

医療の100年史と近未来

～医療制度・提供体制と病院経営～

野村證券株式会社
フロンティア・リサーチ部

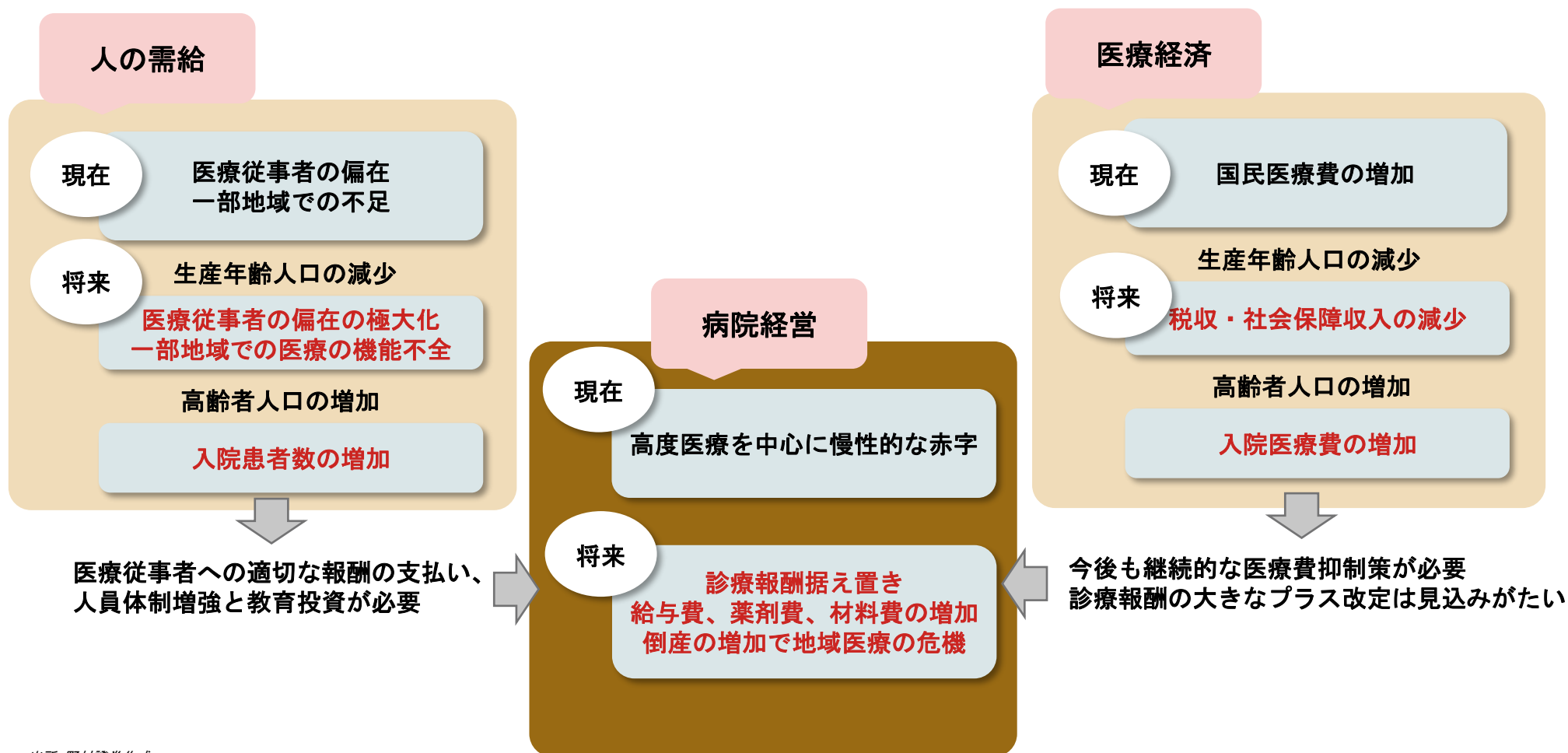
村上 則男

2025年8月28日

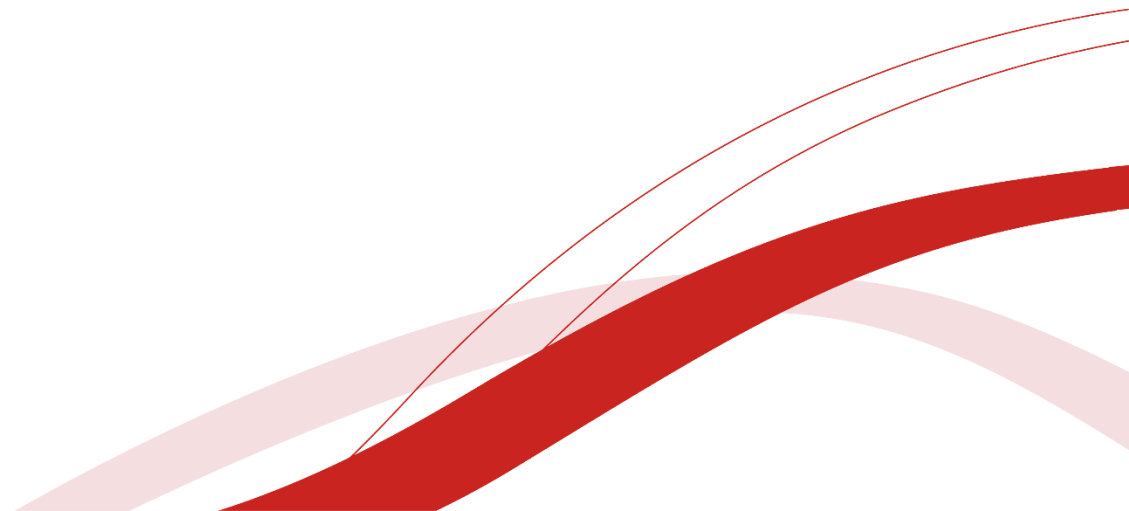
医療における課題と病院経営

- 医療の課題として医療従事者の偏在(不足)、医療財政のひっ迫があり、人口減少・高齢化により問題は深刻化する
- 加えて、目下の課題は病院の経営危機であり、医療制度・地域医療の維持のためには、病院経営の立て直し・サポートが重要である

医療における課題



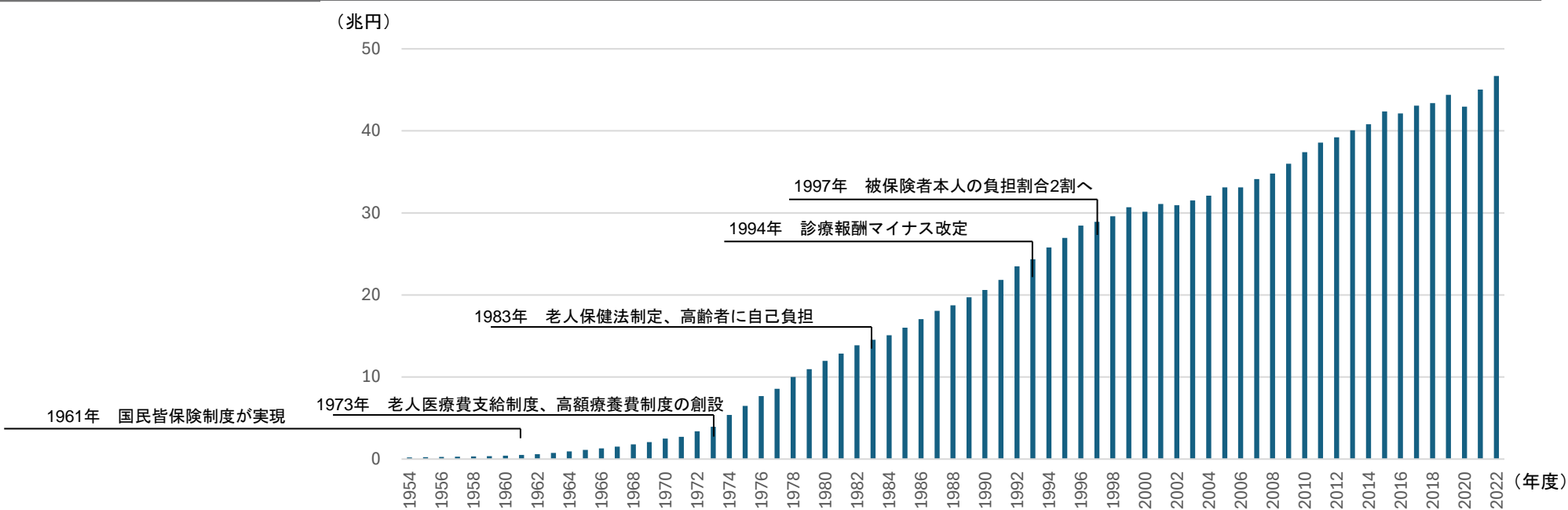
1. 医療制度と医療提供体制の100年史



医療制度と医療提供体制の100年史

- 1961年の国民皆保険制度の確立以降、医療技術の進歩や受診率向上、高齢者医療の充実といった政策の後押しで国民医療費は増大した
- 1980年代以降は、中長期の持続可能性を担保すべく医療費抑制政策が取られてきたが、現在もなお課題が山積している

国民医療費の推移と主要な出来事



	1925-1944	1945-1959	1960-1979	1980-1999	2000-2019	2020-2025
	医療基盤形成	医療制度の再構築	国民皆保険制度の成立と拡張	医療費抑制政策と効率化への圧力	医療構造改革と機能分化の推進	課題の深刻化 医療DX
ポイント	<ul style="list-style-type: none">■ 結核との闘い■ 公衆衛生の向上と医療体制整備	<ul style="list-style-type: none">■ 医療提供体制の基本的枠組みの再構築	<ul style="list-style-type: none">■ 国民皆保険制度成立■ 医療アクセスが飛躍的に向上して病院数も増加	<ul style="list-style-type: none">■ 医療費の増加が財政を圧迫■ 自己負担の引き上げと診療報酬マイナス改定	<ul style="list-style-type: none">■ 医療費はさらに増加■ 抜本的な改革と機能分化を迫られた	<ul style="list-style-type: none">■ 医療従事者の偏在■ 医療財政のひっ迫■ 医療機関の収益性悪化

出所：厚生労働省「国民医療費の概況」などより野村證券作成

1925～1944年

医療基盤形成

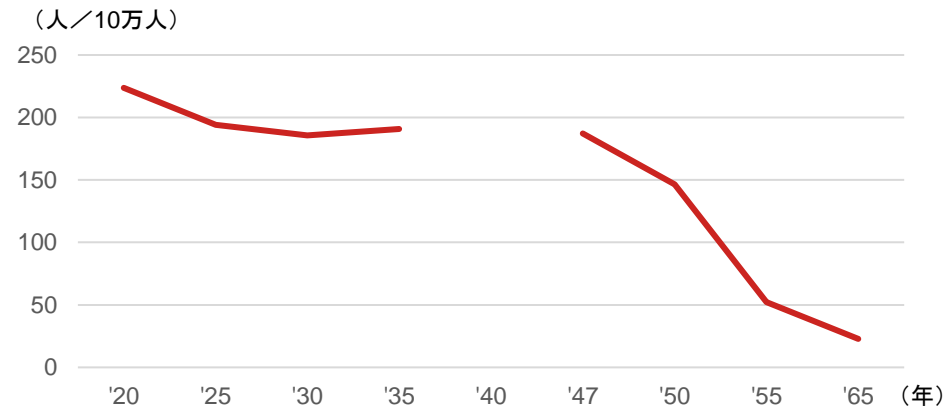
- 戦前・戦中の医療は、結核などの伝染病との闘いであり、戦時政策に大きく左右された
- 戦争によって医療供給体制が物理的・人的に破壊されたうえ、経済状況の悪化で国民の健康状態も大きく低下した

公衆衛生の挑戦と軍統制下の医療政策

- 結核死亡率や乳児死亡率が高いという公衆衛生上の課題
 - 特に結核は国民病とも称されるほど蔓延、栄養障害の脚気も問題に
- 戦時下では軍の統制のもと中央集権的な行政機構が拡大
 - 結核予防と母子保健に重点
 - 「健兵健民」、戦時下の国家総動員体制の中で国民の健康は国家の資源
- 世界恐慌で労働者・農民の生活が困窮し健康状況も悪化、物資不足と栄養不足
- 敗戦まで継続的に医師不足、国家総動員法での徴用もあり医師数は6万人→1万人
- 医療インフラも壊滅的な被害、病院建物は破壊、医薬品・医療機器は払底

出所：各種資料より野村證券作成

結核死亡率の推移



注：人口10万人当たり死亡数

出所：結核予防会結核研究所「日本における結核の歴史」より野村證券作成

主な出来事の整理

社会の主な出来事	日本の医療の主な出来事
<ul style="list-style-type: none">■ 1923年 関東大震災発生■ 1925年 普通選挙法、治安維持法制定■ 1929年 世界恐慌■ 1931年 満州事変■ 1933年 日本が国際連盟を脱退■ 1937年 日中戦争■ 1938年 国家総動員法	<ul style="list-style-type: none">■ 1919年 (旧) 結核予防法制定■ 1922年 健康保険法制定 (1927年施行)■ 1938年 厚生省創設、保健医療行政を一元的に統括する機構の確立■ 1938年 国民健康保険法公布<ul style="list-style-type: none">■ 結核予防、健兵健民政策として自営業者・農業従事者を対象とする任意加入保険制度の創設■ 1942年 日本医療団設立<ul style="list-style-type: none">■ 兵隊の健康状態の改善のため、ほとんどの病院がこの傘下に移管された

