

ヘルスケア業界ミニブック  
ー医療・介護をとりまく事業環境の変化と今後に向けての対応ー

2026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同時に進行する中、わが国の医療・介護を巡る事業環境は、これまでにない構造的な転換期を迎えています。医療需要の質的变化、人材不足の深刻化、物価・賃金上昇を背景とした経営環境の悪化など、医療・介護事業者が直面する課題は多層化しており、短期的な対応にとどまらない中長期的な視座に立った戦略的判断が一層求められています。

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、「予防医療」、「医療・介護分野の人材不足」、「2026年度診療報酬・介護報酬改定」という3つのテーマを取り上げ、医療・介護事業者をとりまく主要な環境変化とその対応の方向性を整理しています。

第1章「予防医療」では、健診、予防接種やオンライン支援などの予防医療が、病院等の既存資源を活用しながら、地域における健康水準の向上と安定した収益確保を両立し得る経営戦略であることを整理しました。続く第2章「医療・介護分野の人材不足」では、医師・看護師・介護職等の人材不足が構造的に深刻化している現状を踏まえ、採用のみならず定着を含めた人材確保を経営課題として捉え直す必要性を明らかにしています。さらに第3章「2026年度診療報酬・介護報酬改定」では、改定の基本的な方向性と医療・介護事業者への影響を整理した上で、今後の対応に当たって意識すべき視点を提示しました。

本書が、医療・介護・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

—医療・介護をとりまく事業環境の変化と今後に向けての対応—

## <目 次>

1	予防医療	1
(1)	予防医療への関心の高まり	1
(2)	予防医療の範囲	1
(3)	病院が関与しやすい領域	3
(4)	病院が予防医療に関与する際の留意点	26
(5)	おわりに	30
2	医療・介護分野の人材不足	31
(1)	各職種の不足状況	31
(2)	各職種の採用状況	40
(3)	採用コストについて	44
(4)	人材不足への多様な対応について	50
(5)	おわりに	53
3	2026年度診療報酬・介護報酬改定	54
(1)	2026年度診療報酬改定	54
(2)	2026年度介護報酬改定	75



## 1 予防医療

本章は、近年関心が高まっている予防医療に着目し、病院にとっての成長や経営安定化を支える観点から論じる。

健康診断、人間ドック、ワクチン接種、オンライン健康相談など、保険外を含む予防医療のサービスは、患者満足度を高めるだけでなく、診療報酬に依存しない安定した収益機会としても注目されている。予防医療を経営戦略に組み込むことで、地域の健康づくりと病院の持続可能性向上の両立を図り得ることについて記載する。

なお、予防医療の範囲は、健康診断（特定健診・人間ドック・各種検査）、予防接種、生活習慣病予防（保健指導・栄養・運動・禁煙支援等）、オンライン健康相談・遠隔モニタリング、企業向け健康支援、地域包括的予防（フレイル予防・認知症予防等）からメディカルフィットネスのようなものまで広く捉える。

### (1) 予防医療への関心の高まり

近年、予防医療への注目は急速に高まっている。

政府は、生活習慣病やがんの早期発見・早期対応を通じて重症化を防ぎ、将来的な医療費負担の増大を抑制する観点から、これまで特定健診やがん検診の受診率向上を重要な政策目標として掲げてきた。しかし近年では、単に医療費を抑えるという発想にとどまらず、国民の健康寿命を延伸し幸福度（Well-being）を高め、年齢に関わらず生涯活躍できる社会を実現するとともに医療・介護費の伸びを抑制するという考え方がより強く示されるようになってきている。

「骨太の方針 2025」では、こうした方向性がより明確に示され、病気になってから治療するという意味での医療より、健診や生活習慣の改善を通じて健康を維持する「予防・健康づくり」へと、政策の重心が移っている。その柱の1つが、健診結果や診療情報を活用したデータヘルスの推進であり、PHR（パーソナル・ヘルス・レコード）や、保険者と事業主が連携して従業員の健康づくりに取り組むこと（コラボヘルス）についても、普及と活用を進める方針が示されている。

これらは現時点で病院を含む関係主体に一律に義務づけられているわけではないが、医療DXの進展や制度設計の方向性を踏まえると、今後はこうした取り組みへの対応が求められる場面が徐々に増えていくものと考えられる。また、健康維持や介護予防の文脈から、歯科・口腔保健の強化や女性特有の健康課題への対応、地域に根差した重症化予防などへと対象領域を広げ、社会全体として、科学的根拠に基づく健康管理体制の構築を目指す動きも進んでいる。各企業においても「健康経営」は経営戦略上の重要なテーマとなっており、従業員の健康維持・増進に対して積極的な投資が進められている。

加えて、人々の健康志向そのものも強まっており、生活習慣病や健康寿命に関する認知の高まりが予防医療へのニーズを一層後押ししている。

### (2) 予防医療の範囲

本書では、取り扱う予防医療の範囲を、「疾病の一次予防（発症の予防）」、「二次予防（早期発見・早期介入）」、「三次予防（重症化防止・再発予防）」とし、それを目的に病院が医療行為又はそれに準ずる専門的支援・助言を提供する取り組みを整理する（※）。

※学術文献等によっては、原予防の範囲（社会環境整備等）などを定義に含むことがあるが、本書では病院による専門的支援が主軸のため、上記に含んでいない。また、「予防医学」との関係性を論じ、概念整理をすることも考えられるが、本書は、病院経営への何らかのヒントや気づきに繋がることをより重視した記載を心がけるため、予防医療の定義の正確性について詳細に論じない。

一次予防から三次予防までを含めると、予防医療の範囲は、健康の維持から疾病に関する相談・支援まで多岐にわたる。

## ■ 予防医療として考えられる広範な領域

予防の層	代表領域と具体例（サービス／プログラム）
一次予防 （発症の予防）	<p><b>予防接種</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・任意接種（インフルエンザ・帯状疱疹・渡航）</li> <li>・定期接種（小児・高齢者）</li> </ul> <p><b>生活習慣病の改善・機能維持</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・栄養・運動・睡眠改善・禁煙等に関する支援</li> <li>・メンタルヘルス予防プログラム提供</li> <li>・産前産後の保健指導</li> <li>・口腔機能維持・歯周病予防</li> <li>・骨粗鬆症予防講座</li> </ul>
二次予防 （早期発見・早期介入）	<p><b>健診・検診</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定健診・保健指導</li> <li>・がん検診（胃・大腸・肺・乳・子宮）実施</li> <li>・企業健診・企業のストレスチェックの支援</li> </ul> <p><b>人間ドック</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活習慣病の予防・早期発見を目的とした標準的な検査</li> <li>・三大疾病（がん・脳・心臓）を標的とした「プレミアム人間ドック」等の高度なスクリーニング実施</li> </ul>
三次予防 （重症化防止・再発予防）	<p><b>慢性疾患管理</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・血圧・血糖の遠隔モニタリング</li> <li>・COPD（慢性閉塞性肺疾患）・心不全増悪予防プログラム提供</li> <li>・フレイルの対策（栄養＋運動＋社会参加）</li> </ul> <p><b>再発予防</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・リハビリ継続支援</li> <li>・産後うつのスクリーニングとフォロー</li> </ul> <p><b>合併症予防</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症対策研修と院内サーベイランス実施</li> <li>・周術期口腔管理</li> </ul>
層横断 （オンライン・企業連携）	<p><b>オンライン保健指導・遠隔管理</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サブスクリプション型オンライン保健指導・相談支援</li> <li>・遠隔モニタリングによる支援</li> </ul> <p><b>企業向け健康経営支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・産業医連携・健康教育・ストレスチェック導入・データ分析</li> <li>・メディカルフィットネス</li> </ul>

※上記のほかにも、例えば、遺伝子・ゲノム関連予防（遺伝子検査による疾患リスク評価、BRCA検査、薬剤反応性検査）、高齢者や精神疾患のリスクがある人向けの精神・認知機能予防（認知症予防教室、認知機能スクリーニング、うつ病早期介入プログラム）、小児予防（発達障害スクリーニング、肥満予防プログラム）なども、中心的な検討対象とはしないが、疾病の発症予防や早期発見、重症化防止といった観点から、一次予防から三次予防の枠組みに照らして整理すれば、広義には含み得る。

### (3) 病院が関与しやすい領域

安定した収益機会とする観点から、病院は特に予防医療のどの領域に関与することがよいのだろうか。

予防医療は、その提供形態や財源構造により、①保険診療として評価されるもの、②公費補助を伴う保険外サービス、③完全な保険外サービスに大別できる。これらは、それぞれ診療報酬改定や公費補助制度の見直し、市場環境の変化等による影響の受け方が異なり、制度面・収益面の変動リスクの性質が大きく異なる点に留意が必要である。

本項では、こうした制度区分と改定リスクの違いを前提とした上で、病院が自院の機能を活かしながらかつ関与でき、かつ制度・収益の両面で一定の持続性が期待できる領域として、「予防接種」、「健診・検診」、「生活習慣病予防プログラム」、「オンライン保健指導・遠隔モニタリング」、「企業向け健康経営支援」、「歯科・口腔予防」、「病院が経営できるスポーツジム」を取り上げ、以下の4つの視点から分析したい。

視点1：現場の負担感が重くなく、かつ既存資源を活用できる度合いが高い  
(検査機器・スタッフ・外来などの機能活用など)

視点2：政策・制度の後押しがある  
(法定健診・定期接種制度・データヘルス政策・健康経営優良法人制度など)

視点3：地域・企業との連携で集患しやすい・認知度の向上に繋がる  
(業務委託、包括契約、病院としての優位性)

視点4：収益に繋がる構造が明確  
(保険外収益、サブスクリプション、企業契約)

視点1 既存資源活用	視点2 政策・制度後押し	視点3 集患力・認知度	視点4 収益性
---------------	-----------------	----------------	------------

以降のア～クでは、各予防医療領域について、どの視点から関与すべきかを踏まえながら詳述する。あてはまる視点は赤枠で囲んだものである。

#### ア 予防接種（高齢者肺炎球菌、带状疱疹、インフルエンザ 等）へのさらなる注力

視点1 既存資源活用	視点2 政策・制度後押し	視点3 集患力・認知度	視点4 収益性
---------------	-----------------	----------------	------------

視点1：外来機能を活用でき、季節性の需要が安定。高齢化で対象者増。

視点2：定期接種制度・助成金がある。

視点3：自治体との連携、企業契約等で大量接種と病院認知度向上・集患に繋がる。

視点4：任意接種は保険外収益源となる。

まず、予防接種は病院が体系的な取組みを即座に始めやすい領域である。

予防接種は、原則として保険診療ではなく、定期接種や自治体助成を通じて公費補助が組み合わされる点に特徴があり、本稿では「公費補助を伴う保険外サービス」に該当する領域として整理する。

多くの病院ではすでに予防接種を実施しているものの、外来診療のうちの1メニューとして個別に提供されがちであり、病院が有する診療機能や患者接点をより活かせる可能性がある。今後は、予防接種を単発的な医療行為ではなく、入退院、外来、健診、慢性疾患管理といった診療の流れ・プロセス全体に組み込むサービスにすること

で、地域の住民の健康水準を上げるとともに、病院経営の安定化に資するものと考えられる。

病院が予防接種に注力すべき理由は、病院が有する既存の情報や体制といった資源を活かしやすい点にある。病院は、患者の既往歴や基礎疾患、治療経過、併用薬、免疫状態といった診療情報を継続的に把握しており、主治医の管理下で、接種が適切か否かや、接種すべきタイミングを判断できる体制を有している。これは、単に病院が、「予防接種できる場所」であることにとどまらず、個々の患者にとって安全性が高く、また理解・納得して予防接種を受けられる環境であることを意味する。また、入院中や退院前後の説明、外来で病院を訪れる際の定期的なフォロー、健診結果に基づく健康指導等と組み合わせれば、追加の来院負担を生じさせずに接種機会を設けられる点も、病院の大きな利点となる。予防接種を治療や入退院後の管理の延長上に自然に位置づけられることは、病院の強みと言える。

病院の予防接種数の見通しは、市場全体の需要が拡大する（需要自体が増える）面と、予防接種の提供主体が病院へと移行する面の2つに分けて考えることができる。

まず需要の拡大については、高齢化と疾病構造の変化が大きく影響している。高齢者人口は今後も増加が見込まれており、それに伴い、複数の慢性疾患を抱えながら生活する人の割合も高まる。こうした人々にとって、肺炎球菌や带状疱疹、インフルエンザといったワクチンは、単なる感染症予防にとどまらず、重症化防止や入院・要介護化の回避という観点から重要性が一層高まっている。制度改正を通じて接種対象や接種機会そのものが拡大しているものとして、例えば带状疱疹ワクチンは、2025年4月から65歳となる者を基本対象とする定期接種（B類疾病）として開始され、70歳以上についても経過措置により段階的に対象が拡大している。また、高齢者肺炎球菌ワクチンは、2026年4月から従来の23価多糖体ワクチンに代わり、免疫記憶を誘導する20価結合型ワクチン（PCV20）が定期接種に採用された。さらに、HPVワクチンも積極的勧奨の再開や定期接種・キャッチアップ接種の実施により接種数は回復傾向にある。積極的勧奨が行われていなかった2010年代には全国の初回接種者数は年間数千人規模に落ち込んだが、再開後2022年以降はのべ数百万回規模に回復した。

これらは、予防接種が一部の希望者に限られたサービスから、幅広い年齢層や疾患背景を持つ人を対象とする医療サービスへ位置づけが変化していることを示している。

ワクチンは、年齢要件を満たす人が一律に接種すればよいものではなく、基礎疾患の有無や治療内容、免疫状態などを踏まえた判断が必要なケースが少なくない。前述のとおり、複数の慢性疾患を抱えながら生活する人の割合が高まる中で、糖尿病や心疾患、呼吸器疾患を有する患者、がん治療や免疫抑制治療を受けている患者などについては、感染症に罹患した場合の影響が大きいため、「接種が望ましい」と医学的に判断される場面は今後増えていく。その意味で、単に人口動態に比例して予防接種の対象者が増えるというよりは、医師の判断のもとで接種を検討すべき患者が増えていく構造にある。そして、この需要の拡大がそのまま病院にとってのシェア獲得機会に繋がる可能性を示している。基礎疾患や治療状況を踏まえた接種判断が必要な患者ほど、単なる利便性の高い場所よりも、診療情報を共有し、主治医の説明を受けながら接種できる医療機関を選ぶ傾向にあるため、結果的に、同じ予防接種であっても、提供主体として入院・外来・専門診療を担う病院の関与が高まっていく構造が生じつつある。

加えて、政策面で予防接種を推奨するようになってきていることから、予防接種を受ける人が増加し、需要が高まる見込みである。近年の予防接種政策では、重症化予防や将来的な医療・介護費の抑制を目的に、接種機会の確保や接種率向上が企図されている。その一環として積極的勧奨や接種対象年齢の明確化、公費助成の拡充などが進められており、これまで副反応への不安や情報不足、接種機会が持ちにくいことなどから予防接種を見送っていた人の需要が増加する。つまり、「予防接種の必要性は感じ

ているが、いつ、どこで、何を接種すればよいのか分からない」という人々が制度の整備や病院からの働きかけにより、予防接種を受けるようになる余地は大きい。

このように、高齢化の進展、慢性疾患患者の増加といった社会構造の変化に加え、重症化予防を重視する政策の方向性が重なり合うことで、予防接種の需要は拡大する。単に「接種対象者が増える」だけでなく、「医師の判断や継続的な診療の関与を前提とする需要も増える」点に特徴があるため、提供主体として病院が関与する必然性が高くなり、結果として、予防接種分野における病院のシェア拡大の余地が生まれる。

収益面に目を向けると、予防接種は1件当たりの収益性が高い分野ではないものの、同じ手法により同程度の収益が繰り返し得られるサービスであり、見通しを立てやすい医療サービスと言える。

対象人口や予防接種政策の動向に左右される面はあるものの、予防接種は定期・任意を問わず原則として保険診療の対象外であるため、診療報酬改定による直接的な影響は受けない。一方で、定期接種における公費助成や積極的勧奨の有無といった政策判断は需要に影響を及ぼすため、その動向には留意が必要であるが、急激な需要低下が生じにくい点は予防接種の特性と言える。

また、既存の外来や健診の運用に組み込むことで、予防接種のための追加的な人員や設備の投資を抑えながら実施できるため、労力に対するリターンを確保しやすい構造を持つ。

急性期病院において予防接種に注力することは、外来部門の安定的な収益確保と病院全体の運営効率向上の双方に寄与する。基礎疾患を有する患者や高齢患者との継続的な接点を活かし、外来フォローや退院後管理の流れの中で接種機会を設けることで、追加的な集患コストをかけずに一定の件数を見込みやすい。さらに、重症感染症の予防は、緊急入院や入院長期化の抑制を通じて病床運用の安定化にも繋がり、高度医療を担う急性期病院の経営基盤を下支えする効果を持つ。

回復期病院等の後方病院において、予防接種は在宅復帰や機能回復を支える医療の延長として位置づけやすい領域である。入院中や退院前後の説明・指導と組み合わせることで、患者の理解と納得を得やすく、接種率の向上が期待できる。また、感染症による再入院や体調悪化を防ぐことは、リハビリテーションの中断リスクを低減し、在院日数の適正化にも寄与する。予防接種の実施は直接的な収益に加え、病棟運営の安定化という間接的な経営効果をもたらす点に特徴がある。

病院の場合、すでに外来や健診といった機能や対応人材を有しているため、新たな設備投資や人件費を大きく増やさず取り組める点が強みである。さらに、予防接種は実施の仕方を工夫することで、病院にとってより採算性の高いサービスになり得る。特に、健診や外来と同日に実施すること、後述するイ〜キのような他の予防医療サービスと組み合わせることで提供すること、そしてワクチンの在庫ロスを抑えることは、収益性を高める重要なポイントとなる。

まず、健診や外来の受診日にあわせて予防接種を行うことで、受付や問診、会計といった業務を既存の流れの中で処理することができる。その結果、予防接種1件当たり新たに発生するコストはごく小さく抑えられる。また、すでに来院している患者に対して予防接種を勧奨するため、接種まで至る割合が高く、件数の見通しが立てやすい。この点は、予防接種だけを目的に来院してもらう場合と比べ、収益面での不確実性が小さく、結果として粗利率の改善に繋がる。

次に、予防接種を健診、生活習慣病予防プログラム、オンライン保健指導、企業向け健康経営支援などと組み合わせることで、需要を予め見込みやすくなる。例えば企業健診に予防接種を組み込めば、実施件数が事前に把握できるため、ワクチンの発注量や当日の人員配置を計画的に行うことができる。予防接種は単品で提供すると価格競争に陥りやすいが、「健康管理をまとめて提供するサービス」として提示す

ことで、病院側が価格や内容を設計しやすくなるという利点もある。

加えて、予防接種の採算性を左右する要素として、在庫管理の重要性は大きい。ワクチンは使用期限があるため、余剰在庫や期限切れは損失に直結する。健診同日接種やパッケージ化によって接種時期をある程度集中させ、事前予約を徹底することで、必要な量を小分けに発注することが可能となる。これにより、表面的な単価が同じであっても、利益率を高めることができる。予約の締切日を明確に設定し、予約件数に対して実際に接種が行われた件数や、発注したワクチンの使用状況を定期的に確認することで、在庫管理を個人の経験ではなくデータに基づいた合理的な運用へと移行することができる。こうした管理を行うことで、季節変動のある予防接種であっても、安定した運営が実現しやすくなる。

### ■病院とクリニックの予防接種に係る役割分担について

観点	病院	クリニック
基本的な役割	医師が接種可否を判断することや診療との一体運用が必要な予防接種が提供できる主体	定型的な予防接種を身近でアクセスしやすい環境で提供できる主体
対象患者の範囲	高齢者、慢性疾患患者、複数疾患併存患者、入退院を繰り返す患者、手術や治療を予定・実施中の患者までカバー	健康な小児・成人、基礎疾患のない人、接種可否を判断しやすい人が中心的
診療との関係	入退院、外来、健診、専門治療と連携ができる	予防接種単独又は一般外来の付随サービスとなる

収益への効果イメージについて、年間外来のべ患者数 10 万人、高齢化率 31%の地域に所在することを仮定し、主な予防接種に注力するとすれば、試算の一例として、次のように想定し得る。

### ■収益への効果（年間）イメージ

項目	接種率	件数	単価(円)	売上(円)	粗利(円)
インフルエンザ	2.0%	2,000	3,500	7,000,000	2,100,000
肺炎球菌	3.0%	930	4,000	3,720,000	1,116,000
带状疱疹	1.0%	310	22,000	6,820,000	2,046,000
HPV	0.5%	500	16,000	8,000,000	2,400,000
MR(麻しん・風しん)	0.3%	300	8,000	2,400,000	720,000
B型肝炎	0.5%	500	6,000	3,000,000	900,000

※前提は下記のとおりである。厚生労働省の統計データなどから保守的に計算している。

※任意接種を想定し算出。自治体から定期接種を受託する場合は利益が多少上乘せされる。

- ・母数  
外来のべ件数：10 万件／年、うち高齢者外来（推定）：31,000 件／年（＝10 万件 × 31%）
- ・接種率  
インフルエンザ、HPV、MR（麻しん・風しん）、B型肝炎：外来全体に対する割合  
肺炎球菌、带状疱疹：高齢者外来に対する割合
- ・単価（概算）  
病院が価格を設定。ただし自治体委託（定期接種）の場合は固定
- ・粗利率  
ワクチン原価＋消耗品＋人件費（同日接種前提）を考慮し 30%と設定

このように、予防接種は取組みにより短期間で大きな利益を生むような分野ではないが、病院が本来持つ機能を活かした提供をすることによって、需要の拡大とシェアの双方を着実に取り込むことができる。見通しをたてやすく、追加的な集患コストをかけずに一定の件数を見込み得るという点で、低リスクで安定した収益を積み上げられる領域であり、病院が最初に注力すべき予防医療領域と言える。

イ 健診・検診（人間ドック、特定健診、がん検診 等）

視点1 既存資源活用	視点2 政策・制度後押し	視点3 集患力・認知度	視点4 収益性
---------------	-----------------	----------------	------------

視点1：既存の検査機器等を活用でき、追加投資が比較的少ない。

視点2：特定健診や各種がん検診などは、国や自治体が受診率向上を重視して継続的に推進している。

視点4：人間ドックを中心に、内容設計次第で単価を調整できる構造を持つ。

健診・検診は、原則として保険診療の対象外であるが、特定健診や自治体検診など公費補助を伴うものと、任意の人間ドック等が併存する領域であり、本項では「公費補助を伴う保険外サービス」を軸にした上で、病院が比較的自由に設計しやすい任意健診に主眼を置いて検討する。

健診・検診は、予防医療の中でも、病気を未然に防ぐ、あるいは早い段階で見つけて重症化を防ぐための基本的な取り組みである。人間ドック、特定健診、各種がん検診などを通じて、症状が出る前の段階で健康状態を確認し、生活習慣の見直しや必要な医療に繋げる役割を担っている。

健診・検診は、その実施根拠や費用負担の仕組みにより性格が異なる。具体的には、①労働安全衛生法に基づき事業者に実施が義務づけられている事業者健診、②高齢者医療確保法に基づき公費補助のもとで実施される特定健診、③本人が任意に受診する人間ドックや各種検診（企業が費用補助等を行うものを含む）に大別される。これらはいずれも原則として保険診療ではなく、自由診療として提供される点は共通だが、法令上の義務や公費補助の有無によって、需要の安定性や受診のきっかけは異なる。

病院が実施する健診・検診の内容としては、個人・企業を対象とした法定健診や定期健診、胃・大腸・肺・乳・子宮などの器官の各種がん検診、人間ドックなどが挙げられる。重要なのはこれらを単発の検査として終わらせるのではなく、結果の説明やフォロー、必要に応じた外来診療や精密検査へと繋ぐ一連の流れとして提供することであり、この点において、病院は健診と診療を無理なく結びつけやすい立場にある。

一方で、専用の健診センターを設けていない病院が健診・検診に取り組む場合、必ずしも受診者の動線や検査の流れが一气通貫で設計されていないケースも考えられる。診療で用いている検査機能を活用できる反面、検査場所が分散しやすく、受診者が院内を行き来する負担や、調整・案内を担う現場職員の業務負荷が増すことが懸念され、運用面の工夫が求められる。

以下では、病院が健診・検診に注力する意義を、病院としての強み、需要見通し、収益面の3つの観点から整理する。なお本項では、とりわけ病院が内容や提供方法を比較的自由に設計しやすく、診療や他の予防医療とも組み合わせやすい人間ドックを中心とした任意健診に主眼を置きつつ、事業者健診や特定健診といった制度健診との関係も踏まえて論じる。

まず、病院の健診・検診における最大の強みは、専用の健診センターを設けなくても、すでに実施している日常診療の延長として検査を実施できる点にある。多くの病院では、血液検査、心電図、X線、超音波、CTといった検査をすでに通常診療で運用しており、健診のために新たな設備投資が必要となるケースは限られている。

そして、病院が実施する健診・検診の特徴は、多数の受診者に同一の検査項目を一律に実施するのではなく、外来診療の中で、一人ひとりの患者の状態に応じて、追加検査をカスタマイズできることにある。例えば生活習慣病が疑われる場合には診療の延長として複数の検査をまとめて実施したり、慢性疾患や高齢の患者については定期的な状態確認の一環として必要な検査を組み込んだりすることができる。診療情報を把握した医師の管理のもとで行われるため、検査結果が示す内容や今後に行うべき対

応が分かりやすく、受診者にとっても安心感のある健診・検診となりやすい。

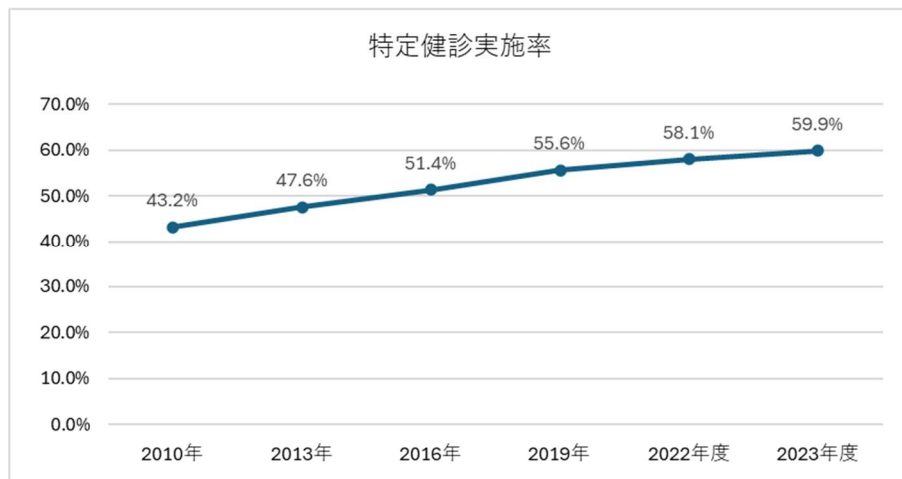
さらに、健診・検診の需要については、事業者健診や特定健診、自治体の実施するがん検診は、法令や政策に基づき実施が求められる制度健診であり、受診率向上が国や自治体の重要施策として位置づけられていることから、健診・検診には社会全体としての下支えがあると言える。こうした高齢化の進展や生活習慣病の増加、がんの早期発見を重視する政策の流れを背景に、今後も一定規模で需要が維持されると考えられる。

とはいえ、健診・検診はすでに広く普及定着しており、受診率向上はあっても、健診を受ける人の母数が増える形で需要そのものが急激に拡大する余地は大きくないと言える。(普及定着しているものの、制度上は定期的な受診が想定されているが、実際には受診が後回しになる、継続が途切れるなどの層が一定程度存在するため、受診率の向上自体の余地はある。)

一方で、病院が現実的に見込むべきであるのは、これまで受診に結びついてこなかった対象者に対して、通院や入院の流れの中で無理なく受けられる形で健診・検診を提供することにより、結果として受診に結びつくケースである。これまで健診センターや自治体の集団健診など、診療とは別枠で実施されてきた健診・検診について、診療と一体的に提供できる病院で実施することで、結果的に病院で健診・検診まで対応できる形にしていくことが重要である。定期通院中の慢性疾患患者や、高齢で入退院を繰り返す患者の中には、本来は健診・検診の対象であっても、別の健診機関に向かうこと自体が負担になり、結果として受診に繋がっていない層が少なくない。病院が「いつもの通院先でまとめて確認できる」「異常があればすぐ診療に繋いでもらえる」という形で健診・検診を提供することで、こうした需要が病院に自然に集まりやすくなる。

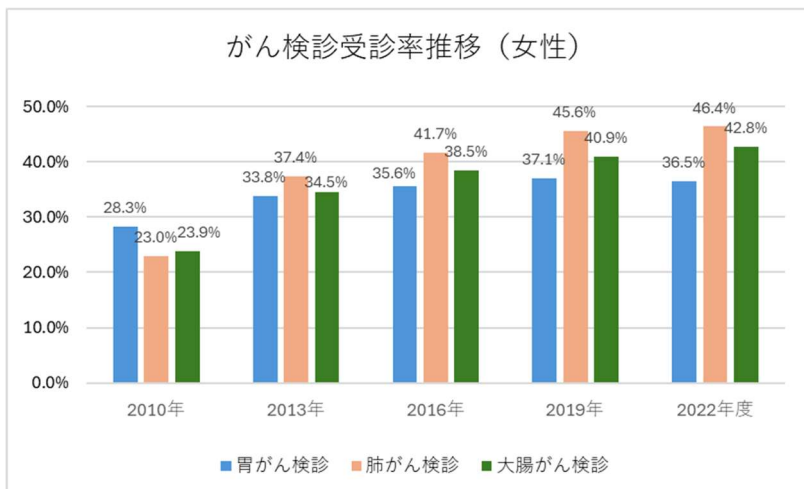
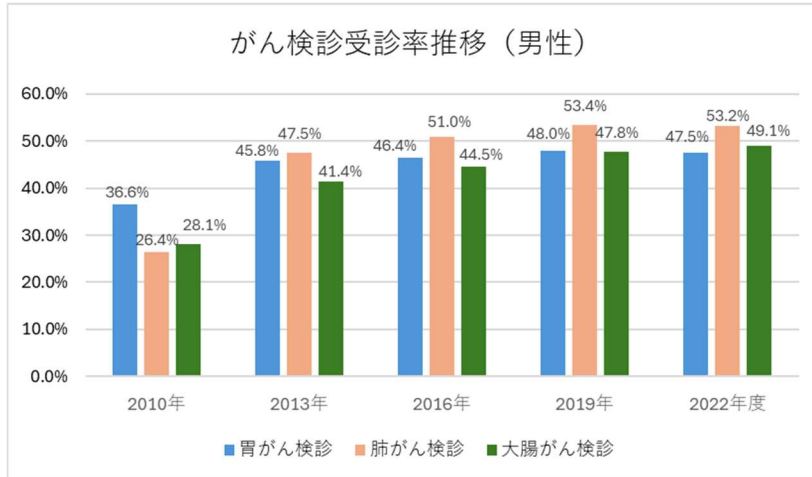
健診・検診の実施場所が分散してしまっている状況から、診療と一体的に提供できる病院へと転換していくことは、新たな需要を無理に掘り起こすものではなく、すでに通院している患者のニーズを診療の延長として受け止める取り組みであることから、病院にとっても現実的に取り組みやすいと言える。

## ■ 特定健診実施率の推移



出典：厚生労働省「特定健診・特定保健指導の実施状況について（2023年度）」を基に作成。

## ■がん検診受診率の推移



※胃がん、肺がん、大腸がんは40歳～69歳。

健診等（健康診断、健康診査及び人間ドック）の中で受診したものも含む。

出典：第89回がん対策推進協議会「参考資料7 がん検診の受診率の推移」（2023年7月10日）を基に作成。

収益について見てみると、健診・検診は、短期間で大きな利益を生み出す事業ではないが、既存の診療・検査体制を活かしながら、比較的無理なく続けられる点に特徴がある。外来の延長で行う健診的検査や、人間ドック及び各種がん検診、オプション検査などは、専用施設や大幅な人員増を必要としない一方で、検査部門や画像診断部門の稼働を安定させる効果が期待できる。

また、健診・検診をきっかけに、外来での経過観察や追加検査に繋がるケースも一定数存在する。これを健診の主目的として強調するべきではないが、結果として病院との関係が続きやすくなる点は、病院運営にとってプラスと言える。このように、健診・検診は、単体での利益のほか、病院と患者との接点を増やし、関係を長く保つための取組みに位置づける方が実態に近い。

