

ヘルスケア業界ミニブック
ー2040 年に向けた医療のあり方ー

2025 年 5 月



はじめに

高齢者人口の増加と生産年齢人口の減少が進むわが国の医療・介護を巡る環境は大きな変化に直面しており、それを見据えた中長期の視座に立った対応を進めることが重要になっています。

本書を監修する(株)日本政策投資銀行及び(株)日本経済研究所は、医療・介護分野に関して、従来から各種投融資業務、コンサルティング業務に加えて、「ヘルスケア業界データブック（日本医療企画刊）」や本書（「ヘルスケア業界ミニブック」）の発刊などの情報発信に取り組んできました。

今回の「ヘルスケア業界ミニブック」では、「受療率から見る患者動向」、「医療機関の経営戦略と再編・統合」という2つのテーマを取り上げています。

第1章の「受療率から見る患者動向」では、病院患者数が近年減少に転じている背景を受療率の観点から分析したうえで、介護施設における医療的ケアの普及など受療率が変化した要因を記述しました。続く第2章の「医療機関の経営戦略と再編・統合」では、医療機関を取り巻く厳しい経営環境を踏まえ病院を類型化したうえで、再編・統合の検討についてもパターンを分けて論じております。

本書が、医療・介護・医薬品関連産業に従事される皆様の業務やご議論をされる際の一助となれば幸いです。また、今後も皆様のご意見を頂戴しながら内容の改善・充実を図っていきたいと思います故、有益なご示唆を賜りますことを心よりお願い申し上げます。

(株)日本政策投資銀行・(株)日本経済研究所



ヘルスケア業界ミニブック

—2040 年に向けた医療のあり方—



<目 次>

1 受療率から見る患者動向	1
（1）患者数の傾向と推移	1
（2）医療政策と行動変容の影響	8
2 医療機関の経営戦略と再編・統合	23
（1）医療機関を取り巻く厳しい環境	23
（2）医療機関ごとの経営戦略	23
（3）再編・統合の検討	31

1 受療率から見る患者動向

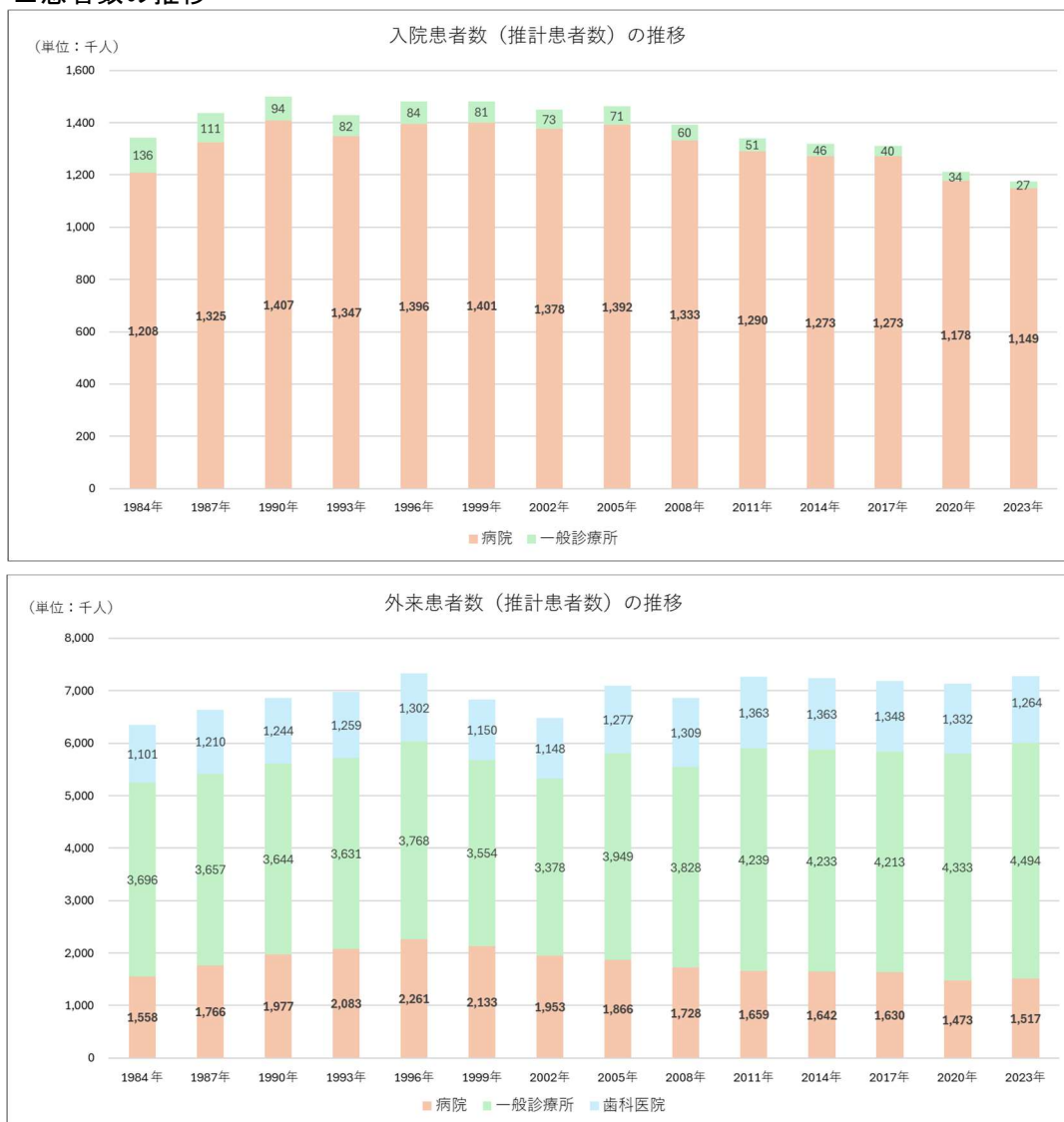
(1) 患者数の傾向と推移

本章では、近年の病院患者数について状況を確認・分析するとともに、その増減に係る背景と要因について分析する。

ア 患者総数（入院・外来）

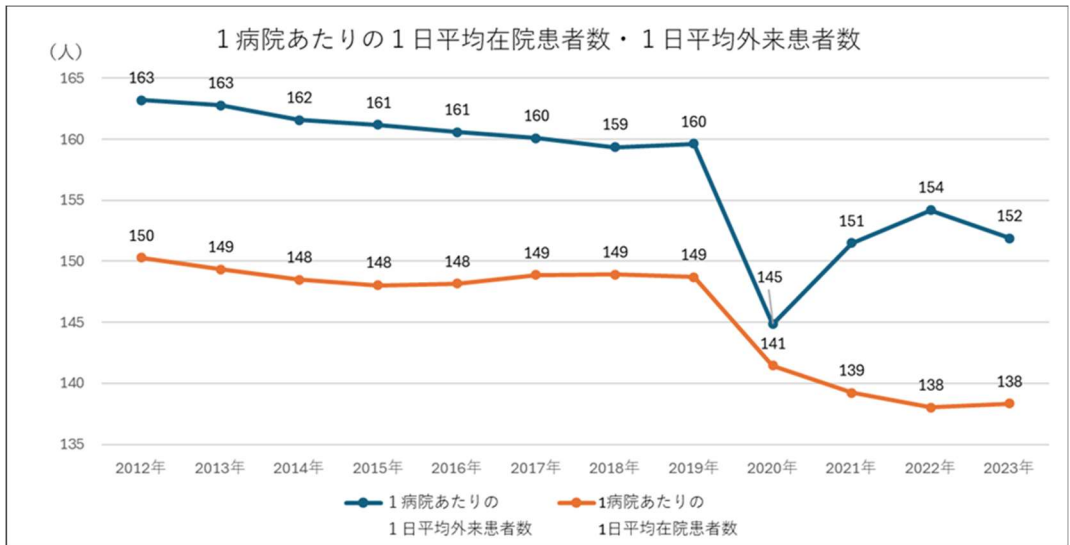
病院の1日あたりの患者数は、長期的には入院患者、外来患者とも減少傾向がみられ、直近約10年間で入院、外来患者とも12～13万人程度減少している。特に病院の入院患者数は、1病院あたりの1日平均患者数が減少していることに加え、病院の数も減少していることを受け、2023年時点で1984年以降最少の114万9,000人まで減少している。ただし、病院の患者数は減少する一方、診療所の外来患者数は増加している（もっとも、診療所数も増加している）点、在宅医療を受けた患者数も増加しているという点に留意が必要である。

■ 患者数の推移



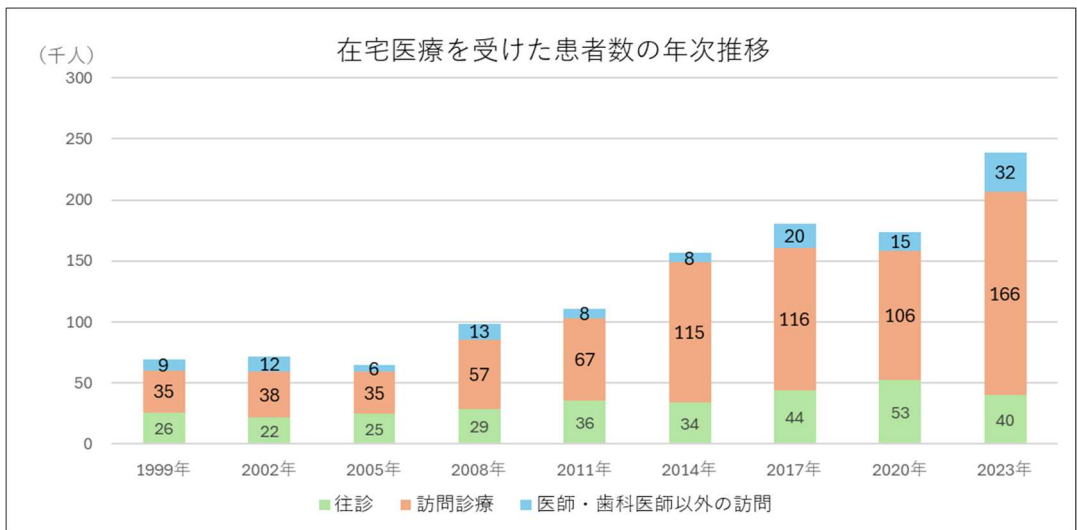
出典：厚生労働省「患者調査」（1984年～2023年）を基に作成。

■ 1 病院あたりの 1 日平均患者数



出典：医療施設（静態・動態）調査・病院報告の概況（2012 年～2023 年）を基に作成。

■在宅医療を受けた患者数

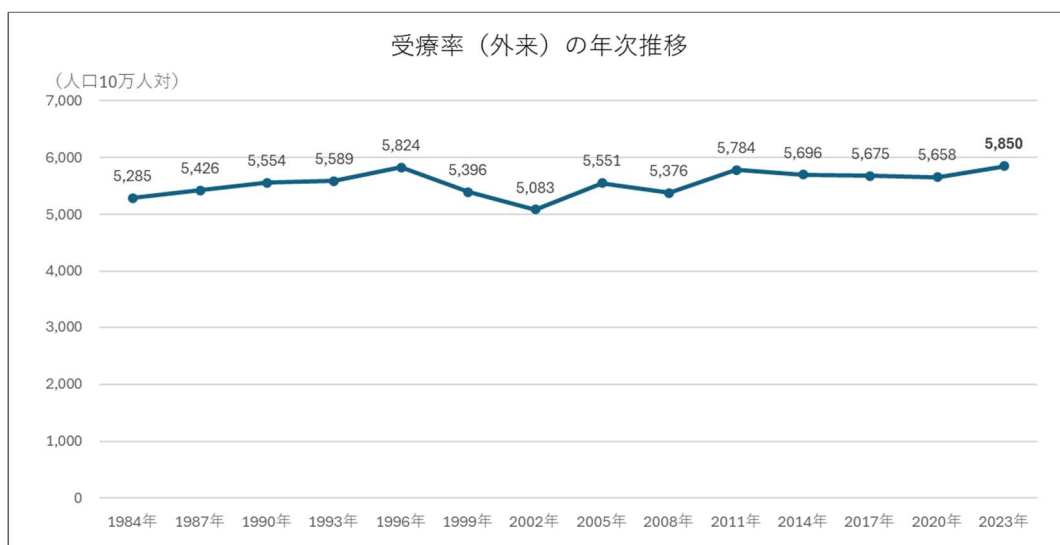
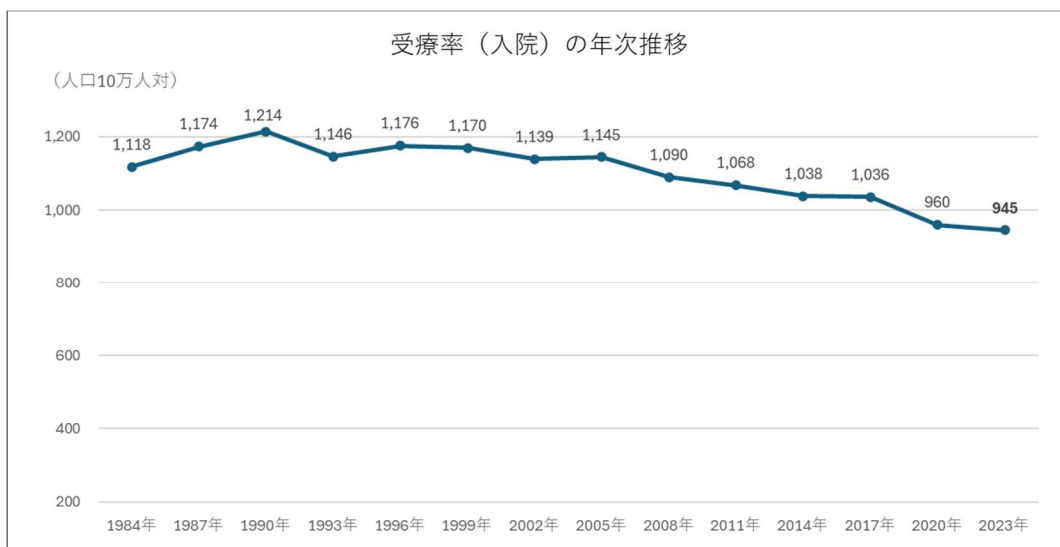


出典：厚生労働省「患者調査」（1999 年～2023 年）を基に作成。

イ 受療率

前述の患者数（推計患者数）に続き、人口の増減要素を排除し、人口 10 万人あたりの患者数である受療率の変化をみる。病院、診療所の患者が合算されているため、病院のみの受療率ではないが、患者数と同様、入院の受療率は減少している。一方で、診療所の外来患者数が横ばい又は微増していることを受け、診療所と病院を合わせた外来の受療率は横ばい又は微増している。

■ 受療率

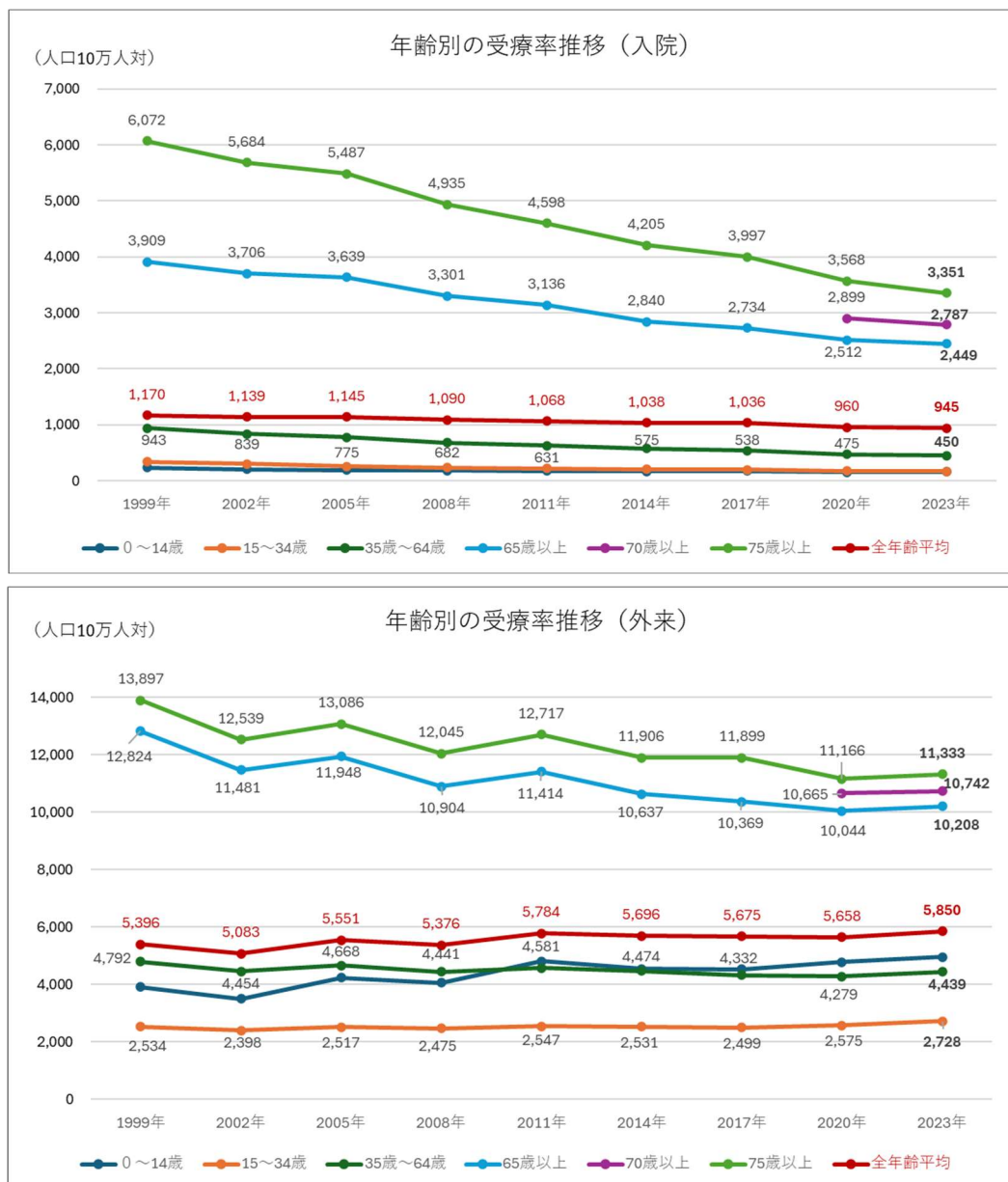


出典：厚生労働省「患者調査」（1984 年～2023 年）を基に作成。

ウ 属性ごとの患者数・受療率の推移

属性ごとに、より詳細に患者数や受療率の推移を確認する。入院患者の受療率は全世代を通じて減少しており、特に高齢者層の受療率減少が顕著である。外来の受療率については、前項のとおり全体としては横ばい又は微増しているものの、年齢別にみると、65 歳以上の高齢者層では増減を繰り返しながらも長期的には減少傾向にある。上記より、特に 65 歳以上の高齢者層は、入院、外来ともに受療率が低下傾向にあることがわかる。