出所：各種資料より野村證券作成

1945～1959年

医療制度の再構築

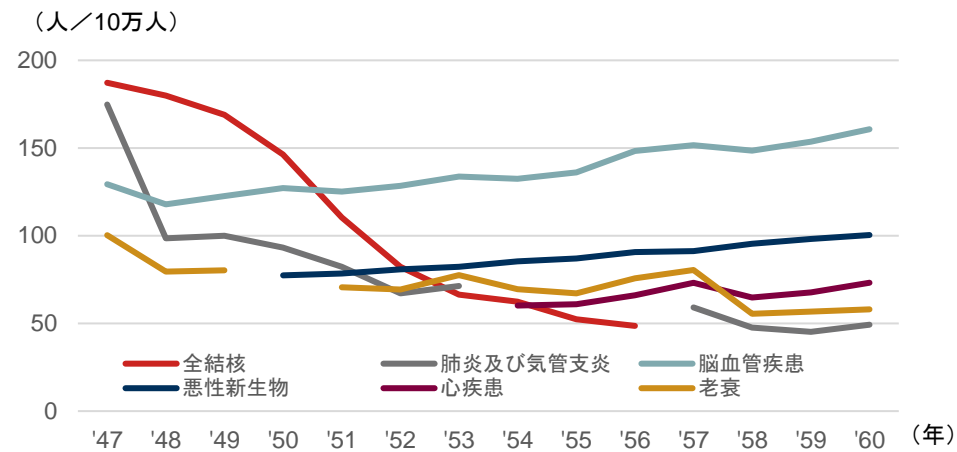
- 戦後はGHQ主導で医療改革が進められ、感染症対策のほか、法整備、病院の再編が行われた
- 感染症の制圧に成功し、疾病構造が生活習慣病中心に変化した

医療制度の再構築

- 終戦直後は、食糧不足による深刻な栄養失調、海外からの復員兵による病原菌の持ち込みで急性感染症が大規模に流行。医療従事者やインフラは枯渇
- 連合国最高司令官総司令部 (GHQ) による医療改革が進められ、緊急感染症対策としての予防接種の実施、医療行政機構の構築、医療法や医師法などの法整備、軍医療施設の国立病院・療養所としての再編が行われた
- 予防接種の徹底、ペニシリンなど抗生物質の導入により感染症の制圧に成功。疾病構造が感染症中心から生活習慣病中心に変化

出所：各種資料より野村證券作成

死因別の死亡率の推移



出所：厚生労働省「平成26年版厚生労働白書」より野村證券作成

主な出来事の整理

社会の主な出来事	日本の医療の主な出来事	世界の医療の主な出来事
<ul style="list-style-type: none">■ 1947年 日本国憲法施行■ 1950年 朝鮮戦争勃発■ 1951年 サンフランシスコ平和条約締結■ 1952年 主権回復■ 1956年 国際連合加盟	<ul style="list-style-type: none">■ 1945年～ 陸海軍や日本医療団の医療施設が順次厚生省に移管■ 1946年 医療法制定、医療機関の認可制度の導入■ 1948年 予防接種法制定■ 1951年 国立病院管理法制定■ 1958年 現行の診療報酬体系の基となる新医療費体系の導入■ 1959年 健康保険制度で被保険者の家族も対象となり、給付範囲が拡大	<ul style="list-style-type: none">■ 1945年 WHO（世界保健機構）設立の準備開始<ul style="list-style-type: none">■ 公衆衛生にかかる国際協力のはじまり■ 1948年 【イギリス】NHS開始<ul style="list-style-type: none">■ 医療費無料化、その後定額料金チャージ

出所：各種資料より野村證券作成

国民皆保険制度の成立と拡張

- 1961年に国民皆保険制度が成立し、医療提供体制の拡張が進んだ
- 老人医療費無料化や高額療養費制度も後押しして医療需要が急増し、医療保険制度の持続可能性に懸念が出始めた

国民皆保険制度の成立

- 1961年4月、戦後の医療行政のマイルストーンである国民皆保険制度が成立
 - 国民健康保険法に基づき、全国の市町村で国民健康保険制度がスタート
 - 高齢者や乳幼児など医療アクセスが難しかった層を含め、誰でもどこでも平等に医療を受けられる体制が確立し、高度経済成長を支える社会基盤となった
- 1960年代の高度経済成長による税收・社会保険料収入の増加が、医療制度の充実の財源の裏付けとなった
- 1973年の老人医療費無料化や高額療養費制度創設で国民の医療アクセスは向上した。医療需要が増大し、病院・診療所数、医師数も増加した
- 一方で老人医療費が急増（1973年度の4,290億円から1975年度に8,670億円に倍増）、老人保健制度の見直しが検討されたが関係団体の反対で進展せず

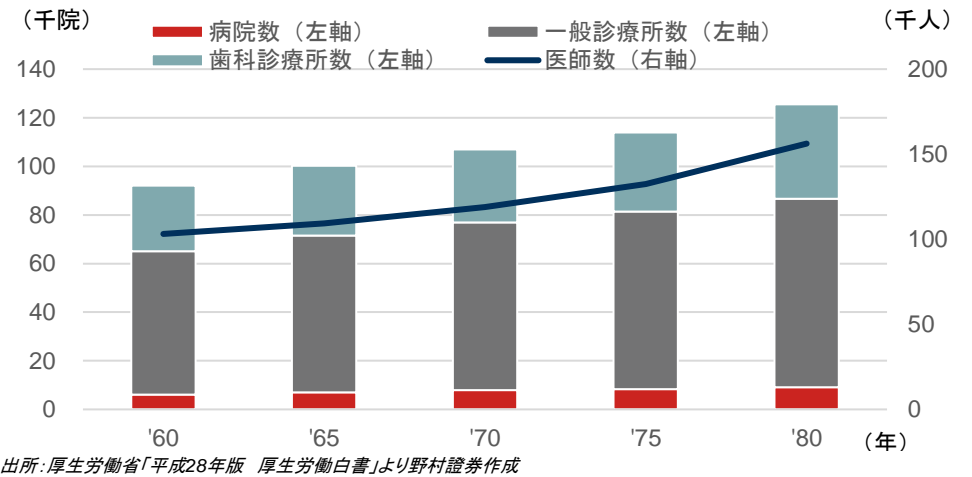
出所：各種資料より野村證券作成

主な出来事の整理

社会の主な出来事	日本の医療の主な出来事	世界の医療の主な出来事
<ul style="list-style-type: none">■ 1964年 東京オリンピック開催■ 1964年 東海道新幹線開業■ 1970年 大阪万博開催■ 1972年 沖縄返還■ 1973年 第一次オイルショック■ 1978年 日中平和友好条約締結	<ul style="list-style-type: none">■ 1961年 国民皆保険制度が実現■ 1973年 老人医療費支給制度の創設。70歳以上の高齢者の自己負担無料化■ 1973年 高額療養費制度創設■ 1974年 インフレにあわせるべく診療報酬改定で36%引き上げ	<ul style="list-style-type: none">■ 1965年 【米国】メディケイド（65歳以上の高齢者医療）、メディケア（主に貧困層を扶助）が成立

出所：各種資料より野村證券作成

医療施設数と医師数の推移



医療費抑制政策と効率化への圧力

- 1980～90年代は老人医療費が引き続き拡大し、医療費抑制と財政健全化に向けた制度改革が行われた
- 高齢者や保険者本人の自己負担が引き上げられ、診療報酬も初のマイナス改定があった

医療費抑制政策

- 1983年に老人保健法制定
 - 70歳以上の高齢者に一定の自己負担（外来：1ヵ月400円、入院：2カ月を限度として1日300円）を導入
 - 1986年、1991年、1995年に改正され、一部負担金が段階的に引き上げ
- 健康保険法も改正され、被保険者本人の一部負担も段階的に引き上げ
- 病床規制の導入、医学部定員の削減も行われた
- 1980年代後半までは保険医療財政黒字を維持したが、バブル崩壊によって再び赤字に陥った

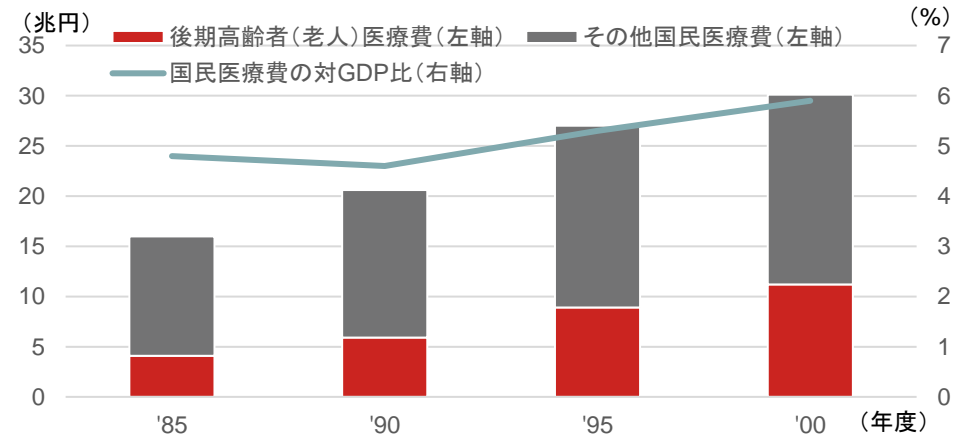
出所：各種資料より野村證券作成

主な出来事の整理

社会の主な出来事	日本の医療の主な出来事	世界の医療の主な出来事
<ul style="list-style-type: none">■ 1985年 プラザ合意■ 1989年 ベルリンの壁崩壊■ 1991年 湾岸戦争■ 1991年 バブル崩壊■ 1995年 阪神大震災■ 1997年 アジア通貨危機	<ul style="list-style-type: none">■ 1983年 老人保健法制定。高齢者は老人保健制度で運用<ul style="list-style-type: none">■ 70歳以上の高齢者に自己負担、無料化廃止で受診抑制■ 1988年 介護と医療分離政策が初めて提言される■ 1992年 医療法改正、療養型病床群の導入■ 1994年 診療報酬の初のマイナス改定■ 1997年 被保険者本人の一部負担を2割へ引き上げ、薬剤一部負担金の導入	<ul style="list-style-type: none">■ 1980年 【米国】民間医療保険の普及が進む（公的医療との二重体系化）■ 1983年 【米国】DRGに基づく医療費精算制度が導入（メディケア改革）■ 1991年 【イギリス】NHS機構改革の実施（市場原理の一部導入）

出所：各種資料より野村證券作成

国民医療費（後期高齢者／その他）の推移



出所：厚生労働省「平成28年版 厚生労働白書」より野村證券作成

医療構造改革と機能分化の推進

- 2000年代以降は本格的な高齢化社会を迎え、医療費の持続的な増大と生産年齢人口の減少という構造的な課題が顕在化した
- 国民皆保険制度を持続可能なものにすべく、抜本的な構造改革と機能分化の推進が行われた

主な医療構造改革

- 医療保険制度における患者負担の調整
- 診療報酬制度におけるDPC/PDPSの導入による効率化
- 病床機能報告制度や地域医療構想を通じた医療機関の役割分担と連携強化
- 地域包括ケアシステムの構築

残る課題

- 医師の働き方改革と医療従事者の地域・診療科の偏在の深刻化
- 医療財政のひっ迫
- 医療機関の収益性悪化と公立・公的病院が抱える構造的な赤字

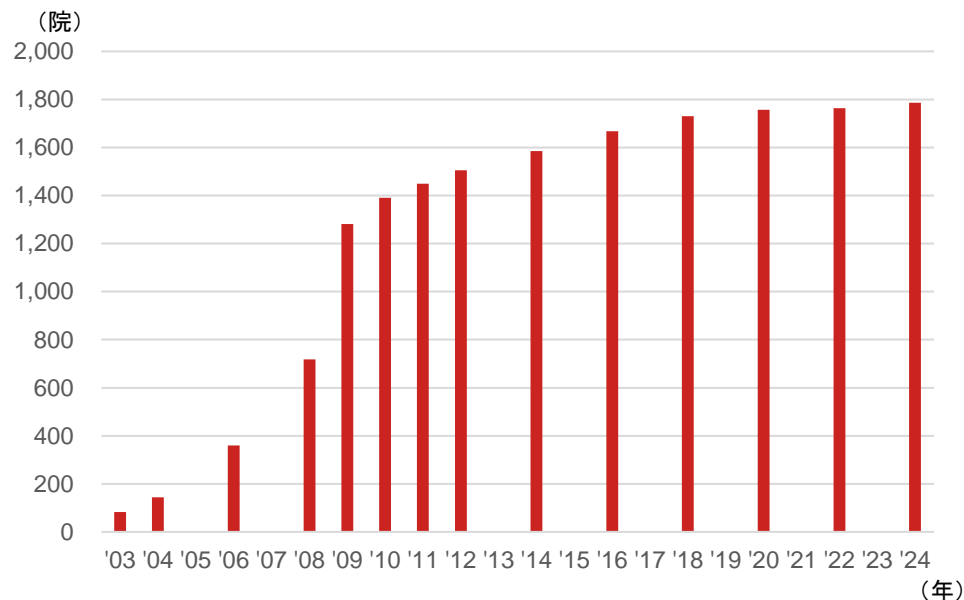
主な出来事の整理

社会の主な出来事	日本の医療の主な出来事	世界の医療の主な出来事
<ul style="list-style-type: none"> ■ 2001年 中央省庁再編、厚生労働省発足 ■ 2011年 東日本大震災 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2000年 介護保険制度の発足 <ul style="list-style-type: none"> ■ 高齢者福祉と老人医療の双方に分かれていた介護サービスを統合、介護的要素の強いものを介護保険に移行 ■ 2002年 高齢者の窓口負担を1割に ■ 2003年 健康保険の被保険者本人（現役世代）の窓口負担を3割に ■ 2003年 特定機能病院82院を対象にDPC/PDPSの導入 ■ 2003年 後期高齢者医療制度の創設（2008年施行） ■ 2014年 医療介護総合確保推進法施行、地域包括ケアシステム ■ 2015年 地域医療連携推進法人制度の創設 <ul style="list-style-type: none"> ■ 参加医療法人間での病床数の融通や資金貸付、共同購入等が可能に 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 2010年 【米国】 PPACA（Patient Protection and Affordable Care Act, オバマケア）成立 <ul style="list-style-type: none"> ■ 公的保険の拡充と無保険者減少を目指した包括的な医療保険制度改革

