

週刊WEB

医療経営

MAGAZINE

Vol.882 2025.8.19

医療情報ヘッドライン

**24年の就業看護師数が過去最多
10年間で27万人以上増加**

▶厚生労働省

**医療クラークの定着促進を強化
関連加算の評価をさらに手厚く**

▶厚生労働省 入院・外来医療等の調査・評価分科会

週刊 医療情報

2025年8月8日号

**病床確保料、234事業者で
消費税仕入控除税額計算誤り**

経営TOPICS

統計調査資料

病院報告

(令和7年4月分概数)

経営情報レポート

**データで読み解く予防医療
持続可能な地域ヘルスケアの未来像**

経営データベース

ジャンル:機能選択 >サブジャンル:病床機能選択

**200床規模の病院の経営強化策
専門病院の差別化戦略**

24年の就業看護師数が過去最多 10年間で27万人以上増加

厚生労働省

厚生労働省は7月29日に2024年の「衛生行政報告例（就業医療関係者）」の結果を公表。実際に職務に従事している就業看護師は、前回調査の2022年から5万1,455人増えて136万3,142人（男11万8,068人、女124万5,074人）だった。この数字は調査開始以来最多で、直近10年間で27万6,363人も増えている。高齢化による医療・介護ニーズの増大や、医療技術の進歩で専門的なケアの必要性が高まったことが要因と考えられる。

■訪問看護ステーション勤務の看護師数が大幅増

衛生行政報告例は、衛生行政運営の基礎資料とすることを目的に、精神保健福祉、栄養、衛生検査、生活衛生、食品衛生、乳肉衛生、医療、薬事、母体保護（こども家庭庁所管）、難病・小児慢性特定疾病、狂犬病予防の11の行政分野について毎年調べているものだ。

就業看護師の就業場所で最も多かったのは病院で89万5,944人。次いで診療所19万4,665人、介護保険施設等10万7,984人、訪問看護ステーション9万1,022人となっている。

この中で前回の2022年から大幅に増加しているのは診療所と訪問看護ステーションだ。2022年の診療所は17万9,241人だったため1万5,424人増、訪問看護ステーションは7万975人だったため2万47人増えている。訪問看護ステーションの看護師数が増えているのは、在宅医療や高齢化に伴う慢性疾患の患者のニーズ増が要因だろう。診療所で増えているのも、同じ理由で訪問診療が増加していることが影響していると考えられ

よう。

なお、都道府県別に見た人口10万人当たりの看護師数は高知県が最も多く1,757.8。次いで鹿児島県が1,575.9、長崎県が1,528.0。最も少ないのは埼玉県で827.0。次いで神奈川県836.7、千葉県837.0となっている。

■准看護師は10年間で10万人以上減少

なお、医療分野の就業医療関係者（免許を取得している者のうち就業している者、10職種）については、各都道府県から隔年で報告されている。今回、看護師だけでなく保健師、歯科衛生士、あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師、柔道整復師も過去最多の人数となった。歯科衛生士は10年前の2014年から増え続けており、10年間で3万3,280人増（2024年は14万9,579人）。前回の2022年からは4,396人増えている。

10職種のうち、前回調査よりも人数を減らしたのは准看護師と歯科技工士。とりわけ就業准看護師は大幅に減少しており、2024年は前回調査の2022年に比べて2万1,307人減の23万3,022人（男1万7,691人、女21万5,331人）。10年前の2014年からは10万7,131人も減った。この要因は、医療の高度化によって専門的なケアを担う看護師のニーズが高まっていることの裏返しだと考えられる。

ちなみに厚生労働省の調査によれば、准看護師養成所数は2024年4月に182校と、20年前の2004年4月に比べて130校も減少。入学者数は70%も減っている。

医療クラークの定着促進を強化 関連加算の評価をさらに手厚く

厚生労働省 入院・外来医療等の調査・評価分科会

厚生労働省は7月31日の「入院・外来医療等の調査・評価分科会」で、医師事務作業補助体制加算を次期診療報酬改定でさらに手厚く評価する方針を示した。医師事務作業補助者（医療クラーク）の定着促進を強化することで医師のタスク・シフトを進め、医師の業務負担を減らすのが狙いだ。

■医師事務作業補助者も人材不足がネック

医師事務作業補助者は、医師の指示のもと、診断書などの文書作成補助や電子カルテなどへの診療記録の代行入力などを行うのが役割だ。特定非営利活動法人日本医師事務作業補助者協会によれば、その業務は勤務医の過重労働が深刻化した2000年頃から日本各地の病院で始まった。米国や英国では、その数十年前からメディカルアシスタントやメディカルセクレタリーが同様の業務を担っていたという。

医師事務作業補助者の評価が診療報酬に盛り込まれたのは、2008年。同年の診療報酬改定で「医師事務作業補助体制加算」が新設され、以降見直しが繰り返されてきた。2024年度の前回改定では、最も点数の高い15対1配置の加算1が1,050点から1,070点となったほか、加算1の要件には「医師事務作業補助者による医師の業務への適切な支援を推進する観点」から、「医師事務作業補助者の勤務状況及び補助が可能な業務内容を定期的に評価することが望ましい」という内容が追加されている。