急性期病院にとって健診・検診は、収益源になり得るほか、検査部門の稼働を安定させ、地域や企業との接点を保つための役割が大きい。入院医療は在院日数の短縮や

機能集中が求められる中で、外来や健診を通じて地域住民と継続的に接点をもつことは、地域の中での病院の存在感を維持する上で重要である。

一方、慢性期病院や地域包括ケアを担う後方病院では、健診・検診はより実用的な意味を持つ。慢性疾患患者や高齢者に対して、定期的な状態確認や重症化予防を目的とした検査を健診的に位置づけることで、診療と予防を切れ目なく繋ぐことができる。これは患者の安心感に結びつくだけでなく、提供体制を圧迫するような医療・介護サービスの過度な利用を防ぎつつ、病院との関係を長期的に維持することに繋がる。

このように、健診・検診は、需要の純増が見込まれるものではない一方で、従来の提供のされ方では受診に至っていなかった人が一定程度存在する。そのような健診・検診について、病院が日常診療の流れの中で無理なく実施していることを前提に位置づけることが、予防医療を現実的に進めていく上で重要である。

## ■収益への効果（年間）イメージ

項目	件数	単価(円)	売上(円)	粗利(円)
人間ドック	300	37,000	11,100,000	7,215,000
法定健診	800	8,500	6,800,000	4,600,000
オプション検査(※)	下記	下記	1,267,500	561,000

※高齢化率31%の地域にある、年間外来のべ患者数10万人の病院想定。

※粗利率は人間ドック（任意健診）が65%、法定健診70%で計算している

本試算の粗利率は、既存病院機能を活用して健診を実施する場合を想定し、追加的に発生するコストを中心に控除した概算値である。専用の健診センターを設ける場合や、健診専任人員を配置する場合には、粗利率はこれより低下する。

※オプション検査（任意）については、以下のように計算している。

### (オプション検査計算)

検査項目	件数	単価(円)	選択率	年間売上(円)
腫瘍マーカー (PSA/CEA等1項目)	90	3,000	30%	270,000
動脈硬化検査 (ABI検査・PWV検査など)	75	2,000	25%	150,000
骨密度検査	60	1,500	20%	90,000
ピロリ菌検査	75	2,000	25%	150,000
眼底・眼圧精密	45	1,500	15%	67,500
合計売上				727,500
粗利(40%)				291,000

上記は粗利40～60%（外注検査費用の割合が高い項目は粗利が下がる）と想定し、40%で計算。

検査項目	件数	単価(円)	選択率	年間売上(円)
内臓脂肪CT	60	3,000	20%	180,000
Lox-index（脳心血管リスク）	30	7,000	10%	210,000
HPV検査（男女）	30	5,000	10%	150,000
合計売上				540,000
粗利(50%)				270,000

上記は粗利50～70%（内臓脂肪CTなど固定費化しやすい項目は高粗利になりやすい）と想定、50%で計算。

ウ 生活習慣病予防プログラム（栄養・運動・睡眠・禁煙 等）

視点1 既存資源活用	視点2 政策・制度後押し	視点3 集患力・認知度	視点4 収益性
---------------	-----------------	----------------	------------

視点1：既存人材と診療情報を活用できる点で現場負担が比較的小さい。

視点2：政策・制度の方向性とも整合する。

視点3：地域や企業との関係構築や病院認知向上、集患に繋がる。

視点4：保険外収益としての構造も明確である。

生活習慣病予防プログラム（栄養・運動・睡眠・禁煙／減酒など）は、単なる健康づくりにとどまらず、患者のQOLを保ちながら、糖尿病や高血圧、脂質異常症といった慢性疾患の発症や悪化を防ぐことに繋がるものとして、国も力を入れている予防医療領域であり、病院が中長期的に取り組む価値のある分野である。治療として保険診療で行う指導とは別に、病院が自院の裁量で設計しやすい自費型サービスとしても提供できる領域であり、本項では「完全な保険外サービス」を中心に、自治体委託等により「公費補助を伴う保険外サービス」が併存し得る点も踏まえて整理する。

病院が提供する生活習慣病予防プログラムの内容は、管理栄養士や保健師による栄養指導、運動習慣づくりの支援、禁煙・減酒や睡眠改善に関する助言、健診結果や検査データを踏まえた生活改善プランの作成などが中心となる。単発の指導で終わらせるのではなく、結果の振り返りや再評価まで含めた流れを予め組み込むことで実効性の高い取組みとなる。

実際に、国内で生活習慣病予防プログラムに取り組んでいる事例がある。

■事例

項目	事例①（急性期病院）	事例②（慢性期・地域包括病院）
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病治療等が強みの中小規模病院。間欠スキャン式持続血糖測定器を活用した生活習慣病重症化予防プログラムを実施</li> <li>・対象は糖尿病・高血圧症・脂質異常症等の生活習慣病リスク保有者</li> <li>・プログラムは外来型（数か月）及び入院通院併用型（数泊＋外来）の2つで、いずれも自費診療（費用は各健康保険組合が全額負担）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科・心療内科を中心とする後方機能病院で、入院・外来患者を対象とした生活習慣改善プログラムを実施</li> <li>・生活習慣の改善とメタボリックシンドローム予防を目的としたプログラム</li> <li>・対象は同院の入院患者及び通院患者であり、病院の日常診療の延長線上に位置づけられる</li> </ul>
運営ポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師、看護師、管理栄養士、薬剤師、理学療法士など多職種チームが関与し、血糖変動データを踏まえた生活指導（食事・運動・自己管理）を提供</li> <li>・医師はプログラム設計・医学的判断・監修を担当し、日常の行動変容支援は管理栄養士等の専門職が担う</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・プログラムには、管理栄養士、看護師、薬剤師、作業療法士、精神保健福祉士など複数職種が関与し、チームで支援</li> <li>・新たな設備を設けるのではなく、病院がすでに有する人材と場を活用し、診療・リハビリ・作業療法等と組み合わせ運営</li> </ul>
運営状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>・のべ130名以上がプログラムに参加し、体重、血圧、HbA1c、LDLコレステロールなどの指標で有意な改善が確認</li> <li>・生活習慣病予防プログラムへの参加をきっかけに生じた、入院・外来を含む関連診療収益の3年間累計が2,000万円超</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院・外来患者を対象として継続的に実施されており、日常診療と並行した形で定着</li> </ul>

病院が生活習慣病予防プログラムに取り組む最大の強みは、すでに保健師、看護師、管理栄養士、リハビリ職種といった専門職を擁している点にある。これらの職種は日

常診療の中で患者指導に関わっており、業務の組み立て方次第で、予防医療プログラムの中心的な担い手となる。

また、病院では医師が関与・監修することで、検査値や治療内容を踏まえた指導が可能となる。例えば薬物治療中の患者や複数の疾患を抱える患者に対しても、治療方針と矛盾しない形で生活改善の助言ができる点は、民間のフィットネスや一般的な健康教室との大きな違いである。参加者に「主治医の考え方とずれていない」「数値の変化をしっかりと見てもらえる」という安心感を与えることができ、プログラムを継続しやすい要因となる。なお、急性期病院の場合、こうしたプログラムは退院後や外来フォローを支える補完的な役割を持つ。一方、慢性期や地域包括ケアを担う後方病院では、日常の診療と並行して行う生活改善支援として、重要な位置づけとしやすい。病院はこの違いを踏まえ、機能に応じた関わり方をすることが重要である。

生活習慣病予防に対するニーズは、高齢化の進展や生活習慣病の増加、健康寿命の延伸を重視する政策の流れを背景に、今後も維持すると考えられる。

特定健診・特定保健指導、自治体の重症化予防事業、企業健康経営の広がりなどを通じて、「早い段階から生活習慣を整えたい」「症状が悪化する前に手を打ちたい」というニーズは確実に拡大している。この観点から、医学的な視点に基づく生活習慣改善支援には、需要の拡大が見込まれる。そして、病院がより注目すべきは、拡大する生活習慣改善支援のニーズ自体に加え、支援を受ける場所を病院に変えてもらう工夫により、診療とセットで取り込める需要である。

現在、生活習慣改善の支援は、自治体の教室や民間サービス、アプリなど多様な形で提供されているが、治療内容との関係が分かりにくい、データが十分に共有されないといった課題もある。病院が、健診結果や外来での検査データをもとに、「今の状態に合った取組み」を示しながらプログラムを提供することで、これまで病院外で行われてきた生活習慣改善支援を、診療と組み合わせた形で病院内に取り込みやすくなる。慢性疾患患者や健診でリスクを指摘された層にとっては、「別の場所に通わなくてよい」「数値の変化を主治医と共有できる」こと自体が参加の後押しとなり、病院型プログラムが選ばれやすくなるという趣旨である。

生活習慣病予防プログラムは、診療報酬に頼らずに組み立てられ、自費による収益モデルを構築することが可能である。なかでも、3か月・6か月・12か月といった期間を区切り、定期的な面談やフォローを行う継続型の設計は、参加者にとっても参加しやすく、病院側にとっても運営しやすい。

運営上のポイントは、医師が毎回直接対応するのではなく、予めプログラム内容や介入基準を医師が確認・監修し、日々の支援は保健師や管理栄養士が担うという体制を取ることである。これにより、医療の質を保ちながら、人的コストを抑えた運営が可能となる。さらに既存の保健師や管理栄養士などのスタッフの空き時間を活用すれば、大きな設備投資や新規人材の確保を行わずに開始することもできる。

収益は、「1人当たり月額×参加者数」と分かりやすい形で積算でき、一定の参加者数に達すれば、安定した運用が見込める。生活習慣病予防プログラムは、単体で大きな利益を得るというより、健診後のフォローや外来診療の補完として組み合わせることで、病院全体としてのサービス価値を高め、患者との長期的な関係構築を図るための施策という位置づけである。

このように、生活習慣病予防プログラムは、病院が持つ人材や診療情報を活かしながら、無理のない範囲で取り組める予防医療の重要な領域である。生活習慣改善に対するニーズは緩やかに広がりつつあり、あわせて支援の受け方が変化することで、参加者が病院に集まりやすい側面も生じている。こうした特性を踏まえれば、病院にとっては、安定した保険外収益を確保しつつ、患者との関係を長期的に支える取組みとして、本プログラムを位置づけていく意義は大きい。

## ■収益への効果（年間）イメージ

項目	件数	単価(円)	売上(円)	粗利(円)
外来指導料	個別150、集団100	個別2,180、集団1,300	457,000	257,000
自由診療プログラム	動機付け240 積極的支援120	動機付け8,470 積極的支援25,120	5,047,200	3,247,200
企業契約	動機付け120 積極的支援80	動機付け8,470 積極的支援25,120	3,026,000	1,946,000

※高齢化率31%の地域にある、年間外来のべ患者数10万人の病院想定。

※各項目の計算内訳は以下のとおりである。

(外来指導料)

- ・個別栄養食事指導（外来栄養食事指導料）

運用：週1コマ（半日）×3件/回×50週＝150件/年

点数・単価（10円/点）（※）：初回260点（2,600円）、継続200点（2,000円）

構成：初回30%・継続70%とすると、平均単価⇒2,180円/回

売上：150件×2,180円＝327,000円/年

原価：1回30分×管理栄養士1,000円（時給2,000円半分）＋教材100円⇒1,100円/回

粗利：150×（2,180円－1,100円）＝162,000円/年

- ・集団栄養食事指導

運用：月1回×8人/回×12回＝96人/年（丸めて100人とする）

点数・単価：130点/人（1,300円）

売上：100×1,300＝130,000円/年

原価：1回60分×管理栄養士2,000円（＝250円/人）＋教材100円/人⇒350円/人

粗利：100×（1,300円－350円）＝95,000円/年

- ・合計

売上：457,000円/年（327,000円/年＋130,000円/年）

粗利：257,000円/年（162,000円/年＋95,000円/年）

※点数根拠：令和6年度 医科点数表（集団栄養食事指導料）、10円/点。

(自由診療プログラム) ※運動・睡眠・禁煙・減酒など

四本柱（運動・睡眠・禁煙・減酒）を各3期/年・各期10人で小規模実施

- ・動機付け型（単回＋フォロー）：8,470円/人を準用（60分＋フォロー20分）

運用：2プログラム/柱×10人×4柱×3期＝240人/年

売上：240人×8,470円＝2,032,800円

原価：80分/人（初回60分＋フォロー20分）×管理栄養士/保健師ミックス（2,200円/時仮置き）

＝2,933円/人＋教材100円⇒3,033円/人 ⇒丸めて3,000円/人

240×3,000円＝720,000円

- ・積極的支援型（複数回＋継続支援）：25,120円/人を準用（初回40～60分＋継続3～4回）

運用：1プログラム/柱×10人×4柱×3期＝120人/年

売上：120人×25,120円＝3,014,400円

原価：積極的支援：合計240分/人（初回＋継続）×2,200円/時＝8,800円/人＋教材200円  
⇒9,000円/人

120×9,000円＝1,080,000円

- ・合計

売上：5,047,200円/年

粗利：5,047,200円－（1,080,000円＋720,000円）＝3,247,200円/年

(企業契約（受託）：特定保健指導・職域向け健康教室)

地域の複数企業＋保険者からの受託：年間200人（うち動機付け60%・積極的支援40%）

- ・単価：動機付け8,470円、積極的25,120円（受託目安）。

- ・売上：動機付け：120人×8,470円＝1,016,400円

積極的支援：80人×25,120円＝2,009,600円 ⇒ 合計売上：3,026,000円/年

- ・原価：自由診療プログラムの見做しを準用（人件費・教材）

動機付け：120×3,000円＝360,000円

積極的支援：80×9,000円＝720,000円 ⇒ 合計原価：1,080,000円/年（教材含む）

- ・粗利：3,026,000円－1,080,000円＝1,946,000円/年

## エ オンライン保健指導・遠隔モニタリング

視点1 既存資源活用	視点2 政策・制度後押し	視点3 集患力・認知度	視点4 収益性
---------------	-----------------	----------------	------------

視点1：大規模な設備や人員の用意が必要なく、小さな初期投資で開始可能である。

視点2：データヘルス・PHR推進の面で国策とも合致する。

視点3：自治体事業や企業契約に繋がれば病院認知度や集患力が向上する。

視点4：ICT基盤を整える必要があるが、地域外・在宅層にもサービス提供可能であり、患者にとっても、通院の負担を軽減しながら、日常生活の中で継続的な健康管理やアドバイスを受けられる。加えてサブスクリプション型で安定的な収益が見込める。

オンライン保健指導・遠隔モニタリングは、診療報酬により評価される取組みや、特定保健指導・自治体事業などの公費補助を伴う取組みを基盤としつつ、自費による付加サービスも組み合わせやすい領域であり、本項では「公費補助を伴う保険外サービス」を軸とした複合的な予防医療として整理する。

オンライン保健指導・遠隔モニタリングは、国がデータヘルスやPHR（個人の健康情報の活用）を推進する中で、病院が主体となり生体情報や生活データなどの日常の健康データを継続的に活用する取組みである。このような取組みは、医療DXの方向性とも整合しており、制度面・政策面の後押しを受けやすい分野と位置づけられる。

この領域で病院が提供するサービスは、血圧・体重・血糖などの生体情報をもとに医療者が遠隔でモニタリングを行う仕組みや、オンラインによる保健指導・診療を通じた生活改善支援が中心となる。特定保健指導についても、初回面談から継続支援までをオンラインで実施できる環境が整いつつあり、時間や場所の制約が少ない形での予防医療提供ができるようになっている。単回の指導ではなく、データの蓄積とフィードバックを前提とした継続支援によって、利用者の生活習慣や行動の見直しと定着を促し、生活習慣病の重症化や合併症の発症をより効果的に防ぐことが可能となる。

実際に以下のような取組み事例が見られる。

### ■事例

項目	事例①（急性期病院）	事例②（慢性期・回復期病院）
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>一般病床 800 床超・30 以上診療科を有する高度急性期病院でオンライン診療・遠隔支援を恒常的の病院サービスとして展開</li> <li>オンライン診療は、遠方居住者や就労世代、通院困難者を主な対象とし、対面診療を補完する医療提供形態に位置づけ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>慢性期・回復期医療及び在宅復帰支援を担う位置づけの地域完結型病院で、退院後の患者を対象に、在宅で継続的に支える体制整備を推進</li> <li>上記を背景に情報通信機器を用いたオンライン診療・遠隔的な経過管理を導入</li> </ul>
運営ポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>オンライン診療には、クラウド型オンライン診療システムを採用し予約・本人確認・診療・決済までオンラインで完結</li> <li>医師は診療・専門的助言に専念し、事務職員や医師事務作業補助者が、予約調整・接続支援・事前資料整理等を担う</li> <li>血液検査結果、画像データ、診療情報提供等を事前共有し判断水準を高度化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後の患者に対し、状態確認・症状把握・生活上の助言等を遠隔で行う運用患者の状態変化を早期に把握し、必要に応じて受診や対応に繋げる仕組み</li> <li>新たな専用部門を設けず、既存の診療体制・人的リソースを前提として運用</li> <li>外来・入院医療と断絶させず、連続した医療プロセスとして捉える</li> </ul>
運営状況	<ul style="list-style-type: none"> <li>オンライン診療は常設メニューとして継続的に実施</li> <li>地域外の利用によって診療圏を広げるとともに、希少疾患・専門医療領域では、「通院までは困難だが、専門医の助言を受けたい」という層を取り込み</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>慢性疾患患者の通院負担軽減や診療継続性の確保といった効果あり</li> <li>病院側職員の時間を効率化、診療の継続による質の向上</li> </ul>

病院がこの分野に取り組む意義は、得られている診療情報と、遠隔モニタリングで日常的に蓄積される生活データを結びつけ、医療の視点からオンラインで継続的かつ具体的な助言や支援に繋がられる点にある。外来や入院で得られている検査値、既往歴、治療内容と、日常の生活データを結びつけて評価・助言できることは、病院ならではの強みである。特に病院は、複数診療科による診療実績や検査・治療の蓄積をもとに、重症化リスクや併存疾患を含めた総合的な判断を以て支援を設計できる点で、価値を發揮しやすい。民間の健康アプリや一般的なオンライン支援では得難い「治療方針と整合した指導」や「主治医の管理下にある安心感」は、利用者側の健康意識を高め、結果として利用者との長期的な関係構築に繋がる。

また、オンライン保健指導や遠隔モニタリングは、医師による常時対応の必要はなく、保健師や看護師、管理栄養士などが中心となって運用できる。医師は介入基準や診療判断を担当し、他職種が日常的なフォローを担う体制とすることで、医療の質を保ちながら効率的な運営を行うことが可能となる。ICT基盤の整備は必要となるものの、一度仕組みを整えれば地域外や在宅療養者にも同一のサービスを提供でき、対面診療に比べて提供範囲を広げやすい点が特徴である。

病院機能別に見ると、急性期病院では、入院中や退院前から遠隔モニタリングやオンライン支援に繋がられ、退院後の生活管理や再入院予防を目的とした取組みとして位置づけやすい。心不全や糖尿病など、一旦症状が落ち着いても再度急激に悪化するリスクの高い患者に対し、退院後に一定期間のモニタリングを行うことで、早期対応と外来フォローの質向上が期待できる。一方、慢性期病院や地域包括ケアを担う後方病院では、外来患者や在宅に移行後の患者を対象に、日常的な健康管理を支える基盤サービスとして組み込みやすく、通院負担の軽減と関係の継続を両立できる。

需要面では、高齢化の進展や慢性疾患患者の増加、働く世代の時間制約などを背景に、「受診までは不要だと感じているものの、専門職に見て欲しい、専門家の意見を聞いてみたい」という人は今後も増加すると考えられることから、オンラインで完結する支援は、これまで病院と継続的な接点を持ちにくかった層を取り込む手段となり得る。さらに、自治体の重症化予防事業や保健事業、企業の健康経営に関連する契約に繋がれば、新たな患者層への接点拡大や、地域外への病院の認知度向上にも寄与する。

収益面では、オンライン診療など一部の取組みが診療報酬の対象となるほか、特定保健指導は保険者からの委託事業になれば比較的安定した収入を見込みやすい。加えて、保険診療・委託事業を基盤としつつ、自費の付加サービスを組み合わせることで、月額制などのサブスクリプション型とすることも可能であり、参加者数に応じた安定的な収益が見込める。機器導入や運用設計など一定のコストや労力は必要だが、事業の進展に応じて段階的に積み上げられるものであり、初期負担を抑えながら始めやすい。

このように、オンライン保健指導・遠隔モニタリングは、国の政策動向と整合しつつ無理なく導入でき、診療の補完と患者との関係維持にも寄与しているため、地域・在宅・企業へと接点を広げられる取組みとして、意義の大きい分野と言える。

## ■収益への効果（年間）イメージ

項目	件数	単価(円)	売上(円)	粗利(円)
遠隔モニタリング 管理料	600	月次 1,500	10,800,000	3,780,000
オンライン診療 (再診)	3,000	2,300	6,900,000	2,760,000
オンライン中心の 特定保健指導	200	18,000	3,600,000	1,260,000

※高齢化率31%の地域にある、年間外来のべ患者数10万人の病院想定。

※生活習慣病管理料（II）は200床ちょうどの病院は対象外（＝再診料のみ等の構成になる）。

※各項目の計算内訳は以下のとおりである。なお、遠隔モニタリングについては、診療報酬の算定対象とはならない一般外来患者を対象とした継続的な健康管理・生活支援を試算している。特定保健指導については保険者からの委託事業として実施されるものと整理する。

- ・遠隔モニタリング（慢性疾患患者（高血圧・糖尿病等）へのバイタル遠隔管理・月次指導）

対象件数（患者数）：

外来10万人 × 慢性疾患通院比率 15% × 高齢者中心・遠隔対応可能層 10% → 1,500人

そのうち 遠隔管理に同意・機器対応可能な層 40% → 600人

単価：遠隔モニタリング管理料・指導料相当 1,500円/月（指導・管理加算最低限）

売上：1,500円 × 12か月 × 600人 = 10,800,000円

原価：原価率65%（看護師・管理栄養士の月次指導人件費、機器・システム利用料）

粗利：10,800,000円 × 35% = 3,780,000円

- ・オンライン診療（保険）（再診中心（慢性疾患・定期フォロー）対面診療の代替として実施）

対象件数：

外来のべ10万人のうち、再診割合 約70% → 70,000件

そのうちオンライン適応（慢性疾患・安定期）を5% → 3,500件

キャンセル・対面への回帰を考慮し 3,000件とする

単価：オンライン再診料相当 1回当たり 2,300円（加算原則なし）

売上：2,300円 × 3,000件 = 6,900,000円

原価：原価率60%（医師診療時間（対面と同時間）、システム使用料・事務対応）

粗利：6,900,000円 × 40% = 2,760,000円

- ・オンライン中心の特定保健指導

対象者：

健診受診者（外来・人間ドック等含む）を年間 約7,000人と想定

そのうち特定保健指導該当率12% × オンライン指導で受託・完了可能割合を25% → 200人

単価：（保険者委託・動機付け支援と積極的支援の平均より下の） 18,000円/人

売上：18,000円 × 200人 = 3,600,000円

原価：原価率65%（管理栄養士・保健師の指導時間、システム利用料・事務費）

粗利：3,600,000円 × 35% = 1,260,000円

オ 企業向け健康経営支援（ストレスチェック、産業医 等）

視点1 既存資源活用	視点2 政策・制度後押し	視点3 集患力・認知度	視点4 収益性
---------------	-----------------	----------------	------------

視点1：既存の健診事業や生活習慣病予防プログラムと組み合わせ、追加的な設備投資を抑えながら展開可能である。

視点2：企業の法定義務（ストレスチェック）や健康経営認証制度の流れに呼応する。また働き方改革や人材への投資を重視する企業ニーズに合致する。

視点3：企業との契約を通じて病院認知度向上や集患に繋がる。

視点4：企業との契約で安定収益。健診や保健指導とともにパッケージで提供可能である。

病院が経営の安定化や収益基盤の強化を図る上で、予防医療を個人単位にとどめず、企業や働く世代全般へ広げていくことは、有効な選択肢の1つとなりつつある。その中でも、ストレスチェック、産業医業務、保健指導等を含む企業向け健康経営支援は、制度的な裏付けがありかつ継続的な需要が見込まれる領域として、病院が比較的取り組みやすい分野に位置づけられる。

企業向け健康経営支援は、原則として企業との法人契約に基づく自費サービスとして提供される一方、必要時には保険診療（外来受診や専門診療）へ円滑に接続できる点に、病院が担う意義がある。実際に、以下のような取組み事例がある。

■事例

項目	事例①（急性期病院）	事例②（慢性期病院経営法人）
概要	・当該大規模急性期病院には健康管理専門部署が設置されており、企業健診を含む健康管理業務を部門として実施	・当該法人は、慢性期医療を担う病院を複数運営する一方、法人内に設置した健康管理センターを通じて、企業向けの産業医業務やストレスチェック等の健康経営支援を提供
運営ポイント	・医師スタッフに産業医学専門の医師が在籍し、健診・健康管理に加え、産業医業務に対応可能な体制あり	・産業医業務は、産業医資格を有する医師個人が担い、病院・健康管理センターが組織として実務・継続運用を支える構造
運営状況	・企業健診を含む年間1万件超の健診を継続的に実施しているが、恒常的な健康管理部門があることから、そのうち企業健診も相当数に上ると思われる	・ストレスチェック・産業医業務は毎年必ず発生する法定業務であるため、継続的なニーズあり ・病院が直接企業と契約主体になることを避けつつ、医師・専門職を組織として活用できている

企業の健康管理は、労働安全衛生法に基づく法令対応のみならず、人材確保や離職防止、メンタルヘルス不調の予防などの経営課題とも密接に結びついており、常に企業側には、「毎年一定の対応をして欲しい」「継続的に外部支援が欲しい」という需要が存在する。

つまり、病院がこの領域に関与することは、社会的意義に加え、法人契約を通じ比較的安定した収益機会を確保することにも繋がる。

病院が関与する企業向け健康経営支援は、主に、法令上、要件を満たした医師個人が担う産業医業務を中核としつつ、その周辺を健診、ストレスチェック、保健指導、メンタルヘルス対応、必要時の医療連携といった形で病院の体制として支援する点に特徴がある。企業と契約した産業医（医師個人）の判断や活動を、組織として支える

役割を担う。企業向け健康経営支援において、実際に企業が求めているのは、産業医個人の判断だけでなく、その判断に基づき現場で実際に対応し、継続的に運用していくための支援体制である。病院は、産業医として活動する医師（嘱託産業医等）を擁しつつ、保健師、看護職、管理栄養士といった専門職と連携し、健診結果の事後フォロー、ストレスチェック後の対応、就業上の配慮に関する助言、必要に応じた外来受診や専門診療への接続までを一体的に支援することができる。このように、産業医業務は医師個人が担い、その周囲を病院が体制として支えるという構造は、病院ならではの強みと言える。

急性期病院の場合、この領域は本業を補完する位置づけとなることが多く、医師の関与を産業医業務や面接指導などに限定し、日常的なフォローは専門職が担う体制が現実的である。一方、慢性期病院や地域包括ケアを担う後方病院は、予防管理や健康支援との親和性が高く、企業との継続的な関係構築を設計しやすい。

なお企業向け健康経営支援の需要は、制度的な背景により一定の規模で継続的に存在することに加え、その実施主体として病院が選択されやすい構造を持っている点から整理することができる。

まず需要の規模という点では、ストレスチェック制度という明確な法定義務に加え、働き方改革の進展やメンタルヘルス不調への対応の重要性の高まり、人材不足の中、人材資源を重視する経営姿勢が評価される世の中の流れが重なっており、企業が社員の健康に対して注力する状況は今後も続く。特に中小企業では、産業医や保健師を社内で確保することが難しく、外部専門機関への委託ニーズは常に存在する。

一方で、これまでの企業向け健康支援は、健診機関、EAP（Employee Assistance Program: 従業員支援プログラム）サービス事業者などに分散して提供されてきたため、健診結果、メンタルヘルス対応、医療対応が切り離されていた。産業医業務を軸に、健診や保健指導、必要時の医療対応までをカバーできる病院が関与することで、このように分散していた役割が、結果として病院に集約されていく余地がある。この観点から、「医学的判断と実際に必要な医療ケアが分断されず一貫して見てもらえる」「万一の際の相談・受診先が明確である」という安心感を背景に、企業が病院を選択するように打ち出していくことが重要である。

加えて、企業向けの健康経営への支援は、法人との年間契約を基本とするため、病院にとって収益の見通しを立てやすい。個人向けの予防医療サービスと比べ、利用者数の変動が小さく、契約期間中は一定の業務量と収入が見込める。また、健康診断、ストレスチェック、保健指導、オンライン相談などの組み合わせが可能であり、既存の健診事業や生活習慣病予防プログラムと組み合わせることで、追加的な設備投資を抑えながら事業を展開しやすい。実務の多くは既存の専門職が担い、医師は産業医業務や医学的判断が必要な場面に関与することで、労力を抑えリターンが得られる。

企業向け健康経営支援は、病院が、「地域の働く世代を支える医療機関」という役割を広げる取組みである。同時に、法人契約を基盤とした比較的安定した収益機会を確保できる点で、病院経営を支える可能性を持つ。上記のとおり生活習慣病予防プログラムと組み合わせることで、個人向け予防医療と法人向け支援を繋ぐ流れを構築することも可能であり、病院が取り組む意義は大きい。

## ■収益への効果（年間）イメージ

項目	件数	単価(円)	売上(円)	粗利(円)
年間契約	10	200,000	2,000,000	1,200,000
集合研修	10	50,000	500,000	300,000
人間ドックや予防接種の追加販売	人間ドック 12 予防接種 80	47,000 3,500	564,000 280,000	336,000 96,000

※高齢化率31%の地域にある、年間外来のべ患者数10万人の病院想定。

※以下の内訳で計算している。

### ・年間契約

内容：10社に対して年1回の健康レビュー、集合研修1回（60～90分）、健康相談窓口対応

単価：1社当たり200,000円/年（健康経営コンサルや産業保健支援の下限水準）

原価（人件費・準備費）：800,000円

（1人当たり6,000円/時間（※）×12時間×10社＝720,000円＋準備費80,000円）

※人件費：産業医面談・保健師/管理栄養士の関与は最小構成

### ・集合研修

内容：5社に対して年2回（※）開催（管理職向け健康管理、生活習慣、メンタルヘルス等）

※労働安全衛生法「50人以上事業場のストレスチェック義務」、厚労省指針「メンタルヘルス指針・教育の努力義務」

単価：50,000円

原価（人件費・資料雑費）：200,000円

（1人当たり6,000円/時間×3時間×5社×2回＝180,000円＋資料雑費20,000円）

### ・人間ドックや予防接種の追加販売（年間契約企業の一部従業員のみが利用）

単価：人間ドック単価47,000円、予防接種（例：インフルエンザ）単価3,500円

件数：人間ドックは年間契約10社のうち5社（総従業員は全国中央値に近い80人規模とする）の各社従業員3%が利用とする＝12人

予防接種は年間契約10社のうち5社の20%が職域で接種とする＝80回

原価：人間ドック19,000円/人（検査材料・読影・スタッフ稼働の最低見積）。

予防接種はインフルエンザと仮置き。ワクチン卸価＋接種消耗品等で2,300円/回

カ 歯科・口腔予防（高齢者の口腔ケア）

視点1 既存資源活用	視点2 政策・制度後押し	視点3 集患力・認知度	視点4 収益性
---------------	-----------------	----------------	------------

視点2：令和6年度（2024年度）診療報酬改定では、歯科の重症化予防・口腔管理の評価が継続的に強化されており、病院内の歯科予防サービスの政策との整合性は高い。

視点3：歯科予防は、地域・企業との接点を作りやすい領域であり、企業健診後の口腔チェック、自治体の後期高齢者健診、フレイル・オーラルフレイル対策などと親和性が高く、保護者層や高齢者層にも分かりやすく伝えやすい内容となる。こうした取り組みを通じて、病院の認知度向上や新たな受診機会の創出が期待できる上、企業や自治体といった保険者にとっても、高齢の従業員等の健康維持や医療費・介護費の抑制に繋がる。

予防医療を本格的に進めていく上で、歯科・口腔予防、なかでも高齢者の口腔ケアは、これまで病院において十分に実施されてきたとは言い難い領域であり、歯科診療は地域の歯科診療所が担うものという役割分担が長く前提とされ、病院経営の中では優先度が高く置かれてこなかったのが実情である。しかし近年、高齢化の進展や医療の高度化を背景に、口腔の状態が全身状態や治療成績に及ぼす影響が広く認識されるようになり、歯科・口腔予防を病院が関与すべき予防医療の一分野として改めて位置づけ直す必要が生じている。

