と介護の連携、構想策定のあり方)

## 医療機関機能について

### 医療機関機能の考え方

- 医療機関機能に着目して、地域の实情に応じて、「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効果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"> <li>・ 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。</li> <li>※ 地域の实情に応じた幅をもった報告のあり方を設定</li> </ul>
在宅医療等連携機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>※ 地域の实情に応じた幅をもった報告のあり方を設定</li> </ul>
急性期拠点機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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。</li> <li>※ 報告に当たっては、地域シェア等の地域の实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。</li> </ul>
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 上記の機能にあてはまらない、集中的なりハビリテーション、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た地域ニーズに応じた診療を行う。</li> <li>※ 高齢者医療においては、あらゆる段階において、マルチモビリティ（多疾病併存状態）患者へのリハビリを含む、治し支える医療の観点が重要</li> </ul>

### 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。

## 区域の人口規模を踏まえた医療機関機能の考え方（案）

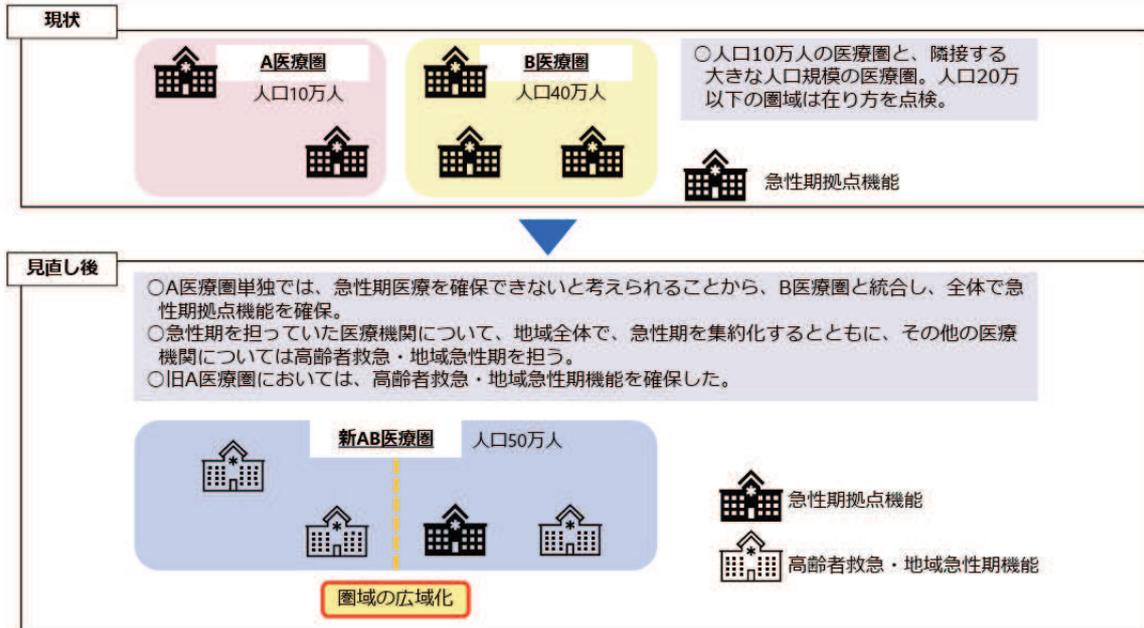
区域	現在の人口規模の目安	急性期拠点機能	高齢者救急・地域急性期機能	在宅医療等連携機能	専門等機能
大都市型	100万人以上 ※東京などの人口の極めて多い地域においては、個別性が高く、地域偏在等の観点も踏まえつつ別途整理	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に複数医療機関を確保</li> <li>・ 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する</li> <li>※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者救急の対応の他、<b>骨折の手術など</b>、頻度の多い一部の手術についても対応</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診療所による在宅医療の実施が多い場合、そうした診療所や訪問ステーション等の支援</li> <li>・ 高齢者施設等からの患者受入等の連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特定の診療科に特化した手術等を提供</li> <li>・ 有床診療所の担う地域に根ざした診療機能</li> <li>・ 集中的な回復期リハビリテーション</li> <li>・ 高齢者等の中長期にわたる入院医療等</li> </ul>
地方都市型	50万人程度	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 将来の手術等の医療需要を踏まえ、区域内に1～複数医療機関を確保</li> <li>・ 都道府県からの依頼等を踏まえ、地域の医療機関へ医師を派遣する</li> <li>※人口20万人～30万人毎に1拠点を確保することを目安とする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢者救急の対応</li> <li>・ 手術等が必要な症例については地域の医療資源に応じて、急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域の在宅医療の提供状況に応じて、在宅医療・訪問看護の提供や後方支援を実施</li> <li>・ 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携</li> </ul>	
人口の少ない地域	～30万人 ※20万人未満の地域については、急性期拠点機能の確保が可能かどうか等について特に点検し、圏域を設定	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 手術等の医療資源を多く投入する医療行為について集約化し区域内に1医療機関を確保する</li> <li>・ 地域の医療資源に応じて、高齢者救急・地域急性期機能や在宅医療等連携機能をあわせて選択することも考えられる</li> <li>※大学病院本院が区域内にある場合、大学が担う医療の内容等を踏まえた上で、必要に応じて大学病院本院と別に医療機関を確保しうる</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域の医療資源の範囲内で高齢者救急の対応</li> <li>・ 手術等が必要な症例については急性期拠点機能を有する医療機関へ搬送</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 診療所による在宅医療の実施が少ない場合、自ら在宅医療や訪問看護を提供</li> <li>・ 高齢者施設等からの患者受入れ等の連携</li> </ul>	

