

# 病院の経営危機

## ～地域医療を守るための処方箋はあるか～

明和病院 院長  
東京保険医協会  
副会長／病院有床診療部長



水山 和之

### ■プロローグ

病院の倒産、統廃合、病床削減のニュースが止まらない。かつて、これほどまでに公的病院と民間病院の経営危機が高まったことがあるのか。未曾有の災害レベルである。

全日本病院協会など6病院団体の調査では、2024年診療報酬改定後、医業利益の赤字病院割合は69%まで増加、経常利益の赤字病院割合は61%まで増加した。

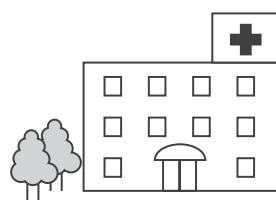
WAM（独立行政法人医療福祉機構）の貸付の資料では、2023年度において、債務償還年数（借入を償還するまでに必要な年数）30年超の病院が8%、マイナスの病院が42%、合わせて50%の病院が破綻懸念先であることが判明。

全国公私病院連盟の調査では、2024年6月の総損益差額が赤字の病院は全体の80.1%に達した。

また、帝国データバンクによると、2024年に市場から消えた医療機関は過去最多の

786件に達した。内訳は、倒産64件であるが、休業・廃業・解散は722件で、いずれも過去最多である。

さらに、帝国データバンクの最新の情報では、2025年上半期（1～6月）の医療機関（病院・診療所・歯科医院）の倒産は35件になり、2024年のペースを上回り、過去最高を更新した。負債10億円以上の倒産4件は、すべて病院であった。医療機関の倒産が急増している原因として、「医療機器の価格、人件費（残業代）、入院患者の給食費、光熱費などが高騰する一方、診療報酬はそれらの上昇分をまかなうにはほど遠いレベルで推移」と一刀両断されてしまった。建物の老朽化も深刻であり、病院建物の法定耐用年数39年を超えている法人は53.4%に達し、「建設費高騰や資金難で新



施設の建設ができずに事業存続危機に陥る施設が相次ぐ」と指摘されている。

厚生労働省は、病床削減を行う医療機関に対する医療施設等経営強化緊急支援事業を開始。同事業の病床数適正化支援事業では1床削減につき410万4,000円を支給（第1次内示で1医療機関当たり50床上限）としたため、なんと5万4,000床（補助対象予定の7倍）が殺到。4月の第一次内示では、3年連続経常赤字の病院の7,170床分（うち、東京都では、539床）が対象となった。第2次内示では1医療機関の上限を10床とし、7月には追加で今年度中に4,108床分拡大の方針（東京合計715床）となった。

自民党、公明党と日本維新の会は、2025年5月29日、全国で11万床の病床を削減することで、国民医療費を1兆円削減する方針をまとめ、「骨太の方針2025」にも盛り込まれた。もともと過剰病床に対する厚生労働省の支援事業であるため、1兆円削減効果は怪しいが、今後、目標額に達するまで病床削減の圧力を高めてくる可能性が高く、不気味である。

全国44の国立大学病院の2024年度の決算が明らかになった。7割の病院が赤字に陥り、その合計額は過去最大となる285億円に達した。大幅な赤字拡大の背景として、高額な医薬品、医療材料、光熱費の高騰、人件費増大、設備投資などの高騰を挙げている。特に、医師の働き方改革により労働時間が可視化されたため、人件費が343億円増加している。低賃金に支えられてきた、まさに「白い巨塔」が崩壊の危機にある。

都内ならば大丈夫だろうと高をくくってはいけない。このまま放置すれば、若手の医師も、研修すべき病院の窮状を見て、保険医療体制に絶望するであろう。2年間の初期研修後の直接美容医師の道に進んでしまう、いわゆる「直美（ちよくび）」の問題も浮上している。「国破れて山河あり」ならぬ「夢破れて医療崩壊あり」になりかねない。

我々は、2025年5月に内閣総理大臣、厚生労働大臣、財務大臣に緊急要望書を提出した。（**図表1**）今まさに、公的病院、民間病院問わず、いや、経営者、勤務医、開業

**図表1 緊急要望書の要望項目**

### **地域医療を守るための診療報酬引き上げ及び財政措置を求める緊急要望書**

- 一． 地域医療、病院医療を崩壊させないために、診療報酬を期中改定し、基本診療料を大幅に引き上げること。また、診療報酬引き上げまでの間は緊急財政措置を実施すること。
- 一． 『高齢化の伸びの範囲内に抑制する』という社会保障予算の目安対応を廃止し、物価・賃金の上昇や医療の進歩に連動して、必要な医療が提供できる仕組みに改めること。
- 一． 独立行政法人福祉医療機構等からの借入金について、相当期間の支払い猶予措置を行うこと。また新規の貸付について、医療提供体制の再編・減床を条件としないこと。