DPC/PDPSの導入

- 医療資源の適正投入と医療費抑制のため、急性期の一般病院にDPC/PDPSが導入された
- 病床数ベースでは一般病床の54%を占め、急性期医療提供体制のデファクトスタンダードとして機能しつつある

DPC対象病院数の推移



- 2022年4月時点のDPC算定病床総数は約48万床
- 2022年の病院の一般病床数は88.9万床であり、一般病床の約54%がDPC算定病床

DPC/PDPSの歴史

- DPC (Diagnosis Procedure Combination: 診断群分類) /PDPS (Per-Diem Payment System)とは、入院期間中に医療資源を最も投入した「疾病名」と「行われた診療行為」の組み合わせの包括的な評価・分類方式に基づく、急性期入院医療の1日あたり定額報酬算定制度
- 従来の出来高払い方式が医療資源投入の増加・医療費高騰の一因とされ、定額払い方式により、医療資源の適正投入と医療費抑制を目的に導入された
- 2003年4月より特定機能病院82院を対象に導入され、その後対象病院が段階的に拡大されてきた
- DPC導入後に見えた課題(在院日数長期化のインセンティブ、高額薬剤への対応、医療機関の機能差評価)に対応すべく、診療報酬改定において継続的に見直しが行われている

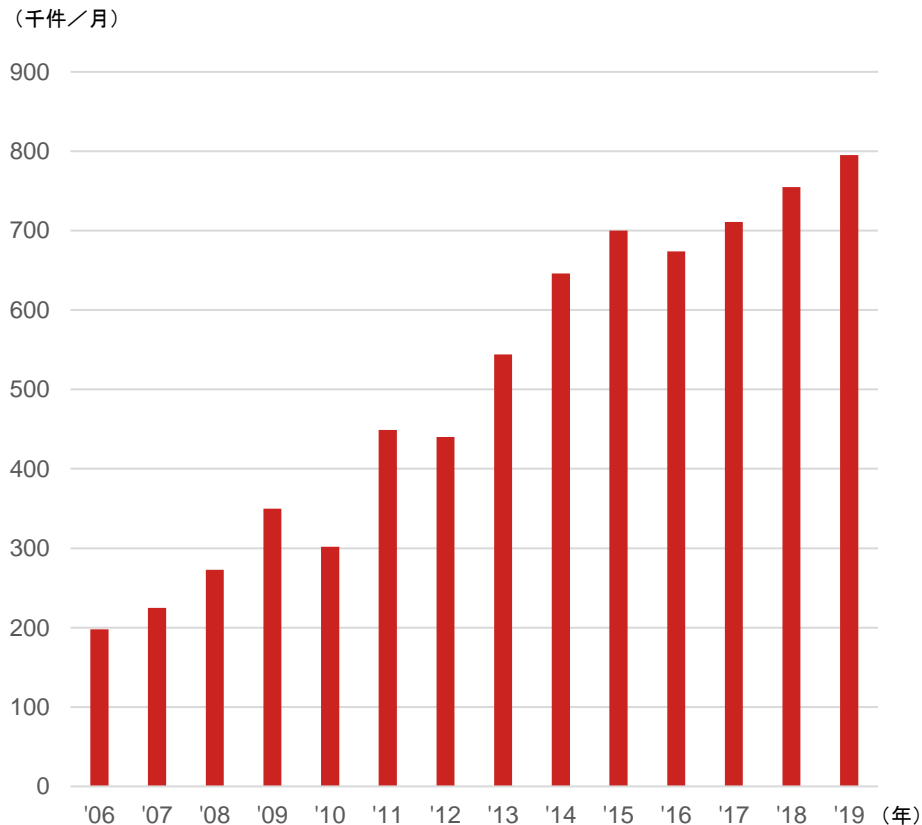
DPC/PDPSの病院経営や医療体制へのインパクト

- 検査の効率化や後発品採用など費用抑制のインセンティブが働く
- 入院期間が長くなるほど点数が減少するため、早期退院を促す
- 出来高払いの手術・高度医療、施設基準の充足による加算で収益増に繋がるため、急性期医療の底上げ

2000～2019年 在宅医療の増加

- 2000年代は在宅療養支援診療所（在支診）の制度化もあり、訪問診療を行う医療機関数や実施件数が増加してきた
- 在宅医療は超高齢化社会における医療提供の主軸として位置付けられ、遠隔診療やモニタリングといったテクノロジーの導入も期待される

在宅患者訪問診療料の件数の推移



出所：厚生労働省「第4回在宅医療及び医療介護連携に関するWG資料」より野村證券作成

在宅医療の歴史

- かつての往診は、医療の高度化と病院中心の医療体制で限定的だった
- 1981年に自己注射指導管理料が診療報酬に新設されたことを契機に各種整備が進み、1992年には医療法上で在宅医療が定められ、訪問看護ステーションが制度化
- 1994年には健康保険法上で療養の給付として位置付けられ、在宅での看取りが対象に（在宅末期医療総合診療料）
- 2006年に在宅療養支援診療所（在支診）が制度化。医療法上の診療所のうち、健康保険法に基づく診療報酬制度の施設基準（24時間体制の確保、往診・訪問看護体制の確保（地域の訪問看護ステーションとの連携）、地域医療機関や介護事業者との連携など）を満たすもの
- 在宅医療へのシフトで入院医療費を抑制する政策であり、訪問診療に関する診療報酬（訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定診療報酬加算など）が段階的に引き上げられた
- 一方で2014年に同一建物減算が導入されるなど拡大一辺倒ではなく、資源の最適配分に向けた調整が行われている

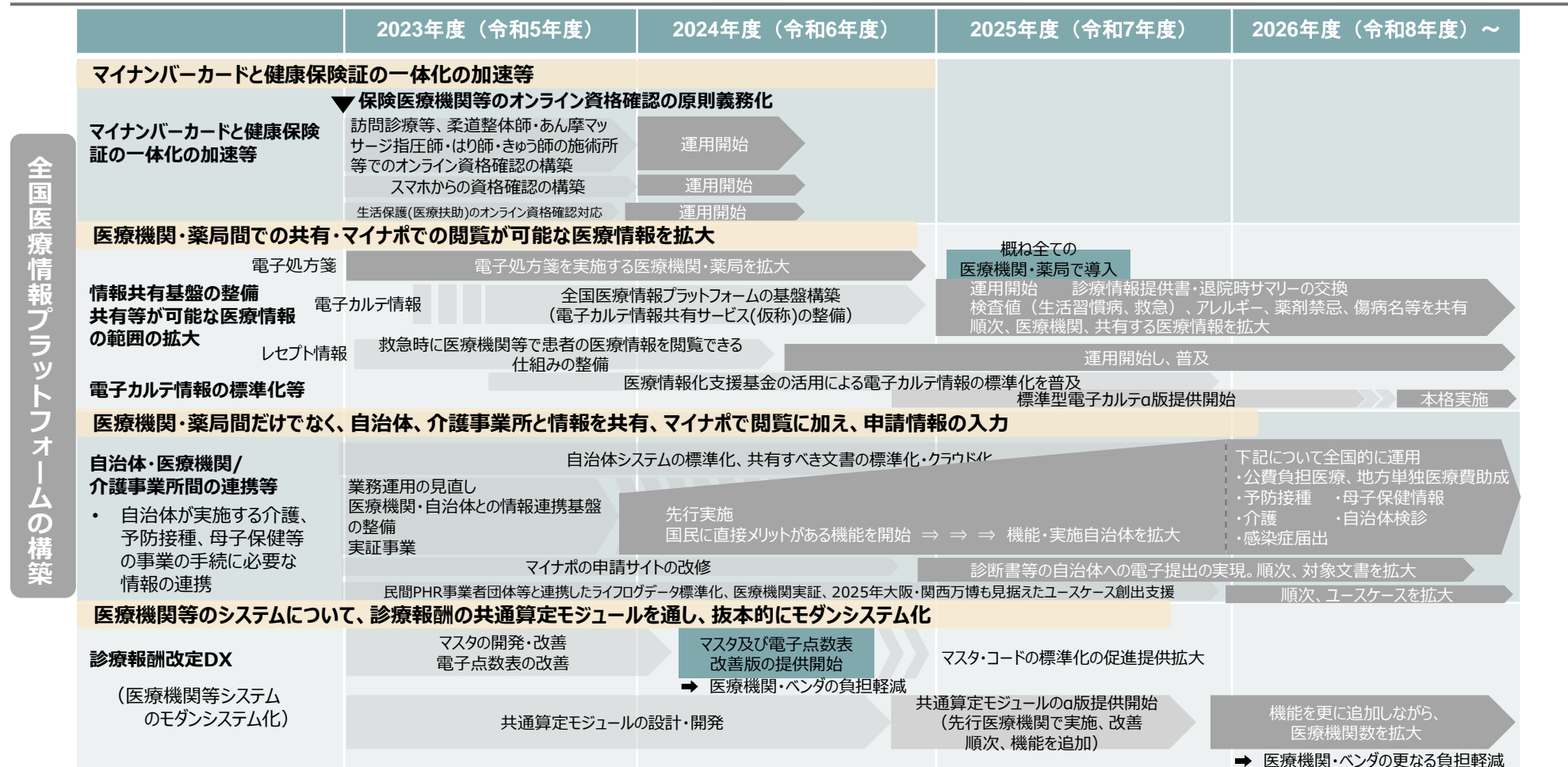
在宅医療の増加の背景

- 超高齢化の進展：自宅での療養を希望する高齢者の増加、通院が困難なケースも
- 医療ニーズの変化：高血圧、糖尿病など慢性疾患を抱える患者が増加しており、継続的な医療ケアが必要
- 病院の機能分化：病院は急性期医療に特化し、慢性期医療や回復期医療は在宅や地域医療機関へ移行する流れ

出所：上下共に各種資料より野村證券作成

- 2020年以降の主要政策は医療DXであり、保険医療機関・保険薬局にオンライン資格確認システムの導入が2023年4月から原則義務化された
- 情報共有基盤が整備され、様々な医療情報が共有可能になると期待されているが、当初計画から遅れている

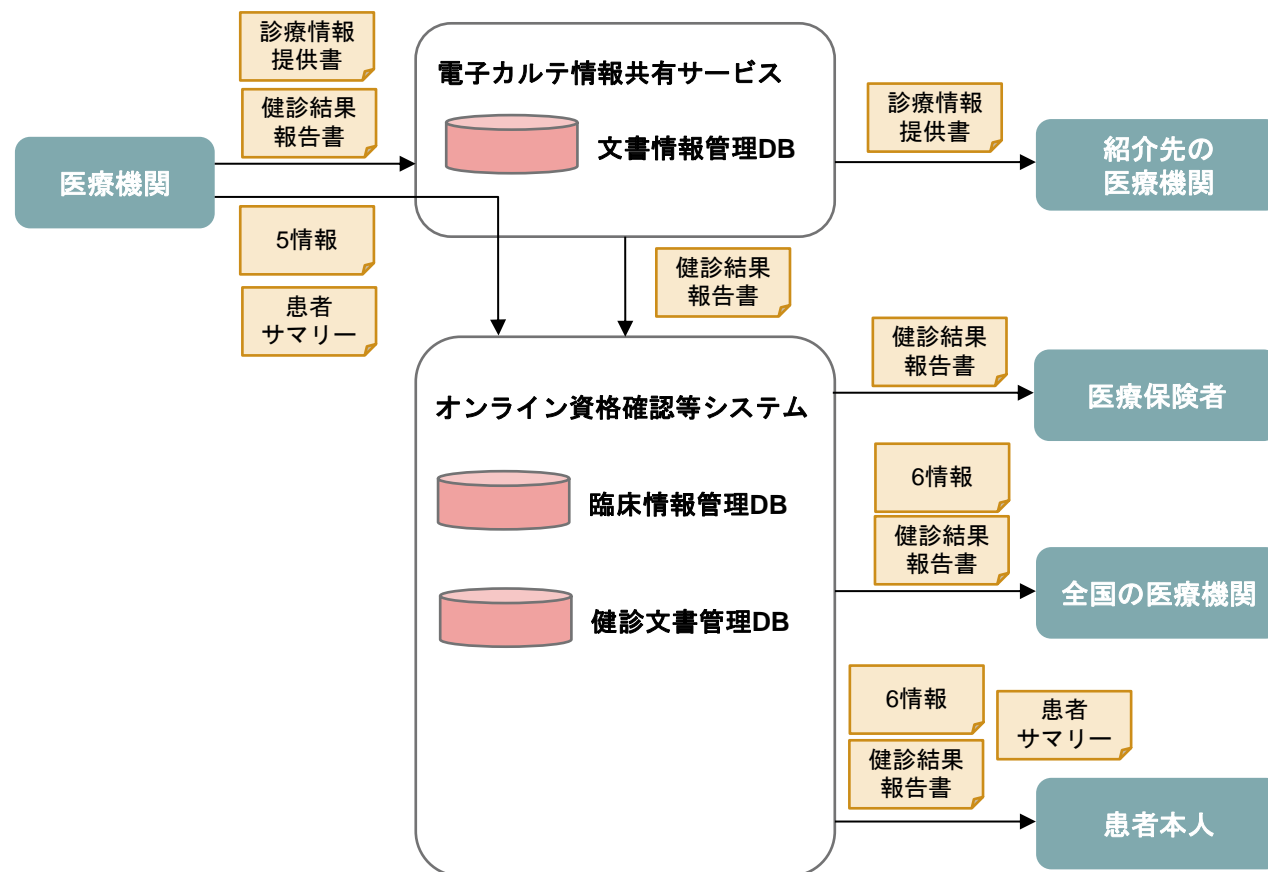
全国医療情報プラットフォームを含む医療DXのロードマップ



電子カルテ情報共有サービス

- 全国医療情報プラットフォームの柱は、患者の電子カルテ情報を全国の医療機関や薬局で共有する電子カルテ情報共有サービスである
- 主要機能は、紹介状送付、健診文書閲覧、6情報閲覧、患者サマリー閲覧である