実際、医師事務作業補助者の設置は、病院などの医療機関で大きな効果をあげているようだ。厚労省の調査によれば、医師事務作業

補助者の効果として「診療に専念できることによる医療の質の向上」「医師の残業時間短縮」と回答した医療機関が80%以上にのぼる。

しかし、同加算の届出医療機関数は年々増加傾向ではあるものの、届出医療機関の約40%で必要数の医師事務作業補助者が確保できていないという現実もある。

では、どうやって確保すればいいのか。厚労省の「医療専門職支援人材確保・定着支援事業令和6年度アンケート調査結果」によれば、評価・報酬に関して効果がある取り組みとして、もっとも回答の多かったのは「給与・賞与の見直し」だった。そこで、診療報酬でさらに医師事務作業補助体制加算を手厚く評価し、給与・賞与の原資にしようというわけだ。

ちなみに、日本病院団体協議会が7月16日に福岡資麿厚生労働大臣へ提出した「令和8年度（2026年度）診療報酬改定に係る要望書」でも、医師事務作業補助体制加算のさらなる評価と施設基準における要件の緩和を求めている。

■AI問診や情報共有ツールの活用も評価の対象へ

なお、医師の業務負担軽減をめぐって、厚労省はICT活用の取り組みも推進している。この日の会合で示されたのは、AI問診と情報共有ツールだ。一例として挙げられた長野中央病院では、AI問診を機に問診業務を看護師から事務職担当へと変更し、医師や看護師の業務負担軽減と、事務職のモチベーションアップ、問診の待ち時間短縮にも成功したという。こうしたICTの活用への評価も、次期改定に向けた論点になってきそうだ。

医療情報①
 厚生労働省
 事務連絡

病床確保料、234 事業者で 消費税仕入控除税額計算誤り

新型コロナウイルス感染症の患者を受け入れる医療機関に交付する「病床確保料」について、厚生労働省は、公立病院などの 234 事業者で消費税仕入控除税額の調整計算に誤りがあったと会計検査院から指摘されたことを明らかにした。7 月 29 日付の事務連絡で調整計算の内容を改めて確認するほか、必要に応じて税務署などへ相談するよう呼び掛けている。

病床確保の補助金による収入が全収入の 5%を超える公立病院や公共・公益法人などは、消費税の仕入控除税額の調整計算を行う必要がある。

補助金の交付額がおおむね 1 億円を超える公立病院や公共・公益法人など計 419 事業者を対象に、会計検査院は調整計算が適切に行われているか検査を実施。その結果、半数超の 234 事業者が仕入控除税額の調整計算を誤っていたほか、うち 38 事業者では調整計算自体を行っていなかったことも判明した。

検査院によると、ある社会医療法人は 2020-21 年度に多額の病床確保料が交付されたため補助金などの収入が全収入の 5%を超えたが、調整計算の必要性を認識していなかった。再計算した場合、その法人では 2 年間分で 310 万円余りの仕入控除税額の減少が見込まれるという。調整計算の誤りなどの要因として検査院は、以下を挙げている。

- ▼国税庁で調整計算の取り扱いが十分に周知されているか検討されていなかった
- ▼税務署での申告審理の体制が十分でなかった

検査院からの指摘を踏まえて厚労省では、調整計算が誤っている公立病院や公共・公益法人などに正しく計算し直してもらうよう促す。また、正しい計算方法を周知し、再計算を依頼するとしている。

医療情報②
 厚生労働省
 有識者会議

控除対象外消費税の抜本解決 改めて要望へ

日本医療法人協会などの四病院団体協議会は 7 月 30 日、4 団体の幹部らによる総合部会で、厚生労働省に 8 月に提出する 2026 年度税制改正の重点要望を決めた。医療機関の「控除対象外消費税問題」を抜本的に解決するため、病院に関しては社会保険診療報酬を軽減税率での課

税取引に見直すよう改めて求める。

四病協がこの日決めた重点要望の案では、医療の消費税制が建物・設備や医療機器のコストに含まれる消費税の負担を医療機関に強いているとして、経営破綻を防いで医療体制を維持・確保するため、控除対象外消費税問題を抜本的に解決する税制上の措置を講じるべきだと訴えた。

医法協の伊藤伸一会長は総合部会後の記者会見で、病院の機能や設備投資の状況が異なるため、社会保険診療報酬を消費税非課税にして診療報酬で補填する今の取り扱いを継続する限り、建て替えなどを行う際に生じる消費税の巨額の負担を回収し切るのは困難だと指摘した。

四病協による 26 年度税制改正の重点要望は、以下などの計 17 項目で、それらのカテゴリーごとに優先順位を付ける。

- | | |
|------------------|----------------|
| ▼消費税に関する 1 項目 | ▼法人税に関する 5 項目 |
| ▼事業税に関する 3 項目 | ▼その他税制関係の 5 項目 |
| ▼事業承継税制に関する 3 項目 | |

事業承継税制では、14 年度の税制改正で創設された認定医療法人制度を 27 年 1 月以降も当面存続させるよう求める。認定医療法人では、持ち分あり医療法人の出資者に相続が発生してから持ち分なしへの移行申請を行う際の申請期限の緩和も盛り込む。

現在は、相続が発生した後に移行計画の申請手続きを始めた場合、相続税の申告期限までに計画の認定を受けた上で手続きを行わないと相続税の納税猶予などの優遇措置を受けられない。四病協は、これが認定医療法人制度を利用する上で大きな障害になっていると訴える。

