

# Healthcare note

2025 July

## 今後の医療のあり方

寄稿: 社会医療法人原土井病院 医学博士 理事長  
元日本医師会総合政策研究機構 副所長  
原 祐一



## 目次

はじめに .....	2
1. コロナパンデミック後の病院経営と M&A の影響 .....	2
(1) 補助金受給状況による病院の4類型 .....	2
(2) コロナ後の病院経営の変化 .....	3
(3) 病院の倒産と M&A .....	3
(4) 本項の結論 .....	4
2. 医療制度は内生的 (Endogenous) .....	4
(1) 医療費の将来推計と OECD 分析 .....	5
(2) 医療費の要因分析と経済成長の関係 .....	6
(3) 医療制度の内生性 (Endogeneity) .....	7
(4) 診療報酬改定と経済成長の関係 .....	8
(5) 本項の結論 .....	8
3. 看護学校の志望者減少と将来の医療のあり方 .....	8
(1) 看護師志望者が減少している要因 .....	9
(2) 今後の見通し .....	9
(3) 本項の結論 .....	9
おわりに .....	10

## はじめに

現在の病院経営は、診療報酬の厳格化や物価高騰といった背景の中、かつてないほど厳しい状況に置かれています。加えて、未曾有の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）によるパンデミック（以下、コロナパンデミック）、医療制度改革の対応、少子高齢化に伴う労働人口の減少による医療職員不足といった複合的な課題が同時に押し寄せています。

それらを背景として、私自身の経験や研究を通じて得た気づきを本稿で述べさせていただきますと思います。本稿が地域医療の継続のために日々ご尽力されている病院経営者の方々にとって少しでも参考や助力になることを願っております。

## 1. コロナパンデミック後の病院経営と M&A の影響

2020年のコロナパンデミックにより、多くの医療機関で入院患者と外来患者が大幅に減少しました。この影響で、多くの病院が赤字経営となり、診療所も収入が大きく減少しました。ただし、一般的な診療所の場合は院長の報酬を減らせばキャッシュフローの破綻を防げると考えられたため、資金繰りが問題になるケースは少なかったと思われます。

一方で、病院は規模が大きいいため、たとえ理事長や院長の年俸をゼロにしても支払いができなくなる病院が出てくる可能性がありました。2020年春以降、政府は病院の倒産を防ぐ必要性を検討してきました。2020年夏には、新型コロナ専用病棟を設けた病院に対する「空床補償」が開始され、多額の補助金を受け取る病院もありました。その結果、多くの病院が赤字決算を免れたと言えるでしょう。

### （1）補助金受給状況による病院の4類型

しかし、すべての病院が空床補償補助金を受け取れたわけではありません。補助金の多寡については、次の4つのグループに分かれていたと推察されます。

#### ① 空床補償の補助金を最も多く受けた病院群（約1割）

この群は、高度急性期病院（国立病院機構、公立病院、地域医療機能推進機構（JCHO）、赤十字病院、済生会、民間の高度機能病院など）が中心です。中には補助金を受け過ぎて返還した病院もありました。

② 比較的多くの補助金を受けた病院群（約3割）

この群は、常時、重症者や救急を受けることができる病院が中心です。

③ 一部補助金を受けた病院群（約3割）

この群は、平日の日勤帯などは重症者や救急を受けることができる病院が中心です。

④ ほとんど補助金を受けていない病院群（約3割）

この群は重症者や救急を受けることがあまりできなかった病院が中心です。

現在、④の病院群は最も財務的に厳しい状況にあり、2020年度から2023年度の間、補助金を受けられずB/S（貸借対照表）が悪化しています。

## （2）コロナ後の病院経営の変化

大規模なコロナパンデミックが収束した現在でも、入院期間の短縮により、1日に入院している患者数は減少しており<sup>1</sup>、④の病院群の経営はさらに厳しくなっています。このような背景から、2023年度の病院の赤字割合（経常利益）は急増しています（6病院団体と日本医師会の発表においては赤字病院61.2%<sup>2</sup>）。ただし、①から③の病院群は2020年度から2023年度の補助金により、債務超過に陥っている病院は少ないと考えられます。一方で、④の病院群は補助金がほとんどなかったため、単年度収支が悪化し、さらに債務超過に陥っている病院が増えている可能性があります。