電子カルテ情報共有サービスの概要



主要機能

① 紹介状送付

- 医療機関同士で診療情報提供書を電子的に共有できる
- 患者が紙の紹介状を持参する必要がなくなり、診療のスムーズな引継ぎが可能になる
- 必要な診療情報が即座に共有され、無駄な検査や診療の遅れを防ぐことができる

② 健診文書閲覧

- 健診結果を医療機関、保険者、患者本人がオンラインで閲覧できる
- 健診結果のスムーズな共有により、疾病予防や早期治療に繋がる

③ 6情報閲覧

- 6情報（疾病名、薬剤アレルギー等、その他アレルギー等、感染症、検査情報、処方情報）を医療機関、患者本人がオンラインで閲覧できる

④ 患者サマリー閲覧

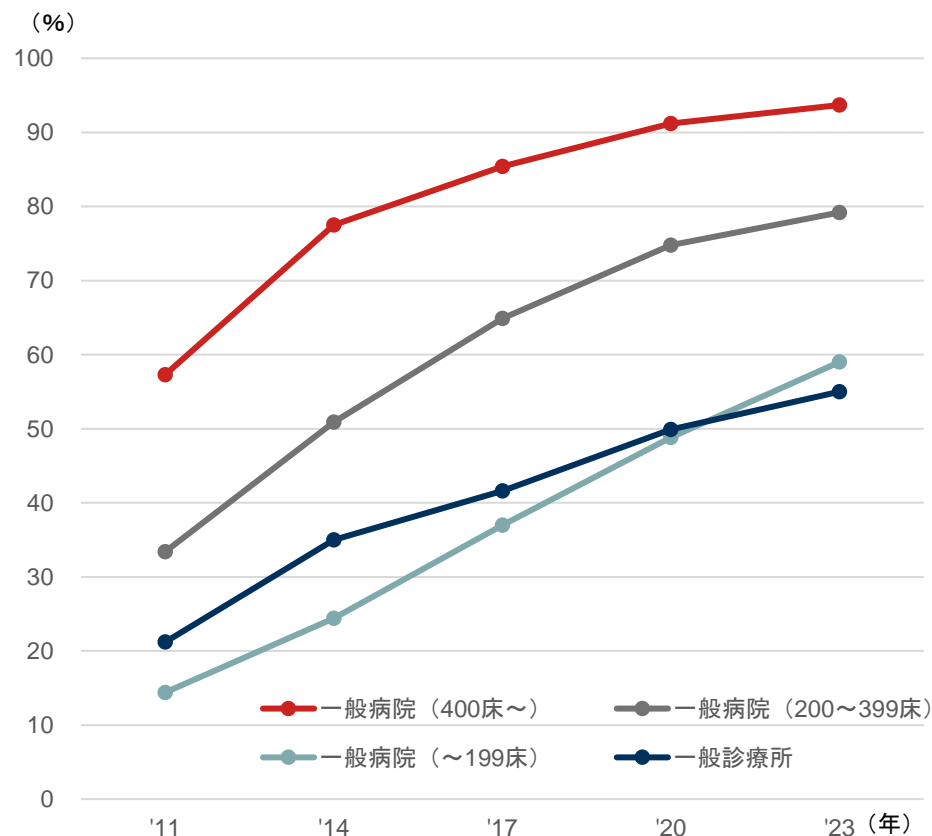
- 傷病名、療養上の計画・アドバイス、薬剤アレルギーなどを閲覧できる

2020年～

電子カルテ・電子処方箋の普及

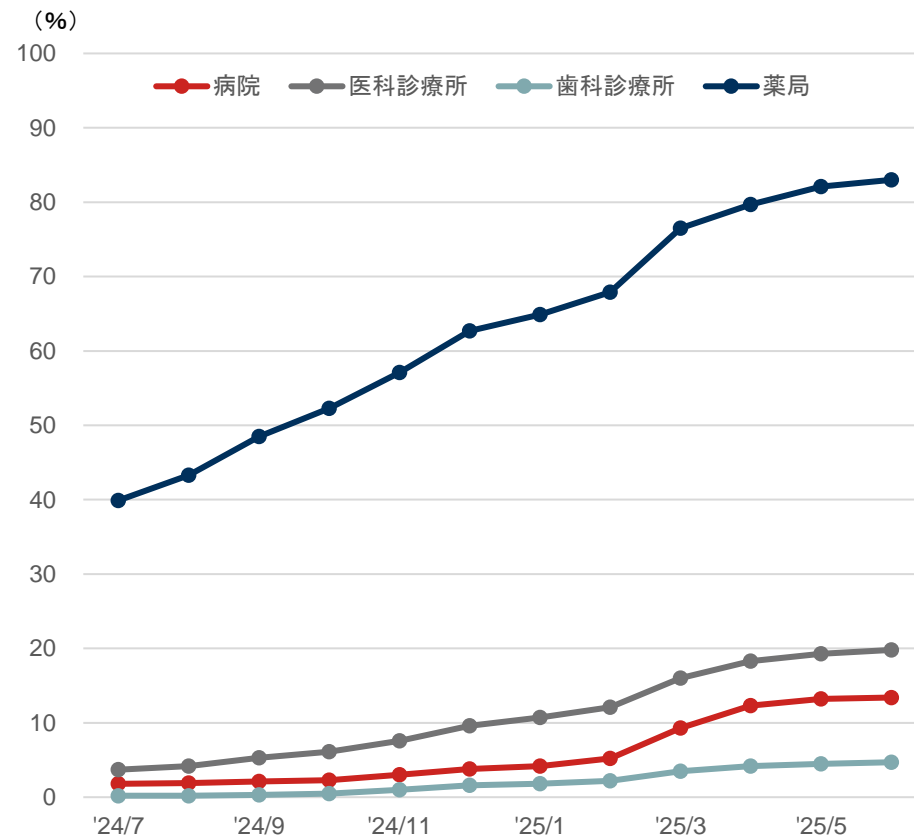
- 電子カルテの普及は徐々に進んできたものの、2023年で一般病院全体66%、一般診療所55%と道半ばである
- 電子処方箋についても、コスト負担の大きさやセキュリティへの懸念などから病院や診療所での導入が進まない