本項では、診療プロセスに組み込みやすい口腔管理を中心に、診療報酬で評価される取組みを軸に整理し、自治体連携や保険外サービスの併用可能性も踏まえて論じる。

口腔機能の低下や口腔内環境の悪化は、誤嚥性肺炎や低栄養、フレイルの進行と密接に関連しているだけでなく、術後感染や合併症の発生リスクを高める要因ともなり得る。こうした点から、歯科・口腔予防は単なる「歯の管理」にとどまらず、全身管理や医療安全を支える予防医療として、その意義が再評価されつつある。

病院が担う歯科・口腔予防の具体的な内容は、口腔内の状態評価や歯周病のチェック、口腔清掃やセルフケアに関する指導、高齢者や慢性疾患患者を対象とした口腔機能低下の予防などが挙げられる。これらを外来診療や入院医療、健診事業と連動させて提供することで、単発的な取組みにとどまらず、予防医療としての実効性を高めることが可能となる。

病院が取り組む上での強みは、医科・歯科を横断した全身管理のためのサービス設計が可能である点にある。病院には、外科、内科、がん治療、集中治療、リハビリテーション、栄養管理といった多様な診療機能が集約されており、口腔管理を診療プロセスの一部として組み込みやすい。

急性期病院においては、重症患者管理の一環として口腔管理を位置づけることで、医療安全や治療成績の向上といった観点からも導入効果を説明しやすい。一方、回復期病院等後方病院においてはリハビリテーションや栄養管理と口腔機能管理を組み合わせることで、在宅復帰率の向上や生活機能維持に資する取組みとなる。

もっとも、歯科・口腔予防は、他領域と比べて専門人材や設備、体制整備を要し、既存資源の転用だけで展開することは容易ではないが、一方で歯科を標榜する病院は近年増加傾向にあり、一定の基盤を有する病院では取組みの余地がある。

需要面について、本領域は今後、2つの側面から需要の拡大が見込まれる。

第1に需要そのものの拡大である。高齢化の進展により、フレイルやオーラルフレイルへの関心が高まり、口腔機能の維持が日常生活動作や生活の質に直結するという認識が広がりつつある。自治体の健診や介護予防事業においても口腔機能評価の重要

性が強調されており、高齢者層を中心に、口腔予防へのニーズは中長期的に増加していくと見込まれる。

第2に提供主体の集約という観点である。歯科予防はこれまで主として地域の歯科診療所が担ってきたが、病院が入院・外来・健診と一体的に口腔管理を実施することで、これまで分散していた需要を病院側に集約できる。さらに、企業健診後の口腔チェックや、自治体と連携した高齢者向けの予防啓発など、病院が地域や企業と接点を持ちやすい点もこの領域の特徴である。これは既存の歯科医療提供体制を補完しつつ、需要を医療に繋げる活動である。

歯科・口腔予防は、収益面でも病院経営と一定の親和性を持つ。診療報酬上の評価に加え、健診オプションや自治体・企業との契約、自費サービスなどを組み合わせることで、複数の収益機会を設計しやすい。とりわけ、入院患者の口腔管理など、既存の診療プロセスに組み込める取組みを中心に据えることで、大規模な設備投資を伴わずに実施が可能となる。

運営面では、歯科医師の関与を前提としつつ、歯科衛生士を中心とした役割分担を行うことで、定型業務にしやすい。新たな診療科を設置するのではなく、既存の診療フローや健診事業と組み合わせる形で段階的に導入する形を取れば、投入する労力に対して比較的安定したリターンを見込みやすい領域と言える。

歯科・口腔予防、とりわけ高齢者の口腔ケアは、患者満足度の向上やフレイル予防といった生活支援的な意義にとどまらず、全身疾患の重症化予防や治療結果の向上など、医療の質そのものに関わる。医科と歯科が連携できる体制を有する病院にとって、既存の予防医療を補完しながら、病院経営の安定と医療の質向上の双方に寄与できる領域であるため、介護分野との連携はもちろん、それに限定せず、口腔の健康を通じて全身の健康を支えるという視点で歯科・口腔予防に取り組むことにより、病院の予防医療をより持続的で広がりのあるものへと発展させていくことが可能となる。

## ■収益への効果（年間）イメージ

項目	件数	単価(円)	売上(円)	粗利(円)
歯周検査あり	300	5,130	1,539,000	1,308,150
歯周検査なし	600	3,130	1,878,000	1,596,300

※高齢化率31%の地域にある、年間外来のべ患者数10万人の病院想定

※以下の内訳で計算している。

内容：年3回のメンテナンス（SPT（歯周病安定期治療）等）。SPTは月1回まで算定可能かつ2か月以上の間隔要件があるため、四半期1回相当の年3回は保守的。また付随検査で歯周基本検査を年1回（初回時）

件数：外来のべ10万人のうち、0.3%が初年度に「病院内の歯科予防プログラム」に参加1人当たり受診3回（検査あり1回、検査なし2回）と仮定。

総のべ受診回数 = 300人×3回 = 900回/年（検査あり300回、検査なし600回）

単価：検査あり：5,130円/回、検査なし：3,130円/回

※検査を含む回（年1回）：上記3,130 + 歯周基本検査2,000 = 5,130円/回

※検査なしの回：再診580 + SPT2,000 + 衛生実地指導550 = 3,130円/回

※参考

再診料：58点（2024年度改定資料より）⇒580円/回（外来メンテナンス時の想定）

SPT：歯数が少ない区分（1～9歯）200点採用⇒2,000円/回

（点数は最小区分（200点）で試算、頻度は月1回・2か月以上間隔など要件あり。）

歯科衛生実地指導料：基礎点数45点+口腔機能指導加算10点⇒550円/回

売上：検査あり300回×5,130円 = 1,539,000円、検査なし600回×3,130円 = 1,878,000円

粗利：（消耗材や器材消耗等の変動原価15%設定）

検査あり1,539,000×0.85 = 1,308,150円、検査なし1,878,000×0.85 = 1,596,300円

キ 病院が経営できるスポーツジム

視点1 既存資源活用	視点2 政策・制度後押し	視点3 集患力・認知度	視点4 収益性
---------------	-----------------	----------------	------------

視点1：運動負荷の評価やバイタル管理、リハビリテーションで培われた安全管理の知見など、既存の診療・入院医療で蓄積してきた人的・専門的資源を活用できる点は大きい。一方で、運動スペースの確保やフィットネス機器等の整備といった一定の初期設備投資は必要であり、人材面では流用できる要素があるものの、設備面まで含めて既存資源のみでは完結できない。

視点3：住民、企業や自治体と関係構築が可能である。企業健診後のフォロー、自治体の介護予防等の受け皿や、退院後・治療後も通える場所として価値向上に繋がる。

視点4：収益モデル自体は明確であり、保険外のため診療報酬改定リスクは受けない。一方で、人件費・運営費の影響を受けやすいことに注意が必要である。

予防医療を病院経営の中核に位置づけていくに当たり、病院が主体となって運営するスポーツジム（医師監修のメディカルフィットネス）は、他の予防施策とは異なる役割を担う領域である。もっとも、新規事業としての立ち上げに当たっては、運動スペースの確保やフィットネス機器の導入など、一定の設備投資を要する点は前提として踏まえる必要がある。

予防接種や健診、生活習慣病予防プログラムのような医療サービスと異なり、メディカルフィットネスは、日常生活に入っていく、継続的な健康への取組みを支える場として機能する点に特徴がある。ただし、病院が経営するメディカルフィットネスは、診療行為を行うものではなく、医療法第42条に基づき、医療法人が設置・運営する健康増進施設（いわゆる42条施設）として、本来業務である診療行為とは明確に切り分けた形で運営される非医療サービスである。したがって診療報酬に依らない保険外サービスとして「完全な保険外サービス」に位置づけ、医療部門とは役割分担を明確にした運営を前提として本項で論じる。医師の医学的判断や診療行為は医療部門で完結させつつ、運動支援は専門職が担うという役割分担を明確にすることが、安全性と持続性の両立において重要となる。

実際に、国内にてメディカルフィットネスを運営している事例がある。

■事例

項目	事例①（急性期～一般病院併設）	事例②（回復期病院併設）
概要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・中規模一般病院（急性期＋外来中心）に併設されたメディカルフィットネス施設</li> <li>・医療法42条に基づく疾病予防運動施設、厚生労働大臣認定「健康増進施設」、厚生省指定「指定運動療法施設」を取得</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・回復期リハビリテーション病院に併設された医療連携型メディカルフィットネスで、病院との連携を前提に設計</li> <li>・厚生労働省指定「指定運動療法施設」の認定を取得</li> <li>・10年以上の継続運営実績</li> </ul>
運営ポイント	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入会時メディカルチェック（血液・尿・心電図等）を実施し、医師の関与のもとで運動開始</li> <li>・健康運動指導士・健康運動実践指導者が常駐し、医師・管理栄養士と連携した体制を構築</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・理学療法士・健康運動指導士・管理栄養士が在籍し、医療・運動・栄養を一体提供</li> <li>・病院でのリハビリ終了後も、同一敷地・同一連携体制のもと運動を継続できる設計</li> <li>・3か月ごとの評価・プログラム見直しなど、継続利用を前提とした運営</li> </ul>

病院がスポーツジム（メディカルフィットネス）を運営する最大の強みは、新規事業でありながら、必要な人材やノウハウを完全に一から構築する必要がない点にある。（ただし、人的・専門的資源は既存の診療機能を活用できる一方、設備面については一定の新規整備が必要となることには留意が必要である。）

運動負荷の評価やバイタル管理、リハビリテーションで培ってきた安全管理の知見、既往歴や治療経過を踏まえたリスク判断、医師による監修が可能なことは、一般的な民間フィットネス施設にはない病院だからこその強みである。また、医師の常駐を前提とせず、診療行為とは切り分けた上で、あくまで監修・連携という形を取ることで、診療や入院医療といった本業を圧迫することなく運営できる。とはいえ、運動指導人材の確保や配置、収支管理、利用者の安全確保等、運営面での課題がないわけではない。特に初期段階では、診療部門との役割分担や業務設計を丁寧に行い、無理のない体制を構築することは重要である。

病院が提供するメディカルフィットネスは、単なる運動施設ではなく、「健康状態を考慮してサポートが受けられる、安心感のある運動の場」として位置づけることができる。特に、慢性疾患を有する患者、術後・治療後の回復期にある患者、高齢者などにとっては、一般のスポーツジムよりも心理的・身体的なハードルが低く、無理なく通い続けられる場所であることは大きな差別化要因となる。

需要については増加が見込まれる。生活習慣病予防やフレイル予防への関心の高まりを背景に、運動の必要性は理解していても、「自己流では不安」「一般のスポーツジムは敷居が高い」と感じる層は少なくない。高齢者、慢性疾患患者、がん治療後や整形外科手術後の患者など、これまで運動習慣の定着が難しかった層にとって、病院主導のメディカルフィットネスは新たな受け皿となり、一定の需要の純増が期待できる。

同時に、既存の民間フィットネス施設や自治体の介護予防教室の利用者の中には、より安全性や専門性を重視したい層にも魅力的な存在となる。健診結果でリスクを指摘された人、退院後も継続的な運動が必要な人、企業健診後にフォローを求める従業員などは、病院が関与する運動支援に高い信頼を寄せるため、病院ならではのポジションを活かしたニーズの受け皿となる。

メディカルフィットネスは保険外事業であるため、診療報酬改定の直接的な影響を受けず、会費収入を中心とすることから、収益構造は明確である。一方で、人件費や運営費の比重が高く、規模が小さい場合には大きな利益を生みにくい構造も併せ持つ。

本事業が、単体で高収益を狙う新規事業とはなりづらい場合でも、メディカルフィットネスを通じて、患者や地域住民と病院との日常的な接点を持てることは大きな副次的効果となり得る。退院後や治療終了後も継続して通う場として機能することで、病院についての印象を「病気の時にだけ訪れる場所」から、「健康づくりまで含めて相談できる場所」へと広げられる。これにより、短期的な会費収入に限らず、健診や保健指導への繋ぎ、他の予防医療サービスとの連動、企業や自治体との連携といった中長期的な経営価値をもたらす。つまり、既存の健診事業や生活習慣病予防プログラムと組み合わせることで展開できる点を踏まえれば、投入する労力に対して十分に見合う効果を期待できる領域と言える。

病院が経営するスポーツジムは、医師監修のもと、生活習慣病予防や術後・治療後の回復期を主な対象とした会員制メディカルフィットネスとして、院内又は隣接地で医療機関と一体性を保ちながらも独立した施設として運営されることが想定される。会員一人ひとりに対して医学的評価に基づいた運動プログラムを提供し、必要に応じて栄養指導や保健指導、オンライン支援などと連動させ、運動機会の提供にとどまらず医療・予防・リハビリ機能を緩やかに結びつけることで、健康習慣を継続しやすい環境を整えられる。また、企業健診後のフォローや自治体の介護予防事業の受け皿として機能することで、病院は地域のインフラとしての存在感を高めることができる。

すなわち、病院が経営するメディカルフィットネスは、短期的な収益のほか、病院の差別化、存在感と価値の向上、住民と病院との橋渡しなどの面で大きな効果をもたらすのである。

予防医療が「提供して終わるもの」ではなく、「日常生活の中で続くもの」として定着していくための1つの方法として、メディカルフィットネスは病院が取り組むべき重要な予防医療領域と位置づけられる。

### ■収益への効果（年間）イメージ

項目	人数・件数	単価(円)	年間売上(円)	粗利(円)
年間会員	120	96,000	11,520,000	4,608,000
短期利用・イベントやプログラム	200	20,000	4,000,000	1,400,000

※高齢化率31%の地域にある、年間外来のべ患者数10万人の病院想定。

※以下の内訳で計算している。

・年会会員

件数：外来のべ10万人のうち生活習慣病・整形外科・循環器等の通院患者15% = 15,000人

そのうち医師から「運動を勧めたい層」10%×実際に入会に至る割合8% → 120人

単価：民間ジム平均より低額で、医療連携付きでも月8,000円（年96,000円）と保守的想定  
売上：96,000円 × 120人 = 11,520,000円

原価：原価率60%（トレーナー人件費（非常勤）、医師監修・初期評価、光熱費・消耗品等）

粗利：11,520,000円 × 40% = 4,608,000円

・短期利用・イベントやプログラム

件数：プログラム型（8～10回）を中心とし年間10人×1プログラム×年10回 = 100人

イベント・短期集中等を加算 → のべ200件

単価：2万円/コース（医療監修付きとしては廉価）

売上：20,000円 × 200件 = 4,000,000円

原価：原価率65%（トレーナー稼働、プログラム設計・評価）

粗利：4,000,000円 × 35% = 1,400,000円

## ク 病院の資源や地域特性に応じて追加で検討可能な領域

整理した7つの領域に加え、病院の人材構成や地域特性に応じて追加的に検討することが可能な予防医療分野がいくつか存在する。これらの分野は、新たな診療機能を大きく立上げるといふより既存の診療等の延長として組み込みやすい点に特徴がある。

また、こうした取組みは、保険診療、公費補助や委託を伴う取組みと自費サービスの提供が併存しやすく、病院の関与の仕方やサービス設計に応じて区分が変わり得る。

まず、フレイル予防サービスは、運動、栄養、社会参加を組み合わせた支援であり、回復期病院や地域包括ケアを担う病院と特に相性がよい。既存のリハビリテーション機能や栄養指導、メディカルフィットネスを活用しながら、通所型やオンライン支援を組み合わせることで、無理なくサービス化できる。生活機能の維持や在宅復帰を支える取組みに位置づけやすい点も、病院経営上の利点と言える。

次に、母子保健・女性の健康予防は、乳がん検診や産後のメンタルヘルス支援、更年期ケアなどを含む領域であり、健診事業や企業向け健康支援と組み合わせやすい。特に産後メンタルケアは、対面とオンラインの併用で継続支援がしやすい。

また、感染症対策の院外アドバイザー機能は、介護施設や企業を対象に、研修やマニュアル整備、簡易的な点検・助言を行うものである。予防接種や健診を通じて築いた法人・施設との関係を活かし、病院の専門性を外部支援として提供できる。

さらに、オンライン支援と組み合わせやすい領域として、禁煙支援、慢性腎臓病（CKD）の重症化予防、骨粗鬆症や転倒予防、がん治療後の生活支援などが挙げられる。いずれも他の予防医療分野との併用や、再入院や重症化の抑制等の効果を含めて捉えることで、病院全体の経営と医療の質の両面に貢献する取組みとなり得る。

以上より、病院が積極的に予防医療に取り組むことは、診療報酬や補助金、自由診療収入、患者数増加による直接的な収益効果のみならず、医療資源の有効活用、病院への信頼性向上による将来的な患者増など間接的な効果をもたらすことが期待できる。

## ■ 予防医療がもたらす直接的な収益効果と間接的な収益効果

	直接的な収益効果	間接的な収益効果
ア 予防接種	<ul style="list-style-type: none"> <li>接種件数に応じた確実な収益（季節性や定期性があり年度計画に組み込みやすい）</li> <li>外来・健診との同時実施による稼働効率や1回の来院当たりの単価向上</li> <li>人員・設備の追加負担が小さい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域住民との接点拡大（来院頻度向上）</li> <li>慢性疾患患者・高齢者との継続関係形成</li> <li>感染症流行期の入院・救急負荷の抑制（急性期機能の安定）</li> </ul>
イ 健診・検診	<ul style="list-style-type: none"> <li>企業・自治体契約による安定収益</li> <li>検査部門・画像部門の稼働率向上</li> <li>保険外オプションによる単価向上</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>外来・精密検査・治療への導線確保</li> <li>企業・自治体との関係構築</li> <li>重症化前の患者把握で急性期医療の質向上</li> </ul>
ウ 生活習慣病予防プログラム	<ul style="list-style-type: none"> <li>保険外プログラム（減量、運動、栄養指導等）の自費収入</li> <li>月額制・回数制の継続的な課金モデルの構築</li> <li>一部保険診療（管理料等）との併存</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>多職種連携の強化、人材活用の高度化</li> <li>再入院・再救急の抑制による急性期病床運営安定</li> <li>慢性疾患患者の定着</li> </ul>
エ オンライン保健指導・遠隔モニタリング	<ul style="list-style-type: none"> <li>保険外オンライン支援の月額・期間制収入</li> <li>一部オンライン診療・管理料の保険収入</li> <li>地理的制約を受けにくいサービス展開</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>外来頻回受診の抑制による医師・外来枠の効率化・異常の早期発見により重症化・緊急受診コストを抑制</li> </ul>
オ 企業向け健康経営支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>法人との年間契約による安定収益</li> <li>健診・保健指導等との抱き合わせ効果</li> <li>企業との契約による単価確保</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>企業従業員の外来・健診利用増加による波及収益・法人顧客基盤拡大による病院経営の安定性向上</li> </ul>
カ 歯科・口腔予防	<ul style="list-style-type: none"> <li>周術期口腔管理、口腔機能管理等を行う場合の診療報酬収入</li> <li>健診オプション、自治体・自費サービス収入</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>誤嚥性肺炎や術後合併症の減少による在院日数短縮</li> <li>医療安全向上による再手術・再入院コスト抑制</li> </ul>
キ 病院が経営するスポーツジム	<ul style="list-style-type: none"> <li>月会費・利用料などの保険外収入</li> <li>医療連携型プログラムによる差別化収益</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後・治療後も続く日常的接点</li> <li>地域住民・企業・自治体との関係深化</li> <li>「治療後まで責任を持つ急性期病院」という差別化・ブランド形成</li> </ul>

#### (4) 病院が予防医療に関与する際の留意点

病院が予防医療に関与するに当たって留意すべき事項を確認する。

##### ① 法的留意点・リスクについて

予防医療は、「保険診療」「自由診療（保険外）」「公的事業（定期接種や自治体がん検診など）」が同時に存在しており、実際の運用の中ではそれぞれの領域が繋がって見えやすい分野である。

##### a 制度上の整理の必要性

適用される法令や告示、ガイドラインに留意し、提供内容の整理が十分でないまま取組みを進めると、意図しない形で制度上の問題に抵触してしまう恐れがある。特に病院の場合は、社会的な影響力が大きい分、比較的小さな運用上の行き違いであっても、行政指導や信頼低下に繋がりがやすい点には留意が必要である。

また、予防医療は自由診療メニューの案内や、オンラインでの相談・支援とあわせて提供されることが多く、広告やウェブサイト上の表現によって、利用者の受け止め方が大きく左右されやすい分野でもある。効果を断定するような表現や、科学的な根拠の範囲を超えた期待を抱かせてしまう表現は、医療広告規制の観点から問題とされる可能性があるため、サービス内容そのものに加え、情報発信の方法についても慎重な検討が求められる。

さらに、生活習慣病予防を始めとする予防医療では、「医療行為」と「健康支援」「生活支援」の区別が、利用者から見ると分かりにくくなりやすい側面がある。医師の関与や医学的な評価、ICTを用いた支援などが組み合わせることで、診療行為や保険算定の対象となる管理、自由診療、さらには非医療のサービスが、連続した提供内容として受け取られてしまう場合も少なくない。こうした見え方の重なりが、結果として法的なリスクを生じさせやすい背景となっている。

これらを踏まえると、病院が予防医療に関与する際には、「どの制度の枠組みで」「どのような性格のサービスを提供しているのか」を、事前に整理した上で全体を設計していくことが重要であり、その整理を前提とした運用が不可欠である。

##### b 運用上の区分管理

生活習慣病予防プログラムについては、「治療」と「支援」を分けて設計・運用することが重要である。主眼は疾病の治療ではなく、「発症予防」「重症化予防」「行動変容の支援」に置かれることが多い一方、設計が十分でない場合には、混合診療や医療広告規制上の問題を指摘される恐れがある。そのため、予め「診療に該当する部分」と「診療ではない支援」を区別・整理して、全体を構成しておくことが不可欠である。

特に留意すべき点として、保険診療と自由診療を同一の診療プロセスの中に混在させた場合、当該行為全体が保険給付の対象外と判断される可能性が挙げられる。保険外併用療養費制度や選定療養の取扱いを誤ると、返戻や監査の対象となるリスクが生じる可能性があることから、診療動線、提供時間、会計処理を明確に分けた運用を行うことが重要である。

オンラインで提供される保健指導や見守りサービスについても、診療行為に該当しない範囲で実施する場合には、診療ではない支援であることや、医師の関与が監修・助言の位置づけにとどまることなどを、利用者に分かりやすく示しておく必要がある。契約内容やウェブ表示のあり方によって、診療と誤認されないよう整理することが求められる。また、AI読影やウェアラブルデバイスの利用については、薬機法上の位置づけや、個人情報保護に関する関係法令・ガイドラインへの適合を事前に確認しておくことが前提となる。これらの仕組みは、企業向け健康経営支援の場面でも活用さ

れることが多いが、病院そのものが産業医業務を担うものではない。あくまで企業と契約した医師個人（産業医）の活動を、健診や保健指導、医療連携という形で組織的に支援する立場にあることを、契約と表示の両面で明確にすることが不可欠である。

また、歯科・口腔予防についても、歯科保険診療としての治療行為、医科との連携による周術期管理、自由診療としての予防的メンテナンスや指導が混在しやすい領域である。時間・契約・会計の区分を徹底し、セット販売や抱き合わせと受け取られる恐れのある運用を避けることが重要である。

さらに、病院が関与する予防・健康づくりの取組みも、医療と連携しつつ、制度上は診療とは区分された保険外の健康増進サービスである。診療としてのリハビリテーションや生活指導と、自由な運動サービスの利用を明確に区分し、診療行為と誤認されないよう、利用契約や会計を分離した運用を行う必要がある。

メディカルフィットネスは「治療の場」ではなく、「医療的な配慮のもとで運動に取り組む場」として設計することを前提とし、その考え方を、契約、表示、運用の全てに反映させることが必要である。

## ② サービスのクオリティ管理

予防医療は、比較的健康な人や症状が軽度な人を対象とすることが多く、過剰な介入と必要な対応の不足いずれも避けるバランス感覚が重要となる。安全性と精度の確保は、利用者の信頼だけでなく、事業としての持続可能性を左右する要素である。

### a 精度管理

がん検診では、偽陰性・偽陽性への対応や、要精検率・精検受診率の管理、読影体制の設計によって、精度とコストの双方が大きく左右される。

生活習慣病予防やメディカルフィットネスにおいても、既往歴やリスク評価を踏まえた対象者の選別、運動強度や介入内容の適切な設定がなされなければ、十分な効果が得られないだけでなく、健康被害に繋がる可能性がある。

歯科・口腔予防についても、歯周病リスク評価や口腔機能評価の基準を標準化し、医学的根拠に基づいた介入を行うことが重要である。

### b 副反应对応（接種・介入／予防接種法を含む）

予防接種や運動・栄養介入などの予防医療には一定の副反応や体調変化が生じ得る。事前説明と同意取得、発生時の対応、記録の整備は不可欠である。

生活習慣病予防プログラムやメディカルフィットネスでは、運動負荷や生活変化に伴うリスクを想定し、対象者に応じた無理のない設計と、異常時の対応フローを明確にしておくことが求められる。

### c データセキュリティ

P HRやオンライン保健指導、遠隔モニタリングでは、利用者の健康状態や生活習慣に関するデータを継続的に取り扱うことになるため、個人情報保護とセキュリティ対策は、予防医療を継続的に運用する上で不可欠となる。特に病院が提供主体となる場合、情報管理の不備は単なる業務上の問題にとどまらず、病院全体の信頼やブランドの毀損に直結するリスクとなり得る。

病院や医療従事者が診療行為の過程で取得・利用する医療情報は、診断や治療方針の決定に直接用いられ、法令上も厳格な取扱いが求められる情報である。一方でフィットネスや生活習慣改善アプリなどで取得される一般的な健康データは主として本人の健康管理や行動変容の支援を目的として収集されるものであり、医療情報とは利用目的、想定されるリスクの水準が異なる。よって、取得の背景、利用目的、情報の正

確性に対する要求水準や不適切な取扱いが及ぼす影響の大きさが異なるにも関わらず、性質の違いを十分に考慮せず、両者を同じように取り扱うことは避ける必要がある。データの利用目的を予め明確に定義し、目的外利用を防ぐとともに、種類や業務上の役割に応じて閲覧可能な情報の範囲を適切に区分・管理することが重要である。特に、医療情報と連結されたPHRデータや遠隔モニタリングデータについては、医療情報としての性格を帯びる可能性を踏まえ、「誰が」「どの業務目的で」「どこまで閲覧できるのか」を具体的に整理した運用設計が求められる。

また、医科・歯科連携や多職種連携を理由に、院内で医療情報や健康データの共有が行われることがあるが、こうした内部共有についても、必要最小限にとどめることが原則となる。連携の名のもとに一元管理を進める場合であっても、閲覧範囲や編集権限を厳密に分け、業務上の必要性が明確でないアクセスを許容しない体制を構築することが重要である。

さらに、PHRやオンラインサービスの多くは、外部のクラウド事業者やベンダーのシステムを利用する形で提供される。この場合、委託先における情報管理体制や再委託の可否、障害発生時の対応、契約終了時のデータ返却・消去方法などを、契約段階で明確にしておく必要がある。特に病院が主体となってサービスを提供する場合には、委託先の管理水準がそのまま病院の責任として問われる点を十分に認識しておくべきである。

歯科・口腔予防において、口腔内画像や動画、機能評価データを取り扱う場合も同様であり、これらを健診データや生活習慣データと連結して管理する際には、利用目的や保存期間、閲覧権限をより慎重に整理する必要がある。予防医療は継続利用を前提とするサービスであるからこそ、データの安全な管理体制を整え、利用者に対しても安心して利用できる環境を示すことが、長期的な信頼確保に繋がる。

### ③ 運営体制

予防医療を事業として運用するためには、人員配置や契約管理を適切に行い、責任の所在とプロセスが明確であることが重要である。

#### a 人員配置

予防接種、健診、生活習慣病予防、オンライン支援、口腔ケア、運動支援はいずれも多職種が関与するため、全体を統括する責任者を明確にし、役割分担を整理しておくことが重要である。

#### b 契約管理

企業健診や自治体事業、外部ベンダーとの契約では、責任範囲や法令遵守事項を明確にすることで、万一の際の対応が円滑になる。メディカルフィットネスや歯科連携においても、病院としての関与範囲と責任分担を契約上整理しておくことがリスク管理に繋がる。

これらを踏まえると、(3) のア～キに取り組む際の留意点は以下のとおりとなる。

	領域	留意点
ア	予防接種 (高齢者肺炎球菌・ 帯状疱疹・インフル エンザ 等)	○予防接種法等の関連法令 説明同意 (有効性・副反応・救済制度)、副反応報告、接種後観察の標準化。 ○物流・ロット管理 保管温度、期限、在庫記録。 ○広告規制 任意接種の情報提供は適正表示、誇大表現の回避。
イ	健診・検診 (人間ドック、特定健 診、がん検診 等)	○広告規制 効果の断定、誇大表示、未承認医療の表現等の禁止。根拠提示。 ○混合診療の線引き 保険項目と保険外オプション (自費) の明確な区分 (会計・導線・同意取得)。 ○個人情報保護 結果の取扱い、PHR連携時の同意・アクセス制御・暗号化
ウ	生活習慣病予防プ ログラム (栄養・運動・睡 眠・禁煙 等)	○診療行為との線引き 保健指導・相談領域の設計 (診断・処方に踏み込まない保険外の生活支援サ ービスの明確化)。 ○広告規制 具体的数値効果の表示は根拠要件を満たす範囲で表示。 ○個人情報保護 行動データ・ウェアラブル連携時の同意・安全管理。
エ	オンライン保健指 導・遠隔モニタリ ング	○遠隔対応に関する制度要件 対面原則の考え方の整理、同意取得、記録、緊急時対応体制。 ○個人情報保護 PHR・クラウド利用時のアクセス制御・暗号化・ログの監視・委託管理。 ○広告規制 相談・保健指導は医療的効果の断定回避、適正表示。
オ	企業向け健康経営 支援 (ストレスチェック、 産業医連携)	○労働安全衛生法 ストレスチェック義務、個人情報の匿名化・集計提供のルール遵守。 ○契約・成果報告 指標の定義、守秘義務、委託範囲の明確化。
カ	口腔ケア	○診療区分の線引き (保険／自費) と混合診療リスク 歯科保険診療 (歯周病治療等) と自費予防管理が最も混在しやすい領域であ り、線引きを誤ると返戻や監査等に直結する。病院では医科・歯科連携によ り、実質的な一体提供と判断されるリスクが高い。 ○広告規制 「誤嚥性肺炎を防ぐ」「全身疾患が改善する」等の表現は、医学的確実性を過 大に伝えるリスクがあり、行政指導・是正対象になりやすい。病院ブランド で行うため、一般歯科より規制影響が大きい。 ○介入リスクへの医療安全対応 口腔ケアは「予防」だが、高齢者や基礎疾患患者では医療的配慮を要する介 入となる場合がある。初期対応体制が不十分だと、医療安全上の重大課題と なる。
キ	病院が経営する フィットネスジム	○医療と非医療の明確な分離 運動指導・トレーニングを診療行為や医療提供と混同されない設計とし、保 険診療 (リハビリ等) と会員制による保険外の運動サービスの動線・契約・ 会計を明確に分離する。効果を断定する表示や医師関与の曖昧な広告は行政 指導リスクが高い。 ○介入リスクの管理 運動負荷による健康被害は「想定内リスク」として整理し、事前評価 (既往 歴・リスク層別)、説明・同意、急変時の医療対応フローを標準化する。 ○体制と責任の明確化 医師・専門職の関与範囲を明確にし、事故時の初期対応・判断・記録責任を 組織として定義する。委託・機器ベンダーとも責任を契約上明確にする。

## (5) おわりに

病院は地域の健康と暮らしを守る中核的な存在としての使命を担いながら運営されているが、人口構造の変化や医療ニーズの多様化、経営環境の厳しさが増す中で、その役割を将来にわたって果たし続けるためには、医療提供のあり方そのものを見直していく必要がある。予防医療への注力は、こうした課題に対する1つの現実的な選択肢であり、病院の使命を持続可能な形で守るための投資と位置づけることができる。