■年齢別受療率



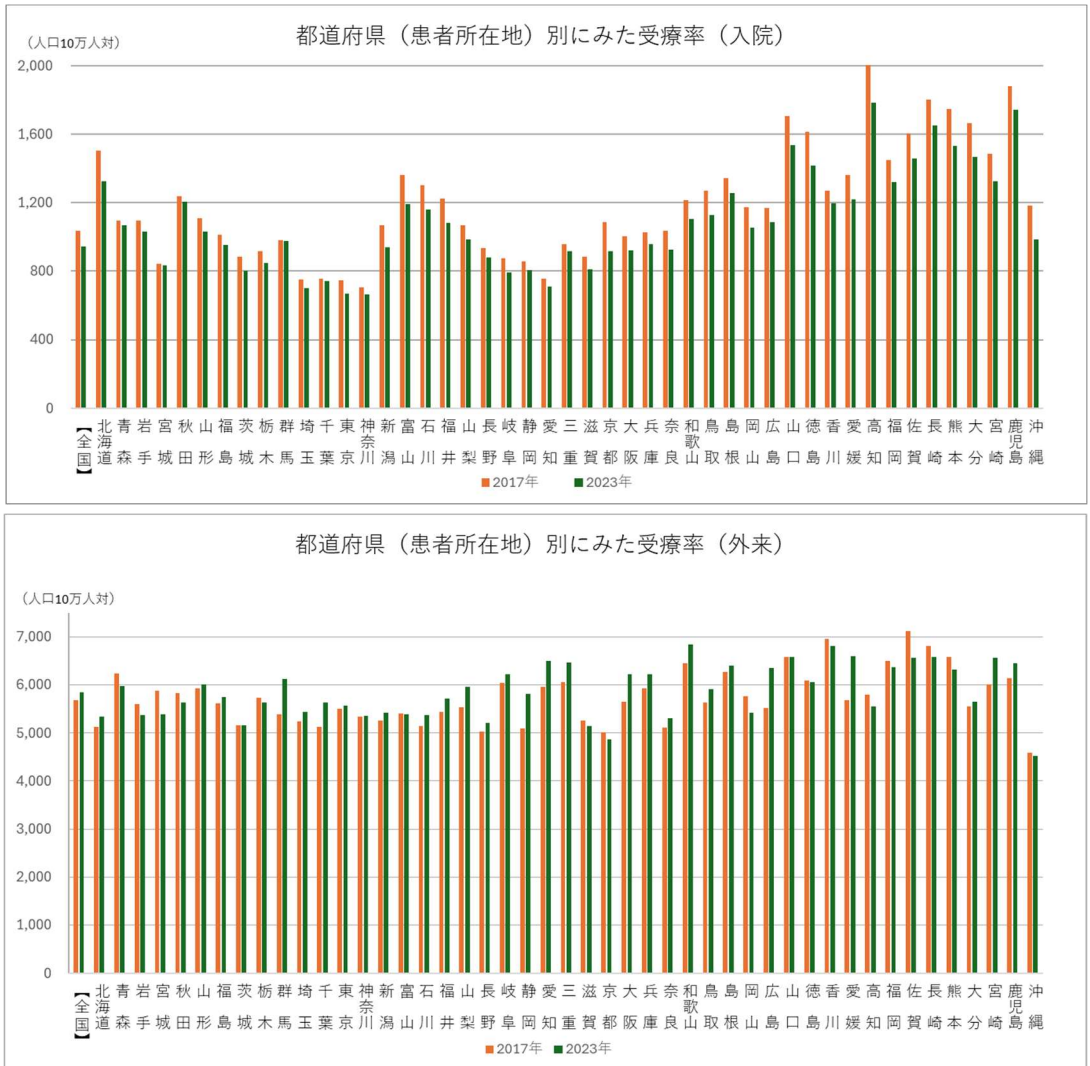
注：

- 「65 歳以上」、「70 歳以上」、「75 歳以上」は、それぞれ各歳以上の年齢の受療率を示している。すなわち「65 歳以上」には「70 歳以上」と「75 歳以上」が、「70 歳以上」には「75 歳以上」の人が含まれる。
- 2020 年より、「70 歳以上」の集計が新たに開始されたため、2017 年までのデータは掲載していない。

出典：厚生労働省「患者調査」（1984 年～2023 年）を基に作成。

続いて、都道府県別の受療率の推移を確認する。入院受療率は、西高東低の傾向が見られる。高知県や鹿児島県が特に高く、首都圏の各都県は低いが、全国的に入院受療率は減少している。外来の受療率は入院ほど地域差が見られないが、沖縄県は相対的に低い傾向が見られる。入院受療率とは異なり、2017年と比べて増加している道府県と、減少している県が同程度に分かれている。

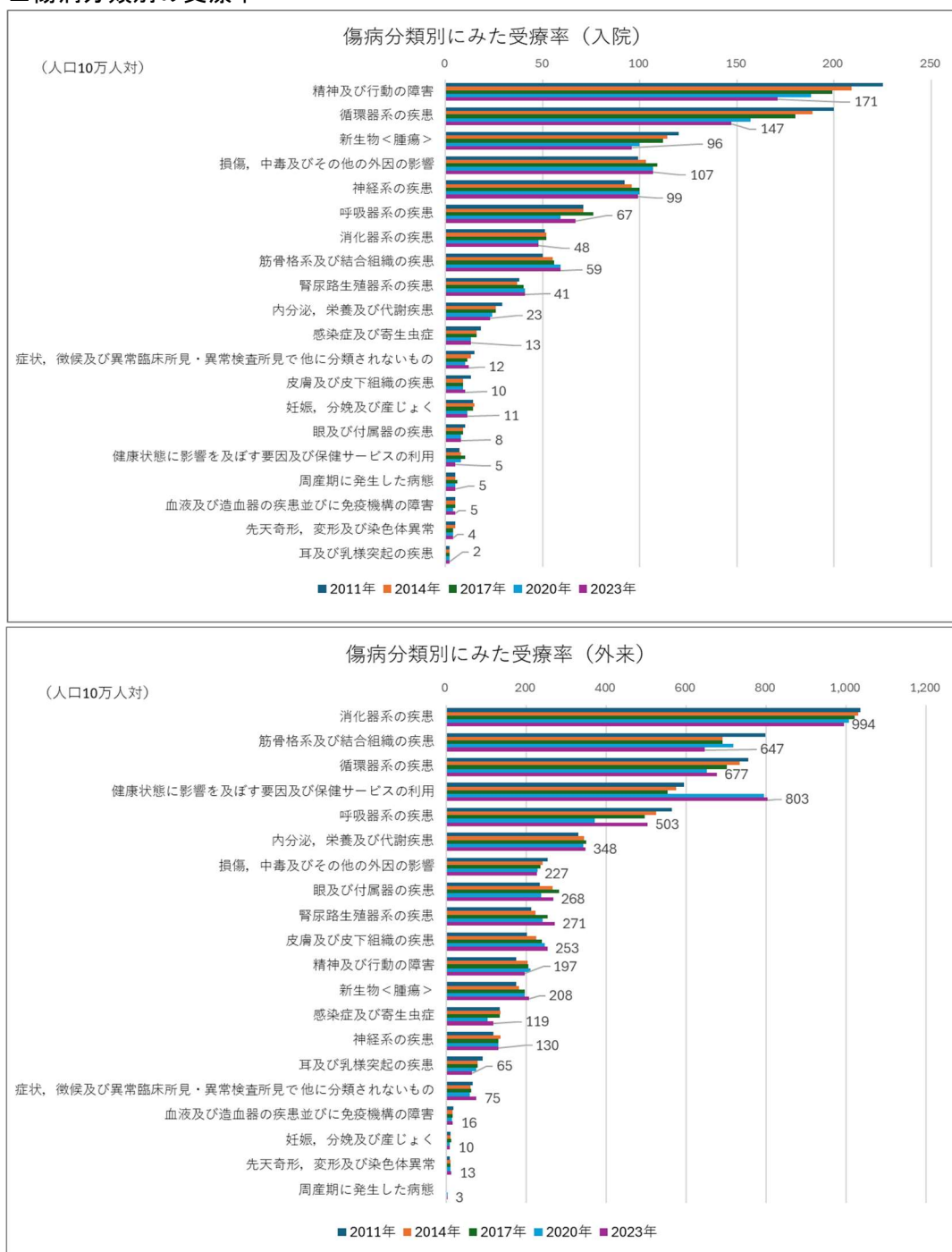
■都道府県別の受療率



出典：厚生労働省「患者調査」（2017年～2023年）を基に作成。

また、傷病別の受療率をみると、入院は「精神及び行動の障害」「循環器系の疾患」が一貫して高いものの、共に減少傾向にある。外来についても同様に、受療率が高い項目である「消化器系の疾患」は減少傾向にある。

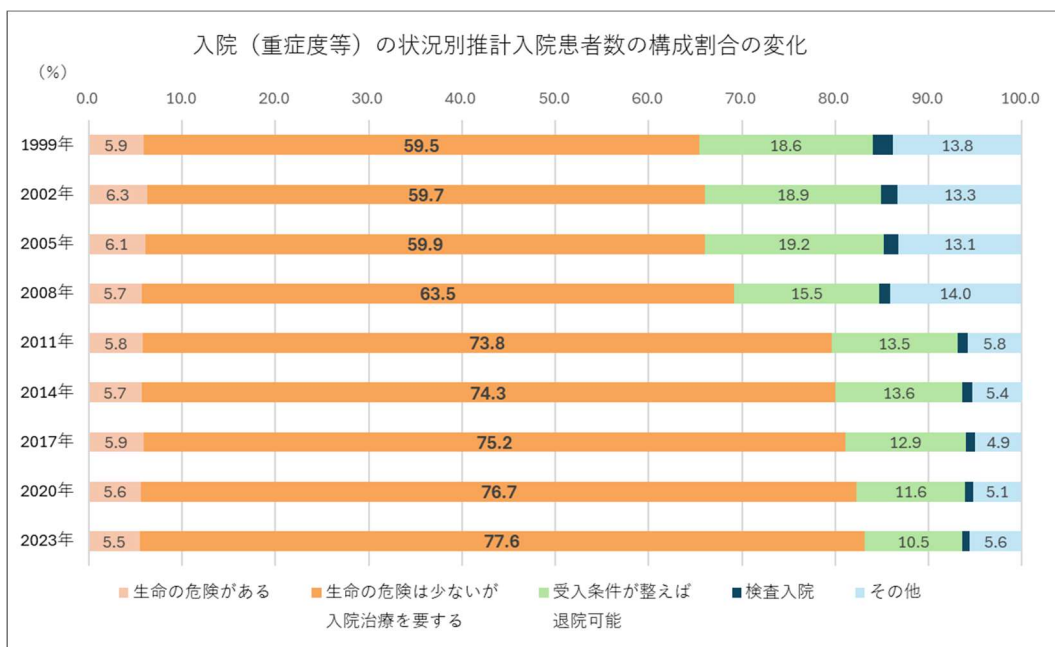
■傷病分類別の受療率



出典：厚生労働省「患者調査」（2011年～2023年）を基に作成。

さらに、重症度別の入院患者数を確認すると、特に「受け入れ条件が整えば退院可能」な人（退院は決まっていないが退院可能な状態にある患者）の割合が低下している。これは厚生労働省において「精神障害者の退院促進」の取り組み対象としてきた患者層と重なる人であり、要介護状態の高齢の患者も含む精神科患者の退院促進方針と、それに伴う後述の介護医療院の充実等が、減少に関連している可能性がある。前述の傷病分類別の入院受療率において、精神及び行動の障害が一番高いものの、前回調査比 17 ポイント減であることなどからも、「受け入れ条件が整えば退院可能」な人は「精神障害者の退院促進」の取り組み対象としてきた患者層と重なっていることがうかがえる。

■重症度別の入院患者構成割合



出典：厚生労働省「患者調査」（1999年～2023年）を基に作成。

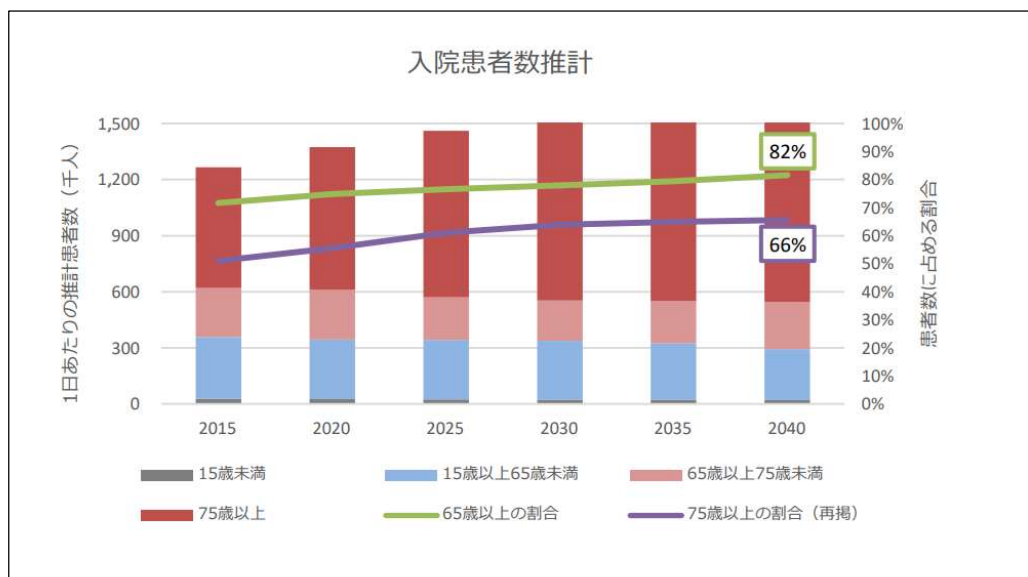
(2) 医療政策と行動変容の影響

ア 患者数将来予測データに関して留意する点について

地域医療構想や医療計画の策定にあたり、国の各種審議会等では、将来の安定した医療提供体制に向けた議論をするための前段の情報として、医療需要の高まりを論じる資料が多い。論調としては“入院患者数は2040年まで増加傾向が続く”“外来患者数は地域によってはすでにピークを迎えており、地域によっては減少局面に突入する”というものであり、前頁までの、近年の患者数、特に入院患者数は減少傾向にあるというデータとは、矛盾が起きているようにも見える。

■国が示した入院患者推計データ

厚労省の発表によると、全国の入院推計患者数は増加傾向にあり、2040年にピークが見込まれるとされている。下図では2015年時の推計患者数の実績と比較して、2025年にかけては入院患者数(推計患者数)が20万人余増加すると推計されたが、実際には前述のとおり、入院患者数(推計患者数)は直近10年で12万人～13万人程度減少している。



出典：第7回 第8次医療計画等に関する検討会（2022年3月4日）

資料1 「第8次医療計画、地域医療構想等について」

上記データは、受療率（3年ごとに実施される「患者調査」）と、人口推計（国立社会保障・人口問題研究所の「日本の地域別将来推計人口」）を組み合わせることで算出しており、調査時点の予測としては正しい。また、85歳以上人口急増などから医療・介護の複合的なニーズも増加し、将来的に潜在的な医療需要が高まっていくこと自体は間違いない。

ただし、厚労省が発表する患者数予測は3年ごとに実施される「患者調査」の実績受療率を基に算出しており、近年の受療率動向を勘案できていない。そのため、上記データが示す入院患者数推計と“病院に来院・入院する患者数”のトレンドとの乖離は、近年の受療率の減少傾向に起因するものであると考えられる。

そこで、以降では医療ニーズがある人に関する政策の変化や、医療・介護連携の流れにおける患者の居場所の変化、時勢も含めた患者の意識・行動変容について整理することで、受療率が減少する背景を考える。