その他税制関係では、自費の患者への請求金額を社会保険診療報酬と同一の基準で計算するとされている社会医療法人や特定医療法人の「自費診療要件」を見直し、訪日外国人の患者に追加のコストを請求できるようにすることを求める。言語・文化・宗教的な理由から、訪日外国人の診療には日本人に比べコストが掛かるとしている。

医療情報③
 厚生労働省
 検討会

国立病院機構、24 年度は 375 億円の赤字に転落

全国で 140 病院（4.8 万床）を運営する国立病院機構の 2024 年度の経常収支が 375 億円のマイナスとなった。費用の増加が収益の伸びを大きく上回り、47 億円の黒字だった前年度から大幅な赤字に転落。04 年度の機構設立以降、最大の赤字を計上した。

週刊医療情報（2025年8月8日号）の全文は、当事務所のホームページよりご確認ください。

病院報告

(令和7年4月分概数)

厚生労働省 2025年7月18日公表

1. 1日平均患者数(各月間)

	1日平均患者数(人)			対前月増減(人)	
	令和7年4月	令和7年3月	令和7年2月	令和7年4月	令和7年3月
病院					
在院患者数					
総数	1 136 641	1 153 739	1 170 408	△ 17 098	△ 16 669
精神病床	254 099	254 117	255 353	△ 18	△ 1 236
感染症病床	182	252	265	△ 70	△ 13
結核病床	865	832	858	33	△ 26
療養病床	229 243	229 731	229 500	△ 488	231
一般病床	652 253	668 807	684 430	△ 16 554	△ 15 623
外来患者数	1 211 228	1 184 514	1 182 945	26 714	1 569
診療所					
在院患者数					
療養病床	1 450	1 473	1 486	△ 23	△ 13

注) 数値は四捨五入しているため、内訳の合計が総数に合わない場合もある。

2. 月末病床利用率(各月末)

	月末病床利用率(%)			対前月増減(%)	
	令和7年4月	令和7年3月	令和7年2月	令和7年4月	令和7年3月
病院					
総数	76.0	76.1	78.6	△ 0.1	△ 2.5
精神病床	80.7	80.0	80.5	0.7	△ 0.5
感染症病床	7.2	11.4	12.7	△ 4.2	△ 1.3
結核病床	25.2	24.7	24.1	0.5	0.6
療養病床	85.5	85.3	85.7	0.2	△ 0.4
一般病床	71.8	72.3	76.1	△ 0.5	△ 3.8
診療所					
療養病床	40.7	39.8	40.2	0.9	△ 0.4

注) 月末病床利用率 = $\frac{\text{月末在院患者数}}{\text{月末病床数}} \times 100$

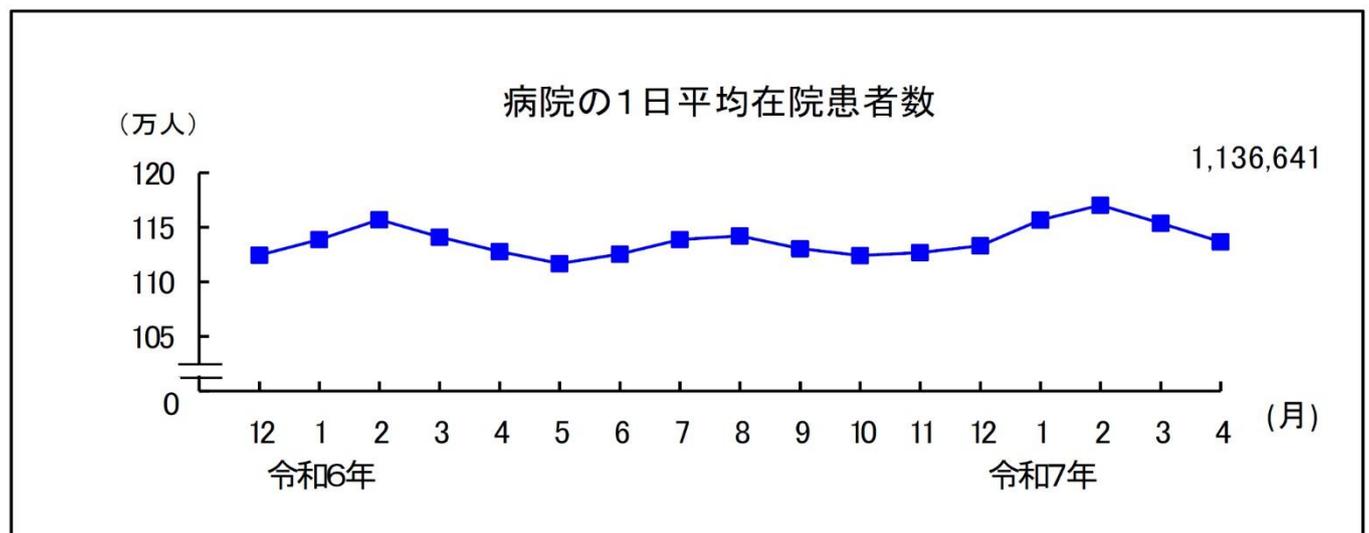
3. 平均在院日数(各月間)