病院は一般的に賞与資金を銀行から短期借入れで手当てして従業員に支払いをしています。近年の病院の経営の悪化により、④の病院群は数年間赤字決算を続けている可能性が高く、B/Sも債務超過になっているところが増加していると思われます。このような病院がいつものように「賞与資金を貸してくれ」と銀行に言っても、貸してくれないかもしれません。賞与資金の借入れができないと、賞与を支払えず、職員が辞めていくでしょう。そうすると、病院存続は不可能です。この事態は2025年夏から目立ってくると予想されます。

## （3）病院の倒産とM&A

この数か月間、病院倒産の報道が増加しています。特に地方の小規模病院の倒産が目立つようです。また、M&Aの対象にもならず、廃業や無床診療所への転換を選ぶ病院も増加しています。2025年2月には、M&Aを積極的に進めていたグル

---

<sup>1</sup> 令和5年患者調査 厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/23/dl/kanjya.pdf>

<sup>2</sup> 賃金・物価の上昇に応じて適切に対応する新たな仕組みの導入等を求める合同声明を公表  
日医 on-line <https://www.med.or.jp/nichiionline/article/012142.html>

ープの倒産も発生しました<sup>3</sup>。この倒産の原因については、「無理な M&A による資金繰りの悪化」と報道されています。

一般的に、病院を運営する医療法人は歴史が長いところが多く、大半は第一次医療法改正（1985 年）以前に設立され、40 年以上の歴史を持っています。この数年においてこそ、病院経営は厳しくなっていますが、以前は、病院経営は黒字が当たり前でした。そのため、内部留保が厚くなっていることが普通だったのです。さらに、医療法人は配当が禁止されているため、利益が内部に残りやすい構造となっており、医療法人の財務を見ると、40 年間以上の利益が内部留保として蓄積されている法人が多くあります。さらに、一般的に病院は広い土地を所有している事が多いため、都市部の病院では土地の含み益もあります。

M&A によって病院が買収される場合、前所有者は内部留保金や不動産の含み益相当額を受け取るのが一般的です。その結果、買収後の医療法人は B/S の自己資本が薄くなる傾向があります。この自己資本が小さくなった状態で経常赤字が続くと、資金繰りが悪化し、最終的に倒産に至る可能性が高くなります。

過去 10 年間で M&A によって経営者が交代した病院は相当数あると考えられます。このため、今後数年以内に経営悪化から倒産する医療法人が増える可能性が高いでしょう。コロナ禍の補助金をほとんど受けられなかった病院も経営破綻のリスクが高まっていると考えられます。今後の医療業界は、病院の淘汰や再編がさらに進むことが予想されます。

## （4）本項の結論

病院経営は十数年前から悪化傾向にありましたが、コロナパンデミックが 10 年ほど先の未来を今に連れてきたのだと思います。お金のことだけではなく、若い医療職が減少していく中、現在存在している全ての病院を維持していくことは不可能です。地域医療構想により、徐々にではありますが、病院の再編は進められてきましたが、コロナパンデミックはこれらを加速させています。数年後には、「地域医療構想って何だったんだろう」という状況になっているかもしれません。

## 2. 医療制度は内生的（Endogenous）

古くから、将来の経済を予測する試みが行われてきました。国の発展や存続に

---

<sup>3</sup> 【大型倒産】負債総額 20 億円 熊本市の医療法人「御幸会」が破産申請「夢眠ホスピタルくまもと」の譲渡目指す <https://newsdig.tbs.co.jp/articles/-/1733482> (2025 年 3 月 9 日)