図表2 高齢者医療の3つの問題

- ① 診療報酬改定ごとに締め付けが厳しくなる高齢者医療  
2024年6月改定では、内科系の民間病院を直撃
- ② 様々な合併症で、死亡数増加、進まないリハビリテーションと在宅復帰
- ③ 働き方改革と公的財源に頼る限られた人件費のため慢性的な人手不足

医問わず、一致団結して社会のセーフティネットとしての地域医療を守らなければならない。

### ■病院の経営危機の原因は何か

問題があまりにも山積している(図表2)が、病院経営の危機の根本は、次の3点に集約される。

- ① 医療提供体制の変更(2024年度改定)
- ② 人口減少・多死社会
- ③ 医療軽視、財政優先の政策

**第一に、急激な医療提供体制の変更が行われたこと。**

#### ① 急性期

2024年6月改定は厳しかった。その最たるものは、急性期病院における「重症度、医療・看護必要度(A項目・B項目・C項目)」の評価の変更であろう(図表3)。急性期一般入院料(7対1または10対1)を算定する病院は、患者ごとに同評価を行い、一定の割合を維持しなければならない。特に、急性期一般入院料1(7対1)などで、B項目が評価項目から外されたのである。これによって、手間のかかる高齢者の急性疾

患を看護職員の多い7対1病棟で治療することが困難になってしまった。また、A項目の「注射薬剤3種類以上の管理」において対象薬剤から静脈栄養に関する薬剤が除外された。高齢者の脱水症では、ビタミン剤投与だけでも元気になることは少ないが、急性期病院では外来での点滴に切り替えざるを得ないだろう。

さらに「救急搬送後の入院」および「緊急に入院を必要とする状態」の評価日数が5日から2日に変更された。よって、3日以上入院することが予想される場合は、急性期病院で入院は難しくなった。C項目は、開頭手術、開胸手術、開腹手術、胸腔

図表3 重症度、医療・看護必要度の評価項目

A	モニタリング及び処置等	医学管理や処置等の実施状況の評価
B	患者の状況等	患者のADL状況や意識レベルの評価
C	手術等の医学的状況	侵襲性の高い手術や検査の実施状況の評価

鏡・腹腔鏡手術、血管内手術などである。肺炎、尿路感染症、脱水症など、点滴を中心とした内科的な従来の治療は評価されない。

これらの改定内容は、急性期病院にとっては急ブレーキに他ならず、玉突き事故が起きかねないレベルである。今年も猛暑、熱中症警戒アラート更新中であるが、高齢者の熱中症、脱水症、肺炎、尿路感染症などの内科的な病気は、入院で治療すると赤字は避けられず、外来だけで点滴するのはやむを得ないかもしれない。

### ② DPC

高度急性期病院などでは、DPC（診断群分類別包括評価）を算定する医療機関が少なくないが、1カ月あたり90件の算定に満たない病院は退出を迫られており、かなりの減収になる。入院が長くなりがちの高齢者患者は避けられるであろう。