※ 地域の实情に応じて、複数の医療機関機能の選択が可能

※ 区域の人口規模については、現在の人口規模に加えて、必要に応じて、2040年の人口等も踏まえながら、どの区域に該当するか等を地域で検討

## 人口の少ない地域における構想区域の見直しの例（圏域の広域化）

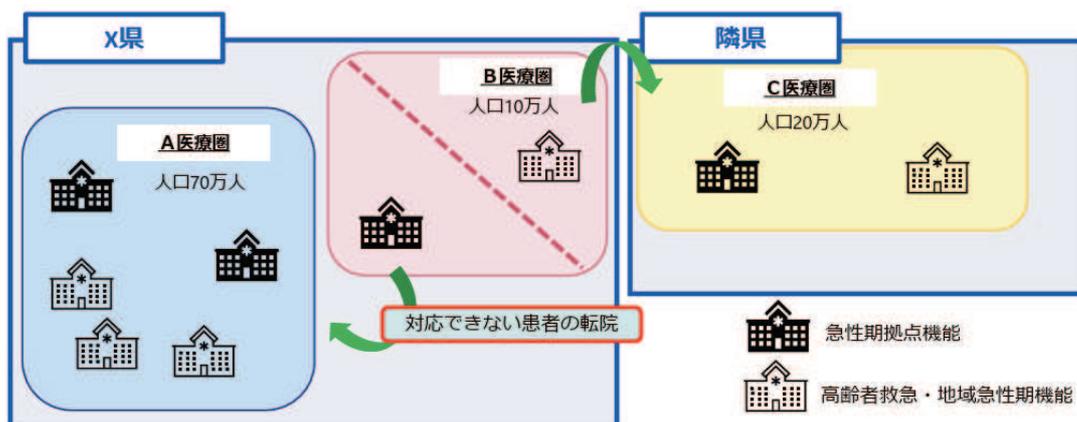
- 人口20万人未満の区域等において、持続可能な医療提供体制の確保に向けて、周囲の区域の人口や医療資源等も踏まえて点検、見直しが必要。一定の医療提供の確保が困難な区域については、当該区域内での連携・再編・集約化だけでなく、隣接する区域との合併等も含めて検討が必要。



## 人口の少ない地域における隣接する区域や都道府県との連携（イメージ）

- 地域医療構想を含めた医療提供体制について、各都道府県や二次医療圏においての完結を前提にされてきたが、地理的条件や交通事情により、医療資源の豊富な最寄りの医療圏までのアクセスが、当該都道府県外の場合がある。圏域の見直しにあたり、隣接する医療圏での対応や県をまたいだ連携・圏域の設定の必要性も指摘されている。

- B医療圏からは県内のA医療圏が最寄り。B医療圏の一部では隣県の医療圏へアクセスししやすい。
- こうした場合、B医療圏で完結しない医療について、隣県での対応を前提とすることも考え得る。