は経済成長が不可欠<sup>4</sup>であり、企業の投資判断においても、国全体や世界全体の経済成長がどの程度進むかを見極めることが極めて重要です。この見通しを誤れば、国が衰退することもあれば、企業の倒産や投資家の破産といった事態も起こり得ます。経済学において、経済の拡大は「経済成長の3要素」によって決定されると言われています。① 労働投入量（労働力の増加や労働生産性の変化）、② 資本投入量（設備投資やインフラ整備）、③ 全要素生産性（TFP）（技術革新や生産性向上）の3つです。しかし、単に生産を増やすだけでは経済成長は維持できません。生産された商品やサービスが市場で消費されることも重要であり、それを支える資源の確保も不可欠となります。経済が発展するには様々な要因が必要なのです。

## （1）医療費の将来推計と OECD 分析

経済成長の要因分析と同様に、医療費の将来推計も様々な角度から行われてきました。よくある手法の一つが、OECD による加盟国間での比較分析です。この手法では、医療費の増加要因を次の3つに分類し、それぞれの影響を分析します。

### ① 所得要因（GDP 成長率）

- ・ 所得の増加に伴い、医療サービスへの支出も増える傾向があります。

### ② 人口動態要因（高齢化要因）

- ・ 高齢者が増えることで、医療需要が拡大します。

### ③ その他の要因

- ・ 技術進歩（新しい治療法や医薬品の開発による費用増加）
- ・ 相対価格要因（医療コストの上昇や医療サービスの価格変動）
- ・ 政策要因（医療制度改革や診療報酬の変更）

1981年から2002年までのOECD分析（表1）では、一人当たり医療費の増加に対し、各要因がどの程度寄与したのかを明らかにしています。このような分析を基に、将来の医療費の動向を予測し、持続可能な医療制度の設計が求められています。

---

<sup>4</sup> 経済成長をしない国があり、近隣に経済成長をする国があったら、前者は相対的に国力が低下してしまい、後者の国から減ぼされることになるでしょう。

【表 1】

Table 2.1 Decomposing growth in public health spending<sup>1</sup>, 1981-2002<sup>2</sup>

	Health spending	Age effect	Income effect <sup>3</sup>	Residual
Australia (1981-2001)	3.6	0.4	1.8	1.4
Austria	2.2	0.1	2.1	0.0
Belgium (1995-2002)	2.9	0.4	1.7	0.6
Canada	2.6	0.4	1.7	0.6
Czech Republic (1993-2002)	2.7	0.4	2.8	-0.4
Denmark	1.3	0.1	1.7	-0.5
Finland	2.6	0.3	2.1	0.2
France	2.8	0.2	1.6	1.0
Germany	2.2	0.2	1.2	1.0
Greece (1987-2002)	3.4	0.4	1.3	0.8
Hungary (1991-2002)	1.5	0.3	2.8	-1.5
Iceland	3.5	0.1	1.5	1.9
Ireland	3.9	0.1	4.9	-1.0
Italy (1988-2002)	2.1	0.7	1.7	-0.1
Japan (1981-2001)	3.8	0.4	2.2	1.1
Korea (1982-2002)	10.1	1.4	6.1	2.4
Luxembourg (1981-2002)	3.8	0.0	3.9	-0.1
Mexico (1990-2002)	4.5	0.7	0.5	2.4
Netherlands (1981-2002)	2.6	0.3	1.9	0.3
New Zealand	2.7	0.2	1.5	1.0
Norway	4.0	0.1	2.5	1.5
Poland (1990-2002)	3.1	0.5	3.2	-0.6
Portugal	5.9	0.4	2.6	2.8
Slovak Republic (1997-2002)	2.1	0.5	4.2	-1.5
Spain	3.4	0.3	2.3	0.8
Sweden	1.5	0.1	1.7	-0.4
Switzerland (1985-2002)	3.8	0.2	0.8	2.9
Turkey (1984-2002)	11.0	0.3	2.3	8.3
United Kingdom	3.4	0.2	2.3	1.0
United States	4.7	0.1	2.0	2.6
<i>Average</i>	<i>3.6</i>	<i>0.3</i>	<i>2.3</i>	<i>1.0</i>

1. Total public health spending per capita.

2. Or the longest overlapping period available.

3. Assuming an income elasticity of health expenditure equal to 1.

Source: OECD Health Database (2004), ENPRI-AGIR and Secretariat calculations.