予防医療は、診療報酬に依存しない安定した収益機会であるだけでなく、病院経営の質そのものを改善する効果を持つ。予防医療によって重症化を防ぎ、入院の長期化や急性増悪による緊急対応を減らすことができれば、限られた病床や人員といった医療資源を、より専門性の高い治療や本来注力すべき医療に投入しやすくなる。結果として、医療現場の負担が軽減され、職員一人ひとりが患者への説明や相談、生活背景を踏まえた支援に、より多くの時間と労力を割けるようになる。また、予防医療を通じて患者と継続的な関係を築くことは、「困った時に相談できる医療機関」としての病院の存在感を高めることにも繋がる。病気になってから受診する場としてだけでなく、健康な段階から関わり続ける場として病院が認識されることで、地域住民との信頼関係はより強固になり、長期的には病院の安定的な運営を支える重要な基盤となる。

このように、予防医療は短期的な収益の改善機会のみを目的とした取組みではなく、医療の質、職員の働きやすさ、地域からの信頼といった複数の要素を同時に高めていく道である。病院の経営と地域の健康を両立させるという観点から、地域にとって欠かせない存在であり続けるための重要な取組みであると言える。

## 【参考文献】

- ・厚生労働省「特定健診・特定保健指導の実施状況について（2023年度）」
- ・第89回がん対策推進協議会「参考資料7 がん検診の受診率の推移」（2023年7月10日）

## 2 医療・介護分野の人材不足

本章では、医師、看護師、看護助手及び介護職の人材不足の状況について概観するとともに、採用に関する課題点を整理する。その上で、厳しい経営状況の中で効果的な人材獲得をしていくための手法と、採用・人材定着に向けた取組みについて整理する。

### (1) 各職種の不足状況

日本の医療・介護分野の人材不足は、量的な不足と構造的な要因が重なり、深刻な状況にある。

各職種の不足状況を以下に整理する。

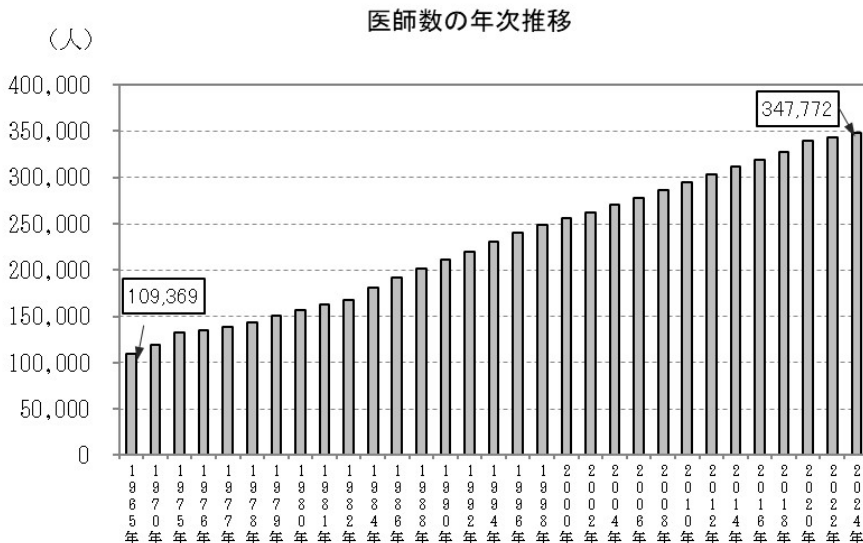
#### ア 医師

日本では、医師数が年々増加しているものの、次頁のグラフのとおり、日本の人口1,000人当たり医師数は、依然G7諸国の中で最下位水準にとどまっている。医療制度や医師の役割分担は国ごとに異なるため、単純な国際比較には一定の留意が必要であるが、それを踏まえても、日本の医師数が十分な水準にあるとは言い難い。また、日本の病床数は国際的に見て多いことも、次頁のグラフのとおりである。

このため、OECD諸国と比較すると、日本は人口当たり医師数が少なく、病床数が多いことから、病床規模に対する医師の比が相対的に低い構造にあり、医師1人が担う診療・管理負担が大きくなりやすい。

もっとも、政府の医師需給に関する見解では、中長期的には人口減少等を背景として医師数が過剰となるリスクも指摘されており、医師の総数そのものよりも、後述するように、地域偏在や診療科偏在の是正が主要な課題とされている。

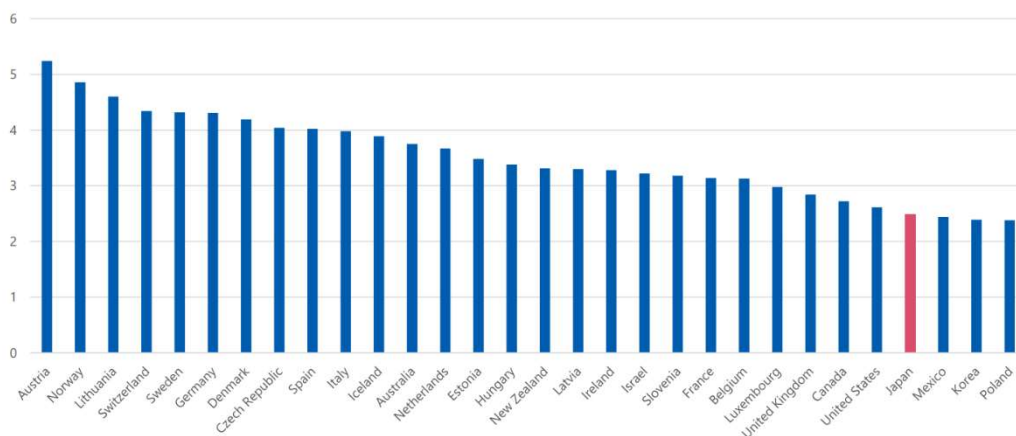
#### ■ 医師数



出典：厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」（1996年～2024年）を基に作成。

## ■医師数の国際比較（OECD）

医師数（人口1,000人対、2018年）



※患者のためのサービスを提供する全ての医師。研修医を含む。

※日本のデータは医師・歯科医師・薬剤師統計。

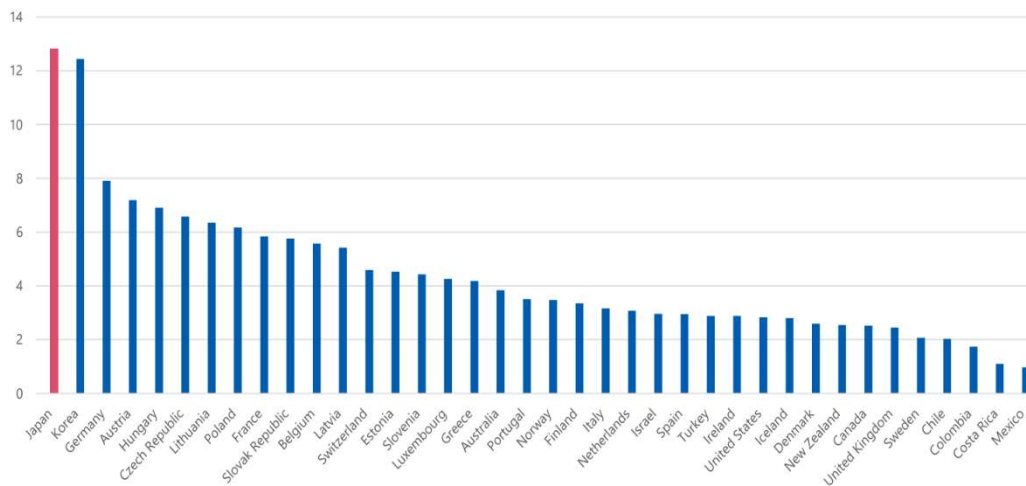
※イギリスはNHS職員のみが対象。

※フランスは研修医を含まない。

※ルクセンブルグ、ポーランドは2017年。

## ■病床数の国際比較（OECD）

全病床数（人口1,000人対、2019年）



※OECDは利用可能な全病床数で精神病床や専門病床を含み、手術台やストレッチャー等、休床、臨時病床長期療養施設を含まない。

※日本は医療施設調査（令和元年）における病院と診療所の許可病床数の総数であり休床を含む。

出典：厚生労働省医政局 第8次医療計画等に関する検討会 第7回  
参考資料3「医療提供体制の国際比較」（2022年3月4日）

医師不足の問題は、地域偏在という近年の課題も大きく影響している。都市部と地方、あるいは大学病院を中心とする中核医療機関と地域医療機関との間で医師配置に大きな差があり、地方や過疎地域では医師確保そのものが困難な状況が続いている。

以下は、各都道府県の医師偏在指標である。医師偏在指標の値は、上位3分の1の都道府県を医師多数都道府県、下位3分の1を医師少数都道府県として国が提示しており、以下の表においては、医師少数都道府県について色付けしている。

## ■医師の偏在指標

地域	医師偏在指標	地域	医師偏在指標	地域	医師偏在指標
北海道	233.8	石川	279.8	岡山	299.6
青森	184.3	福井	246.8	広島	254.2
岩手	182.5	山梨	240.8	山口	228.0
宮城	247.3	長野	219.9	徳島	289.3
秋田	199.4	岐阜	211.8	香川	266.9
山形	200.2	静岡	211.8	愛媛	246.4
福島	190.5	愛知	240.2	高知	268.2
茨城	193.6	三重	225.6	福岡	313.3
栃木	230.5	滋賀	260.4	佐賀	272.3
群馬	219.7	京都	326.7	長崎	284.0
埼玉	196.8	大阪	288.6	熊本	271.0
千葉	213.0	兵庫	266.5	大分	259.7
東京	353.9	奈良	268.9	宮崎	227.0
神奈川	247.5	和歌山	274.9	鹿児島	254.8
新潟	184.7	鳥取	270.4	沖縄	292.1
富山	238.8	島根	265.1		
				全国	255.6

### ※算出式について

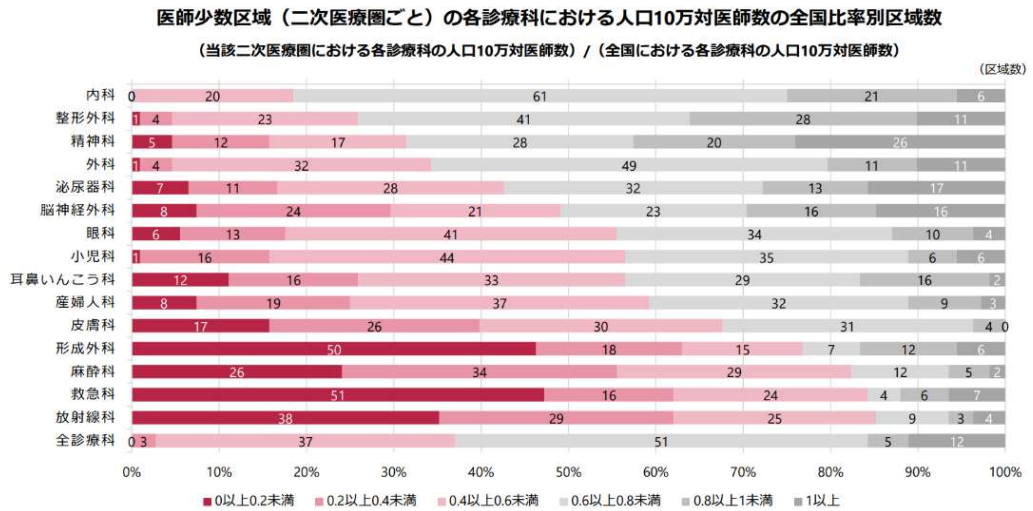
厚生労働省の医師需給分科会は、各都道府県に対し医師確保計画を通じた医師偏在対策を求めている。具体的には、国は三次医療圏・二次医療圏ごとに、医師の偏在の状況を全国ベースで客観的に示すべく、地域ごとの医療ニーズや人口構成、医師の性・年齢構成等を踏まえた医師偏在指標の算出式を提示している。詳細は「ヘルスケア業界データブック〈2025〉－数値で理解する医療・介護・関連産業の経営動向－」（株式会社日本政策投資銀行／株式会社日本経済研究所 監修・編集）第2部第1章参照のこと。

出典：厚生労働省医政局 医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会第4次中間とりまとめ 別添資料1「医師偏在指標（暫定）」（2019年3月29日）及び厚生労働省「医師偏在指標（都道府県別（2024年1月10日更新）」を基に作成。

なお、なかでも産科・小児科・救急科・麻酔科などの診療科は、地域医療や急性期医療を支える基盤である一方、勤務負担の重さや責任の大きさから、医師少数地域において医師不足が際立っている状況にある。

## ■ 医師少数区域にに従事する医師の診療科ごと医師数比率（全国との比較）

○ 医師少数区域（二次医療圏）に従事する診療科ごとの人口10万対医師数を全国と比較すると、医師少数区域の医師が少ない（全国比0.6未満の区域が多くを占める）地域の状況は診療科ごとに差がある。



※医師・歯科医師・薬剤師統計（2022年）を基に、医療施設従事医師数を、主たる従業地による二次医療圏、主たる診療科別に集計

※二次医療圏人口は、国勢調査2020のデータを使用

出典：厚生労働省医政局 第4回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会  
資料1「医師の偏在対策について」（2025年9月11日）

こうした不足状況の背景として、医師養成政策、就労環境及び提供体制の制度的要因がある。

日本では長年、医学部定員数が厳格に管理されてきたため、需給改善には繋がりがづらく、結果として、高齢化とともに医療の需要は増大する一方、医師数の伸びは制約を受ける構造となっている。

加えて、医師の就労環境の問題もある。長時間労働や、夜間・休日対応の常態化、高い訴訟リスクや社会的責任の重さといった要素は、医師個人の負担感を高め、特に若手医師や女性医師にとって就業継続を困難にする要因となってきた。

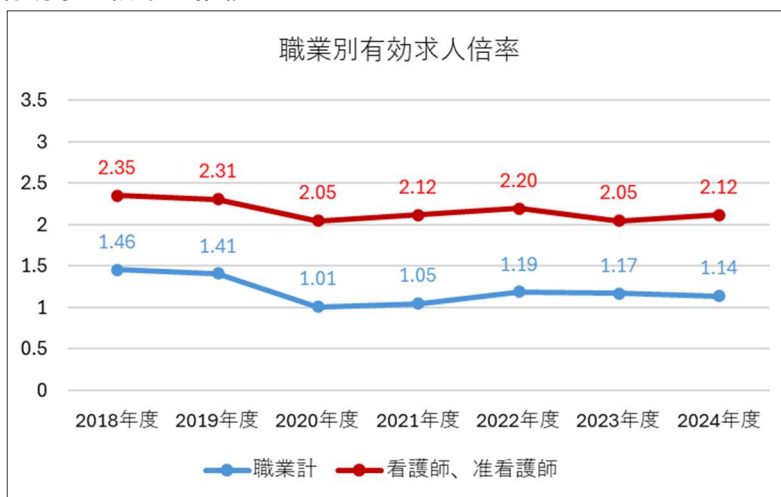
また、医療提供体制の制度的要因も無視できない。病院の収入は診療報酬制度によって大宗が規定されており、その結果として、病院勤務医の報酬水準は、開業医と比較して相対的に低い水準にとどまりやすい構造にある。このため、業務負担や責任の重さに見合った処遇が得られにくいとの認識が広がり、病院勤務を敬遠する要因の1つとなっていることも、医師の偏在や特定診療科における人材確保の難しさに影響を与えている。

2024年度から医師の時間外労働に上限規制が導入されたものの、勤務体制や地域の医療提供体制整備とバランスを取りながら実行する必要があり、現場では依然として「人材不足の中で規制に対応せざるを得ない」というジレンマが存在する。

## イ 看護師

看護師については、医師や介護職と比較すると就業者数は増加傾向にあるものの、高齢化の進展に伴い医療的ケアが必要な高齢者が増える中で、医療需要の拡大に人員供給が追いついていない状況にある。このため、医療現場や介護現場では慢性的な看護師不足が常態化しており、看護師の有効求人倍率は約2倍で推移している。つまり、求職者1人に対して2件前後の求人が存在する状態が続いており、病院側から見れば、採用が容易ではない構造にあり、需給が逼迫している。

### ■看護師の有効求人倍率の推移



注1) 厚生労働省「職業安定業務統計」より。上記の数値は原数値である。

注2) 2019～2022年度は、2011年改定「厚生労働省編職業分類」に基づく看護師、准看護師：「133 看護師、准看護師」の職業分類の数値、2023年度は2022年改定「厚生労働省編職業分類」に基づく看護師、准看護師：「023 看護師、准看護師」の職業分類の数値。

注3) 常用とは、雇用契約において雇用期間の定めがないか又は4ヶ月以上の雇用期間が定められているものをいい、パートタイムとは、1週間の所定労働時間が同一の事業所に雇用されている通常の労働者の1週間の所定労働時間に比し短いものをいう。

注4) 上記の数値は、新規学卒者及び新規学卒者求人を除いたものである。

出典：中央社会保険医療協議会 総会（第610回）「医療提供体制について」

（2025年6月25日）、医道審議会（保健師助産師看護師分科会 看護師等確保基本指針検討部会）第2回「参考資料2 看護師等（看護職員）の確保を巡る状況」（2023年7月7日）を基に作成。

また、離職率は11.5%（※）で推移しており、全産業平均と比べて必ずしも突出して高い水準ではないものの、有効求人倍率が高い状況が継続していることから、離職と新規就業が一定程度同時に生じる中で人材の流動性が高い状態にあると考えられ、結果として慢性的な不足状態にあると推測される。

こうした状況の背景には、看護師特有の働き方の厳しさがある。加えて、資格職であるがゆえに、他の病院等への転職が比較的行きやすいという特性がある。前者について、とりわけ夜勤負担は大きな課題であり、次頁の図のとおり夜勤時間が月に72時間を超える看護師が約34.3%に上るなど、長時間・不規則勤務が一定程度常態化している。夜勤を含む交代制勤務は身体的負担のみならず、同一職場での継続就業を難しくし、他病院への転職を選択する要因となっている。

看護師の離職理由を見ると、結婚や出産などライフイベントによる理由のほか、身体的負担や精神的不調による離職が大きなウェイトを占めている点が特徴的である。

その一方で、離職後も看護職としての就業意欲を維持し、勤務条件や負担の異なる

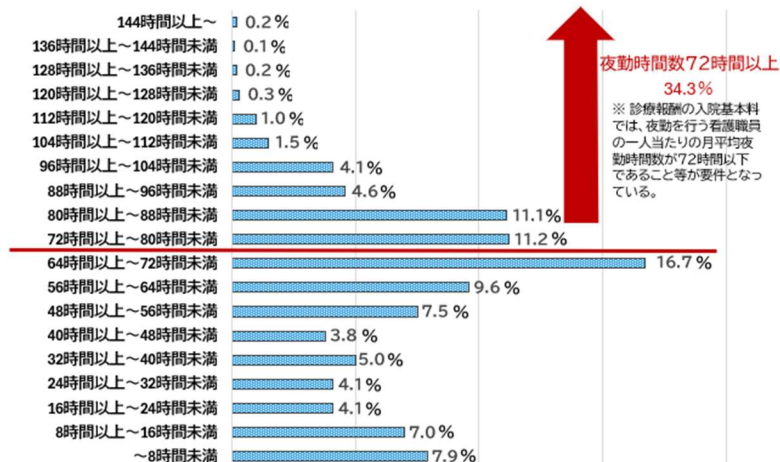
職場を選択して再就職・転職するケースも少なくない。看護師は、女性の比率が高い職種であるが、出産・育児期に一時的に就業形態を変更した後、年齢や体力に応じて職場や役割を選択することが一般的であり、救急医療など体力的負担の大きい現場から、比較的勤務管理がしやすい後方病院や、在宅医療等へとキャリアを移行していく段階的なキャリアパスを有していると捉えることができる。このため、資格保有者が恒常的に就業から離脱するというよりも、ライフステージや身体的条件に応じた配置転換や職場移動が繰り返されやすい。結果として、特定の領域や時間帯において人員不足が生じやすい構造になっていると考えられる。

このように、看護師不足は単に人数の問題ではなく、資格職としての高い人材流動性や、年齢・体力・生活段階に応じた働き方の選択が重なり合うことで、現場レベルの人員確保が難しくなっている状況であることを理解する必要がある。

※厚生労働省「令和4年版厚生労働白書」より

## ■看護職員の夜勤時間数

◎看護職員の1か月間の夜勤時間数  
(第2回公的価格評価検討委員会資料2(令和3年12月3日))



## ■看護職員の退職理由（複数回答）

順位	全体	% (人数)	20代	% (人数)	30代	% (人数)	40代	% (人数)	50代	% (人数)
第1位	結婚	11.6 (7,494)	結婚	13.1 (952)	結婚	15.7 (2,250)	子育て	16.1 (2,940)	親族の健康・介護	12.7 (1,942)
第2位	子育て	10.5 (6,807)	転居	12.7 (927)	妊娠・出産	15.2 (2,189)	結婚	13.0 (2,376)	自分の健康 (主に身体的理由)	10.4 (1,595)
第3位	転居	9.1 (5,898)	看護職の他の職場 への興味	11.5 (838)	子育て	14.5 (2,083)	妊娠・出産	11.9 (2,163)	結婚	10.4 (1,584)
第4位	妊娠・出産	8.8 (5,660)	自分の健康 (主に精神的理由)	8.9 (647)	転居	13.1 (1,877)	転居	8.5 (1,559)	子育て	9.0 (1,369)
第5位	自分の健康 (主に身体的理由)	7.4 (4,763)	夜勤の負担が大きい	7.8 (571)	配偶者の転勤	9.9 (1,417)	看護職の他の職場 への興味	7.5 (1,375)	転居	7.6 (1,162)
第6位	看護職の他の職場 への興味	7.2 (4,666)	勤務時間が長い・ 超過勤務が多い	7.1 (520)	看護職の他の職場 への興味	7.9 (1,139)	自分の健康 (主に身体的理由)	7.3 (1,330)	看護職の他の職場 への興味	7.0 (1,068)
第7位	親族の健康・介護	6.7 (4,303)	リフレッシュ	6.6 (484)	夜勤の負担が大きい	6.9 (987)	配偶者の転勤	7.2 (1,307)	配偶者の転勤	6.7 (1,026)
第8位	配偶者の転勤	6.5 (4,220)	自分の健康 (主に身体的理由)	6.2 (455)	勤務時間が長い・ 超過勤務が多い	6.4 (912)	親族の健康・介護	5.6 (1,028)	勤務時間が長い・ 超過勤務が多い	5.5 (847)
第9位	勤務時間が長い・ 超過勤務が多い	5.4 (3,482)	自分の適性・能力 への不安	5.9 (433)	自分の健康 (主に身体的理由)	5.6 (804)	勤務時間が長い・ 超過勤務が多い	5.4 (982)	妊娠・出産	5.4 (823)
第10位	夜勤の負担が大きい	4.9 (3,173)	看護職以外の他の 職場への興味	5.5 (401)	自分の健康 (主に精神的理由)	5.0 (715)	家事と両立しない	5.2 (951)	夜勤の負担が大きい	4.3 (653)
	(n=64,628)		(n=7,288)		(n=14,355)		(n=18,246)		(n=15,265)	

出典：医道審議会（保健師助産師看護師分科会 看護師等確保基本指針検討部会）  
第2回「参考資料2 看護師等（看護職員）の確保を巡る状況」  
(2023年7月7日)を基に作成。

## ウ 看護助手

看護助手についても、医療現場を下支えする重要な職種であるにも関わらず、人材不足は極めて深刻な状況にある。看護助手の有効求人倍率は4倍を超える高水準(※)にあり、病院側の採用需要に対して人材供給が著しく不足している。

看護助手は、直接的な医療行為は行わないものの、患者の身の回りのケア、病棟環境の整備、物品管理、看護師業務の補助など、急性期病院を含む医療現場の円滑な運営に不可欠な役割を担っている。また、業務内容は身体的負担を伴うものが多く、患者対応を含む対人業務でもある一方で専門資格を前提としない職種であることから、賃金水準や処遇面で他職種と比較して不利になりやすい傾向がある。

特に人材確保を難しくする要因の1つが、夜勤や長時間勤務である。急性期病院や入院機能を有する病院では、看護助手でも夜勤帯の業務や早朝・深夜を含むシフト勤務への対応が求められる場合が多い。しかし賃金や雇用条件とのバランスを考えると、夜勤を含む勤務形態は敬遠されやすくミスマッチが生じ得る。

また、看護助手が医療現場に不可欠な業務を担っていながら評価や処遇が十分でないと感じる場合、業務負担の重さに対する納得感を得にくく離職に繋がりやすい。特に人材不足の病棟では、看護助手1人当たりの業務量が増加し身体的・精神的負担が高まるため、早期離職を招く悪循環が生じる。さらに人材不足が慢性化することで、現場の余力が失われ、教育やOJTに十分な時間を割けず新規採用者が職場に定着しなくなり「採用しても育たず、再び人材不足に陥る」構造が固定化されやすい。

このように、看護助手の人材不足は、有効求人倍率の高さに象徴される不足に加え、夜勤・長時間勤務への対応困難、処遇と業務負担の不釣り合い、キャリア展望の描きにくさといった構造的要因が重なり合って生じている。看護助手は医師・看護師の業務効率や労働環境にも直結する職種であり、人材の確保と定着は、病院全体の医療提供体制の持続可能性を左右し得る課題と言える。

※厚生労働省 職業情報提供サイトより

### ■看護助手の業務内容

大項目	中項目	小項目	看護助手
周辺業務	生活環境関連	ベッド周囲の整理整頓・環境整備・ベッドメイキング	○
		室内の温度・採光・喚起調整	○
		リネン交換（離床患者）	○
		リネン交換（臥床患者）	◎
	診療周辺業務	診療材料、消耗品の整理等	○
		入院案内、入退院・転院患者連絡調整、メッセージ業務	○
		器具の洗浄設置	○
直接ケア	日常業務	入浴・洗面・口腔ケア・洗髪・寝衣着脱介助、排せつ介助、おむつ交換等	◎
		配膳・下膳	○
		食事介助・体位交換、移動動作、移送、見守り等	◎

※◎：看護師が患者の病態を判断、看護助手が単独又は看護師と共同で実施可。

○：看護師の指示の下、看護助手が単独で実施可。

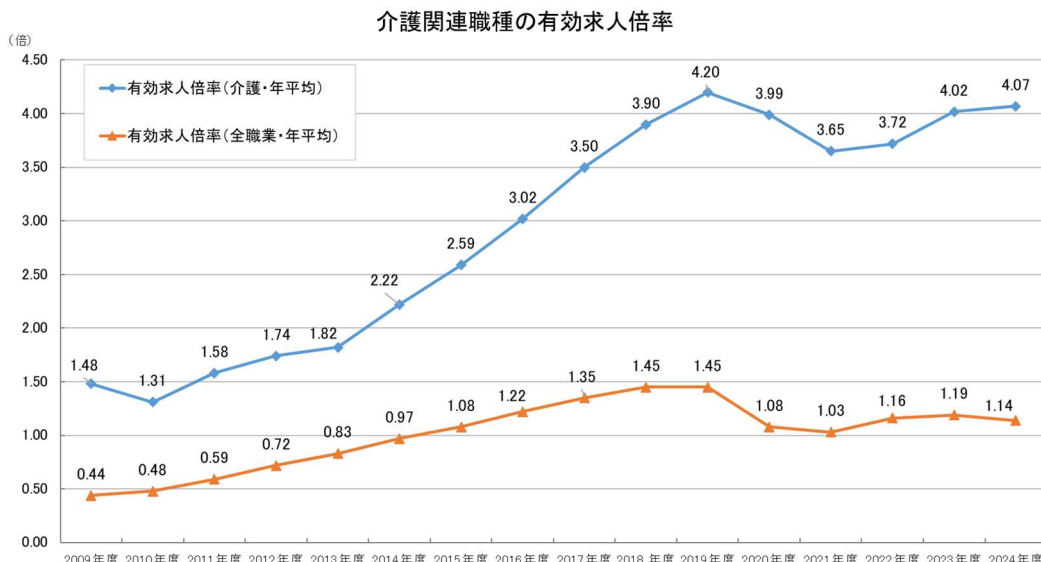
出典：厚生労働省 医療専門職支援人材確保・定着支援事業

「医療専門職支援人材の確保・定着のための手引書 好事例集」を基に作成。

## エ 介護職

介護職については、医療職種以上に人材不足が深刻であり、極めて厳しい状況に置かれている。看護師は需要の増加に人材供給が追いつかないという構造であるのに対し、介護職は以前より人員そのものが圧倒的に不足している点に大きな特徴がある。

有効求人倍率は約4倍と極めて高く、他産業と比較しても突出した水準で推移している。これは介護事業者が慢性的に採用難に直面している現実を端的に示している。



注1) 厚生労働省「職業安定業務統計」より。有効求人倍率は年平均である。

注2) パートタイムを含み、新規学卒者及び新規学卒者求人を除く常用に係る数字。

注3) 介護関連職種は、2012年2月以前は、1999年改定「労働省編職業分類」における「福祉施設指導専門員」、「福祉施設寮母・寮父」、「その他の社会福祉専門の職業」、「家政婦(夫)」、「ホームヘルパー」の合計、2012年3月から2022年12月までは、2011年改定「厚生労働省編職業分類」における「福祉施設指導専門員」、「その他の社会福祉の専門的職業」、「家政婦(夫)、家事手伝い」、「介護サービスの職業」の合計、2023年1月以降は、2009年12月改定「日本標準職業分類」における「福祉施設指導専門員」、「その他の社会福祉専門職業従事者」、「家政婦(夫)、家事手伝い」、「介護サービス職業従事者」の合計による。

出典：内閣府「令和7年版高齢社会白書 全体版」(2025年6月10日)を基に作成。

この背景にある最大の要因の1つが、低い賃金水準である。介護職は身体的・精神的負担が大きいにも関わらず、他産業や医療職と比較して賃金水準が低く、近年、処遇改善加算等を通じた賃金上げが図られているものの、人材確保競争が激しい労働市場全体の中では、依然として十分な競争力を持つ水準にない。

さらに、人員不足が慢性化することで、勤務日時の柔軟性を確保しづらくなり、少ない人員でシフトを回さざるを得ないため、休暇が取りづらく、急な欠勤や家庭事情への対応も難しくなる。その結果、現場に残る職員の業務負担がさらに増大し、疲弊や不満が蓄積する悪循環にも陥りやすい。

介護職の離職理由としては、人間関係や職場環境への不満が大きな割合を占めている点も特徴的である。身体介助を中心とする対人業務であることに加え、時間的余裕のなさや慢性的な人材不足は、職場内のコミュニケーションを阻害しやすい。これにより心理的安全性を低下させてしまう可能性がある。結果として、仕事そのものへの意義は感じつつも、「この職場で働き続けること」が難しいと判断され、離職に至るケースが少なくない。(以上の介護人材不足の状況は、「ヘルスケア業界データブック〈2025〉—数値で理解する医療・介護・関連産業の経営動向—」(株式会社日本政策投資銀行/株式会社日本経済研究所 監修・編集)第2部第2章を参照されたい。)

■各職種の人材不足に関する比較まとめ

職種	人材不足の実態	主な要因・背景
医師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域・診療科の偏在が顕在化</li> <li>・1人当たりの業務負担が大きい</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域・診療科ごとの需給調整が難しい供給構造</li> <li>・病床数が多い医療提供体制のもとで、配置される医師数が相対的に少ない</li> </ul>
看護師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・就業者は増えているが、需要に供給が追いついていない</li> <li>・離職と再就業が併存し、慢性的不足が続いている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢化等で医療需要が継続的に拡大</li> <li>・夜勤等の負担を背景に転職が頻発し、人材が定着しにくい構造あり</li> </ul>
看護助手	<ul style="list-style-type: none"> <li>・求人倍率が高く、採用が進まない</li> <li>・人材が定着せず、不足が固定化している</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・処遇水準に対する身体的・精神的負担が大きく、求人応募や就労継続に課題あり</li> <li>・人材不足により教育やOJTが十分に行えず、早期離職が生じやすい</li> </ul>
介護職	<ul style="list-style-type: none"> <li>・需要に対して供給が恒常的に足りていない</li> <li>・多くの事業所で慢性的な人材不足が常態化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢化等でますます人員の絶対数が不足している</li> <li>・処遇水準に対する身体的・精神的負担が大きく、求人応募や就労継続に課題あり</li> <li>・人材不足により職場環境が悪化し、離職がさらなる人材不足を招く構造あり</li> </ul>