病院	平均在院日数（日）			対前月増減（日）	
	令和7年4月	令和7年3月	令和7年2月	令和7年4月	令和7年3月
病院					
総数	25.0	25.8	25.7	△ 0.8	0.1
精神病床	240.8	247.6	251.0	△ 6.8	△ 3.4
感染症病床	9.7	10.4	10.9	△ 0.7	△ 0.5
結核病床	57.5	54.0	52.6	3.5	1.4
療養病床	110.1	113.1	109.8	△ 3.0	3.3
一般病床	15.3	15.9	16.0	△ 0.6	△ 0.1
診療所					
療養病床	102.5	99.4	103.1	3.1	△ 3.7

注) 平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 (\text{新入院患者数} + \text{退院患者数})}$

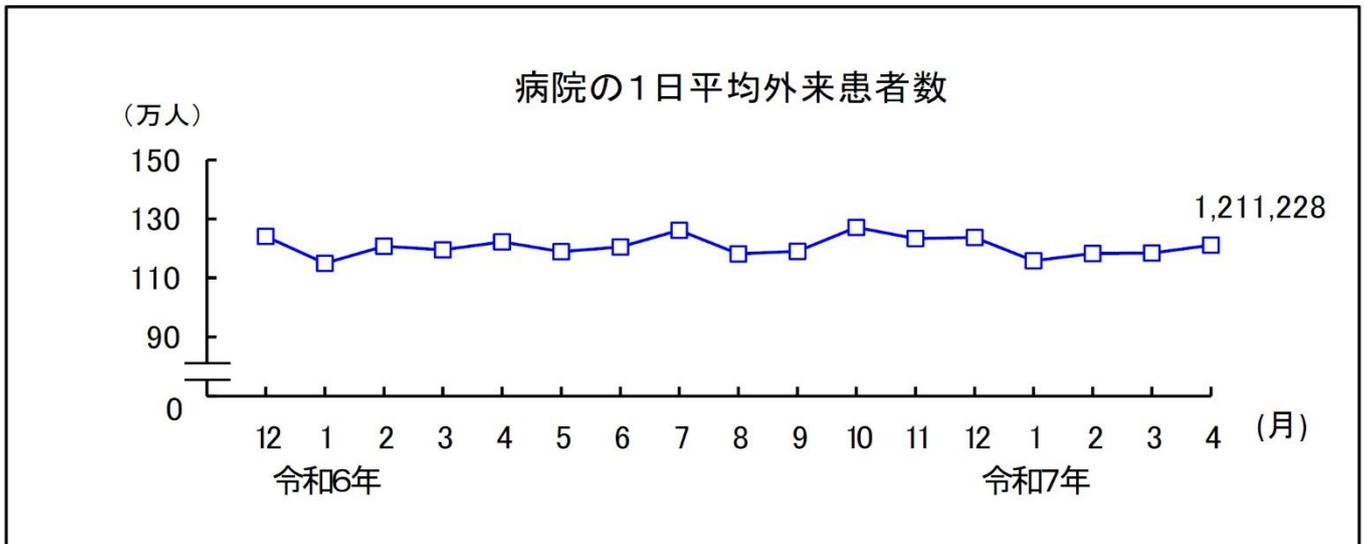
ただし、療養病床の平均在院日数 = $\frac{\text{在院患者延数}}{1/2 \left(\begin{array}{l} \text{新入院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床から移された患者数} + \text{退院患者数} + \text{同一医療機関内の他の病床へ移された患者数} \end{array} \right)}$

◆ 病院：1日平均在院患者数の推移

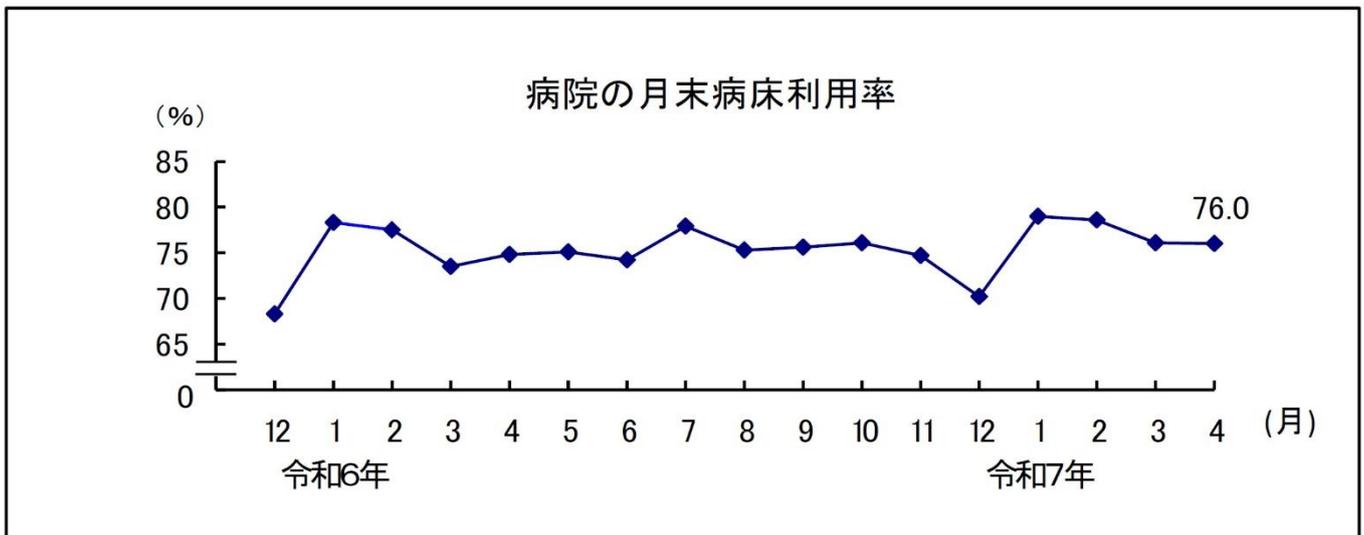


注) 数値は全て概数値である。(以下同)