出所: OECD Economics Department Working Papers No.477、Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What Are the Main Drivers?

## (2) 医療費の要因分析と経済成長の関係

OECD 分析の基本的な考え方は、所得弾力性を 1（すなわち、所得が X%伸びれば、医療費も X%伸びる）と仮定し、医療費の増加要因を以下の 3 つに分けて分析しています。

1981 年から 2002 年の約 20 年間における OECD 加盟国の医療費の年間平均伸び率は 3.6%で、その内訳は、所得要因 2.3%、年齢要因 0.3%、その他要因 1.0%となりました。日本の医療費の伸び率は 3.8%で、OECD 平均とほぼ同じ水準でした（所得要因 2.2%、年齢要因 0.4%、その他要因 1.1%）。

この期間において、医療費の伸び率が最も低かった国はデンマークとスウェーデンでした。

【表 2】

国	医療費の伸び率	所得要因	年齢要因	その他要因
デンマーク	1.3%/年	1.7%	0.1%	-0.5%
スウェーデン	1.5%/年	1.7%	0.1%	-0.4%

出所：OECD Economics Department Working Papers No.477、Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What Are the Main Drivers?より筆者作成

この2つの国では「その他要因」がマイナスになっていることから、両国が政策的に医療費を抑制する手法を採用した結果と考えられます。

一方、医療費の伸び率が最も大きかった国は韓国とトルコでした。

【表 3】

国	医療費の伸び率	所得要因	年齢要因	その他要因
韓国	10.1%/年	6.1%	1.4%	2.4%
トルコ	11.0%/年	2.3%	0.3%	8.3%

出所：OECD Economics Department Working Papers No.477、Projecting OECD Health and Long-Term Care Expenditures: What Are the Main Drivers?より筆者作成

韓国は「所得要因」が大きいため、経済成長の影響で医療費が増加したと考えられます。トルコは「その他要因」が大きいため、政策的に医療支出を拡大してきたと推察されます。

### (3) 医療制度の内生性 (Endogeneity)

1977年のNewhouseの研究<sup>5</sup>では、医療費の決定要因の一つとなる医療の制度要因については内生的 (endogenous) といえ、各国は自国の所得水準に相応しい医療制度を自ら発見してきたとされています。つまり、医療制度や高齢者の割合が医療費を決めるのではなく、国民の所得水準が医療制度を決定し、その結果として医療費が決まるという考え方です。当時の分析では、一人当たり医療費の90%は一人当たり所得で説明できるとされ、年齢要因 (高齢化) やその他要因 (技術進歩や政策など) は10%に過ぎないという結論でした。この視点に立つと、医療費の増加は「経済成長の結果」であり、経済成長せずに医療費だけ増やすことを目的とすることは不可能であると推察されます。

<sup>5</sup> Newhouse, Joseph. P., Medical care costs: How much welfare loss? *Journal of Economic Perspectives*, 6(3), Summer 1992, 3-21. <https://doi.org/10.1257/jep.6.3.3>

## (4) 診療報酬改定と経済成長の関係

慶應義塾大学・権丈善一教授の研究によると、診療報酬改定率と経済成長率には単年度では相関があまりないものの、5年のタイムラグを取ると強い相関があることが明らかになっています<sup>6</sup>。2024年度の診療報酬改定率は+0.88%でした。これは以下の経済的要因によるものと考えられます。

- ・ 2020年度から2023年度の4年間におけるコロナ禍での財政出動により、GDP成長率がプラスに推移
- ・ 一般産業の賃上げの進行
- ・ 消費者物価指数（CPI）のプラス推移

上記の現状が2024年度の診療報酬改定で+0.88%となった上昇圧力となったと考えるのが正しいでしょう。

## (5) 本項の結論

経済成長率の上昇と医療費には5年のタイムラグがあるという研究結果が正しいければ、日本の経済成長率がプラスに転じた2022年から2023年の5年後、つまり2027年から2028年には医療費が増加に転じる可能性が高いと考えられます。