### ③ 回復期・包括期

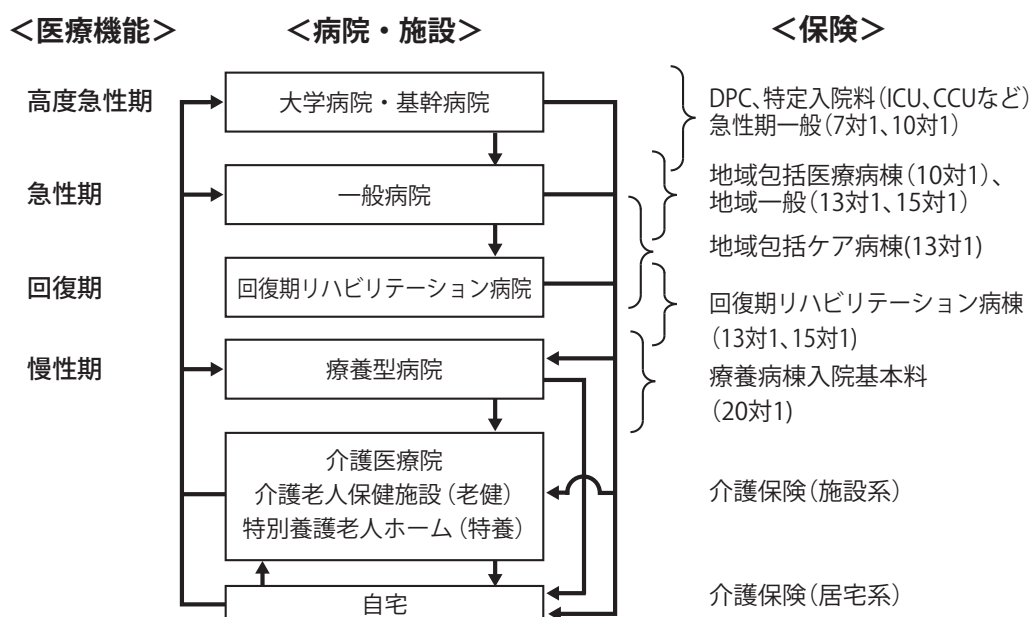
急性期医療を終えた高齢患者を在宅や介

護施設へつなぐためのリハビリテーションや生活指導を担う地域包括ケア病棟は入院上限日数を60日を限度とされていたが、2024年改定で40日以内と41日以上で点数に差が設けられた。さらに、新設された地域包括医療病棟入院料は、急性期からリハビリテーションを強化しているのが特徴とされる。しかし、平均在院日数が21日以内とされ、福祉施設などへの退院計画の強化をしないと、施設基準を満たせず、手上げ医療機関はまだ少ない。絵に描いた餅とはこのことであろうか。

回復期リハビリテーション病棟においては、専従の医師と社会福祉士の配置を評価した体制強化加算の廃止や、運動器リハビリテーションの算定上限制限等、厳しい改定がなされた。

いずれの病棟であっても、平均在院日数を短縮するのは容易ではない。高齢者では、様々な合併症から回復が遅く、死亡例も増加しており、在宅復帰は難しい。また、

図表4 地域医療構想と医療連携のイメージ



在院日数が短縮するということは、看護・介護・リハビリテーションなどの密度を高くするとともに、事務作業も増えるため、**図表4**に示すような入院料の人員基準以上のマンパワーを必要とすることになる。

#### ④ 慢性期

医学的処置を継続する必要がある高齢者を長期的に引き受ける療養病棟においても、診療報酬上の締め付けが厳しくなった。過剰な医療を避けるという目的で、処置が必要な理由をカルテやレセプトに記入することを義務付け、区分の分類も9分類から30分類まで激増させた。看護師、医師、医事課職員の事務作業は激増し、働き方改革に逆行する。しかも、基準に満たないときはペナルティである減点点数だけしかなく、看護・介護の手間をかけて、患者のADLが改善し、QOLが向上しても何らのインセンティブもない診療報酬体系である。

2024年12月に2026年度からの「新たな地域医療構想」(**図表5**)が発表された。従前の地域医療構想は、2025年を目指して、2014年に制度化された。今回は、その体制

から、一気に2040年を見据えた体制に変更である。「回復期機能」を担う病院に「高齢者等の急性期患者への医療提供機能」を追加し、「包括的機能」として位置付けるとある。要は、少ない看護基準で、高齢者急性疾患を見て行けということであり、具体的には、地域包括医療病棟や地域包括ケア病棟で、高齢者の急性期を引き受ける(救急車を受け入れる)よう求められている。

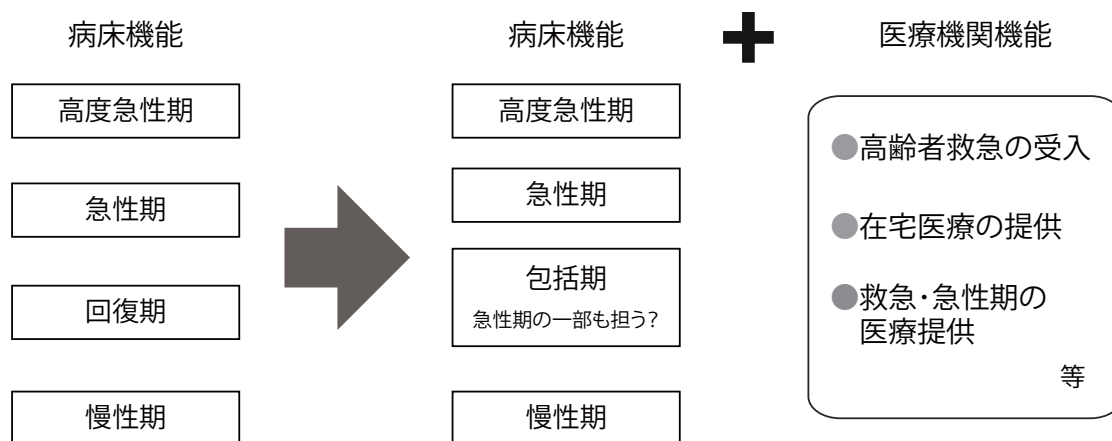
### 第二に、少子高齢化から人口減少・多死社会への急速な移行である。

#### ① 人口減少

厚生労働省の人口動態統計では、すでに2005年から人口減少(出生数<死亡数)に転じ、2023年から人口減少が加速化(出生数×2<死亡数)している。2024年の出生数は72万988人、死亡数は161万8684人、その差である自然減少は89万7696人でいずれも記録更新である。都道府県別人口は、実は東京だけ0.34%増加しているが、その多くは流入人口であろう。