電子カルテ普及率



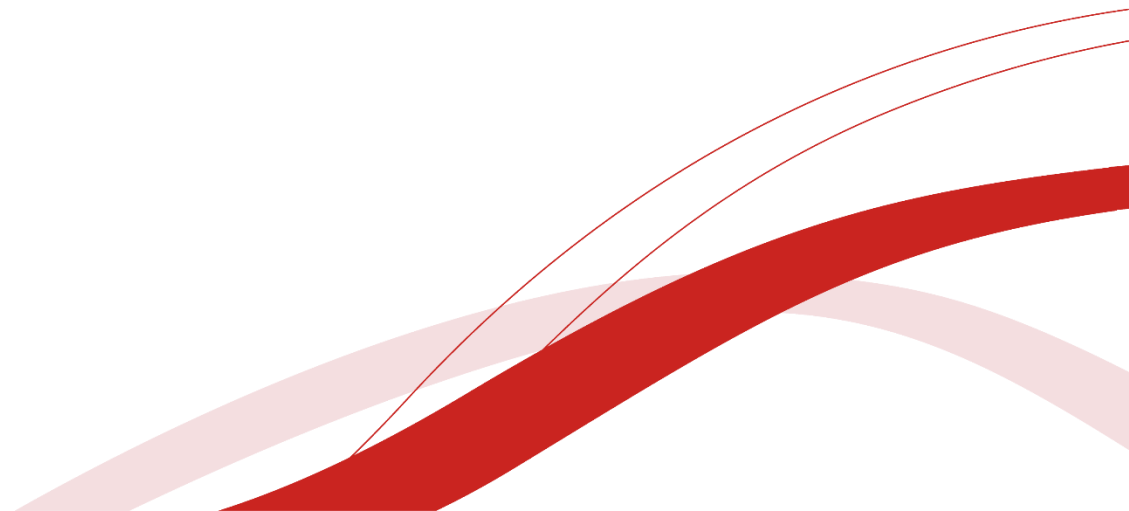
出所：厚生労働省「医療分野の情報化の状況」より野村證券作成

電子処方箋の導入状況



出所：デジタル庁「電子処方箋の導入状況に関するダッシュボード」より野村證券作成

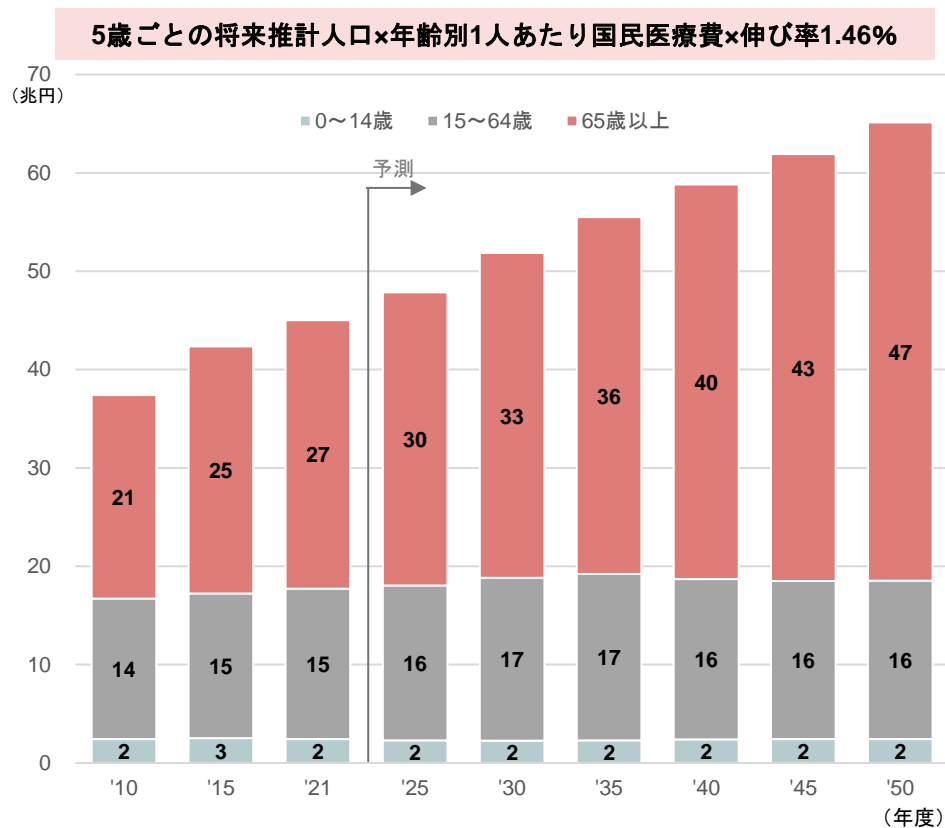
2. 病院の厳しい経営環境



医療費の将来予測

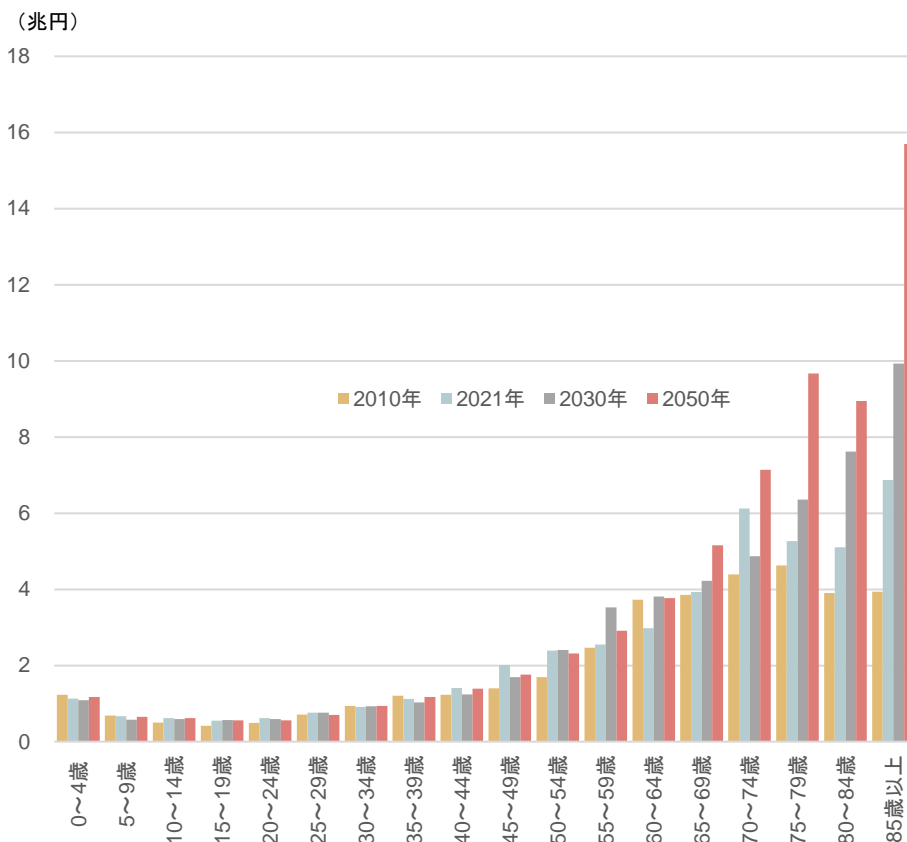
- 人口予測と1人あたり国民医療費に基づく試算では、国民医療費は高齢者にかかる医療費を中心に引き続き増加が見込まれる
- 年齢別1人あたり国民医療費は高齢ほど高いため、人口構成の変化により高齢者の医療費が増加する

国民医療費の将来予測



注：2010年～2021年の年齢別国民医療費の平均年率成長率1.46%をもとに2021年以降も同率で伸びると想定し、2025年以降の国民医療費を予測した
 出所：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年）」、厚生労働省「令和3年度国民医療費の概況」より野村證券作成

年齢別国民医療費の推移

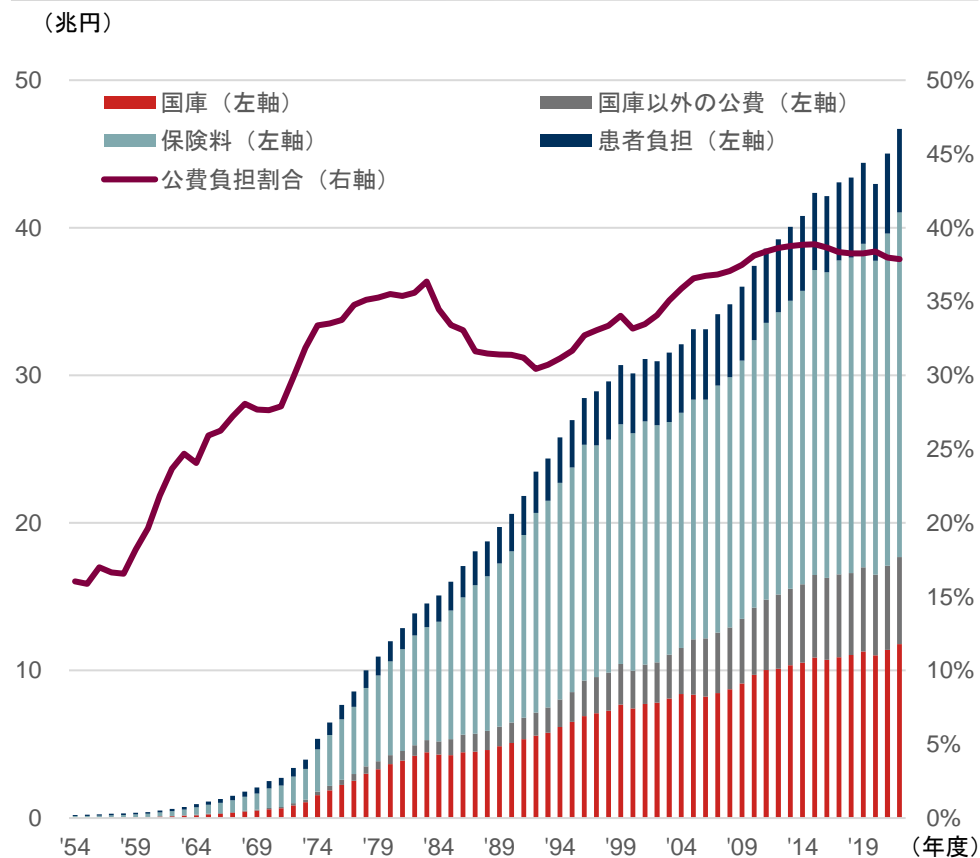


注：2030年と2050年は左図の前提に基づく予測値
 出所：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年）」、厚生労働省「令和3年度国民医療費の概況」より野村證券作成

医療財政のひっ迫

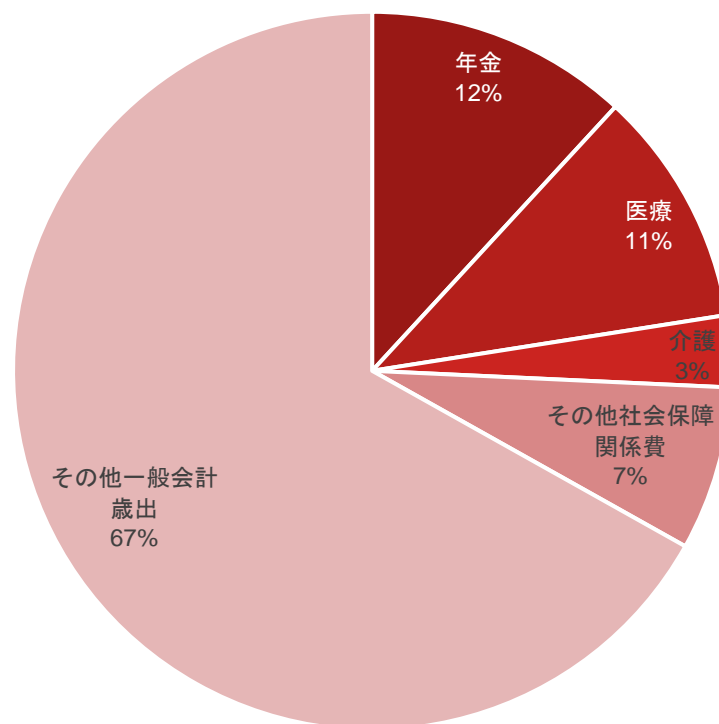
- 高齢化と医療の発展に伴って国民医療費は右肩上がりで増加し、公費負担割合も増加してきた
- 国の一般会計における支出の3割を社会保障費(医療費・介護費・年金など)が占め、医療費(=医療機関の収益)の財源に余裕はない

国民医療費の財源



出所：厚生労働省「国民医療費の概況」より野村證券作成

令和7年度一般会計歳出に占める社会保障関連費の割合

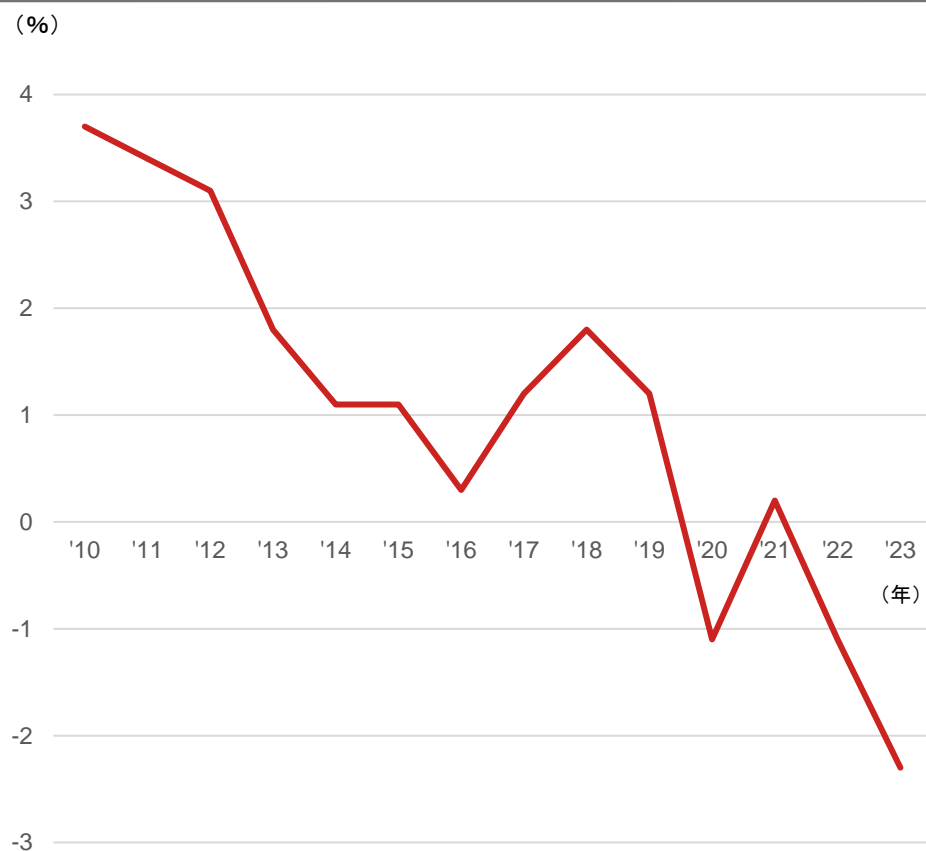


出所：財務省「令和7年度社会保障関係予算のポイント」より野村證券作成

一般病院の医業利益率の低下と赤字比率の増加

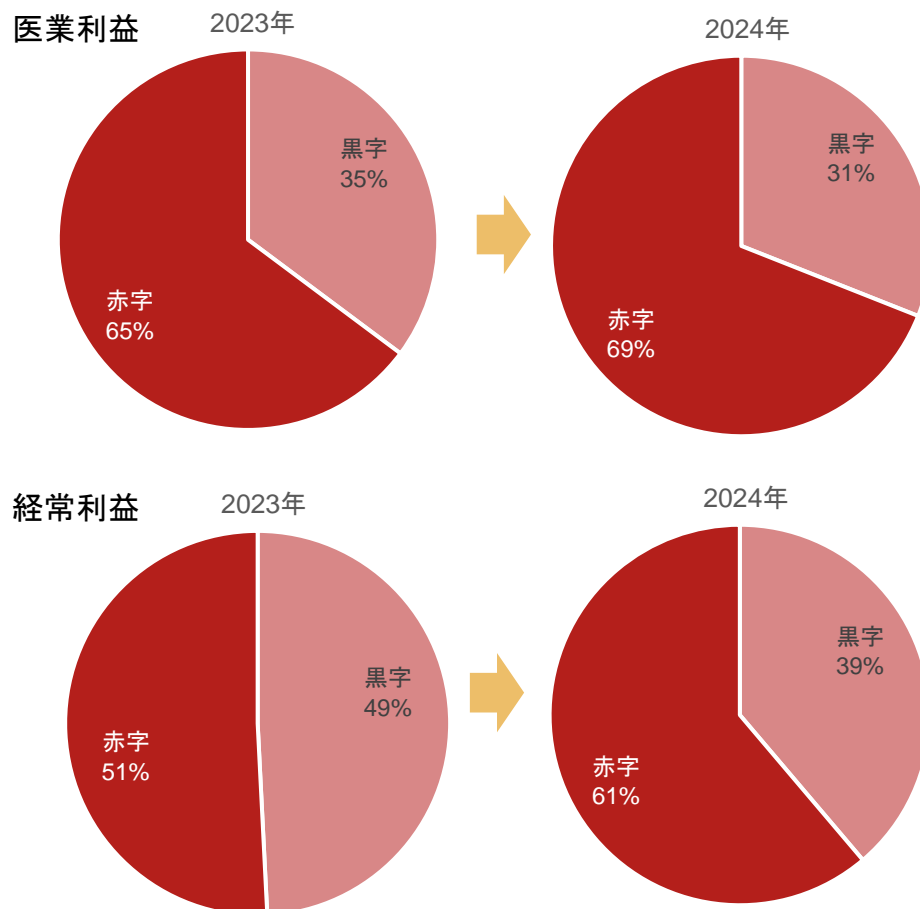
- 病院の経営状況は悪化しており、一般病院の2023年の医業利益率は過去最大のマイナス(▲2.3%)となった
- 2024年もまた人件費増大などで赤字病院比率がさらに増加し、高齢者医療を担ってきた中小病院の多くが経営危機の状況にある