## 医療機関機能の協議にあたっての検討事項とデータ（案）

- 医療機関機能について各都道府県が構想区域毎に機能を確保することができるよう、以下の考え方を基本とし、区域の人口規模に応じた役割について検討してはどうか。

	求められる具体的な機能や体制	協議のためのデータ
急性期拠点機能	(急性期の総合的な診療機能) <ul style="list-style-type: none"> <li>救急医療の提供</li> <li>手術等の医療資源を多く要する診療の、幅広い総合的な提供</li> </ul> (急性期の提供等にあたっての体制について) <ul style="list-style-type: none"> <li>総合的な診療体制を維持するために必要な医師数、病床稼働率</li> <li>急性期医療の提供や医師等の人材育成を行うための施設</li> </ul>	○以下のデータについて、医療機関毎のほか区域内全体における数・シェアも踏まえて検討する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>救急車受け入れ件数</li> <li>各診療領域の全身麻酔手術件数</li> <li>医療機関の医師等の医療従事者数</li> <li>急性期を担う病床数・稼働率</li> <li>医療機関の築年数、設備（例：手術室、ICU）等</li> </ul>
高齢者救急・地域急性期機能	(高齢者救急・地域急性期に関する診療機能) <ul style="list-style-type: none"> <li>高齢者に多い疾患の受入</li> <li>入院早期からのリハビリテーションの提供</li> <li>時間外緊急手術等を要さないような救急への対応</li> <li>高齢者施設等との平時からの協体制</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>救急車受け入れ台数（人口の多い地域のみ）</li> <li>医療機関の医師等の医療従事者数</li> <li>包括期の病床数</li> <li>地域包括ケア病棟入院料や地域包括医療病棟の届出状況</li> <li>医療機関の築年数</li> <li>高齢者施設等との連携状況</li> </ul> 等
在宅医療等連携機能	(在宅医療・訪問看護の提供) <ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療の提供の少ない地域において、在宅医療の提供</li> <li>訪問看護STを有する等による訪問看護の提供</li> </ul> (地域との連携機能) <ul style="list-style-type: none"> <li>地域の訪問看護ステーション等の支援</li> <li>高齢者施設の入所者や地域の診療所等で在宅医療を受けている患者等の緊急時の患者の受入れ体制の確保等、平時からの協体制</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅療養支援診療所・病院の届出状況</li> <li>地域における訪問診療や訪問看護の提供状況</li> <li>医療機関の築年数</li> <li>高齢者施設等との連携状況</li> </ul> 等
専門等機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>特定の診療科に特化した手術等を提供</li> <li>有床診療所の担う地域に根ざした診療機能</li> <li>集中的な回復期リハビリテーション</li> <li>高齢者等の中長期にわたる入院医療</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>回復期リハビリテーション病棟入院料・療養病棟入院基本料等の届出状況</li> <li>有床診療所の病床数・診療科</li> </ul> 等

23

## 区域の点検・見直しにあたっての観点とデータ（案）

- 区域については、人口推計や既存の医療資源、必要病床数、医療の提供状況等を踏まえて、2040年やその先に向けて医療提供体制を検討する区域として適切かを点検、必要に応じて見直しすることとしてはどうか。その際、人口規模に応じて、以下の点検の観点について検討することとしてはどうか。
- 都道府県が区域の点検のために必要なデータで、都道府県による把握が困難なものについては国からデータ提供をすることとしてはどうか。

	点検の観点	点検のためのデータ
東京など、人口の極めて多い都市部	【区域内の効率的な医療提供体制の観点】 <ul style="list-style-type: none"> <li>極めて多くの医療機関が所在する中、連携・再編・集約化を進め、効率的な医療提供体制を構築できるか。</li> <li>病床や医療機関機能について、区域内で医療資源の偏在がある場合、偏在を是正し、均質な医療が提供できるか。等</li> </ul> 【都道府県内全体・周辺都道府県の医療資源の観点】 <ul style="list-style-type: none"> <li>医療資源や人口が極めて集中していることを踏まえ、都道府県における医療資源の偏在を是正できるか。等</li> </ul>	○以下のデータについて、各区域に加えて、都道府県内全体の体制等も踏まえて検討する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>人口推計</li> <li>医療機関数</li> <li>医師数</li> <li>機能別病床数</li> <li>医療の提供状況（緊急手術の件数、患者の流入の状況等）</li> <li>個別の医療機関の医療提供実態</li> </ul>
人口の少ない地域	<ul style="list-style-type: none"> <li>2040年やその先に向けても、医療資源に応じて、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な急性期拠点機能を確保・維持できるか。</li> <li>医療資源が相対的に少ない中、周辺の相対的に人口や医療資源の多い区域と統合する必要がないか。等</li> </ul>	○また、区域内にアクセスの課題がある地域がある場合には、当該地域における以下のような取組についてもあわせて検討する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>患者のアクセス確保の手段</li> <li>隣接する県の医療資源</li> </ul>
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>都道府県内で相対的に医療資源が多い区域である場合、医療資源の相対的に少ない周辺の区域と統合する必要がないか。等</li> </ul>	等