イ 医療提供のあり方の変化

(ア) 病院から在宅へ

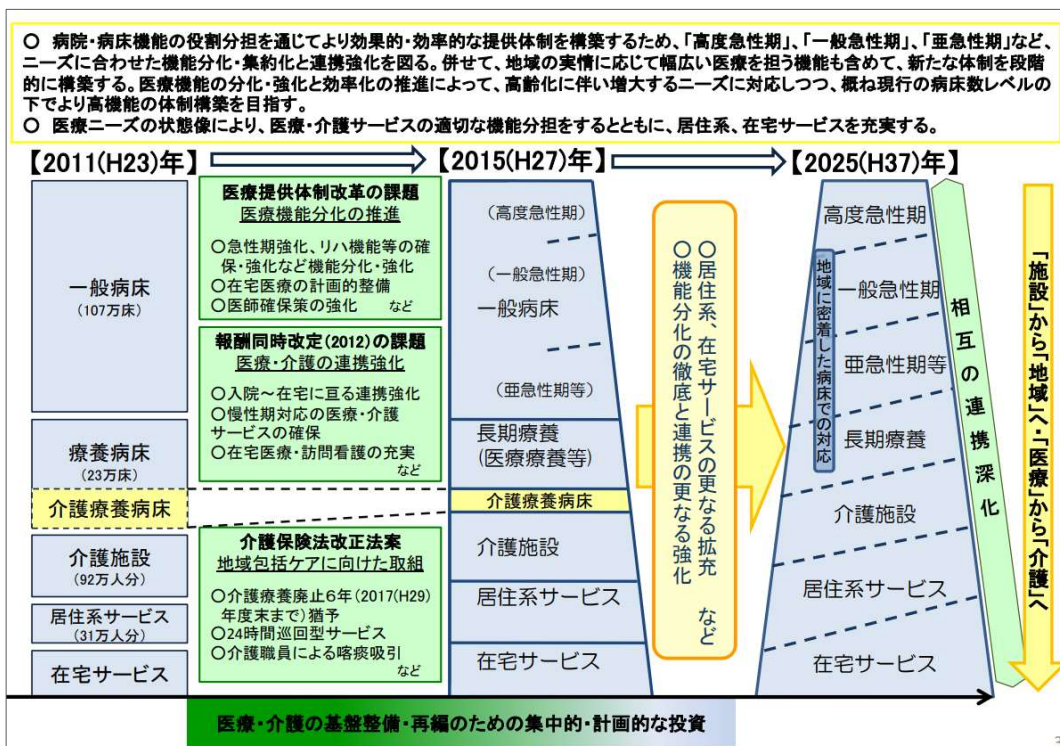
近年の医療・介護政策について医療分野にフォーカスすると、医療と介護の連携と一体的な改革を進めていることがわかる。近年の医療政策では、地域包括ケアシステムの構築を通じて、団塊の世代が 75 歳以上になる 2025 年に向け医療サービスの提供体制を整えるとともに、2040 年に向けた舵取りをいかに行うかが注目されてきた。

2040 年には医療・介護の複合的ニーズを有する 85 歳以上人口が急増し、高齢者の単独世帯も増加する一方で、生産年齢人口は急減することはわかっており、社会保障の最も重要な課題の 1 つとして、限りある人材で増大する医療・介護の複合的ニーズにいかに対応するかに焦点が当てられ、これに関連する政策や診療報酬改定が行われている。

すなわち、急性期の治療を終えた後は、リハビリを行い、可能な限り住み慣れた場所（在宅や在宅に近い介護施設）で療養し、医療・介護の複合的なニーズへの対応を介護施設も担うことで、切れ目なく効率的な体制を作ろうとしている。「地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針」（医療介護総合確保方針）でも、「治し、支える」医療の役割を明確化し、可能な限り在宅に近い住み慣れた状況で人生の最期まで過ごせる医療・介護連携を促進するとしている。

下図のとおり、2012 年時点で「施設」から「地域」へ、「医療」から「介護」へとという方向性が示されている。

■医療・介護政策の方向性

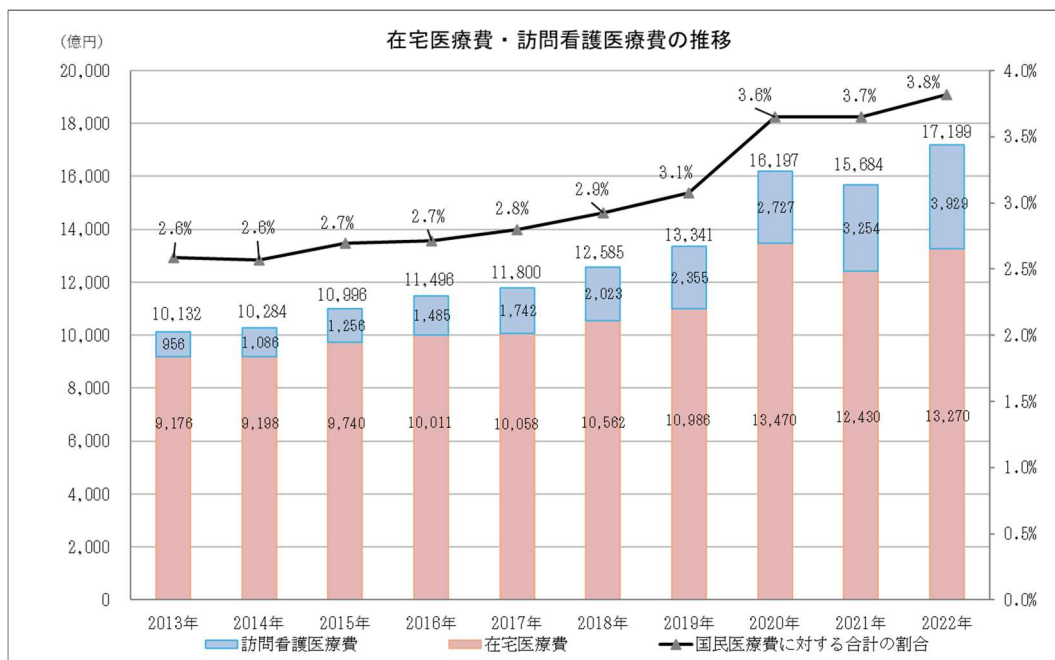


出典：厚生労働省医政局指導課 在宅医療推進室「在宅医療・介護あんしん 2012」

国が進める在宅医療推進の流れのなかで、政策変化に呼応するように往診・訪問診

療による治療が増加している。(1)で確認したように、在宅医療を受ける患者数は増加しているほか、在宅医療費も2013年以降増加傾向が続いており、2022年には約1兆3,270億円となっている。また、訪問看護医療費は一貫して増加傾向にあり、2022年には約3,929億円となっている。在宅医療費と訪問看護医療費の合計額を在宅医療の市場規模ととらえると、2022年には市場規模は約1兆7,199億円となる。これは国民医療費の約3.8%にあたり、この割合は2013年から一貫して上昇傾向にある(※在宅医療に係る近況詳細は、「ヘルスケアハンドブック2024」第1章参照のこと)。

■在宅医療費・訪問看護医療費



(注) 在宅医療費は、社会医療診療行為別調査における各年6月の在宅医療診療報酬点数の医科診療報酬点数に対する割合を、その前年度末までの一年間の国民医療費における一般診療医療費に掛けて算出した。一般診療医療費とは、国民医療費のうち、歯科診療医療費、薬局調剤医療費、入院時食事・生活医療費、訪問看護医療費を除いたものである。

出典：厚生労働省「国民医療費の概況」(2011年～2021年)、厚生労働省「社会医療診療行為別調査」(2011年～2022年)を基に作成。

(イ) 介護施設における医療

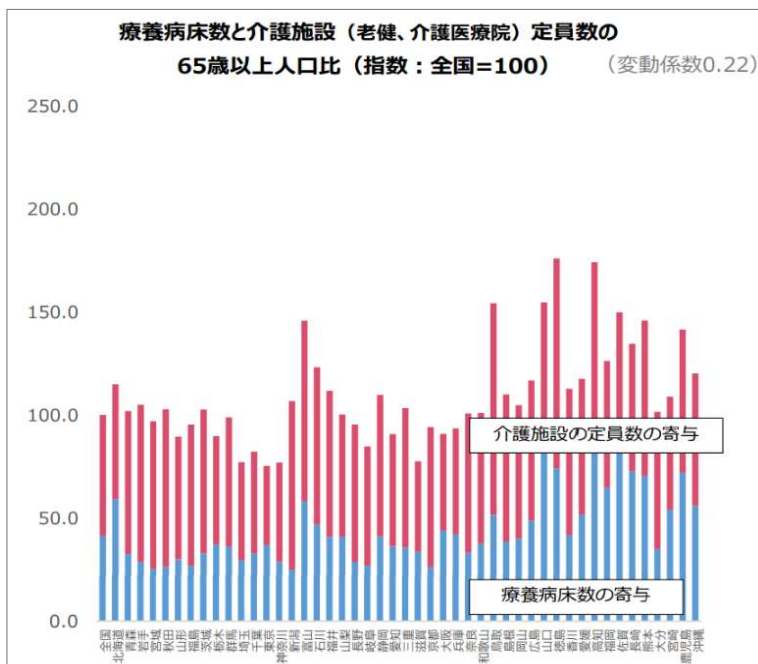
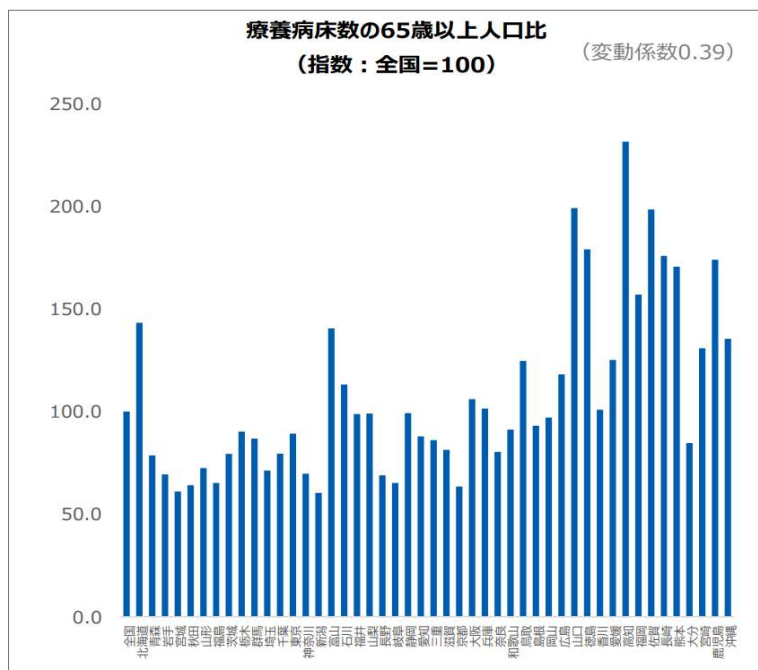
前項 (ア) のとおり、国の施策として退院が可能となった場合はすみやかな在宅復帰を進めるとしている。療養病床数の地域差に対しては、介護施設（老人保健施設、介護医療院）の定数分を加味することで地域差の解消をしようとしており、医療的ケアを担う介護施設での対応・支援に期待が寄せられている。

■医療と介護（高齢者施設）の連携促進



出典：厚生労働省「第171回市町村職員を対象とするセミナー」資料「在宅医療・介護連携推進事業の取組について」（2024年1月26日）を基に作成。

療養病床の地域差と介護施設定員数



※介護施設の定員数については、老人保健施設及び介護医療院の定員数の合計。

出典：第9回新たな地域医療構想等に関する検討会（2024年9月30日）
資料2「新たな地域医療構想について」

■（参考）介護職員が実施可能なケア（※）及び法定研修・制度

実施可能な行為

- たんの吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）
- 経管栄養（胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養）

介護職員等の範囲

- 介護福祉士
- 介護福祉士以外の介護職員等

※一定の研修を修了した者を都道府県知事が認定

登録研修機関

- たんの吸引等の研修を行う機関を都道府県知事に登録
- 登録の要件

- ☆喀痰吸引等研修を行うこと（※）
- ☆医師・看護師その他の者を講師として研修業務に従事
- ☆研修業務を適正・確実に実施するための基準に適合等

※喀痰吸引等研修の内容

- ・講義+演習+実地研修で構成
- ・対象者を特定せずたんの吸引を行う場合と、特定する場合、実施する行為を限定する場合によって、研修内容が異なる
- ・研修受講後、都道府県より「認定証」を交付

（認定証件数について）

※各年度4月1日時点の認定状況

※厚生労働省社会・援護局福祉基盤課において、各都道府県からの報告数を取りまとめたもの。

※制度施行前から喀痰吸引等を行う事が認められていた者（経過措置対象者）が18.6万件となっており、合計すると47.5万件となる。

※このほか、医療的ケア科目（講義・演習・実地研修）を修了した介護福祉士は、認定によらず喀痰吸引等を行うことができる。

登録事業者

- 自らの事業の一環として、たんの吸引等の業務を行う者は事業所ごとに都道府県知事に登録
- 登録の要件

- ☆医師・看護職員等の医療関係者との連携の確保
- ☆記録の整備その他安全かつ適正に実施するための措置等

<対象となる施設・事業所等の例>

- ・介護関係施設（特別養護老人ホーム、老人保健施設、グループホーム、有料老人ホーム、通所介護、短期入所生活介護等）
- ・障害者支援施設等（通所施設及びケアホーム等）
- ・在宅（訪問介護、重度訪問介護（移動中や外出先含む）等）
- ・特別支援学校

実施時期

- 2012年4月1日施行（介護福祉士については2016年4月1日施行。ただしそれ以前であっても、一定の研修を受ければ実施可能。）

これまでの認定証件数の推移（単位：万件）				
2019年度	2020年度	2021年度	2022年度	2023年度
19.6	23.1	25.3	26.3	28.9

（認定証件数について）

※各年度4月1日時点の認定状況

※厚生労働省社会・援護局福祉基盤課において、各都道府県からの報告数を取りまとめたもの。

※制度施行前から喀痰吸引等を行う事が認められていた者（経過措置対象者）が18.6万件となっており、合計すると47.5万件となる。

※このほか、医療的ケア科目（講義・演習・実地研修）を修了した介護福祉士は、認定によらず喀痰吸引等を行うことができる。

※介護職員が実施可能なケアとは、医療機関以外の介護現場で実施されることが多いと考えられる行為であって、原則として医療行為ではないと考えられるもの。

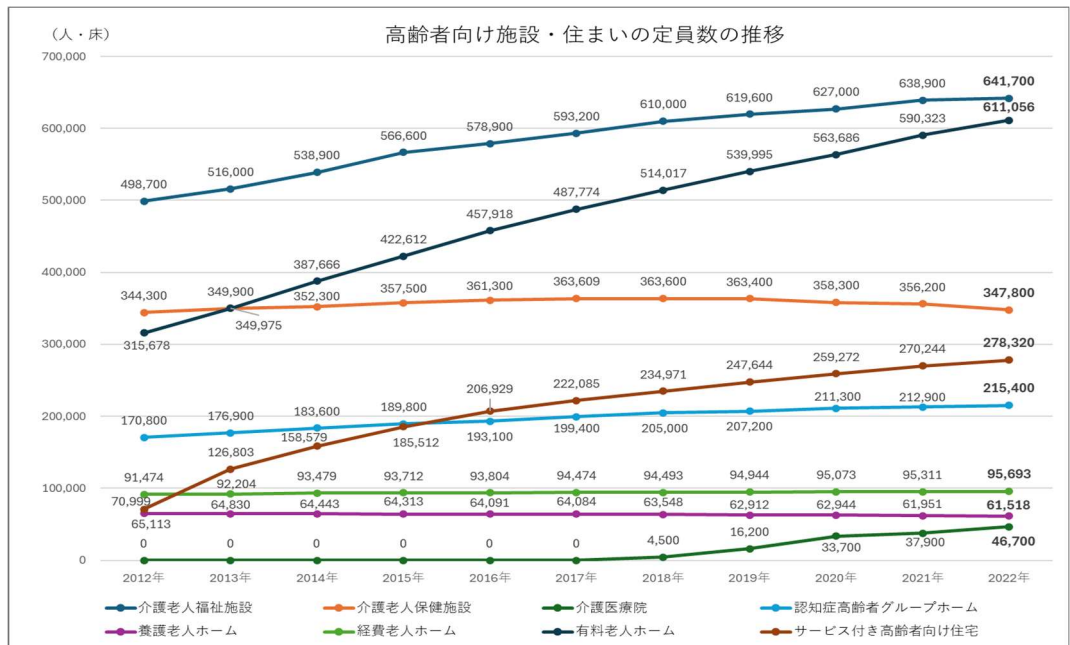
出典：第11回健康・医療・介護ワーキンググループ（2024年4月26日）

厚生労働省提出資料 資料1-7-1

「介護現場におけるタスク・シフト／シェアの推進について」を基に作成。

医療的ケアを行う介護施設の状況を確認すると、まず、高齢者向け施設・住まいの定員数は増加している。なかでも、サービス内容が多様な有料老人ホームや、居住の安定確保に加え介護・医療と連携したサービスを提供するサービス付き高齢者向け住宅、医療が必要な要介護高齢者の長期療養・生活施設である介護医療院の増加が目立つ。高齢者向け住まいの利用者数のみ取り出したデータを参照すると、2021年時点で有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅の定員は90万人に達しており、2015年時点から約30万人増加していることがわかる。