本項の結論としては、① 経済成長が進めば、それに見合った医療制度が形成され、医療費は自然に増加する、② 医療費の伸びは経済の成長による「結果」であり、医療費を増やすこと自体を目的とすることは適切ではない、③ 2027年から2028年には、日本の医療費が増加に転じる可能性が高い、ということです。これらの視点を踏まえ、今後の医療政策や制度設計を考えていくことが重要です。

## 3. 看護学校の志望者減少と将来の医療のあり方

日本全国には多くの看護学校や看護大学<sup>7</sup>があり、これまで多くの看護師を輩出してきました。現在では、新たに看護師となる人数は年間約5.7万人<sup>8</sup>に達しています。しかし近年、看護系学校の志望者が減少傾向にあり、定員割れを起こす学校も増加しています。特に地方では、廃校に追い込まれるケースも珍しくなくなってきました。

---

<sup>6</sup> 日本医師会 医療政策会議報告書 平成20年・21年度「小さすぎる政府の社会保障と政府の利用価値—マイクロ・マクロの視点から—」 [https://www.med.or.jp/dl-med/nichikara/isei/isei2010\\_2.pdf](https://www.med.or.jp/dl-med/nichikara/isei/isei2010_2.pdf)

<sup>7</sup> 文部科学省の令和6年度「看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査」では、設立主体別の学校数は、大学310、短期大学12、専修学校526、各種学校1、その他2となっている。

<sup>8</sup> 厚生労働省発表の令和7年第114回看護師国家試験の合格発表人数は56,906人となっている。  
[https://www.mhlw.go.jp/general/sikaku/successlist/2025/siken03\\_04\\_05/about.html](https://www.mhlw.go.jp/general/sikaku/successlist/2025/siken03_04_05/about.html)

## （１）看護師志望者が減少している要因

看護師志望者が減少している要因としては、主に以下の２つが挙げられます。

### ① 少子化による進学者数の減少

日本の18歳人口そのものが減少しているため、看護系に限らず、すべての大学や専門学校において志望者が減っているという構造的な問題があります。

### ② 景気回復による相対的な魅力の低下

これまで看護師という職業は、「景気に左右されない国家資格で安定している」といった理由から、多くの保護者や高校教員に支持されてきました。特に「失われた30年」とも言われる長いデフレ期には、民間企業での就職が厳しく、就職氷河期という言葉も生まれ、雇用が不安定という状況下で、看護師は常に求人が多く、安定した職業として注目されていたのです。

一方、コロナ禍を経て日本の景気はこの数年にわたり回復基調にあります。人手不足によって、ほとんどの産業で就職は容易になり、賃金水準も上昇しています。これに対して、医療業界は公的医療保険制度に強く依存しているため、市場価格に応じた柔軟な賃金上昇が難しく、相対的に給与面での魅力が薄れつつあると言えます。その結果、保護者や高校の進路指導でも、看護系への進学を積極的に勧める声が少なくなっている印象を持っています。

## （２）今後の見通し

この傾向は今後さらに強まり、元に戻ることはほぼないと考えられます。

- ・ 看護系学校への志望者減少
- ・ 地方における看護系学校の廃校
- ・ 年間の新規看護師数が5万人を大きく下回る

といった事態が予想され、高齢者の増加に対応するための看護人材の確保が困難になることは避けられないでしょう。

## （３）本項の結論

少子化と景気回復によって、看護学校や看護大学の志望者は今後も減り続け、特に地方では廃校が増えることが確実です。新規の看護師供給が減れば、高齢化社会における医療体制の維持が困難になります。

少子化が進むと「財政的に医療を支えられなくなる」と指摘する論者は多くいますが、お金は最終的には政府が特例公債を発行すれば解決する余地はあります。しかし、人材の確保、特に“対面のサービス職”としての看護師不足は、いかな

る政策でもすぐには解決できない深刻な問題です。これを防ぐためには、少なくとも「看護師は、他の職業よりも給与水準が高い」という状態を維持し続けることが、現実的な対策であると言えるのではないのでしょうか。