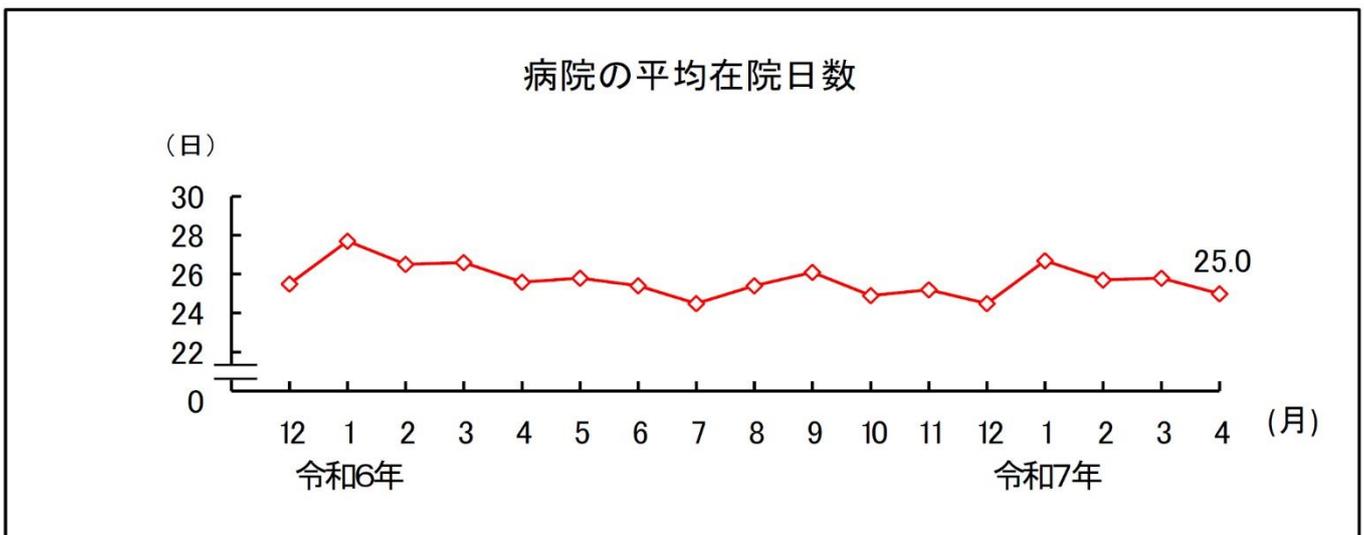
◆病院：1日の平均外来患者数の推移



◆病院：月末病床利用率の推移



◆病院：平均在院日数の推移



病院報告（令和7年4月分概数）の全文は
 当事務所のホームページの「医業経営 TOPICS」よりご確認ください。



データで読み解く予防医療 持続可能な地域 ヘルスケアの未来像

1. 治療から予防へ 日本を取り巻く現状
2. 予防医療のこれから
3. 予防医療の取り組み事例
4. 今後の予防医療の課題と展望



■参考資料

【厚生労働省】令和4年度 国民医療費の概況、【経済産業省】健康経営優良法人取り組み事例集、【内閣府】情報通信機器の利活用に関する世論調査の概要、【KPMG】2030年市場展望と人材要件 他

1

医業経営情報レポート

治療から予防へ 日本を取り巻く現状

日本は本格的な超高齢社会へと突入しました。かつて世界最高水準を誇った保健医療制度は、人口動態の劇的な変化と、それに伴う疾病構造の変化に直面し、大きな岐路に立たされています。医療費は増大の一途をたどり、制度の持続可能性が深刻な課題として浮上し、私たちは医療に対する考え方そのものを根本から見直す必要性に迫られているのです。

このような中で、予防医療はますます重要な役割を担いつつあります。従来の「治す医療」から、慢性疾患の増加や医療資源の逼迫を背景に、「病気を未然に防ぐ」アプローチが不可欠となっているからです。予防は医療費抑制にも直結し、個人の生活の質（QOL）向上にも寄与することから、健診・保健指導の拡充、生活習慣改善の支援、ワクチン接種の普及、地域包括ケアの推進など、多面的な取り組みが進められています。

そこで本レポートでは予防医療の歴史と背景を紐解き、現在の取り組み、そして未来に向けた課題と展望について詳しく解説します。

■ なぜ予防医療が重要なのか

予防医療と聞くと難しく聞こえますが、その本質は「病気になってから治す」のではなく、「病気をならないようにする、重症化させない」というシンプルな考え方に基づいています。

専門的には、介入する時期や目的によって以下の三つの段階に分けられており、予防医療は、対象者の広さと介入の段階に応じてピラミッド構造で理解することができます。

◆ 予防医療の基本：三つの段階

● 三次予防（再発予防・機能維持）

病気の再発や合併症を防ぎ、残された機能を維持・回復させることが目的です。脳卒中後のリハビリテーションや糖尿病患者の合併症予防などがこれにあたります。

● 二次予防（早期発見・早期治療）

無症状のうちに病気を早期発見し、重篤化する前に治療を開始します。各種がん検診や特定健診などが代表例です。

● 一次予防（発生予防）

最も広い層を対象とし、健康的な生活習慣の維持・増進と、病気そのものの発生を防ぐことを目指します。適切な食生活、運動習慣、禁煙、そして予防接種などが含まれます。

日本の公衆衛生の歴史を振り返ると、以前は結核などの感染症対策が中心でした。しかし、社会が豊かになるにつれ、課題はがんや心臓病、糖尿病といった生活習慣病へと移り変わってきました。