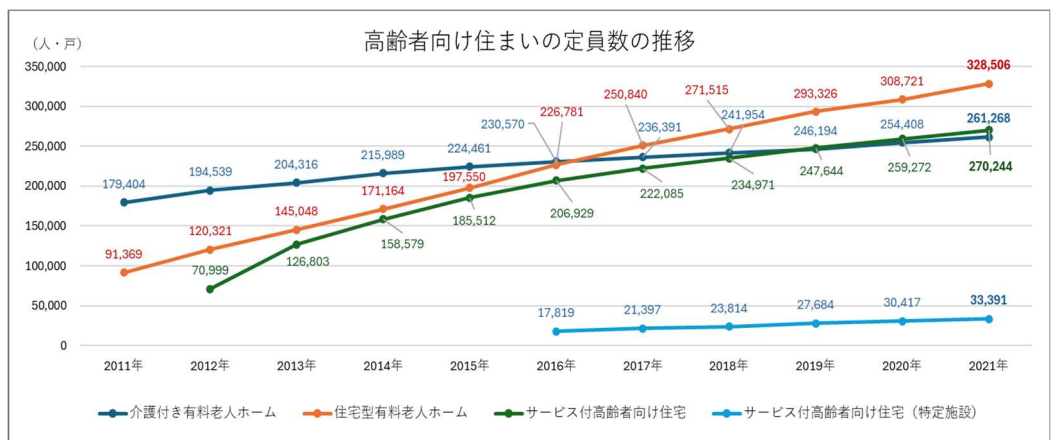
■高齢者向け施設・住まいの定員数



- ※ 1：介護保険施設及び認知症高齢者グループホームは、「介護給付費等実態調査（10月審査分）【H24～H29】」及び「介護給付費等実態統計（10月審査分）【H30～】」による。
- ※ 2：介護老人福祉施設は介護福祉施設サービスと地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護を合算したもの。
- ※ 3：認知症高齢者グループホームは認知症対応型共同生活介護により表示。（短期利用を除く）
- ※ 4：養護老人ホーム・軽費老人ホームは、「社会福祉施設等調査（R2.10/1時点）」による。H24～は基本票の数値。（利用者数ではなく定員数）
- ※ 5：有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果（利用者数ではなく定員数）による。サービス付き高齢者向け住宅を除く。
- ※ 6：サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（R4.9/30時点）」による。（利用者数ではなく登録戸数）

出典：第9回新たな地域医療構想等に関する検討会（2024年9月30日）

資料2「新たな地域医療構想について」を基に作成。



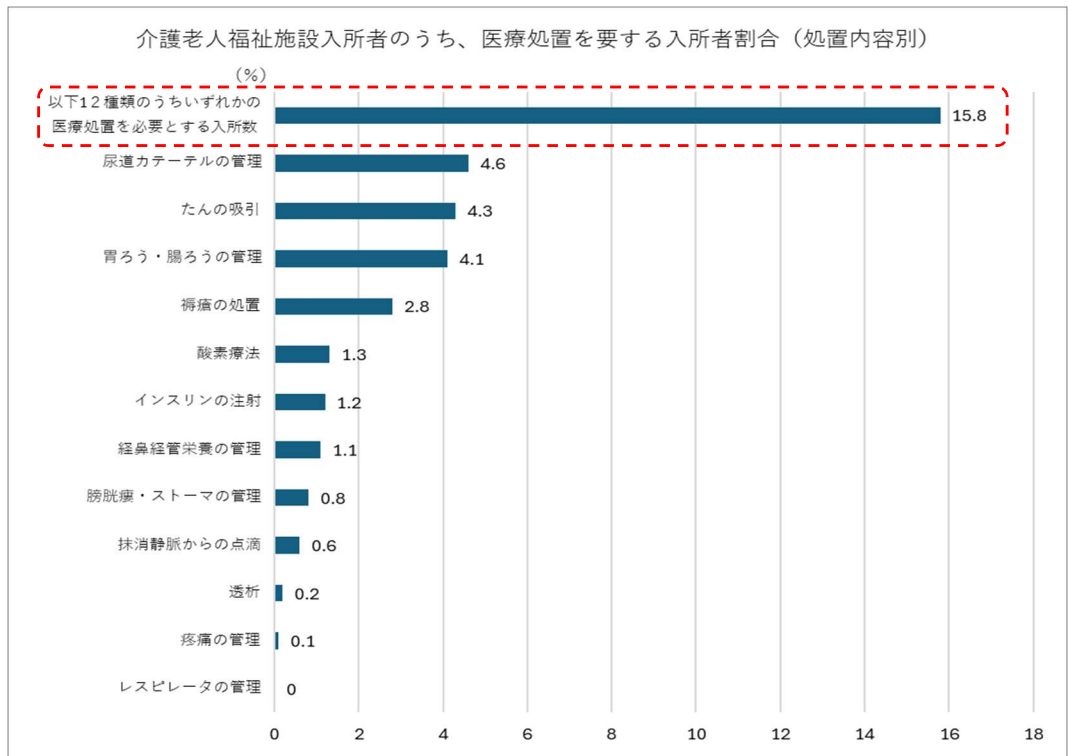
- ※ 有料老人ホームは、厚生労働省老健局の調査結果による。（利用者数ではなく定員数）
- ※ サービス付き高齢者向け住宅は、「サービス付き高齢者向け住宅情報提供システム（9/30時点）」による（利用者数ではなく登録戸数）。また、サービス付き高齢者向け住宅（特定施設入居者生活介護）は、「サービス付き高齢者向け住宅」の内数であり、特定施設入居者生活介護又は地域密着型特定施設入居者生活介護の指定を受けたサービス付き高齢者向け住宅を指す。

出典：社会保障審議会 介護給付費分科会（第221回）（2023年8月7日）

資料4「特定施設入居者生活介護」を基に作成。

また、介護老人福祉施設では、下図に記載の12種類のうちいずれかの医療処置を要する入所者数が入所者全体に占める割合は、15.8%である。

■医療処置を必要とする入所者数（介護老人福祉施設）

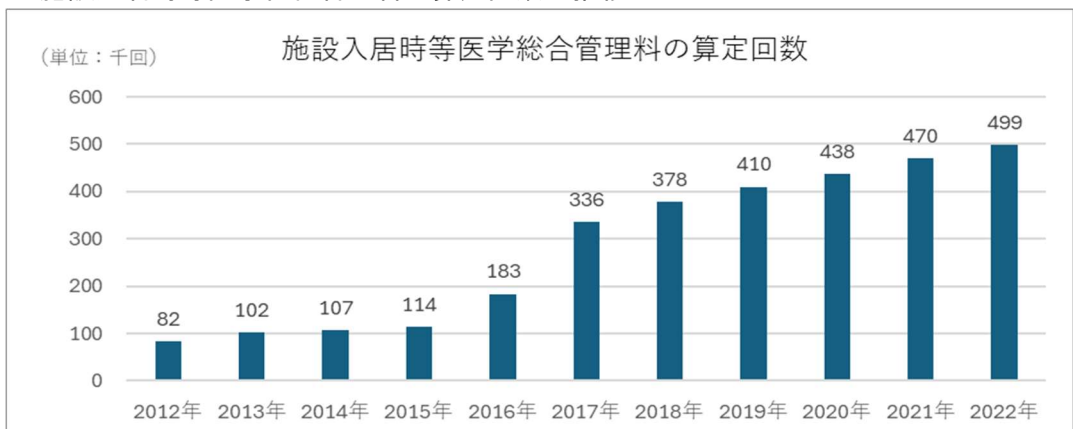


出典：社会保障審議会 介護給付費分科会（第221回）（2023年8月7日）

資料1「介護老人福祉施設」を基に作成。

さらに、有料老人ホームやサービス付き高齢者向け住宅に入居する、通院が困難な患者に対し、計画的な医学管理の下で定期的な訪問診療を行う場合に算定可能な「施設入居時等医学総合管理料」も増加しており、施設の医療ニーズの高まりがうかがえる。

■施設入居時等医学総合管理料の算定回数の推移

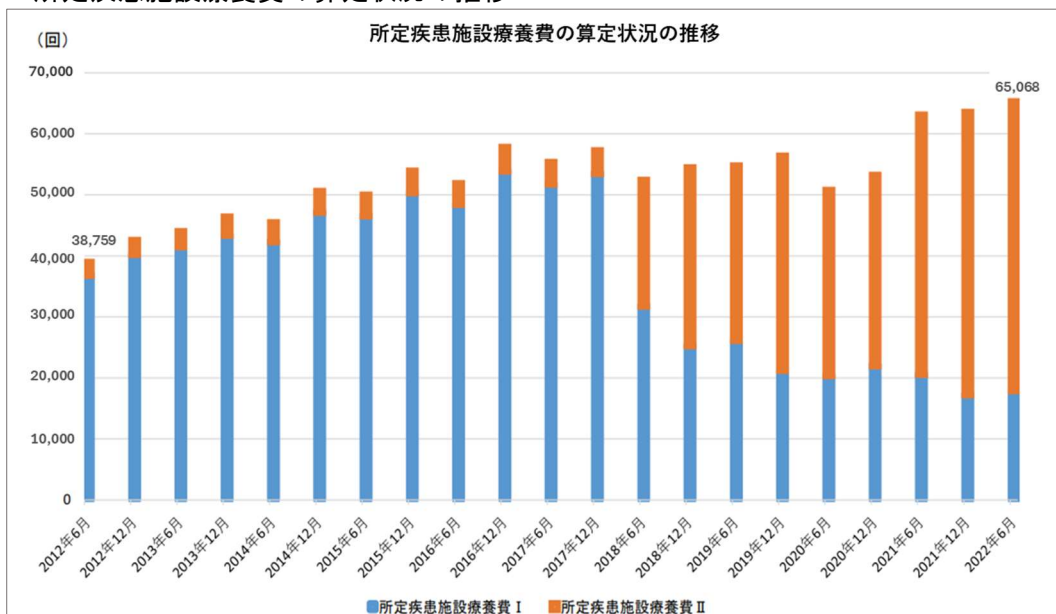


出典：中央社会保険医療協議会 総会（第549回）（2023年7月12日）

資料「在宅について（その１）」を基に作成。

加えて、2012 年度の介護報酬改定で新設された所定疾患施設療養費（※）の算定回数についても確認する。所定疾患施設療養費は、介護老人保健施設に入所している利用者が所定疾患に罹患した際、自施設内で適切な治療・管理がされた場合に算定されるため、老健での医師の診察・治療機能を評価するものであるといえる。算定回数は増加傾向にあり、老健での治療等が増加していることがうかがえる。

■所定疾患施設療養費の算定状況の推移



※2012 年度は肺炎、尿路感染症、带状疱疹を対象疾患とし、1 日 300 単位、1 月 1 回、連続する 7 日間を限度に算定できたが、2015 年度に単位数が 305 単位/日へとあがり、2018 年度には算定要件の違いにより所定疾患施設療養費Ⅰ（235 単位/日）と所定疾患施設療養費Ⅱ（475 単位/日）に分けられた。

2021 年度には蜂窩織炎が対象疾患として追加され、かつⅡでは算定期間の限度が連続する 10 日間に延長。

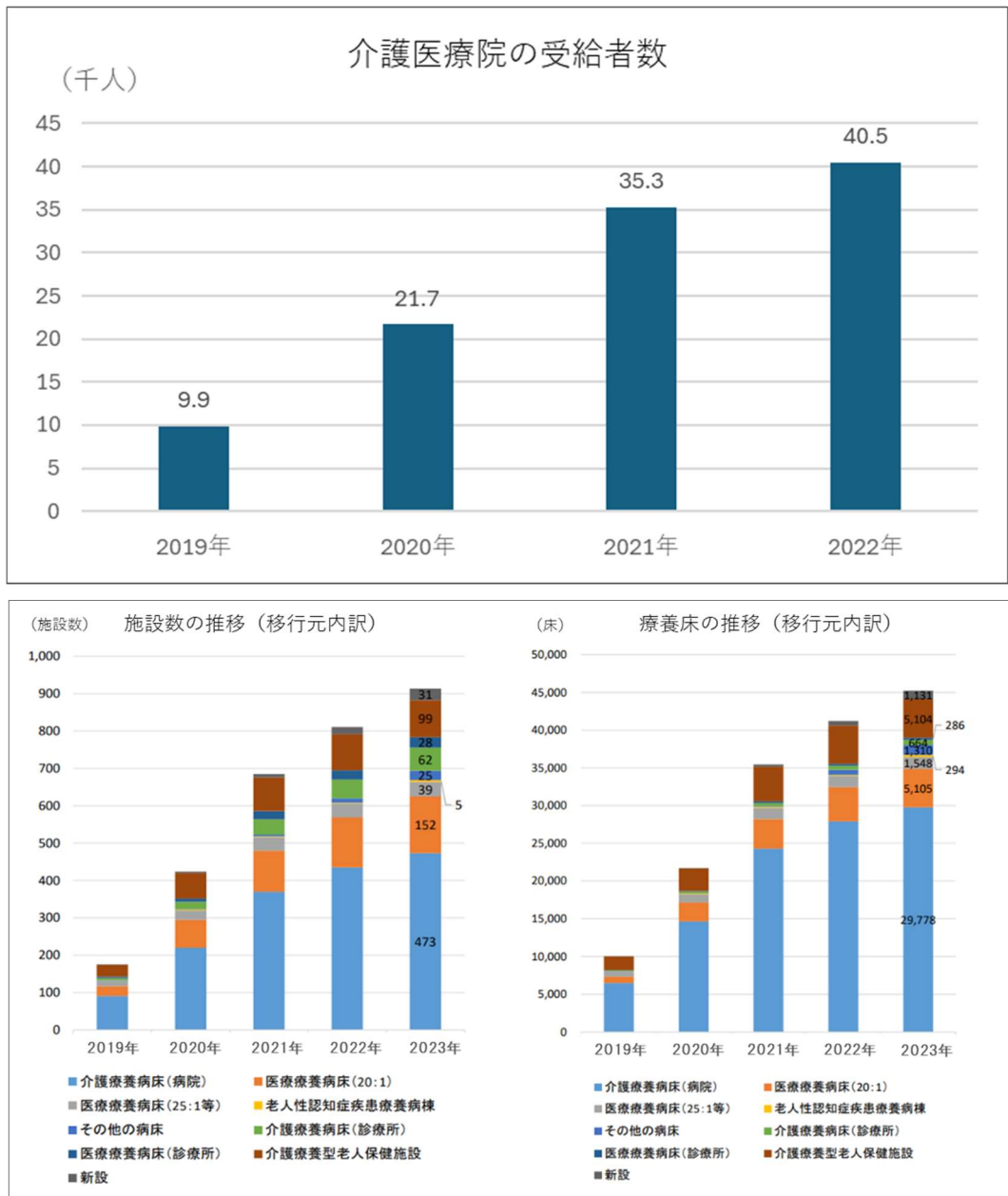
2024 年度改訂では、Ⅰが 239 単位/日、Ⅱが 480 単位/日へ算定単位数があがり、対象疾患として慢性心不全が追加された。所定疾患施設療養費の算定要件は、対象疾患に対して適切な検査等が実施され、その診断根拠や診療経過等の記録記載と算定状況の公表がなされていること（Ⅱでは、当該施設内の医師が感染症対策に関する研修修了者であることが追加要件）。

出典：社会保障審議会 介護給付費分科会（第 221 回）（2023 年 8 月 7 日）

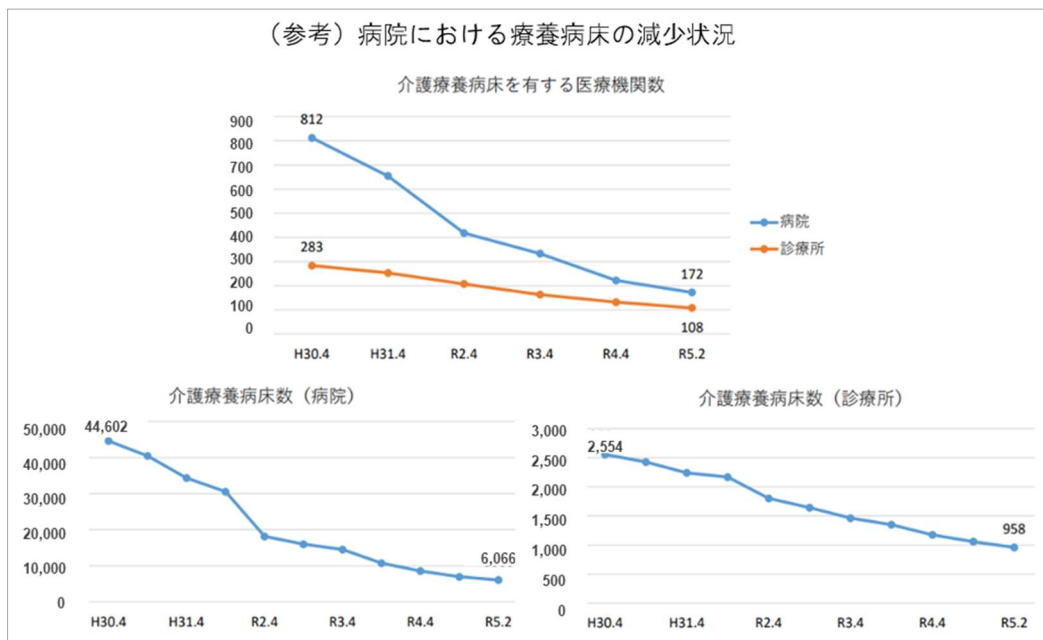
資料 2 「介護老人保健施設」を基に作成。

介護医療院は、老人保健施設等より医療必要度・年齢・要介護度が高い人を対象に、住まい機能と医療機能を内包した施設類型として 2018 年に創設された。受給者数、介護医療院数ともに急増しており、受給者は 2019 年から 4 年で約 31 万人増加した。かつ、その移行元の内訳は、病院の介護療養病床、医療療養病床が 8 割以上を占める。まさに、以前は病院にいた身体状況に該当する人びとが、現在は介護施設に分類される施設に入所している、ということになる。