一般病院の医業利益率



出所：独立行政法人福祉医療機構「WAMリサーチレポート 2023年度病院の経営状況について」より野村證券作成

赤字病院の比率

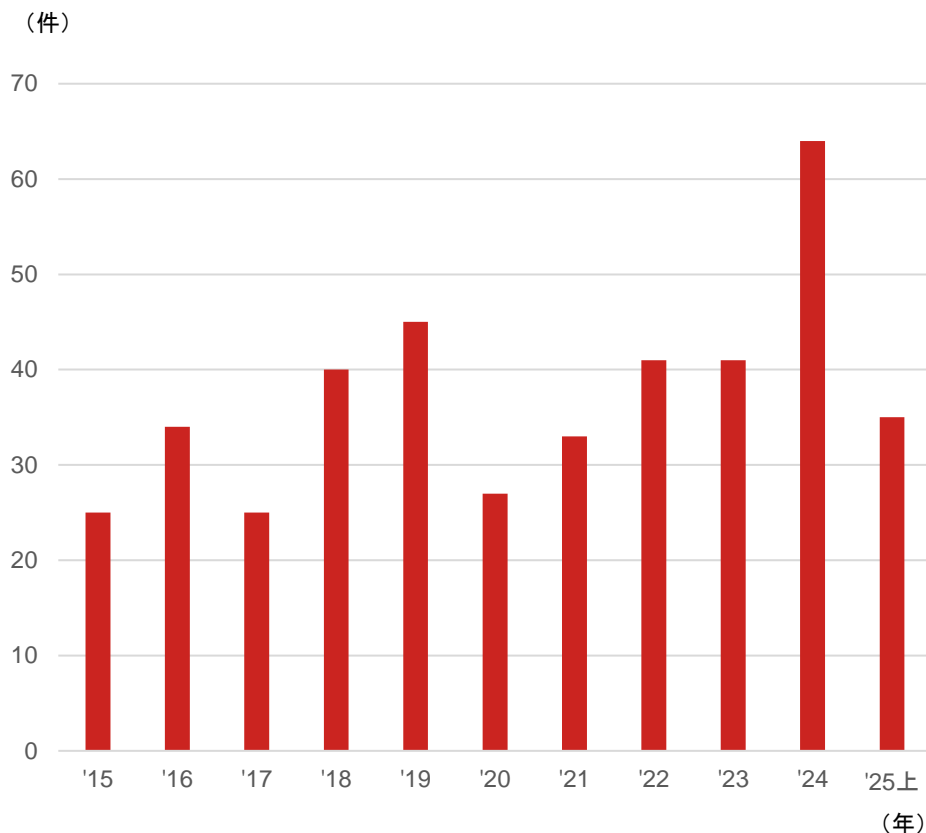


出所：日本病院協会ほか「2024年度診療報酬改定後の病院の経営状況」より野村證券作成

医療機関の倒産の増加

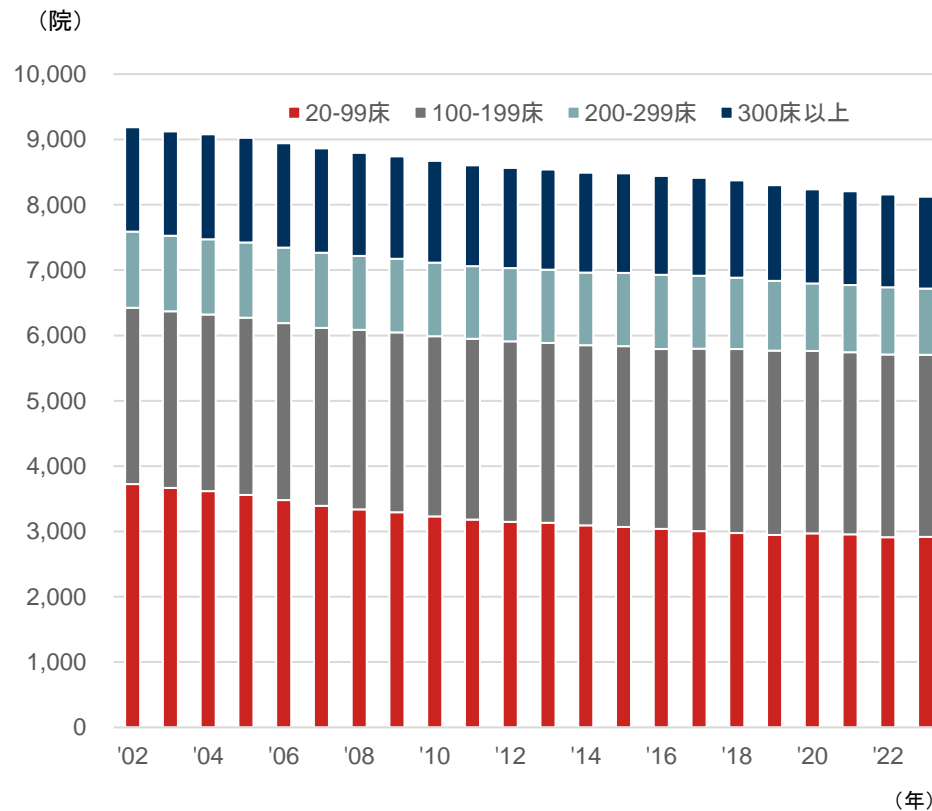
- 中小病院の多くが経営危機の状況にあり、負債額1,000万円以上の医療機関の倒産は24年に64件と過去最高となった
- 病院数も100床未満や300床以上を中心に減少し続けている

医療機関の倒産件数



出所：帝国データバンク「医療機関の倒産動向調査（2025年上期）」より野村證券作成

病院数の推移

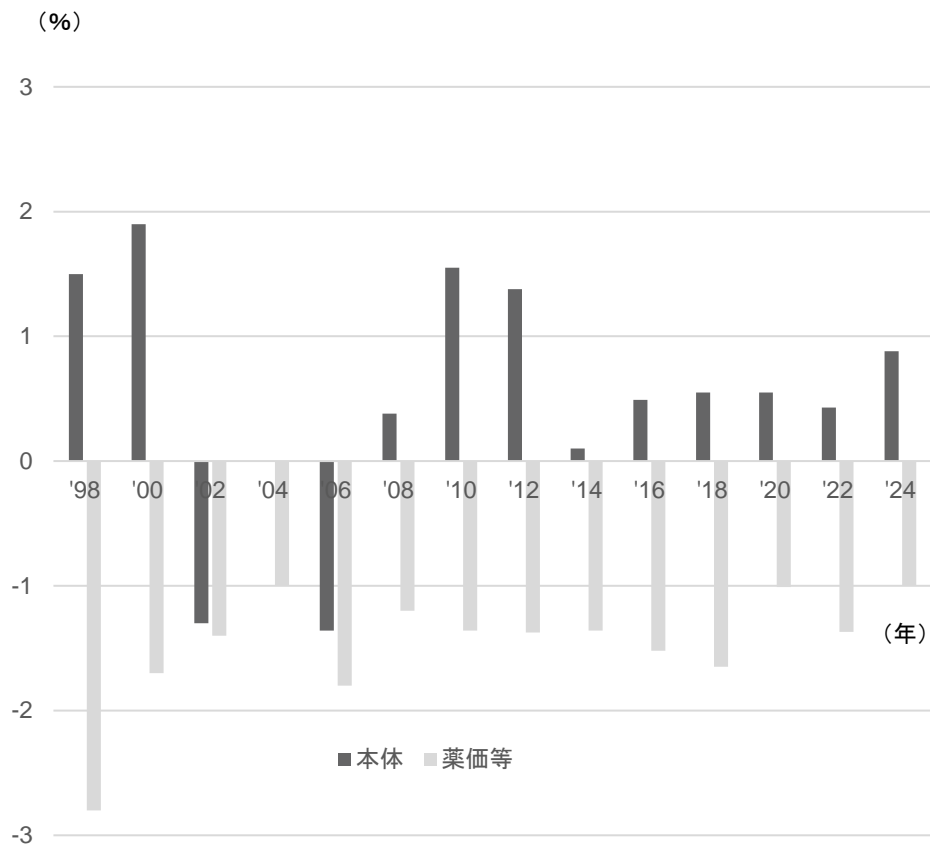


出所：厚生労働省「医療施設調査・病院報告」より野村證券作成

医業収益の増加は限定的

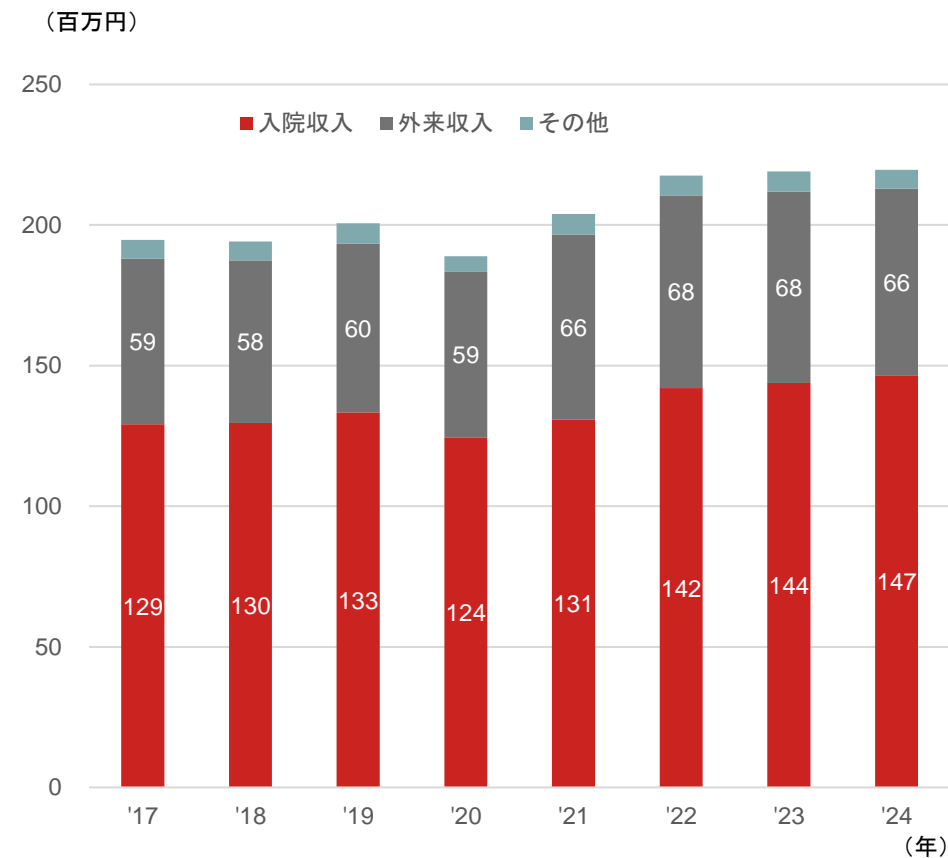
- 病院の収入は診療報酬に依存しており、2年に1度の診療報酬改定に大きく左右される
- 診療報酬は今後も大幅なプラス改定は見込みがたく、医業収益も手放しで増える見通しはない