## (2) 各職種の採用状況

医療職と介護職の採用はどのように行われるのか、状況を以下に整理する。

### ア 医師の採用方法

主なルート
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医局（大学医局）からの人事異動・派遣</li> <li>・病院直接採用（公募、求人サイト）</li> <li>・人材紹介会社（エージェント）※医師専門特化型サービスなど</li> </ul>
特徴・備考
<ul style="list-style-type: none"> <li>・医局制度が依然強く、地方病院は大学医局依存度が高い。</li> <li>・人材紹介会社経由の場合、他職種に比べ採用コストが高額になりやすい。（年収の一定割合が紹介手数料になるため）</li> </ul>

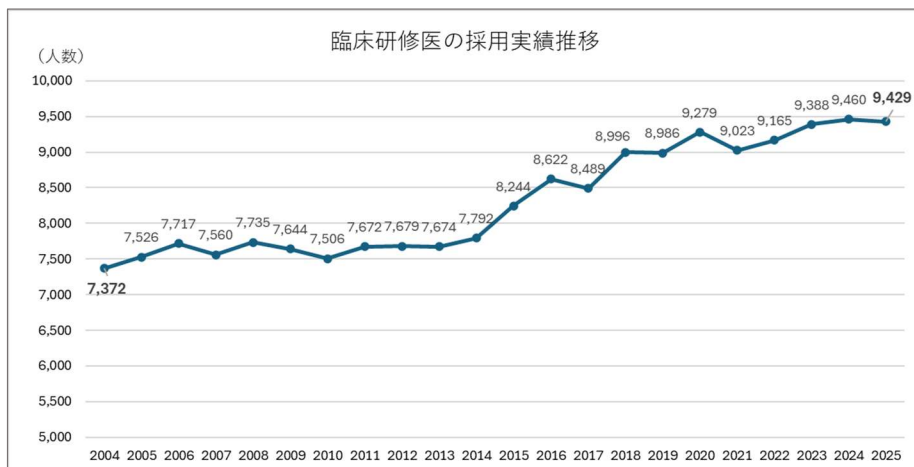
医師の人材不足を論じるに当たり、医師の採用ルートを確認する。

看護師や介護職が労働市場を通じて個人単位で就業先を選択することが多いのに対し、医師の採用ルートは、養成・研修・専門医取得と連なっていくキャリア形成の過程において、大学医局や研修制度との関係性が入職に強く影響する傾向がある。現在の日本の病院における医師採用は、大学医局からの人事異動・派遣、病院による直接採用（公募・求人サイト等）、人材紹介会社（医師専門エージェント等）経由の3つに大別できる。

第1に、大学医局からの人事異動・派遣は、現在も多くの病院にとって最も重要な採用ルートである。特に地方病院や中小規模病院では医局依存度が依然として高い。医局派遣は、報酬の廉価な若手医師を一定期間確保できる点や、専門医育成と連動した配置が可能である点で機能的である一方、入職する医師を選べないリスクや、派遣期間が短期化しやすく、医師の引き揚げによって診療体制が不安定になるリスクを抱える。実際、厚生労働省の「医師の働き方改革施行後状況調査」では、大学等からの派遣医師の引き揚げがあった医療機関が5.3%存在（※）し、診療体制に影響が生じた例も確認されている。

※厚生労働省 医政局「令和6年度医師の働き方改革の施行後状況調査」調査結果より

第2のルートは、病院による直接採用（公募・求人サイト等）である。2004年の新臨床研修制度以降、徐々に比重が高まってきた。医師が医局に所属せず、自由に勤務先を選択しマッチングすることが一般化し、病院が自院のウェブサイトや医師向け求人サイトを通じて直接募集を行うケースが増加している。



出典：厚生労働省「令和7年度の臨床研修医の採用実績」を基に作成。

ただし、医師の有効求人倍率は常勤で2倍超の水準にあり（※）、病院間の競争は極めて厳しい状況にある。特に地方病院では、給与や勤務条件だけで都市部と競合することが難しく、直接採用のみで安定的に医師を確保することは容易ではない。

※厚生労働省 「一般職業紹介状況」より

第3のルートは、人材紹介会社の活用であり、医局派遣が得られない場合や、即戦力医師を早期に確保したい場合の手段として定着している。手数料は、後述のとおり年収の20～30%程度とされることが多く、複数名の採用が必要な病院ではコスト負担が大きくなる。

以上のように依然として医局制度が軸にあるものの、医師の採用は直接採用や人材紹介会社を組み合わせることが一般的な状況にある。

## イ 看護師の採用方法

主なルート
<ul style="list-style-type: none"> <li>・新卒採用（看護大学・看護専門学校）※学校と連携、実習受入れ等</li> <li>・中途採用（ハローワーク・ナースセンター・求人サイト・人材紹介会社）</li> </ul>
特徴・備考
<ul style="list-style-type: none"> <li>・新卒は病院の研修制度を重視し、定着率は比較的高い。 （厚労省「病院看護職員の離職率」：新卒8.8%、既卒16.1%（2023年度）。）</li> <li>・人材紹介会社経由の場合、採用コストがやや高額になりやすい。 （年収の一定割合が紹介手数料になるため）</li> </ul>

病院における看護師の採用は、新卒採用と中途採用に大別して整理できる。病院の人材戦略上、この2つでは採用コスト、定着率、即戦力度合いが異なることを意識して採用をすることが重要となってくる。

第1のルートは学校と連携した新卒採用である。これは看護大学・看護専門学校との連携を基盤とし、病院が毎年一定数を計画的に確保する最も一般的なルートである。

第2のルートである中途採用は、ハローワークやナースセンター、求人サイトを通じて行われることが多く、一定の臨床経験を有する看護師を比較的低コストで採用できる点が特徴的である。特にハローワークは紹介手数料が発生しないため、採用コストを抑えたい病院には重要な選択肢となっている。これらの他に人材紹介会社経由の採用も方法として挙げられる。看護師専門の人材紹介会社は、慢性的な人材不足に直面する病院にとって、短期間で確実に人材を確保できる手段として活用されている。従前は欠員補充や緊急対応を目的とした補完的なルートという位置づけであったものの、紹介経由で採用した人材の早期離職もあり得るため、人材紹介会社のルートは、人材不足が続く現状においては、一部病院で恒常的な採用手段となっている。

## ウ 看護助手の採用方法

主なルート
<ul style="list-style-type: none"> <li>・新卒採用（学校・教育機関経由）※わずか</li> <li>・中途採用（ハローワーク、知人等からの紹介、病院公式ページ）</li> </ul>
特徴・備考
<ul style="list-style-type: none"> <li>・新卒はわずかで、主婦層、他業種からの転職者、非正規・パート経験者の中途採用が多数。</li> <li>・近年、医療現場の働き方改革やタスクシフト推進の影響で活用が拡大。</li> <li>・人材紹介会社を通じた採用も、勤務条件や職場環境を重視する求職者等一部に見られる。</li> </ul>

看護助手の主な採用ルートについてはハローワークを通じた中途採用が中心である。厚生労働省の事業による全国調査では、看護補助者が募集を知った経緯として、「知人からの紹介（37.8%）」「ハローワーク（36.4%）」がほぼ同水準で上位を占めており、地域密着型・生活圏内での就職が多い実態が明らかになっている（※）。

看護助手については、学校・教育機関を経由した新卒採用はごく一部にとどまる。多くの病院では、看護補助者を専門的養成課程の修了者としてではなく「無資格・未経験から就業可能な職種」と位置づけており、新卒一括採用の仕組みにはなっていない。

実際に採用されている人材の属性を見ると、主婦層、他業種からの転職者、パート・非正規雇用の就業経験者が多数を占める。上記の調査では、回答者の73.7%が転職者であり、直前の職種も医療・介護に限らず、幅広い業種からの流入が確認されている。また、就職理由としては「勤務地の都合がよい」「勤務時間が生活と両立しやすい」といった、求めるライフスタイルへの適合性が重視されており、専門職志向よりも就労条件との親和性が重視される傾向が強い（※）。

斯様な傾向を背景に、看護助手は他職種からの流入が多い反面、就労条件や生活環境の変化等を契機に再び他職種へと移行するケースも少なくなく、職種を跨いだ人材移動が比較的活発である。

なお、近年の環境変化（タスクシフトの進展）についても着目が必要である。近年、医師・看護師の働き方改革や医療現場におけるタスク・シフト／シェアの推進を背景に、看護助手の活用は制度的にも拡大している。2022年度以降の診療報酬改定では「看護補助体制充実加算」が新設・拡充され、看護職員から看護補助者への業務移管や協働体制の整備が評価対象とされた。

もともと、看護補助者を雇用した場合であっても、看護配置基準上、看護師の必要数自体が減少するわけではなく、病院全体としての職員数は純増する構造となる。このため、加算取得による増収効果のみでは、増加する人員分の人件費を十分に賄えないケースも想定され、病院側としては人件費負担とのバランスを踏まえつつ、看護助手の採用を慎重に判断せざるを得ない側面もある。

この結果、看護助手は単なる周辺業務要員ではなく、「看護チームの一員」として一定の役割を担う存在として再定義されつつある一方で、病院経営や人員配置の制約の中で、その活用には現実的な判断が求められており、採用意欲が一樣に高まっているわけではないと考えられる。

※ともに厚生労働省 医療専門職支援人材確保・定着支援事業「看護師と看護補助者の協働の推進に向けた実態調査研究 報告書」より

## エ 介護職の採用方法

主なルート
<ul style="list-style-type: none"> <li>・新卒採用（介護福祉士養成校や専門学校等からの採用） ※わずか</li> <li>・中途採用（ハローワーク、求人サイト、外国人技能実習・特定技能制度、人材紹介会社（福祉又は介護専門型エージェントサービス等））</li> </ul>
特徴・備考
<ul style="list-style-type: none"> <li>・外国人材は制度上の制約や言語・文化面の課題を踏まえた採用が必要。</li> <li>・厚労省「介護労働実態調査」：離職率 12.4%（2025 年度）。</li> </ul>

介護分野における人材確保は、慢性的な人材不足を背景に、複数の採用ルートを併用することが前提となっている。採用形態としては、新卒採用よりも中途・既卒者を対象とした採用が中心となっていることが特徴であり、介護事業所の採用活動においては、ハローワーク、求人サイト、外国人技能実習・特定技能制度、人材紹介会社といった複数の経路が広く活用されている。

新卒採用については、介護福祉士養成校や専門学校等からの採用が一定程度行われているものの、全体として採用規模は限定的であり、計画的な新卒一括採用を実施しているのは、研修体制や人事機能が整った一部の大手事業者や、比較的規模の大きい社会福祉法人等に限られる。

多くの事業所では、現場の人員不足への即時対応が求められることから、新卒者を前提とした育成型採用よりも、既卒者・転職者を対象とした中途採用が実務上の中心となっている。

ハローワークは、介護職採用において最も利用率の高いチャネルである。2023 年の福祉分野（社会保険・社会福祉・介護事業）の入職経路を見ると、「ハローワーク」の割合が入職者全体の 24.3%であり、これは全職種 of 14.9%より 10 ポイント近くも高い（※）。主に中途採用において活用されており、離職後の再就職者や未経験者を含む幅広い求職者層にリーチできる点が強みである。地域密着型で中高年層や未経験者を含む幅広い求職者にリーチできる一方で、即戦力人材の確保という観点では限界もあり、採用までに時間を要するケースが少なくない。

民間の求人サイト（介護専門サイトを含む）は、若年層や転職意欲の高い層に訴求しやすく、募集内容の見せ方を工夫できる点に強みがある。新卒者向けに活用される場合もあるが、実際には既卒者や経験者を中心とした中途採用での利用が主流である。ハローワークと比較すると、応募者が自ら求人を見極め選別する傾向が強い一方、掲載費用や運用負担が発生するため、採用コストと効果のバランスを見極めた活用が求められる。

また、国内人材の確保が困難な中、外国人介護人材の受入れが重要性を増している。厚生労働省によれば、介護分野で就労する外国人は 5 万人を超え、内訳としては特定技能が約 2.7 万人、技能実習が約 1.5 万人を占める。外国人技能実習・特定技能制度では一定の介護技能・日本語能力が求められるが、受入事業所には生活支援や教育体制の整備が義務づけられており、制度理解と中長期的な育成視点が不可欠である。

最後に、人材紹介会社は、即戦力人材を比較的短時間で確保できる点で有効性が高い一方で、成功報酬型の手数料負担は大きく、採用 1 人ごとに相応の手数料が発生するため、複数人の採用や離職に伴う再採用が生じた場合には、年間数百万円規模に達するケースもあり得る点は留意が必要である。

※厚生労働省「2040 年に向けたサービス提供体制等のあり方」検討会（第 1 回）」

資料 3 「「2040 年に向けたサービス提供体制等のあり方」現状と課題・論点について」（2025 年 1 月 9 日）より

### (3) 採用コストについて

(2) では各職種の採用について記載した。いずれのルートで採用する場合も、採用には人件費や広告費等の一定のコストがかかるが、病院が確実に人材を確保し再募集リスクを下げるなどの理由で、人材紹介会社を活用する場合は、それに加えて紹介手数料が発生することになる。その紹介手数料は年収の数割に及び、慢性的な人材不足下で欠員ごとに利用すると、公的保険や公費負担に大きく支えられる分野であるにも関わらず、人材紹介手数料へのコストが増額し過大な社会保障費の流出を招く可能性がある。

本項では、採用に係る費用と効果の考え方を整理した上で、現状の医療職の採用に係るコスト、とりわけ人材紹介サービスを活用するためのコストを概観し、課題点を整理する。

- ア 採用の費用対効果を測る尺度について  
採用におけるROI（投資収益率）を考えると

$$\text{ROI} = (\text{効果額} - \text{投資額}) \div \text{投資額}$$

という基本式で表され、投じたコストに対して得られた価値の大きさを確認できる。一般的には、1名の採用を行う際には、複数の媒体を活用して、同時並行的に募集広告の掲載などを行うことが想定される。

各病院で採用手段や内容はまちまちであるが、本項では、この尺度を用いるとどのように整理できるかについて、項目例と数字を仮置きしてみる。

まずは、採用に係る全ての投資のうち、人材紹介会社の利用で生じるコスト、人材紹介会社以外の採用媒体のための広告費や広告作成工数等のコスト、媒体に関わらず採用によって生じる人事部門職員の工数や面接旅費などの内部的なコストを別計しておくことで、投資の内訳が見えやすくなる。

※投資額：人材紹介会社に支払う紹介手数料・人材紹介会社対応工数・その他の媒体の広告費・面接対応の人事工数・面接旅費・入職適応支援費など採用に伴う総コスト合計。

※効果額：採用後に生じる便益の金額。稼働率の改善による診療報酬の増収、加算取得による増収、残業代や派遣依存の縮減といったコスト削減、さらに救急受入停止の回避など機会損失の防止も含めて算定する。実務では、月次の実績データに基づき、定着期間（月数）と勤務稼働率を前提に効果額を積み上げ、季節変動も考慮するとよい。

例えば、採用に係るコストが会計上で分散し、各費目の中に埋没している場合は、以下のように、外部に支払う費用／内部の工数に係る費用に分けて整理するとよい。

#### ■採用コストの仕分けについての例

##### 求人広告費

- （外部向け）求人サイトへの広告（有料）／ハローワークの求人票（無料）／病院HPへの掲載（無料）等
- （内部向け）広告作成に係る調整・折衝工数

##### 委託料

- （外部向け）人材紹介会社への紹介手数料／病院HPの採用サイト構築料 等

##### 人件費・給与費

- （内部向け）人材紹介会社と調整費／求人サイトとの調整費／病院HP構築の場合の事業者との調整費／応募者との面接・書類選考等事務費

##### 雑費、旅費

- （外部向け）面接会場の会場費／面接旅費 等

例として、現実的な想定として看護師1名が不足し、人材紹介会社とハローワーク、掲載課金型の求人サイトを併用して募集を行い、結果的に人材紹介会社経由で採用したケースを想定し、数字を仮置きしてみる。

### ■ 仮想事例1（看護師1名（欠員補充）の採用→1年間勤務の場合）

#### 設定

病院種別：一般病院

採用区分：常勤看護師 1名（欠員補充）

年収水準：年収 450～500 万円程度

採用手段：人材紹介会社、ハローワーク、医療系求人サイト（1媒体）

#### 計算

##### ①投資額

<パターンA 人材紹介会社以外の低廉な採用手段のみ>

- ・ハローワーク求人票工数等：2万円 ※ハローワークへの掲載は無料
  - ・掲載課金型求人サイト掲載：20万円
  - ・面接内定に係る院内工数：3万円（書類選考、面接、面接旅費、内定手続き等）
- 合計：25万円

<パターンB 人材紹介会社も活用する場合>

パターンAに加え、

- ・人材紹介会社への手数料：120万円
- ・人材紹介会社との調整工数：3万円（求人要件、調整・連絡、条件調整・内定対応）
- ・面接内定に係る院内工数：2万円（書類選考、面接、面接旅費等）

小計：125万円

合計：150万円（パターンAの25万円+125万円）

##### ②効果額（採用者が1年間勤務の場合）

- ・病棟稼働の維持、入院基本料の維持、病床稼働率の悪化防止・改善：170万円
- ・応援看護師・派遣削減残業・夜勤超過抑制：40万円

合計：210万円

※本試算の効果額は、新たな収益創出ではなく、看護師欠員によって生じていた病棟稼働低下や応援・派遣等の追加コストを、1名補充することでどこまで解消できたかを示すものである。

パターンBの1年間のROIは、①より投資額150万円、②より効果額210万円で、

$$ROI = (210 - 150) \div 150 = 40\%$$

とプラスとなる。

この場合、より長期に勤務することで当然ながら効果額は増大するため、ROIはさらに向上する。反対に、もし半年で離職すれば、効果額は1/2に縮小しROIはマイナスに転じる。

なお、人材紹介会社を経由しないパターンAで採用に成功した場合をしてみる。

パターンAで人員が確保できた場合、①の投資額は25万円に変更され、

$$ROI = (210 - 25) \div 25 = 740\%$$

と非常に高くなることが分かる。

ただし、人材紹介会社を活用しない方針とした時点で、求人サイトの数を増やすな

ど代替的に採用の確実性を高めようとする場合があるため、実際には①の投資額はやや本仮定より増額する可能性がある。

次に、医師の例も挙げる。

### ■ 仮想事例 2（医師 1 名（欠員補充）の採用→1 年間勤務の場合）

#### 設定

病院種別：一般病院

採用区分：常勤医師 1 名（欠員補充）

診療科：一般内科・整形外科等（極端な希少科ではないもの）

想定年収：1,500 万円程度

採用手段：人材紹介会社、医局ルート（補助的）、公的バンク、直接募集

#### 計算

##### ①投資額

<パターン A 人材紹介会社以外の低廉な採用手段のみ>

- ・医局ルートに係る調整：10 万円  
（訪問・挨拶・関係維持、派遣条件への配慮（診療内容・ポスト）調整）
- ・公的バンク利用料：無料
- ・内定採用に係る院内工数：5 万円（面接、面接旅費、面接後調整・理事会、内定手続き等）

合計：15 万円

<パターン B 人材紹介会社も活用する場合>

パターン A に加え、

- ・人材紹介会社への手数料：370 万円
- ・人材紹介会社との調整工数：12 万円  
（条件調整・診療内容・当直・研究等。看護師より多岐にわたる）
- ・内定採用に係る院内工数：3 万円（面接、面接旅費、面接後調整等）

小計：385 万円

合計：400 万円（パターン A の 15 万円 + 385 万円）

##### ②効果額（採用者が 1 年間勤務の場合）

- ・診療行為による増分医業利益 4,000 万円（※）

※医師を 1 人新たに雇うことで増加が見込める金額から、医師の年収や検査費用等の費用を控除した金額。  
本試算では欠員時に既存医師等により対応がカバーされていた分等を考慮し、着任によって欠員が回復し創出される純粋な増分医業収益を、1 日外来 12 人・入院 5 床対応と想定し、8,000 万円と設定した。  
そこから、検査費等の変動費や人件費を控除した。

パターン B の 1 年間の ROI は①より投資額 400 万円、②より効果額 4,000 万円で、

$$ROI = (4,000 - 400) \div 400 = 900\%$$

とプラスとなる。

しかし効果額も高いため、例えば着任が遅延すると、数か月遅延しただけでも、効果は目減りする。

一方、人材紹介会社を経由しないパターン A であれば①の投資額は 15 万円となり、

$$ROI = (4,000 - 15) \div 15 = 26,566\%$$

と非常に高くなり、すぐに投資分を回収できることが分かる。

前頁のとおり、医師と看護師それぞれについて、ROIを計算してみたところ、ROI上は、人材紹介会社に手数料を支払う形での採用は、長期定着を前提としない限りは合理的と言えないことが分かる。(ただし、留意する点として、医師・看護師は、雇用コストが高いが加算の取得や救急体制維持等により効果額も増えやすいことが共通しているが、医師と看護師では、欠員の影響と定着が生むリターンの構造が異なる。医師が欠けると診療制限や収益減に直結するため、可能な限り早く人材を確保する採用が重要となる。一方、看護師は入れ替わりが続くと採用費が積み重なり現場運営に影響するため、採用費を抑えつつ、離職を減らす職場づくりが求められる。つまり、特に医師は長時間の欠員の損失額も非常に多大であるため、専門性や緊急性、地域における人材の偏り等を踏まえれば、人材獲得を確実にかつ迅速に行う観点から人材紹介会社を活用した採用も「限定的には合理的な選択」(※)であると言える。)

※なお、厚生労働省の「医療・介護分野における職業紹介事業に関するアンケート調査」(2019年)では、「公共職業安定所やナースセンターなど無料の機関を利用しない理由(複数回答可)」についての質問に対し、「なかなか求職者を紹介してもらえないため」(67.9%)「迅速に求職者を確保できないため(採用に至るまでのスピード)」(41.1%)という回答が多かった。

また、上記からも明白であるが「採用コストを下げる」(=投資額を減らす)だけでなく、「効果額を安定的に積み上げる」(=効果額を増やす)ことも有効である。

つまり、低コストの採用手段をなるべく活用するだけでなく、入職後の職場への適応ができるような支援の質を高め、勤務負担の軽減やメンター制度など、人材が定着し、活躍できる仕組みを組み合わせることが、現場としては重要である。

## イ 紹介手数料について

実際には、医療介護職の人材紹介手数料はどの程度の金額規模になるのでしょうか。

全ての有料・無料職業紹介事業者が職業安定法に基づき回答義務を有する厚生労働省の「職業紹介事業報告書」によると、有料の紹介サービスにおける常用就職件数及び手数料総額は、以下の表のように推移しており、全国で数百億円規模に上る。

### ■有料の職業紹介サービスの就職数と手数料規模(全国)(単位:件、千円)

#### 医師

年度	2017	2018	2019	2020	2021	2022
常用就職件数	22,553	15,092	15,605	15,958	18,242	21,354
手数料総額(千円)	16,629,523	19,723,085	21,190,440	22,665,710	27,071,893	30,425,986

#### 看護師

年度	2017	2018	2019	2020	2021	2022
常用就職件数	52,273	52,408	56,442	49,260	57,305	65,839
手数料総額(千円)	32,499,451	33,361,161	37,874,709	30,384,151	34,796,806	43,410,566

#### 介護サービス従事者(ケアワーカー、ホームヘルパー)(※)

年度	2017	2018	2019	2020	2021	2022
常用就職件数	30,393	38,382	63,260	54,432	56,939	46,389
手数料総額(千円)	11,748,230	16,234,490	21,793,606	26,660,470	24,067,581	25,440,487

※「介護サービス」にケースワーカー、ケアマネージャーなど社会福祉の専門職は含まれない。

出典:厚生労働省「職業紹介事業報告書の集計結果」(2017年度~2023年度)を基に作成。

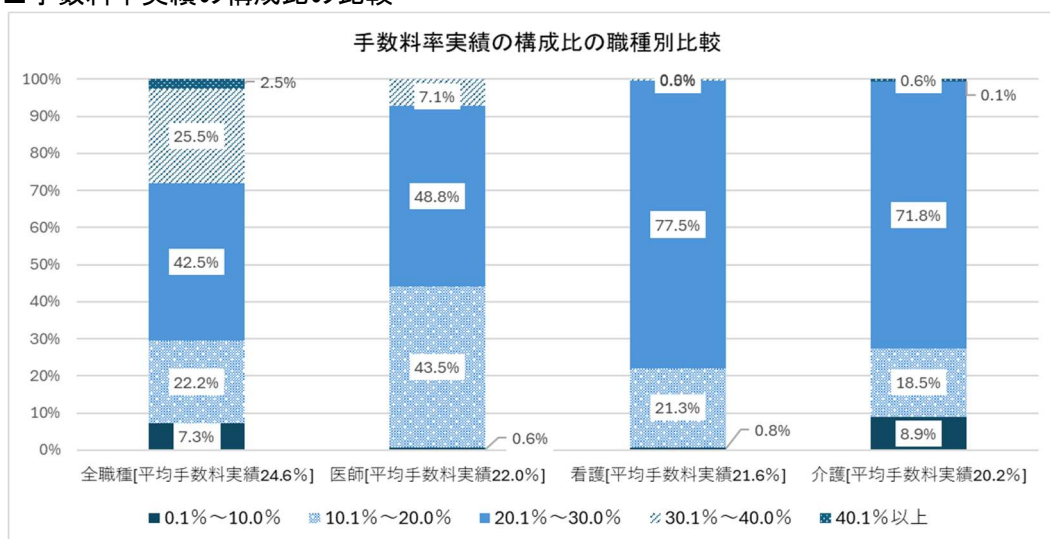
前頁の表の「手数料」は、就職を成立させたことにより求人者（病院等）から徴収した紹介手数料の合計額のことであり、常用就職（4か月以上の期間を定めて雇用されるもの又は期間の定めなく雇用されるものの就職）や、それより短期の就職に係る手数料も合計された金額である。

表からは、いずれの職種の近年の推移を見ても、常用就職件数が増加しているとともに、手数料総額の増加状況から1件当たりの手数料額も増加していることが分かる。

（ただし、公的な色が強く紹介料が非常に安価な職業紹介主体も含まれていることなどから常用就職1件当たりの手数料については、単純に「手数料総額」を「常用就職件数」を割り返した金額は、現場の感覚より安価に見える可能性がある。）

なお、料率分布（年収×〇%の形で表す成功報酬）は、2024年度の実績において、医師・看護等で「20.1～30.0%」レンジの構成比が高いことが厚生労働省資料から把握できる。

### ■手数料率実績の構成比の比較



注）厚生労働省が運営する人材サービス総合サイトに掲載されている（※）手数料率実績について主な取扱職種別に構成比を表したもの。手数料率実績は、令和6年度における常用就職1件当たりの実績の平均（令和7年10月末時点人材サービス総合サイト掲載分）。

「平均手数料率実績」は、事業所ごとの手数料率実績の平均であり、各事業所の就職件数による重みづけを行ったものでないことに留意。

（※）常用就職が多い上位5職種について掲載することとしており（常用就職の件数が10件以下の場合は掲載不要）、全職種で計5,659件掲載されている。

出典：厚生労働省職業安定局需給調整事業課

「職業紹介事業における職種別手数料、離職状況について」を基に作成。

医療職や介護職において、2017年から2022年の5年間で手数料が大きく増加しているが、この背景としては、人材不足が慢性的に続く中では、有料でも確実に働き手を確保するために人材紹介サービスの活用が広がりやすいことや、人材確保対策や加算などにより名目上の賃金が上昇することで手数料も増額することが挙げられる。また、専門性が高いとみなされる医療職や介護職においては、手数料徴収の仕組みが、届出制手数料（有料職業紹介事業者が厚生労働大臣に事前に届け出た手数料表に基づいて徴収できる）のため、事業者がある程度自由に手数料額を設定できる。よって、需給の逼迫と業界水準の変動に応じて、人材紹介の手数料が高額に設定されやすいことが考えられる。

ウ 病院・介護事業所にとって人材紹介手数料が負担となるその他の課題について  
前項のとおり、人材紹介の手数料の金額規模が非常に大きく、病院・介護事業所にとって負担になっていることは事実であるが、過度なコストと感じやすい構造であることを以下のとおり補足したい。

(7) 市場構造（有効求人倍率の高さ）

医療・福祉分野は他産業と比較して有効求人倍率が高水準で推移している。直近年では、看護師で約2倍程度、介護職で約4倍程度であり、構造的に母集団の供給が足りていない。供給不足の市場では人材紹介会社の介在があっても採用成功率は限定的となりやすいため、結果として高額手数料の費用対効果が低下しやすい。

(4) 離職率・定着課題

医療・福祉産業の離職率は毎年概ね2桁台で推移している。病院看護職員の離職率は1割前後、介護職は1～2割程度の離職率水準に上る（※1）。

採用ルート別の定着率については政府統計の当該データがないが、業務内容や待遇、働き方における課題（※2）があることを踏まえると、高額になりがちな手数料を投じたが、短期の離職によって回収できないという事例はあり得る。

なお2025年4月からは、厚労省「人材サービス総合サイト」で職業紹介手数料率の実績開示が義務化され、求職者定着・就職件数、職種別手数料率など過去5年分の比較が可能となった。また、就職後6か月以内の離職率分布も公表されるようになった。内容を見ると、離職率は主に0.1～10%レンジの構成比が高い一方、10%超の事業者も一定数存在しており、このような定着率のばらつきは人材紹介会社を決める際の重要指標となる。

※1 厚生労働省「雇用動向調査」より

※2 長時間労働、夜勤負担、賃金水準、生命を預かること責任重、感情労働（顧客の精神や状況安定のための自分の感情をコントロールする必要が顕著にある）など

(ウ) 手数料システムの構造

人材紹介の手数料は一般に年収の一定割合で設定される。そのため、医師を始めとして給与が比較的高い職種は紹介手数料も高額にならざるを得ない。その上、短期離職が生じた場合は、返金条項の有無や範囲にもよるが、返金されない場合がある上に再採用コスト（求人、選考、教育）も発生する。

高い有効求人倍率と高い離職率の組み合わせは、人材紹介という手段の費用対効果を相対的に悪化させる。

以上の構造上の事情から、人材紹介会社への高額手数料について、特に医療・介護分野は構造的な人材不足が背景にあるため、病院・介護事業所側が「費用対効果が低い」と感じるのもっともである。

他方、(ウ)のとおり、人材紹介の手数料の仕組みでは、手数料率を引き下げれば支払額は一定程度低減し得るものの、医師等の年収水準が高い職種では、金額ベースでの負担感が残りやすい。また、人材紹介は採用が成立した場合のみ手数料が発生する成功報酬型の料金体系が主流であることから、採用が成立した案件の紹介手数料が、採用に至らなかった場合のコスト回収の主たる手段となりやすい。

よって、個々の人材紹介事業者が料率の見直しや返金制度の整備等の対応をする余地はあるものの、慢性的な人材供給不足と成功報酬型を基本とする状況のもとでは、病院・事業所側が紹介手数料について負担感を覚える状況が生じやすい。

#### (4) 人材不足への多様な対応について

前項では、各要素の数字を整理した上で、ROI の概念を用いて投資額と効果額を算出するとともに、採用時の投資額を抑えつつ、定着期間×月次の効果額を最大化することを整理した。これは新たな職員の採用時のみならず、復職支援等でも、復職者の活躍を支え離職を防止することの効果を図ることができるフレームワークである。

これを踏まえつつ、本項では、病院が採用や復職などを含めて幅広い人材獲得、人材不足への対応案について列挙するとともに、公的保険や公費負担に大きく支えられる分野である医療・介護分野で、人材不足深刻化の中で人材獲得のために巨額の費用を各病院・事業所が投じなければならない状況に対して、国が行うべきことを整理する。

##### ア 病院・介護事業所が実施できる人材獲得・人材不足への対応

まず、採用コストを下げることに、入職後の定着に繋がる取組みとして、病院はどのようなことが実施できるのだろうか。

第1に、低コストで活用できる採用方法の確認や、最低限の定着支援は必須である。

#### ■採用コストを抑えられる手法

##### 公的な支援の活用

- ・ハローワーク（無料で求人掲載・紹介可能）の活用
- ・ナースセンター（都道府県単位で復職支援・求人紹介）の活用 ※看護師
- ・福祉人材センター（社会福祉協議会が運営、採用支援あり）の活用 ※介護職