2024年4月に、民間の「人口戦略会議」は、「全国の4割にあたる744の自治体で、2050年までに20代から30代の女性が半減

**図表5 病床機能報告の機能区分の変更と、医療機関機能報告の新設**



2024年9月30日「第9回新たな地域医療構想等に関する検討会」資料を元に作成

し、最終的には消滅する可能性がある」と公表した。また、東京23区などの大都市でも出生率が低くほかの地域からの人口流入に依存している自治体があり、「ブラックホール型自治体」と呼んでいるが、やはり人口減少・多死社会を反映しているといえよう。

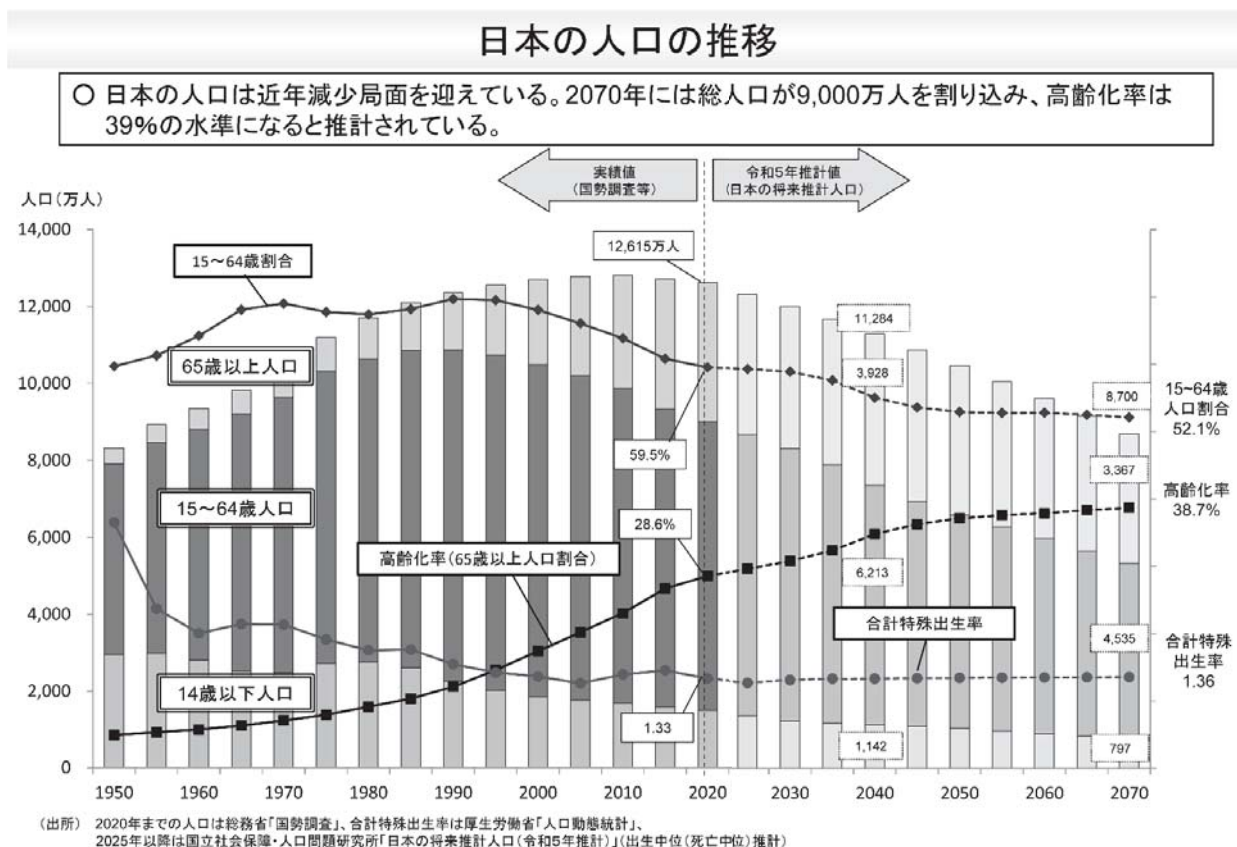
## ② 寿命短縮

深刻なのは、平均寿命の短縮である。2020年まで伸び続けてきた寿命は、2021年、2022年は2年連続で短縮、2023年は少しだけ増加に戻して男性の平均寿命は81.09歳、女性の平均寿命は87.14歳である。平均寿命の短縮は、比較的若い世代の死亡数の増加を反映しており、死因として悪性新生物や心疾患の比率の増加と関連するであろう。