## おわりに

本稿では、現在の日本の医療システムが抱える多岐にわたる課題について3つの視点から考察しました。コロナパンデミックは、かねてからの病院経営の悪化や看護師不足といった問題を一層顕著にし、特に地方の医療における人材確保や財務的脆弱性を明らかにしました。また、少子高齢化や経済成長の減速により、医療制度の持続可能性への懸念も高まっています。

これらの中で、特に看護職の人材供給問題は深刻であり、少子化や景気回復による志望者の減少が、医療体制全体に大きな影響を及ぼすことは避けられません。看護職を含む医療従事者の労働環境を改善し、給与水準を他の職業と比べて引き上げることで、相対的な職業の魅力を維持する必要があります。また、地域医療構想の原点に戻り、効率的で質の高い医療提供体制を築いていくことが重要です。

さらに、経済成長と医療費の動向が密接に関係している点を考慮すれば、経済活性化を通じて医療全体の質と量を向上させることを目指すべきです。2027年から2028年以降に予測される医療費の増加局面に備え、保険財政基盤の強化と合わせた医療供給の改革を早急に進めるべき時期に来ています。

問題は多岐にわたりますが、地域医療を支える現場の声に耳を傾け、現実的かつ実効性のある対策を講じることで、持続可能な医療体制を構築することが求められます。本稿が、病院経営者や医療従事者、政策立案者にとって、医療の未来を考える一助となれば幸いです。未来の医療を支えるため、私たち一人ひとりが課題に向き合い、協力して行動を起こしていきましょう。

## バックナンバー 【2023年発行分】

発行日	No.	タイトル	執筆者
23.01.23	23-01	地域医療連携推進法人における DX	編集主幹 市川 剛志 寄稿 地域医療連携推進法人 湖南メディカル・コンソーシアム 理事 社会医療法人 誠光会 法人本部 副本部長 藤山 裕之
23.02.27	23-02	人生 100 年時代、科学的根拠のある食品・化粧品素材の開発への挑戦	編集主幹 市川 剛志 寄稿 熊本大学大学院生命科学研究部附属 グローバル天然物科学研究センター 准教授 株式会社 C-HAS プラス 取締役社長 COO 首藤 剛
23.04.28	23-03	医業承継対策と資産運用 ～ 出資持分あり医療法人の承継と金融資産についての考察 ～	編集主幹 市川 剛志 寄稿 野村ヘルスケア・サポート&アドバイザー株式会社 事業統括本部長 公益社団法人日本アナリスト協会認定 シニア・プライベートバンカー 税理士 清野 修
23.05.29	23-04	薬局のDX「京都の薬局プロジェクト」から生まれた AIを用いた調剤薬局向け薬剤監査アプリ	編集主幹 市川 剛志 寄稿 株式会社 Geek Guild 代表取締役 尾藤 美紀
23.06.26	23-05	改正を機に改めて考える出資持分の承継と認定医療法人制度	編集主幹 市川 剛志 寄稿 税理士法人山田&パートナーズ 医療事業部 森田 咲子
23.07.31	23-06	先天性無歯症患者の欠如歯を再生する新規抗体医薬品の開発	編集主幹 市川 剛志 寄稿 時田 義人 愛知県医療療育総合センター発達障害研究所 障害モデル研究部門 主任研究員 杉並 (村島) 亜希子 公益財団法人田附興風会医学研究所 保健・健康部 客員研究員 喜早 ほのか トレジェムバイオフーマ株式会社 代表取締役 高橋 克 公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院 歯科口腔外科 主任部長
23.08.31	23-07	健康と病気に関するリスク診断法の開発と応用 — がんのリスク診断を中心に —	編集主幹 市川 剛志 寄稿 株式会社レナテック・ヘルスケア分析センター 岡本 直幸、清水 拓弥、藤本 俊介、稲垣 精一
23.09.29	23-08	形状記憶合金の特性と医療分野への応用	編集主幹 市川 剛志 寄稿 一般社団法人形状記憶合金協会
23.10.30	23-09	進化する次世代医療基盤法による医療ビッグデータの活用	編集主幹 市川 剛志 寄稿 内閣府 健康・医療戦略推進事務局
23.11.27	23-10	ソーシャル・コンピューティング :新しいリアルワールドのエビデンスの活用	編集主幹 市川 剛志 寄稿 荒牧 英治 奈良先端科学技術大学院大学 教授
23.12.25	23-11	在宅医療を取り巻く課題と医師の働き方改革	編集主幹 市川 剛志 寄稿 株式会社 あんしんサポート 代表取締役 古賀 功一