2 医業経営情報レポート

予防医療のこれから

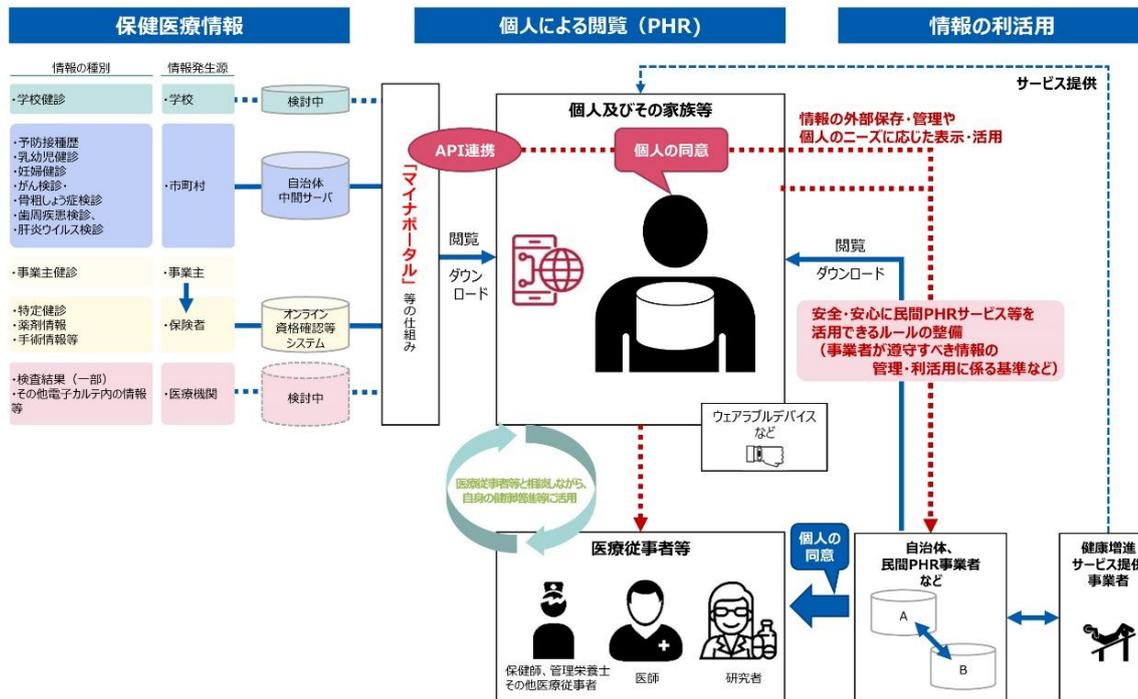
本章ではこれまでの国の取り組みや自治体・企業の先進事例を踏まえ、今後の予防医療が具体的にどのような取り組みをもって進められていくのかについて、詳しく解説します。

■ データ連携によるシームレスなヘルスケア

近年、スマートフォンアプリと連携するウェアラブル端末（スマートウォッチや活動量計など）が急速に普及しています。これらのデバイスは、心拍数、睡眠時間、活動量、さらにはストレスレベルといった日々のバイタルデータを、利用者が意識することなく容易かつ継続的に取得できるようになりました。

これを「PHR（パーソナル・ヘルス・レコード）」と言い、個人の健康・医療・介護に関する情報を自分自身で生涯にわたって管理・活用することによって、自己の健康状態に合ったサービスの提供を受けられることを目指すものとされています。

◆PHR(パーソナル・ヘルス・レコード)



(出典) 厚生労働省：PHR（パーソナル・ヘルス・レコード）について

PHR の活用が本格化することにより、かかりつけ医はウェアラブル端末から得られる日常のバイタルデータをリアルタイムで参照でき、過去の診療情報やアレルギー情報なども共有することが可能になります。