##### 養成校との連携強化

- ・看護学校・大学との連携による新卒採用枠の確保
- ・介護福祉士養成校との実習受入れを通じて、採用数等を見通せるような体制確保

##### リファラル採用（職員紹介制度）

- ・紹介報奨金を設定し、既存職員のネットワーク活用
- ・人材紹介会社より低コストな、組織文化とフィットしやすい人材確保

##### その他

- ・地域医療連携協議会や自治体主催の就職フェアへの参加
- ・日本医師会のドクターバンク活用（医師・病院ともに原則無料）

#### ■定着率を向上させる手法

##### 勤務負担軽減

- ・厚労省が推進する医師のタスク・シフト／タスク・シェアの実施（看護師（特定行為研修修了看護師）への移管、薬剤師・事務職への業務移管）  
※ただし移管先職種も人材不足であることや、医師の二重確認が必要となる等の課題に留意。
- ・ICTの導入（電子カルテ効率化、介護記録の自動化）

##### 処遇改善

- ・介護職員処遇改善加算・特定処遇改善加算の活用
- ・看護師・医師の時間外労働規制（2024年施行）に対応した勤務体制整備

##### キャリア支援

- ・公的研修制度（看護師復職支援、介護職スキルアップ研修）の活用
- ・キャリアパスの明示によるモチベーション維持

##### メンタルヘルス対策

- ・厚労省「職場のメンタルヘルス対策指針」に基づく相談窓口の設置
- ・夜勤負担の軽減（夜勤専従制度、夜勤回数制限）

その上で、大きな追加投資なしで人材不足の改善に繋がり得る方策案を、採用と定着支援を中心に、以下に列挙した。

(ア) 医師

採用力向上
<ul style="list-style-type: none"> <li>・「スライス」採用 (常勤は難しい専門医でも、週1、2コマなどの限定コマ×遠隔支援で外来の質の維持・強化に繋げることができ、複業する医師層を獲得することができる。)</li> <li>・共同採用（地域中核病院＋診療所群） (地域でオンコール共有・手術日集中を設計するなど、業務設計を共同化することで、実質的な人員の充足度が高まる。1人の医師の稼働を効果的にすることや、常勤採用が困難な診療科でも週1コマ単位などの招聘が可能となり、診療機能を維持することができる。)</li> </ul>
離職防止・定着支援等
<ul style="list-style-type: none"> <li>・復帰直前医師向け「リフレッシュ・体験学習」 (育休・留学から復帰予定の医師に、短期集中で院内機器更新・診療フロー再学習の機会を設けることで、スムーズに復帰前の感覚に繋げる。院内の機器更新や診療フローの変更に不安を感じやすく、これが離職や再転職の引き金になることがあるため、短期集中で最新機器の操作や院内ルールを再学習できれば、業務への心理的ハードルが大幅に下がる。)</li> </ul>

(イ) 看護師

採用力向上
<ul style="list-style-type: none"> <li>・保育付き面接・職場体験 (院内・提携保育を面接時から活用できるようにすることで子育て層の採用難易度が下がる。また、面接に短時間の体験勤務を有償で加えることで、職場のイメージを本人に持ってもらうことができる。むろん体験勤務時にも保育が活用できることが重要である。)</li> </ul>
離職防止・定着支援等
<ul style="list-style-type: none"> <li>・マイクロ夜勤の導入 (頻繁な夜勤勤務が難しい層や、フル夜勤勤務が難しい層が一定数いることを踏まえて、例えば22時～25時のみなど、短時間の夜勤帯を複数用意をすることで、定着を図る。活用機会の平等化などが課題になるが、職員の負担間が軽減される可能性あり。)</li> </ul>

(ウ) 介護職

採用力向上
<ul style="list-style-type: none"> <li>・資格取得の伴走と学習時間のシフト内確保 (資格取得のための学習を短時間勤務時間に組み込み、未資格者だが資格取得意欲がある人、上位資格取得の意欲があるが現在は保有していない人を採用しやすくする。また資格取得により職員のスキルと職場の信頼度を向上させる。)</li> <li>・友人や家族のペア採用スキーム (友人や家族のペアで短時間の有償体験。同じユニットで実施、役割を分担するなど、セットで体験後に同日面接→採用とする。ペア間で相互支援が働き不安の緩和に繋がる。加えて複数人を一括で採用できるため導入コストを削減。)</li> </ul>
離職防止・定着支援等
<ul style="list-style-type: none"> <li>・企業主導型保育の共同運営（夜間・短時間利用）で待機を解消 (病院と介護事業者が連携し、同一の企業主導型保育施設を双方の職員の子どもの子どもが利用できるよう定員や利用条件を契約で定め、夜間・土日・短時間等シフトに合う保育枠を確保する。)</li> <li>・段階就労と賃金テーブルの細分化 (最初は就労時間を短くし、例えば週20時間→週30時間など習熟後に段階的に時間を増やす。なお、事前に段階的に増やす同意を採用者本人から得ることはむろん必須である。)</li> </ul>

## イ 国が行うべき対応について

前項では、現場で行う人材不足への対応について記載をした。

しかしながら、医療・介護は、公的保険や公費負担に大きく支えられた分野であり人材紹介手数料の原資の多くは、診療報酬や介護報酬を通じて社会保障費から捻出されていることになる。つまり結果として多額の社会保障費が、医療の提供そのものではない領域に使われていることになる。この点は、個々の病院の経営努力に委ねるだけでは解決できない、制度的な課題として捉える必要があるのではないだろうか。

国としてはまず、人材紹介手数料の実態について、職種別・年収帯別の水準を踏まえた透明化と、病院や介護事業所等の求人側が情報を得られやすくした上で、医療・介護分野における社会保障費の流出実態を詳細に整理把握し、過度な紹介依存にならないよう公的な求人マッチング機能の強化や、直接採用を後押しする仕組みを整備することが必要である。さらに、定着支援への投資を政策的に誘導し、紹介料ではなく、医療・福祉分野の人材育成や職場環境改善に資金が回る構造へと転換する必要がある。

これらの内容をまとめると、例えば、以下のようになる。

論点	国の対応方向性	内容	効果
手数料の高止まり・中身の見えにくさ等の人材紹介の仕組みの課題	人材紹介手数料の実態や相場場の「見える化」とルールの共通化	<ul style="list-style-type: none"> <li>紹介手数料を職種×年収帯×地域で毎年調査・公表</li> <li>契約で必ず書くべき項目(手数料率、返金期間、早期離職時の精算など)を標準フォーマットで明確化</li> <li>各社の条件を横並びで見られる公的比較ページを公開 等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>相場が分かり、過度な手数料を抑えられる</li> <li>病院・事業所の交渉力が上がる</li> <li>不利な契約を事前に避けられる</li> </ul>
社会保障費が紹介料に流れやすい構造	左記を社会保障の課題に位置づけ、社会保障費における紹介料の実態を把握	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療報酬・介護報酬に由来する支出の中で、紹介関連費がどの程度かを定点で把握</li> <li>経営実態調査に「紹介費」の欄を新設するなど把握を平準化</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>社会保障費の使い道が見える</li> <li>定着投資への流れを制度面から後押し</li> </ul>
紹介による採用への依存	公的なマッチング支援を強化	<ul style="list-style-type: none"> <li>全国統一の公的求人サイトを整備し、病院公式サイトや自治体サイトと自動連携</li> <li>求人票の書き方(夜勤回数、教育体制、福利厚生など)などのフォーマットを配布</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>直接採用が増える→紹介料への依存低下</li> <li>求人の情報差が小さくなり、応募者が集まりやすい</li> </ul>
早期離職による採用し直しのコスト	採用後の「定着」に投資される設計へ	<ul style="list-style-type: none"> <li>定着支援への補助(新人教育、業務改善、相談体制の整備)</li> <li>夜勤負担等の緩和策(短時間常勤や勤務設計のモデル提示)</li> <li>離職率や満足度のベンチマーク公表</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>早期離職減→再採用・紹介料の支出減</li> <li>現場の働きやすさが向上し、人材が残る</li> <li>教育投資の回収がしやすくなる</li> </ul>
紹介事業者の質のばらつき	登録・評価で「質」を担保	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療・介護に特化した登録制度を設け、返金条件や短期離職の追跡を要件化・公表(短期離職率、苦情率、返金の履行率など)</li> <li>悪質な事例は行政指導・公表</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>ミスマッチや短期離職減</li> <li>優良事業者が評価される市場へ</li> <li>現場のトラブル対応コストが軽減</li> </ul>
中長期的な人材不足	供給の底上げと柔軟な働き方の拡大	<ul style="list-style-type: none"> <li>潜在有資格者向けに短期復職プログラム設定・充実</li> <li>短時間常勤・週休3日常勤などの制度を周知、賃金・配置基準の扱いを整理</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>復職者の増加</li> <li>育児・介護中でも勤務し続けやすい働き方の拡充</li> </ul>

## (5) おわりに

多くの病院や介護事業所では、「求人広告を出しても応募が集まらない」というような慢性的な人材不足に直面している。

その結果、人材紹介会社を通じて人材確保を行わざるをえず、医療職・介護職に係る紹介手数料は、全国総額、1件当たりの金額ともに年々拡大している。高額化する紹介手数料は、病院や介護事業所の経営を圧迫する要因となっているだけでなく、本来は医療・介護サービスの質向上や職員の処遇改善に充てられるべき財源が、人材仲介費として、人材紹介事業者へ流出している構造でもある。多額の公的資金が、医療そのものの提供やケアの充実ではなく、採用仲介のコストに費やされている点は看過できない。これは個々の病院や事業所の経営努力だけでは解決が難しい、制度的な課題である。

業界全体で慢性的な人材不足が続く状況自体を短期的に解消することは容易ではないが、採用手段の見直しや定着支援への投資といった点では、各主体が工夫できる余地も依然として残されている。今後は、採用と定着を単なる人事課題としてではなく、経営の重要テーマとして位置づけ、組織全体で戦略的に取り組むことが求められる。

同時に、過度な紹介手数料依存を前提としない人材確保の仕組みを社会全体で整えていくことも不可欠である。例えば、公的なマッチング機能の強化や、紹介手数料の透明化・適正化に向けたルール整備、医療・介護分野に特化した直接採用支援策の充実など、国としての関与が強く求められる局面に来ている。

低コストで効果的な採用手法の開発、勤務し続けてもらうための環境整備、そして採用・定着に係る投資対効果の見える化は、病院や介護事業所の持続可能性を左右する重要な要素である。

人材確保を単なるコストとして捉えるのではなく、医療・介護サービスの質を守り、社会保障制度全体を持続可能なものとするための投資であるという視点に立ち、現場の努力と制度改革の両輪で取組みを進めていく必要がある。

## 【参考文献】

- ・医道審議会（保健師助産師看護師分科会 看護師等確保基本指針検討部会）第2回「参考資料2 看護師等（看護職員）の確保を巡る状況」（2023年7月7日）
- ・厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計（旧：医師・歯科医師・薬剤師調査）」（1996年～2024年）
- ・厚生労働省「医師偏在指標（都道府県別（2024年1月10日更新）」）
- ・厚生労働省「職業紹介事業報告書の集計結果」（2017年度～2023年度）
- ・厚生労働省「令和7年度の臨床研修医の採用実績」
- ・厚生労働省医政局 第8次医療計画等に関する検討会 第7回参考資料3「医療提供体制の国際比較」（2022年3月4日）
- ・厚生労働省医政局 医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会 第4次中間とりまとめ 別添資料1「医師偏在指標（暫定）」（2019年3月29日）
- ・厚生労働省医政局 第4回地域医療構想及び医療計画等に関する検討会 資料1「医師の偏在対策について」（2025年9月11日）
- ・厚生労働省 医療専門職支援人材確保・定着支援事業「医療専門職支援人材の確保・定着のための手引書 好事例集」
- ・厚生労働省職業安定局「職業紹介事業における職種別手数料、離職状況について」
- ・中央社会保険医療協議会 総会（第610回）「医療提供体制について」（2025年6月25日）
- ・内閣府「令和7年版高齢社会白書 全体版」（2025年6月10日）

### 3 2026年度診療報酬・介護報酬改定

#### (1) 2026年度診療報酬改定

2026年度の診療報酬改定は、超高齢社会の進展や医療技術の進歩、財政健全化の必要性といった背景を踏まえ、持続可能な医療提供体制の構築を目指して実施される。すなわち、医療現場の課題解決とともに、効率的かつ質の高い医療サービスへの転換を促進するものとなっており、実際の施行は2026年6月に予定されている。本稿では、中央社会保険医療協議会総会において、診療報酬改定につき医科・歯科・調剤の診療報酬点数表、算定方法、施設基準等を含む改正案が了承され、附帯意見を付して厚生労働大臣への答申が行われた2026年2月13日時点までの情報を整理し、今改定が医療機関に及ぼす影響と、医療機関が改定を受けて対応すべきことについて整理・考察する。

#### ア 診療報酬改定の基本方針

2025年12月9日に開催された社会保障審議会医療部会では、改定の基本方針がとりまとめられた。まず改定に当たっての基本認識として、以下4点が示された。

#### ■改定に当たっての基本認識

- ① 日本経済が新たなステージに移行しつつある中での物価・賃金の上昇、人口構造の変化や人口減少の中での人材確保、現役世代の負担の抑制努力の必要性
- ② 2040年頃を見据えた、全ての地域・世代の患者が適切に医療を受けることが可能かつ、医療従事者も持続可能な働き方を確保できる医療提供体制の構築
- ③ 医療の高度化や医療DX、イノベーションの推進等による、安心・安全で質の高い医療の実現
- ④ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

出典：社会保障審議会（医療部会）「令和8年度診療報酬改定の基本方針の概要」（2025年12月9日）

基本認識の各点に係る事項と背景を、①から④まで順を追って整理していく。

まず、①についてである。近年、日本経済は長期のデフレ局面を脱し、物価・賃金がともに上昇する局面へと変化が生じている。一方、医療分野では物件費・人件費の増加が医療機関の経営に大きく影響し、人材確保もより困難になっている。加えて、人口減少と高齢化が進む中、現役世代の保険料負担を抑制しつつ社会保障制度を維持する必要性が高まっており、こうした複合的な環境変化に伴う課題意識が、基本認識として表現されたものが①である。

また、②の背景も確認したい。高齢者人口がピークを迎える2040年頃に向けて医療・介護の需要増加が見込まれ、都市部と地方の医療資源偏在も続く中、全ての地域・世代の患者が適切に医療を受けられる体制の再構築が課題となっている。あわせて医師の働き方改革のさらなる推進と、医療従事者が働き続けられる体制整備が急がれている。

そして、③に関連することとして、医療技術の高度化や新薬・革新的な医療機器の登場により、医療の質の向上が図られている一方で、医療現場では、専門的判断の高度化、業務手順の複雑化、記録・説明・情報管理の増加などによる負担増も課題となっている。これに対し、電子処方箋や情報連携基盤等の医療DX、AI等の活用による効率化と安全性向上が政策的に推進されている。このような技術革新を適切に評価し、安心・安全で質の高い医療を実現することが必要になっている。

上記の各内容の根本部分の課題に触れているのが④である。高齢化の進行により社会保障給付費は増加を続けており、制度の持続可能性確保が大きな懸念となっている。

診療報酬改定においても、医療の質確保と医療機関の経営支援を図りつつ、保険財政の安定や国民負担との均衡が求められる。この観点から、経済・財政運営との整合性を意識した制度設計が必要であることが、④で基本認識として示されているのである。

さらに、基本認識で示された時代背景や課題認識を踏まえ、それらにどのような観点を診療報酬として対応するかを整理したものが、以下の改定の基本的視点と具体的な方向性である。物価・賃金の上昇や人手不足により従来の報酬水準では医療機関の経営や人材確保が困難なため、医療提供体制の維持と、報酬上の措置が確実に給与引上げに反映されつつ地域医療を維持するべく特に視点（１）が重点課題とされた。

## ■改定の基本的視点と具体的な方向性

<p>視点（１）物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応（重点課題）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○医療機関等が直面する人件費や、医療材料費、食材料費、光熱水費及び委託費等といった物件費の高騰を踏まえた対応</li> <li>○賃上げや業務効率化・負担軽減等の業務改善による医療従事者の人材確保に向けた取組             <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療従事者の処遇改善</li> <li>・業務の効率化に資する ICT、AI、IoT等の利活用の推進</li> <li>・タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進</li> <li>・医師の働き方改革の推進/診療科偏在対策</li> <li>・診療報酬上求める基準の柔軟</li> </ul> </li> </ul>
<p>視点（２）2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価</li> <li>○「治し、支える医療」の実現             <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅療養患者や介護保険施設等入所者の後方支援機能（緊急入院等）を担う医療機関の評価</li> <li>・円滑な入退院の実現</li> <li>・リハビリテーション・栄養管理・口腔管理等の高齢者の生活を支えるケアの推進</li> </ul> </li> <li>○かかりつけ医機能、かかりつけ歯科医機能、かかりつけ薬剤師機能の評価</li> <li>○外来医療の機能分化と連携</li> <li>○質の高い在宅医療・訪問看護の確保</li> <li>○人口・医療資源の少ない地域への支援</li> <li>○医療従事者確保の制約が増す中で必要な医療機能を確保するための取組</li> <li>○医師の地域偏在対策の推進</li> </ul>
<p>視点（３）安心・安全で質の高い医療の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価</li> <li>○アウトカムにも着目した評価の推進</li> <li>○医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価</li> <li>○質の高いリハビリテーションの推進</li> <li>○重点的な対応が求められる分野（救急、小児・周産期等）への適切な評価</li> <li>○感染症対策や薬剤耐性対策の推進</li> <li>○口腔疾患の重症化予防等の生活の質に配慮した歯科医療の推進、口腔機能発達不全及び口腔機能低下への対応の充実、歯科治療のデジタル化の推進</li> <li>○地域の医薬品供給拠点としての薬局に求められる機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対人業務の充実化</li> <li>○イノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等</li> </ul>
<p>視点（４）効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○後発医薬品・バイオ後続品の使用促進</li> <li>○OTC類似薬を含む薬剤自己負担のあり方の見直し</li> <li>○費用対効果評価制度の活用</li> <li>○市場実勢価格を踏まえた適正な評価</li> <li>○電子処方箋の活用や医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進</li> <li>○外来医療の機能分化と連携（再掲）</li> <li>○医療DXやICT連携を活用する医療機関・薬局の体制の評価（再掲）</li> </ul>

出典：社会保障審議会（医療部会）「令和8年度診療報酬改定の基本方針の概要」（2025年12月9日）を基に作成。

## イ 改定率

改定率については、2025年12月24日の大臣折衝により正式決定・公表された。

2026年度診療報酬改定率は本体部分が3%超のプラスとなる一方、薬価引下げや適正化・効率化による適正化も行い、賃上げと効率化を同時に進める内容となった。

本体部分が3%台となるのは約30年ぶりであり、近年の1%未満の改定と比べても、極めて異例の大幅プラス改定である。その上、物価・人件費の高騰を見据え、改定率に段階的対応が初めて導入される。

診療報酬本体が大幅なプラス改定となる一方で、薬価については従前どおり市場実勢価格を踏まえた見直しが行われたが、医薬品の安定供給に配慮した措置もあわせて講じられている。このため、限られた財源の中で、診療報酬全体として人材確保や医療提供体制に関わる評価に一定の重点を置きつつ、薬価については創薬評価を見直した上で後発品促進と安定供給を重視し、医療費抑制と革新の両立を図る構造が採られたものと整理できる。

すなわち今回の改定は、物価・賃金の上昇局面を前提とした本格的な診療報酬改定であり、賃上げ・物価対応が改定の中心であることと、それも含め医療機関の経営環境と医療提供体制の持続可能性確保が明確に意識されていることが特徴と言える。

なお、2026年度における診療報酬（点数）の施行は、前回改定と同様に6月1日とされる見込みである。

### ■診療報酬改定率 ※2026年度、2027年度それぞれの対応内訳は（）内

1. 診療報酬本体 +3.09%（2026年度+2.41%、2027年度+3.77%）

※1 医科・歯科・調剤の本体改定率は不明

※2 うち賃上げ対応 +1.70%（2026年度+1.23%、2027年度+2.18%）

※3 うち物価対応 +0.76%（2026年度+0.55%、2027年度+0.97%）

※4 うち食費・光熱水費分+0.09%

※5 うち前回改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分+0.44%

※6 うち通常改定 +0.25%

※7 うち適正化・効率化 ▲0.15%

後発品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方の取組強化による効率化。

2. 薬価等 ▲0.87%

① 薬価 ▲0.86%

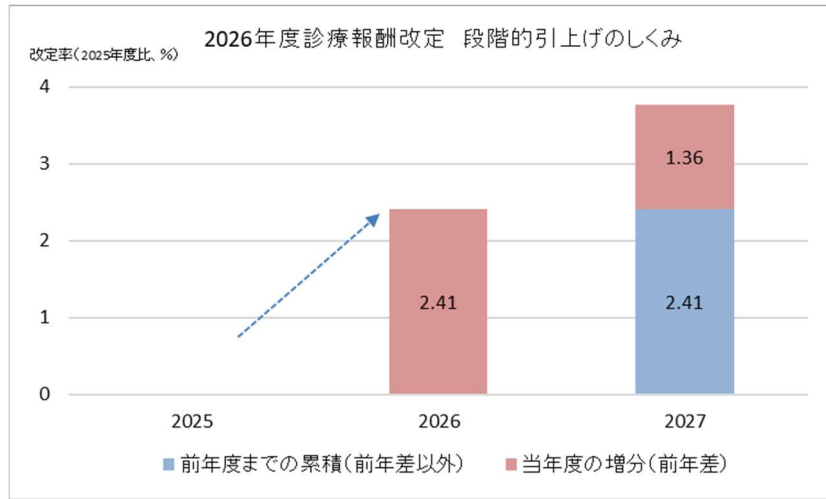
② 材料価格 ▲0.01%

出典：中央社会医療連絡協議会 総会（第640回）資料「総-1物価対応について（その1）」（2026年1月9日）、厚生労働省「診療報酬改定について12月24日の予算大臣折衝を踏まえて」

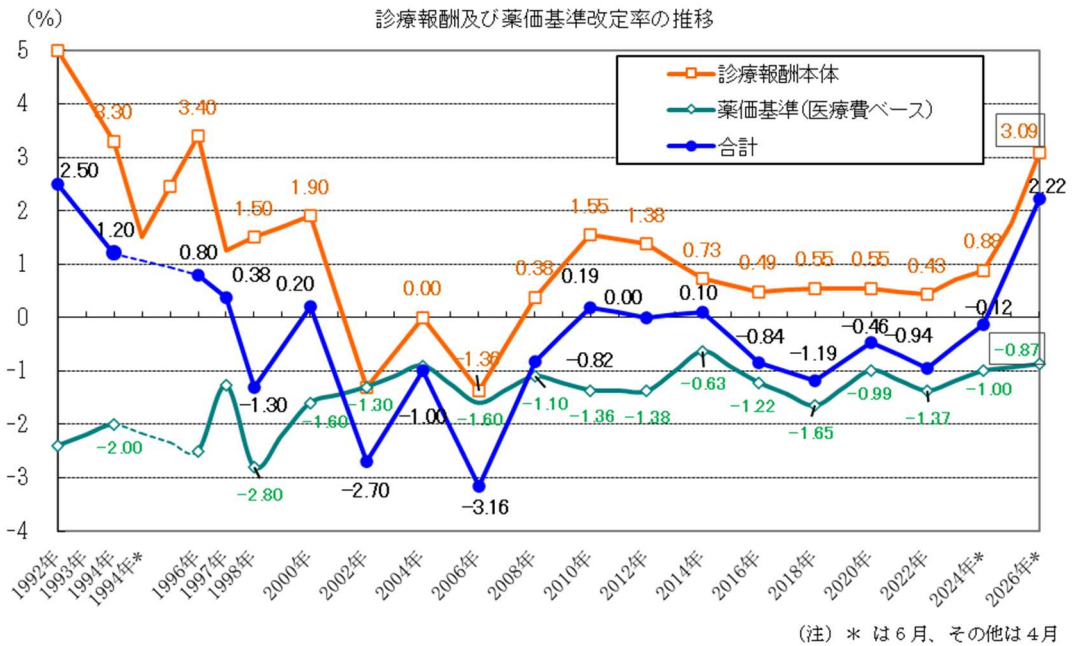
### ※段階的対応について

改定率は2年度平均で+3.09%と整理されており、単年度では2026年度が+2.41%、2027年度が+3.77%と示されているが、いずれも2025年度（改定前）比で示されていることから、2027年度の数値は2026年度からの上乗せではなく、最終的な到達水準を示すものと解される。すなわち2027年度の実質的な前年度からの増分は1.36%であり、段階的に引上げ水準を高めていく仕組みであることが分かる。賃上げ対応や物価対応についても同様である。

## ■ 段階的引上げの仕組み



## ■ 改定率の推移



出典：厚生労働省「診療報酬改定について12月24日の予算大臣折衝を踏まえて」を基に作成。

ウ 基本的視点のもとでの主な改定内容

基本的視点に沿い、それぞれの視点における改定内容を大まかに分類の上、各分類の内容について、代表的な項目例を列挙しながら内容を整理する。

**視点（１）**

**物価や賃金、人手不足等の医療機関等を取りまく環境の変化への対応（重点課題）**

近年、医療機関は物件費と人件費が同時に増加する状況に直面している。全産業的な賃上げや最低賃金の引上げにより、看護職員、看護補助者や事務職員等も含めて人件費負担が拡大している。一方、診療報酬は公定価格であるため、医療機関はコスト増加を価格に転嫁できず賃金上昇がそのまま経営圧迫に繋がる構造が続いてきた。

加えて、エネルギー価格の高騰や円安の影響、人件費の高騰等により、光熱水費や医療材料費、委託費などの物件費も増加している。特に24時間稼働を前提とする病院への影響は大きく、2024年度改定以降も診療報酬が伸び悩む中で、経営悪化や赤字の常態化が顕在化する状況となっていた。

このような経営環境の悪化を背景として、2026年度改定では、物価・賃金・人手不足への対応が重点課題に位置づけられた。物価・賃金・人手不足は従来からの課題であるが、2026年度改定の特徴は、それらを一時的な課題ではなく、今後も続くであろう構造的な前提として位置づけ、賃上げ対応分・物価対応分を明示した上で、段階的に診療報酬の引上げを行う設計とすることで、医療機関の経営悪化の緩和と、人材確保を通じた医療提供体制の維持を図ろうとしている。

また、本改定は単に医療機関全体の経営だけではなく、医療機関が担う機能や役割に応じた評価を通じて、機能分化や役割の明確化を進める狙いも含んでいる。この点は視点（２）で後述するが、物価・賃金対応を共通の土台にしつつ、地域における医療提供体制の再編・最適化を促す構造となっている点も、今改定の大きな特徴である。

改定率の水準自体は高めであるものの、これはコスト増加の全面的な補填をしようとするものではなく、医療提供体制の急激な毀損を防ぐための措置と評価するのが妥当である。具体的な改定内容は以下のとおりである。

(ア) 賃上げに向けた評価の見直し

改定の意義・改定点	改定前の評価内容・点数	改定後の評価内容・点数
医療職の賃上げが実際に行われるよう、賃上げ計画・実績開示の要件化や評価体系の整理が進む	ベースアップ評価等で賃上げ財源を組み込んだが、実際の処遇改善に繋がっているかは医療機関間で温度差あり	賃上げの実施状況をより明確に説明することが求められる方向となる
項目（例）		
○外来・在宅ベースアップ評価料（１） ※すでに算定済医療機関の場合	初診6点／再診2点／訪問（同一建物以外）28点／（同一建物等）7点	初診 23点／再診6点／訪問（同一建物以外）107点／（同一建物等）26点 ※すでに算定済医療機関が引き続き賃上げを行う場合
○調剤ベースアップ評価料	—	処方箋1回につき4点
○訪問看護ベースアップ評価料	訪問看護ベースアップ評価料（１）780円 等	訪問看護ベースアップ評価料（１）1,050円 等
○看護職員夜間配置加算等	夜勤負担軽減・処遇改善の取組は求められてきたが、「計画の立案・体制整備を促す要件の明確化」はなし	看護職員夜間配置加算等で、夜勤負担の軽減や処遇改善に資する計画を立案し、体制整備が進むよう要件を明確化

出典：中央社会保険医療協議会 総会（第647回）資料「総-1個別改定項目について」（2026年2月13日）を基に作成。

今回の賃上げに向けた評価の見直しは、診療報酬によって賃上げのための原資を確保することに加え、医療機関が自らの医療機能や人材構成を踏まえ、賃金配分の考え方を整理することを求める改定であると言える。

この改定を実際に運用していくに当たり、まず医療機関が検討すべき論点となるのは、賃上げの対象とする職種の範囲である。制度上は、看護職を中心に、リハビリ職、薬剤師、医療技術職など幅広い職種が想定されているが、現実的には全ての職種を同一水準で引き上げられない医療機関も少なくない。人材不足の深刻さや診療機能への影響は職種ごとに異なるため、どの職種を優先的に処遇改善の対象とするかは、各医療機関の機能や置かれた環境に応じた判断が求められる。

次に、賃金体系全体との整合性や職種間の公平性も重要な論点となる。特定の職種のみを制度対応として一律に引き上げた場合、既存の職能給や役職給、経験年数との関係が分かりにくくなり、院内の不公平感に繋がる恐れがある。今回の改定は、単年度のベースアップを行えばよいということではなく、賃上げを継続的に実施することを前提としているため、医療機関に対して事実上、賃金体系全体の位置づけや考え方の整理を促す内容となっている。

さらに、賃上げの実施状況を示すための事務負担とのバランスも現実的な課題である。賃金改善の内容を把握し、届出や実績管理を行うためには、現場・事務部門の業務が増えることは避けられない。特に人員や管理体制に余裕のない病院や診療所では、評価料による増収が、事務負担や管理コストに見合うものかを見極めた上で、算定の範囲や対応の度合いを判断する必要がある。

これらの点は、改定に向けた議論の中でも、賃上げを一律・形式的に求めるのではなく現場の実態に応じた判断の余地を残すべきとの意見が示されてきた経緯があり、今回の制度設計にもその考え方が一定程度反映されていると考えられる。総じて、この見直しは、賃金を上げるための加算というよりも、自院がどのような人材構成で医療を提供していくのかを明確にするきっかけとして位置づけるべき改定である。

#### (イ) 物価高騰対応（入院時の食費・光熱水費の見直し等）

改定の意義・改定点	改定前の評価内容・点数	改定後の評価内容・点数
食材費やエネルギーコストの高騰を踏まえた評価新設と基準額引上げ	高騰分を反映していない状況	物価対応料の新設と、入院時食事療養費・光熱水費の基準額を引上げ
項目（例）		
○外来・在宅物価対応料（新）	—	初診時 2 点 / 再診時等 2 点（2027 年 6 月以降は各 4 点） 訪問診療時 3 点（2027 年 6 月以降は 6 点）
○物価高騰への直接対応	—	食費基準額を 40 円 / 食引上げ、 光熱水費基準額を 60 円 / 日引上げ

出典：中央社会保険医療協議会 総会（第 647 回）資料「総-1 個別改定項目について」（2026 年 2 月 13 日）を基に作成。

物価高騰対応の改定項目は、診療報酬本体において 1%未満の上乗せにとどまっている。一方、近年、光熱水費、診療材料費、委託費等の医業費用は年度ベースで概ね 3～6%程度の増加が続いており（※）、診療報酬上の物価対応は、こうした実勢的なコスト上昇を補う水準には達していない。つまり、医療機関をとりまくコスト増加に配慮を示した改定であるが、実勢価格との乖離や患者負担含め、足下の物価上昇を補うには至らない水準と言える。

※厚生労働省「医療経済実態調査」より

改定内容を踏まえて各医療機関が運営する上での大きな論点は、前頁のとおり、診療報酬上の評価と食材費・委託費の実勢価格に乖離がある可能性である。病院給食に用いる食材費は物価上昇の影響を強く受けており、調理や清掃、設備管理などの委託費についても人件費増加を背景に契約単価が引き上げられている。今回の改定では、入院時食事療養費や光熱水費等に一定の上乗せは行われたが、実際のコスト増を十分に吸収できる水準とは言い難い。

なお、入院時の食事負担は、長期入院となる高齢者や低所得層にとって影響が大きいことから、今回の改定では患者負担の急激な増加を避ける考え方が取られている。その結果、物価上昇分の一部については医療機関側の対応に委ねられる構造となっており、患者負担への配慮と医療機関経営の持続性との間で、一定の調整が図られた部分と整理できる。

さらに、病院給食の品質や衛生管理体制の維持も、現場での目下の課題である。コスト抑制を優先すれば、献立の質や調理体制、衛生管理への影響が懸念されるが、給食の安全性や質は療養環境や医療の質そのものを支える要素であり、安易な切り下げは難しい。今回の改定は、この点を直接評価する仕組みとはなっておらず、医療機関の判断と努力に委ねられている。