■介護医療院受給者数・施設数・病床数



出典：社会保障審議会 介護給付費分科会（第 221 回）（2023 年 8 月 7 日）
資料 3 「介護医療院」を基に作成。



出典：社会保障審議会 介護給付費分科会（第 221 回）（2023 年 8 月 7 日）

資料 3 「介護医療院」

これまでの議論を踏まえると、病院から在宅へという医療提供のあり方の転換政策により、病院・診療所等の“医療”が担っていたものが、医療・介護連携のなかで一部“介護”の施設でも行われるようになってきていることは、病院患者数の減少の 1 つの大きな要因として考えられる。つまり、新型コロナ等感染症如何の状況にかかわらず、いわば地域包括ケアシステム構築・深化にむけた政策の成果が徐々に出てきた結果としての、病院患者数減少とも考えられる。

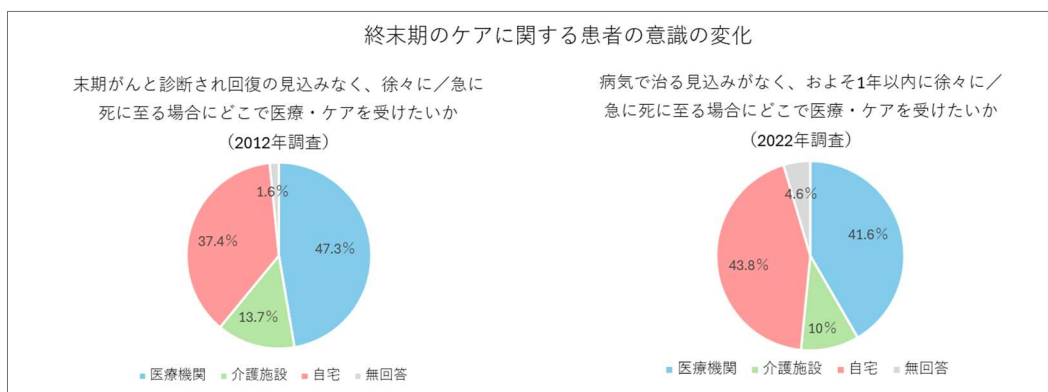
ウ 患者数に関連する要素について

前項で挙げた政策転換に係る在宅・介護施設での医療提供以外にも、病院の患者数減少に関連する要素はさまざまに考えられる。本項では、患者自身の意思決定に着目し、患者行動に影響し得る要素を周辺情報として整理する。

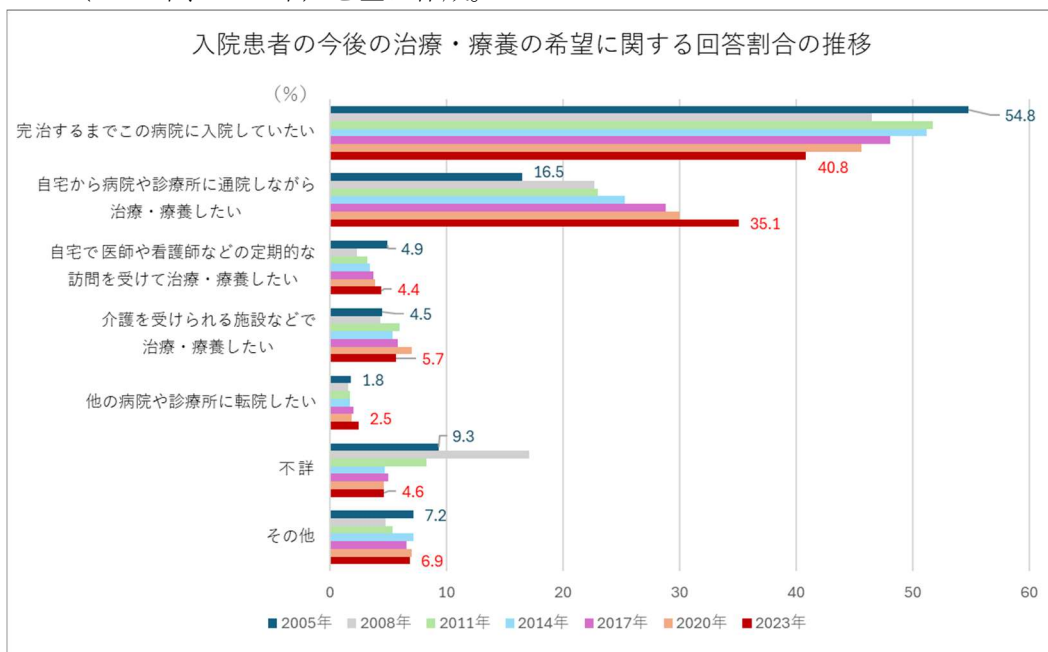
(ア) 患者自身はどこで治療されることを希望するか

まず、患者側は医療機関でのケアよりも、自宅でのケアを望む割合が高まっている。例えば終末期の過ごし方については、医療機関ではなく自宅で医療やケアを受け、最期を迎えたいと思う人びとが増加している。また、入院患者の以後の治療・療養の希望としても「完治するまでこの病院に入院していきたい」は低下傾向となっており、「自宅から病院や診療所に通院しながら、治療・療養したい」は上昇傾向にある。

■終末期のケアや治療・療養への患者の意識



出典：厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」(2012年、2022年)を基に作成。



注) 2011年は、岩手県、宮城県及び福島県を除いた数値である。

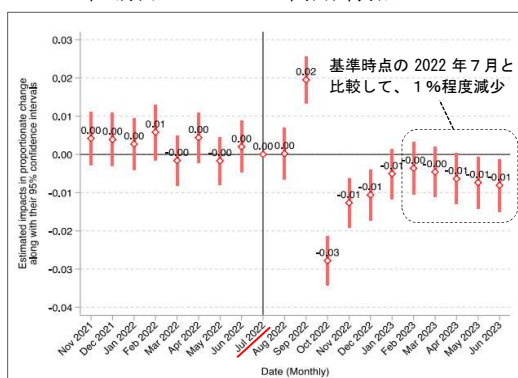
出典：厚生労働省「受療行動調査」(2005年～2023年)を基に作成。

(イ) 外的要因による患者の受診控えの可能性について

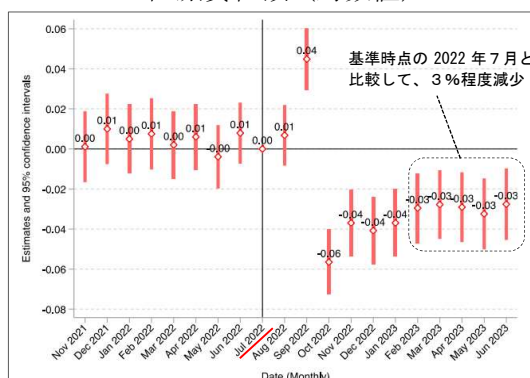
前述した“自宅志向”以外の患者の意思決定に係る要素として、患者の受診控えが考えられる。かかりつけ医の機能強化や紹介状なしの場合の特別料金設定など、国は少しずつ機能分化と病院の過剰受診抑制を進めてきた。2022年10月に導入された後期高齢者医療の窓口負担増（1割から2割へ変更）に伴い、当該制度の施行前後6か月について、被保険者の窓口負担割合別に調査・分析したところ、医療サービスの利用割合が基準時点より1%程度、医療費総額が3%程度減少したことが分かり、該当の高齢者が負担増を避けて受診を控えるようになったことが推測される。なお、窓口負担割合が2割となったのは後期高齢者医療の被保険者全体のうち約20%（約370万人程度）が対象であるため、立地エリアや患者属性などにより、病院によっては影響があった可能性は否めない。

■窓口負担増加に伴う受診控え

医療サービスの利用有無



医療費総額（対数値）



注)

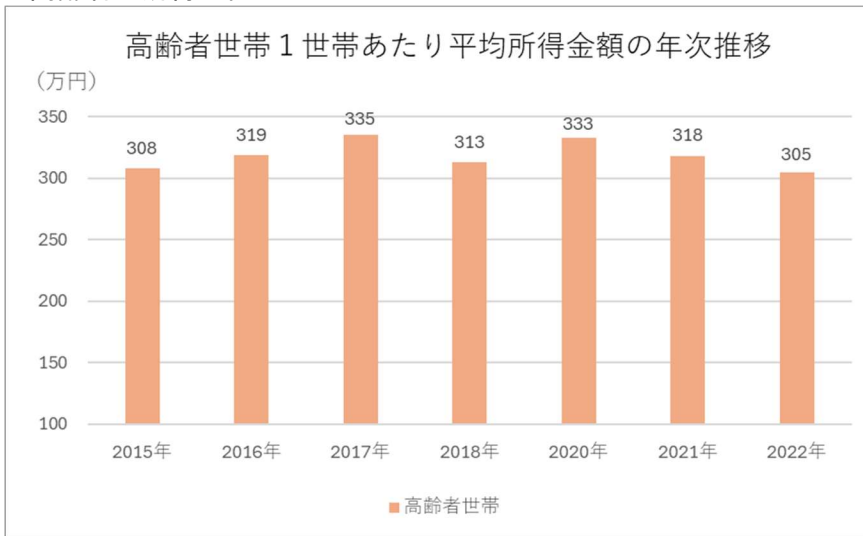
- 1) 2021年11月～2023年6月（20か月分）の単身かつ特定の所得層（課税所得が28万円以上であり、年金収入＋その他合計所得が150万円～250万円（200万円以上は2割負担、200万円未満は1割負担となる基準上下の層））のデータ10万人程度を使用。
- 2) 2022年7月（被保険者に10月からの窓口負担割合が通知された8月の前月）を基準時点とし、いわゆる「駆け込み需要」の影響が小さくなった2023年2月以降の結果を純粋な効果と解釈。

出典：社会保障審議会 医療保険部会（第181回）資料2「後期高齢者医療の窓口負担割合の見直しの影響について」（2024年8月30日）を基に作成。

また、低所得者ほど費用を理由にして受診を抑制する傾向があり、高齢者の受療抑制に関係しているとする研究・分析もある（※）。次頁に示すように、近年特に高齢者層の所得低下や貧困が深刻化していることや、昨今の国内経済状況を踏まえると、患者の多くを占める高齢者層について、経済的要因からの受診控えが一定割合で起こっている可能性がある。

※厚生労働省「第4回高齢者医療制度改革会議」委員提出資料、内閣府政策統括官室（経済財政分析担当）「医療保険制度と年齢階層別にみた受診行動」より

■高齢者の所得の低下



出典：厚生労働省「国民生活基礎調査」（2015 年～2022 年）を基に作成。

(ウ) コロナ禍における行動変容可能性

さらに、約3年半にわたるコロナ禍期間は、一時的な受診控えを促すのみならず、それまでの行動習慣そのものを変えた可能性がある。再三の緊急事態宣言とそれに伴う不要不急の外出自粛は、コロナ禍以降も不要不急と自分で判断し、特に多くの体調不良者が集まる病院への受診を控える人を増やすことにもつながったであろう。基礎疾患を持つ人や高齢者が新型コロナに感染した場合に、重症化するリスクが相対的に高いとメディアが繰り返し報道していたこと、また院内感染リスクが世間の話題になっていたことも大きく影響していると考えられる。健康への影響や病気の早期発見という観点からは、自主的に受診を控えたことが結果的に適切であったかどうかを判断するには長期的な視点が必要になるが、少なくとも自らの判断で受診を控え、のちに主訴にあたる症状が消失したと感じた場合、次に同程度の体調不良が起きても同じように受診を控えることになるだろう。

本章では、受療率に着目し、患者数の変化との要因・背景について2つの可能性を立てて論じた。1つ目は、将来を見据えた社会保障課題の解決と医療費抑制の観点から医療政策が転換したことを背景に、“以前は病院の入院患者であったような身体状況の人びとの居場所が変化した”ことである。2つ目は、今までは来院・受診→治療・入院の流れに乗っていた人びとの一部が行動変容により“来院という入口段階に來ず潜在化した”ことである。ただし、実際にはこれら2点以外にも、病院における患者数の減少傾向には複数の要因・遠因が絡み合っていると思われる。

患者数については引き続き傾向を注視していく必要があるが、特に考えられる要因のうち1つ目の施策変化起点の要因は今後も変わらないか、又は加速していく可能性を踏まえると、病院患者数は減少傾向が続いていくことを念頭においた地域の医療体制、個々の病院経営について、検討していくべきである。

【参考文献】

- ・厚生労働省医政局指導課 在宅医療推進室「在宅医療・介護あんしん 2012」
- ・厚生労働省「患者調査」（1984 年～2023 年）
- ・厚生労働省「国民医療費の概況」（2011 年～2021 年）
- ・厚生労働省「国民生活基礎調査」（2015 年～2022 年）
- ・厚生労働省「社会医療診療行為別調査」（2011 年～2022 年）
- ・厚生労働省「受療行動調査」（2005 年～2023 年）
- ・厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアに関する意識調査」（2012 年、2022 年）
- ・厚生労働省「第 171 回市町村職員を対象とするセミナー」
資料「在宅医療・介護連携推進事業の取組について」（2024 年 1 月 26 日）
- ・厚生労働省 第 4 回高齢者医療制度改革会議 資料（2010 年 3 月 8 日）
- ・社会保障審議会 医療保険部会（第 181 回）（2024 年 8 月 30 日）
資料 2 「後期高齢者医療の窓口負担割合の見直しの影響について」
- ・社会保障審議会 介護給付費分科会（第 221 回）（2023 年 8 月 7 日）
資料 1 「介護老人福祉施設」、資料 2 「介護老人保健施設」、資料 3 「介護医療院」、
資料 4 「特定施設入居者生活介護」
- ・第 9 回新たな地域医療構想等に関する検討会（2024 年 9 月 30 日）
資料 2 「新たな地域医療構想について」
- ・第 11 回健康・医療・介護ワーキンググループ（2024 年 4 月 26 日）
厚生労働省提出資料 資料 1－7－1
「介護現場におけるタスク・シフト／シェアの推進について」
- ・第 7 回 第 8 次医療計画等に関する検討会（2022 年 3 月 4 日）
資料 1 「第 8 次医療計画、地域医療構想等について」
- ・中央社会保険医療協議会 総会（第 549 回）（2023 年 7 月 12 日）
資料「在宅について（その 1）」
- ・内閣府政策統括官室（経済財政分析担当）「医療保険制度と年齢階層別にみた受診行動」

2 医療機関の経営戦略と再編・統合

(1) 医療機関を取り巻く厳しい環境

医療機関を取り巻く経営環境が厳しさを増している。収益面について、医療機関の収入の根幹となっている診療報酬は公定価格であり、国の政策的動向が直接的に反映される。高齢化に伴う国民医療費の増加はやむをえないものの、政府は、社会保障費の抑制に向けて1人あたりの国民医療費を抑制する方針であり、診療報酬も全体でマイナス改定が続いている。なお、薬価を除いた診療報酬はプラス改定が続いているが、足許の人件費増加及びインフレに伴うコストを賄うことはできない水準であり、今後も同傾向の改定が継続するものと予想される。医業収益の自然増が見込めない中、主要な費用項目である人件費、医薬材料費は足許の賃上げやインフレの影響から増加傾向にあり、全国公私病院連盟「病院経営実態調査報告」によると、全国で70%以上の医療法人が赤字とみられる。

収益面以外の課題も山積している。例えばコロナ禍で急増した長期運転資金を使途とする独立行政法人福祉医療機構(WAM)からの借入は、2025年の夏以降、返済が開始されるため、資金繰りが逼迫する医療機関の増加が予想される。また耐用年数に鑑みて建て替えが必要な病院が増加しているなかで、建築単価は過去最高水準で推移しており、建て替え難易度は非常に高い。加えて経営者の高齢化に伴う後継者問題も発生している。

このような厳しい環境のなかで、医療機関は、地域の医療体制維持の視点も含めて自院の経営戦略を描いていく必要がある。本章では、医療機関の厳しい経営環境を踏まえ、

(2) では各医療機関の特徴に基づく経営戦略について、(3) では今後における再編・統合について検討する。

(2) 医療機関ごとの経営戦略

本項では以下の視点から病院を分類し、分析を加えたい。

【規模】

医療機関は、医師、看護師、コメディカル等の職員が医療サービス提供に携わる、労働集約型の産業である。ゆえに、医療機関が持つ人的、物的資源の総量は、提供できる医療サービスの幅や量に直接的に影響し、地域の拠点となる大規模病院や地域のかかりつけ医として機能する小規模病院などの立ち位置を定める。