診療報酬改定の動向



出所：厚生労働省「診療報酬改定について」より野村證券作成

病院の医業収益の推移



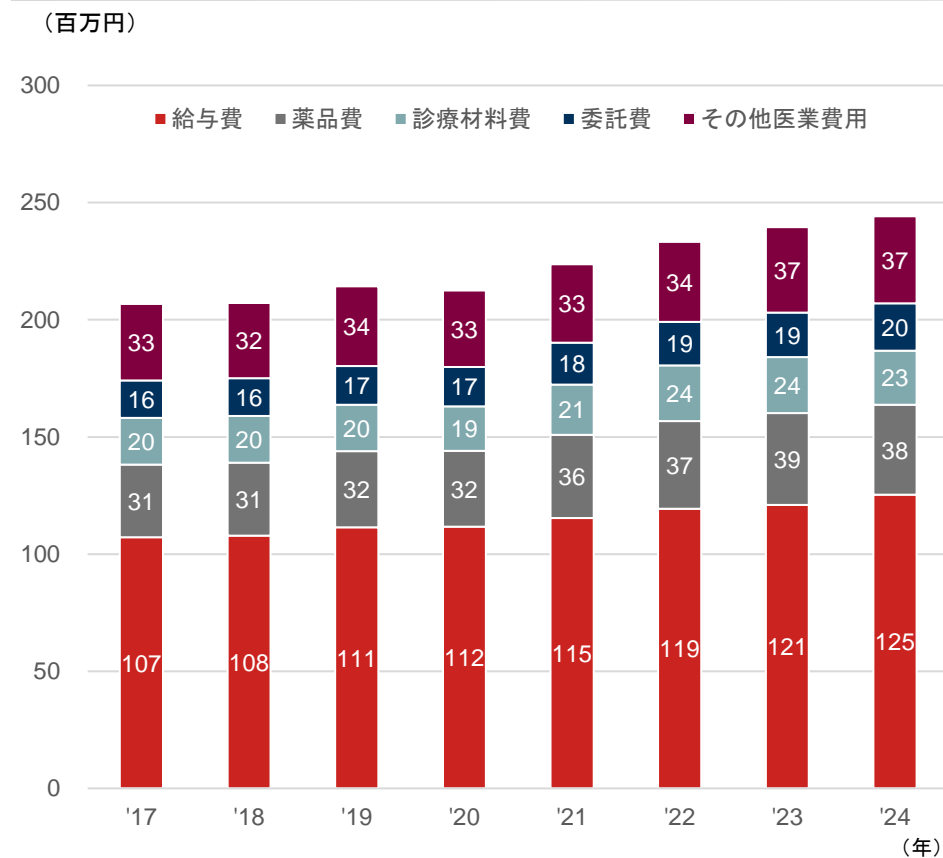
注：各年6月の100床換算の数値

出所：全国公私病院連盟「病院運営実態分析調査」より野村證券作成

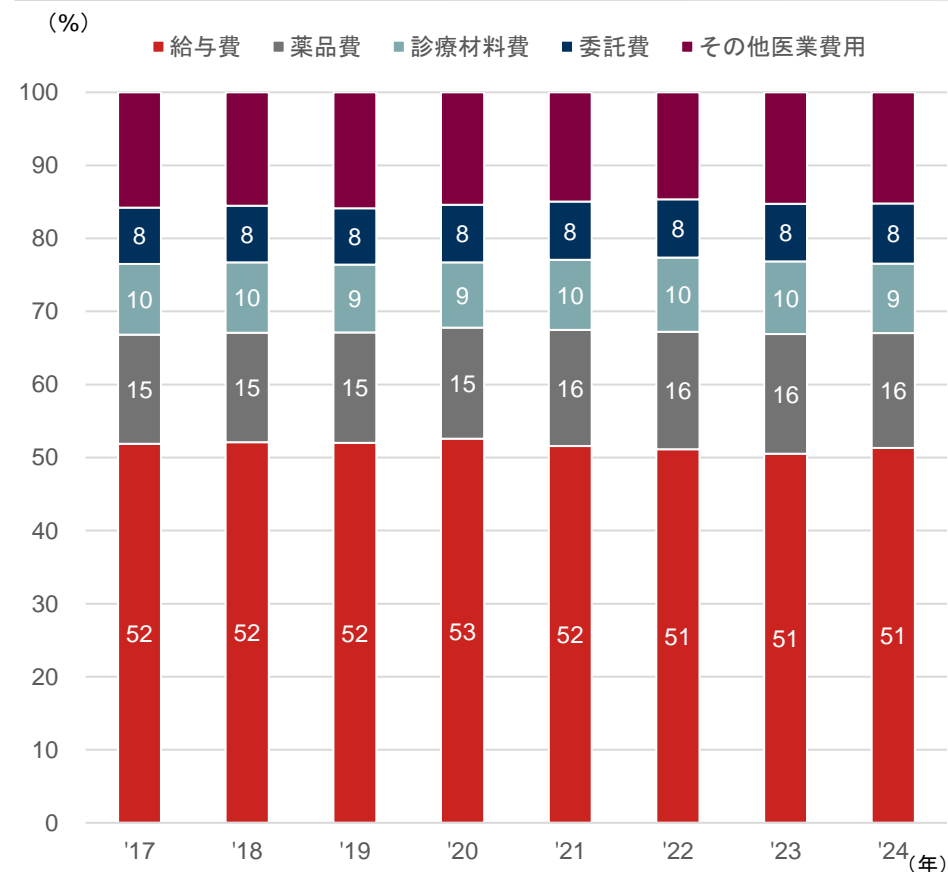
医療費用はここに来て急増

- 病院の医療費用は給与費、薬品費、診療材料費、委託費ともに増加しており、比率で見ると薬品費、診療材料費が増加している
- 費用の大半を占める給与費にかかる医療就労者の業務効率改善、増加している薬品費・診療材料費の抑制が重要である

病院の医療費用の内訳



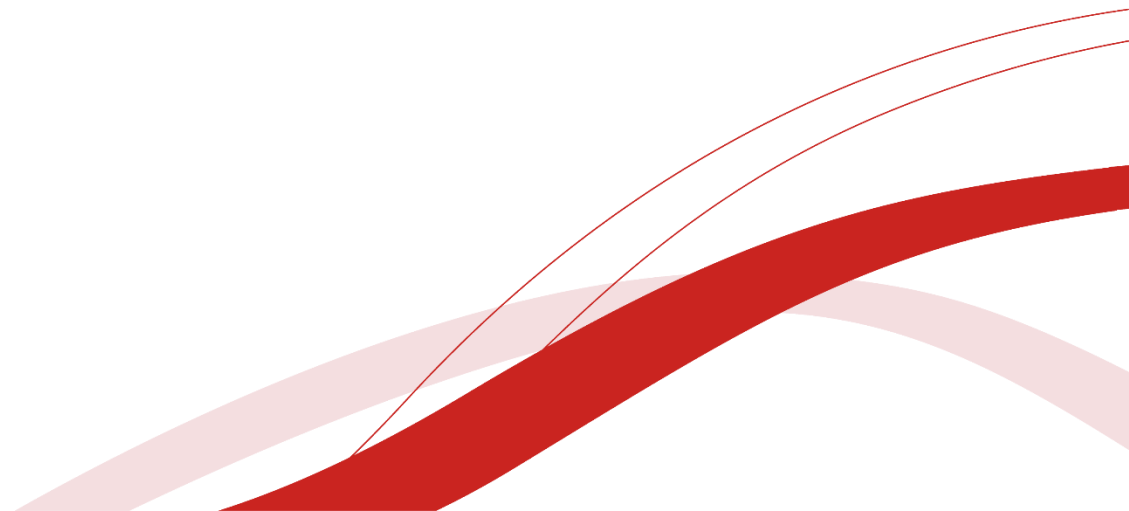
病院の医療費用に占める各費用の比率



注：左右共に各年6月の100床換算の数値

出所：左右共に全国公私病院連盟「病院運営実態分析調査」より野村證券作成

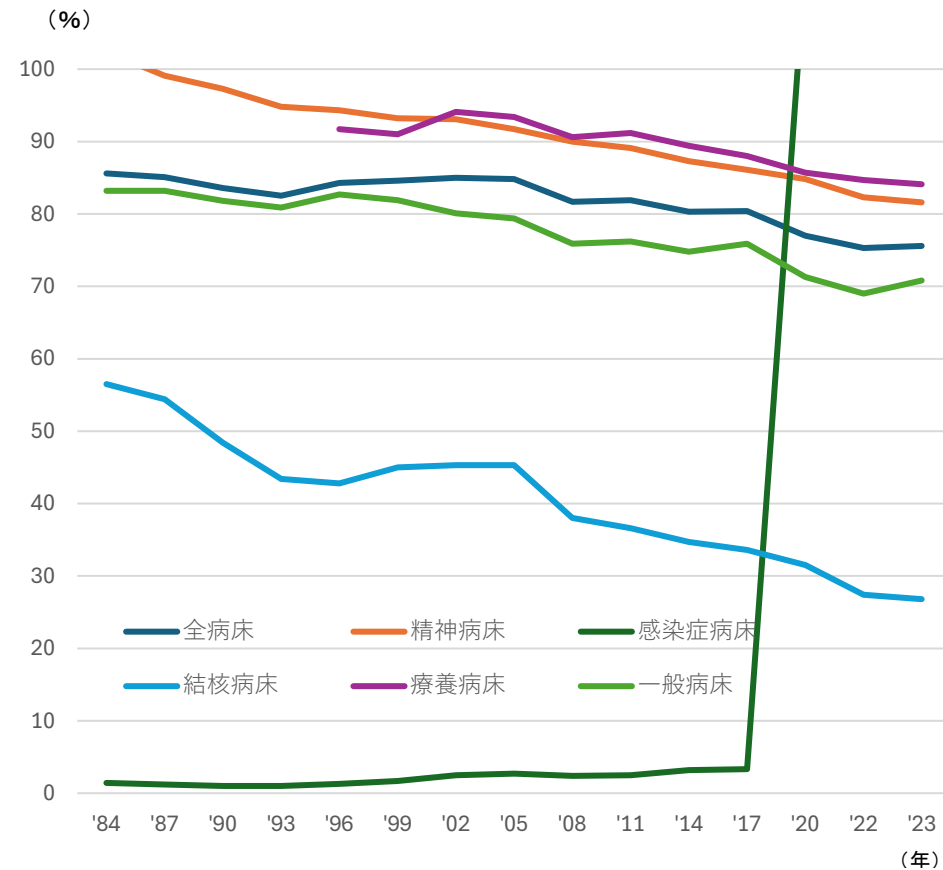
3. 病院の取りうる戦略



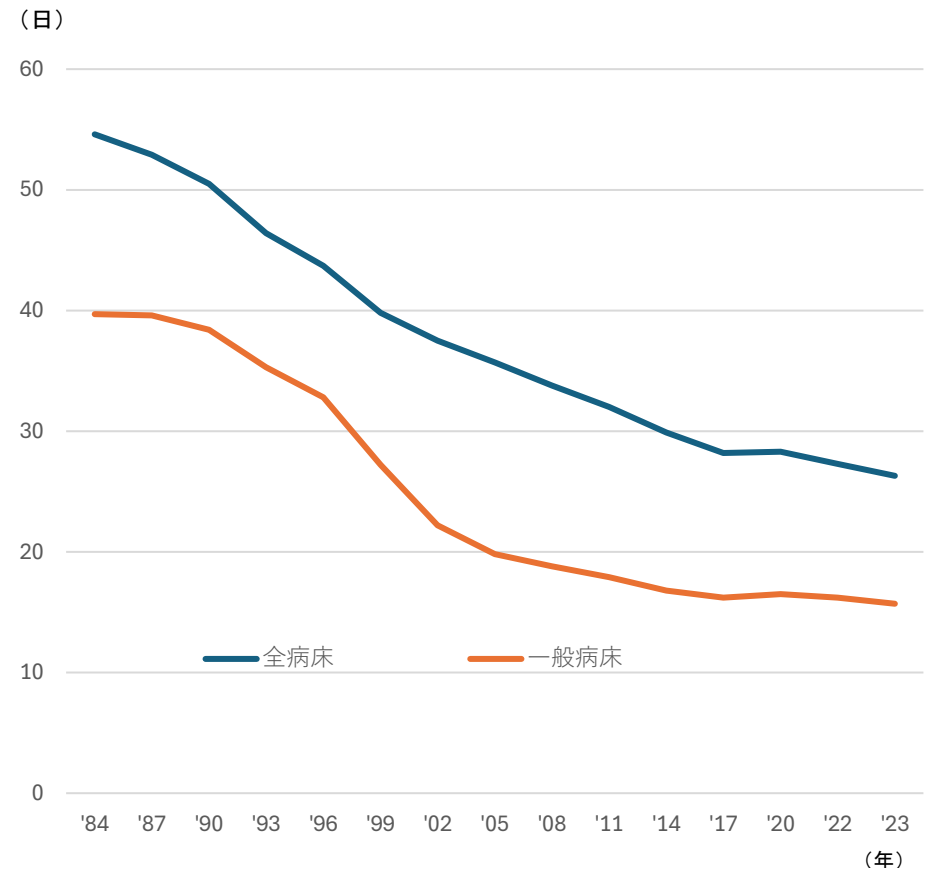
病院の医業収入を増やす 病床利用率と平均在院日数

- 病院経営における重要指標が入院収益のKPIである病床利用率であり、コロナ禍以前から微減傾向が続いてきた
- 医療密度を高めて短期間での退院を促す政策誘導により、平均在院日数は大きく減少し、新規入院患者を獲得し続ける必要性に迫られている

病床利用率の推移



平均在院日数の推移



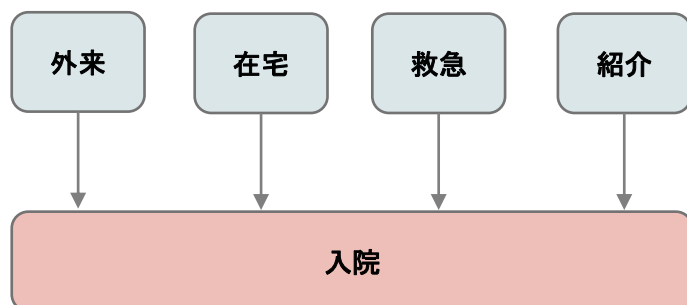
出所：左右共に厚生労働省「令和5年病院報告」より野村證券作成

病院の医業収入を増やす 新規入院患者の獲得

- 新規入院患者の獲得ルートは主に外来、在宅、救急、紹介であり、その比率は病院の形態によって異なる
- 入院患者獲得に向けては、地域の介護施設や医療機関、救急隊との関係強化が重要である

新規入院患者の獲得ルート

- 外来: 外来患者の検査または手術等の治療目的で入院
- 在宅: 日常的に在宅で診ている患者の容態が悪化して入院
- 救急: 救急外来に救急車もしくは直接来院してそのまま入院
- 紹介: 連携先の病院・診療所で病気が疑われた患者の紹介を受けて入院
- 急性期病院は救急や紹介の比率が高い、専門性の高い病院は紹介の比率が高いなど病院ごとに獲得ルートが異なる



新規入院患者獲得の施策

①外来経由の入院患者獲得

- 外来患者数を増やす
- 外来からの紹介を増やす、外来担当医が他院に紹介している場合に自院への切り替えを促す

②在宅経由の入院患者獲得

- 在宅患者数を増やす
- 地域の介護施設への営業、ケアマネジャーとの関係構築

③救急経由の入院患者獲得

- 救急での問い合わせを増やし、受入を増やす
- 救急隊への積極的な情報提供、夜間対応のための医師の配置

④紹介経由の入院患者獲得

- 地域連携室を設置し、周辺医療機関との情報交換を継続的に行う
- 紹介があった場合に、検査や入院に迅速に対応して信頼関係を構築

病院の医業収入を増やす 公立刈田総合病院の事例

- 公立刈田総合病院は地域の2次救急を担う病院であり、慢性的な赤字経営が続いていた
- 2023年から指定管理者制度で公設民営となり、病床稼働率を改善させ、純損益で黒字転換を実現した