厚生労働省は2040年に向けて65歳以上の人口が増える（**図表6**）ため、医療需要はますます増えると予測している。しかし、現実には、急性期病院の病床稼働率は上がらず（**図表7**）、医業利益の赤字の大きな原因の一つとなっている。ベッドが埋まらない理由としては、多くの高齢者患者が重症化しやすく、転院、退院前に死亡する例が急増していることが挙げられる。高齢者が重症化しやすい理由は、基礎疾患、栄養障害、免疫力低下など多々あり、複合的である。単純に加齢だけとせず、しっかりと分析して対策を立てるべきである。

さらに、死因として「老衰」が「脳血管疾患」や「肺炎」を追い越して、第3位まで浮上していることはご存じであろうか（**図表8**）。これは、在宅や施設での看取りが急

図表6 日本の人口の推移



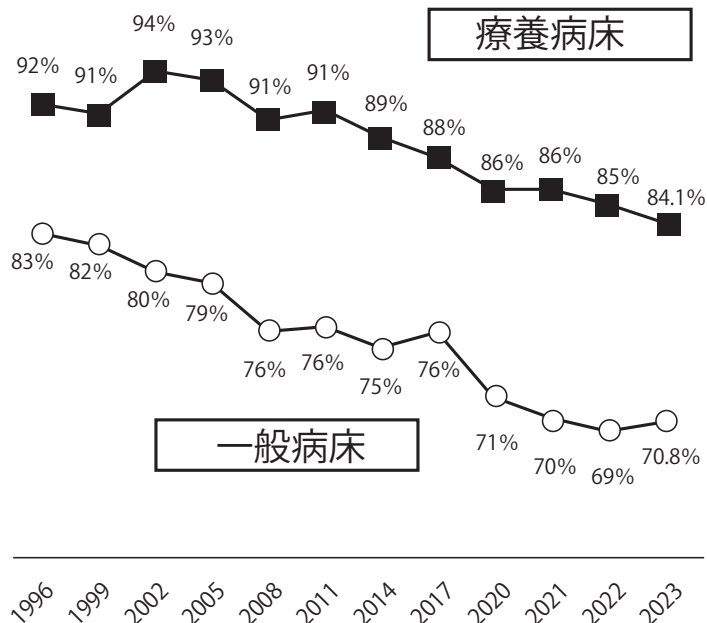
増していることを反映している。  
ACP（人生会議）にて、積極的な検査や治療を希望しない高齢者が  
増えているのではないかと

### ③ 認知症・BPSD

認知症の患者の増加も背景にあるかもしれない。人生の最終段階の判断としては納得するところもあるが、個別にしっかりと評価しないと、年齢にて検査や治療を断念するという方向になりかねない。

特に、2025年6月から、すべての病院にて身体的拘束最小化の施設基準が義務化された。認知症に伴うBPSD（行動・心理症状）のため、暴力・暴言行為のある患者、体動が激しくベッドから転落した