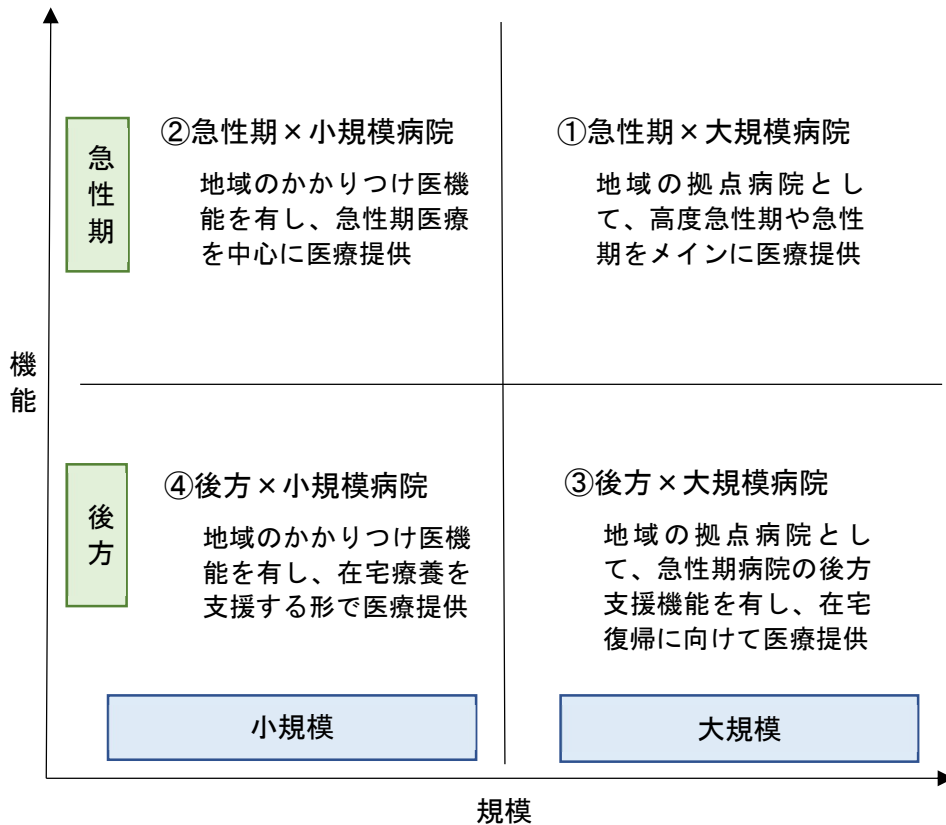
【機能】

医療機関の病床の機能は、果たすべき役割によって、高度急性期、急性期、回復期、慢性期の4つに区分できる。高度急性期病床、急性期病床は、疾患発症直後における患者の状態を早期安定化させるために医療を提供する機能を有している一方、回復期病床は、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、慢性期病床は、長期にわたり患者を療養させる機能を有している。病床機能の違いによって求められる医療の種類や人材、医療機器も異なることに鑑み、以下の2区分にて、分析を試みる。

- ・「高度急性期・急性期」→急性期
- ・「回復期・慢性期」→後方

そのうえで、上記の規模と機能の視点を組み合わせ、医療機関を以下4カテゴリに分類し、それぞれのカテゴリの特徴を「ヒト」「モノ」「カネ」「その他」の切り口で以下に整理した。

■ 4 カテゴリーの概要



■ 4 カテゴリごとの特徴

資源の要素		①急性期×大規模	②急性期×小規模	③後方×大規模	④後方×小規模
ヒト	リクルート力	高	一部高	高	低
	人材育成力	高	一部高	高	低
	病院全体の医療人材量の多寡	多	少	多	少
	専門医等の多寡	多	少	多	少
	医療以外の人材量の多寡	多	少	多	少
モノ	病床数	多	少	多	少
	薬剤・資材(薬品・診療材料等)	多	少	多	少
	医療機器の潤沢度	高	一部高	低	低
	病院建物・設備の充足度、資産	高	低	高	低
カネ	1日あたり患者数	多	少	多	少
	1人あたり診療単価	高	高	低	低
	病床稼働率	低	低	高	高
	平均在院日数	短	短	長	長
	手術件数	多	多	少	少
	支出に占める人件費、委託費割合	低	低	高	高
	支出に占める薬品費・診療材料費割合	高	高	低	低
	紹介患者数・逆紹介患者数	多	少	多	少
その他	知名度・広報力	高	一部高	一部高	低
	他病院との連携力・ネットワーク力	高	高	一部高	一部高

※赤字：他カテゴリと比べて相対的に優位

青字：他カテゴリと比べて相対的に劣位

緑字：他カテゴリとの優劣は判断しがたい

以降では、上記の特徴を踏まえ、4つのカテゴリそれぞれの病院がとるべき戦略を記載する。まず、各カテゴリの病院で、足許の経営改善のための戦略と、将来動向を踏まえた戦略を分けて整理した。そのうえで、足許の経営改善のための戦略については、売上増加と費用削減を中心に各カテゴリの特徴を考慮した収益構造の改善施策を、将来動向を踏まえた戦略については、将来の人口動態やそれに伴う医療需要の変化を踏まえ、経営施策の検討を行っている。

なお、全国的に見ると、総人口が減少する一方で、特に2040年に向けた85歳以上人口の急増に伴い医療・介護の複合的ニーズは増加していく見通しである（潜在的な医療需要は高まる見方があるものの、病院の患者受療率については減少トレンドにあることは第1章でも述べたとおりである）。このような人口動態の見通しをふまえ、全国的には病床機能の需要は急性期機能から後方機能にシフトしていくことが見込まれる。一方で、人口減少・高齢化の進行度には地域差があるため、将来の医療需要については、病院が立地する医療圏ごとに状況を整理する必要がある。

ア ①急性期×大規模病院について

(7) 足許の経営改善のための戦略

a 収益増加施策の検討

一般的に病院収益は、入院収益が大宗を占めており、今後外来患者数の減少が見込まれることも踏まえると、増収施策としては、入院収益へのアプローチが効果的といえる。特に急性期病院の入院収益では、病床稼働率の上昇及び診療単価のさらなる上昇という、病院経営の改善に向けた基本的な施策に実直に取り組むことが肝要となる。

医療機関は、患者確保の文脈で病床稼働率がKPIとなるため、集患の強化が必要となる。特に①急性期×大規模病院においては、地域の中核病院としての性格を活かし、近隣病院や診療所との前方連携により紹介患者数を増やすことや、高度な救急医療を提供できることから救急患者の受け入れを強化すること、豊富な人的リソースを活かした講演会や広報誌による知名度向上で、新規来院患者数を増やすことなどが集患の方法として考えられる。

また、患者確保による病床稼働率向上以外に、診療単価を高めることも重要となる。前述のとおり、病院の診療単価は、公定価格であるものの、医療機関による経営努力の余地は一定程度存在する。国の政策的な意図として、より医療需要が高い又は高度な技術が伴う診療行為であるほど、それに応じた高い診療報酬が割り当てられる傾向にあるため、これを踏まえて診療単価向上施策に取り組むことが必要になる。併せて①急性期×大規模病院においては、高度な医療を提供できる体制をすでに有していることから、外科系のように診療単価の高い診療科に注力し、多くの手術を行える医療提供体制を整備することも有効である。また、大規模ゆえに組織力を活かした業務フローの改善が可能であることを踏まえ、一例としてクリニカルパスの導入等により早期退院可能患者を積極的に後方病院に移行し平均在院日数を短縮化することで診療単価の上昇を狙うことも考えられる。さらに、看護配置、救急医療体制等の見直しが伴うことになるものの、より上位の入院基本料の取得や地域包括医療病棟入院料の算定を目指すことで単価上昇、増収の効果を期待できる。

b 費用削減施策の検討

医療機関は、多くの医療従事者を抱える労働集約型の産業であり、一般的に病院運営に係る費用は人件費・委託費が最も大きい割合を占める。また、急性期病院においては、高額な医療機器、薬品、診療材料を用いて診療を行うことから、医薬材料費が費用に占める割合も後方機能病院に比して大きくなる。よって、費用削減施策の観点からは、人件費・委託費と医薬材料費へのアプローチが効果的となる。人件費・委託費の削減については、院内の人員

配置適正化や看護補助者や医療事務作業補助者等の配置によって、医師・看護師の負担を軽減し超過勤務を抑制することが想定されるほか、診療行為に直接関わることのない事務や清掃の業務をアウトソーシングすることも手段として考えられる。大規模病院であれば、その費用削減効果は、より一層大きくなる。また、地域医療連携推進法人を設立し、近隣病院と共同で研修を行うことによって研修費を削減することも一考に値する。

一方、医薬材料費の削減については、大規模ゆえに煩雑になりがちな在庫管理の徹底や廃棄等の削減、地域医療連携推進法人や病院グループに参加することでの医薬材料の共同購入、ベンチマークソフト導入による価格交渉などが考えられる。

ただし、診療サービスの質を担保する観点から、単に人件費や委託費等を削減す

ればよいというわけではない。仮に人員や医療設備の量や質が損なわれることになれば、医療サービスの品質が低下し、結果的に、病院の収益基盤そのものを弱体化させていくことにつながり、病院の持続的な経営を難しくする。病院は、必要な人員や設備を確保しつつも、効率化できる点を見出し、実践していくことが重要となる。

c 収益増加・費用削減施策の検討

収益・費用削減の双方にアプローチする方法として、急性期病院の統合による経営効率化が挙げられる。これにより医療人材が充実し病床規模も拡大することで、収容力も向上するほか、さまざまな疾患・患者へ対応でき、集患力の強化と増益が見込める。また、医薬材料品の調達が効率化できることで費用の削減につながる。

(イ) 将来動向を踏まえた戦略

全国的な傾向として、高齢化に伴って急性期病床の需要は減少し、現在不足している後方病床の需要はさらに増加する見込みである。当該状況を踏まえつつ、自院が属する医療圏の機能別病床の過不足見通しに沿ってとるべき戦略を練ることが必要である。つまり、急性期病院は全国的に病床過剰な状況であり、自院が属する医療圏における今後の需要縮小により休床・閉床やダウンサイジングを前提とした近隣病院との統合、病院機能を急性期から後方へ転換することなどが施策として考えられる。なお、2024年度の補正予算では、病床数適正化支援事業を含む「医療施設等経営強化緊急支援事業」にて1床の削減に対し約400万円を支給する予算が組まれている。

イ ②急性期×小規模病院について

(ア) 足許の経営改善のための戦略

a 収益増加施策の検討

前述のように、急性期病院の入院収益では、比較的低い傾向にある病床稼働率の上昇及び比較的高い傾向にある診療単価のさらなる上昇が施策として考えられるが、②急性期×小規模病院は、大規模病院とは異なる性質を有するため、経営改善に向けたアプローチにも違いが生じる。まずは、近隣の急性期大規模病院と緊密な連携や地域住民との信頼関係構築により、紹介・潜在患者数を増やすことが、集患力の強化と稼働率上昇、ひいては入院収益の増加につながる1つの方法として考えられる。また、小規模病院は受け入れ可能な患者数が少ないため、患者確保による病床稼働率の上昇以外にも、診療単価を高め、医業利益率を向上させる取り組みが重要となる。

そして、このカテゴリで留意すべきポイントは、一定の医療資源を集約し、自院の専門領域に特化して他院との差別化を図っていくことである。例えば、専門領域に関して手術を行う体制を整備することが想定される。また、小規模であり比較的トップダウンで意思決定がしやすい側面も備えているため、退院までの診療内容やスケジュールを定めたクリニカルパス等の導入を院内で進め、診療工程の標準化を図ることにより早期退院可能な患者を積極的に後方病院に移行し平均在院日数を短縮化することが大規模病院と比べて容易な可能性がある。さらに、不採算部門となっている病棟における看護師の配置、救急医療体制等の体制面の見直しを行い、より上位の入院基本料を取得することや地域包括医療病棟入院料の算定を目指した病棟転換を行うことも効果的である。

b 費用削減施策の検討

前述のように、病院運営に係る費用は人件費・委託費が大きい割合を占める。また、急性期病院においては、高額な医療機器、薬品、診療材料を用いて診療を行うことから、医薬材料費が費用に占める割合も当然に大きくなる。よって、費用削減施策の観点からは、この2点へのアプローチが効果的となる。人件費・委託費の削減については、診療行為に直接関わることをしない事務や清掃の業務をアウトソーシングすることも有効であり、小規模病院でも一定の費用削減効果が期待できる。病院経営に精通した受託者による運営となれば、運営手法の改善といった副次的な効果も見込めることになる。また、院内の人員配置を改めて見直すこと、医療従事者の人件費に関して看護補助者や医療事務作業補助者等を配置し、医師や看護師の負担軽減や超過勤務抑制を図ることも想定される。さらに、地域医療連携推進法人に参加し、近隣病院と共同で研修を行うことによる研修費の削減も、一考に値する。一方、医薬材料費については、大規模病院に比べて効果は低いものの、在庫管理の徹底や、近隣病院間における材料の共同購入、相見積りによる価格交渉などにより、費用削減ができる。

c 収益増加・費用削減施策の検討

増収・費用削減双方にアプローチする方法として、業況に応じて大規模病院グループへ参加することも考えられる。グループのネットワークに参加することで、患者の紹介や知名度の強化による来院患者の増加が期待できる。また、グループ内での備品や医薬材料の共同購入も可能となり、費用が低減できる。

(4) 将来動向を踏まえた戦略

将来動向を踏まえた戦略としては、①急性期×大規模病院と同様に、地域において病床数が過剰になることが見込まれる場合は、今後の需要に合わせて休床・閉床することや、近隣病院とダウンサイジングを前提とした統合を図ること、病院機能を急性期から後方へと転換させることも戦略として挙げられる。

ウ ③後方×大規模病院について

(ア) 足許の経営改善のための戦略

a 収益増加施策の検討

後方病院の入院収益については、比較的高い傾向にある病床稼働率のさらなる上昇及び比較的低い傾向にある診療単価の上昇が増収施策として考えられる。後方病院は、地域の患者を早期に在宅復帰へと導くことを使命としており、そのなかでも大規模な病院は、エリアの中核的な役割を担うことになる。患者の在宅復帰支援を促進するために急性期病院との連携を強化することは、転院患者の受け入れに伴う稼働率の上昇効果につながるだろう。また、①急性期×大規模病院と同様に、豊富な人的リソースを活かした講演会や広報誌による知名度向上で、新規来院患者数を増やすことなどが、集患力強化や稼働率上昇の方法となる。患者確保による病床稼働率上昇以外に、患者1人あたりの診療単価を高めることも重要である。③後方×大規模病院においては、看護師の配置や、リハビリ専門職の配置、在宅復帰率の向上等により、さらに上位の入院基本料の取得や地域包括ケア病棟入院料の算定を目指し、収益の基盤を強化していくことが求められる。

b 費用削減施策の検討

後方病院では、急性期病院のように高額な医療機器や、薬品、診療材料を用いて

診療行為を行うことは少ないため、人件費・委託費の割合がおのずと高くなる。よって費用削減施策の観点からは、人件費・委託費へ優先的にアプローチすべきである。人件費・委託費の削減については、①急性期×大規模病院と同様の取り組みが想定される。診療行為に直接関わることのない事務や清掃の業務をアウトソーシングすることや、医療従事者の人件費に関して、院内の人員配置を改めて見直すこと、看護補助者や医療事務作業補助者等の配置による医師や看護師の超過勤務抑制を進めることも想定される。さらに、地域医療連携推進法人を設立し近隣病院と共同して研修を行うことで、研修費を削減することも検討に値する。なお、医薬材料費の削減についても、①急性期×大規模病院と同様に、煩雑になりがちな在庫管理の徹底や地域医療連携推進法人や病院グループに参加することでの医薬材料の共同購入、ベンチマークソフト導入による価格交渉などが考えられる。ただし、人件費・委託費への削減施策と比較すると効果は限定的であろう。

c 収益増加・費用削減施策の検討

増収・費用削減双方にアプローチする方法として、後方病院の統合による経営効率化が挙げられる。これにより医療人材が充実し病床規模も拡大することで、収容力拡大や患者対応の充実につながり、集患力の向上と地域の後方病床需要を取りこぼさない体制が構築できる。また、医療人材の充実が医師、看護師、リハビリ専門職員等の需要に合わせた配置を可能にし、職員の稼働や1人あたり人件費の適正化をもたらす。

(イ) 将来動向を踏まえた戦略

我が国における高齢化の進展を踏まえれば、今後、後方病床に対する需要はさらに高まることが予想される。そのため、③後方×大規模病院は、自院の属する医療圏の需給動向を踏まえつつ設備投資による増床も検討する必要がある。また、急性期病院を統合し病床機能を後方機能へ転換することも考えられる。

エ ④後方×小規模病院について

(ア) 足許の経営改善のための戦略

a 収益増加施策の検討

前述のように、後方病院の入院収益の増加施策としては、比較的高い傾向にある病床稼働率のさらなる上昇と比較的低い傾向にある診療単価の上昇が施策として考えられる。なかでも④後方×小規模病院は、地域にとって身近な在宅療養支援の拠点としての役割を担うことになる。よって患者の在宅復帰支援を促進するため、さらに急性期病院との連携を強化し、在宅療養を希望する患者のニーズを満たしていくことが肝要である。患者確保による病床稼働率の上昇以外にも、患者1人あたりの診療単価を高めることも重要である。④後方×小規模病院においても、③後方×大規模病院と同様に看護師やリハビリ専門職の配置、在宅復帰率の向上等の見直しも有効となり得る。それによって、より上位の入院基本料の取得や地域包括ケア病棟入院料の獲得に向けた算定基準を満たすことができる。

b 費用削減施策の検討

前述のように後方病院では、費用削減施策の観点からは人件費・委託費へのアプローチが効果的であり、小規模病院でもその重要性は変わらない。診療行為に直接関わらない事務や清掃の業務をアウトソーシングすることや、医療従事者の人件費に関して、院内の人員配置を改めて見直すこと、看護補助者や医療事務作業補助者