3

医業経営情報レポート

予防医療の取り組み事例

■ 現在の主な取り組みについて

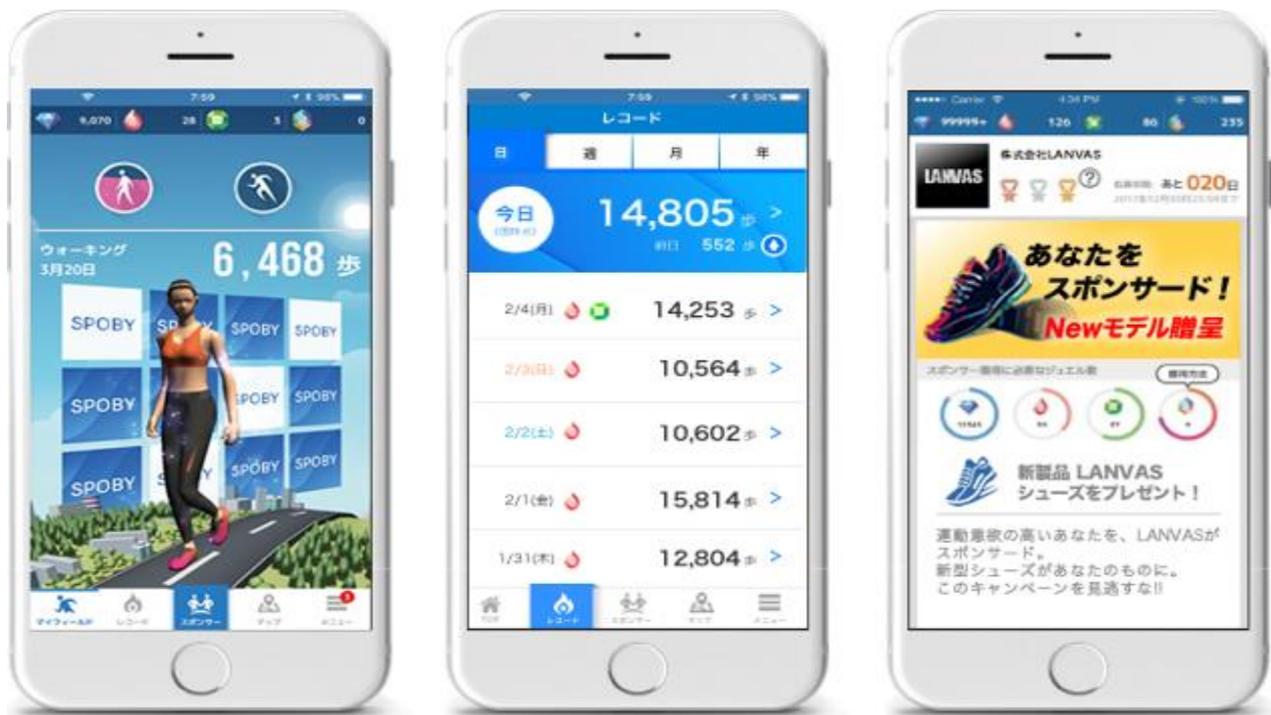
国が大きな旗を振るだけでなく、既に地域や企業レベルでも予防医療の先進的な取り組みが始まっています。本章では、具体的な成功事例を紹介し、その成功の鍵を探ると同時に、普及を阻む現実的な課題を明らかにすることで、より実践的な視点から予防医療を考えます。

(1)自治体の取り組み

帯広市は糖尿病の有所見割合が北海道内全体に比べ著しく多く、運動不足が大きな健康課題となっていました。そこで同市は市民の運動習慣の定着と医療費抑制を目指し、民間企業が提供するスマートフォン向けのウォーキングアプリ「SPOBY」を導入しました。

このアプリは、利用者が日々の歩数に応じてポイントを獲得し、地域の店舗で使える商品券などと交換できる仕組みになっています。楽しみながら健康づくりに参加できるインセンティブ設計により、市民の行動変容を促し、運動習慣の定着に繋がりました。この結果、将来的な医療費の抑制効果も試算されています。このように、ICT 技術と民間サービスを効果的に活用するアプローチは、今後の予防医療における重要なモデルケースと言えます。

◆SPOBY



(出典) PR TIMES：帯広市で活用開始/1日1,000歩の運動量増を実現したアプリ『SPOBY』

4

医業経営情報レポート

今後の予防医療の課題と展望

■「健康格差(ヘルス・ギャップ)」の是正

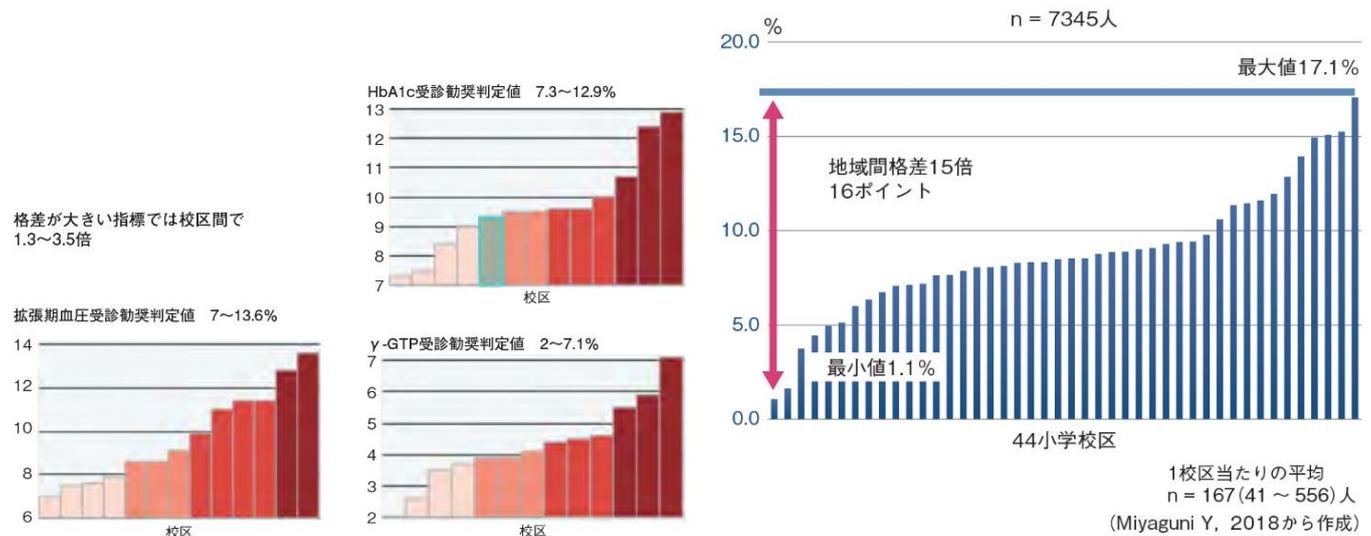
予防医療が社会に広く浸透し、その効果を最大限に発揮するためには、いくつかの重要な課題を乗り越える必要があります。その一つに「健康格差(ヘルス・ギャップ)」があります。健康格差とは、住んでいる地域や家庭の所得、学歴といった社会経済的な状況によって、健康状態に差が生じることを指します。厚生労働省は個人を取り巻く社会経済的・環境的な要因が健康面に影響を及ぼすことを認識し、対策を重視しています。