物価高騰対応に関する今回の改定では、患者負担を抑制する設計となっているため、価格転嫁による対応は困難であり、内部努力によるコスト管理が前提となる。食材費や委託費の増加を十分に補填できない医療機関では、給食部門や委託契約の見直し、運営方法の再検討が必要になる。

#### (ウ) 業務効率化・負担軽減

改定の意義・改定点	改定前の評価内容・点数	改定後の評価内容・点数
ICT活用（電子カルテ・情報連携）による看護業務の効率化、医師事務作業補助の体制整理、書類の簡素化、タスクシフトの評価など、人手不足前提の業務再設計を促す	多様な加算評価であったが基準が複雑で運用負担も大きかった	評価体系が整理され実効性のある負担軽減策を導入しているかどうかが重視される
項目（例）		
○電子的診療情報連携体制整備加算（新規） （DX・情報連携を包括評価し、事務負担軽減にも繋げる）	医療情報取得加算・医療DX推進体制整備加算等で評価（体系が分散）	初診（いずれも月1回） 加算1：15点／加算2：9点／ 加算3：4点 再診：2点（いずれも月1回）。 入院初日 加算1：160点／加算2：80点
○時間外対応加算1～4の引上げ	加算1：15点／加算2：24点／ 加算3：33点／加算4：41点	加算1：17点／加算2：25点／ 加算3：34点／加算4：42点

出典：中央社会保険医療協議会 総会（第647回）資料「総-1個別改定項目について」（2026年2月13日）を基に作成。

業務効率化・負担軽減に関する改定は、人手不足への対応としてICT活用やタスクシフトを推進し、医療提供体制の持続可能性を図ることを目的とする一方で、業務の省力化が医療の安全性や質の低下に繋がらないよう、適切な情報共有や役割分担の確保が前提とされている。

今回の改定では、電子的な情報共有や業務支援を評価する一方で、それらが医療安全や診療の質の確保に繋がる運用が前提とされており、実際の現場では業務プロセスの標準化や可視化を通じた対応が求められる。特に訪問看護は、記録や運用の精度がそのまま算定可否に影響し得る設計が強まっており、施設訪問では、訪問時間の確保、頻回訪問の適正化、訪問時間の記録徹底など、日々のオペレーション管理がより

重要になる。

次に、実効性のあるタスクシフトをどう進めるかも重要な論点である。医師や看護師の業務を他職種に移管すること自体は以前から進められてきたが、十分な教育や役割分担の整理が伴わなければ、現場の混乱や責任の所在の不明確化を招きかねない。タスクシフトを前提とした体制整備や多職種連携を評価する方向性が示されているため、いわば医療機関は、業務を「減らす」のではなく「再設計する」ことを求められていると言える。このため、医療機関では教育体制や役割分担の整理を前提とし、職員間の理解を得ながら段階的に進めることが重要となる。

さらに、ICT活用に向けた投資の費用対効果も現実的な課題である。電子カルテや情報連携システム、セキュリティ対策への投資は、初期投資や運用コストが小さくなく、経営的な視点では短期的には投資負担が大きい。また、ICT導入そのものに伴い、例えば上記の訪問看護の記録（訪問時間、内容、根拠）を、適切に行う現場の負担などが増える。一方で、適正な時間管理（少なくとも20分、原則30分を意識）と記録整備を徹底するなど、内部統制と院内教育・標準化をすることができれば、今改定は運用品質で他と差をつけられる要素にもなる。

つまり、今回の改定では、ICTを活用した体制整備を診療報酬で一定程度評価しているものの、その効果は、導入後の運用や業務改善をどの程度着実に実行できるかに左右される。

なお、オンライン診療については、ICT導入に係る負担感が課題になることはもちろんであるが、現場が担当する運用部分で支障が起きやすいと思われる。特にD to P with N（※）については、訪問看護・指導料等との算定ルールとの兼ね合いや検査・処置等の扱いの明確化が論点となり得るため、制度に対応するための事務（記録・請求・連携フロー）の整備が不可欠になるだろう。業務効率化・負担軽減に関する今回の改定は、医療機関に対し、業務のやり方そのものの見直しを求める影響の大きい内容となっている。ICTやタスクシフトを適切に進めることができれば職員の負担軽減や医療安全の向上に繋がる可能性があるが、準備や設計が不十分な場合、かえって現場の混乱や管理負担を招く恐れもある。

このため、ICT投資についても、費用対効果が見えづらくなって経営上の負担だけが残らないよう、算定要件を満たすこと自体が目的化しないことに留意する必要がある。

※D to P with N：医師（Doctor）が遠隔で診療を行い、患者（Patient）のそばに看護師（Nurse）が同席して診療を補助するオンライン診療の形態。診察補助、検査・処置の実施、記録作成等を看護師が担うことを前提とするため、訪問看護や指導料との算定関係、業務範囲の整理、記録・連携体制の整備が重要となる。

## 視点（２）

### 2040年頃を見据えた医療機関の機能の分化・連携と地域における医療の確保、地域包括ケアシステムの推進

これまで医療機関は、地域の医療需要に幅広く応えようとする中で、急性期・回復期・慢性期の役割が明確でないまま運営される場合があった。その結果、医療資源の重複や非効率な活用が生じる一方で、人材不足が進行する中であっても、限られた人員で幅広い機能を担い続けることが事実上求められ、経営・人材の両面で負担が蓄積してきた。また、人口減少や高齢化の進展により、従来の病床配置や医療提供体制が地域の実情と乖離しつつあることも課題となっていた。

このような状況を踏まえ、今回改定では、2040年頃を見据えた医療機関の機能分化と連携が打ち出されている。今後は、地域における自院の機能を明確化し、他の機関との連携を前提とした医療提供体制を構築することが、診療報酬上の評価や持続的な経営には必要となっていくだろう。具体的改定点は以下のような点が挙げられる。

#### (ア) 急性期機能の再設計

改定の意義・改定点	改定前の評価内容・点数	改定後の評価内容・点数
救急医療・手術・集中治療など急性期中核機能を明確にし、急性期病院一般入院基本料の新設や要件を再整理	急性期一般入院料1～7など区分が多く病院ごとの急性期の度合いが見えにくい上に急性期の収支状況が厳しい状態	救急搬送受入、全麻手術、24時間体制等、急性期の本質的な共通指標に基づいた評価を再構築
項目（例）		
○急性期病院一般入院基本料（A・B）の新設（救急搬送・手術実績等で急性期機能を明確化）	—	急性期病院A一般入院料 1,930点 急性期病院B一般入院料 1,643点
○急性期総合体制加算の新設（総合性と、手術件数が多い等拠点的な病院を評価）	総合入院体制加算と急性期充実体制加算が別に存在	急性期総合体制加算1 （7日以内の期間）530点 （8日～11日以内の期間）290点 （12日～14日以内の期間）210点等
○急性期病院精神病棟入院基本料の新設（急性期精神医療の機能を実績・体制で評価）	—	急性期病院A精神病棟 （10対1）1,519点、（13対1）1,162点、（15対1）966点 急性期病院B精神病棟 （10対1）1,502点、（13対1）1,145点、（15対1）949点
○看護・多職種協働加算の新設（急性期病棟で多職種が協働する体制を評価）	—	看護・多職種協働加算1：277点、 看護・多職種協働加算2：255点 （いずれも1日につき）

出典：中央社会保険医療協議会 総会（第647回）資料「総-1個別改定項目について」（2026年2月13日）を基に作成。

今回の急性期機能の再設計は、2040年頃を見据え、限られた医療資源を有効に活用するために、「急性期が担う機能」を明確にしようとしている。一方で、その定義や評価指標の妥当性、地域での役割分担が実際に機能するかが論点となる。

まず、急性期病院の線引き、とりわけ亜急性期・回復期との境界をどこに引くのかは大きな課題である。救急対応や手術を担う病院を急性期として位置づける方向性は明確であるが、実際の医療現場では、急性期治療後も一定期間の医学的管理を要する患者が多く、機能の切り分けは単純ではない。今回の改定は、急性期の機能をより明確に示す一方で、その境界線は施設基準や算定要件によって画一的に定められやすく、実態とのずれが生じる可能性もある。

次に、急性期機能を評価する主要K P Iの妥当性も重要である。救急搬送の受入件数や手術件数、在院日数といった指標は、急性期機能の可視化に一定の合理性を持つが、件数の多寡のみで医療の質や地域での役割を評価しきれないとは限らない。特に、患者の重症度や地域特性により実績の出方が左右されるため、数値目標への過度な対応が、医療現場の負担や診療の歪みに繋がらないかという点は留意が必要である。

さらに、地域において急性期病院と後方病院の役割分担が実際に機能するかどうかも重要な視点である。急性期病院が早期に患者を回復期・慢性期へ繋ぐことが前提となるが、受け皿となる医療機関や介護資源が地域に十分に整っていなければ、急性期病院側に患者が滞留し、結果として制度の趣旨が実現しない恐れがある。

急性期機能の再設計は、急性期病院に対し、自院の役割をこれまで以上に明確にすることを求める、影響の大きい改定である。救急・手術・高度医療を中核とする病院にとっては、診療報酬上の評価や加算が得られやすくなる一方、急性期機能を維持するためのK P Iへの対応や人員配置の維持は経営上の負担となる可能性がある。

他方で、急性期と回復期・慢性期の境界に位置する病院では、どの機能を主軸とするかの判断が迫られ、場合によっては病院機能そのものの見直しを余儀なくされる。急性期を名乗り続けるための要件を満たすのか、あるいは地域の後方機能としての役割を強めるのかは、経営戦略上の重要な選択となる。

また、地域連携が円滑に機能しなければ、急性期病院側に在院日数の短縮や転院調整の負担が集中し、現場の疲弊にも繋がる。今回の改定は、急性期病院単体の努力だけで完結するものではなく、地域全体での機能分担と連携体制が整って初めて効果を発揮する改定であることは、留意しておく必要がある。

#### (イ) 地域包括ケア／回復期・療養機能の見直し

改定の意義・改定ポイント	改定前の評価内容・点数	改定後の評価内容・点数
高齢患者を中心に回復期・療養を見直し	平均在院日数・実績指数など多様で複雑な指標	地域包括ケア・回復期リハ・療養病棟の要件を再整理、成果重視・質の高い在宅医療に向けた評価
項目（例）		
○地域包括医療病棟入院料細分化（併設・救急/予定・手術有無等で6区分化、応機能の評価へ）	地域包括医療病棟入院料：3,050点	地域包括医療病棟入院料：3,066～3,367点（6区分）
○リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算の評価見直し（一体的提供を促進）	加算：120点	加算1：150点（拡充）＋加算2：90点（新設）／「疾患別リハ料等を算定する患者」にも対象拡大
○療養病棟入院基本料の医療区分2・3割合基準要件の見直し	医療区分2・3割合基準：5割以上	医療区分2・3割合基準：6割以上（医療必要度高の患者受入を促進）
○訪問看護基本療養費(II)等の同一建物に居住利用者の評価見直し	同一建物居住者への評価は現行ルール（区分・要件）	1月当たりの訪問日数及び単一建物に居住する利用者数で評価を細分化
○同一建物居住者に対する緩和ケア・褥瘡等の要件整理（訪問看護基本療養費の注の見直し）	訪問看護基本療養費(I)の「緩和ケア又は褥瘡ケアに係る専門研修を受けた看護師による場合」（例：12,850円）の対象要件曖昧	同じ枠（例：12,850円）のまま、対象に「人工肛門ケア及び人工膀胱ケア」を追加、「注（同一建物居住者に関する要件を含む）」を整理、運用明確化
○訪問看護管理療養費（月初・2日目以降）	月初は機能強化型1：12,400円等 2日目以降は2,980円/日	月初は機能強化型1：12,530円等 2日目以降は3,000円/日
○訪問看護（指定訪問看護）について、訪問時間の下限・記録要件の明確化	訪問時間の標準は示されていたが下限・記録の扱いについては未提示	30分以上を標準、標準未滿を頻回は算定不可。訪問看護記録書への時間記載を要する等
○訪問看護における「同一建物」の定義見直し	同一敷地内建物≠同一建物	同一敷地内の建物も同一建物とする規定へ見直し

出典：中央社会保険医療協議会 総会（第647回）資料「総-1個別改定項目について」（2026年2月13日）を基に作成。

地域包括ケア病棟や回復期・療養期病棟に関する見直しは、急性期偏重からの転換を進める中で、高齢患者を中心に、急性期での治療後の医療をどのように支えるかを明確にしようとするものであり、受け皿機能の確保や成果指標の妥当性、退院後を見据えた流れの整理が重要な論点となる。

まず、高齢救急患者の受け皿としての機能をどう確保するかが大きな課題である。救急搬送された高齢患者の多くは、急性期治療を終えた後も、全身状態の不安定さや生活機能の低下を抱えており、すぐに在宅医療へ移行することが難しい。地域包括ケア病棟や回復期・療養期病棟には、このような患者を一時的に受け止め、医療と生活支援を繋ぐ役割が期待されているが、地域や医療機関によっては人員配置や受入体制に余裕がなく、十分に機能を発揮できていない場合もある。そして、訪問看護に関しては、まさに退院直後の医療的ケアや看取りまで含めて在宅療養を支える中核であるが、地域包括ケア病棟や回復期・療養期病棟側における退院支援の成否は、地域の訪問看護が「どれだけ多く訪問できるか」ではなく、適正な訪問時間と記録を前提に、質を保った形で継続的に提供できているかに左右されやすい。

また、回復期・療養期の成果指標（ADL改善率や離床率など）の妥当性も論点となる。これらの指標は、回復期・療養期医療の成果の見える化に一定の合理性はあるが、実際には患者の年齢や基礎疾患、入院前の生活状況に達成度合いが大きく左右されることを考慮に入れる必要がある。数値目標が過度に重視されると、重症・高齢患者の受入れが消極的になる可能性もあり、成果指標の扱いには慎重さが求められる。

さらに、地域包括ケア病棟及び回復期・療養期病棟の機能は、入院中の医療だけで完結せず、退院後の在宅医療や介護サービスとの接続があって初めて有効に機能するものであることに留意する必要がある。入院から退院、在宅・施設への移行までを一体として設計できなければ、在院日数の長期化や再入院の増加を招きかねない。よって退院支援・地域連携の実務においては、「紹介先があるかどうか」にとどまらず、訪問看護の提供形態（施設向け・在宅向け）や訪問の実態（訪問時間、頻度、記録）まで含めて検討し、在宅ならケアマネージャー（介護専門支援員）・主治医・薬局と連携し、施設なら同一建物居住者としての評価・訪問時間の確保・記録の整備・頻回訪問の適正化まで考慮して、地域包括ケア病棟・回復期・療養期病棟それぞれの役割に応じた退院設計を組む必要があるだろう。なお、退院後フォローをオンラインで補完できれば効率的であるが、オンライン診療は、退院後支援や在宅医療を補完する手段として有効である一方、誰が関与し、どの医療行為と組み合わせられるかによって、医療の質や算定の妥当性が大きく左右される。そのため、個々の医療機関の判断に委ねるのではなく、地域内で役割分担や算定関係を整理した共通ルールのもとで位置づけなければ、制度趣旨から逸脱した運用に繋がりがかねない。

地域包括ケア病棟や回復期・療養期病棟の見直しは、これらの機能を担う医療機関に対し、単なる病床上の区分意識ではなく、地域の中の役割を明確にすることを求めている。高齢救急患者の受け皿の役割を果たすためには、医師・看護師のみならずリハビリ職やソーシャルワーカーを含めた多職種連携体制の整備が不可欠となる。

また、成果指標への対応は、現場のリハビリ体制や評価・記録業務の負担増に繋がる可能性があるが、特に回復期・療養期病棟において高齢・重症患者を多く受け入れる医療機関では、数値上の成果を出しにくいケースも多いため制度対応と医療の実態との間で調整が求められるだろう。

退院支援や地域連携が十分に機能しなければ、病床回転や経営効率に影響を及ぼすため、今回の改定以降、特定の医療機関単独で完結させようとせず、退院先の選択肢を報酬上持続可能な形で確保できるか等を含めて、地域の医療・介護資源との連携を前提とした運営ができるかが鍵となる。

(ウ) 人口・医療資源の少ない地域における対策

改定の意義・改定点	改定前の評価内容・点数	改定後の評価内容・点数
・医療資源が少ない地域の医療維持を後押し ・在宅医療・介護施設との情報共有、入退院支援の質強化	地域加算・連携加算・入退院支援加算など、地域連携関連の加算は多いが、多数の視点からのばらばらの評価であった	連携の形ではなく実態を評価するとともに、入退院支援のPDCA（計画→支援→調整→退院後フォロー）を重視
項目（例）		
○特定機能病院等紹介患者受入加算	—	60点（特定機能病院等から逆紹介を受けた患者への初診を評価する）
○D to P with N、訪問看護・指導料等との併算定ルールの明確化	併算定が複雑で実務上の読み替えが必要になりやすい	在宅患者訪問看護・指導料等との併算定ルール、検査・処置等の算定方法を明確化

出典：中央社会保険医療協議会 総会（第 647 回）資料「総-1 個別改定項目について」（2026 年 2 月 13 日）を基に作成。

人口減少や医療資源の偏在が進む地域に関する今回の改定は、限られた人材と機能を前提に、地域医療を維持することを目的とした改定である。その中では、多職種連携の実効性や医療・介護の役割分担、現場に配慮した運用が重要な論点となる。

まず、多職種連携を形式的ではなく実効性のあるものにできるかが課題である。人口の少ない地域では、医師や看護師、リハビリ職、介護職が限られた人数で複数の役割を担うケースが多く、会議や書類ばかりが増えては現場の負担が増すだけになりかねない。今改定は、連携体制そのものを評価する方向性を示しているが、実際には、情報共有や意思決定が日常業務の中で実際に十分に行われるかどうか重要であり、連携の中身が問われる。

これは、医療資源の少ない地域で専門医不足や移動制約を補う手段としての遠隔医療でも同じである。遠隔連携（D to P with D）（※）／看護師同席型（D to P with N）の活用余地は大きく、今回の改正でも D to P with N のオンライン診療について、訪問看護・指導料等との関係や検査・処置等の扱いを整理し、評価を明確化する方向が示されている。しかし、オンラインでできることが増えるほど、現場では、急変時対応・対面切替の基準、記録、費用分配など、運用しやすくするための設計やルールが重要になる。

次に、医療と介護の分担をどう整理するかも重要な論点である。今回対象としているような地域では、本来介護で対応可能な領域まで医療機関が抱え込むことになり、結果として医療側の負担が過度に増える傾向がある。今回の見直しは、在宅医療や介護サービスとの役割分担を前提とした体制構築を促すものであり、医療機関が地域のあらゆる課題を引き受ける「砦」のような役割を担う前提から脱却できるかが鍵となる。

さらに、現場の負荷を抑えながら制度を運用できるかという点も現実的な課題である。小規模な病院や診療所では、加算算定や連携体制整備に伴う事務負担が相対的に重くなりやすく、制度への対応そのものが困難となり得ることから、制度の趣旨を生かすためには、運用が過度に複雑にならないことが重要である。

人口・医療資源の少ない地域における今回の改定は、医療機関に対し、単独で完結する医療サービスの提供から、地域全体で支える医療への転換を強く求める内容となっている。多職種連携が実効性のあるものになれば、限られた人材でも一定の医療提供水準を維持できるが、形だけの体制整備に終われば、現場の疲弊を招くリスクが高い。また、医療・介護の役割分担が整理されれば医療機関は本来の医療機能に集中しやすくなるが、その前提として、地域に介護サービスや在宅支援の受け皿が存在することが必要である。受け皿が不十分な地域では、制度の狙いどおりに機能せず、結果として地域医療そのものが脆弱になる。

つまり、今改定の対応は個々の医療機関判断に委ねられるものではなく、国が示す評価の枠組みと都道府県が策定する医療計画・地域医療構想を前提条件とした上で、地域医師会等による実務レベルの合意形成や、市町村による在宅・介護分野の支援を通じて、地域全体で現実的な運用の方向性をすり合わせる事が求められる。

※D to P with D：医師（D o c t o r）が遠隔で診療を行い、患者（P a t i e n t）の側に別の医師（D o c t o r）が同席して診療を補助するオンライン診療の形態。遠隔医師と現地医師の役割分担や責任の所在、診療行為・検査・処置の実施主体の整理、並びに診療報酬上の算定関係を明確にした運用が求められる。

### 視点（3）

#### 安心・安全で質の高い医療の推進

医療機関はこれまでも医療安全対策や質の向上に継続的に取り組んできたものの、その取り組みは医療機関として当然に求められるものとして、積極的に実施しても経営上の評価に繋がることは限定的であった。

一方で、医療の高度化や患者ニーズの多様化が進む中、医療事故の防止や過誤リスクの低減、診療・業務プロセスの標準化、診療情報・データの適切な管理などに対する社会的要請は年々高まっている。

今回の改定では、このような安全性や医療の質の確保が、医療機関が評価を受け続けるための重要な要素として位置づけられており、これに係る人材育成、ICTや医療DXの活用、診療データの適切管理などの体制整備は、今後、算定や評価とより強く結びついていくだろう。具体的な改定点は、主に以下のような点が挙げられる。

#### (7) 医療安全管理体制・重大事象の明確化

改定の意義・改定点	改定前の評価内容・点数	改定後の評価内容・点数
医療安全管理体制を強化し、重大事象の定義の明確化や、分類や安全管理者の役割や責務を再整理	委員会設置・研修実施など体制の有無への評価にとどまる	体制有無に加え、改善策の実施や事象分析など、運用プロセス（報告、分析、改善）を重視
項目（例）		
○医療安全対策加算	医療安全対策加算1：85点／ 医療安全対策加算2：30点	医療安全対策加算1：160点 医療安全対策加算2：70点
○医療安全対策加算1の専従要件の運用見直し	専従の解釈が硬直 （兼務制限が強い）	月16時間まで他業務従事可 （専従要件の運用見直し）

出典：中央社会保険医療協議会 総会（第647回）資料「総-1個別改定項目について」（2026年2月13日）を基に作成。

医療安全管理体制に関する見直しは、医療事故を未然に防ぐ取り組みを制度的に評価するとともに、重大事象をどのように定義し、組織としてどう対応するかを明確化しようとするものである。その中では、事象の分別の基準、改善状況の評価、改善サイクルの実効性担保が重要な論点となる。

まず、ヒヤリ・ハットから重大事故までをどのように分別し、重大事象として扱うかの判断基準を明確にするかが基本的な課題である。医療現場では大小さまざまなインシデントが日常的に発生するが、それらを一律に扱うのではなく、軽重の度合いや再発リスクに応じて適切に整理し、対応を分ける必要がある。今回の改定は、重大事象への対応を評価するものであるが、対応するには、その前段階に事象の把握と分析をすることが前提であり、インシデント管理全体の質が問われる内容となっている。

次に、インシデント発生後に原因を分析し、それに基づく再発予防策や医療安全管理体制の改善が実際に行われているかをどう評価することも重要な論点である。報告体制が整っていても、原因分析や再発予防策が形式的に終わってしまい、現場の行動変容に至らないケースも少なくない。今回の見直しでは、単に管理体制があるかではなく、改善に向けた取り組みが継続的に行われているかという実態が重視されており、医療機関には、説明可能な改善プロセスが求められる。

さらに、インシデント対応の改善サイクル（PDCA）が実効性のあるものとして機能しているかどうかの評価も課題である。改善策を立てても、その効果検証や見直しまで十分に行われていなければ、同様の事象が繰り返される可能性がある。今回の改定は、事故対応・再発予防を、一過性の対応ではなく組織的な業務改善の1テーマとして位置づけることを医療機関に求めていると言える。

前頁のように、医療安全管理体制と重大事象の明確化に関する今回の改定は、医療安全対策加算の評価が高まる一方で、実質的な運用が伴わなければ医療機関にとっては算定の継続が難しくなる可能性もある。特に、インシデントの分別や重大事象の判断は、現場任せではなく、医療安全管理を担当する部署が一定の基準を持って関与する体制が不可欠である。また、改善策の実施状況や効果を記録・共有する業務が増えるため、医療安全管理者や関連スタッフの負担は増加しやすい。

しかし、改善サイクルが実効性を持って機能すれば、重大事故の予防だけでなく、職員の安全意識の向上や、組織の信頼性の確保に繋がる。今回の改定は、医療安全をコストや負担として捉えるのではなく、医療の質と組織マネジメントの基盤として位置づけることを促す改定と言えるだろう。

#### (4) 医療DXやICTの活用、情報連携

改定の意義・改定点	改定前の評価内容・点数	改定後の評価内容・点数
<ul style="list-style-type: none"> <li>電子処方箋を用いた重複投薬・薬の相互作用チェックを要件化の方向</li> <li>院外の地域薬局との情報連携も評価</li> </ul>	DX導入は開始・進行していたが、チェックの実効性は医療機関ごとに差があり、評価がされていなかった	<ul style="list-style-type: none"> <li>電子的に薬剤情報を照合し、重複や残薬を確認することが評価対象（事実上の必須化）</li> <li>情報共有の質が評価対象化</li> </ul>
項目（例）		
○診療録管理体制加算の簡素化（サイバー要件を下記へ移管）	加算1：140点などの複数段階による分散評価	加算1（140点）を廃止し、100点・30点の2段階へ整理
○電子的診療情報連携体制整備加算	医療情報取得加算、医療DX推進体制整備加算を廃止、一本化	初診 加算1：15点、加算2：9点 加算3：4点 再診 2点（月1回） 入院初日 加算1：160点、加算2：80点
○訪問看護の適正化（短時間頻回抑制と記録の精度）	記録・時間管理について、事業者ごとに運用差が出やすかった	20分未満算定不可、時間記載などにより、運用の適正化が促進

出典：中央社会保険医療協議会 総会（第647回）資料「総-1個別改定項目について」（2026年2月13日）を基に作成。

医療DXと情報連携に関する見直しは、ICTを活用することで医療の質と効率を高めると同時に、医療機関間・医療と調剤薬局間の情報連携を円滑にすることを狙いとしている。医療DXは病院内の整備だけで完結せず、在宅医療・院外薬局・訪問看護まで含めた情報の繋がりが前提になっている。オンライン診療の適正推進の観点では、D to P with N の算定との兼ね合い（施設入所者が対象外となり得る条件、訪問看護・指導料等との併算定ルールなど）や、看護師等の訪問を評価する枠組みの整理など、算定要件や役割分担を整理しなければ、システム対応や運用調整、関係機関との合意形成や確認・調整業務といった実務負担が生じやすい。

医療DXと情報連携に関する見直しを踏まえて運用をするに当たり、まず論点となるのは、システム整備や運用教育に伴う現場の負担感である。電子処方箋や診療情報共有の仕組みは、導入するだけで完結するものではなく、職員への教育、運用ルールの周知、トラブル対応など、継続的な管理が不可欠となる。特に、複数のシステムを併用している医療機関では、業務フローがかえって複雑化し、現場の負担が一時的に増えるケースも多い。今回の改定は、DXを前提とした体制整備を評価する一方で、その運用負担については医療機関側の対応力に委ねられている部分大きい。

次に、院外薬局との間でルール形成や標準化をどう進めるかも重要な論点である。電子処方箋や服薬情報の共有は、医療機関単独では完結せず、地域の調剤薬局との連

携が不可欠となる。しかし、実際にはシステム対応状況や運用ルールが調剤薬局ごとに異なり、情報共有が円滑に進まない場面も想定される。今回の見直しは、情報連携を制度として後押しするものの、具体的な運用面までは踏み込んでおらず、地域ごとの調整や合意形成が重要な鍵となる。

医療DX・情報連携に関する今回の改定は、医療機関に対し、ICTを単なる設備投資ではなく、日常業務に組み込まれたインフラとして定着させることを求める内容となっている。医療機関側には、医療DXへの投資（機器や回線など）だけでなく、在宅側（訪問看護・調剤薬局）との手順書・記録様式・請求フローの共通化を進め、役割分担や運用ルールをすり合わせ、日常業務として支障なく回る情報共有の仕組みに落とし込むための調整力が求められる。システム整備の対応状況に加え、運用設計と人材育成、地域連携の度合いが医療機関の評価を左右することになる。

(ウ) 身体拘束最小化／高額医療技術の適正配置

改定の意義・改定点	改定前の評価内容・点数	改定後の評価内容・点数
身体拘束を減らす取組みへの評価強化と、高額医療機器（ロボット手術等）は、一定の症例数を扱える医療機関等に集約する方向を明確化	医療機関間で対応差が大きかった	・倫理・安全性に基づく、拘束低減の運用強化 ・高額医療技術は症例が一定程度集まる医療機関で評価
項目（例）		
○身体的拘束最小化の基準見直し（体制・実績で段階化し、減算を二段階へ）	基準未達の場合：入院料を1日40点減算	体制×・実績×：40点減算 体制○・実績×：20点減算 （実績基準は経過措置あり）
○身体的拘束最小化推進体制加算の新設（包括期・慢性期病棟で組織的取組を評価）	—	身体的拘束最小化推進体制加算：40点（1日につき） （対象：療養・地域包括ケア等の包括期／慢性期中心）
○認知症ケア加算：拘束時の減算強化	拘束日：所定点数の100分の40（6割減算）	拘束日：所定点数の100分の20（8割減算）
○高度急性期病院におけるロボット手術の評価の新設	—	内視鏡手術用支援機器加算：15,000点 （悪性腫瘍手術等手術のうち、内視鏡手術用支援機器による手術が年間200例以上である場合）

出典：中央社会保険医療協議会 総会（第647回）資料「総-1個別改定項目について」（2026年2月13日）を基に作成。

身体拘束最小化及び高額医療技術の適正配置に関する見直しは、医療の質や患者の尊厳を重視しつつ、限られた医療資源を合理的に配分することを目的としており、高額医療機器の投資判断や、地域内での医療機能の使い分けが重要な論点となる。

まず、高額医療機器への投資判断が課題となる。高度な医療機器は、診断・治療の質を高めるが導入・維持に多額のコストを要し、稼働率が低ければ経営上の大きな負担となる。今回の改定は、高額医療技術であれば一律に評価するというものではなく、必要性や提供体制を踏まえた適正配置を重視する方向性を示しており、医療機関単位での保有ありきの投資判断から、地域全体での機能分担を前提とした考え方への転換を促している。

次に、上記の医療機器なども含めた医療資源を有効に活用するために、地域内の紹介・逆紹介ルートをどのように整備するかも重要な論点である。高額医療機器や専門的治療を担う医療機関と、日常的な診療やフォローアップを担う医療機関で役割分担がなされていなければ、患者の流れが滞り、結果として医療資源が有効に活用されない。つまり、今回の見直しは、地域内での紹介・逆紹介を前提とした医療提供体制

の構築を後押しするものであり、単独の医療機関内で完結する医療から、地域全体で連携する医療への転換が意図されている。

また、身体拘束最小化の観点からも、医療機関には人員配置や多職種連携、環境整備を含めた体制構築が求められる。これらは直接的な収益には結びつきにくいですが、医療の質や患者の安全・尊厳を確保する上で不可欠であり、今回の改定はそれを組織的に行うことを前提としている。

上記を踏まえると、医療機関としては、高額医療機器を保有・更新するかどうかは、診療実績や地域での役割、連携体制を踏まえた中長期的な経営判断となり、従来以上に慎重な検討が必要となる。また、地域内での紹介・逆紹介が円滑に機能すれば、医療機関はそれぞれの強みを活かした診療に集中できる一方、連携が不十分な場合には患者の移行が進まず、設備や人材の非効率な配置が固定化する恐れもあるため、診療情報の共有や信頼関係の構築を含めた地域連携が重要となる。さらに、身体拘束最小化への対応は、現場の負担増を伴う可能性があるが、適切に運用されれば、医療安全や患者満足度の向上に繋がり、医療機関の評価や信頼性を高める。

つまり、今回の改定は、医療技術や設備を単に整備することよりも、どのように使い、どのように他の医療機関と連携するかを重視する改定であり、医療機関の判断力と地域での調整力が求められる内容と言える。

## 視点（４）

### 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

医療費の増加が続く中、これまでも後発医薬品の使用促進や適正受診の推進など、医療の効率化・適正化は継続的に求められてきた。しかし、医療機関にとってはこれらの取組みは収益抑制や業務負担増とを感じる場面も多く、制度全体の持続可能性と現場の実感や課題感との間にギャップが生じていた。