図表7 病床利用率の推移



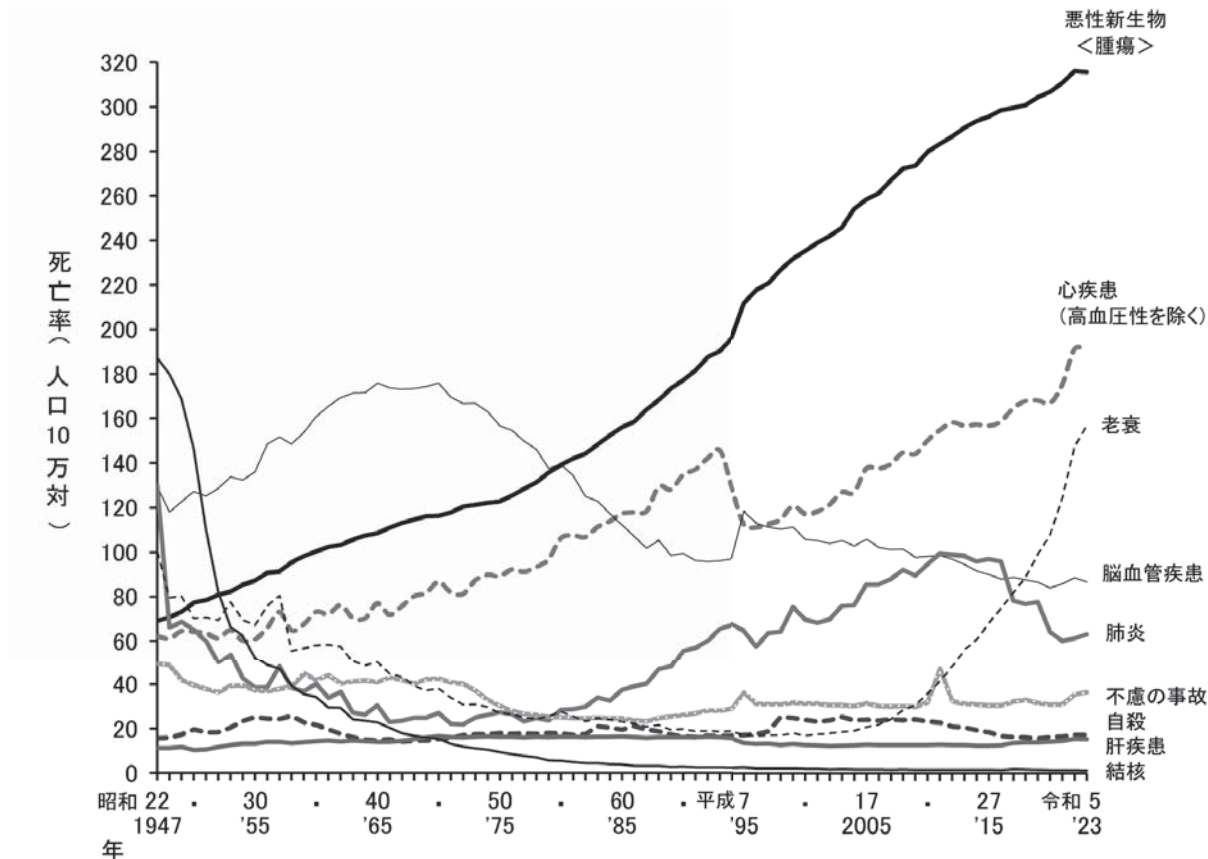
厚生労働省「病院報告」から作成

※1 療養病床については、1996年～1999年は療養型病床群、2002年は療養病床及び経過的旧療養型病床群の数値である。

※2 一般病床については、1996年～1999年はその他の病床（療養型病床群を除く）、2002年は一般病床及び経過的旧その他の病床（経過的旧療養病床群を除く）の数値である。

注) 2020年以降、コロナの影響があることに留意が必要。

図表8 主な死因別にみた死亡率(人口10万対)の年次推移



り、歩こうとして転倒するリスクが高い患者、カテーテル（経鼻経管チューブ、高カロリー輸液のための中心静脈カテーテル、膀胱留置カテーテルなど）を自己抜去するリスクが高い患者は、看護・介護に必要な手間が多くなるため、入院を断られる傾向も少なくない。なお一層、寿命が短縮していくのは避けられそうにない。

#### ④ 少子高齢化

少子高齢化の病院経営への影響は深刻である。医師はともかく、看護師、介護福祉士、薬剤師、その他パラメディカルの養成数は頭打ちであり、今後減少が見込まれている。また、コロナ禍にて離職した医療従事者の復帰はなかなか難しい。しかも、入院している高齢者の重症度は、コロナ前より明らかに悪化している。どの病院も、少ない財政にて離職防止を図るために頭を悩ませている状態である。（**図表2**）

### 第三に、財政優先政策が地域医療を壊してゆくということ。

#### ① コロナ対策終了後、物価・人件費高騰

もともと、コロナ禍で病院の経営体力が弱っていたところに、コロナ関連補助金の打ち切り。財政優先と経済対策優先に切り替えたところ、堰を切ったようにインフレーションに突入した。コメ、野菜などの食料品価格、光熱費は高騰。医療関係の材料費、医療機器の価格、医療施設の建設費、修繕費なども上昇し、病院経営を直撃している。しかし、診療報酬は公定価格であり、診療報酬の改定が物価上昇に追い付いていない。

インフレーションとともに、医療界の人手不足は深刻な状況である。診療報酬を抑

えたままのベースアップや処遇改善には限界がある。医師不足は、医師の偏在問題、診療科の偏在問題としてとらえられているが、働き方改革の影響も大きい。研修や研究の面からは、都市部の急性期病院の方が医師を確保しやすいが、質の高い医療を実現するためには人件費も医療材料費用なども高騰している。看護師不足も深刻であり、いったん退職すると補充は難しい。大手企業のベースアップが5%を超えるため、ベースアップ評価料だけでは追いつかない。民間病院では、医療従事者の採用のために、民間人材紹介会社に頼ることが多いが、費用も高騰し、定着に結びつかないことも少なくない。「骨太の方針2025」では、不適切な人材紹介の問題について実効性ある対策を講ずるとあり、期待したい。

しかも、6病院団体の調査では、急性期病院は2020年から医業利益は赤字となった。2021年はコロナ関連補助金のおかげでぎりぎり黒字にして復活していただけであり、2022年は再び赤字に転落、2023年5月に新型コロナウイルス感染症が5類に変更になるとともに、さらに急降下したのは自明の理である。病院経営にとって、コロナ禍とは何だったのか、検証を必要とするのではないかな。