## バックナンバー 【2024年発行分】

発行日	No.	タイトル	執筆者
24.01.29	24-01	医療・福祉分野における外国人人材の活用 ＝「技能実習制度」から「育成就労制度(仮称)」へ＝	編集主幹 市川 剛志 寄稿 アイブリッジ協同組合 代表理事 佐藤 敏信
24.02.26	24-02	未来を切り拓く！デジタル技術と医療の融合から生まれる 革新的な治療アプローチ「治療アプリ」	編集主幹 市川 剛志 寄稿 株式会社 CureApp
24.03.29	24-03	車いすによる緊急避難を可能にする「金属の棒」 ～ウクライナ支援プロジェクトで叶えられた希望～	編集主幹 市川 剛志 寄稿 株式会社JINRIKI 代表取締役社長 中村 正善
24.04.23	24-04	救急医療 DX を起点に広がり始めた医療 DX の可能性	編集主幹 市川 剛志 寄稿 TXP Medical 株式会社 代表取締役社長 医師 園生 智弘
24.09.30	24-05	我が国における病院 PFI 事業の変遷と今後の展望 ～魔法の杖は本当に折れたのか～	編集主幹 市川 剛志 寄稿 防衛省 防衛医科大学校 病院企画調整官 井上 剛一
24.10.31	24-06	ケア先進国デンマークと日本のギャップ ～リフトをめぐる今昔物語～	編集主幹 市川 剛志 寄稿 愛媛県立医療技術大学 保健科学部看護学科 地域・精神看護学講座 准教授 窪田 静
24.11.25	24-07	再生医療法下の歯髄再生治療の開発とその普及への挑戦	編集主幹 市川 剛志 寄稿 医療法人健康みらい RD 歯科クリニック 院長 中島 美砂子
24.12.23	24-08	病院広報アワード 2024 広報担当部門大賞受賞プレゼンテーション 「ひとりひとりがスポークスマン！」の真意	編集主幹 市川 剛志 寄稿 医療法人神甲会 隈病院 管理本部企画課 宮崎 沙耶加

## バックナンバー 【2025年発行分】

---

発行日	No.	タイトル	執筆者
25.04.15	25-01	「これからの病院広報」～洛和会ヘルスケアシステムの挑戦～	編集主幹 市川 剛志 寄稿 洛和会本部 総務部門 企画広報担当 次長 神田 貴庸
25.05.27	25-02	丹比荘病院のアウトリーチサービスの移り変わり ー デイケアからはじめるアウトリーチ ー	編集主幹 市川 剛志 寄稿 医療法人丹比荘 丹比荘病院 地域医療支援室 主任 嘉納 恵

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意思決定を行う場合には、事前に弁護士、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。本資料に含まれる情報をもたらす一切の影響、本資料の内容に関する正確性及び完全性に関して、野村證券株式会社は責任を負うものではありません。本資料中の記載内容における各種法令・省令・規則・告示・通知等は随時改定されますので、あくまでもご参考資料としてお取り扱いください。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いたします。

## Healthcare note No. 25-03

2025年7月1日発行

【発行】 野村證券株式会社 ヘルスケア・アドバイザー一部  
〒100-8130 東京都千代田区大手町2-2-2  
アーバンネット大手町ビル20F  
<https://www.nomuraholdings.com/jp/sustainability/sustainable/services/hca.html>

【編集主幹】 市川 剛志

**NOMURA**  
野村證券