等を配置し医師や看護師の超過勤務の抑制を図ることが有効である。さらに、地域医療連携推進法人を設立し近隣病院と共同して研修を行うことによる研修費削減も、検討に値する。また、医薬材料費の削減についても、煩雑になりがちな在庫管理の徹底、地域医療連携推進法人や病院グループに参加することでの診療材料の共同購入や、相見積りによる価格交渉等の取り組みを徹底することで、医薬材料費を削減できる。

c 収益増加・費用削減施策の検討

増収・費用削減双方にアプローチする方法として、業況に応じて大規模病院グループへ参加することも考えられる。グループのネットワークに参加することで、設備資金、人員の確保において競争力を持つことができ、地域の在宅療養に対するニーズに確実な対応が可能となる。また、グループ内での効率的な人員配置や、機器・診療材料等のグループ内の共同・大規模購入などにより、調達費用が低減できる。

(4) 将来動向を踏まえた戦略

将来動向を踏まえた戦略としては、③後方×大規模病院と同様に、引き続き病床数不足の改善が求められていることから、非常に難易度が高いことではあるものの、自院の属する医療圏の需給動向及び病院の業況を踏まえつつ、設備投資による増床を検討することも考えられる。

(3) 再編・統合の検討

前述のとおり、医療機関を取り巻く環境が厳しさを増す中、どのカテゴリに属する医療機関も多くの経営上の課題を抱えており、業界再編は必至となっている。本項では、実際の例を挙げつつ、今後見込まれる再編・統合の流れを考察する。前項同様、規模と機能に着目すれば、病院同士の再編・統合には下記4つの方向性が考えられる。

- ア 規模を拡大させる再編・統合
- イ 規模を縮小させる再編・統合
- ウ 機能を拡充させる再編・統合
- エ 機能を集約化させる再編・統合

以降でア～エのそれぞれの方向性について記載する。

ア 規模を拡大させる再編・統合

高齢化の進展に伴い、全国的に見れば急性期需要の縮減が見込まれるものの、病院は、今後も一定の急性期需要に対応する必要がある。一方、生産年齢人口の減少に伴う医療人材の不足や医師の働き方改革等を踏まえ、病院は、病床拡充・病院統合により効率的な医療需要への対応を余儀なくされる。

一方で、都市部、地方部を問わず、今後の高齢化の進捗に伴い後方病床の需要は、さらなる拡大が見込まれ、病院は今後増加する医療需要に対して病床規模を拡大し、医療需要に対応していくことが求められる。とはいえ、本章冒頭で記載した厳しい昨今の環境下で、増床等のための設備投資や人材の確保等を単独で大規模に行うことは難しく、機能充実と経営安定化の方策としては、大規模後方病院が他の後方病院と統合し、規模を拡大することが考えられる。このような統合が実現すれば、規模の経済による増収効果や費用削減効果が見込めることになる。

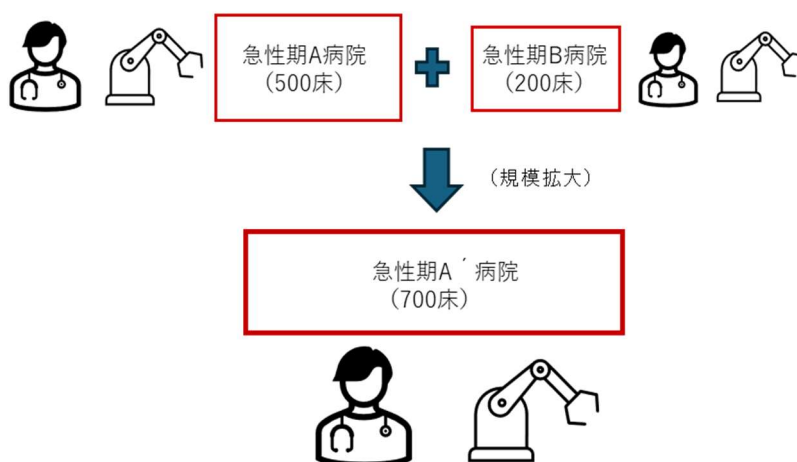
統合対象病院の選定においては、合併後の価値向上が見込めるかどうかのポイントになる。価値向上によるシナジー効果として下記のような例が考えられる。

- ① 地域の医療需要はあるが、リクルート力・ネットワーク力に乏しく、独自のルートで職員を確保することが難しい病院においては、大規模病院との再編・統合により、リクルート力が強化されることになる。また、大学病院の医局等との関係性が薄く、医師の確保に課題を抱えている病院においては、大規模病院が持つ人材や医局とのネットワークを活用することによって、人材不足が解消され、医療提供体制が安定化するという経営改善が実現可能となる。
- ② 地域の医療需要はあるが、患者紹介における域内のネットワークが弱く、集患に課題を抱えている病院においては、再編・統合により、大規模病院を有するグループや地域のネットワークに参加することで、病院間における患者の紹介・逆紹介や新規来院患者の掘り起こしにつながる。
- ③ 病院経営自体は問題ないが、後継者不在の病院においては、大規模病院との再編・統合による後継者確保を通じて、引き続き病院機能を提供できる。

■イメージ図

規模を拡大させる再編・統合

大規模急性期病院が急性期病院を統合



イ 規模を縮小させる再編・統合

急性期病床は全国平均的に供給過剰な状況にある。今後、人口減少や受療率の低下が見込まれる地域では、さらに急性期病床が供給過剰になることが予想される。特にいわゆる「大病院」が複数存在する地域では、急性期病床に強みを持つ大病院であっても中長期的に病床の削減を余儀なくされる可能性がある。また、業界全体としては、経営状況の厳しさや建築費の高騰により、病院は単独での病床維持・建て替えが難しくなっていくとともに、生産年齢人口の減少や医師の働き方改革等により人材確保もさらに困難になることが見込まれる。当該病院における方策としては、近隣で急性期病床を有する病院とのダウンサイジングを前提とした統合が考えられる。これが実現すれば、医療需要に対し病床数が適正化されるとともに必要量の医療スタッフが確保され、病床稼働率が上昇することで、経営状況は改善される。

ダウンサイジングを前提とした統合としては、兵庫県の三田市民病院と済生会兵庫県病院の事例が挙げられる。両病院は北神・三田地域で急性期を担う中核的病院であり、比較的近い位置関係にある。済生会兵庫県病院は、神戸市北区に位置し、「兵庫県保健医療計画」で定められた二次医療圏のうち神戸医療圏に属している。しかしながら、病院の立地は市境に近く三田市及び西宮市に隣接し、二次医療圏を超えた患者の流出入がある。済生会兵庫県病院は、当地域の人口減少と高齢化率の上昇による事業環境の変化、医師の継続的な確保の懸念、経営状況の悪化及び施設の老朽化を踏まえ、令和10年度中の新病院開院を目途にダウンサイジングを前提とした三田市民病院との統合を発表している（済生会兵庫県病院 268 床、三田市民病院 300 床のところ、新病院は 400-450 床を予定）（※）。

再編・統合対象病院の選定においては、将来の生き残りを模索するなかで、統合後の業況改善が見込まれるか否かがポイントになる。再編・統合による効果としては以下のような例が考えられる。

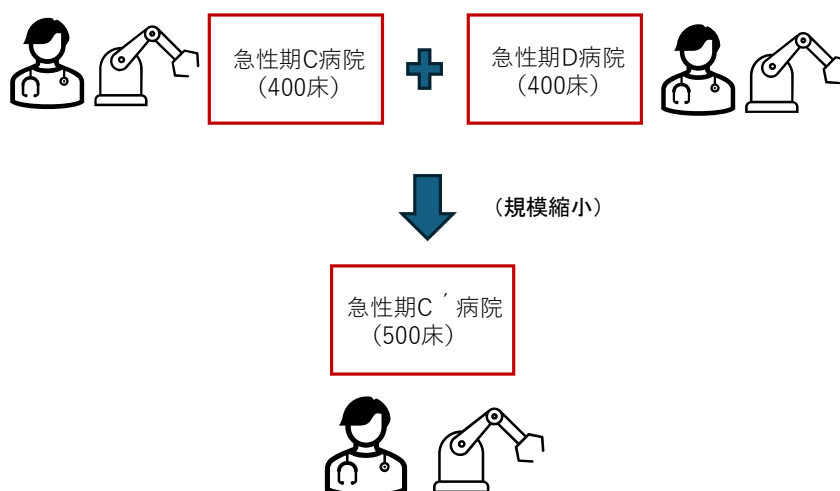
- ① 現在ないし将来における地域の医療需要に対し、病床数が過剰である病院では、病床規模の適正化により病床稼働率の向上を図ることができる。
- ② 生産年齢人口の減少や医師の働き方改革も相俟って地域の医療人材が不足している病院では、ダウンサイジングにより医療人材の適正配置を実現することができる。
- ③ 特に地方において、複数の急性期病院が競合している場合、上記①及び②などの効果により病院の経営改善が可能となり、地域の医療提供体制を安定化させることができる。

※社会福祉法人 恩賜財団 済生会ホームページ「三田市民病院との統合について」より

■イメージ図

規模を縮小させる再編・統合

大規模急性期病院同士が統合してダウンサイジング



ウ 機能を拡充させる再編・統合

多くの地域で、超高齢社会による人口動態の変化に伴い、後方病床需要が増えることが見込まれるとともに、生産年齢人口の減少により医療提供体制の維持が難しくなることが予想される。当該地域の病院では、急性期病院が今後の医療需要を踏まえて、後方病床機能を強化すること、つまり大規模急性期病院と後方病院との再編・統合という選択肢も考えられる。急性期のみならず、後方機能を有することで、前方後方の院内連携による増収効果や院内の医療提供体制の効率化を図ることができる。

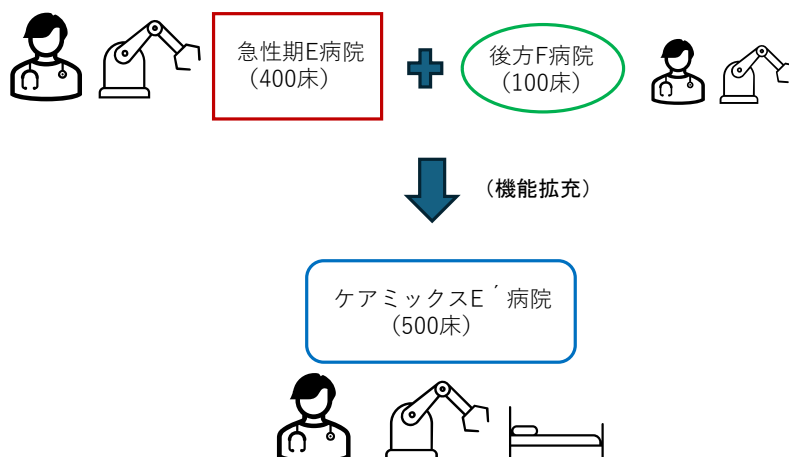
統合対象病院の選定においては、機能の拡充を図ることで合併後の価値向上が見込めるかどうかのポイントになる。価値向上によるシナジー効果として下記のような例が考えられる。

- ① リクルート力・ネットワーク力に乏しく、独自のルートで職員を確保することが難しい病院や、大学病院の医局等との関係性が薄く、医師の確保に問題を抱えている病院においては、大規模病院との再編・統合により、病床機能が拡充されるほか、大規模病院が持つ人材や医局とのネットワークが活用できるようになる。幅広い人材の獲得により急性期から後方までの診療行為に対応可能になり、経営改善のシナジーが発揮される。
- ② 地域の医療需要はあるものの、患者紹介に関する域内のネットワークが弱く、集患に課題を抱えている病院は、再編・統合により、大規模病院が有する知名度の活用や医療体制基盤の強化をすることで急性期から後方にかけて幅広い入院受け入れができるようになり、集患力が強化されることになる。
- ③ 病院経営自体は問題ないが、後継者がいない病院は、大規模病院との再編・統合により後継者を確保でき、引き続き病院機能を継続して提供し、地域に貢献していくことができる。
- ④ 急性期病院は、後方機能の獲得によって、地域包括医療病棟のような双方の機能を併せ持つ新たな基本診療料の算定も狙えるようになる。

■イメージ図

機能を拡充させる再編・統合

急性期大規模病院が後方病院を統合



エ 機能を集約化させる再編・統合

現状でも医師の働き方改革等により人材の確保が難しい病院が出てきているが、さらなる生産年齢人口の減少により、今後、単独では病床維持・機能維持が難しい病院の増加が予想される。これらの病院は、複数病院間の病床再編を行うことが選択肢として考えられる。このような再編・統合が実現すれば、規模の経済・医療機能の集約化による業務効率化や医療スタッフの確保で優位となり、経営状況の改善が見込まれる。

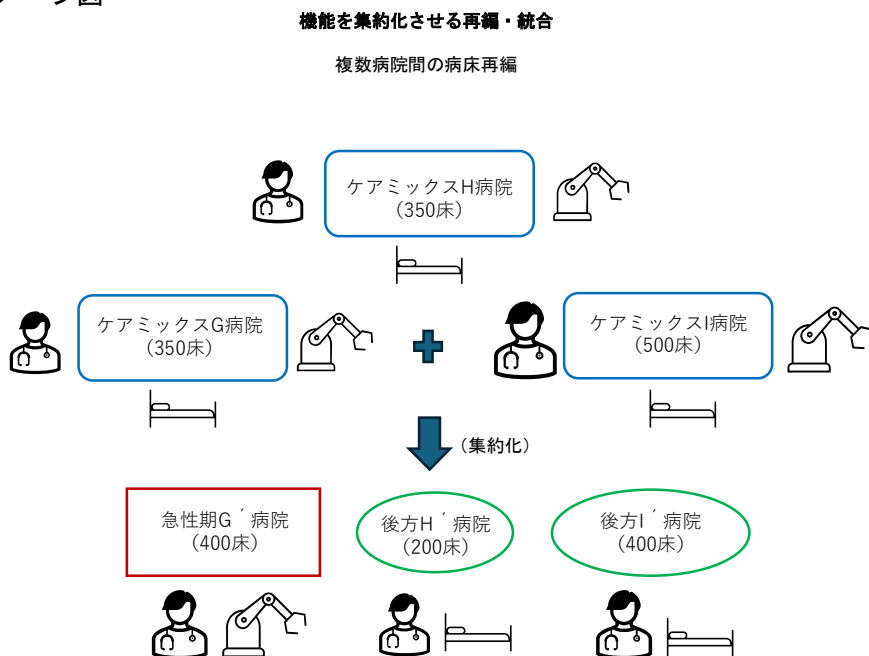
複数病院間で機能を集約化させる再編・統合の事例としては、北海道室蘭市にある市立室蘭総合病院・日鋼記念病院・製鉄記念室蘭病院の再編が挙げられる。3病院は、人口減少、少子高齢化などにより医療需要が大きく変化するなかで、今後も地域の医療を安定的に維持・継続していくことが第一との判断から機能分化・役割分担による再編の合意を発表しており、高度急性期や急性期医療、救命救急においては製鉄記念室蘭病院を基幹病院として段階的に機能集約化を図るとともに、日鋼記念病院と市立室蘭総合病院が比較的軽度な急性期医療や回復期・慢性期機能を担う形で機能分化を進める方針である。3病院及び室蘭市、室蘭市医師会らは、3病院間に加え在宅医療・介護とも連携を図り蘭西地域の医療システムを堅持していく計画である。(※)

再編・統合対象病院の選定においては、統合後の業況改善が見込めるかがポイントになる。再編・統合による効果としては下記のような例が考えられる。

- ① 医療人材の供給が不足している地域においては、機能集約による人材の効率的な配置を狙うことができる。
- ② 機能集約により、地域の基盤となる中核病院を生み出し、地域の医療提供体制を強化することができる。
- ③ 機能集約により、産科、小児科等の地域に欠かせない医療提供体制を維持していくことができる。

※社会医療法人 製鉄記念室蘭病院ホームページ「室蘭三病院再編に関する新たな合意と当院の考え方」より

■イメージ図



【参考文献】

- ・ 社会医療法人 製鉄記念室蘭病院ホームページ
「室蘭三病院再編に関する新たな合意と当院の考え方」
- ・ 社会福祉法人 恩賜財団 済生会ホームページ「三田市民病院との統合について」

株式会社日本政策投資銀行（DBJ）のご案内

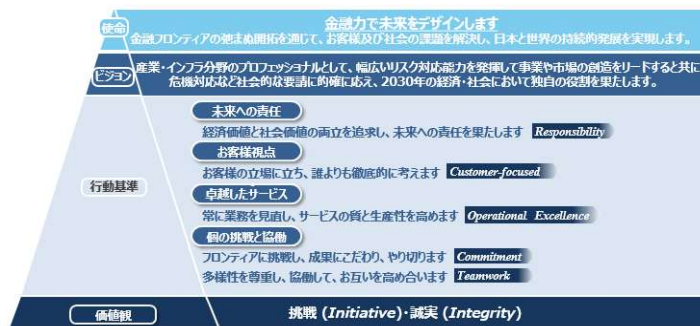
株式会社日本政策投資銀行は、1999年10月1日に日本開発銀行と北海道東北開発公庫の一切の権利・義務を承継して設立され、2007年6月に成立した株式会社日本政策投資銀行法に基づき、2008年10月1日に民営化（株式会社化）しました。