◆健康の社会的決定要因

- 経済状況：収入、職業、貧困など
- 教育：教育レベル、識字率など
- 住環境：住宅の質、居住地域など
- 社会関係：家族、友人、地域社会との繋がりなど
- 医療へのアクセス：医療機関への距離、保険の有無など
- 食料へのアクセス：食料品店への距離、食料の入手可能性など
- その他：地域の安全性、大気汚染、気候変動など

JAGES (Japan Gerontological Evaluation Study) は、高血圧や糖尿病、認知症など多くの健康指標において、地域間の健康格差がみられることを発表しました。

◆健康格差の調査報告



(出典) 公益財団法人 長寿科学振興財団：Aging & Health Np86 より抜粋

レポート全文は、当事務所のホームページの「医業経営情報レポート」よりご覧ください。



ジャンル:機能選択 > サブジャンル:病床機能選択

200床規模の病院の 経営強化策

**200床規模の中小規模病院の経営強化策の
具体的事例を教えてください。**

一般の民間病院における病床規模は、医療法の源流にみるように、診療所をスタートとしており、トップの経営能力や資金力、個人立か医療法人による開設かの選択等の事情によって定まってきたといえます。

現在では、200床以上とそれ未満の病床数の病院は、いわゆる大病院と中小病院として様々な区分がなされることが多くなっていますが、200床規模の中規模病院が必要な経営基盤を強化するためには、地域医療のニーズに応えるべく、組織体質と経営体質の強化が求められています。

具体的には、次のような取り組みの事例が挙げられます。

(1)組織体質の強化

①診療科目の見直し

地域・診療圏で優位性を持つ診療科目を分析し、一部廃止も含めて標榜科目の絞り込み

②組織活性化

院内環境の活性化として、業務に対する意欲・集中力向上に向けた取り組み

③管理職のマネジメント強化

管理能力の強化（権限委譲、任期制導入、トップダウン体制、リーダー層育成）

(2)経営体質の強化

①院内情報(経営状況等)共有化

主に管理職を対象として、経営指標や病院運営状況に関する情報を公開

②委員会活動の積極展開(マーケティング等)

経営努力の積極化、一般職員の経営参画意識醸成

③関連事業への多角化経営推進

在宅医療・訪問診療、健康増進・予防事業、福祉事業等の関連分野での目標を設定し、経営活動を推進する



ジャンル:機能選択 > サブジャンル:病床機能選択

専門病院の差別化戦略

透析専門病院と整形外科専門病院の差別化戦略について教えてください。

■透析専門病院の差別化戦略のポイント

人工透析は、根治療法ではなく対症療法であります。臨床で広く普及することによって救命効果を向上させ、代表的な延命治療になっています。

今後の透析専門病院の差別化に必要なポイントは、次のようなものです。

(1)医療技術の向上

- ①専門医療機関としての医療の質の向上
- ③患者(身体的)負担の減少

- ②合併症の回避
- ④職員教育

(2)患者志向の組織運営

- ①患者支援(通院送迎、休養スペース、疾病に対する学習)
- ③日常生活へのアドバイス(MSWの積極活用)

- ②療養環境の整備

(3)在宅療養への指導・取り組み

■整形外科専門病院の差別化戦略

外科系専門病院であれば、手術中心の診療体制であることが求められます。そのため、診療材料や人件費等のコストが高くなるのは必然と考えられることから、手術症例数の大小と経営状況との関連を重視している病医院もあるでしょう。

一般に、手術症例が少なければ入院患者の病態も軽症になります。この場合、患者回転率と付加価値は高くなりますが、これによって必ずしも経営状況が良いものになるとは限りません。

例えば、救急で受け入れる軽症患者を多く扱う場合には、個別の症例件数は増えても技術的な向上は望めないほか、院内の組織や医療提供体制における活力の低下等の影響も考えられ、軽症患者を対象として症例件数を増やすことは、メリットばかりではないといえます。

また、整形外科はリハビリテーションと密接な関係があり、手術症例の増加は急性期あるいは回復期リハビリテーションの件数も増加することを意味すると同時に、リハビリ部門の活性化につながることであります。さらに、クリニカル・パスを導入することによって、病床運営の計画性も確保することができるため、整形外科に特化した病院経営は効果的な戦略策定が可能です。そして、手術を主体とする急性期の整形外科病院として、外来診療や在宅医療への展開も考えられます。ただし、やはりポイントとなるのは、提供する医療すなわち医師の資質レベルとマーケティング手法といえるでしょう。