#### ② 「医療費亡国論」から「目安対応」へ

厚生労働省は2月に医療施設等経営強化緊急支援事業を打ち出しているが、対象も限られ、そのうち生産性向上・職場環境整備等支援事業では許可病床数×4万円に過ぎない。また、期中改定も要望しているところであるが、実現性は厳しい。

その大きな理由として、政府は財政危機

の原因の一つとして、国民医療費の高騰を挙げていることが最大の問題である。これは、「医療費亡国論」として語り継がれている。これが現在の財務省及び厚生労働省の、『高齢化の伸びの範囲内に抑制する』という社会保障予算の目安対応につながっている。

さらに、政府与党、日本維新の会は、国民医療費を年間4兆円削減することを協議し、合意文書には4兆円削減の文字は削除されたものの、医療費削減の旗は下ろしていない。これは、医療機関に対して、「乾いた雑巾をしぼるような経営」をしろということだろうか。これでは、医療の安全性は守れない。また、高齢者は生産性がないとして財政面から切り捨てやむなしという政策になれば、地域医療の崩壊は加速するであろう。その他、病院の経営課題は山積している（**図表9**）。

## ■解決策はあるのか

**第一に、財政優先の政策を見直すべきである。**医療レベルは、その国の体力を反映すると考える。公助を軽視する政策は、先進国としては失格なのではないか？

また、医療・福祉分野の従業者数はおよそ891万人（2021年統計）であり、一大産業といえる。国民医療費を過剰に削減する政策は、病院だけでなく、製薬業界、医療機器業界の疲弊をもたらし、我が国の産業が衰退しかねない。財務省の諮問会議である財政審メンバーは、経済学者や大企業の重役が主で、医学専門家はいない。この会議で今後の医療制度を議論するというのは大変に驚く。医学専門家の割合を少なくとも半分まで増やすべきだ。

**第二に、インフレーションに見合った診療報酬改定を実施せよ。**条件の厳しい加算や補助金でなく、入院基本料そのものを上げるべきである。期中改定を渋ってはいけ

**図表9 病院の経営課題**

- 
- 1 インフレーション、診療報酬は公的価格、診療報酬改定が物価上昇に追いつかない
  - 2 医師の働き方改革、医師派遣止め、派遣費用の高騰、医師の偏在、そもそも医師不足
  - 3 人手不足（看護師、介護職員、薬剤師、パラメディカル、事務職）、転職サイトの興隆
  - 4 病院建設費、修繕費用の高騰、医療機器更新費用の高騰
  - 5 コロナ関連補助金の削減、材料費・人件費の増大、コロナ関連融資の返済開始
  - 6 身体拘束最小化の施設基準（2025/6施行）、認知症患者の受け入れ拒否
  - 7 多死社会の到来、少子高齢化、平均寿命の短縮、フレイル増加、免疫力低下
  - 8 人生の最終段階、延命拒否、そもそも治療受けない
  - 9 医薬品不足（抗菌薬、ステロイド、麻酔薬など）
  - 10 医療DX、マイナ保険証・オンライン資格確認（訴訟）、電子処方箋導入、電子カルテ情報共有サービス
  - 11 災害（天災、人災）、サイバーテロ（ランサムウェア対策）、紛争リスク
  - 12 パワハラ、モラハラ、ペイハラ
-

ない。現状のままでは、適正な医療を実施している病院まで倒産の危機がある。実際、入院稼働率90%以上に頑張っても、医療利益が赤字になる病院も続出している。また、物価に合わせて診療報酬を決める仕組みを作るべきであろう。病院建設や修繕にかかるコストは別に支給する仕組みも急がれる。

**第三に、医療従事者の再教育の仕組みを作れ。** 少子化は深刻で、看護職、介護職、リハビリテーション職など医療・介護関連職種種の養成は頭打ちである。海外労働者の育成も必要であるが、住居提供などのコストは公的に負担しないと、病院経営は維持できない。残るは、看護職などの医療従事者の再教育である。コロナ禍で疲弊し離職した職員も多数いる。しばらく離れると、再雇用時に医療安全に不安が生じる。公的病院は、医療従事者の再教育の場としても期待される。

**第四に、病院の自助努力にて収益力を高めよ（図表10）。** まずは、理念を見直し、「生きる力」を医療と介護で支援しよう。地域の医療必要度を考慮し、ある程度の統廃合は避けられない事態となっている。しかし、それぞれの病院の強みを生かした診療に特化するなど、診療報酬にて稼ぐ力（収益力）を高める必要がある。200床以上の中規模病院・大病院は入院医療に特化した方が経営上有利であろう。新しい地域医療構想は、大筋では避けられない。地域の中で、高度急性期、急性期病院、回復期・地域包括、慢性期病院、介護施設がお互いの強みを理解して連携することが求められる。（図表4）