代表取締役社長 地下 誠二
 職員数 1,261名（2024年3月末）
 資本金 1兆4億2,400万円（全額政府出資）
 本店所在地 〒100-8178 東京都千代田区大手町一丁目9番6号
 大手町フィナンシャルシティサウスタワー
 URL <https://www.dbj.jp/>
 支店・事務所 支店10か所、事務所8か所、海外現地法人4か所
 総資産額 21兆3,533億円（2024年3月末）
 貸出金残高 14兆9,222億円（2024年3月末）

《DBJの企業理念》

DBJは、役職員が共有する価値観に根差した行動基準をガイドラインとしながら、当行グループの使命（存在意義）を追求し、ビジョン（あるべき将来像）の実現を目指します。

DBJでは、企業理念に基づく4つのDNA（長期性、中立性、パブリックマインド、信頼性）を、当行の強みとして位置づけており、これらを活かして参ります。



《DBJのサービスのご案内》

中長期の資金供給をはじめとする投融資一体型の金融サービスの提供を通じて、お客様の課題解決に取組みます。

融資部門	投資部門	コンサルティング／アドバイザー	アセットマネジメント
中長期融資やプロジェクトファイナンスなどの仕組み金融及び劣後融資の提供	メザンファイナンスやエクイティなどのリスクマネーの供給	仕組み金融のアレンジャー、M&Aのアドバイザー、産業調査機能や環境・技術評価等のノウハウ提供	多様なオルタナティブ投資における運用機会を提供
■ 中長期融資 ■ ストラクチャードファイナンス ■ アセットファイナンス（不動産） ■ シンジケート・ローン ■ ABL（資産担保融資） ■ 事業再生ファイナンス（DIPファイナンス等） ■ 危機対応業務	■ メザンファイナンス（劣後ローン・優先株等） ■ LBO／MBO ■ エクイティ投資（企業、不動産、インフラ等） ■ ファンド投資（LP投資等） ■ 特定投資業務	■ M&Aアドバイザーサービス ■ 女性起業サポート ■ イノベーション創造サポート ■ 新規事業開発サポート ■ 公有資産マネジメント	■ 不動産アセットマネジメント事業 ■ グローバルファンド投資事業（PEファンド、インフラファンド等）

《ヘルスケア室のご案内》

DBJ及び株式会社日本経済研究所は、医療・福祉分野、ライフサイエンス分野それぞれにおきましても、各種融資対応、コンサルティング業務及び「ヘルスケア業界ハンドブック」の発刊などによる情報提供等の取組みを通して、当該分野での付加価値提供を目指してまいりました。このような取組みを推進する観点から、2013年4月1日付で「医療・生活室」を改組し、「ヘルスケア室」を設立しました。

今後とも長期資金や年度資金のご融資などを通じて、お客様のニーズにあわせた解決策をご提案し、資金調達及び経営改善のお手伝いをさせていただきます。

《DBJの医療・福祉分野におけるサービスのご案内》

■ 融資

病院建替・増改築時に必要となる、長期の資金調達の支援

医療機器の取得・更新時の支援

介護事業進出時の資金調達の支援

経営承継（M&A）資金の資金調達の支援

（各種公的医療施設等の民間承継に対する支援も含む。）

● DBJ ビジョナリーホスピタル認定制度

公益財団法人日本医療機能評価機構による「病院機能評価」の認定を受けた病院を対象に、環境配慮、防災・事業継続対策に優れた病院をDBJ独自の評価システムによって「DBJ ビジョナリーホスピタル」と認定し、評価に応じた融資条件を設定する融資メニュー

● DBJ 健康経営（ヘルスマネジメント）格付

従業員の健康配慮への取組みを独自の評価システムにより評価して優れた企業を選定し融資するメニュー

■ M&Aアドバイザー

内外拠点/人的ネットワークに加え、全国の地域金融機関と提携

各種業界に関する豊富な知識と経験、公共性の高い案件へのノウハウ

■ ヘルスケアファンド

医療・介護事業者を対象にしたヘルスケアファンドを設立し、以下の業務を実施

● 医療機関等に対する劣後ローンの供給

● 医療機関等に対し、金融機関が保有する貸出債権の買い取り

● 医療・介護施設の不動産流動化

■ コンサルティング

DBJ及びグループ会社の(株)日本経済研究所による、中立的・公益的・長期的な視点からの医療事業者向けコンサルティング業務

①財務、②経営、③資産活用 の3点から、各種提案及び実行支援

■ レポート等の発信

「ヘルスケア業界ハンドブック」の作成

「ヘルスケアレポート」の作成（当行ウェブサイト）

《DBJのライフサイエンス分野におけるサービスのご案内》

■ 融資

工場の建設・建替時に必要となる長期の資金調達の支援
設備の取得・更新時の支援

M&A、一部株式取得等におけるバックファイナンスの支援

- 更なる成長のためのハイブリッドファイナンス、劣後融資などのリスクマネー提供
- DBJサステナビリティ評価認証融資

企業の非財務情報を評価して優れた企業を選定し融資するメニューで、それぞれ、従業員に関する健康経営、事業継続及び危機管理の経営（BCM）、環境経営を評価

■ 投資（共同投資等）

- 成長加速、資本増強のための優先株式取得又は普通株式取得を通じた支援
- 新規事業獲得、販路獲得、生産拠点の獲得を目的にした中規模以上のM&A時における買収対象会社への共同投資
- ノンコア事業切り出し、新規事業ジョイントベンチャー設立時の共同投資支援

■ M&Aアドバイザー

(株)日本経済研究所とも連携しながら、業界に関する豊富な知識と経験、ノウハウを提供
内外拠点/人的ネットワークに加え、海外のM&Aアドバイザリーファームと提携

■ ベンチャー企業支援

グループ会社のDBJキャピタル(株)を通じたベンチャー企業投資

■ レポート等の発信

「ヘルスケアレポート」の作成（当行ウェブサイト）

■ 株式会社日本政策投資銀行 本支店一覧（国内）

本店 東京

〒100-8178 東京都千代田区大手町1丁目9番6号（大手町フィナンシャルシティサウスタワー）
03-3270-3211（大代表）

北海道支店 札幌

〒060-0003 札幌市中央区北3条西4丁目1番地（日本生命札幌ビル）
011-241-4111（代表）

東北支店 仙台

〒980-0021 仙台市青葉区中央一丁目6番35号（東京建物仙台ビル）
022-227-8181（代表）

新潟支店 新潟

〒951-8066 新潟市中央区東堀前通六番町1058番地1（中央ビルディング）
025-229-0711（代表）

北陸支店 金沢

〒920-0031 金沢市広岡三丁目1番1号（金沢パークビルディング）
076-221-3211（代表）

東海支店 名古屋

〒450-6420 名古屋市中村区名駅3丁目28番12号（大名古屋ビルヂング）
052-589-6891（代表）

関西支店 大阪

〒541-0042 大阪市中央区今橋4丁目1番1号（淀屋橋三井ビルディング）
06-4706-6411（代表）

中国支店 広島

〒730-0036 広島市中区袋町5番25号（広島袋町ビルディング）
082-247-4311（代表）

四国支店 高松

〒760-0050 高松市亀井町5番地の1（百十四ビル）
087-861-6677（代表）

九州支店 福岡

〒810-0001 福岡市中央区天神2丁目12番1号（天神ビル）
092-741-7734（代表）

南九州支店 鹿児島

〒892-0842 鹿児島市東千石町1番38号（鹿児島商工会議所ビル）
099-226-2666（代表）

函館事務所 函館

〒040-0063 函館市若松町14番10号（函館ツインタワー）
0138-26-4511（代表）

釧路事務所 釧路

〒085-0847 釧路市大町1丁目1番1号（道東経済センタービル）
0154-42-3789（代表）

青森事務所 青森

〒030-0861 青森市長島2丁目10番3号（青森フコク生命ビル）
017-773-0911（代表）

富山事務所 富山

〒930-0005 富山市新桜町6番24号（C O I 富山新桜町ビル）
076-442-4711（代表）

松江事務所 松江

〒690-0887 松江市殿町111番地（松江センチュリービル）
0852-31-3211（代表）

岡山事務所 岡山

〒700-0821 岡山市北区中山下1丁目8番45号（N T T クレド岡山ビル）
086-227-4311（代表）

松山事務所 松山

〒790-0003 松山市三番町7丁目1番21号（ジブラルタ生命松山ビル）
089-921-8211（代表）

大分事務所 大分

〒870-0021 大分市府内町3丁目4番20号（大分恒和ビル）
097-535-1411（代表）

株式会社日本経済研究所（J E R I）のご案内

株式会社日本経済研究所は、わが国経済社会の望ましい発展のため、知恵・情報・解決策を広く発信し続け、公平・中立な立場から長期的な視点に立ち、公共セクターや民間企業に対する調査・コンサルティングを行う株式会社 日本政策投資銀行の関連シンクタンクです。2009年4月、財団法人日本経済研究所の受託調査及び関連事業を受け継ぎ、財団法人日本経済研究所が築いてきた伝統と実績をさらに発展させていく所存です。

設立	1989年12月
代表取締役社長	塩谷 晃仁
職員数	136名（2025年4月現在）
資本金	480百万円
所在地	〒100-0004 東京都千代田区大手町一丁目9番2号 大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 15階
URL	https://www.jeri.co.jp/
連絡先	公共デザイン本部 地域マネジメント部 医療・福祉チーム TEL:03-6214-4600 E-mail:public-design@jeri.co.jp

《J E R I の調査・コンサルティング事業》

総合的な観点からお客様のニーズにあったコンサルティングを実施いたします。

■ 官公庁向けサービス（国・地方自治体を対象）

調査、研究、提言や構想、政策・政策の立案などへの支援

■ 一般法人向けサービス（中堅・中小企業から大企業までを対象）

コーポレート戦略の立案、内部管理強化、海外進出やM&A、新規事業進出等の支援

■ 海外事業向けサービス（国内外のお客様を対象）

国際協力・海外進出支援・海外調査で蓄積した知見・ネットワークを活かしたニーズ対応

調査研究機関から行政まで幅広いネットワークを構築



内部のネットワーク

● 日本政策投資銀行 ● (一財) 日本経済研究所

外部のネットワーク

民間企業

● 法律事務所 ● 会計事務所 ● 業界団体 ● 民間企業 等

教育・研究機関

● 大学 ● 研究機関 ● 学術研究社

国・地方自治体

● 中央省庁 ● 地方公共団体 ● 政府関係機関 ● 地域シンクタンク 等

国際機関

● 国際機関 ● 在日大使館 ● 在外公館 ● 海外政府関係機関
● 海外ローカルコンサルタント 等

◆ 官公庁向けサービス ◆

PPP／PFI

案件形成支援、導入可能性調査、事業者選定のアドバイザー、モニタリング業務等

公共マネジメント

公共施設の実態把握、再編検討、具体的な施設再編の事業化、跡地利活用方策の検討等
インフラ（上下水道、ガス事業、交通インフラ、スポーツ施設、文教施設、公園等）

基礎的調査、官民連携等手法の提案、民間活力導入可能性調査、事業者選定支援業務等

医療・福祉

医療福祉計画の策定、事業手法の提案・サポート、事業計画・経営改善計画の策定等

広域経済分析

人口・経済・産業データ分析・提案、地方自治体の各種計画・戦略策定支援、各種基礎調査、民間ベースの各種経済・産業ビジョンの策定支援、経済効果分析等

地域産業振興

地域資源を活かした取組みの支援、地域のあり方提案

国際協力

開発途上国の金融制度の構築、産業振興支援、援助事業の評価及び財務・経済分析等

海外調査

政策立案・企業意思決定支援のための定量・定性データ整理、仮説・選択肢提示・検証等

◆ 一般法人向けサービス ◆

経営・事業・財務戦略

全社／事業のビジョン、経営戦略、経営計画、調査、評価、業務改善・定着支援等

産業調査、経済分析

具体のアクションのための定量・定性データ整理、仮説・選択肢の提示・検証等

サステナビリティ

サステナビリティ経営に関するビジョン・計画策定、新規事業開発支援、リスクマネジメントシステム構築等の伴走サポート

リスクマネジメント、BCP

リスクの特定、対応リスクの選定・順位付け、個別のリスク解決策の提案等

M&A

M&Aや事業提携による経営戦略、戦略立案～ポストM&Aまでのアドバイザー支援

海外進出支援・海外調査

中立的・長期的な視点からの定量・定性データ整理、仮説・選択肢提示・検証

◆ 海外事業向けサービス ◆

国際協力

開発途上国の金融制度の構築、産業振興支援、援助事業の評価及び財務・経済分析等

海外進出支援・海外調査

中立的・長期的な視点からの定量・定性データ整理、仮説・選択肢提示・検証

《JERIの医療・病院コンサルティングサービスのご案内》

株式会社 日本経済研究所では、我が国の経済社会が直面する地域医療や病院経営など「医療」を巡る諸課題について、豊富な経験やネットワークをフル活用し、広範な視点から自治体立病院、民間病院などさまざまなお客様のニーズにあったコンサルティングを行っています。

■ JERIの医療・病院コンサルティングサービスの特色

特色 1：豊富な経験に基づく「3つの力」の結合

60 年以上に及ぶシンクタンク業務で培った豊富な経験に基づく弊研究所ならではの「3つの力」—すなわち、①俯瞰力（時代潮流や国・地域社会の動向を把握）、②現場力（医療現場の課題等に精通）、③事業力（病院経営や事業計画を的確に分析、誘導）を結合し、総合的かつ的確な医療コンサルティングサービスをご提供いたします。

特色 2：中立的・公益的・長期的視点に立った信頼ある取組み

常に中立的・公益的かつ長期的な視点に立った業務への取組みは、地方自治体をはじめ多くの皆様から高いご評価を頂いております。地域社会にも貢献できるシンクタンクとして、信頼性のある医療コンサルティングサービスをご提供いたします。

特色 3：高度な知見を有するネットワークの活用

これまでの業務経験で培った弊研究所オリジナルのネットワークの中から、医療・システム・施設・制度・人材・会計・法務等医療関連の各分野に高度な知見を有する有識者、コンサルタント等を結集することにより、広範多岐にわたる的確な医療コンサルティングサービスをご提供いたします。

■ JERIの医療・病院コンサルティングサービスの内容(重点分野)

● 公立病院

① 病院改革プラン策定などの経営コンサルティング業務

- ・病院改革プランの策定支援
- ・病院経営分析、病院経営診断
- ・財務内容健全化、経営効率化等に向けた経営コンサルティング 等

② 病院基本構想・基本計画づくりなどのプランニング業務

- ・病院の新設、再整備等に当たっての基本構想、基本計画づくり
- ・病院経営に関する中長期計画、将来構想、経営計画づくり 等

③ 民間活力導入等、「経営形態見直し」のためのアドバイザー業務

- ・望ましい病院経営形態の検討（地方公営企業全部適用、地方独立行政法人化、指定管理者制度の導入、民間移譲等）
- ・PFI導入可能性調査、PFI導入アドバイザー業務
- ・指定管理者制度導入アドバイザー、民間委譲アドバイザー業務 等

● 民間病院等

④ 経営分析、事業計画づくりなどの経営コンサルティング業務

- ・経営分析（財務分析、マーケティング調査、診療機能・運営状況調査等）
- ・経営ビジョン、経営計画（収支計画等）、事業計画等策定
- ・経営改善策のご提案（増収増益策、現場業務改善提案等）
- ・病院及び病院経営体の事業価値評価 等

● その他

⑤ 医療を巡る諸課題等に関する調査研究業務

- ・医療政策・医療制度等に関する調査研究
- ・地域医療計画等のプランニング
- ・医療サービスに対するニーズ調査
- ・病院経営の一般的分析、課題と対応の検討 等

本書の取扱いについて

- 本ハンドブック自体の著作権（編集著作権）は弊行に帰属します。また、本ハンドブックに掲載しているデータ・図表等の著作権は、その出典元に帰属します。取扱いは、データ・図表等の著作権の帰属先によって次のとおり異なりますので、ご注意ください。
- 1 官公庁、独立行政法人に帰属するデータ・図表等の場合
基本的には、お客様の責任において自由にご使用ください。禁転載等の表記のあるものはそれに従ってください。
- 2 弊行以外の個別の企業・団体に帰属するデータ・図表等の場合
ご使用の際は、当該企業・団体に直接お問合せ願います。
- 3 弊行に帰属するデータ・図表等の場合
使用に際して、他媒体（ホームページ、雑誌、書籍、そのほか独自の資料等）への転載や編集加工等が発生する場合には弊行企業金融第6部 ヘルスケア室までお問合せください。

データ等の内容の正確性には十分注意を払っておりますが、万一、本ハンドブック記載のデータ等を利用したことによって直接又は間接に不具合が生じた場合でも、弊行及び弊研究所はその責を負いかねます。

ヘルスケア業界ミニブックー2040 年における医療のあり方ー

2025 年 5 月 30 日 初版発行

監修・発行 株式会社 日本政策投資銀行
株式会社 日本経済研究所

＜お問合せ先＞

(株式会社 日本政策投資銀行)

〒100-8178 東京都千代田区大手町 1－9－6

大手町フィナンシャルシティサウスタワー

株式会社 日本政策投資銀行 企業金融第 6 部 ヘルスケア室

TEL：03-3244-1730

<https://www.dbj.jp>

(株式会社 日本経済研究所)

〒100-0004 東京都千代田区大手町 1－9－2

大手町フィナンシャルシティ グランキューブ 15 階

株式会社 日本経済研究所 公共デザイン本部 地域マネジメント部

医療・福祉チーム

TEL：03-6214-4600

<https://www.jeri.co.jp>