今回改定では、医療保険制度の安定性確保という観点から、効率化・適正化が改めて基本的視点として整理され、財源確保のための適正化措置と、医療の質や人材への重点配分、並びに医薬品の安定供給への配慮をあわせて進める方向性が一体的に示された。つまり、限られた財源をどこに重点的に配分するかという政策的な優先順位がより明確になったと言えるものであり、単なる人員抑制策ではなく、効率化・適正化が制度を持続させるために必要であるとして、医療機関にも対応が求められることとなる。

具体的には主に以下のような改定内容となっている。

#### (ア) 調剤・薬剤の最適化

改定の意義・改定点	改定前の評価内容・点数	改定後の評価内容・点数
<ul style="list-style-type: none"> <li>・調剤基本料の再編</li> <li>・後発品使用量のみならず、地域での安定供給体制（在庫・融通・計画調達）を評価</li> <li>・バイオ後続品へ切替を促す評価に転換</li> <li>・長期処方・リフィル処方普及</li> <li>・地域支援体制の強化</li> </ul>	多数の加算が存在し、薬局の機能や役割と評価が複雑であった	<ul style="list-style-type: none"> <li>・集中度（特定医療機関への依存）を厳格化</li> <li>・地域支援・供給責任を評価</li> <li>・バイオ後続品を重視</li> </ul>
項目（例）		
○地域支援・外来医薬品供給対応体制加算（1処方当たり）	後発医薬品調剤体制加算（1・2・3）と地域支援体制加算が別個に存在したが廃止・統合	加算1：8点（後発品90%以上） 加算2：7点（後発品85～90%） 加算3：5点（後発品75～85%）
○地域支援・医薬品供給対応体制加算（入院初日） （後発品の供給不安による追加業務が発生状況を踏まえ、医薬品の安定供給に資する体制を評価）	—	加算1：87点 加算2：82点 加算3：77点
○バイオ後続品調剤体制加算 （バイオ後続品の使用を促進するため、薬局の調剤体制の整備及び患者への説明を評価）	—	加算50点
○服薬管理指導料 （かかりつけ薬剤師であることより服薬管理・フォロー行為を評価）	かかりつけ薬剤師指導料とかかりつけ薬剤師包括管理料が別個に存在したが廃止・統合	指導料1：45点（オンライン同様） 指導料2：59点（オンライン同様） 施設訪問時：45点

出典：中央社会保険医療協議会 総会（第647回）資料「総-1個別改定項目について」（2026年2月13日）を基に作成。

今回の調剤・薬剤の最適化に関する見直しは、医療費の適正化を進めつつ、薬物療法の安全性や医薬品の安定供給にも配慮しながら制度全体の持続可能性を高めようとするものである、処方日数の長期化、後続品への切替、供給不安時の対応といった点が重要な論点となる。また、調剤・薬剤分野は、従来の体制整備や数量的指標による評価から、実際の服薬管理や説明、供給対応の実効性をより重視する方向へ、評価の考え方が整理されつつある点も特徴である。

まず、長期処方やリフィル処方の安全性をどのように確保するかが基本的な課題である。これらは患者の通院負担を減らし医療資源を効率化させるが、服薬状況の変化や副作用の見逃しのリスクも有する。今回の改定は、長期・リフィル処方の一律な拡大よりも、患者の状態や疾患特性に応じ適切に活用することを前提としている。

また、近年、後発品を中心に医薬品の安定供給が課題となる中で、供給不足が生じた場合にもどのように対応するかも、論点となっている。このような供給不安に個々の医療機関や薬局の努力だけで対応しきれないことが考えられる。今回の見直しでは、薬物療法の適正化とともに供給対応を含めた体制面での評価にも目が向けられており、地域内での情報共有や代替薬の調整などの連携の重要性が高まっている。

次に、バイオ後続品への切替における医療機関の説明責任も重要な論点である。医療費適正化の観点から後続品の使用促進が進められる中で、患者に対して、効果や安全性が先行品と同等であることをどう説明し、理解を得るかが、現場の負担として生じている。特にバイオ医薬品は、患者の不安が生じやすく、医療機関による説明の質が治療継続や信頼関係に直結するため、切替の中で説明を丁寧に行う必要がある。

調剤・薬剤の最適化に関する今回の改定は、薬物療法の安全性と信頼性を維持しながら制度の持続可能性を高めることを目指した改定であり、医療機関に対し、単なる診療・調剤の効率化ではなく、服薬管理や副作用確認、処方内容の見直しが適切に行われているかといった、薬物療法の質そのものが問われる内容となっている。すなわち、長期処方やリフィル処方を適切に活用できれば外来診療の負担軽減や患者の利便性向上が期待される一方、服薬状況や副作用の確認などのフォロー体制が十分でなければ、医療安全上のリスクが高まる可能性もある。また、バイオ後続品への切替対応は、医師・薬剤師双方に説明負担と診療・調剤時間の延長に繋がる可能性があるものの、丁寧な説明と連携が確立されれば、患者の理解を得ながら、安定した薬物療法の継続に繋げる余地もある。

(イ) 給付と負担の線引き（長期収載品の選定療養の動向）

改定の意義・改定点	改定前の評価内容・点数	改定後の評価内容・点数
長期収載品の負担見直しなど、保険給付と自費負担の見直し調整を検討	原則、医療用医薬品は保険給付	長期収載品は後発品との差額を患者が一部負担する方向
項目（例）		
長期収載品の選定療養（患者特別負担）	後発品最高価格帯との差額： 4分の1	後発品最高価格帯との差額： 2分の1

出典：中央社会保険医療協議会 総会（第 647 回）資料「総-1 個別改定項目について」（2026 年 2 月 13 日）を基に作成。

給付と負担の線引きに関する見直しに関しては、患者負担の増加や現場対応への影響、受診行動の変化といった点が重要な論点となる。

まず、患者の経済的負担は、制度の受け止め方に直結する。長期収載品の選定療養における自己負担割合の引上げなどは、医療費の適正化という政策目的に沿ったものではあるが、患者からすると、これまで保険で使えていたものに追加負担が生じる形となり、特に慢性疾患で継続的に外来受診や服薬を行っている患者や、高齢者にとっては制度変更の影響を実感しやすいだろう。

次に、外来や薬局での説明負担の増加も現場にとって大きな課題である。なぜ負担が増えるのか、代替選択肢は何か、後発品や処方変更で治療内容に差がないことなどを、患者に丁寧に説明する必要があり、その役割は医師だけでなく薬剤師にも及ぶ。今回の見直しは、制度としては合理的であっても、説明を省略すれば患者の不信感を

招きかねず、現場のコミュニケーション負荷が増す可能性はある。

さらに、受診行動への影響も無視できない。自己負担の増加は、軽症時の受診抑制や、受診間隔の延長といった行動変化をもたらす可能性がある。

給付と負担の線引きに関する今回の改定は、医療機関に対し、診療に加えて制度の説明者としての役割を求める内容である。外来や薬局では、診療報酬上の算定とは別に、患者への説明や相談対応に時間と労力を要する場面が増えると考えられる。

一方で、後発品の活用や処方の見直しが進めば、患者の選択に基づいた医療利用が促され、結果として制度の趣旨に沿った受診行動が定着する可能性もある。

## エ おわりに

今回の診療報酬改定は、単なる点数の見直しではなく、病院経営のあり方そのものの転換を求める改定として受け止める必要がある。改定全体を通して見ると、物価・賃金の上昇や人手不足といった厳しい経営環境に対して一定の配慮は示されているものの、従来と同じ発想・運営を続けるだけでは、将来にわたる経営の持続性は確保できないというメッセージが明確に示されていると言える。

まず留意すべき点は、賃上げや処遇改善が自動的に保障されるわけではないことである。今回の改定において賃上げや処遇改善に重点的な配分がなされていることは事実であるが、医療機関全体で起こっている人件費の増加を十分に吸収できる水準とは言いがたく、単に点数が措置されるだけで経営が自動的に改善する構造にはなっていない。今回の改定で措置される賃上げや処遇改善は、「経営を守ってもらえるもの」と捉えるのではなく、生産性の向上や業務の見直しと組み合わせることで初めて効果を発揮するものと理解する必要がある。これらの評価を算定するために、施設基準への対応、届出や実績管理などの事務対応が必要となることは当然として、賃上げや処遇改善の措置を有効に活かすためにも、働き方や業務体制そのものを見直し、限られた人材で組織を運営していく視点は欠かせない。

次に重要なのは、2040年頃を見据えた医療機能の分化・連携という方向性が、今回の改定でより一層はっきりと示された点である。急性期・回復期・慢性期の役割を曖昧にしたまま幅広く対応しようとする運営は、今後、評価を得づらくなる可能性が高い。各医療機関は、地域の医療需要や自院の強みを踏まえながら、どの機能を担うのか、翻ってどの機能は担わないのかを明確にするという、戦略的な選択を迫られている。そしてその際には、機能選択に応じて求められる算定要件や事務負担の内容も異なるため、運営・管理面を含めた対応が必要になる。

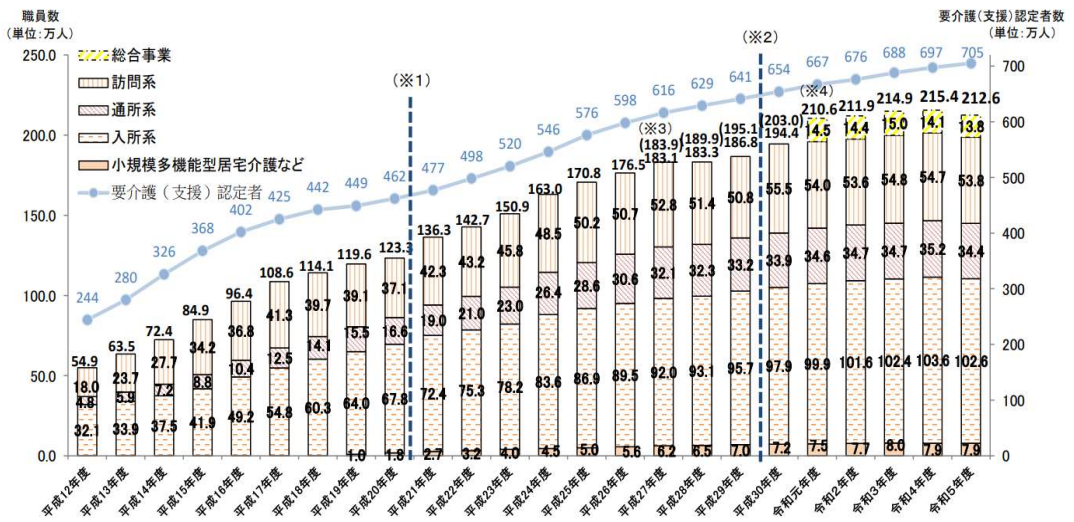
さらに、医療の質や安全性に関する取組みが、単なる努力目標のような性質のものではなく、今後の評価や算定を左右する重要な要素になりつつある点も見逃せない。人材育成、ICTの活用、データ管理を含めた体制整備は、短期的には負担と感じられる可能性もあるが、今後の評価や算定を確保していくためには欠かせず、体制整備とそれを裏付ける記録・管理を継続して行うことも当然ながら必要になる。これらをコストではなく、将来に向けた経営基盤への投資として位置づけることが求められていく。

このように、今回の診療報酬改定は医療機関にとって厳しい側面を含みつつも、国が目指す医療提供体制の方向性を明確に示した改定であると言える。病院経営者には、制度の細かな点数改定を追うだけでなく、その背後にある政策意図を読み取り、自院の経営方針や運営モデルを見直し、再設計していく視点がこれまで以上に求められている。

## (2) 2026年度介護報酬改定

介護報酬は原則として3年に1度改定され、前回は2024年度改定、次回は本来2027年度改定とされていた。しかし今回、政府は2026年度に臨時改定を行うことを決定した。背景には、介護提供体制が構造的な危機に直面しているという政府の強い問題認識がある。まず、介護人材の急速な不足が挙げられる。厚生労働省の統計によれば、2023年度（令和5年度）には、介護職員数が212.6万人となり、介護保険制度開始以来、初めて減少に転じたことが明らかになった。全産業で賃上げが進む中、介護分野も断続的に賃金は上昇しているものの、相対的な賃金水準は依然として低いために人材流出が続き、サービスの維持自体が困難になりつつある状況が示された。社会保障審議会・介護給付費分科会でも「事業継続に支障が出ている」「地域で必要な介護サービスが確保できなくなる恐れがある」との認識が共有されている。

### ■介護職員数について



注1) 介護職員数は、常勤、非常勤を含めた実人員数。(各年度の10月1日現在)

注2) 調査方法の変更に伴い、推計値の算出方法に以下のとおり変動が生じている。

【平成12～20年度】「介護サービス施設・事業所調査」(以下、本節において「介サ調査」という。)は全数調査を実施しており、各年度は当該調査による数値を記載。

【平成21～29年度】介サ調査は、全数の回収が困難となり、回収された調査票のみの集計となったことから、社会・援護局において全数を推計し、各年度は当該数値を記載。(※1)

【平成30年度～】介サ調査は、回収率に基づき全数を推計する方式に変更。一番右の2つのグラフ(平成30年度、令和元年度)は、当該調査による数値を記載。参考値は、平成29年度以前との比較が可能となるよう、社会・援護局において、介サ調査の結果に基づき、従前の推計方法により機械的に推計した数値。(※2)

注3) 介護予防・日常生活支援総合事業(以下、本節において「総合事業」という。)の取扱い

【平成27～30年度】総合事業(従前の介護予防訪問介護・通所介護に相当するサービス)に従事する介護職員は、介サ調査の対象ではなかったため、社会・援護局で推計し、これらを加えた数値を各年度の( )内に示している。(※3)

【令和元年度～】総合事業も介サ調査の調査対象となったため、総合事業に従事する介護職員(従前の介護予防訪問介護・通所介護相当のサービスを本体と一体的に実施している事業所に限る)が含まれている。(※4)

出典：第1回社会保障審議会福祉部会福祉人材確保専門委員会

「資料5 介護人材確保の現状について」(2025年5月9日)

次に、物価・賃金の急上昇である。光熱水費、食材費、燃料費等の高騰が続く一方、介護報酬は公定価格であるため、事業所が価格転嫁できず経営悪化が進行した。これにより「通常改定を待つ余裕はなく、早期に恒久的な財源手当てが必要」との考えが政府内で強まった。

こうした状況を踏まえ、政府は、まず 2025 年度補正予算による一時的な賃上げ支援（補助金）でつなぎ措置を行い、その後、2026 年度介護報酬臨時改定で報酬本体に組み込むという二段階対応を選択したのである。

#### ア 介護報酬改定の基本的な考え方

2026 年度改定の基本的な考え方は、以下のとおり明確に示されている。

##### 改定の基本的な考え方

###### 1. 介護職員等の処遇改善

（考え方の趣旨）

介護分野では、有効求人倍率が高止まりする中、高齢化の進行と生産年齢人口の減少を背景に、介護サービスの提供を将来にわたって維持するためには、介護職員を始めとする介護従事者の確保が喫緊の課題となっている。これまでの取組みにより介護職員の賃金は改善してきたものの、他産業との差は依然として大きく、他産業で賃上げが進む状況も踏まえれば、制度的に処遇改善を確実に担保する必要がある。

###### 2. 物価高への対応と経営の安定に資する基準費用額の見直し

（考え方の趣旨）

基準費用額は、介護保険法に基づき、食事や居住に要する平均的な費用を勘案して定められており、費用の状況が著しく変動した場合には速やかな見直しが求められている。近年、食材料費は継続的に上昇しており、令和 7 年度介護事業経営概況調査においても、介護保険施設における食費の平均額が現行の基準費用額を上回る実態が確認された。

こうした状況や、過去の審議報告における物価高騰への対応方針を踏まえ、令和 8 年度改定では、利用者負担への影響や在宅サービスとの公平性にも留意しつつ、介護保険施設等における食費の基準費用額について必要な見直しを行う。

出典：社会保障審議会（介護給付費分科会）資料

「令和 8 年度介護報酬改定に関する審議報告」（2025 年 12 月 23 日）  
を基に作成。

## イ 改定率

2026年度介護報酬改定の改定率は、全体で+2.03%の引上げとされ、近年の介護報酬改定の中でも相対的に高い水準に位置づけられる。過去の改定では小幅なプラス改定が続いてきたことを踏まえると、今回の改定は、介護分野をとりまく厳しい経営環境に対し、一定の対応を図ろうとする姿勢が明確に示されたものと言える。

本改定の大きな特徴は、基本報酬の水準そのものは据え置いたまま、処遇改善と物価対応に改定の重点を集中させている点にある。これは、近年の介護事業において、人件費の増加や食材費・光熱費等のコスト増が経営を圧迫している状況を踏まえ、限られた改定財源を、影響の大きい要素に優先的に配分する考え方に基づくものである。

ただ、この対応が、実際に進行しているコスト増加をどこまで吸収できるかについては慎重に見極める必要がある。処遇改善は賃上げに向けた一定の後押しとなる一方で、人件費全体の増加や、他産業と介護業界の賃金差といった構造的な課題を一举に解消する水準には至っていないとの見方もある。また、物価対応についても、食材費や委託費の増加ペースを考えると、事業者ごとの実勢価格との間に差が生じる可能性は否定できない。

施行時期は、処遇改善が2026年6月、食費の基準費用額の見直しが同年8月と段階的に実施される予定であり、制度運用上の混乱を抑えつつ喫緊の課題である人件費・物価上昇への対応を優先的に進めるといふ、今回改定の特徴を端的に表している。

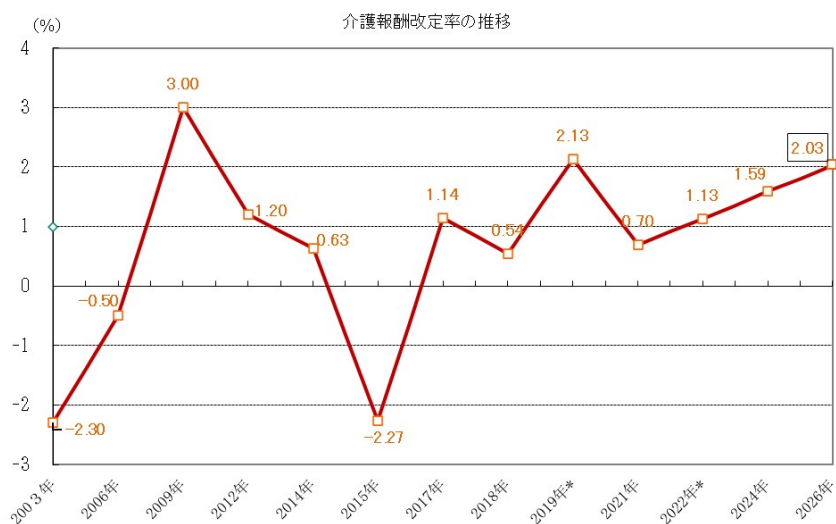
### ■介護報酬改定率（2026年6月、8月施行）

合計	+2.03%
① 介護職員等処遇改善	+1.95%
② 食費の基準費用額見直し	+0.09%

※今回は含まれていない改定率要素：

基本報酬の一律引上げ・引下げ、利用者負担割合の変更、支給限度基準額の改定 など

出典：社会保障審議会・介護給付費分科会（第253回）資料



(注) \* は10月

出典：第252回社会保障審議会（介護給付費分科会）

「資料1 令和8年度予算に関する「大臣折衝事項」について（報告）」  
（2025年12月26日）を基に作成。

## ウ 主な改定内容

今回実施される改定の2つの内容ごとに、具体的な実施内容を整理する。

### 基本的な考え方1 介護職員等の処遇改善

改定の意義・改定点	改定前の内容	改定後の内容
○加算率の引上げ	賃上げ水準について全産業平均との差を埋め切れない水準	全体改定率のうち 処遇改善分が+1.95% ※改定財源のほぼ全てが人件費対応
○対象者の拡大	対象者は、直接介護を担う介護職員が中心で、間接的に介護を支える職種では、賃上げ原資ほぼなし	以下のような介護従事者全体へ対象者拡大 ・介護職員 ・看護職員 ・PT・OT・ST ・ケアマネージャー ・生活相談員 ・事務職員（介護事業に従事する者）等
○生産性向上・協働化への取組みを評価する上位区分の新設	区分構造が、加算Ⅰ～Ⅳで、評価軸は「キャリアパス整備」「職場環境改善」などが中心	上位区分新設（例：Ⅰロ・Ⅱロなど） ※生産性向上・協働化を行えば、制度上、最大月1.9万円相当（定期昇給含）の賃上げ原資確保可能

※実施時期は2026年6月。

出典：第253回社会保障審議会（介護給付費分科会）

「資料1 令和8年度介護報酬改定について」（2026年1月16日）

2026年度介護報酬改定における介護職員等の処遇改善は、単なる賃上げ施策ではなく、介護提供体制を維持するための立て直し対応である。近年、介護職員数はすでに減少局面に入りつつあり、人材の流出が続けば、介護保険制度そのものが持続し得ないとの危機感が強く共有されてきた。今回の改定は、処遇改善を先送りすれば制度が立ち行かなくなる認識を前提に、緊急的かつ優先的に対応したものと整理できる。

重要な論点は、処遇改善の対象を従来の「介護職員」に限定せず、ケアマネージャー等を含む介護従事者全体へと広げた点にある。介護現場は、多職種連携によって初めて機能するものであり、特定の職種のみを守る設計では、かえって現場の不均衡や機能不全を招きかねない。多職種連携全体を維持する視点へと転換することは、現場の実態に即した合理的な方向性と言える。

さらに、今回の改定では、単なる賃上げ対応にとどまらず、生産性向上や業務効率化とあわせて評価する報酬体系へと踏み出した点も重要である。限られた財源のもとで持続的な賃上げを実現するには、業務の効率化やICT活用を通じて、介護サービスの生産性を高めることが不可欠との考え方が、制度上も明確に示されたと言える。

このような設計は、介護事業者の経営にも明らかに影響を及ぼす。今後は、ICT導入や業務整理、法人間の連携・共同化といった取組みを進められる事業者ほど、処遇改善原資を確保しやすく、賃上げを実行できる。一方で、従来型の運営にとどまる事業者にとっては、処遇改善の実行が相対的に難しくなる可能性もあり、経営対応力の差が人材確保力の差としてあらわれていくことが想定される。

特に居宅介護支援事業所にとっては、今回の改定により、初めて恒常的な処遇改善原資が制度上で位置づけられた意義は大きい。これまで構造的に処遇改善の対象外とされてきた職種について、人材確保の条件が変わり、採用や定着に関する議論の土台が大きく転換することになる。

総じて、2026年度介護報酬改定における処遇改善は、働き手の数を維持する施策にとどまらず、どのような事業者が今後の介護提供体制の担い手であり続けられるのかを選別していく改定であると言える。

## 基本的な考え方 2 基準費用額の見直し

改定の意義・改定点	改定前の内容	改定後の内容
○物価高騰を踏まえた基準費用額の是正	食費の基準額は長期間据え置きであり、食材費・光熱費が高騰しても、価格転嫁ができず事業所の持ち出しが常態化	1日当たり100円引上げ 以下のような施設を対象とする ・介護老人福祉施設（特養） ・介護老人保健施設（老健） ・介護医療院 ・短期入所生活介護／短期入所療養介護（施設系給食を提供する場合）
○所得に配慮した利用者負担	低所得者については、所得段階（第1～第3段階）に応じて実際の自己負担額を軽減する仕組みは既に存在していたが、その軽減の基準となる食費の基準費用額自体は長期間据え置き	以下のように低所得者配慮を実施 ・第1段階（生活保護受給者等・住民税非課税の低所得層）：据え置き ・第2段階（住民税非課税で年金収入等が比較的低い層）：据え置き ・第3段階（住民税非課税だが年金収入等が一定水準ある層）：30～60円程度の負担増に抑制

※実施時期は2026年8月。

出典：第253回社会保障審議会（介護給付費分科会）

「資料1 令和8年度介護報酬改定について」（2026年1月16日）

今回の介護報酬改定における基準費用額の見直しは、急速に進行する物価高騰が介護事業者の経営に与えてきた影響を踏まえ、赤字拡大を防ぐための最低限の対応である。近年、食材費や光熱水費、委託費といった経費は継続的に増加しており、特に施設系事業所では、利用者数や稼働率とは無関係に発生する固定的コストの増加が経営を圧迫してきた。今回の見直しは、このような原価構造の悪化に対し、制度として一定の調整を行う必要性が共有された結果と言える。

もっとも、本見直しに当たっての大きな論点は、物価高への対応をどこまで制度的に担保するのかという点である。介護保険制度は公的給付を前提とする以上、あらゆるコスト増加を報酬で吸収することには限界がある。今回の基準費用額の見直しは、実勢価格の上昇分を全面的に反映するものではなく、あくまで最低限の補填にとどめることで、制度全体の持続可能性との均衡に努めたものと整理できる。

あわせて、利用者負担増への配慮も重要な論点である。基準費用額の引上げは、施設系サービスを利用する高齢者の自己負担に直結するため、特に低所得者層への影響をどう抑制するかが強く意識された。今回の改定では、一定の負担増を伴いつつも、その影響が過度にならないよう段階的な設計が採られており、物価対応とのバランスを取ろうとする姿勢が読み取れる。

事業者への影響としては、特に施設系事業所の困難な状況を部分的に改善する効果は見込まれるが、コスト増加を吸収しきれ水準には達していない点に留意が必要である。食材費等の高騰に対する一定の緩和効果はあるものの、経営環境を抜本的に好転させるインパクトはなく、あくまで赤字拡大を防ぐための措置が実態に近い。

この点で、前頁の処遇改善が「人材確保・経営転換を促す積極的な政策手段」であるのに対し、基準費用額の見直しは「最低限の損失補填」に近い性格のものと言えるだろう。基準費用額の引上げ自体が、事業者の収益力を高めたり経営改善を促進したりする直接的な施策にはなりにくいため、各事業者は、引き続きコスト管理や運営効率化への取組が不可欠であることに変わりはない。

2026年度介護報酬改定における基準費用額の見直しは、物価高騰下における介護事業者の経営の急激な悪化を食い止めるための防御対策の意味合いが強く、処遇改善と並ぶ内容の2本柱ではあるものの、役割はあくまで補完的なものである。

## エ おわりに

2026年度の介護報酬改定は、介護分野における人材確保・定着が構造的に困難になりつつあるという深刻な現状認識に対する、緊急的かつ重点的な対応であり、処遇改善と最低限のコスト補填（基準費用額）に財源を集中した橋渡しのものである。

今回の改定の柱は、「介護職員等の処遇改善」と「基準費用額の見直し」の2点に極めて限定されており、基本報酬には触れず、改定財源の大半が人件費対応に振り向けられている。すなわち、最優先で維持改善しようとしているのは、介護を担う人材そのものということになる。

この改定を前に、まず持つべき認識は、処遇の改善はもはや付加的な加算がつくことではなく、介護事業経営の前提条件であり、「処遇改善は制度対応の一項目である」という発想の転換である。賃金を上げるか否かを逡巡している場合ではなく、どのような人員体制と役割構成で、事業を将来にわたって維持していくのかを起点に経営全体を組み立てられるかが事業の持続可能性を左右する局面に入っている。

また、今回の改定では、処遇改善の対象が「介護職員」から「介護従事者」へと拡大された。これは、介護を単一職種で完結する仕事ではなく、多職種が連携して成り立つものと捉え直すべきであることを示している。自法人・自事業所のサービスを、職種ごとの縦割りではなく、チームとして成立させる視点から再構築する必要がある。

一方、基準費用額の見直しは、物価高騰に対する救済ではなく、あくまで、事業が急激に立ち行かなくなることを防ぐための最低限の調整にすぎない。この点からも、今回の改定が経営を楽にする改定ではないことは明らかである。経営者は、制度が何を補填補助してくれるのかではなく、限られた報酬の中で、何を守り、何に集中するのかという選択が必要になる。

2026年度改定の受け止め方と方針転換の有無が、次期改定の際には、事業所が存続し続けられるか否かという明確な差となり得るであろう。制度対応の巧拙よりも、自法人・自事業所を維持・運営し続けるためにどのような体制を取っていくかという経営姿勢が問われていると言える。

## 【参考文献】

- ・厚生労働省「診療報酬改定について 12月24日の予算大臣折衝を踏まえて」
- ・社会保障審議会（医療部会）「令和8年度診療報酬改定の基本方針の概要」（2025年12月9日）
- ・社会保障審議会（介護給付費分科会）資料「令和8年度介護報酬改定に関する審議報告」（2025年12月23日）
- ・第1回社会保障審議会（福祉部会福祉人材確保専門委員会）「資料5 介護人材確保の現状について」（2025年5月9日）
- ・第252回社会保障審議会（介護給付費分科会）「資料1 令和8年度予算に関する「大臣折衝事項」について（報告）」（2025年12月26日）
- ・第253回社会保障審議会（介護給付費分科会）「資料1 令和8年度介護報酬改定について」（2026年1月16日）
- ・中央社会医療連絡協議会 総会（第640回）資料「総-1 物価対応について（その1）」（2026年1月9日）
- ・中央社会保険医療協議会 総会（第647回）資料「総-1 個別改定項目について」（2026年2月13日）

## 株式会社日本政策投資銀行（DBJ）のご案内

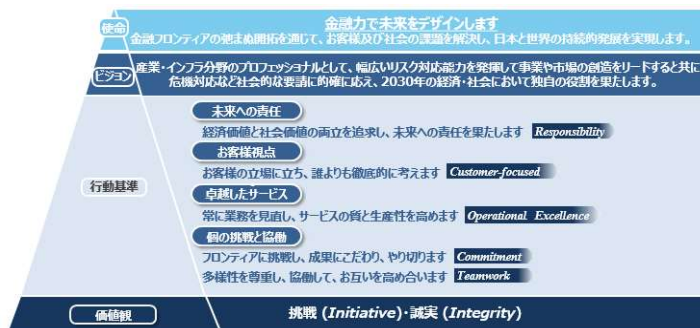
株式会社日本政策投資銀行は、1999年10月1日に日本開発銀行と北海道東北開発公庫の一切の権利・義務を承継して設立され、2007年6月に成立した株式会社日本政策投資銀行法に基づき、2008年10月1日に民営化（株式会社化）しました。

代表取締役社長 地下 誠二  
 職員数 1,280名（2025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 21兆2,181億円（2025年3月末）  
 貸出金残高 14兆8,694億円（2025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
<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 中長期融資</li> <li>■ ストラクチャードファイナンス</li> <li>■ アセットファイナンス（不動産）</li> <li>■ シンジケートローン</li> <li>■ ABL（資産担保融資）</li> <li>■ 事業再生ファイナンス（DIPファイナンス等）</li> <li>■ 危機対応業務</li> </ul>	<p>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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ メザンファイナンス（劣後ローン・優先株等）</li> <li>■ LBO/MBO</li> <li>■ エクイティ投資（企業、不動産、インフラ等）</li> <li>■ ファンド投資（LP投資等）</li> <li>■ 特定投資業務</li> </ul>	<p>仕組み金融のアレンジャー、M&amp;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</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ M&amp;Aアドバイザーサービス</li> <li>■ 女性起業サポート</li> <li>■ イノベーション創造サポート</li> <li>■ 新規事業開発サポート</li> <li>■ 公有資産マネジメント</li> </ul>	<p>多様なオルタナティブ投資における運用機会を提供</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 不動産アセットマネジメント事業</li> <li>■ 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）</li> </ul>

## 《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。）

- 企業の非財務情報の評価を行うサステナビリティ関連商品の提供（事業継続及び危機管理に係る体制を評価するBCM格付制度、未来価値共創融資制度）

### ■ 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
- 企業の非財務情報の評価を行うサステナビリティ関連商品の提供（事業継続及び危機管理に係る体制を評価する BCM 格付制度、未来価値共創融資制度）

### ■ 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ウスター）  
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 石川県金沢市広岡二丁目12番24号（Hirooka Terrace）  
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 福岡市中央区天神一丁目11番1号（ONE FUKUOKA BLDG.）  
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 (COI 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 (GEEKS OKAYAMA)  
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	池田 和重
職員数	134名（2026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	<a href="https://www.jeri.co.jp/">https://www.jeri.co.jp/</a>
連絡先	地域本部 地域マネジメント部 医療・福祉チーム TEL:03-6214-4610 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、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

### 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、わ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徴

### 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、広範多岐にわたって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カー医療・介護をとりまく事業環境の変化と今後に向けての対応

---

---

2026年 5月 15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 地域本部 地域マネジメント部  
医療・福祉チーム  
TEL : 03-6214-4610  
<https://www.jeri.co.jp>