公立刈田総合病院の概要

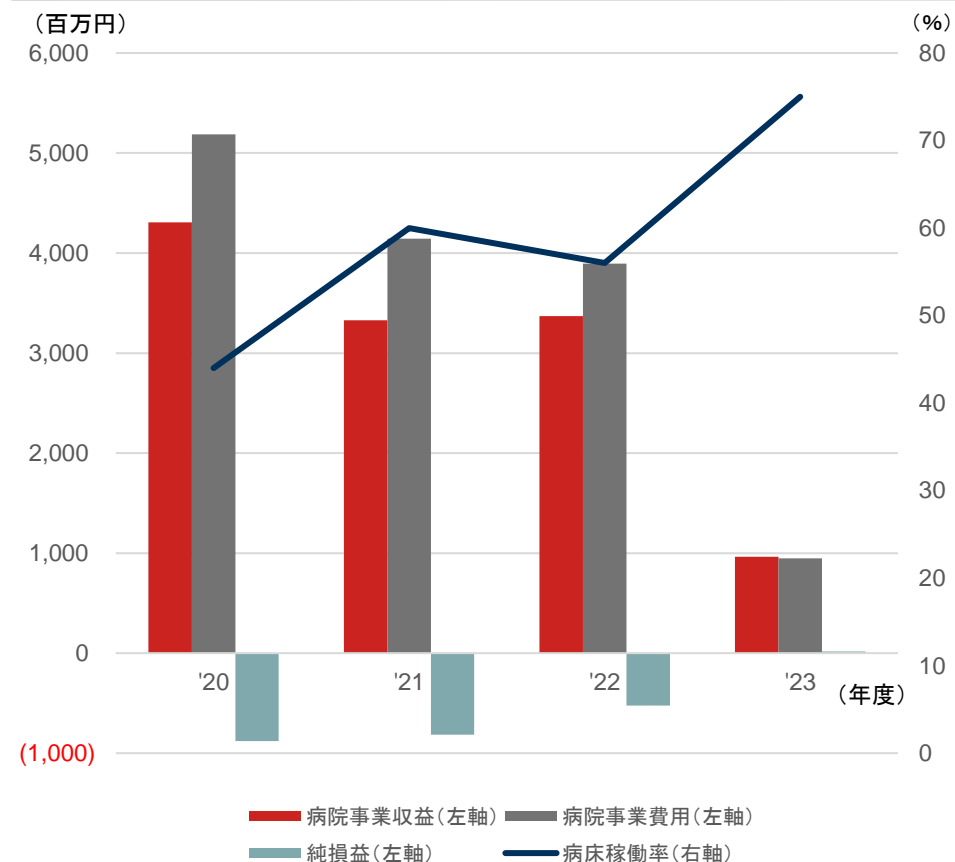
- 1882年に宮城県立宮城病院の分院として開設
- 1949年に白石町と9村の組合で公立刈田総合病院として発足、1957年に白石市外2町組合（蔵王町、七ヶ宿町）に改められ、診療科や病床数を順次拡大。
- 宮城県南の仙南医療圏において、みやぎ県南中核病院に次いで一般病床数が多い基幹病院として当該地域の2次救急を担ってきた
- 2002年に病院の新築・移転
- 病院移転以降は、医師不足による収入減、病院建設にかかる借入金等で赤字が膨らみ、白石市など自治体の一般会計から年間数十億円を繰り入れる状況に陥っていた

公立刈田総合病院の経営改善

- 2023年4月から、白石市の病院として指定管理者制度を導入し、医療法人仁誠会を指定管理者として経営を委託（公設民営）
- 医療法人仁誠会の理事長である今村豪氏が院長となり、地域からの信頼回復に努めつつ、2次救急を積極的に受け入れることで、病床稼働率は22年度の56.5%から23年度は74.5%へ、救急患者受入件数は22年度の2,553件から23年度の3,011件へ大きく改善した
- 建設費にかかる債務償還など自治体からの一部の補填は残るものの、純損益ベースの黒字化を実現し、経営状況は大幅に改善した

出所：上下共に各種資料より野村證券作成

公立刈田総合病院の経営状況



注：2023年度より指定管理者制度で運営委託したため、指定管理者である医療法人からの利用料金が計上されている（従来の医業収益・費用は指定管理者側に計上）

出所：白石市資料より野村證券作成

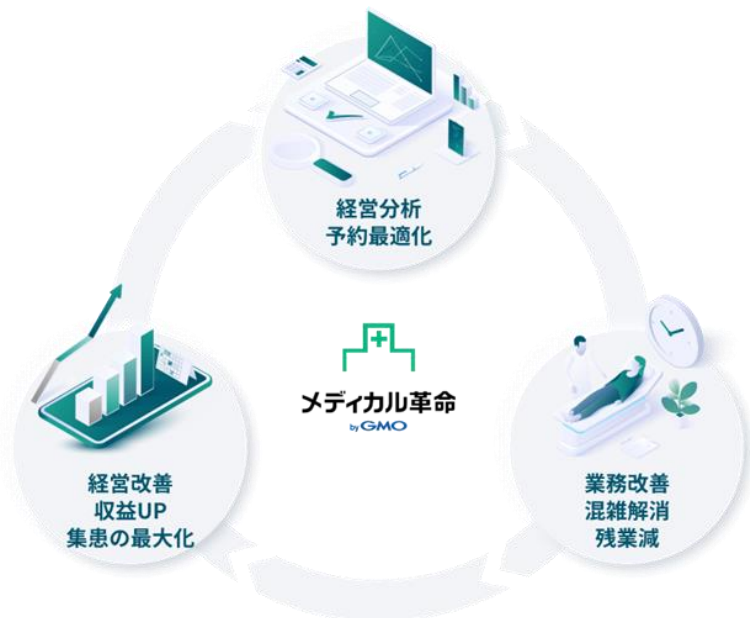
病院の医業費用を減らす

給与費：医療従事者の業務効率改善

- GMOリザーブプラスは、高度な時間管理によって業務効率を改善するとともに、収益拡大にも資する予約最適化システムを提供する
- Ubieは病院の各種業務をAIで効率化するサービスを提供し、がん登録業務の実証実験では一定の成果を得た

GMOリザーブプラスの予約最適化システム

- 医療機関向け予約最適化システム「メディカル革命 byGMO」を提供する
- 人材（院長、医師、看護師）、医療機器、診察室といった医療リソースを1分単位で管理し、医療スタッフの業務負荷低減、患者の満足度向上につなげる
- 連鎖予約や指名予約など多様な患者ニーズ・環境に対応できる予約最適化エンジンであり、医療機関の経営効率の向上に寄与する



出所：GMOリザーブプラスWEBサイトより野村證券作成

Ubie（ユビー）の生成AI活用

- 複数の生成AIを活用し、病院の各種業務の効率化を支援する「ユビー生成AI」を提供する
- 「全国がん登録・院内がん登録」業務は、患者の診断、治療内容、経過など電子カルテや様々な部門システムに分散・断片化して記録された情報を収集・整理する必要があり、多大な時間と労力を要していた
- 医療法人鉄蕉会 亀田総合病院とともに、電子カルテシステムと連携したがん登録業務の効率化の実証実験を行い、対象患者の抽出にかかる時間を年間約3割削減（年間約100時間、約2週間分の業務時間に相当）するなど成果を得た

①がん登録が必要な患者かどうかのスクリーニング時間

27%減

②実際のがん作業登録時間

16%減

出所：Ubie プレスリリースより野村證券作成

病院の医業費用を減らす その他費用低減にかかるサービス

- エム・アール・ピーは、医療材料・医薬品・医療機器などの購買データを可視化・分析し、購買コストの削減と利益率向上を支援する
- ContreaはIC関連業務や入院説明などをタブレット端末上の動画で再現するシステムを提供する

エム・アール・ピー(MRP)のベンチマークシステム

- 膨大な品目がある医療材料のほか、医薬品、検査試薬、医療機器・保守分野のマスターデータベースを保有し、品目ごとに自院と他院の購入価格を比較・分析できるソフトウェア「MRPベンチマークシステム」を提供する
- 現状分析サービス、分析結果を基に卸やメーカーとの交渉業務支援などコンサルティングサービスも提供する。500床以上の大病院においては年間2.3億円の削減に成功した実績がある
- 導入実績：約1,000病院との契約実績、300床以上の大病院への浸透率は約55%（国公立大学法人、国立病院機構、日本赤十字社、社会福祉法人恩賜財団 済生会、地域医療機能推進機構(JCHO) 他）

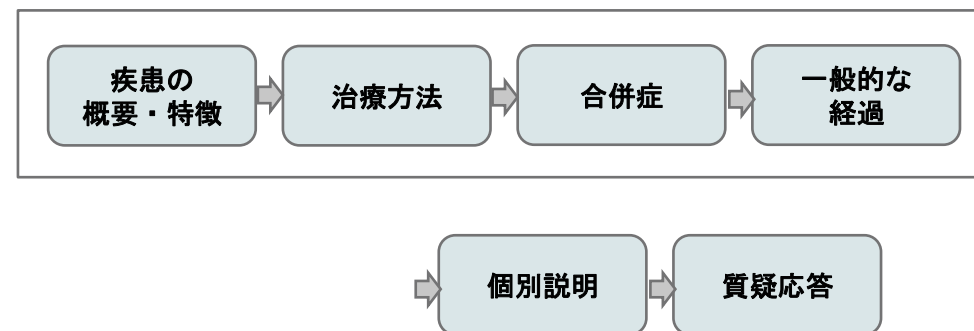


出所:MRPWEBサイトより野村證券作成

Contreaの患者説明システム

- 医師によるIC（インフォームド・コンセント）関連業務（患者に対して病状や治療内容について十分に説明をして、理解を得て、同意を得る）や検査説明、看護師による入院説明や病棟オリエンテーションを動画で再現するプラットフォーム「MediOS」を提供する
- 定型の繰り返し部分は動画化し、患者の個別部分は従来通り医療従事者が担当
- 同意書や問診票の電子化サービスもあわせて提供する

定型的で繰り返しの説明を動画で代替



出所：Contreaプレスリリースより野村證券作成

ディスクレーマー

本資料は、ご参考のために野村證券株式会社が独自に作成したものです。本資料に関する事項について貴社が意思決定を行う場合には、事前に貴社の弁護士、会計士、税理士等にご確認いただきますようお願い申し上げます。本資料は、新聞その他の情報メディアによる報道、民間調査機関等による各種刊行物、インターネットホームページ、有価証券報告書及びプレスリリース等の情報に基づいて作成しておりますが、野村證券株式会社はそれらの情報を、独自の検証を行うことなく、そのまま利用しており、その正確性及び完全性に関して責任を負うものではありません。また、本資料のいかなる部分も一切の権利は野村證券株式会社に属しており、電子的または機械的な方法を問わず、いかなる目的であれ、無断で複製または転送等を行わないようお願い致します。

当社で取り扱う商品等へのご投資には、各商品等に所定の手数料等(国内株式取引の場合は約定代金に対して最大1.43%(税込み)(20万円以下の場合、2,860円(税込み))の売買手数料、投資信託の場合は銘柄ごとに設定された購入時手数料(換金時手数料)および運用管理費用(信託報酬)等の諸経費、等)をご負担いただく場合があります。また、各商品等には価格の変動等による損失が生じるおそれがあります。商品ごとに手数料等およびリスクは異なりますので、当該商品等の契約締結前交付書面、上場有価証券等書面、目論見書、等をよくお読みください。

国内株式(国内REIT、国内ETF、国内ETN、国内インフラファンドを含む)の売買取引には、約定代金に対し最大1.43%(税込み)(20万円以下の場合、2,860円(税込み))の売買手数料をいただきます。国内株式を相対取引(募集等を含む)によりご購入いただく場合は、購入対価のみお支払いいただきます。ただし、相対取引による売買においても、お客様との合意に基づき、別途手数料をいただくことがあります。国内株式は株価の変動により損失が生じるおそれがあります。

国内REITは運用する不動産の価格や収益力の変動により損失が生じるおそれがあります。国内ETF・ETNは連動する指数等の変動により損失が生じるおそれがあります。国内インフラファンドは運用するインフラ資産等の価格や収益力の変動により損失が生じるおそれがあります。

外国株式の売買取引には、売買金額(現地約定金額に現地手数料と税金等を買う場合には加え、売りの場合には差し引いた額)に対し最大1.045%(税込み)(売買代金が75万円以下の場合には最大7,810円(税込み))の国内売買手数料をいただきます。外国の金融商品市場での現地手数料や税金等は国や地域により異なります。外国株式を相対取引(募集等を含む)によりご購入いただく場合は、購入対価のみお支払いいただきます。ただし、相対取引による売買においても、お客様との合意に基づき、別途手数料をいただくことがあります。外国株式は株価の変動および為替相場の変動等により損失が生じるおそれがあります。

野村證券株式会社

金融商品取引業者 関東財務局長(金商) 第142号

加入協会／日本証券業協会、一般社団法人 日本投資顧問業協会、一般社団法人 金融先物取引業協会、一般社団法人 第二種金融商品取引業協会