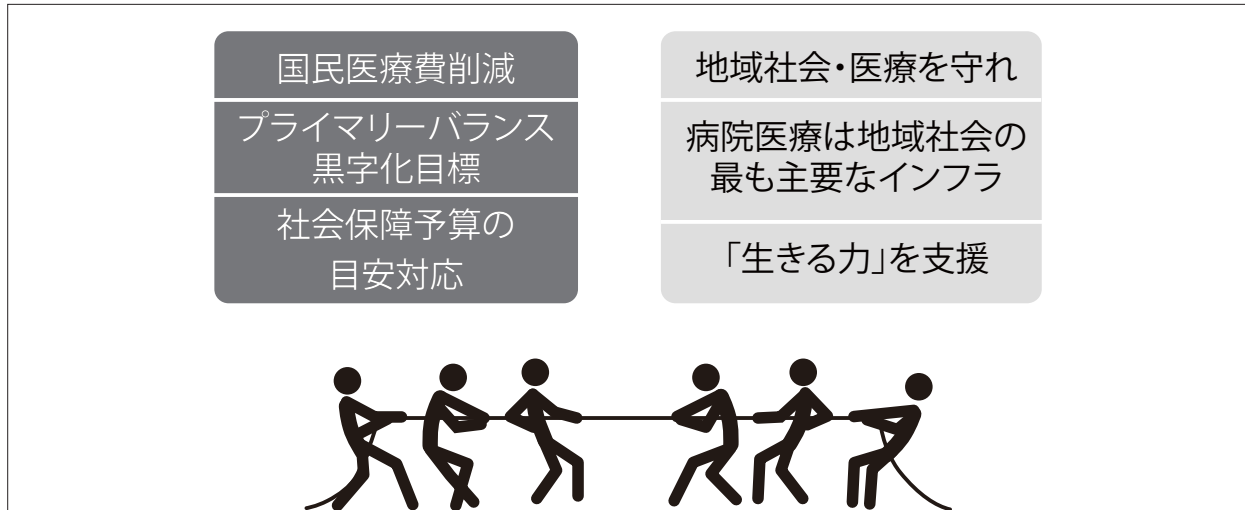
## ■エピローグ

2025年6月の東京都議会選挙は、自民党が大敗した。政治とカネの問題が大きか

図表10 解決策はあるか？ 自助努力にて稼ぐ力(収益力)を高めよう

<p><b>① 理念の確立</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「人生の最終段階」「ACP(人生会議)」の問題点</li> <li>・DNAR(心肺停止時に心肺蘇生を行わないようにする指示) だけでよいか</li> <li>・「生きる力」を医療と介護で支援</li> </ul>	<p><b>② 法令、施設基準、ガイドラインを確認しよう</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・IC(説明と同意)をどうするか、記録をどうするか</li> <li>・医療事故や訴訟対策をどうするか</li> <li>・身体拘束ゼロ宣言</li> </ul>
<p><b>③ 医療業界における人手不足の対策</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・再教育の必要性</li> <li>・離床センサーの活用、インカムの導入</li> <li>・更なる IT、AI、ロボット技術への期待</li> <li>・真の医療 DXを</li> </ul>	<p><b>④ 医療連携の推進を</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・新たな地域医療構想(2027年~2040年)</li> <li>・医療費抑制策・病院の統廃合に対抗するには…             <ul style="list-style-type: none"> <li>▶地域コミュニティの中での役割</li> <li>▶お互いの病院の医療機能を理解し、最適な医療連携を</li> </ul> </li> </ul>

## <財務省・政府と病院医療との綱引き>



ったと分析されており、まだまだ解決には程遠い。そのため、7月20日の参議院議員選挙は「事実上の政権選択選挙」となった。しかし、その結果を問わず、病院経営危機は続き、医療政策に大きな変更はないであろう。なぜならば、少子化、働く世代の減少、高齢者のフレイルの進行、人口減少は、これまでの政策の積み重ねの結果であり、政権が交代してもすぐには変わらないからだ。

コメの値段も乱高下の状態であり、過去の減反政策に始まる農業政策の混乱によって、日本の食料危機が現実化してきた。医療政策も混乱しており、今後も医療危機は

深刻化するであろう。危機（クライシス）という点でも、まさに医食同源である。

6月21日からトカラ列島の群発地震が始まった。新燃岳も噴火した。まさに地球が目覚め始めた。現在の医療、政治、社会のクライシスは、序章にすぎず、今後10年は混乱が続く可能性がある。

国民も、我々医療従事者も、食料の危機、医療の危機に気づき、次の世代まで持続可能な医療提供体制を模索していきたい。

東京保険医協会は、今後も引き続き行政に働きかけ、公的医療保険制度を守る活動を続けていく。

(みずやま・かずゆき)